令和4年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康增進等事業分)

認知症対応力向上研修 (看護職員認知症対応力向上研修事業) のカリキュラム及び実施方法に関する 調査研究事業

# 報告書

令和5年3月

合同会社 HAM 人・社会研究所

#### まえがき

医療従事者向けの認知症対応力向上研修は、平成 18 年にかかりつけ医認知症対応力向上研修がスタートして以降、受講対象の職種等を拡大しながら、認知症の人や家族を支えるために必要な認知症に関する基本的な知識や対応力等を習得する研修として、認知症施策推進大綱(令和元年 6 月)の位置付けのもと全国で展開されているところです。

そのうち、平成 28 年度からスタートした看護職員認知症対応力向上研修は、「必要な基本知識や実践的な対応力を習得するとともに、医療機関内等における認知症ケアの適切な実施とマネジメント体制の構築」を目的に、「指導的役割にある看護職員」を対象として、合計 18 時間のカリキュラムにて各都道府県・指定都市において実施されています。

本年度の事業では、上記の実施以来、カリキュラムや研修教材の改訂が行われていなかった現状に鑑み、新しい医学情報や施策動向の追加などの必要な見直しを行うとともに、他の認知症対応力向上研修と異なる研修目的・受講対象・研修時間等である点にも着目し、同研修の今日的な意義や役割、研修を取り巻く環境に立ち返った検討を行いました。また、併せて、これまでの都道府県・指定都市における研修実施の実態や意見より、内容面・運営面の課題を把握し、同研修に求められる内容の充実と受講・運営の効率化(負担軽減)の両面において教材の体系的な整理や一部動画教材化などの工夫を含めた検討を行い、一定の改訂を行うことができたと考えています。

もっとも、新しいカリキュラム・教材の改訂・提供はゴールではなく、都道府県・指定都市において着実に展開され、多くの修了者によって、医療機関内・地域に研修内容が還元されることで、認知症対応力向上研修本来の目的が果たされることが重要であることに変わりはありません。今回のカリキュラム・教材の改訂がその内容的な充実の一助になれば幸いです。

最後に、事業において実施した研修実施状況等に関する情報収集にご協力を頂きました 都道府県・指定都市のご担当者様に改めてお礼申し上げます。

令和5年3月

令和4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) 認知症対応力向上研修(看護職員認知症対応力向上研修事業) のカリキュラム及び実施方法に関する調査研究事業

委員会委員長 鷲見 幸彦

## 認知症対応力向上研修(看護職員認知症対応力向上研修事業) のカリキュラム及び実施方法に関する調査研究事業

## 〈目 次〉

Ι	事業概要	1
п	看護職員認知症対応力向上研修カリキュラム改訂	6
	1. 都道府県・指定都市からの情報収集整理6	-
	2. カリキュラム改訂の検討経過	
	2-1 カリキュラム改訂について (17)	
	2-2 教材改訂について (22)	
Ш	改訂教材	39
	1. 認知症に関する知識編40	)
	2. 認知症看護の実践対応力編 50	, )
	3. 体制構築・人材育成編	5
IV	研修実施方法に関する対応(動画教材等の収録)	96
٧	まとめと考察	100
[資	資料編]	104

都道府県・指定都市 情報収集シート

#### I 事業概要

#### 1. 事業名

認知症対応力向上研修(看護職員認知症対応力向上研修事業)のカリキュラム及び実施方法に 関する調査研究事業

#### 2. 事業目的

認知症地域医療支援事業実施要綱に定められる認知症対応力向上研修のうち、「看護職員認知症対応力向上研修」は、入院から退院までのプロセスに沿った必要な基本知識や個々の認知症の特徴等に対する実践的な対応力を習得し、同じ医療機関等の看護職員等に伝達することで、医療機関内等での認知症ケアの適切な実施とマネジメント体制の構築を目的として、指導的役割にある看護職員を対象に、平成28年度より各都道府県・指定都市において実施されている。

同研修は、他の認知症対応力向上研修が一定の認知症対応力を有する医療専門職のすそ野を広げることを目的とする導入的な研修である点と異なり、より実践的な知識・技術の習得に加え、院内のマネジメントや院内外における連携などを含む計 1,080 時間の標準カリキュラムとなっており、診療報酬「認知症ケア加算 2・3 | の基準に含まれる研修でもある。

認知症施策推進大綱では、医療従事者等の認知症対応力向上研修について「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」とされているほか、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインにかかる研修プログラムの導入率 100%」が掲げられている。直近の事業では、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、病院勤務の医療従事者向けの各認知症対応力向上研修について、カリキュラムおよび研修教材の見直しが順次行われてきたが、看護職員研修は創設以降改訂が行われておらず、大綱の要請も踏まえた研修内容のアップデートや必要な見直しを行う必要性が高い。本事業では、同研修の実施状況や内容等に関する意見、また、診療報酬との関係等も十分踏まえて、①カリキュラムの見直しの検討、②研修教材の充実・修正等の改訂、③改訂教材等について都道府県・指定都市で活用が図られるよう関係機関への周知、の3点を目的とする。

#### 3. 事業実施期間

令和4年6月6日(内示日)から令和5年3月31日まで

## 4. 事業内容等

#### 4-1 事業内容

上記の事業目的のため、まずは、現行のカリキュラムについて具体的な内容や研修時間等の仕様について、また、過去の事業で実施された講師・委託機関等へのヒアリング調査の内容を確認し、カリキュラム

見直し・教材改訂の方向性を共有する。その上で、同研修がより効果的に実施・展開されるよう、受講対象とする指導的役割の看護職員が今日的に期待される役割に立ち返った「ねらいと到達目標」の見直し、および、それに対応する具体的な教材改訂を行う。

具体的な事業内容は以下の通りとする。

#### ①委員会および作業部会の設置

研修創設・教材開発当時に協力を得た医師・看護師の他、日本看護協会・全日本病院協会等の関係機関からの推薦委員、学識者等から構成される委員会を設置する。また、具体的な教材改訂作業は、他の認知症対応力向上研修の直近の改訂内容・教材を効果的に活用する観点から、その改訂を担当した委員や研修の企画立案、ないし、講師・ファシリテーターの経験のある認知症看護認定看護師等で構成する作業部会によって集中的に作業を進める。

#### (委員会)

- ○都道府県・指定都市における研修実施状況・課題の把握
- ○研修の位置付け・受講対象を含むカリキュラムの見直し検討
- ○教材改訂方針・コンセプトの検討

#### (作業部会)

- ○カリキュラム見直し方針に沿った教材改訂の検討
- ○講義スライド・演習用資材を中心とした教材改訂作業
- ○改訂カリキュラム・教材説明会の対応

なお、教材改訂において必ず盛り込むこととされる「意思決定支援に関するかかるプログラム」については、直近の老健事業において作成された意思決定支援ガイドラインに関する資材や情報を教材改訂作業に反映させていく。

#### ②講師等向けの改訂教材説明会(または説明動画作成)

見直し・改訂を行ったカリキュラムおよび研修教材について、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、改訂趣旨・内容についての情報提 供を行う(説明会の開催、または、状況に応じて動画作成・配布)。

#### ③成果物(教材等)の周知

改訂した研修教材(講義テキスト、スライド等)を都道府県・指定都市に提供する際には、委員会・作業部会委員等から収集した研修の企画・立案、運営等にかかる実践例や工夫等の情報も加え、より効果的な研修の展開に資する内容を整理して周知を行うことを目指す。

## 4-2 委員会体制および開催状況

## [委員会]

(○は委員長、50 音順)

1	小川 朝生	国立がん研究センター 先端医療開発センター	分野長
2	小川 聡子	公益社団法人 全日本病院協会	理事
3	鈴木 みずえ	浜松医科大学臨床看護学講座	教授
4	髙山 陽子	公益社団法人日本看護協会 看護研修学校 認定看護師教育課程認知症看護学科	主任教員
5	○鷲見 幸彦	認知症介護研究・研修大府センター 国立長寿医療研究センター	センター長 理事長特任補佐

## [作業部会]

(●は座長、50 音順)

1	佐藤 典子	順天堂東京江東高齢者医療センター	看護教育課長
2	●鈴木 みずえ	浜松医科大学臨床看護学講座	教授
3	諏訪免 典子	東都大学 沼津ヒューマンケア学部看護学科	講師
4	髙梨 敬子	国保直営総合病院 君津中央病院	主任看護師
5	竹内 さやか	国立長寿医療研究センター もの忘れセンター	副看護師長
6	田中 久美	筑波メディカルセンタ−病院	副院長兼看護部長
7	深澤 隆	一般社団法人 八戸市医師会 医療法人財団青仁会 青南病院	理事 病院長

〈オブザーバー〉 厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課

〈実施主体〉 合同会社 HAM 人·社会研究所

## [会議]

## 第1回 委員会

日時 令和4年9月6日(火)

議事 1 令和4年度事業概要(計画案)について

2 カリキュラム見直しの方向性について

3 ご意見交換

#### 第1回 作業部会

日時 令和4年9月28日(水)

議事 1 第1回委員会の振り返りと作業部会の工程表案

2 標準カリキュラム見直し

3 作業分担案

#### 第2回 作業部会

日時 令和4年11月2日(水)

議事 1 標準カリキュラム改訂案について

2 作業分担案および今後の進め方について

## (書面委員会: 個別説明)

日時 令和4年12月中旬(各委員への個別説明)

議事 1 標準カリキュラム改訂案について

2 教材改訂作業へのご意見

#### 第3回 作業部会

日時 令和5年1月17日(火)

議事 1 標準カリキュラム改訂案(第2版)について

2 教材 (講義スライド) 素案について

(1) 各委員からの担当部分の説明と質疑

(2) 全体の方針・流れの確認等

3 改訂説明動画等の収録について

## 第4回 作業部会

日時 令和5年2月22日(水)

議事 1 教材 (講義スライド) (第3版) について

(1) 第3版の確認(全体概観と各編の状況)

(2) 講義スライド解説文(ノート) 作成にかかる説明

2 今後のスケジュール等について

(1) 委員会委員からのご意見(2月中旬事前提供)

(2) カリキュラム・教材改訂の説明動画収録

#### 第2回 委員会

日時 令和5年3月6日(月)

議事 1 カリキュラム改訂案と改訂教材について

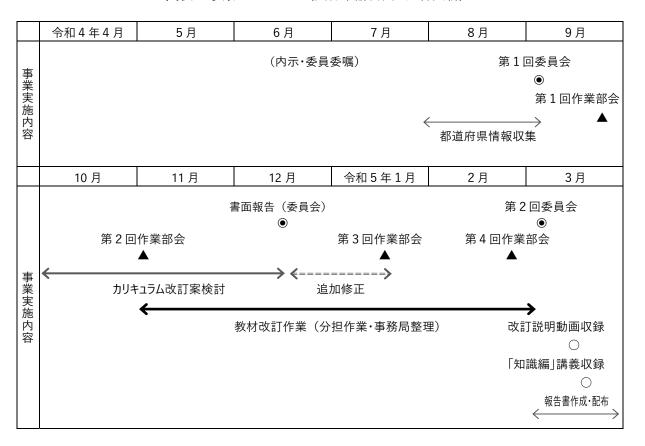
2 研修実施方法にかかる対応について

3 ご意見交換

#### 4-3 事業スケジュール

委員会・作業部会および情報収集・カリキュラム改訂検討・教材改訂作業、動画収録等の事業は、 概ね以下のスケジュールで進行した。

図表 事業スケジュール (交付申請書面を内容更新)



#### Ⅱ 看護職員認知症対応力向上研修カリキュラム改訂

- 1. 都道府県・指定都市からの情報収集整理
- 1-1 実施概要

#### (1)目的

看護職員認知症対応力向上研修のカリキュラム見直し及び研修教材(講義スライド等)の改訂にあたって、医学的な情報や施策にかかる内容更新の他、都道府県・指定都市における研修実施の実態や自治体・講師等からの意見・課題を踏まえることが重要である。それらの情報・状況を把握することを目的に情報収集兼アンケート調査を実施した。

#### (2)対象

都道府県·指定都市 67 自治体

#### (3)実施方法

MS エクセル記入シートをメール添付にて配信(メール回答)

#### (4)実施期間

令和4年8月3日~同8月24日 回答期日

#### (5)主な設問項目

【運営実施に関する項目】(主に自治体からの回答を想定)

- 1 実施状況(令和元年度~3年度)
  - **分研修実施回数**
  - ○募集定員

  - **(二)実施形態**
- 2 運営主体
  - ②直営/委託(委託先)
- 3 募集状況(受講対象)
  - ④募集の職位(範囲)
  - 回受講者の職位
  - ○募集・受講における柔軟な取り扱い(指導者的役割の範囲)
- 4 研修実施にあたっての意見・課題
- 5 カリキュラム見直しに向けた意見

## 【研修内容に関する項目】(主に委託先・講師等からの回答を想定)

- 1 研修日程について (①日数・時間数、回時間配分)
- 2 カリキュラムについて (アレンジや工夫について)

【形式面】 ①研修時間数、回時間配分、①講義順

【内容面】 (二講義内容、 ①教材 (スライド)

- ◇標準カリキュラムの内容の課題・意見
- 3 講師・ファシリテーターについて カリキュラムごとの 人数、職種

#### (6)回答状況

57 自治体 (85.1%)

※うち、都道府県と共同実施のため回答なしの指定都市等を除く有効回答 49 自治体での整理

#### 1-2 情報整理(調査結果)

#### 【運営実施面】

#### (1) 実施状況

- ①研修実施状況は、令和2年度に実施自治体が約8割に減じたものの、9割以上の自治体で看護職員認知症対応力向上研修が実施されていた(令和3年度93.9%)。
  - 回募集定員は、令和3年度は平均75.9人で、令和2年度以降漸減傾向にあった。
- ○修了者数は、一般病院の看護職員が9割以上を占め、職位内訳では、「看護師長・副師長」、「主任・リーダー」がともに約2割、「その他(看護職他)」が約5割という状況であった。

図表 2-1 実施状況 (回答数 49)

			令和え	<b>元</b> 年度	令和 2	2年度	令和 3	8年度
	実施		47	95.9%	39	79.6%	46	93.9%
(回数)	回	数(実施自治体平均)	1.28	回	1.21	回	1.22	回
(120)	中止		2	4.1%	10	20.4%	3	22 回       3 6.1%       5.9 人       5.1 人       5.0 22.0%       3.9 20.4%       5.4 52.1%       3.1 4.6%       0.1 0.1%       0.3 0.5%
回募集定員		(平均人数)	101.0	人	78.5	人	75.9	人
·····································	合計	(平均人数)	93.7	人	62.3	人	65.1	人
	ėп.	看護師長·副師長	22.7	24.9%	12.8	20.6%	15.0	22.0%
	一般 病院	主任・リーダー	20.8	22.8%	13.5	21.7%	13.9	20.4%
		その他(看護職他)	43.3	47.5%	33.3	53.4%	35.4	52.1%
	精神科	病院	3.4	3.7%	2.0	3.2%	3.1	4.6%
	診療所		0.4	0.5%	0.3	0.5%	0.1	0.1%
	介護老	人保健施設	0.4	0.5%	0.1	0.2%	0.3	0.5%
	その他		0.2	0.2%	0.2	0.4%	0.3	0.4%

○実施形態は、講義、演習とも、令和2年度から「オンライン」による実施がみられるようになり、令和3年度には、約4割の自治体が「オンライン」による実施であった。

図表 2-1(続) 実施状況 (回答数 49)

			令和元	年度	令和 2	2年度	令和3	3年度
<b>(二)実施形態</b>		集合	47	95.9%	32	65.3%	22	44.9%
	講義	オンライン	0	0.0%	6	12.2%	19	38.8%
	舑我	中止	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
		その他	0	0.0%	1	2.0%	4	8.2%
		集合	47	95.9%	32	65.3%	24	49.0%
	演習	オンライン	0	0.0%	7	14.3%	19	38.8%
	供白	中止	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
		その他	0	0.0%	0	0.0%	2	4.1%

#### (2) 運営主体

研修の運営主体は、ほとんどの自治体で「委託(団体等に委託)」の形態であり、委託先としては、「県看護協会」が約9割(「委託」に占める割合)であった。

図表 2-2 運営主体(回答数 48)

①直営·委託	直営(自治体で実施)	1	2.1%
の別	委託(団体等に委託)	47	97.9%
	一部委託等	0	0.0%
(委託の場合)	県看護協会	42	89.4%
<b>回委託先</b>	認知症疾患医療センター	0	0.0%
	大学等教育機関	1	2.1%
	その他	4	8.5%

## (3) 募集状況(受講対象)(複数回答)

募集状況(受講対象)は、「看護師長」、「副看護師長」、「主任(リーダー)クラス」が中心であったが、「看護職員一般」についても、 ①募集では 52.1%、 ②実際の受講では 75.0%で含まれていた。

図表 2-3 募集状況(受講対象)(複数回答、回答数 48)

職位別	④募集₫	D範囲	②受講者の範囲	
看護師長	42	87.5%	42	87.5%
副看護師長	40	83.3%	39	81.3%
主任(リーダー)クラス	40	83.3%	43	89.6%
看護職員一般	25	52.1%	36	75.0%
その他	9	18.8%	6	12.5%

## ○募集・受講における「指導者的役割」の取り扱い について (記述回答)

募集や受講における職位の範囲にかかる具体的な状況としては、「今後、指導的役割を担う可能性ある場合」、「自施設において研修実施やマニュアル作成ができる」などの一定の要件のもとで、一般の看護職員を含めて(範囲を広げて)対応する取り扱いをしている自治体が多かった。(記述回答から主なものを抜粋して掲載する)

## 図表 2-4 「指導的役割」の取り扱いについて

1	参加施設の構成によっては、師長・副師長等の管理職ではなく、一般の看護職員であっても施設の中で認知症の対応や委員会での役割を担っている者もあるため、施設の状況により役職にはこだわらないが、研修終了後の自施設において研修を実施することを必須としている。
2	募集条件を看護管理者または指導的役割を担いかつ同じ医療機関などの職員に対して伝達講習が行える者としており、職位は問うていない。
3	指導的役割を担っている看護職員で、かつ自施設内での職員に対して伝達講習が行える者を対象 とし、県内の様々な実情を抱える組織の看護職員を広く受け入れられるように、あえて職位は明記 せずに募集している。
4	現在、指導的役割を担う職位に就いていなくても、 <mark>今後、指導的役割を担う可能性</mark> があれば受講 を可能としている。
5	副看護師長以上の看護管理者を原則とするが、認知症ケアにおいて指導的役割の看護職員であれば看護管理者でなくても受講可能としている。(今後、指導的役割を担っていくような方にも受講してもらいたかったから。また、看護管理者のみに絞ると受講者が少ないため。)
6	指導的役割を担う看護師(看護師長等)または、研修受講後、各医療機関等において所属職 員を対象とした伝達講習等が実施できる。
7	多くの方にご受講いただきたいので、募集は主任以上としているが、定員に満たなければ看護職一般 も可としている。
8	募集は、「指導的立場の看護職員(主任クラス以上)」としたが、病院の規模や今後の人材育成等を考慮し、研修受講後、自施設での研修を実施することができる者、及び自施設における認知症対応マニュアルを作成できる者であれば受講可能とした
9	今後指導的役割を担う方にも受講いただくため、募集時の受講対象者は、「現在管理的役割の者、または2年以内に管理的役割になる予定の者」としている。
10	募集は広く指導的役割を担う看護職としており職位を限定してはいない。職位が無くても指導者的役割を担う人は多く、またそのような人はいずれ管理者としての役割を担う人たちである。そのような人の受講は、研修の目的である所属医療機関内の認知症ケアの適切な実施とマネジメント体制構築に貢献できると考えている。
11	研修対象者は、勤続年数概ね5年以上の看護管理者又は指導的役割の看護職員であり、かつ 同じ医療機関等の職員に対して伝達講習が行える者とし、研修申込書に看護管理者または施設 管理者に推薦理由を記載してもらい受講者を決定している。
12	看護職員一般(スタッフ)の応募があった場合、経験年数を確認し、10年未満の申込者には、施設に問い合わせを行っている(指導的な役割を担うに該当するか)。ワーキングメンバーや今後役割を担わせる予定であることを確認し、受講承認している。

## (4) 研修実施にあたっての意見・課題

研修実施にあたって意見として、公研修時間数、回実施上の課題について、記述回答を得た。

まず、①研修時間数については、現行の 18 時間 (3 日間) カリキュラムを「研修目的等に鑑みれば適当」とするご意見と、「受講(派遣)や運営の観点から短縮化が望ましい」とするご意見がそれぞれあった。 (記述回答から主なものを抜粋して掲載する)

## 図表 2-5① ①研修時間数についてのご意見

1	3日間の研修は内容を考えると適切ではないかと思われます。
2	研修目標と研修内容を考慮すると、妥当だと考えている。
3	カリキュラムの到達目標を達成するには、内容量が多く時間数が短いため、前半などは講師からの一方的な形での研修となってしまう。しかし、3日間以上の開催となると、臨床現場では勤務の調整などが困難となることが予測される。これ以上の日程で研修を組む、あるいは、研修会の時間短縮を検討するのであれば、内容の見直しや、研修方法の工夫も併せて必要と考える。基本的な知識の獲得は、動画視聴やeラーニングを活用したり、指導案作成などは、基本を研修で学び、自施設で誰かフォローして作成するなど、OJT の活用も考えられる。
4	指導者育成研修なので、18 時間のカリキュラム時間数は妥当と思います。
5	指導的役割にある看護職は、認知症に関する研修や学習の機会を過去にも得ており、すでに相当の認知症に関する知識・技術を習得していると考える。また、現行カリキュラムの時間数は、指導的役割にある看護職が業務を離れ受講するには、業務上の負担もあるかと思われる。よって、「基本知識」「対応力向上」については研修時間数を短縮し、「マネジメント」を中心にした時間配分にしてはどうか。演習についても同様に短縮が好ましいと考える。
6	現在、感染症拡大防止のためオンラインで開催している。今後もしばらくはオンラインでの開催が想定されるが、オンラインでの長時間の研修は、受講者の集中が切れてしまうこと等難しさがある。そのため、現状を踏まえるとカリキュラムとしての標準時間も、もう少し短くてもよいのではないかと感じる。
7	現行のカリキュラムの内容を実施するためには、3日間の時間が必要である。
8	現在3日間で研修を実施しているが、3日間の実施というのは受講者にとっても運営にとっても負担が大きい。2日間の研修で必要な要素を絞って開催できると良いと感じる。
9	ほぼカリキュラム通りに実施している。演習も含め適当。参加者の事後アンケートでも適当との意見が ほとんどである。
10	受講者は看護管理者やそれに準ずる方、リーダー的立場の方が多く、基本知識、対応力向上、マネジメントに関連する知識や実践をお持ちの方も多い。カリキュラム内容において重複している内容もあるため、研修時間数の短縮について検討が必要と考える。
11	現行カリキュラムでは組織の分析(SWOT)が事前課題として持参となっているが、分析方法がわからず、事前に準備できない受講生が多数あったため、現在事前に SWOT 分析のための集合研修(半日)を令和 4 年度から追加している。3 日間 18 時間の研修は負担があるのでカリキュラムを見直し短縮することも必要だと思うが、日本看護協会が行っている 2 日間の DVD 研修とこの 3 日間のリーダー研修の意義について再検討すべきだと思う。

続いて、回実施上の課題については、「研修教材の補強・追加に関するもの」、「直近のコロナ禍における オンライン実施に関するもの」、「講師・演習ファシリテーターの確保に関するもの」等の様々な課題が挙げら れた。(記述回答から主なものを抜粋して掲載する)

#### 図表 2-5② ②研修実施上の課題

1	演習が含まれているため参加者の人数制限があり、応募多数のため毎回選考が必要になる。
2	講師・受講生ともにオンライン開催としたが、研修内容は対面での研修を想定して作成していたため、演習でやりにくさを感じた受講生・ファシリテーターがいた。 演習の多い研修であるが、オンラインの場合グループ内の進行が上手くいかず、討議がスムーズに進まないグループがあったため、ファシリテーターのサポートが必須であった。
3	受講対象について、柔軟な募集とする必要性もあると考える。しかし、看護職一般ではマネジメント 編の SWOT 分析の経験者が少なく理解が難しいことが課題である。アンケートには、毎回理解が難 しいという意見を頂く。
4	情報更新がなされておらず、標準テキストの内容が古く使いづらい。講師が独自に資料を作成し、標準テキスト内に差し込んだり、別途準備して実施している現状です。
5	確実に研修を実施するには、研修方法について検討する方が良いと思う。例えば e-ラーニングの導入とか、講義部分はオンラインにして、演習のみ集合にするなど、弾力的な運営方法が望まれる。
6	演習(グループワーク)もオンラインで実施している。聞きやすさの都合上一人ずつの発言となるため、 グループワークをするのには十分な時間が必要になる。 設定の時間内で行うため、1 グループの人数を 5 名程度と少なくし、グループ数で調整しているが、そ の結果グループ数が多くなるため各グループに配置するファシリテーターの調整が難しい。
7	・演習するために、認知症看護認定看護師資格のある <mark>演習助言者が多数必要であるため、毎年必要人数の確保に苦慮</mark> している。 ・研修会に参加するためには、3日間の研修時間の他、移動時間が必要となり、特に看護管理者は部署を長期間不在にして研修に参加するのは難しい状況である。コロナが落ち着いてもオンラインで研修ができると全道各地の看護職が参加しやすい。
8	受講者の勤務する設置主体も規模も違うので、グループ編成が難しい。 研修受講後に「看護職員認知症対応力向上研修自組織研修実施等報告書を提出することが義 務化されているが、今研修の伝達のみになっている。研修では人材育成の講義の後に指導案の作 成、自施設の現状を SWOT 分析し、研修企画書作成しているが、伝達講習の研修企画に反映されていないことが多い。
9	オンライン開催でのグループワークの方法。受講者からグループ内で共有しづらいという意見がみられた。 ただ、オンライン開催については前向きな意見のほうが多い。
10	基本集合研修としているが、新型コロナウィルス感染状況により開催方法を検討している。令和3年度は完全オンライン研修とし、演習も演習講師の協力のもと活発な意見交換ができた。しかし、受講者の地域内での繋がり(今後の情報交換等)を考慮すると、演習部分は対面形式の方が望ましいと考え、令和4年度は講義部分をオンライン、マネジメント編の演習のみ集合の予定である。
11	認知症ケア加算算定のため、受講生は多く出したい病院側と、この研修(指導的な役割を担う人に限定する)に乖離があり、組織分析や指導案の立案が受講生の負担になっている。今は、時間外に研修を開催することも困難で、実際に施設に戻って院内の研修を企画することが難しいので、院内研修の計画立案ではなく、実践に役立つ事例検討会などを取り入れたほうが良いと思う。

#### (5) カリキュラム見直しに向けた意見

本事業の柱である研修カリキュラム・教材の見直しに向け、自治体より広く意見を頂くことを目的に意見を伺い、多くの記述回答を得た。

カリキュラム内容・運営の両面より、「受講対象に応じたカリキュラム構成」、「オンライン実施への対応」などのご意見の他、「実践的な内容・具体例」、「現行教材の重複解消・情報の追加更新」、「倫理・権利擁護等の新しい領域の充実」、「分析手法」、「DVD教材の導入」といった具体的な教材見直しにかかるご意見も多く挙げられた。(記述回答から主なものを抜粋して掲載する)

#### 図表 2-6 カリキュラム見直しに向けた意見

現在は、認知症看護認定看護師が主導で本研修を実施しており、テキストや内容も認定看護師が 独自に編集していただいています。認定看護師の所属する病院の事例なども多く取り扱っていただい 1 ており、より実践的な内容になっております。したがって新カリキュラムを検討するにあたっては、実践的 な事例を多く記載していただけるとよいのではないかと思います。 ・個々の認知症の特徴・症状に対する、より実践的な対応力(アセスメント、看護方法・技術、院 内外連携手法)の習得や、適切なマネジメント体制の構築、自施設における看護職員への研修 までを目標としており、内容量が多く、3日間での到達目標が高すぎる。基礎編、対応力編、マネ ジメント編それぞれに3日間必要な内容に感じる。到達目標に合うカリキュラムと時間数の見直しが 必要と考える。 ・基本知識編と対応力向上編のスライドの重なりが多く、研修生から同じ内容ばかりという意見が挙 がり、重ならないようにスライドを修正した。教材改訂の際は、スライドの重複をなくす必要がある。ま 2 た、スライドだけでなく、動画なども作成していただけると、講義にメリハリがつきやすい ・研修計画立案、教育技法などマネジメント編については大学教員や認定看護管理者が担当した り、患者や家族を理解するため、家族会の人や認知症の人による講演の枠があっても良いと思う。 ・マネジメント編の自施設の分析では、施設によって SWOT 分析を取り入れていない所もあること、研 修生の中にはマネジメントを初めて目にする方も多く、説明に苦慮している。研修プログラムを、経験 年数や管理職向けにするなどの対応が必要と考える。研修後の自施設での研修実施率も低く、ど こまでを研修参加者に求めるのかが課題である。 講師より、内容の重複が随所に見られスキップせざるを得ない状況があることをお聞きしています。 重要な内容だからこそ随所に掲載されていると拝察いたしますが、もう少し整理していただけると有難 3 いです。また、テキストを前後してページをめくることも受講者にとっては難儀かと存じますので、順序の 検討をお願いしたいです。 講師要件を満たす DCN・CNS(老年)が少なく 18 時間研修の組み立てに苦慮している。疾患・ 4 治療については医師でも可とされているが、看護視点ではなく合致しづらい。また、マネジメント、研修 計画(パ−トⅢ)の部分は、認定看護管理者等でも良いと要件を拡げていただきたいと考えます。 研修目的は「医療機関内等での認知症ケアの適切な実施とマネジメント体制の構築」とある。認知 症の病態や認知症をもつ人への看護といった知識に関する研修は、他でも行っている。また、診療報 5 酬への加算の影響もあり、各施設でも認知症に関する研修へのスタッフの参加は導入当初に比べる と格段に進んでいると思われる。本研修については、施設内で指導的役割にある看護職を対象とし ているため、マネジメントに視点をおいたカリキュラムとして再構築してはどうか。

#### (続き)

6

7

8

- ・ <mark>意思決定支援、倫理的側面に関する内容</mark>は特に大切にされている分野であり、教材を増やしてほしい。 (特に、看護職に求められる役割や具体的対応)
- ・基本知識と対応力向上において内容が重なる項目がある。基礎知識は病状、対応力向上は看 護として、より分かりやすい資料となると良い。
- ・認知症の定義の見直し(「回復不可能な形で」を削除)
- ・地域連携の項目に、「地域を知り、生活者として捉えること」がテキストに追加されると良い。
- ・進行に伴ったケアの視点が充実すると良い。
- ①基礎知識編と対応力向上編の「認知症」の重複が多い。またデータが古く、新しい情報が更新されないままであるため、講師が独自に講義内容を追加している。新たな情報の更新、追加が必要。
- ②受講者より診療報酬についての情報を知りたいとの意見があり追加してもらっている。項目立てしていただきたい。
- ③分析に SWOT 分析を用いているが、活用したことのない人もいる。そのため初日にテキスト以外にも講師に実際の事例で展開してもらい、講義してもらってから 3 日目に備えている。どの分析を用いても同様なことは起こりうるとは思うが、初めての人には困難感がある。
- ④最終日の半日のグループ演習は参加者の満足感が高い。
- ・社会資源について項目を追加して欲しい
- ・DVD 等動画教材の活用を検討して欲しい
- ・マネジメントで、教育技能を習得する目標で演習(自施設の現状・人材育成計画の策定)は削除していいと思う

認知症患者とその家族等に対する適切な看護が提供されるためには、看護管理者・リーダー的立場の看護職、病院管理者が正しく理解し、スタッフ教育・施設管理することが大変重要と考えられる。 研修では、こうあるべきという基本を学ぶよりは、受講される方々が日々行っていること、自分自身の看護を振り返り、気づきを得るような時間、提供体制、管理体制の課題や解決方法のヒントを得る機会になることが必要ではないかと考える。

- ・診療報酬の改定に伴い、算定要件など変化している。教材の内容は、毎年担当医師と認定看護師で検討し、補足資料を加えて指導してもらっている。研修の教材見直しは、もう少し短い期間(診療報酬改定ごとなど)で行っていただきたい。
- ・研修内容についても、SWOT 分析を経験していない参加者が多く、分析をすることが困難である。 もっと簡単な分析方法を取り入れてはどうか。資料に具体的なコミュニケーションや療養環境支援の 実践例、方法などを追加するとよい。
- ・急性期病院での認知症ケアの場面での倫理面の検討や認知症者を擁護する視点で(せん妄や抑制を含めた)グループワークができるとよい。
- 重複しているところが多いので整理していただきたい。
- ・データを新しい物にしていただきたい。
- ・運営にあたり、教材やスライド等の提示があるのは参考にするが、実際担当する講師、演習担当者がそれぞれの研究や実践に基づいた教材やスライド、DVDを活用されている。各自治体の特色と捉えて柔軟な運営(プログラムの組み立て、多職種の講師等の組み入れ等)を望みます。
- ・集合研修において受講者へ配慮した講義・演習の展開が困難な中、オンライン研修では、ますます 受講者の理解度を図れないため、カリキュラム内容をシンプルにする等工夫していただきたい。
- ・研修のアウトカムについて、モデル自治体へ調査を行う等して方向性、指針をお示しいただきたい。

10

11

#### 【研修内容面】

#### (1) カリキュラムについて (回答数 47)

令和3年度における研修で現行の標準カリキュラムや教材の研修内容面の一部アレンジや工夫等の対応があったか、については、まず、①研修時間数では、「標準カリキュラム通り」が78.7%、②(内容の)時間配分では、同72.3%、①講義順では、同68.1%を占めていた。約7~8割の自治体で「標準カリキュラム通り」の実施であった一方で、一定程度の割合で、「一部アレンジや工夫」も行われていた(②17.0%、②25.5%、②29.8%)。

また、内容面にかかる (三講義内容では、「一部の編や項目についてアレンジや工夫」が 42.6%と最も多く、 (三教材 (スライド) では、同 48.9%となっており、教材については、標準教材通りの実施は3割未満にとどまっていた。

図表 2-7① 〔形式面〕カリキュラム・教材の一部アレンジや工夫

	標準カリキュラム通り	37	78.7%
		8	17.0%
	 標準を元に独自実施	2	4.3%
	標準カリキュラム通り	34	72.3%
	一部アレンジや工夫	12	25.5%
	標準を元に独自実施	1	2.1%
()講義順	標準カリキュラム通り	32	68.1%
	一部アレンジや工夫	14	29.8%
	標準を元に独自実施	1	2.1%

図表 2-7② 〔内容面〕カリキュラム・教材の一部アレンジや工夫

	標準カリキュラム通り	19	40.4%
	一部の編や項目についてアレンジや工夫	20	42.6%
	全ての編や項目についてアレンジや工夫	5	10.6%
	標準カリキュラムを元に独自の内容で実施	3	6.4%
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	標準カリキュラム通り	13	27.7%
	一部の編や項目についてアレンジや工夫	23	48.9%
	全ての編や項目についてアレンジや工夫	6	12.8%
	標準カリキュラムを元に独自の内容で実施	5	10.6%

- ○講義内容と⊕教材(スライド)にかかる「一部の編や項目についてアレンジや工夫」の具体的な内容について、記述回答を得た。(記述回答から主なものを抜粋して掲載する)
  - ⇒講義内容については、「自治体の情報の追加」、「講師等の実践事例の追加」などがあった。

#### 図表 2-8① 二講義内容の具体的な一部アレンジや工夫

1	講師の病院での <mark>実際の事例を使う</mark> などしている。
2	認知症の中核症状の理解を深めるため、演習の回数を2回に増やした
3	教育カリキュラムの内容は全て含まれているが、講師の専門性、学習目標に応じて、教授の方法を工夫いただいている。例えば、自治体の認知症高齢者の動向や医療提供体制の説明が加えられていたり、知識の定着を確認する意味で、確認テストが実施されるなどもある。
4	基礎知識編に関しては <mark>トピックス的内容</mark> を入れたり、医師のアレンジがある。 「せん妄」「退院支援」の項目に関して、標準カリキュラムを基本として講師独自に作成している。 「看護計画」は事例を独自に作成している。 マネジメント編では標準カリキュラムを基本に、身体拘束や倫理調整について独自に講義している。
5	カリキュラムにはない認知症に関する政策や、自治体の現状、診療報酬に関することなどを講義内容に追加した。
6	<ul><li>・事例を使ったグループワークの追加</li><li>・認知症看護<mark>認定看護師が実践している事例</mark>の紹介</li><li>・標準では解りにくい所は、追加で補足説明をしている</li></ul>
7	・基本知識では、当事者と家族のそれぞれを講師に、これまでの経験談などをお話いただく時間を設けている。 ・マネジメント編の演習では、研修計画の立案ではなく、効果的なカンファレンスの実施方法や認知症のアセスメント・スタッフへの指導方法等に関して事例をとおした演習を行っている。
8	事前に自施設の資源について認識を促すためのアンケートを実施した。最新情報と老年期の看護に ついて追加した。
9	標準のスライドは削除せずに講師が重要と判断した内容を少し詳しく追加している。 ・認知症の入院中のケア、コミュニケーションの特徴、痛みの表情、意思決定支援について ・向上編のアルツハイマー・レビーについて少し追加、暴言・暴力はどんな時にあらわれやすいか、対応の 仕方、身体拘束についてはガイドラインや解除基準など詳しくした。せん妄も起こりやすいのでせん妄 の時におきる変化や具体的な対応方法について追加 ・認知症に特有な倫理的課題と意思決定支援を追加。 ・マネジメントは昨年度アンケートから理解度が低かったので現状分析についてスライドを追加した。
10	マネジメント編の中に、自治体で取り組んでいる認知症ケアの向上のためのモデル事業のモデル病院からの実践報告を取り入れた。
11	標準教材を用いた講義に加え、認知症に関する最新の医療情報等について説明。
12	新たな統計データや情報(治療薬、対応等)を追加、認知症加算を追加
13	症例紹介、講師の施設での認知症ケアの活動
14	講師の自施設の紹介や、講義内容が理解しやすいよう事例を追加した。
15	医師の担当する講義は、標準カリキュラム通りだが、認定看護師の担当する部分については、補足 資料を追加して、工夫している。

動教材については、「講師による補強部分のスライドの追加」、「分析・指導案などの独自資料の追加」 など、講義内容の補強に応じて教材の追加作成が行われていた。

## 図表 2-8② 歩教材の具体的な一部アレンジや工夫

1	認知症に関する自治体の現状や、看護師に求められることについて、内容を追加しているため、その部分は独自
2	標準カリキュラムに沿いつつ、 <mark>担当講師の作成したスライドを活用</mark> している。
3	講師が事例を作成している
4	テキストとは別に、講師が各々に作成した配布資料、スライドを活用している。
	基礎知識編に関しては独自で作成
	「せん妄」「退院支援」の項目に関して、標準カリキュラムを基本として講師独自に作成している。
5	マネジメント編の SWOT 分析、指導案の講義スライドはわかりやすく独自作成している(既存のものも配布)
	全てのスライドの文字量が多く配布資料としては適切だが、授業スライドとしては使いにくい。
	・標準スライドで分かりにくい内容は、事例等を追加しながら、説明している
6	・マネジメント編で使用する教材を具体的に分かるように作成している。また、県では、対応力向上研修終了後のフォローアップ研修で、研修生による活動(伝達講習を含む)の実践報告会を開催している。対応力向上研修を受講した研修生が、自施設に戻り、活動や伝達講習のイメージがつきやすいよう、マネジメント編の最終日に、フォローアップ研修で発表した前年度の研修生の実践報告の時間を設けるなど、工夫している
7	全ての項目で医師・認定看護師・大学教授がそれぞれの経験や知識を活かし、独自で事例・資料を作成している。
8	講師が最新の知見等を講義に組み込み、資料として配布している。
9	認知症施策推進大綱の説明、事例のスライドやケア内容の写真入りスライド、評価表などを追加 し、イメージしやすく、自施設に戻っても実践できるようにスライドに入れている。
10	事例検討は、講師より急性期と慢性期の事例を1事例ずつ、準備して開催しています。また、 SWOT分析の実施にあたっては、事前課題として自施設の現状を受講者に情報収集してきていただ き、受講に臨んでいただいています。
11	それぞれの講義については、講師の先生がそれぞれ具体例や経験を踏まえた内容で資料等を作成しています。
12	最新の情報や講師の所属における実践例等を教材に加えていただいている。
13	症例紹介、講師の施設での認知症ケアの活動
14	マネジメントの演習において、自施設の現状を検討する際に、受講者に事前課題として準備頂き、参加頂くようにしている。
15	講師の自施設の紹介や、講義内容が理解しやすいよう事例を追加した。

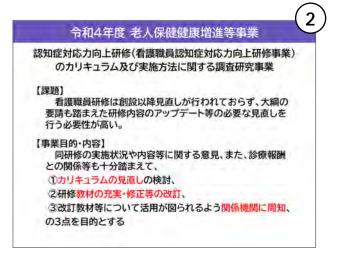
## 2. カリキュラム・教材改訂の検討経過

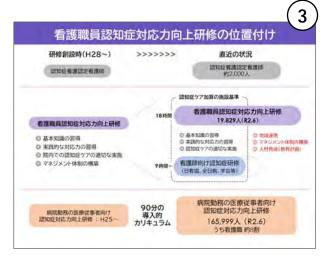
#### 2-1 カリキュラム改訂について

- 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とする6つの職種(群) を対象に平成18年度以降順次スタートし、都道府 県・指定都市において実施されている。 ▶①
- 看護職員認知症対応力向上研修は、平成 28 年度からスタートしているが、創設以降、カリキュラム 及び教材についての見直し検討が行われておらず、 認知症施策推進大綱を踏まえた施策の反映や直 近の老人保健健康増進等事業で実施された他の 研修のカリキュラム及び教材の改訂との整合性の観点から、見直し・改訂の要請が高かった。
- 都道府県・指定都市における実施状況や課題を 把握した上で、また、診療報酬(認知症ケア加算 の算定基準に含まれる研修)との関係等の同研 修が置かれる状況なども踏まえて、カリキュラムの見 直しの検討、研修教材の改訂、それらにかかる関係 機関への周知を目的として検討が進められた。
- 研修創設時には、一般病院等において「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」の修了者」と「認知症看護認定看護師」の間をつなぐ、いわゆる中間マネジメント層の充実を図ることが研修目的の一つの柱でもあった。

直近では、その継続する要請がある一方で、認知症ケア加算のための研修が広く展開され、知識や対応技術の向上を目的とする研修が多く存在しており、その状況下で、看護職員認知症対応力向上

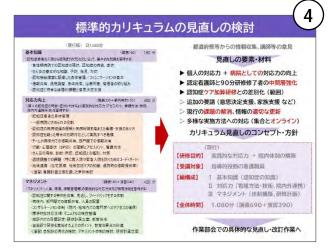






研修の研修目的・受講対象(範囲)・研修時間等のあり方を含め、見直しが検討された。▶③

第1回委員会では、先立って実施した都道府県・指定都市からの情報収集の結果も参照した(1. 都道府県・指定都市からの情報収集整理、1-2情報整理を参照)。募集や受講の範囲に関する現状、研修時間や現行教材の活用状況、実施・運営上の課題など、カリキュラム見直しの重要な要素・材料とされた。



○ カリキュラム見直しの方針として以下の4点(研修目的、受講対象、研修時間、カリキュラム構成)が確認され、その方向性を基に、作業部会において具体的なカリキュラム改訂の検討、教材改訂の検討・作業が行われた。 ► ⑤ (各項目の※赤字は、方針の具体的な補足内容)

【研修目的】 認知症の基本知識や実践的な対応力の習得と伝達による認知症ケア

の適切な実施とマネジメント体制の構築(実施要綱を維持)

【受講対象】 指導的役割の看護職員(実施要綱を維持)

【研修時間】 18 時間程度を維持(実施要綱を維持)

【カリキュラム構成】 ①病態・疾患、②看護技術・対応力、③マネジメント の3編構成

5 カリキュラム見直しの方針 案 おおよその方針等 ○ 認知症の基本知識や実践的な対応力の習得 と 伝達による認知症ケアの 研修目的 適切な実施とマネジメント体制の構築(実施要綱を維持) ※いわゆる認知症ケア加算のための研修(9時間研修)と差別化し、マネジ メントの部分の維持・充実を図る 受講対象 ○ 指導的役割の看護職員(実施要綱を維持) ※一般病院を中心にするが限定するものではない(療養や精神など) ※「指導的役割」は看護師長等の職位に限らず、「実際にマネジメントを担当 する」や「今後役割を担っていく」等の看護職員を含め対象と考える 研修時間 ○ 18時間程度を維持(実施要綱を維持) ※加算要件の研修としての知識・技術の9時間部分を確保(現11時間) ※運営や受講者確保の観点から短縮も検討(3日間→2.5日実施など) カリキュラム ○ ①病態・疾患、②看護技術・対応力、③マネジメント の3編構成 構成 ※現行の「基本知識」「対応力」の重複感を軽減し、「①前提となる医学知識」 と「②看護・ケアの対応」に再編整理 ※「マネジメント」は、受講者による還元のため、病棟単位等のミクロの視点 からの「体制構築」と「人材育成」に修正

○ カリキュラム見直しの方針に沿って、作業部会において具体的に検討されたカリキュラムの概要は⑥の通りである。

全体を大きく3つのパートに分け、**第1**に認知症の基本的な医療の知識を集約(1-2 認知症の病態論) し、後に続く実践的な対応力、体制構築等のパートの前提になるパートとした。また、研修全体の冒頭部分 として、研修の意義や修了者の役割などを整理する部分(1-1 意義と役割)も設けられた。さらに、従来 はほとんど触れられていなかった制度・施策等に関する情報(1-3 施策・社会資源等)を整理した。

第2に、研修の中心となる看護職員の具体的な対応について、対応の前提となる認知症・認知症の人の理解を最初(2-1 認知症の人の理解)に置き、続いて、主に1対1の対患者対応の場面を想定した基本的な看護技術等の実践(2-2 実践対応力 I)、院内チームや多職種連携による対応の場面を想定した複合的な対応の実践(2-3 実践対応力 II)の3パートから構成した。また、実践対応力 I2I1 では、それぞれ演習(事例検討)を設定し、講義を補強する構成とした。

第3に、「指導的役割」の受講対象が、より具体的・実践的にマネジメントを習得できるよう、体制構築や人材育成を"病棟"単位で捉え、病棟としての認知症ケアの取り組み(3-1 認知症ケア体制構築)と、その体制構築に欠かせない要素としての病棟看護スタッフ等の育成(3-2 スタッフ育成・教育)の2パートを演習中心の内容で構成した。▶⑥

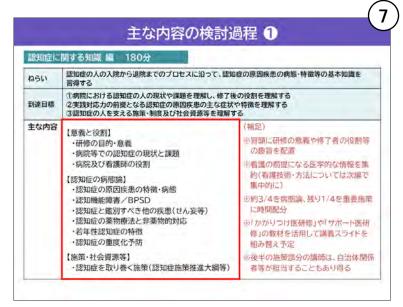
○ それぞれのパートへの時間配分は、従来のカリキュラムをベースとしつつ、概ね「1認知症に関する知識」に180分、「2認知症看護の実践対応力」に 450分(うち、演習 120分)、「3体制構築・人材育成」に390分(うち、演習 300分)を目安とした。(従来の研修時間から▲60分)

編	時間	講義	演習	テーマ(編の中の内訳)	趣旨、主な内容 等		
2.100		30		1-1) 意義と役割	◎研修の意義や修了者の役割などを整理		
認知症 に関する 知識	180	120		1-2) 認知症の病態論	◎実践対応力の前提となる認知症の医学的な知識を整理 (病型別の症状、うつ・せん妄との鑑別、治療、予防等)		
VHD1%		30		1-3)施策·社会資源等	◎施策動向や社会資源を整理		
	450	50		2-1) 認知症の人の理解	◎看護対応の基本的な考え方として「認知症の人の理解」 を実践対応力の前に整理		
認知症 看護の 実践		450	450	130	60	2-2) 実践対応力 I	<ul><li>◎対患者(1対1)の場面を想定した基本的な看護・対応を症状や状態別に整理 (認知機能障害、BPSD、せん妄等)</li><li>◎病態や症状を踏まえたBPSDやせん妄の事例について 具体的な事例検討</li></ul>
対応力		150	60	2-3) 実践対応力Ⅱ	<ul> <li>◎看護チームもしくは院内外の多職種の連携による場面を 想定した看護・対応を整理 (多職種連携、意思決定支援、身体拘束、家族支援等)</li> <li>◎身体拘束へのチーム・連携による対応について具体的な 事例検討</li> </ul>		
体制構築・	200	45	150	3-1) 認知症ケア体制構築	◎受講者の病院・病棟の課題の把握から、それを解決する ための体制整備・構築を検討する演習中心		
人材育成	390	45	150	3-2) スタッフ育成・教育	◎病院・病棟の体制構築に向けて、指導的役割を担う立場から、スタッフ育成・教育を検討する演習中心		

○ 各編の柱となる項目(見出し 1-1~3-2) は前述の通りであるが、それぞれに含まれる主な内容について、 以下、編ごとに整理する。

#### 【認知症に関する知識 編】

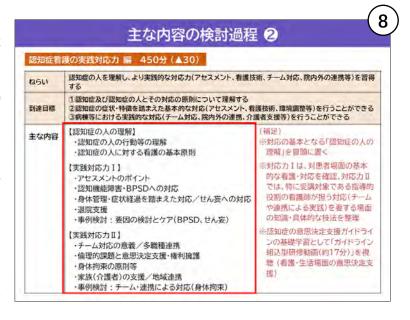
- 1-1 意義と役割では、研修全体の 意義や研修の背景となる現状・課 題、また、病院や修了者の役割が主 な内容となる。
- 1-2 認知症の病態論では、実践的対応の前提となる認知症の医学的な知識として、原因疾患の特徴、認知機能障害と BPSD、せん妄やうつなどの鑑別を要する疾患、せん妄の特徴、薬物療法・非薬物的対応、若年性認知症、重度化予防が主な内容となる。



1-3 施策・社会資源等では、認知症施策推進大綱等の施策、社会資源(支援の仕組み)の概要が 主な内容となる。▼⑦

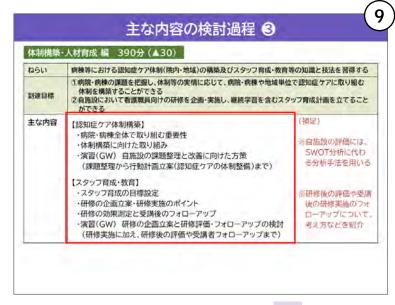
#### 【認知症看護の実践対応力 編】

- 2-1 認知症の人の理解では、認知症の人の世界・行動の理解、パーソン・センタード・ケアの考え方を中心とした看護の基本原則が主な内容となる。
- 2-2 実践対応力 I では、基本的な対応として、アセスメント、認知機能障害 / BPSD への対応、身体管理・症状経過を踏まえた対応、せん妄の対応、退院後を視野に入れた対応が主な内容となる。
- 2-3 実践対応カⅡでは、チーム対応・連携場面として、チームケア、多職種連携、倫理的課題や意思決定支援、身体拘束の対応、介護者・家族の支援、地域連携が主な内容となる。



#### 【体制構築・人材育成 編】

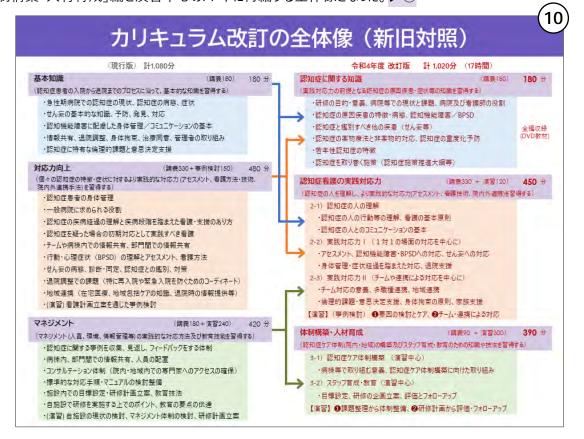
- 3-1 認知症ケア体制構築では、病院・病棟全体で取り組み重要性、体制構築に向けた具体的な取り組みを講義により、それを受けた演習として、自施設の課題整理と改善に向けた方策が主な内容となる。
- 3-2 スタッフ育成・教育では、スタッフ育成の目標設定、研修の企画立案・研修実施のポイント、効果測定とフォローアップを講義により、それを



受けた演習として、研修の企画立案と研修評価・フォローアップの検討が主内容となる。▶⑨

○ カリキュラム改訂の全体像(新旧対照)は以下の通りである。

従来の基本知識・対応力向上の各編から、内容重複等の課題を踏まえ、医療に関する知識を「認知症に関する知識」編に、看護等の対応を「認知症看護の実践対応力」編(2-1、2-2を中心)に再配置・整理、また、マネジメント編の講義部分を「認知症看護の実践対応力」編(2-3)に一部移動した上で、「体制構築・人材育成」編を演習中心のパートに再編する全体像となった。 ▶⑩



#### 2-2 教材改訂について

- (1) 講義スライドの改訂の工程(作業部会)
- カリキュラム改訂の枠組み(ねらいと到達目標、主な内容)が概ね固まった段階で、それらを構成する具

体的な教材(講義スライド等)の改訂作業 が行われた。教材改訂、具体的には講義スラ イドの新規作成、削除、修正、順序入替など について、作業部会の委員の分担(6パー ト) により行った。 ▶①

- 作業部会は合計 4 回実施、概ね次のよう な工程で進められた。
  - 4 全体確認
- の3パートから構成する。 (3) 「体制構築・人材育成編」は、前半の体制構築では、"病棟で 取り組む認知症ケア体制の構築"をテーマに、課題解決型の 演習とする。後半の人材育成では、①現状評価、②研修立 **1**カリキュラム改訂方針の確認 案実施、心評価・フォローアップを柱として、より具体的な演 習とする。 ②各パートの大よその内容とその流れの共有 ❸講義スライド作成過程の共有・意見交換
- 講義スライドの検討・加除修正作業においては、他の認知症対応力向上研修の教材を利活用するとと もに、説明内容や用いる基準・考え方等にも可能な限り配慮し、整合性を担保した。
- これまで導入のなかった動画教材について、 以下の3編を組み入れた。▶12
  - ●本人の声を聴いてみる 他の認知症対応力向上研修でも挿入さ れている認知症の本人のインタビュー動画 (認知症に関する知識編)
  - 2認知症の人の体験世界 入院している認知症の人が感じる世界を 様々な場面で映像化した動画

(認知症看護の実践対応力編:2-1認知症の人の理解)

❸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 組み込み型研修 平成 30 年に策定された同ガイドラインの概要を紹介・説明する研修動画で、他の認知症対応力向上 研修でも視聴が推奨されているもの

(認知症看護の実践対応力編:2-3 実践対応力Ⅱ)



教材改訂の主なポイント

(1) 「認知症に関する知識編」では、実践対応力編の前提となる 病態(対応の要因や根拠)・症状などの知識を集約する。

(2) 「認知症看護の実践対応力編」は、病棟での実践的な対応

● 認知症の人の理解(対応のベースになる基本の考え方)

について、具体的な知識と技術を整理する。

② 実践対応力 I (対患者の場面の対応を中心に) ⑤ 実践対応力Ⅱ(チーム対応・連携の場面の対応を中心に) 11

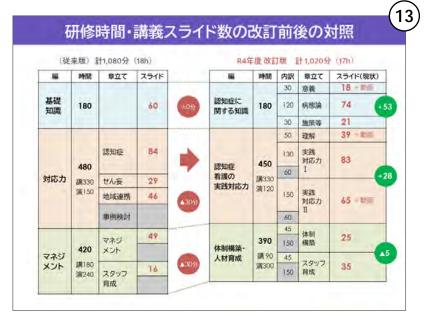
○ 研修時間・講義スライドは、教材改訂の前後で以下のように増減した。 ▶33

1 認知症に関する知識編 : 研修時間 ± 0 分 / 講義スライド + 53 枚

2 認知症看護の実践対応力編 : 研修時間 ▲30 分 / 講義スライド+28 枚

3 体制構築・人材育成編 : 研修時間 ▲30 分 / 講義スライド ▲ 5 枚

○ カリキュラム改訂検討における研修時間の効率化の要請と研修内容充実の要請がある中での教材改訂作業の結果として、数字上は相反する印象はあるが、これまで自治体等において講義スライドが追加されていた点等にも鑑みれば、各パートに必要な教材が時間配分に応じて整備されたものと考える。



## (2) 講義スライドの構成

○ 各編を構成する(含まれる)講義スライド・挿入動画について、主な内容(項目)ごとの枚数配分等の 概況と具体的なスライドタイトル一覧を整理する。

## 【スライドタイトル一覧の表中右端の「出所」欄の凡例は以下の通り】

新	新規作成されたスライド
かかりつけ医	かかりつけ医認知症対応力向上研修からの流用* ※既に歯科医師・薬剤師認知症対応力向上研修等と共有されて いるスライドも含まれる
病院勤務	病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修から流用
病院以外	病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修から流用
旧看護	従来の看護職員認知症対応力向上研修から流用

## 【認知症に関する知識 編】

# 認知症に関する知識 編

編	小区分	時間	主な内容(項目)	スラ	イド	動画	(備考)
認知症にる編	1-1		①研修の目的とカリキュラム構成・意図	5		0	本人インタビュー
	意義と役割	30	2一般病院等での認知症の現状と課題	9	18		
			③病院及び修了者の役割	4			
			①認知症の原因疾患の特徴(病態)	20			
	1-2 認知症の 病態論		②認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)	16			
			③認知症と鑑別が必要な他の疾患	17			
る知識		120	④せん妄の特徴や症状	7	74		
4MB		5認知症の薬	⑤認知症の薬物療法と非薬物的対応	11			
			⑥若年性認知症の特徴	2			
			⑦認知症の重度化予防	1			
	1-3		①認知症施策推進大綱・地域包括ケアシステム	7	21		
	施策·社 会資源等	30	②認知症の人への支援の仕組み(社会資源)	14	21		

## ●認知症に関する知識 (180分)

	(主な内容)		(スライドタイトル)	出所
30分	①意義と役割	18		
		1	認知症施策推進大綱の概要	かかりつけ医
	研修の目的・意義	2	研修の意義と修了者の役割	新
		3	本研修のカリキュラム構成	新
		4	ねらいと到達目標	新
		5	動画① 本人の声を聴いてみる【5分】	病院勤務
		6	本研修が必要とされる背景	病院勤務
	一般病院等での認知症の	7	一般病院に入院する認知症の人に起こっていること	病院勤務
	現状と課題	8	入院中のケアの問題	病院勤務
		9	入院環境に伴う困難	新
		10	身体症状に関する困難	新
		11	社会関係に関する困難	新
		12	精神機能に関する困難	新
		13	認知症の人からみた入院環境と治療やケア	病院勤務
		14	認知症医療介護連携の課題	新
		15	一般病院に求められる認知症対応における役割	新
	病院及び看護師の役割	16	病院全体として求められる認知症対応の取り組み	新
		17	具体的な対応方針	新
		18	研修の意義と修了者の役割(再掲)	新

0分	②認知症の病態論	74		
		19		かかりつけ図
	②認知症の原因疾患の特徴	20	認知症高齢者数の推移	かかりつけ
	•病態	21	認知症の原因疾患	かかりつけ[
		22	認知症の診断	かかりつけ[
		23	主な認知症疾患の特徴	病院以外
		24	アルツハイマー型認知症の診断	かかりつけ
		25	アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症	かかりつけ
		26	アルツハイマー型認知症の自然経過	新
		27	アルツハイマー型認知症の初期に多い症状	かかりつけ
		28	血管性認知症の診断	かかりつけ
		29	脳血管障害と認知症の関係	かかりつけ
		30	血管性認知症の症状と経過	新
		31	血管性認知症の初期に多い症状	かかりつけ
		32	レビー小体型認知症(DLB)の臨床症状	かかりつけ
		33	レビー小体型認知症の多彩な症状	新
		34	レビー小体型認知症の自然経過	新
		35	レビー小体型認知症の初期に多い症状	かかりつけ
		36	前頭側頭型認知症(FTLD)の概念	かかりつけ
		37	行動障害型前頭側頭型認知症の自然経過	新
		38	前頭側頭葉変性症の初期に多い症状	かかりつけ
		39	認知症の症状	かかりつけ
	<b>⑥認知機能障害とBPSD</b>	40	変性疾患の場合の認知症の経過と医療需要度	かかりつけ
		41	認知機能の障害	かかりつけ
		42	記憶障害	新
		43	記憶の分類	新
		44	実行機能障害(遂行機能障害)	新
		45	視空間認知障害	新
		46	見当識障害	新
		47	注意障害	新
		48	社会的認知及び判断の障害	新
		49	失語症	新
		50	精神運動速度の遅延	新
		51	認知症の症状と要因・誘因	かかりつけ
		52	BPSDの4つの要因	かかりつけ
		53	認知症のBPSDと具体的な症状の例	新
		54	各認知症の頻度の高いBPSD	新

	55 認知症で評価すべきこと	新
<b>ⓒ認知症と鑑別すべき他の疾患</b>	56 認知症診断のフローチャート	かかりつけ医
	57 認知症と鑑別すべき状態や疾患	かかりつけ医
	58 年齢層相応のもの忘れとMCI、認知症の違い	かかりつけ医
	59 軽度認知障害(MCI)	新
	60 MCIの診断基準と分類、背景病理	新
	61 MCIと認知症におけるADL	新
	62 せん妄	かかりつけ医
	63 せん妄の特徴	かかりつけ医
	64 うつと認知症に伴うアパシーの差異	かかりつけ医
	65 うつ病の症状	新
	66 うつ病を疑うコツ	新
	67 認知機能低下を誘発しやすい主な薬剤	かかりつけ医
	68 薬剤による認知機能の低下	かかりつけ医
	69 アルコール関連障害(精神・神経の疾患)	かかりつけ医
	70 治療により改善が見込める認知症	かかりつけ医
	71 認知症診療で注意すべき身体疾患	かかりつけ医
	72 せん妄の分類と頻度、鑑別すべき疾患・病態	かかりつけ医
りせん妄の特徴や症状		新
	74 せん妄の発症	かかりつけ医
	75 せん妄の原因	新
	76 せん妄を誘発するおそれのある代表的な薬剤	かかりつけ医
		かかりつけ医
		新
	79 認知症のマネジメント(トータルケア)	かかりつけ医
e 認知症の薬物療法と非薬物	80 変性疾患の場合の認知症の経過と医療	新
的対応	81 認知症の非薬物的介入	かかりつけ医
	82 認知症の非薬物療法	かかりつけ医
	83 臨床症状の経過と薬物療法の効果	かかりつけ医
	84 認知症治療薬の薬理学的な差異	かかりつけ医
	85 認知症治療薬の副作用	かかりつけ医
	86 BPSDへの対応	かかりつけ医
	87 BPSDの薬物療法を開始する際の確認要件	新
	88 BPSDの薬物療法開始前後のチェックポイント	かかりつけ医
	89 睡眠障害への対応	新
<b>予若年性認知症の特徴</b>	90 若年性認知症	新
	91 若年性認知症の症状の特徴	新
<ul><li>⑧認知症の重度化予防</li></ul>	92 認知症の予防の考え方	かかりつけ医

#### 30分 ③施策·社会資源等

#### 21 かかりつけ医 93 認知症施策推進大綱の概要 (再掲) 認知症を取り巻く施策 94 認知症の本人の視点を重視したアプローチ かかりつけ医 (認知症施策推進大綱等) 95 本人重視の主な施策 新 96 診断後の早い段階からの支援 かかりつけ医 97 地域包括ケアシステム かかりつけ医 98 多職種連携 かかりつけ医 99 認知症の人への支援体制 かかりつけ医 病院以外 100 認知症の人を支える様々な仕組み 101 認知症ケアパス かかりつけ医 102 介護サービスの利用の手続き かかりつけ医 103 介護保険サービス かかりつけ医 104 地域包括支援センター かかりつけ医 105 認知症初期集中支援チーム かかりつけ医 106 認知症疾患医療センター かかりつけ医 かかりつけ医 107 認知症サポート医 108 認知症カフェ・ピア活動 かかりつけ医 109 意思決定支援ガイドライン かかりつけ医 110 adavance care planning かかりつけ医 111 日常生活自立支援事業と成年後見制度 かかりつけ医 かかりつけ医 112 高齢者虐待

113 道路交通法の改正後の流れ

新

## 【認知症看護の実践対応力 編】

# 認知症看護の実践対応力 編

編	小区分	時間	主な内容(項目)	スラー	イド	動画	(備考)	
編加を記しています。	2-1		①認知症の人の行動等の理解	10		0	本人の体験世界	
	認知症の人の	50	②認知症の人に対する対応の基本原則	22	39			
	理解		③認知症の人とのコミュニケーションの基本	7				
			①アセスメントのポイント	8				
			②認知機能障害への対応	10				
	2-2 実践対 応力 I		③BPSDの要因・症状と対応	19	02			
		130	④身体管理・症状経過を踏まえた対応	26	83			
			⑤せん妄への対応	10				
			⑥退院支援	10				
		(60)	【演習】要因の検討とケアについて (事例検討)	(10)				
			①病棟等におけるチームケアの意義	2				
				②多職種連携	10			
	2-3		③倫理的課題と意思決定支援・権利擁護	22	65	0	ガイドライン研修	
	実践対	実践対 150	④身体拘束の原則等	15	05			
	応力Ⅱ		⑤家族(介護者)の支援	5				
			⑥社会資源と地域連携	11				
		(60)	【演習】 チーム・連携による対応 (事例検討)	(5)		- 5		

## ❷認知症看護の実践対応力(450分)

(主な内容)		(スライドタイトル)	出所
2-1) 認知症の人の理解	39		
	1	動画② 認知症の人の体験世界【6分】	病院勤務
①認知症の人の行動等の理解	2	病院における認知症の人の療養環境	新
	3	病院で治療中であることがわからない	新
	4	心理的自己防衛	新
	5	認知症に対する私たちの偏見	新
	6	適切な支援が不安の軽減や安心した生活につながる	新
	7	認知症の人が身体治療を受ける際の課題	新
	8	認知症の行動・心理症状(BPSD)には理由がある	新
	9	認知症の人に維持される機能	新
	10	五感を使って良い感情を引き出すケア	新
	11	パーソン・センタード・ケアとは	新
②認知症の人に対する看護の	12	よい状態にもなるし、よくない状態にもなる	新
基本原則 (パーソン・センタード・ケア)	13	心理的ニーズ	新
(N )) (D) (D)	14	実践するときに大変有効な3つのステップ	新
	15	STEP① 思いを聞く	新
	16	認知症高齢者の想いを聞き、考える	新
	17	STEP② 情報を集める	新
	18	脳の障害	新
	19	記憶の障害	新
	20	認知症の人は自分の記憶の障害を理解している	新
	21	実行機能障害	新
	22	身体の健康状態	新
	23	生活歴	新
	24	性格傾向	新
	25	社会心理	新
	26	STEP③ ニーズを見つける	新
	27	個人の価値を低める行為(PD)	新
	28	個人の価値を高める行為(PE)	新
	29	退院予定の場面	新
	30	「自分でトイレに行きたい」	新
	31	「家に帰りたい」	新
	32	よい状態にもなるし、よくない状態にもなる(再掲)	新
	33	認知症の人のコミュニケーションに起こりやすい障害	新
③認知症の人とのコミュニケー	34	認知症の人のコミュニケーション能力	新
ションの基本	35	ファーストコンタクトが重要	新
	36	コミュニケーションをケアプランに組み入れる	新
	37	治療・ケアの困難な状況の原因を考える	新
	38	心理的ニーズを満たすケアの実践	新
	39	実践対応力の講義にあたって	———— 新

2-2)実践対応力 I	83		
	1	認知症ケアの基本	病院勤務
①アセスメントのポイント	2	アセスメントに必要な情報	新
	3	アセスメント	新
	4	入院時の確認事項	病院勤務
	5	入院後に認知症が疑われる場面	病院勤務
	6	認知機能のアセスメント	新
	7	生活への支障を確認する(IADL)	旧看護
	8	身の回りのことができるか確認する(ADL)	旧看護
	9	記憶障害への対応	旧看護
②認知機能障害への対応	10	実行機能障害への対応①	旧看護
	11	実行機能障害への対応②	旧看護
	12	視空間認知障害への対応	旧看護
	13	注意障害への対応①	新
	14	注意障害への対応②	新
	15	アルツハイマー型認知症の対応	かかりつけ[
	16	血管性認知症の対応	かかりつけ
	17	レビー小体型認知症の対応	かかりつけ
	18	前頭側頭葉変性症の対応	かかりつけ
	19	認知症の人の訴えとその真意を考える①	新
③BPSDの要因・症状と対応	20	認知症の人の訴えとその真意を考える②	新
	21	認知症の症状と環境との関係	新
	22	BPSDの予防	新
	23	BPSD予防(環境整備)の具体例①	新
	24	BPSD予防(環境整備)の具体例②	新
	25	BPSD対応の基本①	病院勤務
	26	BPSD対応の基本②	病院勤務
	27	BPSD対応の基本③	病院勤務
	28	認知症における睡眠障害の特徴	新
	29	睡眠障害への対応	旧看護
	30	焦燥への対応	旧看護
	31	妄想への対応	旧看護
	32	抑うつへの対応	旧看護
	33	歩き回り(徘徊)のパターン	新
	34	歩き回り(徘徊)への対応	旧看護
	35	攻撃性の背景となる因子	新
	36	暴言・暴力への対応	旧看護
	37	ケア拒否への対応	新

#### 38 認知症の人の身体管理・症状経過を踏まえた対応 ④身体管理・症状経過を 39 睡眠・休息の支援① 新 踏まえた対応 40 睡眠・休息の支援② 新 41 覚醒・活動の支援 新 42 摂食困難の3分類と具体例 新 43 摂食・栄養(食事)に関する注意点 病院勤務 44 食事の支援 新 45 認知症の認知機能障害と排せつ 新 46 排せつの支援① 新 47 排せつの支援② 新 48 身支度の支援 新 49 痛みや痒み、違和感の表し方・伝え方 病院勤務 50 痛みに気づくサイン 病院勤務 51 日本語版アビー痛み尺度 新 52 その他の苦痛について 旧看護 53 心理的苦痛への配慮 旧看護 54 認知症の認知機能障害における転倒リスク 新 新 55 高齢者の転倒の要因 新 56 認知症の人の転倒の特徴 57 転倒を引き起こす危険な行動 新 58 転倒・転落への対応① 病院勤務 59 転倒・転落への対応② 新 新 60 安全な行動への誘導 61 ルート抜去がある場合の対応 新 62 拒薬への対応 新 63 安静保持が困難な場合の対応 新 64 せん妄発症により生じる問題 新 ⑤せん妄への対応 65 せん妄の発症を予防する 旧看護 66 せん妄対応の流れ 新 67 リスク評価:準備因子の確認 旧看護 旧看護 68 予防的対応:誘発因子の除去 69 誘発因子の除去 具体例① 新 70 誘発因子の除去 具体例② 新 71 せん妄発症後の対応の原則 病院勤務 72 安全確保 旧看護 73 家族への対応 旧看護

		74	退院支援で求められる看護師の視点	新
	⑥退院支援	75	患者・家族の意思確認	新
		76	退院支援のための情報収集	新
		77	もてる力を活用するための情報収集	新
		78	入院関連機能障害を最小限にする	新
		79	早期退院に向けた日常生活支援のポイント①	新
		80	早期退院に向けた日常生活支援のポイント②	新
		81	早期退院に向けた日常生活支援のポイント③	新
		82	早期退院に向けた日常生活支援のポイント④	新
		83	認知症患者のための看護サマリー	新
(60分)	F	84	BPSD対応(事例と経過)	新
	【演習】 BPSD・せん妄への対応の事例検討	85	question	新
	(要因の検討とケアについて)	86	解説@-1	新
		87	解説@-2	新
		88	せん妄対応(事例)	新
		89	せん妄対応(経過)	新
		90	question	新
		91	解説ⓑ-1	新
		92	解説ⓑ-2	新
		93	解説ⓑ-3	新

2-3)実践対応力 II	65		
①病棟等におけるチームケアの	1	認知症におけるチームケア	新
意義	2	看護がチームとなって取り組むことの意義	旧看護
	3	院内の多職種連携の構築	旧看護
②多職種連携	4	院内連携における各職種の役割	病院勤務
	5	多職種チームにおける看護の専門性	旧看護
	6	情報を共有する	旧看護
	7	情報共有に向けた取り組み	旧看護
	8	方針の決定やアセスメント	旧看護
	9	コンサルテーション体制の整備	旧看護
	10	標準的な対応手順・マニュアルの共有①	新
	11	標準的な対応手順・マニュアルの共有②	新
	12	連携における問題と対処	新
	13	認知症ケアと倫理	新
③倫理的課題と意思決定支援・	14	ケアの場面において	新
権利擁護	15	臨床場面において	新
	16	日常的に倫理的判断が求められる	新
	17	認知症ケアにおいて倫理的問題が起こりやすい背景	新
	18	倫理的ジレンマ・課題への対応	新
	19	認知症ケアに特有な倫理的課題①	新
	20	認知症ケアに特有な倫理的課題②	新
	21	尊厳を保持するケア	新
	22	認知症の意思決定に関わる問題	新
	23	意思決定支援の基本原則	新
	24	認知症の人の意思決定支援ガイドライン	病院勤務
	25	動画③ ガイドライン組み込み型研修【17分】	病院勤務
	26	生活支援としての意思決定支援	病院勤務
	27	意思決定支援のプロセス	病院勤務
	28	認知症の人の意思決定支援の要点	新
	29	意思をどうキャッチするか -生活の中における意思-	新
	30	意思決定に影響する要因 コミュニケーションの特徴	—— 新
	31	認知症の人の意思を尊重するための支援	—————— 新
	32	日常生活の中での意思の尊重の積み重ねが~	新
	33	高齢者虐待の背景	新
		虐待の予防に向けた支援	—————————————————————————————————————

	35 身体拘束にあたる項目	病院勤務
<ul><li>④身体拘束の原則等</li></ul>	36 身体拘束の実施の理由	新
	37 身体拘束がもたらす弊害	新
	38 インシデントに対する恐れと倫理的ジレンマ	新
	39 身体拘束は認知症の人を守れるか	新
	40 身体拘束に対する倫理的問題	新
	41 認知症の人の尊厳を守る「安全な治療」の実践のために	新
	42 身体拘束の三原則	新
	43 やむを得ない場合の例外的対応	新
	44 身体拘束予防ガイドライン	新
	45 身体拘束の回避・軽減に向けた検討のプロセス	新
	46 身体拘束の代替案の検討のポイント	新
	47 やむを得ず身体拘束を判断し実施する際の留意点	新
	48 身体拘束最小化に向けた取り組み例	新
	49 身体拘束最小化に向けた取り組み例(続き)	新
	50 認知症の人を介護する家族の苦悩	新
⑤家族(介護者)の支援	51 認知症の人の家族の心理的な変化	かかりつい
	52 介護者の状況を知る	かかりつに
	53 ケアチームの一員としての家族	新
	54 家族への支援	新
	55 入退院支援と地域連携	新
⑥社会資源と地域連携	56 認知症の人の入院医療における問題	新
	57 地域連携(院外の多職種連携)の意義	新
	58 地域連携における多職種の役割	かかりつに
	59 入院時カンファレンスで確認・検討すべき内容・課題	病院勤
	60 多職種連携は入院の前にも、後にも	病院勤
	61 退院時カンファレンスで確認・検討すべき内容・課題	病院勤
	62 認知症の症状の評価や今後の見通しと対応	新
	63 退院後の医療体制や身体疾患の治療の継続	新
	64 地域包括ケアシステム	かかりつに
	65 地域から期待される役割	新
	66 事例	新
(演習)	67 事例 (続き)	新
身体拘束への対応の事例検討 (チーム・連携による対応)	68 question	新
יטיוניע פיטונענבע אין	69 解説	新
	70 解説 (続き)	新

# 【体制構築·人材育成 編】

# 体制構築·人材育成 編

編	小区分	時間	主な内容(項目)	スラ	イド	動画	(備考)		
	3-1		①病院・病棟で取り組む重要性	11	25				
	認知症ケア体制の	45	②体制構築に向けた取り組み	14	25				
体制構	構築	(150)	【演習】自施設の課題整理と改善に向けた方策	(8)					
築·人 材育成	育成		①スタッフ育成の目標設定	8					
編		The second second	The second second	And the second second	②研修の企画立案・研修実施のポイント	20	35		
		③研修の効果測定と受講後のフォローアップ	7						
	(150)		【演習】研修企画立案と評価・フォローアップの検討	(6)					

# ❸体制構築・人材育成(390分)

45分 3-1) 認知症ケア体制構築 25	_
10 17 MONATO NEL PROPERTO	
1 病院・病棟で取り組む重要性 病院の理念・目標の影響	新
①病院・病棟全体で取り組む 2 一般病院の現状	新
<b>重要性</b> 3 病院全体で認知症医療・ケアの推進	新
4 倫理的感受性の高い組織づくり	新
5 体制に応じた認知症ケア体制構築の取組	新
6 院内における体制	新
7 地域内における連携①	旧看護
8 地域内における連携①	新
9 看護管理者(部署のリーダー)の影響①	新
10 看護管理者(部署のリーダー)の影響②	新
11 チームメンバーの役割	新
12 病院の理念からみた認知症医療・看護	新
②体制構築に向けた取り組み 13 認知症ケアの改善に向けた部署(病棟)単位での取組	新
14 目標設定と取組の強化	新
15 柔軟に人材活用できる仕組み作り	新
16 入院初期の認知機能障害の判断と対応	新
17 スタッフの対応力を見極め、柔軟なケアにつなげる	新
18 認知症ケアへのスタッフの意欲を低下させない	新
19 認知症ケアに関する知識の実践への応用	新
20 必要な治療が確実に遂行できるよう計画的に支援	新
21 治療に関わる専門職連携の工夫	新
22 定期的な評価	新
23 一般医療機関における体制整備の指針①	旧看護
24 一般医療機関における体制整備の指針②	旧看護
25 講義者の病院での取り組みを紹介	新
(150分) 26 【事前課題】病院・病棟の課題	新
【演習】自施設の課題整理と 27 演習の目標 改善に向けた方策 3 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	新
28 演習の進め方	新
29 課題の分析	新
30 病院・病棟(部署)の課題①	新
31 病院・病棟(部署)の課題②	新
32 解決策の検討①	新
33 解決策の検討❷	新
34 解決策の検討❸	新
35 <b>まとめ</b>	新

3-2)スタッフ育成・教育	35	
	1 認知症に関する基本的な教育研修	旧看
①スタッフ育成の目標設定	2 病院看護管理者(トップマネジャー)への期待	f① 旧看i
	3 病院看護管理者(トップマネジャー)への期待	F② 旧看
	4 認知症ケアを系統立てて学ぶ方策を検討	旧看
	5 スタッフのレディネスやモチベーションの分析	旧看
	6 課題、目標の設定	旧看
	7 方法の選択	旧看
	8 院内研修の一例	旧看
	9 研修の企画立案①	新
②研修の企画立案・研修実施	10 研修の企画立案②	新
のポイント	11 指導案とは	旧看
	12 指導案作成の流れ	旧看
	13 教材に関する方略(学習者観)	旧看
	14 スタッフの認知症ケアを学ぶための動機付け	新
	15 教材に関する方略(教材観①)	旧看
	16 教材に関する方略(教材観②)	旧看
	17 教材に関する方略(指導観)	旧看
	18 指導目標	旧看
	19 指導内容の抽出、教える順序	旧看
	20 指導計画を作成する	新
	21 指導計画の作成	旧看
	22 研修の企画・実施のポイント	旧看
	23 研修内容を検討する上での視点	旧看
	24 研修の企画 (施設内研修①)	旧看
	25 研修の企画 (施設内研修②)	旧看
	26 研修の企画 (施設外研修①)	旧看
	27 研修の企画 (施設外研修②)	旧看
	28 講師・ファシリテーターの確保、育成	新
	29 研修の効果測定	新
③研修の効果測定と受講後の	30 研修結果の評価	旧看
フォローアップ	31 研修受講者(修了者)の役割の設定	新
	32 期待される成果	新
	33 カンファレンスやミーティングでの工夫	新
	34 受講後のフォローアップ	新
	35 継続学習の中期的な工程表	新
【演習】研修の企画立案と研修	36 【演習1】演習の進め方(研修企画書)	新
評価・フォローアップの検討	37 演習の進め方(ワークシートの進め方)	新
	38 【演習2】演習の進め方(受講後のフォローア	ップ) 新
	39 演習の進め方(ワークシートの進め方)	新

2 ○ 全ての改訂教材 (講義スライド) について、縮小版で整理する。 3 4 ※ 1ページ8枚レイアウト ※次ページ以降のスライド順序は上段左→同右→次段左→同右の順で配置) 8 40 1 認知症に関する知識 編 ① 意義と役割 (40) ② 認知症の病態論 (42) ③ 施策·社会資源等 (52) 2 認知症看護の実践対応力 編 56 2-1 認知症の人の理解 56 ① 認知症の人の行動等の理解 (56) ② 認知症の人に対する看護の基本原則 (パーソン・センタード・ケア) (57) ③ 認知症の人とのコミュニケーションの基本 (60) 2-2 実践対応力 I 62 ① アセスメントのポイント (62) ② 認知機能障害への対応 (63) ③ BPSD の要因・症状と対応 (64) ④ 身体管理・症状経過を踏まえた対応 (67) ⑤ せん妄への対応 (70) ⑥ 退院支援 (71) 2-3 実践対応力Ⅱ 75 ① 病棟等におけるチームケアの意義 (75) ② 多職種連携 (75) ③ 倫理的課題と意思決定支援・権利擁護 (76) ④ 身体拘束の原則等 (79) ⑤ 家族(介護者)の支援 (81) ⑥ 社会資源と地域連携 (82) 85 3 体制構築・人材育成 編 3-1 認知症ケア体制構築 85 ① 病院・病棟全体で取り組む重要性 (85) ② 体制構築に向けた取り組み (86) 90 3-2 スタッフ育成・教育 ① スタッフ育成の目標設定 (90) ② 研修の企画立案·研修実施のポイント (91) ③ 研修の効果測定と受講後のフォローアップ (93)

改FF版 (報告書)

## 看護職員認知症対応力向上研修

- 1. 認知症に関する知識 編
- 2 認知症看護の実践対応力 編
- 3. 体制構築・人材育成 編

令和4年度 老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康增進等事業分)

認知症対応力向上研修(看護職員認知症対応力向上研修事業)のカリキュラム及び実施方法に関する調査研究事業 編

### 認知症に関する知識 編

ねらい:認知症の人の入院から退院までのプロセスに 沿って、認知症の原因疾患の病態・特徴等の基本 知識を習得する

### 到達目標 :

- 1 病院における認知症の人の現状や課題を理解し、 修了後の役割を理解する
- ② 実践対応力の前提となる認知症の原因疾患の 主な症状や特徴を理解する
- ③ 認知症の人を支える施策・制度及び社会資源等 を理解する

### 1認知症に関する知識

### ①意義と役割

- 2認知症の病態論
- 3施策·社会資源等

# 認知症施策推進大綱の概要 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 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 4 認知症パリアフリーの推進・若年性認知症の人 への支援・社会参加支援 ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

令和元年6月18日認知症施策推准関係關**僚**会議決定

新

# 看護職員認知症対応力向上研修 研修の意義 と 修了者の役割

【知識 -2】

- 病院における認知症の人の現状や課題、認知症の原因疾患の主な症状や特徴、認知症の人を支える施策・制度及び社会資源等について理解する
- ② 認知症の本人の視点を重視、意思を尊重した対応の原則を 理解し、認知症の症状・特徴を踏まえた基本的な対応を行う ことができる
- ❸ 病棟等におけるチーム対応、院内外の連携、介護者支援等について、退院後の生活の継続性も考慮した実践的な対応を行うことができる
- ④ 自施設の実情に応じて、病院・病棟や地域単位で認知症ケアに取り組む体制の構築を考えることができる
- 自施設において看護職員向けの研修を企画・実施し、継続 学習等のスタッフ育成計画を立てることができる

# 新 本研修のカリキュラム構成

【知識 -3】

	編	時間	講義	演習	テーマ (編の中の内訳)	主な内容、意図 等				
	認知症 に関する 180 知識		30		1-1) 意義と役割	◎研修の意義や修了者の役割などを整理				
(C)		120		1-2) 認知症の病態論	◎実践対応力の前提となる認知症の医学的な知識を整理 (病型別の症状、うつ・せん妄との鑑別、治療、予防等)					
,			30		1-3)施策·社会資源等	◎施策動向や社会資源を整理				
		450	50		2-1) 認知症の人の理解	◎看護対応の基本的な考え方として「認知症の人の理解」 を実践対応力の前に整理				
	知症 護の 残		130	60	2-2)実践対応力 I	○対患者(1対1)の場面を想定した基本的な看護・対応を症状や状態別に整理 (認知機能障害、BPSD、せん妄等) ○病態や症状を踏まえたBPSDやせん妄の事例について 具体的な事例検討				
対	対応力		150	60	2-3)実践対応力Ⅱ	◎看護チームもしくは院内外の多職種の連携による場面を 想定した看護・対応を整理 (多職種連携、意思決定支援、身体拘束、家族支援等) (多身体物束へのチーム・連携による対応について具体的な事例検討				
体制	お構築・ 200			390			45	150	3-1) 認知症ケア体制構築	◎受講者の病院・病棟の課題の把握から、それを解決する ための体制整備・構築を検討する演習中心
人村	人材育成 390		45	150	3-2) スタッフ育成・教育	◎病院・病棟の体制構築に向けて、指導的役割を担う立場から、スタッフ育成・教育を検討する演習中心				

### ねらいと到達目標 新 【知識 -4】 ①病院における認知症の人の現状や課題を理解し、修了後の 認知症の人の入院から退院 認知症 に関する 知識 役割を理解する までのプロセスに沿って、認知症の原因疾患の病態・特徴 ②実践対応力の前提となる認知症の原因疾患の主な症状や特 徴を理解する 等の基本知識を習得する ③認知症の人を支える施策・制度及び社会資源等を理解する ①認知症及び認知症の人とその対応の原則について理解する 認知症 看護の 実践 対応力 認知症の人を理解し、より実 ②認知症の症状・特徴を踏まえた基本的な対応(アセスメント、 看護技術、環境調整等)を行うことができる 践的な対応力(アセスメント、 看護技術、チーム対応、院内 ③病棟等における実践的な対応(チーム対応、院内外の連携、 介護者支援等)を行うことができる 外の連携等)を習得する ①病院・病棟の課題を把握し、体制等の実情に応じて、病院・病棟や地域単位で認知症ケアに取り組む体制を構築するこ 病棟等における認知症ケア 体制(院内・地域)の構築及び スタッフ育成・教育等の知識 とができる ②自施設において看護職員向けの研修を企画・実施し、継続 と技法を習得する

【知識 -5】

### 動画 ① 本人の声を聴いてみる



### 本研修が必要とされる背景

【知識 -6】

- 認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた良い環境で、自分らしく暮らし続けることができる社会の実現が必要である
- 認知症医療・介護等に携わる者が有機的に連携し、認知症の人のそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが切れ目なく提供されることが重要である

認知症施策推進大綱より抜粋

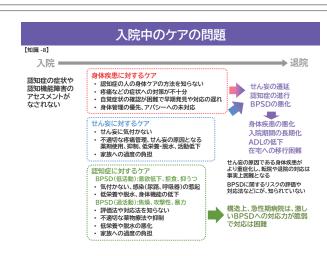
### 身体疾患の治療を行う一般病院における課題

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

### 一般病院に入院する認知症の人に起こっていること

【知識 -7】

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





### 認知症の人が入院時に体験する困難・苦痛 ~入院環境に伴う困難~

【知識 \_9

- 環境の急激な変化を伴う
- 標識が多く画一的でわかりにくい環境であるため、 見当識を失いやすい
- 転棟やベッド移動などが多く、見当識を失いやすい
- 音や光などの刺激が多い

厚生労働省「平成27年長老人保健健康常温等事業 認知症の人の行動・心理症状や身体合併症対応など循環型の医療が護等の提供のみり方に関する調査研究事業 『一般医療機関における認知症対点がための時以後無過不主や・・・レア・・



### 認知症の人が入院時に体験する困難・苦痛 ~身体症状に関する困難~

【知識 -10】

- 医療処置に伴う苦痛が生じやすい
- 自身の身体症状を的確に伝えられない。医療者の 指示が複雑に感じられ、理解しにくいなど、コミュ ニケーションに障害が生じやすい
- 飲水・摂食不良から、脱水・低栄養になりやすい
- 便秘・尿閉が見逃されやすい
- 認知機能障害や高齢に伴う感覚障害(視力・聴力障害)に対する個別の配慮をうけることが困難

厚生労働省「平成27年度老人保健健康増進等事業 認知症の人の行動・心理症状や身体合併症対応など循環型の原療介護等の提供のあり方に関する調査研究事業 『一般医療機関における認知症対応のための院内体制整備の手引きより5旧



### 認知症の人が入院時に体験する困難・苦痛 ~社会関係に関する困難~

【知識 -11】

- 入院期間が短いため、医療スタッフとなじみにくい
- 在宅時の介護スタッフとの関係が途切れやすい
- 認知症に関する病院スタッフ間のコミュニケーション・申し送りは不足しやすく、統一された対応を受けにくい
- 家族と疎遠になりやすい

厚生労働省「平成27年度老人保健健康増進等事業 認知症の人の行動・心理症状や身体合併症対応など循環型の医療が譲季の提出のあり方に関する調査研究事業 『一般医療機関における認知症対応のための院内や動態機の手引きより引用



### 認知症の人が入院時に体験する困難・苦痛 ~精神機能に関する困難~

【知識 -12】

- せん妄を合併しやすい
- 行動・心理症状(BPSD)がおこりやすい
- 抑うつ・不安が見逃されやすい

原生労働省「平成27年度老人保健健康増進等事券 認知症の人の行動・心理症状や身体合併症対応など循環型の医療汁(護令知候内のおり)方に関する副症研究等系 『一般医機機関における認知症が私のための院内外神経衛の手引き込む

### 認知症の人からみた入院環境と治療やケア 【知識 -13】 入院という環境の変化 認知機能障害による症状 身体症状 疼痛、掻痒、口渇、空腹、便秘、 記憶の障害 実行機能の障害 頻尿、尿閉などの身体的苦痛を 適切に表現できない 注意の障害 社会関係 社会的認知及び判断の障害 初めて出会う医療スタッフ 精神運動速度の障害 視覚認知・視空間認知の障害 スタッフの交代 家族との分離・孤立 付随する精油症状 治療環境 抑うつ、緊張、不安、焦燥 複雑な説明や指示 睡眠障害、孤独感 慣れない入院環境 不安や緊張の悪化 怖感や混乱の顕在化 静脈ライン・カテ 転棟や転床 モニター音



### 認知症医療介護連携の課題

認知症医療や医療と介護の連携に関連した課題は 山積しており、地域差も大きい

- 早期受診・対応の遅れによる認知症症状の悪化
- 一般病院で認知症の人の受け入れ拒否
- 地域で生活を続けていくための医療・介護サービス が量・質ともに不足し、地域差が大きい
- 認知症の人と家族を支援する体制が不十分
- 医療・介護従事者間の現場での連携不備

「認知症カフェとコミュニティカフェ」第1回コミュニティスペースフォーラム 厚生労働省名録局高齢者支援課

# 新一般病院に求められる認知症対応における役割

- ■1 認知症を見落とさないように努める
- 2 認知症が身体合併症の治療に影響することを踏まえ、安全 で確実に身体合併症治療を進めるための対応をとる
- 入院中にせん妄やBPSDを出現させたり、悪化させたり ないための対応をとる
- 初めて認知症が疑われた場合には、患者・家族に対し、支援 や専門医療機関に関する情報を適切に提供する
- 入院早期から退院後の地域生活に配慮した支援を行う
- 認知機能障害に配慮し、認知症の人が治療内容を十分理解 できるよう、わかりやすく説明するなどの配慮を行う
- 7 生活習慣病は認知症のリスクになることから、一般診療に おいては、生活習慣病に対する適切な教育・支援を提供する

### (新)院全体として求められる認知症対応の取り組み

- 本人主体の医療・介護等の徹底
- 管理者による積極的な体制整備の推進
- 認知症の人の体験・苦痛を踏まえた対応

厚生労働省・甲成27年民老人保健健康増進等事業 認知症の人の行動・心理症状や身体合併症対応など循環型の原金が高等の保持の分り方に関する調査研究事業 『一般弦療機制における認知性対応のための治分体研修の子科・ヒレリニ



### 具体的な対応方針

- 病棟・外来でのアセスメントを実施する
- ② 入院の早期から認知機能障害に配慮した 適切な退院支援を行う
- 🔞 認知機能障害の特性に配慮した対応を行う
- ❹ 認知機能障害に配慮した環境調整やBPSD 対応を行う
- ⑤ 認知症の人やその家族に対して社会的支援 を提供する



### 看護職員認知症対応力向上研修 研修の意義 と 修了者の役割(再掲)

【知識 -18】

- 病院における認知症の人の現状や課題、認知症の原因疾患 の主な症状や特徴、認知症の人を支える施策・制度及び社会 資源等について理解する
- ② 認知症の本人の視点を重視、意思を尊重した対応の原則を 理解し、認知症の症状・特徴を踏まえた基本的な対応を行う ことができる
- ⑤ 病棟等におけるチーム対応、院内外の連携、介護者支援等について、退院後の生活の継続性も考慮した実践的な対応を 行うことができる
- ④ 自施設の実情に応じて、病院・病棟や地域単位で認知症ケア に取り組む体制の構築を考えることができる
- ⑤ 自施設において看護職員向けの研修を企画・実施し、継続 学習等のスタッフ育成計画を立てることができる

### 1認知症に関する知識

②認知症の病態論

### ② 認知症の病態論

- ② 認知症の原因疾患の特徴・病態
- (b) 認知機能障害とBPSD
- ⓒ 認知症と鑑別すべき他の疾患
- @ せん妄の特徴や症状
- ② 認知症の薬物療法と非薬物的対応
- ① 若年性認知症の特徴
- 9 認知症の重度化予防

### 認知症の概念

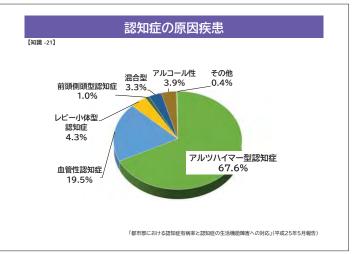
### 認知症とは

『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。
- ※ 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ことに配慮すべきとしている。

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





### 認知症の診断

【知識 -22】

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

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

### 主な認知症疾患の特徴

【知識 -23】

病型	主な特徴
アルツ ハイマー型 認知症	<ul><li>◎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</li><li>◎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</li></ul>
血管性認知症	<ul><li>◎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</li><li>◎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</li></ul>
レビー 小体型 認知症	<ul><li>◎脳幹から大脳皮質までの神経細胞内にレビー小体が広範に出現</li><li>◎認知機能障害に加え、幻視、うつ、レム期睡眠行動異常症、パーキンソニズム、自律神経症状等多彩な症状を呈する</li></ul>
前頭側頭葉変性症	<ul><li>◎大脳の前頭葉や側頭葉を中心に神経変性を来たす</li><li>◎人格変化や行動障害、失語症、認知機能障害、運動障害などが 緩徐に進行する</li></ul>

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

### アルツハイマー型認知症の診断

【知識 -24】

- A. 典型的には最初に記憶障害が潜行性に出現する
- B. ゆっくりではあるが着実に以前の認知機能のレベルから悪化し、疾患の進行とともに他の認知領域(実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)の障害を伴ってくる
- C. しばしば疾患の初期の段階で抑うつ気分やアパシーのような行動・心理症状を伴い、より進行した段階で精神病症状、易刺激性、攻撃、錯乱、歩行や移動の異常や痙攣を来す可能性がある
- D. 遺伝子検査で陽性であること、家族歴、徐々に認知機能が障害されることはアルツハイマー型認知症であることを強く示唆する

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

# アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症 「知識-25」 臨床症状が出現する前からアルツハイマー病変化は潜在的に進行している これらのすべての時期がアルツハイマー類 いずれアルツハイマー型認知症に移行するの臨床症状のない時期 年齢 50 60 70 80 歳 臨床症状 臨床症状 臨床症状 「MCI) 「海馬周辺が 大脳新皮質 にも進展 神経細胞の病理 タウ、神経原線維変化、神経細胞脱落

### 新 アルツハイマー型認知症の自然経過 【知識 -26】 - アルツハイマー型認知症の自然経過 - 健常人の老化 抑うつ気分、アパシー 不安、社会的ひきこもり 軽度 記銘力障害 見当識障害 理解・判断力の障害 実行機能障害 中等度 失認、失語 失禁 歩行や移動の異常 無言・無動 失外套症候群 重度 嚥下障害 寝たきり 1年 3年 10年 時間の流れ

### アルツハイマー型認知症の初期に多い症状

【知識 -27】

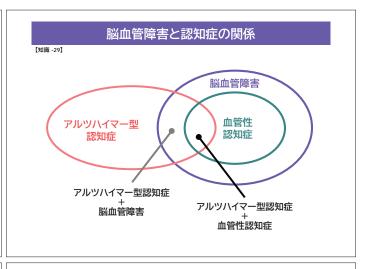
- 記憶障害が目立つことが多い (同じことを何度も尋ねる、約束事を忘れる、同じものを買うなど)
- 遂行機能障害を周囲に気づかれる (仕事でミスが増えた、料理が順序良くできなくなったなど)
- 日付や場所の見当識障害が目立つこともある (受診日に通院しない、外出先で迷うなど)
- 精神症状が先行する、もしくは伴うことも多い (意欲や関心が低下する、何事にも自分で取り組まなくなったなど)

### 血管性認知症の診断

【知識 -28】

- A. 認知機能障害の発症が1回以上の脳血管障害のイベントと時間的に関連している
- B. 認知機能障害は典型的には情報処理速度、複雑性 注意、前頭葉性実行機能において最も顕著である
- C. 病歴、身体診察、神経画像検査から認知機能障害を 十分に説明できる脳血管障害が存在する証拠がある
- ※ 虚血性又は出血性の脳血管疾患により脳実質が損傷されることに起因する

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



### 新 血管性認知症の症状と経過 -- 血管性認知症の経過 -- 健常人の老化 脳卒中 軽度 脳卒中の再発 うつ状態 アパシー ナハン せん妄 感情失禁 中等度 麻痺 記銘力障害 歩行障害 嚥下障害 脳卒中の再発 失禁 などの身体症状 重度 寝たきり 時間の流れ

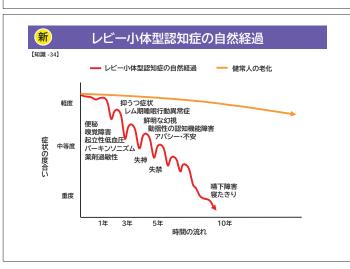
### 血管性認知症の初期に多い症状

【知識 -31

- 記憶障害よりも遂行機能障害が目立つ
   (記憶力はある程度保てているが、携帯電話が使えなくなった、料理が順序良くできなくなったなど)
- 動作の緩慢さ、意欲や自発性の低下、抑うつ、傾眠などが脳血管障害のエピソード後に持続する

### レビー小体型認知症(DLB)の臨床症状 【知識 -32】 必須症状 進行性の認知機能低下により、社会的、職業的、または日常生活に支障 指標的バイオマーカー 中核的特徴 ・認知機能の変動 SPECTまたはPET ・具体的な幻視 ・MIBG心筋シンチグラフィ ・レム期睡眠行動異常症 ・睡眠ポリグラフ検査 パーキンソニズム (動作緩慢、寡動、静止時振戦、筋強剛) などで示される特徴的な所見 ・アパシー 抗精神病薬に対する過敏性 ・姿勢の不安定さ 嗅覚障害 ・失神・原因不明の意識障害 • 不安 ・繰り返す転倒 • 渦眠 著明な自律神経障害 (便秘・起立性低血圧・尿失禁) ・ 幻視以外の幻覚 妄想 抑うつ McKeith,I.G et al.: Neurology, 89: 88-100, 2017より作図

### レビー小体型認知症の多彩な症状 【知識 -33】 認知機能障害とパーキンソニズム、行動・心理症状、自律神経障害など 多彩な症状を呈し、それぞれの症状の出現時期には個人差が大きい 認知機能障害 行動·心理症状 ● レム期睡眠行動異常 ● 認知機能の変動 幻覚 ● 妄想うつ ● 興奮 注意障害視空間認知障害 うつ過眠 ・ 恍空间認知障害・ 遂行機能障害・ 処理速度の低下 など • アパシー など パーキンソニズム 自律神経障害 筋強剛寡動 ◆ 安静時振戦◆ 姿勢反射障害 など H. Fujishiro, et al. Psychogeriatrics. 2013; 13(2): 128-138 を一部改変



# レビー小体型認知症の初期に多い症状

【知識 -35】

- もの忘れに対する自覚がある (動揺性があり注意障害を伴う点でもアルツハイマー病と異なる)
- 人物や小動物、虫など幻視や錯視
- (鮮明で生々しい幻視にもかかわらず本人は困惑していない)
- (大声の寝言、眠っているときの激しい体の動き)

● レム期睡眠行動異常症

- 動作緩慢や歩行障害に伴う易転倒性
- 便秘や起立性低血圧などの自律神経症状
- 嗅覚の障害、抑うつ、不安、妄想 など

# 前頭側頭葉変性症(FTLD)の概念

【知識 -36】

1) 定義: 主として初老期に発症し、大脳の前頭葉や側頭葉を中心に神経変性を 来たし、人格変化や行動障害、失語症、認知機能障害、運動障害などが 緩徐に進行する

2) 分類:前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration:FTLD)

行動障害型前頭側頭型認知症 (behavioral variant frontotemporal dementia:bvFTD) 言語障害型前頭側頭型認知症

> - 意味性認知症 (semantic dementia:SD) - 進行性非流暢性失語症

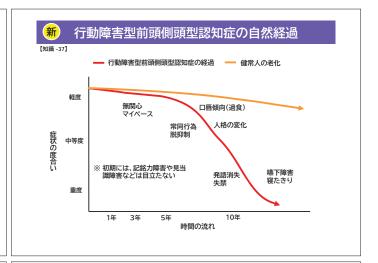
(progressive non-fluent aphasia:PNFA)

3) 特徴:・頻度は、アルツハイマー病の10分の1以下で性差はない。

・ 高齢で発症する例も存在するが、70歳以上で発症する例は稀 である。家族歴を有することがある。

・bvFTDとSDは指定難病(平成27年から)

公益財団法人難病医学研究財団/難病情報センター



### 前頭側頭葉変性症の初期に多い症状

初期には記憶障害は目立たず、神経学的所見は特に認めない

分類	初期に多い症状
行動障害型 前頭側頭型認知症	<ul> <li>脱抑制的行動</li> <li>常同行為</li> <li>(時刻表的生活・反復行為)</li> <li>食行動異常</li> <li>(適食・暗好変化・口唇傾向)</li> <li>無関心・共感の欠如</li> </ul>
意味性認知症	・言葉の意味が分からない(「利き手」「季節」など)・物や人の名前が出てこない
進行性非流暢性 失語症	・発話自体がゆっくりで努力性になる

### 2 認知症の病態論

- a 認知症の原因疾患の特徴・病態
- **⑥ 認知機能障害とBPSD**
- ⓒ 認知症と鑑別すべき他の疾患
- @ せん妄の特徴や症状
- (e) 認知症の薬物療法と非薬物的対応
- チ 若年性認知症の特徴
- ⑨ 認知症の重度化予防

### 認知症の症状

【知識 -39】

認知症では、多様な認知機能の障害と行動・心理症状を認める

### 認知機能障害

- 記憶障害
- ・実行機能障害
- 注意障害
- ・言語障害
- 社会的認知及び判断 の障害 ・精神運動速度の障害
- 視覚認知又は視空間 認知の障害

### 行動·心理症状(BPSD)

【心理症状】

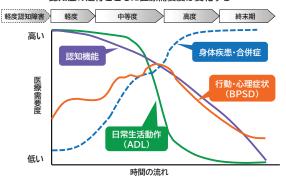
不安、抑うつ、アパシー 誤認、幻覚、妄想

【行動症状】

焦燥、不穏、徘徊

攻撃性、拒絶、拒食 異食、睡眠覚醒リズム障害 社会的に不適切な行動

### 変性疾患の場合の認知症の経過と医療需要度 【知識 -40】 認知症の進行とともに医療需要度は変化する



### 認知機能の障害

記憶	以前に言ったことを忘れて同じことを何度も言う、物を置いた 場所を忘れて捜しまわる等
実行機能	自発的に、計画的に、効果的に、合目的的に行為を遂行することが困難、個々の認知機能を使いこなすことが難しい等
注意	注意が持続できない、必要な刺激だけに注意を向けられない、 複数の事柄に注意を振り分けられず、同時進行が困難等
言語	呼称の障害、流暢性の障害、理解の障害、復唱の障害等
社会的認知 及び判断	他者の思考や感情を類推できない、同情や共感の喪失等
精神運動速度	情報処理速度の低下、思考や作業に時間がかかる
視覚認知又は 視空間認知	知っている人の顔や物を見ても分からない、片側の視野が見え にくい、図形の模写が困難、道に迷う等

### 新 記憶障害

### 記憶障害

新しい経験を「記銘」し、その経験を一定期間「保持」し、 その後に意識や行為の際に「想起」する記憶の3つの

### 具体的な症状

- ●どこに物を置いたか忘れる
- 何度も同じことを聞く
- 自分が生活してきたことや体験したこと忘れる
- ●ものや言葉の意味を忘れる
- ●長年体で覚えていたことが出来なくなる
- ※ 初期に記憶障害が目立たない認知症もある



### 記憶の分類

【知識 -43】

種類	内容
短期記憶	数秒から数分の間覚えておく記憶
作動記憶 (ワーキングメモリ)	短い間、あることを記憶に留めておくと同時に 認知的な作業を頭の中で行う記憶
エピソード記憶	ある特定の時間と場所での個人にまつわる 出来事の記憶
意味記憶	だれでもが知っている知識についての記憶
手続き記憶	学習された運動技能の記憶

松田修 最新老年心理学より引用・一部改変

# 新

### 実行機能障害(遂行機能障害)

【知識 -44】

### 実行機能障害

複雑な課題の遂行に際し、課題ルールの維持や スイッチング、情報の更新などを行うことで、思考 や行動を制御する能力の障害

### 具体的な症状

- 計画的に段取り良く物事を進められなくなる
- ●「失敗している」と分かっていても、修正の仕方 が分からない
- ●買い物や料理が苦手になる

※ 実行機能は遂行機能と同義として扱われている



### 視空間認知障害

【知識 -45】

### 視空間認知障害

目から入った感覚情報を処理して空間の全体的なイメージや方向や距離、物と物(あるいは自身と物)の位置関係などをつかむ能力の障害

### 具体的な症状

- ●道に迷う(目印が目印にならなくなる)
- ●物にぶつかる(物の位置関係がわからない)
- ●自分の体の各部位がどうなっているのか 分からない
- ●道具の操作や着衣が出来ない
  - ※ 特に形態や模様の認識の影響が大きい



### 見当識障害

【知識 -46

### 見当識障害

自分が置かれている状況、たとえば年月日、時間、 季節、場所、人物などの状況を正しく認識する能力 の障害

### 具体的な症状

- ●日付や曜日、時間や季節などを間違える
- ●通い慣れた場所に行けなくなる
- 自分がいる場所がわからなくなる
- ●家族や親戚、友人などを認識できなくなる
  - ※ 時間・場所・人の順で症状が進行することが多い



### 注意障害

【知識 -47】

### 注意障害

必要な刺激や情報に注意する、一定時間注意を持続 させる、本来注意を向けなくてはいけないものへ切り 替える、様々な方向に注意を向けるなどが困難となる

### 具体的な症状

- 落ちついて物事(食事やリハビリテーション など)に取り組むことができない
- 多くの中から適切なものを探し出せない
- ●物音に気を取られて行っていたことを継続することができない

※ 他の認知機能障害に影響を与えるが気づかれないことも多い



### 社会的認知及び判断の障害

【知識 -48】

### 社会的認知の障害

他者の表情、言動、行動などから相手の感情や意思を 推測・共感する能力や周囲の状況に合わせて自己の感情 を適切に抑制する能力、自分を振り返り反省する自己の 認識の能力の障害

### 具体的な症状

- ●周囲の人たちへの気遣いが困難となる
- ●我慢することが出来なくなる
- 自分自身の病状を把握できなくなる
- ●周りに迷惑をかけていてもそれを認められない●自分は何でもうまくやっていると思い込む



### 失語症

【知識 -49】

### 失語症

大脳の損傷に由来し、いったん獲得された言語の操作 能力の低下ないし消失を失語という 錯語、理解障害、呼称・語想起の障害を伴うことが特徴

### 具体的な症状

- ●会話を組み立てるのが難しくなる
- 他人の話す内容を理解できない
- ●自分の考えていることをうまく言えない
- ●物の名前や言葉が思い出せない
- ■言葉の意味が分からなくなる

※ 運動障害性構音障害(発語発音器官の運動障害)との鑑別が重要である



### 精神運動速度の遅延

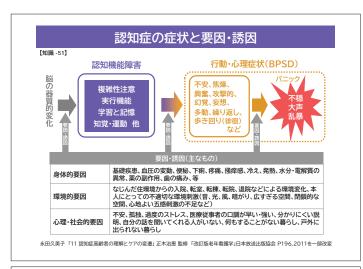
【知識 -50】

### 精神運動速度の遅延

明かな運動障害を認めないにも関わらず、運動の速度 の低下や情報処理速度の低下を認め、作業や思考に時 間がかかる

### 具体的な症状

- ●体の動きが鈍くなる
- ●話す速度が遅くなる
- ●質問の返事がなかなか返ってこない (十分に時間をかければ返答得られることも多い)
- ※ 日常生活に支障がでる程になると病的な遅延とみなされる







### 認知症のBPSDと具体的な症状の例

症状	具体的な症状の例
妄想	事実ではないことを信じ込んでいる
幻覚	実際にないものが聞こえたり見えたりする
興奮	介助を拒否したり、扱いにくいときがある
うつ	悲しそうであったり、落ち込んでいるように見えたり、そのよう に言ったりする
不安	落ち着かない、息苦しさやため息、リラックスできない、過度に 緊張している等の神経質さを示す
多幸	過度に機嫌がよかったり、幸せそうであることがある
無関心	自身の日常生活や、他人の活動や計画に関心がなくなっている ように見受けられる
脱抑制	見ず知らずの人にあたかも知人のように話しかけたり、他人の 感情を傷つけることを言ったりする
易怒性	気難しくおこりっぽい、計画に遅れたり待たされたりすることが がまんできなかったりする
異常行動	家の周囲を歩いたり、ボタンやひもを弄んだり、同じ行為を繰り 返すことがある

参考) 公益計団法人 日本看護協会編、認知症ケアガイドブック、照林社 2016

# 新

### 各認知症の頻度の高いBPSD

分類	BPSD
アルツハイマー型 認知症	・初期は、不安、抑うつ、易怒性、焦燥など ・中期では、妄想や幻覚、徘徊、多動など ・重度では、人格の変化、無言・無動、異食など
血管性認知症	アパシー(自発性低下、意欲低下、無関心)、 うつ、感情失禁、強制泣き・笑い、せん妄
レビー小体型認知症	幻視、うつ、妄想、錯視、誤認
前頭側頭葉変性症	脱抑制行動、無関心・無気力、 共感や感情移入の欠如、固執・常同性、 口唇傾向と食習慣の変化

### 2 認知症の病態論

- ② 認知症の原因疾患の特徴・病態
- **⑤** 認知機能障害とBPSD
- ⓒ 認知症と鑑別すべき他の疾患
- @ せん妄の特徴や症状
- (e) 認知症の薬物療法と非薬物的対応
- ① 若年性認知症の特徴
- 9 認知症の重度化予防

# 新

### 認知症で評価すべきこと

【知識 -55】

項目	尺度
認知機能 (スクリーニング)	ミニメンタルテスト 改訂 長谷川式簡易知能評価スケール MoCA-J
重症度	Clinical Dementia Rating (CDR) Functional Assessment Staging (FAST) DASC-21
生活機能	手段的ADL: Lawton index 基本的ADL: Barthel index
BPSD	Neuropsychiatric Inventory (NPI) 認知症行動傷害尺度(Dementia Behavior Disturbance Scale:DBD)
介護負担	J-ZBI(Zarit介護負担尺度日本語版)
身体疾患	糖尿病、高血圧、肥満とやせ、聴力・視力など
ライフスタイル	転倒歴、歩行能力(歩行速度、握力、体組成)、睡眠、 栄養評価
社会·経済的環境	生活様式、独居・婚姻、社会活動など

### 認知症診断のフローチャート

【知識 -56】



認知症

参照)公益社団法人 日本医師会編「認知症トータルケア」、メジカルビュー社、2018 から作成

### 認知症と鑑別すべき状態や疾患

【知識 -57】

認知症と鑑別すべき状態や疾患では、診断や対応が難しい場合 には専門医への紹介を考慮する

- ① 年齢相応の健忘
- ② 軽度認知障害
- ③ せん妄などの意識障害
- 4 うつ病
- ⑤ 薬剤による影響
- ⑥ アルコールによる影響
- ⑦ 他の精神障害(妄想性障害、知的障害)

### 年齢相応のもの忘れとMCI、認知症の違い

【知識 -58】

	年齢相応の健忘 (生理的健忘)	MCI (軽度認知障害)	認知症 (アルツハイマー型認知症)
原因·病態	脳の生理的な老化	脳の神経細胞の脱落・変性 脳血管障害、うつ、 薬剤の影響等	脳の神経細胞の脱落・変性 脳血管障害
もの忘れ の特徴	体験したこと の一部 (ヒントがあれば思い出す)	認知症に近いもの忘れから 生理的もの忘れに近いもの もあり多様	体験したこと の全部 (ヒントがあっても思い出せない)
症状の進行	あまり進行しない	認知症に進行する場合、 変動しながら現状維持される 場合、改善する場合と多様	徐々に進行する
日常生活 への支障 と自立	日常生活に支障 なく自立は可能	大きな支障はなく ある程度自立	日常生活に支障あり 自立は困難
もの忘れ への自覚	自覚あり	自覚がある場合が多い	自覚が薄れる
判断力	低下しない	保たれることが多い	低下する

参昭)東京都高齢者施策推進室:「痴呆が疑われたときに-かかりつけ医のための痴呆の手引」(1999) を参昭. 一部追加



### 軽度認知障害(MCI)

(MCI : Mild Cognitive Impairment)

【知識 -59】

- 『同年齢の人と比べて認知機能低下を認め、正常とは言えないが、認知症の診断基準を満たさないレベル』の状態である (日常生活に支援が生じるほど認知機能が大幅に低下していない)
- MCIは、臨床症候群であり原因疾患や症状は様々である
- 認知症に移行する可能性のある状態と考えられているが、 原因によって現状を維持したり、回復したりすることもある (発行型性性関係で10% 回復事件を関係で41%)
- 症状が軽いことから本人や家族でも気づかず、発見が遅れる場合がある
- MCIのうちに早期に発見し対策を行うことで症状が改善したり、認知症の発症を遅らせる可能性がある



### MCIの診断基準と分類、背景病理

【知識 -60】

### MCIの診断基準

- 1. 認知機能低下の訴えがある
- 2. 認知機能障害がある(記憶、注意、遂行機能、視空間認知)
- 3. 全般的な認知機能は本質的に正常である
- 4. 基本的な日常生活機能はほとんど正常である
- 5. 正常ではなく、認知症でもない

### MCIの分類

● MCIは、記憶障害の有無により、健忘型MCIと非健忘型MCI に分類される

Petersen R.C.:N Engl J Med.346(23);2227-2234.2011より引用

### MCIの背景病理

● アルツハイマー病では健忘型MCIが多く、前頭側頭葉変性症や レビー小体型認知症では非健忘型MCIが多いとされている



### MCIと認知症におけるADL

【知識 -6

		日常生活活動(ADL)		
		手段的ADL 電話、買い物、交通機関の利用、 食事の準備、服薬管理、金銭管理	基本的ADL 食事の摂取、排せつ、身だしなみ、 着替え、家のなかの移動、入浴	
MCI		自立しているが、以前より非効 率的でミスが多く、努力や工夫 が必要となるかもしれない	自立	
	軽度	障害が出現し、支援が必要	自立	
認知症	中等度	障害が顕著で支援が必要	障害が出現し、 時に介護が必要	
	高度	不能	障害が顕著で 常時の介護が必要	

### せん妄

【知識 -62】

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



### せん妄の特徴

【知識 -63】

### 定義

身体的な要因や薬剤の要因によって急性に出現する 意識・注意・知覚の障害であり、症状には変動性がある

### 特徴

- 診察する時期によって状態が大きく変化する
- 高齢者の有病率が高いにもかかわらず、医療従事者でも せん妄の症状が認識されないことも多い
- 精神疾患や認知症患者では見逃されることが多い
- 過小評価され、対応が遅れ症状が遷延する傾向がある

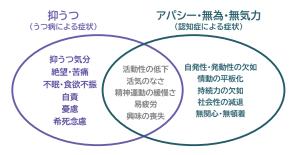
### 留意点

● 原則可逆性であり、診断と鑑別、治療が重要である

### うつと認知症に伴うアパシーの差異

【知識 -64】

横断的な精神症状の聴取では鑑別が困難なことが多い



藤瀬昇・池田学、精神経誌114(3)276-282、2012

# 新

### うつ病の症状

【知識 -65

以下の9つの症状のうち、5つ以上が同じ2週間の期間中 ほぼ毎日認められる場合にうつ病と診断する (そのうちの1つが@または@)

- 抑うつ気分(気持ちが落ち込む)
- 2 興味や関心・喜びの感情が低下する
- ❸ 急な体重増加または体重減少(食欲減退または亢進)
- ◆ 不眠(しばしば睡眠維持障害)または過眠
- ⑤ 気持ちが落ち着かず行動し続ける/気持ちも体も動かせない
- 6 疲労感または気力減退
- → 無価値感または罪悪感
- ❸ 思考力や集中力の減退、決断困難
- ❷ 死や自殺について考える、自殺の企図・計画

DSM-5の診断基準を基に作成

# 新

### うつ病を疑うコツ

【知識 -66】

以下の特徴を認めた際にはうつ病を疑うべきである

- 多彩な訴えがある
- うつ病に多い身体症状を訴える
- とらえどころのない曖昧な症状が持続する
- 身体的治療後も症状の改善が認められない
- 身体所見や検査結果に比べて症状が強い
- 検査所見に異常なく長く持続する症状がある

「うつ病診療の要点」一般診療科におけるうつ病の予防と治療のための委員会より引用

### 認知機能低下を誘発しやすい主な薬剤

【知識 -67】

薬剤の影響を常に念頭に置いた適切な対応が重要

### 向精神薬

向精神薬以外の薬剤 (主なもの)

抗精神病薬 抗パーキンソン病薬

催眠薬 循環器病薬(ジギタリス、利尿剤 など)鎮静薬 鎮痛薬(オピオイド、NSAIDs)

抗うつ薬 抗丙薬 抗丙薬、抗ウイルス薬

1个女条 泌尿器病薬 (過活動性膀胱治療薬) 消化器病薬(H2受容体拮抗薬、抗コリン薬)

抗喘息薬

抗アレルギー薬(抗ヒスタミン薬) など

「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編:(日本神経学会監修)、認知症疾患診療ガイドライン 2017、医学書院、を参照して作成

### 薬剤よる認知機能の低下

【知識 -68】

### 特徴

認知機能低下に服用している薬剤が影響している可能性があり、肝・腎機能障害、多剤併用の高齢者、認知症や神経変性疾患などで出現しやすい

### 症状

- 潜在性もしくは亜急性に発症する
- 服用により経時的に認知機能障害が変化する
- 注意力の低下が目立つ(せん妄に類似した症状)
- 薬剤の中止により認知機能障害は改善する

### アルコール関連障害(精神・神経の疾患)

【知識 -69】

### 特徴

アルコール依存症など長期の多量飲酒が、中枢神経の機能や構造に変化をもたらし、精神症状や神経症状を呈する

### 症状

ウェルニッケ脳症

- ビタミンB1欠乏により、意識障害・眼球運動障害・失調性歩行障害などが、と急速(1日~数日)に出現する
- ※ ビタミン剤投与により可逆的であるが、見過ごされるとコルサコフ症候群に移行する

### コルサコフ症候群

● 健忘(前向性・逆行性)・失見当識・作話を認め、回復は困難

アルコール性認知症(アルコール関連認知症)

● 長期の多量飲酒が、間接的な血管リスクや脳の萎縮などリスクとなり認知症症状を呈する

※ アルコール以外に認知症の原因がない場合、アルコール性認知症とされる

### 治療により改善が見込める認知症

【知識 -70】

治療により症状の改善が見込めるため、適切な診断や対応、 脳神経外科や脳神経内科、精神科等への紹介が必要となる

- ① 内分泌・代謝疾患
- ② 炎症性疾患 (感染性、自己免疫性脳炎・脳症)
- ③ 正常圧水頭症 (特発性·二次性)
- 4 脳腫瘍
- ⑤ 慢性硬膜下血種
- ⑥ てんかん

### 認知症診療で注意すべき身体疾患

【知識 -71】

身体合併症や高齢者特有の疾患の発症や悪化に留意する

内科·外科疾患	・糖尿病 ・高血圧症 ・脂質代謝異常症 ・胃潰瘍 ・排尿障害 ・誤嚥性肺炎 ・肺塞栓症 ・洞不全症候群 ・便秘
脳神経外科 神経内科疾患	・慢性硬膜下血腫 ・脳梗塞 ・脳出血 ・正常圧水頭症
整形外科疾患	・大腿骨頸部骨折 ・骨粗鬆症
皮膚科疾患	・褥瘡 ・蜂窩織炎 ・帯状疱疹
眼科·耳鼻科疾患	・難聴 ・耳垢栓塞 ・緑内障 ・白内障
歯科疾患	・う蝕 ・歯周病 ・口内炎 ・義歯不適合

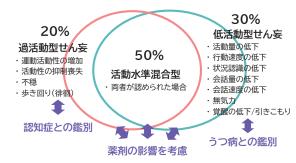
### ② 認知症の病態論

- (a) 認知症の原因疾患の特徴・病態
- b 認知機能障害とBPSD
- © 認知症と鑑別すべき他の疾患
- @ せん妄の特徴や症状
- @ 認知症の薬物療法と非薬物的対応
- ① 若年性認知症の特徴
- 9 認知症の重度化予防

### せん妄の分類と頻度、鑑別すべき疾患・病態

【知識 -72】

せん妄は3つに分類され、正確な診断と治療・対応が重要



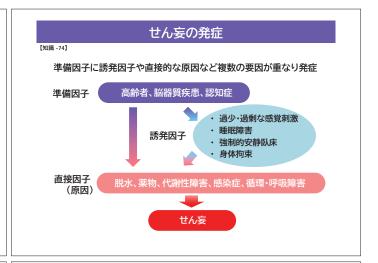
寺田 整司 日本老年医学会雑誌 51巻5号(2014:9)を一部改変 Meagher D et al. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2008:20:185-93より引用

# 新

### せん妄の種類

【知識 -73】

種類	症状
夜間せん妄	脳血管障害や認知症などで、昼間は症状がなくタ 方から夜にかけて出現する
術後せん妄	手術後に急にしゃべりだしたり、動き回ってベッド から降りようとしたり点滴を抜いたりする
アルコールせん妄	アルコール依存症の人が病気などで急に断酒した 2-3日後に激しい興奮状態になる
薬剤性せん妄	服薬により精神状態が不安定になる



# 新

### せん妄の原因

【知識 -75】

HBM -731	
準備因子 せん妄を起こしやすく する因子	<ul><li>高齢</li><li>認知機能障害</li><li>脳梗塞など頭部疾患の既往</li><li>せん妄の既往</li><li>アルコール多飲 など</li></ul>
誘発因子 せん妄の直接の原因 にはならないが、誘発、 重篤化に関わる因子	<ul> <li>環境変化 (入院、転室、明るさ、騒音など)</li> <li>睡眠障害 (不眠、睡眠覚醒)プム障害など)</li> <li>身体的要因 (脱水、疼痛、ドレーンなどの留置、身体的拘束など)</li> <li>精神的要因 (抑うつ、不安など)</li> </ul>
直接因子(原因) せん妄発症に直接 関わる因子	◆ 全身性疾患(感染症、血糖異常、電解質異常、代謝性疾患、内分泌疾患、循環器疾患・呼吸器疾患、血液疾患、外傷、熱傷、悪性腫瘍など)     ◆ 中枢神経疾患、脳血管障害、頭部外傷、脳腫瘍など)     ◆ 薬物摂取

### せん妄を誘発するおそれのある代表的な薬剤

【知識 -76】

◎ 抗コリン作用のある薬剤 ▶ 抗コリン薬 ▶ 抗ヒスタミン薬 ▶ 抗うつ薬 ▶ 抗精神病薬 ▶ 頻尿治療薬 等 ◎ ベンゾジアゼピン系受容体作動薬 ◎ 気分安定薬 ◎ 抗てんかん薬 ◎ 抗パーキンソン薬 ◎ 鎮痛薬 ◎ 循環器系治療薬 ◎ 副腎皮質ステロイド ◎ 気管支拡張薬 ◎ 抗ウイルス薬 ◎ 免疫抑制薬 ◎ 抗がん剤 ◎ 抗菌薬 ◎ その他

参照) 日本老年医学会編、高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015、メジカルビュー社 より作成

### せん妄の臨床的特徴

● 依存性薬物からの離脱

【知識 -77】

せん妄とアルツハイマー型認知症の鑑別の要点

	せん妄	アルツハイマー型認知症
発症様式	急激(数時間~数日)	潜在性(数か月~数年)
経過の特徴	動揺性、短時間	慢性進行、長時間
初期症状	注意集中困難、意識障害	記憶障害
注意力	障害される	通常正常である
覚醒水準	動揺する	正常
誘因	多い	少ない
身体疾患	あることが多い	時にあり
環境の関与	関与することが多い	関与ない

# 新 せん妄に用いられるスケール

【知識 -78】

種類	スクリーニング	診断	重症度	看護師による 評価
CAM	•			•
DRS-R-98		•	•	
MDAS			•	
DST	•			•
NEECHAM	•			•
CDT				•
MMSE				•

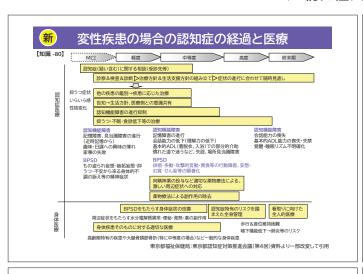
CAM : Confusion Assesment Method, DRS-R-98:Delirium Rating Scale-Revised-98, MDAS : Memoral Delirium Assesment Scale, DST:Delirium Screening Tool, MECHAM : DRECHAM : MEECHAM CHAIR Scale, DST:Delirium Screening Tool, MECHAM CHAIR Scale, CDT:Clock Drawing Test, MMSE:Mini Mental State Examination

せん妄の臨床指針・せん妄の治療指針 第2版 (日本総合病院精神医学会) 2015 より抜粋引用

### ② 認知症の病態論

- ② 認知症の原因疾患の特徴・病態
- b 認知機能障害とBPSD
- © 認知症と鑑別すべき他の疾患
- @ せん妄の特徴や症状
- (e) 認知症の薬物療法と非薬物的対応
- ① 若年性認知症の特徴
- 9 認知症の重度化予防

# 



### 認知症の非薬物的対応 【知識 -81】 認知症の人への介入 介護者・家族への支援 ● 運動療法 ◎ 心理的サポート ◎ コミュニケーション等 ● 音楽療法 ● 作業療法 のスキル教育 ● 日常生活動作訓練 ◎ 疾病・医療等に関する ● レクリエーション 情報提供 ● 回想法 ◎ レスパイトケア 認知機能訓練 ◎ 家族会・教室の紹介 など

「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編:(日本神経学会監修)、認知症疾患診療ガイドライン 2017、医学書院 および「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」を参照して作成

### 認知症の非薬物療法 【知識 -82】 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 運動療法 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 音楽療法は、音楽を聴く、歌う、演奏、リズム運動等のプログラム があり、不安や痛みの軽減、精神的な安定、自発性・活動性の促進、 コミュニケーションの支援、脳の活性化などの効果がある 音楽療法 回想法は、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 同相法 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行う 認知機能訓練 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 認知刺激 て、活動やディスカッションなどを行う 認知リハビリ 個別のゴール設定を行い、目標に向けて戦略的に行う個人療法 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編:(日本神経学会監修)、認知症疾患診療ガイドライン 2017、医学書院 および「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」を参照して作成

# アルツハイマー型認知症 臨床症状の経過と薬物療法の効果 早期診断や早期治療と適切な薬物療法の継続が重要 健常人の老化 認知症の 治療を開始・ 自然経過 (予防した場合) 継続した場合 軽度 症状の度合い 中等度 重度 時間の流れ 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編:(日本神経学会監修)、認知症疾患診療ガイドライン 2017、医学書院を参照して作成

### ァルツハイマー型認知症 認知症治療薬の薬理学的な差異

【知識 -84】

薬剤	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
分類	ピペリジン系	アルカロイド系	カルバメート系	アマンタジン誘導体
作用機序	ChE阻害	ChE阻害 + ニコチン性アセチルコリン受容体(nAChR)へのアロステ リック増強作用	ChE阻害 + ブチリルコリンエステラーゼ (BuChE)阻害作用	NMDA 受容体阻害
用量(/日)	5-10mg	16-24mg	4.5-18mg	10-20mg
用法(/日)	10	20	10	10
生体内利用率	100%	100%	~70%	100%
蛋白結合率	93%	17%	40%	45%
半減期(時間)	70-80	5-7	3.4	60-80
代謝	<b>肝臓</b> (CYP3A4>2D6)	<b>肝臓</b> (CYP2D6·3A4)	腎排泄	腎排泄
剤形の種類	錠剤、OD錠、細粒、 ドライシロップ、ゼリー等	錠剤、OD錠、 内用液	貼付剤	錠剤、OD錠、 ドライシロツプ

ChE: Cholinesterase, NMDA: N-methyl-D-asparate Noetzli M, and Eap CB. Clin Pharmacokinet. 2013 Apr;52(4):225-41. より引用

### フルツハイマー型認知症 認知症治療薬の副作用

【知識 -85】

### コリンエステラーゼ阻害薬

- ・循環器症状(不整脈・徐脈など)
- ・消化器症状(食思不振・嘔吐・下痢・便秘など)
- ・精神症状(興奮、不穏、不眠、眠気)
- ・その他(振戦、頭痛、顔面紅潮、皮疹など)

### メマンチン

- ・浮動性めまい ・ふらつき ・傾眠
- ・便秘 ・体重減少
- ※ 投薬に際しては、定期的な受診、薬の管理、定期的な服薬、症状の 観察などが可能かどう確認することが重要である。

・頭痛

など

### BPSDへの対応

【知識 -86】

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

- 1. 症状のアセスメント
  - 病型及び生活歴・習慣・嗜好等との関連、要因の検討
  - これまでの経過、症状の現われ方・引き金/鎮まり方、頻度
  - 本人の苦痛症状、苦痛の程度
  - 対応する人の困難感や負担感
- 2. アセスメントに基づく 非薬物療法、環境調整 など
- 3. 改善が認められない場合に 2.と併せ、薬物療法

### 新 BPSDの薬物療法を開始する際の確認要件

BPSDは非薬物的対応を最優先で行うことを前提とし、 薬物療法を開始する際には以下の5項目を確認する

- □ 他に身体的原因はない
  - (特に感染症、脱水、各種の痛み、視覚・聴覚障害など)
- □ 以前からの精神疾患はない
- □ 服用中の薬物と関係ない
- □ 服薬順守に問題ない
- □ 適応外使用も含めて当事者より十分な インフォームドコンセントが得られている

平成27年度厚生労働科学特別研究事業 認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班作成に一部追加

### BPSDの薬物療法開始前後のチェックポイント

【知識 -88】

□ 日中の過ごし方、昼間の覚醒度の変化、眠気の有無

□ 夜間の睡眠状態の変化

(就寝時間、起床時間、夜間の歩き回りの回数など)

□ 服薬状況の確認

(介護者/家族がどの程度服薬を確認しているかなど)

□ 水分の摂取状況(特に制限を必要としない限り)

□ 口腔内の状況の確認

口腔内の病変や副作用の有無)

□ 食事の摂取状況や嚥下機能の変化

□ 排便や排尿の変化

□ パーキンソン症状 (振戦、筋硬直、寡動、小刻み歩行、前傾姿勢、仮面様顔貌など)

□ 転倒傾向の有無 など

平成27年度厚生労働科学特別研究事業 認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班作成に一部追加

② 認知症の病態論

@ 認知症の原因疾患の特徴・病態

ⓒ 認知症と鑑別すべき他の疾患

(e) 認知症の薬物療法と非薬物的対応

**⑤** 認知機能障害とBPSD

d せん妄の特徴や症状

① 若年性認知症の特徴 9 認知症の重度化予防

# 新

### 睡眠障害への対応

【知識 -89】

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

# 新

### 若年性認知症

- 認知症は高齢者の病気だと思われがちだが、実際は 若い世代でも発症することもある
- 65歳未満の人が発症する認知症を総じて「若年性 認知症」と言う
- 働き盛り世代や子育て世代の人に発症するため本人 だけでなく、家族の生活への影響が大きい
- 若年性認知症について正しく理解し、早期の気づきと 対応、及び適切な支援に繋げることが重要である
  - 全国における若年性認知症者数は、3.57万人と推計
  - 18-64歳人口における人口10万人当たり若年性認知症者数(有病率)は、50.9人



### 若年性認知症の症状の特徴

【知識 -91】

若年性認知症の注意すべき症状の特徴

- 初期の変化に気付かれやすいが、受診につなが るまでに時間がかかる
- 症状の個人差が大きい
- 抑うつ状態に陥りやすく、不安感が強い
- 介護やケアを受けることへの抵抗感が強い
- 認知機能の低下と身体機能の低下が並行しない
- 社会的役割や達成感を希求している



確定診断時には、既に症状が進行していることが少なくない

### 2 認知症の病態論

- a 認知症の原因疾患の特徴・病態
- **⑥ 認知機能障害とBPSD**
- ⓒ 認知症と鑑別すべき他の疾患
- d せん妄の特徴や症状
- ② 認知症の薬物療法と非薬物的対応
- チ 若年性認知症の特徴
- ⑨ 認知症の重度化予防

### 認知症の予防の考え方

一次予防(認知症の発症遅延や発症リスク低減)

- 運動不足の改善 生活習慣病の予防 ○社会的孤立の解消
- 介護予防事業や健康増進事業の活用 〇 役割の保持
- 二次予防(早期発見・早期対応)
  - かかりつけ医、歯科医、薬剤師、保健師、管理栄養士等による健康相談
  - 本人や介護者、医療従事者による気づきからの適切な診断と治療の導入
  - 認知症初期集中支援チームや地域包括支援センターなどによる介入
- 三次予防(認知症の進行の予防と進行遅延)
  - 適切な治療やリハビリテーションの継続による進行予防
  - 〇 生活機能の維持 ○ 行動・心理症状の予防と緩和 ○ 身体合併症への適切な対応 ○ 本人視点のケアと不安の除去
  - 安心・安全な生活の確保

### 認知症に関する知識

- ③施策•社会資源等



### 認知症の本人の視点を重視したアプローチ

【知識 -94】

- その人らしく存在していられることを支援
- ② "分からない人"とせず、自己決定を尊重
- ⑤ 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
- ⑤ 生活歴を知り、生活の継続性を保つ治療方針とする
- √ 最期の時までの継続性を視野においた治療計画

認知症の人 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



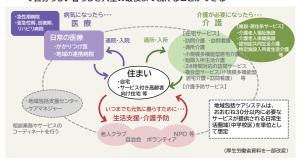
# 診断後の早い段階からの支援 「知識 -96] 認知症と診断された早い段階から生活の支えや社会資源へのつながりを促し、将来計画を考えるための診断後支援が重要 将来の意思決定に向けた計画 「コミュニティーとのつながりを支援 疾病の理解と症状のマネジメント 将来のケアの計画

Scotland's national dementia charity https://www.alzscot.org/

### 地域包括ケアシステム

【知識 -97】

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後まで続けることができる



### 多職種連携

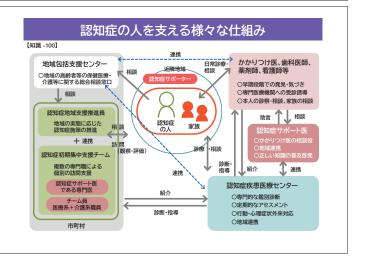
【知識 -98】

### 多職種連携とは

多種多様なスタッフが各々の高い専門性を前提とし、 目的と情報を共有し、業務を分担するとともに、相互 に連携・補完し合い、患者・利用者等の状況に適切に 対応した医療・介護等を提供すること

※ 多職種連携を実践するには、患者・利用者とその家族を含め、 各専門職間の適宜の情報共有と適切なコミュニケーションが 欠かせない





### 認知症ケアパス

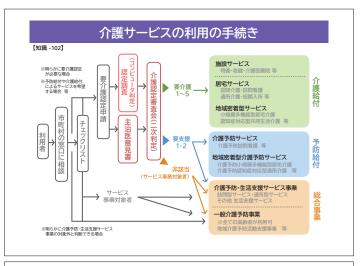
【知識 -101】

### 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)

- ・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
- ・認知症ケアパスは、医療・介護関係者間の情報共有のツールでもあり、サービ スが切れ目なく提供されるように医療機関でも積極的な活用が望まれる



### 介護保険サービス

【知識 -103】

### 居宅サービス

訪問サービス、通所サービス 短期入所サービス、福祉用具貸与サービス 福祉用具と住宅改修に関する費用支給

### 地域密着型サービス

定期巡回·随時対応型訪問介護看護 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護 認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護(H28~) 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) など

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院(H30~) 介護療養型医療施設(~R5)

# 地域包括支援センター 【知識 -104】 在宅医療·介護連携 生活支援コーディネータ 福祉士 名 地域ケア会議 地域包括支援センタ 包括的支援業務 介護予防ケアマネジメント 介護予防の推進 市町村:運営方針策定・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 地域包括支援センターの機能強化に向けて 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 に応じた人員体制の強化 基プけ等、連携強化・効果的運営 の充実等、継続的な評価・点検

### 認知症初期集中支援チーム

【知識 -105】

- 複数の専門職が家族の訴え等により 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 支援等の初期の支援を包括的・集中的(おおむね6ヶ月)に行い、自立生活のサポートを行うチームのこと
- 全ての市町村に設置されている

● 認知症初期集中支援チームの メンバ-

認知症 医療と介護の サポート医である医師 専門職 、小班師、看護師、作業級 精神保健福祉士、社会社 介護福祉士等) (嘱託)

● 配置場所 地域包括支援センター、診療所、病院、認知症 疾患医療センター、市町村の本庁など

# 40歳以上で、在宅で生活しており、かつ 認知症 が疑われる人又は認知症の人で、以下のいずれ かの基準に該当する人

### 認知症疾患医療センター 【知識 -106】 地域における認知症医療体制・日常生活支援に関する相談支援 認知症初期集中 地域包括支援 かかりつけ医・ 歯科医・薬剤師 認知症 サポート医 連 携 認知症疾患医療センター(早期診断等を担う医療機関) ●専門的医療機能 ②地域連携拠点機能 ・連携協議会の設置 ・速やかな鑑別診断 診断後のフォロー 研修会の開催 ・症状増悪期の対応 地域型 ・BPSD・身体合併症 への急性期対応 ❸日常生活支援機能 診断後の相談支援 •専門医療相談 地域の医療提供体制の中核

### 認知症サポート医

地域における「連携の推進役」を期待されている

### かかりつけ医の機能

- 日常の医学管理
- 早期発見・早期対応 本人·家族支援

### ● 多職種連携

### 認知症 サポート医

### 専門医の機能

- 鑑別診断
- 若年性認知症の診断
- 急激な症状の進行や
- 重篤な身体合併症の

### :······ 認知症サポート医の機能・役割 ·········:

- 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
- ③ かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民等への啓発 •

### 認知症カフェ・ピア活動

【知識 -108】

### 認知症カフェ

● 認知症の人やその家族が地域で孤立しないために、 地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを 理解し合う場

### 家族介護教室や家族同士のピア活動

- 認知症の人と家族の会
- その他の家族支援・介護者支援の会

### 認知症の人同士のピア活動

- 認知症の本人交流会、本人ミーティング
- 認知症の本人が認知症の人の相談にのる活動

# 意思決定支援ガイドライン 【意思決定支援ガイドラインの策定等推進の背景】 ② 障害者の権利に関する条約 ③ 成年後見制度の利用の促進に関する法律(平成28年法律第29号) ③ 第2期成年後見制度利用促進基本計画(令和4年3月閣議決定) 【公表されている5つの意思決定支援ガイドライン】 人生の最終段階における 「おいる。」 「いる。」 「いる

### Advance Care Planning(ACP)

【知識 -110】

### ACPとは

『将来の変化に備えて、将来の医療及びケアについて患者さんを 主体に、その家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し 合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと』

### ACPの目標

患者さん本人の人生観や価値感、希望に沿った、将来の医療 及びケアを具体化する

### ACPの原則(主体は患者さん本人)

- コミュニケーションの促進、治療の選択肢・予後の情報共有、 治療計画の共同作成、繰り返しの話し合いなどが原則である
- 認知症の特性に考慮したACPの啓発・普及が課題である
- かかりつけ医が多職種と共に患者さんの意思に寄り添うことが理想である

日本医師会:終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える2018

### 日常生活自立支援事業と成年後見制度

老健局

【知識 -111】

日常生活自立支援事業と成年後見制度は、判断能力が不十分となった場合に利用できる制度であり、下表の内容となっている

日常生活自立支援事業		成年後見制度
厚生労働省	所轄庁	法務省
社会福祉法	法律	法定後見制度:民法 任意後見制度:任意後見契約に関する法律
認知症、知的障害、精神障害などの理由により、判断能力 が 不十分な方であり、なおかつ、本事業の契約内容につ いて、判断し得る能力を行していると認められる方(判断 能力が全くない方は対象外)	対象者	認知底、知的障害、精神障害などの理由により、 判断能力が不十分な方(補助・保佐) 及び 判断能力が全くない方(後見)
市区町村社会福祉協議会の職員(専門員、生活支援員)	援助者	法定後見制度:補助人·保佐人·後見人 任意後見制度:任意後見人
社会福祉協議会への相談 (本人、家族、関係機関から)	手続きの開始	本人、配偶者、4親等内の親族、市区町村長、検察官、 任意後見人等が家庭裁判所へ申立て
「契約締結判定ガイドライン」により確認 困難な場合、契約締結審査会で審査(都道府県社協に設置)	意思能力の確認・ 審査や鑑定・診断	医師の診断書を家庭裁判所に提出 (必要に応じて、鑑定を行うことがある)
本人負担 生活保護世帯は公費負担あり	利用中の費用	本人が負担 金額については家庭裁判所が決定
運営適正化委員会(都道府県社協に設置)	監督機関	法定後見制度:家庭裁判所、成年後見監督人 任意後見制度:家庭裁判所、任意後見監督人

福祉サービスの利用援助、日常生活費(預金の入出金・通帳の預かり等)の管理、日常生活の購入代金の支払い、各種届出などの手続きを支援する。 社会器祉協議会が支援計画を作成し、利用契約を結ぶ。

医政局

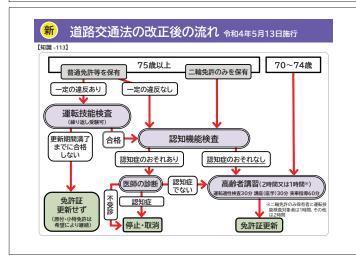
本人の不動産や預貯金などの財産を管理したり、本人の希望や 身体の状態、生活の様子等を考慮して、必要な福祉サービスや医 着が受けられるよう。 契約の経続や支払などを行う

社会·援護局

障害保健福祉部

最高裁·厚労省

### 高齢者虐待 【知識 -112】 養護者による高齢者虐待の相談・通報件数 と虐待判断件数の推移 ○養護者による高齢者虐待は年々 増加している - 相談 通報件数 32,231 ・ 虚符判断件数 32,231 18,390 15,302 16,384 17,281 15,502 16,384 17,281 ○被虐待高齢者に重度の認知症が ある場合は「介護等放棄」を受ける 30 000 割合が高い 15,000 ○介護保険未申請・申請中・自立に おいて、虐待の程度(深刻度)4・5 の割合が高い 2008 2010 2012 2014 2016 2018 2020 (年度) 虐待の種類の割合 被虐待高齢者からみた虐待者の続柄 身体的虐待 68.2% その他 7.0% 息子の配偶者(嫁)28% 心理的虐待 41 4% 孫 3.0% 介護等放棄 18.7% 39.9% 経済的虐待 性的虐待 0.5% 厚生労働省「令和2年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果」



## 認知症看護の実践対応力 編

ねらい:認知症の人を理解し、より実践的な対応力(アセス メント、看護技術、チーム対応、院内外の連携等)を 習得する

### 到達目標 :

- 認知症及び認知症の人とその対応の原則について 理解する
- ② 認知症の症状・特徴を踏まえた基本的な対応(アセス メント、看護技術、環境調整等)を行うことができる
- ⑤ 病棟等における実践的な対応(チーム対応、院内外 の連携、介護者支援等)を行うことができる

### 2-1) 認知症の人の理解

### ①認知症の人の行動等の理解

- ②認知症の人に対する看護の基本原則 (パーソン・センタード・ケア)
- ③認知症の人とのコミュニケーションの基本

【理解 -1】

### 動画 ② 認知症の人の体験世界





新

### 病院で治療中であることがわからない

肺炎で入院中です 酸素カニューレを しています

外したり、動いたり しないでください





話しを理解する力、記憶力が低下しています 通常の説明では、伝わらず、不安や混乱を引き起こす場合があります



### 認知症の人には本当に理解できないのか? 心理的自己防衛

【理解 -4】

- 認知症の人は、もの忘れや失敗を繰り返して自分でもおかしい と感じ、繰り返さないように必死に努力している
- 失敗を繰り返して、自尊感情が傷つきやすく、周囲の人の反応 (何もわからない人という反応)を敏感に感じている
- 失敗が多くなると不安が高まり、小さなミスを指摘されただけ でも自分を全面否定されたように感じる
- 自分の誤りを認めたくない、自分の状況が受け入れられない、 心の限界を超えている
- 周囲からの指摘や助言に否定的になる、誰にでも起こる心の 防衛機制が起こっている

認知症の人を一人の人間として、 認知症の苦しみを理解する必要がある



### 認知症に対する私たちの偏見

「神報」51

認知機能の低下に伴う「記憶障害」、「見当識障害」、「理解・ 判断力の障害」、「実行機能障害」があるために、入院による 環境の変化から混乱して、恐怖を感じている

◎ 私たちの「何もわからない人」、「理解できない 人」という決めつけや偏見は、いつの間にか、 認知症の人に伝わり、さらに認知症の人を苦し めてBPSDを増大させる

認知症の人のBPSDの原因となる"認知症に 対する正しい理解"が認知症看護の基本

### (新)切な支援が不安の軽減や安心した生活につながる

- その人独自の障害(苦手)があり、独自の障害に対する 適切な支援が不安の軽減や安心した生活につながる
- 「忘れている」や「ここがどこかわからない」に対しては、 その都度分かるように説明する。「言ったことが理解でき ていない」なら、ゆっくりひとつずつ区切って丁寧に伝え る。「失敗する」ことがあっても「大丈夫だよ」と声を掛け てできないところだけを支援する
- 認知症のことを正しく知って、適切な支援をすることで、 認知症の人の回復力を高めたり、入院中の治療の協力を 得ることもできる

認知症に対して正しく理解して、ケアを実践する

### 認知症の人が身体治療を受ける際の課題

【理解 -7】

- ◆ 入院などの急激な環境変化に適応するまでに不穏や混乱、 せん妄・転倒を起こしやすい
- ② 訴えが少ない、あるいは、多様なために早期発見や予防が 困難(せん妄・合併症)
- ❸ 痛みや苦痛などの疼痛コントロールや認知症の人の状況に 合わせた緩和ケアが必要
- ◆ BPSDのために処方されるベンゾジアゼピン系薬剤やせん 妄や症状悪化につながりやすい
- ⑤ 過活動せん妄とBPSDの区別が困難、低活動せん妄が放置 されやすい
- **⑤** 転倒予防のための過度の安静や入院の長期化からADL低 下や要介護化

身体治療を受ける認知症の人に対する看護職員の正しい理解が 認知症の人の入院・治療に対する適切な理解や協力につながる

### 新認知症の行動・心理症状(BPSD)には理由がある 【理解 -8】 ➡ 不適切な状況があり、心身の痛みや苦痛がある という 認知症の人のメッヤージ 田機能に合わせた 認知症の行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia :BPSD) 認知機能障害 ものを盗まれたという(妄想) 記憶障害 いない人の声が聞こえる 実行機能障害 実際にないものが見える(幻覚) 失認 失行 は動くが、動作 物がなにかわからな 大きな声をあげる(暴言) 大語 物の名前がでてる 点滴や着替え等を嫌がる



### 認知症の人の維持される機能

維持できないもの : 認知機能 維持できるもの :感情

> ➡ 認知症の人は、本当に言いたい 思いまでわからなくなっている わけではない

「聴く」という態度で接することで、 相手の人の心が自由に働きはじめる

河合隼雄:臨床とことば、朝日新聞、2010

思いを聴くためのコミュニケーション =感情を共有(あたたかさの伝えあい) すること



### 「認知症」における私たちの課題 五感を使って良い感情を引き出すケア

(治療・ケアの拒否)

歩き回る(徘徊)

【理解 -10】

- すべてを忘れるのではなく、記憶が断片化されている。記憶 は感情とともにあり、楽しかった、嬉しかったというよい感情 を伴う記憶は残っている。記憶障害は人により異なる
- 香、味、手触り、写真などを使って記憶を想起させる。大事な 記憶のイメージは、五感とともに脳に定着している
- 興味深いことや価値があることは覚えている。注意力障害に よって雑音がある環境では記憶できないことも多い
- 断片化されたその人の記憶が不安や孤独感によって、歪曲化 され、現実に起こっていると感じる場合もある

できる限り情報を一口サイズにし、笑顔でわかりやすく伝える 良い感情を引き出しながらケアを行う

### 2-1) 認知症の人の理解

②認知症の人に対する看護の基本原則 (パーソン・センタード・ケア)

③認知症の人とのコミュニケーションの基本

# 新

### パーソン・センタード・ケアとは

【理解 -11】

パーソン・センタード・ケアは、認知症の人を一人の"人" として尊重して、その人の視点や立場に立って理解し、 ケアを実践しようとする認知症ケアの理念

● 認知症の人の、一人ひとり異なる 脳の障害 や、

身体の健康状態・生活歴・性格傾向・社会心理

など、その人の個別性をふまえ、また関わりを通して、その人が 今どのような体験をし、どう感じているかを周囲の人が理解し、 支えようとする

水野裕監訳、DCM(認知症ケアマッピング)8版 理念と実践、認知症介護研究研修大府センター、2015



# 私たちのケアで認知症の人は よい状態にもなるし、よくない状態にもなる

【理解 -12】

### よくない状態

絶望・非常に強い怒り 深い悲しみ 不安・恐れ・退屈 身体的な苦痛 不快感

身体が緊張している 混乱・動揺・無気力 力のある人に抵抗できない

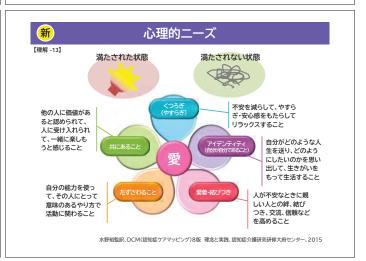
### よい状態

喜び、楽しさを表す リラックスしている ユーモアがある 自分をいう 他の人と話をする 他の人に愛情を示す 様々な感情を表現する 人の役に立とうとする



-BPSDの増加・認知症の症状の悪化 ADL低下・身体疾患の悪化

BPSD・認知症の症状の緩和 身体疾患の回復・在宅復帰 人間性の回復







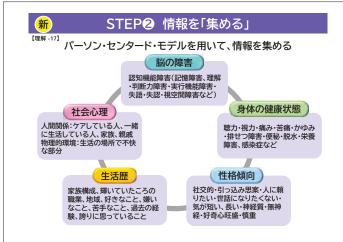


### 認知症ケアの基本 認知症の人の思いを聞き、考える

### 認知症の人の思いを全く聞いていなかった

- ◎ 認知症の人は、自分が反応しても無意味だと思うと反応するのをやめて しまう (学習された無力感: M.ゴールドスミス) 黙っているからといってわからないのではない
- ◎ 認知症の人は言語を失っても、「マスクを取る」、「吸引の度に眉間にしわ をよせる」、口腔ケアの際に「口を開けない」、触れると「手を震わせる」・・・というように懸命に表現しようとしている
- ◎ 生活の中でどんな体験をして、どんなことに生活の困難さがあり、どう いったケアを求めているのか1人ひとりの思いを知る
- ◎ 思いを聞こうという態度で接し、繰り返させる言葉の意味を考えて、その人と同じ世界に入り、寄り添う(例: 昔過ごした故郷や地名)

認知症の人の立場に、それぞれの専門職・周囲の人が 身を置いて共に考えて歩む



新

### パーソン・センタード・モデル 【脳の障害】

【理解 \_18】

認知症の種類や脳の障害よって起こる症状の 原因について理解する

次のような障害を抱えて、認知症の人は不安や不快を 感じていませんか?

- ◎ 入院したことが覚えられない
- ◎ 言葉を聞いても理解できない、うまく話せない
- ◎ 動作の手順や物の扱い方がわからない
- ◎ ナースコールを押してくださいと言われても、何を すればよいのかわからない

# 新

### 記憶の障害

【理解 -19】

- 記憶は、脳が入力された情報を受け取り(記銘)、それ を保ち(保持)、必要によって呼び起こす(想起)の3つ のステップからなる
- 印象的な出来事は、記銘されやすいが、記銘力に障害 がある場合は、印象的でも記憶されない
- 何度繰り返しても保持されない場合や、想起が言葉に 出せない場合もある
- それぞれの状況に合わせ、記憶障害を行うケアを行う

記憶のステップと感覚機能 第1ステップ 第2ステップ 第3ステップ 五感を使って 記銘 保持 想起 刺激を受ける 脳が情報を受けとる 呼び出し使う Bere Miesen, 矢吹知之,わたしが、わたしであるために、ワールドプランニング、202

# 新認知症の人は自分の記憶の障害を理解している

- 本人が、話すことが許されない、自覚していることを 理解してもらえない
- 周りの人がよそよそしい、話を真剣に聞いてくれない などの感覚を機敏に感じている
- 認知症の人は、認知症である自らを理解しているから こそ、違和感を持っているからこそ、上手くいかないと き、苦しみを感じ、それを伝えられなくて怒りや絶望を 感じている

認知症の人の苦痛や悲哀に一緒に向き合う

# 新

### 実行機能障害

実行機能障害があるために、自分で計画を立てて、計画通りに 進めることが苦手 (個人の障害の内容や程度は差がある)

- 次に何をすればよいのかわからない
  - ⇒ 体温計を渡されてもどうすればよいかわからない
- 「失敗している」とわかっていても、対処の方法がわからない ⇒ 転倒しても人の助けを呼べない。自分で内服薬の管理ができない。
- 支援を求めることが苦手になる
  - ⇒ 自分が失敗したことで周りが困っている様子は理解するが、自分 の行動との関連がつながらない



# パーソン・センタード・モデル 【身体の健康状態】

【理解 -22】

### 感覚機能(視力、聴力)、合併疾患、薬の副作用など

次のような体調不良を抱えて、認知症の人の不快感が更に 増していませんか?

- ◎ 感染症、便秘、脱水、栄養失調など
- ◎ 糖尿病、心疾患などの合併疾患の悪化など
- ◎ 骨折、皮膚疾患などが原因の痛みやかゆみ など
- ◎ 薬物の過剰投与の影響、薬の副作用 など

次のような感覚機能の衰えによって、不安感や不快感が更に 増していませんか?

- ◎ 白内障、緑内障などで目がよく見えない
- ◎ 片方または両方の耳が悪く、よく聞こえない
- ◎ メガネや補聴器が合っていない など

# 新

### パーソン・センタード・モデル 【**生**チ麻】

【理解 -23】

次のような過去の情報が、ケアに活かされていますか? 過去の情報と現在の生活でズレが生じていませんか?

- ◎ 過去の職業
- ◎ 習慣やこだわり
- ◎ 好きなことや得意なこと
- ◎ 嫌いなことや苦手なこと
- ◎ 暮らしてきた地域 など

その人の人生観や価値観に関したニーズが満たされない時、BPSDとして表現される



### パーソン・センタード・モデル 【性格傾向】

【押報 \_24】

同じ出来事が起きても、対処方法は人によってさまざまです。例えば、他人に怒られた時、逃げ出す人もあれば、 言い返す人もあるでしょう

このように、一人ひとり違った行動をとるのは、その人の もともとの性格の影響が大きいと言えます 例えば・・・

その人の性格に合わせた、その人が満足する生活 が送れない時、BPSDが出現する



### パーソン・センタード・モデル 【社会**心**理】

【理解 -25

- ▶ 対人的·社会的·物理的環境
- ▶ 他の高齢者や看護師、ケアスタッフとの関係

### 現在のBPSDにとても影響を与えている

例えば、このような関わりで、本人の感情やプライドを ひどく傷つけていませんか?

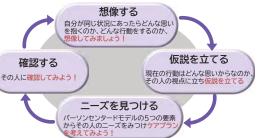
- ◎ まるで子どもに話すような態度で接する
- ◎ 何もわからない人、理解できない人のように対応する
- ◎ 無視したり、説明もなしにケアを行う
- ◎ その場しのぎのうそを言う



### STEP3 ニーズを「見つける」

【理解 -26】

- 認知症の人の満たされていない心理的ニーズはなにかを考える
- 心理的ニーズを満たすために、パーソン・センタード・モデルに対応 したケアプランを考えていく



鈴木みずえ・内門大丈、3ステップ式パーソン・センタード・ケアでよくわかる 認知症看護のきほん 、池田書店、2019

新

### 個人の価値を低める行為 (PD : Personal Detraction)

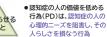
【理解 -27】



















■認知症の人たちは話しても わからないという誤解が、 PDの背景にある



急がせる こと

● PDは、BPSDを悪化させる 原因にもなるため、これらの 行為は認知症の人の価値を 高める行為(PE)へと転換し ていきましょう



無視すこと

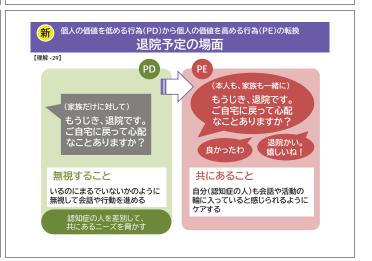


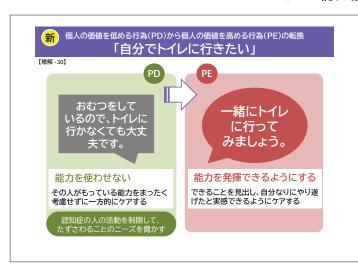


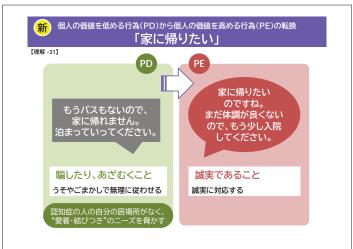


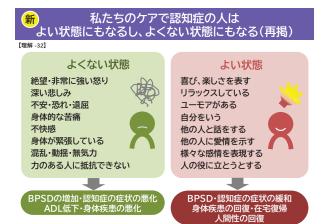
好まし<mark>くない区別</mark> (レッテル付け) をすること











# 2-1) 認知症の人の理解 ②認知症の人に対する看護の基本原則 (パーソン・センタード・ケア) ③認知症の人とのコミュニケーションの基本

# (新)知症の人のコミュニケーションに起こりやすい障害

【理解 -33】

騒音、光、においなどの刺激を強く感じて、話に集中 できない(不快な音ばかりで相手の言葉が聞こえな い。すべての刺激が自分に向かってくる)
「理解できない言葉の意味」に意識は集中して、相手の 話が進んでしまう
相手の話の言葉の意味を考えているうちに話が進ん でしまう
相手の日本語が聞こえても、意味が理解できない
相手の話を聞いているうちに、すでに聞いた内容を忘れ、話をつなげられない
伝えたい内容よりも、大きな感情が沸き上がり、その 感情や意図が伝えられていない(家に帰りたい、同じ ことを何度も言う)
思っていることが適切な言葉になって出てこない。話 しだすと止まらない
疲れやすく、異なる環境にいくと混乱しやすい

### 新 認知症の人のコミュニケーション能力

【理解 -34】

重症度	コミュニケーション能力
軽度	【言語的な訴えができる】 流暢に話し、理解力低下はほぼない 書き言葉の理解が可能
中等度	【工夫すれば言語的な訴えがほぼできる】 二者択一、簡潔な文章、非言語メッセージなど 複数の手段で理解可能
重度	【言語的な訴えができない場合でも、表情や 行動から訴えをアセスメントできる】 嬉しい・悲しい・好き・嫌い等があり、非言語 メッセージの発信・受け取りが可能



### ファーストコンタクトが重要

認知症の人の入院の際のファーストコンタクトでは、 笑顔やアイコンタクトをして"信頼される看護師"である と認識されることを心掛ける

不安や孤独感の緩和

入院の際には自己紹介をして、不安な気持ちや苦痛 等の本人の気持ちを引き出して、感情を共有でき、 安心できる看護師がいると認識してもらう

自尊心の維持

病院では失敗しても受け入れられる(理解できない 人とは思われない)、あるいは失敗しないよう配慮 してもらえる

記憶の障害のケア

もの忘れに不安があるために何度も聞けることや 紙に書くなど、想起できる工夫をしてもらえる

# (新)コミュニケーションをケアプランに組み入れる

コミュニケーションや一緒に行動する 時間はケアとして重要

ケーションの時間を作る 例:痛みや苦痛共感するための

静かで集中できる環境の中で、 ゆっくりと分かりやすい言葉で コミュニケーション方法も統一

敬語を使って大人の会話を

コミュニケーションを作る 例:急な入院で大変でしたね。 さぞ、お困りでしたでしょう

例:チームで計画してコミュニ

緒に行動する際は、次の具体的 な行動の方法を分かりやすく

例: 椅子の座面に手を置いて 「ここにお座りください」という

親身に対応できる・信頼できる 看護師であることを示す

例:「看護師の○○です。何でも 遠慮なく聞いてくださいね」

# 新

### 治療・ケアの困難な状況の原因を考える

【理解 -37】

例 ① 治療に必要なルート類を触る・自己抜去する

原因の例 → 点滴の苦痛をどうしていいのかわからない (判断力の障害) → 点滴チューブが気になり掴んでしまう (強制把握)

- 例2 説明してもナースコールを押せない 介助が必要と言っても、自ら歩いて転倒する
- 例 3 頻回に尿意を訴える/何度もトイレに行く

治療・ケアの困難な状況では、『心身機能の障害』、 『心理的ニーズ』(痛みや苦痛のためにくつろぎ・ やすらぎが脅かされている)を考えて、原因に対応 するケアを実践する

# 新

### 実践対応力の講義にあたって

【理解 -39】

- 認知症の人は、その人独自の認知機能の障害をもっており、生活上で の心身の痛みや苦痛を抱えている。認知症の人のそれぞれ異なる思い や苦痛を理解する
- 一般病院の入院では、パーソン・センタード・ケアの心理的ニーズを脅かすことが多い。病院で不安・恐怖を感じると、"愛着・結びつき"が脅かされ、居場所を感じることができず、「家に帰りたい」と表現するため、安心できる環境・人間関係を作る
- 一般病院における認知症看護の実践は、治療の回復、心身機能の回復 (ADL)、在宅復帰、自律機能に深く影響する。 認知症の人の自律(自分で立てた規範に従った行動)を抑制するのではなく、残された自律機能の促進に着目する
- 身体疾患の治療が中心となる一般病院においても、認知症の人への看護実践の取り組み、その人が望む生活の場に戻るための生活全体を見据えた看護を行う
- 入院中の安全のみに着目するのではなく、人としての尊厳・心身機能維持・向上を重視するために"自律と安全のバランス"に関して、チームでの倫理委員会等で検討する

### 2-2) 実践対応力 I

### ①アセスメントのポイント

- ②認知機能障害への対応
- ③BPSDの要因・症状と対応
- ④身体管理・症状経過を踏まえた対応
- ⑤せん妄への対応
- 6退院支援

### 認知症ケアの基本

【対応力 I -1】

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

# 新

### アセスメントに必要な情報

### 【対応力 I -2】

基本情報	<u> </u>	
疾患関連情報	現病歴と既往歴(認知症の原因疾患や重症度等)、症状(認知機能や BPSD等)、検査と治療(診断方法や治療薬等)	
身体的要因 運動機能、認知機能、言語機能、感覚·知覚		
心理·霊的要因	健康知覚・意向、自己知覚、価値・信念、信仰、気分・情動、ストレス耐性	
社会・文化的要因 役割・関係、仕事・家事・学習、遊び、社会参加 日常生活の情報		
		睡眠·休息
覚醒·活動	覚醒、活動の個人史・意味、活動の発展	
食事	食事準備、食思・意欲、姿勢・接食動作、咀嚼・嚥下機能、栄養状態	
排せつ 尿・便をためる、尿意・便意、姿勢・排せつ動作、尿・便の排出、尿・便の状態		
身じたく	身じたく    清潔、身だしなみ、おしゃれ	
コミュニケーション	伝える・受け取る、コミュニケーションの相互作用・意味、コミュニケーショ ンの発展	

参考) 山田律子・井出訓編 生活機能からみた老年看護過程+病態・生活機能関連図、医学書院、2008



### アセスメント

【対応力 I -3】

- どのような疾患があるか
- 身体的な状態はどうか
- 心理的な状態はどうか
- 社会的な状態はどうか
- 日常生活の状態はどうか
- 生活環境(物理的環境、 社会的環境、治療・ケア 環境)はどうか

認知症の人の情報

認知症の人を取り 巻く環境

検証

日常生活場面でどのような援助が必要であるか、 現時点での状況を把握する

参考) 山田律子·井出訓編 生活機能からみた老年看護過程+病態·生活機能関連図、医学書院、2008

### 入院時の確認事項

【対応力 I -4】

日々の生活の様子や言動から、認知機能低下を 疑う徴候がないかを確認する

- ◎ 本人に自覚症状(もの忘れや探し物が増えた、 道に迷うなど)の変化を確認する
- ◎ 検温や問診を依頼した時や、トイレへ行った時の行動を観察する
- ◎ 注意障害や見当識障害を確認する
- ◎ 家族や関係者から、買い物や内服管理などの 行動を確認する

### 入院後に認知症が疑われる場面

【対応力 I -5】

認知機能の低下が疑われた場合は、 速やかに認知症に関連したアセスメントを行う

- 認知機能について
- 行動・心理症状について
- 日常生活について(睡眠、食事、活動、排せつ、内服管理など)
- 生活環境について(転倒や転落など)
- せん妄発症リスクについて
- 対象患者と医療従事者の関係性について (信頼関係が築けているか)



### 認知機能のアセスメント

対応力 I -6】

- 普段の会話から認知機能のアセスメントを行う
  - → 会話の中で、短期記憶・長期記憶・注意障害など 評価をする
- 一緒に行動する
  - ⇒ どの行動ができるか、どのようにすれば行動できるか、できないことは何か評価をする
- ベースラインを明らかにする いつもと違う場合はアセスメントする
  - → いつもより元気がない、寝てばかりいる場合は、 身体的苦痛やせん妄の可能性もあるため再アセ スメントをする

参考) 鈴木みずえ・金盛琢也編 パーソンセンタードケアに基づく急性期病院の高齢者看護、日本看護協会出版会、p46 2021



### 生活への影響を確認する

(手段的日常生活動作 IADL:Instrumental Activities of Daily Living)

付応力Ⅰ-7】

### 可能であれば、入院前の状況を聴取する

- 治療や療養生活 に関係すること
  - ▶ 自分で薬の管理ができる
  - ▶ 食事の準備ができる
  - ▶ 独りで通院できる(公共機関を使える)
  - ▶ 電話をかけることができる
  - ▶ ATMなど金銭管理ができる
  - ▶ 買い物ができる
  - ▶ 掃除、洗濯などができる



### 身の回りのことができるか確認する (日常生活動作 ADL:Activities of Daily Living)

【対応力 I -8】

入院前と後でADLに変化がないか、 変化がある場合、それで戸惑っていないか評価する

- 治療 に関係すること
  - ▶ 食事を摂ることができる
  - ▶ 排せつ(排尿、排便)
  - ▶ 入浴
  - ▶ 着替え
  - ▶ 眠れている(日中も含めて休息がとれている)
- 転倒に関係すること
  - ▶ 歩いて移動できる(ふらつきの有無)
  - ▶トイレに行くことができる(場所がわかるかも含めて)
  - ▶ 階段を上ることができる (バリアフリーでない場所)

### 2-2) 実践対応力 I

①アセスメントのポイント

②認知機能障害への対応

③BPSDの要因・症状と対応

④身体管理・症状経過を踏まえた対応

### 記憶障害への対応

【対応力 1 -9】

### 【観察項目】

- ◎ 物を置いた場所を忘れる
- ◎ 薬を飲み忘れる、飲んだことを忘れてしまう
- ◎ 聞いたこと・したことを忘れる

### 》》》対応

- ▶ 1日のスケジュールを決めて書く、見えるところに置く
- ▶ リアリティーオリエンテーションを行う
- ▶ なぜ入院したのか分かるメモなどを置く
- ▶ 重要な物は見つけやすいところに置く 安全の範囲内で自立を促す
- ▶ 過去の写真は会話や想起の手がかりになる
- ▶ 間違えや失敗を指導しない、否定しない

参考) 小川朝生 認知症 plus 院内対応と研修 ケアのポイントを短時間で効果的に学ぶプログラム 日本看護協会出版会。p61, 2021

### 実行機能障害への対応❶

【対応力 I -10】

### 【観察項日】

- 排せつ時、一連の動作を順序立ててできるか○ シャワー、リモコン、電話などの道具が使えるか○ 言語以外のメッセージも、注意深く観察する
- (行動や表情など)

### 【本人・家族に確認】

- ◎ 買い物が一人でできなくなるか◎ 新しい場所に行ったときに混乱するか

### 実行機能障害への対応2

【対応力 I -11】

### 》》》》対応

- ▶ 選択肢は二択にする
- ▶ ジェスチャーを取り入れる
- ▶ 最初のきっかけとなる動作を手伝う
- ▶ 一度に複数のことをするような複雑な作業はさける 例)「起きますよ」→「ここ(車いすの座面を触る)に座ります」 →「検査に行きます」
- ▶ 環境の整備(わかりやすさ)
  - ・空間: わかりやすい(コントラスト、明るさ、影) ・時間: 予定が確認できる、不意打ちをしない 人 : 「なじみ」、わかりやすいコミュニケーション

# 視空間認知障害への対応

【対応力 I -12】

### 【観察項目】

◎ 部屋を間違える ベッドに頭と足を逆に寝る◎ 便座にうまく座れない

### 》》》》対応

- ▶物体の認識を助ける(特に失認も伴う場合)
  - ・見るのと同様に触ることもできるようにする
  - 声かけをする
- ▶ 人の認識、表情認識を助けるために
  - まず認識してもらってから、正面から向き合って距離を縮める。
- ・ 自分が先に声をかける (自分を見ているからといって認識されているとは限らない)
- 会話の際に顔に影ができないようにする
- ▶ 病棟での安全面で
- ・暗い通路、光の反射の強い床は見当識障害につながる
- ・トイレの便座と床の色を変える
- ・部屋がわかるように目印をつける



### 注意障害への対応・

コミュニケーションをとる上で一番問題になるのは"注意の障害" (注意障害: 注意・集中を向けることができない、維持できない)

### 【観察項目】

◎ ちょっとした物音で中断する

### 》》》対応

- ⇒ いかに負担なく注意を向けてもらえるかがポイント
- ▶ 視野の中に入って声をかける (視野の外(後ろ)から声をかけても、意識がむかない)
- ▶ 認知症の人が認識したら通常よりも一歩近い距離に近づく (注意の維持がしやすいように、より近くはっきりと見えるところから)
- ▶ 複数の刺激を用いる(ケアの道具を見せる、タッチングをする など)
- ▶ アイコンタクトをとる (注意がそれるのを防ぐ)
- ▶ 目線は認知症の人より低めに



### 注意障害への対応2

### 》》》 対応

▶ 集中しやすい環境

(TVを消す、人通りが少ない部屋、適度な照明など)

- ▶ 顔に影のかからないようにする
- ▶ 会話は非言語メッセージも取り入れる
- ▶ 会話は低いトーンで、ゆっくり、はっきり
- ▶ 短い文、具体的に
- ▶ 同じ言葉をくり返してもよい
- ▶ 会話の中に相手の名前を含め、本人が慣れている名前をいう
- ▶ 応答を待つ(10秒ルール、15秒ルール)
- ▶ 話をさえぎらない

### アルツハイマー型認知症の対応

【対応力 I -15】

- 早期発見・早期の正確な診断、推奨されている適切 な薬物療法を開始・継続することが重要である
- 認知機能障害や行動心理症状、身体機能、本人や家 族の希望を考慮し非薬物療法を積極的に継続する
- 薬物療法は、十分な説明を行ったうえで開始し、その 後も適宜症状を確認し、副作用に留意する
- 進行予防の介入が可能な因子(高血圧、糖尿病、脂質 異常など)への対応・治療を継続する

### 血管性認知症の対応

【対応力 I -16】

- 高血圧症や糖尿病、脂質異常症、心房細動、運動不足、 肥満、喫煙など血管障害のリスク因子の内科的管理 による脳卒中の再発の防止が重要である
- 嚥下障害や歩行障害などを伴うことが多いため、誤 嚥や転倒に注意し、リハビリテーションを行う
- 自発性や意欲の低下、抑うつに留意し、非薬物的対応 や薬物療法を組み合わせた適切な対応を継続する
- 廃用症候群の予防のためデイケアやデイサービス等 を利用して活動性を保つ

### レビー小体型認知症の対応

【対応力 I -17】

- 早期発見と早期診断、早期治療、身体機能の維持の ためのリハビリテーションが大切である
- 治療の標的とすべき臨床症状を見定め、ケアや環境 整備などの非薬物療法と薬物療法を組み合わせる
- 転倒や誤嚥、失神、血圧の変動、便秘などに注意する
- 認知機能の変動や幻視、パーキンソン症状、レム期 睡眠行動異常症によるQOLへの影響を考慮する

### 前頭側頭葉変性症の対応

【対応力 I -18】

- 早期発見には、初期症状の特徴的な行動障害や進行 性失語、言語障害を見逃さないことが重要である
- 症状の理解、介護者への配慮、行動障害の対応など 状態に応じた個別の支援が重要である
- 家族教育、介護の工夫、環境調整、介護負担の軽減、 進行予防のために適切な支援や公的な社会資源を
- 行動障害や精神症状に対しては、現存する機能、特 徴的な症状、それまでの生活様式を利用した非薬物 的対応を考慮する

### 2-2) 実践対応力 I

- ①アセスメントのポイント
- ②認知機能障害への対応
- ③BPSDの要因・症状と対応
- ④身体管理・症状経過を踏まえた対応

### 認知症の人の訴えとその真意を考える●

【対応力 I -19】

## 家に帰りたい!

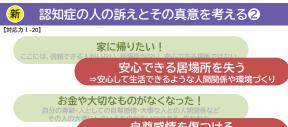
ここには、信頼できる人がいない、居場所がない、安心できる場所ではない。

### お金や大切なものがなくなった!

自分の尊厳・人としての自尊感情・大事な人との人間関係など その人の大事にしているものが失いつつある、失われた。

### 急に怒りだした!

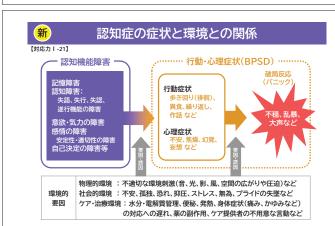
自分の気持ちをきちんと受け止めてもらえない。怒鳴られたように聞こえる。 子供のように扱われた。便秘や痛みがある。心と身体の痛み・苦痛・辛さ。



自尊感情を傷つける ⇒気持ちを共有したり、大切な人であるという メッセージを送る

急に怒り出した!

**尊厳を傷つける** -人の大人として対応する



参考) 永田久美子: 痴呆高齢者の看護、柿川房子、金井和子編、新時代に求められる老年看護、日総研出版、269-281 2000



### BPSDの予防

【対応力 I -22】

- 本人にあった環境調整を行う
- スタッフも環境要因のため、早期に医療スタッフ と信頼関係(なじみの関係)になれるよう配慮する
- 本人の表情や言動・行動の変化に気づき、予測的 に観察・行動することで、BPSDの誘因となる苦 痛や不快をアセスメントする
- 本人の苦痛や不快に対応することで、BPSDを 予防する
- 特に、入院初日から数日は頻回に訪室し、本人の 状態を評価する

参考) 公益社団法人 日本看護協会編、認知症ケアガイドブック、照林社、p72,85、2016

# 新

### BPSD予防(環境調整)の具体例1

【対応力 I -23】

- メガネ・補聴器・入れ歯をつける
- リアリティーオリエンテーションで今を伝える 例)ごはん → 朝ごはん
   例)点滴の時間ですよ → 10時の点滴の時間ですよ
- ルート類の整理、見えない位置へ配置
- 日中はカーテンを開ける
- ナースコールは手の届く位置
- 会話時はTVを消す
- 検査やリハビリの予定は紙に書いて表示する

参考) 公益社団法人 日本看護協会編、認知症ケアガイドブック、照林社、p114 2016



### BPSD予防(環境調整)の具体例2

【対応力 I -24】

- 家で使っているものを使う (いつも身に付けているカバンや財布など)
- 家族やペットの写真を飾る
- 家族に手紙を書いてもらう
- 清潔援助などリラックスできる時間をもつ(爪切り、髭剃りなど)
- 感謝の言葉や褒める機会をもつこと
- 患者さんと楽しい時間を作る
  - → 検査への移動時間など、ちょっとした時間に昔のことを聞く時間を作る(例:生まれ、仕事のことなど) ※入院時収集した生活歴なども活用する

### BPSD対応の基本①

【対応力 I -25】

- BPSDの出現や悪化の原因を検討する
- ①身体疾患が原因
- ➡ 発熱や便秘、痛みやかゆみなど身体的苦痛がないか評価する
- ➡ 身体的苦痛がある場合は治療をできるよう医師に相談する
- ②服用中の薬が原因
- ⇒ 薬の副作用としてBPSDを誘発することがある。薬の開始や 中止などないか確認する
- ③環境やケアが原因
- ⇒ 入院による環境の変化や病気による不安や恐怖、ケアに対する 不快感などないか
- ➡ 環境調整やコミュニケーションを工夫する
- ※ せん妄と同様に入院当初からの予防的介入や支援が重要である。
  ※ うつ病や顕著な妄想、興奮、攻撃性などは、緊急性を評価する。

参考) 六角僚子 種市ひろみ 本間昭 認知症のある患者さんのアセスメントとケア、ナツメ社、p70、2018

### BPSD対応の基本2

【対応力 I -26】

- 多職種による介入や支援を検討する
- 認知症ケアチームなど専門チームや認知症の 専門医と協働する
- 薬物療法の必要性を検討する (開始後も症状の改善に合わせて減量・中止を検討する)
- 上記でも症状が改善しない場合は、精神科への紹介を検討する

### BPSD対応の基本®

【対応力 I -27】

- 薬物療法を実施した場合、以下のことを観察する
- ▶ 日中の過ごし方
- ▶ 昼間の覚醒度の変化、眠気の有無
- ▶ 夜間の睡眠状態の変化
- ▶ 水分や食事摂取状況
- ▶ 排尿や排便の変化
- ▶ パーキンソン症状の有無 (振戦、筋強剛、寡動、小刻み歩行、前傾姿勢、仮面様顔貌など)
- ▶ 転倒傾向の有無

参考) 六角僚子 種市ひろみ 本間昭 認知症のある患者さんのアセスメントとケア、ナツメ社、p71、2018



### BPSD) 認知症における睡眠障害の特徴

【対応力 I -28】

- 認知症の病態や重症度、疾患の進行により症状は 様々である。
- 加齢にともなう睡眠の質的・量的変化、光環境の変化 を始め環境の影響や活動量の低下や対人交流の減少 などの影響も大きい。
- さらに身体・精神の合併疾患や薬物治療も睡眠障害の原因となる。
- 症状は、不眠、過眠、概日リズム睡眠障害、睡眠呼吸 障害など多岐にわたる。

### BPSD) 睡眠障害への対応

【対応力 I -29】

環境の変化に伴い容易に睡眠覚醒リズムの障害 が生じやすい

### 》》》》対応

- 生活リズムを維持することが重要
  - ◎ 起床、食事、就寝時間を一定にする
  - ◎ 日中の十分な光曝露
  - ◎ 夕食以降のカフェインを避ける
  - ◎ 利尿薬等は午前中に内服させる
- 2 投薬する場合は副作用を定期的にチェック
  - ▶ 鎮静 ▶ 昼間の眠気 ▶ 転倒 ▶ 健忘
- ❸ 改善後は適宜減薬や中止を検討

### BPSD) 焦燥(agitation)への対応

【対応力 I -30】

意識障害や要求によって生じたのではない不適当な 言語、音声、運動上の行動

### 》》》》対応

### 原因を明らかにする

- ▶ 誘因となる問題を同定
- ▶ 問題から患者を引き離す
- ▶ 安心感を与えつつ、落ち着いたら別の物事に 注意を向けるように促す

### BPSD) 妄想への対応

【対応力 I -31】

主介護者など身近な人を対象とすることが多い。 人間関係に重大な影響を及ぼすため、確実に対応 することが必要

### 》》》》対応

- ▶ 支持的対応
- ▶ 安心感を与える対応
- ▶ 背景には自己喪失感に対する反応もある
- ▶ 体系化したり固定化することは少ない。短絡的で時間 変動もするので、一定時間本人の主張に対応してから 休憩をとり、注意を別に向けるとよい場合が多い

### 薬物療法

持続する場合には、社会的関係を維持するためにも 薬物療法を含めた対応を考え、専門家と相談する

### BPSD) 抑うつへの対応

【対応力 1 -32】

### 》》》》対応

- ▶ 支持的対応
- ▶ 安心感を与える対応
- ▶ 身体能力の低下等に直面させるのを避ける
- ▶楽しみを与えようと無理に活動に参加させる ことは逆効果

### BPSD) 歩き回り(徘徊)のパターン

[対応力 1 -33]

誤認	<ul><li>見当識障害が激しくなって、不意に今いる場所が分からなくなる</li><li>帰り道を探したり、出口を探しているうちに迷子になる</li></ul>
願望(焦燥)	<ul> <li>● 定年になっているのに朝仕事に出かけようとする、主婦だった人が夕方買い物に出かけようとするなどの目的があり、外出する</li> <li>● 今すぐ行かなくてはならないという強い思い込みや焦燥感を伴う</li> </ul>
無目的常同	● 特に目的があるようには見えず、ただ漫然と徘徊する
意識変容	<ul><li>軽い意識障害が日中でも起きて歩き回る</li><li>はっきりと目が覚めていない状態で歩き回る</li><li>幻覚や妄想を伴うことが多い</li></ul>

参考) 公益社団法人 日本看護協会編、認知症ケアガイドブック、照林社、2016

### BPSD) 歩き回り(徘徊)への対応

【対応力 I -34】

### 》》》》対応

原因を明らかにする (きっかけを探ることが重要)

- ▶ 見当識の問題: 居場所が分からなくなる
- ▶ さがしている
- ▶ 退屈している
- ▶ 外的刺激への反応
- ▶ 常同行為

# 新

### BPSD) 攻撃性の背景となる因子

【対応力 I -35】

身体的因子	<ul><li>● 疼痛などの身体的問題</li><li>● 前頭葉・側頭葉の機能障害</li></ul>
精神的因子	<ul><li> 抑うつ状態</li><li> 各種妄想</li><li> 易怒性</li><li> 焦燥・人物誤認</li></ul>
環境的因子	<ul><li>● コミュニケーション不足</li><li>● 信頼関係が築かれていない状態</li></ul>

出典)服部英幸編、精神症状・行動異常(BPSD)を呈する認知症患者の初期対応の指針作成班著: 介護施設、一般病院での認知症対応に明日から役立つBPSD初期対応ガイドライン、ライフ・サイエンス、東京、2012:49.より引用

### BPSD) 暴言・暴力への対応

【対応力 I -36】

- ◎ 原則として予防が重要
- ◎ 人間関係を壊す可能性が高く、本人の不利益を 防ぐために早急な対応が望まれる

### 》》》 対応

- ▶ せん妄の有無を確認
- ▶ 背景に苦痛(特に疼痛)、不快感が原因のことがある
- ▶ 訴えられていない苦痛はないか確認 (疼痛、便秘、脱水など)
- ▶ 苦痛となる環境要因はないか確認 (騒音、光 など)
- ※ 介護者から失敗を指摘されたり、自尊心を傷つけられる、 行動を止められる、命令されるなどの場面で心理反応として 生じることもある。

# 新

### BPSD) ケア拒否への対応

### 【観察項目】

- ◎ 疲労感、体調不良、疼痛など身体的要因 ◎ 症状の出現する時間帯・状況・相手・ケアの種類 ◎ 患者の病状や行動を否定し、感情を傷つけていないか

# 》》》対応

- ▶ 落ち着くまで待つ、患者が好む人に対応してもらう
- ▶ 穏やかな声で分かりやすく話しかける
- ▶ 無理な説得をせず、共感的態度で接する
- ▶ 好きな音楽をかけるなど安心できる環境を作る

### 2-2) 実践対応力 I

- ①アセスメントのポイント
- ②認知機能障害への対応
- ③BPSDの要因・症状と対応
- ④身体管理・症状経過を踏まえた対応
- ⑤せん妄への対応
- 6.退院支援

# 新認知症の人の身体管理・症状経過を踏まえた対応

【対応力 I -38】

- 入院生活の支援
  - @ 睡眠·休息
  - (b) 覚醒·活動
  - ⓒ 食事
  - @ 排せつ
  - e 身支度
- 痛みや苦痛への支援
- 転倒・転落への支援



### 睡眠・休息の支援・

[対応力 1 \_39]

a睡眠·休息

### 生活リズムを維持することが重要

- ▶ 入院前の起床・就寝時間や、就寝方法 (畳かベッド、明るさ、温度等)を把握し、 それに近い生活リズムする
- ▶ 日中の十分な光曝露
- ▶ 夕食以降のカフェインを避ける
- ▶ 利尿薬等は午前中に内服する



### 睡眠・休息の支援②

【対応力 I -40】

a睡眠·休息

### 就寝前のリラックスできる支援

- ≫ 対応 ▶ 疼痛やかゆみがある場合は、それらを除去できるよう努める
  - ▶ 空腹で眠れない場合は、主治医の許可を得て 間食や飲み物を用意する
  - ▶ 好みの音楽など流す

### 活動と休息のバランスを注意する

- 》》》対応 ▶ 日中に車いすに乗車するなど覚醒を促す
  - ▶ ただし、疲労感に応じて日中も休息がとれる よう配慮をする



### 覚醒・活動の支援

【対応力 I -41】

⑥覚醒·活動

### 活動する時間帯に眠っていることはあるか評価する

- >>> 対応 例)食事中に眠る、一日を通してぼーっとしている
  - ▶睡眠薬の影響
  - ▶ 抑うつ状態
  - ▶ 低活動型のせん妄
  - ▶ もともとの睡眠パターン
  - など 原因を確認する

趣味や1日の生活パターンが続けられるよう支援する

**》》》対応** 例)朝はコーヒーを飲む、テレビで野球を見る

新

### 摂食困難の3分類と具体例

【対応力 I -42】

C食事

摂食開始困難	<ul><li>● じっと座ったまま食べようとしない</li><li>● 食器を並べ替えたり、食物を移動したりを繰り返す</li><li>● 幻覚・誤認・妄想・苦痛等で食べ始めることが出来ないなど</li></ul>
食べ方の困難	<ul><li>● 一口量が適量すくえない</li><li>● ペースが速く、窒息しそうになる</li><li>● 1つの食器からのみ食べる</li><li>● 食べられる時とそうでないときがある</li><li>● 食べこぼす など</li></ul>
摂食中断	<ul><li>● 食事以外の刺激に注意が向き、食べることを中断する</li><li>● 食事の途中で立ち去る</li><li>● 食事中にむせて食べ続けられない</li></ul>

食事中に眠る など

参考) 公益社団法人 日本看護協会編、認知症ケアガイドブック、照林社、2016

### 摂食・栄養(食事)に関する注意点

【対応力 I -43】

©食事

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

### 新 【対応力 1 -44】

### 食事の支援

©食事

# 食事をした経験を記憶できず食事の催促をされた場合

- 》》》対応 ▶ ゼリーなどおやつをとっておいて出す
  - ▶ 気がまぎれるよう散歩などをする
  - ▶ 次を準備していることを伝え、安心させる

### 食べ始めない場合の支援

- 》》》対応 ▶ 注意が続かない場合は、壁側や静かな環境にする
  - ▶ 入院前の食形態や食事姿勢・食具に近づける
  - ▶ お椀や箸を手に乗せるなど最初の動作を支援する



### 認知症の認知機能障害と排せつ

【対応力 I -45】

### の排せつ

記憶障害	<ul><li>トイレの場所を忘れ、トイレに行く前に失禁したりトイレ以外で 排せつする</li><li>トイレに行ったことを忘れ、すぐにトイレに行く</li></ul>
見当識障害	<ul><li>● 時間、場所などの見当がつかなくなり、失禁したり、トイレ以外で排せつする</li><li>● 時間の見当がつかなく日中・夜間に頻回にトイレに行く</li></ul>
失行	<ul> <li>身体的機能障害はないが、ズボンや下着の上げ下ろしや便器 の蓋の開け閉めが出来ないなどで。衣類の汚染、失禁、便器以 外で排せつする</li> </ul>
失認•失行	<ul><li>● トイレの意味、トイレの使い方などがわからなくなり、失禁、トイレを汚す、トイレ以外での排せつ、便を触る・弄ぶ、トイレの水に手を入れる</li></ul>
遂行機能障害	● 排せつ時の一連の手順がうまくできない(トイレの扉を開ける、 蓋を開ける、ズボンの脱ぐ、便座に座る、排せつ後ペーパーで 拭く、ズボンを上げる、流すなど)

参考) 公益社団法人 日本看護協会編、認知症ケアガイドブック、照林社、2016

# 新

### 排せつの支援1

【対応力 I -46】

### の排せつ

- 尿意・便意が不明瞭な場合
- 》》》対応 ▶ 排せつのサインを確認する
  - ▶ 排尿・排便パターンを確認し排せつを誘導する
  - ▶ 排せつはある程度まとまった量がでているか、 残尿がないか確認する

### トイレの認識ができない場合

- 工夫をする
  - ▶ 便器を目で確認してもらう
  - ▶ メガネやハンカチを準備するなど本人の準備を行う

参考) 公益社団法人 日本看護協会編、認知症ケアガイドブック、照林社、p147、2016



### 排せつの支援2

【対応カ 1 -47】

### の排状の

### 衣服の着脱が困難

- 》》》対応 ▶ ボタンやジッパーのつまみを大きくする
  - ▶ ウエストゴムを調整する
  - ▶ 男性の場合、ゆとりのある下着を選択する

### 起居動作が困難

- >>> 対応 ▶ 手すりや補高便座など動作を助ける福祉用具を利用する
  - ▶ 困難な動作のみ介助する

### 頻尿や便秘がある

- 》》》対応 ▶ 頻尿の場合は、場合によっては泌尿器科に評価を依頼する
  - ▶ 記憶障害などあり自身の排便状況を把握できない場合は、 毎日排便状況を把握する

参考) 公益社団法人 日本看護協会編、認知症ケアガイドブック、照林社、p147、2016



### 身支度の支援

「対応力 | -48]

### e)身支度

### 入浴拒否の場合

- 》》》対応 ▶ 実行機能障害や失行・失認により、入浴方法が分からない 場合がある
  - ▶ なぜ、入浴拒否するのかアセスメントする
  - ▶ ものものしく誘わず、自然体で風呂に誘導する
  - ▶ 入浴が難しい場合は、無理せず足浴や清拭に変更してみる

### 服を着替えることを嫌がられる場合

- >>> 対応 ▶ 失行による場合は、一緒に行い、できるところは自分で できるよう支援する
  - ▶「汚いです」など声掛けではなく、「この素敵な服にしま しょう」など、ポジティブな声かけを行う
  - ▶トイレに行くタイミングなど、タイミングを見て声をかける

### 痛みや違和感などの表し方・伝え方

【対応力 I -49】

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



- ◎ 身体症状の変化や悪化を見落としてしまう ◎ 全身状態の変化を見逃してしまう ◎ せん妄やBPSDの原因となる

### 痛みに気づくサイン

【対応力 I -50】

表情 泣く、パニックになる、不機嫌になる

行動 身構える、おびえる

自律神経症状 頻脈、発汗などの侵襲に対する反応

### 【観察によって評価する尺度】

- 〉〉)日本語版アビー痛みスケール (APS-J)〉〉) 重度認知症者の疼痛評価 PAINAD
- ➡ 尺度の活用
  - ◎ 定期的に実施することで痛みの発生に気づく
  - ◎ 鎮痛剤を使用した効果の評価

# 新

### 日本語版アビー痛み尺度

\*移動時の痛みを評価するスケール

**問1.声をあげる**(例:しくしく泣いている、うめき声をあげる、泣きわめいている) 0:なし 1:軽度 2:中程度 3:重度

**問2.表情** (例:緊張して見える、顔をしかめる、苦悶の表情をしている)

0:なし 1:軽度 2:中程度 3:重度 問3. ボディランゲージの変化 (例:落ち着かずそわそわしている、体をゆらす、体の一部をかばう)

0:なし 1:軽度 2:中程度 3:重度

問4. 行動の変化 (例:混乱状態の増強、食事の拒否、通常の状態からの変化) 0:なし 1:軽度 2:中程度 3:重度

問5.生理学的変化 (例:体温、脈拍または血圧が正常な範囲外、発汗、顔面紅潮または蒼白)

0:なし 1:軽度 2:中程度 3:重度 問6.身体的変化 (例:皮膚の損傷、圧迫されている局所がある、関節炎、拘縮、障害の既往)

0:なし 1:軽度 2:中程度 3:重度

0-2:痛みなし(0) 3-7:軽度(1) 8-13:中程度(2) 14以上:重度(3)

\* 使用の際には、アピー痛みスケール日本語版の使い方( $\underline{www.pain-nursing.net}$ )をご確認ください

出典 Takai,Y.,Yamamoto-Mitani,N.,Chiba,Y.,Nishikawa,Y.,Hayashi,K.,&Sugai,Y.Abbey Pain Scale: Developr and validation of the Japanese version. Geriatrics & Gerontology International,10(2):145-153,2010

### その他の苦痛について

- その他の身体症状緩和
  - ▷ 呼吸困難
  - ▷ 吐き気
  - ▷ 倦怠感
  - ▷ かゆみ
- 苦痛の評価について
  - ▷ 認知症の人の苦痛は過小評価される
  - ▶ BPSDと誤解される危険性がある

### 心理的苦痛への配慮

【対応力 I -53】

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

### 心理的な苦痛にも配慮をした かかわり、支援が重要

例:忘れてしまったことを指摘する ケアの失敗を責める

# 新 認知症の認知機能障害における転倒リスク

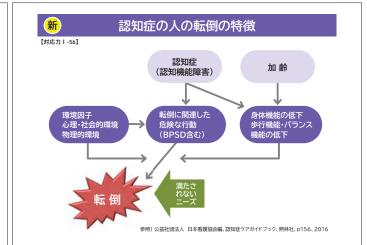
分類	転倒との関連
記憶障害	<ul><li>◎ 介助の必要性を覚えていない</li><li>◎ 物を置いた場所がわからない、覚えられない</li></ul>
見当識障害	<ul><li>◎ 時間、場所などがわからず、歩き回って転倒する</li><li>◎ 見守り体制の十分でない夜間の活動が増加</li></ul>
視空間障害	◎ 空間認知の障害のため物の位置がわからず、つまずく・ぶつかる
失認·失行	◎ 衣類や履物を正しく着用できないためにバランス を崩して転倒しやすい
注意障害	<ul><li>○ 注意深い行動が取れない</li><li>○ 注意喚起を理解できずに転倒する</li></ul>

参照) 公益社団法人 日本看護協会編、認知症ケアガイドブック、照林社、p157、2016

### 高齢者の転倒の要因

応力   -55]		
内的要因	外的要因	
● めまいや失神 ● 認知障害、せん妄 ● 歩行障害 ● 廃用性症候群 ● 視力障害 ● 酩酊 ● 薬剤の使用 (向精神薬、降圧剤、血糖降下薬、抗ヒスタミン薬)	<ul><li>● 滑りやすい床表面</li><li>● 目の粗い絨毯</li><li>● カーペットのほころび</li><li>● 固定していない障害物</li><li>● 家財道具の不備・欠陥</li><li>● 照明の不良</li><li>● 戸口の踏み段</li></ul>	

日本老年医学会編:健康長春診療ハンドブック、日本老年医学会、2015 を一部改変



# 新

### 転倒を引き起こす危険な行動

【対応力 I -57】

- ▶ 突発的な行動をとる
- ▶ 興奮して動き回る
- ▶ 看護·介護援助に抵抗がある
- ▶ 車椅子の座位姿勢バランスが崩れる
- ▶ 危険に対して意識せず行動する
- ▶ 指示に従わず一人で行動しようとする
- ▶ 状態が悪いときでも普段と同じような行動をする ▶ 車椅子から急に立ち上がったり、歩きだそうとする
- ▶ 実際はできない行動(歩行、立位、移乗など)を自分一人で できると思って行動する
- ▶ 尿意、便意を感じると、突発的にトイレに行こうとする
- ▶ 尿意、便意が気になって落ち着かない

全てに、患者のニーズが隠れている

Suzuki M, Kurata S, Yamamoto E, et al, Impact of fall-related behaviors as risk factors for falls among the elderly patients with dementia in a Geriatric facility in Japan. Am J. Alzheimers Dis Other Demen 2012;27(6):439-446.

### 転倒・転落への対応●

【対応力 I -58】

- 転倒しても外傷や心理的ショックを 最小限にすることを目的・目標にする。
  - >>> 転倒ゼロを目標にせず、転倒を前提に対策を立てる
- 多職種で転倒のリスクや身体機能、入院 環境を評価し、多面的な介入により転倒・ 転落を予防する。
  - >>> 基礎疾患の治療、薬物の調整、運動、歩行訓練、環境 調整、衝撃吸収マットやポジションバーを活用など

# 新

### 転倒・転落への対応2

- ニーズに即したケア
- 転倒リスクのアセスメント
  - → SRRST

要介護高齢者における主観的転倒リスク評価 みまもりスコア

入院高齢者の転倒予測に関する改訂版アセスメントツール

- 本人の意思や気持ちを大切にした転倒予防対策
- 積極的な生活リハビリテーション

# 新

### 安全な行動への誘導

【対応力 I -60】

### 活動は制止できない.安全な立ち上がりと移動を支援

- ◎ 立ち上がり前の座位の安定
  - ・ 低床ベッド、立ち上がりサポートマットレス
- ◎ 立ち上がりの安定

  - 滑り止めマット、靴を履きやすくそろえるベッドからトイレや車いすへの出口をつくり、移乗を支援する手すりを設置
  - 壁やタンスなど、掴まりやすいものをつなぐ経路をつくる
- ◎ ふらつき、バランスを崩す動作を誘発しない
  - ・ 背後から声をかけない(回転するような動作は極力避ける)
  - ひざまづくような姿勢、かがむ姿勢を避ける
- ・ 停止線、目標物の設置、手すりやブレーキを目立たせる
- ◎ 転倒時の外傷予防対策を実施する • 低床ベッド
  - 衝撃吸収マット、床材 ・ヒッププロテクター



# 新

## ルート抜去がある場合の対応

【対応力 I -61】

点滴の必要性を訪室ごとに説明

ルートがみえない工夫、気にならない工夫

- >>> 対応 ▶ ルート部分に大事なものであることを記載
  - トルード部がに大事なものである。ト 長袖や包帯で刺入部を隠す工夫ト 首元からルートを出すト 延長チューブを使用

#### 点滴の時間帯を検討

》》》対応 ▶ 主治医に相談し、点滴を日中のみ、もしくは 眠っている夜間にする

#### 点滴の拒否が強い場合は、必要性を再検討

≫ 対応 他の治療方法がないか、いつまで必要な治療なのかなど再評価

# 新

## 拒薬への対応

【対応力 I -62】

#### 本人のペースに合わせる

▶》)対応▶ 拒薬がある場合、タイミングが合わない場合も 多いため、無理に説得せず、時間を置いて関わる▶ 手にのせてのむ、スプーンが良いなど、入院前と 同様の方法で内服介助を行う

## 本人の納得できる声をかける

≫≫対応 ► 指示的に「飲んで下さい」などの声掛けにより 嫌になることもある。「協力してくれませんか」など 依頼の形をとる

#### 主治医から説明してもらう

- ≫ 対応炉 担薬が続く場合は、主治医に説明してもらうどうしても無理な場合は中止も主治医に相談する



#### 安静保持が困難な場合の対応

【対応力 1 -63】

#### 動いた原因を評価

》》》対応 ▶ 疼痛がある場合は鎮痛剤を使用する

▶ 排せつの場合は、排せつ行動がとれる関わりをする

#### 安静保持の必要が分かるよう説明

》》》対応 ▶ 訪室ごとに安静の必要性を説明する

#### 安静保持により苛立ちがある場合は、薬剤の使用も検討

- 》》》対応 ▶ 認知症ケアチームや精神科医も含めて早めに 相談する
  - ▶ いらだちなどがある場合は、早めに薬剤の使用 を検討する

## 2-2) 実践対応力 I

- ①アセスメントのポイント
- ②認知機能障害への対応
- ③BPSDの要因・症状と対応
- ④身体管理・症状経過を踏まえた対応
- ⑤せん妄への対応
- 6退院支援



#### せん妄発症により生じる問題

【対応力 I -64】

# (患者(認知症の人)

- 転倒・転落の増加
- ルートやチューブの トラブルの増加
- ADLの低下
- 痛みなど症状コントロール の不良
- 認知機能障害の持続・進行
- 入院期間の延長

#### 家族

- 介護負担の増加
- 精神心理的負担の増加

#### 病院

- ▶ 在院日数の増加
- ▶ 医療費の増大
- ▶ スタッフの業務負担の増大
- ▶ スタッフの精神的消耗

#### せん妄の発症を予防する

【対応力 I -65】

#### 予防(発症予防)

⇒ 多職種による複合的な介入により、 せん妄の発症率・重症率の低下、転倒・転落 の減少、退院時の身体機能低下が減少する エビデンスがある

調整可能な因子を可能な限り除去

# 新

# せん妄対応の流れ

リスク評価 準備因子の確認

予防的対応 誘発因子の除去

早期発見 定期的なモニタリング

早期介入

直接因子の探索、全身状態の安定、薬物療法

# リスク評価: 準備因子の確認

【対応力 I -67】

#### 準備因子

- ◎ 70歳以上
- ◎ 脳器質障害の既往
- ◎ 認知症
- ◎ 入院前のアルコール多飲
- ◎ せん妄の既往
- ◎ せん妄リスク薬剤(ベンゾジアゼピン系薬剤)の内服
- ◎ 全身麻酔の手術

#### 予防的対応:誘発因子の除去

【対応力 I -68】

#### 誘発因子の除去

- 認知機能低下に対する介入
- 適切な睡眠管理
- 活動を促す
- 疼痛コントロールの強化
- 感覚遮断に対する支援
- 便秘予防
- せん妄リスク薬剤の中止・漸減
- 脱水の治療・予防
- 本人・家族へのせん妄に関する情報提供

# 新

#### 誘発因子の除去 具体例①

【対応力 I -69】

#### 認知機能の低下に対する介入

- ▶ 回想法などの認知機能を刺激する活動を行う
- ▶ 現在の場所やそこにいる人々などを説明する
- ▶ 頻回な部屋の移動を避ける
- ▶ ホワイトボードや時計を用いてオリエンテーションを行う
- ▶ 医療者と家族から患者さんに繰り返しオリエンテーションを行う

#### 適切な睡眠管理

- ▶ 日中:可能な限り日光に当たる機会を増やし、日中の昼寝を控える
- ▶ 夕方:温かいノンカフェインの飲み物。就寝時にリラックスできる 音楽、夜間の光や騒音・混乱を最小限に抑える

YORi-SOU がんナーシング2022 vol.12 no.5(534)54より作成 一部改変



## 誘発因子の除去 具体例2

【対応力 I -70】

#### 活動を促す

- ▶ 関節可動域運動を積極的に促す
- ▶ 必要時は歩行補助具を使用し活動を促す
- ▶ 不必要な膀胱留置カテーテルの留置を避ける
- ▶ 身体拘束を避ける

#### 感覚遮断に対する支援

▶ 聴覚障害:補聴器や携帯用増幅器を使用する、耳垢の確認

▶ 視覚障害:眼鏡などの視覚補助具を使用する

#### 脱水の治療・予防

- ▶ 嚥下に問題がなければ、患者に水分を摂るようにすすめる
- ▶ 必要に応じて食事介助をする

YORi-SOU がんナーシング2022 vol.12 no.5(534)54より作成 一部改変

# せん妄発症後の対応の原則

【対応力 I -71】

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

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

#### 安全確保

【対応力 I -72】

- ◎ ルート類が目につかないように整理する
- ◎ 行動制限にならないようにルート類を整理する
- ◎ ルート類を最少限にする
- ◎ 障害物、危険物(はさみ、ナイフなど)の除去
- ◎ ベッド周囲の整理整頓
- ◎ ベッドの高さを低くしておく

体動制限や身体拘束はせん妄の誘発因子になるため、 制限・拘束は避け、安全が確保できる方法を検討する

#### 家族への対応

【対応力 I -73】

#### 》》》対応

- 入院時に家族にせん妄の既往を確認
- せん妄ハイリスク患者の家族に対し、「せん妄発症のリスク」 について説明
- 認知症とは異なり、身体疾患や薬剤が原因であること、原因が除去されれば回復可能であることを説明
- 原疾患の進行による場合は、せん妄が病状進行のサインであることを説明し、家族のつらさを理解し、声かけを行う
- 家族が実行できる患者のケアを一緒に探す
- 関わり方について:

つじつまが合わない言動は、無理に修正しようとせず、話を あわせたり、話題を変えたりする方法を推奨する

## 2-2) 実践対応力 I

- ①アセスメントのポイント
- ②認知機能障害への対応
- ③BPSDの要因・症状と対応
- 4身体管理・症状経過を踏まえた対応
- ⑤せん妄への対応
- 6退院支援



# 退院支援で求められる看護師の視点

【対応力 I -74

#### 入院患者(認知症の人)は地域で暮らす生活者



- ▶ 入院前にどのような生活を送ってきたのか
- ▶ 入院によりどのように生活が変化したか
- ▶ 退院後どのような生活になることが予測されるか



入院前、退院後の生活も視野に入れた対応が必要



#### 認知症の人・家族の意思確認

#### 「どこで、誰と、どのように生活していきたいか」

- ▶ 希望する退院先へ退院する際に弊害となる理由は何か
- ▶ 希望する退院先は本人・家族にとって適切な場所か

#### 生活の場に帰るための課題を抽出

多職種で 本人の能力・家族の介護能力・退院先の環境 をアセスメントしてゴール(退院先)を設定



## 退院支援のための情報収集

- ◎ 病状・治療方針・今後の予測
- ◎ 家族の介護力
- ◎ 薬剤管理
- ◎ 精神症状·認知機能
- ◎ 栄養管理
- ◎ 家族構成
- ◎ 介護保険
- ◎ キーパーソン
- ◎ 利用中のサービス
- ◎ 本人・家族の思い(退院先の希望) ◎ 経済状況
- ◎ 居住環境(段差や手すりの有無)

## もてる力を活用するための情報収集

【対応力 | -77】

#### **入院前にできていたことを入院中も継続できるようにする**

活動 歩行状況、車いすへの移乗方法

清潔 入浴習慣の有無、援助の有無と方法

休息 睡眠状況(入眠・覚醒時間)昼夜逆転の有無、日中の過ごし方

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)、 食事を摂る時間帯、どこまで自力で食べられるのか、 認知機能障害の影響 (介助の必要性)

排せつ 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、認知機能障害の影響、おむつ・尿とりパット使用 の有無、介助を受けるときの反応



# 入院関連機能障害を最小限にする

[対応力 1 .78]

#### 入院関連障害とは、原疾患によらない 入院による体力や機能低下

- 急性期疾患の治療によるベネフィットに対して、 入院加療による合併症(せん妄・認知機能低下・ 転倒・廃用筋萎縮など)のリスクが大きくならない ようにする
- 入院期間が長くなるとさらにそのリスクは高く なるため、可能な限り早期回復・早期退院を目指す



#### │ (新) 早期退院に向けた日常生活支援のポイント①

#### 生活の継続性

入院前の生活が入院後もできるだけ継続されるように 詳細に情報を収集し活用する

- 生活リズム(起床時間や就寝時間)
- 趣味や得意なこと
- 好きな音楽
- 日常生活での習慣やこだわり
- なじみの物
- ふるさとや職業歴、好きな話題・嫌いな話題の 情報をコミュニケーションツールとして活用

# │ (新) 早期退院に向けた日常生活支援のポイント②

## わかりやすい安心できる療養環境の調整

#### 》》》》対応

- 同じ質問に繰り返し説明する
- トイレの場所などを文字やイラストなどで 視覚的にわかりやすく提示する
- 1日のスケジュールがわかるようにする
- 使い慣れた物(箸や枕など)を持参してもらい
- 積極的にコミュニケーションをはかりなじみ の関係を築く



# 新 早期退院に向けた日常生活支援のポイント❸

#### 服薬管理の工夫

- 薬剤数を減らす
- 1日服用回数を少なくする
- 一包化にする
- カレンダーや服薬管理ボックスの活用
- 「薬を飲む」と貼り紙をする
- 家族が内服時間に電話する
- 訪問介護による声かけ
- デイサービス利用時に服用できるようにする
- 居宅療養管理指導によるセッティングを利用
- 本人・家族が管理しやすい時間に服薬を合わせる

# 新 早期退院に向けた日常生活支援のポイント4

## 退院後の生活のイメージを家族と共有する

- 本人・家族が現状を正確に理解する
- 退院後の生活を具体的にイメージ
- 本人・家族と問題点を共有
- 必要なサービスを導入し、適切な生活場所 (退院先)を選択する



#### 認知症の人のための看護サマリー

【対応力 I -83】

- 入院前と退院後の生活の変化 (新たに追加された薬剤や医療処置の有無、注意事項)
- 退院後に起こり得る可能性のある問題
- BPSDやせん妄で気を付けたこと、対応方法
- 生活パターン(起床時間・就寝時間など)
- 地域でサポートするスタッフに継続して欲しいケア
- コミュニケーション方法の工夫
- 認知症の「人」がイメージできるような内容を記載 例) 歌を歌うのがお好きです お孫さんのお話がお好きです



## 【演習】 BPSD・せん妄への対応の事例検討

(要因の検討とケアについて)

事例@ BPSD対応の事例 事例® せん妄対応の事例

#### 事例@ BPSD対応

【対応力 I -84】

▶80歳代後半 女性 要支援1

【疾患名】 2型糖尿病の増悪

【既往歴】 アルツハイマー型認知症 白内障 難聴(補聴器使用なし)

【住まい】 夫と2人暮らし

【家族背景】 子ども1人 長女がいるが介護には関わっていない

【ADL】 自立 薬は夫が管理している

【認知機能】 時間と場所の見当識障害、短期記憶障害あり 【コミュニケーション】 複雑な話は理解が難しい

▶ 経過

- \*最近、料理が困難となり、夫と買い物に行き、買ってきたものを食べていた。定期受診で高血糖のため血糖コントロール不良で入院となった。
- \*入院初日、入院したことが理解できず、「別に用事もありませんし、もう帰らせてください」、「一人で出口を探します」と帰宅欲求が出現した。

#### Question @

【対応力 I -85】

- ◎ 患者が帰宅欲求が出現した要因を 考えてみましょう
- ◎ 患者へのケアを考えてみましょう

#### 解説 @-1

【対応力 I -86】

#### <要因>

- ▶ 認知機能障害(見当識障害や記憶障害)によって、自分がいる場所が分からない、なぜここにいるのか分からない不安やストレス、入院時の説明が多く理解ができないことへの不安など
- ▶ 身体的側面: 原疾患による倦怠感や、高齢による腰痛や下肢の 疼痛の出現
- ▶ 生理的欲求:排せつや空腹、口喝、視聴覚の障害があり、状況 把握が困難
- ▶ 心理的側面:夫など親しい人がいない不安や寂しさ
- ▶環境:不適切な物理的環境や人的環境(見張られている、閉じ込められているという錯覚をまねく状況、部屋の前を人が何度も通る落ち着かなさなど)

#### 解説 (a)-2

【対応力 I -87】

#### <ケア>

- ▶ 患者の思いを理解する:訴えを聞く、行動を観察する
- ▶ コミュニケーション能力の把握: 長文の理解、書字の理解など
- ▶ 身体的要因に対するケア:適宜休息を促す、腰痛や下肢の痛み、 便秘などの有無の確認
- ▶ 生理的欲求の満たす:わかりやすい環境調整(トイレの表示)、お茶や補食(主治医に確認後)
- ▶ 不安・ストレスの軽減、安心できる環境を整える:

本人の帰りたい気持ちを受け止める

繰り返し見当識の支援をする(家族からの手紙など文字での説明も行う)

なじみの物を置く

生活史を活かせる関わりを検討する

積極的にコミュニケーションをはかり信頼関係を作る

▶ 退院後も視野にいれたケア

# 事例⑥ せん妄対応

【対応力 I -88】

▶ 70歳後半 男性 要介護1

【疾患名】 左大腿骨頚部骨折 【既往歴】 認知症(病型不明) 【住まい】 次男と2人暮らし

【家族背景】 子ども2人 長男は遠方 妻は他界 【ADL】 自立 歩行は手すりをつたって可能

【認知機能】 時間と場所の見当識障害、短期記憶障害あり

【コミュニケーション】 場所と時間の見当識障害 短期記憶障害はあるが、 繰り返し聞いたことは最近のことでも覚えることが できる複雑な話は理解が難しい

# 事例⑥ せん妄対応

【対応力 I -89】

▶ 経過

- \*自宅で立ち上がった時に転倒し、左大腿骨頚部骨折で入院となった。
- \*入院翌日「足が折れると痛いね。明日の手術は大丈夫かな」と手術に ついて認識している。術後は「動くと痛いけど大丈夫」と安静保持して 過ごす。
- \*術後1日目から患肢の全荷重可、車いす可となり、足踏み訓練開始する。2日目の夜間はそわそわしているも、ベットから動くことはなかった。
- \*術後3日目、夕方からそわそわしている。夜間「だれか、助けて」と大声がある。静かにするよう説明すると「なんだと」と易怒性がある。

#### Question (b)

【対応力 I -90】

- ◎ 術後3日目に大声と易怒性が出現した要因を 考えてみましょう
- ◎ 患者へのケアを考えてみましょう

#### 解説 (b-1

【対応力 I -91】

#### <要因>

- ▶ 1)せん妄についてアセスメントする
  - \* 認知機能が急激に悪化し、夜間に悪化している。
  - \* 会話がかみ合わず意識混濁の可能性もあり、せん妄を発症 していると考える。
- ▶ 2)せん妄発症の要因について

準備因子: 70歳後半、認知症あり

誘発因子:骨折による痛み、環境の変化、ADLの変化(ベット

上の生活)、入院による看護師・医師などとの人間 関係構築のストレス

直接因子:左大腿骨頚部骨折術後

#### 解説 (b-2

【対応力 I -92】

<ケア: ●せん妄予防のケア>

- ▶ 疼痛コントロール: 早めの鎮痛剤の使用
- ▶ 入院前の情報: せん妄歴、自宅で使用していた寝具やカバン、家族の写真 など持参を促す
- ▶ 見当識を助ける関わり: 入院したことなど紙に記載しいつでも見れる環境 にする、カレンダーや時計の持参
- ▶ 入院前のADLに近づける工夫: 疼痛の状況に合わせて食事や排せつなど 入院前に近づける
- ▶ **看護師・医師との信頼関係の構築**:頻回な面会を行い、安心できる関わり を行う
- ▶ 不眠時・不穏時指示の医師への相談:不眠時指示として、せん妄ハイリスク 薬の使用は避ける。不穏時指示は点滴だけでは なく、内服薬や筋肉注射など指示も確認しておく

## 解説 🕑-3

【対応力 I -93】

<ケア: 2せん妄発症時のケア>

- ▶ 術後3日目の夕方の時点で疼痛の評価を行い、早めの鎮痛薬を使用する
- ▶ せん妄の定期的なチェックによりせん妄を判断し、発症時は副作用に注意 しながら早めに不穏時指示を使用する
- ▶ なぜ助けてほしいのか理由を確認する (言語は2センテンス程度で声をかける、患者の反応を見る)

#### 2-3) 実践対応力Ⅱ

#### ①病棟等におけるチームケアの意義

- 2多職種連携
- ③倫理的課題と意思決定支援・権利擁護
- ④身体拘束の原則等
- ⑤家族(介護者)の支援
- 6社会資源と地域連携

# 新

#### 認知症ケアにおけるチームケア

【対応力 || -1】

- 認知症の人は、入院や治療により様々な変化がおこる
  - ▶ 身体症状の変化、合併症による新たな変化
  - ▶ せん妄発症、行動・心理症状の出現
  - ▶ 認知機能の変化
- 急性期医療の現場の特殊性
  - ◎ 変化する認知症の人の多様なニーズを捉えにくい
  - ◎ 一人の看護師の努力や頑張りでは対応が難しい

ケアチームでのアプローチが重要

# 看護がチームとなって取り組むことの意義

【対応力 II -2】

- ◎ ケアに必要な情報を幅広い視点で得ることができる
- ◎ 看護の方法を共有することで、統一した支援・援助が継続でき、 認知症の人を混乱させるような関わりを避けることができる
- ◎ お互いをカバーし合うことができ、切れ目ないケアが提供できる



安全に安心して過ごすことができる ● 認知症ケアの取り組みやすさにつながる

## 2-3) 実践対応力Ⅱ

①病棟等におけるチームケアの意義

#### ②多職種連携

- ③倫理的課題と意思決定支援・権利擁護
- 4身体拘束の原則等
- ⑤家族(介護者)の支援
- 6社会資源と地域連携

#### 院内の多職種連携の構築

【対応力 II -3】

各職種が専門性を活かし、目的と情報を共有し、 役割を分担するとともに互いに連携・補完しあい、 患者の状況に対応したサービスを提供する

#### 多職種連携のポイント

- 各職種の役割・その専門性を理解し、入院時・退院前 の早期からカンファレンスなどの調整をする
- 常に目標を確認し合う
- 多職種で共有できるツールを活用する
- 日頃から、研修会などを共同で行うなど、顔の見え る関係をつくる場を設ける

# 院内連携における各職種の役割

 院内の多職種連携における調整者
 全人的な視点からの情報収集と情報提供
 薬物/非薬物療法の評価に資する情報提供 ● 他科・他職種の介入をコーディネート● 医学的観点からの助言、支援● 院外の医療機関等との連携支援 ● 投薬歴や副作用歴などの把握 看護師 ● 適切な剤型の選択や投与経路 ● 多剤併用の是正や有害事象の 同辭 本人 薬剤師 ₹家族 相談員 (社会福祉士、PSW) リハ職 (OT、PT等) 本人・家族が表現しきれない意向を 医療職に伝わる言葉で伝達・連携 医療職に伝わる言葉で伝達・連携 本人・家族が利用可能なフォーマル・インフォーマル・インフォーマルサービスを紹介・ 仲介し、退院後の生活を支援 ● 日常生活活動や社会参加機能の 入院生活を 支えるスタッフ

- ・生活上の留意点の提供・適切な心理的支援・病前の役割、興味、習慣等の把握 家族、生活環境の把握
  - 日常生活の自立した生活を維持
    - 福祉サービスを提供

# 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
- ▶ <u>医療面と生活面の両方の視点</u>をもった発言 や活動ができる

# 情報を共有する

【対応力 II -6】

【対応力 II -4】

#### チーム内で話し合う

- ▶ 本人の好み、意向を繰り返し確認する
- ▶ スケジュールの共有
- ▶ せん妄のリスク、食事介助の必要性、疼痛の評価方法
- ▶ 支援内容、声かけの統一

# 施設内でのコーディネーション

- ▶ 検査、処置の時の対応
- ▶ 離院離棟

# 専門チームへのコンサルテーション

#### 外来・かかりつけ医の情報共有

▶ 退院後もフォローが途切れないよう、外来スタッフ、 在宅スタッフと話し合う機会をもつ

#### 情報共有に向けた取り組み

【対応力 II -7】

#### 〈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

#### 〈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)

#### 方針の決定やアセスメント

【対応力 II -8】

#### 医療・そのほか日常生活の継続性を検討する

患者・家族がどのような生活イメージを持っているか、 病気の理解、予後予測も含めて各職種のアセスメントを 共有し、方針を決定する

本人・家族の『どうありたいか』 『どのように生きたいか』

ADLを落とさず、元の生活・環境に戻っていただく

⇒ 患者のQOLの保障

#### コンサルテーション体制の整備

【対応力 II -9】

#### 院内の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
  - ··· 老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師、 認知症ケア専門士、認知症ケアチーム など
  - \*気軽に相談できる体制づくり
  - \*他の部門との連携
    - ➡ 医療安全、退院支援、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

# 標準的な対応手順・マニュアルの共有1

#### 手順書・マニュアルの一例

- I. 認知症の基礎知識
- 1.認知症の定義と分類
- 2.認知症の症状
- 3.認知症の診断
- 4.認知症の治療
- Ⅱ. 認知症の人のケア 1 認知症ケアの視点
- 2.認知症の人との接し方
- 3.認知症の人のアセスメントの視点
- 4.認知症看護に必要なコミュニケー
- ションスキル
- 5.認知症の特性をふまえた生活・ 療養環境の調整

- Ⅲ. 行動・心理症状への対応
- IV. せん妄について
- V. 家族への支援
- VI. 身体的拘束の実施基準
- 1.身体拘束の定義、適応
- 2.身体拘束ガイドライン
- 3.身体拘束を実施する上での留意点
- VII. 鎮静を目的とした薬物の適正基準
- Ⅷ. 資料
  - ・認知症高齢者の日常生活自立度
  - 判定基準
  - ・長谷川式簡易知能評価スケール

など

#### 標準的な対応手順・マニュアルの共有2

【対応力 II -11】

# 手順書・マニュアルの活用方法

- 職員が閲覧できるように各部署に配布する
- 回診やカンファレンスを行いながら、実際に事 例に対する内服調整やアセスメントを手順書に 沿って実施する
- 鎮静を目的とした薬物の適正基準については、 リスク管理にかかわる部署や委員会と協働する

# 新

#### 連携における問題と対処

【対応力 II -12】

- ▶ 職種ごとにゴール設定に相違がある
- ▶ 意見の対立や考え方の違いによるコンフリクト

認知症の人を中心とした 建設的な問題解決を図る



本人の希望、価値観、身体状況、今後の生活を考慮し、 折り合いをつけながら、最善を検討する

## 2-3) 実践対応力Ⅱ

- ①病棟等におけるチームケアの意義
- 2多職種連携
- ③倫理的課題と意思決定支援・権利擁護
- ④身体拘束の原則等
- ⑤家族(介護者)の支援
- 6社会資源と地域連携

# 新

# 認知症ケアと倫理

臨床現場の対人援助において 患者中心という考え方に基づく行動

認知症ケアにおいては…

患者の「自己決定(意思・思い)」を どのように確認するか

認知症の人の意図、思いを確認しにくい

ケアの妥当性を看護者側が判断している部分があり、 看護者中心のケアに陥りやすい性質をもっている・・・





<善行> 肺炎で入院した85歳の軽度認知症のAさん

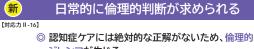
本人が帰ると言って いるのを尊重すべきだ <白律尊重>

入院3日目に「家に帰る」と怒鳴り、点滴を抜去した 肺炎は入院治療が必要な状況である 帰宅とするべきか、身体拘束を行い、入院継続とするべきか?

治療のためとはいえ、 拘束するのはダメだ <無危害>

点滴の間、看護師が Aさんのそばにずっと いることができない <公正(正義)>

認知症の人の見方によって、倫理的価値の対立がおこる



- ジレンマが生じる
- ◎ そのときの本人の思いに沿い、苦痛やストレスが なく、よい結果をもたらす、最も適切な方法を考え ながらケアをする



もう一度考えるきっかけになる

参考)鈴木みずえ 黒川美和代 認知症plus身体拘束予防,日本看護協会出版会,2020



#### 認知症ケアにおいて 倫理的問題が起こりやすい背景

【対応力 II -17】

- 加齢変化や認知症への偏見、パターナリズム
- 「認知症」という病気の特性やBPSDの捉え方、 知識や理解不足
- 認知症の人とケア提供者それぞれの思い・考え のズレ
- 急性期医療を提供する場の特性(安全確保や 迅速さなど)



#### 倫理的ジレンマ・課題への対応

【対応力 II -18】

- 認知症という病気の理解、認知症とともに生きる人の理解
- 多職種チームアプローチ
  - ▶ チームで語り合いを繰り返すことで、認知症の人 一人ひとり の価値観を見出し、その人にとっての最善のケアにつながる
  - ▶ チーム内で気づきやジレンマを共有し、それぞれの考えや思い 価値観を伝え合い、互いを尊重した上で、チームとしてのコン センサスを形成していく
- ジレンマを感じない独りよがりの判断は、偏ったケアを提供 することになりかねない。ジレンマを感じることで認知症の 人を中心に捉えた最善を考えることにつながる
- 組織的な対応として、倫理的な気づきを声に出せる風土の 育成や倫理的感受性を高める投げかけや教育的指導

# 新

#### 認知症ケアに特有な倫理的課題●

【対応力 II -19】

①診断と医学的適応	<ul><li>・診断のために十分な検討がなされているか</li><li>・診断は適切な時期に行われているか</li><li>・適切な治療が提供されているか</li></ul>
②認知症の人の意思 決定支援のアセス メント	<ul><li>・意思決定能力の判定は難しいことを理解した上でアセスメントしているか</li><li>・意思決定能力のアセスメントは多角的に十分に行われているか</li></ul>
③情報提供・開示	・認知症者の自律性を尊重しているか ・情報提供を十分に行っているか ・家族とも情報共有はされているか ・文化的側面を考慮しているか
④意思決定と同意	・認知症者の意思決定能力を低く見積もっていないか ・代理決定が必要な場合は責任をもって行われているか ・リビングウィルや事前指示書について適切に検討されているか
⑤ケアが提供される 環境・社会的背景	・家族によいケアが提供されているか ・スタッフは組織的に管理されているか ・窓知症者が叱者に危害を与えるリスクはないか ・使える資源が限られている場合は適切に活用されているか

亀井智子編: 認知症高齢者のチーム医療と看護 グッドプラクティスのために p136

# 新

# 認知症ケアに特有な倫理的課題2

【対応力 II -20】

⑥ケアプロセスと 評価

- 提供しているケアが認知症の人のためになっているか否かを常にアセスメントしているか 認知症の人の生きる力を十分に引き出しているか スタッフが自分の考え・価値観や提供したケアについて振り返り

- 虐待や不適切ケアが行われていないか

⑦倫理的課題が生じ やすい特有の状況

自動車の運転、医学的検査の実施、薬物療法、人工的水分・栄養補給、身体拘束、終末期・緩和ケア

亀井智子編:認知症高齢者のチーム医療と看護 グッドプラクティスのために,p136より

- 認知症と診断されるときから終末期に至るまで 常に倫理的アプローチが必要
- ▶ どの課題においても、患者にとって最善を模索し 真摯に取り組む姿勢が求められる

# 新

# 尊厳を保持するケア

【対応力 II -21】

#### 環境の整備

- 物理的環境として清潔で快適 な空間
- ・明るさ、音、温度湿度、匂いなどに 配慮された病室
- ・清潔なリネン
- ・ベッド周囲の床頭台やテーブルが 整理整頓されていること など
- 2 人的環境として職員の姿勢や 言葉遣いがあたたかく、患者を 尊重する態度
- 患者を無視しないこと
- 丁寧にやさしく接すること
- ・強引に行わないこと
- プライバシーに配慮すること

#### 直接的なケア

- 清潔な衣類で、身だしなみが整え
- 寝癖のないこと
- 眼脂や口の周りの汚れがないこと ・ひげや鼻毛、眉毛が伸びていないこと
- 爪が切られていること
- 食べこぼしのある衣服を着ていないこと など

#### ② 入浴、排せつ、食事、移動時の配慮

- できるだけ苦痛のない安楽な方法を選択
  - 実施の前中後に声かけをすること
- 1つひとつのケアに対する反応を確認し ながら行うこと

強引に行わないこと など

亀井智子編: 認知症高齢者のチーム医療と看護 グッドプラクティスのために p137



#### 認知症の人の意思決定に関わる問題

#### 【対応力 II -22】

- ◎ 医療者の医学的妥当性や家族の意向が尊重されやすい
- ◎ 日常生活の中での小さな選択(食事、排泄、衣服の好み等)
- ◎ 転倒のリスクと活動の楽しみのどちらを優先させるか
- ◎ 侵襲的な検査を受けて身体合併症を治療するか
- ◎ 自宅以外のどこに住むか

など

#### 本人を置き去りにした「意思決定」

- ▶ 治療の拒否
- ▶本人の意思でない医療を受けること、もしくは 医療を受けられないまま残された人生を送る ことになる

本人が治療の意味や目的を理解し、本人の意思で自分の今後の 人生に最良な決定ができるように支援することが望まれる

# 新

#### 意思決定支援の基本原則

#### 【対応力 || -23]

#### 1. 本人の意思の尊重

- ▶ 自己決定に必要な情報を、認知症の人が有する認知能力に応じて、理解できるように説明しなければならない
- ▶ 本人の意思の内容を支援者の視点で評価し、支援すべきと判断した場合にだけ 支援するのではなく、まずは、本人の表明した意思・選好、あるいは、その確認 が難しい場合には推定意思・選好を確認し、それを尊重することから始まる

#### 2. 本人の意思決定能力への配慮

- ▶ 認知症の症状にかかわらず、本人には意思があり、意思決定能力を有するということを前提にして、意思決定支援をする
- 本人の意思決定能力を固定的に考えず、本人の保たれている認知能力等を向上させる働きをする
- ▶ 意思決定能力の評価判定と、本人の能力向上支援、さらに意思決定支援活動は 一体をなす

#### 3. 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

#### 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

#### the Head

#### 趣旨

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

#### ・基本事項(誰のための・誰による・支援なのか)

○ 認知症の人のための

(認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む。)

- 認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による (帝田弘中支援者)
- 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)

#### 【対応力 II -25】

# 動画 ③ 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 組み込み型研修

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研修 [組み込み型研修]

#### 生活支援としての意思決定支援

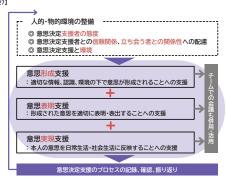
【対応力 II -26】

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

環境整備

# 意思決定支援のプロセス

【対応力 II -27】



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

# 新

## 認知症の人の意思決定支援の要点

認知症の人の自らの意思に基づいた日常生活・社会生活の実現

#### 【対応力 II -28】

#### 環境の整備

▶ 安心できる環境(本人の慣れた場所)、集中できる時間帯

意思を形成するために必要な情報が説明されているか確認

▶ 具体的な場面を想像してどのような事態が生じるか確認

#### 選択肢の提示の工夫

▶ 紙に書く、図や表を使う、比較のポイントをわかりやすく示す

言葉以外のコミュニケーション、頷くことや手振り、笑顔からも読み取る

#### 人を代えて繰り返し確認する

- ▶ 複数の人から尋ねる
- ▶ 支援者の態度を振り返る、人や環境に配慮をする

-持てる能力を最大限活かし、 自らの意思に基づいた生活を送ることができるうよう支援する

# 新

#### 認知症の人の意思をどうキャッチするか - 生活の中における意思 -

【対応力 II -29】

- 認知症の人は、コミュニケーション能力の低下などにより 意思や価値観を表現することが難しい
- 提供されるケア内容や生活環境が「自分の意思と 合っていない」場合は、行動・心理症状(BPSD)と いう形で意思を表現することがある

一人ひとりの物語(ナラティヴ)があり、 その人の独自の願いや意思をもっている



#### 認知症の人の意思決定に影響する要因 コミュニケーションの特徴

【対応力 II -30】

理解力の障害

相手の日本語が聞こえても、意味が理解できない

思っていることが適切な言葉になって出てこない

注意障害

「理解できない言葉の意味」に意識が集中して、相手の話が 進んでしまう

相手の話しの言葉の意味を考えているうちに話が進んでしまう 相手の話しを聞いているうちに、すでに聞いた内容を忘れ、

ワーキングメモリの減少

感情コントロール障害

伝えたい内容よりも、大きな感情が湧き上がり、その感情や 意図が伝えられない(家に帰りたい、同じことを何度の言う)

認知機能障害に影響して起こりうる行動を理解し、うまく言葉に できない場合には、本人の意思を引き出す支援が求められる

# 新

#### 認知症の人の意思を尊重するための支援

- 本人の日常生活に関する気持ちや意思をできるだけ くみ取る
- 本人の希望が叶えられなくても、気持ちの折り合いをつ けられるよう援助する
- 認知症があっても「できる」ことを引き出し、本人の意思 を尊重する
- 情緒の安定を図り、本人のペース、価値観に応じたケア をする
- 多職種でその人に合った独自のケア方法で関わる

認知症の人が意思を形成・表出できるための コミュニケーションの工夫や時間をかけて支援を行う



#### 日常生活の中での意思の尊重の積み重ねが、 「人生の最終段階の意思決定支援」につながる

#### 【意思決定支援】

認知症の人(認知症と診断された場合のほか、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)であっても、その能力を 最大限活かして、日常生活 た生活を送ることができるようにするための、意思決定支援者に 関わるすべての人による本人支援

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より

【アドバンス・ケア・プランニング (ACP:advance care planning)】

・ 将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した 意思決定の実現を支援するプロセス

対話を通し本人の価値観・意向・人生の目標などを共有し、理解した上で、協働することが求められる本人の意向に沿った、本人らしい人生の最終段階における医療・ケアを実現し、本人が最明まで勇敢をもって人生をまっとうずることができるよう支援することを目標とする

# 新

#### 高齢者虐待の背景

【対応力 II -33】

#### 家族要因 ▶ 長年の人間関係

- ▶ 経済的困窮 ▶ 家族・親族関係の問題・
- 無関心・非協力など

社会的要因

# 高齢者要因

- ▶ 認知症の症状
- ▶ 情緒障害 性格や人格
- ▶ 身体自立度の低さ など

# 高齢者虐待

# ▶ 近隣関係の希薄化 ▶ 周囲の無関心

# ▶ 社会的な孤立

#### 養護者要因

- ▶ 介護疲れやストレス 障害·疾病
- ▶ 性格や人格
- ▶ 知識や情報不足
- ▶ 飲酒の影響▶ 精神状態が不安定 など

北川公子著:系統看護学講座 専門分野Ⅱ老年看護学 P59 医学書院 東京 2019 一部改変

# 新

#### 虐待の予防に向けた支援

【対応力 II -34】

認知症の人を介護する家族が置かれている状況の理解に努め、 入院時から身体的、心理・社会的虐待の潜在を洞察する

- ⇒ 身体状態(要介護状態)、経済状態、家族の介護力/介護サービスの状況、 高齢者と家族の関係性、対処能力、高齢者・家族が属する文化 など
- ◎ 養護者に虐待の自覚がない場合も少なくない
- ◎ 熱心に介護を続けていくうちに追い詰められた結果として起こっている
- ◎ 社会から孤立している世帯は、入院をきっかけに発見されることが多い



- 虐待を受けている被虐待者だけでなく養護者も支援を 必要としているという視点をもつ 虐待の疑いがある場合は、地域包括支援センターや市
- 区町村の保健師、介護支援専門員へつなぐ

# 2-3) 実践対応力Ⅱ

- ①病棟等におけるチームケアの意義
- 2多職種連携
- ③倫理的課題と意思決定支援・権利擁護
- ④身体拘束の原則等
- ⑤家族(介護者)の支援
- 6社会資源と地域連携

# 身体拘束にあたる項目

【対応力 II -35】

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

厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」より

# 新

### 身体拘束の実施の理由

患者が転倒やルート類の抜去による不利益を受けないように

- →「ルート類の自己抜去がない」、「転倒しない」」になっていないか
  - ・<u>ルート類が抜けないように</u>体動を抑えるため抑制帯を用いる

  - ・指先の動作で<u>抜けないように</u>ミトンをつける ・センサーマットを使用して<u>ベッドから離れたことを</u>早期にキャッチする
- ・危険な行動に「誰か」が気づきやすいようにモニターで監視する

以前、入院した際に転倒したことがある、今回の入院中に点滴を自己抜去した

→ "有害事象のリスクがある=身体拘束の必要性がある" という考えに至っていないか

医療者側の安心・安全のためになっていないか?

参考) 小藤幹恵 急性期病院で実現した身体抑制のない看護,日本看護協会出版会,2020

# 新

#### 身体拘束がもたらす弊害

【対応力 II -37】

身体的問題	・物理的刺激による皮膚障害 ・誤嚥性肺炎、筋力低下、歩行障害、廃用障害、関節拘縮などの促進 ・深部静脈血栓塞栓症に起因する急性肺血栓塞栓症による死亡事故 ・転倒事故の誘発、抑制具による窒息死や事故の発生 など
精神的問題	・行動・心理症状(BPSD)、せん妄の悪化 ・不安や怒り、屈辱感や無力感、生きる意欲の喪失 など
病院内の 問題	・看護師、医療職の仕事に対する満足感、モチベーション・プライドの 低下、人の尊厳に対する感受性の低下 ・家族の混乱、罪悪感 など
社会的問題	・看護師など医療職への社会的不信や偏見 ・身体拘束による転倒事故などの治療にかかわる医療費の損失 ・病院への不信感増大 ・人生の最終段階である老年期への絶望

参考) 鈴木みずえ 黒川美和代 認知症plus身体拘束予防, 日本看護協会出版会, p5, 2020

# 新

#### 看護師の日常業務と身体拘束 インシデントに対する恐れと倫理的ジレンマ

【対応力 II -38】

日々の業務は 限られた人員と資源で

医療の高度化、 入院日数の短縮化

高齢患者のせん妄 や認知機能障害へ の対応に難渋

- ▷ 認知症の人の個々のニーズに合わせた対応が困難・・・
- インシデントを起こしたくない・・
- ▷「安全な治療」重視→身体拘束→認知症の人の負の感情に直面

"安全のため"とは いったい誰のための安全なのか



認知症の人の 思いに目を背けて 拘束をすることが 正しいことなのか

「医療事故を防ぐためには仕方ない・・・」と 倫理的ジレンマを抱えながら身体拘束をしている

参考) 鈴木みずえ 黒川美和代 認知症plus身体拘束予防, 日本看護協会出版会, p8-9, 2020



# 身体拘束は認知症の人を守れるか

#### 身体拘束は本当に認知症の人にとって安全か?

- ▶ 体幹抑制をしたら興奮した
- ▶ ミトンを自分で外して、点滴ラインを自己抜去した、 創部を触った
- ▶ センサーマットが鳴ったから駆けつけたら患者が 床に座っていた

リスク回避しようと行う行動制限は・・・ 安全を保障するものではなく、 さらなる危険をつくっていないか?



拘束が拘束を生む悪循環

参考) 小藤幹恵 急性期病院で実現した身体抑制のない看護。日本看護協会出版会。2020



## 身体拘束に対する倫理的問題

- ◎ 身体拘束は、人間としての尊厳・権利を奪うもの
- ◎ 身体拘束には弊害がある
  - ▶ メリットがデメリットを上回るときのみ実施
- ◎「する側(ケア提供者)」と「される側(認知症の人)」の 思い・考え方のズレがある
  - ▶ する側(ケア提供者):「患者の回復、安全」のため ▶ される側(認知症の人):縛られる/怒られる/動いては
  - いけない理由がわからない
  - ▶ 医療現場では、なぜ許されるのかを立ち止まって考える
  - ▶ メリット・デメリットは個別の状況で異なるため、デメリットを 最小限にするために多様な視点での検討が必要
- ▶ 患者本人との対話 → 行動の理由を聴く・探る
- 参考) 佐藤晶子 一般急性期病院における身体拘束を考える会議点整理を目指して訓講演資料、2020 佐藤晶子 高齢者の「尊褻」と「安全」を守る 急性期病院における身体拘束ゼロ病棟達成の取り組み、老年看護学、 24 当日の25-31、2019



#### (新)知症の人の尊厳を守る「安全な治療」の実践のために

【対応力 II -41】

- 組織として患者の尊厳を守るケアを実践する意思を示し、 倫理観を共有する
- 認知症の理解とケアについて学ぶ
- 認知症の人の個別のニーズに沿った療養生活を整える工夫 ※本人が困っていることを支援できる看護体制や資源の調整
- 身体拘束に繋がる行動の原因・理由を探り対応する



起きる現象を封じる対策 現象が起きる要因・誘因への対処

点滴ルートを触るのはなぜ? (対話・動作を観察)

- ▷ 刺入部痛があり、不快 ⇒ 刺入部を差し替える
- ▶ 目の前に何本もルートがあって気になる
  ⇒ 見えないよう襟元から出す、点滴台を置く位置を変える
- ▷ 固定のテープがひきつれてかゆい ⇒ 固定方法を工夫する
- よく観察し、認知症の人の行動を予測して先回りのケアを行う

参考) 鈴木みずえ 黒川美和代 認知症plus身体拘束予防, 日本看護協会出版会, 2020



#### 身体拘束をせざるを得ない場合の要件 身体拘束の三原則

【対応力 || -42]

#### 身体拘束は原則許されない行為

- ▶ 身体拘束は違法行為であり、「緊急やむを得ない」場合を除き高齢者虐待である
- ▶ やむを得ず認められる場合には、違法性を阻却するための相当程度の理由が必要(三原則)

行動制限を行わない場合、患者の生命、または身体の危険に さらされる可能性が高い 切迫性 (意識障害、説明理解の低下、精神症状に伴う不穏、興奮) ▶ 身体拘束が必要となる原因を考える 行動制限以外に患者の安全を確保する方法がない (薬剤の使用、病室内での環境の工夫では対処不能、継続的 非代替件 な見守りが困難) ▶ 身体拘束を回避する方法を考える 行動制限は一時的であること 一時性 ▶ 身体拘束を解除する目安を考える

参考) 一社)日本老年看護学会監修、認知症高齢者のチーム医療と看護、中央法規、p138



# やむを得ない場合の例外的対応

- 三原則に基づき「必要」と判断せざるを得ない場合もある
- 他の対応を試みた上で、安全を確保するための取りうる代替方法 がないことを チームで確認し、その上で必要最小限に限る



#### 基本的な考え方(行動の基準)を話し合い、共有しておく

- ➡ "患者のため"という名の下に医療者側の安心になっていないか?
- ◎ 院内の体制整備 (客観性とケアの質の保障)
  - ▶ フローチャートなどを用いて判断のプロセスを明文化する
  - ▶ 身体抑制を実施している間のアセスメントや記録の頻度・項目 等に関するルールを定める
- ◎ 多職種での検討、臨床倫理チームへのコンサルテーション

参考) 一社)日本老年看護学会監修、認知症高齢者のチーム医療と看護,中央法規,p139,2017



# 身体拘束予防ガイドライン

- トップ(経営者・院長・看護部長)が決断し、施設・病院が一丸となり取り組む
- ② みんなで議論し、共通の意識を持つ

(理念を掲げる、現場のバックアップ)

・身体拘束の弊害をみんな(家族も含め)で認識できているか ・ケアの継続はされているか

- ❸ まず、身体拘束を必要としない状態の実現を目指す
  - 患者の状況を解決することによって身体拘束を必要としない環境を作る
  - ▶ スタッフの行為や言葉掛けが不適当か、またはその意味がわからない場合
  - 自分の意思にそぐわないと感じている場合 ▶ 不安や姑息を感じている場合
  - ▶ 身の危険を感じている場合
- 身体的な不快や苦痛を感じている場合何らかの意思表示をしようとしている場合
- ④ 事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する
- ❸ 常に代替的な方法を考え、身体拘束をする場合極めて限定的にする 漫然と行っていないか

参考)・日本看護倫理学会 身体拘束予防ガイドライン, 2015 ・厚生労働省「身体拘束ゼロ推進会議」、身体拘束ゼロへの手引き, 2002

## 新 身体拘束の回避・軽減に向けた検討プロセス

【対応力 II -45】

#### チームで検討する(複数人で、他職種を交えて)

- 不穏な状況の背景にある理由や原因をアセスメントし、それ を除去するケアを行う (苦痛緩和・安心できる環境等)
- 回避・軽減(代替)方法の検討
  - ⇒ 点滴や胃管、尿道留置カテーテルの必要性、安静度の拡大、観察 しやすい病室の調整、生活リズム確立に向けたケア方法 など
- 日頃から医師と病状経過や治療について話し合う
- 認知症の人の日常生活行動に応じた環境調整

見守りの工夫:チームで対応する

5つの基本的ケアを徹底する (起きる、食べる、排せつする、清潔にする、活動する) 清潔に

※療養生活の中で『快』を感じることができるように

参考)厚生労働省「身体拘束ゼロ推進会議」、身体拘束ゼロへの手引き、2002

#### 身体拘束の代替案の検討のポイント

【対応力 II -46】

皮膚トラブル

: 点滴・酸素療法・ドレーンによる苦痛、デバイス周囲の圧迫、テープかぶれによる掻痒 感、不快感や苦痛を確認する

ルート類の保護

:ルートが見えたり、手で触れない ように点滴挿入部に包帯や皮膚 の色に合わせた布等製のチューブ 包帯を装着して保護すると自己 抜去しにくい



せん妄のリスク

: 行動の日内変動や経過を確認して、せん 妄が疑われる場合には、多職種チームでせ ん妄評価・対策を行う

治療継続の検討

: 持続点滴・酸素療法の継続などの必要性 を主治医と検討する

# (新)かむを得ず身体拘束を判断し実施する際の留意点

- チームで例外的3原則を満たすのか検討する
- 身体拘束に至るまでの判断の過程と根拠を記録する
- 開始時には、医師が診察し指示を出す
- ◆ 本人・家族へ説明を行い、同意を得る
- 観察·評価·記録
  - ▶ 二次的障害(阻血、誤嚥、深部静脈血栓 等)の予防
  - ▶ 身体拘束の必要性と解除に向けた検討
  - ▶ 評価を記録に残す
- 拘束が最小限となるような工夫を重ねる

参考)小川朝生 認知症plus院内対応と研修 日本看護協会出版会、p42-44 , 2021

# 身体拘束の最小化に向けた取り組み例

【対応力 II -48】

やむを得ず身体拘束を実施するなかで、その目的や理由を意識し、

- ◎ 短時間でも解除できる可能性を探り続ける
- ◎ 実施に伴う苦痛・不快を最小限に留める

#### <u>行動(身体拘束にいたる行動)</u>のアセスメント

→ その行動を予測し共有する (苦痛・不快の表現の困難さ、記憶力の低下、見当識障害等)

#### <u>言動</u>のアセスメント

➡ 訴えから行動の意味を予測する (快・不快、大切にしていること、価値観など)



# (新)身体拘束の最小化に向けた取り組み例(続き)

【対応力 II -49】

- やむを得ず身体拘束を実施するなかで、その目的や理由を意識し、
  - ◎ 短時間でも解除できる可能性を探り続ける
  - ◎ 実施に伴う苦痛・不快を最小限に留める

#### 身体拘束実施に伴う<u>苦痛・不快</u>が最小限となる

- ➡ 可能な限り不快な状況を取り除く
  - ▶ 可能な限り可動域を保つ(心地良い体位がとれる)
  - ▶ 基本的ニーズを満たすケアを徹底する
  - ▶ 二次的障害がないことを確認し続ける



#### 身体拘束をはずす取り組みが、当然のケアとして認識され実施される

参考) 山本智恵 認知症の緩和ケアに関する研究会(令和3年度厚生労働科学研究費助成金 (認知症政策研究事業)班 共催)講演資料, 2021

#### 2-3) 実践対応力Ⅱ

- ①病棟等におけるチームケアの意義
- 2多職種連携
- ③倫理的課題と意思決定支援・権利擁護
- ④身体拘束の原則等
- ⑤家族(介護者)の支援
- 6社会資源と地域連携

# 新

# 認知症の人を介護する家族の苦悩

認知症の人への支援が充実しても、認知症の人を支える家族は、 さまざまなつらさ、気の休まらないつらさを体験している

- ◎ 気が休まらない
- ◎ 自責·自己嫌悪
- ◎「介護がもう限界」と言えないつらさ
- ◎ 認知症によるさまざまな症状への対応
- ◎ 日常生活の介護による負担
- ◎ 病院や施設での心ない対応

介護者としての家族ではなく、ひとりの人として尊重し、 他者にはわからないさまざまな事情があることを分か ろうとする姿勢が求められる

石川容子他 Nursing Profession Series 認知症看護 認知症の人の「困りごと」に寄り添い、尊厳あるケアを目指して 医歯薬出版、P150-154、2021

### 認知症の人の家族の心理的な変化

【対応力 II -51】

家族介護者の4つの心理的ステップ



- 何度か「受容」したようにみえても、再び新たな認知症の人の症状や出来事に直面するたびに「戸惑い」や「怒り」と「受容」の間を行き来する
- 心理的ステップのどの段階にいるかを周囲の人や支援者が理解した上で 適切な支援に結びつけることが重要である

参考) 公益社団法人 認知症の人と家族の会ホームページ、「知っていますか認知症」No.30-32を参照して作成

# 

# 新

#### ケアチームの一員としての家族

【対応力 II -53

- 認知症の人の生活の継続を支援するという点から、自宅での 暮らし方に関する家族との情報交換は重要である
- 認知症の人自身が身体的な苦痛や不快感・感情やこれまでの 生活史などの自分のことを的確に表現することができにくい ため、家族から情報を得ることも、個々の認知症の人に応じた ケア提供のために欠かせない
- 身体的な苦痛と突然の環境変化の二重の危機状態にある認知 症の人に"安心をもたらす存在"
- これまでの認知症の人へのケアで、家族自身も負担感や疲労感を持っていることが多い上、認知症の人に代わってさまざまな意思決定を担う部分も多くなるため、家族の身体的・心理的なサポートも重要



#### 家族への支援

£7,7073 II 01<u>1</u>

- 家族の葛藤に寄り添う
- 医療・介護に関する基本的な情報の提供を行う
- 認知症の病態について理解できる(認知症の進行 度合いを予測できる)よう、知識を提供する
- 介護者の心身の健康度の評価や介護負担の評価を 行い、心理・社会的な問題の把握と解決を支援する
- 介護者がうまくストレスと付き合うための方法に ついての助言
- 地域の医療・介護サービスの紹介・引き継ぎ

# 2-3) 実践対応力Ⅱ

- ①病棟等におけるチームケアの意義
- 2多職種連携
- ③倫理的課題と意思決定支援・権利擁護
- 4身体拘束の原則等
- ⑤家族(介護者)の支援
- 6社会資源と地域連携



#### 入退院支援と地域連携 (入退院により生じる問題)

【対応力 II -55】

- ◎ 入院してから住み慣れた住まいに戻るまでの環境の変化に伴う負荷
- スタッフが変わることによるケアの断絶
- ◎ 情報の伝達不足・伝達ミス



その時々の認知症の人の療養場所において、 病院と地域の医療・介護・福祉関係者からなるケアチーム の連続的に行われる療養支援が重要になる



#### 認知症の人の入院医療における問題

【対応力 II -56】

- ◎ 治療が円滑に進まない
- ◎ 治療がかえって有害となる
- ◎ 入院関連機能障害が起こる
- ◎ ゴールが見えにくい
- ◎ ADLが低下する
- ◎ 面会制限による本人・家族の不安が増大

介護負担が大きくなる 医療依存度が高くなる



元いた生活場所に 戻れない

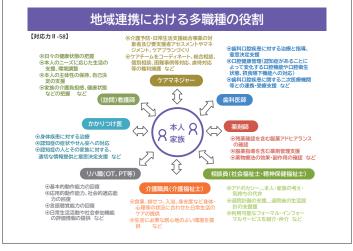
# 新

# 地域連携(院外の多職種連携)の意義

【対応力 II -57】

- 認知症の人が、スムーズに入院・加療を受け、退院して元の 生活に戻るには、地域での本人の暮らしに関する情報を具体 的に把握し、診療・介護の場面で活かすことが必要であり、 家族や地域の医療・介護職との連携が重要である
- 病院と地域の、医療・介護・福祉関係者からなるケアチームが、 認知症の人の身体や生活の状況を共有することで、その時々 の療養場所において連続的に継続した療養支援を行う ことができる

多職種で退院後の生活や支援体制を見直し 認知症の人の生活をつなぐ



#### 入院時の院内多職種によるカンファレンスで 確認・検討すべき内容・課題

【対応力 II -59】

- ▶ 本人の希望や意向、価値観、身体機能、生活機能
- ▶身体疾患の治療計画や想定される経過
- 認知症の重症度や症状の特徴、治療経過
- ▶ 入院前の生活状況・環境や介護状況、支援体制
- ▶ 院内で活用可能な資源の確認と調整
  - ◎ 本人の視点を重視したアプローチ ◎ 専門性を活かした多職種チーム医療の実践

#### 多職種連携は入院の前にも、後にも 【対応力 II -60】 カンファレンス カンファレンス ●安心・安定した加療 ■ 入院前の生活状況を踏まえた入院 入院生活 ●入院中の心身機能 低下の防止・軽減 退院後の連携先(社会資源) 入院前の連携先(社会資源) 院内連携 ○居住・施設サービス ・認知症疾患医療センター ・グループホーム・介護老人保健施設・特別養護老人ホーム・療養器を廃施設・ ・認知症サポート医・地域包括支援センター ・福祉事務所 (障害者手帳、生活保護等) ・権利擁護・後見センタ-・迪所リハ(デイケア) 介護医療院 ・短期入所(ショートステイ)・有料老人ホーム ・小規模多機能 等 ・サービス付住宅 等 【医療サービス】 【多様な資源】 【医療サービス】 医療機関 「図がな見ば」 「医療リーに入り 「認知症の人と家族の会・医療機関 「認知症カフェ ・歯科医療機関 ○本人ミーティング ・薬局 等 ○当事者会 ・歯科医療機関

## 退院時の多職種によるカンファレンスで 確認・検討すべき内容・課題

【対応力 II -61】

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

◎ 本人の視点を重視した退院後の生活支援 ◎ 地域の多職種との連携と情報共有

# (新) 認知症の症状の評価や今後の見通しと対応

認知症の人の生活障害の状況をアセスメントし、 地域のケア提供者と連携して退院先の環境を整える

- ▶ 自宅環境で<u>自力でできること・援助が必要なこと</u>
- ▶ 在宅療養の不安を軽減する情報提供

#### 生活障害の程度に入院前との変化があるか

- ◎ どの部分に障害があり、どんな支援があれば自立できるか ◎ BPSDによる影響か、認知症そのものの進行か
- 入院の原因になった症状が、認知機能低下による 生活障害で起きているか

(入院治療で状態が改善しても、また同じ症状を繰り返すリスク)

#### (新)退院後の医療体制や身体疾患の治療の継続

# 例 薬剤のアドヒアランス

『自分で内服管理ができない』

- ▶薬の種類を減らす、内服のタイミングを検討する
- ▶ 訪問看護スタッフに内服管理を依頼する

『痛いときに指示の鎮痛剤をうまく使えない』

▶ 症状の変化を定期的にモニタリングする人や機会を確保する

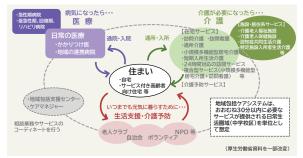
## 例 急変(状態変化)時の対応

- ▶ 関係すると思われる関係者に状況を説明し診療体制・バック アップ体制を整える
- ▶ 外来看護師や担当ケアマネジャー、訪問看護師と連絡を取り 合う

#### 地域包括ケアシステム

【対応力 II -64】

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後まで続けることができる



# 新

# 地域から期待される役割

- 身体合併症の治療を確実に進め、入院中の 身体機能の低下や認知症の進行を予防する
- 入院早期からの退院支援や普段から地域の 医療・介護との連携を積極的に進め、医療機 関から円滑な在宅復帰ができるよう支援し、 確実に地域の医療・介護に引き継ぐこと

新

#### 【演習】身体拘束への対応の事例検討

(チーム・連携による対応)

#### 事例

#### 【対応力 II -66】

- ▶ A氏 82歳・女性、2年前にアルツハイマー型認知症と診断を受け、 抗認知症薬を内服していた。要介護1、長女夫婦と3人暮らし、日常生 活は、食事や排せつは概ね自立され、服薬管理は家族が行っていた。
- ▶ ある日、自宅で転倒し、自力体動が困難となり救急搬送され、右大腿 骨頸部骨折の診断で入院となり、同日手術が施行された。
- ▶ 術後2日目、日中はうつらうつらした状態で過ごされていたが夕方頃から活発となり、起き上がろうとする動作が何度かみられていた。就寝前に訪室すると、ベッドから降りようとしている動作がみられたため、A氏へ説明し体幹抑制を開始した。その後も、ベッドのコントローラーやナースコールを引っ張ったり、布団や枕を落とすなど落ち着きがなく、「このベルト外して!動けないじゃない!」と興奮し不眠の状態であった。おむつ交換の際は、特に拒否が強く、看護師に手を挙げ抵抗する状況であった。

#### 事例 (続き)

#### 【対応力 II -67】

▶ 術後3日目、Aさんは、「ここは、どこ?ホテル?」と話され、日時や場所が分かっておらず、骨折して入院し、手術をしたことを説明すると驚いていた。起き上がろうとする動作がみられるため、どうしたのか確認すると、「トイレはひとりで行けますから」と話されるため安静度の説明をするが、同様の状況を繰り返している。リハビリのため、PTが訪室すると「やらない」と拒否され、リハビリを実施することができなかった。

#### <追加情報>

既往歴 : 高血圧

血液検査 :GFR50、Alb2.5g/dl、Na139mEq/l、K3.9mEq/l、 CRP3.36mg/dl、WBC7900、Hb8.5g/dl

バイタルサイン:体温36.5度、血圧120-72mmHg、脈拍78回/分、sp0298% 内服薬:塩酸ドネベジル10mg1錠/分1朝食後、アセトアミノフェン500mg3錠/分3

#### Question

#### 【対応力 II -68】

#### ◎ どのようにアセスメントしますか?

- \* 身体拘束をしている理由、その背景にある原因・誘因を考える
- \* 緊急やむを得ない場合の3つの要件の適応 など
- ◎ どのように関わっていけばよいでしょうか?
  - \* 身体拘束を解除するために必要なアプローチ など

#### 解説

#### 【対応力 II -69】

- <課題抽出>
  ▶ 身体拘束の三原則の適応の判断
- ▶ 身体拘束に代わって急性期病院で適用できる安全を守る方法

#### ∠議論、

- ▶ 行動(言動)の背景にある原因・誘因
- ▶ 現状認識・病状理解が不確かなことから不安や混乱がある 身体的苦痛、生理的ニードなど
- ▶ せん妄のアセスメントと予防ケア
- ▶ やむを得ない場合の身体拘束の三原則の適応について (メリット・デメリット)
- ▶ 代替案の検討

#### 解説 (続き)

#### 【対応力 II -70】

#### <論点整理>

- ▶ 本人の視点に立ち、混乱・不安や身体的苦痛がある状況を 理解する
- ▶ 症状マネジメントができるようアセスメント力を強化する
- ▶ 身体拘束以外のケアの工夫
- ▶ チームや多職種が連携して取り組む

#### <まとめこ

- ▶ 入院による身体的変調や環境の変化から生じる不安や混乱・苦痛を理解し、患者本人の視点で行動の意味を考えることが重要であることの認識を深める
- ▶ 身体拘束の最小化に向けた介入方法(アセスメント、三原則の判断)を理解する

# 体制構築・人材育成編

ねらい:病棟等における認知症ケア体制(院内・地域)の 構築及びスタッフ育成・教育等の知識と技法を 習得する

#### 到達目標 :

- 病院・病棟の課題を把握し、体制等の実情に応じて、 病院・病棟や地域単位で認知症ケアに取り組む体制 の構築を考えることができる
- 自施設において看護職員向けの研修を企画・実施し、 継続学習を含むスタッフ育成計画を立てることが できる

#### 3-1) 認知症ケア体制構築

#### ①病院・病棟全体で取り組む重要性

②体制構築に向けた取り組み



#### 病院・病棟全体で取り組む重要性 病院の理念・目標の影響

【体制 -1】

理念とは・・・根本的なもの、価値観、存在意義 目標・・・・理念を具現化するために目指すもの (誰に対して何をするか)

各病院には理念・目標がある ↓

認知症医療・看護の指針とする

認知症医療・看護の指針

▶ 体制を強化し、ブレない軸を示す

▶ スタッフの迷いをなくす

看護管理者は、認知症ケアの具現化を牽引する



# 一般病院の現状

【体制 -2】

- 入院期間の短縮
- 身体疾患の治療を優先しなければならない
  - ◎認知症の人に時間がとられる
  - ◎認知症の人の安全が保てない
  - ◎スタッフは認知症ケアの成果が感じられない尊厳の保持ができずに罪悪感に苛まれる



### 病院全体で認知症医療・ケアの推進

【体制 -3】

組織やトップは、認知症医療・ケアをどのように 考えているか

→ 考え方がスタッフに影響を与える 例) ト 認知症の受け入れは、治療が進まない?

▶ 診療報酬につながらない?

- このようなことはないか?
  - ◎ 認知症の人は分からない人という決めつけ
  - ◎ 認知症の人の意思が大切にされない



#### 倫理的感受性の高い組織づくり

【体制 -4】

- 認知症の人は偏見を受けやすく、"分からない" という決めつけから、尊厳が軽視されてしまう
- 認知症ケアは個別性が高く、正解が明確ではない 認知症は大変 ↔ 認知症ケアはやりがいがある
- 一緒に向き合う組織の理念、看護管理者の姿勢で どちらになるか、その後のケアが変わる
- 倫理的感受性は組織の影響を受けやすい そのことを認識し、倫理的感受性の高い組織にする



# 体制に応じた認知症ケア体制構築の取組

【体制 -5】

- 認知症ケア = チーム医療・ケア
  - ➡ ▶ 認知症医療・ケアはひとりではできない
    - ▶ ひとりのケアの違いで認知症の人への 影響は大きく変わる
- 看護チーム・多職種協働体制・地域連携が重要



#### 院内における体制

【体制 -6

- スペシャリスト、専門家チーム・他部門から学び、 協働しながら、自部署のチームで考え、実践して いく体制づくり
- 多職種協働・相談体制(コンサルテーション)
  - ▶ 認知症・せん妄に特化した専門家によるチーム ラウンド
  - ▶ 他の部門との恊働・連携 医療安全、退院調整、栄養、リハビリテーションなど
- \*自部署の認知症ケアの学習者も活用 (スペシャリストだけではなく、個々の力や特性を活用)

#### 地域内における連携❶ 【体制 -7】 地域包括ケアシステムの推進 医療が必要になったら 介護が必要になったら 通院 通所 医療 介護 かかりつけ医 住まい 訪問看護 訪問診療 自宅 計問介護 訪問看護 ケア付き高齢者住宅 認知症疾患医療センター 生活支援·介護予防 ケアマネジャー 地域包括支援センタ-老人クラブ・自治会 NPO・ボランティア 相談業務 サービスコーディネート 相談業務 サービスコーディネート



#### 地域内における連携2

【体制 -8】

- 多職種連携・相談体制(コンサルテーション)
  - ▶ 生活の場(在宅・施設)とのケア・情報共有
  - ▶ 地域包括支援センターとの協働
  - ▶ 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
- ◎ 生活者である認知症の人は、入院前も退院後も 生活の場に居る
- ◎ 生活状況を把握・共有することが認知症ケアに つながる
  - ⇒ 認知症医療・ケアの継続



#### 看護管理者(部署のリーダー)の影響●

● 看護管理者の認知症ケアへの関心、関わり方で スタッフのケアが変わる



認知症ケアは大変 認知症ケアは看護の力を発揮できる

- 看護チームの認知症ケアへの関わりが決まる
  - ⇒ スタッフのモチベーションが変わる

#### 看護管理者(部署のリーダー)の影響2

● 既存のケアを継続するだけでなく、変化(人員や勤務 時間・環境への工夫・提案)をするチャンスととらえる

# 忙しい" "人員不足"から 十分なケアができない



- 既存のチームの力は、十分に発揮できているか ▶ 固定チームナーシング/プライマリーナーシング
- 柔軟な人員体制・勤務体制の活用
  - ▶ スタッフへの十分な説明
- 柔軟な環境の調整
  - ▶ 居室など施設内のハード面の工夫・調整
- 知識を得る機会の提供



#### チームメンバーの役割

【体制 -11】

- 協力し学び合うチーム作りを目指す
- チームメンバーは、チームの目標達成のために、 リーダーに協力する役割がある
  - ▶ 自分の持つ情報を提供する
  - ▶ 意見やアイデアを出す
- \*「本人はどうなのか」という視点を中心に、うまく できたケアを共有・認め合う
- メンバーが協力し合ってうまくいくとチームの 士気が上がる
  - ▶ 次のケアへの動機づけになる

- 相談できる体制整備



#### 3-1) 認知症ケア体制構築

①病院・病棟全体で取り組む重要性

②体制構築に向けた取り組み



#### 看護管理者(部署のリーダー)の取組(課題把握と評価) 病院の理念からみた認知症医療・看護

【休制 \_12】

- 認知症医療・看護が必要な患者は、急性期病院での 治療方針、治療の価値観からは、診療報酬や人員体 制の面から、できれば受け入れたくないという思い はないか
- 認知症の人を排除するのではなく、満足するケアの 提供を目指す
- 病院の理念から、認知症の人をどのように考えるか 看護管理者は、理念を見直し牽引する

## (新)||知症ケアの改善に向けた部署(病棟)単位での取組

#### 認知症ケアを行う基盤をつくる

- 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<u>うまくできている</u>のか
  - ◎ 自施設の実情を把握
  - ◎ 認知症の人の受診・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から、強みと弱みを知り、 アクションを起こす仕組みをつくる



#### 目標設定と取組の強化

【体制 -14】

- 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、理想に向かっての努力など
- 取り組みの強化を図る
  - ▶ 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、修正を行う

  - ▶ 看護管理者は取組を推進していることをスタッフに示す



#### 柔軟に人材活用できる仕組み作り

- 病棟内での勤務時間の調整
- 他病棟・部署からの応援職員の要請
  - ▶ 他部署を知る機会、コミュニケーションの 向上
- 専門的知識を持つ職員の横断的活用
  - ▶ スペシャリストだけでなく研修受講者も活用



ケアも仕組みも、既存の発想にとらわれない



#### 入院初期の認知機能障害の判断と対応

【体制 -16】

- 入院時の状況ですぐに"認知症"と判断しない
  - ▶ 老化による健忘、身体疾患に伴う認知機能障害の 影響も考慮する
- 日常生活の中(時間、場所、人の顔、食事の食べ方等) や言動から認知機能を判断する
  - \*以前との違いがわかるように早急に情報を得る
- 認知症の判断について共有



認知機能の判断を誤るとケアが変わってしまう

#### (新)スタッフの対応力を見極め、柔軟なケアにつなげる

- 身体面と精神症状の変化への対応と共有 ▶ チームの力に合わせて対応をアドバイスし、体制
- 変化の予測と対応
  - ▶ 身体面と精神面の変化の予測と対応
  - ▶ 薬剤の使用の場合は、安全への対応も検討
- 夜間の対応力
  - ▶ 日中から夜間の変化を予測した対応の実施と共有
  - ▶ 家族への説明
- スタッフとケアについての共有と納得

# (新認知症ケアに対するスタッフの意欲を低下させない)

【体制 -18】

- スタッフの負担感、ストレスに対し理解する ▶ スタッフは安全と尊厳保持のはざまにいる
- 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、時には忍耐力も必要
  - ▶ 看護管理者が理解を示し、ストレスへのサポートを することも必要
- 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組

#### 認知症ケアに関する知識の実践への応用

【体制 -19】

- 看護師長・主任はOJTで学習を活かす
  - ▶ スタッフの学習したことが患者の状態把握、 <u>行動の裏付け、ケアの選択、評価に活用</u>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
- 認知症ケアを語る仕組みをつくる
  - ▶ カンファレンス、委員会

#### (新)必要な治療が確実に遂行できるよう計画的に支援

- 必要な治療を計画的に支援
  - ▶ 入院時からも元の生活をイメージする
  - ▶ 早期に退院を目指す
- 「元の生活の場に早くに戻す」
  - ▶ 合併症を予防、チューブ類は早期に抜去する
    - ➡ 廃用予防 漫然とした行動制限の予防
- アセスメントが困難なときは、判断やアドバイス を伝え教育する

新

# 治療に関わる専門職連携の工夫

- 他職種の活用:相談・調整とコミュニケーション
- 多職種連携体制・チームの整備 医師、看護師、臨床心理士、MSW(PSW)、薬剤師 等
  - ◎ 治療から退院まで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

# 新

#### 定期的な評価

【体制 -22】

● 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

- \*倫理的観点(価値観)についても注目する
- 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

#### 一般医療機関における体制整備の指針①

- 認知症の人の治療や意思決定、退院支援に関する管理体 制、マニュアル、対応チームの配置等、院内での対応体制 を明確にする
- 療養支援や退院支援の質の担保を図るために、認知症の 人の療養生活や退院調整に関して、本人や家族へ具体的 に説明できるような資料を準備する
- 認知症に対応するための相談(コンサルテーション)・連携 体制を確保する
- 院内の情報を集約・共有・検討し、現場での認知症対応の 改善に活かす体制を組織する

出典:平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康推進等事業「認知症の人の行動・心理症状や身体合併症など循環型の 医療介護等の提供のあり方に関する研究会」一般医療機関における認知症対応のための院内体制整備の手引き 一部改変

#### 一般医療機関における体制整備の指針②

- 身体疾患の治療を行う際の種々のリスクについて考慮す る際に、認知症を排除することのないよう、体制の組織に あたっては、医療安全や退院調整の部門、栄養、リハビリ テーション、臨床心理に関する支援、薬剤管理等の部門、 認知症の専門診療科等が参画することが望ましい
- せん妄の予防・早期対応のための院内レベルでの体制を 整備する
- 対象となる人の認知機能の状態や必要な支援内容につい てスタッフが情報を共有する方法を定める

出典:平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康推進等事業「認知症の人の行動・心理症状や身体合併症など循環型の 医療介護等の提供のあり方に関する研究会」一般医療機関における認知症対応のための除内体制降艦の手引き 一部改変



【体制 -25】

# 講師等の病院での取り組みを紹介

# 新

## 【演習】認知症ケアの体制整備

## 演習の目標

必要に応じて活用してください

【体制 -26】

- 目標 ① 自施設(部署)を分析し、認知症医療・看護に 関わる指針について確認する
  - ❷ 認知症に関することで、自分自身の関わり によって、変化することが期待できる課題に ついて考えることができる
  - ⑤ 実際のアクションプランを考え、自部署で行動 する動機とする

事前課題をもとに、理念・方針を念頭に置きながら、 課題について検討します

## 演習の進め方

必要に応じて活用してください

時間配分 の目安

【体制 -27】

- 事前課題 -(30分)
- ワークの説明 (5分)
- 個人ワーク① (20分)
- 個人ワーク確認
- 個人ワーク② (20分)
- グループワーク (30分)
- 発表 (30分)
- まとめ (10分)

#### 【事前課題】病院・病棟の課題

「休生」\_28】

事前課題として30分

【事前課題】ワークシートA を作成し、事前に提出する 自部署に関して確認する下記について確認する

- ① 自施設の病院理念・方針
- ② 自部署の目標
- ③ 認知症に関わるチーム医療・ケアについてどのような ものがあるか(相談体制を含む)
- ④ 認知症に関わるマニュアルについてどのようなものが あるか
- ⑤ 認知症に関わる他職種の役割はなにか
- ⑥ 認知症に関わる教育はどのようなものがあるか

#### 課題の分析

【体制 -29】

自施設(部署)を見直してみましょう

#### 病院・病棟(部署)の課題❶

【体制 -30】

20分

ワークシートB(I): 病院・病棟(部署)における課題 事前課題をもとに下記についてわかる範囲で記載してください

- 1.自施設の戦略・ビジョン、価値観に関すること ①病院としての理念・ビジョン(目標)は? ②地域での役割(存在意義)または自施設の魅力は?
- 2. 自施設の組織構造・経営スタイルに関すること
  - ①認知症医療に関する部署間の協働体制、チーム医療はあるか?
    - ▶ どのような協働体制か、チームか
  - ②認知症医療・看護に関する考え方や風土はどうか?
    - ▶ 認知症の人の入院・治療やケアの際の対応など

#### 病院・病棟(部署)の課題2

【体制 -31】

ワークシートB(I): 病院・病棟(部署)における課題 事前課題をもとに下記についてわかる範囲で記載してください

- 3. 自施設にある制度・ルールに関すること
  - ①認知症に関するマニュアル整備や相談体制はあるか?
    - ▶ どのようなマニュアル
    - ▶ どのような相談体制
  - ②認知症の人の権利擁護は明文化されているか?
    - ▶ 認知症ケアマニュアル、成年後見制度、倫理委員会
- 4. 自施設の人材・スキルに関すること
  - ①病院・自部署に求められる人材はどのような人か?
    - ▶ 認定看護師などだけではなく、どのような人か
  - ②認知症に関する知識や技術を学ぶ機会があるか?

#### 解決策の検討・

【体制 -32】

20分

【解決策の検討】 ワークシートB(Ⅱ)を作成する

Ⅰ-1~4を参考に Ⅱ-1~4を記入してください

- 1. 強みと弱みから、自施設の課題を考えてください。
- 2.課題の中で、自身が関わることで変化すると考えるも のを選び、具体的な課題の内容を記載してください。
- 3. 課題がどのようになったらよいと考えるか記載してく ださい。
- 4. 課題を解決するための目標を <u>短期的なもの</u>(すぐ行動できるもの)と <u>長期的なもの</u>(時間や人材・資源が必)に分けて記載してください。

## 解決策の検討②

【体制 -33】

30分

グループ用ワークシートC を作成してください

- 5. グループで課題と目標について意見交換
  - ① 共通するところが多い課題をひとつ選択する
  - ② それぞれが課題を出し合う
  - ③ 課題に対して短期目標(すぐ行動できる内容) を出し合う

## 解決策の検討・

【体制 -34】

30分

6. 意見交換した内容を発表 課題と目標を発表する

#### まとめ

【体制 -35】

10分

- 認知症の人が安心して医療・看護を受け、望む生活を継続するためには、病院全体が院内組織だけではなく、認知症の人が生活する地域も含めた体制の構築が必要である
- 病院全体で取り組むために、各自がそれぞれの立場で、どのような目標を持ち、アクションを起こすのかが重要となってくる
- 各々がアクションを起こすことで、病院全体の変化 につながる

明日から、ぜひアクションを起こしてください

#### 3-2) スタッフ育成・教育

#### ①スタッフ育成の目標設定

②研修の企画立案・研修実施のポイント

③研修の効果測定と受講後のフォローアップ

#### 認知症に関する基本的な教育研修

【育成 -1】

- 認知症の病態についての教育
- 認知機能障害のある患者の身体症状の評価と 対応についての教育
- 認知機能障害に配慮をしたコミュニケーション の技術についての教育
- せん妄やBPSDの予防・対応についての教育
- 家族が体験することの理解についての教育

出典:平成27年度老人保険事業推進費等補助金老人保健健康推進等事業:認知症の人の行動・心理症状や身体合併症など循環型の 医療介護等の提供のあり方に関する研究会:一般医療機関における認知症対応のための除内体制整備の手引き

## 看護管理者(トップマネジャー)への期待●

【育成 -2】

認知症ケアの価値を示す

認知症の人も"顧客"である

◎ 患者・家族が満足するケアの実践 → 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

継続して査定するための

仕組み作りを行う

#### 認知症ケアの基盤作り

- ◎ 現状と課題を病院単位で査定
  - ▶ 認知症の人の入院比率
  - ▶ 治療とケアの実態と課題
  - ▶ ケアの質

◎ 認知症ケアに関する学習の推奨

#### 看護管理者(トップマネジャー)への期待2

【育成 -3】

#### 柔軟な人材活用

- ◎ 病棟内での勤務時間の調整 え病棟を超えた
- ◎ 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

#### 倫理調整の仕組み作り

- ◎ 認知症の人の意思決定
- ◎ 虐待を疑うケース
- ◎ 身体拘束の可否

病院全体で多職種から 構成される倫理調整の 仕組み作りが必要

#### 認知症ケアを系統立てて学ぶ方策を検討

[育成 -4]

〈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、p108~110 東京都

#### スタッフのレディネスやモチベーションの分析

【育成 -5】

- ・認知症のことをどの位知っているのか
- ・認知症の人へ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アリング〜 気楽に答えてもらえる雰囲気が重要 ~

### 課題、目標の設定

【育成 -6

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ヵ月~1年単位
小目標(短期目標、努力目標、行動目標)	1~3ヵ月 または 3~6ヵ月単位

# 方法の選択

【育成 -7】

#### 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

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、東京都

#### 院内研修の一例

【育成 -8】

- 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

#### 3-2) スタッフ育成・教育

②研修の企画立案・研修実施のポイント

③研修の効果測定と受講後のフォローアップ

#### 研修の企画立案①

【育成 -9】

《研修企画モデルの例1》

研修プロセスの改善計画(ADDIEモデルを活用した研修企画)

分析 Analysis	学習の必要性や条件を明らかにする
設計	学習者に、どのような方法で学習目標を到達してもら
Design	うかの地図を作る
開発	設計したことを、より楽しく効果的かつ効率的に進め
Develop	ていくための材料を作る
実践 Implement	計画を実施する
評価	学習目標に到達できたかを確認し、よりよい学習方法、
Evaluate	研修方法に向けて改善する

分析

設計



## 研修の企画立案2

【育成 -10】

《研修企画モデルの例2》

#### コルブの経験学習理論

具体的な経験	実際行っている看護場面
内省的観察 ①実際の看護場面を想起する機会を作る ②事前課題で学習者自身が現状確認	
抽象的概念化	①実際に行っている看護場面を活用し講義する ②専門家がOJTで伝える
新たな状況 への活用	①学習者が研修直後に実践できることを文字で残す ②専門家がOJTで実践 ③カンファレンスの活用 ④管理者が研修後内容確認

# 指導案とは

【育成 -11】

- 指導案とは研修を行う時の指導計画である
- 研修全体がみえるものでなければならない
- 指導者の知識と努力の結集として表現された ものである
- 指導案は仮説であり、学習者との関わりで修正 されるものである
- 指導するテーマの単元の指導計画、日案、週案、 月案、年次計画など様々なレベルで使われる

#### 指導案作成の流れ

【育成 -12】

- 学習者観(どのような準備性がある学習者か)
- 教材観(この学習をするにあたって、この教材 を用いることの意味)
- 指導観(上記を踏まえてどう教えるのか)
- 目標(何をどこまで)
- 指導内容の抽出、教える順序
- 指導計画の立案
- 評価計画

# 教材に関する方略 (学習者観)

- 学習者の認知症ケアに関する実態や傾向を、 指導テーマの内容に関連づけて把握する
- 学習者の認知症に関する興味や関心、問題意識、 知識や技能の有無、発達段階、生活経験などを 把握する
- つまり、学習者はこれまで認知症ケアに関して、 どのような学習や看護経験があり、認知症ケア を学ぶことは、どのような意味づけがあるのか

# スタッフの認知症ケアを学ぶための動機付け

## スタッフの動機付け

#### ◎ 学習者の動機付け(例)

- ▶ 認知症ケアに苦手意識があるけど、克服することができるかな
- ▶ 認知症の人の「その人らしさ」を追求するのは興味が持てるな
- ▶ 認知症の人の意思決定を支えられたらやりがいにつながりそう
- ▶ 認知症ケアって理解したら私でもできそうだな
- ▶この前の研修で学んだことを実践したら、うまくいった

#### ◎ 研修前に認知症ケアを想起してもらう

- ▶ 研修前に、認知症ケアで困ったこと、興味があることやうまく いった場面を記入してもらう
- ▶ 学習することで、さらに認知症ケアの理解が深まり、実践が変わ ることをイメージしてもらう

#### 教材に関する方略(教材観●)

【育成 -15】

#### step1 教材の収集

◎ 既存のテキストや参考書、自身の看護経験など 具体的な場面を収集する

#### step2 教材の整理・分析

◎ 収集したものを読み比べ、共通に記載されている内容や重要だと思われる内容、そこでしか学べないものを抽出し整理する

#### 教材に関する方略(教材観2)

【育成 -16】

#### step3 教材・題材の解釈

- ◎ 抽出した認知症ケアに関する教材について、 主要な内容を抽出する
- ◎ 今学んでもらおうとしていることは、認知症 ケア実践にとってどのような内容なのか、何が 必要なのか・・・考える

## 教材に関する方略(指導観)

【育成 -17】

認知症ケアに関する学習内容に意欲と関心をもって、知識・技術・態度についての学習に取り組んでもらうための、教える側の指導方針

#### 指導目標

【育成 -18】

- 認知症ケアに関する研修のねらいを目標として表現したものである
- 指導観から目標設定をする方法がわかりやすい
- 指導目標は、①どのような内容を、②どのよう にして、③どのくらい、④どのような諸能力を伸 ばすか、の4つの視点から押さえる

#### 指導内容の抽出、教える順序

【育成 -19】

- 指導内容の抽出は、認知症ケアに関する研修 の指導目標との関係を考える
- 教材の構造化とは指導内容間の関係を表した ものである
- 指導順序は教材構造図が資料となる

### 指導内容を作成する

【育成 -20】

- 指導計画とは認知症ケアに関する研修全体を どう展開するのかの計画である
- 指導計画は次の視点から検討する

指導上の小単位をつくり、主題名をつける ⇒ 指導順序を決める ⇒ 指導のねらい、主な指導内容を決める ⇒ 時間を配分する ⇒ 指導方法を検討する

- 作成にあたっては、研修の設定理由(学習者観、 教材観、指導者観)や指導目標などを考慮する
- 学習者の反応を確認し、計画を微調整しながら 実施する

# 指導計画の作成

【育成 -21】

時間	主題	指導のねらい	指導内容	指導方法・指導上の留意点
15分	せん妄 とは	認知症の人のせん妄の現状と特徴について理解 できる	<ul><li>&gt; 認知症の人のせん妄の 現状</li><li>&gt; せん妄と認知症の違い</li><li>&gt; せん妄の症状</li><li>&gt; せん妄の発症経過</li></ul>	日常的な例を示しながら、認知症者のせん妄の特徴と関連付けながら学習する。
15分	せん妄 のアセス メント	••••••		
20分	せん妄 発症時 のケア			

# 研修の企画・実施のポイント

【育成 -22】

研修が認知症ケアの質の向上に結びつくように



- ◎ 職員のニーズに合ったテーマ
- ◎ 日々の業務に生かせるような具体的 内容を選択
- ◎ 計画的・体系的に実施

#### 研修内容を検討する上での視点

【育成 -23】

- 施設およびそれぞれの部門の目標と達成状況
- 施設基準などで求められる認知症ケアに関する知識
- 全職員に共通して必要とされる認知症ケアの 知識・技術
- それぞれの職種に必要とされる認知症ケアの 専門的知識・技術
- 職員一人ひとりの認知症ケアの経験や能力
- 職員からの要望

#### 研修の企画(施設内研修1)

【育成 -24】

#### 研修の目的

▶どのような目的で、研修会を行うのか

#### 研修テーマ・内容

- ▶ 研修会の目的に沿ったテーマ・内容であるか
- ▶ 自施設における認知症ケアの課題や職員の関心事、 時代のニーズに合っているか

#### 講師

▶ 研修目的・テーマに即した講師であるか、内部講師か 外部講師か

#### 研修対象者

▶ どの職位、職種、職務経験別か合同で実施するのか

## 研修の企画(施設内研修2)

【育成 -25】

#### 研修日程

▶いつ、どの程度の時間で何回行うのが効果的で、 目的に沿っているか

#### 研修時間帯

▶ どの時間帯なら対象とする職員が受講可能か、 業務内か、業務外か

#### 研修方法

▶ 講義形式、グループワーク、実技など、どの方法が 最も研修目的を達成するのに適しているか

#### 研修費用·評価

- ▶ 研修予算に見合った費用か
- ▶アンケート、関係者からの聞き取り、費用対効果など

#### 研修の企画(施設外研修1)

【育成 -26】

#### 研修会への派遣目的

- ▶ なぜ、この研修が必要なのか、参加の目的をあらかじめ明確にする
- ▶ 全国規模の研修会などの場合は、人材育成にも 配慮する

#### 研修テーマ・内容

▶ 自施設における認知症ケアの課題や職員の関心事、 時代のニーズに合っているか

#### 講師

▶ 研修目的・テーマに即した講師であるか

#### 研修の企画(施設外研修2)

【育成 -27】

#### 研修受講者

▶ どの職種の誰が受講することが効果的か

#### 研修日程

▶ 研修日程は内容に見合っているか、業務上、 参加が可能な日程か

#### 研修費用·評価

- ▶ 研修費用は適切か、予算の範囲内か、出張など 業務扱いか
- ▶ 関係者からの聞き取り、費用対効果など

#### 講師・ファシリテーターの確保、育成

【育成 -28】

- 組織内に認知症を専門とした研修を受講した者がいる場合は、内部講師が行う
  - ▶ 認知症看護認定看護師、老人看護専門看護師、 精神看護専門看護師等
- 組織内で認知症を専門とした研修を受講した者がいない場合は外部講師を依頼
  - ▶ やがて内部講師を行う予定者は継続して参加する
- 認知症対応力向上研修受講者が伝達講習を行う
  - ▶ 認知症対応力向上研修の受講者が多数になると 組織内で伝達講習がしやすくなる

## 3-2) スタッフ育成・教育

①スタッフ育成の目標設定

②研修の企画立案・研修実施のポイント

③研修の効果測定と受講後のフォローアップ

### 研修の効果測定

【育成 -29】

# 課題達成の評価の視点

行った研修内容が、看護実践の中で活用される ことを確認

## 教育効果の評価方法

- 研修の受講者へ、アンケートによる満足度評価、 及び実践に活用したいことを自由記載とし記載 内容を測定する
- 管理者が研修内容と受講者の学習目標を把握し、 研修内容の活用状況を確認し結果を評価する

#### 研修結果の評価

【育成 -30】

#### 研修結果を評価し、次年度の計画に反映する

研修会ごとに研修委員会等で評価する(研修会委員 や関係者による質的な評価、受講した職員アンケート から見る評価など)

#### 質的評価

受講した職員の反応や、研修後のケアや意欲の変化など、 数字では表しにくいが重要な情報が得られる

#### アンケート評価

研修内容が興味や関心に沿っていたか、テーマや講師の選定が適切であったかなどに加え、開催の時期や回数・時間、今後のケアに役立つ内容であったかなどの情報が得られる

#### 研修受講者(修了者)の役割の設定

【育成 -31】

- 学習した知識を実践の中で活用する
  - ▶ 認知症の人の状態把握
  - ▶ 認知症の人の行動の意味づけ
  - ▶ 認知症の人へのケアの選択・評価
- 学習した知識を活かし、組織内での学習会を企画・実施する

#### 期待される成果

【育成 -32】

- 学習目標として「何が出来ればよいか」が明確になる
- 学習した内容を実践で活用できる支援を受け、経験 学習サイクルのプロセスが定着し、受講者の行動が 変容する
- 受講者の行動変容により、提供する看護実践の中で 学習内容が着実に組織に反映される
- 看護部門の理念に基づいた学習目標に近づくよう 組織が変容していく

# カンファレンスやミーティングでの工夫

【育成 -33】

- 参加者全員が、一言は発言するようにファシリテートする
- ホワイトボードなどを活用し、意見を可視化する
  - ▶ 日ごろ、認知症の人へ治療・ケアを提供するときの困りごとを、メンバーで語り合う
  - ▶ 認知症について持っている知識を語り合う
  - ▶ 参加メンバーの認知症に対する理解度に合わせ、 認知症の人の状態把握、行動の意味づけ、実践可 能な具体的方法を話し合い計画する
  - ▶ 立案した計画を実際に行い、その評価をする

### 受講後のフォローアップ

【育成 -34】

#### 研修直後

▶ 現在行っている認知症ケアをより改善するために、研修で学習したことを、①どのように行動に移そうと考えているのか、最後に確認する

# 研修3ヵ月後、半年後

▶ ①を実践できているか、どのようなことを意識 して行っているか、改善点はないか確認する

#### 継続学習の中期的な工程表

【育成 -35】

## 工程表(例)

- 改善したいテーマの決定 (認知症看護の○○○)
- ❷ 学習の動機付け
- ❸ 研修企画(研修企画モデル1、2を参照)
- ❹ 研修実施
- ❸ 研修評価
- 6 ②研修で学んだことの実践
- ☞ ⑤研修後、定期的に実践していることの評価
- ② ©評価後の改善計画
- ② a~©を繰り返す

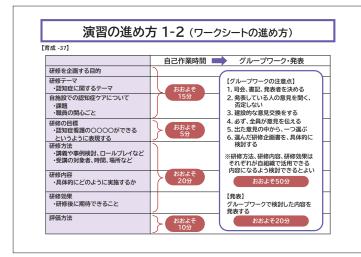
# 

#### 演習の進め方 1-1 (研修企画書)

【育成 -36】

-						
	① 目的	どのような目的で、研修会を行なうのか				
	② テーマ	表題を記入				
	③ 背景	自施設における認知症ケアの課題や職員の関心事、時代のニーズ等				
	④ 具体的内容	・自施設の背景(課題や関心事、ニーズ等に合っているか) ・プログラムの骨子				
	⑤ 日時	時期、何月頃、平日か、休日か、時間は				
	⑥ 実施場所	所 会場はどこ 院内、院外				
	⑦ 講師	院内講師か院外講師か				
	⑧ 受講対象者	誰に、人数				
	⑨ 実施プラン	どのように実施するか、全体の計画				
	⑩ 予算費用	費用 研修予算に見合った費用か				
	⑪ 研修効果	どんな効果が期待できるか				
	⑫ 評価方法	研修の評価方法どのようにするか				

# [3-2スタッフ育成・教育]

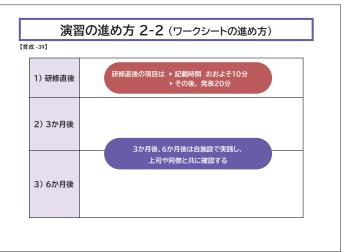




# 演習の進め方 2-1 (受講後のフォローアップ)

【育成 -38】

1) 研修直後	<ul><li>①研修を受けて、印象に残っていることは?</li><li>②認知症ケアで改善しようと思う現状は?</li><li>③どのように行動に移そうと考えているか?</li></ul>
2) 3か月後	<ul><li>①1)③で記載したことを実践できているか?</li><li>②どのようなことを意識して行っているか?</li><li>③改善点はないか確認する</li><li>④改善点をどのように修正するか?</li></ul>
3)6か月後	①1)③で記載し、2)④で修正したことを追加し実践できているか? ②どのようなことを意識して行っているか? ③目標は達成しているか? ④未達成の場合、改善点は何かを確認する ⑤改善点をどのように修正するか?



# IV 研修実施方法に関する対応(動画教材等の収録)

- ●カリキュラム・教材の改訂にかかる説明動画の作成
- 研修教材(講義スライド・解説)および動画教材の編集作業が終了した段階で、研修講師および実施 主体である都道府県・指定都市の担当者向けのカリキュラム・教材の改訂にかかる説明・情報提供を目的 として、改訂教材説明動画を収録し DVD として配布した。
- 改訂カリキュラム・教材が示された後、都 道府県・指定都市において具体的な研 修の企画・内容検討が行われるにあたっ て、従来カリキュラム・教材からの変更点と ともに、教材現物のみでは伝わり難い、改 訂の趣旨や新教材の全体構成、その他、 研修の進め方や動画教材の取り扱い等 についても説明する内容とした。

100	
	かりキュラム改訂にかかる情報提供 → 改訂数材説明の動画収録
B	用性受明及び共通の自担性量・効果化 → 一部開展の収益(Million特現用)
S = 1	
1)改訂	枚材説明の動画収録
	◎令和4年度 カリキュラム・教材改訂の趣旨及び概要・主な内容の周知
目的	◎令和5年度研修企画(委託先との調整等)において、有用となる情報を
	都道府県・指定都市ご担当者に伝える
	◎約1時間の動画
仕様	◎前半:カリキュラム・教材改訂の趣旨・全体像
内容	後半:各編の改訂ポイント及び主な内容の説明、研修実施方法のヒント等
	◎事業の成果物の一部として 都道府県・指定都市にDVDの配布

- 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 2023年3月21日(火) 13:00~
  - ②形式 会議室での収録形式 (於:航空会館会議室)
  - ③収録時間 40分
  - ④内容(概要)

		所要時間	主な内容
1	カリキュラム・教材改訂の趣旨、 検討過程等にかかる説明	25 分	○カリキュラム・教材改訂の背景・検討経過 ○改訂の趣旨と新教材の全体構成 ○研修の進め方と教材の取り扱い など
2	改訂教材の概要		○改訂の全体像
	1 認知症に関する知識	15分	○研修テキスト(冊子)の構成
	2 認知症看護の実践対応力		○主な講義スライドの紹介と説明 ○講義スライド解説文の位置付け
	3 体制構築·人材育成		○演習の進行に関する説明(進行ガイド)

- ②「認知症に関する知識 | 編の講義にかかる動画教材化の対応
- 全 17 時間の研修について、オンライン等を利用した柔軟な実施方法への対応、受講及び運営の効率 化・負担軽減、また、研修内容の均質化等の観点から、改訂の過程において一部講義の動画教材化が 検討され、全 3 編から構成されるカリキュラムのうち、「1 認知症に関する知識」編の講義 180 分について、 動画教材として提供するため、全編を収録し DVD として配布した。
- 講義部分の一部動画教材化(提供)にあたっては、一斉視聴以外の事前学習や受講後の振り返り視聴等の利活用が期待される一方、看護職員認知症対応力向上研修が診療報酬(認知症ケア加算)の算定基準の研修と位置付けられる観点から、研修実施主体において視聴(受講)履歴の管理等の十分な留意が必要である点が運用上の課題とされた。

	カリキュラム改訂にかかる情報提供 → 表訂数材説明の助言収録 研修受講及び実施の効率化・負担軽減 → 一部調整の収録(助画教材提供)
	ALIENSANCE AND THE MENTAL HEAVY MENTAL HEAVY HEA
2)一部	<b>講義の収録(動画教材提供)</b>
目的	◎ 「1 認知症に関する知識」編(講義)を動画教材化し、事前視聴等の工夫により、研修受講及び実施の効率化・負担軽減を図る
	◎約3時間の講義動画
仕様 内容	◎全体を3分割(1-1 意義と役割、1-2 認知症の病態論、1-3 施策・社会 資源等)でDVD教材化(部分視聴、分割視聴しやすい仕様)
ri <del>u</del>	◎事業の成果物としてDVDを配布
	※診療報酬算定基準としての受講履歴の管理に留意(研修運用上の課題)

○ 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 2023年3月18日(土) 12:00~

②形式 会議室での収録形式 (於:航空会館)

③収録時間 180分

④内容(概要)

		所要時間	主な内容
1	意義と役割	おおむね 30 分	<ul><li>● 研修の目的・意義</li><li>● 一般病院等での認知症の現状と課題、</li><li>● 病院及び看護師の役割</li></ul>
2	認知症の病態論	おおむね 120 分	<ul> <li>② 認知症の原因疾患の特徴・病態</li> <li>⑤ 認知機能障害と BPSD</li> <li>⑥ 認知症と鑑別すべき他の疾患</li> <li>④ せん妄の特徴や症状</li> <li>④ 認知症の薬物療法・非薬物的対応</li> <li>① 若年性認知症の特徴</li> <li>⑧ 認知症の重度化予防</li> </ul>
3	施策·社会資源等	おおむね 30 分	● 認知症を取り巻く施策 (認知症施策推進大綱、認知症の人を支える仕組み等)

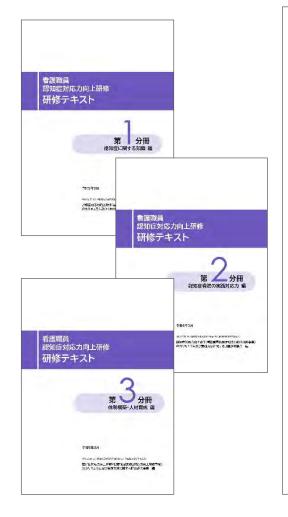
## ③成果物の構成について

- ④ 研修テキスト
- 研修テキストは、他の認知症対応力向上研修と同様に、A4 サイズの冊子にした場合、左ページに講義スライド2枚、右ページに対応する解説文が配置されるよう整理した PDF ファイルとして作成した。

なお、研修カリキュラムの編構成の単位で、第1分冊~ 第3分冊に分割して編集し、 それぞれにカリキュラムの主な 内容の項目に準じた全体目 次を編集した。

○ 研修テキストの見開きページのサンプル(右)、各分冊の表紙(左下)、共通の全体目次(右下)について示す。







## 回 DVD の構成

- 研修テキスト(PDF)、講義スライド(パワーポイントファイル)、改訂説明動画、講義動画(認知症に 関する知識編)は、それぞれ2枚の DVD に格納して、都道府県・指定都市の所管部署宛に2セットを 提供した。事業で実施した情報収集では、多くの自治体において地域の関係団体等に委託する形態で実 施されていた点を踏まえ、委託先機関にも提供できるよう対応した。
- 各 DISC の格納ファイルは以下の通りである。



〉〉看護職員認知症対応力向上研修テキスト(PDF)

第1分冊 認知症に関する知識 編

第2分冊 認知症看護の実践対応力 編

第3分冊 体制構築·人材育成 編

- 〉〉講義用スライド(パワーポイントファイル)
  - 1 認知症に関する知識 編
  - 2-1 (認知症看護の実践対応力 編) 認知症の人の理解
  - 2-2 (認知症看護の実践対応力 編)実践対応力 |
  - 2-3 (認知症看護の実践対応力 編)実践対応力Ⅱ
  - 3 体制構築·人材育成 編



〉〉カリキュラム・教材の改訂説明動画 40分

(研修講師・自治体担当者向けの「教材改訂の趣旨や教材の 構成・内容等」に関する説明動画)

〉〉認知症に関する知識 編 (講義動画) 180分

chapter 1 ①意義と役割

chapter 2 ②認知症の病態論: 前半 (②~⑤)

chapter 3 ②認知症の病態論:後半(ⓒ~⑧)

chapter 4 ③施策·社会資源等

○ DVD(2枚組)の外装ケースは他の認知症対応力向上研修教材とデザインを合わせ、都道府県・指定都市での管理等に資するものとした。



## V まとめと考察

#### 1 教材改訂のプロセスと継続的なフォローの必要性

- 本年度事業において対象とした看護職員認知症対応力向上研修は、平成 28 年度の創設以来、カリキュラム及び教材の見直しが行われておらず、近年の医学的な最新情報、施策動向をはじめ、受講対象となる看護職員や入院する認知症の人やその家族等介護者を取り巻く社会環境の変化についても十分に踏まえられていない状況にあった。
- それに対して、本研修の実施主体である都道府県・指定都市及び委託先団体、講師・ファシリテーター による企画・検討、研修実施において、コンテンツ及び教材の加除修正等の多くの負担や工夫によって実施されていたと考えられる。
- そのような課題が把握される中で、まずは、本研修の実施状況について、実施主体である都道府県・ 指定都市を対象に情報提供の依頼(アンケート調査)を実施した。研修の実施形式や受講対象など の過去3年間の状況とともに、研修内容面・運営面の両面から、多くの情報・意見が得られた。
- 研修実施の実態としては、受講対象の範囲(看護師長等の役職者に限らず、病棟リーダーや一般看護職員の受講も一定の割合で存在する等)、実施形態(コロナ禍の時期を経て、オンラインによる実施の割合が増加傾向にある等)、講義内容及び教材(一部の編・項目についてアレンジや工夫を実施している割合が過半数にある等)の状況が把握できた。
- 研修への意見では、(内容面)到達目標に合うカリキュラム・時間数の見直し、マネジメントに重点を 置いた再構築、DVD や動画を活用した教材、実践事例の紹介等の意見、(運営面)研修時間につ いての受講・実施の負担軽減、ファシリテーターの確保・調整、オンライン実施への対応等があった。
- カリキュラム改訂にあたっては、それらの実態や意見を踏まえて、研修目的、受講対象、教材改訂の方向性について順に検討していった。また、同時に、本研修の実施環境、具体的には、⑦他の認知症対応力向上研修との関係、②診療報酬(認知症ケア加算)の算定基準である点などについても考慮した。
- 教材改訂では、講義・演習にわたり全体を通じた流れ、具体的には、1認知症に関する知識編には、2認知症看護の実践対応力編の講義・演習の前提となる医学的知識を整理・構成する、また、知識編(1)・実践対応力編(2)は、3体制構築・人材育成編の演習をより効果的なものとする前提となるような講義内容とする等の点を意識した。
- カリキュラム改訂・教材改訂は、上記の課題把握、検討の工程で実施したが、改訂カリキュラム・教材による研修実施状況(受講者・講師等からの評価や意見)はもちろんのこと、認知症医療・介護全般の動向や変化、また、他の認知症対応力向上研修との関係を含めて継続的なフォローアップが重要であると考える。(次回改訂の参考とするだけでなく、順次の見直し、運営面にかかる情報提供など)

#### 2 研修の実施方法や効率化、研修講義の均質化への対応

- 看護職員認知症対応力向上研修は、講義・演習を合わせて合計 1,020 分(17 時間・3 日間、改訂前は 1,080 分)であり、他の認知症対応力向上研修に比して重厚なカリキュラムとなっている。その点で、研修創設時から受講側(派遣する医療機関を含む)・研修実施側の双方にとって負担感の大きい研修と言える。(都道府県・指定都市からの情報収集においても同様の意見が多数見られた)
- この現状に鑑み、今回のカリキュラム及び教材改訂においては、オンライン等の研修実施方法への対応、 研修実施の効率化、研修講義の均質化等が検討テーマとなった。
- 研修時間については、上記の通りに短縮に向かう考え方がある一方で、①研修目的、ねらいと到達目標の内容に鑑み、必要十分なコンテンツとするために一定の時間数が必要、②認知症ケア加算の算定基準となる研修の要件(一定の内容を含む9時間以上の研修)をクリアする必要との要請があった。
- 作業部会においては、研修内容の充実と負担軽減の両面から検討を重ね、研修時間としては1時間減(1,080分から1,020分)にとどまり、大幅な短縮とはならなかったものの、教材の充実や工夫によって、これまでの実施主体におけるカリキュラム及び教材の追加・修正の負担解消、動画教材\*の活用等、研修実施の効率化(負担軽減)を図れるものとした。
- 事業では、カリキュラム及び教材改訂とともに、研修の実施方法に関する対応についても検討された。 対応としては、大きく2点、⑦カリキュラム・教材改訂にかかる自治体・講師向け説明動画の作成、④ 「認知症に関する知識編(180分)」を全編収録した動画教材(※にあたるもの)の提供を行った。
- ⑦については、カリキュラム改訂の経緯やねらい、また、それに沿って行われた改訂教材の構成や取り扱いについて、都道府県・指定都市の研修担当者及び講師・ファシリテーター向けに教材改訂の趣旨や過程、主な内容と研修実施のポイント等を説明するものとした。
- ④については、オンライン実施等の実施方法への対応とともに、研修講義の均質化にも資するものであり、さらに、一定期間を設けた事前視聴や個人視聴による振り返り等、様々な活用等も考えられる。 もっとも、本研修が上記の通り、診療報酬算定基準に含まれる研修である観点からは、「9時間以上の研修」の一部としての受講歴の管理対応(例えば、一斉配信による受講の場合に限定、講義内容に関する確認テスト等の実施やレポート提出等)について、実施主体において十分な留意が必要となる。
- 今後のカリキュラム・教材の改訂においては、内容面の充実とともに、研修の実施方法、実施・運営の 効率化、研修内容の均質化等の観点からの検討・見直しが重要と考える。

前述の通り、一部講義について動画教材を提供したが、その活用状況や効果等についてフォローするとともに、資材そのものの工夫、運用に関するルールの設定、講師・ファシリテーターへの支援(講習等)、研修実施・評価マニュアルの整備等、研修運営に関する支援についても検討が必要であろう。

## 3 修了者による病院・地域への研修還元 (実践) や病院としての取り組みの重要性

- カリキュラム改訂の検討においては、研修目的である ①基本知識や実践的な対応力の習得、に並び、 ②認知症ケアの適切な実施とマネジメント体制の構築 が挙げられている点に鑑み、3 体制構築・人材 育成編(3-1 認知症ケアにかかる体制構築・3-2 スタッフ育成・教育)を充実させる点が確認された。 受講対象に「将来的に指導的役割を担う場合」や「病棟におけるリーダー的位置付けにある場合」などを 含めて運用されている点からも、それらに対する充実した内容とすることが目指された。
- 3 体制構築・人材育成編においては、以下の点について改訂教材での手当があり、看護職員認知 症対応力向上研修の企画立案にあたって、同編の演習の構成の検討において利活用いただければと考 える。
  - ▶ 特定の分析手法ではなく、広く自施設課題の把握・分析から改善策を検討いただく構成
  - ▶ 事前課題の設定やワークシート(案)の提供
  - ▶ 演習ファシリテーター用の進行のヒントの提示
  - ▶ 講師やファシリテーター、過去の修了者による実践事例の提供を促す構成
  - ▶ 一定期間後のフォローアップ等も含めた演習内容の充実

もっとも、これらは演習の充実化の観点から一定の材料や考え方の提示にとどまるため、都道府県・指定都市における企画立案では、これまでの実施方法や経験を踏まえた形で、また、段階的に、など、実情に応じて対応いただければと考える。

- 修了者には、指導的役割の背景となる自身の基本知識や実践的な対応力の習得・向上に合わせて、体制構築や人材育成の講義・演習を通じて、研修内容を所属病院や地域に還元していくことが期待される。具体的には、病院における認知症ケア体制の構築や充実、認知症対応力に関する看護職員向け・病院医療従者向けの研修実施を通じた人材育成、さらには、地域連携の場面(地域の中の一般病院等の役割・活動等)などにおいて実践していただきたいと考える。
- 修了者の所属する医療機関には、教材各所でも触れられているように、「認知症対応力の向上には病院全体としての取り組みが不可欠」であるとの考え方のもと、修了者による院内還元の支援、具体的には、認知症ケア体制の構築や研修実施等の人材育成について、修了者を中心とする組織的な取り組みを支援する、また、継続的な研修派遣によって修了者を複数体制にするなど、病院全体の取り組みとしての意識変容につながることが期待される。

## 4 認知症対応力向上研修修了者による連携・支援体制のあり方

- 看護職員認知症対応力向上研修をはじめ、「かかりつけ医」、「病院勤務の医療従事者」、「歯科医師」、「薬剤師」、「病院以外の看護師等」に対する認知症対応力向上研修が展開されている。(認知症地域医療支援事業実施要綱には、この他、認知症サポート医養成研修もある)
- それぞれの研修ごとに各職種に応じた知識や技術等の対応力の向上を中心とする研修の目的、修了 者の役割等が設定されており、一義的には、目的や役割に応じた到達目標が達せられることが重要であ ることは言うまでもない。
- もっとも、「連携」・「地域における役割」等のコンテンツを含む同じ研修体系において「認知症対応力」にかかる研修受講をした修了者には、地域における共通の課題に向き合う医療従事者として、相互連携・相互支援等の体制を構築していくことが望まれる。
- 令和2年度より、順次、カリキュラム及び教材改訂が進められた各認知症対応力向上研修では、可能な部分は同一の教材を用いる等の工夫もあり、修了後の活動(研修内容の還元)においても、効果的な連携等が期待されている。
- 今後も、認知症対応力向上研修のあり方、修了者へのフォローアップ・支援のあり方などが横断的に 検討されると同時に、都道府県・指定都市においても、効果的・効率的な研修実施とともに、修了者へ の継続的な学習機会の提供・活動の支援など多面的なバックアップを通じて、修了者を核とした地域に おける認知症対応力の向上の取り組みが継続されることが重要と考える。

# [資料編]

都道府県・指定都市 情報収集シート (【運営実施面】/【研修内容面】)

- ◎ 本年度の老人保健健康増進等事業では、看護職員認知症対応力向上研修のカリキュラム・教材の見直しに関する検討を行います。同研修の実施状況等を踏まえた検討を行うため、貴自治体における研修の実施状況、受講者の募集等の『**運営実施面**』について、情報提供をお願いします。
- ◎ これまでの厚労省への実施報告と重複する項目も含まれるかもしれませんが、直近の状況を把握するため、ご負担を お掛けしますが、ご対応の程 宜しくお願い致します。

看護職員認知犯	定対応力向上研修の実施	<b>施等に関する情報提供の</b> お	<b>ぶ願い</b>
1 実施状況(令和元年度~令和33	年度の状況をご記入ください	1)	
	令和元年度	令和2年度	令和3年度
<b>①研修実施回数</b>	○ 実施 → □	○ 実施 → □	○ 実施 → 回
(いずれか1つを選択)	中止	中止	中止
➡��で「実施」と回答した場合			
<b>①募集定員</b>			$oxed{}$
○修了者数 ※ 一般病院の職位。	ごとの内訳人数は、各年度にお	いて把握できている数の回答で結	構です
※ 人数での回答が業	<b>能しい場合は、おおよその比率</b>	(○割、××%など) での回答で <del>1</del>	ら結構です 
	計	計	計
看護師長·副看護師長			
一 主任・リーダー			
般 その他 (看護職一般、他職種など) 病		,	
 院 「その他」とした場合、 具体的な内容を記入 してください	その他→	その他→	その他→
診療所 ※職位問わず		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	
介護老人保健施設等 ※職位問わず			, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
その他			
> 令和3年度実施の研修受講 ○やむを得ない事情等で研修 ○ いなかった		-	: いましたか。
◎上記で「いた」場合、受講の	取り扱いはどうしていますか。	(いずれか1つを選択)	
○ 欠席扱い ○	一部修了の扱い <sup>※1</sup> (	) 受講時間数に応じて修了扱	とい <sup>※2</sup> ○ その他
具体的な取り扱いを 例:※1 未受講部分	ご記入ください。	た、※2 修了扱いとする基準	

# (集合/オンラインなど、リストから選択)

		令和元	年度	令和2年度	4	令和3年度
講義						
	他」とした場合、具体的な を記入してください	その他→		<b>也→</b>	その他→	
演習						
	他」とした場合、具体的な を記入してください	その他→	<b>201</b>	<b>也→</b>	その他→	
運営主体				は直近の実施年度)		
運営主体		の別 (いず	れか1つを選択)	<b>は直近の実施年度</b> ) 本等に委託して実施		一部委託等
運営主体	: 道府県等実施)/委託 -	の別 (いず)等で実施)	れか1つを選択)		) 〇	
<b>運営主体</b> 直営(都)	道府県等実施)/委託 ○ 直営(都道府県 「一部委託等」の場	の別 (いず)等で実施)	れか1つを選択)	本等に委託して実施 の検討や講師選定を委	) 〇	
<b>運営主体</b> 直営(都)	道府県等実施)/委託  ② 直営(都道府県  「一部委託等」の場  委託内容・分担を記	の別 (いず)等で実施)	れか1つを選択)	本等に委託して実施 の検討や講師選定を委	) 〇	

2	草隹屮况	(金钱铁色)

3 募集状況(受講対象	聚)				
①募集の職位 (範囲)	(あてはまるもの全てを選択)				
□ 看護師長	□ 副看護師長	□ 主任	(リーダー) クラス	□ 看護職員一般	□その他
	「その他」の場合、具体的な 職位等を記入してください	<b>→</b>			

回受講者の職位 (あてはまるもの全てを選択)

∐その他 「その他」の場合、具体的な 職位等を記入してください

◇実施要綱にある「指導者的役割」の範囲について、柔軟な募集・受講がある場合、その理由等を記入してください

認知症地域医療支援事業実施要綱より抜粋 第6 看護職員認知症対応力向上研修

「その他」の場合、具体的な 委託機関等を記入してください

(3) 研修対象者 各都道府県及び指定都市管内で勤務する指導的役割の看護職員とする。

例:募集は「看護師長、副看護師長」を原則としたが、定員に満たなければ、主任クラスや看護職員一般も受講可としている。 研修の内容として、今後 指導者的役割を担っていくような職位にも受講してもらいたかったから。 など

4 研修実施にあたってのご意見・課題	
④研修時間数(現行カリキュラム 1,080分;18時間)に関してご意見があれば ご記入ください。	
<b>→</b>	
回その他、研修実施にあたっての課題について自由にご記入ください。	
5 看護職員認知症対応力向上研修のカリキュラム見直しに向けてのご意見	
○ 夭 = 共動 只 = 取んい 亡 共 亡 十 亡 し エエートム の 宀 ナトットンにに関せては 却担 供 にっしてでわ 十 たたしがし ミッギい ナレモ	
○看護職員認知症対応力向上研修の実施状況に関する情報提供についてご協力をありがとうございました。 ○合和 4 年度の表 人保健健康機進等事業では、同研修のカリキュラムの見違し、教材改訂等が検討されます。	
○看護職員認知症対応力向上研修の実施状況に関する情報提供についてご協力をありがとうございました。 ○令和4年度の老人保健健康増進等事業では、同研修のカリキュラムの見直し・教材改訂等が検討されます。 ○カリキュラム見直しや教材改訂にあたってご意見等がありましたら下記にご記入ください。	
○令和4年度の老人保健健康増進等事業では、同研修のカリキュラムの見直し・教材改訂等が検討されます。	
○令和4年度の老人保健健康増進等事業では、同研修のカリキュラムの見直し・教材改訂等が検討されます。	
○令和4年度の老人保健健康増進等事業では、同研修のカリキュラムの見直し・教材改訂等が検討されます。	
○令和4年度の老人保健健康増進等事業では、同研修のカリキュラムの見直し・教材改訂等が検討されます。	

項目は以上です。回答ご協力をありがとうございました。

# 自治体ご担当者様

本事業において、研修カリキュラムや教材見直しにあたって、追って、本シート以外の詳しい情報をヒアリングさせて頂くことを検討しています。その節には改めて連絡させて頂きますのでご対応の程お願い申し上げます。

※下記のアドレスをクリックするとメールが立ち上がります。ファイルは自動添付されませんので、ご注意下さい。

# kango104@ham-ken.com

○ 研修の運営・カリキュラム等に関する『 <b>研修内容面</b> 』について、情報提供をお願いします。 ○ 数値回答欄の日付や時間(分)数は、おおよその数値で結構です。選択肢は最も近いものを選んでください。									
	看護職	員認知症	対応力向上	研修の	実施等に関	する	情報提	供のお願し	.1
1 研修日程につ	いて(余	和3年度	、または 直近	に実施	された研修の	D状況	をご記入	ください)	
標準カリキュラム	」 18時間 	<b>引(1,080</b> 分	子) をどのよう	な日程	で実施しまし	たか			
<b>①日数・時間数</b>		日月	間 討	<u> </u>		分			
申問配分 1	日目 (	月	日)	講義		分	演習		分
2	日目 (	月	日)	講義		分	演習		分
3	日目 (	月	日)	講義		分	演習		分
標準 <b>カリキュラ</b> <i>L</i> ※ アレンジ と	2 カリキュラムについて 標準カリキュラムや教材について、アレンジ <sup>※</sup> や工夫等がありましたか ※ アレンジ とは、標準カリキュラムの内容を基本としつつ、講師との調整で最新情報の単元を追加したり、講義順を入れ 替えたりすることなどを指します。具体的な程度は問いません。								
<b>①研修時間数</b>	С	標準カリキ	Fユラム通り	0	一部アレンシ	ブやエ	夫	〇 標準を	を元に独自実施
Γ		ソジ」や「独自」 的な内容を簡!							
<b>□時間配分</b>	0	標準カリキ	Fユラム通り	0	一部アレンシ	ゾやエ	夫	〇標準	を元に独自実施
Γ		ンジ」や「独自」 的な内容を簡							
<b>○講義順</b>	0	標準カリキ	Fユラム通り	0	一部アレンシ	ゾやエ	夫	〇 標準を	を元に独自実施
Γ		ンジ」や「独自」 的な内容を簡単							
【内容面】									
□講義内容	0	標準カリ	キュラム通り						
	0	一部の網	扁や項目につい	ハてアレ	ソジや工夫	(他は	標準カリ	キュラム通り	→下(記述)へ
	0	それぞれ	の(全ての)	編や項	目について一	部ア	レンジやニ	正夫 ➡下	(記述)へ
	0	標準カリ	キュラムを元に	独自の	内容で実施	i →	下(記述)/	\	
Γ		— ソジ」や「独自」 的な内容を簡』 —							
<b>歩教材(スライド</b>		標準カリ	キュラム通り						
	0	一部の網	扁や項目につし	ハてアレ	ソジや工夫	(他は	標準カリ	キュラム通り	→下(記述)へ
	0	それぞれ	の(全ての)	編や項	目について一	-部ア	レンジやニ	工夫 →下	(記述)へ

「一部アレンジ」や「独自」の場合、 具体的な内容を簡単に記入

○ 標準カリキュラムを元に独自の内容で実施 →下(記述)へ

◇標準カリキュラムの	内容について	、課題や意見を自由に	こ記入してくだ	さい		
<b>3 講師・ファシリテー</b> 実施した研修の講		♂のファシリテーターの配	置はどのような	ものでしたか		
された講師等 ※2 実施された研	の人数・職種の そのカリキュラ	□夫している場合でも、 としてお考えください ラム構成が、下記の区: ターの配置等の状況を	分や項目等で	回答しにくい場合は	、最下段の記述枠に	
		人数	職種(複数	回答)		
I 基本知識編	講義	Д	医師	□ 老人看護専	門看護師	
	<u></u>		──認知症都	<b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b>	□ 大学等教員	
			□ その他			
Ⅱ 対応力向上編	講義	<b>1</b>	□医師	□老人看護専	門看護師	
	<u>L</u>		認知症看	<b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b>	□ 大学等教員	
			— ∐ その他			
	演習		□医師	□老人看護専	門看護師	
				看護認定看護師 「護認定看護師	□大学等教員	
			<b>—</b> ∐その他			
III マネジメント編	講義		□医師	──────────────────────────────────────	門看護師	
	<u>L</u>		──認知症看	<b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b>	□ 大学等教員	
			∐その他			
	演習		□医師	□老人看護専	門看護師	
	<u>L</u>		□認知症和	<b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b>	□ 大学等教員	
			□その他			
※2 標準カリキュラ	人の区分や項	目で回答しにくい場合				
例:講師らの協議で講義順などを組み替えているため、標準カリキュラムの区分での回答は難しい。全体で、医師と大学看護学部教授が講義を担当し、演習には認定看護師4人がファシリテーターとなった。						
【回答者情報】	団体・機関名		ご担当部署	2		

項目は以上です。回答ご協力をありがとうございました。

※下記のアドレスをクリックするとメールが立ち上がります。ファイルは自動添付されませんので、ご注意下さい。

# kango104@ham-ken.com

令和4年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康增進等事業分)

# 認知症対応力向上研修

(看護職員認知症対応力向上研修事業) のカリキュラム及び実施方法に関する 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5年3月 禁無断転載