

認知症・せん妄ケアマニュアル 第2版

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
認知症・せん妄サポートチーム (D²ST), 身体拘束最小化チーム

2017年1月5日 初版

2025年4月1日 第2版

はじめに

超高齢社会における認知症の増加は、医療・介護分野において大きな課題となっています。2025年には、65歳以上の5人に1人が認知症になると予測されており、認知症ケアの重要性があらためて問われています。この背景を踏まえ、当院では2011年より認知症・せん妄サポートチームを立ち上げ、様々な原因によって入院した認知症患者やその家族の支援のために、非薬物的ケア、薬物の適切な使用、退院後の生活支援などに関する医療スタッフへのサポートを行ってきました。

認知症・せん妄サポートチームは、多職種から構成されるチーム医療を基盤としており、医師、看護師、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士などが連携し、それぞれの専門性を活かして支援を行います。チームによる支援により、入院患者の診断から介護までの一貫したサポートを可能にすることで、退院後も患者とその家族が地域で安心して生活できる環境づくりにも貢献できます。

本マニュアルは、認知症・せん妄サポートチームがこれまでの経験と活動に基づき、必要な知識や手順をまとめたものです。認知症に関わる医療関係者が、患者中心のケアを実現するための道標として活用していただくことを目的としています。私たちは、認知症患者が尊厳を持って生活を送ることができる社会の実現において、本マニュアルがその一助となり、より良い認知症ケアの実現に寄与することを願っています。

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
認知症・せん妄サポートチーム (D²ST), 身体拘束最小化チーム
安野史彦

目次

I. 認知症の基礎知識.....	6
1. 認知症の定義と分類.....	6
1) 定義.....	6
2) 診断基準.....	6
3) 認知症と生理的加齢のもの忘れの違い.....	6
4) 軽度認知障害.....	7
5) 原因疾患.....	7
6) 主な四病型.....	8
7) 経過・予後.....	8
2. 認知症の診断.....	8
1) 診断の流れ.....	8
2) 画像診断.....	9
3. 認知症の代表的なスクリーニング検査.....	10
1) 目的.....	10
2) 神経心理学的検査を実施する際の留意点.....	10
3) 認知機能の評価.....	10
4. 認知症の症状.....	16
1) 認知機能障害.....	16
2) 行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD)	18
5. 認知症の治療.....	19
1) 非薬物療法.....	20
2) 薬物療法.....	21
3) 向精神薬を投与する際の注意事項.....	25
II. 認知症の看護.....	29
1. 認知症看護の基本.....	29
1) 認知症看護の基本について.....	29
2) 入院することの影響.....	29
2. コミュニケーション.....	30
1) コミュニケーションとは.....	30
2) 主なコミュニケーション方法.....	30
3) 注意する言葉.....	31
3. 環境調整.....	32
1) 環境調整について.....	32

2) 基本的な環境調整.....	32
3) なじみの環境調整.....	33
4. 意思決定支援について.....	33
5. 家族支援.....	34
1) 家族介護の現状.....	34
2) 家族支援のアセスメント.....	35
3) 家族に対する支援.....	35
III. せん妄の基礎知識.....	36
1. せん妄とは.....	36
2. せん妄の診断, 評価.....	37
3. せん妄の治療.....	38
1) 薬物療法.....	39
2) 薬物療法の終了.....	42
IV. せん妄の看護.....	44
1. せん妄の予防.....	44
2. せん妄発症時のケア.....	46
3. せん妄ハイリスク患者ケア加算.....	47
V. 認知症患者の退院支援.....	52
1. 相談窓口.....	52
2. 社会資源.....	52
1) 介護保険制度.....	52
2) 障害者福祉制度.....	55
3) 難病医療制度.....	55
4) 日常生活自立支援事業.....	55
5) 成年後見制度.....	56
3. 院外のお機関との連携.....	56
1) 医療機関.....	56
2) 支援機関.....	56
VI. 認知症・せん妄サポートチーム (Dementia & Delirium Support Team : D ² ST)	58
1. 主なメンバーと役割.....	58
2. チームを形成する目的.....	59
3. D ² ST の活動内容.....	59
4. D ² ST の介入によって期待される効果, メリット.....	60
5. D ² ST 依頼の流れ.....	60
6. D ² ST ラウンドについて.....	61
7. D ² ST カンファレンス.....	61

8. 認知症ケア加算.....	62
-----------------	----

Ⅰ. 認知症の基礎知識

1. 認知症の定義と分類

1) 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。

2) 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

3) 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	支障が著しく, 支援を要する
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

4) 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

5) 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、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出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 等
脳血管障害	脳梗塞, 脳出血, 脳動脈奇形, モヤモヤ病 等
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 等
頭蓋内病変	正常圧水頭症, 慢性硬膜下血腫, 脳腫瘍 等 *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) 等
臓器不全	腎不全, 肝不全, 慢性心不全, 慢性呼吸不全 等
ビタミン欠乏症	ビタミン B1・B12, 葉酸, ナイアシン欠乏症 等
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 等), 金属 (鉛, 有機水銀 等), 一酸化炭素中毒 等

6) 主な四病型

病型	主な症状
アルツハイマー型 認知症 (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 等). 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 等. 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 等. 視覚認知・視覚構成障害が強い.
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 等. 失語症から始まる病型もある.

7) 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

1) 診断の流れ

認知症の診断に必要な要素は, 図 1 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得ている. ここまでの情報で仮の診断をした後, 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.

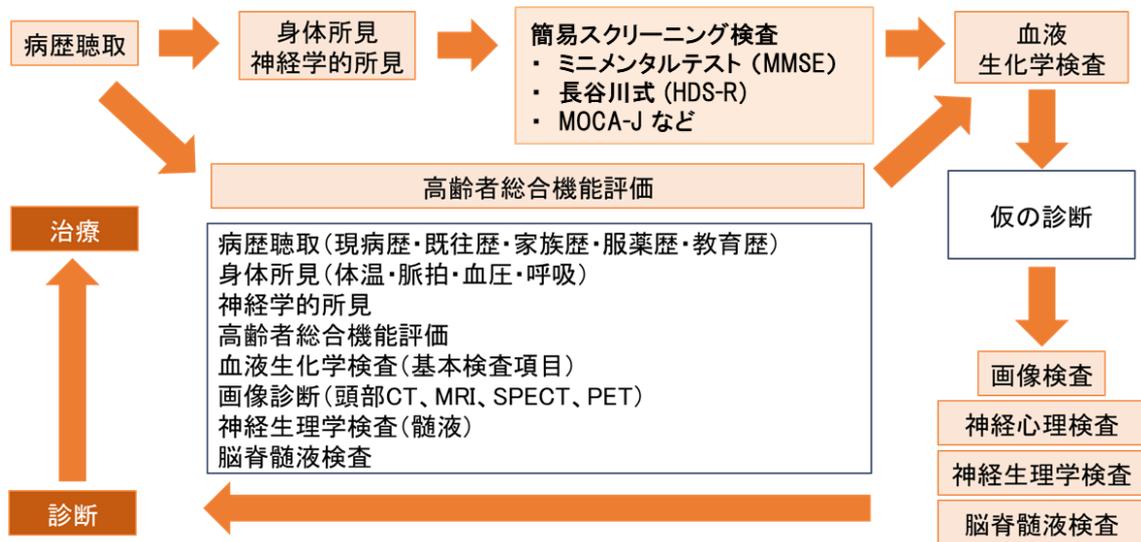


図1 診断の流れ

2) 画像診断

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り、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。新しい脳梗塞や微小出血の検出でも有用である。
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の情報を得ることで認知症の鑑別診断に有用である。
DAT スキャン
線条体でのドーパミン取り込み能を調べる検査。DLBの診断に極めて有用。
MIBG 心筋シンチ
心臓の交感神経終末の機能を調べる検査。DLBの診断に極めて有用。
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。ADにおいては血流低下よりも糖代謝低下のほうが強いため、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。

3. 認知症の代表的なスクリーニング検査

(認知症患者のスクリーニング検査の目的と留意点)

1) 目的

認知症患者の評価の目的は、欠損症状を捉えることではなく、保たれている機能や補うべき機能を捉え、介入やケアにつなげることである。神経心理学的検査の結果から気分や心理学的症候を捉え、身体機能の評価からは転倒のリスクを把握し、適切なケアに繋げる。また、行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) の評価から出現頻度や状況を確認し、症状を緩和する環境調整を行う。認知症は進行性の疾患であり、症状は経時的に変化する。定期的な評価を行い、症状の進行の程度や治療効果などを確認することが必要である。

2) 神経心理学的検査を実施する際の留意点

- ・落ち着いた環境で評価を行う。
- ・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。
- ・被験者の視力、聴力などの感覚器官に配慮する。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・評価の方法、手技をよく理解した上で行なう。

3) 認知機能の評価

(1) MMSE-J (Mini Mental stat Examination-Japanese) ^{4,5)}

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頻用されている。時と場所に関する見当識、記銘、注意と計算、再生、呼称、復唱、理解、読字、描画の 11 項目のカテゴリーからなる。スクリーニングとして用いた場合は、総得点が 23 点以下で認知症の目安となる。

(2) 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) ⁶⁻⁹⁾

HDS-R は、認知症の早期発見を目指したスクリーニング検査として作成された。特にアルツハイマー型認知症の早期発見を主眼としており、記憶を中心とした大まかな認知機能の障害の有無を捉えることを目的としている。動作性を含まない 9 問 (自己見当識、時の見当識、場所の見当識、短期記憶、計算能力と短期記憶、ワーキングメモリー、近時

記憶、短期記憶／視覚記銘力、言葉の流暢性) からなる検査であり、運動障害を有する人へも試行することができる。所要時間は 5 分から 10 分程度である。最高得点は 30 点であり、20 点以下を認知症、21 点以上を非認知症とした場合に、最も高い弁別性を示す。

(3) MOCA-J (Montreal Cognitive Assessment-Japanese) ¹⁰⁾

MoCA-J は、MMSE や HDS-R と同様に認知機能のスクリーニングツールであり多領域の認知機能（視空間、遂行、注意、記憶、言語、見当識）について 10 分程度の短時間で評価することができるが、特に MCI の検出を意図して開発されていることが特徴である。合計で 30 点満点であり、日本語版では 26 点以上が健常範囲と考えられる。

改訂長谷川式簡易知能評価 (HDS-R)

1	お歳はいくつですか？ (2年までの誤差は正解)		0 1
2	今日は何年何月何日ですか？ 何曜日ですか？ (年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ)	年	0 1
		月	0 1
		日	0 1
		曜日	0 1
3	私たちがいまいるところはどこですか？ (自発的にできれば2点、5秒おいて家ですか？病院ですか？施設ですか？のなかから正しい選択をすれば1点)		0 1 2
4	これから言う3つの言葉を言ってみてください。あと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
5	100から7を順番に引いてください。 (100-7は？、それからまた7を引くと？と質問する。最初の答えが不正解の場合、打ち切る)	(93)	0 1
		(86)	0 1
6	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、打ち切る)	2-8-6	0 1
		9-2-5-3	0 1
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。 (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: 0 1 2 b: 0 1 2 c: 0 1 2
8	これから5つの品物を見せます。それを隠しますのでなにかがあったか言ってください。(時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの)		0 1 2 3 4 5
9	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。 (答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まり、約10秒間待っても出ない場合にはそこで打ち切る) 0~5=0点, 6=1点, 7=2点, 8=3点, 9=4点, 10=5点		0 1 2 3 4 5
合計得点			

(出典: 加藤伸司, 他. 老年精神医学雑誌. 1991; 2(11): 1339-1347. より
http://mol.medicalonline.jp/library/journal/download?GoodsID=aj2rsizd/1991/000211/009&n_ame=1339-1347j&UserID=133.1.67.184)

<参考：その他の評価>

(1) 身体機能評価

認知症患者の転倒リスクは健常者の8倍、骨折のリスクは3倍と報告されている。骨折などによる入院をきっかけに認知機能の低下が顕著化することもあるため、身体機能やバランス能力を把握し、ケアにあたることが大切である。

①Short Physical Performance Battery (SPPB)¹²⁾

4M 歩行, 5 回椅子立ち上がりテスト, 継ぎ足立位時間の3種類で構成されており, それぞれ0~4点で採点される(満点12点)。

②Standing test for Imbalance and Disequilibrium (SIDE)¹³⁻¹⁵⁾

静的立位バランス保持能力を開脚立位, 閉脚立位, つぎ足立位, 片脚立位の順に行い, 可能な動作と不可能な動作によって, 低い能力から順に Level 0, 1, 2a, 2b, 3, 4 の6つのLevelに分ける判別的立位バランス保持能力テストである。

(2) 日常生活活動の評価

認知症患者は, 明らかな運動障害がなくても認知機能の障害によって日常生活活動(Activities of Daily Living: ADL)に支障をきたすことがある。日常生活活動の評価を行い, 生活での問題点を把握し, ケアに活かすことが大切である。評価には, 「できるADL」を評価するBarthel Index (BI) や「しているADL」を評価する機能的自立度評価法(FIM)などがある。

(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判定基準は, 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り, 介護の必要度を保健師や看護師, 社会福祉士, 介護支援専門員などが客観的かつ短時間に判定することを目的として作成された。

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断に当たっての留意事項及び提供されるサービスの例
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、日中の居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。
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理等それまでにできたことにミスが目立つ等	
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応等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為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」とはどれ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。
III a	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	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、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。
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a と同じ	
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 と同じ	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居宅サービスを利用しながら在宅サービスを続けるか、また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周辺症状が継続する状態等	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病棟を有する老人保健施設等での治療が必要になったり、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。

厚生労働省「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について
(最終閲覧日：2023年6月15日)

<参考文献>

1. 大沢愛子（編集）．軽度認知障害者と認知症の人および家族・介護者のためのリハビリテーションマニュアル 2022 年版．東京．2022．
2. 大塚俊男, 他(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．2005; p15-19．
3. 大塚俊男, 他(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．2005; p35-38．
4. Folstein MF, et al. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975 Nov; 12(3): 189-98.
5. 杉下守弘. MMSE-J のカットオフ値. MMSE-J(精神状態短時間検査ー日本語版)テクニカルレポート#3. 日本文化科学社. 東京. 2018.
6. 長谷川和夫, 他. 老人の痴呆診査スケールの一検討. 精神医学. 1974; 16(11): 965-969.
7. 加藤伸司, 他. 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) の作成. 老年精神医学雑誌. 1991; 2(11): 1339-1347.
8. 加藤伸司, 他. 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) の作成(補遺). 老年社会科学. 1992; 14: Suppl. 91-99.
9. 加藤伸司, 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の理解と活用. 老年臨床心理学研究. 2023; 4(0): 47-55.
10. 鈴木宏幸, 藤原佳典. Montreal Cognitive Assessment(MoCA)の日本語版作成とその有効性について. 老年精神医学雑誌. 2010; 21(2): 198-202.
11. Allan LM, et al. Incidence and prediction of falls in dementia: a prospective study in older people. PLoS One. 2009;4(5):e5521.
12. Guralnik JM, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. J Gerontol. 1994 Mar; 49(2): M85-94.
13. 近藤和泉, 他. 立位バランスの判別的尺度 (Standing test for imbalance and disequilibrium: SIDE)の検者間信頼性の検討. リハ医学. 2004; 41(7): 483.
14. Teranishi T, et al. A discriminative measure for static postural control ability to prevent in-hospital falls: Reliability and validity of the Standing Test for Imbalance and Disequilibrium(SIDE). Jpn J Compr Rehabil Sci. 2010; (1). 11-16.
15. 寺西利生. 病棟における転倒予防: バランス評価尺度 Standing test for Imbalance and Disequilibrium(SIDE)とその運用. 日本転倒予防学会誌. 2017; 4(1): 5-10.

4. 認知症の症状

認知症の症状は、認知機能障害と BPSD に大別される。

1) 認知機能障害

認知機能障害は、記憶障害、見当識障害、判断力の障害、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、大脳皮質の障害や脳内ネットワークの障害によって生じる。認知症の病型により、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、特徴的な認知機能障害を呈する。

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

(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

- ・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）。
- ・長期記憶：短期記憶より保持する時間が長い記憶。
アルツハイマー型認知症では近時記憶から障害される。
 - ・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。

② 記憶の質による分類

- ・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記憶。
 - ・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。
 - ・意味記憶：単語、数字、概念、事実など学習してえた知識。
- ・非陳述記憶：手続き記憶（反復によって体が覚えている記憶）。
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・理解することへの障害。例えば、「今日何日なのか、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」などが認知できない状態である。認知症では、時間・場所・人物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、脳の器質的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の障害。記憶障害、失語、失行、失認などが複合的に関与し、行動の開始・維持・中止が困難になる。認知症早期から出現し、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しきれず、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言い、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巣症状としての失語を呈することは稀であり、以下の4病型が主に出現する（文献4から引用）。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、認知機能検査の結果が目立って低下することに注意が必要である。

失語の種類	特徴
健忘失語	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	反響言語（他の人が言った語や句を繰り返す）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。

②失行

麻痺がないにも関わらず、日常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、空間認知の障害と捉え、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。

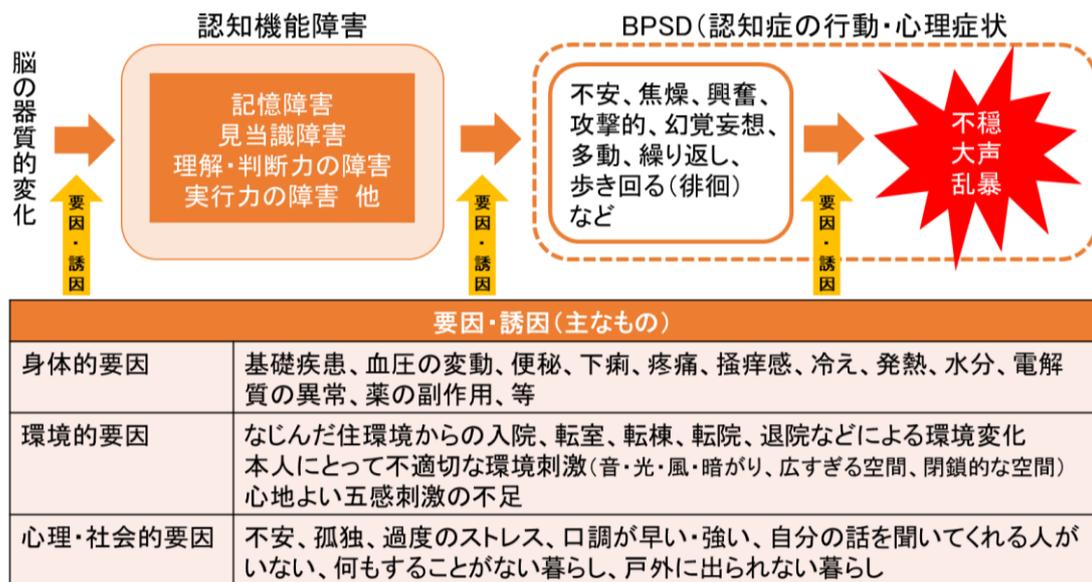
③失認

視覚や聴覚など感覚機能に異常がないにも関わらず、目の前にあるものや聞いたものが何であるのか分からなくなる状態。

失認の種類	特徴
視覚性失認	視力・視野は保たれているが、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）。

2) 行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD)

BPSDは「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。認知症では、認知機能障害に伴って生活上の障害（感情の変化や行動の異常など）が出現する。生活上の障害は環境的要因により誘発されることが多く、病院内の環境は「行動・心理障害」を助長・増強しやすい（図2）。現時点では、認知機能障害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。



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 参考に作成

図2 BPSDの主な要因・誘因

<参考文献>

1. 見藤隆子, 他. 看護学辞典第2版「記憶・見当識・失語症・失行症」. 日本看護協会出版会. 2011
2. 小山珠美, 他. 高次脳機能障害ナースングガイド第3版. 日総研. 2008.
3. 六角僚子. 認知症ケアの考え方と技術第2版. 医学書院. 2015.
4. 日本神経学会(監修). 認知症疾患治療ガイドライン2017. 医学書院. 2017.
5. 日本認知症ケア学会編. 改訂5版 認知症ケアの基礎. ワールドプランニング. 2022.
6. 日本老年精神医学会編. 総論 老年精神医学講座. ワールドプランニング. 2004.
7. 平井俊策, 他. 老年期認知症ナビゲーター. メディカルレビュー社. 2006.

5. 認知症の治療

認知症の治療は生活の質 quality of life (QOL) 向上を目的とし、非薬物療法と薬物療法を組み合わせで行う。認知症治療の標的症状には、認知機能障害と BPSD がある。認知機能障害に対しては、薬物療法の適用を検討し、非薬物療法も併用する。BPSD が出現した場合は、その原因となる身体疾患の有無やケアが適切か否かを検討し、治療としては、非薬物

療法を薬物療法より優先的に適用することを原則とする。**抗精神病薬をはじめ、向精神薬の投与が必要と判断した場合は、薬物療法の効果と併せて、転倒・骨折、嚥下機能障害・誤嚥性肺炎、死亡リスク上昇等の不利益、およびその多くは適応外使用であることを十分に説明し、薬物投与の同意を得る必要がある。**

1) 非薬物療法

薬物療法以外の治療を一括して非薬物療法と言い、認知機能訓練や運動療法、認知刺激や回想法、音楽療法、日常生活動作訓練などがある¹⁾。回想法、現実見当識訓練などを含む認知刺激、認知リハビリテーションを行うことは、認知機能の維持や認知症の行動・心理症状、生活の質などを改善、向上させ、または悪化の程度を減じる事が示されている³⁾。また、認知症や軽度認知障害を有する人への、筋力トレーニングや有酸素運動などを含む複合的な運動プログラムは、筋力やバランス、心肺機能、歩行などの身体的機能を高め、転倒のリスクを減少させるとされている²⁾。

(1) 認知機能に対するリハビリテーション

記憶や注意、見当識などに焦点をあてて行うが、認知機能の改善のみに焦点をあてるのではなく、普段の生活上の問題点に対する改善を目指して介入を行う。病期や重症度に合わせて選択することが重要である。現実見当識訓練や、代償手段の獲得訓練などがある。

(2) 心身機能へのリハビリテーション

身体機能の向上・維持を目指して、有酸素運動や筋力トレーニングを行う。起居や歩行、トイレ動作訓練、更衣動作訓練なども、日常生活の自立の向上を目指して行う。また、レクリエーションなどの複合的プログラムを用いることで、認知機能、身体機能、ADL や QOL の改善が期待できる。心理的安定などを目指して、回想法や音楽療法、環境の調整などを行う。気分の改善や抑うつ、不安を改善することで活動性を保ち、日常生活活動の低下を防ぐことが大切である。

(3) 集団療法と個別療法

認知症患者は、円滑に社会的生活を送るために必要な社会的認知機能の障害を有することがあり、相手の感情や意志を推測することなどが苦手になる。集団療法を利用して、他者への配慮やコミュニケーションの機会を確保することが大切である。集団療法のみでは認知症患者の個々の課題を解決することは難しいため、集団療法と個別療法の利点、欠点を理解して組み合わせて実施するのが望ましい。

2) 薬物療法

(1) 認知機能障害：抗認知症薬（症状改善薬）

AD もしくは DLB の場合は、認知機能障害に対する薬物療法として症状改善薬の使用が検討され得る。症状改善薬の病期別選択アルゴリズムを図 3 に示す。症状改善薬は、「コリン仮説」に基づいて開発されたアセチルコリンエステラーゼ (AChE) 阻害薬 (ドネペジル, ガランタミン, リバスタグミン) と「グルタミン酸仮説」に基づいて開発された NMDA (*N*-methyl-D-aspartate) 受容体拮抗薬 (メマンチン) に分類される (表 1)。いずれの薬剤も、副作用軽減のために少量から開始し、漸増する。認知機能障害の進行抑制という観点からは、AChE 阻害薬 3 種類の有効性に大きな差はなく⁵⁾、メマンチンはこれらに劣る^{6,7)}。症状改善薬には様々な製剤的特徴があり、患者が継続しやすい用法や剤形などを考慮し、薬剤を選択する。

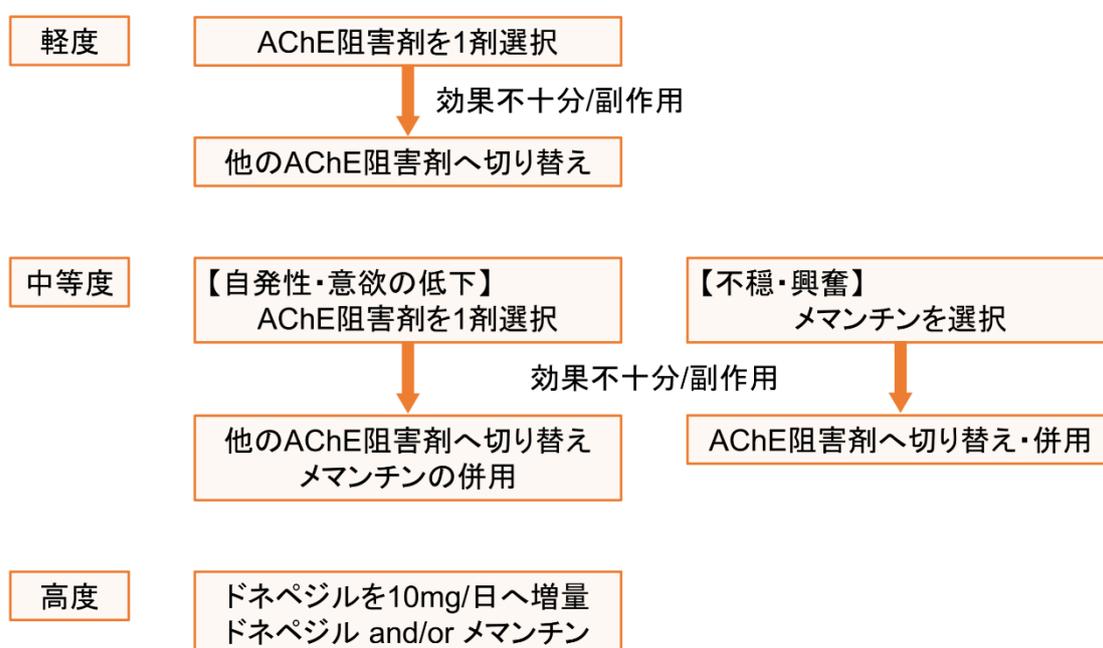


図 3 症状改善薬の病期別選択アルゴリズム (文献 4 より転載)

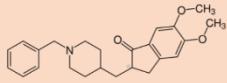
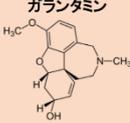
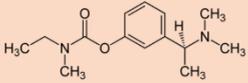
一般名・構造式	ドネペジル 	ガラントミン 	リバスチグミン 	メマンチン 	
先発医薬品	アリセプト® アリドネ®	レミニール®	リバスタッチ® イクセロン®	メモリー®	
作用機序	AChE阻害作用		AChE阻害作用 BuChE阻害作用	NMDA受容体拮抗作用	
適応範囲	軽度-高度 AD DLB	軽度-高度 AD	軽度-中等度 AD	中等度-高度 AD	
用法	1日1回		1日2回	1日1回	
用量	3mg→5mg (1-2週間で増量) 5mg→10mg (4週間以上で増量)	27.5mg 27.5mg→55mg (4週間以上で増量)	8mg→16mg→24mg (4週間で増量)	4.5mg→9mg→13.5mg→18mg (4週間で増量)	5mg→10mg→15mg→20mg (1週間で増量)
最高濃度到達	3-5時間	24時間-	0.5-1時間	8時間	1-7時間
半減期	70-80時間		8-10時間	3時間(剥離後)	60-80時間
代謝・排泄経路	肝代謝 CYP3A4, 2D6		肝代謝 CYP2D6, 3A4	肝代謝 エステラーゼ, 硫酸抱合	腎排泄
副作用	コリン作動性作用			めまい, 傾眠	
剤形	普通錠 口腔内崩壊錠 細粒 ドライシロップ 内用液 ゼリー	貼付剤	普通錠 口腔内崩壊錠 内用液	貼付剤	普通錠 口腔内崩壊錠 ドライシロップ

表1 症状改善薬一覧 (文献1 より一部改変)

①ドネペジル

- ・ AChE 阻害作用.
中枢移行性が高く, 末梢組織における ChE 阻害作用が小さい.

②ガラントミン

- ・ AChE 阻害作用.
- ・ allosteric potentiating ligand (APL) 作用⁸⁾.
ニコチン性アセチルコリン受容体 (nAChR) のアロステリック部位に結合し, 受容体感受性を高める. nAChR は各種神経系に分布しており, BPSD 改善効果も併せ持つ.

③リバスチグミン

- ・ AChE 阻害作用.
- ・ ブチリルコリンエステラーゼ (BuChE) 阻害作用.
AChE 活性が神経脱落に伴い低下するのに対し, BuChE 活性はグリア細胞増生に伴い増加する⁹⁾.
- ・ 抱合反応により代謝される.
CYP による代謝はわずかであり, 代謝過程における薬物間相互作用が少ない.

④メマンチン

- ・非競合的 NMDA 受容体拮抗作用.

グルタミン酸作動性神経の過剰興奮抑制による神経保護作用を有する.

- ・過活動型 BPSD に対する有効性も報告されている^{10,11)}.
- ・腎排泄型薬物.

クレアチニンクリアランス < 30mL/min の腎機能低下患者では, 10mg が維持量.

(2) 認知機能障害：疾患修飾薬（抗アミロイドβ抗体）

「アミロイドカスケード仮説」に基づいて疾患修飾薬として開発された抗アミロイドβ（Aβ）抗体が, AD に対する薬物療法として 2023 年より投与可能となった. 2024 年 12 月時点で, レカネマブとドナネマブの 2 剤が承認されている（表 2）。いずれの抗 Aβ 抗体医薬品も, 使用に際しては厚生労働省の最適使用推進ガイドライン^{18,19)}に従い, 適切な患者選択と安全管理が求められる.

一般名	レカネマブ	ドナネマブ
先発医薬品	レケンビ®	ケサンラ®
作用機序	ヒト化抗ヒト可溶性アミロイドβ凝集体免疫グロブリンG1 (IgG1) モノクローナル抗体	ヒト化抗N3pGアミロイドβモノクローナル抗体
標的	Aβプロトフィブリル	N3pGAβ (N末端第3残基においてピログルタミル化されたAβ)
適応範囲	アルツハイマー病によるMCI及び軽度認知症	
	MMSE: 22-30/30 点	MMSE: 20-28/30 点
用法用量	10mg/kg 2週間に1回	1-3回目: 700mg 4回目以降: 1400mg 4週間に1回
副作用	Infusion Reaction, アミロイド関連画像異常 (ARIA)	

表 2 抗 Aβ 抗体薬一覧

(3) BPSD

BPSD 治療のフローチャートを図 4 に示す。BPSD に対しては、その原因となりうる身体状態の変化の有無、ケア介入の方法や療養環境が適切かを評価し、非薬物療法を優先的に行う。また、薬物有害事象により BPSD が悪化している場合もしくは認められるため、処方内容の再評価を行い、ポリファーマシー対策も合わせて実施する。このように、**原則として、非薬物療法やポリファーマシー対策によって、BPSD を軽減させる十分な努力を行った後にのみ、薬物療法を検討する (表 3)**。ただし、大うつ病の状態や自傷他害の危険が高い攻撃性等、緊急性を認める場合にはこの限りではなく、薬物療法を優先すべきかどうかは各患者の状況を十分評価し、判断する必要がある。薬物療法を優先する場合も、非薬物療法は必ず併用する。

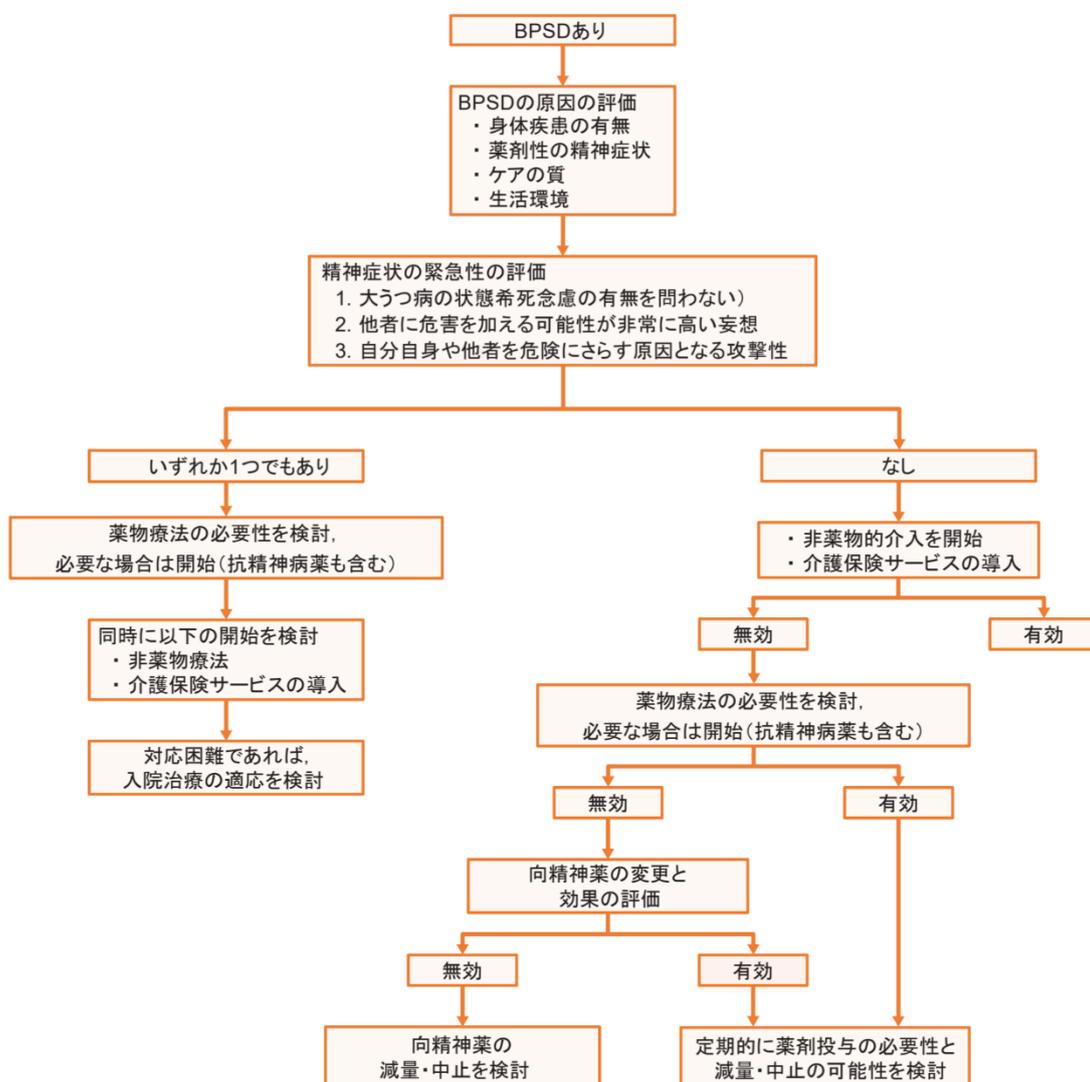


図 4 BPSD 治療のフローチャート (文献 1 より転載)

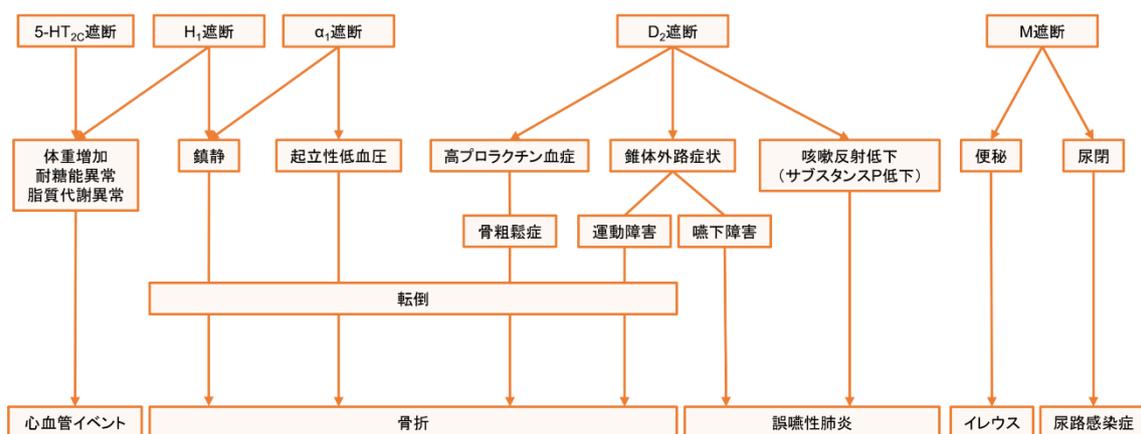
症状	薬物療法		備考
不安	抗精神病薬	非定型抗精神病薬 (SDA, MARTA, DPA)	BZDは、原則投与しない。
焦燥性興奮 暴言・暴力	抗認知症薬	NMDA受容体遮断薬 (メマンチン)	禁忌や薬物相互作用に注意。
	抗精神病薬	非定型抗精神病薬 (SDA, MARTA, DPA) 定型抗精神病薬 (チアプリド)	
	漢方薬	抑肝散, 抑肝散化陳皮半夏, 黄連解毒湯, 柴胡加竜骨牡蛎湯 等	
	気分安定(抗てんかん薬)	バルプロ酸Na, カルバマゼピン	
	抗うつ薬	SARI (トラゾドン)	
幻覚・妄想	抗精神病薬	非定型抗精神病薬 (SDA, MARTA, DPA)	レビー小体病(PD, PDD, DLB)では、 AChE-Iを検討してもよい。
漢方薬	抑肝散, 抑肝散化陳皮半夏		
徘徊 性的逸脱 介護抵抗	薬物療法の有効性は乏しく、推奨されない。		
抑うつ	抗認知症薬	AChE-I (ドネペジル, ガランタミン, リバステグミン)	AChE-Iの効果が乏しい場合に 抗うつ薬の投与を検討するが、効果は限定的。
	抗うつ薬	SSRI, SNRI	
	漢方薬	半夏厚朴湯, 人参養栄湯	
アパシー	抗認知症薬	AChE-I (ドネペジル, ガランタミン, リバステグミン)	
睡眠障害	睡眠薬	メラトニン受容体刺激薬 (ラメルテオン)	BZDは、原則投与しない。 オレキシン受容体遮断薬は、 レム睡眠行動障害を悪化させる可能性あり。
		オレキシン受容体遮断薬 (レンボレキサント, スボレキサント, ダリドレキサント)	
	抗うつ薬	SARI (トラゾドン)	

AChE-I: アセチルコリンエステラーゼ阻害薬, SDA: セロトニン・ドパミン受容体遮断薬, MARTA: 多元受容体遮断薬, DPA: ドパミン受容体部分刺激薬(部分遮断薬),
SSRI: 選択的セロトニン再取り込み阻害薬, SNRI: セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬, SARI: セロトニン2受容体遮断・再取り込み阻害薬, BZD: ベンゾジアゼピン受容体作動薬

表3 BPSD 薬物療法で投与を検討する向精神薬 (文献1, 16, 17 を参考に作成)

3) 向精神薬を投与する際の注意事項

抗精神病薬をはじめ、向精神薬の投与が必要と判断した場合は、薬物療法の効果と併せて、転倒・骨折、嚥下機能障害・誤嚥性肺炎、死亡リスク上昇等の不利益、およびその多くは適応外使用であることを十分に説明し、薬物投与の同意を得る必要がある。特に、抗精神病薬は多種多様な受容体遮断作用を薬理としており、薬物有害事象発現リスクが非常に高い(図5)。2005年4月、米国食品医薬品管理局(FDA)より、BPSDに関する17件のプラセボ対照試験について検討した結果、非定型抗精神病薬投与群では死亡率が1.6-1.7倍高く、死因の多くは心臓障害(心不全、突然死等)か感染症(肺炎)であることが発表された。また、定型抗精神病薬は、非定型抗精神病薬よりも死亡率が高いことも報告されている¹²⁾。このような多数の報告により、認知症患者への抗精神病薬の使用は死亡率を増加させるとして、その使用については注意喚起がなされている。



D₂: ドパミンD₂受容体 5-HT_{2C}: セロトニン5-HT_{2C}受容体 H₁: ヒスタミンH₁受容体 α₁: アドレナリンα₁受容体 M: ムスカリン性アセチルコリン受容体

図 5 向精神薬の主な薬物有害事象 (文献 4 より一部改変)

各種ガイドラインにおいても、抗精神病薬の適正使用に関する注意事項が明記されている。米国精神医学会が発行する診療ガイドライン「Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia」では、適切な用量の抗精神病薬を 4 週間投与した後、臨床的に有意な反応が得られない場合には、薬剤を漸減中止することを推奨している¹³⁾。また、十分な治療効果を認めた認知症患者においても、抗精神病薬の開始から 4 ヶ月以内に減量・中止を検討することが推奨されている¹³⁾。NICE ガイドラインでは、抗精神病薬の投与は最小有効量・最短期間に留め、薬物療法の必要性を少なくとも 6 週間ごとに再評価することが推奨されている¹⁴⁾。日本においては、認知症疾患診療ガイドライン 2017 では、向精神薬を開始した場合は継続的に効果と副作用を評価し、不利益が利益を上回ると考えられる場合は、薬物中止で精神症状が再燃する可能性に注意しつつ、薬物の減量中止を検討することとされている¹⁾。また、高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015 では、BPSD に対して抗精神病薬を使用する場合の注意点として、抗精神病薬の使用は必要最低限の量と期間に留めることとされている¹⁵⁾。

注意すべき点として、このように抗精神病薬に対する注意喚起が多くなされているが、これらは向精神薬全般に当てはまる注意事項であることが挙げられる。**向精神薬の投与を開始した後も、リスクとベネフィットを繰り返し再評価し、リスクがベネフィットを上回ると考えられる場合には、精神症状の再燃に注意しつつ、薬物の減量・中止を検討する等、薬物適正使用に努めなければならない。**

<参考文献>

1. 日本神経学会 (監修), 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会 (編集). 認知症疾患診療ガイドライン 2017. 医学書院, 2017. (https://www.neurology-jp.org/guidelinem/nintisyo_2017.html)

2. 認知症と軽度認知障害の人および家族介護者への支援・非薬物的介入ガイドライン 2022 作成委員会. 認知症と軽度認知障害の人および家族介護者への支援・非薬物的介入ガイドライン 2022. 新興医学出版社. 東京. 2022.
3. Kumar P, et al. Novel occupational therapy interventions may improve quality of life in older adults with dementia. *Int Arch Med*. 2014 May 20; 7: 26.
4. 大西瑞穂. 認知症の薬物療. *医療*. 2017; 71(3): 132-137.
5. Hansen RA, et al. Efficacy and safety of donepezil, galantamine, and rivastigmine for the treatment of Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging*. 2008; 3(2): 211-25.
6. Di Santo SG, et al. A meta-analysis of the efficacy of donepezil, rivastigmine, galantamine, and memantine in relation to severity of Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis*. 2013; 35(2): 349-61.
7. Knight R, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of Acetylcholinesterase Inhibitors and Memantine in Treating the Cognitive Symptoms of Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2018; 45(3-4): 131-151.
8. Maelicke A. Allosteric modulation of nicotinic receptors as a treatment strategy for Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2000 Sep; 11 Suppl 1: 11-8.
9. Perry EK, et al. Correlation of cholinergic abnormalities with senile plaques and mental test scores in senile dementia. *Br Med J*. 1978 Nov 25; 2(6150): 1457-9.
10. Gauthier S, et al. Improvement in behavioural symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease by memantine: a pooled data analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008 May; 23(5): 537-45.
11. Kishi T, et al. Memantine treatment for Japanese patients with moderate to severe Alzheimer's disease: a meta-analysis of double-blind, randomized, placebo-controlled trials. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018 Oct 30; 2915-2922.
12. Wang PS, et al. Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications. *N Engl J Med*. 2005 Dec 1; 353(22): 2335-41.
13. Reus VI, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. *Am J Psychiatry*. 2016 May 1; 173(5): 543-6.
14. Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018 Jun.
15. 日本老年医学会, 日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物治療の安全性に関する研究研究班. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015. メジカルビュー社. 2015.

(https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/20170808_01.pdf)

16. 平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）・認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班. 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 2 版）. 2016.
(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140619.pdf>)
17. 松浦雅人. 内科医のための認知症の BPSD（行動・心理症状）への向精神薬の使い方. 診断と治療社. 2022.
18. 厚生労働省. 最適使用推進ガイドライン レカネマブ（遺伝子組換え）.
(<https://www.pmda.go.jp/files/000265885.pdf>)
19. 厚生労働省. 最適使用推進ガイドライン ドナネマブ（遺伝子組換え）.
(<https://www.pmda.go.jp/files/000271981.pdf>)

II. 認知症の看護

1. 認知症看護の基本

1) 認知症看護の基本について

認知症患者との関りにおける前提として、他の患者と同じ「人」として接することである。認知症患者がいる目の前で本人が傷つく話をする、無視する、怒鳴るなど、「人」として傷つく行為は行わないようにする。その上で認知症看護の基本として、以下7点を挙げる（認知症対応力向上研修 P36 引用）。入院中は、コミュニケーション、環境調整、家族支援が特に重要となるため、後述にて詳しく解説する。

- ①その人らしく存在していただけることを支援。
- ②できることに目を向け、本人が有する力を最大限に活かせるよう、自己決定を尊重。
- ③生活歴を知り、生活の継続性を保つケア環境。
- ④感情・情緒に配慮した、心地よいケアやコミュニケーション。
- ⑤家族やケアスタッフの心身状態にも配慮。
- ⑥早期より退院・社会復帰を視野に入れたケア。
- ⑦最期の時までを視野に入れたケア。

2) 入院することの影響

認知症患者が入院した場合、自分がなぜその場にいるのか分からなくなることが多く、非常に不安定である。そこに、身体的な苦痛だけでなく、馴染みのない治療や生活場所・生活習慣の変化、新しい人間関係などが加わり、入院環境に適応できないと、BPSD やせん妄を発症することある。そして、BPSD やせん妄で意思疎通が困難になることで、身体疾患の合併症が見落とされることがある。また、落ち着かないことによる転倒や転落、抗精神病薬を使用することでの誤嚥性肺炎等の発症、行動を制止する目的で身体拘束を実施することによる廃用症候群の発生などがある（図6）。医療者は、身体的苦痛の軽減や生活環境の調整、早期に信頼関係を築けるようなコミュニケーションが大切である。

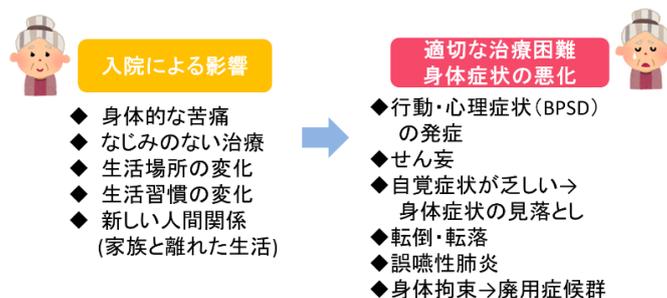


図6 認知症患者の入院による影響

2. コミュニケーション

1) コミュニケーションとは

コミュニケーションとは、社会生活を営む人間の間に行われる知覚・感情・思考の伝達（広辞苑より引用）であり、言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションがある。認知症患者のコミュニケーションの特徴として、認知症の進行に伴ってコミュニケーションの効力が、言語的コミュニケーションから非言語的コミュニケーションへ移行する（図7）。認知症が重度になるほど、表情や身振りを使い、非言語メッセージを使うことが効果的である。そして、医療者・介護者が伝えたいことを優先してコミュニケーションをとるよりも、本人の反応を一呼吸待ち、本人が何を行いたいのか、本人の意思を読み取ることが大切である。

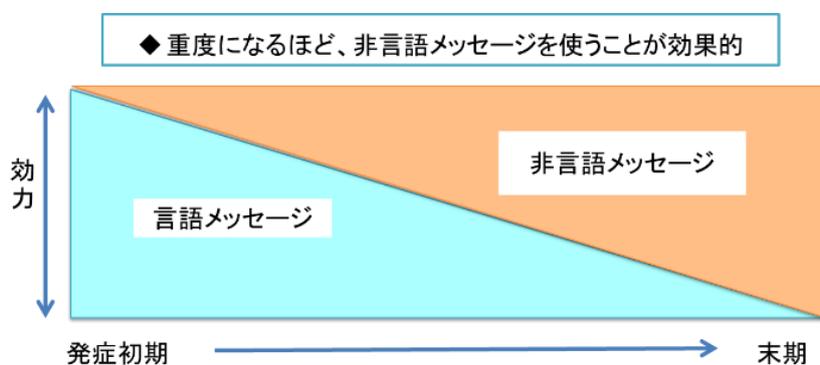


図7 認知症のコミュニケーションの特徴

2) 主なコミュニケーション方法

認知症患者へのコミュニケーション方法における特徴・注意点は以下の通りである。

(1) 認知症患者の視野に入っのアプローチ

認知症患者に注意障害のある場合は、他に注意が向いて視線が合いにくい場合があり、視野に入ってからアイコンタクトをとる必要がある。円背の患者や座ってる患者に対して医療者・介護者が立っている場合は、視線を上に向ける必要があり、視野に入りにくい。ため、座って話をするとアイコンタクトがとりやすくなる。

(2) タッチング（手を握るなど）

アイコンタクトをとろうと視野に入っアプローチをしても視線が合わない場合、タッチングを行い、触覚に刺激を加えることで注意が向くよう工夫する。

(3) ケアの道具を見せる

言葉だけでは理解できない場合もあるため、物を見せるなどの視覚的情報を活用すると、認知症患者が理解しやすくなる。

(4) ゆったりとしたペース

医療現場では、患者に依頼することが多くある。特に入院初日は、採血や検査、問診など、多くのことを行わなければいけない。指示を一つずつゆっくり出せば理解できるが、多くの指示や次々と場面が変わる環境に戸惑い、混乱することも少なくない。そのため、緊急時以外はいつもより指示を出すペースをゆっくりにする。患者の表情が曇っていないか注意深く観察しながら、処置を行う必要がある。

一般的な声掛け	認知症に配慮した声掛け
「体温を測ります」(本人の反応を待たずに体温計を腋に入れる)	アイコンタクトをきちんと行い、認知症患者の反応を待ってから測定する。反応のない場合は、もう一度「体温計を入れさせてください」とゆっくり伝えてから行う。
「本日は何日ですか？ここはどこですか？」	分からない様子であれば、必ずフォローする。 「今日は2月9日です。外は寒いですよ」
「午後から検査がありますから、昼食は食べないでください」	「検査があるので、昼食は食べないでください」などと書いたカードや紙をベッドサイドの見えるところに置く。
「これは点滴なので触らないでください」	行動を否定しない。「これはとても大切な点滴です。大切にしてくださいね」
「なぜ一人で歩いたのですか？危険ですよ」	行動を否定しない。「何をしたいと思われたのですか？」

3) 注意する言葉

コミュニケーションをとる上で、注意する言葉が3つある。それは、「命令する言葉」、「子ども扱いする言葉」、「相手を否定する言葉(スピーチロック)」である。この3つの言葉は、相手の自尊心を傷つけることになる。特に、相手を否定する言葉は、私たちは一瞬一瞬で使用しているつもりでも、認知症患者が何度も同じ行動をとる場合は毎回否定されることになり、気分の落ち込みや易怒性などに繋がることもある。そのため、安心できる言葉がけや言い換えを使用する。例えば、「帰れません」は「ここにいて大丈夫ですよ」、「立たないでください」は「座っていていいですよ」などである。他に安心できる言葉として「安

心して下さいね」や「任せて下さい」など、その人にとって安心できる言葉を探すことが大切である。これら 3 つの言葉は、病棟全体の風土で知らず知らずのうちに使用していることもあるため、病棟の風土を見直すことも大切である。

3. 環境調整

1) 環境調整について

認知症患者を取り巻く環境は、物理的環境、社会的環境、運営的環境の 3 つの側面でとらえることができる。物理的環境では、光や音、におい、温度などが影響する。例えば、モニターやナースコール、同室者の声など、音刺激が過剰となる場合がある。認知症患者は、刺激を選択することが困難になりやすく、自分に関係ない音を聞き流すことができず、混乱に繋がったりする。そのため、静かな環境になるよう調整が必要となる。社会的環境としては、医療従事者も環境となる。入院環境において医療従事者との信頼関係が崩れた場合、家族と離れた生活をする認知症患者にとって、味方が全くいない環境となる。不安や緊張などから混乱に至る場合があり、入院時は早期に信頼関係を築くかわり方が必要である。運営的環境では、病院内のスケジュールやルールが決まっており、自由に行動することが難しくなる。消灯時間が 21 時であることに対し、自宅で 23 時就寝の患者は眠れない状況となり、不眠と評価されることがある。患者の入院前の一日のスケジュールを把握し、患者の行動と結びつけることも必要である。

1, 物理的環境	建物の構造・光（明るさ）・音・におい・温度・湿度など
2, 社会的環境	医療従事者・家族・同居人（同室者）など
3, 運営的環境	法律・施設内での一日のスケジュール・ルールなど

丸山優,認知症ケアガイドブック,公益社団法人 日本看護協会編,2016,P122.引用

表 4 認知症患者を取り巻く環境

2) 基本的な環境調整

認知症患者のための基本的な環境づくりを挙げる。

(1) 感覚遮断を避けるための眼鏡・補聴器を使用する。

意思疎通が図れず暴力が出る患者に対して、補聴器を使用し、何をするか説明したところ、ケアに協力的となり、暴力がなくなった例があった。本人や家族に、自宅で何を使用

していたか確認し、出来る限り使用を継続することが大切である。

(2) 見当識を補うためのリアリティーオリエンテーションを行う。

「おはようございます」や「朝食です」など、今が朝だとわかる声掛けや今日が何日であるかを伝えることをリアリティーオリエンテーションと言う。

(3) ルートなどの馴染みのない医療行為は、なるべく目に入らない工夫をする。

点滴刺入部に包帯を巻くだけでなく、長袖を着用するなど、本人にとって普段と変わらない雰囲気作りも大切である。

(4) 日中はカーテンを開ける。

日中なのか夜なのか分かるようにする。日中は太陽の光を入れ、日内リズムを作ることを助ける。

3) なじみの環境調整

自宅で使い慣れた布団や枕を使用する、家族やペットの写真を飾る、家族に入院について手紙を書いてもらうなどがある。そして、スタッフがなじみの関係を作るためには、快刺激を多くとれるよう、清潔援助の機会や感謝を伝えたり、ほめたりする機会、一緒に喜ぶ機会を持つことなどの工夫がある。

4. 意思決定支援について

病院では、治療の選択などの人生で重要な決定をする場面がある。そのような場面では、認知症患者は意思表示が困難とされ、家族に判断が委ねられることも多い。しかし、医療従事者は認知症患者の意思が尊重されるよう支援する必要がある。平成30年6月に「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」が策定された。ガイドラインの趣旨を以下に示す。一見すると認知症患者の意思決定が困難と思われる場合でも、様々な場面で情報収集とアセスメントを行い、本人の意思を尊重できるよう医療者として支援することが求められる。

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン 趣旨

- ・意思を形成し、表出でき、尊重されることは、日常生活・社会生活において重要であり、認知症患者についても同様である。

- ・意思決定支援の基本的考え方，姿勢，方法，配慮すべき事柄等を整理して示し，認知症患者が自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指すもの。

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン 基本的原則

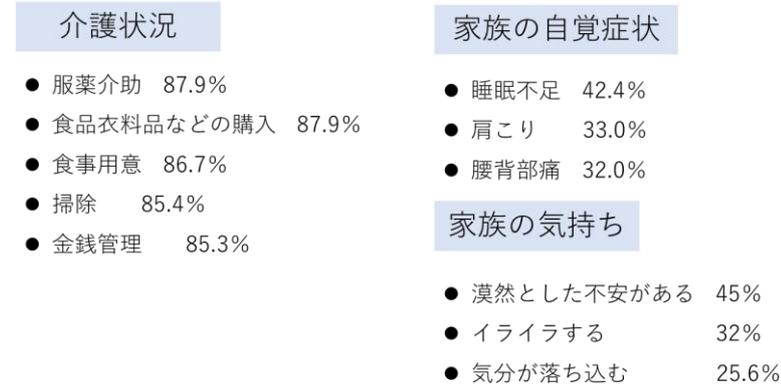
- ・意思決定支援者は，認知症患者が，一見すると意思決定が困難と思われる場合であっても，意思決定しながら尊厳をもって暮らしていくことの重要性について認識することが必要である。
- ・本人への支援は，本人の意思の尊重，つまり，自己決定の尊重に基づき行う。したがって，自己決定に必要な情報を，認知症患者が有する認知能力に応じて，理解できるように説明しなければならない。
- ・意思決定支援は，本人の意思（意向・選好あるいは好み）の内容を支援者の視点で評価し，支援すべきだと判断した場合にだけ支援するのではなく，まずは，本人の表明した意思・選好，あるいは，その確認が難しい場合には推定意思・選好を確認し，それを尊重することから始まる。
- ・認知症患者は，言語による意思表示が上手くできないことが多く想定されることから，意思決定支援者は，認知症患者の身振り手振り，表情の変化も意思表示として読み取る努力を最大限に行うことが求められる。
- ・本人の示した意思は，それが他者を害する場合や，本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合（脚注viii）でない限り，尊重される。

5. 家族支援

1) 家族介護の現状

我が国は核家族化が進み，老々介護や独身の子供が介護をしている場合も増加している。2020年，公益社団法人 認知症患者と家族の会が介護家族を対象に実態調査を実施した。その結果，家族の自覚症状として42.2%が睡眠不足を訴えていた。当院の外来通院中の家族からは，認知症患者が「物がなくなった」や「トイレの場所が分からない」と言って夜間に家族を起こすことがあると聞かれた。家族が一人で介護している場合も多く，介護を変わる人がいないため，睡眠不足が続く場合も少なくない。また，家族の気持ちとして，「漫然とした不安がある」が45%，「いらいらする」が32%，「気分が落ち込む」が25.6%という結果であった。子育てと違い，認知症がどのように進行するか，いつまで介護をするのか分からないことでの不安があると考えられる。

全都道府県の現役の介護家族からの回答 1363件



認知症の人と家族の思いと介護状況および市民の認知症に関する意識の実態調査,公益社団法人認知症の人と家族の会,2020.

図8 認知症の人と家族の会の実態調査結果（一部抜粋）

2) 家族支援のアセスメント

認知症のケアは家族に負担がかかること、家族の関わり方で本人の状態も変化していくこともあるため、本人だけではなく、家族の生活環境も一緒に考えていく必要がある。そのため、入院時には、本人だけではなく、家族の状況もアセスメントをする。特に、家族の健康状態やストレス、関係性などについて情報収集を行い、課題を明確化し、早期から退院支援を行う。

3) 家族に対する支援

以下が家族に対する主な支援である。

- ・看護師を含め医療スタッフは中立の立場として接する。
- ・入院したことをきっかけに、家族の心身の休息をとる時間を確保する。
- ・退院後は家族が介護の主体となるため、家族も生活が続けられるように支援する。

<参考文献>

1. 中島紀恵子（監修）. 認知症の人びとの看護第3版. 医歯薬出版株式会社. 2017.
2. 公益社団法人 日本看護協会. 認知症ケアガイドブック. 照林社. 2016.
3. 鈴木みずえ. 急性期病院でのステップアップ認知症看護. 日本看護協会出版界. 2017.

III. せん妄の基礎知識

1. せん妄とは

せん妄は、さまざまな原因で生じる「意識」の障害である。意識について簡潔に説明することは困難だが、一言で述べると「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、「じっと横たわって、呼びかけてもゆすっても反応しない状態」というイメージがあるが、実は精神症状・行動異常を示しており、認知症の BPSD と区別しにくい状態も見られる。例えば、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 9）¹⁾。しばしば認められる症状としては、見えないものが見える幻視、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」はせん妄で非常に多く見られる症状であり、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。

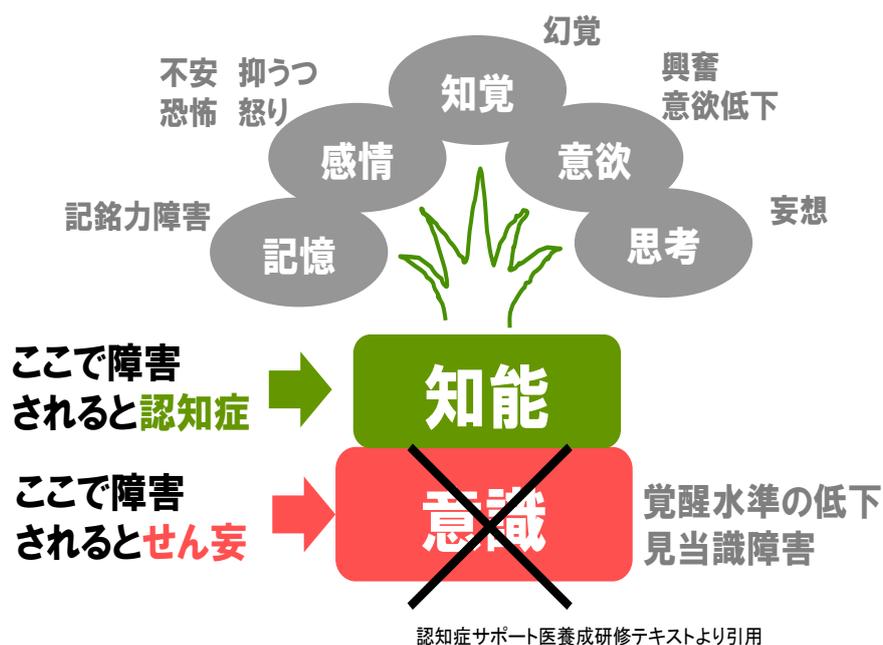


図 9 せん妄の症状

図 10 にせん妄発症モデルを示す²⁾。せん妄は、単一の原因で生じることよりも、様々な要因が重なり合って生じることが多い。発生要因を準備因子、誘発因子、直接因子の 3 つに分解すると理解しやすくなり、対応方法も考えやすくなる。

準備因子は、せん妄を発症しやすい素因のことである。具体的には、高齢、認知機能障害（認知症）、重篤な身体疾患、頭部疾患の既往（脳梗塞・脳出血・頭部外傷など）、せん妄の

既往，アルコール多飲，侵襲度の高い手術（長時間にわたる手術や全身麻酔を要する手術など）の前などが挙げられる。これらのうち，特に認知機能障害はせん妄発症のリスクが高く，認知症もしくは認知症が疑わしい患者が入院した場合は，せん妄発症を視野に入れ，早期から予防的に関わるのが重要である。

直接因子は，せん妄を引き起こす直接のきっかけとなる状態である。具体的には，身体疾患，薬剤，手術などがあり，せん妄改善のためには，原因となっている身体疾患や薬剤に対するアプローチが必要である。

促進因子とは，せん妄を誘発しやすく，悪化や遷延化につながるものである。具体的には，身体的要因（疼痛・便秘・尿閉・不動化・ドレーン類・拘束・視力低下・聴力低下），精神的要因（不安・抑うつ），環境変化（入院・ICU入室・明るさ・騒音），睡眠（不眠・睡眠関連障害）などが挙げられる。これらは，準備因子とは異なり，個々に介入可能なものが多く，可能な限り各因子の除去に努めるのが重要である。



図 10 せん妄発症モデル（文献 2 より転載）

2. せん妄の診断，評価

せん妄は認知症患者にしばしば発症するが，せん妄による様々な症状は認知症の BPSD とよく似ており，区別が困難である。そのため，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もしばしば起こる。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かなければならない。認知症とせん妄の最も大きな違いは，発症が急激

で、数日単位で変化することであり、反応が鈍い状態から激しい興奮状態まで症状が変動することである（表 5）。認知症の 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である。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。

	せん妄	アルツハイマー型認知症
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	関与ない

表 5 せん妄とアルツハイマー型認知症の違い

<参考文献>

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. 井上真一郎. せん妄の要因と予防. 臨床精神医学. 2013; 42(3): 289-297.

3. せん妄の治療

せん妄へのアプローチについて時間軸で考えると、予防的介入と治療的介入に大別される（図 11）。予防的介入の重要性が認識され、2020 年度診療報酬改定において、せん妄に対する予防的介入を評価する「せん妄ハイリスク患者ケア加算」が新設された。抗精神病薬を始め、向精神薬の投与が必要と判断した場合は、薬物療法の効果と併せて、転倒・骨折、

嚥下機能障害・誤嚥性肺炎，死亡リスク上昇等の不利益，およびその多くは適応外使用であることを十分に説明し，薬物投与の同意を得る必要がある。

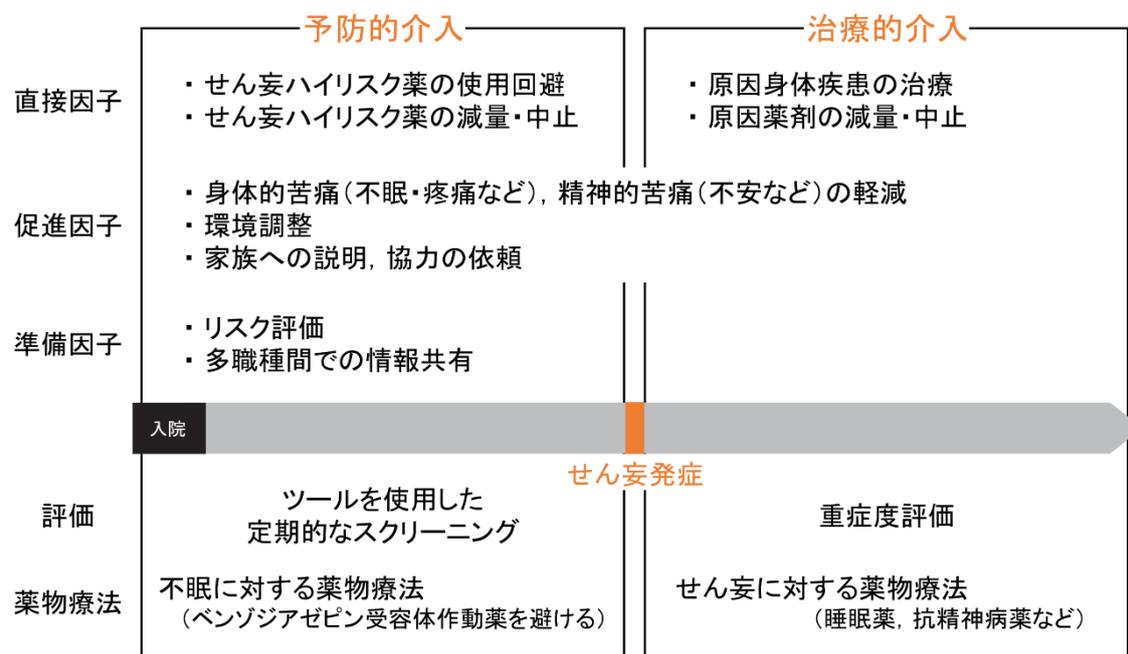


図 11 時間軸で考えるせん妄対策（文献 3 より一部改変）

1) 薬物療法

(1) 予防的介入^{1,2)}

せん妄の直接因子のひとつに「薬剤」が挙げられ，特にベンゾジアゼピン受容体作動薬（BZD）はしばしば薬剤性せん妄の原因になる。せん妄の発症を防ぐためには，せん妄ハイリスク薬（表 6）の使用を避け，せん妄ハイリスク薬を服用中であれば，その減量・中止を検討する。 薬剤性せん妄のリスクを軽減することは，臨床現場における実行可能性が極めて高く，特に重要と考えられる。せん妄ハイリスク薬の服用はせん妄発症閾値を低くするため，直近に新規処方された薬剤だけではなく，長期内服中の薬剤も直接因子となり得る点に注意が必要である。

一方，BZD の減量・中止により離脱症状（反跳性不眠，不安・焦燥，自律神経症状，せん妄等）を来す可能性があるため，安易な BZD の減量・中止には十分注意しなければならない。

種類		代表的な薬剤
抗コリン作用のある薬剤	抗コリン薬	ビペリデン, トリヘキシフェンジル, アトロピン, プチルスコポラミン など
	抗ヒスタミン薬 (H2受容体遮断薬含む)	ジフェンヒドラミン, クロルフェニラミン, ヒドロキシジン, プロメタジン, シメチジン, ファモチジン, ラニチジン, ラフチジン など
	抗うつ薬 (特に三環系抗うつ薬)	アミトリプチリン, イミプラミン, クロミプラミン, パロキセチン, ミルタザピン など
	抗精神病薬 (特にフェノチアジン系抗精神病薬)	クロルプロマジン, レボメプロマジン など
	頻尿治療薬	オキシブチニン, プロピベリン など
ベンゾジアゼピン受容体作動薬		トリアゾラム, エチゾラム, プロチゾラム, フルニトラゼパム, ゾルピデム, ソピクロン, ジアゼパム, アルプラゾラム など
抗パーキンソン病薬		レボドパ, ドパミンアゴニスト, アマンタジン など
気分安定薬		炭酸リチウム
抗てんかん薬		フェニトイン, カルバマゼピン, バルプロ酸, ゾニサミド など
循環器系薬 (降圧薬, 抗不整脈薬 など)		ジゴキシン, プロカインアミド, ジソピラミド, リドカイン, クロニジン, プロプラノロール など
鎮痛薬 (麻薬性および非麻薬性)		ナプロキセン, オピオイド (トラマドール, モルヒネ, オキシコドン, フェンタニル ほか) など
副腎皮質ステロイド		プレドニゾン, デキサメタゾン, ベタメタゾン
気管支拡張薬		テオフィリン, アミノフィリン
免疫抑制薬		メトトレキサート など
抗菌薬		セフェピム, メトロニダゾール など
抗ウイルス薬		アシクロビル, インターフェロン
抗がん薬		フルオロウラシル など

表 6 せん妄の直接因子となる薬剤

(2) 過活動型せん妄に対する治療的介入¹⁾

せん妄を発症した場合、直接因子を精査し、可能な限りそれを取り除くとともに、並行して身体的・精神的苦痛の除去や環境調整などの非薬物療法を行う。直接因子は必ずしもすぐに取り除くことができるとは限らないため、その間にみられる不眠や不穏といった症状をマネジメントする目的で、薬物療法が行われる。**薬物療法は、あくまでも対症療法である。**

①睡眠・覚醒リズム障害

薬剤選択としては、メラトニン受容体刺激薬 (ラメルテオン)、オレキシン受容体遮断薬 (レンボレキサント, スポレキサント) が第一選択となる。いずれの薬剤も、せん妄予防効果が報告されている^{4,5,11)}。また、ラメルテオンは、就寝前よりも19時ごろ (夕食後) に服用する方が、せん妄予防効果はより高いと報告されている⁶⁾。臨床試験は未実施だが、オレキシン受容体遮断薬であるダリドレキサントもせん妄予防効果を有すると考えられる。

せん妄患者の多くが、睡眠・覚醒リズム障害を生じている⁷⁾。ラメルテオンは、鈍化した睡眠覚醒サイクルを再構築する機序を有していることから、定時投与が望ましいと考

えられる。一方、レンボレキサント、スボレキサント、ダリドレキサントは、オレキシン神経伝達のスイッチオフによる睡眠導入機序であることから、不眠時頓服投与でも有効と考えられる。

②不穏症状

不穏症状に対する薬剤選択のフローチャートを図 12 に示す。**抗精神病薬を始め、向精神薬の投与が必要と判断した場合は、薬物療法の効果と併せて、転倒・骨折、嚥下機能障害・誤嚥性肺炎、死亡リスク上昇等の不利益、および適応外使用であることを十分に説明し、薬物投与の同意を得る必要がある。**抗精神病薬のうち、リスペリドン、クエチアピン、ペロスピロン、ハロペリドールの 4 剤については、せん妄に対する適応外使用が保険審査上認められている⁸⁾。

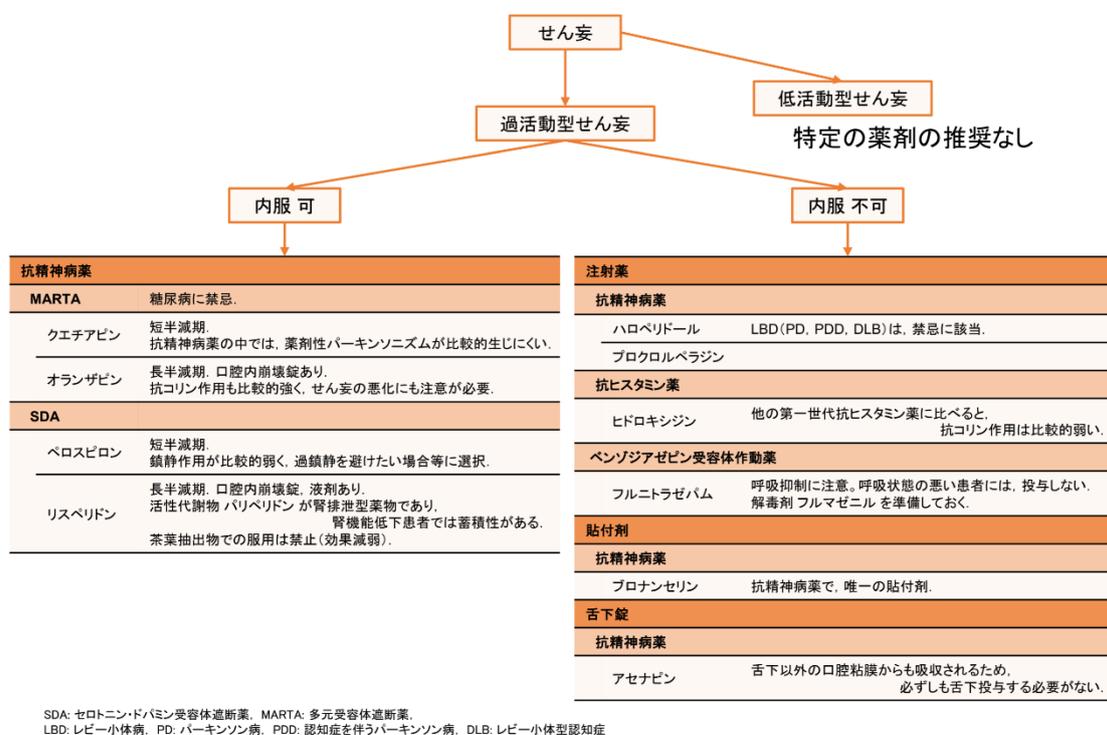


図 12 不穏症状に対する薬剤選択のフローチャート

注意点として、パーキンソン病 (PD) や認知症を伴うパーキンソン病 (PDD), DLB の患者は、ハロペリドールの禁忌に該当する。このような場合には、抗ヒスタミン薬であるヒドロキシジンの投与も検討する。一般的に抗ヒスタミン薬は抗コリン作用が強い薬効群であるが、他の第一世代抗ヒスタミン薬に比べると、ヒドロキシジンの抗コリン作用は比較的弱い⁹⁾。適応は制吐剤であるが、抗精神病薬であるプロクロルペラジンの投与を検討してもよい。

また、経口投与が困難な患者には、プロナンセリン (貼付剤)、アセナピン (舌下錠)

の投与も検討され得る。プロナンセリンテープは、抗精神病薬で唯一の貼付剤であり、せん妄に対する有効性も報告されている¹⁰⁾。アセナピン舌下錠は、舌下以外の口腔粘膜からも吸収されるため、必ずしも舌下投与する必要がない。

(3) 低活動型せん妄に対する治療的介入¹⁾

低活動型せん妄に対する薬物療法は有効性に乏しく、非薬物療法が中心となる。

2) 薬物療法の終了

せん妄に対する薬物療法は、あくまでも症状をマネジメントするための対症療法であり、向精神薬の漫然投与は避けなければならない。せん妄の原因が改善された時点で、せん妄治療薬の減量・中止を検討する。 興奮や幻覚・妄想などの精神症状が消失し、睡眠・覚醒リズムが改善していること、認知機能が改善してきていること等を確認しながら、遅くとも退院時には、せん妄治療薬の中止を完了する。

<参考文献>

1. 井上慎一郎. せん妄診療実践マニュアル 改訂新版. 羊土社. 2022.
2. 小川朝生, 佐々木千幸. DELTA プログラムによるせん妄対策: 多職種で取り組む予防, 対応, 情報共有. 医学書院. 2019.
3. 井上真一郎. せん妄とは? -薬物療法の前提となる臨床事項. 月刊薬事. 2020; 62(8): 1517-1523.
4. Hatta K, et al. Preventive effects of ramelteon on delirium: a randomized placebo-controlled trial. JAMA Psychiatry. 2014 Apr; 71(4): 397-403.
5. Hatta K, et al. Preventive Effects of Suvorexant on Delirium: A Randomized Placebo-Controlled Trial. J Clin Psychiatry. 2017 Sep/Oct; 78(8): e970-e979.
6. Hatta K, et al. Real-World Effectiveness of Ramelteon and Suvorexant for Delirium Prevention in 948 Patients With Delirium Risk Factors. J Clin Psychiatry. 2019 Dec 17; 81(1): 19m12865.
7. Meagher DJ, et al. Phenomenology of delirium. Assessment of 100 adult cases using standardised measures. Br J Psychiatry. 2007 Feb; 190: 135-41.
8. 2011年9月28日厚生労働省保険局医療課長, 保医発0928第1号. 社会保険診療報酬支払基金, 第9次審査情報提供.
9. Kubo N, et al. Antimuscarinic effects of antihistamines: quantitative evaluation by receptor-binding assay. Jpn J Pharmacol. 1987 Mar; 43(3): 277-82.
10. Hatta K, et al. Acceptability of transdermal antipsychotic patches by patients who

refuse oral medication and their effectiveness in preventing recurrence of delirium: a retrospective observational study. *Int Clin Psychopharmacol.* 2023 Jan 1; 38(1): 23-27.

11. Matsuoka A, et al. Evaluation of Suvorexant and Lemborexant for the Prevention of Delirium in Adult Critically Ill Patients at an Advanced Critical Care Center: A Single-Center, Retrospective, Observational Study. *J Clin Psychiatry.* 2022 Nov 7; 84(1): 22m14471.

IV. せん妄の看護

1. せん妄の予防

せん妄を発症すると、患者の治療や回復プロセスを妨げるとともに、転倒・転落の増加やルート・チューブ類のトラブル、認知症の進行など、様々な問題が起こる。せん妄は予防と早期発見が重要であり、入院時にはせん妄のリスクアセスメントを行い、ハイリスク患者に対しては非薬物的な予防的対応と早期発見のための症状観察を行う。

当院にはせん妄ハイリスク患者である高齢者や認知症患者が多く入院しており、せん妄ハイリスク患者に対して入院時から非薬物的な予防的ケアを実施し、せん妄の発症低減と早期発見、重症化や遷延化の予防に努めなければならない。

1) せん妄のリスクアセスメント

- ・ 70 歳以上.
- ・ 認知症.
- ・ 脳器質的障害（脳出血・脳梗塞・脳腫瘍）.
- ・ せん妄の既往.
- ・ 飲酒習慣.
- ・ せん妄ハイリスク薬の内服（特に、ベンゾジアゼピン受容体作動薬）.

2) せん妄の予防ケア

(1) 認知機能低下に対する介入

- ・ 見当識（場所・時間・人物）を保つような声掛けを積極的に行う.
- ・ 時計やカレンダーを置いて、視覚的情報による見当識の支援をする.
- ・ 眼鏡や補聴器などの補助具を普段通りに装着する.
- ・ 必要な情報を文字に書いて伝える.
- ・ コミュニケーション能力に合わせた声掛けの工夫.
- ・ 患者の訴えを傾聴し対応する（患者の言葉を否定しない、強い説得を避ける）.

(2) 早期離床・活動の促進

- ・ 日中は起坐姿勢をとり、離床を促す.
- ・ 本人が得意とすることや趣味を取り入れ、日中の活動を促す.
- ・ 対話がすすむ話題を提供し、積極的にコミュニケーションを図る.
- ・ セルフケア能力が維持できるように支援する.
- ・ 入院前の過ごし方を確認し、生活リズムの維持を図る.

- (3) 適切な睡眠管理
- ・不快な雑音や睡眠を妨げる音を回避する.
 - ・夜間の病室内の光を調整する（薄明りにする）.
 - ・夜間の処置やケアを最小限にする.
 - ・日中は十分な照度を保つ（カーテンを開ける，日光が入る場所に移動する）.
 - ・午睡を避ける.
 - ・日中は，馴染みのテレビ番組，好みの DVD や CD の鑑賞など，適度な刺激を入れる.
- (4) 水分補給による脱水の防止
- ・水分摂取を促す.
 - ・手の届く場所へ水分を設置する.
- (5) 不安や苦痛の緩和
- ・スケール（NRS/PAINAD など）を用いた疼痛評価を行い，適切な疼痛コントロールを行う.
 - ・空腹感への対応（主治医に許可を得て捕食の提供）.
 - ・便秘予防.
 - ・尿意・便意のサインをキャッチし，トイレ誘導やおむつ交換を実施する.
 - ・皮膚乾燥・掻痒感に対して，保湿剤を適切に使用する.
 - ・快と感じられるケア（マッサージや足浴など）を提供する.
- (6) 身体拘束や体動制限の改善・解除
- ・モニターやルート類などによる可動制限を最小限にする.
 - ・点滴は，夜間ロックにするなどの工夫をする.
 - ・スリーロック（スピーチロック・フィジカルロック・ドラックロック）を避ける.
 - ・身体拘束を行わないための工夫（身体拘束最小化マニュアル 参照）.
- (7) 療養環境の調整
- ・馴染みのあるものを環境に取り入れる（寝具・食具など）.
 - ・家族の写真を置く.
 - ・適切な温度・湿度の管理.
 - ・部屋移動はできるだけ避ける.
 - ・危険物の除去.
- (8) せん妄ハイリスク薬の漸減・中止
- ・[「せん妄の治療」](#) 参照.

(9) 家族へのオリエンテーション

- ・せん妄に対する情報提供.
- ・面会の促進.

3) せん妄早期発見のためのスクリーニング

スケール評価に基づくスクリーニングの実施（当院では CAM・CAM-ICU を使用）.
([資料 3](#), [資料 4](#)).

2. せん妄発症時のケア

1) 身体管理

せん妄の発症は、身体疾患の発症や増悪の徴候の場合もある。せん妄症状がみられたときは、身体状態に変化がないかを確認することが重要である。せん妄発症の直接的な要因が確認できた場合は、その要因を可能な限り早期に取り除くことが基本的な対応となり、早期改善・重症化予防につながる。特に認知症患者は自分の身体症状や苦痛を的確に周囲に伝えることが難しくなるため、非言語的要素からの状態把握も必要となる。

2) 安全の確保

- ・転倒・転落防止.
- ・危険物の除去.
- ・ルート・ドレーン類の抜去予防.
- ・興奮が強い際は、スタッフ 2 人以上で対応する.
- ・ベッドをナースステーションの近い部屋に移動する.

3) せん妄予防ケアの継続

せん妄予防ケアは促進因子を除去するための非薬物的対応であり、せん妄発症後も非薬物療法として継続する必要がある。

4) 薬物療法

[「せん妄の治療」](#) 参照.

3. せん妄ハイリスク患者ケア加算

2020年度の診療報酬改定において、非薬物療法を中心としたせん妄対策の実施を評価する「せん妄ハイリスク患者ケア加算」が新設された。これにより、急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟において、全ての入院患者に対してせん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を実施した場合に、当該対策を実施した患者について、当該入院期間中1回に限り100点の算定が可能となった。施設基準として、せん妄リスク因子の確認のためのチェックリスト及びハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していることが挙げられている（[資料1](#)）。当院においては、フローチャート（[資料2](#)）に沿ってせん妄対策を実施し、せん妄評価スクリーニング（[資料3](#)、[資料4](#)）を用いて定期的にせん妄のスクリーニングを実施する。

※ 認知症ケア加算を算定した場合、せん妄ハイリスク患者ケア加算は別に算定できない。

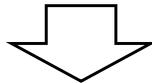
せん妄ハイリスク患者チェックリスト

ID	性別	年齢	入院日
患者氏名	病棟		診療科

1. せん妄のリスク因子の確認

リスク因子が**1つでもあれば**、「2. ハイリスク患者に対するせん妄予防対策」を実施する

<input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脳器質的障害（脳出血・脳梗塞・脳腫瘍） <input type="checkbox"/> せん妄の既往 <input type="checkbox"/> 飲酒習慣 （基準飲酒量より多い：ビール 500ml、日本酒 1合/日） <input type="checkbox"/> リスクとなる薬剤 * せん妄ハイリスク薬剤表参照	<input type="checkbox"/> リスク因子該当なし 終了
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------



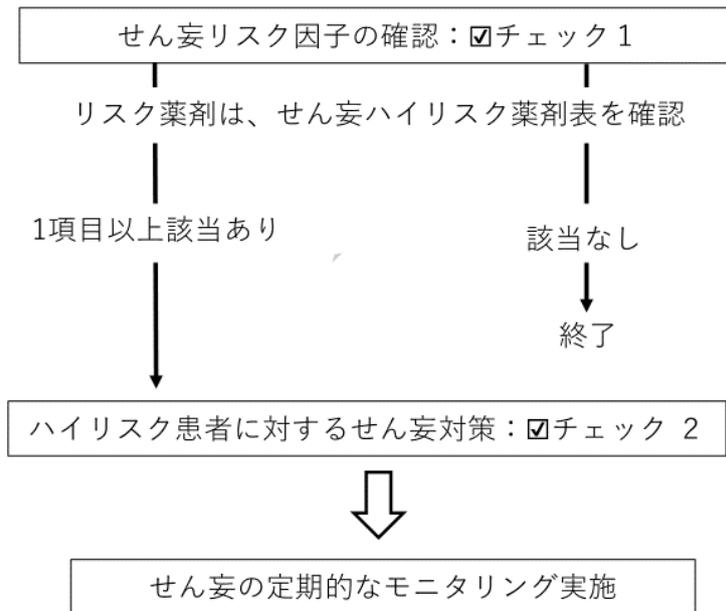
2. ハイリスク患者に対するせん妄予防対策

<input type="checkbox"/> 認知機能低下に対する介入 <ul style="list-style-type: none"> ・見当識（場所・時間・人物）を保つための積極的なコミュニケーション ・時計・カレンダーなど視覚的情報による見当識の支援 <input type="checkbox"/> 日中は十分な照度を保つ <input type="checkbox"/> せん妄ハイリスク薬の漸減・中止 <input type="checkbox"/> 早期離床・活動の促進 <input type="checkbox"/> 適切な睡眠管理 <input type="checkbox"/> 水分補給による脱水の防止 <input type="checkbox"/> 便秘予防 <input type="checkbox"/> 疼痛管理の強化 <input type="checkbox"/> 本人及び家族へのせん妄に関する情報提供 <input checked="" type="checkbox"/> (必須) せん妄評価スケールによる定期的なせん妄モニタリング <ul style="list-style-type: none"> * せん妄の疑いありは、看護計画「急性混乱リスク状態」を立案する * 対応困難であれば DST に介入依頼をする

せん妄ハイリスク患者チェックリスト フローチャート

対象：全患者

入院時 【せん妄ハイリスク患者チェックリスト】の入力



せん妄評価スケールの入力

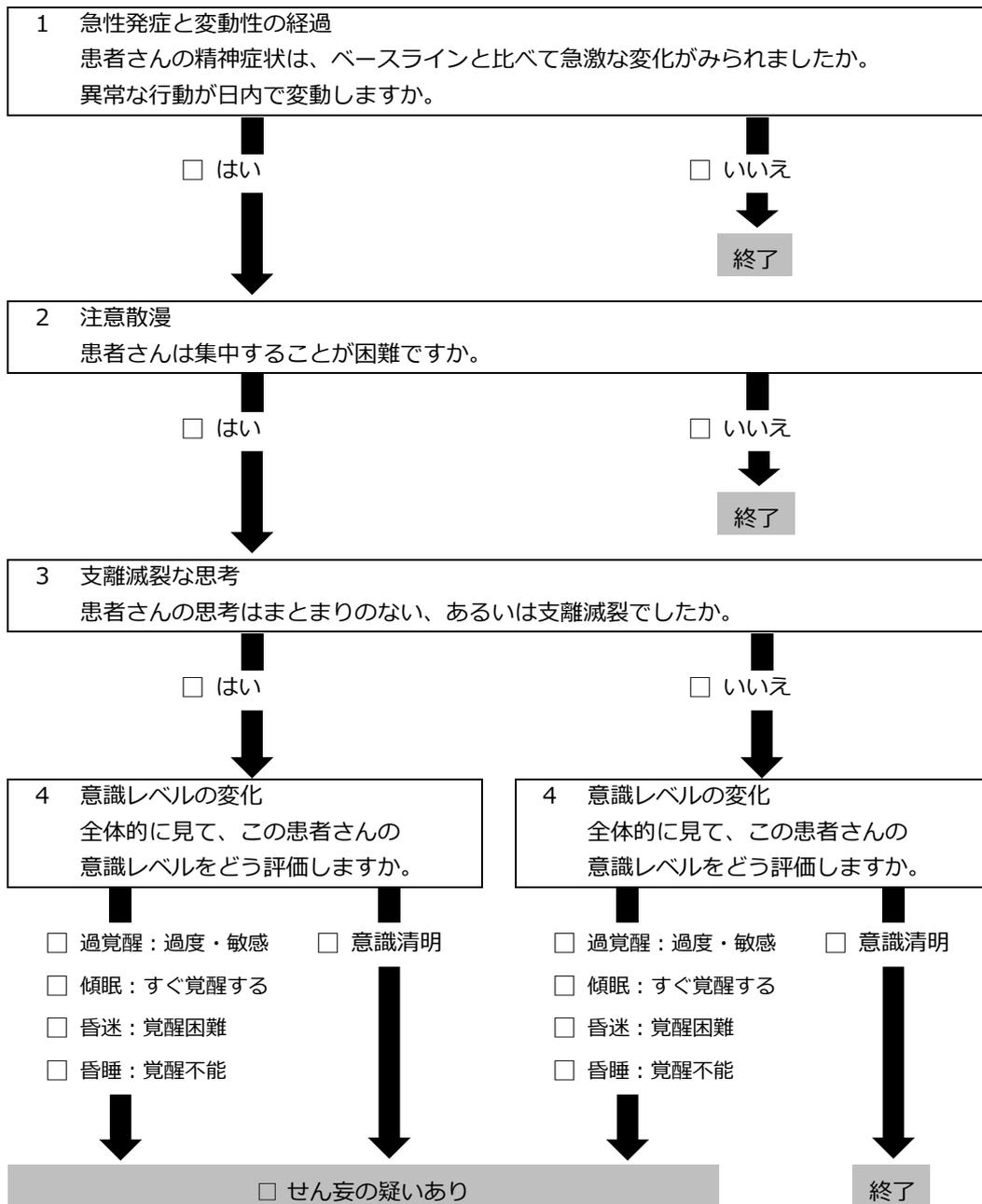
- ・入院日・転棟日
- ・入院（転棟）2日目・入院（転棟）3日目・以降1週間毎
- ・手術日、術後1日目、2日目、3日目、以降1週間毎

※ せん妄の疑いありの場合は、看護計画「急性混乱リスク態」を立案

※ 対応困難であればDSTに介入を依頼する

資料2 せん妄ハイリスク患者チェックリスト フローチャート

せん妄評価スクリーニングツール（CAM日本語版）

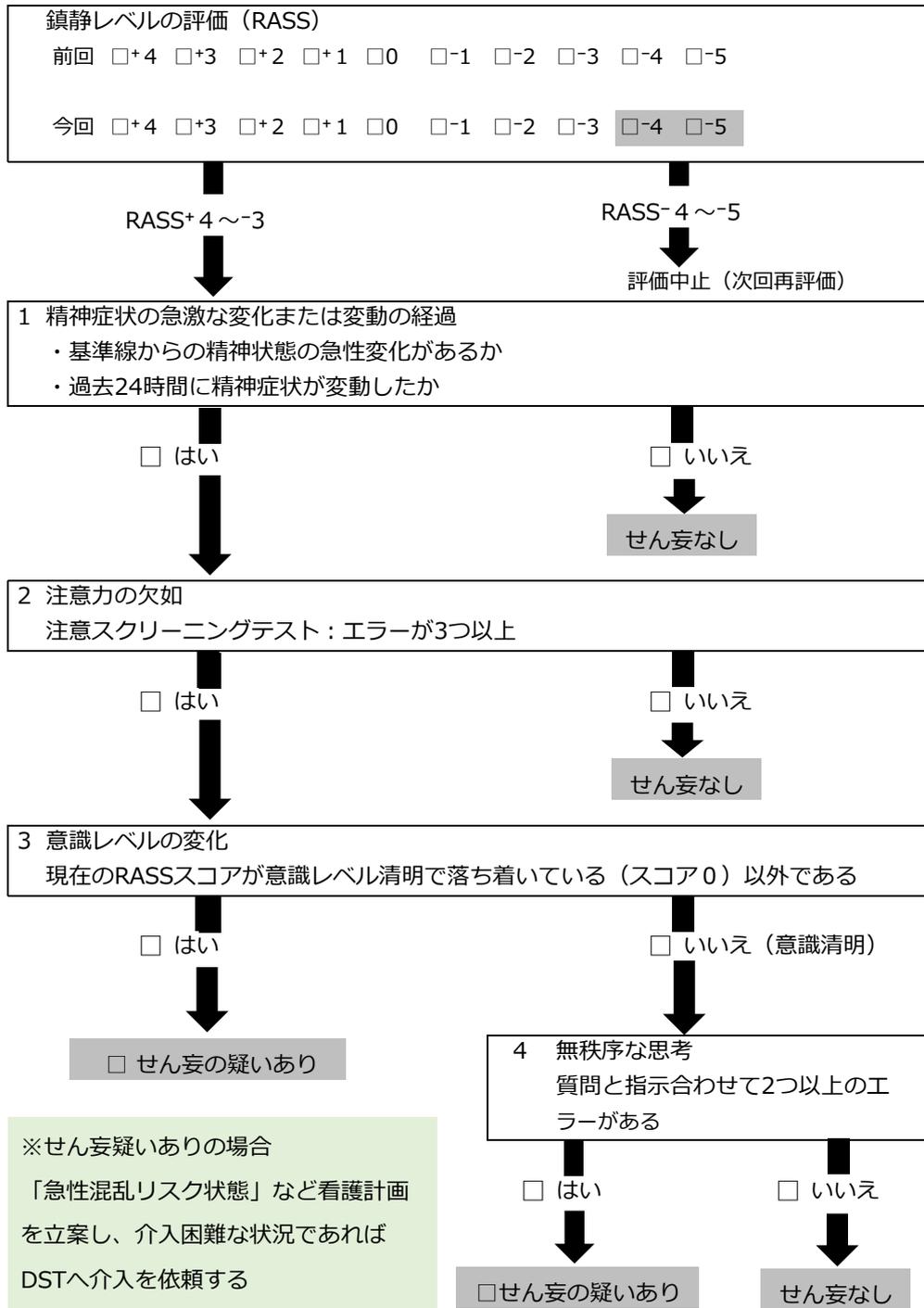


※ せん妄の疑いありの場合は「急性混乱のリスク状態」など看護計画を立案し、介入困難な状況であればD S Tへ介入を依頼する

資料3 せん妄評価スクリーニング（CAM日本語版）

渡辺明. The Confusion Assessment Method(CAM)日本語版の妥当性. 総合病院精神医学. 2013; 25(2): 165-170.

せん妄評価スクリーニングツール (CAM-ICU)



資料4 せん妄評価スクリーニング (CAM-ICU)

古賀雄二, 他. 日本語版 CAM-ICU フローシートの妥当性と信頼性の検証. 山口医学. 2014; 63(2): 93-101.

V. 認知症患者の退院支援

認知症の症状のために、退院後に「生活のしにくさ」の発生が予測される患者とその家族に対し、退院後の生活の再設計に向けた支援を行う。

1. 相談窓口

退院後の生活場所により、相談・連携窓口が異なる。

- ・ 自宅：ケアマネジャー。
- ・ 施設：施設の相談員。

※入院前とは異なる環境への退院の際には、退院支援担当者（ソーシャルワーカー、退院調整看護師）への支援依頼が望ましい。

2. 社会資源

1) 介護保険制度

(1) 対象者

第1号被保険者：65才以上の者。

第2号被保険者：40～64才、国で定めた特定疾病（「認知症」は含まれている）に罹患している者。

(2) サービス利用の準備

①要介護認定申請

介護サービスの利用を希望する場合は、まず市区町村の窓口にて、「要介護認定申請手続き」を行う。

②認定調査

本人の状態が要介護認定に該当するかどうかの判断をするための調査。

- ・ 訪問調査：調査員が本人や家族から聞き取り調査などを行う。入院中は病院で調査を行う場合があり、病棟看護師等からも調査員に情報提供を行う。
- ・ 主治医意見書：市の依頼を受けて、主治医が意見書を作成する。
- ・ 認定審査会：申請より約1か月後に、認定結果が通知される。

(3) 介護保険サービスの利用手続き

①在宅サービス

要支援認定がおりた場合，居宅介護支援事業所もしくは地域包括支援センターへケアプラン作成を依頼し，サービス利用の相談をする。

訪問介護（ホームヘルプサービス）
ホームヘルパーなどによる，居宅での身体介護や生活援助。
訪問入浴介護
移動入浴車の持参した浴槽で，居宅での入浴介護。
訪問看護
医師の指示による，看護師等の居宅での療養上の世話や診療の補助。
訪問リハビリテーション
医師の指示による，療法士の居宅でのリハビリテーション。
居宅療養管理指導
通院困難な場合の，医師，歯科医師，薬剤師，管理栄養士などによる居宅での療養上の管理・指導。
通所介護（デイサービス）
通所介護施設での日常生活支援（食事，入浴等）。
通所リハビリテーション（デイケア）
介護老人保健施設や医療機関などでの，通所のリハビリテーション。
短期入所（生活・療養）介護
介護施設や短期入所施設等での，短期間の入所による生活支援や療養，機能訓練等。

②地域密着型サービス

原則として，サービス事業者と同じ市町村に居住している者が対象。

小規模多機能型居宅介護
通い，訪問，泊まりを組み合わせて提供する生活支援。
認知症対応型通所介護
認知症患者対象の通所による日常生活支援（食事，入浴等）。
地域密着型通所介護
定員 18 人以下の小規模な通所介護施設での日常生活支援（食事，入浴等）。
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
※詳細は「その他の施設サービス」欄に記載。

③施設サービス

本人または家族が、入所を希望する施設に直接申し込みをする。

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
入所要件は、原則として要介護3以上。日常生活支援（食事、入浴等）を提供。医師はかかりつけ医もしくは嘱託医。看護師は日中のみ在中。
介護老人保健施設（老人保健施設）
入所要件は、要介護1以上で病状安定。家庭復帰のための看護、介護、リハビリテーションを提供。医師は日中のみ在中。看護師は24時間在中。
介護医療院
入所要件は、要介護1以上で長期療養を必要とする人。医療と日常生活介護を一体的に提供。医師、看護師は24時間在中。

④その他の施設サービス

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
入所要件は、原則、要支援2以上の認知症患者。スタッフの支援による共同生活住宅。医師はかかりつけ医もしくは嘱託医。看護師は日中のみ在中だが、不在の日もあり。
有料老人ホーム
入所要件は、施設により異なる。食事および介護の提供、家事の供給、健康管理を行う。医師は多くはかかりつけ医もしくは嘱託医。看護師の在中時間は施設により異なる。
サービス付き高齢者向け住宅
入所要件は、施設により異なる。安否確認と生活相談を行い、必要に応じ介護サービスを利用する。医師は多くはかかりつけ医もしくは嘱託医。看護師の在中時間は施設により異なる。
ケアハウス
入所要件は、おおむね60才以上で、生活自立の患者。食事提供、その他日常生活上必要な便宜を供与。介護サービスを利用することができる施設もある。医師は多くはかかりつけ医もしくは嘱託医。看護師の在中時間は施設により異なる。

⑤その他のサービス

福祉用具貸与
日常生活の自立を助けるための用具を貸し出す。 例) 車いす, 特殊寝台, 手すり, スロープ, 歩行器 等.
福祉用具購入
指定を受けた業者より購入した福祉用具の料金を一部支給する。 例) ポータブルトイレ, 浴室用手すり, シャワーチェア 等.
住宅改修費支給
事前の協議, 申請をしたうえで, 住宅の改修を行った際に, 改修費を支給する。 例) 手すりの取り付け, 段差の解消, 扉の取り替え 等.

2) 障害者福祉制度

(1) 精神障害者保健福祉手帳

精神障害（認知症含む）のために、長期にわたり日常生活または社会生活への制約を有する人が交付を受けることができる手帳。障害福祉サービスを受給する対象となる。

(2) 自立支援医療（精神通院）

精神疾患（認知症含む）を有する人の通院精神医療費の助成を行う。

(3) 障害者医療費助成制度・後期高齢者福祉医療制度

身心に障害がある人が受けた医療費を助成する制度。対象者や助成の割合等は市町村により異なる。

(4) 障害者就労継続支援（A型・B型）

一般の企業等での就労が困難なおおむね65才未満の障害のある人が、就労、作業活動を行う事業所（A型は雇用契約を結ぶ。B型は雇用契約はなし）。

3) 難病医療制度

指定難病の疾患治療に要した医療費の自己負担分の一部を助成する。

4) 日常生活自立支援事業

社会福祉協議会が主体となり、判断能力が不十分と認められる人の日常生活上の契約及び手続等の援助を行う事業。

5) 成年後見制度

判断能力が不十分な人について、本人の権利を守る援助者を選び、本人を法的に支援する制度。

3. 院外のお機関との連携

退院後の生活にちじ、地域の医療機関および支援機関等と情報交換、連携を図る。

1) 医療機関

(1) かかりつけ医

認知症を疑わせる症状（認知症の可能性、せん妄、治療中の疾患との関連、その他）を診察し、適切な専門医療機関への紹介をする。

(2) 認知症サポート医

認知症の可能性の判断、初期治療、日常生活面、家族への助言・指導、包括支援センターやケアマネジャーとの連携をとる。

(3) 認知症専門医

認知症を専門とする医師で、それぞれの学会（日本認知症学会等）が認定した医師。認知症専門医による診療が受けられる。

(4) もの忘れ外来

認知症の診療を行う診療科。

(5) 認知症疾患医療センター

都道府県や政令指定都市が指定する病院に設置される認知症専門医療機関。

2) 支援機関

(1) 居宅介護支援事業所：介護支援専門員（ケアマネジャー）

居宅の要介護者が居宅サービス等を適切に利用できるよう、居宅サービス計画を作成するとともに、サービス事業者等との連絡調整を行う。

(2) 地域包括支援センター

市町村が設置主体となり，保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置し，3職種のチームアプローチにより，住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行う。

(3) 若年性認知症支援コーディネーター

若年性認知症患者（65歳未満で発症した認知症）のニーズに合った関係機関やサービス担当者との調整を行う，都道府県から委託を受けた専門職。

(4) 障害者相談支援センター

障害のある人等からの相談に応じ，必要な情報の提供，障害福祉サービスの利用支援等を行うほか，権利擁護のために必要な援助を行う。

(5) 公益社団法人認知症の人と家族の会

介護家族，認知症の本人はもちろん，誰でも入会でき，各地で介護相談，情報交換，勉強会などを行っている。

VI. 認知症・せん妄サポートチーム (Dementia & Delirium Support Team : D²ST)

2016 年度診療報酬改定において、身体疾患のために入院した認知症患者に対する**対応力とケアの質の向上を図るため**、病棟での取組や多職種チームによる介入を評価する「認知症ケア加算」が創設された。当院では、2011 年より多職種からなる認知症・せん妄サポートチーム (Dementia & Delirium Support Team : D²ST) を立ち上げ、様々な原因によって入院した認知症患者を診療する医療スタッフへのサポートを目的として活動している。

1. 主なメンバーと役割

1) 医師 認知症専門医 (神経内科, 精神科)

- ・ 認知症の評価・診断.
- ・ BPSD やせん妄, その他精神症状の評価・診断.
- ・ これら疾患, 症状に対する治療 (薬物療法を含む) に関する助言.

2) 看護師 (認知症看護認定看護師, 老人看護専門看護師, 認知症対応病棟看護師長)

- ・ 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, 非薬物的ケアの助言.
- ・ 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.
- ・ 認知症対応病棟への転棟の調整.

3) 薬剤師

- ・ BPSD やせん妄に対する薬物療法における向精神薬の適正使用推進.
- ・ 処方内容に関する包括的な評価.
- ・ 薬物有害事象とその対応に関する助言 (ポリファーマシーに関する助言).

4) 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や生活の中でのリハビリテーションに関する助言.

5) 精神保健福祉士

- ・入院前の療養環境に関する情報提供.
- ・退院後の療養環境に関する情報提供, 提言.
- ・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提言.
- ・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.

6) 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)

- ・対応困難な認知症患者がいた場合, 速やかに D²ST へ依頼ができるように依頼方法を病棟スタッフへ周知する.
- ・せん妄ハイリスク患者を把握し, せん妄予防策が徹底されるように病棟スタッフに働きかけ, フローチャートにそって, 早期に D²ST へ依頼ができるようにする.
- ・D²ST ラウンド前に D²ST カンファレンスを実施し, D²ST メンバーに適切な情報提供ができるように病棟スタッフに周知する.
- ・D²ST からの助言を病棟スタッフに周知し, 継続的にケアを実践できるようにする.
- ・D²ST 介入患者に適切な看護計画の立案ができるように病棟スタッフに働きかける.
- ・身体拘束実施時には, 病棟スタッフが手順に沿って適切に身体拘束を実施するように働きかける.
- ・病棟の身体拘束の実施を把握し, 身体拘束の代替案を検討できるように働きかける.

2. チームを形成する目的

- ・入院中のせん妄, 認知症患者の BPSD, その他精神症状などに関するケア及び薬物療法に関する相談助言.
- ・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. D²ST 活動内容

1) ラウンド対象

- ・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, 入院中対応に苦慮患者

- ・せん妄の疑いがある患者もしくは、入院時のせん妄ハイリスク患者チェックリストでせん妄ハイリスクの患者
- ・身体拘束をしている患者

2) ラウンド内容

- ・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、認知症患者個人の特性を踏まえ、対応の要点について**非薬物療法を中心にディスカッション**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、改善したか評価する。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。
- ・認知症対応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。
- ・介入終了時、以下に示す評価基準をもとに介入内容を評価し、優良事例の収集、共有および教育を行う。

4. D²ST 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」に対する知識の向上。
- ・院内全体の認知症医療・ケアの実践力の向上。
- ・一般病床と認知症対応病棟との緊密な連携。

5. D²ST 依頼の流れ

- ① D²ST 介入依頼（オーダー→チーム医療→DST 介入依頼）に必要事項を入力する。
- ② 臨時ラウンド依頼の際は、認知症看護認定看護師 PHS に連絡する。
- ③ 認知症看護認定看護師 PHS が繋がらない時は、認知症看護認定看護師にクジラメールで依頼の旨を連絡する。

6. D²ST ラウンドについて

(1) 臨時ラウンド

認知症看護認定看護師が時間を調整し、病棟へ情報収集、相談対応に行く。

※ 認知症看護認定看護師の勤務の都合上、後日になる場合もある。

(2) 定期ラウンド

毎週木曜日 10:30～ 各病棟をラウンドし、カンファレンスを実施する。

7. D²ST カンファレンス

- ・ 毎週木曜日。
- ・ 事前に病棟でカンファレンスを実施し、「問題点の具体的内容と考えられる要因」、「現在行っている対応」について整理しておく。
- ・ 病棟スタッフが整理した情報をもとに、D²ST とカンファレンスを実施する。
- ・ 参加メンバー：D²ST 構成員、当該患者の入院する病棟の看護師等。必要に応じて患者の診療を担う医師などが参加する。
- ・ D²ST カンファレンス内容は、すべて議事録フォーマット「DST カンファレンス・回診記録」に記録する（部門→チーム医療→DST カンファレンス・回診記録）。

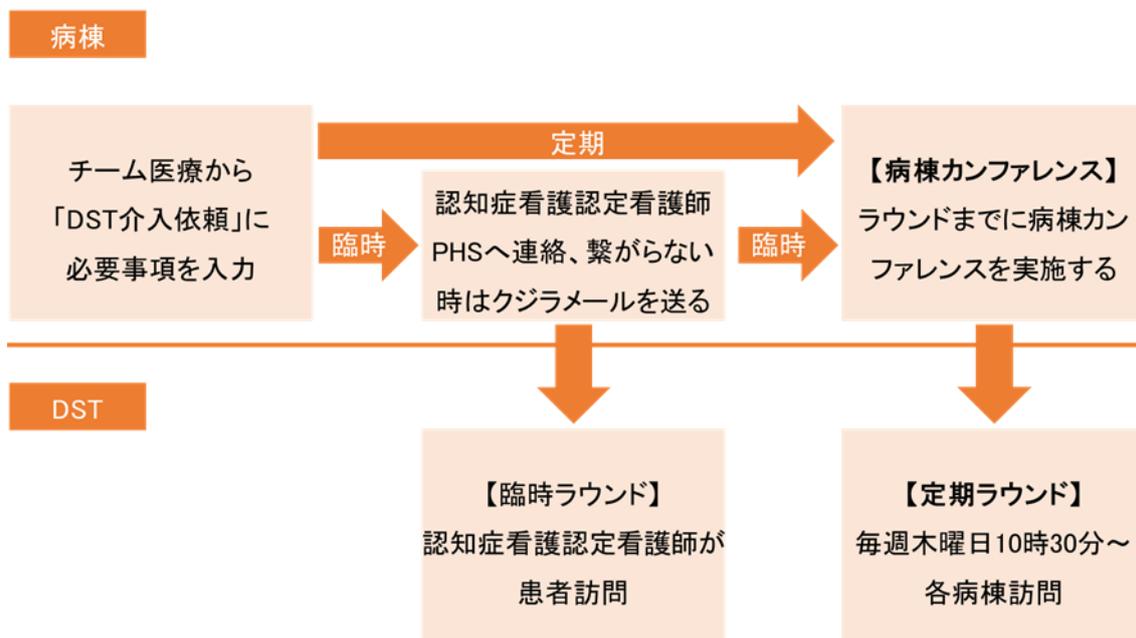


図 13 D2ST ラウンド・カンファレンスの流れ

8. 認知症ケア加算

認知症ケア加算は、認知症による BPSD や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患の治療に影響を与える可能性がある患者に対し、病棟の看護師等や専門知識を有した多職種が適切に対応することによって、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療が円滑に行えるよう支援することを目的としている。認知症ケア加算の算定対象となる患者は、[「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」](#)におけるランクⅢ以上に該当する患者である。ただし、重度の意識障害（JCSⅡ-3（又は 30）で、GCS 8 点以下）の患者は対象外となる。当院では「認知症ケア加算 1」を算定している。

2024 年度の診療報酬改定により、認知症ケア加算で求められるアセスメントおよび対応方策に、せん妄のリスク因子の確認およびせん妄対策を含めることが義務付けられた。また、認知症ケア加算を算定した場合、せん妄ハイリスク患者ケア加算の算定はできなくなった。さらに、「身体拘束の最小化の義務化」や「認知症ケア加算の点数変更（身体拘束を行った日の減算割合の増大）」が改訂され、身体拘束最小化に取り組んでいるかどうかが病院医療全般に問われるようになった。これにより、身体拘束最小化チームの設置が義務付けられ、当院では認知症せん妄サポートチームと身体拘束最小化チームを兼任している。

執筆者一覧

安野史彦 精神科部長/もの忘れセンター 副センター長
南ひかる 精神科部
植田郁恵 リハビリテーション科部 作業療法士
天白宗和 薬剤部 精神科薬物療法認定薬剤師/長寿医療研修部 高齢者薬学教育研修室
高見雅代 もの忘れセンター 精神保健福祉士
竹内さやか 看護部 認知症看護認定看護師
萩原淳子 看護部 認知症看護認定看護師

監修

鷲見幸彦 国立長寿医療研究センター 理事長特任補佐

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 ©2024 NCGG. All Rights Reserved.