

令和2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)

病院勤務以外の看護師等に対する
認知症対応力向上研修のあり方
に関する調査研究事業
報告書

令和3年3月

合同会社 HAM 人・社会研究所

まえがき

令和元年 6 月に公表された「認知症施策推進大綱」では、これまでのオレンジプラン、新オレンジプランと引き継がれてきた基本的な考え方や施策の流れに、今日的な要素が加えられ、2025 年までの進むべき方向性が示されました。認知症対応力向上研修については、「3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」の中で、“医療従事者等の認知症対応力向上の促進”として位置付けられています。

現在、認知症対応力向上研修は、かかりつけ医認知症対応力向上研修をはじめ、歯科医師、薬剤師、病院勤務の医療従事者と職種を拡げながら、修了者の認知症対応力向上はもちろん、修了者同士の連携の基礎となる研修として展開されています。

その中で、これまで研修機会が必ずしも十分ではなかった、診療所勤務の看護師、歯科医療機関の歯科衛生士、介護サービス事業所の医療従事者等を対象とした認知症対応力向上研修の提供が求められていました。地域の医療・介護の“事業所・拠点として”の認知症対応力の向上を図る観点からも、これらの職種を対象とした研修の準備が急がれました。

本年度の事業では、かかる要請を踏まえ、新たに「病院勤務以外の看護師等」向けの認知症対応力向上研修のカリキュラム検討および研修教材の作成を行いました。具体的な検討・作業の経緯、また、研修教材（テキスト・講義スライド・動画教材）は報告書等において整理・提供していますので、次年度以降の研修等において活用されることを期待しています。地域の専門職・拠点の認知症対応力向上の一助となれば幸いです。

もっとも、教材はコロナ禍の状況下でモデル研修の試行や多くの先生方の評価を十分に受けることができなかった点もあります。初版となる研修教材については、地域での実践検証となりますが、受講者の皆様また講師を担当される先生方より多くの評価・ご意見をフィードバックして頂けましたら幸いです。

引き続き、認知症対応力向上研修の充実に向けて取り組んでいきたいと思います。

令和 3 年 3 月

令和 2 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）
病院勤務以外の看護師等に対する認知症対応力向上研修
のあり方に関する調査研究事業

委員会委員長 栗田 主一

令和2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)
病院勤務以外の看護師等に対する認知症対応力向上研修
のあり方に関する調査研究事業
報告書

目 次

I 事業概要	1
II 病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修の カリキュラム検討・教材制作について	5
1 研修カリキュラムの検討	5
2 研修教材の検討・作成	9
3 研修テキスト（講義スライド・解説）および動画教材シナリオ	16
III 研修教材にかかる情報提供について	68
IV 考察	71
〔参考資料〕 認知症対応力向上研修 講義スライド(抜粋)	75

I 事業概要

1 事業名

病院勤務以外の看護師等に対する認知症対応力向上研修のあり方に関する調査研究事業

2 事業目的

現在、病院勤務の医療従事者向けの認知症対応力向上研修は実施されているが、研修内容は、認知症の人の入院期間および入退院時の対応を中心とするものである。一方で、在宅や地域で活動する、診療所や訪問看護ステーション、介護保険施設等の病院勤務以外の看護師等の医療従事者については、体系化された研修が提供されていない現状にある。

診療所や訪問看護ステーション等は、住み馴れた地域で在宅生活を継続する認知症の本人および家族にとって、身近で必要不可欠な拠点であり、それらに勤務する看護師等の医療従事者の認知症対応力の向上は、地域における循環型の仕組みの構築推進に大きな役割を果たすことが期待される。

本事業では、病院勤務以外の看護師等の医療従事者の実情に応じ、①受講しやすい研修体系の検討を行うとともに、②研修カリキュラム及び教材等の開発を行うことを目的とする。

3 実施体制

事業全体の方向性、病院勤務以外の看護師等向けの認知症対応力向上研修の骨格を示す委員会(親)と、同研修の具体的なカリキュラム検討・教材作成を効率的に実施するための教材制作班を設置して、作業を行う体制とする。

4 実施期間

令和2年6月11日(内示日)～令和3年3月31日

5 事業内容

5-1 事業の具体的な内容

病院勤務以外の医療従事者に期待される役割、そのために必要な認知症対応力の内容と程度等について検討し、研修として実施・展開された際のゴールを共有する。

その上で、①受講対象となる病院勤務以外の医療従事者が受講し易く、かつ、都道府県・指定都市(委託団体等)が実施し易い研修の形態・実施方法等を検討する。そして、②イメージされた修了者像から立ち返り、到達目標、研修カリキュラムの検討、さらに具体的な教材の開発を進める。

具体的な事業内容は、以下の通りとする。

①委員会および教材制作班の設置

主な研修対象として設定する病院勤務以外の医療従事者について、業務の現状や必要な対応力の検討を行うため、医療関係団体からの推薦委員、診療所医師、認知症看護認定看護師、学識者等から構成される委員会を設置した。

また、教材制作は、既存の他の認知症対応力向上研修の教材も参照・活用しながら進めることを念頭に、特化した班会議を設置して集中的に作業を進める体制とした。

②教材説明のための情報提供

事業終盤には、作成された教材について、研修の実施主体となる都道府県・指定都市の自治体担当者および講師として想定される認知症看護認定看護師等を対象に、研修の目的・背景を含めた研修教材説明の情報提供を行った。（当初、教材説明会の開催を計画していたが、コロナ禍の状況に応じて、DVD収録・配布の方法とした）

③研修の実施運営の手順等の検討

事業の成果物として、研修教材（講義テキスト、スライド、動画教材等）が提供された後、都道府県・指定都市等における企画立案、研修運営、評価等にかかる検討も行い、報告書に収載することを目指す。

5-2 委員会体制および開催状況

【委員会】

〈50 音順、敬称略〉

		氏名	所属等	役職
1	委員長	栗田 圭一	東京都健康長寿医療センター研究所	副所長
2	委員	江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会	常任理事
3	委員	小玉 剛	公益社団法人 日本歯科医師会	常務理事
4	委員	窪田 里美	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会	老施協総研 運営委員会委員
5	委員	齊田 浩一	公益社団法人 日本看護協会 (みなと医療生協 老人保健施設あつたの森)	(副施設長補佐)
6	委員	中島 朋子	一般社団法人 全国訪問看護事業協会 (東久留米白十字訪問看護ステーション)	常務理事 (所長)
7	委員	山口 潔	医療法人社団創福会 ふくろうクリニック等々力	理事長・院長
厚労省		唐川 祐一	老健局認知症施策・地域介護推進課	主査

【教材制作班】

〈50 音順、敬称略〉

		氏名	所属等	役職
1	委 員	枝広あや子	東京都健康長寿医療センター研究所	研究員
2	委 員	桑原 良子	長野保健医療大学看護学部	講師
3	委 員	齊田 浩一	みなと医療生協 老人保健施設あつたの森	副施設長補佐
4	委 員	陣内 大輔	国際医療福祉大学保健医療学部	准教授
5	座 長	山口 潔	医療法人社団創福会 ふくろうクリニック等々力	理事長・院長

【事務局】

実施主体 合同会社 HAM 人・社会研究所

業務協力 地域活性化協同組合フロンティア、株式会社タスクプランニング

【委員会・教材制作班の実施】**第 1 回 委員会**

日時 令和 2 年 8 月 28 日（金） 18:30～ 於：フクラシア八重洲Ⅰ会議室

議事 1 令和 2 年度事業計画案

2 病院勤務以外の看護師等に対する認知症対応力向上研修

(1) 研修のコンセプト等について

(2) 研修カリキュラム（大枠）について

第 1 回 教材制作班会議

日時 令和 2 年 9 月 16 日（水） 18:30～ （web会議）

議事 1 事業計画の確認と第 1 回委員会の振り返り

2 病院勤務以外の看護師等に対する認知症対応力向上研修
の教材制作について

3 具体的な教材制作の進め方について

第 2 回 教材制作班会議

日時 令和 2 年 11 月 9 日（月） 18:30～ （web会議）

議事 1 講義スライド教材について（スライド初版について）

2 動画教材について

第2回 委員会

- 日時 令和3年1月19日（火） 18:30～ （web会議）
- 議事 1 病院勤務以外の看護師等に対する認知症対応力向上研修教材案
 (1)検討経過について
 (2)講義スライド案および動画教材案
- 2 認知症対応力向上研修について

第3回 委員会

- 日時 令和3年3月22日（月） 18:00～ （web会議）
- 議事 1 病院勤務以外の看護師等に対する認知症対応力向上研修教材案
 (1)研修テキスト案（講義スライドおよび解説）
 (2)動画教材案
- 2 教材説明会に代わる情報提供について

5-3 事業スケジュール

委員会等、教材改訂作業（講義スライド、動画教材の作成等）の事業は、概ね以下のスケジュールで進行了た。

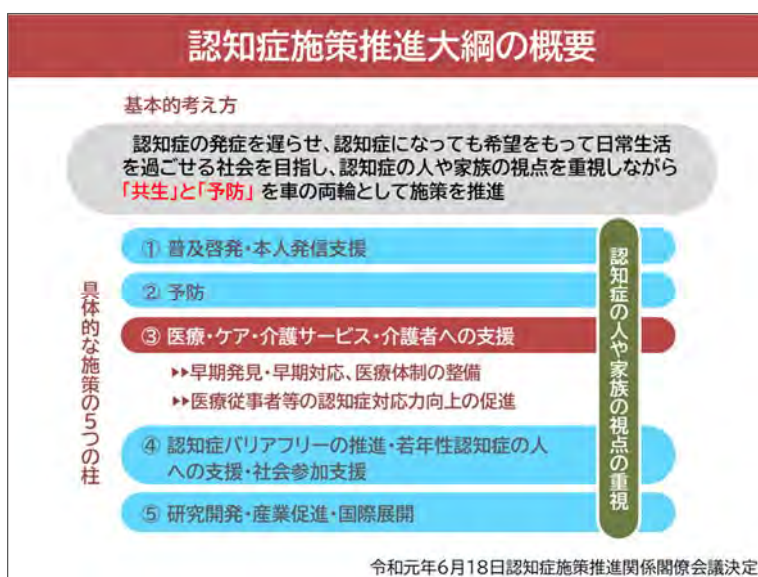
図表 事業スケジュール（交付申請書面を更新）

	令和2年4月	5月	6月	7月	8月	9月
事業実施内容	委員会等 事業計画調整 ● 第1回委員会 ◆ 第1回教材制作班会議					
	10月	11月	12月	令和3年1月	2月	3月
事業実施内容	◆ 第2回教材制作班会議 ● 第2回委員会 ● 第3回委員会 病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修の講義スライドの検討・改訂作業 動画教材（新作2編のシナリオ検討・作成・撮影） 教材説明収録 成果物(報告書)作成・配布					

II 病院勤務以外の看護師等に対する認知症対応力向上研修の カリキュラム検討・教材制作について

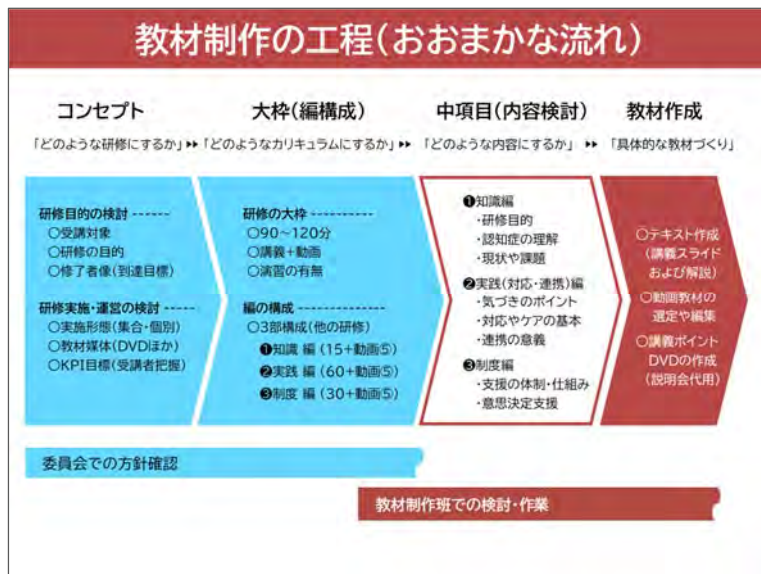
1 研修カリキュラムの検討

- 現在、認知症地域医療支援事業実施要綱の枠組みで展開されている認知症対応力向上研修は、かかりつけ医認知症対応力向上研修をはじめ 6 種類がある。認知症施策推進大綱でも、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の中に位置づけられ、「認知症対応力向上研修においては、医学の進歩や医療・介護提供体制の変化に対応するため適宜、必要な見直しを行う」とされている。



- これまで、認知症対応力向上研修は、かかりつけ医研修をはじめ、様々な専門職向けに展開されているが、地域の診療所の看護師等、歯科医療機関の歯科衛生士、介護サービス事業所等の看護職員などを対象とした研修が準備されておらず、令和3年度からの実施に向けて研修カリキュラムの検討および教材の作成を行った（一番右の赤枠の部分）。

認知症対応力向上研修					
	かかりつけ医	歯科医師	薬剤師	病院勤務の医療従事者	病院勤務以外の看護師等
開始年度	平成18年度	平成28年度	平成28年度	平成25年度	令和3年度
研修形態	都道府県単位の集合研修で実施	都道府県単位の集合研修で実施	都道府県単位の集合研修で実施	都道府県単位または病院ごとの実施	都道府県単位の集合研修で実施
受講対象	医師(かかりつけ医)	歯科医師	薬剤師	病院勤務の医療従事者	病院勤務以外の看護師、歯科衛生士等
カリキュラム	講義 210分 ①かかりつけ医の役割(30) ②診断と治療(90) ③ケアと連携(90) 演習(任意)	講義 210分 ①基本知識(30) ②かかりつけ歯科医の役割(90) ③連携と制度(90) 動画教材 R1年度新規作成	講義 210分 ①基本知識(30) ②対応力(薬学的管理/気づき・連携)(90) ③制度等(90)	講義 90分 ①目的(15) ②対応力(60) ③連携等(15) 演習(任意)	講義 100分 ①知識(20) ②実践(70) ③社会資源(10) R2年度新規作成
教材	スライド 118 動画 6編	スライド 112 動画 3編	スライド 91 動画 1編	スライド 58 動画 3編	スライド 70 動画 2編
実績値(30年度末)	63,020人	12,465人	24,326人	147,450人	
KPI目標	90,000人	40,000人	60,000人	300,000人	
R2年度改訂 → 次期改訂への反映					
				H29年度改訂	



○ 教材制作の工程（おおまかな流れ）のうち、コンセプト検討、研修の大枠の検討を委員会で行い、その内容を受けて、具体的な研修内容の検討、および、教材作成を教材制作班が担当することとした。

いずれの検討においても、先行して実施されている他の認知症対応力向上研修の位置付けや標準的カリキュラム・研修教材等を参考にして進められた。

〈委員会における検討〉

○ まず、検討課題①として、「研修のコンセプト」が検討された。

受講対象は、病院勤務以外の地域の事業所等に勤務する医療従事者（多職種）とした。想定される主な受講者は、診療所勤務の看護師や歯科医療機関の歯科衛生士等である。

研修目的は、他の認知症対応力向上研修と同様に、認知症の患者・利用者に対する基本的な“気づ

き”や医療従事者としての“対応力”の習得、とした。そのための、認知症の基本知識や地域の支援の仕組みの習得も含まれるとされた。

修了者像（研修の到達目標）は、短期的（受講直後）としては、知識の習得や気づきの理解とし、中期的（受講半年後程度）としては、習得した知識を日常業務において実践できること、また、認知症に関する他の研修を受講するなどの継続的な学びにつなげることとされた。

検討課題①

検討課題① 研修のコンセプト(たたき台)

(1) **受講対象** 診療所勤務の看護師をはじめとする、
病院以外の **地域の事業所勤務の多職種**
(看護師、歯科衛生士を中心に)

(2) **研修目的** 基本的な“**気づき・対応力**”の習得
(前提となる認知症の基本知識や支援の仕組みも)

(3) **修了者像(到達目標)**
 短期(受講後)：知識の習得 + **気づき**
 中期(半年後)：日常業務での実践
 学びの継続(研修受講など)

- 続いて、検討課題②として、「研修実施方法や運営」について検討された。

実施形態は、他の認知症対応力向上研修と同様に、集合研修による実施を基本とすることとされた。なお、時間短縮やオンライン受講などの柔軟な実施については、他の認知症対応力向上研修との整合性の関係もあるため、来年度からの研修実施状況を踏まえて、継続的に検

討することとされた。（もっとも、委員会においては、コロナ禍の状況下において、オンライン受講の実施、修了者数把握等の方法論については、早急に検討が必要との意見があった）

検討課題②

検討課題② 研修実施方法や運営

(1) 実施形態 **集合研修** による実施を基本
*実施主体ごとの柔軟実施の目安
(短縮やオンライン受講などの基準要否)

(2) 教材形式 **講義テキスト(スライド+解説)** を踏襲
*完全DVD教材
(他の研修との整合性やKPI目標との関係)

- 次に、検討課題③として、「研修の大枠」について検討された。

研修時間は、かかりつけ医認知症対応力向上研修、歯科医師認知症対応力向上研修が 210 分（3 時間半）、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修が 90 分（+任意実施の演習）も参照し、

検討課題③

検討課題③ 研修の大枠(たたき台)

(1) 研修時間 **90～120分程度**
かかりつけ医・歯科医師等 **210分**
病院勤務の医療従事者向け 90分

(2) コンテンツ **スライドによる講義(+ 動画視聴)**
*集合研修を前提とした現地講師による講義
*動画は 他の研修教材から利活用も可
(気づきの場面や本人の声 等)

また、本研修の受講対象である、地域の様々な拠点に勤務する多職種である点に鑑み、90～120 分程度のボリュームを目安に教材作成を行うこととされた。

コンテンツ、いわゆる教材の形態としては、集合研修で実施されることを前提に、スライドによる講義（必要に応じて動画教材も含め）とすることとされた。なお、講義は他の認知症対応力向上研修と同様に、都道府県・指

定都市（研修実施主体）が選定する認知症サポート医や認知症看護認定看護師等の講師が担当することが適当とされた。

○ 最後に、検討課題④として、「編構成」について検討された。

他の認知症対応力向上研修でも、現状、①研修の目的や職種ごとの役割を示す 1 編目、②対応力の中核的内容となる 2 編目、③施策や連携などの 3 編目という 3 編構成が基本となっている。

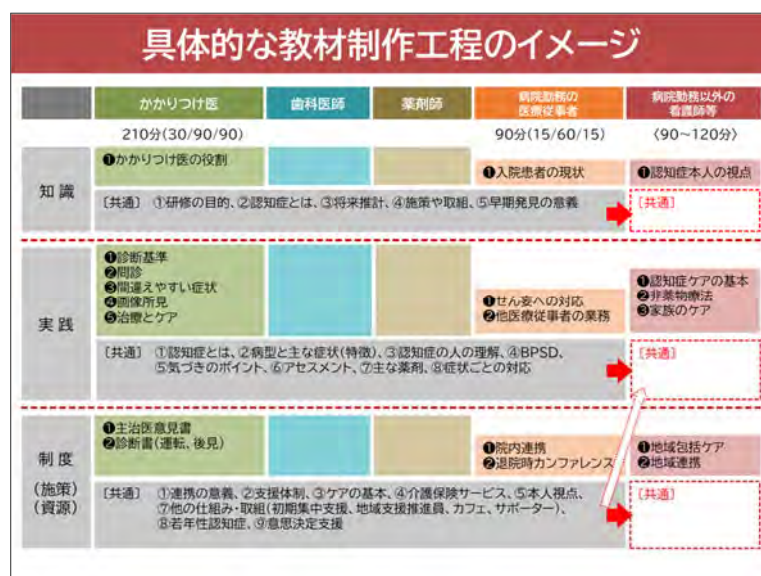
まずは、この基本的な 3 編構成から検討をスタートさせ、具体的な教材検討の中で、各編に含まれる内容や時間配分、編の名称などを設定していくこととされた。

検討課題④		
検討課題④ 編構成(たたき台)		
(1) 編の構成 3編構成 *共通(㊦知識・㊦実践・㊦制度)の枠組み		
[全体100分とした場合の構成例]		
編	ボリューム	主な内容案
知識 編	15分 〔例〕10分+動画 5	○ 研修の目的 ○ 認知症の特徴とその理解
実践 編	70分 〔例〕60分+動画10	○ 気づき・早期発見のポイント ○ 認知症ケアの基本(コミュニケーションなど) ○ 非薬物療法 ○ 家族・介護者への対応
制度 編	15分	○ 支援体制や仕組み ○ 介護保険サービス ○ 意思決定支援(他の重要な概念)

2 研修教材の検討・作成

- 教材作成にあたっては、他の認知症対応力向上研修の教材（講義スライドおよび動画）を最大限活用する形で各編に共通する部分を流用し、それに、本研修の受講対象に求められる要素・内容を加える方法で行った。

教材作成の効率面のみならず、同じ地域で活動する専門職が、同じ方向性の教材で研修を受講することによる効果も期待するものである。



- 教材制作班では、2 回のオンライン会議の他、メールでの数多くのやり取りによって、新規の講義スライドの分担作成、講義スライドの編ごとの枚数配分、編内での順序変更、解説文章の作成などを実施した。

研修カリキュラムと教材				
編	所要時間	講義スライド	主な内容	動画教材
知識編	20分	13枚	・研修の背景 ・認知症とは ・予防の視点	①研修のはじめに ▶このような経験はありませんか ▶認知症である本人の声を聴く ▶受講者へのメッセージ
実践編	70分	47枚	・本人視点と意思決定支援 ・コミュニケーション ・アセスメントとマネジメント ・BPSDの対応と非薬物療法 ・多職種連携	②気づく、支える、つなげる ～専門職の気づきから 多職種連携へ～
社会資源編	10分	10枚	・施策全体像 ・仕組みや制度 ・全体まとめ	

大枠の3編構成という基本の枠組みから各編に含める内容（項目）を検討し、加えて、より実践的な内容を充実させるとの委員会での方向性、一般に施策や社会資源等の情報入手が可能である現在の環境などを勘案して、「知識」編 20 分、「実践」編 70 分、「社会資源」編 10 分の計 100 分のカリキュラムとした。

また、動画教材についても、どの内容のものを、どの編に配置するのが研

修内容の充実に資するかを検討した上で、「知識」編冒頭に“導入的内容”の動画を1編、「実践」編の1つの柱となる“多職種連携”の動画を1編作成することとした。

※ 具体的な講義スライド・解説文章は17ページ以降を、動画教材シナリオは58ページ以降を参照

- 各編の具体的な「ねらい」と含まれる内容（項目）を順に紹介する。

「知識」編では、“ねらい”は『認知症である人や家族の視点に立ち、その生活を支えるために必要な基本的な知識を習得する』であり、①研修の背景、②認知症とは、③予防の視点などで構成されている。

- 「実践」編では、“ねらい”は『認知症である本人の QOL の向上を図るため、コミュニケーション、ケア及び多職種連携による支援の実際を理解する』であり、①本人視点と意思決定支援、②コミュニケーション、③アセスメントとマネジメント、④BPSD の対応と非薬物療法、⑤多職種連携などで構成されている。

- 「社会資源」編では、“ねらい”は『認知症である本人を取り巻く、医療、介護及び地域の社会資源等の活用の重要性を理解する』であり、①施策全体像、②仕組みや制度で構成されている。

知識 編

ねらい： 認知症である本人や家族の視点に立ち、その生活を支えるために必要な基本的な知識を習得する

主な内容	主なスライドタイトル
研修の背景	認知症施策推進大綱の概要／本研修が必要とされる背景
認知症とは	認知症とは／主な認知症疾患の特徴／早期発見・早期対応の意義 軽度認知障害 MCI など
予防の視点	認知症予防＝多職種アプローチ／認知症の危険因子

実践 編

ねらい： 認知症である本人のQOLの向上を図るため、コミュニケーション、ケア及び多職種連携による支援の実際を理解する

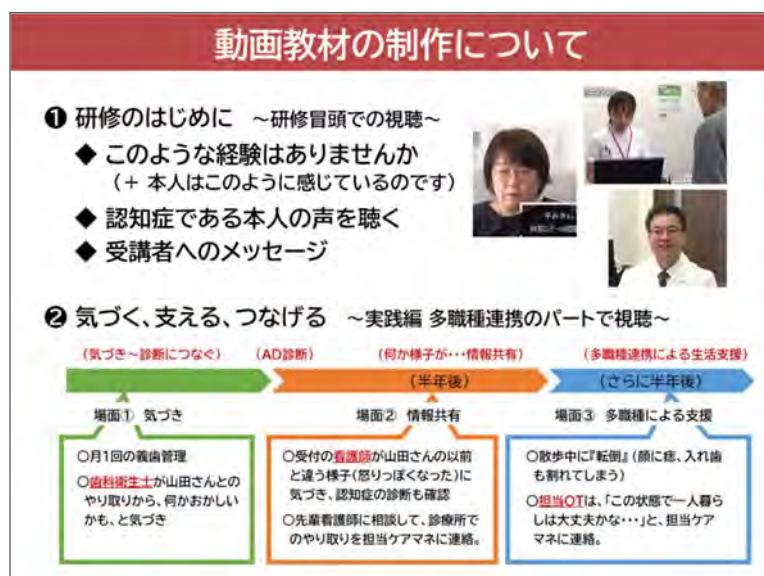
主な内容	主なスライドタイトル
本人視点と意思決定支援	認知症である本人の視点を重視したアプローチ／本人にとってのよりよい暮らしガイド／認知症の人の意思決定支援ガイドライン など
コミュニケーション	コミュニケーションの特徴と工夫／認知症である本人のケア／バリエーションの基本的態度 など
アセスメントとマネジメント	BPSDのアセスメント／ケアのためのアセスメント／5つの要素によるアセスメント／認知症のマネジメント／チームアプローチの意義 など
BPSDの対応と非薬物療法	BPSDの原因となりうる直前の状況／認知症の非薬物療法とは／運動療法／回想法 など
多職種連携	連携とは／多職種連携の効果をもたらす要因／多事業所間連携とは／多職種（多事業所間）連携のメリット など

社会資源 編

ねらい： 認知症である本人を取り巻く、医療、介護及び地域の社会資源等の活用の重要性を理解する

主な内容	主なスライドタイトル
施策全体像	地域包括ケアシステム／認知症ケアパス／認知症である本人への支援体制 など
仕組みや制度	認知症である本人を支える様々な仕組み／介護保険制度利用の流れ／若年性認知症である本人への支援 など

- 動画教材の1編目は、研修冒頭において、①よくある場面、②認知症である本人の声、③受講者へのメッセージで構成した。



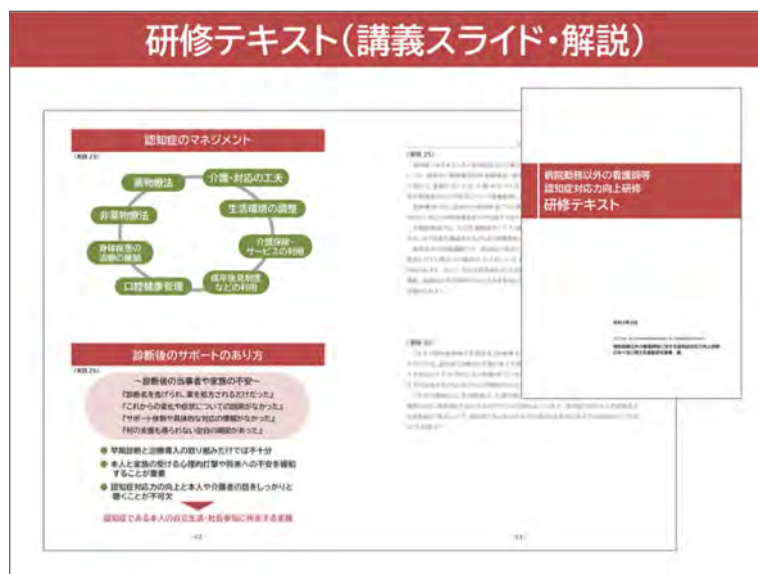
セージで構成した。

2 編目は、受講対象職種が複数登場する多職種連携の場面で構成した。単に多職種連携のやり取りのみならず、患者・利用者への効果、関わった専門職への効果(還元)が見える内容となっている。

- 全体構成(標準的カリキュラム案)を、受講対象や研修コンテンツが類似している「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」の標準的カリキュラム(左側)と対比して整理した。

標準的カリキュラム案の検討			
病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修		病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修	
目的 (15分)	ねらい ※ 認知症の人の視点で認知症ケアに求められていることを理解する 到達目標 ※ 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 ③認知症の人を取り巻く施策等について理解	知識 編 (20分)	ねらい ※ 認知症である本人や家族の視点に立ち、その生活を支えるために必要な基本的な知識を習得する 到達目標 ※ ①認知症の現状やその病態について、概要を説明できる ②認知症の早期発見・早期対応の意義を理解できる
対応力 (60分)	ねらい ※ 疾患を理解し、入院中の対応の基本を習得する 到達目標 ※ 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	実践 編 (70分)	ねらい ※ 認知症の人のQOLの向上を図るため、コミュニケーション、ケア及び多職種連携による支援の実践を理解する 到達目標 ※ ①認知症の人の意思を尊重したケアの基本を理解できる ②認知症の人や家族への支援のポイントを理解できる ③BPSDについて理解し、その対応について理解できる ④認知症の人への支援にあたって、多職種連携の意義や方法を理解できる
連携等 (15分)	ねらい ※ 院内・院外での多職種連携の意義を理解する 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	社会 資源 編 (10分)	ねらい ※ 認知症の人を取り巻く、医療・介護及び地域の社会資源の活用的重要性を理解する 到達目標 ※ ①多職種連携の意義とメリットを理解する ②意思決定支援や成年後見について理解する

- 他の認知症対応力向上研修教材と同様に、全ての講義スライドには、スライド内で表示しきれない内容説明や発展的な補足を、概ね500字程度の解説文章として付している。（研修テキストで収載）



- 作成した教材は CD（研修テキスト PDF、講義用スライドパワーポイントファイル）と DVD（動画教材）に格納し、都道府県・指定都市に各1部ずつ、報告書とともに提供する。



○ 知識編、実践編、社会資源編を構成する（含まれる）講義スライドタイトル、動画教材タイトルの一覧を整理する。

※ **新規** は新規に作成されたスライド

「かかりつけ医」等の他の研修職種 は、それぞれの研修から転用（一部改変を含む）したもの

※ なお、かかりつけ医認知症対応力向上研修の教材について、令和２年度老人保健健康増進等事業「認知症対応力向上研修の研修教材に関する調査研究事業（124）」（地域活性化協同組合フロンティア）において改訂作業が進められており、当該事業における教材制作と連携・情報共有を行い、可能な範囲で改訂後の新しい講義スライドを共有（一部改変を含む）している。

※ また、参照した他の認知症対応力向上研修の講義スライドは巻末（冒頭のみ抜粋）に掲載している。

中項目		スライドタイトル	
導入		認知症対応力向上研修の目的	新規
知識編	（中表紙）	ねらいと到達目標	新規
	研修の背景	知-1 認知症施策推進大綱の概要	かかりつけ医
		知-2 本研修が必要とされる背景	病院スタッフ
		知-3 〔動画㊸〕研修のはじめに	
	認知症とは	知-4 認知症とは	新規
		知-5 認知症高齢者数の推移	かかりつけ医
		知-6 認知症の原因疾患	かかりつけ医
		知-7 主な認知症疾患の特徴	新規
		知-8 認知症の症状と要因・誘因	歯科医師
		知-9 認知症の経過（変性疾患の場合）	かかりつけ医
		知-10 早期発見・早期対応の意義	かかりつけ医
		知-11 軽度認知障害 MCI	新規
	予防の視点	知-12 認知症予防＝多職種アプローチ	新規
		知-13 認知症の危険因子	新規

中項目		スライドタイトル	
実践編	(中表紙)	ねらいと到達目標	新規
	本人視点と 意思決定支援	実-1 認知症である本人の理解	病院スタッフ
		実-2 認知症である本人の視点を重視したアプローチ	かかりつけ医
		実-3 本人にとってのよりよい暮らしガイド	サポート医
		実-4 認知症とともに生きる希望宣言	サポート医
		実-5 本人の視点を重視した施策の展開	かかりつけ医
		実-6 意思決定支援の基本原則	かかりつけ医
		実-7 認知症の人の意思決定支援ガイドライン	かかりつけ医
		実-8 意思決定支援のプロセス	かかりつけ医
	コミュニ ケーション	実-9 コミュニケーションの特徴と工夫	病院スタッフ
		実-10 具体的なコミュニケーションの内容	かかりつけ医
		実-11 コミュニケーションにおける視点	かかりつけ医
		実-12 認知症である本人のケア：心理学的な概念	かかりつけ医
		実-13 良い状態／良くない状態	新規
		実-14 悪性の社会心理／ポジティブパーソンワーク	新規
		実-15 バリデーションの基本的態度	新規
	アセスメントと マネジメント	実-16 アセスメントの留意点	かかりつけ医
		実-17 ADL のアセスメント	かかりつけ医
		実-18 IADL のアセスメント	かかりつけ医
		実-19 重症度のアセスメント（FAST）	かかりつけ医
		実-20 BPSD のアセスメント	新規
		実-21 ケアのためのアセスメント	新規
		実-22 パーソンセンタードモデル	新規
		実-23 事例	新規
		実-24 5つの要素によるアセスメント	新規
		実-25 認知症のマネジメント	かかりつけ医
		実-26 診断後のサポートのあり方	かかりつけ医
		実-27 家族・介護者への支援	病院スタッフ
		実-28 チームアプローチの意義	新規

中項目		スライドタイトル	
(続き) 実践編 	BPSD の対応と 非薬物療法	実-29 BPSD が発生する背景	看護職員
		実-30 BPSD の原因となりうる直前の状況	新規
		実-31 BPSD 対応の基本	新規
		実-32 認知症の非薬物療法とは	新規
		実-33 運動療法	新規
		実-34 音楽療法	新規
		実-35 回想法	新規
		実-36 認知機能訓練・認知刺激・認知リハビリテーション	新規
		実-37 非薬物療法は行動・心理症状を予防	新規
	多職種連携	実-38 〔動画⑥〕 気づく、支える、つなげる	
		実-39 連携とは	病院スタッフ
		実-40 多職種協働に必要な専門職個人の協働的能力	新規
		実-41 多職種連携の効果をもたらす要因	新規
		実-42 多事業所間連携とは	新規
		実-43 多職種カンファレンス開催の要点	病院スタッフ
		実-44 ケアマネジャーと多職種の連携	かかりつけ医
		実-45 地域の多職種の役割	かかりつけ医
		実-46 多職種連携における役割	かかりつけ医
		実-47 多職種（多事業所間）連携のメリット	病院スタッフ

中項目		スライドタイトル	
社会 資源編 	(中表紙)	ねらいと到達目標	新規
	施策全体像	資 1 地域包括ケアシステム	かかりつけ医
		資 2 認知症ケアパス	かかりつけ医
		資 3 本人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ	サポート医
		資 4 認知症である本人への支援体制	かかりつけ医
	仕組みや制度	資 5 地域包括支援センター	かかりつけ医
		資 6 認知症である本人を支える様々な仕組み	新規
		資 7 介護保険制度利用の流れ	かかりつけ医
		資 8 成年後見制度と日常生活自立支援事業	新規
		資 9 若年性認知症である本人への支援	かかりつけ医
まとめ	全体まとめ	資 10 修了者への期待と役割（研修のまとめとして）	新規

3 研修テキスト（講義スライド・解説）および動画教材シナリオ

- 次ページ以降に、研修テキスト（講義スライド・解説）の全編、および、知識編・実践編に挿入される動画
2 編のシナリオを掲載する。

1 研修テキスト(講義スライド・解説)	17 ページ～
▶ 知識編 (18)	
▶ 実践編 (26)	
▶ 社会資源編 (51)	
2 動画教材シナリオ	58 ページ～

病院勤務以外の看護師等 認知症対応力向上研修 研修テキスト

令和3年3月

令和2年度 老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進等事業分)

病院勤務以外の看護師等に対する認知症対応力向上研修
のあり方に関する調査研究事業 編

病院勤務以外の看護師等 認知症対応力向上研修

1. 知 識 編
2. 実 践 編
3. 社会資源 編

令和2年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健機能増進等事業分）
病院勤務以外の看護師等に対する認知症対応力向上研修のあり方に関する調査研究事業 編

知識 編

ねらい： 認知症である本人や家族の視点に立ち、
その生活を支えるために必要な基本的な
知識を習得する

到達目標：

- 認知症の現状やその病態について、概要を説明できる
- 認知症の早期発見・早期対応の意義を理解できる

病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修

研修全体の目的・意義

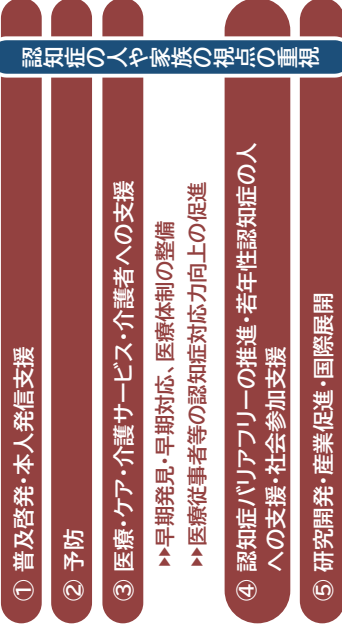
- 認知症である本人の視点に立った、本人の生活を支える知識と方法を習得する
- 早期発見・早期対応の重要性を理解する
- 多職種連携の重要性とその活用についての方法を理解する

認知症施策推進大綱の概要

〈知識 1〉

基本的考え方

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



具体的な施策の5つの柱

令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定

本研修が必要とされる背景

〈知識 2〉

- 認知症の人が増加することが見込まれ、認知症である本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、認知症である本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

〔知識 1〕

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

認知症対応力向上研修は、「3.医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」に位置付けられ、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者には、認知症対応力向上研修を通じて、認知症の疑いがある人に早期に気づいて適切に対応し、診断後の継続的な支援まで、認知症である本人・家族の生活の場である地域ネットワークの中で重要な役割を担うことが期待されています。

〔知識 2〕

認知症である本人の、「意思が尊重され」、「住み慣れた環境で」、「自分らしく」暮らし続けていく社会が求められています。そのために、医療・介護等に携わる専門職の対応力の向上、また、職種間の連携が重要となります。地域の医療機関・歯科医療機関、介護サービス事業所等には、管理者（医師や歯科医師など）のみならず、「拠点」としての役割、対応力向上が期待されています。

〔動画 ①〕

研修のはじめに

- ① このような経験はありませんか
- ② 認知症である本人の声を聴く
- ③ 受講者へのメッセージ

〔知識 3〕

動画① 研修のはじめに

- ① このような経験はありませんか
- ② 認知症である本人の声を聴く
- ③ 受講者へのメッセージ

認知症とは

〔知識 4〕

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

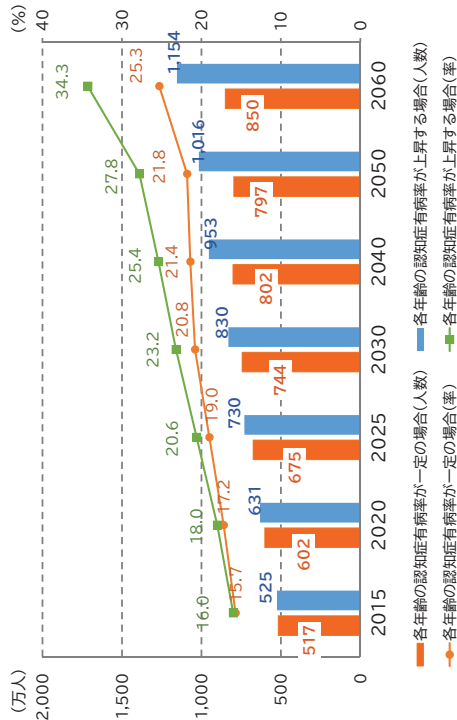
認知症とは

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

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

認知症高齢者数の推移

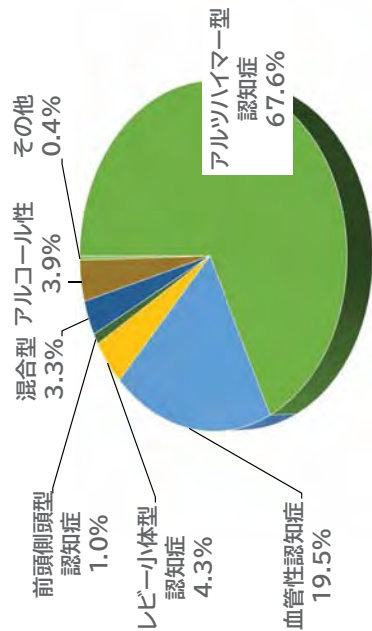
〈知識 5〉



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

認知症の原因疾患

〈知識 6〉



「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 5〕

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

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

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

〔知識 6〕

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

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

主な認知症疾患の特徴

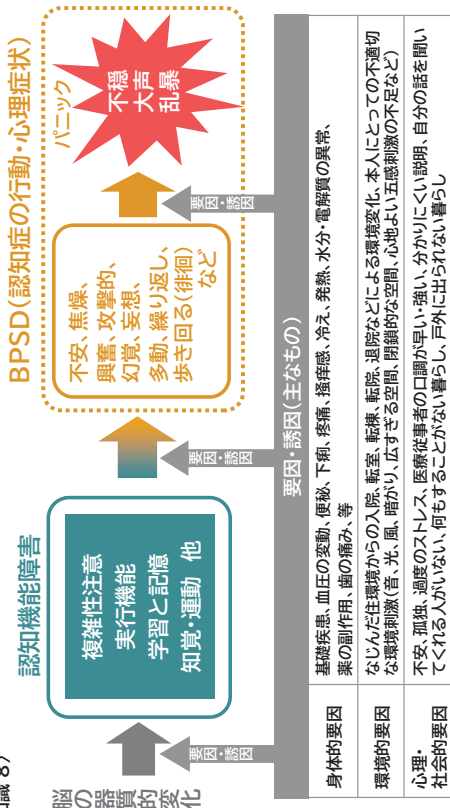
〔知識 7〕

病型	主な特徴
アルツハイマー型認知症	◆海馬や大脳皮質を中心に、広範な神経細胞の脱落と、さまざまな程度の老人斑、神経原線維変化を認める認知症 ◆発症は潜行的で、進行は緩徐である。初期から、近時記憶障害が目立つのが特徴
血管性認知症	◆脳梗塞や脳出血などの脳血管障害に関連して現れる認知症 ◆脳卒中発作後に急速に発症し、階段状に進行するものと、慢性虚血変化を背景に、潜行的に発症し、緩徐に進行するものがある
レビー小体型認知症	◆認知症とパーキンソン症状を主症状とし、レビー小体が大脳幹や大脳皮質に多数出現する認知症
前頭側頭型認知症	◆大脳前方領域（前頭葉や側頭葉前部）に原発性変性を有する非アルツハイマー型変性性認知症の総称

認知症初期集中支援チーム員研修テキスト等を一部改変して引用

認知症の症状と要因・誘因

〔知識 8〕



〔知識 7〕

認知症の原因疾患として割合の多い 4 つの疾患について、主な特徴や日常生活において見られる症状を整理しました。認知症である本人への対応も、「認知症」と一括りに考えるのではなく、原因疾患による違いや特徴を踏まえて、考え・工夫していくことが大切です。

また、日常生活において見られる症状の違いは、気づきのきっかけになるものです。職種や勤務場所によって患者・利用者の方々に接する場面はそれぞれと思いますが、ちょっとした様子から気づけること、また、それによる本人の日常生活上の“やり難さ”、“し辛さ”を理解し、対応するための知識と技術を身に付けることが大切です。

〔知識 8〕

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

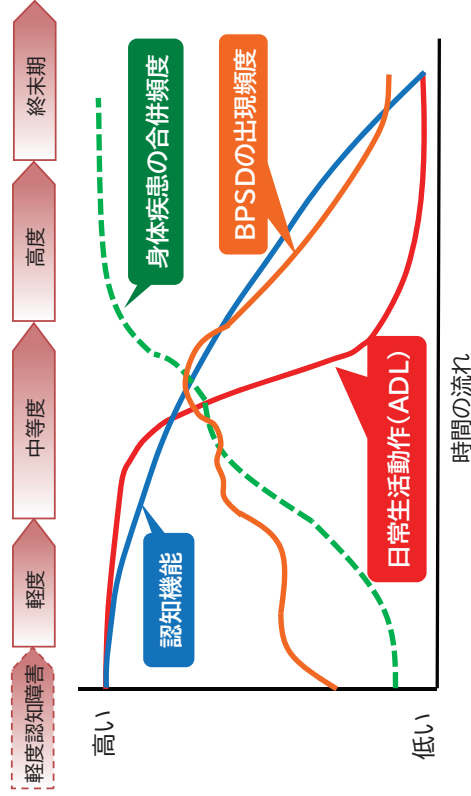
認知症では、脳の器質的変化により、「複雑性注意」「実行機能」「記憶」「知覚・運動」などの認知機能障害が生じ、さらに、この認知機能障害によって、不安や焦燥、興奮、攻撃的言動、幻覚、妄想、多動、繰り返り、歩き回る(徘徊)などの BPSD (行動・心理症状) が引き起こされます。これらの BPSD が、さらに不穏な言動や大声を出す、乱暴な行為などの著明な精神症状としての BPSD として現れます。

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

認知症の経過（変性疾患の場合）

〈知識 9〉

認知症の進行とともに状態は変化する



早期発見・早期対応の意義

〈知識 10〉

- 認知症を呈する疾患のうち可逆性の疾患は、治療を確実に行うことが可能
- 進行性の認知症であっても、より早期からの適切な薬物療法により進行抑制や症状緩和が可能
- 本人が変化に戸惑う期間を短くでき、その後の暮らしに備えるために、自分で判断したり家族と相談できる
- 家族等が適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能になり、病気の進行に合わせたケアや諸サービスの利用によって、認知症である本人の生活の質の維持や家族の介護負担の軽減ができる

〔知識 9〕

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

認知機能の経過は、軽度、中等度、高度と進行するに従い、緩徐に概ね直線的に低下します。日常生活動作(ADL)は、特に基本的日常生活動作(移動、食事、排泄、更衣、保清、入浴など)でみると、軽度の時期には目立った低下を認めませんが、中等度の時期に急速にできないことが増えてきます。

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

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

〔知識 10〕

認知症の原因には、割合は必ずしも多くない(全認知症の5～10%)ですが、可逆性の疾患も多種類存在します。もともと、可逆性といっても、原因疾患が発症後もしばらく放置されてしまうと治療による改善は望めないケースが多いため、早期発見・早期治療が重要となります。

アルツハイマー型認知症であれば、治療薬としてコリンエステラーゼ阻害薬による薬物療法での進行抑制が可能で、治療開始が早いほど効果も出やすいと言われています。行動・心理症状(BPSD)に対しても、限定されるもののコリンエステラーゼ阻害薬の一定の効果が示されています。

また、認知症を早期に発見できれば、本人が病気について理解することもより容易となるといえます。病気に関する程度理解できれば、病気の進行による生活への影響にも予めの準備が可能です。不安も軽減されるでしょう。行動・心理症状(BPSD)にもあまり悩まされずに生活が継続できる可能性が高まります。

早期発見により、家族も適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能となり、実際に病気の進行に合わせて、介護保険サービス等も利用し適切にケアできれば、日常生活の質の維持・向上が期待され、介護負担も軽減できます。また、家族介護者の介護負担に対する心理社会的な介入の効果を検討すれば、早期からの介入あるいはケアマネジメントが好ましいでしょう。

軽度認知障害 MCI

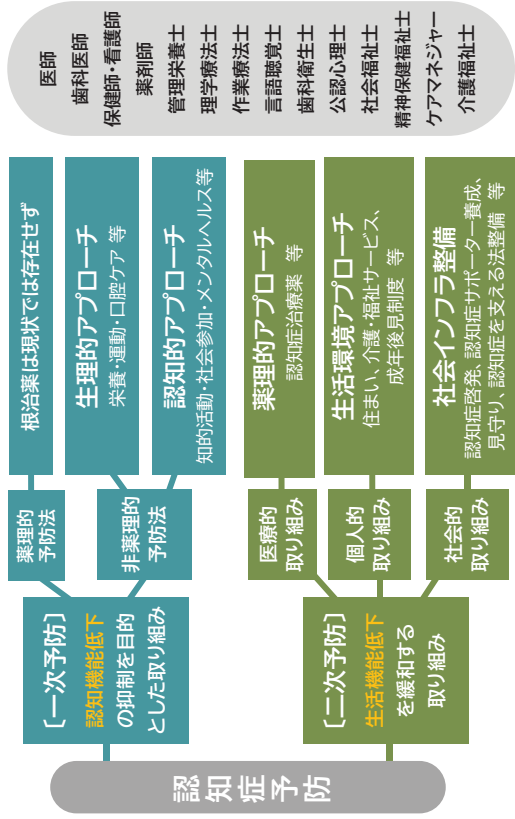
〔知識 11〕



- ◆記憶障害の訴えが本人または家族よりある
- ◆1つ以上の認知機能低下(心理検査)
- ◆日常生活動作は正常→認知症ではない
- ◆日本に500万人(認知症の方と同じ数)はいる

認知症予防＝多職種アプローチ

〔知識 12〕



病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修〔解説〕

〔知識 11〕

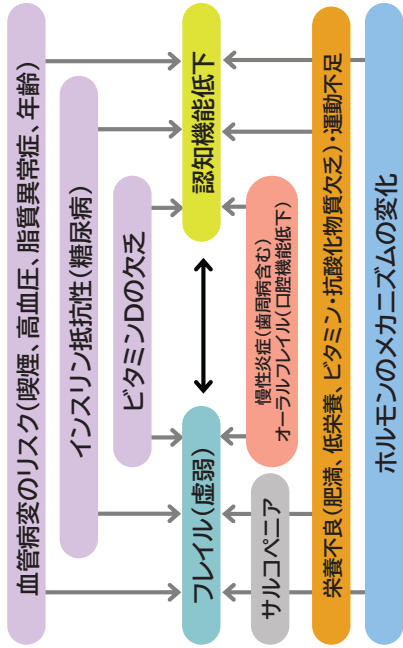
軽度認知障害は、英語では mild cognitive impairment といわれ、MCI と略されます。
記憶障害の訴えが本人または家族よりある、心理検査で示される1つ以上の認知機能の低下、日常生活動作は正常という3項目で診断されます。
日本において、500万人、概ね認知症の方と同じ数はいるとされています。
軽度認知障害と診断された方の経過をみると、1年で10%、5年で40%が認知症に移行するとされる一方、14～44%の方は健康状態に回復するともされています。
認知症と診断された方が健康状態に戻る可能性は少ないですが、軽度認知障害の段階で診断した場合には健康者に回復する可能性があり、認知症の予防の観点から、軽度認知障害の段階で診断し、予防に資する介入を行うことができないか注目されています。

〔知識 12〕

認知症予防においては、さまざまな職種が連携して行う多職種アプローチが必要とされます。
認知症の一次予防を、認知機能低下の抑制を目的とした取り組みとすると、根治できる薬物は現状では存在しないものの、栄養、運動、口腔ケアなどの生理的アプローチ、知的活動、社会参加、メンタルヘルス等の認知的アプローチを統合した、非薬物的予防法が推奨されています。
認知症の二次予防を、生活機能低下を緩和する取り組みとした場合、認知症治療薬といった薬理的アプローチに加え、住まい、介護・福祉サービス、成年後見制度といった生活環境アプローチが含まれます。さらには、認知症啓発、認知症サポーター養成、見守り、認知症を支える法整備などの社会インフラ整備も寄与すると考えられます。

認知症の危険因子

〈知識 13〉



※歯科(口腔)も認知症予防に関係する

(一部改変)

Halil M1, Cemal Kizilarslanoglu M, Emin Kuvumcu M, Yesil Y, Cruz Jentoft AJ. Cognitive aspects of frailty: mechanisms behind the link between frailty and cognitive impairment. J Nutr Health Aging. 2015 Mar;19(3):276-83. doi: 10.1007/s12603-014-0535-z.
Kamer AB1, Pirradia E2, Tsui W2, et al. Periodontal disease associates with higher brain amyloid load in normal elderly. Neurobiol Aging. 2015 Feb;36(2):627-33. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2014.10.038. Epub 2014 Nov 5.

【知識 13】

認知症の危険因子としては、高血圧、糖尿病、肥満、喫煙、アルコール摂取過剰、うつ病、外傷性脳損傷、聴力障害、低教育歴、身体不活動、社会的孤立、大気汚染などが知られています。認知症に最も関連するのは加齢であり、介入可能な因子の関与は全体の 35%であるという報告もありますが、これらの危険因子がある場合、その介入は、認知症の予防に寄与する可能性が十分にあります。

以前より、認知症と血管病変の関連は知られており、喫煙、高血圧、脂質異常症は血管病変のリスクとして、さらに糖尿病はインスリン抵抗性として独立して認知症の発症に関与すると考えられています。一方近年では、認知症の危険因子としてフレイル(虚弱)が同定されてきました。特に認知症では発症より前から体重減少がはじまるとの報告もあり、加齢に伴うホルモンのメカニズムの変化や、栄養不良、運動不足が、サルコペニアやフレイル、オーラルフレイル(口腔機能低下)ばかりでなく、その先の状態としての認知症にも関連すると考えられています。逆に、認知機能低下はフレイルの危険因子ともなるので、フレイルと認知機能低下は相互に関連します。

実践 編

ねらい: 認知症である本人のQOLの向上を図るため、
コミュニケーション、ケア及び多職種連携による
支援の実解を解する

到達目標:

- 認知症である本人の意思を尊重したケアの基本を解できる
- 認知症である本人や家族への支援のポイントを解できる
- BPSDについて解し、その対応について解できる
- 認知症である本人への支援にあたって、多職種連携の意義や方法を解できる

認知症である本人の理解

〈実践 1〉

認知症である本人には 意思も・経験も ある

認知症である本人が体験している世界を理解する

認知症
である
本人

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

認知症である本人の視点を重視したアプローチ

〈実践 2〉

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

認知症である
本人の視点を
施策の中心へ

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

【実践 1】

認知症である本人の多くは記憶障害等の症状があるため、話がすれ違いますが、すべての話がすれ違ってしま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、認知症である本人の話を聞き、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。まずは、本人に聞いてみる、伝えようとしている話の内容を推し量ることです。認知症である本人は状況を把握し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、認知症である本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。どのように思うか聴いてみる、どのようにするか相談してみることが大切です。

【実践 2】

認知症である本人の支援は、単に認知症を治療する、認知症に伴う生活の不便を代替することではありません。認知症である本人が、その人らしく存在していられることを支援し、“分らない人”とせず、自己決定を尊重することが重要です。

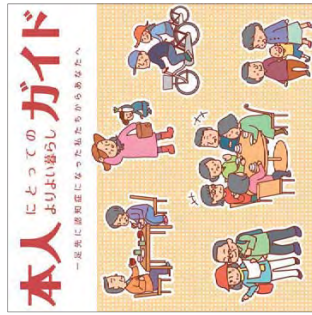
また、家族やケアスタッフの心身状態にも配慮することや、本人の生活歴を知り、生活の継続性を保つことも大切です。地域の医療従事者にも、常に“その”本人の視点を重視したアプローチが求められており、認知症である本人の視点を施策の中心とした取り組みや施策が展開されています。

本人にとってのよりよい暮らしガイド

〈実践 3〉

一足先に認知症になった私たちからあなたへ

診断直後に認知症である本人が手にし、次の一歩を踏み出すことを後押しするよう本人にとって役に立つガイド



＜主な内容＞

1. 一日も早く、スタートを切ろう
2. これからのよりよい日々のために
 - イメージを変えよう！
 - 町に出て、味方や仲間と出会う
 - 何が起きて、何が必要か、自分から話してみよう
 - 自分にとって「大切なこと」をつたえよう
 - のびのびと、ゆる〜く暮らそう
 - できないことは割り切ろう、できることを大事に
 - やりたいことにチャレンジ！ 楽しい日々を
3. あなたの応援団がまちの中にいる
4. わたしの暮らしにこんな風に暮らしています

平成29年度老人保健推進事業
「認知症診断直後等における認知症の人の視点を中心とした支援体制構築推進のための調査研究事業」報告書より

認知症とともに生きる希望宣言

〈実践 4〉

一足先に認知症になった私たちからすべての人たちへ

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

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

〈実践 3〉

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)は、平成 29 年に認知症になった体験をもとに、診断を受けた後に絶望せずに、自分なりによりよい日々を暮らしていくためのヒントをまとめた「本人にとってのよりよい暮らしガイド(通称:本人ガイド)」を作成しました。

「本人ガイド」は、「認知症になったら、何もわからなくなる、何もできなくなる」、「認知症になったら、人生もうおしまい」といった偏見を離れ、「わかること・できること」はたくさんある、「認知症になっても希望を持って一日一日を楽しく暮らしていける」、「認知症になっても支えられる一方になるわけではなく、新しいことを学んだり、やりたいことにチャレンジできる、家族や社会の役に立てる」などのメッセージとそれを実現するための具体的方法が書かれています。

〈実践 4〉

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

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

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

本人の視点を重視した施策の展開

〈実践 5〉

都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、
認知症施策や地域支援体制づくりをより効率的
に展開していくことを支援するためのガイド



意思決定支援の基本原則

〈実践 6〉

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

意思決定能力は本人の個別能力だけではなく、
支援者の支援力によって変化する

〔実践 5〕

「本人の声を起点とした認知症地域支援体制づくりガイド」は、本人の視点重視の考え方を施策の展開において実現していくためのガイドであり、平成 29 年度の老人保健健康増進等事業において制作されました（実施主体：東京都健康長寿医療センター）。

このガイドは、自治体担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体制づくりをよりスムーズに（もっと楽に）、より効率的に（役にたつことを、無駄・無理なく）、展開していくことを応援するために作られたもので、各自治体で具体的に進めていくためのあり方や方策をわかりやすくまとめられています。地域の医療・介護等の拠点としても、このガイドの内容を理解した上で、積極的に関与・協力していくことが期待されています。

〔実践 6〕

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

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

認知症の人の日常生活・社会生活における 意思決定支援ガイドライン

〈実践 7〉

趣 旨

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

基本事項(誰のための・誰による・支援なのか)

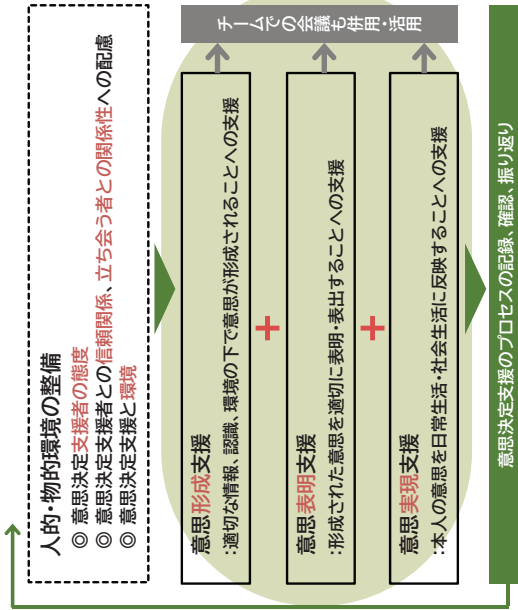
- 認知症の人ための
(認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む)
- 認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による
(意思決定支援者)
- 認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもの
(意思形成支援、意思表明支援、意思実現支援)

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

意思決定支援のプロセス

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

〈実践 8〉



病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修【解説】

〔実践 7〕

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

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

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

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

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

参考

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン「組込型研修」(15 分の動画教材)の視聴
(令和 2 年度 老人保健健康増進等事業「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の普及や活用実態および事前の意思表明のあり方に関する調査研究事業より)

〔実践 8〕

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

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

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

コミュニケーションの特徴と工夫

〈実践 9〉

【認知症の人のコミュニケーションの特徴】

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

【コミュニケーションの工夫】

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

具体的なコミュニケーションの内容

〈実践 10〉

- **もの忘れがあっても充実感を持ち、安心して暮らせるように、できる限りの治療や支援を行う**ことを本人に伝える
- **もの忘れを自覚する辛さを受け止め、残された能力が十分あることを伝える**
- **本人の前での、家族への病状説明は慎重に行う**
- **家庭の中で何らかの役割を持ってもらうこと、社会参加や介護保険サービスの利用をすすめる**
- **身体疾患を早めに見つけて治療をする**

【実践 9】

認知症になって、脳の中の情動の機能は重度になるまでしつかり働いています。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 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 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、自分がどのような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 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。これからのようなことが起こるのかわからないために、不安・焦燥が募ってしまいます。

コミュニケーションの基本は、この 3 つの手がかりをもとに、本人の目線に立って本人の状況に共感し、ねぎらったり、いたわったりするところから始めることです。そこで心がけたい基本原則はケアする側が本人の視界に入る際に声をかけするなど、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つ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、①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、②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。

【実践 10】

認知症である本人に対しては、まず以下のようなコミュニケーションをとります。

まず、もの忘れがあっても充実感を持ち、安心して暮らせるように、できる限りの治療や支援を行うことを本人に伝えます。

もの忘れを自覚する辛さを受け止め、残された能力が十分あることを伝えます。

本人の前での、家族への病状説明は慎重に行い、家族とだけ話をすることは避けた方がよいです。

家庭の中で何らかの役割を持ってもらうこと、社会参加や介護保険サービスの利用をすすめます。

身体疾患を早めに見つけて治療します。症状を訴えられなかったり、病歴を忘れてしまうことで、身体疾患が見逃されやすくなっています。

コミュニケーションにおける視点

〈実践 11〉

1. 本人は強い不安の中にいることを理解して接する
2. より身近な者に対して、認知症の症状がより強く出ることが多いという認識で接する
3. 感情面は保たれているという認識で接する
4. 認知症の症状は基本的に理解可能として接する
5. いつもと様子が違うと感じたら、**身体合併症のチェック**を

病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修【解説】

〔実践 11〕

コミュニケーションをとる際には、以下のことを視点として理解しておくといでしょう。

まず、本人は強い不安の中にいることを理解して接します。

より身近な者に対して、認知症の症状がより強く出ることが多いという認識で接します。これは、医師や医療スタッフの前では取り繕いができるため、医療機関での様子だけでなく、家庭での様子も確認しておく必要があるということです。

感情面は保たれているという認識で接します。認知症の症状は基本的に理解可能として接します。これは、医療スタッフがもし同じ障害をもったらどういう感情をもつか、その結果どういう思考に至るかを推測することで、例えば妄想に基づく発言があったとしても、その症状を理解することができということです。

いつもと様子が違うと感じたら、身体合併症のチェックをします。認知症の方は高齢者が多く、高齢者は多くの疾患を発症する可能性があります。また、認知機能の急激な低下や精神症状（せん妄）をきっかけに身体合併症が診断されることもよくあります。

認知症である本人のケア：心理学的な概念

〈実践 12〉

パーソンセンタードケア

- 認知症の人を1人の人として尊重し、その人の視点や立場に立って理解し、ケアを行おうとする認知症ケア
- 認知症の人の行動や状態を、疾患、性格傾向、生活的、健康状態、心理、社会的背景など多角的な面から捉え理解しようとするもの

バリデーショナル療法

- 認知症の人の虚構の正解を否定せずに感情を共有し、行動の背景や理由を理解しながら関わる手法

ユマニチュード

- 知覚・感覚・言語といった人間が本来からもっているコミュニケーションに基づいた、認知症の人へのケア・コミュニケーション技法

〔実践 12〕

認知症である本人の言動には意味があります。その原因や背景を考えていくための考え方や技法として代表的なものをスライドに挙げています。

認知症である本人に接する医師をはじめとする医療職や介護職等が専門職としての役割を果たすための基礎的な対応力として有効なものである。

良い状態／良くない状態

〈実践 13〉

良い状態のサイン	良くない状態のサイン
◎ 表現できること ◎ ゆったりしていること ◎ 周囲の人に対する思いやり ◎ ユーモア ◎ 創造的な自己表現 ◎ 喜びの表現 ◎ 人に何かをしてあげようとすること ◎ 自分から社会と接触すること ◎ 愛情を示すこと ◎ 自尊心(汚れ、乱れを気にする) ◎ あらゆる種類の感情を表現すること	▲ がっかりしているときにほったらかしにされている状態 ▲ 強度の怒り ▲ 悲しい時にほったらかしにされている状態 ▲ 不安 ▲ 恐怖 ▲ 退屈 ▲ 力のある他人に抵抗することが困難 ▲ 身体的不快感 ▲ 体の緊張、こわばり ▲ 動揺、興奮 ▲ 無関心、無感動 ▲ 引きこもり ▲ 文化的阻害

悪性の社会心理／ポジティブパーソンワーク

〈実践 14〉

悪性の社会心理	ポジティブパーソンワーク
▲ だましたり、あざむくこと ▲ のけものにすること ▲ 能力を使わせないこと ▲ 人扱いしないこと ▲ 子供扱いすること ▲ 無視すること ▲ 怖がらせること ▲ 強制すること ▲ 区別をすること ▲ 後回しにすること ▲ 差別すること ▲ 非難すること ▲ 急がせること ▲ 中断させること ▲ わからうとしないこと ▲ 侮辱すること	◎ 尊重 ◎ 話し合う(相互理解する) ◎ ともに行う ◎ 楽しむ ◎ 感覚を刺激する ◎ 喜び合う ◎ リラックスすること ◎ 共感をもって理解する ◎ 包み込む ◎ 能力を引き出し、なにができるようにするためのサポートを行う ◎ 創造的な活動を促すこと ◎ 認知症の人が人のためになにかをしてあげるようにできること

〔実践 13〕

認知症である本人に対する心理療法の目標は、認知症である本人の QOL の向上にあると考えられます。パーソンセンタードケアでは、このスライドで示されたように、良い状態のサインが多く、良くない状態のサインが少ないことが、認知症である本人の QOL が高い状態と考えています。

認知症である本人への医療スタッフのかかわりが効果的かどうかを判断するのに、その方に良い状態のサインが見られているか、良くない状態のサイン見られているかを連続して記録するという方法も考案されています。

〔実践 14〕

パーソンセンタードケアにおいては、良い状態のサインが増え、良くない状態のサインが減る、言い換えれば認知症である本人の QOL が向上するための具体的なケアの方法が示されています。

スライドに示すように、「悪性の社会心理」をできるだけ減らす、排除し、ポジティブパーソンワークを増やすことが効果的であると考えられています。

ここに示されたポジティブパーソンワークは、認知症である本人のためだけでなく、すべての対人コミュニケーションの基本となりますが、認知症である本人と接する際に、医療スタッフが意識することでケアの質が格段に向上することを、よく覚えておく必要があります。

バリデーションの基本的態度

〈実践 15〉

◆ 傾聴する

「部屋に誰かがいる！」と訴える場合、まず「部屋に誰かがいるのですね」と反復し、「その人はどのような人ですか？どのあたりにいますか？」と質問し、本人の世界を理解する。

◆ 共感する(カリブレーション)・誘導しない(ペースを合わせる)

認知症の方の感情が表れている表情・呼吸のペース・姿勢や歩き方をよく観察し、感情を分かち合うとともにペースを合わせる。

◆ 受容する(強制しない)

認知症の方を現実に戻そうと誘導したり、否定したりせず、「あるがまま」を認めて、ご本人の世界に近づこうと努める。

◆ うそをつかない・ごまかさない

例えば、認知症の方が「家に帰る！」と訴えたとき、嘘をついたり、ごまかしたりせず、本当の主訴をつかもうとする。「帰りたい」と訴える本人の感情にふたをせずに向き合い、信頼関係を築くようにする。

アセスメントの留意点

〈実践 16〉

1. 本人と家族(または付添人)それぞれから聞き取る
2. 本人の身体的および精神的な訴えに耳を傾ける
3. 認知機能の評価をする際に、自尊心を傷つけないように配慮する
4. 本人や家族の「生活障害」にも焦点をあて、情報を収集する
5. ケアマネジャーや訪問看護師などの関係者からも情報を収集する(介護保険利用時)
6. 服薬内容や服薬状況についても情報を収集する

〔実践 15〕

「バリデーション」は高齢者が尊厳を回復し、引きこもりに陥らないよう援助する方法として、1963年にアメリカのソーシャルワーカーであるナオミ・ファイル氏により提案されました。

「バリデーション」では、認知症である本人のマイナスの感情(悲しみ・怒り・怖れ・不安など)にもふたをせず、むしろ表出を促して共感していくことを目指します。また、認知症高齢者の「人生の未解決の課題(やり残したこと・心の傷になっていること・大切な人との死別や離別など)」への奮闘を支援することであるとも表現されています。介護者は、「老年期」という最期の一歩を迎えた認知症の方々の訴えの奥にある奮闘を認め、苦しさに共感して分かち合おうとします。そして、大きな喪失感を抱えた認知症である本人が、自身の人生の意味や存在の価値を確認できるように手助けします。

バリデーションの基本的態度として、「傾聴する」、「共感する」、「誘導しない」、「受容する」、「うそをつかない・ごまかさない」の5つが示されています。

〔実践 16〕

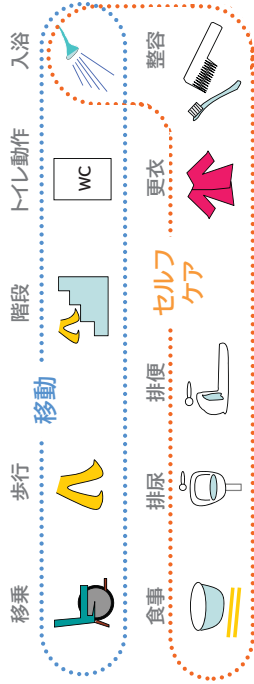
認知症である本人は医療機関や事業所に来ることに納得していない場合や緊張している場合もあります。まずはリラックスした雰囲気を作り出すことが重要です。スライドの項目は、かかりつけ医による認知機能検査を想定するものもありますが、診療所等の拠点の一員として、本人や家族に対する配慮には変わるところはありません。また、次回予約やセルフケアなど、こちらから伝えたいことは、少し時間をかけて会話をした後に、「今から大事なことをお伝えしますね。メモを取りながら構いませんよ」など、聞く準備をしてもらってから、とするのも有効です。顔を合わせたときに、一方的に多くのことを伝えないことが大切です。

また、家族等から在宅での生活(困りごとなど)や服薬の状況、また、介護保険を利用されている場合は、本人や家族の了解を得た上で、ケアマネジャー等からも情報を集めることも有効です。

ADLのアセスメント

〔実践 17〕

●Barthel Index



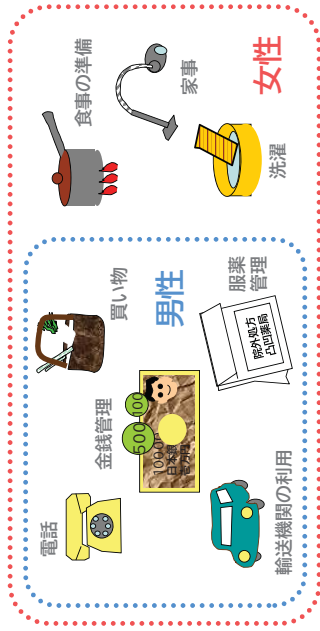
●Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)

- N式老年者用日常生活動作能力評価尺度
- 認知症のための障害評価尺度 (DAD)
- ADCS-ADL (Alzheimer's Disease Cooperative Study-ADL)

IADLのアセスメント

〔実践 18〕

●IADL(Lawton) = 独居機能の評価



- 認知症のための障害評価尺度 (Disability Assessment for Dementia: DAD)

病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修〔解説〕

〔実践 17〕

実際の評価は、バーセルインデックス (Barthel Index; 機能的評価) の 10 項目 100 点満点で行います。総合点は、全般的自立を表しますが、各機能項目の依存評価がより重要です。

バーセルインデックス (Barthel Index; 機能的評価)

1 食事	10： 自立 5： 部分介助 (例えば、お粥や味噌汁のみ)	0： 全介助
2 車椅子から ベッドへの移動	15： 自立 10： 軽度の部分介助または監視	5： 座ることは可能であるがほぼ全介助 0： 全介助または不可能
3 整容	5： 自立 (洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) 0： 部分介助または不可能	
4 トイレ動作	10： 自立、衣服の操作、後始末を含む 5： 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	0： 全介助または不可能
5 入浴	5： 自立 0： 部分介助または不可能	
6 歩行	15： 45m 以上の歩行 10： 45m 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	5： 歩行不能の場合、車椅子にて 45m 以上の操作可 0： 上記以外
7 階段昇降	10： 自立 5： 介助または監視を要する	0： 不能
8 着替え	10： 自立 5： 部分介助、半分以上は自分で行える	0： 上記以外
9 排便 コントロール	10： 失禁なし 5： ときに失禁あり、介助を要する	0： 上記以外
10 排尿 コントロール	10： 失禁なし 5： ときに失禁あり介助を要する	0： 上記以外

〔実践 18〕

IADL (手段的日常生活動作) は 1960 年代に Lawton らによって提唱された概念で、再現性、検査間の一致などの基礎的検証がなされました。項目は電話、買い物、食事の準備、家事、洗濯、輸送機関の利用、服薬管理、金銭管理の 8 項目です。

8 点満点で評価しますが、男性は食事の準備、家事、洗濯は判定項目から除外され、5 点満点となっています。現在では、女性の社会進出によって、家事を応分に負担する男性も増え、独居高齢者の場合、性差を問う必要もないとの考えもみられます。全体として独居機能をみているものとされています。

重症度のアセスメント(FAST)

〈実践 19〉

アルツハイマー型認知症の場合	
認知症の程度	
1. 正常	
2. 年齢相応	物の置き忘れなど
3. 境界状態	熟練を要する仕事の場面では、機能低下が同僚によって認められる。 新しい場所に旅行することは困難。
4. 軽度	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。
5. 中等度	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。 入浴させるときにもなんとか、なだめずかして説得することが必要なこともある。
6. やや高度	不適切な着衣。入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。 トイレの水を流せなくなる。失禁。
7. 高度	最大約6語に限定された言語機能の低下。 理解しうる語彙はただ1つの単語となる。歩行能力の喪失。 着座能力の喪失。笑う能力の喪失。昏迷および昏睡。

Reisberg B et al: Functional staging of dementia of the Alzheimer type.
Ann NY Acad Sci 1984; 435: 481-483

BPSDのアセスメント

〈実践 20〉

NPI(Neuropsychiatric Inventory)

妄想	興奮	脱抑制
幻覚	易刺激性	異常行動
うつ	多幸	夜間行動
不安	無関心	食行動

症状の頻度×重症度

- 36 -

病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修【解説】

【実践 19】

アルツハイマー型認知症の重症度について、Functional Assessment Staging (FAST) のスケールを示します。

スライドのように病期を7段階に分類しており、この病期は認知症の重症度と対応しています。旅行や買い物、運転といった日常生活の具体的な状態が指標・基準として示されていて、行動面から観察し評価できることが特徴です。そのため正確な評価のためには介護者からの情報が必要となる場合もあります。

出典

Reisberg B et al. Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci.1984;435:481-483.

【実践 20】

BPSD(認知症の行動・心理症状)は、認知機能障害を基盤に、身体的要因、環境的要因、心理的要因などの影響を受けて出現する、行動面の症状と心理症状です。活動亢進が関わる症状(焦燥性興奮、易刺激性、脱抑制、異常行動、暴言・暴力、徘徊)、精神病様症状(幻覚・妄想、夜間行動異常)、感情障害が関わる症状(不安、抑うつ)、アパシーが関わる症状(自発性や意欲の低下、情緒の欠如、不活発、周囲への興味の欠如)の4つに分類する考え方もあります。

NPI(Neuropsychiatric Inventory) は認知症における行動・心理症状(BPSD)を測定する検査として、認知症である本人の BPSD の頻度と重症度および介護者の負担度を数値化することができ神経心理検査です。1994 年に Cummings らによって確立され、1997 年に博野信次によって日本語版 NPI が標準化されました。

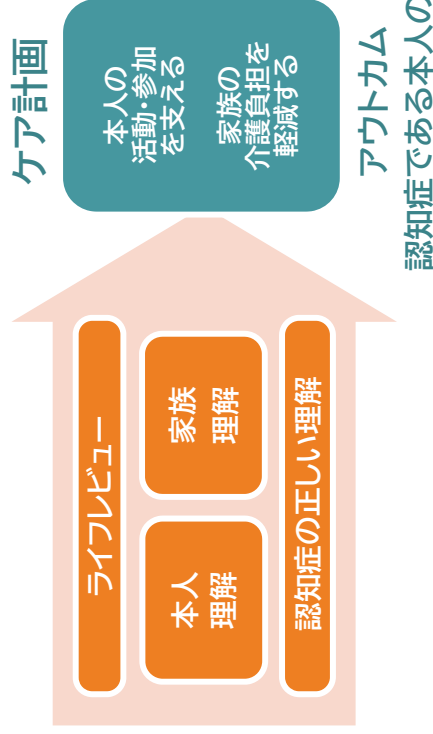
「妄想」、「幻覚」、「興奮」、「うつ」、「不安」、「多幸」、「無関心」、「脱抑制」、「易怒性」、「異常行動」、「夜間行動」、「食行動」の計 12 項目で構成されています。特徴としては、それぞれの症状の頻度と重症度からスコアを計算し、介入前後で測定すれば、効果の判定が行えることです。

- 37 -

ケアのためのアセスメント

〈実践 21〉

アセスメントからケアの方向性を決める



病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修【解説】

【実践 21】

認知症である本人やそのご家族を支えるためには、まず深いアセスメントを行います。認知症の正しい理解を基盤に、本人、家族に対してそれぞれインタビューを行い、本人、家族の人となりをよく理解します。認知症ケアの目的は、認知症である本人の尊厳を守ることです。そのためには、本人の活動・参加を支えるための視点と、家族の介護負担を軽減する視点を統合した計画を作成します。

パーソンセンタードモデル

〈実践 22〉



【実践 22】

認知症である本人の情報からアセスメントし支援につなげることが重要となります。認知症という疾患の情報に焦点をあて、本人を理解・対応していく、いわゆる“医学モデル”でのアプローチから、認知症である本人を尊重し、その人の立場に立って、疾患だけでなく、様々な面から理解を試みてケア・支援を実践していく、“パーソンセンタードモデル”による全人的視点でのアプローチが適しているとされています。

認知症である本人の状態や行動は、疾患によってのみもたらされているのではなく、他の要素との相互作用によるものと考えていくものです。具体的には、スライドにあるような、5つの要素、疾患としての把握である「①脳神経細胞の変化」の他、その人の「②性格傾向・行動パターン」、育った環境や職歴などの「③生活史」、現在の体調等の「④健康状態・感覚機能」、そしてその人を取り囲む「⑤周囲の人との関係」です。疾患だけでなく、これらの要素にも視野を広げて認知症である本人を理解することで、接し方・対応の仕方も変わってくるのです。

事例

〈実践 23〉

Aさん 80代女性 アルツハイマー型認知症がある。
うつ血性心不全があり、入院した時にはせん妄が見られた。

家族構成は、娘夫婦、孫1人、4人暮らし。

家族と食事をするが、娘の顔を見て、誰なのかわからなくなつた。自宅ではないと思い、「家に帰ります」と家からどこかに出かけようとする行動が見られ、家族はどうしたら良いのかわからないため困っていた。

病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修【解説】

【実践 23】

この事例について、パーソンセンタードモデルを用いてアセスメントしてみましょう。まずは、認知症である本人の視点に立って、考えてみましょう。

5つの要素によるアセスメント

〈実践 24〉

項目	情報	アセスメント
① 脳神経細胞の変化	娘の顔を見て誰なのかわからない	中核症状である失認があるため中等度～重度認知症が考えられる。
② 性格傾向・行動パターン	優しい。心配性。自宅に居て、「家に帰ります」という言葉と行動が見られた。	周囲の自分に向けられる視線が気になる、自宅に居ても違和感があることが考えられる。
③ 生活史	子どもが小さい頃は一緒に遊ぶことがあった。	子どもの成長を嬉しく思う気持ち鮮明であることから、長期記憶が保たれている。
④ 健康状態・感覚機能	うつ血性心不全の治療のため通院・入院を繰り返す。	入院という環境の変化があり、せん妄が起きた可能性がある。
⑤ 周囲の人との関係	家族は母親との生活に疲れた表情を浮かべている。家族で食事をしている時は落ち着きがない。	家族の表情を敏感に感じ取り、心地よい自分の居場所がないため、落ち着かない行動がみられていることが考えられる。

【実践 24】

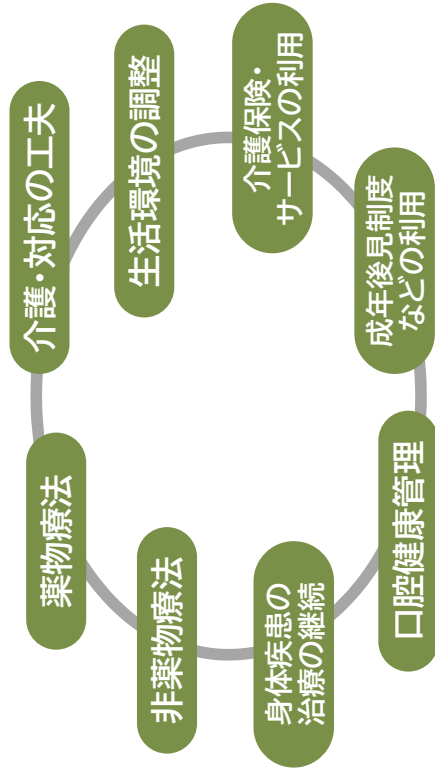
パーソンセンタードモデルを用いたアセスメントの 1 例になります。5つの要素が項目に示されています。事例のなかの情報を各要素・視点から整理し、この情報から認知症である本人の状態や様子をどう判断したのか書かれているのが、アセスメントになります。認知症という疾患に着目するのではなく、どのような原因・理由で現在の症状・状態となっているのか(と考えられるか)を事実(情報)から判断した内容を右欄に示しています。アセスメントした内容から、本人の症状の個別性に合わせた具体的な接し方・関わり方が考えられます。

事例では、環境の変化から入院中のせん妄が見られ、退院後には、入院をきっかけに認知症の症状が進行した可能性があります。その症状に家族がどうしたらよいのか悩み、本人は家族の自分を見る目が変わったことに傷つき、辛いが言葉では表現できないことが要因となって、BPSDの1つである徘徊のような行動が見られていたことが考えられます。

このような状況の時、医療者側から必要と思うケアを一方的に伝えるのではなく、本人が自立して継続できるケアを“どうわかりやすく医療者が表現できるのか”、などを考えていくことがポイントとなります。

認知症のマネジメント

〈実践 25〉



病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修【解説】

〔実践 25〕

認知症である本人とその家族を担当した場合には、医療スタッフはここに示すように、本人に対しては、認知症の薬物療法や非薬物療法、身体疾患の治療継続、口腔健康管理を提案することに加えて、家族に対しては、介護・対応の工夫、生活環境の調整、介護保険・サービスの利用、成年後見制度などの利用について情報提供します。

薬物療法では、認知症の原因疾患ごとに進行抑制効果のある薬物を選択して投与したり、BPSD に対して向精神薬を投与する場合があります。

非薬物療法では、主に介護保険サービス（通所・訪問リハビリテーションなど）として提供されるため、まずは要介護認定を受けるよう情報提供します。

身体疾患の治療継続では、認知症の発症に伴い、服薬管理能力の低下が予測されますので、服薬しやすい飲み方の検討（1 日 3 回→1 日 1 回、内服薬→貼付薬）や、服薬支援体制の構築が図られます。さらに、自ら症状を訴えることが難しくなるため、症状出現の有無の見守り体制の構築、薬物副作用出現時の対応方法を事前に情報共有、定期的に健康診断を計画することなどが勧められます。

〔実践 26〕

これまで認知症医療は早期発見と治療導入が中心とされてきました。しかし、このような取り組みだけでは、認知症と診断された後の本人や家族の心理的ダメージや将来に対する不安を緩和する対応が不十分であることが指摘されています。また、初期には支援の必要性が理解されず、十分な支援を受けられない空白の期間があるとも言われています。

この空白期間には、社会的孤立、生活の質の低下、認知症の進行など、様々なマイナスの可能性があり、診断された後の十分なサポートが求められています。認知症である本人や家族を支える地域の「拠点」として、認知症である本人の自立生活・社会参加に伴走する支援を行うことがとても重要です。

診断後のサポートのあり方

〈実践 26〉

～診断後の当事者や家族の不安～

『診断名を告げられ、薬を処方されるだけだった』
 『これからの変化や症状についての説明がなかった』
 『サポート体制や具体的な対応の情報が入らなかった』
 『何の支援も得られない空白の期間があった』

- 早期診断と治療導入の取り組みだけでは不十分
- 本人と家族の受ける心理的打撃や将来への不安を緩和することが重要
- 認知症対応力の向上と本人や介護者の話をしっかりと聴くことが不可欠

認知症である本人の自立生活・社会参加に伴走する支援

家族・介護者への支援

〈実践 27〉

● 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

チームアプローチの意義

〈実践 28〉

- ◆ 周囲の人、職場、家族の受け止め方、すなわち許容や理解の程度により、さらには対応スキルのレベルにより、問題の大きさや負担の度合いが変わってくる。
- ◆ 認知症である本人とかわかる家族や職員、家やケアの現場を閉塞的にしないこと、孤立させないこと。つながりにより精神的に支えられ、「こんな考えの人もいるんだ」と認知症に対する受け止め方が変わり、さらには対応のヒントが得られる。

チャレンジング行動から認知症の人の世界を理解する, イアン・アン・ドリュエー・ジェームズ著, 山中克夫監訳, 星和書店

病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修【解説】

〔実践 27〕

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

介護者が家族の場合は、今までの家族形態・機能が、どのように変化し、それにより新たに生じた役割を無理なく担い、乗り換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過去の経験が役立つかも知れません。

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

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

〔実践 28〕

認知症のケアにおいてはチームアプローチが有効であり、意識することが大切です。

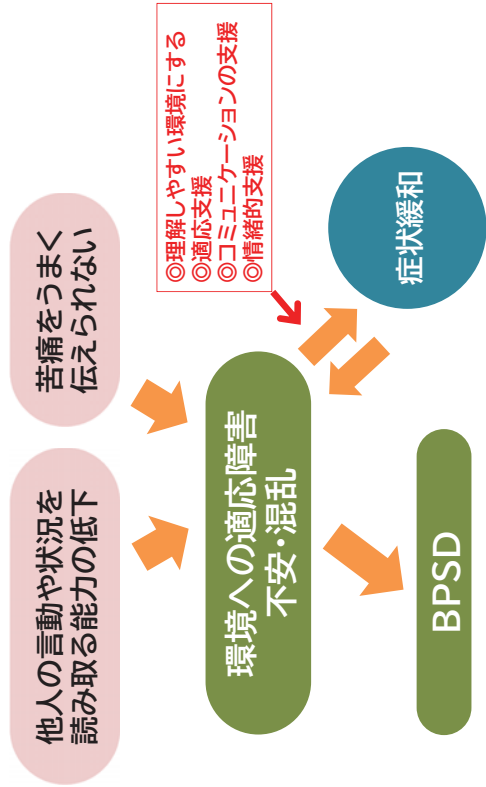
そもそも、認知症のケアにおいては、周囲の人、職場、家族の受け止め方、すなわち許容や理解の程度により、さらには対応スキルのレベルにより、問題の大きさや負担の度合いが変わってきます。ある介護者にとっては、認知症の症状に対応することは強い苦痛を伴うと感じる一方で、別な介護者にとっては全く苦痛がないということがあり得るのです。

ですから、認知症である本人とかわかる家族や職員、家やケアの現場を閉塞的にしないこと、孤立させないことが大切です。強い苦痛を感じている介護者も、つながりにより精神的に支えられ、「こんな考えの人もいるんだ」と認知症に対する受け止め方が変わり、さらには対応のヒントが得られると、その苦痛は緩和されます。

認知症である本人の家族や介護者に対して、認知症カフェ、家族の会、家族介護教室などを紹介することは、このような視点から勧められます。

BPSDが発生する背景

〔実践 29〕



BPSDの原因となりうる直前の状況

〔実践 30〕

- ◆ 場所
- ◆ 時間
- ◆ 周囲の人やかかわり方
- ◆ 活動
- ◆ 環境:音、温度、湿度、照度
- ◆ 体調:痛み、疲労、不快、空腹、睡眠、排泄
- ◆ 薬

〔実践 29〕

認知症である本人は、認知機能低下を背景に、他人の言動や状況を読み取る能力が低下し、また、苦痛をうまく伝えられません。その結果、環境にうまく適応できず、不安や混乱が生じます。認知症である本人の訴えに耳を傾けるとときには、その背景にある心理（感情や思考）を推測することが必要であり、言葉をその通りに受けて止めることは、必ずしも適切ではない場合があることに留意が必要です。例えば、家に帰りたいと訴えるときは、そのまま、ある住所のある住宅に帰りたいといわねばなく、「なんとなく現在の環境になじめない」、「古き良き時代に帰りたい」という心理を、家に帰りたいと訴える場合があります。

不安や困難のさなかになる認知症である本人に対して、理解しやすい環境を与えて、適応やコミュニケーションを支援し、さらには情緒的な支援が適切に行われると、本人は安心して情緒も安定します。一方、これらの支援が適切に行われないと、不安や混乱が悪化し、BPSD の発症に結び付きます。

〔実践 30〕

BPSD のケアを考える際には、まず BPSD の原因となりうる直前の状況を評価します。

具体的には、場所、時間、周囲の人や関わり方、活動、音、温度、湿度、照度などの環境、痛み、疲労、不快、空腹、睡眠、排泄などの体調、そして服用中の薬物です。

BPSD対応の基本

〈実践 31〉

- ◆ 非薬物的アプローチを優先する
- ◆ 医療と連携する：薬物療法や入院治療の検討
- ◆ 社会資源を活用する：デイサービスなどの導入
- ◆ 予防的支援を行う：非薬物療法
 - ① ストレスの少ないかわり方をする
 - ② 日頃から本人が活動に参加
- ◆ 介護者への専門的な研修はBPSDの改善に効果あり

チャレンジング行動から認知症の人の世界を理解する, イアン・アン・ドリュエ・ジェームズ著, 山中克夫監訳, 星和書店

認知症の非薬物療法とは

〈実践 32〉

- ◆ 運動療法
- ◆ 音楽療法
- ◆ 回想法
- ◆ 認知機能訓練・認知刺激・認知リハビリテーション
- ◆ 作業療法・日常生活動作訓練
- ◆ 栄養療法
- ◆ コミュニケーションや感覚器への介入：補聴器など
- ◆ 生活リズムアプローチ
- ◆ 介護ロボット

病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修【解説】

〔実践 31〕

BPSD の対応は、非薬物的アプローチを優先する、薬物療法や入院治療の検討など医療と連携する、デイサービスの導入など社会資源を活用するのが基本です。

BPSD の予防的支援も大切で、これは普段から非薬物療法を行うということなのですが、ストレスの少ないかわり方をする、日頃から認知症である本人に活動に参加してもらったものとなります。

また、介護者への専門的な研修は BPSD の改善に効果があることも知られていますので、介護者へのアプローチも行います。

〔実践 32〕

認知症の非薬物療法としては、運動療法、音楽療法、回想法、認知機能訓練・認知刺激・認知リハビリテーション、作業療法・日常生活動作訓練、栄養療法、コミュニケーションや感覚器への介入：補聴器など、生活リズムアプローチ、介護ロボットなどが知られています。

認知刺激などの認知機能に働きかける非薬物療法は、認知症の認知機能障害に対する効果があります。運動療法は日常生活動作の改善に、音楽療法は BPSD に対する効果がある可能性が示されています。

多面的な介入で、日常生活動作 ADL や生活の質 QOL、行動や気分状態の改善が得られることが示されており、認知症である本人の状態や趣向に合わせて、複数の非薬物療法を組み合わせで提供することが推奨されます。認知症である本人にとって「快刺激」となる非薬物療法が効果的であると考えられます。

運動療法

〈実践 33〉

- ◆ **運動療法**は、関節機能の改善、筋力の増強、全身耐久性の向上、動作の改善、転倒予防、痛みの緩和だけでなく、実行機能や視空間認知などの認知機能の改善にも効果がある

プログラムの例…

- 散歩する、ボールを転がすなどのレクリエーション要素を取り入れた活動の中で、自動的に身体を動かす
- 音楽を流したり、リズムをとったり、風船を使うなどして、身体を動かしやすいきくかけを作る
- コミュニケーションがとりづらい、指示が入りにくい、といった症状が見られる場合には、対象者の身体を直接的に誘導して運動を促すこともある

音楽療法

〈実践 34〉

- ◆ **音楽療法**には、不安や痛みの軽減、精神的な安定、自発性・活動性の促進、身体の運動性の向上、表情や感情の表出、コミュニケーションの支援、脳の活性化、リラクゼーションなどの効果がある

プログラムの例…

- 挨拶や季節の話題など、導入を行う
- 誰もが知っている定番の曲や季節の曲をピアノの伴奏に合わせて歌う
- 音楽に合わせて手拍子をうったり、体操をしたり、楽器を鳴らしたり、体を動かす
- ゆったりとした曲を鑑賞してクールダウンする

病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修【解説】

〔実践 33〕

運動療法は、関節機能の改善、筋力の増強、全身耐久性の向上、動作の改善、転倒予防、痛みの緩和だけでなく、実行機能や視空間認知などの認知機能の改善にも効果があるとされています。

プログラムの例としては、散歩する、ボールを転がすなどのレクリエーション要素を取り入れた活動の中で、自動的に身体を動かす。音楽を流したり、リズムをとったり、風船を使うなどして、身体を動かしやすいきくかけを作る、といったことが推奨されています。また、コミュニケーションがとりづらい、指示が入りにくいといった症状が見られる場合には、対象者の身体を直接的に誘導して運動を促すこともあります。

〔実践 34〕

音楽療法には、不安や痛みの軽減、精神的な安定、自発性・活動性の促進、身体の運動性の向上、表情や感情の表出、コミュニケーションの支援、脳の活性化、リラクゼーションなどの効果があるといわれています。

プログラムの例ですが、まず挨拶や季節の話題など、導入を行います。誰もが知っている定番の曲や季節の曲をピアノの伴奏に合わせて歌います。音楽に合わせて手拍子をうったり、体操をしたり、楽器を鳴らしたり、身体を動かします。最後はゆったりとした曲を鑑賞してクールダウンします。

回想法

〈実践 35〉

- ◆ **回想法**とは、昔の懐かしい写真や音楽、昔使っていた馴染み深い家庭用品などを見たり、触れたりしながら、昔の経験や思い出を語り合う一種の心理療法
- ◆ 認知症である本人は、最近の記憶を保つことは困難だが、昔の記憶は保持されている
- ◆ 効果として、情動機能の回復、意欲の向上、集中力の増大、社会的交流の促進、支持的・共感的な対人関係の形成、他者への関心の増大などがあがっており、認知症の進行予防に役立つ

回想法の実践方法 …

マンツーマンで行う“個人回想法”と、6～8名で行う“グループ回想法”がある

認知機能訓練・認知刺激・認知リハビリテーション

〈実践 36〉

- ◆ **認知機能訓練**
記憶、注意、問題解決など、認知機能の特定の領域に焦点をあて、個々の機能レベルに合わせた課題を、紙面やコンピュータを用いて行う。個人療法とグループ療法がある。
- ◆ **認知刺激**
認知機能や社会機能の全般的な強化を目的に、通常はグループにて、活動やディスカッションなどを行う。集団リアリテイオリエンテーション(正しい見当識等の情報を繰り返し教示)も含まれる。
- ◆ **認知リハビリテーション**
個別のゴール設定を行い、その目標に向けて戦略的に、セラピストが本人や家族に対して個人療法を行う。日常生活機能の改善に主眼が置かれ、障害された機能を補う方法を確認する。

病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修 [解説]

〔実践 35〕

回想法とは、昔の懐かしい写真や音楽、昔使っていた馴染み深い家庭用品などを見たり、触れたりしながら、昔の経験や思い出を語り合う一種の心理療法です。認知症である本人は、最近の記憶を保つことは困難ですが、昔の記憶は保持されていることが知られています。

回想法の効果として、情動機能の回復、意欲の向上、集中力の増大、社会的交流の促進、支持的・共感的な対人関係の形成、他者への関心の増大などがあがっており、認知症の進行予防に役立つのではないかと考えられています。

マンツーマンで行う“個人回想法”と、6～8名で行う“グループ回想法”があります。

〔実践 36〕

認知機能に直接働きかける非薬物療法についてまとめます。

認知機能訓練は、記憶、注意、問題解決など、認知機能の特定の領域に焦点をあて、個々の機能レベルに合わせた課題を、紙面やコンピュータを用いて行うものです。個人療法とグループ療法があります。

認知刺激は、認知機能や社会機能の全般的な強化を目的に、通常はグループにて、活動やディスカッションなどを行うものです。集団リアリテイオリエンテーション(正しい見当識等の情報を繰り返し教示)も含まれます。

認知リハビリテーションは、個別のゴール設定を行い、その目標に向けて戦略的に、セラピストが本人や家族に対して個人療法を行うものです。日常生活機能の改善に主眼が置かれ、障害された機能を補う方法を確認します。

非薬物療法は行動・心理症状を予防

〈実践 37〉

- ◆ 認知症である本人は、失敗体験の連続や動作の困難さに伴い**漠然とした病感（不安感や喪失感）**があり、徐々に**自信を失う**とともに**意欲や活動性が低下**する
- ◆ しかし、昔取った杵柄といったような**手続き記憶を基にした動作や、若いときに習得した意味記憶は比較的保たれる**
- ◆ 周囲の資源（物理的・人的環境や社会制度）を活用することで、認知症である本人の**現在ある能力や、ポジティブな面**を最大限引き出すことが、認知症の介護や非薬物療法に求められている＝**できることをやって楽しむ**

山口智晴、山口晴保、アルツハイマー病の非薬物療法、日老医誌 2012;49:437-441 から一部改変

〔実践 37〕

認知症である本人は、失敗体験の連続や動作の困難さに伴い、不安感や喪失感といった漠然とした病感があり、徐々に自信を失うとともに意欲や活動性が低下します。

しかし、昔取った杵柄といったような手続き記憶を基にした動作や、若いときに習得した意味記憶は比較的保たれます。

物理的・人的環境や社会制度など周囲の資源を活用することで、認知症である本人の現在ある能力や、ポジティブな面を最大限引き出すことが、認知症の介護や非薬物療法に求められています。できることをやって楽しむと言え換えることができます。

このような非薬物療法が認知症である本人に行われた場合に、BPSD が予防されることが知られています。

〈実践 38〉

〔動画⑥〕

気づく、支える、つなげる
～専門職の気づきから多職種連携へ～

〔実践 38〕

動画⑥ 気づく、支える、つなげる ～専門職の気づきから多職種連携へ～

連携とは

〈実践 39〉

- ◆ 「共有化された目的を持つ複数の人及び機関(非専門職も含む)が、単独では解決できない課題に対して、主体的に協力関係を構築して、目的達成に向けて取り組む相互関係の過程」
- ◆ 「連携」の展開過程には、連携する相手に対する評価や失望など「認識」レベルのものと、打ち合わせや助言などの「行為」レベルのものが含まれ、以下の7段階の過程を経る

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

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

病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修【解説】

【実践 39】

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

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

具体的な連携の展開プロセスはスライドの①～⑦の7段階を経るとされます。

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

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

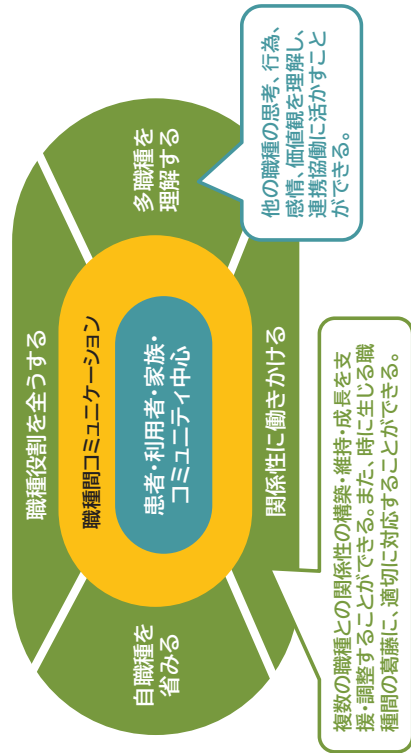
出典

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

多職種協働に必要な専門職個人の協働的能力

〈実践 40〉

〈〈 協働的能力の全体像 〉〉

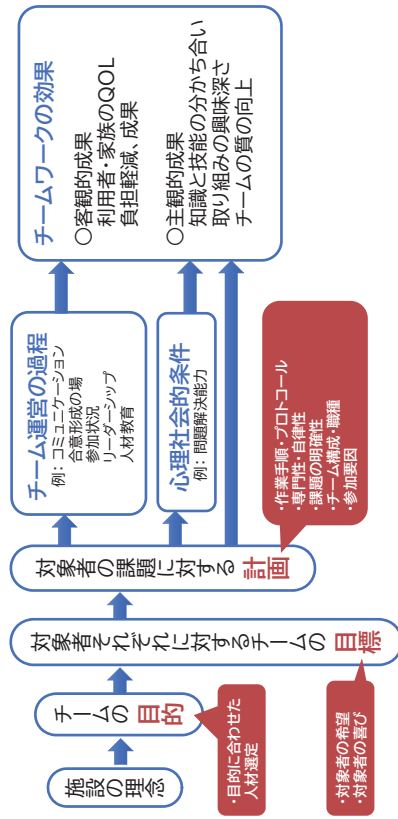


多職種連携コンピテンシー開発チーム：医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー-Interprofessional Competency in Japan, 「文部科学省未来医療研究人材養成拠点形成事業」リサーチマインドを持った総合診療医の養成」選定事業 筑波大学「次世代の地域医療を担うリーダー」の養成, 2015 年一部改変

多職種連携の効果をもたらす要因

〈実践 41〉

チームワークの効果をもたらす要因の関係



目的を共有し共通認識を持つことが、多角的な視点を収束しやすくする

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

〔実践 40〕

多職種連携を行う際に、専門職が自分の専門領域にのみ興味を持って、専門領域にのみ取り組んでいるだけでは、協働として不十分です。

専門職が専門職として多職種連携の中で調和して業務を行う能力の全体像はスライドのように示されます。認知症である本人や家族の課題を中心に据え、共通の目標を設定し、職種間コミュニケーションをとって連携することは、外殻の 4 つのコアドメインに支えられている、という概念図です。

専門職たる「個」が、他の職種の価値観を理解し、連携協働に活かすことができ、複数の職種と関係性を構築し職種間葛藤に適切に対応し、調和を図る協働的能力が必要とされます。

関係性に働きかける能力は、自分も含んだ複数の職種の関係構築から、その後の維持・成長の支援・調整など、時間軸を追って全ての関係性に働きかけ、チームや組織全体がより良くなるように他職種に働きかける能力も含まれます。

同じ地域で働く多職種・多事業所の各専門職は、この協働的能力を備え、発揮することが求められています。我々が支援していく認知症である本人や家族を中心とした、地域のチームの一員として、他の職種の専門性を理解し、関係性を構築し、実務の調整を行い、冷静に協働的能力を向上させていくことが重要です。

〔実践 41〕

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

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

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

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

多事業所間連携とは

〈実践 42〉

多事業所間連携とは、サービス内容の異なる複数の事業所が認知症である本人により良いサービスを提供するために、目的・目標を共有したうえで協働し達成する過程

多事業所間連携の実践

- ① 協働する複数の事業所があることを認識する
- ② 相手の事業所に連絡をする。また、連絡されたら返事をする
- ③ 自事業所の役割を明確にしたうえで相手の事業所を知る
- ④ 自事業所のサービスの過不足を評価し適正化する
- ⑤ 協働する事業所と、目的と目標、情報の共有を行う
- ⑥ 同じ目的と目標に向かって、自事業所の業務を修正して協力する
- ⑦ 相手の事業所の役割を理解し信頼する
- ⑧ 目的・目標を達成するために事業所間で相互に助け合う
- ⑨ 事業所間で時間と場所を共有し、課題解決に向けて協働する
- ⑩ 複数の事業所が一つの組織のように機能する

千葉大学大学院看護学研究科附属専門職連携教育センター、IPWマネジメント研修理論編資料を参考に作成

多職種カンファレンス開催の要点

〈実践 43〉

- ◎ **開催までに、これまでの暮らしの情報、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**
- ◎ **経過を踏まえて、これからの生活に活かす情報を共有する**
- ◎ **本人と家族の希望を聞く：優先順位の確認**
- ◎ **多職種それぞれが専門的アセスメント内容を説明し、全員が情報を共有する。説明の際は専門用語は分かりやすく解説する**
- ◎ **目標と計画(短期的目標と中長期的目標)を検討する**
- ◎ **家族の社会的状況を勘案し、今後の支援体制を構築する**
- ◎ **各自の具体的な役割を確認する**
- ◎ **具体的な実施方法を検討する**

〈実践 42〉

地域の診療所や歯科医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等で勤務する多職種が、認知症である本人やその家族の在宅生活を支援する場合、その連携は「多事業所間」で行われるものでもあることを意識することが大切です。

スライドにある多事業所間連携の実践は、いずれも専門職としての多職種連携の要素を「事業所単位」に当てはめたポイントです。自分が所属する事業所の地域における役割を踏まえて、自身自身がその役割を担う「事業所の一員」としての自覚をもつことが大切です。そして、関係する多事業所が一つのチームとなって協働し、認知症である本人やその家族へのより良い支援を共に考えていくことが重要です。

そのためには、所属する事業所内における専門職としての自分の役割を認識し、医師や歯科医師を含めた多職種間での情報共有や役割分担といった事業所内での取り組みが不可欠であって、地域における多事業所間連携の基礎になっているといえます。

〈実践 43〉

多職種カンファレンスは、認知症である本人と家族の希望を聞き、各専門職がその希望や個々に収集した情報を共有する貴重な機会です。〔実践 6～8〕意思決定支援も参照)

地域で暮らす認知症の本人と家族に多職種・多事業所で支援しているときには、関わる多職種で行うカンファレンスが重要な役割を果たします。ケアマネジャーを中心として開催されるサピス担当者会議などがその例です。

一方で、予定を合わせてカンファレンスを頻繁に開催することは難しいものです。そのためにも、開催にあたって事前の情報整理(提供する情報や、提供を依頼する情報を明確化し、連絡しておく)を行い、専門性の異なる他の専門職に分かりやすい言葉で情報伝達することが大切です。

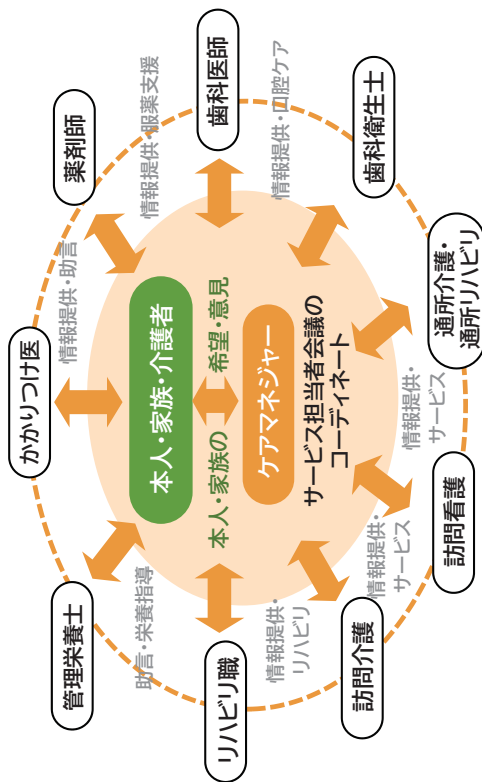
多職種・多事業所でのカンファレンスを、自分にとっても事業所にとってもメリットの多い機会ととらえ、日常的な連携の基礎とすることが重要です。こういった機会を持つことで、認知症である本人や家族の在宅での日常生活を支援する、という共通の目的にたつた目標と計画、さらに、それぞれの職種・事業所の役割を相互に理解し、各専門職・各事業所の具体的な役割を確認することができま

す。また、入院・入所時など病院・施設等との連携においても、認知症である本人のケアや生活が分断されないスムーズな移行のために、地域での多職種カンファレンスにおける整理された情報がとても役立ちます。退院時カンファレンスでは、病院という特殊な状況下におかれた時の認知症である本人の様子を伺うとともに、検査などの情報を受け取り、在宅生活の再出発として、収集した情報を基にアセスメントと計画立案、そして実践を繰り返すことが必要です。

ケアマネジャーと多職種連携

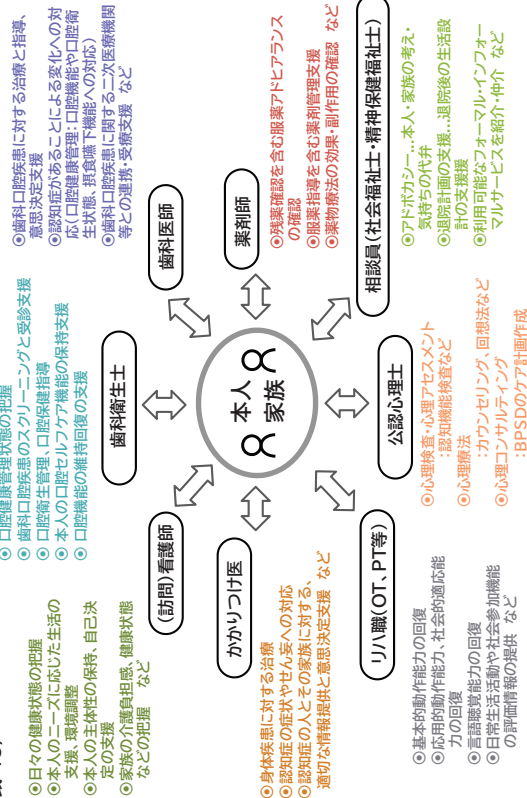
〔実践 44〕

サービス担当者会議での情報共有と多職種の協働が重要



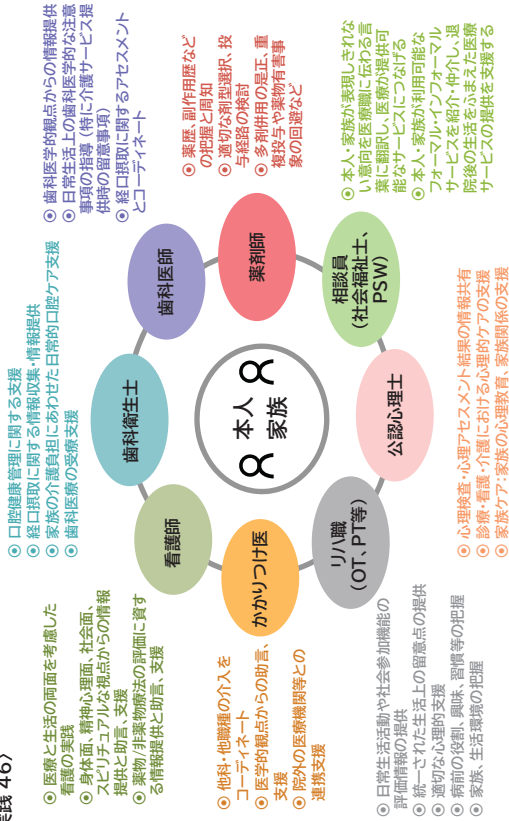
地域の多職種の役割

〔実践 45〕



多職種連携における役割

〈実践 46〉



多職種(多事業所間)連携のメリット

〈実践 47〉

- ◎ チームで臨む目標が定まり、状況の安定化・好転に対し、相乗的效果がある
- ◎ BPSDに関連する要因についての情報が得られる
- ◎ 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、認知症である本人と家族に生じる複雑なニーズに対応できる
- ◎ 地域の認知症ケア提供体制やシステム構築の検討の場となる

〔実践 46〕

前のスライドにおいて示した地域の多職種・多事業所について、多職種・多事業所の連携を図っていく上での「連携に着目した」主な役割を記載しています。もちろん、スライドに記載されていることだけが役割ではありませんが、近隣地域の拠点が、認知症である本人や家族、また、自院・自事業所にとってどのような連携のパートナーであるのかを把握しておくことが重要です。

〔実践 47〕

地域の多職種・多事業所において、認知症である本人に関する全身状態や背景、BPSD に関連する要因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、協働することによって、多くのメリットがあります。

情報の共有によって、各職種の専門的、多角的な視点で認知症である本人に生じている複雑なニーズが読み解かれるでしょう。チームで臨む目標を定めれば、認知症である本人の状況に相応しい介入・対応を検討することが出来ます。多職種連携チームで各職種の専門性が発揮され、ケアとケアを並行して提供されるようになることで、認知症である本人や家族を取り巻く状況の安定化や好転につながり、相乗的な効果が生み出されます。

また、それぞれの専門職だけが知り得た情報を共有することは、認知症である本人の生活全体を把握することにつながり、BPSD に関連する思わぬ要因を発見することも少なくありません。認知症である本人に対して、適切である対応方法は、関わる各専門職が共有し、都度同じように対応した方が、認知症の本人や家族の混乱も極めて少ないと言えます。

個々の認知症である本人のケースに対して多職種連携チームによる検討を繰り返すことは、地域課題の把握につながり、各専門職・各事業所が地域の有用な資源となって地域全体のシステムの解決を構築する検討の場となっていきます。個々の事例はもちろん、より円滑に協働し合える環境づくりやケア提供体制についても意見交換し検討していくことが大切です。

社会資源 編

ねらい: 認知症である本人を取り巻く、医療、介護
及び地域の社会資源等の活用の重要性を
理解する

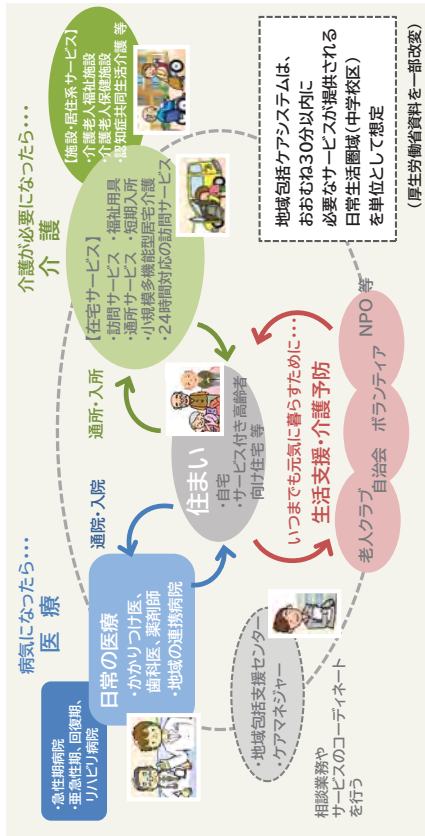
到達目標:

- 認知症である本人を支える施策や仕組みを理解できる
- 活用できる制度等について、本人・家族に説明できる

地域包括ケアシステム

〈資源 1〉

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



〈資源 2〉

認知症ケアパス

認知症ケアパスとは

『認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの』

(認知症施策推進大綱より引用)

- ・ 認知症ケアパスを地域ごとに確立し、認知症に関する基礎的な情報や具体的な相談先・受診先の利用方法等が明確に伝わるようにする。
- ・ サービスが切れ目なく提供されるように医療機関等でも共有されることが望ましい。

〔資源 1〕

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる社会を実現するため、医療や介護の公的な保険サービスに加え、住民の自発的な活動などインフォーマルなサービスも含めて、必要ときに必要なサービスを誰もが継続的に利用できることを目指す仕組みが「地域包括ケアシステム」です。

認知症である本人についても、この地域包括ケアシステムの中で、切れ目なく適切なサービスを受けることができ、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることが重要であることに変わりはなく、そのためには、自治体や医療機関（薬局を含む）多様な医療資源）、介護サービス事業所、インフォーマルサービスなど様々な関係機関が連携して認知症の人を支える地域作りが重要となります。

認知症施策においても、この住まい・医療・介護・予防・生活支援が包括的に提供される地域包括ケアシステムを実現することが目指されています。

〔資源 2〕

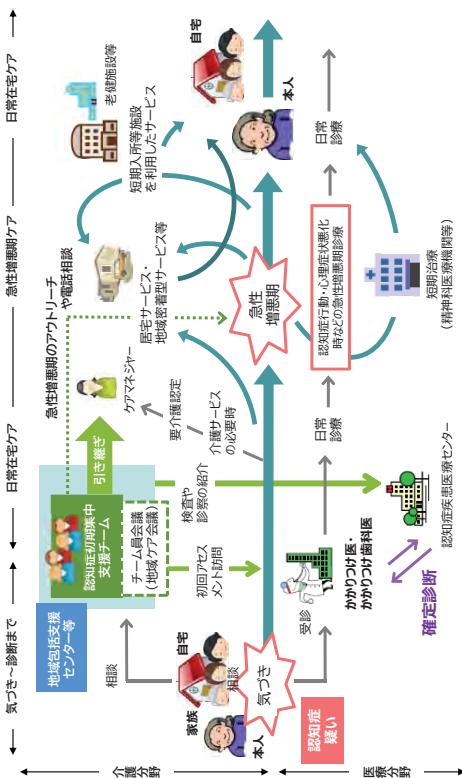
認知症ケアパスは、スライドのように定義され、認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れを表すものです。各市町村の実情に応じて策定され、介護保険事業計画にも反映されます。

①認知症である本人が地域で生活するための基盤整備として介護保険サービス、医療サービス、インフォーマルサービス、その他社会資源を整理していくためのもの、②認知症である本人への適切なケアマネジメントの実施にむけて、医療・介護関係者間の情報共有のツールとして標準的な「認知症ケア」の手順を表したものの、の二つの側面があります。

それぞれの地域の認知症ケアパスによって、認知症に関する基礎的な情報や具体的な相談先・受診先の利用方法等が明確にされ、また、サービスが切れ目なく提供されるように医療機関・歯科医療機関や介護サービス事業所でも内容が共有されることが大切です。

認知症である本人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ

〔資源 3〕



認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、
いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか 理解できる

認知症である本人への支援体制 ～医療・介護・地域の連携～

〔資源 4〕

認知症の人やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたり展開



〔資源 3〕

認知症ケアパスは、認知症の進行や状態によって、必要な支援・サービスが切れ目なく提供されるイメージを図で示したものです。

医療機関・歯科医療機関や介護サービス事業所が所在する地域ごとに、医療サービス、介護サービス、地域支援事業等のサービス、介護保険制度以外のサービスなど、どのようなものが整備され、それらを大まかに地域の関係者間で共有されることが重要です。

さらに、それぞれの専門職が関わる認知症である本人の個別の状態に応じて、認知症ケアパスに位置付けられたこれらのサービスが適切に提供されるため、気づき、つながり、支援することも対応力の1つです。

自身の地域の認知症ケアパスがどのようなものか、を是非確認してみるとよいでしょう。

〔資源 4〕

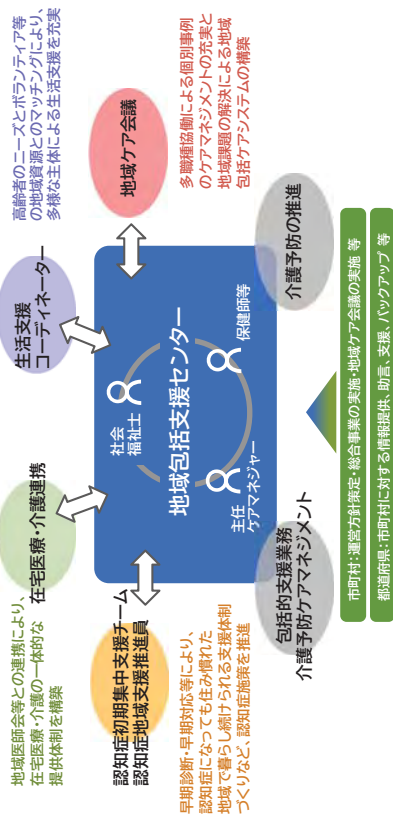
それぞれの地域で認知症の人と家族への支援体制を示します。

認知症の人や家族の時々々の状態やニーズに適切に対応し、暮らしを支えるサービスを提供するためには、スライドに示すように医療・介護・地域の領域ごとの各サービスが連携と役割分担することで効果的な支援を行っていく必要があります。さらに地域の実情を踏まえ、それぞれの領域が活用・補完しながら展開されることが大切です。

拠点が所在している地域の医療サービス、介護サービス、地域の仕組みや取り組み等の支援体制を把握することは、多職種連携・多事業所間連携の基礎になると言えます。

地域包括支援センター

〔資源 5〕



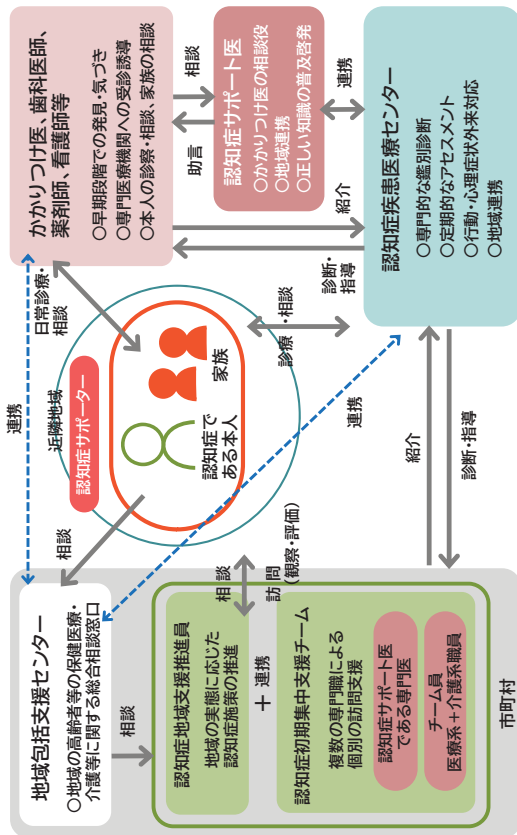
業務量増加・センターごとの役割
基幹型・機能強化型センターの位置
づけ等、連携強化・効果的運営
にに応じた人員体制の強化

地域包括支援センターの機能強化に向けて
運営協議会による評価・PDCA
の充実等、継続的な評価・点検

市町村：運営方針決定・総合事業の実施・地域ケア会議の実施等
都道府県：市町村に対する情報提供、助言、支援、バックアップ等

認知症である本人を支える様々な仕組み

〔資源 6〕



- 72 -

病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修【解説】

〔資源 5〕

地域包括支援センターの機能は、従来からの、介護予防、多職種ネットワーク、権利擁護の柱に加え、認知症施策の推進、生活支援、地域ケア会議など、それぞれを有機的に関連させながら拡充しています。

センターの基本配置職種である、保健師等・主任ケアマネジャー・社会福祉士を中心に、地域の専門職や専門機関等の社会資源と連携を図りながら、高齢者や家族のニーズに応じた適切なサービスを提供することが期待されています。

認知症である本人や家族の生活をサポートするため、地域包括支援センターの所在(連絡先等)担当者、基本的な機能を把握し、その機能を通じて必要な社会資源につなげるなど、十分に活用していくことが求められます。

〔資源 6〕

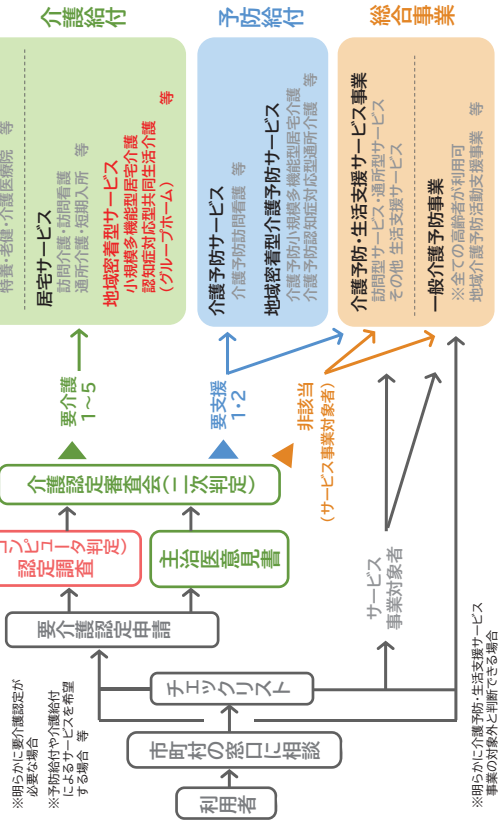
認知症である本人や家族の日常生活を支える仕組みは様々なものがあります。それぞれが連携や相談・助言等を行いながら、個別の支援から、地域の体制となって役割を果たしています。スライドに配置されている主な拠点について、以下で簡単に補足説明をします。

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

- 73 -

介護保険制度の利用の流れ

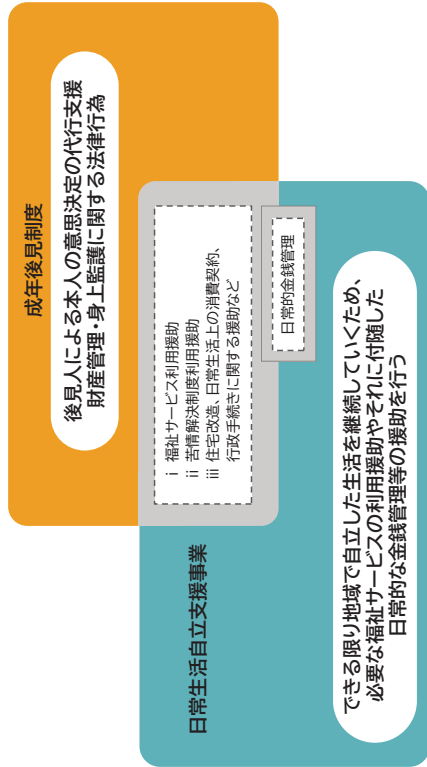
〔資源 7〕



成年後見制度と日常生活自立支援事業

〔資源 8〕

判断能力の不十分な人の日常生活上のニーズを発見し、その判断を支援することにより、要支援者の生活を継続的に支える仕組み



〔資源 7〕

介護保険制度は、大きく、①認定申請、②要介護認定、③介護給付・予防給付・総合事業という流れ(スライドの左から右へ)で利用することになります。

利用者が市町村の窓口相談することから始まり、要介護認定は認定調査員による調査の結果と主治医意見書の内容に基づき、介護認定審査会において判定されます。

要介護認定を受けて利用できる介護サービスには、主に認知症の人の利用が想定される地域密着型サービス(認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)など)等があります。

〔資源 8〕

認知症である本人が消費者被害にあうことも少なくありません。高齢者全般の被害増は社会問題にもなっていますが、特に、判断能力が不十分な認知症の人の場合には、日常における金銭管理や契約等の支援の必要性が高いと言えます。

日常生活自立支援事業や成年後見制度は、支援の内容・場面や判断能力の程度に応じて、認知症の人の金銭・財産管理をはじめとする契約等を支援する仕組みです。

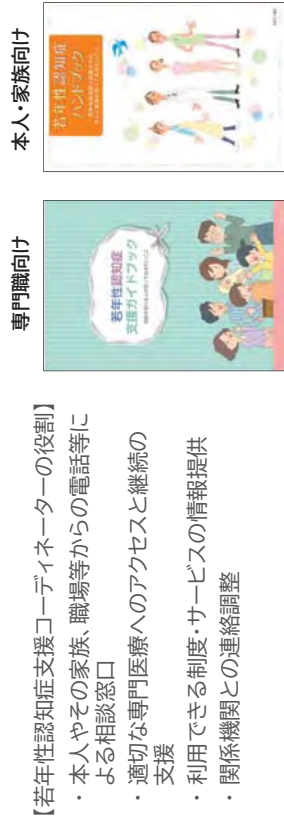
日常生活自立支援事業は、市区町村の社会福祉協議会の専門員等による「生活継続のため」の日常的な援助です。一方、成年後見制度は、家庭裁判所への申立てや医師の診断書などの手続きが必要で、成年後見人による「財産管理等の法律行為の代行支援」という違いがあります。それぞれが可能なこと(利用できること)は下表のように整理できます。

日常生活自立支援事業	支援内容	成年後見制度
身の回りに関すること		
△	福祉サービスの利用援助	○
△	病院入院契約	○
△	施設の入退所契約	○
×	医療行為の同意	×
×	身元保証人	×
×	婚姻・離婚・養子縁組	×
財産に関すること		
○	日常生活の金銭管理	○
○	年金の受領に必要な手続き	○
○	通帳や銀行印の保管	○
×	不動産の処分や管理	○
×	遺産分割	○
△	消費者被害の取消	○

若年性認知症である本人への支援

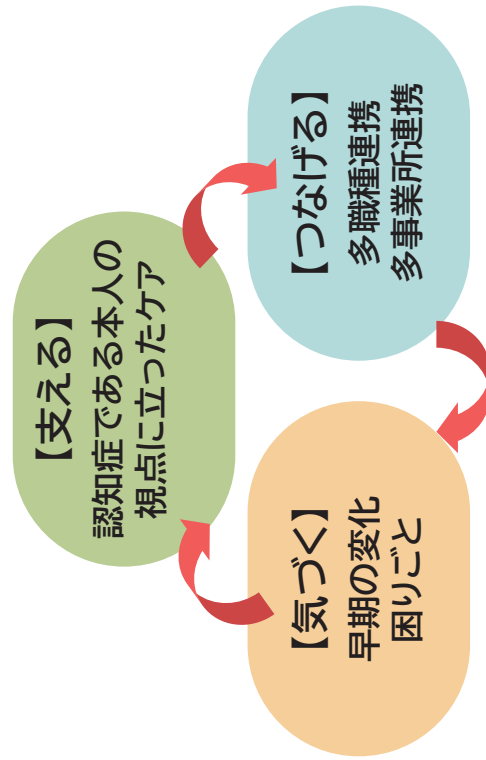
〔資源 9〕

- 若年性認知症は 高齢者の認知症とは年齢や置かれている環境や異なるため、本人や家族の心理状態への配慮する
- 早期診断や早期治療、適切な支援や相談機関や支援機関へのつながりが重要
- 若年性認知症コールセンター(全国若年性認知症支援センター)
https://y-ninchisyotei.net/call_center/



修了者への期待と役割（まとめ）

〔資源 10〕



〔資源 9〕

65 歳未満で発症する認知症を若年性認知症といいます。全国の若年性認知症の人の数は、令和 2 年 3 月公表のデータにおいて約 3.57 万人と推計されています。

若年性認知症の人は、年齢や置かれている社会経済的状況が高齢発症の認知症の人と異なるので、支援を組み立てる際に本人の希望や状況にあわせた配慮や工夫が必要となります。課題としては、診断後の相談先がわかりにくいこと、地域で交流できる居場所の不足、自治体によって若年性認知症施策の取り組みにバラツキがあること、などがあります。

相談機関としては、若年性認知症の人への自立支援に関わるネットワークの調整役として若年性認知症コールセンター（愛知県大府市 <https://y-ninchisyotei.net/>）、都道府県の若年性認知症支援コーディネーターなどの相談機関、そのほか市町村や地域包括支援センターなどの相談窓口を活用することができます。

〔資源 10〕

最後にこれまでの研修をまとめます。

まず、日常診療の中で、早期の認知症である本人の変化に気づいてもらうことを期待します。認知症である本人の困りごとにも気づきましょう。

そして、認知症の方やその家族を継続的に支えましょう。その際には、認知症である本人の視点に立ったケアを心がけましょう。

また、専門医や認知症サポーターといった医療の専門家、あるいは地域包括支援センターといった介護・福祉の専門家につなぎます。自分の地域に、どのような機関があり、どのような職種や事業者がいるのかに関心を持ちましょう。

以上の「気づく」、「支える」、「つなげる」が、本研修修了者への期待と役割となります。

**病院勤務以外の看護師等
認知症対応力向上研修テキスト**

〈令和2年度版〉

令和2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）
病院勤務以外の看護師等に対する認知症対応力向上研修
のあり方に関する調査研究事業

令和3年3月
禁断転載

（発行）合同会社 HAM 人・社会研究所

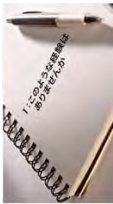
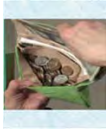
病院勤務以外の看護師等
認知症対応力向上研修教材

新作動画-a

研修のはじめに

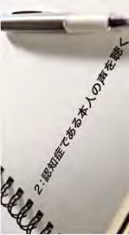
完成台本

令和3年(2021)3月制作 5分 45秒

テロップ画面	音 声
	研修のはじめに (メインタイトル)
 1: このような経験はありませんか	1: このような経験はありませんか
 クリニック受付にて  高額紙幣を支払う (↑画面中のサイドテロップ) 	N～認知症である本人への気づきは様々な場面で 見受けられます 看護師 「今日は280円になります」 本人 「はい。(一万円で払う)」 看護師 「一万円からで、いいんですか？」 本人 「はい」 看護師 「じゃ、一万円お預かりします・・・ こちら9,720円のお返しです」 本人「はい」 ～お釣りを財布に入れるとき、財布の中身は小銭だらけ！～

 高額紙幣で支払うことが多くなった  高額の計算ができなくなり小銭があるのに 高額紙幣で支払っている可能性がある  薬局での会計や買い物・外食時の支払いの際 にも認められる	N～最近、高額紙幣で払うことが多くなった・・・ この場合認知症により、判断力が低下したり、計算ができなくなったなどの原因で、小銭があるのに高額紙幣で支払っている可能性があります。 このような行動は、薬局での会計や買い物・外食時の支払いの際にもみられます。
 診察室にて  忘れていることを話す (1 画面中のサイドテロップ) 	医師「結構です、そうだ！お正月は どうされましたか？」 本人「ずっと一人 寝正月で・・・」 娘 「うそ！お正月は私たちがお父さんの 家に行ったじゃない。」 本人「ああ！そうだったかね。 孫も来てくれたりしてね、楽しかった」 娘「何言ってるの、子供は風邪ひいて 行かなかったじゃない」 本人「ああ、そうだったかね・・・」 医師「・・・」

 ～認知症である本人は このように感じているのです～	
 歯科医院にて バカにしないで！ (1 画面中のサイドテロップ)  	N 認知症の診断を受けている鈴木さんが、今日は かかりつけ歯科の診療室で治療を待っています。 すると患者さんのいなくなった受付から、スタッフの 雑談が聞こえてきました 受付スタッフたち 「昨日のドラマあのラスト見た」 「見た！」 「古過ぎてくさい」「臭いし、ダサい・・・（笑）」 本人「（心の声）みんなで何か笑ってる・・・私のこと？」 本人 「（心の声）やっぱり私のこと、噂してるんだわ・・・ フン！みんなで笑ってる！もう許せない！」
 クリニック受付にて  予約間違えていますよ！ (1 画面中のサイドテロップ)	N～あるクリニックでの出来事です クリニックの待合室、受付窓口で診察カードを渡して 座る山田さん NS「山田さん」 本人「は～い」 ～PC 予約表を見ている看護師～

 	NS 「山田さん、今日は診察の日ではないですよ」 本人 「そんなことないですよ！ 先生に言われましたが・・・」 NS 「山田さん 来週ですよ」 本人 「そうでしたっけ・・・？」 NS 「診察券にも予約の日時が書いてありますよ」 ～診察券の裏見ると 確かに来週になっている～ 本人 「そうか・・・」 NS 「前も間違えましたよね、気を付けて下さいよ」 本人 「前って？（不満そうに） 間違えたの、初めてじゃないかな・・・」 本人 「（心の声） 感じ悪いな！この人」
2：認知症である人の声を聴く  2：認知症である本人の声を聴く  撮影協力（一社） 日本認知症本人ワーキンググループ	N～ここで認知症である本人の声を聴きください。

 0 認知症になって思うこと 田尾下 久さん (79 歳) 5 年前にアルツハイマー型認知症と診断される	0 認知症になって思うこと 今はもう、しょっちゅう忘れちゃうからね。そういうことが一番困る。まあ病院も薬局も そうだけど・・・ちゃんと我々みたいな認知症の者に対してなんとか良くしてやろうというふうな心がけを持ってるといいう人は少ないと思いますね。
 0 日常生活は 平 みき さん (62 歳) 10 年前テレビー小体型認知症と診断される	0 日常生活は スーパー行ったら人とぶつかりそうになるし 首はある、品物はある、いろんなザワザワがある 自分の買い物は しなきゃいけない その中で 子供の声は もう・・・私にとっては・・・害以外の何者でもない・・・
 0 医療従事者全般に言えること 志辺康平さん (78 歳) 6 年前に血管性認知症と診断される 現在 認知症カフェの相談員	0 医療従事者全般に言えること 認知症の人たちの心の中が、どれだけ皆んながわかっているのか、考えたことがあるのか、 いろんなことを 知ってんだということじゃなくて その気持ち、心の中の部分をわかって、はじめて 認知症とは ということなのかを分かったという 話に 始まるのではないかい・・・

3：受講者へのメッセージ	 受講者へのメッセージ  医療法人 社団福創会 ふくろうクリニック等々力 院長 山口 潔 「教材の制作を担当しました ふくろうクリニック等々力の山口です。」 この研修のキーワードは【きづく・支える・つなげる】です。認知症の方の変化にいち早く気づき、そして専門医や地域の社会資源に つなげるということは大切です。 また認知症は90 歳以上の高齢者の 60%以上にみられるという報告もあります。誰でもがかかり、ありふれた病気ということがいえます。 皆さんもこの動画を見て、今までの自分の認知症の方に対する対応が好ましくないものであった、というふうに気付いた方もいらっしゃると思います。 認知症の方や、ご家族の方の生活の質が、皆様の対応やケアで大きく異なってくるということを、ぜひ学んでいただきたいと思います。」 【END】
---------------------	--

病院勤務以外の看護師等
認知症対応力向上研修教材

新作動画-b

気づく・支える・つなげる

～専門職の気づきから多職種連携へ～

完成台本

令和3年(2021)3月制作 8分 00秒

＜ストーリー概要＞

山田正雄（80歳）さんは、3年前に奥さんを亡くされ、ひとり暮らし。
近くに息子さん夫婦が暮らす。高血圧持病（ADL自立） 膝痛（整形外科通院）
要介護認定ナシ（後にAD、要介護1⇒2）

時系列で次々に山田さんと関わる各専門職の人たちが
それぞれの職場で本人の異変に気づき、適切な対応を求められていく。

＜Part1＞**歯科衛生士**が定期的に通ってくる患者 山田正雄さんが初期の認知症ではないか！
と気づき地域包括支援センターに連絡をする。

＜Part2＞半年後、かかりつけの整形外科病院内の受付にいたクリニックの**看護師**が、
怒りっぽくなった山田さんの異変に気づき、もしかして認知症が進行しているのでは・・・とケアマネジャーに報告。

＜Part3＞さらに1年後、山田さんは要介護2となっていた。

毎週2回 **作業療法士**のいるデイケアに通う。ある日、本人が自宅で転倒。
ケアマネジャーは今後の方針を見直すためにサービス担当者会議の開催を提案。
この多職種によるサポートで本人が希望する在宅でのひとり暮らしが
果たして継続できるのか？

＜Part-4＞ 多職種連携で念願のひとり暮らしを再開できた・・・

テロップ画面	音	声
	気づく・支える・つなげる ～専門職の気づきから多職種連携へ～	
	PART-1 歯科衛生士が異変に気づく！	
 山田正雄 (80歳)  山田正雄 (80歳) ●歯周病のリスクを高める要因 ●歯周病のリスクを高める要因 ●歯周病のリスクを高める要因 ●歯周病のリスクを高める要因 歯周病の治療と義歯調整 (IDカード内)  田中みどり	N～山田正雄さんは80歳、3年前に奥さんを亡くされ現在は自宅です。近所には息子さん夫婦が暮らしています。 N～山田さんは毎月一回近くの歯科医院に歯周病の治療と入れ歯の調整のために通っています。 N～今日も歯科衛生士の田中さんにクリーニングをしてもらいました。 ～クリーニングが 今 終わった雰囲気～ 田中歯科衛生士 「山田さん、今日はこれでおしまいですよ、お疲れさまでした」	

山田「ありがとう」 田中 「ところで、先月、歯磨きの方法一緒に練習しましたよね」 山田「なんだっけ？」 田中「山田さん忘れちゃいましたか？」 山田「ハハハ・・・」 ～田中衛生士は、忘れちゃったかな・・・と思うが、この段階では、さほど気にしない～	
 N～歯科衛生士の田中さんが、山田さんの異変に気づいたのは会計の時でした 田中歯科衛生士 「それと前回の診察の時に保険証の確認ができませんでしたので、今日は保険証の確認をお願いしてもいいですか？」 山田「はいはい、保険証ね。いつも持っていますよ・・・あれ、この中に入ってるはずなんだけど・・・あれ？」 ～財布の中を探している～	

 診療後、歯科医師とも相談  ○地域包括支援センターとの連携  ○専門医がアルツハイマー型認知症と診断	田中衛先生 「今日お持ちでなければ次回で結構ですよ。」 山田 「ハハハ。いつもは この財布の中に入ってる んだけど・・・おかしいなあ（体裁笑い） いやあ、どうも！ありがとうございます 失礼します」 ～山田さんの帰ろうとする背中に 声がけ～ 田中衛先生 「お大事になさってください！ （心の声：山田さん一体どうしゅちゃたんなんだろう？）」 N～診療後、田中さんは、歯科医師とも相談し、 家族の了解を取った上で、この日の山田さんの様子を、 地域包括支援センターへ連絡しました。 ～翌日地域包括支援センターへ電話する田中歯科衛生士～ 田中歯科衛生士 「どうも様子が以前と違うような気がして・・・」 N～やがて専門医の診断を受けた結果、山田さんは初期の アルツハイマー型認知症と診断されました。
--	--

  半年後  要介護認定【要介護1】  あべ整形外科クリニック  大森看護師  大森可奈 看護師 大森可奈	PART-2 看護師がつなぐ！多職種への連携 N～あれから半年後、山田さんは、もの忘れなども少し進んで要介護認定は「要介護1」となっていました。 N～この日、山田さんは、以前から膝の痛みで通っている近所の「あべ整形外科クリニック」にやってきたのですが・・・ ～山田さんクリニック受付前で、怒っている～ 山田正雄 「違っただろ順番が！今の人は俺の後で 来たのは、俺のほうが先だろ！」 大森看護師 「ごめんなさい今 確認しますのでお待ちください」 ～看護師の大森さんはあわてて診察券の順番を見るが間違っていない～ N～大森看護師が確認しても、順番は間違っていない。 大森さんは、山田さんが認知症であることを思い出しまし た。
--	---

	山田正雄 「俺の方が先に来たんだよ・・・」 大森看護師 山田さんに向き直り、心から謝る～ 大森看護師 「山田さんごめんさいね！次にお呼びしますのです」 山田正雄 「当たり前だろ！ホント、気をつけてよ、全くもう！」 N～大森看護師は、手元にあった山田さんのお薬手帳で認知症の薬が処方されているのを確認しました 大森看護師 「(心の声) 認知症のお薬を飲んでるわ。最近、認知症の方はどうかしら・・・」 N～翌日、大森看護師は山田さん担当のケアマネジャーに連絡しました。 山崎ケアマネ 山崎さんの認知症の症状が進んできたように思っていました・・・」 N～ケアマネジャーの山崎さんとは、今後も連絡を密に取り合うことを約束しました
--	---

 PART-3 作業療法士が動く！生活支援の必要性	N～それから1年後。山田正雄さんのものは忘れは進み、膝の痛みも相変わらずで、要介護認定は、「要介護2」になっていました。 N～ 週2回通うデイケアでは、リハビリや様々なアクティビティなどを行うようになりました。 ～OTとの訓練風景～ 花井作業療法士 「山田さん、これいつ頃の写真ですか？」 ～和やかなやりとり 山田さん自慢げに～ 山田 「これはね、小学校5年か6年だと思うんだけどね。なんたってリレーでアンカーでね私は・・・」 一番後ろから行って全部抜いちゃって・・・」 N～リハビリに励んでいた山田さんですがある日・・・
---	--

	N～ 自宅の廊下で転倒！ 倒れた時に腰や頭なども強く打ってしまい、入れ歯も割れてしまいました。
 山田正雄さんの状態も少し落ちつき始め・・・	N～病院で手当てを受け、自宅療養していた山田さんの状態が少し落ち着いた頃・・・、花井さんはケアマネジャーの山崎さんに電話しました。 花井 OT 「あの、山田さんなんですけど、だいぶ回復はされたようですが、息子さんのお話では、部屋の移動とかはまだ大変なようですよ。どうでしょうか、今まで通りひとりで暮らしを続けてもらうには、一度皆さんで集まって検討してみてもいいですか？」 山崎 ケアマネ 「いいタイミングかと思います。 今後のひとり暮らしを考えると、ケアプランの見直しも必要かと思うので・・・」
 ○情報の共有  ひとり暮らしを続けたい山田さんだが・・・	N～翌週、山田さんご本人の同意も得て、自宅でサービス担当者会議が開かれました。

 息子 山田和雄	N～会議には山田さん親子の他、ケアマネジャーの山崎さん、歯科衛生士の田中さん、看護師の大森さん、そして作業療法士の花井さんも参加しました。
 各専門職は山田さんの個人情報取り扱いに十分気を配り、留意して連携した	N～ケアマネジャーの山崎さんは、会議冒頭、山田正雄さん本人の気持ちを伺いました ケアマネ 「山田さんご自身は、今後どうしたいですか？」 山田 「いやあ、やっぱり皆んなに迷惑かけないで、今まで通りにやりたいです。それが一番。」 N～会議では、各専門職がそれぞれの立場から様々な提案を出しました。
 ○ホームヘルパー（訪問介護）による生活援助 ●ホームヘルパー（訪問介護）による生活援助	大森看護師 「ホームヘルパーによる部屋の片付けや掃除洗濯などの生活の援助が必要になると思います。」
 ○多職種連携による健康管理の充実 ●多職種連携による健康管理の充実	私のほうでは、薬剤師さんや栄養士さんと連携して、健康管理を行なっていききたいと思います。」

●週一回の訪問ハビリによる転倒防止 ●入れ歯の修理と新撮作成 後日、会議の内容は かかりつけ医にも 伝えられた	花井作業療法士 「週一回の訪問リハビリで、同じ環境で繰り返しの訓練することで、また転ばないようになりましょう。」 田中歯科衛生士 「山田さん！入れ歯は割れましたけど、顎の骨折が無くてよかったですね！ 入れ歯はいったん修理しましたが、長くは持たないので、新規に作り始めてます。」 N～後日、この会議での内容は、ケアマネジャーの山崎さんから、山田さんの かかりつけ医にも伝えられました。
Part-4 <エンディング> 数週間後…	N～そして、数週間後・・・家族の協力もあり、山田さんの ひとり暮らしは継続できることになりました！ ～洗濯物 たたみながら しみじみ話す山田さん～ 山田 「こうして一人暮らしが続けられるのも皆さんのおかげだよ！ありがとうね！花井くん！！」

山田さんプロフィール	花井作業療法士 「いやあ！」 N～ かかわったそれぞれの専門職がみずからの気づきや多職種での情報共有の効果を改めて実感することができました。 人と人とのつながりで、認知症である本人が地域で安心して暮らして行けることへと繋がってゆくのです！ 【END】
-------------------	--

山田 正雄 (80歳)

- 元 鉄職員
- 自宅でひとり暮らし
近所に息子夫婦が暮らす
- 月1回 歯科医院にて
歯周病の治療と義歯調整
- 高血圧/腰痛

Ⅲ 研修教材にかかる情報提供について

- 研修テキスト（講義スライド・解説）および動画教材の作成作業が終了した段階で、研修の講師となる認知症サポート医や認知症看護認定看護師等および実施主体である都道府県・指定都市の担当者向けの教材についての情報提供として、教材制作班委員による教材説明を収録の上、DVD として配布した。
- ※当初、教材説明会の開催を計画していたが、コロナ禍の状況に鑑み、DVD 収録・配布の方法とした。

- 教材説明 DVD 収録の主な内容は以下の通りである。

- 1 実施時期 2021 年 3 月 21 日（日） 13:00～
- 2 形式 会議室での収録形式 （於：航空会館）
- 3 所要時間 概ね 60 分
※教材説明は 実際のカリキュラムでの所要時間の半分を目安
※動画教材の視聴を含む

4 内容案

	所要時間(約)	担当講師等	備考
1 教材作成の趣旨説明	12 分	山口座長	
2 教材説明			
知識編	11 分	山口座長	(動画 6 分込)
実践編（～非薬物療法）	11 分	山口座長	
（多職種連携～）	19 分	枝広委員	(動画 8 分込)
社会資源編	7 分	枝広委員	

- 「教材作成の趣旨説明」パートは、次ページ以降のスライドを用いて、また、教材説明パートは、実際の研修教材を用いて、講義のポイントを中心とした説明を収録した。

※成果物の DVD ジャケットの赤枠の部分

【CD】

- ▶ 病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修 研修テキスト(PDF)
- ▶ 講義スライド(ppt)

【DVD】

【動画③】 研修のはじめに 【5分45秒】

- ① このような経験はありますか
- ② 認知症である本人の声を聴く
- ③ 受講者へのメッセージ

【動画⑥】 気づく、支える、つなげる 【8分】

～ 専門職の気づきから多職種連携へ ～

【教材説明動画】（研修講師および自治体担当者向け）【60分】

研修新設の背景や教材の構成・内容に関する説明

令和2年度版
病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修

研修・教材の制作について

～背景とコンセプト(教材制作班)～

医療法人社団創福会 ふくろうクリニック等々力 院長
一般社団法人玉川医師会 理事
教材制作班 座長 山口 潔

認知症施策推進大綱の概要

(概要 1)

基本的考え方

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

具体的な施策の5つの柱

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

認知症の人や家族の視点を重視

令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定

本研修が必要とされる背景

(概要 2)

- 認知症の人が増加することが見込まれ、認知症である本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、認知症である本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

認知症対応力向上研修

(概要 3)

	かかりつけ医	歯科医師	薬剤師	病院勤務の医療従事者	病院勤務以外の看護師等
開始年度	平成18年度	平成28年度	平成28年度	平成25年度	令和3年度
研修形態	都道府県単位の集合研修で実施	都道府県単位の集合研修で実施	都道府県単位の集合研修で実施	都道府県単位または病院ごとの実施	都道府県単位の集合研修で実施
受講対象	医師(かかりつけ医)	歯科医師	薬剤師	病院勤務の医療従事者	病院勤務以外の看護師、歯科衛生士等
カリキュラム	講義 210分 ①かかりつけ医の役割(30) ②診断と治療(90) ③ケアと連携(90)	講義 210分 ①基本知識(30) ②かかりつけ歯科医の役割(90) ③連携と制度(90)	講義 210分 ①基本知識(30) ②対応力(薬学的管理/気づき・連携)(90) ③制度等(90)	講義 90分 ①目的(15) ②対応力(60) ③連携等(15)	講義 100分 ①知識(20) ②実践(70) ③社会資源(10)
教材	スライド 118 動画 6編	スライド 112 動画 3編	スライド 91 動画 1編	スライド 58 動画 3編	スライド 70 動画 2編
実績値(30年度末)	63,020人	12,465人	24,226人	147,456人	
KPI目標	90,000人	40,000人	60,000人	300,000人	

R2年度改訂 ▶▶ 次期改訂への反映

R1年度新規作成

H29年度改訂

R2年度新規作成

検討項目・経過

(概要 4)

検討項目① ➡ 研修のコンセプト

- (1) 受講対象 病院以外の地域の事業所勤務の多職種
(診療所の看護師、歯科衛生士、介護事業所等のPT・OT など)
- (2) 研修目的 "気づき"や"対応"の知識習得 ➡ 実践へのヒント・つながり
- (3) 修了者像 短期(受講後)：知識の習得
中期(半年後)：日常業務での実践、継続研修への動機付け

検討項目② ➡ 研修実施形態・教材

- (1) 実施形態 集合研修 による実施を基本
- (2) 教材形式 講義テキスト (pptスライド+解説)

検討項目③ ➡ 研修の概要

- (1) 研修時間 100分程度
- (2) カリキュラム スライドによる講義 + 動画視聴

研修全体の目的・意義

(概要 5)

- 認知症である本人の視点に立った、本人の生活を支える知識と方法を習得する
- 早期発見・早期対応の重要性を理解する
- 多職種連携の重要性とその活用についての方法を理解する

研修カリキュラムと教材

(概要 6)

編	所要時間	講義スライド	主な内容	動画教材
知識 編	20分	13枚	・研修の背景 ・認知症とは ・予防の視点	① 研修のはじめに ▶ このような経験はありませんか ▶ 認知症である本人の声を聴く ▶ 受講者へのメッセージ
実践 編	70分	47枚	・本人視点と意思決定支援 ・コミュニケーション ・アセスメントとマネジメント ・BPSDの対応と非薬物療法 ・多職種連携	② 気づく、支える、つなげる ～ 専門職の気づきから 多職種連携へ～
社会資源 編	10分	10枚	・施策全体像 ・仕組みや制度 ・全体まとめ	

(概要 7)

知識 編

ねらい: 認知症である本人や家族の視点に立ち、その生活を支えるために必要な基本的な知識を習得する

主な内容	主なスライドタイトル
研修の背景	認知症施策推進大綱の概要／本研修が必要とされる背景
認知症とは	認知症とは／主な認知症疾患の特徴／早期発見・早期対応の意義 軽度認知障害 MCI など
予防の視点	認知症予防＝多職種アプローチ／認知症の危険因子

(概要 8)

実践 編

ねらい: 認知症である本人のQOLの向上を図るため、コミュニケーション、ケア及び多職種連携による支援の実践を理解する

主な内容	主なスライドタイトル
本人視点と意思決定支援	認知症である本人の視点を重視したアプローチ／本人にとつてのよりよい暮らしガイド／認知症の人の意思決定支援ガイドライン など
コミュニケーション	コミュニケーションの特徴と工夫／認知症である本人のケア／バリエーションの基本的態度 など
アセスメントとマネジメント	BPSDのアセスメント／ケアのためのアセスメント／5つの要素によるアセスメント／認知症のマネジメント／チームアプローチの意義 など
BPSDの対応と非薬物療法	BPSDの原因となりうる直前の状況／認知症の非薬物療法とは、／運動療法／回想法 など
多職種連携	連携とは、多職種連携の効果をもたらす要因／多事業所間連携とは、多職種（多事業所間）連携のメリット など

(概要 9)

社会資源 編

ねらい: 認知症である本人を取り巻く、医療、介護及び地域の社会資源等の活用の重要性を理解する

主な内容	主なスライドタイトル
施策全体像	地域包括ケアシステム／認知症ケアパス／認知症である本人への支援体制 など
仕組みや制度	認知症である本人を支える様々な仕組み／介護保険制度利用の流れ／若年性認知症である本人への支援 など

動画教材について

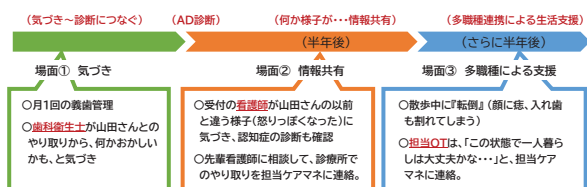
(概要 10)

① 研修のはじめに ～研修冒頭での視聴～

- ◆ このような経験はありませんか
(+ 本人はこのように感じているのです)
- ◆ 認知症である本人の声を聴く
- ◆ 受講者へのメッセージ

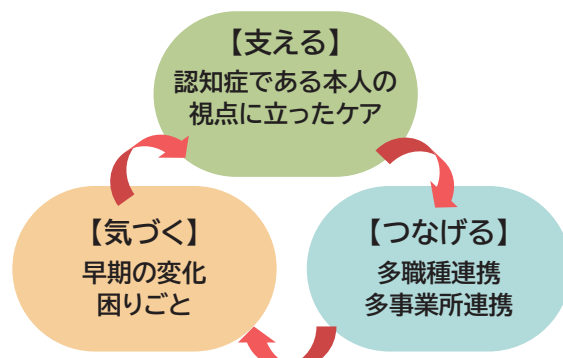


② 気づく、支える、つなげる ～実践編 多職種連携のパートで視聴～



修了者への期待と役割 (まとめ)

(概要 11)



IV 考察

1 研修実施について

1.1 研修の確実な実施・展開について

- 本年度の事業において検討・作成された「病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修」は、地域の医療機関等に勤務する看護師、歯科衛生士、作業療法士等の医療従事者を対象とする多職種向けの研修である。よって、都道府県・指定都市における研修の企画立案において、委託等を含む実施主体や講師の選定、また、受講案内先などについて、十分に検討する必要があると考える。
- 診療所のかかりつけ医や歯科医療機関の歯科医師とともに、地域の医療拠点としての対応力を向上させるという研修の目的、また、約 100 分で構成される教材の特徴を活かして、①かかりつけ医認知症対応力向上研修や歯科医師認知症対応力向上研修の実施との連動（研修実施や受講案内など）を試みることもありうる。また、多職種を対象とした研修であることから、②他の多職種向け研修の一部として実施するなどの工夫も考えられる。
- さらには、都道府県・指定都市を実施主体とする枠組みを前提としつつ、管内の市町村との連携をとりながら、開催・案内エリアを絞り、市町村等単位の既存のネットワーク等も活用して、講師や会場の確保、多職種への受講案内を行うなどによって、計画的に研修展開を図る（開催済みエリアを順次県内に広げていく）ことも検討の余地があると思われる。
- もちろん、これらに加えて、これまで認知症対応力向上研修としての受講機会がなかった「病院勤務以外の看護師等」に対する導入的学習のコンテンツとして広く学習機会が提供されるよう、次期事業等の枠組みにおいても、都道府県・指定都市による研修実施等の工夫や取り組み例など、広く情報共有されるよう支援・フォローアップすることが重要である。

1.2 オンライン実施等への対応

- 本年度の研修カリキュラムの検討・教材制作においては、「他の認知症対応力向上研修に並んで地域において集合研修により実施する」ことを前提に、研修テキスト（講義スライド・解説）、動画教材の見直しを進めたところである。
- もっとも、前述の教材説明にかかる講習会を DVD 収録とした背景の通り、都道府県・指定都市における研修実施についても、集合研修における工夫（少人数規模での実施、複数回開催など）に加え、オンライン形式による実施など様々な取り組みが行われている・検討されていると推察される。

- 本年度は、新規研修のカリキュラムの検討・教材制作を中心としたため、コロナ禍の状況を含めた研修実施方法にかかる具体的な検討、また、それに対応する教材形態の複数準備等には至らなかったが、今後は、オンライン形式の研修実施に向けた対応教材の開発についても検討しなければならないと考える。
- また、他の認知症対応力向上研修と同様、今後本研修も認知症施策推進大綱におけるK P I / 目標において位置付けられることが考えられるが、本研修にかかる進捗把握、修了者の地域における活動支援（修了者の把握）などについても、研修の目的やカリキュラム等の特性を踏まえつつ、併せて検討することが重要と考える。

2 研修教材の継続的なフォローアップについて

2.1 教材の評価と継続的な修正等の対応

- 研修のカリキュラム検討・教材制作にあたり、事業終盤において教材制作班委員が所属する地域医師会等の協力を得て、新規教材を用いたモデル研修の実施および受講者や講師による評価を予定していたところである。しかし、作業過程において、研修の方向性やカリキュラムの慎重な検討等に多くの時間を要し、また、本年度のコロナ禍の事情も相俟って、十分な教材評価が叶わなかった点は反省すべき点である。
- 新規の研修・教材である点を踏まえれば、より多くの目に触れ、評価を得、修正改善を図ることを継続的に実施していくことが必要なことは言うまでもない。次年度からの都道府県・指定都市による研修実施による実践評価の形になるが、講師の先生方、受講者の看護師、歯科衛生士等の医療従事者の方々からの意見や評価を収集し、次期事業において継続的に教材改善等のフォローアップにあたることが望まれる。

2.2 演習の導入等の工夫

- 本年度制作した研修教材は、講義スライドおよび動画教材による講義中心のコンテンツとなっている。もっとも、医療・介護等の専門職向け研修においては、研修の効果性や受講者の満足度等の面において、演習・グループワークは必須のコンテンツとも言われている。
- 病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修が、地域の多職種を受講対象とする点に鑑みても、講義に併せて演習・グループワークが行われることが望ましく、次期事業の枠組み等における研修教材の継続的なフォローアップの中においても、演習・グループワークの導入やそのコンテンツ・資材等が検討されることが期待される。

○併せて、都道府県・指定都市においては、研修教材のブラッシュアップを待たず、企画立案・講師等との調整の中で、演習・グループワークの追加等を可能な範囲で検討・実施して頂きたいと考える。その際には、認知症対応力向上研修の実施支援の前身事業（老健事業）で制作され、本研修への利活用が可能な「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」の演習素材※、「かかりつけ医・歯科医師・薬剤師の各認知症対応力向上研修」や各研修の修了者のフォローアップを目的に制作されたグループワーク動画教材※などを活用することも考えられる。

※演習教材等掲載 URL

<https://frontier-rc.org/ninnchisyoutaiou.html> （地域活性化協同組合フロンティア ホームページ）

3 認知症対応力向上研修全般について

研修のアウトカム評価の必要性

- 認知症対応力向上研修全体にかかる課題として、研修のアウトカム評価が挙げられる。認知症対応力向上研修の進捗把握としては、これまで研修修了者数をベースに行われてきたが、地域の認知症対応の人材・拠点のすそ野を広げること（点から面へ）については、新オレンジプランにおける目標達成等をみても一定程度の成果がみられる。
- もっとも、認知症に関する社会の変化、情報の充実等に鑑みれば、認知症対応力向上研修の実施・推進による効果測定、いわゆるアウトカム評価について、研修実施主体である都道府県・指定都市等において実施、また活用し易い指標を検討することが必要である。
- 研修のアウトカム評価は、様々な先行研究や指標があるが、認知症対応力向上研修の施策上の位置付け、他の認知症施策との関係も考慮しながら、「受講者がどう変わったか」、「事業所・拠点がどう変わったか」、「地域がどう変わったか」、そして何より「患者・利用者がどう変わったか」等の多面的な実態調査を行った上で、実態に即した、また、地域事情を加味し易いアウトカム評価指標の検討が行われることが期待される。

令和2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)

**病院勤務以外の看護師等に対する認知症対応力
向上研修のあり方に関する調査研究事業
報告書**

合同会社 HAM 人・社会研究所

<https://ham-ken.com/wp/>

令和3年3月

禁無断転載
