

弘済院 ～認知症の人とのあゆみ～

大阪市立弘済院 認知症ケアマニュアル

普及版

(2022(令和4)年7月作成)

はじめに

弘済院は、昭和19年三島郡山田村（現在の吹田市古江台）に大阪市立の総合的な福祉施設として設置され、その時代に応じた福祉的な課題に逐次対応してきた歴史を有しています。

特に近年は、これまで長年蓄積してきた老年医療と介護の知見を活かすべく、先駆的な認知症介護の実践を目的とした第2 特別養護老人ホームの平成2 年設置を契機として認知症医療・介護に注力しており、平成21 年には大阪市から認知症疾患医療センターの指定を受けるなど、昨今の弘済院は認知症の専門施設という評価を受けるに至っています。

認知症は、高齢化に伴い誰にでも起きうる身近なもので、現時点では根治する疾病ではないことから、誰もが認知症の当事者として、また支える者として認知症とともに生きていく必要があります。

こうした認識から、弘済院には、認知症の人やその家族の視点に立って、認知症の人の思いやその人らしさを尊重し、認知症の人が穏やかに生活できることを最優先とする理念のもと、医療と介護が協働し、在宅・地域とともに治療とケアに取り組んできた実績があり、同様の理念は、現在の国や本市の認知症施策の重要な柱としても位置付けられています。

そして、この理念にもとづき長年育んできた医療と介護が融合した知見・スキルこそが弘済院の強みであり、この強みを今後のさらなる認知症対応ニーズの高まりに応えるべくさらにアップデート・深化させていくとともに、間近に迫った認知症新施設に継承していくことが、今日の私たち弘済院職員に課された使命と考えます。

私たちがこの使命を果たしていくには、医療と介護の専門職が、認知症に対し何をめざし何ができるのか、お互いの想いと役割を知り、育成過程の背景を超えて相互理解を進めることで、心理的な垣根をなくすことが第1 歩となります。

こうした観点から、今回弘済院における医療・介護の専門職の相互理解による成長と認知症ケアの質の向上をめざし、ケアマニュアルを作成しました。本マニュアルが認知症ケアを学ぶ多くの職員が、機会をみてひとくちことができる資料としても役立つことになれば幸いです。

大阪市立弘済院長 中西 伸禎

発刊にあたって

- 大阪市立弘済院附属病院および第2特別養護老人ホームでの認知症ケアの質を向上するために、診療報酬における認知症ケア加算の算定のためのケアマニュアルとしてのみならず、認知症ケアを学ぶ職員が、機会をみてひもとくことができるものとして執筆、編集しました。
- 医学用語は、日本神経学会監修「認知症疾患診療ガイドライン 2017」に基づいて整理しました。
- 引用文献は、発行元に許諾を得た上で、その引用元の文献を章ごとに記載しました。

目 次

I 章	認知症の基礎知識	1	
	1. 認知症とは		1
	2. 認知症と区別すべき病態		1
	3. 認知症または認知症の症状を示す疾患一覧		2
II 章	認知症の原因となる病気	3	
	1. アルツハイマー型認知症（AD）		3
	2. 血管性認知症（VaD）		3
	3. レビー小体型認知症（DLB）		4
	4. 前頭側頭型認知症（FTD）		4
III 章	認知症の症候	6	
	1. 認知機能障害		6
	2. 行動・心理症状（BPSD）		8
IV 章	検査・評価尺度	9	
	1. 血液検査		9
	2. 頭部画像検査		9
	3. 神経心理検査		10
	4. その他		10
V 章	認知症の薬物療法	11	
	1. 抗認知症薬		11
	2. BPSD に対する薬物療法		12
VI 章	認知症の非薬物療法	18	
	1. 回想法		18
	2. コラージュ療法		19
	3. 「認知症患者リハビリテーション」		19
	4. デイサービスとデイケア		19
VII 章	認知症の人へのケア	20	
	1. 認知症の人への理解		20
	2. 認知症ケアにおける留意点		23
	3. 生活場面でのケア		26
VIII 章	認知症の本人や家族を支えるための諸制度と社会資源	43	
	1. 診断後の支援		43
	2. 介護保険制度		44
	3. 地域包括支援センター		45
	4. 認知症初期集中支援チーム		46
	5. 認知症地域支援推進員		46
	6. 権利擁護 成年後見制度等		47
	7. 高齢者虐待の防止		48
	8. 若年性認知症		50
	9. 自動車運転		50
IX 章	認知症疾患医療センター	52	
	1. 業務内容		52
	2. 弘済院での取り組み		54
	3. 認知症疾患医療センター一覧表		55
参考	1. 大阪市の認知症施策	57	
	2. 市長宣言		57
	3. 弘済院での主な研究・発表等の業績		58

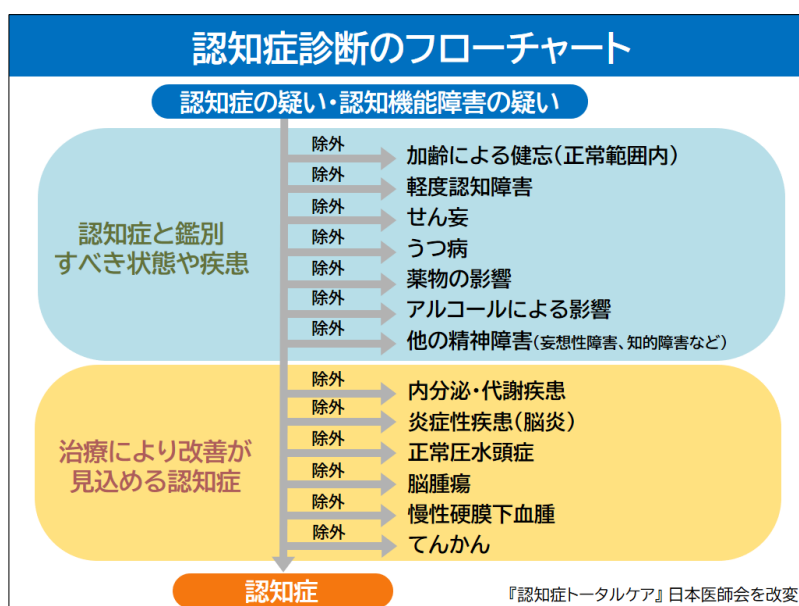
I 章 認知症の基礎知識

1. 認知症とは

脳に病気が起こることにより知的能力の低下（記憶障害、見当識障害＊、理解・判断力の障害、実行（遂行）機能障害＊など）が起こり、生活に支障をきたした状態のことをいう。（＊P7参照）

認知症とはある病気のグループの共通の症状であり、認知症には原因となる病気がある。

認知症の状態をきたす原因を鑑別して、適切な治療・対応を行うことが重要である¹⁾。



かかりつけ医認知症対研修向上研修 スライド＜基本知識編＞（令和3年3月）より一部改変

（参考）日本神経学会監修 認知症疾患診療ガイドライン 2017

pp.3 表2 NIA-AA による認知症の診断基準の要約（2011年）

https://www.neurology-jp.org/guidelinem/degl/degl_2017_01.pdf

2. 認知症と区別すべき病態（認知症とよく似た状態を起こすことから）

（1） 認知症と加齢に伴うもの忘れ（生理的健忘）

加齢によるもの忘れでは、人の名前が出てこないことや、一般的な知識などを忘れることが多く、日常生活には支障をきたさず、自覚があることが多い。それに対して、認知症のもの忘れ（病的なもの忘れ）では、新しいことを覚えられないこととともに、ある自分の体験全体がすっぽりと抜け落ちることが特徴的で、そのもの忘れは徐々に進行し、日常生活に支障をきたすものとなる。

（参考）日本神経学会監修 認知症疾患診療ガイドライン 2017

pp.9 表1 生理的健忘と病的健忘（Alzheimer型認知症）の鑑別の要点

https://www.neurology-jp.org/guidelinem/degl/degl_2017_01.pdf

(2) せん妄

せん妄とは、意識の変容で（認知症の行動・心理症状『BPSD』*ではない）、高齢者においては、認知症の有無を問わず、身体疾患の発症時にみられることが少なくない。認知症の諸症状と違い、数時間～数日の単位で急激に出現し、その症状は動揺性である。（*P8参照）

（参考）日本神経学会監修 認知症疾患診療ガイドライン 2017

pp.9 表2 せん妄と Alzheimer 型認知症の鑑別の要点

https://www.neurology-jp.org/guidelinem/degj/degj_2017_01.pdf

(3) うつ病・うつ状態

古来、偽性認知症と呼ばれていたように、認知症との鑑別は非常に難しく、認知症に先行して認められたり、認知症に併存することも少なくない。一般に、例えばアルツハイマー型認知症と比較すると、うつ病・うつ状態においては、自らの能力の低下を嘆き、強調することが多く、食欲の低下や睡眠障害を伴うことが多い。一方アルツハイマー型認知症では、忘れたことを「新聞を見なかったから」と取り繕う（取り繕い現象）ように、自らの能力低下を認めないこともしばしば経験されることである。

（参考）日本神経学会監修 認知症疾患診療ガイドライン 2017

pp.9 表3 うつ病（偽性認知症）と Alzheimer 型認知症の鑑別の要点

https://www.neurology-jp.org/guidelinem/degj/degj_2017_01.pdf

3. 認知症または認知症の症状を示す疾患一覧

＜原因となる病気：認知症の種類＞

(1) アルツハイマー型認知症 (AD)

(2) 血管性認知症 (VaD)

(3) レビー小体型認知症 (DLB)

(4) 前頭側頭葉変性症 (FTD)

① 行動障害型前頭側頭型認知症

② 進行性非流暢性失語症

③ 意味性認知症

(5) その他（認知症をきたすその他の疾患）

1) 脳外科的疾患：慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍、外傷性脳損傷

2) 感染症：脳炎、プリオン病など

3) 物質医薬品使用

4) 内科的疾患：ビタミン欠乏症、甲状腺機能低下症 など

Ⅱ章 認知症の原因となる病気

1. アルツハイマー型認知症（AD：Alzheimer's disease dementia）

脳に「アミロイド（ $A\beta$ amyloidosis）」と呼ばれる繊維状のたんぱく質が蓄積することとタウたんぱくが細胞質内で繊維化した状態の「神経原繊維変化」が起こることを特徴とし、徐々に神経細胞が死滅して認知症を発症する。神経細胞が死滅していくことに伴い、脳全体が萎縮していく。

（1）特徴

初期から記憶障害が目立つことが多く、答えられない場合に「新聞を読んでもできなかったから」と取り繕ったり、家族を振り返ったりする現象がしばしば認められる。進行に伴い、視空間障害、失認、失行などの症状が認められるが、若年発症者では発症初期から記憶障害よりも目立つ場合が少なくない。

（2）治療・ケア

病状に応じて抗認知症薬の投与を行うとともに、介護予防の視点にたって、必要な生活支援を導入する。

2. 血管性認知症（VaD：Vascular dementia）

脳梗塞や脳出血などの脳血管障害を起こしたことにより発症する認知症をいう。

（1）特徴

①多発脳梗塞性認知症、②戦略的な部位の単一病変による認知症、③小血管病性認知症、④低灌流性血管性認知症、⑤出血性血管性認知症、⑥その他に分類されており、それぞれ背景となる病気が異なり症状や進行のしかたも異なっている。

どの血管に障害が起こったかにより症状は異なり、記憶障害が目立たない人も少なくない。一般に脳卒中を起こすたびに認知機能が階段状に悪化することが典型的であるが、③では緩徐進行性の経過を示すため AD などとの鑑別が難しい場合がある。VaD と AD は共通の危険因子をもつことから合併しやすい。

（2）治療・ケア

脳血管障害の再発予防が重要であり、そのための脳血管障害の危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満、心房細動、喫煙等）の管理が必要である。認知機能の評価に際しては失語などの言語障害の影響を考慮することや、アパシー（自発性や意欲の低下）を伴うことが多いことも注意が必要である。合併する麻痺や嚥下障害などの身体障害へのケアも必要である。

●記憶障害：ADにおいては、記憶内容としては「いつ、どこで」という経験内容を含む出来事の記憶である「出来事記憶」が障害されやすく、記憶を貯蔵する長さによる分類からは、数分から数日程度貯蔵して再生する近時記憶が障害されやすい。

●失認：視覚などの感覚障害では説明がつかないような、対象を認識できないことをいう。

●失行：手足の運動障害はなくても、習慣的な動作や道具が使えないことをいう。

3. レビー小体型認知症（DLB：Dementia with Lewy Bodies）

α シヌクレインを主要構成成分とする Lewy 小体の脳への出現を特徴とする認知症をいう。

（１）特徴：次の１）～４）が主な症状として認められる。

- １）注意や明晰さの著明な変化を伴う認知機能の変動
- ２）繰り返し出現する構築された具体的な幻視・・・（例：子どもが３人来ている、水たまりがある等）
- ３）特発性パーキンソニズムの出現（動作緩慢、寡動、静止時振戦、筋強剛から１つ以上）
- ４）レム期睡眠行動異常症（RBD）：認知機能低下に先行することもある

そのほか、転倒しやすいこと、抗精神病薬への過敏性や、便秘、起立性低血圧などの自律神経症状なども特徴的な症状である。ドパミントランスポーターシンチグラフィーや、MIBG（metaiodobenzylguanidine）シンキンシンチグラフィーでの取り込みの低下が診断に有用である。

（２）治療・ケア：

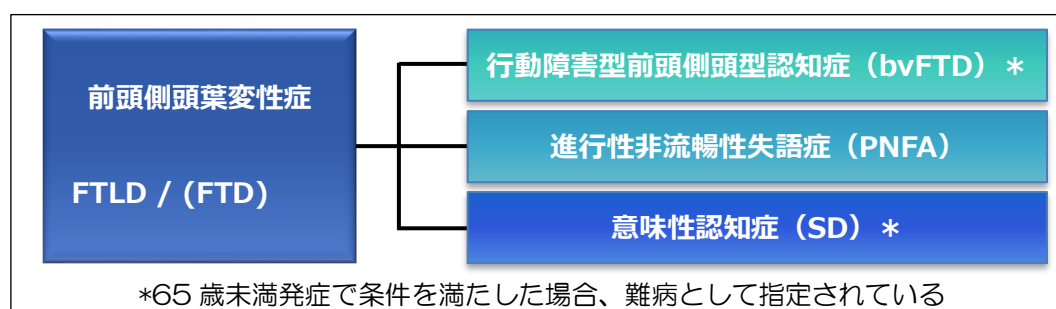
さまざまな症状（認知機能障害、幻覚妄想、RBD、自律神経障害、パーキンソニズム等）に対する対症的治療を行うが、薬物療法においては他の認知症と比較して有害事象が発症しやすいため注意深い対応が求められる。抗認知症薬としてはアリセプト[®]が保険で認められている。

幻覚がある場合は、周囲を明るくしたり、見間違いやすいカーテンの除去などの対応を検討する。転倒しやすいことを前提とした環境づくりに努めることが必要であるとともに、病状の変動が激しく、一方で身体的な不調や環境変化などが容易に症状の悪化（幻視の出現等）につながるため、細やかな配慮が特に求められる。

4. 前頭側頭型認知症（FTD：Frontotemporal dementia）

前頭側頭葉変性症（frontotemporal lobar degeneration:FTLD）は、神経変性疾患の１つで前頭葉から側頭葉前方を中心にして病気がおこり、主に行動障害や言語障害を生じてくる認知症の病理学的（病気の診断や原因の解明のために、解剖したり顕微鏡を用いて研究する）な分類名である。近年その分類の変更が繰り返されてきており、現況を以下に示す。

●前頭側頭葉変性症の分類の現況¹⁾



（１）特徴

AD に比べて発症が若く、男性に多い傾向があり、記憶障害が目立たず、人柄が変わったり行動の変化が目立つことが特徴である。

行動障害型前頭側頭型認知症を疑う症状は以下のとおりである²⁾。

行動障害型前頭側頭型認知症を疑う症状

- ① **同じことを繰り返す**：同じ行動や同じ言葉を繰り返す
 - ② **時刻表的な生活**：毎日同じ時間に同様の行動をとり、制止すると怒る
 - ③ **食べ物へのこだわり**：同じ食べ物、特に甘いものばかり際限なく食べる
 - ④ **立ち去り行動**：周囲の状況に関わらず、突然立ち去ってしまう
 - ⑤ **状況に合わない行動**：無遠慮で身勝手にも思える行動をとる
 - ⑥ **無関心**：周囲の出来事や自己（衛生、容姿など）へも無関心である
 - ⑦ **逸脱行為**：万引きのような反社会的行動、性的な行動などを繰り返す
 - ⑧ **意欲減退**：ぼんやりと何もしない、引きこもりが続く
 - ⑨ **言語障害**：言葉の意味がわからない、言葉が出にくい
 - ⑩ **記憶障害が軽い**：はじめの頃は比較的記憶障害が目立たない
- （行動障害や言語障害が目立つ割にはよく解っている）

大阪市立弘済院 中西 亜紀、坂尾 恭介、長谷川 美智子、北沢 啓子 平成 18 年作成

意味性認知症では、言葉の意味がわからなくなる語義失語が特徴的に認められる。

（２）治療・ケア

薬物療法は対症療法にとどまり、この病気のための治療薬はない。本人の
とる行動を遮らず、困った行動が起こらないようにするにはどうしたらよい
か、本疾患に特徴的な症状を活用したケア方法を検討する。

なお、具体的なケア方法や事例等については、「認知症医療・介護に関わ
る専門職のための『前頭側頭型認知症&意味性認知症』こんなときどうす
る！」（大阪市発行）を参照のこと。

1) 「認知症医療・介護に関わる専門職のための「前頭側頭型認知症&意味性認知症」こんなときどうする！」（大阪市発行）pp.3 図2
2) 「認知症医療・介護に関わる専門職のための「前頭側頭型認知症&意味性認知症」こんなときどうする！」（大阪市発行）pp6 行動
障害型前頭側頭型認知症を疑う症状

Ⅲ章 認知症の症候

認知症の症状には、記憶、言語などの認知機能の障害と、それに伴う認知症の行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：BPSD）がある。BPSDは、認知機能障害を基盤に、身体的要因、環境的要因、心理的要因などの影響を受けて出現する¹⁾。アルツハイマー型認知症（AD）の場合は、認知機能障害を中核症状、BPSDを周辺症状として考えるとわかりやすい。

1. 認知機能障害

（1）全般的注意障害

認知症では、原因疾患によらず比較的早期から出現するもので、周囲からの刺激を受容・選択して目的に向かって一貫した行動をするための全般的な注意の選択、持続、配分が障害されることである¹⁾。このために、一度に処理する情報量が減り、複雑な事柄を理解することが困難になる。

（2）実行（遂行）機能障害

特に前頭側頭型認知症（FTD）で典型的に出現するが、あらゆる認知症に認められる。目的をもって、計画を立てて物事を実行し、その結果をフィードバックしながら進めていく機能を言い、仕事や家事を段取りよくすすめられなくなることなどで気付かれる¹⁾。

（3）記憶障害

記憶とは、新しい経験が保存され、その経験が意識や行為の中に再生される機能をいう。

ア 記憶の内容による分類¹⁾

① 陳述記憶	言葉で表せて意識化できる記憶
①-1 出来事記憶	“いつ・どこで”という内容を含む出来事の記憶。ADで早期に障害される（健忘）
①-1-A 近時記憶	数秒から数日程度の記憶
①-1-B 遠隔記憶	数日～年単位の記憶
①-2 意味記憶	物や言葉の意味などの知識
② 非陳述記憶	技術の記憶などで言葉にできない記憶

出来事記憶の障害のうち、発症前の出来事を想起できないのが逆行性健忘、発症後の出来事を想起できないのが前向性健忘である。ADの初期で

は、逆行性健忘は前向性健忘よりも目立たない。SD では意味記憶が徐々に障害されていく。

非陳述記憶は健忘のある場合でも保たれるので、日常生活動作を保つ上で活用することができる。

イ 記憶を貯蔵する長さによる分類¹⁾

刺激を貯蔵する時間の長さから、即時（短期）記憶、近時記憶、遠隔記憶に分けられる。このうち即時記憶は全般性注意などに関連する機能で、近時記憶と遠隔記憶は上述の分類にもあるとおり出来事記憶である。

(参考) 日本神経学会監修 認知症疾患診療ガイドライン 2017

pp.21 CQ2-1 図 1 想起するまでの時間による記憶の分類

https://www.neurology-jp.org/guidelinem/deg1/deg1_2017_02.pdf

(4) 見当識障害

時間、場所、人がそれぞれわからなくなること。

(5) 失語

聴覚や構音機能（話すための機能）が保たれているにもかかわらず、言葉を理解したり、話すことが困難になることをいうが、構音障害を伴う場合もある。喚語困難（言葉の言い換えが難しくなる、言葉がうまく出てこなくなる）、語想起の低下（単語を思い出すことが難しくなる）、言語理解の低下（相手の言葉の内容が理解しづらくなる）、反響言語の出現（相手の言葉をオウム返しする）など、様々なタイプがある。

(6) 失認

視覚等が保たれているにもかかわらず、対象物を理解できない状態。視空間失認（空間における物の位置や、物と物との位置関係が理解できなくなる）はADやDLBに比較的によく経験される。

(7) 失行

麻痺がないにも関わらず、動作を行うことができないことをいう構成失行（立体図形や絵が模写できなくなる）、観念運動失行（単純な指示による動作ができなくなる）、観念失行（使い慣れた道具を使うことができなくなる）、着衣失行（衣服の着脱がうまくできなくなる）などがある。

2. 行動・心理症状（BPSD：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）²⁾

（1）活動亢進が関わる症状

焦燥性興奮、易刺激性、脱抑制、異常行動（徘徊、攻撃的行動）など。もの忘れに伴い、不安、焦燥感を認めているときに、周囲の不適切な対応が加わることにより、攻撃性が高まり、暴言、暴力などに至ることがある。

（2）精神病様症状

幻覚、妄想などのことを言う。AD では記憶障害を背景とした物盗られ妄想が、レビー小体型認知症（DLB）では幻視、錯視を背景とした嫉妬妄想や、「誰かわからない人が家に来ている」といった“幻の同居人”などがしばしば認められる。

（3）感情障害が関わる症状

不安、うつなどのことを言う。AD やDLB で少なくない。

（4）アパシーが関わる症状

自発性、意欲の低下であり、うつ状態との鑑別が必要である。どの認知症でも時期により出現するが、血管性認知症（VaD）や、FTD で多く認められる。

1) 日本神経学会監修 認知症疾患診療ガイドライン 2017 pp.19-22 CQ2-1

2) 日本神経学会監修 認知症疾患診療ガイドライン 2017 pp.23-24 CQ2-2

Ⅳ章 検査・評価尺度

1. 血液検査

甲状腺機能低下症、肝性脳症、電解質異常、ビタミン欠乏症などから認知症のような状態になることがある。認知症の鑑別診断に際しては、実施すべき検査である。

2. 頭部画像検査

(1) コンピューター断層撮影 (CT: computed tomography)

X線の吸収度の違いを利用し、脳の萎縮、脳梗塞、脳出血、脳腫瘍の有無等を調べるのが可能で、脳に器質的变化を生じているのか否かを鑑別するために必要な検査である。

MRI に比べて短時間で撮影可能で、磁気を使用しないため、心臓ペースメーカー装着時等で MRI 実施不能の場合も撮影可能である。

(2) 核磁気共鳴画像法 (MRI: magnetic resonance imaging)

核磁気共鳴現象を利用して、脳の萎縮、脳梗塞、脳出血、脳腫瘍の有無等を調べるのが可能である。CT に比べて撮影時間は長い、ラクナ梗塞などの小さい脳梗塞、脳虚血性変化や急性期の脳梗塞、正常圧水頭症の有無を調べる上で MRI は優れている。

また、水平断撮影以外にも冠状断、矢状断と脳をいろいろな角度から調べることや、脳血管の形状も調べるのが可能である。強力な磁力を利用して撮影するため、体内金属の装着により撮影できない場合がある。

(3) 脳血流シンチグラフィー

シンチグラフィーとは、放射性同位元素（ラジオアイソトープ）で標識された薬剤を体内に投与後、放出される放射線を画像化することにより薬剤の分布を調べる検査のことであり、シンチグラフィーの断層撮影のことを単一光子放射断層撮影 (SPECT; single photon emission computed tomography) と呼ぶ。

脳血流シンチグラフィーは脳の血流をラジオアイソトープを利用して測定する検査で、脳血流低下の部分は脳の機能が低下している部分である。

認知症の種類によって脳機能が低下する部分が異なり、アルツハイマー型認知症 (AD) の場合、後部帯状回や頭頂葉内側の楔前部に、レビー小体型認知症であれば、後頭葉に血流低下が認められることが多い。認知症の早期発見や認知症の種類の鑑別に使用される。

(4) MIBG 心筋シンチグラフィー

メタヨードベンジルグアニジン (MIBG; meta-iodobenzylguanidine) は、ノルエピネフリンと似た物質で、パーキンソン病やレビー小体型認知症

などの自律神経障害を示す疾患ではこの薬剤が心臓に集積しなくなるため、認知症ではレビー小体型認知症の鑑別に用いられる。

(5) ドパミントランスポーターシンチグラフィ

イオフルパンはドーパミントランスポーターに高い親和性を示し、ドーパミントランスポーターは線条体に多く認められる。パーキンソン病やレビー小体型認知症では、線条体のドーパミントランスポーターが変性脱落し、イオフルパンが集まらないため、線条体が点状にしか光らない。レビー小体型認知症の鑑別に用いられる。アルコールアレルギーがあると検査を行えない。

3. 神経心理検査

(1) 改訂版長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)

記憶、見当識、計算、言葉の流暢性などの認知機能全般を測定する言語性知能検査である。5～10 分程度で行うことができ、記憶を中心とした高齢者の認知機能障害の有無をとらえることが可能である。30 点満点で点数が低いほど認知機能が低下していることを表す。総得点のみではなく、どの項目ができないのかも評価にあたって重要である。

(2) Mini-mental state examination (MMSE)

記憶、見当識、計算、言語理解、文章理解、図形把握などの認知機能を評価する言語性知能検査である。30 点満点で点数が低い程認知機能が低下していることを表し、24 点以下であれば認知症の可能性が高いと言われてきたが、もともとの教育レベルの高い人では、かなり認知症が進行してもなかなか低下しないことも知られている。

4. その他

● 脳波検査

認知機能障害の進行とともに、脳機能の低下が反映される。てんかんが疑われる時や軽い意識障害をみつけようとする時などにも用いられる。ただし特にてんかんを疑う時は、1 度の実施で異常が見つからない場合もある。

V 章 認知症の薬物療法

認知症の治療は、認知機能の改善と生活の質（quality of life：QOL）向上を目的として、薬物療法と非薬物療法を組み合わせで行う¹⁾。

1. 抗認知症薬

現在、認知機能障害を回復させる薬物はないが、アルツハイマー型認知症（AD）（下記 4 剤）とレビー小体型認知症（DLB）（アリセプト®のみ）において、抗認知症薬の投与が推奨されている。薬物治療の開始にあたっては、投与されている他の内服薬を確認するとともに、薬物療法の必要性の判断、服薬遵守が可能な環境整備を行ってから説明と同意をもって開始する²⁾。

抗認知症薬には以下の 2 つの種類がある。

（1）コリンエステラーゼ阻害薬

コリンエステラーゼの活性を阻害し、神経末端のアセチルコリンの濃度を上昇させる。

- 1) アリセプト®（一般名：ドネペジル）
- 2) レミニール®（一般名：ガランタミン）
- 3) イクセロンパッチ®/リバスタッチパッチ®（一般名：リバスチグミン）

（2）N-メチル-D-アスパラギン酸受容体拮抗薬（NMDA 受容体拮抗薬 N-methyl-D-aspartate 受容体拮抗薬）

NMDA 受容体拮抗薬であるメマンチンは、NMDA 受容体の過剰な活動をブロックして細胞障害を防ぐ。

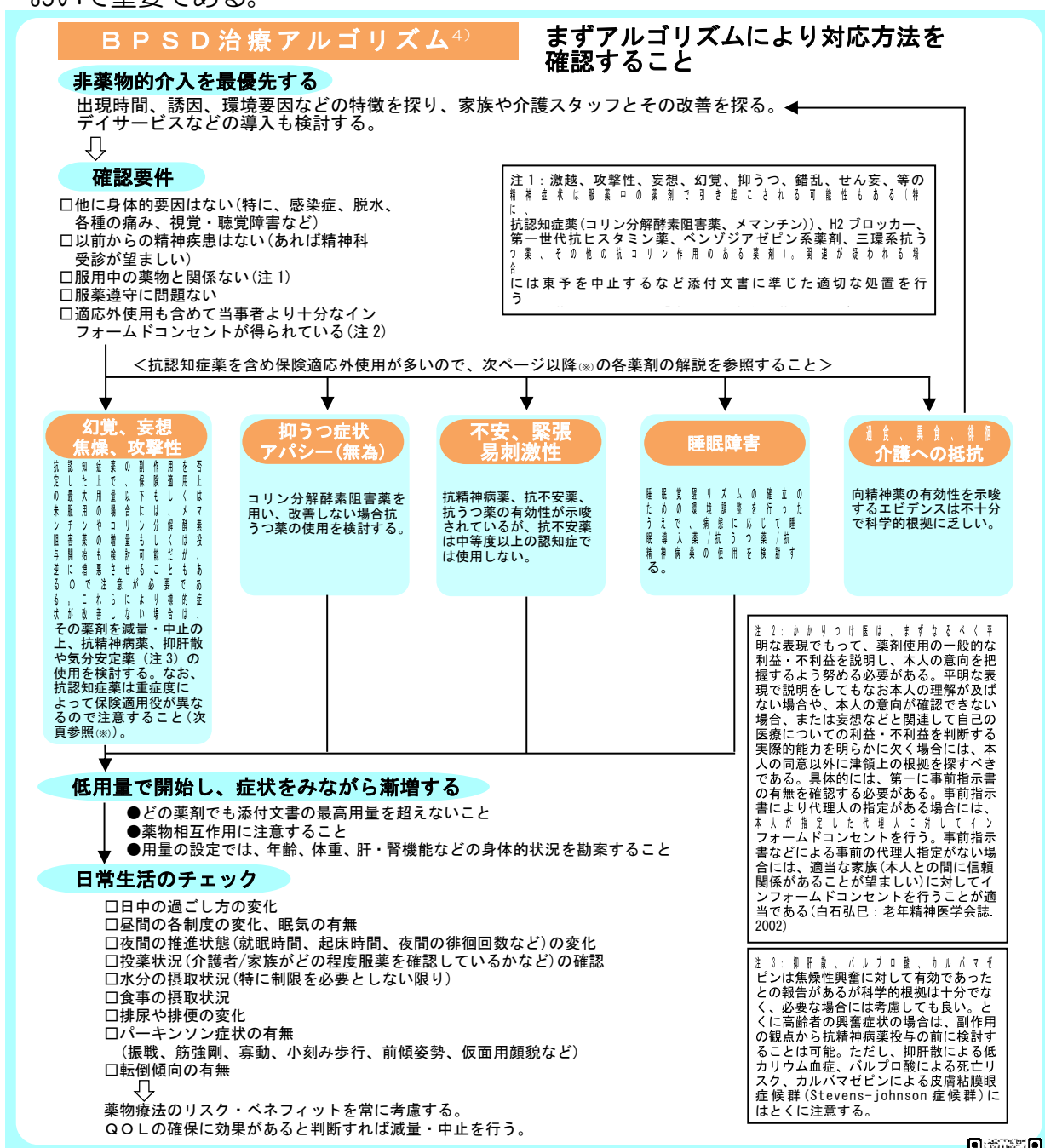
- ・ メマリー®（一般名：メマンチン）

商品名	アリセプト	レミニール	イクセロンパッチ/ リバスタッチパッチ	メマリー
薬品名	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
作用 機序	アセチルコリンエス テラーゼ阻害剤	アセチルコリンエス テラーゼ阻害剤 ニコチン性アセチル コリン受容体への APL 作用	アセチルコリンエス テラーゼ阻害剤 ブチリルコリンエス テラーゼ阻害剤	NMDA 受容体拮抗 薬
適応 重症度	AD と DLB の軽度 から重度	AD の軽度及び中等 度	AD の軽度及び中等 度	AD の中等度及び重 度
剤型	3 mg、5mg、10 mg （錠剤、OD 錠、細 粒、ゼリー）	4 mg、8 mg、12 mg （錠剤、OD 錠、液 剤）	4.5mg、9mg、 13.5mg、18mg （貼布剤）	5mg、10 mg、 20mg（錠剤、OD 錠）
投与 回数	1 日 1 回	1 日 2 回	1 日 1 回	1 日 1 回
副作用	嘔気・嘔吐、下痢、焦燥感、易怒性、徐脈、心伝導障害、リバスチグミンでは皮膚炎			傾眠、めまい、便秘

2. BPSD に対する薬物療法

BPSD は、認知機能障害を基盤に、身体的要因、環境的要因、心理的要因などの影響を受けて出現する³⁾ため、その原因をひも解いて解決することが先ず必要であるが、緊急性があれば薬物療法を併用する。薬物治療は対症的で、幻覚、妄想、焦燥、攻撃的行動などに対して主に抗精神病薬を、不眠に対しては主に睡眠薬を、抑うつに対しては主に抗うつ薬を使用するが、薬剤の使用に対しては低用量から開始し状態を十分に観察し副作用に注意しながら漸増していくことが大切である。

2005 年に米国食品医薬品局 (FDA) が、「認知症患者の BPSD に対する非定型抗精神病薬の使用は死亡率を約 1.6~1.7 倍上昇させる」と警告を出していることをふまえ、非定型抗精神病薬の使用に際しては適応外使用であることを念頭に置くことが大切である。しかし、むやみに副作用を恐れる必要はなく、明らかな目的をもって十分に状態を観察しながら薬物を使用していくことが BPSD の薬物療法において重要である。



(1) 幻覚、妄想、焦燥、攻撃性

- 1) 非薬物療法で改善するかどうかを投与前必ず考慮し、薬を投与する時は非薬物的対応と組み合わせて投与していく。
- 2) なるべく副作用の少ない薬剤、抑肝散、抑肝散加陳皮半夏を第1選択に投与を考慮する。副作用として眠気、ふらつき、血中K値低下に注意する。
- 3) 抑肝散、抑肝散加陳皮半夏で効果がなければ、まず非定型抗精神病薬の投与を考慮する。
- 4) 上記薬剤は、転倒、骨折のリスクを高めることを念頭において投与を考慮する。
- 5) 多剤併用はできるだけ行わない。
- 6) 副作用に注意して投与を考慮する。

	定型抗精神病薬			非定型抗精神病薬			
商品名	セレネース	ヒルナミン	グラマリール	リスパダール	セロクエル	ジプレキサ	エビリファイ
一般名	ハロペリドール	レボメプロマジン	チアプリド	リスペリドン	クエチアピン	オランザピン	アリピプラゾール
剤型	錠剤(0.75、1、1.5、3mg)、細粒5mg注射液	錠剤(5、25mg)、細粒25mg注射液	錠剤(25、50mg)、細粒	錠剤(1、2、3mg) OD錠(0.5、1、2mg)、細粒、内用液(0.5、1、2、3mg)	錠剤(12.5、25、50、100、200mg) 細粒	錠剤、OD錠、ザイデイス錠(2.5、5、10mg)	錠剤(1、3、6、12mg)、OD錠(3、6、12、24mg) 内用液(1、3、6、12ml) 持続性筋注用300、400mg
剤量等価換算表	2 mg	100 mg	100mg	1 mg	66 mg	2.5 mg	4 mg
備考	—	注射液は筋注のみ(点滴静注は禁忌)	—	—	糖尿病には禁忌	糖尿病には禁忌	糖尿病には禁忌
副作用	抗コリン作用(口渇、便秘、尿閉、起立性低血圧)、肝機能障害 血圧低下、不整脈(頻脈)、心臓伝導障害、QT延長、体重増加、SIADH(抗利尿ホルモン不適合分泌症候群) 錐体外路症状(パーキンソン症候群、ジストニア、アカシジア、ジスキネジア) 血中プロラクチン上昇(乳汁分泌、女性化乳房、月経不順) (重篤)悪性症候群、汎血球減少、横紋筋融解症						

●漢方薬

薬品名	抑肝散 (ツムラ54番)	抑肝散加陳皮半夏 (ツムラ/クラシエ83番)
用量	2.5g 包	ツムラ 2.5g/クラシエ 3.75g 包
副作用	眠気、ふらつき、過鎮静 低カリウム血症、偽アルドステロン血症、高血圧	

(2) 睡眠障害

- 1) バルビツール系よりも、ベンゾジアゼピン系、非ベンゾジアゼピン系の投与を考慮する。
- 2) 多剤併用にならないように投与する。
- 3) ふらつき、転倒、などのリスクを考え、注意深く観察しながら増減を行い投与量を考慮する。
- 4) 睡眠薬単独で投与の場合、せん妄を誘発する危険があることを念頭に置く。睡眠薬単独投与によりせん妄が出現する場合、抗精神病薬、抗うつ薬との併用投与を考慮する。
- 5) 多くのベンゾジアゼピン系薬物は肝で酸化反応を受けるために薬物動態が高齢者では大きく変化することを念頭におき投与する。

●ベンゾジアゼピン系

	超短時間型	短時間型		中間型		
商品名	ハルシオン	レンドルミンD	エバミール	ユーロジン	ベンザリン	ロヒプノール
薬品名	トリアゾラム	プロチゾラム	ロルメタゼパム	エスタゾラム	ニトラゼパム	フルニトラゼパム
剤 型	0.25 mg錠	0.25 mg錠	1 mg錠	2 mg錠	5 mg錠	1 mg錠
半減期 (時間)	2~4	7	10	24	28	24
禁 忌	急性狭隅角緑内障、重症筋無力症には投与禁忌					
副作用	眠気、ふらつき、呼吸抑制、せん妄、肝機能障害					

●非ベンゾジアゼピン系

	非ベンゾジアゼピン系			メラトニン受容体 アゴニスト	オレキシシン受容体拮抗薬	
商品名	アモバン	マイスリー	ルネスタ	ロゼレム	ベルソムラ	デエピゴ
薬品名	ゾピクロン	ゾルピデム	エスゾピクロン	ラメルテオン	スボレキサント	レンボレキサント
剤 型	7.5、10 mg錠	5、10 mg錠	1 mg錠	8 mg錠	10、15、20 mg錠	2.5、5、10 mg錠
半減期 (時間)	4	2	5	0.94	10	50
備 考	—	—	—	ルボックス、デプロメールとの併用禁忌	—	—

(3) うつ状態

- 1) 認知症に伴う抑うつ状態では、SSRI（選択的セロトニン再取り込阻害薬）や SNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込阻害薬）が第 1 選択になるが、有効性は一定していない。
- 2) 抗うつ薬は向精神薬のなかで転倒リスクが最も高いという報告がある。
- 3) SSRI や SNRI は急な中断によりセロトニン症候群を起こすことがあり、減量や中止する際には漸減する。
- 4) 抗うつ薬とセレギリン（商品名；エフピー）の併用はセロトニン症候群を起こす可能性があるため禁忌。
- 5) フルボキサミン（商品名:ルボックス）は、ラメルテオン（商品名:ロゼレム）との併用禁忌。

●SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害剤）、SNRI（選択的セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤）

	SSRI				SNRI		ノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ薬
商品名	ルボックス/ デプロメール	パキシル	ジェイゾロフト	レクサプロ	トレドミン	サインバルタ	レメロン/リフレックス
薬品名	フルボキサミン	パロキセチン	セルトラリン	エスシタロプラム	ミルナシプラン	デュロキセチン	ミルタザピン
剤 型	25、50、 75 mg錠	5、10、 20 mg錠	25、50 mg 錠	10 mg錠	25 mg錠	20、30 mg カプセル	15 mg錠
備 考	フルボキサミンは ロゼレムとの併用禁忌		—	—	—	—	—
副作用	抗コリン作用（口渇、便秘、尿閉、起立性低血圧）、 肝機能障害、SIADH(抗利尿ホルモン不適合分泌症候群) 眠気、ふらつき、錯乱、せん妄 セロトニン症候群（発熱、高血圧、吐き気、下痢、ミオクローヌス、筋強剛、振戦、錯乱、興奮） （重篤）悪性症候群、痙攣、汎血球減少						

●三環系抗うつ薬、四環系抗うつ薬

	三環系抗うつ薬の例		四環系抗うつ薬			その他
商品名	アナフラニール	トリプタノール	テトラミド	ルジオミール	テシプール	ドグマチール/アピリット/ミラドール
薬品名	クロミプラミン	アミトリプチリン	ミアンセリン	マプロチリン	セチプチリン	スルピリド
剤 型	10、25 mg錠、 25 mg点滴静注液	10、25 mg錠	10、30 mg錠	10、25 mg錠	1 mg錠	50、100、200mg錠、細粒、50 mgカプセル、50、100 mg筋注
備 考	緑内障に禁忌		—	緑内障に禁忌	—	—
副作用	抗コリン作用（口渇、便秘、尿閉、起立性低血圧）、肝機能障害、血圧低下、QT延長 眠気、ふらつき、錯乱、せん妄 SIADH(抗利尿ホルモン不適合分泌症候群) （重篤）悪性症候群、痙攣、汎血球減少				—	錐体外路症状 QT延長 乳汁分泌 悪性症候群

（４）不安・緊張

- 1) 不安、緊張の軽減のために安易にベンゾジアゼピン系の抗不安薬を投与しない。筋弛緩作用により転倒の危険、と単独投与によりせん妄を誘発する危険がある。
- 2) ベンゾジアゼピン系の抗不安薬を投与するときは、本人の状態に細心の注意を払い投与を行う。

●ベンゾジアゼピン系抗不安薬の例

作用時間	短時間型	短時間型	中間型	中間型	長時間型
商品名	リーゼ	デバス	コンスタン/ソラナックス	レキソタン	セルシン
薬品名	クロチアゼパム	エチゾラム	アルプラゾラム	プロマゼパム	ジアゼパム
剤 型	5、10mg 錠	0.25、0.5、1 mg錠	0.4、0.8 mg錠	1、2、5 mg錠	2、5、10 mg錠、細粒、シロップ、5、10 mg注射液
作用強度	弱い	中間	中間	強い	中間
副作用	眠気、過鎮静、血圧低下、呼吸抑制、低体温、意識障害（せん妄）、肝機能障害				

	セロトニン作動系	ピペラジン系抗ヒスタミン薬
作用時間	短時間型	—
商品名	セディール	アタラックスP
薬品名	クエン酸タンドスピロン	ヒドロキシジンパモ酸
剤 型	5、10、20 mg錠	25、50 mgカプセル、散、シロップ、 ドライシロップ 25、50 mg注射液
作用強度	弱い	—
副作用	眠気、ふらつき、動悸、肝機能障害	眠気、過鎮静、

-
- 1) 日本神経学会監修 認知症疾患診療ガイドライン 2017 pp.56-58 CQ3A-2
 - 2) 日本神経学会監修 認知症疾患診療ガイドライン 2017 pp.63-66 CQ3A-5、224-229 CQ6-7
 - 3) 日本神経学会監修 認知症疾患診療ガイドライン 2017 pp.23-24 CQ2-2
 - 4) 「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン（第2版）」平成27年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班 pp. 1
(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140619.pdf>)

Ⅵ章 認知症の非薬物療法

認知症の治療は、薬物治療以外は非薬物治療として一括され、認知症の本人への介入のみならず、介護者への介入を含んでいる¹⁾。認知機能の改善と生活の質（quality of life : QOL）向上を目的として、薬物療法と非薬物療法を組み合わせで行い、特に BPSD の改善を目的とする時は非薬物療法を優先する²⁾。BPSD の種類により、適した非薬物療法が異なることにも留意する必要がある¹⁾。

また、特に急性期病院はエビデンスに基づき疾患の治療や改善を求める「医学モデル」に基づき運営されているが、本人の状態像に応じた認知症ケアを進めるためには、本人および本人とその家族あるいは居住する施設での生活を見据えた「生活モデル」への考え方の転換が必要である。「生活モデル」においては、認知症の人が 1 人の尊厳ある人間として受け入れられるケア環境・関係作りを進め、パーソン・センタード・ケアを実践していかななくてはならない。

障害者ケアの領域では、生活の質の向上、地域社会の意識の向上、障害者のエンパワーメントを目的とした Community Based Rehabilitation (CBR) という考え方がある。認知症に関しても、地域包括ケアシステムの構築が進められる中、認知症の人やその家族が地域で安心して生活をするために、デイサービス・デイケアなどの社会資源の活用をはじめ、広く非薬物治療を活用して認知症ケアを進めていくしくみ作りが必要である。

（参考）日本神経学会監修 認知症疾患診療ガイドライン 2017

pp.67 CQ3A-7-1 表 1 認知症の非薬物的介入

https://www.neurology-jp.org/guidelinem/deg1/deg1_2017_03.pdf

弘済院附属病院では、本人への直接的な治療としてグループ回想法（外来・病棟）、コラージュ療法（病棟）を実施しているが、そのほか主に若年性認知症の人を対象とした本人サポートの会、弘済院家族の会、もの忘れ教室なども非薬物療法としての側面をもつものであり、積極的に取り組みを進めている。

弘済院第 2 特別養護老人ホームでは、日常的に様々な非薬物療法を実践している。

知っておきたい非薬物療法に関することば

1. 回想法³⁾

1960 年代にアメリカの精神科医ロバート・バトラーによって提唱された心理療法で、グループを対象にしたグループ回想法と、1 対 1 で行う個人回想法がある。地域で予防活動として取り組まれているものもあれば、各種施設での実施、また、認知症の人や終末期の人を対象にする場合、あるいはその方法もテレビやパソコンを用いたものなど、様々なものがある。

当院では、外来はクローズドグループ（決まったメンバー）で、軽度アルツハイ

マー型認知症（AD）の人を対象に、約 10 人程度までで週 1 回 1 時間程度で、毎回テーマを決めて行っている。病棟はオープングループで実施している。

高齢者が回想を行うことの意義は、ライフレビューを促す個人・個人内面への効果および対人関係的・対外的世界への効果という 2 側面があると言われている。認知症高齢者への効果としては①情動機能の回復、②意欲の向上、③発語回数の増加、④表情などの非言語的表現の豊かさの増加、⑤集中力の増大、⑥BPSD の軽減、⑦社会的交流の促進、⑧支持的・共感的な対人関係の形成および他者への関心の増大が報告されている。

2. コラージュ療法

コラージュとはフランス語で「貼り付ける」という意味で、コラージュ療法とは、雑誌や広告などから写真や絵などを切り抜き、台紙に貼って一つの作品を作る作業で、自己の内面を振り返り、不安や問題点を作品を通して理解し、自らが癒される効果がある。他にストレスの発散や、作品を作ることで生まれる満足感、達成感により精神的な安定を図れる効果もある。

3. 「認知症患者リハビリテーション」

一定の施設基準（認知症疾患医療センター等）を満たす病院において重度認知症（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準のランク M に該当）の患者に対して、認知症の B P S D の改善および認知機能や社会生活機能の回復を目的として、認知症診療に特化した医師の監督指導の下、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が作業療法、学習訓練療法、運動療法などを組み合わせて、個別療法で 20 分以上行ったものを言う。診療報酬上に規定された非薬物治療の名称であり、詳細は、診療点数早見表などを参照のこと。

4. デイサービスとデイケア

2000 年の介護保険法の施行により、デイサービス（通所介護：高齢者の食事等の介護を目的とする）、デイケア（通所リハビリテーション：高齢者の心身機能の回復や維持を目的とする）が体系化された。デイケアには介護保険による通所リハビリテーションと、医療保険による重度認知症デイケアがある。

介護保険制度の改正とともに、地域包括ケアシステムの構築～深化を目指して、予防的な視点の重視とともに、地域におけるデイサービスやデイケアは多様化している。医学的な検証は困難な現状があるが、市域で生活を継続していくための支援として重要である。

1) 日本神経学会監修 認知症疾患診療ガイドライン 2017 pp.67-91 CQ3A-7-1~2、CQ3B-1~7
2) 日本神経学会監修 認知症疾患診療ガイドライン 2017 pp.56-57 CQ3A-2
3) 「Q&A でわかる回想法ハンドブック」 野村豊子編 中央法規出版 pp.2-9

Ⅶ章 認知症の人へのケア

※認知症ケアにおいて、看護と介護に垣根は無いものと捉えている為、この章では附属病院・第2特養の区別なく一体的な記載をしている。

1 認知症の人への理解

(1) 基本的な姿勢

1) 認知症の人の権利を大切にする¹⁾

いかなる障害を持つようになって、誰もがしたいことをして暮らし、自分らしく生きる権利がある。しかし、認知症を患うことにより、人として誰もが当然のようにもっている権利を自ら守り、主張していくことが難しくなる。そのため、援助する者は認知症の人の立場によりそって、その人のさまざまなサインを敏感に察知する感性が必要である。自分の想いを上手に表現することが難しくなった認知症の人に代わり、援助する者にはその代弁者としての役割が何よりも求められる。

2) 認知症ケアを実践するにあたり、期待される専門性²⁾

- ① 認知症の人の意志を尊重し、権利を擁護することができる
- ② 認知症の発症から終末期まで、認知症の人の状態像を統合的にアセスメントし各期に応じたケアの実践、ケア体制づくり、家族のサポートを行うことができる
- ③ 認知症の行動・心理症状（BPSD）を悪化させる要因・誘因に働きかけ、予防・緩和することができる
- ④ 認知症の人にとって安心かつ安全な生活・療養環境を調整することができる
- ⑤ 他疾患合併による影響をアセスメントし、治療的援助を含む健康管理を行うことができる
- ⑥ 多職種と協同し、認知症に関する知識の普及とひとりひとりに適したケアを推進する役割を担うことができる

3) 統合的にアセスメントする

その人を知るにあたり、様々な面からアセスメントをする必要がある。

- ① 基本的情報（生年月日、性別、家族構成、ADL、生活歴、病歴など）
- ② 話し方（早い・遅い）、行動（機敏・緩慢）、表情（無表情・喜怒哀楽）、情動の変化（易怒的・多幸的）などの全体像
- ③ 現在の認知症の状態
- ④ 現在の生活状況・生活環境
- ⑤ 加齢による身体的・心理的变化
- ⑥ キーパーソンや関連する人的環境

- ⑦ 疼痛の有無と程度
- ⑧ 幻覚、妄想、作話の有無
- ⑨ 要望や希望、習慣的な行動など
- ⑩ 日頃の活動状況と睡眠の日内変動状況 など

4) 認知症の BPSD の要因を探る

認知症の人は、自分自身の力だけでは周囲の環境と調和をとることが難しく、認知症の進行に伴いさまざまな環境の変化に対してストレスを受けやすくなり、BPSDの原因となることがある。現在のさまざまな環境が、その人に対してどのように影響しているのか探ることが重要である。

- ① 病気や飲んでいる薬の副作用などの影響はないか
- ② 身体的痛み、便秘・不眠・空腹等による苦痛の影響はないか
- ③ 悲しみ・怒り・精神的苦痛、また本人の性格等の影響はあるか
- ④ 音・光・味・臭い・寒暖等感覚的な苦痛を与える刺激の影響はあるか
- ⑤ 家族や介護者など、周囲の人の関わり方による影響はあるか
- ⑥ 住まい・器具・物品等の物的環境による影響はあるか
- ⑦ 要望・障がい程度・能力の発揮と、アクティビティ（活動）とのズレによる影響はあるか
- ⑧ 生活歴やなじみのある暮らし方と、現状とのズレによる影響はあるか

5) チームでケアする

個人がどれだけ優れた知識、技術を持ち合わせていても、認知症の人を一人でケアすることはできない。本人と周囲の人にとって何が最善かを判断し、認知症ケアの質を高めていくにはチームでケアすることが重要である。

- アセスメントから本人の人物像を把握し、それを基に様々な BPSD の要因を探り、現在の状態に沿ったさまざまなアプローチをチームで模索し実施する。

(2) 認知症の人が入院や入所時に体験する困難・苦痛

- ① 入院や施設入所など、環境に伴う困難
 - (ア) 環境の急激な変化を伴う⇒生活環境が急激に変化する
 - (イ) 画一的でわかりにくい環境であるため、見当識を失いやすい
 - (ウ) 音や光などの刺激が多い
- ② 身体症状に関する困難
 - (ア) 医療処置に伴う苦痛が生じやすい
 - (イ) 自身の身体症状を的確に伝えられない。相手の指示が複雑に感じられ、理解しにくいなど、コミュニケーションに障害が生じやすい
 - (ウ) 飲水・摂食不良から、脱水・低栄養になりやすい
 - (エ) 身体的不調の訴えが明確にできず、体調変化が見逃されやすい

(オ) 認知機能障害や高齢に伴う感覚障害（視力・聴力障害）に対する個別の配慮を受けることが困難である

③ 社会関係に関する困難

(ア) 新たな人間関係・信頼関係の構築に時間を要する

(イ) 在宅時の介護スタッフとの関係が途切れやすい

(ウ) 認知症に関する病院スタッフ間のコミュニケーション・申し送りは不足しやすく、統一された対応を受けにくい

(エ) 家族と疎遠になりやすい

④ 精神機能に関する困難

(ア) せん妄を合併しやすい

(イ) 行動・心理症状（BPSD）がおこりやすい

(ウ) 抑うつ・不安が見逃されやすい

(3) ケア従事者が陥りやすい高齢者に対する考え方

- 高齢者は身体機能の低下等により基本的欲求を満たすために他者の助けを借りなければならないことが多くなる。その過程で自尊心の尊重に意識が向かない。
- 高齢者は「人の助けを借りなくてはならないのだから、多少のことは我慢しなくてはならない」のような価値観が先に立ってしまう。
- 医療の場では、高齢者本人の意思決定よりも家族の同意を得て治療や療養上の決定をすることが優先されてしまうことがある。
- 高齢者が認知症と診断されると、判断や同意能力が不十分とみなされ、本人の意向や他の能力までも軽視されたり無視されたりする
- 医療安全面の管理に追われ、その人の個別性を踏まえた評価や対応が後回しになる
- 病院に来たら、疾患の治療を優先させなくてはならず、そのためには一時的に尊厳が損なわれても仕方がないと思いがちである

2 認知症ケアにおける留意点

日常的なケアにおいて最も留意する点は、

「その人の尊厳を傷つけずに、『自分はここにいていいのだ』」

と、思ってもらうことである。

(1) 認知症ケアの基本

1) 見守りと観察のケア

認知症の人の日常生活をできる限り阻害しないように、目で認識できる範囲で行動を見守り確認することが重要である。

2) 健康観察のケア

認知症の人は、自身の身体の変調や不具合をうまく他者に伝えることや、自分自身で管理することが困難な場合がある。そのため、日々の健康管理は認知症ケアにとって非常に重要である。

日常生活の中での変化で少しでも「おかしい」と感じるがあれば、医療チームと連携をとる必要がある。

3) かかわりのケア

具体的には、ケアの場面で相手の話を十分に聴き、その気持ちに伝えることである。今どうありたいのか、何を望んでいるのかを理解し、認知症の人の感情や行動の意味を推し量り、その人の想いを感じ取ることである。

◇名前を呼ぶ

認知症を患ったからといって、その人がプライドを失うことはない。名前はその人が生まれた時に大切な人から贈られたかけがえのないものである。

呼んでも反応がないから、わからないからと、介護者が勝手に判断して名前を呼ばなかったり、自分たちで愛称をつけて呼んでしまったりすることがある。

しかし目の前にいる人は、かつて能力や知性にあふれ、社会を生きてこられた方である。敬意をもって接しようという気持ちは、名前をどのように呼ぶかによって表される。適切に名前を呼び、敬意の念を表すことが必要である。

◇ 質問する

その人を理解していくにあたり、様々な質問をすることを通じて、その理解を深めていくことが大切である。

質問の方法には、「閉ざされた質問」と「開かれた質問」があり、その人の状況に合わせて質問方法を工夫し会話を広げ、話を聴くきっかけやかかわりを持つことが大切である。

【閉ざされた質問・開かれた質問とは？】

『閉ざされた質問』とは、投げかけた質問に対し、「はい」「いいえ」など、比較的簡単に返答できる選択肢のある質問のことをさす。選択肢が多すぎたり、選択自由度の高い質問だと、返答に困り答えることができない場合があったりするので、端的な意思確認の際に有効である。

『開かれた質問』とは、「どうしましたか？」「何が食べたいですか？」「どこへ行きたいですか？」など、返答に様々な選択肢がある質問方法で、YESやNOだけでなく、その人の心情や感情の機微なども知ることができる。

◇ 受け止める

関わりを深める中で、相手の気持ちや感情を押し量り、その心情を受け止めて共感するような言葉かけをすることが大切である。しっかりとかわり、相手の気持ち・感情をお互い確認することで「ありのままを受け止める」ケアができるようになるだろう。

◇ 共に行動する

相手と寄り添い過ごす、共に作業する、共に散歩するなど…。

相手が今何をしたいのか、どう動きたいかという気持ち・感情について考えながら、その気持ちに寄り沿うように一緒に行動することである。

2) 興味・関心を探るケア

今ある能力を把握し、何ができるかを理解して興味・関心を探ることである。生活歴を参考にし、新たなチャレンジの中から見つけ出すこともできる。興味・関心を探ることで、その人の役割を獲得できることもある。

【 かかわり方の一例 】 認知症ケアの基本をふまえて

Aさん「家に帰りたんだけど・・・」困ったような表情

⇒『こんばんは、Aさん。お困りのようですが、どうかされましたか？』
(開かれた質問)

Aさん「夕食の支度をしないといけないんで、帰ります。」

⇒「なるほど・・・。それは帰らないといけませんね。家はどちらですか？」
(受け止める)

Aさん「〇〇町の〇〇です。」

⇒「〇〇ですか・・・。近くまで案内しましょうか？」

Aさん「助かるわ。ありがとう。」

(※一緒に歩く。共に行動する)

⇒「ところで、夕食のメニューはお決まりですか・・・？」

Aさん「そうねえ、何にしようかしらねえ・・・」

(※こういった会話から話題を発展させていく・・・)

【関わることの大切さについて】

認知症の人のBPSDは、本人の不安や焦燥感、緊張、悲哀、怒りなどから引き起こされることがあり、かかわりの中からそういった心理的要因を軽減・解消することで、BPSDの改善が図れることがある。また、そういったかかわりの機会を増やし、意思疎通を深めていくことで、相互に信頼関係が生まれ、日頃のケアの充実に役立つことが期待できる。

3 生活場面でのケア

(1) 認知症の人をケアする上での心構え

認知症の進行状況は、原因となる病気や本人の身体状態、周囲の環境、介護のしかたなどによって大きな個人差がある。認知症は、病気であることを理解することが大切である。認知症になると、少しずつ自分では「出来ない」と感じていることがある。介護者は本人ができることは見守り、出来ないことをサポートする気持ちで対応することが大切である。

【日常生活で気をつけたいこと】

1) 会話する時のポイント

- ・話しかける時は正面から、視線を同じ高さにして話す
- ・会話中は相手の表情や感情に合わせて聴く
- ・落ち着いた声で、ゆっくり話す
- ・話を遮らずに最後まで聞く
- ・相手が理解できる言葉と内容で説明
- ・判断を要する話題を避ける
- ・時に、会話がスムーズに話せるような話題を話す
- ・何度尋ねられても丁寧に自己紹介する

2) 心地よい環境を整える

- ・本人が自由にできる場所を考える
- ・音や臭いのストレスがない
- ・見慣れた場所で過ごす
- ・出来るだけ会話の時間を作る

3) 生活リズムを整える

- ・昼間は活動的に過ごし、夜は睡眠をとる
- ・起床後は着替え、洗面・歯ブラシですっきりさせる
- ・朝日を浴びて深呼吸をする
- ・夜間の入浴で体を温める
- ・「おいしい」と食事ができる

(2) 認知症の具体的な対処方法

1) 思い出せない、話がわからないなど混乱したり、困ったりしている

- ・カレンダーなどに日時や用事を書く
- ・本人の目にとまる場所に貼る
- ・短く簡潔で平易な言葉で話す

2) ものがみつからない、盗られたと訴えてきた場合

- ・本人が信頼する人ほど犯人扱いされてしまうことがあると理解する

- 部屋の整理整頓をする
 - 本人の心理面に注意し「なぜ盗られた」と訴えるのかを考える
- 3) 金銭管理、火の管理ができない
- 判断力が低下しない早期の段階で金銭管理を誰かにしてもらうか話し合う
 - 自宅内で使用できる安全装置の設置（警報機など）
 - ガスコンロからIHへ機器の変更をする
 - 定期的なサービスの使用から安全確認（新聞配達、お弁当の配食サービスなど）
- 4) 人や場所、時間などの誤認がみられる
- 本人の周りの環境をできるだけ変えない
 - 本人の話を聞きながら一緒に確認する
 - 本人のペースに合わせる
- 5) 「変なもの」をあつめてしまう
- 注意するのではなく、そっと見守る
 - 「お疲れさま」「大変ですね」「いっぱいありますね」と声をかける
 - なぜそれを集めるのか、本人の中での認識や、これまでおかれてきた立場や役割、趣味などを考えながら対応する
 - 衛生的に害があるものについては、様子を見て少しずつこっそり捨てる
 - ショッピングや散策など一緒に外出する機会を増やし、一人で出歩く時間を減らす
- 6) 食事をしたのに「ご飯まだか」と繰り返し聞いてくる
- 食べた後、湯のみ、飲んだ後の薬の袋をしばらく残しておく
 - 食事の用意を一緒にする
 - 一緒に会話や散歩などで気分転換をする
- 7) トイレを間違える
- トイレの表示は「便所」「厠」「トイレ」など、本人にとって馴染みがあるわかりやすい記載にする
 - トイレの前に椅子を置くなど気づきやすくする
- 8) 感情の変動が大きい
- 喜んでいる時は笑顔で対応する
 - 怒っている場合は、感情変化の原因を探す
 - 感情が高ぶる場合は、本人が落ち着ける静かな環境をつくる
 - 必要以上の刺激を避ける為、視線をさりげなく避ける

- ・ 周りの危険物に注意する

9) 動き回る動作が続く

- ・ 動いている理由を探す
- ・ コミュニケーションを図りながら、理由に合う声掛けをする
- ・ さり気ない声掛けで本人に立ち止まってもらい休憩を促す

10) 「帰りたい」を繰り返す

- ・ 帰りたい理由を探す
- ・ 帰りたい場所を確認する
- ・ 本人の落ち着ける場所を探す

(3) 日常生活に対する援助

1) コミュニケーション

● アセスメント項目

* コミュニケーションの能力を評価するための主な観察点は以下の通り。

- | | |
|----------------------------|-----------------|
| ① 日常会話はどの程度できるか | ⑧ 文字は読めるか |
| ② 伝えたいことを理解できるか | ⑨ 文字を理解できるか |
| ③ 話の内容は理解できるか | ⑩ 触ると反応するか |
| ④ 話の内容に脈略はあるか | ⑪ 聴力障害、視力障害はないか |
| ⑤ 同じ内容に繰り返しが多いか | ⑬ 失語、構音障害はないか |
| ⑥ 状況にあった発言ができるか | ⑭ 興味を示すものはあるか |
| ⑦ 会話以外にどのようなコミュニケーションがとれるか | |

● 期待する目標

- ① コミュニケーションに関する混乱や不安が軽減する
- ② 落ち着いた生活が送れる

● ケアのポイント

- ① 認知症の人が「どのような思いでいるか」を理解する
- ② 認知症の人の尊厳を守る
- ③ 認知症の人が「できる」ことに気づき、支えるよきパートナーとなる
- ④ 認知症の人が不安に感じていることに気づき、さりげないサポートする
- ⑤ 認知症があっても安心して過ごせ不安が回避できる
- ⑥ 認知症の人は、これまでの人生の先輩として支えることが必要

● 傾聴するときの注意

- ①聴力障害がある場合は、聴力のよい側からアプローチする
- ②前からゆっくり近づき、相手とよい距離で話しかける
- ③ほほ笑む、頷く、相槌をうつ、感情をあわせる
- ④同じ高さで相手の目を見る
- ⑤手や膝に手を触れて注意を引くジェスチャーを交えて話しをする
- ⑥何をする場合でも相手の理解しやすい説明をする
- ⑦可能な範囲で要求を受け入れる
- ⑧紙に書いて筆談をする
- ⑨会話が成り立たない時は、絵を用いる
- ⑩本人の記憶にある過去の話をしてみる

● してはいけないこと

- | | |
|--------------|-------------|
| ①間違いを訂正 | ⑥馬鹿にする |
| ②否定する | ⑦無視する |
| ③会話をおろそかにする | ⑧黙らせる |
| ④子ども扱いする | ⑨寝かせきりにする |
| ⑤後ろから急に声をかける | ⑩接する時間を短くする |

2) 食事

● アセスメント項目

* 摂食の能力を評価するための主な観察点は以下の通り。

- ①一人で食べられるか
- ②部分的な介助が必要か
- ③全介助が必要か
- ④「食物である」ことが認識できるか
- ⑤食べられる物と食べられない物と区別ができるか
- ⑥食物で遊ぶことはあるか
- ⑦食べた事を忘れることがあるか
- ⑧むせたり、飲み込みが悪くないか
- ⑨食事を食べようとしないことがあるか
- ⑩他の人の分まで食べてしまうか
- ⑪こぼすことが多いか
- ⑫義歯の具合は悪くないか
- ⑬食べるときの姿勢はどうか（椅子に座れるか、テーブルの高さは適切か）
- ⑭食べるときの動作はどうか（手の動き、どんな物なら食べられるか）
- ⑮その人に合った食器か（コップ、ストロー、スプーン、楽のみ、茶わん）
- ⑯実際にどんなものを食べているか（食べるもの、残すもの、好き嫌い）
- ⑰食べ方はどうか（詰め込み過ぎ、全部混ぜてしまうなど）
- ⑱どの程度の量を食べているか（拒食、過食の原因はなにか）
- ⑲体重の変化はあるのか

● 期待する目標

認知症が進行するにつれ、安全に嚥下できる食事の範囲は狭くなるが、それでも最後まで口から摂取するように工夫することが重要

- ①適切な栄養と水分が摂取できる
- ②食事を安心して摂取することができる
- ③食事を自力摂取できるようになる
- ④経口摂取ができる

● ケアのポイント

その人の残存能力に応じた援助を行うのが基本である。援助不足はもちろん、過剰な援助も高齢者の能力を低下させる原因となる。

- ①食べる姿勢を整える（椅子とテーブルの高さを検討する。クッションを利用して姿勢を整える）
- ②摂食動作に合わせた食事環境作りの工夫をする（箸が使えない場合はスプーン使用。汁物はゼリー状に。手で食べられるものを用意する）
- ③食べ方を工夫する（一口ずつとりわけ。コース料理方式など）
- ④エプロンを着用する
- ⑤テーブルの配置を考える
- ⑥食べることに集中できる工夫をする
- ⑦拒食の場合は原因を探る（内科疾患、口腔内のトラブル、抑うつ、ストレス、嗜好など）
- ⑧過食の場合、体調に影響を及ぼさない程度のおにぎりやおやつを用意したり、散歩に誘い気を紛らわせるようはたらきかける
- ⑨眠気が強いときは時間をずらす
- ⑩水分不足にならないように適宜対応する

● してはいけないこと

- ①叱る
- ②責める
- ③食べやすさだけを優先する
- ④出来ることまで介助してしまう
- ⑤喉につまりやすいものを不用意なところに置く

3) 排泄

● アセスメント項目

*一人でトイレに行き排泄できるか

*排泄のパターンはどうか（回数、量、間隔、排泄物の状態、排泄方法、排泄場所）

- | | |
|----------------------|------------------------------|
| ①歩行はどの程度安定しているか | ⑨トイレに行きたいと訴えられるか |
| ②トイレの場所がわかるか | ⑩尿意・便意のサインはあるか |
| ③トイレの使い方がわかるか | ⑪身体状態はどうか |
| ④衣類の着脱することができるか | ⑫内服の影響はないか（睡眠薬・利尿剤など） |
| ⑤後始末はできるか | ⑬下痢や便秘はあるか |
| ⑥出来ない動作はどのようなものか | ⑭家族からの情報（排泄の自立度、パターン、和式か洋式か） |
| ⑦トイレで遊ぶ行為はないか | |
| ⑧トイレのカギの掛け方、外し方はわかるか | |

● 期待する目標

- ①排泄の不快がなく過ごせる
- ②トイレ誘導で失禁が減るまたは消失する

● ケアのポイント

- ①排泄パターンがわかったら、トイレ誘導する
- ②排泄に関するその人のサインを見つける
- ③出来ない動作を援助する
- ④トイレの中の安全を考える（転倒など）
- ⑤残存能力に基づいて、自力で着脱しやすい衣類を工夫する
- ⑥排泄の自立ができるように工夫する

● してはいけないこと

- ①自立できるのにオムツを着用する
- ②失敗を責める
- ③トイレ誘導に対する恥じらいを無視する
- ④水分摂取を制限する（脱水の危険性）

4) 清潔

● アセスメント項目

- ①入浴、洗面、歯の手入れなどについて何が出来て何ができないのか
- ②どのような介助が必要か
- ③なぜ嫌がるのか（不安、恐怖感、億劫、水が怖いなど）

● 期待する目標

- ①促すことで洗顔や入浴ができる
- ②介助することで洗顔や入浴ができる

● ケアのポイント

- ①入浴や洗顔についての習慣を家族から聞く
- ②個別性のある促しで入浴に誘う
- ③拒否が強い場合は、翌日にするなど柔軟に接する
- ④脱衣が必要な時は、必ず言葉かけをして介助する
- ⑤さりげなく次の行動を促す
- ⑥個々の残存能力に応じた介助を行う
- ⑦入浴に代わる方法を考える
- ⑧石けん、湯などの異食に注意する
- ⑨できたことに対しては認めて評価する

● してはいけないこと

- | | |
|-------------|-------------|
| ①何も言わずに介助する | ④せかす |
| ②叱る | ⑤物扱いする |
| ③強制する | ⑥汚い、臭いと口にだす |

5) 更衣

● アセスメント項目

- ①残存能力を観察する
- ②着る順番はわかるか
- ③季節に合った衣類の選択ができるか
- ④ボタンやファスナーの上げ下ろしは出来るか
- ⑤着替えの意味は理解できているか
- ⑥昼夜の区別はついているか
- ⑦なぜ着替えができないのか
- ⑧衣類の好みを知る
- ⑨厚着による湿疹はないか
- ⑩衣類はきつくないか

● 期待する目標

- ①本人の愛着に合わせた着衣で日常が過ごせる
- ②残存能力に合わせた支援ができる
- ③着衣によるストレスがない

● ケアのポイント

- ①残存能力に応じた介助を行う
- ②起床したら着替える習慣をつける
- ③声掛けも積極的に行う
- ④本人の服装にかんする意見を重視して服選びを行う
- ⑤自分で着脱しやすい服を選ぶ
- ⑥着る順番に並べる
- ⑦一枚ずつ手渡す
- ⑧せかさず時間をおく
- ⑨ちぐはぐな着方になっている場合はさりげなく援助する
- ⑩脱衣してしまう場合は、原因を取り除く

● してはいけないこと

- | | |
|--------------|------------------|
| ①せかす | ⑥放っておく |
| ②とがめる | ⑦乱暴に着替えさせる |
| ③一方的に指示する | ⑧物扱いする |
| ④出来るのに全面介助する | ⑨世話のしやすさのみを重視した服 |
| ⑤好みでない服を着せる | 選びをする |

6) 睡眠

● アセスメント項目

- ①家族から睡眠について情報を得る
- ②睡眠パターンはどのような状況か
- ③日中の活動性はどの程度か
- ④精神状態はどうか
- ⑤睡眠を妨げる身体状況はあるか
- ⑥幻覚や妄想はないか
- ⑦不安、心配、悩みはないか
- ⑧安眠できる環境か
- ⑨睡眠薬などの薬の影響はないか

● 期待する目標

- | | |
|------------|------------------|
| ①十分な睡眠がとれる | ②規則的な生活リズムを維持できる |
|------------|------------------|

● ケアのポイント

- ①個々の睡眠パターンの合わせた対応を行う
- ②精神的な落ち着きを導く（不安を取り除く）
- ③日中の活動性を高める
- ④日光を浴びる
- ⑤安眠できる環境を整える
- ⑥空腹時は、可能なら間食を用意する
- ⑦睡眠前には排泄を促す
- ⑧薬の使用を検討する
- ⑨偽薬を検討する

● してはいけないこと

- ①安易に睡眠薬に頼る
- ②ベッドからの立ち上がりや徘徊を防ぐために周囲に柵を巡らす
- ③睡眠前に水分を極端に制限する
- ④時間どおりの対応に終始する

(4) 認知機能障害がある患者の対応 “こんなときどうする”

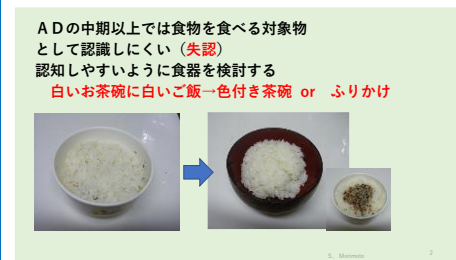
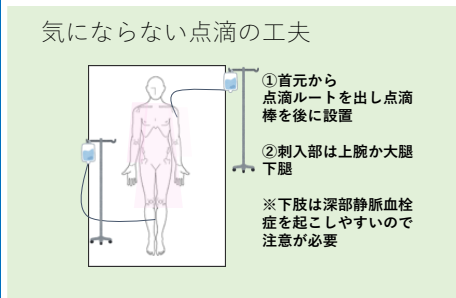
項目	状態	誘発因子・原因	予防・対応
排泄	頻繁にトイレに行く	・過活動膀胱、残尿がある ・トイレに行ったことを忘れてしまっている ・漏らしてはいけないと不安や緊張感がある ・退屈、することがない ・水分の摂りすぎ、または不足	・身体不調はないか、薬の影響はないか、泌尿器科に相談してみる ・本当は「トイレ」ではないかもしれない ・安心できる下着に変更 ・気が紛れ楽しめることを探す ・水分摂取量の観察と調整
	トイレ以外で排尿、排便をしてしまう 放尿・便してしまう	・トイレの場所がわからない ・トイレに行くまで我慢できない ・トイレにたどり着くまで気持ちを持ち続けられない ・違う場所をトイレと思い込んでいる	・見方を変えれば“排泄行動ができる”と捉え、患者の強みとしてケアに活かす ・トイレのドアに「便所」と表示したり、トイレのドアを開けておく ・トイレの電気は点けておく ・いつも決まった場所で排尿するなら、そこにポータブルトイレを置いておく ・トイレに行くタイミングを把握する ・その場所がトイレでないことがわかる工夫をする
	トイレに誘導しても排泄しない	・トイレで排泄するということが分からない ・トイレという言葉がわからない ・トイレの使い方が分からず、便座に座れない	・失禁した時の時間帯を常に観察し、何時間くらいで行きたくなるのかパターンをつかむ ・その人がよく使っていた表現、「便所」「お手洗い」「はばかり」等の言葉を使う ・手を添え便座に座ってもらう ・座る動作の見本を見せる
	衣服の着脱ができない	・巧緻性が低下していて、指先での細かい作業が難しくなっている ・失認や失行により、衣服の着脱が難しくなっている	・病衣以外の服ではどうか ・出来ない部分はさりげなくサポートし、焦らせない ・自分で出来る動作を見つけ、その部分はやってもらう ・本人なりの手順を見つけ、合わせる（眼鏡を外してから脱ぐ、先に袖を通す、など）
	尿や便でトイレを汚してしまう	・前立腺肥大などの影響を受けて、便槽内に尿が届かないため汚してしまう ・尿意や便意切迫のため排泄姿勢をとる前に排泄が始まってしまう汚してしまう	・困っているのは誰か？困っている人の負担を減らすための工夫を考えてみる ・便器内に的の様な目印や、立ち位置を示すマークを付ける ・排泄行為がしやすい服装か ・排泄パターンを観察しタイミングを見て先手の誘導 ・下剤を調整する
	おしりが拭けない	・ペーパーが見つけれられない ・おしりを拭くための姿勢（前傾姿勢）が保持できない ・腕や手指がうまく動かせない ・おしりを拭く行為を忘れる	・ペーパーを置く場所、見つけやすい工夫を考える（ペーパーホルダーからペーパーを少し覗かしておく、など） ・ケア者が拭くようにする ・さりげなくペーパーを渡す

項目	状態	誘発因子・原因	予防・対応
排泄	トイレの水を流さない	• 水を流すことを忘れる • 流し方が分からない • 水洗レバーを見つけられない	• さりげなく声をかけ、習慣にしてくださいようにする • 声かけをして一緒に流す • レバーやボタンに印をつける • 「使用後は水を流してください」と見える位置に表示する
	オムツやパットをトイレに流してしまう	• 捨てる所、捨て方がわからない • パットが外れ、トイレの中に入ったことがわからない	• 捨てる場所や入れ物を何度も説明する • 「汚れたパットはここに捨ててください」と見える場所に表示する • パットは使用しない
	便器の水で手を洗ってしまう	• そこが便器であり、水が汚いことがわからない	• 慌てて怒ったり、止めたりしない • 落ち着いて「こっちの水の方が気持ち良いですよ」と、洗面台の方に誘導する
	排泄後、手を洗うことをしない	• 手を洗うことを忘れている • 手の洗い方・場所がわからない	• さりげなく声をかける • 手を洗う動作を見てもらい「どうぞ」と、次の動作が続けられるように誘導する
	弄便してしまう	• 排便をしてしまったが、後処理の仕方がわからない • 身体機能低下や知覚機能の障害により便が出たことがわかりにくい	• 弄便は本人にとっても困惑の状態であることを理解し、行動を容認するような言葉かけが必要 • 自宅での排便習慣など、家族からの情報収集が必要。普段の排便パターンに近づけるようにしてみる • 水分摂取や下剤の調整を検討
	オムツを外してしまう 手を入れてしまう オムツを外して失禁してしまう	• 恥ずかしい、情けないなど、オムツを使うことに抵抗感がある • 排泄時、あるいは排泄後の不快感に対する反応 • 尿意を感じ、トイレに行きたいと思ったが排尿の方法がわからない	• 数日間排泄記録をつけてみて、一日の排泄パターンをつかみ、汚れたらできるだけ早く取り換えるようにする • 患者の行動と排尿状況を観察した上で、「トイレ誘導」をケアに取り入れる

項目	状態	誘発因子・原因	予防・対応
徘徊	病棟内を歩き回り落ち着かない 夜寝ないで動き回る	【徘徊のパターン】 ●誤認： ・見当識障害が激しくなり、不意に今いる場所がわからなくなる ・帰り道を探したり、出口を探しているうちにわからなくなる ●願望（焦燥）： ・定年になっているのに朝仕事に出かけようとする、主婦だった人がタ方買い物に出かけようとするなどの目的があり、外出する ・今行かなくてはならないという強い思い込みや焦燥感を伴う ●無目的常同： ・特に目的があるようには見えず、ただ漫然と歩き回る ●意識変容： ・軽い意識障害が日中でも起きて歩き回る ・はっきり目覚めていない状態で歩き回る ・幻覚や妄想を伴うことが多い	・穏やかに接して安心感を与え、相手の気持ちになって行動する ・徘徊の要因が推測できれば見合った対策をとる ・何かを探している時は一緒に探し、一定の時間を共有してから休憩をし、他の話題に注意を向ける ・環境が変わるときは、馴染みのものを持ち込み、安心感を与える ・周囲の雑音や刺激を減らす ・散歩などの適度な運動をする ・転倒の危険となるようなものは片づける ・睡眠・覚醒のリズムを整える ・さりげない声掛けで本人に立ち止まってもらい休憩出来るようにする
帰宅願望	「家に帰ります」と言ってきたくない	・記憶が混乱していて現状が認識できない ・“せん妄”による判断力の低下 ・環境の変化で興奮した感情が抑えられない	・「夕食を用意しているので食べていってください」等と誘い気を逸らしてみる ・近時記憶が障害される特徴を利用して、帰りたい気持ちが薄まるのを待つ ・徘徊防止センサーの利用 ・帰りたい理由を探す ・帰りたい場所を確認する ・本人の落ち着ける場所を探す
収集	色々な物を集める・溜め込む	・ものがあつたことを忘れてしまい集める ・もったいない性分で集める ・物不足の不安を解消するために集める ・代償行動（本来の欲求の代わり、欲求を満足させるための行動）として集める ・孤独感から周りの注意を引こうと物を集める ・その人にとって貴重な物だからとっておく ・どこに片づければ良いかわからず、ここにしまっておこうと考えている	・注意するのではなく、そっと見守る ・集めることや、集めたものを否定しない ・なぜそれを集めるのかを探る ・集めた満足感を引き出す（成果を人目でわかるようにするとこだわりが薄くなる） ・不安や孤独の解消について検討する ・収集のパターンや保管したものの取り扱い方をつかむ ・処分や回収は被害妄想につながる可能性があるため無理には行わない。慎重に行う。 ・衛生的に害があるものについては、様子を見て少しずつこっそり捨てる

項目	状態	誘発因子・原因	予防・対応
攻撃性	怒りっぽくなった 興奮して暴力をふるう 突然大声を出して騒ぐ	・周囲の状況が理解できなくなり、イライラする ・難聴や言葉が聞き取りにくい、認知障害により言葉の意味が理解出来ない ・被害妄想的な内容に基づく怒り ・身体接触を含んだケアに対する怒り ・感情のコントロールが難しくなっている ・身体不調（痛み、便秘、空腹、眠気など） ・認知機能障害を受け入れられない怒り（自己への叱責） ・周囲からの不用意な対応に対する怒り ・過剰な環境刺激による	・破局反応を誘発する誤認、幻覚、妄想、せん妄、潜在的な痛み、感染症といったものを観察・排除する ・怒りに共感して、ゆっくり話を聞く姿勢を見せる ・低い声で正面からゆっくり話す、単語ごとに区切って話すなど工夫する ・近時記憶が障害される特徴を利用して、しばらくその場を離れ時間をおき、改めて対応する ・身近な人に強く出る認知症の特徴を利用し、第三者に対応を依頼する ・壊れて困る物や危険物は片づけておく ・周囲の環境の影響を受けやすいため、音、光、空調、他者との距離感などを調整する ・不快な刺激を減らす環境調整
	性的な言動	・欲動性脱抑制：本能的で抑えがきかず、すぐ行動化する状態 ・寂しさや不安な気持ちのあらわれ	・触ってきたら手を握ってやりわりたしなめる ・担当を別のスタッフに替える ・第三者から注意してもらう ・きっかけを作らない ・コミュニケーションとスキンシップにより、安心感が得られるケアを検討する

項目	状態	誘発因子・原因	予防・対応
生活リズム障害	夜間不眠で日中にくたた寝など睡眠や覚醒リズム障害、昼夜逆転が起こる	認知機能障害によって自ら生活日課を整える能力が低下している。生活環境の変化によって混乱が生じやすく入院に伴って生活リズムが障害されやすい。BPSDの不安、興奮、意欲の低下などによって活動と休息のバランスが乱れやすい	- 身体的要因、心理的要因、環境的要因を探り除去する ●身体的要因 排便、排尿などの排せつの問題、痒み、痛み、空腹等 ●心理的要因 怖い夢をみた。一人では怖くて寝られない。気がかりなことがある ●環境的要因 病院のナースコール音、慣れないベッド、臭い、気温 - 元々の睡眠パターンと環境を情報収集しケアに取り入れる。寝付くまでそばで付き添う。捕食と温かい飲み物でクールダウンする - 日中の活動性の向上 - 散歩、院内デイケアなどにエントリーする - 上のケアを取り組んだ上で最後に睡眠薬の処方などを検討する
ルートの自己抜去	点滴や尿バルーンカテーテルなどを自己抜去してしまう	- あらゆるルートに注意をはらえない - 痛みや痒みなど不快な存在、気になって抜いてしまう - 身体の不調、不快を伝えられない - せん妄の可能性	- 見えないように袖カバー等で隠す - 足首や首から点滴ルートを出し、気にならない工夫をする。点滴は一回ごと挿入しルートキープしない - 点滴中に本を読む、アクティビティに参加するなど、気にならないようする - 身体の不調の有無をアセスメントする - 挿入部の腫脹発赤など観察、固定しているテープの痒みなどないか、不快の除去に努める
食事が進まない	食べない(摂食嚥下機能低下については除外)	- 失認：食べ物として認知しにくい - 茶碗がご飯と同じ白色であったり、透明なコップに水だと認知できにくい	- 碗の内側を色付きにする。ご飯にふりかけをかけるなど、認知しやすくする - 離床し椅子に座る - 座位姿勢を整える - AD患者は他の患者を模倣して摂食の初動ができる人もいるので集団が良い人も少ない。



項目	状態	誘発因子・原因	予防・対応
食事が進まない	食べない(摂食嚥下機能低下については除外)	環境：食事の姿勢 被影響性の亢進があり落ち着いて食べられない 影響されやすい人への環境づくり例  ・一人では落ち着いて食べない ・好みの問題 ・味覚の低下 ・高度認知症で食のターミナル期	- bvFTD や高度 AD のように前頭葉が委縮してきた患者は被影響性の亢進が認められることがあり、その場合は静かな環境だと食べることができる人もいます。 - 疾患や重症度に合わせて環境を工夫するなど、対応を変化させる必要がある - 補食で補う - 可能な患者には好きなものを提供 - 嚥下テストをして、食形態を決める
入浴を断る	「結構です、家で入るから」と入浴を断る	- 身体の不調でお風呂の気分でない - 寒い日は入りたくない - 自宅のお風呂と環境が違った - にぎやかすぎる（一人で入りたい） - 他人に身体を見られるのが嫌	- 覚醒度の良い時、体調の良い時に入浴を促す声かけを行う - 一人で入浴できるように、介助者は遠目で見守りをする - 足浴から試す ※床、浴槽は滑りやすく転倒リスクや溺れる可能性、火傷などを起こしやすいことに注意する
拒薬	- 薬の服用を拒否する 「苦い」と飲まない - 錠剤を服用後しばらくして吐き出す	- 治療の必要性を理解できない - 認知機能低下が高度になると剤形が錠剤であることは異物と思い吐き出しやすい - 粉碎にするなどしたため、苦みで服用しない	- 薬の剤形の工夫：液剤や粉碎、貼り薬を検討する - 苦みで吐き出す時は錠剤が可能なか検討する - お薬用ゼリーと混ぜる - いったん拒否しても、しばらく時間を空けて促す - 食事に混ぜると味に違和感を感じて食べなくなることがあるため、できるだけ控える

(6) 身体的抑制（拘束）について

① 定義

身体的抑制（拘束）は、抑制帯等、患者の身体または衣服に触れる何らかの用具を用いて、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

② 身体拘束の基準

身体拘束を行う基準は以下の3つをすべて満たす場合とする。

ア 切迫性

患者または他の患者など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。

イ 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方法がないこと。

ウ 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。

*理由によらず、身体的拘束を実施した場合、身体拘束の開始および解除した日、身体的拘束が必要な状況、実施したカンファレンス内容を診療記録等に記載する。

③ 身体拘束がもたらす多くの弊害

ア 身体的弊害

(ア) 本人の関節の拘縮、筋力の低下といった身体機能の低下や圧迫部位の褥瘡の発生などの外的弊害をもたらす。

(イ) 食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下など内的弊害をもたらす。

(ウ) 車いすに拘束しているケースでは無理な立ち上がりにより転倒事故、ベッド柵のケースでは乗り越えによる転落事故、さらには抑制具による窒息などの大事故を発生させる危険性すらある。

イ 精神的弊害

(ア) 本人に不安や怒り、屈辱、あきらめといった大きな精神的苦痛を与え、そして人間としての尊厳を侵す。

(イ) 身体拘束によって、認知症がさらに進行し、せん妄の頻発をもたらす恐れもある。

(ウ) 本人の家族にも大きな精神的苦痛を与える。自らの親や配偶者が拘束されている姿を見たとき、混乱し、後悔し、そして罪悪感にさいなまれる家族は多い。

(エ) 看護・介護スタッフも、自らが行うケアに対して誇りを持ってなくなり、安易な拘束が士気の低下を招く。

ウ 社会的弊害

身体拘束の弊害は、社会的にも大きな問題を含んでいる。身体拘束は、看護・介護スタッフ自身の士気の低下を招くばかりか、介護保険施設などに対する社会的な不信、偏見を引き起こす恐れがある。そして、身体拘束による高齢者の心身機能の低下はその人のQOLを低下させるのみでなく、さらなる医療的処置を生じさせ経済的にも少なからず影響をもたらす。

身体拘束の留意点

1. 日頃より身体拘束を必要としない状態になるよう環境を整えること。また、身体拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、関わる医師、看護師など複数の職員で検討すること。
2. やむを得ず身体拘束を実施する場合であっても、生命および身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものである。出来る限り早期に解除するように努める。
3. 身体拘束を実施するにあたっては以下の対応を行う
 - 1) 実施の必要性などへのアセスメント
 - 2) 家族への説明と同意
 - 3) 身体拘束の具体的行為や実施時間の記録
 - 4) 二次的な身体障害の予防
 - 5) 身体拘束の解除に向けた検討

*** 身体拘束手順については当院の「身体拘束マニュアル」を参照すること。**

(参考文献)

- ・「認知症ケアガイドブック」日本看護協会編集 照林社、2016 pp.48、pp.53、p119～123
- ・「一般医療機関における認知症対応のための院内体制整備の手引き」平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 認知症の人の行動・心理症状や身体合併症対応など循環型の医療介護等の提供のあり方に関する研究会 p3
- ・「医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン」日本看護倫理学会臨床倫理ガイドライン検討委員会 p4
- ・「認知症ケアマニュアル」公益社団法人 大阪府看護協会 P.28[生活場面でのケア]、P.20-26[日常生活に対する援助]
- ・「認知症ケア加算マニュアル」内田陽子編集 照林社 2016 p.88
- ・「おはよう 21」中央法規出版 2017 10 月号増刊 p.48～51

Ⅷ章 認知症の本人や家族を支えるための 諸制度と社会資源

認知症の人がその判断能力に応じて必要な介護や生活支援サービスを受けながら日常生活を過ごすことができるようにすることは、ＱＯＬの維持・向上のために必要な支援である。そのためには、その人の状態の変化を見守りながら、介護保険サービス等の利用援助から日常生活上の金銭管理等の支援や成年後見制度の利用に至るまでの支援を、切れ目なく一体的に支援していくことが重要である。

厚生労働省は「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定ガイドライン」（平成30年6月）を策定し、本人の意志の尊重や早期対応、チームアプローチを基本姿勢とし、内閣府・認知症施策関係閣僚会議「認知症施策推進大綱」（令和元年6月）においては、認知症の本人の社会参加や本人発信の支援の推進も盛り込まれている。

本章では、認知症の人の診断後の支援、地域ケア、各種サービス、権利擁護、虐待防止、自動車運転などについて述べる。

1. 診断後の支援

認知症の早期診断・早期支援が推進されているが、一方で認知症の診断直後、初期の人は、介護保険サービスの対象となりにくい場合もあり、地域社会から孤立し、場合によっては進行を待つだけの「空白の期間」が生じることがある。この「空白の期間」は必要な支援やつながりが弱まることから、認知症の人と家族の間で混乱と不安を伴う期間となる。

診断後に適切な情報や支援があることは、認知症の本人にとって不安の軽減に役立ち、地域社会や友人とのつながりを築くことができるか否かは予後に大きな影響を与える。また家族の理解と適切な対応は、認知症の本人の生活の質やその後の経過に大きな影響を及ぼすものである。そのため、家族が早期に専門職をはじめとした支援者とつながることは、経済的な問題、就労継続の問題、自分自身の心身の不安、介護方法やかかわり方を知るきっかけとなる。

専門職から認知症の本人や家族に対する気持ちに寄り添った一言ややさしいまなざし、生活を支える情報や具体的な支援は、診断直後の様々な動揺の中にある家族にとって大きな支えになる。特に、診断をした医療機関、認知症疾患医療センターの医師、看護師などの専門職、そして連携する介護・保健等の関係機関および専門職の存在は、認知症の本人と家族にとって極めて重要な存在になることを理解する必要がある。

家族が診断結果を受容し、適切な情報を得て介護についてともに考え、地域社会や支援機関とつながるための支援はとても重要である。認知症による行動・心理症状（BPSD）等によって、家族はストレスや不安を抱えることが多い。また、家族自身の疾病や社会的問題が複雑に絡み合い、本人の認知症への対応が困難になる場合もある。

まず、支援者が家族の話を傾聴、認知症についての正しい知識と介護等の情報を提供し、支援機関や専門家とつながり、介護者、家族同士の交流等を通して、家族自身の自己実現、生活の質を大事にしながら、本人が認知症に向き合えるように支援する。

家族の介護離職や健康問題、そして高齢者虐待予防のためにも家族支援は重要であり、家族が認知症について理解を深め前向きなかわりができることは、本人の生活の質や認知症の経過にも影響すると考えられる。

また、あらゆる段階で認知症の人がその人のもつ能力を最大限活用し、自らの意志に基づいた日常生活や社会生活を継続的に送ることができることが大切である。そのためには本人が意思決定が可能な早期から将来を見越し、継続的に意思決定を支援する社会資源を利用できるようにすることが望ましい。平成30年6月厚生労働省は「認知症の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を策定している。そこでは、本人の意思尊重を基本とし、チームで継続的に支援していくことを重視しながら、プロセスの記録、確認、振り返りが重要とされている。

【弘済院附属病院 もの忘れ外来 診断後支援】

もの忘れ外来で鑑別診断、認知症と診断された方とご家族に対して、主治医・看護師・臨床心理士・保健師等が連携して支援している。ひとりひとりの状況に合わせて、もの忘れ教室、本人サポートの会、グループ回想法、家族会、個別相談などを組合せて、正しい知識と対応について学び、治療やリハビリテーションに前向きに取り組みながら、その人らしい生活を地域社会で続けていけるように切れ目なくサポートすることを目指している。病初期の就労支援から、危機介入、終末期ケアまで支援内容は多種多様である。

そのため、地域包括ケアシステムの中で、地域包括支援センター、ケアマネジャー、各福祉サービス、訪問看護、就労支援等のあらゆる支援の導入、調整も行い、本人と家族を支える支援ネットワークづくりに力を注いでいる。認知症疾患医療センターの専門性を活かして、地域のお職種支援におけるスーパーバイズ機能も発揮している。（本マニュアル p.55「弘済院での取り組み」参照）

2. 介護保険制度

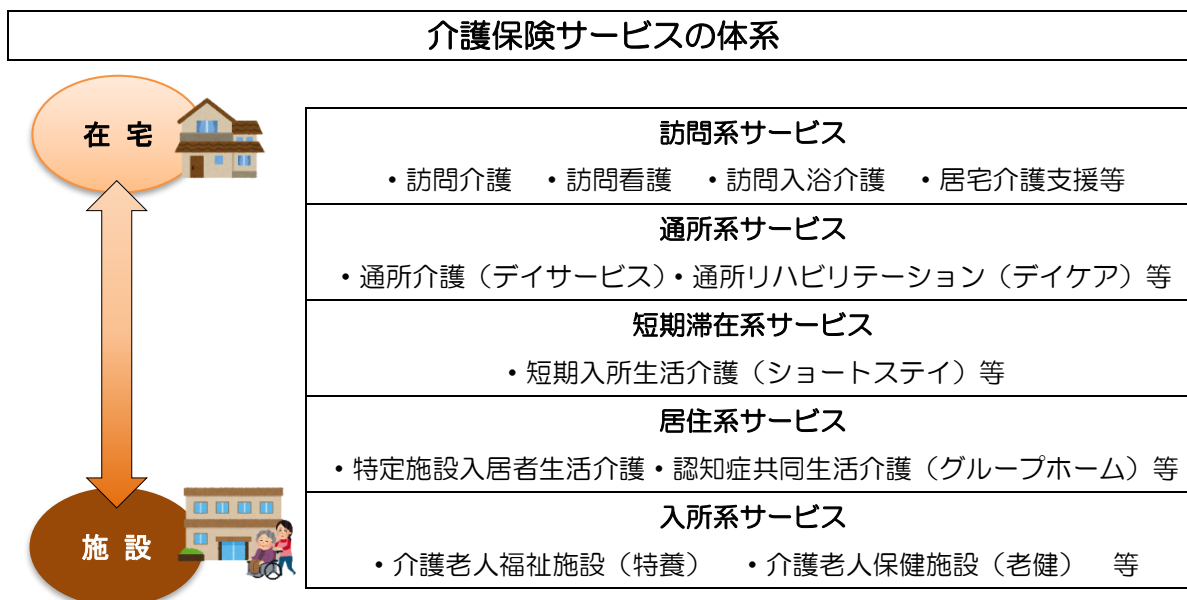
介護保険法に基づき、さまざまな介護保険サービスが2000年からスタートしている。認知症の人のくらしを支える生活支援の基盤として活用していくことが重要である。介護保険の被保険者は40歳以上、保険者は市町村であり、被保険者は「介護が必要な状態にあるかどうか」の審査・判定を経て、要介護者または要支援者と認定された場合に保険給付（サービス利用）を受けることができる。

また40歳から64歳の第2号被保険者は老化が原因とされる16の特定疾病（初老期における認知症、脳血管疾患、筋萎縮性側索硬化症等）に該当することで申請を行うことができる。

審査・判定の結果、要介護1～5、要支援1、2の7段階のいずれかの認定を受

け、介護支援専門員（ケアマネジャー）がケアプランを作成する。（要支援 1、2 は地域包括支援センター）。

介護保険サービスの体系は次の図のとおりである。（厚生労働省 HP「介護保険とは」の p.14（<https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177.pdf>）を参考に作成）



3. 地域包括支援センター

地域包括支援センターは 2006 年の改正介護保険法の施行に伴い、地域包括ケアの推進の拠点として各市町村が設置することとされ、その内容は「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設」と規定されている。認知症の人と家族の支援においても、地域包括ケアシステムの中核拠点機関として地域包括支援センターとの連携はとても重要である。

具体的には社会福祉士、主任介護支援専門員、保健師または地域ケアの経験のある看護師の 3 職種がチームとなって、主に以下の 4 つの業務を行っている。

地域包括支援センターの業務（大阪市 HP より）

（1）総合相談支援

高齢者やその家族からの介護、福祉などに関する相談を総合的に受けるとともに、必要に応じて訪問して実態を把握し、必要なサービスにつなぎます。

（2）虐待の早期発見・防止などの権利擁護

高齢者虐待の早期発見・防止のための地域支援体制づくり、成年後見制度の利用促進、消費者被害防止のための情報提供などを行います。

（3）包括的・継続的ケアマネジメント支援

ケアマネジャーが孤立しないよう、一緒にケアマネジメント過程を振り返ったり、連絡会などを開催し、多機関との連携が行えるよう支援します。

(4) 介護予防ケアマネジメント

要支援者に対する予防給付、要介護・要支援状態となるおそれのある方に対する介護予防事業が効果的かつ効率的に提供されるための適切なケアマネジメントを行います。

大阪市では各区に1か所ずつ「認知症強化型地域包括支援センター」を設置している。ここは、次に述べる「認知症初期集中支援チーム」と「認知症地域支援推進員」を配置している地域包括支援センターに「認知症施策推進担当」を置いている。

認知症強化型地域包括支援センターは、既存の区内の認知症にかかるネットワークや会議体を発展させた「区認知症施策推進会議」を開催し、区全体で認知症対策を一体的に推進する体制を構築する役割を担っている。また地域包括支援センターやランチで、地域ケア会議で認知症が課題になっているケース対応の後方支援のほか、認知症関係の統計情報等の収集と地域課題分析など、区内の取り組みの後方支援を行なっている。

4. 認知症初期集中支援チーム

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯が増加する中、症状が重症化し対応が困難な状況になってはじめて認知症に気づくなど、認知症の可能性がありながらも適切な医療や介護サービス等につながっていない人が多く存在することが社会的な課題となっている。認知症初期集中支援チームは、こうした地域の中で潜在化している適切な支援につながっていない認知症の人を地域の協力を得ながらできるだけ早期段階で発見し、専門的なアセスメントの上で医療受診や鑑別診断の勧奨、介護福祉サービス等へのつなぎを6カ月のあいだに、関係機関と連携しながら集中的に行うことを役割とするものである。このチームの設置は国の認知症施策の取り組みとして推進されており、全国の市町村で実施することが定められている。当院においてもチームからの鑑別診断の依頼をはじめ、頻繁に連携をはかる機関の一つである。

チームを構成する者は、原則として日本老年精神医学会もしくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の診断・治療等の専門医療に5年以上の臨床経験を有する認知症サポート医と、認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務等に3年以上携わった経験がある医療・介護福祉の国家資格を有する者（医療職、福祉職各1名以上）の3名以上とされており、高い専門性と経験を求められるものとなっている。

また大阪市では、「認知症初期集中支援チーム」という名称のチームが家庭訪問等の介入をしていくことに対して、認知症の可能性のある本人や家族等から拒否感を持たれ、支援を拒否されてしまうおそれがあることを考慮し、「オレンジチーム」という愛称を使用し活動している。

5. 認知症地域支援推進員

行政をはじめとした地域の関係機関と連携をはかり、認知症の人が自分らしく暮らし続けられる地域づくりを推進する者として、上記の認知症初期集中支援チームと同様に国の認知症施策の取り組みとして全国の市町村に配置することが定めら

れているものである。

主な役割は、行政や関係機関と連携し、医療・介護等の支援ネットワークの構築への取り組みや、認知症対応力向上のための研修会・事例検討会等の開催、認知症カフェの開設支援、認知症の人やその家族への相談支援などとされ、地域の体制構築から相談支援まで多岐にわたる。

とりわけ大阪市の認知症地域支援推進員は、認知症初期集中支援チームとともに認知症強化型地域包括支援センターに配置されており、若年性認知症の人や支援困難症例に対応することが役割の一つとされており、若年性認知症外来を開設する当院とは積極的な連携がはかられている。

認知症地域支援推進員の要件は、認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有する医療・介護福祉の国家資格を有する者か、もしくはこれと同様の知識、経験を有すると自治体が認めた者とされている。

認知症カフェとは

認知症カフェは、オランダで始まった「アルツハイマーカフェ」を参考として、認知症の人の介護に負担を感じる介護者や、早期に診断されても利用できる資源がない認知症初期の人を支援する取り組みとして日本でも広がってきている。

スタッフは、認知症の人や家族、地域住民（大人も子どもも）、医療・介護・福祉の専門職など様々で、会場も地域の公民館や地域包括支援センター、介護施設、医療機関の1室や喫茶店を利用するところなど多様である。運営主体もNPOやボランティア団体、福祉、医療関係だけでなく、大手のカフェなど民間の会社が実施しているところもある。

このように「認知症カフェ」といっても様々なかたちがあるが、共通するのは「認知症の人や家族が気軽に参加でき、悩みや思いを話せることで心理的負担の軽減と孤立を防ぐことができること」、そして「介護や医療、地域資源の情報が得られ、地域や在宅生活の安定につながるきっかけとなること」を主な目的としていることである。

こうした取り組みが浸透し身近なものとなることを通じて、「認知症になると終わり」「何もできない」という偏った見方を変え、認知症への理解が促進されることが期待されている。



6. 権利擁護 成年後見制度等

(1) 成年後見制度

1) 法定後見制度

法定後見制度は判断能力の程度に応じて、後見、保佐、補助の三つの類型に分かれている。

法廷後見制度の三類型

類型	本人の状態	支援する人
後見	判断能力が全くない	成年後見人
補佐	判断能力が著しく不十分	保佐人
補助	判断能力が不十分	補助人

法定後見制度を利用するためには、実際に居住する住所を管轄する家庭裁判所に申し立てを行う。

申し立てを行える者は本人または配偶者、4親等内の親族などであるが、身寄りがいないなどの理由で申し立てができない場合、親族に代わって市町村長が申し立てを行い、家庭裁判所が弁護士などの第三者を成年後見人等に選任する。

成年後見人等を具体的に誰が担うかは、活動内容や本人の資産などを考慮して家庭裁判所が決定するものであり、本人の親族になることもあれば、弁護士、司法書士、社会福祉士などの専門家が選ばれる場合もある。あくまで家庭裁判所が判断することとなっているため、申立人が希望する者が選ばれるとは限らない。また、必要に応じて家庭裁判所が成年後見監督人（保佐監督人、補助監督人）を選任して成年後見人等の業務の監督を行わせることがある。

2) 任意後見制度

「自分が元気なうちに、もしもに備えて親類に財産管理をお願いしておきたい」、「障がいをもつ息子のために、財産の引き渡しや施設への入所などの将来のことを決めておきたい」など、将来に備えて判断能力があるうちに自分に代わって法律行為をする人（任意後見人）を決めて、支援してほしいことをあらかじめ契約しておく制度である。

3) その他

「財産管理委託契約」は、自分の財産の管理や生活上の事務の全部または一部について代理権を与える人を選んで具体的な管理内容を決めて委託するものである。任意代理契約とも呼ばれ、民法上の委任契約の規定に基づいて行われる。

成年後見制度との大きな違いは、成年後見制度は判断能力の減退があった場合に利用できるものであるが、財産管理契約はそのような状況にない場合に利用できる点にある。

ただし、任意後見制度と異なり、公的監督者がいないため委任されたものをチェックすることが難しいことや、後見制度のような取り消し権がないなどの点に注意が必要になる。

(2) 日常生活自立支援事業

日常生活自立支援事業（あんしんさぽーと事業：大阪市社会福祉協議会）は、認知症や知的障がい、精神障がい等により判断能力が不十分な人が、安心して地域で生活が送れるよう、居住地の社会福祉協議会において福祉サービスの利用や日常的な金銭管理を支援するものである。

7. 高齢者虐待の防止

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成18年4月施行）に基づく通報件数の増加はもとより、家族関係の変化、疾病、貧困など様々な問題を内包した複雑多岐にわたる課題をもつ高齢者虐待事例が増えている。

虐待に至る背景には、以下の発生要因が複雑に絡み合い、本人、家族、近隣、地

域住民等の関連性が相互に影響しあって起こるものである

○高齢者本人の状況

- ・認知症の発症・悪化、傷病、障がい、精神的に不安定な状況
- ・収入が少ないこと、借金や浪費癖、金銭管理能力の低下
- ・性格的な偏り、依存症、相談者がいない（孤立）
- ・介護度が高い（排泄・入浴などの介助が必要）、A D L の急激な低下

○養護者・その他

- ・介護負担（排泄介助の負担、介護の代替者がいない）、自身の傷病、障がい
- ・高給里社に対する依存や恨み、性格的な偏り、精神不安定、依存症
- ・無職または低収入、それを原因とする高齢者への経済的依存、借金や浪費癖
- ・周囲との関係が希薄または悪化、周囲から孤立している

高齢者虐待の被虐待者のうち「認知症がある」と認められた人は7割以上とされている。

実際に、平成 30 年度の大阪市においては「虐待と判断された実人数」（被虐待者）が 396 人となっており、そのうち要介護認定を受けている人は 320 人、さらにその中で“認知症あり（日常生活自立度Ⅱ以上）”の人は 227 人（70.9%）であったことが報告されている¹⁾。

こうした集計の結果からも、認知症の人への支援において虐待防止の視点がとても重要である。

高齢者虐待は、法律では次のように分類されている²⁾。



(※)「老人福祉法に規定する老人福祉施設、有料老人ホーム又は介護保険法に規定する地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、地域包括支援センター」「老人福祉法に規定する老人居宅生活支援事業又は介護保険法に規定する居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、居宅介護支援事業、介護予防サービス事業、地域密着型介護予防サービス事業介護予防支援事業



虐待は単体で起きている場合もあるが、それぞれの虐待が重複している場合もある。

高齢者虐待に対しては、早期発見・対応が重要である。サインを見逃さず、市町市町村、地域包括支援センター等の高齢者虐待相談窓口相談し、円滑に支援になげることが必要である。

高齢者虐待への対応は、大阪市福祉局「高齢者虐待防止マニュアル」に基づいて各機関と連携しながら行う。

大阪市 HP「高齢者虐待防止マニュアル（概要版）のダウンロード」

<https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000203767.html>

8. 若年性認知症

現在は、65 歳未満発症者を「若年性認知症」ということが一般的になっている。若年性認知症は本人が家計や育児の中心的担い手であることなど、高齢者の認知症とは異なる生活課題があることを念頭においた対応が必要である。介護保険サービスの他、障がい福祉サービス等の活用も含めて、幅広い分野にわたる専門的な支援が必要となる。

国の施策として、都道府県・政令市には専門相談窓口として「若年性認知症支援コーディネーター」を配置することができることとなっている。大阪市においては、各区 1 カ所の認知症強化型地域包括支援センターに「認知症地域支援推進員」を置き、地域包括ケアのなかで支援を行っている。

弘済院附属病院では、認知症疾患医療センターとして、若年性認知症の本人サポートの会を行うなどの取り組みを続け、平成 29 年度からは、もの忘れ外来に「若年性認知症外来」を開設した。

9. 自動車運転

わが国では、高齢者の交通事故が大きな社会問題となっている。2002 年改正道路交通法から認知症の運転適性は制限をうけることとなり、2009 年からは 75 歳以上の高齢ドライバー免許更新に際して講習予備検査を受検することが義務づけられている。講習予備検査の結果、認知症が疑われ、その者が 1 年以内に基準行為と呼ばれる特定の交通違反を起こしていれば認知症の有無を判断するために「臨時適性検査」もしくはかかりつけ医の受診を公安委員会が命令、その結果、認知症が判明した場合は免許停止が行われる。2017 年 3 月からは、特定の違反（18 項目）があった場合に更新時期を待たずに講習予備検査の受検が義務づけられている。

また、2014 年 6 月からは医師の任意通報制度が開始され、認知症と診断した場合に公安委員会に通報できることになった。

道路交通法第六章第九十条（免許の拒否）の条文において、一定の政令の基準において免許を与えないことができる対象として、安全な自動車運転に支障を及ぼす病気等とともに「認知症であるもの」と、定められている。

運転免許の自主返納（「申請による取消」）により「運転経歴証明書」の交付を受けることができ、公的な身分証明書として生涯使用できる。また、自主返納をした 65 歳以上の方は、市町村により自主返納サポート企業・店舗からタクシー運賃や買い物の割引など様々な特典をうけることができる。

これらのことから、認知症の診断後、運転について、本人や家族に丁寧に説明

をして、理解を促し、運転中断告知後は、各種制度や社会資源も活用して、運転しない生活への切り替えと QOL の増進を支援していく必要がある。

参考 道路交通安全法第 6 章 （免許の拒否等）

第九十条 公安委員会は、前条第一項の運転免許試験に合格した者（当該運転免許試験に係る適性試験を受けた日から起算して、第一種免許又は第二種免許にあつては一年を、仮免許にあつては三月を経過していない者に限る。）に対し、免許を与えなければならない。ただし、次の各号のいずれかに該当する者については、政令で定める基準に従い、免許（仮免許を除く。以下この項から第十二項までにおいて同じ。）を与えず、又は六月を超えない範囲内において免許を保留することができる。

一 次に掲げる病気にかかっている者

イ 幻覚の症状を伴う精神病であつて政令で定めるもの

ロ 発作により意識障害又は運動障害をもたらす病気であつて政令で定めるもの

ハ イ又はロに掲げるもののほか、自動車等の安全な運転に支障を及ぼすおそれがある病気として政令で定めるもの

一の二 介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第五条の二第一項に規定する認知症（第百二条第一項及び第百三条第一項第一号の二において単に「認知症」という。）である者

二 アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者

三 第八項の規定による命令に違反した者

四 自動車等の運転に関しこの法律若しくはこの法律に基づく命令の規定又はこの法律の規定に基づく処分に違反する行為（次項第一号から第四号までに規定する行為を除く。）をした者

五 自動車等の運転者を唆してこの法律の規定に違反する行為で重大なものとして政令で定めるもの（以下この号において「重大違反」という。）をさせ、又は自動車等の運転者が重大違反をした場合において当該重大違反を助ける行為（以下「重大違反唆し等」という。）をした者

六 道路以外の場所において自動車等をその本来の用い方に従つて用いることにより人を死傷させる行為（以下「道路外致死傷」という。）で次項第五号に規定する行為以外のものをした者

七 第百二条第一項から第四項までの規定による命令を受け、又は同条第六項の規定による通知を受けた者

1) 平成 30 年度大阪市虐待防止連絡会議資料（国調査結果）

2) 大阪市福祉局発行「高齢者虐待の理解と防止」パンフレット

<https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000203/203767/R3gaiyoubankourei.pdf>

Ⅸ章 認知症疾患医療センター

当院は平成 21 年から、大阪市の認知症疾患医療センター（地域型）として指定を受け、医療・保健・福祉機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断や周辺症状と身体合併症に対する急性期対応、専門医療相談などを実施している。

また、医療や介護の従事者への研修を実施し、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図り、認知症の早期発見・診断・治療を行う拠点病院となるよう取り組んでいる。

1. 業務内容

認知症疾患医療センターとしての業務内容は次のとおりである¹⁾。

（業務内容）

第 7 条 認知症疾患医療センターは、次に掲げる業務を行うものとする。

（１）専門的医療機能

ア 鑑別診断とそれに基づく初期対応

- （ア） 初期診断
- （イ） 鑑別診断
- （ウ） 治療方針の選定
- （エ） 入院先紹介

イ 周辺症状と身体合併症への急性期対応

- （ア） 周辺症状・身体合併症の初期診断・治療（急性期入院医療を含む。）
- （イ） 周辺症状及び身体合併症の急性期入院医療を要する認知症疾患患者のための病床として、連携する医療機関の空床情報の把握

ウ 専門医療相談

- （ア） 初診前医療相談
 - a 患者家族等の電話・面談照会
 - b 医療機関等紹介
- （イ） 情報収集・提供
 - a 保健所、福祉事務所等との連絡調整
 - b 地域包括支援センターとの連絡調整
 - c 認知症初期集中支援チームとの連絡調整

（２）地域連携拠点機能

ア 認知症疾患医療連携協議会の設置及び運営

医師会など地域の保健医療関係者、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チームなどの介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された協議会の設置及び運営

イ 研修会の開催

地域の認知症医療従事者に対する研修や、地域包括支援センター職員等の関係機関、認知症患者の家族や地域住民等を対象とする研修の開催及び他の主体の実施する認知症医療に関する研修への協力等

(3) 日常生活支援機能

(1) 及び (2) を実施するほか、認知症の人や家族が、診断後に円滑な日常生活を過ごせるよう、かかりつけ医等の医療機関や地域包括支援センター等地域の関係機関と連携の上、認知症疾患医療センターは必要に応じて、以下のような取組を行う。

なお、この業務は第8条に規定する地域型のみ行うものとする。

ア 診断後の認知症の人や家族に対する相談支援

診断後等、認知症の人や家族における、今後の生活や認知症に対する不安の軽減が図られるよう、社会福祉士、精神保健福祉士等の必要と認められる能力を有する専門的職員を認知症疾患医療センターに配置し、日常生活を円滑にするための相談支援を実施

イ 当事者等によるピア活動や交流会の開催

既に認知症と診断された当事者による、ピアカウンセリングなどのピアサポート活動の実施

(参考)「認知症疾患医療センター」の役割について、地域の認知症に関する医療供給体制の中核として、かかりつけ医や地域包括支援センター等の関係機関と連携し、地域の介護・医療資源等を有効に活用するためのネットワークづくりを進めるとともに、認知症の速やかな鑑別診断、診断後のフォロー、症状増悪期の対応、行動・心理症状(BPSD)や身体合併症に対する急性期医療、BPSDやせん妄予防のための継続した医療・ケア体制の整備等を実施することとされている²⁾。

●認知症疾患医療センターの概要³⁾

		基幹型Ⅰ	基幹型Ⅱ	地域型	連携型
主な医療機関		総合病院、大学病院等		精神科病院、一般病院	診療所、一般病院
設置数（令和４年５月現在）		１７カ所	３カ所	３８２カ所	９４カ所
基本的活動圏域		都道府県圏域		二次医療圏域	
専門的医療機能	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談			
	人員配置	・ 専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした５年以上の臨床経験を有する医師（１名以上） ・ 臨床心理技術者（１名以上） ・ 精神保健福祉士又は保健師等（２名以上）		・ 専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした５年以上の臨床経験を有する医師（１名以上） ・ 臨床心理技術者（１名以上） ・ 精神保健福祉士又は保健師等（２名以上）	
	検査体制（※他の医療機関との連携で可）	・ ＣＴ ・ ＭＲＩ ・ ＳＰＥＣＴ（※）		・ ＣＴ ・ ＭＲＩ（※） ・ ＳＰＥＣＴ（※）	
	ＢＰＳＤ・身体合併症対応	救急医療機関として空床を確保	急性期入院治療を行える他の医療機関との連携で可		
	医療相談室の設置	必須			－
地域連携機能		・ 地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・ 認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・ 地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療センター地域連携会議」の組織化 等			
診断後等支援機能		・ 診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援や当事者等によるピア活動や交流会の開催			
事業の着実な実施に向けた取組の推進		都道府県・指定都市が行う取組への積極的な関与		※ 基幹型が存在しない場合、地域型・連携型が連携することにより実施	

2. 弘済院での取り組み

認知症の診断を受けて以降、患者本人や家族に応じた適切な支援につながらない「空白の期間」を作らないことを目的として、当院のもの忘れ外来を受診する方を対象に、次のような支援を行っている。

認知症のご本人とご家族を支える

もの忘れ外来での取り組みのご案内

もの忘れ外来では、当院に通院、入院されている認知症のご本人とご家族を支える取り組みを行っています



もの忘れ教室

要予約

対象 家族

認知症を正しく理解することを目的として、3回に分けてお話しします。どのテーマからでも、何回でも受講できます。

- ① 認知症のある人との関わり方
- ② 認知症の人と家族のための福祉サービス
- ③ 認知症という病気について

認知症看護認定看護師
相談員
もの忘れ外来担当医師



家族会「弘済院 家族の会」

対象 家族

医療・福祉専門職から認知症に関わる様々な情報の提供と、ご家族の交流会を行っています。



グループ回想法

対象 本人

昔の記憶にもとづいた話をするを通して、精神の安定と活性化や生活意欲の向上を図ります。参加をご希望の方は、主治医にご相談ください。

本人サポートの会

要予約

対象 本人・家族

若年性認知症や初期の認知症の本人交流会・家族交流会と、勉強会や個別相談を行っています。



もの忘れ外来 個別相談

要予約

対象 本人・家族

医療、介護サービス、福祉制度などに関わることについて、相談員がご相談に応じます。



看護外来

(現在、一時休止中)

対象 本人・家族

認知症看護認定看護師が、介護中での悩みに関する相談に応じます。

令和2年4月作成

* 開催日時やお申し込みは、もの忘れ外来看護師におたずねください。

大阪市立弘済院附属病院 認知症疾患医療センター 06-6871-8013(代)

3. 大阪府内 認知症疾患医療センター一覧表

●大阪市指定

エリア区分		類型	病院名	所在地	最寄り駅
北	北区、都島区、福島区、此花区、西淀川区、淀川区、東淀川区、旭区	地域型	大阪市立弘済院附属病院 電話 06-6871-8073 FAX 06-4863-5351	〒565-0874 吹田市古江台 6-2-1	大阪モノレールまたは阪急千里線 山田駅
		連携型	医療法人圓生会 松本診療所 電話 06-6951-1848 FAX 06-6954-6327	〒535-0022 大阪府大阪市旭区新森5丁目3-22	地下鉄今里筋線 新森古市
中	中央区、西区、港区、大正区、天王寺区、浪速区、東成区、生野区、城東区、鶴見区	地域型	社会医療法人北斗会 ほくとクリニック病院 電話 06-6554-9707 FAX 06-6554-3199	〒551-0001 大阪市大正区 三軒家西1-18-7	JR 環状線または地下鉄長堀鶴見緑地線 大正駅
		連携型	社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会 野江病院 電話 06-6932-0401 FAX 06-6932-7977	〒536-0001 大阪市城東区 古市1-3-25	地下鉄 長堀鶴見緑地線 今福鶴見駅
南	阿倍野区、住之江区、住吉区、東住吉区、平野区、西成区	地域型	大阪公立大学 医学部附属病院 電話 06-6645-2896 FAX 06-6636-3539	〒545-8586 大阪市阿倍野区 旭町1-5-7	地下鉄・JR 天王寺駅または近鉄南大阪線 大阪阿部野橋駅
		連携型	医療法人 葛本医院 電話 06-6719-0929 FAX 06-6714-7090	〒546-0044 大阪市東住吉区 北田辺4-11-21	JR 阪和線 美草園駅または地下鉄谷町線 田辺駅または近鉄南大阪線 北田辺駅

●大阪府指定⁴⁾

病院名	所在地	最寄り駅	地域区分
社会医療法人北斗会 さわ病院 0120-004-142 FAX 06-6865-1291	〒561-0803 豊中市城山町 1-9-1	阪急宝塚線／服部天神または曽根	池田市、箕面市、豊中市、吹田市、豊能町、能勢町
医療法人 大阪精神医学研究所 新阿武山病院 072-693-1892 FAX 072-693-3029	〒569-1041 高槻市奈佐原 4-10-1	JR 京都線／摂津富田	摂津市、茨木市、高槻市、島本町
社会医療法人三上会 総合病院 東香里病院 072-853-0540 FAX 072-853-0505	〒573-0075 枚方市東香里 1-24-34	京阪本線／香里園または枚方市 京阪バス東香里病院前	枚方市、寝屋川市、守口市、門真市、大東市、四條畷市、交野市
医療法人清心会 八尾こころのホスピタル 0120-977-341 FAX 072-949-7150	〒581-0025 八尾市天王寺屋 6-59	JR 大和路線／志紀	東大阪市、八尾市、柏原市
医療法人六三会 大阪さやま病院 072-365-1875 FAX 072-367-3020	〒589-0032 大阪狭山市岩室 3-216-1	南海高野線／金剛	松原市、藤井寺市、羽曳野市 大阪狭山市、富田林市、河内長野市、太子町、河南町 千早赤阪村
医療法人河崎会 水間病院 072-446-8102 FAX 072-446-5451	〒597-0104 貝塚市水間51	水間鉄道／水間観音	和泉市、泉大津市、高石市、岸和田市、貝塚市、泉佐野市 泉南市、阪南市、忠岡町、熊取町、田尻町、岬町

●堺市指定⁴⁾

病院名	所在地	最寄り駅	地域区分
公益財団法人 浅香山病院 072-222-9414 FAX 072-222-9109	〒590-0018 堺市堺区今池町 3-3-16	南海高野線／浅香山または JR 阪和線／浅香	堺市
医療法人杏和会 阪南病院 072-278-0233 FAX 072-281-6615	〒599-8263 堺市中区 八田南之町 277	JR 阪和線／津久野または 泉北高速／深井，泉ヶ丘	

-
- 1) 大阪市認知症疾患医療センター運営事業実施要綱（平成31年4月3日改正）より一部抜粋
- 2) 認知症施策推進大綱 3医療・ケア・介護サービス・介護者への支援 (1)早期発見・早期対応・医療体制の整備より一部抜粋
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236_00002.html
- 3) 厚生労働省 主な認知症施策 認知症疾患医療センターより引用
<https://www.mhlw.go.jp/content/000951904.pdf>
- 4) 大阪府域の認知症疾患医療センター 大阪府健康医療部保健医療室地域保健課精神保健グループより引用し一部改変
<https://www.pref.osaka.lg.jp/chikikansen/nintisyousenta/>

参考資料

1 大阪市の認知症施策

本市では、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、国の認知症施策に基づき、総合的に取組みを推進している。

大阪市 HP「認知症高齢者支援の取組みについて（認知症高齢者支援施策）」

<https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000235532.html>

2. 市長宣言

市長は、平成 30 年 2 月 13 日に開催した「認知症の人やその家族が自らの言葉で語る会議」に出席した。この会議は、認知症の人とその家族の視点を今後の大阪市の認知症施策の取組みに反映させるために開催するものであり、認知症の本人及びその家族からなる出席者より、日常生活の中で困っていることや認知症に関する相談窓口の周知を望む意見などが寄せられた。

これを受けて、市長は「相談窓口の広報周知や認知症に関する知識の普及啓発に取り組むとともに、医療面だけではなく、認知症の人やご家族の生活環境をフォローアップできるような体制・施策を進めていきたい」と述べた。

意見交換後には、認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる社会の実現をめざし、あらゆる世代や立場の人が協力して認知症の人にやさしいまちづくりに取り組んでいくことを内外に発信するため、「認知症の人をささえるまち大阪宣言」を行った¹⁾。

認知症の人をささえるまち大阪宣言

現在、65 歳以上高齢者の約 7 人に 1 人が認知症であると推計されており、2025（平成 37）年には、その割合は約 5 人に 1 人に上昇すると見込まれています。

認知症はとても身近な病気であり、誰もが認知症の人をささえる側として、また、認知症の当事者として、認知症にかかわり、認知症と共に生きる時代になりました。

大阪시는、認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる社会の実現をめざし、あらゆる世代や立場の人が協力して、認知症の人にやさしいまちづくりに取り組むことを宣言します。

- 認知症に関する知識の理解を深め、早期に認知症に気づき、地域のつながりで認知症の人をささえるまち
- 認知症の人の思いやその人らしさを尊重し、認知症の人やその家族の視点に立って行動するまち
- 外出する、運動する、食事に気をつけるなど、認知症になりにくい生活習慣を実践するまち
- 認知症の状態に応じた質の高い医療・介護サービスが速やかに提供されるまち
- 認知症の人がいきいきと暮らし続けることができるまち

平成 30 年 2 月 13 日

大阪市長

吉村 洋文

3. 弘済院での主な研究・発表等の業績

認知症の専門的医療および介護を提供する機関として研鑽を積むため、認知症ケア学会をはじめとした学会に、毎年研究発表を行っている。その中で受賞した発表については次のとおりである。

また、実践と研究を重ねてきた前頭側頭型認知症（FTD）や意味性認知症（SD）の医療や介護については、専門職のスキルアップのためにケアマニュアルとしてまとめ、発行している。

●認知症ケア学会 受賞歴

第6回 日本認知症ケア学会（松江） 平成17年10月1日 石崎賞受賞

「回廊式廊下を活用したユニットケアの試みー行動障害が著しい認知症高齢者の快適な居場所作りー」

松井 紀子、藤田 恵子、西松 陽子、河内 桂子、山澤 秀子、坂尾 恭介、北沢 啓子、河原田 洋次郎、中西 亜紀

第7回 日本認知症ケア学会（札幌） 平成18年9月30日 石崎賞受賞

「アルツハイマー病患者におけるグループ回想法の効果研究」

桑田 直弥、山本 廣美、村上 雄一郎、河原田 洋次郎、金本 元勝、南部 純子、前田 恒子、篠田 美紀、中西 亜紀

第8回 日本認知症ケア学会（盛岡） 平成19年10月12日 石崎賞受賞

「前頭側頭型認知症（FTD）の利用者に対するケアの試み」

浅野 清文、丸谷 真樹、西松 陽子、福井 美穂、森本 早苗、藤田 恵子、松本 陽子、大村 享司、坂尾 恭介、長谷川 美智子、北沢 啓子、山本 廣美、河原田 洋次郎、沖田 裕子、中西 亜紀

●ケアマニュアル

「認知症の医療・介護に関わる専門職のための「前頭側頭型認知症&意味性認知症」こんなときどうする！（保存版）」 令和2年3月発行

企画・発行 大阪市福祉局高齢者施策部高齢福祉課

（監 修）中西 亜紀

（編 集）池田 尚史、新谷 豪志

（執筆者）池田 尚史、金本 元勝、河原田 洋次郎、中西 亜紀、中村 里江、長谷川 美智子、福井 美穂、元田 克巳、森本 早苗、山田 真、渡邊 安澄、奥中 隆文

1) 大阪市 HP「認知症の人をささえるまち大阪宣言を行いました」
(<https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000428295.html>)

弘済院 ～認知症の人とのあゆみ～
大阪市立弘済院 認知症ケアマニュアル
普及版

作成 2022(令和4)年7月

企画 大阪市立弘済院附属病院（認知症疾患医療センター）
大阪府吹田市古江台 6-2-1

発行 大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課（認知症施策グループ）
大阪市北区中之島 1-3-20

本書に関するお問い合わせ先

電話 06-6871-8013（大阪市立弘済院附属病院）
06-6208-8051（大阪市福祉局 地域包括ケア推進課）

*** 本書の無断転載を禁じます（非売品）**