

# 診療における実践 編

ねらい： 認知症のアセスメント及び具体的な対応の原則を踏まえた、診療におけるマネジメントを理解する。

到達目標：

- 認知症の問診・アセスメントのポイントを理解する
- 認知症の治療についての原則・具体的な方法について理解する
- 行動・心理症状(BPSD)に対する対応の原則を理解する
- 治療期の本人・家族への対応および実践上のポイントを理解する

# 認知症の早期発見・早期治療のメリット

## 〔診療実践 1〕

- 適切な治療をすれば治る認知症もある。
- 薬で進行を遅らせることが出来る認知症もある。
- 少しずつ理解を深め、症状を軽減できる。
- 医師や医療・介護スタッフとの信頼関係を結ぶことで不安を軽減できる。
- 将来のことをゆっくり考える時間をもて、方針を決めておくことができる。
- 自分が願う生き方を全うすることが出来る。

〔動画 ④〕

認知症の問診とアセスメント

# 外来時の対応

## 〔診療実践 3〕

### 【初診時】

- **本人が一人で受診した場合**
  - ・ 物の忘れの訴えをむやみに否定しないで相談にのり、状況に応じて精査するか、専門医に紹介する
- **家族と一緒に受診した場合**
  - ・ 本人が受診について納得している場合は、通常の手順で診察する
  - ・ 本人が十分納得していない場合は、まず、本人とゆっくり話して気持ちを聴き、診察の同意を得てから診察する

### 【通院中】

- **かかりつけ医が本人の様子で気づいた場合**
  - ・ 家族などから情報を集めて、本人の了解を得た上で精査するか、専門医に紹介する

# 認知症の問診時の留意点

## 〔診療実践 4〕

1. 本人と家族(または付添人)それぞれから聴取する
2. 本人の身体的および精神的な訴えに耳を傾ける
3. 認知機能の評価をする際に、自尊心を傷つけないように配慮する
4. 身体合併症に関する問診には、各人の認知機能障害の特徴を考慮する
5. 本人や家族の「生活障害」にも焦点をあて情報を収集する
6. ケアマネジャーや訪問看護師などの関係者からも情報を収集する(介護保険利用時)
7. 服薬内容や服薬状況について情報を収集する

# 記憶障害のアセスメント

〔診療実践 5〕

## ● 最近の記憶

- ・ 食事の内容
- ・ 受診の交通手段、目的
- ・ 家族との外出
- ・ 気になったニュースや出来事 など

## ● 昔の記憶

- ・ 生年月日
- ・ 出生地
- ・ 学校時代の話
- ・ 過去の仕事や社会的な役割 など

※ 内容によっては、予め介護者から問診票などで情報を得てから、本人と面接する。可能であれば認知症のスクリーニング検査の実施を検討する。

# 見当識障害のアセスメント

## 〔診療実践 6〕

- 今日の年月日、曜日
- 今の時間、午前・午後
- 今の季節
- 自宅の住所
- 今いる場所の認識（病院名や建物の名前）
- 家族の認識（同伴者の続柄や名前）

※ 通常は質問式であり、質問内容や状況によっては、診察の会話の中でさりげなく確認することを考慮する。

※ 施行が可能であれば認知症のスクリーニング検査の実施を検討する。

# 判断・実行機能障害のアセスメント

〔診療実践 7〕

## ● 家族からの情報

- ・ 気候にあった服を着ているか
- ・ 適切に着替えや入浴をしているか
- ・ 料理の味付けや段取りはどうか
- ・ いつも同じ料理ばかりではないか
- ・ 買い物は適切に行えているか
- ・ 貴重品や金銭管理は行えているか など

## ● 本人への質問

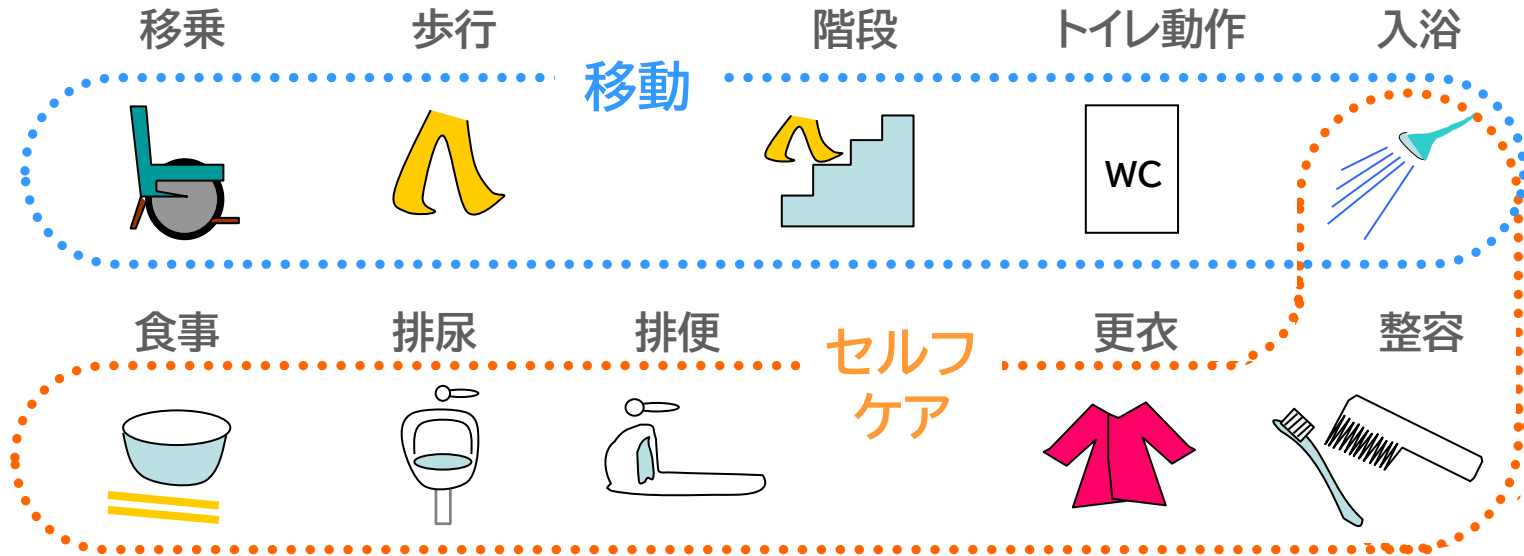
- ・ 日常生活で以前と比べて困ることはないか
- ・ 火事に出会ったらどうするか
- ・ 道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか など



# ADLのアセスメント

〔診療実践 8〕

## ● Barthel Index



● Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)

● N式老年者用日常生活動作能力評価尺度

● 認知症のための障害評価尺度 (DAD)

(Disability Assessment for Dementia)

● ADCS-ADL (Alzheimer's Disease Cooperative Study-ADL)

# IADLのアセスメント

〔診療実践 9〕

## ● IADL(Lawton) = 独居機能の評価



## ● 認知症のための障害評価尺度 (Disability Assessment for Dementia:DAD)

# 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)

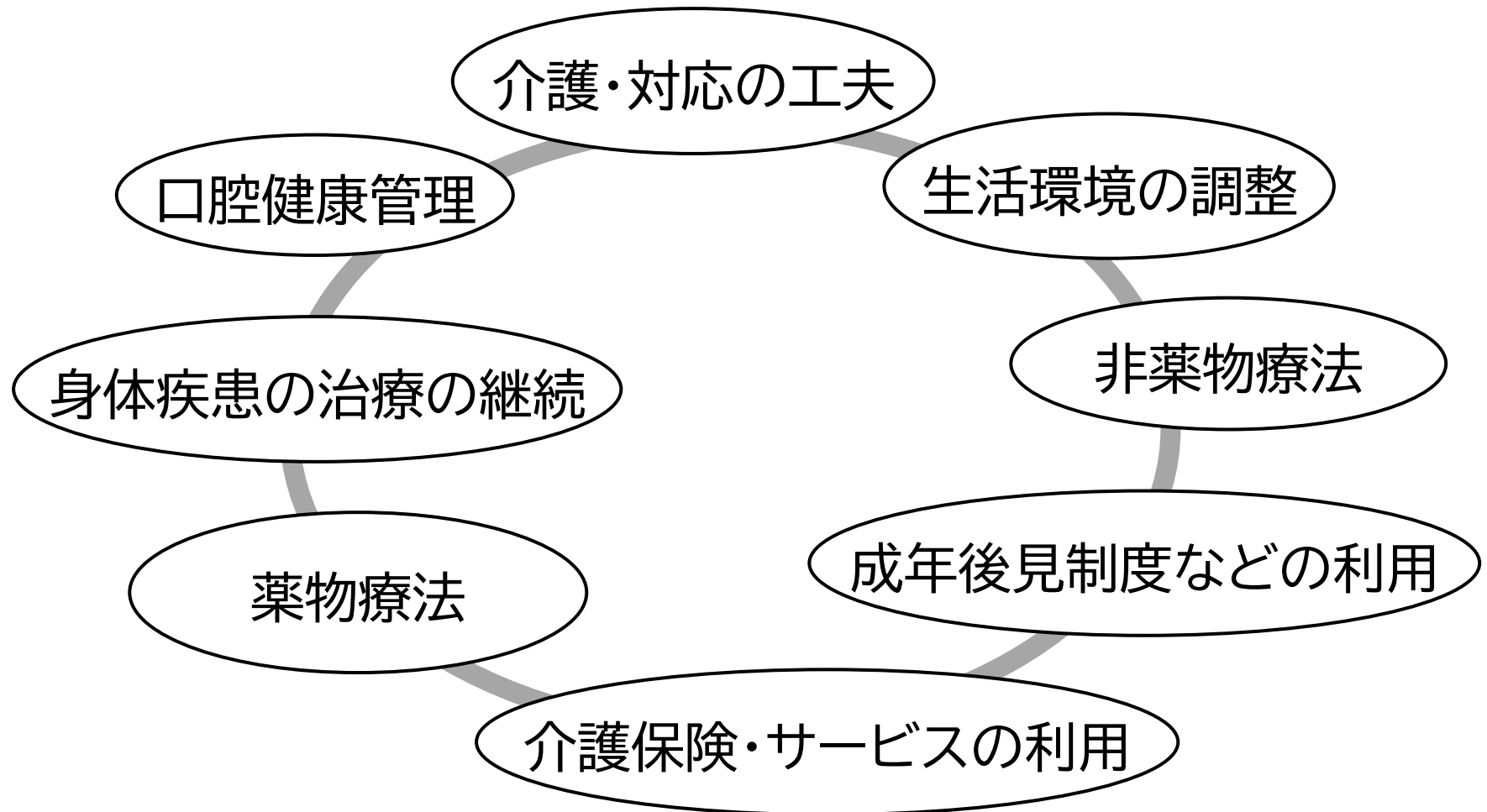
## 〔診療実践 11〕

No.	質問内容	配点	記入
1.	お歳はいくつですか？(2年までの誤差は正解)	0 1	
2.	今日は何年の何月何日ですか？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	
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。最初の答えが不正回の場合、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)(3桁連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何があったか言ってください。 (時計、鍵、タバコ、ペン、鉛筆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秒待っても出ない場合にはそこで打ち切る。 5個までは0点、6個=1点、7個=2点、8個=3点、9個=4点、10個=5点		0 1 2
			3 4 5

# 認知症のマネジメント(トータルケア)

〔診療実践 12〕

薬物療法と非薬物療法を組み合わせた治療を継続し、利用可能なサービスの導入や制度の活用を考慮する。



## コリンエステラーゼ阻害薬

- ・ 循環器症状(不整脈・徐脈など)
- ・ 消化器症状(食思不振・嘔吐・下痢・便秘など)
- ・ 精神症状(興奮、不穏、不眠、眠気)
- ・ その他(振戦、頭痛、顔面紅潮、皮疹など)

## メマンチン

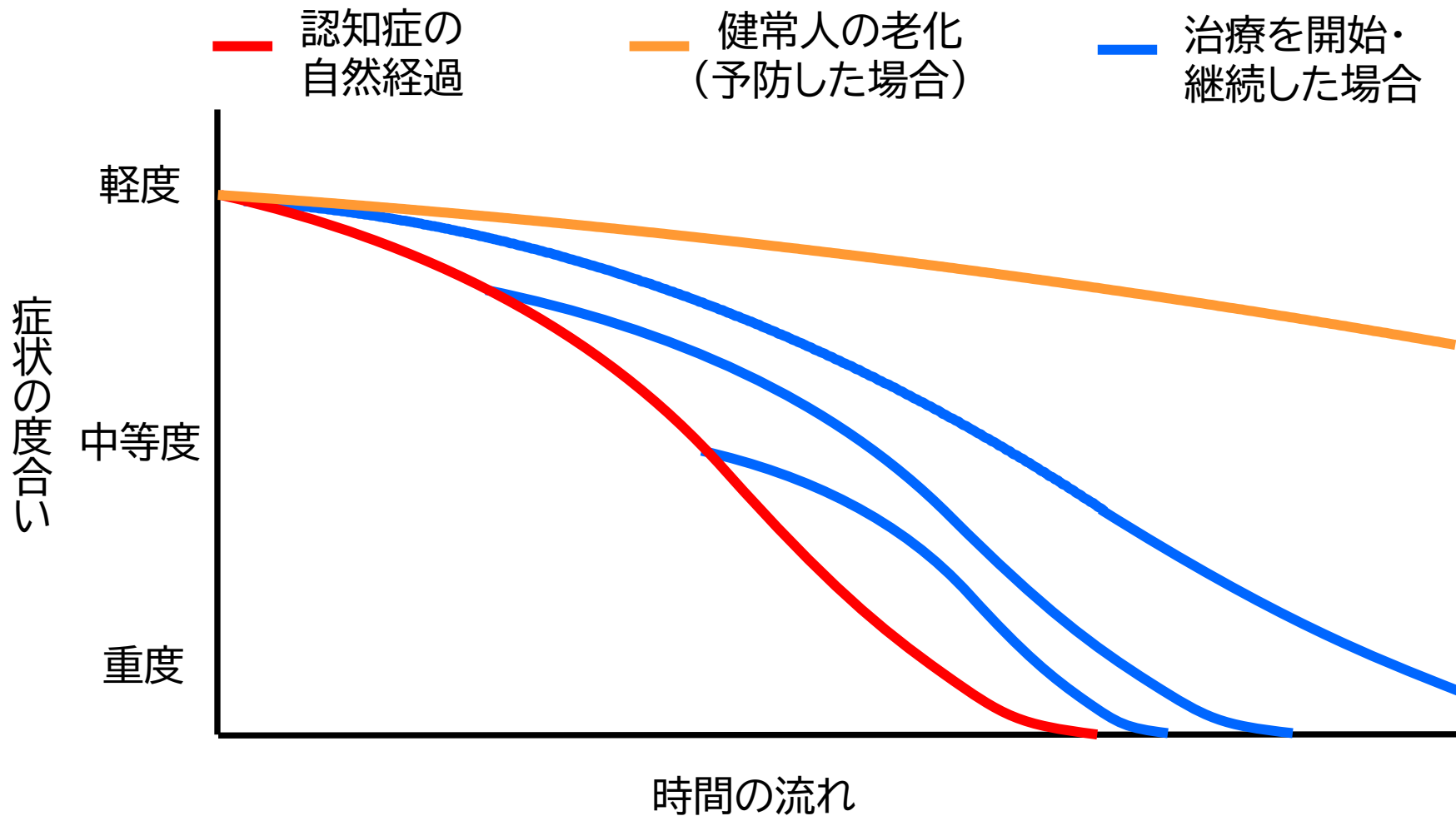
- ・ 浮動性めまい ・ ふらつき ・ 傾眠
- ・ 体重減少 ・ 便秘 ・ 頭痛 など

※ 投薬に際しては、定期的な受診、薬の管理、定期的な服薬、症状の観察などが可能かどうか確認することが重要である。

# アルツハイマー型認知症 臨床症状の経過と薬物療法の効果

〔診療実践 19〕

## 早期診断や早期治療と適切な薬物療法の継続が重要である

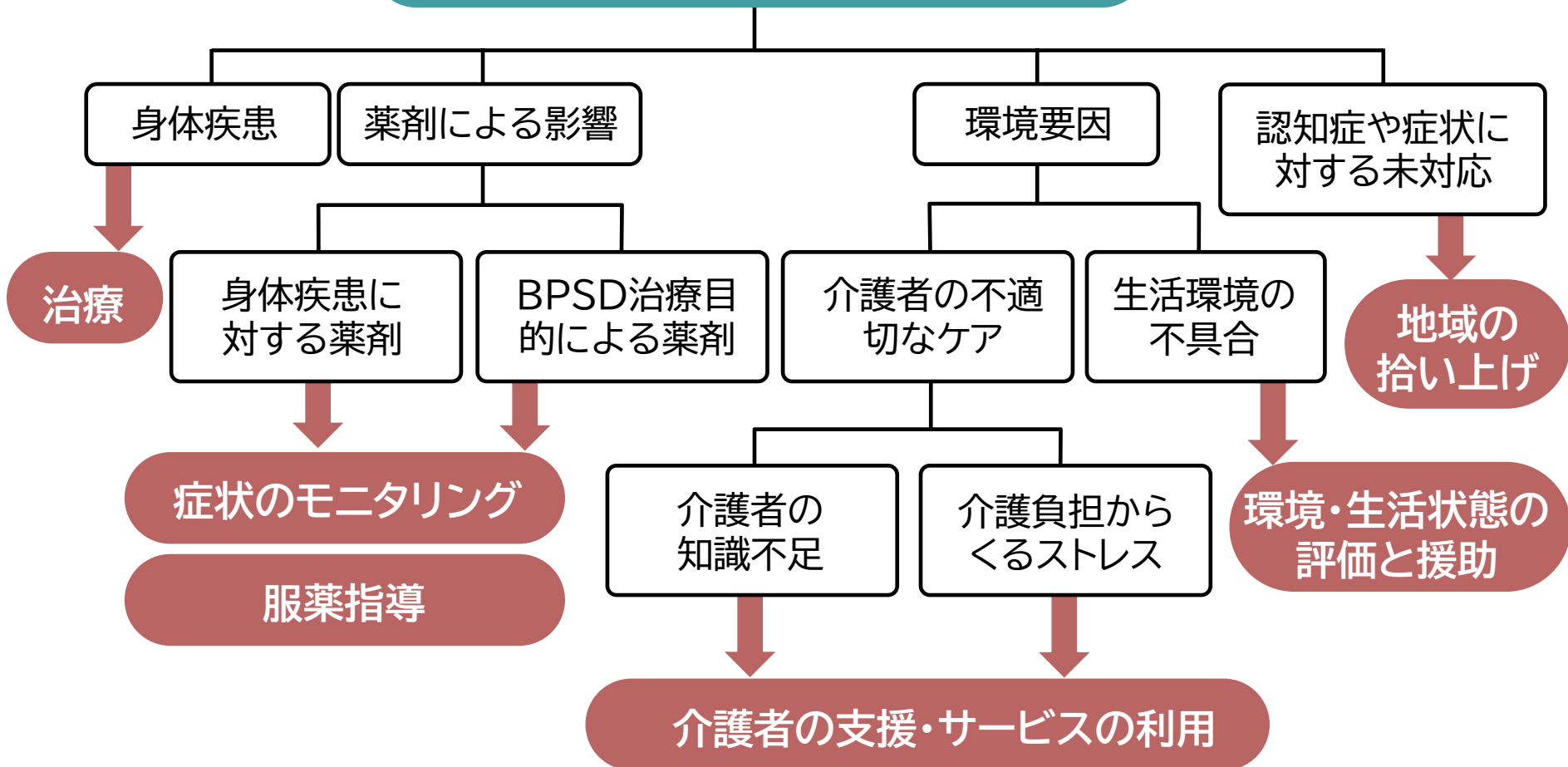


※ 進行の速度や薬物の効果には個人差がある。

# BPSDの悪化の要因と対応

〔診療実践 21〕

## BPSDの発生・悪化



# BPSDに対する向精神薬使用ガイドライン

〔診療実践 23〕

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)

ガイドライン第2版の利用にあたって

- まずは非薬物的介入をご家族や介護スタッフと検討し実施すること。その上でもなお症状が改善しない際に薬物療法を考慮すること。
- 向精神薬（抗認知症薬、抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠導入薬）は、認知症専門医による診断と治療方針のもと使用されることを推奨する。
- 激しい BPSD で自傷・他害の危険があるもしくはご家族が疲弊しているような場合は、各地区の精神科緊急・救急システムもしくは認知症疾患医療センターとのすみやかな連携を推奨する。
- したがって、本ガイドラインは認知症専門医受診までの一時的な使用、もしくは専門医受診後の継続投与に対応している。
- 継続使用で BPSD が軽快していると判断できる際は、常に減量・中止を検討し、長期使用は避けること。ただし、抗認知症薬の減量・中止に関しては、進行性疾患であることを鑑み、また中止後に認知機能障害が顕著したとの報告もあることから、専門医へのコンサルテーションおよびご家族の同意のもとに行うことを推奨する。
- なお、せん妄は BPSD に属さないため記載していない。せん妄の治療指針第 2 版（日本総合病院精神医学会）を参照されたい。

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作成

- 安全性に配慮した薬物療法
- 症状や状態に対応した薬剤選択
- 向精神薬の種類別の留意点
- 開始前後の確認要件や留意点
- 精神科救急、認知症疾患医療センター、認知症専門医との連携



# BPSDの薬物療法開始前後のチェックポイント

〔診療実践 24〕

- 日中の過ごし方、昼間の覚醒度の変化、眠気の有無
- 夜間の睡眠状態の変化  
(就寝時間、起床時間、夜間の徘徊回数など)
- 服薬状況の確認  
(介護者/家族がどの程度服薬を確認しているかなど)
- 水分の摂取状況(特に制限を必要としない限り)
- 口腔内の状況の確認  
(口腔内の病変や副作用の有無)
- 食事の摂取状況や嚥下機能の変化
- 排便や排尿の変化
- パーキンソン症状  
(振戦、筋硬直、寡動、小刻み歩行、前傾姿勢、仮面様顔貌など)
- 転倒傾向の有無 など

# 高齢者で薬物有害事象が増加する要因

〔診療実践 25〕

高齢者の薬物有害事象には多くの要因が関連している。

要因	特徴	現状
疾患上の要因	<ul style="list-style-type: none"><li>・複数の疾患を有する</li><li>・慢性疾患が多い</li><li>・症状が非定型的</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・多剤併用、複数科受診</li><li>・長期服用</li><li>・誤診に基づく誤投薬</li><li>・対症療法による多剤併用</li></ul>
機能上の要因	<ul style="list-style-type: none"><li>・臓器予備能の低下 (薬物動態の加齢変化)</li><li>・認知機能の低下</li><li>・視力・聴力の低下</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・症状発現の遅れ</li><li>・過量投与</li><li>・誤服用</li><li>・アドヒアランス低下</li></ul>
社会的要因	<ul style="list-style-type: none"><li>・過少医療</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・投薬中断</li></ul>

# アルツハイマー型認知症の対応

〔診療実践 28〕

- 早期発見・早期の正確な診断、推奨されている適切な薬物療法を開始・継続することが重要である。
- 個人の能力の活用に努め、生きがいや自尊心を保つために適切な介護サービスの活用を検討する。
- 認知機能障害や行動心理症状、身体機能、本人や家族の希望を考慮し非薬物療法を積極的に継続する。
- 薬物療法は、十分な説明を行ったうえで開始し、その後も適宜症状を確認し、副作用に留意する。
- 進行予防の介入が可能な因子(高血圧、糖尿病、脂質異常など)への対応・治療を継続する。

# 血管性認知症の対応

〔診療実践 29〕

- 高血圧症や糖尿病、脂質異常症、心房細動、運動不足、肥満、喫煙など血管障害のリスク因子の内科的管理による脳卒中の再発の防止が重要である。
- 嚥下障害や歩行障害などを伴うことが多いため、誤嚥や転倒に注意し、リハビリテーションを行う。
- 自発性や意欲の低下、抑うつに留意し、非薬物療法や薬物療法を組み合わせた適切な対応を継続する。
- 廃用症候群の予防のためデイケアやデイサービス等を利用して活動性を保つ。
- 規則正しい生活習慣を保ち、飲酒は控える。

# レビー小体型認知症の対応

〔診療実践 30〕

- 早期発見と早期診断、早期治療、身体機能の維持のためのリハビリテーションが大切である。
- うつ病やパーキンソン病、アルツハイマー型認知症、てんかんと鑑別診断が重要である。
- 治療の標的とすべき臨床症状を見定め、ケアや環境整備などの非薬物療法と薬物療法を組み合わせる。
- 転倒や誤嚥、失神、血圧の変動、便秘などに注意する。
- 認知機能の変動や幻視、パーキンソン症状、レム期睡眠行動異常症によるQOLへの影響を考慮する。

※ 薬物療法を行う際は、精神症状の増悪のリスク、薬剤過敏性による過鎮静や錐体外路症状などを含め、安全性に対する十分な配慮が必要である。

# 前頭側頭葉変性症の対応

〔診療実践 31〕

- 早期発見には、初期症状の特徴的な**行動障害**や**進行性失語**、**言語障害**を見逃さないことが重要である。
- 診断や対応には、**専門医との連携**が必要となる。
- 症状の理解、介護者への配慮、行動障害の対応など**患者の状態に応じた個別の支援**が重要である。
- 家族教育、介護の工夫、環境調整、介護負担の軽減、進行予防のために**適切な支援**や**公的な社会資源**を活用する。
- 行動障害や精神症状に対しては、残された機能、特徴的な症状、それまでの生活様式を利用した**非薬物療法**を考慮する。

[動画 ⑤]

認知症の治療とケア

# 認知症の人への支援

〔診療実践 33〕

- もの忘れがあっても充実感を持ち、安心して暮らせるように、できる限りの治療や支援を行うことを本人に伝える
- もの忘れを自覚する辛さを受け止め、残された能力が十分あることを伝える
- 本人の前での、家族への病状説明は慎重に行う
- 家庭の中で何らかの役割を持ってもらうこと、社会参加や介護保険サービスの利用をすすめる
- 身体疾患を早めに見つけて治療をする



# 外来フォローのときの注意点

〔診療実践 34〕

- 生活状況に関する情報を収集する
- 介護者に同伴してもらう
- 短期的な変化だけでなく月単位での状況を聴く
- 認知機能検査は定期的に実施する
- 行動・心理症状(BPSD)がないか確認する
- 身体疾患(発熱や痛み、痒みなど)に気をつける
- 家族の介護負担を常に考慮する
- 服薬中の薬剤の影響や副作用に注意する
- 地域の医療・介護資源の情報(相談先・連絡先)を得ているか確認する
- 介護サービスの利用状況を確認する

# 認知症診療で注意すべき身体疾患

〔診療実践 35〕

身体合併症や高齢者特有の疾患の発症や悪化に留意する。

## 内科・外科疾患

- 糖尿病
- 高血圧症
- 脂質代謝異常症
- 胃潰瘍
- 排尿障害
- 誤嚥性肺炎
- 肺塞栓症
- 洞不全症候群
- 便秘

## 脳神経外科 神経内科疾患

- 慢性硬膜下血腫
- 脳梗塞
- 脳出血

## 整形外科疾患

- 大腿骨頸部骨折
- 骨粗鬆症

## 皮膚科疾患

- 褥瘡
- 蜂窩織炎
- 带状疱疹
- 疥癬
- 脂漏性皮膚炎

## 眼科・耳鼻科疾患

- 難聴
- 耳垢栓塞
- 緑内障
- 白内障

## 歯科疾患

- う蝕
- 歯周病
- 口内炎
- 義歯不適合

# 治療期間における視点や姿勢

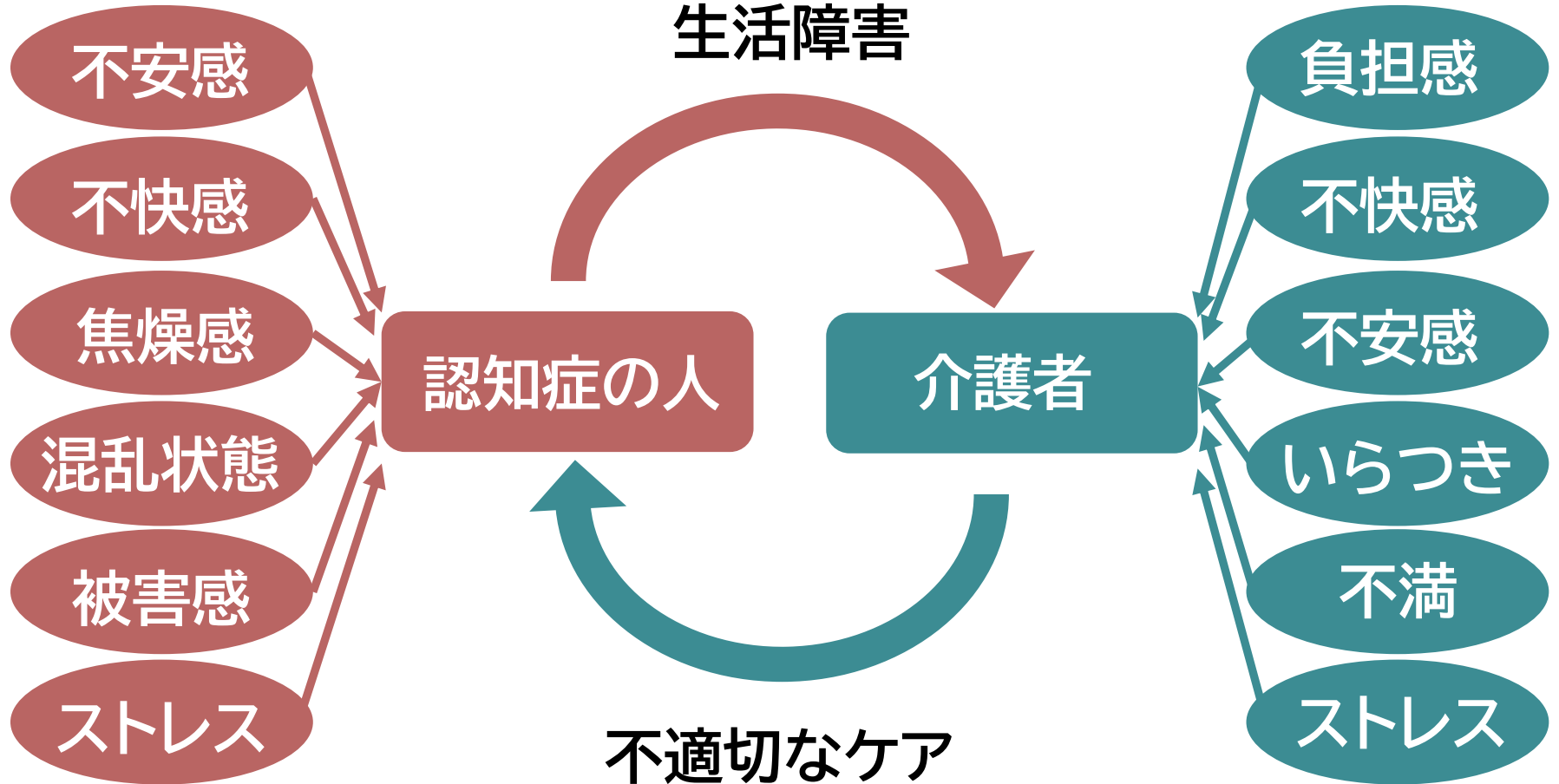
〔診療実践 36〕

1. 本人は強い不安の中にいることを理解して接する
2. より身近な者に対して、認知症の症状がより強く出ることが多いという認識で接する
3. 感情面は保たれているという認識で接する
4. 認知症の症状は基本的に理解可能として接する
5. 現存している能力を最大限に活用する
6. いつもと様子が違うと感じたら、身体疾患や身体症状の影響を考慮する
7. 服薬アドヒアランスを確認する

# 認知症の人と介護者の間に起こる悪循環

〔診療実践 37〕

行動・心理症状(BPSD)  
生活障害



# 介護者への支援

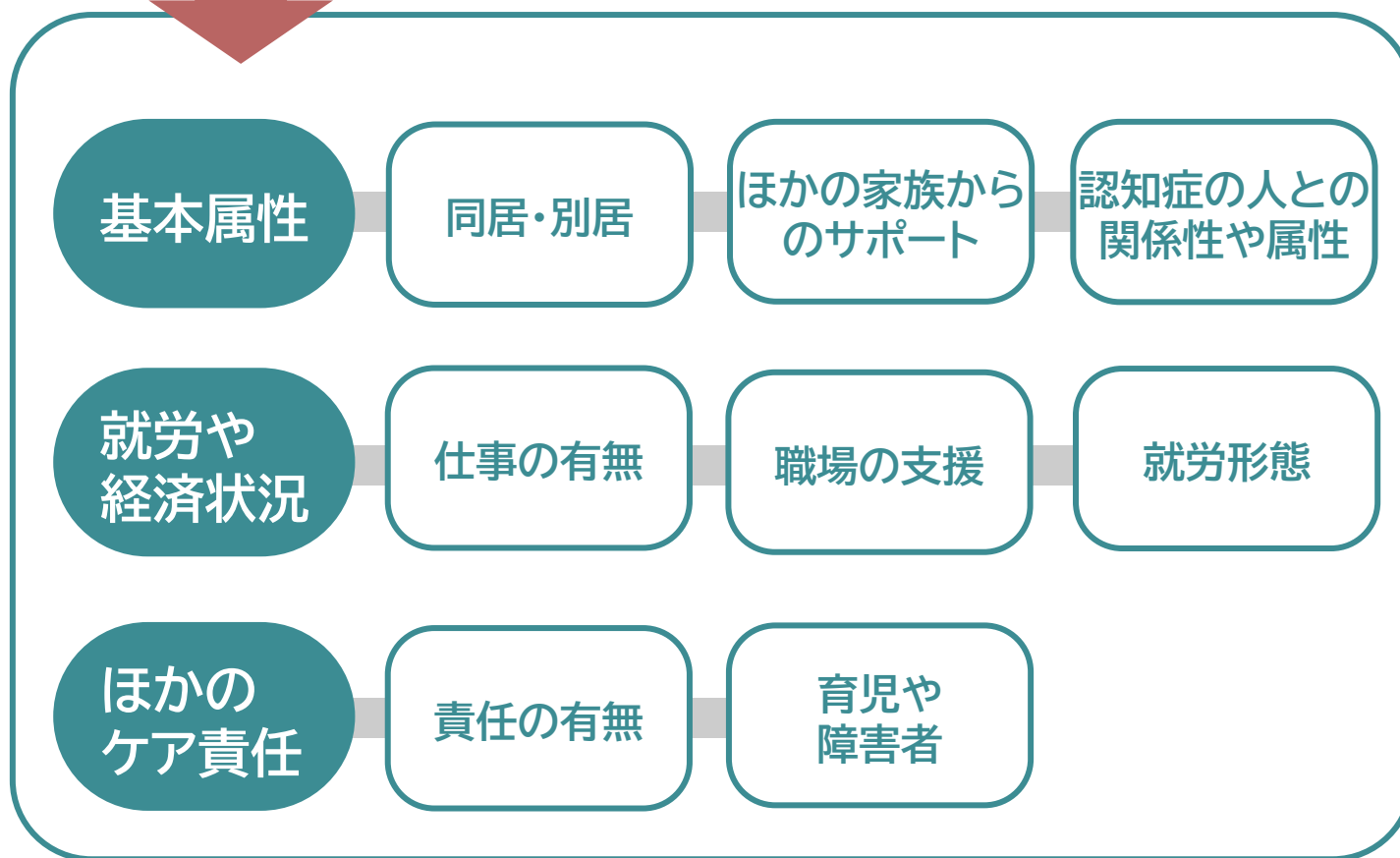
〔診療実践 38〕

- 専門医やケアマネジャー・ケアスタッフなどと協力し、認知症の人と家族を支えることを伝える
- 介護保険サービスなどの社会資源の活用を勧める
- 症状の変化や介護の状況、家族の不安などについて傾聴する
- 家族の負担や心理的变化に配慮し、適宜病状の説明を行い、治療・ケアをコーディネートする
- 家族の会や認知症カフェなど、介護仲間を紹介する
- 身体疾患の治療は、治療薬の投与回数を減らす、訪問診療や往診を行う、訪問看護を利用する、など本人や家族などの介護者の負担の少ない方法を検討する

# 介護者の状況を知る

〔診療実践 39〕

どの程度、介護にかかわりたいか？  
かかわれるのか？



+

介護で一番たいへんなことはなにか

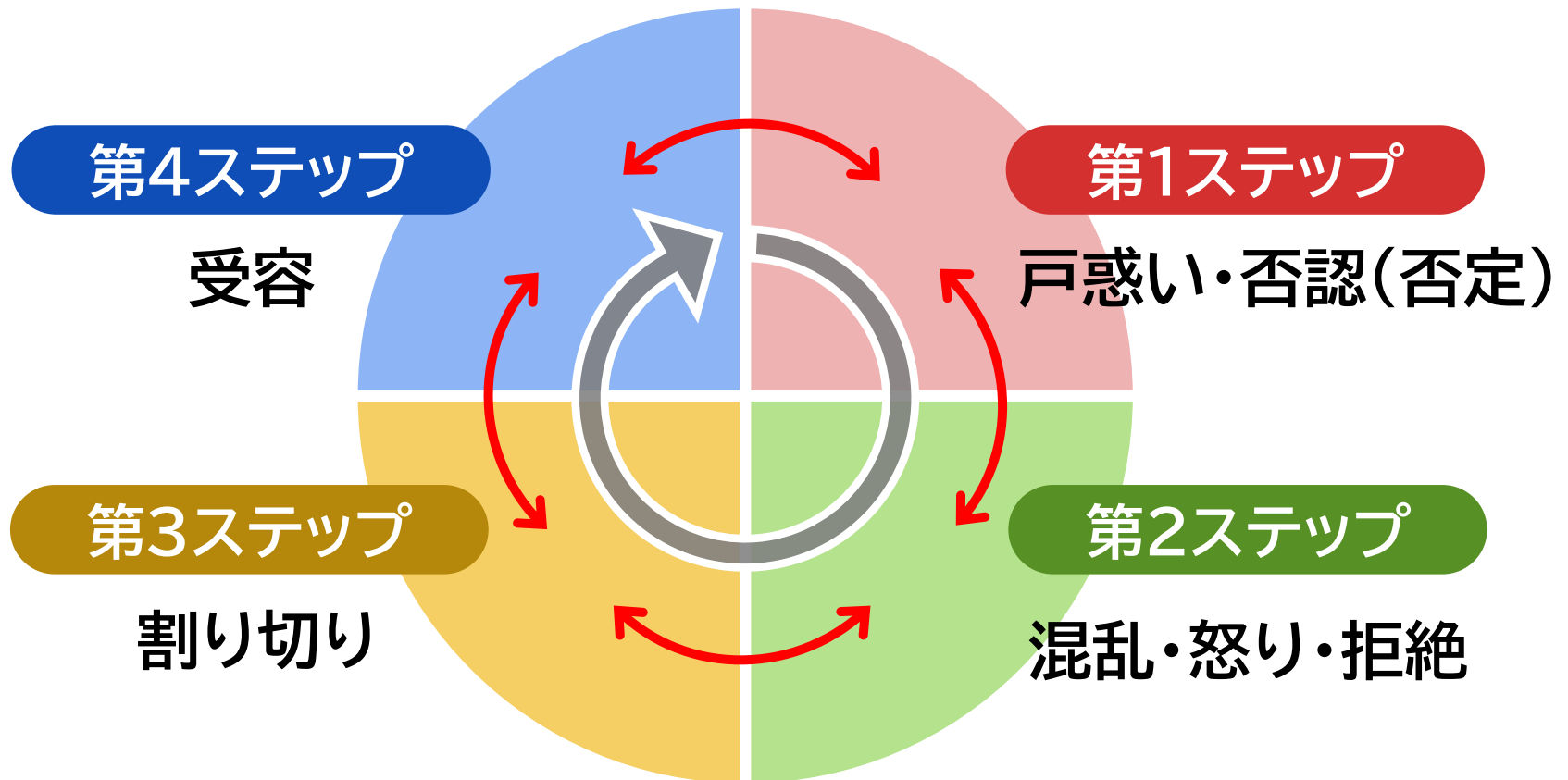
+

自分のためだけの時間が確保されているか

# 認知症の人の家族の心理的な変化

〔診療実践 40〕

## 家族介護者の4つの心理的ステップ



心理的ステップのどの段階にいるかを周囲の人や支援者が理解した上で適切な支援に結びつけることが重要である。

# 介護者の認知症本人に対する望まれる姿勢・態度

〔診療実践 41〕

- 本人の機能低下を理解し、出来ることに目を向ける
- 急速な進行と新たな症状の出現に注意する
- 簡潔で簡易な表現で依頼する・伝える
- 本人のリアクションに合わせて言い方を変更する
- 本人が出来ることを中心に任せる
- 障害に向かい合うことを強めない
- 穏やかで安定した支持的な態度を心がける
- 本人の負担になるような日常生活の変化・変更は避ける
- 本人にわかりやすい表現で簡単に説明し、希望を聞く
- 本人が障害のせいで嫌な思いをしないようにさりげなくサポートする