

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便り

令和7年1月発行 No.29

テーマ

BPSD

(行動・心理症状)

の理解と対応

第16回

認知症ケアシリーズ「講演会」

特集号

**BPSDへのケア
チームアプローチ**

令和6年11月1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・オンデマンド配信のハイブリッド形式で開催した講演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)

6病棟副看護師長／認知症看護認定看護師 北埜 さつき

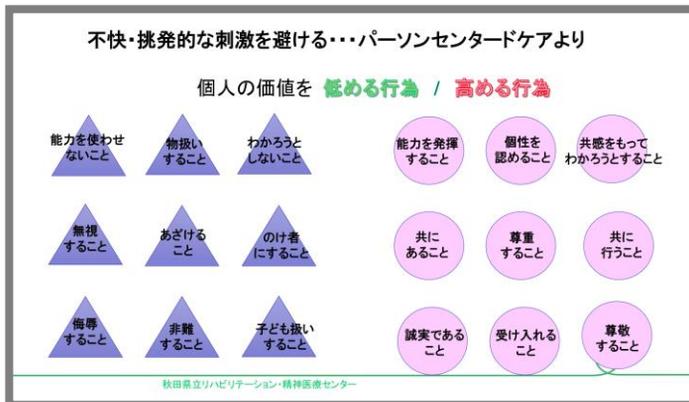
認知症症状は、記憶障害・見当識障害・実行機能障害・判断力の障害・失認・失語・失行といった「認知機能障害（旧称：中核症状）」と、それにさまざまな要因が絡み発現する「BPSD（認知症の行動・心理症状）」のふたつを合わせた呼称である。今回はBPSDに焦点を当て、ケアについてお話しさせていただいた。

まず初めに、3つあるBPSDへのケアのポイントについて説明する。

1つ目は、「なぜBPSDが起きたのか（悪化したのか）その要因を考え、要因を減らすこと」である。

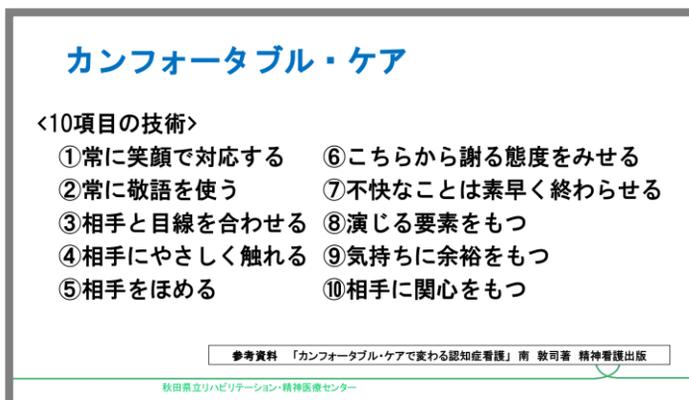
BPSDを軽快するには、BPSDが発現した理由を考えることが鍵となる。「身体的・環境・心理的・元々の性格」要因を排除するケアについて簡単に述べる。

身体的要因には、便秘や下痢、痛みやかゆみ、発熱や脱水、合併症の悪化などが考えられる。誰にでも起こり得る少しの不調であっても、高齢者であれば悪化しやすく、認知症をもつ方であれば自ら対処できなかつたり、症状の自覚ができなかつたり、他者に症状を伝えられないこともある。そのため、ケア提供者としては、健康維持はもちろん、身体的な異常を早期に発見し、早めに回復できるよう努めていただきたい。



環境要因は「物理的環境」と「人的環境」分けられている。物理的要因に対しては、「分かりやすい表示や標識」の工夫として、暖色系の色使い・見せたい相手の目線の高さに立体的に掲示すること、「日付や時間がわかる物の利用」、「馴染みのあるものや暖かく過ごせるグッズの利用」などにより、その方がほっと安心できるような居場所を準備することが大切である。

図1 不快・挑発的な刺激を避ける（パーソンセンタードケアより一部抜粋）



人的環境に対しては、「認知症をもつ方への苦手意識を感じている周囲の人の意識や態度が変わること」、「その方が不快・挑発的と感じる刺激を避けること」、「適切なケア」、「十分なコミュニケーション」、「リアリティオリエンテーション」が効果的である。不快・挑発的と感じる刺激については、パーソンセンタードケアより、個人の価値を低める行為 / 高める行為（図1）、適切なケアでは、カンフォータブルケア（図2）、

図2 適切なケアの例（カンフォータブル）

コミュニケーションの留意点

意識的に
非言語を使う

特に感情は、言語のメッセージよりも非言語的メッセージの方が伝わりやすいといわれています。優しい声のトーン、表情や仕草、身体接触などを活用しましょう。

年齢相応に
対応する

日常生活に支障をきたし、あらゆる面で他者の介助が必要になっている状態だとしても、子ども扱いせず、人生の先輩として尊重しましょう。

声のトーンを
落とす

高齢者は感音性難聴になりやすく、高い音が聞き取りにくい状態です。大声をださなくても、低い声で話すことによって聞き取ることが可能になります。特に女性は声のトーンが高いので留意しましょう。

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

図3 コミュニケーションの留意点

十分なコミュニケーションでは、コミュニケーションの留意点(図3)、伝えるときのポイント(図4)、話を聴くときのポイント(図5)、を参照いただきたい。リアリテイオリエンテーションは見当識への支援でもある。「今がいつであるか」「ここがどこであるか」「目の前にいる人が誰であるか」「現在の状況」などを意図的に伝えることで、見当識障害に伴う不安を軽減することができ、せん妄予防にもなると言われている。例えば、食事へのお誘いの際、意識しないと「お食事ですよ」と声を掛けがちだが、「朝(昼・夕)ごはんですよ」と時間帯を伝えることで、時間の見当識を支援することとなる。

伝えるときの5つのポイント

記憶障害・理解力低下・注意力低下があり、こちらが説明しても、相手が理解できていない場合があることをふまえる。

認知症の程度により説明方法を変える。(重症度が高いほどより簡潔に、一文ずつ伝える)

もし忘れたようならば、もう一度同じように伝える。(その際、「さっきも言ったように」や「もう忘れたの?」などと忘れたことを指摘しない。)

身体に触れる前に承諾を得る。(“説明しながらすでに触れている”ということがありますので、意識しましょう。)

大切なことをしっかり聞いてほしい時の環境に配慮する。(理解・集中力は、眩しさや薄暗さ、周囲の雑音などの環境に左右されます。)

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

図4 伝える時のポイント

話を聴くときの3つのポイント

うなずき

- ・相手を持ちよくなる
- ・相手は格段に話しやすくなる
- ・嬉しくなり話を続けられる

相槌

- 「ええ」「うんうん」「なるほど」「すごいですね」「そうだったんですね」

繰り返す

- 心に寄り添い、気持ちを受け止めることになり、相手は自身の感情を整理され安心できる

「私はあなたの話を、とても関心を持って聴いていますよ」

ということが、**非言語的**に伝わる!

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

図5 話を聴くときのポイント

心理的要因に対しては、環境要因の中の人的環境が整うことで、その多くが解消されると考える。

元々の性格については、変えることは難しく、高齢化と共に先鋭化することもあり、ケアでは対処困難であるが、その方の考え方や生活史を紐解き、尊重し、人として普通の対応が求められる。

BPSDへのケアのポイントの2つ目は、「表面化しているBPSDだけにとらわれず、その言動の背景にある症状や想いを汲み取ること」である。

“家族やケア提供者が困った”と感じるBPSDに本当に困っているのは本人であり、それらの言動の背景には症状や想いがある。認知症症状を理解すること、言動の裏にある真の理由を知ろうとし、本人の想いを汲み取ることが大切である。例え認知症をもっている、ケアを受けることに対して、遠慮・羞恥心・自尊心が低下する感覚・なかには病識欠如により理解できないなど、さまざまな想いがあることを再認識していただきたい。また、認知症をもつ方は、記憶障害により出来事は忘れても、その時の感情は忘れにくいと言われているため、ケアの際にはスタッフの都合や意思よりもその方の尊厳や意思を尊重することが大切である。不同意メッセージを受け取ること、嫌がられるケアをする際の留意点については図6.7を参照いただきたい。

不同意メッセージを受け取る

服従

やりたくない、応じたくないことを態度や言葉で表現してみるものの、最終的にはスタッフの誘導に応じ、しぶしぶ従い、スタッフの意図に合わせた様子

ケアの方向性を変更する。(誘導の方法、ケア内容など)

謝罪

うまくできないことについて、一見適慮がちに「こんなこともできなくなった」「迷惑かけて」と謝る様子

うまくできないことを指摘せず、失敗しないようフォローする。責任転嫁のための言い訳を採察する

転嫁

うまく行為を遂行できないことについて、物や人のせいにする様子

遮断

声を掛けても聞こえないふり、寝たふり、気付かないふりをしてスタッフと関わらない様子を繰り返す様子

一度離れて、再度声を掛けたり、対応者を替えてみる。ケアが必要かどうか再度検討する。不快に感じないような対応を検討する。

憤懣

気に入らないことについて「人をばかにして」「こんなところに居られない」など誰に向けた発言でもなく小さな声で怒りを表現する様子

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

図6 不同意メッセージを受け取る

嫌がられるケアをする際の留意点

救命処置など、本人の意思よりも優先して行われるべきケアもある

- ・ケアを実施したこと、不快な想いをさせてしまったことを謝罪したり、ケアに応じてくれたことを十分に労う
- ・不快な想いをさせてしまった場合、それ以上に心地よいケアを提供することで、BPSDを予防したり改善することができる ※普段、その方がどのような声掛けや活動を好んだり、楽しんでいたりしているのか、表情や言動を観察し、ケアに導入していく

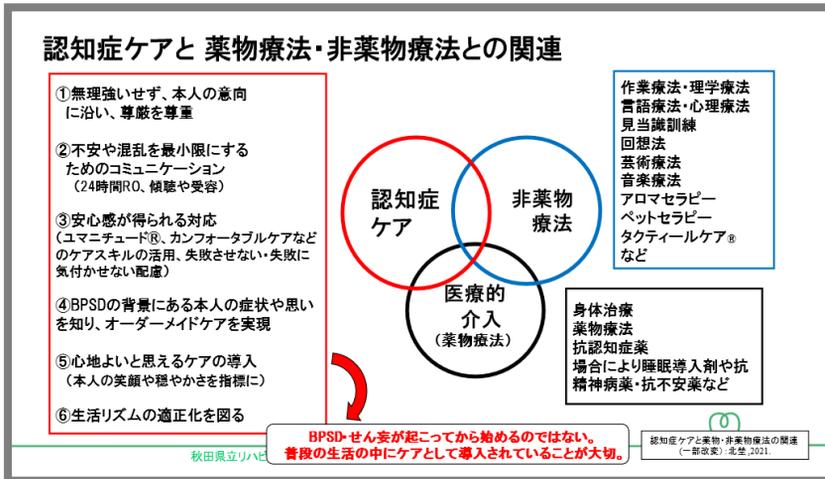
秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

図7 嫌がられるケアの際の留意点

BPSDへのケアのポイントの3つ目は、「様々な事例からの学びを他の対象へのケアに生かすこと」である。

認知症ケアはオーダーメイドとも言われており、うまく行った事例でのケアが、そのまま他の事例ではうまく行かないこともある。しかし、多くの事例を知り、その中でうまく行ったケアを真似たり組み合わせたりするなどの工夫により、その時目の前にいるその方に、ぴったりうまく行くこともある。このあとに掲載される介護福祉士の視点でまとめた事例を参考にいただきたい。

次に、認知症ケアについて説明するが、その前置きとして、BPSDの治療について言及する。

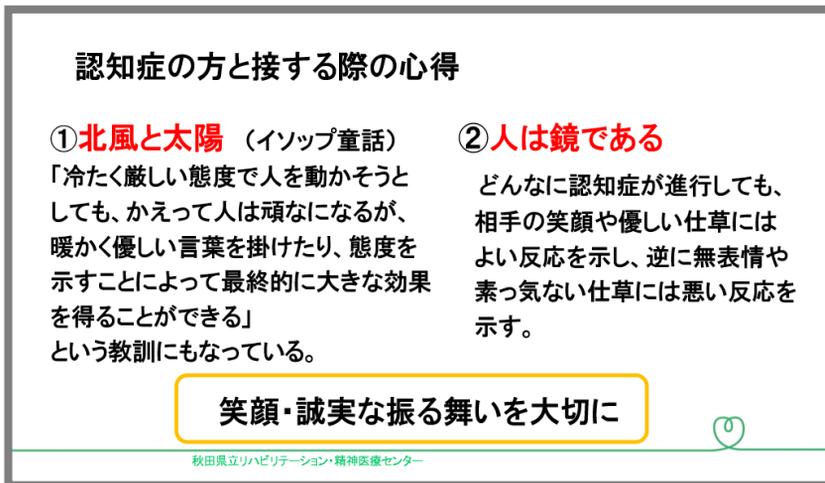


「BPSDの治療の第一選択は、薬物療法ではなく、非薬物療法・ケアが優先される」と認知症疾患診療ガイドラインに記されているように、薬物療法の前に認知症ケアが必要である。

認知症ケアと薬物療法・非薬物療法の関連については図8参照とする。



図 8 認知症ケアと薬物療法・非薬物療法との関連



認知症ケアの中で、接し方についての正解はなく、「相手が心地よく感じてくれれば良かった」と後から評価できるものとする。しかし、してはいけないこととして「叱る」「命令する」「無視する」「叱る」「できることをやらせない・途中でやめさせる」の5点が挙げられていること、ケア提供者のスタンスとして、「その人の尊厳を守る」「その人の意思を尊重する」「その人の価値観や人生観を知る/聞く」「想いを理解しようとする気持ちをもつ」が大切であることを覚えていただきたい。

また私が普段、認知症をもつ方と接する際に気を付けている点について、2つの心得(図9)を紹介した。

図 9 認知症の方と接する際の心得



最後に、認知症ケアの目的は「少しでも心地よく、楽しく、穏やかに過ごせること」であり、ケアにおいて知識はもちろん、スキル（接し方）が大切であることを確認した。また、私見ではあるが、「認知症ケア≒BPSDケア≒BPSD予防」であることを説明した。

本講演会の内容が、皆さまの今後の認知症ケアの参考になればと思う。





拒否的言動がある利用者の中でも、かなり耳が遠いや、構音障害、失語症を持っている方への対応に悩んでいます。笑顔だけでは難しい。どんな対応がありますか。利用者の理解や気持ちが測れない。拒否行動だけ激しくなることもある。



対象の方の拒否の理由が「聞こえない・理解できないため」と仮定して説明します。コミュニケーション障害が「難聴」「構音障害」「失語症（その種類）」の何なのかによって、伝え方の工夫は異なります。昨年度のケアシリーズ講演会の内容と近いので再掲になる部分もありますが、表でまとめます。

コミュニケーション障害の種類	伝えるための工夫
難聴 (加齢に伴い高い音が聞き取りにくくなっている状態)	<ul style="list-style-type: none"> ① 聴覚に応じて補聴器利用を支援する ② 文字や絵の理解状況に応じてコミュニケーションボード・筆談 ③ 介護用具（もしもしフォン等）利用 ④ 大声ではなく低い声でゆっくり話す
構音障害 (発声するための運動機能が低下している状態)	<ul style="list-style-type: none"> ① 発音・発声できないだけで、伝えたいことはあると理解する ② 単語カードの利用 ③ はいいいえで返答できる質問で訊く
失語①認知機能障害 (あれ・これ・それが増え、言葉がでず、会話がまわりくどくなる)	<ul style="list-style-type: none"> ① 急かさず、話終わるまで根気よく待つ ② コミュニケーションスキルを駆使し聴く ③ 「〇〇のことですね？」等、時折相槌を打ちながら確認する ④ 言いたいことを察し、少し先回りして回答する ⑤ こちらがわかりにくいことなどをあえて伝えない
失語②感覚性失語 (言葉は聞こえるが、言葉の意味を正しく捉えることが難しい)	<ul style="list-style-type: none"> ① わからないかもしれないが、はっきり・ゆっくりと話しかける ② 非言語的コミュニケーションを駆使する ③ 正しい言葉が発音できなくても、すぐに否定しない
失語③語義失語 (流暢に会話できるが、言葉（単語）の意味が理解できないことがある)	<ul style="list-style-type: none"> ① 言葉や文字と同時に絵や写真を見せながら話す ② 伝えたい物を見せたり、その場所に直接案内して話す 例) 「お風呂に入りましょう」と声を掛けて「お風呂って何ですか？」と聞き返される場合、お風呂場を見せながら伝えると「お風呂ですね」と理解できることがある。

笑顔だけで相手の拒否的言動がなくなることはありませんが、普段から相手を尊重し、笑顔を含む非言語的コミュニケーション、伝え方・聴き方のポイントの活用、相手の気持ちを推し量ろうとする気持ちを持つことが大切ですね。

回答者：北埜 さつき



BPSDに対するケアの工夫

6病棟 介護福祉士 三浦 豪

BPSDへの対応は、認知症をもつ方の介護・福祉に携わっておられる皆さんにとって、大きな課題になることも多いのではないのでしょうか。

今回は帰宅願望・食への執着行動・攻撃的言動といったBPSD事例に対するケアの工夫についてご紹介します。

事例 1

【帰宅願望】

80代 男性

要介護度5

CDR : 2 MMSE : 9

病名 : アルツハイマー型認知症
および嗜銀顆粒性認知症



「家に帰る」「母さん迎えに来い」と大声で訴え、歩行障害がありながらも車椅子から立ち上がって歩き出すなどの言動で帰宅願望が表出。病状や入院していることを繰り返し説明するを行いました。納得することはなくテーブルを叩いたり、大声を出す、車椅子から立ち上がるなどの言動は変わりありませんでした。

そこで本人が昔好きだった趣味、祭りや名産など自宅周辺の話など、本人に興味・関心のある話題について、私たちから積極的に話しかけました。

会話している時間は「家に帰りたい」という気持ちが紛れ、昔の記憶に思いをはせ、懐かしむ姿が見られました。少しずつ落ち着いて過ごす時間が長くなり、帰宅願望の言動が軽快しました。

本人が興味を持てる会話が続き、帰宅願望というBPSDが減少したと考えられます。

事例 2

【食への執着行動】

80代 男性

要介護度5

CDR : 3 MMSE : 9

病名 : レビー小体型認知症



記憶障害により食べたことを忘れてしまい、食直後から「ご飯けれ」「まだ食べてない」と何度も訴え、他者の食事をとったり、自分が使い終わった食器や食具を服の中に隠す行動が頻回にありました。食事までの時間や糖尿病のため間食できないことを繰り返し説明するを行いました。頷いて理解を示すものすぐに「ご飯けれ」と訴えていました。

そこで他患者と一緒にラジオ体操やストレッチ等を行う際の掛け声を担当してもらったり、温かいお茶の提供、家族の話題などの会話に努めました。ラジオ体操やストレッチの場面では笑顔が見られるようになり、お茶を飲んだり、家族の話をする間は落ち着いて過ごすことができるようになりました。その結果、徐々に食事への執着言動が減少しました。

自分のできることを継続して行い「役割の遂行」ができたことや、話を聴いてもらえることにより自尊心が回復したのではないかと考えられます。

臨床的認知症尺度 (Clinical Dementia Rating : CDR)

認知症の重症度を評価するためのスケールの一つです。このスケールの特徴は、認知機能や生活状況などに関する6つの項目を診察上の所見や家族など周囲の人からの情報に基づいて評価する「観察法」です。それぞれの項目は「健康(CDR0)」な状態から「重度認知症(CDR5)」まで5つの段階に分類されています。評価表に基づいて分類することで認知症の程度だけでなく、特に障害されている機能を把握し、予後の見通しを立てるのに役立ちます。

事例3

【攻撃的言動】

90代 女性

要介護度5

CDR : 3 MMSE : 5

病名 : レビー小体型及び血管性認知症



スタッフの顔を見ただけで大声で叫び、身体的なケアのために触れるスタッフには、爪を立てる、つねる、かじり付くなど乱暴に振る舞い、「馬鹿野郎、この野郎」等の激しい言葉でなじる行為が表出。ケアの前には内容を説明し、「うん」等の同意が得られてから開始し、お互いに怪我のないよう複数のスタッフで対応し、苦痛であろう時間の短縮に努めても、攻撃的な言動は変わりありませんでした。

会話の度に本人の興味・関心を聞き出し、料理が得意だったことが判明。ケアの際中に、ケアについてだけでなく、素材の下処理、味付け方法などを質問し続けたところ料理に関する質問への返答に集中している間は、ケアに対する攻撃的言動はみられませんでした。

ケア終了後には「ありがとう」「また来てね」と話され、穏やかに過ごされる姿が目立つようになりました。

拘縮により思うように動けない不安感や痛みによる恐怖心が、ケアの際に自分の体へ触れるスタッフに対しての怒りとしてあらわれていたのではないのでしょうか。

例えばその場限りであっても、本人の関心が楽しいことや得意だったことに意識が向くようにすることが不安感や恐怖心の軽快に繋がったのではないかと思います。

ミニメンタルステート検査 (Mini-Mental State Examination : MMSE)

認知症の疑いがあるときに行う神経心理検査です。即時記憶、遅延再生、見当識（時間と場所）、注意と計算能力、物品呼称、3段階の口頭命令、書字、読字、図形模写の11項目で構成され、それぞれの項目に1～5点が割り振られています。合計点をもとに評価を行い、23点以下を認知症疑いとし、27点以下を軽度認知障害 (MCI) 疑いとします。

結果

様々なアプローチ方法でBPSDのある方へケアを行い、介護福祉士の視点から事例をまとめ、結果として、NPIが改善しBPSDが軽快したと評価することができました。

しかし、【認知症ケア】だけがBPSDを改善させたわけではありません。その他にも【薬物療法】や【非薬物療法】の2つの要因も大きく関わっています。

3側面からの介入によりBPSDが軽快すると言われています。

BPSDへのケアのポイント

- ❑ なぜBPSDが起きたのか、悪化したのか、その要因を考え、要因を減らすこと
- ❑ 表面化しているBPSDだけにとらわれず、その言動の背景にある症状や想いを汲み取る
- ❑ 様々な事例からの学びを他の対象へのケアに生かすこと

まとめ

しっかりと話を聞き、何を言おうとしているのかを聞こうという姿勢だけでも、認知症の方にとっては安心できる要素になります。認知症だからわからないだろう等と決めつけず、認知症の方の抱える不安や恐怖を理解できるように、共感することが大切です。認知症患者の行動には全て意味があるということを今一度認識し、なぜそのような行動をとるのか考え、その行動の奥にある思いを知ることは、必ずより良い看護・介護に繋がります。

認知症ケアはオーダーメイドです。本人にとってどのようなケアや配慮が最良なのか1つひとつ見つけていきましょう。

日常の関わりによりBPSDが軽快した事例

7病棟 介護福祉士 竹田 千歳

認知症ケアシリーズにご参加いただきありがとうございます。今回は例年のアンケートに多く記載されていた【男性利用者様の暴力行為、介護抵抗がある方への対応】について病棟で実際に対応した事例を紹介させていただきました。暴力行為に対しての直接的な解決方法の紹介には至りませんでしたが、利用者様との日々の関わりへ少しでも参考になれば幸いです。

事例 1

①信頼関係の構築でBPSDが軽快した事例



- ・A氏 90代 男性 アルツハイマー型認知症 オストメイト
- ・RX年、妻が亡くなってから認知機能が低下。秋頃からストマパウチの始末が難しくなる。
- ・RX+1年、1月に心不全で入院中に不穏症状が出現。
- ・その後、ショートステイ利用するも、興奮や不潔行為(ストマパウチが自身で処理できない)があり、当院へ入院となる。

A氏の問題となった行動



- ・タオルや衣類を尿取りパット代わりに使用していた。
- ・汚れるとゴミ箱へ捨てたり、そのままベッド柵に干していた。
- ・パウチの確認の際、特に夕方から夜間帯の対応時に人が変わったように暴力行為や大声で叫ぶなどの興奮がみられた。
- ・男性スタッフの対応や複数名での対応が必要な場面があった。

A氏はストマパウチの管理がうまくできず、パウチではなくティッシュをあてていたり、シーツの上にティッシュを敷き排尿したりと不潔行為が見られ家族が介入しようとするとうり出し、介入を拒否されていました。

ショートステイを利用中でも自宅にいる時と同様にストマパウチの管理ができず、スタッフが介入しようすると易怒性や興奮の症状が見られショートステイでの対応が難しくなり入院となりました。

A氏へのアセスメント

- いつ? → 夕方から夜間帯
- どんな場面で? → 自分でパウチの管理をしている時
- その時には…? → 「自分でやる」「できる」「あっち行け」「来ねでけれ」

本人のできることへのプライドと羞恥心に対する発言が聞かれた



A氏の暴力行為や興奮、介護抵抗が見られたのはどんな場面が多かったのか、なぜそのような状況になったのかをアセスメントしてみると、その症状が多く見られた時間は夕方から夜間帯、自分でパウチの管理をしているときでした。

またその時には「自分でやる」「できる」「あっち行け」「来ねでけれ」と本人のできることへのプライドと羞恥心に対する発言があることもわかりました。

不快な思いをさせてしまっていることへの謝罪、介入が必要であることの説明、ケアに応じてくれたことに感謝の気持ちを伝えると、渋々ケアの介入に応じてくれるという日々を過ごしていました。

対応策と関わり

尿取りパットの
使用を促す

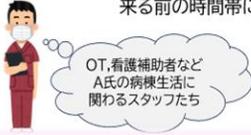


- ・専用の入れ物を準備、タオル類が間違っ
て捨てられるのを防ぐ
- ・日中気分が穏やかなとき、トイレへ向かう
際には尿取りパットの使用方法を説明、
使用をすすめた

1日1回の
パウチ交換に変更



- ・毎日外れることがないと確認できたた
め1日3回の各勤務の確認ではなく、
気分の変動が少ない日中、夜勤者が
来る前の時間帯に1日1回の確認に変更



すると…2か月後のA氏



「パウチの交換をお願いしたい」
「新しいパット、もらえるかな」

- ・パウチ交換の依頼など自らスタッフへ
声を掛けてくれるが増える。
- ・尿取りパットは正しく使用できるようになった。
- ・同時期に興奮や暴力行為、介護抵抗も減少。
- ・抗精神薬はほぼ服薬しなかった。

A氏の環境への適応、スタッフとの信頼関係の
構築からBPSDの軽快へとつながったと考える。

A氏との関わりのおまとめです。

A氏のBPSDを増長させてしまった一因として、A氏と関わる際に本人の「自分でできる」という気持ちを尊重せず、援助者が困ったことだけに注目し、本人の意に添わない対応をしてしまったことにあると考えられました。

そこで本人の「できる」「自分でやる」という気持ちを尊重し、パウチ交換が失敗していても失敗を否定せず、良い反応があった対応を継続、またその情報を共有したことで徐々に信頼関係が築け、BPSDの軽快へとつなげることができたと考えます。

表面化している症状だけにとらわれず、その言動や行動の想いを汲み取り対応することの重要性をA氏との関わりの中から学ばせていただきました。A氏との関わりは「ケア」+「非薬物療法」で対応できた成功事例です。

事例 2

②薬物療法+認知症ケアでBPSDが軽快した事例



- ・B氏 70代 男性 身長約175cm、体重約75kg。
- ・妻と2人暮らし。
- ・HY年に物忘れと理解力の低下を周りが指摘。
- ・60代前半でアルツハイマー型認知症と診断される。
- ・自宅で当センターの外来通院と福祉サービスを利用して暮らしていたが、利用先のデイサービスで落ち着かず、歩き回っていたところを制止したスタッフに噛みついたというエピソードがあり、当院へ入院となる。

入院後のB氏

- ・奥様のことを探しまわり落ち着かず、病棟内のベッドや壁にぶつかっても気にせず30分以上歩き回る。



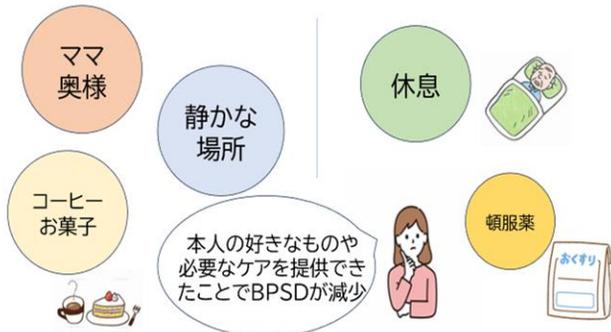
- ・声掛けや休息の促しに反応せず、複数名での対応でようやく臥床、休息が叶う。しかしその後も興奮が続き、入院当日に当センターの精神科急性期病棟へ。

- ・1か月後、薬物調整にて興奮などの症状が落ち着いてきたため再度認知症病棟へ。

B氏へのアセスメント



本人の好きなものや必要なケアを提供



B氏のBPSDの主訴は徘徊と焦燥でした。

いつも「ママいるかな」「ママどこいった?」と奥様を探しに行くところから徘徊、焦燥感、そして易怒性へとつながり、奥様のいない環境からの不安からBPSDの症状に表れていたのではないかと考えました。

B氏のBPSDの症状へのアセスメントを行い、どんな場面での出来事が多いのか、その時の対応策を検討しました。

B氏のBPSDが多く出現する場面は「周りが賑やかなとき」「B氏の行動を急かしたとき」でした。

奥様からの情報と日々の関わりの中から左図にある5つの項目に関わりの中心として活用しました。

【行動を急かしたとき】

「急かさないで」



「ありがとうねー」



自宅で過ごされている時から落ち着かない時には頓服薬を服薬しており、入院中も必要時には適宜使用しました。またB氏は女性スタッフを奥様と誤認していることも多く、スタッフもそれを否定せず、奥様になりきって対応していたこともB氏が落ち着いて対応してくれた理由の1つであったと考えます。

また、ケアの場面では介護者の中ではゆっくり声掛けをしているつもりでも相手にとってはイライラした口調に聞こえたり、介護者主体のケアになっていたりと、気が付かないうちに患者様に不快な思いさせているということにB氏と関わりの中で何度も「はっ」と気付かされることがありました。

それはB氏がケアの場面で「急かさないで」と話すことが度々あったからです。排泄介助だけでも15分以上時間がかかることもありましたが、「急かさない」「本人のペースで」を特に意識して取り組んだ際には暴力行為などには発展せず、ケアの後には必ずB氏から「ありがとうねー。」とお礼の言葉がありました。その時間をB氏と向き合いケアに関わることでB氏の不安やBPSDの出現が少なくなっていたということはそれほど価値のある時間であったと言えます。

週一回の面会

物資の提供
(お菓子や
コーヒー)

「ずっとここで
見てほしい。」

病状の
理解



本人らしく過ごせる
時間を見つけれられた。

①、②の事例から…

1) 観察すること

認知症の人がどんなことに不安を感じ、どのような場面で症状が出現しているのかを知ること。
症状の中にあるその人らしさを見逃さないこと。

2) 情報を共有すること

その人にとって心地よいと感じるケアが統一して提供できるように。

3) ケアを評価すること

行ったケアに対する本人の反応やBPSDの症状の変化を確認。
ケアの評価をすることで患者様の苦痛を少なくすることや心地よいと思える次のケアにつなげていく。



おわりに

患者様の苦痛を軽減することは、私たち介護者の負担を少なくすることに繋がりますが、昨今の介護の現場では人手不足や様々な事情でそれらがなかなかできない現状にあります。BPSDへの対応について、認知症への関わりに正解はなく、その人その人に合わせたオーダーメイドといわれるように、「患者様の問題（BPSD）は何か」「スタッフ側の関わりに問題はないか」という双方の問題をしっかりと見極め、ケアが一方通行になっていないか、ケア行ったことでどんな反応があったかを評価し、次のケアにつなげていくことが重要だと考えます。患者様が十人十色でオーダーメイドの対応であると同時に私たちスタッフも十人十色で声掛け1つを例にとってみても様々なエピソードが生まれると思います。患者様のその人らしさを見つけ大切にするようにスタッフのその人らしさも大切にしたいですね。

今後も介護の現場に求められることはさらに増え続けていくことと思いますが、人手不足をマイナス要素に捉えず、その中でできることは何かを考え行動してみること、そして患者様（利用者様）へ想いを寄せ、正解のない認知症ケアのスキルアップを目指し、よりよい関わり方を見つけられるように取り組んでいきたいと思えます。



入浴に抵抗が強い利用者への対応方法や事例などあれば教えてください。



なぜ入浴を拒否しているのかをもう一度確認する必要があると思います。他人に裸を見られたくない、自宅のお風呂以外で入りたくない等、これ以外にも様々なことが考えられます。中には解決不可能なこともあるかもしれませんが、可能な範囲で本人が「嫌だ」と思うことを1つずつなくしていけば入浴してくれるのかなと思います。

私が経験した過去の事例では、その方は「家で風呂に入ってきたからここでは入らない！」と訴える方がいました。その方には色々なアプローチを行いましたが、一番効果的だったのは手浴・足浴でした。人が大勢いるホールなどではなく、本人が落ち着いて過ごせる静かな場所でゆっくりと本人と向き合う時間を設けたことで、徐々に信頼関係を築くことができたため入浴してくれたのかなと思います。

回答者：三浦 豪



なぜ拒否するのか、その理由によって対応が異なります。今までうまくいった例をいくつか挙げます。昨年度のケアシリーズ講演会の内容の再掲になる部分もあります。

- ・「家に帰って夜に入るから、今ここでは必要ない」（入所している事実が理解できない、病識低下）
例）今日は泊まることになった、自宅のお風呂が壊れて修理のためしばらく使えないようだ
- ・「自分ひとりのできるのに他人に勧められたり手伝われたくない」（自尊心低下）
例）着替えだけ・足浴だけでもと浴室に行くことを勧める、とてもよい温泉とみんなが褒めてくれる湯を準備した、背中を流させてほしいと説明する
- ・「人に手伝われることは恥ずかしい」（羞恥心：人として当然の感情）
例）単独で入れるようにし、スタッフも同性・最小限に調整する
- ・「実は入浴一連動作がうまくできない」（実行機能障害・失行）
例）できない部分を見極め、本人に悟られないように先回りの援助をする
- ・他には、主治医から入浴前後の血圧測定の指示がある、入浴後冷えた飲み物（美味しいおやつ）が準備されている等の説明、話の合う他患者と一緒に誘うなど。

心苦しいが、少しの嘘や誇張が含まれる場合もある。

「その場の一時的な納得」が得られる説明方法を見つけたら、スタッフ間で共有し、次回も同じように誘導してみましょう。それでも、何をしても上手く行かない場合もある。本当に必要なケアの場合は、嫌がられてもしなければなりません。その際には、直後にその方が心地よいと感じるケアを提供し、よい感情でケアが終了されるような工夫が必要になります。

回答者：北埜 さつき



認知症の方に対するケアをどのようにして介護者同士で情報共有して援助につなげていくか教えてください。



リハセンの介護福祉士間の情報共有の方法としては、看護師との申し送りの他に介護士だけのノートがあります。そこには患者様に関わることや日常の連絡事項など全体の申し送り内容の周知事項や介護士、看護補助者全体で共有したい情報が記載されています。日々、変則勤務で全員が顔を合わせる事が難しいため各出勤時に目を通すことにしています。ノートを読んで、スタッフ同士でその内容を確認する、患者様のことは介護士間だけでなく看護師へも確認することでお互いに自然と声をかけあえる良い環境が整ってきました。

情報を共有し、患者様へ適したケアを提供できることで患者様からの反応が良ければ、各々自然とその対応を実践していくことに繋がります。スタッフそれぞれ看護観、介護観とプライドを持って関わられているので意見の相違もありますが、業務優先の行動やスタッフ都合のケアによって倫理的問題に発展しかねないので、そうならないように声を掛け合って気を付けています。

まずは「利用者様へ良いケアを提供したい」という自分と同じ気持ちや考えを持っている仲間を見つけることが大切だと思います。

回答者：竹田 千歳

BPSDに対する作業療法

作業療法士 佐々木 千絵美

作業療法について

(1) 作業療法とは？

人々の健康と幸福を促進するために、医療、保健、福祉、教育、職業などの領域で行われる、作業に焦点を当てた治療、指導、援助である。作業とは、対象となる人々にとって目的や価値を持つ生活行為を指す。

(一般社団法人 日本作業療法士協会・定義)

(2) 作業療法の目的

- ①身体機能の維持・向上、②ADLの維持・向上、③日中に起きている時間を増やし、生活リズムの改善を図る。
- ④活動を通して楽しい時間を過ごしたり、感情体験をすることで、感情の安定を図る。⑤落ち着いて過ごせる時間を提供する。

(3) 作業療法の内容

種類は様々ありますが、患者さんの経験や個性、現在の能力から、適した作業活動を提供しています。



患者さんが楽しい！うれしい！興味をもてる😊ような活動を提供するように意識しています。



BPSDがある人に対する作業療法介入のポイント



作業療法介入時の評価では、既往歴や現病歴といった基本情報やADLやIADLの能力、心身機能の残存機能の評価するが、生活歴、趣味、嗜好、性格、職業歴や家族歴などの個人因子も重視している。その人がどのように暮らし、どんな役割があったのか、その人らしさや、その人の利点にも目を向けて介入している。

NPI (Neuropsychiatric Inventory)

認知症患者の妄想、幻覚、興奮、抑うつ、不安、多幸、無為、脱抑制、易刺激性、異常行動、夜間行動、食行動の12項目の頻度と重症度および介護者の負担度を数量化することができる神経心理検査です。

得点範囲は 0～120 点で得点が高いほど BPSD が重症であることを示します。

事例紹介

<症例Aさん・90代の女性>

診断名：アルツハイマー型認知症、両膝変形性膝関節症

介護度：要介護3

家族構成：旦那さんと二人暮らし

生活歴・趣味：元教員で華道と茶道が趣味



～当センターに入院するまでの経過～4年前頃から家事ができなくなったり、今まではよく話していた親族の話をしなくなった。さらに着替えができなくなり、近隣宅に行こうとする徘徊が目立つようになった。火の不始末もあり、ご家族の希望で当センターに入院となった。

<作業療法の初期評価>

徘徊・収集といったBPSDをみとめ、NPIは24点。MMSEは10点で見当識障害、記憶障害、理解力低下をみとめた。歩行が自立しているが、膝の痛みがあり徘徊により痛みが悪化していた。

病棟生活では早朝・夕方に病棟内を徘徊しており、他患者への干渉があった。また、食札をマスクの中に収集してしまう行為がみられた。OT場面では声掛けをすると拒否なく訓練に参加しており、訓練中BPSDは目立たず、体操や塗り絵など集中して取り組める様子であった。

(作業療法の様子や余暇活動については図に示す)

作業療法の様子

体操



塗り絵

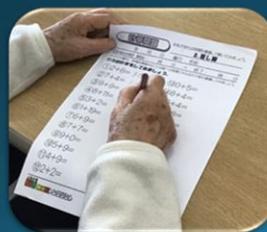


- ・ 集団訓練への参加が定着した。
- ・ 体操、ゲーム、塗り絵、イラストの切り取り作業に取り組む。趣味であった華道や茶道の話題を出しても反応が薄かった。

余暇活動の提供

元教員であったこともあり計算プリントを試しに提供すると、受け入れがよかった。

看護師、介護士に余暇活動として計算プリントを提供をしてもらうように協力を依頼。特に、早朝や夕方の徘徊時に活用してもらった。



1～2時間集中して取り組むことができる！



すごいです！

フッフ...



<退院時の結果>

BPSDは徘徊が残存したが、NPIは0点と改善。MMSEは10点で入院時と変わりなかった。膝の痛みは落ち着いており、歩行も自立。病棟生活では徘徊の頻度が減り、収集もみられなくなった。計算プリントや塗り絵などに長時間集中して取り組んでいる様子。OTでは訓練参加が継続できていた。退院先についてはご家族の意向により、ショートステイの利用が決まった。Aさんが集中して取り組める活動については申し送りを行った。

まとめ

BPSDの軽減や生活に適應できることを目指して介入していくうえで重要なことは、他職種で協力し、一日を通して生活環境で介入すること。また、その人らしさや利点に目を向けて介入することで、今ある能力を最大限に引き出せるのではないかと思います。

ただ、それでも時には対応が難しいこともあるので、そういったときにはひとりで悩まず、周りに相談しながら関わるようにしています。

Q 不安感や焦燥感を訴える利用者に寄り添い、傾聴しても、少し経つと忘れてしまいあまり効果を感じられないことに困っています。

A 「忘れてしまう」ことは中核症状で認知症を患っているすべての方に見られる症状です。記憶する、理屈を考えることが苦手になってしまった患者様も感情は健常者と同様に保たれると言われていています。寄り添って傾聴されている時は利用者様も落ち着かれているということはその間は良いケアが提供できている証拠です。落ち着かれている時に傾聴＋軽作業など（塗り絵や音楽鑑賞ほか）を行ってみて様々な反応を見ることで利用者様の新しい一面を知るきっかけになるのではないのでしょうか。

またスタッフ側として認知症について理解を深めることも関わる際の精神的負担の軽減に繋がると思います。認知症看護認定看護師 北埜看護師の資料にもたくさん情報が掲載されていますので、ぜひ参考にさせていただきます。

回答者：竹田 千歳

Q 認知症が重度で、作業やレクリエーションへの参加が難しい方への有効なアプローチがあれば教えていただきたいです。

A ご質問ありがとうございます。その方がどのような状態なのかによって、アプローチ方法は変わるとは思います。当センターの作業療法の場面では、ご本人が離床し、車いすへの乗車が可能なのであれば作業療法の開始のタイミングで離床を図ります。認知機能の低下により、創作活動やレクリエーションの参加が難しいのであれば、その場で見学しているだけでも、離床時間が延長し、聴覚的にも視覚的にも刺激になると思います。

また、車いす乗車が難しい場合ですが、集団レクリエーションを行っている場所にベッドを移動してこることもあります。ベッドをギャッチアップをして、集団がレクリエーションを行っている様子を見てもらったり、風船やボールなどを渡したり、歌を耳元で歌ってみたり、お名前を点呼するなど、ご本人がどういった刺激に反応があるのか模索しています。また、個別で関節可動域（ROM）訓練をしたり、手を取って誘導しながら体操を行うこともあります。ご家族から情報収集をしてご本人の興味のある活動ができればよいですが、認知症が重度になりますと、どうしても出来ることが減り、受動的な活動にはなってしまいます。医学的管理が必要になる方も増えます。創作活動やレクリエーションが行えなくても、離床する機会を提供し、覚醒を促したり二次的障害の予防目的で作業療法の介入を継続しています。ご参考になれば幸いです。

回答者：佐々木 千絵美

A 認知症の重症度が上がると、できることも減ってきます。しかし、「重度だから何もできなくてよい、何のアプローチをしなくてもよい」という訳ではありません。

参加前 「その方ができることは何かを見極め、できることをしていただけるよう準備する」

「興味がもてるよう、楽しめるよう誘導する」「手伝ってほしい、と伝える」

参加中・後 「望んだ活動ができなかったとしても感謝したり、労う」

参加した際に楽しい感情を持っていただけること、その積み重ねが大事です。その場に居ることだけでもよい刺激となる場合もあるので、「他の皆さんと同じ活動ができること」を目標としないことも大切ですね。

回答者：北埜 さつき

認知症支援における連携について

— 精神科病院を知ろう —

精神保健福祉士 戸堀 由貴子

日本は、地域の包括的な支援・サービス提供体制「地域包括ケアシステム」の構築を推進しているところですが、認知症の人にとっても、この地域包括ケアシステムの中で、適時・適切なサービスを受けることができ、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた良い環境で、自分らしく暮らし続けることが重要であることに変わりはありません。自治体、介護サービス事業所、ボランティアなどの様々な関係機関が連携して認知症の人を支える地域づくりが求められています。

「連携」は、連携に参画する人や機関がその持ち味を發揮することで促進されます。それには、連携相手の専門性や役割を理解することが必要です。支援を必要とする人のニーズにを実現するためには、同じ事業所内での他職種の専門性を理解したり、関係機関の専門性を理解することで、よりよい連携となり、よいサービス提供、ひいては住みよい地域づくりにつながると思います。リハセンを含め医療機関も地域包括ケアシステムの一部分を担っています。今回は当センターでの支援をご紹介します、地域で支援する皆さまの精神科病院との連携の一助となれば幸いです。

外来受診について

認知症の診療を行う診療科は、もの忘れ外来、精神科、脳神経内科、脳神経外科、老年科など一つではありません。

リハセンでは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。

受診相談は電話以外に医療機関・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」（別紙参照）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診療情報提供書の準備と、受診の際は、ご本人の状況を説明できるご家族にも同行いただくようお願いしています。

外来受診のポイント

- もともとのその人の機能と比べて低下しているか
○ している ○ していない
- 実際に日常生活に支障をきたしているか
○ いる ○ いない
- 様子が変わったのは
○ 急に ○ 徐々に
- もともと患っていた精神疾患が悪くなったり、その疾患を治療すれば改善する症状であるか
○ である ○ ではない

認知症とは...
一度獲得された知的機能が、後天的な脳の機能障害によって全般的に低下し、社会生活や日常生活に支障をきたすようになった状態で、それが意識障害のないときにみられる。
(日本神経学会、日本認知症学会、日本痴呆学会、日本痴呆学会、日本痴呆学会、2017年)

認知機能とは、記憶、見当識、言語、認識、計算、思考、意欲、判断力などを含む

急に様子が変わった？
せん妄、意識障害によるものであればその原因疾患の検索、治療を優先

認知症とは、一度獲得された知的機能が、後天的な脳の機能障害によって全般的に低下し、社会生活や日常生活に支障をきたすようになった状態で、それが意識障害のないときにみられる、と定義されます。

認知症診療では、その人の生活歴やこれまでの病歴が重要になります。下記は、受診相談を受けた際に私が聴き取るポイントです。認知症専門医受診を検討する際に参考にいただければと思います。

- ☑ もともとのその人の機能と比べて低下しているか。
- ☑ 実際に日常生活に支障をきたしているのか。できる事も以前より工夫が必要だったり難儀していないか。
- ☑ 認知機能は徐々に低下します。

「2日前から急に認知症になった」など、急に様子が変わったと言われる場合は、まずは脳や体の疾患が無いかが疑い、それでもやはり認知症が疑われる場合に、認知症専門医受診をしていただくことになります。

- ☑ 若いころから患っていた精神疾患が悪くなったり、その疾患を治療すれば改善する症状ではない。

甲状腺機能が低下してももの忘れを呈することがあります。体の病気が隠れていないか検索することも大切です。

ポイント

外来受診の相談の際に、「入院できないか、ベッドは空いていないか」とご相談いただくことがあります。「家族が疲弊している、BPSDが激しく今のままでは介護サービスの利用が難しい状態」と、切迫された状況であることは想像できるのですが、入院の適否については医師が判断します。診察の上、入院治療が必要と判断すればその後のことは医師がちゃんと考えてくれるはずで、入院できるところを探すよりも早く受診できる場所を探したほうが早道だったりします。ただ、このような状況になる前に専門医受診を検討いただけるよう、関係機関と今以上に連携を強め、認知症についての普及啓発にもさらに取り組んでいかなければならないと思っています。

入院治療について

リハセンでは認知症の入院治療は精神科病棟での対応になります。

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強みだと思えます。

リハセンでの入院治療は右図にお示しているような、時間、支援の流れで行われています。カンファレンスは医師、看護師、作業療法士、管理栄養士、薬剤師、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど多職種で行い、治療やリハビリについてだけでなく、環境調整についても情報共有し検討しています。院内の多職種それぞれの役割を理解し、専門性、持ち味を發揮することで連携は促進されています。

退院後に介護サービス利用予定の場合、退院前にケアマネジャーさんに「サービス担当者会議」をリハセンを会場に開催いただくこともあります。本人・家族と介護サービス事業所、看護師、ソーシャルワーカーなど関係職種が一堂に会し、退院後の生活にスムーズに移行できるよう、情報提供、情報共有し連携を図っています。

ご本人、ご家族が退院後の生活に不安があるのは想像に難くありませんが、介護サービス事業者など支援者も不安があると思えます。介護や看護など職員の体制は施設によってそれぞれ違います。ご本人に良い状態で過ごしていただくには、リハセンでの対応を退院後の生活にどう引き継ぎ活かしていただけるか、サービス担当者会議の際に、施設の体制や不安点なども教えていただき、出来る最適解を一緒に探していければと思っています。

リハセン入院治療の流れ



医療保護入院について

精神科病棟への入院は内科や外科など一般診療科にはない、「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）」に則った手続きを取らなければなりません。入院治療の適否について医師の判断が必要なのは病状の面はもちろんですが、精神科入院の特殊性もあってのことです。

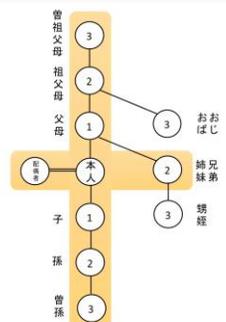
精神科の入院も本人の同意による任意入院が基本です。しかし、認知症を含め精神科のご病気のお患者さんの中には、たとえ治療が必要な状態であっても、自分は病気ではないと否定し治療を拒否される患者さんがいらっしゃいます。患者本人が拒否したからといって治療しなければ、患者さん自身の病状は悪くなってしまいますし、生活ができなくなってしまう恐れもあります。そのような場合、精神保健福祉法では、患者さん本人の同意を得ることなく入院治療を行う、医療保護入院という入院形態があります。

医療保護入院というのは、精神保健指定医が診察し、本人が精神障害者であること、かつ、医療及び保護のために入院の必要があるが、本人の認知機能が低下している等で本人による同意が得られない、または一定した同意が得られない等、任意入院が行われる状態に無いと判断される者で、家族等（右図のオレンジ色の枠の範囲）の同意がある場合に、患者本人の同意が無くても入院を認めるいわば強制入院の形です。よって、状況から入院を希望されたとしても人権擁護の観点から、診察をせず入院の適用は判断できないのです。

医療保護入院について

- ✓ 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

- ※ 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



おわりに

地域包括ケアシステムの構築もそうですが、保健・医療・福祉の分野で「連携」が重視される背景として、地域生活支援の視点があると思えます。認知症の人にも可能な限り住み慣れた地域で、治療を継続しながら、自分らしい暮らしを続けていくという多様なニーズに対応するために、複数のサービス提供機関が協力・協働することは不可欠です。

各機関の専門性、持ち味を發揮して同じ目的に向かって連絡を取り協力し合える地域のチームの一員となるよう、リハセンも努めていきたいと思えます。今後ともよろしくお願いたします。

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。

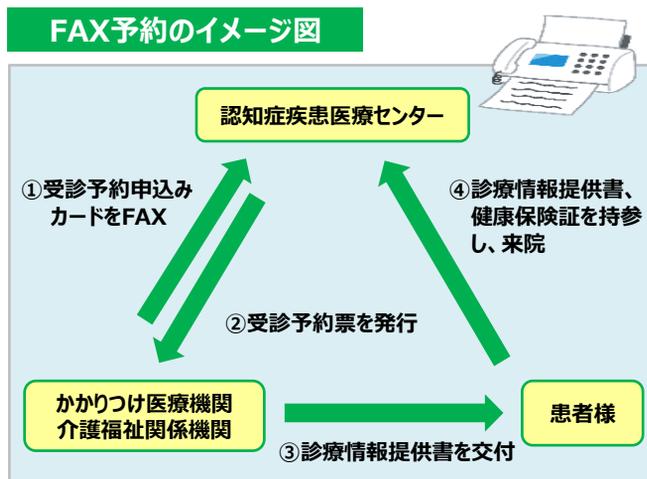
『外来（もの忘れ外来）受診予約申込みカード』は、現在の症状やADLの状況、既往・治療歴などをチェックする方式となっております（裏面参照）。

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）

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。

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7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）

※診療体制は今後変更となることがあります。ご了承ください。

FAXによる受診予約実績は、相談全体の約30%（R5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	〒	—		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

--