

〔第5回〕「認知症老人」

講師 高田 勝也

(釧路北部消防事務組合
鶴居消防署)

1. はじめに

釧路北部消防事務組合鶴居消防署の高田と申します。シリーズ第5回目「認知症老人」を担当させていただきます。

認知症というと、徘徊や妄想、不潔行為などがクローズアップされますが、このような症状は病気がかなり進んでから現れます。徘徊し名前、住所や電話番号の記憶もなくなり身元確認に苦渋し、主訴も聞きだすことができなかつた…このような経験をされた救急隊員は、そう多くないと思います。つまり、症状が進行している方は家族や施設の方にフォローされていることが多いということです。したがって発症状況、事故概要、ADL（日常生活動作）、既往症など有用な情報を得るためには家族や施設の方など、介護者とのコミュニケーションも必要となります。その一方で、認知症の傷病者からしか得られないバイタルサインや身体所見の観察も救急活動上、必要不可欠であります。

今回は、いくつかの事例などを紹介しながら「認知症老人」とのコミュニケーションについて述べたいと思います。

2. 認知症とは

認知症とは、生後いったん正常に発達した種々の精神機能が慢性的に減退・消失することで日常生活・社会生活を営めない状態をいいます。かつて「痴呆」と呼ばれていましたが、2004年に厚生労働省の用語検討会によって「認知症」への言い換え報告がまとめられ、2007年頃までに言い換えがなされました。しかし現在も「痴呆」「ボケ」などと表現されることもあります。

認知症の最大の危険因子は加齢で、65歳～69歳での有病率は1.5%ですが以後5歳ごとに倍増し、85歳では27%に達し（図1）、2012年の認知症患者数は300万人を超えていると言われてしています。今後、高齢者人口の増加とともに増え続け、2020年には400万人を超えると推計されています（図2）。

1980年代まで脳血管性が最も多いとされてきましたが、近年の研究ではアルツハイマー型が最も多いと言われてい

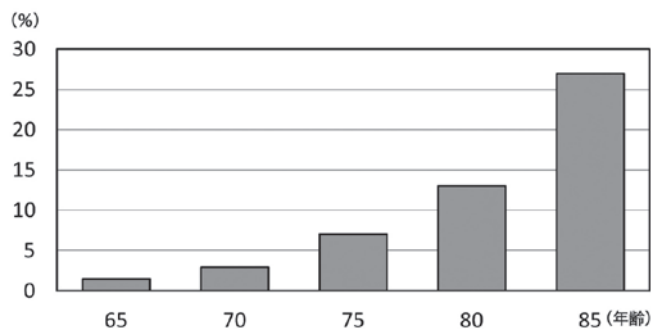


図1 年齢別認知症有病率

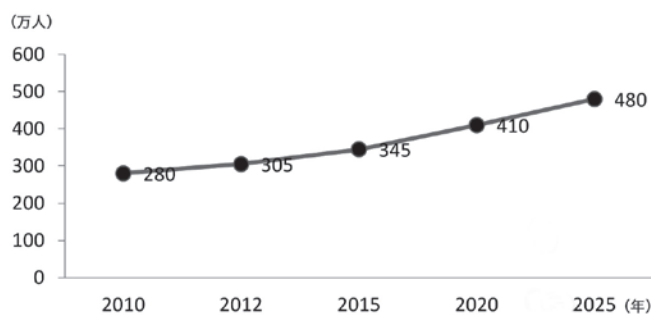


図2 認知症高齢者の将来推計

ます。脳血管性は男性に多く、アルツハイマー型は女性に多いとされています。最近、映画やドラマの題材となっています若年性認知症については、18歳以降44歳までに発症するものを若年性認知症、45歳から64歳で発症するものを初老期認知症と呼び、我が国の患者数は3万人以上と推計されています。

認知症患者の驚くべき数字は85歳以上の4人に1以上が認知症に罹患していることで、高齢化が進む我が国では患者数が増加し認知症患者の救急出動も増加することが予想されます。

3. 事例

(1) 興奮状態

80歳代男性

本人からの通報「頭が痛い。ふらついてどうにもならない。なんとかしてくれ」

興奮した感じで詳しい状況を聞き出そうとしても、支離滅裂な話。なんとか現場を特定し出動。現場到着してみる

と、傷病者は居間に立位の状態で、どこかに電話を掛けようとしていたが繋がらず意味不明な言動。服装は、汚れた長袖シャツと股引姿（写真1）。



写真1 傷病者は居間に立位の状態で、どこかに電話を掛けようとしていたが繋がらず意味不明な言動

救急隊「〇〇さん、どうしたの？頭が痛いのか？」

傷病者「どうもこうもない！頭が痛いやら、ふらつくやら…病院に連れて行ってくれ！」

救急隊「いつからなの？」

傷病者「なんだか良くわからない…薬のんでも、さっぱり良くならない」

※傷病者は私が以前からよく知る方でしたが、いつもとは明らかに違い、私の名前も出てこない。見当識障害あり。やや興奮状態。

救急隊「ばあちゃんは？誰もいないの？」

傷病者「知らん…。」

※救急車が自分の家に来たのに、ばあちゃんはどうしたのか？

観察を隊員に任せ、ばあちゃんを探してみると、家の影で様子を伺って困ったような様子。

救急隊「ばあちゃん、どうした？じいちゃん頭が痛いって救急車呼んできたよ！」

家族1「なんだか最近変なんだわ…訳のわからなことがばかり言って、私がなんか言えば怒鳴って…叩かれそうで怖くて近くに寄れないんだ。夜遅くにどっか出かけて行ったり…困っているんだ」

救急隊「病院は？どこか掛かっているの？」

家族1「いつだか自分でどっか行ったみたいだけど…なんでもないって言われたみたいだけど…どうしたらいいべ」

※そんなやりとり中に、興奮した息子さんが登場。

家族2「最近どうにもなんないんだ！ボケておかしくなってるんだ。言うこと聞かないし…どこでもいいから病院に突っ込んでくれ！」

救急隊「わかりました。」「いつものお父さんと違うのは、私にもわかります。」「頭の病気かもしれません、認知症だとしても検査が必要です。搬送先の病院を決めるのに、

少し詳しく経過を教えてくださいませんか？」

ここでの対応のポイントは…。

- ① 傷病者と家族を無理に引き合わせないこと（写真2）。
- ② 傷病者に対応した隊員と家族と対応した隊員との情報を共有すること。
- ③ 興奮している家族を落ち着かせ、有用な情報を引き出すこと。



写真2 家族が興奮している場合は傷病者とは無理に引き合わせないこと

通常の現場では、家族には傷病者の傍に居てもらい「経過」「発症状況」「既往症」などの情報を得ることでスムーズな活動になりますが、興奮した状態の傷病者と傷病者の言動に恐れている家族を引き合わせても、傷病者の興奮を煽り、家族の精神状態を不安にさせ、状況把握が困難になり正常なバイタルサインの測定が困難になります。

また、傷病者を救急車に収容した際に、一時的に機関員に傷病者の対応をお願いするなど傷病者にわからないように隊員間の情報を共有したり傷病者への対応を協議し（写真3）、搬送先の病院への情報伝達も現場出発前に救急車の外での連絡、搬送中であれば助手席に移動して連絡する（写真4）などの工夫も必要と思います。

この傷病者は、認知症と診断されていた訳ではありませんが、認知症の介護は想像以上に大変で介護者が興奮状態であったり、精神的に不安定だったりすることもあります。乱暴な言葉を吐いても、救急隊には現在の状態からの好転を期待しています。そのためにも検査、治療のために情報



写真3 傷病者にわからないように隊員間の情報共有や対応の協議をする



写真4 搬送先の病院への情報伝達も救急車外や助手席からと工夫する

が必要であることを伝えることで協力者となってもらえると思います。

(2) 高齢者夫婦

80歳代男性。

消防署前庭で作業中、近くの交差点で乗用車が異常なエンジン音。

交差点で乗用車は停止したままで、走行できない状態？
運転席には高齢のおじいちゃん (写真5)。



写真5 運転席には高齢のおじいちゃん

本人から住所と氏名を聴取し、体調不良はないというものとの曖昧な返答を繰り返し、見当識障害があり。このおじいちゃんが車を運転したら危険としか思えない…。体調不良はないと言うけど…運転中に異変？

※この時点で救急隊スタンバイ。

おじいちゃんに代わって車を運転し交差点から移動するも車は全く異常なし。

救急隊「〇〇さん、車壊れてないですよ。運転中どこか具合悪くなった？」

傷病者「いやあ…。別に…。」

救急隊「今、どこにいくところだったの？」

傷病者「……………」

おじいちゃんを助手席に乗せて、お宅を訪ねてみると、しっかりとしたおばあちゃんが対応してくれました。おじいちゃんの様子を確認してもらっても、普段と特別変わらな

いとのことでした。そこへ近所の方が心配して出てきたので、様子をと尋ねてみると、最近、車庫の出し入れにてこずっていたようで、この日も2時間くらい前から車に乗り込んでおり、自宅から車で300m程の移動に1時間以上掛かったことがわかりました。保健師に立ち会いを求め、おじいちゃんの様子を確認してもらったところ、普段とは明らかに違うとのことでした。おじいちゃんとおばあちゃんに今日のおじいちゃんの様子を整理して話して「なにか病気があったりしたら困るから病院へ行って検査してみましょう」と保健師に説明してもらい同意を得て病院へ搬送となりました。

ここでの対応のポイントは…。

- ① 高齢者の異変は見逃さないこと。
- ② 高齢者夫婦では、お互いの異変に気付かないこともあり近所の方や保健師などの協力者を求めること (写真6)。
交差点で立往生したまま放置した場合、突然急発進したり暴走したり無関係な人を巻き込む重大な事故を引き起こしたかもしれません。救急要請に限らず周囲の異変に目配りし、特に高齢者の行動には注意を払い異変を見逃さないよう心掛けがましよう。

このケースは、毎日一緒に生活する傷病者の妻が異変に気づいていないというものでした。高齢者は健常者であっても状況把握が困難な場合があります。傷病者や家族の普段の状況を知る第三者や地域の病院、自治体の福祉関係者などに協力を求めることも必要です。



写真6 高齢者夫婦ではお互いの異変に気付かないこともある

(3) 失語

介護老人保健施設から救急搬送した80歳代の男性。傷病者は、病室で両手手袋をはめベッドの手すりに抑制されていました。酸素投与が必要であったためSpO₂の測定をしたく抑制を解いてもらいました。一見コミュニケーションが取れないかと思いましたが…。「〇〇さん、血液の中の酸素を見るのに指に器具を付けさせてもらいますよ」と、大きめの声で柔らかい口調で伝えると、頷いて同意してくれ問題なくSpO₂を測定でき、同様に酸素投与も問題なくできました。救急車に収容してから、心電図をモニターす



写真7 自分の体を激しく掻きはじめた

るとき、呼吸音を聴診するとき、別の隊員が声を掛け観察したのですが、声が小さかったのか、自分の体を激しく掻きはじめました（写真7）。私は傷病者に顔を寄せ「〇〇さん、ごめんね。今心臓の動きをみるのに器具を付けさせてもらいました。痒いの我慢できますか?」「〇〇さん、痒いのにすいません。胸の音を聞かせてもらっていいですか?」と大きめの声で、柔らかい口調で聞くと（写真8）頷いて掻くのをやめてくれました。その後も何度かSpO₂のプロブを外したり、体を掻く行為があったので、同乗した看護師にも協力してもらい声を掛けてもらいました。この傷病者は同乗した看護師を大変お気に入りのようで、私が接した時には見せない笑顔で看護師の言葉に頷いていました。

ここでの対応のポイントは…。

- ① 言葉を発することできない傷病者であっても説明し同意を得ること。
- ② 同じ言葉かけでも接し方で傷病者の反応が違うこと。
- ③ 傷病者を理解している介護者に協力してもらうこと（写真9）。

「失語」の傷病者だからコミュニケーションが取れない訳ではありません。



写真8 大きく柔らかい口調で話しかける



写真9 傷病者を理解している介護者に協力してもらう

私の母親は25年前に脳出血で倒れ、右片麻痺、失語の重度の障害が残り、自宅で父親が介護しております。母親の傍で普通に会話をしていてもその会話に反応はしません。しかし母の正面から顔を近づけ、目を見て大きな声で接すると、食事、トイレ、着替えなど日常生活に必要なコミュニケーションは十分とることができます。こちらの「顔の表情」「声の大きさ」「口調」「トーン」から喜怒哀楽も表現します。意思疎通が出来ないと決めつけず処置や観察をする前には、接し方を意識して説明し同意を得るように努めましょう。

また、傷病者の特徴を理解した家族や関係者に協力してもらうことでスムーズにコミュニケーションを取ることもできる場合があります。救急車に同乗した看護師に認知症患者へどのように接しているのかと尋ねると「どの患者さんも愛おしく思って接している」とのことで大変参考となる言葉でした。

4. 家族、介護者、協力者とのコミュニケーション

認知症の高齢者は、記憶障害が進行して行く一方で、感情やプライドは残存しているため外界に強い不安を抱き、周囲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ります。事例(1)の傷病者は1か月前から見当識障害が始まり、それを指摘する家族とのコミュニケーションがうまく行かず、家族に対して攻撃的な態度をとり、家族もその対応に苦慮し双方がやや興奮状態にありました。認知症の介護は想像を超える困難があり、中には介護する側が精神的に不安定になったり病気になったりするケースもあります。

認知症の多くは傷病者から正確な情報を得ることが困難であり、家族や関係者から情報を得ることが必要となります。しかし双方が興奮状態にあるケースでは、安易に傷病者の傍に家族や関係者を連れてくるとさらに興奮状態を煽る場合がありますので、ある程度の離隔を図って対応する（写真10）ことで有用な情報を引き出すことが可能になり

ます。

家族が「ボケた」「頭がおかしい」などと乱暴な言葉を使っているような場合は、脳血管疾患の可能性や認知症であっても脳の病気であることを伝え、検査や治療が必要であることを説明し、冷静に話せる環境を作り（写真11）協力者になってもらうことが大事です。

近年、高齢化や核家族化に伴い、高齢者が高齢者を介護する「老老介護」が増え、症状の軽い認知症の高齢者が認知症の高齢者を介護する「認認介護」も増えているそうです。このような場合、近所の方や地域の病院、自治体の福祉担当などの協力を仰ぐことで、状況を把握することができ、また傷病者や家族に納得させて病院の受診を説明することができます。



写真10 家族も興奮している場合は離隔を図って対応する



写真11 家族が冷静に話せる環境を作り協力者になってもらう

5. ADL(日常生活動作)を知る

認知症老人に限ったことではありませんが、高齢者の救急搬送では普段の状態を知ることが非常に重要です。ADLつまり救急要請前の傷病者の状態を知ること、はじめて接した傷病者に今何が起きているかを推察することができます。家族からの「ボケている」という言葉に惑わされることなく、「1か月前くらいから様子がおかしい」という言葉で、高齢者に多い慢性硬膜下血種などの病変も疑うことが必要です。

また「車の運転中に車を動かすことができなくなった」のであれば、車を運転してから異変があったと想像し、脳梗塞や脳出血、血糖異常などを疑う必要があります。実際、救急搬送し初診で認知症と診断されることはなく、脳の画像診断や知的機能検査、問診などにより診断されます。

脳血管障害による認知症は、原因となった疾患の発症初期から意思疎通が困難となり麻痺などの症状がでることが多いのですが、アルツハイマー型認知症では、徐々に進行し後期には脳の萎縮が進み、言葉や会話が通じなくなり、食事や歩行の介助が必要となり、水や食べ物が飲み込めなくなり（嚥下障害）、栄養不良や肺炎となるケースも少なくありません。

傷病者のベースがどの状態であったかを知ることで、いつからどのようにどのような変化が現れたのかを把握することで、検査、治療、介護の重要な判断材料となります。ADLは発症からの経過と合わせ、家族や関係者から「食事」「移動」「トイレ」など主立ったものを簡潔に聴取すると良いでしょう（写真12）。



写真12 ADLは家族や関係者から「食事」「移動」「トイレ」など主立ったものを簡潔に聴取する

6. 傷病者本人とのコミュニケーション

たとえ傷病者との意思疎通が困難であっても、決して声も掛けずに酸素投与などの処置をしたり血圧測定などの観察をしてはいけません。

認知症は脳の機能面の低下はみられますが感情面の低下はみられなく、むしろ感情面が強くなり感覚面はより鋭くなる傾向にあります。介護者や救急隊の処置によって、自分の体を激しく掻くような行為は、残された感覚機能を最大限に発揮し、何らかの意思を行動で表現しているのです。処置や観察を行うときは、まずは相手の同意を得てから行うように心掛けましょう（写真13）。耳の遠い傷病者、目

の見えにくい傷病者もいます。傷病者の五感を通して働きかけ（写真14）、コミュニケーションを図っていくことが必要です。

また、傷病者が興奮状態にあって、辻褃の合わない言葉であったとしても、指摘することなく穏やかに聞き入れながら（写真15）適切な質問を交え、傷病者から引き出したい情報を導いたり、バイタルサインの観察を容易にするために短時間で傷病者との良好な関係を築くことが重要です。

認知症であっても高齢者には変わりなく、年長者に対する尊敬の念をもって接することが必要です。



写真13 処置や観察を行うときは相手の同意を得てから行う



写真14 傷病者の五感を通して働きかけコミュニケーションを図っていく



写真15 傷病者が興奮状態で辻褃の合わない言葉でも指摘することなく聞き入れる

7. まとめ

- ◎認知症の傷病者との会話から正確な情報を得ることは難しく、搬送先病院の選定や傷病者を観察する上で必要な「発症状況」「事故概要」「ADL」「既往症」など詳細な情報は家族や関係者から聴取する。
- ◎高齢者世帯では、傷病者の異変に気付いていない場合や、必要な情報を得ることができない場合があるので、近所の方や保健師、掛かり付けの病院などから情報を得ることも考慮する。
- ◎傷病者が興奮状態にあるとき、介護している家族と傷病者の関係が良くない場合などは、双方の離隔を図り落ち着かせて話しを聞くこと。また介護者の精神状態や体調にも配慮をすること。
- ◎身体所見やバイタルサインの測定などの観察は傷病者からしか得られない情報であり、意思疎通ができないと決めつけず、「顔の表情」「声の大きさ」「口調」「トーン」などに注意し、傷病者の同意を得られるよう尊敬の念をもって接することを心掛ける。

構成者コメント

「お名前を教えてください」「○×△・・・」意識レベルの確認も困難な認知症老人。高田勝也講師が述べているとおり、言葉以外の顔の表情などでのコミュニケーションでは、会話が成り立たない赤ちゃんとその母親のように、五感を駆使して救急活動を行うことが重要です。

今回は「外傷患者」の予定です。

講師

氏名：高田 勝也

所属：釧路北部消防事務組合
鶴居消防署

年齢：45歳

出身：鶴居村

消防士拜命：昭和61年4月

救急救命士資格取得：

平成16年11月

趣味：スノーボード

シリーズ構成

山原 清一（釧路東部消防組合釧路消防署）

