

平成 25 年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業)

在宅認知症者のステージごとの生活障害と 行動・心理症状に応じたケアガイドの開発

調査研究事業報告書

平成 26 (2014) 年 3 月

公益財団法人 日本訪問看護財団

はじめに

現在、わが国には 427 万人の認知症者が、自宅であるいは医療・介護施設で暮らしています。これまで認知症ケアの具体的技術は主に介護施設内のアルツハイマー型認知症者に対するケアや中核症状や行動・心理症状に対するケアに焦点を当てながら発展を続けてきました。しかし、これからの日本では市町村を単位とする地域包括ケアを基盤として、誰でも住み慣れた地域で最期まで自分らしく生活していくことを目指していきます。認知症を有していても、一人暮らしであっても、あるいは老老介護、認認介護の世帯であっても、在宅医療・ケアチームの支援を活用しながら自宅での生活の継続を大切にしていこうことが求められています。

そのためには、認知症者は認知障害によってさまざまな生活行為が困難になることを生活障害として位置付け、しかも施設でのケアではなく、在宅認知症者のステージごとの生活障害や行動・心理症状に応じたケアが確立され、日常生活における困難を解消していくことが不可欠となります。

本報告書では、在宅認知症者にかかわっている認定看護師や専門看護師、さらには各都道府県政令市において認知症ケアの指導的な立場にある認知症介護指導者からなる認知症ケア熟練者による、生活障害や行動・心理症状に対する具体的なケアを明らかにしています。それらのケアは在宅認知症者を介護する専門職だけではなく、ご家族にもさまざまなヒントやアイデアをもたらすことでしょう。

本報告書が、今後、訪問看護師やデイサービスの看護師、介護支援専門員、ホームヘルパーなど、在宅認知症者とご家族を支援する多くの専門職にとって役立つガイドとなることを心より願っています。

平成 26 年 3 月

「在宅認知症者のステージごとの生活障害と行動・心理症状
に応じたケアガイドの開発事業」検討委員会

委員長 諏訪 さゆり

(千葉大学大学院看護学研究科)

◆ 目 次 ◆

| | |
|--|----|
| 第1章 事業の概要 | 1 |
| 1. 目的 | 1 |
| 2. 実施概要 | 1 |
| 1) 検討委員会の設置 | |
| 2) 在宅認知症ケアの実態調査 | |
| 第2章 結果 | 4 |
| 第1節 アンケート調査結果 | 4 |
| 1. 回収状況等 | 4 |
| 2. 集計結果 | 4 |
| 第2節 在宅認知症者の生活障害と効果的なケアの具体例（アンケート結果より） | 30 |
| 1. 認知症者にとって最も困難であった生活行為 | 30 |
| 2. 生活行為ごとの障がいの具体的な状態と効果的だったケア | 32 |
| 1) 軽度認知症者の生活行為の障がいの具体と効果的ケア | 36 |
| 2) 中等度認知症者の生活行為の障がいの具体と効果的ケア | 47 |
| 3) 重度認知症者の生活行為の障がいの具体と効果的ケア | 60 |
| 3. 認知症の診断名 | 73 |
| 4. 認知症者の年齢 | 74 |
| 第3節 在宅認知症者の生活障害と効果的なケアの具体例（インタビュー結果より） | 75 |
| 1. 調査対象者の概要 | 75 |
| 2. 生活行為ごとの障がいの具体的な状態と効果的だったケア | 75 |
| 1) 軽度の在宅認知症者に対する効果的なケア | 75 |
| 2) 中等度の在宅認知症者に対する効果的なケア | 77 |
| 3) 重度の在宅認知症者に対する効果的なケア | 79 |
| 第4節 行動・心理症状（BPSD）と効果的ケアの具体例 | 86 |
| 1. 在宅認知症者の主な行動・心理症状（BPSD） | 86 |
| 2. 在宅認知症者の行動・心理症状（BPSD）の具体と効果的ケア | 87 |
| 1) 軽度認知症者のBPSDと効果的ケア | 87 |
| 2) 中等度認知症者のBPSDと効果的ケア | 91 |
| 3) 重等度認知症者のBPSDと効果的ケア | 98 |

| | |
|---------------------------------------|-----|
| 第5節 薬物療法を受けている在宅認知症者の困難と解決のための取組み | 106 |
| 1. 薬物療法を受けている在宅認知症者の困難とそのために取り組んでいること | |
| 1) 受診に関すること | 106 |
| 2) 処方に関すること | 108 |
| 3) 内服に関すること | 110 |
| 4) 治療薬の作用・効果に関すること | 119 |
| 第3章 考察 | 121 |
| 1. 在宅認知症者に対するステージに応じた効果的なケアの蓄積の必要性 | 121 |
| 2. 在宅認知症者の生活障害の実態と効果的なケア | 122 |
| 3. 在宅認知症者の行動・心理症状（BPSD）の実態と効果的なケア | 123 |
| 1) 在宅認知症者のケアに携わるときの心がまえ | 123 |
| 2) 在宅認知症者との効果的な関わり方 | 123 |
| 3) 主治医との連携による効果的なケア | 123 |
| 4) 家族・介護者（介護職）との協働による効果的なケア | 124 |
| 5) 効果的な介護環境の調整 | 124 |
| 4. 在宅認知症者の薬物療法の課題 | 124 |

参考資料：FAST 分類表

調査票

別冊ガイドブック「在宅認知症者のステージごとの生活障害と行動・心理症状に応じたケアガイド」

第1章 事業の概要

1. 目的

わが国では、急速な高齢化に伴い、認知症者数の増加が見込まれている。住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けるための地域包括ケアシステムの充実に向け、在宅認知症者への認知症ケアのエビデンスの確立および質の向上は急務であるといえる。しかし、これまでの認知症ケアは、施設における重度の認知症者に対するケアを中心に語られてきており、自宅で家族とともに、あるいは独居で生活している認知症者に対するステージごとのケアについての情報は不足している現状がある。

そこで、本事業は認知症ケア熟練者への調査から、認知機能低下が軽度・中等度・重度にある在宅認知症者の生活障害と行動・心理症状（BPSD）の具体像と効果的なケア方法を明らかにする。それにより、在宅認知症ケアモデル（グッドプラクティス）を作成し、家族や訪問看護・介護従事者を対象としたケアガイドを開発・普及することを目的として行った。

在宅認知症ケアガイドは自宅での生活全般を支援するものであるため、家族介護者、訪問看護・介護従事者等に冊子やインターネットで研究結果を伝達することによって、在宅で暮らす認知症者に、よりの確なケアが提供できるようになる。さらに通所サービス従事者にも普及拡大することにより、訪問サービスと通所サービスとのケアの継続性をより強化していくことができると考える。

2. 実施概要

1) 検討委員会の設置

学識経験者、事業実践者等による検討委員会を設置し、研究計画の作成、調査の内容・方法について検討を行った。

(1) 委員構成

【検討委員会】

| | | |
|-----|--------|---------------------------------------|
| 委員長 | 諏訪 さゆり | 千葉大学 教授 |
| 委員 | 朝田 隆 | 筑波大学 教授 |
| | 志谷 洋子 | 介護サービスセンター光洋 社長 |
| | 武田 純子 | 有限会社ライフアート 代表取締役 |
| | 中村 考一 | 認知症介護研究・研修東京センター研修主幹 |
| | 水村 純子 | 社会医療法人河北医療財団 介護老人保健施設シーダ・ウォーク ケア部長 |
| | 佐藤 美穂子 | 日本訪問看護財団 常務理事 |
| | 上野 まり | 日本訪問看護財団 事業部長 |

【事務局】

| | |
|-------|----------------|
| 山辺 智子 | 日本訪問看護財団 研究員 |
| 湯本 晶代 | 日本訪問看護財団 研究員補佐 |

(2) 委員会の開催

<第1回検討委員会>

日時：平成25年9月4日（水）18時～20時

場所：日本訪問看護財団 会議室

出席者：検討委員6名、事務局 日本訪問看護財団2名

議事：研究計画の検討、調査内容の説明と検討

<第2回検討委員会>

日時：平成25年12月27日（金）16時～18時

場所：東京八重洲ホール6階会議室

出席者：検討委員6名、事務局 日本訪問看護財団2名

議事：調査結果の中間報告

<第3回検討委員会>

日時：平成26年2月24日（月）18時30分～20時30分

場所：フクラシア東京ステーション

出席者：検討委員7名、事務局 日本訪問看護財団2名

議事：調査結果の報告、報告書案の検討

<第4回検討委員会>

日時：平成26年3月6日（木）13時～15時

場所：TKP渋谷カンファレンスセンター

出席者：検討委員4名、事務局 日本訪問看護財団2名

議事：報告書案の検討

2) 在宅認知症ケアの実態調査

(1) アンケート調査

①調査対象

老人看護専門看護師 51 名、地域看護専門看護師 24 名、在宅看護専門看護師 6 名、訪問看護認定看護師 300 名、認知症看護認定看護師 299 名、認知症介護指導者 1,156 名、合計 1,836 名を対象とした。

②実施方法

自記式、郵送法

③調査実施期間

平成 25 年 10 月 17 日から平成 25 年 11 月 15 日まで。督促状を郵送し、最終締め切りを 11 月 25 日まで延長した。

④主な調査内容

- ・ 過去 6 カ月に実際に日常生活上のケアを提供した在宅認知症者の人数
- ・ 各在宅認知症者の認知機能低下のレベル（観察式スケールにより測定）、年齢、性別、疾患名、主な治療薬
- ・ 在宅認知症者の主な生活障害の状態と改善の有無、生活障害の改善に効果的であったケア、BPSD の発生状況と改善の有無、BPSD の改善に効果的であったケア
- ・ 調査対象者が在宅認知症ケアを実施していく上での困難
- ・ 在宅認知症ケアを推進していくための取り組み状況 等

（２）ヒヤリング調査

この調査は、在宅認知症ケアにおける認知機能低下レベルに応じた生活障害と行動・心理症状に対するグッドプラクティスの明確化を目的に実施した。

① 調査対象

研究者のネットワークサンプリングにより訪問看護認定看護師、認知症看護認定看護師、認知症介護指導者、認知症ケア専門士の在宅認知症ケアの熟練者計 9 名を抽出した。

② 実施方法

フォーカスグループインタビュー調査（4 名と 5 名の構成で 2 回実施）

③ 調査実施期間

平成 25 年 11 月 30 日、12 月 15 日

④ 主な調査内容

観察式スケールで測定した軽度・中等度・重度の在宅認知症者のデータを提供してもらおう。データの具体的内容は、在宅認知症者の基本属性、生活障害の具体像および BPSD の具体像と、生活障害と BPSD に対して効果的であったケア実践の詳細 等。

（３）倫理的配慮

調査の実施にあたり、日本訪問看護財団研究倫理委員会の審査を受け承認を得た。具体的には、次の点について配慮した。

書面にて研究の目的、プライバシーは厳守されること、調査への協力は任意であること、調査に協力しないことで一切不利益を被ることはないこと等を書面で説明し、調査票への記入及び返送をもって調査への同意とした。

第2章 結果

第1節 アンケート調査結果

1. 回収状況等

有効回収数は456件、有効回収率は24.8%だった。

図表 2-1-1 回収結果

| 対象数 | 有効回収数 | 有効回収率 |
|--------|-------|-------|
| 1,836件 | 456件 | 24.8% |

2. 集計結果

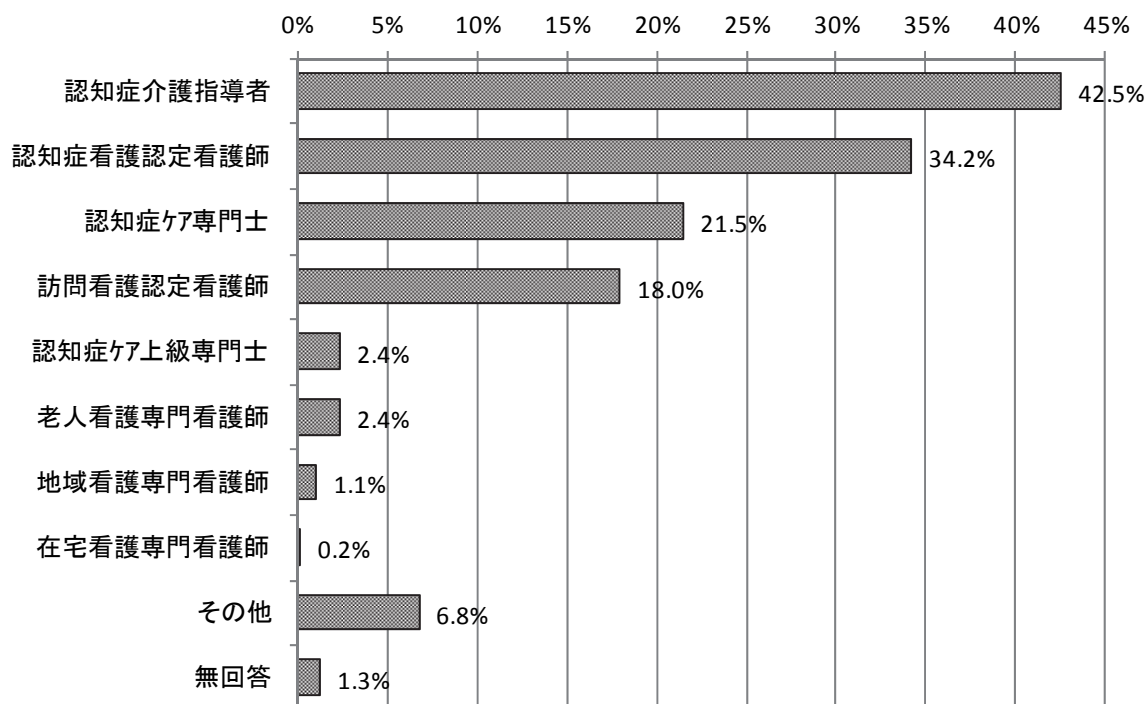
1) 回答者の資格や職種等

まず、本調査の回答者の資格や職種等をまとめた。

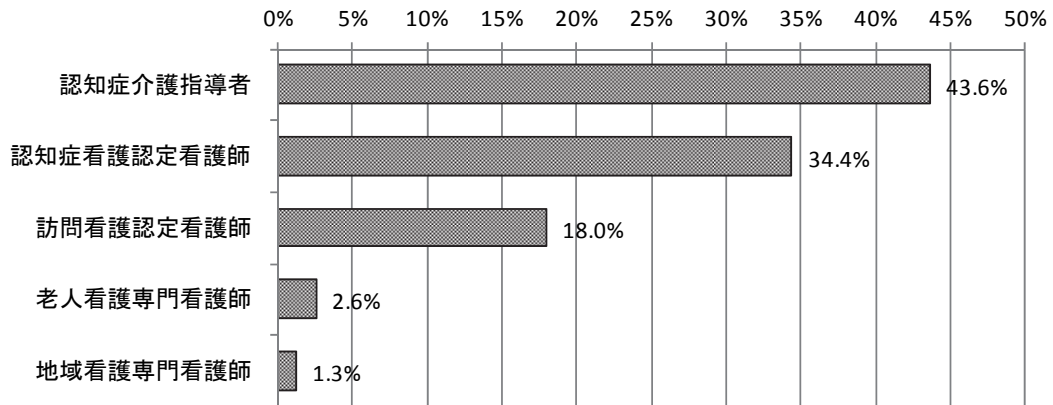
保有資格

保有資格は、「認知症介護指導者」が42.5%、次いで「認知症看護認定看護師」が34.2%だった。

図表 2-1-2 保有資格（複数回答）（n=456）



図表 2-1-3 調査票の種類（参考） (n=456)

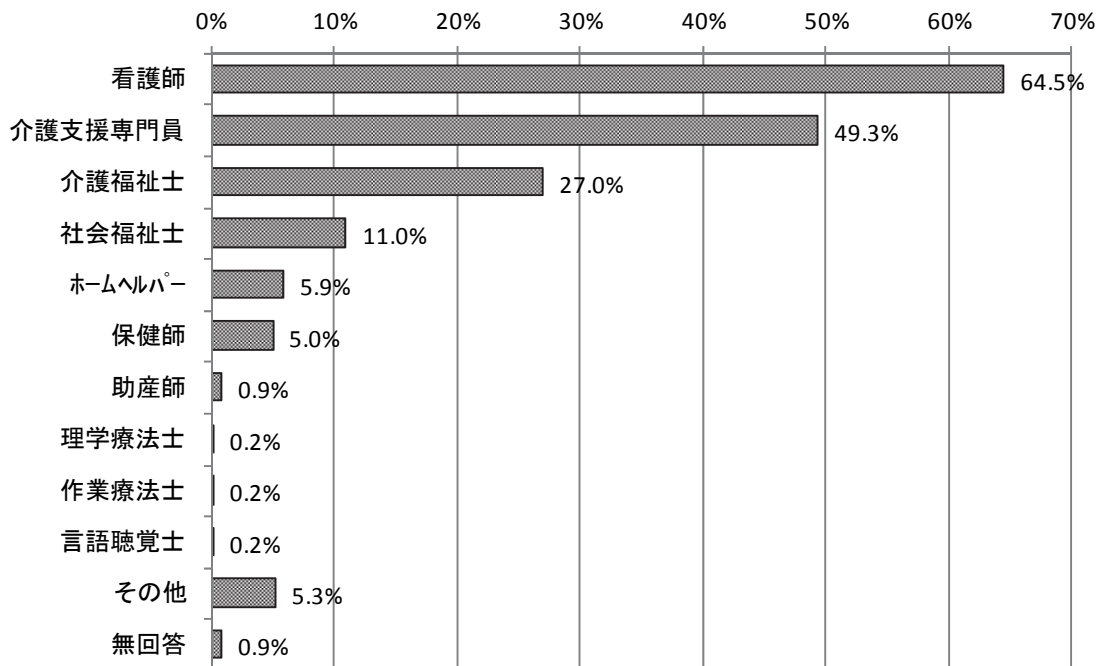


参考として、発送台帳として用いたデータによれば、「認知症介護指導者」が 43.6%、次いで「認知症看護認定看護師」が 34.4%だった。

職種

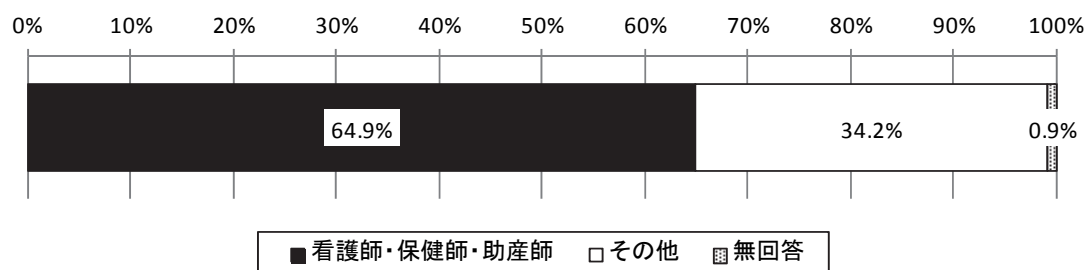
職種については、「看護師」が 64.5%で最も多く、次いで、「介護支援専門員」が 49.3%、「介護福祉士」が 27.0%だった。

図表 2-1-4 職種（複数回答） (n=456)



看護職（看護師、保健師、助産師）か否かをまとめたところ、「看護師・保健師・助産師」が64.9%と約3分の2を占めた。

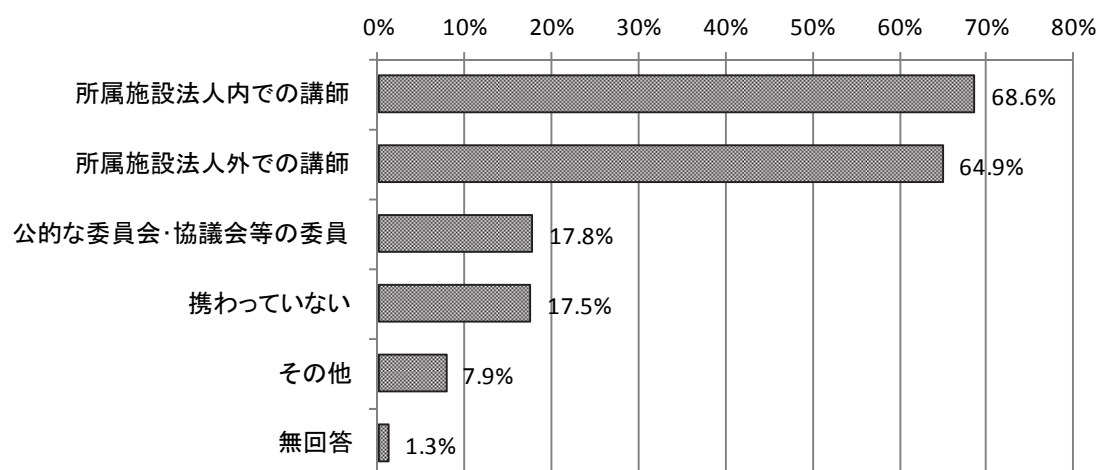
図表 2-1-5 看護師・保健師・助産師(看護職)であるか (n=456)



2) 認知症ケアに関する講習会講師や公的な委員

認知症ケアに関する講習会講師や公的な委員に携わっているかをたずねたところ、「所属施設法人内での講師」が 68.6%、「所属法人外での講師」が 64.9%だった。「公的な委員会・協議会等の委員」が 17.8%だった。

図表 2-1-6 認知症ケアに関する講習会講師や公的な委員（複数回答）（n=456）



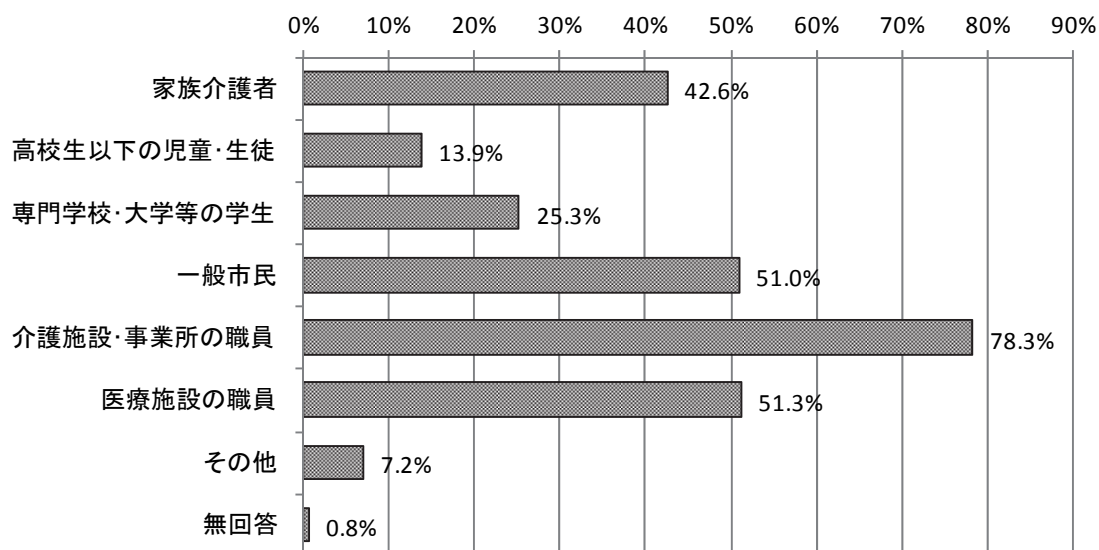
「認知症介護指導者」の場合は、指導者以外に比べて、いずれも携わる割合が高く、いずれにも「携わっていない」は 4.1%と少なかった。

図表 2-1-7 認知症介護指導者の有無別 認知症ケアに関する講習会講師や公的な委員（複数回答）

| | 合計 | 所属施設法人内での講師 | 所属施設法人外での講師 | 公的な委員会・協議会等の委員 | 携わっていない | その他 | 無回答 |
|------------|-------|-------------|-------------|----------------|---------|-----|-----|
| 全体 | 456 | 313 | 296 | 81 | 80 | 36 | 6 |
| | 100.0 | 68.6 | 64.9 | 17.8 | 17.5 | 7.9 | 1.3 |
| 認知症介護指導者 | 194 | 153 | 169 | 58 | 8 | 17 | 0 |
| | 100.0 | 78.9 | 87.1 | 29.9 | 4.1 | 8.8 | 0.0 |
| 認知症介護指導者以外 | 256 | 160 | 127 | 23 | 70 | 19 | 2 |
| | 100.0 | 62.5 | 49.6 | 9.0 | 27.3 | 7.4 | 0.8 |

「所属施設法人内での講師」または「所属法人外での講師」に携わっていた 359 人に、対象者をたずねたところ、「介護施設・事業所の職員」が 78.3%と最も多かった。次いで、「医療施設の職員」が 51.3%、「一般市民」が 51.0%だった。

図表 2-1-8 (講師経験ある場合) 認知症ケアに関する講演会の対象者 (複数回答) (n=359)



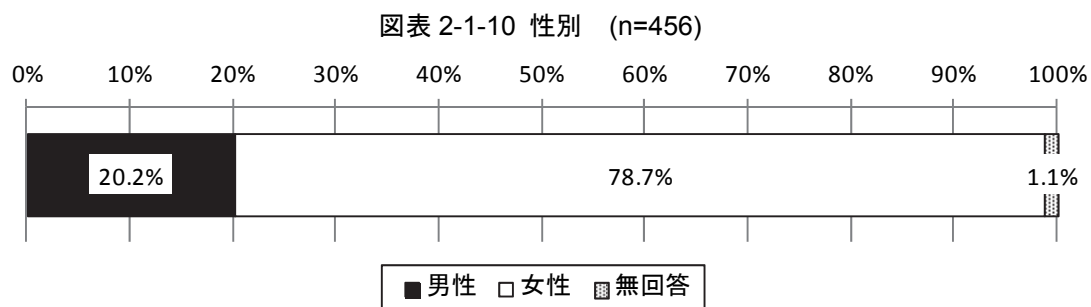
「認知症介護指導者」の場合は、指導者以外に比べて、「家族介護者」「高校生以下の児童・生徒」「一般市民」「介護施設・事業所の職員」で割合が高く、「専門学校・大学等の学生」「医療施設の職員」については、指導者以外のほうが高かった。

図表 2-1-9 (講師経験ある場合) 認知症介護指導者の有無別 認知症ケアに関する講演会の対象者 (複数回答)

| | 合計 | 家族介護者 | 高校生以下の児童・生徒 | 専門学校・大学等の学生 | 一般市民 | 介護施設・事業所の職員 | 医療施設の職員 | その他 | 無回答 |
|------------|---------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|------------|-----------|
| 全体 | 359 100.0% | 153 42.6% | 50 13.9% | 91 25.3% | 183 51.0% | 281 78.3% | 184 51.3% | 26 7.2% | 3 0.8% |
| 認知症介護指導者 | 184 100.0% | 93 50.5% | 45 24.5% | 38 20.7% | 101 54.9% | 176 95.7% | 37 20.1% | 13 7.1% | 1 0.5% |
| 認知症介護指導者以外 | 175 100.0% | 60 34.3% | 5 2.9% | 53 30.3% | 82 46.9% | 105 60.0% | 147 84.0% | 13 7.4% | 2 1.1% |

3) 性別

回答者の性別は、「男性」が 20.2%、「女性」が 78.7%だった。



4) 年齢

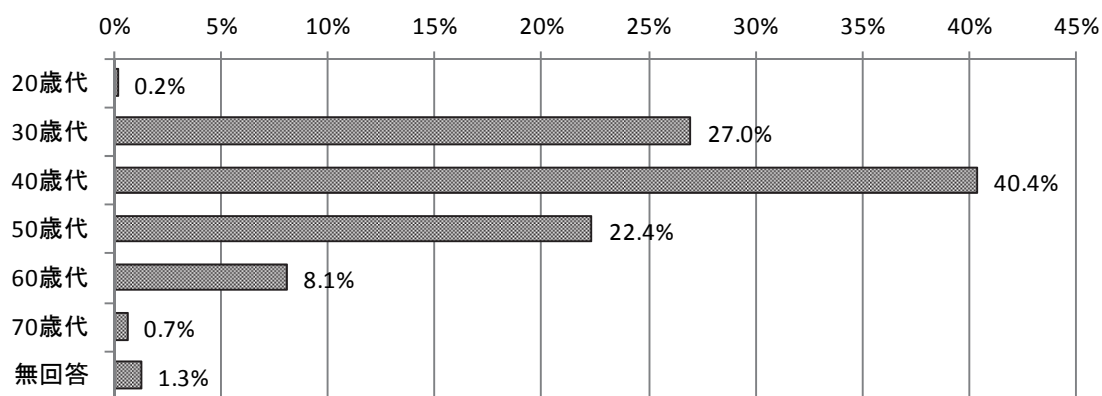
回答者の年齢は、平均値で 41.8 歳だった。

年齢階級別にみると、40 歳代が 40.4%だった。

図表 2-1-11 年齢

| | 回答件数 | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 最大値 | 最小値 |
|-------|------|------|------|------|-----|-----|
| 年齢(歳) | 450 | 41.8 | 9.5 | 40.0 | 70 | 20 |

図表 2-1-12 年齢階級 (n=456)



5) 仮想事例に対する地域の対応

ここでは、次のような軽度の認知症者（A氏）と重度の認知症者（B氏）の2つの仮想事例を提示して、地域の住民がこのような場合にどこに相談すると思うか、回答者がどのような困難を感じているか、このような高齢者の在宅認知症ケアを推進していくために日ごろ取り組んでいることをたずね、認知症高齢者をとりまく社会環境について分析することとした。

事例 A 氏：

アルツハイマー型認知症、75歳女性、自宅で一人暮らし。家族は遠方で生活している。A氏は近隣の住民に一日何回も電話をかけたり訪問したりして、「砂糖と塩を貸してください。買い忘れてしまったようです」「これからデイサービスに行くのかしら？わからないので不安になる」と話す。A氏は深夜にも電話をかけるので、近隣の住民は何とかしたいと思っている。

事例 B 氏：

アルツハイマー型認知症、75歳女性、自宅で一人暮らし。家族は遠方で生活している。近隣の住民は、排泄物などが多量に付着した衣服を着て歩きまわるB氏の姿をしばしば見かけているので、気になっている。

6) 想定する地域住民の連絡先

A氏(軽度)、B氏(重度)共に「地域包括支援センター」が最も多く、次いで、民生委員だった。

A氏では、「家族」が3番目に多いが、B氏では、「市町村等の行政職員」が多かった点に注目される。

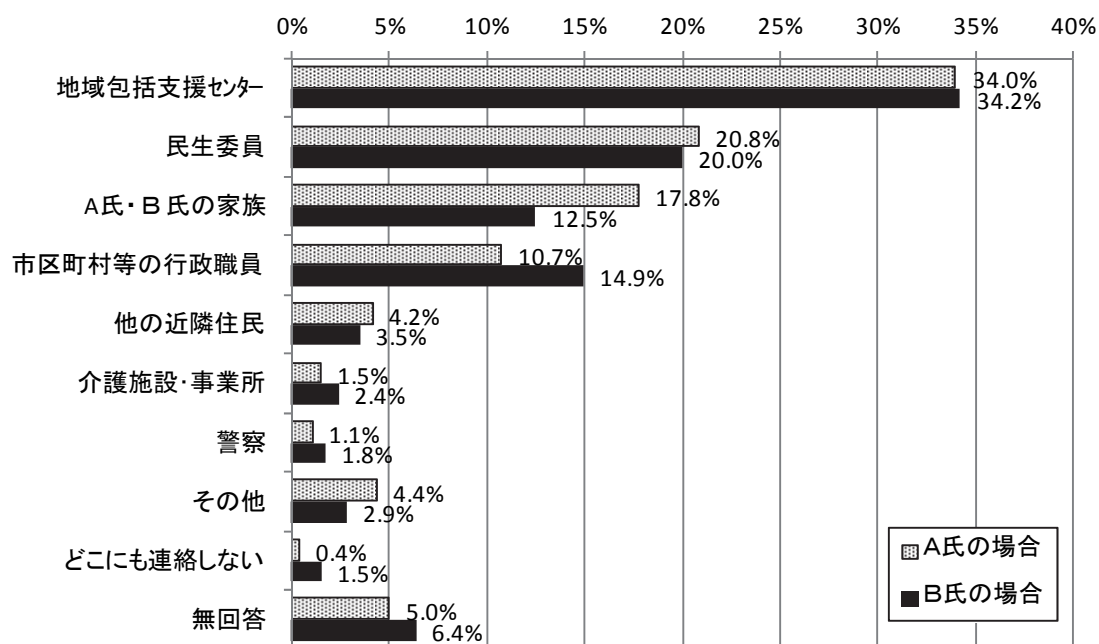
A氏の場合の連絡先別にB氏の場合の連絡先をみたところ、A氏で「家族」だった人のうち、B氏で「市町村等の行政職員」という回答は4件のみで、これは全体に対してわずか0.9%にすぎなかった。(A氏で家族を選んだうちの4.9%)

A氏で「家族」だった人で、B氏では「民生委員」「地域包括支援センター」を選んだ人が、それぞれ16件(3.5%)だった。

B氏で「市町村等の行政職員」を選んだ場合、A氏では同じく、「市町村等の行政職員」と回答した以外では、「民生委員」が9件(2.0%)、「地域包括支援センター」が7件(1.5%)だった。

A氏で「家族」と回答した回答者がB氏で「市町村等の行政職員」に回答を変更したのではなく、家族→民生委員・地域包括支援センター→行政職員という順序づけで考えられていると推察された。

図表 2-1-13 想定する地域住民の連絡先 (n=456)



図表 2-1-14 想定する地域住民の連絡先 A氏の場合別 B氏の場合

| | 合計 | B氏 の家 族 | 民生 委員 | 地域 包括 支援 センター | 介護 施設・ 事業 所 | 警察 | 市区 町村 等の 行政 職員 | 他の 近隣 住民 | どこ にも 連絡 しな い | その 他 | 無回 答 |
|--------------------|---------------|---------------|-------------|------------------------|----------------------|------------|----------------------------|----------------|---------------------------|-------------|-------------|
| 全体 | 456 100.0% | 57 12.5% | 91 20.0% | 156 34.2% | 11 2.4% | 8 1.8% | 68 14.9% | 16 3.5% | 7 1.5% | 13 2.9% | 29 6.4% |
| A氏の家 族 | 81 100.0% | 35 43.2% | 16 19.8% | 16 19.8% | 3 3.7% | 1 1.2% | 4 4.9% | 3 3.7% | 2 2.5% | 0 0.0% | 1 1.2% |
| 民生委員 | 95 100.0% | 7 7.4% | 47 49.5% | 19 20.0% | 3 3.2% | 3 3.2% | 9 9.5% | 3 3.2% | 1 1.1% | 0 0.0% | 3 3.2% |
| 地域包括 支援センタ ー | 155 100.0% | 11 7.1% | 15 9.7% | 112 72.3% | 2 1.3% | 1 0.6% | 7 4.5% | 0 0.0% | 1 0.6% | 1 0.6% | 5 3.2% |
| 介護施設・ 事業所 | 7 100.0% | 1 14.3% | 2 28.6% | 2 28.6% | 0 0.0% | 0 0.0% | 0 0.0% | 2 28.6% | 0 0.0% | 0 0.0% | 0 0.0% |
| 警察 | 5 100.0% | 1 20.0% | 1 20.0% | 0 0.0% | 0 0.0% | 1 20.0% | 1 20.0% | 1 20.0% | 0 0.0% | 0 0.0% | 0 0.0% |
| 市区町村 等の行政 職員 | 49 100.0% | 0 0.0% | 2 4.1% | 3 6.1% | 1 2.0% | 1 2.0% | 40 81.6% | 0 0.0% | 1 2.0% | 0 0.0% | 1 2.0% |
| 他の近隣 住民 | 19 100.0% | 1 5.3% | 4 21.1% | 2 10.5% | 0 0.0% | 1 5.3% | 4 21.1% | 6 31.6% | 0 0.0% | 1 5.3% | 0 0.0% |
| どこにも連 絡しない | 2 100.0% | 0 0.0% | 0 0.0% | 0 0.0% | 0 0.0% | 0 0.0% | 0 0.0% | 1 50.0% | 1 50.0% | 0 0.0% | 0 0.0% |
| その他 | 20 100.0% | 1 5.0% | 3 15.0% | 1 5.0% | 1 5.0% | 0 0.0% | 2 10.0% | 0 0.0% | 1 5.0% | 11 55.0% | 0 0.0% |
| 無回答 | 23 100.0% | 0 0.0% | 1 4.3% | 1 4.3% | 1 4.3% | 0 0.0% | 1 4.3% | 0 0.0% | 0 0.0% | 0 0.0% | 19 82.6% |

認知症介護指導者かどうか、看護職かどうかによっても、おおむね傾向に違いは認められなかった。

図表 2-1-15 認知症介護指導者の有無別 想定する地域住民の連絡先（A氏の場合）

| | 合計 | A氏の家族 | 民生委員 | 地域包括支援センター | 介護施設・事業所 | 警察 | 市区町村等の行政職員 | 他の近隣住民 | どこにも連絡しない | その他 | 無回答 |
|------------|---------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-----------|-------------|------------|-----------|------------|------------|
| 全体 | 456 100.0% | 81 17.8% | 95 20.8% | 155 34.0% | 7 1.5% | 5 1.1% | 49 10.7% | 19 4.2% | 2 0.4% | 20 4.4% | 23 5.0% |
| 認知症介護指導者 | 194 100.0% | 35 18.0% | 48 24.7% | 60 30.9% | 5 2.6% | 3 1.5% | 19 9.8% | 10 5.2% | 1 0.5% | 5 2.6% | 8 4.1% |
| 認知症介護指導者以外 | 256 100.0% | 44 17.2% | 47 18.4% | 95 37.1% | 2 0.8% | 2 0.8% | 30 11.7% | 9 3.5% | 1 0.4% | 15 5.9% | 11 4.3% |

図表 2-1-16 認知症介護指導者の有無別 想定する地域住民の連絡先（B氏の場合）

| | 合計 | B氏の家族 | 民生委員 | 地域包括支援センター | 介護施設・事業所 | 警察 | 市区町村等の行政職員 | 他の近隣住民 | どこにも連絡しない | その他 | 無回答 |
|------------|---------------|-------------|-------------|--------------|------------|-----------|-------------|------------|-----------|------------|------------|
| 全体 | 456 100.0% | 57 12.5% | 91 20.0% | 156 34.2% | 11 2.4% | 8 1.8% | 68 14.9% | 16 3.5% | 7 1.5% | 13 2.9% | 29 6.4% |
| 認知症介護指導者 | 194 100.0% | 25 12.9% | 44 22.7% | 62 32.0% | 6 3.1% | 3 1.5% | 32 16.5% | 9 4.6% | 2 1.0% | 1 0.5% | 10 5.2% |
| 認知症介護指導者以外 | 256 100.0% | 32 12.5% | 47 18.4% | 92 35.9% | 5 2.0% | 5 2.0% | 34 13.3% | 7 2.7% | 5 2.0% | 12 4.7% | 17 6.6% |

図表 2-1-17 看護職の該当別 想定する地域住民の連絡先（A氏の場合）

| | 合計 | A氏の家族 | 民生委員 | 地域包括支援センター | 介護施設・事業所 | 警察 | 市区町村等の行政職員 | 他の近隣住民 | どこにも連絡しない | その他 | 無回答 |
|-------|---------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-----------|-------------|------------|-----------|------------|------------|
| 全体 | 456 100.0% | 81 17.8% | 95 20.8% | 155 34.0% | 7 1.5% | 5 1.1% | 49 10.7% | 19 4.2% | 2 0.4% | 20 4.4% | 23 5.0% |
| 看護職 | 296 100.0% | 54 18.2% | 60 20.3% | 104 35.1% | 3 1.0% | 2 0.7% | 36 12.2% | 10 3.4% | 1 0.3% | 15 5.1% | 11 3.7% |
| 看護職以外 | 156 100.0% | 27 17.3% | 35 22.4% | 51 32.7% | 4 2.6% | 3 1.9% | 13 8.3% | 9 5.8% | 1 0.6% | 5 3.2% | 8 5.1% |

図表 2-1-18 看護職の該当別 想定する地域住民の連絡先（B氏の場合）

| | 合計 | B氏の 家族 | 民生 委員 | 地域 包括 支援セ ンター | 介護 施設・ 事業 所 | 警察 | 市区 町村 等の 行政 職員 | 他の 近隣 住民 | どこ にも 連絡 しな い | その 他 | 無回 答 |
|-------|---------------|-------------|-------------|------------------------|----------------------|-----------|----------------------------|----------------|---------------------------|------------|------------|
| 全体 | 456 100.0% | 57 12.5% | 91 20.0% | 156 34.2% | 11 2.4% | 8 1.8% | 68 14.9% | 16 3.5% | 7 1.5% | 13 2.9% | 29 6.4% |
| 看護職 | 296 100.0% | 40 13.5% | 56 18.9% | 100 33.8% | 7 2.4% | 6 2.0% | 43 14.5% | 9 3.0% | 5 1.7% | 12 4.1% | 18 6.1% |
| 看護職以外 | 156 100.0% | 17 10.9% | 35 22.4% | 55 35.3% | 4 2.6% | 2 1.3% | 24 15.4% | 7 4.5% | 2 1.3% | 1 0.6% | 9 5.8% |

7) 在宅認知症ケア実践の上で感じている困難

各事例について、このような高齢者の在宅認知症ケアを実践していくうえで、どのようなことに困難を感じているかをたずねたところ、事例A氏については 402 件、事例B氏については 352 件の回答が得られた。

事例A氏については、主に、次のような意見が挙げられた。

- A氏の不安感の軽減、Aの意思尊重、A氏の安全確保、火気の始末などのリスク回避、権利擁護
- 本人の病識がないこと。時間がわからないこと。自分（回答者）の言葉を忘れてしまうこと
- 独居のため情報を得にくい、家族から情報を得ることも難しい。
- キーパーソンの確保、遠方の家族に状況を理解してもらうこと
- 近隣住民の理解、協力・支援、近隣とのトラブルへの対応
- かかりつけ医の協力が得られにくい
- 認知症専門医への受診につなげにくい
- 24 時間のサービスを組み立てること、24 時間の見守りが必要にもかかわらず訪問の関わりが基本となること、24 時間関わるのが難しい
- 適時の対応
- 自分（回答者）自身を受け入れて、コミュニケーションをとってもらえるか。
- 多職種の関わり、支援、連携
- 相談窓口のしきいが高い
- 地域包括支援センターがあまり知られていないこと
- 民生委員や、市、行政職員があまり協力的でないこと
- 公的サービスの利用のこと（手続きや連携）
- サービスを利用することになった場合の金銭管理について

- 1人暮らしの高齢者の認知症の早期発見
- マンパワーの不足
- 在宅での生活の限界の見極めが難しい。施設入所や入院へ、という方向になりがちなこと
- 認知症に関する情報不足、偏見

事例B氏については、家族との関係や地域住民の理解等、A氏の場合とほぼ同様であるが、加えて以下のような点が挙げられた。

- 清潔ケアに拒否になることもあり、ケアがなかなかできないことがある。
- 住民が汚いものと見てしまう等、本人の尊厳が対外的に損なわれてしまうこと
- 在宅限界の見極め
- 本人の早急な保護施設が見つからない（いったんの緊急避難場所）

8) 在宅認知症ケア推進のために日ごろ取り組んでいること

さらに、各事例のような高齢者の在宅認知症ケアを推進していくために、日ごろ取り組んでいることについて、たずねたところ、事例A氏では337件、事例B氏では260件の回答が得られた。

事例A氏についての主な内容としては、以下のような項目が挙げられた。

- 講義で伝える
- 住民対象の会食会、地域のサロン活動、各種勉強会、認知症サポーター養成講座・キャラバンメイトの活動等
- 中学生のボランティア学習の受け入れ、小中学生対象の取り組み
- 地域の高齢者の理解、連携
- 近所の人への挨拶、情報提供
- 退院支援のカンファレンスを行っている。
- 事業所内での勉強会、ケアカンファレンス
- ご本人からの理解
- 家族との連携
- 徘徊ネットワークへの登録
- 地域包括支援センターとの連携
- 医療、介護関係の機関、職員、ケアマネジャーとの連携

事例B氏については、A氏の場合とほぼ同様であったが、加えて、B氏に関わる際の注意点に関する具体の意見、特に、より自尊心に配慮した対応の心がけについて挙げられており、具体的には、以下のような記入があった。

- ・（汚染あっても）嫌なものとしてみないようにすること、他者がいる所では話さないことの2点に気をつけている。
- ・75歳の女性も「排泄物が付いている」と言われる事で自尊心も傷つくと考えられるので、まず、B氏を尊重してかわり、近隣の住民から否定的に捉われないようにかかわれるように努力したい。
- ・パーソンセンタードケア／等

困難として事例ごとに出された内容全体を整理してみると、以下のような事柄が言える。

【事例A氏】

事例A氏は、FAST stage 3（参考資料1）に相当するアルツハイマー型認知症で独居の女性である。対象者456人がA氏のような高齢者の在宅認知症ケアを実践していく上でどのようなことに困難を感じているかについては、主に以下に示したように＜認知症者とかかわる際の困難＞＜リスク回避の困難＞＜認知症者の尊厳保持の困難＞＜支援に必要な情報に関する困難＞＜相談窓口の機能に関する困難＞＜ケアマネジメントに関する困難＞＜認知症の治療に関する困難＞＜地域住民の理解に関する困難＞＜地域の関係者との連携に関する困難＞の9つのグループに集約された。いずれも認知機能の低下が軽度である事例A氏に対する在宅支援体制を構築する上での困難であった、特に、事例A氏では夜間の見守り等が重要であると考えられており、しかし事例A氏は近隣住民とのトラブルが起りやく近隣との対応が困難であること、現在の介護保険サービスでは24時間対応できる体制にはないため、支援が困難であることが明らかになった。一人暮らしであるが故の情報収集の困難も挙げられていた。

さらに困難について、看護職296人とそれ以外の職員156人でどのような違いがあるかを分析したところ、看護職では家族の理解・協力や地域の関係者との連携に困難を感じているものが多かった。

＜認知症者へかかわる際の困難＞

- ・病識がないこと
- ・認知症者が支援の必要性を感じて、支援者とコミュニケーションをとることが困難
- ・不安の軽減が困難

＜リスク回避の困難＞

- ・火気の始末ができない、事故などのリスク回避が困難

＜認知症者の尊厳保持の困難＞

- ・意思の尊重と権利擁護が困難

<支援に必要な情報に関する困難>

- ・独居のため認知症者についての情報を得ることが困難
- ・遠方の家族から情報を得ることが困難
- ・遠方の家族に認知症者の状況を理解してもらうことが困難
- ・キーパーソンの選定・確保が困難

<相談窓口の機能に関する困難>

- ・相談窓口の敷居が高いので、相談窓口に家族が相談に訪れることが難しい
- ・地域包括支援センターがあまり知られていないので、相談窓口として機能しにくい

<ケアマネジメントに関する困難>

- ・公的サービスにつなげることが困難
- ・24時間のサービスを組み立てることが困難
- ・24時間、必要適時の対応をすることが困難
- ・在宅生活の限界の見極めが困難
- ・一人暮らしの認知症高齢者の早期発見が困難

<認知症の治療に関する困難>

- ・かかりつけ医の協力を得ることが困難
- ・認知症の専門医の受診へとつなげにくいことが困難

<地域住民の理解に関する困難>

- ・近隣住民の理解、協力、支援が得られにくいことが困難
- ・認知症者と近隣住民がトラブルを起こしてしまい、そのトラブルへの対応が困難

<地域の関係者との連携に関する困難>

- ・民生委員、行政職員があまり協力的でないことが困難
- ・関係者が一人暮らし継続の可能性を十分に検討せず、施設入所や入院の方向で進めることが困難

また、事例 A 氏のような高齢者の在宅認知症ケアを推進していくために、対象者が日ごろ取り組んでいることについての回答を整理した結果、以下の<住民対象の講義で認知症の理解を促す><小中学生に認知症の理解を促す><所属する事業所内で勉強会を開催する><ケアを検討する><近隣住民との信頼関係を築く><今後必要となるサービスを紹介する><関係者間で連携する>の7つの取り組みに集約された。

住民とのトラブル防止や解決には、近隣住民、地域住民の認知症理解が不可欠である

ことから、認知症サポーター養成講座などでの認知症理解の促進という取り組みが精力的に行われていた。

<住民対象の講義で認知症の理解を促す>

- ・住民対象の会食会で伝える
- ・地域のサロン活動で伝える
- ・各種勉強会で伝える
- ・認知症サポーター養成講座で伝える
- ・キャラバンメイトの活動の中で伝える

<小中学生に認知症の理解を促す>

- ・中学生のボランティア学習を受け入れる
- ・小中学生対象に伝える

<所属する事業所内で勉強会を開催する>

- ・事業所内で勉強会を開催する

<ケアを検討する>

- ・事業所内でケアカンファレンスを持つ
- ・退院支援のカンファレンスを行う

<近隣住民との信頼関係を築く>

- ・近所の人へ挨拶する
- ・近所の人へ認知症ケアについて情報提供する

<今後必要となるサービスを紹介する>

- ・徘徊ネットワークへの登録を勧める

<関係者間で連携する>

- ・医療・介護関係機関や職員と連携する
- ・ケアマネジャーと連携する
- ・地域包括支援センターと連携する
- ・家族と連携する
- ・民生委員と連携する

さらに取り組みについて、看護職とそれ以外の職員でどのような違いがあるかを分析

したところ、看護職では認知症の理解を促すものやケアマネジャーとの連携についてが多く挙げられていた。一方の看護職以外では、認知症サポーター養成講座で認知症の理解を促すことや民生委員との連携について多く挙げられた。

【事例B氏】

事例 B 氏は、FAST stage 7（参考資料 1）に相当するアルツハイマー型認知症で独居の女性である。対象者 456 人が B 氏のような高齢者の在宅認知症ケアを実践していく上でどのようなことに困難を感じているかについては、主に以下に示したように〈認知症者とかかわる際の困難〉〈リスク回避の困難〉〈認知症者の尊厳保持の困難〉〈支援に必要な情報に関する困難〉〈相談窓口の機能に関する困難〉〈緊急避難場所の確保の困難〉〈ケアマネジメントに関する困難〉〈認知症の治療に関する困難〉〈地域の関係者との連携に関する困難〉の 9 つのグループに集約された。これらは〈緊急避難場所の確保の困難〉以外は事例 A 氏と同様な困難であった。しかし、〈認知症者へかかわる際の困難〉では、清潔ケアへの拒否によって事例 B 氏をケアすることができない困難が挙げられ、〈認知症者の尊厳保持の困難〉においても、住民が認知症者を汚いと捉え、認知症者の尊厳が損なわれてしまうことが困難であると述べられていたことから、排泄機能の低下と人間の尊厳保持が密接に関係して捉えられていることが明らかになった。さらに、排泄物で汚染した衣服を着て歩きまわる事例 B 氏が清潔さを取り戻し人間としての尊厳を回復するためにも緊急かつ一時的にケアを行う施設が必要となるが、そのための施設をタイミングよく確保できないという困難も挙げられた。

さらに困難について、看護職 296 人とそれ以外の職員 156 人でどのような違いがあるかを分析したところ、看護職では家族の理解・協力について困難やかかわり・介入に困難を感じているものが多かった。

〈認知症者へかかわる際の困難〉

- ・病識がないこと
- ・認知症者が支援の必要性を感じて、支援者とコミュニケーションをとることが困難
- ・不安の軽減が困難
- ・清潔ケアへの拒否によってケアすることができないことが困難

〈リスク回避の困難〉

- ・火気の始末ができない、事故などのリスク回避が困難

〈認知症者の尊厳保持の困難〉

- ・意思の尊重と権利擁護が困難
- ・住民が認知症者を汚いと捉え、認知症者の尊厳が損なわれてしまうことが困難

<支援に必要な情報に関する困難>

- ・独居のため認知症者についての情報を得ることが困難
- ・遠方の家族から情報を得ることが困難
- ・遠方の家族に認知症者の状況を理解してもらうことが困難
- ・キーパーソンの選定・確保が困難

<相談窓口の機能に関する困難>

- ・相談窓口の敷居が高いので、相談窓口に家族が相談に訪れることが難しい
- ・地域包括支援センターがあまり知られていないので、相談窓口として機能しにくい

<緊急避難場所の確保の困難>

- ・認知症者を保護する施設、緊急避難場所を早急に確保することが困難

<ケアマネジメントに関する困難>

- ・公的サービスにつなげることが困難
- ・24時間のサービスを組み立てることが困難
- ・24時間、必要適時の対応をすることが困難
- ・在宅生活の限界の見極めが困難
- ・一人暮らしの認知症高齢者の早期発見が困難

<認知症の治療に関する困難>

- ・かかりつけ医の協力を得ることが困難
- ・認知症の専門医の受診へとつなげにくいことが困難

<地域の関係者との連携に関する困難>

- ・民生委員、行政職員があまり協力的でないことが困難
- ・関係者が一人暮らし継続の可能性を十分に検討せず、施設入所や入院の方向で進めることが困難

また、事例 B 氏のような高齢者の在宅認知症ケアを推進していくために、対象者が日ごろ取り組んでいることについては、<意思を尊重しながら尊厳を保持できるよう清潔ケアを行う><住民対象の講義で認知症の理解を促す><小中学生に認知症の理解を促す><所属する事業所内で勉強会を開催する><ケアを検討する><近隣住民との信頼関係を築く><今後必要となるサービスを紹介する><関係者間で連携する>の8つの取り組みに集約された。取り組みについても、困難を踏まえて事例 B 氏の意

思を尊重しながら尊厳を保持できるよう清潔ケアを丁寧に行うということが特徴的に挙げられていた。

さらに取り組みについて、看護職とそれ以外の職員でどのような違いがあるかを分析したところ、看護職ではケアマネジャーとの連携について多く挙げられていた。看護職以外では、認知症サポーター養成講座での認知症の理解の促進や見守り、民生委員との連携について顕著に挙げられていた。

<意思を尊重しながら尊厳を保持できるよう清潔ケアを行う>

- ・他者がいる場所を避けて清潔ケアを行う
- ・排便コントロールで訪問看護の導入などを検討する
- ・衣類の汚染をどのように捉えているのか本人に尋ねる
- ・排泄コントロールを行う

<住民対象の講義で認知症の理解を促す>

- ・住民対象の会食会で伝える
- ・地域のサロン活動で伝える
- ・各種勉強会で伝える
- ・認知症サポーター養成講座で伝える
- ・キャラバンメイトの活動の中で伝える

<小中学生に認知症の理解を促す>

- ・中学生のボランティア学習を受け入れる
- ・小中学生対象に伝える

<所属する事業所内で勉強会を開催する>

- ・事業所内で勉強会を開催する

<ケアを検討する>

- ・事業所内でケアカンファレンスを持つ
- ・退院支援のカンファレンスを行う

<近隣住民との信頼関係を築く>

- ・近所の人へ挨拶する
- ・近所の人へ認知症ケアについて情報提供する

＜今後必要となるサービスを紹介する＞

- ・徘徊ネットワークへの登録を勧める

＜関係者間で連携する＞

- ・医療・介護関係機関や職員と連携する
- ・ケアマネジャーと連携する
- ・地域包括支援センターと連携する
- ・家族と連携する
- ・民生委員と連携する

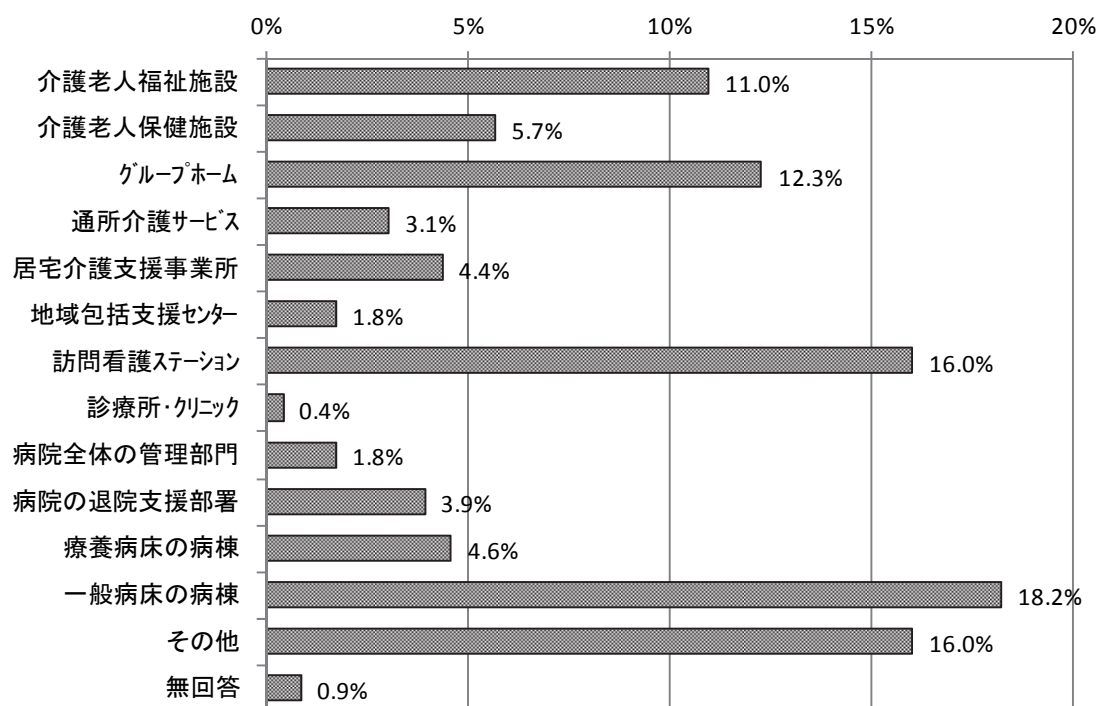
9) 回答者の所属や在宅認知症者とのかかわり

ここでは、回答者の所属や在宅の認知症者とのかかわりについて把握した。

(1) 回答者の所属施設・部署

回答者の所属施設・部署は、「一般病床の病棟」が 18.2%で最も多く、次いで、「訪問看護ステーション」が 16.0%だった。

図表 2-1-19 回答者の所属施設・部署 (n=456)



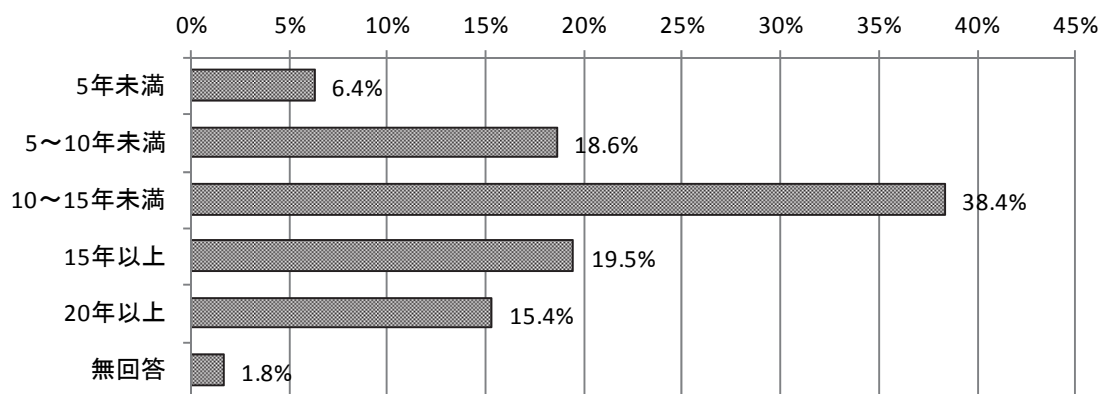
(2) 回答者の認知症ケアの経験年数

回答者の認知症ケアの経験年数は、平均 12.6 年だった。「10～15 年未満」が 38.4% だった。

図表 2-1-20 認知症ケアの経験年数

| | 回答件数 | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 最大値 | 最小値 |
|---------------|------|------|------|------|------|-----|
| 認知症ケアの経験年数(年) | 448 | 12.6 | 5.9 | 11.0 | 35.0 | 0.1 |

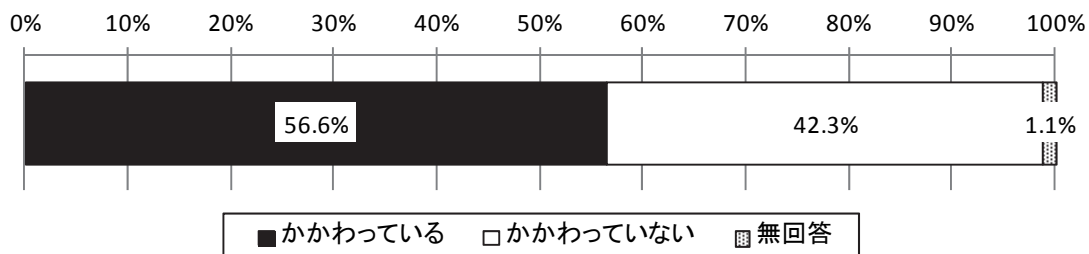
図表 2-1-21 認知症ケアの経験年数 (n=456)



(3) 在宅認知症者とのかかわり方

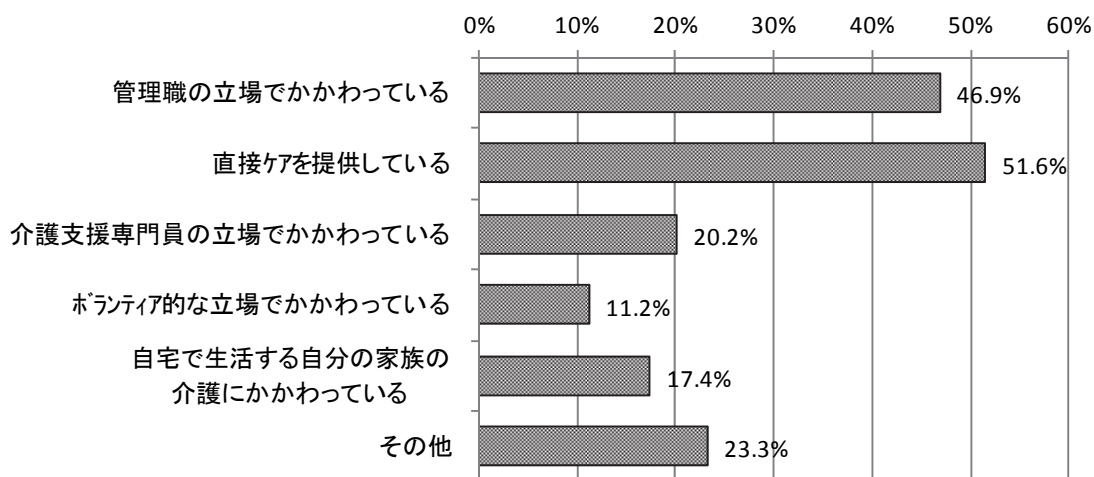
在宅認知症とのかかわりの有無について「かかわっている」が 56.6%、「かかわっていない」が 42.3% だった。

図表 2-1-22 在宅認知症者とのかかわりの有無 (n=456)



在宅認知症者にかかわっている人 258 人に対して、在宅認知症者とのかかわり方をたずねた。「直接ケアを提供している」が 51.6%、「管理職の立場でかかわっている」が 46.9%だった。

図表 2-1-23 在宅認知症者とのかかわり方 (複数回答) (n=258)

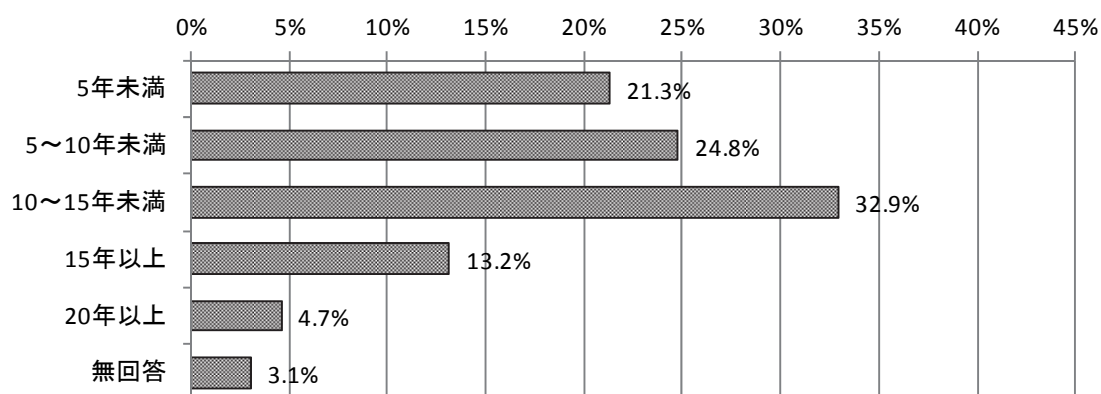


在宅認知症者にかかわってきた年数は、平均値で 9.2 年、5 年きざみのカテゴリで見ると、10～15 年未満が 32.9%と最も多かった。

図表 2-1-24 在宅認知症者にかかわってきた年数

| | 回答件数 | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 最大値 | 最小値 |
|---------------------|------|-----|------|------|------|-----|
| 在宅認知症者にかかわってきた年数(年) | 250 | 9.2 | 5.5 | 10.0 | 35.0 | 0.1 |

図表 2-1-25 在宅認知症者にかかわってきた年数 (n=258)



(4) 所属施設・部署の利用者・患者数

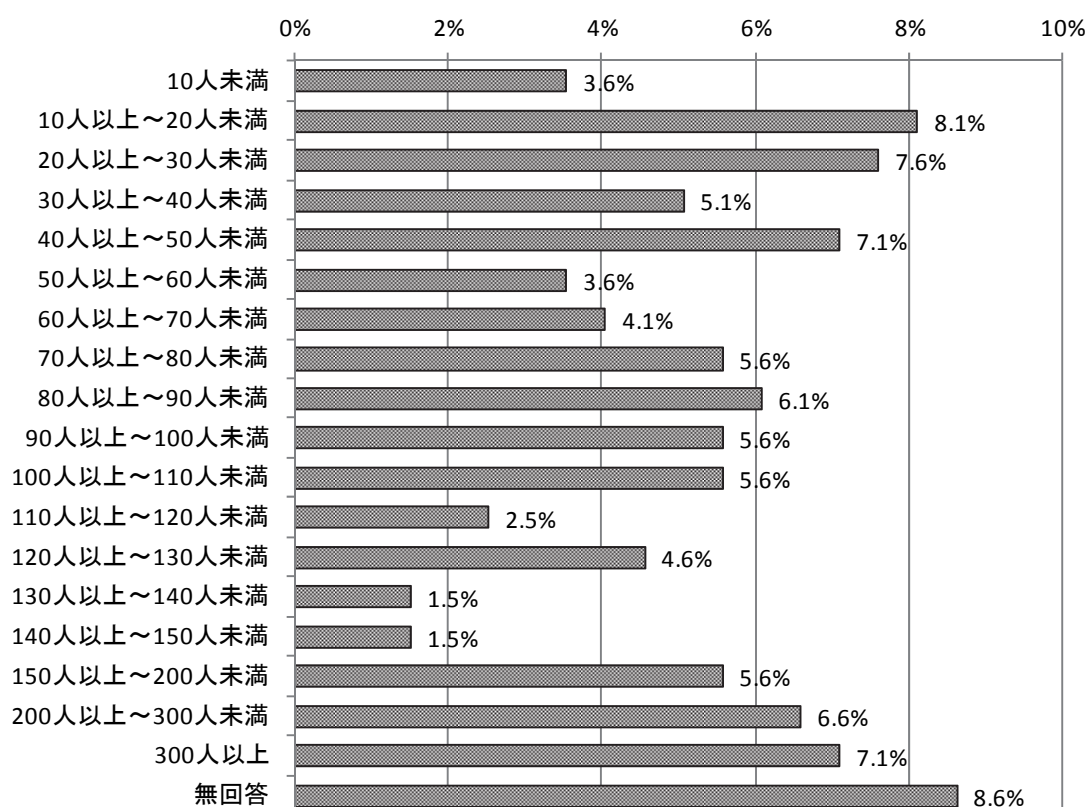
回答者の所属施設・部署の利用者・患者数は、平均値で 131.1 人、うち認知症の利用者・患者数は平均値で 79.5 人、うち、在宅認知症者数は 38.1 人、うち前頭側頭型認知症者数は 2.3 人だった。

前頭側頭型認知症者数については「0 人」が 43.1% だった。

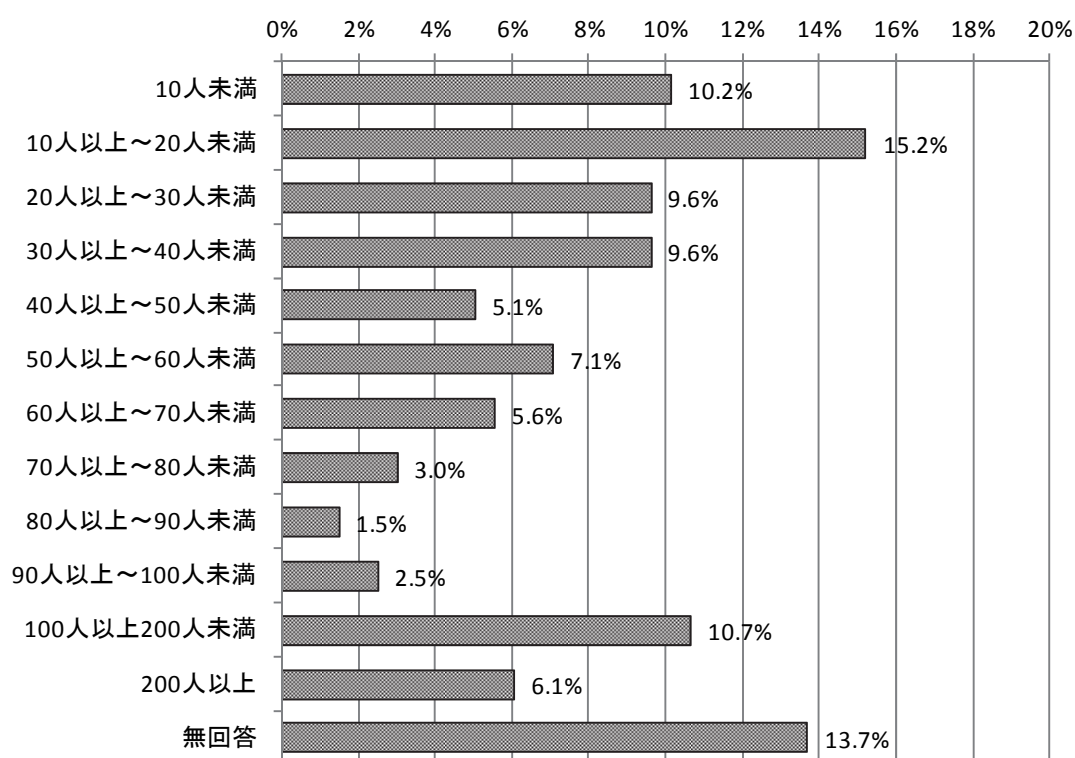
図表 2-1-26 所属施設・部署の利用者・患者の人数

| | 回答 件数 | 平均値 | 標準 偏差 | 中央値 | 最大値 | 最小値 |
|--------------------|----------|-------|----------|------|-------|-----|
| 所属施設・部署の利用者・患者数(人) | 180 | 131.1 | 229.3 | 80.0 | 2,230 | 2 |
| うち、認知症の利用者・患者数(人) | 170 | 79.5 | 190.7 | 35.5 | 2,137 | 1 |
| うち、在宅認知症者数(人) | 164 | 38.1 | 49.5 | 20.0 | 300 | 0 |
| うち、前頭側頭型認知症者数(人) | 141 | 2.3 | 9.2 | 0.0 | 80 | 0 |

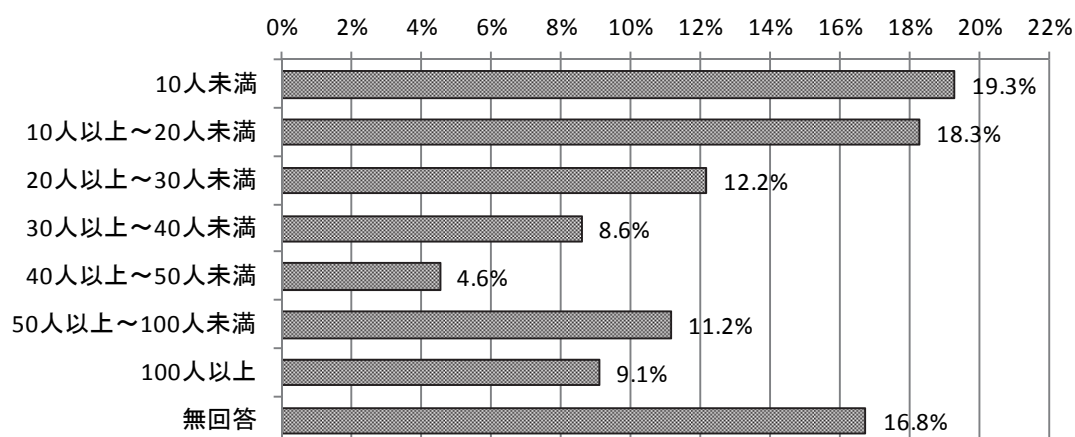
図表 2-1-27 所属施設・部署の利用者・患者数 (n=197)



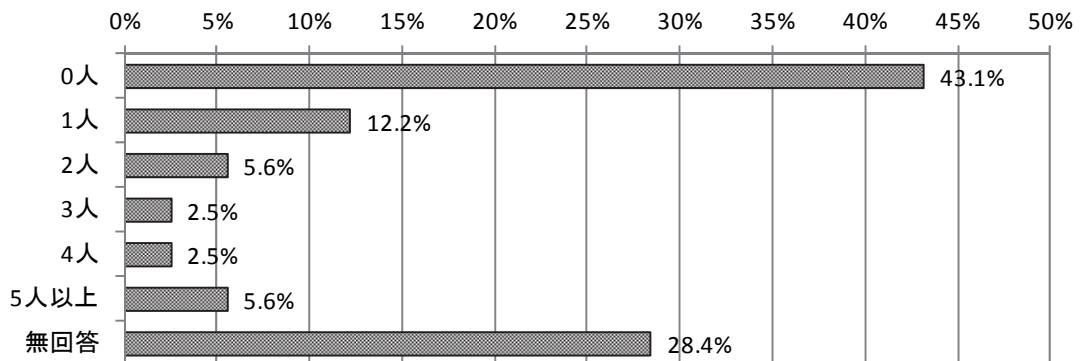
図表 2-1-28 所属施設・部署の利用者・患者のうち認知症者 (n=197)



図表 2-1-29 所属施設・部署の利用者・患者のうち在宅認知症者 (n=197)



図表 2-1-30 所属施設・部署の利用者・患者のうち、在宅の前頭側頭型認知症者 (n=197)



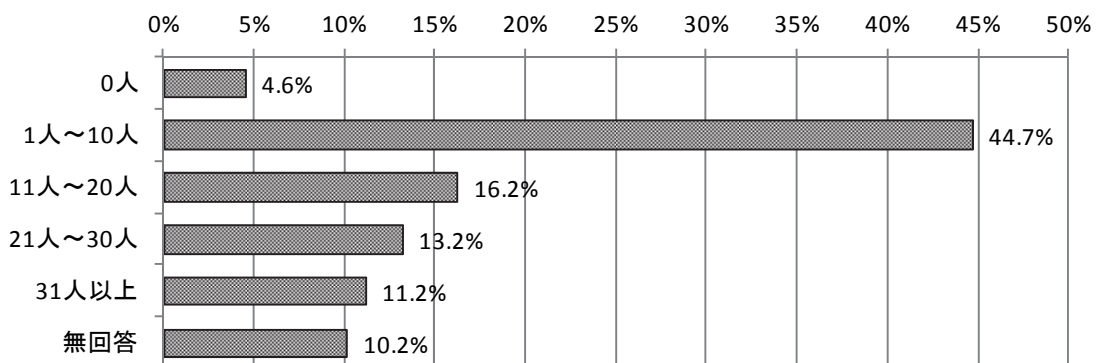
(5) 直接ケアをしたり、相談を受けた在宅認知症者の人数 (過去6か月間)

過去6か月間で、直接ケアをしたり、相談を受けた在宅認知症者数は平均値で 18.2人、中央値で 10.0人だった。「1人～10人」が 44.7%だった。

図表 2-1-31 過去6か月間に直接ケアをしたり相談を受けた認知症者の人数

| | 回答 件数 | 平均値 | 標準 偏差 | 中央値 | 最大値 | 最小値 |
|-------------------------------------|----------|------|----------|------|-----|-----|
| 過去6か月間に直接ケアをしたり、 相談を受けた在宅認知症者(人) | 177 | 18.2 | 24.3 | 10.0 | 190 | 0 |

図表 2-1-32 過去6か月間に直接ケアをしたり相談を受けた認知症者の人数(n=197)



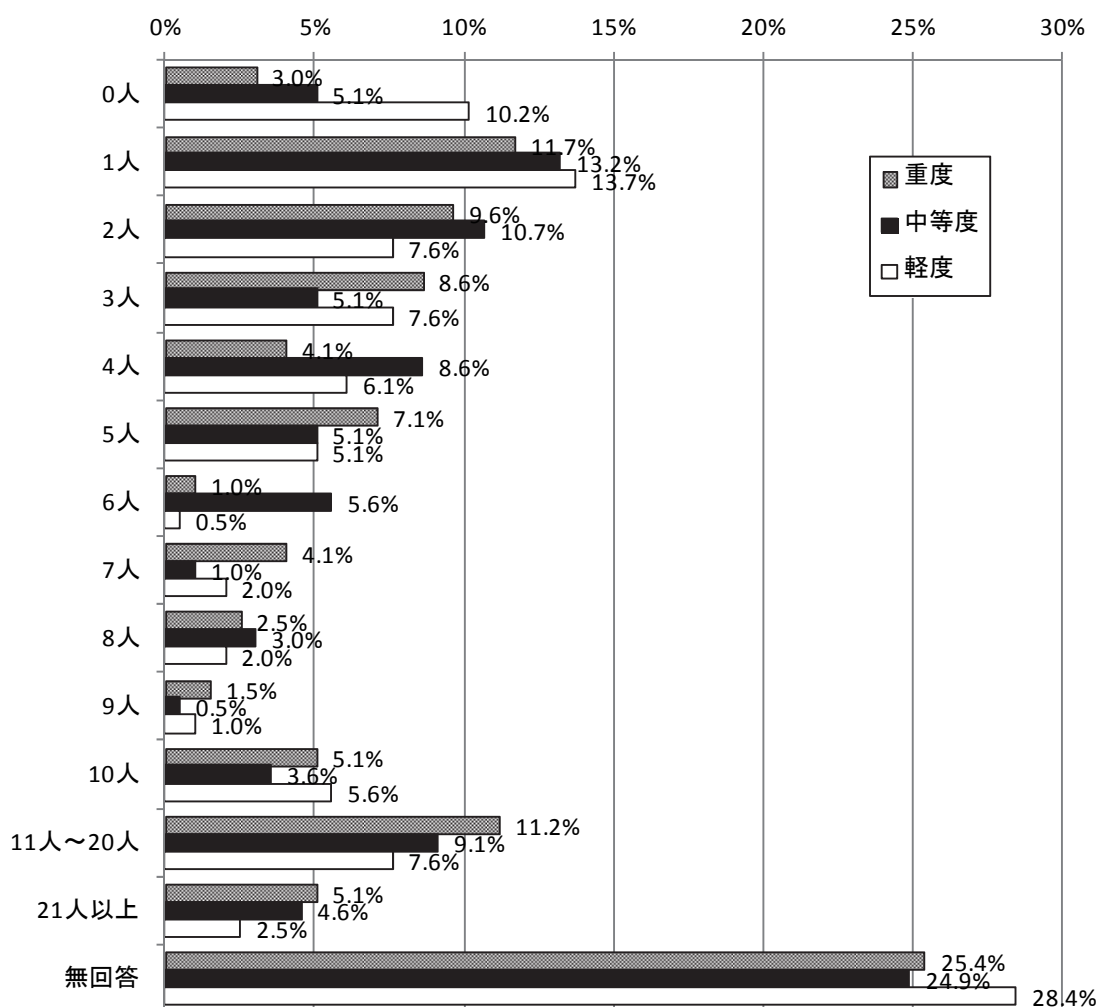
(6) 在宅認知症者の認知機能低下のレベル（過去6か月間）

過去6か月間に、直接かかわった在宅認知者について、認知機能低下のレベル別人数をたずねたところ、軽度が平均値で5.9人、中等度が7.5人、重度が8.8人だった。

図表 2-1-33 過去6か月間に直接かかわった在宅認知症者の認知機能低下のレベル

| | 回答件数 | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 最大値 | 最小値 |
|-------------------|------|-----|------|-----|-----|-----|
| 軽度(FAST2・3) (人) | 141 | 5.9 | 8.2 | 3.0 | 60 | 0 |
| 中等度(FAST4) (人) | 148 | 7.5 | 11.7 | 4.0 | 90 | 0 |
| 重度(FAST5・6・7) (人) | 147 | 8.8 | 13.8 | 5.0 | 100 | 0 |

図表 2-1-34 過去6か月間に直接かかわった在宅認知症者の認知機能低下のレベル(n=197)



第2節 在宅認知症者の生活障害と効果的なケアの具体例（アンケート結果より）

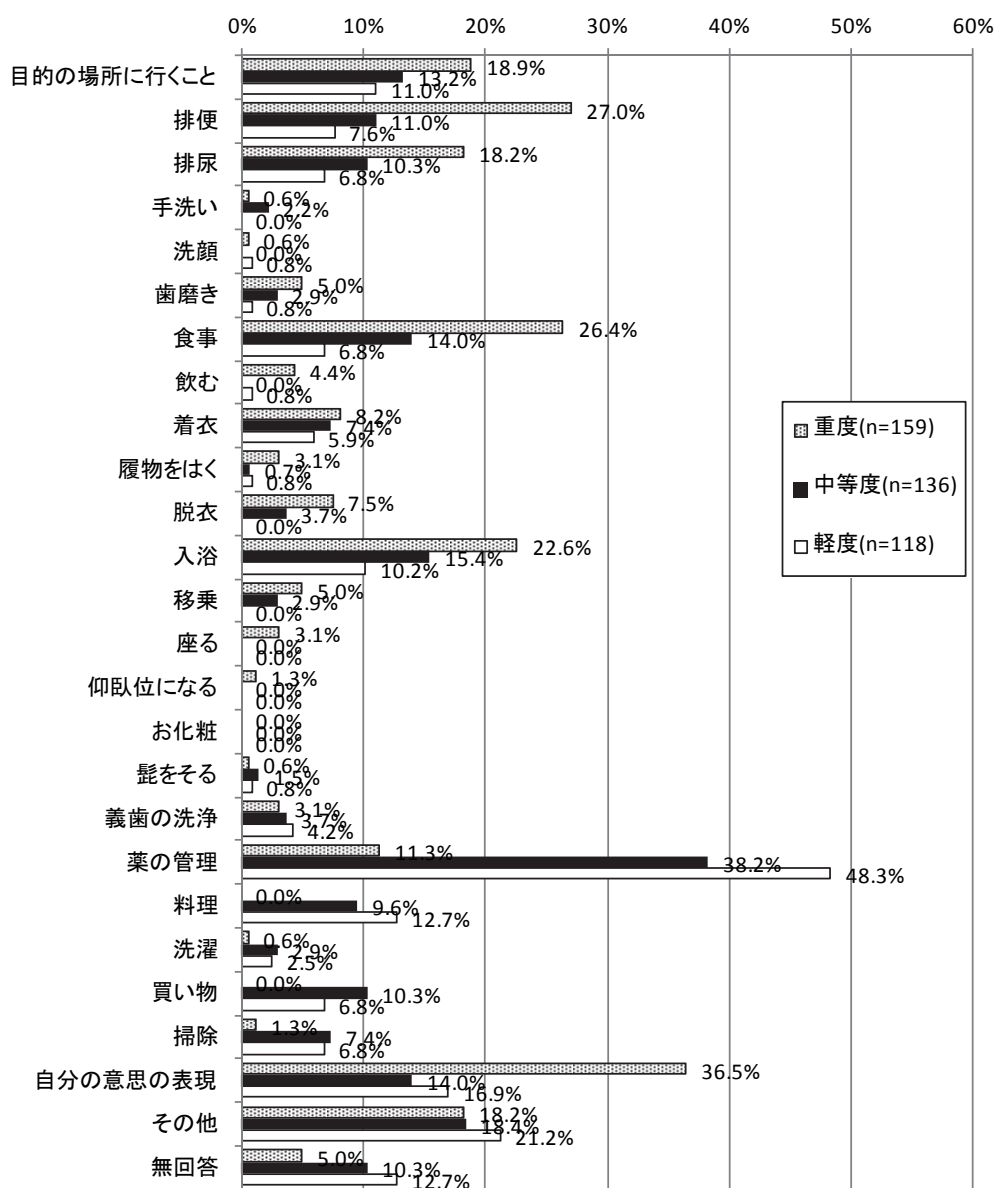
アンケートでは、回答者が関わった在宅認知症者を、重度・中等度・軽度それぞれについて1名想起し、その人の認知症の状態とケアについて記述の回答を得た。その回答を分析して整理した結果を以下に提示する。

1. 認知症者にとって最も困難であった生活行為

選択した各ステージごとの認知症者にとって、最も困難であった生活行為を3つまで選んでもらった。その結果、重度では「自分の意思の表現」が36.5%で最も多く、次いで、「排便」27.0%、「食事」26.4%、「入浴」22.6%と、非常に基本的な生活にかかわることだった。

中等度、軽度では、いずれも「薬の管理」が最も高く、それぞれ38.2%、48.3%だった。

図表 2-2-1 認知症者にとって最も困難であった生活行為（3つまで）



※項目数としては、重度は 356 件、中等度は 258 件、軽度は 203 件の回答があった。

2. 生活行為ごとの障がいの具体的な状態と効果的だったケア

次に、生活行為ごとに、「その生活行為の障がいの具体的な状態」「効果的だったケア」「ケアに対する認知症者の反応」を整理し、効果的なケアの具体をレベル別にまとめた。なお、生活行為1～24の定義は、以下の①～④のとおりである。この定義は、先行研究（諏訪，朝田ら2013）で用いられた定義を簡便化して、本調査で用いたものである。

① 目的の場所に行くこと

視覚機能によって得た情報から自分のいる場所の見当・目的の場所の方向・距離の目安をつけて、適切な移動手段（歩く、車いすを利用する）を選択して目的の場所に行くこと

② 排便

便意があり、それがわかる。トイレに行き、衣類を下げ、適切に便器を扱い、便を排泄し、紙で拭いてそれを流すなどの後始末が行え、衣類を身に着けること

③ 排尿

尿意があり、それがわかる。トイレに行き、便器を適切に扱い、便器と適切な距離や位置を保ちながら便器に向かう。衣類を下ろす、動かずに排尿し、紙で拭いてそれを流すなどの後始末が行え、衣類を身に着けること

④ 手洗い

水道栓を回す。手を水流の下に位置させ、石鹸をつけ泡立てて洗う、蛇口の下に手を出し、全体を洗い流し、手をふくこと

⑤ 洗顔

洗面所に行き、適切な位置に立つ。水道栓を回し、両手を付けて局面をつくり水を受け、掌で顔面を受け、全体を洗う、タオルなどで顔を拭き、手も拭けること

⑥ 歯磨き

洗面所に行き、適切な位置に立つ。歯ブラシを取り出し、適量のペーストを歯ブラシにつけ、歯を磨く。ゆすぎの水を用意して口をゆすぎ、歯ブラシを片づけること

⑦ 食事

食事の場に行き、適切な位置に座る。食物を認識し、箸などを使い皿の上の食べ物をつかみ、口まで運び、咀嚼、嚥下ができること。また手を使わない食べ方や手づかみなどしない

⑧ 飲む

飲みものを認識し、適切な位置に行き、容器を口に運び、口を開けて飲み物を口に含み、飲み込むこと。温度や香り・味の判断も行う

⑨ 着衣

衣類が置かれた場所へ移動し、身に着ける衣類（時間、場所、季節にふさわしいもの）を選択し、タンスなどから取り出す。用意したものを順番や、前後、表裏などの個々のパーツを認識し、着衣動作（かぶる、履くなど）が適切に行えること

⑩ 履物をはく

靴の中に足を入れ、履物に固定できること

⑪ 脱衣

上の衣類から順に脱ぎ、適切な場所に置くこと

⑫ 入浴

適切な温度であることを確認し、浴槽に入り、お湯につかったあとに浴槽から出ることができる。洗体の用意（タオルやスポンジ、石鹸などを用意）、全身の洗体、頭髪全体の洗髪ができ、タオルで体の水分をふき取ること

⑬ 移乗

これから移動することを認識できる。距離や位置・方向を判断して、移動する際の動作を行うこと

⑭ 座る

体とイスの位置関係を認識し座ることができる（おしりの位置、体幹の位置、上下肢の位置が正しく、ねじれや向きが適切）

⑮ 仰臥位になる

ベッドや布団で寝るために横になることができる。頭部・体幹・上下肢の位置関係が適切になっている

⑩ お化粧

鏡の前など適切な位置に移動し、クシやブラシを認識し、髪を整える。化粧の順番通りに化粧品を手やパフに適量取り出す。化粧を顔に施せること

⑪ 髭をそる

鏡の前に移動し、髭剃りを認識し、髭剃り本体をだし、正しく持って、刃物を頬や顎に置き、そることができる。万遍なく剃れているかを確認すること。髭剃りに数時間費やすなどということはみられない

⑫ 義歯の洗浄

食後に義歯を磨き、口をゆすぐ。就寝前には義歯を外し、洗浄後ケースに入れることができること。義歯を外すことを拒否したり、義歯洗浄ブラシで髪をとかすことはない

⑬ 薬の管理

薬を認識できる。適切な時間に、適切な種類、量、服用・使用方法で薬を内服・使用できる

⑭ 料理

食材を認識し、適切な順序で調理できる。電子レンジなどの調理機材を的確に使用することができる。同じものばかり作る、1種類の食材のみで料理をするということとはみられない

⑮ 洗濯

洗濯機を認識し、汚れたものと綺麗なものを識別して、適切な量の洗剤を入れて洗濯することができる。また、洗濯後に適切な場所に干し、乾いたことを確認して取り込めること

⑯ 買い物

スーパーなどに行き、買い物かごを使い、必要なものをかごに入れ、レジに進むという順序が認識できる。支払の際はお金を認識し、必要なお金を用意できること。同じものを大量に買い込む、必要なものがわからなくなるなどということとはみられない

㉓ 掃除

部屋をきれいにすると認識する。ゴミの日にゴミ回収所に分別してゴミをもっていくことができる。掃除機を認識し、使用できる。また拭き掃除、掃き掃除が適切に実施できること。自宅に不必要なものやゴミなどが散乱し、生活スペースが確保できないなどということがない

㉔ 自分の意思の表現

自分の思っていることを言語・非言語的に表現できること。思いが伝えられず大声を出したり、興奮する、閉眼して仮面用の表情になることがない

1) 軽度認知症者の生活行為の障がいの具体と効果的ケア

○目的の場所に行くことの障がい

ここでは、夜中に起きてトイレに行くとき次に行く場所がわからない、外出すると家へ帰れない時がある、などの具体がみられた。これに対し、目印となるように、床に蛍光色のビニールテープで印をつけた、いつ、どこへ行くか息子に連絡してから出掛けるよう、本人、息子へアドバイスしたなどの関わりがみられた。

図表 2-2-2 生活行為 1(軽度):目的の場所に行くことの具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|-----------------------------|--|--|
| 新しいところに行けない | 家族やホームヘルパーと同行する | 誰かと一緒だと安心して行けた |
| 部屋がわからない | 案内する | 「安心して部屋に行ける」と安心された |
| 夜中に起きてトイレに行くとき、次に行く場所がわからない | 目印となるように、床に蛍光色のビニールテープで印をつけた | テープをたどり、ベッドまで戻ることができた |
| どちらの方向に行くのかが分からなくなる | 方向を指し示す | 「ああそうそう」と何事もなかったように話された |
| 外出すると家へ帰れない時がある | いつ、どこへ行くか息子に連絡してから出掛けるよう、本人、息子へアドバイスした | 道に迷うことがあっても、すぐ息子がかけつけられる体制が整い、家に帰ることが出来るようになった |
| お風呂がわからない | お風呂と紙に書いて貼る | お風呂に行けるようになった |
| 初めて行く場所へは不安で行きたくない | 一緒に行くと伝える | 初めて行く場所でも、誰かと一緒であれば出掛けることができる |

○排便の障がい

ここでは、汚れた下着を洗濯機に入れ、「もう1ヶ月便が出てない」と不安そうに言うなどの具体がみられた。これに対し、専用のカゴを用意し、失敗した事を本人に指摘しない、触診、聴診しアセスメント結果を伝えるなどが行われていた。

図表 2-2-3 生活行為 2(軽度):排便の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|-----------------------|---|----------------------------|
| 排便の確認ができない | 「大便があった時は娘さんの協力ももらってカレンダーに丸をつけましょう」と声かけする | 「そうですね」とカレンダーにチェックできている |
| 排便に失敗した下着を洗濯機に入れる | 専門カゴを用意する。失敗した事を本人に指摘しない | 納得してカゴに入れることが出来た |
| 「もう1ヶ月便が出てない」と不安そうに言う | 触診、聴診しアセスメント結果を伝える | 「そうですか」と納得、安心した |
| いつ排便があったかがわからず不安になる | 便が出たらカレンダーに印をつけてもらうようにした | 「書いてあるわよ」と自分から見せてくれるようになった |

○排尿の障がい

ここでは、失禁している下着をとりかえない、尿失禁がある、などの具体がみられた。これに対し、入浴を促し、その時に取り換える、リハビリパンツへ変更し、排尿時の行動をみる。排尿日誌を活用するなどが行われていた。

図表 2-2-4 生活行為 3(軽度):排尿の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|---------------|---------------------------------|--|
| 下着をとりかえない | 入浴を促し、その時に取り換える | 自ら下着を取り換えることができた |
| 尿失禁がある | トイレにパッド用のゴミ箱と、尿パッドを置く | 自らパッドを交換することができた |
| トイレに間に合わず失禁する | リハビリパンツへ変更し、排尿時の行動をみる。排尿日誌を活用する | 排尿したい時の仕草が見られた時に「トイレですか？」と先回りして声をかけると、一緒に行けるようになった |

○歯磨きの障がい

歯磨きをしないときは、子供番組をみて同じ動作をとってもらうなどが行われていた。

図表 2-2-5 生活行為 6(軽度):歯磨きの具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|-------------|------------------|---------------|
| 歯みがきをしない | 子供と同じ番組を見せながらやった | なんとかできるようになった |

○食事の障がい

ここでは「私ごはん食べましたか？次はいつごろ？」と尋ねたり、食事よりアルコール摂取を優先してしまうなどの具体がみられた。これに対し、食べたことを説明しても納得されないときは、少量のお菓子を提供し次の食事時間を伝える。食事をしていない日は簡単な食事を準備して食べてもらうなどが行われていた。

図表 2-2-6 生活行為 7(軽度):食事の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|--------------------------|---|---|
| 「私ごはん食べましたか？次はいつごろ？」と尋ねる | ・時計を用いて食事の時間を説明する ・食べたことを説明しても納得されないときは、少量のお菓子を提供し次の食事時間を伝える | ・時計を見て「お昼はすんだね。あと5時間で夕食だね。」と理解された ・「お腹が空いてたからおいしいよ」と食べ、「ありがとう」と話した |
| 食事を拒否する | 「心配だから、召しあがって下さい」「一緒に食堂にいきましょう」と声をかける | 「わかった…たべるよ」といい食事をされた |

| | | |
|---------------------|---|--|
| 食事を摂らない | デイサービスで、同じような年齢の方と一緒に食事が摂れるよう環境を整える | 「奥さんも食べましょう」と他の利用者が声をかけると「そうですね」と一緒に食事ができた |
| 食事よりアルコール摂取を優先してしまう | ・買い物内容を一緒に考える ・食事をしていない日は簡単な食事を準備して食べてもらう ・ホームヘルパーを導入する | ・アルコール摂取量が減少した ・自分で調理することで、食事摂取量が増加した |
| 話が進み、食が進まず | 途中、職員が「これ残ってますよ」と誘導する | 「そうか」と話され、食が進んだ |

○着衣の障がい

ここでは、更衣の前後がわからない、たくさん着すぎてうつ熱になる、などの具体がみられた。これに対し、職員がさりげなく衣服の前後を伝える、「お熱がこもって良くないですよ」と説明し、着衣調整するなどが行われていた。

図表 2-2-7 生活行為 9(軽度):着衣の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|------------------------------------|---|---|
| 同じ衣類を着ている | 入浴時に交換、洗濯する | 他の洋服に更衣できた |
| 暑い日でも何枚も服を着る | 「汗をかくと、風邪をひいてしまう、1枚脱ぎましょうか」と声をかける | 衣服を調整することができた |
| 順番がメチャクチャに更衣する | 職員がそばについて順番に手渡す | スムーズに着用「これか」と着た |
| 衣服の前後がわからない | 入浴時にさりげなく前後を伝える | 衣類の前後を正しく着ることが出来た。「言ってもらえるとわかる。これからもお願い。息子に言われると恥ずかしい」と笑顔で話した |
| ポロシャツの上に肌着を着たりズボンの上から紙パンツをはいたりしている | 「カッコいい着こなしだけど、こんな風にするともっといいかも」と声かけ、着替えを介助する | 「あらいいかしら、でもそういうならなおして」と着替えを受け入れた |
| たくさん着すぎてうつ熱になる | 「お熱がこもって良くないですよ」と説明し、着衣調整する | 「はいそうですか」と受け入れた |
| 重ね着をし、1番上にパジャマを着る | 着替えの時に、1枚ずつたたくて並べ、その上に番号札を置く | 番号順に何とか自分で着ることができた |

○入浴の障がい

ここでは、入浴を拒否するなどの具体がみられた。これに対し、「全身の皮膚の状態をみたいので、ついでにお風呂にも入りましょう」と声かけしたり、入浴はデイサービスを利用する、などの関わりがみられた。

図表 2-2-8 生活行為 12(軽度):入浴の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|-----------------------------|-------------------------------------|---|
| いつお風呂に入ったわからなくなり、「今日はいい」と断る | デイサービスと家での入浴予定をカレンダーに記入する | 「そうだったわね」と納得し、予定の時に入浴することができた |
| 入浴を嫌がる | 「体操して汗をかいたから」と促す | 「じゃあ、入りましょう」と入浴ができた |
| 入浴を拒否する | 「全身の皮膚の状態をみたいので、ついでにお風呂にも入りましょう」と誘う | 時おり拒否もあるが、比較的スムーズに入浴できた。入浴中は否定的な発言はなかった |
| 風呂は面倒で入りたくない | 「湯加減がとてもいいですよ」と声をかける | 「まあ、私が一番湯」と気持ち良く入ることができた |
| 入浴拒否 | 説明する | 入浴することができた |
| 同じ部分を洗い続ける | 声かけしながら洗っていた | 他を洗いはじめて、洗い終えた |

○髭をそる障がい

髭をそれていないときは、「今日は髭をそりましょう」と声かけをしていた。

図表 2-2-9 生活行為 17(軽度):髭をそることの具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|-------------|---------------------|---------------|
| 髭をそれていない | 「今日は髭をそりましょう」と声をかける | 髭をそることができた |

○義歯の洗浄の障がい

ここでは、義歯を洗っていない、義歯をみがくことが出来ないなどの具体がみられた。これに対し、「今日は歯の点検の日です」と伝え、外してもらい看護師が義歯を洗ったり、歯ブラシを握ってもらい、歯みがき粉を付ける介助をする、などが行われていた。

図表 2-2-10 生活行為 18(軽度):義歯の洗浄の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| 義歯を洗っていない | 「今日は歯の点検の日です」と伝え、外してもらい看護師が義歯を洗う | 「そうですか」と外すことできた |
| 義歯の洗浄を嫌がり、「やっている」と取り繕う | 「口の中の状態を観察させて下さい」と義歯を外してもらい洗浄する | 「はい」と外し、洗浄後はすっきりしたと話された |
| 義歯を取り外していない | 歯みがきのついでに外してもらい一緒に洗う | 拒否なく、義歯を取り外せた |

| | | |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 義歯をみがくことが出来ない。自宅では、うがいしかない | 歯ブラシを握ってもらい、歯みがき粉を付ける介助をする | 「これを使うの?」「それで歯をみがくの」と言うが、義歯を洗うことが出来た |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|

○薬の管理の障がい

ここでは、薬の飲み忘れや内服薬が数種類あり、誤って内服していたなどの具体がみられた。これに対し、薬の服薬カレンダーを使用して1回ごとの内服薬をセットする、薬剤師に一包化を依頼するなどが行われていた。

図表 2-2-11 生活行為 19(軽度):薬の管理の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|----------------------------------|--|---------------------------------|
| 糖尿病の食前薬を飲み忘れる。2重飲みをする | 朝の内服薬は小さな容器に入れ、服薬・食事・服薬と行動に沿って紙に書いておく | 「そうそう、この順番」といいながら食前薬を内服することができた |
| 睡眠導入剤の過剰摂取と服薬忘れ | ・訪問回数の増回 ・内服カレンダーの導入 ・医師へ少量(1週間分)処方への依頼 ・ホームヘルパーと連携 | 訪問回数の増回とホームヘルパーとの連携で内服できるようになった |
| 薬の飲み忘れ | 薬の服薬カレンダーにてセットする(家族の声かけ) | 確実に内服することができた |
| 内服を忘れる | 内服カレンダーを利用する | 「こんなにしなくていいよ」と反応。自分で内服することができた |
| 内服を忘れる | お薬飲みましょうかと促す | 内服することができた |
| 薬を飲み忘れる | 目の入るところに薬を置き、メモを書く | 飲み忘れが減った |
| 服用したかどうかがわからなくなる | 薬カレンダーを利用して家族にも服薬管理の協力を得る | 家族が注意することで、内服できるようになった |
| 内服の忘れあり | カレンダー式の内服管理方法を導入し声かけする | 飲み忘れがなくなった |
| 薬を飲んでいと言うが残薬が多い | 薬カレンダー、ホームヘルパーによる声かけ | 飲める時もあるが完璧には難しい |
| 内服薬を「飲んでい」と言うが、病状が不安定で薬が大量に残っている | 訪問回数を増やし、薬をきちんと飲んでいことを本人に伝える | 最近「体の調子が良い」と実感している言葉が聞かれるようになった |
| 薬を飲み忘れてしまう | 1回分がわかるよう日付を記入しセットする。 | 新聞と照らし合わせて日付を確認し、ほぼ飲み忘れがなくなった |
| 内服薬が家にたまっている | ・いつ、どのように内服しているのかをきく ・薬を整理し、内服確認者をつくる | 「飲む薬がわかりやすくなった」と話され、薬がたまること減った |
| 薬の飲み忘れ | 薬カレンダーに配薬準備する時一緒に行い、飲み忘れがないように伝える | 確認しながら内服できるようになった |
| 定期薬を週薬カレンダーにセットするが残薬が多い | 日めくり薬カレンダーを作成し、本人と一緒に日付を書き貼り付けた | 残薬が減少した |
| 忘れていのにとりつくろ。自己管理したが | ・月日記入、一包化。飲む時も記入。 ・1日分を管理してもらう | 何度も書いてある袋を見かえし、内服することができた |

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| 薬の管理ができない | 施設で薬を預かり食後に手渡す。目視にて飲み残しがないことを確認する | 内服介助を行い、飲み残しがなくなった |
| 「薬は必要ない」と内服しない | 「〇〇先生から頼まれて、お持ちしました」と、ホームヘルパーが、毎日訪問し、薬を手渡す | 「あら、そう」と、内服できるようになった |
| 散薬をオブラートに包み内服すること | オブラートを1枚ずつ本人に渡し、「この中に薬を入れて下さい」と言う | 「この中に入れるの?」と言いながら散薬をオブラート袋の中に2包に分けられた。こぼれることがあるが内服することができた |
| 内服薬が数種類あり、誤って内服していた | ・薬剤師に一包化を依頼する。 ・カレンダーに貼り付ける | 謝って内服することができた |
| 内服薬を一緒にセットしても、自分でセットしなおし、わからなくなってしまう | 1日分の日めくりカレンダーに内服薬セットをしてみた | 「これなら、わかる」今日は〇日と、次の日の薬まで触らなくなり、ほぼ内服ができるようになった |
| 薬を適切に飲めない | ・ホームヘルパーによる薬のセット ・家族による電話での服薬確認 | 子供達から交替で服薬確認の電話があり、その時は分かっても忘れてしまう事もある |
| 飲み忘れ。飲んだことを忘れて再度飲む | 一包化し、日付を記入 | 「飲んだかな?」「飲んでない」等あるも、日付にて確認し伝える。忘れることを自覚されている |
| インスリンの自己中断 | 本人とのコミュニケーションにより思いに対し傾聴 | 穏やかに話をする、注射への抵抗と低血糖症状への不安が大きいことが分かった |
| 「自分は病気じゃない、必要ない」といい内服しない | 信頼関係を築く、薬を整理する | 「あなたが持ってくるなら仕方ないわね」と受け取り内服された。それでも1週間に2、3包しか飲めない |
| 時間も日付もわからず、気づいたときに飲んでいく | 内服カレンダーに1週間分セットする | 「自分でできますよ」とおだやかに話し内服される |
| 定期的内服が全くできていない。しかし自分は飲んでいくと言う | 付箋に1日分の薬を貼り、一緒に確認を行った | 一緒に確認することで納得し内服できるようになった |
| 薬を飲み忘れることが多い | 独居のため家族、各サービスが連携して服薬確認、促しを実施した | 忘れており手渡しして服用してもらうこともあったが「飲んだよ」と話されることもあった |
| 自分で出来ると、管理拒否。タイミングをみて、カレンダー一袋入れセット | 「飲み忘れた」と訴えた時、カレンダー内服入れを見せもらう | 「これは、いいね」と、納得され内服することができた |
| 内服薬の飲み忘れ | 本人説明後、1包化にしてもらった | 「大事な薬だから、その方が良いですね」と了解された。残薬が少なくなった |
| 内服がきちんとできない | 内服カレンダーにセットする | 「わかりやすくなった」と内服できるようになった |
| 薬の飲み忘れを心配して何度も確認する | 大きく日付を書く。飲んだことを日付のページから薬がないことで確認する | 「ああ、そうね」「心配になっちゃって」と話された |
| 服薬が出来ない 「誰かに盗まれたかも」「家の中にあるかも」という | ・一緒に部屋の中を探す。 ・ホームヘルパーによる管理提案 | 一緒に探してもらっていたため、悪いと思ったようで、「本当は飲みたくなくて捨てました」と話す。ホームヘルパー管理了解され内服できるようになった |

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| 薬をきちんと飲めない | 薬カレンダーを導入し、外出用バッグには外出時間の薬をセットし、週1回ずつ確認している | カレンダーをみて、薬を飲むようになった。飲み忘れてもその日のうちに飲んでいった。 |
| 服用忘れ | 分薬 | 服用忘れが減った |
| 高血圧で薬を処方されているが、飲み忘れが多く、血圧が高い状態 | 自宅のカレンダーに薬を貼り付ける | 日付を間違えて、飲み忘れる事は続いてあるが頻度が減った |
| 薬の確実な服薬ができない | 服薬の専用分担箱に日付など書き、時々確認する | 「わかりやすくなって、よかった」と自分で管理ができるようになった |
| 「好きなときに飲ませて欲しい」と話される | 「朝、起きれなくなるとお食事がとれず元気がなくなるので、この薬は夜の21時まで飲みましょう」と声かけする | 「わかった。『21時に薬』って紙にかいて貼っておいて」と話され、その通りにすると内服することができた |
| 拒薬 | 自分のペースで飲めるよう配膳と一緒にしておくよう家族へ依頼する | 内服できたり、できなかつたりであった |
| 薬を飲んだと言う | 少し時間をおいて再度促す | 「あら、そうだったかしら」とすぐ内服された |
| 残薬がバラバラになっている | 薬カレンダーに薬をセットする | 内服できるようになった |
| 内服薬の飲み忘れがある | 服薬カレンダーの利用 | 「ここに入ってるの飲めばいいのよね」と言いながら内服されることができた |
| 薬を飲んだかどうか忘れている | 1日分ずつ分けてテーブルに置いておく | 残っていないか、自分で確認しながら内服された |
| 薬の管理。定期内服の飲み忘れ | 日めくりカレンダーに薬(一包装)を貼る。デジタルカレンダーを使用して日付確認する | 飲み忘れがなくなり、混乱がなくなった |
| 内服を忘れる | 日めくりカレンダーにその日の薬を貼る。デジタルのカレンダーで今日の日付を確認 | 飲み忘れがなくなった |
| 内服を忘れる | 声かけ、電話で確認 | その都度確認すると忘れることがなくなった |

○料理の障がい

ここでは、ガスがつけられない、火の消し忘れ、みそ汁をつくる段取りが組めないなどの具体がみられた。これに対し、一緒に調理する、本人のペースを乱さず作ってもらうなどの関わりがみられた。

図表 2-2-12 生活行為 20(軽度):料理の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|---|--|---|
| 料理が出来なくなっている。栄養状態が悪化 | ホームヘルパーは拒否。「配食サービスで栄養バランスの取れたお弁当を頼みましょうか」と提案する | 「それは助かります。手続きお願いします」 |
| 順番がわからない、味つけが濃くなる | 一緒に作る。味を薄める | スタッフの行為を真似て調理することができた |
| ガスがつけられない、消し忘れなど | 一緒に調理している | 喜んで一緒に調理することができた |
| もともと料理の経験が少ない うえ、火の始末ができない 可能性がある | レトルトや市販の惣菜を利用し、炊飯のみ自立を目指し、練習した | 朝はパン、昼・夕は炊飯した主食とレンジ使用の副食で食事の準備ができた |
| 調理はしない | ホームヘルパーが「今日は何にしますか？」と食品を見てもらいながら質問する | 自分の食べたいものを話したり、味をみてくれたりするようになった |
| 鍋をこがす | タイマー式のガスコンロに変更する | こげる前にガスが止まるので、調理することができた |
| 自ら調理しない | 一緒に調理して大根の切り方を伝える。多少間違っても指摘しない | 「そうですね」と言い、台所に立つことが増えた |
| 料理の手順がわからず、調理できない | 簡単な温めはできるので一人の時は電子レンジを使用する。息子と一緒に考え、できる料理を作る | 「温めはできるから大丈夫」「息子が料理がうまくなった」「手を借りればまだできる。自信がついた」と話しできる範囲での調理ができた |
| みそ汁をつくるのに段取りが組めず、作ることができない | 一緒に確認しながら、本人のペースを乱さず作ってもらう | 作れるようになった |
| 鍋焦がし等で火事が心配された | 電気調理機にして、使い方は番号で案内した | 最初心配されたが、番号で使用できた為、喜ばれた |
| 好きな食べ物だけは積極的に料理する | 本人が好きな食べ物を考えて作ってもらうようにする | 意欲的に調理することができた |
| 自分で作れない | ホームヘルパーさん、弁当の導入 | 「助かった」といいたまにホームヘルパーと作る |

○洗濯の障がい

ここでは、洗濯物を干し忘れる、洗濯機の使用法が分からず混乱する、などの具体がみられた。これに対し、デイサービスを利用しない日は、決まった時間に電話をして洗濯物を干したか確認する、洗濯機の電源やボタンに使用する順番の番号を書いたシールをはる、などの関わりがされていた。

図表 2-2-13 生活行為 21(軽度):洗濯の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|------------------|--|----------------------|
| 洗濯物を干すことができない | 一緒に干す | スタッフがやるのを見て干せるようになった |
| 洗濯物を干し忘れる | デイサービスを利用しない日は、朝10時頃に電話をして洗濯物を干したか確認する | 忘れずに洗濯物を干すことが出来た |
| 洗濯機の使用法が分からず混乱する | 洗濯機の電源やボタンにしようする順番の番号を書いたシールをはる | 洗濯機を使うことができた |

○買い物の障がい

ここでは、スーパーに行くところどこに何があるのかと不安感が強くなる、同じものを買う、などの具体がみられた。これに対し、スーパーに表示されている案内を指さし「ここは〇〇がありますよ」と一つ一つ伝える。買う物や家にある物をメモに書き、買い物の時に持っていくなどが行われていた。

図表 2-2-14 生活行為 22(軽度):買い物の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|------------------------------|---|--|
| 同じものを買ってしまう。腐ったものが冷蔵庫にある | 一緒に整理する | 「あら、いつのまに腐ってしまったわ」と破棄していた |
| スーパーに行くところ「どこに何がある?」と不安感強くなる | スーパーに表示されている案内を指さし「ここは〇〇がありますよ」と一つ一つ伝える | 「そうか」と自分がほしいものの棚に行き買い物することができた |
| 買い物で何をかうのかわからなくなる | 時間のある時に買物リストを書いてもらい、購入前に一緒に確認し、買物に同行する | 必要な物を買うことができた。元気な頃から利用していたスーパーで品物を選び、買い物を楽しむようになった |
| 同じものを買う | 買う物や家にある物をメモに書き、買い物の時に持っていく | 同じものを買うことが減った |

○掃除の障がい

ここでは、ゴミの日の曜日や内容が変わると覚えられない、ゴミが散乱している、などの具体がみられた。これに対し、ホームヘルパーに「今日は月曜なので燃えるゴミの日ですよ」などと声をかけてもらう、片づけてもよいか確認するなどが行われていた。

図表 2-2-15 生活行為 23(軽度):掃除の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|-----------------------------|--|---|
| 自宅の床に紙袋やダンボールなどを置いたままで片づけない | ・「転ばないように足元を片づけましょう」と伝える。 ・ホームヘルパーと一緒に片づる | 「片づけないと危ないね」と話し、ホームヘルパーと一緒に少しずつ片づけることができた |
| ゴミの日の曜日や内容が変わり覚えられない | ホームヘルパーに、「今日は月曜なので燃えるゴミの日ですよ」と声をかけてもらうようにする | 適切にゴミが出せるようになり、室内のゴミがなくなった |
| ゴミが散乱している | 片づけてもよいか確認する | 部屋の片づけをさせて頂けた |
| 枕元に物を並べる | 「茶碗にホコリが入って病気になるからホコリが入らないようにしましょう」と一緒に片付ける | 一緒にしたことで、後は枕元にある物を自らが片付けることができた |
| 部屋内にものがあふれている | 声かけして促す | 片づけることができた |
| 掃除機が使用できない | 一緒に掃除をし、その都度使用方法を説明する | スタッフが掃除するのを見て一緒に掃除を行うことができた |

○自分の意思の表現の障がい

ここでは、感情が不安定になる、同じ話のくり返し、思い込みで被害的に捉える、話の途中で何を話していいのかわからなくなるなどの具体がみられた。これに対し、他の人との関わりを多く持つようにしている、話を傾聴し、本人が納得するようになり、一緒に考えるなどの関わりがみられた。

図表 2-2-16 生活行為 24(軽度):自分の意思の表現の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|--|--|---|
| 他人の行動や言葉に対し批判的であり大声で注意する | スタッフがおわびを入れたり、一緒にテーブルで話す、居室で談話する | 自分に関わってくれることで他の人の事が気にならなくなる時間が多くなり、批判的な発言をしたり、大声を出すなどのトラブルが少なくなった |
| 自分の思いが沿わないことで感情が不安定になる。同じ話のくり返し、思い込みで被害的に捉える | 他の人との関わりを多く持つようにしている。話を傾聴し、本人が納得するようになっている | 気が紛れ、笑顔が見られた |

| | | |
|------------------------------------|--|-----------------------------|
| 話の内容が現実と違うことで家族と喧嘩が絶えない | ・否定もせず話を聴き、家人と情報交換し共通認識する。 必要なことは医師へ報告 ・家人に「変な事」を言ってもしなかったり、問い詰めたりしないように、アドバイスする | 家族との喧嘩が減った |
| 辻つま合わせの言動が多かった | 特に否定することなく、「そうなんですね」と肯定する | 必要以上に辻つま合わせの言動をしなかった |
| 受診時の家族の同席に対して拒否(家人も本人が怒るため一緒に行けない) | 本人の思い、家族の思いを傾聴する | 徐々に家族が同席しての受診となった |
| 「あれ何だったけ？」と話の途中で悩みはじめる | 「何でしたっけ」と一緒に考える | 「忘れてしまうわ」と笑って流し、長い時間悩まなくなった |

○その他

その他としては、不安になると色々な人に電話する、市の健診や、介護保険の更新手続きなどがわからず1人で行えないなどの具体がみられた。これに対し、いつでも電話をかけて良い体制を整えたり、手続きを1つずつ説明し、具体的な行動を表にして可視化をするなどの工夫がされていた。

図表 2-2-17 生活行為 25(軽度): その他の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|---------------------------------|----------------------------------|--|
| 不安になると色々な人に電話する | いつでも電話をかけて良い体制を整えた | 安心され、電話が減った |
| 電化製品の使い方がわからなくなる | ボタンに印を付ける | 「ここ押すのね。」と理解することができた |
| 気温の高い日に窓も開けず、エアコンもかけずに過ごす | 「体に良くないのでエアコンつけますね」と説明し室温調整する | 「はいそうですか」と気温に合わせてエアコンを使うようになった |
| 市の健診や、介護保険の更新手続きなどがわからず1人で行えない | 手続きを1つずつ説明し、具体的な行動を表にして可視化をする | 手続きの方法について具体的にイメージすることが出来た様子。表を使って確認することができた |
| 約束を忘れてしまう | 重要な事はカレンダーに記入。可能な時は事前に電話で連絡をする | カレンダーを頼りに生活をするようになった |
| 今日はデイに行く日かどうかわからない | 毎朝電話する。「今日はデイの日ですよ」 | 電話をもらうと安心された |
| 日付がわからず毎朝、何をしたいかわからない | 毎朝訪問し、一緒に新聞を見る | 「今日は〇〇日だね」「デイの日じゃないね」など理解された |
| アルコール依存症でアルコールを欲しい分だけ際限なく買ってしまふ | 日常生活支援事業の導入、ナースよりお金の使い方のアドバイスをする | 金銭支給日までお金をわずかながらも残すことができるようになった |
| 車の危険運転 | 警察官である長男に免許を預かってもらった | 「元気になったら運転をしたい」と話していた |
| デイの利用日を忘れる | 紙に書いて貼っておく | 「あーそうだったかね、忘れちゃった」と話された |

2) 中等度認知症者の生活行為の障がいの具体と効果的ケア

○目的の場所へ行くことの障がい

ここでは、目的地を忘れる、トイレの場所がわからないなどの具体がみられた。これに対し、一緒に歩いて目的地を伝えたり、トイレに目印をつけるなどの工夫が行われていた。

図表 2-2-18 生活行為 1(中等度):目的の場所に行くことの具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 部屋がわからない | ・目印をつける ・ことばで伝えつづける | 少しずつ自分で帰れるようになった |
| トイレの場所がわからず通りすぎてしまう | トイレの場所まで同行し伝える | トイレに行くことが出来た |
| デイの来所日でない日にも歩いて「デイサービス」に来る | 「近くだから寄ってくれたのね！」とデイにて家族の迎えを待った | 「今日は歯科へ行く日だったのね」と話し家族の到着を待った |
| 受診予定日にタクシーで受診できない | タクシー会社に予め受診日を予約し、当日朝に電話連絡する | 「忘れてたわ」と支度を始め、準備して受診できた |
| 目的地がどこなのか忘れる。道順を忘れる | 一緒に歩く、目的地を伝える | 「そうでしたか？」と言うが目的地が少し理解することができた |
| どこがトイレか分からない | トイレに目印をつける | トイレに行くことができた |
| 家とデイサービス以外の場所がわからない | 何度も指示を出し、見守り又は一緒に行動 | 「ああ、ここだったの、ありがとう」と言い、場所が分かった |

○排便の障がい

ここでは、ストーマの自己管理ができない、下剤を嫌がるなどの具体がみられた。これに対し、教わる姿勢で関わる、本人が思っているような薬ではないことを説明するなどがされていた。

図表 2-2-19 生活行為 2(中等度):排便の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|------------------------------|----------------------------------|---|
| 着用している衣類に便の付着がある。トイレが汚れる | シャワーの受け入れは良いので、全て更衣して洗濯機に入れた | 洗濯は自分でする、後ですと言うので、風呂の片付けをしている時(本人は別室で休んでもらう)に片付けた |
| ストーマからの便、排泄困難 | ホームヘルパー介助 | 「自分でできないから助かる」 |
| 便失禁時、自分でかたづけようとして汚染してしまう | 排便のサインやコントロールの指導を行う。見守り体制の強化をする | 便失禁が減り穏やかになった |
| ストーマの自己管理を希望するが一人ではパウチ交換できない | 「みせてもらってもいいですか」と教わる姿勢で関わる | 自分で説明しながら交換できた |
| 便失禁の後始末ができない | 「便が出た？良かった！」と明かるく静かに声をかえ、片づけを手伝う | 一緒に片づけることができた |

| | | |
|----------------------------------|-------------------------------|---|
| 便秘傾向、浣腸、座薬、服薬へのケア拒否 | オリゴ糖の活用 | 排便が整うようになった |
| 排便状況がわからず突然、下痢や腹痛を訴える | 通所での入浴時などにパンツなどの確認をした | 汚れたパンツなどをさり気なく話題にすることで体調に関する言葉を口に出すことが増えた |
| 前回の排便間隔を覚えていない。下剤を嫌がる。お腹の張りを感じない | 下剤は昔のムシくだしのような薬ではなく、腸を動かす薬と説明 | 一度、硬便で排便困難を体験してから、下剤を受け入れて内服するようになった |

○排尿の障がい

ここでは、どこでも放尿してしまう、排尿時の一連の動作が分からず「どうしたらいいの？」と混乱するなどの具体がみられた。これに対し、トイレの場所を伝える、手順を1つずつ説明し、誘導するなどのケアがされていた。

図表 2-2-20 生活行為 3(中等度):排尿の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|---------------------------------------|---|--|
| どこでも放尿してしまう | トイレの場所を伝える | ・放尿せずトイレに行けた ・夜間はオムツを使用した |
| 昔からトイレのだいぶ手前でパンツをずらし座るまでに出てしまう | トイレの前に手すりを設置して動作しやすい環境をつくった | たまた手すりをもってパンツを下げるようになった |
| 排尿時の一連の動作が分からず「どうしたらいいの？」と混乱する | 手順を1つずつ説明し、誘導する | 一つずつ動作を確認しながら排尿できた |
| 尿意なく、汚染のままている | 履くパンツの交換の手伝いをすることを伝える | 便座に座って指示通りに身体を動かすことができた |
| パットやリハビリパンツを重ねて履いたり、汚れているリハビリパンツを再度履く | 声かけ、見守りをしている | 声かけにより、納得して新しいリハビリパンツに履き替えることができた |
| 夜から明け方にかけて失禁する | 排尿間隔をみてオムツ交換 | 「でた？」と排尿はわからないが、身衣を汚さなくなった |
| 自宅外に出て排泄をしている | 家族に排泄を促す声かけをし誘導する | 「はいはい」と言いトイレには行かない時と行く時がある |
| 尿失禁した下着を隠す | 「トイレは大丈夫？」と聞き誘導する | トイレで排尿し、汚れた下着は隠さずスタッフに渡せた |
| 排尿行為全搬が出来ず、ソワソワする | 「〇〇さん、こちらに来て下さい」とトイレへ誘導し、介助する。チャックを下すことを手伝う | トイレでスムーズに排尿できた。「ありがとう、スッキリした」と落ち着いた様子が見られた |

○手洗いの障がい

ここでは、手が汚れていても手を出さず洗えない、洗面所で水を出したまま、手をよく洗えないなどの具体がみられた。これに対し、ポンプ式の石けんをワンプッシュ手にのせて水道の水を出す、「洗いましょう」と声をかけるなどのケアが行われていた。

図表 2-2-21 生活行為 4(中等度):手洗いの具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|----------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 手が汚れていても、手を出さず洗えない | ポンプ式の石けんをワンプッシュ手にのせ、水道の水を出す | 手を差し出して自ら手洗いができた |
| 手洗いができない | 「ハンドソープをつけて洗いましょう」と伝える | 「あ、よかった、よかった」と言い手を洗えた |
| 手を洗わない | 排泄後に手洗いをすすめる | 排泄後の手洗いが習慣になっているため、手洗いに応じた |
| 洗面所で水を出したまま、手をよく洗えない | 「洗いましょう」と声かける | きれいに手を洗うことができた |

○歯磨きの障がい

ここでは、口の中を他人に見せない、口を閉じてしまい洗えないなどの具体がみられた。これに対し、「一緒に気持ちよくなりましょう」と声かけしたり、介護用のブラシを使うなどのケアがされていた。

図表 2-2-22 生活行為 6(中等度):歯磨きの具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|---|---|-----------------------------------|
| 口の中を他人に見せない | 「歯磨きをして一緒に気持ちよくなりましょう」と伝える | 歯磨きに同意された |
| いろいろな日常のことが、面倒に思われ、タイミングを外すと、後まで尾をひき歯磨きの介助が出来ない | 早めに対応、声がけし、一緒に手をひくなど、洗面所へ誘導する | 歯磨きが終了すれば気持ちよく、笑顔で「気持ちよかった!」と話された |
| 残歯が数本あり虫歯だが、口を閉じてしまい洗えない | 介護用の球状ブラシをしばらく口の中で回してから歯ブラシで磨く | 口を閉じることなく歯みがきができた |
| 「面倒だから歯みがきはしなくて良い」と拒否がある | デイサービスでは本人の名前が書いてある歯ブラシ、コップを見せ、洗面所が今あいていることを伝える | 自ら席を立ち、洗面所に行って歯をみがくことができた |
| 自分で歯を磨くことができない | 歯ブラシを渡す | 「わかりました」と言って歯磨きすることができた |

○食事の障がい

ここでは、電子レンジの使い方が分からず、食事を温めることが出来ない、冷蔵庫に食べ物を入れておいても、自分で食べ物を取り出して食べることが出来ないなどの具体がみられた。これに対し、大きい文字で使用手順を書いた紙を電子レンジに貼る、本人が長時間過ごす場所の周りに、パン等の食べやすいものを置くなどの工夫を行っていた。

図表 2-2-23 生活行為 7(中等度):食事の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|--|---|---|
| 夜間、戸棚や冷蔵庫の中のもの食べてしまう | ショートステイ、デイサービスを利用し規則正しい食事ができるようにした | 夜間たべることが減った |
| 電子レンジの使い方が分からず、食事を温めることが出来ない | 大きい文字で使用手順を書いた紙を電子レンジに貼った | 電子レンジを使って食事をあたためることが出来た。つかえたときに褒めると笑顔で再度練習していた |
| 前に出された食事を拒否してたべない | 好きな食品を選んでもらう | 拒否せず食事をすることができた |
| 冷蔵庫に食べ物を入れておいても、自分で食べ物を取り出して食べることが出来ない | 本人が長時間過ごす場所の周りに、パン等の食べやすいものを置く | 「手の届く所に食べ物があるので良い」と言って食べることができた |
| 昼食の配食弁当をとっているが、昼・夕食の残りを朝に食べる | 夕方にホームヘルパーが入り夕食の残りをかたづけ、配食弁当の空き容器に朝食を用意する | ホームヘルパーが用意した朝食を食べることができた |
| 暴飲暴食してしまう | 家族へ少しずつ提供するよう協力依頼 | 不満気で、隠れてトイレで水を飲むこともあった |
| 鍋の中の料理を全て食べつくし、足りないと夜中に妻を起こして調理をせがむ | 妻に3食にこだわらず、少量ずつで複数の鍋を揃えるよう依頼した | 少量でも1日7回食べると満足することがわかった。本人も「7回食べると気分良い」と話された |
| 「ごはん代金を持ってませんので食べられません」 | 食事券やコインを渡したり、家族の人が支払ってくれています、と話す。 | ・領収書を見せると納得された ・「ただ食いはできやんから、ちゃんと息子が払っているのなら良かった」 ・食券があるのならこれを出して食べるといって自分で食堂へいく。 ・もらったコインを出して食べると嬉しそうにされた |
| 冷蔵庫の管理が出来ない | 一緒に相談しながら整理する | 「そうだね」と言って、納得して整理できた |

○着衣の障がい

ここでは、何枚も服やタイツを重ねて着る、ズボンを上着のように着るなどの具体がみられた。これに対し、「ちょっとほつれているから直しましょう」と声かけする、家族に「それはズボンなので足を入れましょう」等と声かけを依頼するなどの関わりがされていた。

図表 2-2-24 生活行為 9(中等度):着衣の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|------------------------------|--|---------------------------------------|
| 何枚も服やタイツを重ねて着る | 「ちょっとほつれているから直しましょう」と声す | 「ありがとう」と脱ぐことができた |
| 季節感がわからず、夏に秋物の長そでを着て汗をかいている | 「汗を拭きましょう。着がえもお手伝いします」と声をかける | 「あら、そう」と介助を受け入れた。季節に合った洋服を一緒に探した |
| 一人で更衣すると順序がバラバラになる | 職員がそばにいながら、誘導していく | 笑顔で「ハイ」と言い更衣された |
| 冬でも夏物を、夏でも冬服を着る | 鏡の前へ行き「寒くない？暑くない？」と聞く | 「今は冬？夏？」と季節を確認し、服を着がえた |
| 真夏にヒートテックのハイネックを着てきた | 「今日は暑いですねえ～」と声かけをしてもだめだったのでお洗濯をしましょうと声をかける | 「あ～ありがとう」と言って更衣ができた |
| 着ることができない | 「服を着ますね」と言って渡す | 「はい、はい」と言って着ることができた |
| ズボンを上着のように着る | 家族に「ズボンは足を入れましょう」等と声かけを依頼する | ズボンとして履くことができた |
| 着る順番がわからなくなる。同じ物を着つける | 「これから着ましょう」と声かけする | 順番通り着ることができた |
| 汚れた衣類を着続けている。自分で洗濯していると本人は言う | 入浴時に衣類を入れ替え、着がえてもらう | デイサービスで脱いだ衣類を洗濯してくれて、きれいな着衣で過ごすようになった |

○履物をはくことの障がい

履き替える際に拒否があるときは、本人の様子をみて再度促すことがみられた。

図表 2-2-25 生活行為 10(中等度):履くことの具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|----------------------|------------------------------|---------------------|
| 外ばきと内ばきを履き替える際に拒否がある | 別の話題を話し、機嫌が良くなったところで、履き替えを促す | 「はい」と答え、履き替えに素直に応じた |

○脱衣の障がい

ここでは、下着が汚れていても、そのままはいているなどの具体がみられた。これに対し、「便がたまっていないか便の検査をするので下着を脱いでください」と声かけするなどがされていた。

図表 2-2-26 生活行為 11(中等度):脱衣の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|----------------------|---|--|
| 紙パンツ、ズボンをすぐ脱いでしまう | 「〇〇さんはきれい好きだから脱いで下さったんですね、新しいのはきましよう」と声をかける | 「脱いでいたか。新しいの履いた方がいいのなら自分で履くわ」とスムーズに着衣できた |
| 下着が汚れていても、そのままではいている | 「便がたまっていないか便の検査をするので下着を脱いでください」と伝える | 抵抗なくスムーズに下着がはき替えられた |

○入浴の障がい

ここでは、入浴をしたがらない、清潔への関心が薄い、家でも入浴しないなどの具体がみられた。これに対し、足浴、手浴、など快感情を高めるケアをする、本人の気分に添い、タイミングをみて誘うなどがされていた。

図表 2-2-27 生活行為 12(中等度):入浴の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|---------------------------|--|---|
| 入浴が出来ない | 孫から入浴に誘い、一緒に入ってもらおう | 「いつも孫と一緒にだから嬉しいよ」孫と一緒に入浴できた |
| 入りません、しんどいからと断る | ・血圧、検温で状態を確認 ・お金や服の事を気にしているようならそのことについての説明 ・お風呂でのざわつきか嫌ならば1番最初か最後に入る | 「熱くないの?」「お金はいらないの?」「着替え用意してるの?」「男の人はいない?うるさい人や人が多いのは嫌だけど私1人でよかったわ」と言って入浴できた |
| 入浴がおっくうで入りたがらない | 色々声をかけて、風呂も沸かして誘導する | 「入ると気持ちいい」と話され、入浴できた |
| 入浴をしたがらない、清潔への関心が薄い | 足浴、手浴、など快感情を高めるケアをする | 「さっぱりした」等の言葉が聞かれるようになり入浴もできた |
| 下着を脱ぎたがらない、入浴したたがらない | タオルを巻く、体重測定を促しながら誘導する | はずかしい気持ちから怒りながら入っている。デイサービスでは入れるようになった |
| 寒くなっても入浴は嫌と拒否。シャワーならうけ入れる | 浴室をできる限り暖め、シャワーで対応している | 一旦シャワーを始めると拒否なくシャワーができた |
| 勧めるが「今日は風邪気」と言われ入らない | 「看護師に血圧と熱を測ってもらいましょう」と言って測定してもらい「大丈夫」と言ってもらおう | 納得して入浴できた |
| 家では、自分からお風呂に入ろうとしない | デイサービス利用時に入浴 | 嫌がることなく、デイサービス利用時に入浴出来ている |
| 入浴時、どこから洗っているのかわからない | 洗っていない部分を伝える | 「そうですね」と手渡したタオルで洗い終えた |

| | | |
|--|---|---|
| デイの入浴をいやがりデイを利用しなくなった。自宅でも入浴介助を拒否 | 時間をかけ、介助する | 無理強いせず慣れいただき介助することを受け入れた |
| 毎日入っていますと言うが、入れていない | デイサービスの利用をはじめ、皆にあわせ当たり前のように入ってもらった | 「せっかく来たから入りましょう」と素直に入浴出来た |
| 入浴は家でも入らない | 本人の気分に添い、タイミングをみて誘う | 「そうね！」と話し、入浴ができた |
| 3回に1回は入浴を拒否をされ、時間をおいても入ってもらえない。人を換えても難しい | 浴室の近くで好きな曲をかけて聞いてもらい、そのまま浴室へ誘う | 拒否なく入浴することができた |
| 自宅で入浴できていないが、「家ですべてきたから、いいよ」と言い入浴ができない | ご本人が、「髭をそる」事は、日課になっていたので、髭をそることを目的として入浴促しを行った | 電気シェーバーではなく、手動で髭をそる事をご本人が行うために入浴の回数が増えた |

○髭をそる障がい

ここでは、片側のみ、髭をそるなどがみられた、これに対し、「こちらも残っていますよ」などと声をかけていた。

図表 2-2-28 生活行為 17(中等度):髭をそる具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|-----------------------------|----------------------|---------------------------------|
| 片側のみ、そる | 「こちらも残っていますよ」と声をかける | 手でさわって、そることができた |
| 電気カミソリで同じ所を何度もこすり、血が出るまで続ける | 傍につきそい、カミソリの移動を声かけする | 「こうすれば良いんだな」と介助者に確認しながら剃ることができた |

○義歯の洗浄の障がい

ここでは、義歯の洗浄を忘れるなどがみられた。これに対し、洗面所に誘導して義歯を外してもらい、義歯の洗浄を促すなどの関わりがされていた。

図表 2-2-29 生活行為 18(中等度):義歯の洗浄の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|------------------------|-----------------------------|---------------------|
| 声かけしないと義歯の洗浄を忘れてることが多い | 洗面所に誘導し義歯を外してもらい歯ブラシで洗ってもらう | 準備や手順を簡単に言えば行ってもらえた |
| 自ら義歯を洗浄しない | 洗面所まで誘導し、声をかける | 声かけ後は、自分で洗浄できた |

○薬の管理の障がい

ここでは、薬の服用を忘れてしまう、薬のセットの仕方やインスリン注射について、少しでも普段と違うことがあるとパニックになってしまう、などの具体がみられた。これに対し、一包化して、日付を記入し、日付順に箱に入れておく、薬のセットの仕方を関係者で統一する、パニック時は訪問して対面で話すなどの関わりを行っていた。

図表 2-2-30 生活行為 19(中等度):薬の管理の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|---|--|--|
| 薬を飲まない | 飲めたことを認める | しばらくは内服できた |
| 内服を忘れてしまう | 1日1回の内服に変え、ホームヘルパーが手渡す | 毎日内服できた |
| 目の前に薬があっても服用しない | 体調のために必要な薬であると説明し勧める | 服用できることもあった |
| 自己管理できない | 家族による促し | 内服できた |
| 薬がわからない | 家人の協力、介護スタッフの声かけ | わからなくなるのが減った |
| 内服ができず声かけを要す | 内服回数を減らす。内服をセットし各サービスと声かけ | 渡されると内服できた |
| 飲み忘れの薬を促しても飲まない | 新しいものを出す。(主治医からの指示で持ってきたこと伝える) | 医師からと言われると飲むことができた |
| 内服忘れがある | 内服回数を医師に減らしてもらう | 内服忘れがなくなった |
| 服薬したか、わからなくなってしまう | カレンダーに貼りつけておく | 飲み忘れはあっても、飲みすぎはなくなった |
| 薬の服用を忘れてしまう | 一包化し、日付を記入し、日付順に箱に入れておく | 飲み忘れが減った |
| 内服薬が飲めない、忘れる、インスリンが打てない(認知できない) | できる部分のみお願いする(注射部位の消毒など)、夫にインスリン指導、服薬介助指導、週3回、訪問看護30分入る | 「おなかに打つのね。あっ消毒ね」インスリンをうつ必要があることは認識された |
| 薬のセットの仕方やインスリン注射について、少しでも普段と違うことパニックになってしまう | ・薬のセットの仕方などを関係者で統一する ・パニック時は訪問して対面で話すと落ち着く | 「ちゃんとしてると安心するわ」と言い、落ち着いて内服やインスリン注射ができた |
| 服薬を忘れてしまう | 声をかけて促す | 拒否する時もあるが「あ、そうだったの」と言って納得された |
| カレンダーにセットしても忘れている | 家族に依頼し、その都度手渡して渡すようにして頂いた | 以前より、飲めるようになった |
| 薬は1週分の半分位しか内服出来ていない | 内服薬のカレンダーを見ながら、どの程度内服出来ていたかを伝える | 「あー忘れるときもあるな。」と、穏やかに答えた |
| 「薬をもらっていない、飲んでいない」と言う | 空の袋を見せ、日付を確認する | 「飲んだかしら？」と言う。その後も数度同じことをくり返す |
| インシュリンの管理 | 医師に相談し、朝のみ注射とし、朝ごはん前に注射をすることを指導する | 「食べる前に注射するんだ」と、この部分だけ覚えていた |
| 薬の管理ができる日とできない日がある | 服薬のセットと薬の服用の声かけをする為、訪問に入る | 薬を飲んだか分からない日も、多職種との連携で内服することができた |

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| 多く服用してしまう | 一包化し薬に日付けをつけ、介護サービスで人から手渡しで服用するようにした | 「薬ぐらい自分で飲める」と怒っているが以前より確実に内服できるようになった |
| 服薬に対し、不信感が高まる | 食事前後のコミュニケーション、人間関係の構築 | 失敗することもあるが飲んでいただけ |
| 薬を飲み忘れる | お薬カレンダーを導入し日付けを記入し、ホームヘルパーと協力し内服を見届ける | 「飲み終わった薬袋をカレンダーに戻すと飲んだことがわかるな」と飲み忘れがなくなった |
| 飲み忘れ、飲みすぎ | 毎回一緒に確認 | 確実に内服できるようになった |
| 薬を飲み忘れる | 薬剤師(居宅療養管理指導)にてカレンダーの貼付を依頼 | 新聞とカレンダーを照合して服薬できている |
| 何度も薬を飲もうとする | 服用後の袋に名前を残し、とっておく。それを見せる | 何度かくりかえすが、その都度納得された |
| 何の為に飲まなくてはいけぬのか理解せず、服薬していなかった | 医師からの説明をわかりやすい言葉で繰り返し伝え、服薬をデイサービススタッフが管理する | デイサービス利用時に服薬を継続できるようになった |
| 食後の内服の拒否する | 内服の拒否する理由を聞き、希望にそって粒を小さくする | 「これだったら大丈夫」と、食後の服用できた |
| 朝1回にした血圧等の内服ができない | 家族が朝食を届ける時、食べ始めを確認し、内服薬をテーブルにおく | 食後の内服がきちんとできる様になった |
| お昼ごはんの後、内服を忘れる | 「お薬のみましょう」と声かけする | 「はい」と内服できた |
| 1人暮らし、訪問看護も週1回訪問で、飲み忘れが多い | カレンダー方式(ポケットタイプ)の使用を拒否するので訪問介護と連携し、声かけをしてもらった | 声かけによる服薬は拒否することはなかった |
| 必要以上の薬を買って飲んでしまう | 量を守るよう話をする | 「そうね」「気をつけるわ」と理解された |
| 処方されていることを忘れる | 毎回説明して手渡す | 納得する時と、そうでない時があった |
| 残薬多い、飲みすぎ | 1日1回介入者が確認する。又、1日1回分に処方を変更してもらおうよう医師に相談 | 多く内服することはなくなった |
| 飲み忘れ | ホームヘルパーによる確認 | 「あーそうだったかね」と言い、確認によって飲み忘れが減った |
| その場で声かけしないと薬の服用を忘れる | 主治医と相談して、ホームヘルパーの入っている時間帯に調整した | 服用できるようになった |
| 朝と夜が分からなくなり、内服を飲み忘れたり飲みすぎる | デジタルのカレンダー付時計を設置し、日付を確認する習慣にした | 内服できる日が多くなった |

○料理の障がい

ここでは、火をつけている事を忘れる、野菜を切った後どうしたらよいかわからない、などの具体がみられた。これに対し、必ず目につく場所に『火の元確認』の貼り紙をする、「次はおなべの中に入れましょう」などと声かけする、などの関わりがされていた。

図表 2-2-31 生活行為 20(中等度):料理の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|------------------------------|--------------------------------------|--|
| 火の不始末があり、何度も鍋をこがす | デイ利用時、弁当を持ち帰る | 火の利用がなくなり、火事の心配がなくなる |
| 野菜を切っても、その後どうしたらよいかわからない | 「おなべの中に入れましょう」と伝える | 「ここに入れたらいいのね」となべに野菜を入れた |
| いつも同じ料理を作っている | ホームヘルパーと共に買い物に行き食材を増やし、一緒に冷蔵庫をチェックする | 「〇〇が作れそうね」と、一緒に考えたメニューを作るようになり、レパートリーが増えた |
| 電子レンジのダイヤルをまわしすぎ、加熱させすぎで食材爆発 | ダイヤルに細工し、ある範囲以上までまわらないようにした | しばらくはうまくいったが何日かすると強くダイヤルをまわしたようで壊してしまった |
| 料理の際、何をすればよいかわからない | 材料を説明し野菜を切ってもらった | 野菜を切ることができた |
| 台所に立たれたときに何から始めて良いのか戸惑われた | 一緒に傍に付いて手順を伝える | 安心して食事づくりを行うことができた |
| 料理の手順を忘れて鍋を焦がすなど出てきた | ホームヘルパー導入してホームヘルパーと一緒に調理してもらっていたら出来る | 認知症が進行してきて調理が出来なくなってきた。誰かがしてくれることは楽と思うようになった |
| 火をつけている事を忘れる | 必ず目につく場所に『火の元確認』の貼り紙をする | その都度確認し、消し忘れが減った |

○洗濯の障がい

ここでは、着たもの、着ていないものの区別がつかなくなるなどの具体がみられた。これに対し、着たものは、まとめて置く場所を決め、一緒に仕分けるなどがされていた。

図表 2-2-32 生活行為 21(中等度):洗濯の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 着たもの、着ていないものの区別がつかなくなる | 着たものは、まとめて置く場所を決めて、一緒に仕分ける | 一緒に行くと、着たものと着ていないものがわかった |
| 洗濯できない | ホームヘルパー介助 | 自分でできないから助かると話された |

○買い物の障がい

ここでは、買い物時の支払いができない、同じものを買うなどの具体がみられた。これに対し、スーパーが比較的空いている時間帯に夫と共に買物に行き、支払の際「500円玉を1つ、10円玉を3つ」等と声かけしてもらい、ホームヘルパーといっしょに買い物するなどが行われていた。

図表 2-2-33 生活行為 22(中等度): 買い物の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|-----------------------------------|---|---|
| 買ったことを忘れ、同じものを購入し、賞味期限切れのものを食べている | 冷蔵庫に入っているものを紙にかいて、冷蔵庫にはる | 買い控えができるようになった |
| トマトばかり買われる | 冷蔵庫の確認と買物リスト作成 | リストにあるもの買うことができた |
| 大量に食材を買いこむ | 一緒に冷蔵庫の確認を行う | 「あら、いっぱいだったわ」とその時は、買い足しされなかった |
| 買い物時の支払いができない | スーパーが比較的空いている時間帯に夫と共に買物に行き、支払の際「500円玉を1つ、10円玉を3つ」等と声かけしてもらい | 「ゆっくりだったら出来る」「急ぐと頭が真っ白になる」と話す。お金を払うことができた |
| 買物ができない | 家族やホームヘルパーとの買物 | 買いすぎることがなくなった |
| 同じものを買う | ホームヘルパーさんといっしょに買い物 | 「ありがたいわ」と話し同じものを買うことが減った |
| 家から出かけることを躊躇する。スーパーの場所がわからない | インスタント食品や、長期保存できる食べ物を渡す | お湯を沸かしたりして食べられた |
| 多量の食材を買いこむ | 賞味期限を一緒に確認し、賞味期限が切れているものは捨て、新たに買う物は買いすぎないようにくり返し説明する | 買いすぎが減った |
| 買い物の先で「後で取りに来る」と言ったまま忘れて家に帰る | いつも寄る酒屋さんに依頼して、送迎してもらう(商工会のネットワークの活用) | 立ち寄り先に置いていった荷物を酒屋さんと一緒に回収した |
| 現在2人暮らしだが、以前の4人暮らしの時の量の買い物をする | 買い物する物をメモに書き、2人分と書いておく | 「書いて行ったら忘れないし、良いね」と言い、買い物の量が減った |
| 賞味期限切れの食品や、カビが生えている食品が出てきた | 地域の店の人に認知症である事を伝え、買いすぎないように量を見てもらったり、一緒に品物を選んでもらえるようにした | 買いすぎたり食品が腐敗することが無くなった |
| 同じものをいつも買って来られる | 店のレジの人に説明し、声かけしてもらい様にした | やさしく言葉かけしてもらい、冷蔵庫の残り物が少なくなった |

○掃除の障がい

ここでは、汚れていてもあまり気にならない、通販で次々に購入するため室内が物であふれ、寝る場所も狭くなっているなどの具体がみられた。これに対し、「〇〇した方が良いですよ」と声かけ、一緒に掃除をする、通販のダイレクトメールを一緒に整理するなどの関わりがみられた。

図表 2-2-34 生活行為 23(中等度):掃除の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|-------------------------------------|----------------------------|--|
| 汚れていてもあまり気にならない | 「〇〇した方が良いですよ」と声かけ、一緒に掃除をする | 「片づく気持ち良い」とした |
| ご主人の排泄による汚れがわからない | 訪問回数を増やし、本人とともに排泄介助を行う | 「すみません」と言う |
| 通信販売で次々に購入するため室内が物であふれ、寝る場所も狭くなっている | 通信販売のダイレクトメールを一緒に整理する | 同様のものがあると説明すると納得した。通信販売での購入が減った |
| 物が片づけられず常に散らかっており、物が無くなったと不安になる | 定期的に訪問し一緒に片づける | 数日で乱れるがそれでも「(物が)なくなった」と不安がる事はなくなった |
| 掃除をしなくなり、ゴミを拾う程度なので家の中が乱雑 | 定期的に訪問し、一緒に清掃する | 掃除機はスイッチを入れたり、コード収納の支援があれば、操作可であった |
| 自宅のベランダにゴミが山積み | ケアマネジャーに相談、一緒に片付けてもらう | はじめてゴミに、気づいた様子。「ゴミがたまってきましたね」の言葉かけにより自分でゴミを出せた |

○自分の意思の表現の障がい

ここでは、洋服を脱ぎ始め、「こうすればいいんでしょ」と興奮する、同じことを話すなどの具体がみられた。これに対し、落ち着いてから対応する、否定せずに傾聴するなどの関わりがみられた。

図表 2-2-35 生活行為 24(中等度):自分の意思の表現の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|----------------------------|-------------------------|---|
| 強くいう人に同調 | 場面をかえる | リーダーシップがとれる様に促す |
| 洋服を脱ぎ始め、「こうすればいいんでしょ」と興奮する | 混乱したときは場面を変え、落ち着いて対応する | 除々に落ち着き、興奮していたことを忘れて穏やかになった |
| 同じことを話す | 否定せず聞く | 満足そうにされていた |
| 「故郷へ帰りたい」と泣きだす | 話をじっくり聞き、「家族に話しますね」と伝える | 「宜しく願います」と話す。その後、様子を聞くことで、信頼関係ができ、笑顔になった |
| 言葉、単語が出ない | 最後まで聞き、思いを復唱して確認する | 「緊張したらしゃべれない」「分ってくれる人となら話ができる」と話し、徐々にことばが出てくるようになった |
| 起床時に意味不明な言語がある | 傾聴する | 時間とともに消失した |

| | | |
|--------------------|----------------------------|---|
| 何かを言いたげであるが、言葉がでない | 気持ちが集中できる雰囲気作りをして、ゆっくり向き合う | ゆっくりであるが、ポツポツと言葉ができる(時々、手伝いながら)気持ちを話してくれた |
|--------------------|----------------------------|---|

○その他

その他として、保険証の提示や支払いでトラブルになり受診が継続できない、電話で通信販売の買い物を多量にする、などの具体がみられた。これに対し、医師に受診前に状況を書面で伝え、関係がよく信頼しているスタッフが付き添い受診する、家族との情報交換、あまり我慢させず本人の欲求をみたすようにするなどが行われていた。

図表 2-2-36 生活行為 25(中等度):その他の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|---------------------------|---|--------------------------------------|
| 電話で通信販売の買い物を多量にする | 家族との情報交換、あまり我慢させず本人の欲求をみたすようにする | 気分により、うけ入れのいいときと悪いときあった |
| デイサービスの日に迎えに行くが「行かない」と拒否 | 娘とケアマネジャーと事業所で話し合い、「デイサービスに行ってくれると娘が安心する」ということで説得 | 「娘がここに来れば安心するって」と話し、来所できるようになった |
| 保険証の提示や支払いでトラブルになり受診していない | 医師に受診前に状況を書面で伝え、関係がよく信頼しているスタッフが付き添い、受診する | 「一緒に行ってくれるんですか?」と言ってトラブルなく受診し支払いもできた |
| 通いサービスの日がわからなくなり、何回も電話が来る | 利用日前日の夕方と当日に電話で伝える | 「電話が来るから安心」と話された |
| ペンやマジックなどの文房具等を自宅に持ち帰る | 家族に協力してもらい、ご本人の氏名を書いたペンを準備してもらう | 名前の入ったペンを、胸ポケットに入れて来所する。持ち帰りは減った |
| 置き忘れ | 「こちらに置きましょう」と同じ場所に目印をつけておく | いつも置く場所を確かめていた |

3) 重度認知症者の生活行為の障がいの具体と効果的ケア

○目的の場所に行くことの障がい

ここでは、昼夜問わず外に行く、自分の気になるものしか視界に入らないのでいきなり立ち上がり一直線で相手に向かうなどの具体がみられた。これに対し、離れた場所からついていく、様子を見ながら再度声をかける等がされていた。

図表 2-2-37 生活行為 1(重度):目的の場所に行くことの具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|--|---------------------------------------|---|
| 玄関から出ようとせず、デイサービスに行けない | 買い物など、関心を示す目的を話し、外に出ることを声かける | マンションの下に行くまでに目的を忘れて、デイサービスの迎えの車に乗れることができた |
| 昼夜問わず外に出ていく | 離れた所から歩いてついて行く | 疲れると家に戻った |
| 居室からホールにもどれない | ・目線の位置に案内を貼る ・ビニールテープを貼り目印をつける | 自分で目印を見て戻れた |
| 室内を徘徊する | 転倒しないように部屋を片づけ、自由に歩いてもらった | 徘徊の頻度が減った |
| 車やトイレ、席などに誘導されても「そっちじゃない！」と怒り、相手を叩く、引っかく | 無理に誘導せず、本人のしたいように自由に動いてもらい、穏やかになるのを待つ | 自分の気持ちを分かってくれそうなスタッフの誘導に従い、起こることが減った |
| なかなか行こうとしない | ある程度待つ、気になることを解決する | 納得して向かった |
| トイレや浴室へ誘導することが困難。「いやだ、行かない」という | 「私について来て下さい」と優しく声かけをする | 「仕方ないな」と言いながら目的の場所に行けた |
| 自分の気になるものしか視界に入らないのでいきなり立ち上がり一直線で相手に向かう | 様子を見ながら、立ち上がる時に「何か忘れませんか？」など声をかける | 声かけの言葉に反応し、時として動かされた |
| 目的の場所に行く事 | 車椅子の自走をすすめる | 「あらそう」といって自ら動こうとしていた |

○排便の障がい

ここでは、放便・放尿をいたる場所です、便汚染があるなどの具体がみられた。これに対し、トイレへ誘導する、臭いの強いガスが出た時に、トイレに座ってもらい、排便があるまで一緒につき合うなどのケアがされていた。

図表 2-2-38 生活行為2(重度):排便の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|-----------------------------------|---|---|
| 放便・放尿をいたる場所です | 徘徊の様子が変化、ソワソワ、ズボンの方に手がいくサインがみられたらトイレへ誘導してみる | 「ここへ座って下さい」と場所を指さしズボンを下げると「ここか、ここでしてええのか」と話され、排せつすることができた |
| 便秘 | 快刺激を最初に与え、リラックスしてからポータブルトイレに移動する | 「ありがとう。ごめんね。」と表情和らぎ、排便ができた |
| 食卓に便を置く | 毎朝定時にトイレ誘導する | 食卓に便を置く回数が減った |
| 自室に入ると便臭があったが、排便していないと話す | 「おむつが汚れていないか確認させてください」と伝える | 「でてるかな？わからん」と話しながら拒否なく応じてくださった |
| 便は出ているのに何度もトイレに行く。失禁する。トイレから出てこない | 排便コントロール、排便のチェック表をトイレに貼る | トイレに行き、チェック表の○をみて、安心された |
| 便汚染がある | 臭いの強いガスが出た時に、トイレに座ってもらい、排便があるまで一緒につき合う | 落ちついて15分位座っていると排便できた |
| オムツ内に排便するがオムツ交換を嫌がる | 服が汚れたので着替えましよう伝える | 交換することができた |
| トイレで排便出さずにろう便してしまう | 様子を見ながら、トイレにお連れする | トイレでの排便ができた |
| 自室やトイレ以外の場所での排便する | トイレまでお連れし、最後まで見守る | トイレにて排便することができた |
| 行為そのものがわからなくなり、失禁状態となる | トイレの一連の動作を一緒にいき、一つ一つ声かけする | 「これでいいの」と言って排便できる |
| お手洗に行かず汚染、交換、更衣をさせてくれない | 「つめたいと風邪を引きますよよ」「あたたかくしましょう」と声かけする | 「その方がいいね」と下着を交換させてくれる |
| 便失禁で汚れた下着をコタツの中に隠そうとする | ビニール袋を見せ、そっと「預かりましょう」と声をかける | 無言で汚れた下着に自らビニール袋に入れ、袋を渡してくれた |
| 排便が何日もないが浣腸等を拒否する | 内服等に変更して対応した | 内服はできたか、家族が処理するので大変だった |
| オムツ交換を拒否 | 「きれいにしてきましょう」とオムツ交換を促がす | 「大丈夫、よごれていない」等の拒否あるも、ケア後「サッパリした」と喜ばれた |
| 人工肛門のパウチを外してしまう | ・パウチの周囲をテープで固定 ・便は多く貯まらないうちに捨てるよう心がけた | パウチを外すことは減った |
| 排便時、落ちつかなくなる | 声かけしてトイレに誘導する | 失禁している時もあるがトイレで排泄出来ることもあった |

| | | |
|---------------------------------|---|------------------------------------|
| 何でも食べてしまうためか、お腹の調子も悪くなり便失禁が多い | 食事は定時で召しあがるようにする | 便失禁が減った |
| 失禁があるが、介護者の介入を嫌がる。(トイレには自発的に行く) | 「ペーパーありますか？」等、別件のことについて声をかけ、「こっちに交換しますか？」と新しいリハビリパンツを渡す | 「そうねえ、じゃそうしようかな」と更衣介助を受け入れ、協力的になった |
| 排泄交換の時に蹴る | 「今から、交換しますよ」とよく説明する | 嫌な時はけるが、理解した時は蹴らなくなった |
| 排便パターンが不明 | フィジカルアセスメントと下剤を試す | 便に対する訴えがなくなった |
| 便失禁に気づいていない | 「転倒が心配」等の理由を伝えてトイレに同行し、そこで初めて失禁に気づいたふりをする | 「あら、どうしたのかしら」と、下着の交換、洗浄に応じた |
| ベッド上で排便をする | そわそわした時にトイレへ誘う | 行動に気をつける事で回数は減った |

○排尿の障がい

ここでは、トイレに行くことを拒む、室内の至る所に放尿するという具体がみられた。これに対し、排尿チェック表などを活用しトイレへ誘導する、行動から排泄パターンを読み取り、誘導するなどのケアがされていた。

図表 2-2-39 生活行為3(重度):排尿の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|---|---|--|
| 排尿でパット、リハビリパンツが汚れていても交換を拒否する | 本人の好むタッチング(お互いにさわり合う)をする | 笑顔が多くなり、交換をうけ入れた |
| 家中で色々な場所で排尿をする | その都度トイレへ誘導 | 「ありがとう」と排泄を済ませた |
| 尿意があってもトイレに行っても便座を便座と認識できず座れない。介助に対して相手を叩く、引っかく | ご本人とその時点で一番仲の良いスタッフと手をつないでトイレに行く。便座を手で叩いて見せ「ここですよ」と言う | 「そこね、そこね」と言いながら便座に座ることができた |
| 室内のいたる所で放尿してしまう | 定期的に「トイレに行きましょう」と誘う | 「じゃあ行こうか」と言い、トイレで排尿することができた |
| ベッドから立ち、ウロウロしている | 「おしっこですか？」と声かける、手を引いて導びく | 「そう、そう」と導く方向へ歩き出せた |
| ズボンをおろす時、拒絶の大声を出す | 本人の意思確認と介助者の選定 | 羞恥心への配慮から回数減った |
| 尿意があるも、トイレでの動作がわからない | 一連の動作を細かく、ひとつずつに分けて伝える | 理解できた時は一連の動作ができた |
| 近くにポータブルトイレを設置しているが、間に合わない | 就寝前に尿パットをあて、起床時トイレ誘導する | パットをあてていることで着衣が汚染してしまうことはなくなった |
| 夜間起き、パンツをぬぎながら洗面所へ行く | 歩行状態がよい人なので「トイレに行きましょう」と手引き誘導をおこなう | 「はい、はい」とそのままトイレに向い、途中失禁もあったが、トイレにて排泄ができた |
| 何度もトイレへ行くとと言われる | やさしく声をかけ、トイレ誘導に行く | 「おしっこ出ましたよ」というとニコニコと笑顔で話された |

| | | |
|-------------------------------------|---|------------------------------|
| 陰部の露出をすると手でかくそうとする | 「お下をきれいにしましょう」と言って、ご本人の手をなでる | 隠すことが減った |
| 失語、失行があり、失禁はほとんどないが、誘導しても出ない事が多い | 午後に、何度か誘導し、トイレで時間をかけて排尿を促す | 何度かの誘導で排尿があった |
| 「トイレには行きません」と言い、トイレに行くことを拒む | 時間を決めて(排泄チェック表などで)トイレに誘導する | トイレに行き排泄できた |
| 夜間排泄をする時、全身裸になり、布団から降りて床で排泄 | 排泄しそうな時間にトイレへ誘導 | トイレで排泄ができる。「ありがとう」といって眠りについた |
| ベランダに放尿、玄関に放尿 | ・ベットの位置を昔使用していた場所に戻す ・夜はトイレに明かりをつけておく | トラブルがなくなった(失禁はあるが) |
| 常に失禁している | 移動する場所にオムツをあちこちセットした | オムツを換えることが以前より出来た |
| 落ちつかず、立ち上がる。どこに行ってもいいかわからない | 排尿の間隔を把握し、トイレに誘導する | 便座を見て、自らトイレで排尿できた |
| 排尿前の誘導を拒否する。トイレ移動はできるが、尿流出までに時間がかかる | 排尿時そばにいて、排泄とは関係ない話をする | 体の力を抜いて、自然に排尿できた |
| 紙パンツを嫌がり、布パンツで尿を家のあちこちでもらす | 排尿のタイミングをチェックし、早目にトイレへ誘導する | たまに拒否があるが、トイレで排泄できた |
| 廊下に排尿する | 就寝後の排尿介助 | 失禁の回数が減少した |
| トイレに誘導すると自力で排尿するが、促さないと紙パンツに失禁する | 生活パターンをアセスメントし、タイミングよく排尿誘導する | トイレで自力で排尿ができた |
| 羞恥心により、排泄介助時、ズボン等をおろす行為が難しい | ご本人からの排泄の訴えはないので、行動から排泄パターンを読みとり、トイレ誘導を行う | 尿意があった場合、スムーズにズボンをおろし、排泄が行えた |
| 部屋で排尿をする | 排泄への声かけ、トイレ表示を分かるようにした | 行動に気をつける事で回数は減った |

○手洗いの障がい

手が濡れることで興奮する場合は、消毒シートなど別のものを使用して対応していた。

図表 2-2-40 生活行為4:手洗い(重度)の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|----------------------------------|--------------|-----------------------|
| 手が濡れると怒り出し、誘導したスタッフを叩いたり引っかいたりする | 手を消毒シートで消毒する | 一瞬嫌がるが、すぐにシートでの手拭に応じた |

○洗顔の障がい

洗顔を拒否する場合は、本人のペースに合わせて焦らずケアをされていた。

図表 2-2-41 生活行為5(重度):洗顔の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|-------------|-----------------|-----------------------|
| 洗顔拒否 | 説明をしてゆっくり少しずつ行う | やはり嫌がるが、さっぱりされたこと喜ばれた |

○歯磨きの障がい

ここでは、歯磨きを嫌がる、口を閉じて歯磨きができないなどの具体がみられた。これに対し、一緒に歯磨きをしたり、繰り返し説明するなどの対応がされていた。

図表 2-2-42 生活行為6(重度):歯磨きの具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|--|---|-------------------------------------|
| 義歯をはずすという行為はできるのが、理解するのに時間がかかったり、口を閉ざしてしまう | 隣りに立って、一緒に歯みがきをする | 行動を理解するのに時間はかかるが、同じ行動を真似ることができた |
| 歯磨きが嫌いで自分から磨くことをしない。誘導するまで「何で磨くの？」と話し続ける | 「一緒に歯みがきしましょう。お手伝いさせてください」と伝え、洗えない部分を介助する | 洗面所に誘導した後に、磨き残し部分の歯磨きを介助し、一連の行為ができた |
| 声かけでは理解できず口をかたく閉じる | 歯磨きへの同意を得てから、一緒に行い、動作を見る | 毎回ではないが歯ぶらしを持つことができた |
| 全く歯磨きを行わない | 「歯を磨きましょう」と伝え、介助する | 途中から、自分で歯を磨くことができた |

○食事の障がい

ここでは、食事ということがわからない、食事動作を途中で中断するなどの具体がみられた。これに対し、ホームヘルパーの導入で決まった時間に食べるようにしたり、何度も声をかけて口に入れる、動作に集中できるように音や声かけを少なくするなど工夫していた。

図表 2-2-43 生活行為7:食事(重度)の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|-------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| いつ、何を食べたかわからない | ホームヘルパーさんに昼1回毎日入ってもらい、決まった時間に食べることを促す | 「今はおなかすいてない」と食べないことがあった |
| 経口摂取を嫌がってしなくなった | 主治医と相談し今後の方向性を確認した | 本人の負担とならない支援となった |
| 食事ということがわからない | 何度も声をかけて口に入れる | ゆっくり少しずつ飲み込まず |
| 食事を食べず、箸を置いてしまう。介助なら食べる | 小鉢に1品ずつ、白米にふりかけ等の視覚的ケアをする | 時間がかかるが自分の力で食べることができた |

| | | |
|--|---|--|
| 食べる事を忘れ、眠ったり会話に夢中になる | 1つ1つの動作を声かけて介助 | 「ごめんね。ありがとう」とゆっくり食べることができた |
| 自分で食べようとされるが手があがらない | 何を食べたいか伺いながら、スプーンにのせ、少し手をそえる | 食べたいものを次々と言い喜んで食べられた |
| 私には肛門がないので形のあるものは食べられない…と言いヤクルトだけをのむ | 「それは大変ですね。体力が落ちてしまうと心配ね」と、エンシュアを差し出す | 今迄、ヤクルト以外のものは受けつけなかったが心配されたと思って、受け入れてた |
| 食事制限があるのに食べ物を探し出して食べてしまう | テーブルの上に一定量のおやつを置くことにした(量は少なく) | 少量でもそれを食べると満足してそれ以上探すなどの行動が減った |
| 傾眠状態で食事摂取にムラがある | 休息リズムを整える | 覚醒時間に食事摂取ができるようになった |
| 右側に並べられているもののみ召し上がる | 配膳おぼんを縦にすると自ら左右(全て)召し上がる | 黙々と左側にあるものも召し上がった |
| 緊張すると、食べようとしめない。食べている時も、はしで食べ物をいじるが口に運べない時が多い | スタッフと2人くらいで、リラックスできる雰囲気を作る。誘導、声かけ、介助、手本を見せる | 口に運べなくなると、左記の対応をして、後は見守りで食べられた |
| セッティングしても食事を召しあがられない | 食事の食べ始めと途中で声かけをする | 「そうですね。いただきます」と声かけて食事を始められた |
| 咀嚼、飲みこみむ力が弱く時間がかかる | やわらかい物を回数をわけて行う | 1回では疲れてしまっていたが数回にわたったことで食べる量は少し増えた |
| 食事動作を中断する | できる限り集中できるように、音や声かけを少なくする | 注意力が向上し、動作の中断が少なくなった |
| 家にいると食べた事も忘れ、冷凍食品やお茶の葉など何でも食べてしまう | デイサービスの利用により、独りの時間を少なく | 他の人との関わりが増えることで食べるという行為が定時になってきた |
| 経口摂助か、飲み込みが出来なくなり、肺炎で入院 | 基本的なケア、姿勢、呼吸、口腔ケアをゆっくりとしたペースで行った | 飲み込みが少し改善した |
| 食事に手をつけられない。又途中で中座する | お膳で提供するのでなく1器ごと前におき召し上がって頂く | 「いいの?」と言って器を持ち食された。カラになるたびに盛りつけた |
| 吐き出し、口腔内貯留を続けいつまでも飲み込まない | ・形態の見直し ・好物を示す ・水分との交互嚥下 | 飲み込むことができた |
| 食事が認識できず開口できなくなる | 好物を摂取、うなづき、嚥下の実践 | 開口し、食事を摂取できるようになった |
| うどん、ネクター、熱いコーヒー、アイスコーヒー(氷入り)しか飲食しない(20年間続いている) | 夫が様々な食事を前に並べ、本人が手を出すのを待つ | ラーメン、白飯、鮭の焼物等を食べるようになった |
| 食欲がなくむせる | カロリーの多いゼリーを摂取してもらう | むせることが減った |
| 食事を勧めても怒り出す、別の方へ歩き出す | 無理強いせず、1時間後に別の場所で勧める | 「腹へった、食べていいのか」と話され食事ができた |
| 食事をため込んで、いつまでも飲み込まない | 箸で口の中に何かを入れる仕草をする。空のスプーンを口元にもっていく | 何回かに1回はタイミングよく飲み込むことができた |
| 食事中、歌をうたってなかなか召し上がってくれない | 声かけをし、召し上がって頂く。みんな食べる | みんなの様子を見てもらい説明すると一口食べられた |

| | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------|
| 食事をすすめても箸も持たず見つめているのみ | 箸を手渡し、職員も一緒に食事を始める | 様子をみていたが自分から箸を手にとり食事を始めた |
| 食事は見守りや一部介助で摂取できるが、皿に模様があるとそれをとろうとする | 模様のない皿に変更したり、ワンプレートの食器に変える | 摂取量が増え、集中して食事ができるようになった |
| 口を開かない。時間がかかる。食事量減り、るいそう目立つ。むせはない | 姿勢、口腔ケアの指導、数口でもカロリーの高いものの支援、好みのものとり入れる | 時間をかけて食事を少しずつとれるようになった |
| 自己摂取できない。何を食べていいのかわからない | 目の前に食器をおき、促す | 食事がとれるようになった |
| 冷蔵庫に準備してあっても、自分で出してきた食べない | 一緒に冷蔵庫まで行き、一緒に準備した | いつも食べているものを取り出して来ていた |
| インスリンをしているが食事制限できず、偏食があり空腹の訴えが強い | 同じメニューでローカロリーの物を準備したり、果物を間食として対応 | 食物に対するイラツキが軽減した |
| 食事に手をつけない | お茶わん(小鉢)、はしを手渡し、目の前でスタッフも一緒に食べる | スタッフの食べる様子を見ながら食べ始めた |

○飲むことの障がい

ここでは、飲み物がわからない、飲み込めないなどの具体がみられた。それに対して、何度も声をかける、摂取前にマッサージなどのケアがされていた。

図表 2-2-44 生活行為8(重度):飲むことの具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|----------------------------|---|-----------------------|
| 糖尿病があるが糖分の多く入った飲み物を要求し続け怒る | 飲み物の容器はそのまま、中身を変えたり、水で薄めたりして糖分摂取量を少なくする | 用意した飲み物を飲み、本人が怒らなくなった |
| 飲みものがわからない。手を出さない | 何度も声をかけて口に入れる | しばらくして飲み込めた |
| なかなか飲み込めない | 摂取前のマッサージをする | スムーズな飲み込みができた |

○着衣の障がい

ここでは、脱いだものをまた着てしまう、パジャマの上にシャツを着るなどの具体がみられた。これに対し、脱いだ服を入れるカゴを用意する、服を重ねて置いておくなどの工夫がされていた。

図表 2-2-45 生活行為9:着衣(重度)の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 服を揃えて居室において見守っていても中々着ようとししない | 「着替えてからごはんを食べに行きましょう」と伝える | 「はい、わかりました」と、着替え始めた |
| パジャマの上にシャツを着る | 上から順番に着る服を重ねる | 「そうやな」と言い、順番に着ることができた |
| 気温に関係なく服を脱ぐ | その都度着ていただく | 服を着ることができた |

| | | |
|--------------------------------|---|---------------------------|
| 「汚れていない」と言い、同じ洋服を着続ける | 入浴時、着替えを準備しておき、さりげなく交換する | 「ありがとうございました」と着替えることができた |
| 入浴時、新しい衣服を置いておいても、脱いだものをそのまま着る | 脱いだものは、すぐにカゴに入れて、新しい方がすぐに目に入るようにする | 「これを着ていいのね」と新しい服を着ることができた |
| 下着が汚れていても交換せずに着ている | おしりのかぶれを見せてもらい「汚れているのでついでに替えましょう」と声をかける | 「そう？」と言って下着の交換をさせてくれた |

○履物をはくことの障がい

ここでは、履物を換えることに拒否がある、協力が得られず履物がはけないなどの具体がみられた。これに対し、本人のペースやタイミングに合わせて声かけする等がされていた。

図表 2-2-46 生活行為 10(重度):履物をはくこと具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| くつを脱いだあと、スリッパをはくことができない | タイミングを見て「スリッパをはきましょうか」と声をかける | ベストタイミングをつかむと穏やかになり、スリッパをはくことができた |
| 履物を変える事に拒否があり怒りだす | ゆっくり本人のペースで関わる | 「これで良いの？」と確認した後、穏やかに変えることができた |
| 立って靴をはこうとされる | 座って下さい | 「そうね、座ってはかくのね」と座って行えた |
| 麻痺などはないが協力が得られないため、履物がはけない | 片足ずつトントンと叩き「こち履きますよ」と声をかけて介助する | 「よし」と答え、片足ずつ足を上げて履物をはくことができた |

○脱衣の障がい

ここでは、脱衣拒否などの具体がみられた。これに対し、声かけやゆっくりと体に触れ、ゆっくりと脱いでもらう関わりがされていた。

図表 2-2-47 生活行為 11(重度):脱衣の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|-----------------------|--|--------------------------------|
| 自らリハビリパンツの交換ができない | 気に入っている足浴のついでに「これもどうぞ」と本人に渡す | 「着がえるの？」と自分で更衣ができ、表情も穏やかになった |
| 排泄や更衣で、着ている物を脱いでもらえない | ゆっくりと体に触れ、笑顔で心配ない旨伝え、ゆっくりとズボンなどを脱いでもらう | 徐々に脱ぐことができた |
| 脱衣拒否がある | 「室内はあったかいから、一枚だけぬぎましょう」と伝える | 「寒かったらまたきるわよ」と言い、上着を一枚脱ぐことができた |

○入浴の障がい

ここでは、入浴をしたがらない、嫌がるなどの具体がみられた。これに対し、手浴など小さな行為から徐々に広げていく、無理に入浴せず清拭をするなどのケアがされていた。

図表 2-2-48 生活行為 12(重度):入浴の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|--------------------------------------|---|---|
| 同じところを洗い続ける | 介助しようとすると言われると言われるので、洗えない部分を指し示し、口頭で伝える | 不十分な部分もあるが、一通り洗身が行えた |
| 入浴を嫌がる | 「向こうで着替えましょう」と浴室につれていき、「ついでに汗を流そう」と促す | 入浴することができた |
| 入浴をしたがらない | 本人が嫌がるため清拭対応 | 「気持ちいい」と言い、受け入れた |
| 入浴すると風邪をひくと思ひ込み拒否 | 部屋・浴室・脱衣所を温め、洋服をぬいでも寒くないよう調整 | 環境を調整後、入浴ができた |
| 入浴ということが理解できず脱いでもらえない | 同じ利用の方に誘ってもらう | 「そうかあ」といって入ってもらえた |
| 入浴を嫌がる | 入浴と伝えると嫌がるため、体重測るので服を脱ぎましょうと伝える | スムーズに入浴できることもあった |
| 追い炊き操作や、何のボタンなのかわからず、冷たい風呂に入っていた | 家人へどこか工夫する所はあるかを問い家人が自ら、方法をみつけた | できなくなった事に援助してもらい、入浴することができた |
| 入浴を嫌がる | 手を洗うなどの小さな行為から徐々に範囲を広げていく。拒否の時はその理由をきいていく | スムーズに入浴できることもあった |
| 入浴の必要性が理解できず約6カ月入浴できなかった | 信頼する医師に直接紙に「入浴して下さい」と書いてもらい部屋に貼った | 「先生が言うから入ろうかな」と言い、声かけ、誘導すればスムーズに入浴できるようになった |
| 「入浴」の意味がわからず、脱衣や入浴ができない | 浴そうを見ながら伝える | 理解できた時は脱衣や入浴ができた |
| すすめても入浴しない | 爪切り等、身体に触れるケアが受け入れられる時そのまま手をつなぎ誘導する | 浴室前で「いいの?」と言い、自然に入浴することができた |
| 明日入るといって入らない | 事前に伝えておく | 準備ができていると入れる |
| 入浴時に次の動作がわからず、「もういいか」と浴室から出ようとする | 「きれいに洗えましたね、次は〇〇です」とジェスチャーを交えて伝える | 「これでいい?」「次は?」と自分から聞きながら入浴の一連の行為を行うことができた |
| 夜に入るからと言ひ入らない | 調度お湯が沸いたのでどうぞと声をかける | 「はいはい」と入浴される |
| 浴槽から上がる事が分からず、立てなかった。表情も怒っている | 見慣れた服を見せて「着ましよう」と声をかける | いつもの穏やかな表情になり、浴槽から上がる事ができた |
| 自分は毎日一人で風呂に入ってるから入らなくていいと言われ、入浴拒否がある | 背中が赤くなり洗い流した方がいいと説明すると、浴室へ行かれ入られる | 「気持良くなった、ありがとう」と入浴された |

○移乗の障がい

ここでは、移乗する際、介護者をつねる、なかなか移乗できないなどの具体がみられた。これに対し、機嫌のよいタイミングを見計らって声をかける、移乗先の座面をたたいて伝えるなどの対応をされていた。

図表 2-2-49 生活行為 13(重度):移乗の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 移乗時に介助者をつねる | 密着させ、つねらないようにする。又、機嫌の良い時に移乗 | 笑いながら移乗できた |
| 便座から、車椅子になかなか移動できない | 車椅子の座面をトントン叩き、「ここにどうぞ」と伝える | 「座っていくのね」と安心した表情で移乗できた |
| 突然歩きはじめるが、ヒザがおれ、両肘両膝立ちから座位になることができない | 本人が納得して行動するまで見守る | 楽しそうに移動し、座位になれた |

○仰臥位になることの障がい

ここでは、横になって眠ることができないなどの具体がみられた。これに対し、介護者が寝て見せて、真似ることを待つなどの対応をされていた。

図表 2-2-50 生活行為 15(重度):仰臥位になることの具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|------------------------|--------------------------------------|--------------------|
| 横になって眠ることができない | 枕、布団を示して布団に座るよう誘導し、足を上げて体を横にして布団をかける | 「いいの?」と言って横になって眠れた |
| 一度起床すると、もう一度横になることが難しい | 先に介護者が寝て見せて、真似ることを待つ | 横になることができた |

○髭をそることの障がい

この具体では、電気での髭そりを嫌がる場合、床屋に髭そりをお願いしていた。

図表 2-2-51 生活行為 17(重度):髭をそることの具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|---------------------------|-----------|---------------|
| 電気髭そりの音を嫌がる。カミソリでは手をふりはらう | 床屋で髭そりを願う | 床屋での髭そりは受け入れた |

○義歯の洗浄の障がい

ここでは、義歯を洗浄できないことの具体がみられた。これに対し、ジェスチャーをして見せる、他の人が義歯を洗っているときに洗面所をともに使うことなどのケアを行っていた。

図表 2-2-52 生活行為 18(重度):義歯の洗浄の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|---------------------------------------|--------------------------|---------------------|
| 自ら義歯を洗浄しないが、口のまわりをさわられることに抵抗があり、介助を拒む | 歯みがきのしぐさをジェスチャーで表現する | 自ら義歯をとりはずして洗うことができた |
| 夜中じゅう、義歯にいれば安定剤を塗り続けた | 介護者が注意せず、本人が気が済むのを待った | 時間が経てば、自分から止めた |
| 義歯を外さない、洗わない | 他の人が義歯を洗っているときに、洗面所を共に使う | 自然と義歯を外して洗った |

○薬の管理の障がい

ここでは、内服を忘れる、薬の飲みすぎなどの具体がみられた。これに対し、ホームヘルパーを導入し、手渡しをしてもらう、電話にて服薬したかどうか確認するなどのケアが行われていた。

図表 2-2-53 生活行為 19(重度):薬の管理の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| 決まった通りに内服できない | ホームヘルパーの介入及び内服カレンダーを使用する | 内服カレンダーの認識は乏しかったが確実に内服できた |
| 処方分の薬が、すぐになくなる。服用したか、捨てたか、隠したか不明 | 次回訪問までの薬+αをセットし、不安をなくす | 薬を余分におくことで安心がみられた |
| 薬局でいろんな薬を買ってのむ | カレンダーに入れて大きく紙に書く。薬局と連絡 | 「これだけ飲めばいいのね」と必要な薬のみ内服した |
| 服薬を忘れたり過剰となる | 1日3回の所、1日1回服薬に調整した | ほぼ服薬が出来るようになった |
| 服薬拒否 | 「息子さんが買って来ました」と説明 | 「そう」と言っ内服された |
| 服薬を拒否し、布団をかぶったり、口をきかなくなる | 気分転換の後に、再度声かけをする | 気分が変わると服薬することができた |
| 内服を忘れる | 毎日ホームヘルパーさんに手渡しでのんでもらう | 忘れず内服できた |
| 点滴の自己抜針をくり返す | 点滴を見えないように工夫する | 自己抜針の回数が減った |
| 薬を誤って飲む、飲み忘れがある | 当日分だけ本人の手の届くところに置くようにする | 「ここにあればわかる」と、飲み忘れは減った |
| 薬と認識できず、「こんなのいらぬ」と捨ててしまう | 「これはお薬です。〇〇先生からもらったお薬です」と何度か声かけをする | 数回繰り返すと内服できた |

| | | |
|-------------------|--|---------------------|
| 薬の必要性が分からず全て捨てていた | ・医師と相談して、服用を朝 1 回のみとした ・薬カレンダーに毎週ナースがセットし、毎日ホームヘルパーを導入し声かけをする | 薬を捨てずに飲めるようになった |
| 飲みすぎ・飲み忘れ | 毎日 TEL で同じ時間に確認 | 「ありがとね。よかったよ」と確認できた |

○自分の意思の表現の障がい

ここでは、質問しても答えられない、問いかけするが無発言などの具体がみられた。これに対し、答えやすい質問をしたり、家族から情報を得る、返答があるまでゆっくりと待つなどのケアがされていた。

図表 2-2-54 生活行為 24(重度): 自分の意思の表現の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|---|--|-------------------------------------|
| 問いかけへの応答なく意思疎通が図れない | 症状などで判断する。これまでの生活歴等から推測してケアする | 表情をゆがめることがあった |
| 質問しても答えることが出来ない | 答えやすい質問をしたり、その人の望む事を家族に聞き、問いかけた | 質問に答えられるようになった |
| 家族、ケアマネ、緊急通報、救急、警察に頻繁に電話をかける | 電話の状況を別居の家族と共有。不穏強いときは家族が宿泊 | 安心して過ごせていた |
| 介護者の注意を常に自分に向けたい | 「〇〇でしたか、〇〇はできていますね」 | 「そうですか」といい、うなずくが納得していない様子だった |
| 会話の内容を理解出来ず質問をくり返す | 笑顔でゆったりと対応する | 意思は完全に伝えられないが、本人は納得されてる様子であった |
| 私は何をしたらいいのですか、と大声でくりかえす | 1つ1つの事を説明し指示する | 何をしたらいいのかがわかると納得して大声は軽減する |
| 病状確認のため、問いかけするが、無表情、無発言 | 返答があるまで、時間をかけて、待つ | じっと、見つめ、うなずきが見られた |
| 言葉数が少ない「うん」「そうねえ」 | 質問の方法を変えてみる | 単語の数が増えた |
| 本人の意思が家族に伝えられずイライラしている | 家族に対して、接し方をアドバイス | 本人のイライラがやわらいだ |
| 常に閉眼していて、開眼しても眼球が動かず仮面の様な顔になっている | 24時間の生活リズムに沿った声かけと、タッチングを行い座位をとったり、TVを見たり、興味のある映画音楽を流しつづけた | イスに座って座位をとるようになると、開眼できた |
| 訪問中ひっきりなしに用事を頼む。矛盾も多い | 「待って」や矛盾を指摘せず対応する | 対応すると感情の高ぶりが抑まり穏やかになった |
| トイレに行きたい、散歩に行くなど、意思の表出がなく、質問に対して意味のある言葉(返答)がない。 | クローズドクエスションの返応を表情や、しぐさで見ると誘導してみて嫌がるかどうか | 慣れている職員が何度か質問をして表情やしぐさで、だいたい判断できていた |
| 言葉がでづらく、コミュニケーションが難しい | 掃除を本人が入浴中に行い、本人の目の前で掃除時間を短くした | 介護拒否が減った |

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| 言語的表現が少なくなり、伝わりにくい | 時によって見ぶりで伝わるときもある | 非言語的な関わりにて対応すると意思疎通が可能となった |
| 昔の体験からか、突然大声で訴える | 会話の内容に注意。なるべく、不安のない内容で、明るく、楽しい話をみんなでする | 安心されている時は笑顔、多弁、一生懸命話される。大声が減った |
| 言語によるコミュニケーションがうまくとれない | ゆっくり手に触れて、顔の表情やジェスチャーなどで伝えようとする | 特に表情は変えず、相手の顔をジッと見ているか、時折笑顔を返してくれるようになった |
| 言語は少なくなっていてイライラしている | デイサービスを増やす、認知症対応型のデイへ変える | 言葉が増えた |
| 運転免許の取り消し | 警察と連携し説明する | 「取り消しは嫌やから返納しに行く」 |
| トイレの便槽の中で物を洗い、「何でそうされるか」問うても表現ができない | スタッフ全体で、その行為の意味を考える様にした | 問うた時、返される返事はつじつまが合わないが、会話は増えた |
| 時々ケアへの抵抗を示す | 否定したり非難せず、少し時間を置くなどして再度関わる。 | ケアを受け入れた |
| 言語が伝わらない | 本人の言いたい事を聞いてから単語のみで話す | 話は通じないが落ち着かれた |

○その他

ここでは、帰宅したい思いや、ケア中に怒り出すなどの具体がみられた。これに対し、地元の話や傾聴する、本人の気持ちを知るためにゆっくりと話を傾聴する等が行われていた。

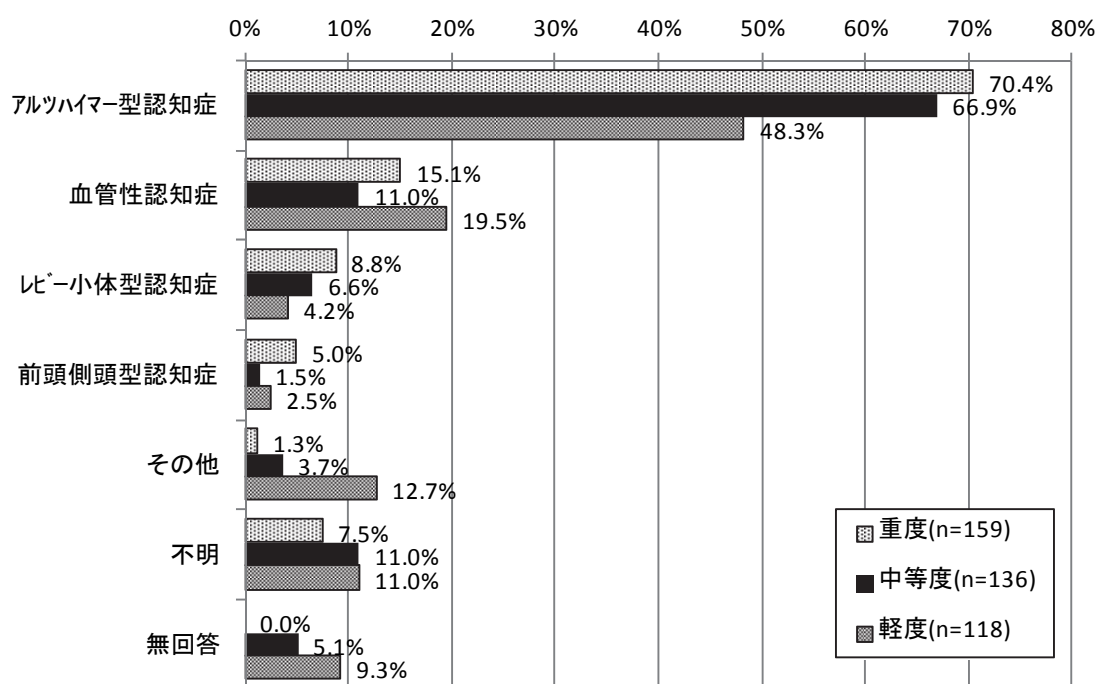
図表 2-2-55 生活行為 25(重度): その他の具体と効果的ケアの例

| 生活行為の具体的な状態 | 効果的だったケア | ケアに対する認知症者の反応 |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 爪白癬もあるが、のびたまま切らず清潔でない状態 | 気分転換後、再度声かけ | 途中まで抵抗せずに爪切りができたこともあった |
| 帰宅したい思い | 散歩しながら地元の話をする | 次第に落ちつきが見られた |
| ケア中、「もう、やめないか」などと言って怒りだす | 本人の気持ちを知るためにゆっくり話をきく | ケア中でも怒らず、穏やかになった |
| 介護者の腕や、ベッドの柵などをつかむと離さない | あらかじめ、つかんでいられるものを用意する | 度々離してしまうことも多いが、つかんでいることもあった |
| (ショート利用時)不眠 | 昼のケアで散歩等できるだけ体を動かすよう日中の活動を変えた | 夜間眠れるようになった |
| 妻も認知症状があるので夫の病気を理解できない | 主治医と連携をとる。(症状と変化が大きいので) | 医師からの話は妻も聞いてくれた |
| もどかしさで怒りやすく、ささいなことで怒り介護抵抗が出る | 怒り出したら一旦引き、一緒に行動し、一緒に怒る | 時間をかけて落ち着き、リセットして又他者の輪に入った |

3. 認知症の診断名

回答者が重度～軽度まで 1 名ずつ想起した認知症者の診断名は、いずれの程度でも「アルツハイマー型認知症」が最も多く、重度では 70.4%、中等度では 66.9%、軽度では 48.3%だった。

図表 2-2-56 認知症の診断名（複数回答）



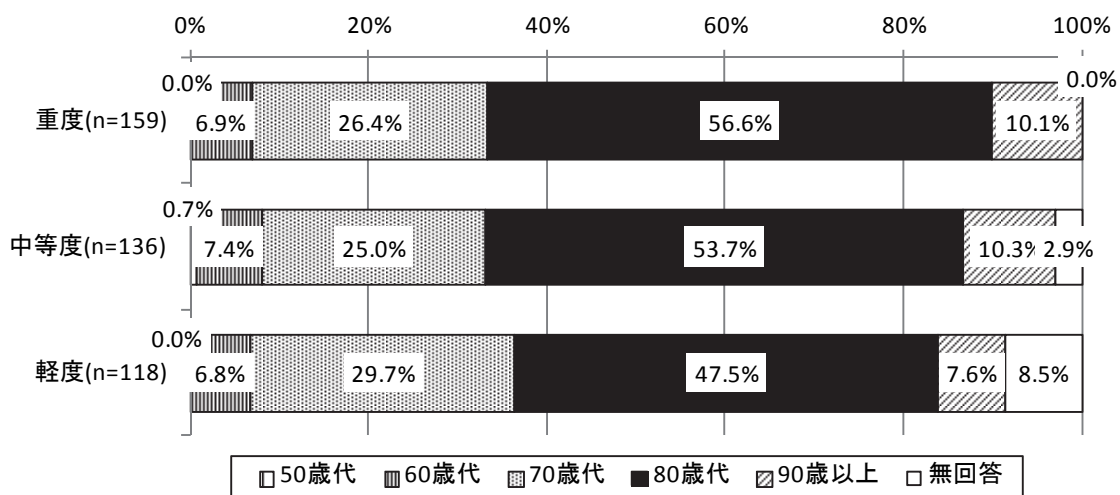
4. 認知症者の年齢

認知症者の年齢は、平均値で、「重度」は 77.5 歳、「中等度」が 77.1 歳、「軽度」が 76.8 歳だった。

図表 2-2-57 認知症者の年齢

| | 回答件数 | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 最大値 | 最小値 |
|--------|------|------|------|------|-----|-----|
| 重度(歳) | 159 | 77.5 | 7.6 | 80.0 | 102 | 60 |
| 中等度(歳) | 132 | 77.1 | 8.2 | 80.0 | 95 | 52 |
| 軽度(歳) | 108 | 76.8 | 7.7 | 80.0 | 100 | 60 |

図表 2-2-58 認知症者の年齢



第3節 在宅認知症者の生活障害と効果的なケアの具体例（インタビュー結果より）

1. 調査対象者の概要

フォーカスグループインタビューを2回にわけ、合計9名に実施した。以下に対象者の概要を示す。

| | 有資格 | 所属 |
|---|-------------------------------|------------|
| 1 | 認知症介護指導者/認知症ケア専門士 | 老人介護施設 |
| 2 | 認知症ケア上級専門士看護師/看護師/ 介護福祉士/他 | 介護サービス事業所 |
| 3 | 訪問看護認定看護師 | 訪問看護ステーション |
| 4 | 老人看護専門看護師 | 訪問看護ステーション |
| 5 | 認知症介護指導者/看護師 | 介護老人保健施設 |
| 6 | 認知症看護認定看護師 | デイサービス |
| 7 | 認知症看護認定看護師 | デイサービス |
| 8 | 訪問看護認定看護師 | 訪問看護ステーション |
| 9 | 上級認知症ケア専門士 | 訪問看護ステーション |

2. 結果

1) 軽度の在宅認知症者に対する効果的なケアについて

軽度では薬の管理についての困難が、他の生活障害よりも圧倒的に多く聞かれた。日常生活のなかで、本人の生活範囲（多くの時間を過ごす部屋）や習慣を活かし、薬の置き場所を工夫したり、医師と処方について相談する事例について多く語られた。また、軽度の認知症者の場合、服薬管理ができないという自覚がなかったり、できるというプライドを傷つけないように支援する必要性があった。そのためか、話された内容は効果的なケアの事例ではあるが、重度認知症者の事例に比べると、効果がわかりにくいことが多く、ケアの難しさが感じられた。

図表 2-3-1 軽度認知症者について語られた生活障害の具体と効果的なケアの例

| 生活障害/BPSD | 具体的な生活障害 | 効果的だったケア | ケアによる認知症者の反応 |
|--------------------|----------------------|--|--------------|
| ①9薬の管理 (薬が飲めない) | 配薬箱にお薬があっても、飲むことを忘れる | 配薬箱や壁かけを用意して設置するが、そのこと自体を忘れてしまうため、家族の協力を得て、安否確認がてら、内服の時間になったら電話をしてもらう。またはヘルパーさんに声かけをしてもらうように調整する | |

| | | | |
|-----------------------------|--|--|-------------------------|
| <p>⑱薬の管理 (薬が飲めない)</p> | <p>日付を書いても、日付が分からず、どれを飲んでいいのか分からなくなる</p> | <p>・台所で過ごすことが多いため、台所にお薬カレンダーを設置した ・薬を小袋に入れて、「こういうふうにセットしようと思うんですけどどうでしょうか」とご本人に確認した ・忘れることが目立ってきたときのパターンを確認する ・朝飲めないと、そのまま夜の眠剤が飲めなくなるというパターンが続いた。(土日のサービスがないときに、朝夕夜の薬を飲み忘れる。朝飲めば大体、夕夜も飲めるというパターンであった。このため朝の薬が飲めることが大事なことがわかり、午前中にさまざまなサービスを入れて服薬の確認をした)</p> | <p>たまに飲み忘れはあるが内服できた</p> |
| <p>⑱薬の管理 (薬の飲み忘れ)</p> | <p>飲み忘れたら飲むはずだった薬を隠す。隠れて、座布団の下などに隠してしまう</p> | <p>家族がいる場合は家族に相談をする。家族がいない場合は医師に薬の数を減らしてもらうよう相談した</p> | |
| <p>⑱薬の管理 (薬の飲み忘れ)</p> | <p>心不全の方で、利尿剤をきちんと服薬してないことがあり、心不全で入退院を繰り返す</p> | <p>頻繁に訪問看護師が訪問し、どの程度水分を飲んでるのか、また体重チェックをし、それに見合った利尿剤の量を医師と相談した</p> | |
| <p>⑱薬の管理 (薬を自己調整する)</p> | <p>外出好きな方が、利尿剤を飲むと尿が出るので利尿剤を調節する</p> | <p>体重を計り、自己調整している様子がある時は医師に確認し、「利尿剤を1個飲みましょう」「〇日間飲みましょう」「受診の時期を前倒しにしましょう」などと調整した</p> | |
| <p>㉓掃除(ゴミ捨て)</p> | <p>川にゴミを流してしまう(昔から、川にゴミを流すという地域の習慣がある)</p> | <p>配食サービスの方に見守りと生ごみの点検をしてもらい、生ごみがあったら持ち帰ってもらう</p> | <p>川にゴミを流すことが減った</p> |

2) 中等度の在宅認知症者に対する効果的なケアについて

中等度では、薬の管理だけでなく、金銭管理も困難になる事例が複数見られた。また、歯磨きや着替えなどの日常生活動作がわからないという事例についても話された。薬の自己管理が困難になることで家族やホームヘルパーによって直接手渡しをしたり、デイサービスでの管理を選択したりする工夫が話された。日常生活動作については、介護者の真似をしてもらう、より具体的な声かけをしている場面が見出された。

図表 2-3-2 中等度認知症者について語られた生活障害の具体と効果的なケアの例

| 生活障害/BPSD | 具体的な生活障害 | 効果的だったケア | ケアによる認知症者の反応 |
|-----------------------------|---|---|---|
| ① 目的の場所に行くこと | 家と違う方向へ歩き、だいたい先に行った時に帰り道が分からなくなり、帰れなくなる | 本人から見えないように後ろをついていき、帰り道が分からなくなってきた時に「そろそろ家に帰りましょう」と声をかけ、一緒に歩いて帰る | 帰宅することができた |
| ① 目的の場所に行くこと (遠方まで一人で歩く) | 遠方まで一人で歩いてしまう | 家にいると落ち着かない様子であったため、デイサービスを紹介した | デイサービスで、お茶を入れる、洗濯を干す等の役割をお願いすると楽しそうにされている。デイサービスの予定でない時に歩いて来てしまうことがあったが、一人で遠出することは減った |
| ② 排便 (おむつ交換ができない) | 寝ているときに認知症の妻が便をしたと言っておむつを外した。このため朝まで全裸になっていたり、便がお布団に染みている | 夜寝る前にホームヘルパーを導入した | 全裸になったり、排泄物が布団に染みついてはなくなった |
| ⑫ 入浴 | 入浴ができない | そばについて声かけしながら解除する | 入浴することができるようになった |
| ⑤ 洗顔 | 顔を洗う方法がわからない | 声掛けで誘導、蛇口をひねって見せる | 洗顔が行えるようになった |
| ⑥ 洗顔 | トイレや洗面所に行くことができるが、何をしに行ったのか、何をすればよいのかが分からなくなる | ・「どうされましたか」「顔洗いでしたよね」と声をかける ・手を洗う時に蛇口のひねり方が分からないので、奥さんが水道をひねって水を出してみせる | 途中から行動が分かった |
| ⑦ 食事 | 自ら食事を用意することが出来ない | 食事を用意する | 食事を食べることが出来た |

| | | | |
|---------------------------|---------------------------------|---|--|
| ⑫ 入浴 | 入浴介助を拒否 | ・最初は強制せず、「入りたいな」「気持ちいいだろう」と思うのを待つ ・入浴後に「血色がよくなって顔色がいいですね」、「この服ステキですね」などと声かけする | 入浴できるようになった |
| ⑬ 薬の管理 | 薬を飲みすぎたり飲まなかったりと、決められた通りに内服できない | ・屯用薬は目につかない場所に置き、毎日の内服薬と混乱しないようにする ・医師と相談し、内服は一日一回に調整する ・一日一回、朝にヘルパーが訪問し薬を手渡す | 1日に1回、薬を飲むようになった |
| ⑭ 薬の管理 | 薬をまったく飲んでいなかった | デイサービスで服薬することにした | 確実に飲めるようになった |
| ⑮ 料理 | ・調理ができない ・レトルト食品を温めることができない | 冷蔵庫内の料理に日付を記入し、その日の分の食事を温めて食べられるようにしている | 自らレンジで食事を温め、摂取できるようになった |
| 帰宅欲求 | 「家に帰りたい」という | 幼少のころの家に帰りたいと話されるのでその方の兄妹の話と一緒にした | ふと我に返り、帰宅欲求がおさまった |
| ⑯ 着衣 (着衣失効) | 寝衣に着替えることができない | スタッフが利用者の前でパジャマに着替える | スタッフと一緒に寝衣に着替えた |
| 睡眠障害 | 日中ほとんど寝ている | ・仕事がしたいという希望からデイケアサービスを紹介し、タイヤのチェーン交換という役割をお願いした ・病院の医師と相談して薬の調整をした | ・デイサービスでの役割で生き生きされていた ・日中寝ている時間が減った |
| ⑰ 買い物 (好きなものを好きにだけ買う) | 好きなものを好きにだけ買い物してしまう | ・家族が金額を決めて渡すようにした ・買い物の楽しみは奪わないよう、買う内容のことは口出ししない | 好きなように買い物することはなくなった |
| ⑱ 買い物 (お店に大金を持ち込み毎日買う) | 一定のお店に毎日行き、食べ物を大量に頼む | 担当者会議で話をし、本人が電話をするということでは止められないので、お店の人に状況を理解してもらい、協力を得る | 大量に買うことがなくなった |

3) 重度の在宅認知症者に対する効果的なケアについて

重度の認知症者の事例は、軽度・中等度・重度の事例の中で一番多く語られていた。日常生活動作の全般にわたり、様々な生活障害が起こっており、それらについて1つ1つの動作を丁寧に説明し、本人に合ったケアを探る為に、それぞれ工夫したケアを試行しながら探っている様子が見出された。

図表 2-3-3 重度認知症者について語られた生活障害の具体と効果的なケアの例

| 生活障害 BPSD | 具体的な生活障害 | 効果的だったケア | ケアによる認知症者の反応 |
|--------------|---|--|--|
| ③ 排尿 ② 排便 | <ul style="list-style-type: none"> ・トイレ誘導しても、いきめない、トイレに座れない。 ・トイレのドアを開けて入ってもどこに行っていかが分からない | <ul style="list-style-type: none"> ・口頭でトイレの場所を伝えるだけでなく、手で誘導しつつ、トイレのところまで行っていただく。どっち向きに立てばよいか分からない時は、「私のほう向いてください」と声をかけると、大体はぐるっと回ってくれる。そして「ズボン下ろすのはちょっとお手伝いしますね」と伝える ・「シー」と声かけすると尿が出るのが最近分かってきた。 | スムーズに便座に座わり、尿が出るようになった |
| ③ 排便 | <ul style="list-style-type: none"> ・トイレで座らず立ったままになってしまう ・いきむ事が出来ない | <ul style="list-style-type: none"> ・トイレに行くときに「便所行きます」と何度も声かける ①「じゃ、ここ座っておしっこしますよ」「小便しますよ」と何回か声をかける ②「じゃ、座ります」と言って、太もものところを少し押す ③下着をおろす前に手すりにつかまってもらおう。手すりにつかまった段階で便座に座る時もある。 ④両手で手すりにつかまってもらおう。立つ時は少し上、座る時は少し低めのところを掴んでもらい「はい、座ります。大丈夫ですよ」と声をかけて座ってもらおう。お尻がずれてしまうことを本人が心配している時には「そこで大丈夫ですよ」と声をかけ、誘導する | <ul style="list-style-type: none"> (①と②の結果)だいたい座ることができた (③の結果)座るときもあった (④の結果)不安にならずスムーズに便座に座ることができた |
| ② 便秘 ③ 排尿 | <ul style="list-style-type: none"> ・自分でトイレに行く事ができない ・自分でトイレのドアを開け、中に入る事ができない ・足元が不安定であり、トイレに1人で入ってる時は転倒する危険が大きい ・スタッフが場を離れると、「自分はこちらに座ったけ | <ul style="list-style-type: none"> ・本人のリズムや便意を感じ取ってシグナルを見つけ、トイレに行って排泄してもらおう ・座りながら体をゆすったり、ふっと立ってどこかへ行こうとした時に「はいどうぞ」とトイレのドアを開けるとトイレに入ることができる。自ら下着を下げる事ができない時は、下着を下げて座ってもらおう ・座っている本人が見えないところに立つ、顔は合わせない、そういう中で声を掛ける ・いきむというか、息づかい、呼吸の仕方ですという状態になっているか、今の状態を観察しながら待つ | <ul style="list-style-type: none"> ・トイレでの排せつ支援がスムーズになる。排せつの支援がスムーズにいくとコミュニケーションがとれるようになった ・トイレでの排便ができるようになった |

| | | | |
|------------|---|--|---|
| | ど、これからどうするの」という状況になり、立ち上がってドアのところで何回も転倒骨折した | ・ズボンを下げたままではいると本人が羞恥心を感じるので、腹部から大腿部にバスタオルをかける ・「おしっこしていいですよ」とか「トイレですからいいですよ」と言いながら、「しーっ」とか「じゃ、がんばってみようか、うーん」などと声をかけて一緒にいきむ | |
| ② 排便 | 自らトイレに行き排便することができない | ・声掛けしながら、スタッフと一緒にご本人の排便する時の呼吸を合わせる ・ただ座ってもらうだけではなく、「はい、出ますよ」等と声をかけ、排便しやすい環境を作る | スムーズに排便がみられた |
| ②排便 | トイレットペーパーをうまく出せない、まとめられない | ①本人の前のほうに行き「はい、どうぞ」と手渡す ②手渡しても拭けない時は「いいですか？ よいしょって立ちますよ」と声を掛けて立ってもらい、立っている時に「ごめんなさい」と言いながら拭く ③脱がせる時は「はい、脱ぎますよ」と声かけし、本人の意に反しないことをやっているのを「ごめんなさい」と謝りながら介助する | ①で自らお尻を拭ける人もいた |
| ②排便 ③排尿 | トイレで座りましようと言っても「座らない」と言って便座に座らない | 座りましようと言うと座らないので、「立ちましよう」と言う | トイレに座ることができた |
| ③ 排尿 | トイレの一連の動作が分からない | 「じゃ、おしっこしましょう」などと言葉掛けを行う。おしっこか小便だとか、その時々に合わせて言葉を使う 「今おしっこ出ますか？」「小便出ますか？」と尋ね、「今出ないね」と言う時には「そうですね、じゃ、また立ちましようか」と無理をしないで立ってもらい、また、もそもそ、そわそわした様子になった時にトイレへ行く。 その人の動きに合わせてトイレへ誘導する ①「今出ないね」と言う時には「もうちょっと座ってましよう」と言っておしゃべりしながらそばに座る ②ただトイレで座ってもらうだけではなく、その時のその人の返答に合わせて切り上げる時と、「おしっこ出る」とか「小便出る」という返事がある「ああ、分かんないね」と言いながらもぞもぞしながらそのままいる場合には座り続け（そばについて見守って）、用手圧迫を行う | ①3～4分すると排尿がみられることがある ②用手圧迫の勢いで排尿がみられることがある |
| ⑦食事 | 食事が取れていない | 配食サービスを導入する | チャイムが鳴ると食事が来て、食事を見れば食べることができた |

| | | | |
|----------------|---|---|---|
| ⑦食事 | <ul style="list-style-type: none"> ・食事を認識することができない時がある ・食事の際に、かき回しをする ・初めは2本の箸を開いて持てるが、握りが強くなってくると一本の棒のように箸をもち、食事をかき回す | <ul style="list-style-type: none"> ①職員とマンツーマンの対応にして、箸先が狭まってきたときは声をかけて箸先を開けるよう手伝う ②物をつかみやすいように、すべり止めがついている介助箸を使用する | <ul style="list-style-type: none"> ①箸で食べる ②箸で食べることができる |
| ⑦食事 | 食事を認識することが出来ない | 「これは焼きそばですよ」等と説明し、箸を持ちながら「これは、こうやって食べるんですよ」と声かけする | 自ら食べることが出来た |
| ⑦食事 | 食べ物を口に入れないと食べ物だと認識できない | ホームヘルパーがそばについて、「こうやって召し上がってください」と食べ方を伝えた | 自ら食べることが出来た |
| ⑦食事 | 「お茶です」と言っても飲み物だと分からない | 湯呑を持ってもらう | お茶を飲むことが出来た |
| ⑦食事 | 湯のみを持ってても飲み物であることを認識できず、お茶を全部こぼしてしまう | 「お茶ですよ、温かいですよ」と声をかけ、「ちょっと口つけてみてください」と口をつけてもらう | お茶を飲むことができた |
| ⑨ 着衣 (着衣失行) | 脱ぐことを嫌がる | 「まず足を出しましょう」「じゃ、次にズボンだけ脱いでみましょう」「こうタオルを引いて、足を洗いましょう」と声かけをしてまず足浴をする。「じゃ、このままお風呂に入りましょうか」と段階的に誘い、一度に脱がないように配慮する | <ul style="list-style-type: none"> ・(左記の声掛けにより)スムーズに脱ぐことが多かった。 脱げると、着ることも可能となることが多かった ・1枚脱ぐと、自分でその次は脱げることが多い |
| ⑨ 着衣 | <ul style="list-style-type: none"> ・脱ぎ着が出来ない、衣服の脱ぎ方が分からない ・上着やズボン、セーターを自分一人で脱げない ・1枚目を脱ぐことが難しい | <ul style="list-style-type: none"> ①「手伸ばしてください」「〇〇を脱ぎますよ」と声かけする ②「じゃ、すそを上げます」と少し上げて「ここ持ってください」「引っ張りますよ」などと声をかけながら介助する | <ul style="list-style-type: none"> ①脱ぎ始めると動作を思い出し、下着を脱ぐことが出来るが、最初の段階のズボンを脱ぐ、上着を脱ぐことが分からなくなってしまう ②脱ぐことができる |

| | | | |
|------|---|---|--|
| ⑨着衣 | <ul style="list-style-type: none"> ・ズボンをかぶる ・洋服の上に下着を着る | <ul style="list-style-type: none"> ・おしゃれな洋服がたくさんある方で、おしゃれをしたいという思いが強いことから、「今日はこの色にしましょうか」、「こんなおズボンはどうですか？」などと話をしながら着替えをする ・洋服の上に下着が着てあるときは、ご本人は気に入って着ているので、そのまま様子を見る。もし食事がまだだったら食事を勧めたり、そのまま入浴をするという方向に持っていく | <ul style="list-style-type: none"> ・最初の1枚を落ち着いた気持ちで脱いでもらえると、あとは自分で脱げた ・遠いところの靴下は脱げないが、近いところの下着は脱げた |
| ⑨着衣 | 季節に合わせた服装の調節が出来ない | 「冬になってきたので一枚衣類を増やしましょう」と声掛けをした | 上着を着ることができた |
| ⑩ 脱衣 | 脱衣の際、一枚目を脱ぐことが難しい | スタッフが一枚余計に衣類を着て、衣服を脱ぐところを見せる | スタッフが脱いだ様子を見て、脱衣の手順が分かった |
| ⑪ 入浴 | 給湯温度が60度、70度と高温で、非常に危険。熱さを認識せずに、ふたを開けた時点で熱さが分かって、それをかけてやけどをしてしまう | 日中独居であり、夜間だけ息子が帰ってくるため、本人の生活スタイルが全くつかめなかった。息子が休みの日に日中の生活を把握してもらう。生活スタイルに一貫性がなかった。入浴は思いついた時に入ることが分かったので、安全を優先するために、息子に給湯のスイッチを消すことや、一定の温度にすることを依頼した | 息子が給湯スイッチを消しても、設定を動かしてしまいうまくいかなかった。ホームヘルパー等も導入したが、成功せず。最終的には、お風呂の楽しみを確保するために、平日すべてデイサービスに切り替え入浴する場を変えた |
| ⑫入浴 | 家族以外の人とお風呂に入ることが嫌で入浴を拒否する | 慣れるために、時間をかけて、まずは洗面所まで、次に洗面所まで、脱衣まで、浴室までというようにステップを踏んで浴室に移行してもらう <ul style="list-style-type: none"> ・家には、その人が大切にしていた物やずっと使っていたものがあるので、「これはどんなときに使いますか？」という感じで、洗面所に行った時はクシなど、使っていたもの話をした ・浴室に入っても次の行動がわからず、座ることもできない時は無理をせず、手すりにつかまってもらう ・お湯をかける時は、ぬるい温度からかけ、徐々に温度を上げた ・はじめは洗うとかいうよりも、お風呂を体験することに目標を置き、徐々に目標をステップアップした | 洗髪ができるようになったのは2~3回目だった。お湯をかける、下を洗う、足を洗う、そして体を洗うというような段階で洗えるようになった |

| | | | |
|--------------------|--|--|-------------------------------|
| ⑫入浴 (入り方がわからない) | 訪問入浴を嫌がる | <p><訪問入浴の方へのアドバイス></p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人に分かりやすく説明をする ・本人を主体とし、できない部分を手伝う ・本人のやりたい気持ちを大事にする ・自分でできることは時間がかかってもなるべく待っていてほしい ・訪問看護師が訪問入浴の方と一緒に同行訪問をし、コミュニケーションを取る方法を共有する。きちんと説明をして、ケアを行っているところを共有する <p><本人と直接関わるとき></p> <ul style="list-style-type: none"> ・分かりやすい言葉で話す。反応がないときは、「私の説明が伝わらないのだ」と思うようにしている。その時はどう思いましたか？などとは聞かずに、今どうなのか(寒いのか、痛いのか、おなかが空いてるのか等)ということ意識して聞く | ・(左記内容)を行うことで訪問入浴に入れるようになった |
| ⑫ 入浴 | 入浴することが嫌になる | 女性の方なので、「一緒にお風呂の温度を見に行ってください」、「お風呂の入れ方教えてください」などと話をしてお風呂場へ行っていただく。お風呂場で「お風呂の温度はこのくらいいいですか」、「じゃ、そろそろ入れますかね」と、本人と確認をしながら1つずつ声をかけて行う | お風呂に入る機会が多くなった |
| ⑫ 入浴 | (生活リズムと訪問入浴のタイミングが異なることから)数か月間入浴を拒否 | <ul style="list-style-type: none"> ・いつも夕方の入浴サービスであったが、明るい時に訪問入浴の方たちが行うよう調整した ・まず訪問看護が訪問し、ご本人の話を15分ぐらい聞いてから、「褥瘡の処置があるので伺っています」というように、本人の話をじっくり伺ってからケアをする ・看護師又はヘルパーさんが訪問入浴より少しまえに訪問し、ご本人の話を伺い、満足したところで入浴につながるよう調整した ・訪問入浴の方たちにも、ご本人の話をゆっくり聞きながら、準備をしてもらうよう提案した | 入浴できるようになった |
| ⑫入浴 | ・どのように入浴したらよいのか、何をしたらよいかが分からない | さりげなく「お湯をかけましょう、寒いから」と声を掛けた | スムーズに入浴できた |
| ⑫入浴 | <ul style="list-style-type: none"> ・浴槽に入ること自体ができない ・蛇口をひねることができない ・自ら蛇口をひねって浴槽にお湯をためる事ができない | 一つ一つの動作を声掛けで促した | 湯を足す、浴槽内のお湯を身体にかける、ということではできた |

| | | | |
|------------|---|--|---|
| ⑫入浴 | お風呂に入りたがらない | 耳元のところで「ちょっとこっち来ませんか？」と内緒話をして、「じゃ、こっちこっち」と浴室へ誘導した | (左記の方法にてお風呂場に来たら)「お風呂入りますよ」と湯船を見せると「おお」と言いながらお風呂に入り、「お風呂気持ちいいね」と話しながら入浴できた |
| ⑫入浴 ⑪脱衣 | ・何年もお風呂に入っていない ・入浴を拒否される ・衣服の脱ぎ方を分かっているが、脱がされると「何するの」と暴れる | 週に1回だけ必ずお風呂に入ることを1カ月半繰り返して、「明日はお風呂に入りますよ」と前日から約束した | 「どうやるんだっけ」と言いながら自分で服を脱ごうとした。6回7回目ぐらいから拒否したり暴れなくなり(初めは暴れるため3人がかりで入浴介助をしていたのが、その後2人がかりになった)、1人で衣服を脱ぎ入浴出来るようになった |
| ⑫買い物 | 買い物時に適切な支払いをすることが出来ず、常に大きいお札で買い物をする | 「この小銭を使いましょう」と言って代わりに払った | 拒否はなく、支払うことができた |
| その他 | 夏に室温調節ができない(エアコンをつけていても消してしまう) | エアコンのリモコンを目の届かないところに置いた | エアコンを消さずに過ごすことができた |

インタビュー調査では、以下のような示唆を得ることができた。

- 関わり方としては、本人の生活リズムについて、関わるチームメンバー全体で共有する必要がある。
- ヘルパーや訪問入浴のフタッフと、時には同時に訪問し、認知症者への声かけの方法、接し方の具体について話し合い、情報交換したり助言しあったりする必要がある。
- 認知症のステージが進み、ケアが成立しない場合には、まず認知症のケアに長けた訪問看護師が介助し、慣れたころに認知症ケアの経験の浅い介護職等に移行する工夫も必要。
- 介護がしやすいであろう、本人も楽であろうとのことで購入する介護用品よりも、一

見、使いにくそうでも昔から使用していたり、本人の習慣を思い起こすような物の方がケアがスムーズである。

第4節 認知症者の行動・心理症状（BPSD）と効果的ケアの具体例

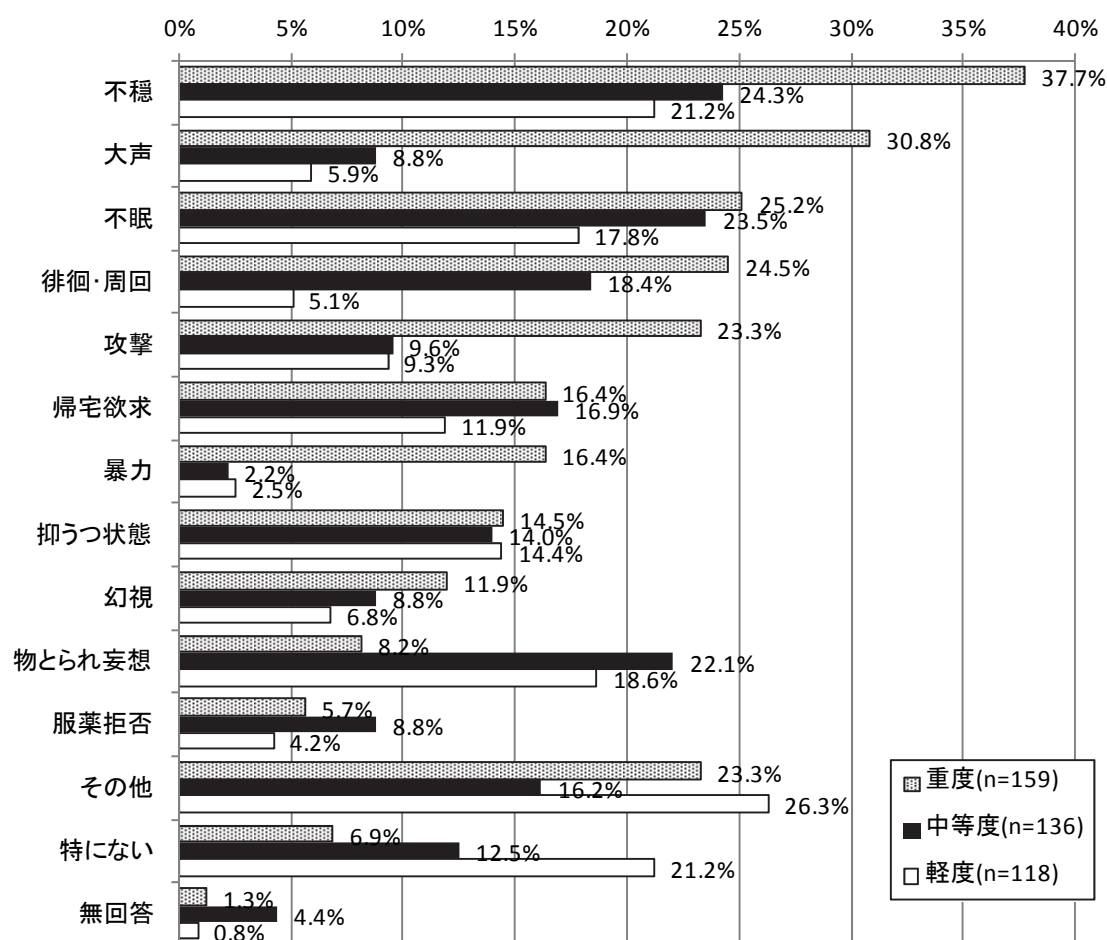
1. 在宅認知症者の主な行動・心理症状（BPSD）

認知症者に見られる主な行動・心理症状については、「重度」では「不穏」が37.7%で最も多く、次いで、「大声」(30.8%)、「不眠」(25.2%)だった。

「中等度」でも「不穏」が24.3%と最も多く、次いで「不眠」が23.5%、その次に「物とられ妄想」が22.1%と多かった点が特徴的であった。

「軽度」でも、他の程度と同様「不穏」が21.2%で最も多く、次いで「物とられ妄想」が18.6%と高かった点に注目される。

図表 2-4-1 認知症者の主な行動・心理症状 (最大3つまで選択)



2. 在宅認知症者の行動・心理症状（BPSD）の具体と効果的ケア

以下に、認知症者の BPSD の具体例と、それに対する効果的ケア、認知症者のケアへの反応を重症度別に表にまとめて整理した結果を示す。表の二重線の右側には、効果的だった具体例として記述されたケアからケアのポイントを抽出した。その結果、それらのポイントは①ケアする人自身の姿勢・態度、②認知症者本人への関わり、③医師とのかかわり、④家族・介護者との関わり、⑤環境の調整の5つに分類された。

1) 軽度認知症者の BPSD と効果的ケア

図表 2-4-2 軽度認知症者の行動・心理症状（BPSD）と効果的ケアの具体例

| 効果的なケアの記述 | 反応 | 主な BPSD | ケアのポイント |
|--|-------------------------------|-------------|--|
| 90代で今更、指導しても、生活パターンを変えられないので、できるだけ見守りながら本人を尊重 | 特に興奮はない | その他 | 見守りながら本人を尊重 (①ケアする人の基本姿勢・態度) |
| 話の中心にして、個別と集団に配慮しながら対応する | 思いきり話されると、家でも落ちつかれる | その他 | まわりの人にも配慮しながら話の中心になっていただき、思いきり話せるようにする (②本人とのかかわり) |
| 本人の思いを傾聴しながらコミュニケーションを図っていった。家人の思いについても直接確認しながら傾聴した | 怒ることがなく今後の方向性につなげることができた | その他 | ・本人の思いを傾聴 (②本人とのかかわり) ・家人の思いについても直接確認しながら傾聴する(④家族・介護者とのかかわり) |
| 抑うつ状態の時は、利用者のそばで寄り添ってお話を聞く。 | 落ち着き、また自分の役割があると安心される | 不穏・帰宅欲求・抑うつ | 利用者のそばで寄り添ってお話を聞く(②本人とのかかわり) |
| 話をよくきく、小まめに声をかける。できること興味のあることを行っていただきほめる、認める、感謝する。本人の自尊心を維持することができるかかわりを心がけた | 体調も以前よりよくなり、外出の機会も増え、ADLも向上した | 抑うつ・不眠・幻視 | 本人の自尊心を維持することができるかかわりを心がけた (①ケアする人の姿勢・態度) 話をよくきく、小まめに声をかける。できること興味のあることを行ってもらい賞賛する、認める、感謝する(②本人とのかかわり) |
| できていない部分を責めず、「大丈夫」という声かけを行う | 表情が和いできた | 抑うつ | できていない部分を責めず、「大丈夫」という声かけを行う (②本人とのかかわり) |
| ユーモアのある話で笑ってもらう。 | 笑いながらリハビリをしていくと動きも良好となった | 抑うつ | ユーモアのある話を取り入れてかかわる(②本人とのかかわり) |

| | | | |
|--|--|---------------|---|
| 自分の話をきいてくれる人がいれば安定する。出来る事を見つけてどんどん活躍してもらおう | 安定するされた | 抑うつ・その他 | 話を聞く(②本人とのかかわり) 負担にならない範囲でできることをやっていただく(②本人とのかかわり) |
| 「おかしな事を言う」と母親にイライラして憤る長女に、症状が悪化する事やご本人自身も不安や落ち込みの原因になるため、否定する返答はしない様にと伝えた。また、現状(母親の発言)を、看護師へ知らせていただき、症状を正しく把握し、医師と連携を取りたいと、長女の役割を理解していただいた | 介護者は憤らず、できるだけ穏やかに母親と接することができるよう努力されている | 抑うつ・その他 | 否定的な対応をすると認知症状が悪化すること、否定する返答はしない様にと主介護者に伝える (④家族・介護者とのかかわり) |
| 1週間などの薬カレンダーではなく、日めくり薬カレンダーを使用 | 薬がほぼ忘れることなく飲めるようになった。 | 幻視 | 日めくり薬カレンダーを使用 (⑤環境の調整) |
| 置いた場所を忘れないように、物の名前を書いてはっている。物が無いと言われた時は家族への対応方法を説明して理解を得て実行してもらおう | 本人が見つけることで納得された | 物とられ妄想 | 物の名前を書いてはっている (⑤環境の調整) |
| 親族に対して強い拒否があったのでケアマネが、フォーマルサービス関係者と細かな連絡を取り合って、同じ関わりを行なう。又家事活動のできる事から日によって気分に合わせて誘い自信を付けて頂く | 1年間進行なく過ごしている | 物とられ妄想・攻撃・その他 | 家事活動などできる事を日によって、気分に合わせて誘い自信を付けて頂く (②本人とのかかわり) ケアマネジャーが、フォーマルサービス関係者と細かな連絡を取り合って、同じ関わりを行なう(④家族・介護者とのかかわり) |
| 仲人200人の経歴をふまえ、デイサービスでの新規利用者のサポートをお願いしたところ、生き生きとされだし、「私の隣に新しい人をすわらせられる」と毎回笑顔で話をされる | 生き生きとされた | その他 | 経歴をふまえてデイサービスで負担にならずにできることをやっていただく(②本人とのかかわり) |
| スタマもあり、日ごろのガス抜き等のケアを、その都度説明することでできるようになった | できるようになった | なし | 日ごろのケアを、その都度説明する (②本人とのかかわり) |
| その方の生活パターンの見直しを行い、自宅とデイとショートを利用しながらケアを行った。そうした事により、徘徊も不穏も少なくなった | 徘徊も不穏も少なくなった | 不穏・徘徊 | デイサービスとショートステイを利用しながらケアを行う(⑤環境の調整) |
| 日中、寝ていることが多くなる為、外的刺激を受けるため、日常生活を規則正しく送るために、デイサービスへの参加を促した所、参加が出来るようになった | デイサービスに参加が出来るようになった | 不眠 | 日常生活を規則正しく送るために、デイサービスへの参加を促す(⑤環境の調整) |

| | | | |
|---|---|------------|---|
| 夫婦2人で暮らしていたが、子供達も月に1回日帰りで様子を見にくるくらいで、近所の方も2人がどのように生活しているのか分らなかったが、通所サービスとケアマネが生活の中に入る事で、生活状態が分って来た | 生活の中に入る事で、生活状態が分って来た。 | その他 | 通所サービスとケアマネジャーを導入する(⑤環境の調整) |
| 盗られ妄想の対象となった介護者1人で関わらず、他の家族やホームヘルパー等が支援できる体制を作った。 | ホームヘルパーの導入に最初拒否があったが、段々と慣れた。 | 物とられ妄想 | 介護者1人で関わらず、他の家族やホームヘルパー等が支援できる体制を作る(⑤環境の調整) |
| 物盗られ妄想(本人は、自分の居ない時に窓から男の人が入ってきて物を盗っていく。けどまた後で戻しに来る)という事に関して、そのことを信じて、本人の同意をとり家の中を探してみる。また、周りが関わることにより、人が関わってくれる安心があった(背景には、本人結婚もせず一人暮らしが長い。自分は家族が居ないから自分で全部しないといけない。家族居る人を羨ましいと思っていた様子)認知症専門医に受診して、服薬が出来ることになるより、不安解消・幻視の軽減・それによる物盗られ妄想の軽減へ | 服薬により、不安解消・幻視の軽減・それによる物盗られ妄想の軽減へ | 不穏・物とられ・幻視 | 物盗られ妄想(本人は、自分の居ない時に窓から男の人が入ってきて物を盗っていく。けどまた後で戻しに来る)という事に関して、そのことを信じて、本人の同意をとり家の中を探して安心できるようにする(②本人とのかかわり) |
| 徘徊時はつき添うことで、気持ちがおちつく | 気持ちがおちつく | 帰宅欲求・徘徊 | 徘徊時はつき添う(②本人とのかかわり) |
| 最も大好きなことである入浴を介助することで、とてもおだやかになる | とてもおだやかになる | 大声・その他 | 最も大好きなことである入浴を介助(②本人とのかかわり) |
| 内服薬のセットを短期で行うことで、内服して不眠なのか内服しないで不眠なのか、不眠の原因は何かを一緒に考えることができた | 本人も振り返ることができて薬の認識ができてきているようす | 不眠 | 内服薬のセットを短期で行うことで、内服して不眠なのか内服しないで不眠なのか、不眠の原因は何かを一緒に考える(②本人とのかかわり) |
| 不眠が続くクスリを飲んでいても飲んでないということがあった。眠剤と安定剤の処方依頼した | 夜間ぐっすり眠ることで朝からすっきりした気分になり落ちつき、服薬のまちがいもなくなった | 不穏・抑うつ・不眠 | 医師に薬物療法について相談する(③医師とのかかわり) |
| 独居生活で相談する人が近くにいないことで不安感から症状が出ていると思われたため、電話では常に対応できることを伝える | 1日に数回電話はあるが、その対応で症状が安定している | 不穏・抑うつ・幻視 | 電話では常に対応できることを伝え安心できるようにする(②本人とのかかわり) |

| | | | |
|---|---------------------------------|------------|--|
| 不安の訴えが強くあったため、定期的に訪問して、関係作りをしながら、話を聞く | 安定した生活を送れる様になった | 物とられ妄想・ | 定期的に訪問して、関係作りをしながら、話を聞く(②本人とのかかわり) |
| 頻回に外出するが、本人の意思を大切にしつつ、息子、ケアマネジャー、ホームヘルパー、警察とも連携体制を整える | 本人も人に迷惑をかけたくないと迷子になることが少なくなった | 物とられ妄想・徘徊・ | 本人の意思を大切にしつつ(①ケアする人の姿勢・態度)息子、ケアマネジャー、ホームヘルパー、警察とも連携体制を整備(⑤環境の調整) |
| 毎朝、ご本人の自宅で5～10分、一緒に新聞を見て日付を確認、今日は何をする日だね?と聞く | 自分で○曜日なら今日は～をする日だ、と言われ一日の行動ができる | その他 | 一緒に新聞を見て日付を確認する(②本人とのかかわり) |

上記の結果から、BPSD に対して求められるケアをまとめたのが、以下の表である。

図表 2-4-3 軽度の認知症者を支援する際に、求められるケア

| 態度・姿勢 | 禁止事項 | ケアのポイント |
|---|----------------|-------------------------------|
| 見守り 本人を尊重 自尊心を維持できるかかわり 共感的コミュニケーション | 指示しない 指摘しない | 孤立することのないように上手に家族や地域社会とつなげていく |

軽度認知症者では、抑うつ症状に対する効果的ケアの回答が多かった。また、本人とのかかわり、そばにいてゆっくり話を聴き、大丈夫という安心感を与えながら、一緒に行動したり、時には説明することによって、落ち着いた例も多く見られた。軽度認知症者の BPSD への効果的なケアとして、ケアする人の態度に多く挙がっていたのは、自尊心を維持できる関わりである。本人を尊重し、見守ること、共感的コミュニケーションを図る姿勢が求められていた。

禁止事項としては、指示しない、指摘しないということであった。

ケアのポイントとしては、孤立させないように、上手に家族や地域社会とつながれるようにしていくことが求められていた。

2) 中等度認知症者の BPSD と効果的ケア

図表 2-4-4 中等度認知症者の行動・心理症状（BPSD）と効果的ケアの具体例

| 効果的なケアの記述 | 反応 | BPSD | ケアのポイント |
|--|--|------------|--|
| 「毎日、手伝って頂き本当にありがとうございます！」とみんなで心から声かけ、出来ることは、一生懸命手伝って下さり、口数も少なく、モクモクとやられる。「つかれないですか?」「ちっとも」と笑顔で、隣の利用者の方が、手伝おうとすると、「いじらないで!」とすごい声なので、なるべく間にスタッフが入るよう心がけている | 世間話に応じ、音楽、ドライブを楽しんでいる | 攻撃 | 「毎日、手伝って頂き本当にありがとうございます！」とみんなで心から声かけする・他の利用者との間にスタッフが入るよう心掛ける(②本人とのかかわり) |
| 「夜は入浴後着がえてねる」という事は理解されており、全身を拭いてパジャマ(実際には病院の病衣を新しく着がえ)に着がえ、布団に入りねるという事を習慣にした | 入眠できるようになった | 不眠 | パジャマ(実際には病院の病衣を新しく着がえ)に着がえ、布団に入り寝ることで生活リズムを整える(⑤環境の調整) |
| ・生活スタイルをできるだけかえない ・環境を変えない。居室の配置を変えない ・何度も同じ事を聞いて来ても、きちんと答える | 規則正しい生活を維持できるようになった | | 何度同じことを聞かれてもきちんと応える(①ケアする人の姿勢・態度) 生活スタイルをできるだけかえない・環境(居室の配置)を変えない(⑤環境の調整) |
| 体調管理・デイサービスによる生活リズムをつける | 生活リズムをついた | 不穏・大声徘徊 | 体調管理(②本人とのかかわり) デイサービスの利用(⑤環境の調整) |
| 訪問するだけでなく、利用者がいつでも事務所へ来てもよいことを説明。内服薬を持って内服確認して下さいと事務所で内服することもある | 内服薬を持って内服確認して下さいと事務所で内服することもある。生活リズムやその日の気分で事務所へ来ることが出来て、利用者が安心と自信をもてるようになった | 抑うつ・不眠 | 利用者がいつでも事務所へ来てもよいことを説明(⑤環境の調整) |
| 1対1での会話 | 少年野球のコーチをしていた頃の話や、奥様との出合った頃の話になると笑顔になった | 不穏・徘徊・不眠 | 1対1での会話(②本人とのかかわり) |
| 1日3回の訪問 | 対応によるこんでおられ、こちらの要望にもこたえてもらえる。家族の協力も得られた | 物とられ妄想・抑うつ | 1日3回の訪問(②本人とのかかわり) |

| | | | |
|--|---|---------------------|---|
| <p>3ヶ月在宅、3ヶ月入院を規則正しく繰り返している。カンファレンスを重ねる中で、妻の過干渉による反応が大きく、特に本人が自発的に行なう整容、清潔面でのミス指摘して完璧を求めていること、また本人が自分よりも作業ができた、動きの良い利用者に対して攻撃的になる面がチーム内で共有された</p> <p>〈対応策〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・妻への助言(幸い、娘3人が看護師、保健師であるため、母親に対して支持しながら助言する形がとれている) ・介護サービスでは本人の動きや行動を制止しないこと、飲食のリズムは自宅に合わせることを依頼 ・ショートステイは、本人の生活リズムを理解してくれる協力施設3ヶ所を短期間ずつ利用している | <p>ショートステイにより妻のレスパイトとなると同時に、妻の過干渉から本人を一時的に開放する効果もある</p> | <p>不穏・大声・攻撃</p> | <p>カンファレンスを重ねる(①ケアする人の姿勢・態度)</p> <p>妻へ助言する・介護サービスには本人の動きや行動を制止しないこと、飲食のリズムは自宅に合わせることを依頼(④家族・介護者とのかかわり)</p> <p>ショートステイの利用(本人の生活リズムを理解してくれる協力施設3ヶ所を短期間ずつ利用)(⑤環境の調整)</p> |
| <p>ケアを行おうとすると感情失禁があり、触れようとする両手で介護人を叩いてしまう状態から、本人が一人で飲んでもらえるように水分をテーブルに用意し、本人が動ける範囲に冷蔵庫を近づけ、つたい歩きでトイレや台所に行けるように家具の配置を変えた</p> | <p>一人でいる時間にトイレや台所、冷蔵庫を使っている形せきがあり、ADLが改善している</p> | <p>抑うつ・不眠・暴力・攻撃</p> | <p>本人が一人で飲んでもらえるように水分をテーブルに用意・本人が動ける範囲に冷蔵庫を近づける・つたい歩きでトイレや台所に行けるように家具の配置を変える(⑤環境の調整)</p> |
| <p>そこ(デイサービス)に行く指輪やお金がなくなる、と話すが、実際にはもってきておらず、とにかく傾聴をくり返す</p> | <p>わかってくれる人がいると思うようになったことで、帰宅願望が減少した</p> | <p>帰宅願望・抑うつ</p> | <p>傾聴する(②本人へのかかわり)</p> |
| <p>デイでの活動など、共にスタッフと取り組む際には、良好な関係のスタッフには、解らないことを聞けたり、一つ一つの作業の手順を伝えてもすなおに聞き入れて取りくめる。することがない時間があると、帰宅欲求になる</p> | <p>活動に取り組める・帰宅欲求が起きない</p> | <p>帰宅欲求</p> | <p>良好な関係のスタッフと活動に取り組めるようにする(⑤環境の調整)</p> |
| <p>なじみの関係をつくるため、できるだけ1人のスタッフを中心に訪問した</p> | <p>攻撃的な行動が減った</p> | <p>物とられ妄想・攻撃</p> | <p>なじみの関係をつくるため、できるだけ1人のスタッフを中心に訪問(⑤環境の調整)</p> |

| | | | |
|--|--|---------------|---|
| よく話を聞く、気分を害している場合自分に落度がなかったとしても気分を害した事に対してあやまる。話をきり変えて、気分が落ちつくようにする | 気分が落ち着かれた様子 | その他 | よく話を聞く・気分を害している場合、謝ってから他の話題にする(②本人とのかかわり) |
| リハビリパンツの交換を家族に言われた時に大声を出すことがあった。外出前であったためそわそわしていた様子。デイサービスに着いてから交換できた | おむつが交換できた | 大声 | 外出前はそわそわしてどなるので、デイについてからおむつ交換をする(②本人とのかかわり) |
| 一人暮らしで本人は頼れる人を求めていたと思われるなか、通所介護のスタッフと信頼関係ができた。介護、医療保険証などの手続き等をわかりやすく話してまかせて大丈夫と安心できる関係づくりをした | 通所への抵抗がなくなった | 服薬拒否 | 通所介護のスタッフと信頼関係ができた・介護、医療保険証などの手続き等をわかりやすく話してまかせて大丈夫と安心できる関係づくりをした。(②本人とのかかわり) |
| 家族と専門職が共通の目標で介護すること | 家族も精神的に支えられて、在宅介護も無理なくできるように少しずつなってきた。 | 帰宅欲求物とられ妄想抑うつ | 家族と専門職が共通の目標で介護すること(④家族・介護者とのかかわり) |
| 家族の中で「誰も話す相手がいない」「毎日、やることなくつまらない」をくり返す。(夫の死後、3年経て、長女家族と同居、2階ぐらし)話をよく聴き、苦しい思い、悲しみをとにかく、側で聴く | 日を追う毎に、表情が明るく、他者と会話する場面が増えた | その他 | 話をよく聴き、苦しい思い、悲しみを傾聴する(②本人とのかかわり) |
| 関係作りをして、不安を訴えた際に訪問し、対処する | 妄想が減り、在宅での一人暮らしを維持できる | 物とられ妄想 | 関係作りをして、不安を訴えた際に訪問し、対処する(②本人とのかかわり) |
| 緊張せずに安心できる人との会話 | 言葉の意味が理解でき、自ら話をする事ができる | 抑うつ・その他 | 緊張せずに安心できる人との会話できるようにする(②本人とのかかわり) |
| 施設等ショートで利用されている場合は気の合いそうな方と一緒に過ごしてもらおうと安定する。同じ事を言われる方には、その都度返事をする。「家に帰りたい」に対して“17時になったら送ります”や“今夜一晩泊って明日送ります”と返事) | 安定された様子がみられた | 不穏・帰宅欲求不眠 | 気の合いそうな方と一緒に過ごせるようにする(⑤環境の調整)そのつど返事をして応じる(②本人とのかかわり) |

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| <p>自動車修理工場を経営していたが、仕事を受けても修理のやり方が分からなくなり収入がなくなった。息子も病気で入院中、妻が一人で働いている環境の中、(本人の思い)自分も仕事をして妻の力にならなければ…何の仕事でも良いということで認知症デイケアで高齢者のお世話の手伝いをして頂くということで参加した。高齢者の世話をしながら送迎の車の点検やタイヤ交換など手伝ってもらったりしていた</p> | <p>本人はとても喜んで毎日自転車で作業所に行くようになった。毎日生き生きとしている。・良眠できており夜間不眠が一番辛い問題となっていたのが、認知症の進向も止まっている様に思えるほどである</p> | <p>不穏・服薬拒否 不眠・その他</p> | <p>認知症デイケアで高齢者のお世話の手伝いをして頂くということで参加した。送迎の車の点検やタイヤ交換など手伝っていただいた・障害者自立支援の就労支援を紹介(⑤環境の調整)</p> |
| <p>主介護者とよく話し合うこと。少々放置ぎみの介護者だったが、一緒に畑仕事をしていただいたり、ご自分の土地へお連れする。近所にも相談し、徘徊時、上手に家へ戻してくれる</p> | <p>安心された部分があった。徘徊された時、近所の方が上手に家へ戻して下さる</p> | <p>徘徊・幻視・その他</p> | <p>主介護者とよく話し合う・一緒に畑仕事をしていただいたり、ご自分の土地へお連れする・近所にも相談して、徘徊された時は上手に家へ戻していただくようにする(④家族・介護者とのかかわり)</p> |
| <p>主治医より他の人と交流した方がいいと介護サービスの利用を勧められた意欲のない状況でした。根気よく話を聞き、同時に眠れないとの訴えあり主治医と連携して内服コントロール後、睡眠がとれ少しずつ活気が出てこられ、奥様と外出できる様になった</p> | <p>睡眠がとれ少しずつ活気が出てこられ、奥様と外出できるようになった</p> | <p>服薬拒否・不眠</p> | <p>傾聴する(②本人とのかかわり) 主治医と連携して内服コントロール(③医師とのかかわり)</p> |
| <p>少しずつ関係性を築きあげる中で信頼を得てまかせてもらえるようになって、介助しやすくなった頃から、本人も落ち着いて生活できるようになってきた</p> | <p>信頼を得てまかせてもらえるようになって、介助しやすくなった頃から、本人も落ち着いて生活できるようになってきた。</p> | <p>帰宅欲求・不眠 その他</p> | <p>少しずつ信頼関係を築きあげる(①ケアする人の姿勢・態度)</p> |
| <p>誰かが家を訪問する機会が多い方が、便秘薬を飲む量が全体的に少ない印象があった。体のどこかが痛かったりすると、疼痛薬の内服が増え、逆に便秘薬は増えないということもあった</p> | <p>便秘薬を飲む量が減った</p> | | |
| <p>くり返しストーマの管理(尿の廃棄の仕方)を指導した</p> | <p>長く介入した看護師は覚えている</p> | <p>徘徊</p> | <p>繰り返しストーマの管理を指導する(②本人とのかかわり)</p> |

| | | | |
|--|---|---------------------|--|
| 直接、介護にあたっている家族への介護指導が中心「こうせねばならない」と家族がやらせようとすると、思い通りにならず口論となる。本人の目線はこうですよと伝え介護方法を模索すること、根気良く家族を支えること、この時期はサービスを上手に使いたい | 家族の受け止め方によって大きく変わった | その他 | 家族への介護指導が中心。根気強く家族を支える(④家族・介護者とのかかわり) |
| 通所介護をいやがっていたが、仲良くなった方と一緒に迎えに行く | 嫌がっていた通所に気持ちよく通うことができるようになった | 不穏 帰宅欲求 不眠・徘徊 | 仲良くなった通所介護の方と一緒に迎えに行く(⑤環境の調整) |
| 同居している長男が母の認知症のことは知っていても服薬等についても母にまかせており、抑うつ状態についても病気だから入院させてほしいとの理解がなかなか抜けなかった。一方、神経内科に受診介助した(長男が) | 認知症について長男が理解し、服薬管理により薬効が見られ、通所に来られるようになった | 抑うつ・その他 | 同居家族が服薬管理できるようにする(④家族・介護者とのかかわり) |
| 内服の状況を伝えるとき「〇割も飲めていてすごいね。」とゆっくりとした口調でほめると、あまり、拒否にならない | あまり拒否されない | 物とられ、服薬拒否・徘徊・その他 | ゆっくりとした口調で認める(②本人とのかかわり) |
| 難聴な事もあって補聴器を使用する事で少し不穏を取れるようになった事。ご本人が覚えている回想や家人とのかかわりを多くしました | 少し不穏が軽減した様子 | 不穏・大声・徘徊・不眠 | 補聴器を使用(⑤環境の調整) |
| 日中の活動リズムをつける(デイサービスの利用)。話を聞く | 日中活動リズムがついた | 不穏・不眠 | デイサービスを利用(⑤環境の調整) |
| 配偶者がケアに入るとお互い上手にいかずけんかになってしまった。本人と同居をしている同姓の孫がいたので、ケアの協力をして頂く | 抵抗せずにケアができた 大声が減った | 大声・徘徊・攻撃 | 配偶者とけんかになるので、同性の孫にケアの協力を依頼して実施(⑤環境の調整) |
| 買い物に行って自宅に戻れなくなっていたケースだが、昔からつき合いの深い酒屋の女将さんが、自宅まで送り届けてもらうようになり、ついでに立寄り先の買い物も取りに行ってもらったケース。本人がもつ、もともとのネットワークを生かす | 在宅生活を継続できる | その他 | 本人がもつ、もともとのネットワークを生かす(⑤環境の調整) |
| 不穏…傍により添い、淋しそうにしていれば手を重ね、お母ちゃんとして活躍してきたライフレビューをできるようにかかわる。話していると原因が解明でき対応しやすい | 笑顔が見られ、症状緩和し落ち着く | 不穏・帰宅欲求 抑うつ | 傍により添い、淋しそうにしていれば手を重ねる(②本人とのかかわり) |
| 保清のためのフットケアを実施していたが、快を得られたようで、看護師のうけ入れもよい | 看護師の受け入れが良くなった | その他 | フットケアを保清に取り入れる(②本人とのかかわり) |

| | | | |
|---|--------------------|--------|--------------------------------|
| 本人に今日の日付、予定を口頭で伝え、さらに本人のメモ帳にも日付、予定を記入する。また、時計の場所も口頭およびメモで伝える。その際の反応は「助かった。ありがとう。」と笑顔である。最後に、「何か困ったことや心配なことがありましたら、遠慮なく伝えて下さい」と本人へ話す | 助かった、ありがとうと笑顔になった | その他 | 本人に時間や場所を伝えたり、確認しやすくする(⑤環境の調整) |
| 話されるのをさえぎることなく、時間をかけて聞く。ひとしきり話されるともう年だからねーと自分で納得する | もう年だからねーと、自分で納得された | 不穏・その他 | 話をさえぎることなく、時間をかけて聴く(②本人とのかかわり) |
| 夜間一緒に添い寝をすると安心して休んだ | 安心して休まれた | 不眠 | 添い寝をする(②本人とのかかわり) |

上記の結果から、BPSD に対して求められるケアをまとめた結果、中等度認知症者では、ケアのポイントについて以下のように抽出できた。

中等度の認知症者を支援する人に求められる基本姿勢や態度、あるいは禁止事項について触れている回答は皆無であり、むしろケアのポイントを記述する方が多かった。ケアのポイントとして多かったのは、傾聴することである。そうする中で、少しずつ関係性を築き上げることが重要である。また、何度も話される同じ事柄についても、きちんと応える態度が求められていた。また、カンファレンスを重ね、認知症者の行動の意味を考えることが重要である。そして、相手の心の動きや考え方を知り、その思いに沿って自分の方が相手に合わせて動くようにすることが必要とのことであった。さらに、褒める・認めることを通して自尊心を保持できるようにして、他のことにも応じてもらえるようにしていくことも効果的なケアとして提案されていた。

図表 2-4-5 中等度認知症者の BPSD とケアのポイント

| ケアのポイント |
|---|
| 同じことであっても傾聴し、思いに応える カンファレンスを重ねる その方の心の動き、考え方に思いを添えてかかわる 少しずつ関係性を築きあげる 認めることで自尊心を保持できるようにし、他のことにも応じていただけるようにする 訪問看護などのサービスが入ることによって体が楽になると理解されるまで、定期的に入ることを |

3) 重度認知症者の BPSD と効果的ケア

図表 2-4-6 重度認知症者の行動・心理症状（BPSD）と効果的ケアの具体例

| 効果的なケアの記述 | 反応 | 主なBPSD | ケアのポイント |
|---|--|-------------------------|--|
| 「待てない」ことや大声、暴言に対して、あくまで受容的に対応したうえで穏やかに話すと興奮も抑まり、コミュニケーションが可能な状態に戻る | コミュニケーションができた | 不穏 大声 抑うつ | 受容的に対応し、穏やかに話す (①ケアする人の姿勢・態度) |
| ・何もすることがない時や、空腹の時間などに、イライラしたり「あさ、帰ります」と帰宅欲求されるが本人が取りくむものや、ティータイムなどで補食時間を皆と楽しくすごすと、一日おだやかに安定して、デイサービス等の利用が可能。しかし、本人と、良好な関係者が声をかけ、かかわらないと上手くいかないことが多い | 一日穏やかに安定して過ごし、デイサービス利用が可能となった | 帰宅欲求 不眠 その他（イライラ） | 本人が取り組むものやティータイムなどで補食時間を皆と楽しく過ごす (⑤環境の調整) |
| ・担当の看護師がケアする ・看護師が笑顔で穏やかにゆっくり話しかける ・環境調整（照明、室温、湿度、空気の流れ、衣服、掛物、静かな音楽）を行うとよく眠る | 1. 馴染みとなり穏やかな反応を示す 穏やかな反応を示された 2. よく眠るようになった | 1 抑うつ状態 2 不眠 3 幻視 | 担当看護師など、同じ看護師がかかわるようにする（⑤環境の調整） 看護師が笑顔で穏やかにゆっくり話しかける (②本人とのかかわり) 環境調整（証明、室温、湿度、空気の流れ、衣類、掛物、静かな音楽）（⑤環境の調整） |
| 通所サービス利用はじめ、環境の変化に困惑されている様子。まず、本人の環境（1人でリラックスできる）をつくり、小さなお部屋スペースを提供した | 本人も気に入り、自らそのスペースに向かうようになり、言動も落ち着いた口調がしっかりした | 帰宅欲求 徘徊・周回 暴力 | 本人様の環境（1人でリラックスできる）をつくり、小さなお部屋スペースを提供（⑤環境の調整） |
| ① 1人になれるように居場所を変える、集団に参加する、ということを状態をみてかえる ② 居場所を変えて、ケア者と静かな場所に移る ③ 原因となることを考えて無理にしてもらうことを押しつけない。原因になりうるものの排除（物品） | ①大声がおさまる ②抑うつが軽快する ③暴力がおさまる | ①不穏 ②抑うつ状態 ③暴力 | ① 場所を変えて一人になれるようにする ② ケア担当者と静かな場所に移る（②本人とのかかわり） ③ 原因を考え、押し付けずに原因を排除する（①ケアする人の姿勢・態度） |

| | | | |
|--|------------------------------|------------------|-------------------------------------|
| 1対1で会話をする中で、昔、住んでいた所の話になると表情が穏やかになり、椅子に坐っていることが出来る | 表情が穏やかになり椅子に坐っている | 不穏・大声・帰宅欲求 | 1対1で会話し、昔住んでいたところの話をする(②本人とのかかわり) |
| 便失禁後のトイレ誘導では、トイレ内での介助に大声で拒絶の意を表した。(ご家族にも立会して頂いた。)結果、試しに、リハパン+パットの使用を導入した所、介助者も女性とした。女性の羞恥心は、重度になっても残っている事がわかる | 大声の拒絶は無くなった | 不穏・大声・暴力 | 排泄介助者を同性の人にする(⑤環境の調整) |
| 2日間行方不明となり、地域全体で捜索後、発見され、診療所へ来られた時、スタッフ全体で、安心の環境(暖かく、笑顔で、ゆっくりと接する)作りをすることで、施設の中でゆっくり過ごされている。(自宅では奥様が介護の大変さから、しかったり、問いつめる行動があった様子も感じられた為) | 施設でゆっくり過ごしている | 不穏 帰宅願望 徘徊 | 暖かく、笑顔で、ゆっくりと接する(②本人とのかかわり) |
| ①について→Ns介入時に幻視を訴えることはなかった。しかし、同居家族や他サービス(訪問介護、通所サービス、ショートステイ)と連携で情報共有することで、危険防止ができた。幻視と共に幻聴があり、おぼつかない足どりで一人外に出ることもあったので、危険防止には留意した。又、同居家族への説明は「おそろしい症状」という認識変容につながり見守る姿勢へと変化した | 利用者の危険が防止できた | 不穏・服薬拒否・幻視 | 他のサービス担当者との情報を共有する(④家族・介護者とのかかわり) |
| アセスメントの内容強化をして、多職種連携で取り組む | 利用者本人の困難が少し改善した | 不穏・大声・帰宅願望 | アセスメントを強化し、多職種連携で取り組む(①ケアする人の姿勢・態度) |
| アルツハイマー重度者のため、大脳で広範囲の萎縮がわかったが、日頃の介護者の観察の中で、観念運動失行や空間失調があることが把握できた。本人に適切な環境や福祉用具を調整する | 本人の活動を維持でき積極的な表現が見られ、表情が和らいだ | 抑うつ・不眠 | 適切な環境や福祉用具の調整を図る(⑤環境の調整) |

| | | | |
|--|---------------------------|-------------|--|
| 笑顔をやさず、スキンシップを図り、関わっている。長文の説明ではなく、分かりやすく短文で話す | 指示が入りやすく安心される | 大声・暴力 | 笑顔・スキンシップ・短文で話す (②本人とのかかわり) |
| ご本人の言葉をこちらがオウム返しすると会話が成立しやすく、ご本人が安心する(心を開きやすい)。例)ご本人「ボール」スタッフ「ボール」ご本人「そう。投げるの」スタッフ「投げるの?」ご本人「そうそう」 | 会話が成立して本人が安心する | 不穏・帰宅願望・徘徊 | 本人にとってわかりやすい会話を工夫する (②本人とのかかわり) |
| ショートステイ利用時に、家族に面会の回数を増やしていただき、本人に少しでも納得してもらえるようにしている。 | 本人が納得してもらえるようにする | 帰宅願望・攻撃 | 家族の面会数を増やす (⑤環境の調整) |
| 身体的にも言葉かけにも拘束しないように努めた。本人が望むような行動をできるだけ受け入れるようにした。 | 職員のストレスが減り、対応が穏やかになり落ち着いた | 不穏・徘徊・不眠 | 拘束しない・本人が望む行動を受け入れる (②本人とのかかわり) |
| すぐに一度はひく。時々マッサージ等のコミュニケーションをとると効果的であったことあった。(肩さする、背中をさする) | 効果的である | 大声・暴力 | 一度は引く・マッサージによるコミュニケーション (②本人とのかかわり) |
| すべてにおいて妻に指導されており、自尊心を保つため、仕事で活やくしていた頃の話の聞いたり、本人が得意な漢字ドリルを解いてもらった | 笑顔・発語が見られた | 大声・暴力 | 仕事で活躍していたころの話の聞く・得意なことができるようにする (②本人とのかかわり) |
| その方に対し、指示めいた言葉や、敬いのない声かけはNG(基本だが…)「～していただきたい」「～してくれると助かります」など気を荒くしていても、上のような声かけで、理由を問うたり声をかける | 何でも話してくれて原因がわかったり、解決していく | 不穏・大声・暴力・攻撃 | 指示や敬いのない言葉かけはしない・「していただきたい」「してもらおうと助かります」という声かけをする (②本人とのかかわり) |
| その方の部屋の脇にいます。 | 気配を感じて安心している | 不穏・不眠・その他 | 部屋の脇にいます (②本人とのかかわり) |
| 長文の会話になると理解できにくいので会話は短文で話す。 | 短文だと理解でき、表情が穏やかになる | その他 | 短文で話す (②本人とのかかわり) |
| トイレに関しては、鍵を掛けることが習慣になっているので、入った時に鍵の開け方を説明するようにしている | 叩く行為はなくなった | 不穏・その他 | 鍵の開け方を説明する (②本人とのかかわり) |
| フロア内は、納得いくまで歩いて頂く | 自ら話しかけて機嫌が良い | 不穏・徘徊・幻視 | フロア内はずっと歩いてもらう (②本人とのかかわり) |

| | | | |
|---|--|-----------|--------------------------------------|
| ボール遊び等レクリエーションを行う。飲み物や食べ物を食してもら。様子観察（本人の行動）にてトイレ誘導 | 様子を観察してトイレ誘導行う | 不穏・徘徊・その他 | レクリエーションを実施・食べ物や飲み物を食ってもら（②本人とのかかわり） |
| ゆっくり話をして、時間をかけてきくこと | 穏やかになっていく | 帰宅欲求・徘徊 | ゆっくり話す・時間をかけて聴く（②本人とのかかわり） |
| リネン室に（業者から）戻ってくる洗たく物を職員と一緒に各入所者さん毎へ配ってもらうことが、一日の本人の仕事になっている | 落ち着いている | 攻撃・その他 | 負担なく、本人ができることをしていただく（②本人とのかかわり） |
| リハビリで体を動かすと、自分から動きたい欲求が現れるが、常にではなく5回に1度ぐらいで現れる。動きたいと思う願望をかなえる | 夜間ぐっすり眠れる | 不穏・その他 | リハビリで体を動かす・動きたい願望をかなえる（②本人とのかかわり） |
| 可能な限り、マンツーマンで対応し、好きなぬり絵を一緒に行った、り、会話をしたりしている | 好きなぬり絵を一人で集中してやるようになる | 不穏・帰宅欲求 | 1対1の関わり・好きなことをともに行う（②本人とのかかわり） |
| 快の刺激（温タオル、マッサージ等） | 穏やかな表情になる | その他 | 快の刺激を与える（温タオル、マッサージ）（②本人とのかかわり） |
| 基本的なケア（おこす、座らせる、口をゆすぐ、体にふれる）ゆっくりと大きな声で声をかける | 意識がはっきりする | 不穏・抑うつ・不眠 | ゆっくり、大きな声で声をかける（②本人とのかかわり） |
| 機嫌がいい時に手のマッサージや背中をさする | 穏やかに話そうとする | 大声・その他 | 手のマッサージ、背中をさする（②本人とのかかわり） |
| 気分転換目的で散歩（外へ）に（車イス）出たりする | 気分が落ち着く | 不穏・暴力・幻視 | 散歩に出る（②本人とのかかわり） |
| 犬や猫などのぬいぐるみの世話をする | ぬいぐるみに話しかけ一緒に眠ったり、ひざの上に抱きかかえたりして落ちついて過ごす | 不穏・不眠 | こちよさを感じられるようにかかわる（②本人とのかかわり） |
| 仕事をしたいという思いをききながら、「仕事をしたいという強い思いと、人の役に立ちたいという思いが強いのですね」と、思いを傾聴し、「今は体力的に無理なため、通所リハビリに通い、体力をつけていきましょう」と少しはぐらかす対応をした | 陰性感情なく訪問を継続し、通所リハにも通っている | | 思いを聞く、傾聴する（②本人とのかかわり） |

| | | | |
|---|--|--------------|---|
| 常にマンツーマンで関わり、動く事（そうじ機、茶わん拭き、洗濯物たたみ）を行って行く | 常に動き、会話できると笑顔が多い | 攻撃・その他 | 常に1対1で関わる・動くことを行う（②本人とのかかわり） |
| 声をかけて伝えてゆくとうなづく | うなづく | 不眠・幻視 | 声をかけて伝えてゆく（②本人とのかかわり） |
| 静かな小人数の方が落ち着いている | 落ち着く | 不穏・抑うつ | 静かな少人数（の環境）（音に反応して不穏になる）（⑤環境の調整） |
| 常に支援者が信頼する人（この方は主治医）とつながっているということがわかるようにした | 本人のサービス受け入れが容易になる | 服薬拒否・暴力・その他 | 支援者が信頼する人（主治医）とつながっていることがわかるようにする（②本人とのかかわり） |
| 足に便がついていても気にせず清拭勧めるが拒否、話を全く違うことにかえゆっくり話をきき、温かな湯をもっていき、ゆっくり片足をお湯につける | 「気持ちいい」といって足浴ができた | 攻撃・その他 | ゆっくり話を聞く（②本人とのかかわり） |
| 大きく環境はかえず、最低限必要な事のみ、サービスの介入を行うようにした | 認知レベルが変わらず数年過ごすことができた | 不穏・物とられ妄想 | 最低限以外環境は変えない（①ケアする人の姿勢・態度） |
| 大声をあげる時はどのような時かアセスメントした。排泄に関わる事が多かった。家族が排泄の処理をした時に大声が出る。介護スタッフではあまり大声はない。きちんと意思を表現しているのではないかと家族と共有した | 家族の排泄介助の際に大声を出すことがわかったので、家族に意思を表現していると考え、「発声練習だ」と家族が受け入れた。 | 大声 | どんな時に大声を上げるのかをアセスメントした（①ケアする人の姿勢・態度） |
| 誰彼かまわず場所かまわず怒鳴り、手をあげそうになるA氏に現場は疲へいしていた。A氏がしたい事、感じている事をしっかり聴きとり、実現できる様に支援した（お金の事が心配、（施設に預けている））又、不安な時は、いつでも事務所に降りて大丈夫飲み物を買えるぐらいのお金は、常にポケットに入っている様にした | どなること、手を挙げることがなくなった・自室に自分から戻るようになった・笑いながら1階に下りて話をするようになった | 大声・帰宅願望・暴力 | したいこと、感じていることを聞き取り、実現できるようにした・飲み物を買う程度のお金はポケットに常に入れ、安心できるようにした（②本人とのかかわり） |
| 昼食後の時間帯にBPSDが多くみられていたため、昼食後の過ごし方、口腔ケア→排泄→余暇時に顔なじみの他利用者とスタッフで過ごすようつとめた。他利用者がお休みの時、スタッフ対応することで代替も可能 | 「〇〇さんと一緒に安心する」というようにしていた | 不穏・帰宅願望・服薬拒否 | 顔なじみの他利用者とスタッフで過ごすように努める（⑤環境の調整） |

| | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|--|
| 本人の行動に出来るだけあわせ、安心出来る環境を早くつくっていく自分で食べはじめたり、話しはじめた時は、みんなあわせるように心がける。他の利用者も、スタッフも、明るく、楽しい会話に心がける。好きな歌や、開放感のある所で、ゆったり過ごして頂けると、介護もスムーズに行くが…突然変化するので、何が影響したのか、常に考えていく | 外に出ようとしなくなる・食事、トイレ介助がスムーズになる | 不穏・大声・攻撃 | 本人の行動に合わせ、安心できる環境を早く作る・明るく楽しい会話に心がける・好きな歌や開放感のあるところでゆったり過ごしてもらう・突然変化するので何が影響したのか常に考えていく（②本人とのかかわり） |
| 同じことを言っても繰り返して説明する。ケア者も怒らないことが大切。つき合う | 安心感を得る | 大声・攻撃・不眠 | 繰り返し説明する・怒らない・付き合う（①ケアする人の基本姿勢・態度） |
| 認知症に加えて耳が聞こえずらい。自分の物に対して執着が強く、何度も荷物を隠そうとする。ご本人に特別の箱をつくって提供する 周囲の雰囲気トンチャクないので会話しつづけるので常に側にスタッフがいて相手になり「特別な人」にしないようにしている | 自分の荷物を隠そうとせずに安心する | 物とられ妄想・その他 | 特別の箱を作って提供する・常に相手になる（⑤環境の調整） |
| 非言語的コミュニケーションをとっても、攻撃的状态は軽減しないため、少し距離をおき見守りする。おだやかになっていると思われる頃、再度コミュニケーションをとるようにしている | 穏やかになった頃に再度コミュニケーションをとる | 大声・暴力・攻撃 | 少し距離を置いて見守りをする（②本人とのかかわり） |
| 頻回なホームヘルパー訪問やデイサービスを利用し、一人の時間をへらす。 | 一人になる時間が減る | 不穏・抑うつ・その他 | 頻回なホームヘルパー訪問やデイサービス利用（⑤環境の調整） |
| 不安に感じている出来事に対し、利用者が理解認知できる言葉を使って説明する 少量の抗精神薬を専門医受診にて処方、内服 | 不安に思っている問題が了解されて落ちついてもらった。 | 不穏・大声・帰宅欲求・抑うつ・徘徊・攻撃 不眠・幻視 | 理解できる言葉を用いて説明する（②本人とのかかわり） 少量の向精神薬を専門医を受診して処方してもらい、内服する（③医師とのかかわり） |

| | | | |
|--|---|---------------------|--|
| <p>普段から指摘、否難せず本人の行動を見守る。デイサービスや妻と共に外に出る機会を増やす。家の中でも、洗濯干し、ゴミ出し、茶わん洗いなど妻と共に行動し、お願いします、ありがとうの言葉を使う家での役割や自己効力感が感じられる関わりをする</p> | <p>不穏がなくなった</p> | <p>不穏・大声・不眠</p> | <p>指摘・非難しないで行動を見守る・外出の機会を増やす・お願いします・有りがとうの言葉を使い、家での役割や自己効力間が感じられるように関わる (①ケアする人の基本姿勢・態度)</p> |
| <p>毎日訪問する娘に対し、攻撃的な態度で終始していた方でした。バイタル測定を許された後、本人の家の周囲にある木々や花などの話題から“昔はどうだったの?”という世間話にすすみ、苦労した時代をねぎらい、時には笑いを交えながら側に居る押しつけにならないような助言を、ほんのひとつ交わす何もしなくても責めない、その人を丸ごと受けとめる姿勢で関った</p> | <p>そばにいることを許され、体調について話すようになった・訪問を待ちわびてくれるようになった</p> | <p>物とられ妄想攻撃・その他</p> | <p>世間話や苦労時代を労う・笑いを交える・押し付けにならない助言を一つ交わす・責めないで丸ごと受け止める姿勢で関わる (①ケアする人の基本姿勢・態度)</p> |

上記の結果から、重度認知症者の BPSD に対して求められるケアをまとめた結果、以下のような表となった。ケアする人には、まず認知症者を受け入れることが求められる。そして、穏やかに、ゆっくりと相手のペースに合わせ、待つ姿勢であることが必要である。さらに笑顔でかかわり、相手の意思を確認することが重要になる。

また、してはいけない事柄が多数挙げられていた。嫌がることはしない・時間枠に捉われない・無理強いしない・ストレスを与えない・怒らない・指摘しない・非難しない・行動制限をしない・押しつけにならない・責めない・否定的なことを言わない・身体拘束をしない、ということである。

ケアのポイントとして一番多かったのは、6名から回答があった「傾聴する」ということであった。そばにいること、付き合うことなど、寄り添うケアが重要であった。大きな声で声をかけ、少しずつ接近する笑いを交えることも大切だ。何度同じことを聞かれても、繰り返し説明することも難しいことであるが求められていた。認知症者には個別に対応し、自由に行動してもらおう。そして「お願いします。」「ありがとう」の言葉を使うことを良しとしていた。相手に喜ばれるケアを知っておくこと、また共感して受け入れる姿勢の効果を実感している人もあった。

図表 2-4-7 重度の認知症者の BPSD に対して求められるケアのポイント

| 姿勢・態度 | 禁止事項 | ケアのポイント |
|--|--|--|
| 受容 穏やか ペースに合わせる 笑顔 待つ 意思を確認 | 嫌がることはしない 時間枠にとられない 無理強いしない ストレスを与えない 怒らない 指摘しない 非難しない 行動制限をしない 押し付けにならない助言 責めない姿勢 否定的なことを言わない 身体拘束をしない | 喜ばれるケアを知る 少しずつ接近する 大きな声で 時間をかけてよく話を傾聴する、 個別に対応する 自由に行動してもらおう そばにいる 付き合う お願いします・ありがとうの言葉 と気持ちを伝える 何度聞かれても繰り返し説明する 笑いを交える |

第5節 薬物療法を受けている在宅認知症者の困難と解決のための取組み

1. 薬物療法を受けている在宅認知症者の困難とその解決のために取り組んでいること

ここでは、認知症ケア熟練者（以下、回答者）が薬物療法を受けている認知症者と関わるなかで感じる困難や、その困難に対して取り組んでいる解決方法について、得られた回答を整理した。得られた回答は、1) 受診に関すること、2) 処方に関すること、3) 内服に関すること、4) 服薬の効果（副作用やアセスメントを含む）に関すること、の4つの時期に分けることができた。以下に1) から4) の項目ごとに、薬物療法を受けている在宅認知症者に関して回答者が感じている困難を【カテゴリ】[サブカテゴリ] <コード>に分類し、「困難への対応」とともに表に整理した。

1) 受診に関すること

回答者は、薬物療法を受けている在宅認知症者の受診に関して、認知症者が専門機関を受診することや、認知症者が外来受診する際の医療関係者との連携について困難を感じていた。以下に、その項目と具体を示す。

図表 2-5-1 薬物療法を受けている在宅認知症者の受診に関する困難

| 【カテゴリ】 | [サブカテゴリ] | <コード> | 「困難への対応」 |
|---------------|------------------------------|--|---------------|
| 専門医の受診を継続できない | 家族の都合で受診が遅れたり、受診できないことがある | 家族の都合で受診が遅れたり、受診できないことがある | —（以下、記述なしの意味） |
| | 家族の協力が得られず、物忘れ外来の受診を継続できない | 家族の協力が得られず、物忘れ外来の受診を継続できない | — |
| 専門医療機関の受診が困難 | 遠方にある認知症ケア専門の医療機関数への通院が大変である | 認知症ケア専門の医療機関数が少ないため遠方への通院が大変である | — |
| 専門医を受診できない | 本人や家族の理解が得られないため専門医を受診できない | 本人が精神科の受診を拒否し、家族のみの受診となる | — |
| | | 本人や家族の理解が得られず、精神科や心療内科受診につながらない | — |
| | 近医にかかりたいという要望から専門医を受診できない | セカンドオピニオンに結びつけたくても近医にお世話になりたいという要望から話が進まない | — |

| | | | |
|------------------------|-----------------------------|---|---|
| 専門医を受診できない | | かかりつけ医への信頼があついため、副作用症状の出現を認めない家族もあり専門医へつなぎにくい | 医療相談室のケースワーカーとの連携 生活に支障をきたしている症状についてかかりつけ医に伝えるよう、家族に繰り返し話す |
| | 気楽に専門医の診察を受けづらい | 気楽に専門医の診察を受けづらい | — |
| | 原疾患の治療がメインとなり、認知症専門医につなぎにくい | 原疾患の治療がメインとなり、認知症の症状があっても専門医につなぎにくい | 病状だけでなく、生活状況を中心に主治医や外来看護師へ情報提供する |
| 外来診察時の医師との連携方法 | 認知症の専門外の医師との薬の調整に関する相談が難しい | 認知症の専門外の医師との薬の調整に関する相談が難しい | — |
| | 認知症の専門外の医師への情報提供が難しい | 認知症の専門外の医師への情報提供が難しい | — |
| | 外来受診の際に主治医への情報提供の方法が難しい | 外来で端的に診療に活かせる情報提供の方法(あり方)が難しい | — |
| | | 認知症者の情報を集めて受診時に渡しても主治医に読んでもらえない | — |
| 外来で認知症者の生活状況を理解してもらうこと | 生活の現状を外来で理解してもらうことが難しい | 生活の現状を外来で理解してもらうことが難しい | — |

受診に関する困難は、【専門医の受診を継続できない】【専門医療機関の受診が困難】【専門医を受診できない】【外来受診時の医師との連携方法】【外来で認知症者の生活状況を理解してもらうこと】の5つのカテゴリに分類された。認知症者本人や家族の理解が得られないため専門医の受診につながらなかつたり、近医にかかりたいために専門医の受診につながらないことがある。また、原疾患の治療がメインとなり、認知症の症状があっても専門医につなぎにくいこともあるが、病状だけでなく、生活状況を中心に主治医や外来看護師へ情報提供するという人もあった。

家族の都合で受診が遅れる、受診ができないことや、家族の協力が得られず、物忘れ外来の受診を継続できないことも挙げられた。地域によっては、認知症ケア専門の医療機関数が少ないため、遠方への通院が大変な場合もみられた。

医師との連携については、認知症の専門外の医師との薬の調整に関する相談が難しい、認知症の専門外の医師への情報提供が難しいという意見もあった。普段の認知症者の生活の現状を外来だけで理解してもらうことが難しいという記述もあった。

2) 処方に関すること

本調査の対象となった認知症ケア熟練者は、薬物療法を受けている在宅認知症者の処方に関して、認知症者に対する過剰な処方や、認知症者が複数の病院を受診していることによる処方の重複や形態について困難を感じていた。以下に、その項目と具体を示す。

図表 2-5-2 薬物療法を受けている在宅認知症者の処方に関する困難

| 【カテゴリ】 | 【サブカテゴリ】 | <コード> | 「困難への対応」 |
|----------------------------|----------------------------|--|--|
| 薬物を過剰に処方されている | 家族の訴えや希望により過剰処方となっている | 家族の訴えをもとに多量の向精神薬を処方され、服薬している人がいる | — |
| | | 家族が病院の医師に介護の大変さを訴えるほど抗精神病薬が増える。 | — |
| | | 行動・心理症状について介護者が医師に伝えたと、薬が多くなりADLが低下してしまう | — |
| | | ショートステイ中は落ち着いている利用者が、自宅で大声を出したり家族に文句を言うと、受診時に薬を増やされる | — |
| | | 精神状態が悪化したことを病院に相談した結果、抗精神病薬が増えて活気が低下した | — |
| | | 過剰な薬物により低活動になっているが、薬剤を減らすことに不安を訴える家族がいる | — |
| | | 認知症者を眠らせてほしいという家族の希望が強く、医師が睡眠薬を処方せざるを得ない | — |
| | 家族のみの受診では適切な量の処方が難しい | 家族だけで受診していると、服薬の効果や量の調整がうまくいかない | — |
| | | 本人の受診が困難なため、家族からの情報のみで薬が処方される | — |
| | 複数の病院から処方されている | 複数の病院から重複した処方がされている | 独居)症状や状況を把握して医師に伝える人がいないため、適切な処方がされにくい |
| 複数の病院から重複した処方がされている | | | — |
| 複数の医師から薬が処方されており、薬が一包化できない | 複数の医師から薬が処方されており、薬が一包化できない | かかりつけ医と認知症専門医の両方から薬が処方されており、内服薬を一包化できない | — |

処方については、【薬物を過剰に処方されている】の例として<家族の訴えをもとに多量の向精神薬を処方され、服薬している人がいる><家族が病院の医師に介護の大変さを訴えるほど抗精神病薬が増える>などがあった。また<行動・心理症状について介護者が医師に伝えたと、薬が多くなり ADL が低下してしまう>という意見も見られた。中には、<過剰な薬物により低活動になっているが、薬剤を減らすことに不安を訴える家族がいる>や、<認知症者を眠らせてほしいという家族の希望により、医師が睡眠を処方せざるを得ない>という具体もみられた。

[複数の病院から重複した処方がされている]場合もあり、具体的には<かかりつけ医と認知症専門医の両方から薬が処方されており、内服薬を一包化できない>という回答もみられた。

3) 内服に関すること

認知症ケア熟練者は、薬物療法を受けている在宅認知症者の内服に関して、認知症者が自ら適切な時間に適切な量の薬を服薬できないことに関する困難を感じていた。とくに糖尿病のある認知症者の服薬やインスリン自己注射の管理に関して、同居家族の服薬管理への協力について、などの困難が多くみられた。内服に関する困難は他の項目と比較して多く、認知症ケア熟練者が解決のために行っている実際的な取り組みも多数挙げられた。以下に、その項目と具体を示す。

図表 2-5-3 薬物療法を受けている在宅認知症者の内服（自己注射）に関する困難

| 【カテゴリ】 | 【サブカテゴリ】 | <コード> | 「困難への対応」 |
|------------|-----------------------------------|---|---|
| サービス調整が難しい | インスリン自己注射のために一日3回のサービスを調整することが難しい | インスリン自己注射のために一日3回のサービスを調整することが難しい | — |
| | インスリン注射などの医療的管理は介護職者のみでの対応が困難である | (独居で内服が必要な場合は、サービスを調整することで在宅療養を継続できるが、)インスリン注射などの医療的管理は介護職の対応が困難 | — |
| | 毎日複数回の服薬を介護保険サービスのみで見届けることは難しい | 独居の場合、介護保険サービスを利用して、毎日複数回の服薬を見届けることは難しい | — |
| | インスリン注射や服薬の自己管理が困難な利用者への介入が難しい | インシュリン自己注射や服薬自己管理困難な利用者への介入が難しい | — |
| 確実な投与が困難 | 確実に指示通りのインスリン量を自己注射することが難しい | 指示どおりのインスリン量を確実に自己注射できない可能性がある | ホームヘルパーの協力を得てインスリン量の確認を行う |
| | | (一人暮らしの高齢者は) 定時に確実にインスリン自己注射を行うことが困難 | ・インスリン自己注射の必要性、簡便性を医師に働きかけ本人にとって、必要最低限の治療方法を選択。繰り返しの指導と社会資源の活用より ・ホームヘルパーの声かけ、訪問看護師による支援をサービスに位置づけてもらう |
| | | ・インスリンの自己注射を指導するが、単位を間違える ・インスリンを自己注射したことを忘れる ・インスリン自己注射に関して家族の協力を得られない | 医師に相談し、内服に切り替えてもらう |

| | | | |
|------------------|---|--|---|
| 確実な投与が困難 | | インスリン自己注射ができなくなる | — |
| | 服薬管理やインスリン自己注射が難しい | 家族の協力が得られない場合、内服管理やインスリン自己注射等が確実に行われな可能性が高い | 出来る限り、別居していても出来る範囲での家族の協力を得るよう働きかけるとともに、ケアマネや在宅医と連携を図り、在宅サービスの調整を行う。特に訪問看護の導入は必須として調整する |
| | | 定時にインスリン自己注射や服薬をすることが難しい | 地域で活動する看護師や介護士に働きかけを行う |
| | 糖尿病の場合は内服薬の種類や回数が多く、管理が困難 | 糖尿病の場合はとくに服薬の種類・回数が多く、服薬管理が困難 | — |
| 服薬管理に家族の協力が得られない | 家族が認知症者の自己管理不足を認めない | 家族は認知症者が服薬管理できないことを認めないために服薬管理の協力を得られず、その結果認知症者が内服出来ていない | — |
| | 家族が認知症者に一任したり、本人が家族を拒否して内服が管理できない | 家族が薬の管理を認知症者に任せたり、本人が家族による服薬管理を拒否した結果、飲み忘れや薬を捨ててしまうなどして内服できない | — |
| | 家族は認知症者が自ら服薬できている、または服薬管理は本人任せでいいと思っている | 家族は認知症者が自ら服薬できている、または服薬管理は本人任せでいいと思っている 家族が服薬の準備、管理を本人任せにする | — 薬の準備を月日の記入やケースに入れることを認知症の方にやってもらう(家族は見守り)ことで、残存機能を生かすことができる。薬の必要性の理解につながると考える |
| | 家族の判断で薬の増減をするため症状が安定しない | 家族の判断で薬の増減をするため症状が安定しない | — |
| | 高齢の介護者が薬の管理をできないことを認めない | 介護者も高齢でうまく管理できていないが、認めようとしない為、対応が難しい | 独居の場合ホームヘルパーに確認してもらう |
| | 家族が服薬管理をすることが難しい | 家族だけで服薬管理をすることが難しい | 必要に応じて服薬管理等(サービスを)介入することでうまくいくこともある |
| | 高齢の介護者が内服介助を忘れてしまう | 高齢の介護者が内服させ忘れることが多い | — |

| | | | |
|------------------|-------------------------------------|--|---|
| 服薬管理に家族の協力が得られない | 介護者も認知症であり薬を管理することが難しい | 認知症の妻が自分の薬を認知症の夫に飲ませることがある 残薬を整理しても残薬がまた多量に出てくる | ケアマネと協力のうえカレンダーを作成したり残薬を整理したりする ご家族の協力も難しく、ケアマネと連絡を頻回に取りあいながらケアにあたっている (GHの共用デイ利用者) |
| | 家族が薬の効果を実感できず、医療費が高いため認知症者の服薬を中断させる | 薬を飲み続けても目に見える効果が得られていないので、医療費が高いために服用をやめようと考えている家族が多い。(家族の)判断で服薬を中断されるケースが多い | 医師から処方されている薬については継続して服用されるようにと説明する |
| | 家族が症状の改善を把握できない | 症状の改善について、家族も把握できていない | — |
| 家族の負担が大きい | 薬の自己管理ができないため、家族の負担が大きくなる | 薬の自己管理ができなくなるため、家族の負担が大きくなる | — |
| 家族への対応が困難 | 薬を飲まない認知症者に困る家族への対応 | 認知症の人が薬を飲まず困っている家族へどう対応すればよいか困る | — |
| 認知症者が服薬を拒否する | 自らの意思で拒薬し、症状が増悪する | 本人が自らの意思で拒薬する人は飲まないことで症状が強く出現し、入院が必要となってしまう | 薬を上手く飲めない方、口に残ったり出されてしまう方、ゼリー等つかっている、粉にしてもらっている |
| | 拒薬がありケアマネジャーや家族が対応できない | 拒薬があるとケアマネや家族が対応できないと連絡してくる | |
| | 認知症であることを認めず拒薬する | アルツハイマー型認知症の診断を受けている患者が認知症だと自覚したくない(認めたくない?)からと拒薬することがある | |
| | 認知症者が服薬継続を自己判断する | 自分で飲む飲まないを決定している | |
| 薬物の自己管理が困難 | 内服薬が一包化されていない | 一包化されておらず分かりにくい。薬局に一包化を断られることがある | |
| | | 多くの内服薬が個包装で複数の薬局から出されている | 一度すべて確認し、一包化し、内服も簡単に切りかえる |
| | | 内服薬が一包化されていないと、服薬する薬の種類・量が分からない | 訪問看護師が小袋に指示通りに薬を分けて入れ、服薬カレンダーにセットするのが時間がかかる |

| | | | |
|------------|-----------------------------|---|--|
| 薬物の自己管理が困難 | 薬をセットしても確実に服薬できない | 在宅の認知症の方（特に独居）は薬の管理が大変。ケアマネやホームヘルパーが薬の場所等いろいろ工夫したが、飲み忘れや飲んだことを忘れる | ケアマネ・ホームヘルパー、訪看スタッフ等の連携がとても大切でノート等使い工夫 |
| | | セットしても確実に飲めない。回数が多いとホームヘルパーの支援を入れても不足 | — |
| | | 独居または高齢夫婦世帯では、もらった薬が整理できない、セットしても忘れてる、セットしたものをぐちゃぐちゃにしてしまうなど管理が困難 | 関わるサービス事業所やDr. 薬剤師の協力を得る |
| | | 薬の服用ができない又は過多になってしまう 1日分としてセットしていても、時間感覚が乏しく、適切な時に飲んでもらえない | 薬局により日めくりカレンダーを作成して下さるところもあり、協力を得ています。ただ日付け感覚が分からない場合はご家族又はホームヘルパーの協力を得る |
| | | 薬の準備をしても、自ら服薬できない | 1日3回の服用の時は、その時にホームヘルパーを入れていくことで対応。その中に看護師も組み込む（週1回） |
| | 支援なしには服薬できない | 家族やホームヘルパーの支援なしには内服できない | どうしても飲まなければいけない薬に限定してもらおう。インシュリンは1日1回か内服に変更してもらい、ホームヘルパーと協力して見守る |
| | 独居、日中独居、または高齢世帯のために、服薬管理が困難 | 独居や高齢世帯のため服薬管理が困難 | ・退院時の一包化や入院中から薬剤師と協働しての服薬指導 ・医師にできるだけ内服回数をへらしてもらおう。処方薬の数を減らしてもらおう |
| | | 独居、高齢者世帯での内服管理が困難 | 出来る限り、内服回数が減らせるように医師へ働きかけ、「1日1回、1包化」をめざしてとりくんでいる。また今まで内服していた分は変更しないなど |

| | | | |
|------------|-------------|---|--|
| 薬物の自己管理が困難 | | 一人暮らしの場合、内服管理（声掛けと内服確認）を確実に行うことが出来ない | <ul style="list-style-type: none"> ・ 確実な内服を行うには、内服時間の度に1回分の薬を持参して飲ませるサービスを行う。 ・ 医師にも協力してもらい薬の内服回数と量を減らしてもらうことも必要 |
| | | 特に一人暮らしや、高齢世帯では服薬の確認が難しい。「こういう症状の時に飲むように」という指示が難しく、症状を悪化させてしまうこともある | ホームヘルパーや他職種にも協力してもらい、服薬の管理を行うようにしている |
| | | 家族が仕事をしているため状況把握が遅くなる | |
| | | 独居や日中家族が仕事で不在の場合、服薬できているか把握できない | ケアマネの関わり方が大切になってくると思う |
| | | 服薬管理が困難 | 独居の場合ホームヘルパーに確認してもらう |
| | | 独居の方の服薬管理、のみ忘れが多い | できるだけ薬をシンプルにってもらうよう医師に依頼 |
| | | 朝食を共にしている家族が少なく、朝の降圧剤や糖尿病治療薬の内服を確実にすること（確認すること）が難しい | 主治医に相談し、昼の内服へ変更し、通所サービスや訪問サービスで確認が取れるようにしている |
| | 処方通りに内服できない | 確実な内服ができない | ホームヘルパーなどが一緒なら残薬を確認し、薬の整理を行う。必要以上に処方しない。必要な薬のみ処方する |
| | | | 内服薬を確実に内服できるように家族、在宅ケア者と連携を取るようになっている。食事療法、運動療法をケアの中に取り入れる |
| | | | 確実ではなく今より良い方法を、今よりは薬が飲めるように。ベストでなくてもベターな方法をと考えて接している |

| | | | |
|--|-------------|---|---|
| 薬物の自己管理が困難 | 処方通りに内服できない | 適切な量の薬を適切な時に内服することが困難 | <ul style="list-style-type: none"> ・内服を最少の量と回数にする（不安な内服がないかDrに相談） （分3から分1に変更など…） ・家族やホームヘルパーの方が内服確認出来るよう調整する ・服薬カレンダーの活用 |
| | | 処方通りに内服できず、体調不良になることが多い | 一酸化（飲み間違いや飲み忘れを予防）や内服回数の縮小（飲み間違いを予防、家族・ホームヘルパーが見守れる）を医師と検討 |
| | | 本人による服薬管理が困難 | 主治医へ伝え、投薬経路の変更や回数の調整をしてもらう。ケアマネへ伝え、ホームヘルパーから服薬をすすめられるようプランを組んでもらう |
| | | | 介護サービスで管理できるか、また家族の協力体制や本人がどこまでできるか、どこを手伝えられるかなど入院中に確認を行っている |
| <ul style="list-style-type: none"> ・担当医と相談してホームヘルパーや家族の協力が得られる時間に服薬したり（インスリン）注射できるように調整する。 ・一酸化にしてもらい、服薬しやすいよう薬剤へ相談する ・内服が困難な方（拒否など）はパッチ剤を利用してもらえよう担当者へ相談する | | | |
| | | 家族の協力が必要であるため、家族にその説明を行い在宅でも見守り、声掛け、薬のセットを行ってもらっている | |

| | | | |
|------------|--------------------------------|--|--|
| 薬物の自己管理が困難 | 処方通りに内服できない | 本人による服薬確認が困難 | <ul style="list-style-type: none"> ・主治医と相談して薬の種類を減らしてもらおう ・薬剤師に一包化を依頼する ・訪問看護師と相談して、1週間に1回訪問してもらいお薬カレンダーに薬を貼る |
| | | | 見直しを行い、本当に必要か減量できるかを検討 カレンダー式ケースの使用など配薬方法の工夫、実施、評価 |
| | | | 主治医と相談し、服用時間の調整をしサービス提供者（訪問看護デイサービス時）に協力を得る |
| | | | 薬を確実に飲むために訪問や電話などの支援が必要 |
| | | 訪問看護師が内服薬の管理をすると、追加で薬をもらいに行ってしまうため過剰内服になる | 訪問看護師が内服薬の管理をすると、追加で薬をもらいに行ってしまうため過剰内服になる |
| | | 薬の多さ： 一日の服薬回数が多さ 服用する際に薬の数の違いが理解できない | <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医より紹介状をもらえるようにして、認知症専門医へつなげていく。 ・かかりつけ医へ服薬の調整（回数減・薬の量の減等）をお願いする ・本人が納得できるような服薬管理をする ・日曜日等は、遠方にいる家族に電話をかけてもらい服薬を促してもらう |
| 服薬継続が困難 | 継続した内服ができない | 薬物療法の継続した対応ができない | — |
| | | 継続的な内服と通院が出来ていない人が多い | — |
| | 高齢の家族介護者が自己判断で与薬しないため服薬を継続できない | 高齢の家族介護者が自己判断で与薬しないため、認知症薬の服薬を継続できないことがある | 利用しているサービスの看護師やケアマネとの連携により異常の早期発見できるように関わる |
| | 家族の都合で受診できず服薬を継続できない | 家族の都合で受診できず、残った薬だけを服用している | — |

内服（注射投与を含む）に関する困難の質問では、慢性疾患患者である認知症者への薬物を例に挙げていたせいか、回答には糖尿病患者の薬物管理の困難さが多かった。インスリン自己注射のために一日3回の【サービスを調整することが難しい】。独居で内服が必要な場合は、サービスを調整することで在宅療養を継続できるが、[インスリン注射などの医療的管理は介護職の対応が困難]という意見もあった一方で、量を正確に投与するためにホームヘルパーの協力を得てインスリン量の確認を行うという訪問看護認定看護師の回答もあった。

服薬管理には家族の協力が必要だが、【家族の協力が得られない】というカテゴリに多くの事例が挙げられており、これは<独居の場合には、介護保険サービスだけでは、毎日複数回の服薬を見届けることは難しい>という【サービス調整が難しい】意見とも関連していた。

「困難への対応」の記述は少なかったが、認知症認定看護師から、確実な投与のために「インスリン自己注射の必要性、簡便性を医師に働きかけ、本人にとって必要最低限の治療方法を選択した」という回答があった。医師に相談し、「インスリンから内服薬に切り替えてもらう」という意見もあった。また、「繰り返しの指導と社会資源の活用・ホームヘルパーの声かけ、訪問看護師による支援をサービスに位置づけてもらう」という意見もあった。家族がいても、<家族は認知症者が服薬管理できないことを認めないために服薬管理の協力を得られず、その結果認知症者が内服出来ない場合や、<家族が薬の管理を認知症者に任せる>ことで、服薬管理ができないことも多いことがわかる。「内服薬への月日の記入やケースに分けて入れるなどの薬の準備を認知症の方にやってもらう（家族は見守り）ことで、残存機能がいかせられ、薬の必要性の理解にもつながる」と考えて、自己管理の支援をしている回答者もあった。また、[家族の判断で薬の増減をするため症状が安定しなかった]り、[高齢の家族介護者が自己判断で与薬しないため、認知症薬の服薬を継続できない]という継続困難という回答もあった。このように正確な服薬管理がなされていないという情報は、看護師やケアマネジャーの連携により、早期発見（本人や介護者含めて）できるように関わる必要があると判断している看護師もあり、「ケアマネジャーと協力のうえ、カレンダーを作成したり残薬を整理している」という回答もあった。

【薬の自己管理ができないため、家族の負担が大きくなる】のは、明らかである。結果として、<薬を飲み続けても目に見える効果が得られていないので、医療費が高いために服用をやめようと考えている家族>もあり、服薬を中断されるケースが多い。それを防ぐために、医師から処方されている薬については継続して服用されるようにと、家族に説明している認知症介護指導者もあった。

【認知症者が服薬を拒否する】ことで症状が強くなり出現し、入院が必要となってしまう場合もある。<アルツハイマー型認知症の診断を受けている患者が認知症だと認めたくない、と拒薬する>例が挙げられていた。[薬が一包化されていない]ことや、<多くの

内服薬が個包装で複数の薬局から出されている>場合には、「一度すべて確認してから一包化し、内服も簡単にできるように切りかえる」という認知症看護師もあった。

認知症者は、<適切な量の薬を適切な時に自ら内服することが困難>であり、飲み忘れや飲んだことを忘れるので<薬をセットしても確実に服薬できない>。そのために、ケアマネジャー・ホームヘルパー、訪問看護師等の連携がとても大切で、ノート等を使い工夫したり、関わるサービス事業所や医師、薬剤師の協力を得る場合もあった。また、「薬局が日めくりカレンダーを作成して協力している」という回答もあった。また、「どうしても飲まなければいけない薬に限定してもらう」「インシュリンは1日1回か内服に変更してもらい、ホームヘルパーと協力して見守る」という、様々な工夫を書いている訪問看護師もあった。医師に働きかけて「1日1回、1包化」をめざしてとりくんでいるという意見もあった。また、[独居や日中独居または高齢世帯のために服薬管理が困難]という例も多く、<家族が仕事をしているために、状況把握が遅くなった>り、家族が<薬物療法による症状の改善についても把握できていない>こともある。このように、家族の協力を期待できない現状が多々挙げられていた中に、【薬を飲まない認知症者に困る家族への対応】に困るという看護師もあった。

4) 治療薬の作用・効果に関すること

アンケートの対象となった認知症ケア熟練者から、薬物療法を受けている在宅認知症者の治療薬の作用や効果に関して、薬効のアセスメントや調整についての困難が挙げられた。一方で、困難に対する対応方法は、あまり出されていなかった。以下に、その項目と具体を示す。

図表 2-5-4 在宅認知症者に投与されている薬物の作用・効果の判断に関する困難

| 【カテゴリ】 | [サブカテゴリ] | <コード> | 「困難への対応」 |
|----------------|---------------------|---|--|
| 症状のアセスメント | 内服状況を確認できない | 自宅での服薬内容が不明なため、糖尿病による低血糖とめまいの判別ができない | — |
| | 副作用の発見 | 薬の副作用の発見が遅れることがある | — |
| 症状のコントロール | 緊急時の対応が難しい | インスリンなどを投与されている人の緊急時の対応が難しい | ・定時にサービスを導入して見守り、緊急時の体制を勉強して共有する ・情報(本人の)を集めて受診時に渡す |
| | 結果的に認知症状の悪化につながる | 血糖コントロールの悪化とともに認知症も悪化していく | — |
| | 血糖コントロールが難しい | 糖尿病は特に低血糖のリスクを考えると血糖コントロールが高めとなる | — |
| | | 糖尿病の人の服薬管理は低血糖が課題である | — |
| 適切な投薬(種類・量)の評価 | 評価なしに処方が継続している | 内服薬の効果や影響が評価されずに処方され続けている気がする | — |
| | 不適切な投与と判断 | 抗精神薬により過鎮静になった | ショート入所中の様子を家族へ話し、かかりつけ医へ相談 |
| | 適切な薬の量が不明 | 本人にとっての適切な薬の分量をできるだけ早くみつけてほしい | — |
| | レビー小体型認知症者の投薬量調整の困難 | レビー小体型認知症者は投薬量の調整が難しい | — |
| | 評価のための客観的な指標(根拠)がない | この薬は本人にあっているのか疑問に思っても意見をいうツールがない | — |
| 薬の効果の評価 | 自覚症状の変化が表現されない | 身体症状を自分の言葉で表現できないため、内科的な薬の効果や評価が充分にできない | — |

| | | | |
|---------|-----------------------|---|---|
| 薬の効果の評価 | 認知症状の要因が、薬物か環境か判断しづらい | 認知機能の評価や BPSD の評価をする際に、薬物由来なのか、環境変化由来なのかの判断が難しい | — |
|---------|-----------------------|---|---|

薬物療法の作用や効果に関する困難として、前述の結果とも関連して[内服状況を確認できない]ために、糖尿病による低血糖とめまいの判別ができないという【症状のアセスメント】の困難があった。また、[副作用の発見]も遅れがちになる。認知症者は服薬管理が困難なことが多いために【症状コントロール】が困難となり、急変の可能性も高く、特にインスリンによる<緊急時の対応が難しい>ことが挙げられた。<血糖コントロールの悪化とともに認知症状も悪化していく>という悪循環にもなりかねない。その対応策として「定時にサービスを導入して見守り、緊急時の体制を勉強して共有する」「情報（本人の）を集めて受診時に渡す」とした認知症介護指導者もあった。

【薬の種類や投薬量の評価】も難しく、<内服薬の効果や影響が評価されずに処方され続けている>と感じている人も複数あった。<本人にとっての適切な薬の分量がみつけれない>ことや、特に<レビー小体型認知症者は投薬量の調整が難しい>と言われていることから、このカテゴリは特に難題であるようだ。日常の活動の中で、明らかに[不適切と評価した]場合には、家族やかかりつけ医に相談し対応できていた。

認知症者は、<身体症状を自分の言葉で表現できない>ため、【薬の効果の評価すること】が、主観的情報が乏しく、客観的な情報だけで薬効の評価は困難と考えられる。また、認知機能の評価や BPSD の評価にも、薬物由来なのか環境変由来なのかの判断が難しいとの意見があった。

また、普段の認知症者を支援している実践者自身が、<この薬は本人に合っているのか疑問>に思っても、その根拠となる客観的な指標や判断方法を、自分自身が持ち合わせていないために、困難を痛感している様子も伺えた。

第3章 考察

1. 在宅認知症者に対するステージに応じた効果的なケアの蓄積の必要性

本アンケート調査の有効回収数は 456 件であり、有効回収率は 24.8%であった。このうち、在宅認知症者とかかわっている高度認知症ケア実践者は 258 名 (56.6%) であり、管理者の立場あるいは直接ケアを提供する立場でかかわっていた者がそれぞれ約 50%を占めていた。

国の施策によって地域包括ケアがさらに推進され、在宅認知症ケアの充実が期待される。したがって、今後は、高度認知症ケア実践者が長期ケア施設や急性期病院以外の場でも活躍することが不可欠となろう。

しかし本アンケート調査では、在宅認知症者とかかわっている 258 名のうち、過去 6 か月間に直接かかわった在宅認知症者について生活障害や BPSD へのケアの詳細について回答した者は 150 人弱にとどまっていた。このような回答状況から、在宅認知症者に対する効果的なケアの蓄積は端を発したばかりであると捉えることができる。諏訪、朝田らが主に長期ケア施設に勤務する認知症ケアのエキスパートを対象として行った生活障害へのケアについての調査（諏訪、朝田ら、2013）では、生活障害の具体とそれに対する効果的なケアが詳細かつ多数挙げられていたことから、今後は在宅認知症ケアの充実を目指して、生活障害と BPSD の具体と効果的なケアについて、データを蓄積していくことが重要だと思われた。

特に、今後、認知症者の在宅での生活の継続を目指す上では、家族や専門職から気づかれにくい軽度の在宅認知症者の生活障害と BPSD の具体と効果的なケアについていかにデータを集積し、グッドプラクティスを追究することができるかにかかっていると言える。そのためには、高度認知症ケア実践者をはじめとする在宅ケアスタッフが、FAST などを活用して認知症者のステージを的確にアセスメントできること、軽度の在宅認知症者にも出現している生活障害や BPSD を詳細に捉えて言葉やイラストなどで表現できること、さらにどのようにケアを実施し、その効果を判断するためにも、いかに認知症者の反応を捉えたかを記述できることが重要となる。

しかし、在宅であるがゆえに、在宅ケアスタッフが単独で在宅認知症者のステージ、生活障害、BPSD を的確に捉え、ケアを実施し、その反応、効果を捉えることには限界がある。そのため、家族、近隣、在宅ケアスタッフ、かかりつけ医、認知症に関する専門医などが協働してデータを集積していくことが期待される。今後は、このような情報や実際の支援の詳細がデータベース化され、それらがアセスメントとケアプランへと生かされるしくみ作りが不可欠になるだろう。

そして、今後は、長期ケア施設における中等度、重度の認知症者の生活障害、BPSD の具体とその効果的なケアについて在宅認知症者の軽度から重度までのものを統合し、認知症の軽度から重度までのステージに応じた生活障害と BPSD のグッドプラクティ

スを明らかにしていく必要があると考える。

2. 在宅認知症者の生活障害の実態と効果的なケア

本調査結果から在宅認知症者の生活障害を概観すると、認知症のステージごとに、生活障害の内容が異なっていることがわかる。今回、認知症ケア実践者が関わっている在宅療養者に対象が絞られたこともあり、軽度の場合は「薬の管理」に関する生活障害に関する回答が多くみられた。中等度でも「薬の管理」が最も多かったが、軽度よりは少なく、「入浴」「食事」などにも障害が見られるようになる。重度になると、「排泄」「食事」「入浴」「自分の意思の表現」など多くの生活行為が障害されるようになる一方で、「掃除」「洗濯」「買い物」「料理」など、軽度認知症者では困難とされている IADL である生活行為は、困難としては挙げられなかった。これは、認知症の進行により複雑な動作が行えなくなることが多いためだと考えられる。

生活障害に対する効果的なケアとしては、「今の段階でできること」をアセスメントし、できない部分を介助するケアが多く挙げられていた。軽度の認知症者はとくに、自分が物忘れをしやすくなったことを自覚し、不安や周囲からの叱責などでふさぎ込むこともある。そのため、周囲の配慮によって認知症者ができることはできる限り自分で行えるよう支援することは、このような不安の軽減のためにも重要であると考えられる。

中等度の場合には、判断力の低下や、それに伴うさまざまな混乱が行動に現れることから、軽度よりも生活行為について具体的な声かけが必要となる。また薬の管理もホームヘルパーや家族などの人的介助を必要とすることが多かった。

重度の場合、日常生活において全般的に介助が必要になるが、行為を遂行する上で説明や声かけはより重要となる。その際、本人のタイミングや息遣いに合わせてケアしていく様子が見出された。

どのステージにおいても「声かけは短く」、「今やる動作を具体的に説明」、「1回の会話に1つだけの内容を話す」ことが共通として見出された。認知症のステージが悪化するにつれて、ホームヘルパー、訪問入浴、訪問看護などさまざまなサービスを導入していた。インタビューにおいて、ある認知症ケア熟練者からはホームヘルパーや訪問入浴のスタッフに認知症者への対応方法を伝え、共有認識をもつ工夫が語られた。

今後、在宅認知症者の増加が予測されるため、老年看護の専門家や認知症ケアの専門家ら、今回の調査対象となったような認知症ケア熟練者による効果的なケアを、多くの訪問看護や訪問介護活動に従事する者が学ぶ必要性がある。ステージごとの認知機能の低下に合わせて、適切な対応ができるための知識やケア技術を在宅ケアを担う誰もが身に着け、様々な生活障害があっても認知症者が穏やかに困らずに在宅で暮らし続けるために、ソフト面での充実が望まれる。

3. 在宅認知症者の行動・心理症状（BPSD）の実態と効果的なケア

1) 在宅認知症者のケアに携わるときの心がまえ

BPSD への効果的ケアについて、本調査では多くの回答があった。その中でどんな認知症者に対しても、共通している事柄があった。それは、ケアする側の心がまえや態度、姿勢についてである。まず笑顔でそのままの相手を受け入れようとする姿勢、ゆっくりした口調で対応し、認知症者の話を傾聴し、同じ質問に何度も丁寧に答えるなどの姿勢である。認知症者のケアの基盤に、このような姿勢・態度が求められていると考える。また、認知症者の訴えをじっくり丁寧に聴くことで、認知症者をより深く理解でき、良い関係を築けるようになったり、BPSD の原因に気づき対応方法がわかったりすることもある。認知症者がどのようなステージにあり、どんな世界にいるかに思いを巡らせ、本人の訴えを聴き共に考えるという姿勢は、ケアする人に欠かせないものなのだと考える。

2) 在宅認知症者との効果的なかかわり方

本調査の結果から、認知症者への効果的なかかわり方についても、結果から多くの示唆が得られた。軽度の認知症者は、不安が大きいと考えられるため、寄り添い不安を受け止めること、こまめに声をかけたり丁寧に説明をしたりすることが大切である。また、できないことを責めたり指摘したりせず、自信を持ってできることを行ってもらい、見守りつつ感謝の言葉をかけながら認知症者が自信を持てるように働きかけていた。加えて、不安な行動は一緒に行うなどし、認知症者が失敗して自信を失うことのないような配慮が必要である。中等度の認知症者では、軽度の場合と同様であるが、より不安が強くなることもあるため、時には安心できるなじみの関係者や気の合う人が関わるように配慮することも必要である。認知症者の心の動きや考えをくみ取りながら、ケアする側が動くような配慮も行われていた。重度認知症者へのかかわり方としては、スキンシップを図ったり、静かな場所で1対1での関わりがなされていた。また、短い言葉でわかりやすく会話をするなどの工夫もみられた。

3) 主治医との連携による効果的なケア

主治医との連携については、薬物の処方に関する事柄が多く挙げられた。認知症者の普段の様子と内服薬を照らし合わせてアセスメントし、医師が薬剤の調整をすることによって、認知症者の睡眠が確保されたり、精神的に安定したりするという効果が得られた。認知症者には高齢者が多く、複数の医療機関や診療科から多数の薬剤の処方を受けている。看護職の支援として重要なことは、どのような薬剤をどの程度内服し、どんな効果を得られているか、あるいは副作用はないかなど、観察内容や家族からの情報をもとに、医師に正確な情報を伝えることである。それが、認知症者がより適切な処方を受けることにつながると考える。自分の体調を正確に訴えることが難しい認知症者に対す

適切な薬物療法への課題は、多々挙げられているが、それに対する方法もあまり出されていなかった。このことから、認知症者の療養と医療を生活の場をつなぐ役割は、看護職にこそ求められているのではないかと考えられた。この先益々増加が予測される認知症高齢者への医療的な関わりについては、医師や薬剤師との連携をさらに深めて、より良い支援を求めていく必要性がある。

4) 家族・介護者（介護職）との協働による効果的なケア

在宅認知症者のケアを行う上で、日常生活の支援を行う介護職や介護している家族の協力は欠かせない。また、家族と専門職が同じ方向でケアする必要性があるので、ケアの方法について話し合う場を定期的に持つことも大切である。支援する専門職としては、家族や介護サービスの担当者に対応方法や効果的なケアについて、助言する必要もあるだろう。しかし、認知症者のケアで疲弊する家族も多く、ケアを担っている家族の負担を労い、話を聴いたりする中で、介護面だけでなく、介護者の精神面をも支援していくことが求められている。

5) 効果的な介護環境の調整

在宅認知症者の BPSD を軽減することは可能ではあるが、認知症そのものを完治させることは不可能である。軽度の場合、デイサービスやホームヘルパー等を利用して生活リズムを整えたり、生活に支障が出ている場合には多職種や警察等を含めて周囲で守るチームを組んだりしていた。中等度では、本人が安心できるように身近に必要なものを揃えたり、安心できる仲間づくりをしていた。デイサービスで役割を担ってもらったり、孤独にならないような環境を作ったりもしていた。

物理的環境面においても、照明、室温、湿度、空気の流れ、衣類、掛物、静かな音楽なども、個々の認知症者に合わせた配慮が求められる。

認知症者が何を望んでいるか、何を喜ぶのか、そのような視点で周囲を整えていくことができれば良いと考える。

4. 在宅認知症者の薬物療法の課題

薬物療法を受けている在宅認知症者の困難について、多くの回答が得られた。このことより、認知症ケアに精通している高度ケア実践者は認知症者の薬物療法に関して様々な困難を経験していると考えられる。

様々な困難への対応を、受診、処方、内服、作用・効果に分類して整理したところ、内服に関する対応が最も多く挙げられていた。具体的には医師に処方の一包化や内服回数に関する働きかけを行う、家族や他職種と協力して適切な服薬支援体制を作る、服薬カレンダーなどを用いて配薬方法を工夫する、などが挙げられており、関係多職種が家族を含むチームとして認知症者のケアに関わっていることが明らかになった。認知症者

の受診や処方、薬物の効果の判断についての困難への対応は薬物と無縁である認知症者は少ない一方で、困難にぶつかっているものの、解決に難渋する認知症ケア熟練者の姿が垣間見られ、薬物療法に関連したケア方法の確立は今後の重要課題だと考えられた。

【引用・参考文献】

諏訪さゆり，小松泰喜，辻村真由子，島村敦子，酒井弘美，西野由希子：認知症の生活障害の実態と効果的なケア．厚労科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応．（研究代表者 朝田隆）平成 24 年度総括・分担研究報告書（研究分担者 諏訪さゆり），96－164，2013．

參考資料

FAST (Functional Assessment Staging) ステージ

| FAST stage | 臨床診断 | FASTにおける特徴 | 臨床的特徴 |
|------------------|---------------|--|--|
| 1. 認知機能の障害なし | 正常 | 主観的および客観的機能低下は認められない | 5-10年前と比較して職業あるいは社会生活上、主観的および客観的にも変化は全く認められず支障を来すこともない。 |
| 2. 非常に軽度の認知機能の低下 | 年齢相応 | 物の置き忘れを訴える。喚語困難 | 名前や物の場所、約束を忘れていたりすることがあるが年齢相応の変化であり、親しい友人や同僚にも通常は気がつかれない。複雑な仕事を遂行したり、込み入った社会生活に適應していくうえで支障はない。多くの場合正常な老化以外の状態は認められない。 |
| 3. 軽度の認知機能低下 | 境界状態 | 熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することは困難 | 初めて、重要な約束を忘れてしまうことがある。初めての土地への旅行のような複雑な作業を遂行する場合には機能低下が明らかになる。買い物や家計の管理あるいはよく知っている場所への旅行など日常行っている作業をするうえでは支障はない。熟練を要する職業や社会的活動から退職してしまうこともあるが、その後の日常生活の中では障害は明らかとはならず、臨床的には軽微である。 |
| 4. 中等度の認知機能低下 | 軽度のアルツハイマー型 | 夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする程度の仕事でも支障を来す | 買い物で必要なものを必要な量だけ買うことができない。誰かがついていないと買い物の勘定を正しく払うことができない。自分で洋服を選んで着たり、入浴したり、行き慣れている所へ行ったりすることには支障はないために日常生活では介助を要しないが、社会生活では支障を来すことがある。単身でアパート生活している老人の場合、家賃の額で大家とトラブルを起こすようなことがある。 |
| 5. やや高度の認知機能低下 | 中等度のアルツハイマー型 | 介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない、入浴させるときにもなんとかなだめすかして説得することが必要なこともある | 家庭での日常生活でも自立できない。買い物をひとりではできない。季節にあった洋服を選んだりすることができないために介助が必要となる。明らかに釣り合いがとれていない組合せで服を着たりし、適切に洋服を選べない。毎日の入浴を忘れることもある。なだめすかして入浴させなければならぬにしても、自分で体をきちんと洗うことはできるし、お湯の調節もできる。自動車を適切かつ安全に運転できなくなり、不適切にスピードを上げたり下げたり、また信号を無視したりする。無事故だった人が初めて事故を起こすこともある。きちんと服が揃えてあれば適切に着ることはできる。大声をあげたりするような感情障害や多動、睡眠障害によって家庭で不適応を起こし医師による治療的かわかりがしばしば必要になる。 |
| 6. 高度の認知機能低下 | やや高度のアルツハイマー型 | (a) 不適切な着衣 | 寝巻の上に普段着を重ねてきてしまう。靴紐が結べなかったり、ボタンを掛けられなかったり、ネクタイをきちんと結べなかったり、左右間違えずに靴をはけなかったりする。着衣も介助が必要になる。 |
| | | (b) 入浴に介助を要す入浴を嫌がる | お湯の温度や量を調節できなくなり、体もうまく洗えなくなる。浴槽に入ったり出たりすることもできにくくなり、風呂から出た後もきちんと体を拭くことができない。このような障害に先行して風呂に入りたがらない、嫌がるという行動がみられることもある。 |
| | | (c) トイレの水を流せなくなる | 用を済ませた後水を流すのを忘れて、きちんと拭くのを忘れる。あるいは済ませた後服をきとんと直せなかったりする。 |
| | | (d) 尿失禁 | 時に(c)の段階と同時に起こるが、これらの段階の間には数カ月間の間隔があることが多い。この時期に起こる尿失禁は尿路感染やほかの生殖泌尿器系の障害がよく起こる。この時期の尿失禁は適切な排泄行動を行ううえでの認知機能の低下によって起こる。 |
| | | (e) 便失禁 | この時期の障害は(c)や(d)の段階でみられることもあるが、通常は一時的にしろ別々にみられることが多い。焦燥や明らかな精神病様攻撃的行為や失禁のために施設入所が考慮されることが多い。 |
| | | | ⇒裏面に続く |

| | | | |
|-----------------|-------------|---------------------------|--|
| 7. 非常に高度の認知機能低下 | 高度のアルツハイマー型 | (a) 最大限約 6 語に限定された言語機能の低下 | 語彙と言語能力の貧困化は Alzheimer 型認知症の特徴であるが、発語量の減少と話し言葉のとぎれがしばしば認められる。更に進行すると完全な文章を話す能力は次第に失われる。失禁がみられるようになると、話し言葉は幾つかの単語あるいは短い文節に限られ、語彙は 2、3 の単語のみに限られてしまう。 |
| | | (b) 理解し得る語彙はただ 1 つの単語となる | 最後に残される単語には個人差があり、ある患者では“はい”という言葉が肯定と否定の両方の意志を示すときもあり、逆に“いいえ”という返事が両方の意味をもつこともある。病気が進行するに従ってこのようなただ 1 つの言葉も失われてしまう。一見、言葉が完全に失われてしまったと思われてから数カ月後に突然最後に残された単語を一時的に発語することがあるが、理解し得る話し言葉が失われた後は叫び声や、意味不明のぶつぶつ言う声のみとなる。 |
| | | (c) 歩行能力の喪失 | 歩行障害が出現する。ゆっくりとした小刻みの歩行となり階段の上り下りに介助を要するようになる。歩行できなくなる時期は個人差はあるが、次第に歩行がゆっくりとなり、歩幅が小さくなっていく場合もあり、歩く時に前方あるいは後方や側方に傾いたりする。寝たきりとなって数カ月すると拘縮が出現する。 |
| | | (d) 着座能力の喪失 | 寝たきり状態であってもはじめのうち介助なしで椅子に座っていることは可能である。しかし、次第に介助なしで椅子に座っていることもできなくなる。この時期ではまだ笑ったり、嚙んだり、握ることはできる |
| | | (e) 笑う能力の喪失 | この時期では刺激に対して眼球をゆっくり動かすことは可能である。多くの患者では把握反射は嚙下運動とともに保たれる。 |
| | | (f) 昏迷および昏睡 | Alzheimer 型認知症の末期ともいえるこの時期は本疾患に付随する代謝機能の低下と関連する |

平成 25 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

「在宅認知症者のステージごとの生活障害と行動・心理症状に応じた
ケアガイドの開発」アンケート調査票

公益財団法人 日本訪問看護財団

◇記入上のお願い◇

- 本調査は認知症介護指導者、認知症看護認定看護師、訪問看護認定看護師、老人看護専門看護師、在宅看護専門看護師、地域看護専門看護師による在宅認知症ケアへのかかわりや具体的なケア実践を明らかにするために実施するものです。病院や長期ケア施設に勤務されている方にも一部の質問内容について回答をお願いしたいと思いますので、ご協力をお願いいたします。
- あてはまる番号に○をつけ、必要に応じてカッコ内にご記入ください。
- どの番号にもあてはまらない場合は、最も近いものを選び、できるかぎりすべての質問にご回答くださいますようお願いいたします。
- 質問の最初に【複数回答】と書いてある場合は、あてはまる番号のすべてに○をつけてください。

◇用語の定義◇

- この調査では、在宅認知症者を「ご自宅で家族とともに、あるいは独居で生活している認知症の人」と定義します。高齢者のみでなく、若年性認知症の方も含みます。
- 在宅認知症者には、グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅などや病院の病棟において生活している認知症の人は含みません。ただし短期入所生活・療養介護（ショートステイ）を利用している認知症の人は含みます。

◇倫理的配慮◇

- 本調査用紙のご記入・ご返送によって、皆様の自由意思に基づき調査協力に同意していただいたことといたします。
- プライバシーの保護には細心の注意を払い、ご記入いただきました内容はすべて統計的に処理し、調査結果からご協力いただいた方のお名前や勤務先が特定されることは決してありません。
- 本調査結果につきましては、平成 26 年 5 月に日本訪問看護財団ホームページでの報告のほか、関連学会学術集会などにおける発表を予定しています。

調査用紙は全部で 13 ページです。ご記入がお済みになった質問紙は、同封の返信用封筒に入れ、10 月 15 日までにご投函くださいますようお願いいたします。

研究代表者： 千葉大学大学院 諏訪さゆり

e-mail: suwa-sayuri@faculty.chiba-u.jp

本調査に関するお問い合わせ先：山辺、湯本、上野

直通電話：03-5778-7001(代)

e-mail: kenkyu@jvnf.or.jp

● 1. あなたの資格や職種などについてお伺いします●

(1-1) 【複数回答】あなたがお持ちの資格を以下の枠内からすべて選び番号に○をつけてください。

| | |
|------------------------|---------------|
| 1) 認知症介護指導者 | 2) 認知症ケア専門士 |
| 3) 認知症ケア上級専門士 | 4) 認知症看護認定看護師 |
| 5) 訪問看護認定看護師 | 6) 老人看護専門看護師 |
| 7) 在宅看護専門看護師 | 8) 地域看護専門看護師 |
| 9) その他：具体的に書いてください () | |

(1-2) 【複数回答】あなたの職種を以下の枠内からすべて選び番号に○をつけてください。

| | | | |
|-------------------------|-------------|----------|----------|
| 1) 介護福祉士 | 2) 社会福祉士 | 3) 看護師 | 4) 保健師 |
| 5) 助産師 | 6) 理学療法士 | 7) 作業療法士 | 8) 言語聴覚士 |
| 9) ホームヘルパー | 10) 介護支援専門員 | 11) 医師 | |
| 12) その他：具体的に書いてください () | | | |

(1-3) 【複数回答】認知症ケアに関する講習会や公的な委員などについて、あなたが携わるものをすべて選び番号に○をつけてください。

| | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1) 所属施設法人 <u>内</u> での講師 | 2) 所属施設法人 <u>外</u> での講師 |
| 3) 公的な委員会・協議会等の委員 | 4) 携わっていない |
| 5) その他：具体的に書いてください () | |

→ (1-3)で、1) または2) に○をつけた方のみご回答ください。

(1-3-1) 【複数回答】以下の中から対象者をすべて選び、番号に○をつけてください。

| | | |
|------------------------|----------------|----------------|
| 1) 家族介護者 | 2) 高校生以下の児童・生徒 | 3) 専門学校・大学等の学生 |
| 4) 一般市民 | 5) 介護施設・事業所の職員 | 6) 医療施設の職員 |
| 7) その他：具体的に書いてください () | | |

(1-4) あなたの性別を教えてください。いずれかを選び番号に○をつけてください。

| | |
|-------|-------|
| 1) 男性 | 2) 女性 |
|-------|-------|

(1-5) あなたのおおよその年齢を教えてください。

| |
|----|
| 歳代 |
|----|

● 2. 下記の事例の状況についてあなたのお考えをお伺いします ●

事例 A 氏：

アルツハイマー型認知症、75歳女性、自宅で一人暮らし。家族は遠方で生活している。A氏は近隣の住民に一日何回も電話をかけたり訪問したりして、「砂糖と塩を貸してください。買い忘れてしまったようです」「これからデイサービスに行くのかしら？わからないので不安になる」と話す。A氏は深夜にも電話をかけるので、近隣の住民は何とかしたいと思っている。

(2-1) あなたの所属施設の地域では、A氏のような高齢者から何回も電話や訪問を受けている近隣の住民は、まずどこに連絡して解決しようと思いますか。以下の枠内から1つを選び、番号に○をつけてください。

- 1) A氏の家族 2) 民生委員 3) 地域包括支援センター 4) 介護施設・事業所
5) 警察 6) 市区町村等の行政職員 7) 他の近隣住民
8) どこにも連絡しない
9) その他：具体的に書いてください（ ）

(2-2) あなたがこのような高齢者の在宅認知症ケアを実践していく上で、どのようなことに困難を感じていますか。以下にご自由にお書きください。

(2-3) あなたがこのような高齢者の在宅認知症ケアを推進していくために、日ごろ取り組んでいることはありますか。以下にご自由にお書きください。

事例 B 氏：

アルツハイマー型認知症、75 歳女性、自宅で一人暮らし。家族は遠方で生活している。近隣の住民は、排泄物などが多量に付着した衣服を着て歩きまわる B 氏の姿をしばしば見かけているので、気になっている。

(2-4) あなたの所属施設の地域では、B 氏のような高齢者をしばしば見かけている近隣の住民は、まずどこに連絡して解決しようと思いますか。以下の枠内から 1つ を選び、番号に○をつけてください。

- | | | | |
|------------------------|---------------|---------------|-------------|
| 1) B 氏の家族 | 2) 民生委員 | 3) 地域包括支援センター | 4) 介護施設・事業所 |
| 5) 警察 | 6) 市区町村等の行政職員 | 7) 他の近隣住民 | |
| 8) どこにも連絡しない | | | |
| 9) その他：具体的に書いてください () | | | |

(2-5) あなたがこのような高齢者の在宅認知症ケアを実践していく上で、どのようなことに困難を感じていますか。以下にご自由にお書きください。

| |
|--|
| |
|--|

(2-6) あなたがこのような高齢者の在宅認知症ケアを推進していくために、日ごろ取り組んでいることはありますか。以下にご自由にお書きください。

| |
|--|
| |
|--|

● 3. あなたのご所属や在宅認知症者とのかかわりについてお伺いします ●

(3-1) あなたの現在の主なご所属の施設・部署は以下のどれですか。以下の枠内からあてはまるもの1つを選び番号に○をつけてください。

- | | | |
|-------------------------|--------------|---------------|
| 1) 介護老人福祉施設 | 2) 介護老人保健施設 | 3) グループホーム |
| 4) 通所介護サービス | 5) 居宅介護支援事業所 | 6) 地域包括支援センター |
| 7) 訪問看護ステーション | 8) 診療所・クリニック | 9) 病院全体の管理部門 |
| 10) 病院の退院支援部署 | 11) 療養病床の病棟 | 12) 一般病床の病棟 |
| 13) その他：具体的に書いてください () | | |

(3-2) あなたの認知症ケアの経験年数を教えてください。

およそ

年

(3-3) あなたは在宅認知症者にかかわっていますか。いずれかを選び番号に○をつけてください。

1) かかわっている

2) かかわっていない



(3-3-1) 【複数回答】どのように在宅認知症者とかかわっていますか。

以下の枠内からあてはまるものすべてを選び番号に○をつけてください。

- | |
|----------------------------|
| 1) 管理職の立場でかかわっている |
| 2) 直接ケアを提供している |
| 3) 介護支援専門員の立場でかかわっている |
| 4) ボランティア的な立場でかかわっている |
| 5) 自宅で生活する自分の家族の介護にかかわっている |
| 6) その他（具体的に |



(3-3-2) あなたが在宅認知症者にかかわってきた年数を教えてください。

およそ

年

以降の質問について回答する上での留意点

- ◆ (3-3) で2)に○をつけた方は、13ページの自由記載にお進みください。
- ◆ (3-3-1)で、1)・2)・3)に○をつけた方は、6ページ(3-4)以降の設問にお進みください。
4)・5)・6)のいずれかのみ○をつけた方は、13ページの自由記載にお進みください。

(3-4) 現在、あなたが所属する主な施設・部署の利用者・患者は合計およそ何人ですか。
(2013年8月の実人数をご記入ください)

およそ 人

(3-4-1) そのうち、認知症の利用者・患者（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅰ～Ⅲに該当する人）は合計およそ何人ですか。

およそ 人

(3-4-2) そのうち、在宅認知症者はおよそ何人ですか。

およそ 人

(3-4-3) そのなかの前頭側頭型認知症の利用者・患者の人数を教えてください。

人

(3-5) あなたが所属する施設・部署の認知症者の中で、過去6か月間にあなたが直接ケアをしたり、相談を受けた在宅認知症者はおよそ何人ですか。

およそ 人

(3-6) あなたが過去6か月間に、直接かかわった在宅認知症者の認知機能低下のレベルをうかがいます。別紙のFAST(Functional Assessment Staging)のステージでおおよそ分類すると、軽度、中等度、高度（以下、重度）の認知症の利用者はそれぞれ何人程度ですか。別紙のFASTを参照しながらお答えください。

| 軽度 (FAST 2・3) の利用者 | 中等度 (FAST 4) の利用者 | 重度 (FAST 5・6・7) の利用者 |
|-----------------------|----------------------|-------------------------|
| 人 | 人 | 人 |

*** 以降の質問について回答する上での留意点 ***

次のページからの質問は、別紙のFASTを参照しながらそれぞれの認知症のステージ(軽度・中等度・重度)にある在宅認知症者をケアした経験をふまえてお答えください。ケアの経験がないステージの在宅認知症者については、回答しなくてもかまいません。

● 4. あなたが過去6か月間にご所属先でかかわってきた
重度の在宅認知症者の状態とケアについてお伺いします●

(4-1) あなたが過去6か月間に直接かかわってきた**重度認知症者**(自宅で生活している人)の中で、**最もケアが難しいとあなたが感じている利用者1名**についてうかがいます。以下の生活行為の中から、**重度認知症者にとって最も困難であったもの3つ**を選び、それぞれの生活行為の具体的な状態と効果的であったケア、利用者の反応を記入してください。

| 重度認知症者が困難になる生活行為 | その生活行為の具体的な状態 | 効果的なケア | そのケアに対する利用者の反応 |
|------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|
| <記入例> ⑤ | 顔の中央部分を洗い続ける | 「こちらも洗いましよ」と洗っていない部分を伝える | 「あ、そうか」と他を洗いはじめ、すべて洗い終えた |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

<生活行為：以下の枠内から3つを選択してください>

| | | | |
|-------------------------|---------|----------|------------------------|
| ① 目的の場所に行くこと | ② 排便 | ③ 排尿 | ④ 手洗い |
| ⑤ 洗顔 | ⑥ 歯磨き | ⑦ 食事 | ⑧ 飲む |
| ⑨ 着衣 | ⑩ 履物をはく | ⑪ 脱衣 | ⑫ 入浴 |
| ⑬ 移乗 | ⑭ 座る | ⑮ 仰臥位になる | ⑯ お化粧 |
| ⑰ 髭をそる | ⑱ 義歯の洗浄 | ⑲ 薬の管理 | ⑳ 料理 |
| ㉑ 洗濯 | ㉒ 買い物 | ㉓ 掃除 | ㉔ 自分の意思の表現 (言語・非言語を含む) |
| ㉕ その他：上記表の中に具体的に書いてください | | | |

(4-2) その**重度認知症者**の診断名を以下の枠内から選び、番号に○をつけてください。

| | | |
|----------------|-----------|--------------|
| 1) アルツハイマー型認知症 | 2) 血管性認知症 | 3) レビー小体型認知症 |
| 4) 前頭側頭型認知症 | 5) その他 | 6) 不明 |

(4-3) その**重度認知症者**のおおよその年齢を以下の枠内にお書きください。

| |
|----|
| 歳代 |
|----|

(4-4) **【複数回答】** その**重度**認知症者についてうかがいます。以下の行動・心理症状の中から、その**重度**認知症者に見られる主なものを最大3つまで選び、番号に○をつけてください。

| | | |
|----------------------------|---------|----------|
| 1) 不穏 | 2) 大声 | 3) 帰宅欲求 |
| 4) 物とられ妄想 | 5) 服薬拒否 | 6) 抑うつ状態 |
| 7) 徘徊・周回 | 8) 暴力 | 9) 攻撃 |
| 10) 不眠 | 11) 幻視 | |
| 12) その他：具体的に書いてください () | | |
| 13) 特にない | | |

(4-5) その**重度**認知症者の行動・心理症状に対して、効果的であったケアがありましたら、そのケアに対する**重度**認知症者の反応を含めて以下にご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

(4-6) **【複数回答】** その**重度**認知症者が使用している薬の種類を以下の枠内からすべて選び、番号に○をつけてください。

| | |
|--------------------------|------------------|
| 1) 抗認知症薬（アリセプトなど） | 2) 抑肝散 |
| 3) 抗精神病薬（セロクエル、リスパダールなど） | 4) 睡眠薬（レンドルミンなど） |
| 5) 抗不安薬（デパスなど） | 6) パーキンソン病治療薬 |
| 7) 降圧剤 | 8) 糖尿病治療薬 |
| 9) 抗うつ薬（トレドミン、デプロメールなど） | |
| 10) その他：具体的に書いてください () | |
| 11) 使用していない | 12) 不明 |

● 5. あなたが過去6か月間にご所属先でかかわってきた
中等度の在宅認知症者の状態とケアについてお伺いします●

(5-1) あなたが過去6か月間に直接かかわってきた中等度認知症者(自宅で生活している人)の中で、最もケアが難しいとあなたが感じている利用者1名についてうかがいます。以下の生活行為の中から、中等度認知症者にとって最も困難であったもの3つを選び、それぞれの生活行為の具体的な状態と効果的であったケア、利用者の反応を記入してください。

| 中等度認知症の利用者が困難になる生活行為 | その生活行為の具体的な状態 | 効果的なケア | そのケアに対する利用者の反応 |
|----------------------|---------------|---------------------------|--------------------------|
| <記入例> ⑤ | 顔の中央部分を洗い続ける | 「こちらも洗いましょう」と洗っていない部分を伝える | 「あ、そうか」と他を洗いはじめ、すべて洗い終えた |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

<生活行為：以下の枠内から3つを選択してください>

| | | | |
|--------------------------|---------|----------|------------------------|
| ① 目的の場所に行くこと | ② 排便 | ③ 排尿 | ④ 手洗い |
| ⑤ 洗顔 | ⑥ 歯磨き | ⑦ 食事 | ⑧ 飲む |
| ⑨ 着衣 | ⑩ 履物をはく | ⑪ 脱衣 | ⑫ 入浴 |
| ⑬ 移乗 | ⑭ 座る | ⑮ 仰臥位になる | ⑯ お化粧 |
| ⑰ 髭をそる | ⑱ 義歯の洗浄 | ⑲ 薬の管理 | ⑳ 料理 |
| ㉑ 洗濯 | ㉒ 買い物 | ㉓ 掃除 | ㉔ 自分の意思の表現 (言語・非言語を含む) |
| ㉕ その他: 上記表の中に具体的に書いてください | | | |

(5-2) その中等度認知症者の診断名を以下の枠内から選び、番号に○をつけてください。

| | | |
|----------------|-----------|--------------|
| 1) アルツハイマー型認知症 | 2) 血管性認知症 | 3) レビー小体型認知症 |
| 4) 前頭側頭型認知症 | 5) その他 | 6) 不明 |

(5-3) その中等度認知症者のおおよその年齢を以下の枠内にお書きください。

| |
|----|
| 歳代 |
|----|

(5-4) **【複数回答】** その中等度認知症者についてうかがいます。以下の行動・心理症状の中から、その中等度認知症者に見られる主なものを最大3つまで選び、番号に○をつけてください。

| | | |
|--------------------------|---------|----------|
| 1) 不穏 | 2) 大声 | 3) 帰宅欲求 |
| 4) 物とられ妄想 | 5) 服薬拒否 | 6) 抑うつ状態 |
| 7) 徘徊・周回 | 8) 暴力 | 9) 攻撃 |
| 10) 不眠 | 11) 幻視 | |
| 12) その他：具体的に書いてください (| |) |
| 13) 特にない | | |

(5-5) その中等度認知症者の行動・心理症状に対して、効果的であったケアがありましたら、そのケアに対する中等度認知症者の反応を含めて以下にご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

(5-6) **【複数回答】** その中等度認知症者が使用している薬の種類を以下の枠内からすべて選び、番号に○をつけてください。

| | |
|--------------------------|------------------|
| 1) 抗認知症薬（アリセプトなど） | 2) 抑肝散 |
| 3) 抗精神病薬（セロクエル、リスパダールなど） | 4) 睡眠薬（レンドルミンなど） |
| 5) 抗不安薬（デパスなど） | 6) パーキンソン病治療薬 |
| 7) 降圧剤 | 8) 糖尿病治療薬 |
| 9) 抗うつ薬（トレドミン、デプロメールなど） | |
| 10) その他：具体的に書いてください（ |) |
| 11) 使用していない | 12) 不明 |

● 6. あなたが過去6か月間にご所属先でかかわってきた
軽度の在宅認知症者の状態とケアについてお伺いします●

(6-1) あなたが過去6か月間に直接かかわってきた軽度認知症者(自宅で生活している人)の中で、最もケアが難しいとあなたが感じている利用者1名についてうかがいます。以下の生活行為の中から、軽度認知症者が最も困難であったもの3つを選び、それぞれの生活行為の具体的な状態と効果的であったケア、利用者の反応を記入してください。

| 軽度認知症の利用者が困難になる生活行為 | その生活行為の具体的な状態 | 効果的なケア | そのケアに対する利用者の反応 |
|---------------------|---------------|---------------------------|--------------------------|
| <記入例> ⑤ | 顔の中央部分を洗い続ける | 「こちらも洗いましょう」と洗っていない部分を伝える | 「あ、そうか」と他を洗いはじめ、すべて洗い終えた |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

<生活行為：以下の枠内から3つを選択してください>

| | | | |
|--------------|---------------------------|-----------------------------|---------|
| ① 目的の場所に行くこと | ② 排便 | ③ 排尿 | ④ 手洗い |
| ⑤ 洗顔 | ⑥ 歯磨き | ⑦ 食事 | ⑧ 飲む |
| ⑩ 履物をはく | ⑪ 脱衣 | ⑫ 入浴 | ⑬ 移乗 |
| ⑮ 仰臥位になる | ⑯ お化粧 | ⑰ 髭をそる | ⑱ 義歯の洗浄 |
| ⑲ 薬の管理 | ⑳ 料理 | ㉑ 洗濯 | ㉒ 買い物 |
| ㉓ 掃除 | ㉔ ②4 自分の意思の表現 (言語・非言語を含む) | ㉕ ②5 その他: 上記表の中に具体的に書いてください | |

(6-2) その軽度認知症者の診断名を以下の枠内から選び、番号に○をつけてください。

| | | |
|----------------|-----------|--------------|
| 1) アルツハイマー型認知症 | 2) 血管性認知症 | 3) レビー小体型認知症 |
| 4) 前頭側頭型認知症 | 5) その他 | 6) 不明 |

(6-3) その軽度認知症者のおおよその年齢を以下の枠内にお書きください。

| |
|----|
| 歳代 |
|----|

(6-4) **【複数回答】** その軽度認知症の利用者についてうかがいます。以下の行動・心理症状の中から、その軽度認知症者に見られる主なものを最大3つまで選び、番号に○をつけてください。

| | | |
|----------------------------|---------|----------|
| 1) 不穏 | 2) 大声 | 3) 帰宅欲求 |
| 4) 物とられ妄想 | 5) 服薬拒否 | 6) 抑うつ状態 |
| 7) 徘徊・周回 | 8) 暴力 | 9) 攻撃 |
| 10) 不眠 | 11) 幻視 | |
| 12) その他：具体的に書いてください () | | |
| 13) 特にない | | |

(6-5) その軽度認知者の行動・心理症状に対して、効果的であったケアがありましたら、そのケアに対する軽度認知症者の反応を含めて以下にご記入ください。


| |
|--|
| |
|--|

(6-6) **【複数回答】** その軽度認知症者が使用している薬の種類を以下の枠内からすべて選び、番号に○をつけてください。

| | |
|--------------------------|------------------|
| 1) 抗認知症薬（アリセプトなど） | 2) 抑肝散 |
| 3) 抗精神病薬（セロクエル、リスパダールなど） | 4) 睡眠薬（レンドルミンなど） |
| 5) 抗不安薬（デパスなど） | 6) パーキンソン病治療薬 |
| 7) 降圧剤 | 8) 糖尿病治療薬 |
| 9) 抗うつ薬（トレドミン、デプロメールなど） | |
| 10) その他：具体的に書いてください () | |
| 11) 使用していない | 12) 不明 |

● 7. あなたが過去6か月間にご所属先でかかわってきた在宅認知症者で
薬物療法を受けている人のケアについてお伺いします●

認知機能低下や認知症の行動・心理症状、糖尿病・高血圧などの身体疾患を治療するための薬物療法を受けている在宅認知症者について、日頃、あなたが困難を感じていることや解決のために取り組んでいることがありましたら、ご自由にお書きください。



自由記述欄

- ◆ この調査についてのご意見や関連する事柄について、日頃、あなたがお感じになっておられることや問題点などがあれば、ご自由にお書きください。



たくさんの質問にお答えいただき、本当にありがとうございました。
調査票を同封の返信用封筒に入れて、10月15日までにご投函ください。
ご協力に深く感謝いたします。

平成 25 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康進等事業)

在宅認知症者のステージごとの生活障害と行動・心理症状に応じた
ケアガイドの開発調査研究事業報告書

2014 年 3 月発行

発行 公益財団法人 日本訪問看護財団

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5 丁目 8 番 2 号 日本看護協会ビル 5 F

TEL:03-5778-7001 FAX:03-5778-7009

URL:<http://www.jvnf.or.jp>

印刷 株式会社 サンワ

- 本書の一部または全部を許可なく複写・複製することは著作権・出版権の侵害になりますのでご注意ください。