

**1. 基本知識 編 (180分)**

**2. 対応力向上 編 (480分)**

- (1) 認知症
- (2) せん妄
- (3) 地域連携
- (4) 事例検討(認知症、せん妄)

**3. マネジメント 編 (420分)**

**(1) マネジメント**

- (2) 人材育成
- (3) GW
  - ① 自施設の現状
  - ② 人材育成計画の策定

## ねらい

施設全体および部門ごとのマネジメント(人員、環境、情報管理等) の実践的な対応方法およびスタッフ研修計画策定や教育技法等の教育技能を習得する

### 認知症ケアマネジメントの柱

#### 1) 医療安全の推進

#### 2) 認知症ケアの充実と入院長期化の回避

そのための方法論を紹介するとともに、各施設および部署の状況に合わせた方法を開発・普及できるようにする。

「マネジメント」では、1) 2) が柱であり、これらに対して、どのような体制の整備が必要か、方法論を検討していく。それぞれの施設や部署の特徴や状況に合わせた方法を検討し、推進できるようにする。

これらを推進していくには、認知症ケアの充実が欠かせない。

# 1) 医療安全の推進

## 1)-1 認知症患者の医療安全の現状と課題

### 〈現状〉

医療事故を回避するための方策として、認知症患者の  
**行動を制限することが第一選択** となっている

↓  
根本的な解決策になっていない

### 〈課題〉 認知症患者の医療安全を推進するには・・・

- ① 認知機能障害について理解し、個々に合った  
ケアプランを立てる
- ② 医療事故のケースを通して自施設および自部署  
の傾向を分析  
⇒「医療・ケア体制」の改善  
認知症患者を取り巻く「環境」を整える

医療事故を回避するための方策として、認知症患者の行動を制限することが第一選択となっているのが現状である。しかし、それは事故の回避のみが目標となり、根本的な解決策ではない。

認知症に関連する医療安全を推進するには、①認知症を含めた認知機能障害について理解し、個々に合ったケアプランを立てることが重要である。

また、②医療事故のケースを通して、自施設および自部署の傾向を分析し、その分析に基づいて「医療・ケア体制」の改善と、認知症患者をとりまく「環境」を整えることが必要である。

認知症のリスクマネジメントで重要なのは、制止することではなく、患者の認知機能や身体機能に合わせたケアを実践することである。

## 1)-2 医療安全を推進する方法

### ① 事故のリスクをアセスメントし、評価する

● 認知症の有無	得ておきたい情報
認知症の 診断あり	・認知症疾患の種類 ・認知症の重症度 ・認知症の中核症状と生活機能障害の程度
認知症の 診断なし	・認知機能障害の有無 (加齢変化との関連、身体疾患との関連)

### ● せん妄の有無

入院前と入院後の認知機能の比較

せん妄の特徴的な症状の有無 (Ⅰ 基本知識・Ⅱ 対応力向上編参照)

※これらのアセスメントは、入院時にすることが望ましい

医療事故を回避するには、リスクの予測とそれに合った安全対策を講じることが必要である。

リスクを予測するひとつの方法として、認知症およびせん妄の有無と程度をアセスメントすることが必要である。そして、一人一人に合ったケアプランを立てることが重要である。

以下では、認知症やせん妄の知識を踏まえ、得ておきたい情報とせん妄と認知症の鑑別の方法と、どのように系統立ててアセスメントすればよいのか、について説明する。

## リスクのアセスメント

どのようなリスクが予測されるのかをアセスメントする

認知症およびせん妄に伴うさまざまな症状によって、  
どのようなリスクが予測されるのか



- ① 認知症の症状(中核症状)にともなって予測されるリスク
- ② BPSDの出現によって予測されるリスク

せん妄および認知症の情報より、どのようなリスクが予測されるのかをアセスメントする。

### ① 認知症の症状（中核症状）にともなって予測されるリスク

例：近時記憶障害がある患者に禁飲食について説明するが、患者は説明されたことをおぼえられないため、飲んでしまうことが予測される。

：ふらつくので一人では歩かないこと、ナースコールをするよう説明するが、その説明をおぼえておらず一人でトイレに行こうとして転倒することが予測される。

### ② BPSDの出現によって予測されるリスク

例：帰宅願望の出現→転倒、離院のリスク

## 看護計画の立案

個々の患者の状態に合った看護計画を立案する

〈看護計画立案に必要な視点〉

・リスク(低下している機能)のみではなく、維持されている機能についても共有できるようにする



認知機能は、身体症状や環境によって左右される  
従って、前記①②は適切なケアや治療により、回復する可能性がある

「一見、失われた機能と以为っていても、回復しうる」という見込みを持ってかかわることが重要

認知症患者の看護計画は、できなくなっている部分に集中した内容がほとんどである。しかし、認知症は一気に全てができなくなる訳ではないこと、また維持されているきのうに着目することが必要である。

できない部分はさり気なく補い、できる部分は維持できるようにかかわることが重要。そのためには、看護計画にも両方を提示し、統一したケアを行うことが必要である。

### 看護計画立案に必要な視点（例）

低下している機能：ベッド上安静だが、何で入院しているのか理解できないためにベッドから降りようとする⇒転倒・転落のリスクあり

維持されている機能：言語理解は維持されているため、本人にとってわかりやすい言葉で繰り返し話すと、少しずつ理解を示された。

何で降りようとするのか聞くと、「トイレに行きたい」とのことであった。もともと失禁はなく、入院後もそれが維持されているための状況であったことがわかった。

⇒ できるだけ、自力で排泄できることを維持できるような看護計画を立てる ⇒ 患者の安心につながる ⇒ リスクは軽減する

### 一見、失われた機能と以为っていても、回復しうる」という見込みを持ってかかわることが重要

認知機能は、身体症状や環境によって左右される。そのため、入院している状況で認知症の程度をはんだんするのは時期尚早である。適切な治療とケアを行うことができれば、入院によって低下した認知機能は、入院前の状態に回復する可能性が高い。

## 行動制限に関する看護計画立案・評価について

### 身体拘束を行う場合の3つの要件に沿った評価を行う

切迫性	利用者本人または他の利用者等の生命また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	身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する方法がないこと
一時性	身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

急性期病院では身体疾患の治療が優先される場合が多く、「切迫性」は高い  
しかし、治療を効果的に進めることで事故のリスクは減少  
早期退院をめざしADL拡大するには、あくまでも「一時性」であることを認識し、  
身体拘束の解除を考える必要がある  
身体拘束に替わる方法（「代替案」）をすぐに考える

認知症患者の安全管理に必ず出てくるのが身体拘束である。一般病院、特に急性期病院では、身体拘束がゼロにできない現状がある。

そこで、今からできる身体拘束の評価方法について説明する。3要件に沿った急性期病院での具体的な評価のポイントについて説明する。（スライドの↓下の部分）

例：心不全で緊急入院した認知症患者

**「切迫性」** 動作時の息苦しさやふらつきがある。ベッド上安静の指示があり、様子を見てもその方が本人も楽ではないか考える。しかし、ベッドから降りようとする行動があった。理由を聞くと「夫が心配だ」と返答あり。安静が必要であることを説明しても、その時は理解するがすぐに同様の訴え。点滴もあることから、自己（事故）抜去のリスクもあった。

**「非代替性」** 看護師が入替わりに本人に説明したり、声をかける、時間の許す時に家族に顔を出してもらおうなど試みたが、が同様の状態が続いた。替わる方法が見つからず。

**「一時性」** せん妄症状もあり、今は治療が優先されるため、身体拘束が必要と判断したが、解除の視点で毎日評価した。

治療が進み、息苦しさも軽減してきたため、主治医に離床について相談したところ、許可がおりた。少しずつ離床を試みADLが拡大、ふらつきは消失。⇒ 胴体抑制から離床センサーに変更した。見守りで歩行できるようになり、ポータブルトイレであれば、ひとりで可能な状態となった。⇒ 夜間のみ離床センサーへ。表情も柔らかくなり「家に帰る」訴えはなくなり、家族の面会も減らすことができた。

## 行動制限に関する 医療チームによる定期的な評価①

〈必要な手続き〉

- 医師による必要性の判断  
報告する際、「切迫性」があるか、「代替」となることはないか、などアセスメントした内容を報告する
- 医療チームでのケア方法の検討
- 本人・家族の承諾

**形だけの手続きにならないようにする！**

医師による必要性の判断

判断は主治医であるが、その判断の指標になるのは看護師の報告内容である。

3要件の「代替法」を検討しないうちに、「手がかかる」、「事故が発生する可能性が高いがみてもらえない」などの情報提供にならないようにすることが必要

医療チームでのケア方法の検討

本人・家族の承諾

## 行動制限に関する 医療チームによる定期的な評価②

### 〈必要な評価〉

#### 必要性についての定期的な評価を行う

- カンファレンスの時間の確保と周知方法の検討（時間、回数、人数など）
- 他職種の参加：リハビリスタッフなど
- 万が一、身体拘束が必要と判断した場合も、漫然と継続しないような取り組み
- 身体拘束以外の事故予防の対策、ケアを積極的に進める

### 必要性についての定期的な評価

- ・カンファレンスの時間の確保と周知方法の検討：（時間、回数、人数など）
- ・他職種の参加：特に、ふらつきなどが生じている場合、リハビリスタッフなどから状況とゴールについて聴きながら評価するのもよい。（毎回でなくてもよいかもしれない）
- ・万が一、身体拘束が必要と判断した場合も、漫然と継続しないような取り組み  
治療が優先される時期とADL拡大を目指す時期を見極める ⇒ 複数での評価と身体拘束解除の視点での観察が重要となる。
- ・身体拘束以外の事故予防の対策、ケアを積極的に進める

例：点滴ルートに触っている：点滴が漏れて痛かった？テープが痒い？ ⇒  
観察を行い、早めにキャッチする。むやみに制止せず、可能であれば  
触っている理由を考えてみる（聞いてみる）。身体全体の搔痒感 ⇒  
保湿を行う

車椅子から立ち上がろうとする：車椅子に長時間座っていると疲れる ⇒  
本来車椅子は移送用のもの。単に腰が痛かっただけかもしれない ⇒  
普通の椅子の方がよいかもしれない

## 1)-2 医療安全を推進する方法

### ② 認知症患者に関連した医療事故の振り返りを行う

#### 〈振り返りの重要な視点〉

- 認知症およびせん妄を含めた認知機能障害のアセスメントはできていたか
  - アセスメントに伴ったリスクは予測されていたか
  - リスクを回避するための先回りのケアとして、何が必要であったか
- ・先回りのケア ≠ 危険を予測して早めに身体拘束すること
- ・環境調整・かかわりの工夫で、落ち着かなくなる誘因を取り除く  
= 先回りのケア（認知症ケア）

事故の振り返りも認知症ケアの学びの場に

必要なのは実際に起きた事故を認知症ケアの視点で振り返ることである。

認知症患者がそうならないように、先回りしたケアとして、何が必要だったのかを振り返る。

認知症の知識を学ぶことでリスクにつながる行動を予測し、そうならないよう先回りしたケアを実践することでリスクは回避される。

## 1)-2 医療安全を推進する方法

### ③ 医療事故のデータから自施設の傾向を把握

- 院内共通の方法でデータ収集・分析し、各部署の傾向を把握する

〈分析方法の例〉収集したデータを以下の2つのカテゴリに分けてみる

#### ① 「認知症の中核症状に関連した危険行動」

例：転倒・転落、離院・離棟、ルート類の自己抜去など

#### ② 「医療者の行動にともなう事故」

例：医療機器の操作ミス、患者の取り違え、食事や薬物の提供ミスなど

それぞれの傾向を分析することで、課題がみえてくる

自部署の事故のデータから認知症およびせん妄患者に関連したデータを抽出し自部署の傾向を把握する。

①「認知症の中核症状に関連した危険行動」、②「医療者の行動にともなう事故」に分けて分析することで、しっかりとその患者の認知症およびせん妄のアセスメントができていたか？どこが不足していたか？について、振り返り、患者の行動によるものだけでなく、看護師の姿勢の振り返りにもなる。

## 1)-2 医療安全を推進する方法

### ④ 事故の振り返りからリスク回避に必要なケアを抽出

- 危険行動の背景にある認知症患者の思いに沿ったケアを抽出する

↳ 認知症患者のリスク回避マニュアル・事例集の作成

- 部署内および部署間での情報共有の方法を検討

〈医療安全に関する委員会の役割の一例〉

- ◆ 委員会が主体となり、情報共有のネットワークを構築
- ◆ 身体拘束について、委員会による実態把握と適切性の評価
- ◆ 身体拘束の客観的な判断基準（実施基準、解除基準）を病院全体で決める

「リスク回避に必要なケア」⇒このケアを行うことで、このような事故が回避できる。

例：腹部ドレーン自己抜去 →

おむつによるムレを予防することで、掻痒感が改善される  
皮膚の乾燥を防ぐ（保湿ケア）

点滴の自己抜去 →

刺入部のテープかぶれや、発赤、漏れを早期に発見する。  
なぜ触っているのかをまずは観察する。など

例：せん妄を発症している患者への薬の提供ミス →

せん妄の特徴である注意障害があると、他者の話を理解することが困難になる。看護師が人を間違えて「○○さんですか？」と違う患者の名前を言うが、患者は注意障害があるために「はい」と答えてしまった。  
せん妄の症状の特徴を理解し、確認の方法を怠らないようにする。

## 1)-3 認知症患者の医療安全に関する知識を 深めるシステムの構築

### ● 「認知症ケアと医療安全」を関連付けた研修の企画 研修体系の構築

- 例：
- ・院内研修に組み込む
  - ・院内の委員会（リスク委員会など）主催の講演会など
  - ・全職員が受講するシステムを作る
  - ・病棟内OJTの活用  
(カンファレンス、事例検討会の開催)

「認知症ケアと医療安全」を関連付けた研修の企画

研修体系：院内と病棟内に分けられる

院内 ⇒ 特に、リスク委員会が認知症患者の医療事故のデータをもとに、  
企画運営するのよい。

全職員が受講するシステムがあるとよい

病棟内：OJT

カンファレンスの時間の中に、例えば「行動制限中の患者の評価  
カンファレンス」の曜日を設け、日勤者で話し合う など

事例検討会では、認知症患者のケースで大変だったケースだけ  
でなく、よかったケースも検討するとよい。

## 1)-4 向精神薬の適正な使用

### 向精神薬に対する知識の共有を図る

- 認知症における向精神薬の位置づけ  
↳ BPSDおよびせん妄の**症状緩和**
- 認知症の薬物療法の基本  
↳ 第一選択はケア、**第二の選択肢**として薬物療法

薬物療法は効果的に行うことで症状が安定する

〈向精神薬の種類〉

抗精神病薬		睡眠導入剤・抗不安薬
定型	非定型	
・ハロペリドール (セレネース®)	・リスペリドン	〈睡眠導入剤〉 ゾルピデム ブロチゾラム、ラメルテオン
・チアプリド (グラマリール®)	・クエチアピン ・ペロスピロン ・オランザピン	〈抗不安薬〉 エチゾラム、クロチアゼパム

認知症における向精神薬の位置づけ ⇒ BPSDおよびせん妄の症状緩和であり、あくまでも第二選択である。

## 向精神薬の評価の留意点①

### ● 向精神薬に対する知識をもつ

- ・せん妄を助長する危険性のある薬
- ・副作用の知識と観察の目を養う
- ・特に、高齢者は使い方によっては害が大きいことをスタッフに周知する

### ● 薬の使用目的と効果を明確にし、共通認識を持つ

↳ その症状がどの程度よくなればよいのか

### ● 適切な薬物評価を行う

薬物の性質や使用方法・量、患者個々の状態によって、評価の時期を設定

向精神薬を使用するにあたり、使用目的とそれを使うことによってその症状がどの程度よくなればいいのか？ について、まずは看護師が共通認識をもつことが重要である。

特に、高齢者は使い方によっては害が大きいことをスタッフに周知する。

そして、薬物投与後の評価をしっかりと行うことが重要である。時には、毎日の評価が必要になることもあり、これらによって、過剰投与を回避することができる。

## 向精神薬の評価の留意点②

### ● 医師との情報共有の重要性

- ・ 患者が「落ち着かない」のみではなく、前後の状況や患者が何を訴えていたのかなど、具体的な様子を報告する
- ・ 「看護師が困っていること」ではなく、患者目線で伝える

↓  
スタッフ全員への教育

認知症患者への薬物療法で大切なこと

ケアの手間を軽くする目的で使用するものではなく、あくまでも **患者の苦痛を軽減** する目的で使用する

医師との情報共有には、患者が「落ち着かない」と報告するだけでなく、落ち着かなくなった前後の状況や、その時患者が何を訴えていたのかなど、できるだけ具体的な様子を報告する。

看護師が困っていること、ではなく、患者目線で伝えることをスタッフ全員が実践できることが重要となる。

例えば、「患者さんは昨夜ほとんど寝ておらず、大声で叫んでいた。夜だから寝るように説明したが、全然駄目だった」⇒「昨夜ほとんど寝ていない状況。そのせいか日中に眠気が出ており、経口摂取に影響している。このままだと昼夜逆転になってしまう。患者は夕方になると、そわそわし始めて眠れなくなるようで辛そう。ずっと起きていて叫んでいるので、身体の消耗が心配」

認知症患者への薬物療法は、ケアの手間を軽くする目的ではなく、あくまでも患者の苦痛を軽減する目的で使用するという意識が重要となる。

## 2) 認知症ケアの充実と 入院の長期化の回避

## 一般病院で認知症患者が陥りやすい状況

- 環境の変化への不応 (リロケーションダメージ) を起こしやすい
- 身体症状や治療にともなう苦痛  
⇒ せん妄の発症やBPSDの出現



治療に支障をきたす ⇒ 入院の長期化  
せん妄の遷延 ⇒ 適切な退院支援につながらない

入院時から個々に合ったケアを実践  
せん妄を予防 もしくは せん妄を遷延させないケア、  
BPSDが最小限になるケアを全員で実践することが必要

認知症患者は、環境変化への不応を起こし混乱しやすい。加えて、身体疾患で入院すると身体症状や治療にともなう苦痛によって、せん妄の発症やBPSDが出現することが多い。

そうすると、治療に支障がおよび、入院の長期化につながると同時にせん妄の遷延やBPSDによって、自宅に帰ることができなくなるケースが多い。

よって、入院時から個々に合ったケアを実践し、せん妄を予防 もしくは せん妄を遷延させないケア、BPSDが最小限になるケアを全員で実践することが必要

## 認知症とせん妄はなぜ鑑別が必要か？

認知症とせん妄は症状が類似しているが、機序が異なる

〈例えば…〉

記憶障害・見当識障害などの  
認知機能障害

**認知症**  
脳が器質的に  
障害されて

**せん妄**  
注意障害が  
ベースとなって

おぼえられない、理解できない

認知症とせん妄の症状はよく似ており、どこまでが認知症でどこからがせん妄の症状なのか分かりにくいですが、できるだけ鑑別することで、退院に向けてのゴール設定が明確になり、適切な退院支援につながる。

## 認知症とせん妄のケアの相違

症状が類似しているため、基本的なケアの考え方は同じであるが、**ゴールが異なる**

認知機能は、身体の影響を受けやすい

認知症はあっても、せん妄によって、より認知機能が低下していることが考えられる

それを理解していないと「認知症が進行した」と捉えられる危険性がある

本来の“その人”がみえなくなる

⇒ 適切な退院支援につながらなくなる

ここでは、一般病院に多いせん妄の理解とせん妄ケアを組織的に行えるようになるためのシステム等について述べる。

## 2)-1 せん妄対策の構築

### ① せん妄リスク患者のアセスメントを行う

- 入院時の聴取で**リスク要因を確認**する

リスク要因：「**対応力向上編、せん妄の要因**」参照

⇒ 高齢、アルコール多飲歴、向精神薬の常用  
過去入院時にせん妄を発症したことがある など

- これらのリスク要因に該当する患者については、**せん妄予防ケアを計画的に実施** する

リスク要因をフローチャート化し、  
誰もがアセスメントできるようにするとよい

せん妄は、予測できると慌てずに対応できる ⇒ せん妄を発症しやすい患者の特徴を知っておくとよい。

せん妄のリスクのアセスメントがイメージできるようにする。

※リスク要因をフローチャート化し、誰もがアセスメントできるようにするのもひとつ

## 2)-1 せん妄対策の構築

### ② せん妄を早期発見し、せん妄を遷延させない

---

- せん妄に至る前の**混乱状態を早期**にキャッチ  
⇒ **せん妄ケアの実践** ⇒ **せん妄の早期改善**へ
- **アセスメントツールの活用**

日本語版ニーチャム混乱・錯乱スケール(J-NCS)

〈メリット〉 せん妄に至る前の混乱状態を把握できる  
認知症患者の急性混乱状態を把握できる

〈デメリット〉 項目が多く、慣れるまでやや時間を要する

## 2)-1 せん妄対策の構築

### ③ せん妄予防ケアおよびせん妄発症時のケアマネジメント

- **ケアチェックシート（マニュアル）の活用**  
⇒ 経験年数の少ない看護師も実践可能
- **認知症およびせん妄ケアの中心的な役割を担う看護師の育成**
  - ・各部署に配置 ⇒ 委員会やWG、プロジェクトチームへ
  - ・育成のシステムを院内教育に組み込むとよい（専門コース、エキスパートコースなど）
- **部署内における知識の向上（OJT）**
  - ・勉強会や事例検討などの計画と実施

認知症およびせん妄ケアの中心的な役割を担う看護師の育成では、いわゆる感染や褥瘡リンクナースのようなイメージをもってもらうとよい。

認知症ケアは、個々のスキルも重要であるが、良いとされるケアを全員ができなければ意味がない。そのためには、師長が管理的な視点に関わること、加えてスタッフのなかに認知症ケアのアセスメント能力と実践能力に長けているスタッフが中心となって取り組むことが重要である。そのスタッフを育成することも認知症ケアの充実につながる。

その育成方法の例として、

- ・委員会やWG、プロジェクトチームとして活動する
- ・育成のシステムを院内教育に組み込む（専門コース、エキスパートコースなど）

などの方法がある。

もうひとつ重要なのが、OJTの活用である（集合研修よりも、OJTをもっと活用することが必要であるという流れがある）。OJTで実際の事例を振り返ったり、勉強会を行うなど、タイムリーに行うことができるのがメリットである。また、その後のフォローも可能となる。

## 2)-2 施設内における教育システムの構築

### ① 病院看護管理者(トップマネジャー)への期待①

#### 認知症ケアの価値を示す

認知症患者も“顧客”である  
患者家族に満足してもらえるケアの実践→病院の価値を高める



これらを職員に伝え、看護理念のひとつとして浸透させる

#### 認知症ケアの基盤作り

現状と課題を病院単位で査定

- ・認知症患者の入院比率
- ・治療とケアの実態と課題
- ・ケアの質

} 継続して査定するための  
仕組み作りを行う

認知症ケアに関する学習の推奨

病院看護管理者に期待することを示す。

#### ● 認知症ケアの価値を示す

対応の難しい患者をいかに大切にし、満足してもらえるようケアができているかは、病院の価値を高めることにつながる。

#### ● 認知症ケアの基盤作り

認知症ケアを実践するうえでどのようなところに問題があるのか、逆にどのようなところはうまくできているのかを病院単位で査定するとよい。

認知症ケアを行う上で指標や評価になる「認知症患者の入院比率」、「治療とケアの実態と課題」、「ケアの質」などの情報は、常時必要となる情報であることが多い。そのため、これらの情報を得るための仕組みをつくとよい。

## 2)-2 施設内における教育システムの構築

### ① 病院看護管理者(トップマネジャー)への期待②

#### 柔軟な人材活用

- ・病棟内での勤務時間の調整
  - ・他病棟からの応援
  - ・専門的な知識を持つ人材（他職種）の部署を超えた活用
- 病棟を超えた  
人材活用の仕組み作り

#### 倫理調整の仕組み作り

- ・認知症患者の意思決定
  - ・虐待を疑うケース
  - ・身体拘束の可否
- 病院全体で多職種により  
構成される倫理調整の  
仕組み作りが必要

#### ● 柔軟な人材活用

ここで重要なのは、病棟を超えた人材活用の仕組み作りではないか。

これに取り組むのは容易ではないかもしれないが、これができると病棟や部署間での協力体制ができる。勤務するスタッフも応援体制があると思うと、心の余裕につながる。

#### ● 倫理調整の仕組み作り

認知症ケアは、倫理的な問題をはらみやすい。

このような問題は、個々に対応できるものではなく、病院全体で多職種の視点から考えることが必要である。

2)-2 施設内における教育システムの構築  
② 認知症ケアを系統立てて学ぶ方策を検討

〈研修企画の留意点〉

- 課題や問題意識の検討
  - ・自部署の問題・課題を挙げる際には、患者の視点で現状を分析する ⇒ 部署の責任者と共有

責任者の協力を得るための戦略

- データ(実態調査の結果などの数値)を用いて論理的に説明する
- 病院等の理念から必要性を訴える
- 行ったときの効果、行わなかったときの影響を示す
- 患者や家族からの訴えや事実をもとに、思いを伝える
- 組織から要請されている課題や業務に重ねて行うようにする

※引用・参考文献

- ・湯浅美千代編：看護師認知症対応力向上研修テキスト、P 108～110 東京都

## スタッフのレディネスやモチベーションの分析

---

- ・認知症のことをどの位知っているのか
- ・認知症患者の看護や学習への意欲は？
- ・学習や看護の妨げとなっているものは？
- ・どのような方法であれば取り組みやすいか



- ・働きぶりや会話など、意識してスタッフの日頃の状況を見聞きする
- ・アンケート、1対1あるいはグループでのヒヤリング  
～気楽に答えてもらえる雰囲気重要～

## 課題、目標の設定

1回の単発の研修では、効果が今ひとつ

⇒ 2～3年計画での取り組みを計画する

〈目標の設定〉

大目標（理想的な姿）	2～3年単位
中目標（ある期間での達成目標）	6カ月～1年単位
小目標（短期目標、努力目標、 行動目標）	1～3カ月 または 3～6カ月単位

## 方法の選択

---

### 教育研修

- ・ 講義、デモンストレーション、実技トレーニング
- ・ シミュレーション、ロールプレイ、ワークショップ
- ・ 事例検討会（グループディスカッション） など

### OJT（職場内訓練）

- ・ 学習者の状況や現場に即した課題設定が行われ、  
順序立てて学習する計画性と評価が必要
- ・ 組織・職場ケアを工夫し合いそれを伝え合う風土  
づくりが重要

（看護師認知症対応力向上研修テキスト：東京都より）

## ～ 院内研修の一例 ～

---

- 卒後教育の一環として組み込む
  - 1年目～3年目：基礎コース（悉皆研修）
  - 4年目以上：応用コース
- 認知症ケアに特化した研修を企画する  
（エキスパートコース・専門コース）
  - 半年間のコース or 1年間のコース
  - 修了した看護師 ⇒ 各部署で中心的な役割を担う
- 多職種が受講できる研修の企画

## 2)-3 認知症・せん妄ケア充実のための方策

### ① 部署内における効果的なチームアプローチ

#### 看護提供方式①

##### ●固定チームナーシング

###### 〈メリット〉

- ・リーダーがメンバーからの情報を集約 → アセスメントを加え必要なケアを担当者に伝える → 翌日効果を確認評価
- ・リーダーが認知症ケアについて知識を持ち、効果的に機能すれば、認知症をもつ人への個別的で適切なケアが可能

###### 〈デメリット〉

- ・リーダーが流動的、リーダーの役割が医師の指示受けのみ → その日のリーダーやメンバーの考えによってケア方法が変わる、情報が伝わらない

看護方式も、その特徴によって認知症ケアに影響する。看護方式それぞれのメリット・デメリットを把握する。

特に、師長、主任相当の職務の看護師は、理解しておくことが必要である。

## 看護提供方式②

---

### ●プライマリーナーシング

#### 〈メリット〉

- ・認知症への関心が高い人や経験が豊かな人がプライマリー・ナースであれば、アセスメントも的確にでき、看護計画も十分な内容が盛り込まれる

#### 〈デメリット〉

- ・認知症への関心が低い経験が浅いプライマリー・ナース → 不十分・不適切な看護計画
- ・担当する看護師が特定の人に限定されているため、客観的にケアの評価を受けることが少ない

## 看護がチームとなって取り組むことの意義

- スタッフ全員がある程度共通した理解のもと、同等のケアを提供できる
- 患者像をチームで話し合いケアを計画

↓  
意識的に実施し、患者の反応等について  
チーム内で報告し合いながら、計画を修正

- チームを超えた連携
  - ・一人で抱え込まない
  - ・お互いにカバーし合うことが重要

↓  
認知症ケアへの取り組みやすさにつながる

自分の受け持ちだけでなく、チーム全体の患者に関心を持ち、スタッフ間の連帯意識をもって、みんなでケアを行おうという雰囲気生まれるよう、看護管理者たちがスタッフにかかわる。

認知症やそのケアに精通した看護師がひとりで頑張っても有効なケアとはいえない。

例：看護師が行おうとしたケアを患者が拒否

- ⇒ 押し問答せず、いったん「嫌だ」という患者の気持ちを受け入れて引き下がる
- 少し時間を置いてから再度試みる
- それでもだめなときは、他の看護師に代わってもらう

時間をかけて話をすれば受け入れてもらえそうだと判断した時

- ⇒ 自分が担当している他の患者のカバーに入ってもらえるか。

## 認知症患者の生活機能に着目したケアの実践

- **ベストな状態で早期の退院をめざす**



身体疾患の治療(全身管理)を優先する時期と、生活に戻るためのケアがメインとなる時期を見極める

- **いかに入院前の生活に戻れるか**

認知症があっても、できていたことは入院中も維持できるようにケア計画を立てる

認知症があっても、できていたことは入院中も維持できるようにケア計画を立てる

例：インスリン自己注射ができていた患者

⇒ 入院後、看護師がインスリン注射することで、できなくなる

排泄や更衣も同様

認知症患者＝忘れた後に思い出す、覚え直すことが難しくなる

急性期病院の看護師の役割

ADLを落とさず、身体疾患を回復させて（治癒はできないかもしれないが）、元の生活の場にすみやかに戻れるように退院後の生活を見越してケア計画を立てていく

※引用・参考文献

・湯浅美千代編：看護師認知症対応力向上研修テキスト、P 108～110 東京都

## 退院に向けての実践的なケア

---

- 認知症の症状によって、どの程度の生活機能障害があるのか、入院前の生活状況について情報を得る



入院後も今までの生活機能が維持されているのか  
低下しているのかを把握する

できるだけ入院前の生活機能に戻ることができる  
ようにすることが必要

ADL拡大に向けて、どのようにアセスメントし、進めていけばよいのか、について説明する。

ADLの中で食事と排泄について解説する。

## 退院支援のための実践的なケアの具体例①

### 1) 入院前の生活状況の情報を得る

#### 〈食事〉

- ・普段の摂取量（1日3食食べていたか）・嗜好
- ・食形態（嚥下状態）
- ・どこまで自力で食べられるのか（介助の必要性は？）
- ・食事を摂る時間帯
- ・中核症状の影響

#### 〈排泄〉

- ・排尿回数・量（日中の排尿間隔、夜間の回数・時間帯）
- ・排便回数・量・性状、下剤使用の有無、食事・水分摂取状況
- ・失禁の有無
- ・おむつ・尿とりパット使用の有無
- ・中核症状の影響
- ・介助を受けるときの反応

退院支援のための実践的なケアの具体例として、ADLの中でも基本的な動作である食事と排泄に焦点をあてる。

#### 1 入院前の生活状況の情報を得る

それぞれ、元々のその人のパターンに加えて、認知症の中核症状によって、どの程度生活機能障害が出現していたのか把握する。これがその人の退院に向けたゴール設定となる。

## 退院支援のための実践的なケアの具体例②

### 2) 入院後の生活状況を観察し、入院前と比較する

↓  
退院支援の目標となる

### 3) 食事および排泄行動のどの部分ができなくなっているのか把握し、補う方法を考え、できる部分は、維持できるようにする

- ※ 認知機能は身体症状の影響を受けるため、その時点で「認知症が進行した」と判断するのは時期尚早
- ※ 入院前を目標に、その時の症状に合わせたケアを行う

## 2 入院後の生活状況を観察し、入院前と比較する

前に挙げた入院前の生活状況と入院後の生活状況を比較し、どの部分が低下しているかを把握する。

低下している部分があるとしたら、それは認知症が進行したが故の症状と判断するのは時期尚早である。なぜならば、認知機能は身体症状の影響を強く受けるため、身体疾患による苦痛や環境の変化によって一気に認知機能が低下するからである。

しかし、それは認知症の進行とは言い切れず、せん妄等の一時的な機能低下としてとらえることが重要である。

この時に必要なのは、その時の認知機能に合わせたケアを行いながら、ゴール（入院前の状況）を目指していくことである。

## 早期退院に向けた日常生活支援のポイント①

### 〈食事〉

- 3食まんべんなく摂取できなくても、一日のトータル量で評価する
- 治療中でも体調や治療に影響ない程度に、生活リズムを整えるケアを実践する
- 食事介助の必要性について  
本来自力で摂取できる能力を有していても、あえて摂取量の増量をめざすために、食事介助を優先する場合もあることを理解しておく

### 〈食事〉

- ・3食まんべんなく摂取できなくても、一日のトータル量で評価する

元々の摂取量や嗜好は簡単には変えることは難しい。特に、認知症患者はその傾向が強い。

例えば、朝は食べない習慣の人に病院の朝食の時間帯に食べるよう勧めても無理が生じる。

そこで、押し問答するよりも、できるだけその人の習慣を大切に、朝は食べられなくても、食間に軽いものを摂取するなど、幅を持たせて考えることで看護師の余裕にもつながる。

- ・治療中でも体調や治療に影響がない程度に、生活リズムを整えるケアを実践する

入院期間が短縮されている状況のなかで、疾患の治療が終了してからのADL拡大では患者の状態が追い付かず、自宅退院できなくなる可能性がある。

そのため、治療がまだ続いている時から、生活リズムを整えるケアを実践することが退院支援にとって重要である。ただし、体調や治療に支障がないよう注意しながら行うことが必要である。

- ・食事介助の必要性について

本来自力で摂取できる能力を有していても、あえて摂取量の増量をめざすために、食事介助を優先する場合もあることを理解しておく。認知機能を回復するためには、できるだけ自分で食べられる患者は食べてもらうことが重要である。

しかし、身体疾患の回復期では、体力の回復を優先した方がよいこともあり、その場合は自力で食べていただくことで体力を消耗させるよりも、あえて介助することで安楽に摂取できるようにすることもある。（認知機能の回復のみにこだわると、身体の苦痛がみえなくなる）

## 早期退院に向けた日常生活支援のポイント②

### 〈排泄〉

- できるだけ早期にその人の本来の排泄パターンに戻ることができるようにする



- 自尊心への配慮  
排泄介助の際には、恥ずかしさや苦痛が最小限になるようにする  
おむつや尿とりパットの使用が当たり前とは思わず、使用せざるを得ない患者の思いを察する

### 〈排泄〉

・できるだけ早期にその人の本来の排泄パターンに戻ることができるようにする  
治療の進行度や体調をみながら、段階を経てその人の本来の排泄パターンに戻れるように支援することが必要である。

#### ・自尊心への配慮

排泄介助の際には、恥ずかしさや苦痛が最小限になるようにする  
おむつや尿とりパットの使用が当たり前とは思わず、使用せざるを得ない患者の思いを察する

認知症患者だけではないが、高齢者が病気になり入院すると、おむつを使用することがあたかも必然のようになってきてはいないか？

病状によっては、仕方がないかもしれないが、当たり前という観念は捨て、おむつを使用しなければならなくなった患者の思いを察することが重要。

それは、認知症患者も同様である。

## 2)-3 認知症・せん妄ケア充実のための方策

### ② 認知症ケアの改善に向けた部署(病棟)単位での取組

#### ● 認知症ケアの現状を把握する

- ・問題の抽出：どのようなところに問題があるのか  
どのようなところはうまくできているのか
- ・認知症患者の受診・入院状況の把握
- ・治療とケアの実態や課題、ケアの質の把握



これらの現状および課題を  
定期的に把握するための仕組みをつくる

部署内における認知症ケア充実のための取り組みについて、段階を追って説明する。

- ・認知症ケアを遂行するうえでの問題の抽出とうまくできている部分もあげる
  - ・認知症患者の受診・入院状況の把握
  - ・治療とケアの実態や課題、ケアの質の把握
- ⇒ できれば院全体でその仕組みをつくる

## 改善の目標設定と取組みの強化

### ●現状の分析と改善の目標設定をする

誰にとっての問題なのか？

- ・ スタッフ間で話し合い、自分たちのケアの理想を言語化する



- ・ 具体的な行動目標を設定する



問題の解決、理想に向かったの努力など

### ●取組みの強化を図る

- ・ 何ができたかを確認する→効果がどこに現れているかを確認し、共有する→うまくいっていれば喜びを分かち合う  
うまくいっていない場合はその原因を探り、取組みの修正を行う
- ・ 看護管理者は取組みを推進していることをスタッフに示す

### ●現状の分析と改善の目標設定をする

問題のとらえかた → 認知症患者の行動変容が目標ではない、これはあくまでも  
“結果”（自分たちのケアを改善したときについてくるもの）

- ・ 具体的な行動目標 → 問題の解決、理想に向かったの努力のどちらでもよい

### ●取組みの強化を図る

その部署の管理者が行うことで、モチベーションにつながる。

取組みの成果は、すぐに表れるものではなく、意識的に見つけてそれをスタッフに提示することが重要（スタッフが頑張っていることを直接言葉で伝えること、他職種に取り組みをアピールすること）

## 定期的な評価

---

- 定期的な評価を行う

評価の視点：患者・家族にとってどうか  
                  スタッフにとってどうか  
                  病院全体としてどうか

} 複合的に  
  評価する

- ・良い面も悪い面も率直に取り上げ、継続する価値があるか、修正すべき点はないか話し合う

評価の視点は、3つのいずれにも傾きすぎないようにすることが重要である。

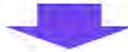
## 2)-3 認知症・せん妄ケア充実のための方策

### ③ スタッフの認知症ケアへの意欲が維持できるように支援する

---

#### 〈看護管理者の取り組み①〉

- 認知症ケアに関する知識を実践に活かせるようにする  
スタッフの学習したことが患者の状態把握、行動の裏付け、ケアの選択、評価に活用できるように支援



学んだ知識を今いる患者に置き換えて説明することで  
知識と現象が結びつく

学習した知識を患者の状態把握や行動の裏付けとして説明し、そうするとどのようなケアが選択されるのか、それはどのような知識から出たのか説明する。  
ケアの評価についても、学んだ知識から裏付けして評価することで、イメージがわく。

## スタッフのストレスへのサポート

### 〈看護管理者の取り組み②〉

#### ● 認知症ケアに対するスタッフのストレスへのサポート

- ・ 認知症ケア = 臨機応変な対応、時には忍耐力も必要

▼  
看護管理者が理解を示し、はけ口をつくることも必要

- ・ 身体拘束のジレンマ

スタッフに罪悪感をもたらし、適切な看護を行ってもそれを正当に評価できなくなる

ADLの低下、BPSDの悪化 ⇒ ケアへの意欲をそぐ

▼  
適切な評価に基づいた身体拘束の判断と中止の決定  
身体拘束に頼らないケアをめざす取り組み

特に急性期病院では、在院日数の短縮などでケアの達成感が得られにくい。

- ・ 認知症ケア = 臨機応変な対応、時には忍耐力も必要

⇒ はけ口の例：嫌だった、いらいらしたなどの体験を語り合う場をつくる

- ・ 身体拘束のジレンマ = 罪悪感、不全感につながる。

さらに身体拘束をすることでADLの低下、BPSDの悪化などを引き起こし、ケアへの意欲をそぐ結果となる。

しかし、身体拘束に頼らないケアをめざすことに取り組んだり、しっかりと適切な評価に基づいた身体拘束の判断と中止の決定がなされ、結果、患者の身体疾患の治療が進み、穏やかになった顔を見ると、ジレンマは軽くなる。

## 2)-3 認知症・せん妄ケア充実のための方策

### ④ 施設内における認知症・せん妄対策チームの整備

- **多職種**での構成が望ましい

医師、看護師、臨床心理士、MSW(PSW)、薬剤師 等

〈役割〉

- 治療から退院までが**円滑に進む**ように支援する

- ・認知症・せん妄の専門的な知識＋合併症を含む身体症状などを統合したアセスメントの実施
- ・家族支援
- ・スタッフへのケアの提案、助言
- ・退院支援および退院調整への助言

- 職員の認知症に対する**理解を深める**取り組み

専門的な医療を提供するだけでなく、合併症治療に配慮した支援の調整や家族支援、ケアの指導、退院調整への助言等を行い、治療から退院までが円滑に進むように支援するとともに、院内医療従事者の認知症に対する理解を深める取り組みを行う。

## 多職種チームにおける看護の専門性

---

### 身体を含めた患者の状態を統合的にとらえることができる

- ・ 患者や家族についての情報を持ち、患者や家族の立場から発言できる
- ・ 医療面と生活面の両方の視点をもった発言や活動ができる

認知症ケアにおいては、多職種チームでの関わりが必要といわれている。

多職種チームの中での看護の専門性を今一度考える必要がある。

看護の専門性で重要なのは、身体を含めた患者の状態を統合的にとらえることができることである。

患者や家族の立場で発言できたり、医療面と生活面の両方の視点をもつことができる。

## 2)-3 認知症・せん妄ケア充実のための方策

### ⑤ コンサルテーション体制の整備

---

- **院内**におけるコンサルテーション体制

- ・認知症・せん妄に特化した専門家によるチームラウンド
- ・気軽に相談できる体制作り
- ・他の部門との連携

↳ 医療安全、退院調整、栄養、リハビリテーションなど

- **地域内**におけるコンサルテーション体制

- ・地域の認知症疾患医療センターにアクセスするシステムの構築

院内と院外（地域内）に分けて説明する。

特に、院内体制では、他部門との連携で医療安全とどのように連携していくか、リスクの観点だけでなく、認知症ケアの観点からもとらえることができるような連携が必要である。

## 2)-3 認知症・せん妄ケア充実のための方策

### ⑥ 情報共有に向けた取り組み

#### 〈病棟内〉

- ・看護記録：看護計画、経過記録、フローシート など
- ・カンファレンス記録
- ・共有ノート：引き継ぎ時での申し送り  
(リスク評価、事故の振り返りなど)

#### 〈院内〉

- ・アセスメントシート（認知症・せん妄）
- ・マニュアル（認知症対策・せん妄対策、向精神薬）

病棟内では、新たに作ることを考えるよりも、今ある記録の方法を工夫し活用する。看護計画では、問題思考型と課題適応型を患者の状況に合わせて適応していくことが必要である。

身体疾患の治療にともなう全身管理が必要で、これが優先順位1となる場合は、問題思考型看護計画が中心となる。身体疾患が落ち着いた、または全身管理の最中でも、患者を“生活”の視点でとらえて、適切な退院支援につなげるような場合は、課題適応型看護計画にシフトする。

院内は、アセスメントシートは各病棟で独自のものよりも、統一したものを使用するのが望ましいことを説明する。

## 参考・引用文献

---

- ・湯浅美千代編：看護師認知症対応力向上研修テキスト、2013、東京都。
- ・湯浅美千代著：認知症ケア事例ジャーナル第5巻 第2号、特集急性期病院における認知症ケア改善の取り組み「急性期病院での認知症ケアの課題と展望」、2012、ワールドプランニング。