

平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

## **医療従事者の認知症に関する研修の 教材開発に関する調査研究事業**

---

### **報告書**

平成 30 年 3 月

---

**地域活性化協同組合フロンティア**



## まえがき

急速に進展する高齢化に伴って、認知症高齢者の一層の増加が見込まれています。新オレンジプランでは、医療サービスや介護サービスの提供体制について、サービスそのものの技術的なレベルアップとともに、一般的な「認知症高齢者への対応力」を強化するべく、医療専門職向けの認知症対応力向上研修を順次展開してきたところです。

その 1 つである病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修は、一般病院における認知症高齢者の入院受け入れや、入院期間中における対応について、必ずしも適切に行われない場合が少なくない、との課題意識の下で、平成 25 年度より全国の一般病院を中心とする医療従事者を対象に実施されてきました。「平成 29 年度末まで」とした同プランにおける修了者目標 87,000 人は達成できているものの、認知症高齢者が合併症等による入院医療を受ける体制が、全国的・一般的に十分整備されているとは言えない状況にあり、引き続き、同研修の更なる充実が求められていると言えます。しかし、同研修のスタート以来、認知症高齢者に対する医療や介護の環境変化・制度変化等が進む中で、教材の改訂が実施されておらず、教材の充実・修正が急がれる状況でもありました。

そこで、本年度、老人保健健康増進等事業の一環で、同研修の教材について改訂を行いました。もっとも、講義スライドのデータ更新や制度改正内容の反映といった修正だけでは、病院勤務の医療従事者が今日的に直面する課題に応える内容とはならず、改めて、同研修の修了者に求められる基本的な知識・技術とは何か、に立ち返った見直し・改訂が必要と考えました。

病院勤務の医療従事者にとっての導入研修的な本研修として必要なコンテンツの絞り込み、受講し易いコンパクトな設計の維持、映像教材の導入、旧教材での修了者との整合性など、限られた時間ではありましたが、可能な限りの工夫を試みました。

来年度以降、改訂教材にて充実した研修が展開されることを期待しますとともに、多くの受講者および講師を担う医師・看護師等の方々、企画・運営を行う行政担当の皆様・団体の皆様からの忌憚のないご意見を賜れば幸いに存じます。

平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

医療従事者の認知症に関する研修の教材開発に関する調査研究事業

委員長 遠藤 英俊（国立長寿医療研究センター）



平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）  
医療従事者の認知症に関する研修の教材開発に関する調査研究事業

〈目 次〉

<b>I 事業概要</b>	<b>1</b>
<b>II 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修教材改訂</b>	<b>6</b>
1. 改訂方針の検討	6
2. 具体的な改訂作業	8
※ 【①講義スライド掲載】、【②DVD(制作台本)】	
3. 標準的カリキュラム案	54
<b>III 教材説明会</b>	<b>55</b>
1. 実施概要	55
2. 受講者アンケート	56
3. 当日資料（抜粋）	60



## I 事業概要

### 1. 事業名

認知症に関する研修の普及および評価に関する調査研究事業

### 2. 事業目的

平成 25 年度より教材改訂が行われていない「病院勤務の医療従事者向け教材」について、カリキュラムの検討およびテキストを改訂するとともに、映像教材の開発も行う（病院勤務の多職種向け、院内連携の内容を強化）。

また、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護職員認知症対応力向上研修については、専門職団体への個別ヒアリング等を通じて問題点を吸い上げ、軽微な修正を必要時行う。

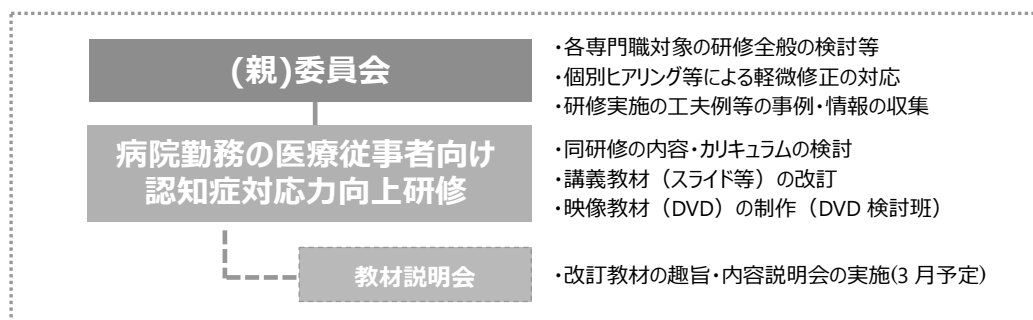
### 3. 事業実施期間

平成 29 年 6 月 6 日（内示日）から 平成 30 年 3 月 31 日 まで

### 4. 事業内容

かかりつけ医、歯科医師等の専門職対象の対応力向上研修の課題検討のため、また、教材改訂の対象となる病院勤務の医療従事者向け研修のカリキュラム検討に資するため、委員会を設置する。

病院勤務医療従事者向け研修の具体的な教材改訂を行うための作業委員会を設置する。事業期間後半には、同研修のカリキュラムや改訂教材の趣旨・内容を説明するための教材説明会を実施する。



#### 4-1 事業の具体的な内容 11

##### ▶「認知症対応力向上研修」全般を検討する委員会を設定する

現在、5 つの職種・分野で行われている「認知症対応力向上研修」に係わる各団体の代表者で委員会を構成し、各分野での現状のカリキュラムやテキスト等についての問題点を吸い上げる。

また喫緊で改訂が必要なものや軽微な改訂に関しては本年度事業で対応し、大幅な改訂や重厚なものに関しては次年度以降の課題とする。

▶「病院勤務の医療従事者向け教材」の改訂および開発を検討する作業分科会を設定する

初年度の 25 年度から改訂が行われていない「病院勤務の医療従事者」については専門家による分科会を設けカリキュラムや教材の改訂・開発を検討する。また「病院勤務」では医師看護師以外の職種も対象となることから、多職種での連携についても検討する。メンバーとしては専門医、認定看護師、作業療法士等で構成する。

本分科会では下記を検討する

- (1) テキスト(パワポスライド)について改訂・開発を検討する。
- (2) 要望が多い DVD についても開発を検討し作成を行う。

▶「病院勤務の医療従事者向け研修」テキスト説明会の開催

分科会で検討・作成され、委員会で承認された教材(テキスト・DVD)を使用しての「教材説明会」を年度末を目途に開催する。対象は講師候補者、並び 自治体担当者とする。また、各自治体で推進していくために本説明会を記録撮影し、報告書等本事業成果物と併せて各自治体に送付する(または、ホームページへの掲載)。

▶事業報告書等の作成

本事業での成果物は以下を予定する。

- (1) 改訂教材の CD および DVD のセット
- (2) 教材説明会の記録映像 DVD
- (3) 事業報告書

4-2 委員会等体制および開催状況

【委員会】

●は委員長

氏名	団体・所属	役職
荒木 暁子	公益社団法人 日本看護協会	常任理事
有澤 賢二	公益社団法人 日本薬剤師会	常務理事
今津 弘子	堺市健康福祉局長寿社会部 地域包括ケア推進課	課長
●遠藤 英俊	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター	長寿医療研修センター長
小玉 剛	公益社団法人 日本歯科医師会	常務理事
鈴木 邦彦	公益社団法人 日本医師会	常任理事
丸山 泉	公益社団法人 全日本病院協会	理事
武藤 清	福島県保健福祉部高齢福祉課	課長



## 【教材作成委員会】

◎は分科会座長

氏名	団体・所属	役職
桑原 良子	聖路加国際大学大学院看護学研究科老年看護学	助教
高道 香織	国立長寿医療研究センター 長寿医療研修センター	看護研修室長
多賀 努	早稲田大学人間科学学術院 人間科学部健康福祉科学科	准教授
竹原 敦	湘南医療大学リハビリテーション学科	准教授
◎堀部 賢太郎	国立長寿医療研究センター もの忘れセンター	連携システム室長
山田 清文	名古屋大学大学院医学系研究科 医療薬学・医学部附属病院薬剤部	教授・薬剤部長

## 【オブザーバー】

田中 規倫	厚生労働省 老健局総務課認知症施策推進室 室長
延 育子	厚生労働省 老健局総務課認知症施策推進室 認知症ケア専門官
中越 瑞紀	厚生労働省 老健局総務課認知症施策推進室

## 【事務局】

山中 一義	地域活性化協同組合フロンティア 代表理事
畠山 美恵子	地域活性化協同組合フロンティア
小森 由美子	サクラコミュニケーションズ
阿部 崇	合同会社 HAM 人・社会研究所

## [委員会]

## 第1回 委員会

日時 平成29年8月24日（木）

- 議事
- 1 平成29年度事業計画について
  - 2 テキスト改訂の検討体制（分科会設置等）について
  - 3 ご意見交換

## 第1回 教材作成分科会

日時 平成29年9月4日（月）

- 議事
- 1 平成29年度事業計画について
  - 2 病院勤務医療従事者研修 教材作成の方向性・内容について
  - 3 ご意見交換

## **第2回 教材作成分科会**

日時 平成29年10月8日（木）

- 議事
- 1 教材スライド原案について
  - 2 教材DVDの企画案について

## **第3回 教材作成分科会**

日時 平成29年12月7日（木） 名古屋会場

- 議事
- 1 教材スライドの検討
  - 2 教材DVDの検討

## **第4回 教材作成分科会**

日時 平成29年12月20日（木） 名古屋会場

- 議事
- 1 教材スライドの検討
  - 2 教材DVDの検討

## **第5回 教材作成分科会**

日時 平成30年1月29日（月）

- 議事
- 1 教材スライドの検討
  - 2 教材DVDの検討

## **第2回 委員会**

日時 平成30年3月5日（月）

- 議事
- 1 病院勤務医療従事者研修 教材改訂について（確認）
    - ① スライド教材
    - ② DVD教材
  - 2 教材説明会について
  - 3 事業取りまとめに向けて

#### 4-3 事業スケジュール

委員会、教材作成分科会は、概ね以下のスケジュールで進行した。

	平成 29 年 4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
事業実施内容	<div> <div>第 1 回 委員会</div> <div>●</div> <div>教材作成分科会①</div> <div>●</div> </div>					
	10 月	11 月	12 月	平成 30 年 1 月	2 月	3 月
事業実施内容	<div> <div>分科会②</div> <div>●</div> <div>分科会③</div> <div>●</div> <div>分科会④</div> <div>●</div> <div>分科会⑤</div> <div>●</div> <div>第 2 回委員会</div> <div>●</div> <div>教材説明会開催</div> <div>◆</div> <div>報告書作成</div> <div>(DVD・CD のプレス)</div> <div>← (講義教材 : スライド・テキスト作成) →</div> <div>← (映像教材 : DVD 作成) →</div> <div>撮影 編集</div> </div>					

## II 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修教材改訂

### 1. 改訂方針の検討

第 1 回委員会において、平成 29 年度当該事業の事業計画、スライド等教材の改訂作業の概要について了承を得た後、事業内に設置した教材作成分科会にて、具体的な教材改訂作業を進めた。

改訂にあたっては、現教材作成の経緯を確認した上で、本研修の位置付け、対象者、修了者像に立ち返り、そこから、地域での研修実施方法の実態も踏まえて、研修内容・改訂方針などを検討頂いた。以下、検討・作業の順に教材改訂の経過を整理する。

#### 研修が必要とされる背景

- 認知症の人が増加することが見込まれる中、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。
- そのために、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。

しかし、現状は、認知症を理由に入院を断られる、入院時に適切な対応がなされない等の課題がある。

#### ① 研修の必要性（現状）の確認する

当初の修了者数目標人数を上回る実績がある一方で、一般病院における認知症の人の入院受け入れや入院期間中の対応については、いまだに適切な対応がなされていないとの声も聞かれることを踏まえ、当該研修について、研修の実施し易さを保ちつつ、内容のブラッシュアップを図ることを確認した。

#### 修了者像

##### 修了者に期待すること

- 認知症に対する固定観念の払拭
- 認知症の入院患者・家族に対する理解と対応
- チーム対応・院内連携への参加
- 院外との多職種・社会資源の把握と連携の実践

#### ② 研修が求める修了者像から研修内容・改訂内容を検討する

研修の実施主体である自治体や講師を担った医師や看護師からの意見として、当該研修について、「修了者のイメージをどう設定しているのか」という意見も多く、改訂にあたっては、修了者像を検討した上で、盛り込む内容やレベル感などについて、一貫性をもって作業することを確認した。

修了者には、スライドにある 4 点、①固定観念の払拭、②認知症の人等への理解・対応、③院内連携（共通認識の醸成）、④院外多職種との連携（基本的意識の醸成）とした。

### 研修教材改訂の作業経過①

#### 検討課題① コンセプトの再確認

- 対象者 認知症に限らない一般診療科の多職種  
(勤務医、看護師、薬剤師、PT・OT、相談職など)
- 目的 基本的な“院内対応力”の習得  
 (“ノウハウ”・“テクニック”より、  
 前提となる基本知識や基本対応に重点を置く)
- 修了者像 (修了者に期待するもの)  
 例：研修直後は知識習得  
 一定期間後は基本対応・チーム対応ができる

### ③改訂作業：コンセプトの再確認

対象者は、実施要綱の通り、一般病院を中心とする病棟医療従事者（多職種）とすること、研修目的は、職種ごとの具体的・実践的な技術の習得ではなく、認知症の人への基本的・共通の対応力の習得とした。

修了者像は、前掲スライドの通りである。職種ごとの継続研修・アドバンス研修に進める、また、OJT の前提となるような知識を習得する、ことを想定している。

### 研修教材改訂の作業経過②

#### 検討課題② 研修のあり方

- 研修形態
 

現状	改訂例
講義90分	⇒ 講義90分（スライド講義80＋DVD10目安）
演習：任意	⇒ 演習：任意（標準カリキュラムとして、 「目的」と「習得内容」等を提示）
- 実施方法
  - ㊦集合研修（都道府県・指定都市） 90分講義（＋α※）  
 ※講演・セミナーや演習を組み合わせ
  - ㊧病院研修（都道府県から派遣 等） 90分講義のみ

### ④改訂作業：研修のあり方（方法論）

研修形態としては、従来の 90 分という研修時間を維持しつつ、スライドによる講義のみであったものに DVD 教材を加え、より内容充実を狙うこととした。なお、演習（グループワーク）については、提供するサンプル事例を変更するものの、任意実施という位置付けは維持することとした。

実施方法は、従来通り、自治体による集合研修と病院で実施する個別研修、また、一定の要件を充足した団体等による実施の 3 つとし、変更等は検討されなかった。

### 研修教材改訂の作業経過③

#### 検討課題③ カリキュラム・教材の内容

- カリキュラム構成
 

現状	改訂例
㊦目的10	⇒ ①目的 研修目的・背景、認知症の現状・課題、特徴
㊧対応力60	⇒ ②対応力(知識・実践) 認知症の症状、診断、薬剤、 対応の基本、コミュニケーション、ケアの視点
㊨連携等20	⇒ ③連携 院内連携、体制づくり、地域(院外)連携
- DVD教材を検討
 

内容例：認知症の人の入院生活場面（客観的に）  
 認知症の人が見ている・感じている入院生活とは（本人目線）  
 活用例：講義冒頭の導入、講義内容の補強、演習へのつなぎ 等

### ⑤改訂作業：カリキュラム・教材の内容

カリキュラム構成は、従来踏襲の 3 編構成とするが、コンセプトとした修了者像を意識して内容を改訂していく方針とされた。

また、DVD 教材については、講義内容を効果的に補足するような内容として、入院生活でよく見られる場面の映像化、また、認知症の人が見ている・感じているものの映像化などを検討することとした。

## 2. 具体的な改訂作業

教材作成分科会では、都合 5 回（予定 3 回、追加 2 回）の検討・確認を行い、講義スライドおよび DVD 教材の作成を行った。うち、全体構成、新規追加スライド、スライド解説、DVD 教材について、具体的な作成過程を以下で整理する。

現行教材		改訂教材	
編	スライドタイトル	編	中項目
目的	1 現状と課題（研修の背景） 2 認知症高齢者の現状 3 急性期病院における認知症の治療・ケアの課題 4 研修の目的 5 入院中のケアの問題 6 身体拘束にあたる項目	1 目的	研修の必要性(背景) 認知症高齢者の現状 一般病院にかかる課題①（入院加療場面） 一般病院にかかる課題②（入退院場面） 病院対応の方向性 研修の目的（修了者に求める姿）
対応力	7 認知症の診断基準（DSM） 8 海外での調査 9 認知症入院患者の比率（海外） 10 入院加療・退院をスムーズに進めるための4つの視点 11 認知症の人がたどる経過と入院 12 急性期医療に求められる認知症ケア 13 身体合併症の回復過程に応じた認知症ケアの視点 14 アセスメントの目的 15 アセスメントの留意点 16 認知機能 17 家族が最初に気づいた日常生活の変化 18 加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ 19 中核症状のアセスメント 20 記憶障害のアセスメント 21 見当識障害のアセスメント 22 判断・実行機能障害のアセスメント 23 ADLのアセスメント 24 IADLのアセスメント 25 コミュニケーション 26 認知症の人の全人的理解 27 認知症の人に対する対応の基本① 28 認知症の人に対する対応の基本② 29 認知症の人に対する対応の基本③ 30 病棟において重要なケアの視点 31 入院の際に留意する3つのポイント 32 入院後の不安やバグを予測した環境整備 33 治療的規制の理解を助ける 34 合併症の早期発見とストレスの軽減を図る 35 入院の際に留意が必要な症状と要因・誘因 36 認知症の事例 37 本人が体験していること 38 行動・心理症状（BPSD） 39 BPSDへの対応 40 せん妄の事例（過活動型） 41 せん妄の事例（低活動型） 42 対応の違いでみるせん妄と認知症 43 せん妄の問題 44 せん妄は見落とされる 45 せん妄と認知症の臨床的特徴 46 せん妄の発症 47 せん妄の原因と影響を及ぼす主な薬剤 48 せん妄の予防・前駆症状 49 アセスメントツール 50 DSTの紹介 51 術後のせん妄発症リスクの減少 52 pain assessment in advanced dementia scale 53 ルート類の抜去に対する予防的対応 54 せん妄発症時の対応 55 せん妄の治療・ケア 56 せん妄への対応（まとめ）	2-1 知識	病型・症状 診断基準 入院医療 入院、加療、退院の経過 アセスメント 薬剤・投薬 BPSD
		2-2 対応	対応の基本（総論的） 理念・考え方 コミュニケーション 入院時の対応の視点 入院生活時の対応の視点 退院時の対応視点 家族対応  具体的な対応（各論的） アセスメント 入院中の代表的な場面と対応方法 身体合併症 術前、点滴、服薬管理など加療時の注意点 身体拘束  間違えやすい症状と対応  職種別（観察の視点と基本的な対応） 勤務医 看護師 リハ職（PT/OT/ST） 相談職 看護補助・介護職
連携	57 適切でスムーズな医療・ケアを提供するために 58 連携により期待される成果 59 病院と地域資源の連携 60 管理者の役割の重要性 61 入院治療の問題点（管理者の視点） 62 治療のアウトカムに与える影響（管理者の視点） 63 認知症の人を受け入れるにあたって 64 管理者として行ってほしいこと 65 認知症・せん妄・転倒への対応 66 準備したい具体的な内容マニュアル① 67 準備したい具体的な内容マニュアル② 68 地域包括ケアシステムの全体像	3 連携	連携一般（入院前後、入院中） 在宅ケアの現状（一般病院の役割） 管理者を含めた取り組みの重要性  院外在宅連携（入退院時） 院内連携（体制・チーム作り、シフト・配置の工夫） 病院スタッフとしてやれること 多職種チームとしてやれること 病院としてやれること

### ①全体構成素案の作成

現行の構成は講義のみで 90 分の構成であるため、標準とするスライドは 68 枚であったが、枚数の多さ、特定テーマについての偏り等の意見も多いところであった。

DVD 教材を導入することにより、講義時間を 10 分短縮させることとし、80 分については、基本方針の通り、「目的」、「対応」（最終的に「対応力(知識)」 「対応力(実践)」に分割）、「連携」の 3 編を維持した。内容については、まずは、おおよそ盛り込む内容を、現行のスライド内容と対照させて、テーマの要否や濃淡を検討した。

▶冒頭の目的では、修了者像を明示することによって、受講者はもちろん、講師にとっても、研修趣旨を分かり易く提示した。

▶院内外が多職種連携を意識して、医療従事者各職種について、「認知症の人への対応」という共通の切り口で基本業務や役割に関するスライドを導入した。

▶各スライドは従来も解説が付されていたが、スライドが意図する内容、受講者の振り返りや講師による説明に資するように内容を充実させる改訂が行われた。

## 項目立てと時間配分

1. 「目的」編 …………… (15分)
- 2-1. 「対応力(知識)」編 … (15分)
- 2-2. 「対応力(実践)」編 … (45分)
3. 「連携」編 …………… (15分)

## ②時間配分

DVD 部分を含めた 90 分をどのように配分するかについては、概ね左スライドのように設定した。目的 15 分、対応 60 分、連携 15 分として、盛り込むべき内容を配分した。(具体的な内容は後掲のスライド一覧を参照)

## 新規スライド ①

**入院する認知症の人に起こっていること**

- 緊急・随時の入院になることが多く、気が付くなしみのない環境で、厳格に監視されている
- 入院初期対応や、環境不適応状態への介入の継続
- 認知症ケアは身体疾患の~~り~~れ、言葉や行動を制止され
- 身体疾患の治療も認知症ケア
- 身体疾患は治っても、元のADLではなくなり、退院困難
- 退院でもなく過少でもない医療

**一般病院での認知症対応のための体制整備の要点**

- 職員への教育と人材育成を行う
- 認知症を理由に入院を断らない方針を明確し、方針の元、院内の多職種連携・協働をすすめる
- 認知症を専門にするチームや人材の配置・支援を図る
- 地域包括ケアシステムを理解し、地域の情報を取り入れ、関係機関との連携・協働体制をつくる

## ③新規スライド

改訂作業のコンセプトに沿って、「目的」編では、研修修了者像を意識したスライドを新規に作成した。

## 新規スライド ②

**薬剤師の基本的な役割**

専門職としての本来的な役割

- ① 臨床薬理を含む臨床アドアランスの提供
- ② 臨床薬理を含む臨床薬理の提供
- ③ 薬物療法の指導・指示作用をモニタリング

院内連携上の役割

- ④ 薬理、薬作用などの把握と通知
- ⑤ 適切な薬理提供、処方記録の維持
- ⑥ 多職種連携

**相談職の基本的な役割**

専門職としての本来的な役割

- ① アドボカシー…本人、家族の考え・気持ちを代弁する
- ② 相談計画の実現…相談後の生活設計を支援する

い療育を監護職に任じる  
可能なサービスにつなげる  
フォーマル・インフォーマル  
両者の生活を永く支える

また、「対応力(実践)」では、連携編前に各職種（医師、看護師、薬剤師、リハ職、相談職、他スタッフ）の基本的な役割などを整理したスライドを新規に作成した。

## スライド解説の充実

**地域包括ケアシステム**

2015年10月1日施行の「認知症施策推進大綱」に基づき、認知症施策の推進を図るための基本的な方針を定めることとなった。

認知症施策の推進を図るための基本的な方針

- ① 認知症施策の推進を図るための基本的な方針
- ② 認知症施策の推進を図るための基本的な方針
- ③ 認知症施策の推進を図るための基本的な方針

**各スライドの解説  
(講義のポイント、  
復習のヒント)を  
充実**

## ④スライド解説の充実

ハンドアウトのテキストとして用いる場合にはスライド下に、そのスライドの配置趣旨（この研修でなぜこのスライドが使われているのか、どのようなことを知ってほしいのかなど）を含めて解説を充実されることを改訂の 1 つの柱とした。

新規スライドだけでなく、従来からの継続スライドについても上記の観点から加除修正を行った。

## ※補足説明 スライド解説の加除修正および監修作業の分担

No	タイトル	No	監修
1	病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修	1	-
2	1.「目的」編（15分）	2	-
3	DVD 1：認知症の人が体験している世界～研修をはじめににあたって～	3	-
4	入院する認知症の人に起こっていること	4	高道
5	認知症の人の医療への要望	5	厚労省
6	認知症の人の将来推計	6	
7	地域包括ケアシステム	7	
8	認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要～認知症高齢者にやさしい地域づくりに向けて～	8	
9	本研修が必要とされる背景	9	
10	一般病院での認知症対応のための体制整備の要点	10	高道
11	修了者に期待すること	11	堀部
12	2-1.「対応力(知識)」編（15分）	12	
13	認知症とは	13	堀部
14	認知症の病型	14	
15	認知症の症状（中核症状、行動・心理症状（BPSD））	15	
16	認知症の経過（アルツハイマー型認知症等変性疾患の場合）	16	
17	意思決定の支援	17	
18	認知症に使われる薬	18	山田
19	薬物以外の療法とケア	19	堀部
20	介護者への支援	20	桑原
21	2-2.「対応力(実践)」編（45分〔DVD6分含む〕）	21	-
22	DVD 2：認知症の本人が体験している世界～認知症の人からみた医療を考える～	22	-
23	認知症の人の行動は援助者の鏡	23	桑原
24	コミュニケーションのずれ	24	多賀
25	コミュニケーション	25	
26	認知症の人の理解	26	桑原
27	認知症ケアの基本	27	
28	心身の苦痛への配慮	28	多賀
29	初診時・入院時から認知症を疑う	29	桑原
30	痛みや違和感の表し方・伝え方	30	
31	行動・心理症状（BPSD）への対応	31	高道
32	観察やケアで注意をしたい点	32	桑原
33	痛み	33	
34	摂食・栄養（食事）		
35	入院中も認知症を疑う		
36	せん妄		
37	せん妄の治療・ケア		
38	せん妄への対応		
39	身体拘束を適用する場合の原則		
40	身体拘束を判断し開始する際の留意点		
41	身体拘束にあたる項目		
42	医師の基本的な役割		
43	看護師の基本的な役割		
44	薬剤師の基本的な役割		
45	リハ職（PT・OT・ST等）の基本的な役割		
46	相談職の基本的な役割		
47	入院生活を支えるスタッフの基本的な役割		
48	3.「連携」編（15分〔DVD2分含む〕）		
49	多職種連携とは		
50	多職種連携のメリット		
51	連携は入院中だけではない		
52	入院前から関係している職種・機関を知る		
53	多職種でカンファレンスを行う		
54	カンファレンス開催の要点		
55	入院時カンファレンスの主な検討課題（院内多職種）		
56	退院時カンファレンスの主な検討課題（院内外の多職種）		
57	DVD 3：認知症の本人が体験している世界～かがわり方を考		
58	本人からのメッセージ		

知識-1

認知症とは

13

- 下記のうち、1つ以上の認知領域が低下  
(①複雑性注意、②実行機能、③学習および記憶、④言語、⑤知覚・運動、⑥社会的認知)
- 日常生活に支障を与える
- せん妄の除外
- 他の精神疾患(うつ病や統合失調症等)の除外

認知症の診断基準(DSM-5)2013より

認知症とはどのようなものなのでしょうか。

このスライドに示すのは、アメリカ精神医学会による診断基準です。

以前は「記憶障害」が必須とされていたが、後にも触れる前頭側頭葉変性症のように記憶障害が前景に出ないタイプもあることが問題とされてきました。

そのため、現在は、必須とされているのは以下の6つの神経認知領域障害の一つ以上で、記憶障害はあくまでその一つという扱いです。

つまり「複雑性注意。つまり注意を維持したり振り分けたりする能力」「実行機能。つまり計画を立て適切に実行する能力」「学習及び記憶」「言語を理解したり表出したりする能力」「知覚・運動。つまり正しく知覚したりどうぐを適切に使用したりする能力」「社会的認知。つまり他人の気持ちに配慮したり、表情を適切に把握したりする能力」などです。

それを含め、ここには4つの条件が緑丸で示されています。

認知機能の低下が日常生活に支障を与えていること、そしてせん妄の最中では無いこと、他の精神疾患が無いことです。ここで二つ目の「日常生活に支障を与える」というところにご注意下さい。

上記の6つの認知領域の機能低下だけでなく、日常生活に支障が生じてはじめて認知症ということになるわけです。





## ⑤ DVD 教材

DVD のコンテンツについては、具体的な対応場面について、いわゆる“良い対応例”、“悪い対応例”を対比させるような内容とするか、もしくは、認知症の本人の目線から、入院生活やスタッフの対応がどのように映っているのかを映し、受講者それぞれに“考えてもらう、振り返ってもらう”ものとするか、など 教材作成分科会において検討した。

認知症の人へのインタビューなども含め、後者の方針で撮影・編集等を行った。また、全体 90 分のどの部分に配置するか、DVD の前後をどのスライドとして流れを保つか、等も併せて検討された。

なお、DVD についても、制作意図、配置意図などを受講者、講師に伝わるよう、DVD 挿入部分のスライドに説明を加える工夫をした。

**DVD-2 認知症の人からみた医療**

- 研修の中盤には、より具体的な入院時の場面をいくつか取り上げて、同じ認知症の人からみた様子をDVDにしています。
- 病棟スタッフが通常行っている対応でも、在宅等の日常生活から離れて「入院」という変わった環境に置かれた認知症の人にとっては、「通常」ではないのかもしれない。
- 繰り返しますが、ここでもスタッフの対応や言動は、台本のある演技として少し大げさになっています。研修教材であることも理解頂いた上で、認知症の人への対応を考えてみてください。
- 対応力（実践編）で取り上げているテーマは、各専門職の業務内容ごとに分けられてはいませんが、病棟スタッフ共通の基本的な対応についてポイントを絞って整理されています。この対応力向上研修を、多職種で一緒に考えるもの、専門職ごとにそれぞれ深めていくもの、などにつながる「導入的」な研修として、後半の講義に入ってもらえればと考えます。

次頁以降、改訂教材の【①講義スライド(全)】、【②DVD 教材(制作台本)】を掲載する。

# 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

### 2-1. 対応力(知識) 編

### 2-2. 対応力(実践) 編

## 3. 連携 編

平成29年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

医療従事者の認知症に関する研修の教材開発に関する調査研究事業 編

## 1. 「目的」編（15分 [DVD 2分含む]）

### 2-1. 「対応力(知識)」編（15分）

### 2-2. 「対応力(実践)」編（45分）

### 3. 「連携」編（15分）

## DVD-1 研修をはじめるにあたって



## 入院する認知症の人に起こっていること

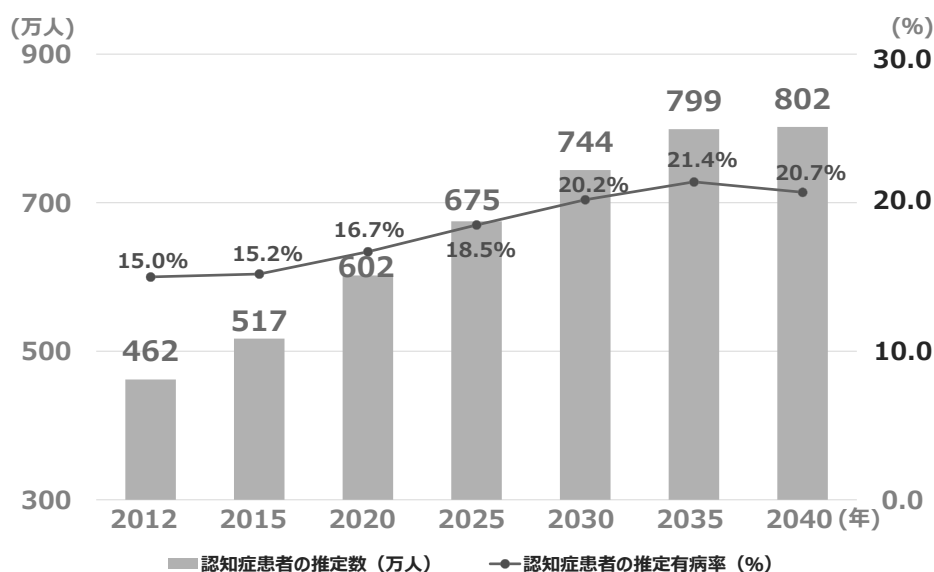
- 緊急・臨時の入院になることが多く、気が付くと  
なじみのない環境で、厳格に監視されている  
入院時初期対応や、環境不適応状態への介入の課題
- 認知症ケアは身体疾患の治療後にと、別に捉えられ、  
言葉や行動を制止される事態に遭う  
「認知症ケアは元気になってから」の誤解
- 身体疾患は治っても、元の療養場所に復帰できる  
ADLではなくなり、退院困難に直面する  
院外資源との連携が不十分

## 認知症の人の医療への要望

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

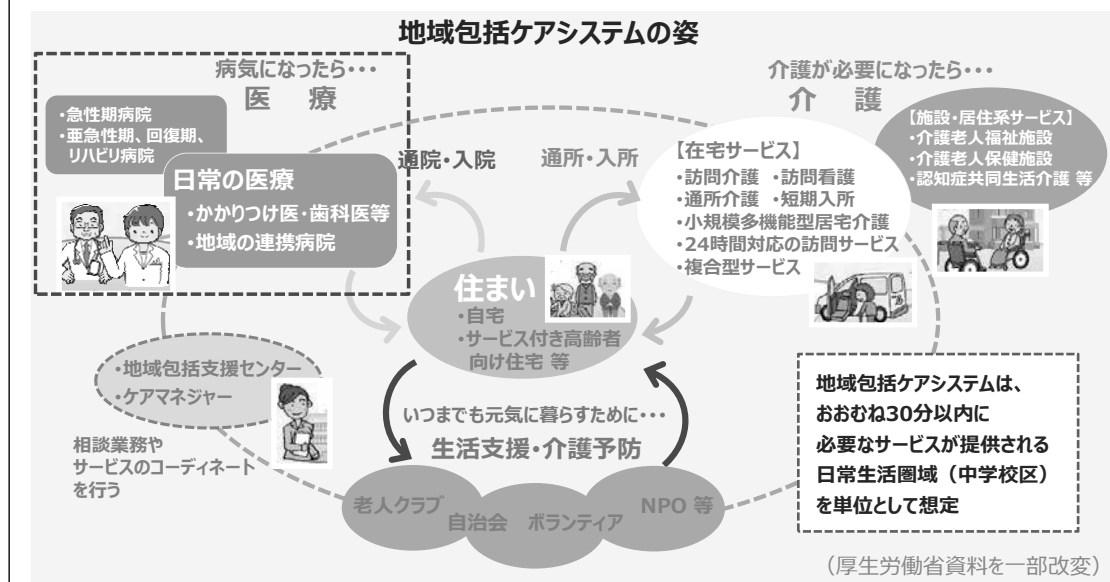
## 認知症の人の将来推計



「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」総括研究報告書  
(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)より作成  
(各年齢層の認知症有病率が2012年以降一定と仮定した場合の推計)

## 地域包括ケアシステム

「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をいう。（「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」）



## 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要 ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

### 新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよ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を目指す。

### 7つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

## 本研修が必要とされる背景

- 認知症の人が増加することが見込まれ、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
- そのために、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

しかし、現状は、**認知症を理由に入院を断られる、入院時に適切な対応がなされない**等の課題がある。



## 一般病院での認知症対応のための体制整備の要点

- **職員の教育と人材育成を行う**
- **認知症を理由にした入院の拒否や治療の消極化をしないという理念を確認し、院内の多職種連携・協働をすすめる**
- **入院時の情報収集（日頃の暮らし方）を積極的に行い、関係者間で共有し、関わりに活かす**
- **認知症を専門にするチームや人材の配置・支援を図る**
- **地域包括ケアシステムを理解し、地域の情報を取り入れ、関係機関との連携・協働体制をつくる**

## 修了者に期待すること

---

- 認知症に対する固定観念の払拭
- 認知症の入院患者・家族に対する理解と対応
- チーム対応・院内連携への参加
- 院外が多職種・社会資源の把握と連携の実践



1. 「目的」編（15分）

2-1. 「対応力(知識)」編（15分）

2-2. 「対応力(実践)」編（45分）

3. 「連携」編（15分）

## 認知症とは

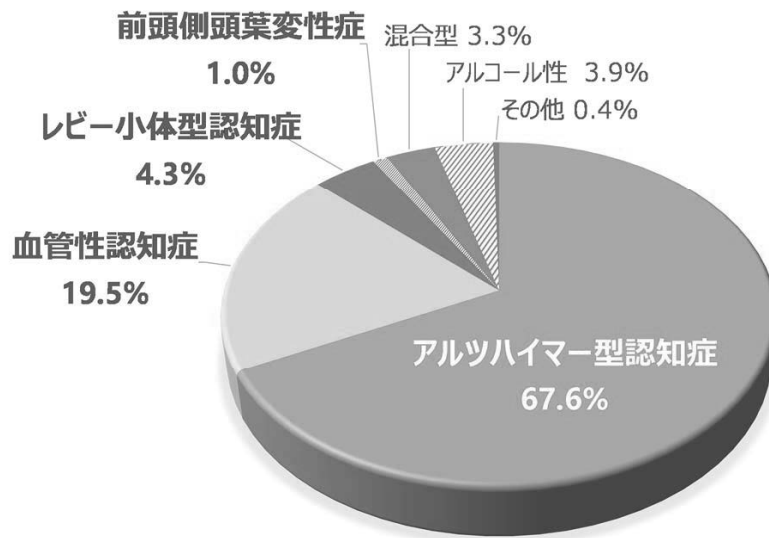
---

- 下記のうち、1つ以上の認知領域が低下  
(①複雑性注意、②実行機能、③学習および記憶、  
④言語、⑤知覚-運動、⑥社会的認知)
- 日常生活に支障を与える
- せん妄の除外
- 他の精神疾患(うつ病や統合失調症等)の除外

認知症の診断基準(DSM-5)2013より



## 認知症の病型



「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

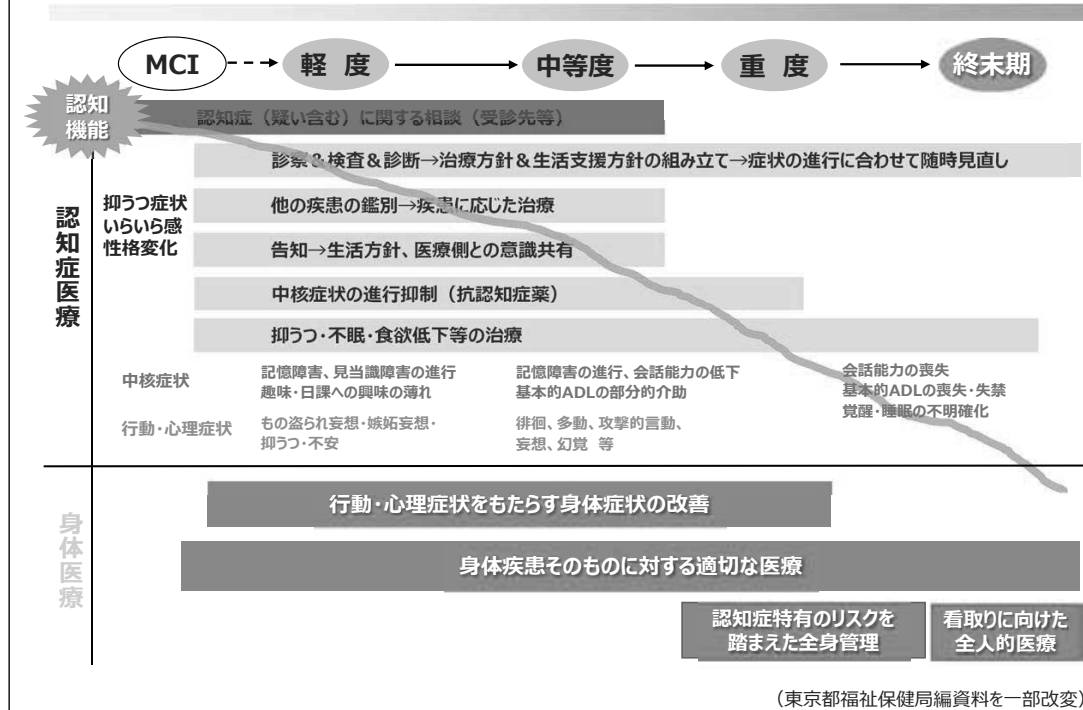
（中核症状、行動・心理症状（BPSD））

認知症の症状は、認知機能の低下によっておこる中核症状と、周囲の環境やかかわり方によって引き起こされるBPSD（認知症の行動・心理症状）があります。



## 認知症の経過

(アルツハイマー型認知症等変性疾患の場合)



## 意思決定の支援

意思確認や判断を求められることが多い入院生活では、  
認知症の人の意思決定、その支援が重要

認知症に限らず、さまざまな場面での“意思決定支援のあり方”が検討されている

- 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（厚労省医政局）  
URL ; <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>
- 障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドライン（厚労省社会・援護局）  
URL ; <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-shakaiengokyokushougaihoukenfukushibu/0000159854.pdf>
- 高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養補給法の導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドライン（平成23年度老人保健健康増進等事業）  
URL ; [http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/jgs\\_ahn\\_gl\\_2012.pdf](http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf)

## 認知症に使われる薬

成分名	ドネペジル	ガラントミン	リバスチグミン	メマンチン
商品名	アリセプト®等	レミニール®	リバスタッチ®	メマリー®
剤型	錠・口腔内崩壊錠・細粒・ゼリー・ドライシロップ	錠・口腔内崩壊錠・内用液	貼付剤	錠・口腔内崩壊錠
適応疾患	アルツハイマー型・レビー小体型認知症	アルツハイマー型認知症	アルツハイマー型認知症	アルツハイマー型認知症
用量 (mg/日)	3～10 治療量：5～	8～24 治療量：16～	4.5～18 治療量：18	5～20 治療量：20
用法 (回/日)	1	2	1	1
副作用	胃腸障害（悪心・嘔吐等） 心臓障害（不整脈等） 貼付部位反応（発赤・掻痒感等）			めまい・頭痛・傾眠

## 薬物以外の療法とケア

非薬物介入/支援（含適切なケア）を基本とし、薬物治療はその補完

### ● 本人に対するもの

運動療法	回想法	バリデーション
感覚統合療法	現実見当識訓練	認知刺激療法
音楽療法	園芸療法 等	

### ● 介護者に対するもの

介護者教育	対応技術指導・訓練	カウンセリング
レスパイトケア	ケースマネジメント 等	

- 介護者への介入も、介護者のみならず本人への間接的効果が期待できる。
- どれも根治的ではないが、それは薬物療法も同じ。
- 現時点ではまだ十分なエビデンスが得られていないものも多いものの、肯定的な報告は多く、単独よりは組み合わせで行われることが多い。
- 薬物療法と比して有害作用が少ないとはいえ、全く無いわけではない。

## 介護者への支援

---

- **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**

- 1. 「目的」編（15分）
- 2-1. 「対応力(知識)」編（15分）
- 2-2. 「対応力(実践)」編  
（45分〔DVD 4分30秒含む〕）
- 3. 「連携」編（15分）

**DVD-2**

**認知症の人からみた医療**



## 認知症の人の行動は援助者の鏡

援助者の **イライラした気持ち** は

認知症の人 の

**イライラした気持ち** をよぶ

## コミュニケーションのずれ

ここがあなたのベッドです。  
トイレは廊下の向こう側に  
あります。  
何かあれば ナースコールを  
押してください。  
勝手に動かないでくださいね。



お腹がいたい  
トイレに行こう

動かないで？

トイレの場所は？

便の後始末はどうしよう



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。  
認知症の人の思いを把握し、ニーズに応じる対応をとっていきましょう。

## コミュニケーション

### 【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みる。



## 認知症の人の理解

認知症の人には 意思も・経験も ある

### 認知症の人が体験している世界を理解する

認知症  
の人

- ..... 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

## 認知症ケアの基本

---

- 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

---

- 認知機能障害に関連して、認知症の人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



## 初診時・入院時から認知症を疑う

---

日常生活の様子から、認知機能の変化を疑う徴候がないかを確認する。

- 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
- 家族からみた変化（入院前を含めて）を注意深く聞き出す

## 痛みや違和感の表し方・伝え方

---

- 認知症の人は、痛みや違和感を適切に表現したり、伝えることが難しい
- 医療者は、苦痛があれば患者は伝えるはずと思いがち



- 身体症状を見落としてしまう
- 全身状態の変化を見逃してしまう

## 行動・心理症状（BPSD）への対応

### <前提>

- 認知症の人の体験や不都合さを、本人の視点から学ぶ
- 多職種連携し、本人の苦痛緩和に向けて対応する

#### ① 症状アセスメント

- 病型及び生活歴・習慣・選好等との関連、要因の検討
- これまでの経過、症状の現われ方・引き金/鎮まり方、頻度
- 本人の苦痛症状、苦痛の程度
- 対応する人の困難感や負担感

#### ② アセスメントに基づく非薬物療法、環境調整

#### ③ 改善が認められない場合に②と併せ、薬物療法

## 観察やケアで注意をしたい点

- 痛み
- 摂食、栄養

認知機能障害により、自覚症状をうまく伝えることが  
苦手になる

医療者が積極的に拾い上げる姿勢が大事

## 痛みに気づくサイン

- 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

## 摂食・栄養（食事）に関する注意点

- 食事が進まない理由に、認知機能障害がからむことがある  
摂食不良をそのまま食欲不振とみなさない
- 「食べない」時に考えること
  - ・ 注意が続かない（医療者やほかの患者に気を取られる）
  - ・ 道具が使えない
  - ・ 食事を口元にもっていけない
  - ・ 義歯がない
  - ・ 痛み（口内炎、義歯があわない）
  - ・ 口腔乾燥

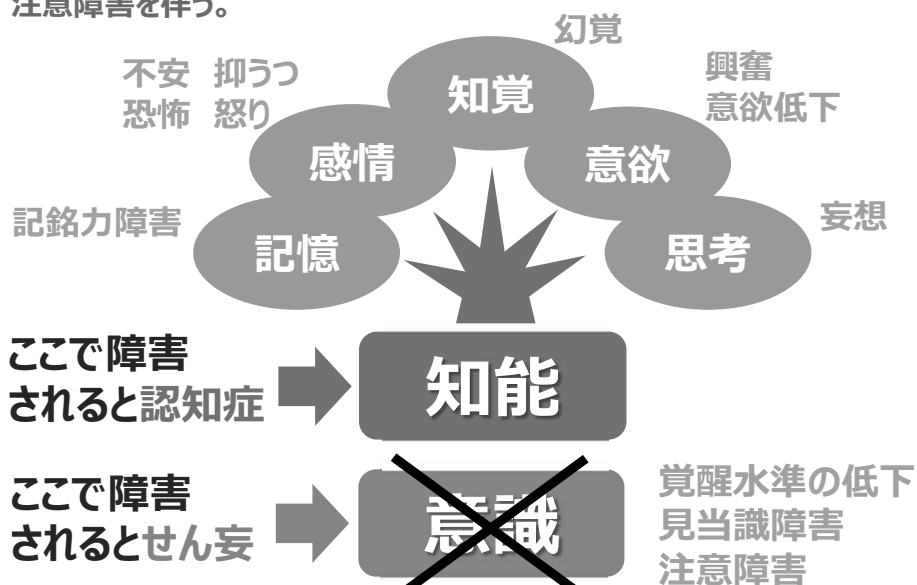
## 入院してから認知症を疑う

以下のことが生じた場合には、認知症に関連した  
アセスメントをおこなう

- せん妄の発症（背景に認知症がある場合が多い）
- 転倒
- 脱水・摂食不良
- アドヒアランス不良（内服、処置）

## せん妄

脳の一時的な機能失調によって起こる、軽い意識混濁を基盤とする症候群。  
注意障害を伴う。



## せん妄の治療・ケア

### せん妄の直接的原因への対処（全身状態の安定）

- 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

### せん妄の間接的原因への対処（環境調整）

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

### 薬物療法

- 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場合もある

## せん妄への対応

- 入院した認知症の人が激しく興奮し、制止も効かない時は、過活動のせん妄状態であることがしばしばある。
- 薬物の影響、アルコール依存、幻覚幻視、不安、不快な刺激（環境音、照明、身体拘束、早すぎる会話）などは易刺激性に感作し、興奮を招く可能性がある。情報や環境に留意し、観察を丁寧に行う。
- せん妄をアセスメントした場合、衝撃吸収マットの適用、ルート類を工夫して整理する、家族への説明など先回りの環境整備で、予防的に安全確保を行う。
- 睡眠-覚醒リズム調整を早期から検討し実施する。
- 身体疾患の治療による全身状態の改善・安定化は、せん妄の軽快に通じる。

## 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～

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こと
- **非代替性**  
身体拘束を行う以外に代替する方法がないこと
- **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、一時的であること

厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」、2001年より

## やむを得ず身体拘束を判断し 開始する際の留意点

- 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
  - － 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。  
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う
- 解除に向けた関わりを行い、カンファレンス等で検討を重ね、条件が整えばすみやかに解除する

## 身体拘束にあたる項目

- 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、立ち上がったたりしないように、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

## 医師の基本的な役割

### 専門職としての本来的な役割

- ◎ 身体疾患に対する治療
- ◎ 認知症の症状やせん妄への対応
- ◎ 認知症の人とその家族に対する、適切な情報提供と意思決定支援

### 院内連携上の役割

- ◎ 他科・他職種の介入をコーディネート
- ◎ 医学的観点からの助言、支援
- ◎ 院外の医療機関等との連携支援



## 看護師の基本的な役割

### 専門職としての本来的な役割

- ◎ 日々の健康状態の把握
- ◎ 本人のニーズに応じた生活の支援、環境調整
- ◎ 本人の主体性の保持、自己決定の支援
- ◎ 家族の介護負担感、健康状態などの把握

### 院内連携上の役割

- ◎ 多職種連携における調整者
- ◎ 全人的な視点からの情報収集、情報提供
- ◎ 薬物/非薬物療法の評価に資する情報提供



## 薬剤師の基本的な役割

### 専門職としての本来的な役割

- ◎ 残薬確認を含む服薬アドヒアランスの確認
- ◎ 服薬指導を含む薬剤管理支援
- ◎ 薬物療法の効果・副作用モニタリング

### 院内連携上の役割

- ◎ 薬歴、副作用歴などの把握と周知
- ◎ 適切な剤型選択、投与経路の検討
- ◎ 多剤併用の是正、重複投与や薬物有害事象の回避など





## リハ職（PT・OT・ST等）の基本的な役割

### 専門職としての本来的な役割

- ◎ 基本的動作能力の回復等
- ◎ 応用的動作能力、社会的適応能力の回復等
- ◎ 言語聴覚能力の回復等



### 院内連携上の役割

- ◎ 日常生活活動や社会参加機能の評価情報の提供
- ◎ 統一された生活上の留意点の提供
- ◎ 適切な心理的支援
- ◎ 病前の役割、興味、習慣等の把握
- ◎ 家族、生活環境の把握

## 相談職の基本的な役割

### 専門職としての本来的な役割

- ◎ アドボカシー...本人・家族の考え・気持ちを代弁する
- ◎ 退院計画の支援...退院後の生活設計を支援する

### 院内連携上の役割

- ◎ 本人・家族が表現しきれない意向を医療職に伝わる言葉に翻訳し、医療が提供可能なサービスにつなげる
- ◎ 本人・家族が利用可能なフォーマル・インフォーマルサービスを紹介・仲介し、退院後の生活をふまえた医療サービスの提供を支援する



## 入院生活を支えるスタッフの基本的な役割

### 専門職としての本来的な役割

- ◎ 食事、排泄、入浴、身支度など日常生活のケアを提供する
- ◎ 生活に必要な居心地のよい環境を提供する
- ◎ 守秘義務を踏まえたうえで身の上話等の悩みを傾聴する

### 院内連携上の役割

- ◎ 日常生活の自立した生活を維持する
- ◎ 身体・心理等の状況に合わせて福祉サービスを提供する



1. 「目的」編（15分）
- 2-1. 「対応力(知識)」編（15分）
- 2-2. 「対応力(実践)」編（45分）
3. 「連携」編（15分〔DVD 2分含む〕）

## 多職種連携とは

**各職種が専門性を活かし、目的と情報を共有し役割を分担するとともに、互いに連携・補完しあい、状況に応じた質の高いサービスを提供する。**



## 多職種連携のメリット

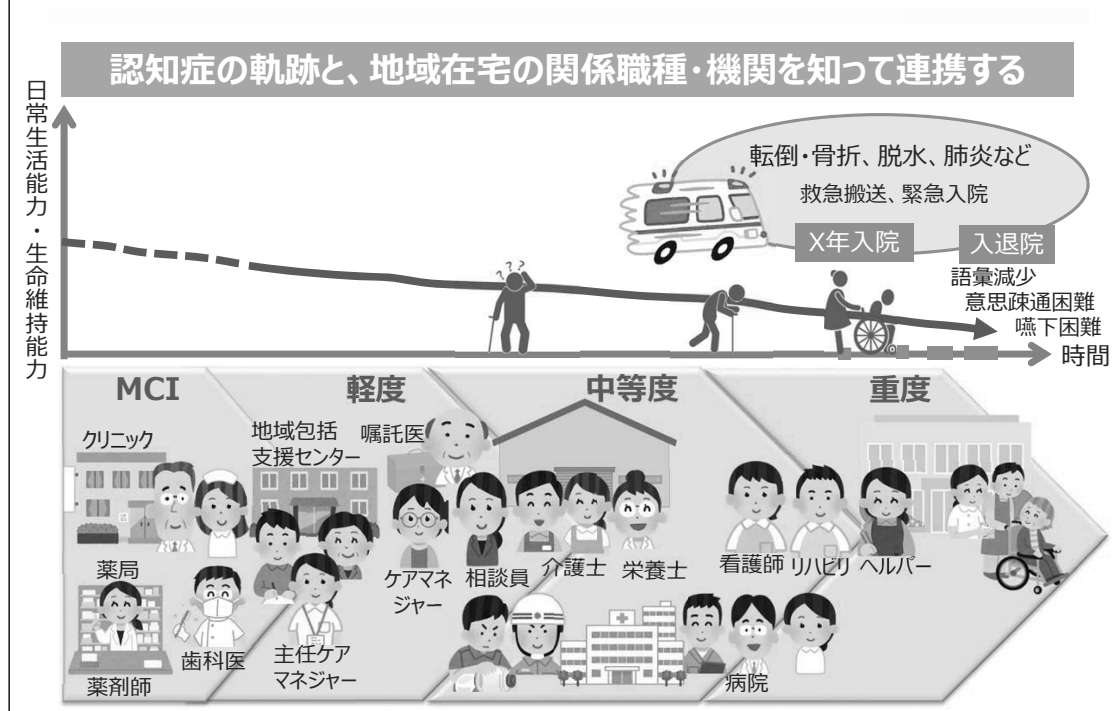
- チームで臨む目標が定まり、状況の安定化・好転に対し、相乗的効果がある
- チームで情報共有することで関わり方を共有できる
- 各職種の専門的な知識が発揮され、認知症の人と家族に生じる複雑なニーズに対応できる
- 院内の認知症ケア実施提供体制やシステム構築の検討の場となる



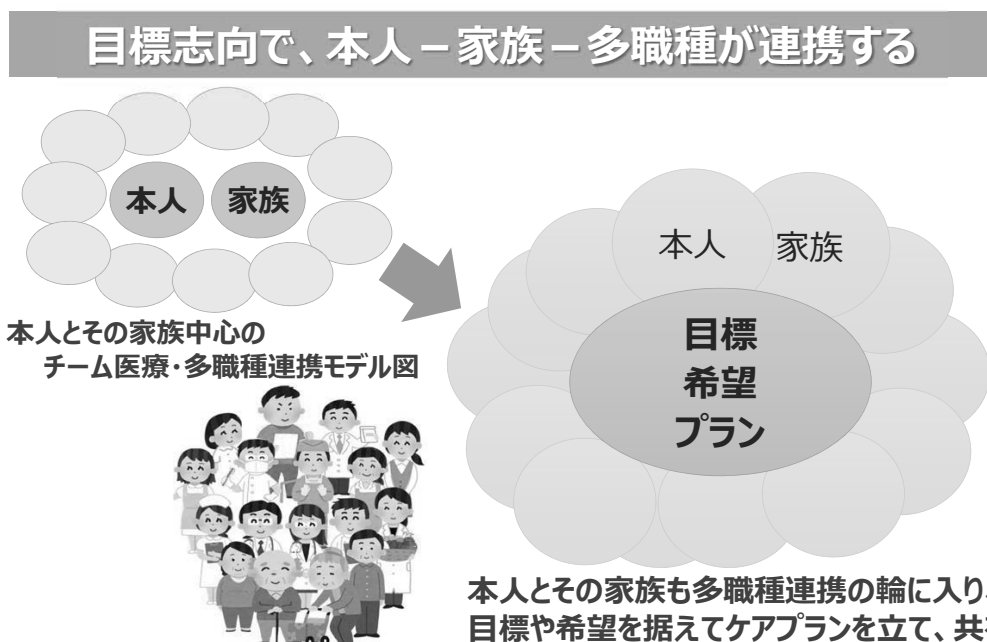
## 連携は入院の前にも、後にも



## 入院前から関係している職種・機関を知る



## 多職種でカンファレンスを行う



## カンファレンス開催の要点

- 入院前の暮らしの情報、ケア提供内容などを、家族や入院元の関係者、サマリなどから情報収集しておく
- 再入院の場合、多職種で前回入院の経過を踏まえて、今回の入院中に活かす情報と目標とを共有する
- 家族や退院先のスタッフが受け入れ可能な状態、医療依存度のレベルを早期から明らかにし、具体的な実施方法を検討する



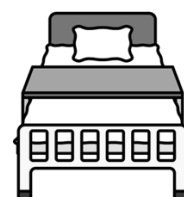
## 入院時カンファレンスの主な検討課題 (院内多職種)

職種ごとにゴール設定に相違がある



本人の希望、価値観、身体状況、今後の生活を考慮し、  
折り合いをつけながら、最善のゴールを検討

本人が主人公



## 退院時カンファレンスの主な検討課題 (院内外が多職種)

- ・ 退院先での療養生活の継続（再入院のリスクなど）
- ・ 家族間の意見の相違（キーパーソン以外の家族）



- 必要な療養の継続、環境の確保
- 医療体制（急変時含む）の確認
- キーパーソン以外の家族へのカンファレンス参加を促す



### DVD-3

### 本人からのメッセージ



## 本人からのメッセージ

- ニンチとか言わないで。わたしは山川すみえ。
- いろいろ言われても、すり抜けていく。  
紙に書いてくれれば読めるよ。  
何度でも見て、一生懸命やるから。
- あそこはよかったよ～。  
先生も看護婦さんも、わたしが毎朝、神社まで  
散歩してるとかよく知ってて。  
「早く元気になってまた散歩しよう！」って。  
不思議ね。力が湧いてきたのよ。  
お陰様でこうして家に戻れた～！



一般社団法人 日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)



## 【参考資料】

- 演習の目的・意義
- サンプル事例（改訂案）

演習については、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氏にどのように関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・方針について

#### ▶ 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  
－本人からの視点で考える－

#### ▶ 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不適応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ス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



【②DVD 教材（制作台本）】





DVD 1 研修をはじめるにあたって		
画	音	声
1 深夜の病室「家に帰らなくちゃ！」		
深夜の病室 認知症本人 あべさんが 見ている情景	<p>～カメラが廻る～</p> <p>あべ(声のみ)「(ん?どこだ ここは?)」</p> <p>～暗い窓にかかるカーテン～</p> <p>～起き上がろうとする～</p> <p>あべ 「よいしょ！」</p> <p>～立ち上がった本人視線～</p> <p>あべ「んー どこだ?ここは・・・」</p>	あべ 「あれっ? 変だな、ここは俺の家！」
病室の天井		あべ「香子(女勝) 香子・・・」
ひっくり返ったゴミ箱		あべ「誰もいないのか！」
病室から廊下へ		<p>～いつしか景色は 病院の廊下に戻る～</p> <p>～マスクで冷たい表情の看護師～</p> <p>古沢 NS 「ダメです 廊下に出ちゃ！」</p> <p>あべ「(誰だ!)」</p> <p>～本人 抵抗してガタガタに カメラ 揺れる～</p> <p>あべ「(うおっ!)」(抵抗する声)</p> <p>～他の看護師も駆けつける～</p> <p>新田 NS「あべさん! この人、認知入ってましたっけ？」</p> <p>古沢 NS「いいから 手伝って！」</p>







 <p>～揺れる廊下の天井 抵抗する本人の手～</p> <p>古沢 NS「この人 抑制同意取ってた？」</p> <p>新田 NS「いえ、入院時は普通でしたから」</p> <p>古沢 NS「とっついて欲しいわよね みんな！ すぐに ご家族に連絡して・・・」</p> <p>新田 NS「はい」</p> <p>あべ「（やめろ～！）」</p> <p>～必死で取り押さえる看護師たち～</p> <p>あべ「うわっー！」</p>	<p>2 深夜の病室「動けない！助けて！」</p> <p>深夜の病室</p>  <p>～前回同様 真っ暗な病室で 目を覚ます患者本人～</p> <p>～カメラが見回す 本人目線～</p> <p>あべ「んー・・・あー・・・」</p> <p>～ベッドに縛られている両手を見る～</p> <p>あべ「あっ！なんなんだ これは！」</p> <p>～愕然とする 動けない！</p> <p>～大声叫ぶ～</p> <p>あべ 「おーい！」</p> <p>～威圧感のマスク看護師 2 名が 駆けつける</p> <p>～本人の前に 覆いかぶさるように 取り押さえる～</p> <p>（ 魚眼レンズで 看護師たち威圧感）</p> <p>古沢 NS 「鎮静の指示は？」</p> <p>新田 NS 「セレネースです！」</p> <p>古沢 NS「準備して！」</p> <p>看護師の無表情な顔に ゆっくりズーム</p> 








 <p>佐藤さんインタビュー</p>	<p><u>Q 入院して困ったこと？</u>（テロップ）</p> <p>佐藤 「糖尿病で検査入院しました。時間の感覚がないので昼なのか？朝なのか？夜なのか？わからなくて困りました。」</p> <p>「例えば『薬を飲んだのですか？』というので朝の薬なのか、夜の薬なのか、わからなくて不安になった。」</p> <p>佐藤 「カーテンが壁に見えたりするので困った。」</p> <p>佐藤 「カーテンが壁に見えて寄りかかってしまい、重心がくるってしまい倒れてしまった。」</p> <p><u>Q 「複数指示」は困る？</u>（テロップ）</p> <p>佐藤 「複数指示されてもすぐ忘れてしまうので、例えば、手を洗って トイレに行ってから、食事にと言うんではなくて、まずはトイレに行きましようね、で、トイレが終わったら、食事に行きましようねって、ひとつひとつ動作が完了してから指示して欲しい」</p> <p>やがて画面黒くなり、再現ドラマへ！</p>
 <p>病院のカーテンが壁に見えてくる</p>  <p>カーテンに寄りかかり倒れそうになる</p>	



<p>2 認知症の人が入院すると・・・</p>  <p>認知症の人が体験している世界 その① “時間の感覚がない” (タイトル)</p>	<p>※大森さんの病室</p> <p>&lt;検査看護課と医師玄田&gt;</p>  <p>新田 NS「大森さん・・・ 大森さん、お食事ですよ」</p> <p>～目が覚めたばかりの本人～ 大森「ああ・・・」</p>  <p>大森（心の声）「いま何時なの？ 朝？昼？夜？ 時間が・・・わからないわ・・・」</p>  <p>(↑テロップ)</p> 
--	---






<p>認知症の人が体験している世界 その②</p> <p>“マスクで表情がわからない・・・”</p> <p>(タイトル)</p>	<p>※あべさんの病室</p> <p>＜医師 作業療法士 高齢男性＞</p> <p>全員マスク病室に入ってくる</p>       <p>西田 DR・古沢 NS「あべさん おはようございます」</p> <p>～二人が威圧的に馴える～</p> <p>あべ「おはようございます」</p> <p>～医師 カルテ見ながら 看護師に聞く～</p> <p>西田 DR 「あべさんの状態はどう？」</p> <p>古沢 NS 「最近 は 発熱もなくて 痰も減っています」</p> <p>西田 DR 「夜は 眠れてるかな？」</p> <p>古沢 NS 「入院時は暴れて大変でしたけど 眠れてませんでしたね（笑）最近 は 眠剤飲んで 大人しくしてます」</p> <p>あべ（心の声）</p> <p>「（この人たちのマスクって・・・ 表情がわからないんだよね）」</p> <p>あべ（心の声）</p> <p>「それにしても俺の症状って・・・ もしかして 危ないのか？」</p>
--	--

<p>認知症の人が体験している世界 その③</p> <p>“誰なの？前と同じ場所？” (タイトル)</p>	<p>※廊下</p> <p>＜作業療法士 高齢女性＞</p> <p>作業療法士</p>       <p>～廊下で 新田 NSと車椅子移動中の大森さん 作業療法士の男性に声をかけられる～</p> <p>中村 作業療法士 (OT)</p> <p>「大森さん、こんにちは！ どうです？ 具合は？」</p> <p>大森 「具合？・・・ええ まあ」</p> <p>中村 OT</p> <p>「次のリハビリは明日。この前と同じです 場所も同じところですよ！」</p> <p>新田 NS「ああ、この前と同じ・・・そうなんですね」</p> <p>大森 「（この前と同じ・・・？）</p> <p>～大沢 不安で看護師見ることが無意味～</p> <p>中村 OT 「はい、それじゃ！」</p> <p>～別れた後 音かき上げる本人～</p> <p>大森 「（今のひと 誰だったんだろう・・・ この前と同じ？・・・うーん思い出せない）」</p>
---	--

 <p>認知症の人が体験している世界 その④ “自分を無視しないで！” (タイトル)</p>	<p>※あべさんの病室</p> <p>＜医師と娘さん＞ 高瀬早佳</p>     <p>(テロップ)</p>  <p>やがて画面黒くなり 右のテロップが浮かび上がる</p> <p>西田 DR 「あべさん いかがですか」 あべ「あ、あ、どうも・・・」 娘 「先生 いつも 父が お世話になっています」 あべ「・・・・・・・・」 西田 DR 「どうですか？お父さんの調子は？」 娘「そうですね、最近は食欲もだいぶ戻ってきて、 今日のお昼も全部、食べてましたね」 西田 DR 「それは良かったですね」 娘「最初は病院の食事が薄味で、文句言ってたんですけど（笑）」 西田 DR 「あはは」 ～自分を抜かした 二人だけのやりとりを見て～ あべ (心の声) 「（なんで俺に聞かないんだ！ 食べてるかどうかなんて俺に聞けよ！ それぐらいい答えられるのに・・・）」 あべ「俺のことは先生・・・無視かよ）」 (テロップ) とりきり さて・・・？</p>
---	---

<p>DVD3 本人からのメッセージ</p>	<p>画 面</p>  <p>音 声</p> <p>(声のみ) 佐藤雅彦さん 「認知症でも 人それぞれ 同じ病気で 生活履歴によって 反応の仕方も違うので、やり方をその人に合った対応を してもらいたい。 患者として、何か劣っている人間と見るのではなく、あくまで 人として普通に 接していただければありがたい。」</p> <p>※大森さんの病室</p> <p>＜検査看護師と高齢女性＞</p>    <p>～振り向くと画面いっぱい NSの低い視線の笑顔～ 新田 NS (声のみ) 「大森さん おはようございます 新田です」 ～看護師を見て笑顔～ 大森 「おはようございまーす」</p>
------------------------	--

<p>※廊下</p> <p>＜医療看護員＞と＜看護女性＞ 作業療法士＞</p> 	<p>～看護師に車椅子を引かれ、廊下移動中の本人～ ～近寄り 片膝ついて膝折り挨拶する 笑顔の作業療法士～</p> <p>中村 OT 「リハビリの中村です」</p> <p>大森 「ああ、アナタね、いつも どうも！」</p>
<p>※あべさんの病室</p> <p>＜医師と病室入＞ 高橋男性 看護師二人＞</p>  <div data-bbox="1182 1704 1235 1935"> <p>やがてが画面 暗くなり ロールテロップが流れる</p> </div>	<p>～ベッド反対側に看護師が笑顔で 点滴を診にくる～</p> <p>新田 NS「あべさん おはようございます」 あべ 「おはよー」</p> <p>西田 DR 「あべさん 来週の検査次第ですけど 結果が良ければ 退院です」</p> <p>あべ「えっ！」</p> <p>西田 DR 「本当ですよ！あべさん！」 一同「わはははは」</p> <p>～病室での微笑ましい医師と看護師 娘 患者のやりとり 笑顔 大団円のうちに～</p>

<p>やがて背景 青空になり 左記ロールが流れ続ける</p> 	<p>(ロールテロップ ↓)</p> <p>ニンチとが言わないで。わたしは山川すみえ。</p> <p>先生に、俺、何か悪いことをしたかな～。</p> <p>目の前にいるのに見てくれない。話もしない。</p> <p>もう俺なんて消えてもいいのかな。</p> <p>会社で働いてたから、まだ勝んだり書いたりできるよ。</p> <p>病院の書類、もっとわかりやすくできるのに。</p> <p>ふつうの会社だったら、即、ボツ(笑)。</p> <p>私のことを子どもに色々聞かないでほしい。</p> <p>あの子たちが答えられなくて恥かいてかわいそう。</p> <p>ずっと前に家を出たのに。来てくれるだけいい。</p> <p>目の手術してよかった。家に帰ってがんばりたいと思った。</p> <p>病院にいるうちにいろいろ教わりたかったけど、はい、退院って。</p> <p>いろいろ言われても、すり抜けていく。</p> <p>紙に書いてくれれば読めるよ。</p> <p>何度でも見て、一生懸命やるから。</p> <p>あそこはよかったよ～。</p> <p>先生も看護婦さんも、わたしが毎朝 神社まで散歩してるとかよく知ってて 「早く元気になってまた散歩しよう」って 不思議ね。力が湧いてきたのよ。</p> <p>お隣様でこうして家に戻れた～</p> <p>(終わり)</p>
---	--

### 3. 標準的カリキュラム案（実施要綱）

教材改訂に伴って、認知症地域医療支援事業実施要綱 第 3（病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修事業）の別記 2 標準的カリキュラムについても下記のように変更・修正された。

改 正 案			現 行	
		研修内容		研修内容
Ⅰ 目的 (15分)	ねらい 到達 目標	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 1 研修の目的を理解する 2 認知症の人の視点で、対応への課題を理解する 3 認知症の人を取り巻く施策等について理解する ・入院する認知症の人に起こっていること ・認知症の人の将来推計 ・認知症に関連する国の施策（研修の背景） ・一般病院での認知症対応のための体制整備の要点	ねらい 到達 目標	認知症の人の入院に際して、認知症とケアの基本を理解する 1 研修の目的を理解する 2 認知症の人が入院することの全体像を理解する 3 認知症の人の特徴とケアの基本を理解する ・現状と課題（研修の背景） ・認知症高齢者の現状 ・急性期病院における認知症の治療・ケアの課題 ・研修の目的 ・入院中のケアの問題
	主な 内容		主な 内容	
Ⅱ 対応力 (60分)	ねらい 到達 目標	疾患を理解し、入院中の対応の基本を習得する 1 疾患の特徴を理解する 2 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 3 各専門職の役割と院内連携について理解する ・認知症の病型、症状、経過 ・治療薬と薬物以外の療法・ケア ・介護者への支援 ・認知症の人の理解 ・認知症ケアの基本 ・行動・心理症状（BPSD）への対応 ・せん妄への対応 ・各医療従事者の基本的な役割と院内連携上の役割 院内・院外の多職種連携の意義を理解する	ねらい 到達 目標	認知症の人のアセスメント、入院中の対応の基本を習得する 1 認知症の人の入院時に行うアセスメントのポイントを理解する 2 入院生活における認知症の人の行動の特徴を理解する 3 入院中に問題になりやすい場面の対応方法について習得する ・認知症の診断基準（DSM） ・入院の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因 ・認知症の事例（BPSD） ・認知症ケアの展開における4つの視点 ・入院加療・退院をスムーズに進めるための4つの視点 ・身体合併症の回復過程に応じた認知症ケアの視点 ・せん妄の問題
	主な 内容		主な 内容	
Ⅲ 連携等 (15分)	ねらい 到達 目標	1 多職種連携の意義とメリットを理解する 2 院内・院外で多職種連携する必要性について理解する 3 多職種で行うカンファレンスの要点を理解する ・多職種連携のメリット ・入院前、退院後も含めた多職種・他機関連携 ・多職種で行うカンファレンス ・入院時・退院時カンファレンスの主な検討課題	ねらい 到達 目標	院内・院外の多職種・他職種連携の意義を理解する 2 管理者として取り組む体制や環境整備の意義を理解する 1 院内・院外の連携における認知症の人と自身のメリットを理解する 2 入院時の場面と院外の連携相手について理解する 3 管理者としての体制と環境作りについて理解する ・適切でスムーズな医療・ケアを提供するために ・連携により期待される効果 ・「管理者」の目的
	主な 内容		主な 内容	

認知症地域医療支援事業実施要綱 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修事業 (別記2) 標準的なカリキュラム				
Ⅰ 目的 (10分)	ねらい 到達 目標	認知症の人の入院に際して、認知症とケアの基本を理解する 1 研修の目的を理解する 2 認知症の人が入院することの全体像を理解する 3 認知症の人の特徴とケアの基本を理解する ・現状と課題（研修の背景） ・認知症高齢者の現状 ・急性期病院における認知症の治療・ケアの課題 ・研修の目的 ・入院中のケアの問題	ねらい 到達 目標	認知症の人のアセスメント、入院中の対応の基本を習得する 1 認知症の人の入院時に行うアセスメントのポイントを理解する 2 入院生活における認知症の人の行動の特徴を理解する 3 入院中に問題になりやすい場面の対応方法について習得する ・認知症の診断基準（DSM） ・入院の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因 ・認知症の事例（BPSD） ・認知症ケアの展開における4つの視点 ・入院加療・退院をスムーズに進めるための4つの視点 ・身体合併症の回復過程に応じた認知症ケアの視点 ・せん妄の問題
	主な 内容		主な 内容	
Ⅱ 対応力 (60分)	ねらい 到達 目標	疾患を理解し、入院中の対応の基本を習得する 1 疾患の特徴を理解する 2 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 3 各専門職の役割と院内連携について理解する ・認知症の病型、症状、経過 ・治療薬と薬物以外の療法・ケア ・介護者への支援 ・認知症の人の理解 ・認知症ケアの基本 ・行動・心理症状（BPSD）への対応 ・せん妄への対応 ・各医療従事者の基本的な役割と院内連携上の役割 院内・院外の多職種連携の意義を理解する	ねらい 到達 目標	認知症の人のアセスメント、入院中の対応の基本を習得する 1 認知症の人の入院時に行うアセスメントのポイントを理解する 2 入院生活における認知症の人の行動の特徴を理解する 3 入院中に問題になりやすい場面の対応方法について習得する ・認知症の診断基準（DSM） ・入院の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因 ・認知症の事例（BPSD） ・認知症ケアの展開における4つの視点 ・入院加療・退院をスムーズに進めるための4つの視点 ・身体合併症の回復過程に応じた認知症ケアの視点 ・せん妄の問題
	主な 内容		主な 内容	
Ⅲ 連携等 (20分)	ねらい 到達 目標	1 多職種連携の意義とメリットを理解する 2 院内・院外で多職種連携する必要性について理解する 3 多職種で行うカンファレンスの要点を理解する ・多職種連携のメリット ・入院前、退院後も含めた多職種・他機関連携 ・多職種で行うカンファレンス ・入院時・退院時カンファレンスの主な検討課題	ねらい 到達 目標	院内・院外の多職種・他職種連携の意義を理解する 2 管理者として取り組む体制や環境整備の意義を理解する 1 院内・院外の連携における認知症の人と自身のメリットを理解する 2 入院時の場面と院外の連携相手について理解する 3 管理者としての体制と環境作りについて理解する ・適切でスムーズな医療・ケアを提供するために ・連携により期待される効果 ・「管理者」の目的
	主な 内容		主な 内容	

### Ⅲ 教材説明会の実施

#### 1. 実施概要

- (1) 名称 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 改訂教材説明会
- (2) 対象 研修の企画および講師等としてご協力を頂く医師、看護師等、また、行政のご担当者  
(47 都道府県 + 20 指定都市)
- (3) 日程 平成 30 年 3 月 10 日 (土) 13:15 ~ 16:30
- (4) 会場 リロの会議室 田町・会議室 C

〒108-0014 東京都港区芝 5-26-24 田町スクエア 5 階

〈当日時間割〉		
時間	カリキュラム	担当講師 (敬称略)
13:15-13:30	研修趣旨 (15)	厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室 認知症ケア専門官 延 育子
13:30-13:50	教材改訂のポイント (20)	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 長寿医療研修センター長 遠藤 英俊
13:50-14:25	各講義の内容① (35)	
	1 目的編	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 連携システム室長 堀部 賢太郎
	2-1 対応力 (知識) 編	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 連携システム室長 堀部 賢太郎
(休憩 20 分)		
14:45-15:50	各講義の内容② (65)	
	2-2 対応力 (実践) 編	聖路加国際大学教育センター 生涯教育部 主任教員 桑原 良子 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 長寿医療研修センター看護研修室長 高道 香織
	3 連携編	早稲田大学人間科学学術院 人間科学部健康福祉科学科准教授 多賀 努 湘南医療大学 リハビリテーション学科准教授 竹原 敦
15:50-16:15	質疑応答 (25)	

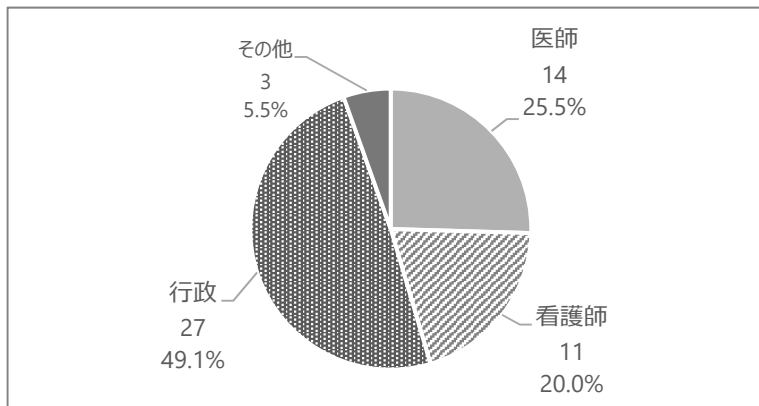
#### (5) 実施状況

受講者数 35 自治体 56 人 (医師等の講師 24 人、自治体職員 32 人)  
3 関係団体・機関 4 人

## 2. 受講者アンケート

説明会当日に実施した受講者アンケートの結果について、以下に整理する。

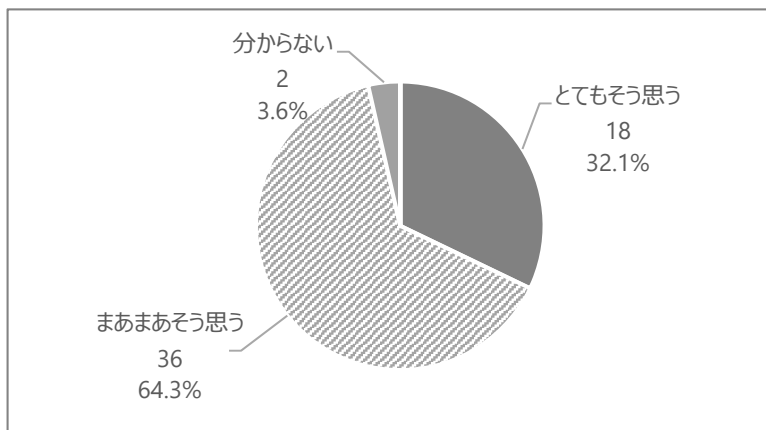
### (0) 受講者属性（有効回答 n 56）



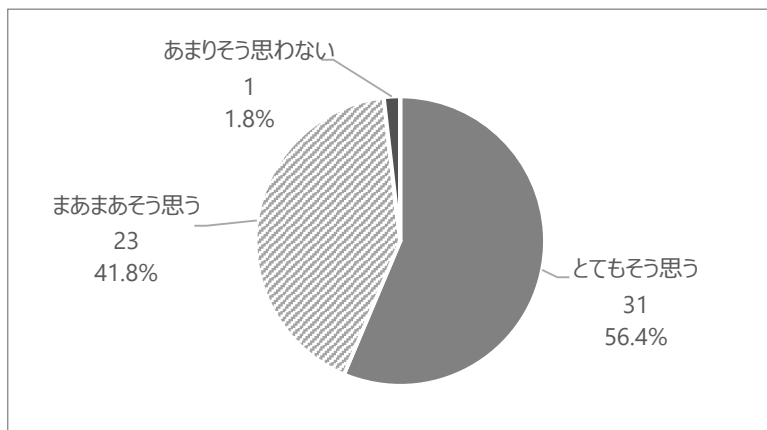
### (1) 改訂教材について

講義スライド、DVD とも概ね分かり易い・適切との評価であった。

#### ① 講義スライドの内容は全体的に分かりやすいものでしたか。（有効回答 n 56）



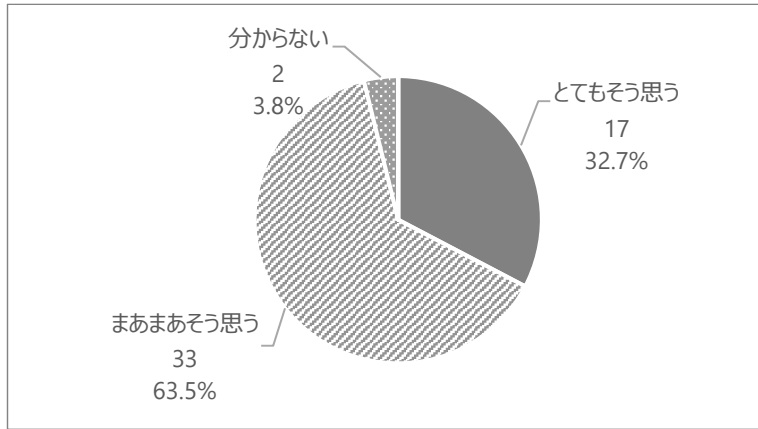
#### ② DVD は講義を補う適切な内容となっていましたか。（有効回答 n55）



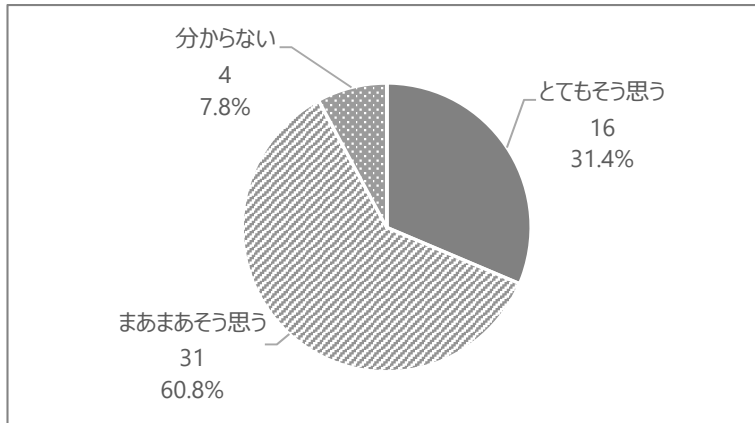
(2) 教材説明会(模擬講義)について

説明会について、全体の理解度、研修への活用度とも、概ね肯定的評価であった。

① 模擬講義の内容は全体的に分かりやすいものでしたか。(有効回答 n 56)



② 模擬講義の内容は実際の研修実施に活用できそうですか。(有効回答 n 56)



(3) 課題（主なものを抜粋）

---

看護師以外の職種の方への呼びかけ。

---

研修後、どのように実践の場で活かしていくか...実践に活かしていけるように、演習も含めて3時間程度の研修をしたいと思っています。

---

多職種に参加してもらいにくい（看護師の参加者が多い）

---

医師の参加を増やすこと。多職種であるため、職種により言葉や事例を変えなければいけない。講師の負担増

---

看護職員の研修ができたことで、院内研修がなされるようになり、当研修の意義が薄くなっている。HCが実施しているがモチベーションが上がらない。

---

オレンジプラン目標値達成に向けて受講者の周知など（受講者数の確保）が課題

---

講義だけでは学びが深まらないので、グループワーク等の演習が必要だと考えているが、コメディカルだけだと日常生活が分からないので、どう計画するかが課題です。

---

医師の出席が少ない。講師の講義内容の平準化（講師の経験値等により具体例の例示や説明ポイントにバラつきがある）。

---

修了者のフォローアップが課題だと思います。

---

---

受講者の確保。委託先が変わっても研修内容の質を保つこと。

---

グループワークを実施すると、参加率が低くなる傾向にある。他県の取り組みを参考にしながら取り入れを検討したい。

---

医療機関の組織的な取り組みにどのように働きかけるかが、実践に伴うための重要な課題と感じます。集合研修はその意味で少し難しい部分を感じます。

---

修了者に対するフォローアップ研修（地域差があるため何か教材となるものがあると良いと思います）。

---

研修後のステップアップ研修のあり方。

---

修了証書を交付して名簿を管理しているが、その修了者の活用について、具体的な活用はしていない。この研修修了者を活用した取り組みがあれば、HPに掲載などでもよいので情報提供があるとありがたい。

---

本当に役に立つ教材かどうかは、医療者のスキルの違いにもよると思うので、また将来、初級、中級と細かく分かれた方が資質向上にむすびつくと思う。

---

#### (4) ご意見（主なものを抜粋）

---

講義だけではなく、DVDを含む研修は、認知症の方の気持ちが変わりやすいと感じました。

---

DVDの本人メッセージ、字が小さく読みにくかったです。本人視点が重視された改訂のため、ぜひこのDVDを使用したいので、大きな字で読みやすくしていただけると大変ありがたいです。

---

DVDが新たに導入されていて大変わかりやすかったです。多職種におけるスライドがあり、研修内容が深められると思いました。実際の講義においては対応力よりはまとめた内容で使いたいと思います。

---

多職種カンファレンス、実際のケースでカンファレンスしている様子のDVDがあってもよいと思いました。患者さんの視点を中心というテーマが一貫されているDVDで、研修の材料ととてもマッチしていると思いました。

---

改訂前よりもわかりやすい内容となっていると思う。本人視点が入った点はよかった。（看護職員の認知症対応力向上研修の基本編の部分も、改訂後のものになるとありがたい）

---

BPSD（病院スタッフが分からない行動があった時）が生じた時、何が原因でそれが生じているのかを、病院スタッフが考えることができるように、教材に盛り込んでもらえるといい

---

動画で視覚的に心に響く内容でした。もう少し長い方が動機づけに効果があるのではないかと思います。

---

職種ごとの基本的な役割や多職種連携のメリット等を具体的に明記していただいたことにより、研修受講後の院内で多職種チームによる支援体制づくりのきっかけになると考えられます。また、各々の職種が認知症の方へ関わる際、自らの役割を自覚し、積極的に関わりやすくなる考えられます。

---

ご本人目線のDVDの導入により、認知症や認知症の方の思い等がとても理解しやすく、研修教材として効果的だと思います。

---

倫理的問題、持てる能力の継続について、もう少し含まれているとよかったと思います。

---

改訂前の教材の詳細が分かりませんので、比較することは難しいですが、教材全体は系統立てられて理解しやすいものでした。せん妄に関しては、看護職、医師以外の人には少し難しいように感じました。

---

国の決められたスライドで講師の先生にお話をいただくということで難しそうだと思いますが、先生方の考えも踏まえてスライドを追加できるよう工夫していただいていることをお伝えし、研修をやっていただこうと思います。

---

解説付きのテキストを配布していただけるとよかったです。

---

模擬講義について、スライドごとに受講者へ伝えるべきポイントの解説があると分かりやすかったです（テキストを実際に使って話してもらう医師にも参加してもらっていたため）。

---

研修（講義）前後のDVDで、対応力が向上しているのが各DVDシーンでよく伝わり、当事者の声もメッセージ性が高くよかったと思います

---

BPSDの項目と関連して、認知機能低下しても感情は保たれている（この部分が抜けてしまっている）

---

良い対応についてもDVDで対比し、見るようにする方がより効果的と思われる

---



## (5) アンケート票

(2018.3.10 リン会議室)

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修

### 教材説明会受講者アンケート

都道府県・指定都市名

(いずれか 1 つに○をつけてください)

お名前

職種

1 医師

2 看護師

3 行政

4 他 ( )

本日の教材説明会について、大変お疲れ様でした。

改訂教材の印象や評価、また、同研修実施にあたっての課題やご意見などについてのアンケートにご協力下さい。

#### 1. 改訂教材について

1-1 講義スライドの内容は全体的に分かりやすいものでしたか。

1 とても思う  
(分かりやすい)

2 まあまあ思う

3 分からない

4 あまりそう思わない

5 思わない  
(分かりにくい)

1-2 DVD は講義を補う適切な内容となっていましたか。

1 とても思う  
(適切であった)

2 まあまあ思う

3 分からない

4 あまりそう思わない

5 思わない  
(適切でない)

#### 2. 教材説明会(模擬講義)について

1-1 模擬講義の内容は全体的に分かりやすいものでしたか。

1 とても思う  
(分かりやすい)

2 まあまあ思う

3 分からない

4 あまりそう思わない

5 思わない  
(分かりにくい)

1-2 模擬講義の内容は実際の研修実施に活用できそうですか。

1 とても思う  
(活用できそう)

2 まあまあ思う

3 分からない

4 あまりそう思わない

5 思わない  
(活用できない)

#### 3. 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の実施に関する課題をご記入下さい。

(例；修了者目標に向けての実施計画、実施方法、講師確保、修了者のフォローアップ など)

#### 4. 改訂教材(DVD 含む)、その他 同研修に関して ご意見等がありましたら ご記入下さい。

本日の教材説明会は以上です。上段のお名前記入をご確認の上、机上において下さい。  
アンケートへのご協力をありがとうございました。

### 3. 説明会資料（主なスライド抜粋）

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修

## 教材説明会 資料

## 研修趣旨

- ◆ 研修趣旨 ..... P3
- ◆ 教材改訂のポイント ..... P9
- ◆ 各講義の内容 ..... P19
  - 目的編 ..... (P20)
  - 対応力（知識）編 ..... (P26)
  - 対応力（実践）編 ..... (P31)
  - 連携編 ..... (P45)

平成 30 年 3 月 10 日（土）

於：リロの会議室 田町・会議室 C

（事業主体：地域活性化協同組合フロンティア）

H30. 3. 10

## 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 教材説明会

厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室

### 全国共通の状況

**高齢化**

	2015年	2025年
65歳以上高齢者人口（割合）	3,965万人（26.0%）	3,687万人（30.0%）
75歳以上高齢者人口（割合）	1,840万人（12.0%）	2,290万人（18.2%）

国は社会政策・人口動態研究所「日本の将来推計人口」（仮定推計）（平成24（2012）年1月推計）より作成

**年齢が高くなるほど認知症の有病率は高まる**

**65歳以上の方のうち約5人に1人が認知症（推計）**

年	推計人口	認知症人口	割合
2012年	462万人	92万人	15%
2025年	約700万人	140万人	20%

※「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24年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学 二宮孝行）による推定値

厚生労働科学研究費補助金 認知症対策研究費  
「認知症における認知症発症率と認知症の生活機能障害への対応」（平成21～24）  
認知症対策推進室より、認知症・虐待防止対策推進室にて数値化知見  
研究次報告 認知症（筑波大学医学部）

### 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の概要

～ 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～ （平成27年1月策定・平成29年7月改定）

- ・ 新プランの対象期間は国境の世代が75歳以上となる2025（平成37）年
- ・ 策定時の数値目標は、介護保険事業計画に合わせて2017（平成29）年度末等で設定されていたことから、第7期計画の策定に合わせ、平成32年度末までの数値目標に更新する等の改定を行った（平成29年7月5日）

#### 新オレンジプランの基本的考え方

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその家族、高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加（2012（平成24）年 462万人（約7人に1人）⇒ 2025（平成37）年 約700万人（約6人に1人））
- ・ 認知症の人の暮らしを支える側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

#### 認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよ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を目指す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁（内閣府、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省）と共同して策定
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

**七つの柱**

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容認に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

### 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント

**高齢者の自立支援と要介護状態の重症化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。**

**Ⅰ 地域包括ケアシステムの強化・推進**

1. 自立支援・重症化防止に向けた包括的ケアの推進（介護保険法）
  - ・ 全市町村が介護者支援を推進し、自立支援・重症化防止に向けて取り組む仕組みの整備
  - ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定、計画に介護予防・重症化防止等の取組内容と目標を記載
  - ・ 介護予防による市町村に対する支援事業の創設 ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備
2. 医療・介護の連携の推進（介護保険法）
  - ・ 医療・介護の連携の推進（介護保険法）
  - ・ 認知症に関する情報の共有（介護保険法）
  - ・ 認知症に関する情報の共有（介護保険法）
3. 地域共生社会の推進（介護保険法）
  - ・ 地域共生社会の推進（介護保険法）
  - ・ 地域共生社会の推進（介護保険法）
4. 介護保険制度の持続可能性の確保（介護保険法）
  - ・ 介護保険制度の持続可能性の確保（介護保険法）
  - ・ 介護保険制度の持続可能性の確保（介護保険法）

**Ⅱ 介護保険制度**

1. 介護保険制度の持続可能性の確保（介護保険法）
  - ・ 介護保険制度の持続可能性の確保（介護保険法）
  - ・ 介護保険制度の持続可能性の確保（介護保険法）
2. 介護保険制度の持続可能性の確保（介護保険法）
  - ・ 介護保険制度の持続可能性の確保（介護保険法）
  - ・ 介護保険制度の持続可能性の確保（介護保険法）
3. 介護保険制度の持続可能性の確保（介護保険法）
  - ・ 介護保険制度の持続可能性の確保（介護保険法）
  - ・ 介護保険制度の持続可能性の確保（介護保険法）
4. 介護保険制度の持続可能性の確保（介護保険法）
  - ・ 介護保険制度の持続可能性の確保（介護保険法）
  - ・ 介護保険制度の持続可能性の確保（介護保険法）

- 60 -



《2018年3月10日 教材説明会》

研究活動の推進は事業計画の推進に方向性を示す。研究活動の推進は事業計画の推進に方向性を示す。

## 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよ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を目指す。

① 認知症への理解を深めるための普及・啓蒙の推進

② 認知症の容態に応じた過時・適切な医療・介護等の提供

③ 若年性認知症施策の強化

④ 認知症の人の介護者への支援

⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進

⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

10

A horizontal timeline showing training activities from H16 to H28. The timeline is marked with years H16, H18, H25, and H28, and a right-pointing arrow labeled '(年度)' (Year). The activities are represented by horizontal bars of varying lengths and shades of gray, indicating their duration:

- かかわけ医師認知症対応力向上研修** (Kakawake Physician Dementia Response Capacity Improvement Training): A light gray bar spanning from H16 to H28.
- 認知症サポート医養成研修** (Dementia Support Physician Training): A medium gray bar spanning from H16 to H28.
- 病院勤務医療従事者認知症対応力向上研修** (Hospital Staff Healthcare Worker Dementia Response Capacity Improvement Training): A dark gray bar spanning from H16 to H28.
- 歯科医師認知症対応力向上研修** (Dentist Dementia Response Capacity Improvement Training): A light gray bar spanning from H25 to H28.
- 薬剤師認知症対応力向上研修** (Pharmacist Dementia Response Capacity Improvement Training): A medium gray bar spanning from H25 to H28.
- 看護職員 認知症対応力向上研修** (Nursing Staff Dementia Response Capacity Improvement Training): A dark gray bar spanning from H25 to H28.

[illegible]

11

- 認知症の人が増加することが見込まれる中、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。
- そのため、認知症医療・介護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。

しかし、現状は、認知症を理由に入院を断られる、入院時に適切な対応がなされない等の課題がある。

- 認知症に対する固定観念の払拭
- 認知症の入院患者・家族に対する理解と対応
- チーム対応・院内連携への参加
- 院外の多職種・社会資源の把握と連携の実践

12

### 検討課題① コンセプトの再確認

- 対象者 認知症に限らない一般診療科の多職種  
(勤務医、看護師、薬剤師、PT・OT、相談職など)
- 目的 基本的な“院内対応力”の習得  
（“ノウハウ”、“テクニク”より、  
前提となる基本知識や基本対応に重点を置く）
- 修了画像（修了者に期待するもの）  
例：研修直後は知識習得  
一定期間後は基本対応、チーム対応ができる

## 検討課題② 研修のあり方

- **研修形態**
- | 現状   | 改訂例 |
|--|-----|
| 講義90分 → 講義90分（スライド講義80+DVD10目安）                |     |
| 演習：任意 → 演習：任意（標準カリキュラムとして、<br>「目的」と「習得内容」等を提示） |     |
- **実施方法**
- ㊦ 集合研修（都道府県・指定都市） 90分講義（+α※）  
※講演・セミナーや演習を組み合わせ
- ㊧ 病院研修（都道府県から派遣 等） 90分講義のみ

13

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 教材開発会

### 研修教材改訂の作業経過③

**検討課題③ カリキュラム・教材の内容**

●カリキュラム構成

現状	改訂例
⑦目的10	⇒ ①目的 研修目的・背景、認知症の現状・課題、特徴
⑧対応力60	⇒ ②対応力(知識・実践) 認知症の症状、診断、薬剤、対応の基本、コミュニケーション、ケアの視点
⑨連携等20	⇒ ③連携 院内連携、体制づくり、地域(院外)連携

●DVD教材を検討

内容例：認知症の人の入院生活場面（客観的に）  
認知症の人が見ている・感じている入院生活とは（本人目線）  
活用例：講義冒頭の導入、講義内容の補強、演習へのつなぎ 等

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 教材開発会

### 研修の構成

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
- 2-1. 対応力(知識) 編
- 2-2. 対応力(実践) 編
3. 連携 編

平成29年度 厚生労働省老人保健事業推進等関係審議会（老人保健関係推進等委員会）  
医療従事者の認知症に関する研修の教材開発に関する調査研究事業 編

14

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 教材開発会

### 項目立てと時間配分

1. 「目的」編 …………… (15分)
- 2-1. 「対応力(知識)」編 … (15分)
- 2-2. 「対応力(実践)」編 … (45分)
3. 「連携」編 …………… (15分)

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 教材開発会

### 新規スライド ①

入院する認知症の人に起こっていること

- 緊急・臨時の入院になることが多く、気が付くとなじみのない環境で、勝手に監視されている  
入院時の入院許可書、地域連携支援体制への対応
- 認知症ケアは身体疾患の「それ、異常や行動を制止され」  
認知症ケアの重要性を認識する
- 身体疾患は出ても、元のADLでなくなり、退院困難  
退院後も継続ケアが必要

一般病院での認知症対応のための体制整備の要点

- 職員の教育と人材育成を行う
- 認知症を理由に入退院を断る方針を転換し、方針の元、院内の多職種連携・協働をすすめる
- 認知症を専門にするチームや人材の配置・支援を図る
- 地域包括ケアシステムを構築し、地域の信頼を取り入れ、関係機関との連携・協働体制をつくる

15

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 教材開発会

### 新規スライド ②

医師の基本的な役割

専門職としての基本的な役割

- ① 身体疾患に対する治療
- ② 認知症の症状やせん妄への対応
- ③ 認知症の人との信頼に努める、適切な情報提供と意思決定支援

院内連携上の役割

- ④ 他科・他職種との連携
- ⑤ 医学的観点からの助言、支援
- ⑥ 院外の医療機関等との連携

看護師の基本的な役割

専門職としての基本的な役割

- ① 日々の健康状態の把握
- ② 本人のニーズに応じた生活の支援、環境調整
- ③ 本人の生活性の保持、自己決定の支援
- ④ 家族の介護負担感、健康状態などの把握

院内連携上の役割

- ⑤ 多職種連携における調整者
- ⑥ 金銭的な観点からの情報収集、情報提供
- ⑦ 薬物・非薬物療法の評価に関する情報提供

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 教材開発会

### 新規スライド ③

薬剤師の基本的な役割

専門職としての基本的な役割

- ① 処方薬の適正な使用と副作用の監視
- ② 処方薬の適正な使用と副作用の監視
- ③ 薬剤師の役割、副作用モニタリング

院内連携上の役割

- ④ 薬理、副作用などの把握と調整
- ⑤ 適切な情報提供、処方調整の検討
- ⑥ 薬剤師の役割

機能療法の基本的な役割

専門職としての基本的な役割

- ① アセスメント、本人・家族の考え、気持ちを代弁する
- ② 認知機能の支援、生活環境の調整

リハ職（PT・OT・ST等）の基本的な役割

専門職としての基本的な役割

- ① 基本的動作能力の回復等
- ② 応用的動作能力、社会的適応能力の回復等
- ③ 生活機能能力の回復等

院内連携上の役割

- ④ 日常生活活動や社会参加環境の評価・情報の提供
- ⑤ 統一した生活環境上の調整・調整の提供
- ⑥ 適切な心理的支援
- ⑦ 病前の役割、興味、習慣等の把握
- ⑧ 家族、生活環境の把握

16

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 教材開発会

### スライド解説の充実

各スライドの解説（講義のポイント、復習のヒント）を充実

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 教材開発会

### DVD教材の導入

DVD1 研修を始めるにあたって

DVD2 認知症の人からみた医療

DVD3 本人からのメッセージ

17

## 受講者(修了者)へのメッセージ

### 本人からのメッセージ

- ニンチとか言わないで。わたしは山川すみえ。
- いろいろ言われても、すり抜けていく。  
紙に書いてくれば読めるよ。  
何度でも見て、一生懸命やるから。
- あそこはよかったよ〜。  
先生も看護婦さんも、わたしが毎朝、神社まで散歩してるとかよく知ってて。  
「早く元気になってまた散歩しよう！」って。  
不思議ね。力が湧いてきたのよ。  
お陰様でこうして家に戻れた〜！

一般社団法人 日本認知症本人ワーカーグループ(JDWG)

## 各講義の内容

目的編	P20
対応力(知識)編	P26
対応力(実践)編	P31
連携編	P45

18

1

## 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
- 2-1. 対応力(知識) 編
- 2-2. 対応力(実践) 編
3. 連携 編

平成29年度 厚生労働省老人保健事業推進費助成金（老人保健施設推進費助成金）  
医療従事者の認知症に関する研修の教材開発に関する調査研究事業 編

2

### 1. 「目的」編（15分 [DVD 2分含む]）

- 2-1. 「対応力(知識)」編（15分）
- 2-2. 「対応力(実践)」編（45分）
3. 「連携」編（15分）

20

3

### DVD1 研修をはじめるにあたって



4

目的-1

### 入院する認知症の人に起こっていること

- 緊急・臨時の入院になることが多く、気が付くとなじみのない環境で、厳格に監視されている  
入院時初期対応や、環境不適応状態への介入の課題
- 認知症ケアは身体疾患の治療後にと、別に捉えられ、言葉や行動を制止される事態に遭う  
身体疾患の治療も認知症ケアも双方提供の認識不足
- 身体疾患は治っても、元の療養場所に復帰できるADLではなくなり、退院困難に直面する  
過剰でもなく過少でもない医療で連携する経験の不足

21

12

1. 「目的」編 (15分)
- 2-1. 「対応力(知識)」編 (15分)
- 2-2. 「対応力(実践)」編 (45分)
3. 「連携」編 (15分)

知識-1

## 認知症とは

13

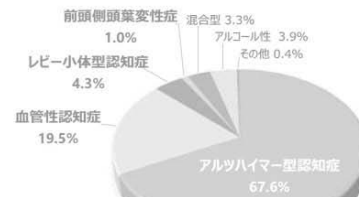
- 下記のうち、1つ以上の認知領域が低下  
(①複雑性注意、②実行機能、③学習および記憶、  
④言語、⑤知覚-運動、⑥社会的認知)
- 日常生活に支障を与える
- せん妄の除外
- 他の精神疾患(うつ病や統合失調症等)の除外

認知症の診断基準(DSM-5)2013より

26

14

## 認知症の病型



【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

知識-2

## 認知症の症状

(中核症状、行動・心理症状 (BPSD))

15

認知症の症状は、認知機能の低下によっておこる中核症状と、周囲の環境やかかり方によって引き起こされるBPSD (認知症の行動・心理症状) があります。



27

知識-4

## 認知症の経過

(アルツハイマー型認知症等変性疾患の場合)

16



知識-5

## 意思決定の支援

17

意思確認や判断を求められることが多い入院生活では、認知症の人の意思決定、その支援が重要

認知症に限らず、さまざまな場面での「意思決定支援のあり方」が検討されている

- 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン (厚労省医政局)  
URL: <http://www.mhlw.go.jp/stf/shing2/0000191281.html>
- 障害福祉サービスの利用等にあつての意思決定支援ガイドライン (厚労省社会・保健局)  
URL: <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-shakaiengokuyokushougaihoukenfukushibu/0000159854.pdf>
- 高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養供給法の導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドライン (平成23年度老人保健健康増進等事業)  
URL: [http://www.jpn-geriatr-soc.jp/info/topics/pdf/jgs\\_ahn\\_g1\\_2012.pdf](http://www.jpn-geriatr-soc.jp/info/topics/pdf/jgs_ahn_g1_2012.pdf)

28

知識-6

## 認知症に使われる薬

18

成分名	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
商品名	アリセプト®等	レミニール®	リバスタック®	メマリ®
剤型	錠・口腔内崩壊錠・緩粒・ゼリー・ドロップ	錠・口腔内崩壊錠・内服液	貼付剤	錠・口腔内崩壊錠
適応疾患	アルツハイマー型・レビー小体型認知症	アルツハイマー型認知症	アルツハイマー型認知症	アルツハイマー型認知症
用量 (mg/日)	3~10 治療量: 5~	8~24 治療量: 16~	4.5~18 治療量: 18	5~20 治療量: 20
用法 (回/日)	1	2	1	1
副作用	胃腸障害 (悪心・嘔吐等) 心臓障害 (不整脈等)			めまい・頭痛・顔面 紅潮・掻痒感等

知識-7

## 薬物以外の療法とケア

19

非薬物介入/支援 (含適切なケア) を基本とし、薬物治療はその補完

- 本人に対するもの
    - 運動療法
    - 感覚統合療法
    - 音楽療法
    - 回想法
    - 現実見当識訓練
    - 園芸療法 等
    - バリデーション
    - 認知刺激療法
  - 介護者に対するもの
    - 介護者教育
    - レスパイトケア
    - 対応技術指導・訓練
    - ケースマネジメント 等
    - カウンセリング
- ・ 介護者への介入も、介護者のみならず本人への間接的効果が期待できる。  
・ どれも根拠的ではないが、それは薬物療法も同じ。  
・ 現時点ではまだ十分なエビデンスが得られていないものも多いものの、肯定的な報告は多く、単独よりは組み合わせで行われることが多い。  
・ 薬物療法と比べて有害作用が少ないとはいえ、全く無いわけではない。

29

## 介護者への支援

20

- 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

21

1. 「目的」編（15分）
- 2-1. 「対応力(知識)」編（15分）
- 2-2. 「対応力(実践)」編  
（45分 [DVD 5分含む]）
3. 「連携」編（15分）

22

## DVD-2 認知症の人からみた医療



30

31

## 認知症の人の行動は援助者の鏡

23

援助者の **イライラした気持ち** は  
認知症の人の  
**イライラした気持ち** をよぶ

## コミュニケーション

25

## 【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よう。



## コミュニケーションのずれ

24

ここがあなたのベッドです。  
トイレは廊下の向こう側に  
あります。  
何かあれば ナースコールを  
押してください。  
勝手に動かないでください。

お腹がいたい  
トイレに行こう

動かないで？

トイレの場所は？

便の後始末はどうしよう

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。  
認知症の人の思いを把握し、ニーズに応じる対応をとっていきましょう。

## 認知症の人の理解

26

認知症の人には 意思も・経験も ある

認知症の人が体験している世界を理解する

認知症  
の人

- ..... 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

32

33



対応力-21

### 看護師の基本的な役割

43

#### 専門職としての本来的な役割

- ◎ 日々の健康状態の把握
- ◎ 本人のニーズに応じた生活の支援、環境調整
- ◎ 本人の主体性の保持、自己決定の支援
- ◎ 家族の介護負担感、健康状態などの把握

#### 院内連携上の役割

- ◎ 多職種連携における調整者
- ◎ 全人的な視点からの情報収集、情報提供
- ◎ 薬物/非薬物療法の評価に資する情報提供



対応力-22

### 薬剤師の基本的な役割

44

#### 専門職としての本来的な役割

- ◎ 残薬確認を含む服薬アドヒアランスの確認
- ◎ 服薬指導を含む薬剤管理支援
- ◎ 薬物療法の効果・副作用モニタリング

#### 院内連携上の役割

- ◎ 薬歴、副作用歴などの把握と周知
- ◎ 適切な剤型選択、投与経路の検討
- ◎ 多剤併用の是正、重複投与や薬物有害事象の回避、医療費の削減など



42

対応力-23

### リハ職（PT・OT・ST等）の基本的な役割

45

#### 専門職としての本来的な役割

- ◎ 基本的動作能力の回復等
- ◎ 応用的動作能力、社会的適応能力の回復等
- ◎ 言語聴覚能力の回復等

#### 院内連携上の役割

- ◎ 日常生活活動や社会参加機能の評価情報の提供
- ◎ 統一された生活上の留意点の提供
- ◎ 適切な心理的支援
- ◎ 病前の役割、興味、習慣等の把握
- ◎ 家族、生活環境の把握



対応力-24

### 相談職の基本的な役割

46

#### 専門職としての本来的な役割

- ◎ アドボカシー...本人・家族の考え・気持ちを代弁する
- ◎ 退院計画の支援...退院後の生活設計を支援する

#### 院内連携上の役割

- ◎ 本人・家族が表現しきれない意向を医療職に伝える言葉に翻訳し、医療が提供可能なサービスにつなげる
- ◎ 本人・家族が利用可能なフォーマル・インフォーマルサービスを紹介・仲介し、退院後の生活をふまえた医療サービスの提供を支援する



43

対応力-25

### 入院生活を支えるスタッフの基本的な役割

47

#### 専門職としての本来的な役割

- ◎ 食事、排泄、入浴、身支度など日常生活のケアを提供する
- ◎ 生活に必要な居心地のよい環境を提供する
- ◎ 守秘義務を踏まえたうえで身の上話等の悩みを傾聴する

#### 院内連携上の役割

- ◎ 日常生活の自立した生活を維持する
- ◎ 身体・心理等の状況に合わせて福祉サービスを提供する



44

48

#### 1. 「目的」編（15分）

#### 2-1. 「対応力(知識)」編（15分）

#### 2-2. 「対応力(実践)」編（45分）

#### 3. 「連携」編（15分 [DVD 2分含む]）

連携-1

### 多職種連携とは

49

各職種が専門性を活かし、目的と情報を共有し役割を分担するとともに、互いに連携・補完しあい、状況に応じた質の高いサービスを提供する。



45

## 多職種連携のメリット

50

- チームで臨む目標が定まり、状況の安定化・好転に対し、相乗的効果がある
- 各職種の専門的な知識が発揮され、認知症の人と家族に生じる複雑なニーズに対応できる
- 院内の認知症ケア実施提供体制やシステム構築の検討の場となる



## 連携は入院中だけではなく

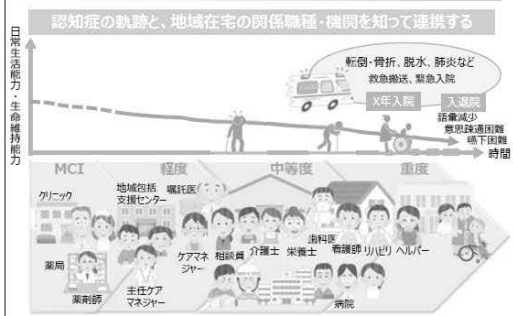
51



46

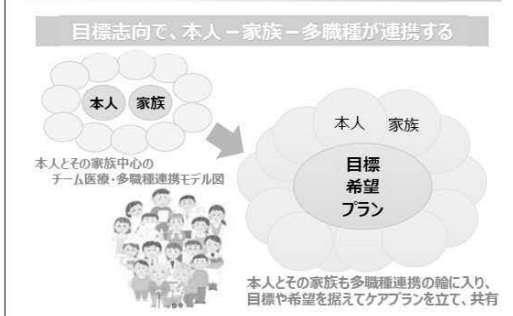
## 入院前から関係している職種・機関を知る

52



## 多職種でカンファレンスを行う

53



47

## カンファレンス開催の要点

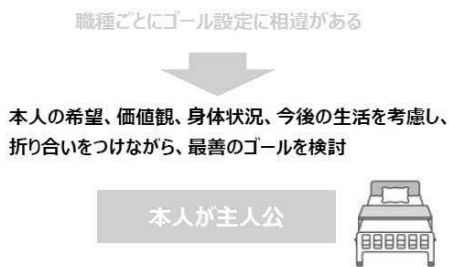
54

- 入院前の暮らしの情報、ケア提供内容などを、家族や入院元の関係者、サマリなどから情報収集しておく
- 再入院の場合、多職種で前回入院の経過を踏まえて、今回の入院中に活かす情報と目標とを共有する
- 家族や退院先のスタッフが受け入れ可能な状態、医療依存度のレベルを早期から明らかにし、具体的な実施方法を検討する



## 入院時カンファレンスの主な検討課題 (院内多職種)

55



48

## 退院時カンファレンスの主な検討課題 (院内外の多職種)

56

- 退院先での療養生活の継続 (再入院のリスクなど)
- 家族間の意見の相違 (キーパーソン以外の家族)



- 必要な療養の継続、環境の確保
- 医療体制 (急変時含む) の確認
- キーパーソン以外の家族へのカンファレンス参加を促す



## 本人からのメッセージ

57



49

平成 29 年度 厚生労働省老人保健事業推進費補助金  
(老人保健健康増進等事業分)

**医療従事者の認知症に関する研修の  
教材開発に関する調査研究事業  
報告書**

実施主体：地域活性化協同組合 フロンティア

平成 30 年 3 月

禁無断転載

