

# 認知症ケア事例集

## まえがき

全国老施協では、スマホアプリ「老施協ドットコム」を用いて、介護に日々携わる方々から、認知症ケアにおける困りごと等について相談を受け付け、認知症ケアの専門的な立場である認知症介護指導者の方々によって回答いただくサービスに取り組んでまいりました。相談内容について、同じような悩みをお持ちの方もいらっしゃるのではないかとことから、これまでの実績を「認知症ケア事例集」として作成いたしました。

認知症ケアを行っていく中で、不安に思うこと、ケアの方法など、どのように対応したら良いかわからないことが起こっているのではないかと思います。そのような時、本事例集をぜひご活用いただけますと幸いです。

なお、認知症ケアに正解はないと思っています。そのため、本事例集をご活用いただくにあたり、認知症介護指導者の方々の回答は、あくまで認知症ケアの一つの方法、ヒントとして、今後のケアの参考にしていただければと思います。

公益社団法人全国老人福祉施設協議会  
老施協総研運営委員会  
委員長 尾関 英浩

## 事業概要

全国老施協にて、認知症ケアについてのさまざまな気づきやお悩みなどについて、現場職員同士で共有するとともに専門家（認知症介護指導者）の方からお答えいただくサービスを、令和3年11月から令和4年10月末までスマホアプリ「老施協.com」の談話室の中で行ってまいりました。

## 実施期間

- (1) 令和3年度  
令和3年11月1日～令和4年4月1日
  
- (2) 令和4年度  
令和4年5月9日～10月30日

## 本事例集の活用方法

- 本事例集では、介護現場での認知症ケアに関する質問に対して、認知症介護指導者の方の回答についてご紹介しております。
- 介護現場の中で、認知症の方に対するケアにおいてどのように対応すればよいかわからなくなってしまった際、本事例集をご参考にさせていただきますと幸いです。
- また、本事例集をご覧いただく中で、該当事例がない場合につきましては、以下のスマホアプリ「老施協.com」よりご投稿をお願いいたします。

※本事例集は、各事例をカテゴリーごとに掲載しておりますが、事例の中には、いくつかの内容が混在したものもあり、大まかな内容でのカテゴリー分けとなっております。



## スマホアプリ「老施協.com」のダウンロード

これまでの投稿は、スマホアプリ 老施協.comですべて閲覧可能です。  
スマホアプリ「老施協.com」を使っている方なら、だれでも無料で投稿できます。

▶ アプリダウンロード (<https://app.adjust.com/hmjux26>) (iOS、Android共通)



### ■ 談話室の閲覧方法



①の「談話室」から、②「認知症」のタブを押していただくと認知症の投稿や回答がご覧いただけます。

## 具体的な事例

### 1. 研修関係

- 事例① 「施設における職場内研修」・・・ [8ページ](#)

### 2. 中核症状（記憶障害）

- 事例① 「何度も同じ質問をされてくる方への対応」・・・ [11ページ](#)

### 3 - 1. BPSD（帰宅願望）

- 事例① 「帰宅願望のある方への声掛けなどの対応」・・・ [16ページ](#)
- 事例② 「帰宅願望のある方で落ち着きのない方への対応」・・・ [18ページ](#)
- 事例③ 「ショートステイ利用者の興奮状態への対応」・・・ [19ページ](#)

### 3 - 2. BPSD（不穏）

- 事例① 「テーブルや壁を叩かれる方の対応」・・・ [23ページ](#)

### 3 - 3. BPSD（幻覚・幻視）

- 事例① 「夜間にお部屋で休むことができない方への対応」・・・ [27ページ](#)

### 3 - 4. BPSD（異食）

- 事例① 「何でも口に入れてしまう方への対応」・・・ [31ページ](#)

### 3 - 5 . BPSD (介護拒否)

- 事例① 「排尿の失敗による汚染衣類の更衣や入浴拒否の方への対応」  
・・・ [35ページ](#)

### 3 - 6 . BPSD (常同行動)

- 事例① 「同じ場所を何度も行き来する方への対応」 ・・・ [39ページ](#)

### 3 - 7 . BPSD (失行)

- 事例① 「起居がわからない方への対応」 ・・・ [42ページ](#)

### 3 - 8 . BPSD (不安)

- 事例① 「覚醒時に大きい声で話される方への対応」 ・・・ [47ページ](#)

### 3 - 9 . BPSD (易刺激性)

- 事例① 「被害妄想のある方への対応」 ・・・ [52ページ](#)

### 3 - 10 . BPSD (睡眠障害)

- 事例① 「夜中に覚醒後、朝まで開眼される方への対応」 ・・・ [55ページ](#)

### 3 - 11 . BPSD (脱抑制)

- 事例① 「他の利用者の居室から物を持ってきてしまう方への対応」  
・・・ [58ページ](#)

### 3-12. BPSD（食行動異常）

- 事例① 「飲み物や食事を頻回に求められる方への対応」・・・ [60ページ](#)

### 3-13. BPSD（独語）

- 事例① 「声が大きく独り言のある方への対応」・・・ [63ページ](#)

## 4. 認使症ケアとは

- 事例① 「認知症ケアの根本」・・・ [66ページ](#)
- 事例② 「認知症ケアの手法」・・・ [69ページ](#)

## 5. レビー小体型認知症について

- 事例① 「幻覚・幻視、妄想の症状や不安解消方法」・・・ [72ページ](#)

# 1. 研修関係

# 事例① 「施設における職場内研修」

### 投稿内容

職員全員の認知症についての理解を深めていきたいと思っています。いろいろな時間帯のスタッフや外国人スタッフも多くいるため、現在は、動画視聴や事例検討をしていますが、理解にばらつきがあると感じています。みなさん、どのような研修をされていますか？内容や研修形態など工夫されていることがあれば教えてほしいです。

### 認知症介護指導者からの回答ポイント

- ✓ 都道府県主催の認知症介護基礎研修や認知症介護実践者研修、認知症実践リーダー研修に順次参加していただく



- ✓ 研修を受けるという受け身ではなく、部署ごとに研修の場を作るという能動者側に立たせる



- ✓ 書籍輪読をし、読後感をレポート提出を行う



## 認知症介護指導者からの回答（全文）①

コロナ禍で外部研修もなかなか難しい状況があり、研修については以前より難しい状況がありますね。

動画視聴は内容にもよりますが、基本的な理解をする上では役に立つと思います。しかし、長時間の動画はなかなか中身が入ってこないかもしれないかもしれません。事例検討も効果的だと思いますが、要はスタッフの理解度に応じた教材を準備して何を学んでほしいのか目的をはっきり伝えて学んでいただく必要があると思います。まずは、スタッフの認知症に対する理解度を把握することから始めてみたら良いかもしれませんね。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）②

認知症に関する研修を実践することは、どの現場でも悩ましい思いをもたれていることと思います。たしかに勤務シフトにばらつきがあったり、全員が揃う時間帯が作れないということは、よく聞かれます。

ひとつの案としては、都道府県主催の認知症介護基礎研修や認知症介護実践者研修、認知症実践リーダー研修に順次参加していただくと良いでしょう。いまのところ、いつ受講しても内容に違いはなく、同じことを学べることになっています。（但し、新カリキュラムへ移行されると旧カリとは変わった内容を学ぶことになる）同じテキスト、同じシラバスで学んだ者が徐々に増えていくと、その分、職員集団のレベルは向上していくと思います。

2つ目の案は、研修を受けるという受け身ではなく、部署ごとに研修の場を作るという能動者側に立たせることです。私の法人では、月に2回、定期的に自部署の取り組みや実績事例を発表させるようにしています。研修をコーディネートする「内部研修委員」を任じ、年間計画を立て、輪番で全部署に研修発表を回していきます。内容に出来具合に良し悪しありますが、研修講師として前に立たねばなりませんので、それなりに勉強して、ステージに立ってもらいます。職員の前に立つ研修講師自身ももっとも勉強することになるので、その効果は小さくありません。事例（奨励）発表の場合は、当然、取り組み実績を伴わなければなりませんので、自部署での質向上へ取り組まなければなりません。それも良い効果になっています。

3つ目は、書籍輪読です。認知症ケア関連の書籍はたくさんあります。私の施設では、施設長や幹部職員が既読した良書を推薦しあっています。選考された書籍を数冊程度購入し、職員へ順次、輪読を勧めています。当然、読み終わったら終わりではなく、読後感をレポート提出してもらっています。これは、常態化している訳ではありませんが、一定の効果はあると思います。

どの案も定着するのは、理解者を増やす努力が必要です。法人理事長や施設長など、トップを含めた上層部が、推進する態度を持たねばなりません。あなたが上層部に位置する方でないのであれば、地道に提案を続けることから始めていきましょう。小さな水滴が石に穴をあけるのです。仲間を作って、あきらめず歩んでいきましょう。

## 2. 中核症状 (記憶障害)

### 事例①

## 「何度も同じ質問をされてくる方への対応」

### 投稿内容

認知症で繰り返し何度も同じ質問をしてこられる利用者の対応をする際、ずっと対応している介護職員は感情的になりやすくなると思います。

そのような場合の対応方法や職員のストレス緩和のための工夫などがあれば教えてください。

### 認知症介護指導者からの回答ポイント

- ✓ チームで大変さやストレスを共有することで職員の安心感が生まれる。



- ✓ 本人が同じ質問を繰り返す時の状況を整理すると、傾向が見え、対策が考えやすくなる。

- ✓ 優先順位をつけ、先ず取り組めるものから取り組んでみて、振り返ってみる。



- ✓ 繰り返しの質問に対応するだけでなく、ご本人様にとって良くない状態にならないような回避へのアプローチ、良くない状態が続かないような軽減のアプローチにも目を向けてみる。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）①

まずは職員のイライラの根幹がどこにあるのか、何故なのかを知る必要があると思います。それは職員それぞれに対してであり、経験や知識、理解の違いでもあれば、その時の状況によるものとも考えられます。

その為、緩和や工夫は職員個人へのアプローチとチームへのアプローチを分けて考えるのはどうでしょうか？「そもそも繰り返し何度も同じことを質問されてくるのは何故だと思えますか？」の基本的な質問や確認から必要な職員もいれば、職員それぞれの性格や気持ち、焦りによるものかもしれません。沢山の原因や要因を明らかとして、1つずつそれに対するアプローチ、対処をチーム運営側が職員の為に実施していくことが大切かと思えます。チームで大変さやストレスが共有されることで職員間の助け合いや自分だけではないという安心も生まれるものかと思えます。勿論、利用者様が繰り返し訴えられる要因や背景、その状況も考える必要がありますよね。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）②

なぜ同じ質問を繰り返されるか原因・要因を考えてみてはいかがでしょうか。繰り返し質問するという事は、もしかしたら本人が一番不安なことや、気になっていることかもしれません。また、「家に帰りたいのだけど帰れないのかしら」などの質問であれば、本人の居場所が無いと感じているなど安全の欲求（居場所が無い、安心できないなど）や生理的欲求（空腹、尿意があるなど）が満たされていない可能性なども考えられます。まずは、チームで「本人がなぜ同じ質問を繰り返すのか」原因・要因について話し合ってみてはいかがでしょうか。職員のストレスについてですが、職員が何でストレスを感じているかにもよりますが、チームで情報の共有をし、関わることで職員のストレスが軽減されるかもしれませんね。一度に全てのものを解決するのは難しいと思いますので、優先順位をつけたり、まず取り組めるものから取り組んでみて、振り返るのも良いかと思えます。

### 認知症介護指導者からの回答（全文）③

原因や要因についての視点は先の御二方と同様です。同じ様な内容も、と思いましたが、少し異なった視点で返信させていただきます。環境について何らかの要因で不安等、ご本人にとってマイナスの感情になっている可能性が考えられます。ご本人が過ごされている環境はどうでしょう？多くの情報が入りすぎていないか？周りから慌ただしさを感じていないか？周りからの音量はどうか？寂しさや疎外感等を感じていないか？などなど。その時のご本人に適したものであれば、ご本人の気持ちもプラスに向きやすいのではないのでしょうか。返答についてご本人の質問に対して、都度、返答をされると思います。繰り返しの質問に対し、時に早口になってしまったり、簡易的な説明になってしまったりすることもあるかも知れません。繰り返し何度も同じ質問をされる、ということはご本人にとって良くない状態が続いてしまっている、ということですのでこんな時ほどスローなやりとりが良いのではないのでしょうか？座って話す。大きくない声でゆっくり話す。本人が理解しやすい単語を使う、言い回しをする等々。伝え方を工夫することでご本人の理解、把握がスムーズになることもあるのではないかと考えます。ストレスについて先の御二方も触れられていますが、繰り返し同じ質問をされることのどこに(何に)ストレスを感じてしまうか共有すること、大切と感じます。また、どの様な状況になると繰り返しの発言が聞かれるか。どの時間帯が多いか。どんなきっかけが考えられるか。など、関わっている方々で情報の交換、整理をしてみても良いかと思えます。何か傾向が見いだせるかも知れません。傾向が見えると対策も整理、考えやすくなるのではないのでしょうか？繰り返し何度も同じ質問をされる、という面のみを目を向けると気持ちも保ちにくくなってしまうと思います。繰り返しの質問に対する対応だけでなく、ご本人にとって良くない状態にならないような回避へのアプローチ、良くない状態が続かないような軽減のアプローチへ並行して取り組まれてみてはいかがでしょうか？

## 認知症介護指導者からの回答（全文）④

### 1. 繰り返しの質問には、繰り返しのケア

ご利用者様はどのような心境なのでしょうが・・・

「何かとても心配なことがあって、いてもたってもいられない・・・でもそれが何か思い出せず、ソワソワし、どうしてよいのか分からず、誰かに確認せずにはいられない。」私たちがそのような事であることだと思います。繰り返し何度も同じ質問をしてこられるのは、不安という気持ちと、「自分で何とかしなくては」という責任感の気持ちが混在しているのかも。質問の内容から、その重荷を、少しでも軽くしてあげるような接し方を職員全員で検討して、職員全員で統一したケアを、繰り返し行ってみてはどうでしょうか。介護職員のストレスの回避と、ご利用者の精神的なご負担の軽減につながる可能性が高まると思います。

### 2. 言語化できる環境づくり

一番困ることは、感情的な状態に気づかずにご利用者様に対して不適切な言動をとってしまう事だと思います。まずは、職員の皆さんが自己の感情を言語化し、焦燥感を感じている自分の感情を客観化できるようになるために、日頃から焦燥感等のマイナスの感情を同僚、先輩、上司に話せる（言語化できる）機会、雰囲気確保することが、とても肝心だと思います。

### 3. 業務改善の契機かも

焦燥感を感じるというのは、前に進みたいけれど、何らかの障害があって、前に進めない時に感じる感情です。特に、急がなければならない時に焦燥感を感じます。ゆったりとした時には焦燥感はあまり感じないと思います。ご利用者様の繰り返される同じ質問でも、場面が違えば焦燥感は無いのかも知れません。業務の多忙が職員の焦燥感を増す場合があるとすれば、業務改善の契機とした切り口も一つなのかもしれません。

4. その他（前提として）介護現場では業務に意識が行きがちですが、介護は、業務より、相手（ご利用者様）に意識を集中させる必要があります。ゲストの繰り返しの同じ質問に丁寧かつ適切に対応することが介護ということなのだという当たり前と思われがちなことについても、職員間で共通理解を築いていくことが大切だと思います。

# 3-1. BPSD (帰宅願望)

### 事例①

## 「帰宅願望のある方への声掛けなどの対応」

### 投稿内容

認知症があらわれる利用者の帰宅願望について、どのような声掛けや対応をしていますか？変える理由は、その都度異なります。また、本人様も帰りたい理由がわからなくなっているときや、自身の状況がわからず精神的にキツイ思いをされていると思います。安心していただけるような対応や声掛け、これまでの成功事例などあれば教えていただきたいです。

### 認知症介護指導者からの回答ポイント

- ✓ 今、この施設で居心地よくお過ごしいただくにはどうすれば良いかを考える。



- ✓ 認知症介護研究・研修センターの山口センター長が提唱されている「脳活性化リハビリテーションの5原則（快刺激、コミュニケーション、ほめる、役割、失敗を防ぐ支援）」の視点が大切である。

- ✓ ご利用者を知り尽くすことで大きなヒントが得られるはず。



- ✓ 「帰宅願望」はご利用者のメッセージとして捉え、困った方ではなく、居心地の良い場所をつくるという施設側の課題とすることが第一歩となる。



## 認知症介護指導者からの回答（全文）①

帰りたと言われていてる方の対応についてのおたずねであると思います。帰りた理由やなぜ帰らねばならないのかについて、ご自身で明確な理由を挙げられていません。この状況をどう考えるかについてですが、つまりは今の居場所が居心地が悪いということだと思います。私たちでも、居心地が悪いところで過ごしたくないと思うのではないのでしょうか。帰りた理由を突き詰めようとしたり、詮索したりするのではなく、今この施設で居心地よくお過ごしいただくにはどうすればよいかを考えなければなりません。それについて、私は5つの視点があると思います。「快刺激、コミュニケーション、ほめる、役割、心配を防ぐ支援」の5つの視点が大切です。これは認知症介護研究・研修東京センターの山口晴保先生が「脳活性化リハビリ5原則」として提唱されています。全ての減速が整っている環境を作るのではなく、作りやすい視点から取り組んでみると良いと思います。そのために必要な準備として、その方を徹底的に知り尽くすことです。どのような人生を紡いできたか。そのような人格の持ち主で、どのような価値観をお持ちであるのか、ありとあらゆることを知り尽くすことです。そこから、必ず大きなヒントが得られるはずです。

それともう一つ、「帰宅願望」という表現が、ご本人を誤って「翻訳」してしまっているのではないのでしょうか。ご自身の思いをメッセージとして発信してしていると捉えるべきだと思います。今の状況を介護者の皆様が「負担」ととらえると「負担」＝「困った方」になってしまいます。むしろ、居心地の悪さに作っている施設側にその原因があるのではないかと捉え方を変えなければなりません。そこが、この方の対応を考えるための第一歩ではないかと思います。


## 事例②

# 「帰宅願望のある方で落ち着きのない方への対応」

### 投稿内容

落ち着きがなく帰宅願望の利用者さんへの対応はどうしていますか？

### 認知症介護指導者からの回答ポイント

- ✓ 就寝介助と重なる時間（17時～19時）に帰宅願望が顕著に見られることがある。
- ✓ 何が不快と感じられているかを考える。
- ✓ 帰宅願望は、「私」だと思える「今」や「場所」をつくってほしいというメッセージ。

### 認知症介護指導者からの回答（全文）

本質的に何が不快と感じられているかを考えたいですね。歳をとり、物忘れもあり、施設に入居して世話を受けている現状であっても、まぎれもなく「私」だと思える「今」、「場所」を作ってほしい。というメッセージだとしたら……。実は帰りたいたいの「家」という実態ではなく、自分がいるべき場所、いても良い場所のことを「家」と表現しているのかもしれませんが。そのようにとらえると、施設職員として、させていただくケアが見えてくるのだらうと思います。

### 事例③

## 「ショートステイ利用者の興奮状態への対応」

#### 投稿内容

特養でショートステイ利用中の男性利用者様があり、普段は穏やかに過ごされているが、急に興奮状態になられることがあります。その際には自宅の地域を話されて、帰るんだ、あっちに連れて行けなど口調が強くなることもある。興奮している際には職員がつきっきりにならないといけないう状態で車いすからの立ち上がりも見られる。少しでも不安を解消して過ごしていただきたいと考えているのですが、認知症を有している方の不安感を取り除くためのケアについてアドバイスや過去の取り組み事例などあればお聞きしたいです。

#### 【投稿内容の補足】

- ご家族の話では最近ではご自宅にいても、そこがどこなのかわからず、奥様のこともわからなくなることもあり（帰らないといけない帰らないといけない）と興奮状態になるらしく、奥様1人での対応も困難になってきている状況で、今後ショートステイの回数を増やしていく予定である。
- 本人様の状態、男性、84歳、アルツハイマー型認知症があります。車椅子を使用。少しの歩行は可能だがふらつきがあるため転倒の危険性が大いにある。排泄はトイレに案内しているがパット内での排尿や排便ある。尿意の訴えはあるが案内すると拒否がみられる。
- 服薬状況としては高血圧症の薬とアルツハイマー型認知症の薬を服用されております。眠前薬（ユーロジン1錠）あります。
- 昔は間郵便局をご自分でなされていたとのこと、また民生委員も10年以上務められていたとのこと。

## 認知症介護指導者からの回答ポイント

- ✓ ショートステイを利用する理由を一貫して繰り返し説明する



- ✓ 興奮される時の時間帯や様子、声掛けの内容などを記録することで傾向を探る



- ✓ 「帰りたい」は、「ここにいたくない」「つまらない」という意思表示なのかもしれない



- ✓ 非言語コミュニケーションを多用してみる

### 認知症介護指導者からの回答（全文）①

まだ帰る日でもないのに「帰りたい」と言われると正直困った、言われたくないなと思いますよね。

一方で本人からすれば知らない場に連れてこられ、知らない人たちに囲まれていけば慣れたところに帰りたいのも自然な気持ちです。

ショートステイを利用する理由について本人は家族からどのように聞いておられるのでしょうか。

忘れてしまわれるでしょうが、一貫した内容で説明を繰り返す事は必要です。また、帰宅願望の起こる時間帯や様子をチェック方式で記録してみると傾向が見えてきます。

起きやすい時間帯はなるべくその方への対応に集中できるようにしていきましょう。その場しのぎでない対応は信頼関係に繋がります。

不安感を解消するのは言葉ではなく、信頼の積み重ねで馴染みになっていくことです。きっと症状は減っていきます。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）②

ショートステイでの行動障害の対応は特養とも違い、信頼関係も脆弱な状況から始めないといけないので大変ですよね。

ご相談の男性は病前に社会的地位もあり自尊心も強い方なので、職員さんの言い方がちょっと気に入らないと激怒されたり、興奮されたりするかもしれません。誰がどんな声かけをした時に怒りの抑制が外れるのかデータを取るのも一つかと思えます。

対応の仕方も悩ましいのですね。心の構造として一次過程と二次過程というのがあります。一次過程は自分の欲望に従って無意識的な非合理的な心の動きのプロセスです。二次過程は反対に自分の欲望を抑えて現実社会で理論的に適応し行動する心の働きです。認知症が進むにつれ心は二次過程から一次過程へと推移していきませんが、この時に言葉体系も崩れていき適切な言語表現が難しくなってきます。従って、「帰りたい」という発語が本当に「（自宅に）帰りたい」という意図ではなく、「ここにいたくない」「つまらない」といった思いが「帰りたい」という発語に集約されているかもしれません。

もしこの男性が「帰らないといけないから・・・」と言われたら現実理解で回答するのではなく「ここにいたくないんですね。」「寂しいんですね」「どうしてここにいたくないんですか？」と聞いてみるのも良いかもしれません。またこの段階では言語ではなく非言語でのコミュニケーションが有用となってきますので、是非多用してみてください。

# 3-2. BPSD (不穩)

# 事例① 「テーブルや壁を叩かれる方の対応」

### 投稿内容

介護拒否や不穩の時に、テーブルや壁を叩かれ、周りの利用者が驚かれます。一回叩き始めるとずっと続きます。  
(保存の状態) どのように対応したらよいでしょうか

### 認知症介護指導者からの回答ポイント



BPSDには出現のサインがあるはず。起きてから対処するのではなく、起こる前の対応が重要。



他の利用者から嫌われる（2次被害）ことにならないような配慮も大切。



介護拒否や不穩になる理由を考え、自分たちの関わり方や環境を見直すことも大切。



ご自身の気持ちを物を叩くことで伝えることができることに着目することで、対応のヒントが生まれてくる。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）①

テーブルを叩きつづけてしまうご利用者は比較的よく見受けられますね。他のご利用者の方もビックリしてしまいますし、不穏の連鎖も起こってしまいそうな状況で、皆さん大変御苦労されている様子お察しいたします。

こういったケースの場合、やはり不穏を起こさない(テーブルを叩いたりする行為)ことが大切です。この、ご利用者の場合は、限定的な場面で起こる事が多いようですので、不穏になる前の状態をキャッチする事、BPSDは起きてから対処するのは大変ですので、起こる前の対応が重要になると思います。今一度、職員の皆さんとアセスメントしながら、どんな時にその様な状態になるのか、その方の表情、言動等をよく観察してみてください。そこに必ず、BPSD出現のスイッチがあるはずで、そして職員の皆さんの対応についても振り返ってみてください。BPSDの出現には何かしらの前提条件があると言われていています。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）②

叩く前には必ず何らかのサインがあると思われ、本人様は何かを感じて、そのような行為に及ぶのだと思います。他の方が言われるように再点検されると良いと思います。ただし、それまでは本人様が2次被害に遭わないように場所や時間の配慮は必要です。せっかく机を叩くことがなくなったのに、他の利用者から嫌われてたら本末転倒ですので、チーム力を上げる良い機会と捉えて取り組んでみると良いですね。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）③

テーブルや壁を叩かれる行為は、周囲も巻き込むために苦労されると思います。他の方も書かれていますが、介護を拒否されたり不穏？の状況下で出やすいとのこと。そこは何かヒントがありそうですね。本人にとって何か嫌な刺激が入るのでしょうね。それが何かをスタッフ間で考えて軽減できるなら取り組んでみてはいかがでしょうか。

保続との記述もありますが、保続とは前頭葉に何らかの問題がある場合に症状が出るようです。

脳の気質的な機能障害の場合には改善が難しいことも考えられます。youtubeで「保続 リハビリ」で検索すると参考になるような動画もあります。

本人も叩きたくてテーブルを叩いている訳では無いかもしれません。自分たちの関わり方や環境を見直すことも大切かもしれませんね。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）④

私も実際現場で毎日認知症の人と関わっています。そんな中で大切にしている事は、想いのズレが生じてないか（認知症の人の視点に立って考えているか）を俯瞰で考える事です。

毎日支援していると、どうしても支援者視点の考え方になりがちになります。しかし職員の想いと認知症の人の想いにズレがあると職員はストレスとなり認知症の人は余計にBPSDが悪化し負の連鎖となります。

認知機能に障害がある為、上手く自分が言いたい事を伝えられない（言えない）、思い通りにならないからテーブルを叩く行動に繋がっていると思います。考え方を換えれば、その方は想いの気持ちを伝える機能は維持継続できているって事ですよね。その出来ている事への支援を現場の職員と共有し、それを基に色々な視点でアセスメントする事で、その方の対応のヒントが生まれてくると思います。まずは保続状態のメカニズムを職員同士が理解する事でその方の言動の理解や職員のストレス軽減にも繋がると思います。質問者様はその方に対して色々な取り組みを行っている事だと思います。いきなり叩くのを無くすのは難しいと思いますが少しずつでもその方の不安な気持ちを汲み取った対応をチームですてあげてください。

# 3-3. BPSD (幻覚・幻視)

## 事例①




# 「夜間にお部屋で休むことができない方への対応」

### 投稿内容

周辺症状により夜間にお部屋で休むことができなかった入居者さんがいました。他職種連携し、お散歩やタクティール等実施し症状が落ち着かれお部屋で休むことができるようになってきました。

ですが、最近また幻覚、幻視が出て来てしまっています。他にケアでできる良い対応はありますか？

### 認知症介護指導者からの回答ポイント

- ✓ 幻視、幻覚が「中核症状」からのものか「周辺症状」からのものかを見極める
- ✓ 細かな観察と記録をしておき、詳細な情報を医師に伝え、連携をとる 
- ✓ 誤認しやすいような物を整理するなど環境の見直しを試みる 
- ✓ VRを使用し幻視や幻覚を実体験してみると細かい気遣いの大切さが学べる 

## 認知症介護指導者からの回答（全文）①

幻視、幻覚って御本人にとっては“実在”なので対応が難しいですよ。まずその幻視や幻覚が「中核症状」として現れているのか、「周辺症状」として現れているのかを見極める必要があります。

認知機能の低下による誤認などが原因で「周辺症状」として引き起こっているのであれば、誤認しやすいものや分かりづらい様なものを改善していく必要があります。例えばハンガーに掛かっている洋服を見て「人がいる！」と思ってしまうのであればタンスにしまうと言った対応です。

また寂しさや不安感、不満などが幻視や幻覚を悪化させてしまう場合もあります。そういった場合はその気持ちに寄り添った対応が必要となるでしょう。一方で脳の萎縮や変異が原因で幻視や幻覚が現れてしまっている様な「中核症状」に近い形で現れてしまっている場合は、医師と連携してお薬を使うというのも大切な方法の一つだと思います。この際の注意事項としては、普段の言動を事細かく医師に伝え、正しく診断してもらう為の材料を提供するという所です。その為には目的を持って職員皆さんで記録を取っていく必要があります。いずれにしても、御利用者本人が1番苦しいはずですよ。見えているものを否定されてもイライラするでしょうし、同調し過ぎても拍車が掛かってしまう危険性があります。とにかく側で話しに耳を傾け、その方が少しでも楽な気持ちになってもらえると良いなと思います。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）②

幻視により本人が恐怖心や不安を感じているとしたら、辛い状況ですね。認知症を引き起こす病気によっては、何かを目で捉えたときに脳が見間違いをすることで別の物と認識されることがあります。それが中核症状としての幻視です。他の方が書いているように、細かな観察を記録しておき医療職と連携がとれるといいですね。記録の中から、どんな時間に何を見て幻視が出ているのか何か症状の特徴が見えてくるかもしれません。例えば日中見えなかった物が、夜に電気をつけたりカーテンを引くことで環境が変わり「幻視として」見える物があったりするようです。ですので一度ご本人が使用される場所の環境も見直してみるといいかと思います。物が散乱してたり、小物がたくさん置いてあったりする場合には見間違いをする物が多い可能性がありますので、すっきり片付ける。床や壁の柄なども見間違いをする原因になることがあるようです。また、認知症のある人へは「否定しない」というのが基本ですが、原因疾患によっては進行しても比較的理解力が残されていることもあります。そういった場合は、恐怖につながる「その物」は病気が原因で脳が見間違いを起こして見えている、本当はここにはないから怖くないですよと伝えてあげることで理解され怖い思いをしなくて済むこともあります。怖い思いをしているときに、質問者さんたちスタッフがそばに来てくれて自分の話を聞いてくれたということもまた、本人にとっての安心につながると思いますので、こちらが心を落ち着かせ話を聴けるようにしていきたいですね。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）③

私も特養で利用者さんの支援をしています。

質問者さん同様、幻視や幻覚が起こる利用者さんの対応を試行錯誤していました。そんな中、VRを使用し幻視や幻覚を実体験できる機会があり体験してみました。そうすると、カーテン（特に風に靡いていたりしたら）や布団をめくったりすると人に見えるし、角などには虫がいたり、ケーキの上にも何か得体の知れない物がのっていたりと実際見えるんです。周りの人には見えない、だけど実際自分の目には見える。その事だけでも誰もが混乱するだろうし、周りが否定すればする程、苛立ちや恐怖を感じました。

幻視は照明の変化や触ったりすると消えると言いますが実際、体験すると知らない人や物を触れるかと言えば怖くて触れませんでした。

言葉だけの「大丈夫ですよ」だけでは全然大丈夫でなかったのを実感しました。やはり周りの人が否定したりイライラせずどこに何が見えているか聞いてあげて、笑顔で優しくその場所を払い除ける等の対応をする事の大切さは勿論ですが、掛け布団等を勢いよく剥いだりしない等の細かい気遣いの大切さを学びました。質問者さんの施設では利用者さんに対して色々な取り組みを行っていて利用者さんの事を大切にされている施設だと感じます。

利用者さんにとって特養は生活の場ですよね。一人ひとりの利用者さんが安心して生活を送れる為に皆さんの取り組みを応援しています。

# 3-4. BPSD (異食)

### 事例①

## 「何でも口に入れてしまう方への対応」

### 投稿内容

何でも口に入れてしまう方がいます。「いつでも」というわけではないので、職員で連携して見守りをしていましたが、先日気が付かない時にティッシュを口に入れてしまいました。今後の対応をフロア職員で話し合いたいのですが「身の回りに物を置かない」以外に対応方法はあるでしょうか？個人的に「異食があるから物を置かない」「外に出てしまう人がいるから鍵をかける」という対応は避けたく、色々な対応をしてそれでもダメな時の最終手段にしたいです。

### 認知症介護指導者からの回答ポイント

- ✓ ご家族やケアマネ、他のサービス事業所等と情報の共有を図り、チームとして支援する



- ✓ 事業所だけの対応に留まらず、ご家族に対して、ご自宅で同様の行為が見られた際の支援方法を助言する



- ✓ 行為が見られる時間帯やその時の気分、体調、環境、直近の喫食や服薬の状況、自宅での過ごし方など様々な視点で情報を収集、整理する

## 認知症介護指導者からの回答（全文）①

なぜ異食をするのか原因を考えてみてはいかがでしょうか。

たとえば、単純に空腹が原因として考えられるのであれば、食事の内容や量、時間などを確認したり、おやつなどで空腹を軽減するなどの方法が考えられると思います。

また、原因が失認の可能性が考えられるのであれば、すでに対応されている、身の回りにものを置かないことや色や大きさを目立たないものにするなどの対応も考えられると思います。

もしかしたら薬の副作用や脱水などに起因するせん妄も可能性としては、考えられるかもしれません。脱水の可能性であれば、水分摂取量などすぐにでも確認できるかもしれません。

まずは、職員と改めてアセスメントしてみてもはいかがでしょうか。

また、家族やケアマネに改めて自宅での状況などを確認すると、新たな気づきがあるかもしれません。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）②

見守りの強化にて安全を守るのはやはり大変ですし、何とかしていききたい課題かと思っています。

私も安全を理由にして取り上げる、片付けるという簡単な選択肢は取るべきではないと思っています。

また、質問者さんは認知症デイということによいのでしょうか。

そうであれば在宅支援の観点からは、自宅の延長戦にデイ等のサービスがあることかと思っています。

要は自宅での生活や環境、ご家族が自分でできることやご家族に助言できることを考えての支援が求められていることとなります。（デイさえ良ければ良いではない考え方）

なので、ご自宅生活環境、自宅でもあることか、またその頻度や状況は、ご家族の対応や知りたいことは等、介護職員さんだけでなく、相談員さんやケアマネさん、場合によっては、利用されている他のサービス事業所と情報交換・共有を図って総合的にチームとして本人支援に近づけられるとよいのではないのでしょうか。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）③

食せないものを口にしてしまう事に対しては、対応に意見が分かれるケースと思います。まずはやはり、原因や要因について考えること、または推測することは必要と考えます。

「いつでも」というわけではない、とのことですので、よりその行為が多く見受けられた時間帯の把握は改めて大切と思います。また、普段と変わりはなかった、気分が昂っていた、朦朧としてた、普段より意思疎通が難しかった等、その際のご本人の状態も把握しておきたい点と思います。環境においては全くの1人であった、他ご利用者は同席されていた等、その際の共通点があれば環境面も1つの要因と考えられるかも知れません。体調面や直近のご自宅での過ごし方も影響があるかも知れません。食せないものを口にはせず、過ごされている様子ももちろん把握しておきたいですね。

例ではありますが、様々な視点で情報の共有、整理をされてみてはいかがでしょうか？直接の原因とはいかないまでも、かもしれないという推測や見当はつけやすくなるのではないのでしょうか？

完全に防ぐことは難しいケースかも知れません。質問者さんが大切に想っているスタンスの支援へのヒント。

チームで検討し、実践されていく中で見つかること、応援しています。

# 3-5. BPSD (介護拒否)

### 事例①

# 「排尿の失敗による汚染衣類の更衣や入浴拒否の方の対応」

## 投稿内容

ご利用者様で、トイレを座ってされない方がいらっしゃいます。気づかないうちにトイレではないところに放尿をされてしまうこともあります。毎回衣類やトイレが汚れてしまうので座って頂きたいのですが難しく、その都度着替えを用意しお手伝いしようとするのですが、激しく拒否をされてしまいます。毎回声をかけても難しいので、せめて1日に1回だけでも、と着替えを用意してお部屋に置いておいて、汚れていることには触れずに「新しいお洋服をお部屋に用意してますよ」と声をお掛けすると、ごくまれに、自ら着替えようとされることもあります。入浴に対しても同様です。毎回の対応、トイレの掃除など何か良い対応がありましたら教えて頂きたいです。

## 認知症介護指導者からの回答ポイント

- ✓ 排尿動作の観察から衣類を汚してしまう原因を振り返ってみる



- ✓ 対応を考える前に様々な角度から原因を考えてみる

- ✓ 認知症の方の辛い思いを解決できれば、職員の辛い思いや感情も薄れてくる

- ✓ 場所の認識を補助するサイン（表示）の工夫と排泄サイン（合図）の観察を試みる



## 認知症介護指導者からの回答（全文）①

排尿の失敗による汚染衣類の更衣や入浴の拒否で困っておられるのですね。排泄に関しては、私も20年程前の結婚当初、妻からトイレに座って排尿をするように口を酸っぱくして言われて、慣れるまでかなり時間を要した覚えがあります。質問ですが、排便の時は座っていただけるのでしょうか？男性にとって排便の時は座るけど、「排尿は立ってする」ことが当たり前だと思っている人は多いかも知れません。長く培った習慣を直すことは、高齢になってからはなかなか困難なことかも知れませんね。可能であれば、立って排尿することを継続させてあげたいところですね。そこで、衣類を汚染してしまう原因(身体面、病気面、物品面等)で見落とししていることはないかスタッフの皆さんで今一度、振り返ってみてはいかがでしょうか？例えば手の握力が弱くてうまくズボンを下ろせないのであれば、握力が弱くても下ろしやすいズボンに変えるなど…。

介護拒否に関しては、色々原因があるかも知れません。つい最近の私の身の回りの出来事でしたが、電気シェーバーのスイッチの音が聞こえると、声をあげて怒りながら髭剃りを拒否をされる利用者様がおられました。スタッフはいつしか「どうせ無理」と、髭剃りをしなくなったので、水戸黄門のような髭になってしまいました。今振り返ると、口腔内の痛み、恥ずかしさ、何をされるかわからない不安、気持ちを分かろうとしない思いやりの無さや職員都合の良く無い関わり等色々な原因が髭剃りの拒否につながっていたように感じます。まずは職員の関わりを見直すことから始め、今では毎回ではありませんが、髭を剃らせて下さることが随分増えました。加えて、笑顔が日中見られるようにもなりました。

目の前の対応だけ考えても根本的な解決にはなりませんので、「どうせ無理」と諦めず、その利用借様の立場に立って身体面、病気面、性格等のパーソナリティ面、物的人的環境面等から「～かもしれない」と妄想力を働かせて、今一度スタッフの皆さん(必要であればご家族様も含めて)で原因について話し合ってみてはいかがでしょうか。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）②

認知症が原因でトイレでない場所で排泄をしてしまう理由としてトイレの場所が分かりづらい、または分からないのかとも考えられる可能性はすでに把握されているのかとも思います。アルツハイマー型認知症の研究で赤い色に注意が向くというものがあります。例えば人の視線に入りやすい場所に赤い色を背景色として白抜き文字で「トイレ」とか「便所」という看板やポスターで案内板を使ってみるというのも試す価値はあるのかなとも思います。

あと生理的に考えた場合、どの時間帯やタイミングで排尿するのか、あるいは職員側で想像している排泄サインではない本人なりの排泄サインはあるのかも観察してみることも必要かと思います。

「立って排尿できる」ということは本人の身体機能上では強みだと思います。ただ衣類が汚れてしまうことと更衣の拒否（プライドがあるのでしょうか）で介入が難しく職員が大変であると感じてるのでしょうか。排尿動作をどのようになさっているかという細かな観察もしてみると衣類を汚さないで排尿するための改善点や介入点が導き出されるかもしれません。トイレの時にいちばん困っていて大変な思い（こんなところでしたくわれないけど申し訳ない）をなさって苦しんでいるのは本人なのではないかと職員の考えを同じ方向にして関わりだすと良い方向に向くと思います。これで解決するかはわかりませんが認知症の人のつらい思いを解決すると、職員のつらい思いや感情も薄れていくと思います。

# 3-6. BPSD (常同行動)



### 事例①

# 「同じ場所を何度も行き来する方への対応」

## 投稿内容

じっとしてられず、トイレや食堂を何度も行き来します。歩行不安定で転倒のリスクもあり、困っています。どのように対応したら良いのでしょうか？

## 認知症介護指導者からの回答ポイント

- ✓ 周囲の雰囲気や環境、便秘や不眠などの体調不安を表現できずに落ち着けないのかもしれない。
- ✓ 担当する職員（チーム）の意見を吸い上げ、チームで関わる必要がある。
- ✓ 歩行が不安定などの状況理解がしづらいことも認知症の特徴なので、安全な環境整備も必要。
- ✓ 実践の結果を急がず、アセスメントを繰り返すことで、ご本人の本当の思いを叶えられるケアを提供できるのでは。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）①

その方はなぜ精神的に落ち着かないのでしょうか？まずはそこを考えてみると良いかもしれません。

今自分が置かれている状況が理解できなければ、「自分でわかること」を探してウロウロとしてしまうかもしれません。

まずは支援する側がご本人のお気持ちを察して「どうしましたか？」「私で何かお手伝いできることがありますか？」と優しく声をかけてみたらどうでしょう？

## 認知症介護指導者からの回答（全文）②

トイレや食堂に目的があるのではなく何か周囲の雰囲気や環境に不安があったり、便秘や不眠など体調不安を表現できず落ち着けないのかもしれませんが。日中夜間の状況や水分食事面でチームで確認してみるのはいかがでしょうか。歩行不安定な身体状況を自分で理解しづらいのも認知症の状態の特徴とも考えられますので安全な環境整備も必要と思います。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）③

他の方も言われている通り、何故落ち着かないのかということを知る必要があります。その為には、同じ介護を担当する職員の意見を吸い上げるなど、チームで関わることも必要ですね。また、服用している薬（利尿剤など）の影響は考えられないでしょうか？

## 認知症介護指導者からの回答（全文）④

認知症の人のケアは大変だし、奥が深いですよ。回答されている方々の意見も大いに参考になるとと思いますので、私からは、少し違った視点で回答させて頂きたいと思います。

トイレ頻回の原因をもう少し多方面から見てみてはいかがでしょうか？例えば、病的な原因がある。残尿感を常に感じている。利尿剤などの服薬が関係しているなど。

また、トイレ以外に、立ち上がる原因がある（言葉の裏側に隠された本当の思い）。やることがなくて暇になっているなど。

今は、他の回答や上記の内容を検討、実践しながらご本人を再度アセスメントして、本当の思いを叶えられるケアを実践できるようにしてみてもはいかがでしょうか？

実践の結果を急いだり、課題となっていることをゼロにすることは難しいと思います。確実に実行した結果、今の状況が少し落ち着ちつき、ご本人が安心して皆さんと生活できるようになると良いですね。


# 3-7. BPSD (失行)

# 事例① 「起居がわからない方への対応」

### 投稿内容

認知症の方で椅子などに座ったり立ったりが分からず食事や入浴の際、対応に困っている方がいます。2人対応したり、間を空け再度対応したりしていますが上手くいきません。何か良い対応方法教えていただけたらと思います。

### 認知症介護指導者からの回答ポイント

- ✓ 「パーソンセンタードケア」を基本にご利用者の立場に立って考え、ケアを検討してみる。
- ✓ 介護動作の対応の前にゆっくり声かけをすることで、介護職員が安心できる存在であることを認知してもらう。
- ✓ ご利用者の理解されるペースに合わせて介護できる時間を設定する。
- ✓ 「ひもときシート」を活用して本人の思いに近づいてみる。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）①

認知症ケアの場面で、言葉の理解をなかなか理解できずに、意思疎通が難しいという事は多いですね。上手くケア実践ができないと、専門職としても悔しい気持ちになりますよね。

質問の返答をさせて頂くにあたり私たちがケア実践する上で大切にしている事を踏まえながら記入していきたいと思います。

近年の認知症ケアでは、当たり前のように耳にするとと思いますが、パーソンセンタードケア（ご利用者中心のケア）という考え方を基本に、ケアを検討しています。私たちは、そのケアが本当にご利用者の為なのか、自分達の業務都合になっていないかを、委員会などを通じて組織的に検討しています。

今回の事例についてですが、ご本人の認知症の状況を推測しながら記入させて頂きます。推測違いがありましたら申し訳ありません。

スタッフ2名で対応している事から推測させて頂くと、一生懸命にケア実践しているがゆえに、たくさんの声掛けをいっきにしているのではないのでしょうか。

認知症の方は、言葉を理解する事に時間がかかったり、難しかったりします。そんな中において、複数名で「立ちますよ」「行きますよ」「頑張っ」などと矢継ぎ早に話しかけてしまうと認知症の方は、混乱してしまったり、思考できなくなったりしてしまう可能性があります。理解させるのではなく、理解できる言葉を使う事を意識できると良いと思います。

意思疎通が難しい方であるからこそ、より丁寧に行動の少し前に少し話をする時間を設けるなど、動作に移る準備をしてからゆっくり声をかけてみてはいかがでしょうか。認知症の方は人の認識も苦手なことが多いですから、動作前の丁寧な対応は私達介護職員が安心出来る存在と思ってもらえることにつながります。

また、立つ事や、座る事を理解できない事から恐怖心がある可能性も考えられます。その際も矢継ぎ早に話しかけるのではなく、簡潔で単語調の言葉を投げかけて理解を促し、掴まる所に手を誘導したり、座面を示したりする事で動作がスムーズになる事もありますので、実践してみてもはいかがでしょうか。2名で対応するよりもスムーズな事もあると思います。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）②

認知症ケアにおいて意思疎通が上手くいかないことは本当に大変ですね。お互いに辛い思いになり、イライラしてしまうこともあると思います。業務をこなさなければならない使命感もあり私たちも頭では理解していても同じ思いをすることがあります。意思疎通が上手くいかない時は、中核症状も影響し意志表現が制約された中で、残された能力で自分の思いを何とか伝えてくれていると思い、「分からないです」「嫌です」というメッセージと捉えるように意識して心がけるようにしています。

また、少し視点を変えて日常生活の中で、声かけが上手く伝わっている場面もあると思います。スムーズに立ち座りが出来ている時はありませんか？上手く伝わっている時は、なぜ上手くいくのでしょうか？上手くいかない時の違いは何なのか？多忙な業務に加えコロナ対策等、ご利用者個々のペースに合わせる難しさが現実だとは思いますが、今一度、ご利用者様の認知機能の進行の程度を確認し分かる事、出来る事、分かりやすいケア、コミュニケーション方法、出来そうな工夫等のアセスメントを行うことでお互いにストレスのないケアのヒントが見つかるかもしれません。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）③

認知症の方との意思疎通やコミュニケーションにおける困難さは、頑張っている職員たちにとっても大きな悩みやストレスになりますよね

皆さんが既に回答されており、重複する内容があるところをご容赦下さい。

当施設では、待つことの大事さや言葉だけでなく体の動きで動作を導くことを大切にしています。

上手く導ける職員を導けない職員がマネてみる、ポイントを共有することはもちろんですが、入浴や排泄介助においては失敗できないし、時間内に終わらせないといけないという職員の使命感や責任感が焦りや指示的に変わり、その方に否定的に伝わっていることもあります。

普段はできるのにできない場面やできない理由を考えることも答えを導くポイントかと思います。

私見としましては、その方の理解とペースに合わせて介助できる時間作りをリーダーや管理側が作ってあげるということも必要かと思っております。

限られた人員と時間の中で簡単ではないことは理解していますが、結果として上手くいかず手を替え、時間や日にちを替えても失敗を繰り返すよりも、時間をかけられる状況作りを工夫した方が良くもあります職員たちの頑張りが結果につながられるよう引き続き頑張ってくださいね。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）④

食事や入浴の場面で対応に困っているというのは、立ち上がりを繰り返されるということでしょうか？だとすると、時には危険な状況にもなったりして何とか対応せねばと力が入ってしまう場面で焦ってしまったりしますよね。質問者さんはじめ他の職員の方々も対応に苦慮されているのでしょうか。

どのように考え、対応していけばよいのか他の回答でいろいろ出ておりますので、ほぼ重なりますが少しだけ回答します。

認知症の症状があって、言葉での表現がしにくくなる方は、それでも何とか自分の思いを表現しようとして、その方が「何とか表現しうる方法」で伝えようとしてきます。食事や入浴の場面で動き出すというのも、もしかするとご本人としては何かを訴えたいのかもしれないかもしれません。ただ、ご本人がうまく表現できない、そして関わっている側もそれをうまく読み取れていないという、お互いに辛い（不快な）状況に陥ってしまっているのでしょうか。ご本人の側にうまく表現してもらうことは難しいわけですので、関わる側が何とかその思いをあの手この手で読み取り、関わりを成り立たせていくしかありません。

まず、食事や入浴の最中で動きだされてしまうというのは常にそうなのでしょうか？そうであるときとそうでないときがあるのであれば、その違いはどこにあるのかというのは一つヒントになりえます。

ご本人自身の状態はいかがでしょうか？そして、ご本人を取り巻く環境（ここには関わっている「人」「対応方法」ももちろん含みます）はいかがでしょうか？

その辺りを関わっているチームのメンバー全体で、これまでの関わりを含め、じっくりと振り返ってみる必要があるかもしれません。そのようなときに活用できるツールとして、「ひもときシート」というものをご存じでしょうか？

(<https://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/>) 困っている状況からスタートして、これまで把握していることや実践してきたことを多角的に整理して、それぞれの背景を考えながら本人の思いに近づいていくためのツールです。詳細はリンク先をご覧ください。このようなツールも活用して、チームのメンバーの多様な見方を集めて、（試行錯誤を繰り返しながらも）本人の思いに近づきながら、お互いが「快」の状態になれるとよいですね。

# 3-8. BPSD (不安)

### 事例①

# 「覚醒時に大きい声で話される方への対応」

## 投稿内容

昼夜問わず覚醒されている際には「困っています、助けてください」と大きな声で話される利用者様がいます。話を伺うと「家がないんです」「何に困っているかわかりません」等話されます。興奮とかはなく話は出来ません。食事や活動等に参加されている際には言われる事は少ないです。職員の対応としては出来るだけ活動に参加して頂き多職種で不安を取り除ける様に声を掛けている状況です。

現場の職員も人員に限りがありその方だけについている事は出来ず周りの利用者様への影響も出てきています。

少しでも不安を解消して過ごしていただきたいと思っておりますが、視力の低下と共に不安感が強くなっているのではないかと感じます。

視覚障害と認知症を有している方の不安感を取り除くためのケアについてアドバイスや過去の取り組み事例などあればお聞きしたいです。

### 【投稿内容の補足】

#### 利用者様の情報

女性96歳、要介護4、特養に入所され4年目になります。この方は白内障、緑内障の手術歴あります。最近では目が見えにくくなっており左目はほぼ見えず右目はぼんやり見える状況。眼科に通っており点眼が処方されています。

歩行は不可。下肢の骨折歴あり車いす使用。排泄はオムツ交換。

既往歴:アルツハイマー認知、統合失調症、うつ病

ご家族は弟さんがおりコロナ前には定期的に面会あったが現在は面会もない状況。

## 認知症介護指導者からの回答ポイント

- ✓ ボディタッチやこまめな関りを持つことで、人との繋がりを感じてもらう



- ✓ 丁寧にアセスメントし直すことで、ケアする側の思い込みを再確認してみる

- ✓ その方と同じ視点で周囲の環境を観察してみる



- ✓ ご本人にとって「快」「安心」「落ち着き」に影響を与えている何かを確認してみる

### 認知症介護指導者からの回答（全文）①

目が見えなくて、歩けなくなることは私たちが考えている以上に不安ですよ。コロナの影響もありご家族様を感じる事ができない状況で寂しい思いも大きくなっているかもしれません。以前、コミュニケーションの本質は、人との繋がりを感ずれることと教えていただきました。分かりやすい言葉も大事ですし、言語以外での方法も使用し「あなたと一緒にいますよ」という思いを伝えてみても良いかもしれません。過去、目が見えなくなった方へ声かけと一緒にボディータッチ（手をさする。握る）などを必ず行うことや、通りすがり等、一瞬でも良いので小まめに関わりを持つことを行い表情が穏やかになった方もいらっしゃいました。（※身体を触られる事が、嫌な方には逆効果となる場合があるので注意です）

## 認知症介護指導者からの回答（全文）②

認知症ケアは、常に課題が湧き出てくるようでスタッフの方々も大変ですよ。人員不足の中、多職種で協力しご利用者の為にケア実践している様子が思い浮かぶようで、勝手に共感を持たせて頂きました。

しかし、他の回答でもあるように、いちばん困っているのはご利用者です。力になれるかわかりませんが私たちの経験や知識を記入させていただきます。

まずは、ご本人の不安や心配がどこから来ているのかだと思います。現状では、目が見えない事や、アルツハイマー認知症、統合失調症、うつに焦点を当てたケアに従事していると推測させていただきます。

現状のケアも含め、もう少しご本人の思いを多角的に捉えてみるのはどうでしょう。例えば、不安や心配事を話している時は、ご本人にとってみると上手く伝えられない内容が隠れていると捉えてみる。（お腹がすいた。トレイに行きたい。寂しさを感じている。など）その内容が本人にしてみたら解決されていない事に、不安や心配を増強させてしまっている可能性。

生活面から考えると、1日の生活リズムに崩れがある。（昼夜逆転、疲労など）

また、脱水や疾病等による弊害（便秘、尿路感染など）からもご本人にとってみると気分などに影響が出る事が考えられると思いますし、精神的な疾病を考えると、服薬が適正であるか。

それぞれを丁寧にアセスメントし直す事で、新たな課題が出てくるのではないかと思いました。私たちケアスタッフが大丈夫だろうと思っている事もしっかりデータを取り直すと、自分達が思っていた事と違っていたなどがあると思います。認知症ケアに、近道はないと思います

今、頑張っている実践しているケアに加えて、何かヒントになればと思います。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）③

視覚障害と認知症を有している方の不安感を取り除くためのケアということですが、大きな声での訴えは、不安のあらわれであるとの認識でしょうか？また、この方の聴力はどうでしょうか？

我々は五感を通じて情報を得て、脳で処理して、言動をとるものかと思います。今一度アセスメント情報を整理して、この方の視点で周囲の環境を観察してみるのはどうでしょうか？

例えば、その方の食席に職員が目を閉じ座ってみて、聞こえる周りの音や声が自分の心理状況にどう影響するのか等。他の指導者さんもお答えされていますが、簡単なゴールはありませんので、チームの声や記録、アイデアから根拠を導いてのケア実践を繰り返して頂ければと思います。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）④

質問者さん、チームでいろいろと背景も探ってくられ、対応もしてきてはいるけれどもなかなかご本人の不安は解消されず、お互いに切ない思いを抱いたままというのはつらいですね。

他の方が様々なコメントを入れてくださっており、重なる部分がほとんどかと思えますが、少しお伝えさせていただきます。

質問者さんが感じているように、ご本人の視力低下に伴う不安感というのはやはり大きいと思います。視覚からの情報は大きい上に、アルツハイマー型認知症の診断もおありですので、限られた視覚からの情報を処理し記憶していく、あるいは記憶している情報を呼び出し参照しながら限られた視覚情報を処理するということが不十分になっているとすると、視覚低下の影響というのは単に見えにくくなるということ以上にご本人の感覚に大きな影響を与えていると思われます。そこに統合失調症やうつ病が重なってくるとご本人の抱く不安感というのは想像以上に大きいものになっているかもしれません、そのことが「大きな声」や「頻回な訴え」につながっているのかもしれない。

「食事や活動等に参加されている際には言われることが少ない」とのことですので、ご本人はどうしてそういった場面では言われぬのかということの背景をもう少し丁寧にひも解いてみる必要があるかもしれませんね。何が本人に「快」「安心」「落ち着き」の感覚をもたらしているのかということですが、何らかの他者の気配を感じることに影響しているのか、それとも食事や活動そのものに「参加」していることが影響しているのか、「参加」していると何らかの他者の関与（言葉がけ等）が増えることが影響しているのか、それともそういった場の環境（五感で得ているもの／音・肌感覚・におい・光）なのか、（視力低下以外の）身体的な状況によるもの（服薬等医療的な対応も含む）なのか。もちろん、一つだけでなく複数複雑に絡み合っているわけなのですが、一つ一つ丁寧に確認をしていくことで、ご本人に与えている影響の大小は少なからず見えてくるのだと思います。そういった中で、今のm.tさんたちの状況で対応できる「最善手」を見出していければ、今よりもご本人が「快」の気持ちになって行けるのだと思います。

きっと質問者さんたちのチームであれば見出すことができますよ！そして、日頃関わっている質問者さんたちだからこそ見出すことができるのです。ご本人のためにも諦めずに取り組んでいってください。またこちらで経過報告してくださいね！

# 3-9. BPSD (易刺激性)

## 事例① 「被害妄想のある方への対応」

### 投稿内容

入居中のご利用者さまの対応についてです。耳が遠くなられているのもあり、職員とのコミュニケーション中に急に怒り出したり一方的に悲観的な言葉を口にされる事があります。言い方など気を付けているつもりですが、どういう対応をしたらご利用者さまと良い関係をつくる事が出来るのかご意見ください。

### 認知症介護指導者からの回答ポイント

- ✓ マスクを着用していることがコミュニケーションの阻害要因になることがある。



- ✓ 表情や口元が見える透明なマスクを着用するという方法もある。



- ✓ 言葉以外のコミュニケーションも試みて、良い状況を積み重ねていくと穏やかになれることもある。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）①

質問者さんお疲れ様です。利用者さまとうまくコミュニケーションできないと辛いですね。

納得のいく回答かどうかは分かりませんが、被害妄想が「妄想」なら事実確認の必要がありますが、「妄想」ではなく認知機能低下による被害感情の絡れであるならしっかりと傾聴することになりますよね。訴えが病的なものなのか、病的でないのかで対応は異なっていくと思います。

また今は特にコロナのため職員さんがマスクをしていることも大きな要因かと思います。お気づきだと思いますが聴覚に障害のある方は視覚優位の情報収集となります。効果的と言えるか分かりませんが、簡単な筆談を試してみたり、できれば表情が見える透明なマスクを着用するというのも方法かと思います。

被害的な話をされる場合は、大抵不安感がベースにあります。不安が強くなれば被害感情が増幅され、孤立し、攻撃的にもなります。この方の不安は何から来るのでしょうか？職員さん同士情報交換をして、利用者さまの不安探しを試みるのも一つの方法かと思います。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）②

質問者さんのおっしゃるとおりマスクによって表情が読みとりにくくなっているのも影響していると思います。

コミュニケーションは言葉以外の情報も重要です。

腰を落ち着けて相手に身体全体を向けて聴こうとする姿勢を示すことやはっきりとした笑顔。嫌がられなければ身体に触れること。ぎゅっと握るより温かい手で包むようにしてはみてはどうでしょうか。怒りが激しい時には効果はありませんが、そうでない時にいい状況を積み重ねていくと穏やかにはなれると思います。妄想の内容があまりにも病的であれば医療面も検討が必要です。

# 2-10. BPSD (睡眠障害)

### 事例①

## 「夜中に覚醒後、朝まで開眼される方への対応」

### 投稿内容

脳梗塞を4回された利用者様ですが最近、夜中に覚醒したら朝まで開眼し起きようとされます。時間を伝えるも「あれ」「バーカ」「あーもねー」等と言いつかしてもらえず機嫌が悪くなり激怒されます。夜は20時ぐらいに休まれています。日中はウトウトしてて声かけしてるんですがうまくいきません。どうしたら良いのでしょうか？

### 認知症介護指導者からの回答ポイント

✔ 睡眠と覚醒の状況データを取ることで、生活パターンを把握してみる

✔ 日中にお好みのアクティビティを取り入れてみる



✔ 睡眠環境（音や光、温度、乾燥、寝具等）をチェックしてみる

## 認知症介護指導者からの回答（全文）①

夜間の対応は苦勞しますね。

脳梗塞を繰り返されたとの事ですが調子のいい時と悪い時がありませんか、昼間はよくわかっているようだが夜中は通じにくいとか。

怒られるのもその辺りからかなと思います。睡眠と覚醒について一から二週間できちんとデータをとってみるとパターンが見えてきます。

人によっては午睡が必要だったりもしますがあきらかに日中のウトウトが夜間の睡眠の妨げになっていけばウトウトの時間帯に本人が好みそうなアクティビティを取り入れてみてはどうでしょうか。利用者さんの生活リズムが安定してくるよう祈ってます。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）②

夜間中に覚醒されていると夜勤者の負担も大きくなりますよね。

やはり睡眠のリズムがくずれていたり、睡眠が浅いために覚醒しやすくなっているのかもしれませんが。これについては他の方が言われるようにデータを取ったり、日中のケアを厚くする事で睡眠導入を促すのは大切ですよね。

あるいは睡眠環境をチェックするのも一つです。何か気になる音や光、乾燥、温度、寝具等ありませんか？

また、起きてしまうと暗くて寂しくなって声を出されるのかもしれませんが。逆に起きてもらって時計を見てもらったり、ちょっとの間一緒に夜勤者と過ごすというのも一つです。

これという決定打はなく夜勤者のご負担を軽減できる画期的な方法は無いのですが、眠れない辛さは私たちも一緒かなと思います。

# 2-11. BPSD (脱抑制)

## 事例①

# 「他の利用者の居室から物を持ってきてしまう方への対応」

### 投稿内容

小走りや歩行で移動されていますが他入所者様の居室へ入り衣類や寝具を持ってきたり、食事中も食べ終わらないうちに立ち上がり他入所者様のところへ行ったり残飯を盗食、異食をしてしまう方への対応はどうしたらいいのでしょうか？

会話での理解力は難しいです。

### 認知症介護指導者からの回答ポイント



一緒に座る、周りが気にならないような環境を整える、好きな音楽をかけるなどケア側の関りをいろいろと試してみる



精神的疾患を併発している可能性があるため、医療にアクセスを試してみる

### 認知症介護指導者からの回答（全文）①

状況は想像できたのですが、ケア者側の関わり方はどのようになさっていらっしゃいますか？

### 認知症介護指導者からの回答（全文）②

他の精神疾患なども併発している可能性があるため、医療は大切な視点とは思いますが、関わりを色々と試してみるのはいかがでしょうか。例えば食べている隣りに一緒に座る、周りが見えないよう環境を整える、好きな音楽をかけるなど。

# 2-12. BPSD (食行動異常)

### 事例①

# 「飲み物や食事を頻回に求められる方への対応」

## 投稿内容

認知症の方で、お茶を頻回に求める方がいらっしゃいます。心疾患もあり、過度の水分摂取も健康面に影響がでないか心配しています。コップでテーブルを叩く、他の人の食事やコップに手を伸ばすなどの行動も多く、対応に困っています。利用者の口調も強く、職員の精神的な負担も大きい状況です。お茶を提供してもすぐおかわりを求められます。あまりに多いので、職員も「今お湯を沸かしていますので、待ってくださいね。」「いま飲んだばかりですよ」など、一辺倒な対応になっており、利用者もなかなか納得されない状況です。皆さんの事業所でもこのような利用者がいらっしゃいますか？何か良い対応があれば、アドバイスをいただければと思います。

## 認知症介護指導者からの回答ポイント

- ✓ 課題を整理して考えてみる。
  - ①お茶を頻回に求める
  - ②心疾患もあり過度な水分補給は心配である
  - ③コップでテーブルを叩いたり他の方のコップに手を伸ばす
  - ④口調が強く職員も精神的負担が大きい。)
  
- ✓ 何が誰にとってどのように課題なのか？という思考プロセスで考えてみる。
  
- ✓ シンプルな質問をしていないこともあるかもしれない。（何でそんなにお茶が欲しいのか聞いてみたことはあるでしょうか？）

## 認知症介護指導者からの回答（全文）①

課題を整理して考えてみましょう。

- ①お茶を頻回に求める。
- ②心疾患もあり過度な水分補給は心配である。
- ③コップでテーブルを叩いたり他の方のコップに手を伸ばす。
- ④口調が強く職員も精神的負担が大きい。

私たちが水分を欲しがるときは、喉が渇く、口の中が渇くなどの理由が多いです。本ケースの方の場合も何らかの理由はありそうです。②に関しては、どの程度の水分なら1日に大丈夫か医師などの見解を聞かれたでしょうか？それを参考にスタッフ間で共有することは必要でしょう。③④に関しては、チームで考える必要があります。コップでテーブルを叩いたり口調が強いということから推測すると、自分の考えを具体的に表現できる方かと思います。何でそんなにお茶が欲しいのか聞いてみたことはあるでしょうか？案外、そのシンプルな質問をしていないこともあるかもしれません。本人が何と答えるか、その答えからケアを考えていくしかないと思います。

スタッフにとって強い口調やコップで叩く音はイライラしてストレスに感じるものだと思いますが、それは、他の利用者も同じです。テーブルの配置やパーティション等で少し空間を区切ってみるなどの環境調整も検討してはいかがでしょうかと思います。目の前で起きている現象を整理してみて、何が誰にとってどのように課題なのか？という思考プロセスで考えてみたら少しはスッキリするかと思います。

# 3-13. BPSD (独語)

## 事例① 「声が大きく独り言のある方への対応」

### 投稿内容

元々大きな声の認知症の方が話したり独り言を言うと、周りの高齢者が怒ったり、介護職に「やかましいから黙らせて」と四六時中言われ対応を色々変えてきましたが年単位で状況が変わらず介護している方も感情的になってしまいます。精神病ではないため精神科でもなく離してひとりにすれば虐待と思われむずかしいです。具体的に対応できる案があったら教えていただきたいです。

### 認知症介護指導者からの回答ポイント

- ✓ 認知症専門医に診てもらい、助言をいただく



- ✓ 職員との信頼関係をつくることで、落ち着かれることもある



- ✓ 大きな声を出されることもあり独り言もその方のメッセージと捉えてみる

- ✓ 介護者側のストレス、イライラにも気を配りつつ、まずは、介護者側の対応を見直してみるのが大切

## 認知症介護指導者からの回答（全文）①

投稿にある認知症の人（以下、Aさん）の音量に対して周囲が不快と感じているのですね。

このAさんは何か大きな声をだしたい理由があるのかもしれませんが、Aさん自身も周囲との関係性に問題を感じているのかもしれませんがね。このあたりのアセスメントできているか、その内容をチームが共有できているのか次第でケア内容は大きくかわると考えます。

認知症の人は、記憶の障害から、今、起きている情報だけで物事を判断せざるをえない状況におかれているのかもしれませんが。Aさんの独り言も周囲に向けてのメッセージかもしれません。投稿者さんが「独り言」と解釈したことも他のスタッフさんは、別の見方をしていることもあるかもしれません。チーム間でこれまでのケアを振り返ってみてはどうでしょうか。また、認知症専門医など医療職の助言もいただいたら、どうでしょうか。あと、声が大きいのは難聴の影響（人は自分の発する声を聞き、声の大きさや調子を整える）もあるかもしれません。本人自体は大きな声と思ってないこともあります。

こうしたケースは、スタッフの皆様方のストレスなどにも気を配りたいものです。管理者に対して、皆様方が焦燥感を感じてしまっていることを丁寧に伝えていく事も大事だと考えます。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）②

もともと声の大きい認知症の方も、きっと悪気があってしている訳でもない行動に、周りのご利用者様が怒ったり、介護者の皆さんがイライラしている対応が、ご利用者様にも伝わっているのではないのでしょうか？

確かに他のご利用者様がビックリしたり、怒ったりしてしまう事があるのは理解できますが、毎回真摯に対応して、理解を求めていくしかないのかなと思います？

お薬の調整が必要なケースもあると思いますが、元々声が大きいのはその人の性質であり、認知症とはあまり関係がない気がしますのでお薬は必要ない気がします…。

認知症の方が悪者にならない対応をしてあげる事が大切かなと思います。

認知症の行動・心理症状(BPSD)から起きている事でしたら、大きな声を出している背景を考えてあげる必要があると思いますし、その時にきちんと話を聞いてあげるなどの対応が必要であると思います。何かを訴えているのかもしれませんがね。

いずれにしても、介護者のイライラはご利用者様に伝わりやすいものです。まずは介護者側の私達の対応を見直してみる事が大切だと思います。

# 4. 認知症ケアとは

# 事例① 「認知症ケアの根本」

### 投稿内容

認知症ケアってどういうことを指すのでしょうか。初歩的な質問ですみません。

### 認知症介護指導者からの回答ポイント



チームで認知症ケアについて話し合ってみることも大切



認知症の方が安心して楽しみのある生活を送れるケア



認知症になられて困っている方を助けること



専門的理解や知識に基づいたケアの提供により、認知症の方の気持ちや行動がプラスになれば、認知症ケアの実践と言える

## 認知症介護指導者からの回答（全文）①

私も同じような質問を受けたことがあります。

ある新人職員から「先輩がこの利用者は認知症ですぐ忘れるから大丈夫！認知症の介護はこういうこと活かさないと…と教わりました。これが認知症ケアですか？」と質問を受けました。このような経緯があり、チームで認知症ケアについて話し合ったことがあります。

介護職員から出た意見は、「忘れるから大丈夫は、認知症ケアではなく認知症の症状を利用している職員都合のケアだと思う」、「認知症ケアについて、専門的な知識を勉強しないとわからないことかもしれない…でも認知症の症状で不安や悲しい気持ちにならないように接して、利用者が安心や楽しみの気持ちが持てるようになって生活することが大切だと思う」、「具体的に何をすればいいかわからないけど、利用者の方の言葉や行動を受容して共感することからみんなでやろう」と、このような意見があがりました。

認知症の方が安心して楽しみのある生活が送れるケア…「私の認知症ケアの基盤」になっています。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）②

認知症ケアを一言で言い表すと、「認知症になったことによって困っている方を助けること」と思います。

ただ、認知症になると様々な要因から、ご本人のお困りごとを正しくお伝えいただくことが難しくなっていくことが少なくない現状があります。

認知症によって障害を受けることは人それぞれであり、またそれを受けたことによって困ることや困り方もまた人それぞれ。

ですから認知症になった方ご本人のことをよく知ることで、ご本人がどんなことにお困りなのかが推察できるようになり、私たちがその方に何をすべきかが見えてくると思います。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）③

何か大きな壁にでもぶつかっておられるのでしょうか？

ご質問に対して、答えるとしたら、職員の実践していることが専門的理解や知識に基づいていて、そのケアの提供により参加して頂いた利用者様の気持ちや行動がプラスになる(もしくは向かう)のであれば、認知症ケアの実践として言うてよいのかと思います。

ただ、療法となるとより専門性が高くなり、そのケアの定義や知識を持つことはもちろんのこと、効果測定の手法、評価・結果等まで導けることが必要となります。

その考え方に基づく日々の実践という範囲のものなのかその協会認定や資格に基づく公認的なケアの提供なのかはまた異なるところかとも思います。

### 事例② 「認知症ケアの手法」

#### 投稿内容

認知症ケアについて、回想法や学習療法など様々あるかと思いますが、そういった手法のケアをしていないと認知症ケアを行っていないということになってしまうのでしょうか。

#### 認知症介護指導者からの回答ポイント

- ✓ 回想法や学習療法などの手法のみが認知症ケアということではない
- ✓ 不足している生活環境をアセスメントして、認知症の方と一緒に普通に暮らすことこそが認知症ケア

## 認知症介護指導者からの回答（全文）①

回想法や学習療法などの手法を用いないと認知症ケアを行なっていることにはならないか…。

答えはNoです。

認知症の人本人にとって、回想法等を使ったケアやアプローチが必要である場合は使った方が良くもあります。必ずしも療法等の手法を用いる必要はないと私は考えます。

認知症の人本人が、本当は何に困っているのか、生活環境等に何が不足しているか等をよくアセスメントして、ご本人と一緒に普通に暮らすことこそが、認知症ケアだと思いますよ。

# 5. レビー小体型認知症 について

### 事例①

# 「幻覚・幻視、妄想の症状や不安解消方法」

## 投稿内容

ひと昔前までは脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症の方々が占める割合がほとんどの印象でしたが、最近ではレビー小体型認知症の方々が増えてきた印象があります。この背景には何が要因となっているのでしょうか？また、レビー小体型認知症のご利用者様に出現する、幻覚や幻視、妄想の症状に対してただ否定するのではなく受容のスタンスで傾聴に努めてはいますが、なかなか症状や不安の解消に繋がりません。どこまで肯定的受容のスタンスを保てば良いか悩んでいます。なにが良い方法はございますでしょうか？

## 認知症介護指導者からの回答ポイント

- ✓ レビー小体型認知症は、比較的新しい疾患であり、徐々に診断の基準が広まってきた



- ✓ 特徴として、記憶障害があまり見られない



- ✓ 身体的状況や薬剤の影響、住環境、人間関係などについて、本人様に意思確認や相談をしながら調整をしていく

## 認知症介護指導者からの回答（全文）①

幻視・幻覚は、本人の生活の質に悪影響を及ぼすとともに、介護者も本当に辛いですね。肯定も否定もしない共感的に関りを持つことは大事ですね。その他に幻視・幻覚の背景に身体的不調を知らせるサインがあるかもしれません。脱水・風邪・感染症（肺炎・尿路感染など）・便秘・不眠・・・などなど。どんなパターンで幻視がでてくるか把握してみることも良いと思います。

また、服薬について調整、再検討を主治医や専門医と相談してみることも良いと思います。（薬剤過敏症の影響等）住環境の整備や人間関係など本人様のストレス（見にくさ、会いたい人に会えない・・・）となっていることがあれば解消することも大事だと思います。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）②

レビー小体型認知症について、学術的な背景は分かりかねますので、私見で失礼します。

私は、ひと昔前では難しかった画像診断で細かな診断ができるようになった事で、今までの認知症との違いを発見する事ができるようになった事が増加した原因と考えました。

レビーのご利用者様の幻覚や幻視、妄想の症状についてのケアですが、ご本人にとって人には見えないものが見えてしまうなどは、とても辛く、恐怖を感じてしまう様な事もあるかもしれないですよ。日々のケアにもご苦労があると思います。

レビーの方の幻覚などについては、記憶力が比較的保たれているという特徴から幻覚などを自覚出来る方もいらっしゃる様ですので、現状のケアを根気よく実践しながらスタッフの皆さんから「今は、何か見えていますか？」「私たちには見えないのですが、何か見えていますか？」と、声をかけて自覚を促してみるのはいかがでしょうか？

また安易に「大丈夫ですよ。」などと声をかけてしまうと一人で抱え込んでしまうことになりかねないので、ご本人が見えていることは肯定しつつ、周囲には見えていないことを伝え、どのような支援があればよいかを確認することが大切だと思います。受容や傾聴も大切ですが記憶力が保たれているという特徴から意思確認や相談が有効と考えられます。

身体的、精神的または、内服薬の影響を受けやすいとも言われていますので、他の回答でもある様に、医療職との連携も重要だと思います。

日によって、あるいは1日の間でも、状態が大きく変動するので、その時々々の状態を見極めることも大切です。

## 認知症介護指導者からの回答（全文）③

質問者さま、いろいろ対応していて、それでも状況があまり変わらないと対応している側も焦りや徒労感が増しますし、やはり一番はご本人の落ち着かない様子を見続けるのが切ないですね。

レビー小体型認知症は、1970年代に横浜市立大学名誉教授で精神科医の小阪憲司先生が初めて症例報告し、1996年に命名され診断基準が定められた、比較的新しい疾患です。ただ、出現する症状は多種多様で、その出方も個人差や、同じ方でも時と場合によって程度が大きく異なり、記憶障害があまり見られない(特に初期には)ことから、従来はうつ病などの精神疾患など違う病気に診断されることが多いようです。新しい疾患であるが故に診断基準が広がり、診断精度が高まるまではアルツハイマー型認知症、脳血管性認知症などと診断されていた症例も多いようです。そのような状況もあり、増えてきた印象を受けるのかもしれませんが、レビー小体型認知症の方の幻覚(幻視・幻聴・幻臭などの体感にまつわるもの)は、先程も書いたように出方は人により、その時により様々ですが、ご本人はかなりリアルに感じていられるようですので幻覚だと感じていないときもあるようです。

周囲には感じられなくても、ご本人の体感としてはリアルにあるわけで不安に感じているときもあるので、本人の感覚は受け止めながらも、実際の状況はお伝えしていく形だろうと思います。レビー小体型認知症の診断を受けている本人である樋口直美さんは著書の中で幻覚について「精神的な問題のある患者」と呼ばれることも嫌ですが、「靈感の強い人」と言われることにも違和感があります。ほんのちょっと「脳の誤作動を起こしやすい人」だと思って、さらりと受け流すか、一緒に脳の不思議をおもしろがってくだされば、とてもうれしいです」と書いています。(「誤作動する脳」医学書院2020)

ご本人にどう見えるのか問いかけたり、一緒に近寄ったり、触ったりしようとすると症状が消えることもあるようです。レビー小体型認知症については、別のコメントにもありましたが、薬剤に対して過敏に反応することがあったり、睡眠障害があったりすることもあるのでそちらの影響を確認したり、環境についても、周囲の何気ない「しつらえ」(色、形、動き、光、場所)が幻覚に影響を与えている可能性もありますので、ご本人の見え方などもやりとりしながら調整をしていく余地もあるかもしれません。