

1. 基本知識 編（180分）

2. 対応力向上 編（480分）

(1) 認知症

(2) せん妄

(3) 地域連携

(4) 事例検討(認知症、せん妄)

3. マネジメント 編（420分）

(1) マネジメント

(2) 人材育成

(3) GW ①自施設の現状

②人材育成計画の策定

症例： 落ち着かない

- ・ 80歳代 女性 肺がん疑い

半年前から続く咳と背部痛、体重減少をきっかけに呼吸器内科を受診、精査目的で入院をした。

入院中も穏やかに過ごしていて、応対もニコニコとしていた。ある日中に看護師が訪室すると、そわそわと落ち着かず、不機嫌な様子で「今はいいの、後にして！」と強い口調で拒否をされた。

このような時、どのようなことを考え、アセスメントを進めますか？

イメージ作りのための事例

このほかに、各施設や地域で使用しているものがあれば、差し替えは問題ない

3、4名のグループで、普段の臨床でどのような対応をしているのか、困っていることは何か、など意見交換をし、意識づけを進める。

認知症の影響（急性期病院）

- **身体治療**
 - 事故の増加（転倒、ルートトラブル）
 - 合併症の増加
 - 身体機能の低下
- **せん妄の発症**
- **施設入所の増加**
- **退院後の介護負担の増加**
- **在院日数の延長**
 - 医療コストの増大

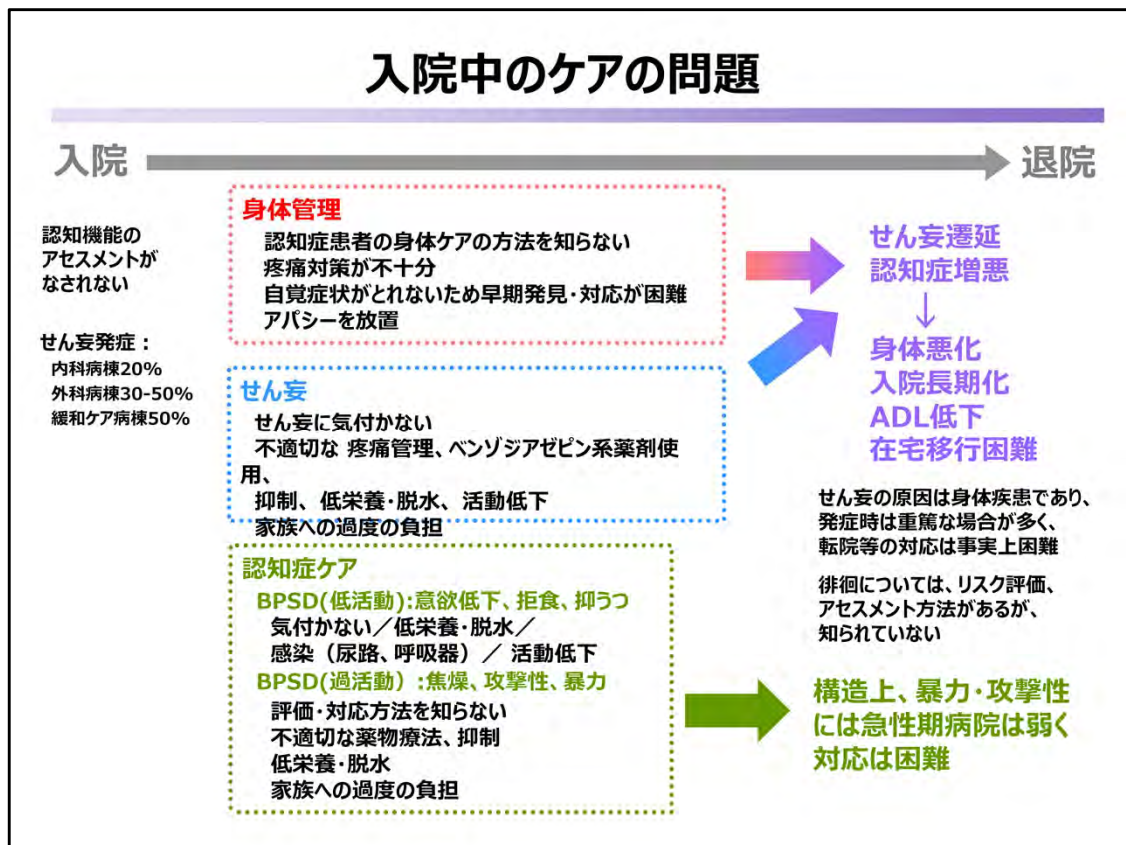
(Sampson 2009; Thompson 2010)
(Alzheimer Scotland 2009)

急性期の病院においては、認知症はいわゆる在宅での現れ方と異なり、認知機能障害の問題として単独で出てくることは少なく、治療上の問題と合わさって出現することが多い。

代表的なものに、

- 治療上の問題（合併症の増加、ADLの低下）
- せん妄の発症
- 施設入所
- 退院後の介護負担増加
- 在院日数の延長

などが知られている。



急性期病院での認知症ケアは、

1. 認知症自体に対するケア
2. せん妄に対するケア（予防的なケア、発症した後の重症化を防ぐケア）
3. 認知症患者の（自覚症状を適切に伝えられない患者の）身体ケア

の3つに分けることができる。

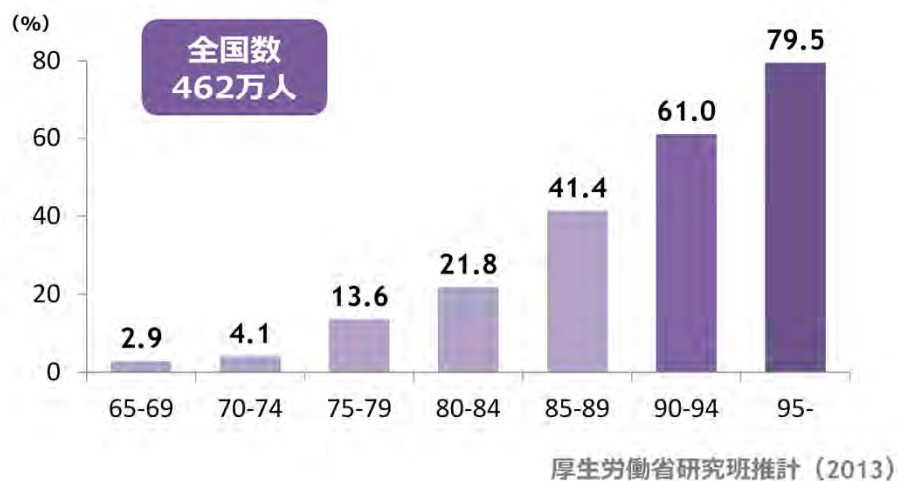
認知症に関するケアは、過活動型BPSD(焦燥、攻撃的な行動、暴力)に注意が向けられがちだが、現実には多いのは低活動型BPSD(意欲低下、拒食、抑うつ)である。低活動型BPSDは、問題として医療従事者に認識されにくいために見落とし・放置されがちであり、結果としてADL低下や低栄養・脱水を招き、入院の長期化や在宅移行を困難にする。

せん妄に関しては、せん妄を見落とす問題が大きい。あわせて、せん妄に対する基本的な治療法を知らず、不適切にベンゾジアゼピン系薬剤を用いた鎮静をおこない、遷延・重症化を招いている問題がある。

認知症患者の身体ケアについても、認知症の問題は記憶障害以外に実行機能障害を伴うことが認識されていない。そのため、認知症患者は、自覚症状を適切に伝えられない問題が見落とされ、疼痛管理等対策が不十分である。

認知症高齢者の割合

歳	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-
%	2.9	4.1	13.6	21.8	41.4	61.0	79.5



年齢ごとの認知症の合併頻度の割合

今まで推測されていた割合と比べると、2倍程度上昇している。理由として、高齢化を反映している可能性が指摘されている。

認知症の人の将来推計について

	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成37年 (2025)
各年齢の認知症有病率が 一定の場合の将来推計 人数／(率)	462 万人 (15.0%)	517 万人 (15.7%)	675 万人 (19.0%)
各年齢の認知症有病率が 上昇する場合 の将来推計 人数／(率)		525 万人 (16.0%)	730 万人 (20.6%)
(軽度認知障害)		380 万人 (13.0%)	

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」

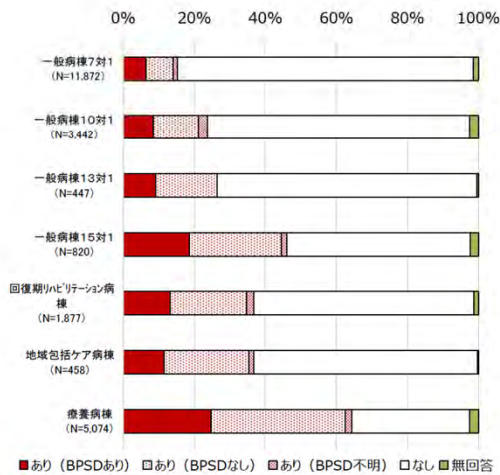
(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授) による速報値

65歳以上の約15%が認知症と推測されていること、
あわせて、軽度認知機能障害が疑われる人もほぼ同数存在する可能性がある。

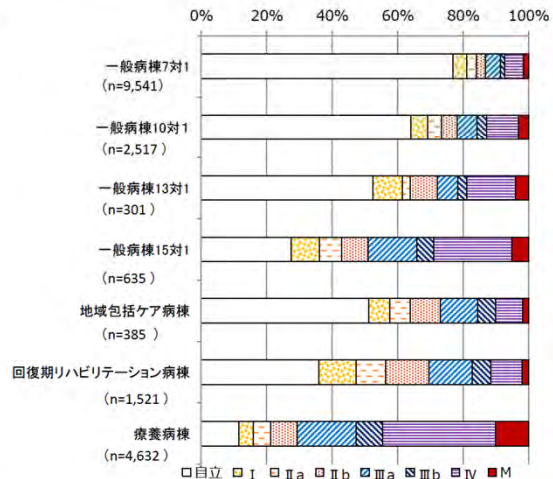
わが国の一般病院での認知症

- 一般病棟7対1及び10対1においては、「認知症あり」の患者は2割程度、療養病棟においては6割以上入院している。
- 入院患者における「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の割合は、一般病棟7対1及び10対1でも2割程度であった。

〈各病棟の入院患者のうち、「認知症あり」の患者割合〉
※精神科病棟以外



〈各病棟の入院患者における認知症高齢者の日常生活自立度〉



出典：平成26年度入院医療等の調査（患者票）

急性期病院において、認知症をもつ患者の割合については、系統立てた検討はほとんどない。

その中で、医療調査のデータから推測すると、おおよそ認知症をもつ患者が一般病棟では2割程度、療養病棟においては6割程度入院していると推測される。

認知症をもつ入院患者の比率

わが国では、施設のもつ背景によって異なるものの、おおよそ20%の患者が認知症・軽度認知機能障害である可能性

海外

急性期一般病棟：9.1-50.4% (Hickey 1997)

老年病棟：63-79.8% (Adamins 2006)

大腿骨頸部骨折の手術目的の入院：31-88% (Homes 2000)

急性期病院において、入院患者の認知症の比率はセッティングによって幅がある。急性期病棟では10-50%、高齢者病棟では60-80%との報告がある。

認知症患者が入院する理由についても検討が加えられているが、感染（誤嚥性肺炎、尿路感染）や転倒などの外傷が多いとの報告がある。どちらも若年に比べて重症化する傾向がある。

高齢者の治療において、とくに感染症は可能な限り予防をし、また発症をしても可能であれば在宅で治療をするのが身体機能を保持する上でも望ましいと言われる。特に、肺炎、胃腸炎、尿路感染は、口腔内の保清、飲水を促すなどで、予防や早期に対応をすることが可能であり、急性期病院への入院を防ぐことが可能である。

認知症とは（定義）

- 一度正常なレベルまで達した精神機能が、
何らかの脳障害により、回復不可能な形で損なわれた状態
- 認知症とは、特定の「病名」ではなく、「**症候群**」
→いわゆる治療可能な認知症（正確には認知機能障害）
（例えば 慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏）も存在

認知症の定義の確認。

認知症は、定義上「回復不可能」な認知機能障害を指すが、臨床においては、回復可能な認知機能障害が混在しており、その鑑別が重要である。

新しい認知症の診断基準（DSM-5）

- A 1つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知）が以前の機能レベルから低下している。**
- B 認知機能の低下が日常生活に支障を与える。**
- C 認知機能の低下はせん妄の時のみに現れるものではない。**
- D 他の精神疾患（うつ病や統合失調症等）が否定できる。**

2013年5月に刊行された米国精神医学会による認知症の診断基準を示す。

複雑性注意（注意を維持したり、振り分けたりする能力）、実行機能（計画を立て、適切に実行する能力）、学習及び記憶、言語（言語を理解したり表出したりする能力）、知覚-運動（正しく知覚したり、道具を適切に使用したりする能力）、社会的認知（他人の気持ちに配慮したり、表情を適切に把握したりする能力）の6つの神経認知領域のうちの1つ以上が障害され、その障害によって日常の社会生活や対人関係に支障を来し、せん妄やその他の精神疾患（うつ病や統合失調症など）が除外されれば認知症ということになる。

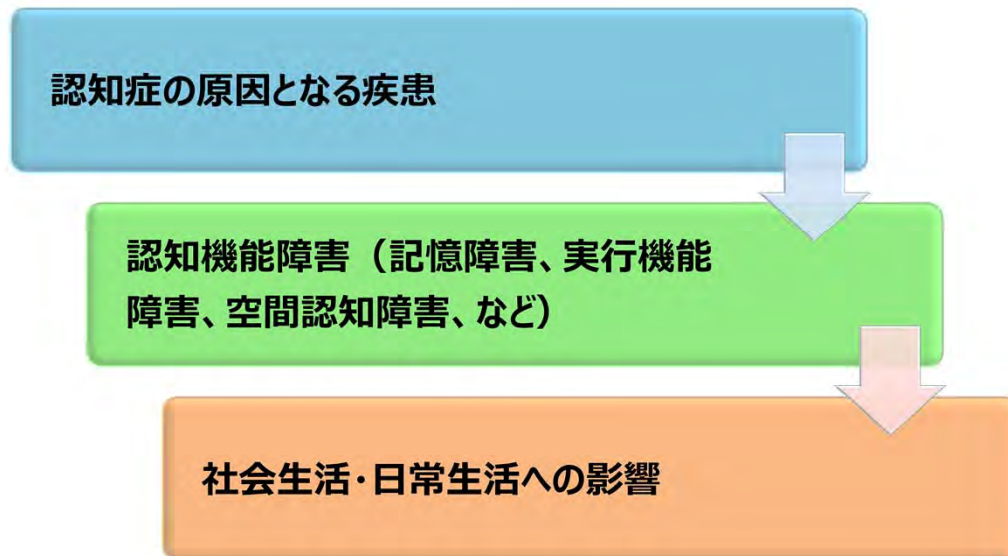
以前の診断基準では“dementia”という用語が用いられていたが、今回新たに“major neurocognitive disorder”という用語が提唱されている。

また、これまでの診断基準において認知症の診断に必須とされていた「記憶障害」が必ずしも必要ではなくなった点、2つ以上の領域の認知機能の障害が必須であったが、ひとつ以上となった点が最も大きな違いである。

なお、DSMと世界保健機関（WHO）の国際疾病分類（ICD）は可能な限り歩調を合わせる方向で編集されてきているため、ICD-11にもDSM-5の内容が反映されることが予想される。

※本診断基準は 研修教材として最新情報を提供する趣旨で取り上げたものであり、DSM-IV-TR（本研修教材改訂前版で掲載）からの変更等をするものではない。

認知症を知るための3つの層



認知症について、ケアを検討するためには、認知症の原因となる疾患に加えて、認知機能障害の評価、機能障害がどのように日常生活に影響するか、を順を追って評価することが効果的である。

認知症を知るための3つの層

認知症の原因となる疾患



認知機能障害（記憶障害、実行機能障害、空間認知障害、など）



社会生活・日常生活への影響

主な認知症の原因（四大認知症）

- ・ アルツハイマー型認知症
- ・ 血管性認知症
- ・ レビー小体型認知症
- ・ 前頭側頭型認知症

認知症の各疾患それぞれに特徴がある

認知症の原因となる主要な疾患をあげる。

四疾患に触れることが多いが、時間によってメリハリをつけて、三疾患等にしてもよい。

アルツハイマー型認知症

- 病態：
脳にアミロイドβ蛋白が蓄積
老人斑、神経原線維変化→神経細胞死
- 障害部位：
側頭葉・頭頂葉を中心とした症状から始まり、次第に全般的な機能低下にいたる
 - 視空間能力の障害（迷子のエピソード）
 - 病識を失いやすい

アルツハイマー型認知症の症例

1年ほど前から前日のことを忘れることが多くなった。通帳や大切なもののしまい忘れが目立つようになり、物が見つからないときに夫のせいにする。結婚した娘のところに何度も電話してくるが、前にかけてきた内容を覚えていない。

買い物へはいくが、同じものを大量に買ってきてしまい 冷蔵庫内で腐らせてしまう。料理もレパートリーが減り 3日続けて同じ料理を作った。

最近好きで通っていた絵画教室に いろいろな理由をつけては行かなくなった。

MMSE: 23/30

時間の見当識 1/5、場所の見当識 5/5、記銘 3/3、 集中・計算 5/5、
再生 0/3、言語 8/8、構成 1/1

診察場面では、今日は何月何日ですか？の問いに対し、“えーっと何月でしたっけ” と夫のほうを振り返って尋ねる。今日は新聞もテレビも見てこなかったから と言い訳する。

アルツハイマー型認知症の症例

血管性認知症

- **病態：**

血管の梗塞、出血により部分的に神経が脱落

まだらぼけ

- **障害部位：**

梗塞・出血を生じた部位に関連して機能障害が生じる

血管性認知症の解説

脳血管系の障害により、部分的に神経の変性・脱落を生じた結果、回復不可能な機能障害を生じた病態を指す。

障害部位により、症状や機能障害の性状は異なる。

レビー小体型認知症

- **病態：**
αシヌクレインが蓄積し、レビー小体となり、
神経細胞死を誘導する
- **障害部位：**
後頭葉を中心に始まり、
次第に全般的な機能低下にいたる
 - － 幻視
 - － パーキンソン症状
 - － 向精神薬への過敏性
 - － せん妄を呈しやすい

レビー小体型認知症の症例

主訴：意欲低下、動きが遅くなり眠ってばかりいる

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：平成X年頃から夜中に大声をだす。

平成X+4年10月頃から 会話が筋道をたててできない。
洋服がうまく着られない。機械を扱う仕事をしていたにもか
かわらずカメラが使えない。覚まし時計があわせられない。
1日中うとうと眠っているかと思うと易怒性あり。
正常に戻ったかのように調子のよい日と全くなにもしない
日がある。この頃から家の中に子供がいる、電線の上に
女の人がいる、という。

平成X+6年1月 大学病院の神経内科に受診。筋固縮と
歩行障害を指摘された。また、不眠を訴えるようになり、
眠剤を投与されたところ、翌日の午前中まで起きなかった。

レビー小体型認知症の症例

前頭側頭型認知症

主 訴：異常行動

家族歴：姉が認知症

現病歴：平成X年4月頃から不眠、7月頃から無口になった。本来は社交的でおしゃれな性格だったが、家族とも口をきかなくなった。

平成X+2年6月頃から異常行動出現

- 安全ピンを1日に何回も買いにいき、お金を払わずに帰ってくる。
- スーパーのビニール袋を際限なく引っ張り出す。
- 全裸で洗濯物を乾かす。
- ヘアドライヤーで洗濯物を乾かし続ける。
- 他人のゴミ袋に自分の家のゴミをいれる。

これらの異常行動を夫が非難すると反抗的になり暴力をふるった。

平成X+2年10月 銀行から大金をおろしてしまい、どこへしまったかわからない。部屋の中は泥棒が荒らしたかのように散らかっている。
夫が片づけても再び散らかす。

平成13年1月 初診 神経学的に特記すべき所見なし。MMSE 19/30
病識は全くなく、夫の言っていることはすべて嘘であると言いきる。

前頭側頭型認知症の症例

各病型の特徴

	アルツハイマー型認知症	血管性認知症	レビー小体型認知症	前頭側頭型認知症
起因	脳の神経細胞の脱落 および変性	脳卒中による神経回路 の遮断や脳代謝の低下	脳の神経細胞の脱落 および変性	脳の神経細胞の脱落 および変性
経過	緩徐に発症し、進行	脳卒中の発症と時間的 関連をもって発症 階段状悪化	緩徐に発症し、進行	緩徐に発症し、進行
画像 等の 所見	・脳の萎縮、側脳室下 角の拡大 ・側頭葉、頭頂葉、後 部帯状回の脳循環代 謝低下	・認知症と関連する脳血 管病変 ・片麻痺、仮性球麻痺、 脳血管性パーキンソ ン症候群	・海馬の萎縮軽度 ・後頭葉での脳循環代謝 低下 ・パーキンソン症候群 (固縮、小刻み歩行)	・前頭葉と側頭葉の萎縮
状態	・新しいことが覚えられ ない ・変化するほど忘れや すい ・新しいものから忘れてい く ・忘れたことは想像・創作 でつなげていく ・取り繕い、妄想 ・空間認知機能の低下 図形模写、手指の模 倣が困難	・機能、記憶に凹凸がある (まだら) ・情報の処理能力が低下 し、判断機能が遅くなる (自発性低下、抑うつ) ・情報過多でパニックにな る ・突然の状況変化に対応 できない ・感情の起伏が大きくなる	・初期には記憶障害が目 立たない。注意、実行機能、空 間認知の障害が生じやすい ・3つの中核的特徴 ⇒注意や覚醒レベルと関係す る認知機能の動揺 ⇒具体的詳細な幻視 ⇒パーキンソン症候群 ・自律神経障害 ・抗精神病薬の感受性亢進 ・レム睡眠行動障害	・記憶や視空間認知は保た れる ・性格変化と社会性の消 失は早期から認められる ・感情鈍麻、無関心 ・脱抑制（わが道を行く） ・常同行動（時刻表的な 生活） ・注意の転動性の亢進と行 為の維持困難（立ち去り 行動） ・過食、偏食

雨宮克彦（1996）：痴呆への専門性のあるケアを求めて、第12回全国研究研修会抄録。

日本認知症ケア学会（2006）：地域における認知症対応実践講座Ⅰ（第3版）、ワールドプランニング。

原因疾患によって、症状やその現れ方に特徴がある。

特に、レビー小体型認知症は、身体症状（薬を含め）が特徴なので、理解しておく必要がある。

中核症状、行動・心理症状（BPSD）



認知症の症状は、「中核症状」と「BPSD」の2つでとらえる。

中核症状とは、認知症の主体である認知機能の障害をさす。物忘れだけではない。「実行機能障害」を見落とさない。

認知症の行動・心理症状（BPSD）は、中核症状に続発、併存してあらわれる様々な精神症状あるいは行動上の障害である。

過活動な症状が目にとまりやすいが、「アパシー（自発性の低下）」を見落とさない。

症状

1. 中核症状

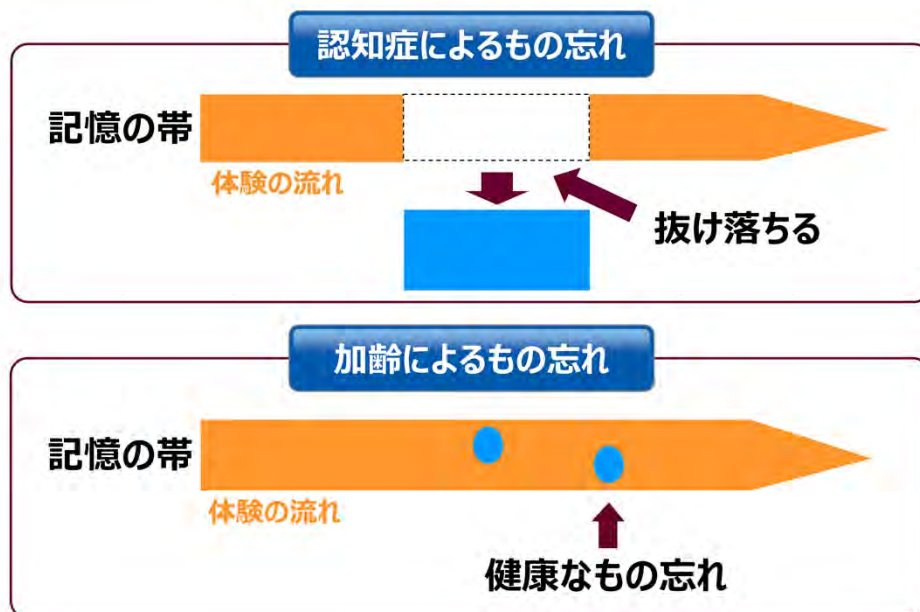
- ・・認知症患者の全員にある



2. 行動・心理症状(BPSD)

- ・・中核症状による環境への不応の結果
- ・「副産物」

中核症状①：記憶障害



日本醫事新報. No4074 (2002年5月25日)

過去から現在、そして未来へ体験された意識の中で生活している。

加齢によるもの忘れは、体験の一部分（会った人の名前を思い出せない、物を置いた場所を忘れるなど）を忘れる“もの忘れ”である。

ところが、認知症によるもの忘れは、体験全体をすっかり忘れることが特徴である。（エピソード記憶の障害）

中核症状②：実行機能障害

実行機能：「予測をする、段取りを組む、比較をする」能力
→計画をたてて計画通りに進めることが苦手

- 段取りを組むのが苦手になる
- 「失敗している」と分かっているにもかかわらず、修正の仕方が分からない
- 人の手を借りることが苦手になる

実行機能障害とは、計画をたて、順序立てて実行する能力を指す。

認知症の場合、軽度でも障害されていることが多く、IADLの評価やセルフケア能力の評価として注意をしたい。

中核症状③：視空間認知障害

視空間認知

- ①目の前の複数の物の位置関係、②自分と物との位置関係、
③自分が動くときの物との位置関係 をつかむ能力

- 特に形態や模様の認識の影響が大きい
- 物体との距離の判断ができない

視空間認知障害は、コミュニケーション（表情認知）や転倒・転落とも関係する問題である。

病棟の安全面に関しては、形態を全体的にとらえることが苦手になるため、転倒のリスク評価の一環としておこなう。

中核症状④：言語障害・構音障害

- 前頭葉の機能低下と関連
 - 物品の呼称が障害（非流暢性失語）
 - 言葉の意味の理解が障害（流暢性失語）
- アルツハイマー型認知症では、語想起困難が生じやすい
 - 普段使用しない言葉から始まる
 - 次第に日常使用する言葉に影響
 - 最終的に単語の意味が理解できなくなり会話が困難になる

アルツハイマー型認知症で特に有名。

臨床場面では、物品の名前が出てこないことで気づかれることが多い。

注意をしたいのは、物品の名前が出てこない、だけではなく、言葉の理解能力自体も併せて低下している可能性がある。

インフォームド・コンセントやケアの説明の理解の度合いの評価の上で意識したい。

まとめ：認知症の人の体験

- ・ 突然知らない世界に連れられてくる（記憶障害）
- ・ 「毎日が新しい体験、なじみがない」
- ・ 周りの動きが早過ぎてついていけない（実行機能の障害）
- ・ 何かをすること自体に疲れる
- ・ あれこれ刺激が多くて混乱する
- ・ 「おかしい」と思うけれども、どう直したらよいのかわからない
- ・ 相手の表情を読み取るのが苦手になった（社会的認知）
- ・ 場の雰囲気かわからないので怖い
- ・ 物が迫ってくる（空間認知）
- ・ 椅子にうまく座れない

認知症をもつ人へのケアを考えるうえで、認知症に伴う苦痛を理解し、その苦痛を軽減する視点で考えると分かりやすい。

重要なことは、認知症に伴う障害は複合的であり、記憶障害に留まらず、多様な領域に広がる点である。

注意障害

- ・ 必要なところに注意が向けられない（選択的注意）
- ・ すぐ気が散る（持続的注意）
- ・ 別の重要なところに注意が向けられない（分割的注意）

例) 食事の場面

- TVやラジオに気を取られて食べない
- トレイの上に物がたくさんあると集中できない
- スタッフに注意が向いて食べない

注意障害は、注意を必要なところに続けて向けることが困難になるが、これは普段の生活やケアの場面では、医療者の説明に集中できない（結果として理解が難しくなる）ことや、食事に集中できずに摂取量が減ることなどに現れてくる。

失 認

- ・ 感覚の障害はないにもかかわらず、見たり聞いたりしたことの意味が分からなくなる

例)

- 面談
 - － よく知っている人の顔なのに、誰だか分からない
 - － 表情が分からない
- 洗面・入浴
 - － 容器の違いが分からない
(歯磨きと石けんを間違える)

同じく認知症の主要な症状の一つ。

一般病院においては、医療従事者とのコミュニケーションの場面で、表情認知がうまくいかない、慣れない病棟で必要なメッセージをとらえることがうまくできない、形で現れる。

失 行

- ・「したいことは分かっているのに、身体をうまく動かせない」

例)

- 一連の動作ができない（例：入浴や歯磨き）
- 動作がぎこちなくなる

急性期病院では、一連のセルフケアの行動の評価で問題となるポイント。
保清や食事の場面で注意をしたい。

認知機能障害が及ぼす影響 易疲労性

- 日常生活は維持できていて、ADLは保たれていても、簡単な用事をこなすのに今まで以上の努力を要する
- 疲れやすくなり、短時間の作業でも集中力が低下する
- 刺激が多い環境が負荷となり消耗する
(周囲の音やTV)

一般病院の環境は、認知症をもつ人にとって、刺激の多い環境である。

認知症の初期の自覚・他覚所見に、疲れやすい、元気がなくなった、という点がしばしばある。その背景に、実行機能障害等が潜在的に進行し、一見日常生活は維持できているとしても、実は今まで以上に努力をして保っている点があることを想像し、ケアを工夫したい。

コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン
作用機序	AChE*阻害 *アセチルコリンエステラーゼ	AChE阻害/ ニコチン性ACh 受容体刺激作用	AChE阻害/ BuChE*阻害 *ブチルコリンエステラーゼ
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度
一日用量	5-10mg	8-24mg 液剤あり	4.5-18mg 貼付剤
初期投与法	3mgを1-2週投与後 5mgで維持	8mgで4週投与後 16mgで維持	4週ごとに4.5mgずつ 増量し18mgで維持
用法	1	2	1
半減期	70-80	5-7	10
代謝	CYP	CYP	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)
その他	DLBが適応 (2014)		1ステップ漸増法が 承認 (2015)

平成23年（2011年）にガランタミン、リバスチグミンが発売されたことにより、ようやく世界と同等の薬物治療が可能になった。それぞれの薬剤の特徴を表にまとめた。作用機序が少しずつ異なることから、治療効果の差異が報告されているが、この3剤の治療効果には明確な差はないと言われている^{1) 2)}。

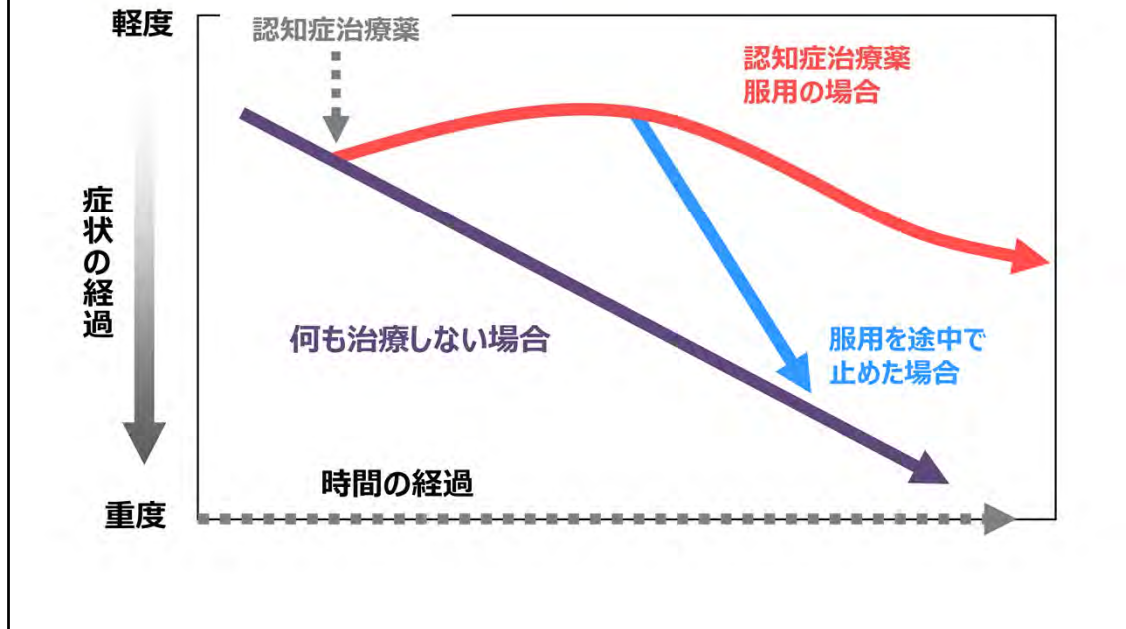
ドネペジルのみが全病期で投与可能であり、ガランタミンとリバスチグミンは軽度から中等度で使用される。剤型ではリバスチグミンは貼付剤のみの発売である。拒薬や経口摂取が不能な際に使用できる。投与法はいずれも漸増法である。半減期はドネペジルが明らかに長く、1日1回投与であるが、比較的半減期の短いガランタミンは1日2回投与となっている。

出典

1) Birks J. Cochrane Database Syst Rev. 2006; 1: CD005593

2) Ritchie CW et al . Am J Geriatr Psychiatry. 2004; 12(4):358-369

認知症の臨床症状の経過と 認知症治療薬の効果



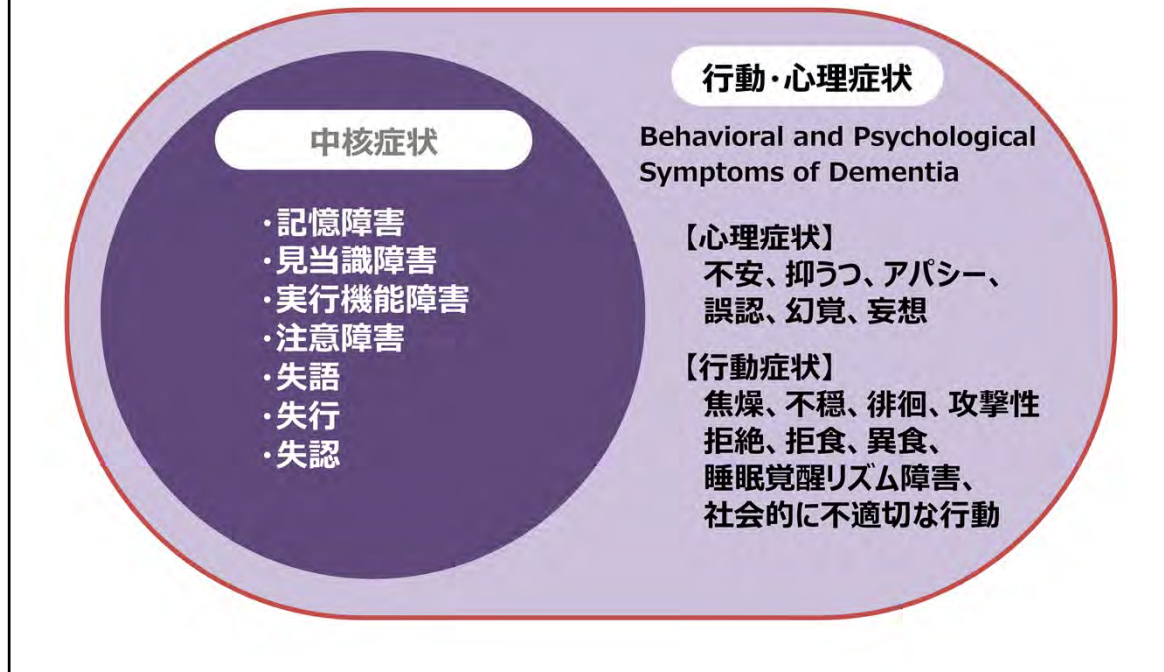
当初 コリンエステラーゼ阻害薬は短期的（1年程度）には一時的に症状を改善方向へ変化させて、治療をしない場合よりもよい期間を延長するとされてきた。

長期試験の結果ではコリンエステラーゼ阻害薬による進行の遅延が報告されてきている¹⁾。

出典

1) Rogers SL, et al :Eur Neuropsychopharmacol.10:195-203,2000

中核症状、行動・心理症状（BPSD）



認知症の症状は、「中核症状」と「BPSD」の2つでとらえる。

中核症状とは、認知症の主体である認知機能の障害をさす。物忘れだけではない。「実行機能障害」を見落とさない。

認知症の行動・心理症状（BPSD）は、中核症状に続発、併存してあらわれる様々な精神症状あるいは行動上の障害である。過活動な症状が目にとまりやすいが、「アパシー（自発性の低下）」を見落とさない。

BPSD

- 認知症患者が経過中に示すさまざまな行動や心理反応
BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia)
 - 日本語訳で「周辺症状」や「随伴症状」と呼ばれたため、認知症特有の症状かのように誤解をされがち
 - BPSDは介護困難となる最大の要因であり、適切に対応できるか否かが診療をしていく上で鍵となる
- ※ BPSDにはせん妄は含まない（せん妄は意識障害）

アルツハイマー病におけるBPSD出現頻度(日本)

アパシー（無気力）	97 %
妄想	62
易刺激性	60
不快感	53
不安	51
異常行動	47
興奮	45
脱抑制	31
幻覚	26
快活/多幸	14

Shimabukuro, et al., Psychiatry Clin Neurosci 2005

BPSDの出現頻度の調査。

BPSDというと、興奮や異常行動のような目に見える症状に注意が向きがちであるが、アパシーが高頻度に存在すること、一般病院では見落とされがちであることに注意をする。

BPSDが発生する背景と戦略

状況把握が困難
他人の言動を読み取る能力の低下

苦痛をうまく伝えられない
文脈の理解が困難

苦痛・不安・混乱
環境への適応が困難

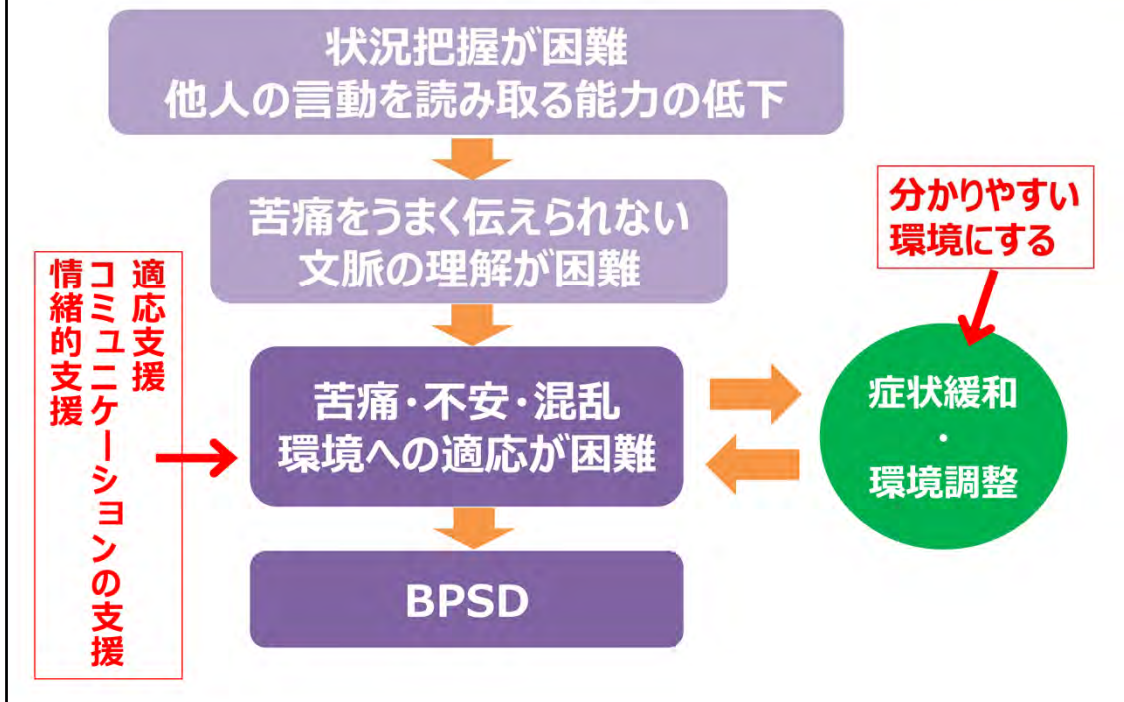
BPSD

症状緩和
・
環境調整

BPSDが発症するまでの模式図。

BPSDは、認知症をもつ人の「声なき声」であること、その苦痛を想定し、その除去、負担の軽減を図ることがBPSDの対応になることに注意をしたい。

BPSDが発生する背景と戦略



BPSDへの対応

1. 介護の上でどのようなBPSDが問題となっているのかを介護者とともに明らかにする
2. 対象となるBPSDについての情報を収集。観察記録をつける
3. BPSD発現の前後の状況を明確にして、契機となりうる要因を特定する手がかりをさぐる
4. 具体的な行動計画をたてる
5. 目標が達成された場合には、介護者に対してなんらかの報酬で報いることを考える
6. 継続的に評価をする
7. 介入効果が不十分な場合、薬物療法を考える

Teri L, et al. Compr Ther 1990

BPSDへの対応で大事なことは、丁寧な観察を心がけることである。

特に、どのようなきっかけでBPSDの症状が出現するのか、具体的なきっかけをつかむことが、その要因と対応を考えるうえで重要である。

BPSD ～暴言・暴力～

- ・ 原則として予防が重要
- ・ 人間関係を壊す可能性が高く、本人の不利益を防ぐために早急な対応が望まれる

対応：

- ・ **せん妄の有無**を確認
- ・ 背景に**苦痛（特に疼痛）、不快感**が原因のことがある
- ・ 訴えられていない苦痛はないか確認（疼痛、便秘、脱水など）
- ・ 苦痛となる環境要因はないか確認（騒音、光、など）

介護者から失敗を指摘されたり、自尊心を傷つけられる、行動を止められる、命令されるなどの場面で**心理反応**として生じることもある。

暴言・暴力は、相手に与える影響から人間関係を壊すリスクが高い。本人のケアや環境を守るためにも、早急に対応し、深刻化しないうちに対応を進める必要がある。

対応を検討する上で、

1. まずせん妄を除外すること
2. 一般病院では処置や疾病の影響で痛みを中心とする身体の不快感により生じている可能性が高く、身体症状の再評価をまず進める
3. その次に、環境の影響を考える。一般病院は認知症の人にとって刺激が過剰な場合がある。特に音や光刺激には注意を払う。

BPSD ～妄想～

主介護者など身近な人を対象とすることが多い。
人間関係に重大な影響を及ぼすため、確実に対応することが必要

- 対応

- ・ 支持的対応
- ・ 安心感を与える対応
- ・ 背景には自己喪失感に対する反応もある
- ・ 体系化したり固定化することは少ない。短絡的で時間変動もするので、一定時間本人の主張に対応してから休憩をとり、注意を別に向けるとよい場合が多い

- 薬物療法

- ・ 持続する場合には、社会的関係を維持するためにも薬物療法を含めた対応を考え、専門家と相談する

幻覚、妄想も、介護者との関係を壊すリスクがあるため、早急な対応が望まれる。

妄想の背景に、自己喪失の恐怖など心理的な問題をきっかけに生じている場合もあり、きっかけを検討することが重要である。

また、被害念慮（物取られ妄想）などの場合、短時間で変動することもあり、訴えに対して、間を挟んだり、注意を別のものにそらすなどの工夫が有効な時もある。

BPSDの中では、幻覚・妄想のような精神病症状は、比較的薬物療法が奏功しやすい。

BPSD ～抑うつ～

●対応

- ・支持的対応
- ・安心感を与える対応
- ・身体能力の低下等に直面させるのを避ける
- ・楽しみを与えようと無理に活動に参加させるのは逆効果

●薬物療法

BPSDの中で、環境要因とともに器質的な要因も重なる場合がある。

頻度が高いこと、一般病院では、リハビリの遅れや食事摂取量の低下にもつながることがあり、見落としを防ぎたい。

BPSD ～睡眠障害～

- 環境の変化に伴い容易に睡眠覚醒リズムの障害が生じやすい
- 睡眠障害は介護者に身体的負担を強いるため、生活リズムを維持させることが重要
 - ・起床、食事、就寝時間を一定にする
 - ・日中の十分な光曝露、定期的な外出・運動
 - ・夕食以降の飲酒・カフェインを避ける
 - ・利尿薬等は午前中に内服させる

認知症の人の場合、睡眠覚醒リズムが崩れやすいリスクがある。

一般病院では処置の影響があり、痛みや排尿（24時間点滴による非生理的な水分負荷）など医療的影響に注意をする。

BPSD ～徘徊～

- **介護者の負担となる症状**

- **対応**

原因を明らかにする（きっかけを探ることが重要）

- ・ **見当識の問題：** 居場所が分からなくなる
- ・ **さがしている：**
- ・ **退屈している：**
- ・ **外的刺激への反応：**
- ・ **常同行為**

徘徊も、介護負担の原因となる一症状である。

対応を考えるうえで、徘徊の原因を検討することが重要。

単に徘徊だから、場所が分からない、というだけではなく、入院中であれば環境からの刺激がきっかけになっていることもしばしばある。また、大事なものをどこに置いたのかわからなくなり、「さがす」行為が徘徊に見える場合もある。

対応は、その原因に応じて除去することとなる。

BPSD ～焦燥(agitation)～

- 意識障害や要求によって生じたのではない不適當な言語、音声、運動上の行動
- 対応
 - 原因を明らかにする
 - ・誘因となる問題を同定
 - ・問題から患者を引き離す
 - ・安心感を与えつつ、落ち着いたら別の物事に注意を向けるように促す

焦燥も、本人にとって何らかの不快感があり、それを言語化できないために生じた行動と考えられる。

焦燥だから鎮静、と考えるのではなく、その原因を観察し、除去できるものであれば除去することが基本である。

時には、注意をそらすことにより、落ち着く場合もある。

家族が認知症を疑うきっかけとなった変化

	(n:465)
● 忘れ物・もの忘れ・置き忘れを頻繁にするようになった	... 74.6%
● 時間や日にちが分からなくなった(忘れるようになった)	... 52.9%
● 仕事や家事が以前のようにできなくなり、支障をきたすようになった	... 46.7%
● クレジットカードや銀行通帳の取り扱いができなくなった	... 29.5%
● 服薬がきちんとできなくなった	... 28.4%
● ふさぎこんで、何をするのも億劫がり、嫌がるようになった	... 26.5%
● 気候に合った服を選んではいることができなかった	... 19.6%
● 入浴しても洗髪は困難になった	... 13.5%

公益社団法人 認知症の人と家族の会 「認知症の診断と治療に関するアンケート調査報告書」2014.9

認知症の初期にみられる日常生活上の変化を示す。

認知症の人と家族の会が実施した調査において、家族が認知症を疑うきっかけとなった（本人）の変化を頻度順に示したものである。1項目のみで見れば加齢による生理的な変化と区別することは難しい。しかし、このような変化が少なくとも半年前と比較して目立つようであれば認知症を疑うタイミングといえる。

ここで問題となるのは家族がいなければこのような変化は気づかれにくいことであろう。65歳以上の4割が単身あるいは高齢者世帯であり、その割合が今後ますます増加することを考えれば、家族に情報源を求めることが難しい状況もあり得る。家族から情報が得られる場合には、認知症を疑うことはむしろ容易と言っていい。

急性期病院で認知症が疑われるきっかけ

- せん妄の発症
- 転倒
- 脱水
- セルフ・ネグレクト（摂食不良、セルフケア不良）
- コンプライアンス不良（内服、処置等）

(Bentley Meyer, 2004)

急性期病院で認知症が疑われるきっかけをまとめる。

急性期病院では、記憶障害単独で問題になることよりも、治療上の問題とあわせて気づかれることが多い。これは、認知症により環境変化への適応能力が低下していることによる。

問題となるのは、

- せん妄の発症
- 転倒・転落
- 脱水、摂食不良
- 治療へのコンプライアンス不良（服薬、処置）

があげられる。

認知症の重症度判定 (FAST分類)

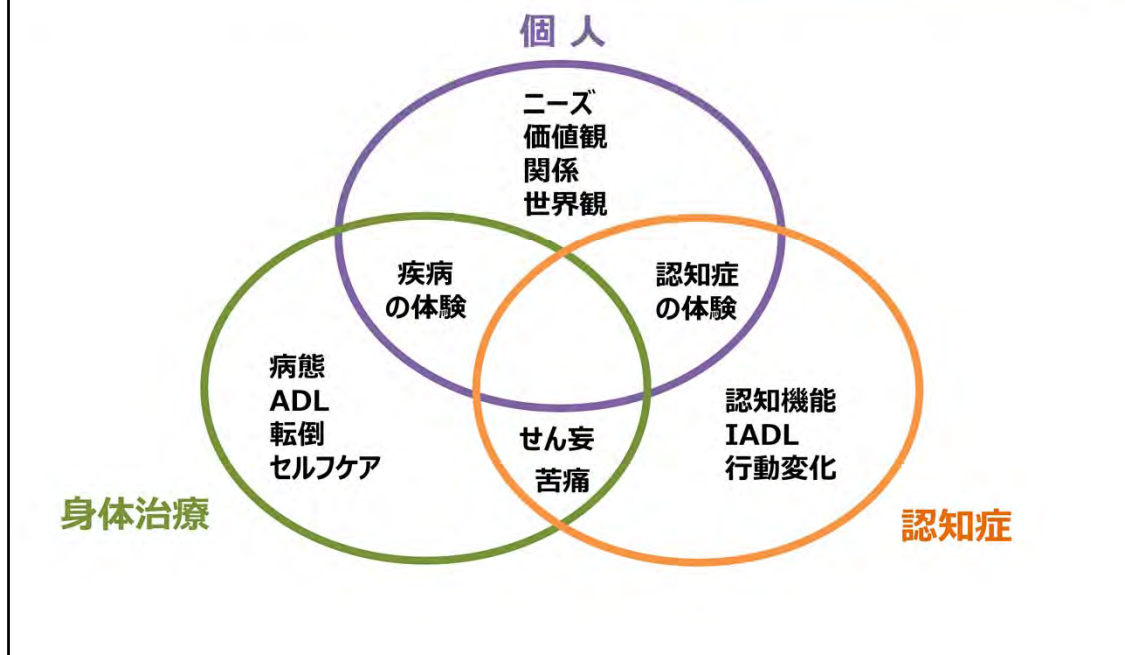
重症度	臨床診断	特徴	セルフケア	支援
1. 認知機能障害なし	正常	主観的・客観的機能低下を認めない	正常	通常の支援
2. 非常に軽度の低下	年齢相応	物の置き忘れ、見た物の名前が思い出せない	正常	通常の支援
3. 軽度の低下	境界	熟練を要する仕事の場面で機能低下を同僚が認める 新しい場所への旅行が難しい	セルフケアの実施にムラが生じる 服薬管理が不規則になる 緊急時の対応が難しくなる場合がある 新たな処置・手技の理解が困難な場合が生じる	認知症の診断はなされていないが、服薬管理や緊急時の対応、セルフケアが困難なことから認知症に気づく場合がある
4. 中等度の低下	軽度の認知症	段取りをつける、家計管理、買い物の障害	セルフケアの実施が困難になる 緊急時の対応が困難になる 服薬自己管理が難しくなる 新たな手技の獲得が困難になる	簡単な手技について指導をおこなう、可能な限りの自立支援を行う 自尊心への配慮を要する
5. やや高度の低下	中等度の認知症	介助なしでの着衣困難、入浴に説得が必要	セルフケアが困難になる 自ら判断することは困難になる 介助が必要になる	自立支援は難しいが簡単な手技を見守りて実施しながら支援を行う 支援への抵抗が生じる
6. 高度の低下	やや高度の認知症	不適切な着衣 入浴をいやがる・要介助 トイレの水を流せない 尿便失禁	セルフケアが困難になる 介助での実施に抵抗を生じることがある	一部介助、場合によって全介助
7. 非常に高度の低下	高度の認知症	言語機能低下 理解できる語彙は一単語 歩行能力喪失、坐位維持困難、笑う能力の喪失、 混迷・昏睡	セルフケアが困難になる	全介助

Reisberg B et al: Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci 1984; 435 481-483

FAST分類と一般病院入院での問題の生じ方の比較。

一般病院では、FAST3のレベルで治療上の問題が生じ始めることに注意をする。

急性期病院における 認知症のアセスメント



急性期病院における認知症をもつ人のアセスメントの概要を示した図。

認知症のケアだから特殊なアセスメントをおこなう、というのではなく、通常のアセスメントの延長になる。

注意をしたいのは、認知症の体験、認知症に伴う苦痛を推測して対応すること、認知機能がIADLに与える影響を評価することである。

認知症のアセスメント用尺度

＜患者さんに質問して行う検査＞

Mini-Mental State Examination (MMSE)

改訂版長谷川式簡易知能評価 (HDS-R)

時計描画テスト Clock Drawing Test (CDT)

＜ご家族などの介護者/同伴者からの情報による検査＞

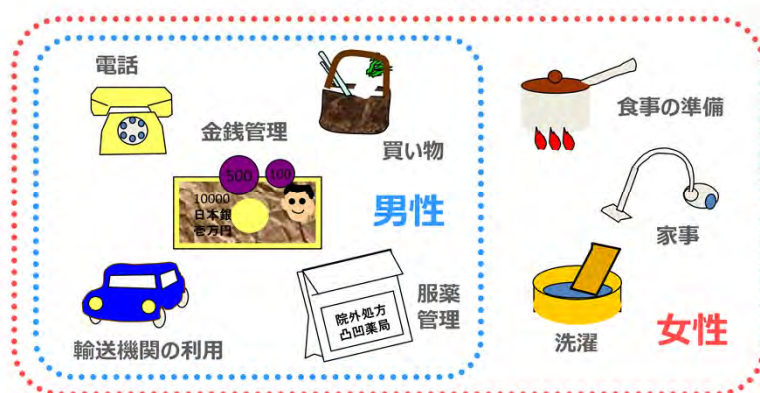
Short Memory Questionnaire (SMQ)

Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE)

認知症の評価には、本人に対する認知機能の客観的な測定と、介護者からみた日常生活の支障の度合いを評価する方法があり、両者の視点は欠かせない。

IADLのアセスメント

● IADL(Lawton) = 独居機能の評価



● 認知症のための障害評価尺度 (Disability Assessment for Dementia : DAD)

IADLは1960年代にLawtonらによって提唱された概念であり、再現性、検者間の一致などの基礎的検証がなされた。項目は電話、買い物、食事の準備、家事、洗濯、輸送機関の利用、服薬管理、金銭管理の8項目からなっている。

8点満点で評価するが、男性は食事の準備、家事、洗濯は判定項目から除外され、5点満点となっている（Lawton IADL-5と略称することあり）。現在では、女性の社会進出によって、家事を応分に負担する男性も増え、独居高齢者の場合、性差を問う必要もないとの考えもみられる。

全体として独居機能をみているといって差し支えない。

外来で認知症またはMCI患者に行った手段的ADL検査では、買物、料理、服薬管理が早期に低下しており、認知症の早期発見に役立つことを報告した¹⁾。

更にMCI113名との対比の検討から、男性では買い物、女性では料理が出来ないことが、初期認知症とMCIとの鑑別に役立つことが判明した²⁾。これらのオッズ比は5倍をこえており、80%以上の確率で認知症をMCIと区別できることを意味する。

しかしながら、正常とMCIを手段的ADLのLawton & Brodyの配点で区別することは不可能で、各下位項目の配点を重み付けし再検討する必要がある。さらに、料理にしても、作れる・作れないといった二者択一ではなく、レパートリーや味付けの変化など、微細な変化が記述された事例の集積による研究（Narrative Based Medicine）が求められている。

出典

- 1) 鳥羽研二：認知症高齢者の早期発見 臨床的観点から。日老医誌、44:305-307,2007。
- 2) 小林義雄、町田綾子、鳥羽研二他：認知症患者の総合的機能評価。日本老年医学会関東甲信越地方会

生活への支障を確認する（IADL）

- **治療** に関係すること
 - 自分で薬の管理ができる
 - 食事の準備ができる
 - 独りで通院できる（公共機関を使える）
 - 電話をかけることができる
- **療養生活** に関係すること
 - ATMなど金銭管理ができる
 - 買い物ができる
 - 掃除、洗濯などができる

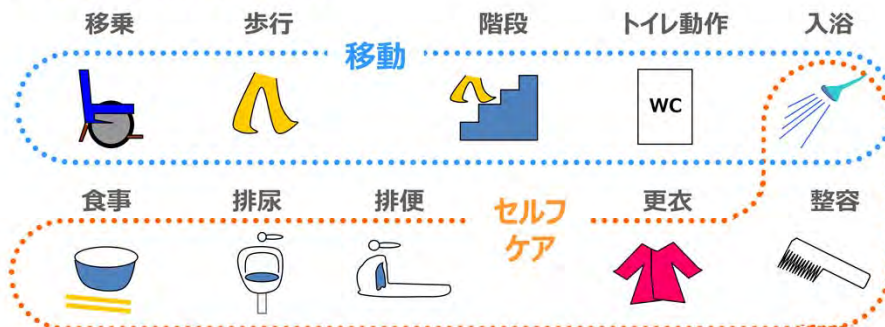
独り暮らしができるかどうか、セルフケアへの支援が必要か判断する

IADLの中で、特に治療と関連する領域を取り上げる。

これらは治療の安全な遂行、退院支援のために確認されなければならない項目である。

ADLのアセスメント

● Barthel Index



- Physical Self-Maintenance Scale(PSMS)
- N式老年者用日常生活動作能力評価尺度
- 認知症のための障害評価尺度(DAD)
(Disability Assessment for Dementia)
- ADCS-ADL (Alzheimer's Disease Cooperative Study-ADL)

実際の評価は、バーセルインデックス（Barthel Index; 機能的評価）の10項目100点満点で行う。

総合点は、全般的自立を表すが、各機能項目の依存評価がより重要である。

身の回りのことができるか確認する (ADL)

- **治療** に関係すること
 - 食事を摂ることができる
 - 排泄
 - 入浴
 - 着替え
- **通院や家での生活** に関係すること
 - 階段を上ることができる (特に団地)
 - トイレに行くことができる
 - 歩いて移動できる

ADLについても同様に、治療の開始時点や退院支援の一環として確認したい。

ADLというと、入院中の患者の行動で評価されがちであるが、自宅で生活する際には、入院とは異なる要因もある。

特に移動については、階段や坂など、自宅の環境について確認する。

認知症の人へのケアのポイント

急性期病院における認知症の治療・ケア

- 認知症の発見と初期支援
- せん妄の予防・発見・対応
- 認知機能障害に配慮をした身体管理
 - 疼痛
 - 栄養管理・脱水の予防
 - 感染予防
 - 服薬管理
 - セルフケア指導・支援
- 認知症を考慮した退院調整
- 認知機能障害に配慮をしたコミュニケーション
- 認知機能障害に配慮をした治療同意・意思決定支援
- BPSDを予防する環境整備
- 向精神薬使用の適切な判断

急性期病院が、認知症をもつ患者の治療・ケアを進めるにあたり意識したい点をあげる。
急性期病院では、疾患の治療を行う場である、という前提がある。認知症の問題も、身体治療を進める上の問題として現れる。

いわゆる「忘れる」「出不精になる」などの認知症単独の問題として現れることは少ない。
認知症の発見：

認知症の診断を受けている人はまだ少なく、治療を進めるうえで気づかれる場合が多い。

せん妄：

認知症はせん妄のリスク因子でもある。

身体管理

疼痛： 認知症では痛みをうまく伝えることが苦手になる。

栄養管理、脱水： アパシー、抑うつと関連

感染： 実行機能障害によるセルフケア能力の低下

服薬管理： 記憶障害、実行機能障害

退院支援： 環境の変化に脆弱であること（リロケーションダメージ）

意思決定支援： 記憶障害、実行機能障害により、治療に関する説明を受け、自分で判断し・決める能力が低下する。倫理的な観点からも注意をしたい。

BPSD： 急性期病院では、一般の環境と異なり、処置や疾病に伴う苦痛をきっかけとして生じることが多い。身体的な苦痛を見落とさないように配慮をする

認知症を持つ入院患者の苦痛の要因

- ・ 環境
 - － 標識が多く親しみのない環境で見当識を失いやすい
 - － 静脈ライン、カテーテル
 - － 転棟やベッド移動
 - － 音や光
- ・ 身体症状、身体機能、コミュニケーション障害
 - － 痛みを伝えることが困難
 - － 飲水・摂食不良
 - － 便秘、尿閉、皮膚刺激
 - － 感覚障害（視力・聴覚障害）
- ・ 社会関係
 - － なじみのない医療スタッフによる処置
 - － スタッフの交代
 - － スタッフ間のコミュニケーション不足
 - － スタッフや家族との疎遠、孤立
 - － 複雑な指示
 - － 事前指示のないこと、治療のゴール設定がないこと
- ・ 精神機能
 - － 認知機能低下
 - － 抑うつ、不安、孤立
 - － ケアプランを立てる際に、認知機能に関連するニーズに注意が向いていないこと

認知症をもつ患者が入院をした場合に、苦痛と感じやすい項目をあげる。

個々人による差はあるものの、BPSDを予防し、安心して過ごせるように配慮をするときに考慮するポイントとして検討したい。

認知機能障害(認知症、せん妄)のある患者との接し方の工夫

コミュニケーションをはかる上で一番問題になるのは“注意の障害”
(注意障害： 注意・集中を向けることができない、維持できない)

いかに負担なく注意を向けてもらえるかがポイント

- ・ 視野の中に入って声をかける
(視野の外(後ろ)から声をかけても、意識がむかない)
- ・ 正面から声をかける
- ・ 普段よりも一歩近いところから
(注意の維持がしやすいように、より近くはっきりと見えるところから)
- ・ 複数の刺激を用いる(ケアの道具を見せる、タッチングをする、など)
- ・ アイコンタクトをとる(注意がそれるのを防ぐ)
- ・ 目線は患者より低めに

認知機能障害(せん妄、認知症)をもつ患者との接し方のポイントについてまとめる。

一番は、コミュニケーションを図るうえで、注意が続かないことが問題になるので、負担なく注意を向けてもらえるような工夫をすることが最初の一步となる。

そのためには、

- ・ 視野の中に入ってから声をかける
- ・ 成人の距離よりはやや近めから
- ・ 注意を高める工夫を取り入れる

などがある。

認知機能障害(認知症、せん妄)のある 患者との接し方の工夫②

- 集中しやすい環境（TVを消す、適度な照明）
- 顔に影のかからないようにする
- 会話は低いトーンで、ゆっくり、はっきり
- 短い文、具体的に
- 同じ言葉をくり返してもよい
- 会話の中に相手の名前を含め、本人が慣れている名前をいう
- 応答を待つ（10秒ルール、15秒ルール）
- 話をさえぎらない

他に集中しやすい環境を用意する

会話も負担をかけないように、短く、具体的に、重要なことは繰り返す、会話の時には応答を十分に待ち、さえぎらない などがある。

認知機能障害への対応 - 記憶障害 -

- 原則：

- いっしょに行動する
- 選択肢を提示する場合には簡潔にする（例：2択）

- 例：

- 1日のスケジュールを決めて書く、見えるところに置く
- 重要な物は見つけやすいところに置く
安全の範囲内で自立を促す
- 過去の写真は会話や想起の手がかりになる

記憶障害に配慮をしたケアについて

- 一緒に行動し、患者の目線で負担を減らすための配慮をする
- 特に治療やケアの選択は、複数を一度に提示すると比較判断が難しくなるため、
選択肢を減らすなどの工夫をする

認知機能障害への対応 - 視空間認知障害 -

物体の認識を助ける（特に失認も伴う場合）

- 見るのと同様に触ることもできるようにする
- 声かけをする

人の認識、表情認識を助けるために

- 正面から向き合う
- 距離を縮める
- 自分が先に声をかける
（自分を見ているからといって認識されているとは限らない）
- 会話の際に顔に影ができないようにする

病棟での安全面で

- 暗い通路、光の反射の強い床は見当識障害につながる
- トイレの便座と床の色を変える

視空間認知障害への配慮

物体の認識を助けるようにする

そのためには、触るなど複数の感覚を使う

表情の認識を高めるために

明るい環境で、見えやすい距離で会話を持つこともできる

病棟では、過度に明るい・暗い環境に注意をするほか、床の反射なども見当識を失うきっかけとして知られている。

トイレなどでは、便座と床の色を変え、コントラストをつけることを考える。

実行機能障害への対応

- 実行機能障害への支援
 - セルフケア への支援（自立の工夫）
 - 環境の整備（わかりやすさ）
 - ・ 空間： わかりやすい（コントラスト、明るさ、影）
 - ・ 時間： 予定が確認できる、不意打ちをしない
 - ・ 人： 「なじみ」、わかりやすいコミュニケーション
- 自発性の低下、活動性低下への対応
 - 確認とうながし
- 不安への配慮

実行機能障害に対しては、

分かりやすい環境を整備して、負荷を減らすことと、

治療に関連したセルフケアに注意を払う

特に計画をたてることが苦手になるため、一緒に計画をたてる、

計画を図示したり、わかりやすく解説する、

常に参照できるようにする

などの工夫が考えられる

適切な支援・ケアの提供

1. 疼痛、その他身体的苦痛の緩和

2. 食思不振・低栄養

- － セルフネグレクト・アパシー
- － 実行機能、視空間認知能力の障害
- － 失行
- － 神経変性に伴う誤嚥

3. 感染

- － 認知症患者の予後を規定する要因（一般に3-6年と短い）
- － 気管支肺炎、尿路感染（失禁）
- － 重症化（自覚症状の取得が困難）

一般病院では、治療や処置を伴う。治療を円滑に進めるために、認知機能障害が影響をしやすい領域に注意を払う。

具体的には

疼痛コントロールに注意を払う

低栄養・食事摂取の低下に注意を払う：特に食事摂取は食欲不振以外からも

生じうることに注意をし、食事介助の必要性を早めに評価をする

感染は特に高度の認知症の場合に伴いやすい。予後を規定する因子でもある。

身体的苦痛の緩和

疼痛緩和

- － 認知症の人の疼痛は過小評価される
- － BPSDと誤解される危険性
- － 客観的な疼痛評価の併用

その他の身体症状緩和

- － 呼吸困難
- － 吐き気
- － 倦怠感
- － 常に過小診断・過小治療のリスク

痛みについては、認知機能障害がある人は、痛みを適切に把握し、言語化し、効果的に伝えることが難しくなる。

特に記憶障害が重なると、痛みが強くなったのか弱くなったのか判断が難しいのと、突出痛のような痛みがあったことを記憶して、伝えることが難しくなる。

痛みが放置されると、苦痛をBPSDとして表すこともあり、問題行動として対処されてしまうことに注意を払いたい。

痛み以外にも、自覚症状の評価が重要な領域、呼吸困難や悪心、倦怠感などでも過小評価のリスクが指摘されている。

身体的苦痛の緩和 認知症患者の痛みの評価

- 認知機能障害が軽度または中等度
 - 疼痛の評価尺度を使える可能性が高い
 - 一番あったやり方を見つけるまで工夫
(VRSが進行していても使える可能性が高い)
- 認知機能障害が高度
 - 約40%で自己評価尺度の使用が可能
 - 痛みに関する発言が疼痛を自覚している兆候となる
 - 詳細な評価には耐えられないことが多い

認知機能障害がある場合の疼痛評価については、軽度から中等度の認知症の場合には、NRSやVASなどの通常の評価尺度が使える可能性があるので、使える尺度を見つける試みをする。VRS (verbal rating scale)が認知機能低下が進行していたとしても使用できる可能性が高い。

認知機能障害が高度になると、評価尺度の使用できる割合が低下するか、使えたとしても細かい変動や性状を評価することは困難になる。

Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)

	0	1	2
呼吸 (非発声時)	正常	随時の努力呼吸、 短期間の過換気	雑音が多い努力性 呼吸、長期の過換気、 チェーンストークス呼吸
ネガティブな 発声	なし	随時のうめき声、 ネガティブで批判的な 内容の小声での話	繰り返す困らせる大声、 大声でうめき、苦しむ、 泣く
顔の表情	微笑んでいる、 無表情	悲しい、怯えている、 不機嫌な顔	顔面をゆがめている
ボディ ランゲージ	リラックス している	緊張している、苦しむ、 行ったり来たりする、 そわそわする	剛直、握ったこぶし、 引き上げた膝、引っ張る、 押しのける、殴りかかる
慰めやすさ	慰める必要なし	声かけや接触で気を そらせる、安心する	慰めたり、気をそらしたり、 安心させることができない

(平原佐斗司：認知症の緩和ケア, 緩和医療学, 11 (2), P36, 2009.)

術後の創部痛は、回復の意欲を阻害し、離床の遅延につながる重大な因子である。苦痛は主観的な固有なものとされ、従来からフェイススケールなど主観的尺度が使用されてきた。しかし、認知症の人の場合には苦痛の表現が困難となるため、医療従事者の観察と測定が非常に重要となる。その際、表に示したアセスメントツール項目（PAINADなど）を参考にするのもよい。

ケアの提供 - 食事 - 体重減少・食欲低下・悪液質

- 摂食低下を伴うことが多い
 - 軽度認知症：行動障害
(セルフネグレクト、買い物を忘れる)
 - 中等度認知症：失行、食事に注意が続かない、
貯食
 - 高度認知症：嚥下障害

治療管理上、注意をしたい点に栄養、食事の面がある。

認知症をもつ人の場合、軽度の時点から、実行機能障害が関連したセルフケア能力の低下が疑われる。

中等度になると、食事中の注意の維持が困難になり、介助がないと摂取が進まない場合がある。

「食べない」= 食欲不振 ではない

観察がポイント

- ・ 注意が向かない・それる
- ・ 食器が使えない
- ・ 食事を口元にもっていけない
- ・ 興奮
- ・ 食物の滞留
 - 歯がない
 - 義歯があわない
- ・ 口腔乾燥

食事の摂取が進まない場合の観察ポイントをいくつかあげる。

認知機能障害が関連する場合、注意の障害、道具が使えない、BPSDの関与、等が考えられる。

また、苦痛を訴えることが苦手になるため、口腔内のトラブルが摂取量の減少と関連することもある。

ケアの提供 - 食事 - 経口摂取をする工夫

- ・ 注意の低下に配慮をしてセッティングをする
- ・ 準備をする：
食べる前に見せる、においをかがせる
- ・ 患者の手をスプーンに置く、手を口元に持って行く
- ・ 咀嚼を促す、声をかける

特に、認知機能障害に配慮をした食事介助の際のポイントをあげる。

注意の問題、失行・失認、実行機能障害が関連する。

たとえば、

注意の分散を防ぐために、皿の数を減らす

注意を促すために、みせる、においをかがせる、

実行機能障害に配慮をして、箸を持たせるなど行動を促す、声掛けをする、などがある。

患者への心理的支援

- 認知症に伴う精神心理的苦痛
 - 「本人が認識できない」との先入観から見落とされることがある
- 軽度認知症：
 - 認知症による違和感・苦痛
 - 自律性の喪失への恐れ
- 中等度・高度認知症においても配慮

認知症をもつ人に対しても心理的な支援が求められる。

軽度の場合でも、自分の行為が今までのようにうまく進まない違和感、自分自身の自律性が失われる恐怖を感じていることがある。

認知症の人を支援する場合には、患者自身の苦痛に配慮をしつつケアを進める。

患者への心理的支援 告知への配慮

認知症の告知は“悪い知らせ”である

- ・ 告知には心理的苦痛を伴う。意向の確認を踏まえたうえで、丁寧な説明をあわせておこなう
- ・ 意向の確認：
告知の希望の有無、どこまでの告知を望むかの確認
- ・ 情緒的なサポートとともに進める
- ・ 進行した認知症の場合、告知した事実も記憶していないことがある。その場合でも、最低1回は本人と事実を共有する。

認知症や身体疾患について告げることは、医療者の説明義務でもある。

しかし、告知は、患者の今後の見通しを根底から覆す「悪い知らせ」であり、その話し合いには、患者の苦痛に配慮をした支援が求められる。

治療同意能力の評価

- 希望の表明はほとんどの場合可能
- 主たる障害は記憶と比較困難
 - 記憶できない
(説明を覚えていない、罹患した事実を覚えていない)
 - 比較できない
(選択肢の参照ができない)
 - 今後の見通しを想像できない
(自宅に戻ってから何が必要になるか判断できない)

治療同意能力の評価が、インフォームド・コンセントの際に求められる。

認知症が中等度の場合でも、好き嫌いなど希望の表明はできる場合が多いため、必ず理解の程度を確認し、理解が不十分な場合には、説明をわかりやすくするなど工夫が求められる。

工夫の際には、認知機能障害の程度に配慮をする。具体的には、記憶障害、実行機能障害（比較や今後の見通しを推測できない）に注意をする。

家族への支援

- **認知症の経過、関連する健康上の問題（特に身体合併症）について、家族は理解していないことがほとんどである**

(Caron, J Applied Gerontol 2005)

- **家族の苦痛**
 - 予後を予測しあらかじめ起こりうることを相談
 - 意思決定代理に伴う苦痛
 - スティグマ
 - 介護負担

家族に対してもあわせて支援をすることも重要である。

家族は、認知症の経過や今後の身体疾患の治療上どのような配慮が必要かをほとんどの場合知らない。理解度を確認しつつ、説明を加える。

また、家族が苦痛を感じやすい点として、今後のことを予測し話し合うこと、意思決定の代理を求められること、認知症のスティグマ 等もある。

介護者への支援（carer support）

抱え込みによる介護者の社会的孤立に注意

1. 情緒的サポート

- 介護者自身がどのような状況に置かれていると認識しているかを尋ねる
- 自分の置かれた状況について話す
- 新たに生じた役割がどのようなものかを考える機会を提供

2. 情報提供

- 疾病に関する情報、医療に関する情報、生活に関する情報

3. 自分自身のメンタルヘルスを守るための知識

4. 専門サービスへの紹介

介護者への支援のポイントをあげる

1. 情緒的サポート
2. 疾患に関する情報提供
3. 介護者が自分自身の精神心理的苦痛に対応できるように支援をすること
4. 必要なサービスを同定し、確実につなぐこと

情報を共有する

- ・ チーム内で話し合う
 - － 本人の好み、意向を繰り返し確認する
 - － スケジュールの共有
 - － せん妄のリスク、食事介助の必要性、疼痛の評価方法
 - － 支援内容、声かけの統一
- ・ 施設内でのコーディネーション
 - － 検査・処置の時の対応
 - － 迷子
- ・ 専門チームへのコンサルテーション
- ・ 外来・かかりつけ医への情報提供
 - － 退院後もフォローが途切れないように、外来スタッフ、在宅スタッフと話し合う機会をもつ

施設内、施設間連携のポイントもまとめる。（詳しくは地域連携の項も参照）

重要なことは、

病棟チーム内での共有

病棟外、施設内での共有

地域との共有

の3つのレベルがあることを意識する。

参考：非薬物療法

- 認知症患者の精神的安定を図る事を目的に、有害事象の生じやすい薬物療法を安易に用いることは避け、まずは非薬物療法的なアプローチを用いることが推奨されている
- 一方、残念ながら非薬物療法はエビデンスレベルが決して高くはない開発途上の段階。
- 個々の患者の中に、感情面や行動面で効果を実感するのも事実である。有害事象がほとんどないこともあり、利用される場合が多い。

参考までに、非薬物療法について触れる。

認知症ケアの基本は、非薬物的なアプローチである。

しかし、非薬物的療法や種々試みられている一方、エビデンスレベルはまだ検討段階のケアも多い。一般には、侵襲度との比較で利用されていることが多い。

参考：非薬物療法

a. 行動面を志向する方法

行動療法的アプローチ

b. 情緒面を志向する方法

支持的精神療法

回想法

バリデーション療法

感覚統合法

擬似的再現刺激療法

c. 認知面を志向する方法

リアリティオリエンテーション

技術もしくは記憶トレーニング

d. 刺激を志向する方法

レクリエーション療法

芸術療法

American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 1997

非薬物療法について概要をまとめる。

非薬物療法は、認知症ケアにおける中心となる支援である。様々なケアが提案されている。その効果検証についてはまだ途上である。

リアリティオリエンテーション

- ・ 見当識障害への直接介入法
- ・ 時間、場所、人物をなるべく正確に想起させ、認知機能の改善や感情・行動の安定を図る

通常のケアと併せて簡便にできることもあり、認知機能、BPSDに対する効果を期待して行われることがある

リアリティオリエンテーションは普段の臨床でも取り入れられている支援方法である。見当識を強化することで不安の軽減や行動の活性化を図る。

回想法

- ・ 記憶の想起により人生の連続を自覚するよう促し、自尊心やコミュニケーション能力の回復を図る方法
- ・ グループでおこなわれ、時系列で進める方法や、適宜話題を提供して自由に想起を進める方法がある

効果：

主に抑うつや不安などの感情・行動面、心理社会的安定効果があると言われる

記憶を想起することで、連続性を回復させ、自尊心やコミュニケーション能力の支援を行う方法である。個別に行う方法やグループで行う方法などがある。

認知刺激療法

- 言語機能や記憶機能などの認知機能を直接刺激して、認知機能そのものの活性化を狙う
- 言葉の連想ゲーム、物品のカテゴリーあて、物語を提示してその内容に関する質問をする（物語学習課題）など
- いずれも誤りなし学習

効果：

大規模な比較試験はない。

小規模では言語機能の改善を認めた報告がある

認知リハビリテーションの一環。言語機能や記憶機能などを刺激し、機能の活性化を目指す方法。

運動療法

- 感情の安定化やADLの維持・向上を目的
- 定まった方法はないが、週数回、30分程度の有酸素運動などをおこなう

効果:

確実にあると想定されるのが柔軟性の向上
身体機能・行動・認知機能にも変化が報告

エクササイズ等により脳機能の活性化を目指す方法。

芸術療法

- ・ 絵画、音楽、書道など言葉を介さず身体を使う活動を通して、心身機能の活発化、ADL向上を図る

効果：

効果の検討は少ない。

抑うつ気分やアパシー、徘徊、不安感の改善効果の報告がある

身体拘束をやむを得ず検討する場合

医学的視点

- 意識障害にある患者の危険な行動の防止
- 精神症状に基づくと推定される自傷的あるいは他害的行動の防止
- 近時記憶のため離床時に看護師に知らせる手順を学習できない患者の転倒骨折事故の防止
- 突発した興奮や暴力的行動が脳器質性疾患に起因している可能性を否定できず鑑別の過程にある場合
- 身体疾患への安全性を考慮して選択された薬物の種類あるいは量が鎮静に不十分な場合

身体拘束・隔離の指針 2007

身体拘束については、各施設で抑制に関する手順書を用意している施設も多いので、自施設の状況を確認する。

やむを得ず身体拘束を行う場合

行わないことが原則（BPSD、せん妄の強力な増悪因子でもある）

- 他の対応を試みたうえで、安全を確保するための取りうる代替方法がないことをチームで確認し、その上で必要最小限度に限る
- 説明と同意
 - － 患者・家族に説明
 - － 必要性を判断するに至った経緯を診療録に記載
 - － 内容を診療録に記載
- 観察・評価・記録
 - － モニターを装着、毎日医師の診察が必要
- 専用の用具を用いる（マグネット式の専門用品）
- 阻血の防止
- 誤嚥の防止
- 深部静脈血栓・肺塞栓の防止
 - － 弾性ストッキング
 - － 間歇的空気圧迫法
 - － 血栓形成が疑われた場合は専門医にコンサルト

身体拘束はBPSDの
解決策にはならない

身体拘束は、BPSDやせん妄の強力な増悪因子であることから、原則は禁忌である。

治療上、ほかの手段を取ったものの、どうしても生命の危険があり、緊急性をもって行わなければならない場合に限り、やむを得ず実施する。実施の際には、深部静脈血栓症のリスクに注意をする。

まとめ：急性期病院における認知症ケア

- 認知症の発見と初期支援
- せん妄の予防・発見・対応
- 認知機能障害に配慮をした身体管理
 - 疼痛
 - 栄養管理・脱水の予防
 - 感染予防
 - 服薬管理
 - セルフケア指導・支援
- 認知症を考慮した退院調整
- 認知機能障害に配慮をしたコミュニケーション
- 認知機能障害に配慮をした治療同意・意思決定支援
- BPSDを予防する環境整備
- 向精神薬使用の適切な判断