

身体拘束（防止）マニュアル



令和7年4月

訪問看護ステーションそよかぜ（看護・リハ・居宅）

訪問看護ステーションそよかぜ熱海サテライト

伊東の丘ヘルパーステーション

(3) 身体拘束禁止規定

■ 介護保険指定基準の身体拘束禁止規定

「サービスの提供にあたっては、当該入所者（利用者）又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為を行ってはならない」

○ 介護保険指定基準上、「当該入所者（利用者）又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体を保護するための緊急やむを得ない場合」には身体拘束が認められているが、これは、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られる。

＜三つの要件をすべて満たすことが必要＞

- ◆切迫性 利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
- ◆非代替性 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと
- ◆一時性 身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

※3つの要件をすべて満たす状態であることを「身体拘束廃止委員会」等のチームで検討、確認し記録しておく

■ 介護保険指定基準に関する通知

「緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者（利用者）の心身の状況、並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない」（2年間保存）

○ 身体拘束に関する記録の義務づけ

- ・ 具体的な記録は「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」（P74～P75）を用いるものとし、日々の心身の状態等の観察、拘束の必要性や方法に関わる再検討を行うごとに逐次その記録を加えるとともに、それについて情報を開示し、ケアスタッフ間、施設・事業所全体、家族等関係者の間で直近の情報を共有する。

2 身体拘束ゼロ作戦の推進

(1) 趣 旨

○ 介護保険法の施行に伴い、身体拘束が原則として禁止され、また、ゴールドプラン2 1においても、これを踏まえた質の高い介護サービスを実現することとされたが、その趣旨を徹底し、実効をあげていくためには、現場において身体拘束を廃止するための努力を重ねるとともに、それを関係者が支援していくことが重要。

○ このため、身体拘束廃止を実現するための幅広い取組みを「身体拘束ゼロ作戦」としてとりまとめ、関係者の協力の下でこれを推進。

(2) 国の主な取組み

① 推進会議の開催

○ 身体拘束ゼロ作戦を推進していくために、関係者をメンバーとする推進会議を開催し、身体拘束廃止に向けた幅広い意見・情報交換を行うとともに、種々の取組みを推進。

(平成12年6月、平成13年3月、12月の3回開催)

② 「身体拘束ゼロへの手引き」の作成と普及

○ 身体拘束廃止の趣旨、具体的なケアの工夫や実例などを盛り込んだ、介護現場用の手引きを作成し、その普及を促進。

(平成13年3月末より配布)

また、認知症介護研究・研修東京センターにおいて、「手引き」に基づいた啓発用のビデオを作成し、配布。(平成14年7月)

③ 身体拘束廃止を支えるハード面の改善

○ 身体拘束廃止の実現を支えるためのハード面の改善を目的として、介護分野や福祉機器分野などの専門家からなる研究委員会を設置し、開発・普及に取り組んでいる。

(平成13年8月に「報告書」をとりまとめ配布)

④ 高齢者介護施設において身体拘束を廃止するために必要な方策に関する調査研究

○ 平成19年度老人保健健康増進等事業により、全国の介護保険施設における身体拘束廃止の状況について調査を実施。

(調査実施：三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

(3) 都道府県の主な取組み

※ 各都道府県の身体拘束廃止の取組を支援するため、国庫補助制度を創設。（平成13年度～）

① 身体拘束ゼロ作戦推進協議会の開催

○ 身体拘束に関する相談を行うに当たり、関係機関との連絡調整及び相談機能の強化を図るため、関係者をメンバーとする推進協議会を開催。（平成13年度～）

※ 平成19年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行。

② 身体拘束相談窓口の設置

○ 都道府県の推進会議などに、介護の専門家が、介護担当者や利用者の相談に応じ、身体拘束を廃止していくためのケアの工夫等について具体的な助言・指導を行う、身体拘束相談窓口を設置。

（平成13年度～平成17年度）

※ 平成18年度以降は「地域支援事業」に移行。

③ 相談員養成研修事業の実施

○ 介護相談員や在宅介護支援センターの職員などを対象として、身体拘束に関する基礎知識等の研修を行い、身体拘束廃止の助言・指導ができるような人材を養成。

（平成13年度～平成17年度）

※ 平成18年度以降は「地域支援事業」に移行。

④ 家族支援事業の実施

○ 家族に対し、身体拘束の意義を理解させるための講習会を実施するとともに、住民の身体拘束に対する理解を深めるための説明会等を開催。

（平成14年度～平成17年度）

※ 平成18年度以降は「地域支援事業」に移行。

⑤ 権利擁護推進員養成研修事業の実施

○ 施設長、介護主任等、身体拘束廃止含めた権利擁護の取組を施設内で指導的立場から推進することができる職員に対して、講義・演習・自施設実習を通じて、身体拘束廃止に関する実践的手法を習得し、現場レベルで取組みを行う人材を養成。

（平成17年度～）

※ 平成19年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行。

⑥ 看護職員研修事業の実施

○ 看護指導者養成研修

- ・ 各都道府県において看護の指導的立場にある者を対象に、医療的な観点から身体拘束廃止を含めた権利擁護の取組を行うことができるよう、専門的な知識・技術を修得し、各都道府県で実施される研修の企画・立案への参画、又は講師となる人材の養成。（平成１７年度～）

※ 平成１９年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行。

○ 看護実務者研修

- ・ 施設等の現場において、実際に身体拘束廃止を含めた権利擁護の取組を推進することができる看護職員（看護主任等の責任者クラス）を対象に、医療的な観点から身体拘束廃止の取組みを行うための実践的な知識・技術を修得。（平成１７年度～）

※ 平成１９年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行。

⑦ 身体拘束廃止事例等報告検討会

- 身体拘束廃止の取組が更に充実するよう、各都道府県内において、身体拘束廃止に向けた取組事例等に関する報告検討の場を設置。（平成１８年度～）

※ 平成１９年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行。

3 身体拘束廃止に向けた取組みに係る運営基準等の改正

（１）運営基準等の改正

- 平成１２年の介護保険法の施行当初より、介護保険施設等の運営基準において、入所者の生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行ってはならない旨を規定していたところ。

身体拘束廃止に向けて更なる取組を促すため、以下のように運営基準等を改正。（平成１５年４月１日より施行）

- 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の義務を、運営基準上に明記。

- ・ その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録。
- ・ 当該記録を２年間保存。

- 解釈通知上に、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の手続きについて、運営規程に記載することが望ましい旨を、新たに規定。

(2) 介護保険施設等の指導監査

- 施設等の指導監査における着眼点において、身体拘束に係る事項を明記し、都道府県の指導監査を通じ、身体拘束の廃止に努めている。

(3) 身体拘束廃止未実施減算の新設（介護報酬上の取組み）

- 身体拘束については、現行基準上、原則としては行ってはならず、例外的に行う場合においても理由等の記録を行うことが義務付けられているが、こうした基準を満たしていない場合に減算（5単位/日）を行う。（平成18年度～）

4 介護保険施設における身体拘束の状況

(1) 調査の対象・内容等

- 平成16年12月1日現在において開設済みの全国の全ての介護保険施設を対象に、身体拘束の実態や廃止に向けた取組状況等について調査（介護保険施設における身体拘束状況調査〔認知症介護研究・研修仙台センター〕）を実施。

（参考）調査対象施設数 12,366か所

（内訳）	介護老人福祉施設	5,366か所
	介護老人保健施設	3,167か所
	介護療養型医療施設	3,833か所

(2) 身体拘束の現状等（調査結果より）

- 調査結果によると、施設における身体拘束の現状は、以下のとおり。

- 施設における拘束率（身体拘束の実施率）

1人も身体拘束を行っていないとする施設は、全体の35.7%
→ 1人でも身体拘束を行っている施設は、全体の64.3%

- 例外3原則との関係

- ・ 例外3原則に該当するもの 67.9%
- ・ 例外3原則に該当しないもの 32.1%

※「生命等が危険で他に方策がなかった」以外の理由により身体拘束を行ったという施設が約５割に認められた。

(参考) 例外３原則の定義

- ・ 緊急やむを得ない場合に例外的に身体拘束を行う場合の要件であり、「①緊迫性」「②非代替性」「③一時性」からなり、かつそれらの要件の確認等が極めて慎重に実施されているケースに限られる。

○ 身体拘束廃止への取組状況

- ・ 身体拘束廃止に関する勉強にどのように取り組んでいるか。
 - ・ ほとんど行っていない 29.9%
 - ・ その他 26.2%
 - ・ 管理者等が率先して行っている 26.0%
 - ・ 職員だけで毎月行っている 17.9%

※「その他」の内訳：「不定期・必要に応じて・限定的に」
「外部研修等の利用」
「毎月ではないが定期的に実施」等。

○ 認知症のケア

- ・ 被拘束者の認知症高齢者の日常生活自立度別人数の割合は、認知症が重症である人の割合が高い。身体拘束を誘発する要因として認知症があること、もしくは認知症の行動・心理症状を示していることがよく指摘される。
 - ・ ランクⅢ 41.5%
 - ・ ランクⅣ 39.3%
 - ・ ランクⅤ 9.5%

○ 身体拘束廃止に向けた取り組みの前後での拘束の変化

- ・ 身体拘束廃止に向けて取り組んできた現在と取り組み以前とでは、どのような変化があるか。
 - ・ 身体拘束が減少した 55.6%
 - ・ 身体拘束を一切行わないこととした 31.9%

全ての施設の８割以上で身体拘束廃止の取り組みによる効果が生まれている。

(参考) 「介護保険施設における身体拘束廃止の啓発・推進事業報告書」より抜粋

(1) 身体拘束の現状

○ 本調査の結果をこれまで行われてきた各都道府県の身体拘束に関する調査の結果と比較すると、都道府県ごとに違いはあるものの、また対象とした施設種別や算出方法の違いはあるものの、それらを勘案しても全体的に見れば拘束率は下がっているものと考えられる。

また、各都道府県で継続的に調査を行っている場合、拘束率は低下傾向が示されており、今回の結果を合わせると全国的にも身体拘束廃止に向けた取り組みの成果が年々顕在化していきいているものと思われる。

また、本調査では施設内拘束率の分布をはじめて示したが、これを見ると拘束率が5%未満の施設が目立って多く、身体拘束の実施を完全に廃止するには至らないものの、それに近い状態に達している施設が相当数に上るものと考えられる。

身体拘束が実施された場合の被拘束者の属性としては、①年齢が高く、②男性で、③要介護が高いほど、④認知症が重症なほど、⑤寝たきり度が高いほど身体拘束を受けるリスクは高まることが予想される。

また、身体拘束の行為種別を見ると、ベッド柵やY字型拘束帯・腰ベルト等などの特定の行為が多く、被拘束者の属性と関連が見られた。これらの被拘束者属性や行為種別については、これまで具体事例も含めて改善策が多々示されているため、それらを参考に取り組みが可能なものと思われる。

一方、主たる身体拘束の実施状況を見ると、「緊急やむを得ない」もので他に方策のない状況であることが多いことが示されている。これに伴い家族への説明等も高い割合で実施されており、身体拘束を実施する際の判断や手続きについては浸透しつつあるものと思われる。

しかし、「緊急やむを得ない」場合に該当しない身体拘束が約3割あり、「生命等が危険で他に方策がなかった」以外の理由による実施が約5割に認められた点については、施設種別による違いも含めて今後の改善課題といえよう。

（２）身体拘束の廃止に向けた取組状況

- 多くの施設において、身体拘束廃止委員会等の組織の設置や、家族への説明方法の整備、対応方針や手続きの策定といった身体拘束の廃止に向けた取り組みが行われていた。これらのことが、前述のように具体的に身体拘束が減少もしくはなくなるという形で結実しつつあることがうかがえる。

これに伴う介護事故なども全体としては特に増加はしておらず、研修外の研修等の受講なども含めたさまざまな取り組みが功を奏していると思われる。さらに、過半数の施設で身体拘束の廃止に向けて３年以上の取り組みがなされており、継続的な取り組みの効果が見られていると考えられる。

その中で具体的な手続きや判断方法の策定、施設内での学習体制については未整備な施設がやや認められたため、今後これからの実践を一段と推進するために取り組みが行われることが望まれる。

また、このことを確かにするためにも、都道府県における実地指導時の調査・指導内容の一層の充実が期待されよう。

（３）身体拘束廃止への取組等と拘束率との関係

- 施設内拘束率の分布状況は、施設の対応方針や身体拘束を行う際の手続き、講習・研修等の受講状況や学習状況といった、身体拘束の廃止に向けた取り組みの状況と関連しており、これらの取り組みが十分に実施されている場合ほど、施設内拘束率の低い施設の割合が高いことが示された。

これらの傾向は、身体拘束廃止の阻害要因として指摘されやすい、人員配置状況との関連よりも強い傾向であると考えられる。結果を総合すると、その中でも特に、身体拘束を一切行わない、あるいは行わざるを得ない場合でも一定の手続きを課すといった方針と手続きの策定、管理者やリーダーなどの業務に関する決定権者の学習状況と施設内での学習の実践といった、トップが決意し、施設全体へ浸透させるような取り組みが効果をもたらしているものと考えられる。

したがってこれらの取り組みが既に行われている施設ではこれをさらに推進し、十分でない施設では今後早急に取り組むことが望まれる。

(4) 身体拘束廃止を推進するための提言

①「身体拘束を一切行わない」方針を明確にする

○ 身体拘束の廃止に最も効果的と考えられるのは、施設内で「身体拘束を一切行わない」という方針を選択し、それを明確にすることである。特にこのことは、調査の結果では、身体拘束の実施率を低くすることよりも、身体拘束を「行わない」ことにより強く関係していた。また、こうした方針を施設全体に浸透させることも効果的であると考えられる。

②「緊急やむを得ない」場合について厳密に検討する

○ 調査の結果から、「緊急やむを得ない」場合に例外的に身体拘束を行う場合の要件である「例外3原則」(①切迫性、②非代替性、③一時性からなり、かつそれらの要件の確認等が極めて慎重に実施されているケースに限られる)は、現在のところ、必ずしも要件のとおりには運用されていないことが示された。

この「例外3原則」に真に該当するケースは、身体拘束の理由も含めて厳密に考えると、多く見積もっても被拘束者全体の約4割であり、残りの6割については身体拘束を行わずにすむ可能性が見出されている。さらに、「例外3原則」の要件について施設管理者が厳しいと感じている場合、身体拘束を行いやすいことも示唆されている。「緊急やむを得ない」場合にあてはまるケースかどうか、厳密に検討していくことでなくすことができる身体拘束は多いと考えられる。

③ 利用者の状態を把握し、身体拘束の危険性を検討するための仕組みをつくる

○ 調査の中で、施設内の身体拘束の実施率が低いこととの関連が認められたのは、施設サービス計画の作成時に身体拘束を誘発するリスクを検討する仕組み、身体拘束に陥る危険性の高い入所者(利用者)を把握する仕組み、身体拘束に陥る危険性の高い入所者(利用者)への介護へのあり方を検討する仕組みなどであった。こうした取組を実践することが、身体拘束を未然に防ぐために有効と考えられる。

④ 身体拘束に関わる手続きを定め、実行する

○ 身体拘束を行う場合の手続きを定めることは、施設内の身体拘束の実施率が低いことと関係していた。特に、身体拘束をする(した)場合に身体拘束廃止委員会などに「すべて諮る」場合にこの傾向は強かった。

また、調査の結果全体からは、身体拘束を行う場合に必要な手続きや記録が、必ずしも多くの施設では実行されていない可能性が示され

た。介護保険の指定基準や「身体拘束ゼロへの手引き」に示されているような、必要十分な手続きを定め、それを厳に実行することが、身体拘束廃止の推進につながると考えられる。

⑤ 認知症のケアに習熟する

○ 被拘束者の多くは、調査対象施設全体の入所者（利用者）と比較して、認知症が重度であり、要介護度が高く、自立度も低い人が多かった。

身体拘束を誘発する要因として認知症があること、もしくは認知症の行動・心理症状（ＢＰＳＤ）を示していることはよく指摘されることだが、同時に近年では、認知症のケアの方法を学び実践することで、認知症を理由とする身体拘束は解消されうることで多くの事例とともに示されている。

身体拘束に限らず、さまざまな機会を利用して認知症の理解とケアについて学び、それを実践できるようにすることが効果的であると考えられる。

⑥ 施設内外で学習活動を行い、施設全体に浸透させる

○ 調査の結果から、施設管理者や看護・介護のリーダーが講習や研修を受講し、施設管理者などが率先して身体拘束の廃止に向けて学習を行っていることが、身体拘束を行わないことに関係していた。

また、このような学習の取り組みを、「身体拘束ゼロへの手引き」などの資料を活用しながら組織的に行い、施設全体の知識・技能の水準の向上に結びつけていくと、身体拘束廃止がより推進されと考えられる。

⑦ 家族の理解に努める

○ これまで、身体拘束を行う理由、あるいは廃止できない理由のひとつとして、「家族からの要望」があげられることがしばしばあり、調査の中でもその傾向が認められた。しかし、調査の結果からは、家族からの身体拘束実施の申し出がない（少ない）場合は、身体拘束を行っていない施設がより多いことが示されている。

身体拘束の実施に際する家族への説明や、家族側から身体拘束実施の申し出があった際の必要な説明の取り組みを行っている施設では、身体拘束の実施率の低い施設が多く、家族の理解を得るための取り組み

みが有効であることが分かる。

また、身体拘束を行う場合、あるいは家族から身体拘束実施の申し出がある場合に、十分なインフォームド・コンセント（説明と同意）を行える体制にあること、つまり家族へ妥当な説明を行い、十分に納得を得るという手順に耐えられるほどの手続きや説明方法を策定し、それを実践していることが、結果的に身体拘束を安易に行うことを抑制すると考えられる。

⑧ 廃止のための取り組みを継続する

○ これまでの先進事例の取り組みから、身体拘束の廃止は、取り組みを開始してからすぐに達成できるものではないことが分かる。調査の結果からも、継続して身体拘束の廃止に取り組んでいるほど、施設内の身体拘束の実施率が低い施設が多かった。

身体拘束の廃止のための取り組みは一過性のものではなく、常に関係者の認識を新たにし、継続して取り組むことで効果が得られるものと考えられる。

4 認知症ケアの基本

(参考)「2015年の高齢者介護」報告書より抜粋

(認知症高齢者の特性とケアの基本)

- 認知症高齢者は、記憶障害が進行していく一方で、感情やプライドは残存しているため、外界に対して強い不安を抱くと同時に、周りの対応によっては、焦燥感、喪失感、怒り等を覚えることもある。

徘徊、せん妄、攻撃的言動など認知症の行動・心理症状の多くは、こうした不安、失望、怒り等から惹き起こされるものであり、また、自分の人格が周囲から認められなくなっていくという最もつらい思いをしているのは、本人自身である。

こうしたことを踏まえれば、むしろ認知症高齢者こそ、本人なりの生活の仕方や潜在する力を周囲が大切にし、その人の人格を尊重してその人らしさを支えることが必要であり、「尊厳の保持」をケアの基本としなければならない。

- 認知症高齢者ケアは、高齢者のそれまでの生活や個性を尊重しつつ、高齢者自身のペースでゆったりと安心して過ごしながら、心身の力を最大限に発揮した充実した暮らしを送ってもらうことができるよう、生活そのものをケアとして組み立てていくものである。

いわゆるリロケーションダメージ(転院などで生活の場が変わることによる悪影響)など環境の変化に適応することがことさら難しい認知症高齢者に配慮し、生活の継続性が尊重されるよう、日常の生活圏域を基本とした介護サービスの体系整備を進める必要がある。

さらに、認知症の症状や進行に対応できる個別の介護サービスのあり方や安心感を与えるような周囲のかかわり方を明らかにして、本人の不安を取り除き、生活の安定と家族の負担の軽減を図っていかなければならない。

(認知症高齢者のケアの普遍化)

- コミュニケーションが困難で、環境の影響を受けやすい認知症高齢者

のケアにおいては、環境を重視しながら、徹底して本人主体のアプローチを追求することが求められる。

このことは、本来、認知症高齢者のみならず、すべての高齢者のケアに通じるものである。認知症高齢者グループホームが近年実践してきている、「小規模な居住空間、なじみの人間関係、家庭的な雰囲気の中で、住み慣れた地域での生活を継続しながら、一人一人の生活のあり方を支援していく」という方法論は、グループホーム以外でも展開されるべきである。

- 要介護高齢者の中で、今後、認知症高齢者がますます多数を占めることも合わせて考えれば、これからの高齢者介護においては、身体ケアのみではなく、認知症高齢者に対応したケアを標準として位置付けていくことが必要である。
- 2.（生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系）で述べた「小規模・多機能サービス拠点」、「施設機能の地域展開」、「ユニットケアの普及」といった動きは、まさに認知症高齢者に対応したケアを求めるという観点から産み出されてきた方法論であり、これらの方策の前進がさらに求められるゆえんは、このように認知症高齢者対応のケアの確立が必要であるからである。
- また、介護サービスを担うすべての事業者及びその従業者に対し、研修等を通じて認知症に関する十分な知識と理解の習得を促し、専門性と資質の確保・向上を図ることが必要である。

※ 「痴呆」から「認知症」へ

本資料は平成15年6月に取りまとめられた資料を抜粋したものであるが、「痴呆」という言葉について、「認知症」を使用する旨の老健局長通知が平成16年12月24日付で发出されているため、「痴呆」という言葉を「認知症」に変更している。

○認知症ケアの基本

認知症高齢者ケアの基本 ～ 高齢者の尊厳を支えるケアの確立 ～

認知症高齢者の特性

- ・ 記憶障害の進行と感情等の残存
- ・ 不安・焦燥感
- ・ 環境適応能力の低下（環境変化に脆弱）



生活そのものを ケアとして組み立てる

- ・ 環境の変化を避け、生活の継続性を尊重
- ・ 高齢者のペースでゆっくりと安心感を大事に
- ・ 心身の力を最大限に引き出して充実感のある暮らしを構築

生命力を萎ませないケア ➡ 地域での暮らしがキーワード

日常の生活圏域を基本とした サービス体系

- ・ 小規模な居住空間
- ・ 家庭的な雰囲気
- ・ なじみのある安定的な人間関係
- ・ 住み慣れた地域での生活の継続



- ・ グループホーム
 - ・ 小規模多機能型居宅介護
 - ・ 施設機能の地域展開
 - ・ ユニットケアの普及（認知症対応型ケアの普遍化）
- ☆事業者・従事者の専門性・資質の確保向上

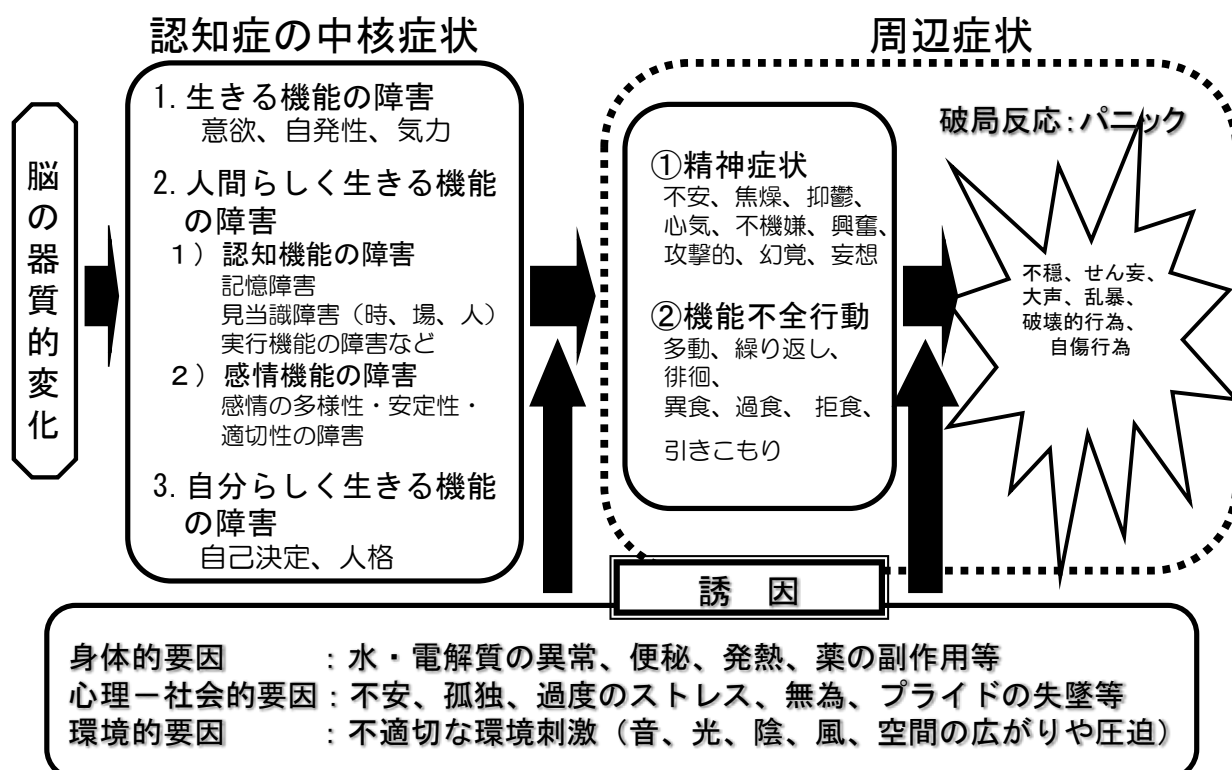


ターミナルを視野に入れた
生活に配慮した医療サービス

(参考)

認知症の中核症状と周辺症状

—増悪をまねく多様な要因の関与—



(参考) 2015年の高齢者介護より抜粋

認知症を理解する

1 認知症とはどういうものか？

脳は、私たちのほとんどあらゆる活動をコントロールしている司令塔です。それがうまく働かなければ、精神活動も身体活動もスムーズに運ばなくなります。

認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなったためにさまざまな障害が起こり、生活するうえで支障が出ている状態（およそ6ヵ月以上継続）を指します。

認知症を引き起こす病気のうち、もっとも多いのは、脳の神経細胞がゆっくりと死んでいく「変性疾患」と呼ばれる病気です。アルツハイマー病、前頭・側頭型認知症、レビー小体型認知症などがこの「変性疾患」にあたります。

続いて多いのが、脳梗塞、脳出血、脳動脈硬化などのために、神経の細胞に栄養や酸素が行き渡らなくなり、その結果その部分の神経細胞が死んだり、神経のネットワークが壊れてしまう血管性認知症です。



健康な脳



脳の細胞がびまん性に死んで脳が萎縮する（アルツハイマー病などの変性疾患）



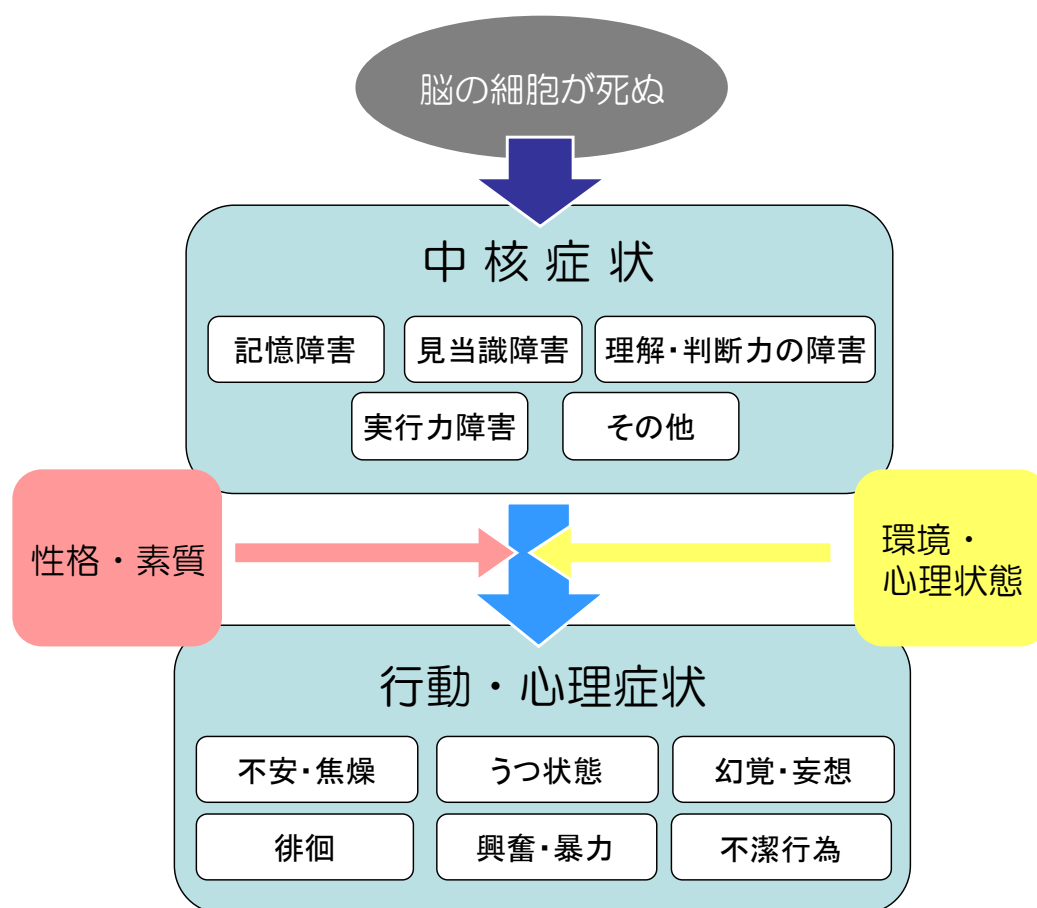
血管が詰まって一部の細胞が死ぬ（血管性認知症）

2 認知症の症状—中核症状と行動・心理症状

脳の細胞が壊れることによって直接起こる症状が記憶障害、見当識障害、理解・判断力の低下、実行機能の低下など中核症状と呼ばれるものです。これらの中核症状のため周囲で起こっている現実を正しく認識できなくなります。

本人がもともと持っている性格、環境、人間関係などさまざまな要因がからみ合って、うつ状態や妄想のような精神症状や、日常生活への適応を困難にする行動上の問題が起こってきます。これらを行動・心理症状と呼ぶことがあります。

このほか、認知症にはその原因となる病気によって多少の違いはあるものの、さまざまな身体的な症状もでてきます。とくに血管性認知症の一部では、早い時期から麻痺などの身体症状が合併することもあります。アルツハイマー病でも、進行すると歩行が拙くなり、終末期まで進行すれば寝たきりになってしまう人も少なくありません。



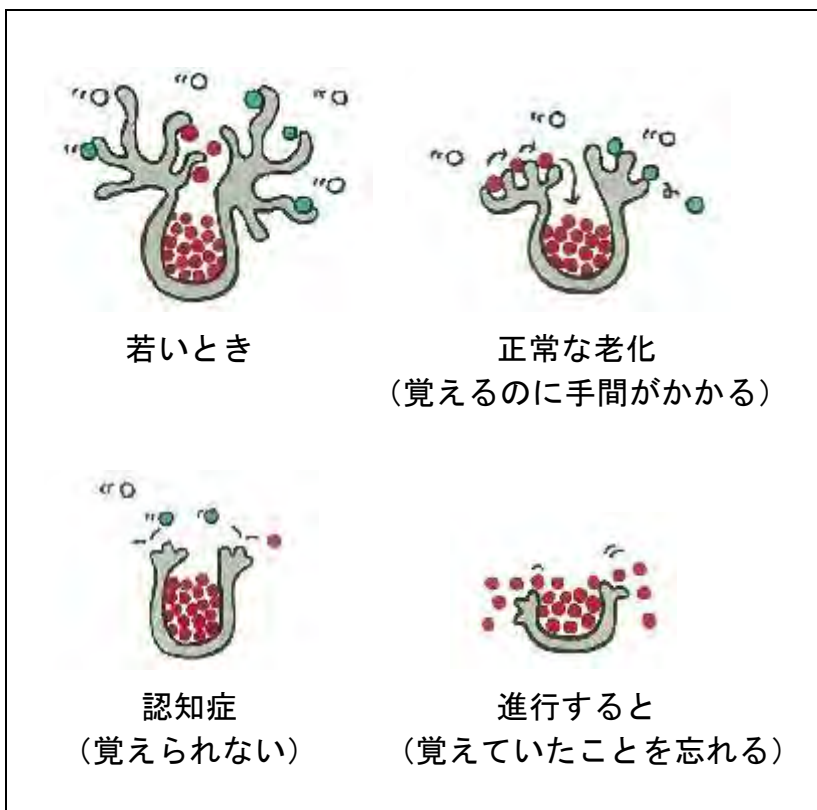
○ 中核症状

症状1 記憶障害

人間には、目や耳が捕らえたたくさんの情報の中から、関心のあるものを一時的に捕らえておく器官（海馬、仮にイソギンチャクと呼ぶ）と、重要な情報を頭の中に長期に保存する「記憶の壺」が脳の中にあると考えてください。いったん「記憶の壺」に入れば、普段は思い出さなくても、必要なときに必要な情報を取り出すことができます。

しかし、年をとるとイソギンチャクの力が衰え、一度にたくさんの情報を捕まえておくことができなくなり、捕まえても、「壺」に移すのに手間取るようになります。「壺」の中から必要な情報を探し出すことも、ときどき失敗します。年をとってものの覚えが悪くなったり、ど忘れが増えるのはこのためです。それでもイソギンチャクの足はそれなりに機能しているので、二度三度と繰り返しているうち、大事な情報は「壺」に納まります。

ところが、認知症になると、イソギンチャクの足が病的に衰えてしまうため「壺」に納めることができなくなります。新しいことを記憶できずに、さきほど聞いたことさえ思い出せないのです。さらに、病気が進行すれば、「壺」が溶け始め、覚えていたはずの記憶も失われていきます。



- 大切な情報 (Important information)
- 関心のある情報 (Information of interest)
- 無駄な情報 (Useless information)