

認定看護師研修 認知症看護

2021年2月2日

川内市医師会立市民病院

脳卒中リハビリテーション看護認定看護師

福永 香

✿ 本日のお話 ✿

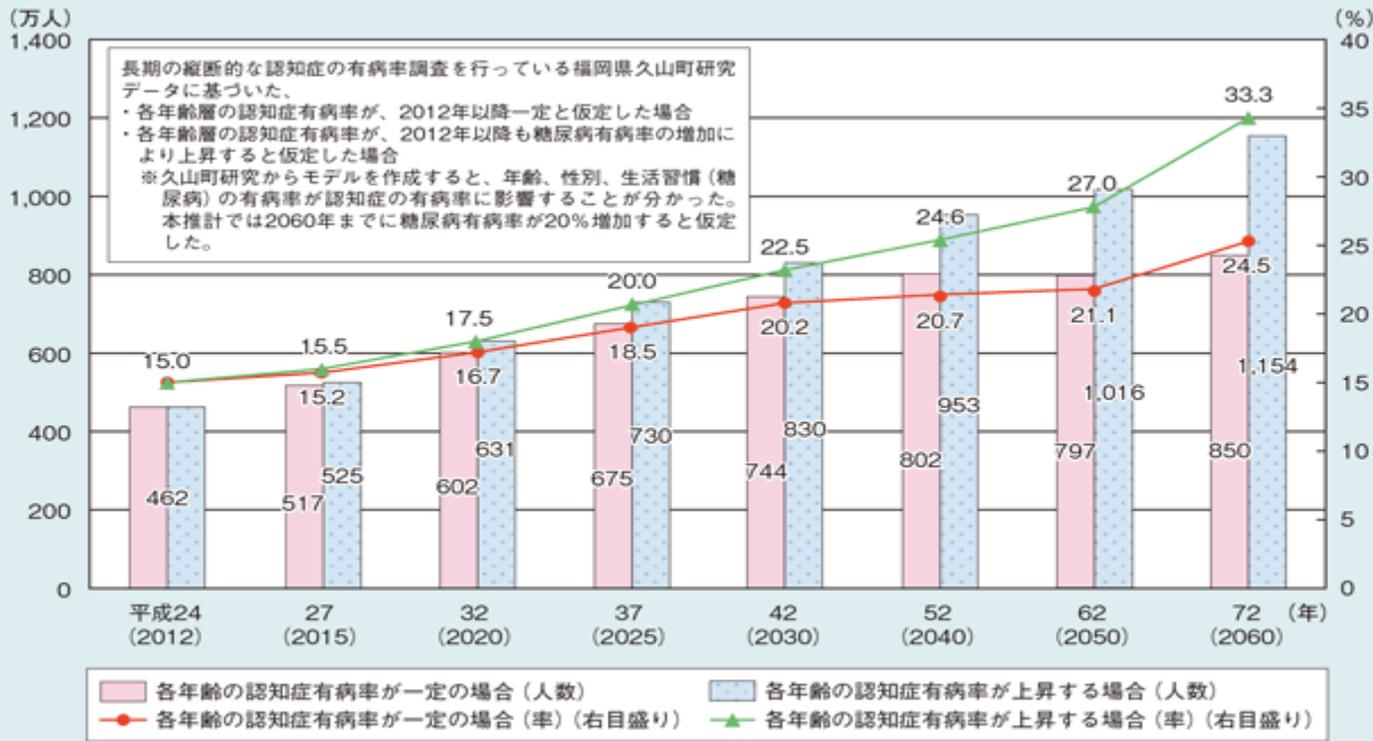
1. なぜ今認知症看護なのか??
2. 認知症とは?
3. 認知症の原因(4大認知症)
4. 認知症看護
5. せん妄



1. なぜ今認知症看護なのか??

認知症の人の将来推計

図1-2-11 65歳以上の認知症患者の推定者と推定有病率



65歳以上の
15%は認知症

資料：「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」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学二宮教授より内閣府作成)

2. 認知症とは??

- ・一度正常なレベルまで発達した精神機能(注意、実行機能、言語、知覚、運動、社会的認知)が何らかの脳障害により回復不可能な形で損なわれた状態
- ・せん妄(意識障害)を除外

認知症の診断(DSM-5)

A 一つ以上の認知領域

複雑性注意(注意を維持したり、振り分けたりする能力)

実行機能(計画を立て、適切に実行する能力)

学習および記憶

言語(言語を理解したり表出したりする能力)

知覚-運動(正しく知覚したり、道具を適切に使用したりする能力)

社会的認知が低下(他人の気持ちに配慮したり、表情を適切に把握したりする能力)

B 認知機能の低下が日常生活に支障を与える

C せん妄の除外

D 他の精神疾患(うつ病や統合失調症などの除外)

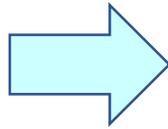
なぜ入院してから認知症がわかるのか

- ・認知症の診断がついていないことがある
自宅では昔の記憶で生活できていたから・・・
- ・脱水や低栄養、せん妄の合併で身体的負担が大きくなる



認知症がおよぼす影響

認知症の
合併

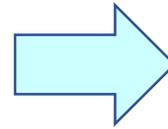


実行機能障害
内服管理の失敗
症状管理不十分
問題発見の遅れ

せん妄発症
転倒・転落

アパシー
リハビリの遅れ

焦燥・不穏、社会的
に不適切な行動
治療中断



- 医療事故
- 転倒転落
- 副作用の重篤化
- 在院日数延長
- 介護施設への入所
- 退院時の自立度低下
- 失禁
- 在宅復帰困難
- 認知症進行



3. 認知症の原因（4大認知症）

- ・アルツハイマー型認知症
- ・血管性認知症
- ・レビー小体型認知症
- ・前頭側頭型認知症

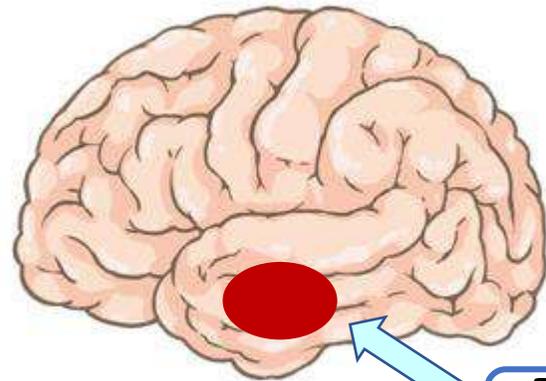
認知症のうち、約50%はアルツハイマー型認知症が占める



アルツハイマー型認知症

- ・タウ蛋白の変性とアミロイドβ蛋白の増加
- ・海馬から病変が進行する
- ・物忘れではなく覚えられない病気

アルツハイマーの人に残された
記憶は・・・
30秒前の記憶と昔の記憶



海馬:記憶の形

→一時的に保存(即時記憶)

→短い時間保存(近時記憶:30秒~3分)

→長い時間保存(遠隔記憶>3分)

この辺りが
海馬

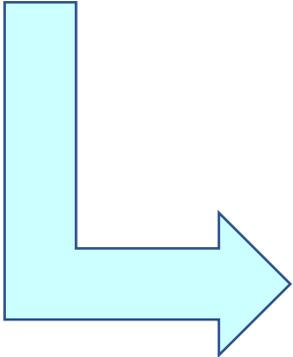
ここが障害

30秒の記憶と昔の記憶だと・・・

- ・今の自分が置かれている状況がわからない
- ・自分の存在が不明確になる
- ・不安が強くなる
- ・誰かに頼りたくなる
- ・思い出すのは昔の記憶

安心してもらうこと!
そのためには・・・
自分を知ってもらう

ご家族から自分を紹介してもらうと安心する患者さんもいる

- 
- ・感情の記憶はできる（情動記憶）
 - ・今を説明できない不安（連続性の断絶）
 - ・不安を和らげるための行動
 - ・自尊心を保つための行動

ポイント!



レビー小体型認知症

【典型的な症状】

- ・幻視
- ・パーキンソニズム
- ・レム睡眠行動異常
- ・認知機能の変動
- ・薬剤過敏



- ・幻視は本人が怖がっていないかどうかを確認する
- ・否定はしない
- ・パーキンソニズムによって姿勢反射の障害や歩行障害が出るので転倒に注意する

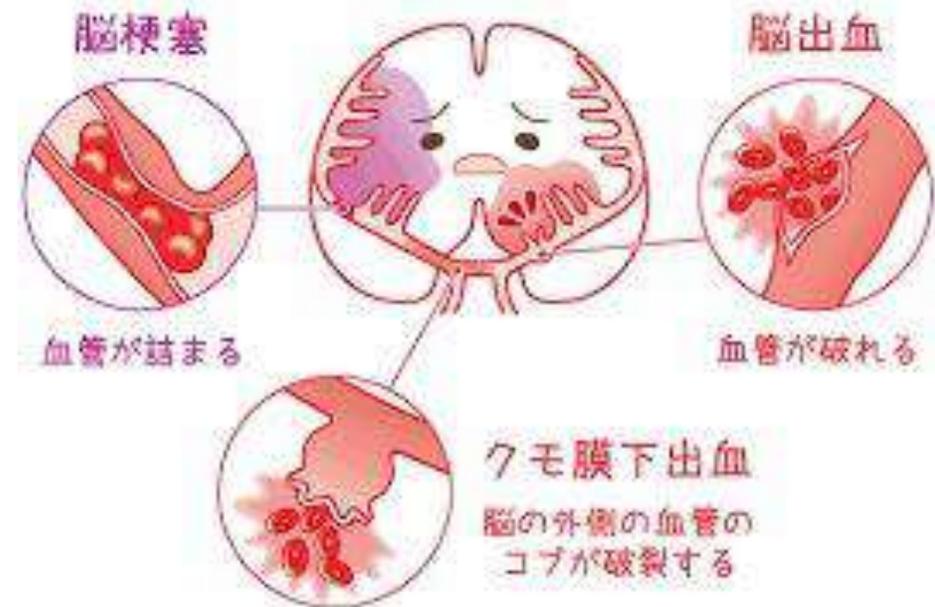
レビー小体型認知症

- ・認知機能より先に日常生活動作が低下する
- ・嚥下機能障害が早く進むことがある
 - 嚥下反射が弱くなる
 - 喉頭蓋の締まりが悪くなり誤嚥しやすくなる



脳血管性認知症

- ・脳血管障害(脳梗塞・脳出血)のあとに発症する認知症
- ・脳卒中を再発すると進行する
- ・再発しないようリスクファクターのコントロールが必要

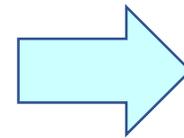


前頭側頭型認知症

- ・リン酸化タウ、ユビキチン陽性蛋白が細胞内に沈着

【典型的な症状】

- ・時刻通りの行動→毎日同じ時間に同じコースを歩く
- ・我が道を行く→本能の赴くまま
- ・考え無精→真剣に考えない、いい加減な答え
- ・収集癖→いろいろな物を集める



社会的な問題をおこす

4. 認知症看護：基本的な接し方

いかに負担なく注意を向けてもらえるか

- ・ 視野の中に入って声をかける
- ・ 正面から声をかける
- ・ 普段よりも一歩近いところから
- ・ 複数の刺激を用いる(タッチングなど)
- ・ アイコンタクトをとる
- ・ 視線は患者より低めに



中核症状と行動・心理症状(PBSD)

- 中核症状:
- ①記憶障害
 - ②実行機能障害
 - ③視空間認知障害
 - ④失語
 - ⑤失行
 - ⑥複雑性注意



中核症状①：記憶障害

- ・ 近時記憶の障害
 - 新しいことが覚えられない
 - 数分～数日前のことが思い出せない
- ・ 昔のことや、体で覚えた記憶は障害されにくい

忘れるというより入ってこない…
一つ一つ確認しないとわからない

(臨床での現れ方)

- ・ 治療内容の説明を覚えていない、面談したことを忘れるなど



中核症状②：実行機能障害

- ・ 行動の計画を立てて、計画通りにする能力
段取りを組む、予測をする、修正をすることが苦手になる

今まで何気なくしていたことができなくなる…
何かをするのに、今まで以上に時間がかかる

(臨床での現れ方)

- ・ セルフケアが難しくなる
- ・ 内服管理ができなくなる

中核症状③：視空間認知障害

- ・複数の物の位置関係をつかむのが苦手になる
- ・自分と物の関係をつかむのが苦手になる

影がかかるとつかみにくい…
体をうまく動かせない

(臨床での現れ方)

- ・トイレにうまく座れない

中核症状④：失語・失行

- ・失語
言葉の理解、発語が困難になる
言葉の想起が困難になり、「あれ」「これ」などの代名詞が多くなる
- ・失行
運動能力は保たれているが、目的を持った行動ができなくなる

(臨床での現れ方)

- ・言われていることが理解できない
- ・箸が使えない、歯ブラシを使って歯磨きができない
- ・今まで使用できていたものが使えない(ハサミなど)

中核症状⑤：複雑性注意

- ・ 注意の障害
必要なところに注意が向けられない
気が散る
いくつかの重要なところに注意を向けておけることができない

あれこれ気になってどうしてよいかわからない
集中するのに疲れる

(臨床での現れ方)

- ・ テレビが付いていると食事に集中できない
- ・ 大部屋で他の患者や見舞客に気を取られてしまう

行動・心理症状(BPSD)

認知症患者が経過中に示すさまざまな行動や心理反応

アルツハイマー病におけるBPSD出現頻度(日本)

- ・ アパシー(無気力) 97%
- ・ 妄想 62%
- ・ 易刺激性 60%
- ・ 不快感 53%
- ・ 不安 51%
- ・ 異常行動 47%
- ・ 興奮 45%
- ・ 脱抑制 31%
- ・ 幻覚 26%
- ・ 快活/多幸 14%



BPSD ～暴言・暴力～

- ・原則として予防が重要
- ・人間関係を壊す可能性が高く、本人の不利益を防ぐために早急な対応が望まれる

🌸対応🌸

- ・せん妄の有無を確認する
- ・背景に苦痛(特に疼痛)、不快感が原因のことがある
- ・訴えられていない苦痛はないか確認(疼痛・便秘・脱水など)
- ・苦痛となる環境要因はないか確認(騒音・光など)

介護者から失敗を指摘されたり、自尊心を傷つけられる、行動を止られる、命令されるなどの場面で心理反応として生じることもある



BPSD ～妄想～

主介護者など身近な人を対象とすることが多い
人間関係に重大な影響を及ぼすため、确实に対応することが必要

❀対応❀

- ・ 支持的対応
- ・ 安心感を与える対応
- ・ 背景には自己喪失感に対する反応もある
- ・ 体系化したり固定化することは少ない。短絡的で時間変動もするので、一定時間本人の主張に対応してから休憩をとり注意を別に向けるとよい場合が多い

持続する時には薬物療法を含めた対応を専門家と相談する



BPSD ～抑うつ～

🌸 対応 🌸

- ・ 支持的対応
- ・ 安心感を与える対応
- ・ 身体能力の低下等に直面させるのを防ぐ
- ・ 楽しみを与えようと無理に活動に参加させるのは逆効果
- ・ 薬物療法



BPSD ～睡眠障害～

環境の変化に伴い、容易に睡眠覚醒のリズムの障害が生じやすい睡眠障害は介護者に身体的負担を強いるため、生活リズムを維持させることが重要

🌸 対応 🌸

- ・ 起床、食事、就寝時間を一定にする
- ・ 日中の十分な光曝露、定期的な外出・運動
- ・ 夕食以降の飲酒、カフェインを避ける
- ・ 利尿薬等は午前中に内服させる



BPSD ～徘徊～

介護者の負担となりやすい

🌸 対応 🌸

- ・原因を明らかにする(きっかけを探ることが重要)
見当識の問題? : 居場所がわからなくなる
何かを探している?
退屈している?
常同行動なのか?



BPSD ～焦燥～

意識障害や要求によって生じたものではない不適切な言語、音声、運動上の行動

🌸 対応 🌸

- ・原因を明らかにする
誘因となる問題を同定
問題から患者を引き離す
安心感を与えつつ、落ち着いたら別の物事に注意を向けられるように促す

認知症の方は何が見える？

認知症の方の視野は双眼鏡を覗いた範囲くらい
実際に見てみましょう…

覗いた先にトイレのマークがありますか??



5. せん妄

- ・中枢神経系の脆弱性があるところに、身体的・環境的な負荷が加わり、脳が機能的な破綻をきたした状態
- ・注意と認知の障害：意識障害
- ・精神運動活動の変化と睡眠覚醒リズムの障害を伴う
- ・急性に発症、一時的・可逆的な障害
- ・入院患者の20～30%に合併する
- ・認知症をもつ患者では頻度が高まる



せん妄とは

こんな時はせん妄を疑う

〈本人より〉

- ・ぼんやりする
- ・集中できない

〈ご家族より〉

- ・最近言っていることがおかしい
- ・忘れっぽくなっている
- ・昼はずっとうとうとうとしており、夜は眠れていない

〈看護師より〉

- ・点滴中に点滴台を持たずに歩こうとして危険
- ・言っていることのがつじつまが合わない

今日の〇〇さんの様子は普段の状態と比べてどうですか??



せん妄の分類

過活動型せん妄:20%

ルート類の抜去や切断、転倒・転落などの問題行動

低活動型せん妄:30%

混乱・鎮静が中核症状に乏しいため見過ごされる

混合型:50%

看護師はせん妄の70~80%を
見落としている!

せん妄と認知症の臨床的特徴

	せん妄	認知症
発症	急激	緩徐
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記憶力低下
持続	数時間～1週間	永続的
知的能力	動揺性	変化あり
身体疾患	あることが多い	時にあり
環境の関与	関与することが多い	関与ない

せん妄の発症

準備因子
70歳以上、脳器質疾患、認知症

誘発因子
過少・過剰な感覚刺激、睡眠障害、
強制的安静臥床

直接因子
薬物、代謝性障害、敗血症、呼吸障害

せん妄



せん妄の発症因子：準備因子

せん妄の本態である脳機能低下をおこしやすい状態

①70歳以上の高齢者

②脳の器質的障害

(脳腫瘍、脳転移、脳梗塞、脳出血、頭部外傷、認知症の既往など)

③アルコール大量摂取

④せん妄発症の既往

せん妄の発症因子：誘発因子

せん妄の直接原因ではないが、せん妄を誘発・促進・重症化・遷延化させる要因

①不快な身体症状

疼痛、呼吸困難、便秘、尿閉、排尿障害、口渇

②精神的要因

不安、抑うつ

③慣れない環境

入院、転棟、部屋の明るさ、騒音、身体抑制、ドレーン類による違和感、感覚遮断（視力や聴力の低下）

④睡眠・覚醒リズムの障害



せん妄の発症因子：直接因子

せん妄そのものの原因

- ①薬物（オピオイド、ベンゾジアゼピン系、ステロイド、H2遮断薬など）
- ②脱水
- ③低酸素
- ④感染症（肺炎、敗血症、髄膜炎、脳炎、尿路感染症など）
- ⑤血液学的異常（DIC、貧血）
- ⑥代謝性異常（肝腎不全、高カルシウム血症、低ナトリウム血症、高/低血糖）
- ⑦循環不全（心不全など）
- ⑧栄養障害
- ⑨中枢神経の病変（脳転移、ビタミン欠乏など）
- ⑩手術侵襲



せん妄ケアの基本

- ・早期発見
系統的なアセスメントを行い、せん妄の要因を確定させる
- ・早期介入
発見したらすぐに直接因子、誘発因子をできるだけ取り除く
- ・せん妄予防
せん妄を起こす前に患者さんと信頼関係を作り上げておく
せん妄予防を心がけた環境調整