

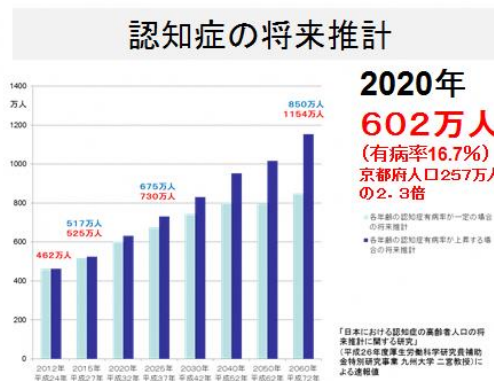
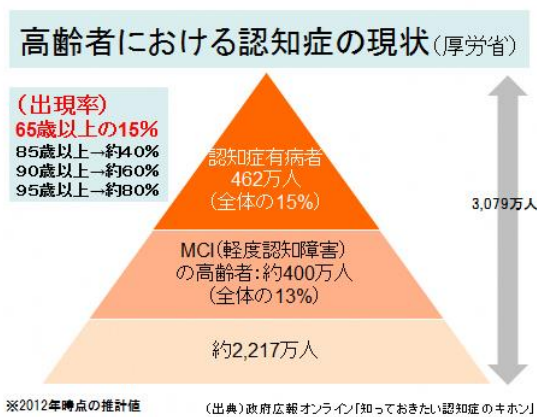
認知症の人と家族のこころの理解

東北福祉大学総合福祉学部

認知症介護研究・研修仙台センター 加藤伸司

認知症の人を理解する

(1) 認知症の実態を理解する



(2) 認知症の特徴 (認知症の発症を見逃さないために)

【生理的老化】

- ・ 一部分のもの忘れ
- ・ もの忘れの自覚がある
- ・ 目立った進行はない
- ・ 日常生活に支障はない

【認知症の症状】

- ・ 体験全体のもの忘れ
- ・ 違和感はあるが自覚は少ない
- ・ 進行性で悪化する
- ・ 日常生活に支障をきたす

(3) 認知症の人の喪失体験を理解する

1. 高齢者の喪失体験

- ・ 社会的地位の喪失
- ・ 役割の喪失
- ・ 生きがいの喪失
- ・ 親・兄弟の喪失
- ・ 友人・知人の喪失

2. 認知症の人の喪失体験

- ・ 記憶の喪失
(今まで何をしていたのか分からない)
- ・ 知人の喪失
(周囲の人が分からない)
- ・ 居場所の喪失
(ここがどこだか分からない)

(4) 認知症の人の置かれている状況を理解する (アルツハイマー型認知症の人が感じていること)

- ・思い通りに事が運ばないのでイライラする。
- ・今まで何をしていたのか、これから何をするのか分からない。とても不安。
- ・ここがどこなのかどうやってここに来たのか分からない。周りの人も誰だか分からない。
- ・周囲の人からいろいろ言われることが、身に覚えのない。「言ったでしょう」といわれるがそんな覚えはない。無性に腹が立つ。
- ・目の前からどんどん物が無くなる気がする。周りの人はそんなことを分かってくれない。盗まれたような気がする。

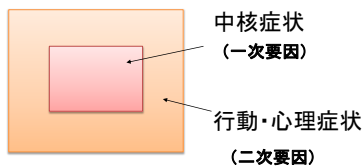
(5) 認知症の人の心理的特徴を理解する

1. 持続する不安感・・・常に不安な状態にある
2. 慢性的な不快感・・・不愉快な気持ちが慢性化している
3. 焦燥感・・・焦燥感や怒りの感情
4. 被害感・・・被害的になり訂正がきかない
5. 混乱状態・・・判断力が低下して混乱する
6. 感情の変わりやすさ・・・ちょっとした刺激に反応する
7. 自発性低下やうつ状態・・・行動力が低下し落ち込む

(6) 認知症の中核症状を理解する

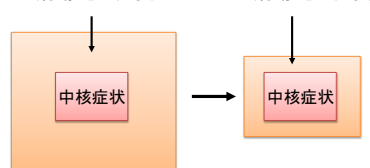
認知症症状の中核症状と行動・心理症状

- ・ 中核症状(脳の器質の変化)
- ・ 行動・心理症状(心理・社会・環境要因)



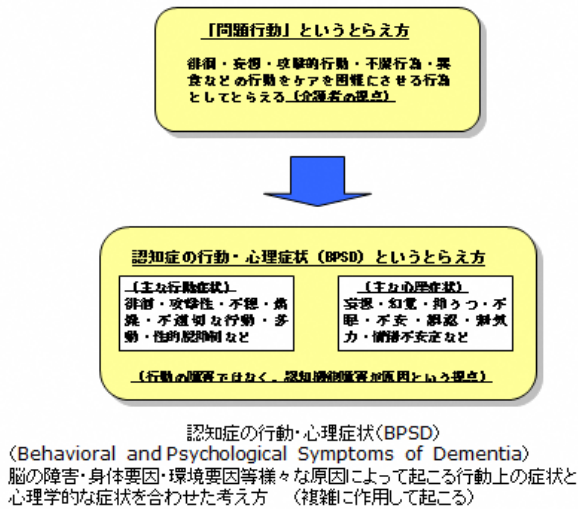
質の高いケアを提供することによって中核症状を抑え行動・心理症状の改善を図ることがケアの目標

- ・ 行動・心理症状の改善による認知症症状の変化



1. 記憶障害 (直前のもの忘れが起こる)
 - もの忘れを責めず、根気よく対応する —
2. 見当識の障害 (時間や場所、人の見当がつかなくなる)
 - 生活リズムを確立し、環境を整備する —
3. 判断力の障害 (系統的に考え、判断することができなくなる)
 - 複雑なことを伝えず、判断材料を限定する —
4. 実行機能の障害 (ものごとの手順が分からなくなる)
 - ひとつひとつの言葉かけ (動作分割) —

(7) 認知症の行動・心理症状 (BPSD) を理解する

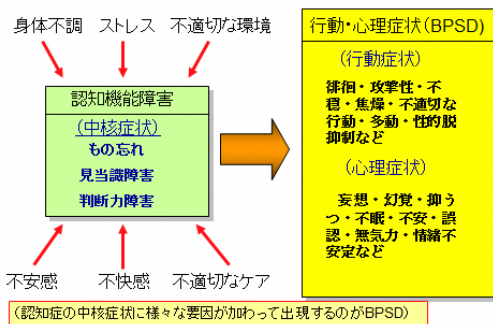


(BPSDの基本的理解)

- 認知機能障害による思考や行動の混乱
 - ・ 時間・場所・人物の見当識の障害、現実検討力の低下、判断力の低下など
- しかし行動自体は本人の目的に沿った行動であるという理解
 - ・ 帰ろうとする行為、盗られたという反応、拘束されることに対する反発など

(8) 認知症の行動・心理症状 (BPSD) はなぜ起こるのか

行動・心理症状 (BPSD) の出現原因



- ・ もの忘れや見当識障害、判断力障害などの中核症状はほとんどの認知症の人にみられる
- ・ 徘徊や妄想、攻撃的行動などのBPSDは全ての認知症の人にみられる症状ではない。
- ・ 認知機能障害 (一次要因) が基本にあり、それに身体的要因や心理社会的要因、環境要因など (二次要因) が作用して起こるのが BPSD

(9) パーソンセンタードケア (その人を中心にすえたケア)

- ・ 疾病や症状ではなく、生活個体を対象にしたアプローチに重点を置く考え方
- ・ サービス提供者側が選択するのではなく、利用者を中心に選択するケア
- ・ Personhood (人間性) : 本人の自分史、本人の物語をケアの中心に置く内的体験を聴くことにケアの原点を置く考え方
- ・ 「認知症」の人ではなく、認知症の「人」を理解する (T.Kitwood)
- ・ * 認知症だけをとりえるとケアの限界が見える
人ととらえるとケアの可能性が広がる

(10) 困ったときの考え方

(相手をコントロールしようとする前に自分を振り返ってみる)

1. それは本当に問題なのか
 2. どうしてそれが問題なのか
 3. 誰にとっての問題なのか
 4. 行動によって何を伝えようとしているのか
 5. 生活の質を高める方法で解決できないか
*ケアの質を高めることによって人生の質を高める
- QOC (Quality of care) → QOL (Quality of life)

(11) 認知症に対する偏見の問題

1. 地域社会にある偏見の問題

(認知症の問題を身近な問題として考えられないということ)

- ・認知症サポーター養成研修の広がり、一般市民の偏見をなくすことに一役買っていることは事実だが・・・
- ・地域で生活する一般市民は、認知症の問題を身近な問題とし考えられない人も多い。
- ・地域で支えるということを言っているが地域の人たちの認識が圧力になる場合もある。

2. 介護家族の持つ偏見

(認知症を受け入れられない家族)

- ・認知症を受け入れられず、認知症の人に対して過剰な要求をする場合がある。それが認知症の人にとってストレスとなる

(認知症の人を守りすぎる家族)

- ・何もできなくなったと思いきみ過度に保護しようとする家族が本人の能力を奪っていく

3. 認知症の人本人が持つ偏見

(社会的偏見への思い)

- ・社会から受ける偏見の目に対する恐れ

(自分自身が持つ偏見)

- ・社会的偏見を受け入れてしまうこと
- ・認知症になると何もできなくなっていくというあきらめの気持ち
- ・認知症は人生の終わりだという思い

4. 専門職が持つ偏見

- ・本当に1人の人として認めているのか・・・
- ・例えば病名でその人を表現するようなこと
- ・(例) 認知がある。認知が入ってきた。自分も将来認知になる気がする・・・
- ・トムキットウツの「悪性の社会心理」
- ・レッテルを貼る・・・本人と関わる時や本人の行動を説明するときに「認知症」という診断区分を分類として使うこと
- ・汚名を着せる・・・本人をあたかも病気の対象、部外者、落伍者のように扱う

※「認知」の正しい意味

- ・「認知」とは、人間などが外界にある対象を知覚した上で、それが何であるかを判断したり解釈したりする過程のことをいいます。ケアの分野などにおいて「ニンチがある」など使われていますが、これは正しい用法ではないばかりではなく逆の意味となります。認知とは、人間などが持つ高度な能力なのです。
- ・専門職が【ニンチがある】という呼び方をするのは、誤った用法です。
- ・専門家達は、専門職の人たちに正しく【認知症の症状がある】または【認知機能に支障がある】と使うようにお伝えしていますが、浸透していないのが現状です。

※「専門職として」

- ・誤った病名の略語でその人を差別していませんか？
- ・認知は人間が持つ能力であり、どこかから入ってきたり、神がかりのように認知がかってくることはありません。まして「認知になる」という言葉自体が訳が分からない言葉なのです。
- ・認知症のことを正しく理解していますか？
- ・誤った病名の略語でその人を差別している一般の人たちを正すことが専門職の役割です。

介護家族を理解する

(12) 介護形態の変化

- ・ 高齢者同士の介護が増えており、配偶者による介護が4分の1と最も多い
(配偶者による介護：25.2%，子による介護：21.8%，子の配偶者：9.72%)
- ・ 女性の介護者は約7割、男性の介護者は約3割、
- ・ 高齢介護者が目立ち、男女とも介護者の7割は60歳以上の人
特に男性介護者の4分の1は80歳以上

(13) 認知症介護の問題点

1. 介護者のかかえる問題

- ・ 認知症高齢者の介護者の半数以上にうつ状態が認められるという報告もある。
- ・ 認知症の人の世話をする家族がうつ病や不安症状などの精神疾患を持つ傾向があり、身体的にも不健康を強いられている現状がある。

2. 介護者の訴える介護負担

- ・ 症状の経過が分からない、本人に伝えたいことが伝わらない、本人の話す内容がわからない、身の回りのお世話が負担、この先もお世話を続けることが負担、自分の身の回りの事ができない、便・尿失禁・放尿、自分が身体不調、自由になる時間がほしい・・・

3. 認知症介護特有の問題点

(認知症高齢者に認知機能障害があること)

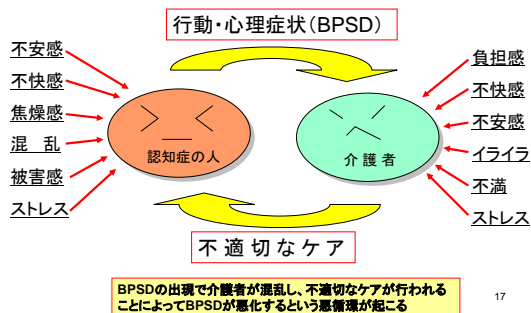
介護者のいつていることをなかなか理解してくれず、何度も同じことをくりかえさなければならない

(介護に対する精神的なねぎらいが少ないこと)

介護の大変さを周囲から理解してもらいにくく、しかも介護を受ける本人からも感謝のことばを期待できないこと

【認知症の人と介護者との間に起こる悪循環】

認知症の人と介護者との間に起こる悪循環



- ・ 行動・心理症状 (BPSD) は、中核症状に認知症の人が感じるストレスや不安感、不快感、混乱など加わることで、徘徊や妄想、攻撃的行動などの行動・心理症状 (BPSD) が出現することが多い。
- ・ BPSD は介護者に大きなストレスを与え、不適切なケアが起りやすくなる。不適切なケアは認知症の人にストレスを与え、BPSD がますます悪化していくという悪循環を生む。

* 悪循環が慢性的に続くと、虐待や心中などが起りやすくなる。

(14) 認知症介護の問題点

1. 夫婦による介護

- ・ 周囲と関係が希薄になりやすく、閉塞しがち
- ・ 子どもに頼らず、夫婦だけで介護問題を解決しようとする場合も多い
- ・ 子どもには子どもの生活があるという思い
- ・ 負担が増えてきてもなかなかSOSを出せなくなる
- ・ 特に認知症の場合には、丸抱えしてしまうことが多く、負担はますます増える

【妻が夫を介護する場合】

- ・ 身体的、精神的負担の大きさ
- ・ 老老介護の問題（将来的不安が大きい）
- ・ 夫（男性）を介護する上での体力の問題
- ・ 夫とのもともとの関係性が介護に影響する
- ・ 夫の男としてのプライドが介護への抵抗という形をとることもある
- ・ 支配的な夫であった場合、精神的な負担は大きくなる

【夫が妻を介護する場合】

- ・ 老老介護の問題（将来的不安が大きい）
- ・ 妻に頼っていた部分を自分で担うことになる
- ・ 家事能力が低い場合には、身体的・心理的負担が大きい
- ・ 妻に対して厳しい態度で接することが多くなる場合もある
- ・ サービスを利用しようとせず、自分でかかえてしまうことも多い
- ・ 自分が妻よりも年上であることも多く、介護の限界が来たときに破綻しやすい
- ・ 無理心中のリスクが最も高いパターン

2. 実の娘が介護する場合

- ・ これまでの親子関係が介護に与える影響
- ・ 親子であることによる遠慮のなさ
- ・ 介護が必要になった姿の変化に対するとまどい
- ・ 親子の役割の逆転
- ・ 負担感と罪悪感という複雑な感情
- ・ 異性の父親を介護することへの心理的抵抗感
- ・ 認知症介護の場合には不安も大きい。
- ・ 家庭生活の維持と介護の役割に対する葛藤。
- ・ 独身の場合には、仕事との両立の問題。
- ・ (親と子どもの間に起こる共依存の関係)

3. 義理の娘が介護する場合

- ・ 圧倒的な負担感
- ・ 家庭生活の維持と介護の役割に対する葛藤
- ・ 子育てと介護、仕事と介護などの葛藤
- ・ これまでの関係性が介護に影響を与える
- ・ 自分が介護を担うことに対する疑問と不満
- ・ 実の息子が理解を示さないと破綻しやすい
- ・ 義理の父を介護する場合の抵抗と義理の母の視線
- ・ *関係性が遠いためうまく行く場合もある

4. 息子が親を介護する場合

- ・これまでの親子関係が介護に与える影響
- ・親子であることによる遠慮のなさ
- ・介護が必要になった姿の変化に対するとまどい
- ・親子の役割の逆転
- ・負担感と罪悪感という複雑な感情
- ・母親を介護することへの心理的抵抗感
- ・認知症介護の場合には不安も大きい。
- ・家庭生活の維持と介護の役割に対する葛藤
- ・独身の場合には、仕事との両立の問題
- ・（親と子ども之间に起こる共依存の関係）
- ・虐待のリスクが最も高いパターン

(15) さまざまな思いを抱く家族とのコミュニケーション

1. 現実を受け入れられない家族

- ・病気になる以前の姿を求めている人が多く現実を直視ない。
- ・本人に厳しく接する家族は、どうにかすれば元に戻るのではないかという思いがある。
- ・このことが本人にとってストレスとなる。
- ・家族が抱く辛く、やりきれない気持ちを受け止めることから始める。
- ・その上で、当事者の現在の能力に目を向けてもらうことを勧める

2. 拒否的な家族

- ・拒否的な家族や、これまでの人間関係を引きずる家族に対する支援は難しい。
- ・本当はできるはずなのに本人が努力しないと感じている場合もある。
- ・ねぎらわれることがなく、努力が正当に評価されないという思いもある。
- ・家族に対するねぎらいの言葉をかけることは有効。
- ・これまでの関係性が拒否という形を取る場合、ひとりの力で解決することが難しい場合があるため、より専門的な機関につなぐことが必要

3. 献身的すぎる家族

- ・家族が全てのことをやってしまうため、本人の能力を奪うことにもなる。このことが本人の自信を喪失させる。
- ・家族と本人の距離が近すぎるため、支援の受け入れを嫌う場合があるが、介護負担が増えると破綻しやすいなど危険性が高い。
- ・場合によっては専門的な支援機関につなぐことも必要となる。

(16) 家族が望む支援を考える

【家族が虐待してしまいそうになった出来事】

- | | | |
|----------------|------------------|-------------|
| 1. 暴言 | 9. 死にたいという言葉 | 17. 不眠 |
| 2. 言う事をきいてくれない | 10. 口ごたえすること | 18. 過度な依存 |
| 3. 感謝されない | 11. 排泄介助 | 19. もの盗られ妄想 |
| 4. 拒否される | 12. 介護への抵抗 | 20. 部屋を汚す |
| 5. 不潔行為 | 13. 理解しがたい行動 | 21. 身勝手な行動 |
| 6. 暴力 | 14. 排泄の失敗 | 22. 無視される |
| 7. 意思疎通困難 | 15. 何度も同じ事を言う | |
| 8. 徘徊 | 16. 介護者の思いを理解しない | |

※出現頻度順

【介護負担の軽減に役立つ言葉：言われてうれしかった言葉】

- | | |
|-------------------|------------------------|
| 1. 介護者の体調への気遣い | 8. 要介護者への気遣い |
| 2. サービス利用の提案 | 9. 苦勞を理解してくれたこと |
| 3. 介護方法の助言 | 10. 認知症の対応の助言 |
| 4. 介護者への気遣い | 11. 介護負担軽減への気遣い |
| 5. 励ましやねぎらい | 12. 一緒に考えましようといってくれた言葉 |
| 6. 要望や愚痴を聴いてくれたこと | 13. 介護者への生活への気遣い |
| 7. ほめ言葉 | 14. 家族の会を紹介してくれたこと |

※出現頻度順

*平成24年度 認知症介護研究・研修仙台センター調査（334家族に対する調査）

(17) 認知症の介護を担う家族を支援する

1. 家族支援と家族のこころがまえ

①家族支援を含めた認知症介護の視点

②認知症高齢者を抱える家族の心構え

- ・介護者が健康であること
- ・手伝ってくれる人をさがすこと
- ・相談する人や場所があること
- ・サービスを効果的に利用すること

*上手に手を抜くこと

2. 介護家族の負担軽減のために

- ・家族が認知症という病気を正しく知ること
- ・上手に手を抜くこと
- ・自分一人で抱え込まないこと
- ・介護の限界を考えておくこと
- ・愚痴をこぼす相手を探すこと
- ・限界がきても罪悪感を持たないこと

*在宅で介護することが最善とは限らない

(18) 認知症の人と家族の「空白の期間」と「空白の時間」

【空白の期間】・・・認知症介護研究・研修仙台センター調査

●違和感から受診につながるまでの期間 → 平均1年2か月

●受診（告知）からサービスにつながるまでの期間 → 平均1年5か月

- ・認知症初期では違和感を覚えることが多く、病院を受診するまでの間に「空白の期間」が生まれる。
- ・この期間に、認知症の人と家族には大きな不安と葛藤がある。
- ・早期診断が推進されているが、認知症の診断直後や初期の人は介護保険サービスの対象となりにくく、地域社会から孤立し、場合によっては進行を待つだけの「空白の期間」が生まれる。
- ・「空白の期間」を「満たされた期間」にするためにも、専門職からの家族等介護者への情緒的支援と情報提供、周囲の人の援助など、積極的な支援は欠かせない。

(19) 認知症の初期段階の支援の重要性

【本人に対する支援と家族に対する支援】

1. 違和感を覚える段階

- ・ごく初期にはこれまでと違うという違和感を覚えることが多い。
- ・原因の分からない違和感が本人や家族を不安にさせる。
- ・本人や家族は、どこに相談すればいいのか分からないことが多いため、専門の医療機関につながり、診断に至るような正しい情報提供が大切。
- ・受診は勇気のいることであり、ためらう場合もおおいため、受診しようとする気持ちを後押しするような関わりが必要。

2. 受診から告知までの問題

- ・本人をだまして受診させることは不適切。
- ・家族は本人とよく話した上で受診につなげる
- ・受診～検査～告知の段階までには空白の時間があり、その空白の時間の不安は非常に大きい

3. 告知の問題

- ・本人と家族にどのような形で告知がなされたのか（病名が分からない段階の不安と病名が分かった後の不安がある）
- ・特に本人に対して告知が行われているのか
- ・誤った情報は、誤った期待や絶望につながるため、正しい情報を伝えることが必要
- ・告知後は、早急にどこかにつなぐことが大切。支援体制を知らないまま引きこもることが最も危険。（本人も家族も大きな不安感や絶望感をかかえることになる）

4. 認知症の初期段階の本人と家族の感情

(本人の思いと家族の思い)

【本人の思い】

(不安感)

この病気はどんな病気で自分はどうなっていくのか

(恐怖感や絶望感)

自分の人生は終わりなのか？寝たきりになるのか？

(孤立感)

誰も分かってくれない。友達もいなくなるのか？自分はどこへ行けばいいのか？

【家族の思い】

(不安感)

この病気はどんな病気で、この人と私たち家族はどうなっていくのか

(恐怖感や絶望感)

私たち家族でどうやって支えていくのか？今までの生活は壊れていくのか？

(孤立感)

なかなか人に言えない。どこに相談すればいいのか？なぜ私たちだけが・・・

(初期段階の支援)

【本人に対する支援】

- ・ 氾濫する情報の中で、適切な情報の選択
- ・ 困ったときに支援を受けられる体制づくり
- ・ 特に伴走者が必要（友人的な存在）
- ・ ケアの問題だけではなく、初期の段階の不安に対する対処と、将来的な不安や心理的な課題に対する支援も必要

【家族に対する支援】

- ・ 初期の不安に対する対処と現在困っていることに対する支援
- ・ 負担軽減に向けた適切な情報の提供
- ・ 中期的な目標の設定と長期的な展望に立った支援が必要
- ・ ただし、初期の段階で終末期まで考えてもらうことは逆効果となる場合が多い

5. 若年認知症の問題

(若年認知症とは)

- ・ 告知を受けた軽度の人の場合には、自分の境遇を理解している人たちも多いが、その人たちに対する支援は、介護だけではなく、心理的な支援が重要となる。
- ・ 若年認知症の家族の6割にうつ状態がみられるという報告もあり、本人のケアだけではなく、経済的負担や、家族の心理的支援などが重要課題である。

(若年認知症への支援)

- ・ 告知を受けた軽度の人の場合には、自分の境遇を理解している人たちも多いが、その人たちに対する支援は、介護だけではなく、心理的な支援が重要となる。
- ・ 若年認知症の家族の6割にうつ状態がみられるという報告もあり、本人のケアだけではなく、経済的負担や、家族の心理的支援などが重要課題である。

(20) 危機介入のポイント

【気づくこと】

- ・「おや？」と思うことを見逃さないこと

【聴く姿勢を持つこと】

- ・傾聴する、聴く姿勢や態度を持つこと

【継続すること】

- ・拒否されても、続けること。本当は待っていることも多い

【つなぐこと】

- ・自分一人で何とかしようと思わず、専門家や専門機関につなぐこと

【続けること】

- ・進行性の病気であるため、支援の方法はその時期によって異なる。継続した相談や、その時に必要なサービスを絶え間なく届けることが大切。

(21) 危機介入のポイント

- ・閉塞した介護状況が要介護者や介護家族の精神的健康を阻害することになる。
- ・閉塞し、常態化した不健康な介護状況がうつ状態を招いたり、自殺の危機、心中の危機などを生むことになる。
- ・家族だって不死身ではない。要介護者の生活の質の向上だけでなく、介護家族の生活の質の向上も同時に考えて行くことが大切。