

第2章 認知症ケアに関する知識

第1節 ケアの原則

ポイント

- 1 認知症ケアの基本的な考え方は、パーソン・センタード・ケアの理念に基づき、認知症の人の尊厳を守ることである。
- 2 日常生活の援助は、個別のアセスメントに基づき個別的なケアを計画するが、基本的な考え方に基づき配慮が必要となる。
- 3 治療やケアに伴う苦痛を最小限にする。

1 基本的なケアの考え方

(1) 認知症の人の尊厳を守る

英国のトム・キットウッドによって提唱された、パーソン・センタード・ケアという認知症ケアの理念がある。パーソン・センタード・ケアとは、年齢や健康状態にかかわらず、すべての人々に価値があることを認めて尊重し、一人ひとりの個性（脳の障害、身体の状態、生活歴、性格傾向、社会心理）に応じた取り組みを行い、認知症の人を「一人の人」として大切にし、人間関係の重要性を重視したケアのことである¹⁾。このようなケアを基盤として認知症ケアに取り組む必要がある。

認知症の人には日常生活上何らかの支障が生じており、他者の援助を必要とする。そのため、認知症の人が入院生活で苦痛なく過ごせるか否かは看護師の援助技術に左右される。新しい環境の中で認知症の人が不安な思いをもち、自分のことをよく知らない職員からの対応により自尊心を損ねられる体験をしていることを理解しておく必要がある。その前提として、ケア提供者が認知症の人を価値ある一人の人であると認めること（valuing people）が重要である。これはパーソン・センタード・ケアに必要と言われる要素の一つである。

そして、認知症の人やその家族が“苦痛が少ない”、“人として大切にしてもらえた”と思えるケアを提供しようと努力してほしい。それが認知症の人の尊厳の保持につながる。

認知症の人の思いや身体の状態は他者から分かりづらく、援助者の考えや価値観、ペースで物事が進められやすい。そのため、ケアに携わる看護師は常に高い倫理観をもっている必要がある。（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についても併せて参照）

(2) 認知症の人のADLとニーズに応じたケアを提供する

認知機能障害（記憶障害・見当識障害・遂行機能障害・失語・失行・失認など）、加齢現象、身体疾患、心理状態、治療などが複雑に絡み合い、生活上の支障が生じている。その人を援助するとき、まず、日常生活においてできないことは何か、なぜできないのか、できることは何かをアセスメントする。治療のため入院した認知症の人については、入院前の病状が安定していた時の状況を把握し、その状態に戻ることを意識しておく必要がある。また、認知症の人の日頃の生活や思いを把握し、その人が求めていることは何かを見極め、求めに応じる態度で接する。それは認知症の人の独自性を生かした個別ケア（individual care）と言える。これは、パーソン・センタード・ケアの要素の一つである（第2章7節「急性期病院で認知症をもつ患者に行う看護の基本的な考え方」P94～P96参照）。

(3) 治療やケアに伴う苦痛を最小限にする

入院により認知症の人は様々な治療やケアを受けるが、その治療やケアによって多くの苦痛が生じることを、医療従事者及びケアを提供する者は理解しておく必要がある（表2-1、表2-2）。治療だから、ケアをしないといけないからと、患者に我慢させていることが多い。認知症の人は耐えられなくなると、拒否や暴力に訴えることがあるが、それでも何の改善もなされなければ無力感のあまり何の反応もしなくなる（学習性無力感）。

自分から言語的に苦痛を訴えることができない認知症の人を看護しているからこそ、治療やケアに伴う苦痛に敏感になる必要がある。そして、できるだけ苦痛を増さず、最小限にすることに取り組む必要がある。例えば、点滴の針を刺す回数や固定の仕方、絆創膏の貼り方一つもよく考え、痛みや痒みが起こらないよう配慮してほしい。そのためにも、私たちケア提供者は認知症の人の視点にたち、その人が何を感じ、何を求めているのか想像する（personal perspective）力を養う必要がある。これがパーソン・センタード・ケアの要素の一つである。

(4) ケアによる恐怖をもたらさない

ケアを行う際、認知症の人に脅威を与えていないかを意識してほしい。例えば、声も掛けずに身体に触ったり、掛け物をめくったりしていないだろうか。その看護師の行為は、何をされるか状況から判断できない認知症の人にとって大きな恐怖をもたらす。ケアの前には必ず認知症の人に伝わるように声を掛ける。また、ケア中の表情を観察し、苦痛や嫌悪感が増していないかを把握する。反応がないように見える認知症の人に対しても、聞こえていることを前提として声を掛けてほしい。これが態度に表れ、ケアの仕方に影響する。つまり援助技術に影響するのである。

認知症の人のペースを守り、全てのケアを“ゆっくり・ゆったり・丁寧に”行うことで、援助者による脅威、ケアに伴う恐怖を起こさないで済む。これは認知症の人の拒否を回避することになるため、結果的にケアにかかる時間の短縮、看護師の負担の軽減になる。

(5) 行ったケアが心地よいものだったかを検証する

ケアの間は多少苦痛や不快が生じたとしても、最終的に心地よい状態にできたかを評価する。例えば、入浴だと言われても理解ができず、脱衣や湯をかけられる際に嫌な気分になるかもしれない。しかし、お湯にゆったりつかり、介助する人も笑顔で、洗ってもらいたいと思ったところをしっかりと洗ってもらえれば、気分もよくなる。入浴後に、「気持ちよかった」と笑顔で終わることができるだろう。一方、雑に皮膚をこすられ、声もかけられずシャワーを浴びせられたらどうだろうか。体を拭くのも乱暴にされたとしたら、暴力で抵抗せざるを得ない場合もあるだろう。認知症の人では具体的な体験は記憶されなくても不快な感情は残るので、それ以降の入浴は受け入れがたいものになるだろう。

最終的に心地よい状態をつくることができたかはケアの過程でのケア提供者の態度による。そのケアを振り返り、適切だったかを評価することで次のケアをより適したものにしていく。そのような関わりを継続することによって、認知症の人がより良い状態で生活し続けられる環境（social environment）を提供できる。これがパーソン・センタード・ケアの要素の1つである。

表2-1 治療に伴う苦痛の例

治療内容	身体面の苦痛	心理面の苦痛
安静、固定	●動けないので身体（背中、腰、骨が出ている部位）が痛い ●動けないので筋肉がこっている	●身体の自由がきかないので不安、イライラする
持続点滴	●挿入時が痛い ●チューブの硬い部分が皮膚にあたって痛い ●固定の絆創膏が痒い ●血管炎が生じて痛い ●点滴がもれて痛い ●つながれているので動きづらい	●つながれている感じが残り、自由にならないのでつらい、イライラする ●どのくらいで解放されるか不安 ●点滴の滴下が気になる ●点滴のラインが気になる ●点滴を確認しに来る人が気になる

表2-2 ケア（日常生活援助）に伴う苦痛の例

ケア内容	身体面の苦痛	心理面の苦痛
食事介助	●飲み込まないうちに口に入れられ呼吸できない ●スプーンが口内にあたって痛い ●飲みこむタイミングとずれて口に入れられむせ込みづらい ●食べたくないのに食べさせられることで腹部膨満感が出た	●飲み込まないうちに口に入れられ、息ができないのが怖い ●乱暴に扱われ、機械的に口に入れられるので不快、その対応に不満がある ●食べたくないのに食べさせられ不快、嫌いな物がますます嫌いになった ●介助を受けること、それをほかの人に見られることが屈辱 ●忙しそうにされている、ほかの方に気が向いている中で介助されるのは不愉快
おむつ交換	●寝ているのに布団をはがれて寒い ●寝ていた体を急に動かされて痛い ●足を無理やり開かれて、股関節や膝が痛い ●陰部に力を入れて拭かれて痛い ●陰部に水をかけられ、傷にしみて痛い	●寝ているのに布団をはがれてびっくり ●何をされるか分からず怖い ●下着をはがされたり、触られたりして怖い、屈辱、不快
移動、移乗	●急に体を動かされ、腰や足が痛い ●急に体を起こされて気分が悪い（起立性血圧低下） ●体の向きを変える時に、おしりが擦れて痛い ●靴がしっかり履けず痛い、むくみがあって痛い、ぴったり合わないのが不快 ●足をつくと、足の裏が痛い ●車いすにどすんと落とされ、腰やおしりが痛い ●車いすとフットレストに足がはさまれて痛い ●車いすで座り直す時、おしりが擦れて痛い	●急に体を動かされてびっくり ●急に体を触られて怖い ●何をされるか分からず怖い ●ベッドから離れる時に、相手に体を任せるのが怖い ●車いすに座るのに滑り落ちそうになって怖い
口腔ケア (くう 歯磨き、 うがい うがい)	●口を無理やり開けられ痛い ●口に硬い物（歯ブラシ）をいれられ痛い ●力を入れて歯や舌をこすられて痛い ●嗽の水を飲むタイミング、吐き出すタイミングが合わず、むせて辛い ●嗽の水を飲み込み、むせて辛い	●口を無理やり開けられ、何をされるか分からず怖い ●「あ〜ん、して」と赤ちゃん言葉を使われるのが屈辱 ●口に硬い物をいれられ、怖い ●力を入れて歯や舌をこすられて怖い ●水を無理やり口に入れられ、辛い、屈辱 ●飲んだり、吐き出したりするタイミングがとれず、悲しい ●嗽の水があごや胸にかかって不快

2 日常生活援助の実際

第1章で示した知識をもとにアセスメントして個別的な看護を計画するが、実施に当たっては、基本的なケアの考え方に沿って行う。以下、日常生活援助において留意すべき点について食事介助、排泄介助、整容介助を取り上げて説明する。

(1) 食事介助

看護師は、食事に伴い生じるリスク（誤嚥・窒息・食事摂取量の低下）を把握し、予防していくが、それだけでは不十分である。看護師が認知症の人にとっての環境の一部であり、食事のおいしさを決めるのは介助する者であるという認識をもって食事の介助を行う。

①本人のペース、タイミングに合わせる

人間が生きる上で食事は欠かせない。毎日繰り返される3度の食事の援助では、栄養補給の意味だけでなく、一つの楽しみの時間ともなる。そのため、入院中であっても、食事の時間が楽しい時間となるように配慮し、不快な感情が生じないようにする。そのためには、まず、食事の場面で食べることを無理強いしない、急かさないことが重要である。

急かすということは、認知症の人にとって自分の飲み込むタイミングや食べるペースに合わず、次々と口の中に食べ物が運ばれてしまうという状況になる。これは窒息やむせこみを招く。誤嚥・窒息しそうな時の苦しみを想像してみてほしい。窒息や誤嚥を起こされそうになるという状況は恐怖を覚えることが分かるだろう。

食事介助では、看護師も腰掛け（又は目が合う位置にベッドの高さを調整する。）、飲み込みのタイミングに合わせて行う。介助する際の心構えは、“ゆっくり・ゆったり”である。

②認知機能障害の影響とニードに配慮した介助をする

スムーズに食べてもらうために、認知機能障害である失認、失行の影響をアセスメントし、それに配慮した介助を行う（第1章第2節「身体面の特徴」P18～29を参照）。また、入院前の日常生活の状況を把握し、その人のニードに合わせて（食べたいように）食べることができるようにする。例えば、好きな食べ物、嫌いな食べ物、介助に対する好み、性格、食事の時間などの習慣、使用していた食器、箸・スプーンの使用状況、意思表示時の仕方（サイン）などを把握し、それを活用する。

③持っている能力を活かす・奪わない

多忙な中では、認知症の人が自分で食べることができても、つい介助してしまうことがある。その方が介助時間を短縮できる。本人も楽だと思ってしまうかもしれない。しかし、時間を掛けずに介助してしまうことで、持っている能力を奪うことになる。それは回復できない可能性がある。また、介助されることを好まない場合は、食事の場が苦痛の場になってしまう。

（２）排泄介助

排泄は人間にとって欠かすことができない行為である。成長の過程で人は、排泄に関する一連の行為は、自分で行うよう身に付けてきた。この一連の過程を、順序を間違わず正しく遂行しないと失敗（失禁）してしまうことになる。実行機能の障害を生じる認知症の人では、部分的には実施できることでも、順序や一部の方法ができなくなる場合があり、誘導や一部介助などの支援を受ける必要が生じる（第1章第2節「身体面の特徴」P18～29を参照）。

①持っている能力を活かす・奪わない

適切なタイミングで声を掛け、誘導することにより、トイレで排泄することを継続できる場合もある。介助する看護師にとって、トイレに誘導し介助するよりも、おむつ交換の方が楽である。しかし、トイレでの排泄は、立位・座位の保持、排泄感など、持っている能力を維持するよい機会になる。急性期病院では身体面の安静などのため、一時的におむつ使用になるかもしれないが、早めにトイレでの排泄が可能になるよう計画的に看護していく。

②自尊心を損ねない

排泄は本来、決して人前で行うものではない。自分が排泄をしている姿や陰部を見られること、排泄物を人に見られることは、大変恥ずかしく苦痛である。認知症の人はそれと同時に、迷惑をかけないように、失敗しないようになどと常に緊張し、不安な気持ちでいなければならない。

このような緊張や不安から、弄便や不潔行為が引き起こされる。排泄の援助の際には、恥ずかしさや苦痛ができるだけ少なくすむようにしなければならない。ケア中は、認知症の人の表情を常に観察し、うまくできない部分をさりげなく介助する。認知症の人を傷つけるような不用意な発言がないよう注意してほしい。

③不安や恐怖を感じさせない

おむつ交換を行う場面では、体の支え方や添える手の力加減にも、配慮が必要である。次に何をされるか予測することができない認知症の人では、声をかけると同時に布団をはぐなど、認知症の人の反応を待たずにケアを進めると、不安や恐怖、混乱を招く。ケアの拒否につながる可能性もある。分かりやすく声をかけ、ゆっくり反応を待つことが大切である。

（３）整容介助

①人としての尊厳を保つ

他人と顔を合わせる日は顔を洗い、目脂をとり、男性ならば髭を剃り、女性ならば化粧をするなど身なりを整えることは社会人ならば当たり前のことである。認知症の人は、これらができなくなることから、目脂をつけたまま髭も剃らずに過ごすことになりかねない。急性期病院では毎日他人と顔を合わせるにもかかわらず、これらの援助は見落とされがちである。

身体の嚴重な管理が必要な時期を過ぎ、回復期に入ったら、清潔感のある姿になるよう

援助する必要がある。そうすることで周囲の目も「認知症患者」や「病人」から「〇〇さん」に変わる。そのことが、認知症になる前と変わらず、社会性や人としての尊厳を保ちながら生活することになるのである。

引用文献

- 1) 鈴木みずえ・酒井郁子編集: パーソン・センタード・ケアでひらく認知症看護の扉、南江堂、P8、2018.

参考文献

- (1) トム・キットウッド著・高橋誠一訳: 認知症のパーソンセンタードケア 新しいケアの文化へ、クリエイツかもがわ、2017.
- (2) 鈴木みずえ・酒井郁子編集: パーソン・センタード・ケアでひらく認知症看護の扉、南江堂、2018.
- (3) 平原佐斗司・桑田美代子編集: 認知症の緩和ケア、P32-35、南山堂、2019.
- (4) 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.
- (5) 谷本真理子、黒田久美子、田所良之、高橋良幸、島田広美、正木治恵: 高齢者ケアにおける日常倫理に基づく援助技術、日本看護科学会誌、30 (1)、25-33 頁、2010.
- (6) 六角僚子: 認知症ケアの考え方と技術、医学書院、2005.
- (7) 桑田美代子: 豊かないのちの看取り - 生活の中のケア、緩和ケア、17 (2)、97-101 頁、2007.

第2節 認知症の人のアセスメント

ポイント

- 1 認知症の人の看護では、結論を急がず、情報を多く集め、多面的な観点から統合、判断するというアセスメントが求められる。また、可能性を複数考え、仮のアセスメントとして一つを定めてケアを試み、その反応からアセスメントを確定していくプロセスをたどることも効果的である。
- 2 看護師個人のもつ偏見や誤解が含まれていてもそれが事実として報告されやすいため、チームでのクリティカル・シンキングが重要である。
- 3 アセスメントする際、その人の言動の意味を解釈・判断することになる。その際、アセスメントする人がもつ知識・情報量・関心に左右されることに留意する。
- 4 アセスメントは看護過程の一部であり、看護師は、独自性をもつ認知症の人の個別的な看護を計画するという前提でアセスメントをする。
- 5 多職種でアセスメントする場合は、共通理解しやすいツールを活用する。

1 急性期治療を受ける認知症の人のアセスメントの難しさ

看護の基礎教育課程において看護過程は必須の学習内容であり、その一部であるアセスメントについても学んでいるはずである。しかし、看護の実務経験者が認知症を学び、看護しようとして認知症の人をアセスメントする時、難しいと感じる¹⁾。現場で看護師たちはアセスメントという用語をよく用い、実際アセスメントしているのだが、自分の判断や判断したことを表現することに自信がもてないようである。アセスメントするように言われて、情報だけをピックアップしたり、自分のしたい看護方法だけを述べたりすることもみられる。病院では医師が診断し、治療方針を出すため、医師に頼る傾向があるのかもしれない。また、多忙な中では疾患別のパスやマニュアルが重視され、個別の看護を展開する経験が少なくなっているからかもしれない。また、記録が電子化し、看護計画もあまり考えずに作成できるようになったことの影響という者もいる²⁾。

認知症の人、特に高齢者では個別の要素が大きく、「認知症」の情報・知識だけでは看護できない。また、治療をしているその「疾患」の情報・知識だけでも看護できない。高齢者では複数の疾患をもち、それ以外に加齢による変化もあり、長い人生や生活が影響する。認知症についてもさまざまな症状が出る可能性があり、その現れ方は環境に影響される（第1章第4節「環境の影響」P 34～40を参照）。これらのことから、多面的に情報を集めて統合し、個別に判断する必要がある（表2-3）。つまり、一つのツールやある疾患のマニュアルだけではアセスメントできない。この点も難しいと思う理由であろう。また、認知症の人の言動を理解し、看護するには、医学、看護学、そして心理学や栄養など、関係する学問領域

のほか、日本の昭和史や法律、現代社会の問題といった知識も必要である。外国籍の認知症高齢者であれば、その国の文化や言語についても知る必要がある。さらに、看護を提供する上で、建築や芸術などへの理解もあると幅が広がる。逆を言えば、このような知識がないと拮据のりない看護にとどまることになる。

表2-3 認知症高齢者の看護に必要となる主な情報

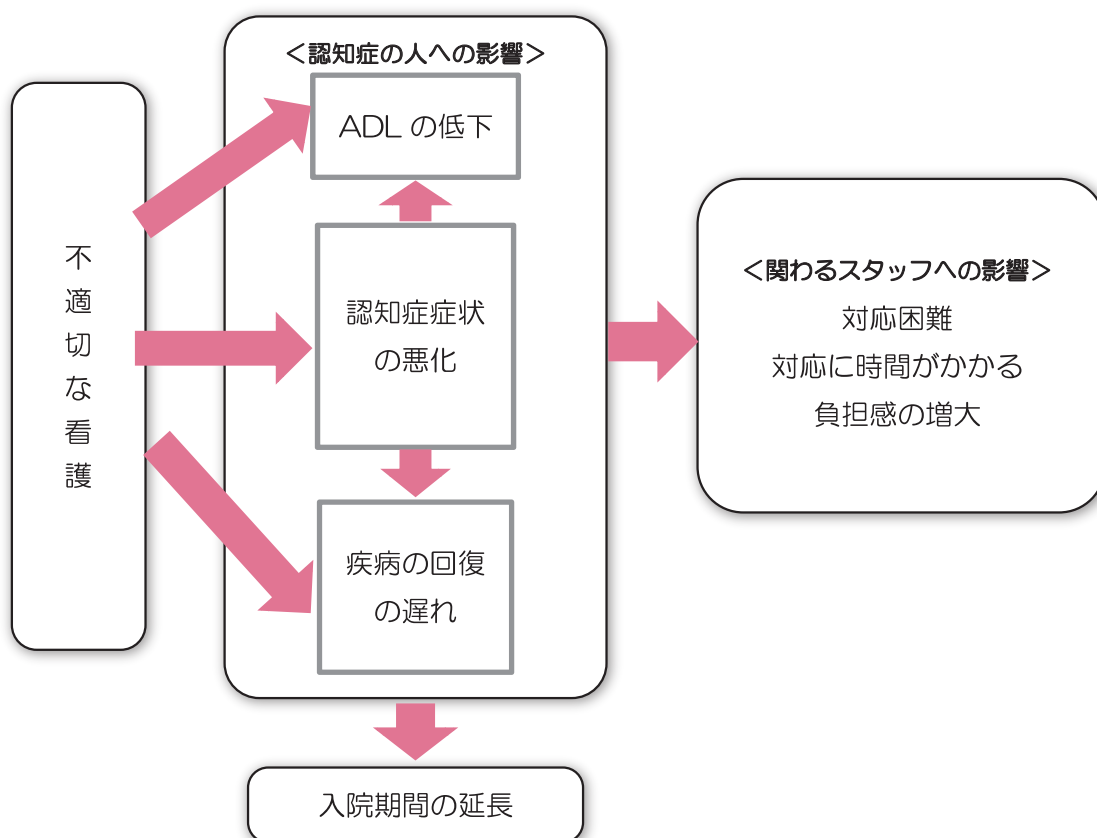
身体面	もっている全ての疾患と症状、治療の状況 加齢による変化（難聴・視力障害、口腔機能、筋力など） 認知症の主要な症状とその変動 等
心理面	性格、価値観、感情、不安 等
社会面	環境、人間関係（特に家族関係）、社会資源 職業経験などこれまでに経験してきたこと 等

2 アセスメントを誤ることによる影響とその回避方法

アセスメントが異なれば、計画・実施される看護が異なる。その結果、患者に適さないケアをし続ける可能性もある。対応に困ったスタッフはカンファレンスなどで問題提起をするが、あまり困っていないスタッフは問題としてとりあげないため、「困った患者像」が強調される結果になりかねない。その患者に適さないケアが続いた結果、回復の遅れや認知症の症状の増悪など、認知症の人にとって不利益を招くと同時に、スタッフの負担も大きくなる（図2-1）。

認知症の人についてのアセスメントでは、情報を多く集め、多面的な見方から判断する必要がある。そのために、判断・解釈の結論を急がずに、ケアチームや多職種で検討することが重要になる。また、可能性を複数考え、仮のアセスメントとして一つを定めてケアを試み、その反応からアセスメントを確定していくプロセスをたどることも効果的である。

図2-1 不適切なケアの影響



3 認知症を持つ人のアセスメントの留意点

アセスメントとは「一つ一つの情報を自分なりに解釈し、それらを組み立て、生じている問題の成り立ち、mechanismを構成し（まとめ上げ）、支援課題を抽出すること、あるいはその人がどんな人で、どんな支援を必要としているのかを明らかにすること」³⁾とされているが、集めた情報をいかに解釈するかが最初のポイントとなる。

(1) 情報のやりとりをする上での留意点

関わりをもった複数の看護師や他の職種のスタッフ、家族等からの情報が集められる時、情報は言葉によって伝えられる。この時に「見たこと聞いたこと」「ありのままの事実」を伝えたとつもりでもそこに自分の意見や推論が含まれている可能性がある^{A)}。認知症の人について、あるいはその時の関わりについて表現する際には、自分の持つ偏った見方や誤解が含まれやすいことに留意する必要がある。特に、専門用語や記録物に記載している用語をそのまま使っている時におこりやすい（図2-2）。推論や判断が間違っている、事実のように報告されればそれを聞いたメンバーは事実として受けとめアセスメントされる。観察結果に私見が含まれて表現されることは個人では気づきにくいので、チームの中で「なぜそうなのか」「本当にそうか」といったクリティカル・シンキングを行い、質問したり、ほかの見方を提示してみたりすると多面的なアセスメントになっていく。

図2-2①

事実に推論や判断が加わった表現と、事実から考えられるその他の可能性（例1）

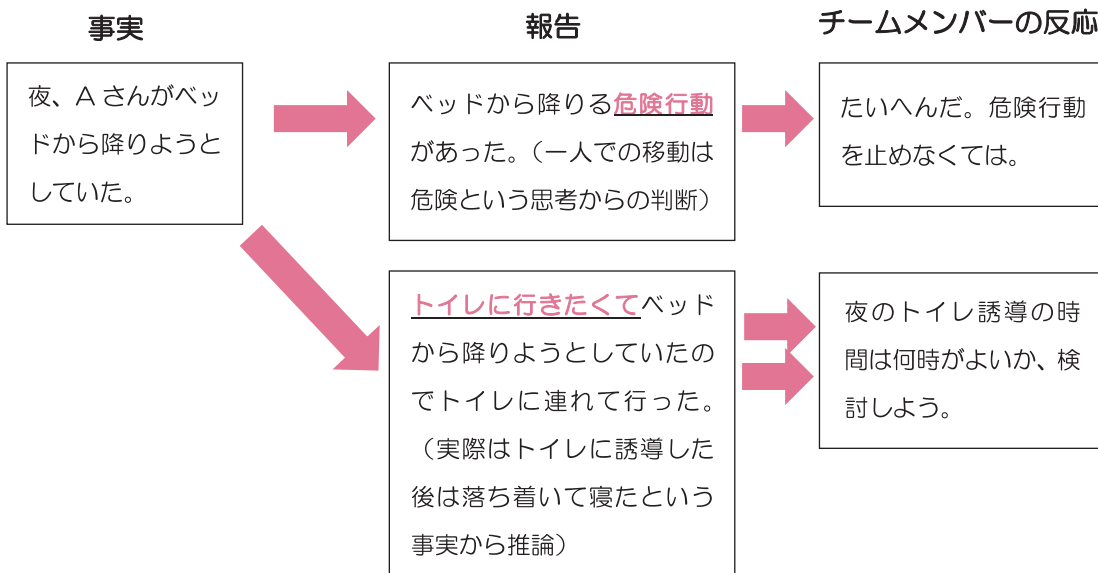
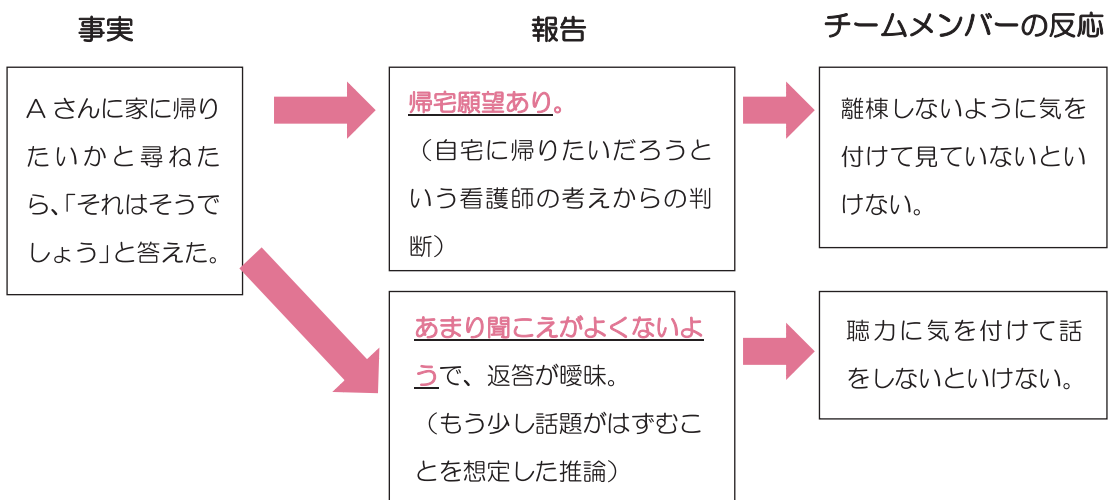


図2-2②

事実に推論や判断が加わった表現と、事実から考えられるその他の可能性（例2）



（2）情報を解釈する上での留意点

認知症の人についてアセスメントする上で、情報から短絡的に解釈しないよう注意する必要がある。高齢者と若いスタッフでは育ってきた社会が異なり、物事の捉え方や考え方、常識の枠組みや価値観が異なる可能性がある。認知症の人の言動が理解しがたい時、「認知症だから」と決め込むのではなく、その人の年齢や生活背景、社会経験などを考え、その

人なりの考え方、捉え方から生じている言動の可能性をまず考えてみる。そのためには医学的な知識にとどまらない、幅広い知識が必要である（表2-4）。

認知症の人の言動については、情報や知識がひとつ加わるだけで、解釈が変わる可能性がある。例えば、「認知症の人の言動を認知症に伴う妄想と思っていたら、その人の長い人生の中で実際に体験したことであり妄想ではなかった」「怒っているので認知症が悪化したと思ったら、実は正義感の強い人で医療従事者の理不尽な態度を怒っているだけだった」など、看護師の誤解や理解不足の例は多くある。認知症によって他者から理解されにくくなっている人を看護する上では、一つの場合でもさまざまな解釈が可能であることを念頭におき、認知症の人が示す言動の意味は何か、その言動が生じる原因は何か、その人の真のニーズは何かを考える必要がある。

そのポイントは、認知症の人の視点に立つことである。これはパーソン・センタード・ケアの要素の一つである（personal perspective）。具体的に、その人の位置から何が見えるか、その人の状況だったらどのように感じるか、苦痛はないか、認知機能障害があったら周囲のことをどのように感じるかなど、自分も認知症の人の感じることを感じてみようと思試みることが重要である。そして、認知症の人の示す言動にとらわれず、その人の心理状況、認知症の影響、ニーズを捉えることができると解釈が変わり、関わり方も変わる。図2-3①では認知症の人が示す言動しか見えない時である。この場合はどのように対応するだろうか。図2-3②では、認知症の人の心理と認知症による影響がみえた時を示している。言動の意味が少しわかると対応の仕方は変わるだろう。さらに、図2-3③では真のニーズやニーズに影響を及ぼしている内部環境、外部環境を考えることができた時を示している。このように理解が進むと予防が可能になる。

表2-4 認知症の人を理解するために必要な知識

- 医学的・看護学的知識
（認知症を含むさまざまな疾患と治療・ケア、加齢による変化 等）
- 心理学的知識
（成人・高齢者の心理、生涯発達、心理の影響、等）
- 歴史的・文化的知識
（昭和史、日本人の生活・価値観とその変化 等）
- 社会的知識
（さまざまな職業に関する知識、家庭の主婦の日常、在宅の環境や生活 等）

図2-3① 表面的に見える言動

言動(独特な表現)

例) ベッド上でズボンを脱ぎ、おむつをはずし、
尿・便に触っている

図2-3② 認知症の人の心理と認知症の影響の理解

言動(独特な表現)

例) ベッド上でズボンを脱ぎ、おむつをはずし、
尿・便に触っている

常識による
判断

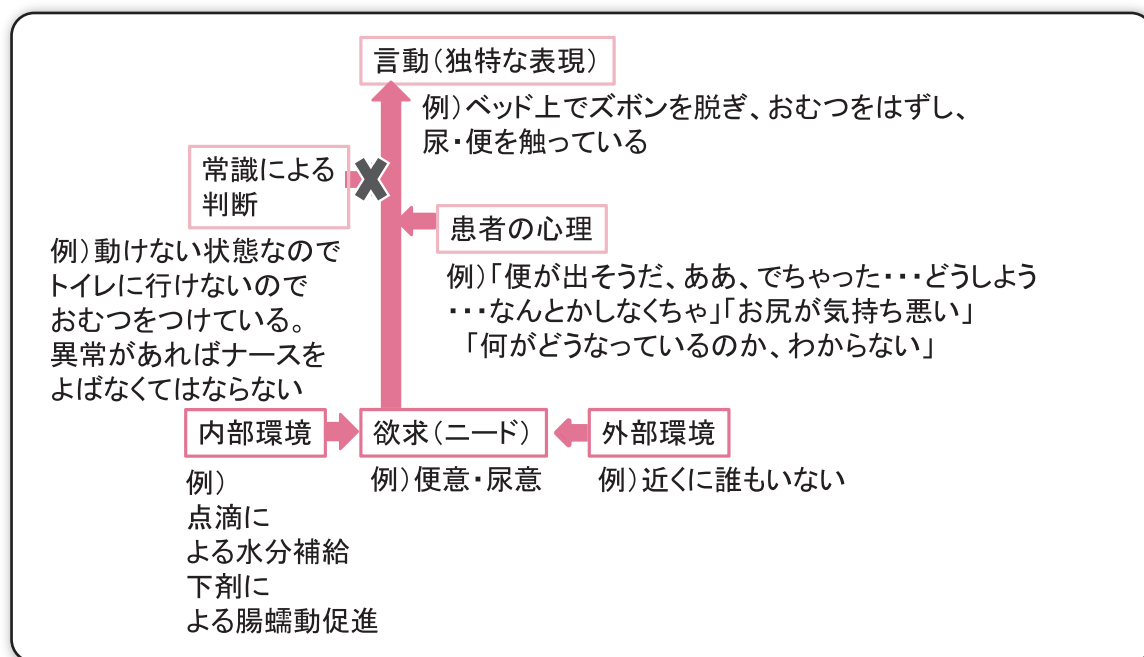
例) 動けない状態なので
トイレに行けないので
おむつをつけている。
異常があればナースを
よばなくてはならない



患者の心理

例) 「便が出そうだ、ああ、でちゃった…どうしよう
…なんとかしなくちゃ」「お尻が気持ち悪い」
「何がどうなっているのか、わからない」

図2-3③ 認知症の人のニードと環境の影響の理解



4 看護するという前提でのアセスメント

急性期病院の特徴として、入院患者にはさまざまな変化が生じるが、看護師は交代勤務であるため、その変化を実際に見たり、触れたりしていない看護師は理解できないことがある。変化を実感した看護師とそうでない看護師とは異なる患者像を描き、異なる看護をしようとする。逆に、何も変わっていないくても、相手によって見せる顔を変える患者もいる。例えば、好ましいと感じた看護師には話をするがそうでない看護師には反応しない、嫌な体験をした時にいた看護師のケアを受け入れないといったことがある。これらの結果、患者についての印象は看護師によって異なり、解釈や判断も異なる、つまりアセスメントが異なることになる。

認知症の人の情報が異なるだけでなく、同じ情報をもっても、どのような知識をもち、どのような関心をもっているかによって思考の方向性が異なる（図2-4）。看護師の経験や考え方、問題意識の持ち方によってさまざまな解釈や捉え方がされる可能性がある（図2-5）。多職種がいる場では、専門性によってアセスメントが異なることもよくある（図2-6）。

医学は、多くの研究を行い、それを集積・判断してガイドラインや診断基準を作っている。それに則った検査などの手続きを進めれば、概ね同じ診断に至る。通常、診断と有効性が検証された治療法がセットになって示されているため、概ね同じ治療が行われる。一方、認知症の人、特に高齢者では状況が複雑であり、その言動はいくつもの解釈・判断が考えられる。また、認知症という進行性の疾患で、しかも高齢となると、QOLのどの側面を大事にするかなど、関係者個々の価値観も絡み、どのように看護するのがベストかは単純には決められない。それでも何らかのアセスメントを行い、それをケアチーム・多職種のチームで検討する組上に載せることが重要である^{B)}。チームで検討することによって方向性や方法を定めることができるからである。これがパーソン・センタード・ケアの要素の一つである、認知症の

人の独自性を生かした個別ケア（individual care）となる。

どのような看護をするかは病院・施設やその部署の目指すもの、チームの決断によってさまざまな可能性がある。いずれにしても、看護師は、認知症の人を看護するという前提でアセスメントするのであり、その際、看護師には認知症の人の立場にたってその尊厳や権利を護る役割があることを忘れてはいけない（第4章第2節「ケアチームでのアプローチ」P131～135を参照）。

図2-4 観察（情報）、感想とアセスメントの違いの例

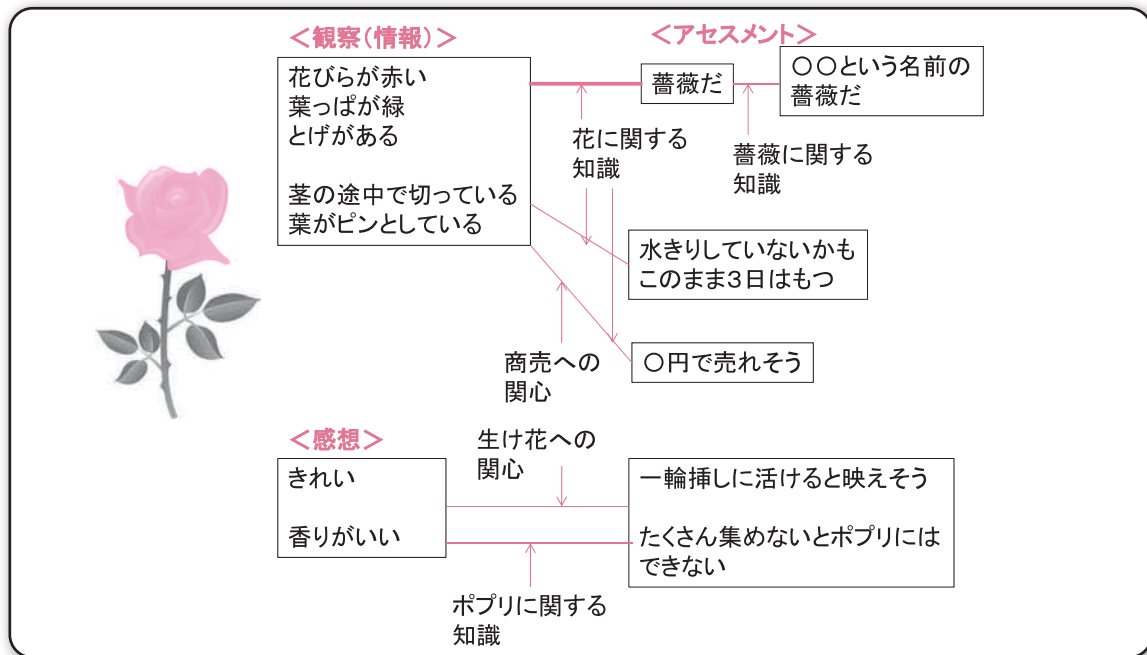


図2-5 看護師によって異なる見方、解釈がされる例

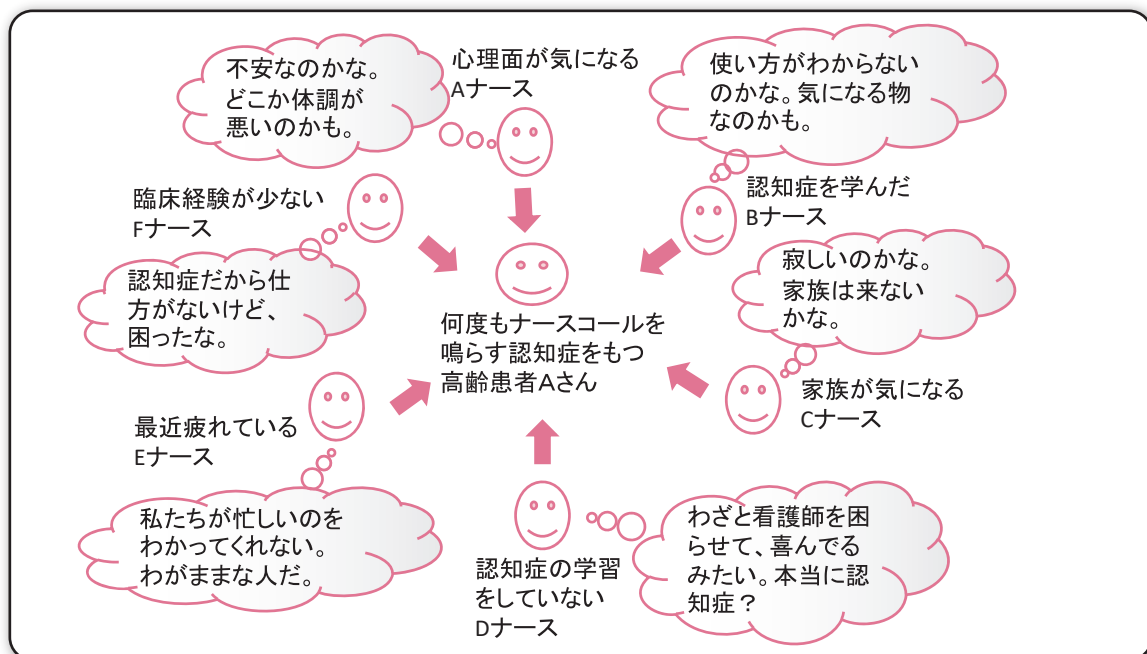
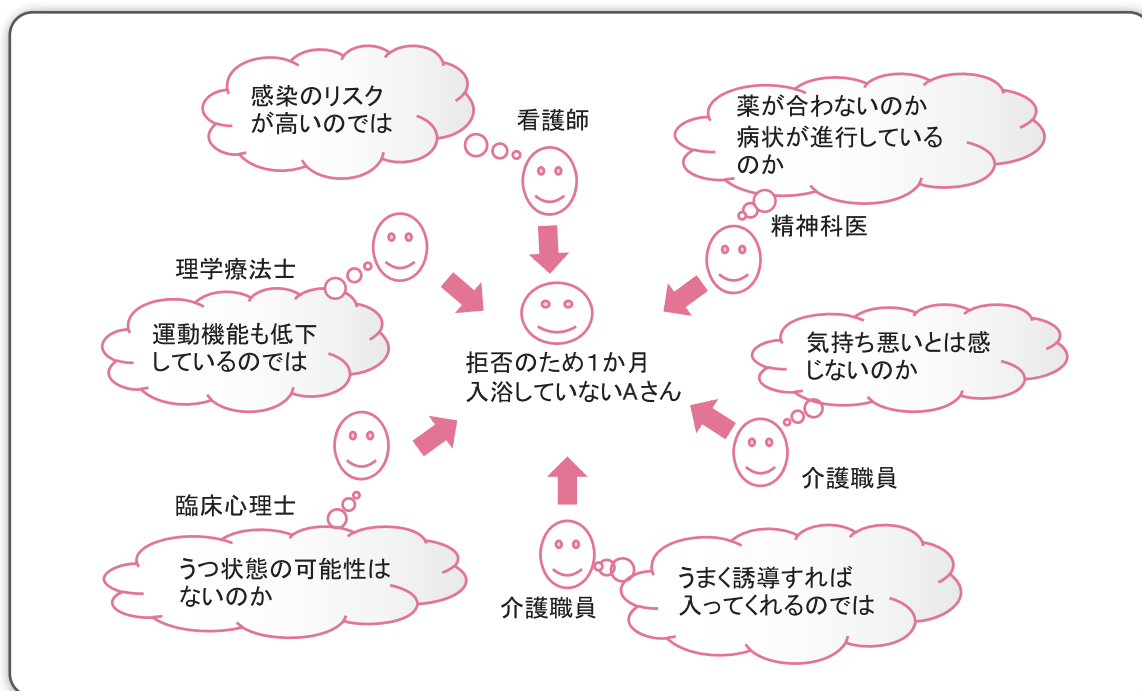


図2-6 専門性によるアセスメントの違いの例



5 多職種で共有できるツールの活用

情報を統合し、解釈するための手がかりとして、さまざまなアセスメントツールがある（表2-5）（第1章第2節「身体面の特徴」P18～29、第2章第5節「せん妄ケア（予防と対応）」P70～80を参照）。これらは多職種チームの中で情報を正確に伝え合う手段となる。

表2-5 認知症をもつ高齢者に活用されるアセスメントツールの例

評価する内容	アセスメントツールの例
せん妄の重症度	- せん妄スクリーニングツール - 日本語版せん妄評価尺度 98 年改訂版 - 日本語版ニーチャム混乱・錯乱スケール⁴⁾ - CAM-ICU - 日本語版せん妄評価尺度 4AT-J
褥瘡 ^{じよくそう} のリスク	- ブレーデンスケール - OH スケール
褥瘡 ^{じよくそう} の重症度	DESIGN-R⁵⁾
認知症のスクリーニング	- MMSE - HDS-R⁶⁾
認知症の重症度	- FAST - CDR⁶⁾
認知症高齢者の生活機能の障害の程度	- 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 - FIM (functional independence measure)⁷⁾

認知症の重症度を評価するツールを用いて点数化すると、客観的な情報として認知症の人が今どのような状態にあるかを他職種のスタッフと共通理解できる。ただし、質問式のツールでは原因疾患による違いや測定時の体調、質問の仕方などにも影響されるので、点数だけで簡単に判断しないことに留意する必要がある。これらのツールは比較的簡便に活用できるが、測定や使用にあたってはツールについての学習が必要であり、それぞれ一側面、その時の状況を示すものであることにも留意する。

引用文献

- 1) 湯浅美千代，諏訪さゆり，辻村真由子ら：認知症看護認定看護師教育課程における実習に伴う学習者の困難とその支援，千葉看護学会第 22 回学術集会講演集，42，2016.
- 2) Michiyo Yuasa, Hiromi Shimada, Tomoko Sugiyama et.al : Challenges of Experienced Nurses in Learning Dementia Nursing: Interviews with Nursing Educators, 32th International Conference of Alzheimer's Disease International, Abstract Book, 392 頁，2017.

- 3) 近藤直司：医療・保健・福祉・心理専門職のためのアセスメント技術を高めるハンドブック、第2版、p.24、2015.
- A) 湯浅美千代（編著）：看護判断のための気づきとアセスメント 老年看護、中央法規出版、41-45 頁
- B) A) 11-12 頁
- 4) 谷口好美：第2章 せん妄のアセスメント Q16 簡単に評価できる測定ツールについて教えてください、高齢者のせん妄ケア Q & A 急性期から施設・在宅ケアまで（亀井智子編著）、中央法規出版、25-31 頁、2013.
- 5) 宮地良樹、溝上祐子編：褥瘡治療・ケアトータルガイド、照林社、2009.
- 6) 日本認知症ケア学会編：認知症ケア標準テキスト 認知症ケアの実際 I：総論、改訂4版、ワールドプランニング社、66-77 頁、2016.
- 7) 石鍋圭子、野々村典子、泉キヨ子ほか編：専門性を高める継続教育 リハビリテーション看護実践テキスト、医歯薬出版、2008.
- 8) 栗田主一：地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメント DASC®-21 標準テキスト、メディア・ケアプラス、2016.

第3節 コミュニケーション方法と気をつけたいこと

ポイント

- 1 認知症の進行に伴いコミュニケーション能力は低下するが、個人差も大きい。個々に合わせた方法で関わる必要がある。
- 2 分かりやすい会話を心掛ける。
- 3 非言語的コミュニケーションを活用する。
- 4 関わる者が自分のコミュニケーションの傾向を知り、注意を払う必要がある。
- 5 コミュニケーション上の支障と身体症状及び加齢に伴う感覚機能の低下との関連を探る。

コミュニケーションは、認知機能の直接的な影響を受ける。認知症の進行に伴い、各病期によって特徴が異なるが、個々によってもコミュニケーション能力は異なる。以下、一般的な認知症の人とのコミュニケーションの特徴や対応方法を示す。実際にコミュニケーションをとる場合は、認知症をもつ人個々のコミュニケーション能力を理解し、個々の状態に応じた方法で関わる必要がある。

1 認知症の人のコミュニケーションの特徴¹⁾

認知症の人のコミュニケーションでの困難さは、次のような特徴がある。

- ①認知症の人が伝えたいメッセージの内容や伝え方が不十分で、受け手（ケア提供者）に伝わりにくい。
- ②認知症の人は受け取ることができるメッセージの範囲と容量が縮小しているため、残された能力に適合するメッセージでなければメッセージを受け取ることが難しい。
- ③認知症の人は受け取ったメッセージの内容を解釈・理解し、返すべきメッセージを選択・構成する能力（情報処理能力）が低下している。
- ④コミュニケーションを取り巻く周囲の環境の影響を受けやすい。

2 アルツハイマー型認知症におけるコミュニケーションの特徴²⁾

＜軽症期＞

記憶や見当識の部分的な低下による言い間違いや、物の名称が思い出せないため、「あれ」「それ」などの言葉が増える。見慣れたものや事柄はスムーズに出るが、近時記憶障害と相まって使い慣れていない物や、やり慣れていない事柄についての言葉は出にくい傾向がある。

また、認知症の人が何度も同じ質問を繰り返すため、対応に困る場合がある。しかし、本

人がとても重要であると受け止めているための行動であるを知っておいてほしい。

＜中症期＞

語彙が減少し、会話の間が空くことが多くなったり、話が短くなったりするなど、話し方の流暢性が低下する。

単語・短文の理解は可能だが、長文での理解が困難になり、次第に非言語的コミュニケーションの比重が高まる。したがって、言葉だけでなく、表情やジェスチャーなど織り交ぜて表現したり、逆に認知症の人の表情や口調、前後の行動などをよく観察しながら、双方向のコミュニケーションを行うことが重要になる。

＜重症期＞

ほとんどの言葉の意味が理解できなくなり、言語的コミュニケーションが困難になる。

言葉の並べ方がわからなくなり、ジャルゴン（言葉が崩れてしまい、言葉になっていない言語）の状態や、発語が出なくなり無言無動状態となる。声をかけても反応が返ってこない場合も多くなる。声をかけながら優しくタッチすることで微細な反応をキャッチしてほしい。

3 具体的なコミュニケーションの方法と誤りやすい対応

（１）文章は短く、情報は一文に一つにする

認知症があると、一つの文章に複数の内容が盛り込まれていると混乱しやすいため、簡潔にゆっくりと話すといよい。動作一つに一つの声掛けは、認知症の人にとって急かされる感じがしないため、返答しやすく行動に移しやすい。ただし、軽度の認知症で言語的コミュニケーションが可能な人にとっては、逆にコミュニケーションを阻害してしまうことがある。認知症の人の表情や反応を観察し、理解できたか確認しながら、相手の話すペースに合わせた会話が重要である。

（２）認知症を有する人の感情に着目し、思いを酌みとる

認知症が進行し、エピソード自体は忘れても「嬉しい」「悲しい」など、そのエピソードにまつわる感情は蓄積される。認知症を有する人が発する言葉の意味が理解できない時には、その時の感情に着目し、共感しながら認知症の人の思いを酌みとろうとすること、認知症の人の嬉しい気持ちや悲しい気持ちを分かち合おうとすることが重要である。

（３）非言語的コミュニケーションを活用する

認知症の人は、認知症が進行しても、相手の表情や雰囲気を読み取る能力は維持されている。言葉に加えて、豊かな表情やジェスチャーなどの非言語的コミュニケーションを活用することでコミュニケーションが促進されることを知っておく。特に、認知症の人とアイコンタクトをとることは、コミュニケーションの入り口であるため、「〇〇さんと話がしたい」という思いを込めてアイコンタクトをとってみることを提案する。

（４）不安や混乱を軽減する関わりを心がける

認知症の人は、日々の生活のなかで徐々に分からないことやできないことが増え、自信を喪失し不安や混乱が生じやすくなっている。混乱し、状況を誤って認識している場合、すぐに説明する、説得するということは、かえって認知症の人の不安と混乱を増強させることになる。まずは、その人の話（訴え）を否定せず、その人の認識している“現実”を受け止めたことを受け止めることを伝えてみてほしい。そうすることで会話が広がり、認知症の人の思いがわかる。そのうえでケア提供者側の思いを伝えるようにしてほしい。

（５）認知症をもつ人の生きてきた過程を知る

出身地や家族歴、生活歴など、その人がどのような時代背景を生きてきたのか、趣味や好きなこと（物）は何かなどの情報を得て、関わりのきっかけにする。ただし、中には触れられたくないこともあるかもしれない。「他人の心に土足で踏み込む」ことはしないようにするためにも、事前に家族など、本人をよく知る人から情報を得ておくことが大切である。

※「昔とった杵柄」で気をつけたいこと

私たちは、認知症の人の「もてる力」に着目しようと、昔からの趣味や得意だったことをアクティビティなどに取り入れようと計画する場合がある。もちろん、それは本人にとっても誇れることであり、不安や混乱から抜け出すきっかけになる。しかし、かえって能力低下に直面することになる場合もある。以前のようには、“できなくなったけれど楽しい”と感じているのか、“以前のようにできなくなったからやりたくない”と感じているのかを把握し、心地よい感情を残せるような関わりができるようにする。

（６）何気ない会話を通じてコミュニケーションのきっかけを作る

認知症の人は、医療従事者や家族から毎日指示されたり、覚えているかを確認されたりすることばかりになりやすい。特に、入院生活においては、看護者側に余裕がなく、指示や確認といった一方的な声掛けに終始することが多い。季節や天候の話や、その人の背景に関する質問をきっかけにして会話する時間を設けることで、その人の不安や緊張を解きほぐすだけでなく、看護者にとっても認知症の人の思いがけない一面を垣間見ることにつながる。その結果として、認知症の人に対し、肯定的な思いを抱くことにつながるだろう。

（７）残されたコミュニケーション能力が発揮できるよう配慮する

他者とコミュニケーションをとる際には、まず相手を見つめ、声を掛け、時には触れることで、相手を認識し相手に認識される。認知症の人は、残されたコミュニケーション能力に合った方法でなければメッセージを受け取ることが困難となる。まして高齢であれば、視聴覚に障害がある場合も少なくない。そのため、話し掛けるという一つのチャンネルだけでなく、複数のチャンネルを通してメッセージを送る必要がある。

その人を見ないで声を掛けると、言葉の内容がその人に向けたものであったとしても、声を

掛けられたとは認識してもらえない。いきなり身体に触れたり、声を掛けると同時に身体に触れたりすると、自分に危害を加えようとしていると誤解するかもしれない。

相手の目線に合わせて、優しいまなざしで見つめる、相手のペースに合わせた口調で声を掛ける、そして、安心できるように触れることは、看護者の存在を認識してもらい、メッセージを受け取ってもらう準備となる。同時に、認知症の人にとっては、自分自身の存在を認められているという感覚、安心感につながる。

（８）コミュニケーション上の支障と身体症状の関連を探る

体調不良があると、注意や集中力が低下し、その人が本来もっているコミュニケーション能力を阻害し、認知症が進行したかのように感じられる。そのため、入院中の状態のみでコミュニケーションに問題があると決めつけるのではなく、病状が改善したときに再度評価することが必要である。

また、加齢に伴った視聴覚障害がある場合は、難聴や視覚障害によって分からないのか、認知症によって機能低下があるのか評価することも重要である。

（９）自分自身のコミュニケーションの傾向を知る

認知症の人とのコミュニケーションについては、関わる側の能力も大きく影響する。言葉には出さなくても「言っても無駄。どうせ忘れる」「また、同じことを言っている」などの否定的な姿勢や雰囲気は相手に伝わり、コミュニケーションを阻害する。例えば、コミュニケーションのつもりで「私の名前覚えてくれましたか？」という質問や、見当識の確認をするためあからさまに「ここはどこ？」「今日は何日？」と聞いている光景を目にすることがある。むしろ、看護者には日々の関わりのなかでさり気なく情報提供していくコミュニケーションの技術が求められる。

認知症の人とのコミュニケーションは、“相手を知りたい”、“相手に分かってもらいたい”と感じるコミュニケーションの基本的姿勢を問われるものである。認知症の人との関わりをきっかけにして、コミュニケーションにおける自分の傾向を理解しておくことを提案する。

コミュニケーションは、相互作用である。また、看護（ケア）の第一歩であると同時に全ての看護に欠かせないものである。コミュニケーションを工夫することで認知症の人のみでなく、看護者である私たちも心地よい余韻が残る関わりができることを切望する。

引用文献

- 1) 中島紀恵子責任編集：認知症高齢者の看護、医歯薬出版、97 頁、2014.
- 2) 北川公子、ほか：系統看護学講座 専門分野Ⅱ 老年看護学、医学書院、318 頁、2014.

参考文献

- (1) 堀内園子：認知症看護入門、ライフサポート社、2008.
- (2) 飯干紀代子：今日から実践 認知症の人とのコミュニケーション 感情と行動を理解するためのアプローチ、中央法規出版、2011.
- (3) Mary Jo Santo Pietro, Elizabeth Ostuni（小林敏子監訳、山下真理子訳）：痴呆を生きる人とのコミュニケーション・マニュアル、じほう、2004.
- (4) 鳥羽研二・許俊鋭監修：見てできる認知症ケア・マネジメント図鑑 認知症ビジュアルガイド、学研、2021.

第4節 環境調整

ポイント

- 1 認知症の人が環境から受ける影響は大きいので、看護師は意識的に調整する必要がある。
- 2 認知症の人個人に行う環境調整では、情報収集とアセスメントが重要である。
- 3 認知症の人が治療を受け療養するのに適切な環境にしていくために、病院・病棟全体の環境を調整する役割もある。

認知症の人にとって環境の影響は大きく、認知症症状の出現の有無や生活を左右する。環境の変化は「リロケーションショック」を引き起こし、さまざまな生活の「落差」を生じさせる。例えばそれは、一人の空間が確保されていた自宅から病院という常に人のいる環境の変化である。しかしそれらの変化を考慮せず、本来は患者のための病院という場所にも関わらず、ともすると医療従事者の都合が優先されていることがある。医療安全や救命という理由のもと、適切な環境調整を行うことを諦めてしまうのである。しかし、看護師が認知症の人にとって安全で居心地のよい療養環境を提供することは、本人の意思を害することなく適正な治療が提供できることにつながるため、環境調整の役割は重要である。環境調整の基本は、認知症の人本位の環境となっているかである。その認知症をもつ人の認知機能障害を踏まえて、何が不安で、何に困っているのか、どうしたいと思っているのかを丁寧に把握することで、認知症の人本位の環境としていく。

1 環境調整の実施

環境調整として、(1)「認知症の人個人のための調整」、(2)「治療と療養環境の場としての調整」の側面に分けて述べる。

(1) 認知症の人個人のための調整

入院してきた認知症の本人への働きかけとして環境の調整を行う。環境の影響を情報収集→アセスメント→計画→評価、修正の流れで実施する。

① 認知症の人の状態を情報収集し、本人と環境との関係を探り、アセスメントする

その認知症の人が、現在どのような状態にあるのか詳しく情報収集する。具体的には、身体・精神症状、認知症の病態、加齢変化、ADL、日常とりやすい行動パターン、生活背景、夜間の睡眠、治療方針など幅広く情報を得る。どのような環境から影響を受けて、今の状態を引き起こしているのか、認知症の人と環境との相互作用を検討する。その際に、今生

じている状態だけでなく、今後起こりうる状態も予測的にとらえることも必要となる。

ここで重要なのは、医療従事者のケアや態度も環境の一部であり、それがどのように認知症の人に影響を与えているかを評価することである。環境調整というと物理的環境の調整をイメージしやすいが、環境の3つの側面を網羅するように影響をとらえ、改善計画に向けたアセスメントをする。特に医療従事者のケア態度を振り返ることは、自分達のケアが適正に行われているか考えることになる。また、アセスメントをするために、認知症の人の反応を見ながら意識的にケアを行うことにも繋がる。

②認知症の人の治療や療養生活が円滑になるように、環境側に問題がある部分を改善する

認知症の人の反応は、環境からの影響の結果と考えると、認知症の人に問題があるのではなく、環境側に問題が見えてくる。その問題に対し、認知症の人の安全安楽な療養生活や、適正な治療へと結びつくよう目標を立て、改善を行う。その際、目標の主語は認知症の人自身とし、どのようになったら良いとするかの評価基準も定める。そしてプランは誰が何をどのように実施するのかを具体的に計画して、共有する。どうしても環境が変えられない場合や、認知症の人が学習することができる場合には、本人への働きかけを行う場合もある。

③改善したことの結果を評価し、修正する

実施したことは、その結果を客観的・具体的に評価し、再度アセスメントをして必要な修正は即座に行う。

(2) 治療と療養環境の場としての調整

施設の物理的環境やスタッフの態度などの社会的環境、病棟ルールやケア理念など運営的環境が認知症の人の治療や療養環境を送るのに適切な場所かどうかを考え、病院あるいは病棟全体の環境について調整を行う。

①認知症の人が療養生活を送る場としての適切性や、機能、影響を探りアセスメントする

認知症の人が療養生活を送りやすい環境となるよう調整することを念頭に、環境の3つの側面から病院や病棟全体をアセスメントする。その際、物理的環境を変えることは、病院としての特質上困難なことが多いことから、社会的環境、特に看護師の影響を丁寧に把握する。病院では多くの場合、チームで看護をしている。認知症の人に関わる全ての看護師が、適切な態度やケアを行うことが出来ているのか、出来ていないなら何故なのか、看護師一人ひとりの影響のみならず、チームとしての適切性も評価する。

②環境側を変える、工夫することで、改善が見込まれることをピックアップする

考え得る最善策を検討する。その時、本人、スタッフ、施設として改善が見込まれるものをピックアップする。改善策があまり挙げられない場合には、①のアセスメントが不十分なことも考えられるので、その際にはアセスメントからやり直す必要がある。

③実施可能かを検討する

施設として、②の改善策が実施可能かどうか検討する。病院としての理念や方針、資金により実施が難しい場合もあるため、できる限り最善の策に近づけるような方法を選択する。また、実施した際に、施設全体としてどのような影響があるのかも考える。

④他の看護師、他職種等へ理解と協力を求め、実施する

病棟全体、病院全体を変えようとする場合には、スタッフ全員で把握し、取り組む必要が出てくる。なぜその変更が必要なのかを、認知症の人の視点を大切にして説明し、同じ目標で実施ができるようにする。全体を変えようとする際には、一個人で行うのは難しい。リーダー格の看護師や師長等の管理者、病院経営者との調整等も行うことが求められる。

⑤実施したことを評価し、修正する

実施したことは、その結果を客観的・具体的に評価する。特に、多職種で取り組んだ場合は、客観的な指標で共有することは有効である。結果を再度アセスメントして必要な修正はすぐに行う。

2 環境調整の例

看護師として、日常行っている環境調整は様々なものがある。これらの環境調整には、認知機能障害に対し、物理的環境、社会的環境、運営的環境が相互に影響し合うため、様々な方面からの調整が必要となる。表2-6に環境調整の一例を挙げる。

これらは、日常行われている環境調整の一部分である。看護師は特に意識しないで環境調整をしていることが多い。しかし、認知症の人の環境調整を意識しないまま行っていたり、無関心であったりすると、知らず知らずのうちに十分な配慮がされなかった結果として、「認知症の人が治療を拒否する」、「BPSDが悪化し、生活機能が失われ、介助量が増す」と思うような結果につながる。このような状況を招くと、上手いいかないという苛立ちや無力感から、認知症の人への対応がさらに不適切になり、ますます認知症の人が拒否をするという悪循環を生んでしまう。

大切なのは、看護師一人ひとりが認知症の人の環境調整を行うという視点を持ち、常に考えながらケアを行うかどうかである。意識しながら実施することは、認知症の人の反応を結果として評価し、良かったこと、悪かったことを次のケアに結び付ける。「認知症の人が不安なく、スムーズに治療を受けられている」という状況は、絶え間ない環境調整の結果ともいえる。認知症の人にとって適切な環境調整が看護師個人の能力に委ねられるものではなく、病棟としての基本となれば、「認知症の人が安心して療養生活を送ることができる病棟」となる。そのため、認知症の人個人への個別的な関わりをチームとして実施するだけでなく、病棟として認知症の人に適したケアや環境を提供し続けるための人材育成やルール作りも環境調整と言える。

表2-6 環境調整の例

場・場面	具体的な調整内容
病棟環境	• 部屋の前に大きく名前を付ける • 部屋までの案内を矢印などで廊下に表示する。 • 段差をなくす工夫をする。または段差を目立つようにする。 • 水などが零れていたら、すぐに拭く。 • 汚れや色などで誤認しやすいものは、除去または見えないよう工夫する。 • アラームやナースコール音を鳴りっぱなしにしない（迅速に対応する）。 • 適切な温度、湿度を保つ。 • 歩行の妨げになる物を置かない。 • 廊下の整理整頓をする。
自室環境	• 部屋の扉を開けて、「自分の部屋」を認識しやすくする、他者の存在を感じやすくする。 • 好みに合わせ、自室のカーテンの開閉を行う。 • 夜間の明かりを好みに合わせ、落ちつける明るさにする。 • 日中は自然採光を取り入れ、サーカディアンリズムを付けやすくする。 • 日中に好みの音楽を流す、テレビをつける。音が気になる場合には消す。 • 本人の好む匂いをケアに取り入れる。 • 適切な温度、湿度を保つ。 • 不必要な治療機器、ルート類は乱雑にならないように整える。可能なら早期に外すよう工夫する。または目立たないよう工夫する。 • ベッドの位置を認知しやすい、安全を保てる場所、配置にする。 • ベッドから立ち上がる方向を工夫する。（動きやすい方向・動いてもらいたい方のベッド柵を外しておく等）。 • ベッド柵を本人が使いやすい物に変更する。 • 認知機能に合わせ車椅子や杖を置く場所を認識しやすい、または認識しにくい場所にする。 • 体位変換時に苦痛の少ないポジショニングになるようクッション等を用いる。 • 本人にとって必要と思われる馴染みのものを置く。 • 整理整頓をする。
食事環境	• 好みに合わせ自室で食べるか、食堂で食べるかを選択する。 • どの場所で誰と同じテーブルになると安心して食事が進むかを考慮する。

場・場面	具体的な調整内容
	・その人の注意集中能力や嚥下機能に応じて、賑やかな雰囲気環境にする、または静かな環境にする。 ・食べ物を認識しやすいように、テーブルの位置や椅子の高さを合わせ、食器の蓋を開け、膳の上を整える。 ・使用しやすい食器を選択する。 ・急かすことがないよう食べ終わるのを待って下膳することをルール化する。 ・歯磨きをする時は、口腔^{くわう}ケアを行うという認識を持ちやすくするため、洗面所などの歯磨きにふさわしい環境下で行う、他者がいるテーブルで歯磨きをするのを避け、食事中やくつろいでいる他の患者の環境に配慮する。
排泄環境	・トイレまでの道順を示す。 ・トイレの表示を「便所」など本人が理解できる言葉にする。 ・トイレの扉を開けて、トイレであることを認識しやすくする。 ・水を流す場所を目立つように示す。 ・トイレ内に不必要なものを置かない。または排泄時に必要なものを手元近くに置く。 ・手すりなどの位置が安全な場所にあることを確認してから介助する。 ・障がい者用トイレなど広い方がよいか、自宅用のような狭いトイレがよいか本人に合わせたトイレを選択する。
入浴環境	・入浴の際のマットをつまつかない位置にする。 ・手すりなどの位置が使いやすく安全な場所にあることを確認してから介助する。 ・寒すぎないよう脱衣所と浴室の室温管理をする。 ・滑らないよう余分な水分をふき取る。 ・入口に浴室と分かるような（図や文字の）表示をする。
対人環境	・ケアの原則、コミュニケーションの特徴をふまえた関わりをするようにケアチームに働きかける。 ・適切な対応ができる時間を確保できるようにチームメンバーの業務調整をする。 ・家族との関係性を見極めて、有効と判断した場合には家族に対し、ケアへの参加を働きかける。 ・他の患者とも親しくなることができるよう、間を取り持つ。

参考文献

- (1) 日本建築学会：認知症ケア環境辞典、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) 児玉桂子、古賀誉章、沼田恭子、下垣光：PEAP にもとづく認知症ケアのための施設環境づくり実践マニュアル、中央法規出版、2010.
- (4) 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.
- (5) 鈴木みずえ：認知症 plus 転倒予防 せん妄・排泄障害を含めた包括的ケア、日本看護協会出版会、2019.

第5節 せん妄ケア（予防と対応）

ポイント

- 1 認知症の人は、環境変化や身体合併症に伴い、せん妄を発症しやすい。リスク要因と入院前と入院後の認知機能の変化から、発症の可能性を予測し、入院時からせん妄予防ケアを開始する。
- 2 せん妄を発症した際には、入院時より実践しているケアを継続しながら、安全で安心できる環境を提供することが基本となる。
- 3 せん妄の症状は個々で異なるため、その時の患者の状態に合わせたケアを行う。

1 認知症との鑑別

認知症とせん妄は症状がオーバーラップしており、鑑別は簡単ではない。看護師は、専門医による診断の前に対応を求められることが多い。せん妄のリスク要因と、入院前と入院後の認知機能の変化、症状の現れ方からせん妄を予測し、より適切な治療や対応ができるようにしていく。

2 せん妄のアセスメント

せん妄を発症すると、様々な予後が悪化すると言われており、患者のQOLに影響を及ぼす。また、家族にとっても認知症になったのではないかと（認知症の人は、認知症が進行した）と考え、施設入所が脳裏を横切ることも考えられる。さらに、医療従事者は必要な治療や看護が実施できず対応困難となり、疲弊してしまうことが多い。

入院期間が延長することで、病床回転率の低下や在院日数の増加につながると同時に、せん妄が長期化することで、認知機能障害が残存することもある。認知症の人はそれだけでせん妄発症のリスクが高いため、入院したらすぐに予防的な関わりを実践する。また、せん妄を早期に発見するとともに、遷延^{せん}させないようにする。せん妄の有無を把握するのによく使用される評価尺度を表2-7に示す。

また、せん妄のリスク要因は、準備因子、誘発（促進）因子、直接因子に分けられ、これらの要因が複数に重なって発症する（第1章第1節「認知症に関する知識」P6～17参照）。この3つの視点はせん妄発症を予測する手掛かりになると同時に、個々の誘発（促進）因子を探ることで、ケアの大きなヒントとなる。

表2-7 せん妄の評価尺度

評価尺度	メリット	デメリット
せん妄スクリーニング・ツール (DST:Delirium Screening Tool)	●せん妄の可能性があるかどうかを簡易に判別できる。 ●患者への負担が少ない。	●患者の外見や行動をもとに認知機能を間接的に評価するため、看護師の知識に基づいた主観的判断が必要となる。
せん妄評価尺度 98年改訂版 (DRS:Delirium Rating Scale-R-98)	●せん妄の有無と重症度の両方を評価できる ●点数化して重症度の変化を捉えることができる	●患者の協力が必要 ●慣れるまでは、各項目の判断基準を確認しながら使用する必要があるため、評価に時間を要する
日本語版 ニーチャム 混乱・錯乱 スケール (J-NCS:The Japanese Version of the NEECHAM Confusion Scale)	●錯乱・混乱状態の初期・早期の症状を敏感に把握できる ●通常のケア、特に患者との言葉や行動・表情のやり取りのなかで観察できることで評価できる内容である ●患者の協力を必要としない	●項目が多く、慣れるまでは、各項目の判断基準を確認しながら使用する必要があるため、評価に時間を要する
CAM-ICU (The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit)	●せん妄の有無を評価できる ●挿管や気管切開で発声できない患者にも使用できる	●重症度の評価ができない ●患者の協力が必要である ●視聴覚障害のある患者では、評価しにくい ●自尊心を傷つけないような配慮が必要
日本語版せん妄評価尺度4AT-J	●質問形式(3項目)と観察形式(1項目)の構成であるため、簡便である。	●質問への拒否や傾眠状態、重度の認知症、身体的苦痛の強い患者の場合、4点以上(せん妄や認知機能障害の可能性)となる可能性がある。 ●質問時は、自尊心を傷つけないような配慮が必要

DELTA（delirium team approach）プログラムとは？

看護師がせん妄ケアに対して困難さを感じている場面には、①「何となくいつもと違う」と感じながらも“せん妄”だと自信をもって言えない、せん妄と判断しても次にどのようにすればよいかわからない、という「個人レベル」での困難さと、②せん妄と判断して報告したとしても、チーム内や医師と共有できない、という「チームレベル」での困難さがある。DELTA プログラムでは、この2つの困難さに対する課題の解決方法を統合することで、看護師が患者のせん妄を疑った際、具体的な行動につなげることをめざしている。

DELTA プログラムは、「教育プログラム」と「運用プログラム」で構成されており、なかでも「運用プログラム」には、せん妄のリスクアセスメントに用いることができるツールとして「せん妄アセスメントシート」が導入されており、令和2年度診療報酬改定で新設された「せん妄ハイリスクケア加算」のベースとなっている。

「せん妄ハイリスクケア加算」の目的と意義

せん妄ハイリスクケア加算の目的は、一般病棟入院基本料を算定する病棟において、入院早期にせん妄のリスク因子をスクリーニングして、ハイリスクであることを共有し、その患者に対して入院時からせん妄予防ケアを実践することである。

せん妄ハイリスクケア加算に係るチェックリストは、厚生労働省が提示しているものを使用したり、DELTA プログラムを活用し、独自のチェックシートを作成したりするなど、施設ごとに工夫されている。「せん妄のリスク因子の確認」では、ひとつでも該当すれば算定は可能であるが、その患者がせん妄の準備因子をどの程度有しているのかを把握することが求められている。そして、「ハイリスクケア患者に対するせん妄対策」では、看護師のみならず医師や薬剤師、栄養士、リハビリスタッフなどの多職種で情報を共有し、せん妄対策に取り組むことが重要である。

3 せん妄ケア

（1）せん妄予防ケア

リスク要因によっては予防できるものもある。患者の情報収集を行いながら同時に予防ケアも行う。患者個々人がもつせん妄のリスク要因を全体像の中で全て捉え、一つでも少なくしていくことが課題となる。以下に具体的な方法を示す。

①疾患に関連する症状を取り除き、全身状態を整える

病態の把握と、バイタルサイン、尿量や水分バランス、検査データなどを観察し、病状の予測をふまえた全身管理を行う。また、疾患や治療に伴う苦痛を観察、予測し、緩和に努める。認知症をもつ患者は体調不良があると、より苦痛を適切に表現することが苦手になる。疼痛はせん妄の誘発（促進）因子であり、ケアする側はこのことを理解していないと患者の言動を「落ち着かなくなった」とのみとらえ、疼痛への対応がなされない恐れがある。患者の落ち着かない言動の背景には疼痛をはじめとする苦痛が潜んでいることを念頭に置き、その人の病状を併せて適切な対応が必須である。

②不安の軽減に努める

i 患者の背景を知る

入院前の生活状況（生活機能の程度、一日の過ごし方など）や、性格、社会的な役割、家族との関係、不安に感じていることなどの情報を得ておくことで、何にストレスを感じやすいのか、不安やストレスに対してどのように対処する傾向があるのかを把握する。また、入院前の生活状況のなかで、取り入れられそうな活動や環境を検討し、安心につなげることも大切なケアである。

これらの情報は家族など身近な人から得ることが多いが、ぜひ認知症の人に合ったコミュニケーションを駆使して本人から情報を得てほしい。

ii 入院生活・治療に関する説明を行う

これからどんな治療をするのか、どのような状態になると退院できるのかなどのイメージをもってもらうために、認知症の人であってもきちんと説明することが重要である。しかし、混乱が生じやすくかえって不安を煽るような結果になることが予測される場合は、状況に応じた時期や説明の方法を検討する。同時に、安心して任せてもらえるよう、笑顔で接し、ボディタッチなど非言語的コミュニケーションを活用しながら不安を与えないコミュニケーションを心がける。

③感覚遮断を減らす

感覚遮断は見当識をなくし、心理的な不安定さを増して、せん妄を発症するリスクとなる。急性期の治療を行う際、義歯や眼鏡を外されたり、日時に関する話題や刺激が入らなかったり、何の刺激も入らない時間が長時間続いたりすることがある。ベッド周囲をカーテンで仕切られている閉塞感のなか、単調な機械音や振動が一晩中続いていることもある。このような感覚遮断が様々な形でみられるが、その状況に慣れている看護者は感覚遮断が生じることに気づきにくい。

刺激を少なくする方がよい病状の時を除いて、五感への刺激を増すことを心掛ける。例えば、補聴器や眼鏡を使用することや、安静が必要な時期でもカーテンを開けたり、病状が許せばベッドアップする機会を設けたりすることで適切な情報が入り、自然と周囲に興味に向かい、自分の状況を把握する助けになる。義歯を装着することで、いつもの自分を取り戻し、言葉を発しようとする意欲を引き出すきっかけとなりうる。看護師が話し掛ける普通の会話も感覚を刺激するのに重要である。

急性期病院での患者の多くはベッド上の刺激のない環境、単調なリズムで過ごしている。特に高齢であれば、安全、安楽なケアとして安静期間が長くなり、本人ができることも介助してしまうことで、その人の能力を奪っている可能性もある。認知症の人の持てる力を引き出し、生活範囲を少しずつ拡大して環境からの刺激を受けるようにする（表2-8）。ただし、患者の病状や身体機能に応じて行うこと、本人の意向を踏まえながら基本的ニーズを満たすケアを実践することが重要である。

表2-8 生活範囲を拡大する例

排 泄：尿カテーテルを早期に抜く▶ベッド上での自力排泄▶ポータブルトイレの使用
 ▶トイレでの排泄
 食 事：ベッド上▶ベッドサイドに座る▶食堂で食事する
 清 潔：ガーグルベイスンを用いたベッド上での歯磨き▶洗面所での歯磨き・手を洗う
 ベッド上での清拭▶ベッドサイドで座ったり立ったりしながらの清拭▶入浴

④生活リズムを整える

睡眠パターンの乱れ（不眠や昼夜逆転）、活動性の低下など、生活リズムの乱れはせん妄のリスク要因である。また、せん妄になることで生活リズムが乱れる。

身体状況に見合った、一定のパターンをもった生活リズムになるよう、休息と活動のバランス、覚醒の契機となる食事や活動の取り入れ方に配慮する。また、患者個々人がもつ特有のリズム・パターンに配慮する。そのためにも、入院前の生活に関する情報を収集し、活用する。

一方、病院では、〇時に消灯、〇時に起床、〇時に食事と一定のパターンが準備されており、これを守ることが規範となっている。しかし、患者は個々のリズム・パターンで長年生活している。特に、睡眠パターンは個別性が高い（何時寝るか、何時に起きるか、夜間の覚醒はあるか、昼寝はどうしているか、など）。眠れないという状態を把握した場合、入院前の睡眠パターンはどうかを必ず確認した上で、睡眠導入剤の使用歴、量、服用する状況や時間などを細かく把握し、入院中はどうするかを決めていく。また、睡眠導入剤を使用する場合は、その効果をみながら、服用時間を調整していく。眠れないからといって簡単に量を増やすと副作用が大きく表れる場合があるため注意が必要である。なかでも、ベンゾジアゼピン系睡眠導入剤は、せん妄を誘発することが多いため、服用時には十分な観察を行う。

また、不眠の理由が夜間の看護師の足音や処置の場合もある。睡眠を阻害しないように処置の方法やタイミングを考慮する。輸液ポンプや処置の音などの環境にも配慮する。

また、活動と休息のメリハリをつけることのみに集中すると患者に負担を強いることになる。夜は寝てほしい、昼は起きてほしいという看護師側のニーズによるケアが考案されていることもある。日中車いすに座らされ、何もせずじっとしている患者の姿を目にすることがある。座ったまま眠っても良い睡眠にはならず、疲労が蓄積する場合もある。特に高齢者や心不全など内科疾患をもつ患者では、疲労感があり眠気を感じている状態ならば短時間、しっかり横になった方がよい。表情や言動を観察しその人に合わせて活動と休息のバランスをとっていく。そのためには、起きてもらう時には何かしらの軽い作業や清拭などのケアを組み入れ、覚醒して何をするのか、患者にも理解できるようにするとよい。日常生活における基本的ニーズに着目することも、その患者のもっている生活リズムを呼び起こすきっかけとなる。

⑤現状への認識と興味を引き出す

急性期病院の限られた環境での生活のなかでは、どの位時間が経過したのかなど、時間の見当をつけにくい。その上、治療に伴う安静や病状からくる身体的苦痛が加わると、現状に対する興味が失われやすくなる。今がいつで、自分がいる場所はどこなのか、周囲の人は誰なのか、などの情報を提供することは、不安の軽減につながる。

現実見当識への支援はせん妄ケアにとって重要なことであるが、その方法によっては、患者の自尊心を傷つけかねない。見当識の回復を目指すためかもしれないが、今いる場所や今の日時をあからさまに患者に質問する光景を見ることがある。見当識を質問すること＝見当識への支援ではないことを念頭に置き、意識レベルの確認の目的等で必要なことであれば、「症状の確認をします」など、事前に説明して欲しい。意識レベルの確認以外の場合は、今が何月何日で、どこにいて、目の前にいる人が誰なのか、患者が自然と理解できるように関わるのが重要である（表2-9）。

表2-9 時間、場所、人の見当をつけるための方法の例

- 時計（見慣れた物がベスト）やカレンダー（患者の状況によっては日めくり）を患者の視界に入る所に置く。
患者が自ら確認できないようであれば、コミュニケーションをとりながら伝える。
- カーテンを開け、外の風景や時間の経過に伴う光の変化が見えるようにする。
- 離床できない場合でもベッドを挙上し、視界が広がるようにして現実見当識への興味を持てるようにする。
- 日常会話のなかで、時間や季節などの話題を出し、感じ取ってもらえるようにする。
- 入院前の日課の情報を得て、取り入れる方法を検討する。
（毎朝、新聞で月日を確認している、〇時に〇〇のTVを見るなど）
- 家族やペットの写真、孫が描いた絵などを飾ってみる。
- 家族の面会時に、名前や関係をさりげなく伝える。

⑥その人にとって心地よい環境を整える

現実見当識を維持するためには、自然と外が見えるような環境が有効である。だからといって、本人の思いを考慮せずにカーテンを開けっ放しにすることは、かえって自尊心を傷つけることになる。患者のプライバシーに配慮し本人の許可を得ながら、季節や時間の感覚が感じられるように工夫することが重要である。

病院の環境のなかで、その患者にとって不快な刺激（たとえば、音、一方的なケア、慌ただしい雰囲気など）は何かを把握し、可能な限り改善に努める。病院は、看護者にとっては日常的な環境であるが、患者にとっては非日常であることを理解し、患者に聴きながら環境調整を行う。

患者の目線で病院という環境を見つめてみることもせん妄ケアの重要な視点である。

（２）せん妄発症時のケア

予防ケアを実践したとしても発症してしまうことがある。せん妄を発症した場合には、^{せん}遷延や悪化させないようケアを行う。急性期治療の場合には、せん妄症状への対応として薬物療法が実施されることが多い。安全にかつ有効に治療を進めるためには必要なことはあるが、同時にその患者に適したケアが提供されなければ、薬物も有効には働かない。

以下にせん妄発症時の対応方法を示すが、脳の機能や病状が一人ひとり違うように、せん妄症状も個々で異なるため、入院時より実践しているせん妄ケアを継続しつつ、その時の患者の状態をみながらケアを実践していくことが重要である。

①安全の確保と苦痛の軽減を図る

ルート類が挿入されていることは、拘束感につながりせん妄のリスクになる。しかし、身体疾患や身体症状が改善しなければ、せん妄も改善しないため、点滴類による治療は必須であることが多い。そのことを患者は理解できず、苦痛に対処するため患者は無意識のうちに点滴類を自己抜去してしまうことがある。特に、認知症をもつ患者では自己抜去する例が多数みられる。そのほか、せん妄の症状が強い時に、危険な行動や予測外の行動をとることがある。治療が安全にかつ有効に進められるよう点滴やドレーン、カテーテル類の管理を行う。

同時に、疾患や治療に伴う苦痛の緩和に努める。具体的には、苦痛を少なくするケアを行うほか、苦痛を伴う治療を少なくできないかを医師と検討する（表2-10）。その際、看護師からは患者の心理状態、危険行動などの情報を提供し、その方法での治療に代わる方法を提案する。医師から病状や治療方針について情報を提供してもらい、方法を変更した場合に患者に生じるリスク、不利益がないかも検討する。

点滴などの治療のほか、安静を保つことや絶飲食も認知症をもつ患者にとっては必要性を理解できず、苦痛となる。禁止事項ができるだけ少なくなるよう、禁止事項の緩和に伴うリスクとその対処を含めて医師や関係する職種と検討する。

表2-10 点滴類の挿入に伴う苦痛とその緩和の例

1 ルート類による苦痛を少なくする

- 固定部分がひきつれ、違和感がある▶固定の方法を変える。
- テープの痒みがある▶テープや固定の方法を変える。
- ルートに伴う痛み、違和感がある▶点滴針の角度、ルートの通し方、固定方法を配慮する。
- 点滴ボトルやルートが気になる▶見えない位置にする。

2 ルート類による苦痛の時間を短くできないか検討する。

例)24時間の持続点滴を夜間入眠する時間帯は中断できないか検討する。

例)抗生剤の点滴治療を内服薬に変更できないか検討する。

⚠ セン妄症状に対する薬物療法時の留意点

薬物調整を行う際、その薬を使うことによって患者がどのような状態になればよいのかを明確にしておくことが重要である。せん妄によって出現している全ての症状を薬物でコントロールしようとする、過鎮静になり、誤嚥、転倒、褥瘡などの二次的合併症を引き起こすことがある。二次的合併症が生じることでせん妄が悪化することにもなりかねない。

看護師は、薬物を処方する医師に対し、患者の状態について、できるだけ具体的な情報を提供する役割がある。例えば、「不穏」「落ち着かない」「夜大変だった」という情報のみではなく、「○時頃から、何か見えているように、宙を探る動作をするようになり、そわそわし始めた」というように、ある程度看護師としてアセスメントした結果とともに、具体的な状態を報告する。

「鎮静は患者のストレスを軽減するものであり、決して、“鎮静＝眠らせること”ではない¹⁾」といわれるように、薬物療法の目標をケアする側に合わせるのではなく、あくまでも患者の心身のストレス軽減に焦点をあてること、そして、医師や他のスタッフとの共通認識とする必要がある。

⚠ 身体拘束を行う際の留意点（第2章第6節「認知症をもつ患者のリスクマネジメント」P81～93参照）

急性期の治療では、疾患や治療に伴う危険が大きく、患者の安全を守りながら、治療を有効に行うために、身体拘束を行う場合がある。侵襲性の高い処置、意識障害のため安全な行動がとれない場合など、身体拘束がやむを得ない場合もあるが、その後必要性について見直しが行われずに、そのまま継続されていることは問題である。

急性期病院に勤務する看護師として、患者の生命を守るために疾患の治療を優先する時期から、元の生活に戻るためのケアを優先させる時期に移るポイントを見極めながら、本当に身体拘束が必要なのかスタッフ間で十分に検討し、やむを得ず身体拘束を開始した際は、早期に身体拘束を解除することを意識しなければならない。

また、身体拘束を行っている期間は、少しでも拘束感を減らすことができるよう身体拘束の部位と用具・方法を検討し、一時的でも身体拘束を外す機会を増やすように心掛けること、身体拘束による二次的な弊害を起こさないための観察とケアを行う必要がある。

②せん妄症状への対応と安心できる環境を提供する

せん妄をおこした患者は、誤認や見当識障害によって自分のおかれている環境が理解できず、不安が生じている可能性が高い。加えて、錯覚や幻覚などの症状が重なると、より不安が増強することが十分に予測される。看護者は、少しでも不安や恐怖感を軽減できるように関わりをすることが求められる（表2-11）。

また、せん妄に附随する症状として睡眠覚醒障害があり、改善のための治療やケアを行う必要がある。睡眠覚醒障害がある場合、不眠のみに気をとられ、なんとか眠らせようとしてしまいがちである。しかし、覚醒時にどのような活動をしているかも考慮する必要がある。覚醒している時間が心地よい刺激や楽しみとなる活動ができるか、逆に、眠いのにならしてもらえない不快感や疲労が続いているかによっても、良質の睡眠が確保されるかは異なる。また、安心できないと落ち着いて入眠できない。夜、不安なく、リラックスできる環境がつけられるようにする。

表2-11 不安や恐怖を軽減する関わりの例

- 患者の目線に合わせ、落ち着いてゆっくりと話しかける。
- ケアや処置時は、いきなり身体に触れず、まず声をかけて相手が反応してから身体に触れるようにする。
- 患者は、せん妄症状によって注意が障害され、言葉のみの説明では十分に患者に行き届かないことが考えられる。また不安や恐怖を強く感じているため、患者の認識している状況を否定したり訂正したりするのではなく、患者が感じている世界を酌み取った上で、肯定的な関わりを心掛けることが重要である。
- 患者の言葉をよく聴く。

せん妄症状によって、一見つじつまの合わない言動のように思える患者の言葉の中に、不安やストレスに感じている内容が網羅されていることがある。患者がせん妄の世界の中で何を感じているのかを見つめることで、ケアの大きなヒントになるため、患者の言葉をよく聴く必要がある。

③家族へのケア

家族の姿や声は、患者にとって現実見当識を呼び起こすことにつながる。同時に、患者にとって安心できる存在である家族に対し、看護師は、せん妄予防の観点からも傍に付き添う協力を依頼することが多い。しかし、家族の付き添いが、患者の事故を予防するための“見張り番”となっていることも少なくない。看護者は、家族を“見張り番”ではなく、患者にとって安心できる重要な存在として認識する必要がある。

また、家族の心理として、「医師や看護師に迷惑を掛けている」「このまま治らないのではないか」など、不安を募らせていることが予測される。家族に対し、患者がどのような状態にあるのかを説明し、せん妄について正しい知識を提供して、せん妄については回復することと、危険な行動をとるため事故発生のリスクがあることを理解してもらう。また、医療従事者とコミュニケーションを密にとってもらい、患者にとって安心できる存在、よい刺激を提供する存在でいてもらえるよう配慮する。

引用文献

- 1) 伊藤有美：せん妄であわてない3 セン妄のアセスメントとケアⅢ 鎮静・鎮痛、看護学雑誌、74 (10)、34-37 頁、2010.

参考文献

- (1) 太田喜久子編：せん妄ケアはどこまで進んでいるかー有効な予防法・対処法のエビデンス EB-NURSING6 (4)、中山書店、2006.
- (2) 一瀬邦弘ほか監修：せん妄 すぐに見つけて！すぐに対応！、照林社、2002.
- (3) 茂呂悦子著：看護ワンテーマ BOOK セン妄であわてない、医学書院、2011.

- (4) 岸泰宏：せん妄（特集 認知症の臨床的診断—薬物投与の前に鑑別を要する病態）
認知症の最新医療、1（3）112-118 頁、2011.
- (5) 長谷川真澄・栗生田友子編著：チームで取り組むせん妄ケア 予防からシステムづくり
まで、医歯薬出版株式会社、2017.
- (6) 小川朝生編：特集「DELTA プログラム」って知ってる？「これせん妄？」と思ったとき
の対応ケア、Expert Nurse Vol.33 No.12 october 2017.
- (7) 令和2年度診療報酬改定の概要（入院医療）令和2年度診療報酬改定 Ⅲ－1 医療機
能や患者の状態に応じた入院医療の評価－⑥、せん妄予防の取組の評価、せん妄ハ
イリスク患者ケア加算の創設、厚生労働省保険局医療課.

第6節 認知症をもつ患者のリスクマネジメント

ポイント

- 1 認知症をもつ患者の行動を制限することは、ADLの低下、せん妄およびBPSDの発症など、新たな問題につながる。
- 2 急性期病院では、認知症をもつ患者の行動を制限することは、事故予防の根本的な解決にはなっていないことを再認識し、行動制限のない組織をめざす必要がある。
- 3 認知症をもつ患者の事故の根底には、不安や混乱があることを理解し、患者の行動を予測し早期から不安の軽減に努めることがリスクマネジメントにつながることを理解する。
- 4 行動制限のないリスクマネジメントを推進するには、個々の意識を高めるだけでなく、組織を挙げて取り組む必要がある。

1 急性期病院における認知症をもつ患者のリスクマネジメントの現状

私たちは生活のなかで、常になにかしらの危険にさらされており、それは自ら引き起こすものもあれば、他者から引き起こされるものもある。そして、できるだけその危険を回避するために、私たちは日々注意しながら生活している。

しかし、認知症の人は理解力や判断力が低下することによって、危険を察知することが困難になる。認知症の人が事故に陥ることは、慣れた環境であっても起こり得るが、慣れない環境に置かれるとさらに事故発生の危険性は高くなり、事故予防のために他者のサポートが必要になる。

なかでも、認知症の人が身体疾患で病院に入院すると、環境の変化に加えて身体症状からくる苦痛や意識障害、治療にともなう点滴やカテーテル類の挿入などにより、いつもとは異なる感覚に陥り混乱を招き、転倒やベッドからの転落、点滴やカテーテル類の自己抜去、離棟など、事故がより一層起こりやすくなる。

入院中の患者の事故は、その予測が可能な状態であれば医療従事者の責任となる。患者・家族が法的に訴えることも増えており、病院の損害を防ぐためにも、事故予防は医療従事者全員に課せられるミッションとなっている。

身体疾患の治療が主な目的である急性期病院における認知症をもつ患者の事故には、前述のような患者の身体や行動によるもののほか、医療従事者の行動によるものなど多岐にわたる。医療従事者の行動による事故としては、処置・与薬する患者の取り違い、提供すべき食事や薬物の間違いなどがある。認知症をもつ患者は、「〇〇さんですか？」と自分とは違う名前と呼ばれても、「はい」と答えてしまったり、いつもと違った薬物や食事を提供されても自ら確認したり「違うのではないか」と訴えたりできない。いずれも認知症をもつ患者の特徴

をふまえた確認がなされていないことが要因となっている。

医療従事者の行動による事故が起きるたびにそれを回避するための方策として様々な確認がルール化され、それを守るために看護師が「すべきこと」が増えている。事故を起こさないようにするためのルールは必要である。しかし、報告書を作成し、振り返りのカンファレンスを行うなどの「すべきこと」を遂行することにとらわれてはいないだろうか。報告書やカンファレンスを通して、事故の要因を明確にし、目先の事故対策ではなく根本的な改善につながる対策を講じることが必要である。

一方、転倒やベッドからの転落、点滴やカテーテル類の自己抜去、離棟などの患者の身体や行動による事故を回避するための方策として、認知症をもつ患者の行動を制限することが第一選択となっている現状がある。

2000年の介護保険制度後、2001年には厚生労働省の「身体拘束ゼロ作戦」が展開され、介護の現場や療養型医療施設に「身体拘束はしない」という考え方が広まった。急性期病院においても「身体拘束は仕方がない」という思考から、身体拘束をしない看護をめざす病院が増えているが、課題は多い。

看護師にとっても身体拘束を行うことはジレンマとなる。「できれば身体拘束はしたくない」という思いを持ちながらも「安全に治療が受けられるようにするため」と言い聞かせながら、代替策を見い出せずに身体拘束を漫然と続けてしまっている。その結果、病状が回復してもBPSDが出現したり、ADLが低下したりする患者を目の当たりにし、「これでよかったのか」という不安全感が生じる。最も危惧されるのは、同様の経験が続くことで「スタッフの人員不足」や「やむを得ない状況」ばかりに視点がおかれ、身体拘束がむしろ必要なこと、欠かせないことと認識されてしまうことである。患者の行動を制限しても根本的な解決策にはならないことをスタッフ全員で共通認識する必要がある。

2 認知症をもつ患者のリスク

通常、人は、自分の周囲にどのような危険があり、どのように危険回避すればよいかを理解して生活している。また、状況全体を理解して、どのような行動をとるべきかを判断している。しかし、認知症の人は記憶障害、失認、遂行機能障害などの認知機能障害があることから、このような危険回避の行動（セルフケア）が困難であり、適切な行動をとることも困難な状態にある。例えば、身体疾患の悪化により入院すると、全く知らない環境に連れて来られたという思いになる。たとえ何度か同じ病棟に入院した経験があっても、エピソード記憶の障害があれば、本人の記憶には残っていないため、毎回の入院ごとに“初めての場所”という認識になる。しかもそこは、自宅と同じような“生活”する場所とは違う上に、点滴等の管が挿入され、四方を柵で覆われたベッドに寝かされる。そして、周囲の人々は自分の知らない人ばかりなのである。医療従事者や状況を理解できる患者にとっては「入院するということはそういうものである」と判断し、それをふまえた行動をとることができる。しかし、認知症をもつ患者はなぜそのような状況になっているのか理解できず、不安が増強し混乱してしまう。

入院治療が必要な患者には、身体面に何らかの苦痛や不具合が生じており、苦痛をとも

なう治療・処置が行われることが多い。身体の不具合や苦痛に加えて、環境の変化や治療にともなう安静・管類の挿入、閉塞感などが影響し、せん妄（第2章第5節「せん妄ケア（予防と対応）」P70～80を参照）を起こしやすい。加えて認知症をもつ患者はなぜこのような苦痛が生じているのか、自分がどのような状況に置かれているのかを理解できないために苦痛に耐えられず、ベッド柵を乗り越えようとしたり、ふらつきながらも家に帰ろうとして挿入されている管類を抜いたりするなどの行動をとってしまう。そのような患者に対し、「危ないから一人で動かないでください。動きたい時はナースコールで呼んでください」「〇〇さんは今入院しているので、帰れません」と説明しても聞き入れてもらえず、身体拘束に至るという経過を辿る。

医療従事者にとっては、苦痛を軽減するには身体疾患の治療が必要であり、そのためには点滴などの管類の必要性や、安静にしていた方が苦痛の軽減につながるのではないかという判断のもと行動制限を行うが、患者にとっては「どこも悪くないのに何でこんな辛い思いをしなければならないのか」「何で縛り付けられるのか」と矛盾を感じ、強いストレスとなる。その状態が続くと混乱はさらに大きくなり、せん妄の遷延やBPSDの悪化となり、より危険な状況となった結果、行動制限を中止するどころか、薬物（向精神薬）を使用せざるを得なくなるという悪循環に陥る。そうすると、薬の副作用によって誤嚥、転倒など新たな事故をもたらす。入院前は自宅内を歩行でき、食事も自力で食べることができていた人が、寝たきりになり食べることもできなくなるなど、ADLが低下し、自宅に戻ることができなくなる可能性が出てきてしまう。

3 認知症をもつ患者のリスクマネジメント

事故の可能性を予測しておきながら身体拘束以外の対策を考えられず、結果として何も対策をとらないまま転倒して骨折したり、術後の大事なドレーンを抜いたばかりに再手術になってしまうと、認知症をもつ患者本人にとっても心身の負担になるため避けなければならない。「落ち着かない患者に付き添いたい、一人のためだけに時間を割くことはできない」という声を聞く。確かに、一対一で関わるができる位の人員が確保されれば、医療従事者としては安心である。しかし、いくら人手があっても、認知症を理解し適切なケアがなされなければ、患者のそばに付き添っていてもよい反応は返ってこない。それどころかそばにすることで患者に不快な思いをもたらしかねない。人手があれば転倒や管の抜去などの事故は起こらないかもしれないが、決して「人ありき」ではない。患者を行動制限しないケアの実現は容易なことではないが、医療従事者一人ひとりが意識すると同時に、組織としても積極的に取り組んでいくことが求められる。

（1）認知症の知識を深め、危険性を把握する

まず認知症の症状に着目し、どのような認知機能障害を有していてどの程度の障害なのか把握してそこから行動を予測し、どのような事故がどのような状況で起こりやすいかを考えて個々に合ったケアプランを立てる。

まず医療従事者が陥る最初の落とし穴は、その人が入院前、認知症をもちながら生活していた情報を参考にその人に生じやすい事故を予測することである。患者が入院するにあたり「認知症があるかどうか」という情報は必須ととらえている医療従事者が多い。もちろんそれも重要な情報であるが、残念なのは認知症の有無の情報のみで「事故を起こしやすい」と判断してしまうことである。認知症をもつ患者は転倒のリスクが高いというが、なぜそのような行動をとるのか、その要因は個別性があるということを理解しなければ効果的な予防策は出てこない。

例えば、ふらつきがあり転倒のリスクが高い患者が看護師に知らせずに一人で歩こうとして転倒する事故は多い。一人で歩こうとするから危険と判断するのではなく、なぜそのような行動をとるのかを考えなければならない。元々老化によって歩行する機能が低下しているが、自宅で杖を使いながら自分でトイレに行くことができていた患者にとって、入院後も同様の行動をとろうとするのは当然のことである。一方で、本人は身体疾患の影響を受け、ふらつきが強くなっていることを了解できない状態である。これらを看護師が理解し、さらに「歩きたい」「トイレに行きたい」ことを医療従事者に伝えることができるのか、ナースコールで呼ぶことは可能か、説明を繰り返すことで可能になるのかなど、個々の患者の認知機能に合わせた関わりを検討する必要がある（表2-12、13）。

医療従事者の行動による事故は、認知症をもつ患者の特徴を理解していなかったことが原因の場合もある。このような事故を予防するため、患者個々の症状に配慮した対策を講じる必要がある（表2-14）。そして、この対策を全職員が確実に実施できるようにすることが重要である。

表2-12 認知機能障害から危険行動を予測したケア

危険行動	認知機能障害からの理由	患者にとっての行動の理由（例）	ケアの例
●安全に歩けないのに歩こうとする ●ベッド上で安静が必要なのに歩こうとする	近時記憶（数分～数時間程度前の記憶）の障害により、安静の必要性や介助による歩行の必要性を説明しても覚えていない	●トイレに行きたいなど基本的なニードの未充足 ●自分の居る場所と思えない	●基本的なニードの未充足予測し、満たしていく ●安心できるよう関わる ●視界に入るところに必要なことを書いた説明書きを提示する ●提示物を一緒に見せながら、理由を繰り返し説明する
●離院、離棟	●見当識障害のため、病院に入院していることが理解できない ●トイレの場所が分からない	●自分の居る場所と思えない ●不快な体験から逃れようとする ●基本的ニードの未充足	●関わる中で日時・場所・人の情報を含めた関わりをする （「おはようございます。看護師の〇〇です。ここはA病院です」「10時になりましたので、検温します」「お昼のお食事です」など） ●日時を示す情報が目に入るようにする （カレンダーや時計を見える位置に置く、適切な時間にカーテンを開閉し、昼夜の区別をつけるなど） ●基本的なニードの未充足を予測し、満たしていく
●点滴の自己抜去	●失認、判断の障害により、点滴が何か、自分にとってどのような意味があるか理解できない	●刺入部やチューブが不快 ●点滴やチューブが気になる ●寝返りや体を動かすときに制限がある	●点滴に伴う不快さを減らす ●ルート長さなどを調整し、行動の制限が最小限になるようにする ●目につかないようにする、あるいは理解できる人にはあえて見せて必要性を繰り返し説明する

表2-13 患者の危険行動の前提となる不安や混乱を予防する看護の例

不安・混乱の原因	不安や混乱を予防する看護
身体的な症状、治療、ケアに伴う苦痛、不快感	●病状や治療、その時の状態から苦痛や不快を予測し、除去する ●痛み、苦痛を生じる治療、処置、ケアが少なくなる、あるいは短時間で済むよう調整できないか、検討する
トイレに行きたいのに行けない	●基本的ニードが充足されているか常に観察する ●基本的ニードを充足する（適切な時間の排尿誘導など） ●（場所の見当識では）トイレや自室の表示やトイレまでの動線の目印を工夫する
傍にいない子供のことが心配	●安心できるよう会話をもつ ●集中できる活動に誘う ●子供から、病院で治療を受けるよう書かれた手紙を示す
必要な物がないことへの心配 （被害妄想、物盗られ妄想）	●一緒に探し、医療従事者が協力者であることを印象づけ、安心してもらう ●物の置き場所を決めておき、見つかるようにする

表2-14

医療従事者の行動に伴う事故を予防する、認知症の人の症状に配慮した対策の例

事故の種類	認知症の人の症状による原因	対策の例
医療機器の操作ミス	●認知症の人の言動（暴力、不潔行為、危険行動など）に看護師が気を取られ、医療機器の操作を誤る、確認を忘れる	●操作後に確認する時間をとる習慣をつける ●複数の看護師で対応する ●操作確認をほかの看護師に依頼する
患者の取り違い 食事や薬物の提供ミス	●別の人の名前を呼ばれても「はい」と答える、自分の名前を呼ばれても返事をしない ●自分のベッドにいない（別の人のベッドにいる） ●指示とは関係なく、ほしいと思った食事や薬を要求する	●名前の確認は呼称やベッドネームではなく、患者に付けられているネームバンドで行う ●複数の看護師が確認する ●患者の状態と治療との整合性を考え、疑問をもったら必ず確認する習慣をつける

（2）患者の危険行動の根底にある不安や混乱に着目する

常に不安と隣り合わせで生活している認知症をもつ人が、突然慣れない環境で入院生活を送らなければならなくなったら、不安は増強するだろうと容易に想像できる。加えて、身体疾患からくる苦痛があったり、行動を制限されたりすると、たちまち混乱する。病状にもよるが、例えば発熱や疼痛、呼吸困難感が強く、意識が朦朧としている入院時は、環境の変化を感じる余裕がなく、不安を感じる状態ではないだろう。しかし、徐々に体調が回復し意識レベルが改善されてくると、いつもの風景ではない場所にいることがわかり、ふと「自分は今どこにいるのだろう」と考える。その思いが強くなると「自分がここにいることを家族は知っているのだろうか？」と思い始め、そして「こんなことをしていられない。家に帰らなければ」という思いにたどり着く。このような状況で「入院しているのだから、まだ家には帰れません」と言われても、入院していることが理解されていないため「入院なんかしていない」「どこも悪くないから帰る」ということになる。記憶障害があり、説明されても忘れているのかもしれないが、意識レベルが低下している時に説明されても覚えていない。医療従事者があえて説明していないこともある。医療従事者は自宅で具合が悪くなり、救急車で運ばれ入院した経緯を理解しているが、患者本人にとってみれば、気が付いたら知らない所に連れて来られている状況であり、不安は計り知れないものだろう。

認知症をもつ患者の不安を軽減するには、危険行動の根底にあるこのような思いを知っておく必要がある。患者が混乱してから関わるのではなく、「混乱するかもしれない」ということを前提に、その前から安心できる関わりを工夫することが重要である。患者の意識レベルの改善がみられ始めた時点で具合を伺いながら、ここは病院であるということ、家で具合が悪くなって病院に運ばれてきたことを伝える。患者が「覚えていない」と言った際には「具合が悪かったから覚えていないのも無理はない」と伝える。「どこも悪くないのに」という言葉には「治療をしたから随分よくなった」ことを伝え、元気になってきてよかったという思いを伝える。そして、もう少し治療が必要だからここにいて欲しいと、医療従事者の思いを誠意をもって伝える。患者に記憶障害があると説明したことを忘れてしまうことが想定されるが、覚えてもらうことを目的にするのではなく、「任せてみよう」と感じてもらえるような関わりを目指す。

（3）認知症をもつ患者のニードを見極め、思いに寄り添うケアを行う

「トイレに行こうと思った」「2階にいる家族を呼びに行こうと思った」など、認知症をもつ患者の言動の裏には、何らかの理由が存在する。その理由が医療従事者の常識からはずれた内容だとしても、患者がそのような思いでいるということを受け止める必要がある。

例えば、点滴やドレーンを患者が触っていた場面を目にした時、すぐに患者を制止していないだろうか。患者は抜こうとしていたのではなく、テープの周囲が痒くなり掻いていたのかもしれない。その行動の延長で、点滴の刺入部やドレーンを保護しているガーゼを触り、外そうとしたとも考えられる。

制止するのではなく、「どうしましたか」と行動の理由を尋ねてほしい。そして、点滴やドレーンが入っていることをイメージして、苦痛の存在を予測してほしい。予測できれば皮膚が赤く

なっていないか、テープがひきつれて貼られていなかったかなど、確認できるだろう。そして、皮膚が乾燥しているようであれば保湿のケアをすることで痒みがなくなり、手がいなくなるなど、原因が解消されることでその行動はなくなるのである。

また、車椅子から立ち上がった認知症の人を見て、「危ない」と制止している場面をよく見る。長時間座らされ、腰が痛くなり立ち上がったのかもしれない。そもそも車椅子は移送用のものであり、長時間座ることを目的にはしていない。離床が必要で、一定時間以上患者に座っていて欲しいのならば、車椅子よりも普通の椅子の方が安全なこともある。姿勢が悪くなって辛いと予測できれば、車椅子でもクッションを使用するなどの工夫もできる。そして、時々看護師と一緒に立ち上がり姿勢を整える。このように、医療従事者が認知症をもつ患者の言動の原因を多方面から考え、患者のニードをキャッチし、患者の行動を予測し、工夫することで、事故の危険性は減少することを念頭に置いてほしい。

4 身体拘束について

介護保険施設では、原則として身体拘束は禁じられている。精神科病棟でも、専門医の診断・許可や家族の承諾手続き、詳細な観察と観察記録が必要とされている。一般病棟でも、医師による必要性の判断、医療チームでのケア方法の検討、本人・家族の承諾、必要性について定期的な評価という手続きが求められている。身体拘束は慎重に行われる必要があり、さらに委員会等の第三者による実態把握、適切性の評価が行われる必要がある。

一般病院でも身体拘束を行うか否か、解除するか否かの判断を、主治医を交えてのカンファレンスで話し合われるようになってきたが、その場合でも事故予防が優先され、身体拘束を行うことが選択されやすい現状がある。特に、認知症をもつ患者は事故のリスクが高いという認識があるために、すぐに身体拘束が実施されたり、解除できないと判断され漫然と続けられたりする傾向がある。客観的な判断基準（実施基準、解除基準）を病院全体で決め、その基準に則り、チームで検討して実施・解除する。そして、身体拘束以外の事故予防対策やケアを積極的に進めるようにする。

また、本人の意に反して身体拘束を行うということは、患者の動く自由を阻害することになり、これは人権の侵害に値する。このことを関わる職員全員が理解しておく必要がある。そして、転倒を防ぐ目的であったはずが、ADL低下のほかさまざまな合併症をもたらすことによって転倒のリスクを高くさせること、せん妄やBPSDの発症や悪化を促進させるなど、身体拘束の弊害を自覚しておく必要がある。表2-15にある身体拘束の弊害をよく理解し、やむを得ず身体拘束を行う際には、定期的な観察と、弊害を回避するためのケアを怠らないようにする。

表2-15 身体拘束の弊害

無気肺	臥床状態が持続することで、換気血流不均衡が起こり発症する。
嚥下性肺炎	臥床生活によって誤嚥のリスクが高くなる。
褥瘡形成	同一体位が持続することで体圧が分散しにくくなる。
皮膚障害	体動に伴う摩擦により、スキンテアを引き起こす。ミトンによるむれが生じやすくなる。
循環障害	可動制限による末梢の浮腫が出現しやすい。下肢の筋肉の使用が少なくなることによって深部静脈血栓症が起こりやすくなる。
神経障害	可動制限による末梢のしびれ、冷感、感覚鈍麻が出現しやすい。麻痺（運動障害）が生じる可能性がある。
関節拘縮	同一体位の持続による関節可動域の制限が起こる可能性がある。ミトンによる関節拘縮によって、手指の巧緻性が低下する。
筋力低下	自発的な動きを抑制することにより、筋力低下を引き起こす。
精神的弊害	不安の増強、怒り、悲しみ、せん妄の発症・遷延・悪化、認知症の進行 ストレス性潰瘍が生じる可能性がある。

5 組織ですすめる認知症をもつ患者のリスクマネジメント

身体拘束以外の事故予防対策が見つからない上に事故予防の指示が厳しい場合に、身体拘束や薬物による行動制限などの行為に至ってしまい、それが正当化されていき、いつしか組織のルールになってしまう。

急性期病院で認知症患者をもつ患者のリスクマネジメントを行う上で、その組織がどのような管理方針をもっているかが鍵となる。「やむを得ない」状況から「行動制限のない病院」に向かうよう組織を挙げて取り組む必要がある。

（1）認知症をもつ患者に関連した事故の振り返りを行う

事故を起こすと、アクシデントレポート（事故報告書）を書き、事故に至った要因を分析し対策を講じるというシステムが多くの病院で実施されている。認知症をもつ患者に関連した事故の振り返りでは、さまざまな観点から原因を考えることが重要である。特に、認知症の症状及びその症状に影響する要因、その患者の生活背景と行動との関連、どのようなケアが必要だったかなど、認知症ケアの視点で話し合うことが重要であり、事故の振り返りも認知症ケアの学びの場にする。そして、認知症ケアとして実践した改善策を評価し、うまくいった内容についても振り返り、スタッフ間はもちろん、院内でもフィードバックするとよい。

すぐに「行動制限を強化する」という方針を立ててはいけない。また、確認事項や記録する事項を増やすなど、手順を複雑にすればよいというものでもない。かえってすべきことが増え患者に関わる時間が割かれる要因になると同時に、行動制限に頼らざるを得ない状況を容認することにつながる。看護師はケアの成果を感じられず、不全感に陥る可能性が高くなる。

（２）自施設の傾向を分析する

認知症をもつ患者に関連した医療事故のデータを分析し、自施設の傾向を把握する。どのような事故が多いのか、また、その時医療従事者はどのような対応をしたのか、その患者は、なぜそのような行動をとったのかについて分析し、カテゴリーに分けてデータベース化する。そうすることで、何が不足しているのかなど、自施設の傾向が明らかになる。それをまとめて危険行動の背景にある患者の思いに沿ったケアの事例集として提示することもできる。また、自施設の傾向を分析した結果、不足している部分を補うことを目的として、認知症に関する知識を深めるシステムを構築することができる。例えば、認知症ケアを系統立てて学ぶことができる研修体系のなかに、「認知症をもつ患者のリスクマネジメント」を組み入れ、一見相反する両者の関係性と、行動制限のないケアについて考える機会を設けることもできる。これを全職員が受講するシステムとすれば、認知症の人に適したケアが普及できるだろう。

（３）病棟単位でできるリスクマネジメントとは

リスクマネジメントを含めた認知症をもつ患者のケア計画を病棟内で進めるうえで重要なのは、関わるすべての看護師がその方法のみならず、その理由を含めて理解し、確実に実施できるようにすることである。「認知症をもつ患者に対してはリスクマネジメント上、行動制限をせざるを得ない」という考えを払拭し、「ケアで回避する方法がある」という考えをスタッフ一人ひとりが持つには、病棟の看護管理者（看護師長）が事故やその予防についてどのような管理方針をもっているか、事故予防のための対策に伴って職員（看護師）や患者にどのような影響があるかを明確に意識する必要がある。一人ひとりの患者がどのような行動をとるのか傾向を把握し、事前にケアで回避できる方法を話し合う。身体拘束を避けるために、離床センサーなどの器具を選択する場合もあるが、個々の患者の行動パターンを把握し、どのような器具が有効なのか検討する（注1を参照）。

そして、最も重要なのは、病棟内でのコミュニケーションが円滑に行われているかどうかである。看護師個々がもっている患者情報や考えていることを皆で共有し合い、最も有効な方法を模索する。そして、チームを超えて皆でケアをしようとすることも重要である。看護師同士をはじめとするスタッフ同士が、助け合いながらのケアができているか、病棟の看護管理者（看護師長）は常に目を配りながら、まずは行動制限を少しでも減らしていく。そして、事故だけでなく行動制限を減らすことができたその成果をスタッフ全員で共有し、次のケアに活かしていく。

注1）離床センサー等の器具の使用について

離床センサーは認知症の人の動きをとらえ、医療従事者に伝えるシステムである。これを認知症の人の動きを監視する目的で使用し、動こうとすると制止するのであれば、行動制限のための道具となる。その人の動きをとらえることで早くニードをキャッチし、ニードを満たす目的で活用し、行動を制限しないことが重要である。そして、離床センサーに頼るだけで、その人の満たされないニードや行動傾向などをとらえて看護をしようとしなければ、アラームが

鳴るだけで事故防止にはならないことも意識してほしい。

また、本人が知らないうちに監視する道具をつけられたとなると、不信感を招く。取り付ける際に、なぜそうするのか、取り付けるとどのようなことが起きるのか、本人にとってどのようなメリットがあるかを説明して了解を得る。理解できないからと説明を省くのではなく、最初に説明した上で、疑問や不信感をもつ様子があればその都度説明する。

資料 身体拘束について**(1) 身体拘束の定義**

何らかの器具を使用し、利用者（患者）の自由な動き、身体活動あるいは利用者（患者）自身が、自分の身体に通常の形で触れることを制限すること。

(2) 身体拘束禁止の対象となる具体的な行為¹⁾

- ① 徘徊しないように車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひもで縛る
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む
- ④ 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る
- ⑤ 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、又は皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける
- ⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する
- ⑧ 脱衣やおむつ外しを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る
- ⑩ 行動等を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる
- ⑪ 自分の意思で開けることができない居室等に隔離する

(3) 身体拘束を行う場合の要件

緊急やむをえない場合として、以下の3つの要件をすべて満たす状態であることとされている。²⁾

切迫性	利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
非代替性	身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する方法がないこと
一時性	身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

身体拘束を行う場合は、これらの条件を記録し、「身体拘束廃止委員会」等のチームで検討、確認される必要がある。また、利用者や家族に対してできる限り詳細に説明し十分な理解を得られるよう努めること、常に観察を行い要件に該当しなくなった場合はただちに解除することが必須である。

(4) 3つの要件を満たす状態かどうかの判断

身体拘束を行う3つの要件を満たすかどうかをチームで判断しなくてはならない。決して、看護師個人の判断で行ってよいものではない。代替法を試してもいないうちに身体拘束が第一選択であってはならない。また、「一時的」の要件を満たしているのか、実は身体拘束が漫然と24時間持続で行われてはいないかなど、常に検討されなければならない。こうした判断が常に行われていることが、やむを得ず身体拘束をする際には必要であることを常に念頭においておかねばならない。そして、「患者がどのような状態になったら解除できるのか」を明確にし、それをスタッフ間で共有して早期の解除をめざすことが必要である。

引用文献

- 1) 厚生労働省：身体拘束ゼロへの手引き～高齢者に関わるすべての人に～、7 頁、2001.
- 2) 厚生労働省：身体拘束ゼロへの手引き～高齢者に関わるすべての人に～、22 頁、2001.

参考文献

- (1) 湯浅美千代編：認知症高齢者のリスクマネジメント、すぴか書房、2007、16-17 頁、2007.
- (2) 日本神経学会監修：認知症疾患治療ガイドライン 2010、医学書院、2010.
- (3) 日本総合病院精神医学会教育・研究委員会編：身体拘束・隔離の指針 日本総合病院精神医学会治療指針3、星和書店、57-62 頁、2007.
- (4) 桑田美代子、湯浅美千代編：死を見据えたケア管理技術、中央法規、136-138 頁、2016.
- (5) 湯浅美千代：急性期病院での認知症ケアの課題と展望、認知症ケア事例ジャーナル、2、vol.5、140-146 頁、2012.
- (6) 公益社団法人日本看護協会編：認知症ケアガイドブック、照林社、56-66 頁、2016.

第7節 急性期病院で認知症をもつ患者に行う看護の基本的な考え方

ポイント

- 1 認知症ケアの基本（パーソン・センタード・ケア）に基づき、認知症の人を理解し尊重する姿勢をもつ。
- 2 入院加療中であっても、“生活者”としての視点を持ち、認知症の人をケアする。
- 3 入院前の生活機能レベルを具体的に把握し、ケアに活かす。
- 4 本人の認知機能・生活機能に応じたケアを多職種で検討し、その人にあったオーダーメイドのケア計画を立案する。

1 認知症の人を理解する姿勢を持つ：認知症の人の不安を想像する

急性期の医療機関は、疾患の治療を行う場である。しかし、認知症の人の場合、これまでの暮らしとは異なる環境（例：これまでに関わったことがない人達、標識が多く画一的でわかりにくく、音や光の刺激が多い物理的環境）や、入院の原因や目的となった身体疾患による苦痛（例：医療処置に伴う苦痛、自分の身体症状を的確に伝えられない等）により、不安や緊張、恐怖感や混乱を生じている。看護師はそれらの不安や混乱等を想像し、認知症の人が体験している困難や苦痛に配慮したケアを行う必要がある。「本人の言動の意味を理解しようと努力すること」「治療やケアの説明を本人にわかりやすく行うこと」「本人の苦痛を理解しようと努力すること」等、急性期の医療機関の看護師には、認知症の人には基本的に不安があることを念頭に認知症の人を理解し、尊重する姿勢が求められている。すなわち、急性期の医療機関においても認知症ケアの基本（第2章第1節「ケアの原則」P41～47参照）に則って看護をすることが求められる。

2 “疾患の治療”と“生活者”としての視点を持ち、認知症の人をケアする

急性期の医療機関は「生活する場」ではなく、「治療を受ける場」である。看護する側も“疾患をもった患者”として患者をみている。それは大切なことではある。しかし、社会生活・日常生活に障害が現れてくる認知症の人にとって、“疾患”にだけ目が向けられ、生活を規制されることは退院後の暮らしに支障をきたす恐れがある。つまり、急性期の医療機関で提供される看護は、「疾患の治療」の視点と、認知症の人のことを「生活している人」としての視点が必要になる。

入院後、ADLを低下させない看護は、認知症の人の能力を維持することであり、退院後、スムーズにもとの生活に戻ることにつながる。時間を要したとしても身の回りのことを自分で行えるならば、介護者の心身の負担感は軽減される。介護する人のストレスは、認知症の人の自立の状況によって左右される。そして、自分で行うことは認知症の人の残存能力の維持に

つながる。

手段的日常生活動作（IADL）は、「電話をかける」「買い物に出かける」「金銭管理」「服薬管理」などが含まれるが、独居生活を行うにはこれらのことを一人でできることが望まれる。つまり、IADLは独居が可能か否かを見極めるポイントとなる。基本的日常生活動作（BADL）は、入浴、排泄、移動、更衣、食事の動作であるが、これらが自分で行えないと介護を受ける必要が生じる。家族の負担は増し、自宅退院が困難になるかもしれない。BADLの状況に応じ在宅で対応できるか、施設入所が必要なのかを判断することになる。

入院し治療することで、ADLはいったん低下する。高齢者の場合は低下するスピードは早く、回復に時間がかかる。さらに、認知症の人では、使わない機能はどんどん失われ、回復できない場合も想定しなくてはならない。そのため、生活に必要な能力、機能を失わないように、あるいは早期に回復できるように看護しなくてはならない。

失われてしまったように思われる能力が失われていなかったという場合もある。例えば、話すことができないと思われていたが実は話す機会がなかっただけだったという事例がある。また、おむつで失禁状態の患者に、少しずつ離床を進めていったところ、トイレでの排泄ができるようになった事例もある。認知症だから無理だと思いこんでその人のできることを奪っている可能性を考え、認知症の人の能力や可能性に気づき、引き出す看護を行ってほしい。それが元の生活の場に戻る近道なのである。

例えば、アルツハイマー型認知症は、記憶障害から始まり、見当識障害、判断力の低下、歩行機能の低下、家族の顔が分からなくなり、食事や飲み込めなくなる。認知症だけでなく徐々に全身の機能低下がおこる。だからこそ、残されている能力に目を向ける意識が必要である。看護職はその人の能力を活用しその人が望む生活が営めるよう看護する。そのためにも本人の持っているはずの能力を意識的に引き出そうと関わる必要がある。その援助があつて初めて現在の生活機能レベルを把握できる。

急性期治療を行うために入院した際は、身体疾患や全身状態、認知症症状の悪化があるため、ADLは低下している。世話をされることが当たり前であるため、その能力を発揮する機会もない。身体疾患の悪化がない入院前の生活機能レベルも把握しておくことで、その人の本来の能力を予測できる。入院時に、「食事は自分でされていたのですか？」「買い物は自分で行かれていたのですか？」「トイレはどうされていましたか？」「お薬は自分で管理されていたのですか？」など、日頃の生活がみえるような具体的な質問をすることもポイントになる。

看護職の場合、認知症の人ができない点に着目しやすいが、できる点に目を向けることは日常の業務の中であまり行わない傾向がある。しかし、認知症の人の行動を肯定的に観ることで、これまで見えなかった能力に気付く場合がある。また、よく観察していると小さな回復や変化に気づくことができ、ケアの効果を感じて、更に回復に向けた援助を頑張ろうと思えるだろう。

3 他職種協働連携

患者に最も身近な存在である看護職がADLを意識して関わると、もっとよりよい状態にしたいと思うだろう。そのためにも積極的に関係する各職種と連携をとってほしい。例えば、医師や理学療法士・作業療法士に治療や訓練の状態を確認する、心理療法士に心理面での状態を相談する、栄養状態を改善するために栄養士と食事の形態や内容を相談するなどである。

スクリーニングや治療効果判定目的のために心理療法士や理学療法士等が心身の機能を評価している。他職種が行うスクリーニングや測定で現時点の評価に対し、看護師はその点数をみるだけでなく、どのような環境の中で、何ができて、何ができないのかを具体的に把握したい。そのために、評価ツール・評価結果を活用することになる。他職種が評価する際には、看護職からその認知症をもつ患者について、基礎疾患の状況、日常生活での状況、その人の好みや性格などの情報を積極的に提供してほしい。そして、理学療法士・作業療法士などのリハビリテーションの専門職や心理療法士とともに評価することで、専門的な視点を加えてその人の状況を把握できる。また、できないことについては、介助すればいいのか、あるいは無理をさせていることになっていないかなどを相談することもできる。

4 オーダーメイドの対応を

パーソン・センタード・ケアの要素の一つに、個人の独自性を尊重する (individual care) がある。すなわち、認知症の人の認知機能障害や身体合併症、ADL、生活スタイルなどに応じて対応方法を工夫し、その人の生活機能が十分発揮されるようにしていく。一方的に介助するのではなく、その人が安心して生活し、生活機能を十分発揮できるように援助する。

例えば、部屋から出る際に必ず持つて行くバッグやティッシュペーパーなどがあるなら、それらの物の置き場所を決め、使用後も必ずそこに戻すようにする。その人が何を持って行き、どこに戻すか、関わる職員全員が知っているようにし、物を探して不安になることをなくす。不安なく外出できることで、身体を動かしたり、他者と交流したりする機会を増やすことができる。

カレンダーも1ヶ月が分かるものがよいか (1日終わると×をつけて時間の経過が見えるよう工夫できる)、日めくりカレンダーがよいか (その日に行うことや家族が面会に来る時間など、その人にとって重要な事項を書いておくことができる)、その人の認知機能や手指の動きなどから選択する。カレンダーを使って見当識を補助し、不安を少なくすることを計画する。

これらは「認知症だから〇〇するとよい」というようなノウハウではない。一人ひとりの患者について、認知機能、生活機能、生活スタイルなど様々な情報を多角的にアセスメントし、一人ひとりオーダーメイドで対応を検討し、ケアに関わる者全員が決めたことに取り組めるようにする。その目的は、病院・病棟の決まりごとや医療従事者の都合に合うようにするということではない。その人の持てる力を維持することである。この目的に照らしてケアを評価し、より良いケアにしていくことでADLの維持を図り、患者・家族の望む状態での退院を目指す。

第8節 退院に向けた支援

ポイント

- 1 入院後の情報収集は、本人・家族からだけでなく、在宅サービス関係者や施設スタッフからも得ることが大切である。
- 2 医療の選択が必要な場合には、本人・家族が在宅や施設の関係者とも相談できる場や時間を設定する。
- 3 退院前には、病状の変化だけでなく、ADLの変化やケア内容についても在宅サービス関係者や施設スタッフに情報提供し、退院後の本人・家族の戸惑いを少なくする。

高齢の患者は入院を機にADLが低下したり、経口摂取ができなくなったりすることがある。これは、体調の変化に加え、治療に伴う安静や絶食が必要な入院中に起こりやすいことである。高齢者の場合には、短期間でも機能が低下し、元に戻るためにはかなりの時間がかかることが多い。しかし、治療が終了すると「退院後はこれまでどおりの生活で良い」という説明のみで退院となることもある。ところが、自宅に帰ってみたら、トイレまで歩くことができなくなってしまった、食事をほとんど食べなくなってしまった、むせ込むようになった、などの変化に家族が驚くことがある。また、認知症をもつ患者の場合、退院時の処方薬を紛失した、薬袋に書かれた通りの内服ができない等薬に関する問題が生じることがある。

認知症の人は、入院中の出来事を自分で説明しきれないことが多く、訪問看護師やケアマネジャーは、病棟の看護サマリーなどから情報を得ることになる。退院前に病棟看護師は、患者・家族と話し合うだけでなく、在宅サービス関係者と連携する機会をつくる、あるいは情報共有することを意識してサマリーを記載してほしい。そのような連携によって、患者や家族が退院後に困惑することを少なくし、必要な医療を継続することができる。

また、入院前から在宅サービスを利用している場合には、ケアマネジャーや訪問看護師から入院前の情報を得ることで、入院中の看護計画やリハビリテーションの目標設定に活かすことができる。疾患にもよるが、入院の契機となった疾病に罹患した後の心身の状態だけを見て退院支援を計画するよりも、それ以前の状態を把握し、在宅療養を継続するプランを立てたほうがよい。

1 入院決定時・入院早期

入院が決まった際、または入院後早期に必要なのは地域での暮らしや生活状況の情報収集とアセスメントである。その際には本人・家族からの情報収集はもちろん、ケアマネジャーや訪問看護師、介護施設のスタッフからも情報を得る必要がある。

まず、重要なのは病状をどのように受け止めているか、今後に向けてどのような思いを持

ち、どのように過ごしたいと考えているかである。病状が悪化して入院に至った場合、患者も家族も現状を把握することに必死で、自らどのようにしたいかという意思を伝えられない場合も多い。しかし、本人不在の医療は治療が上手くいかない、退院支援が進まないなどの弊害を引き起こす。入院してすぐに意思を表出することは難しいかもしれないが、状況を見ながら早期に現状の理解や、入院に対する期待などを確認することは重要である。

また療養環境を整えるためにも、入院前の医療管理の状況や生活・ケア上の課題を把握することが必要になる。認知症をもつ患者の場合は、入院時には体調が悪く動けなかったり混乱したりしていて、自宅での様子を自分で伝えられないことも多い。かかりつけ医や訪問看護などの介入状況、医療処置の有無や内容、薬の管理は自分でできていたのか、定期的に受診できていたのか、自宅ではどう過ごしていたのか、どのくらいのADL・IADLだったかなどの情報は、病棟でのケアにも必須であり、リハビリテーションのゴール設定の参考にもなる。

また、患者が行っていたセルフケアや家族がしていた介護は何か、どのようなサービス体制をとっていたか、家族の理解力や介護力はどうかという情報は病状やADLの変化があった場合、入院中に行う家族への介護指導や退院のための調整に反映することができる。

ある程度、自宅の環境が整っている、家族に介護の経験があるといった場合には、家族も退院後の生活をイメージすることができ、大幅なサービス調整の必要がないこともある。しかし、これまでと異なる介護が必要になる場合には、患者の変化を受け入れ、必要な介護を理解できるように家族に説明し、実際に介護方法を身につけてもらうための指導が必要となるため、より集中的に介入することになる。介護サービスの調整にもある程度の期間が必要となるため、早い時期にケアマネジャーにも見通しを伝える必要がある。

注) 要介護認定を受けて要介護1以上に認定されている場合は、ケアマネジャーに依頼しケアプランを作成してもらい、介護保険によるサービスを受ける。しかし、要介護認定を受けていない場合や要介護認定により要支援1、2または非該当（自立）の場合は、まず地域包括支援センターに相談することから始まる。また要介護度によりサービスの範囲が限定されることにも留意する必要がある。（P166 巻末付録「介護保険制度について」参照）

2 治療開始から安定する時期

この時期は、特に患者・家族や医療チーム間での合意形成など意思決定支援や方向性の共有が重要となる時期である。入院後、病状の変化や治療の進捗によって医療上の課題や生活上の課題が変わるからである。認知症をもつ患者の場合、治療方針に関する説明などが家族のみに行われ、本人の意思が反映されないことも多い。しかし、治療を受けるのも、今後の人生を生きるのも認知症の人自身のため、まずは本人の意思を聴き、合意形成に向けて意思決定に反映させることが必要となる。

退院後、これまでと異なる医療処置が必要となる場合には、患者・家族だけにその説明をして選択してもらうのではなく、訪問看護師やかかりつけ医、ケアマネジャー、施設スタッ

フとも相談できるように、病状説明の場を設定したり、相談する時間をつくったりすることも必要である。そうすることではじめて、本人の意思や退院後のQOLを考えた選択ができるという家族も多い。例えば、経口摂取がほとんどできなくなった場合、経腸栄養などの人工栄養をするのか経口摂取だけで見守るのか、という選択が必要となる。療養生活が長い患者の場合には、それまでに方向性について話し合われていることもある。一方、入院して医師から説明を受け、選択を求められる場合、家族は心理的、時間的に切迫した状況で医師から勧められた方向で同意しやすい。勧められた選択の結果、本人の心身にどのような負担が生じるのか、介護負担や経済的負担が家族にどのように影響するか質問したり、熟考したりする時間も手段も乏しいためである。

認知症の人の場合、人工栄養が必要となる時期には本人の意思確認ができないことが多い。その重大な決定を家族だけに負わせるのではなく、医療従事者、関係者とともに検討し選択できるよう配慮する。

話し合いの場の設定以外にも、「退院に向けて心配なことはないか」「これまで食べられなくなったかどうかを考えたことがあるか」「本人はどうすることを希望すると思うか」など家族に問いかけることで、本人の気持ちに沿った選択をすることにつながる。

この時期は本人・家族に今後の療養生活をイメージしてもらえるような働きかけも重要である。入院に伴い、継続的な医療行為を必要としたり、ADLやIADLへのサポートが必要となったりすることがあるためである。1日のスケジュールをイメージしながら、食事、排泄、清潔、活動、服薬等の医療行為を退院後の生活に組み込めるよう調整する。意思決定の場面でも重要な働きかけだが、今後の方針が決まった後も行うことで、退院に対する不安の軽減ができ、スムーズな退院支援に繋がる。また家族の状況によっては、最善と考えられる医療行為やケア方法が選択できないこともある。在宅サービスや退院先の施設の状況も考慮し、「必ず行うこと」、「代替方法を選べること」についても整理し、継続可能な方法を検討しながら徐々に退院後の療養生活の姿に近づけていく。

3 退院後の生活に向けた情報提供

退院に向けての調整をする時期には本人・家族に病状や処置だけでなく、どのような介護が必要となるかを改めて説明する必要がある。在宅退院する場合にはケアマネジャーと在宅サービスの変更や調整を相談し、施設に入所している場合には受け入れが可能かどうかを確認してもらう必要があるからである。退院日の目安が決まってからではなく、できるだけ早期に説明することで、退院に向けたスムーズな調整が可能となる。また、家族は必要な処置やケアを全て理解できているとは限らないため、了解を得た上で、直接病院から在宅サービス関係者や施設に連絡することで適切な情報伝達ができる。

入院中にどのくらいのADLが保っていたのか、食事や排泄について病院ではどのような介助をしているのか、などの情報に加え、介助方法が入院前と異なる場合には、なぜそうしているのか（病状によるのか、病院の体制によるのかなど）という根拠を伝え、退院後のケアプランにつなげてもらうことが必要である。また、認知症の症状のコントロールのために薬

を使用した場合には、その前はもともと何をどのくらいできていたのか、という情報も今後の生活を支えるために重要である。

これらの情報共有の場として有効なのが「退院前カンファレンス」である。本人・家族以外に病院内に関わった医師・看護師・リハビリテーションスタッフ・ソーシャルワーカー等と一緒に、今後地域で認知症の人とその家族を支える地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、訪問看護師、ヘルパー、施設職員が集まって実施する。カンファレンスでは情報共有と共に残された医療上、生活上の課題を検討する。

また、医療的な管理が必要な場合には、ソーシャルワーカーやケアマネジャーを介しての情報伝達だけに頼らず、病棟看護師から訪問看護師へ直接話をする事で、お互いに必要な情報を確認することができる。退院前カンファレンスができない場合でも訪問看護ステーションに電話をして、その時点での医療や生活状況の情報と、退院までに変化する可能性のあることなどを伝えらる。可能であれば、訪問看護ステーション側から連絡をする際の窓口（病棟内での担当者）が決まっていると、その後の連絡がよりスムーズになる。

この時期で重要なのは本人・家族任せにしないということである。認知症の人は進行に個人差はあるが、時間の経過とともに認知症による生活の影響はどんどんと大きくなる。入院を契機に、エンドオブライフケアも含めた今後の過ごし方について、本人の意思を一番に認知症の人と家族を取り巻く様々な人々が支援の方向性を見直し、体制作りに繋げて頂きたい。

参考文献

- (1) 宇都宮宏子、三輪恭子編：これからの退院支援・退院調整、日本看護協会出版会、2011.
- (2) 北川公子、ほか：老年看護学 第9版（系統看護学講座 専門分野）、医学書院、2018.
- (3) 社団法人日本老年医学会編：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として 2012年版、医学と看護社、2012.
- (4) 宇都宮宏子、山田雅子編：看護がつながる在宅療養移行支援、日本看護協会出版会、2014.
- (5) 栗田主一編：特別企画 認知症―地域で支える、こころの科学 通巻161号、日本評論社、2012.
- (6) 高橋紘士編：地域包括ケアシステム、オーム社、2012.
- (7) 堀内ふき、諏訪さゆり、山本恵子編：ナーシング・グラフィカ老年看護学② 高齢者看護の実践 第6版、2023.
- (8) 吉本照子、酒井郁子、杉田由加里：地域高齢者のための看護システムマネジメント、2009.
- (9) 木下由美子：新版在宅看護論、医歯薬出版、2009.

第9節 End of Life を見据えたケア－意思決定支援－

ポイント

- 1 認知症の診断当初からEnd of Lifeを意識し、様々な場面で本人の意思を把握し、尊重できるように関わる。
- 2 治療・処置・ケアにより苦痛が生じることを考慮し、苦痛が少なくなるよう援助する。
- 3 本人に代わって様々な決定をする家族には不安や自責の気持ちが生じやすい。家族の話をよく聞き、関わっている多職種チームで心身両面をサポートする。

1 認知症診断初期から End of Life を見据えて関わる：本人の意思を考慮したケア・医療の推進

認知症は時間の経過と共に社会生活を遂行する能力が低下し、自ら日常生活を営む能力、生命を維持する能力が徐々に低下し死が訪れる。

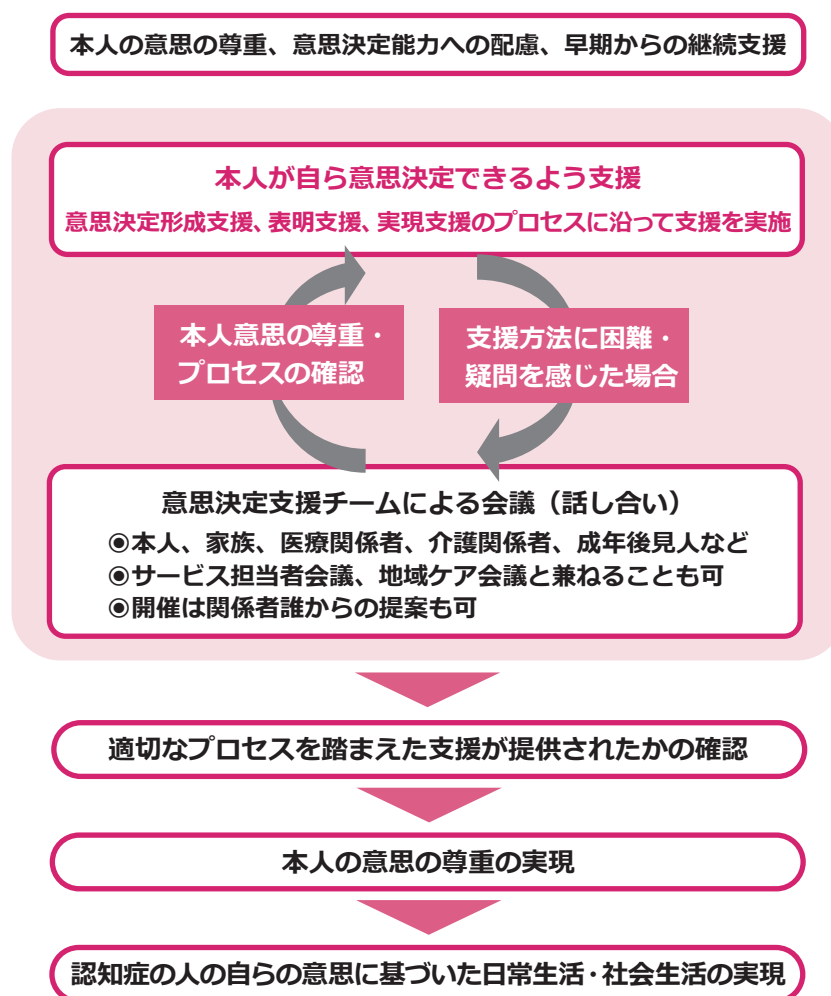
認知症と診断された当初の段階から今後の経過を見据え、死のその時までどのように過ごすか本人の意思を把握し、尊重できるように関わるのが大切である。認知症の人は、重症になると終末期にどのように過ごしたいのか、どのような医療・ケアを受けたいのか、本人の意思を言語で確認することが難しくなるからである。また、本人の気持ち・意思だけでなく、家族や身近に関わる人達の気持ちや思いにも配慮する必要がある。どのように最期のときを迎えてもらいたいのかという気持ちや思いは、時間の流れと同時に変わることもある。突然、医療行為（延命処置も含める）の選択を迫られるのではなく、予め考える時間を持っていることで心構えができていく。つまり、End of Life（患者・家族と医療・ケアスタッフが死を意識するようになった頃から始まる年単位に及ぶ幅のある期間）を見据えた関わりが初期から求められるのである。

認知症も早期診断・早期治療が進められている。認知症の軽症の時期は、言語的コミュニケーションも可能であり、サポートさえあれば自分の将来を自分で考え、決めることもできるのである。本人がどうしたいかが明らかになっていけば、たとえ言語・非言語で自分の意思を伝えることが難しくなった状態になっても、家族や医療・ケアスタッフが本人の意向をくみ取り本人の意思に沿った決定が可能となる。家族等としては、どのような選択・決定を行ったとしても、結果として死に至れば不安や自責の気持ちが生じるのは当然のことである。その選択・決定により最善の状態が得られるよう本人をケアしていく。また、家族等の話をよく聞き、心身両面をサポートすることが必要となる。

2 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」

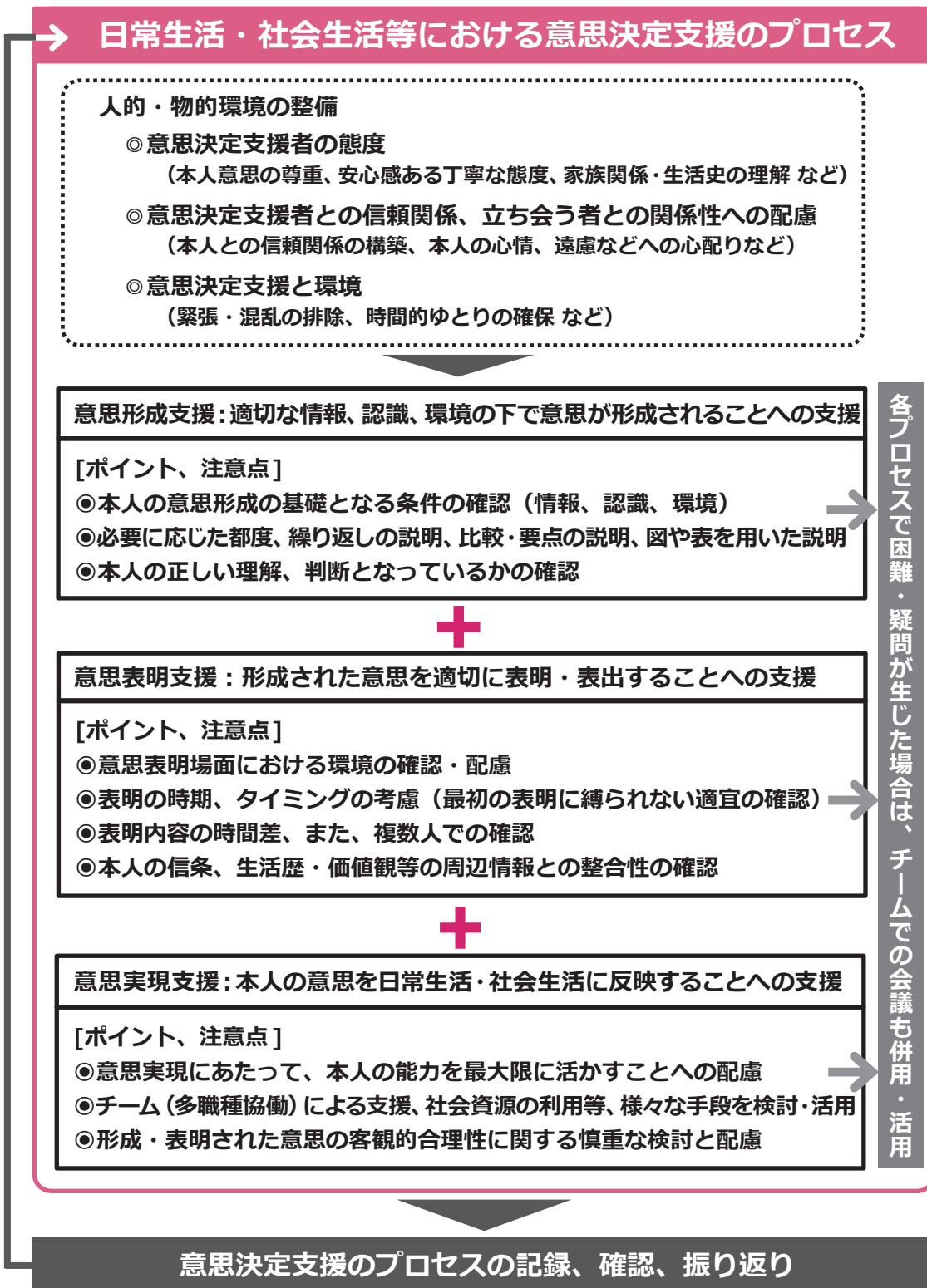
平成 30 (2018) 年、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」(「以下、ガイドライン」) が厚生労働省より公表された。概念図を図2-7に示した。日常生活や社会生活を営む中で、人はさまざまな判断、家鄭をする。その場合の手がかりが示されたものである。その際、「本人の意思の尊重」「本人の意思決定能力への配慮」「早期からの継続支援」は、意思決定支援の基本原則である。認知症の人が入院した場合であっても、本人が自ら意思決定できるよう本人の意思を形成することの支援、本人が意思を表明することの支援を中心とし、本人の意思を実現する支援までが含まれている。図2-8は、具体的なプロセスである。意思決定支援では、意思決定支援者の態度、信頼関係などの人的・物的環境の整備が重要になる。各プロセスで困難や疑問が生じた場合、多職種チームによる様々な手段を検討する¹⁾。

図2-7 意思決定支援ガイドラインの概念図



※出典：厚生労働省：「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン P.11」（平成30年6月）より

図2-8 意思決定支援の具体的なプロセス



※出典：厚生労働省：「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン P.12」(平成30年6月)より

3 認知症の重症期から終末期の身体状態

認知症の原因疾患によって異なる点もあるが、認知症の軽症期は特有の身体的苦痛はほとんどない。中等期以降は日常生活自立度の低下が目立つようになる。それにより生活を送る上で、他者からの介助を受けることになる。

重症期には、食欲低下、失禁、発熱、浮腫、易感染性、低栄養^{じよくそう}、褥瘡^{えん}、失禁、便秘、嘔吐、下痢、嚥下困難、脱水、呼吸困難などの身体的苦痛症状がみられることがある。日常生活自立度は全介助状態となる。これは、認知症を患っていない高齢者であってももっている疾患が重度になれば同様の状態がみられる。

終末期になると嚥下反射が極度に低下し、誤嚥性肺炎^{えん}を繰り返すようになる。この時期に経管栄養を行ったとしても、注入物が逆流し、誤嚥^{えん}を起こすケースもめずらしくない。認知症の終末期は、予後予測が極めて困難である。長期間にわたって様々な苦痛の緩和が必要となる。それががんの終末期と大きく異なる点である。

痛みについては、「認知症になると痛みはあまり感じない」という意見もあるが、認知症の人も痛みを感じている。それは表情や断片的な言葉から伺い知ることが可能である。「痛みはあるか」と尋ねたときに「痛い」「苦しい」とは答えることができないために、「痛みはない」と判断されてしまうのである。痛みは身体的な痛みだけでなく、精神的、社会的、スピリチュアルな側面からも捉える必要がある。たとえば、周囲の人との関わりや環境を不快に感じたことで痛みが増すかもしれない。幼少期の体験が心の痛みとなって、今それが現れ身体に影響していることもある。認知症の人であるからこそ、全人的な視点で捉えた上でケアを提供してほしい。

4 人生最終段階の医療とケア：家族等と共に考える

医療や処置は、苦痛を増す医療・処置と苦痛を軽減する医療・処置がある。苦痛を増す医療・処置であっても、その後、苦痛から解放され、元の生活に戻ることができると理解しているからこそ、その苦痛を我慢できる。つまり、将来どうなるかを理解し、覚えている必要がある。それは認知症の人にとって困難な課題である。

また、認知症やもっている疾患が重篤化し、終末期になれば、その治療・処置によって苦痛がなくなるとは言えなくなる。例えば点滴を行うことで楽になることもあるだろうが、それはどの程度のものか、目の前のその人から把握しているだろうか。一般的に水分が必要だからということで点滴をしているとすると、点滴のために針を刺される苦痛は考えているだろうか。それも、なかなか入らず何度も刺される苦痛と、何もしないことでの苦痛とを比較するとどちらを選択すべきかを考えているだろうか。

逆に、「高齢だから」「認知症だから」と安易に医療を差し止めていることも見聞きする。点滴治療をすることで脱水状態が改善し、意識が戻る場合もある。点滴によって薬が入ることで痛みや苦痛が緩和することもある。行おうとする医療が苦痛を増すことになっていないか、どのような苦痛を緩和することになるか、一つ一つ考え、決めていく必要がある。医療の必要性を判断するのは医師であるが、患者のケアに責任をもちその状態を報告するのは看護

師である。どのように報告するかも医療の選択に影響することを認識して、ケアに当たってほしい。

最終的に、本人の最善を考えたとうえで家族等が「患者の苦痛を増す医療は行わない」と決定することも増えている。医療・処置を行わないことがすなわち医療を全く提供しないことではない。家族等だけに判断をゆだねるのではなく、本人にとって何が苦痛を増すことになるのか、ケアによって苦痛が緩和できないかを医師を含めた多職種チームと本人を含めた家族等共同意思決定行っていく。

コラム：共同意思決定（shared decision making）

「共同意思決定」とは、本人・家族等と医療・ケア従事者等が、医療・ケアにおける意思決定の分岐点において、関係者皆でよく話し合い一緒に考えるコミュニケーションのプロセスを通して、皆が納得できる合意形成・意思決定をすることである¹⁾。これまでは医師が病状や選択肢について説明し、決めるのは「本人」であるという意思決定の考え方が伝えられていた。そのことにより、認知症の人は意思決定ができないと思われていた。しかし、本人にとっての最善の選択は、本人でも明確でないこともある。だからこそ、多職種と認知症の人と家族等と共に、継続的に話し合い本人にとっての最善を考えるプロセスが大切となる。

5 「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」

平成24年6月27日、日本老年医学会が「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドラインー人工的栄養・水分補給法の導入を中心として」^{3)、4)}を発表した。このガイドラインの概要は、1. 医療・介護における意思決定プロセス、2. いのちについてどう考えるか、3. AHN（人工的水分・栄養補給法）導入に関する意思決定プロセスにおける留意点、の3部構成になっている。

1. 医療・介護における意思決定プロセス、2. いのちについてどう考えるか、については、AHNだけでなく、どのケアにも通ずるケアの基盤となることが書かれており、是非、一読してもらいたい。ここに書かれている内容を、第一線でケアしている私達が理解し、実践してこそ、認知症の人や高齢者が有終の美を飾る終焉となりうるだろう。

認知症の終末期は他人事ではない。自分の人生最後をどう生きたいか、どうして欲しいのか、これは、自分自身も含め、医療従事者やその人に関わる専門職への問いかけでもある。また、その問いは、超高齢社会に突入した日本国民全体に向けられるべきものでもあるだろう。少子高齢多死社会となった日本は、死をタブー視せず、死を語ることが必要な時期になっているのである。そうすることで、認知症のみならず超高齢者の End of Life を考えることにもつながるだろう。そして、その結果、認知症の人達の意思決定を支えるケアが提供できると期待している。

引用文献

- 1) 厚生労働省：認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン、平成 30 年 6 月
- 2) 日本老年医学会倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」：日本老年医学会「ACP 推進に関する提言」、2019.
- 3) 社団法人日本老年医学会編：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的栄養・水分補給法の導入を中心として、<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/>
- 4) 社団法人日本老年医学会編：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として 2012 年版、医学と看護社、2012.

参考文献

- (1) 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、177-187 頁、2017.
- (2) 桑田美代子：豊かな命の看取り—生活の中のケア—、緩和ケア、17 (2)、97-101 頁、青海社、2007.
- (3) 桑田美代子、湯浅美千代編：高齢者のエンドオブライフ・ケア実践ガイドブック 死を見据えたケア管理技術、中央法規、2016.
- (4) 日本老年医学会倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」：日本老年医学会「ACP 推進に関する提言」、2019.
- (5) 清水哲郎・会田薫子（編）：医療介護のための死生学入門. 東京大学出版会、2017.