

# 認知症・せん妄 サポートチームマニュアル



認知症・せん妄サポートチーム  
2016年度版

# 認知症サポートチームマニュアル

## <目次>

- I 認知症の基礎知識
  - 1 認知症の定義と分類
  - 2 認知症の診断
  - 3 認知症の代表的なスクリーニング検査（資料1. 2）
  - 4 認知症の症状
  - 5 認知症の治療
  
- II せん妄の基礎知識
  
- III せん妄と認知症の看護の基本姿勢
  - 1 せん妄の基本的姿勢と考え方
  - 2 認知症の基本的姿勢と考え方
  - 3 症状別対応（DST でよくある症状より）
    - ◆ 落ち着きがない
    - ◆ 不眠
    - ◆ 大声
    - ◆ 食事（摂食障害）
    - ◆ 帰宅要求
    - ◆ ケア拒否
    - ◆ 抑うつ・意欲低下
  
- IV 国立長寿医療研究センターでの認知症医療・看護
  - 1 DSTチーム  
サポートメンバー（多職種）の紹介
  - 2 もの忘れセンター紹介
  
- V 身体拘束については当院の医療安全管理マニュアル基準に準ずる
  
- VI 資料
  - 1 簡易精神機能検査
  - 2 入院時認知症簡易スクリーニング
  - 3 認知症高齢者の日常生活自立度
  - 4 ニーチャム
  - 5 せん妄予防チェックリスト
  - 6 CMAI
  - 7 認知症看護経過記録用紙記載要領
  - 8 認知症看護経過記録用紙

## I 認知症の基礎知識

### 1 認知症の定義と分類

◇**定義**:一旦正常に発達した知能が、後天的に器質的な脳の障害によって、広汎に継続的に低下し、日常的な生活を営めない程度にまで衰退した状態。

◇**診断基準**:2011年 NIAA の診断基準を以下に示す。

1. 仕事や日常生活の障害
2. 以前の水準より実行機能が低下
3. せん妄や精神疾患ではない
4. 病歴と検査による認知機能障害の存在
  - 1) 患者あるいは情報提供者からの病歴
  - 2) 精神機能評価あるいは精神心理検査
5. 以下の2領域以上の認知機能や行動の障害
  - a. 記銘記憶障害
  - b. 論理的思考、実行機能、判断力の低下
  - c. 視空間認知障害
  - d. 言語機能障害
  - e. 人格、行動、態度の変化

#### ◆ 認知症と生理的加齢のもの忘れの違い

	生理的加齢	認知症
もの忘れの範囲	経験した出来事の一部を忘れる	経験したこと全体を忘れる
記憶の復活	忘れた内容をきっかけがあると 思い出すことがある	思い出せない
経過	進行しない	年の単位では必ず進行する
日常生活	支障はあまりない	支障著しい、支援を要す
もの忘れ以外の 症状	なし	次第に加わってくる
もの忘れの自覚	自覚あり	ないかあっても表面的
もの忘れに対する 取り繕いや否定	なし	あり

#### ◆ 軽度認知障害

認知症は正常であった人が、突然発症することではなく、基本的にはある一定の期間をかけて、認知機能に関する中枢やネットワークが次第に破壊されていくことによって発症してくる。そのような過程のなかでは、正常ではないがまだ認知症に至っていない状態が必ず存在し、この状態を軽度認知障害という。正常と異常の境界は常にあいまいで、操作的に定義できるものではないが、臨床研究の場では対象を明確にし、境界領域を定めることが求められるため、下記のような一定の基準を設定している。

1. 以前の水準と比べて認知機能の低下がみられる
2. 年齢や教育歴を考慮しても明らかな 1 つ以上の領域での認知機能の低下が客観的に認められる
3. 日常生活の機能は保たれている
4. 認知症ではない

Alzheimer's & Dementia 7:270-279.2011

◆**原因疾患**：認知症や認知症様症状をきたす疾患は数多く、これらを表に示す原因疾患の種類や病期によって症状は異なる。また、原因疾患の治療や原因物質の除去により改善する認知症もあり見逃さないことが大切である。

近年、ことにアルツハイマー病では認知症の症状が出る前から画像や脳脊髄液による診断が可能になりつつある。そのため認知症の症状がでてからをアルツハイマー型認知症とよび、全病期に対してはアルツハイマー病と呼ぶようになってきている。

原因	疾患名
神経変性疾患	アルツハイマー病、レビー小体病、前頭側頭型認知症、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症
脳血管障害	脳梗塞、脳出血、脳動脈奇形、モヤモヤ病
感染症 炎症	脳炎・慢性髄膜炎、神経梅毒、エイズ、クロイツフェルトヤコブ病、膠原病、など
頭蓋内病変	正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍 など * 頭部外傷でも生じる
代謝障害 内分泌異常	肝障害、腎障害、糖尿病、甲状腺、副甲状腺機能低下、副腎機能、銅代謝異常 電解質異常(Na、Ca、K、Mg)
臓器不全	腎不全 肝不全 慢性心不全、慢性呼吸不全
ビタミン欠乏症	ビタミンB1・B12、葉酸、ナイアシン欠乏症
中毒性疾患	薬剤(抗精神病薬、抗うつ薬、催眠鎮静薬、抗パーキンソン薬、抗コリン薬、 抗てんかん薬、抗腫瘍薬、副腎皮質ホルモン など)、金属(鉛、有機水銀 など)一酸化 炭素中毒

#### ◆主な四病型

	主な症状
アルツハイマー型 認知症(DAT(AD))	記憶障害、実行機能障害が初期症状、時間の見当識障害が続いて起こる。妄想(もの盗られ妄想、嫉妬妄想など)、運動障害は初期にはみられない。
血管性認知症(VaD)	記憶障害、実行機能障害、運動機能障害、覚醒・認識・情動の変動、抑うつ、意欲低下、人格の尖鋭化・易怒性 など 転倒傾向・尿失禁が初期症状
レビー小体型認知症(DLB)	幻視、妄想(被害妄想・嫉妬妄想)、注意・覚醒レベルの変動、パーキンソン症状、抑うつ、不安、転倒 など 視覚認知・視覚構成障害強い
前頭側頭型認知症(FTD)	脱抑制、無関心・無気力、常同行為、食行動異常、被影響性亢進 人格変化が初期症状、注意の転導性亢進・維持困難、易怒性、時刻表的生活形成、失禁 など 失語症から始まる病型もある。

#### ◇経過・予後

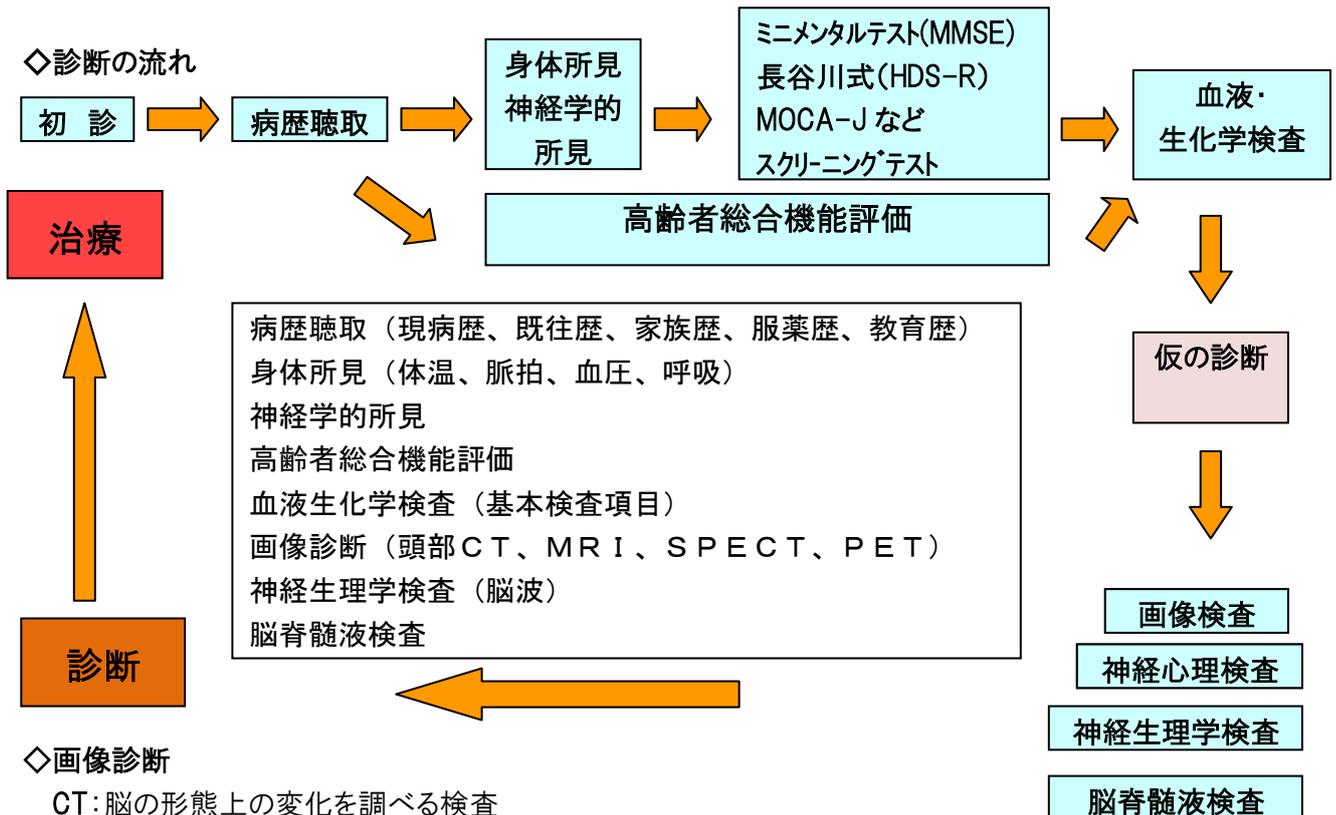
原因疾患により経過・予後は異なる。

脳変性性の認知症は不可逆的に進行し、認知障害は高度に至る。運動機能も減退し無動・四肢拘縮し寝たきりとなる。肺炎などの合併症で死亡する。

## 2. 認知症の診断

認知症の診断に必要な要素は、下の図に示すように詳細な問診から始まり、身体所見、神経学的所見を得た後、簡易スクリーニング検査を行う。当院ではこれらの流れに並行して高齢者総合機能評価を行うことによりさらに詳細な情報をえている。ここまでの情報で仮の診断をした後にさらに鑑別のために、血液生化学検査、種々の画像検査、神経心理検査、神経生理検査を行い、最終診断に至る。先に示した、主な四つの病型に関してはそれぞれ診断基準が示されているが、血管性認知症にはまだ十分な診断基準が示されていない。

また認知症の診断は基本的には除外診断である。



CT: 脳の形態上の変化を調べる検査

脳梗塞や血腫、水頭症、腫瘍など認知症の原因となり得る頭蓋内病変を検出する最も簡便な方法である。短時間で検査できる。

MRI: 脳の形態上の変化を調べる検査

頭蓋内の微細構造の変化の検出に優れ、海馬・扁桃核を観察することが可能である。

SPECT: 脳の血流を調べることで、脳の働きをみる検査

局所の血流低下パターンを得ることで認知症の鑑別診断に有用である。

MIBG 心筋シンチ、DAT スキャン

前者は心臓の交感神経終末の機能を後者は線条体でのドーパミン取り込み能をみる。

どちらもレビー小体型認知症の診断に極めて有用である。

PET: ブドウ糖の代謝される様子を測定することで、脳の働きをみる検査

アルツハイマー型認知症においては血流低下よりも糖代謝低下のほうが強いいため、SPECTより鮮明に病変を検出することができる。近年はアミロイドやタウの蓄積もPETを用いて画像化できるようになった。

\*PETは認知症には保険適用されていない。

### 3. 認知症の代表的なスクリーニング検査(資料1.2参照)

#### ◆長谷川式簡易知能評価スケール＝HDS-R

HDS-Rは認知症のスクリーニングを目的とした評価尺度である。動作性を含まない9問からなる検査であり、短時間で施行可能な実用的で精度の高い評価尺度である。

HDS-Rは以下の9問から構成されている。

#### 問題 1: 年齢

満年齢が正確に言えれば1点を与え、2年までの誤差は正答とみなす。(1点)

#### 問題 2: 日時の見当識

年・月・日・曜日を問う問題で、それぞれ別々に聞いても良い。それぞれの正答に対して各1点を与える(4点)

#### 問題 3: 場所の見当識

今いる場所を問う問題で、それぞれ別々に聞いても良い。自発的に答えられれば2点を与えるが、正答が出なかった場合には「病院ですか？家ですか？施設ですか？」などのように問い、選択できれば1点を与える。(2点)

#### 問題 5: 3つの言葉の記銘: 3単語の直後再生

「これから言う3つの言葉を言ってみてください。後でまた聞きますのでよく覚えておいてください」と教示し、正答に対して1点を与える。もし、正答が出ない場合、正答の数を採点した後に正しい答えを教え、覚えてもらう。(3点)

#### 問題 6: 計算

100から順に7を引かせる問題、「100-7はいくつですか？」「それから7を引くといくつになるでしょう？」と問う。各正答に対して1点を与えるが、最初の引き算の答えが誤ったものであった場合にはそこで中止し、次の問題へ進む。(2点)

#### 問題 7: 数字の逆唱

「私がこれから言う数字を逆から言ってください。」と教示する。正解に対して各1点を与えるが、3桁の逆唱に失敗した場合にはそこで中止し、次の問題に進む。(2点)

#### 問題 8: 3つの言葉の遅延再生

「先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってください」自発的に答えられたものに対して各2点を与える。答えられない言葉があった場合には少し感覚をおいてからヒントを与え、正解が言えれば1点を与える。(6点)

#### 問題 13: 5つの物品記銘

あらかじめ用意した5つの物品を一つずつ名前を言いながら並べて見せ次にそれらを隠して「順番はどうでもいいですから、今ここにあったものは何でしたか？」とたずねる。物品は必ず相互に無関係なものを言い、各正解に対してそれぞれ1点を与える(5点)

#### 問題 14: 野菜の名前: 言葉の流暢性

「知っている野菜の名前をできるだけたくさん言ってください」途中で言葉につきり10秒ほど待っても野菜の名前が出てこない場合にはそこで打ち切る。

5個までは0点、以後6個=1点、7個=2点、8個=3点、9個=4点、10個=5点となる(5点)

\* 質問内容については、資料1参照

HDS-Rの満点は30点で、点数が高いほど正答が多いことを示す。

得点のカットオフポイントは20点と21点の間に設定されている。つまり、20点以下の場合には認知症が疑われる。

#### ◆MMSE(Mini-Mental stat Examination)

MMSEは1975年にFolsteinらによって作成された簡便な認知機能検査である。現在認知症のスクリーニングとして国際的に最も広く用いられている。11項目の質問のうち4つの動作性検査が含まれていることが大きな特徴の一つでもある。

##### 問題 2: 時間の見当識

「今日は何年の何月何日何曜日ですか？季節は何ですか？」を問う。  
ゆっくりと一つずつ聞き、各正答に対して1点を与える。(5点)

##### 問題 4: 場所の見当識

「何県、何市、何病院(施設名)、何階、何地方」などを問う。  
順番にとらわれずに質問し、正答に対して各1点を与える。(5点)

##### 問題 5: 物品名の復唱: 3 単語の直後再生

相互に関係のない物品の名称を復唱させる。正答に対して各1点を与えるが、この物品名は問題5でもう一度想起させるため、間違いがあれば最高6回まで同じ作業を繰り返す。(3点)

##### 問題 6: 作業記憶 working memory と計算 (5点)

長谷川式と大きく異なる。100 から順に7を引いてくださいと一回のみ教示し、7を引くことを繰り返さない。被験者は7を引くことを常に記憶しながら引き算を行う必要がある(作業記憶)。5回まで繰り返し、正答に対し各1点を与える。途中で計算結果が間違っても引き続き7を引き正解した場合は加点する方法もある。

##### 問題 8: 3 単語遅延再生 (3点)

問題3で記憶させた3個の物品名を再び問う。正答ごとに1点を与える。ヒントは与えない。

##### 問題 9: 物品呼称 (2点)

腕時計を見せた上で、それが何かを問う。同様に鉛筆についても行なう正答ごとに1点を与える。

##### 問題 10: 文章の復唱 (1点)

文章を反復してもらう。1回のみで評価する。

##### 問題 11: 3 段階命令 (3点)

何も書き込んでいない紙を渡し、命令をだす。段階ごとに正しく作業した場合に1点とする。

##### 問題 12: 指示 (1点)

患者に適した大きさの文字で書かれたボードを示し、それを読みその通りにするよう指示する。従えた時(閉眼した時)のみ1点を与える。

##### 問題 15: 文章作成

何もかかれていない紙を渡し文章を書くように指示する。自発的な文章でなくてはならず、例文などを与えてはならない。意味あるものでなければならず、文法や読点が不正解でも良い。(1点)

##### 問題 16: 図形模写の 11 項目で構成されている (1点)

重なった2個の五角形を書き込んだボードを示し、それを模写してもらう模写は角が10個あり、2つの五角形が交差していること交差している部分が四角形になっていることが得点の条件である。

\* 質問内容については、資料1参照

30点満点で得点が低いほど認知機能障害が重度と推定される。得点のカットオフポイントは23点と24点の間に設定されている。つまり、23点以下の場合には認知症が疑われる。しかし、24点以上であっても時間の見当識で3点以下、単語の遅延再生が低得点の場合、認知症に移行することが高いとされている。(参考文献 P30:看護技術 P18)

◆**評価者としての注意点**: スケールの結果にとらわれて、患者の人格をも評価してしまわないことである。スケールによる評価と一定の期間の高齢者の動作の一つひとつを比較点検することと合わせて、認知症の状態変化を総合評価することが重要である。(老年看護学:P251)

また結果を伝える際にできなかったところのみを指摘するのではなく、できているところを評価することが重要である。

◆**心理検査を実施する際の留意点**

①検査室の部屋の明るさ、静けさに配慮する。

②出来る限り検査について正しく説明を行い、被験者の不安を取り除く

③被験者の視力、聴力などの感覚器官に配慮する。

④課題を教示する時は、大きな声でゆっくりと分かりやすく話す。

なるべく一度に2つの指示は与えない。

⑤検査結果のみならず、検査中の様子や課題の取り組み方にも注意する。

⑥検査終了後は簡単なフィードバックを行い、検査後の不安を少しでも取り除く

心理職でなければ実施できないということはないが、他職種が実施する場合でも心理検査についてよく理解した上で行なうことが求められる。

<参考文献>

- 1) 大塚俊男ら(監修):高齢者のための知的機能検査の手引き,ワールドプランニング,P15~19,2005
- 2) 大塚俊男ら(監修):高齢者のための知的機能検査の手引き,ワールドプランニング,P35~38,2005

## 4. 認知症の症状

認知症の症状は**認知機能障害**と**行動・心理症状(BPSD)**に大別される。

### ◇認知機能障害

認知機能障害は認知症の症状のうち障害の中心となっている記憶障害、見当識障害、判断障害、思考障害、言葉や数のような抽象的能力の障害、実行機能障害などの高次脳機能障害をさす。これらの症状は障害された大脳皮質の障害やネットワークの障害によって生じる。

#### 1. 記憶障害(もの忘れ)

記憶は、記銘(覚える)・保持(保存する)・再生(呼び起こす)という3つの段階から成り立っている。記憶障害とはそのいずれかが障害された状態である。

##### 1) 記憶の時間的側面からの分類

- ① 短期記憶: 保持する時間が短く数分の単位で消える記憶(即時記憶)
- ② 長期記憶: 短期記憶より保持する時間が長い記憶
  - 近時記憶(一般的出来事の保持時間が数分から数日)
  - 遠隔記憶(個人史や歴史的出来事など数週から数十年)

\*アルツハイマー型認知症では近時記憶から障害される。

##### 2) 記憶の質による分類

- ① 陳述記憶: 事実の記憶・言葉や文字で記憶の内容を表すことができる。
  - エピソード記憶(いつどこで何を体験したかと言う個人的な体験に基づく記憶)
  - 思い出すという感覚が生じる。
  - 意味記憶(単語、数字、概念、事実など学習してえた知識)
  - 知っているという感覚が生じる。
- ② 非陳述記憶: 代表的なものとして手続き記憶がある。

\*手続き記憶は、認知症が進行しても比較的長期に保持される。

#### 2. 見当識障害

時間・場所・人物などその場の状況を把握・理解の障害をいう。たとえば「今何日なのか・何時なのか」「自分が誰であるか、どこに居るのか、自分の回りにいる人が誰なのか」が認知できない状態である。認知症では時間・場所・人の順に症状が進行することが一般的である。認知症以外でも脳の器質性疾患によって生じる。

**3. 実行(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機能が障害される。記憶障害、失語、失行、失認などが複合的に関与され、行動を開始すること、維持すること、中止することが困難になる。早期から出現し、日常生活への影響が大きい。前頭葉機能との関連が強い。

**4. 問題解決能力の障害:** 予想外の出来事などが起こるとそのことに対処できず、混乱を起こしてしまう。

**5. 判断力の障害:** 筋道を立てて考えることが出来なくなる。

## 6. 失語・失行・失認

### 1) 失語

正常な言語機能を一旦獲得した後に、大脳の言語中枢や中枢連絡線維などの病変により聞く・話す・読む・書く・計算するといった言語の操作能力事態に障害を来たした状態をいい、言語障害の一つである。認知症では脳血管障害でみられるような典型的な巣症状としての失語を呈することはまれであり、以下のような4病型が主に出現する。文献4から引用

失語の種類	特徴
健忘性失語	喚語困難、語想起障害を呈するが、発話は流暢で言語理解は良好 AD でみられる
超皮質性感覚性失語	他の人が言った語や句を繰り返す、反響言語を特徴とし、言語理解は著しく障害されている。発話は流暢。FTD や AD の末期にみられる
運動性失語	非流暢な会話、発話量の減少、構音の障害、言語理解は比較的保たれる。前頭側頭葉変性症の一病型である、進行性非流暢性失語症でみられる。
語義失語	超皮質性感覚失語に似るが、語の意味が理解できないことが特徴。前頭側頭葉変性症の一病型である意味性認知症でみられる。

多くの認知機能検査は言語機能に依存しており、失語症が出現すると、認知機能テストの結果がめだって低下することに注意が必要である。

### 2) 失行

麻痺がないにもかかわらず、日常の使い慣れた、動作ができなくなる障害。主に頭頂葉の障害でみられる。

失行の種類	特徴
構成失行	最近では空間認知の障害としてとらえ失行とはみなさない考え方が多い 空間的形態処理の障害。立方体の模写、積木の組み立てができない。
着衣失行	衣服がうまく着られない。障害は着衣に限られる。これも空間認知障害と考えられる
肢節運動失行	運動麻痺や錐体外路症状、運動失調がないにもかかわらず、動作が拙劣。
観念運動失行	検者の口頭命令に従った動作や模倣がうまくできない。自発的動作は行うことができる
観念失行	複数の対象物を用いたいくつかの運動からなる系列行為の障害。 例 マッチで煙草に火をつける

### 3) 失認

視覚や聴覚など感覚機能に異常がないにもかかわらず、目の前にあるものや聞いたものが何であるかが分からなくなる状態をいう。

失認の種類	特徴
視覚性失認	視力・視野が保たれているのに視覚的に提示された物品がわからない
視覚性認知障害	物体の大きさや形の弁別、錯綜図の同定ができない。DLB でみられる。
地誌的失見当識	熟知しているはずの場所や風景がわからない。(街並失認) 熟知しているはずの道順を説明できない、地図が描けない。(道順障害)

認知症症状を呈する疾患と認知症症状の特徴。

認知症はそれぞれの病型で最初に障害される部位や障害の進展様式に一定の傾向がみられるために

特徴的な認知機能障害を呈する。これを表にまとめた。

疾患	認知症機能障害の特徴
アルツハイマー型認知症	記憶障害、健忘性失語、着衣失行、構成失行、遂行機能障害
レビー小体型認知症	視覚性認知障害、構成失行、遂行機能障害
前頭側頭型認知症	遂行機能障害、超皮質性感覚性失語
進行性非流暢性失語症	運動性失語
意味性認知症	語義失語
大脳皮質基底核変性症	肢節運動失行、観念運動失行、運動性失語

#### <参考文献>

- 1) 見藤隆子ら:看護学辞典「記憶・見当識・失語症・失行症」,日本看護協会出版会,2006
- 2) 小山珠美ら:高次脳機能障害ナーシングガイド改訂版「高次脳機能障害の症状別アプローチ」  
P202~242,2006
- 3) 六角僚子:認知症ケアの考え方と技術 自分の世界を生きる認知症の人, P12,医学書院, 2005,
- 4) 認知症疾患治療ガイドライン 2010 日本神経学会監修 pp29-32 医学書院 2010

### ◇行動・心理症状

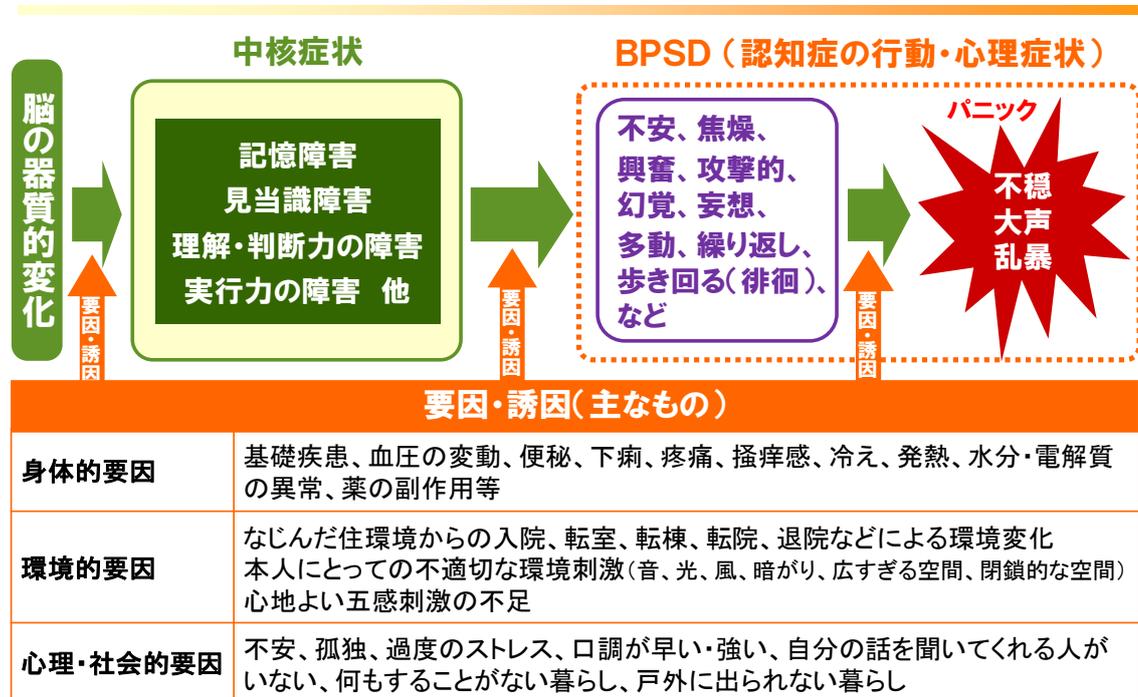
国際的にはBPSD(Behavioral and psychological symptoms of dementia)が用いられ、「認知症の行動・心理症状」と訳され、「認知症において頻繁に見られる知覚、思考内容、気分行動の障害」と定義される。認知症は脳の障害によって知的機能低下が起こる病気である。この知的機能の低下症状を認知機能障害(中核症状)といい、これらの症状によって生活上の障害(感情の変化や行動の異常など)が出現している。

生活上の障害は環境により誘発されることが多い。(図2参照)

これらのことから病院内の環境がいかに「行動・心理障害」が助長・増強されやすいということが分かると思う。現時点では、中核症状を改善させることは困難とされているが、「行動・心理障害」は適切なケアによって改善される可能性がある。

### [知識-4]

## 入院の際に留意が必要な 認知症の症状と要因・誘因



参考: 永田久美子:11認知症高齢者の理解とケアの変遷、正木治恵監修:改訂版老年看護学、日本放送出版協会 P196. 2011

### <参考文献>

- 1) 日本認知症ケア学会編:改訂 認知症ケアの基礎, P24-25, P52-55, ワールドプランニング, 2007
- 2) 小山珠美ら:高次脳機能障害ナースングガイド P233-236, P253, 日総研, 2006
- 3) 日本精神医学学会 編:総論 老年精神医学講座, ワールドプランニング, 2004
- 4) 平井俊策他:老年期認知症ナビゲーター 株式会社メディカルレビュー社, 2006

## 5. 認知症の治療

認知症の治療には薬物療法と非薬物療法がある。それに加え、環境を整えることや、日常生活のケア、精神的なケア、さらには介護者に対するケアも認知症の治療と考えられている。

### 1) 薬物療法

薬物療法を開始する前に注意すべき点は、ある程度正確に内服できる環境にあるかどうかを確認することである。また、高齢者の薬剤に対する特性をよく理解しておく必要がある。

#### ◆高齢者の薬剤に対する特性

- ・ 加齢に伴い、循環体液が減り、相対的に脂肪層が多くなるため、薬が脂肪に蓄積されやすい。
- ・ 脱水を引き起こしやすく、体液バランスを崩しやすいため、血中濃度が上昇しやすい。
- ・ 吸収が悪いため、薬の作用が発現するまでに時間を要する。
- ・ 薬の分解、排泄機能の低下があり、代謝されずに体に残留することがある。
- ・ 一般に多種類の薬剤を投与されていることも多く、薬剤同士の相互作用が問題になりやすい。

#### ◆高齢者への投与にあたっての注意事項

- ・ 身体症状と照らし合わせ、副作用の少ない薬を少量から使用する。
- ・ 効果判定を適切に行い、投与の必要性を評価し、いたずらに投与期間を長くしない。

### ◇中核症状に対する治療

現在4剤が使用できる。すべて保険適応は「アルツハイマー型認知症」であるが、アリセプトは「レビー小体型認知症」にも適応が拡大された。

	塩酸ドネペジル (アリセプト)	ガランタミン (レミニール)	リバスチグミン (リバスタッチ/ イクセロンパッチ)	塩酸メマンチン (メマリー)
作用機序	AChE阻害	AChE阻害/ニコチン性ACh受容体刺激作用	AChE阻害/BuChE阻害	グルタミン酸受容体の阻害薬
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度	中等度～高度
一日用量	5-10mg	8-24mg液剤あり	4.5-18mg 貼付剤	20mg
初期投与方法	3mgを1-2週投与後5mgで維持	8mgで4週投与後16mgで維持	4週ごとに4.5mgずつ増量し18mgで維持	5mgから毎週漸増
用法	1	2	1	1
半減期	70-80	5-7	3.4 最高血中濃度8時間	60-80
代謝	肝臓	肝臓	非CYP	腎排泄
推奨度	グレードA	グレードA	グレードA	グレードA

◆血管性認知症の薬物療法

脳血管障害の再発を防ぐ治療が中心となる。

抗血小板薬による再発予防、降圧剤による適切な血圧コントロールを行う。

◆レビー小体型認知症の薬物療法

DLB の薬物療法は難しい。その理由としては、1)アセチルコリン系だけでなく ドパミン系、セロトニン系と多系統の障害があること。2)運動機能に関連するドパミン系の改善は他の系を悪化させることがあること。3)症状の変動があり、治療効果の判定が困難なこと。4)転倒や自律神経症状があり身体合併症を併発しやすいことがあげられる。その一方で、アセチルコリン起始核であるマイネルト神経核の変性が強いことや大脳皮質におけるアセチルコリン濃度が低いことからコリンエステラーゼ阻害薬が有効である。

◇行動・心理症状(BPSD)に対する治療

◆BPSD に対する薬物療法開始前の留意点

- ・ 症状が出るのは一時期のみであることを患者、介護者に十分説明する。
- ・ BPSD の発現には身体的およびあるいは環境要因が関与することもあり、対応の第一選択は非薬物的介入が原則である。
- ・ BPSD に対する向精神薬の使用は適応外使用であり、基本的には使用しないという姿勢が必要である。
- ・ 向精神薬、特に抗精神病薬の処方に際しては、十分な説明を行い、本人およびあるいは代諾者の同意を得る。
- ・ BPSD に対する薬物療法は、以下を満たす場合に開始を検討する。

- ① 身体的原因がない。  
痛み、脳血管障害など、原因となる疾患が隠れていないかチェックする。
- ② 薬物の作用による症状ではない。  
注意すべき薬剤は、ベンゾジアゼピン系薬剤、抗パーキンソン病薬、抗うつ剤、H2受容体拮抗薬、抗ヒスタミン剤、抗コリン剤、市販の風邪薬など。
- ③ 環境要因により生じたものではない。
- ④ 非薬物的介入による効果が期待できないか、または非薬物的介入が適切でない。
- ⑤ その症状/行動の軽減に薬物療法の効果が期待できる。
- ⑥ 予測される副作用と効果を加味し、薬物療法が妥当である。

◆BPSD に対する薬物療法開始後の観察事項

- ・ 日中の過ごし方の変化、昼間の覚醒度や眠気の程度。
- ・ 夜間の睡眠状態(就床時間、起床時間、夜間の排尿回数など)の変化。
- ・ 服薬状況の確認。
- ・ パーキンソン症状の有無(寡動、前傾姿勢、小刻み/すり足歩行、振戦、仮面様顔貌、筋強剛など)
- ・ 転倒しやすくなっていないか。
- ・ 減量、中止が可能か検討する。減量は漸減を基本とする。

◆BPSD に対して使用する主な薬剤

- ①幻覚・妄想・攻撃性・焦燥  
メマンチン(メマリー)、抗精神病薬、抗てんかん薬、抑肝散  
(DLB の幻覚ではコリンエステラーゼ阻害薬も考慮できる)
- ②意欲低下、うつ症状  
コリンエステラーゼ阻害薬、改善しない場合は抗うつ薬
- ③不安、緊張、易刺激性  
抗不安薬、抗精神病薬、抗うつ薬
- ④睡眠障害  
非ベンゾジアゼピン系、睡眠薬、抗精神病薬、抗うつ薬

不安	
リスパダール	B
ジプレキサ	B
セロクエル	C1

幻覚・妄想	
リスパダール	B
ジプレキサ	B
エビリファイ	B
セロクエル	C1
セレネース	C1

睡眠障害	
ベンゾジアゼピン系	C1
リスパダール	C1
アリセプト	C1
抑肝散	C1

焦燥性興奮	
リスパダール	B
セロクエル	B
ジプレキサ	B
エビリファイ	B
デパケン、 バレリン	C1
テグレトール (抑肝散)	C1

うつ状態	
SNRI	C1
SSRI	C1

暴力・不穏	
リスパダール	C1

グレードB : 科学的根拠があり行うようにすすめられる

グレードC1: 科学的根拠がないが行うようにすすめられる

認知症疾患治療ガイドライン 2010 コンパクト版 2012 をもとに作成

**抗精神病薬**

- ① 多剤併用はできるだけしない。
- ② 中等度から重度のBPSD、特に焦燥、興奮、攻撃性または精神病症状を治療の対象とする。
- ③ EPS(錐体外路症状)、遅発性ジスキネジアの出現がより少ない非定型抗精神病薬を用いる。
- ④ 転倒、起立性低血圧、過鎮静などの副作用に加えて、脳血管障害や死亡などの重篤な副作用のリスクを本人、家族および関係者と共有する。
- ⑤ 対象となる症状が完全になくなるまでの増量はしない。多少症状が残っていても日常生活への影響を考慮し、維持用量を検討する。
- ⑥ 副作用(EPS、起立性低血圧、過鎮静など)がみられるときは、減量あるいは中止する。重篤な副作用が出現した時は直ちに中止する。

薬物名	使用対象となる症状	特徴・注意点
リスパidon (リスパダール)	焦燥、興奮、攻撃性 または精神病症状	糖尿病合併例では第一選択となりうる。 DLBではパーキンソン症状の悪化を来たしやすく注意。作用時間が長い。
ペロスピロン (ルーラン)		抗不安薬、眠前薬として使用可。 糖尿病合併例では慎重投与。
クエチアピン (セロクエル)		パーキンソン症状のある場合とDLBでは第一選択。 眠前薬として使用可。糖尿病合併例では禁忌。 作用時間が短い。
オランザピン (ジプレキサ)		糖尿病合併例では禁忌。
アリピプラゾール (エビリファイ)		糖尿病合併例では慎重投与。

**抗うつ薬**

- ① SSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬)やSNRI(セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬)が第一選択になるが、有効性は一定していない。
- ② 抗うつ薬は向精神薬のなかで転倒リスクが最も高いという報告があり、注意する。
- ③ SSRI、SNRI は中断により離脱症候群を起こすことがあり、減量や中止の際には漸減する。
- ④ SSRI で最も頻発する副作用は嘔気や下痢などの消化器症状であり、漸増や食直後の服用などの対策を講じる。

作用機序	薬物名	使用が想定される症状	特徴・注意点
SSRI	フルボキサミン (ルボックス)	うつ症状、 FTD の脱抑制、情動行動、食行動異常	開始時悪心や嘔吐が出現することがある。
	パロキセチン (パキシル)		SIADH、出血のリスク増加。 開始時悪心や嘔吐が出現することがある。
	セルトラリン (ジェイゾロフト)		開始時悪心や嘔吐が出現することがある。
	エスシタロプラム (レクサプロ)		QT 延長例は禁忌。肝機能障害、高齢者では1日10 mgまでが望ましい。
SNRI	ミルナシプラン (トドミン)	うつ症状	前立腺疾患等合併例では尿閉が起きることがある。血圧上昇や頻脈に注意する。
	デュロキセチン (サインバルタ)	うつ症状	SSRI 類似の消化器症状が副作用として出現することがある。 高度の肝・腎機能障害では禁忌。 血圧上昇や頻脈に注意する。
NaSSA	ミルタザピン (リフレックス)	うつ症状、 睡眠障害、食欲低下例	眠気が起こりやすく眠前投与が推奨される。
四環系	ミアンセリン (テトラミド)	せん妄、 不眠	弱抗コリン作用、催眠作用がある。心毒性なし。
異環系	トラゾドン (レスリン)	焦燥、不眠、 せん妄	弱抗コリン作用、催眠作用がある。心毒性なし。

**抗不安薬**

抗不安薬は高齢者において副作用が発現しやすく、過鎮静、運動失調、転倒、認知機能の低下、せん妄のリスクが高まるため、原則として使用を控える

**睡眠導入薬**

- ① 認知症者ではレム睡眠潜時の延長、レム活動の減少とともに昼夜逆転が生じやすく、非薬物的介入を優先する。
- ② 超短時間型・短時間型・中間型・長時間型があり、睡眠障害の病態に応じて使い分けるが、高齢者では中間型、長時間型は翌日への効果の持越しが懸念されるため使用は限定される。
- ③ 筋弛緩作用があり、受容体を長時間ブロックすることにより、効果が遷延しやすいベンゾジアゼピン系の眠剤は原則として使用しない。

作用機序	薬物名	特徴・注意点
ω1受容体作動薬	ゾピクロン	せん妄を惹起する可能性がある。 転倒リスクがある。
	ゾルピデム (マイスリー)	せん妄を惹起する可能性がある。 転倒リスクがある。
メラトニン受容体作動薬	ラメルテオン (ロゼレム)	頓用で使用しない。 効果の発現まで1-2週間を要する。
オレキシン受容体拮抗薬	スポレキサント (ベルソムラ)	効果発現が早い。

〈参考文献〉 1)かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン第1版  
 2)認知症疾患治療ガイドライン2010コンパクト版2012

## 2)非薬物療法

- ◆芸術療法(音楽療法、絵画療法など)
- ◆リアリティオリエンテーション
- ◆回想法
- ◆確認療法

個々の患者さんに対しては意欲の向上、ムードの変化などの効果が期待できる。疾患群全体として科学的な有用性が証明しづらいこと、芸術療法では方法よりも指導者によって効果が変わることなどが問題となる。最近では認知症の病型に応じた非薬物療法の有用性が検討されている。

## 3)介護者に対する治療

認知症の介護者は同じことを何度も聞く、目を離せない、介護者のペースでできない、ありがとうといってくれないといった状況に対して、大きな介護負担を感じている。認知症の特性として、より身近な者、最も熱心に介護している介護者に対して認知症の症状がより強く出現し、本人の残存する能力も発揮されないことが知られており、病識の欠如が追い討ちをかける。介護者に対して以下のような説明や教育また社会資源の紹介を行うことも重要である。

### A. 認知症の病態の説明

1. 認知症という病気を理解してもらう。
2. いろいろな病型があってそれぞれ経過や症状が異なることを知ってもらう。  
そのためには正確な診断が必要なことを説明する。
3. このような知識から患者のことをもう一度みなおし理解してもらう。

### B. 介護者へのカウンセリング

### C. 認知症の介護教育

1. もの忘れがあっても安全で安心して暮らせるように支えること。
2. そのためにできる限りの治療や支援を行うことを本人と介護者に伝える
3. 残された能力が十分あることを伝える。
4. 家庭の役割分担、社会参加やデイサービスの利用をすすめる。
5. 身体疾患を早めに見つける。
6. 異常な言動を正常化しようと焦らないこと。
7. 日常生活の指導

### D. 薬物療法の説明と指導

### E. 相談窓口の紹介

### F. 社会資源の紹介

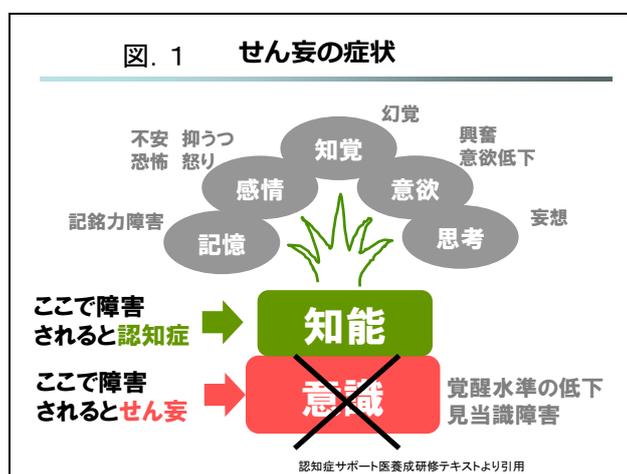
1. 介護保険
2. 成年後見制度

## II. せん妄の基礎知識

「日中は周りの様子もよくわかり、話す言葉もしっかりしていたのに、夜になったら別人のように、言葉も行動もまとまらなくなりました。激しく動き回って危険だ。いったいどうしたんだろう。」こんなときは「せん妄になっているのかな」と疑ってみる。

### ◇せん妄とはなに？

せん妄は、さまざまな原因で生じる、「意識」の障害です。意識について簡単に説明するのは難しいが、要するに「自分が自分であることがはっきり分かっている状態」をいう。意識障害というと、「じっと横たわって呼びかけてもゆすっても反応しない」というイメージだが、実は精神症状・行動異常を示して、認知症BPSDの出現とまぎらわしい状態もある。たとえば酩酊状態はアルコールという薬物が原因となった意識障害で、変な行動も起こす。意識はすべての精神活動の基盤となる精神機能であり、意識が障害されると多彩な精神症状・行動異常が出現する可能性がある(図. 1)<sup>1</sup>。しばしば認められる症状としては見えないものがみえる幻視、感情が高ぶる興奮状態、注意散漫状態などがある。特に、「昼夜逆転・睡眠覚醒リズムの障害」はせん妄の本質となる症状であり、せん妄の治療・ケアは睡眠覚醒リズムを取り戻すことがポイントとなる。



### ◇せん妄はなぜ起こる？

せん妄は単一の原因というよりも、さまざまな要因が重なり合って生じることが多いと考えられる。そこで、発生要因を、準備因子、誘発因子、直接因子の3段階に整理すると理解がしやすくなり、対応方法も考えることができる(図. 2)<sup>2</sup>。まず、準備因子は、もともと脳や身体の脆弱性を引き起こす要因がある場合、80歳以上の高齢者では、せん妄が起こりやすいことが分かっている。また、もともとアルコール依存があったり、認知症があるとせん妄を起こしやすくなる。誘発因子は、せん妄発症に強く影響する因子です。疼痛、便秘、脱水などで身体的に弱っていることや、聴覚障害、視力障害があつて周囲のことがわかりづらくなっていること、うつなどの精神的な変動があること、環境がうるさすぎる、明るすぎるなど不快であること、不眠になっていることなどがある。これらはせん妄発症だけでなく、遷延化にも関連しますが対応によって軽減できる部分が大きいため、せん妄を考える上で大変重要である。直接因子は、まさにせん妄をおこすきっかけとなる状態です。もっとも重要なのは、新たな身体疾患に罹患していないか。せん妄かなと思ったら、脳血管障害や低血糖などの疾患が隠れていないかをまず考える必要がある。さらに、高齢者では多くの薬剤を服用しており、あらたな薬剤の追加、あるいは中止があつた場合、せん妄発症につながる。



### ◇せん妄と認知症のちがい

せん妄は認知症の人にしばしば合併する。また、発症初期のせん妄が示すさまざまな症状は、認知症 BPSD とよく似ており、区別が困難である。そのため、どちらとも区別できないままに、症状に対応しなければならないことがしばしば起こる。とはいえ、長期的な対応を考える上では、せん妄と認知症の違いを知っておくことは重要である。

認知症とせん妄のもっとも大きな違いは、**発症が急激**であり、数日単位で変化すること。そして、反応が鈍い状態から激しい興奮状態まで、**症状が激しく変動**する(表. 1)。認知症 BPSD の出現に比して、原因がはっきりしていることが多く、特に身体状態の変化や薬物の影響との時間的関連が分かりやすいことが多いのも特徴。ただし、認知症の中でも最近注目されている レビー小体型認知症では、症状の変動が激しく、幻視のように、せん妄とまぎらわしい症状を示すことが多いので、専門医でも鑑別には本当に苦労させられる。

表. 1 せん妄と認知症の臨床的特徴

	せん妄	認知症
発症	急激	緩徐
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記憶力低下
持続	数時間～一週間	永続的
知的能力	動揺性	変化あり
身体疾患	あることが多い	時にあり
環境の関与	関与することが多い	関与しない

### ◇せん妄を疑うときの対応

急激な精神症状が出現し、認知症とまぎらわしい場合は、バイタルサインのチェックなどに配慮する(表. 2)。これは、精神症状の陰に潜んでいるかもしれない、生命に関わるような重要な身体疾患の存在を見逃さないためでもある。本人が訴えない疼痛や搔痒感などお身体的不快がないかに配慮し、それへの対応を行う。昼夜逆転は必発の症状であり、これを改善することが最大のポイントと成る。そのためには、騒音、感覚遮断状態(誰も来ない、何の刺激もない状態におかれていること)の是正が必要である。頻繁な声かけや触れ合いをおこない、ゆっくりと大きな声で、一度に一つの話を話すようにする。現在の状態と治療について、言葉で説明してあげることで混乱状態にある患者さんの不安を軽減できる。理解していないようでも、案外効果があるものである。

薬物療法に関しては簡単に記載。幻覚、興奮などに対してハロペリドール(セレネース)やリスパダールなどの抗精神病薬が処方される。また、睡眠覚醒リズムの回復のため、睡眠導入剤が使われることもある。従来用いられてきたベンゾジアゼピン系は筋弛緩作用などの副作用があり、使用には慎重でなければならない。最近では、ラメルテオン(ロゼレム)やスボレキサント(ベルソムラ)が処方されることが多くなった。

◇家族への対応も重要 急激な精神状態の変化は、同居する家族に衝撃を与え、不安と動揺のなかで介護拒否や虐待などを引き起こす可能性がある。今、何が起きているか、せん妄とはなにか、今どうすればいいかについて、必要な情報提供を行うことが求められる。

表2 せん妄予防とケア

<ol style="list-style-type: none"><li>1. せん妄の原因となる身体因子の調整 水分、電解質バランス、血圧、排泄、睡眠覚醒リズム、疼痛</li><li>2. 環境調整 感覚遮断状態の是正、慣れ親しんだものを周りに置く</li><li>3. コミュニケーションの工夫 頻繁な声掛け、ゆっくりと大きな声で、一度に一つのこと、 現在の状態と治療について、言葉で説明(理解していないようでも効果ある)</li><li>4. 家族の援助 家族の不安への対処</li></ol>
---

文献:

1. 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター編:平成 27 年版認知症サポート医養成研修テキスト p13
2. 一瀬邦弘:せん妄と痴呆はどう違う。一瀬邦弘、太田喜久子、堀川直史監修 「せん妄、すぐに見つけて! すぐに対応!」 照林社、東京、2002、p8-12

### Ⅲ せん妄と認知症の看護の基本姿勢

#### 1. せん妄に対する基本的な姿勢と考え方

##### せん妄は軽度の意識障害

通常、外界のあらゆる情報は、感覚器(眼、耳、鼻、皮膚等)が刺激を受けて、中枢へのぼって行く。からだに入力された情報は、脳で情報処理され、瞬時に状況や外界をキャッチし見極める機能が発揮される。脳における情報処理によって、われわれは状況に応じた気配りや態度をとったり、一定の活動や危険の回避に集中したりする。ヒトに備わっているこのような自発的な機能のことを、医学的には「注意」と呼ぶ。せん妄とは、軽度の意識障害が起こっている状態であるため、注意機能が低下する。開眼して、ある程度会話もでき、動いたりもしているが、意識が清明ではないので、外界の状況に注意が向けにくい全身状態になっている。せん妄によって意識が障害されれば、注意機能のみならず、当然、認知機能も本来通りには発揮し難い状態である。せん妄が遷延すると、意識混濁が進む可能性もある。意識障害の悪化は、全身状態の重症化のプロセスでもある。せん妄は軽度の意識障害であるということを踏まえて、早期からケアを検討することがせん妄を和らげる第一歩である。軽度の意識障害は、回復すれば元通りの意識で活動できることとなる。「せん妄は改善する」と言われるゆえんである。

#### 「注意が障害される」とはどういう状態か

- ひとつの作業に集中し続けるのが難しい
  - 簡単に気をそらされる
  - 外見的にぼんやりする
  - 呼びかけても返事をしない
  - 会話や思考が断片的でまとまらない など
- 言語・記憶・思考等の統制低下

せん妄は軽度に意識が  
障害されている状態。



#### せん妄の要因を考える

せん妄の基礎知識で示されているように、せん妄は複数の要因が絡み合って生じる。そのため個々の事例ごとに発生の要因を考えて予防的に関わることや、発生している場合には、要因を改善あるいは除去するために必要なアプローチを検討し、せん妄を早期に和らげることが大切である。

表 1 せん妄の要因

- **準備因子** (対象の背景、個体の脆弱性 (弱さ、もろさ))  
高齢、認知症、脳梗塞の既往、その他脳器質疾患、ADL 低下・要介護状態、低栄養など
- **直接因子** (脳の機能に影響を与える疾患や直近の変化、イベント)  
手術、薬物、感染症、低酸素血症、代謝性障害、脱水・電解質異常など
- **促誘発因子** (環境、心理社会的要因、コントロール不良な症状)  
身体拘束、入院、入居・転居、なじみのない空間と人、日光の当たらない部屋、騒音環境、不眠、痛み、かゆみ、便秘・下痢、不安、恐怖、ストレスなど

## 認知症とせん妄は異なる状態

せん妄とは軽度の意識障害である一方で、認知症とは、神経変性や神経脱落(アポトーシス)によって脳組織が萎縮あるいは壊死し脳の変性が生じ、状況や外界がうまく捉えられない、遂行できていたことができないという症状が現れてくる。認知症、特にアルツハイマー型認知症では記憶を司っている、側頭葉の奥深くにある海馬の組織が萎縮することで、もの忘れが顕著になり生活に支障が生じる。認知症とは、意識障害と異なる状態であり、脳の器質的変化が、その背景にあるということを知っておくことが、せん妄と認知症を見分けていく要点となる。

せん妄は意識障害、認知症は認知機能障害という見方で考えてみると、脳の内部で行われる機能については、それぞれをアセスメントする必要が生じる。意識障害のアセスメント方法と認知機能のアセスメント方法は異なっており、特に認知機能を見ようとする場合には、意識が障害されている状況下では、本人にとって不利であると言える。そのため、認知機能をアセスメントするには、24時間の生活の仕方、暮らしの情報が欠かせないこととなる(表2)。

表2 認知機能と意識レベルのアセスメントの比較

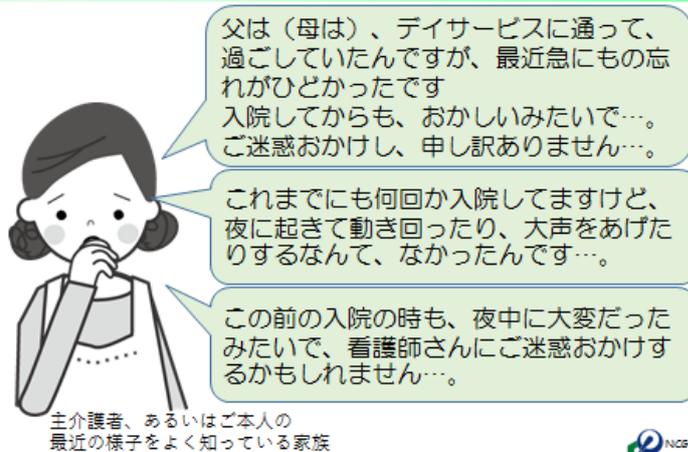
	認知機能	意識レベル
代表的 スケール	MMSE :Mini Mental State Examination HDS-R :改訂版長谷川式スケール CDR : Crinilal Dementia Rating	JCS :Japan Coma Scale GCS :Glasgow Come Scale 日本語版二一チャム混乱・錯乱 状態スケール
アセスメント の項目	記憶、見当識、実行機能、言語力、 計算力、3段階指示、図形模写など	意識、注意力、見当識、 運動反応など
具体的質問 や方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>• おいくつですか？ここはどこですか？</li> <li>• 今は何月ですか？季節はいつですか？</li> <li>• これから言う3つの言葉をあとで聞きますので覚えておいてください。</li> <li>• 100から7を引いてください。</li> <li>• ここに書いてある言葉を読み上げてください</li> <li>• さきほど伝えた3つの言葉は何でしたか？</li> <li>• この紙を右手で持って、半分に折って机に置いてください。</li> <li>• 食事・排泄・清潔・移動など日常生活場面観察 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 開眼しているかどうか？</li> <li>• 呼名に応じるかどうか？</li> <li>• 目を合わせ会話が可能かどうか</li> <li>• つじつまの合う会話が可能かどうか</li> <li>• ここはどこですか？</li> <li>• 今日は何日ですか、何曜日ですか</li> <li>• 目をつぶってください。</li> <li>• 手を握ってください。</li> <li>• 興奮した話し方や様子の有無</li> <li>• 痛み刺激で開眼するかどうか？ 等</li> </ul>
注意点	意識障害があると不利 実施中に対象者が怒り出すことがある	痛み刺激は胸骨や爪をおさえる

さらに、私たちがせん妄を、俗に「ニンチ」と称して判断したり、申し送って情報共有することは注意が必要である。せん妄状態かどうか見極めるように、その高齢者の表情や目といった、意識状態を代表的に表す部位を丁寧に観察し、声をかけてみて会話がどのように進むのか、あちこちに話題が飛び移っていく、一方的に話し続ける、怒ったり興奮するような状況があるのかどうか、把握するようにかかわっていく。



そして、入院前的高齢者のいつもの状態をよく知っている家族や地域・在宅のケア提供者などから情報を得て、入院後の現在の状態と比較検討し、推論しながらせん妄をアセスメントしていくことも重要である。せん妄を呈している高齢者の家族は、「急にひどいもの忘れになった」と急な変化についてとらえていることがあったり、「これまでにこのような困った振る舞いをしたことはないのに、認知症になってしまった」と困惑と悲嘆を交えていつもと異なる急な変化を示唆することがあったりする。また、入退院を繰り返す高齢者の場合には、過去のせん妄の既往について言及されることがあり、せん妄の既往については、やはり要チェックすべき情報としてとらえ、以前はどのようにせん妄に対する治療やケアを提供していたか参考に

## せん妄を示唆する家族の言葉の特徴



### 認知症の人はせん妄になりますか？

認知症の人がせん妄状態を呈し、入院することは高い割合で認められる。認知症の人が入院する場合というのは、身体的に外傷を負ったり、身体の内環境が変化して治療を要する時と言える。つまり、転倒・骨折、脱水・電解質異常、感染症、意識障害などによって入院する場合である。急性の疾患で入院する人が高齢で、認知症を有しているという情報があれば、せん妄対策を早期からしていくことが、急性の疾患の回復過程を促進する要点ともなる。

K.Inouye ら(2014)の報告によれば、認知症の人が入院時に既にせん妄を起こしている割合は 18%にのぼるとされ、入院中のせん妄の発症率については 56%にもなるという。また、北川ら(2013)の報告によると、外科手術を受ける高齢者は 7 割以上でせん妄が生じており、認知機能低下、要介護状態、興奮・焦燥の既往が危険因子であったと報告されている。せん妄に対して予防的にかかわっていくために覚えておきたい。入院時や術前からのせん妄予防や、入院中の発症を想定したせん妄への対応策を検討し、人的環境と物理的環境を整えることは重要なケアの姿勢と言える。

### 高齢者のせん妄

	入院時有病率 (%)	発症率 (%)	アウトカム (調整済みリスク比)
一般内科	18-35	11-14	死亡1.5-1.6
老年内科	25	20-29	転倒1.3 施設入所 2.5 死亡1.9
ICU	7-50	19-82	死亡1.4-13.0
認知症	18	56	死亡5.4

Lancet 383(8),911-922,2014 一部改変



### 高齢手術患者のせん妄

- 80歳以上の待機手術患者でのせん妄発症率は 73.9%であった
- 高齢、術前MMSE低値、術前JNCS低値、興奮・多動の既往が術後せん妄発症の危険因子
- CGA（高齢者総合的機能評価）を行い、術前からの認知機能、精神機能などを評価し、せん妄発症の可能性を考慮したうえで手術適応や術式を決定することが有用

日本外科系連合学会誌 38(1),28-33,2013

MMSE:Mini Mental State Examination  
JNCS: Japanese version of the NEECHAM Confusion Scale  
CGA: Comprehensive Geriatric Assessment



#### 参考文献

Sharon K Inouye, Rudi GJ Westendorp, Jane S Saczynski; Delirium in elderly people, Lancet 383(8), 911-922, 2014  
北川雄一；高齢手術患者における術後せん妄，日本外科系連合学会誌 38(1)，28-35，2013

## 睡眠―覚醒のリズム、生活リズムを大切にす

せん妄ケアで重要な指針は、睡眠―覚醒のリズムを確立することである。従来、ICUなどで、過活動のせん妄が生じると、その症状に対しては十分な睡眠をとるように働きかけ、実践してきた経緯がある。それは重要なことである一方で、認知症高齢者の場合には、睡眠のみにアプローチすることでは、せん妄の改善をみないこともある。よく臨床で経験されるのは、過鎮静を呈する状況への推移である。そういう経過になると、せん妄はおろか身体状況も改善しない悪循環が生じて退院も延期になる場合もある。したがって、認知症高齢者のせん妄改善にむけては、睡眠と覚醒のバランスを整えるケアのアプローチを行う必要がある。眠った後の覚醒を促し、感覚器に適切な刺激を送って快適に過ごせるよう生活支援していく。そして入院前の日常生活のスタイルや援助を、入院中にも継続して支援し、認知症を有する高齢者のいつもの生活がいつものように営まれ、快適に過ごせるようにすることが重要になる。睡眠―覚醒リズムを整えるケアについては表3を参照。

### 日中に強い光を浴びる

夜に寝て、朝に起きるには、睡眠ホルモンの一種であるメラトニンが関係している。メラトニンは、夜暗くなってくると分泌され、副交感神経を優位にする。脈拍や血圧が日中に比べると低下し、末梢血管が拡張して深部体温が放出される。すると自然と眠くなってきて、夜眠りに就く。睡眠中、メラトニンの濃度は最も高くなるが、朝、太陽が昇り明るい光を浴びると、メラトニンの分泌は抑えられ、睡眠の維持は難しくなり覚醒状態となる。日中に明るい光を浴びることは、睡眠モードをオフにし、メラトニンの分泌-抑制にもメリハリが付き、夜間の睡眠が効果的に導かれ、理にかなったケアとなり得る。



### 家族にもケア

せん妄を呈するご本人を見て、ショックを受ける家族は多い。「ひどい認知症になってしまった」、「この状態が続いていくのだろうか」という心理的不安が広がっている。そのような状況を目の当たりにして、入院中に様々な意思決定を本人の代理決定者として担わなければならないため、家族は強い精神的ストレスがかかっていることもある。家族の不安、心配、焦りといった心理状況を察して、家族の気持ちに寄り添う必要がある。せん妄とはどういう症状で、その対応はどのように行っているのか、実践しているせん妄ケアの内容を家族に伝えていくことが大切である。家族に事実を伝えるということは大切なことであるが、昨日の晩は大変だったというような情報に限らず、入院が経過する中で認められる良い兆候や、入院前の本人らしい言葉や振る舞いがあれば、そういう入院中の変化や事実を家族と共に共有する働きかけが重要である。家族の安心感は、ひいては本人にとって良い影響となっていくことも多いので、家族にもケアの姿勢で接していく。

表 3 非薬物療法による睡眠—覚醒リズムを整えるケア

<p>視覚・聴覚からの刺激を調整する</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 眼鏡や補聴器を使用する</li> <li>● 時計やカレンダーを置く</li> <li>● 不快な雑音や、夜間の睡眠を妨げる音を調整する</li> <li>● 穏やかな声で低めのトーンで会話を行う</li> <li>● 文字に書いて必要な情報を伝える</li> <li>● Yes/No で答えられるように会話を工夫する</li> </ul>
<p>活動と休息を調整する</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 入院前の睡眠パターンの把握</li> <li>● 夜間の病室内の光調整（カーテンを閉める、低照度にする、足元灯のみ点す等）</li> <li>● 夜間帯のケアの実施方法や頻度の調整</li> <li>● 朝日が入るようカーテンを開ける</li> <li>● 朝日の入る場所に移る、日中は日光を浴びる</li> <li>● 起座になる、離床を促す</li> <li>● 運動・体操、音楽、ゲームなどの活動を取り入れる</li> <li>● 本人の得意とすることや趣味を生かした作業を促す</li> <li>● 対話が進む物品を手にする（ボール、人形、写真など）</li> <li>● 30分以内の午睡を取り入れる</li> <li>● 長時間の坐位を避ける</li> </ul>
<p>苦痛症状を緩和する</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● せん妄評価スケールを適用し推移を把握する（ニーチャム混乱・錯乱スケール等）</li> <li>● 解熱対処</li> <li>● 痛み、かゆみの緩和</li> <li>● 電解質バランスへの補正</li> <li>● 空腹感への対応</li> <li>● 尿意・便意への対応</li> <li>● 身体拘束の解除（拘束帯、4点柵除去など）</li> <li>● ルート類の留め方や長さの工夫・調節</li> </ul>
<p>生活習慣を取り入れる</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 義歯をつける</li> <li>● 更衣を行う、好みの衣類を身に付ける</li> <li>● 馴染みの物品を手にする（新聞・書籍、クッションなど）</li> <li>● 起床時・就寝前の生活習慣を取り入れる</li> <li>● 家族の写真を置く、家族の面会を促す</li> <li>● なじみのテレビ番組、好みのDVD、CDを鑑賞する</li> </ul>

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，p251より引用

<参考文献>

1. 一瀬邦弘、太田喜久子ら監修、せん妄-すぐに見つけて！すぐに対応！，照林社，2008年
2. 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年
3. 鈴木みずえ編，急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケア，日本看護協会出版界，2013年
- 4.

## 2. 認知症の看護と基本的姿勢

### 1) 基本的姿勢と考え方

#### ◆ 認知症ケアは尊厳を支えるケア

これまで、認知症が進行すると認知機能障害により、自分が認知症であることを認識できなくなるという考え方が一般的であり、出現する身体的症状や障害への対応のみがなされてきた。

しかし、「2015年の高齢者介護」報告書<sup>1)</sup>において、身体機能面のみならず、認知症高齢者の抱える内的体験を理解し一人の人間として尊重し支える必要性が述べられた。平成24年6月には「認知症施策5か年計画(オレンジプラン)」では、一般病院において身体症状のある認知症患者への対応力の強化が求められている。

認知症ケアの基本は、その個人の尊厳が最大限に保たれることで、認知症の経過に変化を与えることである。今まで軽視されてきた精神・社会面への支援がより重要であるとされている。このように、従来の認知症高齢者の出現する症状にのみ対処する「対応型 ケア(業務中心のケア)」から認知症高齢者の質を重視した「尊厳を支えるケア」へと転換し、たとえ認知症であっても一人の人として認められ、尊重されるべきであるという『パーソン・センタード・ケア』の理念<sup>2)3)4)</sup>が認知症ケアの考え方の主流となっている。



パーソン・センタード・ケアとは、認知症を持つ人たちが、「その人の取り巻く人々や社会との関わりを続けることができるように、また人として受け入れられ尊重されていると実感できるように、共に行っていくケア」<sup>4)</sup>のことを言う。  
パーソン・センタード・ケアの目的は、「パーソンフット」の維持向上をすることである。パーソンフットとは、「一人の人として、周囲の人や社会との関わりを持ち、受け入れられ、尊重され、それを実感している、その人のありさまを示す。人として、相手の気持ちを大事にし、尊重しあうこと。互いに思いやり、寄り添い、信頼しあう、相互関係を含む概念である。」<sup>5)</sup>と定義付けられている。

看護において、身体面はもちろん、一般の人たち以上に、精神面、社会面の健康を保持できるように支援していくことが重要である。その為に、認知症を持つ人たちに寄り添い、向かい合い、共に行っていく中で、その人のもつ能力を最大限に活用できるようにすることや社会の一員としてその存在をその人自身が実感できるように支援していくことが求められます。それは、結果的にその人の尊厳が最大限に保たれることになり、認知症の経過に変化を与えることになる。これが、認知症看護の基本ともいえる。

#### ◆ 認知機能低下は進行しても感情や自尊心は残る

認知症と聞くと一見、何もできなくなって行くように感じられるが、脳の機能面の低下は見られても感情面での低下は少なく、むしろ感情は、今まで同様もしくは以前よりも強くなると言われている。

これは、認知機能が低下し、今まで自己でコントロールできていたことが上手くできなくなることで起こりやすく、感覚はより鋭くなる。患者の嫌がるようなケアをしようとするとなんかしていないのに突然、怒り出す、抵抗しようとすることがある。これは、残された感覚機能を最大限に発揮し、看護師の有様(態度や姿勢)を通して自分のおかれている立場を把握し、何らかの意思を行動で表現している。

また、失敗したことを隠そうとし、突然きた来客や医師には無難な対応をすることがある。これは、残された自尊心を守ろうとするための一種の防衛機制であり、常に不安を抱えながらも、「人として生涯認められたい」、「社会の一員として存在したい」という思いを強く持っているからこそ見せる行動とも言える。

たとえ、認知症が進行したとしても、残る感情や自尊心があり、私達は、彼らの体験している世界と感情や

自尊心を大切にしながら、その人の認知能力や言語能力を把握し、残された能力に合わせて関わること、患者の行動や表情などの非言語から得られる事実を目に向け、彼らの意思の表現方法を把握して意思疎通ができる人として関わっていくことが重要である。

#### ◆ 認知症高齢者を正しく理解する

これまでの認知症高齢者の看護は、看護問題の要因は患者本人にあると捉え、疾患や障害に焦点をあて、支援してきた。しかし、認知症高齢者の看護展開をするときには疾患や障害を有している生活者として幅広く考えて支援することが大切である。認知症高齢者の持てる力を最大限に発揮した援助を行なう考え方が生活行動モデルである。この生活行動モデルには4つの視点がある。

- ① 認知症患者を<身体的><心理・霊的><社会・文化的>なホリスティックな存在として捉える。
- ② 生活を営むために不可欠な6つの生活行動<活動><休息><食事><排泄><身支度><コミュニケーション>にみる持てる力に着眼する
- ③ 生活が拡充するように「生活環境」を整える
- ④ 認知症患者が気づいてきた生活史の道を基盤に、豊かな人生の統合へと向かって歩んでいけるように支援する

アセスメントのポイント

##### (1) 身体的側面

原因疾患の種類と程度、認知機能障害の種類と程度、精神症状、行動障害、既往歴・健康レベル  
バイタルサイン、運動機能、視聴覚機能、治療内容、服薬と副作用

##### (2) 心理・霊的側面

健康知覚、意向、自己知覚、価値、信念、信仰

##### (3) 社会・文化的側面

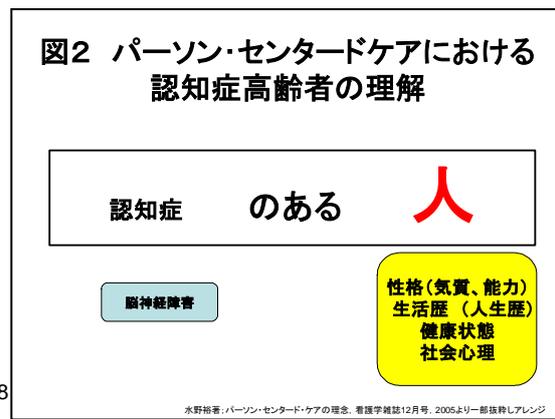
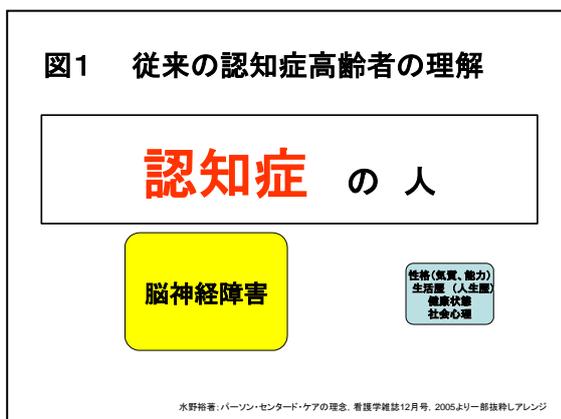
役割・関係、家事・学習・関係、社会参加

##### (4) 6つの生活行動

- ① 活動：行動範囲 移動能力 安全性 物理的環境 活動を支える
- ② 休息：睡眠、休息
- ③ 食事：食事準備、食欲・思考、認知、栄養状態・体格、水分摂取、食べる行為・食べ方、嚥下満足感
- ④ 排泄：認知、尿意・便意、排尿、排便、排泄動作
- ⑤ 身じたく：清潔、身だしなみ・更衣
- ⑥ コミュニケーション：意欲、メッセージの理解、送受信機能、言語、非言語メッセージ

#### ◆ 持てる力に気づいてのばす

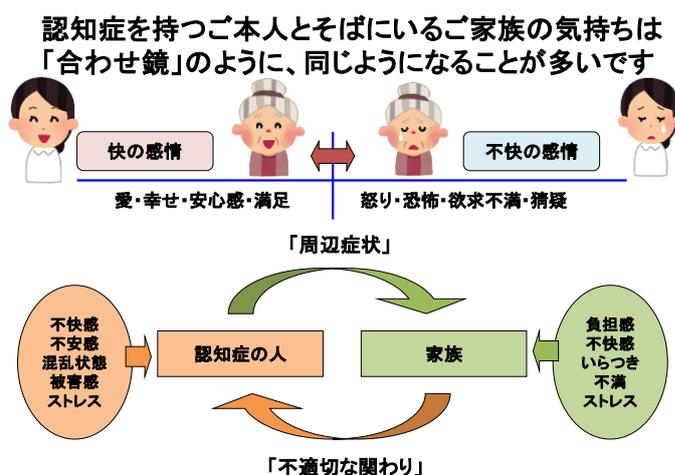
認知症という疾患ばかりに着目していると、改善の見込めない認知機能症状の為に「何もできない」「やっても無駄」「時間がかかって仕方がない」とケアの諦めばかりが先行し、業務をスムーズに進行することに重きがおかれてしまいやすい。(図1)しかし、認知症があっても性格、生活歴、健康状態、社会心理から成る「人」の部分に着目すれば、認知機能障害による限界はあっても、長年培われてきたその人のもつ能力を発見し、見極め、働きかけることができる。<sup>4)</sup>(図2)



MMSE が 0 点であっても歯ブラシやコップを一つずつ手渡せば、自分で歯を磨き、含嗽をすることが出来たりすることもある。このように、ある一部分を介助すれば一連の動作ができたり、あるいはゆっくりと待っていればできたりと「持てる力」を見極めることで認知症高齢者の可能性を引き出すケアへと結びつけることができる。その人の持てる能力を維持・向上させることは、情緒面の安定や人間性・社会性が回復し、認知症高齢者の尊厳の保持へとつながる。

#### ◆ 認知症を持つ人と私たちの気持ちは合わせ鏡

認知症を持つ人と看護する私たちの気持ちは「合わせ鏡」の様に同じ様になる事が多いと言われている。私たちが認知症の人との関わりの中で経験する負担感、不快感、いらつき、不満、ストレスなどがそのまま認知症の人に伝わり、不安感や不快感、混乱、被害感、ストレスなどを患者自身が抱き、BPSD へと発展していく。スタッフは、その BPSD への対応が上手くいかないと負担感などを感じ、その感情がまた患者に伝わり BPSD の症状が悪化する悪循環を引き起こす。逆に、笑顔で穏やかに接していけば、患者も安心感を覚え、表情穏やかに過ごすことが出来るようになる。このように、認知症を持つ人と接するときの私たちの態度や姿勢もまた認知症を持つ人の行動や感情に大きな影響を与える。



出典：ひもときシートのポイント、認知症介護研修研究東京センター、一部改編 国立長寿医療研究センター ものわずれ教室

出典：[http://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/info/pdf/sheet\\_point.pdf](http://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/info/pdf/sheet_point.pdf)  
認知症介護研究・研修東京センター、ひもときシートのポイント、2010 一部改編

#### ◆ 環境を整える(看護師も人的環境要因の一つ)

一般に、BPSD の多くは、環境との関連が強く、どの環境要因が影響を与えているのかを知ることはとても大切である。認知症を持つ人達の場合、加齢による機能低下だけでなく、認知症による認知機能の低下により環境の影響を受けやすいと言われている。

私たち医療者もまた環境要因の一つであり、私たちのケアが認知症を持つ人たちのニーズの充足につながっていないければ、BPSD の悪化を招くことになる。そのために、当院で行われている認知症高齢者への対応について認知症専門病棟での認知症対応方法を 9 つ載せておく。

##### 1 先入観は捨て、患者の理解しやすいコミュニケーション方法を見つけ、その都度説明する

- ポイント ・低めの声でゆっくり穏やかに話す。
  - ・目を見て話す。笑顔を忘れない。
  - ・手を握る、やさしく体に触れるなどのタッチングを用いる。
  - ・補聴器、筆談、物品を見せるなどコミュニケーション方法を工夫する。

##### 2 魔の 3 ロックを慎む

スピーチロック:「転ぶから立たないでください。」などの禁止や指示の言葉のこと。動き出すには理由や目的があり、何かしたいことがあったのか尋ねてみるのが先。

フィジカルロック: 身体抑制や空間拘束のこと。せん妄や BPSD の悪化すなわち破局反応につながる。

できるだけ使用しない方法を選択、また、医師と共通認識で使用していく必要がある。廃用症候群のリスクもあり、身体拘束は最後の手段とし、早期に解除が出来る様に定期的に評価が必要。→看護チーム、多職種チームで関わる。

ドラッグロック:不適切な薬物使用による鎮静のこと。廃用性症候群や肺炎などの合併症につながる。不穏状態があっても、非薬物的介入が第一選択である

### 3 点滴の自己抜針に対して身体拘束は最後の手段と考える。

- ポイント
- ・患者本人が気にならないように工夫する。
  - ・人の目が多くある日中に実施する。
  - ・点滴ではなく経口摂取に切り替えることが可能かどうか医師や薬剤師と共に検討する。
  - ・抗生剤の点滴であれば、筋注の抗生剤に変更が可能かどうか医師や薬剤師とともに検討する。

### 4 転倒予防

- ポイント
- ・離床センサーの使用など。
  - ・転倒した時を想定して衝撃が出来るだけ少ないように衝撃吸収マットを使用する。
  - ・患者の生活習慣に合わせて、ベッドではなく畳にマットを敷く寝床に変更する。

### 5 生活リズムを整える。

- ポイント
- ・早期からのリハビリテーションの導入。
  - ・見当識を補う言葉がけや環境を整備する。
  - ・レクリエーションやアクティビティの実施。
  - ・規則正しい生活。起床時間、就寝時間、3度の食事、身支度、活動、排泄を整える。
  - ・午睡も必要(30分以上は一般的、個人差はあり)
  - ・抗精神病薬や睡眠薬によって過鎮静になっていないか、薬剤の見直しをする

### 6 なじみのある環境づくり、不安の軽減に努める。

- ポイント
- ・家族の面会の促進
  - ・本人のなじみの物を身の回りに置く。
  - ・できるだけ同じ看護師が関わり、なじみの関係を形成する。
  - ・帰宅願望の強い時には家族と電話で話ができる様に家族との連携を構築する。
  - ・患者同士のなじみの関係づくり。

### 7 身体的側面を整える

「認知症高齢者を正しく理解する」を参照

### 8 潜在能力や残存機能に働きかける

「持てる力」を奪っていないか。を参照

### 9 チームとしてケアに関わる

「認知症ケアはチームケア」を参照

## ◆認知症のケアは、チームケア(あなたも支えられる存在へ)

認知症ケアは一人ではできない。パーソン・センタード・ケアでは、ケアする者もまた尊重されるべき存在であるといわれている。確かに、認知症を持つ人たちにとってなじみの援助者の存在は、精神的安定にもつながるといわれている。しかし、行動障害に対して、一人で四六時中、対応していたらケアする者の精神的ストレスが大きくなるばかりで、ケアへのゆとりも生まれない。

ストレスが多く、ゆとりのないケアは、患者の行動障害の悪化を招くという悪循環をもたらす事にもなる。認知症ケアは一人ではできない。行動障害の多くは、患者に合わせて統一された継続したケアによって症状が落ち着く為<sup>14)</sup>、時にはチームの他のメンバーに対応を協力してもらい、受け持ち患者数や業務内容を考慮する、急性期であれば患者の精神安静を図る意味でも状態が落ち着くまで家族に協力を得るなど、チーム全体で取り

組んでいくことが必要である。

<参考文献>

- 1) 2015年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて—, 高齢者介護研究会報告書,  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html>, 2003.
- 2) トム・キッドウッド著 高橋誠一訳: 認知症のパーソンセンタードケア, 筒井書房, 2005.
- 3) 認知症介護研究・研修大府センター監: Evaluating Dementia Care The DCM Method その人を中心としたケアをめざして—パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング—日本版 2 版, 認知症介護研究研修大府センター, 2006.
- 4) 水野裕著: 認知症ケアに携わるすべての人のために パーソン・センタード・ケアの理念, 看護学雑誌, 69(10), P1212—1217, 2005.
- 5) 日本認知症ケア学会編: 認知症ケア標準テキスト 認知症ケアの基本, P66, ワールドプランニング, 2007.
- 6) 高崎絹子ら編: 最新老年看護学, P243, 日本看護協会出版会, 2005.
- 7) 日本認知症ケア学会編: 認知症ケア標準テキスト 認知症ケアの実際 I・総論, P70, ワールドプランニング, 2007.
- 8) 北川公子著: II 認知症の人の日常生活の理解とケア 認知症の人とのコミュニケーションとそのスキル, 看護技術, 53(12), P31—34, 2007.
- 9) 六角僚子著: 認知症のケアの考え方と技術, P55, 医学書院, 2005.
- 10) 島橋 誠: 看護の基本姿勢 入院時アセスメントと看護ケアのポイント, P13, ナーシング・トゥデイ, 日本看護協会出版会, 27(1), 2012

## ◆落ち着きのなさ(焦燥)

焦燥とはイライラして落ち着かない状態を指す。例えば、歩きまわったり、絶えず何かを触ったり、周囲の出来事に敏感になる状態を指し、しばしば徘徊や常同行為、拒絶、大声、暴言・暴力となって表出する。

### ◇要因

#### 1) 身体的因子

- ・前頭葉・側頭葉機能障害(特に前頭側頭葉型認知症で頻度が高まる)
- ・身体的不快感(痛みや痺れ、痒み、むずむず感など)
- ・向精神薬の副作用(アカシジアやセロトニン症候群、抗うつ薬投与初期や増量時に見られる不安や焦燥不眠など(賦活症候群))

#### 2) 精神的因子

- ・認知機能低下に対する病気であると感じること(認知症の初期に抱きやすい)
- ・失敗に対する不安
- ・現実検討能力の低下から周囲の状況を歪めて捉えること
- ・心気症状(頭痛や胃痛など身体的なことから不安や恐怖があること)
- ・強迫症状(自分の意に反して払いのけられない考えやある行為をせずにはいられないこと)
- ・幻覚・妄想
- ・抑うつ状態
- ・老化や死への不安・恐怖

#### 3) 環境的因子

- ・孤独・周囲との隔絶感

### ◇直ちに出来るケア

- ・落ち着かない時に、その原因が精神的なものか身体的なものか観察する。さらに症状が起こる時間帯にも注目し、症状が現れるときに習慣的に不快な刺激がないかなども観察する。
- ・不快な刺激を除去する(室温・照度の調整、騒音の除去など)
- ・好きな音楽などを用い、落ち着ける環境を作る
- ・分かりやすい言葉・文章を使って疎通をとる
- ・安心感を与える接し方をする(ゆっくりと穏やかな対応をする、接する時間を増やすなど)
- ・問診や聴診・視診で身体的不安を軽減する

### ◇注意点

- ・自傷行為や希死念慮がある場合は専門医への紹介を考慮する。
- ・医療従事者が気付かないうちに原因を生じさせていないか注意をする
- ・薬物療法で、ベンゾジアゼピン系抗不安薬を使用する場合は、傾眠や筋弛緩効果による転倒などの副作用に十分な注意をする。

## ◆不眠

不眠とは、著しい苦痛や機能障害を伴う入眠困難、睡眠持続困難(中途覚醒)、あるいは睡眠による疲労回復の困難をいう。

### ◇要因

- 1) 身体的因子  
循環器疾患・呼吸器疾患・腎疾患・関節疾患など
- 2) 生理学的因子  
睡眠時無呼吸症候群・むずむず脚症候群など
- 3) 心理学的因子  
心配事や考え事・悩み事がある
- 4) 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の精神疾患を合併している
- 5) 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

### ◇直ちに出来るケア

- ・循環器疾患・呼吸器疾患・腎疾患・関節疾患などが合併して不眠を起こしていないか観察する。
- ・ベッド周りの環境をよくする(エアコンの使用、音や光の遮断など)
- ・日常的に有酸素運動を行う(16 時前に行うのがよい)
- ・楽しめる活動やレクリエーションを行う
- ・日中はなるべく日光を浴びるようにする
- ・入床の 1 時間前から刺激を避け、トイレに行っておくなど徐々に寝る準備をする
- ・入床後 30 分経っても眠れない場合は、一度離床し眠くなってから再度入床する

### ◇注意点

- ・必要な睡眠時間には個人差が大きく、画一的に睡眠は〇〇時間以上必要とする基準はないのでその人にあった休息をとれるよう関わる必要がある。
- ・本人の生活習慣を把握し、もともとの生活リズムを意識したケアを心がける。また睡眠や起床を強制せず、本人にとって安心感を与え、不安の軽減につなげることも睡眠のケアとして必要である。
- ・体調がすぐれないときは、昼夜逆転しても睡眠で休息をとることが必要であり、本人にとって何が必要なケアか考えながら睡眠のケアをしていくことが大切である

## ◆大声

以前に同様の状態になったことがあると再発しやすい。大声が出やすい時間帯は10時～14時22時～6時である。

### 評価のポイント

- ・発語の内容は意味のあるものか、全くの叫び声かを確認する
- ・大声を出す時間帯や環境(騒音や照明)
- ・バイタルサイン、外傷の有無などの身体状況、身体的苦痛がないかを確認する

### ◇要因

#### 1) 身体的要因

身体疾患による疼痛 掻痒感などの身体的苦痛 構音障害 難聴などの感覚機能低下  
低いADL

#### 2) 精神的要因

重度の認知機能低下 不眠 レム睡眠関連行動障害(睡眠中の大声)  
うつ気味、寂しさ 幻覚への反応 過度の依存性 病前の性格 抗精神病薬の使用

#### 3) 環境的要因

周囲の騒音 明るすぎる照明 介護者の不適切な対応

### ◇直ちにできるケア

- ・不快な環境である可能性への配慮(暑い・寒い・うるさい・明るすぎるなど)
- ・疼痛などの身体疾患による苦痛の可能性への配慮(姿勢の変換)
- ・個室などへの転室
- ・不安を和らげる接し方の工夫
- ・安心感を与える
- ・付き添う時間を長くとり傾聴する
- ・可能なら親しい人、家族にしばらく付き添ってもらう
- ・認知機能に応じたコミュニケーションをとる

## ◆ 食事(摂食障害)

認知症が進むと「自ら食べ始めることができない」「最後まで食べ続けることができない」「適量をすくえない」「むせる」など、食べることへの支えが必要となる

### 評価のポイント

- ・摂食・摂水中のむせこみはないか
- ・便秘・吐気などの消化器症状はないか
- ・失行(箸やスプーンは使えているか)・失認(食べ物だと認識しているか)・半側空間無視・幻視(ふりかけが虫に見えていないか)はないか
- ・食事中に眠っていないか
- ・重度の意欲低下、うつ状態はないか

### ◇要因

#### 1)身体的因子

便秘等身体的不調 脳血管障害による症状(嚥下障害・半側空間無視など)  
嗅覚・味覚の低下 失行(箸・スプーンが使えない) 眠気・疲労  
薬物(抗認知症薬による食欲減退・胃腸症状など)

#### 2)環境的因子

雑音などによる集中の維持困難

#### 3)精神的因子

うつ・幻視 意欲低下 食べることに無関心 食事の時間と理解できない 失認

### ◇直ちにできるケア

- ・嚥下障害のある患者には、口腔ケアを実施する
- ・使用可能な食具を提供する
- ・半側空間無視があれば、食器を置く位置の工夫や食器相互の位置を入れ替えてみる
- ・意欲低下が目立つ場合は、寄り添い声を掛け続けてみる
- ・幻視があれば、ふりかけなどの使用は控えてみる
- ・集中が困難な場合は、静かな食事環境を整える
- ・眠気が強い場合は、昼夜のリズムを再構築する
- ・抗精神病薬は、減量ないし中止する
- ・アセチルコリンエステラーゼ阻害薬は、胃腸薬を併用してみるか減量、類似品への変更を試みる

### ◇注意点

重度認知症者の栄養障害治療のための経管栄養には、栄養改善、褥瘡予防、誤嚥性肺炎を減らす、生存期間を延長する等のエビデンスはなく、まずは介護者による経口摂取の可能性を追求すべきであると治療ガイドラインでは指摘されている。また、終末期には、機能改善や誤嚥防止に積極的に取り組むのではなく、自然な形で看取れるようにケア提供するように心がけることも必要である

## ◆ 帰宅要求

「帰宅要求」とは、家に帰りますと繰り返し要求することを指し、しばしば外に出て行こうとする行動を伴う。

### 評価のポイント

- ・出現しやすい時間帯、出現頻度や興奮の程度、意識状態の変化、日ごとの状態との変化
- ・身体の状態はどうか。痛み、発熱、便秘などはないか
- ・薬の影響はないか。最近始まった薬や増量した薬、中止した薬の影響はないか
- ・妄想や誤認(自分がどこにいて、年齢をいくつと思っているのかなど)の有無
- ・発話の内容と声の調子に耳を傾け、表情、動作をよく観察し、更なる情報の取得に努めながら感情を評価する。

### ◇要因

- 1) 身体的因子  
便秘などの身体的不調、薬物の影響、夕暮れ症候群
- 2) 精神的因子  
妄想あるいは誤認、居心地の悪さ、何もすることがない、不安・恐れ・不満・孤独
- 3) 環境的因子  
夕方、(スタッフが入れ替わるなど)落ち着かない雰囲気、家族との面会が少ない

### ◇直ちにできるケア

- ・しっかり話を聴き、気持ちに寄り添う
- ・過去の職歴や生活史、性格、習慣などを知る
- ・本人が熱中できることを見つけ、それに熱中することで気分転換を図る
- ・一緒に出掛けて行き、見守る(実際に家に帰れないことが分ると、「ここ」に居ようと思うようになることもある。説得よりも納得)
- ・本人が「今、ここ」で経験していることを推測し個別の対応をする。食事の準備(テーブルを拭く、配膳の準備など一緒に行く)、夕方には話し相手がいるようにする、家族には夕方の面会時間を増やす、手紙を書いてもらう、電話で話してもらうなどの協力を得る。
- ・本人のなじみの物を持ってきてもらう。
- ・スタッフや他患者と「なじみ」の関係を築き、本人が「ここ」に居ていいのだと感じ、安心して過ごせる環境づくりを目指す。
- ・スタッフ間で統一した関わりをし、混乱を軽減する。

### ◇注意点

帰宅要求の事例が発生した場合、本人の訴えを否定したり行動を制止したりするようなことを言ってしまうと余計にその思いは強くなり興奮し、逆効果になる。

## ◆ ケア拒否

ケア拒否とは、入浴や排泄、着替え、吸引、内服などの介助を拒絶することを示す。

### ◇要因

#### 1) 身体的要因

身体の不調(発熱、倦怠感、便秘、疼痛など)、コミュニケーション不足による何をされるのか分からない恐怖、認知機能障害(理解力、判断力の低下)、幻覚妄想(被毒妄想など)

#### 2) 精神的要因

信頼関係が構築されていない状態、他人の手を煩わせたくない気持ち、羞恥心

#### 3) 環境的要因

環境の変化

### ◇直ちにできるケア

#### 入浴拒否の場合

認知症患者さんにお風呂に入りたくない理由を尋ねると「寒いから」「滑るから怖い」「裸になるから恥ずかしい」「服を脱ぐのが面倒」「体の調子が悪い」など言われる。何故、いやなのか理由を聞きその一つ一つに対処してみることも大切である。

- ・無理強いしない
- ・時間をおいて誘う、人を替えて誘う
- ・患者さんが好きなことや楽しいと思っているときに誘う「温泉に行きますよ」
- ・清拭に切り替える
- ・患者さんが「気持ちよかった」と感じることができるように関わりを心掛ける
- ・入浴の準備を患者さんと一緒に行う。「パジャマはどれにする?」「肌着はどれにする?」

#### 内服拒否の場合

飲みたくない理由には「苦い」「大きくて飲みにくい」「沢山ありすぎる」「病気じゃないから飲みたくない」「気分が悪い、胸がむかむかする」「毒を飲まされる」などいろいろある。妄想によって内服を嫌がるときは本人が体験していることが事実なので否定せず、本人の気持ちを理解し、支持的に関わる。

- ・医師や薬剤師と相談し、可能な範囲で内服薬の変更や減量を試みる
- ・説得しない
- ・飲みたくない理由を聞き、気持ちがほぐれた時に「大切な薬なので飲んでほしい」と勧める
- ・時間をおいてもう一度勧める。人を替えて勧めてみる。
- ・患者さんの手に直接薬を「お薬です」と載せてあげるとスムーズに内服できることがある。

### ◇注意点

認知症になっても感情や感覚は最後までこのことと言われている。不快なことをされた感覚は残る。

一度拒否する出来事が起こると二度目が困難になる。ケアを受ける人の立場になって考えることが重要であり、基本的姿勢を守ることが重要なカギとなる。

**基本的姿勢** ①初めに笑顔で挨拶と自己紹介をする ②無理強いはいしない ③患者のペースに合わせる ④関わる人を替える ⑤時間をおいてからもう一度か関わる ⑥快の言葉がけ ⑦やさしく穏やかな口調で接する ⑧強く手や足をつかまず、やさしく触れたり支える。 ⑨コミュニケーション能力に合わせてケアの説明をする

## ◆ 抑うつ状態・意欲低下(アパシー)

抑うつ状態・意欲低下(アパシー)はBPSDの中でも低活動症状と呼ばれている。認知症のある人の抑うつ状態として気分感情の障害だけでなく、思考運動抑制や、悲哀感、自分を責めるような言動があり、不眠も多い。意欲低下(アパシー)とは意欲・関心の障害で、うつ状態と違い、自分を責めるような言動がなく、不眠は少ない。

### ◇要因

抑うつの原因は多岐にわたる。生活史や孤独、経済的問題・慢性疾患や痛みなど苦痛を伴う疾患を抱えているなど心理・環境因子に加え、脳血管障害や視床下部-下垂体-副腎系の障害など機能的障害、薬剤性などが原因として挙げられる。

意欲低下(アパシー)は前頭葉あるいは前頭葉と密な神経連絡を有している部位などの器質的な変化と慢性的な脳の障害なども原因として考えられている。

### ◇直ちにできるケアと対応

- ・生活リズムを構築する
- ・頻回な声掛け、発話を促す。
- ・意欲低下の場合は自分で自分のことができるように日常生活行動を支援する。
- ・抑うつでは不定愁訴が増えるようならば訴えを傾聴し、愁訴の背景にあるつらさを共感すると同時に落ち着くまで介護時間を増やし、軽減を図る。
- ・意欲低下では様々な活動に参加を促す。絵画や音楽療法が有効なこともある。

### ◇注意点

#### DSTへの依頼を考慮する状態

- ・うつ病か認知機能低下に関連したうつ状態や意欲低下なのか判別が困難
- ・意欲低下によって認知機能低下やBPSDが認められるとき
- ・薬物での効果が乏しい、遷延化が懸念される場合
- ・認知症や精神症状に関する薬剤の整理・調整を行うとき

### 参考文献

- 1) 服部英幸:BPSD 初期対応ガイドライン,2012.
- 2) 鷲見幸彦:はじめての認知症看護,2014.

### Ⅲ 国立長寿医療研究センターでの認知症医療・看護

#### 1. DST(認知症・せん妄)サポートチーム

##### 1) 主なメンバーと役割

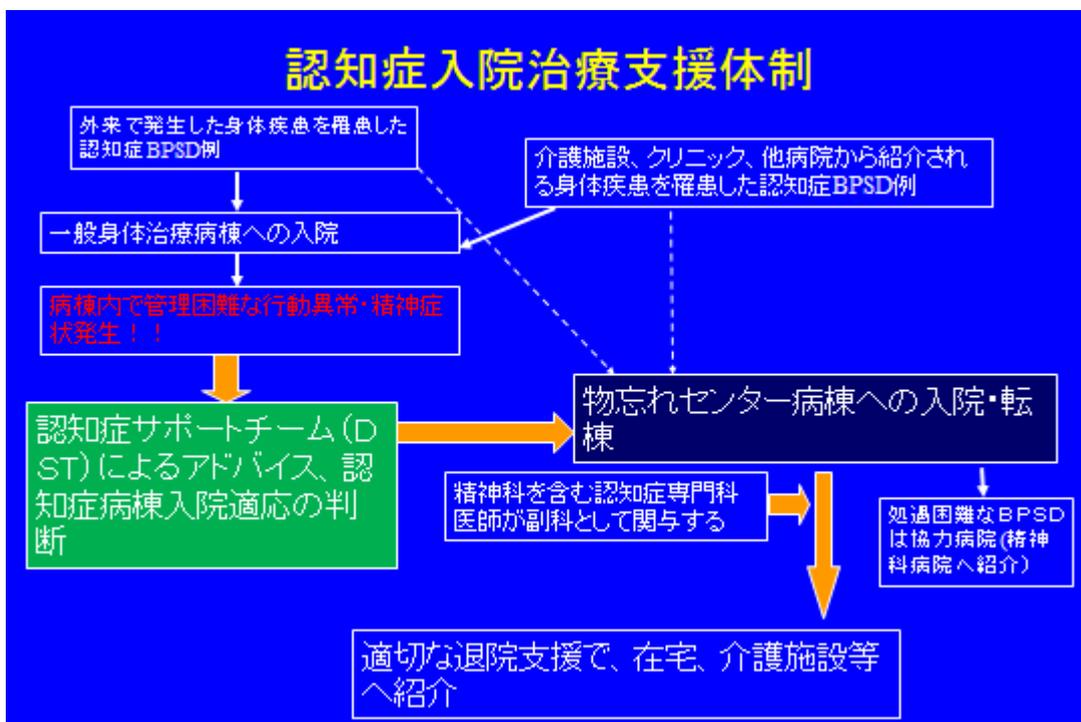
- 医師 認知症専門医(神経内科、精神科)
  - 認知症の診断・治療
  - 薬物療法に関する助言
  - 現在現れている BPSD や症状の医学的診断、今後の経過予測
  
- 看護師(西病棟看護師長、老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師)
  - 相談依頼の窓口
  - 病棟看護師の保有する生活背景や家族背景に関する情報の把握と共有
  - 相談事例の認知機能に応じた対応の要点、ケアの助言
  - 24 時間切れ目のないケア提供方法や環境調整に関する助言
  - 西病棟転棟の調整
  
- 作業療法士
  - 認知機能、運動機能、言語機能など身体諸機能に関するアセスメント及び情報提供
  - 実施中のリハビリテーションに関する情報提供
  - 病棟で実施可能なアクティビティケアや生活の中でのリハビリテーションに関する助言
  
- 薬剤師
  - 服用方法や服用量に関する薬学的アセスメント
  - 現れている症状と薬物療法との関連性に関する助言
  - BPSD の緩和に有用な薬物療法に関する助言
  
- 医療ソーシャルワーカー
  - 入院前の療養場所に関する情報提供
  - 退院後の療養場所に関する情報提供
  - 社会的資源の利用や退院を見据えた調整の要点に関する示唆
  - 経済的状況のアセスメント、利用可能な制度などの情報提供
  
- リンクナース(高齢者看護開発チーム 認知症看護チーム会 看護師)
  - 相談事例の情報整理と情報提供
  - DST ラウンドでの検討内容に関する病棟スタッフへの周知
  - ファイルメーカーからの情報閲覧方法に関する周知

## 2) チームを形成する目的

- 入院中のせん妄、認知症高齢者の BPSD、低活動性のせん妄や抑うつなどに関する、薬物療法及びケアに関する相談助言。
- 認知機能低下が示唆される入院患者の今後の療養生活や精査の必要性について、入院中から検討し、早期治療・ケアを提供する。
- 認知症医療・ケアに関する研修会企画、情報発信。

## 3) DST の活動内容

- 認知症を有する患者、あるいは認知症の疑いのある患者で、入院中対応に苦慮しているケースの相談を受ける。
- 入院中の患者の行動、言動、現在の治療方針、経過、入院前の生活状況、退院後の療養場所などの情報を共有して、認知症を有する人の特性を踏まえ、対応の要点について薬物療法・非薬物療法の両面からディスカッションし、次回ラウンドまでの具体的援助内容や方向性を定める。
- 相談依頼時にチェックされている対応困難な内容について、改善・不変・悪化によって評価する。特に改善の評価が得られた場合は、病棟スタッフとともにその事例の良かった対応の要点について討議し共有する。
- 西病棟への入院適応についての判断も行い、転棟の調整を図る。



## 4) DST の介入によって期待される効果、メリット

- 本来の入院目的、急性期の治療が適切に実施され退院することを目指す。
- 院内スタッフの「認知症・せん妄」に対する認識向上。
- 院内全体の認知症医療・ケアの実践力向上。
- 一般病床と認知症病棟との緊密な連携。

## 5) 運営に関する事項

- 相談依頼時は、各病棟に配布してある「認知症看護お助け要請用紙」に必要事項を記入し、西病棟看護師長もしくは看護部内西病棟のレターケースへ提出。
- 毎週木曜日 10:30～12:00 DST ラウンド
  - ◆ 第1・第3・第5木曜日は中6からラウンドを開始。
  - ◆ 第2・第4木曜日は南1からラウンドを開始。
- 病棟看護師長及びリンクナースやリーダーナースが、病棟ラウンド時に情報提供や評価について報告し、DST メンバーと共にディスカッションを行う。
- 定例ラウンドは、各病棟看護師長にラウンドの進み具合を伝えつつ、全病棟をラウンドする。
- 臨時ラウンドも行っており、臨時相談の連絡は病棟看護師長から西看護師長へ行う。
- DST ラウンド時のコメントは、ファイルメーカーの「認知症専門チーム」内に保存されている。
- リンクナースはラウンド時の検討内容の周知やファイルメーカーからの情報を広める。
- 2011年1月より全病棟ラウンド開始

### 【相談・連絡窓口】

認知症看護認定看護師・・・もの忘れセンター(病棟・外来)もしくは個人 PHS  
老人看護専門看護師・・・個人 PHS

## 2. もの忘れセンター

### ◇ 認知症専門病棟

◆理念 その人らしく豊かに生きることが出来るよう患者様の立場に立ち、患者様の気持ちをくみ取った細やかな看護を提供します。

◆診療科 高齢総合科・精神科・神経内科・脳外科。それ以外にも、治療すべき身体疾患があり、強いBPSDがあるため、一般病棟での対応が困難である患者を受け入れています。また、認知症の精査・診断、レスパイト入院も受け入れています。

非薬物療法にも力を入れています。

月曜日…音楽療法

火曜日…入浴日

水曜日…絵画療法

木曜日…集団リハビリテーション

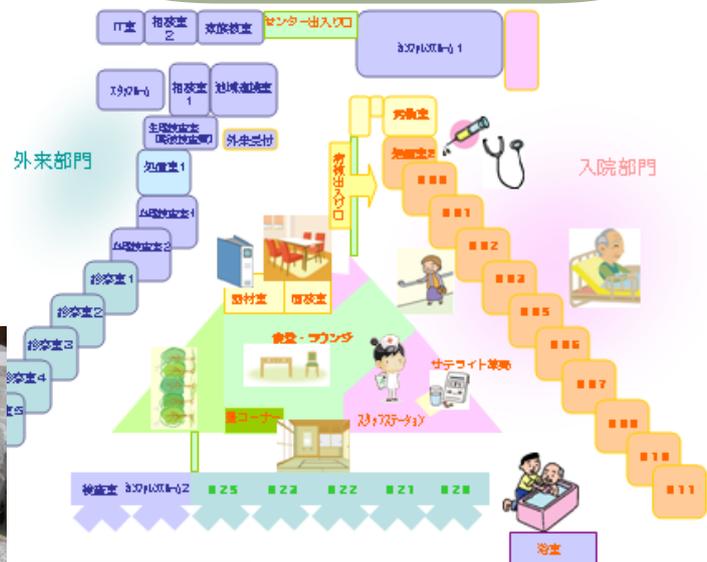
金曜日…入浴日



月曜日 音楽療法



木曜日 集団リハビリテーション



水曜日 絵画療法



### ◇もの忘れ外来

2001年4月に開設され、1診から始まり、2013年からはもの忘れセンター外来部門としてリニューアルされている。完全予約制で、毎日午前・午後に脳神経外科医、神経内科医、精神科医、老年科医、リハビリ科医の医師22名がもの忘れ外来で診察をしている。

物忘れ外来では、研究や治験など様々な取り組みがされている。また、日々の相談のほか、もの忘れ 家族教室などもあり、現在、テキスト・DVD化され、もの忘れ教室は常時DVDを流して

外来受診されたご本人やご家族様に見ていただけるようになっている。

家族教室は、全6回のプログラムで教室を開き、テキスト使用、家族同士で交流をしながら学ぶ場を設けている。

## V 身体拘束について当院の医療安全管理マニュアル基準に準ずる

### 1. 当院の身体拘束基準とDSTの役割

当センターでは2007年11月病院機能評価を受けるにあたり、医師・看護師にて身体拘束ワーキンググループを発足し、身体拘束のあり方について検討を重ね、「身体拘束基準」が作成された。身体拘束のマニュアルは医療安全対策室で管理されるが、要件を満たしているケースかの検証についてはDSTが確認することとなっている。要件を満たさない場合、身体拘束は不可であり、「認知症・せん妄サポートチーム：以下DST」はその周知に努め、身体拘束解除にむけた対策やかかわりを検討する。

### 2. 身体拘束とは

身体拘束とは「患者の隔離(内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ1人だけ入室させることにより該当患者を他の患者から遮断する行動制限をいい、12時間を超えるもの)」「衣類または綿入り帯等を使用して一時的に該当患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう」(昭和63年4月8日 厚生省告示第129号「精神保健及び精神障害者福祉法に関する法律第36条第3項の規程に基づき厚生労働省が定める行動限」とある。身体拘束の実施は、緊急にやむを得ない場合に限り、3原則(切迫性、非代替性、一時性)に基づく厳正な検討を経て、判断を下す必要がある。職員個人で判断してはいけない。

身体拘束に対する当院での方針は「患者の生命の危機と身体的損傷を防ぐために必要最小限に行うもので、患者の人権を尊重し、安全を優先させる場合にのみ実施する。二次的な身体障害や偶発症の発生に十分注意する。身体拘束をしないための対策を積極的に取り入れ、拘束をしない努力を行う。」としている。

「緊急にやむを得ない場合」に該当する3要件(すべて満たすことが必要)

- 切迫性 利用者本人またはほかの利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合
- 非代替性 身体拘束以外に代替する介護方法がないこと
- 一時性 身体拘束は一時的なものであること

### 3. 身体拘束の倫理的問題

臨床現場では、身体拘束を「してはいけない」という原則は分かっているにもかかわらず対象者の安全確保を目的に「せざるを得ない状況」を優先する事例も少なくない。

身体拘束が倫理的問題として考えられているのは、基本的人権や人間の尊厳を守ることを妨げられる行為、自由を奪い、QOLを低下させる行為だからである。他者の判断によって、一人の人間として耐え難い扱いを受ければ、誰もが怒り、抵抗するしかない。行動の意味に基づく配慮や対応が求められる。

各病棟でも看護カンファレンスには度々出る事例であり、「手術前だが、身体拘束が必要になるか迷う。」今は必要ないが今後「身体拘束が本当に必要かどうか」といった、予測される様々な倫理的問題に対し、「認知症」や「せん妄」が関連する場合、DSTは介入する。

身体拘束に対する病棟の悩みも共有し最善の対応を図る。

### 4. 認知症ケア加算のねらい

2016年度には「認知症ケア加算」が開始され、当センターも「認知症ケア加算1」を取得している。身体拘束をしている対象は、加算の減算が定められている。DSTの介入によって身体拘束の継続日数の短縮や実行回避に対する期待がある。

当院の方針にも沿って、身体拘束への対策を行い、患者のQOLを損なわないよう身体拘束をしない医療を目指したい。

参考文献

厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」、身体拘束ゼロの手引き—高齢者ケアに関わるすべての人に、2001年  
日本看護倫理学会 臨床倫理ガイドライン検討委員会 理事長 高田早苗「身体拘束予防ガイドライン」,2015年6月

2. 電子カルテ内の医療安全管理マニュアルから身体拘束基準ページの開き方

①	電子カルテ上のトップページにある「医療安全管理室」をクリック(図参照)
②	「医療事故防止対策マニュアル」をクリック
③	右下の方にある「身体拘束」をクリックすると中身が見られます。
④	フローチャート活用の場合は「身体拘束」の下の各種同意書・フローシートなどをクリック
	*わからないことがあれば医療安全へご確認ください。



資料1 簡易精神機能検査(HDS-R、MMSE)

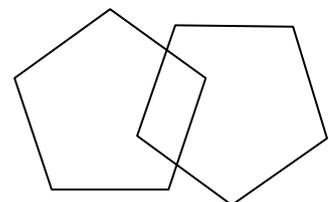
氏名	検査日	平成	年	月	日	曜日	年齢	歳
性別	男	女	教育年数	年	利き手	左	右	検査者

	質問内容	HDS-R	MMSE	評価内容
1	お名前は？ お年はいくつですか？(2年までの誤差は正解)	0 1		自己認知
2	今日は何年の何月何日ですか？  今の季節は何ですか？	年 0 1 月 0 1 日 0 1 曜日 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	時間の見当識
3	私たちが今いるところはどこですか？(自発的に出れば2点、5秒おいて、家ですか？病院ですか？施設ですか？の中から正しい選択をすれば1点)	0 1 2		場所の見当識
4	ここは何病院ですか？ ここは何階ですか？ ここは何県ですか？ ここは何市ですか？ ここは何地方ですか？(例：東海地方)		0 1 0 1 0 1 0 1 0 1	
5	これから言う3つの言葉を言ってみてください。後でまた聞きますのでよく覚えておいてください。(以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく。) 1:a)桜 b)猫 c)電車 2:a)梅 b)犬 c)自動車	0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1	記銘
6	100から順に7を引く(5回まで)。 あるいは「フジノヤマ」を逆唱させる。	(93) 0 1 (86) 0 1 (79) 0 1 (72) 0 1 (65) 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1 0 1	集中・計算
7	私がこれから言う数字を逆から言ってください。 (6-8-2、3-5-2-9を逆に言ってもらう。3桁逆唱に失敗したら、うち切る)	0 1 0 1		記銘
8	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってください。(自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合以下のヒントを与え正解であれば1点) a)植物 b)動物 c)乗り物	a: 012 b: 012 c: 012	0 1 0 1 0 1	再生
9	次の文章を繰り返す。「みんなで、力を合わせて綱を引きます」		0 1	言語機能
10	(3段階の命令) 「大きい方の紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんでください」 「私に返してください」		0 1 0 1 0 1	文の復唱 文字の理解・記憶
11	下に書いてある文章を読んで、その指示に従ってください。		0 1	文字の理解
12	(時計を見せながら) これは何ですか？ (鉛筆を見せながら) これは何ですか？		0 1 0 1	物品呼称
13	これから5つの物品を見せます。それを隠しますので何があったか言ってください。(相互に無関係なもの)	0 1 2 3 4 5		視覚記憶
14	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。 (途中で詰まり、10秒間待ってもでない場合はそこでうち切る。0-5=0点 6=1点 7=2点 8=3点 9=3点 10=5点)		0 1 2 3 4 5	言語機能
15	(何か文章を書いてください。)		0 1	作文能力
16	(次の図形を書いてください)		0 1	構成
合計		／30	／30	

11 目を閉じてください

15 文章→

16 模写



## 資料2 入院時認知症簡易スクリーニング

入院時のスクリーニングテストはできるだけ短時間にでき、認知機能のテストをしている印象をもたれず、しかも感度がそれなりに高いことが必要である。

### 1. お年はおいくつですか

長谷川式テストの最初の質問である。

- 1) 正確に答えることができる。(2年までの誤差は可)
- 2) 年齢を答えることができず誕生日を言おうとする。
- 3) 年齢も誕生日も言うことができない。

### 2-1. 最近テレビや新聞を見ていますか

岩手医大の高橋らが開発した質問 家族等から正解を聴いておこななくても近似記憶の評価が可能であり、単独でも感度が高い。

- 1) 取り繕いがみられるアルツハイマー型認知症では多くの被験者はみていると答える  
そこで引き続き

### 2-2. それでは最近みたテレビや新聞で印象に残っているできごとはなんですか

- 1) 最近の出来事を答えることができる。
- 2) そこまでは詳しく覚えていないなど 最近の出来事を語るができない。

この二つの質問が正解なら次の質問は不要である。

### 3. 今日は何月何日ですか？ 今の季節は春、夏、秋、冬のどのあたりですか？

どちらも答えることができないか、月と季節がくいちがう。

全く思い出せないか、1つだけ思い出せる。

\* 赤字の所見があったときには認知症の疑いとし、HDS-RやMMSEなどのスクリーニングテストを行う。

### 資料3 認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度とは、高齢者の認知症の程度を踏まえた日常生活自立度の程度を表すものである。介護保険制度の要介護認定では認定調査や主治医意見書でこの指標が用いられており、要介護認定における、コンピュータによる一次判定や介護認定審査会における審査判定の際の参考として利用されている。その記入に当たっては以下の判断基準を用いている。

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
IIa	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等	
IIb	家庭内でも上記IIの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ	
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、又は特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランクI～IVと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

(平成18年4月3日 老発第0403003号「「痴呆性老人の生活自立度判定基準」の活用について」の一部改正について)

参考 HP

公益財団法人長寿科学振興財団, 健康長寿ネット,

<http://www.tvoivu.or.jp/hp/page000000900/hpg000000822.htm>

#### 資料4 日本語版ニーチャム混乱・錯乱スケール

##### ○ニーチャムスケールにおいて観察するカテゴリー・項目

認知機能・情報処理機能、行動、生理学的コントロールの3つのカテゴリーについて、それぞれ3つずつ、観察や測定に基づいて点数を付ける(表1)。

スケールは、1日2～3回評価し、経過表にスコアを記入しておく。観察した内容が、何点に相当するのか迷う場合には、各点数の低いレベルのほうに得点を付ける。ケア実施後の整った状況で評価するのではなく、ケア実施前や実施中に観察した内容で得点を付ける。

スコアは0～30点で、点数別に4段階の評価に分かれる(表2)。19点以下は中等度、重度の混乱・錯乱状態、20～24点は軽度または発生初期の混乱錯乱状態、25～26点は混乱・錯乱していないがその危険性が高い状態、27点以上は正常な機能の状態と評価し、評価内容に応じて具体的なケア方法を立案し実施し、スコアを付けて継続して支援していく。

表1 観察カテゴリーと観察項目

認知・情報処理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 注意力</li> <li>・ 指示反応性</li> <li>・ 見当識</li> </ul>
行動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外観</li> <li>・ 動作</li> <li>・ 話し方</li> </ul>
生理学的コントロール	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ バイタルサインの安定性</li> <li>・ 酸素飽和度の安定性</li> <li>・ 排尿のコントロール</li> </ul>

表2 得点と評価

点数	示唆
0～19点	中程度～重度の混乱・錯乱状態
20～24点	軽度または発生初期の混乱・錯乱状態
25～26点	「混乱・錯乱していない」がその危険性が高い
27～30点	「混乱・錯乱していない」、正常な機能の状態

The Japanese version of the NEECHAM Confusion Scale.  
Copyright 1998, Watanuki, S., et al.  
(Translation authorized by Virginia J. Neelon, copyright 1985 / 1989)  
協力/日本ユニ・エージェンシー

■患者氏名/ID: \_\_\_\_\_  
■日付: \_\_\_\_\_  
■時刻: \_\_\_\_\_  
■評価者: \_\_\_\_\_

サブスケール1 認知・情報処理 (注意力・覚醒状態・反応性)	4	注意力・覚醒が完全である	名前を呼んだり体に触れたりするとすぐに適切な反応がある—例えば視線や顔を向ける。周囲の状況を十分認識する、周囲のできごとに適切な関心をもつ。
	3	注意力・覚醒が散漫または過敏・過剰	呼びかけ、体の接触、周囲のできごとに対する注意の持続が短い、または過覚醒で周囲の合図や物に対し注意過敏になる。
	2	注意力・覚醒が変動するまたは適切でない	反応が遅く、視線を向けさせ注意を維持するためには繰り返し呼びかけたり体に触ったりする必要がある。物や刺激を認知できるが、刺激の合図に眠り込むことがある。
	1	注意・覚醒が困難である	物音や体に触れることで眼を開く。怖がる様子を示すことがあり、ナースとのコンタクト(コミュニケーションや非言語的なやりとり・身体接触を含む)に注意を向けたり認知したりすることができない、または引きこもり行動や攻撃的な行動を示すことがある。
	0	意識覚醒・反応性が低下している	刺激に対して眼を開けることも開けないこともある。刺激を繰り返すとごくわずかな意識覚醒を示すことがある。ナースとのコンタクトを認知できない。
認知・情報処理 (認知・理解・行動)	5	複雑な指示に従うことができる	「ナースコールのボタンを押してください」(対象となるナースコールのボタンを探し、それを認知し、指示を実行する)
	4	複雑な指示にゆっくりと反応する	複雑な指示に従う(または指示を完了する)ためには、促したり指示を繰り返したりする必要がある。複雑な指示を「ゆっくり」と、または過剰な注意を払いながら実行する。
	3	簡単な指示に従うことができる	「〇〇さん、手(または足)を挙げてください」(手か足の一方のみを指示する)
	2	簡単な口頭指示に従うことができない	体に触られたり視覚的な合図に促されて指示に従う—例えば口のそばにコップを持っていくと水を飲むという動作はとれる。ナースがコンタクトをとったり、安心させたり手を握ったりすると、落ち着いた表情・反応を示す。
	1	視覚的な指示に従うことができない	呆然とした表情やおびえた表情の反応があるか、あるいはまた刺激に対して引きこもる反応や反抗的な反応を示し、行動が過剰または過少・不活発な状態。ナースが軽く手を握っても反応しない。
	0	行動が過少・不活発で傾眠状態	周囲の環境の刺激に対しほとんど運動・反応を示さない。
	0	時間・場所・人の見当識がある	思考過程や会話・質問の内容が適切。短期記憶がしっかりしている。
認知・情報処理 (見当識、短期記憶、思考・会話の内容)	4	人と場所の見当識がある	記憶・想起障害はほとんどなく、会話や質問の内容、質問に対する答えはおおよそ適切である。同じ質問や会話の繰り返しが多いことがあり、コンタクトを継続するには促しが必要である。依頼されたことにはおおむね協力的である。
	3	見当識が変動する	自己の見当識は保たれ家族を認識できるが、時間と場所の見当識は変動する。視覚的な手がかりを用いて見当識を保つ。思考・記憶が障害されていることが多く、幻覚(実在していないものを実在しているかのように知覚する)や錯覚(実際の感覚刺激を違うものに知覚する)がみられることもある。要求されたことには受け身的に協力する(協力的にふるまう自己防衛行動)。
	2	(時間や場所の)失見当識があり記憶・想起が困難である	自己の見当識は保たれ家族を認識できる。ナースの行動に関して質問したり、要求されたことや処置を拒否したりすることがある(反抗的にふるまう自己防衛行動)。会話の内容や思考が乱れている。幻覚や錯覚がみられることが多い。
	1	(人や物に関する)失見当識状態で認知が困難である	親しい人や、身近な家族・物の認識ができるときと、できないときがある。話し方や声の不適切。
	0	刺激に対する認知・情報処理能力が低下している	言語刺激に対しほとんど反応を示さない。
	0	刺激に対する認知・情報処理能力が低下している	言語刺激に対しほとんど反応を示さない。
サブスケール2 行動・外観	2	きちんとした姿勢を保ち、外観が整い清潔さがある	ガウンや服の着方が適切で、外観がきちんとしていて清潔である。ベッドや椅子での姿勢が正常である。
	1	姿勢または外観のどちらかが乱れている	着衣やベッド、外観がいくぶんだらしがない、またはきちんとした姿勢や体位を保つ能力がいくぶんか失われている。
	0	姿勢と外観の両方が異常である	だらしがなく、不潔で、ベッドの中できちんとした姿勢でいることができない。

サブスケール2 行動	行動・動作	4	行動が正常である	身体の動き、協調運動、活動が適切であり、ベッドの中で静かに休むことができる。手の動きが正常である。	
		3	行動が遅い または過剰である	(もっと行動があってもよいはずなのに)あまりにも静かすぎる、自発的な動きがほとんどない(手や腕を胸の前で組んでいるか体の脇に置いている)、または過剰な動き(行ったり来たり、起きたり寝たりと落ち着かない、またはびっくりしたような過剰な反応)が見られる。手の振戦がみられることがある。	
		2	動作が乱れている	落ち着きがない、または速い動作が見られる。異常な手の動き—例えばベッドにある物やベッドカバーをつまむなど—が見られる。目的にかなった動作をするためには介助を要することがある。	
		1	不適切で不穏な動作がある	管を引っ張ったりベッド柵を乗り越えようとするなど、不適切な(一見目的のないようにみえる)行動が頻繁にみられる。	
		0	動作が低下している	刺激のないときは動作が限られている。抵抗的な動作がみられる。	
	行動・話し方	4	話し方が適切である	会話が可能で、会話を開始し持続することができる。診断上の疾患を考慮に入れると話し方は正常である。声のトーン(調子)は正常である。	
		3	いまひとつ適切な話し方ができない	言語刺激に対し、簡潔で単純な反応しか示さない。診断上の疾患を考慮に入れると話し方は明瞭であるが、声のトーンが異常であったり、話し方が遅かったりすることがある。	
		2	話し方が不適切・不明瞭である	独り言を言ったり意味不明なことを話すことがある。診断上の疾患を考慮に入れても話し方は不明瞭である。	
		1	話し方や声が乱れている	声やトーンが変調している。ぶつぶつ言ったり、叫んだり、ののしったり、または(例えば、痛みや要求があるはずなのに)不適切なほど沈黙している。	
		0	異常な声である	うなっているか、それ以外の異常な声を発する。話し方は不明瞭である。	
サブスケール3 生理学的コントロール	生理学的測定値	■実際の記録値		正常値	■一定時間の無呼吸や徐呼吸があるか (1分間の観察中に15秒以上あり、しかもそれが1回以上観察される) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  ■酸素療法への指示があるか <input type="checkbox"/> 指示なし <input type="checkbox"/> 指示はあるが現在は酸素を投与していない <input type="checkbox"/> 指示があり現在も酸素を投与している
		体温	(36-37℃)		
		収縮期血圧	(100-160)		
		拡張期血圧	(50-90)		
		心拍数	(60-100)		
		整/不整(どちらかに丸をする)			
		呼吸数 (1分間完全に数える)	(14-22)		
	酸素飽和度	(93以上)			
	生命機能の安定性	※ <input type="checkbox"/> 収縮期血圧と <input type="checkbox"/> 拡張期血圧の両方、またはどちらかが異常であればそれを1として数える。 ※ <input type="checkbox"/> 心拍数の異常と <input type="checkbox"/> 不整脈の両方、またはどちらかが認められれば1として数える。 ※ <input type="checkbox"/> 無呼吸と <input type="checkbox"/> 呼吸の異常の両方、またはどちらかが認められれば1として数える。 ※ <input type="checkbox"/> 体温の異常は1として数える。			
		2	血圧、心拍数、体温、呼吸数が正常値の範囲内でしかも整脈である。		
1		上記※のうちどれか1つが正常値を外れている。			
酸素飽和度の安定性	2	酸素飽和度が正常値の範囲内(93以上)であり、しかも酸素の投与を受けていない。			
	1	酸素飽和度が90から92の間であるか、または90以上でも酸素の投与を受けている。			
	0	酸素投与の有無にかかわらず、酸素飽和度が90未満である。			
排尿機能のコントロール	2	膀胱のコントロール機能を維持している。			
	1	最近24時間以内に尿失禁があったか、またはコンドーム型排尿カテーテルを装着している。			
	0	現在尿失禁状態であるか、留置カテーテルを用いているか間欠的滲尿をしている、または無尿状態である。			

- サブスケール1の点数：認知・情報処理 (0～14点) \_\_\_\_\_
- サブスケール2の点数：行動 (0～10点) \_\_\_\_\_
- サブスケール3の点数：総合的な生理学的コントロール (0～6点) \_\_\_\_\_
- 日本語版ニーチャム混乱・錯乱状態スケールの合計点 (0～30点) \_\_\_\_\_

■合計点	■示唆
0～19点	中程度～重度の混乱・錯乱状態
20～24点	軽度または発生初期の混乱・錯乱状態
25～26点	「混乱・錯乱していない」がその危険性が高い
27～30点	「混乱・錯乱していない」、正常な機能の状態

綿貫成明、酒井郁子、竹内登美子 (2008), せん妄のアセスメントツール①, 一瀬邦弘、太田喜久子ら監修, せん妄すぐに見つけてすぐに対応!, 26-39, 照林社, 東京 より引用

## 資料5 せん妄予防チェックリスト

手術前に、本人や家族からの情報や検査結果をチェックする。

主疾患、合併精神神経疾患、合併身体疾患、感覚障害、認知症、既往歴、使用薬物、年齢の8つのカテゴリについて、該当項目があれば、チェックを付け、合計点を算出する。

総合点数 10 点以上で、術前よりせん妄に対する予防的介入を行う。

### 高齢者のせん妄予防チェックリスト(看護師用)

患者家族からの情報および検査結果により以下の項目についてチェックしてください

#### 1. 主疾患

#### 2. 合併精神神経疾患

- 脳血管障害・パーキンソン病・うつ病・統合失調症
- 1項目各5点

#### 3. 合併身体疾患(該当項目に○をつける)

- 循環器疾患(高血圧、心不全、末梢循環不全)
- 呼吸器疾患(肺炎、COPD、肺がん)
- 代謝内分泌疾患(糖尿病、甲状腺機能異常)
- 腎不全
- 肝機能異常(GOT, GPT, ALPのどれかが50%以上の高値)
- 貧血(ヘモグロビン10g/dl以下)
- 低栄養(アルブミン3g/dl以下)
- 脱水

○のかず( )個  
点 1個1

#### 4. 感覚障害

- 日常生活に支障が出るほどの視覚障害・聴覚障害のいずれかあるいは両方 5点

- 5. 認知症 入院前に今日の日付が判らないほどの認知症の症状があった 10点

#### 6. 既往歴

- 以前、入院中に興奮・多動があらわれたことがある。 10点

#### 7. 使用薬物

- 抗パーキンソン剤
- 向精神薬
- 降圧薬 1個1点

#### 8. 年齢

- 80歳以上 該当すれば1点

**総合点数 10点以上で術前より予防的介入をおこなう。**

資料6 CMAI(コーエンマンズフィールド)

ID 氏名		なし	1週間に1回未満	1週間に1ないし2回	1週間に数回以上	1日に1ないし2回	1日に数回以上	1時間に数回以上
攻撃的行動	つばを吐く	1	2	3	4	5	6	7
	悪態をつく・攻撃的発言	1	2	3	4	5	6	7
	たたく(自分をたたく場合も含む)	1	2	3	4	5	6	7
	ける	1	2	3	4	5	6	7
	人や物につかみかかる	1	2	3	4	5	6	7
	押す	1	2	3	4	5	6	7
	奇声を発する	1	2	3	4	5	6	7
	叫ぶ	1	2	3	4	5	6	7
	噛み付く	1	2	3	4	5	6	7
	ひっかく	1	2	3	4	5	6	7
	ものを引き裂く・壊す	1	2	3	4	5	6	7
	合計	点/77						
	非攻撃的行動	あてもなくウロウロする	1	2	3	4	5	6
不適切な着衣・脱衣		1	2	3	4	5	6	7
常に不当に注意を引いたり、助けを求める		1	2	3	4	5	6	7
同じ言葉を繰り返す・ひっきりなしに質問する		1	2	3	4	5	6	7
別な場所へ行こうとする		1	2	3	4	5	6	7
不平不満を言う		1	2	3	4	5	6	7
反抗的言動		1	2	3	4	5	6	7
物を不適切に取り扱う		1	2	3	4	5	6	7
物を隠す		1	2	3	4	5	6	7
何度も同じ行為を繰り返す		1	2	3	4	5	6	7
落ち着きのなさ		1	2	3	4	5	6	7
合計	点/77							
合計	点/154							

評価日		評価者	
-----	--	-----	--

## 資料7 認知症看護経過記録用紙記載要領

### 1：用紙の利用法

- ① 1日1枚の記録用紙とし、状態の経過を追って把握できるようにする。
- ② 睡眠状態と睡眠に影響された行動のアセスメントを行う
- ③ 排泄行動の状態・間隔から排泄障害へのアセスメントを行う
- ④ 内服の服用時間と、睡眠・精神状態から睡眠・休息のアセスメントを行う
- ⑤ 患者個々の行動を把握し、認知症の症状のアセスメントを行う
- ⑥ 看護の介入や、ケアの関わりなどが患者にどのような影響を与えているかを分析する。
- ⑦ 看護問題に合わせてサマリーの部分でどのような関わりを行い、どのくらい影響されたかをアセスメントし、分析することで統一した看護の介入へ役立てる。

### 2：記載方法

- ① 一日 B4 用紙一面一枚の記録とする。
- ② 一時間毎の枠組みとし、各項目に合わせて記載する。
- ③ 1～9 時、9～17 時、17～1 時、間の枠組みの中で各勤務帯の担当看護師が記載する。
- ④ **vs**：各勤務帯のバタフライの記載（フローシートは使用しない）
- ⑤ **Bs**：血糖測定をしている場合、測定時間の枠に記載する。（インシュリン処置の場合内容を記載する）
- ⑥ **食事**：（ ）に食事内容を記載し、各勤務帯の枠に食事量を記載する。
- ⑦ **尿**：排尿を確認した時間枠の中に排尿時間（分）を記載する。失禁していた場合は排尿時間（分）を○で囲む。ex；15:30に失禁していた場合…15時の枠に⊙と記載する。
- ⑧ **便/便処置**：**尿**同様、時間枠に排便時間を記載する。便の性状・量も記載する。（排便量について拳大を1.0とし、記載する）排便処置をした場合内容を記載する。
- ⑨ **内服**：服用時間を時間枠に記載する。
- ⑩ **睡眠**：浅眠状態＝ 熟睡状態＝
- ⑪ **認知症症状**：認知症症状チェック表を参考に症状を記載し有症状の場合時間枠の中に＋で記載する。
- ⑫ **ケア、処置、関わり**：実施されているケア・処置・関わった内容を記載し時間枠の中に＋で記載する。
- ⑬ **サマリー**：#に対して看護計画に沿って看護記録を記載する。  
Ex：どのような対応をし、それに対して反応はどうだったか？など
- ⑭ 身体症状の悪化、経過記録が必要な場合などは、経過記録用紙を使用し、経過を追って事柄を記載する。（認知症患者記録用紙には別紙参照と記載する）

平成 年 月 日 ( )

氏名( ) 様 )

時間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
vs(時間)	( )T P BP Spo2				( )T P BP Spo2				( )T P BP Spo2				( )T P BP Spo2											
BS																								
食事( )																								
in( ml/日)																								
尿( ml/日)																								
便(便処置)																								
便の性状・量																								
内服(服用時間)																								
睡眠																								
認知症症状																								
ケア・処置・関わり	MC(義歯確認)																							
	ヒッププロテクター																							
	離床センサー																							
	排泄介助																							
	陰部洗浄																							
その他																								
サマリー																								
	サイン ( )								サイン ( )								サイン ( )							

認知症・せん妄サポートチームマニュアル作成  
2017年1月5日

著者一覧

鷲見 幸彦 副院長  
服部 英幸 精神診療部長  
大西 瑞穂 薬剤師  
久保川 直美 薬剤師  
植田 郁恵 作業療法士  
高見 雅代 精神保健福祉士  
高道 香織 老人看護専門看護師 看護師長  
水野 伸枝 認知症専門病棟看護師長  
佐々木 千佳子 認知症看護認定看護師 副看護師長  
藤崎 あかり 認知症看護認定看護師  
竹内 さやか 認知症看護認定看護師  
萩原 淳子 認知症看護認定看護師

引用の際は「認知症・せん妄サポートチームマニュアル」  
の記載をお願いいたします。商用利用は禁止いたします。  
Copyright ©2017 NCGG. All Rights Reserved.