

Vascular Street Journal

第2回 認知症ケア研修 認知症について (社会医療法人喜悦会・那珂川病院研修室)



認知症認定看護師 中埜 友加里主任: 本日は第2回目の「認知症ケア研修」ということで、特定医療法人社団相和会中村病院の森圭一郎病院長に講師をお願いしています。内容等は資料を前もってお配りしております。現場での実践を踏まえての内容が多く入ってますので、是非、活発なご討論をよろしくお願いします。それでは、森先生、よろしくお願い致します。

講師 森 圭一郎先生: 中村病院の森です。中村病院は認知症を専門としております。今日のお話ですが、中村病院での臨床の実際と、認知症の総論等々を紹介させていただきます。まず、認知症の統計<表1>ですが、認知症患者数が2020年には602万人、2025年には675万人、5.4人に1人が認知症になると予測されています。また、軽度認知機能が低下している方が500万人。つまり、多くの方が近々認知症になる問題を抱えているのです。この軽度認知障害(MCI)ですが、これは厚生労働省のホームページから持ってきたのですが、認知症と完全に診断される一歩手前の状態です。放っておくと認知症に進行しますが、適切に処置をすると予防が効くのです。

軽度認知障害 (MCI) の時に早めに受診を！

認知症患者数

高齢化の進展とともに、認知症患者数も増加しています。

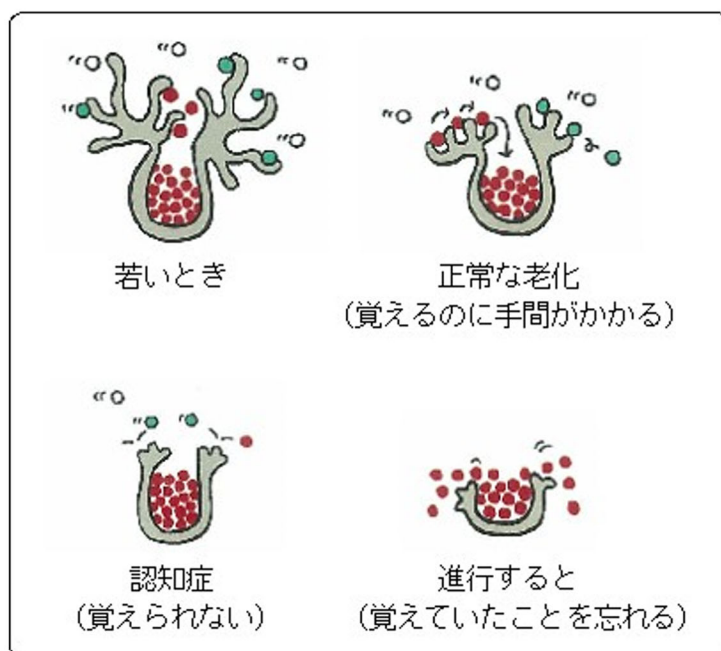
「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」の推計では、65歳以上の認知症患者数は2020年に**約602万人**、2025年には**約675万人**と**5.4人に一人**程度が認知症になると予測されております。

また、軽度認知機能低下(MCI)は500万人に上ると言われています。

軽度認知障害(MCI)の話から始めます。認知症とまだ診断されていない方です。健常な状態にも移行しうる状態で、早めに物忘れ外来に行く方がいいのですが、中村病院はもの忘れ外来はありません。どちらかというとMCIの方は取り扱いません。やはり、大学病院の「もの忘れ外来」とか、もの忘れ外来を見守っているクリニックや病院に早めに受診をしてもらい、対応していただくのがいいです。幅がありますが、5~15%の方が1年で認知症に移行する。1年で16~41%の方は健常な状態になることが分かっています。なので、早期発見、早期治療、新しいお薬の話にも繋がっていきます。つまり、このMCIのレベルで早めに受診し、早めに治療しましょうというのが予防医学で、これからの認知症の対応の仕方です。

<表1>

私たちが診させていただいているのは、認知症系の精神障害を持たれている方です。①アルツハイマー病、②血管性認知症、③レビー小体病、④前頭側頭型認知症などが中心です。認知症サポーター養成講座標準教材<図1>からのデータですが、左上は正常な脳です。イソギンチャクの手がいっぱいあって、この赤い丸は「大切な情報」です。ポンポンと簡単に間違いなく壺状の記憶領域に情報を入れていくことができます。緑の丸は、「関心のある情報」で、これも精査しながら記憶の壺に入れていくことができます。白い丸の「無駄な情報」は、効率よく除外することができます。これが正常な若いときの脳です。右上の図は正常な老化です。覚えるのに手間がかかります。なぜなら、イソギンチャクの手が短くなって動きが鈍くなっていますね。なので、しっかり頑張れば



<図1>

- 大切な情報
- 関心のある情報
- 無駄な情報

「大切な情報」を覚えることもできるけれども、時々、「関心のある情報」を取りこぼしてしまうことがあります。左下の認知症になるとイソギンチャクの手が全くなってしまうので、「大切な情報」も「関心のある情報」も何も覚えられなくて、この記憶域の壺の中、つまり、覚えていたことだけで生きていきます。右下の図、さらに進行するとこの記憶領域の壺まで崩壊していった、覚えていたことも忘れてしまいます。認知症は、この新しいものを覚えられない。大切な情報を取りこぼすということです。

出典:認知症サポーター養成講座標準教材
(特定非営利活動法人地域ケア政策ネットワーク全国キャラバンメイト連絡協議会作成)

認知症の患者さんの中核症状、これは簡単に言う「もの忘れ」です。認知機能の低下。そして、行動・心理症状は、私たちの中では周辺症状と言います。まず、コアな部分があって、その周りに出てきた症状、これを私たちは周辺症状と言ってそこを治療します。中核症状には、記憶障害、失語・失行、実行機能障害など、この辺は普段できるテレビの操作とか、洗濯機の操作ができなくなる。あとは人格変化です<表2>。これは前側頭型の認知症の方でよく出てくる状況です。僕らがみている周辺症状、主にこれは精神症状が多いです。周辺症状を解説します。ここに「もの忘れ妄想」というのがあります。これは、統合失調症の方のもの忘れと全く質が異なりますので、妄想というと一辺

倒で同じような状況と思われるがちですが、この妄想は非常に理にかなった妄想です。この理解があると、患者さんを診る時、患者さんを理解できます。この妄想というのは、例えば、大事なものがここにあります。僕らは、この物が大切だから隠そうと思う。例えば、人間の心理で大事なものは、布団の奥底や額縁の裏とかに隠そうとする。つまり、見つかりにくいところに隠すという本能があります。僕らは隠した事は覚えています。認知症の患者さんは、隠した行動を忘れます。つまり、隠してもないもの、大事な通帳がなくなっている。これはおかしいという事を考え出すと、一番近いお嫁さんであるとか、娘さんとか、いつも接している方が妄想の対象になります。いつもこの人は私のことをよくしてくれるけど、私の物を取っているのではないかという、これが「もの忘れ妄想」の基本的な病理です。なので、ある意味、理にかなった妄想です。

認知症の中核症状

- ①記憶障害
- ②失語、失行
- ③失認、実行機能障害
- ④人格変化、病識の欠如

認知症の周辺症状

- ①もの忘れ妄想
- ②夜間の徘徊
- ③意欲の低下(アパシー)
- ④幻覚
- ⑤常同行為と暴力
- ⑥食行動異常

<表2>



そこにはないものがなくなってしまうのです。夜間の徘徊も全く意味がないものではなくて、認知症の患者さんは場所がわからなくなってきました。自分の家にいることも自分の家じゃないと思いだして、そうすると、まず出てくるのは「ここはどこだ」と思う。息子から「ここに居れ」と言われるけど、わからない場所になさいとなると、だんだん不安になってパニックになる。そうすると実家に帰ると言って出て行くというのが徘徊です。こういったことで、理解できる精神症状があります。ただ、治療は精神科のお薬を使うこともあります。あと、食行動の異常です。これは異食と言って、食べれない物を食べてしまう。洋服も全部舐めてツバだらけになって、食べようとされる。喉に詰めて窒息される可能性があるのも、カーテンはなかったりします。そういう食行動の異常と、あとは食べた事を忘れるので、冷蔵庫の中を全部食べた人もいます。その為、ご家族が食べ物を隠してしまう事となります。こういう症状が周辺症状です。

アルツハイマー型認知症とその原因

アルツハイマー型認知症の原因

アルツハイマー病は脳内で特殊な異常タンパク質が増えることで発症するとされています。

βアミロイドというこのタンパク質の蓄積により、脳の神経細胞が急激に壊れていき、脳の委縮がすすみます。

成人では通常1,400グラム前後ある脳の重さが、発症後10年位たつと800～900グラム以下に減ってしまいます。これは脳が委縮して小さくなった証拠です。

<表 3>

みそ。皆さんお分かりと思いますけど、萎縮像です。大雑把に軽度、中等度、高度に分けさせていただくと、軽度だったら年月日がわからなくなります。買い物時に支払いが上手くできない。例えば、財布を持っていても小銭が出せないで万円札や千円札ばかりで払う。不要な買い物をしてしまう。前兆としては腐らせることが増える。今までそういうことがないのに同じものを何度も何度も買ってくるので冷蔵庫の中で腐るのです。中等度の症状になると、迷子になったり、だんだん精神症状が出てきます。大声を上げる、動き回る、暴言を吐く。高度になるとすべての生活に介護が必要となります。家族や身近な人の事がわからなくなっていけます。なので、息子さんを弟と言われる方もおられますし、ご主人を全く知らない人と言ったりします。傾向として、男性は奥さんのことを間違える事はないですけど、奥さんは夫のことをよく忘れる。そう考えると、やっぱり、ご家族のケアが大事というのを強く感じます。そして、傾向として、ご主人の方が奥さんに献身的で

アルツハイマー型認知症の原因としては、アミロイドβの沈着です<表 3>。脳は1,400グラムあるそうですが、それが発症10年くらいで、800から900グラムぐらまで減って、萎縮します。アルツハイマー型認知症は穏やかですけども確実に悪化していきます。なので、早い段階での診断が必要です。しかし、これは確定診断できません。アルツハイマー型の認知症はアミロイドβがずっと蓄積し、神経変化を起こし老人班が出現します。それを確認してアルツハイマー病となるのです。脳の生検は無理なので、あくまでも見立て診断になります。なぜ早い段階でわかるかという物忘れが出現するからです。アルツハイマー型の認知症は、まず物忘れから始まると思ってください。これは画像です。ここが海馬という場所で、黒いところは隙間です。グレーのところは脳

す。奥さんは結構あつけらんとして、「先生、全部、よろしく」と言って帰られる、一方、ご主人の方が泣き顔で「どうにかしてくれ」、僕らに毎日相談される方もおられます。私たちが診させていただいている患者さんの多くは、中等度くらいの方が多いです。軽度の方は稀です。自分で来られる方は基本的に長谷川式でも満点とって帰られます。軽度の方は、病識がないからご家族の方が気になって心配になって来られます。ご家族の中には「とにかく、入院させてくれ」と来院されます。徘徊、それと最近の社会問題としては、独居されている方が、排便、入浴、家の中がゴミ屋敷のようになる。今は良い時代で、地域包括の方がすぐに関わってくれます。そういう地域包括のスタッフの方からソーシャルワーカー、そういう方々の協力のもとに、当院に入院されるの方が多いです。治療はどうなっていくかというと、お薬が4種類ありましたが、まず、ドネペジル（アリセプト）

認知症の治療薬

アセチルコリン阻害薬：ドネペジル、リバスチグミン、ガランタミン

NMDA受容体阻害薬：メマンチン

新薬：レカネマブ

1. 効果

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

2. 用法及び用量

10mg/kgを2週間に1回、約1時間かけて点滴静注する

3. 副作用

1) 脳浮腫や脳脊液の貯留

2) 微小出血や脳表へモジデリン沈着

※ほとんどが無症状ですが0.6～0.8%の頻度で、

生命を脅かす重篤な事象が発生することがある。

<表 4>

というのが発売されました、これは認知症の最初のお薬です。交感神経、いわゆる脳を賦活する薬で、メマンチンは、脳の毒素を排除する。どちらかと脳を安定化させる。そういうアセチルコリン阻害薬と NMDA 受容体阻害薬というのは種類が違います。なので、まず、ドネペジル 3mg からスタートして 5mg 出して、重度になれば 10mg にしてメマンチンを足していく<表 4>。副作用はそんなに多くないのですが、ドネペジルとカリバスタグミン、ガランタミンというのは消化機能、下痢、徐脈等があります。メマンチンは安定化傾向に向かうので、めまいとかふらつきなどです。そして、レカネマブというのが新薬です。これは点滴投与です。2 週間に 1 回、約 1 時間かけて点滴します。適用が軽度のアルツハイマー型認知症、もしくは最初お話した MCI、軽度認知機能低下の方が適用なので、まずその部分でスクリーニングされながら、さらに、できる施設も限られています。まず、アミロイド β を証明しなければいけません。これは髄液検査もしくはアミロイドペット、この 2 つのどちらかがある施設です。それがあって、なおかつ MMSE という認知機能の検査がありますが、それが 22 点。非常に縛りが強いんですね。僕らの病院はここに携わる事はできません。ただ、この薬の効果はそれなりにあって 27.1% で悪化が抑制されたという、すごく画期的です。アミロイド β を取り去るそうですが、副作用が、脳浮腫、脳出血です。この副作用は 10% から 17% はどちらかが出ます。「新しい薬、どげんですか？」と言われたとき、お伝えになられたらいいかもしれませんね。過度な期待は問題です。紹介された患者さんたちの中から、実際に受けられるのは 10% くらいだそうです。

今まで私の経験からすると、薬だけではいかなものかというところがあります。大事なそれはそれ以外の治療です。例えば、デイサービスに行った方がよい。認知症というのは、勿論、アミロイド β が蓄積するのですが、何が原因かという、遺伝、家族性のアルツハイマー病というのは 10% しかおられない。では、なぜこんなに多いのか？ こういう予防が全くなされていないと思います。なので、ある程度の年齢になられると、やはり、家に引きこもってしまう、どうしても。面倒くさい、ご飯も適当でいいかな。出来合いで済まそうかなと、配偶者が他界されたりすると「もう、よか」となっていく、どんどん籠っていくと認知症、いわゆる脳に刺激がないのが一番認知症になる原因だと思います。なので、なるべく外にでていく。ただ、患者さんの中で「緊張するから、絶対にデイサービスに行かない」という方がいます。緊張するからいいのです。あなたがこれ以上物忘れを進まないためには、緊張しなければいけない。緊張して辛くなったらスタッフがちゃんと居ますからというアドバイス。とにかく行ってくださいと言います。頑固に「絶対、行きたくない」という人に限って、楽しまれています。「こんな良いところはないね」と言われますので、根気強く勧めるのがいいかもしれません。

脳血管性認知症とは

脳血管性認知症

1) 病態

脳の血管の異常により起こる多発性拘束性認知症が多い。

2) 症状

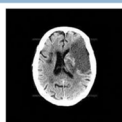
まだら認知症: 物忘れはあるが、人格は保たれる

感情は不安定: 怒りやすい、激怒、乱暴、感情失禁

3) 治療

薬物療法: せん妄や異常行動、感情的な興奮などの鎮静を図る。

身体疾患の管理



<表 5>

レビー小体型認知症の治療

治療としてはアルツハイマー病治療でも使用する薬物や、パーキンソン症状が出ている時はパーキンソン治療薬も投与されます。幻視が多発するため、患者本人は**非常に不安感が強い**ので、一人にしない、幻視を否定しないなどの対応が必要です。



<表 6>

脳血管性の認知症はポイントだけ言います<表 5>。まだら認知症です。医師国家試験で覚えたのですが、そんなことないよと思うけど実際そうですね。脳梗塞病変はここで、それ以外の脳はまだしっかりしています。悪い部分は機能不全を起こしている、良いところと悪いところが明らかにわかる。あとは階段状、これも特殊レベルの話ですが、やっぱりこの機能がやられればドンと悪くなって、ここがやられればドンと悪くなるということで、あとここは平行線です。

次はレビー小体型認知症です。これは幻視とパーキンソンです。これも経験上の話ですが、教科書には全然載っていないけど、患者さんが夜に黒服を着てサングラスをした人が立っているという幻視を訴えられる時は、レビー小体型を疑われた方がよいと思います。僕の患者さんの大半は「黒服を着た怖い男の人が立っている」と言います。中には、忍者の服を着たという可愛い幻視がありました。あと、不安というものがすごくあります。幻視があるので不安にある。パーキンソンに関しては、僕は神経内科じゃないので神経学的所見は取れないのですが、一歩が出ないとか、そういう初期の方が居られます。これはレビー小体です。今言ったように非常に不安が強い状況です。忍者の方は、忍者に対して手裏剣が飛んでくると言われていたので、僕も冗談で、手裏剣どこに当たりましたかとか話をしていました<表 6>。

次は前側頭型認知症。昔はピック病と言いました。これはほぼ画像で分かります。前と横です。側頭葉と前頭葉の委縮が顕著であるということです。この認知症の特徴としましては、前頭葉というのは意欲や意思とか感情のコントロールを行う場所で、ここに萎縮があるので機能不全を起こしてくると、理性的行動ができなくなる。とても裕福でお金持ちでそんなことをしそくない方がコロケを毎回万引きし、警察にその都度保護されて、それから入院されたこともありました。なので、最初は、認知機能は悪くならないです。前側頭型は、まず、行動異常を起こされます。特に精神科的な部分もあります。私たちのところに来られることは、頻度から言うと少ないです。

やはり、アルツハイマー型が多く、次は委縮型と血管型の混合方です。最近多いのはレビー小体が多いです。これからは私の臨床の今までの経験だけのお話で、教科書やマニュアルに載っていないと思います。薬物療法、周辺症状、特に入院された方。妄想に関しては、本当は出たくないけど、やむなく抗精神病薬を極々少量からスタートします。私は、ちくし那珂川病院のリエゾンを3年くらい行っていたので、やはり抗精神病薬は限られます。精神科の専門だったらいくつもあるのですが、うちの病院に高血圧の薬とかは限られているのと一緒で、そういったお薬を極々少量からいきましょと、スタートしましょという事で指示を出していたこともあります。あと、不眠です。一番多いのが。せん妄を合併する。せん妄というのは、夜間に幻覚・妄想、意識変容と言ってちょっとぼんやり。意識障害じゃないです。意識変容と言って、現実との境目がわからなくなっている状態で、妄想とか幻覚を見る。せん妄を合併している方の不眠は、荷物をまとめて帰ろうとされます。せん妄を合併されていない患者さんはそういう事はされません。ただ「眠れない」とおっしゃいます。そこで見分けても良いのかなと思います。そういう方には、睡眠導入剤というより抗うつ薬のテトラミド、デジレル、ミアンセリンとトラゾドン。この辺を処方したり、どうしても時は抗精神病薬です。せん妄が、ただの不眠という風に判断された場合は、ベンゾジアゼピン系以外の睡眠の薬を、不眠の状況、状態を把握しながら出しています。

認知症の患者さんには接し方が重要

接し方

**認知症の方へしてはいけないこと、
言ってはいけない言葉**

外に出るのは危ないからと 部屋に閉じ込めておく		無理やり外へ出ようとして、 大事故につながることもあります。 閉じ込めるのは絶対にやめましょう。
物忘れを指摘する		もの忘れがあっても感情は残ります。 「なんで忘れたの？」などの言葉は 絶対に使用しないでください。
強要したり責める 言葉を使ったりする		認知症の方は記憶力などが低下する 恐怖や、悲しさを感じているため、 本人をさらに追い込んでしまいます。

<表 7>

快適介護生活より抜粋

ここからは、認知症患者さんへの接し方です<表 7>。認知症の患者さんは、おおもとに記憶障害があります。もの忘れです。認知機能低下、つまり、どこで、だれで、あなたが誰か分からない。だから、行動がまとまらないのは当然です。なので、このお話は家族会でもしますが、認知症の方のペースに合わせる。良い感情を残すように、プライドを傷つけないように接する。ストレスを与えないように接するというお話をします。この中で良い感情をもってもらうのは、一番簡単なのは回想法というのがあります。これは単純に言うところ、昔話をしようということです。その患者さんの若い頃。90歳を超えている方は戦時中の話が多かったです。そのほか息子さんの話。ご自身の職業はきちんとスタッフが情報をとってくれていますので、聞き易いです。そこは例えば職人さんだったら「こん

な凄いことをしていたんですね」というようなことです。昔の仕事を傾聴するだけで、すごく周辺症状が落ち着きます。中には忘れるので何回もそれをする必要があります。そういう工夫が一番良いと思います。患者さんのペースに合わせることで、時間を決めてというか、急がせないようにしながらスタッフのペースでという形にする。そこは難しいところです。大きな声でゆっくりと分かりやすい表現が大切です。これはご家族の方にも共通する。今、ズボンとパンツが一緒です。僕はズボン派ですけど。パンツは、僕は下着だと思うので、息子は「パンツ、パンツ」というから「どっち？」と時々聞くのですが。それは統一したほうが良いかと。名前、名称がずれると混乱する。してはいけないことは、部屋に閉じ込める、もの忘れを指摘する。「なんでそんなに忘れるの」という言葉はNGワードです。強要したり攻める言葉を使ったりすることも避けてください。私が

医師になった若い頃は、ご家族に対して「とにかく・・・して下さい」、「その様な対応はやめて下さい」等々助言しておりましたが、やはりどんどん進行していく為、症状も増悪されるので、ご家族が疲弊する姿を幾度となく見てくると、ご家族のケアも必要であろうと感じる様になり、今では、頑張り過ぎない様、介護倒れしない様、早目に私たちに相談をされる事をお勧めしています。そして、家で過ごせるか、過ごさないか、考えて判断しましょうとお伝えしています。認知症の治療で大事なものは、本人は勿論ですがご家族のフォローアップが非常に必要です。チームで看護、理学療法、ソーシャルワーカー、事務も含めてみんなで関わりながら、関わらざるをえないです。なので、チームでやっていくのです。認知症の患者さんは、同じことを何百回、何千回と「ハンドバックを預けとったろう」と、ずっと言います。「これはご家族に持って帰ってもらいましたよ」。「いや、いや」と言ってまた10分後に来られて、「ハンドバックは」って言われて。つまり、段々スタッフのイライラが増してくるわけです。なので、中村病院は虐待防止委員会があって、月に1回会議をして、事例が出た場合は臨時虐待委員会をすぐに開催できる体制を整えています。僕らの中でそれは絶対にあってはいけないということで、例

えば、患者さんを「ちゃん」つけしないということは勿論ですけど、良かれと思って接していることが実はそうではない。患者さんの尊厳というか、僕らよりも年齢は確実に上ですけど、尊厳をもって接するためそういう会議があります。さて、6秒ルールというのがあります<表8>。怒りを感じて6秒で「まあ、いいか」と思えるそうです。先ほど言った前頭葉です。自分をコントロールし、理性を持つ。前頭葉が萎縮していたら別ですけど、僕らは前頭葉が萎縮していないので、しっかりと前頭葉機能は発動できます。6秒だそうです。これは僕も実践しています。もう今動けないのに「お願いします。来てください」とか言われる。6秒待って「んー」と思いながら、実際に6秒待てば、なんとなく「もういいかな」と。単純なプラセボ的ですけど、そういう風に感じるのですけど、6秒というのは結構有用だと思います。あとは「何々するべき」

6秒ルール

- 人間は怒りを感じてから、理性を司る大脳新皮質の前頭葉で感情をコントロールできるまでに、およそ**6秒かかる**といわれています。
- **6秒ルール**の実践方法は、まず怒りを感じた際に頭のなかで1から6までの数字をカウントし、怒りの感情から意識をそらします。
- 怒りの衝動をすぐに発露させず、**6秒待つ**ことで衝動を落ち着かせることができます。

<表 8>

です。「するべき」。これは、自分自身もそうです。「そうあるべき」とか「そうなければならない」と思うと落ち込んでいきます。どっちかというところ「こうなりたい」、「こうしたい」という方向に持っていけばよいと。それで患者さんにも「それをするべき」とか、例えば、何もわからない、理解できていない方に、点滴をなぜ受けてくれないのかという「するべき」を適用しているからです。とは言うものの、やはり拒否されて叩かれたりすると、やはりちょっとイラっとすることがあると思います。なので「べき」というのを取り除けば良いのかなと思います。それと、まあ上司に相談するというのが1つあると思います。あとはストレスをしっかり発散していくことが大事ということです。最後に、これも前に言いました。僕も最近これを知ったのですけど、感謝の気持ちがあれば、感謝の事を毎日3つ書くそうです。そうすれば3週間経ったら自己肯定感、自分を肯定する感覚が出てくるといふのを読みまして実践しています。僕はもともと自己否定感の人間なので、自己肯定感を高めていければと思って、これが結局診療に役立つかなと思って、ただそんなに簡単に上手くいく話ではないのですけど。そういうことを心がけてしていますので、みなさんも今日のお話で認知症の総論、症状、治療から、そして、僕らがどう思えば患者さんたちの為になるかというのをお話させていただきました。1つでも皆さんが参考にしていただければ非常に嬉しく思います。今日は、どうもありがとうございました。

中村病院 西川看護師: 森院長の方から医学的なお話がありましたので、具体的な患者さんとの対応についてお話をさせていただきます。精神科の病院で10年ほど務めています。認知症の患者さんを対応する上で重要な事は、相手を尊重して合わせる事が一番重要なポイントだと考えております。例えば、現実とそぐわない発言をされることが多くあるのですが、「違う」と否定せず一旦受け止めて、説得するものではなくお話に合わせて返すこと、これが一番重要です。疾患によって認知、理解力が低下している患者様に、説得を試みても理解を得られるのが困難で不快な思いをさせてしまう。また、会話をさらに難しくさせてしまう原因になりますので、患者様に合わせるというのが一番重要だと考えています。普段、皆様が行っている対応、または認知症の方と同居されているご家族が自然に行っている対応。皆さん、自然に行っていることですが、その対応が重要です。例えば、食事を摂ったにもかかわらず「摂っていない」という患者様にとっては「食べましたよね」というのではなく、食事を摂られる前に「今すぐ準備しますね」。「お食事を作るように担当者にお伝えしておきますね」など、患者



様のお話に合わせてあげるとというのが重要だと思います。また、「バックがなくなった」との患者様については、「一緒に探しましょう」、「事務の金庫で大切に保管していますよ」、「ご家族が大切に保管してくれていますよ」など、不安を解消させて、その場で、その場の視点を正してあげることが僕達に出来ることではないかと思います。あと、患者様の背景を把握した上で、先ほど院長の方からもありましたけど、患者様が以前されていたお仕事の話をしてみたり、そういうのを合わせて視線をずらしてあげるとというのが最善の対応ではないかと思います。また、重度の認知症の方で介護に強い拒否を示す方がいらっしゃると思います。それは、何をされるか分からない。怖いなどの感情から防衛反応として拒否的、粗暴的な行動を取られることが殆どです。スタッフに意地悪をしてやろうとかの思いは全くないのです。なので、怖い思いを除いてあげるとというのが、僕たち看護師がしなければいけないことだと思います。対策としては、今から行くことをしっかり説明して、一時的にも理解していただいた上で対応する。今から何をされるというのが分かれば、怖いという思いは少しでも緩和されると思います。また、高齢者の方で難聴の方が多いと思います。こちらがいくら説明しても声が聞こえていなくて何をされるか分からないという方も結構あると思います。なので、基本は耳元、もしくは大きな声で優しく話すことを意識して、相手の理解度を出来る限り確認した上で対応することが望ましい。また、その説明とは別にジェスチャー、「今からオムツを替えます」のオムツを患者様にみせたりとか、そういうことで患者様は理解していただける事がたくさんあります。また、日々認知症の患者様と接して、個人の特徴を把握して、基本的な対応、個別的な対応を行うことでよりよい看護が行えると思います。また、対応を繰り返す上で、スタッフ自身がイライラしてくる場面が出てきます。なので「何々するべき」、「何々できるべき」という思いがあるからこちらがイライラしてしまうので、やっぱりその疾患によってそういうことができないという事をしっかりと念頭に置いて、かつ、どうしてもイライラしてしまったらその場を離れる、6秒待つ、そうやって自分の感情をコントロールするスキルも重要だと思います。どんなに工夫をしても、スタッフ自身の精神面も含め上手くいかないときは、病棟では複数のスタッフがいますので、自分一人で抱え込むのではなくて、対応するスタッフをかえる。あとは時間を置く。そうすることで患者様の気持ちもコロっと変わることがありますので、そういった対応を試されるのも良いと思います。患者様の発言、言動に合わせて対応する。それが一番重要なことだと考えております。皆さんの参考になればと思います。

朔 先生:大変わかりやすいお話、ありがとうございました。森先生にお伺いしたいのですが、MCI、軽度認知機能低下が1年で16%から41%健常な状態になるということです。これは本当に驚いているのですが、食事が、例えば、MIND食というのがあって、地中海食とか、DASH食と一緒にしたような緑黄色の野菜を食べるとか、納豆を毎日食べるとか。何かそういう食生活というのはMCIに影響を与えるものなのかどうか？それから、良い睡眠をとればあまり認知症にならないのか。それだと50歳、60歳の時から睡眠導入薬などを服薬した方が良いのかについてお伺いしたいのですが。

森 先生:まず1点目、食事に関しては、今、先生が言われたものの直接的影響は、僕はわからないのですが、やっぱり、規則正しく3食、食べてという所。簡単に言うと、食生活を和食にするとか、高脂血症にならないようにする。生活習慣病にならないというのが基本だと思うのと、どうしてもおやつを食べる方が多いです。飴玉とか。特に認知症の方は、糖尿病の方で「あめ玉1つよ」と僕は約束するのですが、外来に來られて「あめ玉1つですね」、「はい。私は1つです」と言われるのに、息子さんは10個とか食べてますねと言われます。そういう理解できない状況の方はどんどん悪くなるのかなと。基本的に規則正しい生活、その中で外に出ていろいろな人と接するというのが一番と思います。2つ目の睡眠に関してですが、至適睡眠は7時間から8時間です。とりすぎても脳の活動からすると12時間は取りすぎの状態です。睡眠に関しては、僕は患者さんに、眠れない方には「朝、起きる時間を決めなさい」と言います。起きる時間を例えば7時にすると、15時間、17時間経てば人間は必ず眠気がきます。という事は、7時に起きるのであれば夜12時にスイッチが切れます。睡眠のスイッチに入っていく。覚醒から睡眠に変わっていくところのチャンスを逃さないようにしなさいと言っています。7時に起きて次の日の夜眠れなくても7時に必ず起きなさいという、段々リズムが、薬をたくさん飲んでいて、何人かに「7時に起きなさい」ということで、増やさずもしくは減らすことができました。寝る時間を意識するよりも起床時間を決めなさいと。そして、「必ず眠れなくても、その日頑張ったら3日もすれば12時には寝るようになりますよ」というアドバイスをした上で睡眠導入剤を必要な方には少量投与するようにしています。

中笠看護師:現場で話題になっている身体拘束についてお伺いします。当院では、一般急性期でやむを得ず使用することがありますが、病棟で実際に認知症の重度の方、興奮状態ですとか、攻撃性のある方にそういう抑制、人体への鎮静というような形をとった場合の実施方法もしくは、私どもは今カンファレンスとか評価をどのよう

にしていくか、患者さんに向けてどう取り組んでいくかということが課題になっています。良きアドバイスをいただければと思います。

森先生:身体拘束、中村病院は殆ど、全くしないです。スタッフの見守りでみていますので、そのリスクとして、転倒や怪我があります。スタッフに「転ばないようにしてね」と言っています。我儘なお願いです。時々スタッフから怒られます。どうしても必要な場合は拘束とかもしれませんが、どうしても認知はすごく落ちますし、自由に動けないというのがすごい苦痛を患者さんは伴っている。2 病棟という病棟は歩ける病棟です。勿論、鍵はかかっています。中は広い感じにしています。だから、自由に動ける中で、どうしても点滴をしないとこの方は亡くなってしまうという方に対しては、一日 2 回のドクターの回診をしながら、一時的に注射の時だけというのは時々しています。あとは基本的には見守りです。先ほど、西川看護師が言いましたが隔離もできますので、個室に入ってください。僕らの場合、点滴しているとき興奮された状況が多いので、そういったものを使いながら一時的な拘束をするということありますが、殆どありません。なので、できない状況の方はご家族に説明をして、やっぱり身体拘束をした際のリスクを詳細に説明して、「それでもしてくれ」ということであれば、そこはご家族との話し合い、いかに説明するかです。説明に納得していただければ拘束せずにそのままさせていただくこともありますし、「どうしてもしてくれ」ということであればこちらで検討する。患者さんの家族といかに話すかというところがあるかなと思います。参考にさせていただきます。

齋藤副院長:認知症、今日のお話で、わかったようで、まだ殆どわかっていないことがわかりました。患者さんの入院時に「この方、認知症がありますよ」と聞いたときの対応。「この人は認知症があるからこんなもんだね」みたいな感じでついついサラッと流してしまうところを、医師としてはもうちょっと関わっていったらなというのを、今日、思いました。やはり、その患者さんに対する尊厳というものを森先生から伺って、確かにそこは足りないかなと自分で反省しているところです。6 分間ルールを肝に銘じながら、今後対応したいと思います。先ほども身体拘束の話もありましたが、認知症に対しての様々な方略を中村病院の皆さんにご助言いただきながら、今後もやっていきたいと思っています。今日はどうもありがとうございました。



President Emeritus Dr.Saku's Commentary

那珂川病院での認知症ケア研修会をまとめてみました。人生 100 年時代を生きる私たちにとって避けることができない認知の障害は何よりも大切なポイントですね。認知症の患者さんと合わせる重要性が印象的でした。森圭一郎先生は私の医学部の後輩でした。すばらしく、理解しやすくお話をさせていただきました。