

岡崎市民病院

OKAZAKI CITY HOSPITAL

認知症対応マニュアル

身体合併症で入院した認知症患者のアセスメントとその対応

Ver. 6.0 2025 年 12 月



目次

1. はじめに	5
2. 認知症のアセスメント	6
1) 認知症の診断	
2) 認知症の評価	
(1) 全般的認知症評価スケール（質問法）	
(2) 全般的認知症評価スケール（観察法）介護保険認知症自立度、CDR、FAST	
(3) 日常生活動作（ADL）	
(4) 精神行動障害（BPSD）	
(5) 介護者負担評価	
3) 認知症の原因疾患	
3. 入院中に問題となる行動とその対応	7
1) 認知症看護の基本	
2) 認知症の人とのコミュニケーション	9
3) せん妄	10
(1) 発症要因	
(2) せん妄をきたしうる薬剤	
(3) せん妄の治療薬	
4) BPSD	15
(1) BPSD 予防	
(2) BPSD のアセスメントとケア	
① 落ち着きがない	
② 疑い深く妄想がある	
③ 気分が落ち込んで無気力な状態 “アパシー”	
④ 攻撃性	
5) 日常生活機能のアセスメントとケア	18
① 食事	
② 清潔	
③ 排泄	
6) 身体的拘束について	20

1) 認知機能障害に対する薬物療法

(1) 認知機能障害に対する薬物療法について

(2) 代表的薬剤の特徴

【コリンエステラーゼ阻害薬】

- ・ドネペジル（アリセプト・アリドネパッチ）
- ・ガランタミン（レミニール）
- ・リバスチグミン（リバスタッチ）

【NMDA 受容体拮抗薬】

- ・メマンチン（メマリー）

2) BPSD に対する薬物療法

(1) BPSD に対する薬物療法の一般原則

(2) BPSD に対する薬剤の選択

- ・攻撃的行為（暴言・暴行）・易興奮・易怒・大声
- ・不眠・昼夜逆転
- ・幻覚・誤認妄想
- ・被害妄想

(3) 代表的薬剤の特徴

- ・ハロペリドール（セレネース）
- ・リスペリドン（リスパダール）
- ・クエチアピン（セロクエル）
- ・ブレクスピプラゾール（レキサルティ）
- ・抑肝散
- ・チアプリド（グラマリール）

【鎮静作用を有する抗うつ薬】

- ・タンドスピロン（セディール）
- ・トラゾドン（レスリン）
- ・ミアンセリン（テトラミド）
- ・ミルタザピン（リフレックス）

【気分安定作用のある抗てんかん薬】

- ・バルプロ酸
- ・カルバマゼピン

3) 病態改善薬

【アミロイドベータ（A β ）タンパク質に直接働きかける薬】

- ・レカネマブ（レケンビ）
- ・ドナネマブ（ケサンラ）

5. 認知症サポートチーム（DST）・身体的拘束最小化チーム	27
1) 目的	
2) 方法	
3) 構成チーム・メンバー	
4) 運用方法	
6. 認知症のリハビリテーション	29
1) 目的	
2) 評価	
3) リハビリテーション実施内容	
4) 認知症に対するリハビリテーション（OT）依頼手順	
7. 認知症患者の退院支援・福祉制度の活用	30
1) 介護保険	
(1) 介護保険サービスの利用まで	
(2) 在宅系サービス	
(3) 施設・居住系サービス	
(4) 地域密着型サービス	
(5) 介護予防・日常生活支援総合事業	
2) 成年後見制度	34
3) 日常生活自立支援事業	
4) 自立支援医療費（精神通院）	
5) 精神障害者保健福祉手帳	
8. 認知症疾患医療センター	36
1) 認知症疾患医療センターの役割	
2) 院内院外との連携	

1. はじめに

一般急性期病院において、認知症高齢者の身体合併症の治療は困難を極めることが多い。その理由の1つとして認知機能障害から治療への理解が不十分であることや、認知症の行動や心理面に出現する症状であるBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Demencia) やせん妄などを誘因として不適切な身体拘束や過剰な向精神薬の投与など数多くの問題が発生することが挙げられる。さらに、入院をきっかけに在宅療養の継続が困難となる場合も存在する。

しかし現在の一般急性期病院では、ほとんどの病院でコンサルトする精神科医もおらず、本来の業務である身体合併症の治療だけでも多忙であるのに、認知症のBPSD やせん妄にまで対応しなくてはならない。一般急性期病院で認知症に対応できる体制を築くことを目的に「認知症サポートチーム」を立ち上げた。

本資料は一般急性期病院における認知症の人への適切な援助方法に関する参考資料ならびに鎮静を目的とした薬物の適正使用のための手引きという位置づけで作成した。完成したものではないため内容は逐次変更する。

※本資料にて紹介する薬剤は使用状況によっては適応外使用となっている場合もある。実際の使用に際しては各自添付文書を十分に確認したうえで使用を検討すること。

2. 認知症のアセスメント

1) 認知症の診断

代表的な認知症の診断基準には、世界保健機関による国際疾病分類第 11 版（ICD-11）、米国国立老化研究所／アルツハイマー病協会ワークグループ（NIA-AA）基準、米国精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアル第 5 版（DSM-5）がある。以下に代表して DSM-5 における診断基準の要約を記載する。

- ・ 1 つ以上の認知機能（注意・遂行機能・記憶・感覚認知・行為・社会的能力）が以前の機能レベルから低下している*
- ・ 認知機能の低下が日常生活に支障を与える
- ・ 認知機能低下は「せん妄」のときのみには現れるものではない
- ・ 他の精神疾患（うつ病や統合失調症など）が否定できる
（*認知機能の低下において記憶の低下は必須ではない。記憶障害のない（あるいは目立たない「認知症」も存在しうる）

※疾患修飾薬の登場を受けて MCI due to AD あるいは mild AD の両者を統合する早期 AD という概念も提案されている

2) 認知症の評価

(1) 全般的認知症評価スケール（質問法）

HDS-R、MMSE、ADAS-Jcog

認知機能の障害様式により、注意や遂行機能、言語機能、記憶、視空間認知機能に焦点を当てた検査を追加する。

(2) 全般的認知症評価スケール（観察法）

介護保険認知症自立度、CDR、FAST

(3) 日常生活動作（ADL）

ADL (Lawton)、Barthel Index、DASC21

(4) 精神行動障害（BPSD）

阿部式 BPSD スケール、CAMI、Vitality Index、SDS、NPI

(5) 介護者負担評価

Zarit 介護者負担尺度

3) 認知症の原因疾患

アルツハイマー病、脳血管障害、レビー小体病、前頭側頭葉変性症、正常圧水頭症、進行性核上性麻痺、皮質基底核変性症、ハンチントン病、高齢者タウオパチー、嗜銀顆粒性認知症、その他

※一人の患者が複数の認知症疾患に罹患している状態が一般的であることに留意する

3. 入院中に問題となる行動とその対応

1) 認知症看護の基本

認知症を正しく理解する

認知症の人を理解するには、本人の声に耳を傾け、言葉と行動にきめ細やかに心を配りながら寄り添い、想像力を働かせることが大切である。認知症の人への支援を行うためには、認知症という生活障害を持ちながらも懸命に努力していることへの理解が必要である。

認知機能低下は進行しても感情や自尊心は残る

認知症になると、何もわからないと認識されがちであるが、むしろ感情が強まったり感覚が鋭くなる場合もある。患者の行動や表情など“非言語”から得られる事実を目を向けて関わることが重要である。

持てる力に目を向ける

認知症の人は「何もできない」「時間がかかって仕方ない」などケアの諦めが先行し、業務をスムーズに進めることに重きが置かれやすい。

認知症であっても、その人の生活や性格、社会的役割など「人」の部分に着目すれば、長年培われてきた能力を発見し、見極めて働きかけることができる。

認知症の人と私たちの気持ちは「合わせ鏡」

認知症の人と私たちの気持ちは合わせ鏡である。こちらの気持ちが負の感情であれば、その気持ちがそのまま認知症の人に伝わり、不安感や混乱、被害感などにより BPSD を誘発する可能性がある。BPSD が出現すると対応に困難感を抱き、負の感情が芽生え、その感情がそのまま認知症の人へ伝わり、BPSD が増悪するという悪循環を引き起こしかねない。こちらが笑顔で穏やかに思いやりをもって接していけば、認知症の人に安心感を与えるため穏やかに過ごすことができ、対応にストレスを感じることも減少できる。認知症の人と接する私たちの態度や姿勢が、認知症の人の感情に大きな影響を与えることを覚えておく必要がある。

環境を整える（関わる私たちも人的環境要因の一つ）

BPSD の要因のひとつに環境要因がある。物質的な環境のみでなく、関わる私たちも環境要因の一つである。認知症の人のニーズが充足されなければ、BPSD の悪化を招くことになりかねない。

魔の3ロックを慎む

「スピーチロック（言葉による抑圧）」、「フィジカルロック（身体的拘束）」、「ドラッグロック（不適切な薬剤の使用）」が挙げられる。これらが行われていないか、日々確認や振り返りを行う必要がある。

2) 認知症の人とのコミュニケーション

認知症の人を担当する際は認知機能障害への配慮として次のことを実践する

- ・ 担当するたびに挨拶と自己紹介を行い、名前とその日どのような役割をするのかを簡単に話す。1回だけでなく、印象に残るまで何回か行う。
- ・ 本人のコミュニケーションにペースをあわせる。
- ・ 必ず視野に入り、こちらに気づいてから声をかける。突然声をかけたり、うしろから声をかけることはしない。
- ・ 表情の明るさやアイコンタクト、手を握る、やさしく身体に触れるなど非言語的コミュニケーションを効果的に使う。
- ・ 「手伝ってくださってとても嬉しいです」など、温かなメッセージを示すようなコミュニケーションを行う。
- ・ 季節や時間、家族などを話題に盛り込むなど工夫をする。
- ・ ケアを行うときは、丁寧にその理由をわかりやすく説明する。特に痛みを伴うケアの場合は、その理由を理解したのを確認してから行う。
- ・ 言葉以外の情報（表情や動作など）も用いて身体的な苦痛をアセスメントする。
- ・ 言葉が出にくいときは、「はい」「いいえ」で答えられるように工夫する。
- ・ 言い間違いを指摘したり、何度も言い直しをさせたりすることはしない。
- ・ 低めの声で穏やかにゆっくりと話す。
- ・ 長文や複雑な言いまわしは避ける。「今からご飯ですよ。車椅子に乗りましょう。向こうで食べましょう。」のように、一つ一つの動作に区切って声をかけるとよい。
- ・ 幼児語は使用せず、その人を尊重した言葉をかける。
- ・ 補聴器や筆談、物品を見せるなどの言語以外での工夫も織り交ぜる。

してはいけないこと

間違いを訂正する 否定する 会話をおろそかにする 子ども扱いする 後ろから声をかける
馬鹿にする 無視する 黙らせる 寝かせきりにする 接する時間を短くする

3) せん妄

せん妄は身体予後悪化の独立因子の一つである。従来一過性の病態と考えられていたが、一旦発症すると持続して身体予後、認知機能に悪影響を及ぼすことが明らかになっている。

せん妄の発症率は年齢や基礎疾患により異なるが、65 歳以上の患者では入院症例の 10～42%に認められる。さらに、術後 ICU 管理が必要な 65 歳以上の患者の 80%がせん妄に至るとの報告もある。

せん妄は頻繁に認められる症候群であるが、せん妄の発見率は低く、診断や治療が遅れることにより複雑な病態となる。原疾患の治療自体が困難となるばかりか医療従事者や家族の負担が増え、事故につながるケースも出現する。

せん妄は過活動型、低活動型、混合型の 3 つに分類される。低活動型せん妄は見逃されやすいとされている。実際には過活動型せん妄より低活動型せん妄の方が発現頻度が高い。ICU においては過活動型せん妄は 1.6%にしかすぎず、低活動型 43.4%、混合型 57.4%と報告されている。また、低活動型せん妄は、せん妄の持続時間が長いことも指摘されている。

せん妄の判断基準

過活動型せん妄

24 時間以内に下記 2 項目以上の症状（せん妄発症前より認める症状ではない）が認められた場合

- ・ 運動活動性の量的増加
- ・ 活動性の制御喪失
- ・ 不穏
- ・ 徘徊

低活動型せん妄

24 時間以内に下記 2 項目以上の症状（せん妄発症前より認める症状ではない）が認められた場合

- ・ 活動量の低下
 - ・ 行動速度の低下
 - ・ 状況認識の低下
 - ・ 会話量の低下
 - ・ 会話速度の低下
 - ・ 無気力
 - ・ 覚醒の低下/引きこもり
- ※活動量の低下または行動速度の低下は必須

混合型

24 時間以内に、過活動型ならびに低活動型両方の症状が認められた場合

日本総合病院精神医学会せん妄指針改定版編集：増強改定せん妄の臨床指針〈せん妄の治療指針第 2 班〉P15「せん妄のサブタイプ」、星和書店、2015 より

(1) せん妄の発症要因

せん妄の病因は下の表にまとめたように多因子的である。見極めは容易ではないが、因子の治療・解消がせん妄の根本治療、および予防につながる。

「直接因子」、「誘発因子」の有無を見極め、治療や解消を試みる。薬物関連性のせん妄は頻度も高く、処方整理や見直しの価値は高い。入院自体が「誘発因子」でもあるため、とくに認知症高齢者の場合は連携医療機関とあらかじめ十分な調整を行い、必要最低限の滞在にとどめることを心掛けたい。

非薬物治療としては主に「誘発因子」に着目して環境調整を行う。せん妄の遷延は入院治療の断念につながり得るが、一方で入院中に治療に難渋したせん妄が在宅に戻ることで自然に解消されるという場合もある。環境調整には患者を取り巻く人と場が患者の安息にどのように資するかを個々に見極め、居場所の選定についての選択肢を提供することも含まれる。

上記の検討・介入を行っても効果が不十分で、精神運動興奮が激しい場合に必要最低限の薬物治療を試みる。ただし、これまでの使用薬物が十分整理された時点で初めて「足す」ことを考慮する。効果が出てからは速やかに漸減中止を目指す。

せん妄の発症要因

<u>準備因子（せん妄の準備状態となる要因）</u> <ul style="list-style-type: none">・ 高齢・ 認知機能障害・ 重篤な身体疾患・ 頭部疾患既往・ せん妄既往・ アルコール多飲
<u>直接因子（単一でせん妄を起こしうる要因）</u> <ol style="list-style-type: none">(1) 中枢神経系への活性をもつ物質の摂取（抗コリン薬、ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬、ステロイド、オピオイド、アルコール、覚せい剤など）(2) 依存性薬物からの離脱(3) 中枢神経疾患（脳血管障害、頭部外傷、脳挫傷、脳腫瘍、感染症など）(4) 全身性疾患（敗血症、血糖異常・電解質異常・腎不全・肝不全・ビタミン欠乏などの代謝性疾患、内分泌疾患、呼吸不全、貧血・DICなどの血液疾患、重度の外傷や熱傷、悪性腫瘍）
<u>誘発因子（単独ではせん妄を起こさないが、他の要因と重なることでせん妄を惹起しうる要因）</u> <ol style="list-style-type: none">(1) 身体的要因（疼痛、便秘、尿閉、脱水、ドレーンなどの留置、身体拘束、視力・聴力低下）(2) 精神的要因（抑うつ、不安）(3) 環境変化（入院、転居、明るさ、騒音）(4) 睡眠障害（不眠、リズム障害）

Lipowski ZJ: Delirium: Acute confusional states: Oxford University Press, 1990 より

(2) せん妄を起こす可能性のある薬剤

せん妄を起こす可能性のある薬剤（表に一部抜粋）を3剤以上内服していること、オピオイド、副腎皮質ホルモン、ベンゾジアゼピン系薬剤を内服していること、抗コリン作用を有する薬剤を内服している事が薬剤性せん妄の危険因子として重要である。抗コリン作用が強い薬剤ほど脳内への影響が大きいことが示されているため、プレドニゾロン、シメチジン、テオフィリン、ジゴキシン、フロセミド、ニフェジピン、ラニチジンなどは潜在的抗コリン作用が強いことが指摘されており注意を要する。

また、術前に投与されたベンゾジアゼピン系薬剤の用量が多いほどせん妄のリスクが高いと報告されている。GABA系に作用する薬剤のせん妄へ与える影響の高さも指摘されている。

せん妄を起こす可能性のある薬剤

抗コリン作用を持つ薬 アトロピン 三環系抗うつ薬 トリヘキシフェニジル ジフェンヒドラミン 抗痙攣薬 フェニトイン	H2 受容体拮抗薬 シメチジン ファモチジン	抗ウイルス薬 アシクロビル インターフェロン系
降圧薬 カプトプリル クロニジン レセルピン	抗不整脈薬 リドカイン プロカインアミド	麻痺性鎮痛薬 モルヒネ フェンタニル ペンタゾシン
ドパミン作動薬 アマンタジン レボドパ	抗真菌薬 アミノグリコシド系 セフェム系 イソニアジド リファンピシン テトラサイクリン系 バンコマイシン	GABA 作動 ベンゾジアゼピン系 バクロフェン

日本総合病院精神医学会せん妄指針改定版編集：増強改定せん妄の臨床指針〈せん妄の治療指針第2班〉P22「せん妄を起こす可能性のある薬剤」，星和書店，2015より

(3) せん妄の治療薬

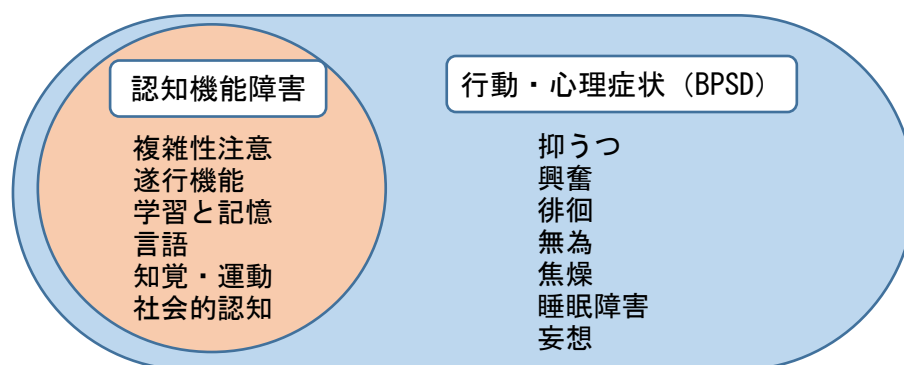
せん妄に使用する向精神薬（内服可能になれば）

	分類	薬品名	開始量	最大量
興奮を伴わない	睡眠薬	ラメルテオン (ロゼレム)	8 mg	8 mg
		レンボレキサント (デエビゴ)	5mg	10mg
		スボレキサント (ベルソムラ)	成人20mg 高齢者15mg	
	抗うつ薬	トラゾドン (レスリン・デジレル)	25mg	100mg
		ミアンセリン (テトラミド)	10mg	40mg
興奮を伴う	抗精神病薬	クエチアピン (セロクエル)	12.5～25mg	150mg
		ペロスピロン (ルーラン)	2～4 mg	16mg
		リスペリドン (リスパダール)	0.5～1 mg	3 mg
		オランザピン (ジプレキサ)	2～4 mg	10mg

通常せん妄は平均3～5日で改善するため、改善したら3～7日で減量中止する

4) BPSD

認知症の症状は多様な認知機能の障害と、行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD）からなる。以前は前者を中核症状、後者を周辺症状と表現することもあったが、BPSD が中核的な症状を呈する認知症があること、周辺症状は中核症状に伴って起こる二次的な症状といった誤解を生む可能性があることなどから近年は使われなくなってきている。



公益社団法人日本看護協会出版会編集，認知症ケアガイドブック，P5「認知症の症状」，照林社，2021 より

(1) BPSD 予防

BPSD は早い段階で兆候を見出し対応することで重篤な BPSD への進展を予防することが可能になる。介護者にとっては迷惑な行為であっても、患者にとっては何らかの理由がある場合が多い。

BPSD 予防例

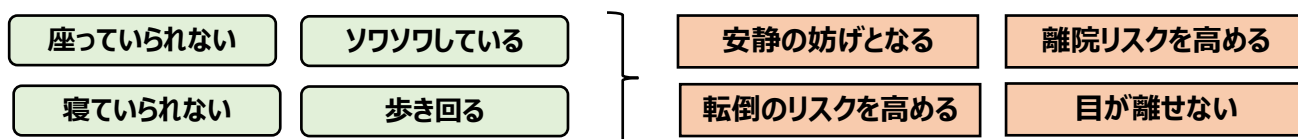
見当識の支援	今後のスケジュールを掲示したり、時計やカレンダーを置く 家族写真などなじみのあるものを配置、最近の出来事についての会話
運動の推奨	不動化を避け、早期にリハビリや院内デイサービスを開始する できることは自分で行ってもらい、身体的拘束はなるべく避ける
見やすさの支援	窓のない部屋を避ける、日光を浴びる機会をつくる 眼鏡を積極的に使用する 大きな文字を使用する
聞きやすさの支援	まず声をかけて意識を向けてもらってから、ゆっくりと明瞭に話す 騒音の少ない環境で話す 大きすぎる音は不快に響くため、大きすぎない低めの声で話す 補聴器を積極的に使用する
苦痛の除去	疼痛・嘔気・掻痒・呼吸困難・口渇・排尿困難などを適切に管理する

(2) BPSD のアセスメントとケア

- ・ BPSD を疑う場合はまず「せん妄」を除外する。せん妄のページ（P9～12）参照。
- ・ 一度に複数の BPSD が出現している場合は優先的に解決すべき BPSD を明確にする。
- ・ 介護者には有害な行動であっても、患者にしてみれば意図を持って行動している場合が多く、その理由を本人の立場で考え対応を工夫する。

①落ち着きがない

「ソワソワしている」「歩き回る」などの行動を指す。治療上必要な安静の妨げとなることや転倒のリスクを高めるなど、二次的な健康障害や管理面での困難さに直結する。



○観察のポイント

身体症状の影響	便秘・脱水・何らかの痛みなどの有無
環境による影響	寒さ・変なにおい・騒音などの不快な刺激、馴染みの物の有無
症状出現の時間	利尿薬投与後の尿意・空腹など「生理的反応」の可能性 前頭側頭葉変性疾患にみられる「時刻表的行動」の可能性
アカシジア※	じっと座っていることができない、抗精神病薬投与後

※アカシジア

「静座不能症」とも訳され、座っていることができずじっとしていられない運動症状。錐体外路症状（振戦、筋強剛などパーキンソンニズムも錐体外路症状）で、ほとんどが薬剤の副作用で生じる。特に抗精神病薬が原因となることが多い。



アカシジア

○ケアのポイント

- ・ 身体症状（痛み、脱水、せん妄など）の影響を考えて対応する。
- ・ スタッフの人手が少なくなる夕方は夕暮れ症候群が出現しやすいので特に注意する。
- ・ 介入が過度となると「見張られている」という不信感を生み、スタッフが見ていないのを見計らって行動することを促進しかねないため、緊急性が低ければ見守る。その際は疲労感や転倒に注意する。
- ・ アカシジアは薬物の副作用の場合が多く、本人も休みたくても休めない状態である。直ちに医師へ報告する。不穏と判断して抗精神病薬を投与するとアカシジアを助長させる可能性があるので注意する。



②疑い深く妄想がある

「妄想」とは、根拠がないにも関わらず説明によって覆すことができないもので、BPSDの中でも60%以上と多い頻度で出現する。物取られ妄想が最も多い。

○アセスメントのポイント

身体的因子	視力・聴力など五感の低下により、周囲の人の会話内容が聞き取れず悪口を言っているのではという誤解を持っていないか せん妄状態の有無（せん妄のページ（P9～12）参照）
心理・環境因子	「盗まれた」と誤解しやすい環境（物を見つけにくい部屋など） 疎外感などを抱きやすい心理環境
精神科的因子	統合失調症や気分障害を併発している 認知機能が低下しつつある
薬剤性因子	妄想を誘発する可能性のある薬剤（アルコール、非合法薬剤など）

○ケアのポイント

- ・視力や聴力への配慮を行う。（見やすい表示の工夫、きちんと伝わるコミュニケーションの実施）
- ・スタッフ間での業務上のやりとりは職員用スペースで行う。
- ・興奮が強い場合には医師に相談する。妄想を誘発する可能性のある薬剤もあるため、医師や薬剤師と相談して中止などについても検討することが望ましい。

③気分が落ち込んで無気力な状態“アパシー”

アパシーは高頻度に見られるにもかかわらず並存する身体疾患の症状に隠れて見落とされやすい。心身機能の廃用や認知機能の低下を引き起こす恐れがあるため、早期発見し介入する必要がある。

	アパシー	うつ状態
基盤にある病態	器質性、慢性脳障害、全身衰弱	機能性、心因、環境因
症状	興味の喪失、活動性の低下、活気のなさ、精神運動緩慢、易疲労 発動性や自発性のなさ、無関心、社会性の減退	悲哀感、喜びの喪失、精神運動抑制、焦燥感
認知症との関連	認知症に伴う精神症状の一つ	合併することはあるが、典型的な症状を示さないことが多い
評価方法	VitalityIndex※	GDS、CES-D
治療方法	脳賦活薬、非薬物アプローチ	抗うつ薬、急性期は精神的安静

※Vitality Index（意欲の指標）

	点数	質問内容
1. 起床	2	いつも定時に起床している
	1	起こさないと起床しないことがある
	0	自分から起床することはない
2. 意思疎通	2	自分から挨拶する、話しかける
	1	挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる
	0	反応がない
3. 食事	2	自分から進んで食べようとする
	1	促されると食べようとする
	0	食事に関心がない、まったく食べようとしない
4. 排泄	2	いつも自ら便意尿意を訴える、自分で排尿排便を行う
	1	時々便意尿意を伝える
	0	排泄に全く関心がない
5. リハビリ・活動	2	自らリハビリに向かう、活動を求める
	1	促されて向かう
	0	拒否、無関心

カットオフ値：7点以下
7点以下は生命予後や身体活動への影響がある。

日本老年医学会編集：健康長寿診療ハンドブック P134「実地医療のための老年医学のエッセンス」，メジカルビュー社，2011 より

○ケアのポイント

- ・原因となっている要因を把握するため、患者の様子から情報収集を行う。
（例：車椅子乗車している状態からトイレに行くときの動きを観察し、次の動作を伝えないとできないのか、移動時に表情をゆがめていないか、声をかけた時に反応できているかなど）
- ・睡眠覚醒リズムの改善を図る。
- ・声掛けや寄り添う時間を増やす。
- ・廃用症候群の予防に努める。
- ・抗認知症薬の使用を検討する。
- ・睡眠薬、抗精神病薬の減量・中止を検討する

④攻撃性

攻撃性はスタッフにとって困難度が高いBPSDであり、家族との同居や施設入所も困難となることがある。一般病院では退院を促される原因ともなる。

認知機能低下による抑制機能の低下や脳内のセロトニン系の機能低下、ノルアドレナリン系の機能亢進など、器質的影響が関与していると言われている。しかし、認知症の人の怒りの原因は多様で、病気による疲労感、不安や焦り、「みんなに申し訳ない」という罪悪感や劣等感なども関与している。



○アセスメントのポイント

- ✓ どのような時に攻撃性が出現しやすいか
- ✓ 攻撃性や易怒性はどのような時間帯に出現するか
- ✓ 攻撃性や易怒性はどのような症状なのか
- ✓ 苦痛を伴う身体疾患や症状はあるか
- ✓ 攻撃性が見られる前の状態はどうだったか
- ✓ 入院前の生活で気分転換ができたことはあるか

攻撃性はスタッフにとっては早く治めたい症状である。そのため薬剤が第一選択になりかねない、認知症の人にとってその選択がADLやQOLを低下させることがあることに注意する

○ケアのポイント

- ・ 患者のニーズを把握し、苦痛があるようであれば緩和を図る。
- ・ 信頼関係を築き、不安感を軽減する。
- ・ 自尊心を尊重した関わりを行う。
- ・ コミュニケーションでは分かりやすさを意識する。
- ・ パーソナルスペースを確保する。
- ・ 気分転換を図る（院内デイサービス、病棟レクリエーションなど）。
- ・ そっと見守る。
- ・ 上記の非薬物療法では対応が困難と判断した場合に薬物療法を検討する。薬物療法は「5 BPSDに対する薬物療法（P25）」を参照。
- ・ 攻撃性は関わる人にとってストレスとなりやすいため、一人で抱え込まずチームで関わる。

5) 日常生活機能のアセスメントとケア

認知症の人は、認知機能障害により徐々に自立した社会生活や日常生活を営むことが難しくなる。認知症の人の生活は、その人の今までの生活史や、その人が適応できる環境が用意されているかなどによって影響を受ける

①食事

認知症の経過に伴い食事にも影響が及ぶ。アルツハイマー型認知症では中期以降に注意障害や失行・失認等による摂食困難が見られ、後期になると嚥下障害が出現する。レビー小体型認知症では早い時期から嚥下障害が出現して摂食困難となり自力摂取割合も変動しながら低下していく。いずれも環境が整わないことで摂食困難が出現するが、逆をいうと環境を整えば摂食力を維持することができる。



○摂食困難

注意障害や失認・失行、幻覚・妄想などの認知症の症状によって、体内への食べ物の取り込みが減少する状態。摂食困難に対応しなければ、低栄養状態や誤嚥性肺炎等に至り、生命が脅かされる。

摂食開始困難	じっと座ったまま食べようとしない 食器を並べ替えたり、食物を移し替えたりを繰り返す 幻覚・誤認・妄想、苦痛等で食べ始めることができない など
食べ方の困難	ペースが速く、窒息しそうになる 一つの食器からのみ食べる、半側空間からのみ食べる 食べられる時とそうでないときがある など
摂食中断	食事以外の刺激に注意が向き、食べることを中断する 食事中にむせて食べ続けられない 食事の途中で眠る など

○食事のアセスメントとケアのポイント

- ・配膳後5分間ほどで「摂食開始困難」または「食べ方の困難」があれば、なぜこれらの困難が生じているのかを、患者の全体像と環境との関係からアセスメントする。
- ・摂食中断がある場合には、中断時における患者の行動と環境との相互作用に着目して観察する。
- ・食事において必要な視点は、摂食・咀嚼・嚥下機能・病態など「科学的根拠に基づく視点」だけでなく、食の楽しみやおいしさなど「社会文化的営みとしての視点」が重要となる。
- ・食べたり食べなかったりするときには、排泄や睡眠などの生活リズムが乱れていることが関与している場合があることに注意する。

②清潔

認知症の人は社会認知が初期に崩れ出す。そのため「身だしなみに無頓着になる」「髪を整えない」「季節に合わない衣類を着る」などがみられる。また、清潔行動は複雑な行程を含んだ作業のため、「面倒である」との理由で拒否する傾向がある。加えて、清潔行為には全衣類を脱ぐ行為が含まれ尊厳を脅かされる恐れがある。そのため清潔ケア時には認知症の人の攻撃行動や暴言が最も多く発生する。



○入院による BPSD 増強要因と清潔ケア効果

入院による BPSD 増強要因	清潔ケア効果
疼痛（関節痛、頭痛）	鎮痛効果
身体的不調	新陳代謝を活発にし、体内酵素が活性化 新陳代謝を活発にし、臓器の機能向上
ADL 低下	関節・筋肉を柔軟
活動性低下による循環不全	血液循環を促し疲労回復
入院による緊張	副交感神経優位となり緊張を減少
不眠	睡眠導入効果
家族がいない	清潔感・香りによる身だしなみの整えで対人関係を意識
介助を受ける、不快なことが多い	気分爽快になり安らぐ
寝ていることが多く皮膚が不快	皮膚を柔らかくし発汗作用を強める 排泄物・付着物を取り除き皮膚・粘膜の機能を正常に保持

○ケアのポイント

- ・清潔ケアの前にコミュニケーション能力のアセスメントを行い、コミュニケーション能力に応じた援助を心がける。軽度の認知症であれば記憶障害はあるが状況はほぼ理解できる。中等度の認知症であれば長文の会話は理解が困難となる。重度になると理解できているかどうかの判断も難しくなるため、一緒に行動することでニードをとらえる必要がある。
- ・「嫌」などと拒否された場合には「説明してもわからない」や「聞くと混乱する」と決めつけず、なぜ嫌なのかをその時に理由を聞くことが大事。
- ・清潔は「食べる・排泄する」などに比べて欲求の度合いが高くないという特徴がある。清潔後には爽快感を感じることができるとため、清潔に拒否を示す場合には簡便にできる「おしぼりで顔をふく」「温湯を用いて手浴をするなど」から実施するとよい。

③排泄

認知症のある患者は排泄に影響する要因である排泄機能、運動機能、高次脳機能、認知機能、感覚機能、視機能、既往歴、年齢、性別など様々な要因の障害を複数合わせ持つことが多い。また、認知症に限らず高齢の入院患者は、活動性の低下、排便習慣の変化、食事内容の変化、薬物療法の影響などにより便秘や便失禁が問題となりやすい。



○認知症の人の排泄アセスメント

運動機能障害	トイレへの移動動作（立ち上がりのバランス、座位姿勢の保持、心肺機能） 排尿排便に関連する動作（手指の筋力低下有無や関節拘縮の有無、視野障害の有無、前傾姿勢の保持困難の有無）
認知機能障害	尿意便意の自覚 伝達能力 排尿排便動作の認識や理解
意欲の障害	疼痛 易疲労 睡眠障害
環境の問題	トイレまでの移動環境 トイレまでの距離 トイレのスペース トイレ内の環境（音、におい、手すり、便座の高さ、前傾姿勢の支持具）

○ケアのポイント

- ・尿意便意が不明瞭な場合は、患者の取る行動から排泄のサインをキャッチし、排泄誘導を試みる。
- ・トイレの認識ができない場合は、照明の調整やトイレマークの表示など環境の工夫を行う。便器を目でしっかり確認してもらうよう声をかける。もともと眼鏡を使用している人は使用してもらう。
- ・衣服の着脱が困難な場合は、ウエストのゴムを調整する。着脱しやすい衣類や下着にする。
- ・移動動作や前傾姿勢の保持が困難な場合は、手すりや床から便座までの高さを調整する。
- ・おむつを外したり排泄物を触る場合には、排泄のパターンをつかみ早めに排泄物の処理を行う。おむつを外す動作は排泄物による不快からくるため、落ち着きがなくなっていたり排泄物のにおいがする場合は確認するように心がける。

6) 身体拘束について

「院内ホームページ」→「診療マニュアル」→「認知症関連」→「身体的拘束最小化に関する指針」を参照

4. 認知症の薬物療法

1) 認知機能障害に対する薬物療法

(1) 認知機能障害に対する薬物療法について

現在の認知症治療では症状の根治はできないが、認知症の進行を遅らせることを目的に薬を使います。アルツハイマー型認知症における原因物質であるアミロイドベータ（ $A\beta$ ）タンパク質に直接働きかける薬や神経伝達物質の減少を防ぐ薬があります。

(2) 代表的薬剤の特徴

【コリンエステラーゼ阻害薬】

ドネペジル（内服：アリセプト 貼付薬：アリドネパッチ）

Ach 増強効果が強い。

低活動性 BPSD にはよいが、易怒性など過活動性 BPSD の原因ともなる。

半減期が 2～3 日間と非常に長い。

1 日 1 回いつでも内服可。飲み忘れがたまにあってもよいので、独居など服薬管理が困難な時に有利。しかし、Ach 血中濃度の変動は生理的でなく夜間も高濃度になるため不眠の原因になりうる。

副作用が出て中止後もしばらく影響が残る。

維持到達が 1 週間と速い。

剤型が錠剤・OD 錠・貼付薬と豊富である。

ガランタミン（レミニール）

ニコチン性アセチルコリン受容体感受性の増強作用（アロステリック賦活作用）がある。

アセチルコリンのほかに、間接的にドーパミン・セロトニン・グルタミン酸・GABA などの他の神経伝達物質の放出も促進する。（多面的な作用）易怒性・興奮・攻撃性/不安・抑うつ/脱抑制・異常行動など精神症状の改善が期待できる。

半減期が短い。

Ach の血中濃度の変化が生理的なものに近いのでドネペジルのように不眠となることが少ない。

1 日 2 回服用する必要があるため服薬管理がやや困難。

維持量に到達するのに 4 週かかる。

リバスチグミン（リバスタッチ）

ブチルコリンエステラーゼ阻害作用を持つ。（dual block）

進行例では AcChE より BuChE 活性が上昇していて効果が期待できる可能性がある。

コリンエステラーゼを投与前後で測定すると効果が確認できる。前値の 40%が目標パッチ剤である。

拒薬や嚥下障害でも使用可能・血中濃度が安定し消化器系副作用が少ない・視覚的に服薬が確認できる・食事に関係なく介護者の都合でいつでも使用できる・飲み薬の量が増えない・家族とのスキンシップが増すといった効果が期待できる。特有の副作用として皮膚症状がある。・スキンケアが面倒である。

半減期が短く、患者が勝手にはがしてしまうと効果がきれてしまう。

CYP の影響をほとんど受けないため他剤との相互作用が少ない。

18mg の維持量に到達するのに 12 週かかるが立ち上がりが高く 4.5mg でも効果がでるケースがある。

【NMDA 受容体拮抗薬】

メマンチン（メマリー）

単独または ChE 阻害薬との併用により、妄想、攻撃性、易刺激性、興奮などの陽性症状に対して効果があるため、メマンチン投与で抗精神病薬の処方が減少する。

めまい・ふらつき・傾眠の副作用がやや多い（腎排泄であるので、腎機能障害：GFR<30ml/hr があるときは 10mg を維持量とする）

まれに精神症状が活性化され、けいれん・幻覚・せん妄がおこることもある。

半減期が長い。

2) BPSD に対する薬物療法

(1) BPSD に対する薬物療法の一般原則

- ・せん妄を除外する。ただし実際には認知症患者がせん妄を発症した場合、せん妄なのか BPSD の悪化なのかは厳密に区別がつきにくい。またレビー小体型認知症では疾患自体による覚醒の変容がせん妄のような症状を呈する。
- ・薬物使用時に、身体的・心理的・環境的要因への対策など十分な非薬物的介入を行う。とくに BPSD の悪化につながる薬剤の服薬に注意。
- ・BPSD に対して保険適用のある薬剤は少なく、オフラベル使用が多数を占めることに留意する。平成 23 年 9 月厚生労働省から、器質的脳疾患によるせん妄・興奮・易怒性に対してリスペリドン（リスパダール）・クエチアピン（セロクエル）・ハロペリドール（セレネース）などの抗精神病薬を使用した場合当該使用を診査上認めるとの通達がある。
- ・薬剤の種類を限定して最小限で短期間を原則とする。
症状を完全にとることを目標とせず、許容範囲内でよしとする。
標的症状を明確にして、それに対してもっとも効果が期待できる薬剤を使用する。
一般に精神症状には効果があるが、行動異常には効果が乏しい。
- ・抗コリン作用、錐体外路障害、自律神経障害など副作用を熟知する。特に新規投与例では副作用の発言に十分に留意する必要がある（J-CATIA 研究より）。
- ・厚労省のガイドラインを参考にする（資料）

(2) BPSD に対する薬剤の選択

薬剤が有効と考えられるのは以下の症状である。それ以外の BPSD に使用しても効果は期待しがたい（たとえば、ひとり歩き・帰宅願望・過食など）以下に症状軽減を期待しうる薬剤を列挙した。

- ・攻撃的行為（暴言・暴行）・易興奮・易怒・大声

メマンチン（メマリー）

抑肝散/抑肝散加陳皮半夏

鎮静効果のある抗うつ薬（セディール[®]）：効果発現に時間がかかる

チアプリド（グラマリール）。

気分安定作用のある抗てんかん薬（バルプロ酸、カルバマゼピン）

非定型抗精神病薬 ※SDAM であるブレキシピプラゾールが「アルツハイマー型認知症に伴う焦燥感、易刺激性、興奮に起因する、過活動又は攻撃的言動」に対して効能効果を取得しているが他剤併用時の安全性は担保されていない点に留意が必要

・ 不眠・昼夜逆転

メラトニン受容体刺激薬：ラメルテオン（ロゼレム）

オレキシン受容体拮抗薬：デエビゴ ベルソムラ

抑肝散（夕食または就寝前）

鎮静作用と催眠作用のある抗うつ剤（レスリン・テトラミド・リフレックス[®]）

半減期の短い抗精神病薬クエチアピン（セロクエル）

・ 幻覚・誤認妄想

本人に苦痛がなく入院生活に支障がなければ薬剤介入は避けるが、攻撃性や興奮に転ずる可能性には常に留意が必要である。

コリンエステラーゼ阻害薬

抑肝散

非定型抗精神病薬

・ 被害妄想

生活歴や人間関係などが深く関与するので、薬剤の効果は限定的である。ただし、妄想自体の改善が難しい場合であっても、付随する精神症状の軽減が期待できる場合がある。攻撃性や焦燥を伴う場合は上記「・ 攻撃的行為（暴言・暴行）・易興奮・易怒・大声」に準じた薬剤選択を行う。

NMDA 受容体拮抗薬

抑肝散

チアプリド（グラマリール）

非定型抗精神病薬

(3) 代表的薬剤の特徴

ハロペリドール（セレネース）

筋注は痛みがあるため静注の方がよい。効果は 10 分で出現、効果は 4 時間続く。1 日最大 7 アンプルまで。

使用にあたっては、ECG モニターし QT 延長に注意する。

リスペリドン（リスパダール）

特徴：抗幻覚妄想作用が強力で効果発現時間も早い。精神運動興奮が激しい患者に適応。鎮静効果は比較的弱い。抗コリン作用も少ない。 $\alpha 1$ 遮断作用は比較的強いので起立性低血圧に注意。

内用液の最高血中濃度到達時間 Tmax は約 50 分と短いので興奮時に頓用としても使用可能。

用量：初回投与は 0.5mg（0.5 包）～1.0mg（1 包）から開始する。活性が高い中間代謝物があるため半減期が約 1 日と長い。1 日 1～2 回の投与でよい。高齢者では 2mg（2 包/日）までが無難。最大でも 3mg までとする。

副作用：起立性低血圧、過鎮静、パーキンソン症状、アカシジアなどが要注意である。1日3mg以上になるとパーキンソン症状・アカシジアが出現しやすい。パロキセチンとの併用でリスペリドンの血中濃度が上昇、カルバマゼピンで低下する。肝代謝であるが、活性代謝物は腎排泄のため腎機能障害では血中半減期が50%近く延長する。腎機能低下（GFR10～30mL/分）や透析患者では使用量は1/2に減ずる。茶葉抽出物（緑茶・紅茶・ウーロン茶）やコーラと混ぜると効果が減弱する。麦茶やほうじ茶はよい。

リスペリドン内用液の使用

混ぜると苦みが少なくなる	オレンジ・グレープフルーツ・レモンジュース・麦茶・ヤクルト・牛乳・ココア
混ぜると苦みが強くなる	ヨーグルト・カルピス・スポーツ飲料水
薬の効果が激弱する	日本茶・紅茶・ウーロン茶・コーラ
凝固・沈殿する	エンシュアリキッド・ラコール・テルミール

普段から飲んでいる薬がある場合には、その薬を飲む水にリスペリドン进行溶かすとよい。

クエチアピン（セロクエル）

特徴：H1遮断作用と $\alpha 1$ 遮断作用が強いため鎮静効果や催眠作用が強い。ムスカリン性ACh受容体への親和性が低く中枢性抗コリン作用が弱いのでせん妄治療にも有用である。易怒性・暴言・暴行・せん妄・不眠に対して使用される。抗幻覚妄想作用はリスペリドンやオランザピンに比べ若干弱い。

半減期が3.5時間と短く、最高血中濃度到達時間は2.6時間である。ある一定の時間帯をピンポイントで効果を期待する場合には使用が考慮される。

用量：高齢者では血中濃度が成人の1.5倍くらいに上がるので、12.5～25mg（0.5～1錠）から開始。高齢者では、1日100～150mg（4～6錠）までを最大量とした方が無難。リスペリドン1mg（1包）と等価換算すると、クエチアピン66mg（2.6錠）である。

副作用：糖尿病は禁忌となっている。起立性低血圧や過鎮静による眠気・ふらつき・転倒・誤嚥に注意。ドパミンD2受容体への親和性は低いため、パーキンソン症状・アカシジアが出にくい。主として肝代謝であるので肝機能障害患者は要注意とされるが、あまり問題ないという報告もある。

ブレクスピプラゾール（レキサルティ）

D2受容体に対する部分刺激作用とともに、セロトニンへの調整作用ももつ。アルツハイマー型認知症に伴う焦燥感、易刺激性、興奮に起因する、過活動又は攻撃的言動に対して効能効果を取得しているが、単剤使用が推奨されている（多剤併用時の安全性は担保されていない）点に留意が必要である。

抑肝散

副作用に低K血症、食欲不振、下腿浮腫などがある。

ココアや味噌汁など味の濃いものに溶かすと内服しやすくなる。

チアプリド（グラマリール）

脳梗塞後遺症に伴う「せん妄」に適応がある。

Tmaxは2時間。T1/2は高齢者では約6時間。

腎排泄である。

【鎮静作用を有する抗うつ薬】

タンドスピロン（セディール）^㉔

抗不安薬に分類されるが、ベンゾジアゼピン系ではなくセロトニン作動薬であり副作用が少ない。大脳辺縁系に局限する 5-HT_{1A} 受容体に選択的に作用してセロトニン合成遊離を抑制、その結果セロトニン作動性神経活動が抑制され抗不安・抗うつ作用がえられる。BZ 系よりは弱く、即効性にも劣り、効果発現に 2~4 週間程度かかる。脅迫的・被害的で余裕のない抑えきれない不安はセロトニンの機能が減弱しているとされ、日中の攻撃的行為、易怒、焦燥、不安、抑うつに有効とされる。半減期は短いので 1 日 3 回の投与が必要。

セロトニン 5-HT_{2A/2C} 受容体阻害作用によって深睡眠の増加作用のあるレスリンやテトラミドを認知症の睡眠障害やせん妄の治療に用いることがある。

トラゾドン（レスリン）

ノルアドレナリンよりセロトニンの再取り込みを強く阻害する。抗うつ作用はそれほど強くはない。5-HT_{2A/2C} 受容体拮抗作用による鎮静・催眠作用が強いので熟眠感が得られる。悪夢による覚醒やレム睡眠量を減少させる。不安・焦燥・うつ睡眠障害に使用する。100mg（4 錠）までで有効なことが多い。半減期は 8 時間程度と短いため翌朝への持ち越しは少ない。抗コリン作用はあまり強くなく、心毒性やけいれん誘発などの副作用も少ないとされるが、テトラミドに比べると、心毒性はやや強く、鎮静作用はやや弱い。投与を急に中止すると、頭痛・嘔気・倦怠感・不安などの「離脱症状」が出ることがある。

ミアンセリン（テトラミド）

抗ヒスタミン作用も強いので鎮静作用に優れる。30mg（3 錠）までの量で 1 週間以内に効果を認めることが多い。しかし、半減期が 18 時間と長いので翌朝に持ち越しがある。抗うつ作用は弱い。心血管へ影響が少ないが、呼吸抑制があるので呼吸器疾患には使えない。

ミルタザピン（リフレックス）^㉕

ノルアドレナリン作動性・特異性セロトニン作動性抗うつ薬（NaSSA）である。NA と 5-HT の放出促進、H₁ 受容体阻害作用、前頭前野の DA 放出促進などの作用により、睡眠障害の改善、食欲の改善作用がある。副作用は SSRI より胃腸症状は少ないが便秘はやや多い、口渇・倦怠感・過眠・過鎮静に注意。初回は 0.5 錠（7.5mg）から開始したほうが安全。

【気分安定作用のある抗てんかん薬】

バルプロ酸とカルバマゼピンは GABA 作動性神経の増強作用により気分を落ち着かせる気分安定薬（mood stabilizer）の作用がある。外的な刺激に過剰に反応する易怒・興奮・衝動的行為に有効とされる。一方、内的な衝動には抗精神病薬が有効である。

バルプロ酸

海馬や扁桃体に作用して、GABA 濃度を上昇させる。副作用は少ないが、反面効果はマイルド。精神運動興奮が激しい患者の場合、リスペリドン内用液にバレリンシロップを併用する方法もある。

カルバマゼピン

興奮性神経シナプスを抑制。効果発現が比較的早い。バルプロ酸より有効率は高いが、反面めまいやふらつきなどは多い。高齢者は 100mg から開始、300mg 以下が望ましい。

3) 病態改善薬

【アミロイドベータ ($A\beta$) タンパク質に直接働きかける薬】

レカネマブ (レケンビ)

レカネマブはアルツハイマー型認知症の原因である、 $A\beta$ タンパク質に直接作用するもので、記憶力の低下や判断力の衰えなどの症状の進行を遅らせます。原因となる因子に働きかけて進行を抑制する薬として国内で初めて承認されました。レカネマブは脳内の $A\beta$ タンパク質の中でも、「プロトフィブリル」という中くらいのかたまりや、より大きなかたまりの「アミロイド班」を取り除く作用を持った薬剤で、2 週間に一度を目安に投与します。

副作用としては、使い始めの初期に頭痛、発熱、吐き気などが現れたり、数か月以内に ARIA（アミロイド関連画像異常；脳の腫れや微小出血）が観察されることがあります。多くの場合生命に危険を及ぼすような深刻な状況には至らないとされていますが、MRI 検査など専門医療機関での注意深い観察、評価が必要とされています。

ドナネマブ (ケセンラ)

ドナネマブは、 $A\beta$ タンパク質が大きなかたまりになった「アミロイド班」に作用し、なかでも脳に沈着してからしばらく時間が経ち「ピログルタミル化」という変化が起こったアミロイド斑に選択的に結合する作用があり、4 週間に一度を目安に投与します。

副作用としては、レカネマブ同様、ARIA と呼ばれる症状が認められており、脳出血や一部が腫れる可能性があります。そのため、定期的に MRI 検査など専門医療機関での注意深い観察、評価が必要とされています。

5. 認知症サポートチーム（DST）・身体的拘束最小化チーム

1) 目的

認知症のある入院患者が安全に治療やケアを受けられるため、ならびに院内における身体的拘束を最小化する体制を整備するため、多職種による「認知症サポートチーム（DST）・身体的拘束最小化チーム」を設置する。

2) 方法

BPSD やせん妄などで専門的介入が必要と判断された場合、医師・看護師・リハビリ担当者により DST 介入依頼を立ち上げてもらう。認知症サポートチームは退院まで介入を継続する。ただし主病変の悪化等により重度の意識障害となった場合はチームで検討の上、介入を終了する場合もある。

3) 構成チーム・メンバー

認知症サポートチーム（DST）は下記のメンバーからなる。

構成メンバー

- ・脳神経内科医
- ・認知症看護認定看護師
- ・認知症疾患医療センター（社会福祉士・精神保健福祉士）
- ・薬剤師
- ・作業療法士
- ・心理療法士

身体的拘束最小化チームは上記に以下のメンバーを加えたチームである。

- ・医療安全推進センター医療安全管理部看護師

4) 運用方法

- (1) 対応に苦慮するような BPSD・せん妄が出現している場合には、「DST 介入依頼」を立ち上げ、必要項目を記載する。

チーム介入依頼手順

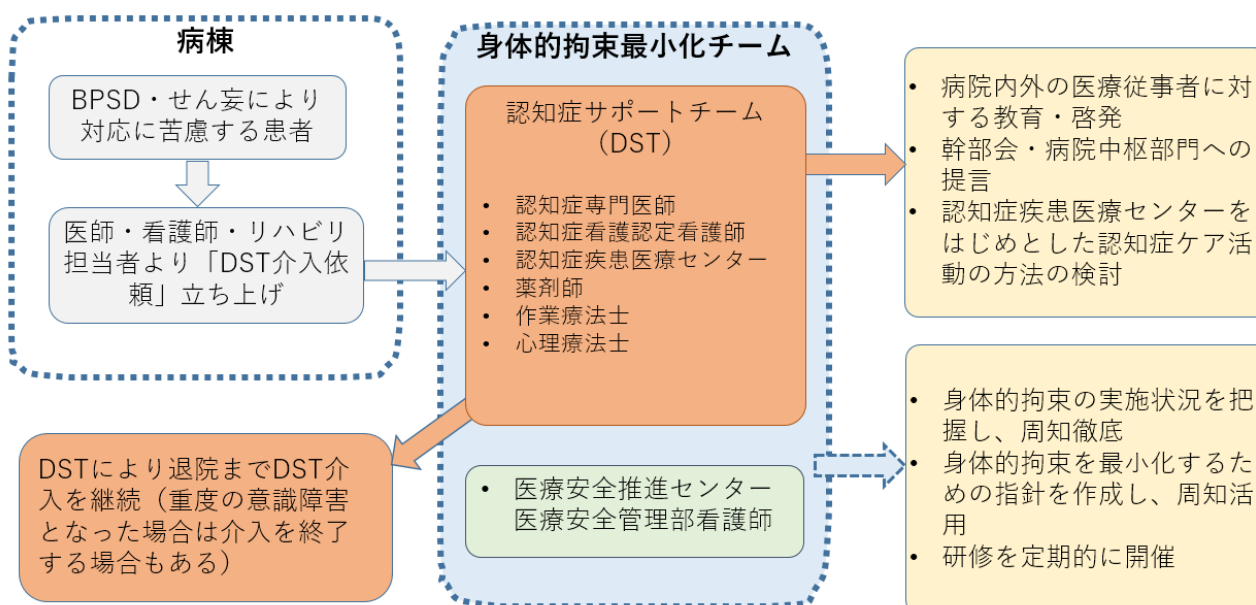
「ナビゲーションマップ」→「オーダー」→「チーム医療」→「DST 介入依頼」

- (2) 介入依頼オーダーされると、チーム員へくじらでお知らせが届く。
- (3) チーム看護師または作業療法士が介入の受付または却下を行い、回診予約を入力する
- (4) チームで病棟を回診し、受け持ち看護師とともにカンファレンスを開催して症例等の検討を行う。
- (5) 介入患者のアセスメントを行い、非薬物療法をまず検討する。やむを得ない場合、最小限の薬物療法を提案する。提案は、チーム医師の記録に基づき、該当する内容に関係する職種が主治医へ掲示板で提案内容を記載する。
- (6) 該当病棟は、退院調整など必要に応じて DST または認知症疾患医療センターへ連絡を行う。

DST介入依頼に対する各職種の役割

チーム	担当	役割
認知症サポートチーム	医師	認知症やせん妄の診断と治療方針決定、BPSDの薬物治療
	認知症看護認定看護師	認知症患者の情報収集とアセスメント 認知症に配慮したケアの実施と環境整備 BPSDやせん妄の非薬物療法の実施
	薬剤師	抗コリンリスク・薬物相互作用など精神神経系薬剤についてのあらゆる相談に対応
	作業療法士	運動療法によるBPSDの軽減、身体や認知機能の廃用障害防止
	公認心理師	認知症に伴う症状の理解と対応、不安の軽減
	社会福祉士・精神保健福祉士	入院初期から行う退院支援（退院調整看護師と連携） 社会資源の活用など在宅療養への援助退院前カンファレンス、その他地域連携

認知症サポートチーム（DST）・身体的拘束最小化チーム 運用図



6. 認知症のリハビリテーション

1) 目的

認知症疾患治療ガイドラインでは「薬物療法を開始する前に適切なケアやリハビリテーションの介入を考慮しなければならない」と示されている。認知症の医学的アプローチは認知機能向上や BPSD 軽減を目標とした薬物療法が行われるが、ケアのアプローチでは生活障害を改善することを目的とする。リハビリテーション(作業療法；以下 OT)は両者の中間的視点からのアプローチであり、認知機能、身体機能の廃用を防ぎ、残存機能を活用することで生活障害の悪化を防止する。

2) 評価

認知機能検査 (HDS-R、MMSE)、認知症行動心理症状の評価 (NPI)、高次脳機能評価、ADL 評価 (BI、FIM、N-ADL)、転倒リスク評価 (ファンクショナルリーチテスト、Time Up&Go Test) 等、対象患者に可能な評価を選択し実施する。

3) リハビリテーション実施内容

離床を進める

- ・昼夜逆転の修正を図る
個別対応を行い、身体拘束解除時間を確保する
見当識障害から起きる混乱、行動障害の軽減を目指す

身体活動や作業活動を行う

- ・身体活動量を増やすことで睡眠リズムの修正を図る
- ・興味関心チェックリストを用いて、興味を示される作業活動を行う
- ・回想法等を活用し否定的な対応や失敗体験を減らすことで BPSD 悪化のきっかけを減らすことを目指す
- ・トイレへ行ける人はオムツ排泄とせずにトイレで排泄するなど、できる ADL を低下させないように努める

環境整備を検討する

- ・認知機能の歪みから起きるひとり歩きや転倒リスクについては入院環境を整備、調整することで混乱が避けられるかを検討する

4) 認知症に対するリハビリテーション (OT) 依頼手順

チーム回診を行い、チーム員が OT の介入を必要と判断した際に、主治医に対し OT リハビリ処方を依頼する。(カルテ、掲示板に記録)

7. 認知症患者の退院支援・福祉制度の活用

在宅生活がすでに困難であった患者が入院した場合、在宅支援者が「入院＝ゴール」と認識してしまうケースが少なくない。そのため、入院当初から在宅での支援者と協働して、退院後の療養について検討する必要がある。退院後の療養の場で、安全に安心してその人らしい生活を送ることができるように、患者・家族を含めた支援を行うことが重要である。

1) 介護保険

(1) 介護保険サービスの利用まで

①お住まいの地区の地域包括支援センターまたは介護保険課（幸田町は福祉課）に相談し、要介護認定申請や基本チェックリスト（65歳以上のみ）を行う

【要介護認定申請】

○申請場所：岡崎市役所 介護保険課または各支所/幸田町役場 福祉課

○申請に必要なもの：要介護・要支援認定申請書

介護保険被保険者証（65歳以上の方）

医療保険（健康保険）の被保険者証（40～64歳の方）

※申請は本人や家族のほか、地域包括支援センターや居宅介護支援事業者、介護保険施設などに代行してもらうことも可能

②心身の状態を調べる

○訪問調査：調査員が本人や家族から聞き取り調査などを行う。

○主治医意見書：市の依頼を受けて、主治医が意見書を作成する。

③介護がどのくらい必要か審査、認定を行う

コンピュータ判定（一次判定）→審査会判定（二次判定）

④認定結果通知（指定された住所へ通知される）

非該当、要支援1～2、要介護1～5

⑤認定の結果が通知されてから利用まで

○要支援の認定がおりた場合

居住地管轄の地域包括支援センターへケアプラン作成を依頼し、介護予防サービス及び介護予防・日常生活支援総合事業を利用する。

○要介護の認定がおりた場合

居宅介護支援事業所にケアプラン作成を依頼し、介護サービスを利用する。

○介護予防・日常生活支援総合事業対象者（基本チェックリスト実施）

基本チェックリストにより事業対象者に該当した方は地域包括支援センターにケアプラン作成を依頼し、介護予防・日常生活支援総合事業を利用する。

(2) 在宅系サービス

訪問介護（ホームヘルプサービス）・・・要介護 1～5

ホームヘルパーなどの訪問により、身体介護や生活援助を受ける。

訪問型サービス・・・要支援 1～2 および事業対象者

ホームヘルパーやボランティアなどが居宅を訪問し、利用者が自力では困難な行為について、サービスを提供する。

（介護予防）訪問入浴介護・・・要支援 1～2、要介護 1～5

簡易浴槽を積んだ移動訪問入浴者の訪問により、入浴の介助を受けられる。

（介護予防）訪問看護・・・要支援 1～2、要介護 1～5

看護師・保健師などの家庭訪問により、療養上必要な診療の補助を受けられる。

（介護予防）訪問リハビリテーション・・・要支援 1～2、要介護 1～5

理学療法士や作業療法士が家庭を訪問し、日常生活の自立を助けるためのリハビリテーションを行う。

（介護予防）居宅療養管理指導・・・要支援 1～2、要介護 1～5

医師、歯科医師、薬剤師などが家庭を訪問し、医学的な管理や指導を行う。

通所介護（デイサービス）・・・要介護 1～5

通所介護施設で、食事、入浴などの日常生活上の支援や機能訓練を日帰りで利用できる。

通所型サービス（介護予防・生活支援サービス事業）・・・要支援 1～2、事業対象者

通所介護施設などで、食事や入浴などの日常生活上の支援のほか、住民主体の支援や保健・医療の専門職による短期集中的に行われるプログラムなど、多様なサービスを行う。

（介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）・・・要支援 1～2、要介護 1～5

介護老人保健施設や医療機関などで、日常生活を送るためのリハビリテーションを日帰りで受けられる。

（介護予防）短期入所生活介護（ショートステイ）・・・要支援 1～2、要介護 1～5

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などに短期間入所し、食事、入浴、排泄など日常生活上の介護や機能訓練が受けられる。

（介護予防）短期入所療養介護（ショートステイ）・・・要支援 1～2、要介護 1～5

介護老人保健施設などに短期入所し、医学的管理のもとでの看護、介護機能訓練、日常生活上の介護が受けられる。

短期集中型通所サービス（2019 年 10 月から）・・・要支援 1～2、および事業対象者

通所と訪問を組み合わせたりハビリテーションを中心としたプログラムを、6 か月間実施することにより生活機能の維持・改善を図る。

（介護予防）福祉用具の貸与・・・要支援 1～2、要介護 1～5

歩行器、杖、車椅子や特殊寝台などの福祉用具の貸し出しを行う。

* 車椅子や特殊寝台等の一部種目は要介護 2 以上の方が対象

（介護予防）福祉用具の購入・・・要支援 1～2、要介護 1～5

排泄や入浴に使われる用具の購入費を支給する。（対象購入費は年間 10 万円まで）

（介護予防）住宅改修費の支給・・・要支援 1～2、要介護 1～5

住宅への手すりの取り付けや段差の解消など住宅改修費用を要したとき、住宅改修費を支給する。対象工事費は 20 万円までとなる。申請には事前届出が必要。

（3）施設・居住系サービス

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）・・・新規入所者は原則として要介護 3～5

常時介護が必要で、自宅では介護が困難な高齢者が入所し、日常生活の介護、機能訓練、健康管理などを受けられる。

介護老人保健施設（老人保健施設）

病状が安定し、家庭に戻れるように看護、医学的管理、機能訓練や日常生活の介護などを受けられる。

介護医療院

長期療養のための医療と日常生活上の介護を一体的に提供する施設。介護療養型医療施設の転換施設。

（4）地域密着型サービス

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）・・・要支援 2、要介護 1～5

認知症の人が共同生活する住宅で、食事、入浴、排泄などの日常生活上の支援や機能訓練などのサービスを受けられる。

認知症対応型通所介護・・・要支援 1～2、要介護 1～5

認知症の人を対象にした通所介護。認知症対応型通所介護事業所などで、日常生活上の支援や機能訓練などが受けられる。

地域密着型通所介護・・・要介護 1～5

定員が 18 名以下の小規模な通所介護施設で、日常生活上の支援や機能訓練などのサービスを受けられる。

小規模多機能型居宅介護・・・要支援 1～2、要介護 1～5

通いを中心に、利用者の選択に応じて訪問や短期間の宿泊のサービスを組み合わせた多機能のサービスを受けられる。

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・・・新規入所者は原則として要介護 3～5

定員が 29 名以下の小規模な介護老人保健施設に入所する人が、日常生活上の世話や機能訓練などのサービスを受けられる。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護・・・要介護 1～5

訪問介護と訪問看護が連携をとって、1 日に複数回の「短時間の定期訪問」と、通報などによる「随時の対応」を 24 時間対応で行うサービス。

地域密着型特定施設入居者生活介護・・・要介護 1～5

特定施設（指定を受けた有料老人ホーム、経費老人ホーム、養護老人ホーム）のうち、定員が 29 人以下の小規模な介護専用型特定施設に入居する人が、入浴、排泄、食事などの介護やその他の日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話を受けられる。

(5) 介護予防・日常生活支援総合事業

市区町村が行う介護予防の取り組み。サービス事業者のほか、民間企業、ボランティア、住民主体による介護予防サービスを利用できる。

介護予防・日常生活支援サービス事業・・・要支援 1～2、介護予防・生活支援サービス事業対象者（基本チェックリストを受けて生活機能の低下がみられた人）

- ・生活機能低下がみられた方・・・訪問型サービス、通所サービスが利用できる。
- ・自立した生活が送れる方・・・一般介護予防事業が利用できる。

一般介護予防事業・・・65 歳以上のすべての人

2) 成年後見制度

認知症、知的障がい、精神障がいなどの理由で判断能力の十分ではない方が財産管理や日常生活での契約を行うときに、不利益が生じることがないように家庭裁判所が選定した「成年後見人」などが本人の権利や財産などを保護し支援する制度

※申し立てには事前に用意する書類、費用が必要。報酬も必要となることがある

〈成年後見制度に関する公的機関窓口〉

- ・名古屋家庭裁判所岡崎支部（成年後見制度の申立て、申立て書類配布など）
- ・岡崎公証人合同役場（任意後見に関すること）

成年後見制度は「法定後見制度」と「任意後見制度」の2種類

		法定後見制度			任意後見制度
		判断能力の不十分な人			現在は判断能力のある人
名称		後見制度	保佐制度	補助制度	任意後見制度
利用できる人		日常生活で、判断能力のほとんどない人	日常生活で、判断能力の著しく不十分な人	日常生活で、判断能力の不十分な人	現在は判断能力の十分ある人
支援する人		成年後見人	保佐人	補助人	任意後見人
支援する人が与えられる権利	代理権	本人が行うすべての法律行為	本人の同意を得た上で、家庭裁判所が定めた法律行為	本人の同意を得た上で、家庭裁判所が定めた法律行為	本人との契約で定めた行為
	同意権 ・ 取消権	日常生活に関する行為以外のすべての行為（取消権のみ）	法律上定められた重要な行為	本人の同意を得た上で、家庭裁判所が定めた法律行為	なし

3) 日常生活自立支援事業

認知症高齢者や知的障がい、精神障がいがある方のうち、ひとりで判断することに不安がある方の日常生活を支援するため、ご本人との契約に基づいて、福祉サービスの利用手続きや日常的な金銭管理の支援を行う事業

4) 自立支援医療費（精神通院）制度

精神的な病気の治療は、再発防止を含め比較的長期にわたることが多いため、通院による医療費の自己負担を軽くする制度。障害者総合支援法による国の制度で、申請して承認されると、指定した医療機関・薬局での医療費の自己負担が原則として1割となる（※外来通院が対象となるため、入院中の医療費等は対象外となる）

5) 精神障害者保健福祉手帳

日常生活や社会生活に障がいのある精神疾患のかたを対象にした、精神保健福祉法による国の福祉手帳制度。各種の福祉サービスを受けるために、障がいがあることを証明するもので、専門医師からなる検討委員会で判定し交付をする。手帳の等級には1・2・3級がある。

8. 認知症疾患医療センター

認知症疾患医療センターは認知症患者とその家族が住み慣れた地域で安心して生活するための支援の一つとして、都道府県及び政令指定都市が指定する病院に設置するもので、保健・医療・介護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、地域における医療機関等の紹介、認知症の行動・心理症状と身体合併症への対応等についての相談などを行う専門医療機関である。

岡崎市民病院は、愛知県から地域型認知症疾患医療センターの指定を受けている。

1) 認知症疾患医療センターの役割

- (1) 外来診療
- (2) 専門医療相談
- (3) 鑑別診断とそれに基づく初期対応
- (4) 認知症の行動・心理症状と身体合併症への急性期対応
- (5) かかりつけ医等への研修会の開催
- (6) 認知症疾患医療センター地域連携会議の開催
- (7) 認知症に関する情報の収集及び発信
- (8) 診断後等支援機能としての取り組み
 1. 診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援
 2. 当事者等によるピア活動や交流会の開催
- (9) アルツハイマー病の抗アミロイド β 抗体薬に係る治療・相談支援等機能

(1) 外来診療

岡崎市民病院への受診はかかりつけ医からの紹介による予約受診をしていただき、診断後は、かかりつけ医と連携を図り、日常の診療はかかりつけ医が担当することが基本となる。

(2) 専門医療相談

認知症疾患医療センターには、認知症に関する相談に対応する専門スタッフを配置し、本人、家族、関係機関(地域包括支援センター、介護保険事業所等)からの認知症に関する医療相談に対応するとともに、状況に応じて、適切な医療機関等の紹介を行っている。

(3) 鑑別診断とそれに基づく初期対応

認知症疾患医療センターでは、認知症の外来診療、鑑別診断を行うが、医学的な診断だけでなく、日常生活の状況や、他の身体疾患等の状況等も踏まえ、総合的に評価を行うとともに、関係機関と情報の共有化を図り、医療・福祉・介護の支援に結び付けていく。

（４）認知症の行動・心理症状と身体合併症への急性期対応

認知症の人の身体合併症及び行動・心理症状（周辺症状）の治療について、認知症疾患医療センターで受け入れるほか、地域の認知症に係る専門医療機関、一般病院等と緊密な連携を図り、地域全体で受け入れる体制をつくっている。

認知症疾患の周辺症状における急性期入院治療を行うための精神病床を確保するため、京ヶ峰岡田病院、三河病院、羽栗病院と医療連携体制をとっている。

（５）かかりつけ医等への研修会の開催

かかりつけ医等に対する研修の実施状況等を踏まえつつ、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、認知症の人や家族や地域住民等を対象とする研修を行う。また、他の主体の実施する研修に協力するなど、地域における認知症の専門医療に係る研修に積極的に取り組んでいる。

（６）認知症疾患医療センター地域連携会議の開催

地域の医療機関、地域包括支援センター等の関係機関等との連携を図るため、「岡崎市幸田町認知症疾患医療センター地域連携会議」を開催し、地域において関係者が密接に連携するネットワークづくりに向けた検討を行っている。

（７）認知症に関する情報の収集及び発信

地域への認知症医療に関する医学的知見や制度、施策、地域の医療・介護・福祉資源の情報を収集及び発信している。また、認知症に関する理解を促す普及啓発等を必要に応じて行っている。

（８）診断後等支援機能としての取り組み

認知症の人や家族が、診断後であっても、今後の生活や認知症に対する不安の軽減が図られるととも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の他、介護支援専門員等地域の介護に関する関係機関、地域包括支援センター等との連携の推進を図るため、以下の取組を行っている。

①診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援

かかりつけ医等の医療機関や地域包括支援センター等の地域の関係機関と連携の上、地域の実状や必要に応じて、診断後や症状増悪時において、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、必要な相談支援を実施している。

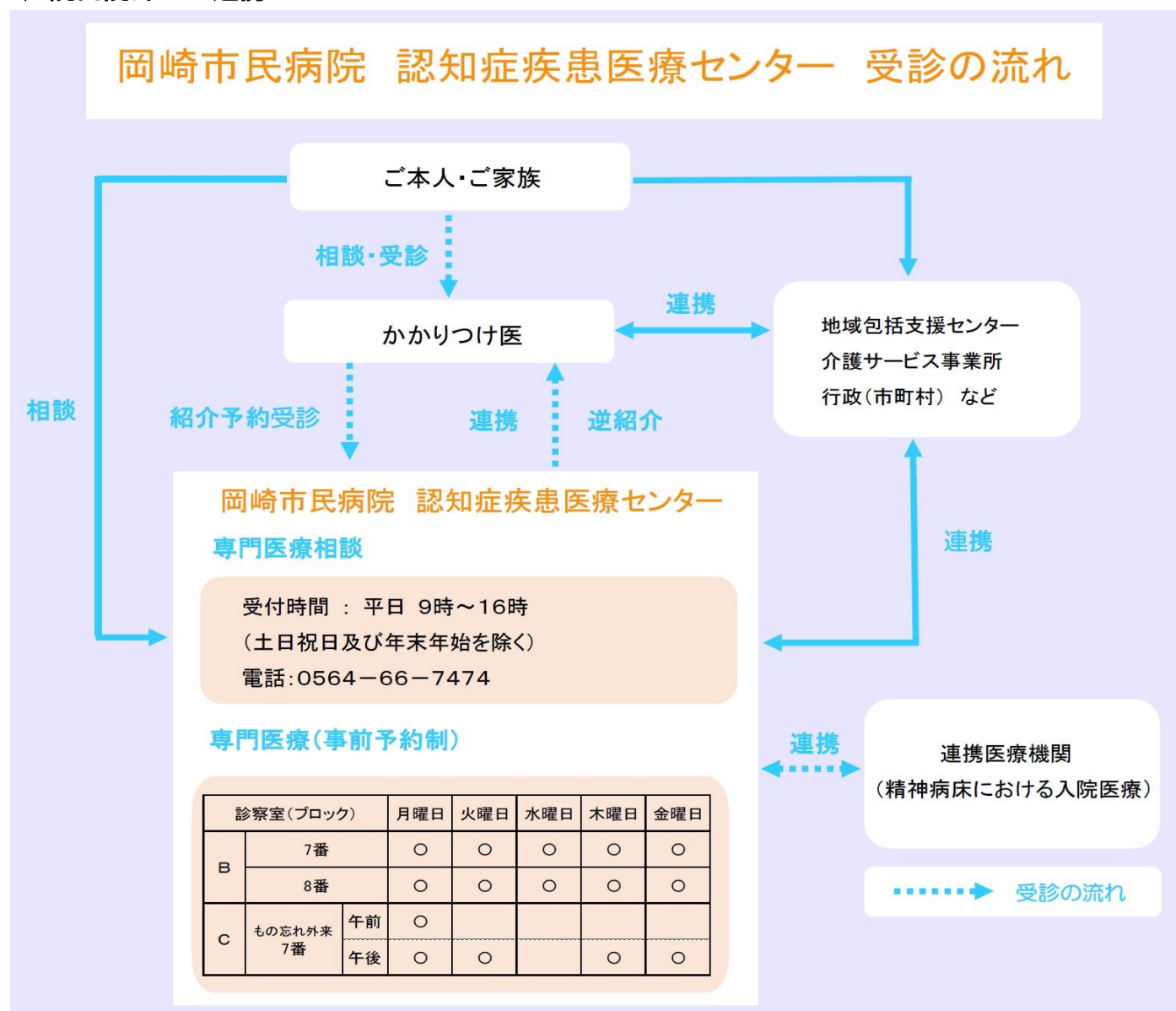
②当事者等によるピア活動や交流会の開催

既に認知症と診断された認知症の人やその家族による、ピアカウンセリングなどのピアサポート活動を実施している。

(9) アルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬に係る治療・相談支援等機能

アルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬に係る治療を行うに際し、認知症の人や家族からの当該治療についての相談対応・支援、地域の医療機関からの相談対応、また、地域の医療機関等と連携し、アルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬に係る治療の適応外である者への支援を行う。

2) 院内院外との連携



当認知症疾患医療センターでは、脳神経内科・もの忘れ外来にて認知症の専門医療を実施している。認知機能検査に加え、必要に応じて画像検査、診断を行う。また専門医療相談では、本人・家族、ケアマネジャー、地域包括支援センターなどからの相談にも対応。生活面での悩み相談、受診先の提案、社会資源

の情報提供など、認知症についての相談を社会福祉士、精神保健福祉士が受け、必要に応じて医師や関係機関と連携を図っている。

院内では、認知症サポートチーム（DST）として週2回の回診を実施し、入院患者のせん妄や認知症の周辺症状に対応するための提案及び主治医との連携を行っている。