

病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修 研修テキスト

令和4年3月

令和3年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

認知症対応力向上研修の研修教材及び
実施方法に関する調査研究事業 編

病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修

1. 目的 編

2. 対応力 編

3. 連携等 編

令和3年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

認知症対応力向上研修の研修教材及び実施方法に関する調査研究事業 編

目次

1. 目的 編 ____ 02

2. 対応力 編 ____ 17

3. 連携等 編 ____ 53

(参考資料 ～演習～ __ 66)

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 研修全体の目的・意義

- 認知症の人の視点で、認知症ケアに求められていることを理解する
- 認知症を理解し、入院中の対応の基本を習得する
- 院内・院外が多職種連携の意義を理解する

目的 編

ねらい： 認知症の人の視点で、認知症ケアに求められていることを理解する

到達目標：

- 研修の目的を理解する
- 認知症の人の視点で、対応への課題を理解する
- 認知症の人を取り巻く施策等について理解する

認知症対応力向上研修の目的は、

1. 認知症の人の視点で、認知症ケアに求められていることを理解する。
2. 認知症を理解し、入院中の対応の基本を習得する。
3. 院内・院外の多職種連携の意義を理解する。

となっています。

〔目的1〕

動画 ①

本人の声を聴いてみる

一般病院に入院する認知症の人に起こっていること

〔目的2〕

- 身体疾患の悪化による緊急の入院となることが多く、
気が付くと見知らぬ環境で、厳格に監視されている
入院時の初期対応や、環境不適応状態への介入の課題
- 認知症の治療やケアは身体疾患の治療後にと考えられ、
言動が制限され、症状へも未対応のまま治療が行われる
「認知症の治療やケアは元気になってから」の誤解
- 身体疾患は改善しても身体機能が低下し、入院前の療養
場所に退院するためには様々な困難に直面する
院内外の資源の活用や多職種の協働・連携が不十分

〔目的 1〕

動画①本人の声を聴いてみる

研修のはじめに認知症の人ご本人の話を聴いてみましょう！

お話ししてくれるのは「アルツハイマー型認知症」・「レビー小体型認知症」・「血管性認知症」の患者さんです。

「認知症の人はそんな何気ないような出来事でも戸惑ったり苦しむのか！」

逆に「認知症でも、そういうことはできるんだ！」などなどご本人の話から体感してください。

〔目的 2〕

認知症の人の入院要因は、転倒骨折、肺炎、脱水、意識消失など身体の急性変化が代表的です。

全身状態が落ち着き、入院時の混乱や意識レベル低下が改善してきた時、入院時のことは記憶から欠落していたり曖昧になっていたりしていて、知らない場所で見知らぬ人からの処置や対応に混乱すれば、不安・大声・多動・興奮などが生じやすくなり、それに対し厳格な監視などで応えたりすれば、入院環境への不適応状態も持続していきます。

病院では身体的治療が最優先ではありますが、身体治療が落ち着くまで認知症ケアの観点なく放置しては、前述の環境不適応状態が遷延化し興奮状態は暴力へと進展し、それに対して制止・抑制の方針がとられ…という悪循環が生じやすくなります。

身体治療と認知症ケアを平行に提供する必要があるという認識・理念を再確認することは対応力向上のため欠かせません。

入院中、認知症ケアが途絶えてしまうと、たとえ身体疾患が治ったとしても、もし日常生活能力を失っていれば自宅や元の療養場所に復帰する機会を逃すことになります。認知症の人を病院で受け入れる時に、「ケアは退院後に」と最初から分離させるのではなく、どういうケアが提供されていたのか、どのような暮らしを送っていたのかを把握し、無事に元の療養場所に復帰できることを目指して認知症ケアも包括的に提供していくことが、入院中の回復過程の支援にも通じ、それが地域在宅の関係者との円滑な連携にもつながります。

認知症の人の医療への要望

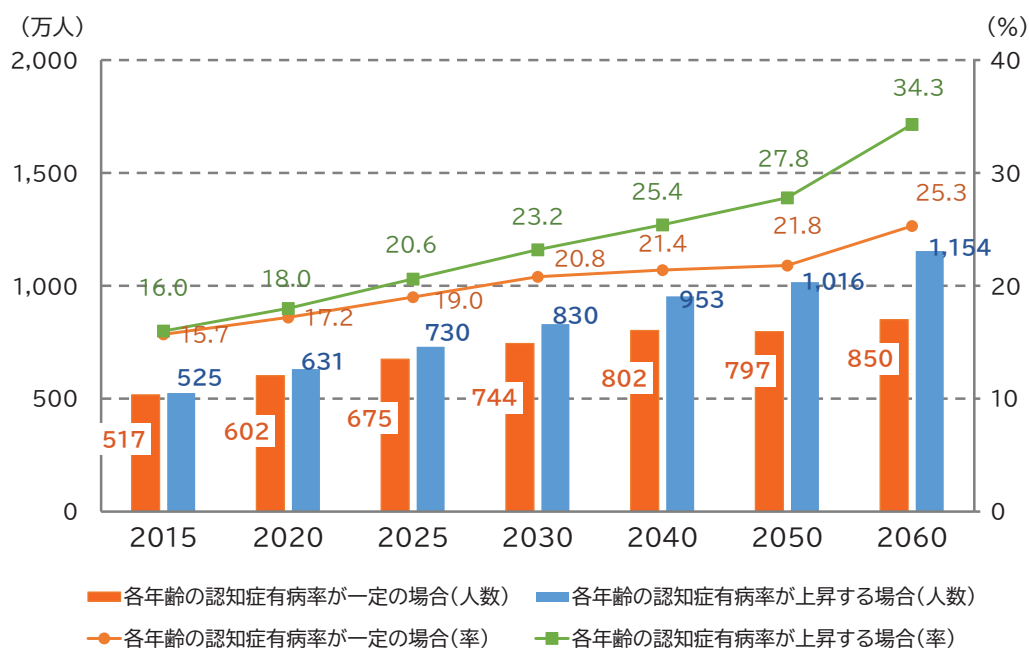
〔目的3〕

たとえ認知症の専門家ではなくても、命の専門家として素人の家族に向き合っていただいて、『私は専門家ではないからよくわからないけれども、一緒に認知症に向かっていきましょう』とおっしゃっていただけたら、それだけで家族はすごく勇気づけられるし、力を得ることになると思います。

2008年「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」議事録より引用
認知症のひと家族の会 高見国生代表理事(当時)の発言

認知症高齢者数の推移

〔目的4〕



「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業

〔目的 3〕

これは、平成 20 年、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」において開かれたヒアリングの場における、認知症の人と家族の会代表からの発言です。

このような国の会議に認知症の人やその家族が発言の場を持つことはまだ珍しい時代で、その中でも「私は、お医者さんというのは命のことを勉強した命の専門家だと思っています」から始まるこの言葉は、聞く人々の心を打ちました。

ここでは特別な解説をしていただく必要はありませんが、主観的映像の冒頭 DVD に引き続き、冷静な視点での認知症の人とその家族の言葉を伝えることを目的としています。

〔目的 4〕

超高齢社会を迎え、高齢者の増加に伴い認知症高齢者も増加し、認知症有病率が一定である場合では、2025 年に 675 万人（高齢者に占める割合 19.0%）、2040 年に 802 万人（同 21.4%）、2060 年には 850 万人（同 25.3%）になると推計されています。

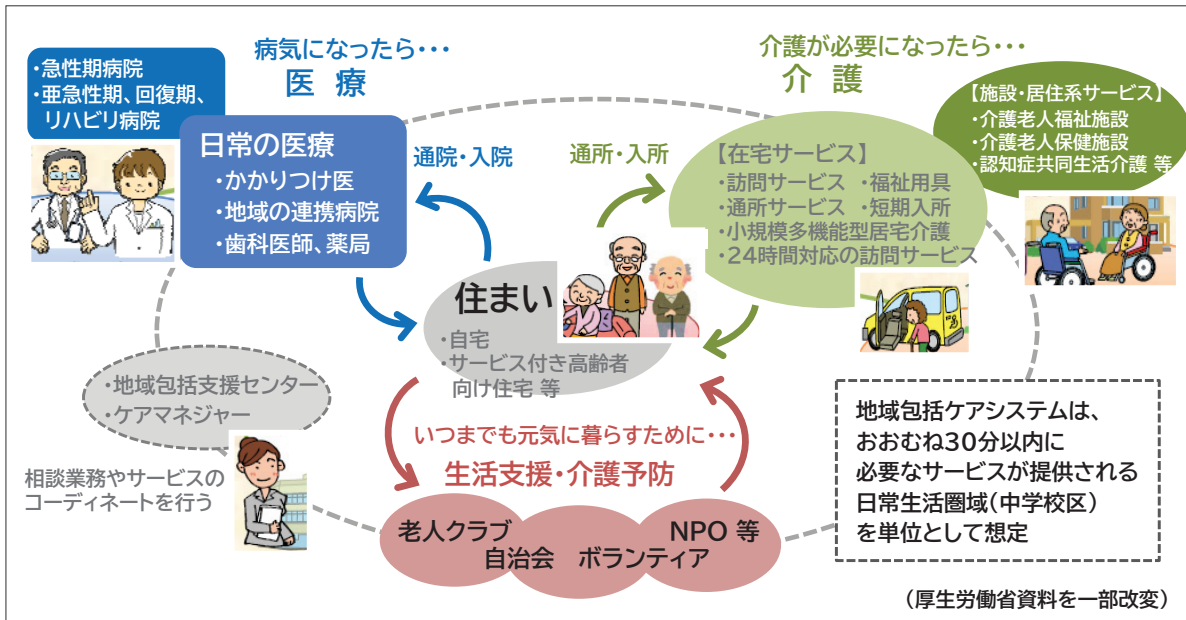
さらに、認知症有病率が上昇する場合（2060 年までに認知症の有病率が 20%増加すると仮定した場合）には、2025 年に 730 万人（同 20.6%）、2040 年に 953 万人（同 25.4%）、2060 年には 1,154 万人（同 34.3%）に増加すると推計されています。

このように認知症患者数も高齢者に占める割合も時代とともに増加することが示唆され、認知症の病態解明のための基礎および臨床研究をさらに推進していく必要があると同時に、より健全な超高齢社会を迎えるためには、予防からケアに至るまで、一層の認知症施策の推進と充実が求められているのです。

地域包括ケアシステム

〔目的5〕

住まい・医療・介護・予防・生活支援が包括的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる。



認知症施策推進大綱の概要

〔目的6〕

基本的考え方

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進

具体的な施策の5つの柱

- ① 普及啓発・本人発信支援
- ② 予防
- ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
 - ▶▶ 早期発見・早期対応、医療体制の整備
 - ▶▶ 医療従事者等の認知症対応力向上の促進
- ④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
- ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

認知症の人や家族の視点を重視

令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定

〔目的 5〕

日本においては、高齢化の進展にともない、地域包括ケアシステムの構築を目指しています。「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制のことです。医療機関も地域包括ケアシステムの一部であり、システムを構築する上で、重要な役割を担っています。

また、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なく、自治体、医療機関、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。

〔目的 6〕

令和元年 6 月 18 日認知症施策推進関係閣僚会議で決定された認知症施策推進大綱では、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していくことを基本的な考えとして掲げています。同大綱は、5 つの柱で構成されていて、これらの施策は全て認知症の人の視点に立って、認知症の人やその家族の意見を踏まえて推進することを基本としています。認知症対応力向上研修は、「3.医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」に位置付けられています。

病院勤務の医療従事者の皆さんにも、地域のネットワークの一員として、認知症対応力向上研修を通じて、認知症の疑いがある人に早期に気づいて適切に対応し、診断・治療後の継続的な支援まで、認知症の本人・家族にとって重要な役割を担うことが期待されているのです。

認知症の予防の考え方

〔目的7〕

一次予防（認知症の発症遅延や発症リスク低減）

- 運動不足の改善
- 生活習慣病の予防
- 社会的孤立の解消
- 役割の保持
- 介護予防事業や健康増進事業の活用

二次予防（早期発見・早期対応）

- かかりつけ医、歯科医、薬剤師、保健師、管理栄養士等による健康相談
- 本人や介護者、医療従事者による気づきからの適切な診断と治療の導入
- 認知症初期集中支援チームや地域包括支援センターなどによる介入

三次予防（認知症の進行の予防と進行遅延）

- 適切な治療やリハビリテーションの継続による進行予防
- 生活機能の維持
- 行動・心理症状の予防と緩和
- 身体合併症への適切な対応
- 本人視点のケアと不安の除去
- 安心・安全な生活の確保

認知症の本人の視点を重視したアプローチ

〔目的8〕

- ① その人らしく存在していただけることを支援
- ② “分からない人”とせず、自己決定を尊重
- ③ 治療方針や診療費用等の相談は家族も交える
- ④ 心身に加え社会的な状態など全体的に捉えた治療方針
- ⑤ 家族やケアスタッフの心身状態にも配慮
- ⑥ 生活歴を知り、生活の継続性を保つ治療方針とする
- ⑦ 最期の時までの継続性を視野においた治療計画

認知症の本人
の視点を施策
の中心へ

- 本人にとってのよりよい暮らしガイド
- 認知症とともに生きる希望宣言
- 本人の視点を重視した施策の展開

〔目的 7〕

認知症施策推進大綱では、「共生」と「予防」を両輪として施策を推進することが掲げられ、「予防」とは、「認知症になるのを遅らせる」、「認知症になっても進行を緩やかにする」ことであるとされています。

一般的に認知症の予防は、一次予防（認知症の発症遅延や発症リスク低減）として、運動不足の改善と糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持、介護予防の事業や健康増進事業と連携、二次予防（早期発見・早期対応）として、かかりつけ医、保健師、管理栄養士等による健康相談、認知症初期集中支援チームによる訪問活動、地域包括支援センター等と連携、三次予防（認知症の進行の予防と進行遅延）として、適切な治療やリハビリテーションの継続による進行予防、生活機能の維持、行動・心理症状の予防と緩和、身体合併症への適切な対応、本人視点のケアと不安の除去、安心・安全な生活の確保、などが挙げられます。特に身体疾患の治療のために一般病院に入院した認知症の患者さんに対しては、三次予防の視点に立った支援を行うことが、医療従事者に求められます。

〔目的 8〕

認知症の本人の支援は、単に認知症を治療する、認知症に伴う生活の不便を代替することではありません。認知症の人が、その人らしく存在していただけることを支援し、“分からない人”とせず、自己決定を尊重することが重要です。さらに治療方針や診療費用等の相談は家族も交え、心身に加え社会的な状態など全体的に捉えた治療方針が検討されることが望ましいとされます。

また家族やケアスタッフの心身状態にも配慮することや、本人の生活歴を知り、生活の継続性を保つことや最期の時までの継続性を視野においた治療が計画されることも重要です。

治療計画の立案から、入院医療においても、常に“その人”本人の視点を重視したアプローチが求められており、認知症の人の視点を施策の中心とした取り組みや施策が展開されているのです。

認知症とともに生きる希望宣言

〔目的9〕

一足先に認知症になった私たちからすべての人たちへ

- 1 自分自身がとらわれている常識の殻を破り、前を向いて生きていきます。
- 2 自分の力を活かして、大切にしたい暮らしを続け、社会の一員として、楽しみながらチャレンジしていきます。
- 3 私たち本人同士が、出会い、つながり、生きる力をわき立たせ、元気に暮らしていきます。
- 4 自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人たちを、身近なまちで見つけ、一緒に歩んでいきます。
- 5 認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、暮らしやすいわがまちを一緒につくっていきます。

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)(平成30年11月1日) <http://www.jdwg.org/statement/>

本研修が必要とされる背景

〔目的10〕

- 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できる社会の実現が必要である。
- 認知症医療・介護等に携わる者が有機的に連携し、認知症の人のそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが切れ目なく提供されることが重要である。

認知症施策推進大綱より抜粋

身体疾患の治療を行う一般病院における課題

- 通院時や入院中に認知症の症状に気づかれていない。
- 認知症の症状を理由に身体疾患に対する適切な医療や本人視点でのケアが提供されていない。
- 院内や地域との連携・情報共有が適切に行われていない。

〔目的 9〕

「認知症とともに生きる希望宣言」は、認知症とともに暮らす本人一人ひとりが、体験と思いを言葉にし、それらを寄せ合い、重ね合わせる中で生まれたものであり、日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)が、2018(平成 30)年 11 月に表明したものです。今とこれからを生きていくために、一人でも多くの人に一緒に宣言をしてほしいといった思いと、この希望宣言が、さざなみのように広がり、希望の日々に向けた大きなうねりになっていくという願いが込められています。

「一足先に認知症になった私たちからすべての人たちへ」のメッセージとともに 5 つの宣言がまとめられており、「認知症とともに生きる希望宣言」のリーフレットは、日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)のホームページの以下のアドレスよりダウンロードが可能となっています。

http://www.jdwg.org/wp-content/uploads/2018/11/statement_leaflet.pdf

〔目的 10〕

スライドの上部に認知症施策推進大綱からの文章を抜粋し示します。これまでも本邦では、認知症に関連した様々な取り組みが行われてきましたが、依然として身体疾患の治療を行う一般病院においては、以下のような課題があると考えられます。

- 通院時や入院中に認知症の症状に気づかれていない。
- 認知症の症状を理由に身体疾患に対する適切な医療や本人視点でのケアが提供されていない。
- 院内や地域との連携・情報共有が適切に行われていない。

病院に勤務する医療従事者が認知症の基本的な理解を深め、対応力を高めることで、これらの課題を解決することが本研修会の大きな目的です。

また、近年においては、認知症初期集中支援チームや認知症ケア加算 1(診療報酬)の創設等、多職種がチームで治療やケアを行うことが求められています。

医師や看護師のみならず、病棟に勤務するさまざまな職員が受講し、多職種で連携をしながら、病棟や病院全体における総合的な対応力向上を目指していくことが欠かせません。

一般病院の医療従事者に期待される役割

〔目的11〕

- 認知症に関する正しい理解と適切な対応
- 本人の視点を重視したアプローチと人生や生活の継続性を目標とした対応
- 生活機能の維持や行動・心理症状の軽減や緩和
- 専門性を生かしたチーム医療の実践
- 適時・適切な情報共有と院内連携の構築
- 院外の社会資源の把握と多職種連携の実践

〔目的 11〕

「目的」編の最後に、一般病院の医療従事者の皆さんに期待されている役割を整理します。
キーワードとしては、「認知症の正しい理解」、「本人の視点の重視」、「チーム医療・院内連携の実践」、「社会資源の把握と多職種連携の実践」が挙げられます。

大変短い時間ではありますが、この研修を最小限の基礎的情報の再確認や認知症への適切な姿勢への再認識の場として活用頂くことで、明日からのより良い実践、行動変容の一助となればと考えます。

対応力 編

ねらい： 認知症を理解し、入院中の対応の基本を習得する

到達目標：

- 認知症の特徴を理解する
- 入院生活における認知症の人の行動の特徴を理解し、対応方法について習得する

認知症とは

〔対応力1〕

認知症とは

『一度正常に発達した認知機能が**後天的な脳の障害**によって持続的に低下し、**日常生活や社会生活に支障**をきたすようになった状態』

- ※ 認知機能の低下は、せん妄や精神疾患では説明されない。
- ※ 認知機能の低下については、各診断基準で記憶障害は必須条件ではなく、早期に記憶が保たれている場合もある。

認知症の診断（ICD-11）

〔対応力2〕

- A **認知領域（記憶、実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知）のうち2つ以上が以前のレベルから低下しているという特徴を持つ後天的な脳症候群である。**
- B **認知機能の低下は正常加齢によるものではなく、日常生活活動の自立を有意に妨げる。**
- C **利用可能な根拠に基づき、認知機能障害は脳に影響する神経学的あるいは医学的な状況、外傷、栄養欠乏、特定の物質や薬剤の慢性的使用、重金属やその他の毒物によるものと考えられる。**

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

〔対応力 1〕

認知症とは『一度正常に発達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態』と定義されます。認知症の診断基準は、米国精神医学会の精神障害の診断と統計マニュアル第 5 版(DSM-5)や世界保健機関(WHO)の国際疾病分類第 11 回改訂版(ICD-11)が用いられていますが、いずれも、「認知機能の低下は、せん妄や他の精神疾患(うつ病や統合失調症など)では説明されないこと」とされ、さらに各診断基準で記憶障害は必須条件ではなく、早期に記憶が保たれている場合があることにも十分に配慮するべきとされています。

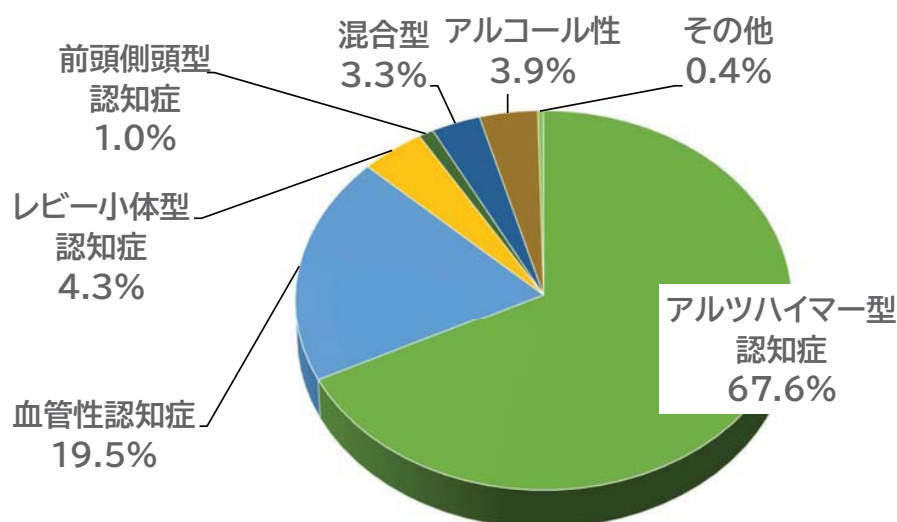
〔対応力 2〕

2018(平成 30)年 6 月に公表された世界保健機関(WHO)の国際疾病分類の第 11 回改訂版(ICD-11)による認知症の記述を示します。

認知症の定義として、加齢ではなくかつ後天的な変化によって日常生活や社会生活に支障をきたすような状態とされます。記憶力が必ずしも低下していなければならないわけではなく、実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知の認知領域のうちの 2 つ以上が障害されている場合でも認知症の診断となります。

認知症の原因疾患

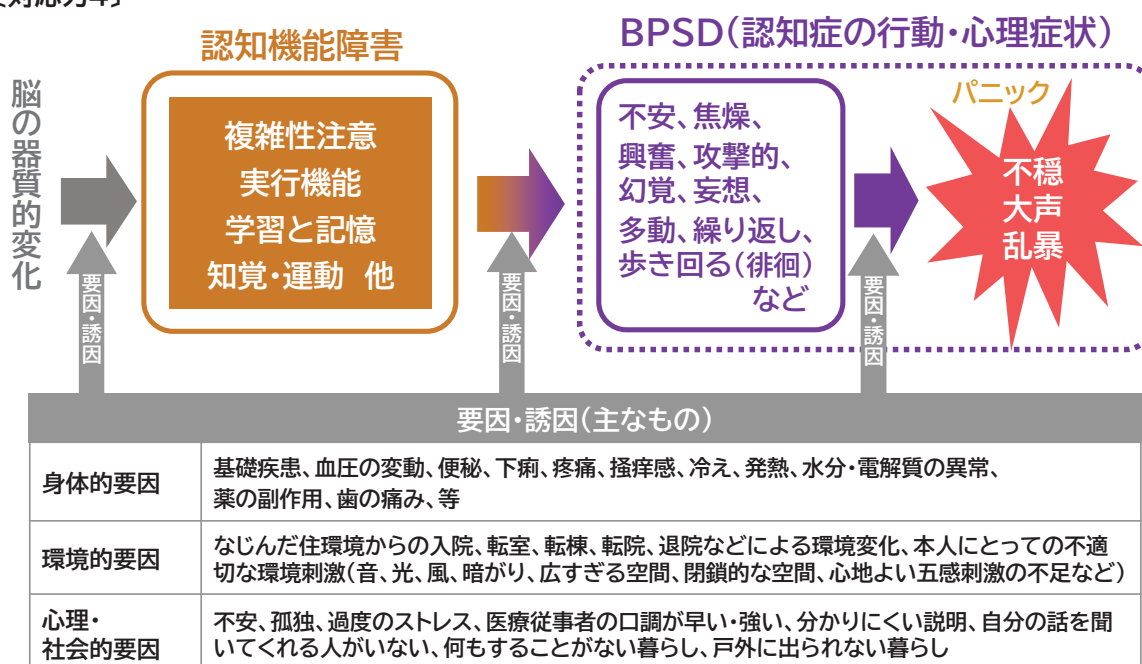
〔対応力3〕



「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(H25.5報告)を引用

認知症の症状と要因・誘因

〔対応力4〕



永田久美子 「11 認知症高齢者の理解とケアの変遷」
正木治恵 監修 「改訂版老年看護学」日本放送出版協会 P196.2011

〔対応力 3〕

認知症や認知症様の症状をきたす疾患には、様々な原因疾患や病態が含まれます。調査の時期や地域、対象、診断基準などにより割合は異なりますが、ここでは厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応.平成 23～平成 24 年度総合研究報告書;2013」を元に作成した認知症の原因疾患の割合を示します。

アルツハイマー型認知症は 67.6%を占め、最も多く、次いで血管性認知症が 19.5%、レビー小体型認知症(認知症を伴ったパーキンソン病を含む)が 4.3%、前頭側頭型認知症(前頭側頭葉変性症)が 1.0%となっています。特に、高齢の認知症患者は一つの疾患のみではなく複数の認知症疾患が重複している場合もあります。

〔対応力 4〕

日常業務での対応において留意すべき認知症の症状と、それらを引き起こす要因や誘因についての関係を示します。

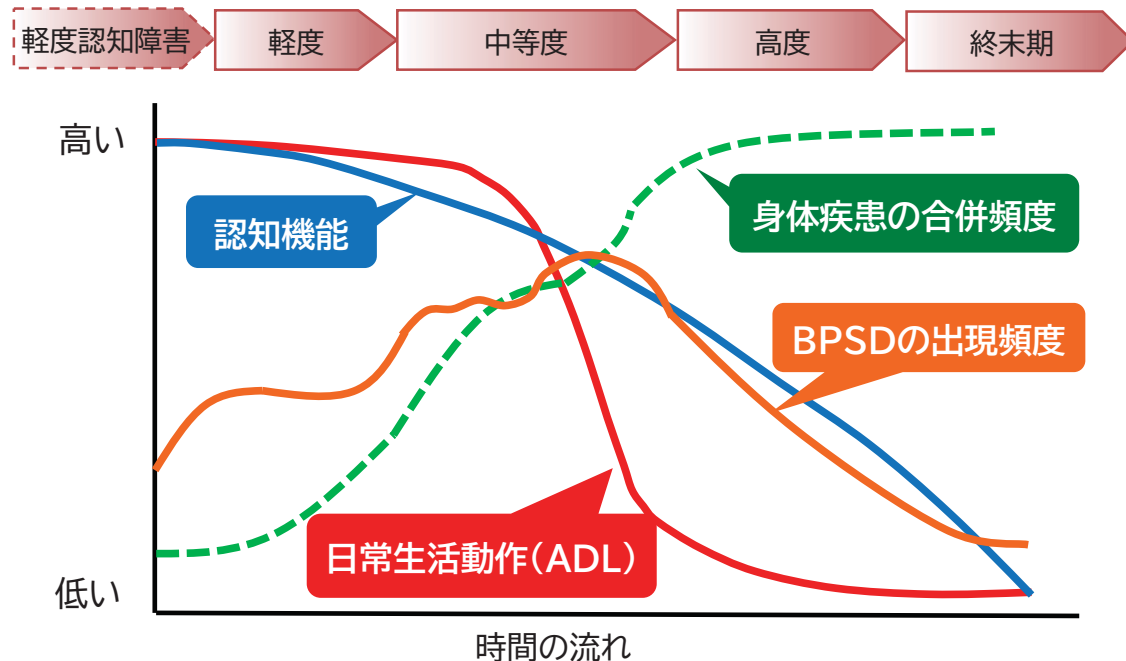
認知症では、脳の器質的変化により、「複雑性注意」「実行機能」「記憶」「知覚・運動」などの認知機能障害が生じ、さらに、この認知機能障害によって、不安や焦燥、興奮、攻撃的言動、幻覚、妄想、多動、繰り返し、歩き回る(徘徊)などの行動・心理症状(BPSD)が引き起こされます。これらの BPSD が、さらに不穏な言動や大声を出す、乱暴な行為などの著明な精神症状としての BPSD として現れます。

この過程において身体的要因、環境的要因、心理・社会的要因などが要因や誘因となり、BPSD を引き起こしたり、悪化させたりすると言われています。BPSD の予防や治療の際には、スライドにある様々な身体的要因、環境的要因、心理・社会的要因や誘因などを理解して、適切に対応することが重要です。

認知症の経過（変性疾患の場合）

〔対応力5〕

認知症の進行とともに状態は変化する



介護者への支援

〔対応力8〕

● 心理的サポート

- － 介護者自身がどのような状況に置かれていると認識しているかを尋ねる
- － 自分の置かれた状況について話す
- － 新たに生じた役割がどのようなものかを考える機会を提供

● 情報提供

- － 疾病に関する情報、医療に関する情報、生活に関する情報
- － 家族教室、家族会の紹介等

● 専門サービスの紹介

〔対応力 5〕

変性疾患が原因となっている認知症の経過は、軽度、中等度、高度と進行に伴い重症度が変化していきます。高度の先には終末期があり、認知症が原因で死亡するという場合があります。

認知機能の経過は、軽度、中等度、高度と進行するに従い、緩徐に概ね直線的に低下します。

日常生活動作（ADL）は、特に基本的日常生活動作（移動、食事、排泄、更衣、保清、入浴など）でみると、軽度の時期には目立った低下を認めませんが、中等度の時期に急速にできないことが増えてきます。

BPSD の出現頻度は、軽度から中等度の時期にピークとなり、高度や終末期になってくると目立たなくなります。身体合併症の合併頻度は、進行とともに増加します。

このように、軽度、中等度、高度、終末期の時期で、認知症の方のニーズは変化していくことを理解しましょう。

〔対応力 8〕

医療者は認知症である本人のみならず、その介護者にも心を配ることが重要です。認知症である本人を支える介護者の不安、病状の変化を受け入れられない状況等の根底にある意味を理解し、心理的サポートを提供しましょう。

介護者が家族の場合は、今までの家族形態・機能が、どのように変化し、それにより新たに生じた役割を無理なく担い、乗り越えられるのか否か等を見極める必要があります。これまでの人生で起きた変化を家族のなかでどのように乗り越えてきたのかというような過去の経験が役立つかもしれません。

情報提供については、介護者にとって本当に聞きたい情報が、実は医療者から提供されていないという場合も少なくありません。介護者が大切にしていることは何か？どんなことを知りたいのか？と、共に考え、情報を提供することが欠かせません。また、介護者にとって、介護仲間の存在を知り、お互いに助け合うことは、専門職の支援と同様大きな支えとなることも押さえておきましょう。

介護者が悩みを抱え込まないように、社会資源が活用できるよう、専門サービスを具体的に紹介していくことも必要です。

意思決定支援の基本原則

〔対応力9〕

- ① 本人の意思の尊重
- ② 本人の意思決定能力への配慮
- ③ チームによる早期からの継続的支援

※ 意思決定能力は本人の個別能力だけではなく、支援者の支援力によって変化することにも留意する。

認知症の人の日常生活・社会生活における 意思決定支援ガイドライン

〔対応力10〕

趣 旨

- 意思を形成し、表明でき、尊重されることは、日常生活・社会生活において重要であり、認知症の人についても同様。
- 意思決定支援の基本的考え方、姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理し、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることをめざすもの。

基本事項(誰のための・誰による・支援なのか)

- 認知症の人のための
(認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む)
- 認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による
(意思決定支援者)
- 認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもの
(意思形成支援、意思表明支援、意思実現支援)

🎥 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン 組込型研修の視聴

〔対応力 9〕

本研修の目的でも触れた、認知症である本人の「意思が尊重され」、「住み慣れた環境で」、「自分らしく」生活し続けていくためには、認知症である本人の意思決定を支援していくことがとても重要です。

基本原則として 3 つ挙げられます。1 つ目は、「支援者の目線ではなく、本人が口や行動で示した意向や選好を確認・尊重すること」、2 つ目は、「本人ができる・決められることを前提に支援すること」、3 つ目は、「医療・介護の専門職だけでなく、本人を支える家族、地域の関係者を含めたチームで、“早期”から“継続的”に支援すること」です。

〔対応力 10〕

認知症である本人が日常生活・社会生活の場面において、自分で選んで自分で決めることの重要性、その支援の必要性に鑑み、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」が策定され、平成 30 年 6 月に公表されました。

認知症である本人は自分で決められない人ではなく、意思決定しながら尊厳を持って暮らしていくことの重要性について全ての人が認識することが必要であり、「決められないときに代わりに決めてあげる」のではなく、「本人が自分で決めることを支援する」ことが意思決定支援の基本原則です。ガイドラインでは、認知症である本人の意思決定をプロセスとして支援（意思形成、意思表明、意思実現）する基本事項が整理されています。

ガイドラインの理解や実践につなぐための研修（認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修）も令和元年度から展開されています。

参考

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（厚生労働省ホームページ）

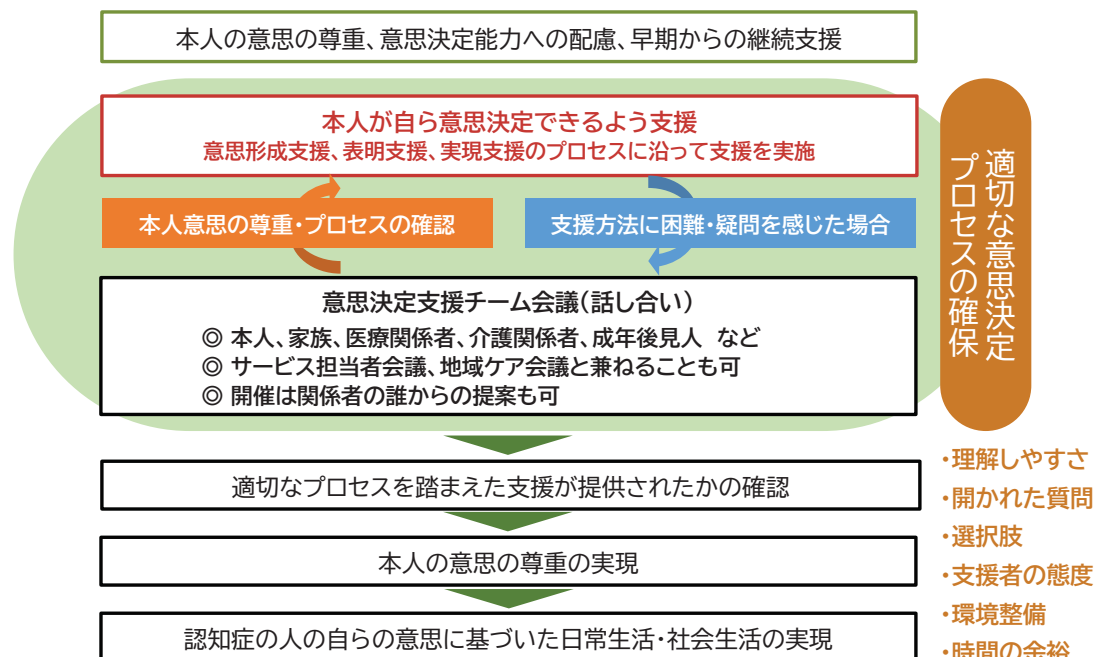
URL：<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html>

ガイドライン組込型研修 動画（合同会社 HAM 人・社会研究所ホームページ）

URL：https://ham-ken.com/wp/?page_id=1340

生活支援としての意思決定支援

〔対応力11〕

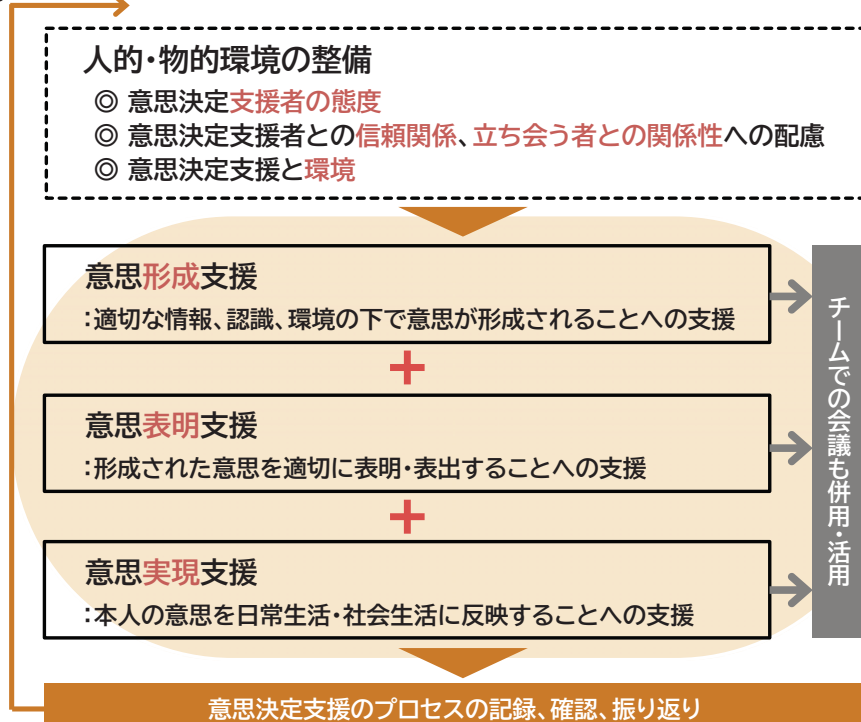


認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(H30.6) に一部追記

意思決定支援のプロセス

〔認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(H30.6)より〕

〔対応力12〕



〔対応力 11〕

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインにおける意思決定支援とは、認知症の人が自ら意思決定できるように、そのプロセスを支援するものと定義されています。入院患者であっても、そのことに変わりはなく、治療等に関する意思決定のみならず、入院生活における様々な意思決定の場面において、医療従事者による支援が期待されています。

そのプロセスには、本人が「意思を形成すること」の支援と、本人が「意思を表明すること」の支援を中心とし、本人が「意思を実現する」ための支援までが含まれます。本人の意思の尊重、意思決定能力への配慮、早期からの継続支援などが前提となり、支援方法に困難や疑問を感じた場合などには、支援する関係者による話し合い(意思決定支援チーム会議)によって、多面的な情報や意見交換を行いながら支援していくことが重要とされます。

〔対応力 12〕

意思決定支援のプロセスを示します。意思決定支援においては、意思決定支援者の態度や意思決定支援者との信頼関係、立ち会う人との関係性や環境による影響を受けることから、まず、人的・物的な「環境の整備」が重要となります。

それを前提に、本人が適切な情報と、決められるだけの環境・認識のもとで判断できるようになっているかに注意して意思「形成」支援を行い、その上で本人が適切に「表明・表出」することができるよう支援し、最終的にはその意思を生活に反映・「実現」させることを支援します。

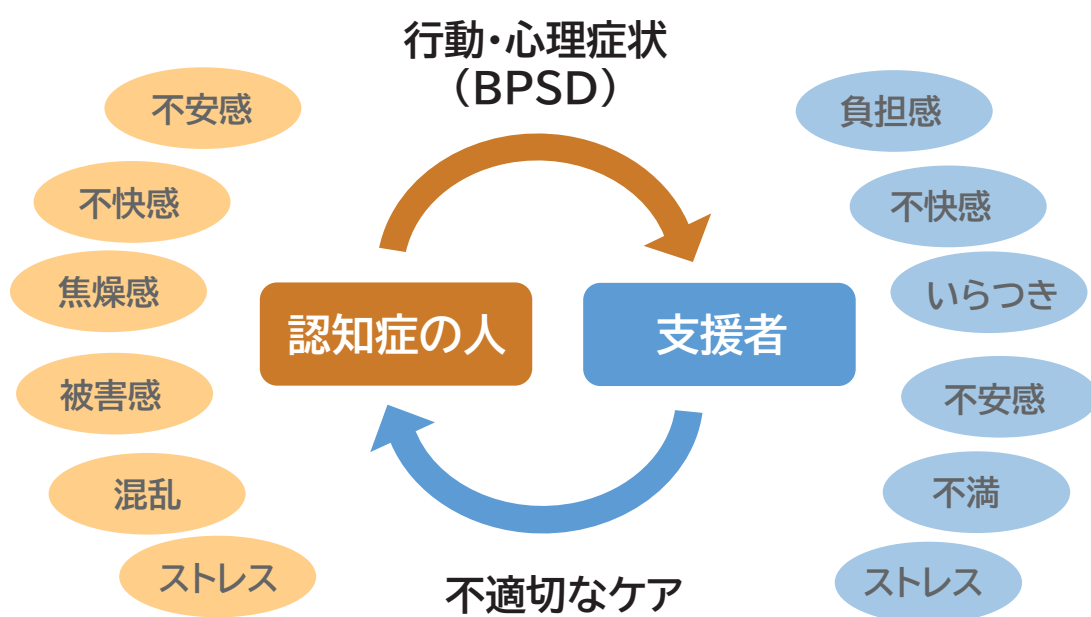
なお、これらは必ずしも順番通りに行われなければならない訳ではなく、重なり合い、行きつ戻りつ行われるもので、適切な支援のプロセスかどうかを確認するときには、3つの支援に、「環境の整備」、「振り返り」を加えた5つの観点から行うと整理しやすいとされています。

動画 ②

認知症の人の体験世界

認知症の人と支援者の間に起こる悪循環

〔対応力14〕



加藤伸司 第一法規出版 2002を引用・改変

〔対応力 13〕

動画②認知症の人の体験世界

- 入院している患者(認知症あり)の目線で入院時に体験する世界を再現。
- 佐藤雅彦さん(若年発症・アルツハイマー型認知症)が自身が糖尿病で入院した時の体験を語る。
- 入院時に認知症の人が体験することをオムニバスの再現ドラマで見せる。
“時間の感覚がない” “誰なの？前と同じ場所” “自分を無視しないで！”
- 認知症の人と接するときに留意すること。
- 医療従事者の早期発見・早期支援が重要。
- 病院内での多職種連携が求められている。(医師・看護師・薬剤師・リハ職・相談員等)

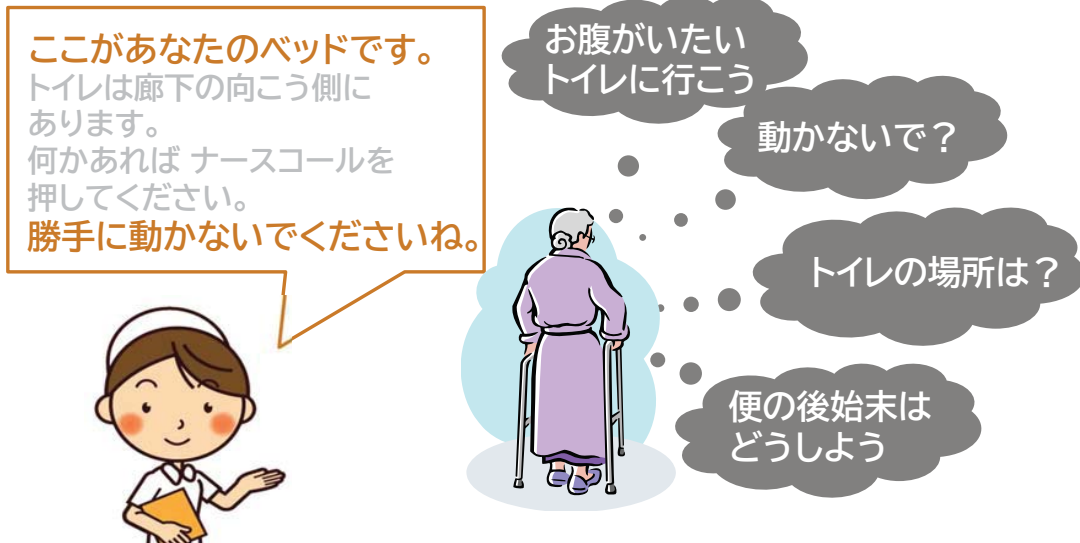
〔対応力 14〕

誰であっても目の前の人がいらいした気持ちになると、その気持ちが伝わり不快な気持ちになるものです。不安感や不快感を抱えている認知症の人にとってはなおさらです。介護者の気持ちや言動が、認知症の人の行動に現れることがあり、「認知症の人の行動は介護者の鏡」と言われます。その他にも色々な感情の悪循環が認知症の人と介護者の間には生じてしまいます。認知症の人の不安感、不快感、焦燥感、混乱状態、被害感、様々なストレスが原因となり、BPSDや生活障害が悪化するといわれています。悪化することで介護者の負担感が増大し、不快感、不安感、いらつき、不満、様々なストレスなどに心理的な変化が重なり、不適切なケアに至ってしまう可能性もあります。その変化が認知症の人の心理的な負担となるといった悪循環に至る可能性があるのです。

介護者が「快い」気持ちで関わりができていると、認知症の人にも「快い」気持ちでいられる、との考え方を忘れないことが重要です。

コミュニケーションのずれ

【対応力15】



コミュニケーションのずれは、状況や関係性を悪化させてしまいます。認知症の人の想いを把握し、ニーズに応じる対応をとっていきましょう。

〔対応力 15〕

見当識障害が進んでいくと、相手がどのような人なのか、自分がどういう状況にあるのかということが認識しにくくなります。本人はわからないなりに自分の中に残っている知識のかけらを総動員して対応しようとしています。

職員としては「一度説明したのに」と思いがちです。しかし、認知症の場合は中核症状の一つとしてエピソード記憶の喪失によってそれを忘れてしまっていることも多かたりします。

自分の状況が理解できないところで、自分とどのような関係にあるのかわからない職員から「危ないですよ」、「動かないでください」、「帰れませんか」という言葉をかけられたとき、認知症が無くても困惑したりムッとしたり不快に思ったりするものです。こうした行き違いが「コミュニケーションのずれ」です。

例えば、排泄のように人の尊厳に深く関わることで、失敗したくないという思いは認知症になっても同じです。そこで重要になるのは、単純な手順を繰り返し伝えること、複数の手順で成り立っている行為は(たとえ日常的なことであっても)一緒に行うことを心がけること、の2点です。安静が必要なら、ナースコールを押す練習を繰り返し繰り返し、何度も一緒に行うことで、何かあればナースコールを押せる行動を学べるようにすることや、トイレ誘導が必要であれば、本人が自力でトイレに行く機会が極力生まれないように、病室の前を通るたびにベッドに寄ってトイレの声かけをするなど、本人が一人で行動する機会を限りなく減らすことに知恵を使うことが求められます。

生活することは動きの連続で、安静にするほうが医療に特有な特殊な状況です。こうした医療の特殊性を認識し、認知症になると特殊性に対する適応力が著しく低減することを理解しておく必要があります。

コミュニケーションの特徴と工夫

〔対応力16〕

【認知症の人のコミュニケーションの特徴】

- 病状の進行、さまざまな身体・心理状態の変化等によって、コミュニケーションレベルは影響される
- 非言語的コミュニケーションが多くの割合を占める
- 視覚・聴覚など、さまざまな加齢変化もある

【コミュニケーションの工夫】

- 表情や声の抑揚、行動、歩き方、身体反応などに現れる意思を把握する
- 空間や自然、時間などを含む環境すべてがコミュニケーションであると考えて

認知症の本人の理解

〔対応力17〕

認知症の本人には 意思も・経験も ある

認知症である本人が体験している世界を理解する

認知症
である
本人

- に 聞いてみる
- の 話を想像する
- に 現状を伝えてみる
- の 反応をみる
- が どのように思うか聴いてみる
- に どのようにするか相談する

〔対応力 16〕

認知症になっても、脳の中の情動の機能は重度になるまでしっかり働いています。しかし、認知機能が障害されることで、心身の快・不快や思っていること・考えていることをそのとおりに表現できず、イライラが募ったり、自閉的になりやすくなります。また、情報が適切に処理されず、誤った情報にもとづいて心理的・行動的に反応してしまいます。これが、認知症特有の BPSD (行動・心理症状) の本質です。

そこで、BPSD の原因となりそうな個人・環境因子の把握に努めることがポイントで、その主な手がかりは 3 点あります。第 1 点は「病状の進行・身体状態・心理状態の変化」です。これらが心身の快・不快の状況やコミュニケーション能力に影響を与えている可能性があります。第 2 点は「非言語的コミュニケーション」です。認知症になり見当識障害が進んでいくと、相手がどのような人なのか、自分がどういう状況にあるのかということが認識できなくなり、不安・焦燥が募ります。第 3 点は「視覚・聴覚などの加齢による変化」です。見えにくい、聞こえにくいなどの身体機能の低下により、環境から入ってくる情報が著しく制限されます。これからどのようなことが起こるのかわからないために、不安・焦燥が募ってしまいます。

コミュニケーションの基本は、この 3 つの手がかりをもとに、本人の目線に立って本人の状況に共感し、ねぎらったり、いたわったりするところから始めることです。そこで心がけたい基本原則はケアする側が本人の視界に入る際に声をかけるなど、自分が「これから」関わるという手がかりを非言語的に与えることです。早めに本人の視界に入りしっかりコンタクトをとることなど、これからコミュニケーションを始めるという合図を非言語的に送ることです。

その際、配慮する点は 2 つあります。第 1 点は本人の表情・声の抑揚・行動・歩き方・身体反応などから本人の意思を推し量ること、第 2 点は本人を取り巻く環境に気配りし、不快な要因を取り除くことです。

〔対応力 17〕

認知症の人の多くは記憶障害等の症状があるため、話がすれ違うこともあります。すべての話がすれ違うという訳ではありません。

「どうせすべてを忘れてしまうから」と思わずに、認知症の人の話を聞き、どのようなことを伝えたいのか、どのような経験をしてきた人なのか、知ろうとすることが重要です。その人の人生経験を知って大切な存在として関わるのが重要です。

まずは、認知症の人に聞いてみる、伝えようとしている話の内容を推し量ることです。

認知症の人は、状況把握ができてにくいこともあるので、本人が説明を理解しやすいように伝える方法を考えましょう。

医療者からの一方的な対応ではなく、認知症の人がどう思うのかという視点のもと、その人に合った対応を考えるようにします。認知症の人がどのように思うか聴いてみる、認知症の人本人にどのようにするか相談してみることも大切です。

認知症ケアの基本

〔対応力18〕

- ① **その人らしく存在**していただけることを支援
- ② できることに目を向けて、本人が有する力を最大限に活かせるよう、**自己決定を尊重**
- ③ 生活歴を知り、**生活の継続性**を保つケア環境
- ④ **感情・情緒に配慮**した、心地よいケアやコミュニケーション
- ⑤ **家族やケアスタッフ**の心身状態にも配慮
- ⑥ **退院・社会復帰**を早期より視野に入れたケア
- ⑦ **最期の時まで**を視野においたケア

認知症であっても感情は保たれている

〔対応力19〕

- 認知機能障害に関連して、認知症の人でも違和感や苦痛を感じる
- 特に、軽度認知症においては、失敗体験にともなう自尊心の傷つき、自律性の喪失への恐怖がある

心理的な苦痛にも配慮をした、かかわり・支援が重要

例) 忘れてしまったことを指摘する
排泄の失敗を責める

〔対応力 18〕

認知症ケアの基本はこの7点です。

- ①認知症の人の尊厳をまもり、その人らしく存在していただけることを支えること
 - ②できないことよりできることに目を向け、本人が有する力を最大限に活かせるよう、自己決定を尊重すること
 - ③生活歴を知りケアに生かすとともに、生活の継続性を保って慣れ親しんだケア環境を整えること
 - ④心身の状態に加えて、社会的な状態などを全体的に捉えてケアを提供すること
 - ⑤ケア環境の一要素でもある家族やケアスタッフの心身の状態にも配慮し、良好なものとする
認知症の進行によって、さまざまな生活機能に変化することを踏まえて、
 - ⑥退院・社会復帰を視野に入れケアをすること
 - ⑦最期の時までを視野においてケアをすること
- が挙げられます。

〔対応力 19〕

認知症になっても脳の中の情動の機能は重度になるまでしっかり働いています。しかし、心身の快・不快や思っていること・考えていることをそのとおりに表現できなかつたり、状況がしっかり理解できないまま行動して叱責されたり、失敗・間違いを指摘されることが増えていきます。

その結果、心理的苦痛を感じる機会が増え、イライラが募って暴言・暴力につながったり、自分の世界に閉じこもって寡黙になったり食べなくなったりしてしまうこともあります。

特に軽度の時期には、日常的にできていたことを失敗する体験が増えていくことで、意識的・無意識的に認知機能の障害に気づき、人によっては頭の中が壊れていく感覚とそれに対する恐れを感じたりします。その結果、「まだままだできるはず」というプライドや「少しずつできなくなっていく」という喪失感など、自律性・人間性に関わる心理的苦痛も生まれがちです。

脳細胞が障害されることによって失敗が起きているにもかかわらず、失敗を指摘したり責めたりして本人の努力に働きかけて改善を図ることは、本人の心理的苦痛をますます高めることになりがちです。ケアする側の行為によって心理的苦痛を増やさないためには、本人が失敗しにくい支援・環境調整のしかたを工夫することが求められます。

初診時・入院時から認知症を疑う

〔対応力20〕

日々の生活の様子や言動から、**認知機能の変化**を疑う徴候がないかを確認する

- 認知症を疑う場合には、
 - ・ 本人に**自覚症状の変化**を確認する
 - ・ 場合により、注意障害や見当識を確認する
- **家族や関係者からみた変化(入院前を含めて)**を注意深く聞き出す

入院後に認知症が疑われる場面

〔対応力21〕

以下のことが生じた場合には、背景に**認知機能の低下**や**認知症の症状**が影響している場合が多いことから、速やかに認知症に関連した**アセスメント**を行う

- せん妄の発症
- 転倒や転落などのエピソード
- 行動・心理症状や他の精神症状の出現
- 食行動の異常や睡眠の障害
- アドヒアランスの不良(疑いも含む)
(内服や処置などの治療内容への理解不良)

〔対応力 20〕

入院時には認知症の存在が気づかれていないことも少なくありません。

認知機能低下による症状を、本人の不注意や努力不足、わがままのようなものと誤解することで、本人を傷つけ状態を悪化させてしまうことは避けなければなりません。

そのためにはまず、初診時や入院時などの初対面の場面から、日常会話や行動をよく観察することが大切です。特に、認知機能に関連するような症状によって、日常生活に変化がなかったかどうかを確認しましょう。

そしてもし認知症が疑われた場合には、本人にその症状に自覚があるのかを確認するとともに、注意の障害や見当識の障害がないかを客観的に確認します。

家族から、客観的にみていつ頃からどのような症状(行動)が始まり、どのように変化したと感じていたのかを聞くようにすることも極めて重要です。

〔対応力 21〕

身体合併症の治療の場面で、認知機能の問題は、日常生活上の問題よりも、治療面での問題として現れてくることが多くあります。

認知機能の再評価が望ましい場面をいくつか示します。

せん妄の発症:せん妄自体は認知症でなくとも生じますが、認知症をもつ人が入院をすると高頻度にせん妄を併発します。せん妄の背景検索の一環として、認知機能評価が望まれます。

転倒:認知症はそれ自体が転倒のリスク因子ですし、せん妄を合併することでも転倒しやすくなります。

脱水・摂食不良:中核症状の複雑性注意の障害、アパシーが関連します。

アドヒアランス※不良:近時記憶障害、実行機能障害により、内服の管理が困難になったり、処置を覚えて実施することが難しくなります。

※アドヒアランス

患者がただ医療者に従うのではなく、積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従い治療を受けること。

観察やケアで注意をしたい点

〔対応力22〕

認知症の人の観察やケアでは以下の点に留意し、それぞれに速やかで適切な対応が重要である

- 痛みや痒み、違和感
- 行動・心理症状(BPSD)
- 摂食の障害
- 睡眠障害
- 転倒・転落
- せん妄

痛みや痒み、違和感の表し方・伝え方

〔対応力23〕

- 認知症の人は、痛みや痒み、違和感などの症状を適切に表現したり、伝えることが難しい
- 医療従事者は、苦痛があれば患者は表現したり、伝えるはずと思いがち



- 身体症状の変化や悪化を見落としてしまう
- 全身状態の変化を見逃してしまう
- 不眠や行動心理症状の原因となる

〔対応力 22〕

入院期間における身体合併症の治療中に、(身体治療を意識して)観察を密にするなど注意するポイントを挙げます。

項目としては、「痛みや痒み、違和感」、「行動・心理症状(BPSD)」、「摂食の障害(栄養)」、「睡眠障害」、「転倒・転落」、「せん妄」が挙げられ、以降のスライドで順に詳細を説明していきます。いずれも注意深い観察と要因等を踏まえた対応によって、スムーズな治療・入院生活をサポートすることが可能となります。

〔対応力 23〕

認知症の人が痛みや違和感があるとき、必ずしもそれが言葉で表現されるとは限りません。

認知機能障害があると、痛みなどの苦痛を認識し、適切な言葉に置き換え、医療者に伝えることが難しくなります。

その結果、痛みや苦痛があってもうまく表現することができなくなり(言葉で表現できずに BPSD の行動症状として現れることがある)、医療者側も見落としがちです。

痛みや苦痛などの自覚症状は、全身状態の変化を早期に捉え、対応するために重要です。その症状を見落としたり気づくのが遅れたりすると、患者の苦痛が増すとともに、対応の遅れにより合併症が重篤化しやすいことに注意してください。

痛みに気づくサイン

〔対応力24〕

- 表情 ： 泣く、パニックになる、不機嫌になる
- 行動 ： 身構える、おびえる
- 自律神経症状 ： 頻脈、発汗などの侵襲に対する反応

BPSD対応の基本

〔対応力25〕

- BPSDの出現や悪化の**原因を検討**する
- 対応は、**非薬物療法**を優先する
- **多職種による介入や支援**を検討する
- 認知症ケアチームなど**専門チーム**や**認知症の専門医**と協働する
- **薬物療法の必要性を検討**する
(開始後も症状の改善に合わせて減量・中止を検討する)
- 上記でも症状が改善しない場合は、**精神科への紹介を検討**する

※ せん妄と同様に入院当初からの予防的介入や支援が重要である。

※ うつ病や顕著な妄想、興奮、攻撃性などは、緊急性を評価する。

〔対応力 24〕

痛みを自覚症状で評価することが難しいと判断した場合には、客観的な観察により、痛みを推測しながら対応を進める必要があります。

客観的な評価のポイントには、

- ・表情: 情動の急激な変化に注意をする、急に泣く、パニックになる、怒り出す、など
- ・行動: 急に身構えたり、行動を避ける、おびえる、など
- ・自律神経症状: 侵襲的な刺激に対する交感神経系の緊張症状に注意する必要があります。

特に、急に不機嫌になったり、攻撃的な行動が出る場合、単に BPSD の行動症状として対処するのではなく、身体的な苦痛が生じていないかどうかの客観的評価を含めて、評価し直すことが必要です。

〔対応力 25〕

BPSD への対応として、まず最初に原因となり得る身体疾患の有無やケア・生活環境の適切さ、薬剤の影響の可能性等、BPSD の出現や悪化の原因を検討することになります。身体治療中は、疾病に伴う苦痛の他、治療や処置に関連した苦痛が生じがちです。そのため、うまく言葉に表現できない苦痛が、BPSD として現れることが多い点に注意が必要です。

その後は、薬物療法よりも非薬物療法を優先することが原則です。院内の資源を活用し、多職種による介入・支援や認知症ケアチームなど専門チームや認知症の専門医との協働により、多面的な対応を検討した上で実践することが重要です。

これらの対応でも BPSD が改善しない場合やうつ病や顕著な妄想、興奮、攻撃性等の緊急性がある場合には、薬物療法の必要性を検討することになります。尚、開始後も症状の改善に合わせて、漫然としや長期投与に陥らないように適宜減量や中止を検討することが大切です。

摂食・栄養(食事)に関する注意点

〔対応力26〕

- 食事が進まない理由に、**身体症状**や**認知機能障害**が影響していることがある
- **摂食不良**をそのまま**食欲不振**とみなさない
- 「**食べない**」時には以下を考慮する
 - 注意が続かない(医療者やほかの患者に気を取られる)
 - 道具が適切に使用できない
 - 食事を口元まで運べない
 - 飲み込むことが困難である
 - 義歯がなく咀嚼できない
 - 口腔内の痛み(口内炎、義歯があわない)
 - 口腔内や口唇の乾燥

睡眠障害への対応

〔対応力27〕

- **正確な症状の把握と鑑別診断**
 - ・ 睡眠時無呼吸症候群
 - ・ 睡眠時周期性四肢運動障害
 - ・ 概日リズム睡眠－覚醒障害
 - ・ レストレスレッグス症候群
 - ・ レム睡眠行動障害
 - ・ 精神疾患による不眠
- **非薬物療法を優先**
 - ・ 心理的ストレスの低減
 - ・ 身体症状への対処
 - ・ 日中の過ごし方の工夫
 - ・ 睡眠環境の改善
- 投薬前に**リスクとベネフィット**を考慮
- 投薬後は**副作用**を定期的にチェック
 - ・ 鎮静
 - ・ 昼間の眠気
 - ・ 転倒
 - ・ 健忘
- 改善後は**適宜減薬や中止**を検討

〔対応力 26〕

食事の摂取は、注意力と関連する重要なポイントです。

一般に食事を摂らないと、食欲不振や食欲低下と判断しがちですが、認知機能障害自体も摂食に関連することは確認しておきたいところです。

認知機能障害がある人の場合、

- ・注意が続かないため、摂食行動が中断しがち
- ・失行により箸やナイフなどがうまく使えない
- ・視空間認知機能障害により、食事をうまく手元に運べない
- ・義歯自体がないことも多い
- ・口内炎や義歯が合わないために痛みがあるにもかかわらず、うまく伝えられない
- ・口腔乾燥があり、嚥下がうまくできない(のに伝えられない)

などにより摂食が悪化している可能性も考えられます。

〔対応力 27〕

認知症の不眠の原因は多岐にわたり、『不眠あり＝不眠症』ではありません。認知症の人に不眠を認めた場合には、睡眠時無呼吸症候群、レストレスレッグス症候群、睡眠時周期性四肢運動障害、レム睡眠行動障害、概日リズム睡眠－覚醒障害、精神疾患による不眠などによる睡眠障害の可能性も考慮し、正確な症状の把握と鑑別診断が重要です。

睡眠障害への対応ではまず非薬物療法を優先します。具体的には、原因の排除、心理的なストレスの低減、疼痛・掻痒・頻尿などの身体症状への対処、身体活動・離床・適度な刺激など日中の過ごし方の工夫、騒音や光の低減・室温・湿度など睡眠環境の改善などの対応で症状が改善することもあります。

催眠鎮静系の薬物の効果は限定的で、持ち越し効果や転倒などのリスクが高く、ADL や QOL が低下する可能性もあるため薬物療法を開始する前にリスクとベネフィットを考慮する必要があります。

薬物療法を開始後も鎮静、昼間の眠気、転倒、健忘などの副作用を定期的にチェックすることが大切です。漫然とした投薬を控え、症状の改善に合わせて適宜減薬や中止を検討します。

入院中の生活リズムの調整

〔対応力28〕

- 光を利用する

（朝はカーテンを開け日光を取り入れる、夜はカーテンを閉め強い光を避ける）

- 本人の日課、生活習慣を取り入れる

（リハビリ、食事場所の検討、院内デイへの参加、身だしなみの習慣の把握と実施など）

- 日中の活動と休息を、意図して調整する

（午睡は30分程度になど）

転倒・転落への対応

〔対応力29〕

- 転倒しても外傷や心理的ショックを最小限にすることを目的・目標にする。

（転倒ゼロを目標にせず、転倒を前提に対策を立てる）

- 多職種で転倒のリスクや身体機能、入院環境を評価し、多面的な介入により転倒・転落を予防する。

（基礎疾患の治療、薬物の調整、運動、歩行訓練、環境調整、衝撃吸収マットやポジションバーを活用など）

〔対応力 28〕

人間には1日およそ25時間の概日リズムが備わっています。そのため、毎日生体リズムを調整する必要があり、脳は朝の日光を認識することで生体時計をリセットします。朝の日光を取り入れることで、夜間のメラトニンの分泌にも影響し、規則正しい生活リズムにつながります。光を意図することは大切なケアです。

人間は昼行性であり、日中活動し夜間眠ります。昼間の活動は夜間の睡眠の質に影響します。病室で臥床したきりではなく、離床しリハビリや食堂に行くなどは、セロトニンの分泌にかかわり、穏やかさもたらされます。入院中の作業療法や院内デイ等での軽運動も、活動の場のリソースになり得ます。洗面・日中の着替えなど、入院前の身だしなみに対する個人の生活習慣を、ケアに入れる検討も生活リズム調整に有用です。日中、車いすへ移乗するとしても、長時間に及ぶとそのまま車いすで眠っていくことがあるので注意が必要です。車いす上での坐位保持・体幹保持が困難で、仙骨座りになることもあります。車いす移乗は、その休息も考えて実施することが必要です。高齢者の場合、午睡をとることもありますが、午睡が長すぎると夜間眠りにくくなるため、午睡は30分程度にします。適切な活動と休息をセットで意図することが生活リズム調整の要点です。

〔対応力 29〕

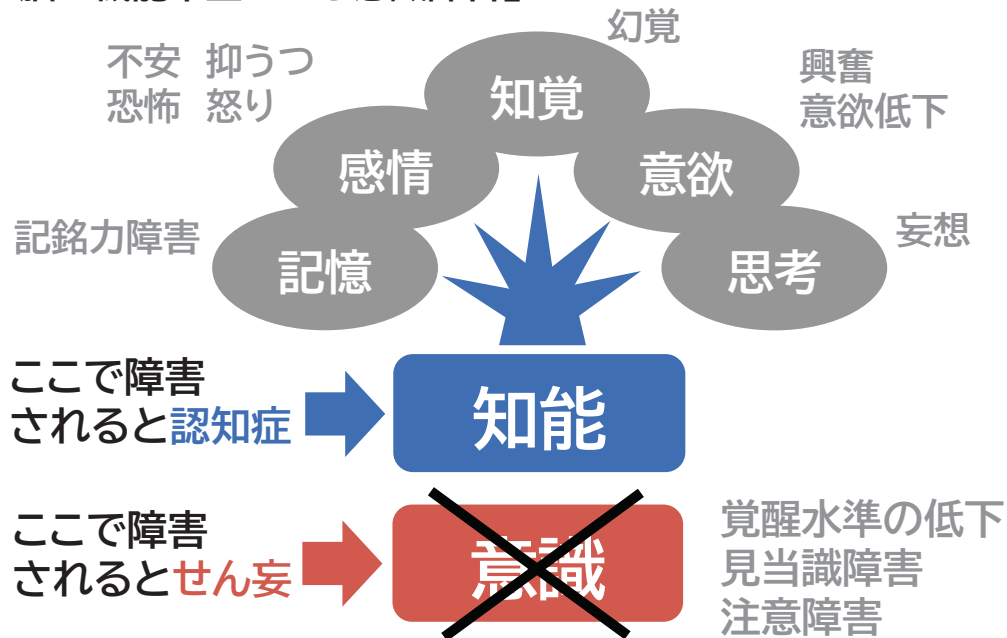
認知症高齢者の転倒はゼロにはできません。転倒しやすい病態や、加齢による身体の変化があるためです。

転倒リスクを多職種で受け入れ、認知症高齢者がたとえ転倒したとしても、本人への心身への影響を最小限にすることを目標にする対応が求められます。転倒時に外傷がなかった場面は、「ヒヤリ・ハット」に限らず、「ひやり・ほっと」としても考えます。医療職の従来の価値観を転換し、入院前のADL・生活の様子を把握し、動きのある生活を柔軟に支援する視点・配慮が必要です。

せん妄

〔対応力30〕

『急性の脳機能障害で、種々の身体疾患・薬剤などによる急性の脳の機能不全による意識障害』



せん妄の治療・ケア

〔対応力31〕

- **せん妄の直接的な原因への対処**
 - 水分・電解質、酸素化などの保持
 - 基礎疾患の治療と全身状態の安定
 - 原因となる薬物の特定と減量・中止の検討
- **せん妄の間接的な原因への対処**
 - 睡眠－覚醒パターンの改善
 - 過剰な刺激(痛みなど)や感覚遮断の改善
 - 身体拘束や体動の制限の改善・解除
- **薬物療法**
 - 症状改善の目的で少量の抗精神病薬を投与する場合もある(専門医への相談が望ましい)

〔対応力 30〕

せん妄の本態は意識障害です。軽度の意識の障害なので、認知症と区別のつかない知能面での障害が出現します。

記憶、感情、知覚、意欲、思考といった知能は意識の上にのっており、意識の機能が低下すれば自ずと知的能力も低下してしまいます。

一方、認知症は意識障害はなくても、知的能力の低下した状態で、こちらは覚醒水準には問題がないのにもかかわらず、記憶が障害されたり、日常生活に支障が生じたりします。

そして、認知症の人がその上にせん妄を来すこともよくあります。

このようにせん妄と認知症に関する医学的な定義は一見わかりにくく混乱しやすいので、日頃から多職種で理解を深め、状態を早期に見極めることが大切です。

〔対応力 31〕

せん妄の直接的な原因への対処としては、次のポイントを理解しておく必要があります。

- ・水分・電解質、酸素化などの保持、基礎疾患の治療
- ・直接的原因となる薬物の特定と減量・中止の検討

せん妄の間接的な原因への対処（環境調整）としては、次のポイントを念頭におきましょう。

- ・睡眠－覚醒パターンの改善
- ・過剰な刺激（痛みなど）や感覚遮断の改善
- ・身体拘束や体動の制限の改善・解除

これらの対処を行っても改善がみられない場合は、専門医と相談し、鎮静目的で少量の抗精神病薬を投与する必要があることもあります。

せん妄発症後の対応の原則

〔対応力32〕

せん妄を発症した場合は、下記について速やかに多職種で情報を共有し継続した対応を行う

- せん妄の原因となっている疾患や状態を同定し、治療・改善を図る
- 患者の安全を確保する
- 静穏な環境を提供する
- 苦痛(特に痛み)を除去する
- 状態や対応などを本人・家族へ説明する

身体拘束は行わないことが原則 ～やむを得ない場合の例外的対応～

〔対応力33〕

やむを得ず例外的に身体拘束を行う場合、下記要件を満たすかを多職種で協議する

- 切迫性
本人または他の患者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い
- 非代替性
身体拘束を行う以外に代替する方法がない
- 一時性
本人の状態像に応じて必要とされる最も短い拘束時間を想定し、一時的である

厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」、2001年より

〔対応力 32〕

せん妄発症後の対応の原則についてスライドにまとめました。せん妄を発症した場合に、どうしても落ち着きのなさやまとまりのない行動への対応に目移りがちですが、まず検討しなければならないことは、せん妄の原因を同定し、適切な治療を行い症状の改善を図ることです。感染症や薬剤の影響なども考慮し、症状の変化を時系列で確認し、速やかに原因を同定することが重要です。

具体的には、患者の安全を確保するとともに安心して落ち着くことのできる静穏な環境を提供する、特に昼夜のリズムを整える、痛みや搔痒感、不安などによる苦痛を除去する、などの対応をそれぞれの患者さんの特徴や状態に合わせて多職種で協力して行うことがポイントです。

せん妄を発症した場合は、速やかに多職種で情報を共有し、継続した対応を行うことが大切です。また、せん妄であったとしても本人は全てが分からないのではありません。症状や認知機能障害を考慮した上で本人に状況を説明し、さらに家族にも患者の状態についての情報提供や対応についての説明を行うことも重要です。

〔対応力 33〕

身体拘束は、BPSD やせん妄の強力な増悪因子であり、原則的に行ってはいけません。

治療上、生命の危険があり、緊急性をもって行わなければならない場合に限り、切迫性・非代替性・一時性、の3つの原則を満たした場合にのみ緊急避難的に許容されます。

身体拘束を適用した後も、3原則を満たすかどうか評価することが必要で、身体拘束解除のために必要な方針とアクションを定めておく必要があります。つまり、身体拘束が必要となってしまう身体的・精神的背景を見定め、その改善を目指して介入する姿勢が求められます。

定期的な評価を行い、解除の条件を満たし、身体拘束を行う必要性がなくなり次第、すみやかに解除します。

やむを得ず身体拘束を判断し 開始する際の留意点

〔対応力34〕

- 単独で身体拘束を決定・実施せず、チームで**例外的3原則**を満たすのか検討する。
- 身体拘束に至るまでの**判断の過程と根拠**を明らかにする。
- 開始時には、**医師は診察し指示を出す**。
- 開始時には速やかに**本人への説明、家族への説明**を行い、**同意**を得る。
- 実施後は、身体拘束に関する**観察と記録**を行い、改善後は**速やかに解除**する。

身体拘束にあたる項目

〔対応力35〕

- 1 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- 2 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- 3 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む
- 4 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る
- 5 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける
- 6 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける
- 7 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する
- 8 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる
- 9 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る
- 10 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる
- 11 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する

厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」より

〔対応力 34〕

やむを得ず身体拘束を行う場合でも、単独では決定・実施せず、例外的3原則を本当に満たすのかをチームで検討することが重要です。その判断の過程と根拠は明らかにしておかねばなりません。

開始時には、医師の診察と指示の上で、本人への説明、家族への説明を行い、同意を得る必要があります。

実施後は、身体拘束に関する観察と記録を行い、きちんと拘束の解除の条件を設定し、条件がかない次第、すみやかに解除します(ドレーン／カテーテルが不要な状態になれば抜去と共に、24時間持続点滴から間歇的投与への変更時に、食べられるようになれば、など)。そのためにも、どうすれば身体拘束を解除できるのか、チームで共有し取り組むことが重要です。関わるたびに解除に向けた条件を考え、整えていきます。

精神保健福祉法の下、指定医と指定医の指示の下で厳密に実施されているような身体拘束はともかく、一般病院・一般病床での身体拘束は、組織風土、各職種・各職員の倫理観などへ好ましくない影響を与える傾向があります。厚生労働省「身体拘束ゼロの手引き」では、本当にやむを得ないのかどうかを問い、強い意思で解除することを推奨しています。

身体拘束を行ったまま地域社会が受け入れることは困難です。「病院でさえも大変な人を、決してうちでは見ることはできません。」と言われてしまいます。

〔対応力 35〕

厚生労働省により作成された「身体拘束ゼロへの手引き」において、主に介護保険施設等におけるこれらの行為は、身体拘束・抑制にあたるとして原則禁止しています。

医療機関においては治療・安全上の必要性とのバランスが問題となりますが、治療の場であると同時に療養生活の場としての観点からは、同様の取り組みが求められているといえます。

身体拘束については現実に「身体拘束ゼロ」を達成している医療機関の先行例があるので、先行例における組織的取り組みについて情報収集し参考にしていきましょう。

身体拘束ゼロは必ずしも不可能ではない、と認識し取り組みをはじめていくことが、各一般医療機関における意識・価値観の変化として求められています。

連携等 編

ねらい：院内・院外の多職種連携の意義を理解する

到達目標：

- 多職種連携の意義とメリットを理解する
- 院内・院外で多職種連携する必要性について理解する
- 多職種で行うカンファレンスの要点を理解する

連携の定義と展開過程

〔連携1〕

連携とは

「共有化された目的を持つ複数の人及び機関(非専門職も含む)が、単独では解決できない課題に対して主体的に協力関係を構築して、目的達成に向けて取り組む相互関係の過程」

連携の展開過程

- ① 単独解決できない課題の確認
- ② 課題を共有しうる他者の確認
- ③ 協力の打診
- ④ 目的の確認と目的の一致
- ⑤ 役割と責任の確認
- ⑥ 情報の共有
- ⑦ 連続的な協力関係の展開

吉池毅志, 栄セツコ:保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理－精神保健福祉実践における「連携」に着目して－. 桃山学院大学総合研究所紀要, 34(3):109-122. 2009.

〔連携 1〕

多職種連携という言葉がよく聞かれるようになりましたが、形式的に多職種集団をつくるだけでは、有効な臨床実践に繋がらないことも頻繁にみられます。世界保健機構(WHO)のヘルスチームの定義では、「健康に関するコミュニティのニーズによって決定された共通の目的を持ち、ゴール達成に向かってメンバー各自が自己の能力と技能を発揮し、かつ他者の持つ機能と調整しながら寄与していくグループ」とされています。

高齢者ケア、認知症である本人に対する支援の場面においては、単独の職種のみでは解決に結びつかない複雑化した状態にもしばしば遭遇します。複雑なニーズを持った要介護高齢者に対して最大のアウトカムを得るためには、地域の複数の専門職・事業所による多職種チームが共通の目標を持ち、各専門家によって多面的なアセスメントがなされ有機的に連携を図ることが重要です。

具体的な連携の展開プロセスはスライドの①～⑦の7段階を経るとされます。

在宅で生活する認知症の本人・家族の課題を発見した時、その課題は、自身(自事業所)と認知症の本人の関係における小さな課題に留まらない可能性が大いにあります。その課題を共有できる地域の他の専門職・事業所を見つけ、働きかけ、役割分担・情報共有しながら、連続的な関係に発展させていくことが連携の本質とされます。

多職種チームは、高齢者の健康と QOL の向上、介護者の介護負担の軽減に寄与できるだけでなく、チームのメンバーと知識と技能の分かち合いを促進し、高齢者ケアに関わるメンバーの仕事をより豊かで、興味深いものにすると言われています。またその多職種チームの実戦経験は継続的な効果を生み出します。

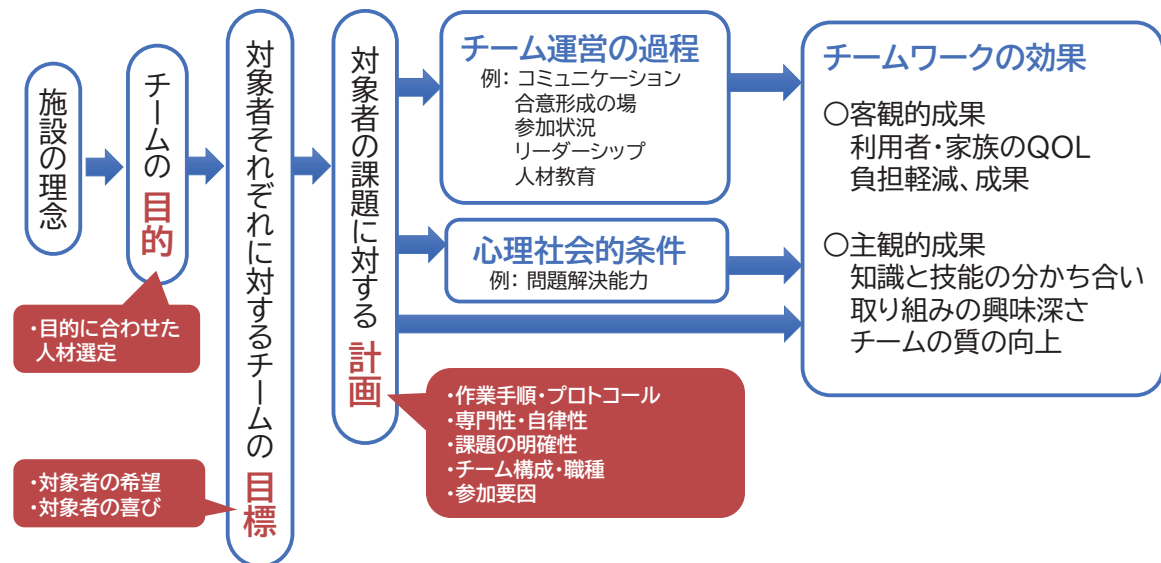
出典

- 1) Health manpower requirements for the achievement of health for all by the year 2000 through primary health care. WHO1985, p44
apps.who.int/iris/bitstream/.../1/WHO_TRS_717.pdf.
- 2) 平原佐斗司. 10.多職種連携(IPW)について. 在宅医療テキスト.P39.公益社団法人在宅医療助成勇美記念財団 第3版第1刷 2015.
- 3) Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group: Interdisciplinary Care for Older Adults with Complex Needs: American Geriatrics Society Position Statement. Journal of the American Geriatrics Society ,2006;54(5):849-852.

多職種連携の効果をもたらす要因

〔連携2〕

チームワークの効果をもたらす要因の関係

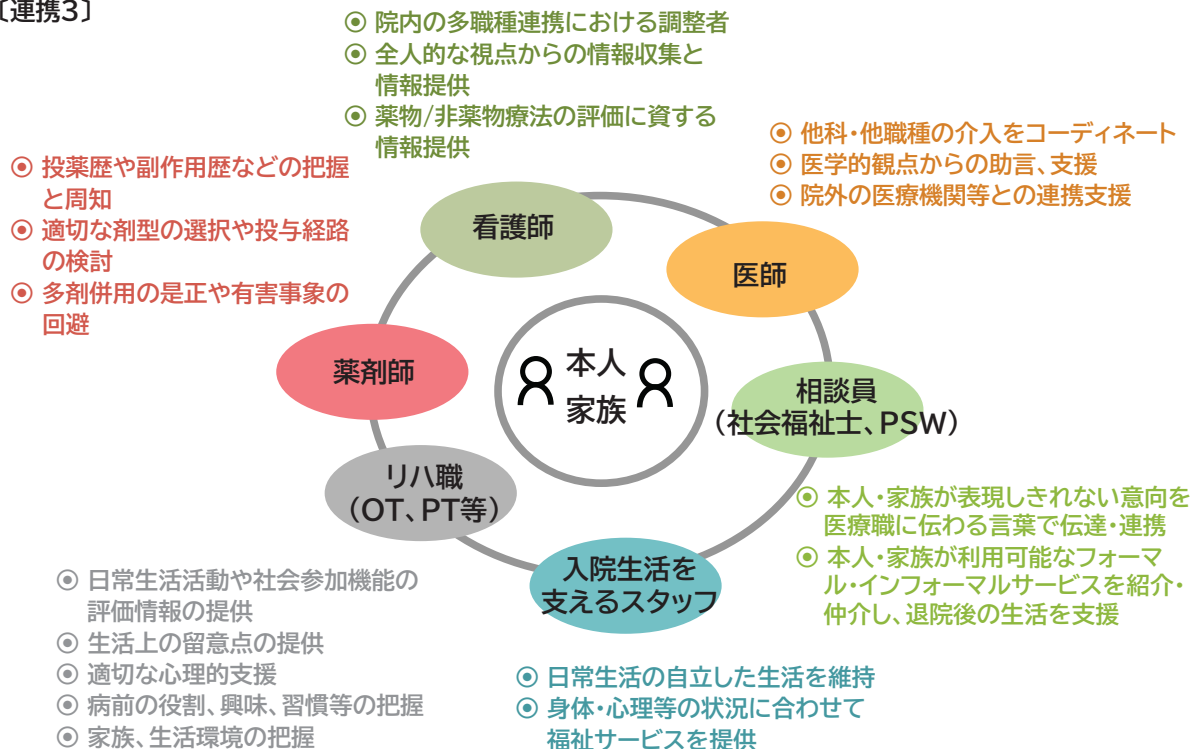


目的を共有し共通認識を持つことが、多角的な視点を収束しやすくする

野中猛、野中ケアマネジメント研究会、多職種連携の技術－地域生活支援のための理論と実践、中央法規出版、東京、2014.より改変

院内連携における各職種の役割

〔連携3〕



〔連携２〕

連携を実践するうえで、目的や目標が多職種・多事業所の間で共有されていなければ、個々の技術があっても効果を生み出さない可能性があります。多職種チームが目的を共有してこそ、認知症である本人や家族の日常生活等に関する困難を理解し、その人が安心して生活を送る環境を整えていくための支援につながります。

目的とは、何のために行動するのか方向性を示すもので、抽象的で長期的な目線に立ったものです。一方で目標とは、目的に沿って当面に目指す事柄で達成可能なものです。

実践の渦中に身を置いていると、目的は見えにくく見失いやすいものですから、常に意識する必要があります。目標は、目的を確認したうえで常に軌道修正するような仕組みづくりをすることで、目的と目標の混在を避けることができると言われています。特に、それぞれの所属事業所が異なる中での専門職同士の連携においては、意思疎通がしにくい状況であるがゆえに、目的や目標、計画を継続的に共有していくことがとても重要となります。

病状の変化や社会経済的状況の変化、介入によって、時間経過とともに支援対象である認知症である本人や家族の様子や考えは変化していきます。その状況に合わせて最大の効果を発揮する多職種連携チームであるには、定期的な多職種カンファレンスが欠かせません。

〔連携３〕

院内において多職種連携を行うためには、認知症の入院患者の治療場面・生活場面を支えるという観点から、それぞれ異なる業務をもつ他の職種のそれぞれの業務内容を知るとともに、連携における役割を知ることが重要となります。

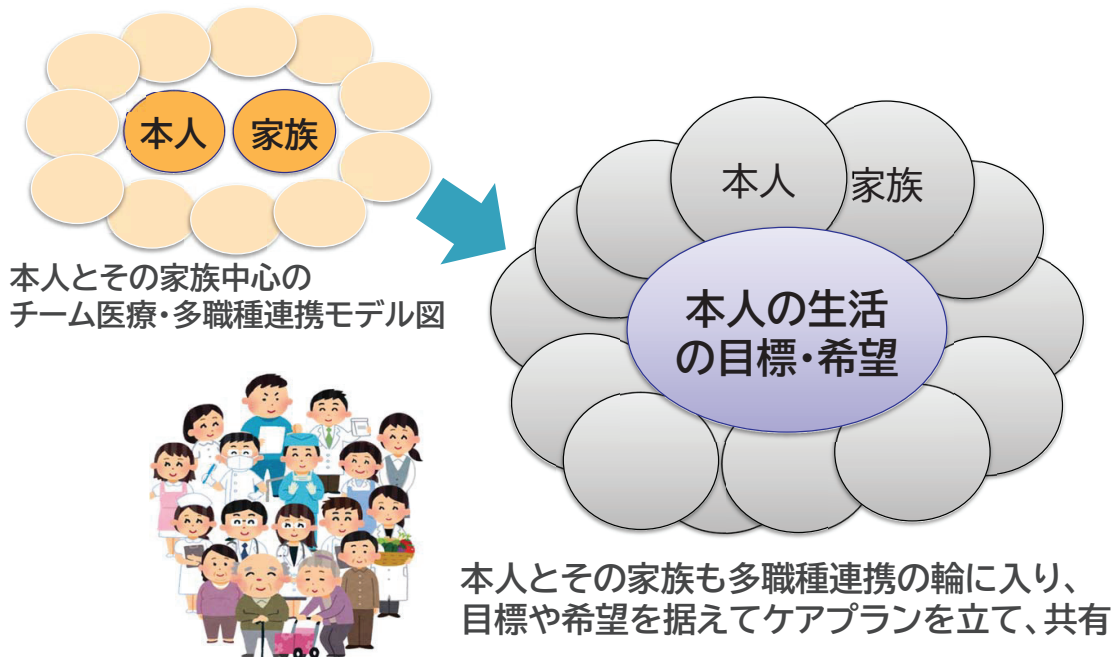
一人の入院患者の課題を把握したうえで、連携による患者支援への効果が最大化するように連携の意義を明確にして、連絡しあい対象者情報を共有し、互いが実施可能な支援内容を共有することが、利用者の入院生活支援にとっても、各職種の日常業務にとってもメリットになります。

スライドでは、院内多職種の連携における主な役割が記載されています。連携相手の業務内容をたがいに理解した上で、実際の連携の場面だけでなく、研修等の機会を通じて、日頃から関係を築き、忌憚のない意見交換ができるようにしておくこともとても大切です。

多職種でカンファレンスを行う

〔連携4〕

目標志向で、本人－家族－多職種が連携する



カンファレンス開催時の要点

〔連携5〕

● 正確な情報の収集と共有

入院前の情報は、本人や家族、医療従事者、入院元の関係者、ケアマネジャーから、入院後の情報は本人に関わる院内の多職種から随時収集する

● 多職種によるチーム医療の実践

入院中の院内資源の活用や多職種でのチーム医療の提供、適切な情報共有、認知症の症状への対応を継続する

● 退院後の生活を見据えた支援

退院後の医療や介護サービス、療養環境、家族や介護者の状況、医療依存度などを考慮した支援を検討する



本人の視点を重視したアプローチ

〔連携4〕

医療はますます専門分化・複雑化し、さまざまな症状や、疾患・症状以外の諸問題、個別のニーズへの対応が必要になっています。

単独職種での対応は難しく、複数の医療専門職が連携し、その専門性を活かして質の高い医療を提供するチーム医療に対する価値が高まり、その成果も浸透してきています。

認知症の場合もチーム医療が欠かせませんが、認知症は未だ根治的治療は未確立で、残念ながら“治す(キュア)”という概念でアプローチすることはできません。

認知症とともに生きていくことを理解し受け入れ、支援することが必要になっています。病院で、病気を“治す”という考え方を、その人を“支える”という考え方へシフトさせていき、本人と家族を中心として関係職種が連携するイメージがこのスライドです。これはパーソンセンタード・ケア(その人を中心としたケア)というアプローチを、多職種が協働し実践することも表現しています。

多職種がそれぞれの専門性に基づいて見立てた問題点に、それぞれバラバラに介入しても、なかなか成果は上がりません。チーム全体で一定の方向性・ゴールを見据えること、すなわち目標の共有が大切です。全体を包括した目標を見出すことができると、各専門職は役割を担って協働しやすくなり、多職種による成果も共有できます。昨今、退院前に開催されている退院前カンファレンスは多職種連携の深化した一つの姿で、本人や家族、関係する院内外の多職種が同じテーブルに就き、そのテーブル上には目標や希望を叶えていくよう記載されたケアプランやサマリーなどが存在しています。このように目標や希望の共有を図り応じていくことが、認知症の人への質の高い多職種連携となっていきます。

〔連携5〕

入院時カンファレンスでは、入院時早期に今後の予測をしながら、各職種がゴールを設定するためにカンファレンスを行います。

収集した情報は、退院のゴール設定のためだけでなく、入院後のケアや家族対応・指導にも活用していくことになります。入院前の生活の支援体制や情報を、患者自身や家族、担当ケアマネジャーやサービス提供者等から情報収集します。24時間の生活リズム、ケア提供内容、本人の趣味や職歴、嗜好、故郷などです。サマリーなどの経過報告ツールを使用したり、必要なところは直接連絡をとりながら情報収集します。

再入院の場合、前回入院時の情報との比較検討を通じて、全身状態のアセスメントを図り回復過程を支援します。前回入院中に有効だった対応やケアに関する情報も院内の多職種で共有し、継続したケアやコミュニケーションを実施することが可能となるよう努めることが重要です。

また、退院後、必要になる支援については、適切かつ包括的であるとともに、可能な限りシンプルになるよう調整した方が実施可能性が上がります。例えば入院している医療機関の処置等を、退院後もそのまま求めてしまうと、退院の受け入れが難しくなってしまうかもしれません。

退院した後も人生は続きます。最低限必要な水準は維持しつつも、退院後も無理なく在宅で生活を継続できるような、持続可能性の高い方法を検討していくことが重要です。

入院時の院内多職種によるカンファレンスで 確認・検討すべき内容や課題

〔連携6〕

- 本人の希望や意向、価値観、身体機能、生活機能
- 身体疾患の治療計画や想定される経過
- 認知症の重症度や症状の特徴、治療経過
- 入院前の生活状況・環境や介護状況、支援体制
- 院内で活用可能な資源の確認と調整



本人の視点を重視したアプローチの継続
専門性を生かした多職種チーム医療の実践

連携は入院の前にも、後にも

〔連携7〕



〔連携 6〕

院内でのカンファレンスでは、多職種がかかわり、多面的なアセスメントによってゴールを設定します。

医師は身体疾患の治療、リハビリ職は院内でできる ADL 改善、薬剤師は必要な薬剤の選択と投与など様々ですが、最終的な退院に向けてのゴールが、各職種の考えるゴールとは一致しない場合があります。生活者としてのゴールを多職種で共通認識し、折り合いをつけながら(どこまでの医療、リハビリ、薬剤投与等をおこなっていくかなど)、本人の希望や意向、価値観を大切に、いわゆる「本人の視点を重視したアプローチ」によって、検討を繰り返していくことが求められます。

〔連携 7〕

連携が必要なのは、入院中だけではありません。

連携を自分の担当範囲だけで考えたり、病棟内や院内の一部の職員だけで行うのではなく、多職種や検査、薬剤など本人に関係する他部門との連携や、各職種や各部門内の連携が重要になります。これら、一つひとつの連携を意図的に行っていくことが、本人にとってよりよい経過をたどれることにつながります。

特に、入院加療を必要としている人が入院し、入院生活を安定して送れるためには、入院前の情報を積極的に得ていくことが非常に大切です。

もちろん、緊急入院等で入院時には難しいことも多いでしょうが、その場合も可能な限り早く入院前の医療機関や介護施設等からの情報収集を行いましょう。

また、退院後も心身状態や暮らしが安定したり、維持していけるためには、入院時から入院生活における人の情報の収集し、今後の暮らしの継続に必要な情報を整理し、必要な連携先へ提供していくことが欠かせません。

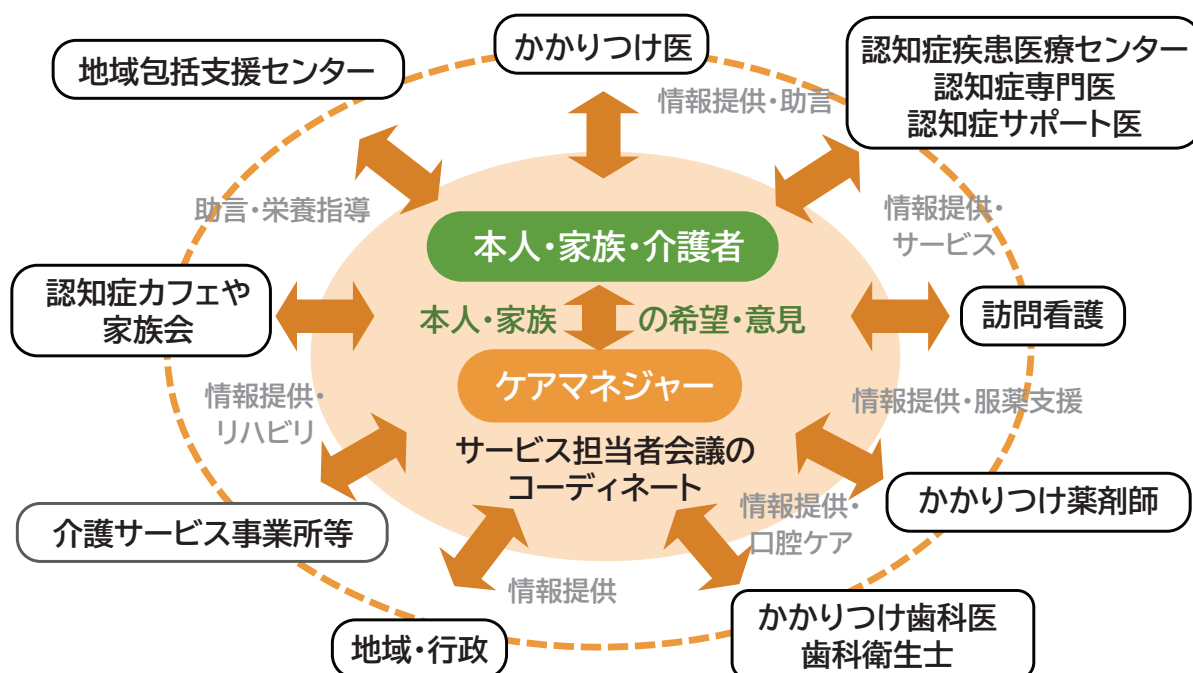
医療関係者にとっては、時にはなじみのない連携先もあるかもしれませんが、病院の外で認知症の人や家族を支えてくれる連携先にはこのように沢山あります。本人の居場所は、在宅だけではなく、介護保険サービスの居住・施設サービスを利用している場合も増えているので、それぞれについて日頃から別途把握しておくといよいでしょう。

また、介護保険サービスをよく知らないために利用できていない場合もあるため、紹介したり、地域包括支援センターへつなぐなど、入院時からスムーズな退院に向けて準備をしていくことが重要です。

ケアマネジャーと多職種による地域連携

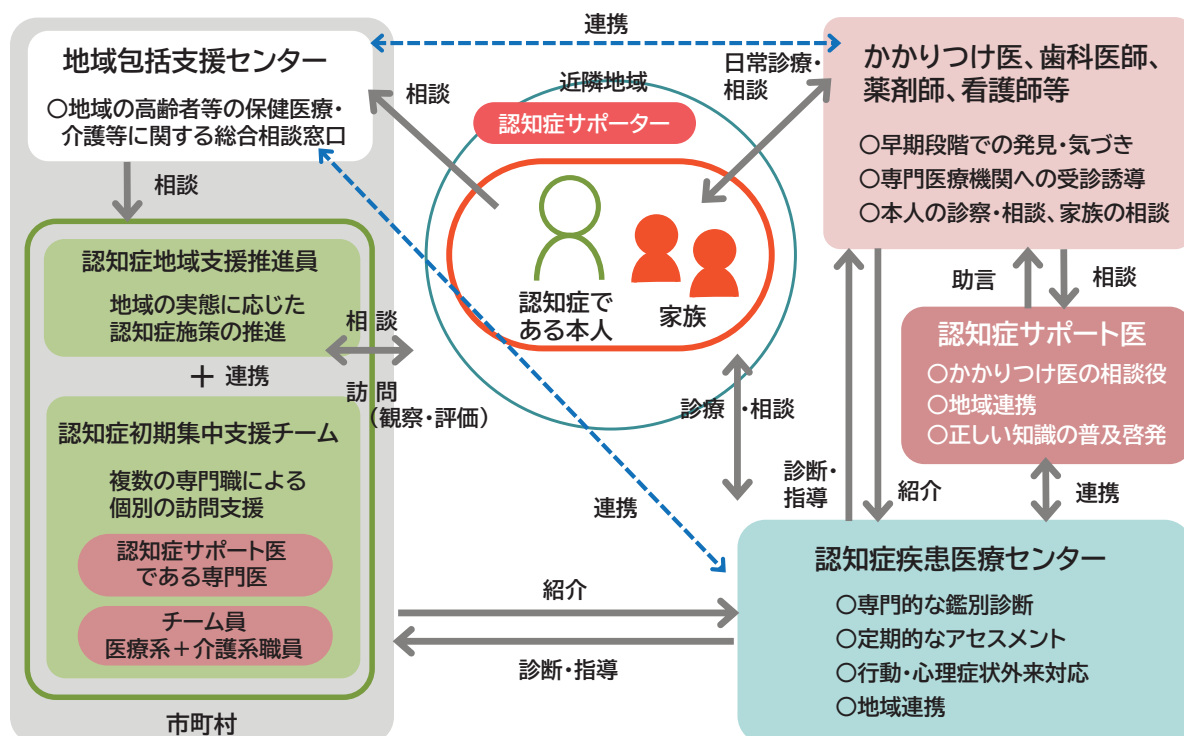
〔連携8〕

退院後はケアマネジャーや多職種による情報共有と協働が重要



認知症の人を支える様々な仕組み

〔連携9〕



〔連携 8〕

ケアマネジャーは、認知症の人に関わるケアチームをコーディネートし、本人にとっての適切な生活支援が可能になるよう、各職種の業務のバランスをマネジメントします。

- ① 認知症の人の情報はケアマネジャーに集約され、アセスメントが行われた上でケアプランに活かされます。
- ② 病気や障害を抱える認知症の人の生活支援では、疾患の管理ニーズが最優先となることがあります。疾病・障害・身体状況の把握は、常にかかりつけ医・歯科医・薬剤師との連携が必要となります。
- ③ サービス担当者会議は、認知症の人にかかるケアチームの共通理解・共通認識の場として重要であって、更新時やケアプラン変更時には、必ず開催しなければならないとされています。

〔連携 9〕

認知症である本人や家族の日常生活を支える仕組みは様々なものがあります。それぞれが連携や相談・助言等を行いながら、個別の支援から、地域の体制となって役割を果たしています。スライドに配置されている主な拠点について、以下で簡単に補足説明をします。

- 認知症初期集中支援チームは、地域包括支援センター等に設置され、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を、専門医療機関やかかりつけ医と連携しながら、包括的、集中的に行います。
- 認知症地域支援推進員は、市町村に配置され、主な役割は、医療と介護の連携強化や、地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業の推進などを担っています。
- 認知症サポート医は、①認知症の人の医療・介護に関わるかかりつけ医や介護専門職に対するサポート、②地域包括支援センターを中心とした多職種の連携作り、など、地域における「連携の推進役」を担います。
- 認知症疾患医療センターは、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、行動・心理症状と身体合併症の急性期治療に関する対などの専門的医療機能と、情報発信、地域保健医療・介護関係者への研修といった地域連携拠点機能を果たすことが求められています。

退院時の多職種によるカンファレンスで 確認・検討すべき内容や課題

〔連携 10〕

- 本人や家族の希望や意向の再確認
- 認知症の症状の評価や今後の見通しと対応
- 退院後の医療体制や身体疾患の治療の継続
- 療養環境や利用可能な社会資源の確認
- 本人の生活を支援する介護サービスへのつなぎ



本人の視点を重視した退院後の生活支援
地域の多職種との連携と情報共有

修了者に期待される役割（再掲）

〔連携 11〕

- 認知症に関する正しい理解と適切な対応
- 本人の視点を重視したアプローチと人生や生活の継続性を目標とした対応
- 生活機能の維持や行動・心理症状の軽減や緩和
- 専門性を生かしたチーム医療の実践
- 適時・適切な情報共有と院内連携の構築
- 院外の社会資源の把握と多職種連携の実践

〔連携 10〕

退院時のカンファレンスは、在宅生活へスムーズに移行するための最終確認の場面です。その中で、再度病状が悪化したときや急変時の対応、病院で行っているケアの在宅での継続などについての不安要素は常にあり、それらについて十分に確認しておかないと、その後の生活に支障が出る場合があります。

また、本人やキーパーソンと話を進め、一旦方針が決定しても、異なる意見を持つキーパーソン以外の家族、親族が登場し、退院がスムーズにいかなくなった経験があると思います。そのため、顔の見える場を作り、それぞれに不安があることをこの機会に表出し、具体的な調整をしておくことが肝要です。そして、キーパーソン以外で決定に大きな影響をもつ家族がいそうなときには、その前段階から関わりを持つようにすることと、カンファレンスへの参加を促し、皆の意見の相違を確認しつつ調整する必要があります。

〔連携 11〕

研修の最後に、この研修を修了された皆さんに期待することをもう一度まとめます。

受講者の皆さんは、既に院内で日夜認知症の人やその家族の支援に奮闘されていることでしょ。その皆さんに、この研修を最小限の基礎的情報の再確認や認知症への適切な姿勢への再認識の場として活用頂くことで、明日からのより良い実践、行動変容につなげていただくことを期待しています。

参考資料

◆ 演習の目的・意義

◆ サンプル事例（H29年度版）

演習は、実施要綱の標準カリキュラムには含まれませんが、都道府県等での研修実施の際に、各地域の事例を用いてグループワーク等を行うことを妨げるものではありません。以降のサンプル事例は、適当な事例がない場合、また、事例の選定にあたっての参考としてください。

演習の目的・意義

- 認知症の困難事例やせん妄の事例を通して、チームで解決する方法を考える場とする
- さまざまなBPSDに対して、薬物療法だけでなく、ケアや対応、非薬物療法を検討する場とする
- 演習を通じ、病院での認知症の課題をチームで解決することを学ぶ場とする



サンプル事例①:認知症の人の退院支援(前半)

- A氏 82歳女性、高齢の夫と2人暮らし 近くには娘夫婦も在住
- 元々、糖尿病があり外来通院をしていた。
- だんだんと物忘れが目立つようになり、4年前、もの忘れ外来でアルツハイマー型認知症と診断を受け、現在、ドネペジル5mgを内服。MMSE20点。
- 自宅では夫が家事全般を担うようになり、疲労が募っていた。近居している娘はA氏にデイサービス利用を促すが、かたくなな抵抗と拒否にあい、A氏も興奮状態となるため、利用をあきらめざるを得なかった。
- 今回、在宅療養中、高血糖を呈し血糖コントロール目的で入院した。



サンプル事例①:認知症の人の退院支援(後半)

- およそ2週間後、血糖は安定し、経口血糖降下剤の内服と食事療法で退院可能な状態となった。
- しかし、夫も娘夫婦もA氏の在宅復帰に難色を示し、施設への入居を希望された。
- A氏は入院10日目ごろから、帰宅願望を訴えるようになり、今日は、日中から荷物をまとめて出て行こうとするなど、そわそわと落ち着きのない様子が強まっている。

Question

A氏の退院支援をどのようにすすめますか？
帰宅願望にはどのように対応しますか？

サンプル事例①:解説



課題抽出 入院中のBPSDへの対応、退院困難の予測の遅れ

議 論

- ▶ 本人の心理状態について(寂しさ、孤独感、入院中何もすることがないという状況、今どうすればいいのかわからないことからくる焦燥感)
- ▶ 病院内の認知症ケアの資源・環境について
- ▶ 多職種連携による入院中の医療とケアの両立について
- ▶ 退院支援のスクリーニング方法やシステムのあり方について

論点整理

- ・ 中等度認知症者の認知機能について、BPSDとのかかわり・対応の要点
- ・ 認知症サポートチームとの連携
- ・ 院内デイの開設/利用、リハビリテーションやアクティビティケアの実施
- ・ 退院支援の必要性を早期にアセスメントする方法とシステムの確立
- ・ 入院中の情報収集内容の見直し、暮らしの情報の重要性・価値づけ
- ・ 担当ケアマネジャーとの連携
- ・ 家族との計画的な面談、家族教室への参加の促し

まとめ

認知症の人の心理的ニーズを理解し、対応策として多職種連携の充実が必須であることの認識を深める。病院においても地域在宅での実践を参考に、医療現場で認知症ケアの提供体制整備が必要である

サンプル事例②:興奮状態を呈するケースへの対応(前半)

- B氏 76歳女性、2年前にアルツハイマー型認知症と診断を受け、抗認知症薬を内服していた。長男と2人暮らしで、これまで入院歴なし。
- 要介護1。自力歩行。排泄はリハビリパンツを使用していたが、排泄介助は不要で自立。
- ある日、自宅の玄関前で転倒し動けず。救急搬送され右大腿骨頸部骨折の診断にて即、緊急入院。
- 入院後、とても険しい表情で、攻撃性、易怒性が高まっていた。オムツ交換時は特にケア拒否が強く、ナースに手を挙げ抵抗する状況であった
- 入院3日目、静脈麻酔と脊椎麻酔を併用し、骨接合術が実施された。
- 術後も術前同様の状況が続き、さらに夜間不眠を認めるようになった。術後は食事摂取量も低下した。
- 術後5病日目、午後からB氏は補液ルートの保護テープをはがそうと触っていたり、外転枕を投げ落としたりする様子を認めた。ナースは頻回に訪室し、その都度元に戻し、危険な行動にてやめるよう注意した。

サンプル事例②:興奮状態を呈するケースへの対応(後半)

- 同日の夕方からは、ナースコール、ベッドのコントローラー等周囲のコード類を次々と全て引っ張って外し、ナースが制止すると、大声をあげ興奮して払いのける状況であった。意思疎通性が極めて悪い状況であったため、やむを得ず上肢抑制の同意を家族に得て実施。夜間帯も大声が続き、病棟中に響いていた。
- 夜勤の看護師は、19時に不穏時指示のセレネース5mg筋注を実施した。すぐには鎮まらず、およそ1時間後から徐々に鎮まってきた。
- B氏の術前・術後を通して疼痛時指示のボルタレン坐薬25mgの適用は計4回、不眠時指示のゾピクロン7.5mgはほぼ毎日適用されている

Question

B氏の状況をどのようにアセスメントしますか？
B氏にどのようにかかわっていけばよいのでしょうか？

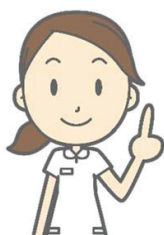
サンプル事例②:解説(前半)

課題抽出

疼痛緩和の不足・過少評価、せん妄のアセスメントと治療、骨折受傷前後での生活状況の比較検討不足・軌跡の理解不足

議論

- ▶ 痛みを疑う・緩和
大声等の振る舞いと痛みとの関連、行動に潜在する意味・メッセージ(pain behavior)、疼痛緩和に対する多職種連携での非薬物/薬物療法・方針
- ▶ せん妄への対応
せん妄の診断、多職種連携で遷延化予防・方針について、せん妄遷延の強力因子の検討(痛み、身体拘束)、生活リズム調整の実施、薬物療法
ー本人からの視点で考えるー
- ▶ 状況・経緯
転倒骨折を機に、暮らしが一変し、急激な環境変化、ADL不適應状態と強い混乱をきたしている。理性的に受容することは容易ではないことを認識し接することが必要。
- ▶ コミュニケーション
病院側の正論で本人へ説得している傾向がチーム内で強まっている時は、認知症の人とのコミュニケーションの基本について振り返る。肯定的に接するための工夫、アイディアを出し合い人的な環境調整を図り、助け合っていく。帰宅要求への対応はチーム内でリリーフし合えることが必要



サンプル事例②:解説(後半)

議論(続き)

- ▶ 排泄ケアや体位交換
本人にとって理解し難い他者からの介入であり、実施時には毎回十分な声かけを行い、羞恥心・寒さ刺激、痛みなどの苦痛に対し細心の配慮を払い行うことを周知徹底する。
- ▶ 食事
セラピストも連携し食べやすい体位の工夫と同一体位保持時間の検討・調整、ベッド上や病室での食事提供を見直していく。好物の提供、NSTへの相談も図る。

論点整理

- ・ 本人の視点に立って苦痛に満ちた状況を認識する
- ・ 常に快適・安心の状態を目指し多職種連携をとっていく
- ・ 医療とケアの両立を実現する
- ・ 症状マネジメントを十分に実施できるようにアセスメント力をつける

まとめ

認知症の軌跡とその途上で遭遇する様々な困難を知ることの重要性
医療職の苦痛緩和の専門性を認知症の人にも十分に発揮する
認知症の人の尊厳を認める価値観と組織風土



病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修テキスト

〈令和3年度改訂版〉

令和3年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

認知症対応力向上研修の研修教材及び
実施方法に関する調査研究事業

令和4年3月

禁無断転載

（発行）地域活性化協同組合フロンティア
