天晴れ介護サービス総合教育研究所

介護職のための医療知識講座

認知症
～中核症状・BPSDの評価～

令和8年　11月16日
看護師　　吉村美由紀

【自己紹介】

吉村　美由紀（よしむら　みゆき）

愛知県犬山市出身
看護学校卒業後、総合病院で7年半勤務
（循環器内科、呼吸器内科、内分泌内科、外科に勤務）

平成11年　訪問看護ステーションに勤務
平成12年　介護支援専門員資格取得
平成17年　訪問看護・介護支援専門員兼務
平成18年　医療法人へ転職し、訪問看護、居宅介護支援事業所兼務後法人本部にて小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護、グループホーム、地域密着型介護老人福祉施設等の開設・運営等に携わる
平成23年　愛知県認知症介護指導者研修修了、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、小規模多機能サービス等計画作成担当者研修にて講師として携わる
平成31年　もう一度現場に戻りたい！と転職し、現在、住宅型有料老人ホーム併設の訪問看護事業所にて看護師として勤務中

【保有資格】 看護師、介護支援専門員、認知症介護指導者

本日の内容

1.認知症ケアにおける研修の意義と
早期診断の必要性

2. 中核症状（認知機能障害）について

3. 中核症状の評価
改定長谷川式簡易認知機能評価スケール（HDS-R）

4. 行動心理症状（BPSD）とその評価

5. まとめ

1. 認知症ケアにおける研修の意義

認知症ケアには「正解はない」

「認知症の人を理解しようとし続ける姿勢」が重要!!

研修では、
①個別ケアを考える事ができるようになるための基礎知識
②知識を基にした考える力
③自分の見方や考え方が相手に合致しているかどうかを確認したり振り返る力

これらを身につけることが重要

【認知症の定義】　令和3年4月改正　介護保険法第5条の2

アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患により**日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態**として政令で定める状態をいう。

※認知症＝記憶機能の低下ではないため、「認知機能の低下」となった。

認知症の中には、記憶機能はそこそこ維持されていても、他の機能が損なわれるケースもある。

ex)　前頭側頭型認知症　など

※※神経変性疾患＝神経そのものが変質していく状態を表す。

早期診断が必要な理由

◆症状の原因を早めに見極めるため

・認知症は徐々に進行するのが特徴で、代表的な症状に記憶力の低下がある。これが加齢によるものか、認知症の初期症状なのか原因を見極め、治療を開始するには重要。

・原因がわからないまま放置すると、対応が遅れ生活に支障が出る可能性がある。

◆進行を遅らせる対策につなげるため

・認知症は初期段階であれば、生活習慣の改善や社会参加によって進行を緩やかにできる可能性がある。

・認知症の一歩手前の「軽度認知障害（MCI）」の段階で対応すれば、発症そのものを遅らせられる場合もある。

・検査結果をもとに薬物療法や生活支援などの対策を早めに始めることで、本人の生活の質を保ちやすくなる。

◆本人と家族が安心して向き合うため

・認知症の検査を受けて状況がはっきりすれば、本人と家族が抱える「漠然とした不安」が軽減される。

・仮に「認知症ではなかった」という結果でも、それが安心材料になる。

・検査を受けることで家族は「今後本人をどう支えていくか」を考える機会を得られ、心の準備ができる。



家族がつくった

「認知症」早期発見のめやす

日常の暮らしの中で、認知症の始まりではないかと思われる言動を、「家族の会」の会員の経験からまとめたものです。医学的な診断基準ではありませんが、暮らしの中での目安として参考にしてください。
いくつか思い当たることがあれば、かかりつけ医などに相談してみることがよいでしょう。

もの忘れがひどい
- ☐ 1. 今切ったばかりなのに、電話の相手の名前を忘れる
- ☐ 2. 同じことを何度も言う・問う・する
- ☐ 3. しまい忘れ置き忘れが増え、いつも探し物をしている
- ☐ 4. 財布・通帳・衣類などを盗まれたと人を疑う

判断・理解力が衰える
- ☐ 5. 料理・片付け・計算・運転などのミスが多くなった
- ☐ 6. 新しいことが覚えられない
- ☐ 7. 話のつじつまが合わない
- ☐ 8. テレビ番組の内容が理解できなくなった

時間・場所がわからない
- ☐ 9. 約束の日時や場所を間違えるようになった
- ☐ 10. 慣れた道でも迷うことがある

人柄が変わる
- ☐ 11. 些細なことで怒りっぽくなった
- ☐ 12. 周りへの気づかいがなくなり頑固になった
- ☐ 13. 自分の失敗を人のせいにする
- ☐ 14. 「このごろ様子がおかしい」と周囲から言われた

不安感が強い
- ☐ 15. ひとりになると怖がったり寂しがったりする
- ☐ 16. 外出時、持ち物を何度も確かめる
- ☐ 17. 「頭が変になった」と本人が訴える

意欲がなくなる
- ☐ 18. 下着を替えず、身だしなみを構わなくなった
- ☐ 19. 趣味や好きなテレビ番組に興味を示さなくなった
- ☐ 20. ふさぎ込んで何をするのも億劫がりいやがる

認知症の電話相談（通話無料）
0120-294-456（10:00~15:00 土日祝を除く）
携帯・スマホからは 050-5358-6578（要通話料）

47都道府県の支部の連絡先など詳細はホームページをご覧ください
家族の会 検索

公益社団法人 認知症の人と家族の会

https://alzheimer.or.jp/wp-content/uploads/2021/07/soukihakkenmeyasu2021s.pngより引用

認知症の検査の流れ

【問診】

①問診票に症状や持病、既往歴などを記入。

②医師からの問診と診察

いつごろから、どのような症状があるか

日常生活にどのような支障をきたしているか

病歴や内服薬はあるか

※認知症で記憶力が低下していると本人が正確に伝えることが難しい場合もあるので、家族や付き添いの方が答えられるように準備をしておく。

身体検査

①聴診や触診、神経学的な異常がないか神経診察。

②血液検査やレントゲン検査、心電図検査などを行う場合もある。

※認知症とは別の病気の可能性がないかを調べるために必要な検

認知症検査

①神経心理学的検査」

主に口頭での質問に答えたり、紙や各種道具、コンピュータなどを用いて図形や絵を描いたりする形式の検査。

認知症での知能・記憶・言語などの機能障害を数値化して客観的に評価するための検査で、医師や心理職が患者と1対1で実施。

◆改訂 長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）

記憶を含めた認知機能について調べる検査で、9つの質問から構成されています。それぞれの質問には1～6点が付けられており、計30点満点。

点数が20点以下の場合に「認知症の疑いがある」とされる。

◆ミニメンタルステート検査（MMSE）

時間、場所の見当識、3単語の即時再生と遅延再生、計算、物品呼称、文章復唱、3段階の口頭命令、書字命令、文章書字、図形模写の計11項目から構成される30点満点。

23点以下が認知症疑いと判定されます。

◆**時計描画テスト（CDT）**

時計の絵と、指定された時刻に針を配置する描画検査。

評価は時計の絵の構成や、その時計に併せて描く指定された時刻の適正度から行う。

「時計の絵を描く」という年齢や教育歴の影響を受けにくい検査なので、検査に対する抵抗が比較的少ないことが特徴。

◆**ABC認知症スケール（ABC-DS）**

日本の研究者が開発したアルツハイマー型認知症の進行度合いについて調べる検査。

本人ではなく家族や介護者から日常生活の動作・行動・心理症状について質問を行い、9段階で評価する。

日常生活動作、精神症状、記憶障害、見守り時間などから家族や介護者が評価。満点は117点で、117点～101点が健常または認知症疑い（MCI）、100点～86点が軽度、85点～71点が中等度、70点以下が重度の認知症。

◆**Mini-Cog**

3つの単語を思い出したり、時計を描いたりする能力を評価する簡単な認知機能検査方法。

2点以下が認知症疑いとされており、比較的精度が高くMMSEと同様の妥当性を有するとされている。

◆**MoCA（Montreal Cognitive Assessment）**

視空間・遂行機能、命名、記憶、注意力、復唱、語想起、抽象概念、遅延再生、見当識からなり、軽度認知障害をスクリーニングする検査。

25点以下が軽度認知障害と診断される。

◆**DASC-21**

認知機能障害と生活機能障害に関連する行動の変化を評価する尺度で、介護職員やコメディカルでも施行できる21の質問からなる。

DASC-21は臨床的認知症尺度（Clinical Dementia Rating, CDR）と相関があり、その妥当性が報告されている。

②「脳画像検査」

◆形態画像診断（CT、MRIなど）

脳の萎縮の状態や脳血管障害の有無を調べられる。

◆脳の機能を調べる機能画像診断（脳血流SPECTなど）

SPECTは脳血流量を調べる。

PETはSPECTでわかる脳血流量のほか、酸素消費量やブドウ糖消費量も調べることができる検査。

参考

厚生労働省資料より

認知症患者に提供するべき医療　30項目：

1. 鑑別診断機能	
1	アルツハイマー型認知症の診断
2	脳血管性認知症の診断
3	レビー小体型認知症の診断
4	前頭側頭型認知症（またはピック病）の診断
5	上記1)～4)以外の認知症疾患の診断
6	認知症，うつ病，せん妄の鑑別診断
2. 周辺症状／身体合併症の入院対応機能（救急医療や終末期医療を含む）	
7	合併する一般身体疾患（生活習慣病など）に対する入院治療
8	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療
9	随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療
10	合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）
11	随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）
12	入院による終末期医療
3. かかりつけ医機能	
13	認知症疾患センターやもの忘れ外来など認知症専門医療機関への紹介
14	介護保険主治医意見書の記載
15	合併する一般身体疾患（生活習慣病など）に対する通院治療
16	アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬（アリセプト等）の投薬

4. 往診・訪問診療機能	
17	往診・訪問診療による身体疾患の治療
18	往診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療（精神科との連携下でも可）
19	施設（グループホーム，介護老人福祉施設など）への往診・訪問診療
20	往診・訪問診療による終末期医療
5. 周辺症状に対する外来対応機能	
21	随伴する抑うつ症状に対する通院治療（精神科との連携下でも可）
22	随伴する幻覚や妄想に対する通院治療（精神科との連携下でも可）
23	随伴する興奮や攻撃性に対する通院治療（精神科との連携下でも可）
24	せん妄に対する通院治療（精神科との連携下でも可）
6. 介護機関との連携機能	
25	介護支援専門員への助言または連携
26	地域包括支援センター職員への助言または連携
27	グループホーム等施設介護者への助言・指導
7. 専門領域の身体合併症に対する外来対応機能	
28	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する通院治療
8. その他	
29	認知症に対するデイケア
30	家族に対する「認知症の人と家族の会」についての情報提供

平成20年度厚生労働科学研究「精神科救急，特に身体疾患や認知症疾患の合併症例の対応に関する研究」（主任研究者　黒澤尚、分担研究者　粟田主一）

2. 中核症状（認知機能障害）について

中核症状とは、
　脳の神経細胞の障害によって起こる認知機能の低下。

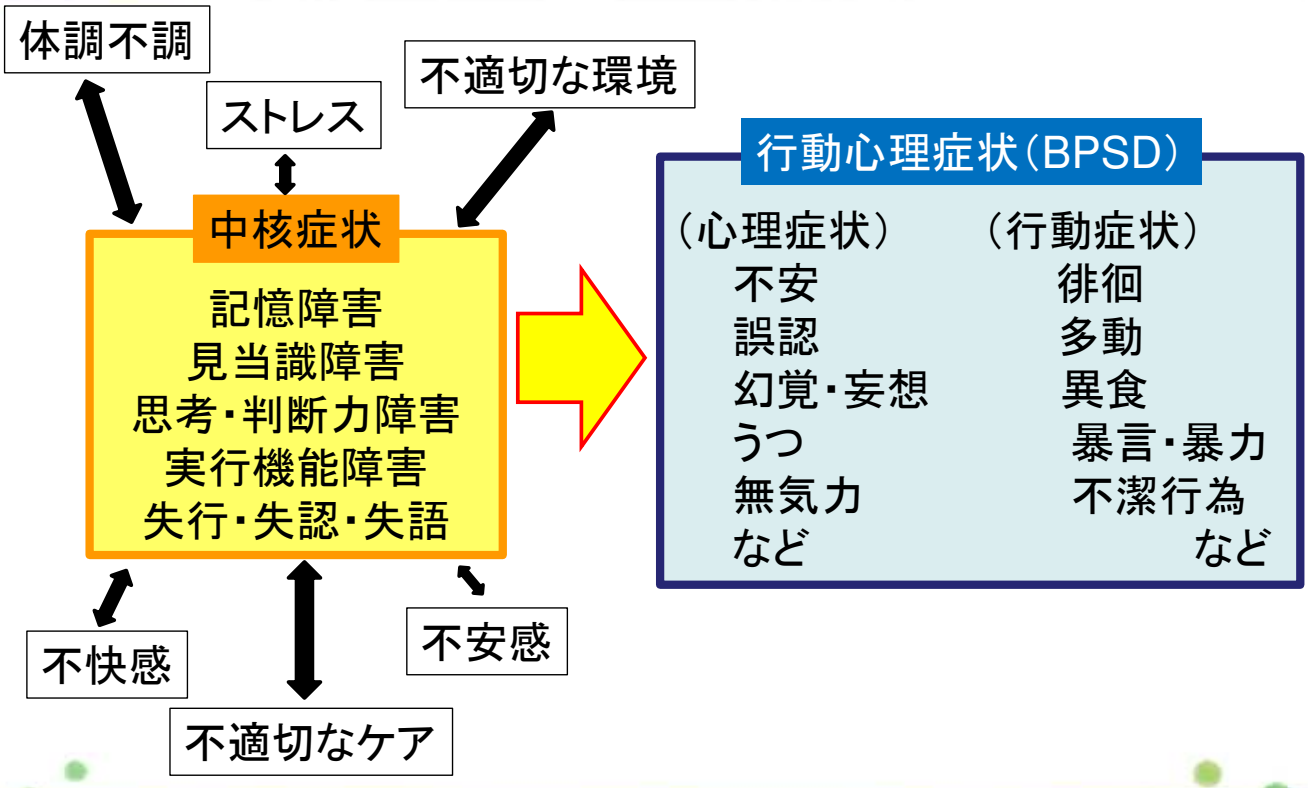
BPSDとは、中核症状に伴って発生する認知症の症状。

【中核症状の理解の大切さ】

認知症の人の心理的な問題

中核症状

慢性的な不快感・不安感
自発性の低下やうつ状態
混乱・感情の変わりやすさ



【認知症の人への支援】

認知症の人ができないことを支え、
できることを発揮してもらうために・・・

中核症状が、どのような生活障害を生じさせるのか
生活障害はどのような中核症状の影響を受けて生じるのか

中核症状を正しく理解し、評価することが必要！

しかし・・・
中核症状には様々な種類があり、
その低下のスピードは人それぞれ

これらを正確にとらえるためには、
専門知識とそれに基づいた観察の技術が必要!!

【中核症状のアセスメント】

どのような症状が、どのような場面で出ているのか・・・
など

具体的な。生活障害を把握することが大切

（1）記憶障害

記憶のプロセスは、「記銘」「保持」「想起」の3つのプロセスで構成。

記憶の種類

【時間の要素】で分類

◇**短期記憶（近時記憶）**：数秒から数時間程度の記憶。

◇**長期記憶**

・**近時記憶**：数分から数か月の比較的近い過去に起こったことや覚えた情報の記憶。

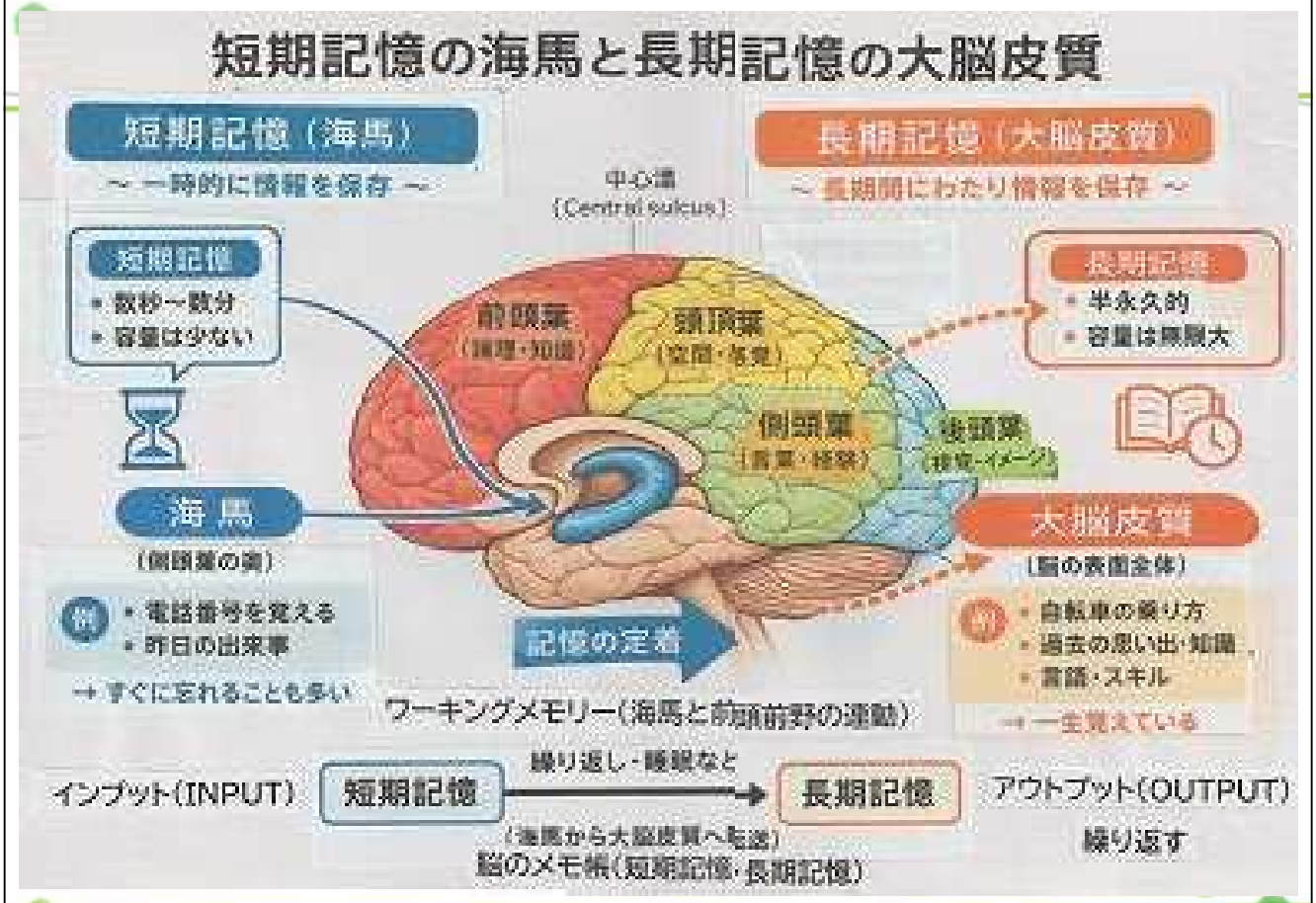
・**遠隔記憶**：何年間にもわったて蓄えられた情報の記憶。

◇**展望記憶**：これから行おうと計画している事をタイミングよく思い出す記憶。

【情報の様式】で分類

◇**言語的記憶**：聞いたり読んだりした言葉で表すことのできる記憶。

◇**視覚的記憶**：映像や記号など視覚的な形で保存される記憶。



https://stat.ameba.jp/user_images/20260331/00/tantan194970/18/e1/j/o0400028015766200349.jpgより引用

【記憶の分類】

忘れにくい



- 長期記憶
  - 非陳述記憶 ― 手続き記憶
    - 言葉にできない
    - 車の運転など体で覚えた記憶
  - 陳述記憶
    - 言葉にできる
    - 意味記憶
      - 言葉の意味など知識
    - エピソード記憶
      - 個人的な体験や思い出
- 短期記憶 ― ワーキングメモリ（作業記憶）記憶
  - 一次的な記憶

忘れやすい

【記憶障害のある人の心理】

◇記憶障害により、自身の置かれている状況が分かりにくい。

➡漠然とした不安を抱きやすく、自分の行動や発言に自信が持ちにくい。

◇「約束や要件を忘れてしまう」
「状況に合わない不適切な行動や発言をしてしまう」

➡周囲とトラブルになったり、コミュニケーションが上手くいかないという経験を繰り返しやすい。



「また忘れて失敗するのではないか」という不安から引きこもりがちになったり、理由のわからない失敗経験の繰り返しからストレスをためてしまう。

【支援の基本】

・それぞれ障害状況は異なる。
　➡まずは本人の状況を把握!!
・記憶障害のある人の不安を理解して関わる。
・本人をとりまく環境（物・人）を調整することで
　本人の負担を減らす。
・残存能力を活用した対処法を検討する。

自信の回復・情緒の安定のためには、
　・本人の良い部分を積極的に認める。
　・小さなことでも成功する体験を積めるように
　　周囲が工夫し、主体的に楽しめる場面を増やす。

①生活しやすい環境を整える

周囲の環境に手を加えて、
「現在の自分を取り巻く状況」
「これからすべき行動」 が本人に伝わりやすくする。

例えば・・・

◆日課や生活パターンを決めておく。
◆重要な物やよく使用する物品の保管場所は決めておく。
◆居室の物品は、最小限にとどめて必要なものを見つけやすくする。配置を工夫する。

②手がかりの多い環境を作る

行動の手がかり（思い出すためのヒント）が多い環境をつくる。

例えば・・・

◆日課や予定、注意事項などを確認しやすい工夫をする。
（カレンダー、ホワイトボード、張り紙、付箋、チェックリスト、携帯電話などの利用）

◆文字情報だけでなく、具体的な絵柄や図、写真など視覚的な手がかりの活用を検討する。

◆部屋やトイレなどの場所がわからなくなる場合は、目印や矢印などをつける。

◆収納棚などには、内容物がわかるように表示する。

◆アラームやタイマーなどを利用して「しなくてはならないこと」に気づきやすくする。

◆困ったときの対処法や相談先を決めておく。

③周囲の対応をなるべくそろえる

家族や介護職などの周囲の対応も重要な環境調整の一つ。

【会話やコミュニケーションの対応例】

◆1回の話は、一つの話題やテーマで行う。

◆主語や名詞、日付などを省略しない。

例）　×「この前」 → 〇「先週の木曜日」

◆用件は、「いつ、どこで、だれが、何を、どうした（どうする）」という内容を具体的に簡潔な文章で伝える。

◆大事な内容はメモに書いて渡す、またはメモを取るように促す。

など

（2）見当識障害

見当識とは＝自分が置かれている状況を正しく認識する能力。

自分が置かれている状況とは＝年月日、時間、季節、場所、人物など

見当識障害の種類

① 時間に関する見当識の障害（年月日、時間、曜日、季節）
② 場所に対する見当識の障害
（自分がいる場所、目的地との位置関係）
③ 人との関係性に対する見当識の障害
（日常的に接している人や家族、親しい人を認識できない）

①時間に関する見当識の障害

◆時間の感覚がなくなる。 ➡ 遅刻が多くなる。
◆月日がわからなくなる。 ➡ 約束を忘れる。
◆1日の朝昼夕の判別が難しくなる。➡夜中に買い物に行こうとする。
◆季節感が失われる。 ➡ 真夏にセーターを着る。

②場所に対する見当識の障害

◆方向感覚がわからなくなる。 ➡ 近所なのに道に迷う。
（地理的失見当）

◎街並失認：
熟知した街並（建物・風景）が識別できなくなる。
➡周囲の風景が目印にならない。

◎道順障害
一目で見渡せない場所にある対象物同士の位置関係が分からなくなる。
➡進むべき方向が分からなくなる。

③人との関係性に対する見当識の障害

◆周囲の人との関係性が分からなくなる。

➡ 孫を娘と言う。
自分の娘を妹と言う。
亡くなった夫の帰りを待つ。

※ 記憶障害の進行により、自分の年齢や人の生死に関する記憶がなくなり、周囲の人との関係性が分からなくなるのが原因。

参考

認知症高齢者への環境支援のための指針 PEAP 日本版3

Ⅰ 見当識への支援（P4）
1）環境における情報の活用
2）時間・空間の認知に対する支援
3）空間や居場所のわかりやすさ
4）視界の確保

介護者が気をつけるべきこと

◇脱水症状、熱中症、風邪などに注意
◇時計、カレンダー、日課表を上手に活用
◇生活リズムを定着させる
◇外出時の行方不明に注意する
◇積極的に外に出てみる など

（3）思考力・判断力の障害

◆物事を判断する時、「記憶」を頼りにすることが多い

認知症により「記憶障害」が起こると、
・過去の記憶に照らし合わせる。
・直前の情報との前後関係を考えたりしながら物事を判断することができなくなる。

◆思考力とは・・・

思考力＝考える力

脳に入ってくる情報を理解し、自分の体験や知識に照合したり、検索して適切な判断をして、自分の考えをまとめて発信するといった情報の処理をする能力。

【思考のパターン】

◆二つ以上のものの特徴を比較
➡似ているところを取り出す➡それを一つの概念にまとめる
➡まとめたものに名前を付ける

例えば・・・
ほうれん草、にんじん、キャベツ＝野菜

◆2つ以上の概念とその属性との間に関係を定め、その関係が正しいか否かを判断する。
例えば・・・
にんじんは野菜である　と断定すること

◆ものの良し悪しを判断する。

◆抽象的な考え方、想像力。

思考力・判断力の障害がおきると・・・・

◆良いか悪いかの判断ができなくなる。
◆あいまいな表現がわからなくなる。
◆目に見えないものが理解できなくなる。
◆考えるスピードが遅くなり、二つの事が重なると判断できなくなる。
◆環境の変化などで混乱しやすくなる。
◆現実的な判断ができなくなる。
◆物の違い、共通点がわからなくなる。

【支援の基本】

①あいまいな表現を避ける

「あれ」「それ」といった表現を避け、できるだけ具体的な名称・目的を伝える。

例）「それを取って下さい」→「リモコンを取ってください」
「病院にいきましょう」→「薬をもらいに行きましょう」
「着替えましょう」
→「今着ている服を脱いで、パジャマに着替えましょう」

②外出時の配慮

万引きをしたり、赤信号を渡って事故に遭うなどのリスクがある。

・周囲の人に見守りを依頼
・お店の方に事情を説明しておく
・できれば、一人での外出は避ける

③ゆっくりと待つ

判断力の低下により、考えるスピードが遅くなる。

・時間をかければ判断できるので、ゆっくりと待つ。

・質問をする時には、できるだけシンプルに問いかける。

④悪いことだと理解できないので怒らない

物の良し悪し、善悪の判断ができなくなる。

本人は悪い事だということが分からないため、
怒られた事でネガティブな感情のみが残り、
介護拒否につながる可能性がある。

（4）実行機能障害（遂行機能障害）

目的をもった一連の行動を自立して有効に成し遂げるために必要な機能。

目的を果たすために、

① 計画を立てる。
② 計画を実行して目的を達成する。
③ 効率よく行う。

例えば、

「計画を立てる」

今日の夕食を作るには・・・

① 献立を考える。（調理にかけられる時間も考慮。）

② 家にある食材と買いに行く食材を選択して買いに行く。

③ 必要な食材を使い、調理する。

何から作るか？　時間のかかる物から？

冷めても良い物から？

「実行して目的を達成する」

先ほど計画を立てた「夕食を作る」ことを実行し、ちゃんと「夕食が作れた」という結果が得られること。

必要な食材がなかった場合にも、他の食材で代用するなどして対応することができる。

（予想外の事が起きても、他の手段を考えて適切な対処ができる。）

「効率よく行う」

夕食を作る場合、

・時間のかかる煮物を火にかけて煮込んでいる間に、副菜を作る。

・ご飯を炊いている間に、おかずを作る。

など

短時間で段取り良く行えるような工夫。

実行機能障害が起こると・・・

・歯ブラシ、歯磨き粉があっても、何をして良いのかわからない。
・適切な順番で衣服を着ることができない。
　　目についたものから着てしまう。
　　上着の袖に手を通すことができない。
・料理など生活のための行動が途中で止まる。
　　次にどうすればよいか分からなくなる。
　　自分が何をしていたのか途中で分からなくなる。
・仕事や家事などにミスが増える。
・掃除、洗濯がきちんとできない。
・料理の段取りが悪く、料理の味付けが少しずつ変わる。
・食器を洗っても、汚れが落ちない。
・電話やリモコンなど家電製品が使えなくなる。
・排泄に関する行為ができなくなる。　　など

【支援の基本】

実行機能障害 ≠ 何もできなくなる

サポートしてくれる人がいれば、作業をやり遂げることが可能であることをケアする側がしっかりと認識することが重要!!

①声をかけてきっかけを作る。

・最初の動作を促す声掛け。

②ひとつずつ指示を出す。

・今は何をしていて、次の動作はどうすればよいかなどの声かけをする。

③一度に複数の事を行うような複雑な作業は避ける。

④使う物や場所を限定する。

⑤過度な指摘や訂正を行わない。

・自信の喪失や意欲低下につながるため。

何よりも・・・

ひとつの生活動作ができない時には、できない原因がどこにあるのかを正しくアセスメントすることが重要。

(5)失行・失認・失語

「失語」、「失行」、「失認」は、
主に大脳皮質の病変により起こる
高次機能障害。

※多くは，脳血管障害で引き起こされる。

大脳とは・・・

大脳は脳のなかで最も主要な部分

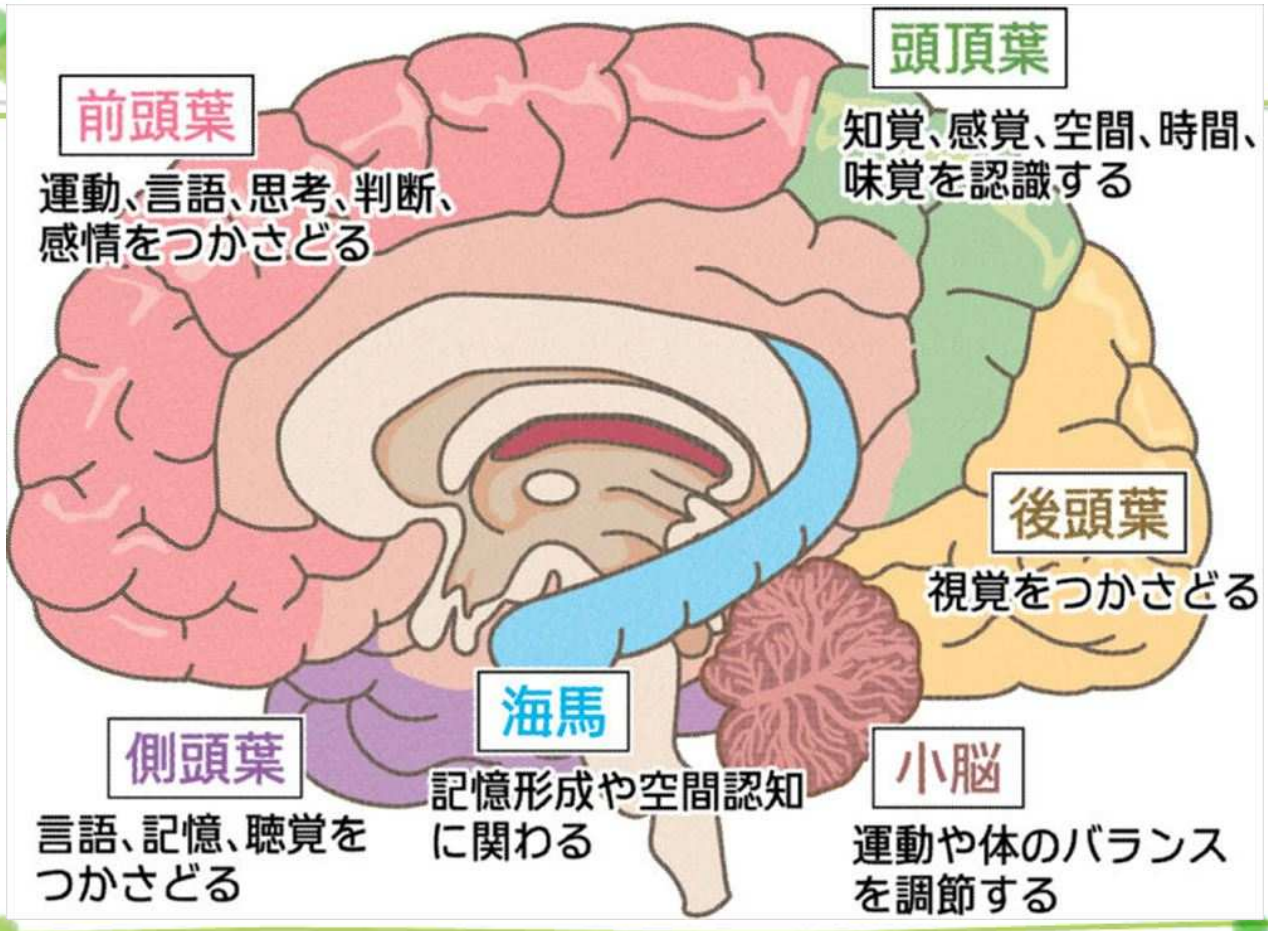
・前頭葉　・側頭葉　・頭頂葉　・後頭葉

【大脳皮質】

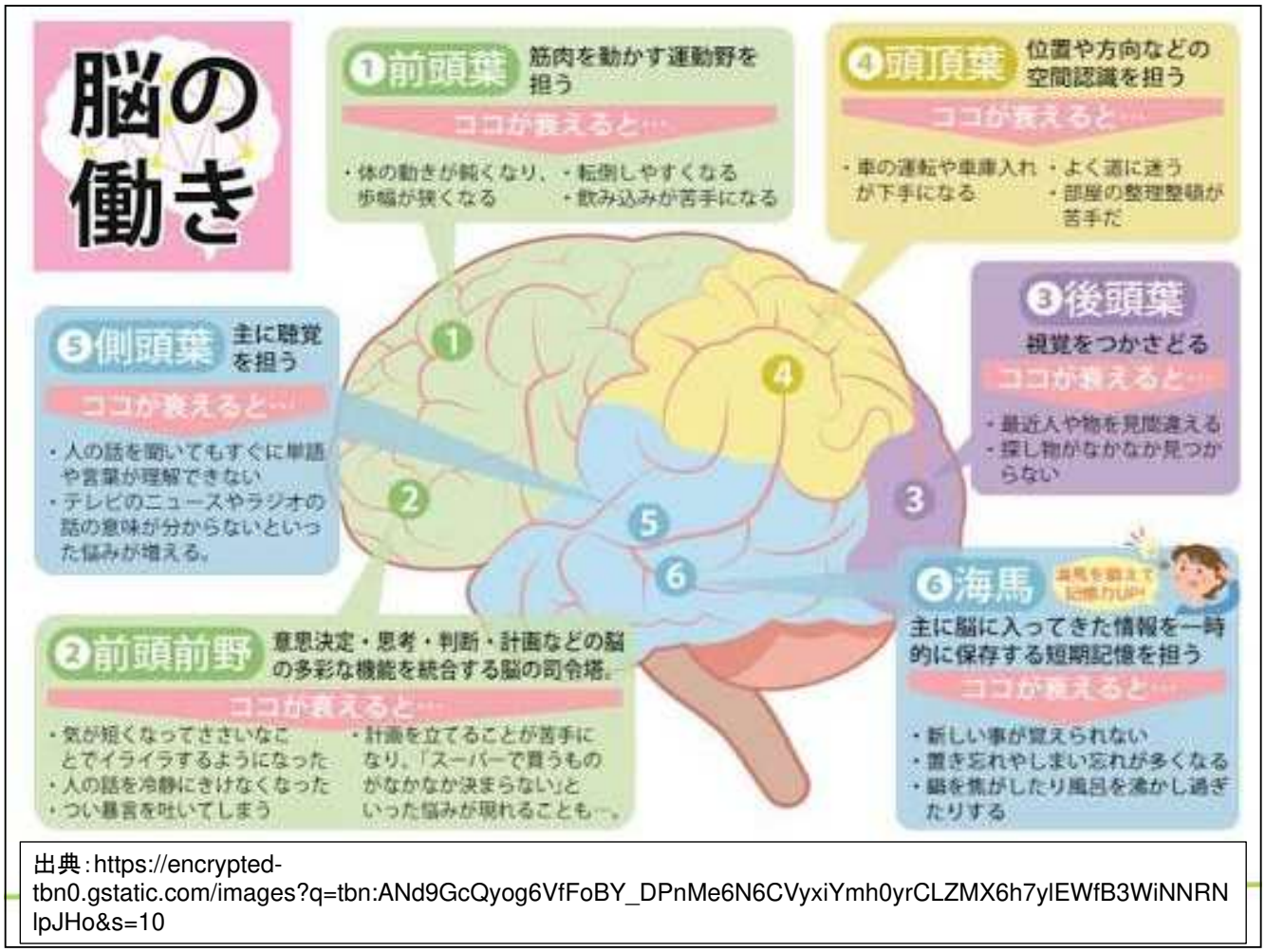
運動野、体性感覚野、視覚野、聴覚野、嗅覚野、味覚野、言語野など、機能の諸中枢が特定の部分に分布。

【大脳髄質】

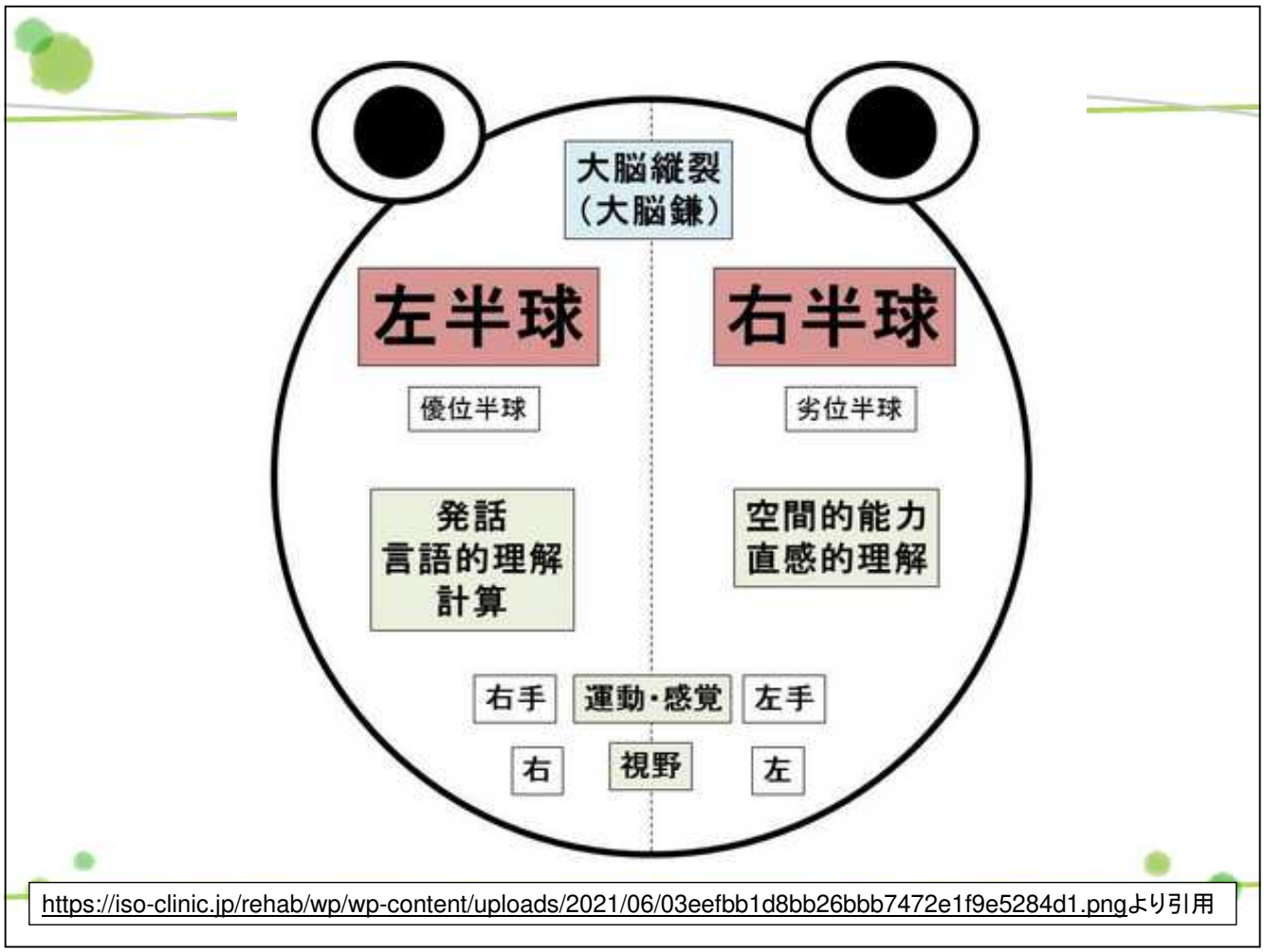
各部を連絡する有髄線維。



https://jomo.ismcdn.jp/mwimgs/e/0/-/img_e0211efe0f2a51bb83c0d6706d4c2c63128978.jpgより引用



出典：https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQyog6VfFoBY_DPnMe6N6CVyxiYmh0yrCLZMX6h7ylEWfB3WiNNRNlpJHo&s=10



https://iso-clinic.jp/rehab/wp/wp-content/uploads/2021/06/03eefbb1d8bb26bbb7472e1f9e5284d1.pngより引用

① 失行

失行とは

運動麻痺・失調・筋緊張異常・感覚障害あるいは知能障害などがなく、行為についての認識が充分であるにもかかわらず、要求された行為を正しく遂行できない状態。

【観念失行】

物の名前や使い道はわかっているのに、使用できない状態。

（症状）

・はさみは紙を切るものなど、道具の用途がわかっているのに使用ができない。

・入浴のために服を脱がせても、入浴という概念が理解できずに前で佇んでいる。　　など

【観念運動失行】

特に意識していない自発的な運動はできるが、口頭で指示されたり、マネをしようとしたりするとできない状態。

（症状）

・「椅子に座ってください」と指示されてもできない。　　など

【構成失行】

物をうまく形にできない状態。

（症状）

・パズルや積み木ができない。

・マッチや指を使って図形を作れない。　　など

【着衣失行】

麻痺がないのに服を着たり脱いだりができない状態。

【肢節運動失行】

運動麻痺，筋緊張異常，知覚障害などがみられないにもかかわらず、巧緻（こうち）運動がうまくできない状態。

（症状）

・歩き出しがうまくできない。
・机の上のペンがつまめない。
・ボタンがかけられない。
・ズボンのポケットに手が入れられない。　　など

【支援の基本】

・できない部分をさりげなく支援する。

認識できなくても支障のないようにサポートすることが大切。

・説明してわからないようであれば誘導する。

・ズボンを脱げないようであれば介助する。　　など

※実行機能障害との見極めが重要!!

失行のチェック方法

◆「手をあげる」「拍手」などの簡単な運動ができるか
◆「右手を左手の上に置く」、「体を掻く」など自分に対する運動ができるか
◆指示した行為ができるか、行為の真似ができるか
◆紙をはさみで切るなどの一連の行為ができるか

【具体的対応】

①できない動作にこだわらず、できる方法、現実的な方法を探す。

※症状によってどうしても使えない道具や出来ないことがあることを理解して、頑張らせない。

②ゆっくりとした時間を与える。

（自発的な行為を待ったり、引き出すように援助する）

※たくさん声をかけるのが良いことだと思われがちだが、失行の方に対しては、行動をうながす声かけをすることによってスムーズな動作を妨げてしまうことがある。

③疲れたのなら無理をせず、いったん休憩を入れる。

④邪魔な刺激はできるだけ少なくし、静かな部屋で集中できるようにする。

②失認

失認とは、

視力・聴力・感覚に問題がなく、記憶にも問題がないのに、見た物聞いた物、触った物が何か分からない状態。

◆視覚性失認

物が見えても，それが何かわからない状態。

触る，音を聞く，などの視覚以外の感覚情報があれば何かがわかる。

（症状）

・机の上のはさみを見ても何かわからないが、触ればはさみだと分かる。

◆相貌失認

人の顔が認識できず、家族の顔も認識できなくなったり、鏡に映る自分の顔を侵入者と間違える。

◆バリント症候群

遠近感が障害されて、箸などでおかずがつかめなくなる。

◆物体失認

ゴミ箱と尿器の区別がつかなくなってしまうような状態。

◆地誌的見当識障害

自分のいる場所がわからなくなったり、道順が分からなくなる。

・街並み失認　・道順障害　などがある。

【ゲルストマン症候群】

①手指失認
②失計算（計算ができなくなる）
③失書（書字ができなくなる）
④左右失認（右左がわからなくなる）

4つの症候すべてが揃わない不完全型、
脳血管障害で比較的頻度が高くみられる。

【支援の基本】

【具体的対応】

①無理に治そうとせず、現実にできる動作を生かす。
②失認があっても、それなりに生活できる環境を整える
③他の感覚と関連づけて認識できるよう促す
④どのような時に日常生活で不便がおきているかを把握する。

・半側空間無視の場合は、一人ではうまく食べ物を食べることができない。
・地誌的見当障害では、トイレの場所がわからず失禁する。

⑤目に映る光景が普通の人と異なる場合があることを認識する。

・床の色が変わったり、カーペットが敷いてあったりすると『穴に落ちる』と怖がる。
・壁との距離が測れなくなり狭い部屋で『壁が襲ってくる』と感じる。

③失語

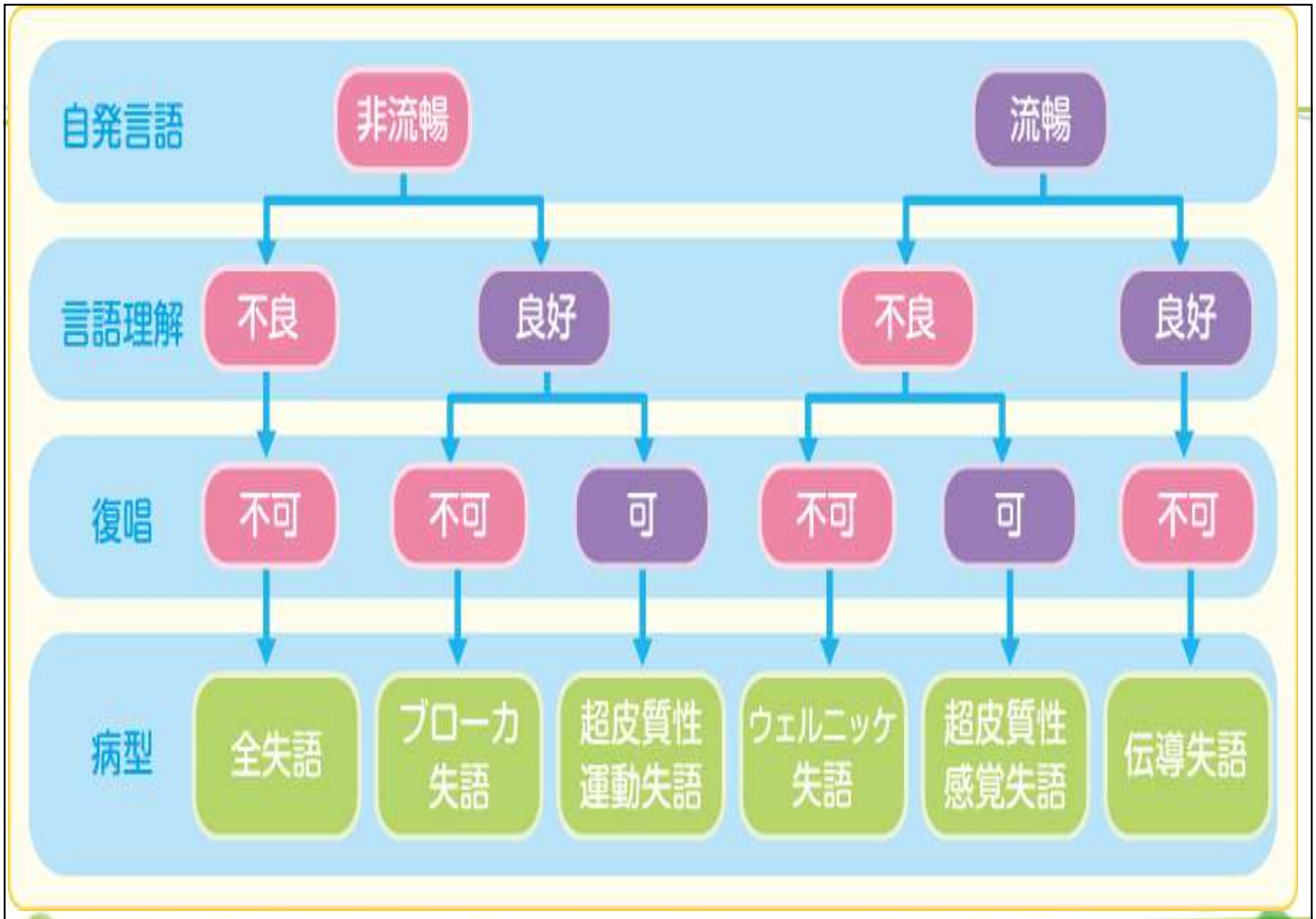
失語とは、

構音器（気管、咽頭、口、口唇など）に異常がないのに言語機能が低下した状態。

※構音障害
構音器官（口唇，舌，咽頭，喉頭）の障害により、言語が発せない、もしくは不明瞭になる運動機能障害で，失語とは異なる。



https://d3lqfxv2uj61gi.cloudfront.net/media/article/images/kunp9r57fsgr6f8pe34ub4dq0truyjli.jpg?width=1320&height=945寄り引用



https://pbs.twimg.com/media/Ce4BzFzWsAAyxif?format=webp&name=largeより引用

【運動性失語（ブローカ失語）】

相手の話は理解ができるが、言葉が出にくく、間違いが多くなり、文字を書くことも難しくなる。

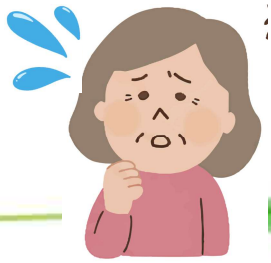
聞いて理解することは比較的よくできるのに、話すことがうまくできず、ぎこちない話し方になる。

（症状）

・『テレビ』を「これは何ですか？」と質問すると、『エレビ』と答える。

・「あ・・・たま・・・・・い・・・い・・・たい・・」と言葉が出にくい。

など



【感覚性失語（ウェルニッケ失語）】

言葉は流暢に出てくるが、相手の話や書かれた言葉のを理解することはできない。

なめらかに話せるものの、言い間違いが多く、聞いて理解することも困難なタイプの失語症。

（症状）

・『テレビ』を「これは何ですか？」と質問すると、『デンワ』と答える。

・「今、どんな症状がありますか？」と質問すると、「メガネがね、動かなくて、重いけれども。」と、意味が通じない言葉を答える。

など

【健忘失語】

聞いて理解することはできるのに物の名前が出てこないため、回りくどい話し方になる。



【全失語】

聞く、読む、話す、書く、すべての言語機能に障害。

失語症の症状で分類

【換語困難】

何か言おうとした時に、言うべき言葉が出てこない状態。
これは、どのタイプの失語症にもみられる。

【理解力障害】

言葉は聞こえているのに、その意味がわからない状態。
どのタイプの失語症にもみられるが、
「ウェルニッケ失語」の場合は特にひどくなる。

【錯誤（さくご）】

言葉を言い間違えること。
「語性錯誤」
「とけい」を「めがね」と言うように、他の単語に言い間違える。
「字性錯誤」
「とけい」を「とてん」「とけん」などと発音を間違える。

【残語】

「全失語」など重症の失語症の患者さんで、「そうだ」「だめ」など、限られたいくつかの言葉が繰り返し出てくる場合、それらを残語という。

会話の流れに合った言葉であるとは限らない。

【保続（ほぞく）】

同じ言葉が何度も繰り返されること。

名前を聞かれ、名前が言えたあと、続いて年齢を聞かれても名前を言い、次に住所を聞かれても名前を繰り返すような状態。

このほかに、

◆**失文法**

「てにをは」などの文法がうまく使えない。

◆**失読**

字が読めない。

◆**失書**

文字が書きにくい。

◆**失算**

計算ができない

など、さまざまな症状がある。

【失語症者を理解するために知っておきたいこと】

～失語症者の問題点～

・障害が理解されにくい

（失語症という障害を知らない人が多い）

・他者とのコミュニケーションが上手く取れなくなる
・自分に自信が持てなくなる
・人との交流の機会が少なくなる
・疎外感や孤独感を抱きやすくなる
・家庭内での役割が変化する
・活動範囲が狭くなる（外出をためらってしまう）

【支援の基本】

【基本姿勢】

会話は落ち着いた雰囲気で、安心感を与えましょう！

「話を落ち着いて聴いてますよ！」という態度で接すると、持っている能力を引き出すことができる。

お互いの表情が分かるような位置や視線で！

会話の相手との適切な距離や視線、表情は人と人との関係を円滑にするためのコミュニケーションの基本です。相手の些細な仕草や表情の変化から思いを推測することが必要。

①会話の基本

・普段よりゆっくり、はっきりと話す。
・短く、分かりやすいことばで話す
・繰り返し言ってみる
・先回りしないでしばらく待つ
・話題を急に変えないようにする

※難聴があるわけではないので、大きな声で話す必要はない。

②話し言葉の工夫

・「はい」、「いいえ」で答えられる質問をする答えを選んでもらう。
・「肉と魚はどちらが好きですか？」など、どちらか一方を選んで答える質問方法が好ましい。
・分かりやすいことばに言いかえる。
「生年月日はいつですか？」ではなく、
「お誕生日はいつですか？」と、言い換えたほうが理解しやすい。

③いろんな手段や道具の活用

・表情や身振りを添えて話す
・実物、絵や文字を見せて話す

※耳からだけの情報より、目にも訴えることでずっと理解がしやすくなる。

※50音表はできるだけ使わない。
仮名一文字には、何の意味もないため失語症のある方には理解が難しいことが多い。

④確認の仕方

・反対の質問をする
・言葉だけでなく絵や文字を使って聴いてみる
・誤りは訂正しない

【基本的ケア】

①話し方のスピード、トーンや声の大きさに配慮する。

・『大きな声や単調な口調、早口や話題が次々とかわると理解できない』

・『聞いてくることが分からない時には、笑っている』

※話し方を工夫しながら、身振りや手振りも交えて意思の疎通を図る必要がある。

②会話が難しくなっていくことに不安を感じていることに配慮する。

・『ちょっと言葉が出るのが遅くなったなあ』

・『意味は分かっているんだが、なかなか言葉で説明できなくなった』

※多くの認知症の方は、かなり進行した時期まで言葉の理解力がある程度保たれるため、発言には十分注意する必要がある。

3. 中核症状の評価

丁寧な生活状況の聞き取りを行う。

・そのためには、中核症状の具体的な症状を知っていることが必要。

・**認知症の進行はあくまでも中核症状で判断**される。

➡BPSDと混同しない。

よく使用される評価スケール

◆改訂 長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）

◆ミニメンタルステート検査（MMSE）

※正しい方法で行わないと、正しく評価ができない。

改定　長谷川式簡易認知機能評価スケール
（HDS-R）

年齢、時間の見当識、場所の見当識、単語の記憶、計算、数字の逆唱、物品の記憶、言葉の流暢性など、9項目から構成される30点満点の検査

単に点数の高い低いで「もの忘れがあるかどうか」だけを確認するわけではない。
各項目それぞれを見ることで記憶力、日時や場所の把握、注意力、計算力、言葉を思い出す力などさまざまな角度から認知機能を確認する。

長谷川式認知症スケールは、あくまでスクリーニングの検査。
このテストだけで認知症を診断したり、重症度を決めることはない。

採点・判定

20～30点　異常なし
16～19点　認知症の疑いあり
11～15点　中程度の認知症
5～10点　やや高度の認知症
0～　4点　高度の認知症

参考

MMSE　との違い
評価対象となる能力
HDS-R：見当識・記憶・計算・言語能力を評価できる。
MMSE：文章を書く、図形を描写する項目があるため、視空間認知や描く能力も評価できる。

【検査をする際の注意点】

◆検査結果は、体調、緊張、不安、注意力、集中力などの影響を受けることがある。

➡落ち着いているときに実施することが必要・リラックスできる環境で行う。

◆うつ病が認められるときは、認知機能は低下する。

高齢者でうつ病によって認知機能低下している状態

＝「仮面認知症」

◆耳の聞こえが悪い場合は、聞き間違いにより答えが正確にならず、認知機能を正しく評価できないことがある。

◆簡単な質問のため、馬鹿にされていると感じる人もいる。

➡「住民健診で皆さんが受けている検査です」など、プライドに配慮した説明をする。

◆行う前に確認しておく事項

・聴力、言語障害の有無

・検査当日の体調

体調不良・うつ状態など、点数に影響がでる状態ではないか。

・知的障害など、検査結果に影響のある疾患等がないか。

◆長谷川式認知症スケールを行う際の準備

・長谷川式認知症スケールの評価用紙

・筆記用具（鉛筆と消しゴム）

・5つの道具

定規・ブラシ・時計・歯磨き粉・皿など、互いに関連性のない道具を選定。

【方法】

◆順番は入れ替えても良い。
日常会話に織り交ぜながら聞きやすいものから聞いてもよい。
ただし、設問4～7 の4 つの問は順番どおり，続けて行わなければならない。

（設問1）年齢

「お歳はおいくつですか？」と問い、満年齢が正確にいえれば1点。
2 年までの誤差は正答とみなす。
※数え年で答える人もおり，誕生日を迎えているかどうかで誤差が生まれる可能性もあるため。
生年月日を言うことができても、年齢がいえなければ0。

（設問2）日時の見当識

年・月・日・曜日について問う設問。「今日は何月何日ですか？何曜日ですか？今年は何年でしょう」というように順不同に尋ねてもよい。各正答に対してそれぞれ1点を与える。

（設問3）場所の見当識

「私たちが今いる場所はどこですか？」と問い、現在いる場所がどこなのかが本質的にとらえられていれば正答とみなし、自発的に答えられれば2 点。病院名や施設名，住所などが答えられなくてもよい。
もし正答が出てこない場合には、5秒程度待ち、「ここは病院ですか？施設ですか？家ですか」のように問いかけ、正しく選択できれば1 点。

（設問4）3 つの言葉の記銘

「これからいう3つの言葉を言ってみてください。後でまた聞きますのでよく覚えておいてください」と伝える。「桜・猫・電車」あるいは「梅・犬・自動車」のどちらかを使う。一つの言葉に対して1 点。
3つの言葉のうち，2 つしか覚えられないときには、2点。
※この3つの言葉は、設問7でもう一度尋ねる設問のため、採点した後もう一度3つの言葉を覚えてもらう。これを3回まで繰り返し、3つ覚えられたときに設問7で3つの言葉をもう一度思い出してもらう。もし3回繰り返しても2つしか覚えられないときには、設問7で、「2つの言葉がありましたね」というように聞く。

（設問5）計算問題

「100引く7はいくつですか？」と問い、答えが出たら「それからまた7を引くといくつでしょう」と問う。

※「93 引く7 は？」と言ってはならない。

正答に対して各１点。

最初の計算に失敗したら打ち切り、次の設問に進む。

（設問6）数字の逆唱

「これからいう数字を逆からいってください」と伝える。

正答に対して各１点。

最初の逆唱に失敗したら打ち切り、次の設問に進む。

数字はゆっくりと，１秒間隔くらいのスピードで言う。できれば、「これからいう数字を反対から言ってみてください。たとえば，１・２・３を反対から言うと？」というように練習問題を入れるとよい。

（設問7）３つの言葉の遅延再生

「先ほど覚えてもらった言葉をもう一度いってください」と伝える。

自発的に答えられたものには２点。出てこなかった言葉に対して、それぞれ別々にヒントを伝え、ヒントによって答えられたものには１点を与える。

ヒントは1 つずつ伝える。たとえば「桜」という答えがでた場合には、「動物もありましたね」というヒントを与え、それに対する回答を待つ。

そして正答であっても誤答、または「分からない」と答えた場合でも、何らかの回答が返ってきたら、「乗り物もありましたね」というようにヒントを伝える。ヒントを伝えるときに「動物と乗り物がありましたね」と一度に言ってはならない。自発的に答えるのを待つつもりで質問すべきであり、「桜」という答えしかでないときにすぐにヒントを与えようとせず、「他にもありましたね」というように，少し時間をおく。

（設問8）5つの物品記銘

「これから5つの品物をお見せします。それを隠しますから、ここに何があったかを言ってください。順番はどうでもかまいません」と伝える。

物品は相互に無関係なものを名前を言いながら一つずつ並べる。

各正答に対してそれぞれ1点。

5つの品物は何でもよいが、iPadのように本人にとってなじみのない物は避ける。5つの品物は、相互に無関係の物にすることが重要であり、たとえば「鉛筆」「消しゴム」のように関連性のある物は避ける。

物品は1つずつ名前を言いながら目の前に置くようにする。実際には「これは時計ですね」といって目の前に置き、「これは鍵ですね」というように1つずつ確認しながら置いていく。5つ並べ終わったときに1つずつ確認し、「これは？」と聞いて「時計」と答えたら、次に「これは？」と聞いて「鍵」と答えてもらう。そしてその5つを見せたまま、「これからこれを隠しますから、何があったか言ってください。順番はどうでもいいですから、思い出した物から言ってみてください」と伝える。また最後の1つがでてこないような場合であってもすぐに終わりにせず、なるべく本人に思い出してもらうように少し待ってみる。.

（設問9）言葉の流ちょう性（野菜の名前）

「知っている野菜の名前をできるだけたくさんいってください」と伝える。5個までは採点せず、6個以上に1点ずつを加算していく。

重複したものは採点しない。途中で言葉に詰まり、約10秒たっても出てこないときにはそこで打ち切る。

この設問は、知識を調べる設問ではなく、言葉がどのくらいスラスラでてくるかという言語の流ちょう性の設問。また同じ野菜の名前がでてきても「それは先ほど言いましたね」と遮ることはせず、重複してもそのまま記録用紙に記載し、重複した物をあとで減点していく.

各設問とも、誤答であったとしても、どのように回答したのか、その時の表情、言動なども用紙に記入しておくと、より正しく中核症状（認知機能）の程度が把握しやすいため、しっかりとメモをとり、記録として保存しておくと良い。

4. 行動心理症状（BPSD）とその評価

BPSDの症状の理解には、
　症状そのものだけでなく、症状が起こる場面や本人の心理状態にも目を向ける必要がある。

介入・ケアの質を高めるためには、
こうした観察に基づく分析とチームでの情報共有が必須！

【徘徊・多動】
　徘徊や多動は、頭の中で方向感覚を保てなくなっていることや、不安感から落ち着いていられなくなることで発生。

【暴言・暴力】
　本人が強い恐怖や不安を感じている場合がある。
　脳機能の低下によって自分の置かれた状況をうまく理解できず、それが過剰な反応として現れることがある。　　など

日本福祉大学「FUKU＋TOPICS」
「認知症のBPSD（周辺症状）って何？介護で押さえておきたいポイント」より引用

【BPSDを引き起こす要因】

① 身体的要因：痛み・体調不良・疲労

　身体の痛みや体調不良、疲労があると、人は苛立ちやすくなり精神的な余裕を失いがち。
➡これらの不快感をうまく言語化できず、行動として表出してしまうことがある。

② 心理的要因：不安・混乱・ストレス

　不安感や混乱、日常的なストレスなどが要因。
　自分を取り巻く環境を正しく把握できない。
➡不安が高まりやすい状態にある。

③ 社会的要因：家族関係・過去の経験

家族関係や過去のライフヒストリーは大きな意味を持つ。

これまでの経験が現在の行動パターンに影響を及ぼす場合がある。

本人が大切にしていた家庭環境や人間関係が崩れたと感じることで、混乱や悲しみがBPSDとして現れる可能性も考えられる。

④ 環境的要因：住環境・刺激の過多や不足

住み慣れた環境からの急激な変化は、認知症の方にとって大きなストレスになりがち。

実際に居住空間の広さや照明、音の大きさなどの微細な点が、BPSDの発現や重症化に関わっていることがある。

刺激が多すぎると過敏になり、落ち着きを失う要因となる一方、刺激が少ないと単調さから混乱を招き、別の不安を生じる場合もある。

認知症の方への向精神病薬使用については・・・

【かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神病薬使用ガイドライン】（第2版）

・抗認知症薬　・抗精神病薬
・抗うつ薬　・抗不安薬
・睡眠薬　の使用について

副作用、注意点、使用前のチェック項目などが書いてある。

まずは

「BPSD治療アルゴリズム」にて対応方針を確認

最初に、「まずは非薬物的介入を最優先する」

介護職のための医療知識講座「薬について」のスライド

参考

【代表的なBPSD評価ツール】

◆DBD13（DBD13R）

認知症の行動・心理症状を13項目で評価するスケール。

科学的介護情報システム（LIFE）の評価項目にも採用されており、介護現場でのPDCAサイクルや介入効果の測定によく使われる。

◆認知症の行動・心理症状質問票（BPSD＋Q ／ BPSD25Q）

BPSDの重症度と介護者の負担度を0～5点の6段階で評価。

「過活動」「低活動」「生活関連」などのカテゴリー別に合計点を算出でき、どの症状が出現しているかを細かく把握できます。

◆阿部式BPSDスコア（ABS）

認知症の周辺症状を簡易的に測定・アプリ化されたアセスメントツール。

専用アプリなどを使い、紙で行っていた測定をデジタルで手軽に行うことができる。

◆NPI（神経精神症状問診票（Neuropsychiatric Inventory）

妄想や幻覚、抑うつ、アパシー（無気力）、興奮など広範な神経精神症状を評価する国際的にも標準的なスケール。

【ケアの評価の視点】

行ったケアによって

「認知症の人の生活がどのように変化したのか」

を評価する。

◆認知症の人の心理的ニーズが満たされたとき・・・
笑顔をみせる、ゆったり落ち着いている、冗談を言うなど

◆認知症の人の心理的ニーズが満たされないとき・・・
怒り、不安、恐怖、無関心、無感動など

※周囲が表面的な状態をみて判断するのではなく、
本人がどう感じているのかという視点で評価することが重要

そのためには、**どのように本人が変化したらそのケアが良かったと評価するのかを具体的な目標とすることが重要。**

抽象的に「不安なく落ち着いて過ごせるようになった」などではなく、

具体的な本人の状況
- 笑顔が増えた。
- 本人から職員に話しかけてくれることが増えた。
- 本人から他の入居者に声をかけるようになった。
- 困ったことがあったら、家族や職員を頼るようになった。
- 施設でのレクリエーション活動、趣味活動に積極的に参加するようになった。

など

「不安がなくなった」「落ち着いて過ごせるようになった」という評価の根拠となる認知症の方本人の状況を具体的にすること。

認知症の行動・心理症状質問票（BPSD＋Q/BPSD25Q）

認知症介護情報ネットワーク（DCnet）より引用

25項目の認知症の行動・心理症状（BPSD）の状態（この部分のみは BPSD25Q）とせん妄 2 項目を数値化するもの。
質問票をチェックして、BPSD の状態を数値化し、ケアに関わる人たちの間で共有することで、適切な対処を行うことにつなげる。

【使用法】
認知症の対象者のことをよく知る介護者などが、対象者の過去1週間の状態について思い出しながら評価。
評価は、BPSD の重症度と負担度を 0～5点の 6段階で判断。
（点数が高いほど重度）。
過活動（13項目）、低活動（6項目）、生活関連（6項目）などカテゴリーごとに合計点を算出。

◆活用方法例

今の状態が「過活動性 BPSD」、「低活動性 BPSD」、「生活関連 BPSD」なのか、もしくは「せん妄」なのかを評価できる。
また、ケアや薬物変更の前後の点数を比較することで、状態の改善、悪化、維持が見える化できる。
さらに、この質問票の項目は「介護保険主治医意見書の周辺症状」を網羅しているので、主治医意見書の記入に役立つ。

➡介護現場でチェックしたものを主治医に提供する等医療介護の連携につながる。

BPSD＋Q/BPSD25Q

認知症の行動・心理症状質問票

記入日　　年　　月　　日（　　）

ID　　評価者　　（関係　　）

対象者　　年齢　　歳 性別 男 ・ 女

過去１週間について、下記の全質問 27 項目に答えてください。
認められなければ０に○をつけ、認められれば重症度と負担度に点数を付ける。

重症度 1:見守りの範囲　2:対応したケアが可能で毎日ではない　3:対応したケアが毎日だが毎日ある
4:対応に困難を伴うが毎日ではない
5:対応に困難が伴いかつ毎日継続する

負担度 0:なし 1:僅かな負担 2:軽度の負担 3:中度の負担
4:大きな負担 5:極度の負担

		認められない	認められる 重症度 1～5	認められる 負担度 0～5	網掛けは主治医意見書に関連するもの
1	実際にないものが見えたり、聞こえたりする	0			幻視・幻聴
2	盗られたという、嫉妬する、別人という(**選択して○**:盗害、嫉妬、誤認、他)	0			妄想
3	他者を傷つけるような乱暴な言葉を発する	0			暴言
4	他者に乱暴な行いをする	0			暴行
5	うろうろする、不安そうに動き回る	0			徘徊・不穏
6	家/施設から出たがる	0			無断外出
7	他者への性的に不適切な行為	0			性的不適切行動
8	こだわって同じ行為を何度も繰り返す	0			常同行動
9	我慢ができない、衝動的に行動する	0			脱抑制
10	怒りっぽい	0			易怒性
11	忘れて同じことを何度も尋ねる	0			繰り返し質問
12	ものをためこむ	0			収集
13	大声・なき声が続く、さけぶ	0			大声
	過活動スコア（1～13）計				
14	悲観的で気分が落ち込んでいる	0			うつ
15	やる気がない、自分からは動かない	0			アパシー
16	声かけに反応がない、興味を示さない	0			無反応・無関心
17	心配ばかりする	0			不安
18	日中うとうとする	0			傾眠傾向
19	部屋・家から出たがらない	0			閉じこもり
	低活動スコア（14～19）計				
20	夜間寝ないで活動する	0			昼夜逆転
21	異食や過食、拒絶	0			食行動異常(異食)
22	介護されることを拒否する(**選択して○**:更衣、整容、入浴、食事、他)	0			介護への抵抗
23	尿や便で汚す、何日も入浴しない(**選択して○**:風呂、異所排尿、弄便、他)	0			不潔行為
24	タバコ、ガスコンロ等の火元不適切管理	0			火の不始末
25	隠す、別な場所に置く、探し回る	0			物をなくす
	生活関連スコア（20～25）計				
	BPSD25Q（1～25）計				
26	幻覚妄想を伴い興奮状態が急激に出没	0			過活動性せん妄
27	ボーッとして覚醒レベル低下が出没	0			低活動性せん妄
	BPSD＋Q（1～27)合計				

自由回答欄：

認知症介護研究・研修東京センター　2025.10

5. まとめ

BPSDは、中核症状（認知機能障害）に伴って発生する症状。

BPSDのほとんどは、中核症状の評価とケアで対応可能！

中核症状を正しく理解し、評価することが必要！

◆ケアの評価の視点は、
「認知症の人の生活がどのように変化したのか」

中核症状（認知機能障害）により引き起こされている困りごと、不安等がなくなったら、認知症の方本人はどのような生活が送れるようになるのか・・・
それをケアの「目標」とする。

【参考・引用文献】

認知症介護情報ネットワーク（DCnet）　https://www.dcnet.gr.jp/

日本福祉大学「 FUKU＋TOPICS」　https://www.n-fukushi.ac.jp/recurrent/topics/006175/

「改訂 長谷川式簡易知能評価スケール（ HDS-R）の使い方」
東北福祉大学総合福祉学部福祉心理学科・教授／認知症介護研究・研修仙台センター・センター長　加 藤 伸 司氏

公益財団法人長寿科学振興財団　健康長寿ネット
https://www.tyojyu.or.jp/net/byouki/ninchishou/chukaku.html

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
https://www.ncgg.go.jp/hospital/iryokankei/letter/020.html

介護職のための医療知識講座

第 1回	令和6年11月13日	「高齢者の特徴・バイタルサイン」
第 2 回	令和6年12月　8日	「心不全」
第 3 回	令和7年　1月21日	「浮腫について」
第 4 回	令和7年　2月18日	「脳血管疾患（前編）」
第 5 回	令和7年　3月12日	「脳血管疾患（後編）」
第 6 回	令和7年　4月21日	「精神疾患」
第 7 回	令和7年　5月21日	「薬について」
第 8 回	令和7年　6月25日	「緊急時対応（前編）」
第 9 回	令和7年　7月23日	「緊急時対応（後編）」
第10回	令和7年　8月27日	「呼吸器疾患」

介護職のための医療知識講座

第11回　令和7年9月17日
「心疾患（狭心症・心筋梗塞・不整脈）」
第12回　令和7年10月27日
「スキンテア・褥瘡について」
第13回　令和7年12月15日　「誤嚥性肺炎」
第14回　令和8年1月21日
「点滴・膀胱内留置カテーテル」
第15回　令和8年2月18日
「介護現場における医行為ではない
行為に関するガイドライン」解説（前編）
第16回　令和8年3月18日
「介護現場における医行為ではない
行為に関するガイドライン」解説（後編）

医療知識講座今年度の予定

第17回　令和8年4月15日　「終末期ケア」
第18回　令和8年6月24日
「医療職との連携のポイント」
第19回　令和8年　7月21日　「感染対応、対策」
第20回　令和8年　8月24日　「意思決定支援」
第21回　令和8年　9月15日　「悪性腫瘍（疼痛管理）」
第22回　令和8年10月16日　「筋骨格系疾患（疼痛管理）」
第23回　令和8年11月16日　「認知症～中核症状、BPSDの評価」
第24回　令和8年12月25日　「便秘について」
第25回　令和9年　1月20日　「糖尿病」
第26回　令和9年　2月26日　「パーキンソン病」
第27回　令和9年　3月26日
「意思決定支援、ACP、延命治療ガイドライン？」

ご清聴ありがとうございました

