

介護支援専門員実務研修
7日目

第15－③章

ケアマネジメントの展開

認知症に関する事例

本科目の目的

- ①認知症の器質的障害種類別の原因・症状・改善可能性・症状の進行並びに薬物療法の有効性・留意点及び副作用について理解する
- ②認知症における療養上の留意点、倫理的な対応及び起こりやすい課題に関連して理解する
- ③認知症ケアにおける医療職をはじめとする多職種との連携・協働にあたってのポイントを理解する
- ④認知症の事例におけるアセスメントや課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有にあたっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する
- ⑤独居での認知症に対するアプローチの視点や方法を理解する
- ⑥認知症の要介護者と同居している家族に対する支援や地域への配慮と協働の視点を持ったケアマネジメントの具体的な方法を習得する
- ⑦認知症に伴う行動・心理症状(BPSD)に対するアプローチへの視点及びケアの手法を理解する

第1節 四つの代表的な認知症の特徴とケアのポイント

1. 認知症にかかる事例を学ぶ意味

- (1) 認知症の有病率 加齢に伴い上昇 P154図15－③・1-1
- (2) 認知症の将来推計 2025年には約700万人前後 P155表15－③・1-1
※65歳以上人口の5人に1人
- (3) 要支援・要介護者に占める「認知症の日常生活自立度Ⅱ」以上の割合 約60%（要介護者に限ると約75%） P155表15－③・1-2
- (4) 認知症の特性
 - ・自分の認知機能の低下を本人が正しく把握できない。
 - ・その場とマッチしない言動・行動が生じ、周囲の人と軋轢が発生する。
 - ・原因疾患は進行性のものが多く、いずれは嚥下機能が低下し、死に至るという進行過程を示す病である。

第1節 四つの代表的な認知症の特徴とケアのポイント

P156

2. 認知症の定義と原因疾患

(1) 認知症の定義

- 脳に生じた病変によって、正常な社会生活が営めなくなるほど、認知機能が低下した状態。
- 覚醒しているときの状態で、意識障害がないこと。
- その状態が6か月以上継続していること

(2) 原因疾患

- 4大疾患で大部分を占めるが、ほかにも多数ある。
- 原因疾患の中には、治療可能な疾患があるので、早期の鑑別診断が大切。

第1節 四つの代表的な認知症の特徴とケアのポイント

P157～160

3. 代表的認知症の知識

- (1) アルツハイマー型認知症の症状と経過
○初期、中期、末期、終末期のステージの特徴
- (2) 血管性認知症
○前回の「脳血管に関する事例」で学習済
- (3) レビー小体型認知症
○リアルな幻視、家族を他人と思う誤認妄想、幻の同居人が特徴
○転倒リスクが高いことを関係者間で共有する必要がある。

第1節 四つの代表的な認知症の特徴とケアのポイント

P161～162

3. 代表的認知症の知識

- (4) 前頭側頭型認知症
○我慢できない、突然の感情変化、経過は徐々に進行し進行すると過活動状態から、徐々にアパシー(著しい意欲・自認の無視など)の発性の低下
 - ②失語症状、構音障害
 - ③ありふれた日常生活に支障をきたす
- 若年性認知症(※介護保険法の特定疾病「初老期における認知症」)
○65歳未満の人の認知症のこと。
○就労、経済、子どもの扶養、支援する社会資源など、高齢者とは異なった課題がある。

第1節 四つの代表的な認知症の特徴とケアのポイント

P162～164

4. 治療可能な認知症の原因疾患

- 認知症の原因疾患には、下記のように治療可能なものがあるため、早期に認知症の鑑別診断を受けることが大切です。
- (1) 正常圧水頭症
- (2) 慢性硬膜下血腫
- (3) その他
 - ① 甲状腺機能低下症⇒ボーとして反応が鈍い症状、血液検査でホルモン濃度を測定
 - ② 慢性アルコール中毒⇒多量のアルコールを長期摂取
 - ③ ビタミンB₁₂欠乏症⇒胃の摘出手術を受けた場合など
 - ④ 脳腫瘍⇒頭蓋内圧亢進症状(頭痛・嘔気・嘔吐・視界がぼやけるなどの症状)

第1節 四つの代表的な認知症の特徴とケアのポイント

P165～167

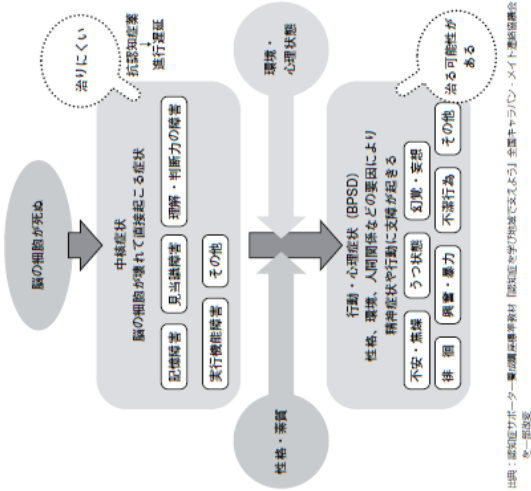
5. 他の症状との区別

- (1) 加齢に伴う健忘
○加齢に伴う健忘と認知症の健忘は異なる特徴を示す。
○認知症の健忘は、日常生活に支障をきたす。
- (2) せん妄
○せん妄は意識障害であり、認知症の症状ではない。

高齢者のうつ病は頭痛や腹痛などの身体的な訴えと悲しさなどの精神的訴えも多く、口数が少なく悲観的で認知症とよく似た症状であるため認知症と診断される事もある

○「うつ病」と「認知症のうつ症状」は異なるので、鑑別診断が必要である。
○アパシーは、やる気がなく自発性が低下し、一日中ボーとして無為・無欲いるが、うつ病のような「死にたい」という悲観的な訴えはない。血管性認知症にみられる。

1. 認知症の症状と生活障害



2. 中核症状の理解 (1) 記憶の分類と記憶障害の特徴

記憶の内容	陳述記憶(エピソード記憶、意味記憶)言葉や文章で表すことができる
記憶の保持(神経心理学的分類)	遠隔記憶は数か月から何十年にもわたる記憶、何度も繰り返し思い出しているような記憶で壊れにくい、なごり記憶は認知心理学で用いられる短期記憶にほぼ相当し、近時記憶と遠隔記憶はともに長期記憶に含まれる
記憶の保持(認知心理学)	短期記憶 長期記憶※比較的残っている。 作業記憶(ワーキングメモリー)※遂行機能障害の要因となる。
記憶の段階	記銘(海馬が行う、新しい記憶を覚え込むこと) 保持(側頭葉で保持すること) 想起(前頭葉で検索し、繋ぎ合わせて思い出すこと)

2. 中核症状の理解

(2) 見当識障害

- 時間の経過がわからない、季節がわかららない
- 方向がわからない、場所の見当がつけられない
- 人物の顔を識別できない

(3) 理解・判断力障害

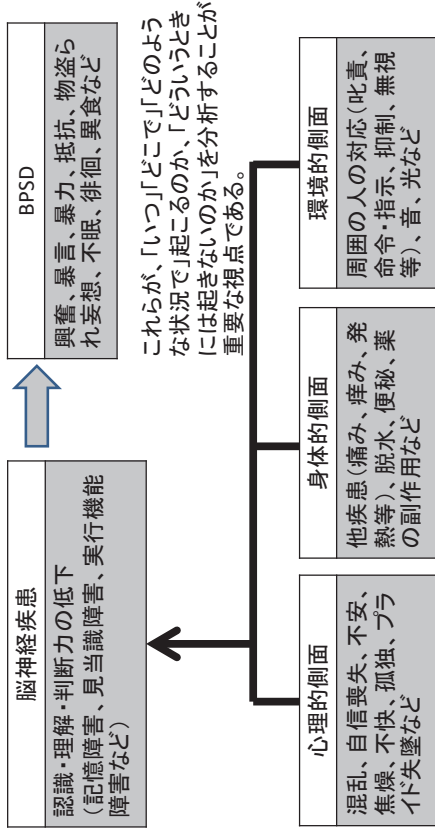
- 考えるスピードが遅くなる→急がせない
- 二つのことが重なりと処理不能→一つずつゆつくと、感覚入力制限
- 自動券売機や銀行のATMを使えない。ファックス・全自動洗濯機やIH調理器の使用も難しい。

(4) 遂行機能障害(実行機能障害)

- 計画立案、按配・遂行が困難になり、家事ができない、一人暮らしが困難になる

3. 行動・心理症状 (BPSD) の理解

BPSDを引き起こす要因とその分析



第2節 療養上の留意点・倫理的な対応
及び起こりやすい課題

P172～P174

4. 認知症のステージアプローチ

表15-③-14 認知症の進行過程（アルツハイマー型認知症を想定。MMSE 得点は目安で個人差大）

①	M	初期～中期：被害妄想が出る事がある。訂正は不能、盗られ妄想など一緒に探すなどの対応を考える
②	M	中期～進行期：ADLに支援が必要になる、この時に禁止や抑制、子供に言い聞かせるような態度をとると本人のプライドを傷つけ、暴言・暴力・介護への抵抗など起こす
③	M	進行期/重度 なり、言葉も取り（失語症）、コミュニケーションが難しくなり、運動機能も徐々に衰える。随意的な排尿コントロールができなくなり、尿失禁となる。
④	M	終末期 寝たきりになり、発語はほとんどなく、尿便失禁、随意的な嚥下が困難となる。しばしば誤嚥を起こし、いずれは死に至る。
		MMSE 0 点

第2節 療養上の留意点・倫理的な対応
及び起こりやすい課題

P175～P177

認知機能を高めるためにドネペジルが多く用いられるが、嘔気・嘔吐・下痢などの消化器症状。徐脈・心不全、喘息を引き起こすことがある。覚醒レベルや学習機能は上がるが自己主張が強くなったり、易怒性が現れる事がある
メマンチンは興奮・攻撃性の強いBPSDを抑制する効果があります
BPSD抑制に用いられる薬には向精神薬や漢方薬が用いられることが多く副作用として意欲低下やパーキンソン症状、起立性低血圧症状、尿閉を起こすことも有る

- 利用者の生活場面の変化を医師に情報提供する。
 - 医師は、利用者の生活場面の変化を把握して、薬物療法の参考とする。
 - 医師の処方内容が変わった時は、特にその後の生活場面の変化をケアチームで観察し、医師に情報提供する必要がある。
- 2 非薬物療法 (P177 表15-③-2-3参照)
- 利用者が、活動と参加、居場所と出番の機会を得ることにより、精神状態の安定、意欲と自信の回復に作用することが期待される。
 - 利用者の生活歴、性格、気質などの情報収集が重要である。

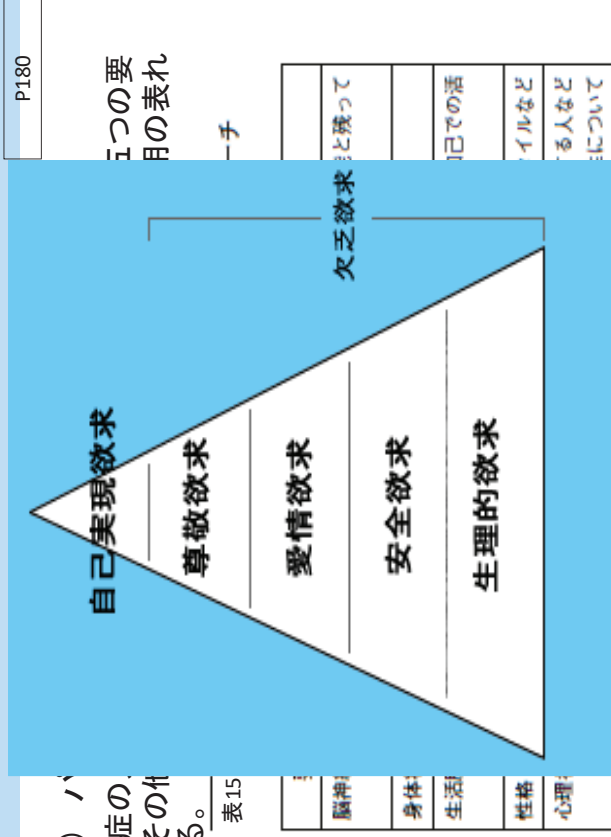
(1) 認知症の本質の理解

- 認知症の本質は、自分の認知機能の低下を本人が正しく把握できないことにある。
- その場にマッチしない言動・行動が生ずる。周囲との軋轢が生じる。本人と周囲との悪循環が深まる構造が潜在している。
- だからと言って、認知症の人は「何も分からなくなった人」ではない。
- 「その人にとっては、何らかの意味がある言動・行動をしている」ととらえるべき。
- 相手の立場に立って「その理由」を考える「利用者本位」の視点が大切である。
- そのためのケア理論の基本となるのがパーソン・センター・ケアの5つのアプローチである。

P178

(2) パーソン・センター
認知症の本質の理解
因とその作用
である。

表15



P180

2. 独居本人に対するケアプランの留意点

- (1)健康状態の悪化の防止⇒**体調悪化を本人が認知出来ないリスクマネジメントとして悪化防止の為の観察ポイントの明確化と体調不良時の受診をどのようにするかの明確化**
- (2)**服薬管理⇒服薬支援や服薬確認の方法**
- (3)脱水の予防⇒**高齢者に必要な飲水量は？**
- (4)栄養状態の悪化の防止⇒**栄養マネジメントやBMIの確認**
- (5)金銭管理の必要性⇒**計算能力確認や小銭が異常に増えてないか**
- (6)IADLの把握⇒**使えない道具(携帯など)増えてないか？**
独居の認知症の人のリスクマネジメント
○ **予測されるリスクの要因の把握と関係者の情報共有が大切**

(3) 独居の本人に対するアセスメント

- (1) パーソン・センタード・ケアの五つのアプローチに焦点を当てて、認知症の原因疾患、服薬状況や現在の健康状態、本人の生活歴、性格・気質、周囲の人との関係性、今の置かれている環境に対する本人の心理状況等に関する情報を収集し、それらの相互作用を分析する。
- (2) 本人を取り巻くインフォーマルサポートのエコマップを作り、近隣の人やいろいろなお店の人たちがどのような支援をしているか、最近の本人の様子はどうかなどの情報が得られる関係性づくりができれば、地域包括ケアになる。
- (3) ケアチームが本人の受診、医師の指示、薬物療法状況を知り、本人の服薬管理や他の生活状況が医師に伝わる、情報循環型の仕組みが必要になる。

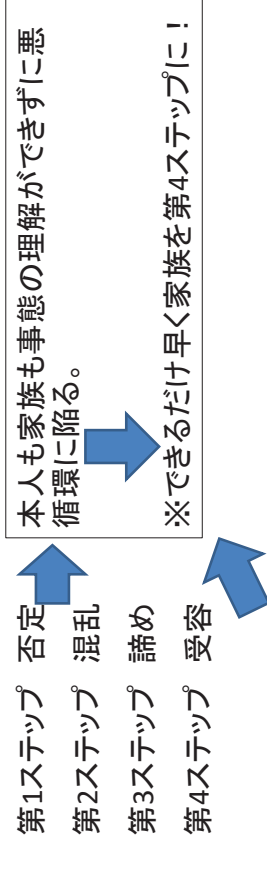
1. 家族に対する支援②

- (3)介護家族の四つの苦しみの理解⇒P188の表15-③-4-2
 - ①24時間気の休まるときのない介護(24時間365日疲労困憊)
 - ②家族生活が混乱(当たり前に送れていた生活が障害される)
 - ③先行きの大きな不安(この状態がいつまで続くのだろう?)
 - ④孤立無援の思い(誰にも分ってもらえない)

- (4)家族のアセスメント
 - 介護負担感、ストレス、認知症に関する理解度 など
 - 在宅ケア継続か施設ケアを希望しているか など

1. 家族に対する支援①

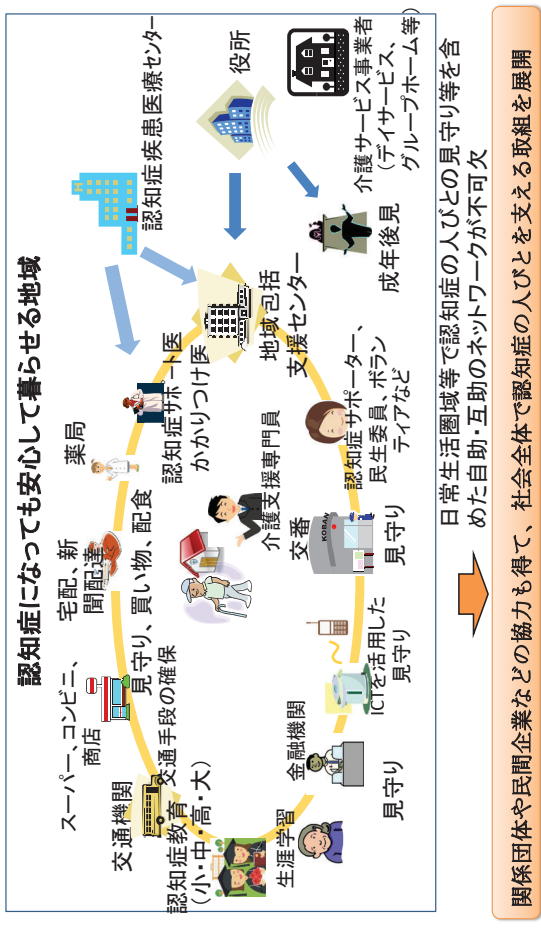
- (1) 家族の四つの心理的ステップの理解



(2) 家族への助言

- ①認知症は長生きするほど、誰でもなる病気である。
- ②BPSDはよくなる可能性がある。
- ③介護者が変わると介護も変わる。

○社会全体で認知症の人びとを支えるため、介護サービスだけでなく、地域の自助・互助を最大限活用することが必要。



3. 地域の社会資源との協働の必要性

- (1) 地域ぐるみで認知症の人と家族を支える
 - 高齢になれば誰だって認知機能は低下する。
 - ちよとしたミスを攻めるのではなく、見守り、さりげない手伝いをして、本人のプライドを損なわない配慮ができる住民を如何に増やすか。
- (2) フォーマルサービス・インフォーマルサポート
 - フォーマルサービスに加え、認知症カフェなど活動と参加の場、家族会、見守り隊、SOSネットワーク、ゴミ処理・買物支援し隊、傾聴、散歩同行などの支援を増やすには、1と関連する。
- (3) 認知症推進大綱施策を活用する。**P191表15-③-4-3**
- (4) 権利擁護の視点を持つ。(成年後見や虐待防止)

- 1 認知症の人に対応した特別なケアマネジメントプロセスはない。
- 2 認知症の特性を理解したケアマネジメントの留意点
 - 基本的視点は、パーソン・センタード・ケアの考え方に立脚(例)
 - ・生活歴、性格・気質、病気になる前の生活習慣を知り、行動の意味を知るという視点をもつ。
 - ・本人のプライドが満たされているかどうか探る(人間関係: 受容されているか、孤立、阻害されているか)。
 - ・できること、できるようになると思われることを探る(セルフケア、活動と参加)。
 - ・心身の状況に影響を与える服薬、睡眠障害、脱水、低栄養、便秘、口腔機能低下などの有無を把握する。
 - ・五感への影響を把握する。 など