

CareTEX 福岡 専門セミナー

ケアに活かす認知症の正しい理解

～BPSD (周辺症状) を紐解くと接し方がわかる～

期日/日時 2021 年 2 月 25 日 (木) 11:40～12:40

会場 西日本総合展示場

- 認知症の種類と症状
- 認知症利用者とのコミュニケーション
- BPSD をケアに活かすためのヒント ～BPSD と応用分析学～



福岡シティ福祉サービス

～(株) 東京シティ福祉サービス FC 加盟店～

■認知症の種類と症状

認知症とは

認知症は脳疾患による症候群であり、通常は慢性あるいは進行性で記憶・思考・見当識・理解・計算・学習能力・言語・判断を含む多数の高次機能障害を示す。意識障害はない。認知機能は通常、情動の統制・社会的行動あるいは動機づけの低下を伴うが、場合によってはそれらが先行することがある。

WHO 国際疾病分類

認知症について

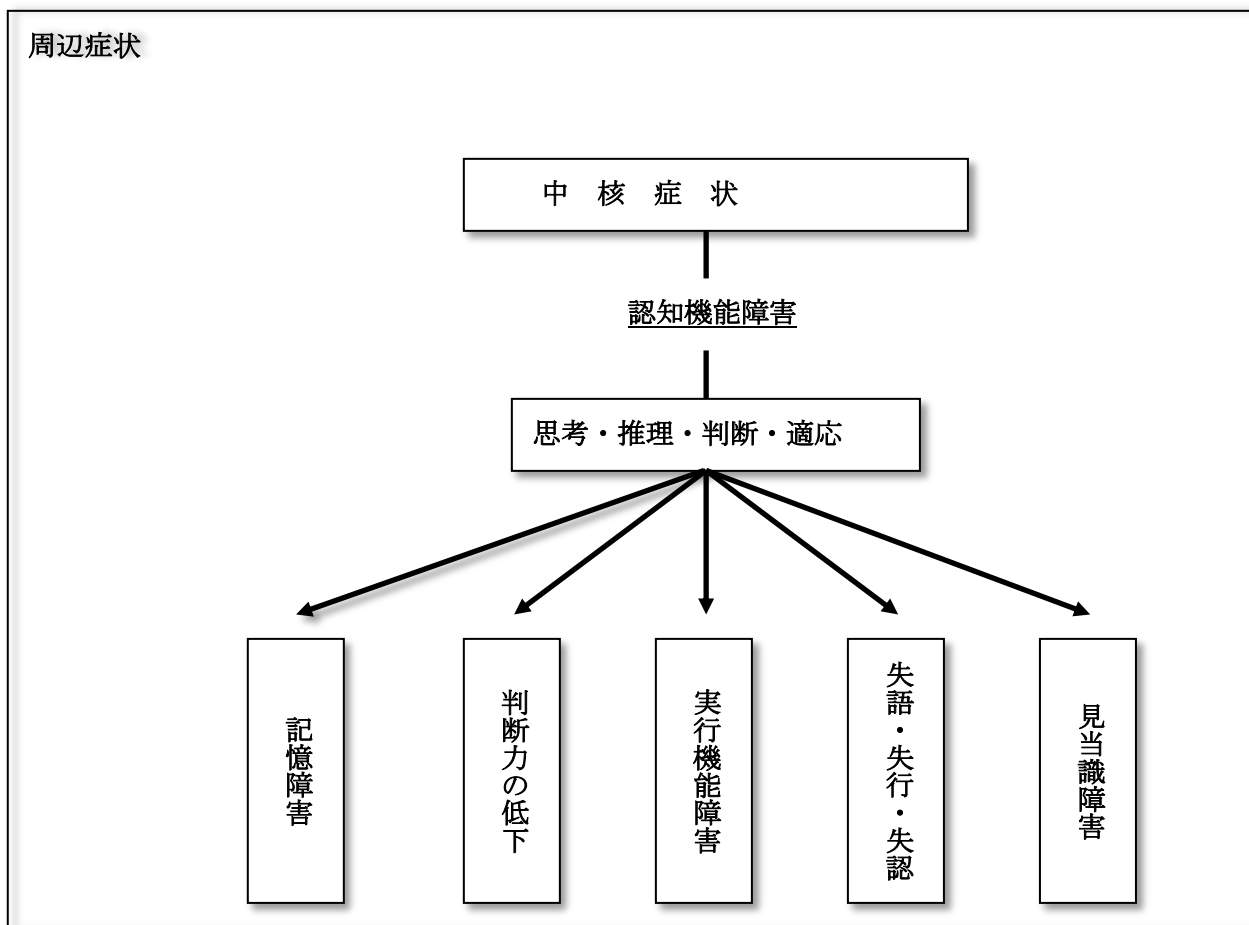
認知症といってもたくさんの種類の疾患があるが、共通して言えることは脳の伝達物質（シナプス）の減少により、脳への伝達が働かなくなり、異常をきたす状態。

正常に発達し獲得された知的能力（知識・知能・周囲への適応性など）が何らかの後天的な原因により阻害され、慢性的に日常生活や社会生活に支障をきたすなど低下・喪失した状態。

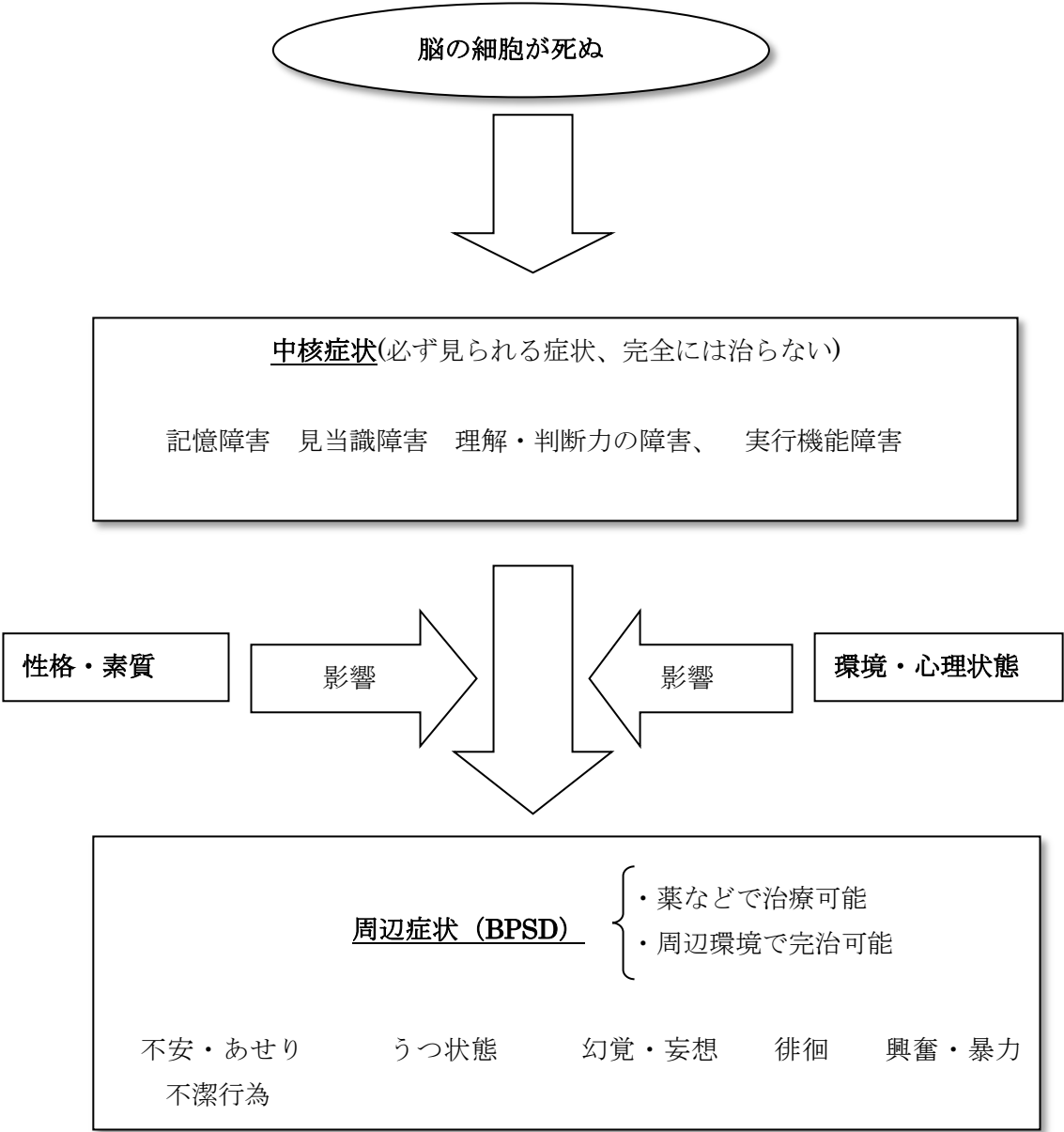
認知症

中核症状・・・ 記憶障害、失行・失認、失語、見当識障害、実行機能障害

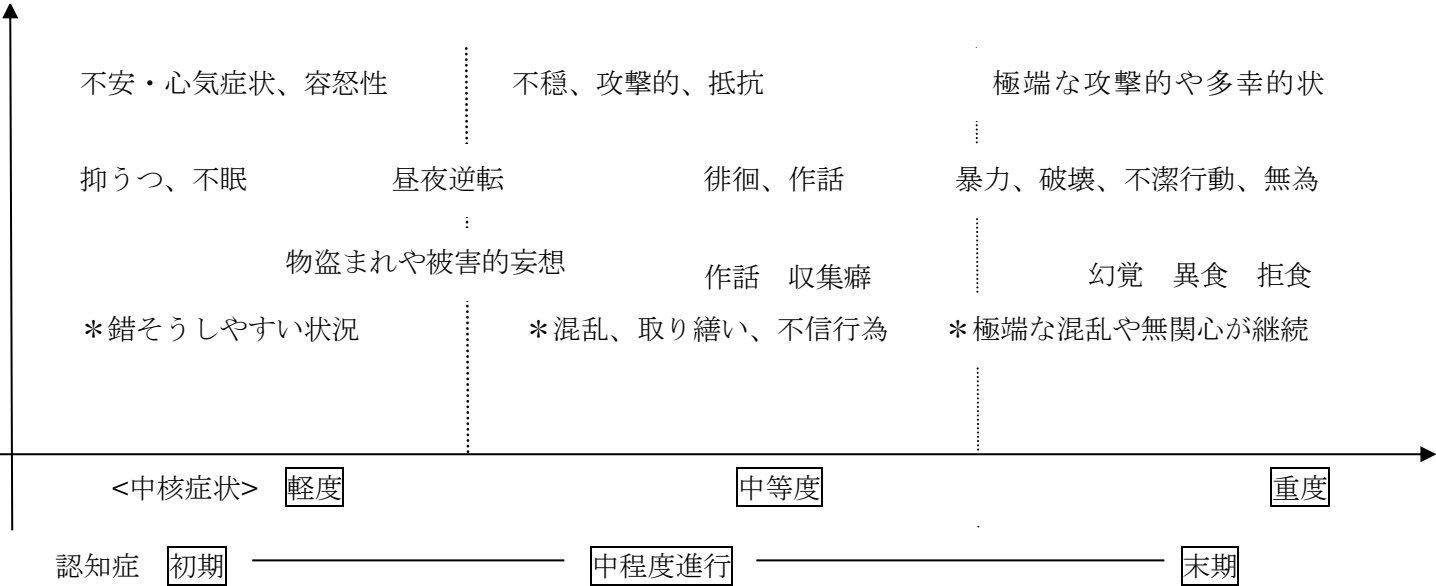
周辺症状・・・ 不安、怒り、暴力、不機嫌、興奮、徘徊、拒食、引きこもり等



認知症症状フローチャート



中核症状



障害	症 状
記憶障害	新しく経験したことを覚える。覚えたことを保持する、以前学習した事を思い出すことが困難になる
失行	運動障害はないのに意図した動作や支持された行動が行えない
失認	見えていても色・物の形・用途や名称が分からないなど視覚・聴覚・触覚を通じて対象が何かを判断できない症状 【視覚失認】・・・日常使っているものを見ただけではそれが何か理解できない 【触覚失認】・・・日常使っているものを触ってもそれが何か理解できない 【聴覚失認】・・・電話や犬の鳴き声が聞こえてもそれが何の音か理解できない 【相貌失認】・・・よく知っている人の顔を見ても誰なのか理解できない
失語	声は出るが物の名前が出てこない。耳は聞こえるが話の意味が理解できない、字が読めない、書けないなどの症状が出る
実行機能障害	生活するうえで必要な情報を整理・計画・処理していく一連の作業が困難。その結果として生活上起こる様々な問題を決定していくことが困難になる。 料理をすることが出来ない 献立をたてることが出来ない 包丁の握り方、切り方が判断出来ない等
見当識障害	時間・場所・人物や周囲の状況を正しく理解することが困難になり、日時や季節が分からない、今いる場所、家族や周りの人が分からないといった症状が出現する。 一般的に時間⇒場所⇒人の順で見当識が障害を受けることが多い。 【時間の見当識障害】・・・今の場所が分からない、季節が分からない等 【場所の見当識障害】・・・家に帰れない、トイレの場所が分からない等 【人物の見当識障害】・・・娘を「お母さん」と呼んだりする等

認知症の種類

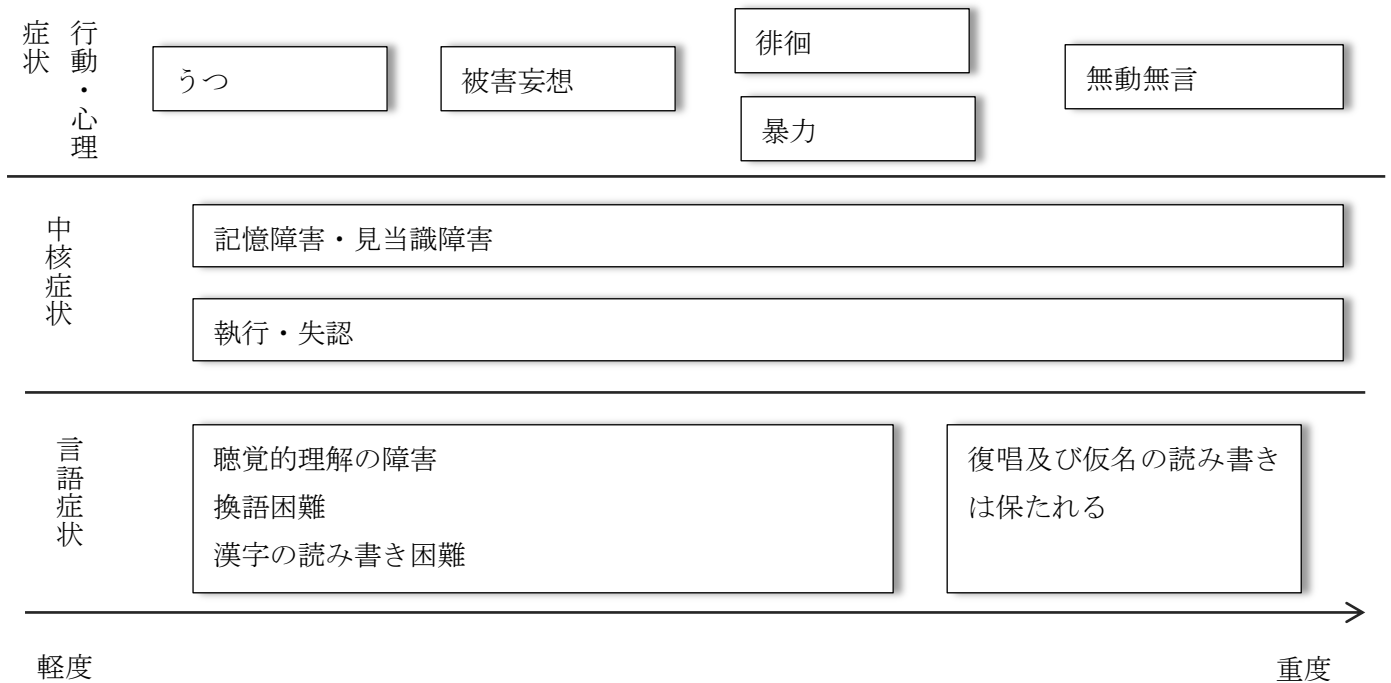
①アルツハイマー認知症

脳全体に萎縮が認められる。脳内物質のひとつアセチルコリンの減少、また神経細胞の欠落があり、脳全体(主に大脳の後半部)の神経細胞が次第に変化することで発症。ゆっくりとした進行が特徴で記憶をつかさどる海馬領域に高度な変化を認める。

【初期】・・・近時記憶が顕著に障害を受ける⇒通常物忘れから始まる。

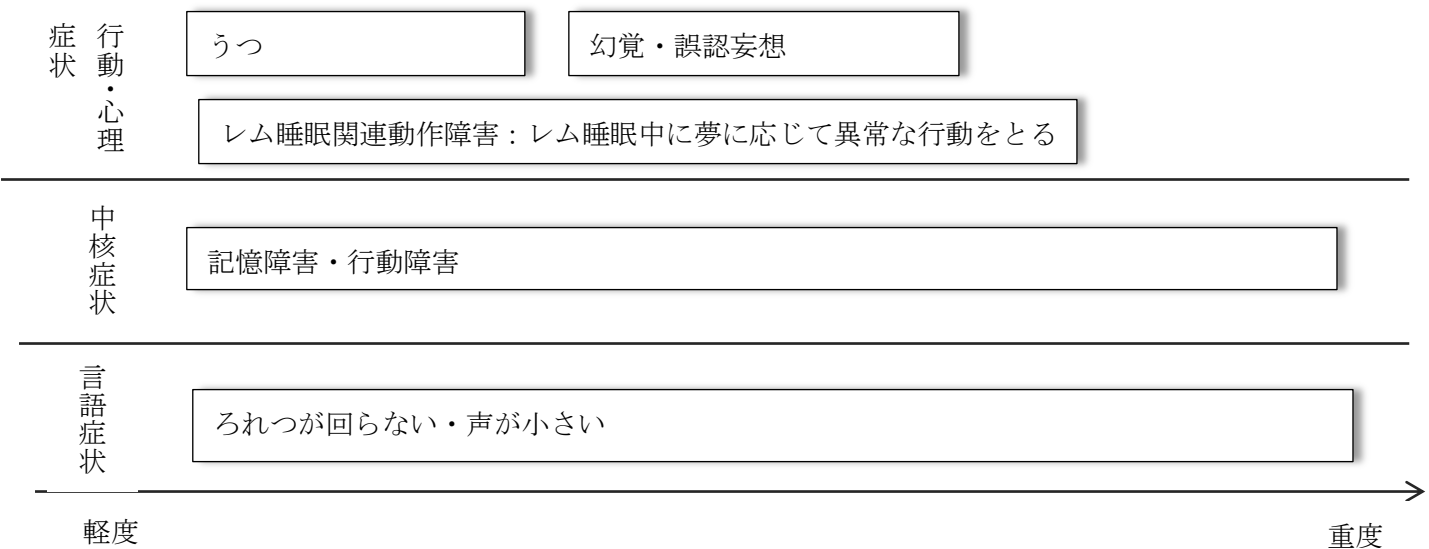
【中期】・・・失語、失行、失認、見当識障害など日常生活動作に支障をきたす。

【末期】・・・無動、無言、無反応症状となり、寝たきり⇒多くが合併症を伴い死亡



②レビー小体型認知症

レビー小体という変性細胞が脳幹の神経細胞内に多数蓄積する疾患。意識が鮮明にもかかわらず認知機能の変動が著しく、具体的に繰り返される幻覚、妄想症状、体の動きが緩慢になる突発性パーキンソン病を特徴とする。運動障害を伴いやすく他の認知症と比較して転倒のリスクが7~10倍とも言われている。



認知機能が激しく変動（日内変動）

パーキンソン症状

明確な幻視

記憶障害が少ない

幻視と誤認妄想の例

小さな羽のある虫が顔の周りを飛び回ってて、歩けない
ベッドの下に赤と黒の蛇がたくさんいて、怖くて眠れない
テーブルの下でネズミがうようよしていて、鳴き声がうるさくて、食事ができない
カーテンに熊がしがみついている
窓や天井から男の人がのぞいているので部屋に戻れない

誤認妄想: 病院や施設の職員を自分にかつて関係のあった別の人と誤って認識する事

③血管性認知症

- ・脳梗塞や脳出血などの脳血管障害を原因として突然症状が現れ、そのたびに段階的に進行する。知能低下は全体的ではなく正常な領域と認知障害の領域の両方が混在し、出来ること出来ないことの区別が際立っている（まだら認知症）
- ・涙もろくなる・怒りっぽくなるなど、感情の起伏が激しくなったり、無気力・意欲低下など感情機能の変化が起きやすい。
- ・物忘れの自覚がることが多く、不安感や抑うつ感が強い
- ・廃用症候群に至る可能性が高い
- ・家族が異常に気付くタイミングが遅れることがある
- ・性格が精鋭化する(特に男性)

④前頭葉側頭型認知症(若年性認知症)

神経細胞の編成・消失が脳の前頭葉、側頭葉に局部的に脳萎縮が認められ、初期の段階から性格・人格変化社会的行動の障害が出現。

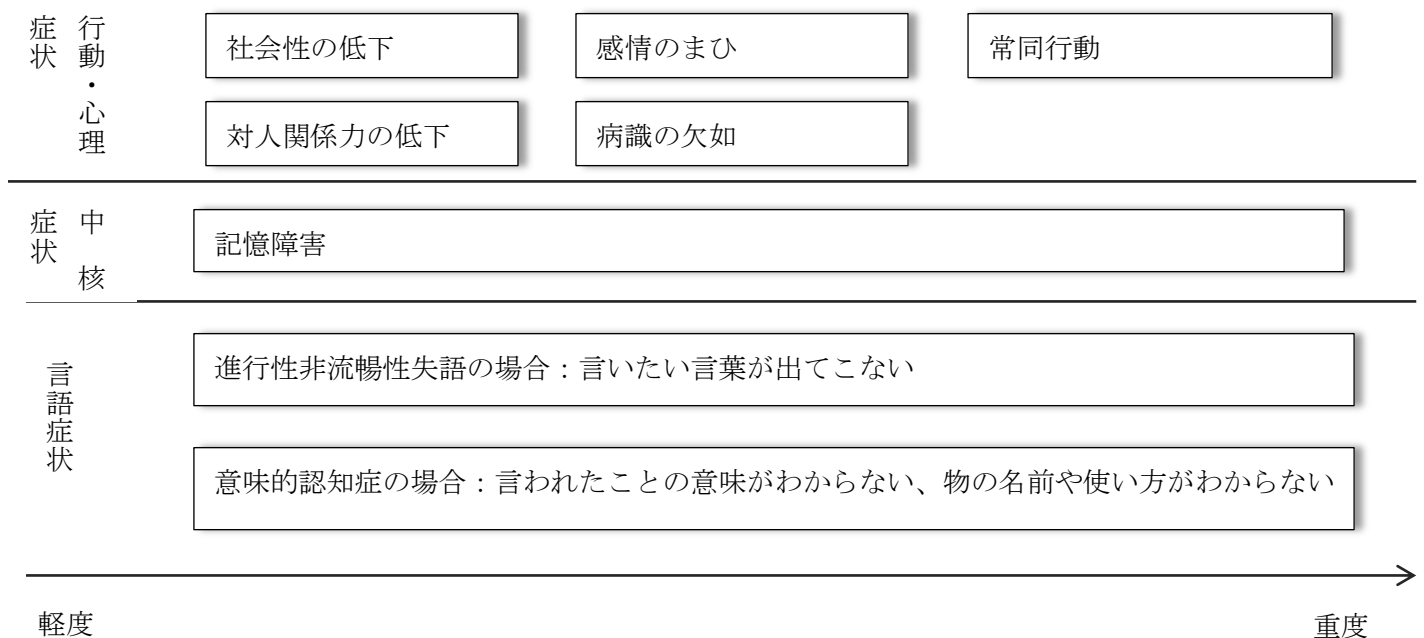
- ・記憶障害よりも自己や社会に対する関心の喪失や脱抑制的行動(行動の抑制が効かない・同じ行動の繰り返しなど)等の人格変化、段取りの悪さなど実行機能障害が目立つ。
- ・知覚・記憶・見当識といった機能は保たれる。65歳未満の働き盛りの男性に発症することが多い。
- ・急激な進行
- ・近時記憶障害の維持(日時の間違いがなく、外出しても迷わない)

数分から数日の記憶

- ・抑制、道德観念がなく、平気で物を盗む(軽犯罪である万引きや無銭飲食を犯すが、反省や説明が出来ず繰り返す)
- ・食生活の変化(多食、濃い味、下肢、カレーなどを好む)生活習慣病と糖尿病の傾向
- ・無謀な運転(高速道路の逆走)
- ・**常同行動(時刻表行動)**

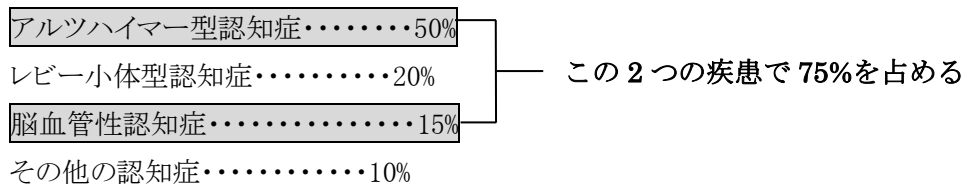
ある特定の行動に固執して繰り返すこと(時間の厳守)

例) 1日に何キロも同じ道を繰り返し歩く、食事・入浴などを同じ時間に行い、散歩に行くと決めたら台風であろうと熱があろうとも出かける



参考資料【図 1】

認知症の原因疾患の割合



～厚労省統計資料から～

◆認知症高齢者推計

2005 年	205 万人
2015 年	315 万人
2035 年	445 万人

◆65 歳以上で認知症が占める割合

65～74 歳	1%
75～84 歳	10%
85 歳～	25%

介護保険サービス利用者の 6 割は認知症高齢者を占めている

認知症の周辺症状 (BPSD)

認知症の中核症状に様々な要因が加わって副次的に出現する行動と心理状態

周辺症状の出現は、身体・精神の症状、本人を取り巻く環境や人間関係の良し悪しに大きく環境を受ける。

【主な行動症状】

徘徊・攻撃性・不穏・不適切な行動・多動・性的逸脱行動

【主な心理症状】

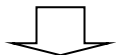
妄想・厳格・抑うつ・不眠・不安・誤認・無気力・情緒不安定

周辺症状は中核症状による不安や混乱を抱えながらも自分で何とか克服・対処しようとしている姿であり、また私たちに何かを伝えようとしているメッセージでもあるのだ。

その内的世界を理解し、不安や混乱に至った本当の理由を確かめる努力が専門職には求められる。

①攻撃的言動・拒否

中核症状により、自分を取り巻く自体の展開に対してうまく理解できないことから不安感や恐怖感を感じる痛みや不快感をうまく伝えられない場合、利用者にとって意に沿わない声掛けをすることで出現する場合も多い



これらのメッセージとして暴力行為・拒否として現れる。

留意点

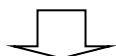
- ・ まず、職員側の言動に問題がないか接し方を徹底的に見直す
- ・ 本人に『味方』であることをわかってもらうようかわりを持つ
- ・ 攻撃的言動の背景にある不満・恐怖・過去のむなしさなど原因を探る
- ・ 無理にかかわろうとしないで距離を取ったり、相性のいいスタッフにバトンタッチする。
- ・ 拒否があっても介護者側が過剰に反応しないように注意する
- ・ 無理しいを避け、時間をおいて落ち着いたところで再び声をかける。

②妄想

現実には起こっていないことを起こっているものと確信する訂正不可能な間違った考え方のこと

代表的なものに「もの盗まれ妄想」があり、妄想状態の7割を占めるといわれている。

几帳面な正確に起こりやすく男性より女性に多い。



自身の欲求を満たされないことに対して多く、身近な人を攻撃することで解決しようとする「自己防衛感情」が働いていると考えられる。

留意点

- ・ 否定したり、説得したりしない。
- ・ ないという真実を受け止めて一緒に探す
- ・ 日ごろから物をしまう場所などを観察・把握しておく
- ・ なるべく本人自身が探し出せるように導く
- ・ 代用品などを用意しておき、探しても見つからないときに備えておく。
- ・ 妄想は何もすることがないときに出現しやすいことを理解し、日中の時間の過ごし方を豊かにする。

③幻覚

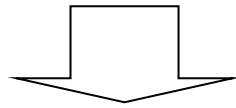
実際にはないものがあるように見えたり(幻視)、聞こえないものが聞こえたりする(幻聴)など、頭の中で思い浮かんだものと現実との区別が付かなくなることで起こる。不安や寂しさなどの精神的要因で起こることがあり、夕方から夜間にかけて症状が見られることが多い。

留意点

- ・ 誤認につながる様な環境(光・影・壁のシミ等)を排除する
- ・ 不安・恐怖・困惑を感じているサインを早めにキャッチする
- ・ 発症時は短時間にでもゆっくり寄り添う時間を確保する
- ・ 発症時は場所を変え、刺激的な音や光を避けて静かな場所でしばらく過ごす。
- ・ 体の緊張を解くための温かい飲み物や室温・湿度の調整を行う
- ・ 主治医に言動を具体的に説明し、必要に応じた薬物治療を行う

④徘徊・帰宅願望

目的もなくうろうろ動き回ることをいうが実際には何かしらの目的があり、その目的に向かっていこうとする行動を捉える必要がある。周囲の状況が理解できずどのように行動してよいかわからないために歩き回る場合、便秘などの身体的要因や、今ここにいるということに馴染めない居心地の悪さ、充実感の得られない生活など、精神的要因が引き金となることが多い。



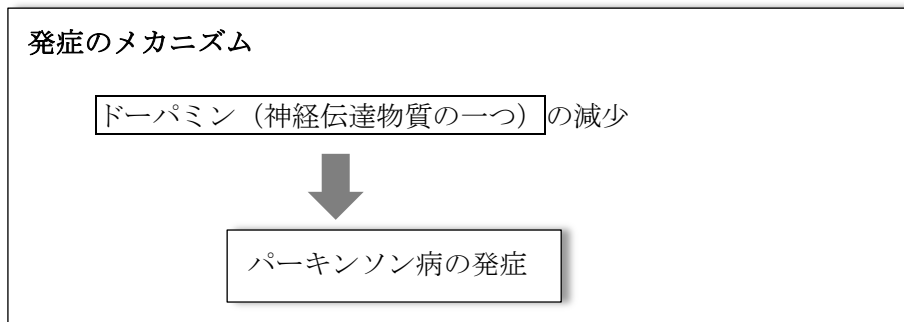
徘徊は何かを訴えているというメッセージだと心得なければならない。

徘徊・帰宅願望の留意点

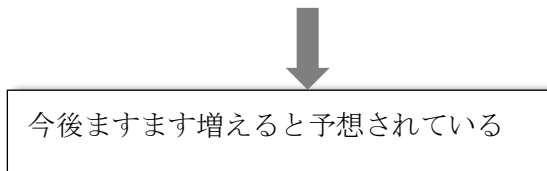
- ・ 徘徊は意味のある行動ととらえ、その目的を理解できるよう、まず制止したり、困った表情をせずに可能な限り一緒に行動してその背景を考える。
- ・ 徘徊に至るその原因(排泄などの身体状況や精神的な不安、環境の不備)を探る
- ・ 人間関係(利用者、職員)などの調整・橋渡しを行い、本人にとっての居心地の悪さを解消する
- ・ 今ここにいる意味や目的(本人の楽しみや役割)が見いだせるような過ごし方を支援する
- ・ 行方不明などリスクに備え、服装の確認、連絡先の確認、搜索時に使用する写真の確保など事前対策を講じる

もう一つの認知症 ～パーキンソン病について～

- ・主に 40 歳～50 歳以降に発症し、ゆっくりと進行する原因不明の神経変性疾患



- ・国内パーキンソン病患者 10 万人以上（人口 1,000 人あたり約一人）



- ・50, 60 歳代で発症することが多いが 70 歳以上の高齢で発症することも珍しくない
- ・一般的には遺伝する病気ではないと考えられている

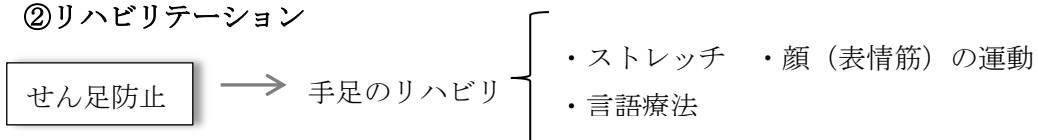
◆パーキンソン病の治療法

①薬物療法

不足したドーパミンを補う⇒症状の緩和

伝達物質（ドーパミン）が受容体に届いていない⇒パーキンソン病の発症

②リハビリテーション



様々な運動療法がリハビリテーションとして行われており、病状の緩和・日常生活の向上において大切な治療として位置付けている

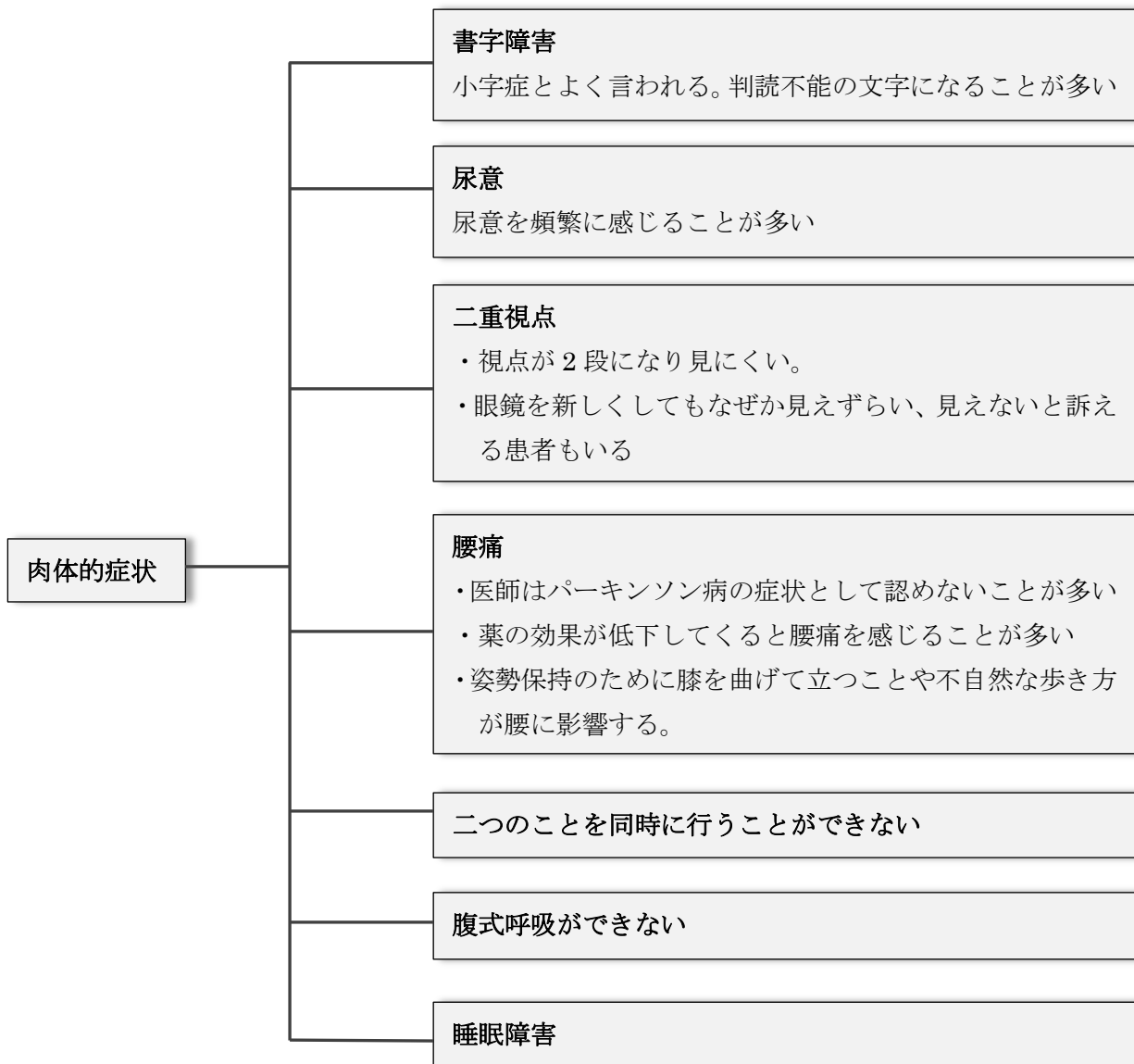
◆パーキンソン病の症状について

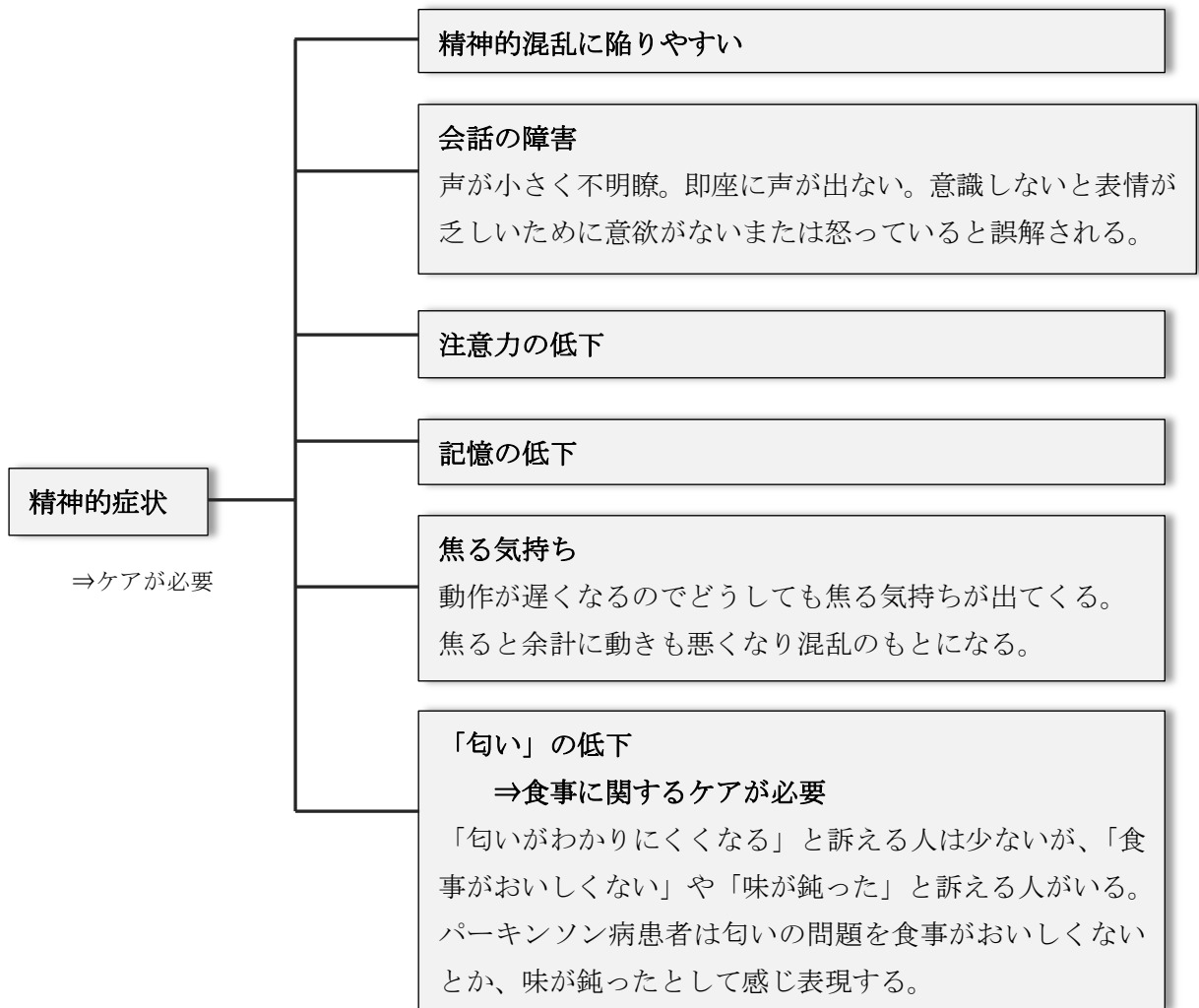
	症状	症状の説明
4大症状	固縮（こしゅく）	筋肉が固くなる
	振戦（しんせん）	手足が震える
	無動	動作が鈍くなる
		・すくみ足
		・仮面様顔貌・・・顔の表情が乏しくなる
		・瞬きが少なくなり声も出にくく小さくなる
		・小字症・・・・文字を書いているうちに字がだんだん小さくなる
	姿勢保持障害	姿勢反射の障害（体のバランスが取れない）
	せん足	足がこわばって足首が曲がること。 多くの患者の症例があり、リハビリが重要

◆注意すべき見逃されがちな症状について

パーキンソン病の症状は多様であり、患者同士の間でも理解が困難なことがある

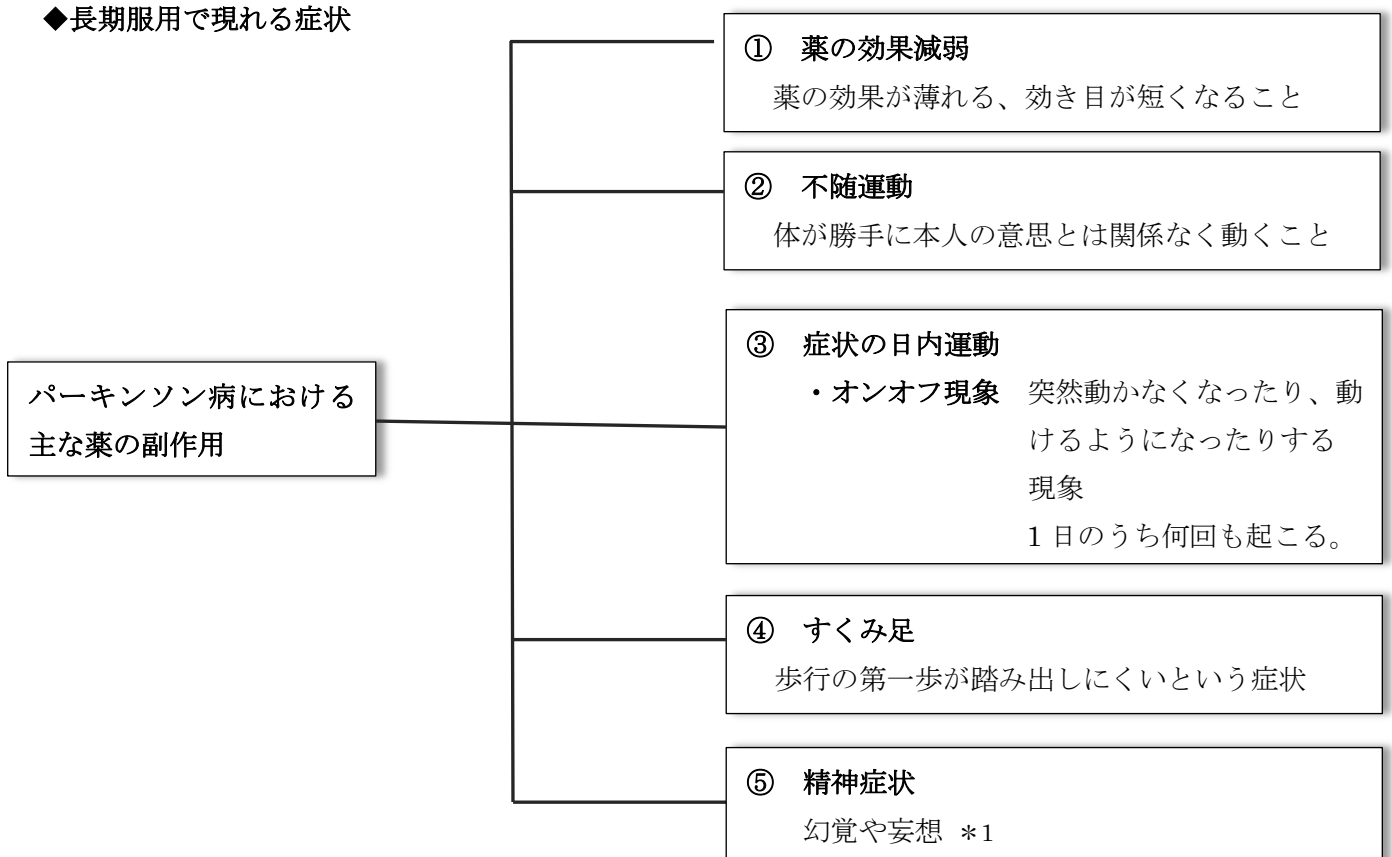
社会生活をする上で病名だけでなく、**4大症状**以外の症状も多くの人に知ってもらって、周囲の偏見を取り除くことが必要。





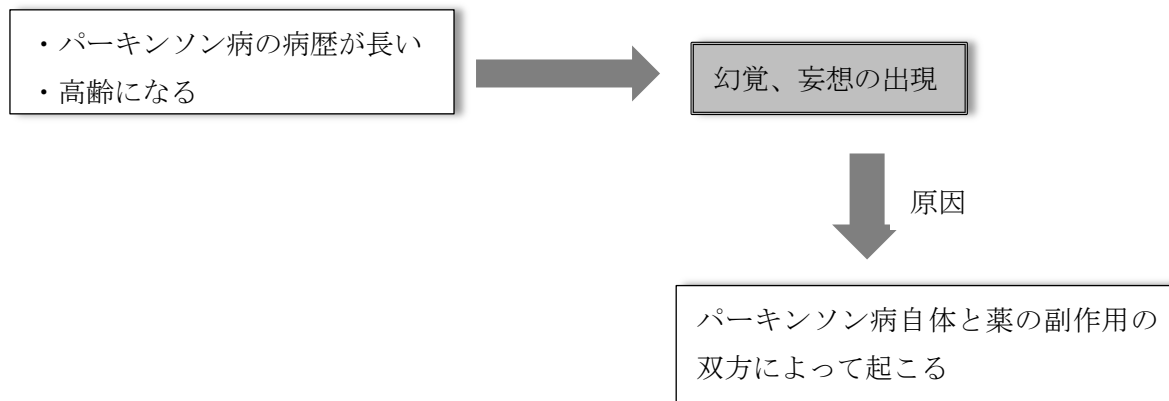
薬の副作用について

◆長期服用で現れる症状



*1 幻覚と妄想について

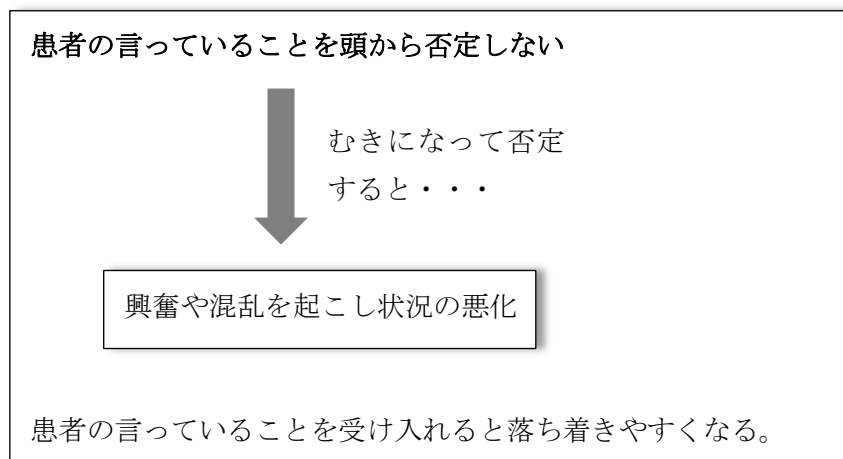
- ・人によっては出現しない人もいる（ケースバイケース）
- ・必ずしもすべての人に出現するわけではない



幻覚とわかっていて生活に不自由なければ様子を見ていればよいが、妄想になると治療が必要な場合がある

パーキンソン病における家族の接し方

家族の接し方



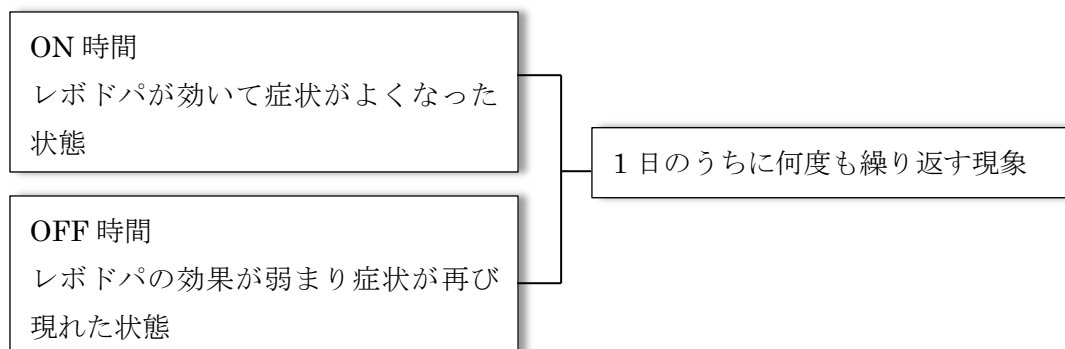
妄想は治療が遅れると悪化することがあるので、なるべく早く主治医に相談することが大切!!

しかし「日常生活に支障がない」場合は多くの医師が、薬による妄想の軽減を見送っているのが現状。

（妄想を軽減する薬（向精神薬）などが運動機能を低下させるため）

◆日常生活において最も深刻な問題（ウェアリング・オフ）

ウェアリング・オフとは・・・



ウェアリング・オフになると症状がよくなったり悪くなったりするのを1日に何度も繰り返してしまうことから、患者の日常生活に支障をきたす最も深刻な問題となっている。

日記をつけ、状態を見て小刻みな時間で薬を投与する（服用）ことが多い（時間薬）時間薬は正確に投与することが必要なため、介護者が忘れないように注意すること。細かい見守り、声掛けが必要

より良いケアをするために・・・

- ・パーキンソン病はゆっくり進行していくために介護をする時間も長く、負担も大きい。
そのためにサポート体制をしっかりとすること。
- ・症状の進行により食事が困難になる。その際医師からは胃ろうの必要性の打診がある。
その際、最善の選択をするため予め患者・家族・医師を含めよく話し合っておくことが必要。
- ・多くの患者が抑うつ的になりやすく表情も乏しくなるため、本来元気だったころの本人の性格が違っていることが多い。従って病気をする前はどのような性格だったのか家族に聞いてケアにつなげることが必要。

■認知症利用者とのコミュニケーション

コミュニケーションで気を付けること

- ・「エピソード記憶」をうまく活用する。・・・エピソード記憶というのは本人が受けた心理的にインパクトが強い記憶のこと。例えば、戦争で子供を亡くしたとか、パートナーを病気で亡くした等が相当
- ・「あれ、それ、これ」を使わない。・・・文章の意味が理解しにくく「代名詞」を使わずに繰り返した文章のほうがよく理解できる。
- ・後ろから声をかけない・・・・・・・・・・かけるときは前からかけること、後ろから声をかけると驚いて混乱してしまう。
- ・大声で声をかけない・・・・・・・・・・高齢者になると高域の音（キーキー声、甲高い声）が聞き取りにくくなる。特に認知症の人には甲高い声で話されると混乱をおこし、周辺症状の悪化が予測される。声をかけるときは適切な声で!!
- ・一度にたくさんのことを言わない・・・・・・・・一度にたくさんのことを理解することが苦手となる。
例えば料理をするとき食材の用意➡フライパンで炒める➡皿に盛るといった一連の操作が苦手。従って一つ一つの作業が終わってから伝えることが重要となる。

■認知症の心理状態とコミュニケーション、BPSD との関係

認知症利用者とのコミュニケーションを良くするためには、まず何よりも利用者の心理状態が良好に保っている（基本的欲求が満たされる）という事が前提となる。このことは BPSD の減少にもつながると思われる。



コミュニケーションを良好に保つ＝認知症高齢者が持っている欲求を満たすこと（心理状態を理解する事）

参考資料【図2】

認知症高齢者が持っている基本的欲求

- ・安らかな死を迎えるためにまだやり終えていないことを解決する欲求
- ・平安に生きる欲求
- ・視力、聴力、身体的自由、記憶力が低下しても平穏な気持ちを回復する欲求
- ・なじみのある人間関係が持て、居心地が良いと¹³じられる場所を見つけられる欲求

- ・ 認識、地位、アイデンティティ、及び自尊心への欲求
- ・ 役に立ち、有益にありたい欲求

- ・ 傾聴、尊敬されたい欲求
- ・ 愛され、一緒にいたい欲求：人間関係欲求
- ・ 動けなくされたり、束縛されることなく、守られ、安全でいられることの欲求
- ・ 感覚的刺激欲求：触覚、視覚、聴覚、味覚、臭覚、性的欲求
- ・ 苦痛やまた不快を軽減したい欲求

またコミュニケーションを良好に保つうえで本人の心理状態も知っておく必要がある。

- ・ 自分で自分のことが分からなくなっていく、怖い
- ・ 失敗ばかりして情けない
- ・ 昔は上手に出来たのに
- ・ みんな自分のことを笑っている

■コミュニケーションがうまくいくために・・・

参考資料【図 3】

認知症の特性

- ①症状が進行しても感情機能は残る
- ②認知症の症状が進んでも「寂しさ」「悲しさ」「喜び」「怒り」の感情機能は障害されずに末期まで残っている。
そのためなぜ怒られたのかということを忘れても怒られたという嫌な感情だけが持続する。
- ③思い出せない苛立ち・不安感・・・認知症は分からなくなっている過程を分かっている病気であることを理解すること
- ④喪失感から生まれる被害意識
- ⑤持ち続けるプライド・・・感情機能と共にプライドは保たれている。周囲の状況が分かりにくくなっているからこそ他人の態度や接し方に敏感になっている

基本的欲求



心理状態



認知症の特性

人間である以上、普通の人を持っている感情、欲求と一緒に!!

ただ認知症という症状によってうまく第三者に表現できないだけ!!

■認知症利用者とのコミュニケーション技術 ～バリーション～

認知症本人の心理状態に焦点を当てたコミュニケーション法

バリーションでは人生でやり残した課題と基本的欲求を満たすため、本人なりに解決しようと奮闘する姿が BPSD として現れるという考えをもとに現在抱えている問題をコミュニケーションによって本人が一つ一つ解決する手助けをする技法で、特に BPSD の減少につながる効果があるとされている。特にアルツハイマー認知症に効果があるとされている。

- ナオミ・フェイル（バリーショントレーニング協会専務理事）が発案した認知症高齢者とのコミュニケーション技法。
- バリーションとは、アルツハイマー型認知症および類似の認知症の高齢者とコミュニケーションを行うための方法の一つ。
- 認知症の高齢者に対して、尊敬と共感をもって関わることを基本とし、お年寄りの尊厳を回復し、引きこもりに陥らないように援助するコミュニケーション法。
- 認知症高齢者の奮闘を受け入れることであり、言語的、非言語的テクニックを用いて利用する方法論

①バリーションの原意は「確認する」と「強化すること」

「若いころ、人生の中で成し遂げておかなければならない大切な課題を十分にやり終えることができなかった為に解決に向けての奮闘である。」

- ・ 自分の価値を満たしたい。
- ・ 遣り残した宿題をかたづけたい。

この2つに対してエリクソンの発達理論を BPSD に当てはめて説明している。

参考資料【図 4】

②バリーションのゴール（最終目標）とは

利用者の感情・欲求を表出させる

人生未解決問題の解決をする手助けをする

ナオミ・フェイルはこの2つを自分なりに解決する手助けをすることでコミュニケーションがよりよいものになる、つまり BPSD の減少につながると考えている。

具体的なテクニックについてバリーションにおいては15のテクニックが設定されており、それらを認知症高齢者のレベルに応じて使用することとされている。

認知症高齢者の、見当識障害によるいわゆる問題行動を「若いころ、人生の中で成し遂げなければならぬ大切な課題を十分にやり終えることができなかった為にその解決に向けての奮闘である」との仮説を前提に認知症高齢者を4つの（課題）解決ステージに分類しそれぞれのステージに応じたテクニックを設けている。

参考資料【図 5、図 6】

エリクソン生涯発達理論と見当識障害の関係

期	人生における解決すべき課題	未解決な課題	⇒	認知症高齢者に見られる振る舞い
乳児期	基本的な信頼 VS 基本的な不信	基本的な不信	⇒	・ 非難、絶望的、無力、無益 ・ 新しいことをすべて恐れ、感情を飲み込む
幼児期	自律性 VS 恥、疑い	恥、疑い	⇒	・ 良い子のように NO と言わない ・ リスクを恐れる ・ 自己不信 ・ コントロールを失うことを恐れる
遊戯期	主導権 VS 罪悪感	罪悪感	⇒	・ 新しいことに挑戦しない ・ 憂鬱、罪悪感 ・ いつも泣いて苦しんでいる
学齢期	勤勉性 VS 劣等感	劣等感	⇒	・ 「私はだめな人間だと思ってしまう ・ 憂鬱になる
思春期	アイデンティティ（同一性） VS アイデンティティの混乱	アイデンティティの混乱	⇒	・ 男の人がベットの下のいる ・ 他の人の名前を言う
若青年期	親密 VS 孤立	孤立	⇒	・ 自分の殻に閉じこもり、人を遠ざける ・ 依存する
青年期	生殖性（生み出す） VS 沈滞（停滞）	沈滞（停滞）	⇒	・ 年を取ること、古い考え方、社会的立場に執着する ・ 年を取ること失う言雄を否定する
老年期	成熟（統合） VS 絶望、嫌悪	絶望、嫌悪	⇒	・ 憂鬱、周りの世界に対する嫌悪 ・ 失敗を人のせいにする ・ 私は「だめな人間」だという

事例 発達段階としての幼児期と周辺症状

《自律性を得られなかった場合》

親が私たちに繰り返し完璧さを求めてきた場合、子供は恐れを抱き、新しいことにチャレンジできなくなる



その結果

当識障害に現れる BPSD として現れる行動

今迄の出来事に固着し、自分のもっているものにしがみつき、常に未経験の出来事を恐れるようになり、何とかこの状態から抜け出そうと本なんなりに解決策を探ろうとする

未解決の課題

問題行動 (BPSD)

高齢期における喪失体験（肉親との死別）



常に人を探してうろうろ歩き回るようになる【徘徊】

若いころ、戦後の混乱期で十分な育児ができなくなってしまう。【若成人期における孤独】



人形を娘にたとえ、常時持っており、人形に語りかけている。

BPSD は欲求を満たすために本人なりに相手に分かってもらいたいことを伝える手段である

◆マズローの段階的欲求と見当識障害

マズローの欲求段階説	見当識障害のある高齢者に当てはめた場合
自己実現欲求 (自己のすべての可能性を実現する)	・ 安らかな死を迎えるため、まだやり終えていないことを解決する欲求 ・ 安心して暮らす欲求
美的欲求 (均整美、秩序、美)	・ 視力、聴力、身体的自由、記憶力が低下しても、平静な気持ちを回復する欲求
認識欲求 (理解、探究)	・ 忍び難い現実を納得のいくものにしたい欲求 ・ 整然と、調和している気持ちになれる、なじみある人間関係があり、くつろげる場所を見つけたい欲求
尊重欲求 (達成、承認してもらい、他者から認められること)	・ 承認、地位、自分らしさ、自尊心への欲求 ・ 役に立ちたい欲求 ・ 傾聴され、尊重されたい欲求
所属、愛情の欲求 (他者と交流する)	・ 愛され、所属したい欲求 ・ 人と接したい欲求 ・ 感情を表現したい欲求、その感情を受け止めてもらいたい欲求
安全欲求 (安心、安全と感じられること)	・ 動かなくされたり、拘束されたりすることなく、育まれ、安心したい欲求 ・ 痛みや不快感を軽減する欲求
生理的欲求 (飢え、のどの渇き、性等)	・ 触覚、視覚、聴覚、嗅覚、味覚、性的表出等、感覚を刺激する欲求

事例

布を繰り返し触っている



この欲求を満たすために若いころ、十分な育児ができなかった、子供服を作ってやれなかったので、せめて1着だけでも作ってやりたいと思っている



“誰かの相手の役に立ちたい”という心理的欲求に基づいていると思われる

■認知症利用者との良好なコミュニケーション ～BPSD の減少と利用者家族の心理的援助～

認知症利用者とのコミュニケーションを良好に保つための要因は、周りの環境を良好に保つこと（BPSD の減少）としてスタッフとのかかわりだけではない。家族のストレス軽減も必要になってくる。

● 家族のストレス軽減

コミュニケーションと非常に関わってくるのではないかなと思う。

現在その中で特に問題になっているのが男性の介護者（団塊の世代）。

①団塊の世代の男性は、高度経済成長を支えてきた方々です。この方々は、「自分が今の日本を作ってきた」という自負。

②当然妻が認知症という事を家の恥だと考え、周りの人に話すことはまずない。

BPSD が増大⇒周りの理解が得られない⇒家族のストレス増大⇒社会的弱者（認知症高齢者）が
ストレス発散の対象に（高齢者虐待）⇒コミュニケーションに悪影響を及ぼす

家族と認知症高齢者との良いコミュニケーションを保つには家族の心に余裕がなければ、成り立たない。

● 専門職として出来ること～家族へのメンタル面でのケア～

気遣いの言葉を掛けて差し上げることが非常に重要になってくる

参考資料【図 7～10】

認知症利用者を担う家族の心理的特徴

認知症利用者を支えている家族の心理状態はとても敏感

第三者から見ればなんてこともないちょっとした気遣いのある言葉が家族にとってはとても心に響く



温かい言葉が、今後の介護の行方を握っていると言っても過言ではない。

コミュニケーションを良好に保つこと、それは認知症利用者本人だけでなくそれを支える家族（介護者）のメンタル面でのケアにかかっている

家族まるごと支援について

参考資料【図 15】

「家族まるごと支援」というのは読んで字のごとく、認知症利用者を家族に持っている家族一人一人がケアの対象になっているという事

利用者家族は、今の時代でこそ偏見がなくなってきたが中にはまだ認知症は恥だ、だれにもしゃべれないといった家族の方がまだいらっしゃることは確か。

その点が認知症利用者への虐待につながっている、最悪の場合介護殺人につながってしまうという深刻な問題をはらんでいる。

認知症というのは認知症の種類にもよりますが、認知症利用者の家族は介護の終わりが見えずストレスの限界を超えている。

ストレスを解消する唯一の解決法



認知症家族が集まる会合（家族会）でみんなの前で吐き出す

認知症以外の精神疾患（うつや統合失調症等）の家族が集まる家族会は存在しますが認知症家族が集まる家族会は極端に少ないのが実情。



専門職には「家族まるごとケア」で家族会の代わりをすることが必要不可欠

BPSD の減少は私たち専門職だけでなく、家族の協力が不可欠

参考資料【図 15】

これからは認知症利用者だけでなくその家族とのコミュニケーションを普段からやっておくことが必要。

ケアマネや介護職のスタッフはケア時には利用者の様子はわかるが、それ以外の日常生活時の様子はわからない。

認知症というのは精神疾患に分類される。この疾患は他の疾患と違い特徴的なデータ（例えば脳波に異常が生じる）わけではないのでどうしても普段からの生活状況を聞き取ってケアに活かすことしか方法はないのが実情。

同時にそのことが BPSD の減少につながる

専門職・利用者家族双方のストレス軽減は結果として認知症利用者の BPSD を減少し、コミュニケーションを円滑にする。

◆重度認知症高齢者のコミュニケーション事例

参考資料【図 12,13】

4 つのステージのうち、重度認知症高齢者は第 3 ステージと第 4 ステージの段階にいる利用者に相当。

このうち第 3 ステージにいる方々は繰り返し動作が BPSD として目立ち始める。

参考資料【図 11】

特徴

- ・前方へかがみがちになる
- ・失禁に気づかなくなる
- ・不安で歩き回ったり、休みなく指を動かし続ける
- ・子供時代の動作、歌を繰り返したりする
- ・ゆっくり落ち着いた感じ

繰り返し動作が目立つという事は、利用者本人が満たされていない欲求がある、人生のライフステージにおいて克服すべき課題を解決していない事により、繰り返し動作が起こるものと思わる。

言語的テクニックとしては

- ・開かれた質問をする
- ・キーワードの反復
- ・思い出話をする

非言語的テクニックとしては

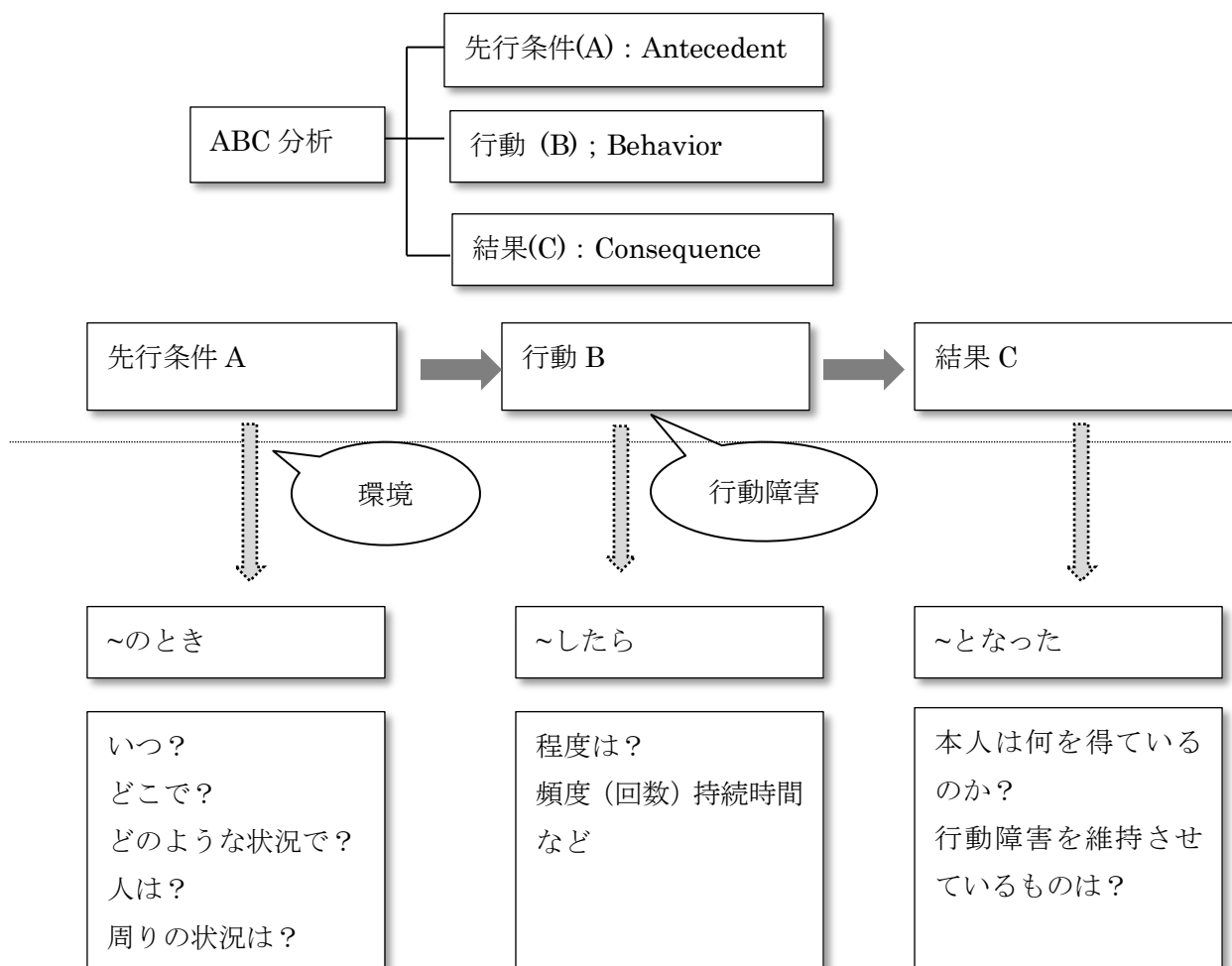
- ・（真心のこもった）アイコンタクト
- ・はっきりとした低い、優しい声で話す
- ・タッチング（触れる）
- ・カリブレーション（感情を観察し映し出す）
- ・ミラーリング（相手の動きや表情をあわせる）
- ・満たされていない人間的欲求と行動を結びつける

コミュニケーションを良好に保つ➡BPSD 減少につながる ➡今後のケアがうまくいく

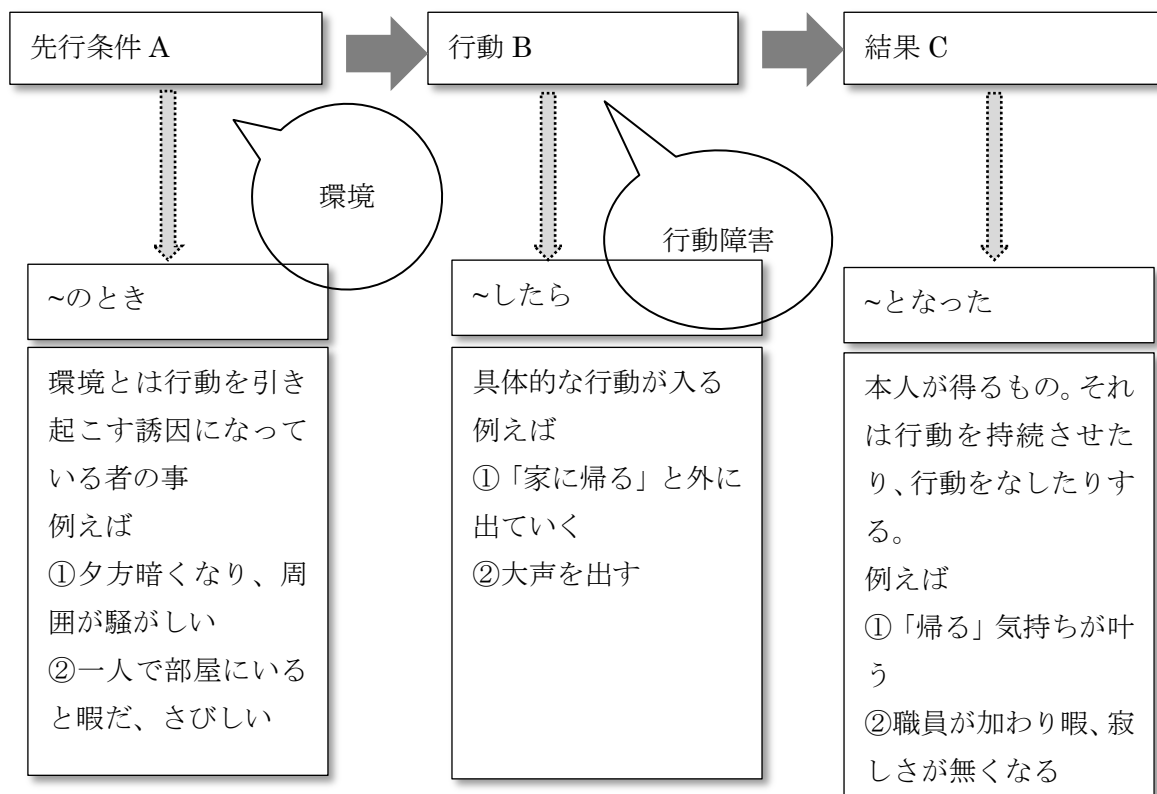
■BPSD をケアに活かすためのヒント ～BPSD と応用分析学～

応用分析学とは・・・

ある条件のもとで、ある行動をすると、ある環境の変化が生じるといった考え方

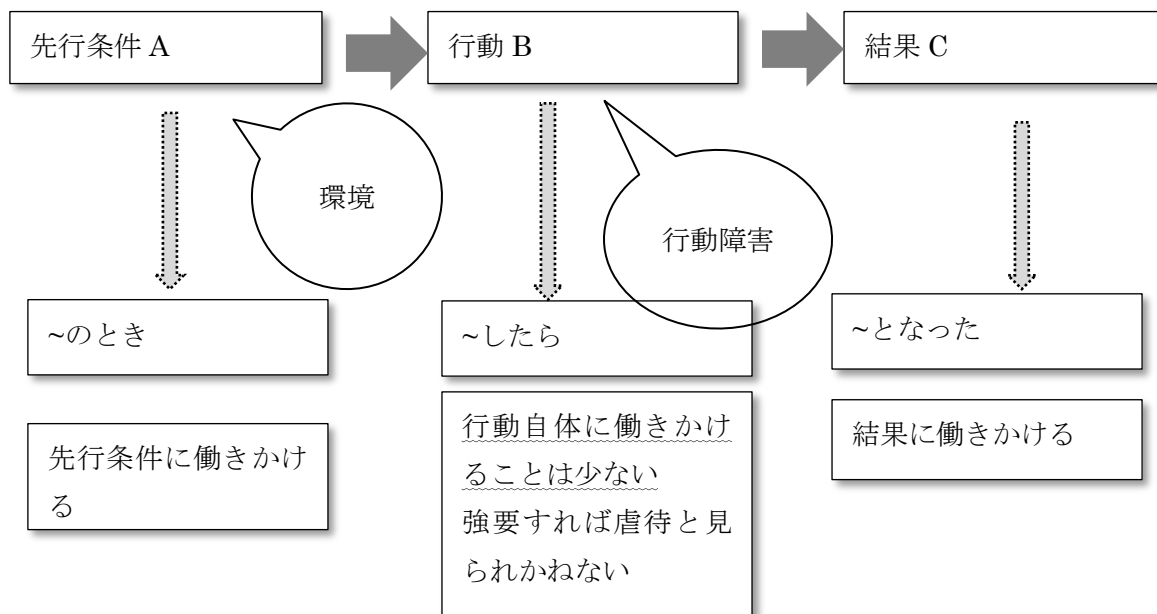


これを BPSD に当てはめると



援助の仕方

環境と結果に働きかける



応用分析学を用いた事例

暴言、暴力

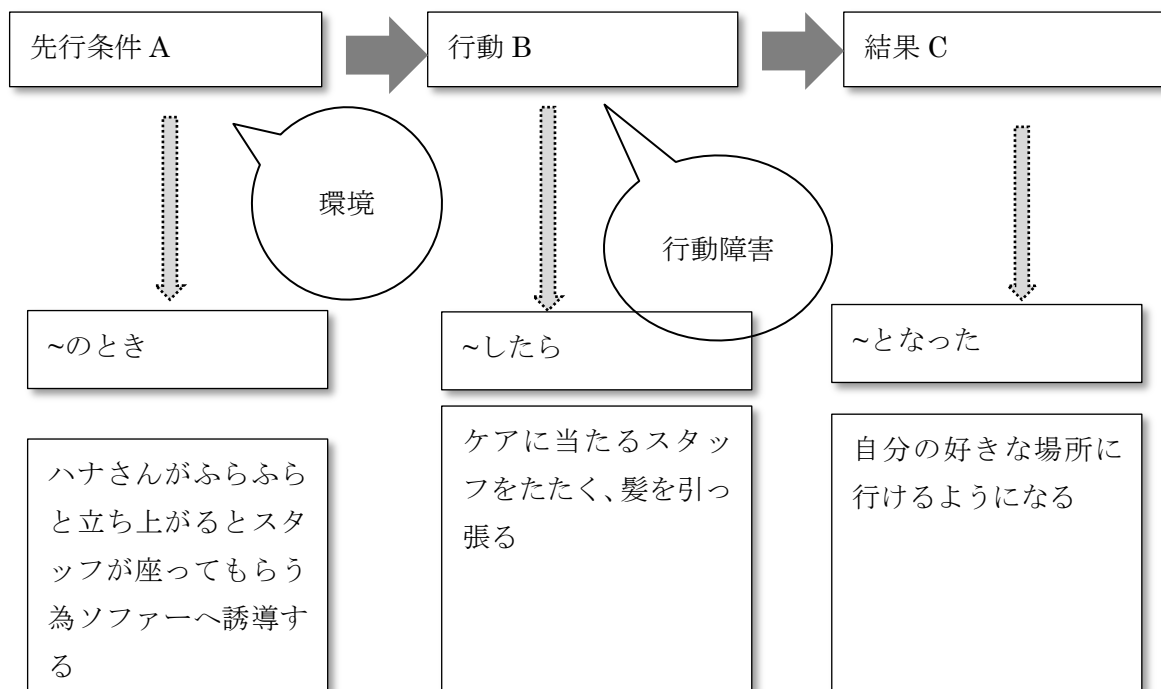
事例の紹介

福岡ハナさん 女性 80歳 レビー小体型認知症 要介護度 4

- ・発語は少なく、いきなり叩かれたり、知らない人が近づくと機嫌悪くなり暴力行為が見られる
- ・デイサービスに通ってはいるが「叩く、つねる、唾をかける」などの暴力行為が頻度に見られる
- ・排泄、入浴は全介助 歩行は手引きによって2～3cmほど可能
- ・誤って移動、時々ものにつかまって立ちあがる為、転倒の危険性が高い
- ・家族に対しても気に入らなければ暴力行為がある
- ・重度の認知症でコミュニケーションが図りづらい

ケアの実際とその結果①

ABC分析



相手に伝えたい事

まだ座りたくない。自由に動きたい

本人の行動を邪魔しない、転倒に注意しながら見守る

ケアミーティングで話し合った事

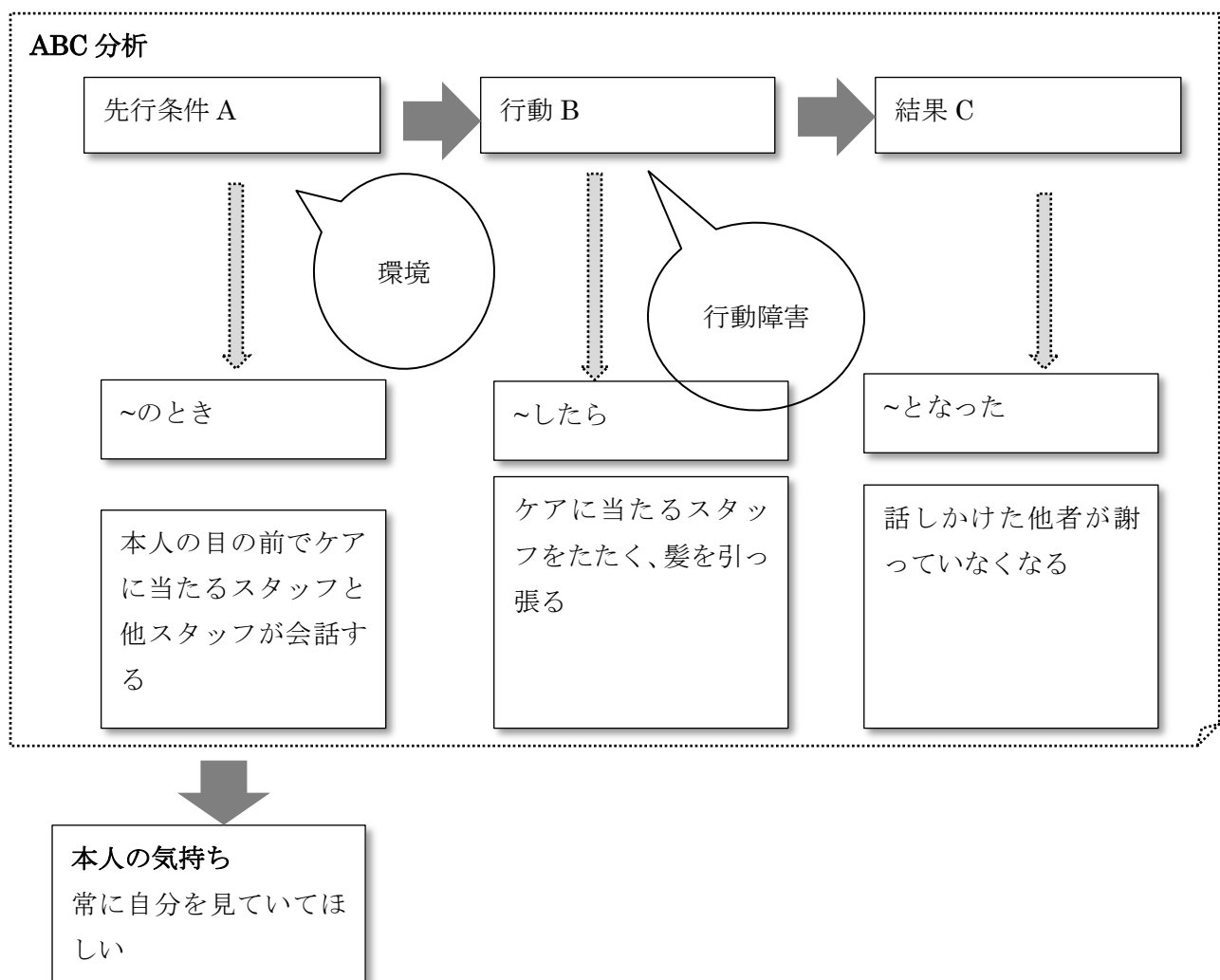
- ・ 暴力行為が生じる直前の環境と直後の自分の対応を記載しながら再アセスメントを行う
- ・ ハナさんが暴力行為に至る原因を探る為、ABC分析を用いて今迄のハナさんの行動を振り返った



ミーティングでわかったこと

ABC 分析を基にした観察やケアミーティングを重ねるたびにハナさんの取り巻く人的環境としてスタッフのかかわり方とハナさんの行動がパターンとして関わっていることが分かった
自分の行きたいところではない場所に移動するとき、又自分の関わりの少ないスタッフが話しかけているときなど、詳細な観察から直前のケア環境としてスタッフのかかわりによって暴力行為が生じていることが分かった

ケアの実際とその結果②

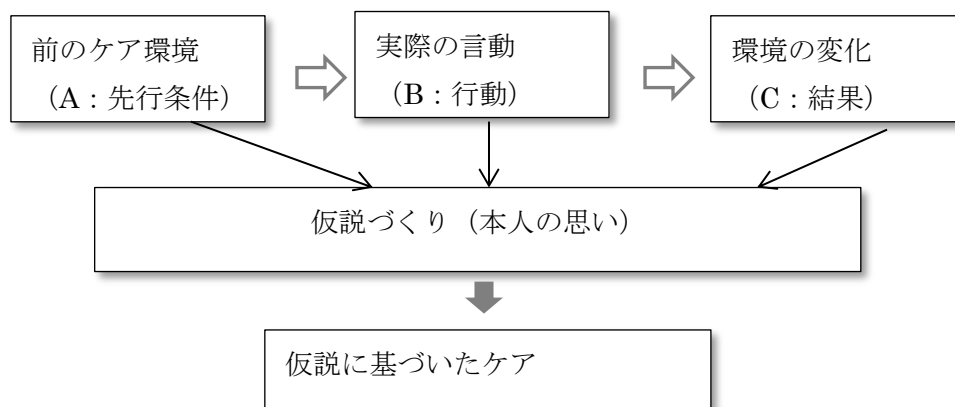


ABC 分析からわかったこと

- ・今迄のハナさん本意ではなく、スタッフ側の都合で行われていたケアであることに気付かされた
- ・スタッフ間の共通理解を図りながら ABC 分析に基づいて計画を修正した
- ・ケア内容を統一した後は叩く、蹴るなどの暴力行為は 1 日に数回に減少した

ABC 分析を有効に活用するために

- ・ BPSD は、相手に何かを訴える手段（SOS）という事を常に念頭に置くこと
- ・ BPSD が起こるたびに記録を続けていく事
- ・ 記録をみなおし、ミーティングで ABC 分析に当てはめて仮説を立ててケアを試みる事



- ・ 観察力を養う事
特に BPSD が起こる直前のケアとケアを行った結果どうなったかを観察⇒介護記録に記載
- ・ スタッフの行動を見直すこと

BPSD に用いる記録について

- ・ 介入、介入後の変化が分かるように様式を工夫する
- ・ スタッフ全員が理解できるように分かりやすく記載する

記載例① 時間経過に沿った記述式

時間	BPSD	直前の様子	直後の様子	備考
10:15	大声を上げて「誰かあ～」と言っていた。	自分のベットに横になっていた	スタッフが「K さん、どうされましたか」と声をかけたところこちらを見て静かになった。 スタッフが隣の部屋に移ったらまた大声を上げた。	
10:20	・・・・・・・・	・・・・・・・・	・・・・・・・・	・・・

記載例② 行動内容を特定したチェック式

時間	徘徊	場所	前後の様子	備考
9:30	☒ 有 ☐ 無	☒ 廊下 ☐ デイルーム ☐ 玄関 ☐ 居室 ☐ その他	「うちの家族はどうしたのかな」と言いながら歩いていた。	
10:00	☐ 有 ☒ 無	☐ 廊下 ☐ デイルーム ☐ 玄関 ☒ 居室 ☐ その他		

利用者の BPSD を減少させるには、まずスタッフの行動を変えることから・・・

～スタッフのストレスを少しでも減少させるために～

スタッフ同士で・・・

- ・まず褒める
- ・利用者の観察や気付きに誉める
- ・利用者の置かれている環境を変えることに皆で協力する
- ・皆でケアを共有し、その行動を褒める
- ・ケアが成功したところを正しく評価（スタッフ皆のおかげ）
- ・困った場合はお互い様の精神で・・・

参考文献

【福岡シティ福祉サービス】介護スキルアップセミナー資料「認知症と BPSD～医学的見解とケア～」2018

P2～6,9,22～24

【福岡シティ福祉サービス】介護スキルアップセミナー資料「介護保険制度」2018 P3

【福岡シティ福祉サービス】介護スキルアップセミナー資料「バリデーション」2017 P1

【福岡シティ福祉サービス】介護スキルアップセミナー資料「バリデーション・参考資料」2014 P1,P14～19

【介護労働安定センター福岡支部】事業所向けスキルアップセミナー研修資料 2012

【中央法規】九州保健福祉大学教授 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

【公認日本バリデーション協会】バリデーションティーチャーコース養成資料

【福岡県社会福祉士会】福岡県社会福祉士会 対人援助スキルアップ研修資料

【介護労働安定センター】都村尚子 バリデーション～認知症高齢者とのコミュニケーション～

「©2006 Chihaya-T3 Corp. バイステックの 7 原則にみる実務上での基本理念の重要性」