「認知症家族・介護者」のための

認知症・BPSD 介護マニュアル

－認知症介護で困ったら－

＜葛飾区医師会版＞

葛飾区医師会　認知症対策委員会　編集

「認知症家族・介護者」のための認知症・BPSD 介護マニュアル
―認知症介護で困ったら―
＜葛飾区医師会版＞発行に当たり

「かかりつけ医」のための BPSD 対応マニュアルが発行されたのが、2013 年 7 月でした。あれから 2 年間も経っていないのに、この度「認知症家族・介護者」のための認知症・BPSD 介護マニュアルの発行に到りました。葛飾区医師会認知症対策委員会は、地域の中で認知症の介護疲れや BPSD で苦しんでいる方々を目の当たりにされていた会員の方々により活動が開始された経過があります。今回の患者さん家族や介護者の方々への参考資料を作成することは、かかりつけ医への BPSD 対応マニュアルができた時点で、直ちに次の目標になったのです。

このマニュアルはとても判り易く、そして「認知症の基本知識」、「認知症の方への対応の基本」、「直ちにできるケア」など認知症対応のエッセンスがこの小冊子に凝縮されております。この一冊を手元に置いておくだけで心強い味方ができたと感じる方が多いのでないかと思います。

本年 1 月上旬に厚生労働省は 2025 年には認知症患者さんが 700 万人をこえるとの推計値を発表しました。65 歳以上の高齢者のうち、5 人に 1 人が認知症に罹患する計算になります。このような時代になる前に、葛飾区医師会では行政と協力し、今回のような小冊子などを作成配布する一方、認知症に罹患しても医療・介護・福祉が密接に連携し、認知症の方が安心して生活のできる町づくりを目指していきます。この小冊子がその先駆けになると信じております。まずはご一読しご利用して下さい。

2015 年 4 月

葛飾区医師会　会長
石川　辰雄

内容

１．「認知症の基礎知識」について

２．認知症介護のポイントについて

３．こんな症状で困ったときに
（ＢＰＳＤ対応チャート一覧）

４．「ＢＰＳＤ」についての詳細な解説

５．阿部式ＢＰＳＤスコア
（認知症介護者のアンケートによるＢＰＳＤ評価）

６．　認知症医療連携表

７．　近隣の認知症疾患医療センター一覧

８．　高齢者総合相談センター一覧

９．　高齢者支援課　地域ケア推進係

１０．　認知症家族会・認知症カフェ一覧

葛飾区医師会認知症対策委員会委員長　稲葉　敏（認知症サポート医）

１．「認知症の基礎知識」について

（１）認知症の種類は？

認知症には様々なタイプがありアルツハイマー型 50%、レビー小体型 20%、血管性 15%の三大認知症が全体の 85%を占めます。その他の認知症の中には、脳脊髄液が脳を圧迫して起こる正常圧水頭症や、頭部打撲の後に血腫が溜まり脳を圧迫して起こる慢性硬膜下血腫さらには甲状腺機能低下症などによる認知症もあります。これらは、的確な診断と治療で治る認知症です。特にここでは注目されているアルツハイマー型とレビー小体型の二大認知症について述べます。

（２）認知症の症状は？

「認知機能障害」と「BPSD（行動・心理症状）」に分かれます。認知機能障害とは、記憶や理解・判断する力、注意・集中する力が障害されることをいいます。アルツハイマー型では、新しく経験した記憶が障害されます。食事した事、買い物した事、電話を受けた事を忘れる、物の置き忘れ、しまい忘れ等が目立つ。さらには、月日、曜日、時間を忘れる、人や物の名前が出ない、さらには場所が分からない等の症状が進行します。レビー小体型では、記憶の障害に加え、注意力が散漫になったり、集中力が続かなくなったりしてしまうこともあります。また「BPSD」は、これら認知機能障害が元となり、経過中に「易怒性（怒り易い）」「うつ状態」「徘徊」「妄想」「幻視」「無為・無関心」「興奮」「暴力」などの行動異常や心理障害が現れる事を言います。これら「BPSD」は、特にレビー小体型では、認知機能障害に先立って現れる事が多く、またパーキンソン症状、レム睡眠行動障害（寝ている間に、大声や怒鳴る、暴れる等）、自律神経障害（低血圧、頻尿、発汗、便秘等）、失神発作等が特徴です。うつ病やパーキンソン病と診断された後に、徐々に認知機能障害が進行される方の中には、レビー小体型が疑われる例もあります。

（３）早期診断・早期治療の重要性は？

認知症の治療の基本は、早期発見・早期診断・早期治療の三つの早期です。（私は、認知症の三大早期と呼んでいます。）治る認知症もあると先に述べましたが、特に二大認知症は、脳神経細胞が経過と共に変

性・脱落・壊死していきます。一度、壊死（死んでしまった）した脳神経細胞は再生しません。そのため進行した認知症は、治療効果が乏しく、またご家族や介護者のご負担も多大となります。早期に発見して、気づきから早期診断へ、そして早期治療へと流れが出来れば、認知症になっても「その方らしい、普通の生活」ができます。現在では、認知症の治療薬も進歩を遂げ、認知症の進行を抑える４種類の治療薬が投与できるようになりました。認知症は決して「悲観的な病」ではなく、糖尿病や高血圧症と同様に、年齢とともに進行する一般的な「脳の変性疾患」なのです。特に大切な事は、治療薬投与だけでなく、ご家族・介護者の皆様の介護力が進行予防には大切です。薬物療法等の医療が５０％、介護・福祉等のサポート力が５０％と考えております。つまり、医療と介護が車の両輪を担うと言っても過言ではありません。

（４）早期診断・早期治療により自立した生活を送っておられる方の例

もの忘れ予防健診（パイロット健診）を当院でお受けになった 71 歳女性方の例です。
少々のもの忘れを息子さんから指摘されて受診されました。その結果は「認知症の疑いあり」との健診結果でしたので、脳血流シンチ（SPECT 検査）、MRI 検査等、精査を受けました。その結果、「アルツハイマー型認知症」との診断でした。ご本人と息子さんに検査結果をご一緒に外来にて、御説明した際に、「歌の名前が出ない」「携帯電話が使えない」「息子さんのマンションのオートロック番号が分からない」などの諸症状がある事が初めて分かりました。その後、認知症治療薬投与を開始し６か月程経った現在では、「携帯電話が元通りに使える」「うれしい！もっと早く相談していればよかった」又、「この健診をもっと多くの方が受けられるようにしてあげてください」とのご本人からのご要望も頂きました。認知症は特にその方の人格尊厳や、生き方に直接関わるため、主治医・ご本人・ご家族の３者の「信頼関係の構築」が大切です。
葛飾区では区行政と医師会さらには高齢者総合相談センターが協力し、平成２７年度より「認知症早期発見・早期診断推進事業」の一関として「もの忘れ予防健診事業」が全国に先駆けて実施されます。また「もの忘れ相談会」も各総合相談センターにて定例的に開催されます。
医療、介護、福祉が相互に連携し合って初めて「認知症の方が安心して生活できる町づくり」がなされるのです。今後、葛飾区が模範の認知症先進地区になります事を切望しております。

２．認知症介護のポイントについて

（１）認知症の方への対応の基本

「その方らしさを大切にする、その方を尊厳したケア」

第一原則は「その方らしさを大切にする、その方を尊厳したケア」です。いわゆる「パーソン・センタードケア」（その方を中心としたケア）です。
フランスのイヴ・ジネスト氏が提唱された「ユマニ・チュード（Humanitude）」は、認知症患者に「人間らしく接してBPSDをやわらげる」事で下記の４項目です。

1．見つめる　　**2.話しかける**

3．触れる　　**4.寝たきりにしない**

私の外来では、必ず認知症の方の目を見て、話しかけ、手や背中に触れながら診療を心がけています。楽しい雰囲気、楽しい会話のできる環境造りを心がけています。医師だけでなく家族や介護者の皆様にも介護環境の改善に役立つポントです。良い医療環境や良い介護環境によってBPSDは予防できると言われています。

（２）「否定しないこと、傾聴すること」

何度も同じ質問や行動を繰り返しますが、すぐに忘れるためです。本人にとっては「初めて聞くこと」です。同じことを何度も言われても、穏やかに、初めてのつもりで話を合わせましょう。レビー小体型では、幻視、幻聴、見間違い、妄想等の症状が前面に現れる事が大半です。これらについても、「錯覚だ」「何も見えない」と否定せずに、部屋を明るくしたり、ご本人と実際に近づいたり、触れたりするのも一策です。「悪さはしないから大丈夫」という理解と安心感を与える事が大切です。また、見間違いは、見間違いとなる対象物をなるべく排除する等、室内環境を整えることが大切です。また、妄想は、ご本人の思い込みが強いため周囲の言葉で納得させるのは困難です。イライラや怒りや興奮を伴うため、言葉でなく「優しく手を握る」「軽く背中を触る・トントンしてあげる」等、安心感を与えるようにします。また、家族や介護者が妄想の対象となった場合は、無理に関与せず、少し距離をとることで妄想が軽くなる事もあります。特にBPSDの約７０％が非薬物療法での初期対応が可能であり、その良し悪しがその後の経過を左右します。**「決して、あわてず。病態を正しく理解・認識されて、落ち着いて対応」**する事が大切です。そして、早めにかかりつけ医にご相談を御願い致します。

（３）その他の介護ポイント

転倒防止対策

特にレビー小体型では、パーキンソン症状を伴う事があり転倒予防が大切です。

①　椅子からの立ち上がりや階段・廊下では、手すりを使う。
②　つまずきやすいものは片付け、段差をなくす等、家の中を整える

嚥下障害対策

認知症が進行すると、物を飲み込む機能が低下して、唾液・食事が気管に入る誤嚥が起こりやすくなります。誤嚥性肺炎も引き起こしかねない状況が起こります。

①　食事の時は、前かがみの姿勢をとり、家族が見守る。
②　刻み食やトロミをつける等、調理にも工夫を。

規則正しい生活習慣

意欲の低下、不眠等は「昼夜逆転」の原因になります。これら不規則な生活習慣は、認知機能をさらに低下させてしまいます。日課表・週間体制表などを作成して無理のない物から徐々に活動を増やしましょう。

①　本人が無理せずに楽しめる事から先ず始める。
②　いろいろな誘い方をしたり、誘う人を替えてみる。
③　デイケア・サービス等をうまく利用する。
④　リハビリテーションを組み込む。

参考：横浜市立大学名誉教授　小阪　憲司（レビー小体型認知症家族を支える会）

「徘徊する人に出会ったら？」
ー街中で認知症徘徊者を見かけた時の対応

①　驚かせないように正面から目を合わせて挨拶する。
②　行き先や歩く目的をそれとなく聞く。
③　一緒に歩きながら立ち止まらせる工夫を。
④　身に着けているものに名前や連絡先が記されていないか気をつける。

参考：岡山大学　神経内科教授　阿部　康二（岡山県和気町徘徊捜索訓練資料）

３．こんな症状で困ったときに（ＢＰＳＤ対応チャート一覧）

ＢＰＳＤ　＝　認知症の周辺症状
認知機能障害（もの忘れ、出来ていたことが出来なくなる等）が元となりその不安やストレスから様々な行動や心理の障害が現れることをいう。介護・福祉等のサポートが重要であり、対応次第で改善することも多く、適切な理解による対応が重要である。

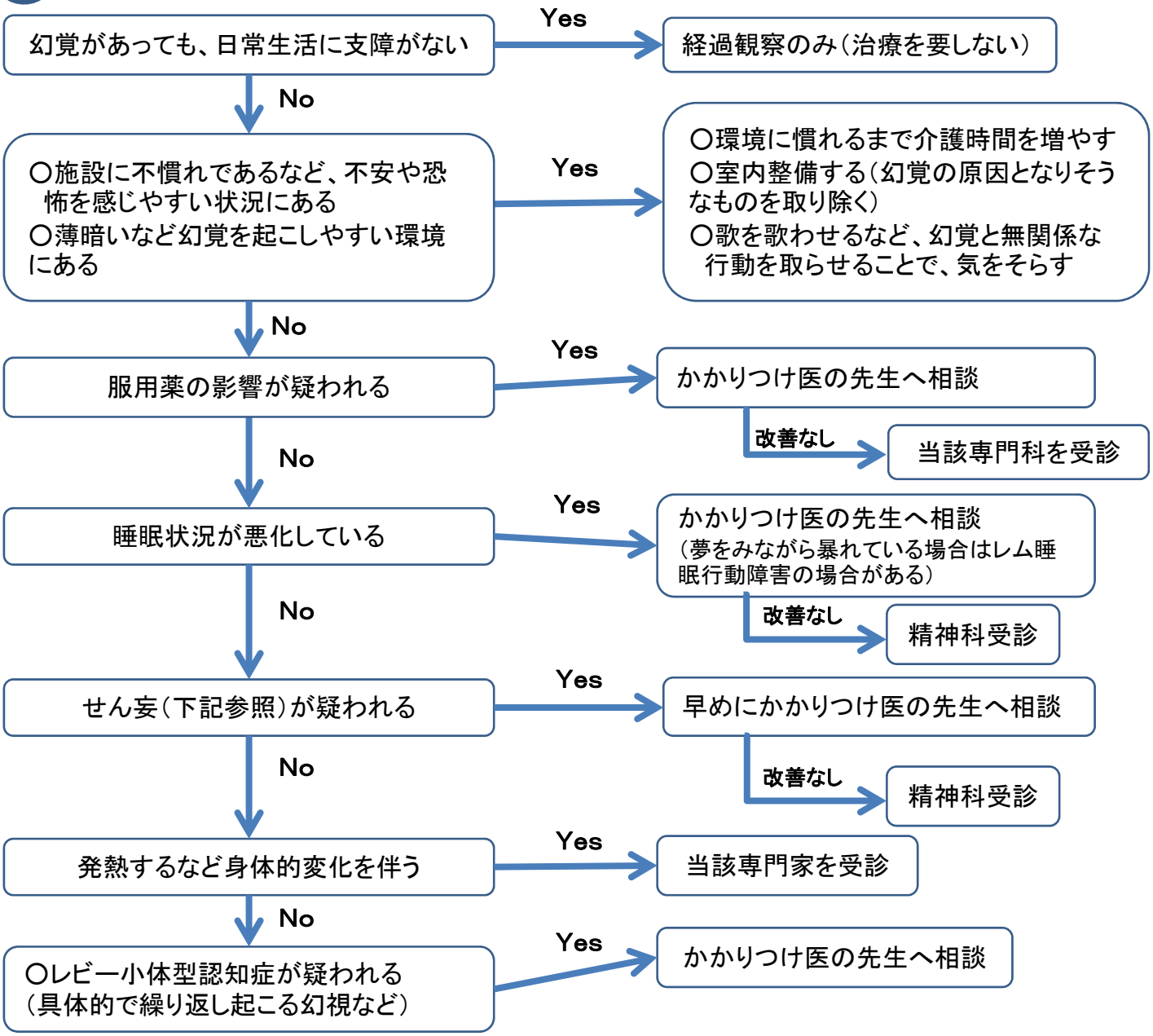
	考えられる可能性
現実にはないもの（人物や動物など）が見えると訴える	幻覚
財布やものを取られたといって騒ぐ 置き忘れたりしたものを人に盗まれたと思ってしまう	物盗られ妄想
人を叩いたり、引っかく、掴むなど攻撃的になる 悪口を浴びせたり、奇声をあげたりする 物を隠したり、何事も嫌がったりする	焦燥
少しのことで怒り出す 怒りから興奮、暴力へと発展する	易怒性
目的もなくうろうろと歩き回っている 外に出かけたがり、そのまま帰り道がわからなくなる	徘徊
夜間、興奮したりして寝てくれない 寝れないときが続いている 寝ているときに突然騒ぎ出したり、暴れたりする	夜間せん妄 昼夜逆転
これまで好きだった趣味に突然興味がなくなる 意欲が低下し、ひどくふさぎこんでいる	抑うつ
何をしてもやる気がなく、そのことすら気にしていない 無表情で、感情の表現が全くなくなった 家族や周りの人にも全く無関心になった	意欲低下 （アパシー）

BPSDの対応　①幻覚

■現実にないものを見たり（幻視）、聞こえる（幻聴）などという状態

直ちにできるケア

- 幻覚に対して不安を感じている場合は、たとえば「あの人（物）は悪さをしないから大丈夫ですよ、もうじきいなくなりますから」など、本人が安心できるような働きかけを行う
- 幻視体験を重ねるうち自ら幻視であることに気づき、治療しなくても生活上の支障を来さなくなることがある
- 歌を歌わせるなど、別の行動をとらせてみる
- 目を閉じたり開いたりする・幻視のみえるところから目を外してみるなど、視線を変えさせてみる
- 不安や恐怖をあおるような環境（人や物にみえてしまうようなもの）を改善してみる



※せん妄とは、軽度の意識障害によるもので、幻覚なども症状としてあらわれる場合がある。幻覚が急に起こった、興奮を伴うなど、せん妄の併発が疑われる場合は、早めに病院を受診する！

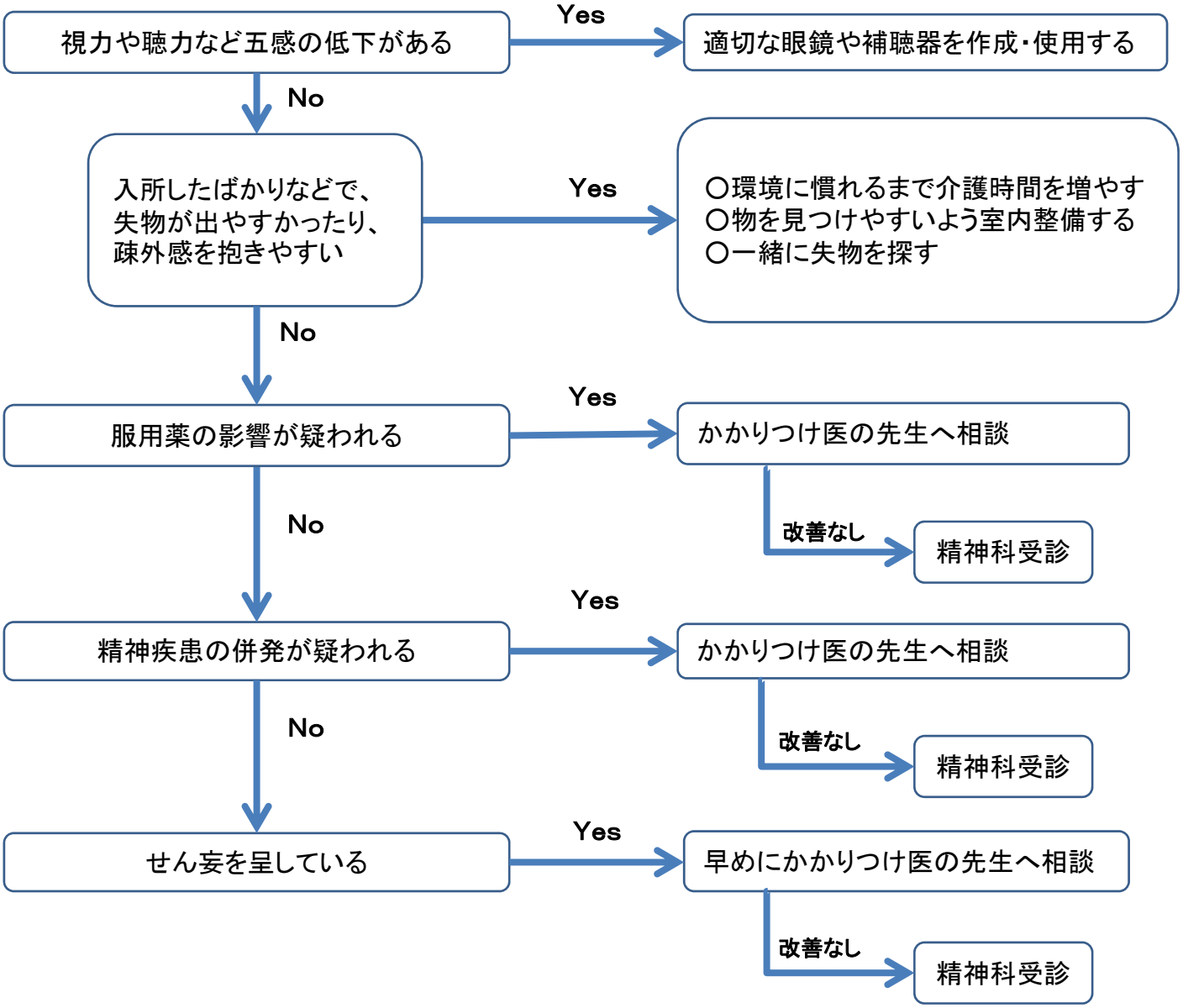
BPSDの対応　②物盗られ妄想

■置き忘れた財布や眼鏡など身のまわりのものを盗まれたと思ってしまう

※家族や身近で介護している人が妄想対象（“犯人”）になってしまうことが多い

直ちにできるケア

- “盗まれた”ことを頭から否定せず、“盗られた物”を一緒に探すなど、本人に共感を示す
- 興味を別の話題に向け、注意をそらせる
- 何もすることがないと妄想が出やすい、日中の時間の過ごし方を豊かにする
- 眼鏡や補聴器を、本人の視力・聴力に合った物にする
- 物をなくしたときに、探しやすい（見つけだしやすい）環境にする
- 物がなくなっても、代用品で事足りることを保障するなど安心感を与える
- 環境が変わるなど施設での生活に慣れるまでは、関わる時間を長めに取る



BPSDの対応　③焦燥

■不適切な言動、身体の動きがあり、しばしば攻撃的な行為などを起こす状態

※どのようなときに症状が出現するか、原因は何か検討する

直ちにできるケア

- 不快な刺激を除去する（室温・照度の調整、騒音の除去など）
- 好きな音楽などを用い、落ち着ける環境を作る
- わかりやすい言葉・文章を使って疎通をとる
- 安心感を与える接し方をする（ゆっくりと穏やかな対応をする、接する時間を増やすなど）
- 身体的な不安を軽減する

原因に身体的不快感があるか

Yes → 痛みや痺れ、痒みなどの身体的治療

No

原因は環境的なものか

Yes → 【原因を除去する・原因から遠ざける】

〇部屋の温度・湿度・照度の調整
〇音を止める、静かな場所へ移動する
〇注意を原因からほかに向ける

No

原因は対応によるものか

Yes → 【認知症高齢者に配慮した対応をする】

〇穏やかな声でゆっくりと話し掛ける
〇わかりやすい言葉・文章を用いる
〇否定・叱責を避け、よい点を評価する
〇共感的態度で接する
〇診療や介助を行う際にもわかりやすく説明する

No

【非薬物的アプローチ】

〇強い不安・抑うつ状態
⇒安心感を与える接し方をする
むやみな激励や、ケアの強要をしない
身体的不安があればかかりつけ医の先生に診療してもらい不安を軽減する
本人の好きな音楽をかける、安心できる人と面会するなどでゆっくりと安心できる環境調整をする

〇幻覚・妄想
⇒説得や否定はせず、共感的態度で接する
注意をほかに向ける

〇強迫症状、常同行為
（常同行為：一定の箇所に動かずじっとしていること）
⇒少しずつ対象から距離を離すように環境調整をする
本人に苦痛がなく、周囲への影響も少ないようなら経過観察

〇攻撃性・興奮
⇒心理的な距離を無理に近づけようとしない
治まるまでそっと見守る
本人が慣れている人に対応してもらう

→ 【薬物療法への移行】
〈かかりつけ医の先生を受診〉
☆一概に薬物療法が有効とはいえない
☆また薬物の有害事象でイライラが悪化することもあるので注意

〇強い不安
⇒抗不安薬、抗うつ薬などの検討

〇抑うつ状態
⇒抗うつ薬などの検討

〇幻覚・妄想
⇒抗精神病薬などの検討

〇強迫症状・常同行為
⇒抗うつ薬（SSRI）などの検討

〇攻撃性・興奮
⇒抗精神病薬などの検討

→ 【専門医への受診を検討】

〇薬物が奏功しない
〇薬物の有害事象が強い
〇強い自傷行為・希死念慮がある

【早めに専門医へ受診する】

BPSDの対応　④易怒性

■いらいらして些細なことで不機嫌になる、怒りだしてしまう状態

どのようなときに症状が出現するか、原因は何か検討する

直ちにできるケア

- 気分が鎮まるよう、穏やかな声でわかりやすく話し掛ける
- 介助を行う際にこれから何をするのかわかりやすく説明をする
- 怒りの対象から、ほかのことに気分を向けさせる
- 怒りが治まるまで待つ
- 心理的な距離を無理に近づけようとしない

原因は対応によるものか
患者を怒らせるような言動はあったか

Yes

【認知症の本人に配慮した対応をする】

〇認知機能（理解度）に合わせた対応をする
（わかりやすく説明する、子ども扱いしない）
〇聴覚・視覚などの低下に配慮する、穏やかにゆっくり話す
〇介助を行う際にもわかりやすく説明する
〇否定・叱責や強要を避ける
〇ケアを嫌がるときは、ほかの方法を考える
〇無理に説得せず、怒りが治まるまで待つ

No

【非薬物的アプローチ】

〇安心できる環境づくり
⇒部屋の温度・湿度・照度・音の調節
患者の好きな音楽・遊び・ケアなどを用いる
安心できる人との面会
〇強い不安・抑うつ状態
⇒安心感を与える接し方をする
むやみな激励をしない
診察することで身体的不安を軽減する
患者の好きな音楽をかける、安心できる人と面会するなどでゆっくりと安心できる環境調整をする
〇幻覚・妄想
⇒無理な説得はせず、共感的態度で接する
注意をほかに向ける
〇攻撃性・興奮
⇒心理的な距離を無理に近づけようとしない
治まるまでそっと見守る
患者が慣れている人に対応してもらう

【薬物療法への移行】

☆正常な情動的反応（普通の感情表現、身体的反応）まで抑制しないこと！
☆安易に薬物療法に移行しないこと
〇強い不安
⇒抗不安薬、抗うつ薬などの検討
〇抑うつ状態
⇒抗うつ薬などの検討
〇幻覚・妄想
⇒抗精神病薬などの検討
〇攻撃性・興奮
⇒抗精神病薬などの検討

【専門医への受診を検討】

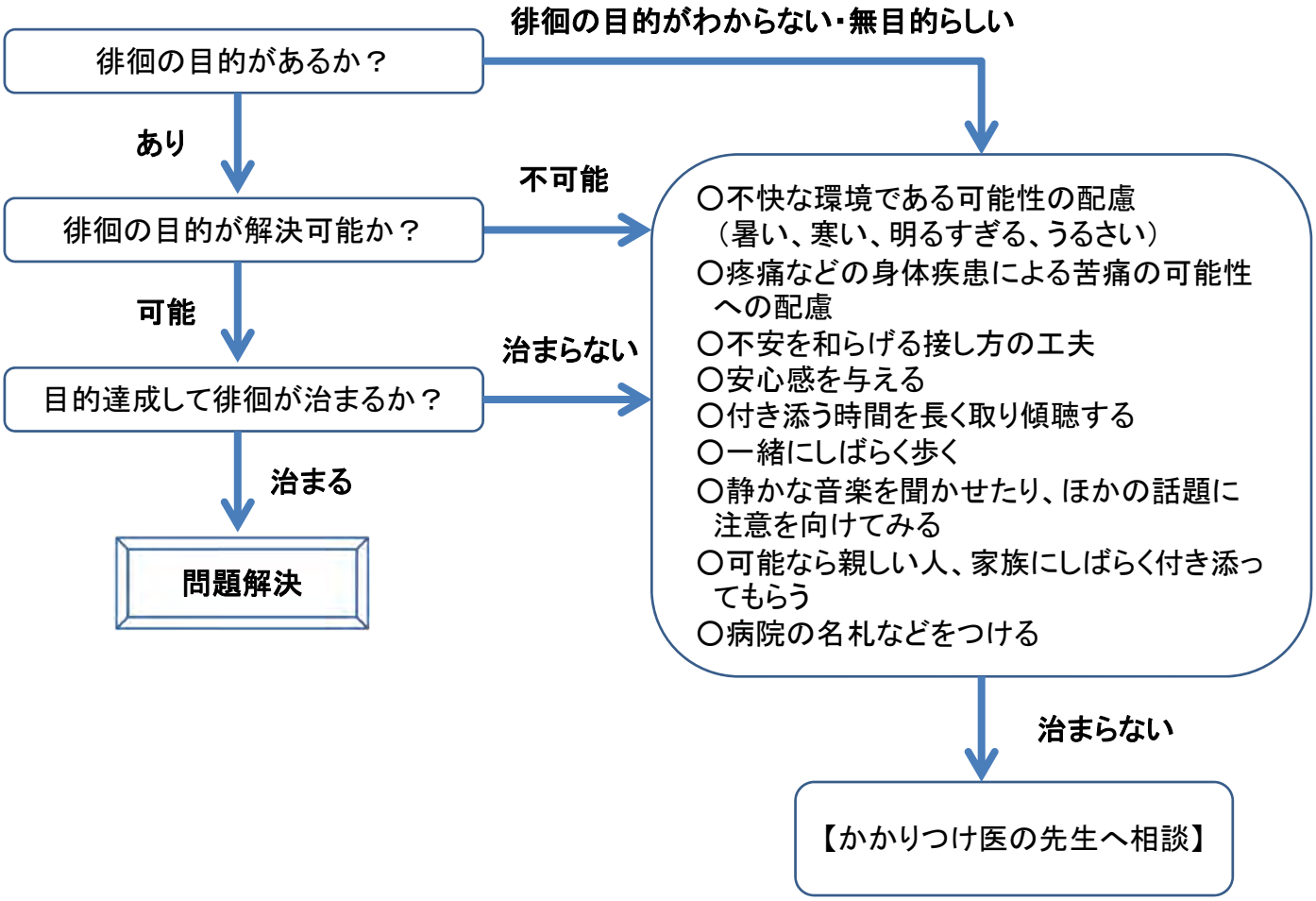
〇薬物が奏効しない
〇派生した精神症状（攻撃性など）が強い
〇薬物の有害事象が強い

BPSDの対応　⑤徘徊（危険な・許容できない徘徊）

■家の中や屋外をさまよい歩く、帰り道がわからなくなってしまう

直ちにできるケア

- 目的のある解決可能な理由による徘徊であれば、それに対応する
- 不快な環境である可能性の配慮（暑い、寒い、明るすぎる、うるさい）
- 疼痛などの身体疾患による苦痛の可能性への配慮
- 不安を和らげる接し方を工夫する。例えば、「一人で外にいたら皆さん心配されますよ」など、ポジティブトークのアプローチをする
- 安心感を与える
- 付き添う時間を長く取り傾聴する
- 一緒にしばらく歩く
- 静かな音楽を聞かせたり、ほかの話題に注意を向けてみる
- お菓子などで気を紛らわせる
- 可能なら親しい人、家族にしばらく付き添ってもらう
- 病院の名札などをつける
- 全地球測位システム（GPS）を考慮する
- 水分補給

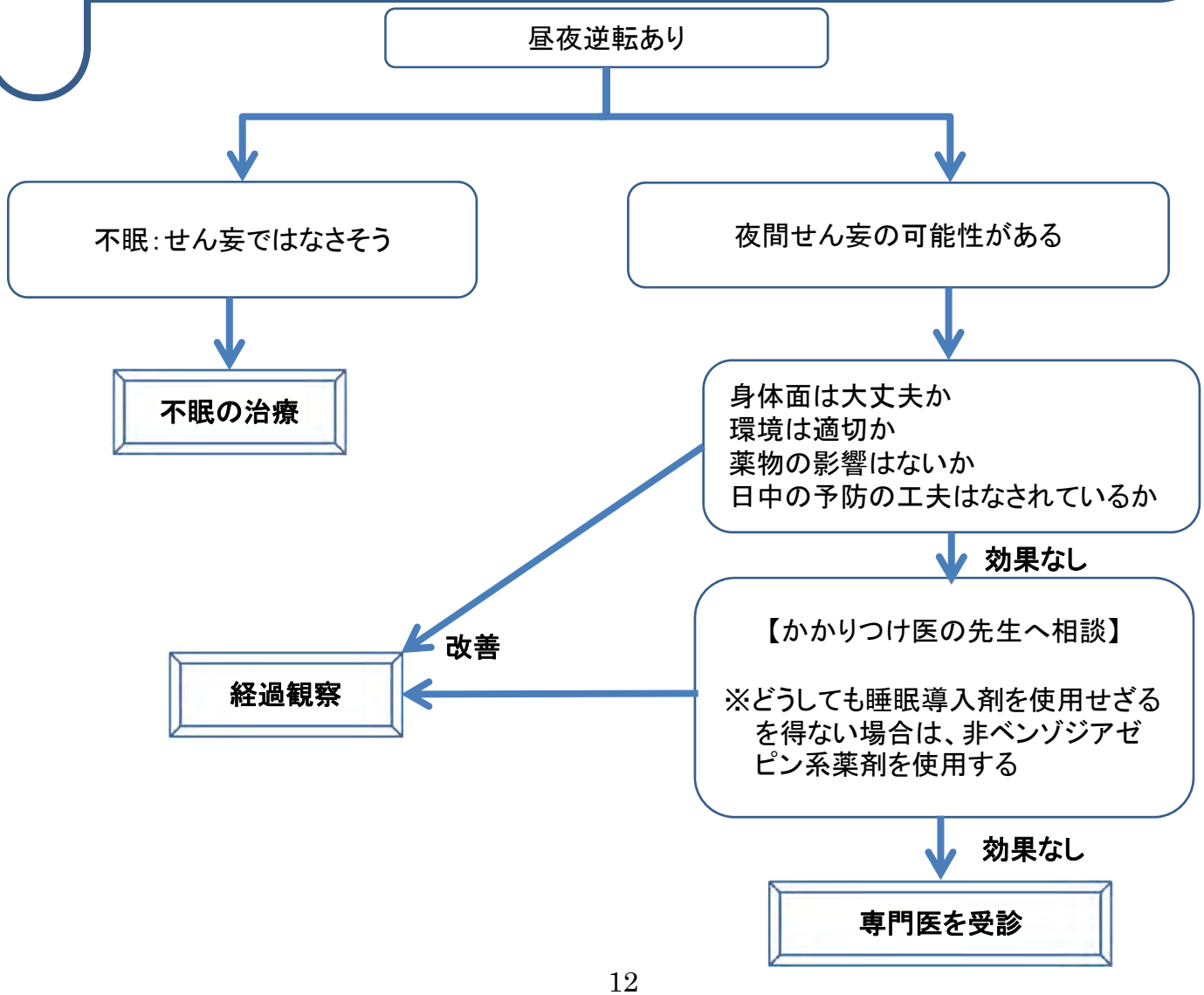


BPSDの対応　⑥夜間せん妄・昼夜逆転

■不眠や夜間の意識障害、興奮、幻覚、不安、恐怖などの症状が表れる状態

直ちにできるケア

- 不快な環境への配慮（うるさい、暑い、寒い、明るすぎる）
- 断眠になる要因の検討（頻尿、ルーチンのおむつ交換や体位変換など）
- 夜間の過剰な介入・刺激の有無の検討（おむつ交換時の過剰な明かり、スタッフの他患者との大きな声での会話、歩く音など）
- 疼痛、痒みなどの身体疾患による苦痛の可能性への配慮
- 脱水や食事摂取不足になっていないか、検討する
- 可能なら親しい人、家族にしばらく付き添ってもらう
- 多くの薬物が投与されている場合は、薬を減らすことが出来ないか専門医へ相談する
- 転倒などの予防策、転倒時の安全策
- 昼間に定期的な運動を導入する（理学療法士、作業療法士らによる運動・生活上のリハビリテーション療法）
- 昼間に日光浴をする（家族やスタッフとの外出・散歩がよい）
- 可能であれば、寝付くまでのしばらくの間、添い寝をしてみる



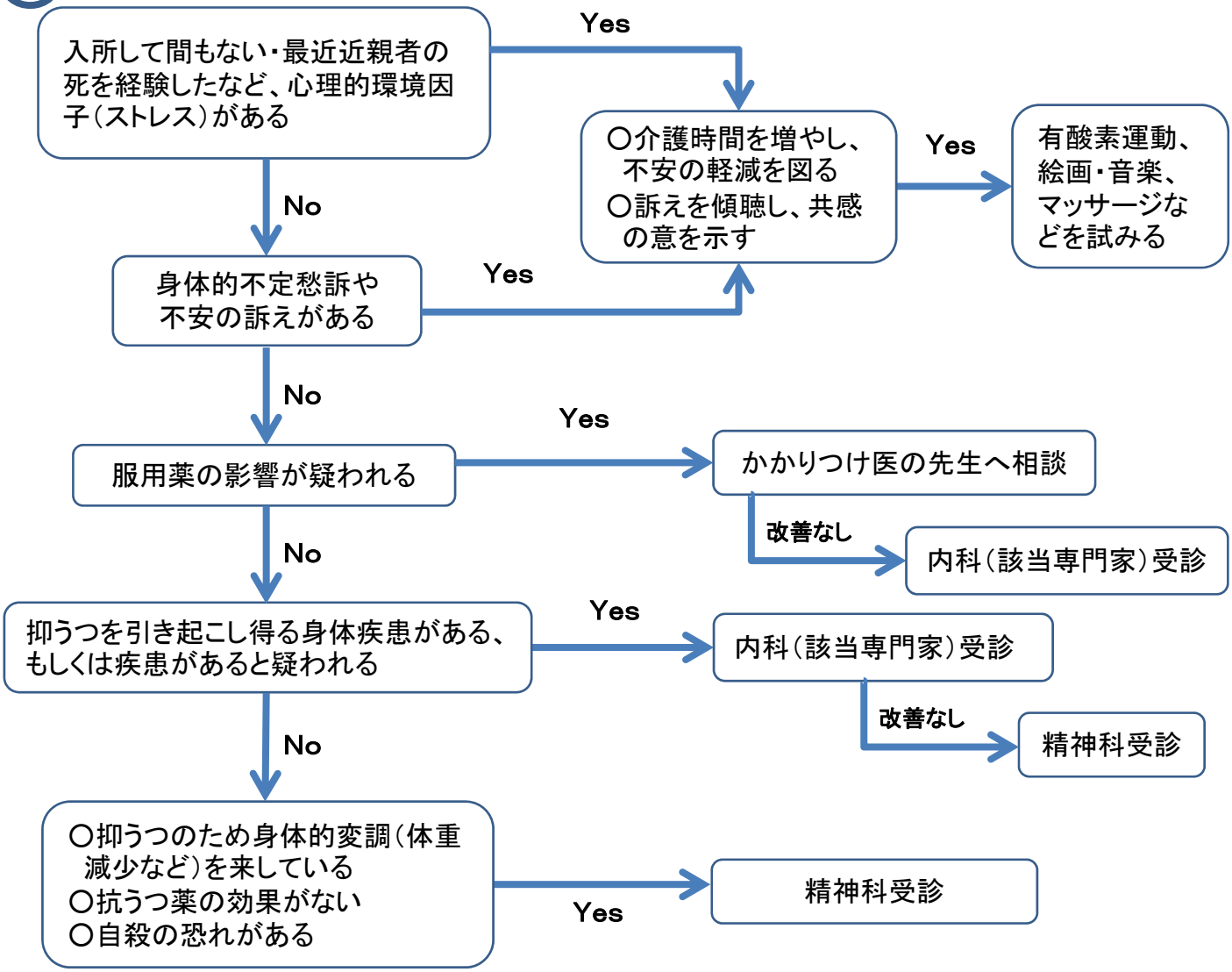
BPSDの対応　⑦抑うつ

■気分が落ちこんだり、趣味への興味や意欲を失ってしまうなどの状態

※自殺念慮もしくは自殺企図が認められる場合には早めに病院を受診する！

直ちにできるケア

- 施設に慣れていない・近親者の死などの心理・環境因子（ストレス）があるようなら、落ち着くまでの間、介護時間を増やし不安軽減を図ってみる
- 身体的不定愁訴（体の痛みや疲れなどの訴え）が増えているようであれば傾聴し、愁訴の背景にある辛さに共感を示してみる
- エアロビクス・フィットネス・ダンスなどの有酸素運動が有効なこともある
- 絵画などで自己表現したり（表現療法）、音楽療法が有効なこともある
- マッサージが有効なこともある



BPSDの対応　⑧意欲低下（アパシー）

■周囲への関心が全く無くなり、自分から何もしようとしなくなってしまった状態。抑うつは本人がそのこと（意欲低下）を気にしているのに対し、アパシーはそのことを全く気にしていない。

直ちにできるケア

- 起床をはじめとして、昼夜のリズムを構築するように働き掛ける
- 頻回に声を掛け、発話を促す
- 自分で排便、排尿するように、あるいは便意や尿意を伝えるように促す
- 様々な活動に参加するように促し、寄り添う
- 身体的にも精神的にも廃用症候群（活動をしないことで筋力の低下や臓器の異常など身体の様々な機能が衰えたり障害が起きてしまう）が起き始めていないか絶えずチェックし、わずかでもその徴候が見られる場合は、上記の予防的介入を実施する

【意欲低下の徴候がある】

〇朝、自分で起きられない
〇自分から話し掛けない
〇進んで食べようとしない
〇自分で排尿、排便をしようとしない
〇施設での活動に自ら参加しない

【うつ症状がある】

〇自分を責める
〇悲哀感
〇精神的苦痛の訴え

「⑦抑うつ」の対応

【考慮すべきケア】

〇睡眠と覚醒のリズムを整える
〇声掛け、促し、寄り添いなどのアプローチを増やす
〇廃用症候群の予防

ケアでもよくならない

【かかりつけ医の先生へ相談】

〇抗認知症薬投与の検討
（とくにアルツハイマー型認知症の場合）
〇睡眠薬、抗精神病薬の減薬、中止を検討

４.「ＢＰＳＤ」についての詳細な解説

１．BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）は、認知症に伴う予期しない精神症状・行動異常――いわゆる行動・心理症状（周辺症状）を言う。

BPSD は、認知症患者の経過中ほぼ必発の症状で、患者本人だけでなく、患者家族・介護スタッフ等のストレスや介護負担を増大させるため、注目されてきている。また、BPSD の病状認識と初期対応が、医師だけでなく家族・介護者にとっても大切である。

２．BPSD の病態：過活動状態（陽性症状、興奮状態）と低活動状態（陰性症状、うつ状態）に大きく分けられる。

（１）過活動型 BPSD（興奮状態）

対応チャート①　【幻覚】（ｐ.7）

多くは幻視で、幻聴は少ない。レビー小体型認知症（DLB）では 60～80％に幻視を呈する。アルツハイマー型認知症（AD）では 19％と高率に認められる。前頭側頭型認知症（FTLD）や血管性認知症（VaD）では頻度は少ない。

対応チャート②　【妄想】（ｐ.8）

事実ではないことを本気で信じ込むことを妄想と呼ぶ。アルツハイマー型認知症の約半数に出現。そのうち最も多いのが物盗られ妄想。レビー小体型認知症の場合、幻視に基づく妄想が多い（嫉妬妄想など）。その他、被害妄想、被毒妄想（毒を飲まされるという）、替え玉妄想、見捨てられ妄想等。

対応チャート③　【焦燥】（ｐ.9）

イライラして落ち着かない状態。認知症患者の半数がその経過中に焦燥を呈し、暴言、暴力、大声、易怒性、徘徊等の症状となって表出される。焦燥は「不適切な言語、声、身体の動きで、周囲のものには必要性があるとみなされないもの」と定義されており、不適切な言動（奇声、同じ言葉の繰り返し）や、物を不適切に扱う、何事も嫌がる、蹴る、噛む、人を掴むなどの攻撃的な行為が多く見られることもある。

対応チャート④　【易怒性】（p.10）

怒りっぽい状態。軽症認知症から認められる。もの忘れを指摘された時、行動を注意・制止された時、状況が十分に把握できていない状態で介護を行おうとした時などに認められる。

対応チャート⑤　【徘徊】（p.11）

アルツハイマー型認知症の経過中、約 50%に経験するといわれている。どこともなく歩き回る事を言う。物事を調べて回る、他人につきまとう（shadowing）、何かを探し回る、また、レビー小体型認知症のレム睡眠関連行動障害に伴う夜間徘徊・せん妄、前頭側頭型認知症の常同行動に伴う周回（周遊）等がある。徘徊は、脱水、外傷、転倒骨折など、その他の身体合併症の原因となり注意を要する。

対応チャート⑥　【夜間せん妄・昼夜逆転】（p.12）

高齢者では、睡眠・覚醒リズム障害が、軽度の身体負荷や環境変化で増悪し、夜間せん妄や昼夜逆転をおこす。次のリスク因子、薬物使用にも注意が必要である。

＊夜間せん妄のリスク因子：
1、不眠　2、脱水　3、薬剤　4、軽度の身体不調（風邪、下痢）
5、痛み、痒み　6、環境変化　7、脳血管性障害の既往
8、運動不足　9、日光の当たらない生活
10、不適切な環境（騒音・湿度・照度など）
11、拘束（カテーテルなども含む）

＊夜間せん妄・昼夜逆転を起こしやすい薬物：
1．向精神薬（抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、など）
2．抗パーキンソン病薬
3．ステロイド剤
4．抗ヒスタミン剤・抗アレルギー剤
（市販の総合感冒薬にもあり）
5．過活動膀胱（頻尿）治療薬
6．H2 ブロッカー（市販の胃腸薬にもあり）
7．その他：麻薬性鎮痛剤、インターフェロン、
βブロッカー、甲状腺ホルモン製剤など

（１）低活動型 BPSD（うつ状態）

対応チャート⑦　【抑うつ】（ｐ.13）

アルツハイマー型認知症の 40～50%に早期から認められる。レビー小体型認知症や血管性認知症にも認められる。認知症患者のうつ症状は、QOL を落とすだけでなく、介護者の負担因子にもなる。

＊高齢者のうつ症状の特徴：
１、抑うつ気分を訴えない
２、心気妄想など精神様症状を伴うことがある
３、不安・焦燥を伴うことが多い
４、身体的症状を伴うことが多い
５、　認知機能が低下する

対応チャート⑧　【意欲低下（アパシー）】（ｐ.14）

様々な認知症の BPSD 中で最も高頻度に早期からみられる精神症状。アルツハイマー型認知症患者のアパシーの程度と機能障害の程度には相関関係があり、アパシーのある患者の機能障害はより高度である。血管性認知症ではさらに密接に ADL 低下に関係している。

＊アパシーとうつ状態の鑑別：アパシーでは、感情は平板化し、本人の精神的苦痛が無い。一方、うつでは、感情の平板化は無く意欲・活動性低下を本人が苦痛（自責・罪業感）に感じている点が異なる。

【食欲不振】

アルツハイマー型認知症中期の 40%に体重低下が認められる。抑うつ、意欲低下、認知機能低下などからも食欲不振が生じる。認知症進行に伴い、嚥下障害や誤嚥性肺炎のリスクが高まる。食べることへの無関心が認められる。また、抗精神薬、アセチルコリンエステラーゼ阻害剤、抗炎症剤など食欲低下をきたす薬剤にも注意が必要。

３．BPSD への対応：

（１） 非薬物療法：

BPSD は、認知症の重症度には関連せず、予期しない時に認められる。BPSD の悪化要因は、家族や介護環境の不適切 10.7%、薬剤により悪化が 37.7%、身体合併症 23%と、外的要因が 70%を占めている。そこで、BPSD 発症時の対応では先ず非薬物療法が重要となる、特に下記項目につき初期評価を行う。

①患者が不快な刺激を受けていないか？
疼痛・掻痒感・騒音・温度・湿度・照度など
介護上の非難・叱責・虐待・羞恥など

②他に何か変わったことはなかったか？
薬剤変更・身体症状・外傷・生活環境・生活リズムなど
他院での薬剤内容にも注意を！

第一の初期対応として、これら悪化要因を除去するように調整する。さらに BPSD の初期対応を円滑に進める上で大切な点は、BPSD の病態とその原因を正しく理解しておくことである。非薬物療法は、「上手な介護」「適切な対応」「傾聴」が基本原則。非薬物療法が効を奏さない時、はじめて薬物療法を併用するのが原則である。

（２） 薬物療法：

非薬物療法で効果が得られない場合に検討する。一般的には、精神症状には効果があっても、行動異常には効果が乏しい事が多く、効果が期待できる症状は下記の通りである。

抗精神病薬…妄想・幻覚など精神症状、易怒性、暴力行為。

抗うつ薬…うつ病・抑うつ状態、焦燥感、不安症状。鎮静作用の強い抗うつ薬は、夜間せん妄、不穏に使用。

抗てんかん薬…抗精神病薬を使用する程ではない易怒性や暴力行為。

抗不安薬……不安症状、不穏、落ち着かない状態、軽度不眠。

＊薬物療法における注意事項！！

① 必要最小量から開始する
② 3 日～7 日程度の短期間の内服で経過を見る
③ 転倒・骨折・せん妄等の副作用出現に要注意
④ 家族・介護者に必ず服薬管理に関わって頂く
⑤ 家族・介護者が、我慢できる対応可能な投与量に留める
⑥ 症状軽減の後は、常に薬剤の減量から中止を考慮する

＊抗認知症薬について：
ドネペジル（アリセプト）・ガランタミン（レミニール）・リバスチグミン（リバスタッチパッチ・イクセロンパッチ）は、抑うつ、意欲低下に良い効果がある、とされている。メマンチン（メマリー）は、興奮・攻撃性・易怒性に効果がある、とされている。

＊レビー小体型認知症については、少量の薬剤（抗認知症薬、抗精神病薬、抗不安薬）に対して反応しやすいため、薬剤投与には慎重を要する。

＊漢方薬：抑肝散は睡眠障害や興奮状態に効果を認めるが、投与量は、個人差があるため慎重投与する。また、漢方薬にも高齢者に対しては、低 K 血症、浮腫、発疹、脱力など副作用がある点に注意が必要。

（３） 専門医療機関への医療連携：

初期評価・初期対応・非薬物療法・薬物療法にても BPSD の改善傾向がみられない場合、家族・介護者の負担軽減が得られない場合は BPSD 対応可能な医療機関へ相談し、症状によっては入院を考慮する（葛飾区認知症ネットワーク参加施設一覧、認知症疾患医療センター一覧参照）。

＊「精神科・救急受診のタイミング」―どんな時に救急受診したら良いか？

① 認知症患者の攻撃性が強く、非薬物療法で状態が変わらない時

② 家族・介護側の状況で対応が困難な時

③ 自傷・自殺念慮が強い時

参考文献

○川畑信也著『かかりつけ医・非専門医のための認知症診療メソッド』,南山堂
○遠藤英俊著『「かかりつけ医」のための認知症診療ガイド』,医療ジャーナル社
○服部英幸編『ＢＰＳＤ初期対応ガイドライン』,ライフ・サイエンス
○『Rp.レシピ』,南山堂,Vol.11,No.4,2012

引用

○『認知症の「周辺症状（BPSD）に対する医療と介護の実態調査と BPSD に対するチームアプローチ研修事業の指針策定調査報告書」,財団法人ぼけ予防協会
○熊谷亮『BPSD の病態とその対策』,第 2 回城東認知症研究会講演

５．阿部式ＢＰＳＤスコア（認知症介護者のアンケートによる評価）

阿部式BPSDスコア：認知症介護者向けの自己記入式簡易BPSDスコア
BPSDの症状をスコアにして、その程度の経過や重症度などを判定できる

認知症患者さんの介護をしている方にアンケートをお願いします（３回分）。（阿部式BPSDスコア、Abe's BPSD Score = ABS）

患者氏名
患者ID

記入日 2014年 月 日 記入日 2014年 月 日 記入日 2014年 月 日
記入者氏名（続柄 ） 記入者氏名（続柄 ） 記入者氏名（続柄 ）
（無記名でも結構です） （無記名でも結構です） （無記名でも結構です）

質問番号	質問内容	しょっちゅうある	時々ある	たまにある	ほとんどない	しょっちゅうある	時々ある	たまにある	ほとんどない	しょっちゅうある	時々ある	たまにある	ほとんどない
1	家中や戸外を徘徊して困る	9	6	3	0	9	6	3	0	9	6	3	0
2	食事やトイレの異常行動がある	9	6	3	0	9	6	3	0	9	6	3	0
3	幻覚や妄想がある	6	4	2	0	6	4	2	0	6	4	2	0
4	怒りっぽく、暴言を吐く	6	4	2	0	6	4	2	0	6	4	2	0
5	昼夜逆転して困る	6	4	2	0	6	4	2	0	6	4	2	0
6	興奮して大声でわめく	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0
7	やる気が無く何もしようとしない	2	1	0	0	2	1	0	0	2	1	0	0
8	落ち込んで雰囲気が暗い	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
9	暴力をふるう	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
10	いつもイライラしている	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
	合計点												

（44点満点） （44点満点） （44点満点）

※本スコアは3月11日の東日本大震災大津波後に岡山県内の「認知症の人と家族の会」の協力を得て行われた調査に基づき、岡山大学神経内科阿部康二先生らによって作成されたものです

6. 葛飾区認知症ネットワーク参加施設一覧（2015年8月現在）

葛飾区認知症ネットワーク参加施設一覧(2015年8月現在)

支部	施設名	住所	連絡先	もの忘れ予防健診実施	認知症対策委員	サポート医	在宅診療実施	BPSDの対応可能
亀有	亀有おおの診療所	亀有2-33-8 ﾎﾞﾅｰﾙ17ﾋﾞﾙ1F	6662-2655	○			○	○
亀有	大貫内科クリニック	西亀有3-27-17	5680-8056	○			○	
亀有	亀有みんなのクリニック	亀有2-4-8	5650-2821	○	○			
亀有	いなば内科クリニック	亀有3-26-2 ﾘﾘｵ壱番館2F	5680-8005	○	○	○		○
亀有	にいじゅく組合診療所	新宿2-25-6	3607-2583	○				
亀有	亀有病院	亀有3-36-3	3601-0186	○		○		
亀有	矢作クリニック	新宿2-2-14	3607-2516	○	○	○		
亀有	青衣クリニック	西亀有3-37-13	5629-1431	○				
亀有	巷岡クリニック	亀有3-13-3	3602-2751	○				
亀有	亀有北口胃腸科	亀有5-20-2	3620-8834	○				
亀有	もといクリニック眼科内科	亀有2-16-7-2F	3602-5288	○				
亀有	平成立石病院付属リリオクリニック	亀有3-26-1-802	5680-1021	○				
亀有	佐藤内科	亀有3-17-9	3602-2421	○				
立石	立石医院	立石7-24-4	3691-0251	○			○	
立石	駒クリニック立石	立石3-31-8 豊崎ﾋﾞﾙ1F	3695-7003	○	○	○	○	○
立石	小澤病院	奥戸2-31-3	3692-7610	○				
立石	高橋内科クリニック	立石8-1-2-202	6657-7081	○				
立石	岩崎内科医院	立石4-30-12	3693-6930	○			○	
立石	片根医院	立石8-3-4	3691-0056	○				
立石	立石内科クリニック	立石3-18-5	5654-3037	○				
立石	東立石内科クリニック	東立石1-1-8	3696-1177	○				
四つ木	篠原診療所	四つ木4-15-15	3697-0765	○			○	
四つ木	坂本クリニック	西新小岩4-36-11	3697-4736	○				
四つ木	いしかわクリニック	西新小岩4-37-3	3691-3715	○				
四つ木	石川内科医院	四つ木1-15-14	5672-2115	○				
四つ木	平木クリニック	東四つ木3-23-18 2F	5672-5663	○	○	○		○
四つ木	平木こどもクリニック	東四つ木1-20-2	5671-0577	○				
四つ木	ひきふね整形外科クリニック	四つ木5-11-10	5698-7030	○				
四つ木	坂本病院	西新小岩4-39-20	3691-2500	○				
四つ木	四つ木診療所	東四つ木4-45-16	3694-1661	○				
四つ木	真田整形外科	東新小岩7-15-10	3692-9161	○				
四つ木	安藤医院	東四つ木2-7-1 ｾﾝﾀｰﾊﾟﾚｽ1F	3691-1114	○				
四つ木	田中医院	西新小岩4-29-6	3697-0540	○				
四つ木	よつぎホームクリニック	東京都葛飾区四つ木1-31-8	5654-7516	○				
新小岩	大高在宅ケアクリニック	東新小岩8-8-11	5672-1770				○	○
新小岩	ひとみクリニック	新小岩1-49-10 4F	3654-7571	○	○	○		○
新小岩	渡辺昭医院	新小岩2-19-15	3651-6500	○				
新小岩	小村井医院	新小岩2-11-12	5678-5711	○			○	
新小岩	新小岩北口診療所	西新小岩1-8-4	5670-2826	○				
新小岩	安齋クリニック	新小岩4-8-7	5662-1399	○				
新小岩	飯田クリニック	新小岩1-40-10	3674-1033	○			○	
新小岩	新小岩内科診療所	新小岩1-51-2	5607-2489	○				
新小岩	やたクリニック	新小岩1-18-6	5661-1505	○				
新小岩	栗原医院	新小岩2-21-21	5607-1088	○				
新小岩	東新小岩クリニック	東新小岩5-1-4	3697-3188	○				
新小岩	新小岩メンタルクリニック	西新小岩1-8-4 山口ﾋﾞﾙ2F	3695-1511					○
新小岩	白井医院	新小岩1-37-11	3653-5774	○				
堀切	タナカ内科クリニック	宝町1-2-1 ｴﾒﾗﾙﾄﾞﾏﾝｼｮﾝ1F	3697-8275	○			○	○
堀切	堀切中央病院	堀切7-4-4	3602-3135	○	○	○	○	○
堀切	大江医院	東堀切2-5-15	3602-2096	○			○	
堀切	所司医院	お花茶屋1-17-15	6662-2515	○				
堀切	大山クリニック	堀切1-41-9	3692-1314	○			○	
堀切	お花茶屋駅前クリニック	お花茶屋1-19-13F	5629-2077	○				
堀切	ほしの内科クリニック	東堀切3-19-8	5629-9855	○				
堀切	久保島医院	小菅2-25-10	3690-2746	○				
堀切	亀山内科	堀切5-29-19	3602-5223	○				
堀切	ハートクリニック	小菅4-14-5-1F	3602-1810	○				
堀切	茅野外科内科	西亀有2-37-3	3602-0357	○				
堀切	綾瀬中央診療所	小菅4-9-13	3602-5664	○				
堀切	下千葉診療所	堀切7-13-24	3602-2254	○			○	
堀切	菖蒲園診療所	堀切3-12-16	3691-0346	○				
堀切	新葛飾ロイヤルクリニック	堀切2-66-17	3697-8333	○				
堀切	おその整形外科	お花茶屋1-12-5	3690-8288	○				
堀切	宮澤医院	堀切2-13-9	3697-4163	○				
堀切	ほりきり内科整形外科	小菅2-21-18ｱﾋﾞﾀｼｵﾝ堀切1階	6662-9941	○				
堀切	山口クリニック	お花茶屋1-3-4	3601-0128	○				

金町	聖心醫院	東金町2-19-5	3607-3926	○			○	
金町	江戸川病院高砂分院	西水元4-5-1	3607-4060	○	○	○		
金町	葛飾在宅ケアクリニック	水元2-13-6　福招会医療ﾋﾞﾙ2F	5660-2811			○	○	○
金町	大竹胃腸科内科クリニック	南水元4-13-1	3608-5663	○				
金町	あさの金町クリニック	東金町1-18-3　第3ｳﾊﾞﾉﾋﾞﾙ1F	3609-7511	○	○	○	○	○
金町	東金町内科クリニック	東金町7-5-8　ﾛｲﾔﾙｸﾚｾﾝﾄ1F	5648-5715	○				
金町	第一病院	東金町4-2-10	3607-0007	○		○	○	○
金町	水元医院	水元4-22-6	3607-4749	○			○	
金町	葛飾橋病院	東金町7-33-1	3607-0891	○	○			○
金町	吉崎医院	金町2-9-14	3607-3870	○	○			
金町	加藤医院	金町3-20-5	3607-1238	○				
金町	かつしか野村クリニック	水元2-13-6 福招会医療ﾋﾞﾙ1F	3826-5723	○				
金町	金町成人病クリニック	東金町2-13-4	3826-6171	○				
金町	中村内科クリニック	東金町1-41-3-2F	3609-0133	○				
金町	小沼医院	東水元2-10-2	3607-4008	○			○	
金町	金町診療所	東金町1-15-5	3607-5124	○			○	
金町	三尾医院	東金町3-16-12	3607-2917	○				
金町	愛育苑診療所	水元3-13-6	3607-6606	○				
金町	的場医院	金町6-13-9-201	3607-0517	○				
金町	たしろ整形外科	東金町2-4-18	5660-7611	○				
金町	かまた医院	金町3-32-11	3607-3641	○				
金町	中沢内科胃腸科医院	金町6-9-2	3608-4976	○				
金町	ふくクリニック	東金町1-42-3-2F	5699-1755	○				
金町	浅野医院	東金町3-39-4	3607-0267	○				
金町	水元セツルメント診療所	水元3-22-21水元公園共同ビル2階	3826-5015	○				
金町	金町脳神経内科・耳鼻咽喉科	金町6-4-3金町メディカルモール401	5660-5211	○	○	○	○	○
高砂	えがおホームクリニック	柴又5-33-2ﾘﾊﾞｰｻｲﾄﾞﾏﾝｼｮﾝ401号	6657-8658	○	○	○	○	○
高砂	山口医院	柴又4-16-2	3657-3601	○			○	
高砂	新高砂クリニック	高砂5-33-3	3609-6800	○				
高砂	鈴木医院	柴又5-12-29　ﾙｰｴｽﾃｰﾄ1F	5612-7100	○			○	
高砂	吉田機司クリニック	鎌倉4-17-5	3659-2245	○				
高砂	遠藤医院（柴又）	柴又3-12-18	3607-1636	○	○		○	
高砂	北野医院	葛飾区柴又6-5-16	5693-7796	○			○	
高砂	野崎内科医院	鎌倉2-2-7	3673-7171	○	○			
高砂	細田診療所	細田3-9-43	3657-3430	○	○	○		○
高砂	高砂診療所	高砂4-2-26-114	3659-3107	○	○	○		○
高砂	わたクリニック	柴又1-2-1-1F	5648-7025	○	○	○	○	△
高砂	阿久津医院	高砂2-30-21	3659-1123	○				
高砂	新柴又駅前クリニック	鎌倉3-28-13	5612-4600	○		○		
高砂	新宿診療所	柴又1-37-5	3607-2850	○				
高砂	雨宮医院	葛飾区柴又1-43-11	3600-3511	○				
高砂	黒木整形外科クリニック	細田4-37-1永福ハイム1階	3672-9611	○				
青戸	あおとメンタルクリニック	青戸3-33-14　ｻﾝﾌﾟﾗｻﾞﾋﾞﾙ2F	5629-7088		○			○
青戸	日下内科クリニック	青戸8-3-10	3838-8715	○				
青戸	石川循環器クリニック	青戸1-20-15	3695-7288	○	○			
青戸	吉川内科医院	白鳥3-31-2-101	3602-8723	○				
青戸	いずみホームケアクリニック	青戸5-30-4-4F	3603-1717	○	○	○	○	○
青戸	青戸町医院	青戸1-10-12	3691-1894	○				
青戸	クリニックあおと	青戸7-1-34	5650-6221	○				
青戸	中村内科	青戸3-39-15	3603-5501	○				
青戸	東立病院	立石6-38-13	3693-1515	○				
青戸	阪口クリニック	白鳥2-17-22	3604-8201	○				
青戸	黒川クリニック	宝町2-34-13-112	3694-8675	○				
青戸	東京慈恵会医科大学 葛飾医療センター	青戸6-41-2	3603-2111		○	◎		○
青戸	中路医院	青戸7-18-2	3602-5550	○				
青戸	小島医院	青戸-33-6	3604-7777	○				
	件数			117	22	18	29	20

注：サポート医欄の◎は、東京慈恵会医科大学葛飾医療センターは認知症専門医（認知症学会）

注：東部地域病院は脳外科にて診断のみ

注：BPSDの対応可能欄の△は、精神科の状況によっては、受け入れ可能

７．近隣の認知症疾患医療センター一覧

医療機関名	所在地	連絡先
順天堂大学医学部附属順天堂医院	文京区本郷3-1-3	03-5684-8577
大内病院	足立区西新井5-41-1	03-5691-0592
順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター	江東区新砂3-3-20	03-5632-3180

８．高齢者総合相談センター（地域包括支援センター）一覧

平成27年8月1日現在

高齢者総合相談センター	所在地	電話番号	FAX 番号
水元	水元 1-26-20　水元ふれあいの家内	3826-2419	3826-2364
水元出張相談窓口	南水元 1-20-8　いいづか集い交流館		
新宿	新宿 2-16-4　花の木内	3826-8726	3826-8725
金町	東金町 1-36-1-108	3826-5031	3826-5032
高砂	高砂 3-27-12	5889-8600	5889-8601
柴又	柴又 1-47-7-102	5876-9531	5876-9532
青戸	青戸 3-13-19	5629-5719	5629-5718
亀有	亀有 4-31-18　ケイハイツⅠ105	6240-7630	6240-7638
堀切	堀切 2-66-17　葛飾ロイヤルケアセンター内	3697-7815	3697-7862
お花茶屋	白鳥 1-12-20　石倉ビル１階	5671-2471	5671-2472
東四つ木	東四つ木 2-27-1　東四つ木ほほえみの里内	5698-2204	5698-2170
立石	立石 6-19-10　S･Kビル１階	6657-6140	6657-6141
奥戸	奥戸 3-25-1　奥戸くつろぎの郷内	5670-5212	5670-1489
新小岩	新小岩 2-10-15-104	5879-9328	5879-9329

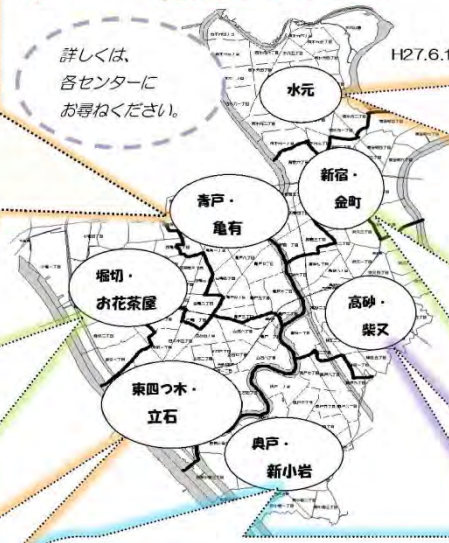
９．高齢者支援課　地域ケア推進係

立石5-13-1葛飾区役所2階

電話番号：03-5654-8597　FAX番号：03-5698-1531

おひとりで悩まずに。認知症家族会・認知症カフェにお越し下さい！

詳しくは、各センターにお尋ねください。



すこやかの会

認知症の方を介護する家族は，体にも心にも、大きな負担がかかります。もしかすると同じ悩みを抱えている方が他にもいるかもしれません。一人で悩まずに、「すこやかの会」で想いを話してみませんか。
参加無料、事前連絡不要、途中参加 OK、どなたでもお気軽にお越しください。

開催日時：奇数月　第４木曜日　午後１時～３時
場　　所：亀有集い交流館２階会議室（亀有１－２４－３）
連絡先　：高齢者総合相談センター亀有　６２４０－７６３０

「オレンジカフェ すこやか」
毎月第４金曜　10～12 時　高齢者総合相談センター青戸

菜の花会

認知症高齢者を介護している家族が困っていることや、家族の思いを自由に話していただいたり、認知症に関する世間の話題や知識について、肩ひじ張らずに皆で話をしています。

開催日時：奇数月　第３木曜　午後２時～２時半
場　所　：介護老人保健施設 葛飾ロイヤルケアセンター
　　会議室（堀切２－６６－１７）
連絡先　：高齢者総合相談センター堀切　３６９７－７８１５

「オレンジカフェ」
毎月第３土曜　午後２時～４時　新葛飾病院からだ学習館

さくらの会

ご家族同士が認知症や介護に関する情報交換をしたり、日頃の介護の悩みや思いを話したりすることで、これからの認知症介護に前向きに取り組めるような会にしています。職員も毎回参加していますので、お気軽にご参加下さい。

開催日時：偶数月　第２金曜日　午後１時半～３時
場　所　：高齢者総合相談センター東四つ木
連絡先　：高齢者総合相談センター東四つ木　５６９８－２２０４
　　高齢者総合相談センター立石　６６５７－６１４０

「オレンジカフェ 人参」（平成２７年１０月オープン予定）
毎月第１・３水曜　午後１時～４時　高齢者総合相談センター東四つ木 ２階

奥戸ねぎぼうずの会

認知症やその他の病気の方を介護している家族のための会です。２か月に１回「つどい」で悩みを話し合ったり、専門家や経験者のお話を聞いたり、人との交流を通して少しでも楽な気持ちになれるように、一緒に考えて行きます。見学できますので、ぜひ一度お問合せ下さい。

開催日時：奇数月　第４木曜日　午後１時半～３時半
場　所　：奥戸くつろぎの郷　多目的ホール
連絡先：高齢者総合相談センター奥戸　５６７０－５２１２
　　高齢者総合相談センター新小岩　５８７９－９３２８

「オレンジカフェ ～ねぎぼうず～」
毎月第２水曜 午後１時～４時 奥戸くつろぎの郷　多目的ホール

水元菖蒲の会

認知症対応型通所介護施設の職員と協同で行っています。
参加者同士、介護の悩みや苦労、歓びをお互いに話す座談会を中心に行っています。また介護に関する情報提供や勉強会も行っています。介護されている方、介護に携わる方、地域の方、どなたでも、参加をお待ちしています。

開催日時：奇数月　最終水曜日　午後１時半～３時
場　所　：西水元在宅サービスセンター（西水元２－２－８　西水元あやめ園内）
連絡先　：高齢者総合相談センター水元　３８２６－２４１９

「ふれんど水もと」（オレンジカフェ）
毎月第２水曜　午後２時～４時　水元ふれあいの家

花の木

日頃の介護状況や自分の思いを互いに話し、意見交換を行う他、認知症についての知識や理解を深めています。
男性参加者が多いのも特徴。
「笑顔になって帰れる会」を目指しています。

開催日時：偶数月　第４水曜日　（１２月のみ第３水曜日）
　　午後１時半～３時半
場　所　：介護老人保健施設　花の木４階会議室

開催日時：奇数月　第３木曜日　午後１時半～３時半
場　所　：特別養護老人ホーム
　　東かなまち桜園　１階地域交流室

連絡先　：高齢者総合相談センター新宿　３８２６－８７２６

「オレンジカフェ」
毎月第３火曜　午後５時～６時　カフェ準備会実施中

ハナミズキの会

平成１８年度に発足しました。
少人数で集まりながら、参加者同士で介護に関する情報交換や近況報告をする場となっています。今後、施設見学等のイベントを考えています。

開催日時：偶数月　第３金曜日　午後１時半～３時
場　所　：高齢者総合相談センター高砂　（高砂 3-27-12）
連絡先　：高齢者総合相談センター高砂　５８８９－８６００

「カフェ ハナミズキ」（オレンジカフェ）
毎月第２・４火曜 午後１時半～３時半 高砂団地 24 号棟 第２集会所

葛飾区役所 高齢者支援課 地域ケア推進係
住所 立石５-13-1 葛飾区役所２階
電話 5654-8597 FAX 5698－1531

さいごに

あとがき

最後に「認知症ケアの心」について、象徴的な物語をご紹介します。
「足もとのおぼつかない幼い子（１歳半くらい）が公園を歩いていました。ところが何かのはずみで転んで泣き出しました。するとそこに４歳くらいの女の子が駆け寄ってきました。助け起こすのかなと思ったら、女の子は倒れている小さい子の傍らで自分も腹這いになり、幼い子を見てにっこり笑いかけました。泣いていた子もつられて泣きやみ、にっこりしました。女の子は「起きようね」と言うと小さい子も「うん」と言って一緒に立ち上がり、手をつないで歩いて行きました。」女の子は、まず駆け寄ります。そして上から引き起こすのではなく、一緒に立ち上がろうとする優しさを表現しています。自ら起き上がる力とその可能性を信じ、それを果たした喜びを共に味わう事、ケアをする人の心の本質がここにあります。
これは、「認知症のケア」（長谷川和夫著・永井書店）にある一節です。
認知症と正面から向かい合い、専門医も非専門医の先生方も、また家族も介護者も共々に認知症患者と苦楽を共にしていくことが、認知症ケアの心ではないでしょうか。

この「認知症・BPSD介護マニュアル」（葛飾区医師会版）が、葛飾区民の多くの皆様に、お役立て頂ければ幸甚です。

（文責：稲葉　敏）