

認知症対応テキスト

目次

はじめに	2
4大認知症を理解する	3
アルツハイマー型認知症・脳血管性認知症	4
レビー小体型認知症・前頭側頭葉変性症	4
認知症の中核症状	5
記憶障害・見当識障害	5
理解力・判断力障害	6
遂行機能障害・失行・失認	6
失語	6
BPSD:行動・心理症状	7
中核症状関連の症状・行動	7
精神症状・行動コントロールの障害・対人関係の障害	7・8
パーソン・センタード・ケア	9
個人の価値を低める行為と高める行為	9
認知症高齢者の行動・状態に影響する要因	10
ひもときシート	10
ユマニチュード	11
ユマニチュードの目標	11
ユマニチュードの基本と4つのアクション	11
5つのステップ	12
コミュニケーション概論	13
基本姿勢・メラビアンの法則・コミュニケーションの技法	13
会話の基本動作・コミュニケーション技術	14
認知症高齢者の心理	15

【はじめに】

認知症とは、一度正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態を言い、それが意識障害のない時にも症状がみられます。

認知症を引き起こす病気のうち、もっとも多いのは、脳の神経細胞がゆっくりと死んでいく「変性疾患」と呼ばれる病気です。アルツハイマー型認知症、前頭・側頭型認知症、レビー小体型認知症等がこの「変性疾患」にあたります。続いて多いのが、脳梗塞、脳出血、脳動脈硬化等のために、神経の細胞に栄養や酸素が行き渡らなくなり、その結果その部分の神経細胞が死んだり、神経ネットワークが壊れてしまったりする脳血管性認知症です。

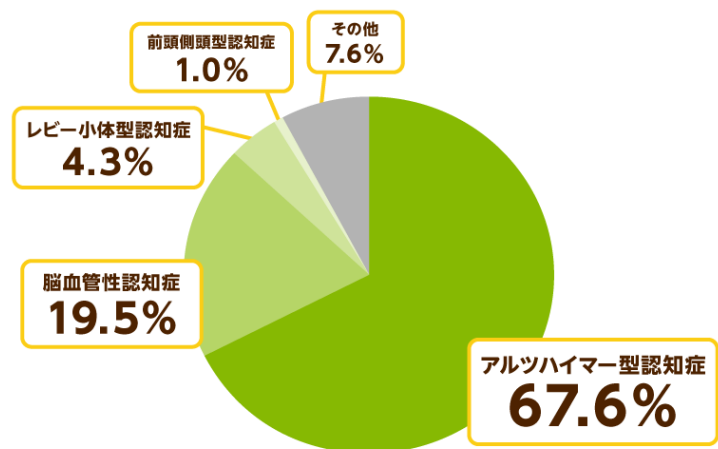
4大認知症を理解する

- アルツハイマー型認知症の割合が最も多い。エピソード記憶の障害が特徴的
- 脳血管性認知症は脳血管障害を起こした部位により、認知機能障害の出現に個人差がある
- レビー小体型認知症はパーキンソンニズムによる転倒リスクが高い。幻視の訴えも特徴的
- 前頭側頭葉変性症は、記憶障害は目立たないが、人格変化、脱抑制、食行動の異常等行動異常がみられる

認知症には、大きく分けてアルツハイマー型認知症(AD)、脳血管性認知症(VaD)、レビー小体型認知症(DLB)、前頭側頭葉変性症(FTLD)の4つの病型があります。

病型別の割合は、アルツハイマー型認知症が最も多く、2011年から2012年に実施された調査によると、全体の67.6%を占めています。

それぞれの原因や初発症状の特徴などを簡単にまとめたものが下の表です。



	アルツハイマー型認知症	脳血管性認知症	レビー小体型認知症	前頭側頭葉変性症
原因	老人班や神経原線維変化、神経細胞の脱落によって起こる	脳梗塞や脳出血などの脳血管障害によって起こる	レビー小体(神経細胞に出現する異常なタンパク質)が脳皮質や脳幹などに蓄積されることによって起こる	前頭葉と側頭葉前部の病変(萎縮や血流の低下など)によって起こる
初発症状の特徴	・記憶障害 ・遂行機能障害	・運動麻痺 ・記憶障害	・パーキンソンニズム ・睡眠障害、抑うつ ・初期は記憶障害は目立たない	・喚語困難 ・意欲低下 ・脱抑制的行動 ・記憶障害
臨床症状の特徴	・エピソード記憶の障害 ・自己評価の障害	・症状は障害を受けた脳部位によって異なる ・階段状、突発性の症状変動 ・進行停止	・記憶障害(アルツハイマー型よりは軽度) ・易転倒性(パーキンソンニズムによる筋固縮、動作緩慢、重度では歩行障害) ・幻視 ・睡眠障害	・失語 ・常同行動(同じ動作を繰り返す) ・食行動の異常(過食、異食など) ・病識の高度の消失 ・脱抑制
経過	徐々に進行する	・階段状、突発性に悪化 ・進行がほとんど見られない時期もある	・変動しながら進行性に悪化 ・アルツハイマー型認知症よりも経過が早い	・徐々に進行する

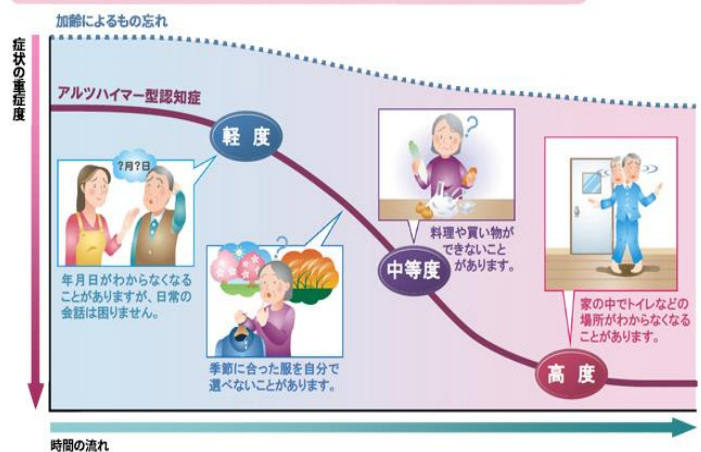
➤ アルツハイマー型認知症

認知症の中で最も頻度が高い。近時記憶障害で発症することが多く、エピソード記憶の障害が特徴的です。

記憶障害が明らかな段階となると、ほぼ病識は失われ、取り繕い反応、場合合わせ反応が特徴的にみられます。

また初期から、抑うつ的となったり、「財布や衣類などを盗られた」という物盗られ妄想が出現したりします。進行した例では徘徊、昼夜逆転、失禁といった症状が在宅介護の破綻する要因となることが多いです。

アルツハイマー型認知症は、症状が徐々にすすんでいくのが特徴です。



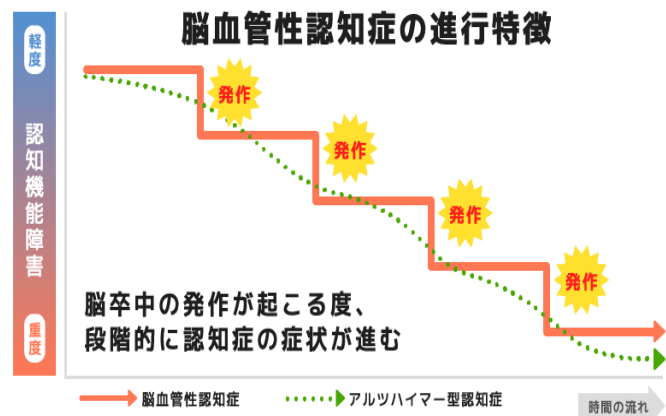
➤ 脳血管性認知症

脳に障害を受けた部位と受けていない部位があるために、まだら状の症状を示します。認知機能の障害は個人差が大きい。

症状としては、意欲の低下、自発性低下、感情失禁、夜間せん妄などがあります。運動活動量の減少から寝たきりになる場合もあるため、廃用症候群の予防が大切です。

また、失行や失認などで日常生活上に支障がでることがあり、本人が失敗するような場面を避けること・周囲のさりげない支援、喪失感・不安などを軽減させる対応が必要となります。

脳血管性認知症の進行特徴

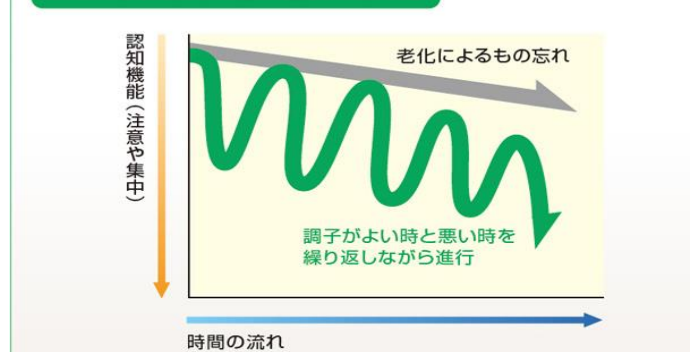


➤ レビー小体型認知症

発症、進行は緩徐で、子供や動物が見えるといった生々しい幻視、認知機能の変動、パーキンソン症状(小刻み歩行、動きの遅さ、鈍さ、関節のこわばり、震え、失神など)の出現などが挙げられる。転倒の危険性が高いため注意が必要。

変動性の認知機能障害があるため、身体的ケア等はしっかりしている時間帯で行うことが望ましい。変動のサイクルは日内から数日単位までさまざま。幻視に対しては、中立な態度でのぞむことが必要です。

レビー小体型認知症の症状の進み方



➤ 前頭側頭葉変性症

脳の前頭葉と側頭葉が委縮するタイプの認知症です。主な症状としては人格変化、抑制の欠如、社会性の欠如、病識の欠如、常同行動、被影

響性の亢進(外的刺激に対して反射的に反応し、模倣行動や脅迫的言語応答がみられる)、自発性の低下、食行動の異常などが挙げられます。

認知症の中核症状

- 認知症の症状は、中核症状と BPSD に分けられる。中核症状の進行を止めることは困難
- 中核“症状”自体を理解することは重要であるが、認知症の方がその症状により、どのようなことがしづらいのか評価することも重要
- 中核症状は単独ではなく、複合的に出現していることが多い

認知症の症状は大きく「中核症状」と「行動・心理症状(周辺症状、BPSD)」に分けることができます。中核症状とは、脳の病変による認知機能の低下から引き起こされます。程度の差はありますが認知症であれば必ず起こりうる症状で、進行とともに徐々に重くなり、進行を遅らせることはできても、完全に止めることはできないとされています。

➤ 記憶障害:自分の体験した出来事や過去についての記憶が抜け落ちてしまう障害。自覚のある物忘れとは違い、自覚がなく、日常生活に支障が出てきます。認知症に関する記憶には、長さでの分類には大きく短期記憶、長期記憶があり、内容での分類にはエピソード(出来事)記憶、意味記憶、手続き記憶があると考えられている。

・短期記憶障害:

記憶を貯蔵する時間が数十秒から 1 分程度と短い期間のみ残る記憶のこと。ワーキングメモリ(作業記憶)とも呼ばれる。認知症の方は新しいことを覚えにくく、どこに物を置いたか忘れる

(いつも探し物をしている)、何度も同じことを聞く等の症状がみられるようになります。

・長期記憶障害

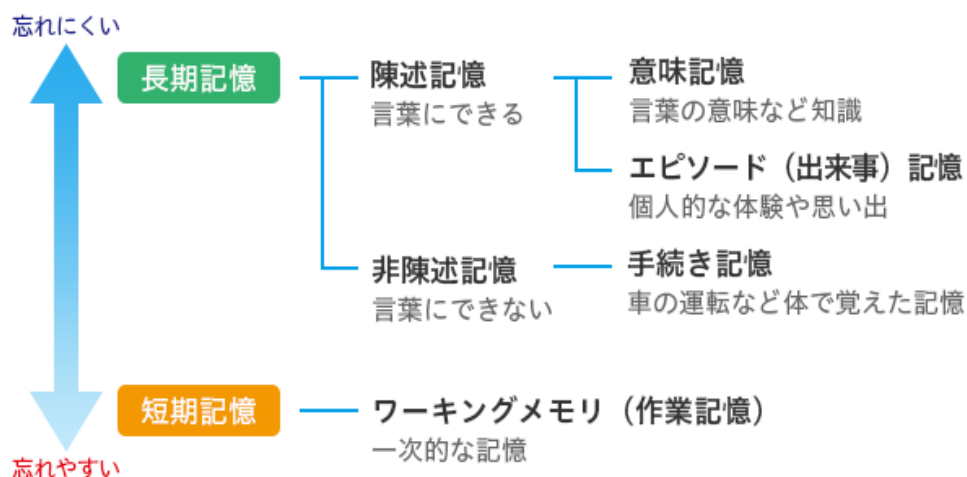
長期間にわたって保持される記憶です。短期記憶と違い、容量制限がないことが特徴です。「祝日の名前」や「自分が通った学校の名前」「子供の消息」「自分の職業」についてなどの出来事についても、認知症が進行すると忘れてしまい、最終的には家族の名前や顔も忘れていくなどの症状がみられます。

・エピソード記憶

経験した出来事に関する記憶です。障害されると自分のルーツや家族との思い出などをエピソードに付随する情報と一緒に忘れてしまうため、本人は体験自体が抜け落ちているので、周囲と話がかみ合わなくなります。

・意味記憶

物や言葉の意味、対象同士の関係性、社会のルール等に関する記憶です。意味記憶が障害されると、人や物の名前や意味等を忘れてしまうため、「これ」「それ」「あれ」等の指示代名詞が多くなり、会話による意思疎通も難しくなります。



・手続き記憶

学習や練習を繰り返して身につける技術などの記憶です。手続き記憶は、一旦記憶ができると無意識のうちに機能するようになる上、長期間にわたって保持されるという特徴があります。認知症による記憶障害では、比較的体得した記憶は残りやすい傾向があります。

➤ 見当識障害

見当識とは、現在の時刻、日付、場所、人物、周囲の状況などを総合的に判断して自分が置かれている状況を理解する能力を意味し、これらの理解能力が欠如することを見当識障害と言います。

相手が顔なじみか、安心できる人であるかどうかを把握する力は失われにくいようです。

➤ 理解力・判断力の障害

物事の良し悪しの判断や現実的な判断ができなくなったり、考えるスピードが遅くなったり、環境の変化があると混乱しやすくなったりします。一因として記憶障害の影響が考えられています。

➤ 遂行機能障害(実行機能障害)

遂行機能とは、やや大雑把に定義するとすれば「問題解決能力」が近似の概念。障害されると、目的のある行動や計画的な行動を行うことが難しくなります。

➤ 失行

「運動可能であるにもかかわらず合目的な運動が不可能な状態」と定義される。運動が拙劣となる「肢節運動失行」、意図的運動ができない「観念運動失行」、「紙を折って袋に入れる」といった一連の動作の実施が難しくなる「観念失行」など。他にも、着衣失行や構成失行などがあります。

関わりとしては、実際の道具で反復練習を行う方法や、動作の過程がスムーズに行えるように図で示したり、矢印、色などを用いて関係づけたり



する方法があります。その他、物品の置く位置を限定したり、道具の数を少なくしたりする等環境を整える必要があります。

➤ 失認

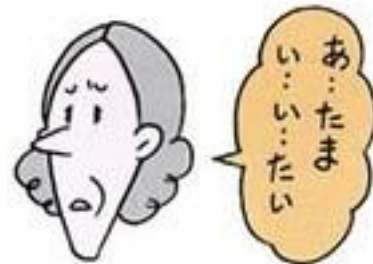
簡単に定義すると、「ある感覚様式を通してのみ、対象が認知できない状態」。しっかり見えているのに、その物(一般的によく知られているものであっても)が何かわからない「視覚失認」や、音が聞こえているのはわかるが言葉が聞き取れない「聴覚失認」、空間の右側もしくは左側が認識できなくなる半側空間無視などがあります。

➤ 失語

話すこと・聞くこと・読むこと・書くこと・計算などに障害が出現します。よく聞かれる症状としては、ブローカ失語、ウェルニッケ失語、全失語が挙げられます。

・ブローカ失語(運動性失語)

話し言葉の障害は重度で、聞いて理解することは比較的保たれているタイプの失語症です。



<ブローカ失語の例>

・ウェルニッケ失語(感覚性失語)

聞いて理解する事の障害が重く、話し言葉は流暢でスムーズに話しますが、錯語(さくご:言い誤り)の多いタイプの失語症です。



<ウェルニッケ失語の例>

・全失語

話すことも聞いて理解することも難しい状態です。

BPSD:行動・心理症状

- 中核症状が原因となり、心理的ストレス等の影響や周囲の人との関わりの中で起きてくる症状
- 暴言や暴力、興奮、抑うつ、不眠、昼夜逆転、幻覚、妄想、せん妄、徘徊、もの取られ妄想、弄便などはいずれも BPSD
- 環境や、人間関係、性格などが絡み合って起きてくるため、人それぞれ表れ方が違う

認知症の症状には「中核症状」と呼ばれるものと、「行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD)」と呼ばれるものがあります。

中核症状はすべての認知症疾患にみられる症状ですが、BPSD はすべての認知症の人にみられるわけではありません。介護者が対応に苦慮する多くは、中核症状よりも BPSD です。

【BPSD の分類: 4 つのカテゴリー】

1、中核症状関連の症状・行動

①記憶障害

自分の言ったことを忘れる、物の収容場所を忘れる、同じ事柄・質問も繰り返す、食事を何度も要求する、薬を何度も要求する、火の不始末、鍵の不始末、水の不始末

②見当識障害

1 日の時間帯がわからない、時間の混同、今日が何日か繰り返し尋ねる、昼夜逆転、外出して迷子になる、出口を探して歩き回る、他者の家・部屋に入る、トイレ以外での排泄

③失認

人物の誤認、鏡現象、人形を生きている子供のように扱う、異食、食べ物以外のものをしゃぶる

④遂行機能・判断力の障害

問題のある契約をする、つり銭がわからない、日常機器を使用できなくなる、薬を自己管理できない、危険なのに車の運転をしたがる、人前で状況にそぐわない言動をする、他人のものと自分のものの区別がつかない、歩けないのに立ち上がって歩こうとする

2、精神症状

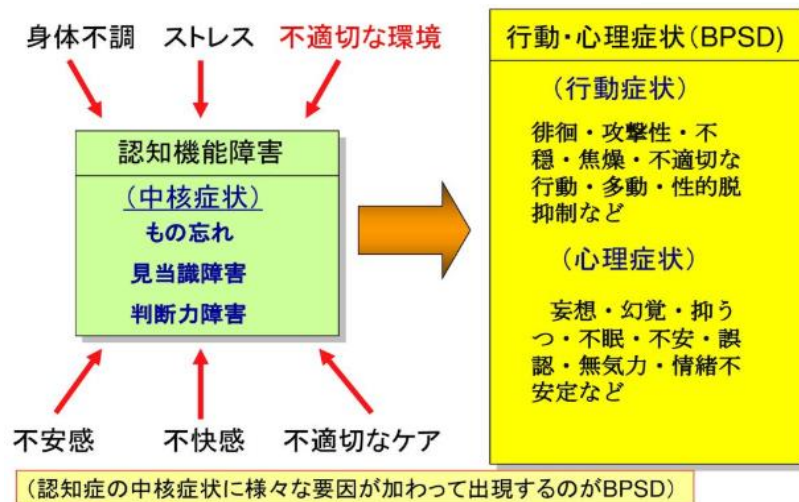
①幻覚: 幻視(幻聴・幻触)

②妄想: 被害妄想、物盗られ妄想、嫉妬妄想、同居人妄想、被毒妄想

③自発性の低下、無関心、1 日中うとうとしている

④感情コントロール障害: 気分の易変、易怒、焦燥、興奮、不機嫌、感情失禁、多幸、人格変化

【BPSD の出現要因・背景因子】



3、行動コントロールの障害

- ①脱抑制:他人の物を盗む、大声奇声、自傷行為、不潔行為、卑猥な言葉を使う、性的逸脱
- ②徘徊・外出要求:徘徊、帰宅要求
- ③食の異常:過食、拒食、異食 ④不穏行動:落ち着きのなさ、多動
- ⑤物への執着:収集癖、隠蔽、物を執拗にいじる
- ⑥常同行動
- ⑦活動性の低下:無言、無動

4、対人関係の障害

- ①依存;つきまとい、寂しがる、夜に家族を起こす
- ②孤立:他者と関わるのを嫌う
- ③拒否:拒食、拒薬、着替えの拒否、入浴拒否、家族と話そうとしない、他者の好き嫌いが激しい
- ④攻撃:攻撃的、器物破損、攻撃的な言葉、非難、他者とのトラブルが多い

認知機能低下によって、記憶障害・見当識障害、理解・判断力の低下が起こる。そこに身体不調や不適切な環境・不適切なケアによって、ストレスを感じ不快感・不安感を生じる。それを解消するために BPSD を起こすと考えられている。

顕在化した行動や言葉(BPSD であったとしても)は要因・背景を知るための認知症を抱える人からの「サイン」ととらえ、「潜在化したニーズ(要望や願い、必要としていること)」を理解し、支援していくことが重要です。

BPSD の出現要因・背景因子には様々なものがあり、どれが BPSD に結びついているか理解する必要があります。

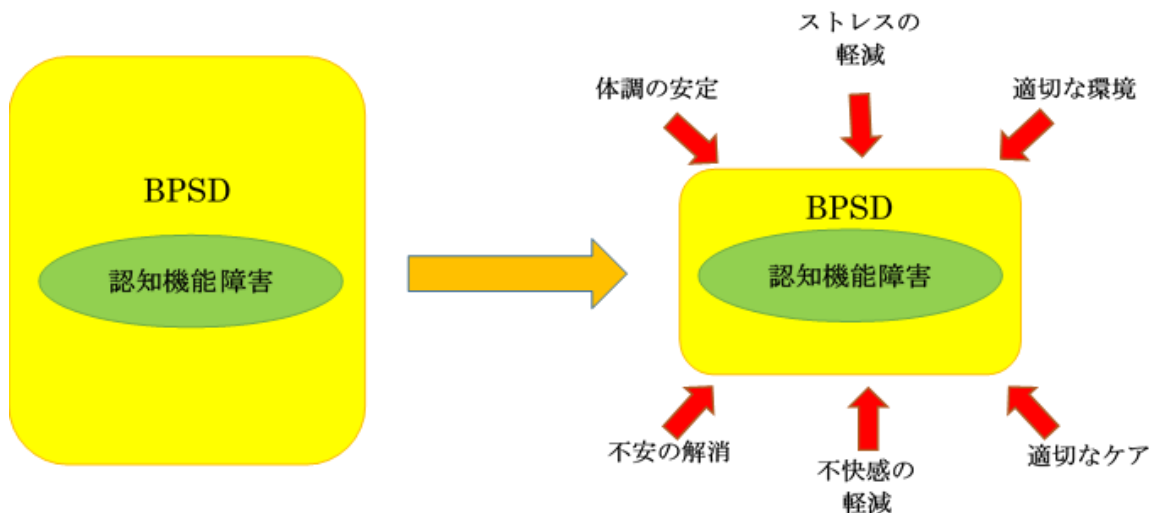
<介入困難な背景因子>

- ①脳病変
- ②認知症状(中核症状)
- ③高齢期疾患(身体合併症)
- ④地域・文化:認知症が恥ずかしいといった地域文化などが、心理的ストレス・介護負担を増やし、BPSD の要因となります。
- ⑤生活史(ライフヒストリー):その人の歴史がその人の性格や価値観や行動に影響を与えます。

<介入可能な背景因子>

- ①薬剤
- ②居住環境
- ③せん妄
- ④生活障害:ADL 低下が、自信喪失となり、BPSD の背景となります。
- ⑤体調
- ⑥ケア技術・関係性:介護者が失敗を指摘したり非難したりする態度などが BPSD を悪化
- ⑦社会資源:地域の中でどれだけ介護保険サービスを使えるか、インフォーマルサポートがどれだけ充実しているか、担当ケアマネジャーの力量、地域包括支援センターや認知症初期集中支援チームの関りなど
- ⑧不安・喪失感・心配事:記憶障害や見当識障害で過去と現在のつながりが失われ、できないことが増えることなどからくる自分の存在が失われていく漠然とした不安感や喪失感

「潜在化したニーズ」を理解したうえでそのニーズを満たすような支援、例えば、体調を安定させたり、適切な環境で適切なケアが行われたりするとストレスが軽減、不安や不快感などが軽減されます。その結果、BPSD が減少し目立たない状態に変化していきます。



パーソン・センタード・ケア

- 認知症ケアのひとつの理念。認知症高齢者の心理的ニーズ、人間性や尊厳、すなわちパーソンフッドを傷つけるような行為・個人の価値を高める行為を理解する。
- 認知症高齢者の行動や状態に影響するのは、その方の人生や価値観、周囲の人間関係等様々な要因があることを理解する。

【パーソン・センタード・ケア】

パーソン・センタード・ケアは、英国ブラッドフォード大学の故トム・キットウッド教授によって提唱された認知症ケアのひとつの理念です。人として、相手の気持ちを大切に、尊敬し合い、互いに思いやり、寄り添い、信頼し合う、相互関係を含む概念である“Personhood”を維持することが必要であると言われています。

人が人としてあり続けるために最低限必要なものという強い意味合いにおいて、認知症の人の心理的ニーズをとらえ下図のように表しました。



- ・くつろぎ・やすらぎ: 気持ちを落ち着かせることであり、安心感を増し、人々がリラックスできるようにすること。
- ・共にあること: 自分を取り巻く社会に実際に参加したり、会話で共通の世界を感じたり、招き入れたりすること。
- ・自分が自分であること: 自分自身のことをどう感じているか、どう考えているか、自分が誰であるかわかっていること。
- ・たずさわること: 自分の周りや世界に、何か影響を与えることができるというニーズ。
- ・愛着・結びつき: 絆やつながりを保つこと、互いに育みあい、信頼し、関わり合うこと。特に強い不安や変化にさらされたとき人は、誰か他の人々と結びついていたいと感じる。

【個人の価値を低める行為(PD)と個人の価値を高める行為(PE)】

パーソン・センタード・ケアでは、認知症高齢者の人間性や尊厳、すなわちパーソンフッドを傷つけるような個人の価値を低める行為(Personal Detraction; PD)と個人の価値を高める行為(Personal Enhancers; PE)があります。

個人の価値を低める行為 (Personal Detraction; PD)	
・怖がらせること	・能力を使わせないこと
・後回しにすること	・強制すること
・急がせること	・中断させること
・子ども扱いすること	・物扱いすること
・侮辱すること	・差別すること
・非難すること	・のけ者にすること
・騙し、欺くこと	・あざけること
・わかろうとしないこと	・好ましくない区別をする
・無視すること	

個人の価値を高める行為 (Personal Enhancers; PE)	
・思いやり	・能力を発揮できるようにすること
・包み込むこと	・必要とされる支援をすること
・リラックスできるペース	・関りを継続できるようにすること
・尊敬すること	・共に行うこと
・受け入れること	・個性を認めること
・喜び合うこと	・誠実であること
・尊重すること	
・共感をもってわかろうとすること	



周囲の人間関係によっても認知高齢者の行動は大きな影響を受けます。様々な要因や背景が互いに影響し合い、認知症高齢者の「いま、ここで」の行動や状態が生じていることを理解する必要があります。認知症高齢者の視点に立つてどのような状況にあるのかを考えながら対象者を把握していく必要があります。

【ひもときシート】

パーソン・センタード・ケアを基本的な考えにしながら、実践現場で活用できるワークシートに「ひもときシート」があります。ひもときシートは、アセスメントの視点と焦点を定めていくための「前段階の作業」と位置付けることができます。事実情報の集積や分析をするアセスメントとは異なり、根拠のない対応をやみくもに繰り返す状況から、事実と根拠に基づいた適切なケアにつなげていくための「思考の整理」と考えて下さい。

【認知症高齢者の行動・状態に影響する要因 (パーソン・センタード・モデル)】

認知症高齢者は記憶障害や見当識障害、失語や失行、失認等の障害が認められるが、症状によって異なり、周囲の人が認知症高齢者の行動や状態を理解する事を困難にしています。

認知症高齢者の行動や状態に影響するのは脳の障害によるものだけではありません。これまでその人がどのような人生を歩んできたかといった生活歴、価値観などの性格傾向、合併症や体調、服薬状況などの身体的な健康状態も大きく影響します。

援助者の思い込みや試行錯誤で迷路に迷い込んでいる状況から脱するために、シートのそれぞれの段階で「評価的理解」「分析的理解」「共感的理解」の考え方を学び、援助者中心になりがちな思考を本人中心の思考(すなわち本人の気持ちにそった対応)に転換し、課題解決に導こうとするツールです。

ひもときシートの具体的な手順は、ひもときねっと (<https://www.dcnet.gr.jp/retrieve/>) をご活用ください。

ひもときシート

A 課題の整理 あなた(援助者)が感じている課題
事例におおげな整理に対して、あなた自身が困っていること、負担に感じていることを具体的に書いてください。

(1) 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう。

(2) 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を考えてみましょう。

(3) 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的負担による影響を考えてみましょう。

D 課題の背景や原因を整理してみましょう
各課題解決シリアに記入した内容を使って、この課題の背景や原因を本人の立場から考えてみましょう。

(4) 音・光・味・におい・寒暑等の正感への刺激や、苦痛を当てているような環境について、考えてみましょう。

C 課題に関連しそうな本人の言葉や行動を書き出してみましょう
あなたが困っている場面 (Aに記載した内容)で、本人がしている言葉、表情や動き、行動等をあひのままに書いてください。

(5) 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう。

E 「A課題の整理」に書いた課題を本人の立場から考えてみましょう
「D課題の背景や原因の整理」を踏まえて、あなたが困っている場面で、本人自身の「困り事」「悩み」「求めていること」は、どのようなことかを書いてください。

(6) 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の高さや影響について考えてみましょう。

(7) 衰弱・栄養不足・能力の発揮と、アクティビティ(運動)とのズレについて考えてみましょう。

(8) 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう。

F 本人にとっての課題解決に向けてできることをいくつか書いてみましょう
このワークシートを通じて気づいた本人の気持ちにそって、今できることかや試してみたいこと、今後の課題確認が必要だと感じたことなどを書いてみましょう。

<参考資料> (ひもときねっとより抜粋)

ユマニチュード

- 属人的で形式知化されていない認知症ケアではなく、具体的な方法が示されている
- 心身の回復、機能維持、最後まで寄り添うことを目標としている
- “4つのアクション”“コミュニケーションの5つのステップ”が軸

ユマニチュード(Humanitude)とは、フランス語で「人間らしさ」を意味する言葉で、「人とはなにか」「ケアをする人とはなにか」という哲学的な考え方がその基盤になっています。

介護施設などには「ケアの達人」が数多くいて、認知症の人の言葉にならない訴えを、表情や動作などから読み取って臨機応変にコミュニケーションし、良好な人間関係を築いています。ところが「達人の介護ケア技術」は属人的で形式知化されていないので、一般の介護者は、認知症ケアで疲弊していることが多いです。

これに対して「ユマニチュード」は、「人とはなにか」という哲学に基づく、知覚・感情・言語によるマルチモーダル・コミュニケーションケア技術であり、「見る」「話す」「触れる」などの実践的技術が明示されています。フランスではユマニチュードの研修制度があり、400以上の施設ではユマニチュードが全面挿入され、施設のスタッフ全員に「人間尊重のケアの哲学と技術」が共有されています。

【ユマニチュードの目標】

1、心身の回復を目指す

寝たきりの場合、筋力の低下や関節可動域の縮小などは症状を悪化させる原因となります。少しでも立位保持ができるようであれば、清拭(せいしき)を立ったまま行うなど、可能な限り回復に努めた生活を心がけます。

2、機能維持

身体の機能を少しでも維持するため、できるだけ車椅子を使わずに歩くことなどを、日々の行動のなかに取り入れます。

3、最期まで寄り添う

心身の回復や身体機能の維持が難しくなった場合、残りわずかな力を奪わないように気をつけながら、できるだけ穏やかな最後を迎えられるように寄り添います。

【ユマニチュードの基本と4つのアクション】

ユマニチュードには、150ものケア技術があると言われていますが、以下の4つの動作を基本としています。

➤ 見る

水平に目を合わせて、正面から、顔を近づけて、見つめる時間を長くとるようにします。水平な高さは「平等」、正面の位置は「正直・信頼」、近い距離は「優しさ・親密さ」、時間の長さは「友



心身の回復を目指す



機能維持



最期まで寄り添う



情・愛情」というポジティブなメッセージになります

➤ 話す

伝えたいメッセージを実際に口に出してみましょう。ゆっくりとやさしく語りかけるようにします。相手の反応がなかったとしても「今から〇〇をしますね」「熱くないですか？」など、常にこちらのメッセージは発信し続けるようにしましょう。



➤ 触れる

優しく包み込むような動作で触りましょう。急につかんだりすると、本人にそのつもりがなくても認知症の人に対して攻撃的な印象を与えかねません。また、触れる際は皮膚の接触面積をできるだけ大きくして広い範囲で触れるようにすると、安心感を与えることができます。肩や腕など体の鈍感な箇所から触れていくことも大事です。衣類の着脱のとき、体に触れる前に必ず声をかけてから触れるようにしてください。



➤ 立つ

座っている状態では、寝た状態よりも空間を立体的に認知しやすくなり、それによって「自分がここに存在している」という自覚をより強く持つことができます。寝たきり防止のためにも、可能なかぎり立つ(歩ける場合は歩行も)時間

を作りましょう。また、立つことで体の関節や軟骨に栄養を行き渡らせ、循環器系や呼吸器系の機能が活発化。骨粗しょう症の改善や筋力アップを図れるほか、褥瘡の予防にもつながります。



【5つのステップ ～コミュニケーションの深化でケアを受け入れてもらう～】

① 出合いの準備

友人の家を訪問するときのように、扉をノックして相手に来訪を知らせるためのステップです。ノックを繰り返すことで相手の覚醒水準が徐々に高まり、脳が人と会うための準備をします。

② ケアの準備

すぐにケアの話(「お風呂ですよ」「お薬ですよ」など)をするのではなく、「あなたに会いにきた」というメッセージを伝えます。それから、ポジティブな言葉でケアの提案をし、ご本人の同意を得てからケアを行います。もし3分以内に同意が得られなければ、いったんケアをあきらめます。

③ 知覚の連結

「見る」「話す」「触れる」を使い、自分が発する「あなたのことを大切に思っている」というメッセージに調和を持たせます。

④ 感情の固定

認知症が進行しても、感情に伴う記憶は残るといわれています。ケアが終わったら、ご本人にポジティブな感情記憶(「誰だかわからないけれど優しい人」「嫌なことはしない」など)をしっかりと残して、次回につなげます。

⑤ 再会の約束

「また会いたいですね」「また来ますね」と約束をします。ご本人が約束を覚えていなくても「喜び」や「期待」などのポジティブな印象が残っていれば、次回も笑顔で迎えてくれる可能性が高まります。

コミュニケーション概論

- コミュニケーションの基本的姿勢、基本動作を理解する
- 言語情報そのものよりも、準言語・非言語の与える情報量の方が多い
- コミュニケーション技法としては“質問法”“ミラーリング”“マッチング”“バックトラッキング”等が挙げられる
- 認知症高齢者の心理や防衛機制について理解する

【基本的姿勢】

人的環境は、生活環境の中でも、認知症の人への影響力が大きなものとなります。介護者は、認知症の人の周囲にいただけでも様々な影響を与えますが、その介護者の言葉や行動は、さらに多くの影響を与えます。介護者は以下のような、基本姿勢に留意していかなければなりません。

➤ 予備的共感

面接の前に得た生活史などの情報から、利用者がどのような心理状況にいるかを相手の立場で想定し、共感する準備をしておくことです。準備的共感とも言われています。

➤ 自己覚知

自己覚知とは、言葉通り「自分を知る」ことです。介護や福祉の仕事に関わる職種は「対人援助職」に含まれます。自らの個性や性格、考え方やリアクションの傾向をしっかりと把握し、自分の感情や態度をしっかりとコントロールできる状態でなければなりません。

【コミュニケーションの技法】

- 1、傾聴：単に話を“聞く”のではなく心から耳を傾け、相手の話を“聴く”態度を示すこと。相手の話に興味を示し、相槌をうつなどの反応をすることで、相手が話しやすくなるようにします。相手は聴いてもらうことで安心して信頼関係が深まります。
- 2、共感：相手の言動や感情表現を受け止め、同じように感じ、理解すること。
- 3、受容：相手の言動や感情表現をそのまま受け止めること。
- 4、非審判的な態度：どちらが正しいか、何が正しいかなどの判断や決定をしない、中立的な態度のこと。
- 5、自己決定：利用者が自分で決めること。介護福祉職は、利用者自身が自分で選択や決定ができるように支援する。

【メラビアンの実験、メラビアンの法則】

心理学者アルバート・メラビアンは、

表情・しぐさ等の「視覚」、話し方や声等の「聴覚」、話の内容に当たる「言語」で、矛盾した情報を与えた時、人はどれを優先して受け止め、感情や態度を判断するか実験しました。

その結果、





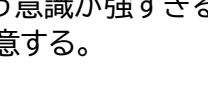
- ・視覚情報(見た目、身だしなみ、しぐさ、表情、視線など) **55%**
- ・聴覚情報(声の質・トーン、速さ、大きさ、テンポなど) **38%**
- ・言語情報(話す言葉そのものの意味) **7%**

言語以外の情報である、準言語・非言語の情報が圧倒的に優先して伝わったということです。

※準言語・・・声の調子・高低・強弱・速度

非言語・・・ジェスチャー・表情・姿勢・うなずき・身体的接触・漂う香り・服装・髪型・沈黙などと区別されています。

【会話の基本動作:SOLER】

<p>S(Squarely) 相手とまっすぐ向き合う</p>	<p>相手に対して、向き合う準備ができていることを伝えて「話してもよい」と思える雰囲気を作る。必ずしも正面で話をするということではない。</p>	
<p>O(Open) 開いた姿勢を心がける</p>	<p>耳を傾げることや、話を聞きながら相槌を打つ等、心を開いて、相手に関心を寄せている印象を与える動作(開いた姿勢)を心がける。</p>	
<p>L(Lean) 相手に適度に体を傾げる</p>	<p>会話の際に相手に適度に体を傾げると話に聞き入っている印象を与えて、共感的、支持的態度を伝えることができる。</p>	
<p>E(Eye Contact) 適切に視線を合わせる</p>	<p>適切に視線を合わせることによって、介助行為の中でも利用者様に対して頻繁にその人とともにいることを伝達することができる。視線が強すぎると威圧感を与えてしまうため、時々外すなどの工夫をする。</p>	
<p>R(Relaxed) リラックスして話を聴く</p>	<p>緊張せずにリラックスして聴く。相手の話を親身に聴こうという意識が強すぎると、その緊張が伝わってしまう。ただし、くだけすぎないように注意する。</p>	

【コミュニケーション技術】

➤ 質問法

<開かれた質問(オープン・クエスチョン)>

相手の自由な答えを求める質問法です。例えば「どんな風に痛いですか?」「どうすると楽になりますか?」「どのようなことが気がかりですか?」などがこれにあたります。

<閉じられた質問(クローズド・クエスチョン)>

YesかNoで答えられる質問法です。「頭の痛みはありますか?」「お食事はとりましたか?」など、相手は「はい」「いいえ」のいずれかで答えられます。閉じられた質問を頻繁に用いすぎると、利用者様の意向を制限してしまうことにもなります。

<中立型質問法(ニュートラル・クエスチョン)>

1つの答えしか求めない質問法です。相手は迷うことなく答えることができます。「お子さんは何人いらっしゃいますか?」「2人です」等

➤ ミラーリング

ミラーリングは、相手と同じ動作や姿勢を真似ることをいいます。ミラーリングは介護ではないビジネスや、日常の人間関係の構築などにも使われている手法ですが、介護現場にも活用することができます。

➤ マッチング

マッチングとは、目に見えない部分で相手にいかに合わせることができるかというものです。例えば声の速さ、声の大きさ、声のトーンなどです。

➤ バックトラッキング

バックトラッキングとは、相手の発言した言葉を活用して、そのまま相手に返ししながら会話を進めていくという方法です。いわゆる”オウム返し”というものです。

【認知症高齢者の心理】

【認知症高齢者の心理】

慢性的な不快感・不安感・自発性の低下やうつ
状態・混乱・感情の変わりやすさ

【高齢者の心理】

加齢に伴い、喪失感・孤独感・孤立感新しい出来事の対処に時間がかか
るなど自分が無力に思える場面が増えてくる

認知症を抱える人は、認知機能障害により様々な心理的問題を抱えている。その原因は認知機能障害によって起こされていることを理解する必要があります。

認知症を抱える人は、何もわからないわけではなく、様々な苦悩を抱えながら生活しています。一般的な高齢者が感じているのと同様に、自分が無力に思える場面が増えてくる上に、認知機能の障害が加わりさらなる苦悩を背負うことになります。

記憶を司る海馬は萎縮し機能低下するため、エピソード記憶に障害が出るが、海馬の上にある扁桃体(快不快に関する記憶、感情機能)は機能が低下しにくいと考えられています。

つまり、認知症を抱える人の快の感情(生活の快さ)にアプローチすることがケアを考えるうえで重要な一つの側面になります。

【防衛機制】

心の緊張や不安を回避し、自分自身の気持ちを安定させようとする無意識の働きのことです。通常私たちは無意識に様々な防衛機制を働かせ、不安を回避し、自分の心の安定を図りながら生活しています。

認知症が初期のころは防衛機制によって、例えば、物がなくなったと近い人のせいにして心の安定を図ろうとする傾向があります。しかし、認知機能障害が進行し、周囲の環境と自分の関係を認識する力が弱くなると非常に大きな不安感を感じるようになります。その結果、防衛機制が衰え、目の前の出来事や状況にうまく対応できなくなります。そのため、不安を解消しようとする行動を起こしやすくなる傾向になります。

一見私たちが困ってしまう行動は、その人にとっては精一杯自分を守ろうとしている行動なのかもしれません。

➤ その他の防衛機制

- ✓ 知性化:自分の得意な知識を話し、欲求を満たそうとする
- ✓ 退行:家族に甘えたりする。
- ✓ 投影;自分の甘えをあたかも相手が甘えていると感じる。
- ✓ 昇華:苦手分野以外を頑張っ欲求を満たそうとする。
- ✓ 反動形成:本心とは異なる行動をとる。

このように、人は無意識でこのような防衛機制を働かせることによって、不安、ストレスを解消する努力をしています。それが、認知症が進行すると不安自体が大きくなり解消することが難しくなってしまう。