

周边症状

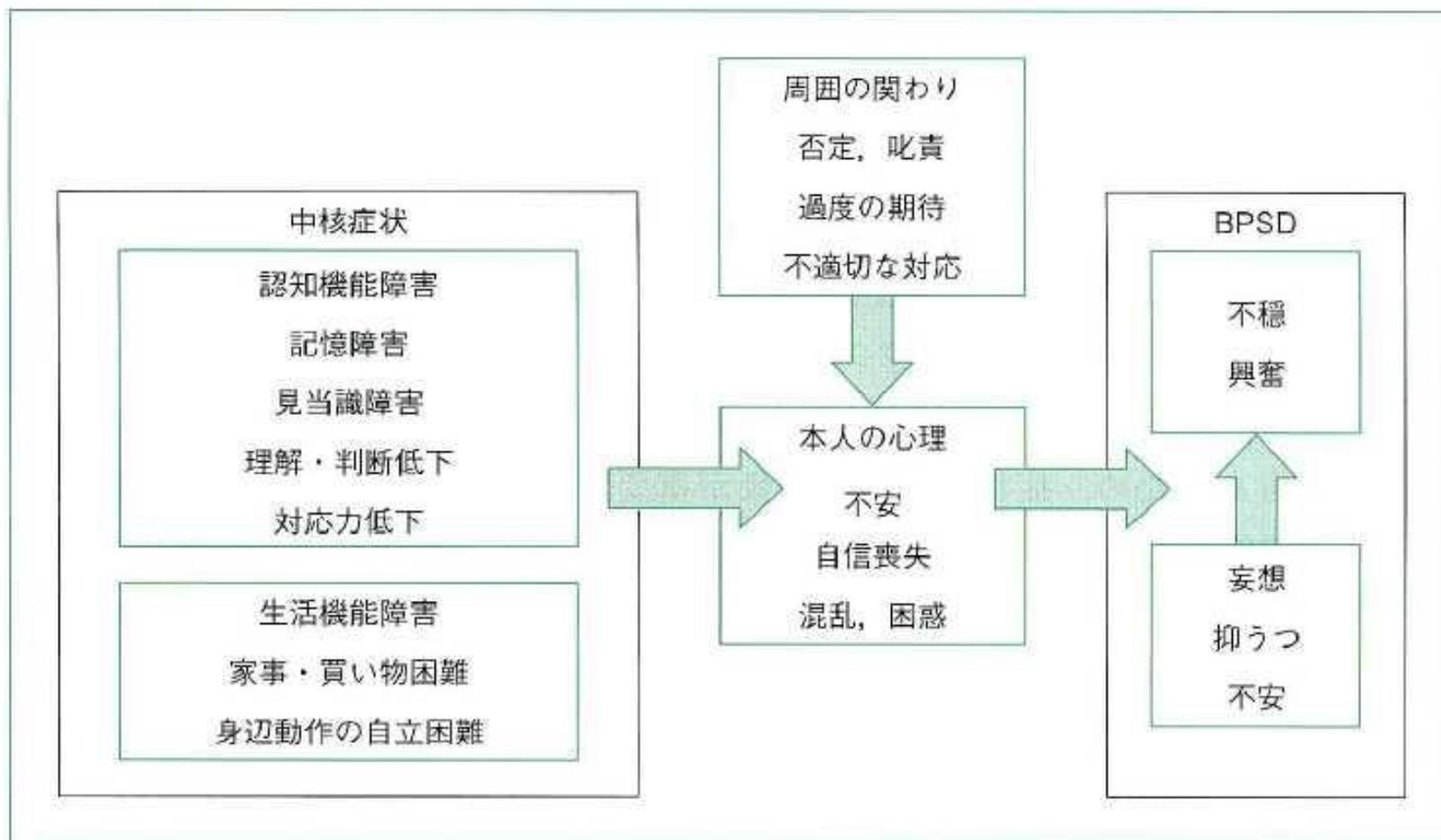


図 2-11 BPSD の発現モデル

周辺症状

認知症患者に頻繁にみられる知覚, 思考内容, 気分, 行動の障害の症候

表1 BPSDの行動症状と心理症状

- ・行動症状 行動症状:患者の観察によりわかる
 - 焦燥, 不穏状態
 - 攻撃性 (暴行, 暴言)
 - 叫声
 - 拒絶
 - 活動障害 (徘徊, 常同行動, 無目的な行動, 不適切な行動)
 - 食行動の異常 (異食, 過食, 拒食)
 - 睡眠覚醒障害 (不眠, レム睡眠行動異常)
- ・心理症状 心理症状:患者や親族との面談による
 - 妄想 (物盗られ妄想, 被害妄想, 嫉妬妄想など)
 - 幻覚 (幻視, 幻聴など)
 - 誤認 (ここは自分の家でない, 配偶者が偽者であるなど)
 - 感情面の障害 (抑うつ, 不安, 興奮, アパシーなど)



活動性亢進

易刺激性, 焦燥・興奮, 脱抑制および異常行動など,

精神病症状

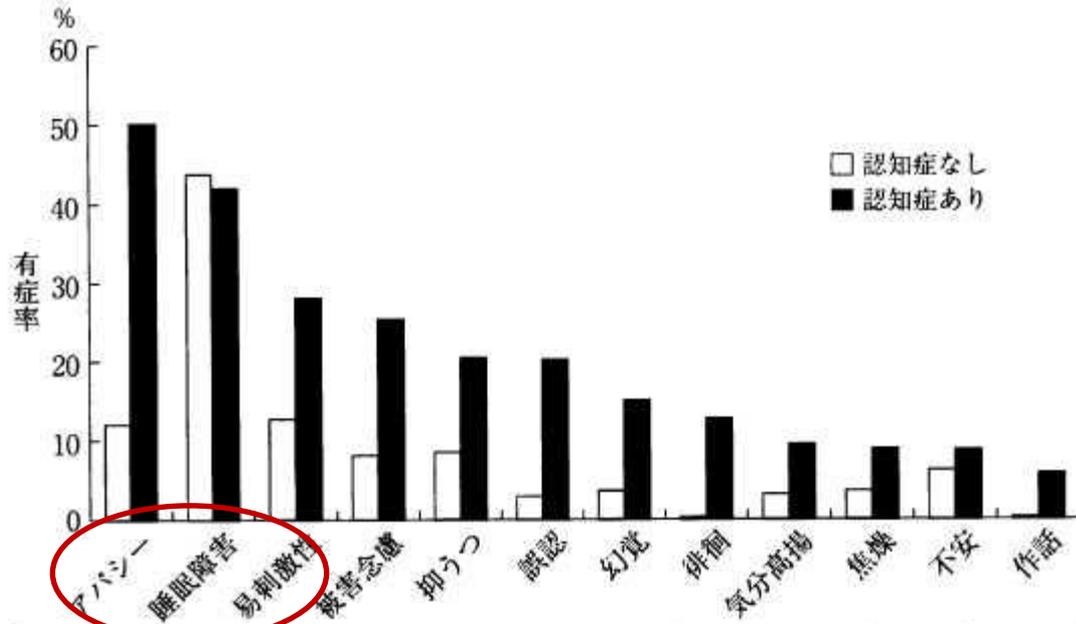
妄想, 幻覚および夜間行動異常など

感情障害

うつおよび不安, 多幸福感など

アパシー

アパシー, 夜間行動異常および食行動異常など



(Savva GM, Zuccat J, Matthews FE, Davidson JE, et al.: Prevalence correlates and course of behavioral and psychological symptoms of dementia in the population. *Br J Psychiatry*, 194 : 212-219. 2009 より作成)

図2 イングランドとウェールズの地域在住高齢者における BPSD の有症率の推計値

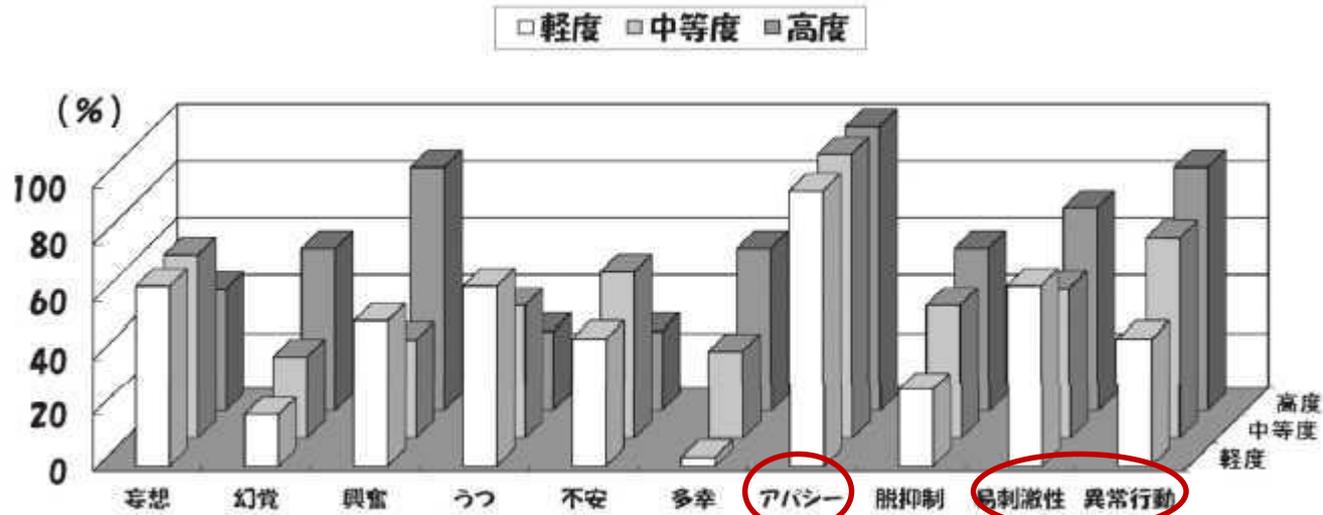


図4 アルツハイマー病における重症度別各 BPSD 出現頻度 21) より改変

周辺症状

遺伝・疾患等

性格

環境・対応

治療は困難

予防・改善が可能

受診のきっかけとなることが多い

早期発見・早期対応で軽減できることも

適切なケアと治療によりコントロール可能

DLB 幻視・パーキンソニズム・RBD

FTD 脱抑制的反社会的行為・周徊

対応

対応のポイント

記憶を失い不安な患者の“今”を心地良いと感じられるよう対応

記憶は失われるが、感情は残る

間違いを真っ向から正されたり、叱責

私が困っているときに、怒って返す怖い人という感情のみが残ってゆく

周辺症状の出現

社会的役割・参加

自尊心・張り合いの維持

本人の気持ちに寄り添う対応

共感と受容

本人のペースに合わせましょう

急かすと、できることもできなくなってしまいます。
本人のペースに沿って予定をたて、自分でやろうとしているときは見守りましょう。



本人の思いを理解しましょう

何が不安でそのような行動をするのかがわかると、前もって不安の要因を減らせるかもしれません。

安心できる環境を作りましょう

日ごろからよい家族関係を作り、たとえば好きな音楽をかけてリラックスしてもらったり、環境の急な変化を避けることで、本人が不安な気持ちを解消できるよう支えましょう。



話に共感して受け入れましょう

間違ったことを話してもすぐに訂正や説得はせず、いったん受けとめるようにしましょう。「ダメです」「やめてください」と制止するよりは、「座ってテレビでも見ましょう」などと提案して場面を切り替えましょう。わかりやすくやわらかな口調でゆっくり話しましょう。

接し方の10ヵ条

- | | |
|----------------------|------------------|
| 1. なじみの関係 | 顔なじみ落ち着き与える安心感 |
| 2. 心の受容 | 意に添ってこころ受け止め温かく |
| 3. 心のゆとり | 怒らずに相手に合わせるゆとり持つ |
| 4. 説得より納得 | 理屈より気持ちを通わせ納得を |
| 5. 意欲の活性化 | 本人を生きいきさせるよい刺激 |
| 6. 孤独にしない | 寝たきりや孤独にしない気づかいを |
| 7. 人格の尊重 | プライドやプライバシーの尊重を |
| 8. 過去の体験は
心のよりどころ | 本人の過去の体験大切に |
| 9. 急激な変化を避ける | 環境の急変避けて安住感 |
| 10. 事故の防止を | 事故防く細かな工夫気配りを |

介護の10カ条

1. **コミュニケーション** 語らせて微笑みうなずきなしみ感
2. **食事** 工夫してゆっくり食べさせ満足感
3. **排泄** 排泄は早めに声かけトイレット
4. **入浴** 機嫌みて誘うお風呂でさっぱりと
5. **身だしなみ** 身だしなみ忘れぬ気配り張り生まれ
6. **活動** できること見つけて活かす生きがい作り
7. **睡眠** 日中を楽しく過ごさせ夜安眠
8. **精神症状** 妄想は話を合わせて安心感
9. **問題行動** 叱らずに受け止め防く問題行動
10. **自尊心** 自尊心支える介護で生き生きと

BPSDの原因

心理的な要素

不安・寂しさ・怒り

身体の不調

便秘・脱水・空腹・痛み・かゆみ・運動不足・発熱等

薬の影響

眠気からぼんやり・抗うつ薬からイライラ等

環境

騒々しい・まぶしい・なじみがない・臭いがする

以前の習慣

毎朝会社へ行っていた・農家で畑を耕していた等

周囲の働きかけの問題

いきなり手を掴んだ・大声で呼びかけた・行く手を遮った

昨日の夕食のおかずは、は何でしたか？

いつもの通り焼魚と野菜のおひたし

違うでしょ！ ……と……だったでしょ！

そうですか。おいしく食べられましたか。

最近のニュースは何ですか

新聞やテレビはあまり見ていないからわからない

何言っているのおじいちゃん。昨日今朝も新聞読んでいたじゃない。

そうだよね。おじいちゃん最近忙しかったものね。

昨日、(すでに亡くなった)〇〇さんと会った

何、言っているの〇〇さんは去年亡くなったでしょ

そうですか。お元気でしたか。



やすおじいちゃん物語

あるところに、
もの忘れが始まった、やすおじいちゃんが
家族に囲まれて暮らしていました。



『わしの万年筆、使っておらんか？』



1時間ほど前に、自分の部屋から万年筆を持ち出して、客間で手紙を書き、そのまま置きっぱなしにしてきたのですが、それを忘れて、自分の部屋の万年筆がないと怒って、探しています。

『おじいちゃん、
いっしょに探してみよう！』

『だいじょうぶ！
ボクも手伝うよ！』



仕事から帰ってきたお父さんと孫の健太君、またいつもの、もの忘れかなとは思いましたが、『一緒に探そう！』と優しい言葉をかけて、1分ほど探していました。だが、おじいちゃんは、万年筆のことを忘れて部屋にもどっていききました。



自分の部屋に戻ってきたおじいちゃん、『さっきは何かを探そうとしていたが…』、
何をしたかは忘れてしまったけど、心の中に残ったのは…。

「おじいちゃん、
いっしょに探してみよう！」

「だいじょうぶ！
ボクも手伝うよ！」



困ったときに
やさしく助けてくれる人…。



やさしく、あたたかい感情です。

6か月後

このようなケアの繰り返しの中で、6か月のときが流れました。

『優しいみんなといっしょ、
この家は楽しいなー』



もの忘れは少し進みましたが、やすお じいちゃん
はみんなと楽しく暮らしています。

その2

『わしの万年筆、使っておらんか？』



万年筆を、客間に置きっぱなしにしてきたやすおじ
いちゃん、やっぱり忘れて、
万年筆がないと怒って、探しています。



『じいさん、昨日も、
おとといも、その前も…
そういつて、自分の部屋に
あったじゃないか!』

『ダメだよ、
じいちゃん』



『ボケてるんだから、
自覚してって言うてるだろ!』

仕事から帰ってきたお父さん、イライラしています。
『何言ってるの、きのうも一昨日もそう言つて、自分
で置き忘れてたじゃないの、俺だって忙しいんだ
ぞ』つて、1分間、怒鳴つていきました。

『そうか、まちがったか！
これから気をつけよう。』



それを聞いたおじいちゃん、『そうか、まちがったか！
息子にも面倒かけないよう気をつけよう。』
とはなりません。

『困っているときに、怒鳴る怖い人…』



自分の部屋に戻ってきたおじいちゃん、何を言われたかは忘れたけれど、心の中に残ったのは、『ワシが困って助けを求めても、怒って返す怖い人』という不快な感情です…。



『困っているときに、怒鳴る怖い人…』

6か月後



このようなケアの繰り返しの中で、6か月のときが流れました。

『手を出してきたら、先に殴ってやる!』



おじいちゃんの心に残っていったのは、息子を見た時のこの人は怖い人という感情でした。しばらくすると、息子が介護で手を出そうとすると殴りかかって、介護への抵抗や暴力が始まりました。



『ワシや、あんな怖い人のいる家には帰らんぞー…』



『あんな怖い家には居たくない』という思いから勝手に外出し、

『ここは、どこじゃー… (徘徊へ)』



そして、おじいちゃんは今を徘徊するようになってしましました。

幻覚・妄想

幻覚

幻視が多く特にDLB(レビー小体型認知症)に多い

枕元に子供がいる・動物が窓の外から見ている等色彩を伴いはっきり見える

妄想

物盗られ妄想・被害妄想・嫉妬妄想

カプグラ症候群(家人が偽物に入れ替わっている)

対応

説得や説明は無効 否定せず、不安を和らげ一緒に悩む(寄り添う)

安心感や生きがいを(味噌汁の味付けをしてもらう等得意面の力の発揮)

周囲の理解・環境変化(妄想対象者となっている介護者の変更等)

物盗られ妄想

1. 患者の話をゆっくり聞き、どうしてないのかしらと一緒に悩む
2. 一緒に探し、患者の物には触れず、自分で見つけるよう誘導
3. 興味を別の話題に向け、注意をそらせる
4. 失くしやすいものは1か所に決めて集めておく
5. 代替え品を用意しておき、安心感を与える。
6. メガネや補聴器を自分に合ったものにする

危険・生活に支障等→薬物療法



表 2-9 認知症に出現する妄想とその内容

妄想の名称	妄想の内容	具体例	頻度の高い疾患
カブグラ症候群	身近な人物が他人であると否定	「妻は偽者である」	DLB, AD
フレゴリの錯覚	赤の他人が, 身近な人物であると主張	「隣にすわっている男は, 夫が変装している」	AD, DLB
重複記憶錯誤	同じ人物や場所が2つ以上存在する	「妻が2人いて, もう1つの自宅に住んでいる」	DLB, AD, VaD
幻の同居人	自分の家に見知らぬ人が入り込んでいる	「天井の裏に誰かが住んで, 悪さをする」	DLB, AD
鏡現象	鏡にうつった自己像を他者と誤認	「鏡に知らない人がうつっている」	AD
物盗られ妄想	自分の大事にしている金や財布などが盗られたと確信する	「嫁が自分の預金通帳やお金を盗んで使っている」	AD, DLB
嫉妬妄想	事実でないにもかかわらず配偶者を疑う	「夫が隣人の女性と関係している, 外出するのは隣人と逢うために違う」	AD, DLB, VaD

AD: アルツハイマー型認知症, DLB: レヴィ小体型認知症, VaD: 血管性認知症

表 2-8 認知症に出現する幻覚妄想への対処法

幻覚

別の行動をとらせる(歌を歌わせるなど)

テレビやラジオなどの外部刺激を取り除く

視線を変えさせる(目を閉じたり、開いたりさせる、幻視の見えるところから目を外す)

照明を最適化する

妄想

物盗られ妄想

盗まれたと訴える物を一緒に探す

なくしやすい物は1か所に決めて集めておく

興味を別の話題に向け、注意をそらせる

眼鏡や補聴器を本人の視力・聴力に合ったものにする

物がなくなっても代用品で事足りることを保証し、安心感を与える

嫉妬妄想

外出時、行き先を紙に書いて渡すか、その間人に寄り添ってもらう

見捨てられ妄想

本人がしたいことやできることをしてもらい、それを評価し、本人がなくてはならない存在であることを伝える

物盗られ妄想

誤認妄想

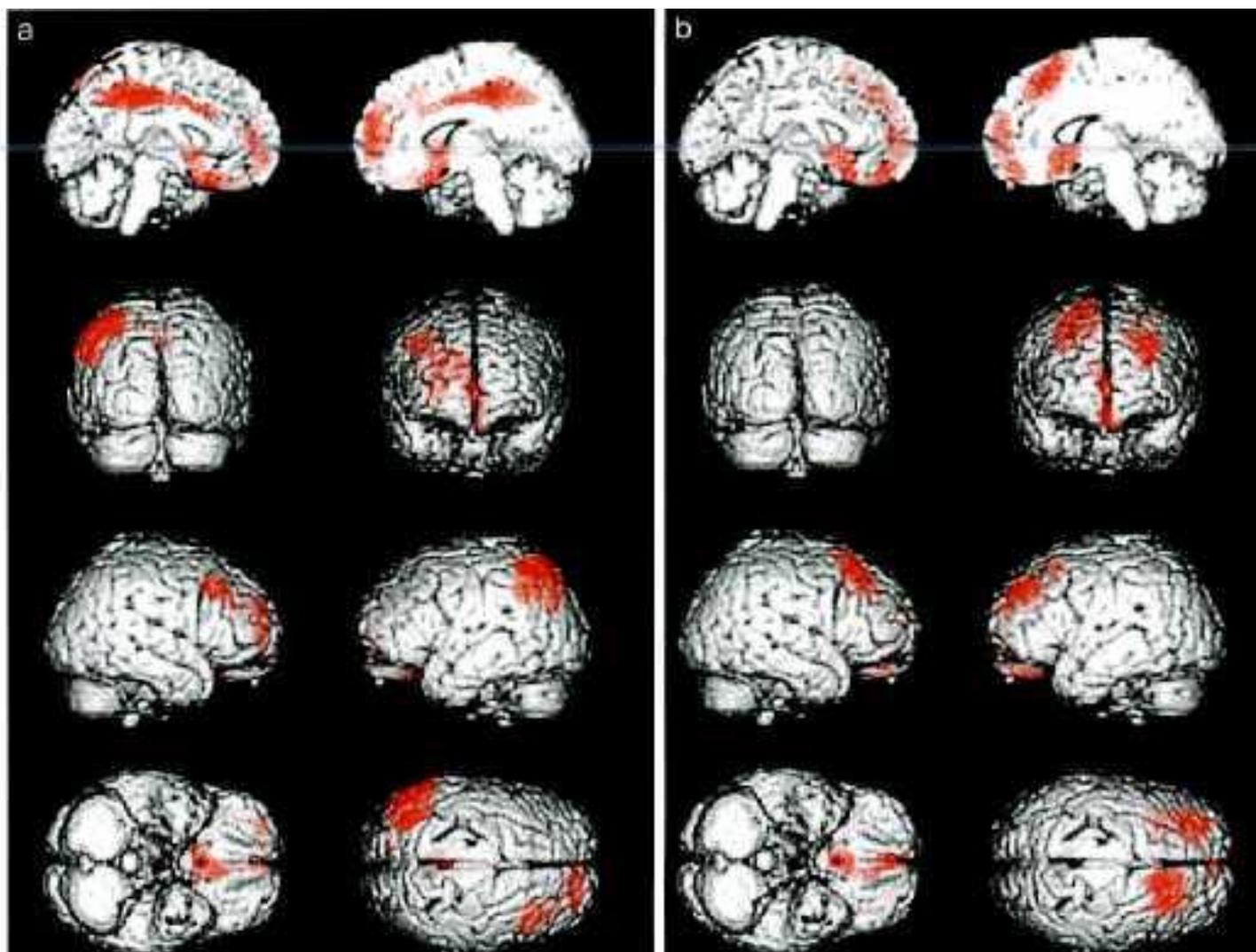
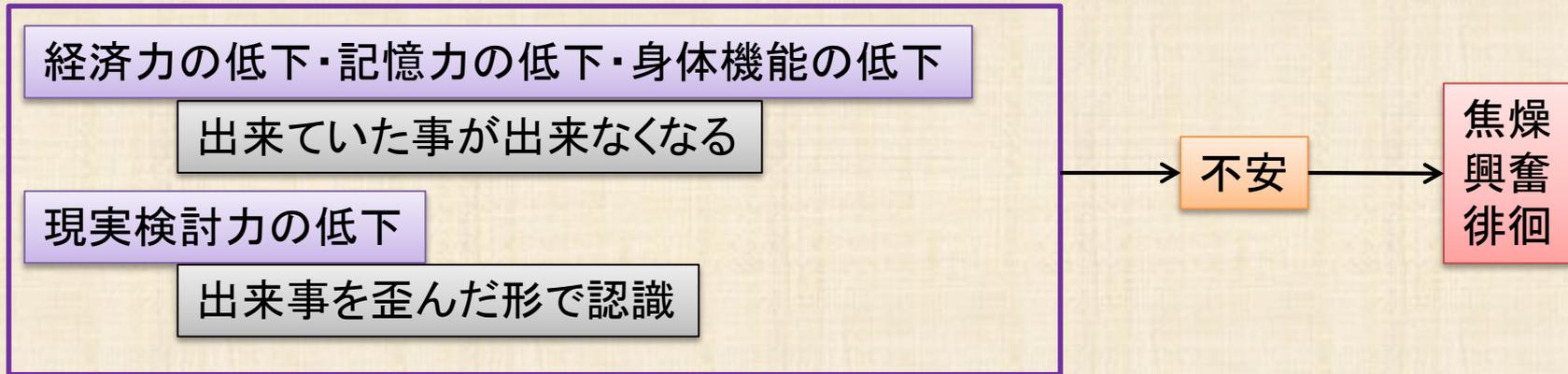


図 2-8 AD における妄想の脳血流の低下部位 (妄想のない AD 群と比較)

a: 物盗られ妄想では、右前頭葉底部、右前頭葉内側面、左頭頂葉に血流低下を認める。
b: 誤認妄想では、右前頭葉底部、右前頭葉内側面、左前頭葉に血流低下を認める。

不安焦燥



対応

不安

訴えをよく聞き、できれば何が不安であるか明らかにする。

アドバイスや介護者の代行で不安を軽減

みんな気にかけているから大丈夫

代わりにやっておくから大丈夫

焦燥

原因となっている人物や状況から距離を置く

穏やかな環境(ゆっくりと穏やかに対応)

話すときは患者の目線に高さを揃え、説得や議論は避ける

薬物療法

夕暮れ症候群

夕方になると落ち着かなくなる

そわそわ・一寸したことで怒る・そろそろ家へ帰ると徘徊

夕方は、食事の用意をしたり、帰宅したり何かとあわただしくなる時間帯

いつまでもここにいていいのかしら
なにかしなくてはならないことがあるのでは
介護者も忙しく、お世話が行き届かなくなる

対応

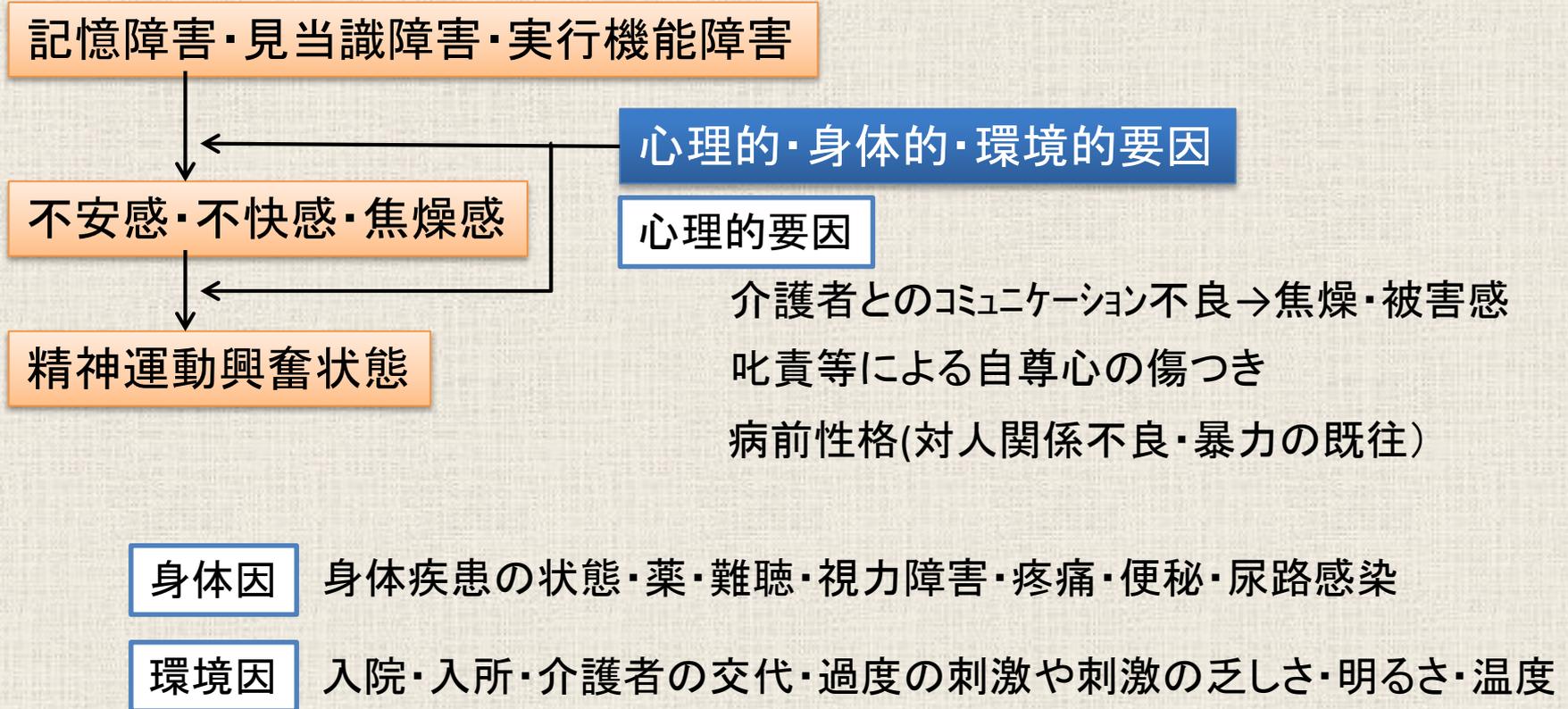
好きなことをしているときには起きない

用事をしながらでも、話しかける

軽食やおやつを食べてもらう

本人向けの照明を(暗いと落ち着く人と、明るいほうが落ち着く人)

多動・興奮・暴力



* ある程度認知障害が進行し、自立できなくなってから、上記要因により発現

→ 中等度からやや高度の認知症で多く認められやすい

対応

周囲とのかかわりときっかけとした二次的症狀



病気であり、認知機能低下のため言動がちぐはぐになり
本人も不安であることの理解



関わり・ケアの工夫

暴力を振るわれたら、その場をいったん離れる

刃物等危険なものは遠ざけておく

原因を分析し患者の要求を把握

不明確な場合は、物理的環境・社会的環境・ケア環境の整備

馴染みの歌を歌いかける・別の興味ある活動に誘う・没頭できる作業

ダメならば薬物

拒否

①食事の拒否

考えられる原因

環境変化によるストレス
心配事・気になることがある
何らかの抗議・抵抗の表現
うつ・毒を盛られている等の妄想
口内のトラブル
口内炎・入れ歯が合わない
感染症・胃腸の病気
便秘
薬の影響

対応

原因除去
時間の調整或いは、小分けにして食べる
好きな食べ物(硬さ・形・大きさにも気を付けて・箸やフォークの工夫)
お皿の位置を変える(気づかない・視線が向くところ)

②入浴の拒否

拒否する理由

裸になるのが不安

何をするのもおっくう

脱いだ服を盗まれるのではないか・誰かに見られているのでは

身体障害で入浴の動作が困難

入浴の理解ができない

浴室に幻視

対応

手を変え品を変え勧める(一緒に入りましょう・背中を流しますよ)

洗面器・固形石鹸・手拭いをセットで渡す(銭湯へ一定人)

断られたら、あっさり引き下がって、しばらくしてまた誘う

介護者も裸に

入用区財投で温泉気分に入浴後にビール等楽しみを

理解できない人には、何も告げずに誘導

足湯から どうしてもできないときはデイサービス等で

③服薬の拒否

納得しやすい説明 血圧が高いので下げる薬・ビタミン剤

形を変える ゼリー・貼り薬・水に混ぜやすい薬

周囲も一緒にビタミン剤やお菓子等薬を飲む

どうしても飲めない時は、ジャムやゼリーに混ぜ込んで

時間は融通を利かして

脱抑制

社会的規範を無視した衝動的な行動全般

結果を考えずに衝動的に行動・全く見ず知らずの人にあたかも知人であるかのように話しかける
他人の感情を配慮しない、あるいは傷つけるようなことを言う・卑狼な発言をする、性器を露出する、
公衆の面前で通常話されないような非常に個人的なプライベートなことを開けっ広げに話す・
他人を不適切になでたり、触ったり、抱きしめたりする

性的逸脱行為

ADの7%程度に陰部露出・性的発言・自慰行為・男女差はない

Burns A, Jacoby R, Levy R: Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. I: Disorders of thought content. Br J Psychiatry 157: 86-94, 1990

ADとFTLDに出現頻度の有意差はなかった

Miller BL, Darby AL, Swartz JR, et al: Dietary changes, compulsions and sexual behavior in frontotemporal degeneration. Dementia 6: 195-199, 1995

対応

環境配備

背中にジッパーの付いたつなぎ

個室や病棟変更

薬物治療

うつ症状



非常に多い

ADの40－50% ADの10-30%はうつ病の診断基準を満たすか
DLBやVaDでも同じくらいの割合で見られる

うつ病との鑑別

アパシー 活動性の減少・無関心

せん妄状態 活動減少型のせん妄

身体疾患 脱水・感染症

反応性うつ状態 環境変化・対人関係の負荷

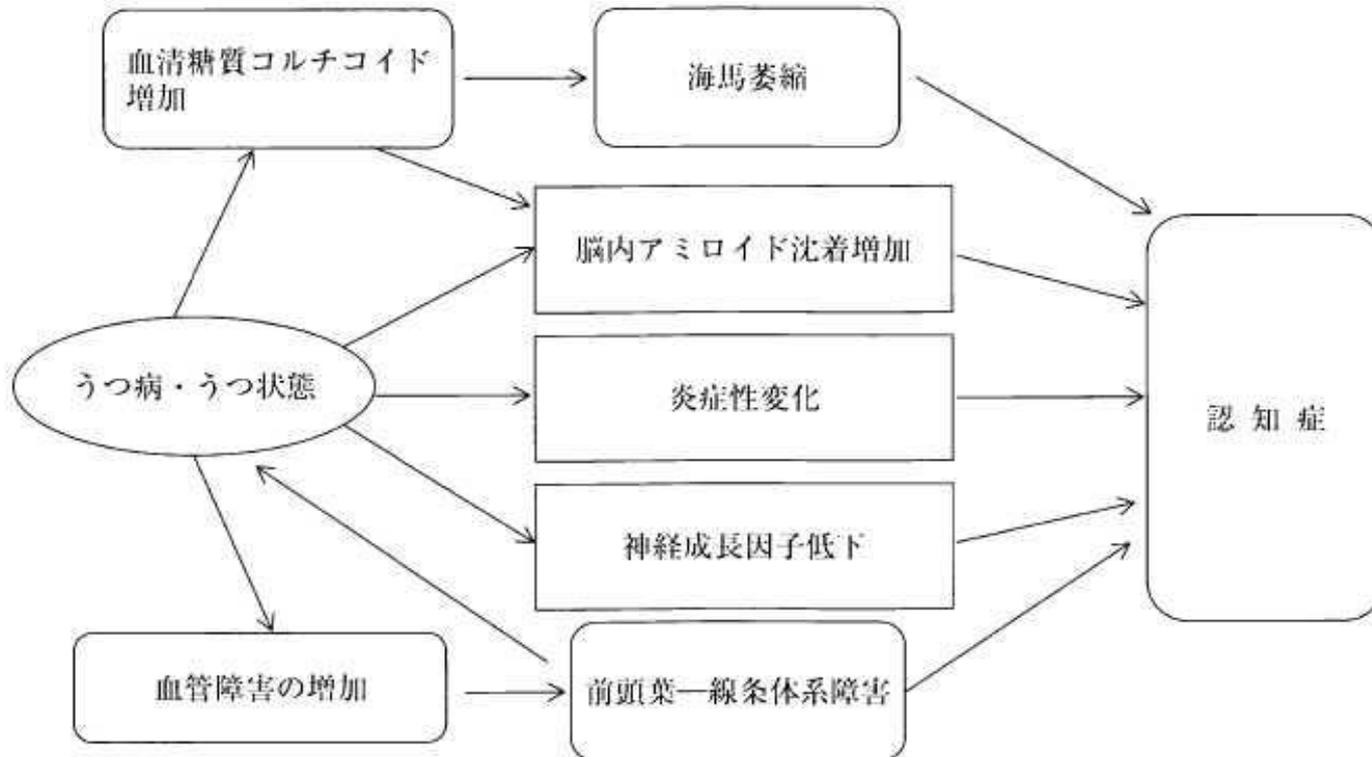
アルツハイマー病に伴ううつ病・うつ状態

ADとうつ病

海馬病変等うつ病と共通する病理

うつ病と認知症スペクトラム

中核症状からの喪失体験及び環境不適應への反応



(Byers AL, Yaffe K : Depression and risk of developing dementia. *Rev Neurol*, 7 (6) : 323-331, 2011 より改変引用)

図1 うつ病・うつ状態から認知症への移行を介在する因子

服部英幸老・アルツハイマー型認知症とうつ・年精神医学雑誌25: 34-41,2014

薬物治療

- 1. コリンエステラーゼ阻害薬
- 2. 抗うつ薬

うつ病と認知症の関連 (前回学習会・気分障害より)

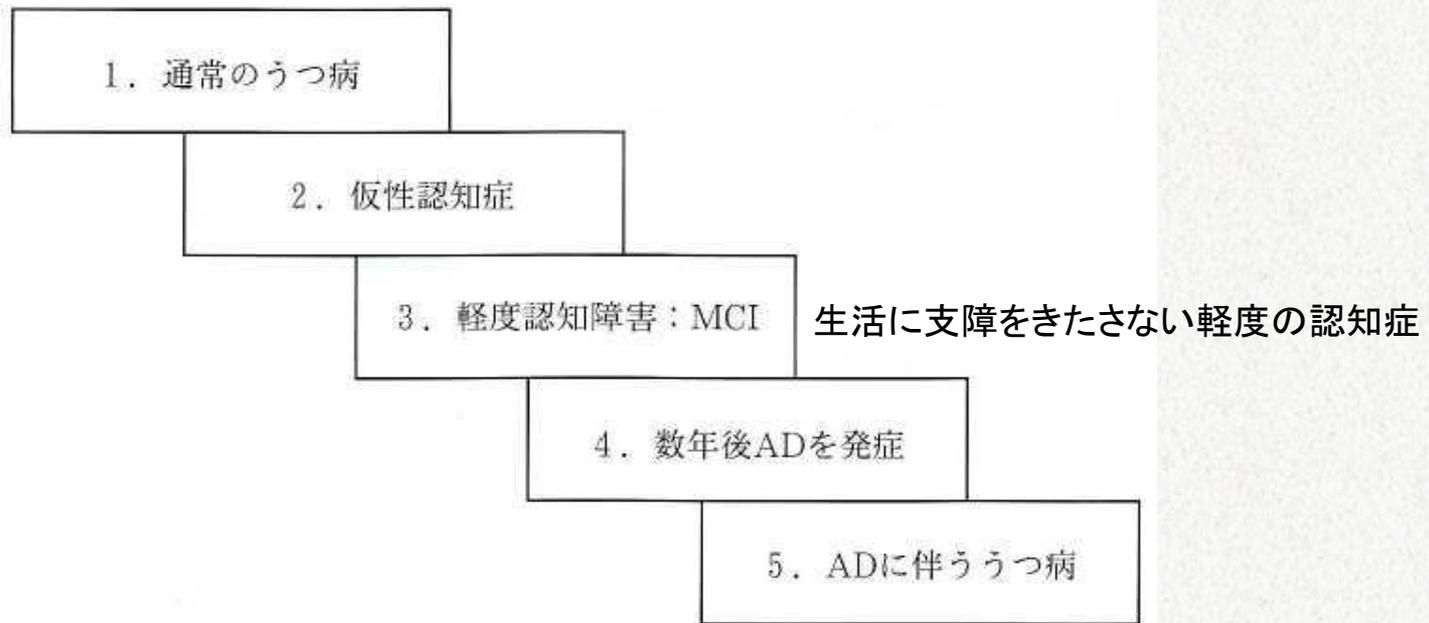


図1 うつ病と認知症のスペクトラム

2～4のように、うつ病と認知症の中間的な状態が存在すると考えられる。2はうつ病の寛解とともに認知・記憶障害も消失するが、3はこれが残存する。

AD：アルツハイマー病

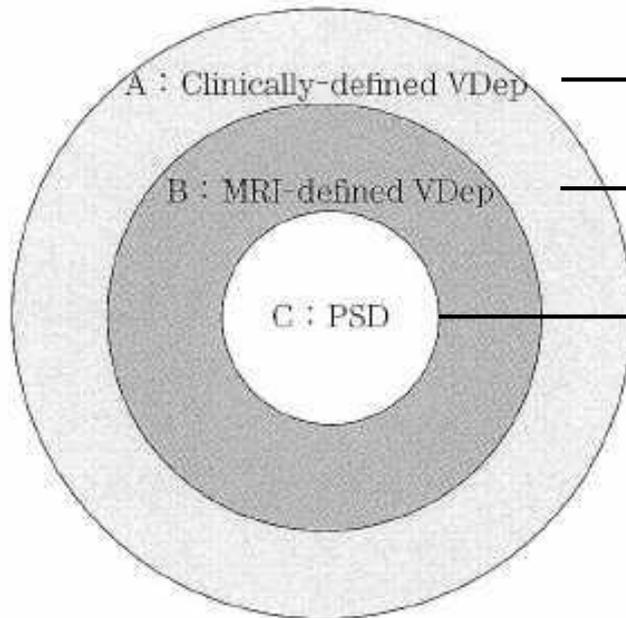
うつ病から認知症への移行 (うつ病は認知症の危険因子)

うつ病のあるMCIは85%がADに移行

うつ病のないMCIは32%がADに移行

血管性うつ病

(前回学習会より)



血管障害の危険因子を有する高齢者うつ病

潜在的脳梗塞を認める高齢者うつ病

脳卒中後うつ病

A: 65歳以上発症で高血圧、脂質異常症、狭心症、心筋梗塞の既往などの血管障害の危険因子がある場合

B: MRIによって潜在性脳梗塞が確認できる場合

C: 明らかな脳卒中後うつ病 (PSD)

図1 血管性うつ病 (VDep) の分類

表3 血管性うつ病の臨床的特徴

臨床特徴	機能性的高齢うつ病	血管性うつ病
症状	不安焦燥感が目立つ、時に希死念慮	精神運動抑制やアパシーが目立つ、易刺激性や罪業感は乏しい
精神病像	心気・貧困・罪業妄想などが目立つ	妄想症状は少ない
病識	比較的保たれる	より乏しい
認知機能	重症例では仮性認知症	比較的軽症例でも課題遂行能力の障害に局限しない認知障害
身体機能障害	目立たない	比較的目立つ
精神障害の家族歴	多い	少ない



ドーパミンが直接関与し、軽症が多いと言われている

仮面様顔貌・アパシーや無動による動作の乏しさ、
集中困難・注意障害・疲労感・睡眠障害・便秘等うつ病と症状が共通
→診断が難しい

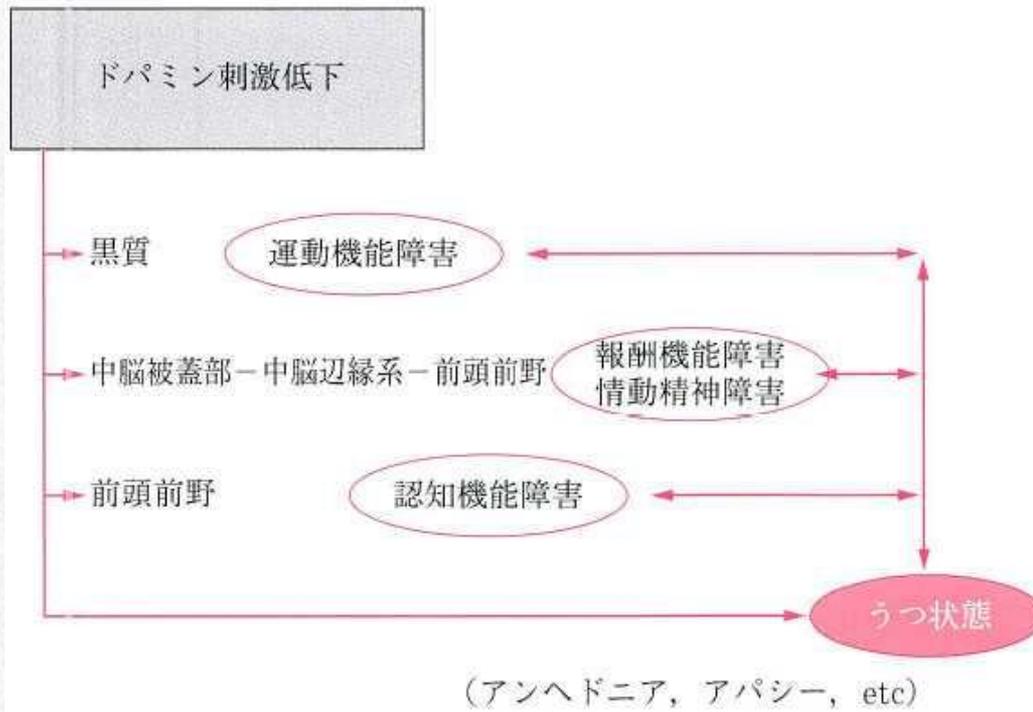


図3 PDのうつ状態と神経ネットワーク

各種の神経伝達物質系が障害されてくる
ことがPDの最大の特徴であり、PDのうつ
の治療を困難にしている。

PD：パーキンソン病

アパシー

ADでは90%以上にみられるといい、VaDでも多い
活動性の低下・無関心 → 日常生活活動の減少

表1 アパシーと抑うつとの臨床症状の比較

アパシーと抑うつには両者に特有の症状と共通する症状がある。うつ病にはアパシーを伴うが、アパシーには抑うつを伴わない。

アパシーの症状	共通する症状	抑うつの症状
感情的な反応が鈍くなる 無関心、無頓着 社会性の低下 自発性の低下 忍耐力の低下	興味・関心の低下 精神運動抑制 易疲労感 / 過眠 洞察力の欠如	不快な気分 希死念慮 自責感 罪責的 悲観的 絶望

うつ病は自分の状態に悩む

北村 立 認知症に見られる抑うつ depression frontier2014

アパシーは無関心で自分の状態に悩まず周囲が心配する

治療

1. コリンエステラーゼ阻害薬

4. 漢方薬

2. ドパミン作動薬

抑肝散

3. 脳循環改善薬

釣藤散

意欲の低下への対応

①軽症

無理なく楽しめる活動を

以前から親しんでいることで、ちょっとした工夫、手助けで続けられることを

ご本人のペースで少しずつ1日何回も

日課表を作る 行動をパターン化

色々な誘い方をしてみる お茶を入れましたよ等食べ物をきっかけに誘うなど

誘う人を変えてみる

デイサービス等の利用

②中等症以上

生きるエネルギーが段々失われていくような状態に

生活習慣の維持 洗面・歯磨き・食事・排せつ・入浴等

身だしなみ 髭剃り・整髪・お化粧品等

根気よく何度も誘う

DVDなどで昔のテレビ番組を見る

出来るだけベットから起きだしてもらおうよう・一緒に散歩等

趣味を続けられるように

出来なければ似たもので代用

睡眠

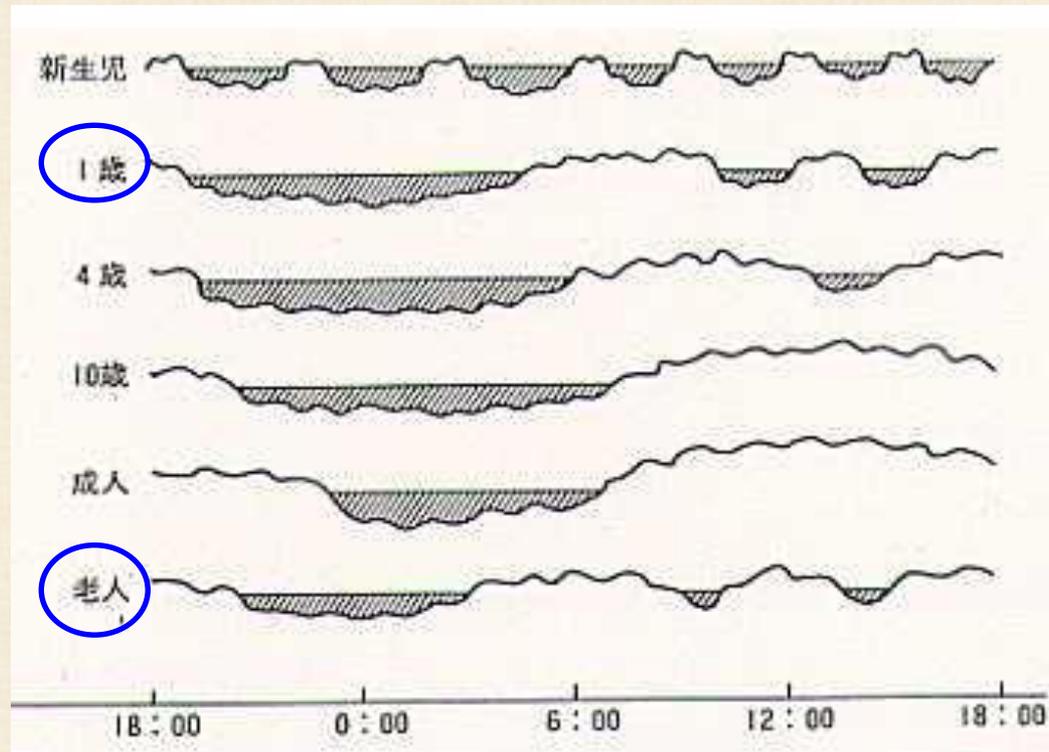
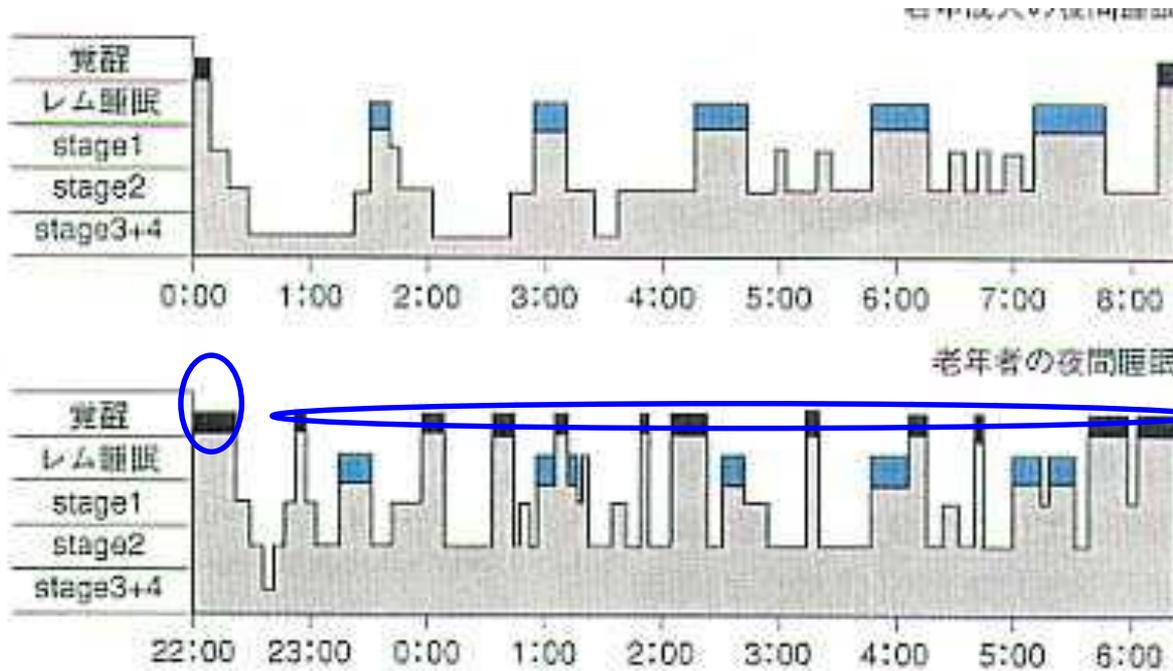


図9. ヒトの24時間の睡眠-覚醒パターン



ノンレム睡眠

エネルギー保存

レム睡眠

夢

記憶の固定他
精神活動維持強化

図11. 若年成人と老年者の睡眠経過の比較

加齢による睡眠の変化

なかなか寝付けず睡眠が浅くなり何度も目が覚める

入眠潜時の延長

入眠後覚醒の増加

浅睡眠の増加

深睡眠・レム睡眠の減少

睡眠・覚醒リズムの振幅の低下

AD患者

概日リズムの発信源の総細胞数の減少

体内時計機構に影響をするメラトニン分泌の減少

光・気温等の生理的同調因子や
接触・運動等の社会的同調因子の反応性の低下

概日リズム異常

多様な睡眠障害

対応

生活習慣・生活リズムの整備(散歩等日中の適度な運動日光浴・嗜好品の改善等)

声掛け・音楽・レクリエーション等感覚器の刺激

昼寝過多の予防

午前中の日光浴

寝つきが悪い時軽食(ホットミルク等)・マッサージ

安心感を持てるよう(明日はカラオケで歌いましょうか)

夜間頻尿

前立腺肥大・抗利尿ホルモンの夜間分泌↓

筋力低下による睡眠時無呼吸症候群 → 原因不明の高血圧症・頻尿・逆流性食道炎

ムズムズ足症候群・周期性四肢運動障害

レム睡眠行動障害

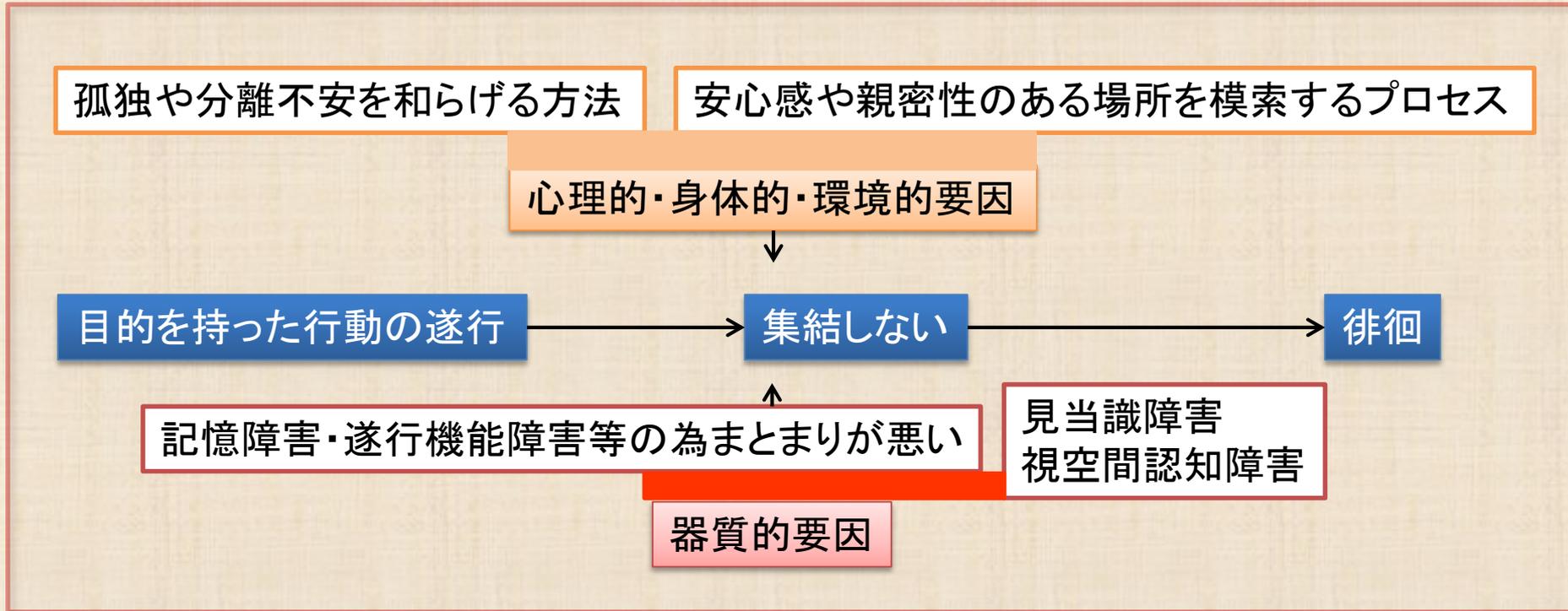
強い寝ぼけ(レム睡眠時の筋緊張低下の障害)

ゆすって起こして、覚醒したとたんに異常行動がなくなるようであれば疑われる

治療可能

3割はパーキンソン病・レビー小体型認知症

徘徊



何時間も歩く・着席ができない・食事に集中できない・食事中に立ち去ってしまう・自室を出たり入ったりする・外出を試みる・自室やお風呂を探せない・他人を探す・探している物が見つからない等

ADやVaDの2割前後

ADの方がVaDよりも多いが有意差はない

徘徊の分類

物忘れによる迷子の結果の徘徊

視空間認知障害による迷子の結果

AD・DLBでは方向音痴がひどくなる

よく知っている近所で迷う

トイレの場所が分からなくなる

常同的周遊(周徊)

FTD 特定のルートを決まった時間に散歩・反社会的行動も

無目的にそわそわ歩く徘徊

探し物をしていて、何をしようとしていたか忘れる

目的は忘れても、落ち着かない気分は残っている

差し迫った必要を感じてある目的地に向かって歩く徘徊

私の家でないから、家に帰らなくては
見当識障害を伴うことも多い

早く会社へ行かなくては

今いる場所が退屈なために出歩く徘徊

今いる場所に面白いことがなかったり、気まずかったりする場合

せん妄による徘徊

特に夕方から夜間

制止しようとするときにさらに興奮・暴力

対応

直接とめることは逆効果

安全のための対策(交通事故・帰ってこられなくなる・転倒・脱水・凍死等)

服装は明るめの色・夜間は車のライトで光るよう反射素材(車から発見しやすく)
連絡先を服の裏や靴の側面に書いたり、財布、定期入れに連絡先のカードを入れる

小型GPS器具

玄関等にセンサーをつける

徘徊SOSネットワーク等取り組みを自治体で行っていれば利用

管轄の鋼板や警察署に顔写真と住所氏名を届けておく

ご近所をよく利用する商店等に事情を話しておく

転倒しやすい方には帽子をかぶってもらう。靴はしっかりしたものを

冬場や北国では玄関口にコートを置いて着てもらう

よく話を聞いて、切迫した気持ちに共感する

どんな気持ちで、どこへ行こうとしているのか聞く

それは大変ですね、心配ですねと共感する

その服では外へ出られませんから、上に着る物を探しましょう
会社へ行くのに靴を用意しますから、必要なものを一緒に探してください
等、外出しないで済む用事に関心を向けてもらう

(日曜の新聞を見せて)今日は会社は休みですよ。

自宅へ帰ろうとする場合

今日は遅いからここで泊ってはいかがですか。

ご飯を食べてから帰りましょう

それでもだめならば、しばらく徘徊に付き合う

少し疲れました。お茶でも飲みましょう、今日はここで泊りましょう等
帰宅を促す。

優しく声をかける

急ぐ風ではないが落ち着かずそわそわしている場合

どうしたのですかと優しく声をかけ

トイレへ誘う

お茶を勧める(脱水がないか)

探し物がないか観察(いつもかけているメガネ・杖等)

一緒に探す

しばらく雑談(今日のご飯は...でいいですか等)

せん妄の場合も同様に声をかけて不安を↓

自然な外歩きはOK 退屈・気まずいようなときはあんぜんに配慮して歩いてもらう

今住んでいる場所が快い安心できる場所になるように

周遊 危険の排除・物を取ってきてしまう場合は、そのお店の人に話、後で払う等

周遊の時間が長くなっているときは、変化がないか確認

トイレ以外の場所で用を足す

失敗する理由を 探ってみましょう

- トイレの場所がわからず、あちこち探しているうちに失敗してしまう場合

トイレがどこにあるかわかるように、ドアを開けっ放しにしたり、夜でも明かりをつけておいたり、入り口にはっきりトイレだとわかる表示をします。「お手洗い」「便所」など、ご本人がふだん使っている言葉を紙に書いて貼るのです。

- トイレの使い方がわからず、まごついているうちに失敗してしまう場合

何年も洋式トイレを使っていたとしても、今は、子どものころの和式トイレの記憶しか残っていないのかもしれない。トイレの使い方がわからないようなら、排泄の介助が必要な時期になったと考え、トイレに付き添いましょう。ご本人のプライドを尊重して、さりげなく手助けすることが大切です。



- 特定の場所をトイレと思い込んでいる場合

いくらトイレに誘導しても、トイレではない場所で用を足してしまう場合は、その場所にポータブルトイレを置いてみましょう。

定期的にトイレに 誘いましょう

時間を見計らってトイレに連れて行くことを心がけてください。トイレに行った時刻を記録し、本人の周期に合わせてトイレに誘いましょう。

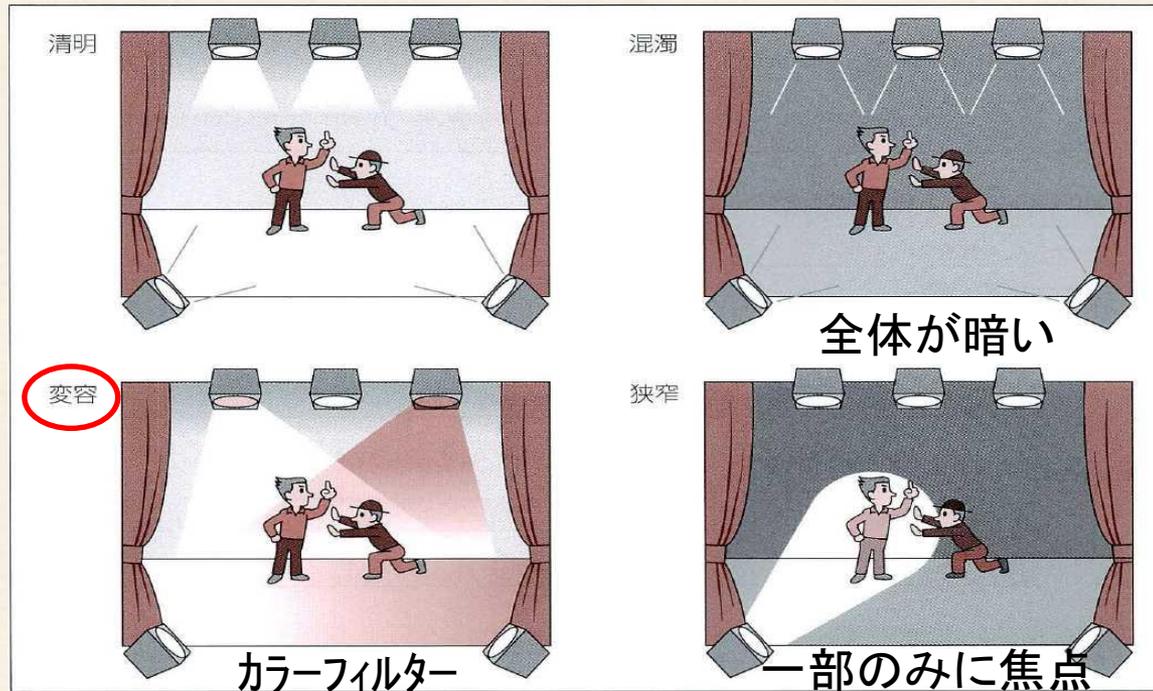
トイレのタイミングがなかなか合わず、失敗の回数が多い場合は、おむつを使うことを考えましょう。

せん妄

脳機能の一時的低下による、急性で一時的な意識変容

高齢者はせん妄になりやすい。

認知症が重ると20-90%とかなり高い有病率



標準精神医学

急激に発症し、数時間一数日単位で動揺、多くは夜間に悪化する、
軽い意識障害に 幻覚・興奮・ぼんやりした状態・気分変動を伴う

後で幻覚症状等を覚えていない

100-7テストで、 $100-7=93$ $93-7=86$ を76と十の位を間違えやすい



表 4-7 せん妄の診断基準 ICD-10

以下のいずれの症状も軽重にかかわらず存在すること。

- (a) 意識と注意の障害(意識障害は混濁から昏睡まで連続性がある。注意を方向づけ、集中し、維持し、転動する能力が減弱)
- (b) 認知の全体的な障害(知覚のゆがみ、視覚的なものが最も多い錯覚や幻覚、時に妄想を伴う象徴的な思考と理解の障害、即時記憶と短期記憶の障害、見当識障害)
- (c) 精神運動性障害(寡動あるいは多動で一方から他方への予測不能な変化、反応時間の延長、発語の増減、驚愕反応)
- (d) 睡眠-覚醒周期の障害(不眠、睡眠-覚醒周期の逆転、昼間の眠気、症状の夜間の増悪、悪夢)
- (e) 感情障害(抑うつ、不安、恐怖、焦燥、多幸、無感情、困惑など)

[World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, clinical descriptions and diagnostics guidelines, 1992(融 道男、中根充文、小見山実、他(監訳): ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診療ガイドライン、医学書院、1993)より一部改変]

国際1.疾病分類10版

分類

表3 せん妄のサブタイプ（文献23より引用）

過活動型せん妄

24時間以内に下記2項目以上の症状（せん妄発症前より認める症状ではない）が認められた場合

- ・運動活動性の量的増加
- ・活動性の制御喪失
- ・不穏
- ・徘徊

低活動型せん妄

24時間以内に下記2項目以上の症状（せん妄発症前より認める症状ではない）が認められた場合

活動量の低下または行動速度の低下は必須

- ・活動量の低下
- ・行動速度の低下
- ・状況認識の低下
- ・会話量の低下
- ・会話速度の低下
- ・無気力
- ・覚醒の低下／引きこもり

混合型

24時間以内に、過活動型ならびに低活動型両方の症状が認められた場合

Meagher, D., Moran, M., Raju, B. et al. : A new data-based motor subtype schema for delirium. J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci., 20 : 185-193.

病態

素因: 加齢・認知症等

促進因子: 入院等の環境変化・身体拘束・睡眠障害

器質因子: 身体疾患(電解質異常・低酸素脳症・脳血管障害・感染症等)
薬剤性

表 4-8 せん妄を招く病態

頭蓋内病変	
腫瘍	血管障害
水頭症(正常圧水頭症に注意)	てんかん
変性疾患	外傷(硬膜下血腫, 脳挫傷など)
炎症疾患(脳炎, 髄膜炎, HIV 脳症, 神経梅毒など)	
頭蓋外病変	
低血糖	肝性脳症
尿毒症	低酸素症
心不全	心筋梗塞
不整脈	高血圧, 低血圧
貧血	膠原病
電解質異常	酸塩基不均衡
感染症	発熱(敗血症にも注意)
腫瘍(特に悪性新生物)	外傷(腹部など頭部以外)
内分泌疾患(下垂体, 甲状腺, 副甲状腺, 睪腺, 副腎)	
栄養障害(ニコチン酸, ビタミン B ₁ , ビタミン B ₁₂ , 葉酸など)	

その他: 手術後(ICU 症候群などの特殊な環境にも注意)

表 4-9 せん妄を招く可能性のある薬物や物質
(使用, 乱用のほか離脱にも注意)

バルビツール酸系	ベンゾジアゼピン系
抗うつ薬	リチウム
抗精神病薬	抗ヒスタミン薬
抗コリン薬	抗痙攣薬
抗パーキンソン病薬	降圧薬
ジギタリス製剤	麻薬性鎮痛薬
ステロイド	NSAIDs
抗菌薬	インスリン
H ₂ ブロッカー	抗がん薬
アルコール	麻薬
大麻	覚醒剤
一酸化炭素や鉛などの中毒	

認知症との鑑別

うつ病との鑑別

表3 低活動型せん妄とうつ病の鑑別点及び共通した症状（文献13, 16, 17より一部引用・改変）

	低活動型せん妄	うつ病
原因	<ul style="list-style-type: none"> ・身体疾患や薬物 ・（過活動型せん妄との違いとしては）肝性脳症を含む代謝性脳症，低酸素症などが原因となることが多い 	多くの場合，了解可能な心理的要因
発症様式	急性～亜急性	緩徐
持続期間	時間から日単位	週から月単位
日内変動	夜間に症状増悪	午前中に症状が悪い
睡眠・覚醒レベル	<ul style="list-style-type: none"> ・覚醒レベルは低下している ・日中も傾眠傾向のことが多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・覚醒レベルは正常のことがほとんど ・夜間は入眠困難・早朝覚醒などの睡眠障害を認める
感情	困惑など	抑うつなど
認知機能（見当識・記憶など）	障害されている	正常なことが多く，障害があっても軽度で，思考抑制に伴うものとして了解可能
知覚障害	幻覚，中でも幻視がみられることが多い	正常なことが多い
共通した症状	活動性低下，不眠または過眠，集中力低下，不安，無関心など	

対応

病因の除去

薬物の使用状況

身体状況の検索

他

環境整備

睡眠覚醒レベル

薬物療法

予防

生活・睡眠リズム

顔なじみのスタッフでの対応

日中の適度な活動

家族の写真等を置く

時計やカレンダーを置く

程良い光量の照明

トイレ等に大きな張り紙