



Kyoto Prefectural University of Medicine  
京都府公立大学法人 京都府立医科大学

# 認知症の人の生活をサポートする —医療と介護の連携について—

京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学

成 本 迅

2014/06/13

南区認知症サポートネットワーク



- BPSDの基礎知識
- 対応と環境調整の原則
- 投薬の実際
- 情報共有法の提案
- 認知症疾患医療センターの紹介

# 認知症介護医療の課題

---

入口  
問題

地域の窓口  
初期症状の  
普及啓発

早期診断

スクリーニング  
病診連携

精神症状・  
進行防止

福祉サービスの  
利用  
対応の仕方  
薬物療法  
介護医療連携  
病診連携

身体疾患

訪問看護  
訪問診療  
施設入所  
成年後見  
終末期の対処

# 連携が必要となる場面

- 初期の診断(介護保険意見書作成)
- 精神症状(BPSD)への対応
- 身体合併症
- 成年後見

# 初期の診断について

- これまでかかりつけ医のいない人の場合
- もの忘れを相談したら検査なしで抗認知症薬が処方されている場合
- 本人が受診に抵抗している場合



# 他の病気との違い

- 他の身体疾患
  - 検査で異常が見つかる
  - 薬物療法が中心
  - 検査結果によって治療方針が決まる
- 認知症（特にBPSD）
  - 血液検査などで評価できず、診察でもわからない
  - 介護からの情報をもとに薬剤調整する
  - 環境調整や対応が重要
  - 治療方針決定に情報共有と連携が必要



Kyoto Prefectural University of Medicine  
京都府公立大学法人 京都府立医科大学

# BPSDの基礎知識

# Behavioral and Psychological Symptom of Dementia

## 認知症の行動と心理症状(BPSD)

行動症状	心理症状
活動に関する障害	感情の障害
焦燥, 不穏状態	不安
多動	易刺激性
徘徊	抑うつ
社会的に不適切な行動	情緒不安定
無為	妄想と誤認性症候群
攻撃性	物盗られ妄想
食欲障害	我が家ではない
概日リズム障害	配偶者が偽者である
	死んだ親族が生きている
	幻覚





# 中核症状とBPSD

## 中核症状

### 認知機能障害

思考・推理・判断・適応・問題解決

言語障害  
実行機能障害  
見当識障害  
判断力低下  
記憶障害

## BPSD

不安  
抑うつ  
興奮  
徘徊  
不眠  
被害念慮  
妄想

廃用症候群

# BPSDがなぜ重要か？

- 頻度が高い
- 過剰障害
  - 実際の認知症の重症度よりもさらに機能レベルを低下させる
- 本人・介護者の生活の質の低下
- 必要な介護が提供できない
- 一般病院への入院を拒否される原因となる
- 治療、もしくは予防が可能

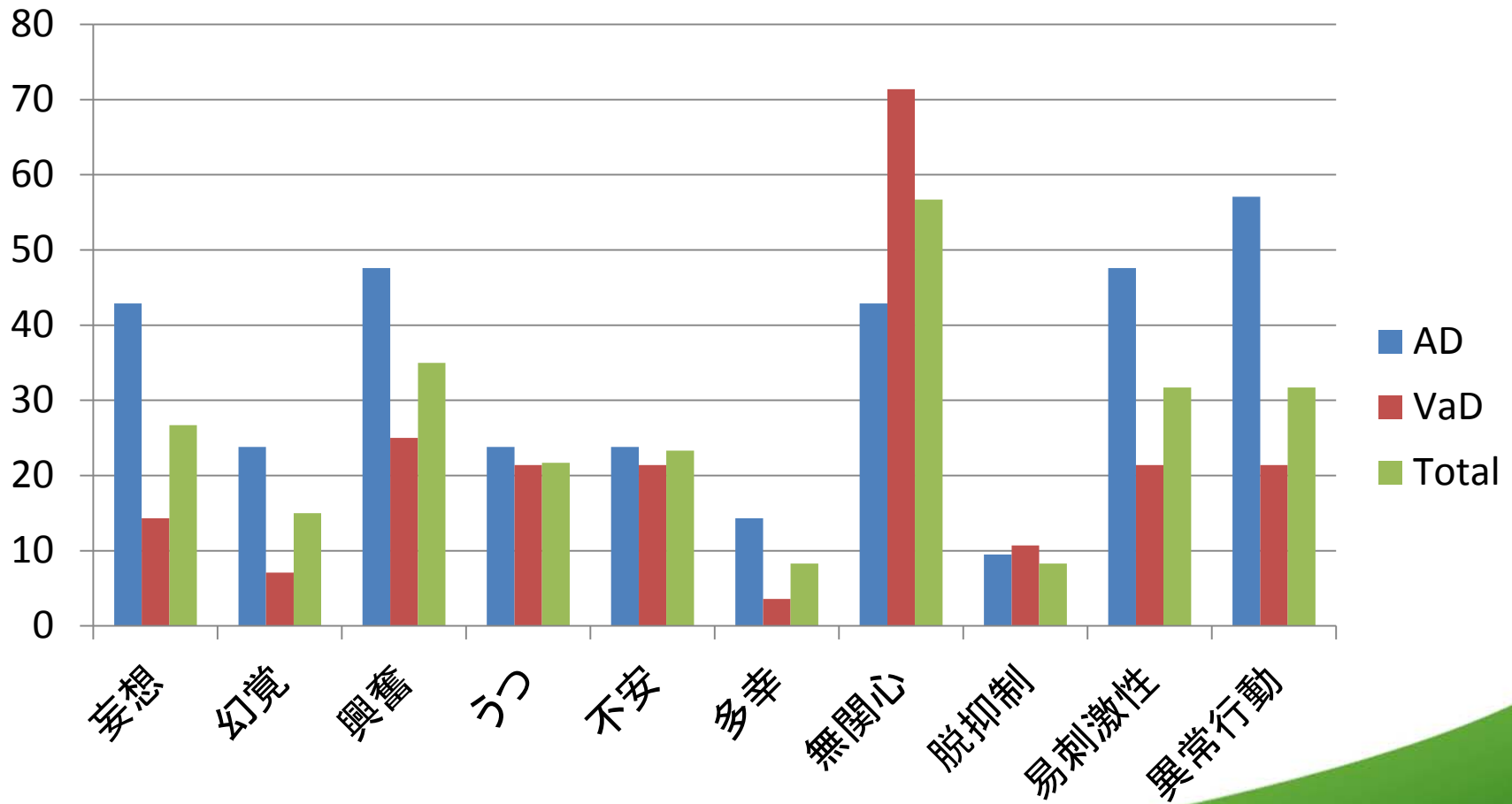
# Neuropsychiatric Inventory



Kyoto Prefectural University of Medicine  
京都府公立大学法人 京都府立医科大学

	頻度	重症度	負担度
妄想	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
幻覚	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
興奮	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
うつ	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
不安	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
多幸	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
無関心	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
脱抑制	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
易刺激性	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
異常行動	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
睡眠	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
食行動	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5

# BPSD出現頻度



(Ikeda M, 2004)

# 診断、病期により異なる

診断	初期	中期から後期
アルツハイマー型認知症	うつ、不安 もの盗られ妄想	徘徊 幻覚妄想 介護拒否
レビー小体型認知症	うつ 幻覚 誤認妄想	幻覚 誤認妄想 徐々に身体機能が低下
血管性認知症	無気力 易怒性 せん妄	肺炎や骨折を繰り返し入院の たびにせん妄



- わかりやすい生活環境
- 生活リズム
- コミュニケーション
- 楽しみ

# 認知症になって苦手になること

## 記憶に関すること

- 予定を覚えておく → メモ、携帯のアラームなど
- 物をしまった場所を覚えておく → 整理整頓

## 生活に関すること

- 片付ける、準備する  
→ 場所を決める、手順メモ
- 薬を飲む  
→ 電話で声かけ、一日一回の服用
- スケジュールをたてる  
→ 本人の希望をききながら周囲がたてる
- 楽しみをみつける  
→ これまで好きだったこと、それ以外のことも



## コミュニケーションに関すること

- 早口の言葉を聞きとる
  - ゆっくり大きな声で目を合わせて
- 手順がたくさんある課題を行う
  - 1ステップずつ分けて
- 自分の状態を周りに伝える
  - 様子から察する
- いくつもの選択肢から選ぶ
  - 二択にする





# 最初に確認すること

- 周囲が把握できるように環境整備をしているか
  - わかりやすい表示、メガネ、補聴器
- 生活リズムが確保できているか
- 体調はどうか（便秘、疼痛など）
- 精神科的な他の病気はなかったか
- 薬はきちんと飲めているか
- スタッフや家族の対応はどうか

# 症状のモニタリング

- 症状の有無をもれなくチェックする
- チームで情報を共有（時間帯や対応によって症状が変化する）
- それぞれの症状の頻度や負担度を評価
  - 本人、家族の負担になっていない症状はあえて治療しないこともある
- 介入のヒントを得るために
  - 問題となる行動を具体的に記述する
  - 前後関係に注目して情報収集する
- 介入の効果を評価するために
  - 頻度や強度、介護者の負担度を継続的に評価する

# 薬物療法が無効な可能性が高い症状

1. 徘徊
2. 他の部屋やトイレに入ってしまう
3. 同じ言葉を繰り返したり、大声を出したりする
4. 繰り返し物を叩いたり、触ったりする
5. 性的脱抑制
6. 不適切な性行動
7. 性格傾向に基づくケアの拒否
8. 収集行動
9. 物を盗む
10. 弄便などの不適切な排泄行動
11. 唾を吐く
12. 裸になったり、不適切な服装をする
13. 要求や質問を繰り返す
14. 同じ単語や文章を繰り返す
15. 物を隠す
16. 車いすに乗っている患者を押し
17. 物をちぎる、トイレに流す
18. 不注意で自分や他人を危険な状況に置く
19. 異食
20. 物にぶつかったり、つまづいたりする
21. 拘束をとってしまう
22. 自傷行為
23. レクリエーションなどに参加しない
24. 食器を投げる、他の人の食事を盗る、床に寝ころぶ

(Groulx, 1998)



# 薬物療法が効く可能性のある症状

1. 不安：落ち着かなさ
2. 悲しみ
3. 引きこもり
4. 奇異な行動や退行した行動（元来の性格からは説明できない）
5. 気分高揚
6. 乱暴な言動
7. 妄想
8. 幻覚

(Groulx, 1998)



# よくある主訴

- 夕方から興奮してきて夜なかなか寝ない
- 自分の家に帰るといって出ていく
- 物を盗られたと興奮する
- 夫(妻)がにせものだといって興奮する
- 幻視(幻聴)に向かって怒っている
- 入浴の拒否が強い
- 落ち着かずいらいらしている
- 不安がって介護者のそばを離れない
- 周囲の人の悪口を言う、暴力をふるう

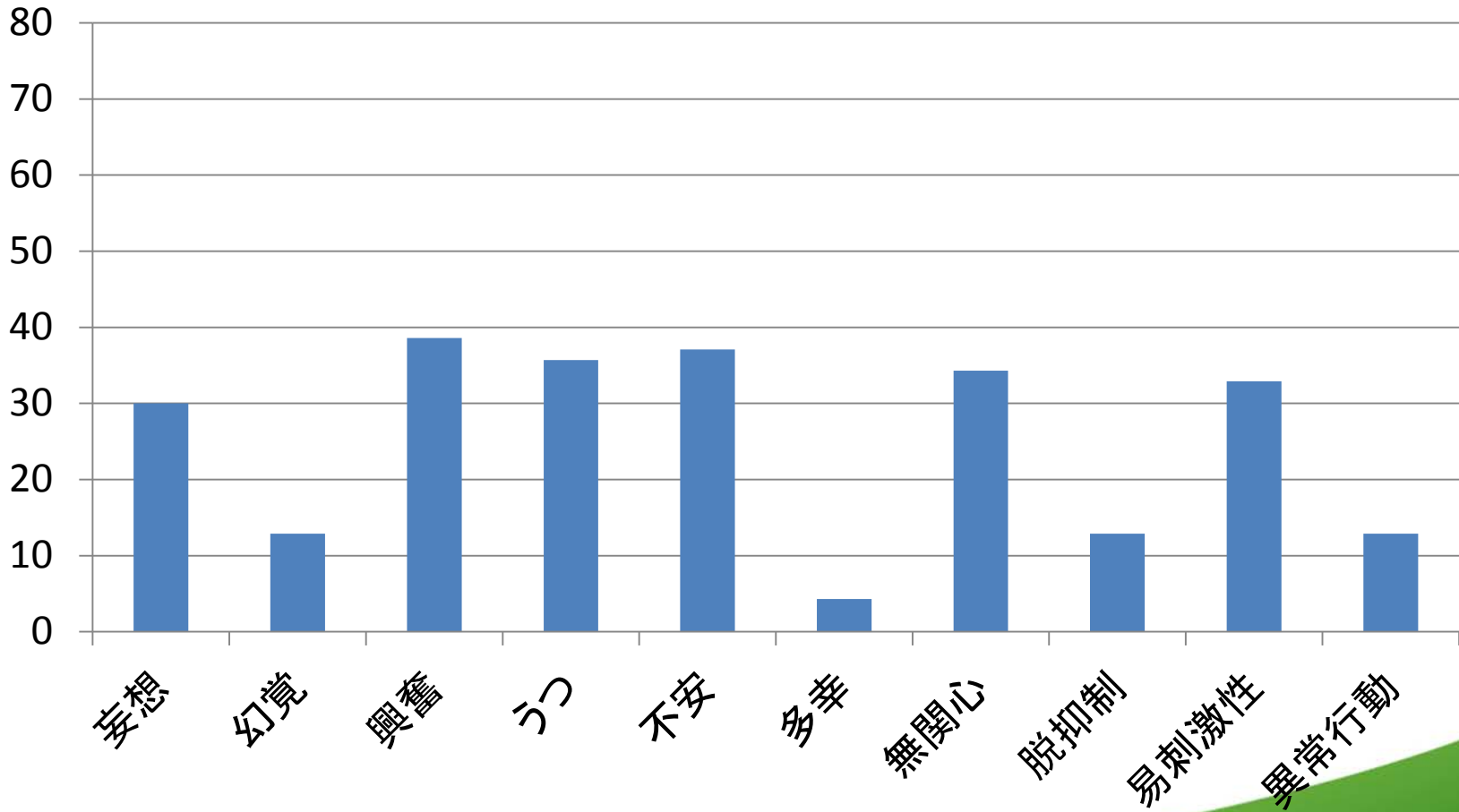
# 具体的な行動の記述の例

- 落ち着かない
  - － 立ち上がってドアのところを見に行く
  - － トイレに入ったり出たりを繰り返す
  - － たんすの引き出しを開けたり閉めたりを繰り返す
- 不穏、興奮
  - － 汚れたおむつを引き出しに入れようとするので制止すると「ほっといて」と大声をあげた
  - － お風呂に入れようとして服を脱がせようとするので抵抗して「やめてくれ」と大声をあげた
- 元気がない
  - － これまで楽しみにしていたテレビを見なくなった
  - － 日中の10時～16時の間は横になって過ごしている
  - － 食事を自力でしない

# 客観的に効果を評価するために

- 服薬前の状態を記録しておく
- 回数や時間で測れる指標をもとに効果を判定する
- 薬効と副作用を把握して、薬による影響とそれ以外を区別する
- ヒトは因果関係を求める習性があることを知っておく

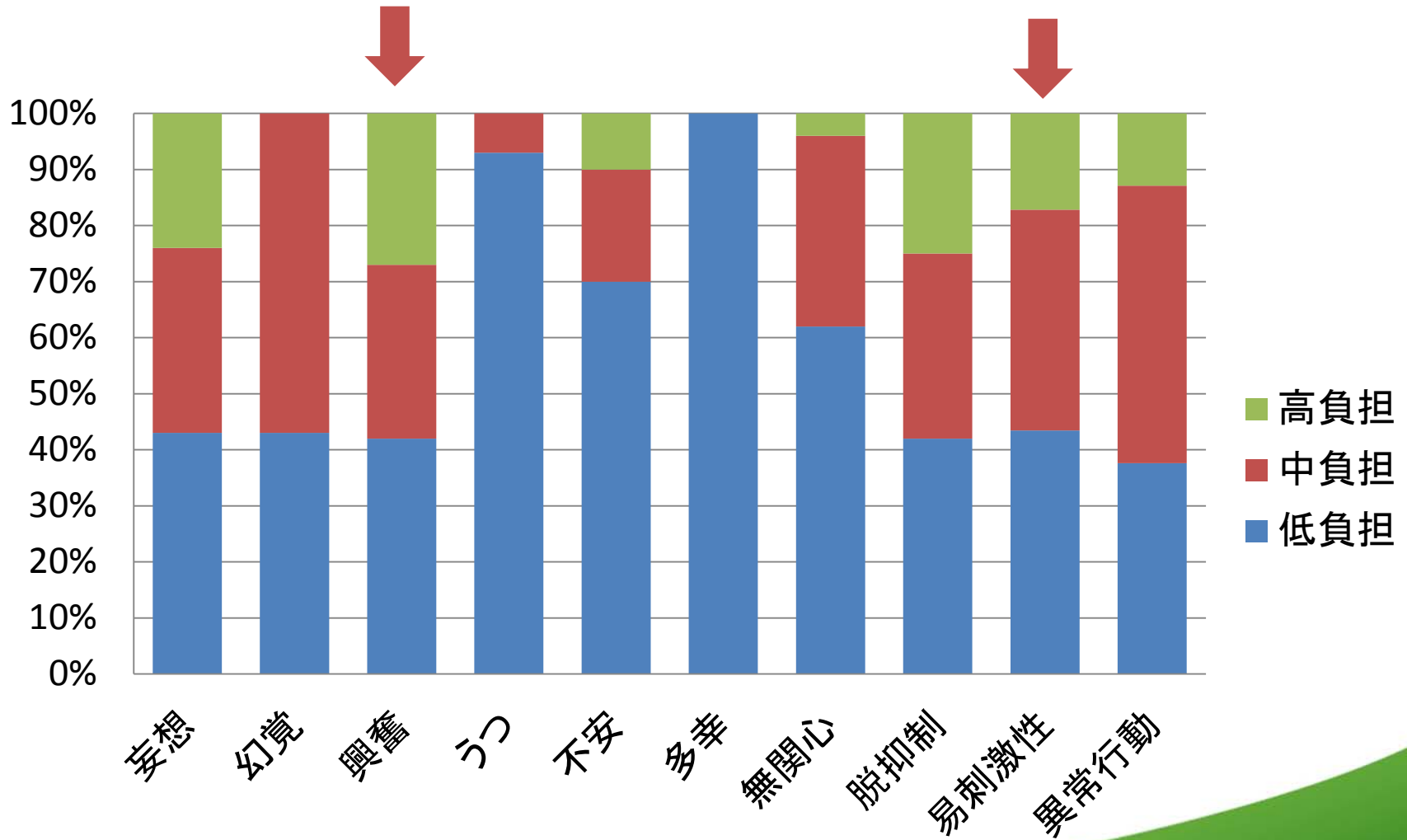
# BPSD出現頻度(外来)



(自施設データ)

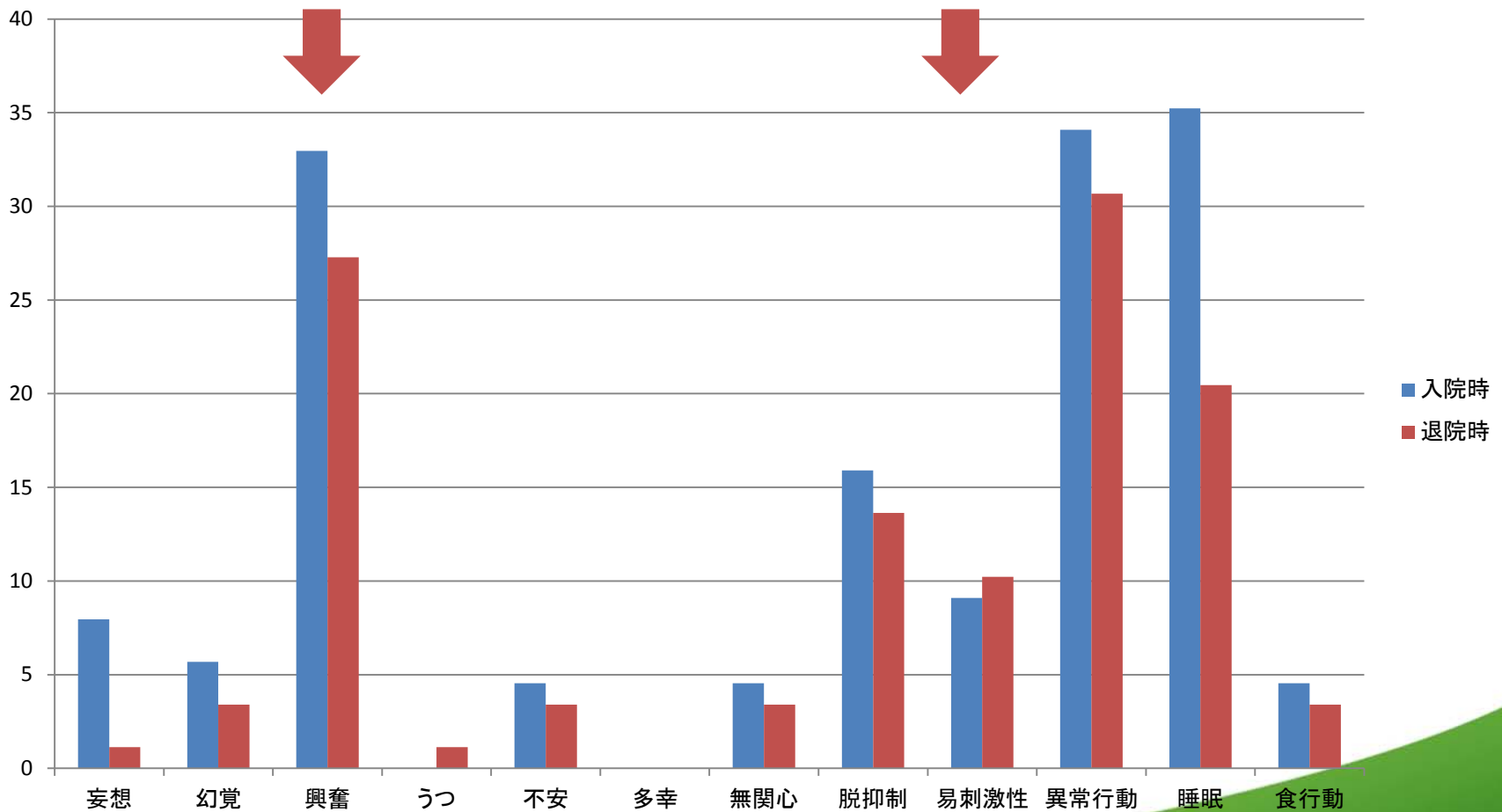


# 介護者負担



(Matsumoto, 2007)

# BPSD出現頻度(入院)



(Taniguchi, in preparation)



# 症例

- 83歳 女性 アルツハイマー型認知症 (FAST 5)

50歳代からうつ病で精神科に通院。78歳頃から物忘れが目立つようになりADと診断された。その後、徐々に生活機能の障害も目立つようになり、夫の介護を受けて自宅で生活している。発症後5年経っているが海馬の萎縮は軽度で、比較的近時記憶は保たれている。血流低下領域は後頭葉にまで及んでいる。

最近、夫に対して「あなた誰ですか」「家に帰ります」と興奮して家を出ようとするすることがあり夫は対応に困っている。夫だと分かる時もあり、一日の中でも状態は変動する。

パーキンソン症状、MIBG心筋シンチ取り込み低下はなし。



- コリンエステラーゼ阻害薬
- メマンチン
- 抑肝散
- 抗うつ薬
- 抗精神病薬

# それでも使用する場合

- 幻覚妄想が明らかで生活に支障が出ている場合
- 夕方から夜間の興奮で生活リズムが崩れている場合
- いらいら、焦燥感が持続していて生活に支障が出ている場合

# それでも使用する場合

- まずはグラマリールから25mg～75mg
- 糖尿病がなければセロクエルを25mgから
- 糖尿病があればルーラン4mgから（採用なければリスパダール1mg）
- ゆっくりと増量
- 効果判定と副作用のモニタリング
- 安定していれば減量、中止を試みる

# 介護から医師へ

- どんな症状が週何回位あって、どう困っているかを明確にする
- これまでに行った対応の工夫を伝える
  - 受診前にカンファレンスをして情報を総合する
  - 薬物療法を希望するかどうか職員の意見をまとめておく
  - 紙に書いて診察前に渡す
- 薬剤の効果についても週単位の変化を報告する。印象ではなく数値で。



## 1 困っている症状

夕方からいらいらして他の入所者に暴言をはく。夜、落ち着かず何度も部屋から出てくる

## 2 頻度

ほぼ毎日

## 3 これまでの対応

落ち着くまでそばにいるようにしている。夜は少しヨーグルトを食べさせて部屋まで誘導している。

## 4 薬の使用について

昼間はずっとうとうととしていてレクリエーションにも参加できず、穏やかな顔を見ることもないので、薬を使って本人が少しでも楽になるのだったら試してみたい。



# 医師から介護へ

- 標的症状を明確にする
  - － 幻覚をターゲットに抗精神病薬を出します
  - － 生活リズムの改善に抗精神病薬と睡眠薬を組み合わせて出します
- 効果と副作用の観察ポイントを伝える
  - － 歩行がもとから不安定なので、抗精神病薬による転倒に気を付けてください
  - － 睡眠薬が効きすぎて朝ずっと寝ているようなことがあればすぐ教えてください



## 1 診断

アルツハイマー型認知症

## 2 ターゲットの症状

夕方からの興奮、不眠

## 3 処方内容

セロクエル(25)2T分2夕・眠前

ロゼレム1T、レンドルミン1T 眠前

## 4 注意点

ふらつき、転倒、翌朝の過鎮静

# 認知症疾患医療センター運営事業

平成23年度 363,615千円 → 平成24年度 356,328千円

## 認知症疾患医療センター

**設置場所**：身体的検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な病院に設置

**設置数**：全国（都道府県・指定都市）に約175ヶ所設置予定

**人員**：専門医療を行える医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等

### 【基幹型（総合病院）】

#### 専門医療の提供

周辺症状や身体合併症に対応する双方の医療の提供  
入院治療のための空床の確保

## 認知症疾患医療センター

#### 情報センター

普及啓発  
認知症に関する情報発信  
一般相談  
住民からの相談に対応

#### 専門医療の提供

詳細な鑑別診断  
急性精神症状への対応  
身体合併症への対応

#### 地域連携の強化

顔の見える連携体制の構築  
研修会の実施  
専門相談  
連携担当者の配置による地域介護との連携

連携担当者の配置

### 【地域型（単科精神科病院等）】

地域包括支援センター

介護職  
ホームヘルパー等

介護サービス  
・特養  
・老健  
・認知症グループホーム  
・居宅

紹介

周辺症状により  
専門医療が必要な  
認知症疾患患者

サポート医

物忘れ外来

精神科外来

内科医等のいわゆる「かかりつけ医」

医療（うち入籍1/4）

介護



＜認知症疾患医療センター＞  
平成26年

舞鶴市  
舞鶴医療センター(基幹)

京都市  
京都府立医科大学(基幹)

宇治市  
洛南病院(地域)  
宇治おうばく病院(地域)

長岡京市  
西山病院(地域)

木津川市  
京都山城総合医療センター  
(地域)

南丹市  
公立南丹病院(地域)

与謝郡  
京都府立医科大学附属  
北部医療センター(地域)

# 相談の際のお願い

- まず相談目的を教えてください
  - － 診断
    - 新規相談の流れで対応
  - － 精神症状への対応
    - 精神科・心療内科の一般外来の老年専門医の外来を受診
  - － 入院
    - 医師が電話対応して入院予約
- かかりつけ医がいれば紹介状をもらって来て下さい

# 新規相談の流れ

電話相談



新規相談



事例検討



診察

075-251-5566  
平日  
9時～5時

PSW  
病歴・介護状況  
NPI, IADL, PSMS

CP  
MMSE, CDT, ADAS,  
リバーミード行動記憶  
検査, 流暢性,  
GDS, バウムテスト

Dr, Ns, CP,  
PSW

MRI  
SPECT  
採血

Dr  
検査結果の  
説明  
投薬  
介護保険

# 外来表

月	火	水	木	金
成本		中村 藤本	(一般) 成本	(一般) 松岡
成本	新規相談	松岡	新規相談	新規相談
				事例 検討会

# 相談の際に必要な情報

- <http://researchmap.jp/jnaru/資料公開/>
- 情報提供用紙(家族用、ケアマネ用)あります
- 入院依頼の場合
  - 診断名、入院を必要とする症状、経過、合併症
  - ADL(トイレ、入浴、食事、歩行)
  - ケアマネージャー連絡先
  - 家族、主介護者
  - 診断、治療後の退院先の有無



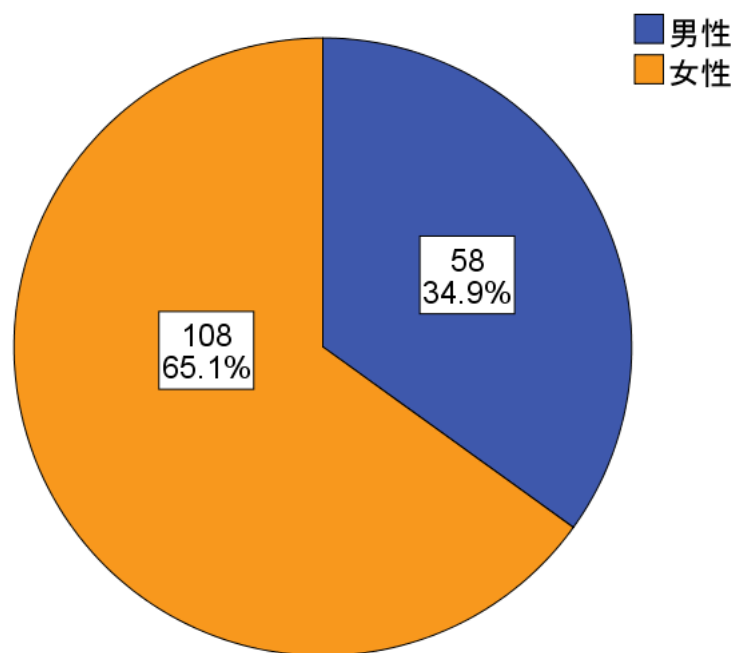
# 新規相談患者数

---

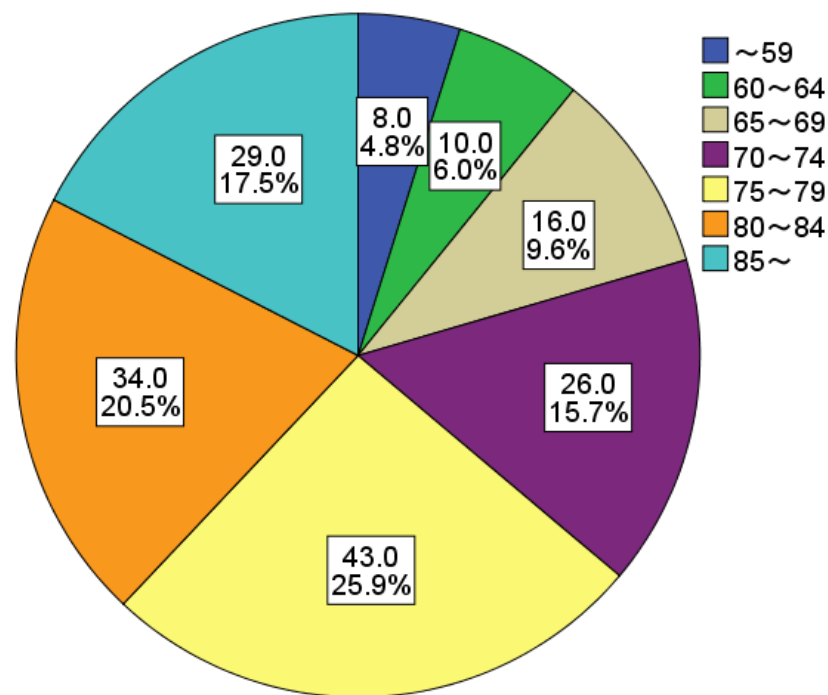
- 平成23年度  
（平成23年10月～） 40名
- 平成24年度 138名
- 平成25年度 166名

# 平成25年度の新規相談実績

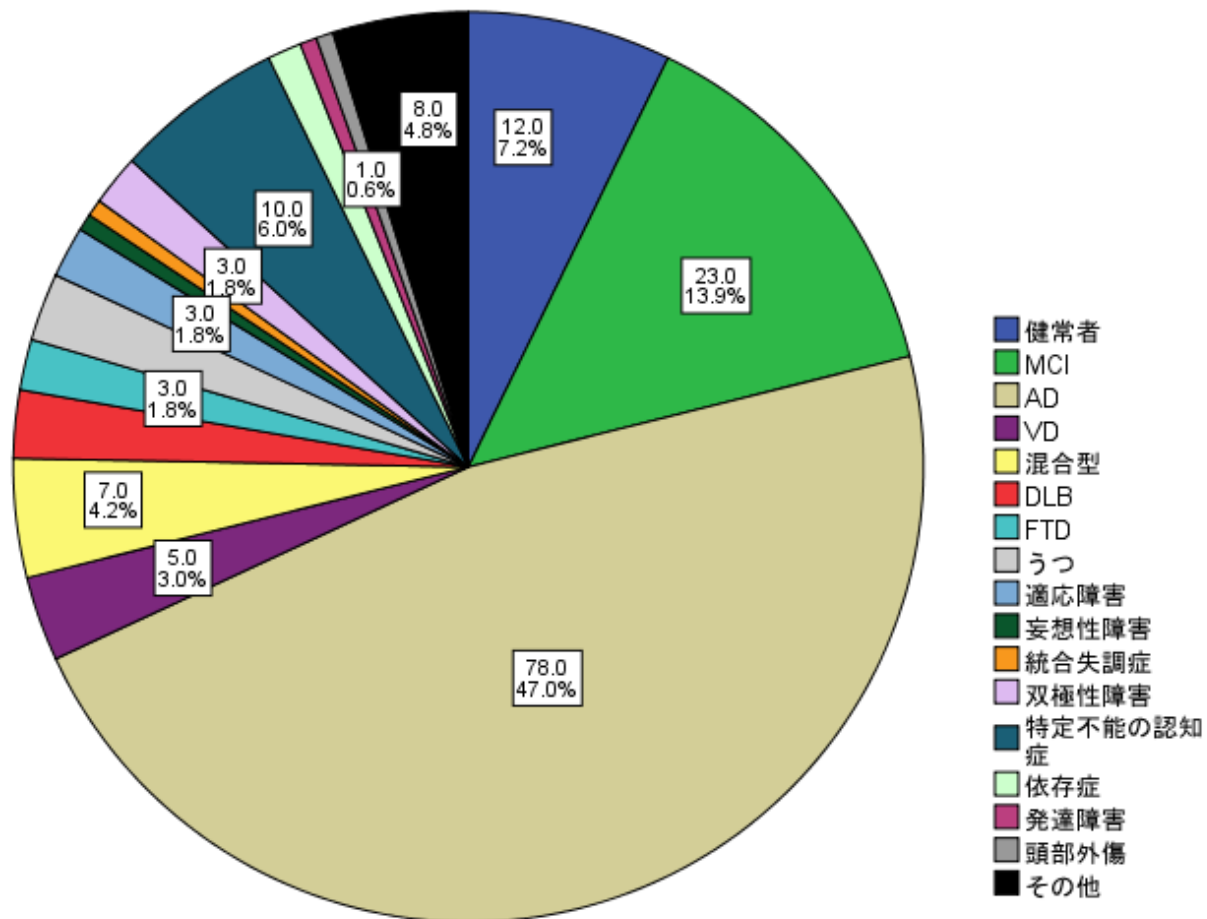
## 男女別患者数



## 年齢階層別患者数



# 平成25年度新規相談の診断内訳



# 入院治療

- 京都府立医科大学附属病院認知症疾患医療センターの入院患者数: 55名
- 期間: 平成23年10月～平成25年12月
- 平均年齢: 74.1 ± 9.5歳
- 平均入院日数: 28.1 ± 23.2日 (3～125日)



28床

開放 男性総室3、女性総室10  
合併症1  
閉鎖 男性総室2、女性総室6  
個室6  
保護室2、観察室1

# 実際の事例紹介

- 81歳 女性 アルツハイマー型認知症
- 2007年頃から物忘れが出現、物盗られ妄想も出現し近医でドネペジル投与開始。
- 2009年夫に対する被害妄想が出現し、精神科クリニックにて抗精神病薬の投与開始
- 2012年に入り、全く入浴せず、「見張られている。自分の家に帰る」といいタクシーに乗り、保護されることが続いた。

# 入院後経過

- 入浴は強い促しにより可能となった。
- リスパダール1.5mgとロゼレムを投与開始
- 徐々に幻聴、妄想の訴えは消失
- 訪問看護、ケアマネージャー、訪問診療主治医、デイサービス担当者とのケア会議
- 約2週間で退院となった。
- 退院後はデイサービスに導入。BPSD目立たず安定している

# こんなケースに対応しています

- 診断を希望しているが、精神症状がある、聴覚障害があるなどで鑑別が難しい
- 成年後見の申請をしたいので診断書を書いてほしい
- BPSDの治療をしてほしい
- ショートステイやデイサービス利用が可能か見極め
- 悪性腫瘍などを合併していて入院が必要だが一般の病院では治療が難しい

京都府立医科大学附属病院 認知症疾患医療センター主催  
行動アセスメント研修セミナー

テーマ

不適応行動を介護環境から理解する

講師

宮 裕昭 先生(市立福知山市民病院)

プログラム

13:30~13:35 挨拶  
13:35~13:55 京都府立医科大学附属病院認知症疾患医療センター紹介  
13:55~15:25 基調講演  
「要介護高齢者の不適応行動に対する応用行動分析的介入」  
講師：宮 裕昭 先生  
(市立福知山市民病院)  
15:25~15:55 質疑応答  
15:55~16:00 終わりの挨拶

日 時 2014年7月13日(日) 13:30~16:00 (受付開始 13:00)

会 場 京都府立医科大学 基礎医学学舎1階 第2講義室

参加資格:医師、心理士、看護師、作業療法士、言語聴覚士、ソーシャルワーカー、ケアマネージャーなどの医療福祉関係者、大学院生、そのほか、認知症ケアに関わっておられる方

定 員 50名(先着順) / 参加費 無料

<研修内容>

認知症の人を介護していく中で、暴言暴力がみられたり、介護に抵抗したりといった対応の難しい行動がみられることがあります。家族介護者から、どう対応したらよいかアドバイスを求められたり、直接介護現場で対応に困った経験はないでしょうか？こうした行動があると、ご本人に必要な介護が届けられなかったり、家族介護者の生活の質が低下したりしてしまうため、効果のある対応方法をアドバイスしたり、実行したりする必要があります。

応用行動分析とは、心理学の行動理論に基づいて、日常生活場面で問題となっている行動を変えたり、よりよく環境に適応するための方法を身に付けたりするための方法です。近年、認知症ケアの現場でも注目が集まっています。

今回、応用行動分析の分野で臨床・研究ともにご活躍されている宮裕昭先生を講師にお迎えし、要介護高齢者の不適応行動に対する応用行動分析的なアプローチについて、長年の臨床経験からのアドバイスも交えてご講演いただきます。

第3回  
行動アセスメント研修セミナー  
2014年7月13日(日)  
「不適応行動を  
介護環境から理解する」

参加者受け付け中！