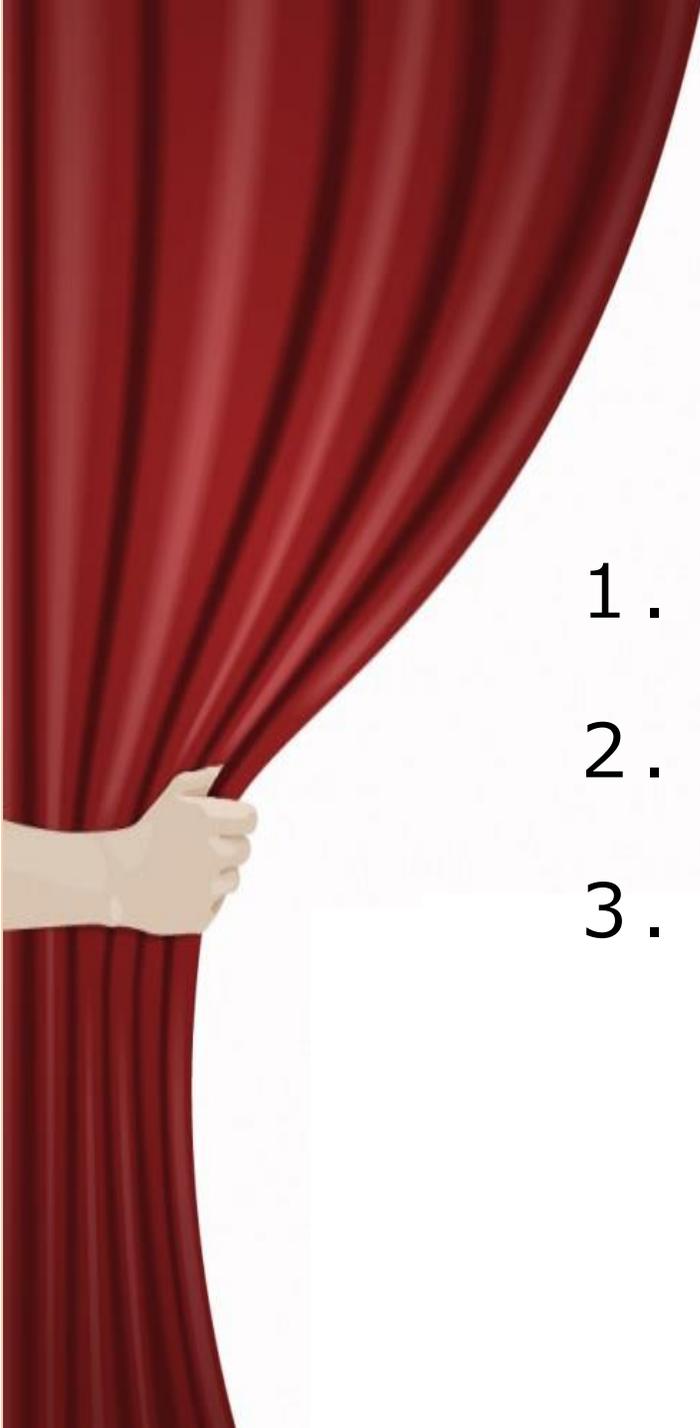




大阪はびきの医療センター
第8回 看護セミナー

高齢者への対応力向上を目指して
～あなたの困りごとと一緒に考えませんか？～

認知症看護認定看護師
福地 御富貴

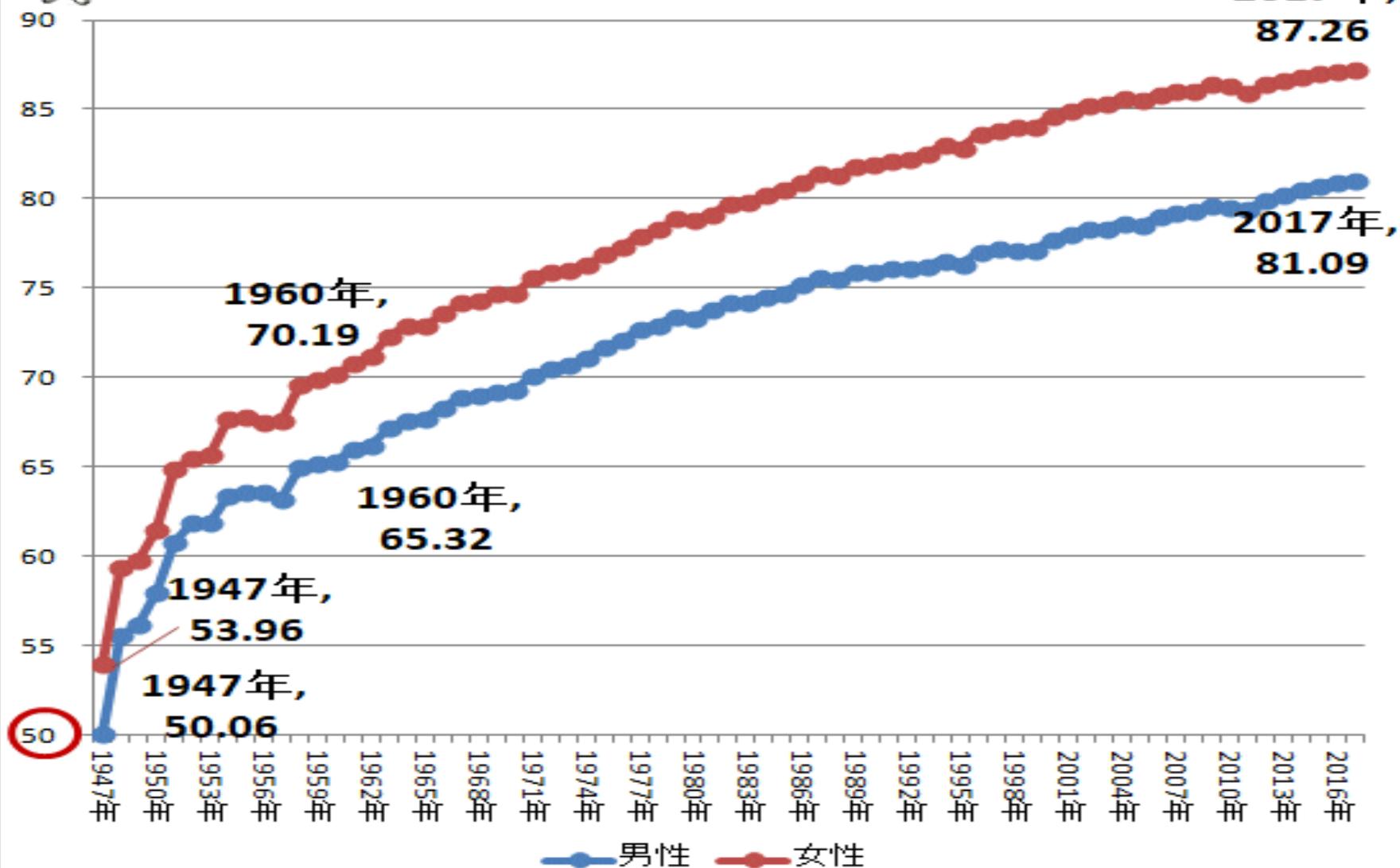


お話しする内容

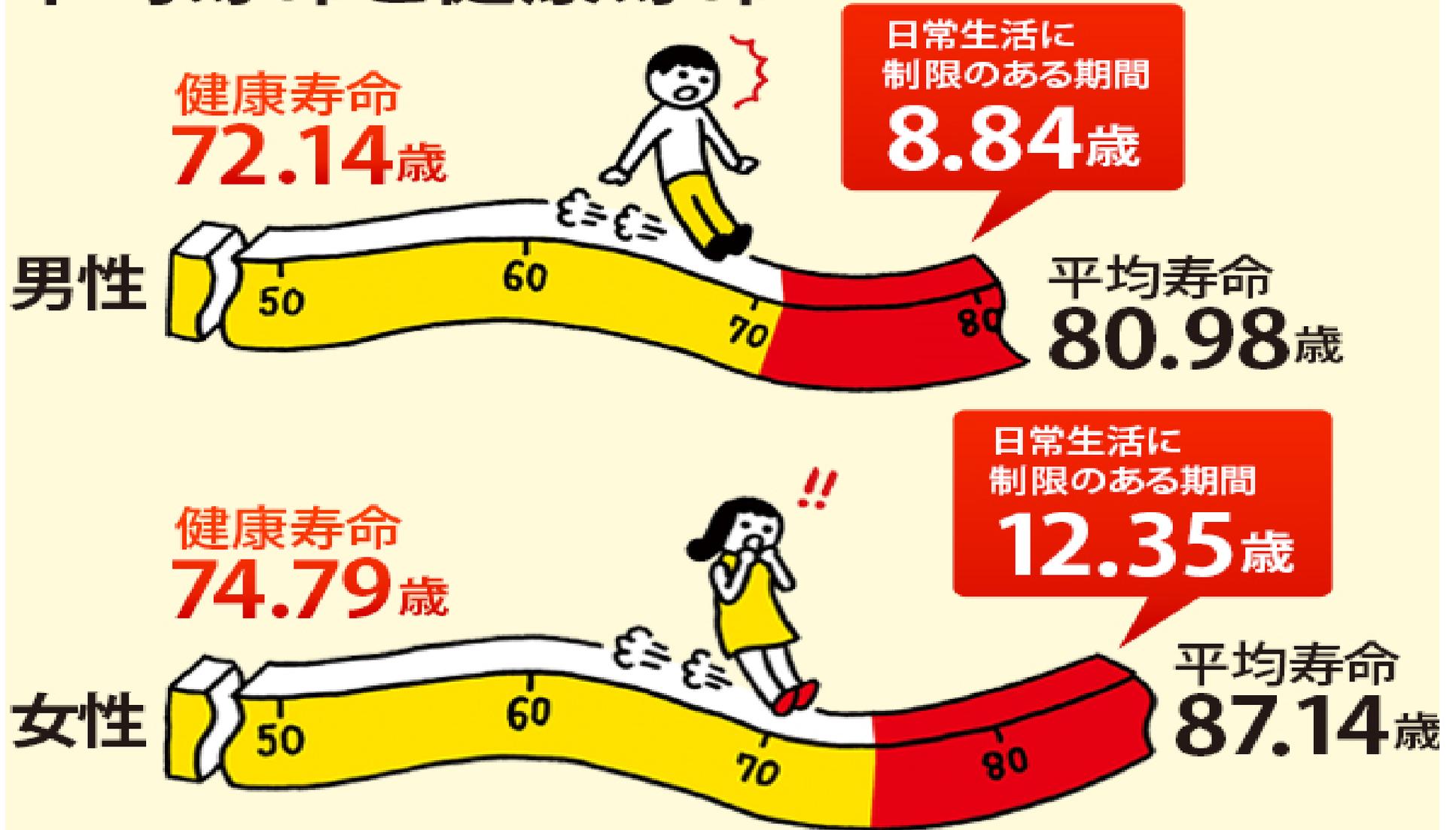
1. 認知症の理解
2. 高齢者の転倒・転落予防
3. せん妄について



平均寿命(日本、年)(1947年~)



平均寿命と健康寿命

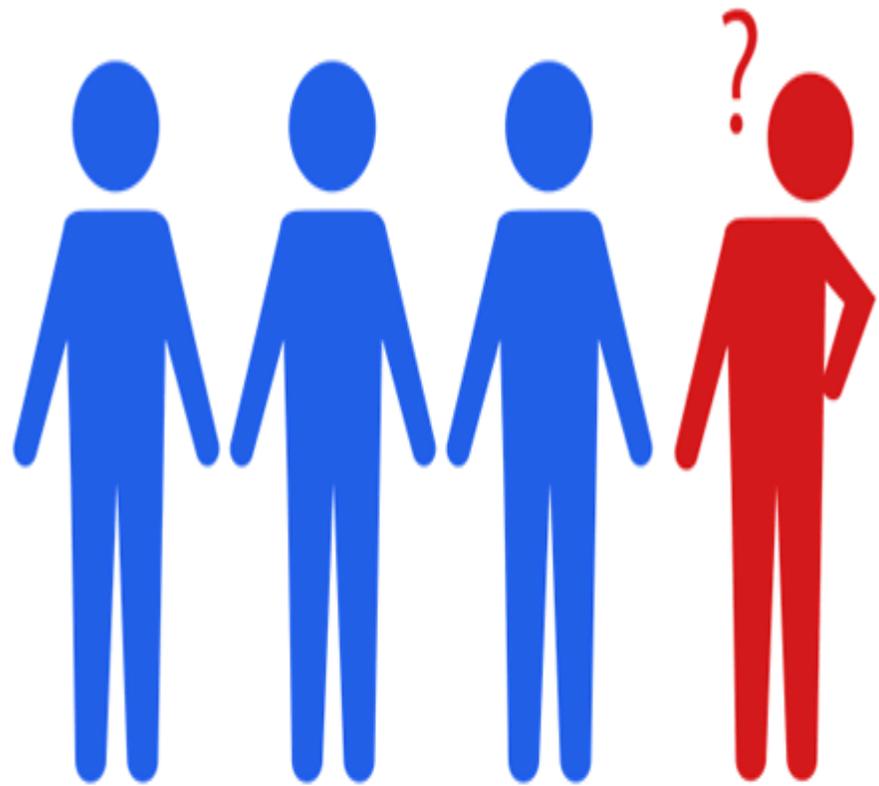


超高齢社会

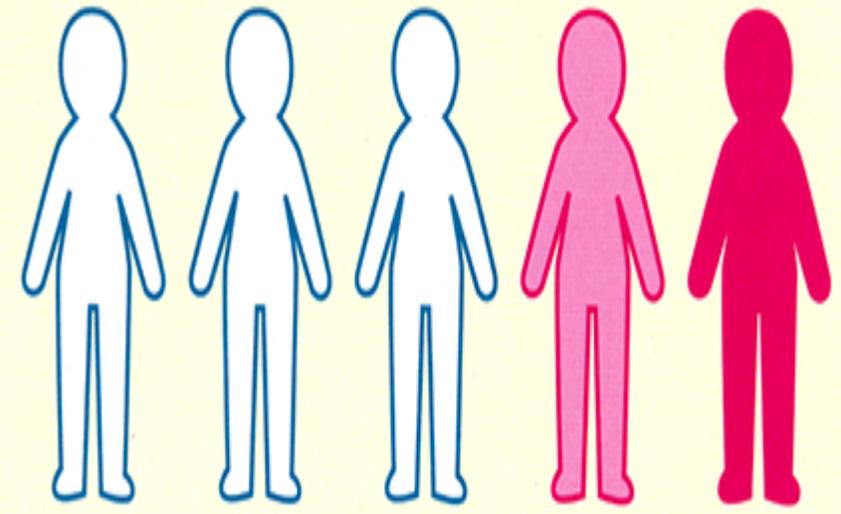


このような超高齢社会では当然高齢者が増えています。4人集まればそのうち1人は65歳以上の高齢者です。

高齢者の4人に1人が認知症かその予備軍



65歳以上の5人に1人は、**認知症**



認知症予備軍

人が老いぼれて認知症になることを
「恥」と考えていた

「痴」・・・おろかなこと
おろかもの

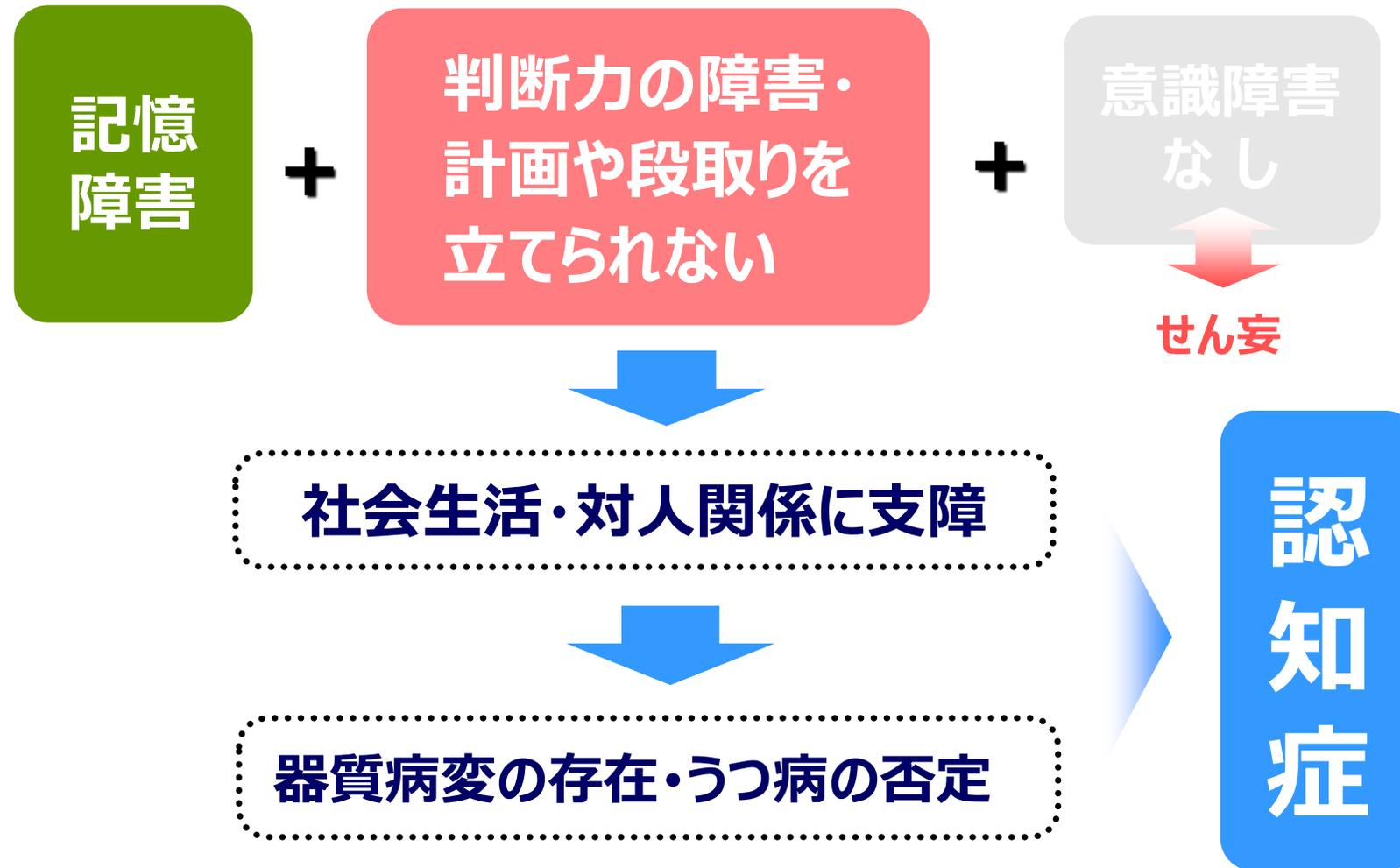
「呆」・・・おろかなこと。
ぼんやりしていること

(広辞苑第5版)

2004年 痴呆→認知症へと改称

認知症

認知症の診断基準 (DSM)

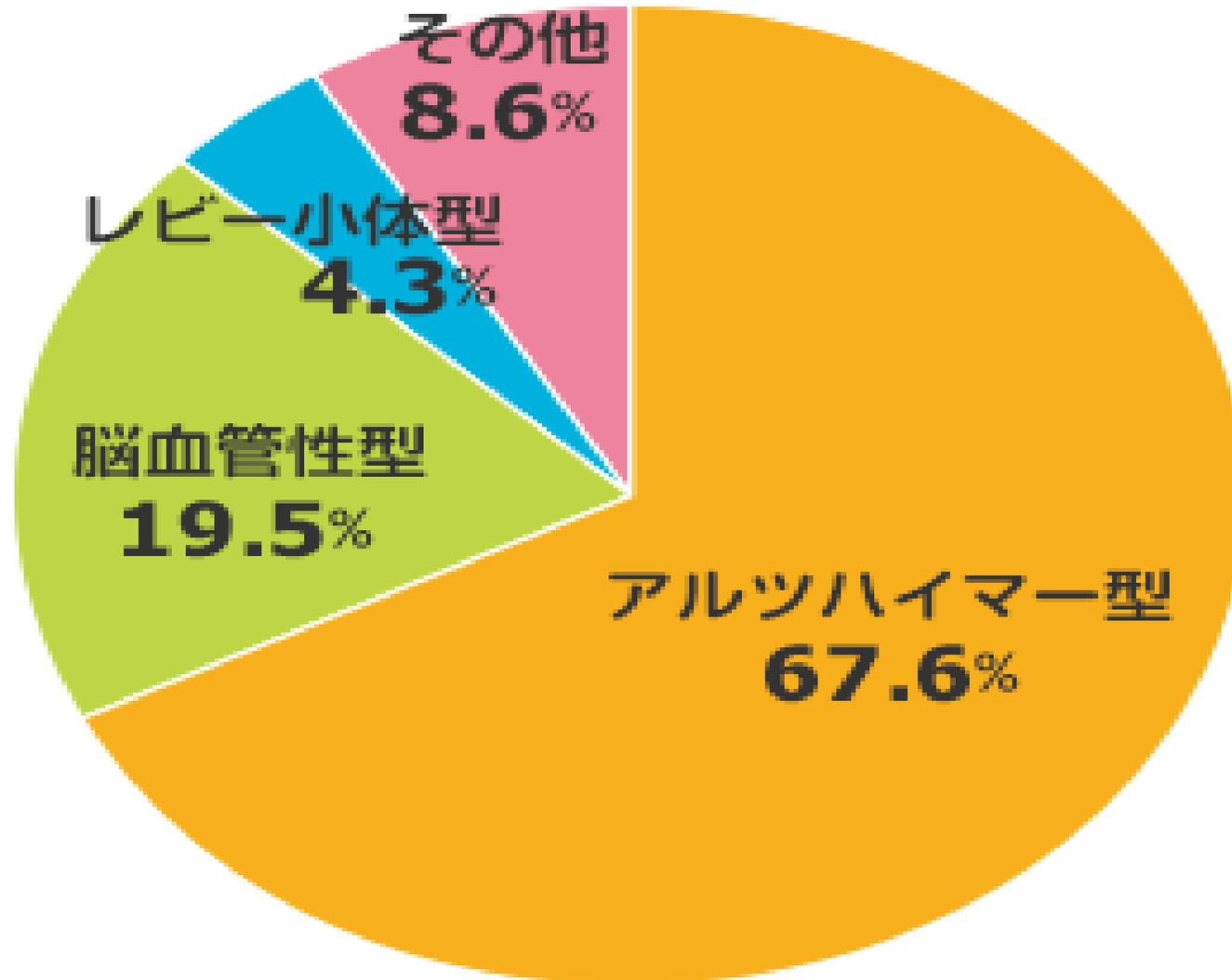


認知症とは

いったん正常に発達した認知機能が持続的に低下し、
社会生活に支障をきたすようになった**状態**

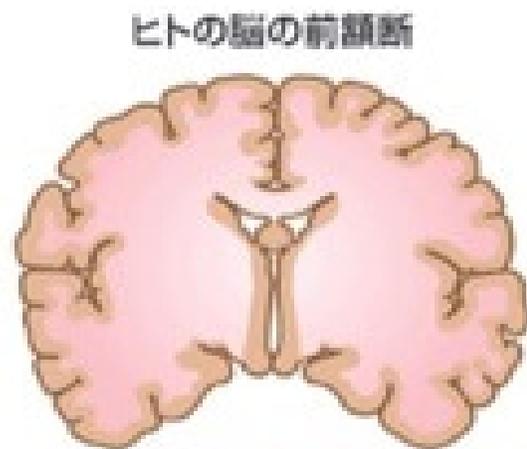
社会生活が営めない＝独り暮らしが難しくなる

主な認知症の原因疾患

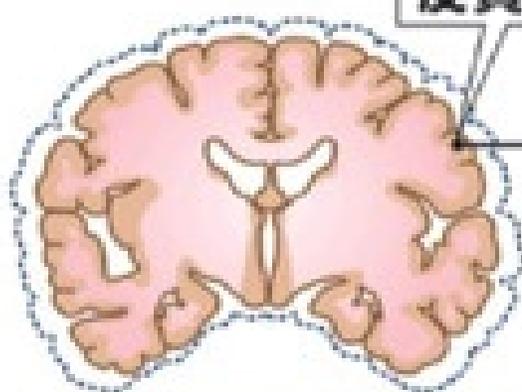
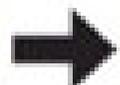


アルツハイマー病

(Alzheimer's Disease:AD)



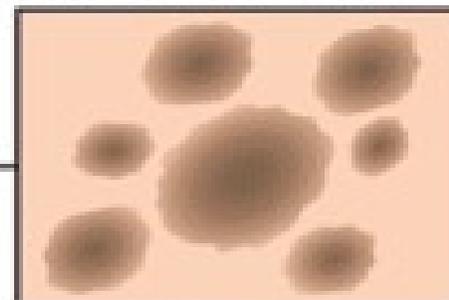
正常な脳



アルツハイマー病の脳

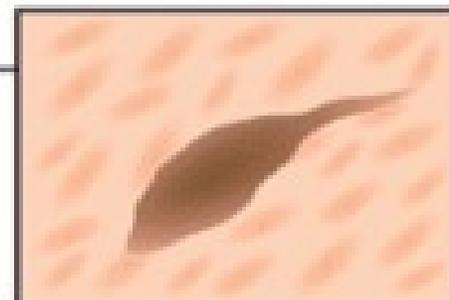
神経細胞の死滅により
脳が萎縮している。

大脳皮質に出現する病理変化



老人斑

細胞外に蓄積し、
アミロイドβ(Aβ)が主成分。



神経原線維変化

細胞内に蓄積し、高度にリン酸化したタウタンパク質が主成分。

認知症と軽度認知障害



認知症

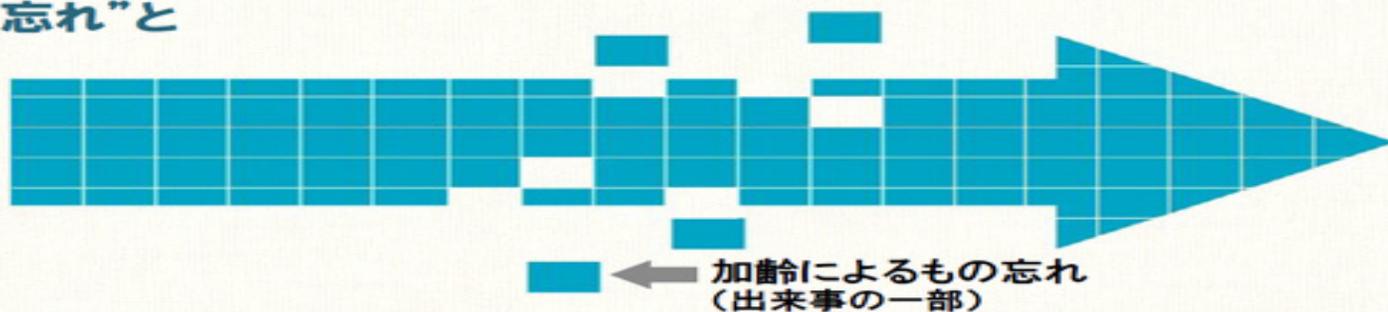
記憶や判断力、理解力の低下のため一人暮らしが困難な状態(他者の支援なしには生活できない状態)

軽度認知障害(MCI)

やや記憶力の低下や判断力、理解力の低下はみられるが、一人暮らしができる状態(他者の支援は必要としない状態)(認知症の前段階ともいわれる)

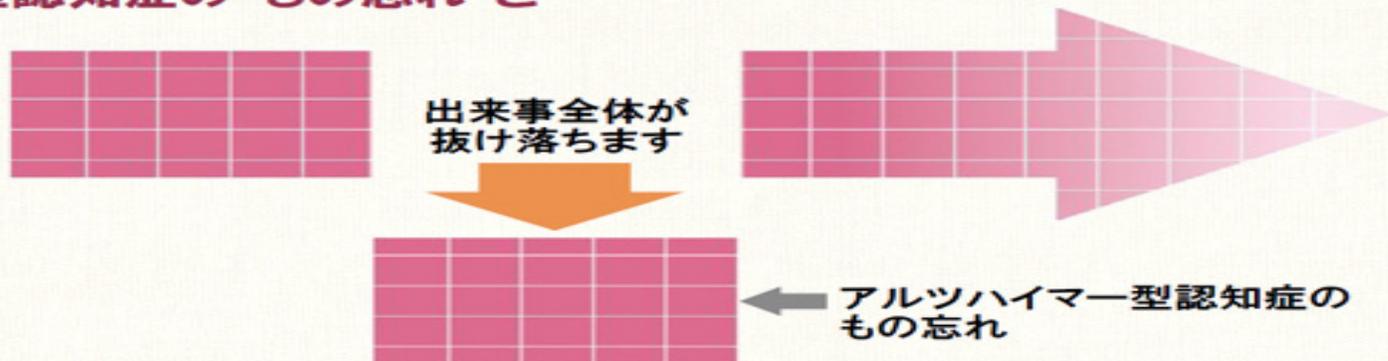
加齢による“もの忘れ”と 出来事の流れ

記憶の流れ



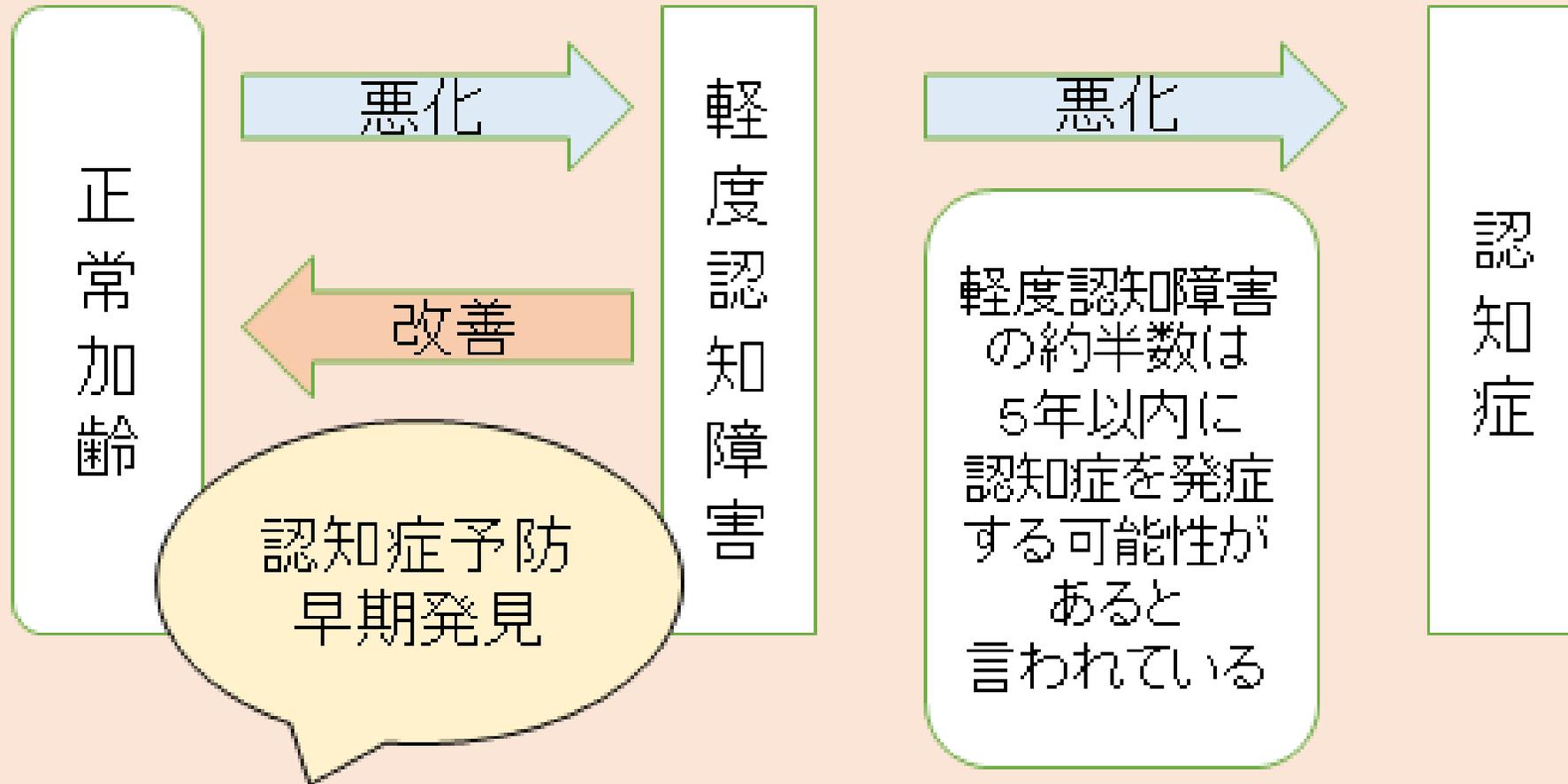
アルツハイマー型認知症の“もの忘れ”と 出来事の流れ

記憶の流れ



加齢による“もの忘れ”	アルツハイマー型 認知症の“もの忘れ”
体験の一部分を忘れる	体験全体を忘れる
ヒントを与えられると 思い出せる	新しい出来事を 記憶できない
時間や場所などは 正しく認識	ヒントを与られても 思い出せない
日常生活に支障はない	時間や場所などの 認識が混乱
	日常生活に支障がある

軽度認知障害 (MCI)



記憶障害

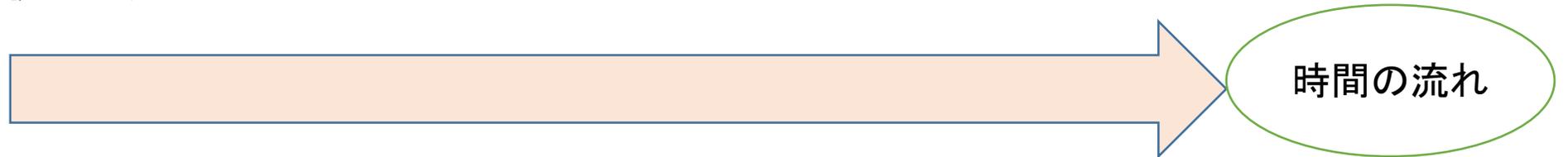
【何を忘れる？】

- 固有名詞は比較的覚えている
- 電気の消し忘れ、トイレの水の流し忘れは注意障害？
- 新しいことが覚えられず、忘れてしまう

記憶の不具合

発症以前の記憶が
最近の物から消えていく
(逆行性健忘)

発症以後の新たな記憶が
作られない



感情を共なった記憶は、それでも作られやすく残りやすい

泥棒が来てお金を盗んでいった？！



- ・お金を使ったことを覚えていない
↓
- ・でも、お金がない
↓
- ・誰かが取ったに違いない
↓
「物取られ妄想」

IADL(手段的日常生活能力)

- 電話をかける
- 金銭管理をする
- 公共交通機関を使って外出する
- 食事の準備をする
- 服薬管理ができる
- 掃除や洗濯ができる



新しいことを覚えられなくなったり
段取りを組むことが苦手になったり
することで
日常生活がしづらくなった状態

もとに戻すことが難しい

外来では

- 予約日や時間を間違える
- 薬が余っている・足りない
- 質問に対し家族の方を見て確認する
- 季節に合った洋服を着ていない
- 毎回同じ洋服を着ている
- かばんの中が混乱している



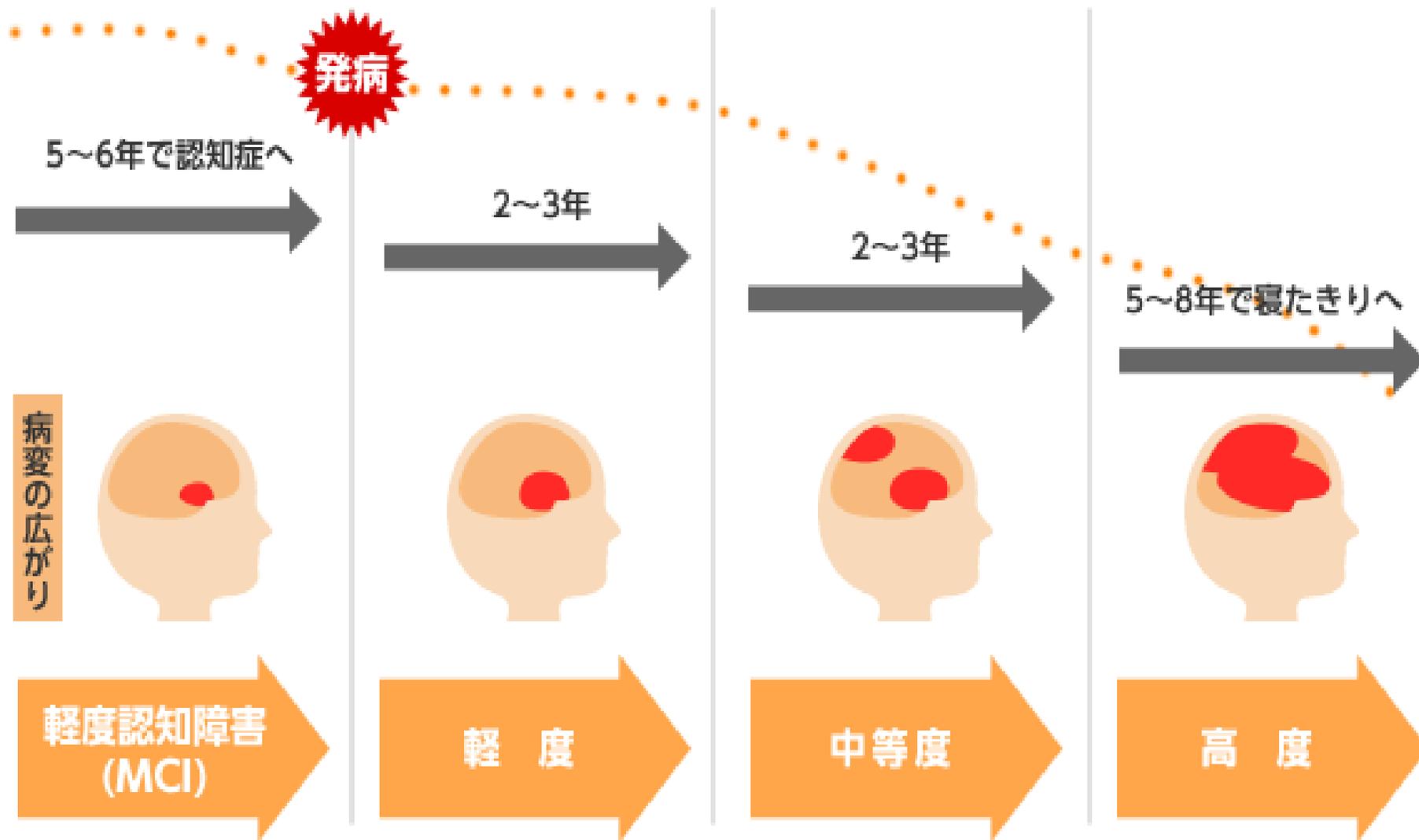
目の前の患者さんに起こっていること

- 時間、場所、人があいまいになる
- 道具の使い方がわからなくなる
- 目から入った情報が分析しにくくなる
- 会話や読み書きの能力が低下する
- 不安やイライラ、焦りなどの感情が目立つ

当初は自分の変化を「病感」として感じています
周囲の社会と上手く繋がっていない不安が様々な形で表出された状態
失いかけた記憶や見当識の中で生活しています

アルツハイマー型認知症の進行スピード

高
認知機能
低



認知症の人がたどる経過と入院



	グレーゾーン	中核症状出現期	BPSD多出現期	障害複合期	ターミナル期
自立した暮らし	本人におこる暮らしの中での変化（主なもの）				
	<ul style="list-style-type: none"> 物の置き忘れ 人や物の名前が出づらい 	<ul style="list-style-type: none"> 本人が「おかしい」と感じるが増える 不安・イライラ 疲れやすい 	<ul style="list-style-type: none"> わからないことが増える パニックに陥りやすい 	<ul style="list-style-type: none"> できないことが増える ふらつく、転びやすい、動けない 	<ul style="list-style-type: none"> 食べられなくなる 体温調節が乱れる

どの時期、段階（ステージ）での入院なのか、認知症によっておきている**本人の暮らしの変化**や有する力に配慮・留意した対応が必要となる

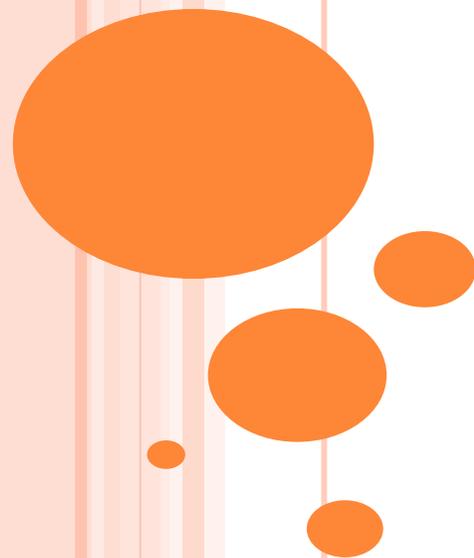
認知症

認知症は脳の病気です

認知症は死ぬ病気です

認知症になった人は苦しんでいます

高齢者の転倒予防 認知症高齢者の視点から

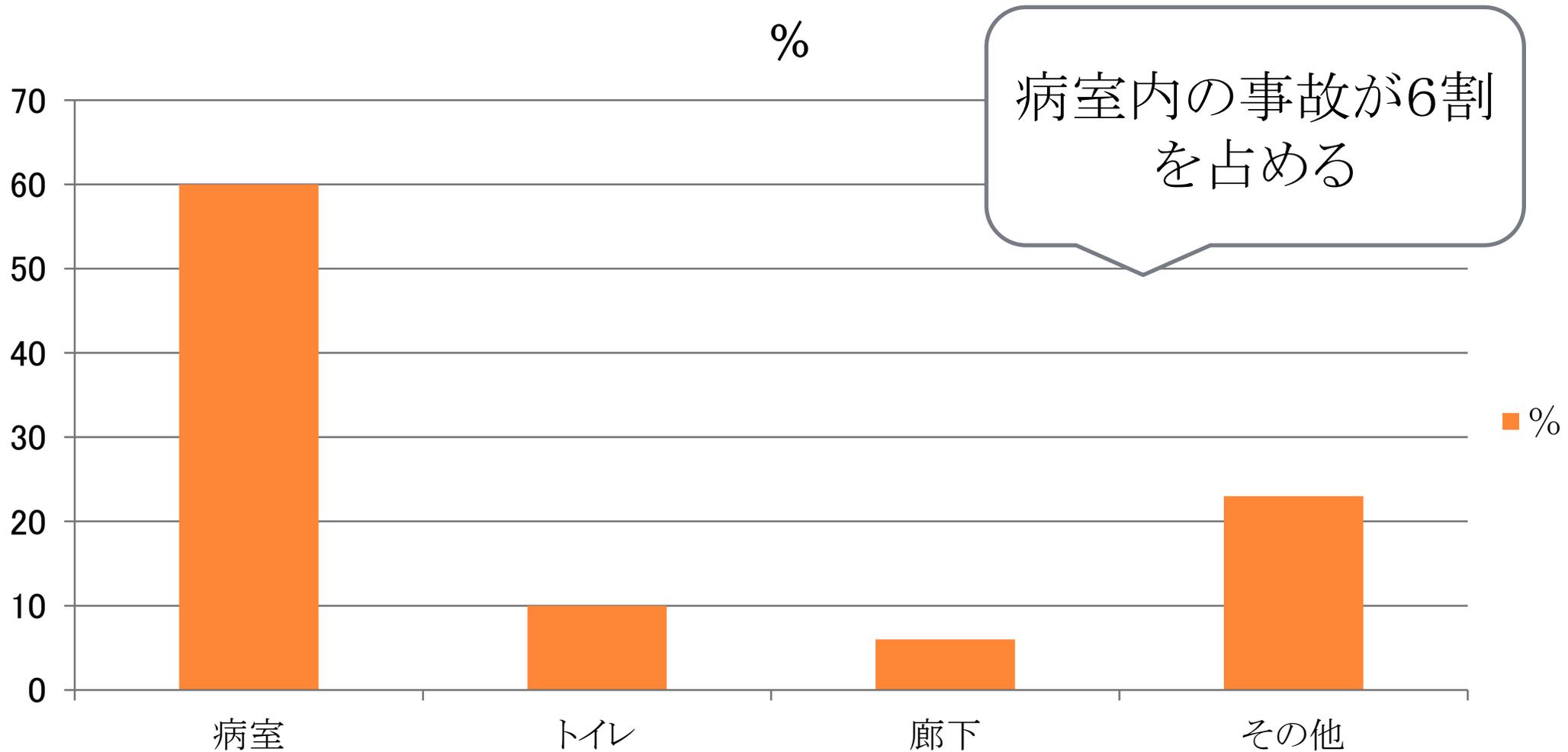


入院患者の「転倒・転落事故」要因

- 下肢筋力の低下
- 視力の低下
- 認知力の低下
- 環境の変化による混乱
- 薬剤の影響（睡眠剤・睡眠導入剤等）
- 療養環境の不備

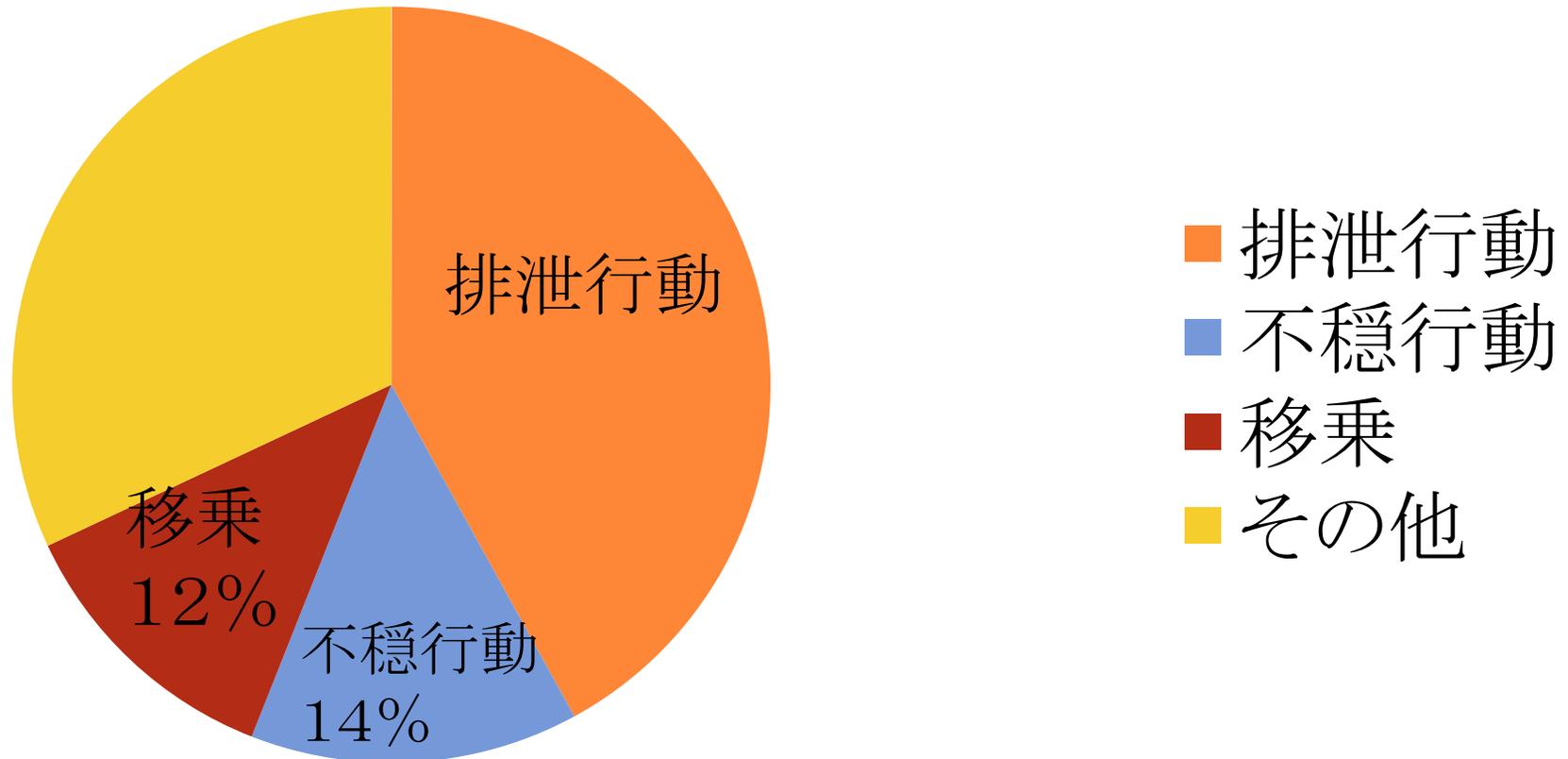
患者の内的要因による所が大きい

病院における「転倒・転落事故」の発生場所



転倒・転落事故の原因となる行動

事故の4割はトイレがきっかけ



転倒・転落事故の特徴

- 患者の高齢化で増加傾向
- 医療事故の2割以上を占める
- 事故者の8割が65歳以上の高齢者
- 発生場所はベッドサイドが6割以上
- きっかけの1番はトイレ行動
- 事故の9割は本人に起因

予測・対策が非常に難しい

転倒・転落事故の影響

- 身体的影響
 - ・打撲、骨折などの受傷
 - ・受傷に伴う**ADL**の低下
 - ・廃用症候群
- 精神的影響
 - ・**QOL** (生きがい、自尊心) の低下
- 社会的影響
 - ・業務負担やコストが増加
 - ・事故の責任を巡るトラブル発生→訴訟に至る事もある

笑顔を
まもる

認知症保険

基本プラン



軽度認知障害と診断された

5万円

軽度認知障害から認知症と診断された

95万円

認知症と診断された

100万円

骨折治療

1回 10万円

災害死亡

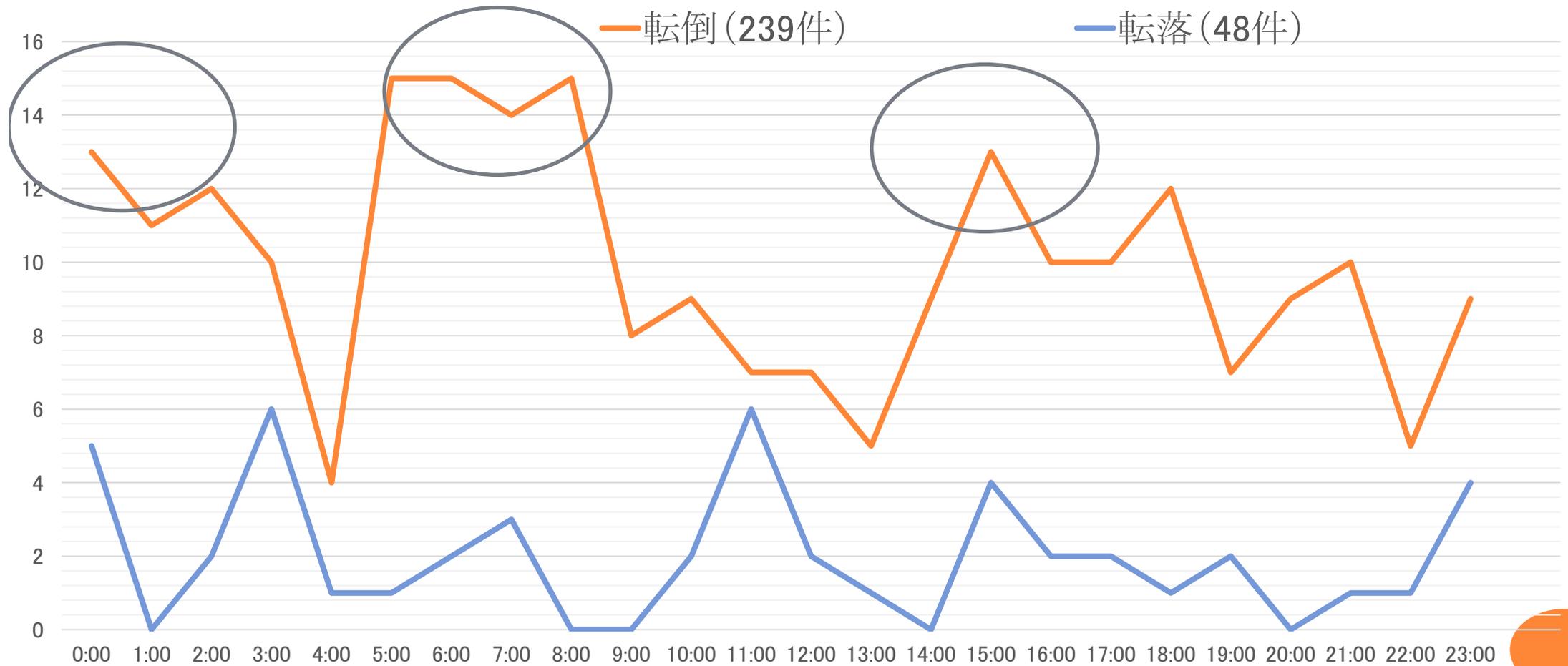
100万円

(不慮の事故、所定の感染症による死亡)



時間別転倒・転落発生数

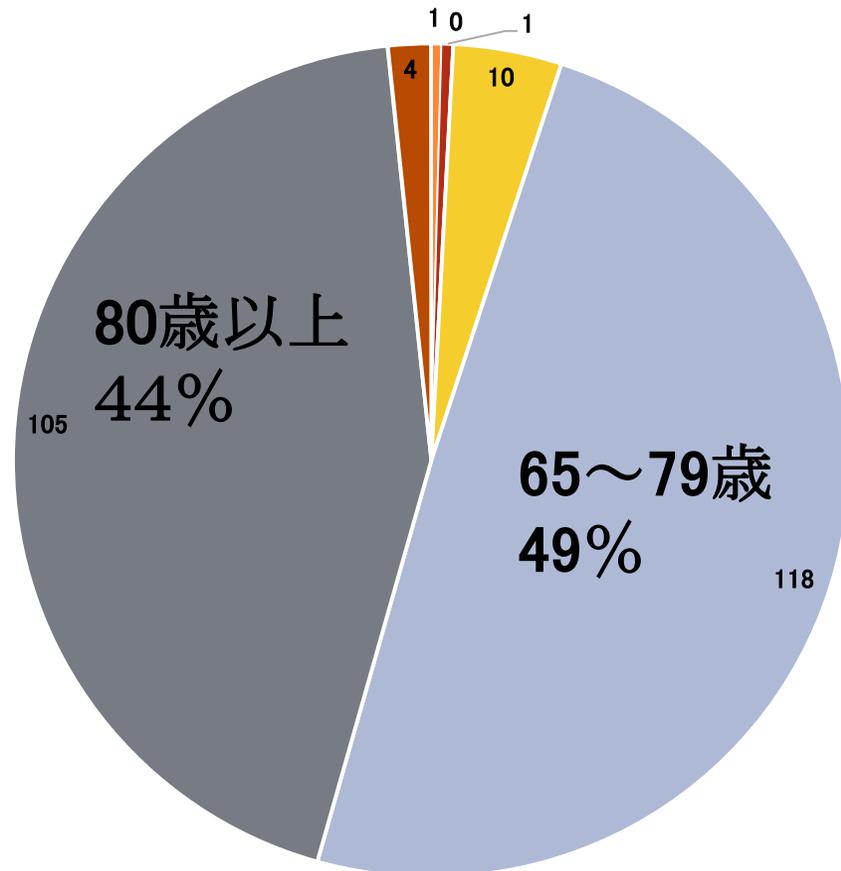
2017年9月～2018年9月



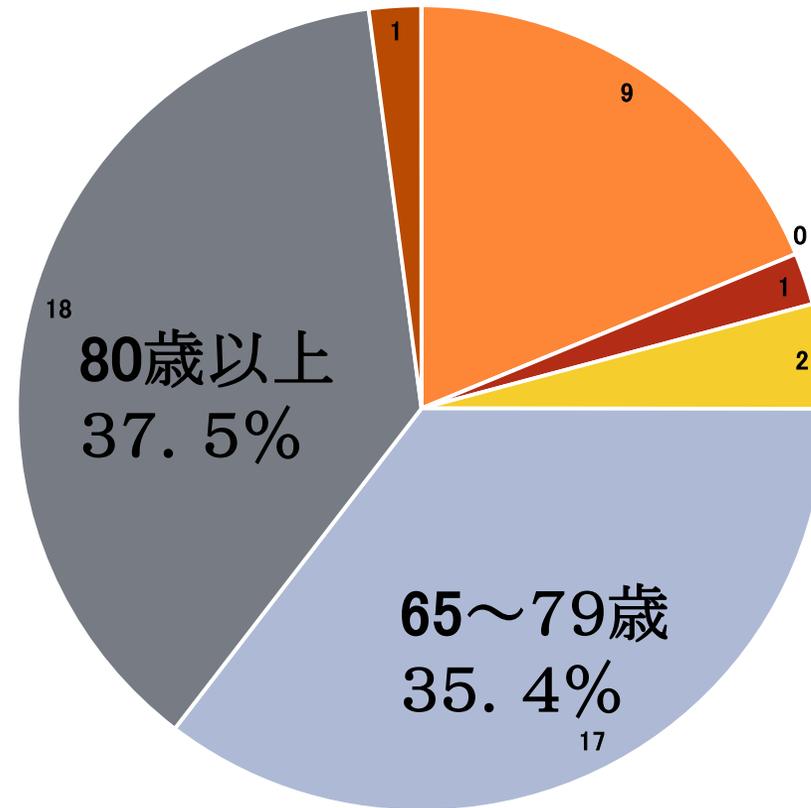
年齢別転倒・転落発生数

2017年9月～2018年9月

転倒（総数239）



転落（総数48）



15歳以下 16～29歳 30～49歳 50～64歳 65～79歳 80歳以上 不明

認知症は脳の病気です



転倒に関連する認知症の中核症状

中核症状	具体的な症状	転倒との関連
記憶障害	新しいことが覚えられない 思い出せない	入院していることが理解できない 介助の必要性を覚えていない (Nsコールを押せない)
見当識障害	時間・場所などが分らない	居場所がわからず 時間に関係なく歩き回る
視空間障害	物と物の位置関係や距離の 感覚がつかめなくなる	物の位置がわからずつまづく ぶつかる
失認・失行	適切な動作が出来ない	衣服や履物を正しく着用できない ためバランスを崩す
注意力障害	注意力が障害される	注意深い行動が取れない 注意喚起を理解できず転倒する

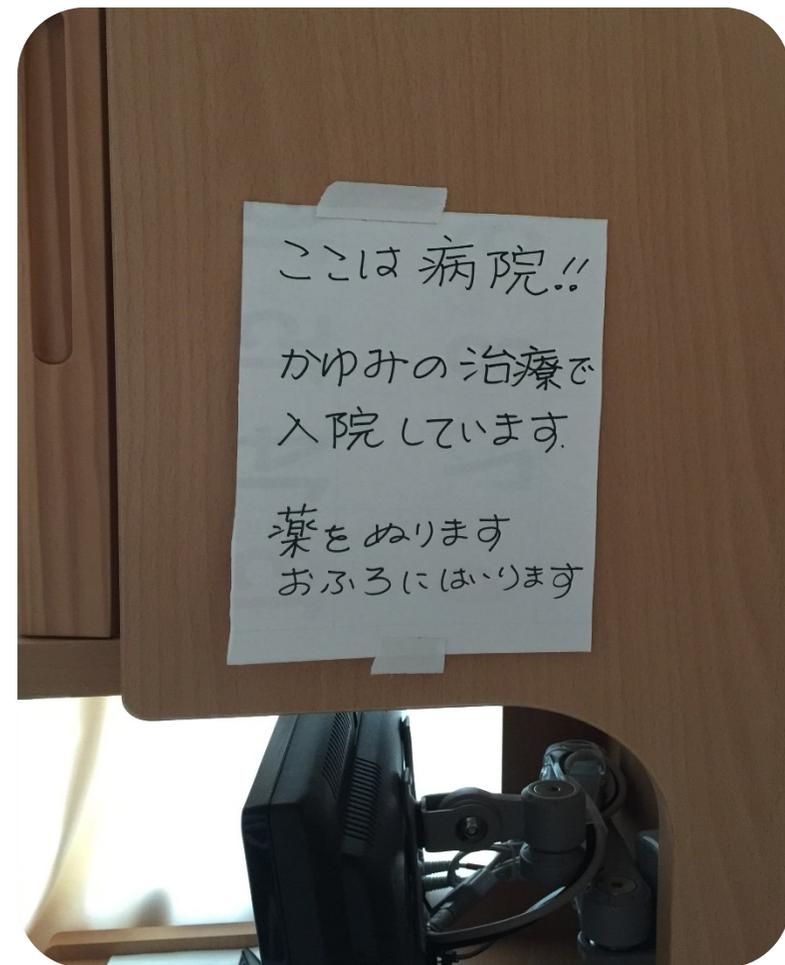
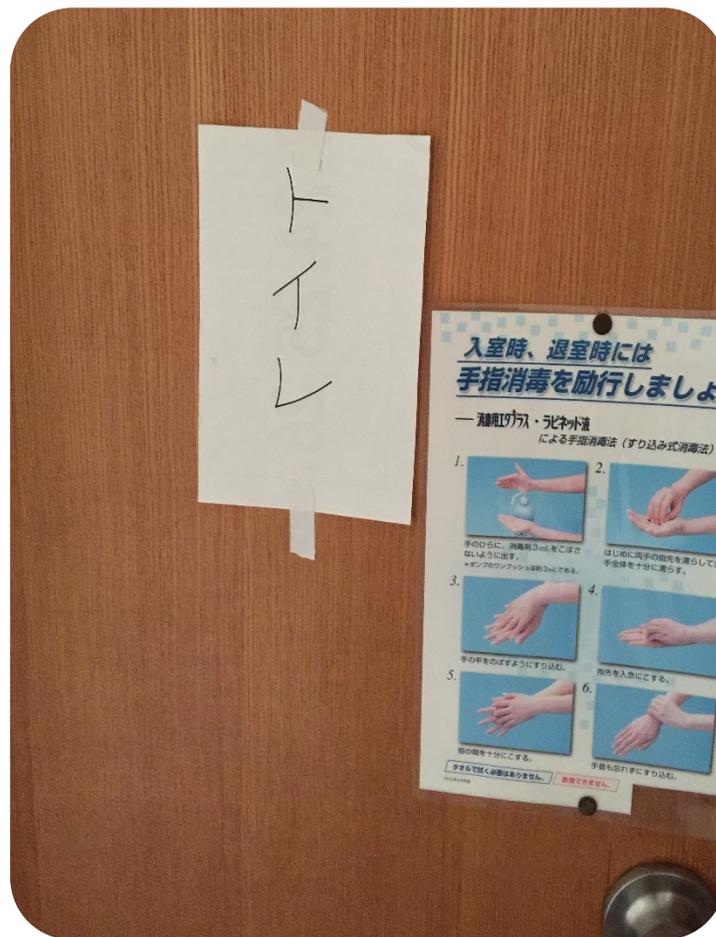
認知症高齢者は1.6倍転倒しやすい？

- これまでの人生で培われた独自の価値観
生活習慣などのある自分の意思を持った人
- しかし、コミュニケーション障害などで
自らニーズを満たすことができない
- その結果、転倒につながる危険行動を
引き起こしやすく
中核症状である注意力や判断力の欠如から
転倒を起こしやすい



日常生活の援助を基盤として、中核症状の障害に合わせた援助が転倒予防につながる

用事があるときは
ブザーをおして下さい

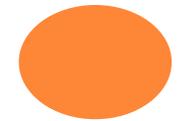


それぞれの価値観や独自のニーズが満たされて
生活が落ち着けば転倒は起こりにくい



排泄パターンチェック表 起床時間 6:00 就寝時間 22:00

	1日目			2日目			3日目			4日目			5日目			6日目			7日目		
	尿		便	尿		便	尿		便	尿		便	尿		便	尿		便	尿		便
	自尿	失禁		自尿	失禁		自尿	失禁		自尿	失禁		自尿	失禁		自尿	失禁		自尿	失禁	
6:00				○			○														
7:00	○									○						○					
8:00				○																	
9:00	○						○		○				○						○		
10:00									○		○	○			○		○	○			
11:00																					
12:00																					
13:00				○			○		○						○						
14:00				○																	
15:00							○					○						○			
16:00																					
17:00																					
18:00	○																				
19:00							○		○						○						
20:00				○								○						○			
21:00							○		○						○						
22:00	○											○			○			○			
23:00				○																	
0:00																					
1:00	○			○					○						○						
2:00							○					○						○			
3:00	○			○																	
4:00							○					○						○			
5:00									○						○						
備考	6回	0回		8回	0回		8回	0回	2回	7回	0回	1回	7回	0回		8回	0回	1回	7回	0回	



日常生活の質を高め一日トータルで 転倒予防に取り組む



認知症をもつ入院患者に対する転倒予防の現状

- 認知症高齢者は複数の疾病や機能障害を合併している
- 従来の医学モデルに基づく転倒予防対策が功を奏さないケースが増えている

* 転倒リスクのアセスメント

* 患者教育

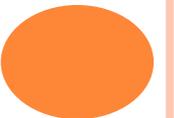
* 注意喚起

* センサーでの見守りと安静制限

* 薬剤調整



介護福祉の視点を持
ったケア



介護保険施設での転倒予防の取り組み

認知症のアセスメント

- ・ 認知機能評価、転倒リスク
- ・ 表情、行動、フィジカルアセスメントからその人のニーズを解釈する

認知症の特性に合わせた関わり

- ・ 患者の理解
- ・ 言葉に頼らない意思疎通（離床センサー）（いつもと違うサイン）



BPSDの予防

- ・ 行動を抑制するとかえって大きな事故につながる
- ・ 活動を見守る方が精神状態が安定し、活動を抑制するよりケア量が少なくなる

環境を整える

- ・ 雑刺激の軽減（音、職員の動き）
- ・ 望ましい行動に誘導する
- ・ 職員一丸となって取り組む（転倒は組織全体の責任と位置づけ多職種で取り組む）
- ・ 家族とのコミュニケーション、転倒予防に対する理解を得る

小さなことからコツコツと..

- 認知症をもつ高齢者は心身機能、認知機能の低下によって転倒リスクが高い
- 潜在的なニーズが満たされないことから危険な行動を起こして転倒する
- 転倒・転落と排泄行動は関連性が高く、患者の排泄行動を理解して誘導することは有効
- 認知症高齢者の視点から、これらのニーズや転倒を引き起こすプロセスを踏まえてケアすることが大切



せん妄の理解



あなたはせん妄になったことがありますか？



せん妄の診断基準

- A. **注意の障害**(注意の集中や維持の低下)と**意識の障害**(環境認識の低下)がある
- B. **短期間で出現**し(通常数時間から数日),**日内変動**がある
- C. **認知の障害**(記憶障害、見当識障害、知覚障害など)がある
- D. AとCの障害は**認知症ではうまく説明されない**
- E. **身体疾患や物質中毒・離脱**などの直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある

米国精神医学会. DSM-5, 2013より一部改編

岡山大学病院井上真一郎Dr講義資料より

せん妄の症状 出現頻度について

・ 注意力障害	97%
・ 記憶障害	88%
・ <u>見当識障害</u>	76%
・ 多動	62%
・ 言語障害	57%
・ 幻覚	50%
・ 妄想	31%



Meagher DJ. *Br J Psychiatry* 2007

どうすれば注意力障害をみつけられるかを知っておく！

注意力障害 評価のポイント

面談の中で、以下のような様子があれば注意力障害を疑う

落ち着きが
ない

キョロキョロ
視線がそれる

返答が遅い

事例紹介

- 71歳女性 喘息、既往：乳がん、子宮筋腫OP
30歳頃から喘息治療をしていたが大きな発作や入院歴はない
家族：夫と父の3人暮らし。夫は脳拘束で右半身麻痺

2.3日前から自転車に乗ると息切れがあった。

当日、いつものように父をデイサービスに送り、夕方呼吸困難増強、近くに住む甥に連絡をした所までは覚えているが、その後目を覚ますとベッドの上だった。



- 救急隊到着時には**JCSⅢ-300** 近くの病院に搬送、喘息重積発作と**Co2ナルコーシ**スで挿管、人工呼吸管理をされたまま当日夜当センターに転院
- **ICU入室**、人工呼吸管理の元ステロイド等で治療を行うが不穏状態が強く、ミタゾラム、プレセデックス等の鎮静剤使用、抑制も行われていた。
起き上がろうとする姿があり、興奮した様子で「早く帰れるようにして下さい」「雨の音がする」と筆談で訴える。
プロポフォール使用で入眠するが、急に起き上がり「あそこのグラスでみんな飲んでください」「さっきから何回もインターホンが鳴っている」

明け方挿管チューブ、**NG**チューブ自己抜管

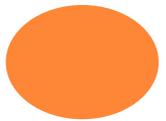
呼吸状態は安定していたため、再挿管せず、鎮静剤中止

昼には端坐位で食事摂取「お父さん(夫)の介護もあるから早く元気になって帰りたい」

14時、一般病棟へ転棟

「不穏状態があった」

- ・離床センサー
- ・必要時は**Ns**コールを押すように説明



- 転棟当日夜「眠られないのでお薬下さい」⇒当直医報告、プロチゾラム与薬
- 昼間は落ちついていた
- 夕方19時「誰にも言わないで。昨日の夜中誰かが何か敷いて寝てたのよ。怖くてバタバタと走っていた。それに園長先生みたいな人が来て弁当食べたやろって言ってたわ。でもその人、食べてないって言ってたけど口の周りに何かいっぱいつけてたの・・・」と表情変わらず話す。「この壁白いと思っていたら、木が書いてある、インディアンの絵もあるよ」
- その夜はルネスタ与薬。
朝「なんか砂鉄ある？ 黒いのが・・・」とベットの上を払う仕草
- 翌日夕方「皆に迷惑かけたから帰らなあかん・・・もう帰らせて・・・タクシー呼んで」と号泣。「昼に風呂で男とブッキングした。譲ったが暴言を言われた」「姪と部屋で話をしているとうるさいという声が聞こえてきた。隣の男だ」→そのようなことはなかった様子

- 主治医はせん妄と判断。**BA**落ち着いておりステロイドの点滴は中止
→内服へ
- 眠前にロゼレム、デジレル、夕食後にクエチアピン開始
- 屯用リスパダール、ルネスタ指示
- その後、リハビリ開始、昼間は穏やかに過ごすが夕方以降「男の人がナイフを持っている」などの言動あり、深夜には「怖い、怖い。床が滑る、誰か来たんと違う？」など不安を訴えることも続いていた。

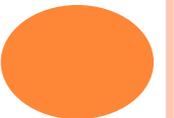
『夕方になると表情硬く視点がちらちらと動いて落ち着きがないように見られる。今日、主治医から今後の方針の説明を受けたこと、センターに来てからの経緯を話すと記憶が想起され落ち着いた表情で笑顔も見られた。』



- 訪問時、視線を合わせて話をする
- 病院名は覚えていないが近所の病院から搬送されたと理解されている
- $100-7=93$ $93-7=86$ $86\cdots 7$ 引くのね \cdots 難しいわ \cdots
- 幻視、幻覚は身体がしんどくて頭も疲れている状態です。身体が整うと見えなくなります」と説明すると、涙を流され頷く

せん妄診断

- A: 注意の障害、意識の障害(環境に対する見当識の低下)
- B: 入院後に出現、日内変動
- C: 認知の障害(記憶・見当識・知覚・幻視・幻聴)
- D: 神経疾患の既往、認知症とは違う
- E: 喘息重積発作・ステロイド、鎮静剤使用



せん妄の3つの要素



引き金になる
直接因子



起こりやすく
する
準備因子



促進・遷延化
させる
促進因子

せん妄の主なリスク因子

起こりやす
くする
準備因子

- 高齢
- 認知機能低下
- 脳血管障害
- 動脈硬化疾患
(高血圧・糖尿病など)

促進、遷延
化させる
促進因子

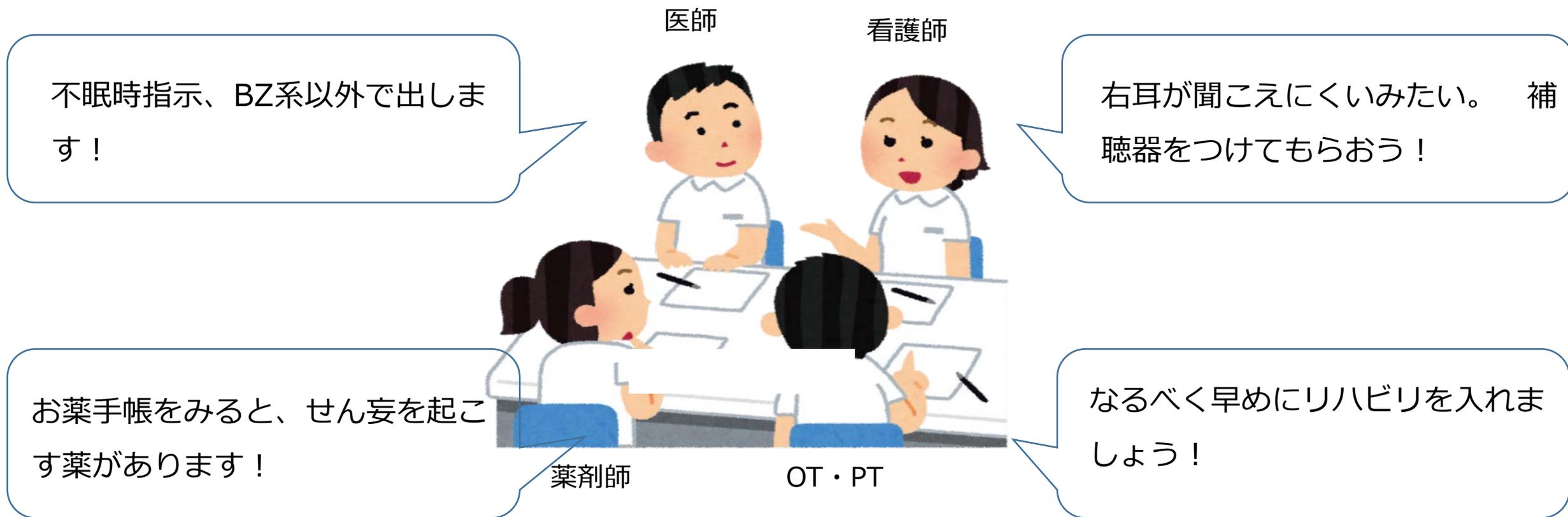
- 環境変化
- 感覚遮断
- 体動制限
- 疼痛・便秘
- 心理的
ストレス

引き金に
なる
直接因子

- 身体疾患
(低酸素血症
感染症、脱水、
電解質異常など)
- 薬剤
- 手術

せん妄
発症

多職種によるせん妄予防戦略(例)



多職種介入が有効!!

岡山大学病院井上真一郎Dr講義資料より

せん妄の原因

【直接因子】

- 人工呼吸器・ステロイド・鎮静薬など非常に侵襲の高い治療
- 意識レベルの低下(脳へのダメージ)、低酸素
- 薬剤(ステロイド・鎮静剤)

【誘発因子】

- ICU環境因子(音や電気刺激が幻視、幻聴に繋がる)
- 体動制限
- 時間感覚の欠如
- 家族の心配
- 喘息重積発作で意識がない中、全く知らない病院に転院
様々なストレス



せん妄への対応

- 身体を整える: **BA**発作への対応(ステロイド減量、吸入、内服薬)
- 睡眠確保: 定期内服、それでも不眠なら屯用薬使用してしっかり眠る
- 早期離床: リハビリ導入、バルン抜去
- 基本的ニーズの充足: 食事・排泄・整容・コミュニケーション・保清・買い物等支援
- 家人への説明と協力依頼: せん妄についてパンフレットを用いて説明
- 見当識を保つ: 時間、場所、入院の目的、今後の見通しを繰り返し説明
- 他者とのふれあい: 心身の安静を保つためには個室使用が望ましい
- 幻視への対応: 「私には見えませんが〇〇さんにはそのように見えているのですね」

過動型せん妄の症状



- 不眠
- 注意散漫
- 落ち着きがない
- 早口で大声
- 幻覚
- 焦燥
- 暴言、暴力

低活動型せん妄の症状



- 無関心
- 注意減退
- 発語が少なく緩徐
- 不活発
- 動作緩慢
- 目がうつろ
- 無感動

せん妄をみたら ≠ 鎮静薬

- まず原因検索(せん妄 → 「どこか体が悪いのでは?」)
- せん妄の治療＝原因の治療
- 抗精神病薬はあくまで対症療法

基本は、睡眠・覚醒リズム確保
不穏になる前に投与すべき 定期投与



不眠時指示と不穏時指示の使い分け

【不眠時】

- ① 「眠れない」という訴えがある場合
- ② 他覚的に眠れていない場合
- ③ 興奮はないがゴソゴソ落ち着きがない場合



必ず共有を!!

【不穏時】

怒りっぽい、指示が通らない、安静が保てない、危険行動を認める場合など

薬剤(向精神病薬)

強い鎮静作用

ベンゾジアゼピン(BZ)

エチゾラム(デパス®)
ブロチゾラム(レンドルミン®)
フルニトラゼパム(ロヒプノール®)
ニトラゼパム(ネルボン®)
アルプラゾラム(コンスタン®)
ロフラゼプ(メイラックス®)
クアゼパム(ドラール®)
ミダゾラム(ドルミカム®)
ジアゼパム(ホリゾン®、セルシン®)

弱い効果

非ベンゾジアゼピン

ゾルピデム(マイスリー®)
ゾピクロン(アモバン®)
エスゾピクロン(ルネスタ®)

抗精神病薬

ハロペリドール(セレネース®)
リスペリドン(リスパダール®)
クエチアピン(セロクエル®)
オランザピン(ジプレキサ®)

強い抗幻覚
妄想効果

せん妄への処方例：調整は数日かかります

- 不穏が強い症例は注射薬が調節しやすい
- セレネース注 → ロヒプノール注 を寝るまで追加（呼吸は注意）

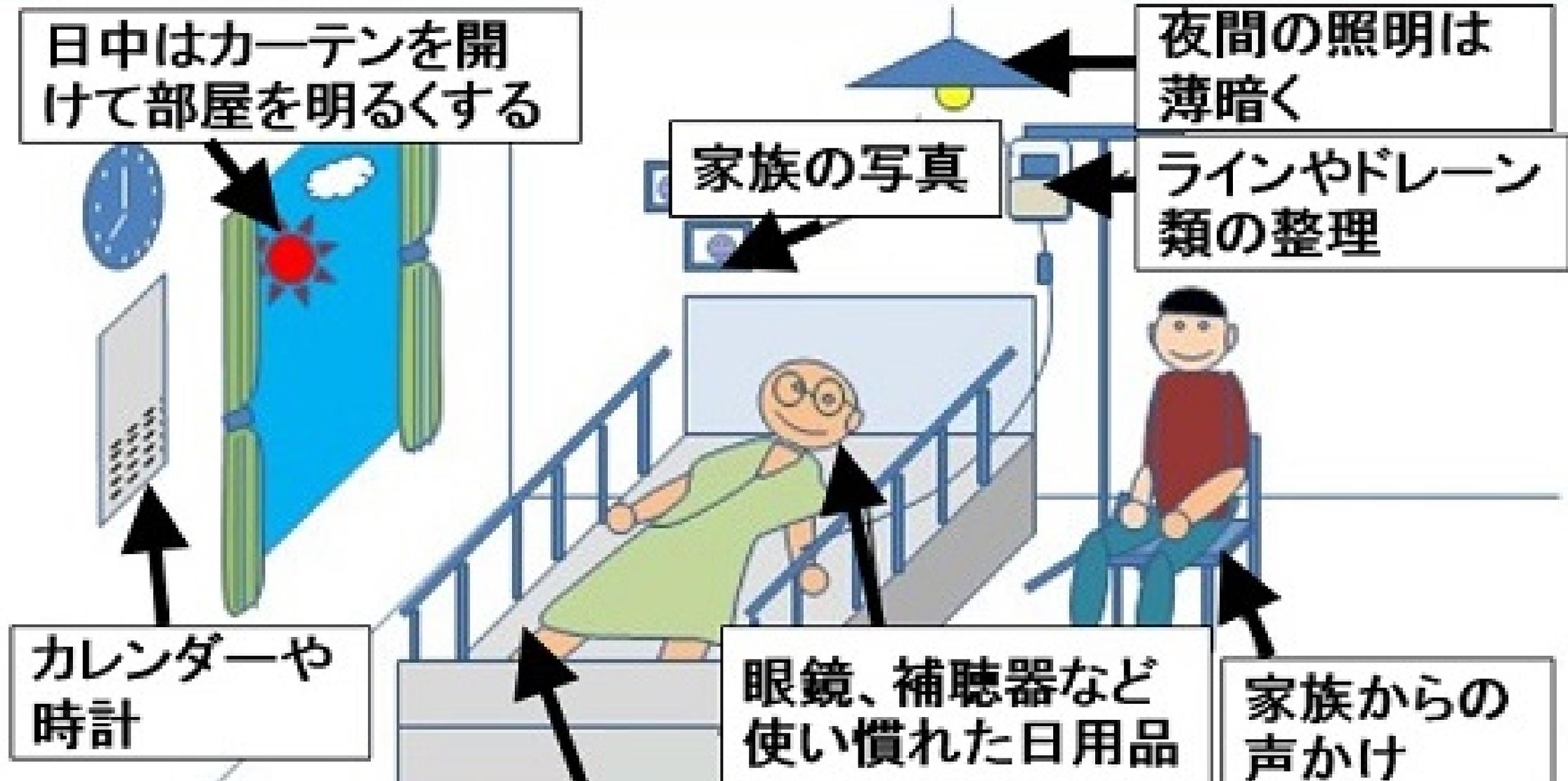
- 軽度～中等度の症例
- 内服 **クエチアピン（リスペリドン）** ± **ベンゾジアゼピン1剤**

- 予防
- ロゼレム、ベルソムラ、レスリン、テトラミド

薬物療法より大切なこと

- 薬物療法はエビデンス乏しい
 - 看護ケアや理学療法など
- 基本は原因除去と環境調整

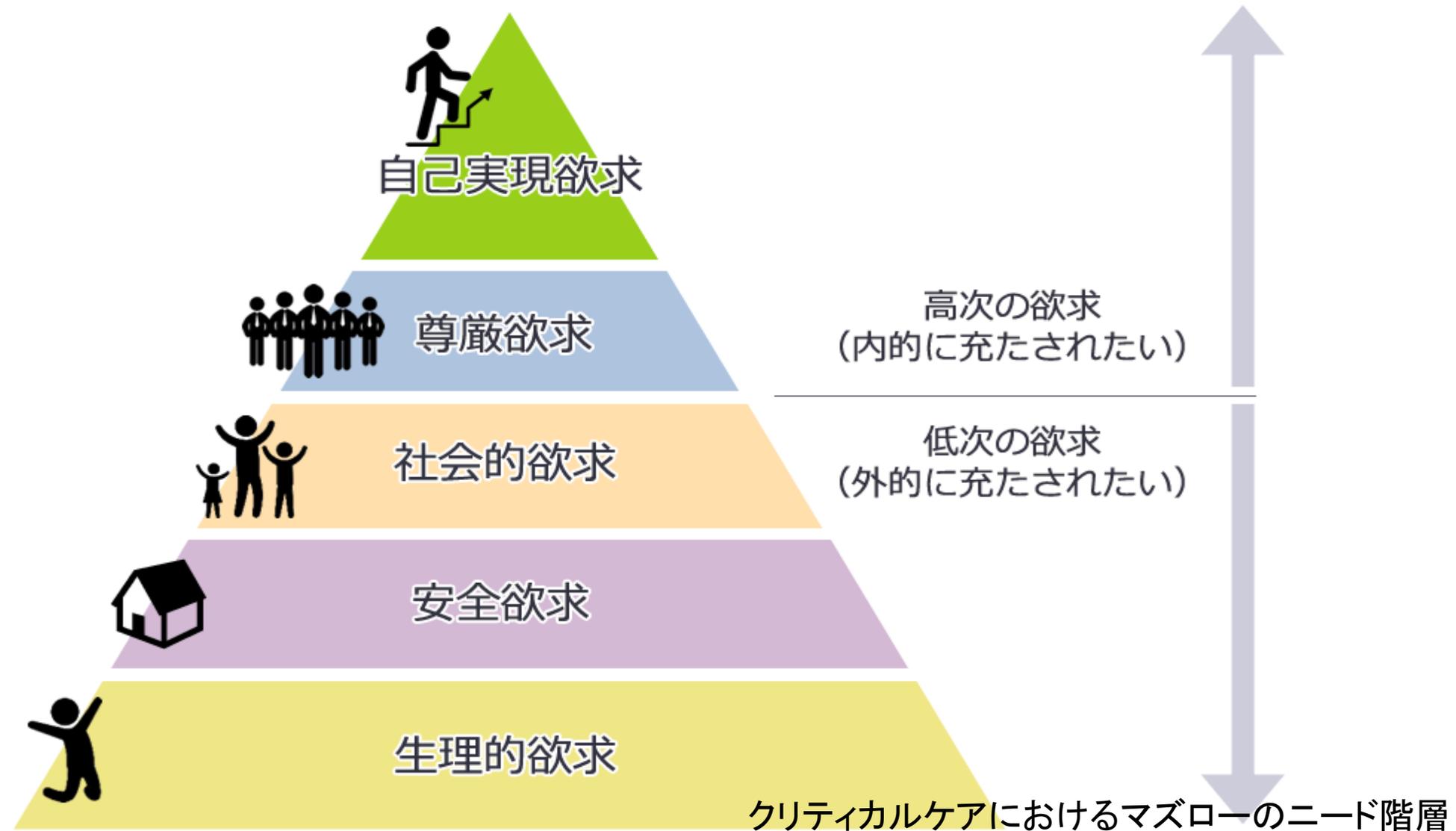




評価とそれに基づくケア 身体へのケア（症状）

項目	看護師のケア	医師と相談
痛み	十分な鎮痛剤投与	鎮痛指示の見直し
呼吸苦	呼吸状態チェック、涼しい室温、空気の流れ、薬剤	酸素投与・呼吸苦緩和指示
便通・尿意	排泄状態チェック、残尿、カテーテルの閉鎖	便通薬などの調整
不眠	睡眠指示チェック、夜間の巡視などの工夫	不眠時指示の見直し
その他	不快な症状の緩和に努める	治療、症状緩和指示

せん妄に対しては安心と感じられる環境作り



ご清聴ありがとうございました

