

第1章 認知症に関する知識

第1節 認知症とは

ポイント

- 1 認知症は、脳の障害をもたらすさまざまな原因疾患により、認知機能が低下し、その結果として日常生活・社会生活の水準が低下した状態をいう。各原因疾患により求められる治療や対応が異なる。
- 2 認知症に伴う症状は記憶障害、理解力・判断力の障害、遂行機能障害（実行機能障害）、失行、失認、失語、視空間認知障害、注意障害などであり、これを認知機能障害（中核症状）という。
- 3 認知症の人が体調不良、不快感、拘束、不安や不信、怒りなどの感情をもつに至る状況にさらされたときやさまざまな生活上の支障に耐えられない状態におかれたとき、通常はみられない行動や感情が引き起こされる。これをBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia、認知症の行動・心理症状）という。
- 4 認知症と区別して対応すべき臨床状態として、代表的なものは、せん妄、うつ病、加齢に伴う健忘である。
- 5 認知症の治療における第一選択はケアであり、薬物療法は第二の選択肢となる。

1 主な原因疾患

認知症とは「いったんは正常に発達した知的機能が後天的な障害により、持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態」と定義される。

後天的な脳の障害をもたらす認知症の原因疾患としては、アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症が多い。このうち、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症は変性疾患であり、現在、根本的な治療法はなく、進行性である。一方で、ビタミン欠乏症など認知症の原因疾患によっては治療法が確立しており、治癒が見込める場合もある。これを“治る認知症”と言っている（表1-1）。代表的なものは、欠乏性疾患（栄養疾患、内分泌疾患）、代謝性疾患、頭蓋内病変（特発性正常圧水頭症ほか）、薬物による中毒性の疾患、感染性疾患などである。これら認知症の原因疾患を鑑別し、適切な治療やケアを行っていく。

表1-1 “治る認知症”の主な原因疾患

1. 欠乏性疾患	栄養疾患: ナイアシン欠乏、ビタミンB12欠乏症など 内分泌疾患: 甲状腺機能低下症
2. 代謝性疾患	肝疾患、腎疾患、低血糖など
3. 頭蓋内病変	脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症など
4. 中毒性疾患	向精神薬、降圧薬、感冒薬、胃腸薬など
5. 感染性疾患	脳炎、梅毒など

主な認知症の原因疾患は診断基準が示されており、その基準に照らして診断される。以下、代表的な原因疾患について述べる。

（１）アルツハイマー型認知症

アルツハイマー型認知症における脳の器質的な変化の原因はアミロイドβタンパクの生成と蓄積である（アミロイド仮説）。これにより老人斑や神経原線維変化があらわれ、神経の情報伝達に支障が出る。また、神経伝達物質であるアセチルコリンの低下もみられる。発症時期は特定しにくい。

一般的に症状は記憶障害から始まり、時間を掛けて徐々に進行していく。記憶障害は社会生活を営む中で誤解や失敗を生み、それまで行っていたように他者と関わることを難しくさせる。

認知機能障害が進むと、金銭管理ができない、バスや電車などの公共交通機関がうまく使えないなど、IADL（手段的日常生活動作）に支障がでてくる。さらに、道順がわからなくなり家に帰ろうとしているのに遠くまで歩いていってしまう、意欲が低下し動こうという気持ちが出てこないといった、行動面や心理面への影響も現れ、日常生活を営むのに他者の力を借りる必要が出てくる。

さらに進行すると、知的機能全体が高度に障害され、自発性もなくなり、自分の意思を言葉で伝えることや相手の発する言葉の理解も困難になる。最終的には歩行も困難になり、寝たきりになる。

（２）血管性認知症

脳梗塞や脳出血を生じた後に、脳内神経細胞が部分的に壊死することで出現するといわれ、発症時期が比較的明確であり、脳血管障害の再発を繰り返すことで進行する疾患である。

障害された脳の部位によって症状は異なる。感情や情動のコントロールのきかない感情失禁や情緒の不安定、抑うつや感情鈍麻、アパシー（自発性の欠如）等がみられる。脳の

部分的な障害によって生じるため、その障害された部分の能力が低下する。そのため、できること・分かることと、できないこと・分からないことの両方がある。これを「まだら認知症」という。“自分がわからなくなっている”、“自分ができなくなっている”ということを経験している場合も多い。

（３）レビー小体型認知症

レビー小体型認知症は、注意や覚醒レベルの変動を伴う認知機能の動揺や幻覚（特に幻視）、パーキンソニズムを主な症状とする変性疾患である。認知機能障害は進行性である。転倒のしやすさや血圧の変動もみられる。いずれの症状も比較的初期からみられるため、介護者の負担を増やす。また、抗精神病薬に対する薬物感受性の亢進がみられる。少量でも錐体外路症状（過鎮静、嚥下障害、流涎、平衡機能障害、パーキンソニズムの増悪、悪性症候群など）が出現しやすいため、副作用の観察を十分に行う必要がある。

（４）前頭側頭型認知症

前頭側頭型認知症は、前頭葉、側頭葉を中心に病変がみられる前頭側頭葉変性症の1つの病型と位置付けられる。早い段階から、他人の気持ちを察したり、他人からどう見られているかを意識することが困難になるなど、行動や感情、人格面の変化を生じやすい。本人には病気であるという認識をもちにくい。同じ行動を繰り返す行動（常同行動）や同じメニューの食事を食べ続けたり、口の中に次々と食べ物を詰め込み咀嚼せずに飲み込んだりする食行動が特徴的な症状とされる。また、感情や行動の抑制が効かず、窃盗など反社会的な行動につながる場合もある。また、自分のしたいことを制止されてもそのまま行動を止めず、不機嫌になったり、暴力に至ることも生じやすい。そのほか、自発話の低下や失語などの症状がみられる。

（５）特発性正常圧水頭症

正常圧水頭症は、原因不明での“特発性”と髄膜炎やくも膜下出血に続発する“二次性”との2つに大きく分類される。特発性正常圧水頭症は高齢者に多い。症状は、歩行障害、認知機能障害、尿失禁で、このうち1つ以上の症状がある。なかでも歩行障害の出現頻度が最も高い。画像上では脳室は拡大しているものの、髄液圧が正常範囲内である。治療は、脳脊髄液シャント術である。

（６）若年性認知症

65歳未満で発症する認知症を総じて「若年性認知症」という。原因疾患はさまざまである^{1)、2)}。発症年齢の時期から就労継続、経済的問題、子の養育など本人と家族両者の生活への影響が大きい。そのため、老年期に発症する認知症高齢者とは異なる課題に留意し、適切な支援に繋げていくことが求められる³⁾。

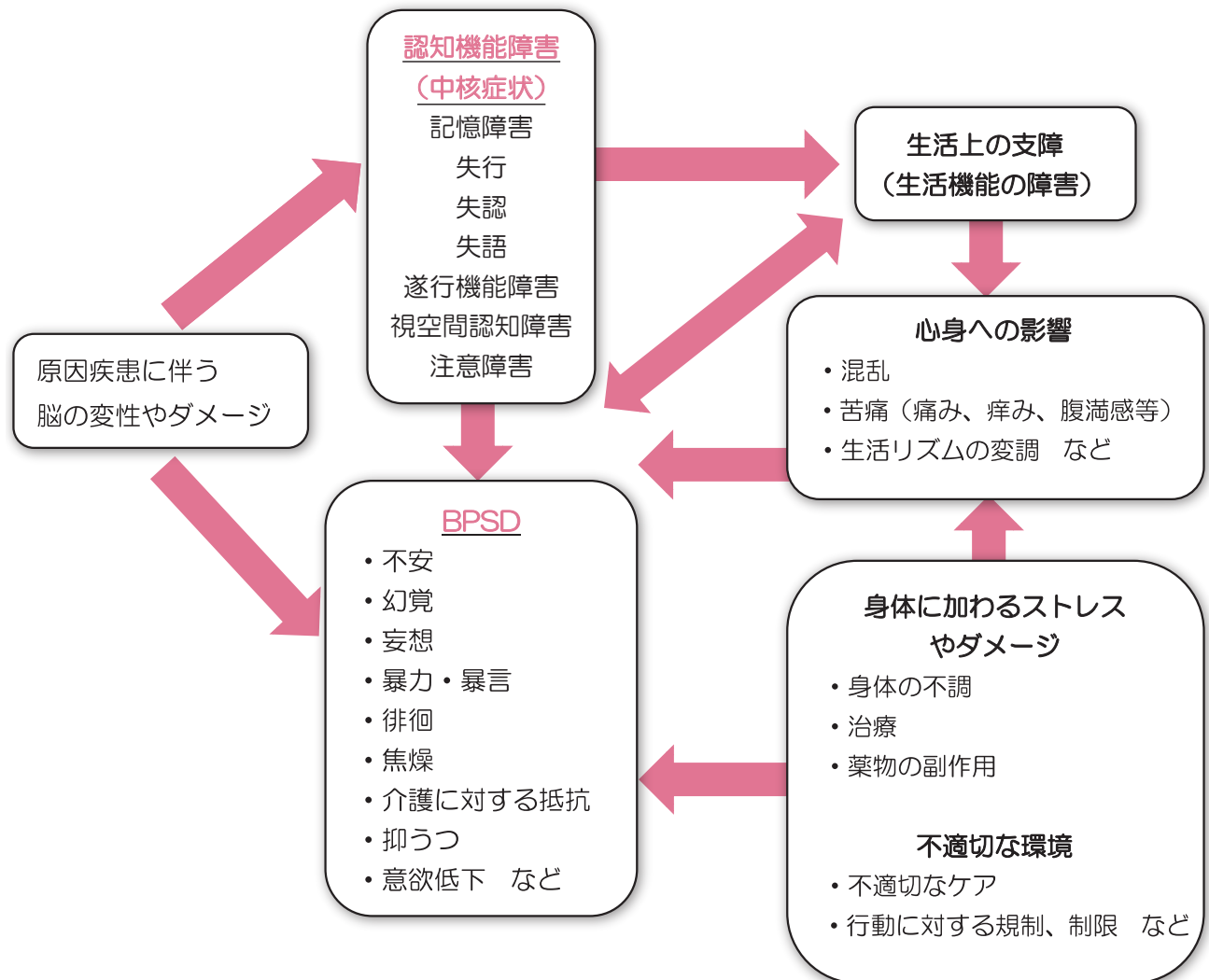
2 症状及び経過

(1) 認知症の症状

認知症の症状は、記憶障害などの認知機能障害が中核となる（中核症状とも言われる）。この認知機能障害に伴って生活上に支障が生じる（生活機能の障害とも言われる）。

この状態にさまざまなストレスが加わったとき、通常はみられない行動や感情、いわゆるBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia、認知症の行動・心理症状）が引き起こされるが、原因疾患の症状として幻覚や焦燥といったBPSDが生じる場合や、視空間認知障害がもとになって不安が喚起されるなど認知機能障害がBPSDの直接的な原因となる場合もある（図1-1）。

図1-1 認知機能障害（中核症状）とBPSD



①認知機能障害

認知機能障害としては、記憶障害のほか、理解力・判断力の障害、遂行機能障害、失行、失認、失語、視空間認知障害、注意障害などがある。疾患によって認知機能障害の出現時期や程度は異なる。

記憶障害は、近時記憶とエピソード記憶が障害される。近時記憶は時間の側面から記憶の保持時間が数分～数時間程度を指す。また、エピソード記憶は個人の体験に基づく記憶であり、特定の時間と場所で起こった出来事に関する記憶である。一方で遠隔記憶や手続記憶は認知症が進行しても比較的保持される。遠隔記憶は昔の記憶であり、手続記憶はからだで覚える記憶である。

理解力・判断力の障害は、例えば、考えるスピードが遅くなる、一度にいくつものことを考えることが困難になる、変化に対して柔軟に対応できなくなるなどである。つまり、コミュニケーションをとる際に、伝えた情報をまとめて理解できない、一部しか理解できない、よって混乱してしまうといった状況が生じる。また、理解するスピードが落ちる。そのため、看護者が自分のペースで会話を進めると、相手は理解することが難しい。しかし、情報を一つずつ伝え、確認していくと理解できる。

遂行機能障害（実行機能障害とも言われる）は、目標を設定し計画をたて、計画を実行すること、計画に基づき手順や方法を考えて行動を遂行するといった、目的をもった一連の活動を有効に行っていく機能の障害である。例えば、料理を作る、銀行で手続をする、天気をみて服を選ぶ等の行動がうまくできなくなる。つまり、生活に直結したところの障害に相当するため、社会生活の遂行を困難にさせる。

失行は、運動器官に異常がないにもかかわらず、目的に沿って運動を遂行できない状態である。具体的には、道具を見て〇〇だと分かっても使用することができない、手順を考えて複数の道具を使いこなすことができない（観念失行）。例えば、用意された箸をスプーンのように使う、スプーンを逆さに持って皿をつつくなどといった状況になる。また、指示されたことは理解できるが、そのとおりに行動することや他人の動作を模倣することができない、必要に迫られれば自然にできるが、他人から言葉や動作を指示されるとできない（観念運動失行）。例えば、「歯磨きをしてください」と言われると、その行為は理解しているにもかかわらず、実際には歯磨きができないという状況になる。失行は、高次の“運動機能の障害”である。

失認は、感覚器官（視覚・聴覚・触覚）に障害がないにもかかわらず、目の前のものを認識できないなどの障害である。例えば、目の前にあるものが何かを認識できず、食事が配膳されても食べ物と認識できず食べ始めない、鏡に映るものが自分と認識できないなどである。

失語は、アルツハイマー型認知症において、発語は比較的スムーズにできるが、「あれ、えっと、あれ・・・」のように言葉が出てこないこと（喚語困難）がみられる。

視空間認知障害は、空間における物と自分の位置関係や距離の情報を処理する能力の障害であり、例えば、道に迷う、段差に気付かずにつまずく、配膳された食事までの距離がうまくつかめず、食べたいものを食具でつかむことができない、椅子の真ん中に座れずずれ

てしまうなどが生じる。

注意障害は、必要なものに注意を向ける、注意を一定時間持続する、様々なものに注意を分散する、途中で別のものへ注意を切り替えることが難しくなるなど注意力に関する機能の障害である。例えば、食事中に目の前に人が通ると、食事を中断して人を目で追う、騒がしい場所にいると自分の行為を継続できなくなる、複数の食器が並ぶと混乱するなどが生じる。

②生活（機能）障害

生活（機能）障害は、認知機能障害から生じる「個人的・家庭的活動と社会的参加を困難にする日常生活上の障害」⁴⁾である。つまり、認知機能障害により、生活機能に支障がみられることで、日常生活におけるさまざまな生活行為が困難となる障害である。これは、生活リズムの変調や自尊心の低下につながることもある。また、この生活（機能）障害に対して、看護師が認知機能障害を考慮した対応を行わないことでストレスを高め、BPSDにつながってしまうこともある。

③認知症の行動・心理症状（BPSD）

認知機能障害をもったその人に対して様々な要因が絡んで生じるBPSDは「認知症患者に頻繁にみられる知覚、思考内容、気分、行動の障害の症候」⁵⁾と定義される。

BPSDには、行動症状と心理症状があり、代表的な行動症状として徘徊、不穏、暴力^{注)}など、心理症状として幻覚、妄想、不眠、不安、抑うつなどが挙げられる。そして、このBPSDは、社会生活を営む上で支障、問題をもたらす。これは介護者の負担感の原因にもなると言われる。

しかし、BPSDは、「認知症の人のストレスによる反応や行動」⁶⁾とも呼ばれている。BPSDは、認知機能障害の影響以外に、身体の状態、生活歴、性格傾向、社会心理による認知症の人の心理的なニーズが満たされない状況、さらにはストレスへの対処能力の低下のために、引き起こされているという考えがある。

介護者や医療従事者が認知機能障害により生じている生活上の支障を捉えることができず、適切に対応しないと、本人にはうまくできないことへの苦痛や混乱、生活リズムの変調などが生じ、BPSDとなってあらわれる。また、BPSDの原因を捉えないまま対応することで、さらにBPSDを増悪させてしまうことがある。

このほか、認知機能障害に影響を与える要因には、不安感、不快感（排泄に伴う不快、不適切な着衣など）、苦痛（疼痛（慢性疼痛、身体疾患に伴う急性疼痛、口腔内の乾燥、痒み、腹満感など）、睡眠不足、疲労、被害感、身体の不調やストレス、環境要因などがあり、加齢変化によって引き起こされるものもある。

注) 徘徊、不穏、暴力といった他者から見た否定的な表現ではなく、本人の立場から表現することが求められる。例えば、徘徊はひとり歩き、歩き続けること、必要な休息がとれない状態と表現できる。暴力は恐怖に対する防衛行動と表現できる⁷⁾。

(2) 認知症の経過

アルツハイマー型認知症など進行性の認知症では、長い経過の中で症状が進行していく。その経過の中で、様々な脳機能の障害が現れる。例えば、言語障害、運動機能障害などである。また、認知症が重度になると、日常生活全般に直接的な介助を必要とする。

進行に伴い、窒息や転倒・転落などの事故や誤嚥性肺炎などの身体疾患の併発や筋萎縮、拘縮、褥瘡などの廃用症候群、転倒、骨折、脱水、浮腫、体重減少、栄養障害などの老年症候群が出現する。

認知症をもつ人たちの多くが高齢者であるため、認知症だけでなく、他の身体疾患を抱えている。急性期病院ではその身体疾患の検査や治療を目的に入院するが、認知症をもつ人は身体疾患に伴う障害や疼痛などを医療従事者に適切な表現で伝えることができない。危険を認知し回避することも難しくなる。一方、難聴のある高齢者では、聴こえが悪いことに周囲の者は気付きにくい。そのため、質問に対して的確な答えが返ってこないなどという反応から、認知症と誤解されることも多い。

このような状況で適切な治療やケアがスムーズに受けられない、安全が守られないという理由により、身体拘束や薬物による鎮静が行われることもみられる。それがBPSDを引き起こす、ADLの低下につながるということを忘れてはならない。

(3) 軽度認知障害 (MCI : Mild Cognitive Impairment)

軽度認知障害とは、認知機能の低下があり、正常とはいえないが、認知症ともいえない状態である。基本的な日常生活には支障をきたさない。その後、認知症の発症に進展する可能性がある状態と考えられている。原因疾患はさまざまである。日本の65歳以上の軽度認知障害有病率は10～15%とされる⁸⁾。

3 認知症として区別して対応すべき疾患・症状

認知症と区別して対応すべき症状の代表的なものはせん妄である。また、うつや加齢現象に伴う健忘にも配慮する必要がある。

(1) せん妄

せん妄は、意識障害の一種であり、「脳機能の失調によって起こる、注意の障害を伴った軽い意識混濁を基盤とする症候群である」と定義される。急激な発症が特徴であり、症状に動揺性（日内変動）、可塑性（元に戻る）がみられる。症状は、意識の曇り（意識混濁）、記憶、見当識、注意などの障害（認知機能障害）、睡眠・覚醒リズムの障害による昼夜逆転などがある。また、過活動型と低活動型、両型が交互する混合型の3つの型があるといわれている。

過活動型は、行動面で落ち着きのなさ、徘徊や多動、状況理解が低下していることによる介護への抵抗がみられ、多弁さやまとまりのない会話がみられる。感情面では、恐怖や不安、怒りがみられる。このほか、興奮、見当識障害、幻覚、妄想、夜間不眠がみられる。

低活動型は、活動が低下している状態である。行動面では、動きが乏しく、行動も遅延する。会話も同様で単調である。表情が乏しく、覚醒状態も低下、傾眠がみられる。過活動型のような錯覚や幻覚・妄想は伴わない場合が多い。

原因には、①直接原因、②誘発因子、③準備因子の3つが挙げられる。

直接原因には、高齢者の基礎疾患としてよくみられる代謝障害、内分泌疾患、心肺疾患、中枢神経系疾患がある。そのほか、高齢者で生じやすい脱水などの水・電解質平衡障害や感染症でも容易にせん妄をおこす。認知症と症状が類似するため、これらに伴うせん妄の可能性はないか、考慮する必要がある。また、せん妄の誘発や悪化をもたらす薬物も多く存在する（表1-2）。特に、せん妄には睡眠・覚醒リズムの障害があることから、不眠時に薬物を使用されることがあるが、不眠時に使用される薬物はせん妄悪化のリスクを伴うことが多いので注意が必要である。

表1-2 せん妄の誘発や悪化をもたらす主な薬物⁹⁾

●一般的な睡眠薬・抗不安薬（GABAA受容体作動薬 ＜ベンゾジアゼピン系薬、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬＞）	●抗ヒスタミン薬（抗アレルギー薬）
●麻薬性鎮痛薬（オピオイド）	●抗パーキンソン病薬
●副腎皮質ステロイド	

誘発因子は、環境やストレス因子として考えられ、入退院や部屋・部屋メンバーの変更等の環境変化を始め、疼痛、空腹、不快感、光、音、会話などの過刺激、睡眠状況、面会制限や難聴、視力障害などの感覚遮断、身体拘束、チューブ・ルート類、安静臥床などの不動化がある。高齢者の場合は、主疾患が原因の疼痛だけではなく、慢性疼痛も持ち合わせているということを意識する必要がある。また、緊急入院などでメガネや補聴器などの補助具を忘れてきたことで、せん妄を発症することがある。身体拘束はせん妄を悪化させることになるため、せん妄の対処方法としては望ましくない。このほか、一般病棟では、見守りが必要と判断されて、ナースステーションで過ごしている高齢者をよくみるが、本人が望まない場合は過刺激になり、せん妄を誘発するリスクが増すことに留意する必要がある。

これら直接原因に対する治療や誘発因子のケア調整を行うことで、症状出現や悪化を予防することは可能である。

一方、準備因子は個人の脆弱性であり、加齢や認知症などが挙げられる。せん妄と認知症は密接な関係があり、認知症はせん妄の準備因子であることやせん妄を何度も繰り返す認知症もある。高齢者にせん妄が生じると、“認知症になった”といわれ、認知症の高齢者にせん妄が出現すると、“認知症が悪化した”、“認知症が進行した”といわれることがある。しかし、認知症とせん妄は原因や対応方法が異なる。誤った判断で適切な対応が行われないことで、認知症やせん妄を悪化させることがある。

よって、準備因子をもつ患者をせん妄のハイリスク者と捉えて、発症の予防や発症時の事

故予防、悪化予防を迅速に行う。

(2) うつ

高齢者に多い老年期うつは、成人で発症するうつ病と症状の特徴が異なり、抑うつ気分や悲哀感よりも不定愁訴としての身体症状と不安や焦燥などが前景に表れることが多い。また、動作や思考も緩慢、集中も困難になり、記憶障害もみられる。質問を投げかけると「分からない」と初めから諦め、反応も遅れる傾向がある。そのため、認知症の症状として捉えられることがある。また、認知症の前駆的に認められる抑うつや認知症の経過の中でBPSDとしてうつ症状が認められる報告もあり、明確な区別は難しい。

(3) 生理的健忘（加齢性健忘）

生理的健忘（加齢性健忘）は、年齢とともに緩やかに出現し、エピソードを部分的に忘れるというものである。そのため、他者がそのエピソードを説明すれば思い出す。しかし、認知症による記憶障害では、エピソード全体を忘れる。他者にそのエピソードを説明されても、そのエピソード自体を想起できないため、もの忘れを自覚しないという状況になる。そのため、社会生活に支障が出るという点で生理的健忘とは区別される。

一方、時間や場所の感覚が得にくい環境で過ごしていると、認知機能に問題がなくても記憶や見当識が曖昧になったり、反応が鈍くなったりする。これは、元々持っている力を発揮できずに、その力が衰える廃用性の障害であり、可逆性の変化である。施設や病院では、毎日が同じ日課の繰り返しで、曜日による変化がなく、何もしない時間が続くことがある。認知症の人では、より見当識を失いやすい状況といえる。

4 薬物の基礎知識

認知症を治療する上で第一選択はケアであるが、第二の選択肢として薬物療法が挙がる。薬物療法は効果的に行うことで症状が安定する。

薬物療法は、抗認知症薬とBPSDの症状緩和に向けた薬物療法がある。

抗認知症薬は、日本において、現在はアセチルコリンエステラーゼ阻害薬とNMDA受容体拮抗薬の2種類が使用されている。アセチルコリンエステラーゼ阻害薬は、ドネペジル塩酸塩（アリセプト®）、ガランタミン臭化水素酸塩（レミニール®）、リバスチグミン（リバスタッチ®、イクセロンパッチ®など）、NMDA受容体拮抗薬はメマンチン塩酸塩（メマリー®）がある。アセチルコリンエステラーゼ阻害薬とNMDA受容体拮抗薬は薬理作用が異なるために併用できるが、アセチルコリンエステラーゼ阻害薬3剤は同じ種類になるため併用は不可である。いずれも根本的な治療法ではなく、認知機能低下の進行を遅らせる目的で使用される薬物である。また、2023年にヒト化抗ヒト可溶性アミロイドβ凝集体モノクローナル抗体であるレカネマブ（レケンビ®点滴静注）が「アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制」の効能・効果で、厚生労働省から正式承認を取得し、使用が始まった。

ドネペジル塩酸塩はアルツハイマー型認知症のどの病期にも使用可能であり、レビー小体

型認知症でも適応となっている。半減期が長いことから1日1回の内服で済み、剤型も複数ある。副作用は消化器症状と不眠である。ガラタミン臭化水素酸塩は、半減期が短いため1日2回の内服が必要である。副作用は、消化器症状（食欲不振、悪心・嘔吐、下痢）、頭痛であるが、消化器症状には制吐剤の併用で対応できるといわれている。リバスチグミンは貼付剤であり、内服の理解が得られにくい人、内服したかどうかを確認しにくい人などには適しているという考え方もある。貼付剤であるため皮膚障害と消化器症状（食欲不振、悪心・嘔吐）が副作用としてみられる。しかし、皮膚障害は保湿ケアを行うことで緩和できる。なお、経皮吸収であるため、他の薬より消化器症状が出現しにくいといわれている。

これらの治療薬の、定期的かつ確実な内服の継続のために、医療従事者は服薬アドヒアランスに関わる情報を十分に得ておく必要がある。アドヒアランスを低下させる要因は、医療従事者側、介護者、患者側、服薬方法のそれぞれに考えられる。認知症が比較的軽度であっても、服薬を定められたとおりに実行する機能は衰える。情報を得る場合は、本人だけではなく、家族、利用しているサービス状況も含めて、その人を取り巻く全体や生活状況について把握する。また、多くの高齢者は、それまでに何らかの薬物療法を受けてきた経験をもつ。その時の服薬管理状況を聞いておくとも参考になる。

医療従事者は、抗認知症薬の適切な使用方法、作用・副作用の知識をもち、抗認知症薬の中断の可能性等、服薬アドヒアランスについて評価する。また、副作用の観察項目と予防策、発生時の対応方法を把握し、実施する。

一方、BPSDの薬物療法はケア実施の上で効果を発揮する。薬物は主に向精神薬（抗精神病薬（定型、非定型）、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬（主に非ベンゾジアゼピン系）、抗てんかん薬）や不眠症治療薬（メラトニン受容体作動薬、オレキシン受容体拮抗薬）が用いられる。特に非定型抗精神病薬は、定型抗精神病薬と比較して錐体外路症状の出現が少ないといわれ使用頻度が高い。しかし、2005年にFDA（米国食品医薬品局）より、「高齢の認知症患者への非定型抗精神病薬使用に伴い死亡率が上昇する」と警告されたことを受け、健康保険の適用外使用とされた。2011年に「医薬品の適応外使用に関わる保険診療上の取り扱いについて」が出され、一部の抗精神病薬については、レセプト上は認められている¹⁰⁾が、使用の際には医師から十分な説明がなされ、患者・家族の同意を得た上で少量から使用するなど、慎重に用いられている。厚生労働省のガイドラインでも認知症患者に対する抗精神病薬の使用は適応外使用であり、患者のリスクベネフィットを考慮し、十分なインフォームドコンセントを行って使用する¹⁰⁾と明記されている。

薬物療法は、症状を緩和する目的で使用されるが、薬物が原因で新たな問題や症状が出現するなど二次障害の危険性がある。代表的な二次障害は、せん妄、嚥下障害、転倒・転落、イレウス、生活リズム障害などである。これらは、高齢者のQOLや生命予後をも脅かしかねない。加齢の影響や他の身体疾患を抱えている患者に対する薬物療法では、その薬物による身体への影響を理解し、予防策を講じておく必要がある。

また、薬物間で相乗作用や相殺作用が生じる可能性がある。多剤併用による影響にも留意する必要があるため、他院や他科で処方されている内服薬も確実に把握しておくことが求

められる。このほか、薬物の使用に際して禁忌事項に該当しないかについての確認をする必要がある。例えば、徐放性製剤の粉碎不可や茶葉抽出飲料との併用不可などがある。認知症をもつ高齢者は、嚥下機能の低下や内服拒否がみられることで看護師が工夫をして与薬しなければならない。しかし、服用上の禁忌事項に留意せず与薬することで、十分な薬効を得られない、副作用の出現がみられる等の問題が生じる可能性がある。

定期的に服用している薬以外の頓用薬（抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬）は、医師の指示のもと、服用してもらうか、そのまま様子を見るかの判断を看護師が行っている。その判断には各薬物の作用及び副作用、薬理作用についての知識が活用されなければならない。また、薬物の使用に十分なケアが行われていることが前提となる。安易な使用によって、薬物が体内に蓄積され、前述のような二次障害をもたらす危険性がある。

適切な薬物療法が実施できるよう、看護職は責任をもって患者の状態や変化を把握し、医師に的確な表現で報告する、薬物の使用について薬剤師と相談するなど多職種との協働を行っていく。

引用文献

- 1) 栗田主一：日本医療研究開発機構 長寿・障害総合研究事業（認知症研究開発事業）「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多元的データ共有システム」報告書（研究開発代表者：栗田主一）、
https://www.tmgig.jp/research/cms_upload/20170401_20200331.pdf (Nov.27,2023) .
- 2) Kuruppu DK, Matthews BR:Young-onset dementia, Seminars in neurology, 33(4), 365-385, 2013.
- 3) 認知症対応力向上研修（看護職員認知症対応力向上研修事業）のカリキュラム及び実施方法に関する調査研究事業編：看護職員認知症対応力向上研修 研修テキスト 第1分冊 認知症に関する知識編、92-93,2023.
- 4) 朝田隆：生活障害という視点に立つ認知症医学とケア、臨牀と研究、93(7),13-14,2016.
- 5) 国際老年精神医学会著、日本老年精神医学会監訳：第2版 認知症の行動と心理症状 BPSD、アルタ出版、15-16,2013.
- 6) 鈴木みずえ、酒井郁子編：パーソン・センタード・ケアでひらく 認知症看護の扉、Xiii-x iv、南江堂、2018.
- 7) 大府市：<https://www.city.obu.aichi.jp/kenko/koureishashien/ninchisho/1004903.html> (Nov.7,2023)
- 8) 一般社団法人日本認知症ケア学会認知症ケア用語辞典編纂委員会編：認知症ケア用語辞典、83、2016.
- 9) 厚生労働省：重篤副作用別対応マニュアル 薬剤性せん妄、
<https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/000842170.pdf>.(Nov.7,2023)
- 10) 厚生労働省：かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン（第二

版)、2015.

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140619.pdf>
(Oct.20,2013).

参考文献

- (1) 平井俊策編：よくわかって役立つ 認知症のすべて 改訂第三版、永井書店、2011.
- (2) 中島紀恵子監修・編集：認知症の人びとの看護 第3版、医歯薬出版株式会社、2017.
- (3) 一瀬邦弘、太田喜久子、堀川直史:せん妄 すぐに見つけて！すぐに対応！、照林社、2002.
- (4) 日本神経学会監修：認知症疾患診療ガイドライン、医学書院、2017.
- (5) 池田学編：認知症 臨床の最前線、医歯薬出版、2012.
- (6) 公益社団法人日本看護協会編集：認知症ケアガイドブック、照林社、2016.
- (7) 池田研二：「もの忘れ」の科学：基礎と臨床 I．総論 健忘とは何か、老年精神医学雑誌、31 (2)、107-116、2020.
- (8) 高崎恵美、品川俊一郎:もの忘れの診たてと対応、レジデントノート 22 (15) ,2830-2839、2021.
- (9) 前嶋仁、馬場元：【こんな時どうする？ 5W2H で学ぶ抗うつ薬の使い方】5W2H で学ぶ抗うつ薬の使い方 高齢者 うつ病 , 認知症とその前駆症状、月刊薬事、65 (5)、34-39、2023.
- (10) 新井平伊：認知症薬物療法の展望、臨床精神薬理 26、115 - 120、2023.
- (11) 中島健二、下濱俊、冨本秀和、三村將、新井哲明編：認知症ハンドブック第2版、医学書院、2020.

第2節 身体面の特徴

ポイント

- 1 認知症が身体面に及ぼす影響は多様であり、認知症以外からの影響も含めてとらえる必要がある。
- 2 認知症、加齢変化、入院・治療の契機となった疾患とその治療、合併症、及びこれらに影響されるADLについて、入院前の状態を含めて把握する。
- 3 生じやすい身体合併症や痛みについても積極的にとらえていく。

認知症が身体面に及ぼす影響は多様であり、かつ、高齢者では加齢に伴う影響や既往疾患による影響がオーバーラップする。また、生活上の支障として、ADLが低下するが、それが認知症によるのか、ほかの疾患によるのか、加齢の影響なのか、廃用性の障害なのかわかりにくい。適切な援助により回復する可能性もあるが、援助が適切に行われなければ生活機能は低下していく。

認知症の人の身体面は多面的にとらえる必要がある。

1 認知症に関する情報収集

入院時、認知症の診断がされているとは限らない。認知症といわれて入院しても実はせん妄や、加齢に伴う健忘の場合がある。また、認知症の原因疾患までは診断されていない場合もある。入院時にできるだけ多くの情報を得るが、限界もあるため、入院後に言動を観察、家族からの情報を得ていく。

(1) 認知症に関する診断がされている場合

原因疾患が診断されているか、診断された時期はいつか、重症度、認知症に伴う症状の現れ方、日常生活への影響、症状を悪化させる原因・誘因、治療薬の種類（第1章第1節「認知症とは」P6～17参照）、服用状況を家族や記録物から把握する。そして、今回の入院の契機となった疾患や治療、行動制限により認知症の症状が悪化する可能性はないか、せん妄が発生する可能性はないかをアセスメントする。

HDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）¹⁾ やMMSE（Mini-Mental State Examination）²⁾ などの検査をしていれば、その得点の推移により現在の状態をアセスメントする。また、できている項目・できていない項目を把握することで、認知機能障害がどこに現れやすいのか、生活に支障が出やすいのはどこかを推測する。認知症のスクリーニングと重症度の把握がしやすい「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート」（DASC-21：Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System-21

items) も開発されている³⁾。

そのほか、重症度では、CDR (Clinical Dementia Rating)⁴⁾ やアルツハイマー型認知症で利用できるFAST (Functional Assessment Staging)⁵⁾ がある。また、認知症を対象としたADLを測定するN-ADL (N式老年者用日常生活動作能力評価尺度)⁶⁾、ADL-cog (認知機能障害に伴う日常生活動作評価票)⁷⁾、BPSDの測定にはBPSD-cog (認知機能障害に伴う行動・心理症状評価票)⁷⁾ といった評価ツールがある。

CT、MRI、SPECTの画像診断をしていれば、重症度や認知症の症状との関連を把握する。

(2) 認知症症状を呈する疾患に罹患している、又は既往歴がある場合

認知症という診断を受けていなくても、入院に伴い認知症の症状が顕著になり入院生活上の困難、せん妄などそのほかの症状が現れる可能性がある。特に表1-3に示した疾患などでは、潜在していた認知症が顕在化する可能性、軽度の認知症が悪化する可能性がある。よって、疾患の重症度、用いている薬物とその効用及び副作用の可能性、血液検査データ、既往歴に関する情報を得て、認知症症状出現の可能性を予測する。高齢者の場合、血液検査データが標準値から外れていても症状がなかったり、異常とはいえなかったりするので、値の推移や出現している症状との関連も含めて評価する。

表1-3 入院後に認知症の症状を呈する可能性がある疾患の例

高血圧、高脂血症、糖尿病	➡ 血管性認知症 (多発性脳梗塞、ラクナ梗塞) の可能性
循環器疾患 (心房細動・虚血性心疾患)	➡ 血管性認知症 (脳梗塞) の可能性
呼吸器疾患	➡ 低酸素血症に伴う意識障害、脳機能低下の可能性
肝疾患	➡ 高アンモニア血症に伴う意識障害、脳機能低下の可能性

(3) 認知症と診断されていない場合

認知症と診断されていない場合や既往歴がはっきりしない場合でも、入院時や家族の情報で記憶障害や不安な様子、行動面での危うさがみられる場合は、認知症の可能性も視野においた看護を考えていく必要がある。

行動面の危うさは、例えば、自室やトイレの場所を覚えられない (見当識障害の可能性)、説明を聞いても上の空で理解できたかどうか分かりにくい (認知障害又は感覚機能の障害の可能性)、歩行時にふらつきや傾きがある (薬物の副作用やパーキンソニズムの可能性) などである。

可能であれば、認知症のスクリーニングツール (HDS-R、MMSEなど) を用いて把握する。しかし、身体疾患による苦痛や治療、せん妄など意識障害、加齢に伴う感覚機能低下、検査をされることに対する嫌悪感などの影響があるため、評価できないことも多い。検査項目

を参考に、会話の中から近時記憶の障害がないか、空間認知の障害がないか、復唱や指示に従うことが可能かを把握していく。

2 加齢変化に関する情報収集

加齢変化として、少なくとも生活への支障が大きい(1)感覚機能、(2)運動機能、(3)摂食嚥下機能、(4)排泄機能について、すぐに把握する必要がある。

(1) 感覚機能

視力、聴力の程度と生活への支障、日常用いている対処方法を把握する。加齢に伴う聴力障害では、聞こえていないことも適当に返事をしたり、聞き間違いをしたりして、認知症と誤解されることがある。また、慣れた生活の中では支障を感じないが、入院し新たな環境や説明を聞くなど、聴力が必要になる環境では支障が出ることがある。本人も周囲も聴力障害に気づいていない場合に認知症と誤解されやすいので特に重要である。

(2) 運動機能

寝返り、座位・立位保持、移乗、歩行の動作がどの程度自分でできるのかは重要である。寝返りが自力でできなければ褥瘡^{じよくそう}ができる。移動動作ができるか否かで生活範囲が決まる。しかし、認知症の人の場合は移動のための動作が自分でできることがよいことだけではない。転倒や気づかないうちに外に出ているなどの事故につながる可能性があるからである。リスクを把握する上でも重要な項目である。

入院時は身体疾患により一時的に運動機能は低下する。そのままの状態であれば筋力低下や関節拘縮^{こうしゆく}などの廃用性障害を来す。入院前の運動機能に戻すことを目標におくためにも、入院前の運動機能について把握する。

(3) 摂食嚥下機能^{えん}

食事摂取に関わる機能のうち、加齢に伴って低下するのが摂食嚥下機能^{えん}である(表1-4)。加齢に加えて認知症によっても障害を受けやすい。認知症が進行すると、口の中に食べ物をいっぱいにして窒息したり、嚥下できずに誤嚥し、肺炎を繰り返すようになるため、観察を十分に行う。また、食道期の機能低下も起こりやすく、つかえ感や胸焼けなど不快な症状が生じるが、他者に伝えにくく、かつ他者から分かりにくい症状である。認知症の人では食事摂取量の低下として現れやすい。

表1-4 摂食嚥下過程の特徴と障害の徴候

先行期 食物を認知し、口の中に取り込むまでの段階

- 食物を認識できない ●一口量を調整できない
- 食べこぼしがある

準備期 口腔内に食物を送り込み、咀嚼をして食塊を形成する段階

- 流延 ●歯牙の欠損により咀嚼できない

口腔期 舌を使って食塊を口腔から咽頭に送り込む段階

- 飲み込もうとしても口の中に食物が留まる（口腔内に食物残渣がある）
- 嚥下反射が起こらない

咽頭期 喉頭を拳上し喉頭蓋で気道を閉じ、食塊を咽頭から食道に送り込む段階

- のどにつかえた感覚 ●食塊が鼻腔に逆流し、くしゃみがおこる、鼻汁
- 食塊が口腔に逆流する ●むせ込み ●嚥声

食道期 食塊を胃へ送り込む段階

- 胸焼け ●食物のつかえ感 ●げっぷ、食物の逆流 ●吐き気、嘔吐

（4）排泄機能

排泄機能は排尿機能と排便機能それぞれをみていく。排尿機能では、男性は前立腺肥大に伴う残尿やそれに伴う尿失禁が起こりやすい。女性では腹圧性尿失禁が起こりやすい。また、糖尿病などの基礎疾患から過活動膀胱による頻尿、尿失禁もみられる。認知症のために機能性尿失禁や尿意を感じなくなる反射性尿失禁も生じるが、その前に加齢に伴う排尿機能の障害も起こっている可能性がある。

排便機能では、加齢による消化管の運動の低下による弛緩性便秘になりやすい。また、便意を感じにくくなることによる直腸性便秘も生じやすい。便秘は不快な症状であり、落ち着かない状態や怒りっぽくなるなどの行動面の変化（BPSD）を生じやすい。しかし、トイレに一人で行くことができる認知症の人では排便があったかどうかを把握するのも難しい。腹部状態の観察に加え、入院前の排便習慣を把握する。

3 疾患に関する情報収集

認知症の人は症状があっても訴えることができない場合がある。また、苦痛を訴えている部位と疾患のある部位が異なる場合もある。データから見るとかなり強い症状があってもよい

状態にも関わらず症状を訴えない場合もある。把握が遅くなると重篤な状態になってしまう。軽微であっても、表情や言動の変化、検査データの推移があれば早めに発症を予測する。また、既往歴から生じる症状を知り、新たに生じる可能性のある疾患はないか、使用している薬物の副作用がないかも含めて総合的に判断する。

高齢者では認知症以外に身体疾患や既往疾患に関する内服治療を行っている場合もある。複数の薬剤を服用していることも多いため、薬物の相互作用（拮抗作用、協力作用）に注意し、有害作用の発生も含めて観察する（表1-5）。特に鎮痛薬や睡眠薬を使用している場合は、量、内服時間、痛みや睡眠の状況などを把握して、転倒や転落などの危険性を予測する必要がある。高齢者の場合は、加齢に伴う腎機能の低下による薬物の排泄の遅延、蓄積も考慮する。

表1-5 認知症の人に用いられることの多い薬物の副作用

抗精神病薬の副作用	薬物性パーキンソニズム（振戦・顔面・筋肉の強ばり・すくみ足）、 ジスキネジア（舌を出す・首を傾げる）、 眠気、注意力・集中力・反射運動能力の低下、めまい、ふらつき、 口渇、便秘、肥満、肝障害など
抗けいれん薬の副作用	血液障害、食欲不振、頭痛、嘔吐、倦怠感など
睡眠薬の副作用	認知機能の低下、ふらつき、肝障害など
鎮痛薬の副作用	胃の痛み、胸やけ、頭痛、めまい、消化管潰瘍・穿孔 ^{せん} など

認知症の人では、食事の摂取量が十分でも徘徊に伴う消耗や消化管の吸収能の低下から、低栄養状態になっている場合がある。低栄養状態では死亡率が高くなるので、食事摂取状況だけでなく、そのほかの客観的な指標を加えて栄養状態を評価する必要がある（表1-6）。高齢者を対象にし、包括的に栄養状態を評価するアセスメントツール（Mini Nutritional Assessment など）⁸⁾ も開発されている。

また、食事摂取量には心理状態も関連するので、摂取時の表情も観察し、影響要因を把握する（表1-7）。その際、入院前の元気なときにどのくらいの量を摂取していたかを把握し、入院後の変化の有無を見極める。

表1-6 栄養状態を評価するために把握する情報

体重（減少率）、BMI、脂肪厚、ふくらはぎ周囲長、
血清アルブミン値、トランスフェリン値、血清総コレステロール値 など

表1-7 食事摂取量の低下に関連する要因として把握する情報

- 残存歯の状態、義歯の適合状態、口腔の状態(口内炎などがないか)
- 嗜好 ●摂食嚥下機能の状態 ●食事の場の状況(環境)
- 集中力 ●排便の状態(便秘の有無) ●薬物の副作用
- 精神状態(うつ、怒り) ●睡眠・覚醒パターンの乱れ ●疲労

4 ADLに関する情報収集

日常生活動作を観察し、どのような認知機能障害がどこに生じているのかを予測する。認知機能障害以外も含めてADLに影響を与えている要因をとらえ、援助につなげる。

(1) 食事摂取動作

食物を認識して口まで運ぶ段階(先行期)では、認知機能障害のために様々な支障が生じる(表1-8)。また、集中できず、周囲の人の声や動きに気をとられて食事が進まない、茶碗の中の食物や汁を別の皿に移し変えることを繰り返す、食べ終わって何もない皿の上でスプーンを動かし続けることも起こる。

加齢に伴う視聴覚の低下、上肢の筋力や巧緻性の低下があれば、自分で食事を摂取できなかつたり、途中で止めてしまったりする。食事を食べ始め、ある程度の量を継続して摂取し、食べ終わるという一連のプロセスが遂行されるよう支援する。

表1-8 認知機能障害によって生じる先行期の問題

- 食物を食べるべき物として認知できない(失認)
- 箸やスプーンを認知できてもどのように使ったらよいかわからない(失行)
- 食べる物と認知できてもどのようにして食べたらよいかわからない(失行)
- ある部分に置かれた食器に手をつけない(失認、半側空間無視)

(2) 排泄動作

排泄動作は尿意・便意を感じてトイレに行き、一連の動作を順番どおりに遂行しなければ失敗(失禁)することになる(図1-2)。認知症の場合は一つ一つの動作ができて、場所の認知ができない(見当識障害)ほか、動作を順番どおりに遂行できない(遂行機能障害)。適切な声掛けや誘導があれば、失敗なくトイレで排泄できる可能性もある。排泄動作の状況を把握するほか、排泄状況を経時的にチェックし、排泄パターンを把握する。

トイレでの排泄が可能か、適切な介助ができるかは、尿意・便意を察知できるか(そのサインをみつけられるか)が重要である(表1-9)。尿意・便意のサインとしてよくみられるのは、そわそわして立ち上がる、腹部のあたりを触る、眉間にしわを寄せ困った表情をするなどであるが、その人独自のサインを見出すようにする。

図1-2 排泄動作



表1-9 排泄パターンの把握方法

- 排尿の回数・量(日中の回・排尿間隔、夜間の排尿回数・時間帯)、尿失禁の有無
- 排便の回数、排便の量・性状、下剤使用の有無
- 便秘時の行動の特徴、腹部症状
- 食事・水分摂取状況
- 排泄介助を受けるときの反応、思い

(3) 更衣動作

認知症の人では動作そのものは可能であるが、失認・失行、見当識障害、心理的抵抗や羞恥心、恐怖心による拒否などのために更衣ができないことがある。失認・失行では、順番を教えたり、一部介助して動き始めを手助けしたりすれば可能になることが多い。

認知症が進行すると、公衆の前での脱衣、季節に関係なく重ね着するなどの行動もみられるようになる(表1-10)。その人の性格を知り、信頼してもらえるような関わり方で誘導する必要がある。

表1-10 更衣における問題

- 更衣の必要性や衣服であることは理解していても、どのような順番でどのように着衣していくかが分からない(着衣失行)。
- 入浴時に衣服を脱ぐのに抵抗を示す
(更衣の必要性が理解できない、これからどうなるかの予測ができない)。
- 公衆の前で衣類を脱いでしまう(脱抑制)。
- 夏でも何枚も重ね着し、脱がない(見当識障害や記憶障害、知覚の鈍麻)。

(4) 入浴動作

入浴動作は、脱衣後、浴室で安全にシャワーを浴び体を洗う、更に浴槽につかって温まる、掛け湯をする、身体を拭く、着衣するという一連の行動を安全に遂行する必要がある。認知症の人では、浴室という認識ができれば、あるいは、入浴することが手続記憶として残っていれば（手続記憶を引き出すキューが見つかれば）、本人の力を最大限に活用して入浴してもらえる。それでも、認知症が進み、加齢に伴う老化が顕著になってくれば、入浴動作は危ういものとなる。また、身体疾患をもつ場合は、循環器系への負荷が大きく、また転倒しやすい環境であるため、動作ができて見守りや誘導、支えなどの介助を多くしていく。身体の動きや負荷を避けるという理由から、シャワー浴にとどめる、機械浴槽を利用するなどの対応が必要となる場合もある。

(5) 移動動作

移動能力は、歩行などに十分な下肢筋力があり、関節の屈曲・伸展ができること、バランスをとる力があること、周囲との危険を認知するための視力、聴力、認知・判断力が必要である。移動するためにはエネルギーが必要であり、身体に十分な酸素を取り込むための呼吸機能、ヘモグロビンに結び付いた酸素を血流に載せて運ぶ循環機能が欠かせない。

高齢の認知症の人ではこれら全てが低下している可能性がある。普段は歩行できていても、入院の契機となった疾患のため歩行できなくなった、治療後安静にしていたら下肢筋力が低下した、ということも起こる。認知症の人では自分が動けなくなっているということに気づかず、入院前のように動こうとして転倒することもある。介助するだけでなく、筋力を低下させない援助や、危険認知ができるよう配慮していくことも必要となる。

5 生じやすい身体合併症に関する情報収集

認知症の人にしばしばみられる身体合併症として、脱水症、転倒・骨折、誤嚥性肺炎^{えん}、イレウスがある。これらは入院の契機となる場合もあれば、入院後に二次的に生じる場合もある。さらに、認知症の症状の悪化やせん妄などをもたらす。そのため、起こりうる合併症を予測して予防策を講じておく必要がある。

それでも認知症や加齢の進行に伴って合併症が生じる場合もある。その徴候を早期に発見するには、日常生活の状況をよく把握しておき、微妙な変化を捉える必要がある。バイタルサインを測定しても数値上は大きな変化がない場合でも、「いつもと違う」という直観があれば、潜在する疾患があることを想定し、全身の状態や表情、言動を観察し、検査データを細かく把握する。

(1) 脱水症

高齢者は、体内水分量と細胞内液量の減少などのために脱水症が起こりやすいが、認知症の人の場合は自発性の低下や運動機能の低下、見当識障害、失行などによって飲水行動ができなくなりやすい。この時、食欲低下や治療に伴う絶飲食、発熱、下痢、嘔吐など

が起こると脱水症に至るリスクが高くなる。摂取状況を把握し、水分（電解質が調整されたものが好ましい）が摂取できるよう介助する。

脱水症の徴候を見逃さないためには、脱水症の可能性を念頭に、何かいつもと違う、ぼんやりしている、元気がない、だるそうにしている、歩行時のふらつきが強くなっている、見当識障害や記憶障害が強くなっている、舌や口腔粘膜の乾燥がいつもより強いといった微妙な変化を捉えることも重要である。

また、検査値の変化（表1-11）にも注意が必要である。ただし、加齢に伴う尿濃縮機能の低下があれば濃縮尿になりにくい、貧血や低たんぱく血症があれば異常値を示さないなど、通常の基準が当てはまらない場合もあるので、総合的な判断が求められる。

表1-11 脱水症の徴候を把握する検査データ

- 電解質(Na、K、Cl)の異常
- ヘマトクリット、血清総タンパク、血清アルブミン、血清尿素窒素、血清クレアチニンの上昇
- 尿比重の上昇(濃縮尿)

（2）転倒・骨折

認知症の原因疾患には、歩行障害を来しやすいものがある。レビー小体型認知症は、歩行が小刻みになり、足がスムーズに出なくなる。血管性認知症の場合、片麻痺や筋力低下、運動失調によって、歩行時にバランスを崩しやすくなる。正常圧水頭症でも小刻み歩行、すり足、姿勢反射障害の特徴的な歩行障害が現れてバランスを崩すことがある。また、認知症が進行すれば歩行機能の障害は必ず現れてくる。そのほか、加齢に伴う視力障害や睡眠薬などの副作用によっても転倒しやすくなる。

高齢の女性では、骨粗鬆症^{しょう}があったり、筋力や反射が低下し防御の姿勢をとれなかったりするため、骨折する可能性も高い。表1-12に示す転倒・骨折のリスクを評価し、可能なところからリスクの低減を図る。

表1-12 転倒・骨折のリスクを把握するための情報

- 認知症の原因疾患
- 転倒の経験(頻度・時間・場所・状況など)、骨折の既往、骨粗鬆症(しろう)の可能性
- 転倒リスクとなる治療や薬物の使用
- 加齢変化(運動機能、感覚機能)
- 環境(居室・トイレ・洗面・浴室・照明・床・ベッドの高さなど)
- 活動の状態、心理(興奮・集中力のなさ・固執など)
- 睡眠・覚醒パターン、排泄パターン(尿意・便意の有無、排泄回数、便秘の有無)
- 服装(ズボンの裾を引きずっていないか・滑りやすい靴下のまま歩いているかなど)
- 履物(滑りやすいもの、脱げやすいもの、サイズが合っていないものを履いていないかなど)

(3) 誤嚥性肺炎(えん)

加齢に伴って、嚥下反射(えん)や咳嗽反射(がいそう)が低下するために誤嚥(えん)が起こりやすくなる。認知症が重度になると、嚥下障害が現れ、喉頭蓋が十分に閉鎖せずに、食塊が気道に流れ込みやすくなる。また、嚥下機能に影響のある薬を使用している場合(表1-13)、誤嚥(えん)のリスクは高くなる。

誤嚥(えん)が生じると、通常、咳嗽やむせ込みによって異物を外に排出する。しかし、咳嗽やむせ込みがないまま気道から肺に異物が流入する場合がある。これが、不顕性誤嚥(えん)である。認知症の人は、食後の歯磨きや嗽をせず、口腔内に食物が残り、細菌が繁殖した状態のままになっていることがある。それを知らずに誤嚥・吸引して肺炎を発症することがある。

口腔内を清潔に保つことで肺炎のリスクを低減できるため、歯磨きの習慣を維持できるよう毎食後口腔ケアを実施する。誤嚥(えん)のリスクが高い高齢者では、口腔機能を高めるために食事の前に嚥下体操や口腔ケアを行うことも効果的である。

高齢者では、発熱や咳嗽、喀痰などの肺炎の症状が顕著に現れない場合があるので、日頃からの行動の観察をもとに、動きが鈍くなった、動きたがらなくなった、食事摂取量が減った、食べ方が遅い、むせ込みが多くなったなどの変化を捉え、全身状態の変化として医師に伝え、原因探索につなげていく。

表1-13 嚥下機能に影響する薬物の例(えん)

- | | |
|--------------------|----------------------|
| ●抗精神病薬や抗うつ薬(口腔内乾燥) | ●消化性潰瘍治療薬(錐体外路系の副作用) |
| ●抗パーキンソン病薬(口腔内乾燥) | ●抗コリン薬(唾液分泌障害) |

(4) 腸閉塞とイレウス

腸閉塞は、腸管が機械的・物理的に閉塞する状態であり、通常、急性腹症として緊急入院し、外科手術の対象となる。イレウスは腸管への血流や分布する神経の障害により腸管内

容が停滞する状態である。麻痺性イレウスは、主に腹部の手術や腹腔内の炎症、薬剤などにより腸管運動が抑制されて起こり、原因に応じた治療が必要となる。

通常は、腹痛、嘔吐、腹部膨満感、排便・排ガスの停止の症状があるが、高齢者は明確な症状を呈さない場合や症状を自覚しない場合もある。認知症の人ではこの傾向がより強くなる。また、症状があっても便秘、感染症などほかの疾患や病状として対処され、重篤になってから診断に至ることも多い。

まずは、排便の状況、腹部症状を把握する必要がある。排便の有無を確認できない場合もあるので、視診（腹部の張り、膨満の有無等）、聴診（腸蠕動音、部位による違い）を行い、食事・水分摂取量と照らして発症やそのリスクを予測する。常時歩いている人や拒否の強い人などでは腹部の視診や聴診を行うことが難しい場合もあるので、排泄介助時、入浴時、更衣時を利用して行う。嘔気や腹痛といった自覚症状について、分かりやすい言葉を用いて、腹部を触りながら問うなどの工夫をすると答えてくれる場合もある。まずは本人の症状を尋ねることから始める。症状があっても言葉で伝えることができない場合、その不快感や苦痛を大声や焦燥の行動で示していることがある。BPSDに見える行動の原因に、身体症状がないかを考えながら、これらの情報を総合して腸閉塞・イレウスの存在を予測し、治療につなげる。

6 認知症の人の「痛み」に関する情報収集

急性期病院に入院する高齢の認知症の人は、加齢変化や疾患、治療により様々な「痛み」を抱えている。「痛み」は主観的な体験であるが、認知症の人では「痛み」を言語的に表現できない場合がある。また、痛みに対して適切な対応がされない場合、行動・心理症状（BPSD）として表れることがある。

通常、既往歴や原因疾患、既往歴、薬物療法の効果、日内変動、「痛み」への対処方法などを本人から情報収集しアセスメントを行うが、本人からの聴取が困難な場合、家族や過去の記録等からの情報収集を行う。また、「痛み」の有無や程度は、本人に直接尋ねることが大切であるが、認知症機能の低下により、「痛み」の主観的評価が困難な場合もある。看護師が痛みの存在を積極的に疑い評価する姿勢が重要である。「痛み」の客観的評価法では、日本版アビー痛みスケール⁹⁾や、日本語版 DOLOPLUS-2¹⁰⁾、コミュニケーションに障害のある高齢者への疼痛アセスメント用チェックリスト日本語版（PACLAC-J）¹¹⁾ などがある。

引用文献

- 1) 加藤伸司、下垣光、小野寺敦志、ほか：改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）の作成、老年精神医学雑誌、2、1339-1347 頁、1991.
- 2) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-Mental State" A Practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, Elsevier Science, 12, 189-198, 1975.
- 3) 栗田主一監修：DASC-21 とは、一般社団法人認知症アセスメント普及・開発センター、<http://dasc.jp/about>（2017 年 8 月確認）

- 4) Hughes CP, Berg L, Danziger WL, et al: A new clinical scale for the staging of dementia, Br J Psychiatry, 140, 566-572, 1982.
- 5) Reisberg B, Ferris SH, Anand R, et al : Functional Staging of Dementia of the Alzheimer type, Ann NY Acad Sci, 435, 481-483, 1984.
- 6) 小林敏子、播口之朗、西村健、ほか：行動観察による痴呆患者の精神状態評価尺度（NMスケール）および日常生活動作能力評価尺度（N-ADL）の作成、臨床精神医学、17（11）11、1653-1668 頁、1988.
- 7) 今井幸充、長田久雄：認知症のADLとBPSD評価測度、ワールドプランニング、2012.
- 8) 雨海照祥監修：高齢者の栄養スクリーニングツール MNA ガイドブック、医歯薬出版、2011.
- 9) Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Chiba Y, et al: Abbey Pain Scale: Development and validation of the Japanese version, Geriatrics & Gerontology International, 10（2）, 145-153, 2010.
- 10) 安藤千晶：コミュニケーション障害を持つ高齢者の痛み行動観察尺度：日本語版 DOLOPLUS-2 の紹介、Palliative Care Research、11（3）、911 - 912 頁、2016.
- 11) Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Mizue S, et al: Developing and validating a Japanese version of the Assessment of Pain in Elderly People with Communication Impairment, Archives of Gerontology and Geriatrics, 57(3), 403-410, 2013.

参考文献

- (1) 大塚俊男、本間昭：高齢者のための知的機能検査の手引き、ワールドプランニング、1991.
- (2) 日本呼吸器学会 医療・介護関連肺炎（HNCAP）診療ガイドライン作成委員会、医療・介護関連肺炎診療ガイドライン、社団法人日本呼吸器学会、2011.

第3節 心理面の特徴

ポイント

- 1 認知症の人は認知機能障害と周囲からの刺激により不安や混乱を生じやすい。
- 2 入院では、自尊心を傷つけられる体験をしやすい。看護師は認知症の人が自尊心を持ち続けられるよう配慮する必要がある。
- 3 認知症の人の感情や思いが、言葉や行動の奥に潜んでいる可能性がある。

認知症の人を知る上で、言動のきっかけとなる心理を知ることが重要である。認知症の人がより快適に毎日を過ごすためには、ケア提供者が認知症の人の心理について理解し、個々の世界を尊重して関わるのが重要である。以下、認知症の人の心理について、一般的な特徴を述べる。

1 不安や混乱に陥りやすい

認知症の人は、思い出せないこと（想起障害）を日常生活のなかで頻繁に経験している。しかも、加齢に伴う健忘と異なり、体験した事実全体が抜け落ちてしまう。思い出せないというよりも自分が知らないことを周囲の人が知っている、自分が体験したはずのないことを周囲の人は体験したというので不可思議だ、という感覚に陥る。このような体験が積み重なると、認知症の人は、自分の言動に自信がもてなくなったり、周囲の人を疑ったりするようになる。

覚えられないこと（記銘障害）は、現状が把握できない、分からないという不安・混乱へとつながる。認知症の人が穏やかに過ごせる環境は、変化が少ない馴染みの環境であり、また周囲の理解が得られる環境である。逆に不安や混乱を来しやすいのは、変化が多く、周囲からの理解が得られない環境である。

認知症の人にとって病院は、聞き慣れない音や言葉が飛び交い、様々な医療処置がなされ、周囲の人が目まぐるしく変わる、変化の大きい環境である。そこで認知症の人は、診察を受けるために様々な質問を受け、治療や看護について説明を受ける。医療従事者にとっては、ほかの患者と同じように丁寧に質問し、説明しているだけであっても、認知症の人にとっては多くの情報を一度に与えられる体験となる。ゆっくり、1つずつの情報であれば理解することも、理解できないままになっていることが少なくない。これも不安材料の1つとなる。特別な配慮がなければ、認知症の人にとって理解できないこと、理解できない体験は増え、不安や混乱は蓄積していく。

認知症の人は、受診や入院が必要となった自身の身体についても、よく分からないことがある。症状が知覚できていない場合もある。治療の必要性、治療を受けている状況を理解できないことも多い。「なぜここにいるのか」「なぜ知らない人に囲まれているのか」「なぜ身

体が動かないのか」「なぜ痛いのか」、様々な疑問が生じるが、それを的確に表現できないため、拒否的な行動になったり、危険な行動をとったりすることになる。

このような疑問と、その結果としての行動の背景に、入院・治療を受けている状況を理解できないことによる不安や混乱があることを知っておく必要がある。こうした不安や混乱は、直接的な言葉で表現される場合もあるが、「いらいらする」という訴えや、絶えず何かしていなければ落ち着かないという行動（焦燥）、不眠、拒否的な言動など、様々な形で表れる。認知症の人が大きな環境変化や自身に起きた変化に伴い、「どうしたらよいか分からない」不安と混乱のなかにいることを理解しておく必要がある。また、こうした心理が言葉や行動のほか、不眠や食欲低下などの身体症状で表現されていないかを捉えていく必要がある。

2 周囲の対応に影響を受けやすい

認知症の人は相手の感情を敏感に察知する。相手が興奮していたり動揺したりしていると、その言葉や表情に反応し、興奮したり不安になったりする。一方看護師も、医療処置や看護行為を行う際、拒否を示す暴力的な行動やきつい言葉を使う患者、ケアを受け入れてくれない患者を目の前にすると、緊張して表情がこわばったり、構えて威圧的になったりすることがある。見慣れない器具を持ち、こわばった表情の相手が自分に向かってくるとき、認知症をもつ人にとってはそれだけで十分な脅威となる。逆に、穏やかに声をかけ笑顔で接してくる相手の場合は、その印象からケアを受け入れやすくなる。

認知症の人が周囲からの影響を受けやすいということを念頭に置き、相手の感情が高ぶっている時は、ケアする側も感情的に対応をしてはいないか、落ち着いて振り返ることが大切である。

3 感情は豊かで自尊心を持ち続けている

認知症の人の感情は晩年まで豊かにあり続ける。日常生活に不具合を生じ始めると、周囲はしばしば認知症の人を“何も分かっていない”と決めつけてしまいやすい。しかし私たちは、認知症の人の感情が豊かに存在し、叱責に対しては屈辱的な感情を持ち、成功の体験はそれが一過性のものであっても自信や意欲につながることを知っておくべきである。認知機能障害やBPSDに対して、説得や訂正、注意といった介入は、認知症の人の自尊心を傷つけてしまい、屈辱的な感情だけが残ることになる。

入院中は、自尊心への配慮が特に必要である。入院生活のなかで、看護師は日常的に患者に多くの質問を投げかけ、返答を要求している。「昨日お通じはありましたか？」、「その症状はいつからですか？」、「昨日はよく眠れましたか？」といった日常の何気ない質問に、認知症をもつ患者は答えられないことが多い。ただ答えられないだけでなく、自分が質問された内容を覚えていない、分からないことに気づいた患者は、不快感や喪失感を体験することになる。

病院において看護師には、短時間のうちに患者に説明し、理解してもらわなければならないことが多くある。通常の看護師が行う説明は、認知症の人にとって情報量が多く、話すスピー

ドが速く複雑な内容であり、理解するのが難しい。その結果、医療従事者が求める行動がとれなくなる。ゆっくり対応してもらえれば理解し行動できる人かもしれないが、その機会を奪われ、「何も分からない人」として扱われ、自尊心が傷つけられていることもある。

高齢の患者では、入院後しばしばADLの低下がみられ、これまでできていたものができなくなってしまう。例えば排泄の失敗は、認知症のない患者については自尊心が傷ついただけとうと共感されやすい。しかし認知症の人と同様に、自尊心が傷ついている。それを周囲に指摘されることで更に惨めな感情を抱く。失敗した事実や具体的な指摘は忘れても、不快な感情は記憶に残ることを知っておく必要がある。認知症をもつ患者が自尊心を保って毎日を過ごすためには、看護師が認知症の症状について理解するとともに、「認知症の人は自尊心を持ち続ける存在である」ことを当たり前のこととして認識することが不可欠である。

「私は何もできなくなってしまった」など、自分を貶める発言や抑うつ的な言動、日常生活での発動性の低下は、持ち続けるべき自尊心が傷つけられている可能性を示唆している。認知症をもつ患者への対応で、ケアを行う看護師が自尊心を傷つける存在であってはならない。(対応の詳細は第4章第6節「倫理的感受性をもった認知症ケアの推進」P147～151を参照)

4 心理・心情は様々な言葉や行動によって表現される

認知症の人の心理・心情の表現といっても様ではない。感情や思いを率直に表現できる人もいれば、うまく伝えられない人もいる。これは個人の性格だけではなく、記憶障害や失認、失語など、認知機能障害が影響している。感情や思いを周囲の者が理解しにくい場合は、表面に出されている言葉や行動から一旦離れ、言葉や行動に込められた意味を理解するよう努めるとよい。

理解の際に手掛かりとなるのは、それぞれの置かれている状況や過去の経験、言葉や行動との関連性、そしてそれに対する本人の解釈である。夕方に「車を呼んで」と大きな声を出す患者は、お世話になった周囲の人に夕食を振る舞おうと、買い出しに行くつもりなのかもしれない。朝同じ時間に起きて着替えをする患者は、工場で集団生活をしていた頃の行動と同様に、工場へ出勤しなければならぬと思っているのかもしれない。

同じように夕方に「家に帰りたい」という言動を生じる患者たちも、その行動に至る思いはそれぞれ異なっている。認知症の人の感情や思いが、言葉や行動の奥に潜んでいる可能性もあることを理解し、どのような思いでその言葉を発しているのか、手掛かりになる言葉を引き出すように関わるのが大切である。

参考文献

- (1) Pam Dawson, Donna L.Wells, Karen Kline (山下美根子監訳)：痴呆性高齢者の残存能力を高めるケア、医学書院、2002.
- (2) Trevor Adams, Charlotte L.Clarke (神郡博、竹花富子監訳)：認知症の人々へのケアーパートナーシップに基づく新しい実践、日本看護協会出版会、2006.

- (3) 正木治恵、真田弘美編:看護学テキストシリーズ NiCE 老年看護学概論「老いを生きる」を支えることとは、南江堂、2011.
- (4) 水谷信子、水野敏子、高山成子監修:老年看護学第4版、日本看護協会出版会、2022.
- (5) 長谷川和夫編著:やさしく学ぶ認知症のケア、永井書店、2008.
- (6) 長谷川和夫:認知症の知りたいことガイドブック、中央法規出版、2006.
- (7) 佐藤眞一:認知症「不可解な行動」には理由がある、ソフトバンククリエイティブ、2012.
- (8) クリスティーン・ボーデン (桧垣陽子訳):私は誰になっていくの?アルツハイマー病者から見た世界、クリエイツかもがわ、2003.
- (9) クリスティーン・ブライデン (馬籠久美子、桧垣陽子訳):私は私になっていく 痴呆とダンスを、クリエイツかもがわ、2004.

第4節 環境の影響

ポイント

- 1 環境は、認知症の人の心身、生活に大きな影響を与える。
- 2 認知症の人を取り巻く環境は、物理的環境、社会的環境、運営的環境の3つの側面で捉えることができる。
- 3 ケア提供者（看護師、家族、医療従事者など）は認知症の人にとって、社会的環境として重要な役割を果たす。

人は環境の変化に伴い、今までの経験やその場の状況を判断して、周囲に働きかけたり、工夫をしたりして周囲と自分自身を調整しながら環境に適応しようとする。しかし、認知症の人は認知機能障害により対象を認知する能力や判断力が低下し、自分に起きていることを正しく認識することが難しくなる。そして周囲の状況を的確に判断することができず、周囲の環境に対し、自分をどのように調整し、適応していけばいいのか理解できなくなる。そのため不安や混乱を生じたり、場合によっては必要な医療を拒否したりして、本人の健康生活を脅かしてしまう。

また、入院という環境変化が、認知症の人の生活に影響する場合もある。例えばそれまでできていた排泄行動が入院した途端に一人ではできなくなり、生活機能が低下したように見えることがある。これは認知症が進んだのではなく、認知機能障害により、なじみのない環境にうまく適応することが出来ないために生じるのである。そのため新しい環境に適応できないことで、今まで出現していなかったBPSDが顕著に表れてしまうこともある。

一方、病院や施設の環境を利用することによって、自宅ではできなかったことができるようになることもある。認知症の人を支える家族や地域が、その人にとってどのような環境が暮らしやすいかを知らないために、適応できない環境のままになっている場合である。入院・入所により、その人が生活しやすい環境がもたらされることで、生活が安定し、BPSDが軽減することもある。

このように、環境は認知症の人に良くも悪くも大きな影響を与える。つまり私たちは認知症の人の入院生活を支える看護師として、環境が認知症の人にどのように影響を与えるかを理解し、適応しやすい環境づくりに取り組む必要がある。これにより認知症の人の入院生活が安全安楽なものになるか、心身を脅かすものになるかが決まるのである。

認知症の人を取り巻く環境は、大きく3つの側面で捉えることができる。すなわち、物理的環境、社会的環境、運営的環境である（表1-14）。

表1-14 環境の3側面

環 境	内 容
物理的環境（ハード面）	建物の構造・光（明るさ）・音・匂い・温度・湿度・設備など
社会的環境（ソフト面）	医療従事者、家族、認知症の人同士等の人間関係など
運 営 的 環 境	法律や施設内のルール、一日のスケジュール、治療方針など

1 物理的環境の影響

物理的環境とは、病院の構造などハード面の環境のことである。具体的には、以下の6項目が挙げられる。

（1）建物の構造

病院は自宅とは異なった構造を持つ。長い廊下に同じ形の部屋が続いたり、トイレの場所が目立たない場所にあったりするほか、表示も分かりにくい。認知症の人は、入院の際に説明を受けても頭の中に地図を描けず分かっていない場合（空間認知の障害）や、その時には理解できていても、時間の経過と共に忘れてしまう場合（記憶障害）がある。

また、認知機能の低下から、病棟、病室の一つ一つの構造を理解することができなくなる。個室やカーテンで仕切られた部屋は人によっては、孤独感を招き、不安や混乱へとつながる場合もある。このようなことから、生活の場からかけ離れている環境の病院や病室を、自分の居場所（居てよい場所）として認識することが困難となる。そのため、「なぜ自分はここに居るのか」と常に不安を抱き、安心できる自宅へ帰ろうとして、「帰りたい」という欲求に繋がってしまう。

また、危険の認知が低下している認知症の人にとっては、病院内の小さな段差や滑りやすい廊下も転倒の危険因子となる。そのほか、床の縞模様を見て、暗い色のところを溝と認識し、その溝を越えようと大きくまたいだり、跳び越えようとしたりする。このように認知機能の低下により、見えているものを正しく認識しづらい認知症の人にとって、壁や廊下の模様や色、汚れ等も誤認につながる可能性がある。その上加齢現象により視覚の変化がある場合もあるので、更に注意が必要になる。

（2）光（明るさ）

人は光により、昼夜を判別するものであり、光は一日の生活リズムを整える上でも重要である。日中に十分に光を受けることで、夜間の睡眠につながるともいわれているほど、サーカディアンリズムに影響を与える。病院の構造上、「照明を一日中つけている」、「窓が少ないことで太陽光を感じることができない」という場合もあり、サーカディアンリズムを狂わせ、昼夜逆転などの症状を引き起こすことがある。集中治療室など、治療や観察の関係上、一日中明かり

を必要としたり、夜間のケアのために照明をつけたりと本人の希望とは違う明かりを感じる場合もある。また、認知症の人の場合は、暗くなることで不安になることや、見当識が低下することがあり影響を受ける。

また、高齢者では、加齢により光を感じる機能が低下するため、周囲を認識するためには若い人の何倍もの光を必要とする。物を見間違えて混乱することが多くなった、以前はできていたことが入院をきっかけにできなくなったというケースで、実は光量が足りず、見えにくいだけだったということもある。逆に、白内障があると光の散乱により眩しさが強くなる（羞明）。認知症の人は自分の目がよく見えないこと、見えづらいことを了解しづらく、かつ他者に伝えることも困難になっていくので、ケア提供者が環境を配慮して誤認防止や生活機能の維持に努める。

（３）音

日常に耳慣れた生活音はその人の安心材料となる。病院という環境では、働く職員にとっては日常的であっても、認知症の人にとっては日常と違う音が聞こえる。例えばモニターのアラーム音、ナースコールの音、ワゴンのきしむ音などである。認知症の人は分別する機能が低下している関係で、これらの音を自分に関係する音なのか、聞き流す方が良い音なのか分からず、少しの音でも気になってしまう。私たちがそうであるように、聞きなれない音は特に違和感を覚え、不快に感じやすい。その音が何であるか、認知することも難しくなっているため、例えばナースコールの音を電話の音と勘違いして、落ち着かなくなる場合もある。排除できない機械音などを紛らわすために、音楽をかけたり、ラジオやテレビをつけたりする場合もあるが、本人が好まない場合や、注意が散漫になってしまう場合、情報量が多くなり過ぎて混乱する場合は逆効果になる。

多くの高齢者には難聴があり、周囲の音の情報を適切に把握することができない。その上、認知症の人は注意障害により集中して聞くことができず、聞き間違ってしまう。聞き間違いにより状況への理解ができない、意図しない反応が返ってくる等の場合があるが、それを認知症の症状あるいは認知症の悪化と捉えられてしまうこともある。関わり際には、「正しく聞きとれているのか」、「聞き取れているが理解できていないのか」を判別する必要がある。補聴器等の器具を用いることで、生活機能が回復する場合もあるので、音へのアプローチは重要である。

（４）匂い

匂い（香り）はリラックス効果を生むこともあれば、不快をあおる場合もある。病院は多数の人間が共同して生活をしている関係で、様々な匂いが生じている。例えば治療上、絶食中の認知症の人が食事の匂いを感じたらどう思うだろうか。食事を食べられないことを忘れていた場合、なぜ自分には食事がないのかと怒りや不安となる可能性がある。また、匂いへの感受性は個人に由来する。その人の生活背景から、土や草木などの自然の香りを好む、花の香りを好むなどの個別性も高い。

そして、嗅覚は慣れが生じる。病棟内で働く医療従事者は、不快な匂いがあっても気付かないが、認知症の人は不快な気持ちを募らせ、それが BPSD につながっているかもしれない。逆に認知症の人は、嗅覚の低下から匂いに気づかないこともある。そのため、食物を口に入れても食べ物のイメージがもてなかったり、味を感じにくくなったりする。匂いがあっても、食事であることを認知できないこともあり、様々な匂いが、認知症の人に与えている影響を考慮したケアが必要となる。

(5) 温度・湿度

室内の快適温度・湿度として、一般的に、夏は 27 ～ 28℃、50 ～ 70%、冬は 20 ～ 21℃、40 ～ 60%が推奨されている。

高齢者は加齢変化から、温度を知覚する機能が低下する。認知症の人も同様で、かつ自分で調節する行動はとれない。動いている看護師は、安静にしている患者よりも低めの気温を適温と感じやすく、患者が適温と感じるよりも低い室温になっている場合がある。認知症の人では、判断力の低下から着衣や掛け物で温度を調節しようと考えることが困難となる。また、暑い、寒いを自覚できない場合も多い。自覚できている場合でも、一人で動けない人では誰かに頼まないと調節ができない。そのため患者にとって適切な室温かを看護師が常に意識しておく必要がある。また、エアコンで室温を調節する病院は湿度が低下しやすいことにも留意し、調節する必要がある。

(6) しつらえ（設備・備品）

病院・病室は機能性を重視し、無機質な感覚を与えるしつらえである場合が多い。廊下や居室に一般家庭で馴染みのある物もなく、逆に点滴棒、輸液ポンプ、ベッドサイドモニター等見慣れない器具類がある。そのため認知症の人はその場を「自分の知らない場所」と認識し、不安となる。特に、長年健康であり病院に入院したことがない人では、その傾向が強く現れる。

また、病院内の環境は太陽光を感じにくいなど、時間の感覚が狂いやすい。時計やカレンダーなど時刻や日付を確認できるものを置くことは、現実見当識をつけるためにも役立ち、せん妄の予防にも効果がある。また、鏡や絵画、夜の窓に映る光の反射、壁の汚れや模様などは誤った認知につながり、混乱を招く場合もある。認知症の人の言動からBPSDと決めつけるのではなく、環境の影響がないかをよく観察する必要がある。

2 社会的環境の影響

社会的環境とは医療従事者との人間関係、家族関係、患者間の関係といった対人関係などのソフト面の環境のことである。認知症の人の不安や混乱は、社会的環境により大きな影響を受けている。社会的環境は認知症症状の発症に対し予防・改善につながることもあるが、時には悪化することもある。病院という特質上、物理的環境や運営的環境を変えることは難しい場合も多い。しかし社会的環境は医療従事者の態度や言葉がけを変えるだけで、良い影

響となる可能性がある。そのため社会的環境は、認知症の人にとって大きな意味を持つ。

（１）医療従事者との関係

身体疾患により苦痛を伴って入院する場合、「気が付いたら知らないところにいた」という状況に陥る。認知症の人では、見当識の障害や記憶の障害などにより「なぜ自分がここにいるのか」、「なぜこのような治療をされているのか」ということを理解できず、不安になる。認知症の人の思考では、病院で治療をしていると思わずに、「悪い人に閉じ込められた」、「危険な目に合わされている」と思い込むこともある。そのため周りを取り囲む医療従事者に恐怖を覚え、自分の身を守ろうと抵抗をするのである。

自分の置かれている状況が理解できない、周囲の状況を判断できない、また身体疾患による苦痛がある認知症の人にとって、安心できる環境かどうかの判断材料となるのが看護師の言動である。看護師は認知症の人にとって環境の一つであり、看護師の態度や言葉により大きな影響を受ける。

不安定な気持ちから生じている言動に対して、看護師がきちんと対応しなければますます不安や混乱が募り、BPSDが悪化してしまう。例えば、認知症の人が何度も同じことを聞いてくることがある。認知機能障害から説明しても忘れてしまったり、心配な事が頭から離れなかったりするためである。看護師が忙しさ故に、認知症の人の繰り返しの問いかけに対応しなかったり、苛立ちや忙しい態度を取ったりすると、認知症の人は、看護師がなぜそのような態度を取るのか理解できないために不安定になる。一方、看護師が繰り返し丁寧な対応をすることでBPSDに至らずに済む場合もある。認知症の人は、目の前にいる看護師が「誰か」は分からなくとも、自分に関心を向けてくれているのか、面倒と思われているのかの判断を付けることは可能である。人は「分からない人」、「できない人」と決めつけたり、無関心だったりする相手を信頼することは難しい。認知症の人が看護師に協力的でないと感じたら、それは実際に看護師が認知症の人にとって協力的な存在ではないのである。医療従事者が社会的環境であるということは、認知症の人と医療従事者の間に、環境の相互作用が生じていることを忘れてはならない。

（２）家族との関係

認知症の人が入院した際に、家族に付き添ってもらう場合がある。しかし、認知症のBPSDはしばしば身近な存在の前で現れる。例えば、医療従事者とは穏やかに接しても、家族に対しては興奮し、怒ってしまう場合がある。それは、認知症の人の根底にある不安が、気を許せる家族の前だけで現れるためである。身内と他人を区別して認識できる能力が残っているためともいえるが、家族はそのような認知症の人の態度に困惑し、距離を置くことがある。それだけでなく家族の関係性も認知症の人へ影響することがある。例えば、今まで仲の良かった家族関係であれば、傍にいて安心できることもあるが、家族の長い歴史の中で仲が悪くなっていた場合、家族の顔を忘れてしまっても「この人は自分にとって嫌な人だ」と感じて、家族に似ている人を見つけては攻撃的になってしまうということもある。これらは入院時の

情報だけでは分からないことも多く、家族背景を丁寧に聞き取らないと分からない影響である。

一方、医療従事者や同室者に迷惑を掛けることを気に病む家族が、認知症の人を叱ったり、行動をコントロールしようしたり、過剰に干渉したりすることがある。しかし、認知症の人は緊張してうまく行動できなかつたり、自尊心を傷つけられたりすることで反発した行動になったりする。その時は穏やかであっても、傷ついた感情は残されるため、家族が帰ってから興奮したり、不眠になったりする場合もある。

家族の存在は治療環境としても重要であるが、認知症の人に影響する環境要因としても大きな意味をもつ。入院中も家族の負担は続くため、家族の大変さをねぎらいながら、認知症の理解を進めていくよう家族を支援する。そして、認知症の人と家族との距離のとり方にも配慮していく。

(3) 患者間の関係

周囲への適応が困難な認知症の人は、患者同士の人間関係からも影響を受ける。例えば、ほかの患者の状態に影響され不安定になることがある。一方で、不安が強く「家に帰りたい」と主張していた認知症の人が、ほかの患者と仲良くなることで、穏やかに過ごせるようになることもある。社会性が保たれている認知症の人も多いため、認知機能の程度や性格が合う患者同士が交流できる環境を職員が配慮することで、安心できる環境、楽しみのある環境となりうる。

3 運営的環境の影響

運営的環境とは、病院や施設を規定する法律や、施設内のルール、一日のスケジュール、治療方針、ケア理念などであり、医療従事者、施設関係者の規範となり、時に認知症の人の行動をコントロール・制限するもののことである。

認知症の人は、説明されたルールや治療方針などを認知機能障害のために覚えていられなかつたり、必要性を判断できなかつたりする。しかし、それらは病院で適切な治療が行われるためには重要な事柄であり、なによりも優先して守られなければならない場合もある。このような時には、認知症の人が必要性を理解できないまま、行動を制限されることになってしまう。その結果、認知症の人の混乱や不安を招く。

このように運営的環境もまた、認知症の人に対し深く影響する。医療従事者と認知症の人の関係性は社会的環境に含まれるが、医療従事者が意識すべきケア理念は運営的環境となる。認知症ケアに関する人材育成も含め、認知症の人にどのように関わるかという理念や方針により認知症の人への影響は変わる。認知症の人の個々の状況に合わせて変えることができるという病院や病棟の方針があるかどうかによっても、認知症の人の療養のしやすさや医療従事者の関わりやすさに影響する。

運営的環境は医療従事者個人で変えることはできないことも多い。その場合は管理者やその施設に関わる人々全体で考えていく必要がある。

参考文献

- (1) 日本建築学会：認知症ケア環境辞典 症状・行動への環境対応 Q&A、ワールドプランニング、2009.
- (2) ケアと環境研究会：認知症高齢者への環境支援のための指針 PEAP 日本語版 3、2005.
- (3) 中島紀恵子監修・編集：認知症の人びとの看護 第3版、医歯薬出版株式会社、2017.