

ようなどころに取り付け、ドアと同じ色のものにするなど工夫をしましょう。また外出を思いとどませるような貼紙をしましょう。センサーを使うのも効果的です。

- *連絡先がわかるように、衣類の上着の襟裏などに連絡先を記入したり、定期入れ・財布などに連絡先を書いたメモを入れておくようにしましょう。

⑥常同行動

前頭側頭型痴呆（ピック病）では同じ時間に、同じコースを、同じパターンで徘徊するという特徴的な徘徊のパターンをとる時があります。このように同じ行動を繰り返すことを常同行動と言います。

【対応法】

- *ピック病の徘徊は、アルツハイマー型痴呆の徘徊とは違い、歩くコースや時間が決まっています。いつ、どこへ行くのか、どの位時間がかかるのか、途中で危険な箇所はないか、途中どのような行動をとるのか、誰かと出会うことでコースが変わらないか、などを観察します。そしていつも全く同じであれば、そのコースの近くの人達の理解と協力が得られるようにしておくことが大切です。常同行動は制止することが困難で、制止したり自分が希望しないことを勧めると拒否し、怒り出すこともあります。そのためパターンが決まってしまう前に、介護者が良いパターンを作るべく誘導しておくことも大切です。悪いパターンができてしまった時には、新しいパターンに変えるきっかけに旅行、入院などの環境変化を利用するとするとうまくいくことがあります。しかし、どのように関わっても、行動を修正することが困難なことがあり、その場合は、その行動の周りへの影響、問題を最小限にするために周囲の環境を整えることが重要です。

⑦自発性の低下

自発性とは、意志や欲求に基づいた行動を自ら発動させることをいいます。自発性が低下しても家族や他人に対し直接に影響を与えることはありませんが、活動しないことにより不眠や昼夜逆転をおこしたり、筋力が衰え寝たきりになるなど、新たな問題を引き起こす原因となります。

【対応法】

- *身体的に異常がないことを確認した上で、活動性を高めるようにします。
- *規則正しい生活をしましょう。日課表を作るのも一つのアイデアです。
- *「おいしいお菓子があるから来て」と、食べ物で誘ってみましょう。
- *一度の誘いだけではうまくいかなくても、繰り返しかえし続けることが大切です。誘

うだけでなく一緒に行動しましょう。また、人が替わって勧めるとすんなり受け入れることもあります。患者は最初は渋々という感じですが、繰り返し誘ううちに徐々に容易に行動にうつすことができるようになります。さらに行動が活発になった時点で患者と相談して日課表を作り、それに沿って働きかけると自ら行動するようになることもあります。

*患者のペースで無理のないものから徐々に活動を増やしていきましょう。一度にたくさん行わずに、少しずつ一日何回も行うことが有効です（少量頻回の原則）。

*デイサービスなどを利用すると、人との関わりが増えます。

⑧不眠・昼夜逆転

老人の睡眠は、寝つきが悪く、眠りが浅くなって目覚めやすいのが特徴です。周囲の環境変化に弱く、それまでの生活と条件が異なることが不眠の原因になったりします。また、昼夜の区別がつかなくなったり、日中活動せず午睡の時間が多くなったりすると昼夜逆転現象を生じ、夜眠らず動きまわり介護者に大きな介護負担を与えることとなります。

【対応法】

*生活のリズムをつけるように、昼間は散歩に出かけたり、自分のできる仕事をしてもらったりするなど活動性を維持しましょう。デイケアなどに行かせるのも一つの方法です。自宅では日中、横にならないようにさせましょう。

*昼夜逆転には午前中の日光浴が効果があります。

*寝室の温度、寝具や寝間着を調節し、快い就寝環境を整えましょう。

*寝つきが悪い時には、ホットミルクなど温かい飲み物を少し勧め、血液の循環をよくすると良いでしょう。足浴やマッサージも効果があります。

*寝つくまで安心感を与えるために、そばにいるのも良い方法です。

*睡眠パターンには個人差があるため、その人のパターンを観察し、適切な生活リズムを整えましょう。

*眠らないことは家族にとっても大変なことです。一日ぐらい眠らなくても大丈夫です。安全に注意をして様子を観察することが大切です。

*どうしても眠れない場合は、かかりつけの医師に相談しましょう。

⑨不安・帰宅要求

痴呆患者では現在の状況を適切に把握することが困難になるため不安が生じやすい状態にあります。特に旅行や入院など環境が変化した時などに不安を感じやすくなり

ます。不安には心配、恐怖、切迫感、緊張などがあり、落ちつきなく動く、些細なこと
で驚く、冷や汗をかく、動悸や息苦しさを訴えるといった症状を示します。さらに
安心の場を求めて「家に帰りたい」と訴えたりします。これを「帰宅要求」と言い、
場所の見当識障害のため、他人の家にいると思っている場合には、自宅にいても生じ
ます。夕方周囲が薄暗くなる頃に強くなることが多いです。

【対応法】

*現在の状況を優しくゆっくりと説明しましょう。説明するとより混乱するときには、

それ以上説明せず、そばにいて安心させる言葉を繰り返しかけましょう。

*見当識障害や妄想が背景にある場合には相手の状況にあわせて演技することも大切
です。たとえば自宅にいるのに「家に帰る」と言いだしたら「何言ってるの、ここ
が家よ」などと言わずに「もう暗いし、夕食の支度もしましたので今日は泊まって
いって下さい」など言うとうまくいくことがあります。

*夕暮れ時の不安、混乱は、外が真っ暗になるとおさまります。夕食のひと時を一
緒にすごせるような配慮をしましょう。

(2) 日常生活活動 (ADL)

ADL には、基本的な身の回り活動 (トイレや食事、着替、入浴など) と、より高度
な手段的日常生活活動 (金銭管理、服薬管理、買い物、電話、料理など) の 2 種類が
あり、痴呆症では、後者の方が早期から障害されます。痴呆症における ADL の障害は、
認知機能の低下により生じるため、身体的に行えなくなるのではなく、監視や頻回の
指示が必要になるのが特徴です。

① 食事

痴呆患者は、記憶力や判断力の低下にともない、自分ではバランスよく適切な量の
食事を摂取できなくなります。そのために体調を崩しやすくなります。そして体調の
悪化が痴呆症状の悪化につながってしまう場合も少なくありません。痴呆症では、食
べたばかりなのに食べたことを忘れてまた食べる、同じ物ばかり食べる、食物でない
物を食べる、食べようとする意欲がなくなる、食べることを拒否する、食事中に食べ
ることに集中できずに時間がかかる、食事をかき込むように食べるなどの食行動の異
常が生じます。

1) 過食

記憶障害により食べたことを忘れる、不安や欲求不満のあらわれとして食への執着

が強くなる、「満腹中枢」が障害される、など種々の原因により生じます。

【対応法】

- * 食器を小さな物にしおかわりに応じる、食事を小分けにして食事回数を増やす、ゆっくり時間をかけてよく噛んで食べるように指導するなど、食事を工夫しましょう。
- * 食事の支度中であることや、次の食事時間を説明しましょう。
- * 食べ終わった後の食器をすぐに片付けないようにしましょう。
- * 間食が必要な時にはカロリーが低いこんにやくやゼリーなどにしましょう。
- * 冷蔵庫には鍵をかけ、身近に食べ物を置かないようにしましょう。
- * 散歩や簡単な仕事などで気を紛らわせましょう。
- * 体重測定をし、体重増加がないかチェックしましょう。

2) 異食

食べ物以外の物を食べ物と認識して口にすることを異食と言います。側頭葉とよばれる脳部位の障害により生じるほか、認知障害により食べ物を食べ物と認識できなくなったり、味覚や嗅覚の低下が原因となって生じたりします。

【対応法】

- * 異食のパターンを観察し、洗剤や歯磨き粉など異食の危険のある物を目の届くところに置かないようにしましょう。
- * 異物が口の中にあればあわてず、速やかに取り出し、誤嚥の有無を確かめましょう（誤嚥の項参照）。

3) 食事態度の変化

痴呆患者は食事中でも容易に注意がそれ、食べることに集中できず時間がかかることがあります。また食べる行為そのものがわからない、食べ方がわからないなどのために食事をとらないこともあります。また抑制のきかない行動（脱抑的行動）では食事をかき込んで食べることもあります。特に嚥下障害のある患者では誤嚥の可能性が高くなり危険です。

【対応法】

- * 食べることに集中できない場合は、テレビを消したり食卓や周囲に注意散漫の原因になるような物を置かないようにしましょう。
- * 食べ物を全部一緒に混ぜるなど食べ物で遊んでしまう時は、家族と同じ大きな皿にもらず、患者のものは別に盛りましょう。

- * 食べ物を一気に食べてしまう場合は、少しずつ分けて出してあげましょう。
- * 食事の途中で適切な指示をしましょう。
- * 食べ物をこぼす、周囲を汚す場合は、エプロンを掛けてみましょう。
- * 箸やスプーンが使えず手づかみで食べようとする場合は、指でつかめるおにぎり、寿司、サンドイッチなどを用意して食べやすいように工夫しましょう。
- * 自分の物を食べずに他人の物を食べる時は皿の配置を換えてみましょう。視線が向くところに食べ物を置くとうまくいくことがあります。

②排泄

1) 失禁・不潔行為

失禁は便、尿が出ることがわからない、風呂や廊下をトイレと思いこむ、トイレの場所がわからず捜し回ったり、トイレで衣類を脱ぐのに時間がかかるために間に合わないなどにより生じます。自尊心や恥ずかしさの感情は、痴呆症がかなり進んでも残っていますので、他人に介入されることを嫌がり、自分で何とかしようとして、汚れた下着を隠したり、始末しようとして床や壁を汚したりする不潔行為につながることもあります。

【対応法】

- * 効果的な誘導を行うためにはタイミングが大切です。排泄パターンを観察し誘導時間を決めたり、便意や尿意の徴候をとらえることが重要です。落ち着きがなくなる、徘徊が始まるなど急に行動が変わった時などにトイレに誘導してみましょう。
- * 誘導を嫌がる場合には介護者がトイレに行く時に一緒に誘うと良いでしょう。また、どこに行くのかを告げずに「こちらに来ていただけますか」と誘導し、トイレの前でついでのように「トイレに行きませんか」と勧めてみるのも良いでしょう。
- * 失敗を叱らないようにしましょう。失敗した時は、入浴時などに患者が気がつかないようにさりげなく処理しましょう。
- * 夜間にだけ失敗する時は就寝前に排尿をきちんとさせ、夕方以降は塩分や水分の摂取を控えましょう。また身体を冷やさないように衣類や寝具に配慮しましょう。
- * トイレ動作ができない時には、ゼスチャーで伝えるとうまくいくことがあります。
- * 衣類を工夫しましょう。スカートを汚しやすい場合にはズボンに、ズボンの上げ下げがしにくい場合には、ウエストがゴムになったズボンが良いでしょう。
- * できないところだけを介助し、できるところは可能な限り自分でしてもらいましょう。介護者が全てを介助すると、自分でできなくなってしまうことがあります。失禁パット、失禁パンツ、オムツパンツなどは必要に応じて使用しましょう。

- * トイレの場所がわからない場合には、見やすい文字で「便所」と貼紙をしたり目印をしたりしましょう。またトイレのドアを開放し、明るくしておくのも良いでしょう。
- * トイレと思いこんで玄関・廊下・部屋の隅、風呂場などで排尿・排便をする場合にはその場所にポータブルトイレやトイレ代わりのバケツを置くと良いでしょう。
- * トイレまで間に合わない場合には、ポータブルトイレを身近に置くと良いでしょう。
- * 失禁は尿路感染症などの内科的疾患が原因となつていることもあります。急に失禁が始まったり、悪化したり、発熱を伴っていたりする場合には医師の診察を受けましょう。

2)便秘

高齢者では運動不足もあり、腸の蠕動運動が低下しがちです。また食事量の減少や消化のよい物ばかり食ふことなども影響して便秘が生じやすくなります。痴呆患者では便秘を自ら訴えることが少なく、食事量も変わらない場合も多いため介護者に気付かれにくいことがあります。

【対応法】

- * 患者に聞いてもはっきりしないことが多いので、頻回にトイレに通ったり、いつになく不機嫌で怒りっぽくなったりしたときには、便秘に注意して観察しましょう。腹部の張り具合も観察しましょう。
- * 食事の工夫が一番ですが、お腹のマッサージも効果的です。
- * 早朝の冷たい飲み物も効果的です。
- * 適度な運動も効果があります。
- * 朝や食後など毎日決まった時間にトイレに誘導しゆっくり排泄できるように配慮しましょう。
- * 頑固な便秘には下剤の使用が必要な場合もあるので、医師の診察を受けましょう。下剤使用時には下痢の有無を下着を交換する時にチェックしましょう。

③清潔

整容に無頓着になったり清潔動作ができなくなったり清潔にする方法が理解できなくなったりすることにより十分に清潔を維持することができなくなります。

【対応法】

- * 何ができて何ができなくなっているのか観察を十分にし、できないところを手助けしましょう。耳、爪の手入れ、趾間なども注意が必要です。声かけ、洗う部位を指

さず、触れて示すなどなるべく自分で洗えるように誘導しましょう。

- * 汚れた下着と新しい下着などの区別ができない時は、患者が入浴している間に取り替えておきましょう。
- * 洗面は洗面所に誘導し、手を先に洗ってから顔を洗うように介助しましょう。これは手を先に洗うと自然に次は顔を洗う動作に移りやすいためです。
- * 食事の後は水やお茶をたっぷり飲んで口腔内の残渣物を取り除きましょう。
- * うがいはなかなかむずかしい動作です。飲み込んでしまう場合は歯磨き粉は使わないようにしましょう。「ブクブクして」と言いながら一緒におこなってみましょう。
- * 義歯は合っていないと口腔内を傷つけたり咀嚼に障害をおよぼしたりするため、口の中を十分観察して痛みの訴えや、発赤、びらん、潰瘍などがあれば歯科医を受診しましょう。食事の時しばしば義歯を外してしまう行動がある時は要注意です。
- * 洗面、歯磨き、義歯の手入れなどの清潔の維持は日課に入れて、決まった時に決まった場所でするようにしましょう。

④衣服、着替え、身だしなみ

整容に無頓着になる、億劫になる、理解力・判断力が低下する、動作ができなくなるなどにより、身だしなみを整えることができなくなります。着る順序がわからない（下着を上着の上に着る、パジャマの上に服を着る）、衣類の選択ができない（冬物、夏物など）、ファスナーやボタンかけなどの複雑な動作ができない、きちんとした髪型や化粧ができないなどの問題が起こってきます。

【対応法】

- * 介護者が患者の衣服や身だしなみに関心を持ち、なぜできないのか、動作がどの程度できるか、どのような介助が必要かなどを観察し考えましょう。
- * 自分でできるように着脱しやすい服を選びましょう。
- * 介護のしやすさのみを優先した衣服選びをせずに、患者の主張を十分に聞きましょう。常識を押しつけるのではなく患者の気持ちに添った介入をしましょう。
- * 順番に服を並べたり介護者が一枚ずつ手渡すことで自分で着ることができるようになる場合もあります。

⑤食事・服薬・入浴などの拒否

痴呆症患者はいろいろなことを拒否することがあります。食事や服薬、入浴を拒否したり、時には介護者をも拒否することがあります。拒否には大抵理由があるものですが、痴呆患者はその理由をうまく表現することができないため、その対応は難しく

なります。よく患者を観察して拒否の理由を推測し、患者の思いに添うようにできると拒否は軽減します。

1) 食事の拒否

食事を拒否する理由としては、口内炎や義歯が合わないなどの口腔中のトラブル、環境変化によるストレス、気になることがあるため、何らかへの抗議、抵抗の表現としてなどがあります。またうつ、被毒妄想、幻覚などの精神症状、感染症や消化器疾患、便秘、腹痛などの内科的疾患や症状によることもあります。一回くらいの拒否は心配ないのですが、何度も続くと体力の低下につながるおそれがあります。

【対応法】

- * 食べない理由や原因を考えましょう。コミュニケーションに問題があり、意志疎通が困難な場合には、特に介護者が心身の状態を観察する必要があります。
- * 食事の時間をずらしてみましよう。
- * 患者の好きな食べ物を準備してみましよう。
- * 食べやすい形、大きさにしてみましよう。
- * 皿の配置を換えたり、患者の視線が向くところに置いたりしてみましよう。
- * 食事中に気が散る患者に対しては声かけは最小限にしましよう。
- * 体重の減少がないかチェックしましよう。

2) 入浴の拒否

入浴を拒否する理由としては、裸になるのが不安、何をするのも億劫、脱いだ服を盗まれないかと気になる、身体障害のために入浴動作そのものができない、入浴すること自体が理解できないなどがあります。入浴の拒否が続くと不潔になり、皮膚病や感染症などの原因になります。

【対応法】

- * 気分の良い時をみて、誘いましよう。
- * 「温泉に入らましよう」、「一緒に入らましよう。」、「〇〇があるのでお風呂に入っておきましよう」など誘い方を工夫しましよう。
- * 散歩の後で「汗をかいているからお湯をかぶるだけでも」と勧めてみましよう。
- * 違う人に勧めてもらいましよう。
- * 入浴のあとに楽しみを用意してあげましよう（例えばビールを飲むなど）。
- * 入れない日は次に入る日を約束しカレンダーに書きとめ、その日には「今日はお風呂の日ですよ、さあ入らましよう。」と勧めてみましよう。

- *入浴するということが理解できない人には、何も告げずに風呂場に誘導するとうまくいく場合があります。
- *長期にわたって入浴していない時には少し無理をしてでも入浴させた方が良い場合があります。入浴前には強く抵抗した患者でも一旦入ってしまうと、入浴後に「気持ちよかった」と言うことが多いようです。
- *どうしても家では入浴できない場合は、デイサービスの入浴サービスや訪問入浴サービスなどを利用しましょう。
- *一旦風呂にはいると、風呂から出るのを拒否することもあります。このような場合は、患者と一緒に風呂に入ったり、気をひくような言葉をかけ（御飯ですよ）たり、風呂の栓を抜いてお湯を空にして浴槽から出るよう促したりしてみましょう。

3)服薬の拒否

内服を拒否する理由としては、自分が病気であると自覚がないことや被毒妄想などの精神症状によるものなどが考えられます。無理に勧めても吐き出したりします。なぜ拒薬するのか原因を知って対応することが大切です。

【対応法】

- *「血圧が高いので下げる薬です」、「ビタミン剤です」など納得しやすいような説明をしてみましょう。
- *患者の飲みやすい形状にするのも良いでしょう。粉薬はオブラートに包んだり、カプセルに入れたりすると飲み易くなります。
- *周囲の人が薬を飲んでいることを示すと服薬することもあります。
- *拒否が強い場合には、食事の後に好きな食べ物や口当たりの良い食べ物、デザートなどに薬を混ぜて飲ませることが必要になる場合もあります。食事のはじめに勧めたり、食事全体に混ぜたりすると拒食につながるのを避けましょう。いずれにしても食物に混ぜるのは最終手段です。
- *どうしても拒薬する場合には最も大切な薬のみを服薬させましょう。
- *物忘れのために罹患している病気を忘れてしまった患者には憶えている他の病気の薬として服用させましょう。例えば、1年前の心筋梗塞の出来事は忘れていたためこの薬を拒否する場合には、現在治療のために通っている歯科の薬として服用させるなど。

⑥事故の予防と対策

痴呆患者は、口ではわかったようなことを言っているにもかかわらず、常識では考

えられないような事故を起こします。患者の行動の全てが危険につながると言っても過言ではありません。そこで安全な環境づくりが必要となります。

1) 転倒・転落

【対応法】

- * 段差をなくす、床に滑りどめを塗る、クッション性のあるカーペットを敷くなどの室内環境を整備しましょう。
- * 視力障害のある場合は床の色が一部変わっているだけでまたいだり、飛び越えようとしたりするため床の色は同じものにする方がよいでしょう。
- * 起きあがりにはベッドが楽ですが同時に転落の危険があります。長年畳の生活をしてきた患者では、畳と勘違いしてベッドの上で立ち上がり転落することがあります。場合によっては畳のままのほうが良いこともあります。ベッドを使用する時はベッド柵を使用するか、ベッドを壁につけて置きましょう。
- * 滑りどめのついた靴下や踵の高くない靴など履き物を工夫しましょう。

2) 火の不始末

【対応法】

- * お鍋などを火にかけて忘れてしまうことがあります。火の使用は介護者と共に行いましょう。一人では使用できないように元栓を締めるなどの工夫をしましょう。
- * 寝たばこやたばこの火の消し忘れがある時は介護者がたばこを管理しましょう。たばこを欲しがればその都度渡し、吸い終わるのを確認しましょう。火のついたまま、ごみ箱に吸いがらを捨てるようなら金属製のごみ箱にしましょう。
- * 暖房器具はセラミックヒーター、調理器具は電磁調理器など、安全な器具を使用しましょう。
- * 火災報知器やガス漏れ探知機を備えましょう。
- * マッチやろうそくなどの引火物は目に付かないところにしまっておきましょう。

3) 誤嚥

痴呆患者ではうまく飲み込めず、喉に食べ物を詰まらせる場合があります。

【対応法】

- * 食べやすい形状を工夫しましょう。飲み物でむせる時は、片栗粉でとろみをつけるが良いでしょう。
- * 食べ物が喉につかえてしまった時には、前かがみにさせ、背中を強く叩きます。そ

れでもつかえていれば、指でかき出します。指で取れない時には吸引器が必要です。家庭では掃除機を吸引器の代用として使います。つかえがなくなった場合でも、呼吸時にぜいぜいと雑音を発するようであれば医師の診察を受けましょう。

4) 自傷

【対応法】

*痴呆症患者は自分の体を自分で傷つけてしまうことがあります。ハサミ、ナイフ、包丁、カミソリなどは目の触れないところにしまっておきましょう。

6. 痴呆疾患のためのクリニカルパス

(1) 兵庫県立高齢者脳機能研究センターでの診療の流れ

①外来診療

初診時、患者および同伴の家族から主訴を聴取します。その後、主として患者の家族から病歴を聴取します。この時、患者さんに「これから、ご家族は本人さんが思っていることと違うことを話すかもしれませんが、少しの間我慢して聞いて下さい。後でご本人さんからもお話をお伺いしますから。」と患者さんに一言断ってから病歴聴取をおこないます。あるいは患者を別室に移動させてから病歴聴取を開始するなどの手配をします。このような患者への配慮をしておいた方がその後の診察がうまく運ぶからです。病歴聴取と並行して、あるいはその後に、患者およびその家族から、利き手、教育歴、既往歴（高血圧症、糖尿病、高脂血症、脳血管障害は特に）、家族歴（痴呆疾患、脳血管障害、精神疾患、神経疾患は特に）、現在服用している薬剤、家族構成と同居家族などの情報を聴取します。その後、患者に MMSE を施行しつつ、おおまかな認知機能障害の程度とパターンを把握します。MMSE 終了後、さらに詳しく検討すべき認知機能があればそのための診察をおこないます。その後、神経学的診察を行います。以上の所見から診断および鑑別診断の見当をつけ、MRI、脳波、ADAS を予約します。せん妄などが疑われ血液検査が必要な場合にはこれらの検査も施行し1回目の診察は終了となります。この1回目の診察時に入院精査が望まれると思われた患者については、この時に2回目の診察時に入院精査のお願いをするかもしれないので、その場合はどう返答するか家族、患者で検討しておいてくださいと家族に話しておきます。入院精査が家族の諸事情で絶対に不可能でかつ、疾患名は未定でも痴呆の診断がほぼ確実な場合には、介護保険の制度について説明をし、介護保険制度下の要介護度の認定審査の申請をしておくよう家族に指示します。また認知機能や精神機能に影響をおよぼすおそれがあり、かつ中止が可能な薬剤については、この時から入院までの間中止

活用することの必要性及び重要性、そして可能なら近隣の協力を得て介護に取り組むことが大切であると伝える。

- 5) 身近な相談窓口相談していくことを勧める。上記 4) に関連して、家族（介護者）だけで抱え込まず、専門職をはじめ様々な人・物に相談をかけていくことが必要であることを告げる。
- 6) 介護者の介護に関する力量を計る。介護者（家族）の介護に関する力量が不足していると判断した時は、他の家族と相談したり、地元の関係機関に連絡をとり、フォローを依頼する。この際、家族（介護者）に連絡を入れる旨了解をとるようにする。
- 7) 今後、家族（介護者）が必要な時に再び相談体制がとれることを伝える。

保健相談は痴呆患者の家族の様々な悩みや現状を知る機会になります。これらの中で特に我々医療者が知っておくべきことだと思われることを以下に列挙します。

- 1) 家族（介護者）に痴呆症に対する誤解、偏見等があり、近所の人に知られたくないという気持ちがある。これは高齢者、若年者に限らず認められる。また近隣でデイケアやデイサービスを活用している人はなく、送迎車を利用すれば世間体が気になるので、家族で送迎したいという気持ちを持つ介護者も多い。
- 2) 家族の病態理解が不十分であることがほとんどである。例えば、物忘れがあるのは以前から気がついてきたが年齢のせいと思っていた、自分の親に限って痴呆症になるとは思わなかった、リストラや身内の死、土地問題のトラブル、無趣味等が引き金となって痴呆症となったと思っている、入院により痴呆症が治る、あるいはもっと早い時期に受診していれば治っていたと思っている、などである。しかし中には病態理解が良い家族（介護者）もあり的確な対応ができている事例もある。近隣や生活上関連のある施設等に患者の事情を説明し、理解を得る努力をしたり、患者にも上手に関わっている。
- 4) 経済的な問題が生じている。特に若年発症の男性痴呆症患者の場合、職を失うことにもつながり、経済的な問題が生じやすい。
- 5) 痴呆症に対する続柄による受けとめ方の大雑把な傾向は、血縁関係にある介護者（実子など）は熱心であり上手に関わっている反面、葛藤も大きく、落込む傾向も強い。これに対して、血縁関係がない介護者（子の配偶者など）は、淡々としていることが多い印象を受ける。
- 6) 介護支援制度の活用に対する意識については、介護保険制度の活用については、病状がもっと進行してからでよいと考えている介護者が多い。
- 7) 患者の介護者あるいは介護介助者となる患者の子供間で在宅の介護体制の確立につ

にもよりますが、入院前におこなわれることが多いです。

②リハビリテーション科医師の診察と保健相談

リハビリテーション科医師はNeuropsychiatric Inventory (NPI)日本語版を用いて、家族からの情報を元に患者の入院前の精神症状を評価します。NPIは、妄想、幻覚、興奮、うつ・不快、不安、多幸、無為・無関心、脱抑制、易刺激性・不安定性、異常行動についてその重症度3段階、頻度を4段階で評価する評価スケールです。さらにリハビリテーション科医師は入院前の日常生活活動を日常生活活動評価表に従って評価します。これは排泄、摂食、更衣、整容、洗面、歯磨き・入れ歯洗い、入浴、移動、電話をかける行為、買い物等、食事の準備、掃除、布団の管理、食事の後片付け、洗濯、火気の取り扱い、スイッチ類の取り扱い、金銭の管理の18項目について患者の家族の情報を元に評価するものです。

保健相談では保健婦が、別紙のカルテ（図1、2）に従って情報を聴取します。特に患者とは別世帯者も含めた家族構成とそれぞれの職業、勤務時間およびその他の拘束時間についての情報は詳細に聴取します。またこれまでに受けたことのある介護サービスやその施設名などの情報も聴取します。これらの情報は患者の介護計画を立てる上で重要だからです。さらに家族の今後の介護方針についてもおおまかに聞いておきます。また主介護者の有無およびその氏名と患者との関係、この主介護者を助ける介護介助者の有無とその氏名と患者との関係も重要です。さらにこれらの介護者の患者の病態に対する理解の程度の把握も重要です。

保健婦はまた現在の介護制度や介護サービスについてその概要を説明します。さらに兵庫県下で介護サービスをおこなっている施設などの一覧表を家族に手渡します。

保健相談時の保健婦の留意事項について以下に列举します。

- 1)被相談者に相談の目的（家族（介護者）と話し合う内容の確認）・所要時間・秘密厳守について伝える。
- 2)相談しやすい雰囲気をはぐける。家族（介護者）の不安や緊張をほぐし、考えや思いを表出しやすくし、事例の問題・課題に対応する。
- 3)家族（介護者）の精神的側面に着目する。家族（介護者）の患者の疾患の受容の状況を把握し、困難な場合は、適宜保健相談を別途計画したり、自助グループ（家族会）を紹介する等受容への支援を行う。
- 4)家族（介護者）の患者への対応の基本を把握するとともに、介護のあり方について話し合う。家族（介護者）の対応を否定せず、一旦は受け入れつつ、的確な対応を説明する。また、家族間で協力して介護することが重要であり、様々な社会資源を

しておくよう指示します。

2回目の診察はMRI、脳波、ADASなどの検査の結果が出た時点に行います。診察時にはまず、その後の経過についての情報を患者とその家族から聴取します。そして、MRI、脳波、ADASなどの結果から追加すべき診察があればそれを行います。その後、診察と検査の結果、さらに診断、重症度などについて説明するのですが、痴呆疾患の確率が高い場合には患者は血圧測定などの名目で別室に移っていただき、家族に対してのみ説明を行います。その後、患者に対して結果の説明を行います。患者に対してはどの程度の説明をおこなうかは患者の病態、診断、重症度によります。患者に疾患名を告知することはほとんどありません。そして、入院精査が必要な場合には入院精査を依頼します。入院精査が必要と我々が考える主たる患者の種類は、(1) 外来診察、検査だけでは診断が確定できなかった患者（認知機能障害が軽度であるため痴呆と判断できなかった患者も含む）、(2) 痴呆疾患である確率が高い、あるいは痴呆と診断できたが独居などの理由で、今後の介護体制について充分検討する必要がある患者、(3) 精神症状や問題行動のため家庭での対応が困難な患者（ただし、あまりにこれらの症状が強く、当センターでの対応が困難な場合には専門の単科精神病院などに紹介します）です。主治医の入院依頼に対して、多くの患者は拒否的態度をとります。また患者の家族に即座に入院の必要性を理解していただけるわけではありません。このような家族には、「患者は痴呆疾患が強く疑われること。痴呆疾患の多くは根治が期待できないが、治療による改善が期待できる疾患もあること。たとえ、根治が望めない疾患であっても、疾患や重症度に応じた治療や対応法によって患者の予後が改善すること。またこのような根治が望めない疾患に対しては特に適切な介護体制をとることが重要で、これによって患者の予後が改善するとともに介護者の介護負担が軽減し、介護者の生活を守ることになることなどを告げます。以上のような適切な対応法を決定するためにも入院精査による診断の確定、重症度の判定、残存機能と障害機能の分離を行うことが必要であることを説明します。当センターでの入院生活は、日常生活に近い生活を病棟内で患者に模擬的に行っていただき、その中で生じる生活上の不都合を観察することも目的の一つであることもつけ加えます。また外来診察の限られた時間では困難な、患者の疾患およびその重症度と家族構成や家族の生活状況などで規定される介護力に応じた介護体制の構築について検討することも重要な目的であることも説明します。入院するか否かの決断は患者ではなく家族が下すよう指導します。患者は病識の障害のために入院の必要性がわからず正しい判断ができなくなっているからです。入院予約時にはリハビリテーション科医師の診察と保健相談の予約もいれていただきます。リハビリテーション科医師の診察と保健相談は入院予約待ち患者数

いての意志統一できないことがある。子供が複数いても、介護についての話し合いの場を持つことすら困難であったり、療養の方向性が異なっており、専門職が加わっての十分な家族間の話し合いが必要な事例がある。

③入院精査

入院日の午前中に患者は必ず患者の状態を良く知っている家族などとともに来院していただきます。主治医（外来主治医と病棟主治医は必ずしも同じではない）は再度、主訴、病歴を患者および家族から聴取します。また入院精査によりもしも痴呆疾患と確定し、介護が必要となったときに、在宅介護か施設入所による介護のどちらを希望するかもこの時に聞いておきます。また介護保険の利用が望まれると主治医が判断した患者でまだ申請をしていない患者については、家族に介護保険制度下の要介護度の認定審査の申請をするよう指示します。家族には入院期間はだまかには1カ月半で、入院の前半は診断確定と重症度判定、障害機能と残存機能の分離などのために診察、検査が行われること、そして3～4週間後の診察、検査結果がおおむねでそろった頃に、家族にこれらの結果を説明するとともにこれに基づいた今後の治療法や対応法について検討すること、そしてその後の入院期間には治療を実際におこなったり介護体制を整えていただいたりするという計画であることを説明します。

入院当日には病棟婦長による患者の家族に対する入院時オリエンテーションもおこないます。これは主として以下の9項目についてです。

1)入院の目的について再度確認します。

- ・精査による診断の確定。
- ・精神症状・行動異常のコントロール。
- ・認知機能障害の程度・日常生活活動の障害の程度の判定。
- ・家族の疾患理解を深める。
- ・退院後の生活設計・介護法・福祉サービスの選択等を熟慮する機会とする。

2)入院継続が不可能と判定される場合があることを説明します。

- ・入院環境不適應による混乱・症状の悪化が顕著である場合。
- ・帰宅要求が強く入院精査への納得が得られない、あるいは無断離院がある場合。
- ・妄想・せん妄等の症状により他患者との共同生活が非常に困難である場合。また自傷他害がある場合。
- ・身体障害があるにもかかわらず、身体障害に対する病識がなく安全管理が困難である場合。

3) 2の状態により患者1人では入院継続が困難である場合で、家族が入院継続を希望する場合、家族の付き添い等の協力が必要であることを説明します。また個室での入院継続を考慮する場合もあることも説明します。

4) 転倒・転落による受傷の可能性について説明します。

医療スタッフが注意をしても、加齢による身体的変化、入院という環境変化による混乱、見当識障害等の認知機能障害により転倒による受傷が起こりうることをあらかじめ告げます。

5) 面会は頻回にさせていただくようお願いします。

- ・患者の精神安定のため。
- ・患者の状態を家族に理解させていただくため。
- ・そして適切な介護方法について家族に学んでいただくため。特に入院後の一週間は頻回な面会が望ましい。

6) 可能であれば検査のない週末に毎週外泊していただくよう依頼します。

- ・患者の精神的安定を図るため。
- ・患者の気分転換を図るため。
- ・家族と疎遠にならないため。
- ・患者が社会的行事などに参加するため。
- ・家庭での役割（家事・農作業等）を果たすため。
- ・自宅が退院後に新しい環境とならないため。

7) 入院によるメリットについて説明します。

- ・正確な診断、重症度判定、障害の種類と程度の判定により、適切な治療を行うことができる。また正しい介護法が構築できる。これらのことにより患者の予後が改善し家族の生活が守られる。
- ・規則正しい生活のリズムが身につくようになる。
- ・他患者や医療スタッフによる肯定的な対応による心の安定が得られるとともに、引きこもりがちな痴呆患者に人とのかわりによる刺激等が得られる。これらによって妄想、うつなどの精神症状が改善するとともに発動性の低下が軽減する可能性がある。

8) 離院時の対応について説明します。

- ・兵庫県立高齢者脳機能研究センター附属病院は、閉鎖病棟ではなく一般病棟であるため、患者が入院状況を理解できず離院し行方不明になる可能性がある。行方不明時には病院のスタッフも捜索するが、家族が警察に捜索願いを依頼する。

9) 現金・貴重品の所持について説明します。

- ・原則、現金および貴重品は入院中は患者に持たせない。紛失しても病院では責任はとれないこと了解していただく。
- ・患者の症状等への対応のために家族の希望があれば、これらの所持を許可する場合があるが、その場合でも紛失については責任は負えない（財布などについてはその写真をとっておき、誰の財布かわからなくなった場合に備えます）。

兵庫脳研センターでは患者保護のためにいくつかの対策をとっています。まず、転倒した場合の骨折や打撲を最小限にするために、病室の床にはクッション性の素材を使用しています。しかしこの素材は車椅子の往来が頻回となる廊下では使用できないため廊下には通常の床素材を使用しています。また運動障害、特に転倒の恐れが強いにもかかわらず自分の障害を認識しておらず障害がないかのごとく振る舞う患者に対しては、マット状の離床防止センサーをベッドのそばに敷きます。これにより患者がベッドから降りようと足をセンサーに乗せた時点でナースコールが鳴り看護スタッフが対応できます。また離院行為を防ぐために入院患者全員に離院防止センサーつきの名札をつけてもらいます。これは病院の全出入り口の離院防止センサーに対応しており、もしも患者が病院外へ出ようとした場合には非常ベルが鳴るようになっています。さらに離院および離棟行為の恐れが強い患者に対しては、お守り袋に入った離棟防止センサーをつけていただきます。心臓の検査のために終始つけておいてくださいと言うと理解が得られやすいです。このセンサーは病棟の出入口（エレベーターと階段出入口）のセンサーに対応しており、患者がこれらに近ずいた場合にはブザーが鳴るようになっています。また離院してしまい捜索が必要となった場合のために入院時に患者の顔写真を撮影させていただくことにしています。

入院後の診察、検査は、入院後早い時期に外来と同様 MMSE を再度施行します。その後、適宜、失語症、失行症、失認症、右半球症状、前頭葉症状などの神経心理学的症状について診察、神経学的診察、身体的診察を行います。また入院翌日に心電図、胸部レントゲン、血液・尿検査を行います。神経心理学的にさらに詳細に検討する必要

がある患者については記憶検査として Wechsler Memory Scale-Revised (WMS-R)、知能検査として Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (WAIS-R)、言語機能検査として Western aphasia battery (WAB)、視覚認知および視覚性記憶検査として Rey - Osterrieth Complex Figure Test (ROCFT) などの検査を施行します。また日常生活健忘の様態を知るために日本版リバーミード行動記憶検査 (RBMT: Rivermead Behavioral Memory Test) を施行します。また看護スタッフによる病棟内生活における認知機能および日常生活活動の状態についての評価が入院後 1 週間毎日おこなわれます。以上の認知機能、日常生活活動、精神症状、神経学的所見などの評価は可能な限り、これらに影響をおよぼす恐れのある薬物の投与なしに行います。特に抗不安薬、睡眠薬も含め向精神病薬については中止が望まれます。これらの薬剤は日常生活状況からは一見影響がないように見えても認知機能や日常の生活活動に微妙な影響を与えている恐れがあるためです。また低血糖、高血糖、電解質異常、高アンモニア血症など注意機能に影響をおよぼしうる身体異常も可能な限り治療してから、これらの認知機能や日常生活活動、精神症状の評価を施行します。これもこれらの評価をより正確なものにするためです。

主として入院後 1 週間に重点的におこなわれる看護スタッフによる病棟生活上の認知機能、問題行動、精神症状の評価は図 3 のシートを用いておこなわれます。これは日勤、準夜、深夜それぞれの勤務時間帯に 1 日 3 回おこなわれます。認知機能障害については規定されている 13 項目について○、×で評価します。一方、問題行動と精神症状についてはその患者で認められる項目をあげて、それについて認知機能障害と同様に評価します。日常生活活動についてはリハビリテーション科医師が評価に用いた日常生活活動評価表の項目の中で入院生活中でも評価可能な項目について評価します (図 4)。排泄、摂食、更衣、整容、洗面、屋内歩行、意思の伝達、情報の理解についてはそれぞれの勤務帯に 1 日 3 回評価をおこないます。入浴、歯磨き・入れ歯洗いについてはその行動がおこなわれる時間帯だけに評価します。排泄、摂食、更衣、整容、入浴、歯磨き・入れ歯洗い、入浴についての日常生活活動の評価時に重要なポイントはそれぞれ表 3～8 に示します。またその他の活動および重要な情報の聴取のために表 9 による評価もおこないます。そして入院約 1 週間後に開かれる看護スタッフカンファレンスで、入院後 1 週間の観察によって把握された、患者の認知機能障害、問題行動、精神症状、日常生活活動上の障害の情報を元にこれらの障害に対する非薬物的対応法が検討されます。そしてこの対応法をそれ以降に実践し、その有効性を検討しつつ、もしも修正が必要ならばよりよいものへと修正していきます。そして患者の介護者、特に主介護者にこれらの方法を指導します。実際に看護スタッフが患者の認知

機能障害、問題行動、精神症状、日常生活活動上の障害に対して対応している場面を見学していただく場合もあります。そして入院中および外泊中に介護者がこれらの方法を実践していただくよう依頼し、その効果を判定していただきます。これを入院中に繰り返し適切な非薬物的対応法を介護者に習得していただきます。看護スタッフによる患者の評価は退院まで継続されますが、特に外泊から帰院した日には注意深く変化を見ます。また外泊中の様子は外泊からの帰院時に家人から詳細にその情報を聴取します。

入院中は入院による制限はあるものの、原則として日常生活に近い生活を送っていただきます。患者は決められた起床時間に起床し、起床後は就寝まで普段着で過ごしてもらいます。食事は放送とともに食堂兼団欒室に集合していただき、ここでとっていただきます。午前中は 10 時 30 分より約 30 分間日光浴（散歩）、ゲームなどをおこないます。午後は 14 時より約 30 分間、体操やゲームなどをおこないます。ゲームは馴染みがあって、かつ単純なものが良く、例えば風船バレーや玉入れ、ボーリングなどが好まれます。洗面、入浴、洗濯等は各自が気の向いたときにおこなっていただきます。料理が適切にできるか否かを確認する必要がある患者については作業療法室に設置してあるキッチンで調理用具を使って実際に料理をしていただきその評価を行います。全ての障害に対して看護スタッフによる介助は必要最小限に留めるよう心がけています。

診察、検査の結果がおおむねでそろった時点で、結果の説明を患者および家族におこないますが、この時には今後患者の生活に少しでも関わる家族は一人でも多く来ていただくよう依頼します。これは今後の患者の介護や治療上の決定を共通の知識の基に行ってもらいたいためと、家族で可能な限り協力して介護していただきたいからです。結果説明はまず家族に行います。そしてこの時同時に、疾患についての一般的な情報（症状の推移、予後、一般的な治療法、介護法、対応法）も説明します。そして病状説明に引き続いて、診断、重症度、家族状況などを考慮した結果、当該患者において望まれる治療法、対応法、介護体制などについて説明し、家族と検討します。一例ですが、家族には軽度の痴呆患者でも健忘や判断力の障害のため、患者が完全に自立した生活を送ることは困難で、適時の指示が必要であることを説明します。この適時の指示を行うためには結局のところ常時観察が理想とされること、この常時の観察を家族だけで行うことは現実的には困難であるため、介護保険などを利用して介護支援を受けるべきであることも説明します（要介護認定の結果が出ていれば、それを考慮して具体的なサービス内容についても検討します。出ていなければ主治医が予想する要介護度を前提として話を進めます）。この常時観察が保てないと患者は認知機能障

害のために事故などに遭遇し予後が悪化するとともに家族の介護負担が増加してしまいます。さらに介護は長期にわたるものであり介護疲れをおこさないように、家族は余裕を持った介護を心がけることが重要であること、すなわち、介護は一人で抱え込まないで介護支援サービスを積極的に利用し、多くの人の協力を得るようにと指導します。患者が介護スタッフに介護されているときには介護者は患者のことを忘れて自分の生活を楽しむように心がけることが重要です。介護者の精神状態が不安定になると、患者の精神状態も不安定になり、精神症状や問題行動が悪化します。また介護者の精神的余裕が無くなった時に患者についてしまった一言の苦言を患者が憶えてしまい、後の患者の家族に対する被害妄想へと発展することもあり注意を要します。以上のようなことを今後の注意点として家族に説明します。家族間で今後の介護方針について意見がくいちがう場合もあります。例えば、ある介護者は在宅介護を望み、またある介護者は施設入所介護を希望するという場合ですが、この場合には主治医が間に入り何回か話し合いを繰り返すことが必要です。最終的には主介護者となる介護者の意見を尊重しますが、その場合でも主治医が諸条件を考慮した結果、望ましいと考える体制に近づけるよう全ての介護者を説得することは重要です。家族との話しが終了した後、患者に家族に対するそれよりは簡単に検査結果を説明します。多くの場合、病名は患者には告知しません。ただし、脳に障害がおこっているため、今後投薬やリハビリテーションが必要なこと、日常生活を送るためにも介護者の手助けが必要で、このため介護者の指示に従わねばならない場面もあり得ることは告げておきます。患者は健忘のため、これらの結果説明を完全に憶えておくことは困難ですが、部分的には憶えている場合もあり有効です。障害があることを告げておかないと、服薬遵守や介護サービスへの移行や継続に支障を来すことがあります。

残りの入院期間中には、これらの決定事項を実践します。例えばアルツハイマー型痴呆で家族がドネペジルの投与を希望した患者についてはドネペジルを投与し、効果と副作用の有無を観察します。家族には、話し合って決定した介護体制の構築のための手続などをこの間にさせていただきます。例えば、在宅介護を希望した場合には実際にどこの業者のサービスを週何回、何曜日に利用するかを決定し、その手続きをとっていただきます。また痴呆老人保健施設などへの入所を希望される患者については施設の選定と契約を行っていただきます。これらの介護体制が構築でき、退院した次の日からでも介護サービスを利用した生活を行えることを我々の理想としています。

(2) 痴呆患者に対するクリニカルパス

兵庫県立高齢者脳機能研究センターでの診療の流れを元に3週間程度の入院で可能