

秋田県認知症疾患医療センター便り

令和6年1月発行 No.25

テーマ

認知症の行動・
心理症状について

第13回 あきた認知症・高次脳機能障害 連携ネットワーク勉強会

特集号

BPSDへの
対応について

令和5年10月20日、秋田県立リハビリテーション・精神医療センター講堂・Zoom配信のハイブリッド形式で開催した勉強会の内容をご紹介します



秋田県立リハビリテーション・精神医療センター
秋田県認知症疾患医療センター

〒019-2492 秋田県大仙市協和上淀川字五百刈田352

TEL 018-892-3751 FAX 018-892-3816

<https://mcd.akita-rehacen.jp/>

相談時間 月曜日～金曜日 9:00～16:00 (祝祭日は除く)

認知症の行動・心理症状について

精神科診療部 医長 医師 小林 祐美

今回の勉強会では、精神科医師の視点から、認知症の病型とBPSDについてお話ししました。

認知症の原因疾患として最も頻度の高いアルツハイマー型認知症が、その特徴である見当識障害、記憶障害（特に近時記憶障害や遅延再生の障害）、空間認知の障害から、「自身で物を動かした記憶を忘れ、人に取られたと思い込む」物盗られ妄想や、「時間や場所の感覚が乏しく、ひとたび外出してしまうと目的を忘れ方向も分からなくなる」徘徊につながることをお話ししました。

また、脳の虚血性病変が原因となる血管性認知症は、前頭葉の機能低下が特徴的です。前頭葉には感情をコントロールする機能や物事への意欲を支える機能が入っていますので、意欲低下（アパシー）と易怒性や焦燥が同時に起こる原因となります。さらに全身の動脈硬化によって新たな脳梗塞や心筋梗塞を合併するリスクがあることもお伝えしました。

そして、レビー小体型認知症は、多彩な精神症状・神経症状を合併し、薬物療法に不耐用となりやすく経過中に必要な内服や用量は変わることをお話ししました。

その他、認知症に合併しやすく、認知症の症状と見分けるのが困難な、うつ病・うつ状態、せん妄、アルコールや睡眠薬の使用障害、てんかんの鑑別について短くお話ししました。雑駁な内容でしたが、皆様が少しでも理解や新しい視点をいただければ幸いです。



うつ病とアルツハイマー型認知症

	アルツハイマー型認知症	うつ病
発症	緩徐、年単位	週・月単位、何らかの契機がある
もの忘れの訴え方	自覚がない 「大したことないでしょ？」	強調する 「自分は衰えてしまった」
答え方	つじつまをあわせる	否定的答え、思考制止 （「わからない」「考えられない」）
思考内容	他罰的	自責的、自罰的 *高齢者は身体愁訴↑
失見当	ADLの障害と一致	軽い。しかしADL障害強い
記憶障害	ADLの障害と一致 最近の記憶が先に失われる。	軽い割にADL障害強い 最近の記憶と昔の記憶に差がない
日内変動	乏しい	あり（朝のほうが辛い）

せん妄とアルツハイマー型認知症

	アルツハイマー型認知症	せん妄
発症	緩徐	急激（いきなりおかしな言動）
日内変動	変化に乏しい	夜間や夕刻に悪化
初発症状	記憶力低下	錯覚、幻覚、妄想、興奮
持続	常にある	数時間～一週間
知的能力	徐々に変化あり	動揺性（いきなり正常）
身体疾患	時にあり	あることが多い、特に疼痛や発熱
環境の関与	関与ない	関与することが多い（部屋が変わる、周りがうるさくなる）

一方で、認知症があると、せん妄も起こしやすい（準備因子）
言い換えれば、せん妄を起こしやすくなった＝認知症が基盤にある可能性あり



アンケートから、支援の現場で苦慮されていることとして、「介護職員やご家族は患者本人の認知症らしさに気づいているが、本人の拒否により受診や治療継続、介護サービス利用に至らない」とのご意見がありました。

実際に精神科臨床の場でも、周囲の方はご本人の変化をうすうす感じながらも、「何か変だが、もともとの本人の言動の延長かもしれない」、「年が行けば誰でもこうなる（正常な老化現象）かもしれない」などと悩まれているご様子があります。さらには、認知症であると本人に強く説明すれば、自発的に病気である実感が持てると期待を寄せられることもあります。

ここで認知症の定義をふりかえりますと、1つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知）が以前の機能レベルから低下していること。そして、その認知機能の低下が日常生活に支障を与えていることとなっています。さらに、MCI（軽度認知障害）の段階であれば、患者自身が認知機能の低下に気づき訴えることができますが、認知症が進行するにつれて、その気づく力は失われていくのです。なぜなら、認知症の「認知」とは「自身を取り巻く世界を正しく捉える力」だからです。私たちは脳機能を通して、自身の置かれた環境を判断しますが、脳は脳自体の不調を捕捉することはできず、「周囲の世界が変容した」と認識します。

つまり、脳機能を障害された認知症の方が自身の不調に気づかず、周囲の方が変わった、物品が勝手に無くなるなどと外部に理由を求めるのはごく当然のこととなります。言葉を重ねて修正・制御できるのではなく、周囲の方が正しい知識を得て本人の困難を理解し、サポートすることが必要です。

どのような疾患も早期発見・早期治療開始が望ましく、それは認知症も例外ではありません。認知症について正しい知識が広がっていけば、ご家族や介護職員の方がご本人の変調に気づき、病院受診を奨める抵抗感も減っていくのではないのでしょうか。精神科医としては、引き続き広く知識の啓もうに努め、治療場面にたどり着いた方が前向きに受診を継続できるように、日々研鑽を積んで参ります。

「何が」「どの程度」「どう起きる」のが認知症か

認知症の診断基準(DSM-5)

- A 1つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知）が以前の機能レベルから低下している。
- B 認知機能の低下が日常生活に支障を与える。
- C 認知機能の低下は**せん妄**のときのみに見られるものではない。
- D 他の精神疾患（うつ病や統合失調症等）が否定できる。

- 「もともとの」その人の機能と比べ
- 「衰えている部分」に気づかれる」
- その機能低下によって、**実際に日常生活に困り事が出ている**
(食事を摂り忘れる、目的地に行けない、約束を忘れる、希望を言い表せない、怒りっぽく人に配慮できない.....)
- 一時的な意識障害のときではなく、**症状は常にあり、ゆっくり進行する。**
- より若年時からの精神疾患の増悪による機能低下や、その疾患を治療すれば改善する症状「**ではない**」



BPSDへの対応

～ 代表的な症状と病棟での関わり方 ～

○認知症ケア専門士 山本 光美
看護師 近藤 美加子
看護師 佐藤 淳子
介護福祉士 佐藤 幸平

認知症において中核症状である認知機能障害に加えてBPSD（行動・心理症状）が生じるとは本人の生活の質を低下させ介護負担を増やす原因になります。発症する背景には本人の体調、心の状態、生活環境、人間関係、周囲の対応などその人なりの理由や原因があり、症状も一人一人異なり多様です。BPSDには、徘徊、興奮、妄想、幻覚、食行動異常、不眠、抑うつ、介護抵抗などがあり、当病棟でも様々なBPSDがある方が入院し、看護師と介護士が連携してケアを行っています。今回は徘徊、帰宅要求、暴言・暴力、幻覚、妄想、入浴拒否、食事拒否の事例を紹介します。

入浴拒否

80代女性
アルツハイマー型認知症

貧困妄想や不安による発言から入浴を拒否することが多く、浴室まで誘導しても入らないと抵抗することもありました。対応としては、一緒に過ごすことの多い患者さんと一緒に入浴の誘導をしました。一度の声かけで断られても時間をおいて声をかけ、雑談をしながら気分が紛れるように配慮しました。以上の対応により、入浴時に毎回拒否することは少なくなりました。声かけ、誘導の工夫で拒否の減少につながったと思われます。



暴言・暴力

80代女性
レビー小体型および血管性認知症

幻視・幻聴・妄想・独語があり、すべての介助に対して抵抗がみられました。ささいな要求事を待つことができずイライラから暴言、暴力が増幅されて、車椅子で落ち着いて過ごすことができませんでした。対応としては、患者さんの感情に巻き込まれないように物理的・感情的距離をとり、要求事には迅速な対応を心がけました。興奮が強い場合は一旦ケアを中断し、機嫌の良い時にそばでゆっくり話を聞くよう努めました。以上の対応により、暴言・暴力は軽減し、他の患者さんと共に離床して過ごしています。安心できる環境の提供と訴えを傾聴し、本人のペースに合わせる対応の積み重ねが被害言動、暴言・暴力の軽減につながったと考えられます。



食事拒否

90代女性

レビー小体型および血管性認知症

「娘のところへいく」「あと死ぬから食べない」と食事を拒み介助をしてもすぐに手に吐き出して食べようとしませんでした。対応としては、本人の好きな物（麺）へ変更し、栄養補助食品について栄養士と検討しました。「多い」といわれた場合は全部食べなくても良いと伝えて小皿に食べる分だけ移して促しました。ゼリー、ジュースなどの好物は後から配膳し、十分に摂取できた時は食べてくれてよかったと声かけに努めました。以上の対応により、食事時間にかかわらず、嗜好に合わせて摂取できるものを提供し、小皿を使用して、視覚的な負担を減らすことで、摂取量が確保できました。本人のペースにあわせて無理強いしないように介助することで食事量の増加につながりました。



幻覚・妄想による不眠

80代男性

レビー小体型および血管性認知症

夕方から多動・徘徊や幻覚・妄想がみられ昼夜逆転傾向で睡眠障害を認めました。対応としては、否定をせずに話を合わせ、刺激のない静かな環境で傾聴するなど安心感が得られるように配慮しました。昼夜逆転については日中は離床を促し、リハビリやレクリエーションへ誘導して生活リズムを整えました。以上の対応により、幻覚・妄想に明らかな変化はみられませんでした。まとまった睡眠がとれるようになり、日中の生活リズムを整え、症状によって起こる気持ちや感情を受けとめ、不安を増強させない対応が、睡眠障害の改善につながったと考えられます。



BPSDへの対応のポイント

1. 丁寧に話を聞く姿勢を持つ
2. 落ち着いた環境を提供する
3. 優しくゆったりとした態度で接する
4. 本人のペースに合わせる
5. 声かけや誘導の工夫

今回紹介した事例から、BPSDへの対応のポイントとして、上記の5点があげられました。

BPSDの症状には必ずそれなりの理由があるため、その人の生活歴、その日の体調など状態をきめ細かく把握し、原因は何かを考えることが大切です。家族やスタッフと情報を共有して安心、安全に生活ができるように日々のケアを行っていきたいと思います。

徘徊、帰宅願望による入床拒否

90代男性

レビー小体型および血管性認知症

夕方から帰宅願望が顕著で、入床の介助には興奮し拒否していました。対応としては、不安の緩和のため訴えの傾聴に努め、眠気の観察を行いながら興奮を誘発しないようにタイミングをみて入床を促しました。以上の対応により、徘徊・帰宅要求の頻度は減少し、介助を受け入れることが増加しました。帰宅願望は自然な感情であることから、帰宅したい理由や原因を探り、行動の抑制や否定・説得しないことが頻度の減少へとつながったと考えられます。

BPSDへの対応

～ 対象者に寄り添うとは ～

認知症ケア専門士 竹田 千歳
看護師 鈴木 裕美子
○精神科認定看護師 大山 由香

認知症は、治癒が難しく日常生活に支援を必要とします。BPSDはその支援を困難とさせています。そこで実際に行ったBPSDの対応について紹介します。

A氏「タオル洗濯拒否」：暴言・暴力行為で家人やスタッフは疲弊、「このタオルを身につけているとみんなが声をかけてくれる、洗濯すると返ってこない」と、そこで夜中にタオルを洗濯し朝には本人の手元へ届けた。

☛本人にとっては他者との関わりが持てる大事な一品、その気持ちを大切にした。

B氏「支援に拒否」：他者を拒否していたがいつも声をかけるスタッフに「あなたはお願いできる人」と受け入れが見られた。

☛本人の思いを知り、他のスタッフと共有し、支援につながった。

C氏「夫が来るまで眠れない」：就寝促すが拒否、そこで「夫が来たら起こします」と声をかけると、就寝された。

☛本人の思いを受け止めた対応をした。

D氏「心配で心配だと繰り返す」：「融雪機の蓋が閉まっているか心配で見に行きたい」、閉まっていますと声をかけ、一緒に確認に行き、蓋に上り確認、振り向いては確認する。そして「大丈夫」と話す。

☛本人が納得できる方法を一緒に行った。

BPSDへの対応のポイント

① BPSDは対象者の訴え

対象者を知る

「生きてきた時代」「どんな人か」

「好きなことは」「どんな思いがあるのか」

③ チームで対応＝ワンチーム

情報の共有し、

対象者も一緒にみんなでみんなで取り組む

② 安心できる環境を提供
本人が納得できる表現方法
(見る、聞く、触れる)
本人の思いをくみ取る

④ みんなに支援

本人、家族、介護者、1人1人が
孤独で 疲弊しないように

BPSDへの対応は、認知症を持つ人がその人らしく生活できるようにすること、それが対象者に寄り添う事につながる。

バスケットボールのオリンピックの出場権獲得の試合、
選手の「えがお」よかったですね。
「えがお」はいいですね、皆さんはどうでしたか？



あなたも わたしもみんな えがおの社会に

認知症疾患医療センターの相談状況について

専従相談員（精神保健福祉士）戸堀由貴子

【認知症新患医療センターとは】

認知症疾患に関する鑑別診断や医療相談を行うほか、地域の保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症医療提供体制の構築を図る事業です。秋田県では二次医療圏ごとに1カ所以上設置されています。

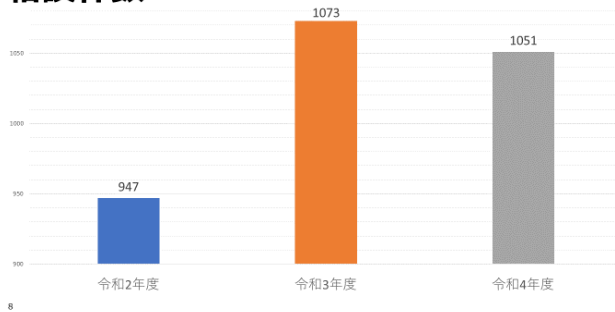
秋田県立リハビリテーション・精神医療センターでは、秋田県から指定を受け、平成25年10月から認知症疾患医療センター事業を行っています。

県内の認知症疾患医療センター設置状況

設置先	類型	指定年月日
秋田県立リハビリテーション・精神医療センター	地域型	H25.10月
秋田緑ヶ丘病院	地域型	H27.10月
市立秋田総合病院	基幹型	H28.10月
大館市立総合病院	地域型	H28.10月
たかのす今村クリニック	連携型	H28.10月
菅医院	連携型	H29. 2月
能代厚生医療センター	地域型	H29.10月
横手興生病院	地域型	H30. 2月
菅原病院	地域型	H30. 3月



相談件数



【相談状況】

1年間に1,000件を超える相談があります。また、二次医療圏外からの相談も多い状況です。

【新規受診患者・入院患者について】

性別で見ると女性が約60%です。
75歳以上が、約80%を占めています。
65歳未満で若年性認知症を疑って受診される患者さんも4%いらっしゃいます。

【リハセンもの忘れ外来受診方法】

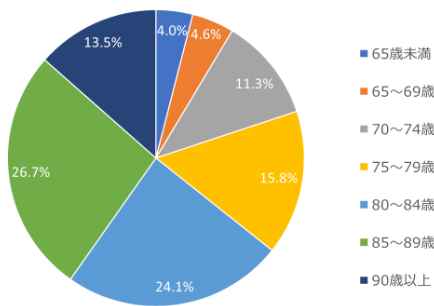
認知症についての外来診療は、名称を「もの忘れ外来」とし、平成13年4月から診療しています。

リハセンでは電話相談以外に医療機関・介護福祉関係者向けに「もの忘れ外来受診予約申込みカード」で受診予約の対応しています。内科など、かかりつけのある場合は紹介状の準備と、受診の際は、ご本人の状況が分かるご家族にも同行いただくようお願いしています。

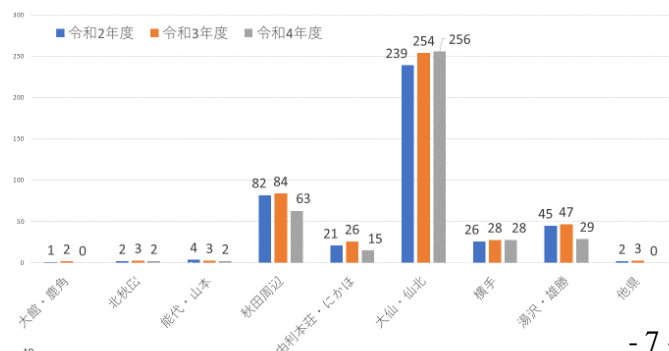
入院については、担当医が診察の上で判断しますので、ご相談の段階では確約することはできませんのでご了承ください。

年齢

新規外来受診者（初再診含む）、入院者（R2～4年度） n = 1698



新規受診患者・入院患者住所地



【診断後支援】

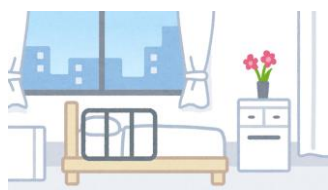
診断後支援としては、介護保険等の制度・サービスについてご説明することが多いです。必要時、本人やご家族から了解を得て、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所など関係機関への情報提供し、地域生活と治療の連携をはかることもあります。

65歳未満で発症した若年性認知症の方の支援は、リハセンに配置されている若年性認知症支援コーディネーターと連携しています。若年性認知症の方は認知症高齢者と同様に介護の課題の他に、経済的問題、就労や障害福祉サービスなどより幅広い支援が必要になるため、適切な時期に適切な支援につながるができるよう、コーディネーターが支援しています。

【精神科への入院について】

認知症の治療は記憶障害、見当識障害などの中核症状の他に、幻覚・妄想、うつ状態、暴言・暴力などその周辺症状BPSD（心理、行動症状）の治療を必要とすることが多く、精神科での治療を要する場合があります。精神科病棟は薬物療法の他に作業療法や栄養指導など認知症患者や家族に対してリハビリや日常生活の指導ができることが特徴だと思えます。

精神科病棟への入院は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（通称：精神保健福祉法）に定める入院手続きが必要になります。精神科入院も患者本人の同意による入院が基本です。しかし、本人が治療を拒否したり、一定の同意を得られない状態にない場合は、精神保健指定医の診察と家族等の同意を要件として、患者本人の同意を得ることなく入院させる、医療保護入院という入院形態があります。同意できる家族等とは直系三親等内の親族です。入院を含めた相談の場合は、親族の状況についても情報をいただければと思います。



【まとめ】

最近のご相談の傾向としては「認知症なのかどうか検査したい」「認知症だとすれば早く治療を始めたい」との相談も増加傾向にあります。一方では、独居や老老介護、認認介護、他の同居家族がいても持病があるといった事情の方も増えている印象です。

入院や施設入所など、ご家族の協力が必要な場面があるにも関わらず、本人やご家族に認知症についての知識が不足していて、受診になかなかつながらず症状が進行してしまってから相談される方や、身寄りの無い方も増えています。

認知症疾患医療センターとして鑑別診断、治療、認知症についての普及啓発という機能はもちろんのこと、本人を取り巻く地域の社会資源の一部として、今後も地域の皆さんと連携しながら、認知症疾患医療センターとしての役割をはたせるよう努めていきたいと思えます。

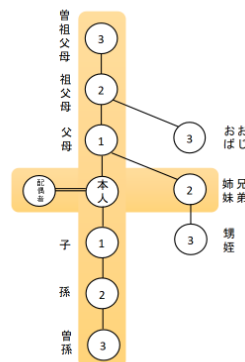
精神保健福祉法の入院形態

医療保護入院

- ✓ 精神保健指定医1名の診察が必要
- ✓ 医療及び保護のために入院の必要があり、任意入院が行われる状態にない精神障害者
- ✓ 家族等のうちいずれかの者の同意が得られる

※ 家族等とは
配偶者、親権者、祖父母等、子・孫等、兄弟姉妹、後見人又は保佐人、家裁が選任した扶養義務者

※ 精神保健指定医とは
精神科の臨床経験3年以上を含む5年以上の臨床経験を有する医師



【精神科救急情報センター】

秋田県では、休日や夜間等において緊急に精神科医療を必要とする方が、適切な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制を整備しています。

かかりつけ医が夜間、休日で対応できない時に、BPSDが激しく緊急的な受診が必要かもしれないと感じられたら、精神科救急情報センターや、地域の拠点病院に相談する方法もあります。

精神科救急情報センター



月曜日～金曜日の夜間

17:00～22:00

土・日曜日、祝日、年末年始

9:00～22:00

☎：018-892-3780



FAX受診予約のご案内

外来（もの忘れ外来）受診予約 申込みカード

当センターでは、開設当初より医療機関や介護福祉関係機関等からFAXで「もの忘れ外来」の受診予約を受け付けています。

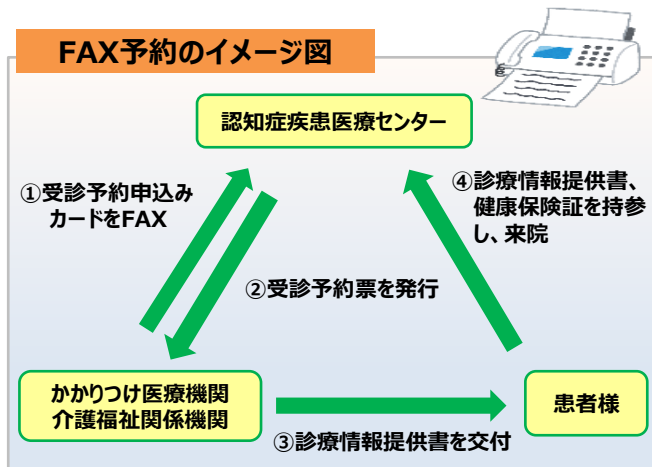
『外来（もの忘れ外来）受診予約申込みカード』は、現在の症状やADLの状況、既往・治療歴などをチェックする方式となっております（裏面参照）。

様式（H26年5月改訂版）は、ホームページからダウンロード（Excel、PDFファイル）可能です。
（秋田県認知症疾患医療センターの【医療関係者の皆様へ】からご覧ください）

ご不明な点等ございましたら、お問合せください。



FAX予約のイメージ図



もの忘れ外来新患担当表（令和6年1月現在）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
担当医 （担当科）	佐藤隆郎 （精神科）	笹嶋寿郎 （リハ科）	佐藤隆郎 （精神科）	下村辰雄 （リハ科）	【隔週】 小林祐美 （精神科）
若年性認知 症 外 来	—	—	—	—	下村辰雄 （リハ科）

※診療体制は今後も変更となることがあります。ご了承ください。

介護福祉関係機関については、受診日までにかかりつけ医からの診療情報提供書の準備をお願いいたします。

FAXによる受診予約実績は、相談全体の約25%（R4年度）でした。

今後も、もの忘れ外来受診予約申込みカードをご活用いただければ幸いです。



秋田県認知症疾患医療センター 外来(もの忘れ外来)受診予約申込みカード

秋田県認知症疾患医療センター行き

FAX 018-892-3816

(所在地)

リハビリテーション・精神医療センター内
〒019-2413 大仙市協和上淀川字五百刈田352
TEL 018-892-3751 (代表電話)

紹介元医療機関・介護福祉関係機関 様

- ・送信票は不要ですので、この用紙のみFAXしてください。
- ・受診日の調整等について、FAX受信後に当センターより連絡させていただきます。
- ・患者様の現在の状態等については、可能な範囲で記載いただければ結構です。
- ・外来受診当日、患者様が診療情報提供書をお持ちいただけるよう、交付をお願いします。

■紹介元機関

機 関 名		担当医師様 氏 名	
連絡担当様 氏 名		連 絡 先	TEL ()
			FAX ()

■患者様氏名・住所等

ふりがな		男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日生 (歳)
氏 名							
住 所	〒 ー			TEL	()		

■現在の状態等 (該当する項目をチェックしてください)

現在の 症 状	<input type="checkbox"/> もの忘れ⇒ <input type="checkbox"/> ●本人の自覚はありますか?⇒ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> ●いつ頃からもの忘れがありますか? <input type="checkbox"/> 5年以上前から <input type="checkbox"/> 3~4年前から <input type="checkbox"/> 2年程前から <input type="checkbox"/> 1年程前から <input type="checkbox"/> 半年以内から <input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> 新しいことが覚えられない <input type="checkbox"/> 同じことを何度も聞く <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 夜間落ち着かない <input type="checkbox"/> 会話が成り立たない <input type="checkbox"/> 意欲がない <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 日中によく居眠りをする <input type="checkbox"/> 動作が鈍い <input type="checkbox"/> 良い時と悪い時の差が激しい <input type="checkbox"/> 非社会的行動がある <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:)	
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記事項:)
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記事項:)
歩 行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記事項:)	
意思疎通	失 語: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	難 聴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
睡 眠	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (具体的に:)	
利用中の サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名:) <input type="checkbox"/> その他 ()	
同居者等	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 () ●主介護者はどなたですか? (複数回答可) <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> その他 ()	

■既往歴・治療状況 (該当する項目をチェックしてください)

<input type="checkbox"/> 高血圧 (治療中・未治療) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (治療中・未治療) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 (治療中・未治療) <input type="checkbox"/> 心臓病 (治療中・未治療) <input type="checkbox"/> 脳血管障害 (治療中・未治療) <input type="checkbox"/> その他 ()

■その他要望・特記事項等

--