
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

平成 30 年 3 月

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

《 目 次 》

| | |
|----------------------|----|
| 1. 目的 編 | 2 |
| 2-1. 対応力(知識) 編 | 12 |
| 2-1. 対応力(実践) 編 | 21 |
| 3. 連携 編 | 48 |
| 参考資料(事例) | 59 |

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



- 研修の冒頭に、認知症の人の目線（見える様子）で入院生活の不安や混乱を感じてもらいます。
- 医療現場は全て異なるので、少し大げさに感じる聴衆もいるでしょう。
- しかし、認知症の入院患者さんの不安や混乱の中では、スタッフの通常の対応も、このように見え・感じられる場合もあります。
- 受講者の皆さんは職種や経験など様々と思いますが、「病院は治療の場所だし」「あくまで短期間だから」という意識に流されず、「認知症の人の入院生活を支える」という観点から、対応力について考える機会としてください。

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、環境不適應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、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、入院環境への不適應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、前述の環境不適應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、どういうケアを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

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
認知症の人と家族の会 高見国生代表理事(当時)の発言

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。

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)

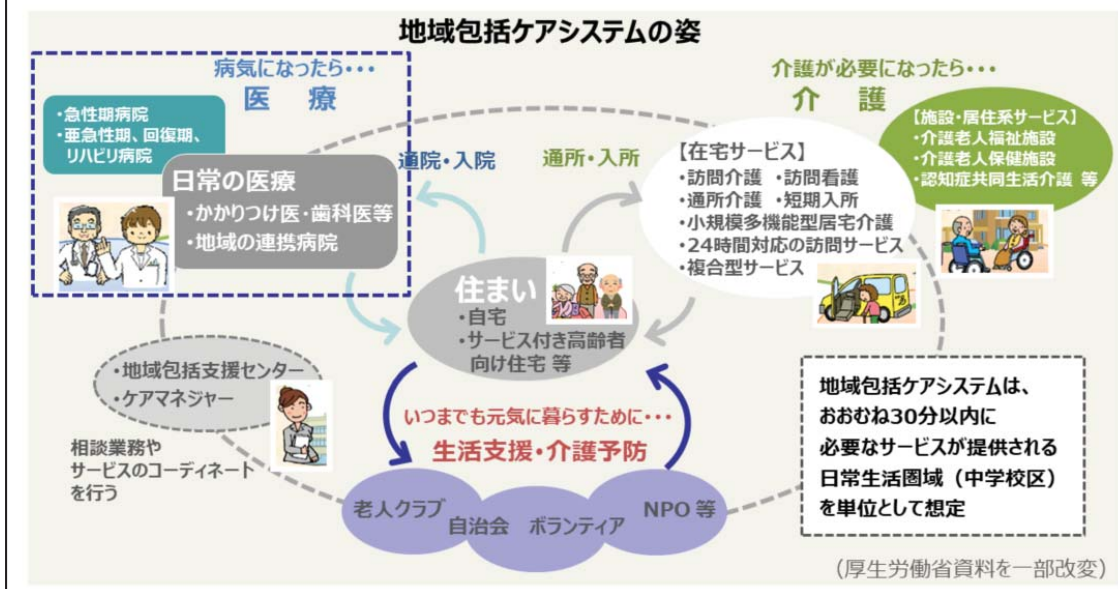
平成26年度に公表された新しい推計によれば、日本の認知症高齢者数は、平成24年の約462万人（65歳以上の約7人に1人）から団塊の世代が75歳以上となる2025年には、約675万人（65歳以上の約5人に1人）になると推計されています（認知症の有病率が一定である場合）。

なお、軽度認知障害（正常でもない認知症でもない状態の者）は、平成24年時点で約400万人と推計されています。

今後、認知症は誰もがかわる身近な疾患となることが推測され、認知症の人を単に支えると考えのではなく、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であり、医療、介護従事者のみならず、地域住民も含め誰もが認知症への正しい知識と理解を深めることが重要です。

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」）



日本においては、高齢化の進展にともない、2025年に向け、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は変わりはなく、自治体、医療機関、介護サービス事業所、住民等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。

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

地域包括ケアシステムの構築を目指す中で、認知症の人においても、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できるよう、平成27年1月に「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」が策定されました。

※詳細は、

URL:<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236.html>

新オレンジプランは、7つの柱で構成されており、⑦「認知症の人やその家族の視点の重視」については、①～⑥のすべての柱にかかる横串の柱として⑦に掲げられていて、認知症の人やその家族の視点を重視することは、柱にそって施策を推進する際の共通の基本理念となっています。

なお、本研修については「②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」に位置付けられています。

本研修を推進することで、認知症の方が身体合併症等で入院となった際も、認知症の人の個別性に合わせた適切な対応がなされることが期待されており、2020年度末までに全国で22万人（1病棟で10名以上）が受講することを目標としています。

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。**



そのため、本研修を開催し、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、これらの課題を解決していくことを目指しています。

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。

一般病院での認知症対応のための 体制整備の要点

10

- **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**

ここでは、体制整備の観点からの要点をまとめています。

教育内容は、BPSDの初期対応、認知症の人とのコミュニケーション、症状マネジメント（せん妄、痛み、睡眠障害など）、意思決定支援等です。方法は多職種合同研修、事例検討、ロールプレイなどです。対象には管理者も該当し、研修受講の奨励や機会提供を行うことが求められています。

一般医療機関における認知症対応のための院内体制整備の手引きでは、対応のポイントの筆頭に「認知症を理由に身体疾患の治療機会が失われてはならない」と掲げられています。診療科の垣根を越えた連携、多職種の協働によって、入院した認知症の人の回復過程を支援する入院体制整備を図りましょう。

（参考：一般病院における認知症対応のための院内体制整備の手引き、認知症の人の行動心理症状や身体合併症など循環型の医療介護等の提供のあり方に関する研究会、平成27年度老人保健健康増進事業）

また、本人の日ごろの暮らしに関する情報を、入院時から得ることです。これは身体的情報と同等に重要です。たとえば、日々の生活パターン・習慣、嗜好、入院前のADL、サービス利用状況、家族背景などです。

平成28（2016）年度、認知症ケア加算が設けられました。この加算算定の要件を満たす認知症を専門とする人材配置や認知症に関する研修を受けた看護師を擁することは、効率的な認知症対応のための体制整備や効果的な教育研修を進めることにつながります。

地域包括ケアシステムが、安定的に機能することに貢献するよう、一般医療機関に従事する医療職者らが地域資源への関心を高め、院外の多職種と名前や職種、役職や役割などをわかり合い「顔の見える連携」をとることが期待されています。

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



「目的」編の最後に、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う。

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。

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

認知症とはどのようなものでしょう？

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」が必須とされていましたが、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課題とされてきました。

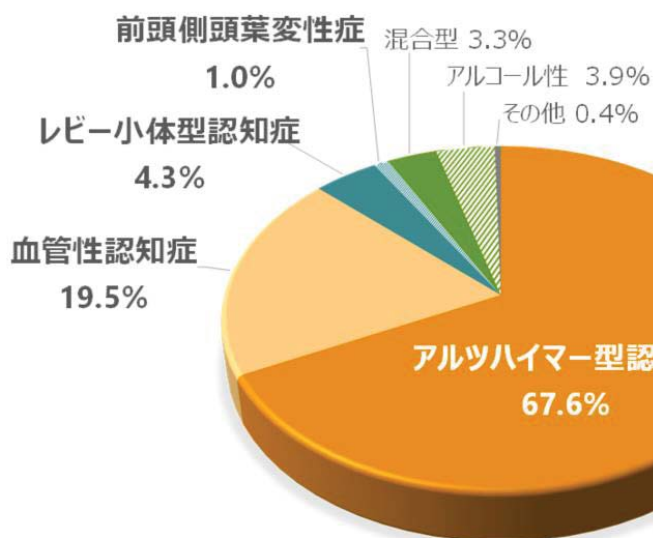
そのため、現在は、必須とされているのは以下の6つの神経認知領域障害の一つ以上で、記憶障害はあくまでその一つという扱いになっています。

ここでは「日常生活に支障を与える」というところがポイントです。

そしてなによりも、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、ということが重要です。

これは「認知症生活の要求水準を下げることで認知症を減らしうる」可能性を示唆するものです。

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

アルツハイマー型認知症は認知症の6-7割を占め、現場において最も多いタイプです。

血管性認知症はそれに次いでいますが、特に高齢者においては脳血管疾患の既往や画像所見はありふれたものです。でもそれらの既往や所見があるだけで「血管性」と診断されていたものが、実は背景に他の変性性認知症が隠れていることもあります。

レビー小体型認知症はその病像が多彩なことが特徴で、初期には、アルツハイマー病のようなもの忘れや、パーキンソン病のような歩行障害、うつ病等の精神疾患のような精神障害、原因不明の意識レベル変容、などしかみられず鑑別が困難なことも少なくありません。

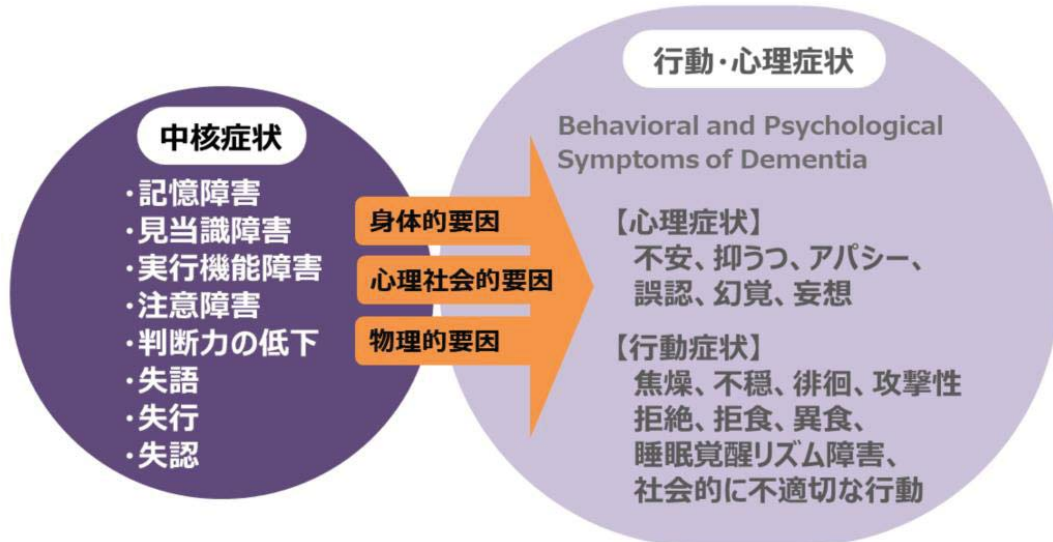
前頭側頭葉変性症は、Pick病などを含む広い概念で、その絶対数は多いわけではないものの、攻撃性や興奮などの行動・心理症状がみられやすいほか、記憶障害は目立たないことも少なくありません。

つまり、初期症状のみでの確定的な診断は難しいことがあり、そうした場合、後になってより正しい病名が明らかになることがあります。

なので、たとえ一度どこかで確定診断名がついているケースでも、関わる全ての人々による注意深い観察と評価が重要です。

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。



認知症の症状には、大きく分けて二つあります。

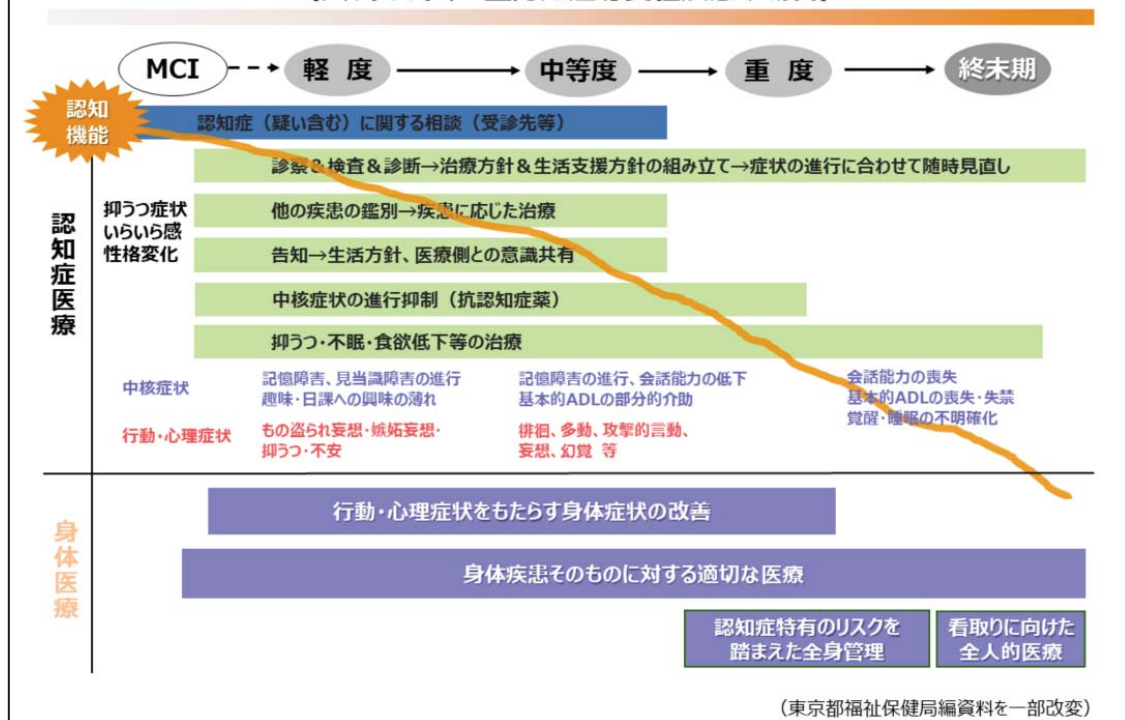
図の左側、脳の障害から直接的に生じる「中核症状」と、右側、身体的・心理社会的・物理的な影響によって二次的に生じる「行動・心理症状」、いわゆるBPSDです。

厳密には、幻視のように、多くの認知症においてはBPSDとして生じるものの、レビー小体型認知症においては中核症状として生じるようなものがあるなど、認知症のタイプによって微妙に異なる面もありますが、ここではざっくりとこのスライドのよう示します。

これを見てわかることは、不穏や徘徊、攻撃性のように周囲に困った影響を及ぼすものの、多くはBPSDの側にあることです。

つまり、周囲を当惑させ家族を疲弊させる困難な症状ほど二次的なものであること、すなわちその発症を遅らせたり減らせたりする可能性があるということが重要です。

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)



認知症の経過は、原因疾患や類型によって一様ではありませんが、ここではアルツハイマー型認知症など、比較的緩徐に進行する変性疾患の場合の一般的な経過と医療ニーズを把握することによって、認知症のケアにおける一般病院の役割を俯瞰してみましょう。

認知症の医療には、認知症そのものに対する医療、認知機能の低下や行動・心理症状（BPSD）の増悪要因となる心身状態の改善を図るための医療、認知症の人が罹った一般的な身体疾患に対する医療、やがては看取りに至るまでの全人的医療等が必要となります。

一般病院における認知症の人への医療の提供にあっては、地域で家族・かかりつけ医や介護サービス・生活支援サービス等によって支えられていた日常生活、入院したことによる生活の変化、認知症の症状や特性等を十分踏まえて、生活の連続性や継続性にも配慮した対応が求められます。

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-shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/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

一般に、入院治療・入院生活においては、治療方針等にかかる説明の理解や同意、検査にあたっての準備など、意思確認や判断を求められることが多くなります。

そのため、とりわけ認知症の人が入院する場合には、その意思決定についての支援が極めて重要です。

本人の意思の尊重を原則としつつ、治療等の必要性の観点、家族の意向の観点など、さまざまな要素を勘案しつつ、慎重に検討を行うことが求められます。

ここに示すものは、必ずしも認知症の人のみを対象にしたものではありませんが、現在さまざまな場面における「意思決定支援のあり方」が検討されているので、そのうち既にガイドラインとして示されているものをいくつか紹介するものです。（スライドのURLより参照）

認知症に使われる薬

| 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 |

現在日本で使用可能な認知症治療薬は4剤あり、その薬理作用により、コリンエステラーゼ阻害薬のドネペジル・ガランタミン・リバスチグミンと、NMDA受容体拮抗薬のメマンチンの2群に分類することができます。

特徴をまとめると、

商品名：アリセプトのみ後発医薬品が存在します。

剤型：剤型を工夫した薬剤が多いので、患者個々の残存能力の評価を行って、最適な剤型を判断しましょう。

適応疾患：この全てにアルツハイマー型認知症の適応がありますが、そのうちアリセプトのみがレビー小体型認知症の適応を持ちます。

注意すべき点としては、アリセプトの後発品にはレビー小体型認知症の適応は無い、ということです。

用量：どの薬剤も低用量で治療を開始し、副作用に耐性をつけた後、治療量まで漸増することが定められています。

副作用：コリンエステラーゼ阻害薬で発生頻度の高い副作用は胃腸障害です。頻度は低いものの不整脈等の重篤な副作用も報告されており、心・循環器疾患を合併している患者は要注意です。またリバスチグミンは貼付剤のため、皮膚刺激症状が高頻度に出現するので、貼付部位の皮膚ケアも注意を払いましょう。

メマンチンは薬理作用が異なり、胃腸障害などの頻度は少なめです。しかし、めまいなどが確認されているので、転倒などに注意が必要です。

各薬剤とも、投与量が増加すると副作用の発生頻度も上昇する傾向があるため、副作用が出現してこないか、注意深いモニタリングが重要です。

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て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。

認知症に関しては、適切なケアを含む非薬物的介入・支援が基本です。

しかし当然それでは追いつかないことも多いので、その場合、薬物治療で補完するという流れになります。

ポイントとしては、非薬物的介入は、本人に対するものだけではないことがあげられます。

介護者に対する介入は、その介護者自身のみならず、認知症の人本人に対しても間接的な効果が期待できることが知られています。

ここに挙げるのはその一部ですが、これら以外にも、パーソンセンタードケアを基本とした日々の認知症ケア自体や、ソーシャルワーク等も広い意味で非薬物的介入といえるでしょう。

非薬物療法に関する研究は、研究設計が難しいため、まだエビデンスレベルの高い報告は多くありませんが、肯定的な報告は多く、薬物と遜色ないとするものもあります。また、単独ではなく、組み合わせて用いられることが多いのも特徴です。

誤解されがちですが、非薬物療法は、薬物療法と比べれば有害作用が少ないことが多いとは言え、使い方によっては全く無いわけではなく、「非薬物療法なら安心」というわけではありません。

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

医療者は認知症の人のみならず、その介護者にも心を配ることが重要です。認知症の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。

このようなストレスもあることを認識し、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、ケアを提供することが欠かせません。

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。

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



- 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、同じく認知症の人からみた様子を映像化しています。
- 多忙な病棟スタッフが通常行っている何気ない日常的な対応でも、自宅等から離れて「入院」という異なった環境に置かれた認知症の人にとっては、「日常」とは大きく異なったものであったりします。
- 重要なのは認知症の人からみた主観的世界です。DVDに出てくる対応はやや誇張と感じられることもあるでしょうが、「うちにあんなヒドい職員なんていない！」などと言わないで、認知症の人への対応を考えるきっかけにしてみてください。
- 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しています。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いいただければ幸いです。

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

医療者も人間です。皆さんも実際にケアを提供したときに、イライラした気持ちが起きたことはないでしょうか。

目の前の相手がイライラした気持ちになると、その気持ちが伝わり、「何をこの人イライラしているの？」と不快な気持ちになるものです。ましてや普通でない状況下で、立場的にも医療者との非対称性のある、そして認知機能低下もあつたりする認知症の人にとってはなおさらです。

そしてその尖った気持ちを言葉で表現することが難しいとき、それが認知症の人の行動に現れることがあります。これは人が鏡に映っている状況に似ています。

医療者が「快い」気持ちで関わりができていると、認知症の人も「快い」気持ちでいられる、との考え方を忘れないようにしたいものです。

コミュニケーションのずれ



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ったです。

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」、「帰れませんよ」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ツ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。

たとえば、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）一緒に行く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、何度も一緒に行くことで、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

【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**であるとする。



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・聴覚などの加齢の変化」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。

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

- 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、良好なものとすること

認知症の進行によって、さまざまな生活機能が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

さらに、

- 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。

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**

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ったり、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

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

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。

それでも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。

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

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）、医療者側もそれを見落としがちです。

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。

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

認知症の人の体験している世界を表した文献や当事者発言などを参考に、日々連続する不都合、環境からの脅威などがないか、注意を払いましょう。そしてBPSDが生じた場合は、多職種で多面的に状況を把握し、共有することが望めます。

① 症状アセスメント

本人に表れている行動や心理に対し、単にその場しのぎの対応を続けず、本人の行動や心理に潜む内的・外的要因を本人の視点から丁寧に検討することが重要です（要因についてはスライド15「認知症の症状」参照）。

認知症の人は痛みや辛さを言葉で表すことが難しいため、苦痛が過少評価されている場合があります。介入前後における、BPSDに対応している職員の負担感の推移は、対応策の効果を評価する上で、一定の意義があります。

② アセスメントに基づく非薬物療法、環境調整

BPSDへの対応の第一選択は非薬物療法です。ケアの基本に基づく人間的な温かい配慮に基づく良好な関係性、思いやりや気遣いのある対応やコミュニケーションは認知機能の低下が進むほど大切です。環境調整として、なじみの物、見当識や視聴覚等をサポートする物の配置・装着、個別のリハビリテーション、集団でのアクティビティ、レクリエーションの実施なども有効です。

③ 薬物療法で改善が認められない場合、②と併せ薬物療法

薬物療法は、可能であるならば精神科医や認知症専門医と連携し提供することが望めます。薬物療法の評価がしやすいよう、処方方はシンプルかつ少量から開始します。BPSDは薬物療法のみでは緩和され難く、多職種で目指す状態像・目標を共有し、ケアを提供していくことが肝要です。

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

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。

- 痛み

BPSDの行動症状の原因となるような身体状況の変化を早期に発見するうえで、自覚症状が果たす役割は大きく、早期発見のためには注意深い観察とコミュニケーションが重要です。

- 摂食、栄養

軽度の認知症の場合には、実行機能障害によるセルフケア能力の低下、セルフネグレクトの影響などもあります。中等度から高度の場合には、注意が持続しないことや失行の影響により、食事摂取が安定なくなります。

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

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

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な評価を含めて、評価し直すことが必要です。

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

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。

入院してからも認知症を疑う

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）

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（詳細はこの後のスライドで説明）

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、アパシーに関連します。

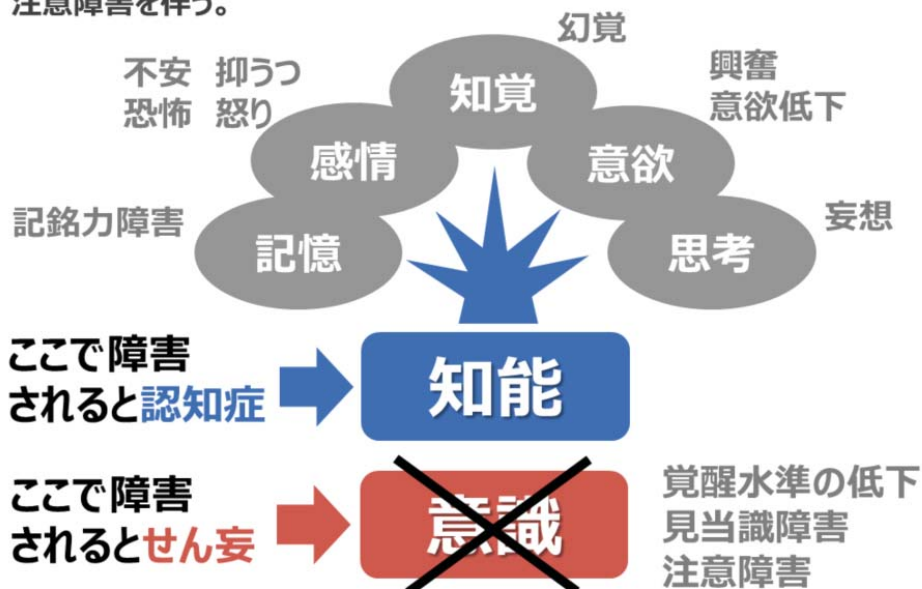
アドヒアランス※不良：近時記憶障害、実行機能障害により、内服の管理が困難になったり、処置を覚えて実施することが難しくなります。

※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。

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ののっており、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。

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。この場合、第一選択として抗コリン作用の少ないハロペリドールが使用されることも少なくありません。

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。

認知症の人は脳の脆弱性を既に保有しているため、せん妄のハイリスク群にあたります。身体諸機能の変調は容易にせん妄を来しやすく、特に入院直後、手術前後には多くみられます。刺激に過敏になり、過活動のせん妄で興奮状態を呈し、制止が効かないこともあります。

せん妄の有無をいち早くアセスメントすることに努め、予防的なリスクマネジメントを検討・提供することが重要です。

激しく興奮する過活動せん妄の引き金は、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）などが挙げられます。これらに留意した情報収集と全身状態の観察を丁寧に行います。

各組織で実施されている転倒予防策、ルート整理を的確に実施することはもちろんです。

家族に対しては、せん妄状態になると自分の状況がわからず、危険への認知も低下して、転倒・転落、点滴やチューブ類の抜去など身体を傷つける可能性があるので注意が必要であることを説明しておきます。

せん妄を呈する前から、先回りして環境整備に努め、予防的に安全確保を行うことが重要です。良好な睡眠-覚醒リズム調整を早期から検討し実施することも有効とされます。睡眠だけでなく、覚醒時の日中の過ごし方の検討も必要です。ただし、リハビリや離床だけを性急に進めても、生活リズムは整わないことがあります。活動-休息のバランスをとるように午睡を取り入れたり、食事-排泄、コミュニケーション等、生活の整えとリズム調整を方針に定めます。

身体疾患の治療による全身状態の安定化は、せん妄の軽快につながります。せん妄が遷延化し悪循環サイクルに陥らないよう、治療とケアとを行うことが大切です。

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

身体拘束は、BPSDやせん妄の強力な増悪因子であり、原則的には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

- 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

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。厚労省「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ができません。」と言われてしまいます。

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

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。

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



ここからは、院内の主だった職種ごとに、認知症の人のために求められる基本的な役割を整理します。

医師の役割のうち、「専門職の本来的な役割」として、「身体疾患」や「認知症の症状やせん妄」への治療や対応はもちろんですが、「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」が重要です。

また、院内連携に際しては、院内他科や他職種、院外の医療機関等とのマクロなコーディネートも期待されます。

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



看護師は、認知症の人の体調・健康状態を把握し、気分が安定し、毎日の暮らしが安心・安楽・快適であるように生活を支援します。

対象者の生命力の消耗を最小限にする生活の整え、環境調整が重要な役割です。本人のペースや感覚、嗜好などを大切にし、温かい人間的配慮をもって接し、認知症の人の尊厳を認め、保持に努めましょう。

キーパーソンや主介護者への対応も欠かせません。介護する家族も高齢で健康問題を抱えていたりします。もし主介護者が入院することになったら、認知症の人でも自宅では暮らせなくなるかもしれません。介護のために離職して、本人の世話に専念している家族の場合は、介護負担感のストレスが募りがちです。地域のサービスを上手く利用して、家族が自分の時間を持てるようにしたり、介護者同士の情報交換の場となる家族教室やカフェなどの情報提供及び参加の機会を調整することも有用でしょう。

看護師は医療とケアのそれぞれに通じている職種なので、多職種の専門性がうまく発揮され認知症の人の生活が安定し整うように、コーディネートすることが求められます。そして、本人のニーズや思いを代弁し、最善の調整・選択がなされるよう役割を担う。また、認知症の人の身体的な状態把握と情報提供も重要ですが、精神心理面、社会面、スピリチュアルな側面に関する情報も日々のかかわりから把握しやすい立場にいます。

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



薬剤師は残薬の管理やアドヒアランス評価、服薬指導や副作用モニタリングを行うことが基本的な役割となります。

その他、様々な院内職種との関わりも多いため、院内連携上の役割も担うことが期待されます。例えば以下の通り。

薬歴などの把握と周知

高齢者は認知機能の低下により、薬歴や副作用歴の把握が困難となることが多いので入院時に薬剤師が本人や家族、他の医療施設（薬局を含む）から薬歴、副作用歴を聴取し周知することは、医療の質や安全性を高める上でとても重要です。

投与経路の検討

高齢者は拒薬や嚥下機能の低下なども多くみられ、継続的に治療を行うためには常に投与経路を見直す必要があることもあります。適切な投与経路を検討する上で、剤型に精通する薬剤師の連携が欠かせません。

多剤併用是正など

超高齢社会の日本では、高齢者の多疾患併存やドクターショッピングなどにより、多剤併用が問題となっています。薬剤師が常に処方薬を見直すことにより、その是正が期待でき、それに伴う副作用等の削減などが期待されます。

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

リハビリテーション専門職（リハ職）の本来的な役割は、実用的な日常生活における諸活動の実現ですが、職種によって多少の相違があります。

理学療法士（PT）は、寝返り、起き上がり、移乗等の基本的動作能力と歩行能力の回復、それに伴う関節可動域、筋力等の機能向上を主とします。

作業療法士（OT）は、基本的動作能力の回復を基礎として、ADL、IADL、社会的役割や生活習慣の獲得等、応用能力、社会的適応能力の回復を目指します。

言語聴覚士（ST）は、言語機能の回復に焦点を当て、コミュニケーション能力の獲得や摂食嚥下能力の回復を図る。

ただし、これらの目的は職種ごとに重みづけがあるものの、リハ職同士、オーバーラップすることもあるかもしれません。

リハ職の院内連携上の役割は、患者が障害を受けたADLや社会参加機能と、維持されている能力に関する評価情報を他職種に提供し、病棟や退院後の生活上の留意点を提案することです。

さらに、障害による精神的ダメージに対し心理的支援を行い、これまで患者が担ってきた役割、興味、習慣等を把握して、将来、満足した生活を送ることができるように支援すること、そして患者を支える家族や生活環境を把握し、生活への適応を促進していくことが求められています。

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



相談業務は医療ソーシャルワーカー（MSW）が専門的に対応しますが、事務職等、どのような職種が担当する場合でも、主要な役割は2点あります。

第一点は「アドボカシー」です。「アドボカシー（権利擁護）」は専門知識を持たなかったり、考えること・表現することに支援が必要な人達の立場に立って、意見・希望を代弁することを指します。医療機関においては、患者（およびその家族）の立場に立つことです。第二点は、生活・暮らしの視点から退院計画に関わり、退院後の生活設計を支援することです。

第一点の「アドボカシー」が大切なのは、医療職が医学的状況と専門的知識を根拠に治療方針を検討するのに対し、患者（家族）は個人的な事情や退院後の生活・人生設計等の観点から治療方針を検討して欲しいからです。専門知識・思考力・表現力が十分でないことの多い患者（家族）は、医療職と対等に話しあうことが容易ではありません。相談業務は、患者（家族）の意向を医療職が了解可能な表現に変え、また、医療職の考え方を患者（家族）が理解可能な表現に変える、いわば通訳といえます。

第二点の退院計画の支援に関しては、いまや退院後の生活設計を医療面から応援することが、医療サービスの役割です。たとえば、本人が望んだ人生設計と胃ろうの造設が両立しない場合、胃ろうを造設しない生活を想定した治療方法を検討することが必要になるかもしれません。とはいえ、本人と家族の意見が食い違う場合もあります。一方的に本人の意見だけに肩入れすると、本人と家族介護者の関係が壊れ、自宅における療養生活のQOLが低下しかねません。本人と家族介護者の意向を調整することも「アドボカシー」の一つであり、相談業務の重要な役割といえるでしょう。

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



認知症の人と入院生活のなかで接するスタッフは他にも数多く存在しています。

それぞれ専門職としての関わりの中で、以前と様子が変わった？、会話のなかで何か気になる？などに気づき、自宅とは違う生活環境のなかで、食事、排泄、入浴、身支度等に混乱しないよう丁寧な説明とともにケアを提供することが求められます。

また、認知症の人にとって、困ることのないような居心地の良い生活環境となるように、普段のケア後の反応等を参考にしより良いケアにつなげましょう。

医療者は常に忙しいように見えるため、認知症の人や家族の立場で実は困ったことがあるのになかなか伝えられない、という状況があることもあります。良好なコミュニケーションと関係性を保つことで、何気ない身の上話のなかに、それらを見だし、支援し、必要であれば医療職につなぐことも大切です。

認知症の人の生活を支援するために自分の職種で何ができるのか、どのような連携が可能か、身体・心理等の状況に合わせた必要な社会的支援についても予測し、可能なものは自ら提供、あるいは紹介していく姿勢も求められます。

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ことです。

認知症の人が入院した際は、入院中から退院後も見据えて、地域資源を本人に利益があるように調整の上、提供することが求められます。しかし、ある職種だけで対応しようとしても知識も情報も不足し、質のよいサービスを提供することは容易ではなく、多職種協働が基本となります。

多職種によるディスカッションでは、各専門職の持つ意見・価値観に相違が見られることもありますが、目標を叶えるためにそれぞれの専門性を発揮することこそが重要で、お互いの立場は対等です。価値観の相違を感じたときは、お互いを理解し、現状を多面的に理解する機会と捉え、容易に発言や提案をあきらめてしまわず、意見を交換し合意していきましょう。

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



認知症の人への医療とケアは、主治医と病棟の看護師だけに対応すればよいというわけではありません。院内の多職種が、認知症の人に関する全身状態や背景などに関する情報を共有し、専門性を活かして改善・維持に向けての役割分担を図り、協働することがより良いケアに結びつきます。

各職種の専門的、多角的な視点で認知症の人に生じている複雑なニーズが読み解かれ、チームで臨む目標が定まり、認知症の人の状況に応じた介入・対応が提供され、ケアとケアも並行して提供されるようになることが、状況の安定化や好転につながります。

多職種連携は各職種の専門性が発揮され、相乗的な効果を生みます。個々の高齢者に相応しい医療とケアを提供するため、各職種が病院内の有用な資源となって機能できることが重要で、より円滑に協働し合える環境づくりや認知症ケア実施提供体制について、意見交換し検討していくことが大切です。

連携は入院の前にも、後にも



連携が必要なのは、入院中だけではなく。

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。

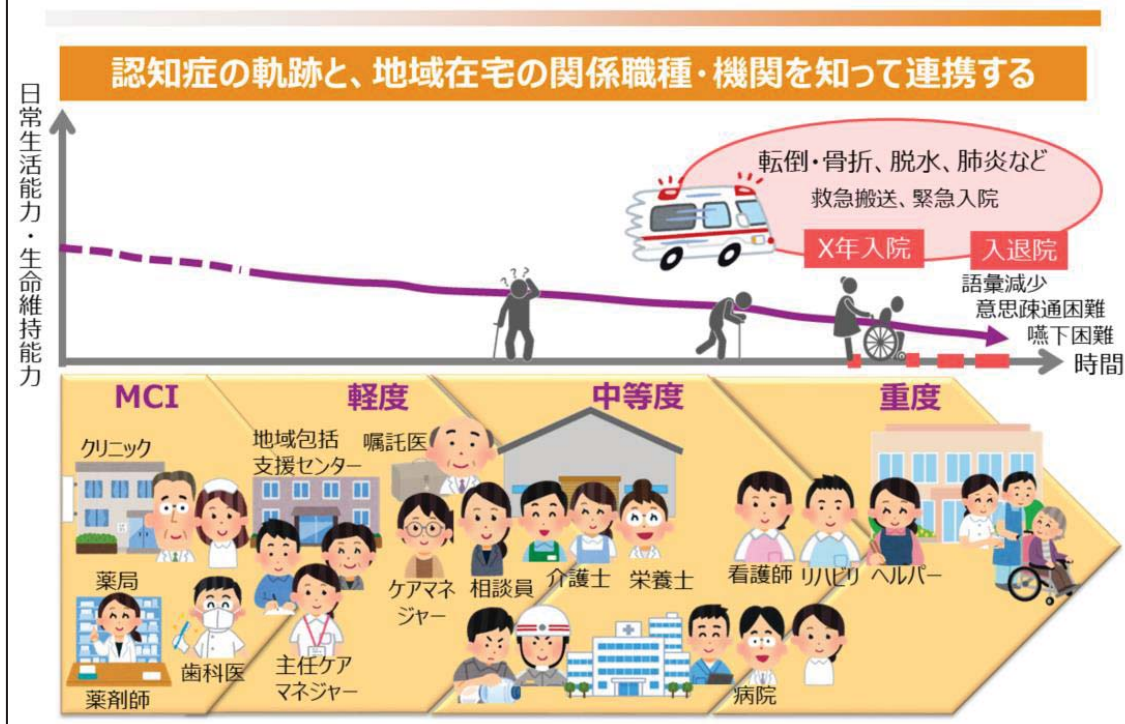
もちろん、緊急入院等で入院時には難しいことも多いでしょうが、その場合も可能な限り早く入院前の医療機関や介護施設等からの情報収集を行いましょう。

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。

入院前から関係している職種・機関を知る



本人の認知症の発症～入院に至る経過と、どのように在宅生活を過ごしてきたのか、退院後はどのような環境に復帰するのか、全体的な視点で地域・在宅の関係者や機関を捉えることは大切です。

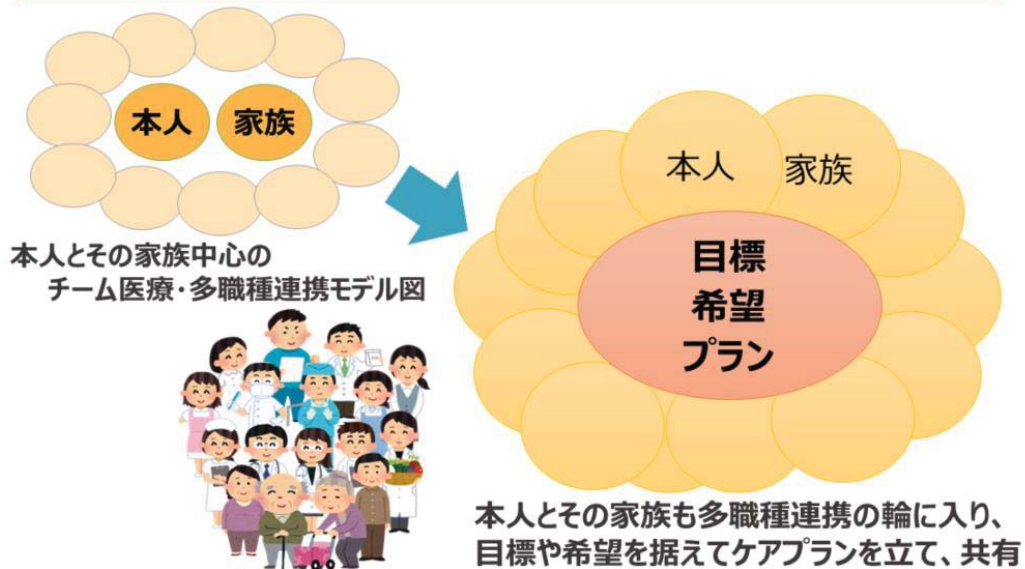
地域包括支援センターは高齢者の生活や福祉・介護などに関する相談を、幅広くワンストップサービスで対応する公的機関です。そこには、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーが配置されています。医療機関との専門的な連携・情報交換も可能です。一般的に介護サービスは、ケアマネジャーがケアプランを作成し、サービス契約を結び利用します。ケアマネジャーとの連携で入院前の暮らしの情報が明らかになる場合も多くあります。高齢者ケア施設には介護士、ヘルパーをはじめ看護師、リハ職、相談員、栄養士などの多職種も在籍しているので、各職種の専門的な情報交換・共有も可能です。

医師は高齢者ケア施設の種別によりますが、多くは嘱託医で常勤ではなく必要に応じて施設や在宅に往診することが多く、歯科医も、通院での診療はもちろん、訪問診療を行います。

認知症の進行に伴いADLも低下していきます。在宅や施設での転倒による骨折や脱水、感染などにより、急性の身体的異常をきたしやすくなります。救急疾患で入院して、たとえ良くなり退院しても再入院となることが増えていきます。このような入退院を繰り返すうちに、生命維持能力も低下していきます。近年、認知症の人への早期からの意思決定支援やエンドオブライフケアが大切だと言われているひとつの所以です。

多職種でカンファレンスを行う

目標志向で、本人－家族－多職種が連携する



医療はますます専門分化し複雑化し、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、関係する院内外が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。

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



院内でのカンファレンスでは、多職種がかかわり、各々がアセスメントし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）、本人の希望や価値観を大切に、検討を繰り返していくことが求められます。

退院時カンファレンスの主な検討課題 (院内外の多職種)

- ・ 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



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であることは前述しているとおりです。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てことがあります。

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。

DVD-3

本人からのメッセージ



- インタビューに答えてくださった佐藤さんのお話しにもあった通り、認知症の人への対応は「その人に合った個別の対応」でもあります。
よって、“いかなる環境”、“事情”、“人”においても、これが良い対応例である、といった示し方はしていません。
- 「認知症の人 本人からのメッセージ」は、すべて実際に認知症の人ご本人が語ってくれたものです。
- メッセージの中には、個人名や、古い用語なども含まれていますが、これは単なる客体ではなく「名前のある個人」からの生きた言葉として、ご本人の許可をいただいてそのまま掲載しています。
- この研修が、それぞれの職種・立場で、今まで以上に「その人その人に最適なケア」を推進していただく上でのいくため一つのきっかけになることを願っています。

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)

そのほか本人からのメッセージは以下の通りです。

- 先生に、俺、何か悪いことをしたかな～。目の前にいるのに見てくれない。
話もしない。もう俺なんて消えてもいいのかな。
- 会社で働いてたから、まだ読んだり書いたりできるよ。
病院の書類、もっとわかりやすくていいのに。
ふつうの会社だったら、即、ボツ(笑)。
- 私のことを子どもに色々聞かないでほしい。
あの子たちが答えられなくて恥かいてかわいそう。
ずっと前に家を出たのに。来てくれるだけでいい。
- 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。
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。

【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てませんが、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

平成 30 年 3 月

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

（発行） 地域活性化協同組合フロンティア（実施主体）

禁無断転載