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. 4.0　2023 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 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
(2) 認知症の評価 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
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 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6

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せん妄の危険因子
②代表的なせん妄要因
③Lipowski によるせん妄の発症要因
④BPSD に対する看護
(4) BPSD（総論） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
①BPSD が悪化しにくい環境整備
②BPSD の悪化予防（せん妄発症予防）
③BPSD 発症後の対応
④BPSD に対する看護
(5) BPSD（各論）症状別対応 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 17
①攻撃的行動
②大声
③歩きまわる行動（ひとり歩き）
④夕暮れ症候群
⑤帰宅欲求
⑥不眠
⑦昼夜逆転
⑧拒食・摂食障害

⑨幻覚
(6) 身体拘束について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26

4. 認知症サポートチーム ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 34
(1) 目的 ・・・ 34
(2) 方法 ・・・ 34
(3) 構成チーム・メンバー ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 34
(4) 運用方法 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 34

5. BPSD に対する薬物療法 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 36
(1) BPSD に対する薬物療法の一般原則 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 36
(2) BPSD に対する薬剤の選択 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・36
①攻撃的行為（暴言・暴行）・易興奮・易怒・大声
②不眠・昼夜逆転
③幻覚・誤認妄想
④被害妄想
(3) 代表的薬剤の特徴 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 38
①ハロペリドール（セレネース）
②リスペリドン（リスパダール）
③クエチアピン（セロクエル）
④抑肝散
⑤チアプリド（グラマリール）
⑥コリンエステラーゼ阻害薬
ドネペジル（アリセプト）、ガランタミン（レミニール）、リバスチグミン（リバスタッチ）
⑦NMDA 受容体拮抗薬
メマンチン（メマリー）
⑧鎮静作用を有する抗うつ薬
⑨気分安定作用のある抗てんかん薬

6. 認知症のリハビリテーション ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 42
(1) 目的 ・・・ 42
(2) 評価 ・・・ 42
(3) リハビリテーション実施内容 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 42
(4) 認知症に対するリハビリテーション（OT）依頼手順・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 42

7. 認知症患者の退院支援・認知症患者の退院支援・福祉制度の活用・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 43
(1) 介護保険について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 43

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 ・・ 47
(3) 日常生活自立支援事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 47
(4) 自立支援医療費（精神通院）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・47
(5) 精神障害者保健福祉手帳 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 47

8. 認知症疾患医療センター・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 48

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く、その理由の１つとしてせん妄やBPSDが出現しやすいことが挙げられる。

認知症高齢者は入院による転倒・骨折や身体・認知機能の低下のリスクが高く、認知症のない患者に比べ在院日数は２～３倍となる。入院をきっかけに在宅療養を放棄する家族も多い。

これらを嫌って認知症を理由に入院を拒否したり、治療半ばで退院を迫る、あるいは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。一部の有識者たちによればこれは「一般病院の医療従事者の認知症対応力が低い」ことが原因のひとつであるという。

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ケアの参考資料として、また身体的拘束の実施基準および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。

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 10 版（ICD-10）、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）

(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

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

アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、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可能性も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

①認知症を正しく理解する

認知症の人を理解するには、認知症の人たち自身の声に耳を傾け、認知症の人たちの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、“その人”と関わりつつ考察することが大切である。

認知症を理解する看護の視点をもつことも重要である。認知症の病理や病態を問う事よりも、認知症の人が体験している世界を知り、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姿をあるがままに理解していくことである。

②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・感じないと認識されがちであるが、間違った知識である。脳の機能面の低下は見られても感情面での低下は少なく、むしろ感情は今まで同様もしくは以前より強くなると言われており、感覚はより鋭くなる。

認知症が進行したとしても、残る感情や自尊心はあるため、患者の行動や表情など非言語から得られる事実に目を向けて関わることが重要である。

③持てる力に目を向ける

認知症ばかりに着目していると、改善が見込めない認知機能症状から「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、認知機能障害による限界はあっても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。

④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（イライラや急ぎ、不快感、不満など）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。

⑤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。認知症の人の場合、加齢による機能低下だけでなく、認知症による認知機能の低下により環境の影響を受けやすいと言われている。

物質的な環境のみでなく、認知症の人に関わる私たちも環境要因の一つである。認知症の人に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。

⑥魔の 3 ロックを慎む

言葉によるもの、身体的な制限を課すもの、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。

スピーチロック

「転ぶから立たないでください」「危ないので一人で歩かないでください」など禁止や指示の言葉。
動きだすには理由や目的があるため、何かしたいことがあったのか尋ることをまず行う。

フィジカルロック

身体拘束や空間拘束。せん妄出現や BPSD の悪化につながる恐れがある。できるだけ使用しない方法を検討し選択する。医師と共有認識する必要がある。身体拘束は身体のみでなく精神的にも悪影響を及ぼす。

身体拘束は最終手段とし、早期に解除できるように常にアセスメントが必要。また、介入の依頼を検討することも必要。

ドラッグロック

不適切な薬物使用による鎮静をさし、肺炎や廃用症候群などの合併につながる。不穏状態であってもまずは非薬物的介入を第一選択とする。

(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。
・認知症の人がコミュニケーションのモードに入るためには時間がかかるためペースをあわせる。
・必ず視野に入り、こちらに気づいてから声かけを行う。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。
・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、その理由を認知症の人が理解してから行う。
・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。
・複雑な指示は避け、一つ一つ声かけを行う。
・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コミュニケーションの工夫をする。

禁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

せん妄は日常臨床で頻繁にみられる症候群であり、身体予後悪化の独立した危険因子の一つである。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や医療経済的予後、さらには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。

せん妄はこのように日常臨床で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、より複雑な病態となり、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、さらには事故につながるケースも出現する。

せん妄のサブタイプは、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“不穏”がないため見逃されやすいとされている。さらに、低活動型せん妄の場合には、うつ状態と誤診されやすい。実際には、特に身体的重症例の場合には、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。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。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%と報告されており、非老齢者と比べて老齢者では低活動型の頻度が高いことも指摘されている。

せん妄のサブタイプ

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
活動量の低下または行動速度の低下は必須

・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

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 せん妄の危険因子

せん妄の危険因子はそれぞれの要因に対して英語の頭文字で覚えやすいように「END ACUTE BRAIN FAILURE」と分類されている。

せん妄の危険因子

既存の認知機能障害	Electrolyte imbalance&dehydration	電解質異常/脱水
	Neurological disorder/injury	神経障害
	Deficiencies(Nutritional)	低栄養状態
	Age&Gender	年齢と性別
	Cognition	認知機能
	U-tox(intoxication&withdrawal)	薬物毒性/離脱
	Trauma	外傷
	Endocrinedisturbance	内分泌異常
	Behavioral-Psychiatric	精神疾患
	Rx&other toxins	薬物/他の有毒物質
	Anemia,anoxia,hypoxia	貧血/低酸素
	Infection	感染
	Noxious stimuli(Pain)	疼痛
	Failure(organ)	臓器不全
	Apache score(severity of illness)	疾患重症度
	Intragcranial processes	頭蓋内病変
	Light,sleep&Circadian Rhythm	睡眠覚醒リズム
	Uremia&other Metabolic Disorder	尿毒症/代謝異常
	Restraints	身体拘束
	Emergence delirium	緊急入院

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〉P19「せん妄の危険因子」，星和書店，2015 より

② 代表的なせん妄要因

・認知機能障害　Cognition

せん妄に移行する高齢者の 70%には背景に何らかの認知機能障害があることが前提とされている。また MMSE（Mini Mental State Exam）は単独で外科手術の術後せん妄を予測する危険因子となりうる。認知機能障害の中でも術前からある注意障害の存在がせん妄危険因子となりうる。

・年齢と性別　Age&Gender

65 歳以上から急激にせん妄のリスクが上昇し、1 歳年齢が上がるごとに 2%もせん妄の頻度が高くなる。性差はないとされている。

・薬物/他の中毒物質　Rx&other toxins

せん妄をきたしうる薬剤は数多く存在する（表に一部抜粋）。

それらの薬剤を 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容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	**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
降圧薬 カプトプリル クロニジン レセルピン	**抗ウィルス薬** アシクロビル インターフェロン系
ドパミン作動薬 アマンタジン レボドパ	**麻痺性鎮痛薬** モルヒネ フェンタニル ペンタゾシン
H2 受容体拮抗薬 シメチジン ファモチジン	**GABA 作動** ベンゾジアゼピン系 バクロフェン
抗不整脈薬 リドカイン プロカインアミド	

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

・貧血/低酸素　Anemia,Anoxia,Hypoxia

ショック、循環不全、低血圧が中枢神経の低酸素につながることからせん妄の危険因子になっていることは複数の研究が示唆している。また脳への酸素供給が不足することはせん妄の発症につながる。ヘモグロビン値、ヘマトクリット値、心拍数がせん妄の発症の危険因子として同定されている。

・疾患重症度　Apache score(severity of illness)

APACHE（Acure Physiology and Chronic Health Evaluation）を使用して評価された身体症状重症度が高ければ、せん妄への移行の頻度が高くなることが知られている。

・精神疾患　Behavioral-Psychiatric

認知機能障害を伴う認知症や関連疾患だけではなく、アルコールや乱用物質への依存もせん妄の危険因子となりうる。

・睡眠覚醒リズム　Light,sleep＆Circadian Rhythm

気管内挿管中の持続的な鎮静はせん妄の危険因子に繋がっている。ICU 内での頻回の治療行為、疼痛、騒音は平均睡眠時間を 1 時間 51 分に低下させ、せん妄の危険因子となっている。

・身体拘束　Restraints

気管内挿管されている、胃管、尿道カテーテル、静脈ルートが確保されている、身体拘束が行われているなど身体的活動が制限されている場合のせん妄の危険度は 3.2 倍にもなると指摘されている。

③ Lipowski によるせん妄の発症要因

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。

まず「直接因子」、次いで「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、必要査定減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ここに見極め、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・介入をお混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

準備因子（せん妄の準備状態となる要因） ・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
直接因子（単一でせん妄を起こしうる要因） (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）
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） (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：Delirum:Acute　confusional states:Oxford University Press,1990 より

「せん妄」の原因薬剤（抗コリンリスクスケール）		
3点	2点	1点
アタラックスP	アキネトン	エフピー
硫酸アトロピン	ウリトス	コムタン
ウインタミン	カバサール	セレネース
クロルトリメトン	クラリチン	セロクエル
トフラニール	ジプレキサ	デジレル
トリプタノール	ジルテック	ネオドパストン
バップフォー	シンメトレル	パーロデル
ピレチア	セスデン	パキシル
ポラキス	タガメット	ピ・シフロール
レスタミン	チアトン	コントミン
プリンペラン	デトルシトール	ベシケア
ポララミン	ドパストン	リスパダール
ピレチア	ドプス	リフレックス
テルネリン	トラムセット	NSAIDs
	ノバミン	ステロイド
	ノリトレン	
	ブスコパン	
	ベルマックス	
	マドパー	
	リリカ	
	ロペミン	

総点４点以上で抗コリン性副作用が７割の患者に出現する（Rudolph, Arch Intern Med 2008; 168: 508-513）

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
	抗うつ薬	トラゾドン（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 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) （総論）

認知症の人の身体的(Bio-)・心理的(Psycho-)・社会的(Social)要因によって、二次的に生じる行動面の症状や心理症状をさす。

行動症状	患者の「行動観察」によって明らかにされる。暴言や暴行など攻撃的行為・興奮性焦燥・アパシー・ひとり歩き・不眠や昼夜逆転など睡眠覚醒リズムの障害・脱抑制・食行動異常など
心理症状	患者からの「訴え」によって明らかにされる。幻覚・妄想・不安・うつなど

① BPSD 予防

BPSD は種々の介入により修正が可能であり、早い段階で BPSD の兆し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。「患者と介護者との関係障害」を引き起こすので、その成因の理解や正しい対応が必要である。中核症状の進行に応じてさまざまな BPSD が出現する。アルツハイマー型認知症ではもの忘れに対する不安や自責の念からくる抑うつ、不適切な対応に由来する易怒性は MCI の時期から認められるとされる。また、(行動障害型) 前頭側頭型認知症のように BPSD が「中核的な」症状として認められる疾患も存在する。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もあり、せん妄に伴う行為とは区別する必要がある。

見当識強化 不安緊張除去	今後のスケジュールを掲示、時計やカレンダーを配置 現在の見当識（時間・場所・人）を強化するため繰り返し確認 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 患者の話を傾聴し不安があれば解消できるように配置
睡眠補助	モニター音を落としなるべく静かな部屋、照明の適正化 夜間の処置やバイタルチェックの時間を調整 点滴などルート類はなるべく減らし、目に触れないようにする アロマ療法、リラクゼーション音楽、就寝時に温かい飲み物
運動	不動化を避け早期にリハビリを開始 できることは自分で行ってもらい、身体拘束はなるべく避ける
視覚補正	感覚遮断を防ぐため窓のない部屋を避ける、日光を浴びる 眼鏡の使用、大きな文字を使用
聴力補正	補聴器使用や耳垢除去 聴覚以外のコミュニケーション手段の利用
脱水補正	水分出納や電解質をチェックして早期発見と適切な治療
苦痛の除去	疼痛・嘔気・掻痒・呼吸困難・口渇・排尿困難などの適切な管理
服用中の薬剤調整	抗コリンスケールや Beer’s criteria で使用中の薬剤をチェック

② BPSD 発症後の対応

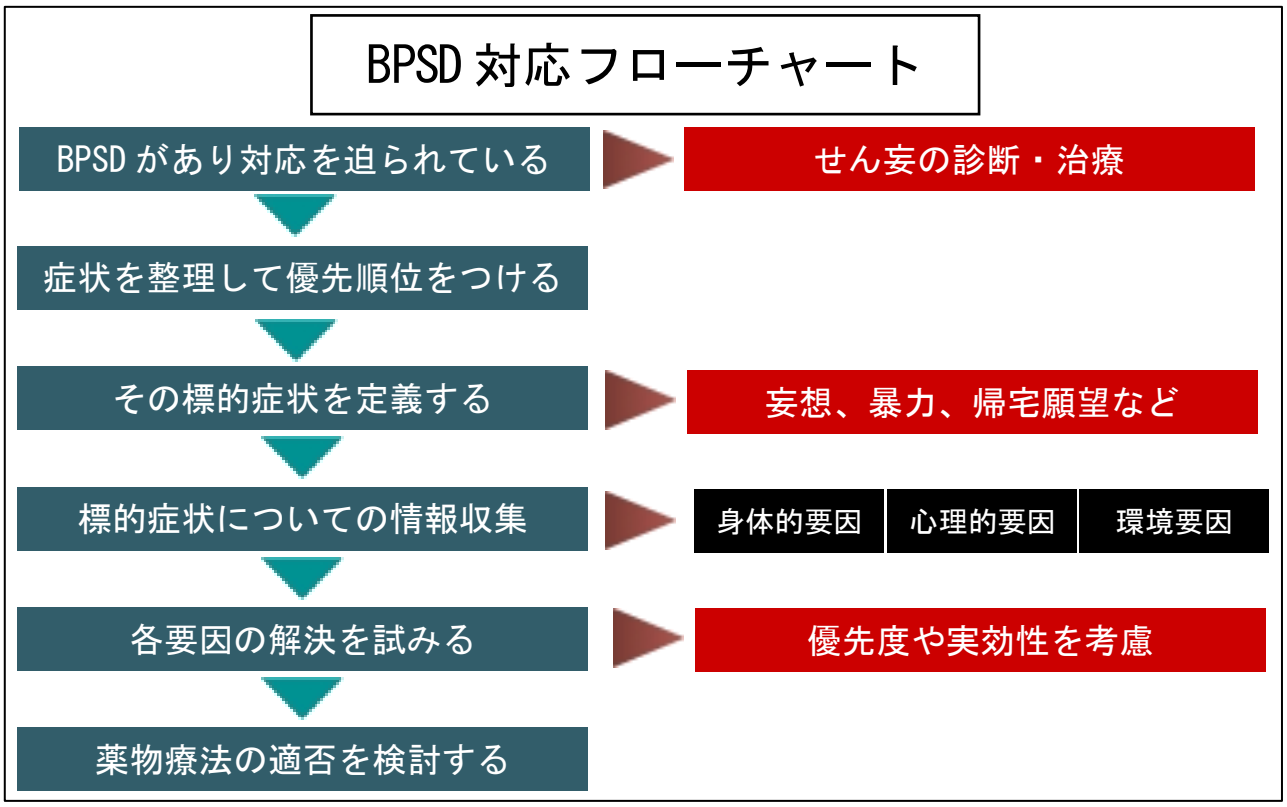
・BPSD に遭遇した場合、たじろがずに患者の訴えを傾聴し、自分は味方であり問題解決に協力したいことを理解させる試みをする。

・「せん妄」を除外する。

・病棟スタッフ間の話し合いを通じて、どのような BPSD が入院生活の安全の妨げとなっているか、標的とする BPSD を明確にする。一度に扱う BPSD は一つに絞り、症状を明確に定義する（興奮性焦燥、攻撃的行為、被害妄想など）。介入に際し現実的な目標を設定し、害のないものや緊急性のないものは見守る。

・標的とする BPSD について、いつ・どこで・だれに生じるか、症状の出現前後での変化・相違などの情報を収集し、原因・誘因・悪化因子を探りその解決を試みる。薬剤・感染や脱水など身体疾患・環境変化・介護者の対応が関係していないか確認する。身体的(Bio)・心理精神的(Psycho)・環境や社会的(Social)要因の３つのレベルに分けて考えると要因を分析しやすい。不安・不満・不快・苦痛の除去や睡眠の適正化が有効であることが多い。

・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のであり、その理由を本人の立場で考え対応を工夫する（チームで考える、知恵を出し合う）



（5）BPSD（各論）症状別対応

攻撃的行動

言動のうち、身体的なものに相当し叩く・引っ掻く・噛みつく・掴む・物を投げるといった行為を指す

★症状出現時に出来る評価ポイント

1　計画的か衝動的なのか確認する
2　攻撃的行動の引き金となる行為は何か？共通点は何か振り返りを行う
3　ケアが原因になっていないか、痛みや不快を与えていないか確認を行う
4　身体的な不調が関係していないか⇒痛み・便秘・発熱・脱水・尿閉・不眠・空腹等
5　内服薬による影響がないか病棟薬剤師に確認依頼する

症状出現時の背景因子

環境的因子

・入院時　入所時
・職員と患者の関係
・身体介助時

身体的因子

・便秘や痛み
・薬物
・ＡＤＬ障害

精神的因子

・重度の認知障害
・意志疎通の困難さ
・うつ　幻覚妄想
・不眠　不機嫌

ただちに出来るケア

〇対象となっている人の安全を図り応援を呼ぶ⇒看護師数名・警備
〇本人の安全を図り隔離、拘束も検討する⇒事前に情報がある場合には行動制限の説明
〇話を傾聴し注意を向ける
〇自室や刺激の少ない部屋に移動し、落ち着くまで付き添う
〇家族に付き添いの協力も必要であれば依頼する
〇医師の指示にて薬剤使用を行う
〇攻撃的行動を受けた介護者のサポート

大声

以前にも同様な状態になったことがあると出現しやすい。
大声が出る時間帯は 10 時～14 時　22 時～6 時が多い。

★症状出現時に出来る評価ポイント
1　発生する時間帯と環境について評価を行う⇒騒音や照明について
2　バイタルサイン、外傷の有無などの身体状況、特に疼痛部位が無いか確認する
3　発語の内容は意味のあるものか、意味のない「全くの叫び声」か確認する

症状出現時の背景因子

環境的因子
- 周囲の騒音
- 明るすぎる照明
- 介護者の不適切な対応

身体的因子
- 身体疾患による疼痛
- 構音障害
- 難聴などの感覚機能低下
- ＡＤＬ低下

精神的因子
- 重度の認知機能低下
- 不眠
- レム睡眠関連行動障害
- 幻覚への反応
- 過度の依存性
- 病前性格
- 抗精神病薬の使用

ただちに出来るケア

〇不快な環境である可能性の配慮⇒暑い、寒い、うるさい、明るすぎる等
〇疼痛などの身体疾患による苦痛への配慮
〇個室などへの転室
〇大声を出す人にうつ状態、不安亢進が多い傾向がある
　⇒不安を和らげる接し方の工夫、安心感を与える、付き添う時間を長くとり、傾聴の姿勢で接する
〇家族の付き添いの協力も得る

歩きまわる行動※（ひとり歩き）

本人にとっては目的を果たすため行動していることが多い
※認知症ケアの手引きｐ87

★症状出現時に出来る評価ポイント
1　歩き回る行動が発生する時間帯や環境を評価する
2　バイタルサイン、外傷の有無などの身体状況、特に疼痛がないか確認する
3　歩き回る行動が、目的があるものか無目的なのか観察を行う

症状出現時の背景因子

環境的因子
- 家族の面会が少ない
- 不安
- 不満

身体的因子
- 疼痛等の身体的要因
- 薬物使用
- アルツハイマー型認知症
- 全頭側頭型認知症

精神的因子
- 居心地の悪さ
- 何もすることがない
- 不安
- 孤立感

ただちに出来るケア

〇目的のある解決可能な理由による歩き回る行動であれば、それに対応する
〇不快な環境である可能性の配慮をする⇒熱い、寒い、明るすぎる、うるさい
〇離院、離棟予防⇒事前に警備に連絡、センサーの使用、衣服に病棟名・氏名記載
〇疼痛など身体疾患による苦痛の可能性の配慮
〇不安を和らげる接し方の工夫、安心感を与える、付き添う時間を長くとり傾聴する
〇しばらく一緒に歩く
〇可能なら親しい人、家族の付き添いの協力を得る
〇運動過剰であれば、疲労・脱水予防として適宜休憩を促し水分補給を勧める

ひとり歩きのタイプ

①勤勉性：過去の職業としての仕事や家事・育児を行う行動、仕事や役割を求める行動
②帰宅願望性：帰宅欲求に基づく行動
③親密性：実在しない家族、友人、他者との交流を求める行動。スタッフや他患者など目の前に存在する他者との関わりを求める行動
④生理的要因性：排泄や飲食のニーズ、身体的・精神的不快感・感情などにより生じる。清潔や休息のニーズなど、自ら生理的ニーズを満たすための行動
⑤無目的：目的や理由を返答できず自身の行動の意味がわからない場合に生じる
⑥娯楽性：テレビ鑑賞、旅行、運動など生活のなかでの楽しみや趣味を行うための行動
⑦捜索性：紛失したものを探し求める行動
⑧社会性：自発的にゴミ捨てや食事の準備をするなど、社会的のある行動

夕暮れ症候群

夕暮れ時になると落ち着きがなく、認知機能の悪化が見られる状態。日照り時間の短い冬季に多くみられる傾向にある

★症状出現時に出来る評価ポイント

1　入院したばかりで環境になじんでいないか評価する
2　昼間から室内の照明が暗い環境でないか観察する
3　状態変化が起こるのが、いつも午後からか、夕暮れ時か観察を行う

行動の背景となる因子

環境的因子

・夕方
・夕方の介護者の疲労

身体的因子

・睡眠不足

精神的因子

・夕方の人員不足により本人との関わる時間の減少
・不安、孤独、不満

ただちに出来るケア

〇入院環境に慣れるまで、受け持ち看護師が積極的に関わる時間をとり、入室の人数を制限する
〇楽しめる活動やレクリエーションを行う⇒必要であればリハビリ依頼や院内デイ利用を主治医と検討する
〇室内が暗くなる前に、夕方早めに点灯する（特に冬季）できれば 21 時頃まで室内を明るくしておく

帰宅欲求

「帰ります」と繰り返し要求する事を指す
外へ出ていこうとする行動。夕方の時間帯に見られやすい

★症状出現時に出来る評価ポイント
1　出現しやすい時間帯、出現頻度や興奮の程度はどうか？
2　意識状態の変化、日ごろの状態と大きく変化していないか？
3　身体の調子はどうか？便秘や発熱、疼痛はないか？薬剤の影響はないか評価する
4　自分の居る場所が理解できているか？妄想や誤認の有無を確認する

症状出現時の背景因子

環境的因子
・夕方
・職員が入れ替わるなど落ち着きのない雰囲気
・家族との面会が少ない

身体的因子
・便秘等身体的不調
・薬物
・夕暮れ症候群

精神的因子
・妄想あるいは誤認
・居心地の悪さ
・何もすることがない
・不安、恐怖、不満
・孤立

ただちに出来るケア
○帰宅欲求出現時は少人数で対応する⇒患者を囲まない
○身体的不快感を取り除く⇒便秘・痛み・かゆみ・空腹感・頻尿・残尿感の不快感の症状に注目
○しっかり話しを聴き、気持ちに寄り添う⇒制止は興奮につながる事が多いので注意する
○受け持ち看護師が、主として看護支援を行い患者と顔なじみとなる信頼関係を築く
○病室が患者にとって、生活の場になるように見慣れた物の配置と見慣れた人が側にいるように家族の付き添いの協力も得る
○本人の生活リズムに合わせて、リハビリ依頼やデイ利用を図る⇒睡眠・覚醒リズムが崩れている場合
○本人が熱中できることに注意を向けさせ気分転換を図る
○一緒に出掛け、見守る

不眠

著しい苦痛や機能障害を伴う入眠困難、睡眠持続困難（中途覚醒）、あるいは睡眠による疲労回復の困難。

★症状出現時に出来る評価のポイント

1　眠れなくても日常生活に支障がないのか観察を行う
2　身体的苦痛がないか観察を行う（痛み・かゆみ・無呼吸等）
3　内服薬の確認をする

行動の背景となる因子

生理学的因子

・睡眠時無呼吸症候群
・むずむず脚症候群

身体的因子

・循環器疾患、呼吸器疾患、腎疾患
関節疾患など

精神的医学的因子

・認知症、うつ病、統合失調症、アルコール依存症など精神疾患を合併している

薬理学的因子

・カフェイン、ニコチン、アルコールの摂取
・副作用として不眠を起こす可能性のある薬物の服用

心理学的因子

・心配事や考え事、悩み事がある

ただちにできるケア

〇ベッドは睡眠時のみ使用し、ベッド上で生活を（読書、テレビなど）行わない
〇楽しめる活動やレクリエーションを行う⇒主治医と相談しリハビリ依頼や院内デイ利用を検討
〇ベッド周りの環境を改善する（エアコンの使用、音や光の遮断など）
〇入床の１時間前から刺激を避け、トイレに行っておくなど徐々に寝る準備をする

昼夜逆転

睡眠・覚醒のリズムが意図的でなく逆転し、昼に寝て夜起きている状態

★症状出現時に出来る評価ポイント

1　見当識はあるか⇒単なる不眠か、夜間せん妄かどうか評価する、夜間の睡眠状況を確認する
2　環境は適切か⇒騒音の有無、病室の温度調整、照明の確認をする
3　バイタルサイン、外傷の有無などの身体状況、特に疼痛がないか？
4　除去可能なカテーテルやルートはないか評価する

症状出現時の背景因子

環境的因子

・いつもと違う不快な睡眠環境
・夜間の断眠
・日の当たらない生活
・家族との面会が少ない

身体的因子

・痛み、痒み等身体的不調
・夜間せん妄
・昼間の入眠、活動不足

精神的因子

・居心地の悪さ
・不安、恐怖、不満、孤立

薬剤性因子

・向精神薬（抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬）
・抗パーキンソン病薬
・H2 ブロッカー
・抗ヒスタミン薬
・抗アレルギー薬
・ステロイド製剤

ただちに出来るケア

〇夜間の睡眠環境を整える⇒断眠となる要因（頻尿・おむつ交換）の検討をする
〇不快な環境への配慮（寒い、暑い、明るすぎ、うるさい）
〇身体的苦痛への配慮⇒疼痛、痒み等症状の緩和、脱水、食事摂取不足になっていないかの検討
〇不必要なカテーテル、ルート類などの除去を検討する
〇内服薬にて昼夜逆転になっていないか薬剤師に確認依頼する
〇転倒、転落に対する予防策⇒転倒転落アセスメントスコアシートに沿い実施
〇昼間の過ごし方⇒家族・親しい人の付き添い、散歩等
〇昼間に定期的な運動を企画する⇒リハビリ依頼や院内デイサービスを検討

拒食・摂食障害

食事を拒否する行動や、食べる事に無関心となり
食事がとれなくなること

★症状出現時に出来る評価ポイント
1　便秘、吐き気等の消化器症状はないか
2　摂食、摂水中にむせこみはないか
3　失行（箸やスプーンは使えているか？）失認（食べ物だと認識しているか？）はないか
4　重度の意欲低下やうつ症状がないか
5　食事中に眠っていないか

行動の背景となる因子

身体的因子

・便秘等身体的不調
・脳血管障害による症状（嚥下障害・半側空間無視など）
・嗅覚、味覚の低下
・失行（箸、スプーンが使えない）
・眠気、疲労
・薬物（抗認知症薬による食欲減退、胃腸症状など）

環境的因子

・雑音などによる集中の持続困難
・体位の調整不足
・複数の食器
・盛り付けの仕方、食形態

精神的因子

・うつ、幻視
・意欲低下
・食べることに無関心
・食事の時間と理解できない
・失認（食べ物と認識できない）

ただちに出来るケア

〇嚥下障害のある患者には、口腔ケアやＳＴ介入を依頼する
〇栄養士に嗜好調査依頼、NST 介入の必要性を主治医と検討し必要であれば依頼する
〇内服薬のチェックを薬剤師に依頼し、拒食・摂食原因になっていないか確認する
〇半側空間無視があれば、食器を置く位置の工夫や、食器相互の位置を入れ替えてみる
〇消化器症状のアセスメント（便秘・吐き気の有無）の観察を行い、主治医に報告する
〇眠気が強い場合は、昼夜のリズムを観察し必要であればリハビリ依頼し対応する

幻覚

全ての知覚に対して生じ得るため、幻視・幻聴・幻触・幻臭
幻味等様々な幻覚が存在する。

★症状出現時に出来る評価ポイント
1　内服薬の数が多くないか、薬の変更がなかったのか、内服中断していないか確認する
2　幻視が起こるのが、入眠時や起床時に限られていないか観察する
3　不眠が続いていないか、睡眠状況を確認する
4　アルコール依存やレビー小体型認知症の既往が無いか確認する
5　薄暗い部屋や孤独、不安などの環境下ではないか観察をする

行動の背景となる因子

中枢神経系因子

・レビー小体型認知症などの認知症
・中脳幻覚症
・ナルコレプシー
・脳梗塞
・片頭痛
・てんかん
・統合失調症などの精神疾患

身体的因子

・視力障害
（シャルルボネ症候群）
・せん妄

薬剤因子

・内服薬の影響
（抗コリン薬・抗パーキンソン病薬等）
・幻覚を誘発する可能性のある薬剤の影響
（アルコール、睡眠薬。非合法薬剤など）

ただちに出来るケア

〇入眠時や起床時に限られた幻視がある場合、主治医に報告し治療が必要か確認を行う
〇不安や恐怖を誘引するような心理環境因子があれば改善できないか検討する
〇不眠が続き睡眠状況の悪化が要因と考えられる場合、睡眠改善目的で薬剤などの考慮を主治医に依頼する

（6）身体拘束について

＜定義＞
治療・看護・介護上の危険防止のため、車いす・ベッドからの転落予防、点滴などルート類の自己抜去防止のために体幹抑制帯・四肢の抑制・ミトン・安全ベルト・ベッドの 4 点柵などにより体動制限をすること。薬剤による対応も含む。

＜身体拘束禁止の対象となる具体的な行為＞
①ひとり歩きしないように車いすや椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
②転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
③自分で降りられないように、ベッドの柵（サイドレール）で囲む。
④点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
⑤点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
⑥車いすや椅子からずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Ｙ字型抑制帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
⑦立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
⑧脱衣やおむつ外しを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
⑨他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
⑩行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
⑪自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

（厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」2001）

＜適応・解除の基準＞
1）身体拘束の三原則

【切迫性】行動制限を行わない場合、患者の生命または身体が危険にさらされる可能性が高い
（意識障害、説明理解力低下、精神症状に伴う不穏、興奮）

【非代替性】行動制限以外に患者の安全を確保する方法がない
（薬物の使用、病室内環境の工夫では対処不能、継続的な見守りが困難など）

【一時性】行動制限は一時的であること

2）身体拘束をせざるを得ない場合の要件

（1）対象者の生命に及ぼす危険性を評価する
（2）原因を探る：必ず、医師・看護師・チームメンバー間で原因について検討する
（年齢、身体状況、環境、治療の側面）
（3）原因の除去に努める：恐怖を与えないような対応、体動を制限する要因を可能な限り早期に

取り除く。睡眠確保、苦痛症状をコントロール、家族や友人等の面会、気分転換、リラクゼーション、必要時薬剤使用などを行う）

（4）回避・軽減（代替）方法を検討する

・点滴は必要か？　・注射は内服に変更できないか？　・安静度は拡大できないか？
・胃管留置の必要性は？　・病室の移動はできないか？
・尿道カテーテル留置の必要性は？
・生活リズム確立のためのどんなケアができるか？

上記（1）～（4）までの方法を検討しても、状態に改善が望めない場合には身体拘束ガイドラインに沿い、実施する。
必ず、家族への説明および同意を得て実施する。拘束中は必要性とデメリットを常に考えながら行う。患者の身体的・精神的・社会的弊害を最小限にとどめるよう、早期の解除を検討する。

＜身体拘束をせずにケアを行うために～3 つの原則～＞

1　身体拘束を誘発する原因を探り除去する
2　5 つの基本的ケアを徹底する
　①起きる　②食べる　③排泄する　④清潔にする　⑤活動する（アクティビティ）
3　身体拘束廃止をきっかけに「よりよいケア」の実現を目指す

4.　認知症サポートチーム

（1）目的

今後ますます増加することが予想される認知症患者の身体合併症入院が安全に行われるように「認知症サポートチーム」を創設する。

（2）方法

認知症サポートリンクナース、認知症研修を修了した病棟看護師らが中心となって身体合併症のある認知症患者の看護計画を立案する。BPSD やせん妄などで専門的介入が必要と判断された場合、認知症・せん妄サポートチームの介入を依頼する。介入依頼を受け、チームは患者への介入を開始する。

（3）構成チーム・メンバー

認知症サポートチームは下記のメンバーからなる。

構成メンバー

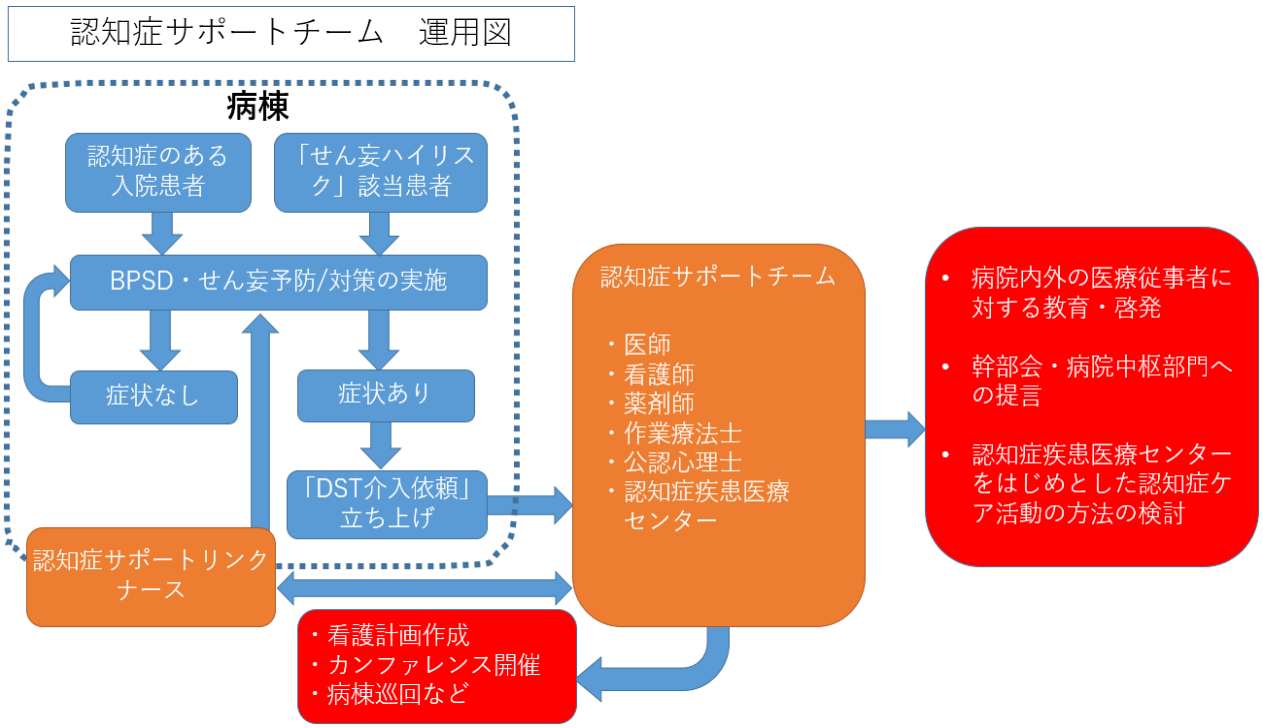
・医師（脳神経内科・精神科）
・看護師
・薬剤師
・作業療法士
・公認心理師
・認知症疾患医療センター（社会福祉士・精神保健福祉士）

（4）運用方法

1）病棟看護師は担当患者が認知症あるいはその疑いのある場合、身体・心理・社会的側面のアセスメントを行い、BPSD およびせん妄出現予防に努めると同時に経時的に観察・記録を行う。
2）病棟看護師では管理できないような 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」
3）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。
4）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
5）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。
6）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。
7）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。

認知症サポートチームの構成と役割

チーム	担当	役割
認知症サポートチーム	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 患者家族指導
	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
	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



5.　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。

・コリンエステラーゼ阻害薬や NMDA 受容体拮抗薬など認知症治療薬をまず考慮する。ただし効果発現に時間がかかるため急性期の入院では現実的に効果は期待しがたい。

・BPSD に対して保険適用のある薬剤はなくオフラベル使用であることに留意する。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、およびパーキンソン病の幻覚に対してリスペリドン（リスパダール）の使用を検討するが保険適用外使用である
を認める通達が出されている。（ただしオランザピン・エビリファイは含まれていない）

・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。
一般に治療効果はあがりにくく副作用は出やすい。
維持量は成人の 1/2 程度とする。
同一処方は最大 2 か月までとする。症状が改善すれば休薬しても再発は少ない。

・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。

・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）、副作用の少ない（逆に効果は乏しい）順に薬剤を列挙した。

① 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
　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

② 不眠・昼夜逆転
　ラメルテオン（ロゼレム）

抑肝散（夕食または就寝前）
睡眠導入剤（ゾピクロン、ブロチゾラムなど）：単独使用ではせん妄発症リスクあり
チアプリド（夕食～就寝前）と併用
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）

③ 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
コリンエステラーゼ阻害薬
NMDA 受容体拮抗薬
抑肝散
非定型抗精神病薬

④ 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
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

	暴行・暴言 易怒・興奮	不眠 昼夜逆転	幻覚	被害妄想
積極的	メマンチン （メマリー）	ラメルテオン （ロゼレム）	ドネペジル （アリセプト） ガランタミン （レミニール） リバスチグミン （リバスタッチ）	メマンチン （メマリー）
	抑肝散	抑肝散	メマリー	抑肝散
	セディール㊙		抑肝散	
	チアプリド （グラマリール）	ゾピクロン ブロチゾラム フルニトラゼパム		チアプリド （グラマリール）
	バルプロ酸	レスリン テトラミド		
	カルバマゼピン			
消極的	非定型抗精神病薬	クエチアピン （セロクエル）	非定型抗精神病薬	非定型抗精神病薬

（3）代表的薬剤の特徴

① 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。

② 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ので日中投与も量を間違えなければあまり問題ない。抗コリン作用も少ない。α1 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であるが、現場での印象としては効果は限定的で翌日に持ち越すことも少なくなく、頓用の使用はお勧めできない。頓用の場合はセレネース注のほうがよいと思う。

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を溶かすとよい。

③ クエチアピン（セロクエル）

特徴：H1 遮断作用とα1 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。1 日中効果を期待するなら 3～4 回投与が必要。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。

④ 抑肝散

AD より DLB に有効な印象がある。
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。

⑤ 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。

⑥ コリンエステラーゼ阻害薬

ドネペジル（アリセプト）

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。長期投与で錐体外路症状がでやすい。
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。副作用が出ても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・ゼリー・ドライシロップと豊富である。
他の 2 剤よりやや安価、ジェネリックもあり経済的に負担が多少少ない。

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り服薬管理がやや困難。
維持量に到達するのに 4 週かかる。
剤型としてほとんど無味の内用液があり、拒薬の場合使用しやすい。

米国では脳血管障害を伴うアルツハイマー病に推奨されている。

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。

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・反面、本人管理はやや難しく・特有の副作用として皮膚症状がある・スキンケアが面倒。

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、立ち上がりが早く 4.5mg でも効果がでるケースがある。

米国や韓国などでは「パーキンソン病に伴う認知症」にも適応がある。

⑦ 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。

⑧ 鎮静作用を有する抗うつ薬

タンドスピロン（セディール）㊙

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。大脳辺縁系に限局する 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・うつの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。

テトラミド

抗ヒスタミン作用も強いため鎮静作用に優れる。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。

リフレックス®

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、H_1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。

⑨ 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。

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

知的機能検査(HDS-R、MMSE)、認知症行動心理症状の評価(NPI、ABS)、高次脳機能評価、せん妄評価、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

<u>離床を進める</u>

・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

<u>身体活動や作業活動を行う</u>

・身体活動量を増やすことで睡眠リズムの修正を図る

・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

<u>環境整備を検討する</u>

・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） 介護保険について

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（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】

〇申請場所：岡崎市役所　介護保険課または各支所/幸田町役場　福祉課

〇申請に必要なもの：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

〇訪問調査：調査員が本人や家族から聞き取り調査などを行う。

〇主治医意見書：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

〇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。

〇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。

〇介護予防・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リ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ることができる。

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ることができる。

介護療養型医療施設（2024 年 3 月までに廃止。現在市内にサービス提供業者なし）

長期の療養を必要とする高齢者のため医療機関の病床で、医療、療養上の管理、看護、医学的管理下での介護、機能訓練などを受けることができる。

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が受けられる。

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周辺症状への対応等についての相談などを行う専門医療機関です。

岡崎市民病院は、愛知県から指定された地域型認知症疾患医療センターです。

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、以下のいずれか又はその両方の取組を行う
　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

（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ります。

（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います。

（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、鑑別診断を行いますが、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きます。

（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ります。

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ます。

（５）かかりつけ医等への研修会の開催

院内においては、専門的な知識・経験を有する医師・看護師の育成に努めていくとともに、地域においては、かかりつけ医の認知症対応力の向上を図るための研修等に取り組みます。

（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います。

（７）認知症に関する情報の収集及び発信

認知症に関する正しい知識をご理解いただくための情報発信を行います。

（８）診断後等支援機能として、以下のいずれか又はその両方の取組を行う

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、認知症疾患医療センターは以下の取組を行えるよう活動を広げています。

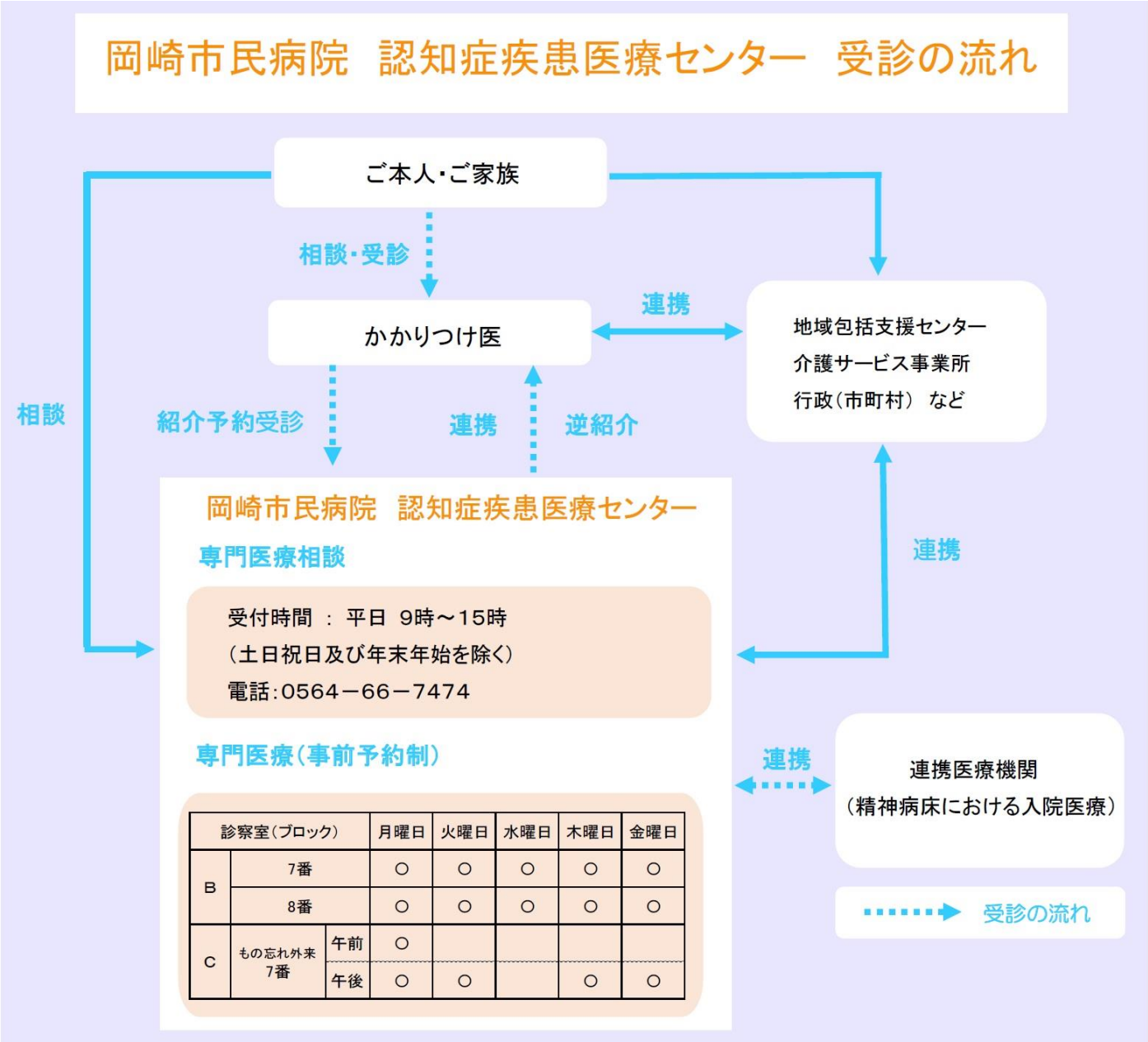
１．診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援

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ます。

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の実施を目指しています。

院内院外との連携



診察室（ブロック）			月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
B	7番		○	○	○	○	○
	8番		○	○	○	○	○
C	もの忘れ外来 7番	午前	○				
		午後	○	○		○	○

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ます。認知機能検査に加え、必要に応じて画像検査、診断を行います。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対応しています。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ます。

院内では、DST（認知症・せん妄サポートチーム）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ます。