

# 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

医療法人 寺尾病院

## 目次

1. 認知症とは	4
2. 認知症のアセスメント	4
(1) 認知症の診断基準	4
(2) 認知症の評価	5
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	5
3. 入院中に問題となる行動とその対応	6
(1) 認知症患者に対する接し方の基本	6
① 認知症の看護と基本姿勢	6
② 医療を受ける認知症高齢者の看護の視点	13
(2) せん妄	18
(3) BPSD (認知症の行動・心理状況) (総論)	15
① BPSD が悪化しにくい環境設備	
② BPSD の悪化予防(せん妄発症予防)	
③ BPSD 発症後の対応	
④ BPSD に対する看護	
(4) BPSD (各論) 症状別対応	24
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	
(5) 身体拘束について	33

4. BPSD（認知症の行動・心理状況）に対する薬物療法	33
(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	
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	
(2) 代表的薬剤の特徴	35
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)	
⑦ NMDA 受容体拮抗薬 メマンチン(メモリー)	
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	
5. 認知症のリハビリテーション	38
(1) 目的	
6. 認知症患者の退院支援	39
7. 認知症ケアチームの設置	39

## <マニュアルの目的>

認知症患者が安心して入院生活を送れるように、認知症ケアについて整理し、症状別の対応と考え方を定める。

## 1. 認知症とは

後天的な脳の器質障害によって、すでに獲得されていた知能が持続的に、また比較的短期間のうちに低下し、日常生活に支障をきたす状態をいう。

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・認知脳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。

入院による環境変化は避けることができません。認知症の人が少しでも穏やかに過ごすことができるための環境づくりをしていくことがとても大切です。

### <主な症状と種類>

	アルツハイマー型	脳血管性	レビー小体型
認知症の比率 (H28厚労省統計)	約68%	約20%	約4%
主な発病年齢	70歳以上	50歳以降、加齢と共に	65歳以上
性別	女性に多い	男性に多い	男性に多い
主な症状	記憶障害 認知機能障害	記憶障害 認知機能障害	記憶障害 認知機能障害 パーキンソン症状
特徴的な症状	見当識障害 物盗られ妄想 徘徊 異食	まだら認知症 感情失禁 自発性低下	幻視 症状の変動(認知機能、 気分、態度などの変動) 睡眠時異常行動(睡眠時 に叫んだり暴れる) 過眠

## 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)

(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

認知症と生理的加齢の物忘れの違い

	加齢	認知症
物忘れの進行具合	進行しない	進行する
物忘れの自覚	ある	ない
判断力	低下しない	低下する
記憶 ①体験について	体験したことの一部を忘れる。 (例：旅行に行ったことは忘れていないが、場所や食べた物を忘れる。) また、ヒントがあれば思い出せる。	体験したことを全体的に忘れる。 (例：旅行に行ったこと自体を忘れる。) ヒントがあっても思い出せない。
②日時について	覚えている (例：今日が何年何月何曜日かわかる)	忘れる (例：今日が何年何月何日何曜日かわからない)
日常生活の行動	特に支障はない	支障がある
感情面	大きな変化はない	感情的になりやすい 意欲の低下が診られる

### 3. 入院中に問題となる行動とその対応

#### (1) 認知症患者に対する接し方の基本

一人一人の認知機能・身体状態・性格・人生歴・周囲との人間関係など個別性をふまえて接する(入院時に家族やケアマネジャーなどから情報を収集する)

自尊心を傷つけないように配慮する、子ども扱いせず年長者として尊重する態度をとる、急かさず相手のペースにあわせる、治療上許容できる範囲で自由はなるべく束縛しない、患者を孤独にさせず、なじみの関係を作る、できることを褒める

常に相手の視点や立場になって理解しようとする姿勢をとる

- ・相手の言葉や行為・行動の意味を深く掘り下げる
- ・その意味・理由をチームで話し合っ考える

#### ◎話をきく

まず相手の話を傾聴する。できるだけきき役に徹して途中で話を遮らない

- ・昔話を傾聴し相手の生活史の情報を得つつ、現実を強化する
- ・幻覚や妄想などに対しても、相手の話をよくきく、同調はしなくてよいが否定や説得はしない

#### ◎話をする

伝えたいことは、ゆっくり・はっきり・やさしく・相手にわかることばで簡潔に伝える、大声で話さない(耳が遠いからという理由があっても大声で話すと威圧的に聞こえる)

- ・いっぺんに多くの内容を含めない
- ・ひとつひとつ理解できたかどのように感じたか確認して次へ進む
- ・ゆっくりしたテンポで3回繰り返す→(1回目)話しかけていることを相手に気づかせる、(2回目)話をきいてもらう、(3回目)話の内容を理解したか確認する相手の視野の正面から、同じ目線で、相手の目をみて話す、後ろから声をかけない音程を低めにトーンをおさえて話す(落ち着いた雰囲気をもたらす)
- ・挨拶は元気に明るく
- ・説得より感情に働きかけ共感的な納得を図る(言葉より表情や態度で示す)

#### ① 認知症の看護と基本姿勢

認知症看護は、認知症の人の生命、生活の質、尊厳を尊重し、認知症の発症から終末期に至る病状管理ならびに療養生活環境を提供する看護実践である。

<認知症高齢者の介護の基本姿勢>

- ・高齢者を受け入れ、理解する  
間違ったことを言っても、むやみに訂正したり、叱ったりしない
- ・自尊心を傷つけない  
人生の先輩として、相手を尊重する態度や言葉を心がける。高齢者の人間的な感情を無視しない
- ・高齢者のニーズやテンポに合わせる
- ・わかりやすく、具体的な話し方をする  
短く、はっきりと、優しく、具体的になじみのある言葉で話しかける

- ・相手の生活歴や生活習慣を尊重し、大きく環境を変えるようなことはしない、不安を与えない
- ・孤独にさせない

### 認知症を正しく理解する～看護の視点～

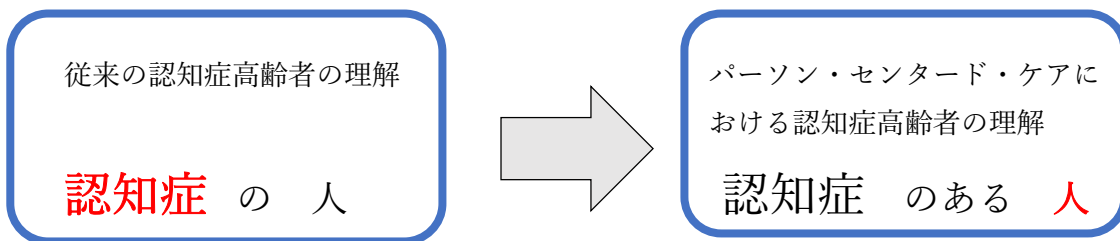
認知症の人を理解するには、認知症の人たち自身の声に耳を傾け、認知症の人たちの言葉と行動にきめ細やかに心を配りながら寄り添い、想像力を働かせ、“その人”と関わりつつ考察することが大切である。認知症を理解する看護の視点をもつことも重要である。認知症の病理や病態を問う事よりも認知症の人が体験している世界を知り、認知症という生活障害をもちながらも懸命に努力している姿があるがままに理解していくことである。

### 『パーソン・センタード・ケア』の理念

認知症であっても一人の人として認められ、尊重されるべきである。

その人の取り巻く人々や社会との関わりを続けることができるように、また、人として受け入れられ尊重されていると実感できるように、共に行っていくケアのことを指す。

この理念を念頭に置き、認知症の人の看護にあたることで、認知症の人および家族へのより良い関わりとなる。理念のみでなく、身体面はもちろん、精神面、社会面の健康を保持できるよう支援が必要である。



#### 1) 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を目を向けて関わるのが重要である。

#### 2) 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。

#### 3) 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)があれば、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。逆に、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。

#### 4) 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。

#### 5) 先入観を捨て、患者の理解しやすいコミュニケーション方法を探り、実践する

- ・聴覚、視覚、認知機能に応じたアプローチを行う
- ・後ろから声をかけることは避け、こちらを認識した後に視線を合わせて話をする
- ・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。予告してから処置やケアを行う
- ・手を握る、やさしく身体に触れるなどタッチングを用いる
- ・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
- ・伝わったか、理解できたか反応を待ちながら会話をすすめる

#### 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

#### 6) なじみのある環境づくり、不安の軽減に努める

- ・家族の面会への協力依頼
- ・なじみの物を身の回りに置く
- ・可能な限り同じ看護師が関わり、なじみの関係を形成する
- ・患者同士のなじみの関係づくり

#### 7) 生活リズムを整える

- ・早期からのリハビリテーションの介入
- ・見当識を補う声かけや環境整備
- ・レクリエーションやアクティビティの実施(院内デイなど)
- ・休息、活動のリズムをつけ昼夜逆転を防ぐ
- ・抗精神病薬や睡眠薬によって過鎮静になっていないか、薬剤の見直しをする

## 8) 認知症高齢者とのコミュニケーション

- ・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。認知症高齢者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、ペースと時間に合わせる必要がある。
- ・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。驚かすことは禁忌である。
- ・看護師の表情の明るさやアイコンタクトなど非言語的コミュニケーションを効果的に使う。
- ・病院に入院していることが理解できない認知症高齢者にとって、看護師は見知らぬ人として認知症高齢者を脅かす可能性があるため、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、その理由を認知症高齢者が理解してから行う必要がある。
- ・表情や動作などから身体的な苦痛をアセスメントし、苦痛があることを十分配慮する。
- ・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。
- ・言葉が出ないときは、急かさず少し時間をとる。適当なところで「〇〇のことですか？」など声をかける
- ・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。

## 9) 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、日々確認や繰り返しを行う必要がある。

### 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。動きた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ねることをまず行う。

### 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。

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 医療を受ける認知症高齢者の看護の視点

医療現場での認知症看護についても理解しておく必要がある。

認知症以外の疾患に対して治療を受ける認知症患者の看護には二重の課題がある。

一つは、治療により疾患の回復を図ること、もう一つは急な環境変化や治療による苦痛などで認知症を悪化させないことである。入院の目的である疾患の治療の知識と合わせて認知症の知識が必要である。

### 1) 認知症高齢者の特徴について、以下の点を理解しておく必要がある

- ・認知症の中核症状である記憶障害やコミュニケーション障害は、認知症の種類、重症度によって様々である。認知症評価尺度および個別の観察、家族の情報を統合して確認する。
- ・急な環境変化は認知症に悪影響を与えるため、予測した対応が重要である。
- ・認知症の人は自覚症状の伝達が困難となるため、治療疾患の知識に基づく観察が重要である。疾病による苦痛や入院に伴う様々なストレスは認知症の人のストレス閾値を進行性に下げてBPSDを引き起こす。そのため、ストレス源となる身体合併症、拘束、ルート類などを最小限にして予防することが重要である。

### 2) 入院中の認知症高齢者の生活を整えるポイント

- ・生活リズム障害に関しては夜間の睡眠だけに着目するのではなく、1日の様子を把握して、日中覚醒して過ごせるようにする。日光を浴びられるように、サーガディアンリズムを整える。
- ・カレンダーや時計など目に付く場所に置き、日時がわかり安心して生活できるようにする。
- ・食事、排泄、睡眠に関する認知症高齢者の生活習慣や価値観を取り入れたケアを確実にを行い、苦痛や不快感を生じないようにする。
- ・入院生活でも、1日1回はほかの人と楽しく交流できる機会をつくるようにする
- ・本人の気持ちを察しながら、大切にされている、安心できると思ってもらえるようなコミュニケーションを心がける

## <認知症状の考え方と対応>

ここで扱う認知症状のケースは、提供するサービスの質を向上させるための支援場面の具体的なポイントとして掲げた。

	認知症状のケース	対 応	考え方
① 物 忘 れ	同じ話を何度も言う	・何度言われても怒らず 何度でも答える	・言ったことを忘れていた ため、毎回初めて言っている
② 徘 徊	落ち着かず意味もなく歩 き回る	・一緒に歩く ・トイレに誘ってみる	・原因を探る。トイレにいつ 行ったか、便秘はないか 観察する

	「家に帰る」と歩き回る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一緒に歩く</li> <li>・なぜ家に帰りたいのか聞く</li> <li>・帰るなら挨拶してから帰ろうと周りの人に挨拶して回る</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1番落ち着ける場所だと考える</li> <li>・目的があるので目的に近い役割を考える</li> </ul>
③ 失禁	汚れた衣類を隠す	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排尿の失敗、隠したことを怒らない</li> <li>・大丈夫と安心する声掛けをしたり、周りに分からないように衣類を交換する</li> <li>・リハパン、パットの仕組みを説明し、使用すると安心できることを伝える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排尿の失敗を恥じている</li> <li>・人に知られることを恐れている</li> </ul>
④ 被害妄想	泥棒呼ばわりする	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他の人に代わってもらい、距離をおく</li> <li>・落ち着いたら師範として何か教えてもらう</li> <li>・関係が一方的でなく「お互い様」と感じられるようにする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護を受けることに心の負担を感じている</li> <li>・関係が一方的かつ限られたものになっている</li> <li>・孤独ではないか</li> </ul>
	何でも人のせいにする	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「ほんととひどい人がいるね」と共感しながら、その人のために何かを行ってあげる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・老化していることを認めたくないため誰かのせいにする</li> </ul>
⑤ 介護拒否	入浴拒否	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「お風呂に入りたいが1人だと寂しいので一緒に入ろう」と誘う</li> <li>・一緒に服を脱ぐ</li> <li>・相性のいい人が対応する</li> <li>・その気になるまで待つ</li> <li>・入りたい時間を聞く</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人間不信になっている</li> <li>・人の世話になることへの心の負担を感じている</li> <li>・服を脱ぐことへの抵抗がある(恥ずかしい)</li> <li>・自分ひとりが裸になることへの抵抗</li> <li>・その気になっていない</li> <li>・相性が悪い</li> </ul>
	オムツ交換の拒否	<ul style="list-style-type: none"> <li>・汚れたら交換するという後始末ケアから食後トイレに行く生理学的排泄ケアにする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・恥ずかしいと感じている</li> <li>・トイレで排尿したいと思っている</li> </ul>
	食事拒否	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お腹が空くまで待つ</li> <li>・好きなものを食べてもらう</li> <li>・食欲が出るよう活動的な1日にする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生きる意欲が減退している</li> <li>・病気の前兆、ストレスを疑う</li> <li>・お腹が空いていない</li> </ul>

⑥ 異食	何でも口に入れてしまう	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口に入れられないものは、目の届かないところに置く</li> <li>・スキンシップをはかる</li> <li>・食べた場合は直ぐに吐き出させる</li> <li>・慌てたり、起こったりしない</li> <li>・一度でも異食したらまた口にすると思い見守る</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・目が見えにくく、耳が聞こえにくいため口で確認しようとしている</li> <li>・空腹な時</li> </ul>
⑦ 弄便(不潔行為)	オムツの中に手を入れる便をかき出す	<ul style="list-style-type: none"> <li>・怒らず知らんふりで素早く対応する</li> <li>・手に付着している時は、優しく「手が汚れていますよ。洗いましょうね」とブラシで爪の中まで洗う</li> <li>・不快な状態にしないよう、朝食後トイレに座って踏ん張る習慣にする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不快だから触ってしまう</li> <li>・不快なものを取り除こうと便に触り、今度はその手が気持ち悪いので、あちこちになすりつける</li> </ul>

⑧ 性的異常行動	女性の身体をさわる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個性だと思って関わる</li> <li>・さらっと交わす</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・もともとの性格</li> <li>・寂しい気持ちの表れ</li> </ul>
	卑猥な言葉を発する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個性の1つだと思って付き合う</li> <li>・適当に話を合わせる</li> <li>・他のものに興味や関心を移す</li> <li>・軽く受け流したり冷やかしたりする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳の障害が原因</li> <li>・老化や脳疾患障害によって大脳の欲求を抑える機能が低下したために、性的欲求が出る</li> </ul>
	局部を露出して歩く	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族に定期的に面会に来てもらうようお願いする</li> <li>・スタッフも家族のような接し方をしよう心がける</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ここがどこで自分が誰なのか不安を感じている</li> <li>・人恋しく性的な形で表れる</li> </ul>
⑨ その他	叩く	<ul style="list-style-type: none"> <li>・叩かれても「痛い」と大きな声で言わない</li> <li>・叩く行為まで興奮させない</li> <li>・叩かせないように避ける</li> <li>・無言で叩かせ抵抗しない</li> <li>・「痛いので叩かないください」と優しく言う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・馬鹿にされたと思っている</li> <li>・自分のことを分かってくれないと抵抗している</li> <li>・うまく伝えられないため叩く行為になる</li> </ul>

	オムツをしているが トイレに行きたいと 訴える	<ul style="list-style-type: none"> <li>・トイレに連れて行く</li> <li>・立位が取れない場合は2人で介助する</li> <li>・オムツをしているからオムツにしてとは言わない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・尿意がある</li> <li>・オムツにたくない</li> <li>・気持ち悪いと感じている</li> </ul>
--	-------------------------------	---	---

## (2)せん妄

脳機能の低下による、急性で、可逆的な、注意障害を伴う状態(意識障害)である。

精神症状の急な出現と動揺・注意障害・混乱した思考・意識水準の変化

夕方<sup>①</sup>に生じる「夕暮れ症候群」、夜間に悪化する「夜間せん妄」の形をとることが多い。

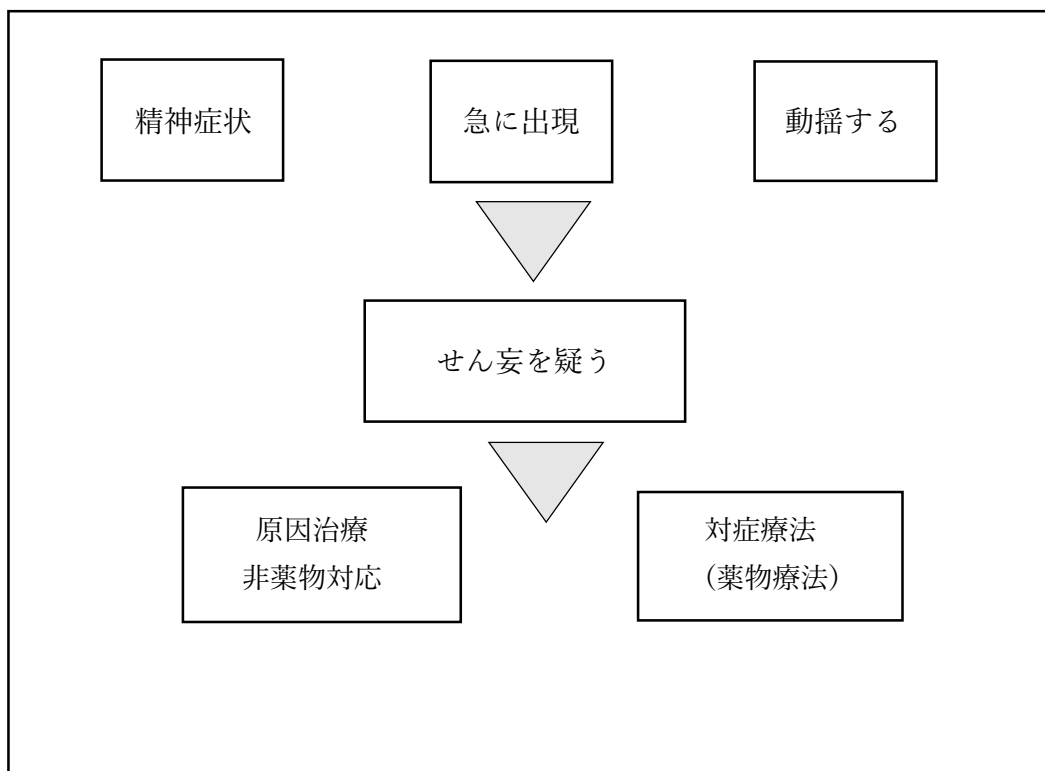
- ・活動過剰型：興奮・ひとり歩き・易怒・不安・幻覚
- ・活動減少型：傾眠・無気力・無表情・注意や集中力の低下

入院後に急に精神症状が出現する場合、ほとんどが「せん妄」である。

- ・65歳以上の患者の約35%が入院後せん妄を発症する。
- ・ICU患者では70%以上となる。
- ・活動減少型を見逃していることが多いので注意。

患者の様子が入院後に急におかしくなったときに「せん妄」を疑うことが重要

- ・落ち着きがなくそわそわしている、点滴などのルートを頻繁に触る、辻褃の合わない会話になる、話のまとまりがない、うとうとしていることが増えた、など



◎ 「せん妄」 診断方法

認知症アセスメントシート

- 70歳以上の入院
- 治療・ケアを進めるうえでの課題の発生  
(転倒、脱水、食事摂取不良、コンプライアンス不良(服薬管理、セルフケア、リハビリ))

STEP0 まずせん妄の確認

- “注意の障害”  
(つじつまが合わない、行動にまとまりがない)
  - 症状の急激な変動
  - 意識障害 または 解体した思考
- はい → **せん妄への対応を開始  
身体要因の検索・治療**
- はい → **今までに「認知症」の診断を受けている**

STEP1 もしかして認知症？

いいえ

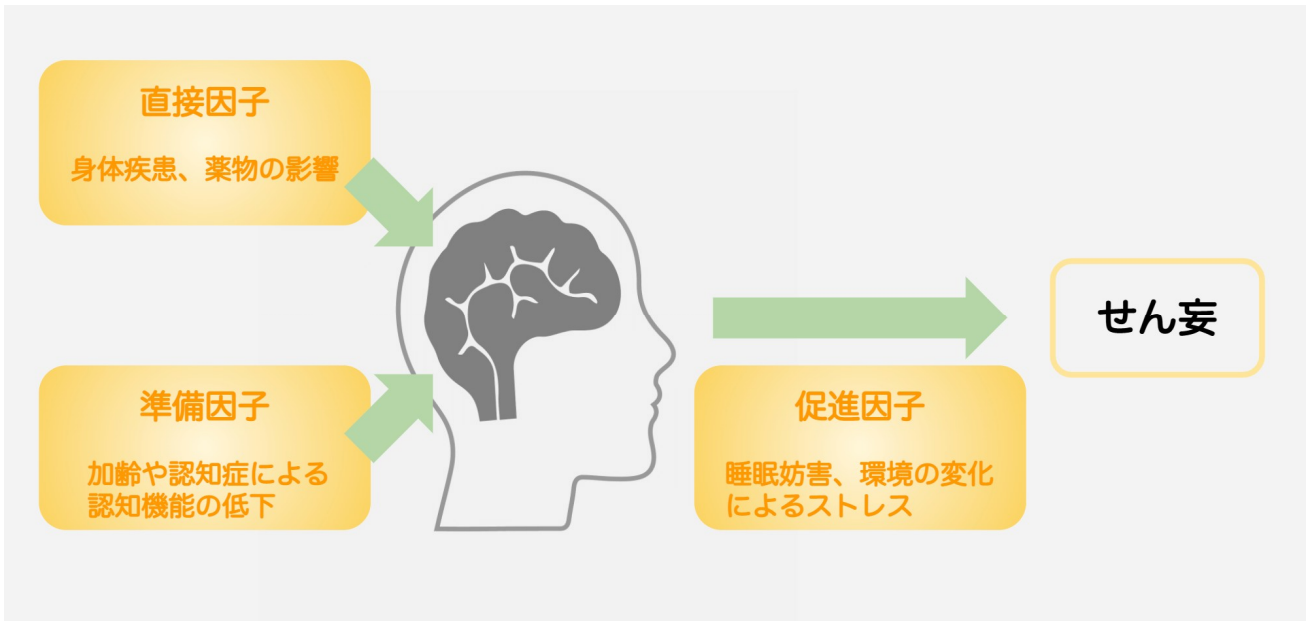
分野	具体的な反応	<input type="checkbox"/> みる	<input type="checkbox"/> はなす	<input type="checkbox"/> (家族に)きく
記憶	物事を忘れてしまう <input type="checkbox"/> 入院している理由、今後の治療のスケジュール <input type="checkbox"/> 入院してからの期間 <input type="checkbox"/> 担当医の説明を覚えていますか？ <input type="checkbox"/> 家族が代わりに答えていないか注意			
複雑性注意	集中して一つの物事に取り組むことができない <input type="checkbox"/> ちょっとした物音で中断する			
実行機能	今まで出来ていたことが出来なくなる <input type="checkbox"/> 家族がいなくて熱が出たらどうするか、詳しく聞いてみよう <input type="checkbox"/> 身だしなみやベッドサイド <input type="checkbox"/> リハビリ、ケア、食事は自主的にできますか？ <input type="checkbox"/> シャワー、リモコン、電話などの道具を使えますか？ <input type="checkbox"/> 買い物は独りでできますか？(買い忘れ、買い間違い、おつりの計算ができない)			
社会的認知	自分の置かれている状況を正しく理解できない <input type="checkbox"/> まわりに様子をつかんだり配慮したりできますか？(場の雰囲気、状況など)			
視空間認知	方向や距離感がつかめない <input type="checkbox"/> 部屋を間違える、ベッドに斜めに寝る			
言語	言葉がうまく使えない <input type="checkbox"/> 代名詞が多い？(あれ、それ)			
IADL確認	薬はしっかりと使っていますか？(飲み間違い・飲み忘れ、頓用の使用) 食事の準備はできますか？ 一人でバスや電車を利用できますか？(切符を買う、乗り換える) 電話をかける、金銭管理、洗濯掃除			

STEP2 身体の苦痛は？

必ず自分の目で確認！全身を見直してみよう

注意したい症状	観察項目
疼痛	<input type="checkbox"/> 痛みの評価(尺度) <input type="checkbox"/> 苦しそうな表情・泣く・叫ぶ <input type="checkbox"/> かばうしぐさ <input type="checkbox"/> 血圧・脈拍の変化、発汗
低栄養・脱水	<input type="checkbox"/> 食事・飲水量を実際に確認 <input type="checkbox"/> 体重変化の確認 <input type="checkbox"/> 口腔のトラブル・嚥下・義歯・かみ合わせ <input type="checkbox"/> 食事の食べ方を実際に観察 (注意がそれる、気が散る、蓋を取らない、ハシが使えない) <input type="checkbox"/> 口唇、舌、腋窩の乾燥、皮膚のハリ
昼夜のリズム (睡眠)	<input type="checkbox"/> 夜はしっかりと眠れているか <input type="checkbox"/> 夜間頻尿 <input type="checkbox"/> 日中の過度な眠気
便秘	<input type="checkbox"/> 排便のリズム(経過表で確認) <input type="checkbox"/> 腹部の張りや圧痛 <input type="checkbox"/> 食事量の減少

◎せん妄発症メカニズム



◎せん妄の原因疾患

①中枢神経系の疾患	②全身性の疾患	③そのほか
<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳血管障害：脳出血，くも膜下出血，脳梗塞など</li> <li>・脳挫傷</li> <li>・脳腫瘍</li> <li>・低酸素脳症</li> <li>・感染症：脳炎，髄膜炎，神経梅毒，HIV 脳症など</li> <li>・てんかん</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・代謝異常：低血糖，高血糖，尿毒症，肝不全，高アンモニア血症，電解質異常，ウェルニッケ（Wernicke）脳症など</li> <li>・循環器・呼吸器の障害：心不全，心筋梗塞，呼吸不全，低酸素血症，ショック，CO<sub>2</sub>ナルコーシスなど</li> <li>・そのほか：甲状腺機能異常などの内分泌疾患，SLE などの膠原病，熱傷，敗血症，悪性腫瘍，手術侵襲，貧血，脱水など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬物の影響</li> <li>・アルコール離脱</li> <li>・がんなどの終末期</li> </ul>

◎せん妄の原因となる薬剤

\*抗コリン作用を有する薬剤

向精神薬
催眠鎮静薬(ベンゾジアゼピン系薬剤*など)、抗痙攣薬(バルビツール酸系薬剤など)、抗うつ薬(特に三環系抗うつ薬*)、リチウム*、抗精神病薬(フェノチアジン系薬剤*)、抗パーキンソン病薬(トリヘキシフェニジル*、ピペリデン*、レボドパ製剤など)
鎮静薬
麻薬性鎮痛薬(モルヒネ*)、非麻薬性鎮痛薬、非ステロイド抗炎症薬：NSAIDs(アスピリン、インドメタシンなど)
抗アレルギー薬
抗ヒスタミン薬(とくに第1世代のヒドロキシジン*、ジフェンヒドラミン*など)
消化器系用薬
鎮痙薬(アトロピン*、スコポラミン*など)、H2ブロッカー(とくにシメチジン*)
制吐薬
ジメンヒドリナート*など
循環器系用薬
抗不整脈薬(ジブピラミド*など)、ジギタリス製剤*、降圧剤( $\beta$ ブロッカー、メチルドパなど)
副腎皮質ステロイド
プレドニゾロン、コルチゾン、デキサメタゾンなど
そのほか
抗菌薬、抗ウイルス薬、筋弛緩薬、抗がん薬、免疫抑制薬、抗喘息薬など

◎せん妄の原因薬剤 (抗コリンリスクスケール)

※当院採用薬太文字

3点(very strong)	2点(strong)	1点(moderate)
アミトリプチリン(トリプタノール)	<b>アマンタジン(シンメトレル)</b>	エンタカボン(コムタン)
<b>アトロピン製剤</b>	オランザピン(ジブレキサ)	<b>クエチアピン(セロクエル)</b>
イミプラミン(トフラニール)	クロザピン(クロザリル)	セレギリン(エフビー)
オキシプチニン(ポラキス)	シメチジン(タガメット)	<b>トラゾドン(レスリン、デジレル)</b>
クロルフェニラミン(ボララミン)	セチリジン(ジルテック)	<b>ハロベリドール(セレネース)</b>
シプロヘプタジン(ペリアクチン)	トリプロリジン(ペネン)	パロキセチン(パキシル)
ジサイクロミン(コランテル)	トルテロジン(デトルシトール)	ブラミベキソール(ビ・シフロール)
ジフェンヒドラミン(レスタミン)	ノルトリプチリン(ノリトレン)	ミルタザピン(リフレックス、レメロン)
スコボライン(ロートエキス)	バクロフェン(ギャバロン)	メトカルバモール(ロパキシン)
チザニジン(テルネリン)	プソイドエフェドリン(ディレグラ配合錠)	<b>メトクロプラミド(プリンペラン)</b>
ヒドロキシジン(アタラックス)	プロクロルペラジン(ノバミン)	ラニチジン(ザンタック)
<b>ヒドロキシジンパモ酸塩(アタラックスP)</b>	<b>ロベラミド(ロベミン)</b>	<b>リスベリドン(リスパダール)</b>
フルフェナジン(フルメジン)	ロタラジン(クラリチン)	<b>レボルバ・カルビドパ(メネシット)</b>
<b>プロメタジン(PL 配合顆粒)</b>		
ベルフェナジン(ピーゼットシー)		
メクリジン(市販のトラベルミン)		

「せん妄」をみたら薬を疑え

## ◎せん妄への対応の流れ

### ○せん妄の予防策を講じる

- ・せん妄を生じやすい鎮静薬を避ける。
- ・1日1回鎮静薬を中断し、患者さんに現実を記憶させる。
- ・夜間の睡眠を促進する。

### 積極的にせん妄を評価する

- ・鎮静薬の量に関係なく変動する鎮静レベルや意識レベルを見定める。
- ・1日1回鎮静薬を中断し、精神状態の変化を評価する。
- ・「静かなせん妄」を見逃さないようにする。

### ○必要に応じてせん妄を治療する

- ・ハロペリドール(セレネース)やクエチアピンを投与する。 ※当院採用薬太文字

## ◎せん妄に使用する向精神薬 ※当院採用薬太文字

### 1. 内服が困難あるいはできない場合

- 1)ハロペリドールの静脈内投与：1-2A ずつ持続点滴に入れるか、50～100mlの生理食塩水で希釈して点滴投与
- 2)リスペリドン内用液、オランザピン・サイディス(用量は「3. 内服可能で興奮を伴わない場合」と同じ)

### 2. 内服可能で興奮を伴う場合

#### 1)抗精神病薬

- ハロペリドール：初期投与量 0.5～2mg
  - リスペリドン：初期投与量 0.5～2mg
  - クエチアピン：初期投与量 25～50mg
  - オランザピン：初期投与量 2.5～5mg
- (効果不十分な場合には同量程度の追加を繰り返す)

#### 2)気分安定薬の併用

- 必要に応じて抗精神病薬に併用
- 初期投与量：バルプロ酸ナトリウム(100～200mg)
- カルバマゼピン(テグレトール)(100～200mg)

### 3. 内服可能で興奮を伴わない場合

- トラゾドン：25～100mg

「せん妄」の治療は、前述の直接因子と誘発因子の除去が重要である。しかし現実にはそれらの同定は困難であることが多く精神運動興奮が強い場合は対症療法が必要となる。せん妄の場合、抗コリン作用を有するものやベンゾジアゼピン系は避けた方がよい(オランザピンは抗コリン作用があるため避けた方がよい)

### (3) BPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) (総論)

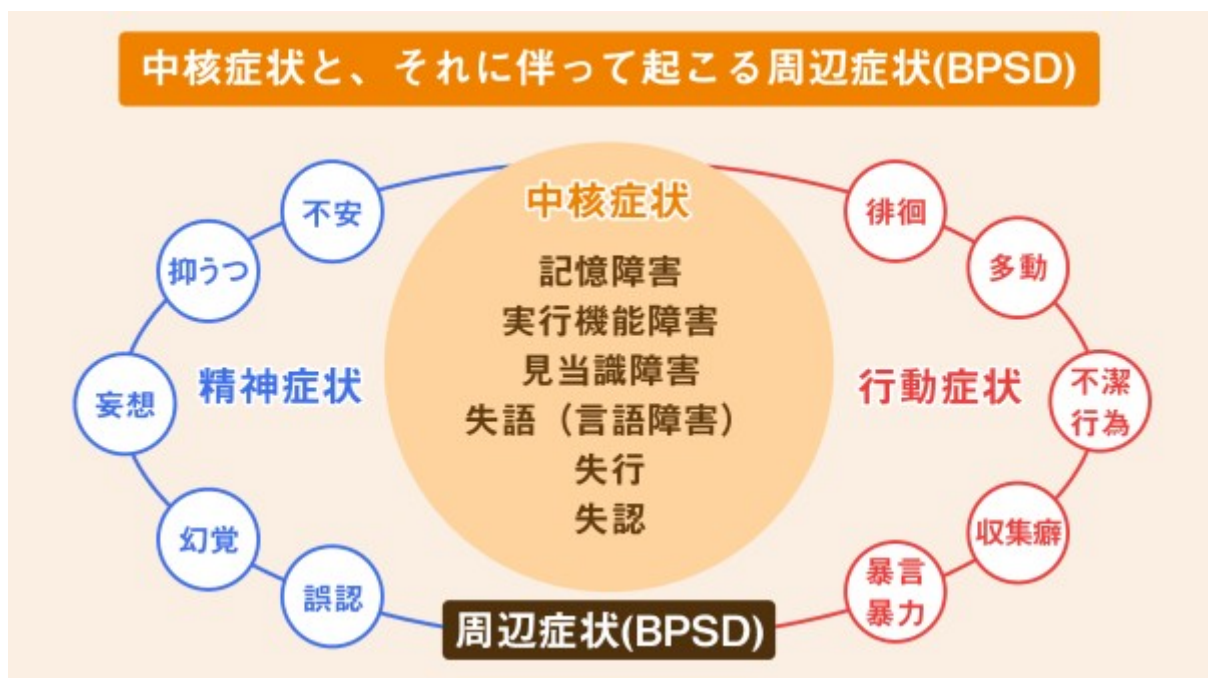
認知症患者の身体的(Bio-)・心理的(Phycho-)、社会的(Social)要因によって、二次的に生じる行動面の症状や精神心理症状をさす。1999年、国際老年精神医学会のコンセンサス会議で、BPSD(認知症に伴う行動と心理症状)という用語が定義された。

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。

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物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合目的な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。

#### ◎BPSDの種類は中核症状と周辺症状の2種類

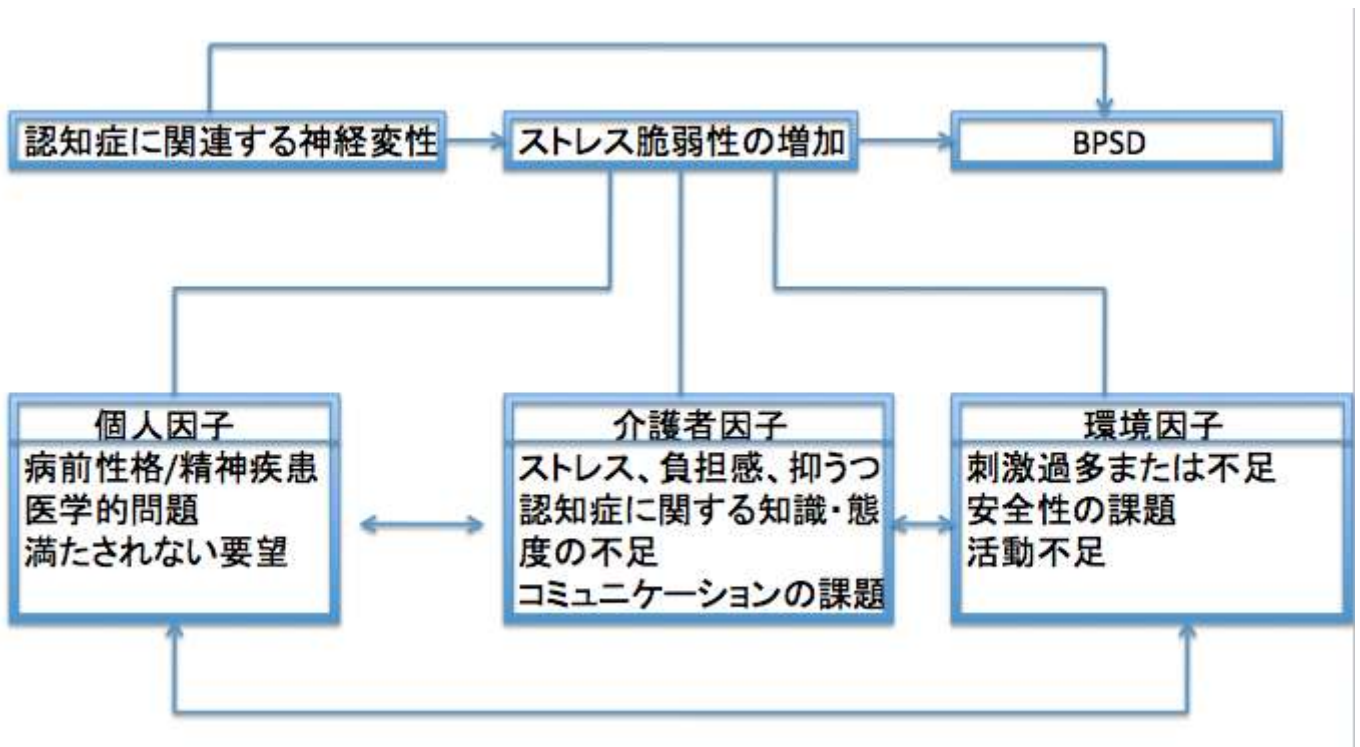


① BPSD(認知症の行動・心理状況) が悪化しにくい環境整備：

→ストレスがなく、一定していて、安心できる(なじみのある)環境

- ・怖い人(怒る人)がいない
- ・自尊心を傷つけられない
- ・何かするにつけて干渉されない(間違いや失敗を訂正されない)
- ・自由に自分のペースで行動できる(急かされない)
- ・なじみの場所である、周囲になじみのもの(昔からあるもの)がある
- ・知っている人がいる
- ・静かで刺激的ではない、いつも一定な環境
- ・痛み・痒み・腹満感などの苦痛がない
- ・自分の存在感を感じることができる(役割がある)
- ・不安がなく、ぐっすり睡眠がとれる

◎BPSD(認知症の行動・心理状況) の Stress threshold model



BPSD が出現する要因として、認知症に関連する神経変性が認知症ストレスで脆弱性に繋がることや個人因子、介護者因子、環境因子が複雑に絡み合うことが指摘されています。

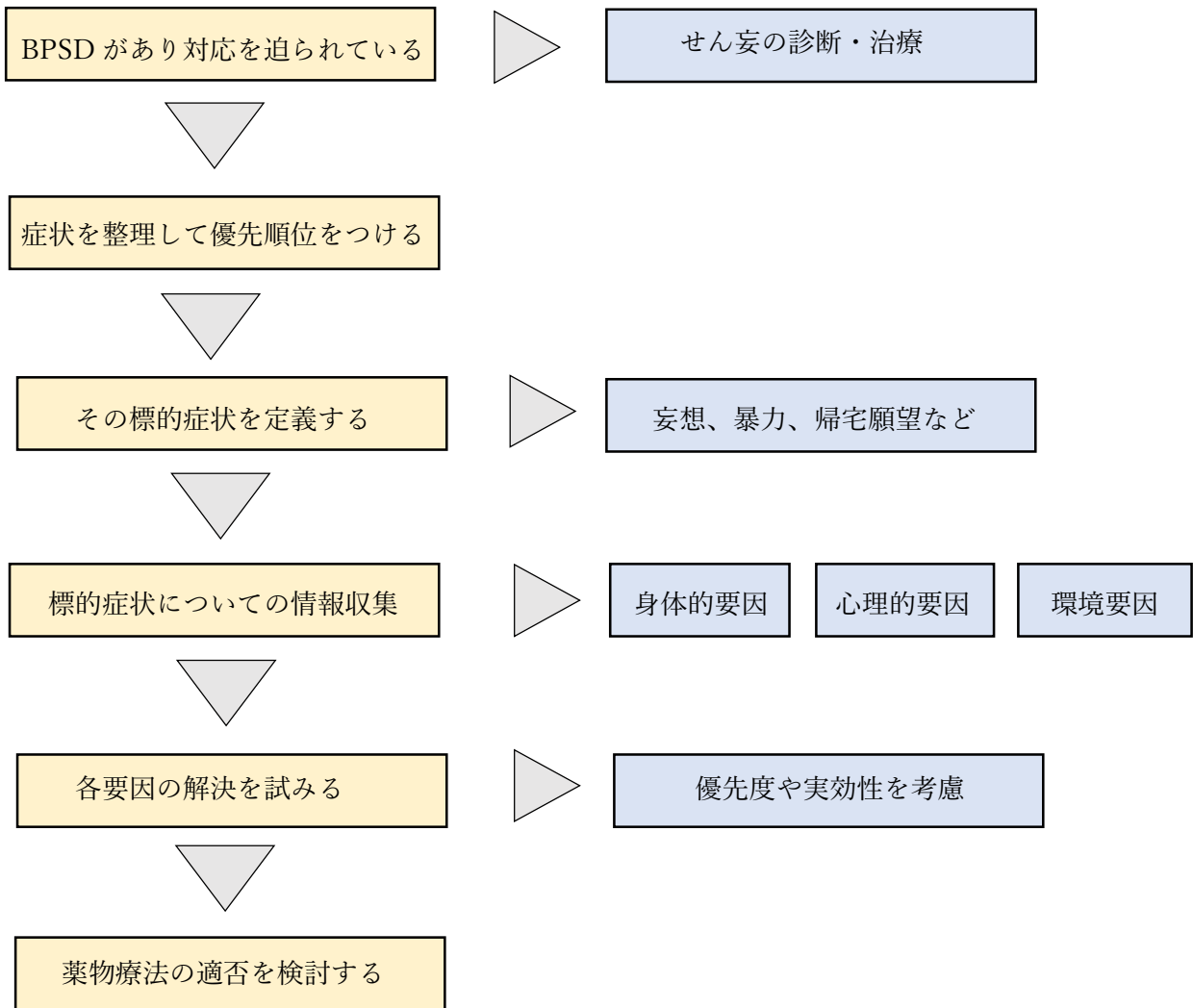
② BPSD（認知症の行動・心理状況）の悪化予防(せん妄発症予防)：

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	不働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

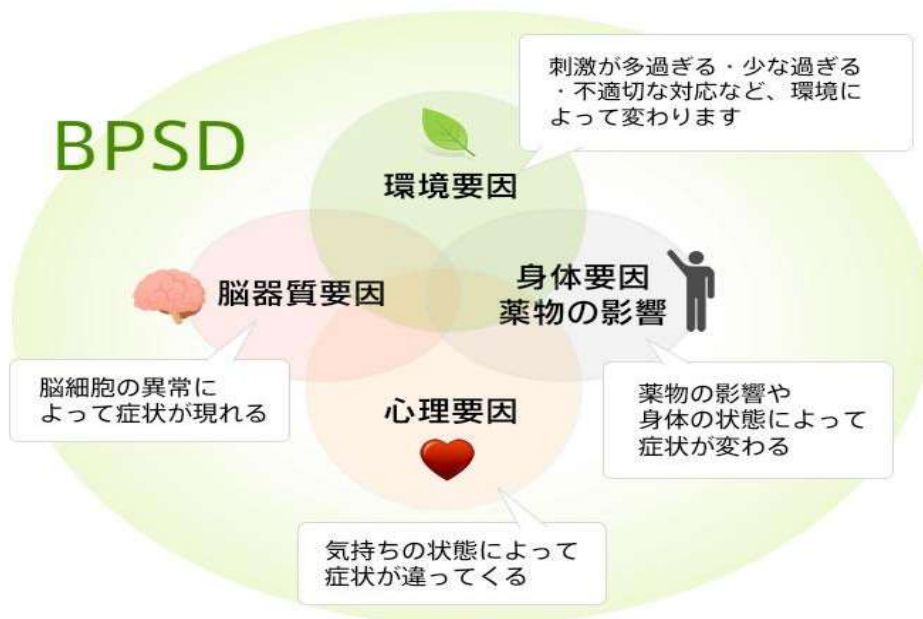
③ BPSD 発症後の対応

- ・ 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放置する**。
- ・ 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)

◎BPSD(認知症の行動・心理状況) 対応フローチャート



◎BPSD の原因・背景



(参考) BPSD (認知症の行動・心理状況) の原因と非薬物的対策の例

	BPSD の原因	対応
個人	状況を理解できないことの <b>不安</b> 、自分の能力や立場が失われていく <b>喪失感</b>	安心を与えるような説明、理解できていることを確認、受容して支えるケア、残存する能力を生かす
医療	BPSD を悪化させる可能性のある <b>薬剤</b>	必要に応じた減量・中止・変更
	身体拘束・脱水・感染・便秘・疼痛・掻痒・発熱などによる「 <b>せん妄</b> 」の併発	せん妄の診断と治療、健康を保ち苦痛を除去する治療
ケア	本人の尊厳を損ねる <b>不適切なケア</b>	介護者の意識向上
	症状を訴えることができない患者への気づきのない介護、人手不足による <b>無視・放置</b>	介護者の観察力の向上、マンパワーの強化
	入院による <b>リロケーションダメージ</b> (トイレへの経路、ベッドの位置、室内の飾り物など自宅との環境変化) <b>雑音や不適切な照明</b>	なじみや居場所づくり、なじみの調度品・家族写真などの持ち込み、もとの環境になるべく近づける 静かに暮らすことのできる環境調節
リハ	<b>日課がない、生きがいのない孤独な生活</b>	会話を増やし、治療上許容できる範囲で不動化を避け身体活動を増やす、ほめてやる気を出させる

(参考) 睡眠についての基本的知識：

入眠困難は交感神経が緊張しノルアドレナリンやドーパミンの機能が亢進する。早朝覚醒はメラトニンやセロトニンの機能が減弱する。

高齢者は睡眠時間が短くなるので**5~6時間熟睡すれば十分**である。長すぎる睡眠は睡眠時間が浅くなるので、かえって質が低下して睡眠不足と同じ状態になる。高齢者の不眠はほとんどが**日中の不活発と早すぎる就寝時間**による。これが改善されずに睡眠薬を使用しても効果がないどころか昼夜逆転の原因となることも少なくない。睡眠は光暴露の量と時期に影響を受ける。**起床時に朝の強い光を浴びると体内時計がリセットされ、その14~16時間後に眠気が生じる**。日中に十分日光に当たるとセロトニンを増加させ昼間の覚醒度を上げる効果も期待される。

睡眠時間に関わらず、**常に同じ時間に起床**するように働きかける。

夜間の睡眠に影響しないように**昼寝は「午後3時まで」に「30分以内」とどめる**。入眠前の強い光は寝付きを悪くする。

身体を温める(適度な暖房や入浴)と入眠時間が短縮される。一度上昇した体温が低くなるときに眠くなる。

15時以降のカフェイン類の摂取は控える(ほうじ茶はよい)

胃腸が活発に動くと睡眠が障害されるので就寝前3時間以内に食事をしない。

#### ④ BPSD（認知症の行動・心理状況）に関する看護

BPSD に対する看護の目標は、認知症の人の身体状態、心理的状态、生活の状態を安全かつ安楽に、またできるだけ QOL が維持できるように生活を援助して、BPSD を軽減することである。第一に必要なことは、BPSD の発現に影響する要因についてアセスメントすることである。

#### BPSD（認知症の行動・心理状況）の看護アセスメントのポイント

- 1 問題となる行動が、本当に認知症に関連する BPSD かどうか、まずアセスメントする  
認知症の人の問題となる行動がすべて BPSD とは限らない。既往疾患の悪化、習慣の違い、場所移動、周りの人の対応に対する反応、加齢変化によるものなど認知症でない人でも生じる通常の反応・行動かもしれないと考えてみる
- 2 その行動は、どのように生活上の問題になっているかをアセスメントする  
家族、他患者にとって問題か、本人の QOL が低下する問題化、規則が守れないなど病院側の問題なのか、援助者の捉え方の問題なのかなどを把握する。周囲が変わればよいのか、認知症の人に直接介入する必要があるのかを判断する
- 3 BPSD の改善や悪化予防を目的としたアプローチについては、多様な選択肢を挙げアセスメントから決定する  
身体的・心理的・生活的アプローチ、家族やケアスタッフへのアプローチ、服薬など治療的アプローチの中で最も効果的と考えるアプローチから開始する
- 4 アプローチしたときの反応をアセスメントする  
BPSD が起こる原因は 1 つではないことが多い。認知症の人にアプローチを行うと、それぞれの影響因子が相互に作用しあうため 1 つのアプローチをしたときの反応が BPSD の改善や悪化予防のためのアセスメントの情報と考えて捉える
- 5 認知症の進行を踏まえた予防的視点でアセスメントする  
初期から中期に BPSD が多くなっていくという進行の状態を踏まえ、影響因子について定期的にチェックし、予防的視点でアセスメントをするシステムをもつ

(4) BPSD（認知症の行動・心理状況）＜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
- ・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
- ・意思疎通の困難さ
- ・うつ 幻覚妄想
- ・不眠 不機嫌

ただちに出来るケア

- 対象となっている人の安全を図り応援を呼ぶ
- 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
- 話を傾聴し注意を向ける
- 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
- 家族に付き添いの協力も必要であれば依頼する
- 医師の指示にて薬剤使用を行う
- 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

### ★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
- ・過度の依存症
- ・病前性格
- ・抗精神病薬の使用

### ただちにできるケア

- 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
- 疼痛などの身体疾患による苦痛への配慮
- 個室などへの転室
- 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
- 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

### ★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、特に疼痛部位が無いか確認する
- 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

### ただちにできるケア

- 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
- 不快な環境である可能性の配慮をする⇒暑い、寒い、明るすぎる、うるさい
- 離院、離棟予防⇒センサーの使用、衣服に氏名記載
- 疼痛など身体疾患による苦痛の可能性の配慮
- 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
- しばらく一緒に歩く
- 可能なら親しい人、家族の付き添いの協力を得る
- 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

- ② 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
- ③ 帰宅願望性：帰宅欲求に基づく行動
- ④ 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
- ⑤ 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
- ⑥ 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
- ⑦ 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
- ⑧ 探索性：紛失したものを探し求める行動
- ⑨ 社会性：自発的にごみ捨てや食事の準備をするなど、社会性のある行動

## 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期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  
本人と関わる時間の減少
- ・不安、孤独、不満

### ただちに出来るケア

- 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
- 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活動を主治医と相談する
- 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着目
- しっかり話を聴き、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となるように、見慣れた物の配置と見慣れた人がそばにいるように  
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

#### 精神的因子

- ・心配事や考え事、悩み事がある

### ただちに出来るケア

- ベッドは睡眠時のみ使用し、ベッド上で生活を行わない(読書、テレビなど)
- 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を検討
- 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)
- 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

- 夜間の睡眠環境を整える⇒断眠となる要因(頻尿・オムツ交換)の検討をする
- 不快な環境への配慮(寒い、暑い、明るすぎ、うるさい)
- 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
- 不必要なカテーテル、ルート類などの除去を検討する
- 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
- 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
- 昼間の過ごし方⇒家族、親しい人の付き添い、散歩等
- 昼間に定期的な運動を企画する⇒リハビリ依頼を検討

## ★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

- ・便秘的身体的不調
- ・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

- 嚥下障害のある患者には、口腔ケアや ST 介入を依頼する
- 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
- 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
- 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
- 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、主治医に相談する
- 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、睡眠状況を観察する
- 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

- 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
- 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
- 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

## (5) 身体抑制マニュアル

「医療法人寺尾会寺尾病院 身体拘束最小化のための指針」 参照

### 4. BPSD（認知症の行動・心理状況）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用に注意。
- ・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、器質的大脑疾患によるせん妄・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こと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時間を原則とする。  
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。  
標的症を明確にして、それに対して最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。  
一般に治療効果は上がりやす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。
- ・厚生労働省のガイドラインを参考にする。

#### (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、プロチゾラムなど)：単独使用ではせん妄リスクあり

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) レバスチグミン (リバルタッチ)	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 プロチゾラム 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

## (2) 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。 $\alpha 1$  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(GFR10~30L/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。

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  $\alpha 1$  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比較的弱い。

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)を等価換算すると、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出やすい。

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。

##### ガラントミン(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型認知症に推奨されている。

### 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もつ(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切れてしまう。

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、立ち上がり早く 4.5mg でも効果が出るケースがある。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・せん妄が起こることもある。

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<sub>1A</sub> 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・抗うつ作用が得られる。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、抑うつに有利とされる。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<sub>2A/2C</sub> 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<sub>2A/2C</sub>受容体拮抗作用による鎮静・睡眠作用が強いので熟睡感が得られる。悪夢による覚醒やレム睡眠量を減少させる。不安・焦燥・うつの睡眠障害に作用する。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。

### 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<sub>1</sub>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・睡眠・過鎮静に注意。初回は0.5錠(7.5mg)から開始した方が安全。

## 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。

## 5. 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(HDR-R、MMSE)、認知症行動心理症状の評価(NPI、ABS)、高次脳機能障害、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

#### 離床を進める

- ・昼夜逆転の修正を図る  
個別対応を行い、身体拘束介助時間を確保する  
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
- ・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

## 6. 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。

※入院中、定期的に退院支援カンファレンスを多職種で実施しチーム医療で対応していく  
介護保険調整にあたっては、主にソーシャルワーカーが対応する。

## 7. 認知症ケアチームの設置

認知症のある患者が安心安全な入院生活を送れるよう、また、退院後も適切な療養環境に移行できるよう、認知症ケアチームを設置し定期的に話し合いを行う。

なお、本チームは「身体拘束最小化チーム」と合同とする。

※「医療法人寺尾会寺尾病院 身体拘束最小化のための指針」参照

### (1)開催

定期開催：月1回（毎月 第1 水曜日 15時～）

当日は会議後に院内ラウンドを実施する

### (2)構成員

診療部(医師)、リハビリ部、看護部、事務部(地域医療連携室)

部長会が指名し、院長が任命する。

(3) 活動内容

認知症患者の症例検討と安心安全な入院生活に向けた取り組み検討

認知症ケアの質向上のため、職員への研修を継続的に行う。

認知症患者の割合を把握し実態に応じた適切なケアの提供と質の向上を図る。

2023年6月 作成

2025年8月 一部改訂

2026年4月 一部改訂