

# 豊中市版 認知症対応マニュアル

医療機関で働く  
看護師のための



虹ねっと連絡会 認知症支援部会





医療機関で働く看護師のための

**豊中市版**

**認知症対応マニュアル**



# 序 章

## 1. はじめに ～豊中市版 認知症対応マニュアルの作成にあたって～

認知症に係る関係団体から構成される「虹ねっと」連絡会（※） 認知症支援部会において取り組むべき事項のひとつに、医療機関における認知症対応力の向上があげられました。今後高齢者の入院患者の増加が見込まれる中、認知症で身体疾患のある患者も増加し、医療機関においても認知症を正しく理解し、適切な対応やケアが行えるよう医療職の対応力の向上がさらに求められています。

豊中市においては、「住み慣れた地域で、自分らしく生きがいや誇り、明日への希望をもって、健やかに安心して暮らせるまち」を目標像として施策を展開しています。**認知症の人を地域で生活する大切なひとりの「人」であると認識し、尊重する気持ちを基本として、その人をとりまく環境を少しでも改善することで自分らしく生きることができる**よう、本マニュアルが医療・介護に携わる皆様の認知症対応力・ケアの質の向上にお役立ていただければ幸いです。

※「虹ねっと」連絡会は、医療従事者と介護従事者の連携強化を図るための取り組みである「虹ねっと」を多職種協働で進行するために設置しているものです。

### 【背景と豊中市の現状について】

国立社会保障・人口問題研究所が公表した「日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）」によると、団塊の世代が後期高齢者となる令和 7 年（2025 年）には、高齢者人口は 3,677 万人、高齢化率は 30.0%になると推計されています。また、75 歳以上の高齢者人口の割合（後期高齢化率）は、令和 7 年（2025 年）で 17.8%、令和 22 年（2040 年）には 20.2%まで上昇すると推計されており、いわゆる団塊ジュニア世代が高齢者となる令和 22 年（2040 年）までは中長期的に介護需要は増加し続けると推測されています。

豊中市においては、令和 7 年（2025 年）には、高齢者人口は 10 万人を超え、高齢化率は 26.9%に、また、後期高齢化率は令和 7 年（2025 年）で 17.0%、令和 22 年（2040 年）には 17.7%まで上昇すると推計されています。

さらに、一人暮らし高齢者や高齢者夫婦のみ世帯、認知症高齢者、医療を必要とする高齢者が増加することも見込まれており、介護する家族の負担や介護離職の増加とともに、認知症高齢者やその家族への支援、在宅医療と介護の連携強化、介護人材の不足等への対応など、様々な課題への対応が求められています。

そのため、医療、介護、介護予防、生活支援、及び住まいが包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の深化・推進が喫緊の課題となっています。

認知症高齢者においては、その数が令和 7 年（2025 年）には約 700 万人にのぼり、約 5 人に 1 人が認知症またはその予備軍となることが予想されています。国は、認知症施策総合推進戦略（新オレンジプラン）を通じて、認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進をめざしており、平成 30 年度（2018 年度）の介護保険法改正では、認知症施策の推進が介護保険制度に明確に位置付けられることとなりました。

平成 30 年度（2018 年度）から令和 2 年度（2020 年度）を計画期間とする第 7 期「豊中市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」では、「認知症高齢者支援の充実」を重点推進プランのひとつに位置付け、認知症になっても地域での生活を継続できる環境づくりをめざし、認知症施策を推進することとしています。

## 2. 本マニュアルの使い方

第1章は、認知症の人が入院していても、地域で生活をしていても、変わらないひとりの「人」であることを基本とし、本人・家族の視点を大切にしながらケアをすることの大切さについてまとめました。また、病期に応じた症状や対応、利用できる社会資源を意識した支援ができるよう、認知症の経過とケアの流れ（認知症ケアパス）について掲載しました。

第2章は、主に認知症に関する基礎知識、原因疾患別の認知症症状や特徴、身体拘束の実施基準、BPSDの緩和を目的とした薬物の適正使用、せん妄や認知症の人への具体的な対応方法、退院支援についてまとめました。

第3章は認知症に関するQ&Aです。平成30年度に実施したアンケート結果(第3章 1.参照)から、実際に現場の看護師が困っている場面について認知症看護認定看護師が回答したものも含まれます。また、医療機関と地域との連携は2025年問題の解決に向けて最重要課題です。連携に便利なツールや、豊中市内の社会資源・相談窓口を例示したおたすけマップは、医療機関で働く皆さま、とりわけ病棟で日々ケアの最前線にあたっている看護師の皆さまに、地域に戻っていく認知症の人の全体像を、想像力豊かにイメージしながら、活用いただければ幸いです。

また、本マニュアルには冊子版と簡易版があります。簡易版は各医療機関・病棟で必要に応じ、いつでも確認できるチェックシートとしてお使いください。日々のケアを振り返るとき、詳しい根拠について確認したいとき等は冊子版(本書)をご覧くださいと思います。

<本書に記載している用語について>

「認知症の人」…ひとりの「人」であることを尊重する観点から、「患者」や「認知症高齢者」などの用語は用いず、「認知症の人」という用語で統一しています。(一部記載を除く)

「BPSD」…行動・心理症状について、本文中では「BPSD」で統一しています。

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia の略です。

令和元年(2019年)9月

虹ねっと連絡会 認知症支援部会一同

# 目次

## 第1章

1. 認知症の人の入院治療における課題/問題 ..... 2
2. 認知症の本人・家族の視点を大切にする
  - ①本人の思い ..... 3
  - ②家族の思い ..... 4
3. ケアの基本姿勢・心構え ..... 5
4. 認知症の人が地域で暮らし続けるということ ..... 7
5. 認知症の経過とケアの流れ ..... 9~10

## 第2章

1. 認知症の定義 ..... 12
2. 認知症の症状 ..... 14
3. 認知症の診断と検査 ..... 19
4. 認知症の原因疾患 ..... 20
5. 薬物療法・非薬物療法 ..... 25
6. 意思決定支援 ..... 28
7. 身体拘束をしないために ..... 30
8. 入院中の認知症のケア
  - ①身体管理 ..... 32
  - ②せん妄 ..... 34
  - ③認知機能障害に対するケア ..... 39
  - ④認知症の人への具体的な対応方法
    - (1) 攻撃性(暴言・暴力) ..... 41
    - (2) ケアの拒否・易怒性 ..... 44
    - (3) 無気力・無関心 ..... 47
    - (4) 不眠 ..... 49
    - (5) 歩き回り(いわゆる徘徊) ..... 51
9. 地域とつながるための退院支援 ..... 53

### 第3章

1. 「豊中市認知症対応マニュアル」作成に向けたアンケート結果	56
2. 認知症に関するQ&A	58
3. 認知症に関する用語の説明	60
4. 認知症に関するシートの紹介	61
①認知症アセスメントシート	62
②認知症ケア加算対象者スコア	64
③認知症カンファレンスシート	65
5. 連携に便利なツール	67
6. 豊中市内の社会資源、相談窓口	72





# 第 1 章

## 第1章

### 1. 認知症の人の入院治療における課題/問題

身体疾患のために入院された認知症の人へのケアは、以下にあげる5つの課題があります。これらを意識し、認知症の人が必要な医療を適切に受けられるケア体制を整えることが重要です。

#### **BPSD**

過活動型 BPSD(焦燥、攻撃的な行動、暴力)は、治療継続が困難となるため、基本的な対応・評価方法を知らないと、安易に不適切な身体拘束や過剰な薬剤投与がなされることがあります。また、これらは過度の介護負担を招きます。また、低活動型 BPSD(意欲低下、拒食、抑うつ)は、医療従事者に問題として認識されにくいために、見落とし・放置される傾向があります。結果として ADL 低下や低栄養・脱水を招き、入院が長期化することがあります。

#### **認知機能障害**

もの忘れを主とした「記憶障害」、時間や場所、人物の見当がつきにくくなる「見当識障害」、服がうまく着られないなどの「構成障害」「視空間認知障害」、おつりの計算ができなくなるなどの「計算障害」、さらには「言語障害」や「遂行機能障害」なども加わり、日常生活や社会生活において支障が生じます。

#### **せん妄**

せん妄は身体疾患に基づいて生じる意識障害であり、認知症にせん妄が重なって発症することが少なくありません。しかし、その症状が認知症と似通っているため、せん妄と認識されず、身体症状への対応が遅れることや、夜間不眠に対し不適切な鎮静が行われることがあります。その結果、身体合併症の重症化やせん妄の重症化・遷延を招き、入院治療の長期化や ADL の低下につながるものが少なくありません。そのため、身体治療を要する認知症の人のケアにおいては、まずせん妄の合併を鑑別し、適切な対応を講じることが優先されます。

#### **認知症の人の身体管理**

認知症の症状には、記憶障害以外に遂行機能障害を伴うことが多く、自覚症状を適切に伝えることができにくいです。さらにアパシーや認知症の進行に伴い、さらに訴えが多様・微弱（少なく）になると、何が起きているのかを判断することが困難となります。そのため、身体症状の早期発見や対応の遅れ、疼痛管理等の対策が不十分になりがちです。

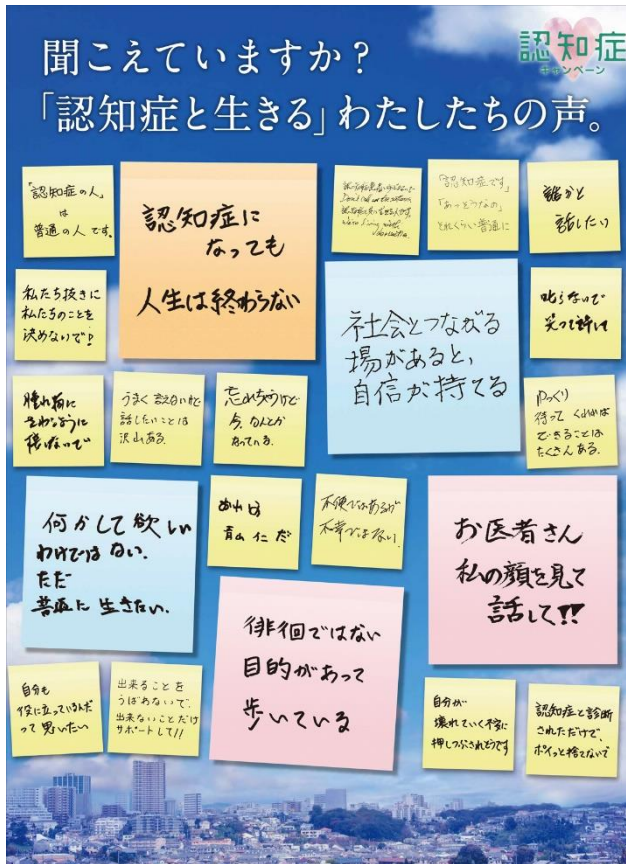
#### **認知症の人の意思決定支援**

医療においては、生命というその個人特有の状況を扱うことから自己決定権が重視されていますが、認知症がある、あるいは疑われる場合、意思決定能力が適切に評価されないまま、家族にその決定を委ねられる場合があります。特に軽度認知障害の段階では、適切な支援にて治療の理解や治療方針への決定ができます。また、意思決定が困難な場合は、本人の意向を尊重し、反映させるよう努めることが重要となります。

これらのように認知症の人の入院では、認知症対応と身体治療の両面での適切な医療・ケアを提供する必要があります。

## 2. 認知症の本人・家族の視点を大切に

### ① 本人の想い



(出典) NHK ホームページ, NHK ハートネット, 福祉総合情報サイト  
(<https://www.nhk.or.jp/hearttv-blog/700/238898.html>)

これは、認知症のご本人たちが書いたメッセージです。

私たちは認知症の症状から、認知症になると何もできなくなる、自分の思いを伝えられなくなる、と思いがちです。しかし、これらのメッセージを読んでも、認知症の人が様々な症状による生活障害を持ちながらも、ご自分の思いを伝えようとしていることがわかります。そして、このメッセージの数々から、認知症と診断されたあとでも、自信や希望を持って人生を送っている方も多くおられることが分かります。

認知症があってもなくても、相手の思いを理解したい、相手に自分の思いを理解してもらいたい、という想いは同じです。関わりの中で、私たちも認知症の人に声をかけたり心配しますが、逆に認知症の人から優しく声をかけられたり、気遣ってもらったりする、そんな経験をしたことがあるのではないのでしょうか。

私たちは医療従事者として、また地域住民として認知症の人の思いに耳を傾け、思いに寄り添った支援をしていかなければなりません。時に認知症の人は思いをうまく伝えることが難しくなることもあります。しかし、思いを伝えることが難しい＝思いがない、ということではありません。また、認知症の人の行動が私たちの理解を超えることがあります。その行動の意味は何だろう？ どうしてこのようなことを話されたのだろう？ そんなことを考え、思いを知ろうとしていくうちに、認知症の人が体験している世界に触れ、理解が深まってゆき、日々の看護に繋がっていくのだと思います。

認知症看護の第一歩は、「目の前の認知症の人の思いを考える・知る」ことから始まるのです。

## ②家族の想い

家族が認知症になった時、病状がどう進行するのか、家族の生活にどのような影響があるのか、何をすればよいのか戸惑い、不安になります。また何がいけなかったのかと自分を責めることもあります。2001年に「介護の社会化」がうたわれ介護保険制度が施行されましたが、未だ家族の身体的、精神的、経済的負担が大きいことには変わりありません。支援者は家族が抱える不安や負担を肩代わりすることはできませんが、お話を聞いて、共に悩み、解決方法を一緒に考えることはできます。それは家族の大きな支えとなるのです。ここでは、支援のポイントを大きく3つにわけて説明します。

### **認知症を疾患として理解できるように支援する**

家族が認知症の原因、症状、経過、治療、予後など医学的な知識を知っておくことは、これから起こりうる症状に慌てず対応するためにとっても重要です。正しい知識を得ることで、対応が難しい症状に対してうまく対応できるようになります。また同じ質問を繰り返されたり、リモコン操作など簡単なことができなくなることに驚いたり、苛立ったりするものです。そのようなネガティブな感情も、疾患を理解することで防ぐことができます。とはいえ家族がネガティブな感情を抱くことはごく当たり前のことであり、病気になる前の元気だった本人を知るからこそその葛藤であることを伝え、冷静に受け止めることができるよう支援しましょう。看護師は、ご家族が認知症を疾患として受け止められるよう症状について説明したり、情報提供することも大切です。その際は、家族の苦労をねぎらう声かけも一緒に行い、良い関係の構築をはかりましょう。

### **介護を一人で抱え込まないよう適切なサービス利用を促す**

認知症の人の介護は家族がするもの、他人に迷惑をかけたくない…と思う家族は少なくありません。そのような場合、介護サービスの利用は「自分が楽をしている」と罪悪感を感じたり、「お遊戯みたいなことをしても意味がない」など否定的に捉えて抱え込み、疲弊してしまうことがあります。サービスを利用することは介護者の負担軽減だけでなく、認知症の人が社会とつながる機会になっていること、進行予防のリハビリになることなど、認知症の人にとって必要であることを伝えましょう。その際、経済的課題のためにサービスを利用しにくい事情があるかもしれないことに配慮しましょう。また、介護する人が休息をとることも介護を継続するために必要です。

### **病病連携・病診連携・医介連携をする**

身体疾患による入院をきっかけに服薬管理が難しいことがわかったり、もの忘れがあることがわかるケースも多いです。検査に拒否的な人も、医療従事者から検査を受けるよう勧められることで受診を受け入れることができ、早期発見・早期治療につながります。退院時にはかかりつけ医やケアマネジャーに入院中の様子や退院後に気を付けることを伝えるなどの連携をすることで支援者の安心になり、それが家族の安心と退院後の生活の安定につながります。

近年、様々なケア技法が開発され高度化しています。メディアでは、認知症予防や進行予防によりことが多く取りあげられ関心を集めています。しかし、認知症の人にとっても家族にとっても“よいこと”とわかっていても、負担やプレッシャーとなることがあります。各家庭、様々な事情や背景を抱えていること、介護力に違いがあることを理解し、個々の対応を心がけましょう。

(出典) 認知症の人の家族支援 介護支援に携わる人へ, 編書矢吹知之, (株) ワールドプランニング

### 3. ケアの基本姿勢・心構え

#### 認知症についての知識をもち、更新する

認知症の原因疾患は多く、70 以上もあると言われています。認知症の原因疾患で多いもの 4 つを 4 大認知症と言いますが、それぞれ病態が異なり、出現する症状も違います。そのため、それぞれケアの仕方や声のかけ方には特徴があります。エビデンスに基づいた看護実践を行うために、認知症に関する知識は欠かせません。最近では、認知症に関する本や DVD など多数あります。ぜひこのマニュアルに加えてこれらを活用したり、研修を受けたりして、知識や技術の習得ないし知識の更新をしましょう。

#### 統合的にアセスメントする

認知症の人は高齢者がその多数を占めます。アセスメントを行う際は、認知症の人の生活状況、生活環境、家族背景、加齢による変化が心身に及ぼす影響、入院の原因となった疾患、認知症の原因疾患により出現する症状などを統合的にアセスメントし、ケアを考えていく必要があります。加えて、認知症は日常生活・社会生活に支障をきたします。認知症の人が入院中でもスムーズに日常生活を送ることが出来るよう、ケアを考えていきましょう。

そして、認知症の人が発した言葉や行動をすべて認知症のせいだと考える前に、加齢による変化や現病歴などから、その人の身体やこころの中で何が起きているのかをきちんとアセスメントすることで、必要なケアがわかることも多くあります。

#### 基本的ニーズが満たされるよう生活援助を行う

認知症では認知機能障害によって食事や排泄などの基本的ニーズをすべて自分で満たすことが難しくなっていきます。また、認知症の人は満たされていないニーズを言語的に表現することが苦手になります。入院中でも基本的ニーズが満たされているかどうかアセスメントして、不足している部分は援助しましょう。しかし認知症の人は、認知機能障害のため実際以上に衰えているととらえられがちです。すべてを手伝うのではなく、できることは何かということもアセスメントし、できることは認知症の人に行ってもらいながら生活援助をしましょう。

#### 安心・安全な生活・療養環境をつくる

認知症の進行に伴い環境からのストレス刺激閾値が低くなるため、環境の変化が BPSD の原因になることがあります。そのため認知症の人にとって安心できる環境づくりが必要です。入院生活の中でも住み慣れた安心できる環境に近い環境づくりができるように工夫しましょう。具体的には、家や施設で使っていたものを入院生活でも使用できるようにする、家でのベッドと入院中のベッドの配置を合わせ同じ方向から降りられるようにする、などの工夫を考えましょう。その工夫が、入院前から入院中、入院中から退院後、スムーズにもとの環境になじむために役立ち、入院前の生活・入院生活と退院後の生活の連続性が保たれ、認知症の人が混乱せず、安心で安全な生活を継続することにつながります。

#### BPSD の要因を探る

認知症が進行してくると、認知機能障害により自分の状態を言語的に伝えることが徐々に難しくなっていきます。ケアする人が一見理解できないような行動でも、多様な要因が絡み合っていることを念頭に考えてみると、わかることも多くあります。周囲の不適切な対応などの影響から BPSD が現れてくることが少な



くないことを理解しておくことが大切です。

加えて、BPSDが起こるメカニズムとして、認知症の原因疾患により認知機能障害が起こり、記憶障害や見当識障害の出現、理解力や判断力の低下に①環境の変化②身体的不調③ケアの不足、などが加わると考えられています。その緩和には認知機能障害（記憶障害や見当識障害、理解力・判断力の低下）への支援に加えて、環境の変化へのアプローチ（入院による環境変化への不安や混乱をできるだけ減らすような支援など）、身体的不調へのアセスメント・アプローチ（痛み・かゆみなどのアセスメントやケアなど）、ケアの不足へのアプローチ（頻回な訪室や声かけ、楽しい会話をするなど）が必要になります。

### **チームでケアする**

個人がどれだけ優れた知識、技術を持ちあわせていても、認知症の人を一人でケアすることはできません。認知症の人とその家族にとって何が最善かを判断し、認知症ケアの質を高めていくにはチームケアが重要となります。安心・安全な入院生活、退院後の生活を考え、院内連携はもちろん、院外の専門職とも情報共有・連携をしていきましょう。

具体的には、入院前の情報収集を家族だけでなく担当のケアマネジャーにも行う、入院中は多職種で情報を共有し、目標をチームみんなで決め、共有しながら関わる、退院後の生活を見据えて入院中から地域の支援者（ケアマネジャー、訪問看護師、介護ヘルパーなど）と連携を密にする、などを行うことで生活の連続性が保たれ、認知症の人が安心して自宅から入院し、自宅へと退院することが出来ます。

### **認知症の人の世界を理解する**

認知症の人の訴えは時にケアする人にとってわかりにくいこともあります。認知症の人が体験している世界をイメージできるよう想像力を膨らませながら、訴えに耳を傾け、何を伝えたいのか考えながら援助するようにしましょう。特に認知症初期から中期の人では、自分が失敗するのではないか、おかしなことを言っているのではないか、と不安が強いとされています。不安を増大させず、安心して入院生活を送ってもらえるようにするためには、認知症の人の言動がケアする人の予想を超えたものであっても、まずはありのまま受け入れ、「認知症の人の誇りや自尊心を傷つけない」ことが大切です。また、ケアする人から見ると理解しがたい言動・行動にもその人なりの意味がある場合がほとんどなのです。

認知症の人を尊重し、ケアを行うためには認知症の人が体験している世界を理解できるよう、きめ細やかな観察・アセスメント・心配りが大切です。

（出典）堀内園子：認知症看護入門,株式会社ライフサポート社,2011.

## 4. 認知症の人が地域で暮らし続けるということ

### ひとりの「人」として接する

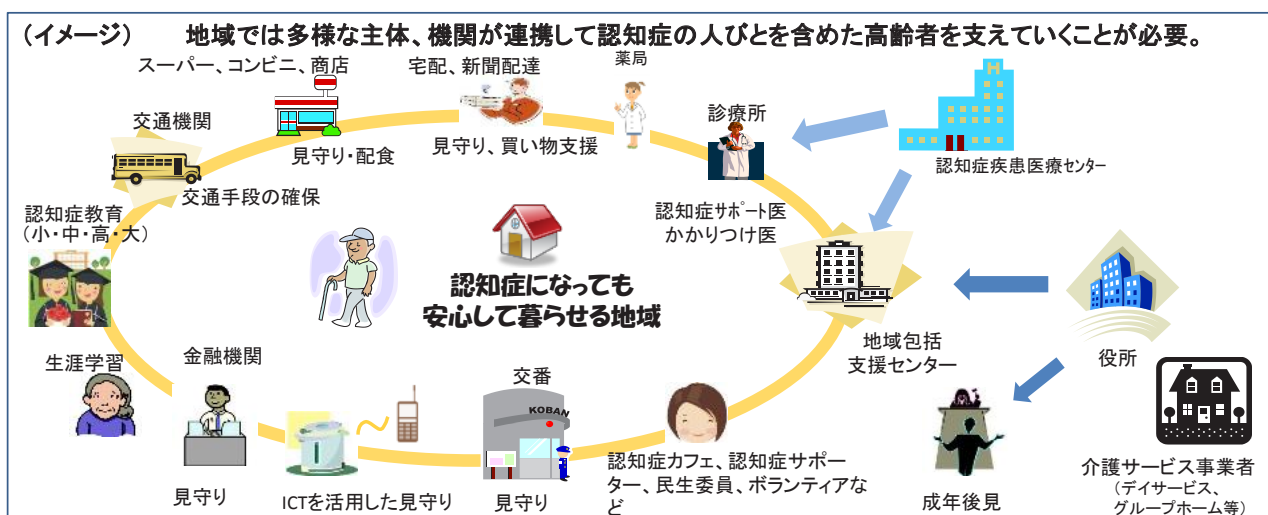
ひとりの「人」として接することで、一人ひとりの個性も見えてきます。認知症になっても、その人が変わってしまうわけではありません。「認知症の人」がいるのではなく、その「人」が認知症という病気になっただけです。認知症という病気があってもなくても、自分らしい暮らしを続けていきたいと思っているのはみんな同じです。

### できることを大事にしよう

暮らしの中でのちょっとしたサポートや工夫をすることで、一人でできることもたくさんあります。人との関わりの中では認知症の人は支えられるだけの存在ではなく、周りの人を助けることもできます。認知症になると、生活をする上でしんどいと感じることやできないことも増えてきますが、認知症＝何もできない、何もわからない人ではありません。認知症の症状は一人ひとり違うため、必要なサポートは異なります。本人の声に耳を傾け、一緒に話し合い、知恵を出し合うことが大切です。

### 偏見をなくし、地域で支える

認知症の人も社会の一員として、役割を担って社会に貢献する主体として生きることによって地域社会もより豊かになります。認知症があるから生きづらさを感じるだけではなく、周りとの関係やその環境に生きづらさを感じるものです。認知症になることは、恥ずかしいことでも悪いことでもありません。地域社会は元々多様な人たちが成り立っていて、認知症の人もそのひとりです。認知症の人も自己決定して、自由に社会に参加をして生きていくことを望んでいます。困っている人がいればその人の尊厳を尊重しつつ手助けをする地域のつながりが大切です。



(出典) 認知症地域支援推進員 活動の手引き (厚生労働省)

([https://www.dcnet.gr.jp/pdf/kensyu/t\\_h28suishin\\_tebiki.pdf](https://www.dcnet.gr.jp/pdf/kensyu/t_h28suishin_tebiki.pdf)) を一部改編



(出典) 平成 29 年度老人保健健康増進等事業、認知症の理解を深める普及・啓発キャンペーンの効果的な実施方法等に関する調査研究

(出典) 平成 29 年度老人保健事業推進等補助金老人保健健康増進等事業, 認知症の診断直後等における認知症の人の視点を重視した支援体制構築推進のための研究事業, 本人にとってのよりよい暮らしガイド, 本人の声を起点とした認知症地域支援体制づくりガイド



## 5. 認知症の経過とケアの流れ

認知症は、家族や周囲が理解して上手にご本人に対応していくことが重要です。今後の介護や対応のめやすとしてください。  
 ※認知症の進行は、原因疾患や体の状況など人によって異なります。下記の症状にあてはまらなくても、気になる症状があれば相談窓口へご相談ください。

		物忘れが気になり始めたとき MCI (軽度認知障害)	軽度	中等度	重度	最重度	
本人の様子		<p>【MCI (軽度認知障害)】</p> <p>物忘れや軽度の認知機能障害はあるが、日常生活に支障をきたさない状態。アルツハイマー病やその他の認知症へ移行する可能性があるので予防が必要。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●物忘れが見られ、人の名前や物の名前が思い出せないことがしばしば見られる。</li> <li>●「あれ」「それ」などの代名詞がよく出てくる。</li> </ul>	<p>【家の外のことに支障が出てくる】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●同じことを何度も聞いたり、話したりする。</li> <li>●置き場所がわからず、探し回る。</li> <li>●買い物で必要なものを必要なだけ買うことができなくなる。</li> <li>●食事の段取り、家計の管理などに支障をきたす。</li> </ul>	<p>【室内でもできないことがある】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●季節にあった服を選ぶことができなくなる。</li> <li>●外出先から一人で戻れなくなることがある。</li> <li>●時間や場所がわからなくなることが増えてくる。</li> </ul>	<p>【自分のことができなくなってくる】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●服を着る順番がわからなくなる。</li> <li>●食べ物でないものでも口に入れる。</li> <li>●歩行が不安定になり、転倒なども増えてくる。</li> <li>●トイレの場所がわからず失敗することが増えてくる。</li> <li>●食事や入浴など一人でできず介助が必要になる。</li> <li>●家族のことがわからなくなってくる。</li> </ul>	<p>【ほぼ寝たきりの状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●言葉によるコミュニケーションが難しくなる。</li> <li>●歩くことが困難となり、ほぼ寝たきりの状態となる。</li> <li>●表情が乏しくなり、刺激に対する反応が鈍くなる。</li> </ul>	
		<p>〈日常生活〉 自立して過ごせる。 物の置き場所が分からなくなる時がある。</p>	<p>〈日常生活〉 見守りなどが必要となってくる。</p>	<p>〈日常生活〉 介助が必要となってくる。</p>	<p>〈日常生活〉 常時介護が必要。</p>	<p>〈日常生活〉 介護なしで生活することができない。</p>	
対応のポイント		<ul style="list-style-type: none"> <li>◎認知症予防のために、バランスのとれた食事・有酸素運動(例えばウォーキング) など、健康的な生活を心がけましょう。</li> <li>◎社会参加や趣味活動に取り組みましょう。</li> <li>◎頭と体を同時に動かすことが効果的です。(例えば計算しながらウォーキング)</li> <li>◎早めに検査を受けましょう。</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ゆっくり、短いことばで、一つずつ話しましょう。</li> <li>◎大事なことはメモに書いておく。</li> <li>◎時間の見当がつくように工夫しましょう。</li> <li>◎人の表情やしぐさには敏感になるため、不快な態度で接することは逆効果です。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎理屈を理解できないので、理論での説得は無理になるためいったん気持ちを受け止め、一緒に行動するなどしましょう。</li> <li>◎できることもたくさんありますので生活の中で見つけてあげましょう。</li> </ul> <p style="text-align: center;">◎できないことや、失敗を怒らないようにしましょう。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎危険なものは近くに置かないようにしましょう。</li> <li>◎できることは、自分でしてもらおうよう手がかりを示して助けるようにしましょう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎本人が好きだった音楽やなじみのあるもので穏やかな時間を過ごしましょう。(感情は残っています)</li> <li>◎話しかける時は、目を合わせて体に触れながらやさしく問いかけましょう。</li> </ul>	
進行状況による支援体制	相談する	地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、とよなかオレンジチーム、豊中市長寿安心課、豊中市保健所(保健予防課精神保健係)、福祉なんでも相談					
	医療	受診する	かかりつけ医、さわ病院認知症疾患医療センター、検査・治療を行う専門医療機関				
		療養する	往診、訪問診療、在宅歯科ケアステーション、訪問薬剤管理指導				
	予防する	老人クラブ、街かどデイハウス、介護予防センター、老人憩の家、ぬくもりサロンとよなか					
	交流する	若年認知症本人・家族の集い「ももの会」 認知症高齢者家族交流会・家族教室、豊中市老人介護者(家族)の会、おれんじカフェ					
	地域で見守る	ふれあいサロン、ミニデイサービス、給食サービス(校区福祉委員会活動)					
		ひとり暮らし高齢者の登録(民生委員)、徘徊高齢者家族支援サービス、認知症高齢者・障害者徘徊SOSメール事業、緊急通報システムホットライン「きずな」					
	生活する	生活を支える	生活支援サービス、在宅給食サービス、配食サービス	ひと声ふれあい収集(中部事業所)	外出支援サービス(ほのぼの号)		
		サービスを受ける	介護予防・日常生活支援総合事業	日常生活用具の給付	紙おむつ給付、訪問理美容サービス		
	権利を守る	介護保険サービス：在宅サービス、通所サービス、短期入所サービス、福祉用具貸与・購入、住宅改修、施設サービス 日常生活自立支援事業 成年後見制度					
ご家族の準備など	<ul style="list-style-type: none"> <li>■「おかしい」「いつもと違う」と思ったときには早めに『地域包括支援センター』やかかりつけ医などに相談する。</li> <li>■家族間でできれば本人も交えて                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・今後の金銭管理や財産管理について話し合っておく。</li> <li>・どのような人生の最期を迎えたいのかについて話し合っておく。</li> </ul> </li> </ul> <p>※かかりつけ医のない場合は、今後のことも考えて、かかりつけ医を持つようにしましょう!</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>■接し方や介護・医療について勉強しておく。</li> <li>■本人の役割を全て奪わず、出来ることはしてもらおう。</li> <li>■本人が失敗などしないように環境づくりを配慮する。</li> <li>■介護サービスの利用を検討する。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>■家族が全て抱え込まずに上手に介護サービスなどを活用する。</li> <li>■家族会などに参加して同じ思いを共有したり、情報交換をする。</li> </ul> 		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■介護から離れる時間を作り、自分の楽しみをもつ。</li> <li>■介護をする中で罪悪感や様々な葛藤が生じることがありますが、一人で悩まず周りの人に素直に気持ちを打ち明け、心の安定を図る。</li> <li>■本人の希望も含めて、延命措置の選択など看取りに備える。</li> </ul> 						

(出典) 豊中市認知症医療・福祉連携おたすけマップを一部改編

# 第 2 章

## 第2章

### 1. 認知症の定義



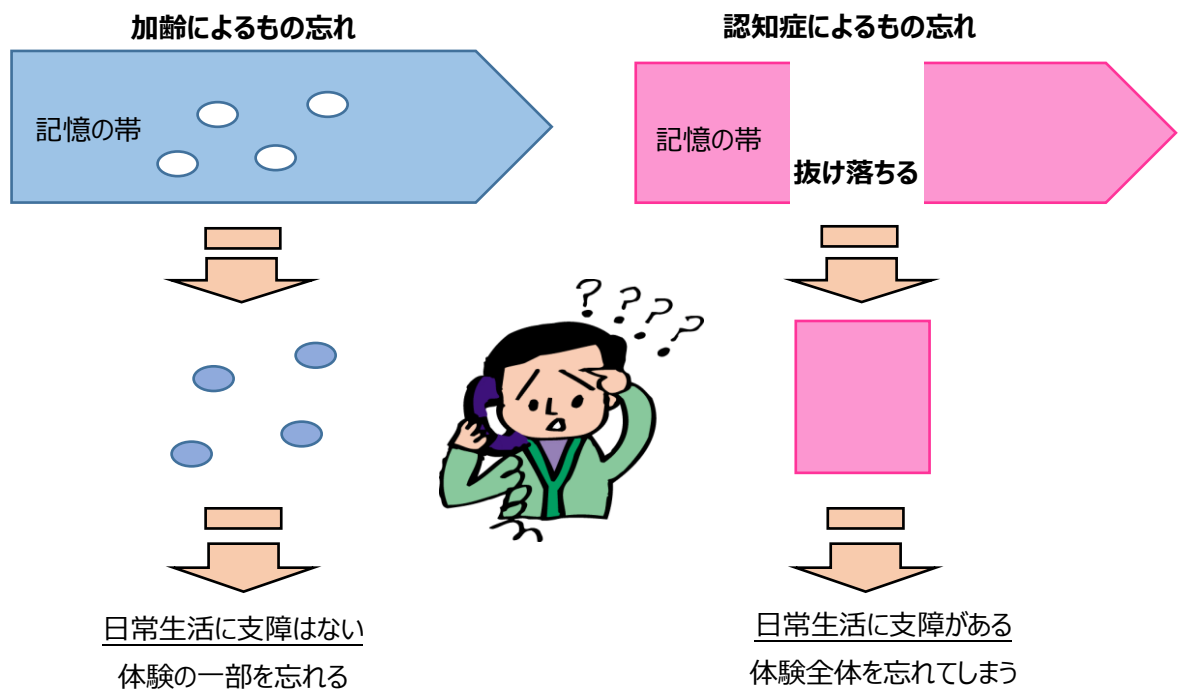
#### 認知症とは

「一度正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態」

- \* 「認知症」は状態をさし、疾患名ではないことに注意します。
- \* 従来は記憶障害の存在が重視されていましたが、現在ではその他の認知機能障害（見当識障害、注意障害、失語、失行、失認、遂行機能障害など）とほぼ同等に扱われるようになってきています。

#### 加齢によるもの忘れと認知症によるもの忘れの違い

加齢によるもの忘れは体験の一部を忘れますが、認知症によるもの忘れでは体験した記憶そのものを忘れてしまいます。



(出典) 今井幸充：「加齢によるもの忘れ」と「認知症によるもの忘れ」 認知症をすすませない生活と介護，株式会社法研，2015.P19 を一部改編

### 加齢によるもの忘れと認知症によるもの忘れの違いの比較

	加齢	認知症
もの忘れの仕方	体験した出来事の一部を忘れる	体験そのものを忘れる
もの忘れの自覚	自覚あり	自覚なし
経過	進行しない	進行する

(出典) 日本神経学会監：認知症疾患治療ガイドライン 2010,医学書院,2010.P1

## 2. 認知症の症状

認知症の症状は、記憶障害や見当識障害など認知症であれば必ずみられる「認知機能障害」と、心理的、社会的な各要因が加わって生じる易怒性や歩き回りなどの「BPSD」に大別されます。

### 認知機能障害について

もの忘れを主とした「記憶障害」、時間や場所、人物の見当がつきにくくなる「見当識障害」、服がうまく着られないなどの「構成障害」「視空間認知障害」、おつりの計算ができなくなるなどの「計算障害」、さらには「言語障害」や「遂行機能障害」なども加わり、日常生活や社会生活において支障が生じます。

### 重症度分類

重症度	日常生活・社会生活
軽度	社会生活に支障あり 日常生活は自立
中等度	社会生活に支障あり 日常生活にも困難が生じある程度の介護が必要
重度	社会生活に支障あり 日常生活全般に介護が必要

### 記憶障害

もの忘れ。体験自体を記憶できなくなります。

⇒ 近時記憶障害                      最近の出来事が思い出せません。

### 見当識障害

記憶障害、理解力と判断力低下のために時間、場所、人物の見当がつけられなくなります。

⇒ 時の見当識障害                      今日の日時がわからなくなります。

⇒ 場所の見当識障害                      自分のいる場所がわからなくなります。

⇒ 人の見当識障害                      一緒に暮らした家族が誰なのかわからなくなります。

### 失語・言語障害

認知症の場合、言葉を見つけ出す、理解することに障害が生じやすくなります。

⇒ 喚語困難                              言葉の言い換えや言葉が出てこなくなります。

⇒ 語想起の低下                        単語が思い出せなくなります。

⇒ 言語理解の低下                      話の内容が理解できなくなります。

⇒ 反響言語の出現                      相手の言葉をオウム返します。

## 失行

運動機能が損なわれていないにもかかわらず、動作を行う事ができなくなります。

- ⇒ 構成失行                                    立体図形や絵を模写できなくなります。
- ⇒ 観念運動失行                            簡単な指示の動作ができなくなります。
- ⇒ 観念失行                                    使い慣れた道具を使うことができなくなります。
- ⇒ 着衣失行                                    衣服の着脱がうまくできなくなります。

## 失認

視覚機能が損なわれていないにもかかわらず、対象物を理解、把握することができなくなります。

- ⇒ 視空間失認                                空間における位置関係が理解できなくなります。
- ⇒ 視覚失認                                    日常使用しているものを見ても、それが何かわからなくなります。
- ⇒ 手指失認                                    何指かわからなくなります。
- ⇒ 身体失認                                    自分の身体の部分への認知ができなくなります。
- ⇒ 鏡現象                                        鏡に映っている人物が誰なのか認識できなくなります。

## 遂行機能障害

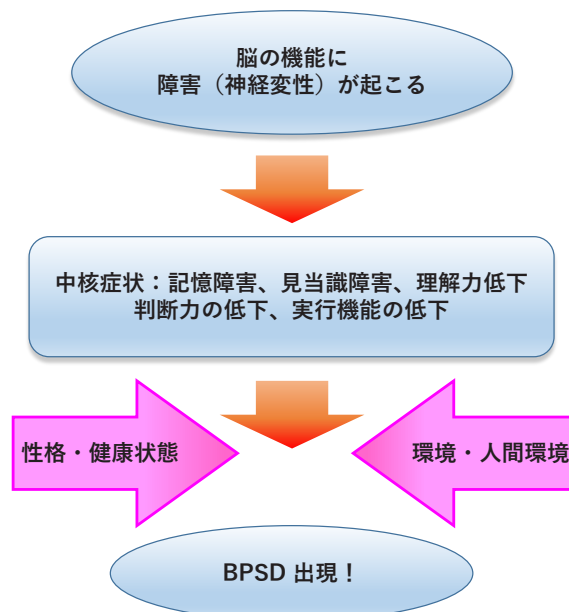
計画を立てて物事を具体的に進めていくことができなくなります。

- ⇒ 料理を作る段取りがわからなくなります。
- ⇒ 服を着る順番がわからなくなります。
- ⇒ 排泄時の一連の動作がわからなくなります。

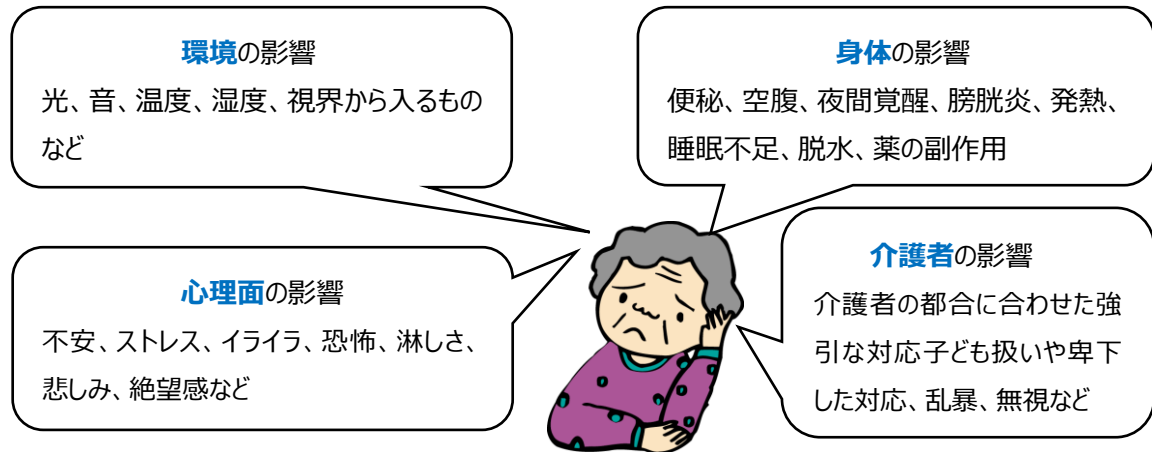
## BPSD について

認知症は、脳の機能に障害があるため、日常生活で「何をすれば」、「どうしたらいいのかわからず不安になることがあります。

そのような時に、本人がわかっていないこと、不安であることを理解せずに対応するとかえって混乱を起こします。それらの混乱が BPSD（不安・興奮・暴言等）として出現します。



また、BPSD は認知機能障害と本人の性格や環境の相互作用によって生じることが多いです。



### 自発性の低下

活気がない状態になり、今まで日課にしていたことをしなくなったり、一日中ぼんやりとしていたり、社会的関心がなくなることもあります。身なりに関しても、だらしくなり、何日も同じ服を着たり、入浴を嫌がったりといった症状も現れます。

### 感情の易変性・易刺激性・易怒性

血管性認知症に多くみられる状態で、気分が変わりやすく、些細なことで泣いたり、怒ったりします。1つの行動に集中できず、持続力や忍耐力も低下します。

### 脱抑制

我慢ができにくくなり、思ったまま行動にうつしがちになります。時に、危険行為や迷惑行為、反社会的行為にいたる場合もあります。

### 不安・焦燥

アルツハイマー型認知症の初期には、記憶障害や自分の能力の減退による不安や焦燥などが生じやすくなります。こうした心理症状が強くなると、興奮やうつ状態に陥ることもあります。人によっては、暴力行為や破壊行為、自殺企図などの衝動行為を生じる場合もあります。

不安や焦燥などの症状は、身体症状に関する訴えになり替わることもあります。これらは認知症が進行するにつれて軽減します。精神的には安定した状態になる場合もあり、やがて末期になると無為・自閉の傾向が強くなります。



## 幻覚・妄想

幻覚とは、実際にはないものが見えたり聞こえたりする現象です。レビー小体型認知症では、人物に関する幻視が多く、「子どもが来ている」「知らない人が、部屋に入ってきた」など鮮明な幻視が現れます。妄想とは、訂正のきかない誤った思い込みのことです。

### ・物盗られ妄想

もの盗られ妄想は、記憶障害により置き忘れやしまい忘れを何度も起こし、それを盗まれたと思うことによって生じます。疑いをもたれるのは、同居家族や介護者など特定の身近な人物であることが多いです。アルツハイマー型認知症によくみられ女性に多いのが特徴です。

### ・嫉妬妄想

大半は配偶者に関する妄想で、不貞を確信する内容の訴えが多いです。レビー小体型認知症によく見られます。

## 歩き回り（いわゆる徘徊）

徘徊とは、何の目的もなくうろつくことを言いますが、認知症のほとんどの場合は、目的があるため徘徊を止めようとしても抵抗することが多くみられます。最近ではこのようなことから「徘徊」という言葉の見直しが行われはじめています。比較的初期のうちから出現し、認知症が進むにつれ頻度も高くなります。また、歩き回りによる運動量の増加で体重減少や、視空間認知障害のために転倒することもあります。これらは血管性認知症、進行性核上性麻痺にも現れる症状です。

## 歩き回りの理由

現在と過去の混同	退職した会社に出社しようとする、子どもを迎えに行こうとするなど、現在と過去を混同して歩き回ります。
欲求	トイレの場所を探す、人を探すなど自分の欲求に基づいて歩き回ります。
反応性	外出を禁じられている、鍵がかかっているなど閉鎖的な場所にいるため、出口を探したり、抜け出そうとして歩き回ります。
衝動	道徳な行動や、倫理的判断がなくなり、思うがままひたすら歩き回ります。
常同性	同じ場所を行ったり来たりする常同的な行動が見られます。
意識の変容 幻覚妄想	せん妄、幻覚などに対応して飛び出そうとする突発的な行動があります。被害的な妄想に支配されているような歩行や、はっきり目覚めていない状態で歩き回ります。

## 不穏・暴力行為

認知症の人は記憶障害や認知障害などにより、自分の思い通りに行動できないために、焦燥感に駆られたり、不安を感じていることが多いです。そこに、認知症によって先鋭化した短気で怒りっぽい性格が加わる上に、自分がしている行動を制限されたり、行為を強制されたりすると暴力行為が生じることもあります。



## 食行動異常

### ・過食

一度に大量に食べる多食、絶えず食べようとする頻食などを過食といいます。食事をした直後に「ご飯は、まだか」「おなかがすいた」などと訴えることが多いです。

### ・拒食

認知症が進行すると食事に無関心になり食事を拒否することを拒食といいます。食事が目の前にあっても手をつけない状態になります。

### ・異食

食べ物以外の物を食べようとするを異食といいます。

## 飲水行動異常

高齢者は一般的に飲水量が減少しますが、認知症の場合はその傾向がより顕著になります。のどの渇きを訴えることが少ないうえに、積極的に水を飲むことをしないため、暑い夏は脱水を起こしやすくなります。また逆に水を飲みすぎることもあり、その場合には水中毒や心不全を起こしやすくなります。

## 失禁・不潔行為

認知症が進行すると多くの人に見られます。失禁の原因には次のようなものがあります。

- ・尿意や便意を感じにくい。
- ・見当識障害や記憶障害のためにトイレの場所がわからない。
- ・見当識障害のためにトイレと間違えて玄関や廊下などの隅で排泄する。
- ・遂行機能障害や失行のために下着やズボンをおろすことができない。
- ・遂行機能障害や失行、視空間認知障害のためにトイレの使い方が分からずにふたを開けずに使用する。
- ・視空間認知障害のためにトイレを見つけられない。
- ・不穏や興奮、せん妄などにより失禁する。
- ・尿意や便意を上手く説明できない。



## 睡眠障害

認知症が進行すると夜間に不眠、日中にうたた寝など睡眠や覚醒リズムの障害がみられ、昼夜逆転が起こることもあります。

## 人格・性格変化

初期の段階では目立たないことが多いのですが、進行に伴ってそれまでの人格や性格に変化がみられることがあります。認知症の進行とともにみられやすく、末期には名前を呼ばれても全く無反応な状態になります。それまでの性格傾向がより一層目立つようになることが多く、神経質な人はますます細かなことを気にするようになり、用心深い人は猜疑的性格になり、意地っ張りの人は頑固になるなどの変化が現れます。反対に今までとは全く違う性格傾向が現れることもあります。非常に神経質だった人が、認知症の進行とともに大ざっぱになることもあります。

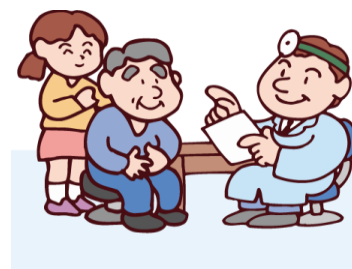
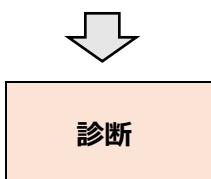
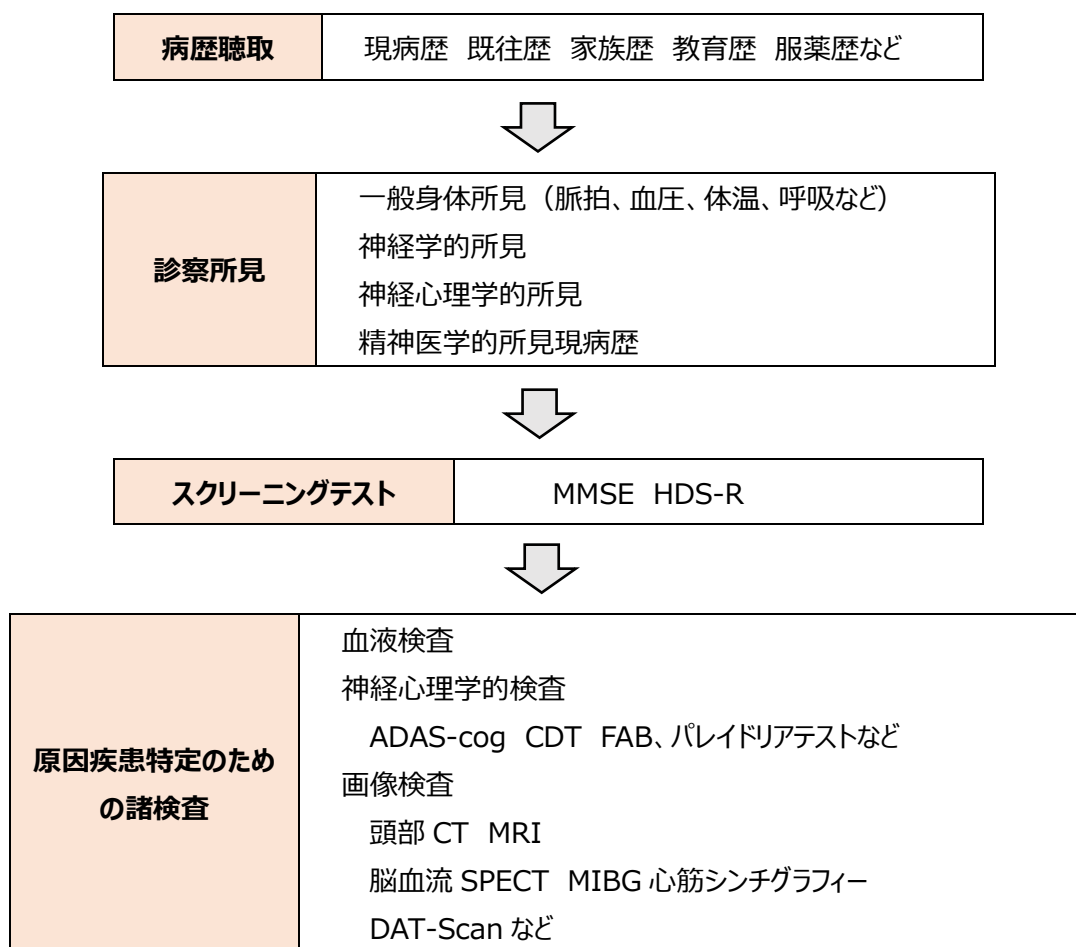
(出典) 日本老年精神医学会：アルツハイマー型痴呆の診断・治療マニュアル,ワールドプランニング,2001 .P20-27 を一部改編

### 3. 認知症の診断と検査

まず、本人や家族、介護者からの現病歴の聴取、診察を行います。次に MMSE や HDS-R などのスクリーニング検査を施行し、認知症かどうかの診断を行います。次に、認知症の原因疾患を特定するために、血液検査や神経心理学的検査、画像検査を行います。

神経心理学的検査としてはアルツハイマー型認知症評価尺度（ADAS-cog）、CDT、FAB、パレイドリアテストなどを施行します。画像検査としては、頭部 CT、頭部 MRI を施行し、さらに詳細な検査が必要な時には脳血流 SPECT、MIBG 心筋シンチグラフィ、DAT-Scan を行います。

#### <認知症の診断ステップ>



## 4. 認知症の原因疾患

認知症の代表的な疾患には、いわゆる4大認知症と呼ばれる、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、血管性認知症、前頭側頭葉変性症があります。

### アルツハイマー型認知症 (Alzheimer's Disease ; AD)

アルツハイマー型認知症は、脳細胞にアミロイドβタンパクやタウタンパクが蓄積し、脳細胞が障害された結果、細胞死を起こします。細胞死は記憶の中核である海馬を含む側頭葉内側面から始まり、徐々に大脳全体に広がっていきます。

#### 特徴

- ・ 発症時期が特定できない。
- ・ 徐々に進行し、治癒することはない。(不可逆性)
- ・ 本人の自覚が乏しい。
- ・ 高齢になるほど発症率が高い。
- ・ 原因はまだ特定されていない。

#### 臨床経過

##### 第1期 (軽度認知症)

記憶力の低下と意欲障害が出現します。もの忘れが目立つようになり、記憶力も徐々に低下します。昔の出来事を覚えていても、数分前の出来事が思い出せなくなります。

##### 第2期 (中等度～やや高度の認知症)

記憶障害や見当識障害とBPSDが出現します。記憶障害がさらに顕著になり、新しい記憶だけでなく古い記憶も障害されます。何らかの目的を持って外出したとしても、目的を忘れて歩き回ることも起きます。徐々に食事や排泄などの基本的な日常生活にも介助が必要になります。

##### 第3期 (高度の認知症)

知的機能の低下が高度となり、自発性や関心が失われ言葉数が減ります。日常生活を過ごすうえで、全面的な介助が必要になります。言葉で自分の意思が伝えられない、話しかけに反応しない、歩行困難あるいは不能になり寝たきりになります。

## **血管性認知症 (Vascular Dementia ; VaD)**

血管性認知症は、脳梗塞、脳内出血といった脳血管障害に起因した脳細胞の死滅によって発症する認知症です。脳血管障害の後遺症として、麻痺やパーキンソン症状などの運動障害、手足のしびれなどの感覚障害、尿失禁などが生じる場合があります。

障害された部位により症状が異なるため、必ずしも記憶障害があるとは限りません。障害される部位によっては、感情が変わりやすくなったり、思考や動作緩慢、アパシーが生じることがあります。

血管性認知症は、いわゆる生活習慣病による動脈硬化が関係していることが多く、生活習慣病などの予防を行うことである程度発症や進行を回避することが可能です。

### **特徴**

#### **発症時期が比較的はっきりしている**

脳梗塞や脳内出血などの脳卒中発作を起こした後に認知症状を呈するために、アルツハイマー型認知症とは異なり、発症時期が比較的はっきりしています。40～50代でも発症することがあり、女性よりも男性の方が発生頻度は高いです。

#### **もともと何らかの内科的疾患を有することが多い**

高血圧、糖尿病、脂質異常症が、脳卒中を引き起こす三大要因であり、ひいては血管性認知症を引き起こす三大要因といえます。

#### **段階的に悪化する**

脳卒中を起こした後、健康管理や治療が不十分な場合は、再発作が起き、段階的に悪化していくことがあります。

#### **末期まで病識のある場合が多い**

記憶や見当識障害を認めますが、人格は比較的保たれていることが多いのが特徴です。

#### **ADLの低下が認められることが多い**

片麻痺、嚥下障害、歩行障害などの身体的な後遺症によりADLの低下が認められる場合が多くあります。

### **分類**

#### **多発梗塞性認知症**

大脳皮質や皮質下領域に中～大梗塞が多発するタイプです。いわゆる階段状の進行となります。

#### **小血管性（多発ラクナ梗塞）認知症、ビンズワナー型認知症**

皮質下に小さい脳梗塞が多発する小血管性認知症、皮質下の広範囲に虚血性病変が生じるビンズワナー型認知症に分けられます。

#### **限局性梗塞認知症**

視床、海馬、前脳基底部など認知機能に重要な部位に梗塞が単発で起こり発症するタイプです。

#### **出血性認知症**

脳出血により生じる認知症全般です。

## レビー小体型認知症 (Dementia with Levy Bodies ; DLB)

レビー小体型認知症は、脳細胞にレビー小体が蓄積し、脳細胞が障害された結果、細胞死を起こします。アルツハイマー型認知症と同様に、脳細胞が死滅するために生じる認知症です。レビー小体型認知症では、認知機能の変動、幻視や錯視、パーキンソン症状がみられます。

その他にも、レム睡眠行動異常症、繰り返す転倒、失神や便秘、起立性低血圧などの自律神経症状、向精神薬に対する感受性亢進など多彩な症状がみられます。

## 前頭側頭葉変性症 (Frontotemporal Lobar Degeneration ; FTL D)

前頭側頭葉変性症とは、前頭葉および側頭葉の機能低下により精神症状や行動障害、言語障害などがみられる疾患です。

亜型として、最初に侵される領域およびそれに対応した臨床症状から、前頭側頭型認知症、意味性認知症、進行性非流暢性失語の3型に分類されます。

以下、3型のうち最も多くみられる前頭側頭型認知症に関して概説します。

### **特徴**

#### **50～60代に多い**

一般に初老期に発症することが多いのですが、まれに若年発症や高齢発症もみられます。

#### **人格の変化が目立つ**

それまでの人格からは考えられない行動が目立つようになります。理性や判断が難しくなり、万引きや無賃乗車をするなど、常識から逸脱する行動から気づくケースが多いです。

#### **食行動の異常が起きる**

食欲は亢進、嗜好の変化がみられます。

#### **同じ行動を繰り返す**

同じ時刻に同じ場所に出かけて行動するなど、判で押したような行動パターンを毎日繰り返します。

### **臨床経過**

#### **第1期**

記憶障害や見当識障害はほとんど認められず、最も典型的に現れるのが人格変化です。道徳観や倫理観が失われ、万引きなどの行動の変化に周囲が戸惑うことや、日常生活において、無頓着、意欲の低下が現れます。



#### **第2期**

判断力など高度な知的機能に低下がみられます。質問に対して終わりなく同じことを繰り返すようになり、やがて失語に至ります。

#### **第3期**

精神荒廃が目立ち、無言、不潔症、歩行障害、失禁などが出現、末期には寝たきりになります。

主な認知症の鑑別のポイント

	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	前頭側頭型認知症
好発年齢	40～60歳 75歳以上	なし	60～70歳	50～60歳
性差 (男性：女性)	1：1.2	2：1	1.5：1	1：1
初発症状	・近時記憶障害 ・見当識障害	意欲や意識、 感情の障害	・幻視 錯視 ・パーキンソン症状 ・レム睡眠行動異常症	・脱抑制的行動 ・性格変化
臨床症状 の特徴	・認知機能障害 が緩徐に進行 ・物盗られ妄想	・思考や動作緩慢 ・アパシー ・運動障害 ・感覚障害 ・尿失禁	・認知機能の変動 ・易転倒性 ・自律神経症状 ・向精神薬に対する 感受性亢進	・常同行動 ・食行動異常 ・病識欠如 ・認知機能障害 は目立たない
経過	緩徐に進行	様々	ADよりも経過が早い	緩徐に進行
MRI/CT	海馬を主とした 側頭葉内側面 の萎縮	脳血管性障害や 虚血性病変	初期には萎縮は 目立たない	前頭葉や側頭葉の 萎縮
SPECT	側頭葉内側部 や後部帯状回 の血流低下	血管障害の部位に より一定の傾向を もたない	後頭葉を含む全般性の 血流低下	前頭葉や側頭葉の 血流低下
その他			・MIBG 心筋シンチで取 り込み低下 ・DAT Scan による線条 体のドーパミン取り込み 低下	

(出典) 鷲見幸彦：認知症の診断, 公益社団法人日本看護協会編, 認知症ケアガイドブック, 照林社, 2016.  
P11-12 を一部改編

### その他の認知症様の症状をきたす疾患

認知症様の症状をきたす主な疾患は、脳の変性疾患からおこる異常ばかりではなく、身体異常からも出現します。代表的なものとして正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、長期の飲酒によるアルコールの影響、事故による外傷性によるものなどが考えられます。そのため認知症状を引き起こす原因となる疾患の診断は、治療や看護においてとても重要となります。

#### 認知症、認知症様症状をきたす主な疾患

神経変性疾患	<ul style="list-style-type: none"> <li>●アルツハイマー型認知症</li> <li>●レビー小体型認知症</li> <li>●前頭側頭葉変性症</li> <li>●高齢者タウオパチー</li> <li>●進行性核上性麻痺</li> <li>●大脳皮質基底核変性症</li> </ul>
脳血管障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>●脳梗塞</li> <li>●脳出血</li> <li>●慢性硬膜下血腫</li> <li>●くも膜下出血</li> <li>●静脈洞血栓症</li> </ul>
神経感染症	<ul style="list-style-type: none"> <li>●脳炎</li> <li>●エイズ脳症</li> <li>●クロイツフェルト・ヤコブ病</li> <li>●神経梅毒</li> </ul>
臓器不全によるもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>●腎不全</li> <li>●肝不全</li> <li>●心不全</li> <li>●呼吸不全</li> </ul>
内分泌疾患によるもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>●甲状腺機能低下症</li> <li>●下垂体機能低下症</li> <li>●反復性低血糖</li> <li>●副甲状腺機能亢進または低下症</li> </ul>
長期の飲酒によるもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>●ウェルニッケ脳症</li> <li>●コルサコフ症候群</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>●正常圧水頭症</li> <li>●脳腫瘍</li> <li>●頭部外傷</li> <li>●低酸素脳症</li> <li>●高齢者てんかん</li> <li>●発達障害</li> </ul>

(出典) 鷲見幸彦：認知症の診断 公益社団法人日本看護協会編，認知症ケアガイドブック，照林社，2016.P5 を一部改編



## 5. 薬物療法・非薬物療法

### 認知機能障害に対する治療

#### 抗認知症薬

	一般名（商品名）	適応（認知症の重症度）	特徴	主な副作用
コリンエステラーゼ阻害薬	ドネペジル塩酸塩 （アリセプト <sup>®</sup> ）	軽度～重度	1日1回の服用 全病期で使える 様々な剤形がある	嘔気、下痢、 消化器症状、 易怒性
	ガランタミン （レミニール <sup>®</sup> ）	軽度～中等度	1日2回の服用	嘔気、嘔吐
	リバスチグミン （イクセロンパッチ <sup>®</sup> リバスタッチパッチ <sup>®</sup> ）	軽度～中等度	貼付剤（経皮吸収型製剤） 1日1回貼付	かぶれ、発赤、 掻痒感、嘔吐
NMDA受容体拮抗薬	メマンチン塩酸塩 （メマリー <sup>®</sup> ）	中等度～重度	他の3剤と作用機序が異なるため併用可	眩暈、便秘、傾眠

### BPSDに対する薬物療法

**\* BPSDは身体的・環境的要因が関与することもあり原則、対応の第一選択は非薬物療法です。**

非薬物療法の効果が十分でない場合、薬物療法を考慮します。その際は、向精神薬を検討・投与することが多いですが、使用する時には向精神薬を用いることの目的と副作用について、主治医から本人あるいは介護者・家族へ十分な説明を行い、同意を得る必要があります。また、投与時は効果や副作用の観察を行います。歩行障害、嚥下障害、過鎮静などの副作用がみられた場合は速やかに医師に報告し、薬の減量や中止を検討します。

#### 薬物療法開始前後の状態のチェックポイント

- |                                     |                                      |  |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日中の過ごし方の変化 | <input type="checkbox"/> パーキンソン症状の有無 | <input type="checkbox"/> 夜間の睡眠状態       | <input type="checkbox"/> 転倒リスク |
| <input type="checkbox"/> 服薬状況       | <input type="checkbox"/> 食事摂取の状況     | <input type="checkbox"/> 昼間の覚醒状態や眠気の程度 |                                |

#### 向精神薬（BPSDがあるときによく使用されるもの）

抗精神病薬：幻覚・妄想、焦燥性興奮、暴力に使用することが多い薬剤です。低用量で開始し症状を見ながら調整していきます。主な副作用は眠気・ふらつき・過鎮静・嚥下障害などです。次ページによく使われている抗精神病薬の特徴を記載しています。参考にご覧ください。



### よく使用される抗精神病薬

	一般名（主な商品名）	対象症状	注意点
セロトニン受容体・ ドパミン受容体 遮断薬	<b>リスパリドン</b> (リスパダール <sup>®</sup> など)	幻覚 妄想 焦燥 興奮 攻撃性	高血糖・糖尿病合併例でも使用可 パーキンソン症状に注意
	<b>クエチアピン</b> (セロクエル <sup>®</sup> など)		高血糖あるいは糖尿病では禁忌 鎮静・催眠作用あり
	<b>オランザピン</b> (ジブレキサ <sup>®</sup> など)		DLB に対して使用を考慮してもよい
ドパミン受容体部分 作動薬	<b>アリピプラゾール</b> (エビリファイ <sup>®</sup> など)		高血糖あるいは糖尿病では慎重投与 鎮静・催眠採用が弱い

（出典）かかりつけ医の為の BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン 第 2 版.P3 の表を一部改編

**抗うつ薬**：かかりつけ医の為の BPSD に対する向精神薬使用ガイドラインでは、抑うつ状態に対して SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬：フルボキサミン（ルボックス<sup>®</sup>・デプロメール<sup>®</sup>）など）や SNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬：ミルナシプラン（トレドミン<sup>®</sup>）など）の使用を考慮してもよいとの記載があります。基本的な使用法は抗精神病薬と同様です。主な副作用はてんかん発作閾値の低下、緑内障の悪化、心血管疾患の悪化です。NSAIDs や抗血小板薬との併用は頭蓋内出血のリスクを上昇させるため、注意を要します。

**抗不安薬**：現在使用されている抗不安薬のほとんどがベンゾジアゼピン系抗不安薬です。しかしこれらは副作用が発現しやすいため、75 歳以上の高齢者や中等度以上の認知症患者に対しての使用は推奨しないとされています。使用前には十分な検討を行い、使用するときは一時的な使用にし、長期もしくは定期的の使用は避けるようにしましょう。

**睡眠薬**：以前よりベンゾジアゼピン系睡眠薬が広く使用されてきましたが、高齢者では副作用が出現しやすいため、安易な導入は避けるようにします。最近是非ベンゾジアゼピン系睡眠薬が使用されるようになってきましたが、ベンゾジアゼピン同様の副作用があるため、使用するときには少量投与にとどめ、漫然と使用しないように気を付けましょう。

## よく使用される睡眠薬

	一般名（主な商品名）	対象症状	特徴・注意点	半減期
GABA 受容体 作動薬	ゾルピデム（マイスリー <sup>®</sup> など）	入眠障害	超短時間作用型	2.5 時間
	ゾピクロン（アモバン <sup>®</sup> など）			3.5－6.5 時間
	エスゾピクロン （ルネスタ <sup>®</sup> など）			5.1 時間
メラトニン受容体 作動薬	ラメルテオン（ロゼレム <sup>®</sup> など）	不眠症	フルボキサミン （ルボックス <sup>®</sup> 、 デプロメール <sup>®</sup> など） との併用禁忌	0.94 時間
オレキシン受容体 拮抗薬	スボレキサント （ヘルソムラ <sup>®</sup> など）	不眠症		10 時間

（出典）かかりつけ医の為の BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン 第 2 版.P5 の表を一部改編

**漢方薬**：気持ちの高ぶり、興奮などの症状に漢方薬の抑肝散（よくかんさん）を使用することがあります。主な副作用は低カリウム血症です。抑肝散が開始されたら定期的な採血を行います。

## 非薬物療法（代表的なものを記載しています）

### 1) 回想法

認知症の人が以前の生活や思い出を話すことで、意欲が表出される効果があります。

### 2) リアリティーオリエンテーション

時間や場所など、本人が理解できるように、さりげなく支援します。

### 3) 音楽療法

音楽に合わせて体を動かすなど楽しい時間を過ごすことによりコミュニケーションもはずみ心も和みます。

### 4) アロマセラピーとタッチング

心地よい香りとタッチケアからオキシトシンやセロトニンが分泌されストレスの軽減が図れます。

## 6. 意思決定支援

認知症高齢者の医療選択・意思決定支援を行うにあたり、以下の4つの視点を常に念頭に置き、重視することが重要です。

1. 本人の意思を尊重し尊厳を守る
2. 本人らしい人生を送れるための治療
3. 本人の健康寿命を重視した医療
4. 本人にとっての最善・最大の利益を考える

### 意思決定能力/同意能力の評価

「認知症＝意思決定能力なし」と決めつけていませんか？

「認知症だから何もできなくなった」「何も決定できない」と誤解され、選択や希望を伝える機会を逃すことがあります。本人を置き去りにして家族と医療関係者だけで医療選択を行い、決定してから本人に伝えることが慣行になっていないでしょうか。認知症の人でも意思決定能力や同意能力がある可能性は十分にあり、また、意思決定能力や同意能力が不十分でも、コミュニケーションや伝え方を工夫することでその能力を高めることができることに常に留意することが重要です。

#### 【意思決定能力/同意能力の4つの要素】

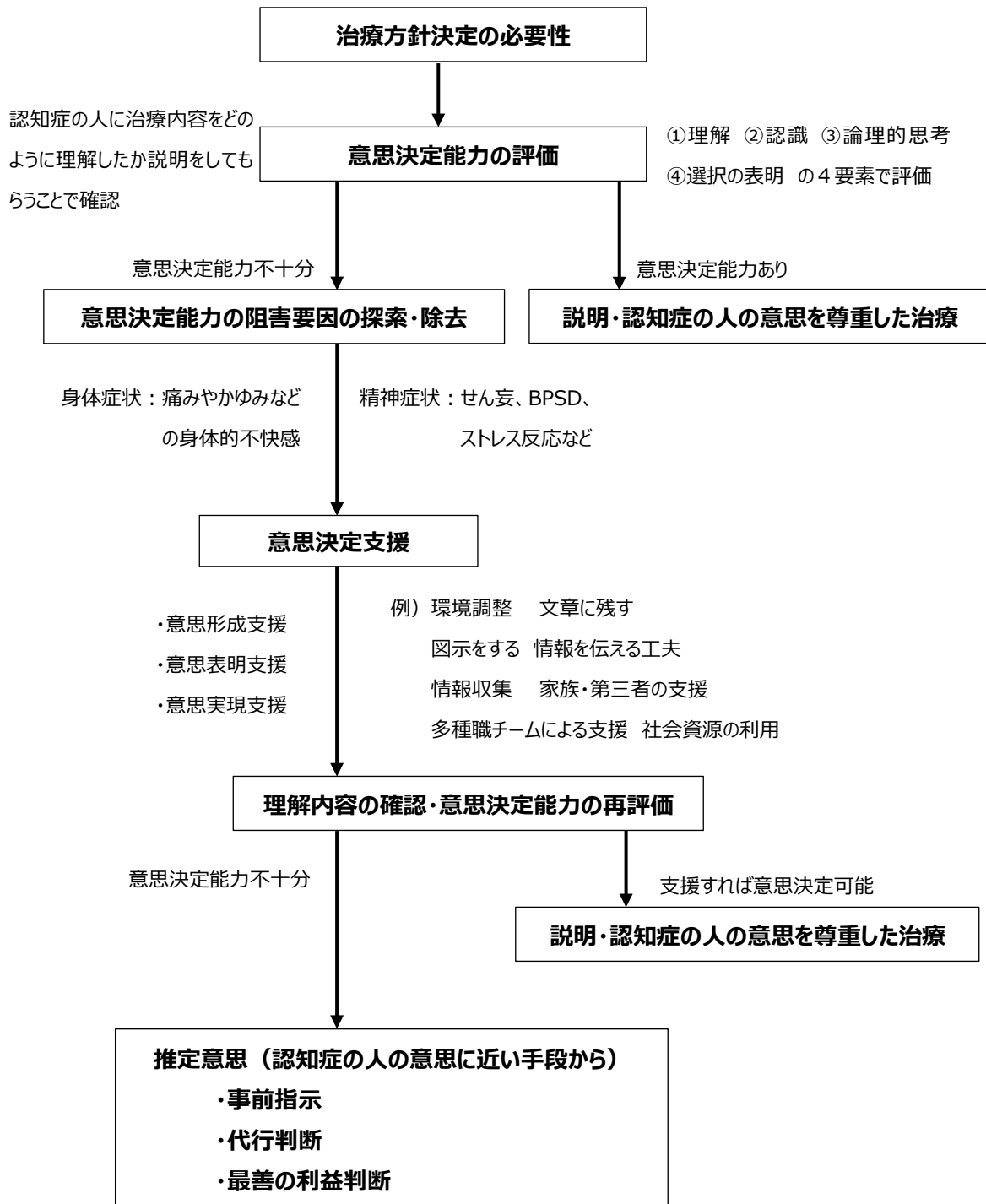
理解	告知された医学的状態や治療の概要、治療に伴う利点や危険性に関する情報を理解できているかどうか。
認識	告知された病気や治療について、自分自身のこととして分かっているかどうか。説明された内容を自分の状況として理解しているかどうか。
論理的思考	一連の理解と認識のプロセスを経たうえで、関係するさまざまな情報をもとに論理的に考えて複数の治療選択肢を比較検討し、治療を受けるか受けないかを考えられるか。
選択の表明	治療を受けるか受けないか、あるいは信頼できる家族などに任せられるかなど、選択が揺れずに自分の意思を伝えられるかどうか。

### 意思決定能力/同意能力を高める手段

意思決定能力や同意能力が不十分でもコミュニケーションや伝え方を工夫することでその能力を高めることができます。上記の理解、認識、論理的思考、選択の表明の4領域への支援という観点とともに、以下の意思形成支援、意思表示支援、意思実現支援の3領域へ分けて、支援を行うことも重要です。

(参照) 厚生労働省：認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定ガイドライン、平成30年

### ＜意思決定能力の評価と支援の流れ＞



(出典) 小川朝生：意思決定能力 臨床精神医学 45,2016.P689-697 の図 2 を一部改編

## 7. 身体拘束をしないために

本マニュアルにおいては、身体拘束とは**身体的拘束とその他患者等の行動を制限する行為**を含みます。

身体拘束廃止を実現していく第一歩は、ケアにあたるスタッフだけではなく病院や施設の責任者・職員全体や本人や家族が身体拘束の弊害を正確に認識することです。

### 身体拘束がもたらす多くの弊害

#### 身体的弊害

- ・ 関節の拘縮、筋力の低下といった身体機能の低下や褥瘡の発生など外的弊害。
- ・ 食欲低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下など内的弊害。
- ・ 車いすに拘束した際に無理な立ち上がりによる転倒など、事故発生のリスク。

#### 精神的弊害

- ・ 本人に不安や怒り、屈辱、あきらめ等の精神的苦痛を与えるばかりか人間としての尊厳をも侵す。
- ・ 認知症が進行し、せん妄のリスクが高まる。
- ・ 家族にも大きな精神的苦痛を与える。
- ・ スタッフも自らが行うケアに対して誇りを持てなくなり、士気の低下を招く。

#### 社会的弊害

- ・ 病院・施設に対する社会的な不信、偏見を引き起こす。
- ・ 心身機能の低下により医療的処置を生じさせ、経済的に影響をもたらす。

### 緊急やむを得ない場合の対応

本人の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ず身体拘束等が認められる場合がありますが、その際には以下の点に留意する必要があります。また、身体拘束を実施する際には、個人の判断ではなく、多職種で協議してその必要性を検討するなどのチームアプローチが必須です。

#### 三つの要件を全て満たすことが必要

- ・ **切迫性**…本人又は他の患者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
- ・ **非代替性**…身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替するケア方法がないこと。
- ・ **一時性**…身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

#### 手続きの面でも慎重に取り扱う

- 1) 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断は病院・施設全体としての判断が行われるようにあらかじめルールや手続きを定めておくことが重要です。
- 2) 本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るように努めます。
- 3) 身体拘束等を行う場合についても、「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに身体拘束を解除します。

### 身体拘束に関する記録をする

- 1) 身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の本人の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。
- 2) 記録は日々の心身の状態等の観察、拘束の必要性や方法に関わる再検討を行うごとに記録を行い、スタッフや家族等の間で情報を共有します。

#### 【参考 1】

##### **介護保険施設や、サービス事業所では、市の条例において身体拘束は原則禁止されています。**

豊中市指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（抜粋）

（指定介護福祉施設サービスの取扱方針）

#### 第16条

4 指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。

5 指定介護老人福祉施設は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

6 指定介護老人福祉施設は、身体的拘束等の適正化を図るために、次に掲げる措置を講じなければならない。

（1）身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

（2）身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

（3）介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。

#### 【参考 2】

精神科病床での身体拘束についても、精神保健福祉法によって規定されています。

精神保健福祉法では、身体拘束以外によい代替方法がない場合において、やむを得ずに行われるものとされます。また、精神保健指定医の診察によって必要と判断される場合を除いて、身体拘束を行うことができません。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（抜粋）

（処遇）

第36条 精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。

2 （省略）

3 第一項の規定による行動の制限のうち、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。

（出典）豊中市指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例

（出典）精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

## 8. 入院中の認知症のケア

### ①身体管理

身体管理には、水分・電解質の異常、便秘・下痢、身体的不快感（痛み、かゆみなど）、疲労、倦怠感、薬の副作用などがあります。

高齢者は、生理機能や生活能力の低下に伴い、健康を維持するための予備力も低くなり、疾患に罹りやすいという特徴があります。特に認知症の人は、痛みや違和感などを自分の口で的確に訴えることができないケースが多いため、食欲やしぐさなど、「いつもとは、どこかが違う」という看護師や介護士の気づきが疾病の早期発見につながります。

#### 誤嚥性肺炎

加齢に伴う嚥下機能の低下により高齢者は、食事をうまく飲み込むことが困難になります。また、血管性認知症のある人は、誤嚥をおこしやすいので注意が必要です。このため、嚥下しやすいようにとろみをつけたり、その人に合った食事形態を用意する必要があります。食後は、口腔内に食事の一部が残っていないか観察し、口腔内を清潔に保つことが誤嚥性肺炎の予防となります。

#### 尿路感染

特に寝たきりでおむつを使用している高齢者は、歩行が可能な高齢者に比べると著しく尿路感染を起こすことが多くなるので注意します。水分を摂り、尿量を増やす、清潔を保つなどが大切です。

#### 感染

身体機能、免疫機能の低下などによって、高齢者は感染症に罹りやすいという特徴があります。特に注意が必要なのは肺炎 結核、インフルエンザなどの院内感染です。重症化すると致死的になることもあるので、必要に応じて流行前にワクチン接種等を行い予防します。

#### 便秘

高齢者は、腹筋などの筋力低下や活動低下による腸蠕動運動の低下、食事・水分摂取量の減少傾向など、便秘を起こしやすい状態です。こまめに水分を摂る、身体を動かすなどの支援を行います。

#### 下痢

便秘を解消するための下剤服用に伴い、下痢を起こすことがあります。下痢をすると脱水症状を起こしやすいので、十分に水分補給を行います。下痢に伴う便失禁をしたときは自尊心を傷つけないように援助する必要があります。

#### 脱水

高齢者は、のどの渇きへの自覚が低下します。さらに認知症の人は「水分を摂る」などの基本的なセルフケアに意識が向かなくなり、飲水を促さないと水分を摂取する機会が徐々に減少しやすいため、こまめに水分補給を行い、予防することが重要です。



### **高血圧症**

血管性認知症は、発症後の適切な血圧コントロールによって、脳卒中発作を繰り返し起こさないように予防することができます。これは、認知症の階段状の進行を抑えるために最も重要です。

### **糖尿病**

糖尿病は、血管性認知症を引き起こす大きな原因になります。すでに発症している人は、今後の再発作による認知症の進行をくい止めるためにも血糖コントロールを継続して行うことが重要です。

### **褥創**

寝たきりでおむつ使用の高齢者は、体位変換や排泄時のケアが十分に行われないと褥創の発生につながるがあるので注意が必要です。



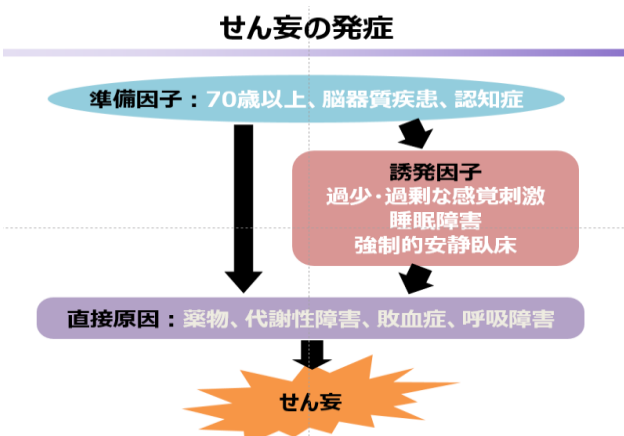
## ②せん妄

### せん妄とは

せん妄とは、もともと中枢神経系に器質的な脆弱性があるところに、身体的負荷、環境的負荷が加わった結果、脳が機能的に破綻をきたした状態であり、軽い意識障害に精神症状や異常行動が加わったものを指します。

### せん妄の原因

せん妄は、高齢者がもつ元来の器質的な脆弱性（準備因子）に加え、炎症反応や脱水などの身体的負荷（直接原因）が重なり発症します。誘発因子は、直接せん妄を生じないが、睡眠障害や疼痛の持続といった不快な身体症状や環境因子で、せん妄の引き金になることがあります。



### せん妄の症状

典型的なせん妄の症状は、“軽度意識障害による注意障害”、“睡眠覚醒リズム障害”であり、ほぼ全例に認められます。これらに関連して種々の症状が重なって出現します。

いつも穏やかに過ごしていた方が、ある日を境に夜間になって突然興奮し、要求を繰り返す、説得しても納得する様子がなく同じ話を何度も繰り返すなどの症状が見られることがあります。

せん妄症状は、一過性の意識障害にもなって生じるため、身体の改善に伴い、意識障害は回復し、興奮などの症状も消失します。

### せん妄の主な症状

注意障害	注意が散漫し会話に集中できない、話題が変わっても前の話を続ける。
記憶障害	昔のことは覚えているが、つい最近のことが思い出せない。
見当識障害	日時や場所がわからなくなる、よく知っている人もわからなくなる。
知覚障害	幻視：実際にはないものが見える。 幻聴：実際にしない音が聞こえる。 錯視：実在するものを異なって知覚する。 ex)天井のシミを虫と思い込む
思考障害	妄想：知覚障害の内容を現実と思い込み訂正できない、被害妄想など。
精神運動障害	精神運動亢進：興奮、多動、多弁など。 精神運動抑制：自発的な行動がない、刺激に反応しない。
情動の変動	不安、恐怖、抑うつ、怒り、多幸、無欲など。
睡眠覚醒周期障害	夜間不眠、断眠、昼夜逆転。

(引用) 酒井郁子、渡邊博幸：せん妄のスタンダードケア Q&A100,南江堂,2014

## 治療

### 直接原因の治療

せん妄は身体の病的状態が原因であるため、せん妄を引き起こしている直接原因を同定しこれを治療するのが基本となります。せん妄のリスク薬については中止や変更が原則ですが、無理なら減量することが望ましいです。

### せん妄の薬物療法

せん妄の薬剤療法は、せん妄症状の緩和を目的に使用されます。

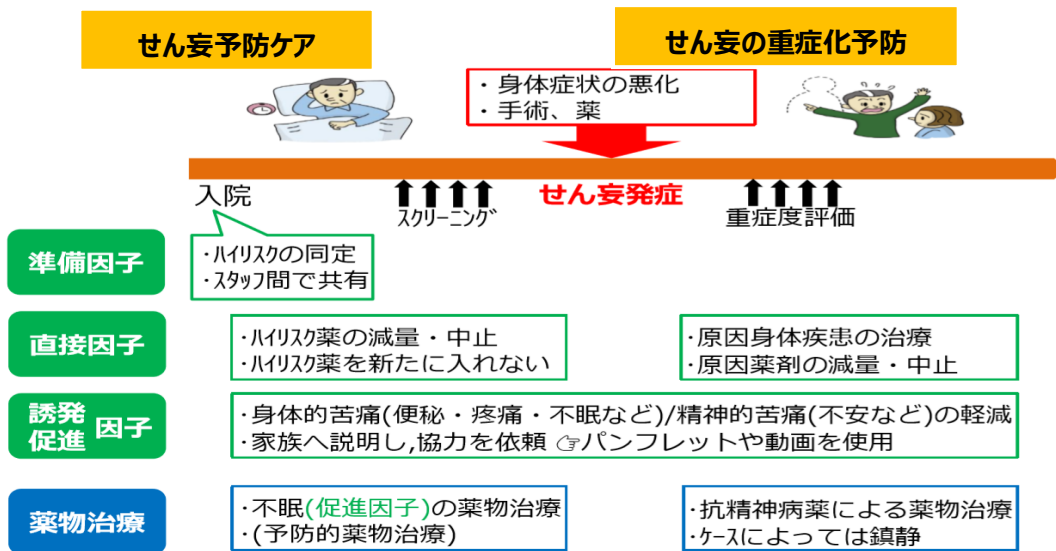
<薬剤> リスベリドン/リスパダール<sup>®</sup>、クエチアピン/セロクエル<sup>®</sup>、オランザピン/ジプレキサ<sup>®</sup>、ハロペリドール/セレネース<sup>®</sup>

<副作用> 歩行障害、嚥下障害、構音障害、無表情、振戦、起立性低血圧、過鎮静など

## せん妄の看護

### 時系列によるせん妄への対策

せん妄ケアは、入院後からせん妄発症といった時系列でみると、その経過より、1) せん妄予防ケアと2) せん妄の重症化予防（発症時ケア）に分けられます。それぞれの時期において、せん妄の3因子と薬物療法の観点から、図のような対策があげられます。



### せん妄予防ケア（入院時評価）

予防ケアのポイントは、まず、せん妄リスクの3因子（準備因子、直接因子、誘発因子）を評価し、せん妄のリスク状態を評価すること、そして、そのリスク因子を軽減させたり、緩和させたりすることが重要です。

## せん妄リスク因子評価

準備因子	<input type="checkbox"/> 高齢（70 歳以上） <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脳器質性障害の既往（脳梗塞、神経変性疾患、脳転移など） <input type="checkbox"/> せん妄既往
直接因子	❖外科系： <input type="checkbox"/> 手術 ❖内科系： <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 電解質異常（高 Ca 血症、低 Na 血症） <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 ❖薬物： <input type="checkbox"/> ベンゾジアゼピン系薬剤（睡眠導入剤、抗不安薬など） <input type="checkbox"/> オピオイド ❖アルコール多飲歴
誘発因子	<input type="checkbox"/> 不快な身体症状：疼痛、呼吸困難、便秘、排尿障害、かゆみ <input type="checkbox"/> 睡眠覚醒リズム障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害や失見当識により入院していることが理解しづらい <input type="checkbox"/> 感覚遮断：視覚障害、聴覚障害（難聴） <input type="checkbox"/> 安静・強制的な臥床 <input type="checkbox"/> 身体拘束 <input type="checkbox"/> 心理的ストレス

### 準備因子

脳の脆弱性があり、せん妄になりやすいことをスタッフ間で共有します。

### 直接因子

- ・ 原疾患治療と共に、栄養・輸液管理の徹底、脱水の予防、合併症の予防が重要です。
- ・ 持参薬にせん妄のリスク薬がある場合、減量/中止か、変薬できないか、主治医に相談します。
- ・ アルコール多飲歴がある場合、アルコール離脱せん妄のリスクがあるため、予防薬内服について、主治医に相談します。

### 誘発因子

- ・ 原因を同定し、身体的・心理的苦痛を軽減し、不快や不安な状態を改善します。
- ・ 話し方の工夫、見当識を高める環境調整、生活リズムの改善を実施します。
- ・ せん妄パンフレットを用いて、患者、家族へせん妄について説明します。

## せん妄発症時（重症化予防）の看護

発症期ケアのポイントは、混乱の状況を把握しその原因を同定することと、不穏原因の除去・低減に努めせん妄の重症化を予防することです。

患者の行動（特に注意障害、意識障害、感情の易変動）により、せん妄徴候を捉えたら、必ず**身体的原因が存在する**と考え、その原因を同定します。

**誘発因子**では、疾患に伴う**症状管理**を積極的に行い、不快症状の緩和に努めます。患者は意識障害を生じているので、自ら不快な症状を訴えることが難しい状態にあります。そのため症状（特に痛み）が放置され、その結果、睡眠障害をきたし、せん妄の増悪を招く場合があります。「不機嫌さ」「手足をバタバタさせている」「おーい、おーいと何度も叫ぶ」という行動が、不快症状の表現であることも少

なくありません。そのような行動がみられる時間帯や活動との関連、そして自律神経症状、血液検査所見などの客観的所見を含めて行動の意味を予測し、症状緩和に努めることが重要です。

同時に、疲労はピークでもあるため、消耗を最小限にし、安心・安全に過ごせるよう環境調整を行います。

### 主なせん妄ケア

症状管理	不快症状の緩和	<ul style="list-style-type: none"> <li>・疼痛：術後疼痛、がん性疼痛、整形外科的疼痛でADLの障害となりうるもの →疼痛マネジメント</li> <li>・呼吸困難：肺炎、心不全 →十分な酸素投与、労作性呼吸困難による心負荷の予防</li> <li>・口渇：脱水 →補正、口腔ケア、飲水励行</li> <li>・便秘、排尿障害→排便コントロール、残尿、カテーテルの早期抜去検討</li> <li>・倦怠感 →十分な休息、安楽な体位調整</li> </ul>
環境調整	状況理解の補助・補完	<ul style="list-style-type: none"> <li>・適度な照明とわかりやすい標識・表示をする</li> <li>・時計やカレンダーを見えるところに設置する</li> </ul>
	見当識の強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常会話に、場所、日付や時間をさりげなく入れ、見当識をつける</li> <li>・家人・友人の面会や使い慣れたものを持参してもらい、安心感を促す、混乱を緩和する</li> </ul>
	感覚障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>・補聴器、メガネ、入れ歯の装着</li> </ul>
	快適な環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ルート類を見えない位置、手に触れにくい場所に整理する</li> <li>・ルート類を最小限にする（ex 夜間点滴の中止、オムツ尿測への変更）</li> <li>・夜間の足元を明るくする（ルームランプ）</li> </ul>
	活動性の維持	<ul style="list-style-type: none"> <li>・可能な限り、早期離床を促し、可動域の運動を実施する</li> <li>・日中はなるべく寝入ってしまわないような状況に整える： 頭部ヘッドアップ、座位、好みのテレビ、音楽鑑賞、面会 ベッド上で可能な作業療法</li> <li>・リハビリの早期開始</li> </ul>
睡眠覚醒リズムの維持	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日中は明るく、夜間は足元が分かる程度の照明をつける</li> <li>・夜間の不快な音を減らす</li> <li>・睡眠中の処置・ケアは避ける（巡回時間の検討）</li> <li>・夜間頻尿につながるような連続した輸液や利尿剤は避ける</li> <li>・薬剤：ベンゾジアゼピン系薬剤の多剤併用は、注意。処方の見直し</li> </ul>	

薬物療法 ～投与のタイミングがポイント！～

投与のタイミングは、「そわそわしていて落ち着かない」「多弁”些細なことでも不機嫌になる“など前駆症状が出現し始めた時期です。この時期を早期に捉え、薬物療法を開始すると、最小の量で最大の効果を得られることが多いです。

### ③ 認知機能障害に対するケア

#### 記憶障害に対するケア

記憶障害は、認知症で最もよく見られる症状です。認知症でよく見られる記憶障害の特徴として、最近のことから忘れてしまう「近時記憶障害」があり、それによって出来事自体を忘れる「エピソード記憶の障害」の2つが起こります。最近のことを忘れてしまうため、「さっき説明した」ナースコールを押さずに詰所に来られる、出来事を忘れるため「食べたはずの」お昼ご飯のことを忘れてしまい、私だけお昼ご飯をもらっていない、と怒って詰所に来られる、などの行動が起こります。

#### 対応のポイント

- ・ 大切なことはメモに書き（このとき、字が読めるか、どれぐらいの大きさにすれば見えるのかも確認しましょう）、見えやすいところに表示する。
- ・ 会うたびに笑顔で自己紹介を行い、（看護師の〇〇です、など）入院中であることを伝える。
- ・ 忘れていることを責めたり、怒ったりしない。
- ・ 無理に思い出させようとしない。
- ・ 質問攻めにせず、認知症の人が話し出すまで待つ。
- ・ 認知症の人は、何を忘れていたかはわからなくても、「何か大切なことを忘れていたような気がする」という違和感を持っていると言われています。不安が強いので、認知症の人の不安な気持ちに寄り添い、安心できるような声かけや関わりをしましょう。

#### 見当識障害に対するケア

見当識とは、「今日が何月何日か」「今いる場所はどこか」「目の前にいる人や周りの人は誰なのか」などから、自分の周囲状況を認識する機能です。見当識は、日常生活や社会生活を送る上でとても重要な機能とも言えます。アルツハイマー型認知症の人では、時間の見当識→場所の見当識→人物の見当識という順番で障害されると言われています。

#### 対応のポイント

- ・ カレンダーや時計の表示を行い、わかりやすい環境にする。
- ・ カレンダーや時計を利用して入院してどれぐらい経つのか、今が何時ぐらいか、などの見当識を示す。
- ・ 部屋がわからなくなる、トイレの場所がわからず迷ってしまう認知症の人に対しては表示をわかりやすくします。その際は加齢による影響を考慮し、暖色系の文字を使う・大きく表示する・絵を使うなどが効果的です。
- ・ 些細な変化でも丁寧に伝えましょう。認知症の人は予定の急な変更などに弱く、不安が強くなります。些細な変化があってもきちんとお伝えし、「お迎えに来るので大丈夫ですよ」「声をかけますね」と安心できるような関わりが必要です。

#### 遂行機能障害に対するケア

遂行機能とは、目的の達成のために計画を立て、それを実行する機能です。例えば、「カレーライスを作る」という目的のため、冷蔵庫にあるものを確認して、カレーを作るのに足りないものを買に行き、カレ

ーを作るというこれら一連の行為を指します。認知症ではこの遂行機能が障害されていきます。特に女性の患者さんでは「料理の手順がわからなくなり、同じ物ばかり作るようになった」や「カレーを作ると言っていたのに、出来上がったものは肉じゃがだった」などの訴えをよく聞きます。入院中で見られる遂行機能障害としては、排泄の一連の流れがわからない（そのために排泄で失敗してしまう）、入院してから退院までの流れがわからず、「いつになったら帰ることが出来るのか」と何度も確認する、などがみられます。

### **対応のポイント**

- ・ 行為自体は出来ることが多いので、一つずつ声をかけ、出来たことを確認してから次の行動に移る。
- ・ 入院から退院までの大まかなスケジュールを表示し、一緒に確認する。
- ・ 本日のスケジュールなどを一緒に確認し、出来たものから消していく。

### **失語・言語障害に対するケア**

言語機能は、「話す・読む・聞く・書く」を指します。言語障害があるときは言語機能のどの部分が障害されているのかをアセスメントしましょう。

### **対応のポイント**

- ・ こちらから伝えるときは、短い文章にし、一文に一つの要件にする。
- ・ ジェスチャーや絵などを使い、伝わりやすいような工夫を行う。
- ・ 頷きや相槌で共感を伝える。
- ・ 認知症の人が一生懸命伝えようとしていることを理解し、傾聴する気持ちで関わる。

### **失行・失認に対するケア**

失行は、運動機能に問題はないが、目的の動作が出来ないことを指し、失認は、感覚機能に問題はないが、対象の認識が出来なくなることを指します。

### **対応のポイント**

- ・ 服を着られない場合・・・着やすいような工夫をします。ズボンをシャツのように上から着ようとするなどの行動がみられた場合には、ズボンを足だけ入れればよいような渡し方をして、声かけをします。一緒にやってみるのも効果的です。
- ・ スプーンや箸など、食具が使えない場合・・・使う状態まで持ってもらうところまで援助します。それでも上手にできない時は、目の前に座って一緒に使ってみる、ほかの患者さんに目の前に座ってもらい、一緒に食べてもらうと食べる事が出来るということもよくあります。

（出典） 鷲見幸彦：認知症の診断,公益社団法人日本看護協会編,認知症ケアガイドブック,照林社, 2016

（出典） 武藤教志編：他科に誇れる精神科看護の専門技術 MENTAL STATUS EXAMINATION, 株式会社精神看護出版,2017,東京.P189



#### ④ 認知症の人への具体的な対応方法

##### (1) 攻撃性 (暴言・暴力\*)

\*「暴言・暴力」などは倫理的配慮に欠ける不適切な表現として (最近) 考えられており、ここでは暴言・暴力を含むものを攻撃性と表現します

攻撃性とは、攻撃的行為を指し、身体的攻撃性と言語的攻撃性に分類されます。身体的攻撃性とは、叩く、引っ掻く、蹴る、咬むなどの「暴力」を指し、言語的攻撃性とは大声で叫ぶ、ののしる、癩癩を起こすなど「暴言」を指します。暴力は男性に多いとされており、暴言は抑うつ状態や身体的問題と関係すると言われています。脳機能の問題としては、前頭葉や側頭葉の機能低下が攻撃性に関連すると考えられており、特に前頭側頭葉変性症では高頻度に攻撃性が出現すると言われています。

##### 攻撃性が出現する時に考えられる要因

身体的因子	疼痛などの身体的問題 前頭葉・側頭葉の機能障害 認知機能障害による現実検討能力の低下 (記憶障害・見当識障害・理解力・判断力の低下など) 扁桃核の機能亢進
精神的因子	抑うつ状態、各種妄想、人物誤認、焦燥、易怒性
環境的因子	コミュニケーション不足 信頼関係が築かれていない状態
薬剤性因子	抗認知症薬によるもの、興奮を引き起こす薬剤によるもの

(出典) 服部英幸編：精神症状・行動異常 (BPSD) を示す認知症患者の初期対応の指針作成研究  
斑著, 介護施設、一般病院での認知症対応に明日から役立つ BPSD 初期対応ガイドライン, ライフ・サイエンス, 東京, 2012. P47 を一部改編

##### 身体的な因子：認知機能障害によるもの

記憶障害や見当識障害により、自分の身に今何が起きているのかを理解・判断することができず、突然話しかけられたことや肩を叩かれたことで驚き、暴力などが出現することがあります。また、前頭葉の障害でも感情の抑制ができず、攻撃性が出現することがあります。

##### 身体的な因子：もともとの疾患や苦痛によるもの

身体的な不調は BPSD に繋がるが多いと言われていますが、特に攻撃性は身体的な不調の表現であることが多いと言われています。攻撃性が出現したときには、関わりと共に身体的な観察をしっかり行っていきましょう。



## 心理的な要因

ただでさえ認知症の人は、漠然とした不安や自信のなさがあると言われていますが、認知機能障害により自分の想いや苦痛を言語的に伝えることが難しくなり、イライラ感や恐怖・怒り・不安が攻撃性となって出現することがあります。また、看護師やケアをする人が認知症の人の想いを確認せずに物事をすすめてしまう、日ごろどんな思いでいるかということに鈍感になってしまいがちになることで、自分を否定された、気持ちを尊重してもらえなかったと感じることから攻撃性に繋がることも多くあります。コミュニケーションを密にし、信頼関係を築いていくことで攻撃性が低下することもあります。

## 薬剤性の要因

認知症の人に使用する薬剤の中には、興奮を引き起こす薬剤もあります。よく観察しましょう。

## アセスメントのポイント

いつ、どのようなときに、どのような場面で攻撃性が出現するのかをアセスメントしてみると、いくつかのきっかけがあることに気づくことが出来ます。それを改善することで攻撃性が低下することもよくあります。

- ・ 認知機能障害の種類・程度
- ・ 攻撃性が出る時はどのような時間帯か、どのような場面か
- ・ 幻覚（幻視や幻聴）の有無
- ・ 攻撃性の出現時、どのような行動やどのような言動があるか（話している内容など）
- ・ もととの疾患の病状
- ・ 苦痛な症状（痛みやかゆみなど）がないか
- ・ 薬剤の影響（興奮しやすい薬がないか）
- ・ 認知症の人の想い（不安な気持ち、混乱の有無など）

このように対応しましょう

### 距離を詰めすぎない

認知症の人に攻撃性が出現している時は、不安が強いつきや、自分を守りたいという防衛本能が働いていることがあります。パーソナルスペース（その人が不快に感じる空間・距離）への侵入をせず、少し距離を取って関わるようにします。距離を取ることで認知症の人に安心感を与え、お互いに冷静に関わることができるようになりますし、看護師やケアする人がケガをするのを防ぎます。

### 大勢のスタッフで囲まない

攻撃性が出現している認知症の人を大勢で囲んでいる場面をよく見かけますが、大勢のスタッフに囲まれると認知症の人の混乱や怒りは余計に増大します。なぜなら、不安や恐怖感が強くなるからです。できるだけ少人数で対応するとお互い冷静に関わることができますし、認知症の人の攻撃性もだんだん落ち着いてきます。

### 怒らない

認知症の人が怒っている時に一緒になって怒ると余計に認知症の人の怒りは増大します。こちらの方から冷静になることが大切です。

### **大声を出さない**

大声は認知症の人を驚かせ、攻撃性を高めます。対応する時は、落ち着いた低めの声、穏やかな表情、短い文章で対応します。

### **長々と説得しない**

認知機能障害によって自分の思いを言葉で上手に伝えることが難しくなったり、相手の話している内容を理解することが難しくなっている認知症の人に説得は無意味です。

### **落ち着いてから認知症の人の訴えをしっかり聴く**

攻撃性が出現する 1 つの要因として、コミュニケーション不足や信頼関係の不足が挙げられます。また、認知症の人は、認知機能障害により自分の思いや苦痛を言語化して表現することが苦手になります。攻撃性の強い認知症の人は、「自分の気持ちを分かってもらえていない」「自分がないがしろにされている」という思いを持っていることもよくあります。攻撃性が落ち着いている場面で時間を取り、ゆっくり認知症の人の訴えやお話を聞いてみましょう。

(出典) 鷲見幸彦：認知症の診断,公益社団法人日本看護協会編,認知症ケアガイドブック,照林社,2016.を一部改編

## (2) ケアの拒否・易怒性

ケアの拒否はケア抵抗・拒絶ともいわれます。一般的には攻撃性の一部と考えられ、対応に大きな違いはないと考えられており、易怒性とも関連するとされていますので、ここで一緒に説明します。

易怒性は認知症の人では健常者に比べ高頻度に認められ、認知機能障害が軽度の時から生じやすいと言われています。特に認知機能の低下・もの忘れを指摘された時や、行動を注意・制止されたとき、状況を十分配慮できていない状態で介助を行おうとしたときに認められると言われています。

### ケアの拒否・易怒性が出現する時に考えられる因子

身体的因子	脳内の神経伝達物質の機能異常（セロトニン・ノルアドレナリン） 前頭葉・側頭葉の機能低下 認知機能障害によるもの （記憶障害により説明したことを忘れてケア時に拒否をする、理解力・判断力の低下により状況の把握ができず拒否をする、怒り出すなど） 視覚・聴覚の障害 抗認知症薬の副作用
精神的因子	被害的・妄想的な認知 人物誤認・幻覚（幻視・幻聴・幻臭など）・焦燥 病前性格（協調性に欠ける性格・自己抑制的な性格）
環境的因子	不快な刺激・挑発的な刺激 慣れない環境により不安が増大する

（出典）服部英幸編：精神症状・行動異常（BPSD）を示す認知症患者の初期対応の指針作成研究班著，介護施設、一般病院での認知症対応に明日から役立つ BPSD 初期対応ガイドライン,ライフ・サイエンス,東京,2012.P47 を一部改編

#### 身体的因子：脳内の変化によるもの

セロトニンという神経伝達物質は、「心の安定やバランスをとる」作用があります。幸せホルモンと呼ばれることもあります。また、ノルアドレナリンという神経伝達物質は、神経を興奮させる神経伝達物質で、やる気や集中力を高める作用があります。反面、「不安・興奮・緊張」とも深い関連があり、怒りのホルモンともよばれます。何らかの原因で脳内の神経伝達物質の機能異常が起こり、怒りの感情が出やすくなると考えられています。さらに、前頭葉や側頭葉には感情の抑制などの機能がありますが、認知症の原因疾患により脳の萎縮が起こり、脳の機能が低下することで怒りの感情が出現しやすくなると考えられています。

#### 身体的因子：認知機能障害によるもの

記憶障害により、さっき説明したことを忘れてしまい、看護師やケアする人が実際にケアをしようとする時「何をするんだ！聞いていないぞ！」と認知症の人が怒りだしたことはないでしょうか。

認知症の人は、認知機能障害によりさっき聞いたことを忘れてしまう、理解力や判断力の低下により、こちらの説明が理解できず、怒り出してしまふこともあります。

### 身体的因子：抗認知症の副作用

抗認知症薬の中には副作用として易怒性が挙げられているものもあります。内服開始後、怒りっぽくなった、いつもイライラしている、などが出現したら、副作用の可能性があるので、処方した医師に相談しましょう。

### 精神的因子

認知症の人は、自分がきちんとやっている（と思っている）のに人から責められる、などのことから被害的になりやすいと言われています。被害的や妄想的な認知により怒りっぽくなることや、ケアを拒否する（どうせできないと思っているんでしょ、等）こともあります。また、幻覚に左右されてケアを拒否することもあります。

### 環境的因子

慣れない環境により不安が増大し、「ここがどこか、何をされるのかわからない」ことからケアを拒否することはよくあります。また、もの忘れを指摘された、行動を注意・制止された時にいやな感情が残ります。認知症の人は、出来事を覚えておくことは苦手ですが、いやな思いをした、楽しい思いをした、という感情は残りやすいと言われています。このいやな感情が積み重なると、ケアを拒否するということが起こります。

### アセスメントのポイント

- ・ 認知機能障害の種類・程度
- ・ どんなケアに拒否があるのか
- ・ ケアの拒否がみられた時の声のかけ方はどうだったのか
- ・ コミュニケーションが取れているのか（入院生活を安心して送れているのか）
- ・ 身体的な不調がみられていないかどうか

このように対応しましょう

### なぜ嫌なのか、理由を探る

認知症の人がケアを拒否したときには、どうしていやなのか理由を聞いてみましょう。理由を聞く時も簡単な言葉、短い文章で質問できれば、答えてもらえることもあります。例えば、内服を拒否される時などは「どうして飲みたくないのか」を聴いてみるようにします。錠剤がのみにくい、粉薬が苦い、等答えてくれることもよくあります。「拒否」で片づけてしまわず、なぜ拒否するのかまで考えてみましょう。そして、認知症の人の希望に沿えるところは出来るだけ希望に沿うようにしましょう。

### 一つずつ説明し、理解を得てからケアをする

認知症の人に対して、看護師やケアする人が早口でたくさんのことを伝えると、認知症の人は何が何だかわからず、混乱します。混乱から拒否に繋がることも多いので、今からすることを一つずつお伝えし、理解を得てからケアに移るようにしましょう。

### **無理強いしない**

認知症があってもなくても、どうしても今日はお風呂に入りたくない、なんだかしんどい、というときはあります。認知症の人が拒否しているのに、無理にケアをしようとするのではなく、まずは拒否している気持ちを尊重しましょう。たとえば入浴などは、その人の生活歴などからどのくらいの間隔で入浴していたのか、入浴に対する思い（お風呂がとっても好き、逆に風呂嫌い、など）を聞き取っておき、その方の生活スタイルに合ったケアを心がけましょう。

### **快の感情を残す**

お風呂に入って気持ちよかった、看護師さんやケアする人とお話して楽しかった、という快の感情を残してケアが終わると、次のケアにもつながりやすいと言われています。そのためにはケアをするときに、安全で安心できる技術を提供することも大切です。

（出典）鷺見幸彦：認知症の診断,公益社団法人日本看護協会編,認知症ケアガイドブック,照林社,2016.を一部改編

### (3) 無気力・無関心

無気力・無関心な状態は「意欲低下・アパシー」とも呼ばれます。アパシーは、脳の前頭葉におけるドパミンやアセチルコリンなどの神経伝達物質の調整障害が関連していると考えられています。加えて、BPSDの中で、アパシーは高頻度に見られる精神症状だとも言われています。

また、アパシーは抑うつやうつ状態と混同されやすい状態です。問診で自責感（自分が悪いと思い、自分を責める）、悲哀（悲しく哀れなこと、憂鬱なこと）、睡眠障害、感情不安定などがみられた時は抑うつやうつ状態が疑われます。反対に自責や悲哀がなく、感情に乏しい状態で、理由はわからないが「何もしなくなった」「何にも関心を示さなくなった」時はアパシーを疑います。両者の鑑別が難しいときは、まずアパシーを疑い、身体疾患の安定を先に行い、脳賦活作用のある薬剤投与を行うのがよいと言われています。認知症の人は高齢であり、活動性が低下すると短期間で廃用症候群などを起こすため、早く気付いて、対応することが必要です。

#### アセスメントのポイント

- ・ 身体疾患の状態、症状の有無（倦怠感、疼痛など）
- ・ もととの ADL の状態と現在の状態
- ・ 認知機能障害の有無・程度
- ・ 日中の活動状況・活動量
- ・ 睡眠状態・睡眠時間
- ・ 声をかけた時の表情や返答

このように対応しましょう

#### 生活リズムを整える

無気力・無関心がみられる時、身体の不調や夜間不眠が背景となっていることがあります。昼夜のリズムを付け、夜間しっかり眠れるように環境調整を行いましょう。

#### 頻回に声をかけ、一緒に過ごす時間を持つ

無気力や無関心に気付かず「手がかからない人だ」と放っておくと、ぼんやりする時間が増え、認知機能の低下を早めたり、廃用に傾きやすくなります。声かけや促しを増やし、認知症の人に寄り添う時間を少しでも持つようにすると無気力・無関心の改善につながります。

#### できることは自分でしてもらうよう促す

無気力・無関心により ADL や IADL が一時的に低下したように見えても、実際にやればできることは多々あります。適切に ADL や IADL の評価を行い、出来ることは自分でしてもらうように促していき、廃用症候群の予防に努めましょう

#### スケジュールや目標を立てる

これは、生活リズムを整えることにもつながりますが、一日のスケジュールを認知症の人と一緒に立て、それをわかりやすく表示し活動できるように促しましょう。また、認知機能障害により、今が何月何日か

があいまいになってきますので、今がいつなのかをベッドサイドに表示する、声かけの時に「お昼御飯ですよ、起きましょう」などと工夫します。また、達成可能な目標を立て、達成できた時には一緒に喜ぶ、これも無気力・無関心がみられる人への関わりとしてよいとされています。

(出典)

鷺見幸彦：認知症の診断 公益社団法人日本看護協会編,認知症ケアガイドブック,照林社,2016.  
P96-99 を一部改編

武田雅俊：認知症知って安心！症状別対応ガイド,メディカルレビュー社,大阪,2012. P 94-101.



## (4) 不眠

不眠とは、必要に応じて入眠や眠り続けることが出来ない睡眠障害を指します（脳科学辞典より）。

認知症の人の多くは高齢者です。加齢に伴う睡眠の特徴として、入眠困難や中途覚醒、総睡眠時間の減少、睡眠効率の低下などが挙げられます。加えて認知症の人は、この加齢に伴う生理的变化がより顕著に表れ、睡眠覚醒リズムの変調をきたすと言われています。通常、不眠が単一の要因に生じることとはなく、様々な要因が影響します。不眠の原因としては、環境要因や疾患の影響、内服薬の影響など様々な要因が考えられるため、多面的なアセスメントを行う必要があります。

また、不眠は認知症の人だけでなく、介護している家族の負担も大きくなります。睡眠覚醒リズムを整え、両者が安心して生活できるように支援しましょう。

### 不眠の背景となる因子

身体的因子	循環器疾患・呼吸器疾患・腎疾患・関節疾患など
生理学的因子	睡眠時無呼吸症候群・むずむず脚症候群・レム睡眠関連行動障害など
心理学的因子	心配事や考え事、悩み事がある
精神医学的因子	認知症・うつ病・統合失調症・アルコール依存症など
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

(出典) 服部英幸編：精神症状・行動異常（BPSD）を示す認知症患者の初期対応の指針作成研究  
斑著,介護施設、一般病院での認知症対応に明日から役立つ BPSD 初期対応ガイドライン,ライフ・サイエンス,東京,2012.P91 より引用

### アセスメントのポイント

- ・ 入院前の睡眠の状態（日中の活動の程度、入眠時間や起床時間、睡眠時間、昼寝の有無など）
- ・ 不眠以外の訴えや症状はないか（痛み・かゆみ・オムツを使用していれば不快感・無呼吸など）
- ・ 心配事や困っていることはないか・日中の表情や発言はどうか
- ・ 眠れる環境かどうか（モニターの音が大きい、明かりがこごごついている、暑い寒いなど）

このように対応しましょう

### 太陽を浴びる

人は、太陽の光を浴びてから 14~16 時間後にメラトニンという睡眠ホルモンが分泌され、自然な眠気が起こると言われています。毎日外に出るのは大変なので、窓側で太陽の光を浴びる、起床時や朝食時に声かけし、外の様子を見るなどして目から光を入れることも効果的です。

### 日中の活動を促す

日中、覚醒しておくことが大切ですが、デイルームなどで車いすに座ったまま認知症の人が寝ていることはないでしょうか。座ったまま寝ることで逆に疲れてしまい、イライラの原因になることもあります。日中活動できるよう、リハビリテーションの予定を午前と午後に入れる、院内デイケアの活用をする、デイルームなどで体操をする、などの工夫を取り入れて、日中の活動と共に覚醒を促しましょう。



### **入院前の生活リズムを尊重する**

入院前には 23 時に眠っていた人が入院したとたん 21 時の消灯時間に眠りなさいというのは無理な事です。入院前の生活リズムに合わせて様子をみましょう。

(出典) 宮崎総一郎ほか：睡眠からみた認知症診療ハンドブック,全日本病院出版会,2016,東京.P32-36

## (5) 歩き回り（いわゆる徘徊）

徘徊を辞書で引くと、「目的もなく、うろうろと歩きまわること」（大辞林）、「どことなく歩きまわること」（広辞苑）と表現されています。しかし、認知症の人がうろうろして道に迷うのは、認知機能障害によるものが多く、多くの人は寧ろ目的を持って歩いていると考えられています。そのため、この行動を「徘徊」と呼ぶのが良いのかどうか議論されています。認知症の当事者のグループの代表の方は、「『徘徊』という言葉で行動を表現する限り、認知症の人は困った人たちという深層心理から抜け出せず、本人の視点や尊厳を大切に社会にたどり着けない。安心して外出が楽しめることを『当たり前』と考え、必要なことを本人と一緒に考えてほしい」と述べておられます。そのことからここでは「歩き回り」と表現します。

入院中の歩き回りは、目的の場所にたどり着けず、ほかの人の部屋に入ってトラブルになる、離院につながる場合があります。どんな目的があって歩いているのかをアセスメントしケアしていく必要があります。

### 歩き回りの背景として考えられるもの

認知機能障害によるもの	ここがどこかわからない、状況がわからないため混乱し不安になる
精神症状によるもの	幻覚・妄想などにより不安や興奮が増し、歩き回って落ち着こうとする
身体状況によるもの	便秘などの身体症状を言語化できず、落ち着かないため歩く
欲求によるもの	家族や友人に会いたい、トイレを探すなど
無目的なもの	漠然とした不安感、自分の居場所を求めて歩き回る
新しい環境に慣れない	新しい環境に慣れない不安などを抱き、歩き回る
過去に戻っている	過去と現在を混同してしまい混乱をきたして歩き回る
常同的なもの	目的はないが同じ場所を繰り返し歩き続ける

### アセスメントのポイント

- ・ 歩き回りが発生する時間帯や環境
- ・ 疼痛などの身体的不調の有無
- ・ どこに行きたい、誰に会いたい、などの言動
- ・ どれぐらいの時間歩いているか
- ・ 歩いている時の表情や様子（不安げ、苦痛がありそうな様子、慌てた様子など）
- ・ 過剰な運動による脱水症状などはないか

このように対応しましょう

### **歩き回りの理由を聞く**

なぜ歩いているのか、どこに行きたいのかを聞いてみましょう。理由が分かれば、対処でき、認知症の人が安心し、落ち着かれることも多いです。

### **安全の確保**

認知症の人は認知機能障害により注意力が低下します。廊下に障害物を置かないようにする、濡れた床はすぐに拭くなどの対応が必要です。また、長時間歩いている時は声をかけ休憩を促し、一緒に水分を取ったりしましょう。

### **わかりやすい環境にする**

部屋がわからない、トイレの場所がわからない等で延々と歩いていることもあります。認知症の人の部屋には表札をつける（名前だけでなく絵や押し花など、その人が好きなもの）ことで部屋の場所がわかる人もいます。

（出典）服部英幸：介護施設、一般病院での認知症対応に明日から役立つ BPSD 初期対応ガイドライン,精神症状・行動異常（BPSD）を示す認知症患者の初期対応の指針作成研究班著,ライフ・サイエンス,2012

（出典）鷺見幸彦：認知症の診断,公益社団法人日本看護協会編,認知症ケアガイドブック,照林社,2016

（出典）高山成子：認知症の人の生活行動を支える看護 エビデンスに基づいた看護プロトコル,医歯薬出版株式会社,2014

## 9. 地域とつながるための退院支援

入院生活を終えた患者さんが疾患の再発予防・重度化予防を図りながら安心して安全に生活できるようにするために、退院後の自宅や施設での生活をイメージしながらケアにあたり、必要な管理や医療情報をかかりつけ医やケアマネジャー等と情報共有することがとても重要です。

### 入院時Ⅰ(入院から概ね3日以内)

情報を収集・共有し、退院後の生活の再構築の必要性を考える  
→退院支援が必要な人を抽出

- ・入院までの本人の暮らし、入院までの経緯、要介護度、担当ケアマネジャー、利用していたサービスの内容、医療管理、ADL、IADL、経済状況等について情報収集する
- ※入院時情報提供書を活用
- ・本人、家族の病状認識、想いや希望を把握する
- ・医師と入院の目的、治療方針、退院時の見通しを確認する
- ・退院時の状態を予測する

### 入院時Ⅱ(入院から概ね7日以内)

退院時の状態、退院後の生活イメージを本人・家族・院内多職種・在宅での支援者(かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師等)と共有

- 必要に応じて医師からの病状説明を設定する
- 入院時カンファレンスの実施**
- ・医学的状況判断や現在の状態を踏まえ、在宅療養移行に向けて①医療・看護上の視点、②生活・ケア上の視点から「意思決定支援」「自立支援」「療養環境の準備・調整」の必要性、内容を検討する
- ・退院時の目標・時期の設定
- ・療養場所、方法の選択においてはこれまで関わってきた支援者とよく相談する
- ③ケアマネジャーが決まっていない場合は地域包括支援センターにつなぐ

### 入院時カンファレンス後

病院は退院支援  
ケアマネジャーは課題を分析

#### 院内多職種による退院支援・必要に応じて退院前訪問指導

- ・療養場所・方法についての情報共有と意思決定支援
- ・自立支援
- ・症状マネジメント
- ・在宅に向けた医療・ケアのアレンジ
- ・在宅医療体制(サービス、住居環境)の調整
- ・医療材料、医療機器、衛星材料の調達方法の調整
- ・医療的ケアの家族支援
- ・各種書類の準備…等
- ※在宅療養を安全にスタートさせるためのチェックシートを活用

### 退院前

退院前カンファレンスを実施し、在宅支援者へのバトンタッチ

#### 退院前カンファレンスの実施

- ・本人、家族、院内多職種、在宅支援者で、退院後の生活のイメージを共有し、生活課題を検討
- ・介護サービスや療養環境の準備、調整
- ・必要書類を渡す
- ※退院・退所情報記録書を活用

### 退院後

外来通院時や在宅支援者から在宅移行後の状況を確認する

☆カンファレンスを実施することが難しい場合、電話連絡や連携ツールを使って情報共有することもできます。介護関係者は医療に不慣れな場合もある為、専門用語をできるだけ使わないなどの工夫があると連携がうまくいきます。また医療現場での常識が介護現場では通用しないことがあることへの理解も必要です。

(出典) 大阪府入退院支援の手引き



# 第 3 章

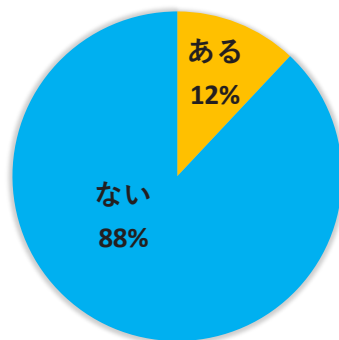
## 第3章

### 1. 「豊中市認知症対応マニュアル」作成に向けたアンケート結果

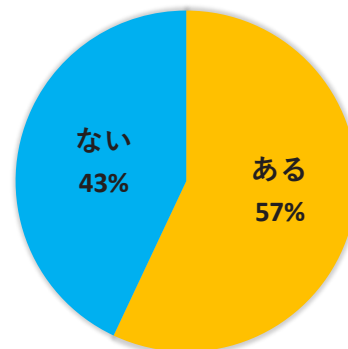
・対象：豊中市病院連絡協議会に参画する19病院に勤務する看護師

・回答数：11病院 68名

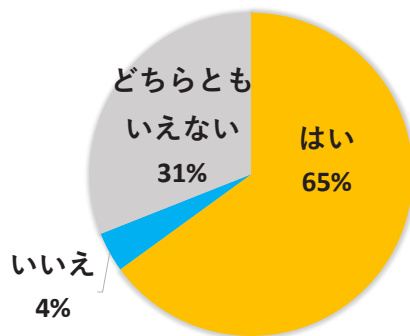
① 貴院には病院独自に作成した「認知症対応マニュアル」はありますか？



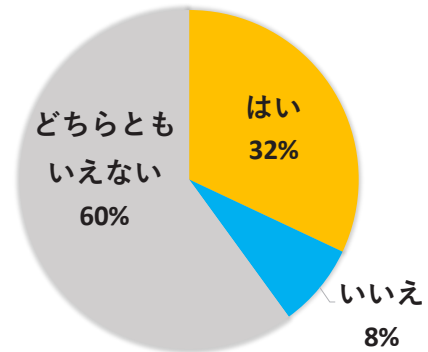
② ひとつめ質問であると答えた方にお伺いします。そのマニュアルを活用したことはありますか？



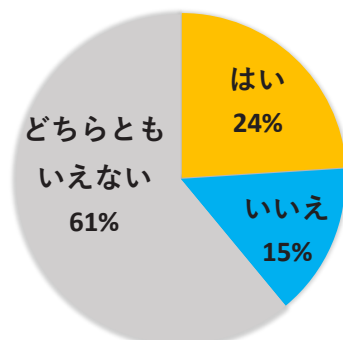
③ 認知症患者さんと関わるのが難しいと感じる。



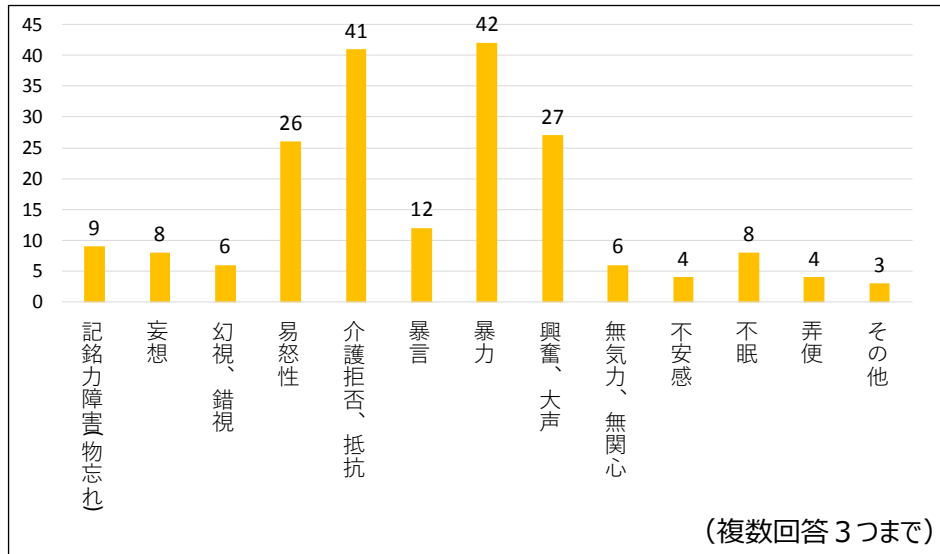
④ 認知症の原因疾患について理解している。



⑤ せん妄と認知症の行動・心理症状(BPSD)の違いを理解している。



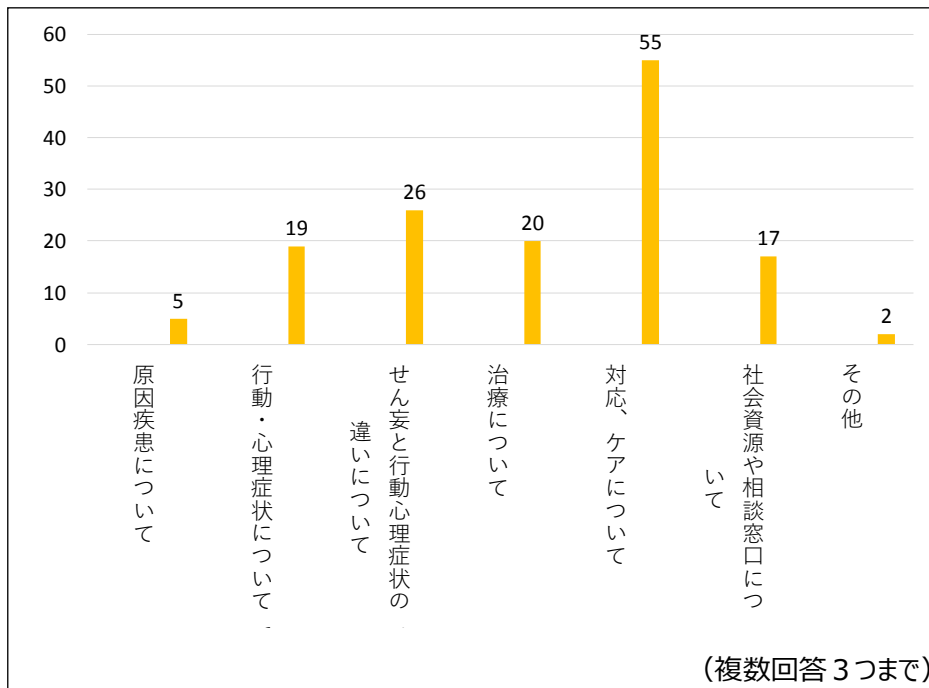
⑥ 認知症のケアや看護で最も困る、難しいと感じるのはどのような症状ですか？



⑦ 具体的に、治療や療養上で困ったことがあれば教えてください。

治療や服薬についての拒否があるとの意見が最も多く、次いで、医療スタッフへの暴力行為、説明についての理解が得られない、転倒リスクが高いにもかかわらず離床をしようとする、があげられた。少数意見としては、排泄誘導がうまくいかない、他の患者への迷惑行為がある、夜間のせん妄への対応、家族の認知症への理解が得られない、本人の話の真偽がわからない、自己判断で退院を主張される等であった。

⑧ 認知症に関することで、知りたいと思うことはどのようなことですか？



⑨ マニュアルに盛り込んで欲しい内容がありましたら、ご自由にご記入下さい。

対応・ケア、社会資源、徘徊、行動制限をしないための対応方法、家族への説明、認知症と高次脳機能障害との違い、認知症患者の家族の不安を相談できる場所



## 2. 認知症に関するQ & A

Q	治療やケアを拒否される。
A	第2章8④(2)ケアの拒否を参考にしてください。
Q	安静等の指示を理解してもらえない。
A	認知症では、認知機能障害により記憶・理解・判断力などの低下がみられます。どうして安静が必要なのか、わかりやすい言葉で何度も説明する、紙に書いて貼る、などの工夫をしましょう。
Q	スタッフや周囲の人に対して暴れることがある。
A	第2章8④(1)攻撃性を参考にしてください。
Q	他患者への迷惑行為がある。
A	その行為自体にどのような理由があるのかを探してみましょう。例えば、ずっと付きまとっている相手を配偶者だと思っている可能性や、看護師を警察だと思っている可能性があります。どうしてそのような行動がみられるのかを探し、対応を考えましょう。
Q	夜間せん妄に伴い不眠が出現し対応に困った。
A	第2章8②せん妄を参考にしてください。夜間の不眠に対しては日中の覚醒を促す、活動を試みる等があります。夜ぐっすり眠れるような個人の儀式（枕の上にタオルを置いて整えてからでないと眠れない、トイレに行ってからうがいをしていない眠れないなど）がある人もいますので、寝る前に何か決まってしまうことはありますか？などと質問してみるのもよいでしょう。
Q	放尿、弄便があり排泄誘導がなかなかうまくいかない。
A	放尿や弄便の理由を考えてみましょう。トイレの場所がわからない、トイレに間に合わないから放尿してしまう、便がオムツ内に出てしまい気持ち悪いなどの理由で弄便が起こる等、なぜその現状があるのかを考えてみましょう。水分摂取の時間と排泄の時間を考えてみましょう。
Q	作話なのか真実なのか判別ができない。
A	その人が一生懸命話していればそれはその人にとって真実だと思います。その話の内容が真実かどうかよりも、そのことでつらい思いをしている、そのことで嬉しそうにしている、ことが大切なのだと思います。話の内容に共感するより、その人の思いに共感してもらえればと思います。

Q	食事が認識できず食べられない。
A	食事であるという声かけやにおいを一緒に嗅ぐ、一緒に見ておいしそうだということを共有するなどの工夫をしてみましょう。上手に食具が使えない時は手づかみで食べられるようにする、ご飯はおにぎりにするなどの形態変更をしてみましょう。

Q	食後しばらくしてから「食べていない」と言い、説明しても納得してもらえない。
A	認知症ではエピソード記憶の障害により、食事を食べたことなどの出来事の記憶が抜け落ちます。食べていないことを説明しても、食べたことを忘れてるので納得はできないでしょう。対応する時は、食べていないことに対して説明するより、(病状が許せば) 飴などの軽い物をお渡しする、お茶を入れてゆっくり話をする、などの工夫が出来るでしょう。

Q	患者家族に認知症を理解してもらえない。
A	家族が患者さんの認知症を受け入れるには時間がかかると言われています。医師から話してもらうのも一つです。また、市民講座や家族会を案内してみるのもよいでしょう。

Q	ナースコールを何度も繰り返す。
A	ナースコールを押す理由は何でしょうか。ナースコールが何かわからず触り続けている患者さんもいます。ナースコールの使い方を紙に書いて貼ったりするのもよいでしょう。

Q	急に歩こうとされる。
A	認知症になると転倒のリスクが高くなります。 どのような時に急に歩こうとされるのか、何か気になることがあるのかなどを探ってみましょう。

Q	離院される。
A	認知症の人は新しい環境になじむのが難しくなると言われています。離院に至った理由をよく振り返ってみましょう。ここは自分の家ではないと思って帰ろうとした、おなかが空いて何かを買いに行こうと思った、などの理由があることが多いです。どうしてここから出たのか、落ち着いてから理由をよく聞いてみましょう。離院したときは心配だと思いますが、見つかったときには怒ったり、叱責をしないようにしましょう。

### 3. 認知症に関する用語の説明

#### 記憶障害

- ・最近聞いたことが覚えられない、電話がかかったことを忘れている。
- ・数秒から数分前のことを記憶することができなくなる。ただし長期記憶（昔の記憶）は覚えていて自分から話してくれることもある。
- ・手続き記憶は、自分が体験・経験したことなど、身体で覚えていることをいう。
- ・自転車に乗る、ピアノを弾く、編み物などは認知症が進行してもできることが多い。

#### 見当識障害

- ・記憶障害や理解力、判断力の低下のために時間、場所、人物の見当がつけられなくなる。
- ・今日が、何年何月何日なのか、答えられない。（2～3日の間違いは正解と考える）
- ・自分がいる場所の見当がつけられなくなる。（自宅か他の場所か判断できるレベルもある）
- ・周囲の人が、自分とどのような関係の人であるか分からなくなる。（身近な人がわからない）

#### 失語

- ・伝えたい言葉が上手く話せない、話す言葉の理解が難しくなる。
- ・言葉の言い換えが難しくなる、言葉がうまく出てこなくなる。
- ・単語を思い出すことが難しくなる。（湯呑、箸など）
- ・相手の言葉の内容が理解しづらくなる。（文章の内容がわからない）
- ・相手の言葉をオウム返りする。（どうしたのと尋ねると「どうしたの」と話すなど）

#### 失行

- ・病気から現れる症状（麻痺等）がないのに、指示された動作を行うことができなくなる。
- ・本に書いてある立体図形や絵の模写ができなくなる。
- ・「足をあげて」などの、単純な指示による動作ができなくなる。
- ・「箸」など使い慣れた道具を使うことができなくなり、食事を手で食べようとする。
- ・ボタンをかけ間違える、袖に足を通すなど衣服の着脱がうまくできなくなる。

#### 失認

- ・視覚機能が損なわれていないにもかかわらず、対象物などを理解したり、把握することができなくなる。
- ・ベッドと椅子や車いすなど、物と自分との間隔が理解できなくなる。
- ・歯ブラシなど、日常使用しているものを触っても、使い方がわからなくなる。
- ・じゃんけんができない、何指なのかがわからなくなる。
- ・「足をあげて」と声かけても自分の体の部分への認知ができなくなる。

#### 遂行機能障害

- ・計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化するといった、物事を具体的に進めていく能力が損なわれる。  
(料理・掃除・洗濯など)

## 4. 認知症に関するシートの紹介

- ①認知症アセスメントシート (本誌 P62 – P63)
- ②認知症ケア加算対象者スコア (本誌 P64)
- ③認知症カンファレンスシート (本誌 P65 – P66)



公益社団法人大阪府看護協会作成「認知症ケアマニュアル」より  
([http://www.osaka-kangokyokai.or.jp/CMS/data/img/2017\\_ninchi\\_shomanual.pdf](http://www.osaka-kangokyokai.or.jp/CMS/data/img/2017_ninchi_shomanual.pdf))

# ① 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

今までに「認知症」の診断を受けている

はい

STEP1 もしかして認知症

いいえ

分野	具体的な反応	みる はなす (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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	
遂行機能	今まで出来ていたことが出来なくなる ・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 ・自主的にできますか <input type="checkbox"/> 身だしなみ <input type="checkbox"/> ベッドサイドリハビリ <input type="checkbox"/> ケア <input type="checkbox"/> 食事 など ・道具を使えますか <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> リモコン <input type="checkbox"/> 電話 など ・買い物は独りでできますか <input type="checkbox"/> 買い忘れ <input type="checkbox"/> 買い間違い <input type="checkbox"/> おつりの計算ができない など	
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(口場の雰囲気 <input type="checkbox"/> 状況 など)	
視空間認知	<input type="checkbox"/> 方向や距離感がつかめない <input type="checkbox"/> 部屋を間違える <input type="checkbox"/> ベッドに斜めに寝る	
言語	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 薬はしっかりと使えているか ( <input type="checkbox"/> 飲み間違い <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 頓用の使用 など) <input type="checkbox"/> 食事の準備はできるか <input type="checkbox"/> 独りでバスや電車を利用できるか ( <input type="checkbox"/> 切符を買う <input type="checkbox"/> 乗り換える など) <input type="checkbox"/> 電話をかけられるか <input type="checkbox"/> 金銭管理できるか <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 泣く <input type="checkbox"/> 叫ぶ など <input type="checkbox"/> かばうしぐさ ・身体の変化 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 脈拍 <input type="checkbox"/> 発汗 など
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 <input type="checkbox"/> 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) ・乾燥 <input type="checkbox"/> 口唇 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 腋 <input type="checkbox"/> 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

不快に感じる環境では?

音や光(外からの光、反射)などの刺激  ルート類  見当識を失いやすい  大勢の人

STEP3 対応を工夫しよう

認知機能障害のある方(注意が持続しにくい)との接し方の工夫

環境

静かな環境

声をかける

視野に入って声をかける

視線は低く

普段よりも一歩踏み込んで

手で顔を隠さない、影のかからないよう

視線をつかんでから話を始める

複数の刺激を組み合わせる

話す

会話は短く、具体的に

ゆっくり、はっきり

話題は一つずつ

大事なところは繰り返す

ゆっくり待つ(10秒ルール)

話をさえぎらない

項目	認知機能障害への配慮の工夫
記憶障害	<input type="checkbox"/> 一日のスケジュールを見えるところに置く <input type="checkbox"/> 親しみを感している持ち物は見つけやすいところに置く
視空間認知障害	<input type="checkbox"/> 複数の刺激を使う <input type="checkbox"/> 照明を明るくする、床の反射を減らす <input type="checkbox"/> コントラストをつける
実行機能障害	<input type="checkbox"/> 分かりやすい環境(時間:不意打ちをしない 空間:目印をつける、人:顔写真を置く、ケアの予定表を置く) <input type="checkbox"/> 選択肢の提示は簡単にわかりやすく <input type="checkbox"/> 行動をうながす、声をかける <input type="checkbox"/> 言語以外のメッセージにも気を配る(家族にサポートを依頼する)
言語障害	<input type="checkbox"/> 要点は書く <input type="checkbox"/> メモに残す <input type="checkbox"/> 図で示す

STEP4 評価を共有しよう

チーム内で共有	<input type="checkbox"/> “できること・できないこと”、“好きなこと・嫌いなこと” <input type="checkbox"/> 継続して評価することを確認 <input type="checkbox"/> 治療を進めるうえで予測されること・対応したほうがよいこと
病棟以外のスタッフと共有	<input type="checkbox"/> 検査や処置で注意をすること、対応上の工夫
コンサルテーションの依頼	<input type="checkbox"/> 認知機能評価と対応、今後の支援について相談

STEP5 連携・退院支援

退院だけでなく安心して過ごすために必要なことを考える

項目	検討する内容
退院後の治療計画	<input type="checkbox"/> 退院後に予測されること <input type="checkbox"/> 服薬管理(定期内服と頓用、服薬確認・支援) <input type="checkbox"/> 緊急時対応(熱発時、痛みが悪化した時に独りで対処できるか) <input type="checkbox"/> 食事の準備・脱水の予防
支援スタッフとの共有	看護サマリ、診療情報提供、申し送りに書こう <input type="checkbox"/> 認知症、せん妄の状況の共有 <input type="checkbox"/> 観察を続けたほうがよいこと <input type="checkbox"/> 家族の支援体制(認知症の可能性を伝えましたか?)
認知症・せん妄のフォロー体制	家族・介護者への初期支援(情報提供と引継ぎ) <input type="checkbox"/> 外来担当医、在宅医への申し送り <input type="checkbox"/> 専門機関の受診(認知症疾患センター、精神科、神経内科、など)

(出典) 小川朝男 国立がん研究センター 先端医療開発センター 精神腫瘍学開発分野,平成27年度老人保健事業推進費補助金保健健康増進等事業,認知症の人の行動,心理症状や身体合併症対応など循環型の医療介護の提供のあり方に関する研究会より



③ 認知症カンファレンスシート (初回)

開催日	平成 年 月 日	時間	~	場所	
参加者					
利用者氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)	要介護度	
カンファレンス					
現在の状態					
現病歴	既往歴	服薬等の状況			
日常生活状況			支援状況		
			転倒 既往 ( <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし )		
家族関係			環境		
行動面			心理面		
今後に向けて					



認知症カンファレンスシート ( 回目)						
開催日	平成 年 月 日	時間	~	場所		
参加者	-----		-----		-----	
利用者氏名			生年月日	年 月 日 ( 歳)	要介護度	
カンファレンス						
現在の状態						
医師から		看護師から			服薬等の状況	
リハビリ			栄養士			
本人の生活			介護サービスに向けた準備			
家族			申し送り事項			
今後に向けて						

## 5. 連携に便利なツール

### 入院時情報提供書 (本誌 P68 – P69)

豊中市ホームページ



1 枚目  
( [https://www.city.toyonaka.osaka.jp/kenko/kaigo\\_hukushi/nijinetto/nijinetto2.files/nyutaiinnjjijouhou1.pdf](https://www.city.toyonaka.osaka.jp/kenko/kaigo_hukushi/nijinetto/nijinetto2.files/nyutaiinnjjijouhou1.pdf) )



2 枚目  
( [https://www.city.toyonaka.osaka.jp/kenko/kaigo\\_hukushi/nijinetto/nijinetto2.files/nyuutaiinnjjijouhou2.pdf](https://www.city.toyonaka.osaka.jp/kenko/kaigo_hukushi/nijinetto/nijinetto2.files/nyuutaiinnjjijouhou2.pdf) )

### 在宅生活を安全にスタートするためのチェックシート (本誌 P70)



大阪府ホームページ  
( <http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/29443/00309358/zaitakuryouyouwoanzennisutatatosurutamenochekkushito.pdf> )

### 退院・退所情報記録書 (本誌 P71)



豊中市ホームページ  
( [https://www.city.toyonaka.osaka.jp/kenko/kaigo\\_hukushi/nijinetto/nijinetto2.files/taiijjjijouhoukiroku.pdf](https://www.city.toyonaka.osaka.jp/kenko/kaigo_hukushi/nijinetto/nijinetto2.files/taiijjjijouhoukiroku.pdf) )

### 入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名: \_\_\_\_\_ 事業所名: \_\_\_\_\_  
 ご担当者名: \_\_\_\_\_ ケアマネジャー氏名: \_\_\_\_\_  
 TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

#### 1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女
		生年月日	明・大・昭	年 月 日 生	
住所	〒	電話番号			
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類 (戸建て・集合住宅) . ____階建て. 居室____階. エレベーター (有・無)				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				□医師の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				□ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的)	
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( )				

#### 2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 ( ) * <input type="checkbox"/> 日中独居				
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL:	TEL	

#### 3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

#### 4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-----------------	---

#### 5. 今後の在宅生活の展望について (ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ( )
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ( )
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 (氏名 続柄・年齢 )
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める ( <input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
特記事項	

#### 6. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望 ( )
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

\* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について											
麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	麻痺部位					
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)		<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)		<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作		自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助	褥瘡の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助	食事		自立	見守り	一部介助	全介助
食事内容	食事回数	( )回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)				食事制限		<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分					
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		水分制限 <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない		時々むせる	常にむせる		義歯		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)		
	口腔清潔	良		不良		著しく不良		口臭		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良 ( )			眠剤の使用		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
喫煙		無	有 _____本くらい/日			飲酒		無	有 _____合くらい/日あたり		
コミュニケーション能力	視力	問題なし		やや難あり	困難		眼鏡		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
	聴力	問題なし		やや難あり	困難		補聴器		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	言語	問題なし		やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項：				
	意思疎通	問題なし		やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由： _____ 期間： H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明									
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて									
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )									
8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付											
かかりつけ薬局名					電話番号						
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )				居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： _____)					
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者： _____ ・管理方法： _____)										
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否										
お薬に関する、特記事項											
9. かかりつけ医について											
かかりつけ医機関名					電話番号						
医師名	(フリガナ)				診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = ( ) 回 / 月					
かかりつけ歯科医療機関名					電話番号						
その他受診医療機関名											

\* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

(豊中版2018.10)

「在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート」 Ver.1

主治医への報告・  
連絡・相談は  
随時必要！

【ポイント】

- ◎『意思決定支援』の認識が重要（意思決定支援とは、文字通り「意思」を「決定」することを「助ける」という意味）
- ◎可能な限り本人の生活に合った方法に切り替えて予防的な支援をする。
- ◎本人の意思を尊重し、著しくQOLが障がいされたり、生命リスクが高まった場合には、必要時速やかに医療に繋ぐ支援をする。

STEP1 医療ニーズが高い利用者像をチェックしましょう	対応する医療サービス（優先順）	根拠
<b>1 医療機器等を装着している状態である</b>	◆医療の状況やリスクを共有することで、チーム全体で安全なケア計画を立て、QOLの向上や自立を支援	
<input type="checkbox"/> カテーテルの留置（膀胱、腎、胆管も含む） <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の使用 <input type="checkbox"/> たん、唾液の吸引 <input type="checkbox"/> がん性疼痛のコントロール（注射・内服液） <input type="checkbox"/> 気管切開カニューレ装着 <input type="checkbox"/> ストマの装着（大腸・尿路） <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 経管栄養チューブ（胃ろう含む）の使用 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養、持続点滴 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> インスリンの自己注射	訪問看護 訪問看護・リハビリ 訪問看護・リハビリ 訪問看護・薬剤師 訪問看護 訪問看護 リハビリ・訪問看護 訪問看護・栄養士・薬剤師・歯科 訪問看護・栄養士・薬剤師 訪問看護・栄養士 訪問看護・栄養士・薬剤師	感染予防 排泄機能のアセスメント 医療機器の管理 各種合併症の予防 有効的な排泄援助と肺炎の予防 薬の正しい理解と痛みアセスメント 感染予防とカニューレトラブルへの予防と対応 排泄管理とストマ周辺の皮膚トラブルの予防・管理 呼吸機能の評価・正しい呼吸方法の獲得 挿入部の皮膚・結膜トラブルの予防 栄養状態のモニタリング 簡易懸濁法等適切な薬の注入方法の検討 口腔機能の評価・改善 安全な管理 摂食嚥下・栄養の改善 ルート・針の選定の助言 感染の予防 食生活の支援 インスリン管理 食生活の支援 本人にあった薬剤の形態の評価
<b>2 皮膚・爪のケアが必要である</b>	◆長い間の生活や動作の結果であることを理解し、生活様式全体を評価し再構築	
<input type="checkbox"/> 爪に問題がある（陥入爪、感染など） <input type="checkbox"/> 褥瘡がある <input type="checkbox"/> 皮膚に傷があり（潰瘍、熱傷、白癬、など） 治りにくい	訪問看護・リハビリ 訪問看護・リハビリ・栄養士・薬剤師 訪問看護・薬剤師	感染の予防 歩行障がい予防 褥瘡の処置 栄養、介護方法、動作の改善 寝具やマットレスなどの評価と選定 薬剤や創傷被覆材の選定・使用法の助言 糖尿病などの基礎疾患との関連性やケアの評価 医療材料の選定の助言
<b>3 医療的な視点でのリスク管理（入院を予防）が必要</b>	◆治療が生活の障害にならず、健康を取り戻すための支援	
<input type="checkbox"/> 治療食をたべている <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる <input type="checkbox"/> がん治療中（薬・放射線）	栄養士・訪問看護・薬剤師 薬剤師・訪問看護 薬剤師・訪問看護・栄養士	本人の生活にあった食事の改善や工夫 服薬アドヒアランス向上サポート 残業調整、ホリフアーマシー対策の検討 副作用や栄養の評価、改善
<b>4 慢性疾患がある</b>	◆生活の中に潜化する病状悪化の要因を排除し、生活の質を下げないための支援	
<input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 腎不全・心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染を繰り返している <input type="checkbox"/> 肺炎を繰り返している <input type="checkbox"/> 認知症・精神疾患がある	リハビリ・訪問看護・栄養士 栄養士・訪問看護・薬剤師 訪問看護・薬剤師 歯科・リハビリ・訪問看護 訪問看護・リハビリ・薬剤師・PSW	療用性のADL低下の予防 尿量を確認しながら、安全に服薬してもらうサポート 栄養状態のモニタリング 食生活の支援 排泄状況と繰り返す原因の評価 適切な薬の選択・副作用の評価 口腔・嚥下機能の評価とケア 潜在している心身の状態の評価
<b>5 口の中・食べること・栄養に問題がある</b>	◆生きることや活力の基本である「食べること」を見直すための支援	
<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下に問題がある <input type="checkbox"/> 痩せている。BMI（体重÷身長m÷身長m）が18.5未満 <input type="checkbox"/> 過去3か月で体重が減少した <input type="checkbox"/> 噛めない、または、噛むことに問題がある <input type="checkbox"/> 口臭・口腔内食物残渣がある	歯科・リハビリ・栄養士・訪問看護・薬剤師 栄養士・歯科 栄養士 歯科・リハビリ・訪問看護・栄養士 歯科・訪問看護	摂食機能の評価・回復 食事形態・ボジョングの工夫 補助栄養食の活用検討 低栄養の原因を評価し、改善 体重減少の原因を評価し、改善 咀嚼機能の評価・改善 虫歯、歯周病、義歯の問題改善 食事形態の工夫・ボジョングの工夫 口腔内疾患の予防 誤嚥性肺炎の予防
<b>6 排泄</b>	◆自立した排泄ができず精神的苦痛や自尊心低下がないよう支援	
<input type="checkbox"/> 対処できていない便秘や下痢がある <input type="checkbox"/> 尿失禁や頻尿、排尿困難がある	訪問看護・薬剤師・リハビリ・栄養士 訪問看護・リハビリ・薬剤師	原因を評価し、排泄の状態を改善 薬の副作用の可能性を評価
<b>7 睡眠</b>	◆生活の中に潜化する睡眠障害の要因を排除し、本来の生活機能を取り戻すための支援	
<input type="checkbox"/> 昼夜逆転している <input type="checkbox"/> 不眠である	訪問看護・薬剤師・リハビリ 訪問看護・薬剤師	原因を評価し、睡眠状態を改善
<b>8 活動性の低下</b>	◆身体機能の改善及び環境の整備を行うことで、住み慣れた場所で安全に暮らし続けられるための支援	
<input type="checkbox"/> 以前に比べADLが低下し、生活の再編が必要 <input type="checkbox"/> IADLに問題がある。 <input type="checkbox"/> 進行性の神経難病である。 <input type="checkbox"/> 転倒歴がある。	リハビリ・訪問看護 リハビリ・訪問看護・歯科・栄養士 リハビリ・訪問看護 リハビリ・薬剤師・訪問看護	ADLの評価、改善の可能性、生活環境の評価・環境（人的・物的）の再編 今後ADLの低下の可能性も含めた評価 療用性のADL低下を予防 転倒リスクの評価 生活環境の評価・環境（人的・物的）の再編
<b>9 状態の変化により、在宅療養生活に不安がある</b>	◆自分らしい生活や限る「生」を充実させるための支援「人生の最終段階における医療の決定に関するガイドライン」を踏まえる	
<input type="checkbox"/> 急な病状変化に対する不安がある <input type="checkbox"/> 終末期であるが本人の意思が不明瞭・不安が強い	訪問看護（24時間対応型） 訪問看護・薬剤師	不安の原因を究明し解消 死への不安や苦痛を緩和できるように支援
※栄養士やリハビリなど地域の資源が不足の場合は、訪問看護に相談・検討		
⇒ チェックが入った項目に対応する専門職等と連携しながら、生活の質を維持・向上できる“在宅ケアチーム”をつくりましょう。 通院が可能か、通院を継続することで生活の質の低下が予測される場合は、早めに在宅医療への移行を検討しましょう。 ケアプランの作成に当たっては相談先をあらかじめ決め、すぐに対応できるよう備えておきましょう！ 窓口⇒主治医・在宅医療・介護連携相談支援窓口・訪問看護ステーション（教育ステーション） 地区歯科医師会（在宅歯科ケアステーション）・（公社）大阪府栄養士会（栄養ケア・ステーション）等		
<b>STEP2 さらに利用者の背景をチェックしましょう</b>	さらに介護・福祉と包括的に関わる必要があると予測されるもの	
<input type="checkbox"/> 独居である <input type="checkbox"/> 介護者の理解が不良である <input type="checkbox"/> 介護者の疲弊が予測される <input type="checkbox"/> 虐待等を含めた介護状況に問題がある可能性がある <input type="checkbox"/> 家族背景・経済背景などに何らかの事情がある <input type="checkbox"/> 24時間365日対応を要するような状態である <input type="checkbox"/> 入退院を繰り返している <input type="checkbox"/> サービス拒否がある <input type="checkbox"/> 不衛生な室内環境		<b>【補足説明】</b> 【アドヒアランス】 患者が治療方針の決定に賛同し積極的に治療を受ける 【ポリファーマシー】 多剤併用・多剤処方 →必要以上に多くの薬を併用している状態

## 退院・退所情報記録書

### 1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 ( <input type="checkbox"/> 要区分変更 )
	氏名	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳		<input type="checkbox"/> 要支援( )・ <input type="checkbox"/> 要介護( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日				
	入院原因疾患 (入所目的等)				
	入院・入所先	施設名	棟	室	
	今後の医学管理	医療機関名：	方法	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 訪問診療
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	① ② ③	疾患の状況	* 番号記入	安定( ) 不安定( )
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ( )			
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( )	UDF等の食形態区分		
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良	入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ( )	眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	<本人> 退院後の生活に関する意向				
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方				
	<家族> 退院後の生活に関する意向				

### 2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導 (食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習 (ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習 (歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習 (買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 (痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)		
症状・病状の予後・予測					
退院に際しての日常生活の阻害要因 (心身状況・環境等)		例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。			
在宅復帰のために整えなければならない要件					
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種 (氏名)		会議出席	
1	年 月 日			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
2	年 月 日			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
3	年 月 日			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

## 6. 豊中市内の社会資源、相談窓口

看護師を含む専門職だけでなく、地域に暮らすみなさんにも分かりやすく、活用できる冊子として、「認知症医療・福祉連携おたすけマップ」（通常版）を作成しています。この中に、認知症に関わる社会資源や相談窓口などが掲載されています。

「認知症医療・福祉連携おたすけマップ」（通常版）



豊中市ホームページ

( [https://www.city.toyonaka.osaka.jp/kenko/kaigo\\_hukushi/nijinetto/nijinetto2.files/otasukemappu201803.pdf](https://www.city.toyonaka.osaka.jp/kenko/kaigo_hukushi/nijinetto/nijinetto2.files/otasukemappu201803.pdf) )

豊中市

# 認知症医療・福祉連携 おたすけマップ

こんな症状が出現したら  
認知症の経過とケアの流れ

認知症の相談ができる診療所・など  
専門の診療所

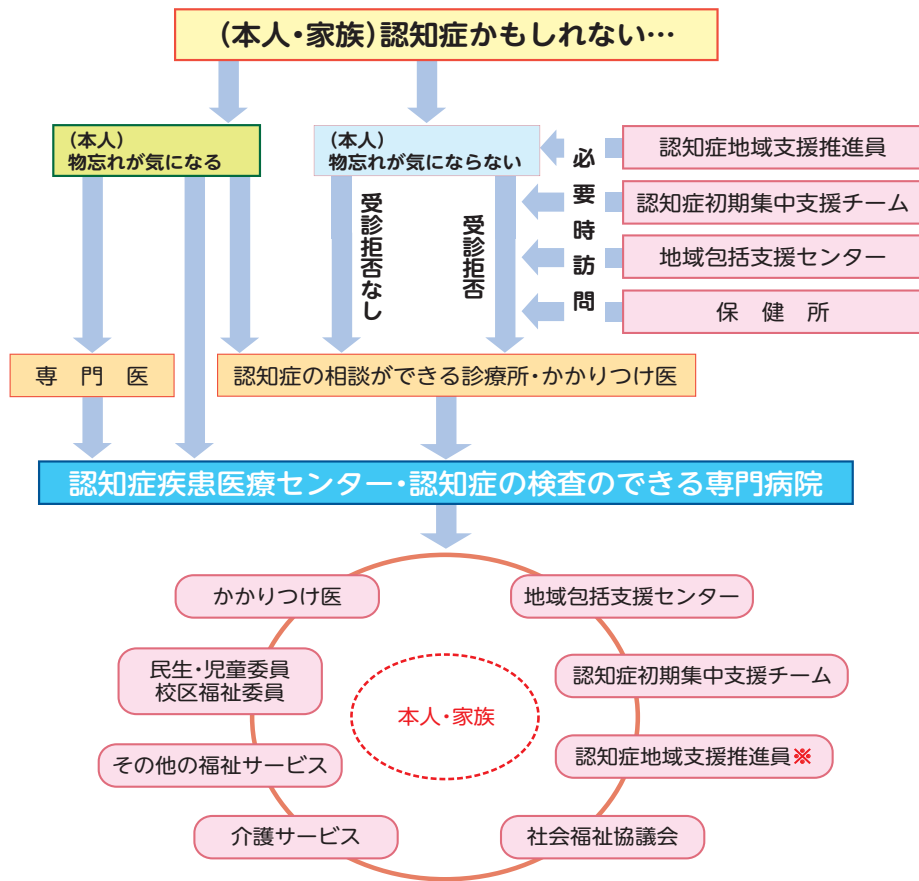
認知症を支える取組み  
認知症の検査・治療を行う病院

認知症を支えるしくみ  
高齢者や認知症の相談窓口

これって認知症？  
検査を受けてみましょう!!

最近、物忘れが気になる…  
認知症かもしれないけど本人に物忘れの自覚がない…  
早く相談に行ったほうがいいと聞いたけど、どこに行けばいいの？  
そんな本人や家族の不安に応えるための、  
『認知症医療・福祉連携おたすけマップ』です。

## 認知症を支えるしくみ



### ※ 認知症地域支援推進員とは

医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関の連携支援や、認知症の人やその家族への相談支援、認知症対応力の向上を図るための活動を行い、地域における支援体制を構築します。  
 豊中市では中央地域包括支援センターに配置されています。

## 高齢者や認知症の相談窓口

### 【認知症初期集中支援チーム(とよなかオレンジチーム)】

対象となる方：40歳以上で豊中市にお住まいの方

- ・ 認知症の診断を受けていない方
- ・ 治療を中断している方
- ・ 医療サービスや介護保険サービスを利用していない方
- ・ 認知症の症状で対応に困っている方

認知症専門医・看護師・社会福祉士のチーム員がお困りごとや心配なことをお伺いし、適切な医療や介護につながるよう、必要に応じて訪問し、サポート致します。

- 月曜日～土曜日 9：00～17：00
- 服部本町5-2-8 服部地域包括支援センター内  
☎6865-2378





## 【地域包括支援センター】

介護・福祉・権利擁護・介護予防などさまざまな相談を受けて総合的に支援する機関です。



圏域	センター名称	所在地	電話・FAX	担当小学校区
北西部	柴原地域包括支援センター	刀根山元町 5 - 60 介護老人保健施設 かがやき内	6850 - 3451 6840 - 5310	刀根山・大池・ 桜井谷・桜井谷東
	柴原地域包括支援センター (蛍池分室)	蛍池中町 3 - 9 - 22	6836 - 9764 6836 - 9766	蛍池・箕輪
北中部	少路地域包括支援センター	上野坂 2 - 21 - 1	6854 - 7878 6854 - 7884	上野・東豊台・ 東豊中
	少路地域包括支援センター (北緑丘分室)	北緑丘 2 - 1 - 22 - 102 UR 北緑丘ショッピングセンター内	6854 - 7808 6854 - 7883	北緑丘・野畑・ 少路
北東部	千里地域包括支援センター	新千里北町 1 - 18 - 2 特別養護老人ホーム アリス千里内	6155 - 1030 6835 - 7375	北丘・東丘・ 西丘
	千里地域包括支援センター (南丘分室)	新千里南町 2 - 7 - 8	6833 - 5565 6833 - 5575	南丘・新田・ 新田南・東泉丘
中部	中央地域包括支援センター	岡上の町 2 - 1 - 15 豊中市すこやかプラザ内	6841 - 9384 6858 - 3054	桜塚・克明・ 南桜塚
	中央地域包括支援センター (熊野田分室)	中桜塚 5 - 6 - 1	4865 - 5160 4865 - 5170	熊野田・泉丘
中東部	緑地地域包括支援センター	寺内 1 - 1 - 10 ローズコミュニティ緑地内	6867 - 0577 6867 - 0588	寺内・緑地・ 北条
	緑地地域包括支援センター (高川分室)	豊南町東 1 - 1 - 2 高川介護予防センター内	7650 - 8513 7659 - 4436	小曾根・高川・ 豊南
中西部	服部地域包括支援センター	服部本町 5 - 2 - 8 服部介護予防センター内	6865 - 1278 6865 - 1279	豊島・豊島北・ 中豊島
	服部地域包括支援センター (原田分室)	原田元町 3 - 13 - 1 原田介護予防センター内	6849 - 2278 6849 - 2279	原田・豊島西
南部	庄内地域包括支援センター	二葉町 2 - 4 - 5 特別養護老人ホーム 淳風とよなか内	6335 - 0787 6335 - 0789	庄内西・庄内南・ 千成
	庄内地域包括支援センター (幸町分室)	庄内幸町 3 - 3 - 26	6336 - 0222 6336 - 0234	野田・島田・ 庄内

### 【豊中市長寿安心課 地域支援係】

所在地：中桜塚 3-1-1 ☎6858-2866

### 【豊中市保健所 保健予防課精神保健係】

認知症やうつ病、アルコール問題など、高齢者のこころの問題について、精神保健福祉士や保健師、精神科医が、医療が必要かどうかの見立てや受療等必要な支援を行います。面談での相談は予約制ですので、まずはお電話でご相談ください。

所在地：中桜塚 4-11-1 ☎6152-7315

### 【福祉なんでも相談窓口】

各小学校区で福祉なんでも相談窓口を開設し、制度の狭間の問題をコミュニティソーシャルワーカーと共に解決に結びつけます。

本 部：豊中市社会福祉協議会 ☎6848-1279

## 認知症を支える取組み

### 認知症で歯科診療を受けることができない…

#### 【障害者歯科診療事業】

認知症の歯科診療の相談に応じ、治療も行っています。

- 火・木曜日：豊中市医療保健センター / 水曜日：豊中市庄内保健センター
- 時間：午後2時～4時（予約制）
- 申込み：豊中市医療保健センター ☎ 6848-1661（要事前申込・主治医意見書）

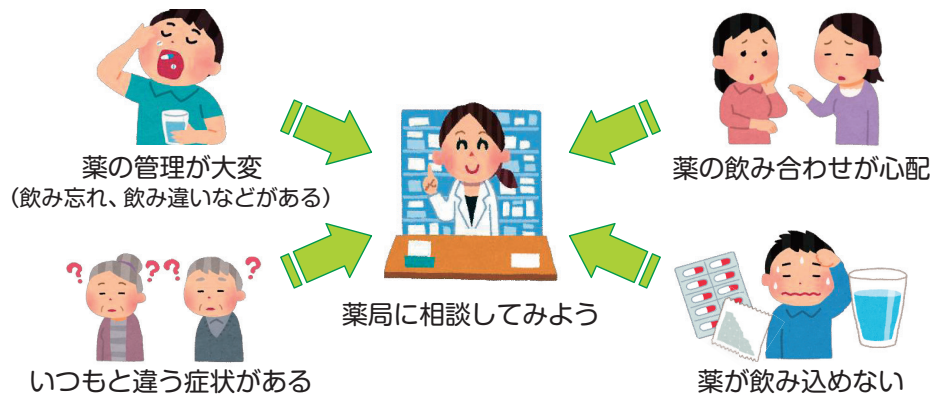
#### 【在宅歯科ケアステーション】

口腔ケア、義歯の作製・調整などお悩みがございましたらご相談下さい。

- ご要望に応じた訪問歯科医師の派遣
- 時間：毎週 月曜～金曜 午後1時～3時
- 問合せ：（一社）豊中市歯科医師会 ☎ 6848-1681



### 薬局で認知症の方の服薬の相談ができます



など、認知症による薬に関するご相談に対し、適切な対応をとることができます。  
対応できる薬局についてのご相談は、

（一社）豊中市薬剤師会へご連絡ください。☎ 6848-0563

### 同じ立場の人と出会って交流しませんか

#### 【豊中市老人介護者(家族)の会】



同じ悩みを持つ介護者同士が手を取りあって、介護の方法や福祉の情報交換などを行い、支えあっていく会です。男性介護者の集い、若い介護者の集いなどの開催、協力。

問合せ 豊中市社会福祉協議会 地域支援係 ☎ 6848-1279

## 【認知症高齢者家族交流会・家族教室】

**日時** 毎月第1月曜日 13:30～15:30

**場所** くらしかん 3F 体験実習室

奇数月は参加者同士の交流会、偶数月は家族教室としてゲストスピーカーを招いて勉強会を開いています。

**問合せ** 豊中市長寿安心課 相談安心係 ☎ 6858-2235  
豊中市社会福祉協議会 地域支援係 ☎ 6848-1279

## 【おれんじカフェ】



地域福祉活動支援センターで月1回程度、コーヒーを飲みながら認知症の方やそのご家族、各専門機関や地域住民の方が集い、交流や情報交換をしています。

**問合せ** 豊中市社会福祉協議会 地域支援係 ☎ 6848-1279

## 【若年認知症本人・家族の集い『ももの会』】

“ももカフェ”で、おいしいコーヒーを楽しみながら交流会などを行っています。

**日時** 2か月に1回 偶数月 13:30～15:30

**場所** 豊中市すこやかプラザ 2F 会議室

**問合せ** 豊中市社会福祉協議会 中央地域包括支援センター  
☎ 6841-9384



## 徘徊で家族がいなくなったら

### 【認知症高齢者・障害者徘徊 SOS メール】

警察署とメール配信登録機関（豊中市高齢者支援課・社会福祉協議会等）に届けたら、徘徊情報（特徴など）をメール受信登録者に送信します。

### 受信登録にご協力を！

地域ぐるみでの早期発見にご協力ください。

携帯電話で左のQRコードを読み込み、空メール送信すると登録できます。



**問合せ** 豊中市長寿安心課 相談安心係  
☎ 6858-2235

豊中市障害福祉課 企画係  
☎ 6858-3282

豊中市地域福祉課 地域福祉係  
☎ 6858-2219

豊中市社会福祉協議会 地域支援係  
☎ 6848-1279

## 豊中市問合せ一覧



各サービスの詳細や対象者等については、下記までお問合せください。

問い合わせ	利用できるサービス
長寿安心課 相談安心係：6858-2235	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症高齢者家族交流会・家族教室</li> <li>・ひとり暮らし高齢者の登録</li> <li>・徘徊高齢者家族支援サービス</li> <li>・緊急通報システム ホットライン「きずな」</li> <li>・在宅給食サービス</li> <li>・外出支援サービス（ほのぼの号）</li> <li>・日常生活用具の給付</li> <li>・紙おむつ給付</li> <li>・訪問理美容サービス</li> </ul>
長寿安心課 介護予防係：6858-2236	<ul style="list-style-type: none"> <li>・街かどデイハウス</li> <li>・介護予防センター</li> <li>・老人憩の家</li> <li>・ぬくもりサロンとよなか</li> </ul>
長寿安心課 介護認定係：6858-2833	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護、要支援認定の申請、相談</li> </ul>
長寿安心課 地域支援係：6858-2866	<ul style="list-style-type: none"> <li>・成年後見制度 利用支援事業</li> </ul>
豊中市保健所 保健予防課 精神保健係：6152-7315	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神保健福祉相談</li> </ul>
家庭ごみ事業課 6843-3512	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ひと声ふれあい収集</li> </ul>

## 豊中市社会福祉協議会問合せ一覧



各サービスの詳細や対象者等については、下記までお問合せください。

地域福祉課 地域支援係：6848-1279	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ふれあいサロン</li> <li>・ミニデイサービス</li> <li>・給食サービス（校区福祉委員会活動）</li> <li>・生活支援サービス</li> </ul>
権利擁護センター・後見サポートセンター 6841-9382	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活自立支援事業</li> <li>・成年後見制度</li> </ul>
豊中市老人クラブ連合会事務局 6841-7335	<ul style="list-style-type: none"> <li>・老人クラブ</li> </ul>

## おわりに

豊中市版認知症対応マニュアル作成にあたり、公益社団法人大阪府看護協会の認知症ケアマニュアルを大いに参考にさせていただきました。この場をお借りし、お礼申し上げます。

医療機関で働く看護師のための

豊中市版  
認知症対応マニュアル

---

令和2年（2020年）2月 発行

虹ねっと連絡会 認知症支援部会