

試行期間(平成22年度～) 認知症連携シート運用実績簿 1月12日現在

NO	日時	対象者	相談機関	⇄	医療機関	もの忘れ	シート1	シート2	シート3	備考
35	23.7/30	72歳女性 (要介護1)	東部地域包括 支援センター	←	診療所	○	○	○		主治医より、杏林大物忘れ外来の 予約が既に入っている。連携シート を活用したいとの話あり活用。
	→									
36	23.8.11	76歳男性 未申請	大沢地域包括	→	診療所	○	○	○		スムーズにシート3を返答していた だけだ。
	←									
37	23.8/16	91歳女性 (要介護1)	東部地域包括 支援センター	→	診療所	○	○	○		同居の長男より、今年に入ってから 物忘れの症状が表れたため、介護 保険申請についての相談あり。本 田医院に繋げ、物忘れ外来を紹介 される。進行が早いいため11/30、MRI 検査となる。
	←									
38	8/16	85歳女性 要支援1	井の頭包括	→	診療所	○				ケアマネと子にシートについて説明 した。今のところ、かかりつけ医とは よく話しが出来ているので必要とし ないといわれて利用しなかった。
	←									
39	8/18	80歳女性 要支援2	井の頭包括	→	杏林大 学病院	○	○	○		杏林の医療福祉相談室と共に関 わったケース。行き来のなかった親 族が入院を機会に関わった時に、 判断力の低下を感じて相談され、連 携シートを使用して現在ものわずれ 外来で診断と検査中。
	←									
40	23.8/29	81歳男性 (新規申請 中)	東部地域包括 支援センター	→	病院		○	○		同居の次女より、もの忘れが進んで いるので専門の病院にかかりたい との相談より、かかりつけ医に活用 し、杏林大もの忘れ外来に繋がる
	←									
41	9/4	89歳女性 要支援2	井の頭包括	→	診療所	○	○		○	大至急施設入所先を探さなければ ならなくなり、選択肢の一つとしてグ ループホームを考えることになっ て、認知症かどうかを診断しても らった。
	←									
42	10/1	90歳女性 (未申請)	三鷹駅周辺	→	診療所	○	○	○		長年診受診で経過。認知症状の進 行に伴い周辺症状悪化。介護保険 申請を目的にシートを活用し主治医 へ情報提供。
	←									
43	10/13	82歳男性 要支援1	新川中原地域 包括支援セン ター	→	杏林大 学病院	○	○	○	○	・シート5(H23.12.14)が包括に送付 されてきた。 ・10月のシート3が守屋DR、12月の シート3の主治医が神崎DRに変更 になっている。
	←									
44	10/13	80歳女性	井の頭包括	→	杏林大 学病院		○	○		家族から最近様子がおかしいとの 訴えがあり本人も自覚があるので 精査を希望する。12月に精査予定。
	←									

H 23年11月以降

## もの忘れ相談シート運用実績簿

NO	対象者氏名	相談者続柄	担当地域包括	医療機関	シート1・2	シート3	備考
1	78歳女性 要介護1		井の頭	杏林大学病院		11月14日	杏林大学病院もの忘れ外来専門医から包括へつないでいた だ。包括に手介護保険申請支援及びケアマネジャーの紹介 を行った。
2	M	孫	三鷹駅周辺	村田外科医院	11/20・ 11/22	11月22日	
3	82歳女性 要介護2		井の頭	小川クリニック	11月25日	11月28日	在宅で治療を受けていた人が、骨折で入院中、認知レベルと ADLの状態が急激に変化した。その原因や治療今後の対応 等について病院関係者・家族とのアドバイスをもらえ、対応方 針が決まった。
4	M.K.	長男妻	大沢	林大学もの忘れ外	12月4日	12月6日	たまたまもの忘れ外来をご家族が受診させた後で、診断結果 が早くわかった。
5	86歳女性 申請中	夫	連雀	片平内科クリ ニック	12月6日		インシュリン自己注でかかりつけ医から介護保険申請をすす められ、今後は通院時に家族同席必須と言われた。連携 シートを家族から医師に渡してもらい、シート3で具体的な サービス提案、今後通院不可時の対応等記載あり。
6	89歳女性		駅周辺	杏林大学病院	12月7日		かかりつけ医なし。地域包括支援センター経由にて予約。
7	80歳男性 申請中		井の頭	若林医院	12月9日		2-3年前から家族は変化を感じていたが、入院・手術中から 顕著になり、手順が分からなくなったので家族がついていなく てはならなくなった。記憶力の低下を本人も自覚しているので 相談・診断を希望。
8	80歳女性		井の頭	杏林大学病院		12月16日	試行期間No.44のケースで精査結果をシート3で返送される。
9	H	姪の子	三鷹駅周辺	鎌田医院	12月19日	12月27日	
10	K	息子	三鷹駅周辺	鎌田医院	12月20日	12月28日	
11	K.K.	長男	連雀	三鷹南口内科	12月20日	12月29日	
12	79歳女性 要介護2	家族	西部	代蔵野赤十字病院	12月9日		ここ半年間で、もの忘れ症状が出現。独居なので、消費者被 害の可能性をご家族が心配。もの忘れに関する検査を希 望。シートを活用して、認知症症状を伝達する予定だった。結 局、インフルエンザから肺炎になり、入院。区分変更後、介護 給付となった。シートは、家族への説明時に活用し、実際医 療機関へは提示できず。

NO	対象者氏名	相談者続柄	担当地域包括	医療機関	シート1・2	シート3	備考
13	92歳女性 要介護1		西部	三鷹南口内科	12月28日		数年前からもの忘れ症状が出現し始めたが、専門医の受診はなく、主治医へもの忘れ症状ははっきり伝達していなかった。今回の運用をきっかけに、介護認定申請を行い、シートを活用してもの忘れ症状を伝えることができて、専門医の受診へつながった。
14	92歳女性 要支援1	家族	三鷹駅周辺	篠原医院	H24.2.9	H24.2.10	かかりつけ医経由して杏林大学病院へ予約。杏林大学病院からも包括あてに3月15日にシート5(コピー)が送付された。区分変更申請の助言有。
15	86歳女性 要支援2	長女	三鷹駅周辺	村田外科医院	H24.2.14	H24.3.1	同居の長女より、もの忘れ外来を受診させたい・通所を利用させたいとの相談あり。かかりつけ医経由して吉岡リハビリテーションクリニックを受診中。
16	84歳女性 要介護1	本人	西部	杏林大学病院	H24.2.16	H24.2.16	もの忘れ症状が出現し始めた本人から、主治医へ相談し、杏林大学付属病院を紹介され、すぐに予約する。専門病院へ受診するときに、シートを活用。すぐに③の返信があり、その後家族を通じて、具体的な診断もわかる。
17	N.T. 82歳女性・要支援1	長女・孫	新川中原	林大学循環器内	H24.2.23	H24.2.25	本人が元看護師ということもありプライド高く、専門医受診は困難と思われ、定期受診している循環器内科にシート活用。
18	I.T.	友人	東部	杏林大学病院	H24.3.9	H24.3.30	元々本人、家族は専門外来の受診や治療は希望しておらず。友人の強い勧めでいきなり専門外来の受診となった。専門外来診察の場で主治医への紹介状が記入され、通常とは異なる運用方法になったが、小さな梗塞が見つかり、主治医への今後の治療が示された。
19	83歳女性 未申請	夫	井の頭	吉祥寺榊原クリニック(武蔵野市)	H24.2.10		もの忘れが出てきた。特定の人からお金をとられるなど何かされるのではないかといつも不安な気持ちで生活していると相談を受けた。夫と医師にしか相談しないというので夫・本人とシートを作成して持って行ってもらうことにした。もの忘れ外来の受診となる。医師から家族にかかわってほしいと思っていたのでいききっかけになったと言ってもらった(2月1日)
20	82歳男性 支援1	長男	井の頭	高水クリニック	H24.2.22	H24.2.27	父親が死にたいといったり、さっきのことを忘れたり、自分がほしいものがない自分がとったと決め付けたり以前と様子が違うので心配であるので相談したい。医師から、本人はかなり頑固だが、折を見て専門医受診を勧めると返答あり。
21	89歳女性 申請中 ↓ 介護1	甥	井の頭	松倉メディカルクリニック(武蔵野市)	H24.3.1		本人の物忘れがひどくなっているため原因を知り、治療できればしたい。消費者被害にあっているためそういうことがないように、後見も含めて検討したいという目的。医師から以前からちぐはぐなところがあり、家族にかかわってもらうよい機会になったと(3月2日)。専門医(杏林)受診後その結果を反映させたシート3の報告が戻ってきた。途中で介護の認定となったので、担当ケアマネが替わったことは報告してあったが武蔵野市の医療機関だったからか包括でなくなるということにびっくりしていた。改めてシート3のコピーをケアマネに渡すこと、今後具体的な相談窓口は担当ケアマネになると医師に
22	77歳女性 介護3	長男	井の頭	武蔵野日赤	H24.3.6		家族も認知症だと言うので生活していて気がついた点を医師に伝える。本人の転倒や無気力、痙攣発作の原因を医師から聞きサービス提供時の意見をもらうのが目的。事前に連携室が動いてくれた結果、家族に対して医師が介護の方向性についても意見を言ってくれた。現場は方向性が確信
23	80歳女性 (要介護1)	家族	三鷹駅周辺	杏林大学病院		H24.3.14	家族を経由してシー3が相談機関に渡される。要介護①を受け、ケアマネ紹介としシート3の情報を共有。介護保険なので通所に参加開始。

NO	対象者氏名	相談者続柄	担当地域包括	医療機関	シート1・2	シート3	備考
24	86歳女性 要支援1	ケアマネ	西部	杏林大学病院	H24.4.1	H24.5.2	ご夫婦共に認知症症状があり、子供がいなくキーパーソン不在のケース。元々受診していた主治医から杏林病院へ紹介された所で、在宅での情報提供の為に活用。家庭内での様子および夫の治療での連携が図れるようになった。
25	男性	次男	井の頭	三鷹中央病院	H24.4.5		内科の医師にシートを渡したところ「こんな書類見たことがない。とりあえず三個にこの書類はもらうが、認知症専門医を受診するなら紹介状を書くので病院が決まったら連絡ください」と言われた。残業して一生懸命下記、家族も忙しい中書類を記載してもらっただけに書類が活用されずショックだった。
26	92歳女性 申請中	娘	連雀	中村脳神経外科	H24.4.10	H24.4.19	娘さんが評判をきいて中村脳外を希望、受診同行時包括から医師に手渡し、後日シート3が娘さん経由で戻ってきた。
27	Y. M	長女	大沢	八幡診療所	H24.4.12		家庭内での生活ぶりが伝わり、独居生活での不安が解消できた。 5月2日杏林受診。
28	H. E	嫁	大沢	八幡診療所	H24.4.24		ご家族が治療の場につながりたい橋渡しができた。 4月27日杏林受診。
29	74歳女性 (申請中)	家族	三鷹駅周辺	杏林大学病院		H24.4.25	シート3持参にて家族来所相談。アルツハイマーの本人を中心に、親族間での経済的なトラブルが発生している。自宅訪問にて対応開始。
30	80歳男性 申請中	娘	連雀	杏林大学病院もの忘れ外来	H24.5.7	H24.5.30	娘さんがかかりつけ医のくぼかわ内科と相談し、専門医の杏林もの忘れ外来を受診希望。
31	77歳男性 (要支援2)	家族	東部	中村脳神経外科	H24.5.8	H24.6.14	主治医にかかり始めたばかりで、本人の症状を上手く伝えできていないこともあり、シートを活用した。
32	K.N		新川中原	杏林大学もの忘れ外来	H24.5.11		シートの返却はなかったが、受診同行し、病状説明を受け、今後の支援方針についての相談に応じてもらった。
33	81歳女性 (未申請)	家族	東部	天神前クリニック	H24.5.17	H24.5.22	相談からシートの活用、専門医療機関への受診・診断が早い期間で行えたケース。
34	80歳女性 (要介護1)		三鷹駅周辺	小島内科	H24.5.18		杏林大学もの忘れ外来予約は包括実施。シート1・2を持参の際、主治医と面談、専門医受診後の情報を確認できればと思いシート3は後日改めて届ける予定。
35	90歳女性 未認定	姪の夫	西部	武蔵境クリニック	H24.5.28	H24.6.8	配食サービスの利用で見守っていたケース。当方に姪の夫より相談があり、親戚でもの忘れ症状を心配し、受診を促した。本人のプライドを考慮して、受診時の情報提供のツールとして活用。
36	88歳女性 区分変更中	医療機関・娘	西部	山本医院	H24.5.29		単独で、通院されているが、話の繰り返しや約束事を忘れてしまっている状況を医療機関から包括へ連絡あり。ご家族とシート①を記入することで、ご家族に認知症の理解が促された。また、介護保険の意見書に反映できた。
37	87歳女性 (要介護1)	家族・民生委員	東部	中村脳神経外科	H24.5.30	H24.6.23	家族から認知症だと思ふ、火をだしたら大変なので特養に入れてほしいと相談を受ける。家族が気がついた点を医師に伝えるためにシートの利用を勧める。当初の相談は、相談者の地域包括で行なわれたため、対象者の担当地域包括に引き継ぐ。シートを持参し受診するのが遅れてしまったため、主治医意見書作成に対象者の情報内容が生かされなかった。
38	73歳女性 申請中	夫	西部	藤胃腸科クリニック	H24.6.2	H24.6.18	もの忘れ症状が出現しているが、医療拒否。介護保険サービスを活用するために、認定申請をして意見書へ反映していただくために活用。
39	84歳女性 支援1	娘	井の頭	高水クリニック	H24.6.4	H24.6.6	個々数ヶ月、もの忘れや鳥遣いが出てきていて、年のせいと思っていたが、夫の入院で、本人の状況が急激に変わったので、原因を知りたい、また、家族はどう対応したらいいかわからないという相談があったので、使用した。生活面の注意を受け、専門医の受診を進められた。
40	97歳女性 介護2	事業者	井の頭	中村脳神経外科	H24.6.7	6月27日	施設利用中、今回の入所が家族の状況の変化からか、それとも環境の変化からか、本人の介護拒否や興奮状態がひどくなり、職員への対応方法について支援がほしいと言うことで、確定診断と治療のために急遽受診となった。
41	83歳女性 支援1	娘	井の頭	岡庭医院	H24.6.11		内科の先生としてずっと掛かってきたし、いつも本人と同行なので、もの忘れの情報は伝えていなかった。もの忘れや理解力の変化を感じたので、シートを利用して家族だけで医師に相談に行くことにした。医師から中村脳神経外科を紹介され診断を受けることになった。
42	79歳女性 要介護1	夫	西部	武蔵野赤十字病院	H24.6.12		本人のBPSDが進行し、ケアマネが要介護認定への反映や専門的な検査を検討しご家族に説明をして運用。運用に関して、課題があり対応中。
43	84歳女性 支援2	姪	井の頭	吉祥寺南病院	H24.6.14	H24.6.18	3月に本人の様子が変わったのでシートの利用を検討した。親族が同行するときの提出で、日が遅くなった。いざ、提出の段になって、病院の連携室と相談したら、当院では初めてのケースで予約日にきてほしいと言われた。相談室がかかわっていただき、スムーズに運用できた。
44	86歳女性 要支援1	息子	連雀	片平内科	H24.6.20	H24.6.25	息子さんからかかりつけ医にシート渡ししながら認知症の相談してもらった。シート3について医師から包括へ問い合わせあり、郵便で返送してくれた。

NO	対象者氏名	相談者続柄	担当地域包括	医療機関	シート1・2	シート3	備考
45	76歳女性 (未申請)		東部	礼の里クリニック	H24.6.25		家族に代わって本人の生活と認知症状を伝えた。医師の前 にして、特に高齢者は上手く言葉にすることは難しいため有用な方法だと考える。 シート3の返信はないまま、主治医意見書は作成していただけた。「要介護3」の認定が出、現在訪問介護を週2回利用している。結果的にはシートの返信されなかったが本人の状態は十分(意見書に)反映され、活用法のひとつとして目的は果
46	K. F.		大沢	杏林大学付属病院	H24.6.4	H24.7.11	確定診断が出たことで、家族が本人の行動を受け入れることができるようになった
47	77歳 女性	息子・嫁	西部	第一クリニック	H24.7.13	H24.8.22	8/22第一クリニック受診。精神科疾患との鑑別必要とシート3返信あり、今後検討予定。
48	I.T (84歳 女性)	ケアマネ	東部	杏林大学付属病院	H24.8.1	H24.8.15	成年後見制度利用も検討。診断書を依頼するにあたって、普段の本人状況を伝えるために活用。
49	H.S (72歳 女性)	長男	東部	本田医院	H24.8.2	H24.8.30	別居の長男が近所の人からもの忘れ症状を聞き心配。受診同行の際に活用。その後、杏林大学付属病院を紹介され受診。
50	K.A (89歳 女性)	長男	東部	烏山クリニック (世田谷区)	H24.8.6	H24.8.23	それまで本人一人で受診していたが、長男が受診同行する際に活用。あわせて介護保険の申請をし、意見書へ反映された。
51	83歳 男性	息子・嫁	西部	境南クリニック	H24.8.9		3/週透析中。認知症症状悪化し、乗降介助必要となり申請。認定調査にシートを運用。医師にも情報提供。介護1の認定となる。
52	S.T (女性・79歳)	長男	三鷹駅周辺	杏林大学付属病院	H24.8.20	H24.8.30	介保申請を目的に受診、症状はあるも脳の異常がみられなかった事から他の医療機関受診を促された。と、長男より包括に相談有。シートを活用し経過や症状を報告。登録相談医外であったがスムーズに対応頂き有効に情報交換できた。
53	78歳 女性	娘	西部	杏林大学付属病院	H24.8.23		8/23受診。検査。10/17結果出る予定。シート3返信なし。現在、支援1で通所サービス利用中。
54	74歳女性 未申請	夫	連雀	小島内科	H24.8.28		夫が幻視症状ある妻を心配し、包括へ相談。包括が受診同席、杏林へ紹介となる。小島内科、杏林とで意見書をどちらが書くか検討中。
55	81歳女性 要支援1	生活福祉課	連雀	井之頭病院	H24.8.31	H24.9.26	一人暮らしでH19年から予防訪問介護等利用している。言動が変(幻覚等)と近所から市へ通報あり、保健所保健師が1度訪問。ガイドヘル導入時本人混乱もあり、専門医受診を援助チームで検討し、受診に消極的な本人に生保と包括で同行し、継続通院につなげた。
56	○藤 ○子	長女	井の頭	中村脳神経外科	H24.9.3		30年来近医にかかっていたが主治医に対して被害妄想を抱き受診を拒否する。主治医と相談してシートを利用し検査することにする。
57	88歳 女性	息子	西部	第一クリニック	H24.9.5	H24.9.28	息子さんから、もの忘れ症状の相談があり、専門医に受診したい意向で運用。
58	85歳 男性	妻	西部	うちはら内科クリニック	H24.9.27		9/21杏林大学付属病院受診。もの忘れ外来で検査。10/17MRI検査他予定。アルツハイマー型認知症の疑い。認定調査にも適用し、介護2の認定。
59	N.S(男性)	長女	三鷹駅周辺	杏林大学附属病院	H24.9.13	H24.11.21	かかりつけ医の紹介状なし。受診予約の際、連携室よりご本人の状況がわかるようなものがほしいとの依頼があり、シート1・2作成。長女が9/28の初回受診時に提出。シート3は、今後の方向性をしめす内容であったので、それをもとにカンファレンスを行うことができた。
60	N.S(女性)	長女	三鷹駅周辺	杏林大学附属病院	H24.9.13	H24.11.21	かかりつけ医に受診状況が不明のため、かかりつけ医の紹介状なく、受診。受診予約の際、連携室よりご本人の状況がわかるようなものがほしいとの依頼があり、シート1・2作成。長女が9/28の初回受診時に提出。シート3は、今後の方向性をしめす内容であったので、それをもとにカンファレンスを行うことができた。
61	M. A. (85歳) 申請中→介護1	妻	西部	うちはら内科クリニック	H24.9.13		元々は、予防事業参加者。認知症症状が出現し、介護認定の意見書の反映や専門医の受診を検討しシートを運用。医療機関より専門病院(杏林)につながる。
62	S. S. (79歳) 申請中→介護1	息子	西部	杏林大学付属病院	H24.10.10	H24.10.31	夫の物忘れをきっかけに息子から包括に相談があった。認知症症状が出現し、自宅内がゴミの山になってしまっていた方。杏林大学付属病院のもの忘れ外来を予約をしていたのでシートを活用し、症状を医療機関へ伝えるために運用。
63	(86歳)男性 介護1	事業者	新川中原	杏林大学附属病院	H24.10.12	H24.10.19	介護者の息子の認知症への理解不足から虐待が疑われるケースで包括が居宅CMからの生活状況を添付して息子の認知症理解を助けるため運用。受診時に息子へ助言をしていただいた。

NO	対象者氏名	相談者続柄	担当地域	包括	医療機関	シート1・2	シート3	備考
64	女性		新川中原		かヘルスケアクリ	H24.10.22		認知症、独居。介護認定更新時に生活の状況等の情報提供し、介護認定の意見書に反映していただくためシート2を運用。
65	82歳女性	嫁	新川中原		野村病院	H24.10.29		野村HP健康診断のみ受診の方。本人に医療機関の受診拒否があ。包括よりサポーター医である医療機関DRIに相談。健康診断結果受診時に認知症に関する受診について対応をしてくださる事になる。その後、MRIの結果、脳萎縮進行しており専門機関(杏林)に繋がる。
66	87歳女性 支援1	長女	井の頭		高水クリニック	12月3日		近隣から、「殺されるから警察を呼んでくれと駆け込まれた」と相談があり家族と今後について相談する。本人は強度の難聴なのにいつも怖い声がするというので医療受診の必要性を感じた。家族も急な変化に戸惑ったのですぐシート1・2を作成し、翌日かかりつけ医に家族が持参。専門機関(杏林)を紹介された予約。10日後の予約が最短で、相談室より折り返し独居で受診を待つのは現実的ではない他の専門機関を探してはと連絡があり、家族、医師とその場で相談して、井の頭病院の外来を受診。その日のうちに入院。シート1、2および高水クリニック作成のシート3はコピーされ、井の頭病院に渡す。
67	S. H. (85歳) 申請中	娘	西部		式蔵野赤十字病院	H24.12.13		心筋梗塞で入院中に相談。娘は、土日のみ帰宅で、平日は、独居状態。もの忘れ症状が出現していたので、退院後に介護サービス導入の必要があり、認定申請の意見書に反映していただくためにシート1、2を作成し、相談室より医師に渡していただき運用。
68	71歳女性 支援1	夫	井の頭		たんぼぼクリニック	12月28日		夫のケアマネから、介護者である本人の様子が以前と違う、夫の介護や生活に支障がでていて、変化の原因が何かを知りたいので受診につなげたい、でも本人は自覚が無く、受診につなげる経過の中で家族へ当たられても困るので慎重にしたいと相談がある。包括が医療機関と連携するために現状を確認するのにシートの作成を思い立った。ところが本人はいつも夫のそばにいるので夫から、直接聞き取りが出来ない。夫とヘルパー2人だけになるのは家族の身体介助のときだけなので、夫からの情報をヘルパーに聞いてもらって森松が清書してシートを作成し、夫の同意をもらった。この過程で現状が周りが考えている以上に深刻だったことや夫が治療につなげたいと思っていることが分かった。問題意識の共有に役立つ

認知症のことで困ったら

## 目次

はじめに	ページ
I. 認知症の基礎知識	ページ
1. 認知症とは	
2. 認知症の症状	
1) 認知症状と行動・心理症状	
2) 生活障害と社会的認知機能障害	
3. 原因となる病気の特徴	
1) アルツハイマー型認知症	
2) レビー小体型認知症	
3) 前頭側頭型認知症	
4) 血管性認知症	
5) 治療できる認知症	
6) 軽度認知障害：正常と認知症の間	
4. 認知症と区別が必要な病気	
1) せん妄という意識障害	
2) うつ病やうつ状態	
5. 治療薬	
1) アルツハイマー型認知症治療薬	
2) その他の薬剤	
II. 行動・心理症状を予防する家族ケア	ページ
1. 認知症の本質である病識のなさを理解する	
2. 気づかないうちに叱っている？	
3. ケアの原則：本人の立場になって感じる・考える	
4. 役割や褒めることの効用	
5. 安心をもたらすケア	
III. 家族介護者への支援	ページ
1. 家族介護者を支える	
2. 相談役	
3. 燃えつきの防止	



IV. 情報提供やサポート体制	ページ
V. BPSD への対応	ページ
1. BPSD 早期対応の意義	
2. BPSD はなぜおこるの？	
3. BPSD と思ったらどうすればいいの？	
4. BPSD の相談先は？	
5. BPSD をおこさないためには、どうすればいいの？	
6. こんな症状が出たら、どう対応するの？	
1) 幻覚	
2) 妄想	
3) 帰宅願望・徘徊	
4) 暴言・暴力	
5) 不潔行為	
6) 異食・盗食	
7) 大声	
8) 昼夜逆転・不眠	
9) 常同行為 (いつも同じ行動を繰り返す)	
VI. 事例	ページ

はじめに

この冊子は、家庭で認知症の人を介護されている方々が、穏やかに在宅生活を続けられるよう願って作ったものです。そのために、まず認知症がどういう病気かをご理解頂き、本人の尊厳が守られ、また本人と介護者が信頼し合える関係を築くための接し方を解説します。

認知症になると人格が崩壊し、もはや人間でなくなるように思う方がいますが、もちろんそれは大きな誤りです。残念ですが、理屈ではわかっているつもりでも現実的にそのように対応している方（家族、介護、医療に携わる方）は少なくありません。たとえば、本人をないがしろにしていろいろなことを決めて、「さあ呆けたら困るから脳トレーニングをやって」などと進めるのがはたして正しいやり方なのでしょうか？ ここに書いてあることは家族や介護者が楽になるためのものではありません。認知症である本人が楽になるためのものであることをどうか忘れないでください。

ここに書かれていることは基本です。実際には、一人ひとりの症状に合わせて、対応を変えてください。認知症の人にとって何が良いかは、いろいろ体験してみないとわかりません。試行錯誤の中で、本人が一番落ち着き、互いに笑顔で過ごせる環境を作っていただきたいと思います。

## I. 認知症の基礎知識

既に認知症についてよくご存じの方はⅡへお進みください。

### 1. 認知症とは

認知症とは、①老化に伴って脳にダメージを生じ、②記憶などの認知機能が低下し、③生活能力(毎日の生活を送る能力)が低下した状態です。残念ながら症状は徐々に進行します。

認知機能には、記憶の他に見当識（場所や時間の判断）、注意力、実行機能（食事の用意などの作業を段取りよく行う）、会話、計算、判断、推理、視覚認知（形や位置や動きを目で判断する）、社会的認知（相手の意図や気持ちがわかる）などがあります。これらの認知機能が「他の人の手助けが必要な程度」にまで低下した場合、認知症と呼びます。逆に言えば、多少忘れっぽくても生活能力が高くて、独り暮らしが可能なら認知症とは言いません。認知症になると家計管理・買い物・調理などに支援が必要になります。

## 2. 認知症の症状

### 1) 認知症状と行動・心理症状

認知症の症状は、認知症状(中核症状)と行動・心理症状(BPSD)に分けられます。中核症状とは上記の記憶、見当識、注意、実行、会話、計算、判断、推理、視覚認知、社会的認知などを指します。一方、BPSDとはBehavioral and Psychological Symptoms of Dementiaの略で“認知症に伴う心理・行動症状”であり、しばしば幻覚、妄想、徘徊、暴言、暴力など家族が困惑する症状のことを指します。なぜ中核症状とBPSDに分けるのかというと、BPSDは①必ずしも出現するとは限らない、②本人の生活や生い立ち、介護状況などが大きく影響する、③適切なケアと医療で改善することが多い、という特徴を持っているからです。中核症状は基本的に進行しますが、BPSDは予防したり改善したりすることが可能です。BPSDが予防・改善できれば、認知症になっても住み慣れた地域で家族と落ち着いて生活できることができます。

認知症は初期・中期・末期と進行によっても症状が大きく変化します。最後のステージになると、個人差が大きいですが、歩けない、しゃべれない、失禁、食べ物を飲み込めないなどの症状が出てきます。

### 2) 生活障害と社会的認知機能障害

このほかにも、認知症になると生活に様々な障害が生じます。初期には、安全に運転する、キャッシュカードを使う、必要なものを必要なだけ買うなどの生活能力に障害が出てきます。進行すると、着替えや入浴など身の回りの日常生活動作にも障害が出てきます。また、社会的認知機能が障害されるので、他人の気持ちに配慮したり、他人の行動意図を理解したりすることが難しくなり、コミュニケーションをとることが困難になります。

## 3. 原因となる病気の特徴

認知症の原因となる病気はいろいろありますが、その中で頻度の高いものを示します。

### 1) アルツハイマー型認知症

認知症の半数以上を占めます。もの忘れが主症状です。記憶が途切れ途切れになるので、場所や時間を把握する能力(見当識)が低下します。もの忘れのために、同じ質問を何度も繰り返したり、しまったものが見つからず盗られたという“もの盗られ妄想”がしばしば

みられます。人前ではニコニコとしていておしゃべりで、本当は毎日のことに困っているのに「困ってなんかいない」と言う“取り繕い”も見られます。

## 2) レビー小体型認知症

認知症の1~2割を占めます。次に示すような症状がみられます。①リアルな幻視:人や動物などがありありと見えて、それに対して反応します。例えば見えないはずの犬を追い払う、小動物に殺虫剤をかけるなどです。②幻の同居人:うちの中に人影を感じ、「子供が来ているのでごはんを食べさせなきゃ」、「変な人が居るので見てほしいとパトカーを呼ぶ」などの行動を取ります。また、伴侶のことをよく似た別人と言い出すこともあります。③パーキンソン病症状:手足の筋肉が硬くなり、動きが鈍く・遅くなります、④症状の変動:頭がはっきりしている時間と、もうろうとして幻覚が生じる時間が、切り替わるように大きく変動します。⑤レム睡眠行動障害:夜中に夢を見て、大声(「逃げろー」などと言う)や行動(立ち上がる、蹴るなど)が出ます。泥棒の夢を見て、隣に寝ていた奥様を組み伏せようとした人もあります。⑥立ちくらみや失神(短時間気を失う)、転倒がよく起こります。また、便秘も生じます。これらは自律神経系の障害による症状です。なお、上記の全てが出るわけではありません。

## 3) 前頭側頭型認知症

認知症の1割以下と稀です。前頭葉が中心に萎縮すると次のような特徴が出てきます。我慢ができなくなり、幼稚園児のように情動の赴くままに行動します(我が道を行く)。甘いものが好きになることが多く、また我慢ができないので(脱抑制)、甘い飲料や菓子をたくさん食べて太る人がいます。周囲の環境の影響を受けやすく、注意を向ける先がコロコロと変わります。その一方で、こだわりを持ち自分のなかで規則を定めて毎日同じ時間に同じ行動“時刻表的な行動”をとるようになります(例:朝9時と11時に洗濯機を廻さないと気が済まない)。また、徘徊も特徴的で、道順を決めて同じところをぐるぐると廻る周回行動がみられます。しかしながら、出て行っても戻ってきます。

側頭葉を中心に萎縮するタイプは意味性認知症といわれ、品物の名前が言えない(例えばハサミの使い方がわかっても、ハサミという名称が言えない)、顔を見ても名前が出ないなどの特徴的な症状が出現します。

#### 4) 血管性認知症

認知症の1~2割を占めます。多くは脳動脈硬化に伴って血流が低下し、大脳の奥深いところに梗塞（血管のつまり）などが生じて認知機能が低下します。外からの刺激に対する反応が落ちて、発語が少なくゆっくりで、表情は乏しく、どちらかというと悲観的で、意欲が低下していることが多いです。ろれつが回らない・むせる（嚥下障害）や歩行・バランス障害などが早期から生じやすいのも特徴です。

#### 5) 治療できる認知症

ボーッとしている、足を床に擦って小股に歩く、尿失禁が特徴の正常圧水頭症は、早期発見をして手術をすれば良くなるケースがあります（手術できないケースや手術しても良くならないケースもあります）。このほか、慢性硬膜下血腫や脳腫瘍などが脳のCTやMRIで見つかることもあります。また、甲状腺機能低下症やビタミン欠乏症、薬の副作用などが原因で認知機能の低下を起こることもあります。

#### 6) 軽度認知障害：正常と認知症の間

記憶などの認知機能が低下しているが、日常生活には問題ない状態を軽度認知障害といいます。正常と認知症の中間のグレーゾーンの状態で、何年間かの間に認知症に移行することがあります。

### 4. 認知症と区別が必要な病気

#### 1) せん妄という意識障害

せん妄は意識障害（ボーッと意識が朦朧とした状態）の一種で、認知症とは区別されます。しかし脳の余力がなくなっている認知症の人は、些細なことがきっかけで、せん妄を起こすことがあります。認知症のような症状が急に出てきたときは、せん妄を疑って医療機関を受診することが大切です。なぜならせん妄は治療可能だからです。

せん妄では、ボーッととして受け答えの反応が鈍く、家の中を動き回る、タンスの引き出しのものを出してしまふなど無目的な行動や作業を繰り返します。目がつり上がって興奮状態になる場合もあります。

脱水や発熱、痛み、便秘、睡眠不足などが誘因となります。熱がないか、虫歯など痛いところがないか、食事や水分の摂取は充分か、全身をチェックして対応します。認知症の

人は、ご自分で症状を訴えないことも多いので、「ボーッとしている、食欲がない、お腹が張っている」などで気づくことがあります。

薬がせん妄を引き起こすこともしばしばあります。頻尿治療薬(排尿回数を減らす薬)、胃潰瘍の薬、かゆみ止め、風邪薬、抗不安薬(安定剤)、睡眠薬、抗うつ薬などの薬がせん妄を起こす危険があります。また飲んでいる薬の種類・数が増えるほど、せん妄が生じやすくなります。せん妄が疑われる場合は主治医とご相談ください。

## 2) うつ病やうつ状態

うつ病も認知症と似た症状が現れます。やる気がなくなって、身の回りのことなどができなくなりますが、認知症と違って、時間や周囲の状況がわからないということは普通ありません。難しいのは、認知症の初期にうつ状態がみられることがあり、うつ症状から認知症になっていく場合もあります。うつ病と認知症は区別が難しいことも多いです。うつ状態には少量の抗うつ薬や抗不安薬(安定剤)が有効なことがありますので医師に相談してください。

うつに似た症状に自発性低下・意欲低下(アパシー)があります。うつのように悲観的ではなく、自発性がなくなって自分で行動しようとしなないといった意欲のない状態です。

## 5. 治療薬

認知症では症状に合わせて薬を選択します。

### 1) アルツハイマー型認知症治療薬

正式に認可されている薬は①神経と神経の間で情報を伝える物質を増加させる薬3種類と、②神経細胞間のノイズを抑える薬1種類です。

- ① にはドネペジル(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、イクセロン)があります。これらの薬は意識レベルを上げて記憶・学習能力を向上させるので、飲むと元気になります。生活意欲は向上しますが、効き過ぎると怒りっぽくなることがあります。また、徘徊や暴言、暴力などが悪くなることがあるので注意が必要です。副作用は、吐き気・嘔吐や下痢などの胃腸障害、脈が遅くなるなどです。
- ② はメマンチン(メマリー)です。この薬は通常興奮を鎮めて穏やかにします。妄想や徘徊などの症状に有効ですが、過量になると活動性が落ちてしまいます。

## 2) その他の薬剤

上記の薬剤の他、睡眠薬、興奮を鎮める薬など症状に合わせて薬を使います。認知症の人、特にレビー小体型認知症の人は薬剤に対して過敏のことが多いので、少量から使います。薬の種類や量が変わる際は症状の変化に注意し、気になることがあれば医師に伝えて下さい。

## II. 行動・心理症状を予防する家族ケア

認知症のケアに“パーソンセンタードケア”という言葉があります。これは冒頭に書いたように認知症の人へのケアの視点は家族や介護者ではなく、認知症の方本人であるということです。本人中心でない対応方法として、できることをさせない、子ども扱い、仲間はずれ、もの扱い、無視する、放っておく、などがあります。これらは一見悪意に満ちた行為のようですが、介護者側にその意識が薄いだけで実は日常的に行われています。こういう行為が認知症の人に不快感や不自由をあたえ、心に傷を残すこともあります。自分が認知症になったら、家族、ケアする人、社会からどのように接してもらいたいかを考えてみていただくとよいと思います。

### 1. 認知症の本質である病識のなさを理解する

認知症の人は単に記憶が低下しているだけではありません。自分の認知機能（記憶、見当識、注意、実行、会話、計算、判断、推理、視覚認知、社会的認知など）がどれだけ低下しているかを把握する能力（自己評価機能）が低下しています。これが認知症で問題となる「病識欠如」です。認知症の人に「なにか困ることはありませんか？」と尋ねると「何も困っていません」と言うでしょう。しまい忘れた物は「盗られた」と責任を転嫁します。薬を内服させようとする「病気じゃないので、そんなものは飲めない」と拒否したり、怒り出したりし、揚句には世話をしてくれている方に「うるさい！」と暴言を吐くこともあります。このように本人が自分の能力を正確に把握していないところに認知症の問題があり、それを理解するところから認知症のケアが始まると言えます。

### 2. 気づかないうちに叱っている？

「今日は何日だっけ？」などと同じ質問を繰り返す認知症の人に、ついつい「さっきも言ったでしょ！」と強い言葉で返したくなりますが、本人に“さっき”の記憶はありません。自分ではさっき聞いたつもりがないのに「さっきも...」、「何回も同じこと聞かないで」

と言り返されたら良い気はしません。家族には叱ったつもりがなくても、本人は叱られたと感じます。家族は“しっかりして欲しい”という期待を込めて言うのですが、本人は病気のために時間や場所の認識能力が低下し、不安な気持ちから、また確認したいという気持ちで、同じ質問を繰り返します。このような本人の気持ちを理解していただきたいと思います。

また、認知症になると生活に障害が現れ、食事の用意や洗濯などで失敗が増えます。家族は失敗に気づくのですが、本人は気づいていません。それが“病識欠如”です。家族は失敗をわかって欲しいと思うあまり、できないことを一つ一つ指摘して、本人に自覚を求めます。でも、本人からすれば失敗していないことを逐一咎められるなんて、と感じています。家族は叱っている意識がなくても、本人は叱られている意識が強いのです。本人の「失敗に気づく能力」が期待できない以上、家族の側で失敗を笑顔で受け流す心のゆとりが求められます。実行するのはとても大変ですが、このような接し方をすると後々きつとうまくいきます。

### 3. ケアの原則:本人の立場になって感じる・考える

周囲の状況が正しく判断できないので言動を誤ってしまいますが、認知症の人もその人なりに精一杯がんばって生きています。本人の気持ちを大切に接することで本人の尊厳が保たれます。逆に失敗を指摘し続けると、不満が蓄積して暴言や暴力といった爆発に結びつきます。

### 4. 役割や褒めることの効用

認知症の人の失敗を笑顔で見過ごし、肯定的に対応することは難しいと感じる介護者の方は多いでしょう。でもやってみれば効果がわかります。脳は鏡のような性質があり、介護者が笑顔で接すれば本人も笑顔になりますし、介護者がイライラしていると本人もイライラします。イライラしていても介護者の方は気分をかえて笑顔で接することをお勧めします。

人間は誰でも生き甲斐が必要です。他人の役に立っていることで生きていることを実感します。認知症になって仕事ができなくなると、段々役割がなくなり、家の中で何もすることがなくなってテレビを見て寝るだけといった生活になりがちです。このように生き甲斐のない生活が続くと、認知機能の低下が加速するだけでなく、夕方になると「子供の夕



食の準備をします」などといって外に出ていってしまう症状（徘徊）が出たりします。日課と居場所があることが大切です。

役割は褒めるきっかけ作りになります。その方に合った作業をしてもらい、「有難う、おかげで助かった」と感謝の意を伝えることで、本人は生き生きするでしょう。認知症の方に作業してもらおうと却って後始末が大変と思うかもしれません。でもその人なりにできる仕事はあるはずで、例えば、洗濯物の片付けや、取り込み、たたむ作業は身体で覚えた記憶で、認知症が進行しても可能です。しかし、所定の場所にしまったり、人のものと区別したりすることは難しくなります。できることをやってもらい、それ以外はこちらでやると役割を分担してください。仕事をお願いするときは、簡潔に明瞭な声でゆっくりと説明してください。認知症の人も褒められると嬉しくてやる気が出ます。子育てと一緒に叱っても動きません。褒めると動くのが人間の行動原理です。このように、日課があり生き甲斐のある生活を続けると、暴言や徘徊などのBPSDは出現しにくいのです。

#### 5. 安心をもたらすケア

認知症の人の心は周囲の人の心の鏡です。周りの人が穏やかだと本人も落ち着きますが、周りの人がイライラしていると本人もイライラします。冷たくすれば冷たくされます。あなたは一人ではないのですよ、というメッセージを、言語もしくは非言語的な手段(笑顔や手を握るなどのスキンシップ)でご本人に伝えましょう。肩を叩く、足のマッサージを行うなどのスキンシップは受ける人の気持ちだけでなく、提供する人の気持ちも和ませてくれます。認知症の人は環境変化についていくことが難しいです。あまり大きく環境を変えずに、毎日同じ生活リズムで暮らす方が良いでしょう。

### III. 家族介護者への支援

認知症の人を介護している家族は、その方自身ゆとりがない上に、親戚や近所からいろいろ苦情を言われたり、肩身の狭い思いをしていると思います。認知症の人にBPSDが現れても、本人を責めないよう、介護者側が穏やかな気持ちでいることが大切です。介護保険サービスなどを利用しながらご自分の負担を上手に軽くしてください。介護者自身がゆとりを持たなければ、認知症の方の心の安らぎは得られません。

#### 1. 家族介護者を支える

認知症の人を介護する家族は、常時目を離せないことや先々の不安のためにストレスの多い生活を余儀なくされていると思います。介護者の方が倒れては大変です。一人で悩まず相談相手を見つけてください。また、気分転換を図ってください。もし介護者の方が心身に支障をきたした場合は、認知症の方を診てもらっている医師に相談してください。必要であれば睡眠薬や安定剤などを処方してもらってください。

## 2. 相談役

家族が親身に相談できる人がいることが介護負担を減らします。親戚や友人と連絡を取るようしましょう。苦労話を聞いてくれる傾聴ボランティアもいます。自分の家族のことを外で話すのをためらう方も多いですが、同じ悩みを抱えている人は沢山いらっしゃいます。周囲に同じ状況の人がいることを知るだけでも心の負担が和らぐこともあります。また、介護のコツが聞けることもあります。困ったことがあれば、地域包括支援センターに相談するのもよいですし、家族会に参加して意見交換するのも良いでしょう。

不安や心配は日々募るばかりだと思いますが、こころの中に貯めておかず、時々外へ出すことも長く介護を続けていくには必要です。

## 3. 燃えつきの防止

使命感から自分の疲労に気づかないか、無視しがちになります。介護者が倒れたら大変です。過労や燃え尽きないようにしましょう。ショートステイ(数日間の泊まり)やデイサービス(日中の施設サービス)を利用するのはお勧めです。ホームヘルプを利用して、ヘルパーさんに一部お世話をお願いするのも良いでしょう。それらのサービスを利用することに抵抗を感じる方もいらっしゃるかもしれませんが、本人・家族の両者に利益がある場合は多いです。専門職の支援のもとで本人に役割とメリハリのある生活を送ってもらい、その間介護者の方は休息や自分のための時間をとって、気分転換を図ってください。

認知症の人の介護をしている家族は、弱音を吐くことを罪だと思い、つい頑張りすぎてしまいます。認知症の人を大切に思うのであれば、介護している自分自身も大切にしてください。時には割り切ることも必要です。いろいろな機関や制度や、人の力を借りましょう。日々の大変な生活の中にも小さな幸せ(ご本人の笑顔など)があると思います。「介護して良かった」と思えることで心理的なストレスが和らぎます。

#### IV. 情報提供やサポート体制

##### 1) 公益社団法人「認知症の人と家族の会」

<http://www.alzheimer.or.jp/>

電話相談は0120-294-456（通話料無料）、携帯やPHSは075-811-8418で有料

・土・日・祝日を除く毎日、午前10時～午後3時

##### 2) いつどこネットのホームページで認知症ケアの情報を入手できます。

<http://itsu-doko.net/>

##### 3) 介護支え合い電話相談0120-070-608（フリーダイヤル）

・電話相談は平日月～金曜日午前10時～午後3時 携帯電話からも無料

・認知症介護研究・研修東京センターを運営する社会福祉法人浴風会が開設

## V. BPSD への対応

### 1. BPSD 早期対応の意義

(認知症) 高齢者の心理状態や行動で困った時は早めの対応が重要です

認知症の人は、心理状態が不安定になったり、予想外の行動をとることがしばしばあります。脳の働きが低下すると、今まで当たり前に行っていたことができなくなり、不安になったり頭が混乱します。また、自分の思うように物事が進まないことで、気分が落ち込んだり、イライラして怒りっぽくなることがあります。さらには、大事な物をしまった場所を忘れて誰かに盗られたと勘違いすることがあり、そんな時まわりの人はどのように接してよいかわからず、困ってしまいます。このような心理・行動面の症状は認知症の人によくみられるので、認知症の心理・行動症状 (BPSD) と呼びます。BPSD が現れると介護者はとまどい、こうした状態が続くことで疲れてしまい、虐待といった事態に発展することもあります。また、BPSD により、以下のような問題を生じることが指摘されています。

- ・施設入所や救急対応 (入院) のきっかけとなります
- ・体の機能が低下します
- ・介護者の負担が増えます

認知症の人は、住み慣れた環境で安心して暮らし続けることが大切ですが、そのためには BPSD を予防したり、BPSD がみられる人や介護者に対して早期に支援を行い、上にあるような危機的状況を避けることが重要です。ここでは、BPSD が現れる仕組みやその対応についてわかりやすく説明します。

### 2. BPSD はなぜおこるの？

BPSD はなぜおこるのでしょうか？BPSD は脳の働きの低下に加え、からだの状態 (身体の病気) や心理的状态 (不安や気分の落ち込みなど)、その人を取り巻く生活環境など多くの要因が絡み合って出現すると考えられます。したがって、本人の問題だけでなく介護者との関係 (の悪化) が BPSD の原因になる場合も少なくありません。介護ストレスが介護者のイライラや不安の原因となり、そのような心理状態が高齢者に対する不適切な対応につながり、それが BPSD を悪化させ、さらなる介護ストレスを生むという悪循環がおこりやすいのです。全ての BPSD が不適切な対応によってもたらされるわけではありませんが、