

BPSD が認知症高齢者の「正常な反応としての異常な言動」であるという視点を持つことは大切です。BPSD かな？と思った時は、個別の対応を考える前に、本項の「まず行うこと」、「次に確認すること」を読んだ上で、評価してみてください。自宅でできる早期対応でひどくなるのを防ぐことができます。

3. BPSD と思ったらどうすればいいの？

普段介護にあたっている方であれば専門的な知識がなくても対応可能です。適切に評価することで BPSD の悪化を防ぎ、問題が小さいうちに対処することができます。しかしながら、ここに挙げる項目の状況次第では後述の対応を行ったとしても、良い結果が得られないことがあります。それでも、その後専門医を受診することになった場合に迅速で正確な診断につながり、適切な対応が行われることにつながります。

【まず行うこと】

① 本人の訴えに耳を傾ける

BPSD は意思の伝達がうまくいかない状況で発生することがよくあります。訴えに十分耳を傾げるだけで、精神状態が安定することがあります。ただし、言葉の障害（うまく話ができない、話が理解できない）があり、意思の疎通が十分行えない方の場合、無理に繰り返し話を聞き出そうとすることで却ってイライラさせてしまうことがあります。ポイントは表情やジェスチャーを含めて、聞き取りやすい声で簡潔でわかりやすい言葉で意思を伝え、本人が“十分に訴えを伝えることができた”と感じてもらえることが重要です。

② バイタルサインのチェック

BPSD は体の調子が悪い時に起こることがあります。

- ・意識：ボーっとしていたり、問いかけに反応が乏しくなるのは、脳卒中、肺炎、心不全など様々な病気で起こります。比較的軽い意識の障害がある時に、精神症状や行動の問題がおこる場合をせん妄と言います。

- ・体温：熱があれば、ぐったりしてうつ状態に見えることがありますし、逆にイライラして怒りっぽくなったり、暴力的になったりすることもあります。

- ・血圧：血圧が急に高くなったときは、脳出血、脳梗塞、硬膜下血腫などの病気のサインであることがあります。血圧に変化があるときは、意識の状態の変化、手足の麻痺がないかなどをみて下さい。

- ・脈拍：動悸や不安を訴え、不整脈、頻脈（脈が速くなること）、徐脈（脈が遅くなること）

などがある場合、心不全や心筋梗塞が隠れていることがあります。

以上、BPSD が身体疾患の最初のサインであることがあります。後述するせん妄との関連も深く、適切な診断のポイントになることがあります。

③ 食事状況の確認

食事が十分に食べられていないと、低栄養や脱水を引き起こし精神状態を悪化させることがあります。生命の危険につながることもあるので、食事摂取状況の確認は重要です。また、食事や水分の飲み込みが悪く、むせ込みが目立つ場合は、脳卒中が隠れていたり、肺炎になる危険があります。

④ 排便状況の確認

高齢者は、そもそも腸の動きが低下しており、便秘を起こしやすくなっています。便秘や下痢は拒食や食思不振といった BPSD の原因になることがあります。また、腹痛からイライラしたり、精神的に不安定になることもあります。

⑤ 睡眠状況の確認

高齢者は睡眠のリズムが変化し、夜中何度も目が覚めたり朝早く目覚めてしまうので、普段から昼夜の生活リズムを作っておくことが大切です。不眠が続くと精神的に不安定になります。認知症のタイプによっては睡眠中に大声を出したり暴れることもあり、睡眠中の状態も含めて、ちゃんと睡眠がとれているかどうかをみることは大切です。

⑥ 痛み、苦痛、怪我などがいないか確認

認知症の方は、痛みや不快な症状を言葉でうまく伝えられないことがよくあります。そのため、苦痛や不快を言葉でなく、BPSD として表現することがあります。いつもと様子や表情が違うときは、けがや関節の痛みがないか、バイタルサインに変化がないか調べましょう。痛み止めに適切に使うなどの対応で、精神的に落ち着くこともあります。

⑦ 歩行の状態の確認

急激な歩行状態の変化は、脳卒中、水頭症（頭に水が溜まる病気）などのサインかもしれません。また、転倒が原因で骨折していることもあります。

⑧ 皮膚の状態の確認

高齢者は皮膚が乾燥していることが多く、皮膚の状態が悪いと、かゆみ、湿疹などから、イライラしたり、情動が落ち着かなくなることがあります。うつ、意欲低下、だるさなどを訴える患者さんの下肢がむくんでいる場合、心不全や腎臓病、甲状腺の病気が見つかることもあります。

以上を確認したら、次の点を調べてみましょう。

【確認すること】

① 症状の経過

BPSD の経過において、症状の急な変化がある場合、後で述べるせん妄が疑われるので、しっかり確認しておきましょう。認知症の適切な診断をするためには、BPSD を含めて認知症の初発症状から経過を把握することが重要です。

② 認知症の診断はされているか

急に認知症の症状が出た場合は、せん妄が隠れているかもしれません。まだ認知症の診断がついていない場合には、認知症の専門医による診察を受け、適切な診断に基づく治療およびケアを行う必要があります。

③ 認知症のタイプは

認知症のタイプによっては、同じ BPSD が見られたとしても対処法が異なることがあります。〇〇型認知症といったような診断が確定していれば、本冊子の評価項目を確認したうえで、個別の対処法を実行してみてください。それでも困難な場合は、専門医に相談するようにしてください。

④ 身体の病気はあるか

もともと持っていた身体疾患の悪化によって、せん妄を含めた BPSD が出現することがあります。

⑤ 内服薬の確認

内服薬によっては、せん妄を引き起こしたり、精神症状を誘発したり、認知症を悪化させたりすることがあります。また、内服薬が変更になった場合も同様な症状が出ることがあります。既往歴などの情報がない場合も、内服薬の把握は BPSD の対処に重要な情報です。

⑥ 環境の変化の有無

認知症患者さんにとって、環境の変化は大きなストレスになります。環境が変わったときは、混乱して行動が変化したり、精神的に不安定になることがあります。

⑦ 介護者の対応は

介護者の対応の仕方によって精神症状がよくなることも悪くなることもあります。

⑧ 元々の性格は

高齢者はもともとの性格が変化します。円熟化する人もいれば、逆に頑固になったり、先鋭化して怒りやすくなる人もいます。もともとどのような性格なのか把握することで、本人の考えを理解し、対応策が立てられることもあります。

⑨ 感覚機能（視力、聴力など）の確認

加齢に伴う視力や聴力など感覚器の機能が低下すると、適切に情報を得ることが難しくなり、意思疎通ができないため BPSD が起こりやすくなります。眼鏡や補聴器を使用している場合でも本人の状態に合っているか定期的に確認することが必要です。

個別の対応をする前にせん妄についても知っておきましょう。

【せん妄ってなんでしょう？】

せん妄とは、軽い意識の障害があり、錯覚、幻覚、興奮、不安といった症状を呈する状態です。

① 種類

(ア) 過活動型せん妄

理解しにくい言動や興奮、幻覚（幻視）、妄想などがみられます。

(イ) 活動低下型せん妄

精神や身体の活動性の低下が目立ち、認知症やうつ病の様にみえてしまうこともあります。

(ウ) 混合型せん妄

その他、断酒時、手術後、集中治療室での治療中、終末期などにもみられることがあります。

② 原因

(ア) 直接の原因となるもの：意識障害をきたす全ての疾患、薬物・物質（アルコール、麻薬、各種有毒物質など）など

(イ) せん妄をおこしやすくするもの：心理的・身体的ストレス、適度な刺激がないこと、睡眠を妨げる環境など

(ウ) せん妄がおこりやすい状態：高齢、認知症・脳卒中など脳に障害がある状態

③ 対応

(ア) 意識障害の原因となる疾患の治療が第一です。その他、せん妄の原因と考えられ

る薬物や物質を減量もしくは中止します。

(イ) せん妄をおこしやすくしている痛みや不快感などの心理的・身体的ストレスを減らすよう心がけます。日中の意識をはっきりさせるため、適度な刺激（声をかける、散歩する、レクリエーションに参加するなど）を与えるようにします。また、尿道カテーテルの使用をできるだけ短期間にするといった睡眠を妨げる状況への対処も行いましょう。

(ウ) 薬物療法：興奮が著しいときは精神安定剤の使用が効果的な場合があるので、主治医に相談してみてください。

4. BPSD の相談先は？

認知症は早期発見、正しい診断、適切な治療と対応を行うことで、BPSD の予防や症状の改善、さらに認知症の進行を遅らせる事が可能です。何か変？もしかして？と思った時は、早めにかかりつけ医に相談するか専門医を紹介してもらおうと良いでしょう。認知症は早期発見と対応が鍵です。

下記の13項目は、現在、三鷹市、武蔵野市を中心に使われているもの忘れ相談シート1に書かれている内容で、日常の暮らしの中で、認知症ではないかと思われる言動や行動を挙げたものです。あてはまるものが多い場合認知症が疑われます。

- 同じことを何回も聞いたり、話したりする
- 物の置き忘れやしまい忘れが目立つ
- 約束を忘れる、間違える
- もの忘れを認めないやしない
- 身なりを気にしなくなった
- 料理、買物など家事をしなくなった
- 慣れたところで道に迷う
- 薬の飲み忘れが多い
- 金銭管理ができなくなった
- 一日中家の中でボーっと過ごしていることが多くなった
- 大切なものを盗まれたという
- 些細なことで怒るようになった
- 見えないはずの物や人が見えると訴える

① かかりつけ医

上記のような症状や行動に気付いたら、早目に医療機関を受診することをおすすめします。本人が拒否することがあるかもしれません。「脳健康診断ができるらしい。私も受けるから一緒に受けましょう」と、できるだけ自然に促すと良いでしょう。

受診先は、まずはかかりつけ医がいれば、かかりつけ医に相談をしてみてください。専門医の受診を希望する場合でも、まずかかりつけ医に相談して、そこを通じて専門医への受診をお願いすると良いでしょう。専門医に受診すると正しい診断と適切な治療につながります。

② 介護保険サービスを利用している場合

介護支援専門員（ケアマネージャー）に相談をしましょう。ケアマネージャーを通じて医療機関につながることもあります。また、訪問看護の利用をお勧めします。関わり方そのものや生活習慣の見直し、必要な福祉用具、そのほかの社会資源についてのアドバイスを受けることができます。

③ かかりつけ医がない、介護保険サービスを利用していない場合

かかりつけ医がない場合、市区町村の相談窓口や保健所・保健センター、地域包括支援センターなどに相談してみてください。地域の医療機関などを教えてもらうことができます。また、今は認知症の人やその家族をサポートする団体が様々あります。

また、地域にある訪問看護ステーションに直接相談すると、医療機関に受診すべきかどうか、在宅における医療と生活のサポートの相談、日常の関わり方などのアドバイスを受けることができます。

◆行政◆（各地域の具体的相談先を記載）

- ・最寄りの市区町村役所あるいは保健所・保健センター
- ・最寄りの地域包括支援センター
- ・都道府県の高齢者総合センター（シルバー110番）

◆団体◆

- ・（公益社団法人） 認知症の人と家族の会 認知症の電話相談 0120-294-456
- ・（公共財団法人 認知症予防財団） 認知症 110番 0120-654-874
- ・ 社団法人日本老年医学会 老年病専門医検索システムあり

<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/index.html>

- ・ 各都道府県に設置されている看護協会 ⇒〇〇県看護協会 で検索
訪問看護一覧が掲載されています。

④ BPSD 早期介入を目指した地域ネットワーク作り

BPSD にとって早期発見・早期介入はとても大切なことです。但し、BPSD の早期発見・早期介入が円滑かつ適切行われるには、個人の力では不十分な場合も多いです。地域で患者・家族・介護職員・ケアマネージャー・看護師・医師などが協力するネットワークを形成することによって、より良い認知症の介護環境を構築することが可能です。

認知症もしくは BPSD の診断・フォロー・増悪のいずれの際にも、まずかかりつけの医療機関に相談しましょう。そこで、診断や治療の検討をしてもらい、必要に応じて認知症の専門機関が紹介されます。そこで、在宅での治療の調整を受けたり、場合によっては入院して BPSD または身体疾患の治療を受けたりします。その時に大事なのは、一つの職種だけでなく、本人に関わり得る様々な職種の方々に相談して、本人にとって良い環境を作ってさしあげることです。自宅療養環境の整備、ヘルパー・デイサービス・デイケア・ショートステイなどの介護サービスの利用、介護者への教育・ケアによって、総合的に介護を行う環境を整え、BPSD の発生を防ぎ、介護者の負担も減らして、安定した在宅ケアを継続できるようにしましょう。

どういう時に専門医へ行くべきなのでしょうか

認知症の診断は一般に「神経内科」「精神科」「心療内科」「脳神経外科」などの医療機関で可能です。最近は「もの忘れ外来」「認知症外来」など専門外来のある医療機関も増えています。インターネットで専門の医療機関を調べて下さい。

簡単な検査であれば、かかりつけ医でも可能です。確実な診断や特殊な治療は、開業医では困難な場合もあります。また、高齢者は複数の薬を服用し、その影響で認知機能が悪化することもあります。かかりつけ医で認知症の治療をしても改善しない場合、または下記のような症状がある場合、早目に専門医に相談してください。前述の相談窓口を活用し、地域の専門医を受診しましょう。

下記のような症状がある場合、専門医に相談することをお勧めします。

- ・せん妄が疑われる場合

- ・妄想にともなう興奮・暴力が激しく、危険行為や迷惑行為、周囲とトラブルになっている場合
- ・抑うつ状態が強い場合。
- ・寝ていることが多くなり、その結果、体の動きにくさや、体力の低下、食べ物の飲み込みが悪くなっている場合
- ・食事がとれず体重減少や栄養状態が悪化している場合
- ・睡眠障害があり昼夜のリズムが乱れている場合
- ・「死にたい」という強い願望・自傷行為がある場合
- ・レビー小体型認知症*が疑われる場合
- ・レビー小体型認知症、精神疾患の既往、てんかん、ナルコレプシー（睡眠障害）*があるなど専門医の判断が必要な場合
- ・薬物療法を行っていても全く効果が得られない場合

*レビー小体型認知症ってどんな病気？

小さい動物や人などの幻視（実際はいない物が見える）やパーキンソン症状（体が動きにくい、歩きにくい、手が震える）を伴う認知症で、初期にはもの忘れが目立たないことがあります。抑うつや妄想といった **BPSD** のほか、立ちくらみや便秘などの自律神経症状が出る場合があります。

*ナルコレプシーってどんな病気？

日中、場所や状況に関係なく強い眠気の発作を起こす病気です。笑いや怒りといった感情の高ぶりにより、全身が脱力して倒れてしまう発作を起こすことがあります。

5. BPSDをおこさないためには、どうすればいいの？

認知症の人が安心して生活できるよう心掛けることで、BPSDを減らしたり、出現させないようにすることができます。以下は認知症高齢者のケアの原則をお示しします。

- ① 認知症の人の心や言動を受容・理解し、信頼関係をつくりましょう。
- ② なじみの人間関係をつくって（味方になる）、安心感を与えましょう。
- ③ 認知症の人の心身の動きにペースを合わせ、よい交流をはかりましょう。

- ④ 日常生活の中でその人に合った役割を果たしてもらい、もっている能力を発揮するよう努めてください。
- ⑤ 理屈で説得するより、共感して納得してもらい、自覚的な発言、行動をうながしましょう。
- ⑥ よい刺激を与え、情意の活性化と生きがいを感じられるようにしましょう。
- ⑦ 孤独な状態を放置して、生活能力が落ちることがないように注意してください。
- ⑧ 高齢者は変化についていきにくいので環境の急激な変化を避けてください。また、変化したことは忘れやすいので、変化したものに慣れるまで繰り返し触れるようにして差し上げてください。
- ⑨ その人のよいところを認めてください。
- ⑩ 時間の観念が薄れているので日課をもってもらい、順を追って行動できるようにしてあげてください。

(室伏君士. 痴呆老人への対応と介護. 金剛出版:1998 より改変)

認知症の人のケアは「その人らしさ」を維持することが大切です。重症度にかかわらず、その人の自尊心を損なわない配慮をお願いいたします。

6. こんな症状が出たら、どう対応するの？

1) 幻覚

幻覚とは、本来存在しないものが見えたり（幻視）、聞こえないはずの声や音が聞こえたり（幻聴）する症状です。幻聴がBPSDとしてみられることはまれです。

幻視は、レビー小体型認知症（DLB）でよくみられます。周りの人には見えなくても、本人は実際に見えているように感じていますので、見えていることを周りの人がいくら否定しても本人は納得しません。見えている人や物が存在しているかどうかを話し合うのではなく、見えるために感じる不安を共有しましょう。多くの場合、見えてもそれが本人に危害を与えることはないので、わかりましたと受容してみてもいいでしょうか。

2) 妄想

妄想とは間違った思い込みをしており、その考えを訂正することができない症状です。本人はそれが妄想であると思っていないので、その内容が事実でないことを説得しようとしても納得しません。内容が事実か事実でないかを話し合うのではなく、そのように思っ

不安だったりイライラしている、その気持ちを共有しましょう。例えば「財布を盗られた」には「財布を盗られたのね。大変だ。私も一緒に探しましょう。でも、すぐには見つからないかもしれないからちょっと待つね」などと対応してはいかがでしょうか。

3) 帰宅願望・徘徊

今自分がいるところが自宅とわからなくなり、「家に帰る」と言うことがあります。本人は自分のうちは別のところにあると思っているので（妄想とも言えます）、そこが自宅であると説得しても納得しません。一緒に出かけて、近くをひと回りしてから自宅に戻るとうまく消えることがあります。

徘徊は様々な理由によっておこります。介護者からみたら徘徊ですが、本人には歩き回る理由があります。帰宅願望によるもののほか、何となく外の空気が吸いたい、誰かに会いに行かなければならない、仕事に行かなければならないなどが理由になります。また背景には、自分のうちに居場所がない（自分の役割がない）という思いが隠れていることがあります。日課や役割を作ることが解決につながる場合があります。

徘徊は事故につながることもあるので、安全を守るための工夫も必要です。出て行くことするので玄関にベルなどをつけておくといいでしょう。また、洋服やいつも持ち歩く物に名前と連絡先を書いておきます。本人が電話を持ち歩くようであれば、GPS機能付きの電話にするのもいいでしょう。GPSは市区町村役所で貸し出しているところもありますので問い合わせしてみてください。近所の人やお店に、本人が一人で歩いている時には連絡をもらうようお願いしておく、地域のネットワークに登録する、などの方法もあります。

4) 暴言・暴力

暴言や暴力につながるイライラの理由や状況がわかる場合には、できるだけ原因を取り除くようにしましょう。きっかけとしてよくあるのは、本人が理解できないような難しいことを話しかけられたり、早口で話しかけられたりすることです。このようなとき本人が理解できないことを責めると、本人は理由もわからずに叱られているように感じます。本人に強い言葉を投げかけると、暴言暴力として跳ね返ってきます。御自身のためにも理屈で本人を責めるのではなく、優しく接して下さい。しかしながら実際には、イライラしている理由がわからないことは少なくありません。

暴言や暴力がみられそうなきには、話題を変えて本人の注意を別の方向に向けると落ち着く場合があります。また、暴言暴力は身近な介護者に向けられることが多いですが、そのようなときに別の人が間に入ると落ち着くこともあります。

このような対応を行っても暴言や暴力が続く場合、薬物による治療が必要なこともあります。

暴力がある場合には、介護者の安全を守ることも必要です。ひとりで抱え込まずに、早めに地域包括支援センターなどの相談機関や福祉の担当者、医療機関などに相談しましょう。

5) 不潔行為

尿や便を失敗したことを隠したい、もしくは便を自分で処理しようとして失敗することがあります。このような時は失敗したことを責めるのではなく、ご本人の気持ちを理解してあげましょう。排尿の失敗があっても、いきなりおむつをつけるのではなく、トイレに間に合わないことが原因であれば、トイレに行く時間を決めたり、トイレに連れて行く回数を増やしたりしてあげてください。また、トイレの場所がわからない場合には部屋からトイレへの道筋にテープを貼ったり、トイレに大きく「便所」と書いてあげてください。便通の異常があれば、食事内容を見直したり、運動をするよう促して下さい。便通を整えるために、薬の内服が必要になることもありますので、なかなか改善しないようであれば医師に相談しましょう。

6) 異食・盗食

床に落ちているゴミを拾って食べるなどの異食（食べ物以外の物を食べること）がみられることがあります。また異常に食欲がある方は、隣の人の食事を勝手にとってしまう場合もあります。このような場合、直接注意することはあまり有効でないので、生活環境の改善を中心に、部屋を片づける、他の人と食事の時間をずらすなどの配慮が必要でしょう。

7) 大声

歳を重ねると難聴になり、自然と大声になってしまうことがあります。難聴がある場合には、紙に書いてコミュニケーションをとる、耳元で話す、折り曲がる筒状の物を使って話す、補聴器（集音器が有効な場合もあり）を利用するなどの工夫をするのもよいでしょう。本人の感情が高ぶって大声になっているときには、本人の受け入れやすい話題に変えることもよいでしょう。いずれにしても、大声になっているのは、不快な環境であったり、身体の痛みや便秘などの身体疾患が基礎にあることがあるため、大声の原因が何であるかを様々な面から調べてみるのが大切です。

8) 昼夜逆転・不眠

昼間は寝てしまい、夜におきてごそごと活動している昼夜逆転は本人だけでなく、ご家族の負担は大きいものです。また、なかなか寝付けない、途中で頻回に目を覚ますなどの不眠がしばしばみられます。散歩などの日中の活動を増やしたり、昼と夜のメリハリがつくように、室内の明るさを工夫することも大切です。朝早く目が覚める場合は床に就く時間を少し遅くしてみてください。高齢者の不眠に安易に睡眠薬を使用するとせん妄や転倒につながる場合があります。医師と相談の上、短期間だけ使用するなど上手に使ってください。

9) 常同行為（いつも同じ行動を繰り返す）

同じ言動を何度も繰り返し、止めようと思ってもなかなか止められない行動（常同行動）がみられることがあります。前頭側頭型認知症*に特徴的な症状で、常同行為を止めようとしたときに興奮や暴力が出現することがあるので注意が必要です。常同行為から毎日長時間散歩にでかけてしまうような場合、脱水など体の状態が悪くなる場合があります。施設などで決まった椅子に本人が座るような場合には、他の人がその椅子に座らないように注意してください。常同行為がエスカレートし、激しい精神症状をきたした場合は医師に相談してください。

*前頭側頭型認知症ってどんな病気？

性格が変わったかのように、感情が乏しくなり、まわりに配慮を欠いた言動が目立つようになる認知症です。また、言葉を発したり理解するのが難しくなり、意思疎通がとり辛くなります。同じことを言い続けたり、繰り返す行為が目立つこともあります。

VI. 事例

以下、認知症の方の具体例を5つ挙げます。そばに似たようなケースがあれば参考に見てみてください。

【事例1】

77歳女性。2005年5月よりもの忘れが徐々に進行し、料理が上手くできなくなった。同じことを繰り返し話し、指摘すると怒るようになった。2006年2月より複数回預金通帳を紛失した。日中独りでいるときにセールスマンが自宅を訪れ、必要のないリフォームや布団の購入、排水管工事を契約させられ、毎月30万円以上の支払いが行われていた。その度に、同居の家族が解約を行っていた。2006年11月に急性心筋梗塞で救急病院に入院した時には、幻覚が生じ、夜間不眠で混乱状態(せん妄状態)となった。2007年1月、急性心筋梗塞に対して入院にてカテーテル治療を受けて退院したが、自宅に戻ってから、自分が入院治療を受けたことを思い出せなくなっていた。その後徐々にもの忘れが進行し、意欲低下がみられ、自宅に引きこもりがちとなった。2007年7月に認知症精査目的に病院を受診した。入院精査の結果、見当識障害・注意障害を認め、軽度のアルツハイマー型認知症と診断された。

入院後、患者および家族は初期のアルツハイマー型認知症と告げられた。中核症状としてのもの忘れ、周辺症状として意欲低下、日中引きこもりがあるために、塩酸ドネペジル(アリセプト)の内服治療が開始された。同時に介護保険の申請を行って、要介護1の認定を受け、退院後より通所リハビリに週3回通うことになった。当初はリハビリに積極的でなかったが、通い続けるうちにだんだん喜んで参加するようになった。デイケアに参加しない日の日中は茫然としていることが多いので、ヘルパーさんに来てもらい散歩やレクリエーション活動を行った。その結果、意欲の向上を認め、引きこもりの改善を認めた。

～この事例について～

この方は、3年前にももの忘れで発症したアルツハイマー型認知症で、金銭管理など生活に支障を認めていた。一方、身体疾患の合併に伴うせん妄も生じ、さらに身体疾患治療後にうつ状態も認めた。病院受診の結果、薬物療法と適切なケアプランを組み合わせた総合的な対処が開始されBPSDの安定化が認められた。一方で、早期介入の観点からは、それまでに介入可能な症状を多く認めており、早期の診断・介入によって、本人および家族の負担を軽減する事ができたと考えられる。

【事例2】

87歳女性。1995年7月に脳梗塞によって右片麻痺・失語が生じ、救急病院へ入院した。3か月ほどリハビリテーションを受けて、右片麻痺は残存するものの自立歩行可能となり退院した。2006年2月、脳梗塞再発によって左片麻痺が生じ、救急病院へ入院した。再度リハビリテーションを受けて、杖歩行可能となり退院した。退院後、自宅で日中一人暮らしの生活を送っていたが、もの忘れが目立つようになり、ガスをつけっぱなしにして鍋を煮こぼしたり、昼食を食べ忘れてたり、日中寝ている時間が多くなったりした。2008年1月、介護老人保健施設に短期入所中、夜間に「外に人がいてこちらを覗んでいる」と言い不穏状態になった。短期入所から自宅に戻り数日後には落ち着いたが、もの忘れがさらに進行し、意欲低下から引きこもり・廃用を生じて歩けなくなり、2008年3月に病院を受診した。精査の結果、中等度の脳血管認知症と診断された。

このケースでは患者および家族に脳血管認知症であると告げられた。また、合併するうつ状態・意欲低下に対して、抗うつ薬であるパロキセチン（パキシル）が処方された。また、もの忘れ・歩行障害に対して、通所リハビリが週3回導入された。短期入所中に一過性の夜間せん妄を呈したことに対して、今後も全身状態の悪化、入所や入院などの環境変化によって再発する可能性があるため、予防として、全身状態の観察や入院・入所時の家族同伴などを指示し、せん妄時にはリスペリドンの頓用が指示された。

以上の治療・ケアプランを実行し、3か月後にはうつ状態が改善した。通所リハビリへの参加を楽しみにするようになり、歩行障害も杖での自立歩行可能なレベルにまで改善した。
～この事例について～

この方は、脳梗塞後に発症した血管型認知症であり、認知障害のほか、陰性症状（意欲低下とうつ症状）を主体とするBPSDを認めていた。薬物療法とリハビリテーションによる総合的ケアを行うことで、身体、精神両面の改善が認められた。

【事例3】

2007年10月より、実際に存在しない人や物が見えたりするようになった。また、他人の手が自分の手の上に置かれて気持ちが悪いと訴えるようになった。同じ年の11月、椅子から立ち上がる際に時折めまいを自覚した。2008年1月、歩行がやや不安定になり、さらにもの忘れが多くなり、かかりつけ医の外来受診日を間違えるようになった。2008年4月に病院を受診した。認知機能障害、反復する幻視、パーキンソン症状、起立性低血圧を伴う

自律神経障害を認め、画像検査と併せて、レビー小体型認知症と診断された。

患者ならびに家族はレビー小体型認知症と告知を受け、病状と治療方針が説明された。治療薬として、塩酸ドネペジル（アリセプト）が使用された。内服開始後 1 か月頃より幻覚が減少して、覚醒度も上がってきたが、時に夜間の幻覚を訴えた。そこで、クエチアピン（セロクエル）の内服を追加し、少しずつ用量を増やして 3 か月後には、幻覚はほとんど無くなった。同時に介護保険を申請して要介護 2 と認定された後、通所リハビリに週 4 回通うようになった。以降、徐々に意欲が出て、精神的にも安定してきた。歩行は階段昇降はやや困難であるが、平坦な所では自立歩行が可能な状態である。また、血圧は時に収縮期血圧 100mmHg 以下になることがあるが、起き上がり・立ち上がり動作をゆっくり行うことで、めまいの回数は減少した。

～この事例について～

この方は、幻視・歩行障害・もの忘れによって発症したレビー小体型認知症である。レビー小体型認知症は、認知障害のほかに、幻視やパーキンソン症状を特徴としており、薬物療法および適切なケアプランによる包括的アプローチで症状の改善が得られた。

【事例 4】

2002 年、夫（パーキンソン病に罹患）の介護が必要になった頃より、夫の病状について心配し、夫の主治医のところへ 1 日 3～4 回行き、病状について何度も尋ねるため、主治医から注意を受けた。2003 年、「体がだるい」「夜眠れない」「どうすればいいのか分からない」などの訴えを、同居している娘に毎日頻回に尋ね、娘が説明しても納得しなかった。2004 年、娘が仕事で出かけると、近所に住む息子の携帯電話に、同じ内容の訴えを 1 日 30 回以上行うようになった。外出してタクシーに乗った時には、何度も同じことを運転手に話し、運転手の腕をつかんで離さないため、タクシーから引きずりおろされた。その後も、走り去るタクシーを追いかけて、叫び続けた。2005 年、自宅内で「私を付け回さないでください」、「私は見張られています」と訴え、1 日中自室のドアのカギを確認し、ドアを叩くようになったため、病院を受診した。精査の結果、人格変化と情動障害で発症し、認知障害は比較的軽度であった。画像所見と合わせ、前頭側頭型認知症と診断された。

受診後、前頭側頭型認知症によって人格変化、情動障害、軽度記憶障害を呈しており、薬物療法と通所リハビリ、さらに家族の介護負担軽減のための介護サービスが必要なことが患者および家族に説明された。情動障害に対してリスペリドン（リスパダール）が使用

され、頻回の電話コールに対してパロキセチン（パキシル）が追加された。介護保険申請の結果、要介護 2 の認定を受けて、通所リハビリに週 4 回通うようになった。1 年間で精神的に安定し、電話の回数も少なくなってきた、通所リハビリにも積極的に参加するようになった。通所リハビリでは作業能力が高く、職員から協力を要請されることもあった。他の参加者への手助けの役割を担っていると自覚するようになり、通所リハビリへ行くことを喜ぶようになった。通所リハビリに参加しない日は、日中ひとりでボーっとテレビを見たり、時に近所に買い物に行っておやつを購入したりしていた。外出しても迷子になることはなく、一人で帰宅できている。買い物の際にお金の支払いも一人で行っている。

～この事例について～

この方は、人格変化と情動障害で発症した前頭側頭型認知症である。情動障害に対して薬物療法を開始すると同時に、介護保険を用いた適切なケアプランを導入することにより、本人の意思・自主性を尊重しながら、BPSD を安定化させることができた。

【事例 5】

2008 年 7 月、同居中の孫娘が高校進学後、日中一人でいる時間が長くなり、自宅に引きこもるようになった。その頃からもの忘れが多くなり、意欲が低下してきた。心療内科を受診し、うつ病の診断を受けて、抗うつ薬の投与により少しずつ症状が改善してきた。

2009 年 4 月、夜間「窓の外に知らない人がいる」、「誰かがこちらを覗き込んでいる」と訴え、落ち着きがなくなった。6 月初旬「死にたい」と訴え、スカーフで自分の首を絞めようとした。6 月下旬早朝にパジャマ姿で外に出て歩いていたところを近所の人が発見して、救急車にて救急病院に搬送されたが、興奮状態となり、精神科病院へ転送されて緊急入院となった。

精神科病院入院後、抗精神病薬の投与によって症状は徐々に改善し、8 月には精神的にも安定して幻覚の訴えも少なくなったが、歩行・動作が緩慢で、車椅子を使用することが多くなった。9 月になりリハビリ病院に転院となった。

リハビリ病院転院時、うつ状態は改善していたが、認知機能障害、パーキンソン症状、反復する幻視を認めた。以上の症状からレビー小体型認知症が疑われたが、MRI、脳血流シンチグラム等の画像検査からはアルツハイマー型認知症と考えられた。この方は、うつ状態に対して、複数の抗精神病薬や抗うつ薬の内服があることから、これらの副作用による幻視・せん妄状態および薬剤性パーキンソン症候群と考えられた。

患者と家族はアルツハイマー型認知症と説明された。また、歩行障害とうつ状態に関し、薬物療法とリハビリテーション療法を行っていく旨説明された。入院中にリハビリテーションを行いながら薬剤は減量された。その結果、歩行障害が改善し、自立歩行が可能となり、意欲も回復し笑顔が見られるようになった。病状が改善したので、退院に向けて試験外泊を行ったが、その間家族が付き添うようにしていたため、精神的にも安定し、自宅退院が勧められた。しかしながら家族は、患者が退院して一日中一人になることを心配し、病状再発の危険性を考え、2010年1月に介護老人保健施設に入所した。入所後、施設から自宅への外泊日数を徐々に増やし、日中独居生活の体験を繰り返した。その結果、安定して長期外泊が行えるようになり、定期的な短期入所を利用しながら、自宅にいる間はヘルパー・通所リハビリを利用するケアプランを採用し、最終的に2010年3月に退所し、在宅で安定した生活を送れるようになった。

～この事例について～

この人は、BPSDを伴う認知症に関して、当初精神科病院での治療を必要とし、その後リハビリテーション病院での調整を経て、介護老人保健施設に入所し、BPSDの安定化を図りながら、最終的に在宅復帰が可能となった。この人のように、いくつかの専門病院（精神科、急性期病院、リハビリ病院など）と施設、家族が協力しながら、治療・介護のネットワークが整えられ、BPSDの完解を得ることができた貴重なケースである。このように治療と介護がうまく連携することで在宅生活が可能になると考えられる。

おわりに

冒頭で記したように、認知症の人が自宅で長く穏やかに暮らしていくためには、ご本人と介護にあたる方の信頼し合える関係が必要です。介護の視点の中心にあるのは認知症のご本人です。ご本人が心穏やかにいつまでも家族の方と笑顔で過ごせるよう、この冊子をご活用ください。

補遺

この冊子は平成24年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）“病・診・介護の連携による認知症ケアネットワーク構築に関する研究事業”の一環として作成したもので、以下の方々の協力のもと作成しました。

横浜市立大学附属市民総合医療センター・精神医療センター 小田原 俊成

旭神経内科リハビリテーション病院 旭 俊臣

国立長寿医療研究センター 武田 章敬

医療法人社団こだま会こだまクリニック 木之下 徹

杏林大学医学部高齢医学 神崎 恒一（監修）

また、群馬大学医学部保健学研究科 山口 晴保 先生にも多大なるお世話になりました
ことに深謝いたします。

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
分担研究報告書

愛知県知多北部地域の認知症連携体制構築とチェックリストの作成

研究分担者 武田章敬 国立長寿医療研究センター

研究要旨 愛知県知多北部地域において多職種が集まり、認知症地域連携マップを作成した。認知症の人を早期に見つけるという視点から「もの忘れチェックリスト」をマップに掲載した。チェックリストの意義を調査する目的で、国立長寿医療研究センターもの忘れ外来を受診した人を対象として精査・協議を施行後の診断名との関係を検討し、その有効性、使用方法につき明らかにした。

A. 研究目的

愛知県知多北部地域において平成24年度に市、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、介護保険サービス事業所、医師、社会福祉協議会、民生・児童委員、住民ボランティア等の多職種で協議を行い、認知症地域連携マップを作成した。その際に、認知症の人を早期に見つけるという視点から「もの忘れチェックリスト」をマップに掲載した。地域で認知症の人を早期に見つけ、早期に対応するという視点から、チェックリストの使い方を明らかにしてほしいとの要望があり、チェックリストの有効性・使用方法を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

国立長寿医療研究センターもの忘れ外来を受診し、精査の後の診断カンファレンスで認知機能正常、軽度認知障害、認知症（アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症）、うつ病のいずれかの確定診断がついた人516例を対象として初診時の18項目（例：同じことを言ったり聞いたりする）から構成される同伴者を対象としたチェックリスト（専門医の協議にて作成した）の該当項目と診断名との関係につき検討した。

（倫理面への配慮）

当研究は国立長寿医療研究センターの倫理・利益相反委員会の承認を得て行っており、データは全て匿名化して扱っている。

C. 研究結果

問診票の回答で3/4項目をカットオフポイントとした場合、認知症又はうつ病の者を感度90.8%、特異度52.0%で抽出でき、判別分析で得られた判別式を用いれば、感度90.1%、特異度74.9%で抽出することができた。

D. 考察

本チェックリストを使用する際には、他者からみて4項目以上あてはまる場合に専門医療機関を受診すれば9割以上の認知症又はうつ病をスクリーニングすることができることがわかり、判別式を用いればより正確に見出すことができることが明らかになり、早期発見のためのツールとして利用が可能であることを示した。

E. 結論

認知症の早期発見・早期対応のための地域啓発に役立てるため、「もの忘れチェックリスト」を作成し、検証を行った。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

武田章敬：【認知症治療の最前線-包括的ケアを踏まえた新しい治療戦略-】 認知症ケアに向けた地域の取組みについて教えてください。 Geriat Med, 51 巻 1 号, 1189-1192, 2013.

武田章敬：わが国の認知症施策、月刊薬事. 54(10) : 30-34, 2012.

武田章敬：軽度認知障害 (MCI)、月刊薬事. 54(10) : 63-67, 2012.

2. 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。