

NICE!

Nursing Information of Care & Evidence

特集 認知症看護

高齢化の進展に伴い、臨床で認知症の患者さんと接する機会もますます増加しつつあります。
 認知症は誰の身にも起こり得る身近な障害であるものの、
 未だ解明されていない点が多く、根本的な治療法も発見されていません。
 こうした中で、患者さんのQOLをいかに維持していくかは大きな問題になっており、
 看護ケアに寄せられる期待は従来にも増して大きくなっています。

ある夜のこと…

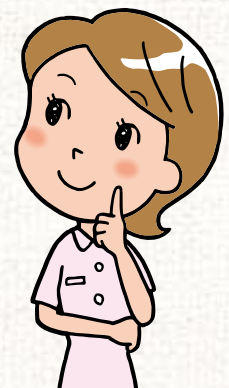


この号では、認知症患者さんのケアについて、様々な観点から専門家の先生方にご意見を伺いました。

とくに巻頭では、近年注目を集めているケアメソッド

「ユマニチュード」

に基づく食支援の在り方をテーマにした特別座談会の記事を掲載しています。



ADL改善への寄与が期待されるケアメソッド

「ユマニチュード」とは

近年、認知症高齢者のケアなどに関して、包括的なコミュニケーションに基づくケアメソッド「ユマニチュード(Humanitude)」が注目されています。ここではまず、ユマニチュードの概略についてご紹介します。

ユマニチュードは、フランスのイヴ・ジネスト先生とロゼット・マレスコッティ先生によって考案された、**知覚・感情・言語による包括的なコミュニケーションに基づくケアメソッド**です。認知症高齢者は生活環境の変化などにうまく順応できず、介護者の何気ない行動に不安や恐怖を感じることも少なくありません。そのため、自分の身を守ろうとして攻撃的になったり、ケアを拒

んだりします。こうした、目に見えない問題の解決に役立つ手法として注目されているのがユマニチュードです。

ユマニチュードの根幹にあるのは「**相手を個人として尊重する**」という考え方です。それにより信頼関係を構築して、ADLを改善に導くことを目的としています。

4つの基本的な柱

ユマニチュードは4つの基本的な柱で構成されています。

① 見つめる

認知症高齢者では視野が狭くなっていることが多いため、まずは**相手の視界に入って存在を認識してもらいます**。

患者さんと目線の高さを同じにして、正面から相手を見つめながら、20cmほどの距離まで顔を近づけます。この距離はケアを受ける人の認知機能に応じて異なります。親しみを込めた視線でじっと見つめることで、言葉で説明するよりも早く、相手に安心感を与えられます。

② 話しかける

認知症高齢者の場合、相手の言葉や意図を認識するのに時間がかかるため、ゆっくりとした口調で話すように心掛けます。**反応がすぐに返ってこない場合でも、少なくとも3秒は待つ**ことが大切です。その際、言葉の選び方も重要です。優しく、前向きな言葉は、体に触れられる抵抗感や不安感を解きほぐすことができます。ケアをしている間も**実況中継をしているように話しかけましょう**。

③ 触れる

人間関係を築くための非言語的メッセージとして、触れる技術はとても重要です。体に触れる際、手首などを突然つかむのではなく、相手を**掌で優しく広く、ゆっくり**触れます。その時、アイコンタクトをとり、優しく声を掛けることが包括的なコミュニケーションのために重要です。認知症によって状況把握の能力が低下している状態では、他人に突然体に触れられれば恐怖感を感じてしまいます。意思疎通を図りながら優しく体に触れることで、**ケアに対する抵抗感も和らいでいきます**。

④ 立つ

筋力低下などによって寝たきりにならないよう、できるだけ**立位で日常的なケアを行います**。また、立つことによって臥床時とは視界が変化するため、空間的位置情報が脳に伝わり、主体性の向上にもつながります。

以上のような4つの柱に基づいて、数多くの細かい実践技術がありますが、重要なポイントはその人が持っている能力を奪う、**過剰なケアを行わないこと**です。患者さんの能力や状態を的確に観察・評価した上で、最低限のサポートを行うことにより、

本人の能力を引き出すことがユマニチュードの基本です。

また、ユマニチュードは汎用性が高く、認知症高齢者だけでなく、ケアを必要とする全ての人に使用できます。



座談会

【ユマニチュード】の 視点を踏まえた食支援への期待

ユマニチュードの手法は広く日常生活全般を網羅したもので、
食支援の領域でも様々な効果が期待されます。

そこで、臨床栄養管理のエキスパートである幣 憲一郎先生の司会のもと、
ユマニチュードの第一人者である3名の先生方をお招きして座談会を企画しました。

【出席者】

- 幣 憲一郎先生 ● 京都大学医学部附属病院 疾患栄養治療部副部長：管理栄養士
- 本田美和子先生 ● 国立病院機構東京医療センター 総合内科医長：医師
- 盛 真知子先生 ● 国立病院機構東京医療センター 在宅療養支援・地域医療連携係：看護師
- イヴ・ジネスト先生 ● ジネスト・マレスコッティ研究所 所長：ユマニチュード考案者

高齢者の食支援を取り巻く日仏の現状

● 幣 今から10年後には日本国民の3人に1人が65歳以上の高齢者になるといわれる中、我々の携わる医療現場でも患者さんの高齢化が急速に進んでいます。それに伴って様々な問題が浮上していますが、栄養管理の点から見て特に大きいのは、**認知症などの理由で食事を摂らない方や摂れない方への対応**です。

近年、患者さんとのコミュニケーションに関して、看護領域などではユマニチュードが大いに注目を集めていると聞きます。我々が日常的に行っている食事介入にこの考え方が加われば、よりスムーズに栄養管理を行えるのではないかと思うのですが、残念ながら栄養士の間ではまだあまり認知されていないようです。そこで、今日は特に食支援に焦点を当て、ユマニチュードの第一人者である先生方に現状の課題や、今後求められる支援の在り方についてご意見を伺えればと思います。最初に、本田先生は日本における現状の問題点としてどのようなことがあるとお考えですか。

● 本田 これまで我々が学んできた医学では、患者さんが治療の意味を理解でき、協力してもらえることが前提とされてきました。そのため、認知機能が低下した方への対応などに苦慮している現場スタッフも多いように感じます。私自身もその一人でしたが、フランスでユマニチュードを学んだことで、問題解決に向けて前進することができました。中でも特に大きいと感じ

たのは、**健康面に限らず生活全般を包括的に支えることの重要性**です。栄養管理についても、摂取エネルギーや食事形態ばかりに捉われるべきではないということを改めて実感しました。

● 幣 ジネスト先生、認知症高齢者に対する食事ケアについて、フランスの現状をお聞かせください。

● ジネスト 日本と同じくフランスでも、福祉施設や病院などにおいて直面している最も大きな問題の一つが、患者さんあるいは利用者の皆さんに食事を召し上がっていただけないことです。フランスの老人ホームや病院では、認知症高齢者の約半数が食事を摂らず、栄養失調だといわれています。アメリカではさらに深刻な状況になっているようで、今や世界共通の問題だといえそうです。

こうした中、我々は独自の研修システムを構築し、教育活動に取り組んでいます。研修はグループ形式で行うのですが、そのメンバーには看護師だけでなく、調理師や栄養士も含まれます。研修後、栄養士にはユマニチュードの栄養部門のリーダーとしてケアのチームと協働してもらうとともに、チーム間の情報共有を図ってもらうようにしています。

多職種がユマニチュードのメソッドを共有することにより、具体的な成果も上がっています。例えば、あるアルツハイマー専門施設では、薬剤コストや寝たきりの期間など、様々な点で他施設よりも良好な成績を上げていますが、中でも注目すべきなのが、栄養失調に陥る方が4年間に1人しかいなかったという点です。

認知症高齢者に適した食事と提供方法

●**ジネスト** 栄養失調に陥る理由は様々です。純粋にエネルギーや栄養素の摂取量が原因になることもありますが、それはほんの一部にすぎません。例えば食事の質も重要で、赤ちゃんにステーキを出しても食べないように、認知症高齢者には認知症高齢者に適した食事を調理する必要があります。一方、調理師がいかに美味しい食事を作っても、**提供の仕方や食事の盛り付け方**が認知症の方には相応しくない場合もあります。例えば、幕の内弁当のようなものを提供されても、認知症高齢者は何から食べ始めれば良いか分かりませんが、一品ずつ差し出せば全部召し上がる場合もあります。

●**本田** 実際、トマトにパセリのみじん切りを混ぜて綺麗な皿に盛り付けても全く召し上がらなかった方が、トマトだけを目の前に差し出すと食べ始めることがありました。その患者さんの目にはパセリがゴミのように映ったのかもしれませんが。また別の例では、皿を柄の入ったものから白無地のものに替えると食べるようになるケースもあります。その他、食事介助の際にスプーンを目の高さまで上げたり、**一つ一つの動作を言葉で説明**することも非常に重要です。

●**幣** コマニチュードの実践にあたっては、栄養士も同じチームの一員として情報を共有しておく必要があります。予備知識がない状態で看護師から突然「無地の皿に変えてください」と言われても、栄養士は「せっかく工夫して盛り付けているのに」と、意図を正しく受け止められないかもしれません。

●**本田** 食事を召し上がらない理由に気付くには、**少し引いた目線で生活全般を見る**必要があるのです。例えば、食事前に椅子から立ち上がりて手を洗いに行き、顔を拭いてからテー

ルに就くことで、自発的に食事を召し上がるようになったという事例もあります。

●**幣** **一連の動作を通じて記憶を呼び覚ます**ということですね。日本の病院では、病室の床頭台の上に食事を置くことも多いですが、寝る場所と食事を摂る場所が同じという環境も良くないのかもしれませんが。

●**ジネスト** 様々な日常動作に関する記憶、「**手続き記憶***」は認知症になった後も残存していることが少なくありません。それを利用して、手洗いを通じて食事の時間であるということ認識させるのです。他にも、例えばバジャマを着たままでは食事を摂らなかった人が、服を着替えることで食べるようになったというケースもあります。

●**本田** 個々のケアを分けて考えるのではなく、全てのケアを生活の中での一つのシークエンスと捉えて実施することをコマニチュードでは強調しています。

「食べたい」という気持ちを呼び覚ます

●**ジネスト** 経管栄養で1ヵ月半ほど食事を召し上がっていなかった方が、段階的にケアの手順を踏むことで、介入5日目には経管栄養を外して、自分で食事やお化粧品をできるようになったという事例もあります。

患者さんが食事を摂ろうとしない場合、その原因の一つとしてアプローチ上の問題が考えられます。相手に近づく際にコンコンとノックの合図をして、何らかの反応が返ってきたら、外部とのコミュニケーションを受け入れる態勢に入ったというサインです。次に、相手の目を見つめながら顔と顔を近づけます。これだけ自分に近づいて来る人は私の友人、非常に親しい人に違いないという感情記憶に基づいた情報を与えるわけです。そし



Profile of Kenichiro Shide

京都大学医学部附属病院
疾患栄養治療部副部長
：管理栄養士

1986年甲子園大学栄養学部栄養学科卒業。
香川医科大学医学部附属病院を経て、
2001年に京都大学医学部附属病院に入職。
2013年には同疾患栄養治療部副部長
に就任し、現在に至る。
2010年にAward to "We are up
for self-care" 特別功労賞、
2013年には日本病態栄養学会学会賞
(アルビレオ賞)を受賞している。
2014年京都女子大学大学院 博士号 取得。



Profile of Miwako Honda

国立病院機構東京医療センター
総合内科医長
：医師

1993年筑波大学医学部専門学群卒業。
内科医。国立東京第二病院にて
研修後、亀田総合病院を経て
1998年米国トマス・ジェファーソン大学内科、
2001年コーネル大学に勤務。
2002年国立国際医療研究センター・
エイズ治療研究センターを経て
2011年より現職。

て、最初から食事のことを話し始めるのではなく、30秒~1分ほどかけて相手とのコミュニケーションを図ります。「今度こそ食べてくださいね」「食べないと具合が悪くなりますよ」と言うのは却って逆効果です。

●**本田** 日本の病院では「検査です」「注射です」「リハビリです」「お食事です」と、まず自分の用件を伝えがちですが、それを言わないことがユマニチュードにおけるトレーニングの第一段階です。多くの看護師にとって非常に難しいことですが、訓練すればできるようになります。

●**ジネスト** **食べたいという気持ちを喚起することが大切**なのです。例えば、目の前にいる人の目が美しいから、食べると喜んでくれるからなど、動機となる事柄は人それぞれです。ユマニチュードでは、そうした個別の介入方法を生活全般にわたって計画します。食器の種類や照明、着席の仕方のほか、空腹感も重要な要素です。何日も寝たきりの状態では空腹感は起こりませ

んから、まずは体を動かす意味で、患者さんに少し歩いていただく方が良いと思います。

「分かち合い」としての食事

●**ジネスト** 人はなぜ食事を摂るのでしょうか。恐らく栄養士の皆さんは糖質や脂質など、体に必要な栄養素を摂るためだと答えるでしょう。しかし、私の答えは違います。食べることが好きで、人と一緒に食事するのが楽しいからです。**食事とは分かち合い**です。食事を摂ろうとしない方に、「美味しそうですね、少し私に分けてくれませんか」と声をかけることで、一緒に召し上がっていただけることもあります。

ある施設では、食べ物の棚を施設内の色々な場所に設置し、利用者やスタッフを問わず、誰でも好きな時に自由に食べられるようにしています。そして、スタッフが食べる際に「一緒に食べませんか」と利用者に勧めることで、コストをかけずに低栄養の問題を低減できているのです。

●**盛** 在宅患者さんにも同じことがいえます。ただし、日本の介護保険制度上では、一緒に分かち合って食べることが介護サービスとして見なされないため、苦勞することもあります。ある認知症高齢者のケースで、ホームヘルパーが食事を作ってくれるのですが、それをキッチンのテーブルの上に置いて帰ってしまう例がありました。その患者さんの認知機能は年々低下していて、よほどの用事がない限りキッチンには行かないため、食事を用意されていることを忘れてしまい、食べない。その結果として非常に痩せてしまいました。

●**幣** 自分の職域の枠組み内だけで考えていては限界があるということですね。在宅医療の充実や緊密な地域連携が求められる中、他領域の考え方や方法論を柔軟に取り入れる姿勢は今

※ 手続き記憶

自転車の乗り方や泳ぎ方など、**繰り返し練習することによって体で覚える非言語的な記憶**のことを「手続き記憶」と呼びます。一旦自転車の乗り方を覚えれば、しばらく乗らない期間を経た後でも、またすぐに乗ることができます。このように、手続き記憶には一度覚えると忘れにくいという特徴があります。

一方、「この子は自分の孫だ」とか「さっき夕食を食べた」といった言語化可能な記憶(陳述的記憶)は、手続き記憶に比べて失われやすいことが知られています。



Profile of Machiko Mori

国立病院機構東京医療センター
在宅療養支援・地域医療連携係
：看護師

1997年国立がんセンター勤務。
1999年に国立国際医療センターへ転勤。
看護師長、医療安全管理者として勤務。
2007年訪問看護ステーション、
2010年東村山市中部包括支援センター
勤務。
2011年より現職。



Profile of Yves Gineste

ジネスト・マレスコッティ研究所 所長
：ユマニチュード考案者

1979年、体育学の教師時代に
フランス文部省からロゼット・マレスコッティ
とともに病院職員教育担当者として
派遣される。そこで病院職員の腰痛対策に
取り組んだことを契機に、
看護・介護の分野に関わることとなる。
以降、小児から高齢者まで幅広い対象者に
ケアを実践。その経験をもとに
「ユマニチュード」を考案した。

まで以上に求められていくと思います。

「気持ちを伝える」ということ

●**ジネスト** もう一つ重要なのは、何か物事を決める際、**相手が例え認知症高齢者であっても、まずはご本人の意思を確認する**ということです。実際、適切なコミュニケーション方法で接すれば、意思表示できる方も少なくありません。一方で、こちらの意図を伝える際にも工夫が必要です。脳の機能障害に伴って、相手の感情を読み取る能力が低下しているため、少し大袈裟に表現しないと十分な意思疎通が図れません。

●**本田** 例えば「優しく接する」には具体的にどうすればいいのか。どんなに優しい気持ちで接しても、その表現方法が適切でなければ相手には伝わりません。当院でも、誰も近付かなくて困っている患者さんのところに盛さんが行き、40秒ほど接するだけで一気に色々な問題が解決したという事例を少なからず経験しています。そして、盛さんは病棟看護師にそのスキルを伝え、病棟看護師は日常業務の中にそれを取り込んで改善しています。

●**盛** 例えばシャワーの後、「疲れましたね」と言うのではなく、「気持ち良かったですね」「さっぱりしましたね」と言った方がよいというテクニックを教えています。

●**本田** 病院では「じっとしててください」「ごめんなさいね」「すぐ終わります」といった具合に、“黙ってケアさせてください”という一方的な宣言になりがちです。食事の時間というのは恐らく高齢者にとって1日の中で最も楽しい時間ですから、楽しく、美味しく、無理なく召し上がっていただければと思います。

●**幣** 日本人はどちらかというと内向的で、積極的に感情表現したり、目を見て会話するのが苦手な人も多いように思います。ユマニチュードのようなメソッドが日本で生まれてこなかった背景には、そうした国民性も影響しているような気がします。

●**本田** ケアが上手な人たちは無意識にそれをできているのかもしれませんが。最初は気恥ずかしく感じても、訓練すれば自然にできるようになります。

●**ジネスト** 看護師の皆さんは患者さんの排泄ケアをする際に、職業人として抵抗感を持たずに行っているかと思います。同様に、コミュニケーションについてもプロの仕事として考えれば良いのです。コミュニケーションを深めれば深めるほど、相手からも様々な反応が返ってきます。それはケアをする人にとっても新しい発見にも、喜びにもなると思います。

●**本田** 日本の医療教育では、感情面で患者さんとあまり深く関わりすぎない方がよいと教えられているので、少し戸惑う人

もいるかもしれません。

●**ジネスト** そうした背景があることは理解できます。しかし、認知症の方において最後まで機能しているのは**感情に基づく記憶で、我々が使える唯一のツール**でもあります。それを閉ざしてしまつたら、誰も食事を摂らなくなると思います。

卒前教育の有用性

●**ジネスト** 日本でユマニチュードの研修を行って見て驚くのは、研修生たちの飲み込みの早さです。15分ほど練習しただけで、彼らはすぐお互いに実践し始めます。今後、大学教育の中にもユマニチュードのカリキュラムを組み込んで、その効果測定を実施することは大変有用だと考えます。

●**本田** 旭川医科大学では、医学部の1年生全員が老人ホームでの院外実習を前に、ユマニチュードを学んでいます。臨床現場でのコミュニケーションに役立ててもらえればと思います。栄養士の皆さんも、学生時代に基本的なコミュニケーションスキルを身に付けければ、臨床の様々な場面で活かせるのではないのでしょうか。

●**幣** 確かに、基本的なスキルを身に付けた上で現場に出る意義は大きいと考えます。その際には、本日お集まりの先生方にも是非ご協力いただければと思います

今後の医療環境において、日本は今まで経験したことのない状況に直面していくことが予想されます。先生方が先行して蓄積してこられた成功事例を参考に、在宅栄養管理においても多職種の協力関係を構築できればと思います。少なくとも、ユマニチュードのメソッドを知らないことは大きな損失ですので、医療スタッフ間の情報共有が進むことを期待します。本日はありがとうございました。



【認知症看護認定看護師】



木村陽子さん

地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター
看護部 看護師長/
認知症看護認定看護師

“
患者さんの尊厳を重視した看護を
実践する上で、特別な資格の有無は
重要ではないように感じます。”

資格を取得したきっかけ

現在、当センターには私を含めて2名の認知症看護認定看護師が在籍しています。私は主に精神科病棟内での業務を中心としており、もう一人の先輩認定看護師が専従として組織横断的な認知症看護に携わっています。

認知症の患者さんでは、点滴の自己抜去や転倒などがしばしば問題として取り沙汰されます。その際、私たち医療従事者はリスクマネジメントの観点から、患者さんの行動を制限する方向で物事を考えがちです。しかし、安易な行動制限は却って患者さんのADLやQOLを損ないかねません。例えば、転倒予防のために車椅子での生活を強いるのではなく、歩行機能を高める方法を検討してみるなど、患者さんが困っている点の改善に努めるのが本来の看護の姿なのではないでしょうか。

そうした思いもあり、私は新人の頃からできる限り患者さんの行動を制限しないような看護を心がけてきました。しかし、経験や知識が伴わず、臨床で色々と障壁に直面することも少なくありませんでした。そんな時、親身に相談に乗ってくれたのが認知症看護認定看護師や皮膚・排泄ケア認定看護師の先輩方です。もともと人前に立つことが不得意な私が、2011年に認知症看護認定看護師の資格を取得したのも、こうした先輩方の勧めに依る部分が大きいといえます。

一番辛いのは患者さんご自身

日本は世界一の長寿国ですが、認知症に対する一般的な理解度は未だ十分とはいえません。例えば、「患者さんご自身も周囲の苦勞も理解できないから幸せだ」と考えるのは間違いで、むしろ一番辛い思いをしているのは患者さんご自身です。

毎日大きな不安を抱えて生活しておられる中で、周囲の何気ない言葉や態度がご本人を苛立たせることもあります。逆に、不安で寝付けないうような方が、私たちが優しく手を触れながら寄り添うだけで安心して眠りに就けたりもします。こうした点について退院時にご家族と話し合ったり、ケアマネジャーと情報交換しておくことで、本来の生活環境に近づけることも可能だと考えます。

患者さんを個人として尊重する

認知症看護では、患者さん一人ひとりに対してどれだけ個別ケアを実践できるかが重要になるため、「十分な人員さえ確保できれば、もっと良いケアができるのに」という思いは、どの施設にもあると考えます。しかし、私たち医療従事者が患者さんに対するネガティブな関わり方を減らすだけでも、認知症の周辺症状をある程度まで和らげられるのではないのでしょうか。2012年にユマニチュード(P.1参照)に出会ってからは、なおさらそう感じています。

ユマニチュードの根幹には「患者さんを「ひと」として尊重する」という考え方があり、これは認知症看護の基本でもあります。普段、私たちが良かれと思って行っているケアが本当に患者さんにとって良いことなのか、医療を提供する側からの押しつけになっていないか、時には立ち止まって見つめ直した方がいいかもしれません。逆に、患者さんの意思を尊重しながらコミュニケーションを図ることで、医療従事者側からのお願いを聞き入れていただける場合もあります。そうした事例を積み重ねていく中で、最近は周囲のスタッフからも自然と相談を受けるようになっており、それが私自身のやりがいにも繋がっています。

認知症看護に必要なこと

超高齢社会を見据え、最近は認知症看護認定看護師の資格取得を所属先から求められるケースもあるかと思えます。しかし、私は患者さんの尊厳を重視した看護を実践する上で、特別な資格の有無は必ずしも重要ではないように感じています。もちろん、認知症に関する専門知識を身に付ければ、臨床上の大きな助けにはなりますし、周囲に対する発言の説得力も増します。ただし、その前提として認知症看護認定看護師の資格を目指す人は、一般の看護師以上に患者さんの人権や尊厳に対して敏感であるべきです。最近、私は学生や新人スタッフへの教育研修を通じて、そうした思いを共有できる仲間を増やしていきたいと考えており、それが認知症看護の質を守ることに繋がると信じて頑張っています。



読んでみれば、実はとってもカンタンな生理学!

カンタン生理学



葛谷雅文先生

名古屋大学大学院
医学系研究科 地域在宅医療学・
老年科学講座(老年内科) 教授

4 アルツハイマー型認知症と生活習慣

認知症は老年期の病気というイメージがありますが、近年、生活習慣病など中高年期の慢性疾患が認知症の発症リスクを高める可能性が指摘されています。ここでは、アルツハイマー型認知症を例に、生活習慣との関係などについて紹介します。

① 4大認知症とは?

認知症とは一つの疾患を指すわけではなく、神経変性疾患や脳血管障害、脳腫瘍、外傷など様々な傷病によって引き起こされた病態を指します。原因や症状によって認知症は多くの種類に分けられますが、とくに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、前頭側頭型認知症は**4大認知症**と言われています。この四つのうち、脳血管性認知症は脳梗塞などの脳血管障害によるもので、他の三つは脳細胞の変性が原因となっています。

《アルツハイマー型認知症》

認知症全体の中で最も多いとされる代表的な認知症です(詳細については後述します)。

《脳血管性認知症》

脳血管疾患によって脳の組織が破壊された際、その部位によっては認知症をきたします。治療法は、背景にある高血圧や糖尿病、脂質異常症、心房細動などの治療を行うことにあります。

《レビー小体型認知症》

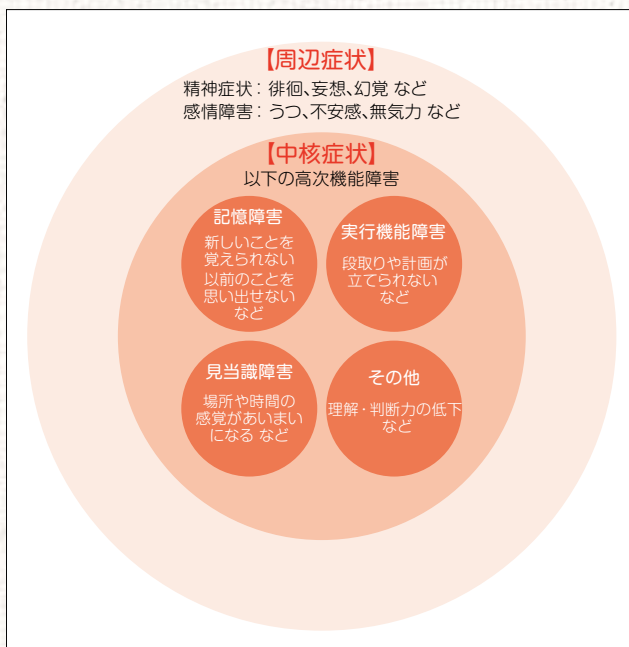
脳にレビー小体という特殊なたんぱく質がたくさん集まって神経細胞が破壊されることにより発症します。初期の段階では物忘れよりも幻視や注意障害が目立つこと、パーキンソン病と似た症状が見られることなどが特徴です。

《前頭側頭型認知症》

初期には人格や情動面の変化、社交性の消失などが見られ、記憶障害は目立ちません。65歳未満の若い年齢で発症することも多く、現在のところ有効な治療法はありません。

② アルツハイマー型認知症の症状

認知症の症状は、中核症状と周辺症状に分けられます。アルツハイマー型認知症の中核症状・周辺症状には**図1**のようなものがあります。



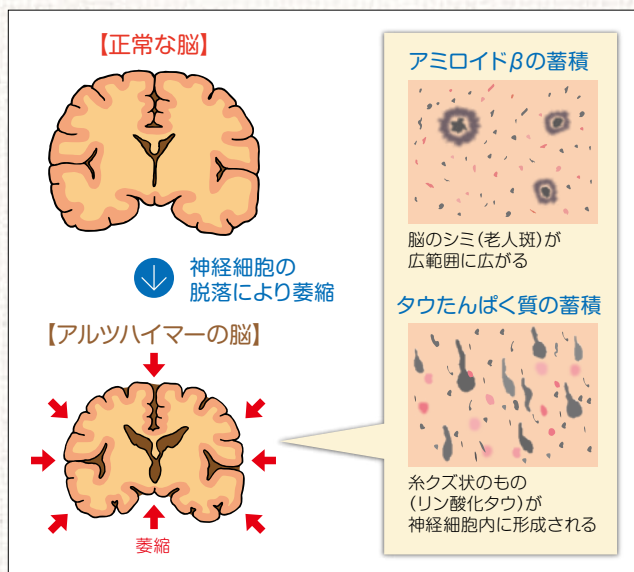
↑ 図1 アルツハイマー型認知症の中核症状・周辺症状

③ アルツハイマー型認知症の病理的特徴

アルツハイマー型認知症には以下のような病理的特徴があります(図2)。

① 脳の萎縮

脳の神経細胞が死んで脱落することによって、萎縮が引き起こされます。



↑図2 アルツハイマー型認知症の病的特徴

②アミロイドβの蓄積

皮膚にできる“シミ”のように、脳にも加齢に伴って**老人斑**と呼ばれる不溶性の凝集物が沈着していきます。これは健康な人にも見られる現象ですが、アルツハイマー型認知症の患者さんでは、それが非常に多量かつ広範囲に観察される傾向があります。この老人斑の主成分が**アミロイドβ**というペプチドで、神経細胞に対して有毒な作用を持つともされる物質です。

③タウたんぱく質の蓄積

アルツハイマー型認知症の脳では、神経細胞の中に**糸クズ状の物質**がしばしば観察されます。神経細胞に見られるこうした病理変化のことを神経原繊維変化といい、糸クズ状の物質は異常にリン酸化された**タウたんぱく質**で構成されています。これが増加すると正常な神経細胞が減少していき、脳の機能に支障を来します。

4 発症のメカニズムと治療法

発症のメカニズムについては、前述のアミロイドβを原因物質とする説やタウたんぱく質を原因物質とする説など様々な説がありますが、未だ明らかにはなっていません。また、現在日本で使用されている治療薬も基本的に病状の進行遅延を目的としたもので、残念ながら根本的な治療を目的とした薬剤ではありません。

今や世界中の研究者が原因究明や創薬に取り組んでいますが、治療法が確立されるまでにはまだ暫く時間がかかるのではないかと思います。

5 アルツハイマー型認知症と生活習慣

アルツハイマー型認知症のメカニズムについてはまだまだ不明点が多いのですが、疫学調査の結果などから、予防法として期待されるものはいくつかあります。

中でも、最もエビデンスが高いのが適度な運動習慣です。例えば、約4600人の高齢者を対象に、運動習慣とアルツハイマー型認知症のリスクについて5年間追跡調査を行なった結果が海外から報告されています¹⁾。それによると、週3日以上運動を習慣的に行っている群は行っていない群に比べて、アルツハイマー型認知症の発症リスクが有意に低かったと報告されています。

もう一つ、疫学調査の結果から予防的な効果が期待されるのが、中年期におけるメタボリックシンドロームやその構成要素である高血圧や肥満、糖尿病などの予防です。これらの生活習慣病については、脳の血流障害との関係から、かつては脳血管性認知症との関わりが取り沙汰されてきました。しかし、最近ではアルツハイマー型認知症の発症にも関係しているのではないかとされています。実際、糖尿病高齢者における併発疾患の発症リスクについて調べたメタ分析²⁾では、糖尿病の高齢者がアルツハイマー型認知症を合併するリスクは非糖尿病の人の約1.4倍になると報告されています。その背景としてよく言われているのはインスリン抵抗性や高インスリン血症との関係で、これらがアミロイドβの沈着とタウたんぱく質のリン酸化を促進するのではないかという説もあります。

以上のように、中年期から**適度な運動習慣、バランスのとれた食習慣**を心がければ、肥満や高血圧、糖尿病などの予防だけでなく、老年期におけるアルツハイマー型認知症の予防にも繋がるといえることは言えそうです。一方で、DHAや抗酸化ビタミンなど、巷で認知症予防に良いとされている栄養素の有用性については明らかになっておらず、俗説の域を出ていません。それよりも注意しておきたいのは**老年期の痩せ(体重減少、筋肉減少)**です。もともと後期高齢者は痩せに傾きやすく、栄養障害に陥るケースも見られます。また、アルツハイマー型認知症の発症前後から体重が減少するとの報告もあります。痩せは身体活動性の低下に繋がるため、認知症の発症リスクを高める可能性もあります。

認知症に限ったことではありませんが、中年期から高年期まで一貫して当てはまる介入方法というのは、まずありません。各年齢層、さらには各個人にとって最適な介入方法を見つけて、実践することが重要だと考えます。

【参考文献】

- 1) Laurin D, et al. Arch Neurol. 58:498-504. 2001
- 2) FP Lu, et al. PLoS One. 4:e4144. 2009

クスリの話

林 宏行先生
日本大学薬学部
薬物治療学研究室 教授



高齢者のポリファーマシーと認知症

高齢者は多くの疾患を抱え、薬をたくさん飲んでいる方もいらっしゃいます。薬を複数飲んでいることをポリファーマシーとって、この場合、薬の飲み合わせ(相互作用)が問題になる場合もあります。また、薬の種類が多くなれば飲み間違いのリスクが高まるほか、加齢に伴って薬を排泄する能力が低下することにより副作用も生じやすくなるため、いろいろと注意が必要です。

① かかりつけ薬局

疾患ごとに違う病院を受診したり、違う薬局で別々に薬をもらっている場合、後で調べてみると同じ薬や飲み合わせに問題のある薬を飲んでた、といったことが起こります。それを避けるには、できるだけ同じ医療機関を受診して、薬は全て同じ薬局(かかりつけ薬局)でもらうと良いでしょう。**薬を間違えて飲んでしまう方は認知症の方も想定されます。**

② 認知症とは

認知症の多くは進行性に症状が悪化します。当初の症状は、最近の出来事を忘れてしまうといった記憶障害から起こり、それに伴って怒りやすくなったり、イライラするなどの周辺症状も生じてきます。こうした症状の進行を抑えるには、頭の働きを活性化させる**アセチルコリン**を補ったり、記憶の妨げになるNMDA受容体の過剰な活性化を抑えることが有効だと考えられています。

③ アセチルコリンに対抗する薬

腹痛を抑える薬、痒み止めや排尿障害の薬、不整脈薬、抗うつ薬などの一部は「**抗コリン作用**」を持っています。抗コリン作用とは、認知症の方に必要なアセチルコリンの働きを抑えるという意

味です。つまり**抗コリン作用を持つ薬は認知症の症状を悪化しかねない**と考えられます。

④ 日本老年医学会の薬物療法ガイドライン

高齢者では、何種類もの薬を処方されている方が少なくありません。しかし転倒の危険性が増す薬、肺炎に罹りやすい薬、認知機能を悪化させてしまう薬などはストップ(stop)して、高齢者にも比較的安全な薬を始めたらどうか(start)ということを日本老年医学会では提案しています。認知症で、記憶障害に加えて興奮、攻撃性、幻覚、妄想といった症状がある場合、統合失調症に用いられる抗精神病薬が使われます。しかし**多くの抗精神病薬は抗コリン作用を持つ**ため、認知機能を悪化させかねません。このガイドラインでは抗精神病薬を止めて、漢方薬の抑肝散を薦めています。また高齢者の「うつ」については、抗コリン作用を持つ三環系抗うつ薬よりも抗コリン作用を持たないSSRIを薦めています。**下表**に抗うつ薬と抗精神病薬についてまとめました。

認知症の方は食事や入浴、排便などの介助とともに服薬管理にも介護者のサポートを必要とします。服薬は絶対、勝手に止めるべきではありません。しかし、高齢者の薬を上手に整理することも重要です。

	抗うつ薬				抗精神病薬		
	三環系抗うつ薬	四環系抗うつ薬	SSRI (セロトニン再取り込み抑制剤)	SNRI (セロトニン、ノルアドレナリン再取り込み抑制剤)	SDA (セロトニン・ドパミン拮抗剤)	MARTA (多受容体作用剤)	抑肝散
成分名 (商品名)	アミトリプチリン(トリプタノール)、イミプラミン(トフラニール)	ミアンセリン(テトラミド)、セチプチリン(デシプール)、マプロチリン(ルジオミール)、ミルタザピン(リフレックス)	フルボキサミン(デプロメール)、パロキセチン(パキシル)、セルトラリン(ジェイソロフト)、エスタシロプラム(レクサプロ)	ミルナシプラン(トレドミン)、デュロキセチン(サインバルタ)	リスベリドン(リスダール)、ペロスピロン、プロナセリン	クエチアピン(セロクエル)、オランザピン、クロザピン	
特徴	治療効果は高いが、効果発現に2週間ほどかかる。	三環系抗うつ薬に比べて効果発現が早い但し効果はやや弱い。	抗コリン作用が少ない。	抗コリン作用は少ない。SSRIに比べ意欲の向上。	抗コリン作用は少ない。易怒性や興奮状態に少量使用。	SDAに比べ鎮静、傾眠強い。抗コリン作用がある。	易怒性や興奮状態に使用。抗コリン作用がないが、低カリウム血症の可能性がある。
副作用	不穏や徘徊、尿失禁、転倒などのリスクを増大させる。	三環系抗うつ薬に比べて副作用は弱い。	胃腸症状。攻撃性が増強する場合がある。	胃腸症状や尿閉、頭痛など。攻撃性が増強する場合がある。	過量で過鎮静。パーキンソン様症状の出現。	体重増加、脂質・血糖上昇。パーキンソン様症状は少ない。	
中止/使用の検討	中止(とくに高齢者のうつでは使用を控える)	—	代替薬として使用(ただし転倒リスクは三環系と同等の注意)	代替薬として使用	できれば中止	代替薬として使用	

↑表: 抗うつ薬と抗精神病薬の主な特徴・副作用



須藤照美先生

東邦大学医療センター大森病院看護部/
認知症看護認定看護師

傷病治療との両立

当院は三次救急の急性期病院で、現在、私が担当している脳外科・神経内科の混合病棟には、頭部の傷病を抱えた患者さんが大勢入院しておられます。そうした患者さんにしばしば見られるのが、入院による生活環境の変化に伴う混乱や認知機能障害です。当院の場合、患者さんは急性疾患などの治療を主目的に入院しておられるわけですが、同時に認知機能の状態を観察し、適宜介入していくことも重要な看護ケアだと考えます。

活動の実際

私たち認定看護師には、専門分野に関わらず実践・指導・相談という三つの役割が求められます。私は病棟の一看護師という立場から通常の看護業務に従事しつつ、認定看護師としてそれらの役割を果たすべく日々試行錯誤している状況です。とくに心がけているのは実践に基づいた指導や相談で、目の前の患者さんに対するケアをスタッフと一緒に考えながら自らも学ばせていただいています。活動の場は自部署内が中心になりますが、院内メールや電話で他部署から相談を受けることもあります。

相談内容として多いのは、コミュニケーションや生活のリズムに関するものです。コミュニケーションに関しては、**言葉の持つ表面上の意味に惑わされない**ことが重要で、言外にある患者さんの真意を見極めるようにしています。例えば夜中に何度も「トイレに行きたい」と訴える患者さんの場合、その背景には、孤独感や失禁に対する不安感などが隠されていることもあります。一方、生活のリズムに関しては、例えば、もともと夜間の仕事に従事していた方の場合には、一見、昼夜逆転に思えるような状態が本来の生活のリズムであったりします。寝付きの悪い患者さんに対して薬剤投与などを検討する前に、まずは**入院前の生活状況を踏まえた環境調整**を試みるべきで、早期介入が混乱の予防にも繋がります。

また、食支援に関しては、嚥下機能評価の際に検査食を食べ物として認識していただけないという相談を受けたこともあります。視覚的に食べ物として認識しにくい食品の場合には、嗅覚などを刺激するのも一つですし、食事に集中できるように環境を整えたり、皆と一緒に食事を摂ることで食行動の喚起に繋がったりすることもあります。この他、スプーンや箸の使い方が分からない方、一口量の加減が分からず、食物を口腔内に溜めてしまう方もいらっしゃいますから、**摂食行動のどの部分に障害があるのかを踏まえた上での対応**が求められます。

こうした介入方法を個別に検討する際、成否を握る鍵となるのが**入院段階での情報量**です。基本的な日常生活動作はもちろんのこと、例えば買い物や金銭管理の担い手、使用していた寝具(布団かベッドか)、認知機能に関わる日常の変化などは大変重要な情報です。そこで、自部署では独自の**情報収集シート**(図)の活用を始めており、今後、院内全体に広めていければと考えています。また、認知症看護は急性期病院での限られた入院期間だけでは効果を測定しにくい面もあります。このため、転院先などとの情報共有ツールとして**看護サマリー**が果たす役割も大きく、退院時には、入院中の生活状況などに関してできるだけ詳細に記述するよう心がけています。

最後に

私が認知症看護認定看護師として心がけているのは、病院やご自宅といった療養環境に関わらず、**その人がその人らしく最期まで生きられるようなケア**です。認知機能に障害のある患者さんは、治療の必要性を理解することが難しい場合もあります。その際、一時的に行動を制限せざるを得ない状況が生じたとしても、最終的にはそれを解除できるように目標設定する必要があり、そのことが患者さんの権利擁護にも繋がっていくと考えています。



↑図：情報収集シート

【主な質問項目】

- 現在の家族構成
 - 主介護者になる方
 - 入院前日の日常生活状況
 - 現在利用中の社会福祉サービス
 - 居住環境について
 - 認知機能について
 - 入院してからもこれだけは譲れないこと、大切にしていること
 - 退院後の療養先について
 - 入院生活および退院に向けて心配していること
- など

