

原著

地域で生活する認知症高齢者が混乱する環境要因と対応

The environmental factors of BPSD for community dwelling older people with dementia, and home visiting care professionals' specific ways to handle BPSD.

伊東美緒^{1)*}、菅亜希子^{2)*}、島田千穂^{3)*}、児玉寛子^{4)*}

Mio Ito^{1)*}, Akiko Kan^{2)*}, Chiho Shimada^{3)*}, Hiroko Kodama^{4)*}

要旨

【目的】訪問看護師・訪問介護員が把握する認知症高齢者が混乱する環境要因と対応方法の実態を明らかにする。

【方法】東京都と青森県の86名の訪問看護師・訪問介護員を対象として、質問紙調査を実施した。1人につき最大2名の利用者の情報を依頼し、136事例の回答が得られた。

【結果】混乱した場所はリビングが78件(57.4%)と最も多かった。混乱の原因については、複数回答の選択肢の設問では、すべての回答が1割未満であり多岐に渡っていた。自由記述において、分析に十分な回答があったものは124事例(91.2%)であった。124例の混乱する要因を分類したところ、住環境関連要因19件、生活関連要因は77件、認知機能関連要因が28件であり、環境に関連する住環境関連要因と生活関連要因について示した。環境関連要因では、“家電/調理器具の取り扱い”が最も多く11件で、真冬にストーブを使用しない、近くにストーブを置いて水疱ができるなど、身体への危険が推測される事例であった。“トイレの設備使用”に関する混乱は6件であった。生活関連要因では“物の紛失と捜索”が最も多く16件あり、紛失物は財布、通帳、かばんなどの貴重品が15件を占めていた。一緒に探し、本人が見つかるよう誘導するなどの工夫がなされていたが、こうした対応では不十分で、後見人をつれたり、入浴時にかばんを本人から見えないところに置くという具体的な対応で解決できていた。

【考察】訪問看護師・訪問介護員が認識する認知症の人が混乱する要因は、住環境関連要因についての記述が少なく、危険をともなう暖房機器および不潔に関連するトイレの使用が中心であった。先行文献で指摘されている光や視覚に関する記述はほとんどなく、専門職が意図的に観察し環境調整につなげる必要がある。

【結論】対応に困る場面や危険に迫られる場面での混乱要因は把握され対応がなされているが、本人の感覚にもとづく困りごとという視点では混乱要因は把握されない可能性がある。

キーワード：認知症、混乱を誘発する要因、環境

- 1) 群馬大学大学院保健学研究科
- 2) 東京都健康長寿医療センター研究所
- 3) 佐久大学人間福祉学部
- 4) 青森県立保健大学社会福祉学科
- * 元東京都健康長寿医療センター研究所

責任著者：伊東美緒
群馬大学大学院保健学研究科
〒371-8514 群馬県前橋市昭和町3-39-22
E-mail : mioito@gunma-u.ac.jp
受領日：2021年10月25日
採択日：2021年12月20日
英文誌名：Tokyo Journal of Dementia Care Research

はじめに

我が国では、2012年の認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)¹⁾と2015年の認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)²⁾により、認知症の人にやさしい地域づくりが推進されてきた。近年では、Dementia friendly communityという言葉が用いられるようになり、認知症の人や家族の視点を取り入れ、認知症の人やケアする人の権利が尊重される地域づくりに焦点があてられている^{3,4)}。

認知症の人が可能な限り地域で生活し続けるためには、認知症の行動・心理症状(以下BPSD: Behavioral and psychological symptoms of dementia)を軽減する必要がある。BPSDには、脳病変による認知症状(認知機能障害)、個性、生活史、生活障害、疾患・合併症、薬剤、居住環境、せん妄、体調、ケア技術・関係性などさまざまな要因が関連しており、これらのうち、脳病変による認知症状や、個性、生活史は介入困難な背景因子であるが、それ以外の要因は介入が可能である⁵⁾。また、認知症の徴候や症状は、認知機能の働きが認知機能のキャパシティを超えてしまったときに出現するため⁶⁾、コミュニケーションやケアにおける配慮や、混乱を減らすための環境調整によって、認知機能が低下した状態でも混乱せずに過ごせる工夫を検討する必要がある。

コミュニケーションやケアの重要性については、パーソン・センタード・ケア、ユマニチュード[®]などのケア理念やケア技法が普及し、全国の医療・福祉機関でさまざまな取り組みがなされている。認知症の人のための環境調整については、1980年代初頭から施設環境に関する研究を中心に行われてきた^{7,8)}。Cohenらは1990年代に、認知症に配慮した環境には治療的効果があるとして、治療目標を掲げながら環境調整を行った⁹⁾。この治療的効果とは、BPSDを軽減し、落ち着いた生活を過ごせる効果があるという意味で、認知症の人にとっての環境調整の重要性を示唆している。たとえば、Amesらは“光の調整”は最も重要な項目であるとして、日中はセンサーライトなどの補助ライトを活用して部屋や廊下をできる

だけ明るく保つことを推奨しており¹⁰⁾、認知症の人の環境デザインに長年取り組んでいるStirling大学のDementia Services Development Center(以下、DSDC)は、光に加え、色のコントラストの活用なども推奨している¹¹⁾。このような認知症の人の混乱を減らすシンプルな環境の調整をDementia friendly recommendation(認知症の人にやさしい環境デザインについての提案)と呼び、建物の設計などに取り入れることと比較すると、安価で実践しやすい取り組みとして紹介されている¹⁰⁾。

我が国の地域在住高齢者の住環境については、介護支援専門員を対象として認知症高齢者への住まいの工夫を調査した先行研究があり、「ものの置き場所はできる限り変えないようにしている(61.5%)」、「手すりの取り付け(56.9%)」、「床にある躓きやすいものを取り除いている(56.2%)」、「冷暖房機器を直火の出ないものにしている(50.5%)」の順に取り組まれていた。手すりの設置や床の躓きやすいものの除去は転倒予防を目的としており、置き場所を変えない、直火が出ない冷暖房機器を設置することについては、事故防止が目的と考えられる。一方、光などの認知症の人の感覚にもとづく環境調整に関する項目では、「トイレへの経路に照明をつけている(24.3%)」、「まぶしいときにはカーテンや照明などで部屋の光量を調節できるようにしている(22.6%)」と低く、さらには「脱衣室や玄関のマットが穴にみえないよう撤去または床と同系色にしている」はわずか2.4%のみで、ほとんど取り入れられていなかった¹²⁾。

転倒や火事など予測できるリスクについての対応は検討されやすいが、五感からの情報の受け止め方は個別性が高く第三者には把握しにくい¹³⁾、認知症の人の日常生活環境における困りごと、つまり第一人称の立場からみた混乱の要因についてはあまり認知されていない可能性がある。

そこで、生活環境をBPSDの誘因のひとつととらえ、BPSDを回避・軽減するために、認知症の人が混乱しないような環境を調整することが必要と考えた。認知症の人が自分の住まいにおいて、どのようなことによって混乱するのか、それに対してどのような対応がなされているかを把握

することを本研究の目的とし、高齢者の住まいでケアを提供する訪問介護員と訪問看護師を対象として、認知症高齢者が混乱する環境要因と実際の対応について調査することにした。

研究方法

1. 調査対象

東京都・青森県の訪問看護師・訪問介護員のうち、訪問系サービスに1年以上従事しており、認知機能が低下した人を担当したことがある職員から得られた、環境によって混乱したと思われる認知症の事例。

2. 調査時期

2018年5月7日～2018年6月30日

3. 調査内容

回答者の基本的属性(性別・年齢、経験年数、資格、勤務形態、担当利用者数)、自らが担当している認知症の人が混乱した状況および対応方法についての事例を、1名の回答者につき最大2件記載するよう依頼した。事例については、性別・年代・同居家族・住居形態・認知症のタイプと、選択肢でその事例が混乱した場所と混乱の要因と考えられるものについて尋ねたうえで、自由記述によって混乱した状況・対応・その結果について尋ねた。

認知機能の低下にともない、物・人・動物・空間の認知や、音・光といった感覚器からの情報のとらえ方に変化が生じるため、認知症の人に混乱が生じると考えられる。ここでは用語の操作的定義として、日常生活において認知や感覚器の障害によって認知症高齢者が混乱すると推測される環境要因を、「認知症高齢者が混乱する環境要因」とした。

4. データ収集方法

2018年4月の段階で都道府県のホームページに登録されていた東京都と青森県の訪問介護事業所および訪問看護事業所のうち、各都県50事業所(訪問看護25、訪問介護25)をランダムに選定し、調査票を配布した。研究者の所属組織の所在

地である2都県を対象とした。各事業所に3枚ずつ調査票を同封し、事業所長あての依頼文に、訪問系サービスに1年以上従事しており、認知機能が低下した人を担当したことがある職員に回答を依頼する旨を記載した。各調査票に返信用封筒を添付し、個人に返送を依頼した。

5. データ分析方法

- (1) 回答者の概要、認知症事例の概要、混乱した場所、選択肢による混乱の要因については、記述統計を行った。
- (2) 選択肢で得た混乱の要因をもとに、混乱した状況・対応・その結果の自由記述部分から、混乱する環境要因に関する記述内容を抽出した。抽出した混乱する要因を類似性により分類し、カテゴリ化した。分類されたカテゴリごとに代表的な例を選定して表に示した。口語や専門用語などは記述された内容を損なわない範囲で理解しやすい言語に変換した。混乱する環境要因のカテゴリの整理においては、看護学に携わる第一著者(伊東)が中心的に分析を行い、認知症ケアの臨床実践・研究に携わる介護福祉学(菅)・心理学(島田)・社会福祉学(島田・児玉)を背景とした共同研究者3名と、カテゴリ名の妥当性について合意が得られるまで検討を行った。また、結果に記載された自由記載部分だけでなく、状況・対応の自由記載部分を含めて、一連の文脈から、混乱した状況への対応方法が効果的であったかについて、研究者が評価し、○：効果あり、△：一時的もしくは限局的に効果あり、×効果なし、－：評価不能に分類した。

6. 倫理的配慮

本研究は、東京都健康長寿医療センター研究所(2018-K61)、および群馬大学(HS2020-089)の倫理委員会にて承認を得て実施した。研究についての依頼文書・説明文書を同封し、研究についての説明を行った。個人情報that特定できる情報は扱わず、返信をもって調査協力への同意を得られたこととした。

結果

東京都、青森県の合計100事業所に3部ずつ送付し、合計300部配布した。回収できたのは86部であった(回収率28.6%)。得られた事例は136例であった。

1. 調査回答者の基本的属性

訪問看護師51名、訪問介護員35名であった。性別は、女性が82名(95.3%)、男性が4名(4.7%)で、平均年齢は47.3(±10.7)歳であった。資格は、看護師が51名(59.3%)、介護福祉士が27名(31.4%)、初任者(ヘルパー)が2名(2.3%)、その他が3名(3.5%)、不明が3名(3.5%)であった。

勤務形態は、常勤が73名(84.9%)で、非常勤が11名(12.8%)、不明は2名(2.3%)であった。平均経験年数は18.9(±10.6)年で、訪問系サービスの平均経験年数は7.3(±5.8)年であった。平均担当利用者数は22.8(±21.1)名で、独居者の平均担当者数は6.4(8.9)名、認知症の平均担当者数は7.8(±8.8)名であった。

2. 混乱した認知症事例の基本的属性

136名の混乱した事例の情報を得ることができた。136名の基本的属性を表1に示す。性別は男性37名(27.2%)、女性88名(64.7%)で、年齢は70歳から89歳が多く85.3%を占めていた。同居者ありは50名(36.8%)、独居は64名(47.0%)、不明22名(16.2%)であった。認知症の診断については、確定診断がない者が31名(22.8%)、アルツハイマー病が66名(48.5%)、レビー小体型認知症が21名(15.4%)、脳血管性認知症が8名(5.9%)であった。住居は、戸建てが84名(61.8%)と最も多く、マンション14名(10.3%)、アパート12名(8.8%)であり、その他が22名(16.2%)であった。その他には、特定施設やサービス付き高齢者住宅が含まれていた。

3. 認知症の人が混乱した場所

事例が混乱した場所を複数回答の選択肢によりたずねた結果を図1に示す。最も多かったのは、リビングで78名(57.4%)であった。家の外14名

(10.3%)、寝室12名(8.8%)、玄関9名(6.6%)、トイレと台所がそれぞれ7名(5.1%)であった。

家の外で混乱した14名の住居形態は、半数の7名は戸建、アパートが3名、マンションが1名、その他が1名、不明が1名であった。

表1 認知症の人の基本的属性

		n	%
合計		136	100
性別	男性	37	27.2
	女性	88	64.7
	不明	11	8.1
年齢	60-69	11	8.1
	70-79	49	36.0
	80-89	67	49.3
	90以上	9	6.6
同居家族	同居あり	50	36.8
	独居	64	47.0
	不明	22	16.2
認知症のタイプ	確定診断なし	31	22.8
	アルツハイマー病	66	48.5
	レビー小体型認知症	21	15.4
	脳血管性認知症	8	5.9
	その他	3	2.2
	不明	7	5.1
住居形態	戸建て	84	61.8
	マンション	14	10.3
	アパート	12	8.8
	その他	22	16.2
	特定施設	6	27.3
	サービス付き高齢者住宅	3	13.6
	不明	13	59.1
	不明	4	2.9

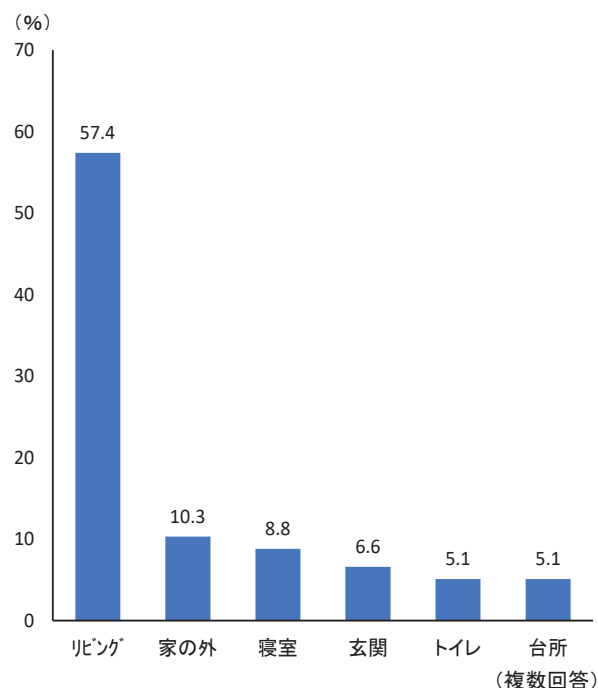


図1 認知症の人が混乱した場所

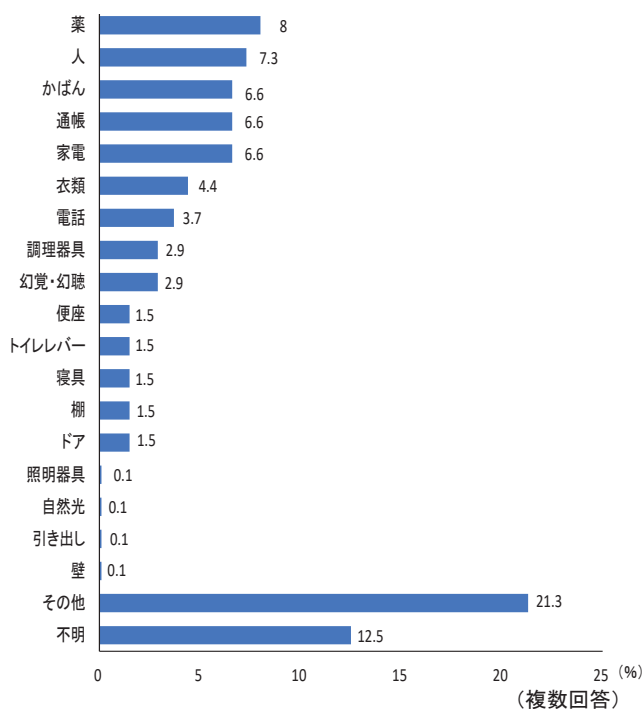


図2 混乱の要因と考えられるもの

4. 混乱する環境要因と考えられるもの

混乱する環境要因と考えられるものについて複数回答の選択肢から選択してもらった結果を図2に示す。混乱する環境要因は多岐にわたっており、薬に関する混乱は11名(8.1%)、人が10名(7.4%)、かばん、通帳、家電がそれぞれ9名(6.6%)、衣類6名(4.4%)、電話5名(3.7%)、調理器具、幻覚・幻聴がそれぞれ4名(2.9%)であった。住環境に関する要因と考えられる項目については、便座、トイレのレバー、寝具、棚、ドアがそれぞれ2名、照明器具、自然光、引き出し、壁はそれぞれ1名(0.1%)であった。

5. 混乱を誘発した要因と対応およびその効果

136名の事例のうち、混乱する環境要因と対応についての自由記述において、分析に十分な記述があった有効回答は124例(91.2%)であった。

混乱する環境要因を分類したところ、住環境関連要因は19件、生活関連要因は77件、そして、認知機能障害関連要因が28件であった。認知機能障害関連要因は、今回の調査対象の疾患の特徴であり、環境要因によるものではないため、今回の分析結果からは除外した。研究目的に沿って、住環境関連要因と、生活関連要因に分類して結果を示す。

(1) 住環境関連要因

住環境に関する混乱する要因と対応を表2に示す。

最も多かったのは、“家電/調理器具の取り扱い”で11件であった。ストーブや暖房に関する記載が多く、主に青森県の事例であった。ストーブが近すぎて水疱ができたり、逆に使い方が分からない、火事を心配するといった理由からストーブやエアコンをつけず寒い部屋で過ごす危険が生じていた。対応として声掛け、貼り紙、訪問時に環境調整などを行っていたが、効果はなく繰り返し、最終的にはグループホームに入居された。また火事につながる危険性の高いガスコンロについては、ガスコンロを撤去するという対応がとられていた。

次に多いのは、“トイレの設備使用”に関するもので6件であった。おむつ、便座、水洗レバーなど、排泄に関する物の使用方法が分からない状況であった。排泄物の処理については本人が納得する説明が見つかったようだが、記憶障害による場合は貼り紙をしても改善は認められなかった。

“ドア”、“布団”がそれぞれ1件ずつあり、ドアが開かない、布団カバーを何度もはずすという記述があった。ドアに関しては傾聴することで相手の気持ちが穏やかになったと記載されていたが、布団を布団カバーから繰り返しはがす行動については、変化はなく同じことが繰り返されていた。

住環境要因については、排泄物処理について混乱した利用者に対して、排泄物を流す場所を伝えてから支援したり、ドアが開かず混乱する利用者に対して傾聴することで対応できていたが、未記載もしくは効果がないものが多かった。

(2) 生活関連要因

物の紛失、内服管理、帰宅願望などの記憶障害にもとづく行動や態度については、すべて認知機能障害関連要因とも考えられるが、記述の内容が地域での生活を継続するために生じている混乱としてとらえ、生活関連要因に含めた(表3)。

最も多かったのは“物の紛失と搜索”で、財

表2 認知症の人が混乱する要因と対応とその結果(住環境関連要因)

混乱する要因	状況	対応	結果	効果
家電/調理器具の取り扱い(11)	冬場で暖まるために反射ストーブを身体に近づけ過ぎて、発赤、水疱が認められる。熱いとか痛いという感覚が麻痺している状態だった。	火傷の処置を行い、ストーブを本人から離れた場所におき、室内が暖まるように台所、寝室へ続く戸を閉めきっていますが、援助者が不在になると改善する前の状態に戻しており、繰り返していた。	24時間見守っていることが独居生活なので難しく、最終的にはグループホーム入居となった。	×
	コンセントがささってあれば、家の中が火事になると言い、冬でも暖房の線を外し、寒い中、リビングにいる。	声掛けしか、出来なかった。貼り紙をした。	未記載	—
	ストーブをつけることができず、遠くの知人宅まで歩いて助けを求めにいった。一度気になると、スイッチ以外のボタンを押し余計わからなくなる様子だった。	ストーブをつけそうな時間に家族が電話し、説明した。	未記載	—
	テレビの電源を切ろうとして、地デジ・BSのカードまで抜いてしまった。正しい入れ方がわからず、テレビが壊れた、アンテナが変になったと話していた。近くの家電屋さんに電話したいと言っていた。	正しいカードの入れ方を説明して挿入。カードはいじらなくて良いことを話した。	十分に理解できているかは不明。	△
	ガスコンロに火をつけたが、消し方がわからなくなり水をかけて消火してしまった。	家族が調理のタイミングで訪問。又、ガスコンロを撤去。	未記載	—
トイレの設備使用(6)	オムツに排便して不快だったが、自力でトイレまで行けない。ボックスティッシュの所まで移動し、オムツを外し、手でティッシュに便をつつみ、どう処理してよいかわからず混乱した。	陰部洗浄し不快感を取りのぞき手浴を行った。トイレの場所を伝え、本人の代りにトイレに便を流す事を伝えると納得。	居間だけで生活するが、自宅の構造は覚えておりトイレの場所を伝えたと納得する。自力でトイレまで行けない事も自覚しているので、うまく伝えたと落ちつく。	○
	使い方がわからなく、「何するの?」と聞かれた。	便座に座らせて「ゆっくりトイレして下さい」と落ちつかせた。	未記載	—
	トイレ後の衣服の順番や水洗レバーを忘れる。	ドアの内側、レバーのそばに「レバーを押して流す」と記して、何度も言っている。	時には流しているが、ほとんど忘れていて、改善しない。	×
ドア(1)	ドアが開かないとドアを叩いていた。	静かに話しかけ相手の話を聞いた。	傾聴し相手の気持ちが穏やかになった。	○
布団(1)	(掛け布団の)布団カバーを何度もはがす。	布団がとれないように、ひも等でくくりつける。	同じことを繰り返した。	—

1. 混乱する要因の()内の数値は記述数を示す。

2. 効果の欄は、○は効果あり、△は一次的もしくは限局的に効果あり、×は効果なし、—は評価不能を示す。この評価は、結果に記載された自由記載部分だけでなく、状況・対応の自由記載部分を含めて、一連の文脈から、混乱した状況への対応方法が効果的であったかについて、研究者が評価した。

表3 認知症の人が混乱する要因と対応とその結果(生活関連要因)

混乱する要因	状況	対応	結果	効果
物の紛失と捜索(16)	探しても通帳が無い。どこに片付けたか忘れてしまう。通帳に使用している印かんがないと言う。	一緒に探す。置場所を決める。通帳の管理をケアマネージャーや関係機関と話し合い、後見人さんを決める。	お金の管理がスムーズになった。一緒に銀行へ行って確認と引き出す事が出来ている。	○
	病院でもらったインスリン注射に使用する物品がないと話した。病院に確認すると渡したとのこと。本人とバッグの中等を探すが見つからない。物品が入っていた袋はあり、本人に話すが本人は「もらっていない」とひたすら話していた。	ゆっくりとした口調で声かけし、一緒に物品をさがした。見つけた物品も自分(訪問看護師)は手をつけず、指さして本人と一緒にとりだした。	何回もあり改善はしなかった。	×
内服薬管理(12)	カレンダーにセッティングしてあった内服薬約1週間分を、ばらばらにして(自分で)、何を飲むか分からないが、飲まないといけないことに混乱していた。	整理し直して、ゆっくりとした態度で、「焦らなくてもいいよ」と行動しながら対応した。	こちらは、落ちついて、分からなくなっている状況を理解した態度を取ることで、本人も落ち着いたのかと思う。	△
	年月日、曜日がわからず、いつの薬を飲んで良いのかわからない。薬カレンダーで管理しており、曜日でなく、日付でセットされている。	家族と、週2回訪問看護時、服用ができていないかチェック。訪問時に一緒に通常のカレンダーをみながら日付を確認。	独居で、日頃の状況を把握するには限界がある。飲み忘れや、いつ飲むかなどがストレスとなり、パニックになる可能性があり、対応が難しい。	×
外出(11)	畑仕事をふらつきながら行っていた。畑に肥料を入れないと、家に入ってくれなかった。	一緒に作業を行い、一段落ついた所で家の中へ促した。	未記載	—
	「以前勤務していた職場に行ってくる」と、家族が制止しても聞かず、暴言、暴力行為あり。タクシーを止めて乗り込もうとした。	(雪の中)道路に出てタクシーを呼びとめたのでタクシーに同乗した。以前の勤務先へ行き挨拶し、会社の方の名刺を頂いた。	その後、帰宅し夕食の際、精神科相談、安定剤、眠剤服用。翌日、入院透析と精神科対応できる病院へ紹介入院する。	×
帰宅願望(8)	ご自身の出生地に帰らないといけないのに行き方がはっきりわからない。おおよその行き方でバスで行くと言う。	9時の時点で「11時頃のバスで家族が来られる」と電話で話した」と、一応の設定をして伝えて部屋を離れる。	安心し、次に訪室した時には先程の話は忘れていて、今やることを促すとおさまっていた。	△
	自宅に居るのに「帰る」「着替えをするから出して」等	不穏状態が続く、最終的に鎮静剤を使用した。	落ち着いたとはいえない	×
ケアの受け入れ困難(7)	入浴介助の依頼があり訪問する。訪問直後のバイタルチェックを行った時は入浴すると話していたが、介助者が着替え(入浴着)をしている間に拒否が強くなり入浴出来なくなった。	本人と奥様に全身清拭や足浴に変更しようかと提案するが受け入れられず。奥様も清拭でも良いと言ってくれた。	訪問看護の時間が1時間という限られた時間である為、もう少しゆっくり本人の気持ちが変わるのを待ってあげる事が出来なかった。	×
	デイ(サービス)の準備の為に声掛けし衣類を預かった時、「行かない」「どろぼう、返して」と興奮ぎみであった。	デイサービスに行き、入浴して、さっぱりして来たと伝える。その為にバスタオル、下着、洋服を準備して持って行くと言明する。	本人が納得していない。	×
貴重品の管理(7)	バッグに貴重品を入れて、いつも持ち歩いています(トイレにも)。「家に人が入って持って行かれる」といつも話し入浴に強い拒否あり。	本人と一緒に玄関までの鍵を閉め、カーテンを閉め、浴室のドアを少し開けてバッグが見える所に置く様にしたら、入浴出来る様になった。	バッグがそばにあれば何とかなる。ナイロン袋に入れて、浴室室内に入れておけば、もっと落ちついて入浴出来ると思う。	○

	ショートステイから帰宅して「カバンを持って帰ってこなかった。どこにもない。」と探していた。物の置場所が変わると、わからなくなる。あるべき所に置いてないと不安になる。	「ケアマネージャーに電話して、カバンが家になくて困っていると伝えます。ショートステイへ連絡して探してもらおう」と話した。「だから今は、この事をします」と話題を変えた。	話を聞いて、時間が経過すると、いつも落ちついていった。こだわっていたことを忘れてしまう感じ。	△
専門職 (5)	訪問時間になっても看護師が来ない、どうなっているのだと電話あり。激怒しており、興奮が強い。(朝に訪問時間の連絡をしており、その時間になっていないのに電話が2回も来た。)	とりあえず謝り、「朝〇時にうかがうとお話していたと思いますが、どうでしたか?」と伝えるとしばらく怒っているが「それで良いです」と落ちつく。	思いこみをどうすれば落ちつかせられるか。電話なので伝わったか自信がない。	×
	家族から鍵を預かっている為、ピンポンを鳴らして入ろうとすると、すごい剣幕で「あんた達何さ、帰ってください」と言われた。いつもは温厚に迎えてくれていた方なのに。	「鍵は娘さんから預かって訪問しているので、娘さんに渡しておきます」と話す。その日は家の中に入らず帰る。	後に神経科を受診し、お薬(安定剤)が増量となり落ちつかれ、その後は興奮する事なく現在に至っている。	○
介助が必要なのに一人で動く(3)	尿意があり一人で起きようとしていた。	低床ベッドにし、一番低い位置にした。点滴のラインやバルンなど整理、巡回を密にしてもらう。	未記載	—
	夜急に起き上がり独歩困難を忘れて歩き出そうとし転倒。家族が制御出来ず困った。二人がかりでベッドに戻した。	翌日訪問した時は落ち着いていたので、話を聞き原因を確認。家族に逆らわずに見守り、事故予防に努める事と連絡をもらいたいと話した。	安心された。	△
家族との関係(2)	認知症を理解できていない家族の言動(発言)に対応できなくなって、混乱が混乱と呼んでいた。	どちらにも落ちつくように(特に家族に)説明して、距離を置かせた。	その場は収まるが、その後も同じような事がある。	△
物の管理(2)	(独居)台所に腐敗した食物があったため、食中毒や悪臭防止、環境整備のために片づけを行った。台所に踏み入られたくない本人が混乱し、興奮状態となった。	2人で訪問し、1人が会話やバイタル測定で気を紛らわしながら、もう1人が片づけをした。	台所に踏み入られることに拒否はあるが、場面を目の当たりしないことで混乱がさけられた。	△
買い物(1)	金銭が足りない等何度も財布を確認し、店内をウロウロされる行動があった。財布の中にメモを入れ少ない金額のみ入れた。店員の話が聞き取れずに、理解が出来なかった。	今後は、本人の顔を店員の多くに知ってもらい、混乱した際には警察を呼ぶ際に、同時に事務所へも連絡をくれるよう伝えた。	未記載	—
痛み(1)	骨折して、痛みが出現したが、本人は骨折して手術したことを覚えておらず、地域包括に(連絡が)入った。「娘が朝、包帯をさわってから痛くて仕方ない」と訴える。	訪問し、包帯、シーネの固定を直し、状況を説明。家族による巻き直しを中止した。	痛みが軽減したことで、訴えず、いつも通り生活ができた。	○
負の感情記憶(1)	退院後、訪問看護が入り訪問しているが、病院での恐怖体験(ライン確保、採血等)から看護師という存在を恐れている。声をあげて怖がる。	病院での体験(ライン確保、採血等)のようなことはしない。様子を伺いにきた。本人が信頼している医師がいたのでその医師に依頼されて訪問にきた等と話した。	一時的には改善するも再燃した。しばらく自宅での生活になれるまでは毎回訪問時に同様のことは続いた。	△
書類(1)	届いた書類を見て、どうすれば良いのか混乱していた。	届いた書類をヘルパーが見て、家族にお願いした方が良かった為その旨を説明。	書類等が届くたび悩まれるため、その都度対応が必要。	×

1. 混乱する要因の()内の数値は記述数を示す。

2. 効果の欄は、○は効果あり、△は一次的多くは限局的に効果あり、×は効果なしを示す。この評価は、結果に記載された自由記載部分だけでなく、状況・対応の自由記載部分を含めて、一連の文脈から、混乱した状況への対応方法が効果的であったかについて、研究者が評価した。

布、通帳、かばんを探していたが、医療処置に関連する必需品も含まれていた。対応としては、一緒に探し、専門職が先に見つけても、できるだけ本人が見つかるように誘導する対応が記述されていた。こうした対応だけでは不十分であったが、表に示したように後見人を定めるなどの制度を利用して根本的な問題への対処を行うことで解決できた事例があった。

内服管理が混乱の要因となった事例は12件あり、お薬カレンダーを活用するなどして訪問看護師が内服管理していたが、うまく管理できないだけでなく、「何を飲むか分からないが、飲まないといけない」という本人の言葉や、対応の結果の「飲み忘れや飲む管理がストレスとなり、パニックになるようでは対応が難しい」という記述があり、内服管理が本人を追いつめ、興奮やパニック状態を引き起こす事例があった。

外出(11件)と帰宅願望(8件)は、実際に外に出て行ったものを“外出”とし、「帰る」という発言のみで外には出ていないものを“帰宅願望”とした。「畑に行く」という事例が複数あり、表に示したように訪問介護員と一緒に畑に出かける対応を行い、落ち着いてから帰宅を促していた。タクシーで以前勤務していた会社に行こうとした事例では、興奮を抑えきれず、一緒にタクシーに乗車して会社に行き、挨拶をして帰ってくるという対応を行っていた。しかしこれは根本的な解決にはいたらず、精神科の病院に入院していた。帰宅願望については、話を合わせて本人が納得できる説明を行い、一旦離れることで、一時的ではあるが落ち着くことができたというものと、そうした対応では限界があり、向精神薬を使用した例が複数あった。

“ケアの受け入れ困難”は7件、“専門職への不信”は5件あり、“ケアの受け入れ困難”では、入浴介助や通所サービス送迎支援の際に断られる場面、“専門職への不信”では、本人が思っている時間に来ないことへの不満や、預かっている鍵で室内に入るといつもは温厚に受け入れてくれるのに強く怒られたという記述があった。ケア専門職にとっては理不尽な強い言葉を投げかけられるが、謝罪、丁寧な提案、家族の

意見を聴くなどの対応を行っていた。一時的に落ち着いたという記述もあったが、怒りや不信感を解消することができず、精神科を受診して向精神薬を処方された事例もあった。

“貴重品の管理”は7件あり、これは貴重品を紛失するのではなく、いつも手元に置いておかないと不安になるというものをまとめた。バッグに貴重品を入れていつも持ち歩く事例では、物盗られ妄想も含むが、“貴重品の管理”に関する情報が中心であることからこちらに分類した。バッグをそばに置いていつでも確認できるようにすることで解決していた。担当者は今後の工夫として、バッグをナイロン袋に入れて浴室に持って入れればより落ち着くことができるというアセスメントも行っていた。

“介助が必要なのに一人で動く”は3件あり、実際に転倒してしまった事例もあった。特定施設の事例では、点滴やバルンのルート類を整理、巡回を密にする(特定施設の夜間巡回)対応を取っていたが、在宅の事例では、訪問した時にはすでに落ち着いていたが、次に同様のことが生じた場合に備えた家族への指導を行っていた。

生活関連要因では、物の紛失と捜索や、貴重品の管理などで、いくつかの効果的な対応があった。

考察

1. 地域で生活する認知症高齢者の混乱の要因

認知症の人が混乱する場所は半数以上がリビングであった。リビングは日中、長時間過ごす場所であり、看護師や介護員が訪問したときに何う部屋でもあるため、リビングでの混乱に遭遇することが多いと考えられる。リビングなどの長時間過ごす空間を中心に、混乱する要因を減らすための環境調整を日頃から行う必要がある。先行文献では、リビングルーム、寝室、トイレ、風呂場、廊下といったスペースごとの工夫のポイントが示されている。たとえば、各部屋のドアの目の高さの位置に、その向こうに何があるか理解できる文字と絵(ピクトグラム)を用いたサインを設置する、食事の際のダイニングルームでは、テーブルクロ

スや音の出にくい食器などを使用して音がたたないように配慮する、トイレでは便座のシート部分を青などにして、色のコントラストにより便座を認識しやすくすることなどを紹介している^{11,14)}。

一方で、混乱の要因について選択肢を提示してたずねたところ、薬剤、人、かばん、通帳、家電、衣類、電話、調理器具、幻覚・幻聴などさまざまな要因が選択されたが、どの項目も1割未満であった。また、混乱していた状況の記述から、混乱要因を分類したところ、生活要因、住環境要因ともにさまざまな要因が存在することが理解できた。認知症の人の混乱要因は多岐に渡るため、個別に要因を特定し、混乱を軽減する対応方法を検討する必要がある、そのためには彼らの経験を理解することが求められる。認知機能障害にもとづく生活障害には、新しく得た情報をすぐに忘れる、新しい情報の理解の遅れ、繰り返し同じ話・同じ質問をする、物の置き場所を間違える、最近の情報を忘れるといったものがある⁶⁾。DSDCは、認知症の人の自宅のデザインを考えるための第一の原則として、彼らが抱える困難を念頭におくことを挙げており、彼らの困難を推測しつつ、認知症の人が持つスキルを活かしたシンプルな支援の提供が求められる¹¹⁾。

2. 認知症の人の混乱を軽減するための対応

住環境要因では、“家電/調理器具の取り扱い”が最も多く、危険につながる暖房やガスコンロに関する要因が多かった。危険につながるものは、専門職に認識されやすい。解決できないことでグループホームへの入居につながった事例もあったが、これはSmart home technologyの一つとして、家族が遠隔からスイッチや温度を操作できるエアコンを活用することで解決できる可能性がある¹⁵⁾。

一方、“トイレの設備使用”は、本人が経験する困難が明確に表れやすく、把握しやすいといえる。しかし、場所を伝える、声掛け、メモを貼るなどの対応では効果的でなかった。DSDCは、トイレに行こうと思っても、トイレに行くまでに目的を忘れてしまうことがあるため、トイレを認識しやすい工夫が必要と指摘している。またドアを開けたときに便座を認識しやすいよう便座にコン

トラストが明確な色をつける(日本ではカバーをつける)、トイレ内の照明を明るくするなども挙げている¹¹⁾。本調査の“トイレの設備使用”の事例もトイレで「何するの?」と聞いており、目的を忘れたり、便座が見えにくくトイレを認識できない可能性は否めない。

生活関連要因では、本人のこだわりや、心配ごとが解決されない状況により、混乱が生じていた。訪問看護・訪問介護は限られた時間の中での決められたケアの実践が求められるにもかかわらず、混乱した状況に対して臨機応変に対応していた。中には畑作業やタクシーでの外出に同行するなど、介護保険制度の適応ではないものもあるが、そのように対応せざるを得ない状況であると考えられる。こうした臨機応変な対応の効果は、一時的、もしくは効果がないものがほとんどであった。

しかし、“物の紛失と搜索”の通帳や印鑑を紛失することに対して後見人を決めたことで金銭管理ができるようになった事例と、“貴重品の管理”のバッグが気になって入浴を強く拒否するため、玄関の鍵やカーテンを閉め、さらに浴室のドアを開けてバッグを見えるようにしたことで入浴できるようになった事例は、解決できていた。こうした対応方法の検討は、通帳や印鑑を管理しきれないことへの本人の不安や、入浴中にだれかに大切なバッグを盗られるのではないかという疑いなどの認知症の人が抱える困難に対して、直接的にアプローチしていた。混乱を回避するためには、本人が繰り返す行動をやめるように対応するのでは解決が難しく、本人が困っていることに焦点をあてて解決するアプローチが重要であることが理解できる。

また今回の調査では、訪問看護師・訪問介護員を対象として、彼らと認知症の人とのかかわりに焦点をあてたため、限られた時間における一時的な対応しか行えていない。そのため、長期的な効果を把握しにくく、未記載や効果がないとする記述が多くなった可能性がある。今後は、家族と同居している対象者については、家族への情報共有や家族の対応も含めて、情報を得る必要がある。

3. 光や視覚の重要性

今回の調査では、混乱の要因の選択肢において照明器具と自然光が1件ずつ報告されたのみであり、自由記載には記載がなかった。しかし、多くの文献が光の重要性を指摘しており、Stirling大学のDSDCは、なかでも光の調整について強調している。たとえば、認知症高齢者は目の老化にともない若い人よりも強い光が必要であることや、体内時計を刺激するためにも日中の光が重要であり、夜間には部屋を暗くして睡眠を促すことが記述されている。さらに暗い色の敷物などが穴に見えることがあるため、認知症の人が足を踏み出さない場合にはそれらを取り換えることを提案している^{11,13,15)}。また、白色LEDの光に含まれる青色の波長が朝方の時間帯においてメラトニン分泌を抑制し、セロトニン分泌を促進することから、日中、特に午前中にこうした光を浴びることから、サーカディアンリズムを整え睡眠障害や夕暮れ症候群への対策にもつながるという^{16,17)}。我が国でも太陽の位置によって自動的に光を調整するスマート照明システムが開発されており、認知症高齢者の生活にも活用できる¹⁷⁾。さらにDSDCはSmart home technologyの活用を推奨しており¹⁵⁾、見えやすくするためのセンサーライトや、大切なものを見つけやすくするためのキーファインダーを用い、家族が遠隔で操作することで解決することもできると勧めている。こうしたさまざまな対応方法については、実際に用いた状況やその結果について、DCネットのBPSDスポット調査¹⁸⁾などの媒体を活用して全国の専門職が共有できるとよいと考える。

光に関しては、「見えにくい」という本人の経験は第一人称の感覚であり、ケア専門職には伝わりにくい。認知症の人の視覚情報の認識については、本人の行動を注意深く観察することによって、対象物を認識できているのか、混乱の要因になっていないかを丁寧に観察し、調整することの重要性をケア専門職が意識する必要がある。さらに、訪問看護師や訪問介護員は日中訪問することが多く、屋外は明るく、訪問した時に照明をつけることができるため、来訪者がいないときの認知症の人の生活状況を把握しにくい可能性がある。訪問したときに照明を消している家庭では、照明

をつける前に認知症の人の動きを観察したり、暗くなる夕方から夜間の過ごし方を本人や家族に確認することで、本人の生活のしづらさを把握できれば、対応可能な環境調整を行い、認知症の人の混乱を予防できる可能性がある。

4. 本研究の限界と課題

本研究は、地域で生活する認知症の人が混乱する要因と対応、その効果について、訪問看護師と訪問介護員を対象として調査したものである。認知症の人が混乱する要因を調べるにあたり、本人を対象として直接インタビューや観察を行ったものではないため、ケア専門職の気づきと解釈によりとらえ方が異なることは否定できず、他者評価によるバイアスがかかっている可能性がある。また、住環境に焦点を当てた調査であるにも関わらず、生活関連要因に比べて、住環境関連要因は少なかった。今回の調査回答者は、生活を支える職種であり、生活全般にわたる多様で複雑な情報を持つため、回答する際に生活と環境を区別し、環境要因に焦点をあてることが困難であった可能性がある。今後は、住環境関連要因の具体例を示し、住環境を明確にイメージできる構成の調査票による調査を行う必要がある。

また、HPなどを通して誰でも認知症の人の生活を支える情報にアクセスできる仕組みを構築したい。

本論文の全著者はCOIに関する報告はない。

謝辞：本研究は、公益財団法人三井住友海上福祉財団2017年度〔高齢者福祉〕研究助成を受けて実施した。

文献

- 1) 厚生労働省：認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)．<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>, 2021.8.24アクセス。
- 2) 厚生労働省：認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)．https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf, 2021.8.24アクセス。

- 3) 栗田 主一 : Dementia friendly community の理念と世界の動き. 老年精神医学雑誌, 28(5): 458-465, 2017.
- 4) 栗田 主一 : 認知症への社会精神医学的アプローチ Dementia friendly community をめざして(解説). 日本社会精神医学会誌, 26(4): 332-336, 2017.
- 5) 山口晴保、伊東美緒、藤生大我 : 認知症ケアの達人を目指す. pp28-37, 協同医書出版社. 2021.
- 6) Pace V, Treloar A, Scott S : DEMENTIA - from advanced disease to bereavement. pp15-19, Oxford university press, 2011.
- 7) Weisman GD, Cohen U, Day K, et al: Programming and design for dementia ; Development of a 50 person residential environment, pp22-24, Center for architecture and Urban planning research, 1990.
- 8) 高橋志保、赤木徹也 : 我国における認知症高齢者の住環境に関する研究動向と課題 : 第三報. 老年社会科学, 32(2): 277, 2010.
- 9) 岡田威海監訳、濱崎裕子訳 : 老人性痴呆症のための環境デザイン : 症状緩和と介護をたすける生活空間づくりの指針と手法. pp58-68, 彰国社. 1995.
- 10) Ames D, O'Brien JT, Burns A : DEMENTIA 5th edition. pp304-307, Taylor & Francis Group, 2017.
- 11) Andrews J : 10 Helpful hints for dementia design at home: Practical design solutions for carers living at home with a person who has dementia, pp22-27, University of Stirling. Dementia Services Development Centre, 2014.
- 12) 大島千帆 : 介護支援専門員への調査に基づく認知症高齢者への住まいの工夫の実施状況と効果. 日本認知症ケア学会誌, 15(2): 522-529, 2016.
- 13) Bowes A, Dawson A : Designing environments for people with dementia. pp68-72, Emerald Publishing Limited, 2019.
- 14) Baker C : Developing excellent care for people living with dementia in care homes. pp130-134, Jessica Kingsley Publishers, 2015.
- 15) Keelin T : 10 Helpful hints for dementia on heating and lighting for people with dementia and their carers. pp22-25, University of Stirling. Dementia Services Development Centre, 2015.
- 16) Oliveira A M, Radanovic M, Mello PCH, et al : Nonpharmacological interventions to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia : A systematic review. 218980, Bio Med Research International, 2015.
- 17) 岡本和士 : 概日リズムの改善を目的としたLED照明システムの開発ー「スペクトロセラピー」の確立をめざしてー, 医工学治療, 26(3): 133-138, 2014.
- 18) 認知症介護研究・研修センター : 認知症介護情報ネットワーク. BPSD スポット調査登録サイト. <https://careregistry.dcnnet.gr.jp/login.php>, 2021.10.15 アクセス.