

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 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

【知識 -1】

基本的考え方

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

具体的な施策の5つの柱

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 認知症バリアフリーの推進・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

認知症の人や家族の視点の重視

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】

- ① 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
- ③ 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

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
認知症に関する知識	180	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
		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
認知症看護の実践対応力	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
		130	60	2-2) 実践対応力Ⅰ	◎对患者(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
		150	60	2-3) 実践対応力Ⅱ	◎看護チームもしくは院内外が多職種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） ◎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
体制構築・人材育成	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
		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

【知識 -4】

編	ねらい	到達目標
認知症に関する知識	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	<ul style="list-style-type: none"> 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
認知症看護の実践対応力	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	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 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
体制構築・人材育成	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	<ul style="list-style-type: none"> 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、継続学習を含むスタッフ育成計画を立てることができる

【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
- 院内外が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、環境不適合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協働・連携が不十分

入院中のケアの問題

【知識 -8】

入院

退院

認知症の症状や
認知機能障害の
アセスメントが
なされない

身体疾患に対するケア

- ・ 認知症の人の身体ケアの方法を知らない
- ・ 疼痛などの症状への対策が不十分
- ・ 自覚症状の確認が困難で早期発見や対応の遅れ
- ・ 身体管理の優先、アパシーへの未対応

せん妄に対するケア

- ・ せん妄に気付かない
- ・ 不適切な疼痛管理、せん妄の原因となる薬剤使用、抑制、低栄養・脱水、活動低下
- ・ 家族への過度の負担

認知症に対するケア

BPSD(低活動):意欲低下、拒食、抑うつ

- ・ 気付かない、感染(尿路、呼吸器)の惹起
- ・ 低栄養や脱水、身体機能の低下

BPSD(過活動):焦燥、攻撃性、暴力

- ・ 評価法や対応法を知らない
- ・ 不適切な薬物療法や抑制
- ・ 低栄養や脱水の悪化
- ・ 家族への過度の負担

せん妄の遷延
認知症の進行
BPSDの悪化

身体疾患の悪化
入院期間の長期化
ADLの低下
在宅への移行困難

せん妄の原因である身体疾患が
より重症化し、転院や退院の対応は
事実上困難となる

BPSDに関するリスクの評価や
対応法などが、知られていない

構造上、急性期病院は、激しいBPSDへの対応力が脆弱
で対応は困難

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

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

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

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

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

記憶の障害
実行機能の障害
注意の障害
言語の障害
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・視空間認知の障害

付随する精神症状

抑うつ、緊張、不安、焦燥
睡眠障害、孤独感

身体症状

疼痛、掻痒、口渇、空腹、便秘、
頻尿、尿閉などの身体的苦痛を
適切に表現できない

社会関係

初めて出会う医療スタッフ
スタッフの交代
家族との分離・孤立

治療環境

複雑な説明や指示
慣れない入院環境
静脈ライン・カテーテル
転棟や転床
モニター音

不安や緊張の悪化
恐怖感や混乱の顕在化

認知症医療介護連携の課題

【知識 -14】

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

一般病院に求められる認知症対応における役割

【知識 -15】

- 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
- 3 入院中にせん妄やBPSDを出現させたり、悪化させたりしないための対応をとる
- 4 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
- 5 入院早期から退院後の地域生活に配慮した支援を行う
- 6 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

病院全体として求められる認知症対応の取り組み

【知識 -16】

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

具体的な対応方針

【知識 -17】

- ① 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
- ③ 認知機能障害の特性に配慮した対応を行う
- ④ 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】

- ① 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
- ③ 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

①意義と役割

②認知症の病態論

③施策・社会資源等

② 認知症の病態論

- ① 認知症の定義と診断基準
- ② 認知症の病態論
 - ① 認知症の原因疾患の特徴・病態
 - ② 認知機能障害とBPSD
 - ③ 認知症と鑑別すべき他の疾患
 - ④ せん妄の特徴や症状
 - ⑤ 認知症の薬物療法と非薬物的対応
 - ⑥ 若年性認知症の特徴
 - ⑦ 認知症の重度化予防
- ③ 認知症の予防と治療

認知症の概念

【知識 -19】

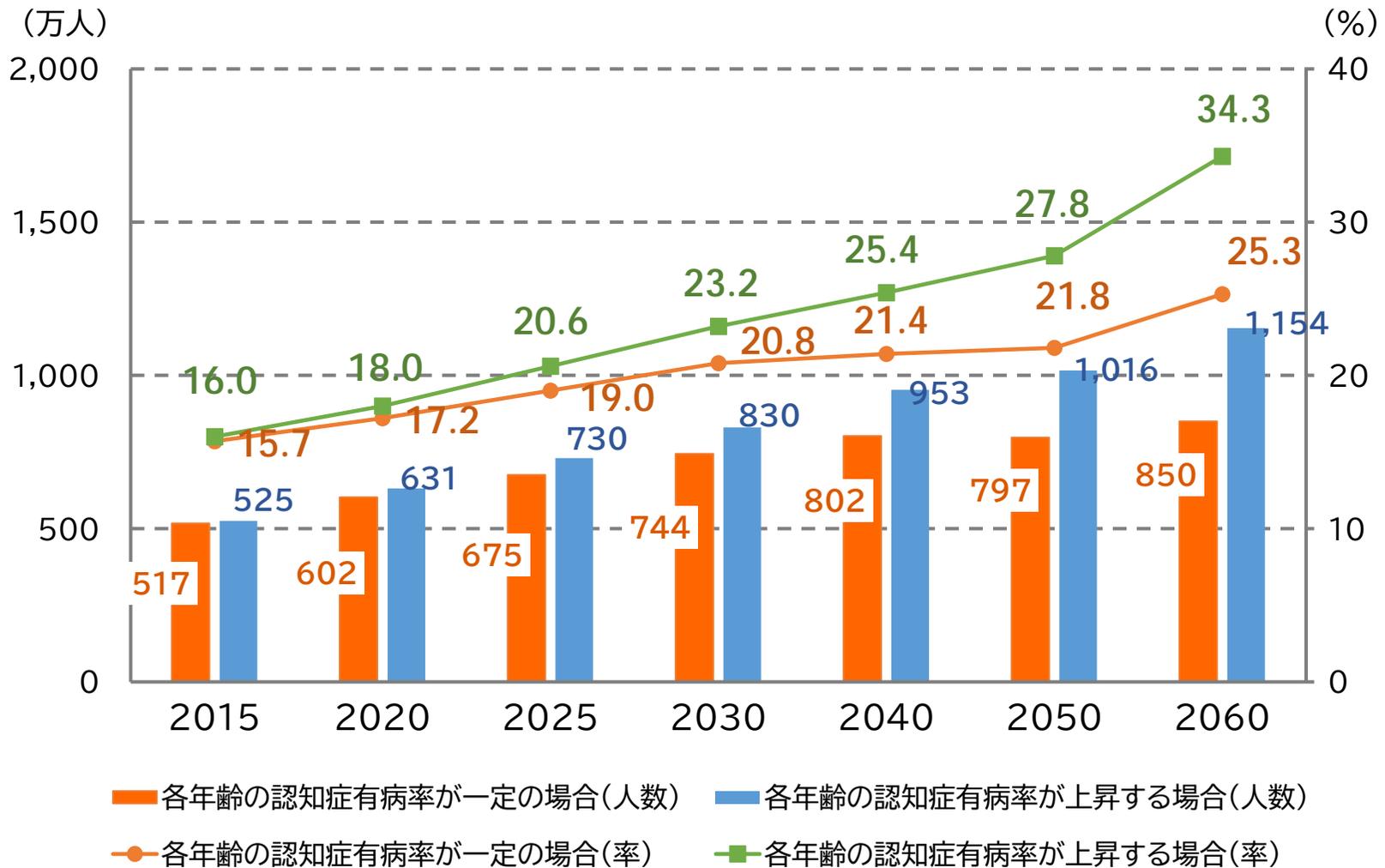
認知症とは

『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。

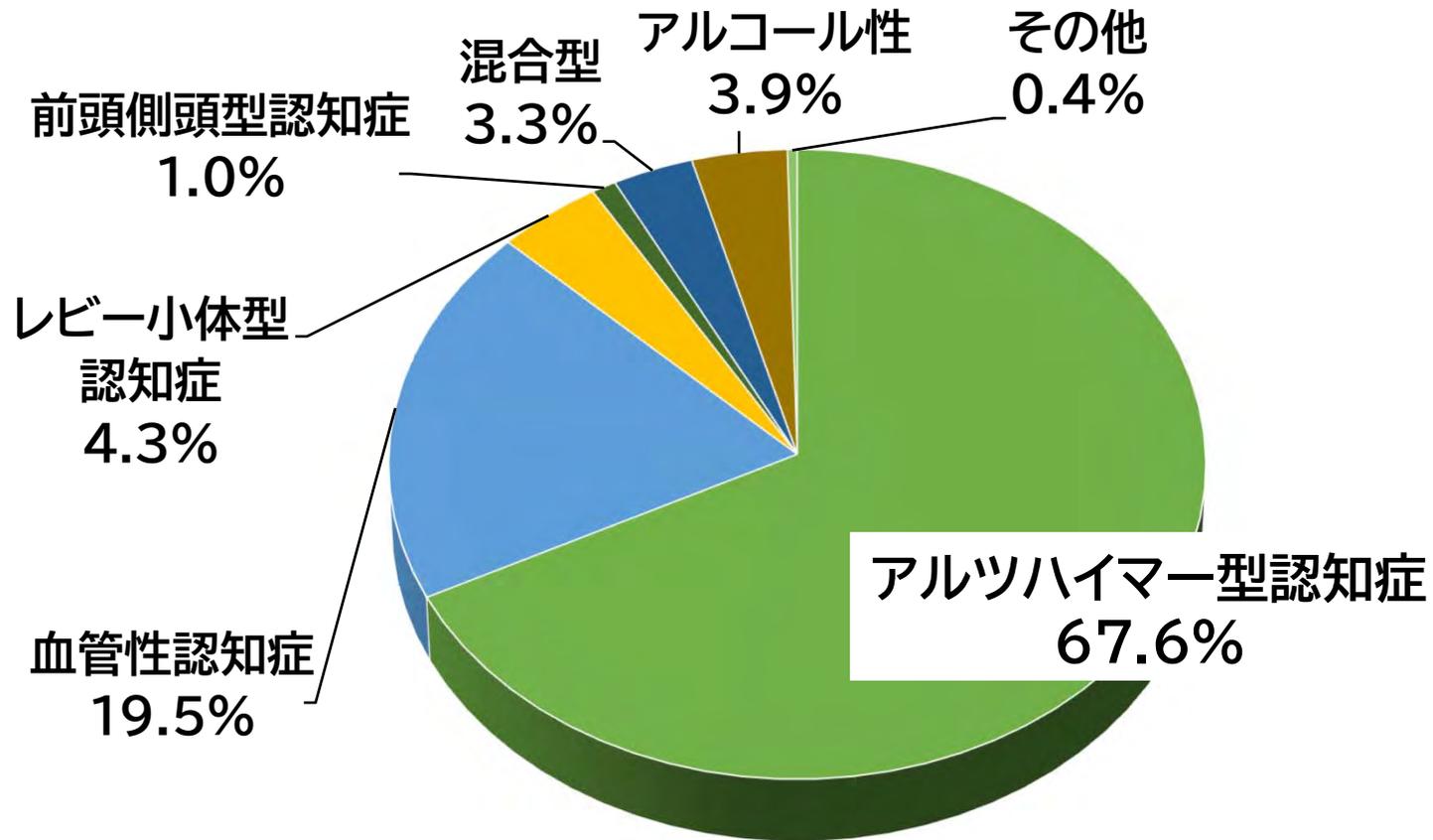
認知症高齢者数の推移

【知識 -20】



認知症の原因疾患

【知識 -21】



「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(平成25年5月報告)

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

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 style="list-style-type: none">◎海馬や大脳皮質を中心に、広範な神経細胞の脱落と、さまざまな程度の老人斑、神経原線維変化を認める認知症◎発症は潜行的で、進行は緩徐である。初期から、近時記憶障害が目立つのが特徴
血管性認知症	<ul style="list-style-type: none">◎脳梗塞や脳出血などの脳血管障害に関連して現れる認知症◎脳卒中発作後に急速に発症し、階段状に進行するものと、慢性虚血変化を背景に、潜行的に発症し、緩徐に進行するものがある
レビー小体型認知症	<ul style="list-style-type: none">◎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◎認知機能障害に加え、幻視、うつ、レム期睡眠行動異常症、パーキンソンニズム、自律神経症状等多彩な症状を呈する
前頭側頭葉変性症	<ul style="list-style-type: none">◎大脳の前頭葉や側頭葉を中心に神経変性を来たす◎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

アルツハイマー型認知症の診断

【知識 -24】

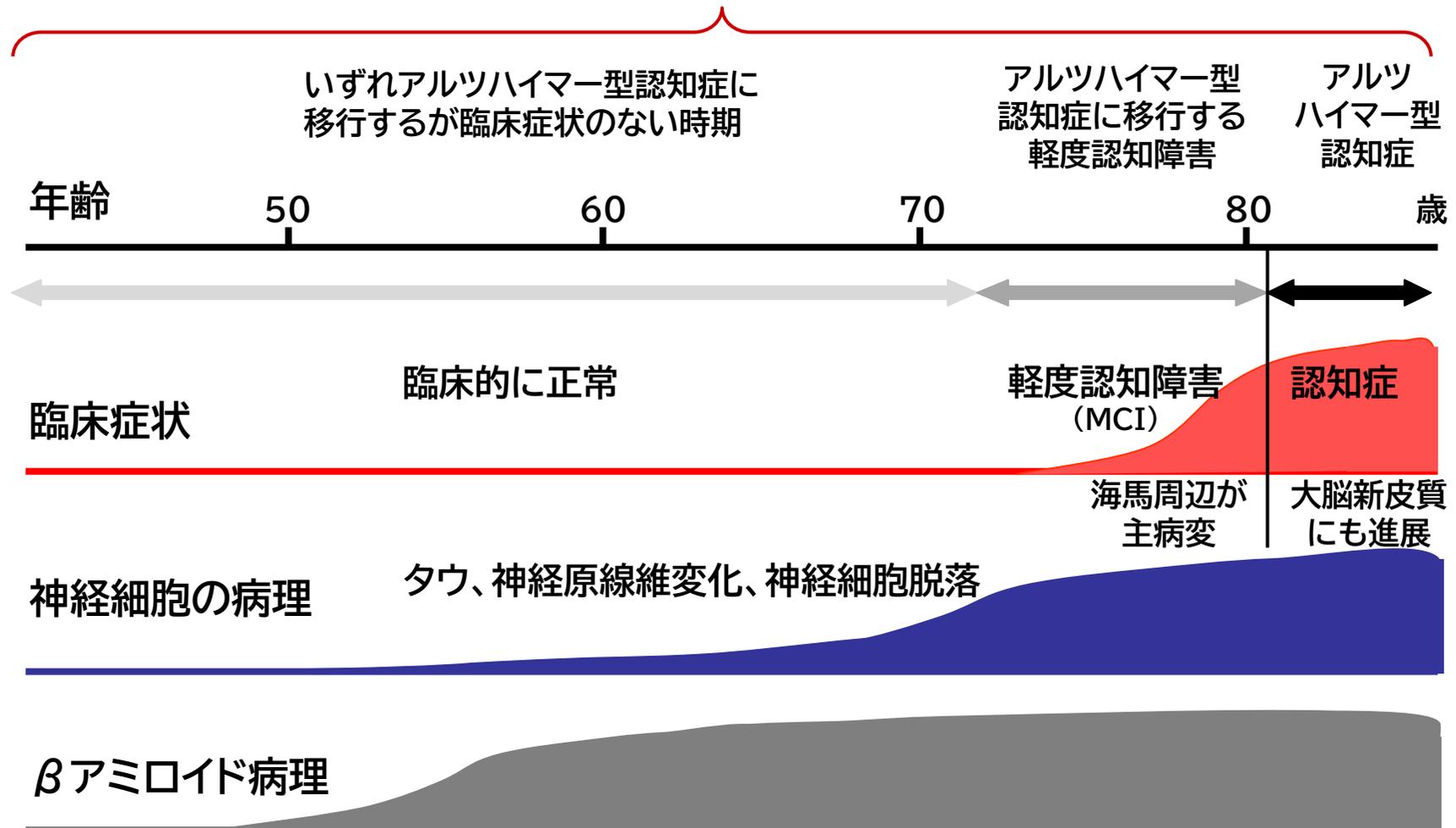
- A. 典型的には最初に記憶障害が潜行性に出現する
- B. ゆっくりではあるが着実に以前の認知機能のレベルから悪化し、疾患の進行とともに他の認知領域(実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)の障害を伴ってくる
- C. しばしば疾患の初期の段階で抑うつ気分やアパシーのような行動・心理症状を伴い、より進行した段階で精神病症状、易刺激性、攻撃、錯乱、歩行や移動の異常や痙攣を来す可能性がある
- D. 遺伝子検査で陽性であること、家族歴、徐々に認知機能が障害されることはアルツハイマー型認知症であることを強く示唆する

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

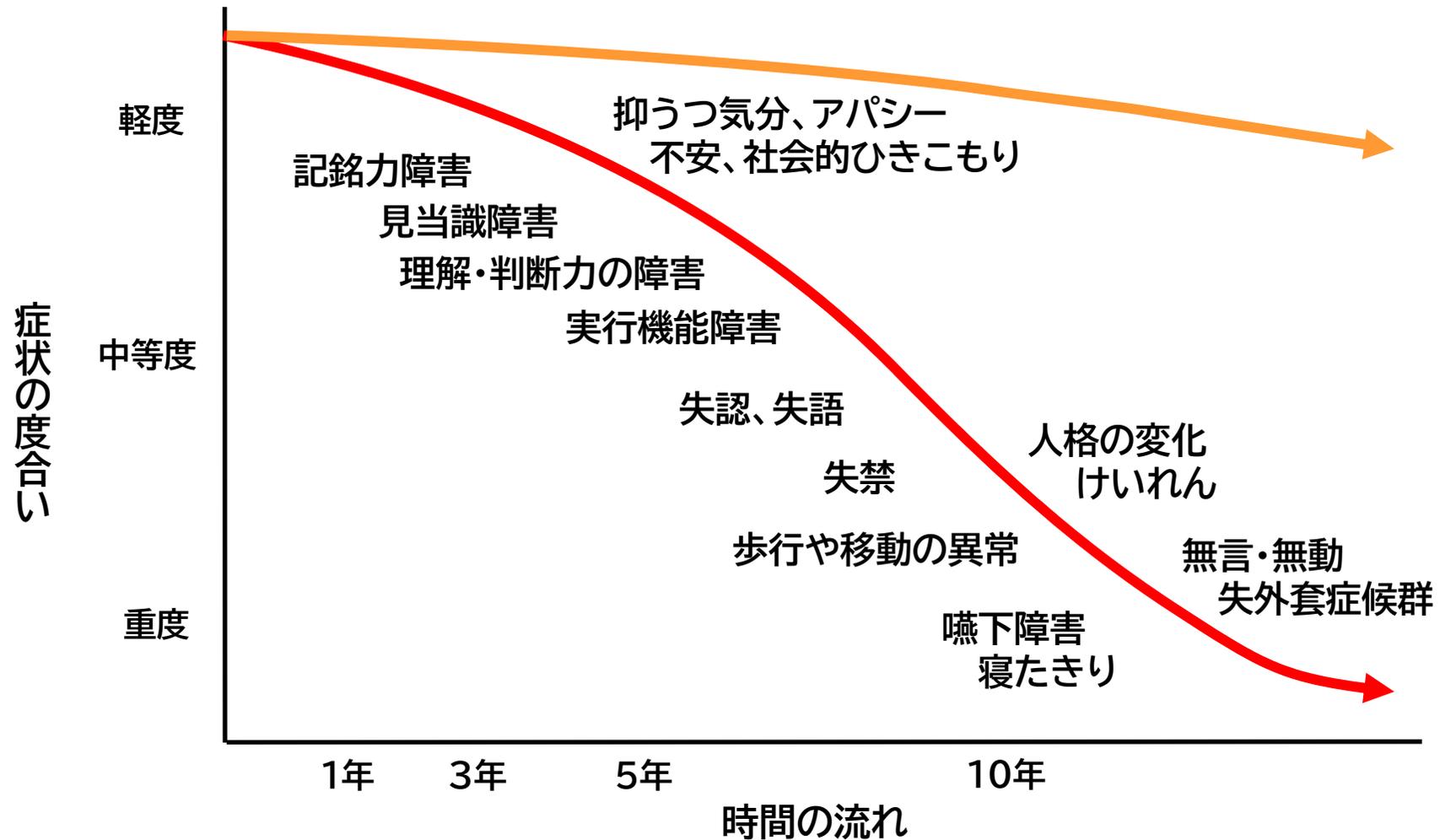
これらのすべての時期がアルツハイマー病



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



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

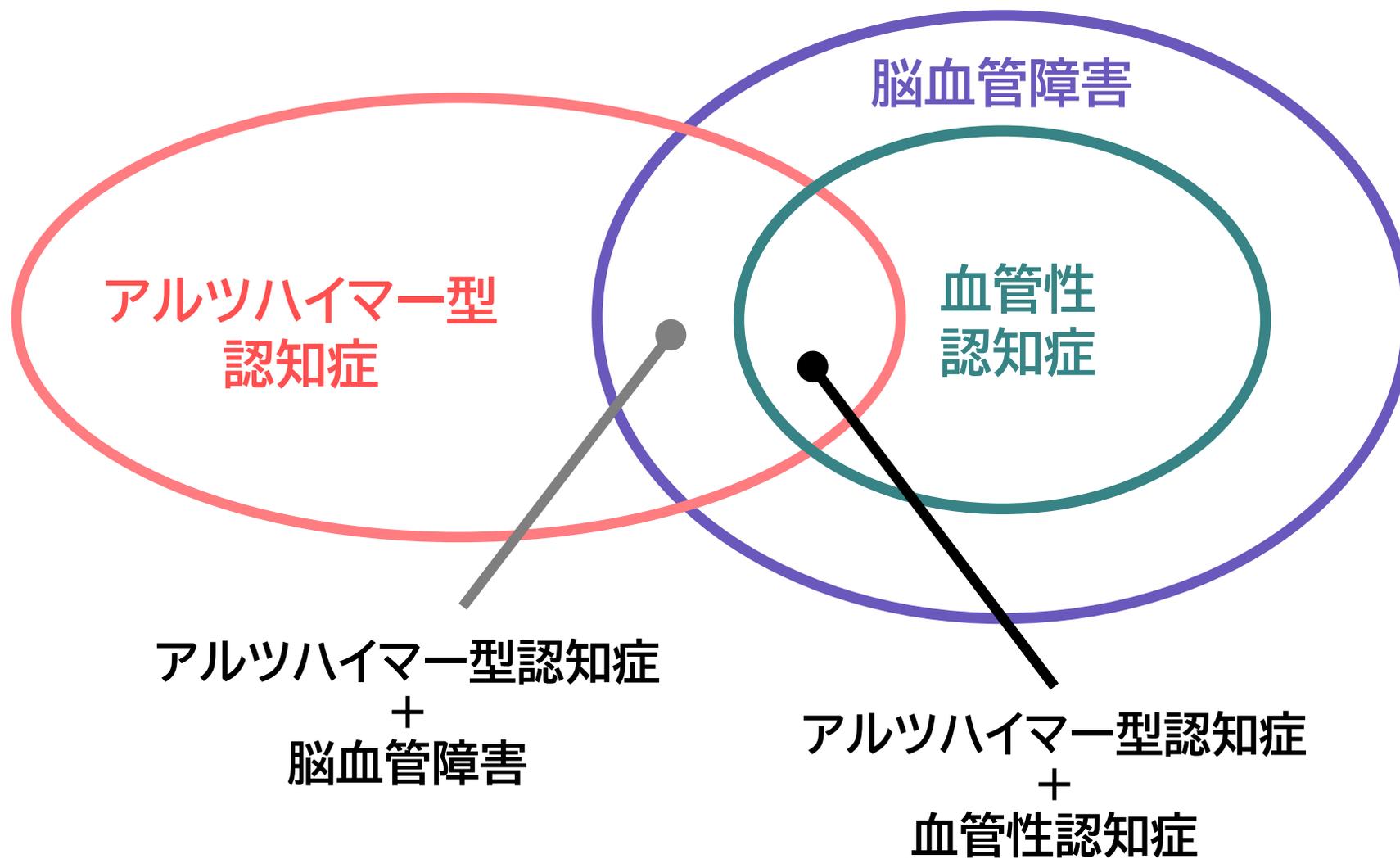
【知識 -28】

- 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

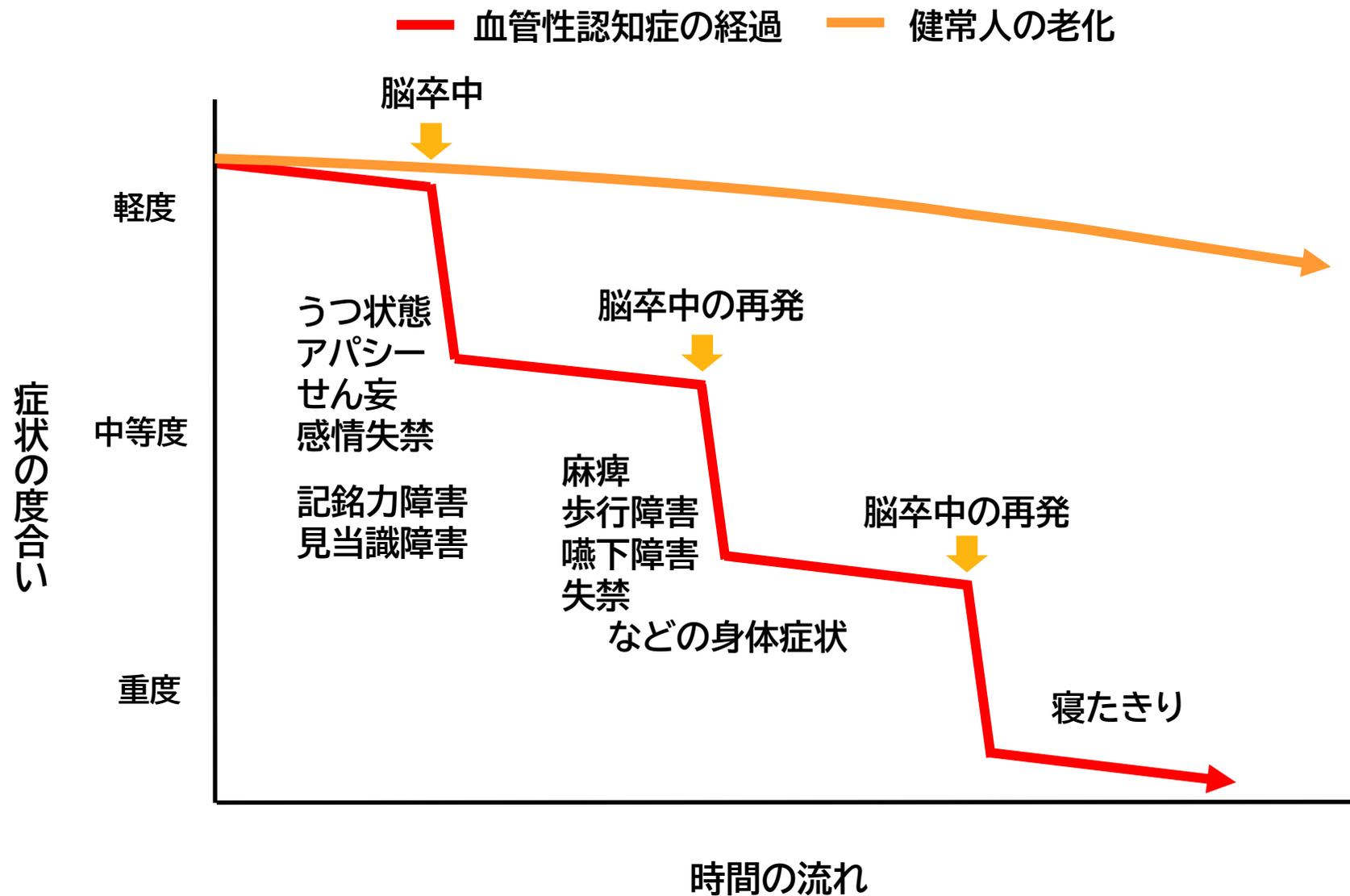
脳血管障害と認知症の関係

【知識 -29】



血管性認知症の症状と経過

【知識 -30】



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

+

中核的特徴

- 認知機能の変動
- 具体的な幻視
- レム期睡眠行動異常症
- パーキンソニズム
(動作緩慢、寡動、静止時振戦、筋強剛)

指標的バイオマーカー

- SPECTまたはPET
 - MIBG心筋シンチグラフィ
 - 睡眠ポリグラフ検査
- などで示される特徴的な所見

- 抗精神病薬に対する過敏性
- 失神・原因不明の意識障害
- 著明な自律神経障害
(便秘・起立性低血圧・尿失禁)

- 姿勢の不安定さ
- 繰り返す転倒
- 幻視以外の幻覚

- 嗅覚障害
- 過眠
- 妄想

- アパシー
- 不安
- 抑うつ

支持的特徴

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

- 認知機能の変動
- 注意障害
- 視空間認知障害
- 遂行機能障害
- 処理速度の低下 など

行動・心理症状

- レム期睡眠行動異常
- 幻覚 ● 妄想
- うつ ● 興奮
- 過眠
- アパシー など

パーキンソニズム

- 筋強剛
- 寡動
- 安静時振戦
- 姿勢反射障害 など

自律神経障害

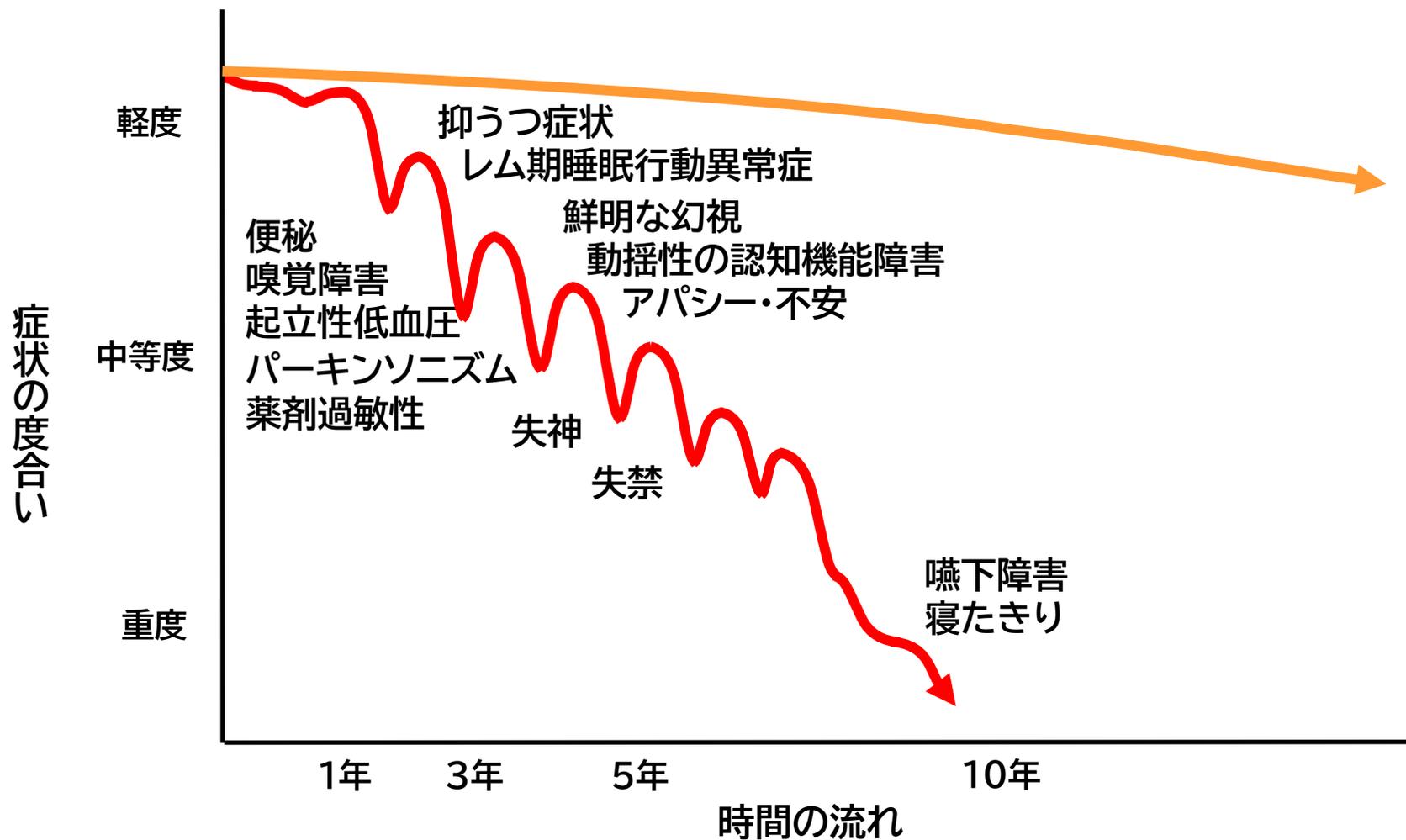
- 起立性低血圧
- 排尿障害
- 便秘
- 発汗障害 など

レビー小体型認知症の自然経過

【知識 -34】

— レビー小体型認知症の自然経過

— 健常人の老化



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)
- **レム期睡眠行動異常症**
(大声の寝言、眠っているときの激しい体の動き)
- **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)

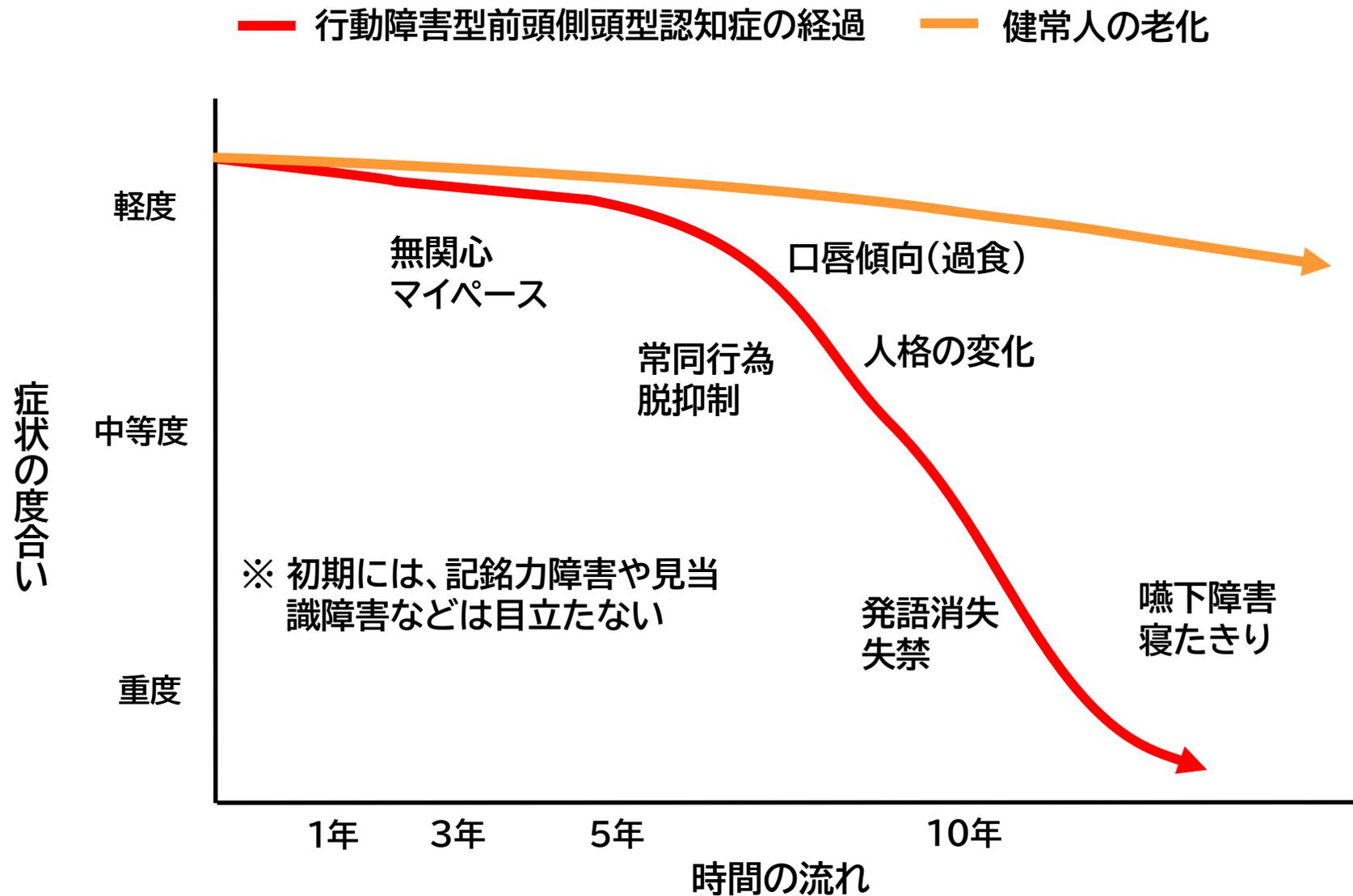


3) 特徴：

- ・ 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)

行動障害型前頭側頭型認知症の自然経過

【知識 -37】



前頭側頭葉変性症の初期に多い症状

【知識 -38】

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 style="list-style-type: none">・ 脱抑制的行動・ 常同行為 (時刻表的生活・反復行為)・ 食行動異常 (過食・嗜好変化・口唇傾向)・ 無関心・共感の欠如
意味性認知症	<ul style="list-style-type: none">・ 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	<ul style="list-style-type: none">・ 発話自体がゆっくりで努力性になる

② 認知症の病態論

- ① 認知症の原因疾患の特徴・病態
- ② 認知機能障害とBPSD
- ③ 認知症と鑑別すべき他の疾患
- ④ せん妄の特徴や症状
- ⑤ 認知症の薬物療法と非薬物的対応
- ⑥ 若年性認知症の特徴
- ⑦ 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

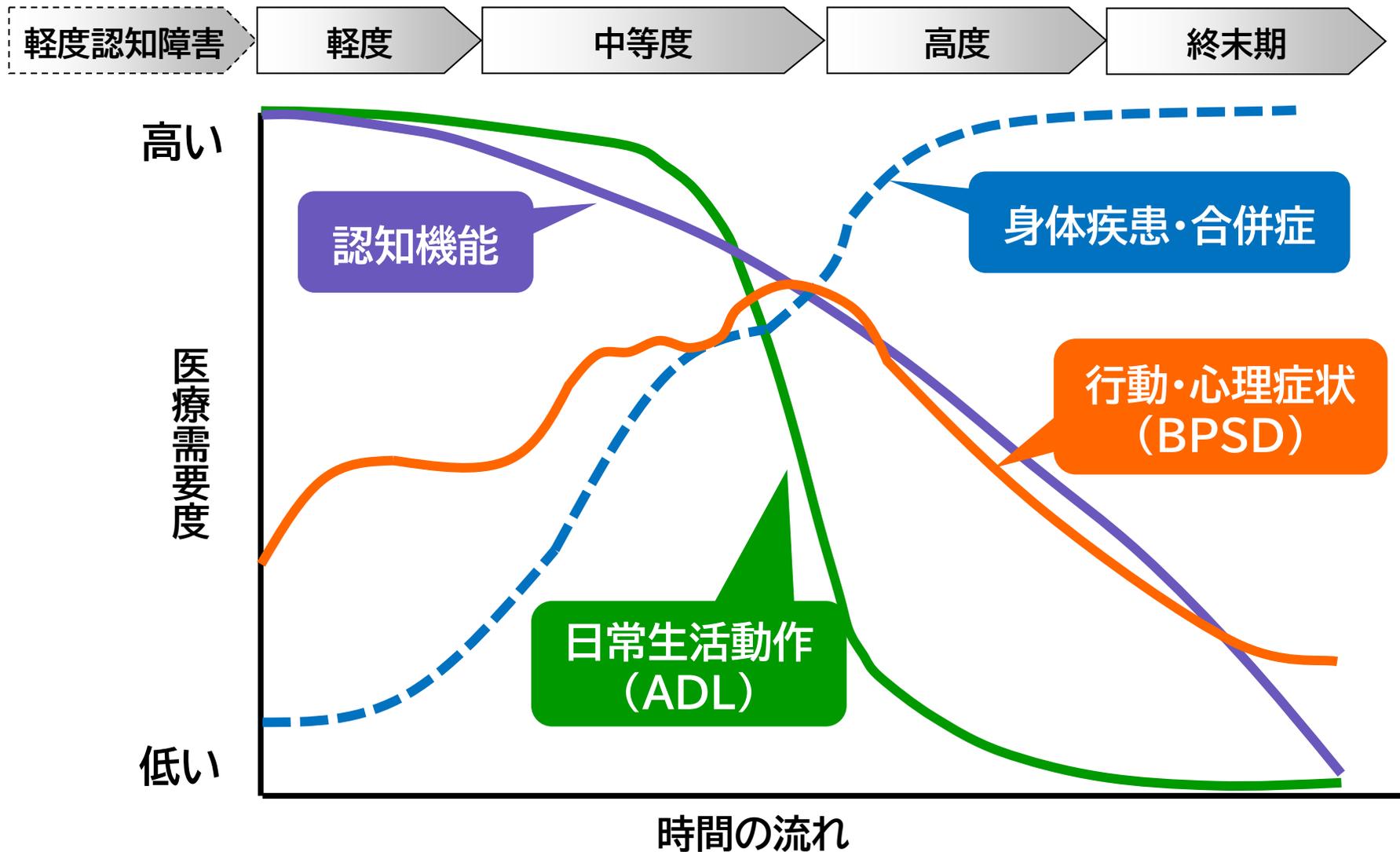
【行動症状】

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

【知識 -41】

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

記憶障害

【知識 -42】

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つの過程の障害

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

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」と分かっているにもかかわらず、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

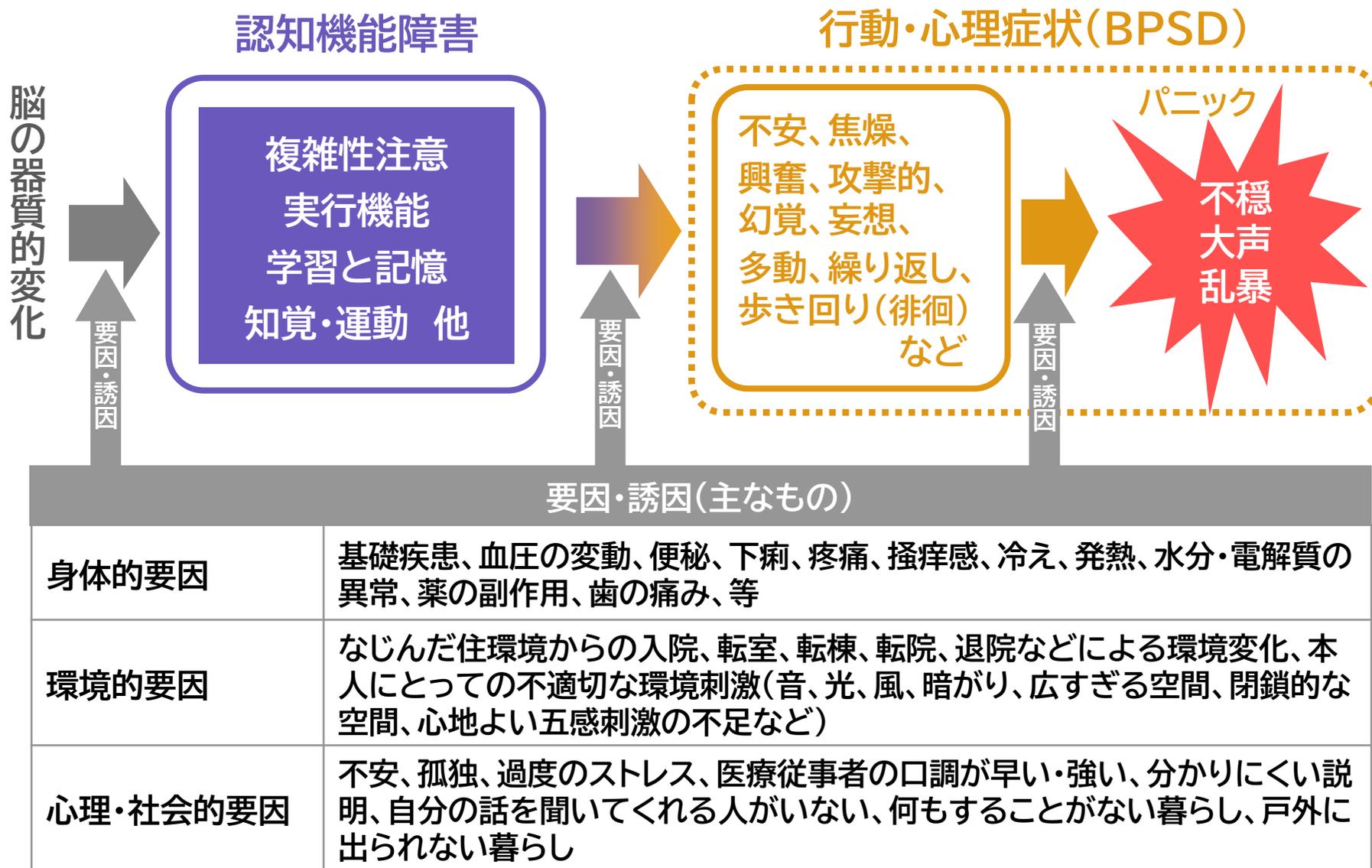
具体的な症状

- 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

認知症の症状と要因・誘因

【知識 -51】



BPSDの4つの要因

【知識 -52】

BPSDのタイプに応じた対応や治療が重要

活動亢進にかかわる症状

- ▶ 焦燥性興奮
- ▶ 易刺激性
- ▶ 脱抑制 など

精神病様症状

- ▶ 幻覚(幻視、幻聴)
- ▶ 妄想(もの盗られ妄想、被害妄想) など

BPSD の要因

感情障害がかかわる症状

- ▶ 不安
- ▶ 抑うつ
- ▶ 焦燥 など

アパシーがかかわる症状

- ▶ 自発性や意欲の低下
- ▶ 情緒の欠如 など

認知症のBPSDと具体的な症状の例

【知識 -53】

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	実際には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まんできなかつたりする
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

各認知症の頻度の高いBPSD

【知識 -54】

分類	BPSD
アルツハイマー型認知症	<ul style="list-style-type: none">・ 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

- ① 認知症の定義
 - ② 認知症の病態論
 - ③ 認知症の診断
 - ④ 認知症の予防
 - ⑤ 認知症のケア
 - ⑥ 認知症の法律
 - ⑦ 認知症の倫理
 - ⑧ 認知症の社会
 - ⑨ 認知症の未来
- ① 認知症の原因疾患の特徴・病態
 - ② 認知機能障害とBPSD
 - ③ 認知症と鑑別すべき他の疾患
 - ④ せん妄の特徴や症状
 - ⑤ 認知症の薬物療法と非薬物的対応
 - ⑥ 若年性認知症の特徴
 - ⑦ 認知症の重度化予防

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】

認知症の疑い・認知機能障害の疑い

認知症と鑑別
すべき状態や疾患

- 除外 → 加齢による健忘(正常範囲内)
- 除外 → 軽度認知障害
- 除外 → せん妄
- 除外 → うつ病
- 除外 → 薬物の影響
- 除外 → アルコールによる影響
- 除外 → 他の精神障害(妄想性障害、知的障害など)

治療により改善が
見込める認知症

- 除外 → 内分泌・代謝疾患
- 除外 → 炎症性疾患(脳炎)
- 除外 → 正常圧水頭症
- 除外 → 脳腫瘍
- 除外 → 慢性硬膜下血腫
- 除外 → てんかん

認知症

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

参照)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) を参照、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
(日常生活に支障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
(移行率は年間5～10%、回復率は年間16～41%)
- 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

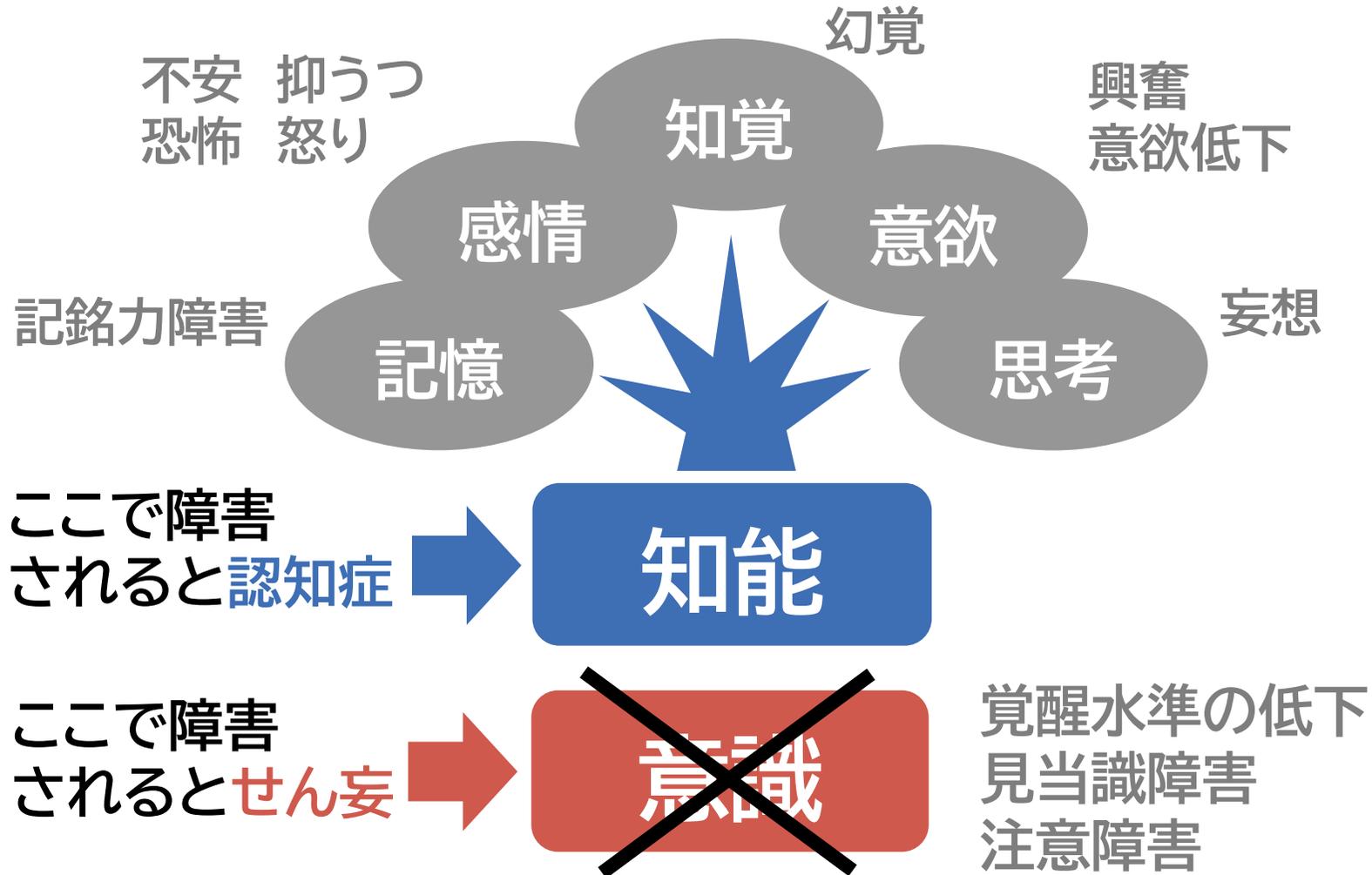
【知識 -61】

		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
認知症	軽度	障害が出現し、支援が必要	自立
	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

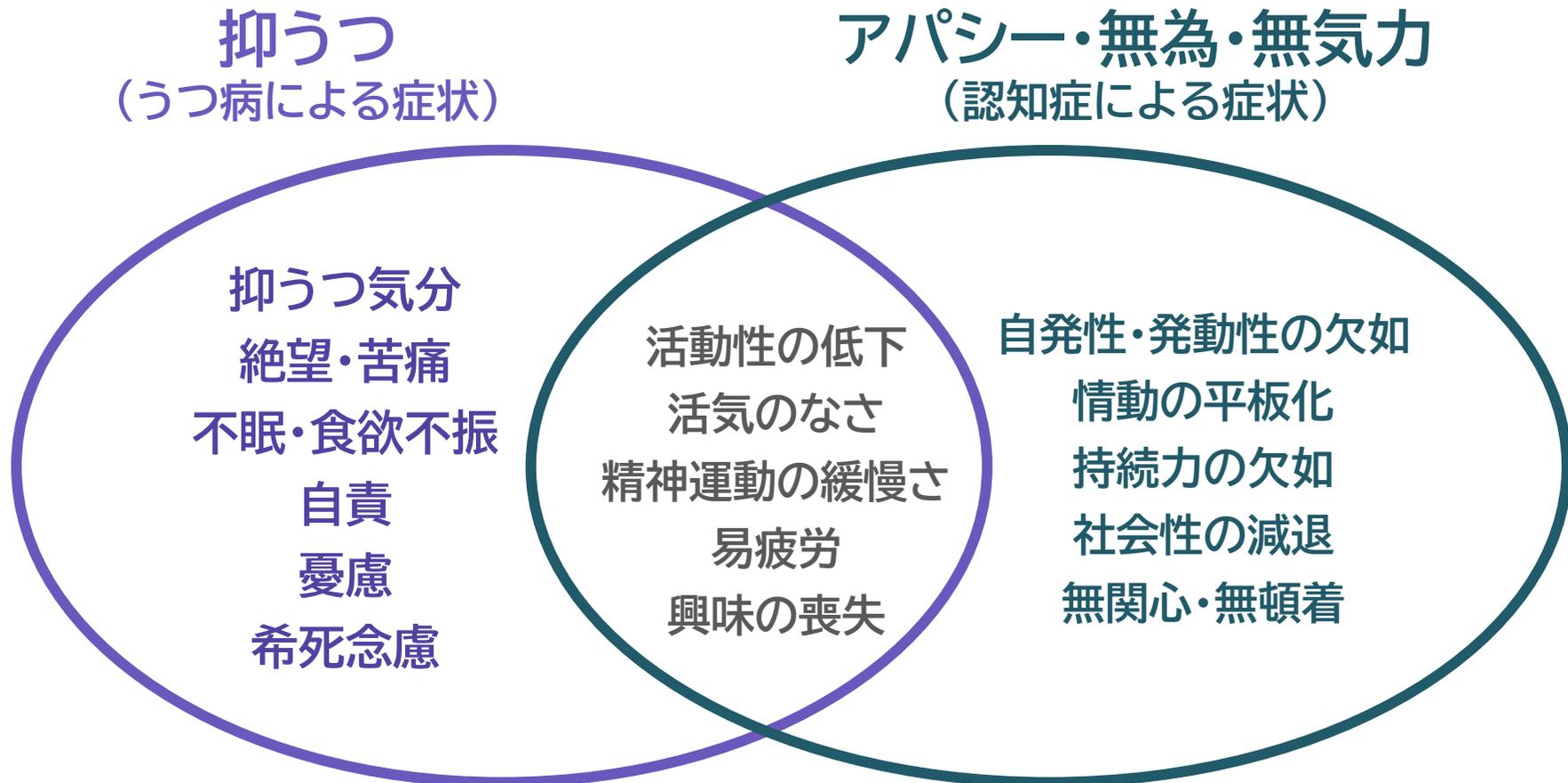
留意点

- 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



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①または②）

- ① 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
- ③ 急な体重増加または体重減少(食欲減退または亢進)
- ④ 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/気持ちも体も動かさない
- ⑥ 疲労感または気力減退
- ⑦ 無価値感または罪悪感
- ⑧ 思考力や集中力の減退、決断困難
- ⑨ 死や自殺について考える、自殺の企図・計画

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

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

抗精神病薬

催眠薬

鎮静薬

抗うつ薬

抗不安薬

向精神薬以外の薬剤（主なもの）

抗パーキンソン病薬

循環器病薬（ジギタリス、利尿剤 など）

鎮痛薬（オピオイド、NSAIDs）

副腎皮質ステロイド

抗菌薬、抗ウイルス薬

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

薬剤に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	<ul style="list-style-type: none">・ 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	<ul style="list-style-type: none">・ 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	<ul style="list-style-type: none">・ 大腿骨頸部骨折・ 骨粗鬆症
皮膚科疾患	<ul style="list-style-type: none">・ 褥瘡・ 蜂窩織炎・ 帯状疱疹
眼科・耳鼻科疾患	<ul style="list-style-type: none">・ 難聴・ 耳垢栓塞・ 緑内障・ 白内障
歯科疾患	<ul style="list-style-type: none">・ う蝕・ 歯周病・ 口内炎・ 義歯不適合

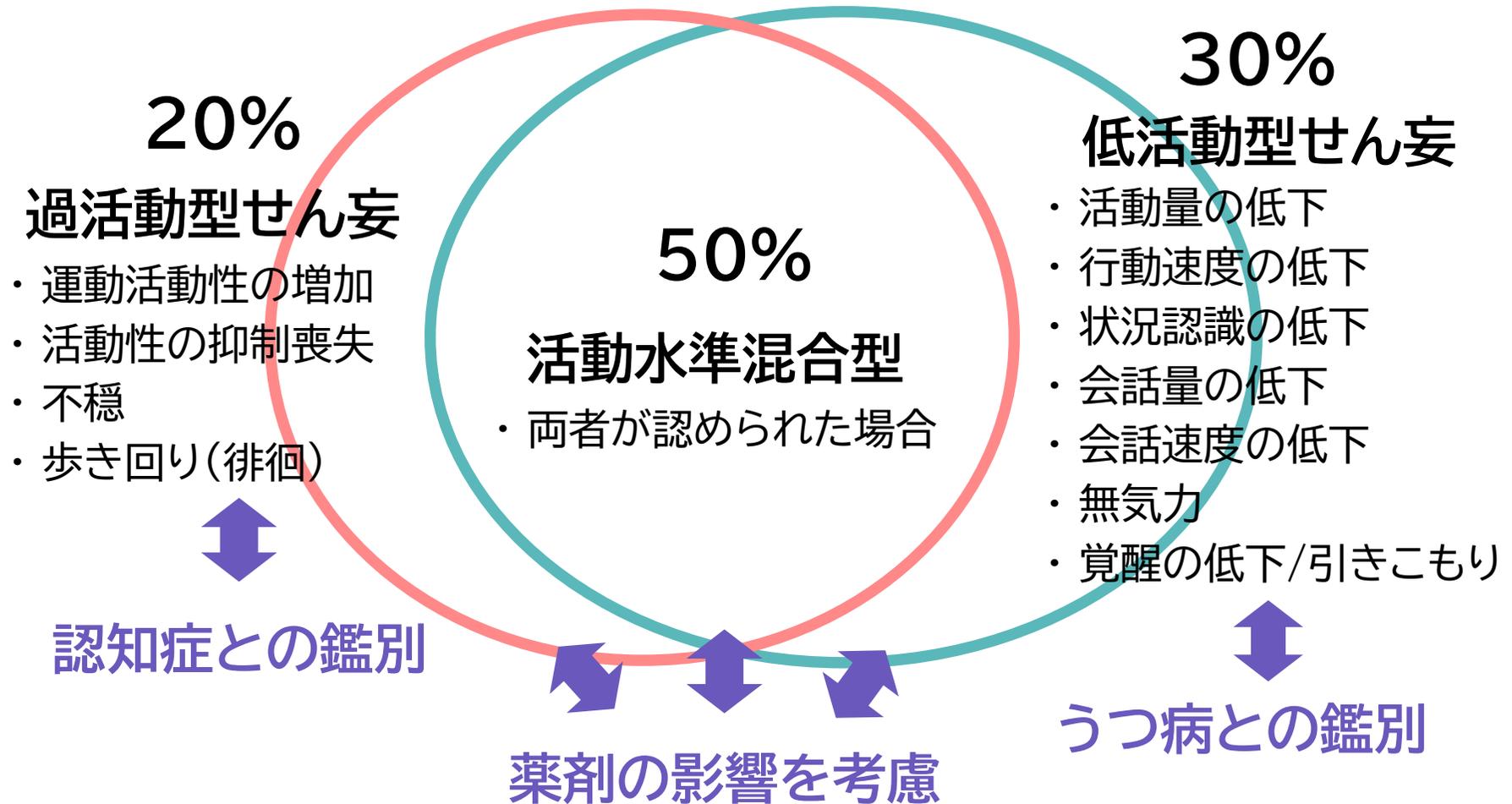
② 認知症の病態論

- ① 認知症の原因疾患の特徴・病態
- ② 認知機能障害とBPSD
- ③ 認知症と鑑別すべき他の疾患
- ④ **せん妄の特徴や症状**
- ⑤ 認知症の薬物療法と非薬物的対応
- ⑥ 若年性認知症の特徴
- ⑦ 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



せん妄の種類

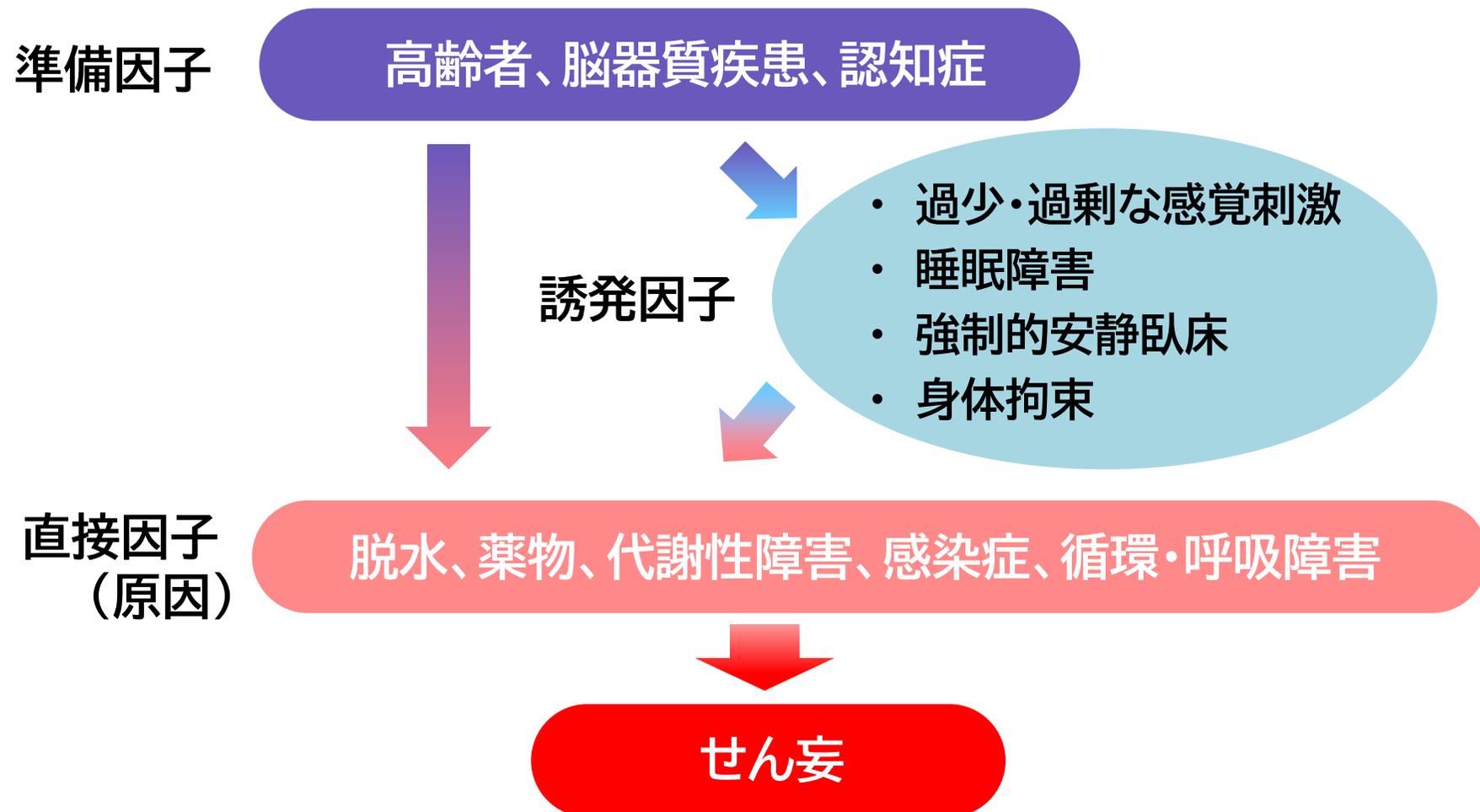
【知識 -73】

種類	症状
夜間せん妄	脳血管障害や認知症などで、昼間は症状がなく夕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

せん妄の発症

【知識 -74】

準備因子に誘発因子や直接的な原因など複数の要因が重なり発症



せん妄の原因

【知識 -75】

<p>準備因子</p> <p>せん妄を起こしやすくする因子</p>	<ul style="list-style-type: none">● 高齢● 認知機能障害● 脳梗塞など頭部疾患の既往● せん妄の既往● アルコール多飲 など
<p>誘発因子</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none">● 環境変化（入院、転室、明るさ、騒音など）● 睡眠障害（不眠、睡眠覚醒リズム障害など）● 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）● 精神的要因（抑うつ、不安など）
<p>直接因子(原因)</p> <p>せん妄発症に直接関わる因子</p>	<ul style="list-style-type: none">● 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● 依存性薬物からの離脱

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

◎ 抗がん剤

◎ 免疫抑制薬

◎ 抗菌薬

◎ その他

せん妄の臨床的特徴

【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

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 :Memorial Delirium Assessment Scale、DST:Delirium Screening Tool、
NEECHAM :NEECHAM Confusion Scale、CDT:Clock Drawing Test、MMSE:Mini Mental State Examination

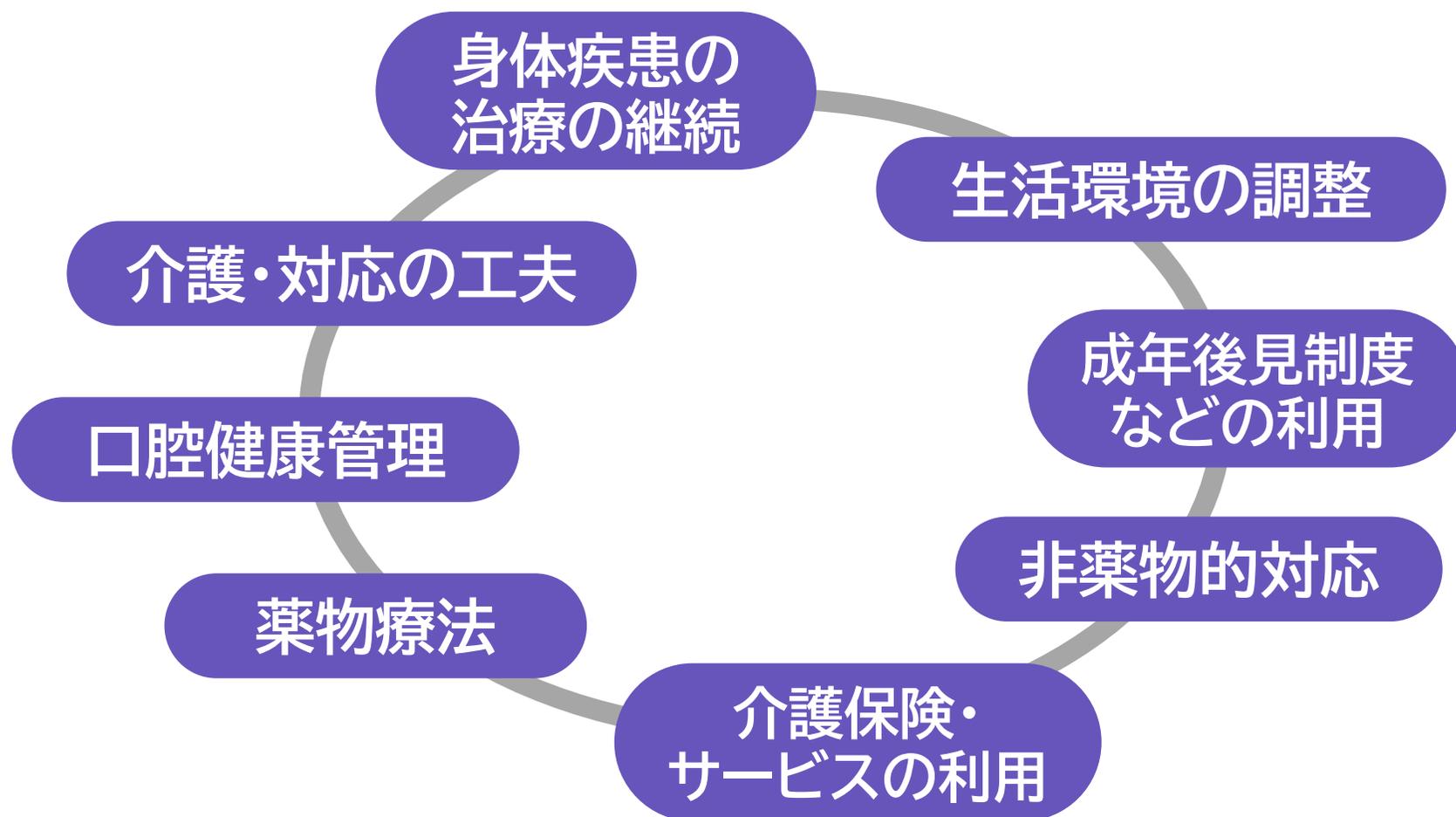
② 認知症の病態論

- ① 認知症の定義と診断基準
 - ② 認知症の病態論
 - ③ 認知症の予防と治療
 - ④ 認知症の社会福祉と介護
 - ⑤ 認知症の法律と倫理
 - ⑥ 認知症の家族支援
 - ⑦ 認知症の地域連携
 - ⑧ 認知症の国際動向
 - ⑨ 認知症の未来展望
- ① 認知症の原因疾患の特徴・病態
 - ② 認知機能障害とBPSD
 - ③ 認知症と鑑別すべき他の疾患
 - ④ せん妄の特徴や症状
 - ⑤ 認知症の薬物療法と非薬物的対応
 - ⑥ 若年性認知症の特徴
 - ⑦ 認知症の重度化予防

認知症のマネジメント(トータルケア)

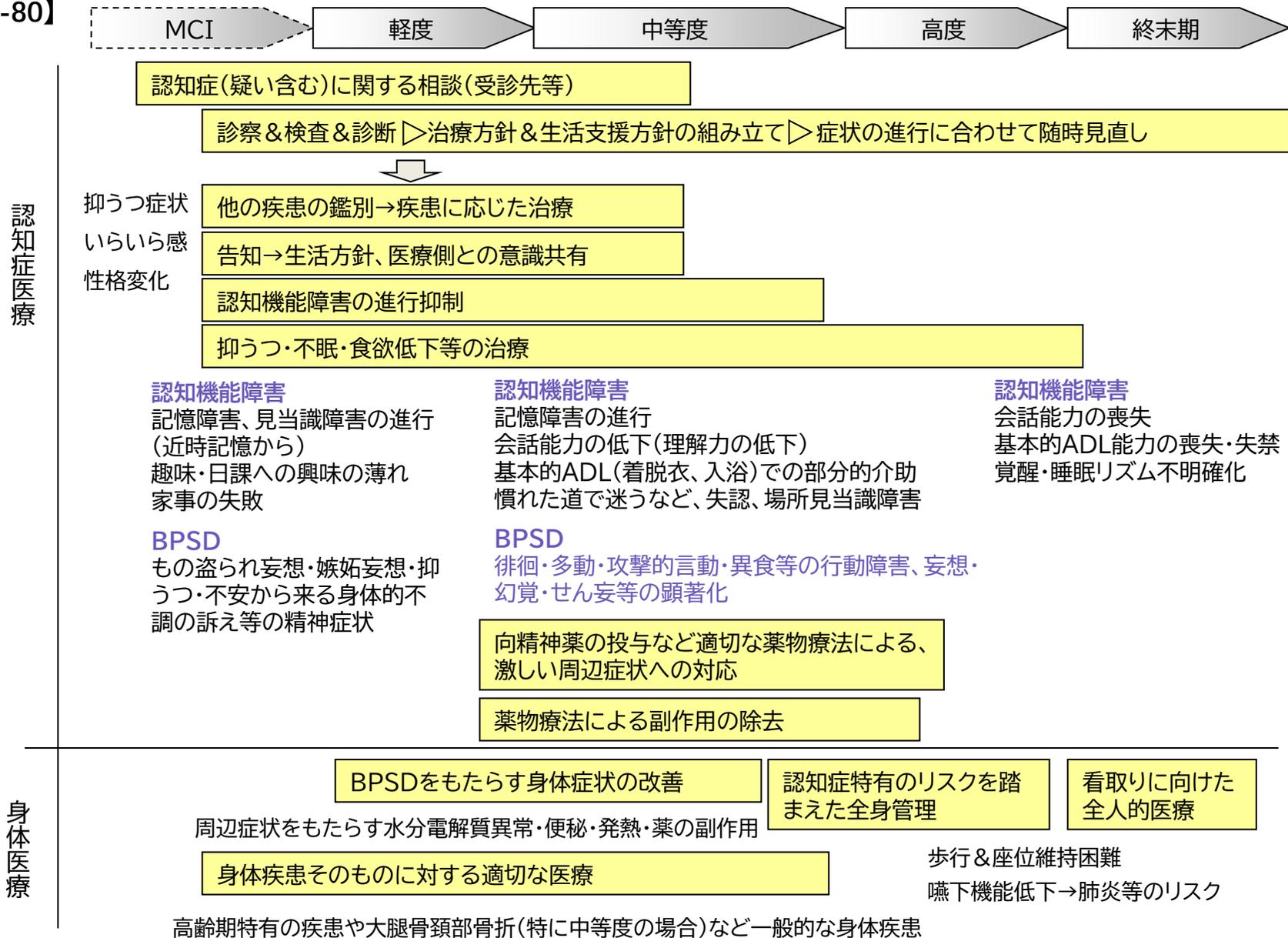
【知識 -79】

薬物療法と非薬物的対応を組み合わせた治療を継続し、
利用可能なサービスの導入や制度の活用を考慮する



変性疾患の場合の認知症の経過と医療

【知識 -80】



認知症の非薬物的対応

【知識 -81】

認知症の人への介入

- 運動療法
- 音楽療法
- 作業療法
- 日常生活動作訓練
- レクリエーション
- 回想法
- 認知機能訓練

など

介護者・家族への支援

- ◎ 心理的サポート
- ◎ コミュニケーション等のスキル教育
- ◎ 疾病・医療等に関する情報提供
- ◎ レスパイトケア
- ◎ 家族会・教室の紹介

など

認知症の非薬物療法

【知識 -82】

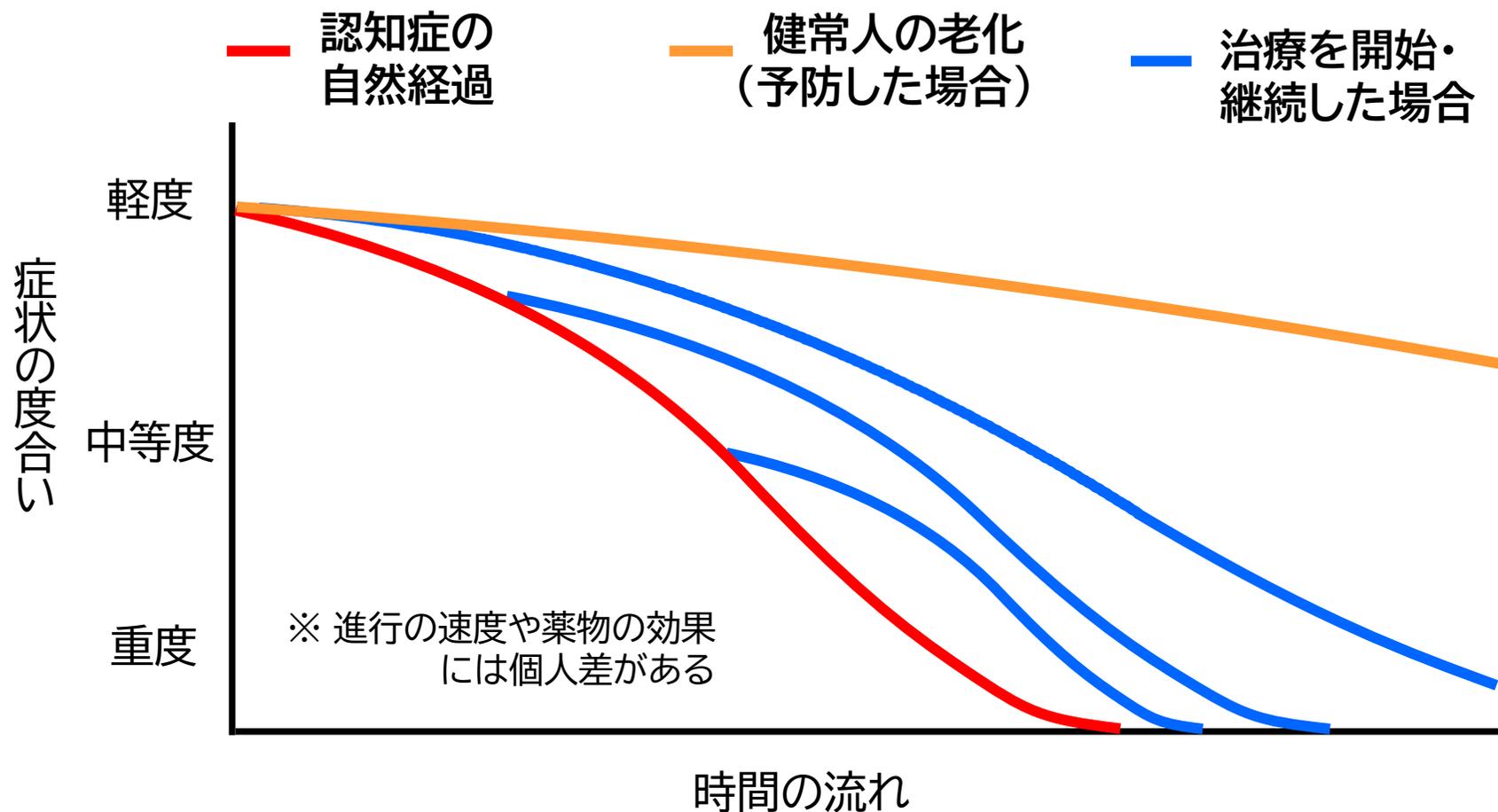
運動療法	運動療法は、関節機能の改善、筋力の増強、全身耐久性の向上、動作の改善、転倒予防、痛みの緩和だけでなく、実行機能や視空間認知などの認知機能の改善にも効果がある
音楽療法	音楽療法は、音楽を聴く、歌う、演奏、リズム運動等のプログラムがあり、不安や痛みの軽減、精神的な安定、自発性・活動性の促進、コミュニケーションの支援、脳の活性化などの効果がある
回想法	回想法は、昔の懐かしい写真や音楽、昔使っていた馴染み深い家庭用品などを見たり、触れたりしながら、昔の経験や思い出を語り合う一種の心理療法
認知機能訓練	記憶、注意、問題解決など認知機能の特定の領域に焦点をあて、個々の機能レベルに合わせた課題を行う
認知刺激	認知機能や社会機能の全般的な強化を目的に、通常はグループにて、活動やディスカッションなどを行う
認知リハビリテーション	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

【知識 -83】

早期診断や早期治療と適切な薬物療法の継続が重要



アルツハイマー型認知症 認知症治療薬の薬理的な差異

【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)	1回	2回	1回	1回
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	肝臓 (CYP3A4>2D6)	肝臓 (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、ドライシロップ

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

【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
- ・ 体重減少 ・ 便秘 ・ 頭痛 など

※ 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か確認することが重要である。

BPSDへの対応

【知識 -86】

前提

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

1. 症状のアセスメント

- 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

BPSDの薬物療法を開始する際の確認要件

【知識 -87】

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
(あれば精神科受診が望ましい)
- 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

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

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
 - ・ 睡眠時周期性四肢運動障害
 - ・ 概日リズム睡眠－覚醒障害
 - ・ レストレスレッグス症候群
 - ・ レム期睡眠行動異常症
 - ・ 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**

② 認知症の病態論

- ① 認知症の定義と診断基準
 - ② 認知症の病態論
 - ③ 認知症の予防と治療
 - ④ 認知症の社会的課題
 - ⑤ 認知症の家族支援
 - ⑥ 認知症の介護
 - ⑦ 認知症の法律
 - ⑧ 認知症の倫理
 - ⑨ 認知症の国際動向
- ① 認知症の原因疾患の特徴・病態
 - ② 認知機能障害とBPSD
 - ③ 認知症と鑑別すべき他の疾患
 - ④ せん妄の特徴や症状
 - ⑤ 認知症の薬物療法と非薬物的対応
 - ⑥ 若年性認知症の特徴
 - ⑦ 認知症の重度化予防

若年性認知症

【知識 -90】

- 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

日本医療研究開発機構認知症研究開発事業による「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多元的データ共有システムの開発(令和2年3月)」

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

- ① 認知症の定義と診断基準
- ② 認知症の病態論
- ③ 認知症の予防と治療
- ④ 認知症の社会的課題
- ⑤ 認知症の家族支援
- ⑥ 認知症の介護
- ⑦ 認知症の法律
- ⑧ 認知症の倫理
- ⑨ 認知症の重症化予防

認知症の予防の考え方

【知識 -92】

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
- 役割の保持
- 介護予防事業や健康増進事業の活用

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
- 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

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（再掲）

【知識 -93】

基本的考え方

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

具体的な施策の5つの柱

① 普及啓発・本人発信支援

② 予防

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

④ 認知症バリアフリーの推進・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

認知症の人や家族の視点の重視

認知症の本人の視点を重視したアプローチ

【知識 -94】

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

認知症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

本人重視の主な施策

【知識 -95】

本人にとってのよりよい暮らしガイド

平成29年度老人保健健康増進等事業
「認知症診断直後等における認知症の人の視点を重視した
支援体制構築推進のための調査研究事業」報告書より



一般社団法人 日本認知症本人ワーキンググループ 認知症とともに生きる希望宣言

1

自分自身がとらわれている常識の殻を破り、
前を向いて生きていきます。

2

自分の力を活かして、大切にしたい暮らしを続け、
社会の一員として、楽しみながらチャレンジしていきます。

3

私たち本人同士が、出会い、つながり、
生きる力をわき立たせ、元気に暮らしていきます。

4

自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人たちを、
身近なまちで見つけ、一緒に歩んでいきます。

5

認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、
暮らしやすいわがまちを一緒につくっていきます。

認知症とともに生きる希望宣言

日本認知症本人ワーキンググループ
(平成30年11月1日)

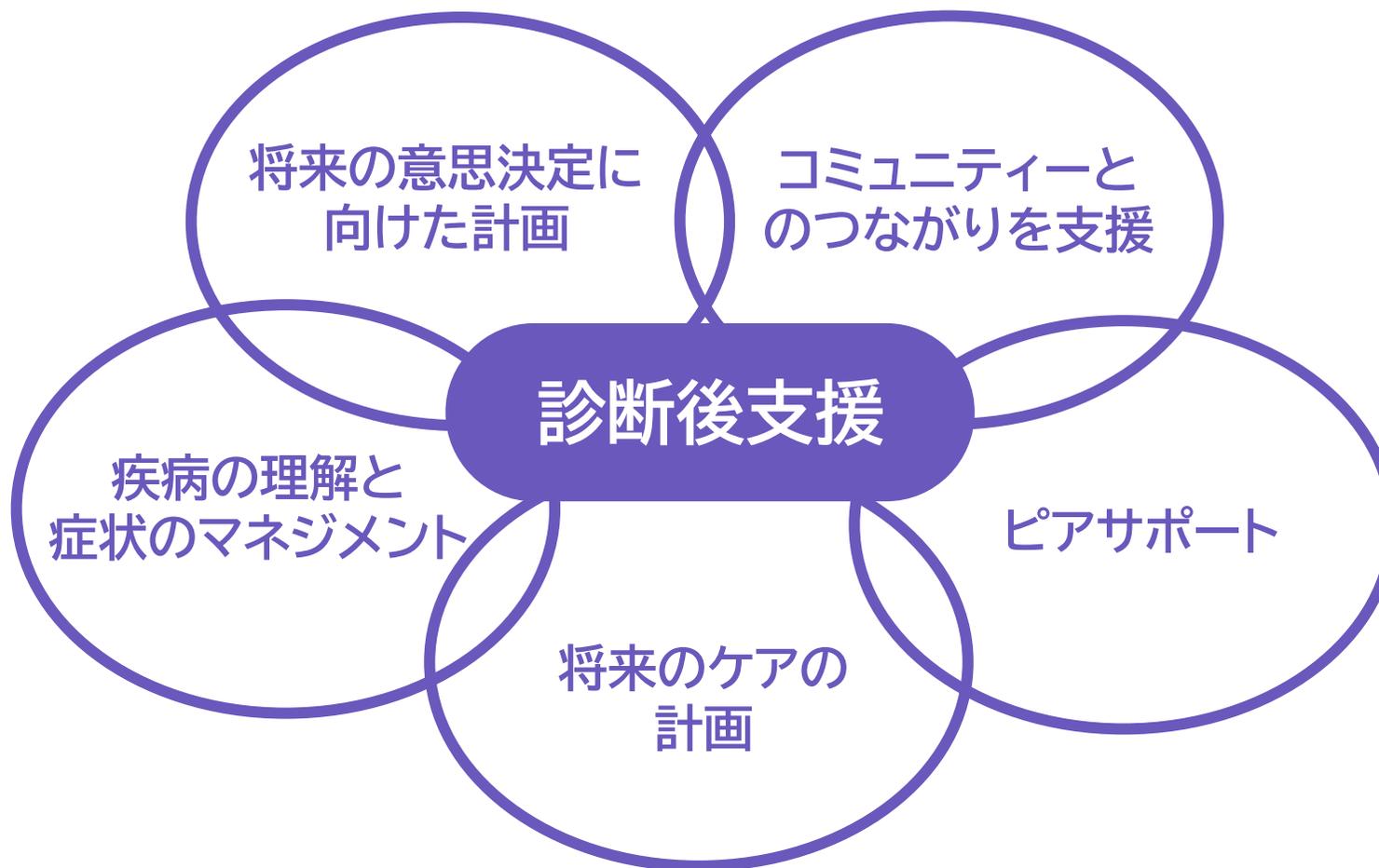
<http://www.jdwg.org/statement/>



診断後の早い段階からの支援

【知識 -96】

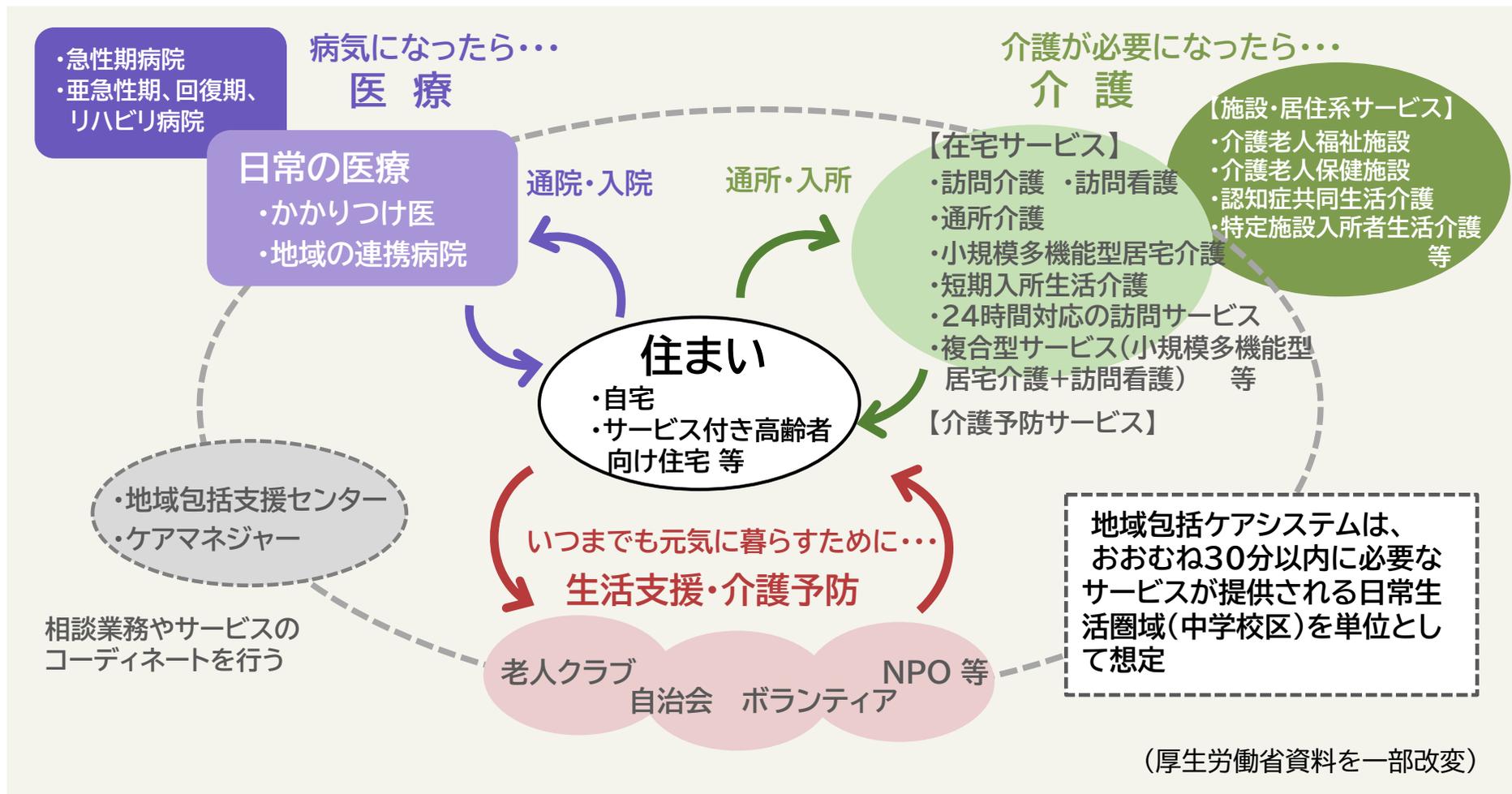
認知症と診断された早い段階から生活の支えや社会資源へのつながりを促し、将来計画を考えるための診断後支援が重要



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



(厚生労働省資料を一部改変)

多職種連携

【知識 -98】

多職種連携とは

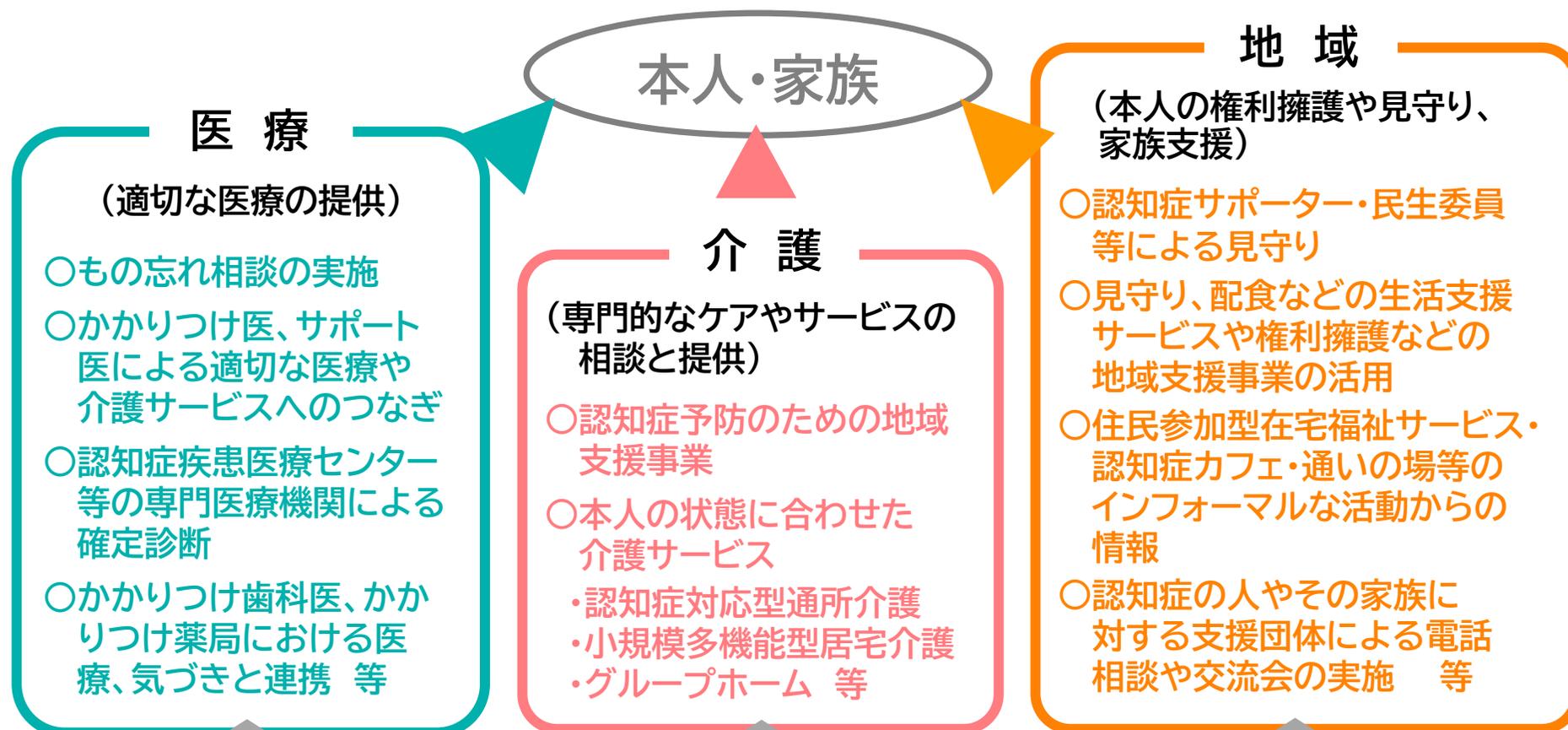
多種多様なスタッフが各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに、相互に連携・補完し合い、患者・利用者等の状況に適切に対応した医療・介護等を提供すること

- ※ 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

認知症の人への支援体制 ～医療・介護・地域の連携～

【知識 -99】

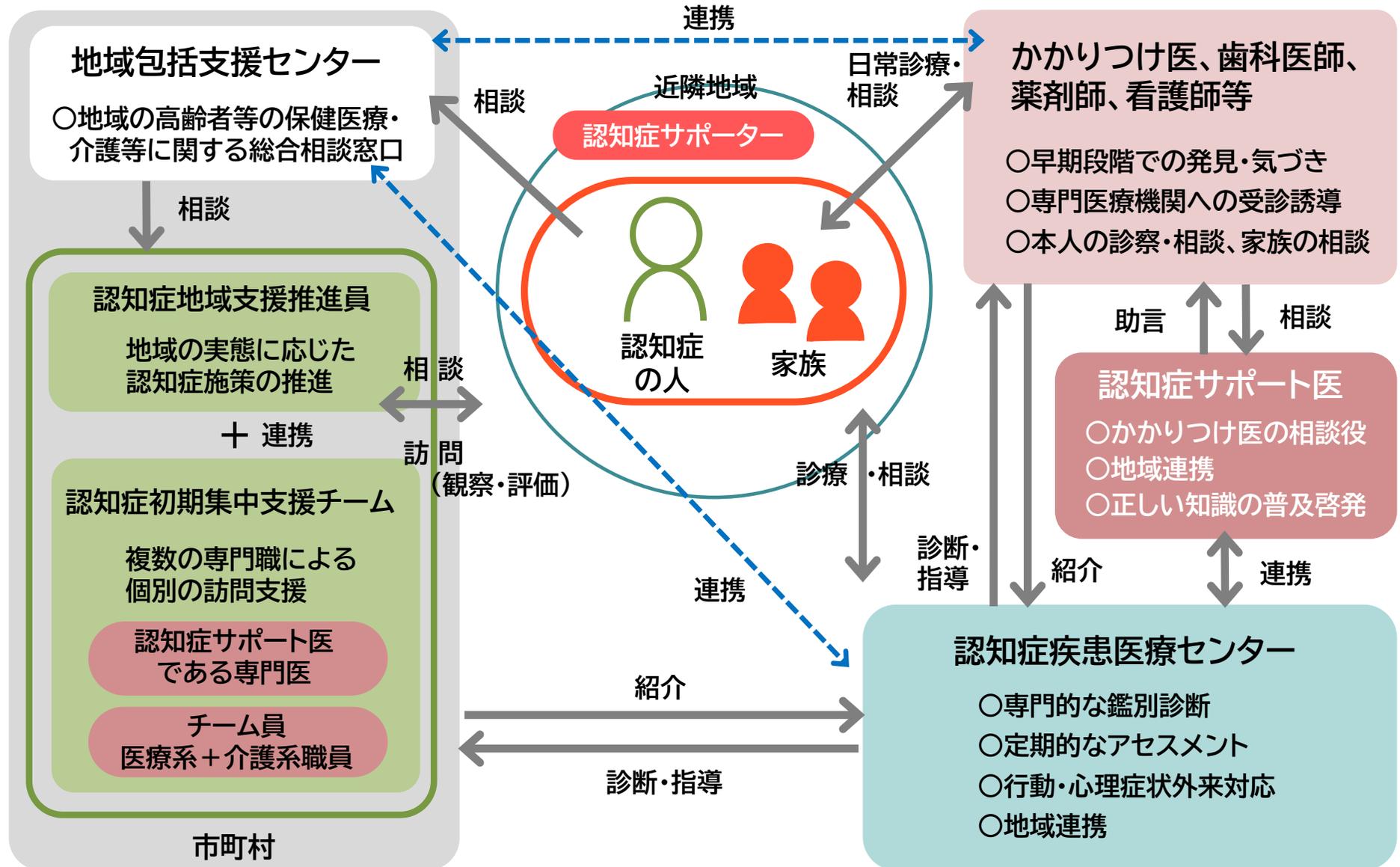
認知症の人やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたり展開



市町村は必要な介護サービスを確保するとともに、それぞれの分野の活動支援、推進を図る

認知症の人を支える様々な仕組み

【知識 -100】



認知症ケアパス

【知識 -101】

認知症ケアパスとは

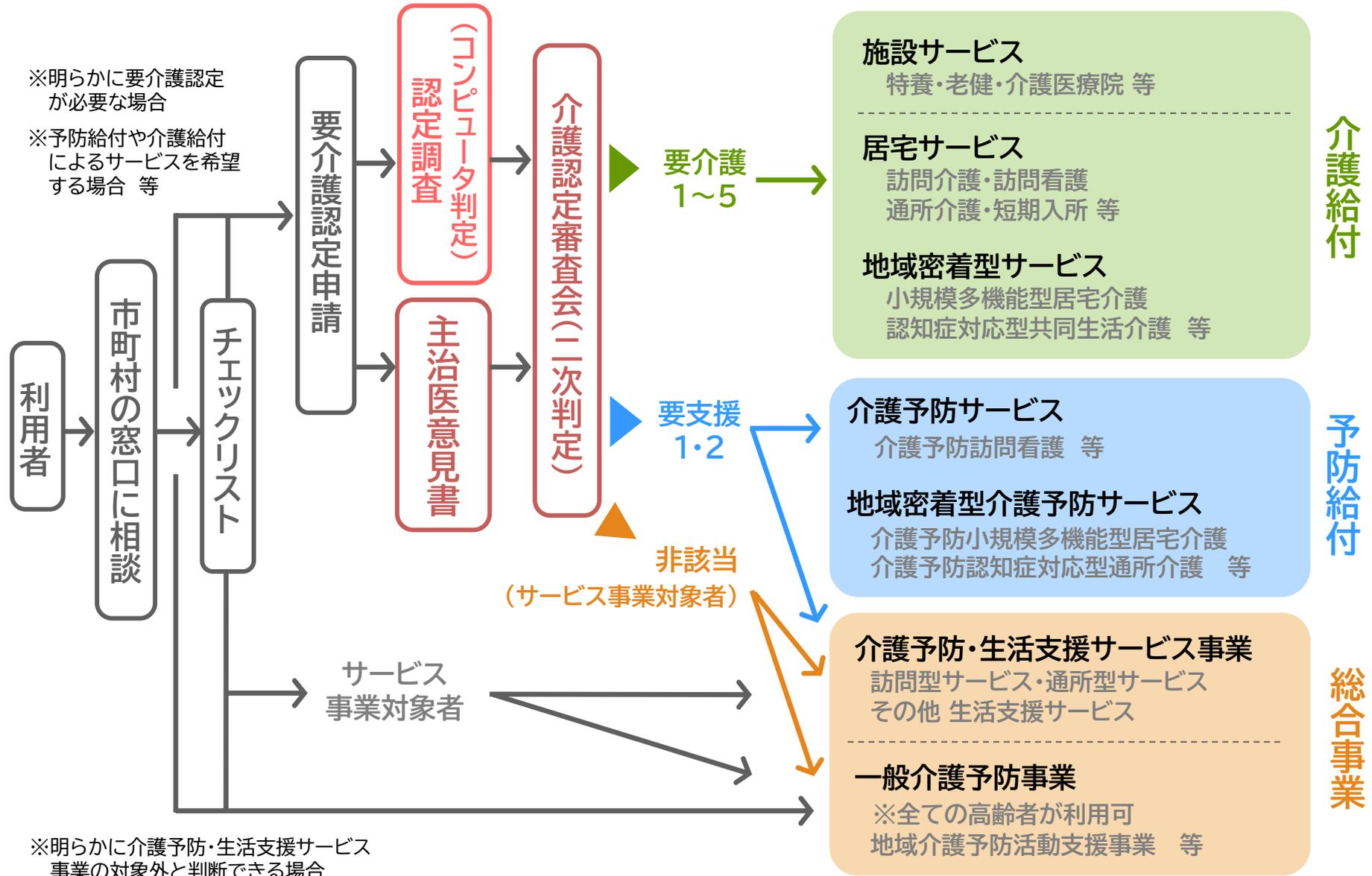
『認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの』

(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

介護サービスの利用の手続き

【知識 -102】



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 など

地域密着型サービス

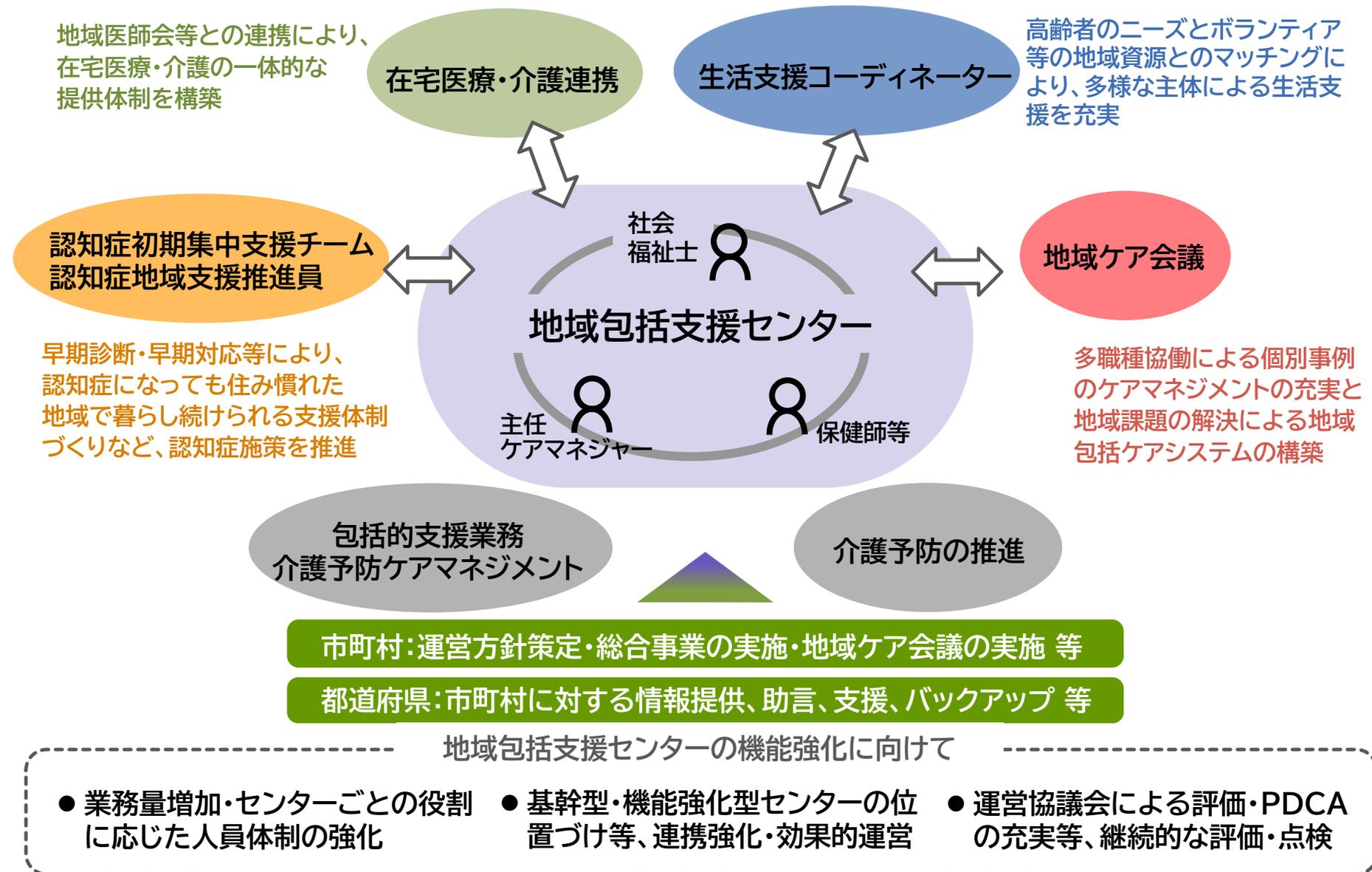
定期巡回・随時対応型訪問介護看護
小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護
認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護(H28～)
認知症対応型共同生活介護(グループホーム) など

施設サービス

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】



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ー

医療と介護の専門職

(保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等)

認知症サポート医である医師(嘱託)



【支援対象者】

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

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人

(ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人

(イ) 継続的な医療サービスを受けていない人

(ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人

(エ) 診断されたが介護サービスが中断している人

- ◆ 医療・介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している人

- 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

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
支援チーム

地域包括支援
センター

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)

連携型

地域型

基幹型

①専門的医療機能

- ・速やかな鑑別診断
- ・診断後のフォロー
- ・症状増悪期の対応
- ・BPSD・身体合併症への急性期対応
- ・専門医療相談

②地域連携拠点機能

- ・連携協議会の設置
- ・研修会の開催

③日常生活支援機能

- ・診断後の相談支援

地域の医療提供体制の中核

認知症サポート医

【知識 -107】

地域における「連携の推進役」を期待されている



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

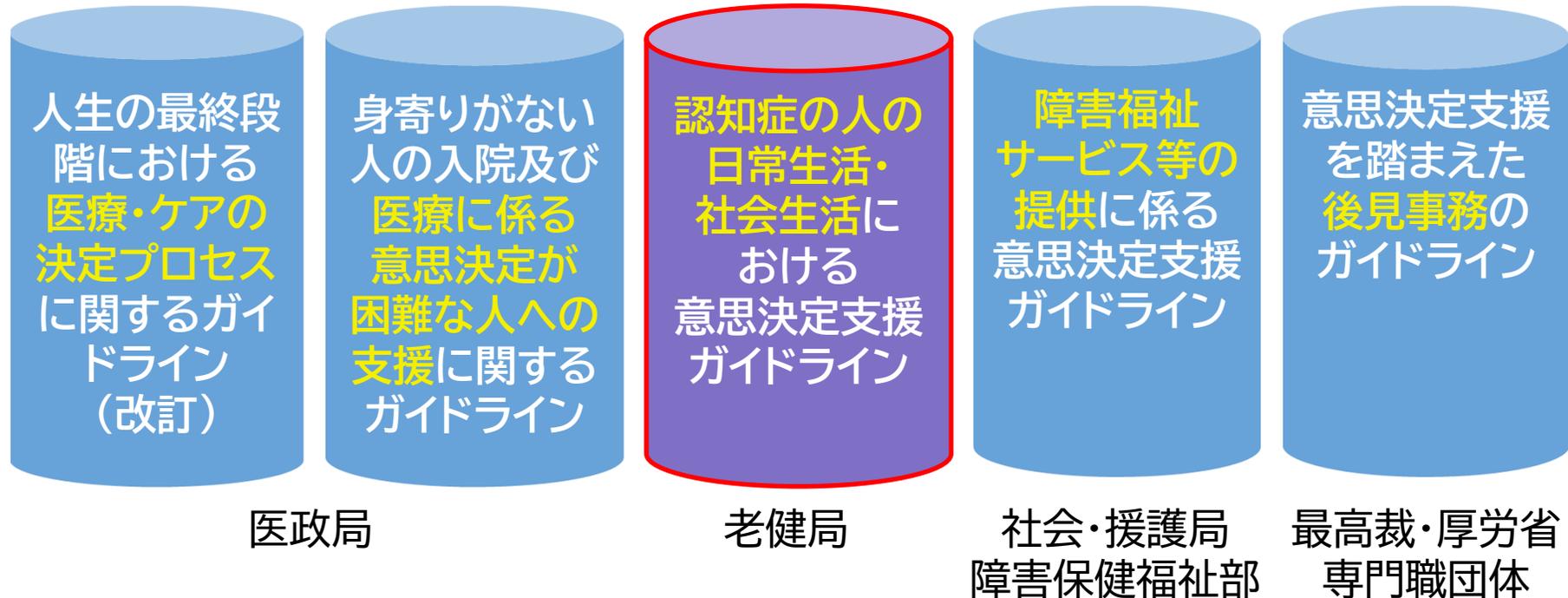
意思決定支援ガイドライン

【知識 -109】

【意思決定支援ガイドラインの策定等推進の背景】

- ◎ 障害者の権利に関する条約
- ◎ 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）
- ◎ 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】



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

日常生活自立支援事業と成年後見制度

【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、判断し得る能力を有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(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。
社会福祉協議会が支援計画を作成し、利用契約を結ぶ。

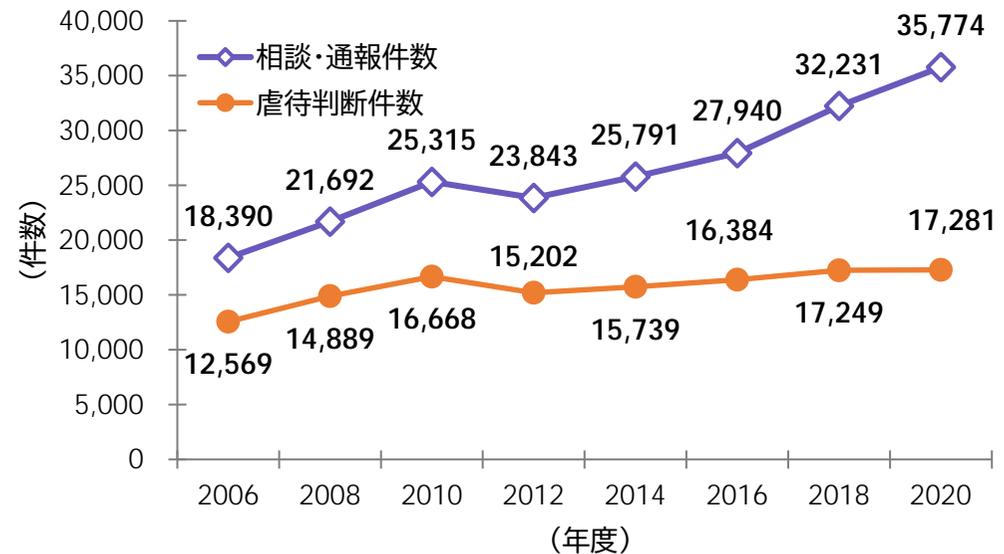
本人の不動産や預貯金などの財産を管理したり、本人の希望や身体の状態、生活の様子等を考慮して、必要な福祉サービスや医療が受けられるよう、契約の締結や支払などを行う

高齢者虐待

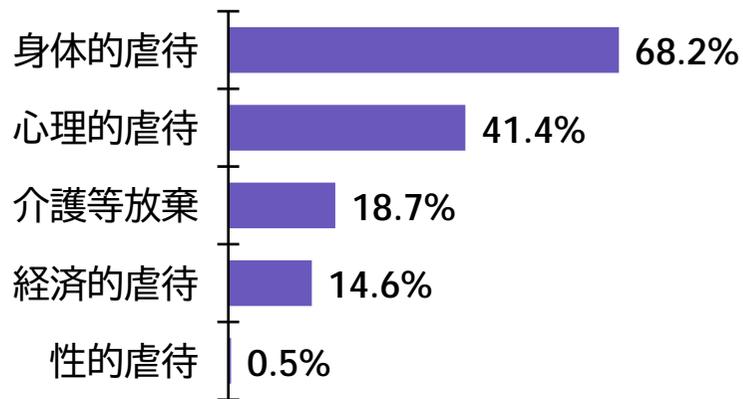
【知識 -112】

- 養護者による高齢者虐待は年々増加している
- 被虐待高齢者に重度の認知症がある場合は「介護等放棄」を受ける割合が高い
- 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

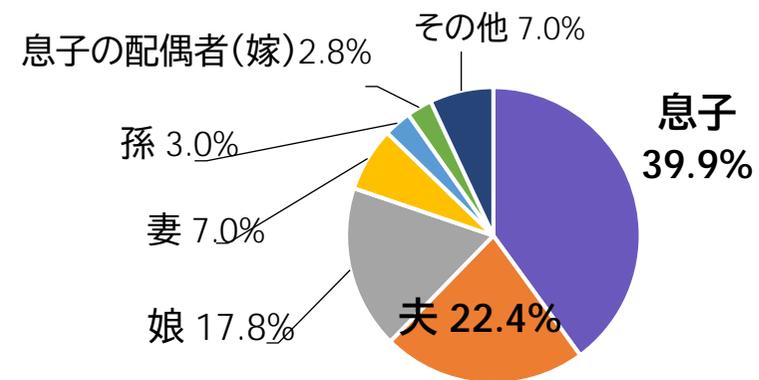
養護者による高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数の推移



虐待の種類別の割合



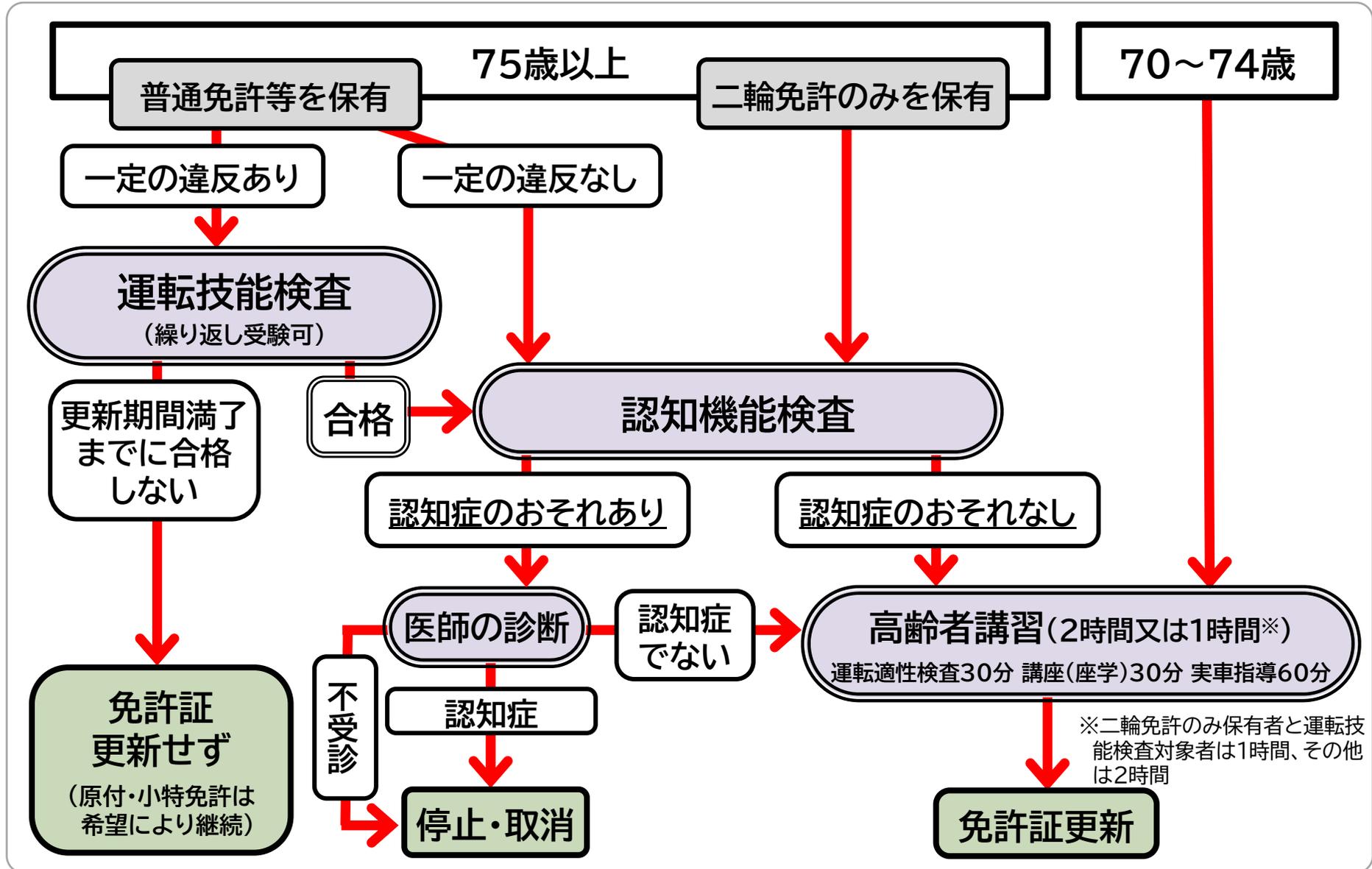
被虐待高齢者からみた虐待者の続柄



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」

道路交通法の改正後の流れ 令和4年5月13日施行

【知識 -113】



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：

- 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
- 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
- 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

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

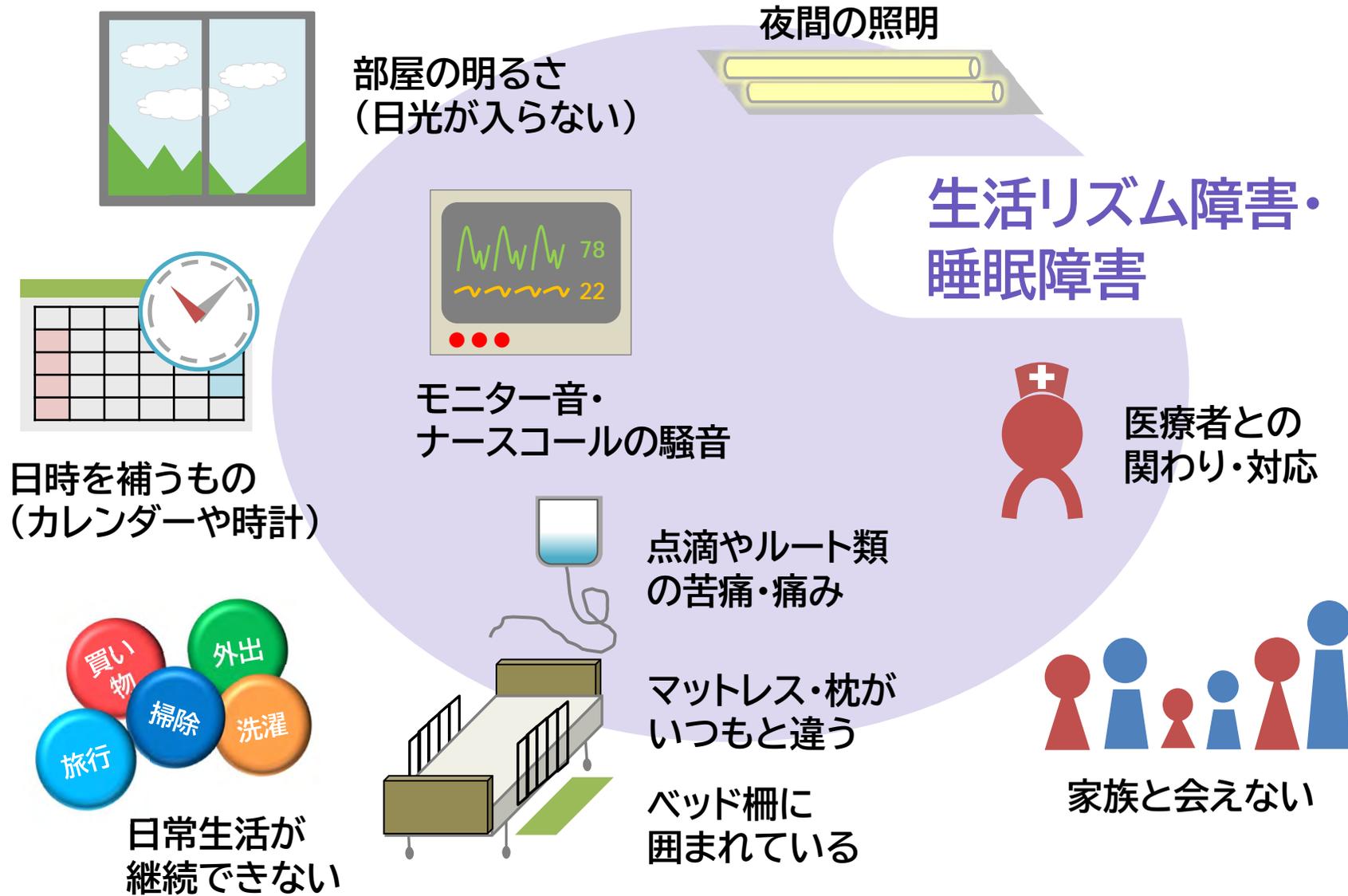
【理解 -1】

動画 ② 認知症の人の体験世界



病院における認知症の人の療養環境

【理解 -2】



病院で治療中であることがわからない

【理解 -3】

- 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



何のために
ここにいるの？

肺炎って何？

酸素カニューレ
って何？

家に帰りたい。

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

【理解 -5】

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

適切な支援が不安の軽減や安心した生活につながる

【理解 -6】

- 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】

- ① 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)
- ③ 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
- ④ 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
- ⑥ 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

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
認知症の人のメッセージ



認知症の人の維持される機能

【理解 -9】

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

【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、現実には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

- 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

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

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



BPSDの増加・認知症の症状の悪化
ADL低下・身体疾患の悪化

よい状態

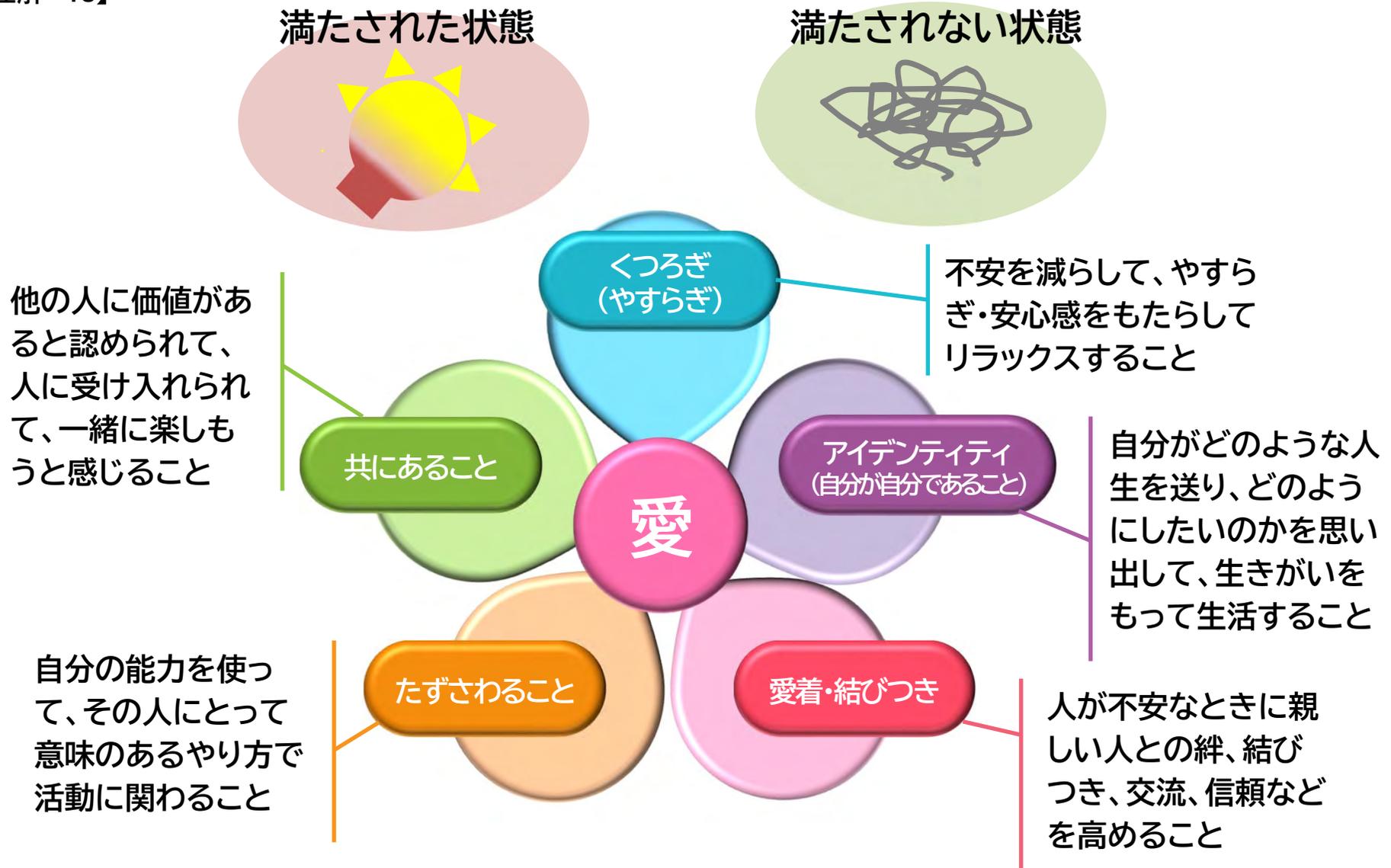
喜び、楽しさを表す
リラックスしている
ユーモアがある
自分をいう
他の人と話をする
他の人に愛情を示す
様々な感情を表現する
人の役に立とうとする



BPSD・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

心理的ニーズ

【理解 -13】



パーソン・センタード・ケアを実践するときに 大変有効な3つのステップ

【理解 -14】



STEP① 思いを「聞く」

【理解 -15】

認知症の人の声(思い)に耳を傾け、話をよく聞きます

認知症の人の思いに向き合しましょう
その人の声に耳を傾けましょう
認知症の人と向き合い対話をしましょう
感情を共有し、信頼できる人であると認めて
もらいましょう

心構え

- ◎ あきらめないで
話せない人にも話し
かけましょう
- ◎ 視覚・聴覚・触覚を
使ってまるごと受け
止めて

テクニック

笑顔で！
優しい声で！
暖かく触れて！

認知症の“その人”に向き合う！

認知症ケアの基本

認知症の人の思いを聞き、考える

【理解 -16】

認知症の人の思いを全く聞いていなかった

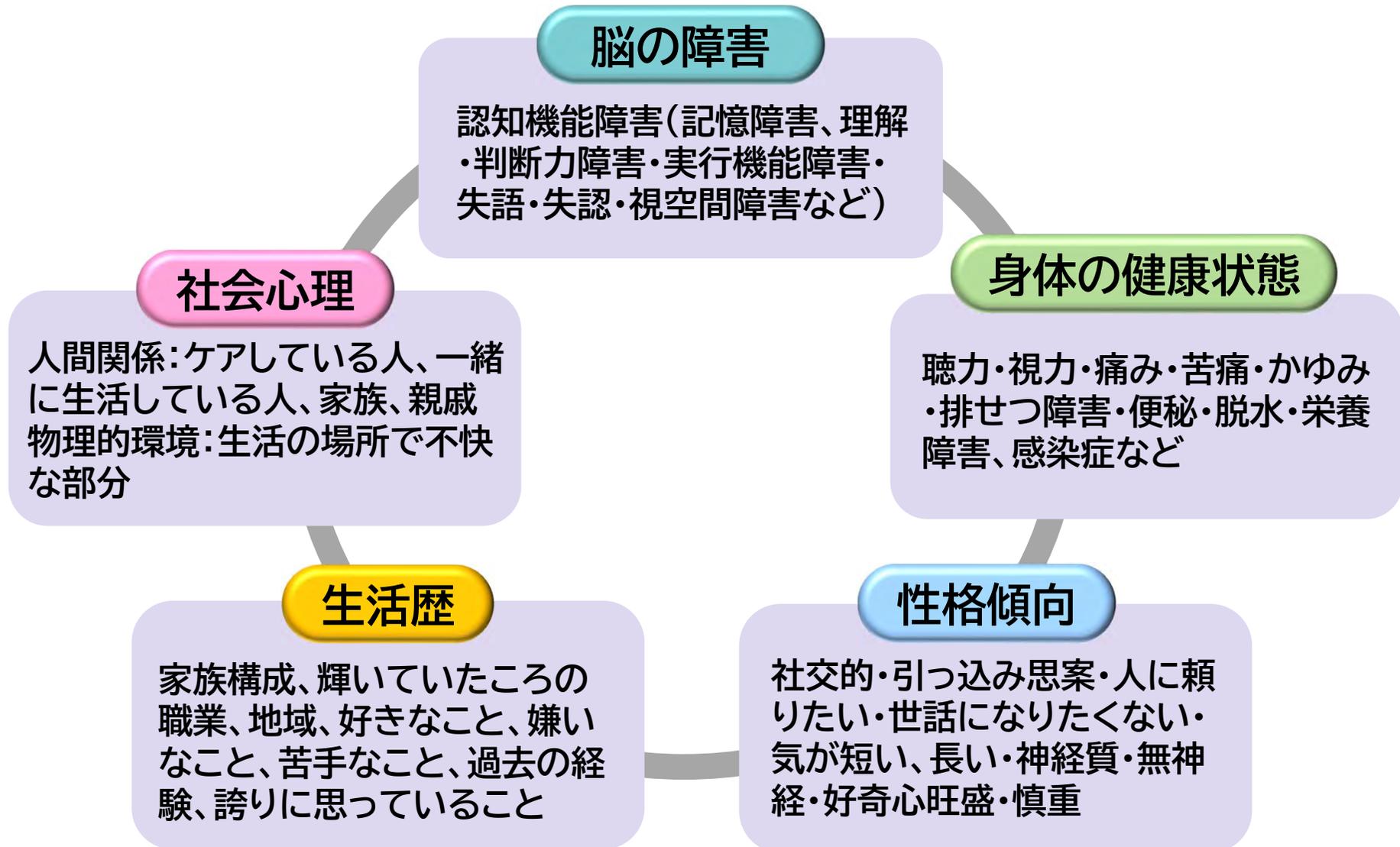
- ◎ 認知症の人は、自分が反応しても無意味だと思いと反応するのをやめてしまう（学習された無力感:M.ゴールドスミス）
黙っているからといってわからないのではない
- ◎ 認知症の人は言語を失っても、「マスクを取る」、「吸引の度に眉間にしわをよせる」、口腔ケアの際に「口を開けない」、触れると「手を震わせる」・・・というように懸命に表現しようとしている
- ◎ 生活の中でどんな体験をして、どんなことに生活の困難さがあり、どういったケアを求めているのか1人ひとりの思いを知る
- ◎ 思いを聞こうという態度で接し、繰り返させる言葉の意味を考えて、その人と同じ世界に入り、寄り添う（例：昔過ごした故郷や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

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

STEP② 情報を「集める」

【理解 -17】

パーソン・センタード・モデルを用いて、情報を集める



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に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

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(記録)、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、記録されやすいが、記録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



認知症の人は自分の記憶の障害を理解している

【理解 -20】

- 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と一緒に向き合う

実行機能障害

【理解 -21】

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」とわかっているにもかかわらず、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かない

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

パーソン・センタード・モデル 【生活歴】

【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するニーズが満たされない時、BPSDとして表現される

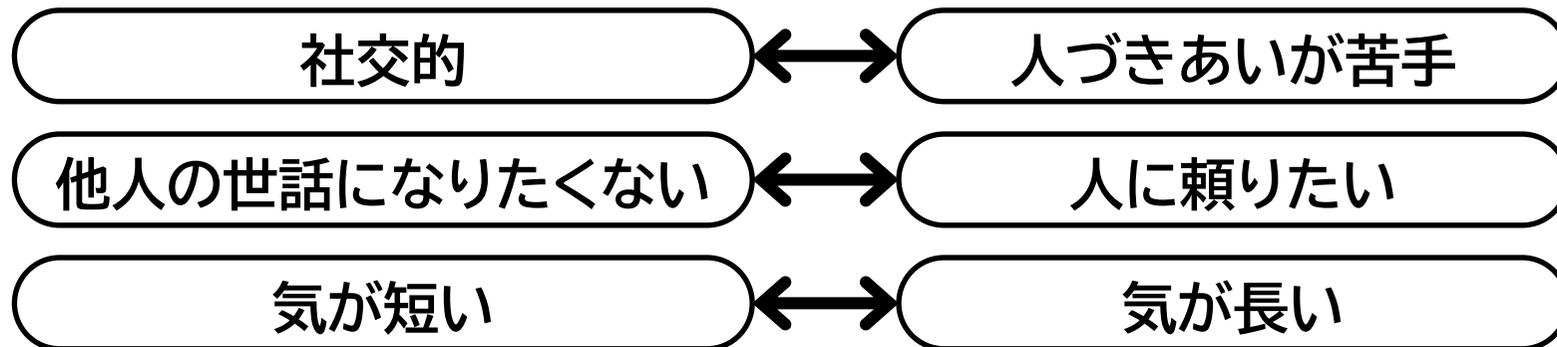
パーソン・センタード・モデル 【性格傾向】

【理解 -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にとっても影響を与えている

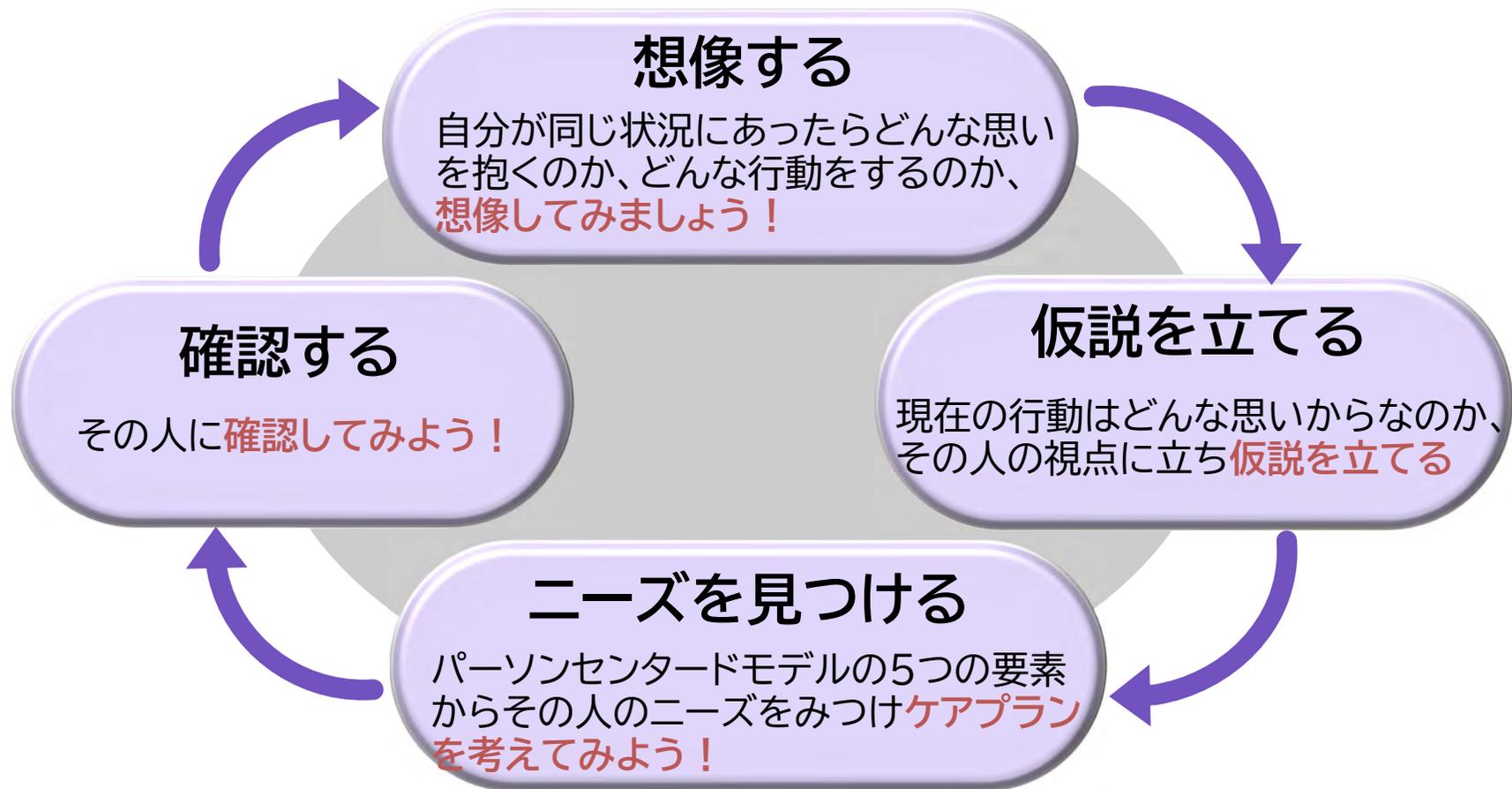
例えば、このような関わりで、本人の感情やプライドをひどく傷つけていませんか？

- ◎ 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



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

【理解 -27】

能力を使わせ
ないこと

わかろうと
しないこと

だましたり、
あざむくこと

怖がらせる
こと

物扱いする
こと

中断させる
こと

強制する
こと

後回しに
すること

無視する
こと

差別する
こと

子供扱い
すること

急がせる
こと

あざける
こと

のけ者に
すること

非難する
こと

侮辱する
こと

- 認知症の人の価値を低める行為(PD)は、認知症の人の心理的ニーズを阻害し、その人らしさを損なう行為

- 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

- 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

好ましくない区別
(レッテル付け)
をすること

個人の価値を高める行為 (PE : Positive Event)

【理解 -28】



- 個人の価値を高める行為 (PE)は、認知症の人の心理的ニーズを満たし、人として生き生きと生活するためのケア
- BPSDの緩和や認知機能の改善につながる

個人の価値を低める行為(PD)から個人の価値を高める行為(PE)の転換 退院予定の場面

【理解 -29】

PD

(家族だけに対して)
もうじき、退院です。
ご自宅に戻って心配
なことがありますか？

無視すること

いるのにまるでいないかのように
無視して会話や行動を進める

認知症の人を差別して、
共にあるニーズを脅かす

PE

(本人も、家族も一緒に)
もうじき、退院です。
ご自宅に戻って心配
なことがありますか？

良かったわ

退院かい。
嬉しいね！

共にあること

自分(認知症の人)も会話や活動の
輪に入っていると感じられるように
ケアする

個人の価値を低める行為(PD)から個人の価値を高める行為(PE)の転換
「自分でトイレに行きたい」

【理解 -30】

PD

おむつをしているので、トイレに行かなくても大丈夫です。

能力を使わせない

その人がもっている能力をまったく考慮せずに一方的にケアする

認知症の人の活動を制限して、たずさわることのニーズを脅かす

PE

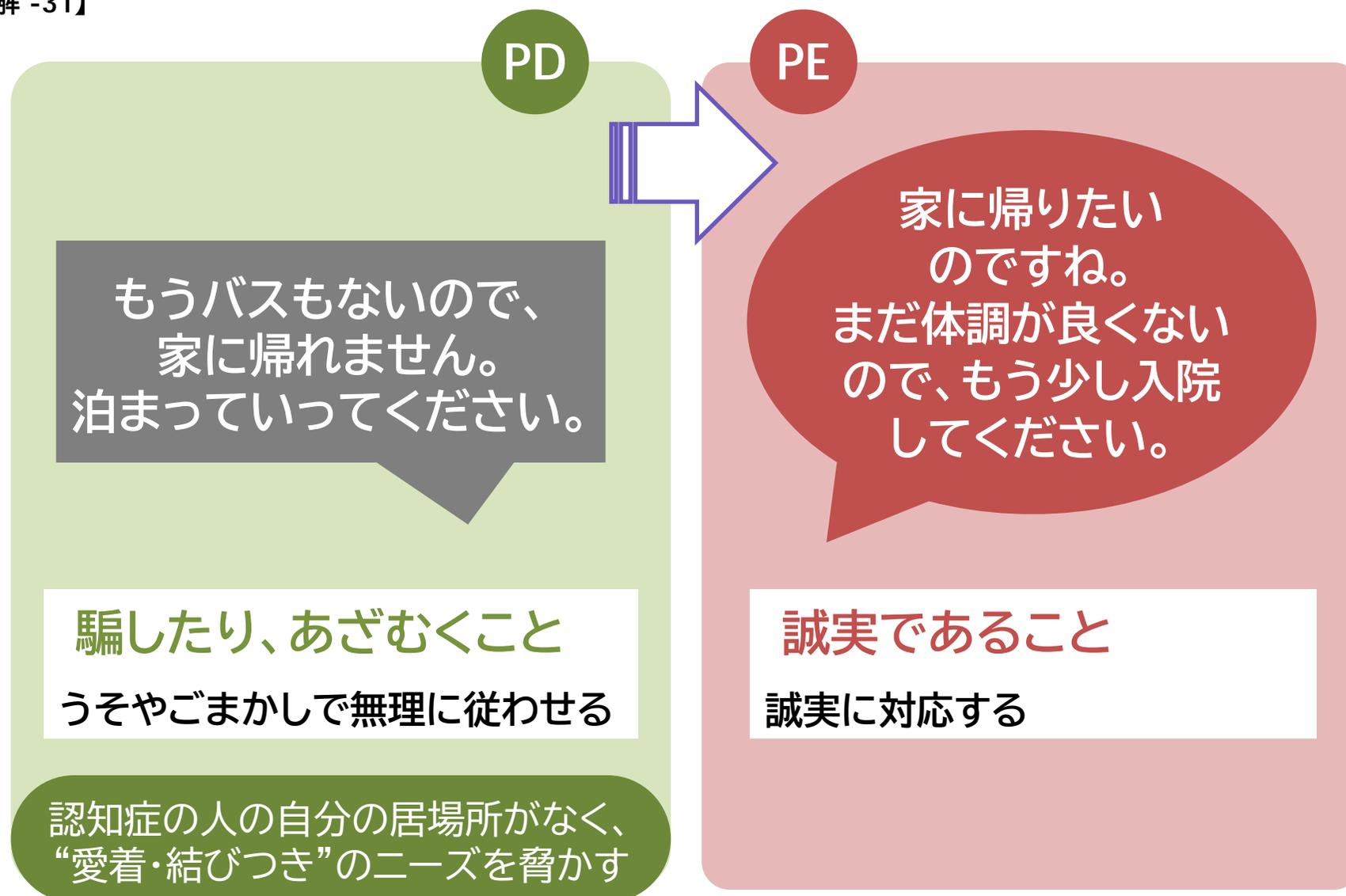
一緒にトイレに行ってみましょう。

能力を発揮できるようにする

できることを見出し、自分なりにやり遂げた実感できるようにケアする

個人の価値を低める行為(PD)から個人の価値を高める行為(PE)の転換 「家に帰りたい」

【理解 -31】



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(再掲)

【理解 -32】

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



BPSDの増加・認知症の症状の悪化
ADL低下・身体疾患の悪化

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・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

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

認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】

周囲の環境	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）
注意障害	「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
思考速度の低下	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
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
ワーキングメモリの減少	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
感情のコントロール障害	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）
言語の障害	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
体力や認識力の低下	疲れやすく、異なる環境にいくと混乱しやすい

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

【理解 -35】

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

コミュニケーションをケアプランに組み入れる

【理解 -36】

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

例: チームで計画してコミュニケーションの時間を
作る

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

例: 痛みや苦痛共感するための
コミュニケーションを作る

敬語を使って大人の会話を

例: 急な入院で大変でしたね。
さぞ、お困りでしたでしょう

一緒に行動する際は、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: 「看護師の〇〇です。何でも
遠慮なく聞いてくださいね」

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）

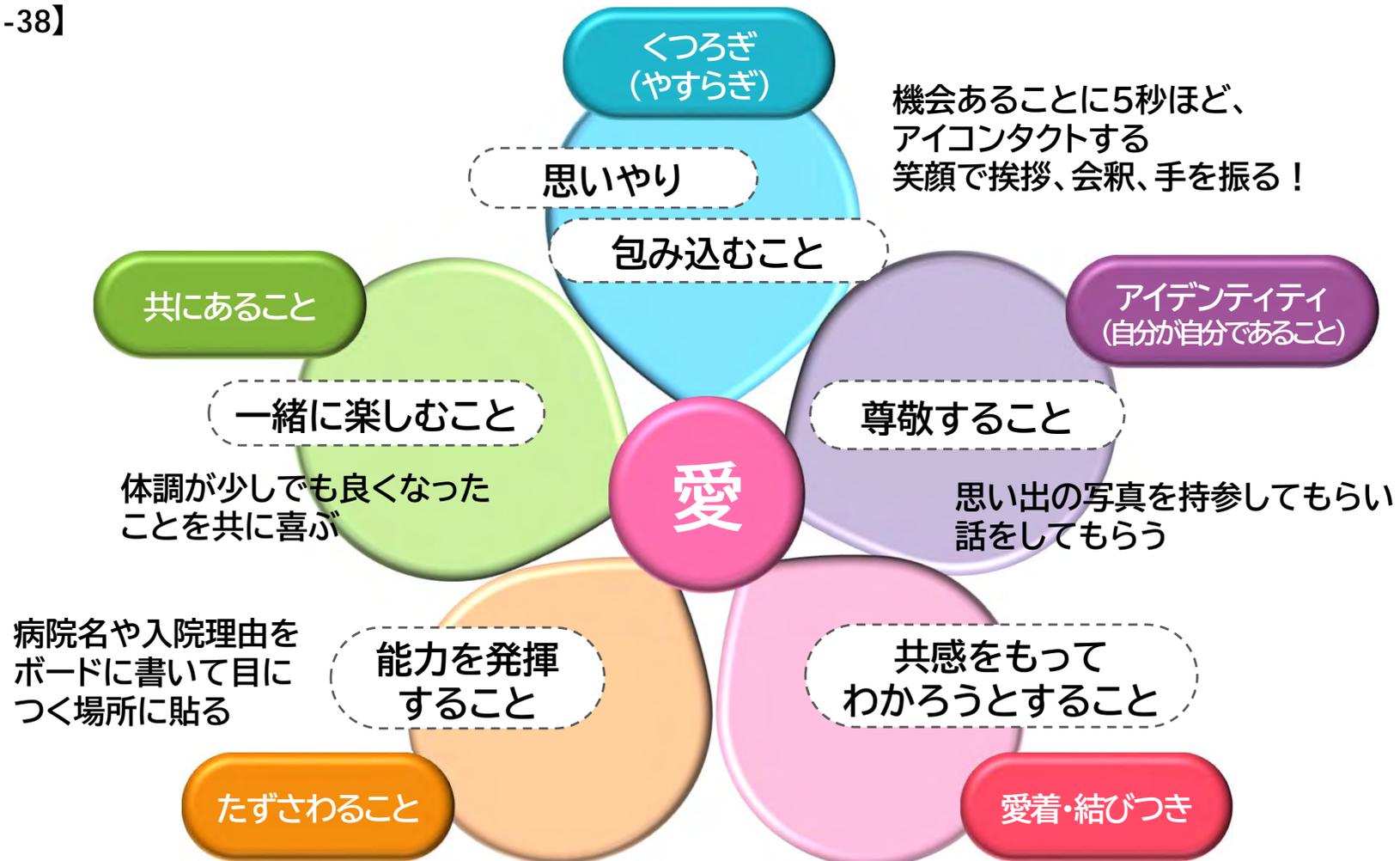
例② 説明してもナースコールを押せない 介助が必要と言っても、自ら歩いて転倒する

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

入院中の認知症の人のパーソン・センタード・ケアの 心理的ニーズを満たすケアの実践

【理解 -38】



みんなが気に掛けてくれるという「よい感情の記憶」を残す
ここにも私の居場所があり、信頼できる人がいる

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

アセスメントに必要な情報

【対応力 I -2】

基本情報	
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	睡眠・休息のリズム、睡眠・休息の質
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	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

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

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

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)

【対応力 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
- ③ BPSD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

記憶障害への対応

【対応力 I -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
- ▶ 間違いや失敗を指導しない、否定しない

実行機能障害への対応①

【対応力 I -10】

【観察項目】

- ◎ 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①

【対応力 I -13】

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

【対応力 I -14】

》》》 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**を活用する
- 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
- ③ BPSD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

認知症の人の訴えとその真意を考える①

【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。

認知症の人の訴えとその真意を考える②

【対応力 I -20】

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。

安心できる居場所を失う

⇒安心して生活できるような人間関係や環境づくり

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、生かされた

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！

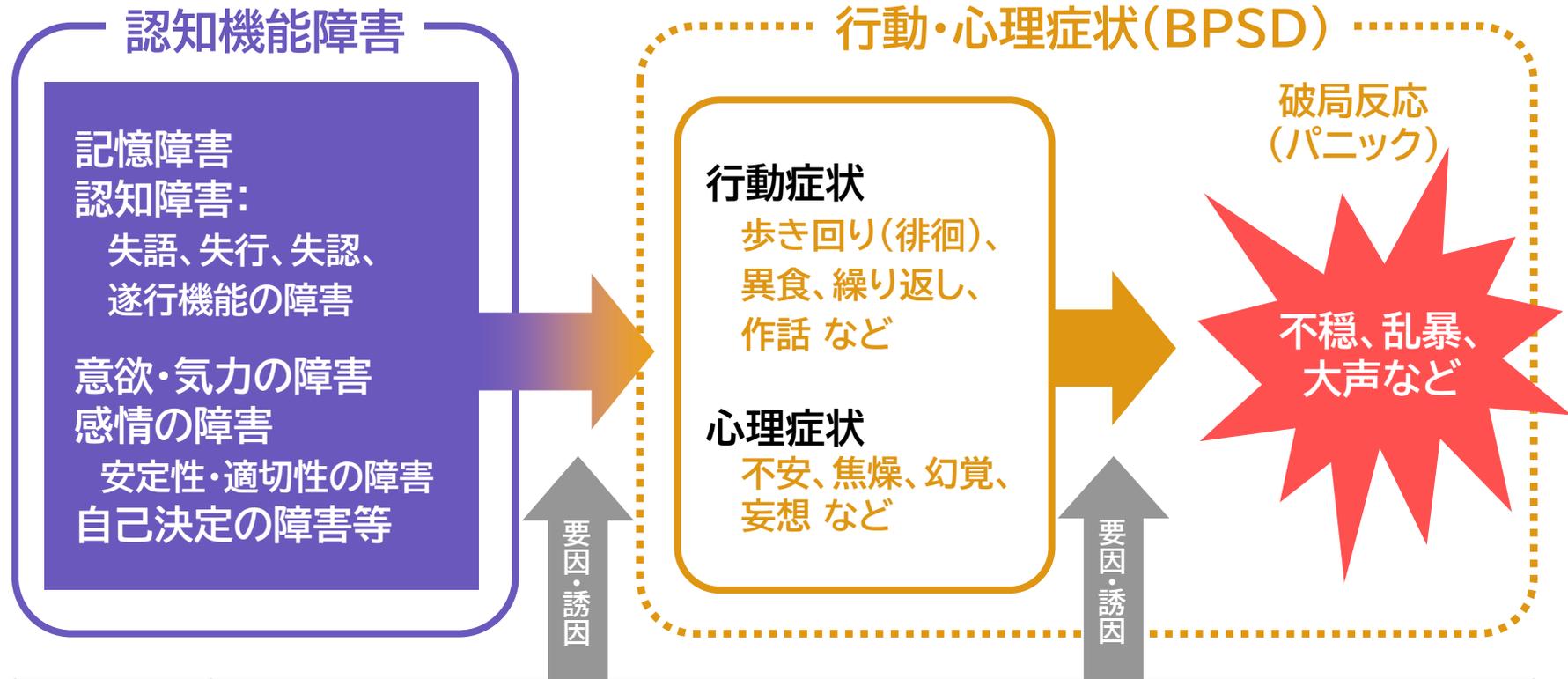
自分の気持ちをきちんと受け止めてもらえない。怒鳴られたように聞こえる。
子供のように扱われた。便秘や痛みがある。心と身体の痛み・苦痛・辛さ。

尊厳を傷つける

⇒一人の大人として対応する。

認知症の症状と環境との関係

【対応力 I -21】



<p>環境的 要因</p>	<p>物理的環境 : 不適切な環境刺激(音、光、影、風、空間の広がりや圧迫)など</p> <p>社会的環境 : 不安、孤独、恐れ、抑圧、ストレス、無為、プライドの失墜など</p> <p>ケア・治療環境 : 水分・電解質管理、便秘、発熱、身体症状(痛み、かゆみなど) の対応への遅れ、薬の副作用、ケア提供者の不用意な言動など</p>
-------------------	---

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

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

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。

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③

【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

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

- ① 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
- ③ 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當な言語、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 I -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 I -33】

誤認	<ul style="list-style-type: none">● 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● 帰り道を探したり、出口を探しているうちに迷子になる
願望(焦燥)	<ul style="list-style-type: none">● 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● 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
無目的常同	<ul style="list-style-type: none">● 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 style="list-style-type: none">● 軽い意識障害が日中でも起きて歩き回る● はっきりと目が覚めていない状態で歩き回る● 幻覚や妄想を伴うことが多い

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

BPSD) 攻撃性の背景となる因子

【対応力 I -35】

身体的因子	<ul style="list-style-type: none">● 疼痛などの身体的問題● 前頭葉・側頭葉の機能障害
精神的因子	<ul style="list-style-type: none">● 抑うつ状態● 各種妄想● 易怒性● 焦燥・人物誤認
環境的因子	<ul style="list-style-type: none">● コミュニケーション不足● 信頼関係が築かれていない状態

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。

BPSD) ケア拒否への対応

【対応力 I -37】

【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
- ③ BPSD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
 - ① 睡眠・休息
 - ② 覚醒・活動
 - ③ 食事
 - ④ 排せつ
 - ⑤ 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①

【対応力 I -39】

②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】

②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に努める
- ▶ 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

摂食困難の3分類と具体例

【対応力 I -42】

◎食事

摂食開始困難	<ul style="list-style-type: none">● じっと座ったまま食べようとしない● 食器を並べ替えたり、食物を移動したりを繰り返す● 幻覚・誤認・妄想・苦痛等で食べ始めることが出来ないなど
食べ方の困難	<ul style="list-style-type: none">● 一口量が適量すくえない● ペースが速く、窒息しそうになる● 1つの食器からのみ食べる● 食べられる時とそうでないときがある● 食べこぼす など
摂食中断	<ul style="list-style-type: none">● 食事以外の刺激に注意が向き、食べることを中断する● 食事の途中で立ち去る● 食事中にむせて食べ続けられない● 食事中に眠る など

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

食事の支援

【対応力 I -44】

©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】

④排せつ

記憶障害	<ul style="list-style-type: none">● 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● トイレに行ったことを忘れ、すぐにトイレに行く
見当識障害	<ul style="list-style-type: none">● 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● 時間の見当がつかなく日中・夜間に頻回にトイレに行く
失行	<ul style="list-style-type: none">● 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
失認・失行	<ul style="list-style-type: none">● 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
遂行機能障害	<ul style="list-style-type: none">● 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)

排せつの支援①

【対応力 I -46】

④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

- 》》》 対応 ▶ 照明の調整、トイレのマークの表示などの環境上の工夫をする
- ▶ 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

排せつの支援②

【対応力 I -47】

④排せつ

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

身支度の支援

【対応力 I -48】

◎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に支援する
- ▶ 「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

日本語版アビー痛み尺度

【対応力 I -51】

*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

総合疼痛得点

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、アビー痛みスケール日本語版の使い方(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: Development and validation of the Japanese version. Geriatrics & Gerontology International,10(2):145-153,2010

その他の苦痛について

【対応力 I -52】

- 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、認知症の人にも違和感や苦痛を感じる
- 特に、軽度認知症においては、失敗体験にともなう自尊心の傷つき、自律性の喪失への恐怖がある

心理的な苦痛にも配慮をした
かわり、支援が重要

例：忘れてしまったことを指摘する
ケアの失敗を責める

認知症の認知機能障害における転倒リスク

【対応力 I -54】

分類	転倒との関連
記憶障害	◎ 介助の必要性を覚えていない ◎ 物を置いた場所がわからない、覚えられない
見当識障害	◎ 時間、場所などがわからず、歩き回って転倒する ◎ 見守り体制の十分でない夜間の活動が増加
視空間障害	◎ 空間認知の障害のため物の位置がわからず、つまづく・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	◎ 注意深い行動が取れない ◎ 注意喚起を理解できずに転倒する

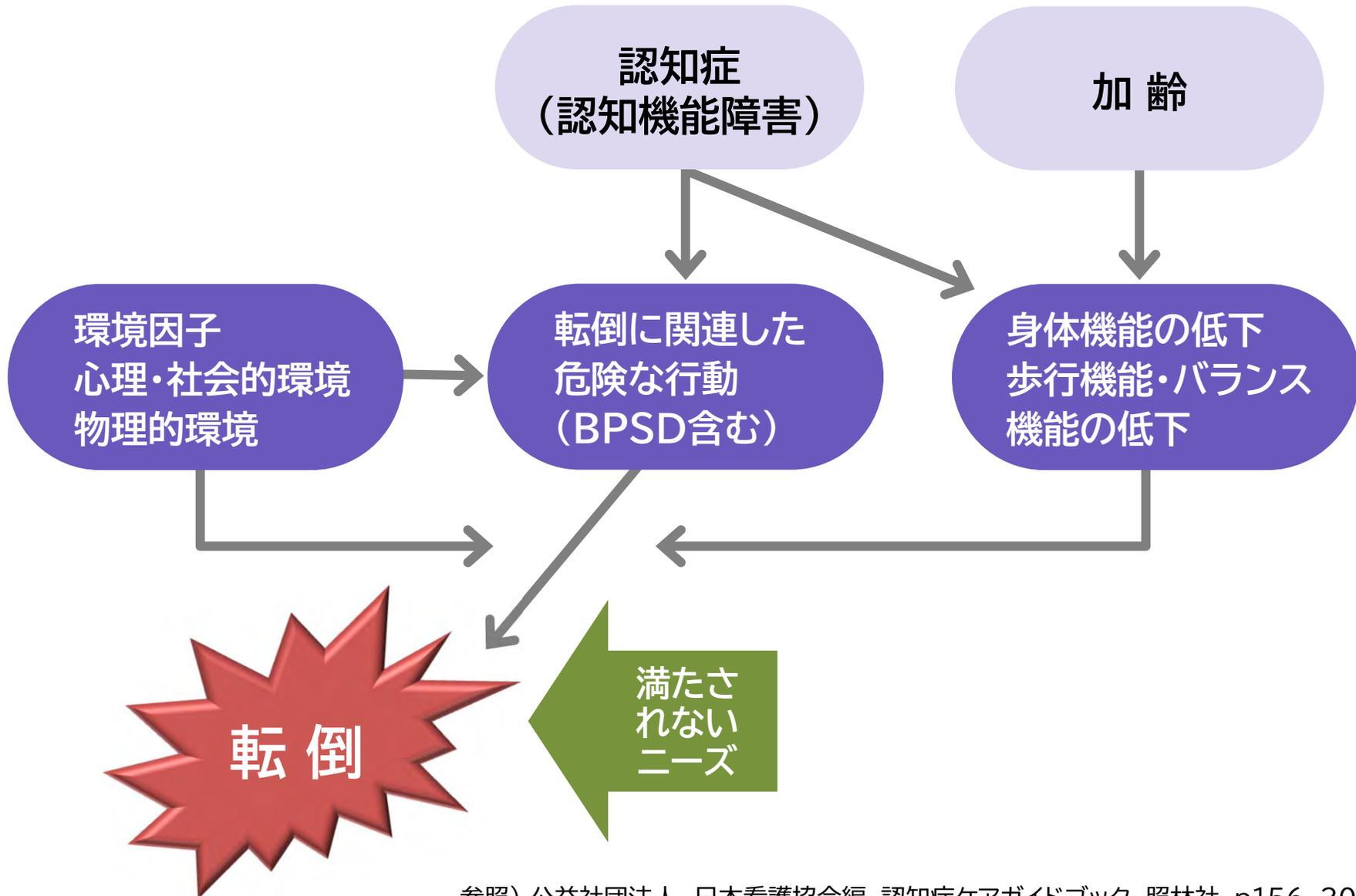
高齢者の転倒の要因

【対応力 I -55】

内的要因	外的要因
<ul style="list-style-type: none">● 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 style="list-style-type: none">● 滑りやすい床表面● 目の粗い絨毯● カーペットのほころび● 固定していない障害物● 家財道具の不備・欠陥● 照明の不良● 戸口の踏み段

認知症の人の転倒の特徴

【対応力 I -56】



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、p156、2016

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

転倒・転落への対応①

【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

転倒・転落への対応②

【対応力 I -59】

- 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
 - 転倒予測スコア
 - 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

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

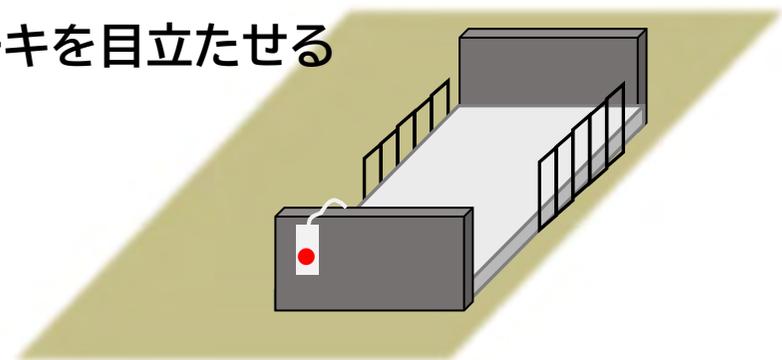
- ・ 背後から声をかけない(回転するような動作は極力避ける)
- ・ ひざまづくような姿勢、かがむ姿勢を避ける

◎ 視覚に訴える

- ・ 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



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
 - ▶ 長袖や包帯で刺入部を隠す工夫
 - ▶ 首元からルートを出す
 - ▶ 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

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
- ▶ 拒薬が続く場合は、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 I -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
- ③ BPSD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

せん妄対応の流れ

【対応力 I -66】

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

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

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

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
- ③ BPSD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

【対応力 I -75】

「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

【対応力 I -76】

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

もてる力を活用するための情報収集

【対応力Ⅰ-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 I -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

》》》 対応

- 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るないようにする
- 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

早期退院に向けた日常生活支援のポイント①

【対応力 I -79】

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

早期退院に向けた日常生活支援のポイント②

【対応力Ⅰ-80】

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)を持参してもらい活用する
- 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

早期退院に向けた日常生活支援のポイント③

【対応力 I -81】

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

早期退院に向けた日常生活支援のポイント④

【対応力Ⅰ-82】

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) 歌を歌うのが大好きです
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① BPSD対応の事例

事例② せん妄対応の事例

事例① 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 ㉑

【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 ㉑-1

【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、口渇、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 ㉠-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】 左大腿骨頸部骨折

【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、左大腿骨頸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 ⑥

【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 ㉞-1

【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：左大腿骨頸部骨折術後

解説 ㉑-2

【対応力 I -92】

<ケア：①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 ㉑-3

【対応力 I -93】

<ケア：㉑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

認知症ケアにおけるチームケア

【対応力Ⅱ-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



- その患者に適したケアの継続により療養生活を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】

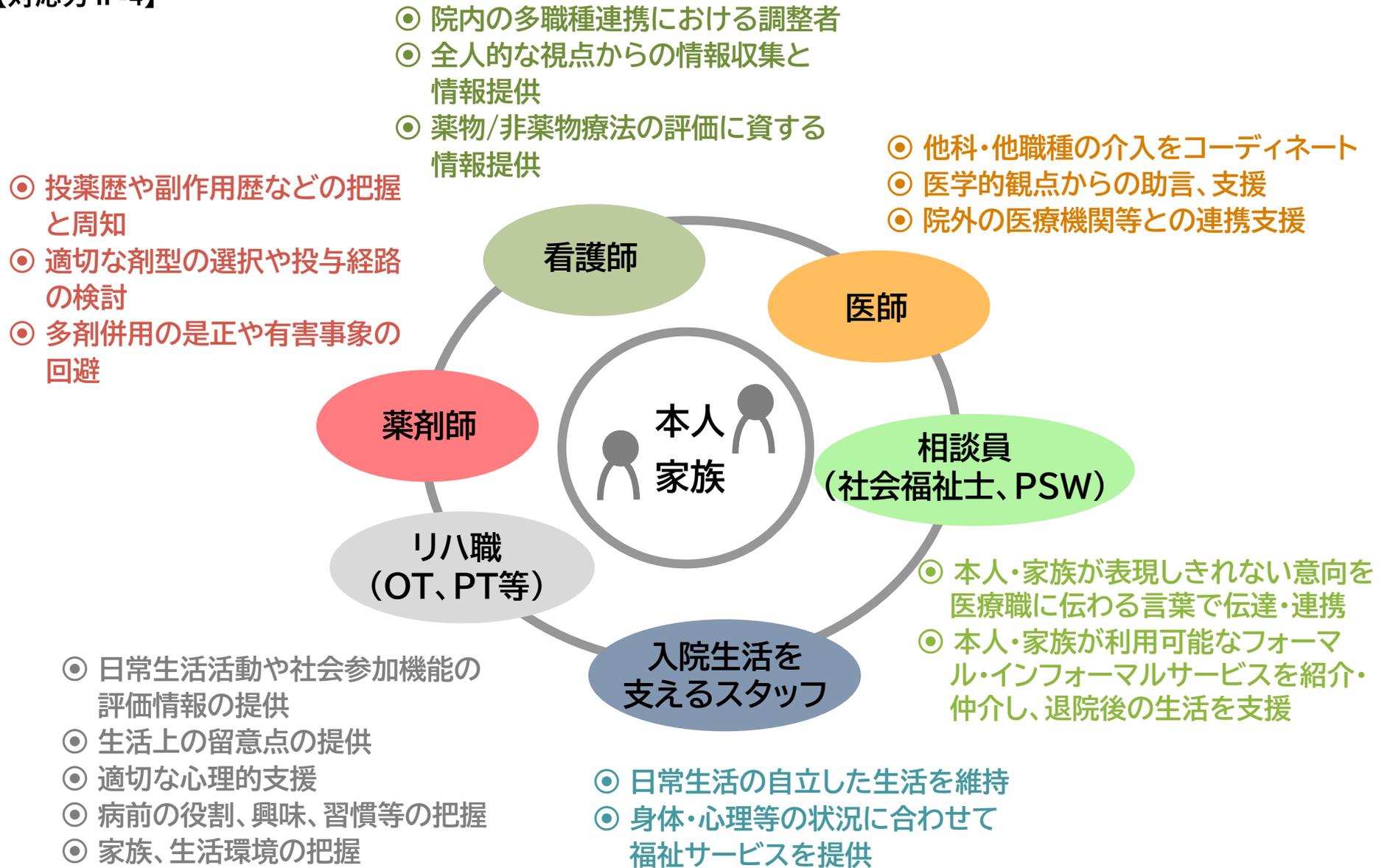
各職種が専門性を活かし、目的と情報を共有し、役割を分担するとともに互いに連携・補完しあい、患者の状況に対応したサービスを提供する

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

【対応力Ⅱ-4】



多職種チームにおける看護の専門性

【対応力Ⅱ-5】

身体を含めた患者の状態を統合的にとらえることができる

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

情報を共有する

【対応力Ⅱ-6】

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』

『どのように生きていきたいか』

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

【対応力Ⅱ-10】

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

認知症ケア
加算 必須

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

認知症ケア
加算 必須

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

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

認知症ケアと倫理

【対応力Ⅱ-13】

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



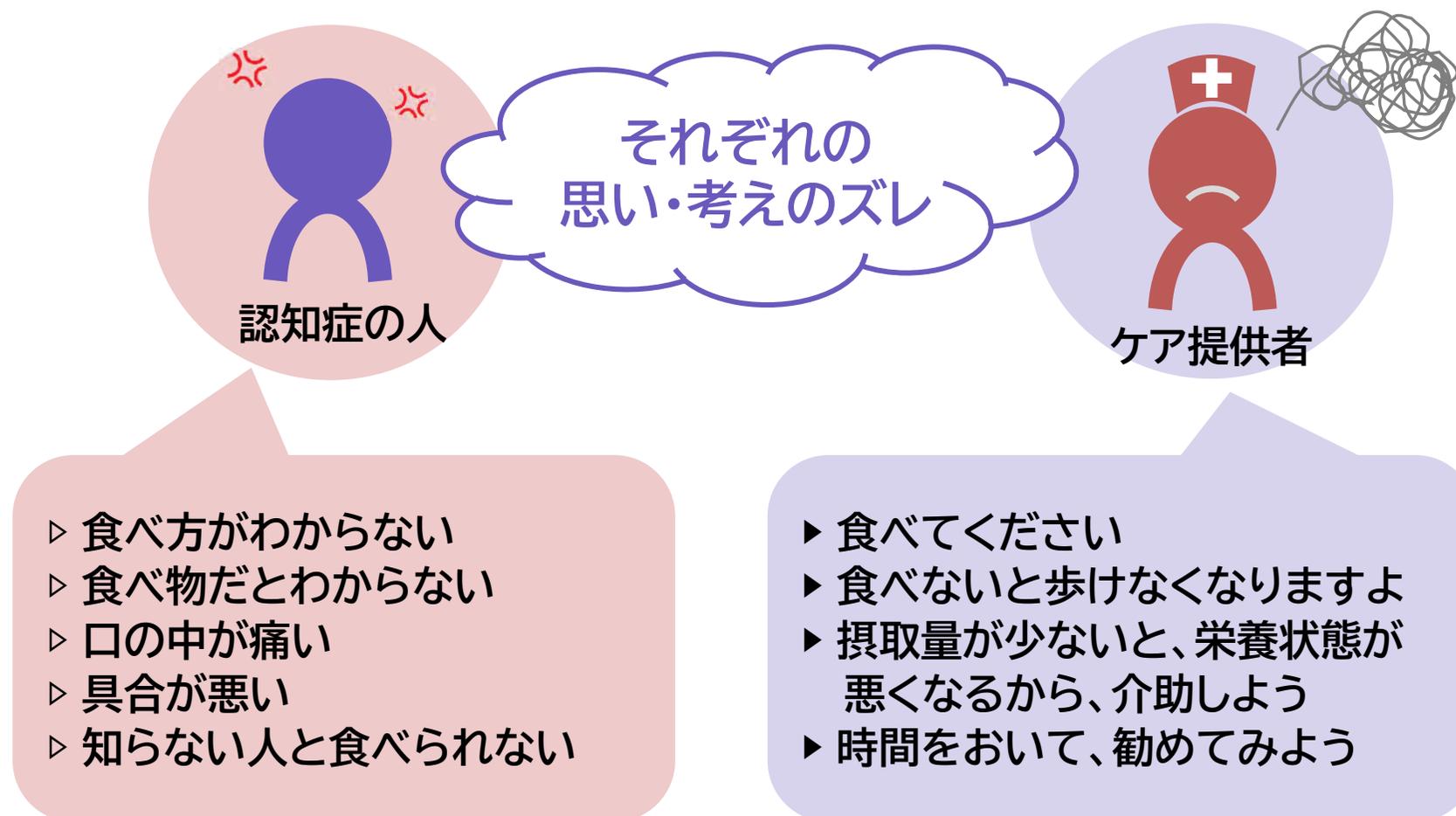
認知症の人の意図、思いを確認しにくい

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…

ケアの場面において

【対応力Ⅱ-14】

自分から食べない理由とケアの現状



臨床場面において

(倫理の4原則の視点)

【対応力Ⅱ-15】

肺炎の治療を十分
行えば元気になれる
<善行>

本人が帰ると言っ
ているのを尊重すべ
きだ
<自律尊重>

肺炎で入院した85歳の軽度認知症のAさん
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

日常的に倫理的判断が求められる

【対応力Ⅱ-16】

- ◎ 認知症ケアには絶対的な正解がないため、倫理的ジレンマが生じる
- ◎ 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



倫理的ジレンマは、その患者にとっての最善のケアを
もう一度考えるきっかけになる

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、パターンリズム
- 「認知症」という病気の特徴や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

認知症ケアに特有な倫理的課題①

【対応力Ⅱ-19】

①診断と医学的適応	<ul style="list-style-type: none">・ 診断のために十分な検討がなされているか・ 診断は適切な時期に行われているか・ 適切な治療が提供されているか
②認知症の人の意思決定支援のアセスメント	<ul style="list-style-type: none">・ 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・ 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
③情報提供・開示	<ul style="list-style-type: none">・ 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	<ul style="list-style-type: none">・ 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	<ul style="list-style-type: none">・ 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・ 認知症者が他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

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	<ul style="list-style-type: none">・ 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をしているか・ 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

尊厳を保持するケア

【対応力Ⅱ-21】

環境の整備

① 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

① 清潔な衣類で、身だしなみが整えられていること

- ・ 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すること
- ・ 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

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

意思決定支援の基本原則

【対応力Ⅱ-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

【対応力Ⅱ-24】

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
(意思決定支援者)
- 認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもの
(意思形成支援、意思表明支援、意思実現支援)

【対応力Ⅱ-25】

動画 ③

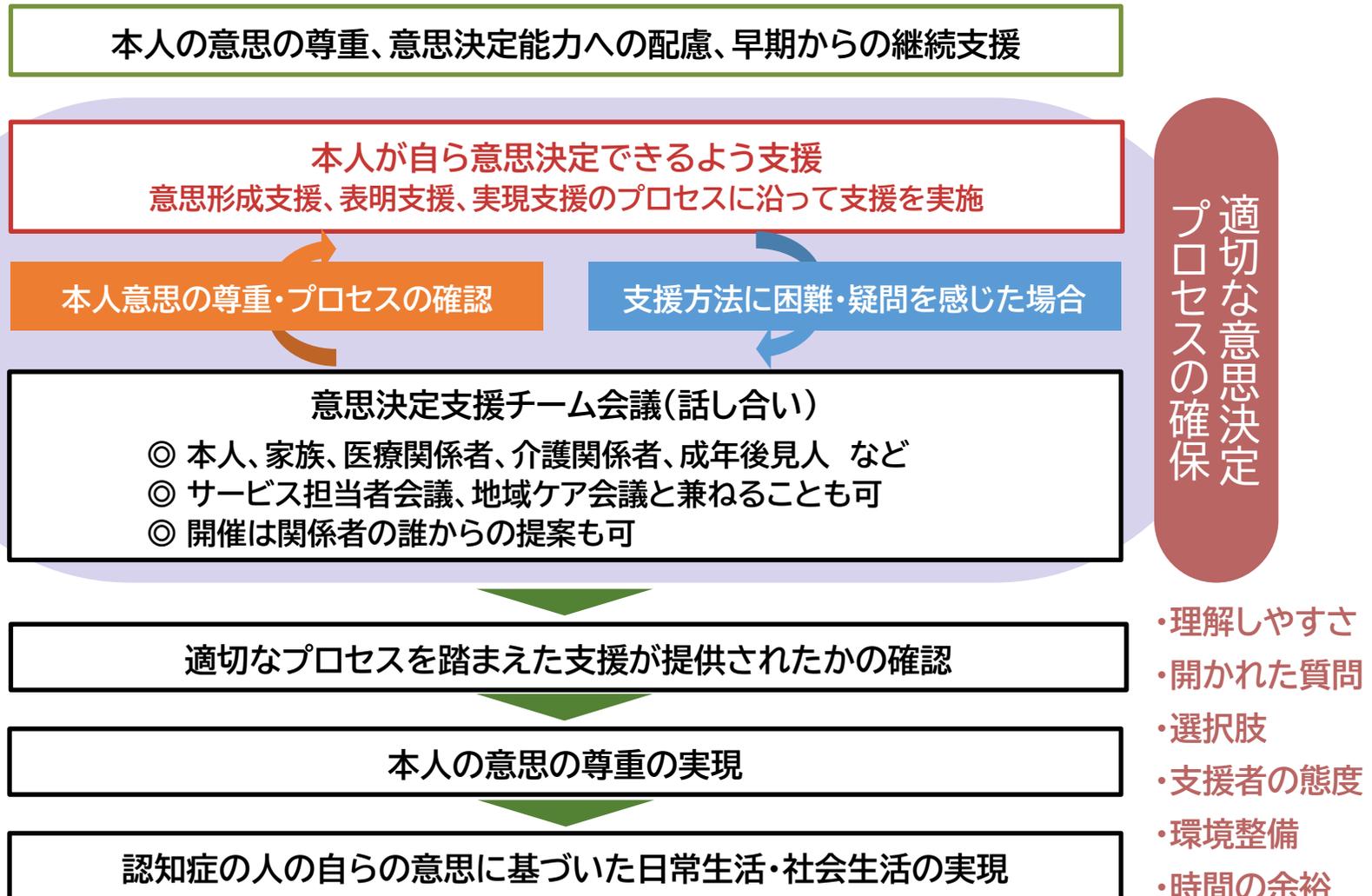
認知症の人の日常生活・社会生活における
意思決定支援ガイドライン 組み込み型研修

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〕

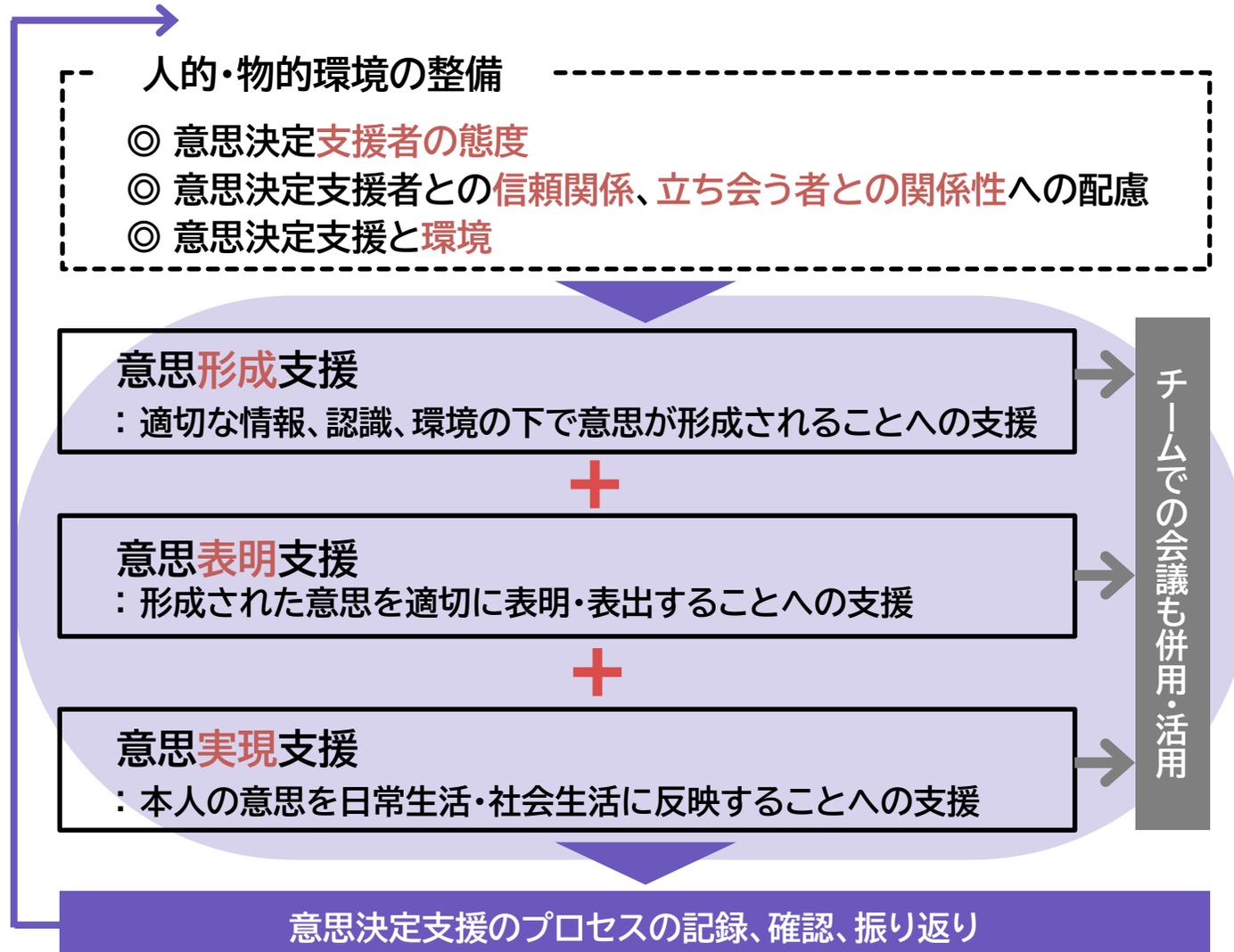
生活支援としての意思決定支援

【対応力Ⅱ-26】



意思決定支援のプロセス

【対応力Ⅱ-27】



認知症の人の意思決定支援の要点

【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よう支援する

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(ナラティブ)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

言語の障害

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

思考速度の低下

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

ワーキングメモリの減少

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、話をつなげられない

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、同じことを何度か言う)

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

認知症の人の意思を尊重するための支援

【対応力Ⅱ-31】

- 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

【対応力Ⅱ-32】

【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・社会生活に関して自らの意思に基づいた生活を送る**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)】

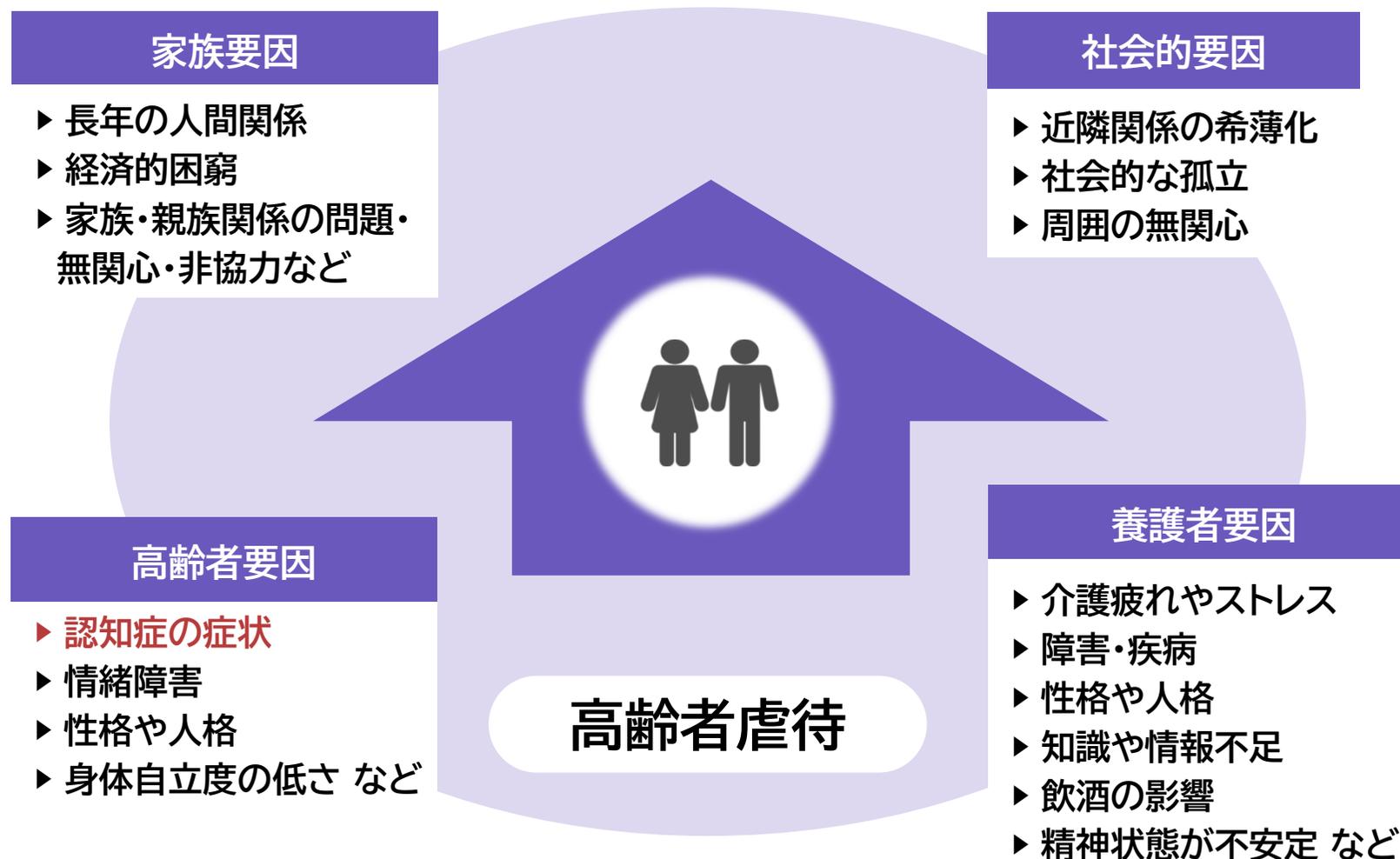
将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した
意思決定の実現を支援するプロセス

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、本人が最期まで尊厳をもって人生をまっとうすることができるよう支援することを目標とする

日本老年医学会「ACP推進に関する提言」より一部修正

高齢者虐待の背景

【対応力Ⅱ-33】



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こともある
- ◎ 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】

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

身体拘束の実施の理由

【対応力Ⅱ-36】

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

いつのまにか・・・

➔ 「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

- ・ルート類が抜けないように体動を抑えるため抑制帯を用いる
- ・指先の動作で抜けないようにミトンをつける
- ・センサーマットを使用してベッドから離れたことを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？

身体拘束がもたらす弊害

【対応力Ⅱ-37】

身体的問題	<ul style="list-style-type: none">・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	<ul style="list-style-type: none">・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	<ul style="list-style-type: none">・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	<ul style="list-style-type: none">・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

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がない・・・」と
倫理的ジレンマを抱えながら身体拘束をしている

身体拘束は認知症の人を守れるか

【対応力Ⅱ-39】

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する行動制限は…

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

身体拘束に対する倫理的問題

【対応力Ⅱ-40】

- ◎ 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《論点整理を目指して》講演資料, 2020
佐藤晶子 高齢者の「尊厳」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巻1号p25-31, 2019

認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**

点滴ルートに触るのはなぜ？（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

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Ⅱ-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)

切迫性	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 (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 <u>必要となる原因</u> を考える
非代替性	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、継続的な見守りが困難) ▶ 身体拘束を <u>回避する方法</u> を考える
一時性	行動制限は一時的であること ▶ 身体拘束を <u>解除する目安</u> を考える

やむを得ない場合の例外的対応

【対応力Ⅱ-43】

- 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

身体拘束予防ガイドライン

身体拘束廃止のために、まず、なすべきこと — 5つの方針

【対応力Ⅱ-44】

① 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

③ 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當か、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
- ▶ 身体的な不快や苦痛を感じている場合
- ▶ 身の危険を感じている場合
- ▶ 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

⑤ 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

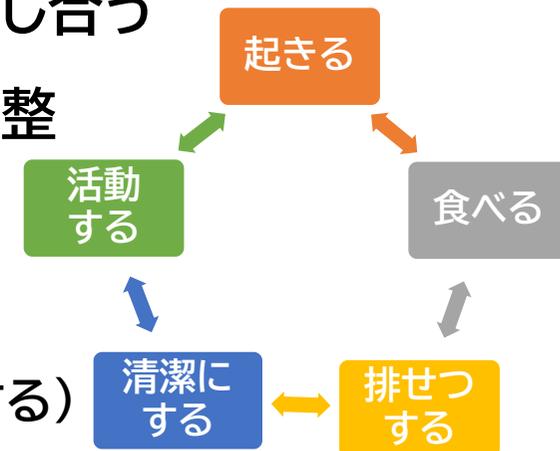
・厚生労働省「身体拘束ゼロ推進会議」, 身体拘束ゼロへの手引き, 2002

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)
※療養生活の中で『快』を感じることができるよう



身体拘束の代替案の検討のポイント

【対応力Ⅱ-46】

痛み・苦痛・
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

やむを得ず身体拘束を判断し実施する際の留意点

【対応力Ⅱ-47】

- 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

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

行動(身体拘束にいたる行動)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)

言動のアセスメント

➡ 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)



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苦痛・不快が最小限となる

- ➔ 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

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

認知症の人を介護する家族の苦悩

【対応力Ⅱ-50】

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

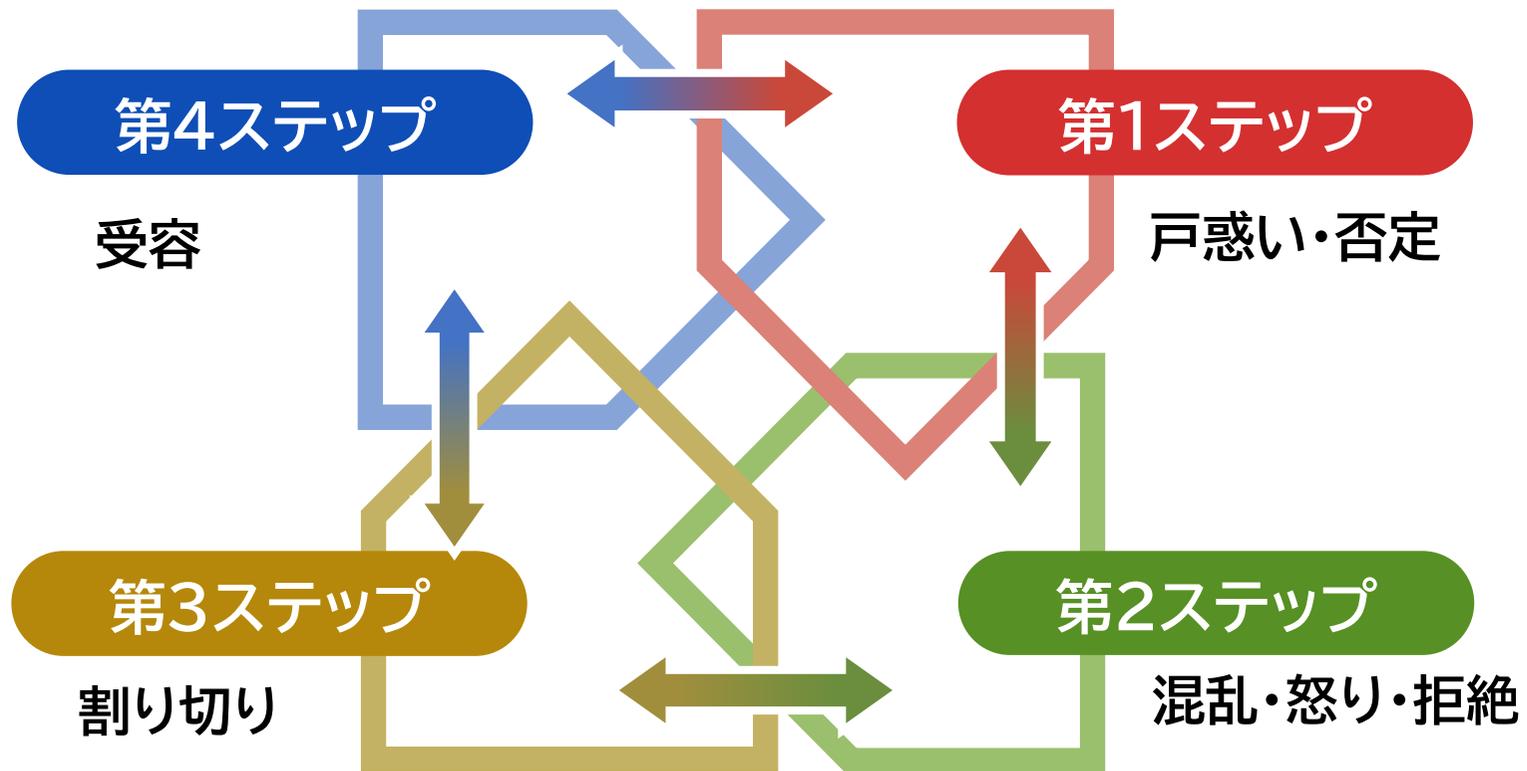
- ◎ 気が休まらない
- ◎ 自責・自己嫌悪
- ◎ 「介護がもう限界」と言えないつらさ
- ◎ 認知症によるさまざまな症状への対応
- ◎ 日常生活の介護による負担
- ◎ 病院や施設での心ない対応

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

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

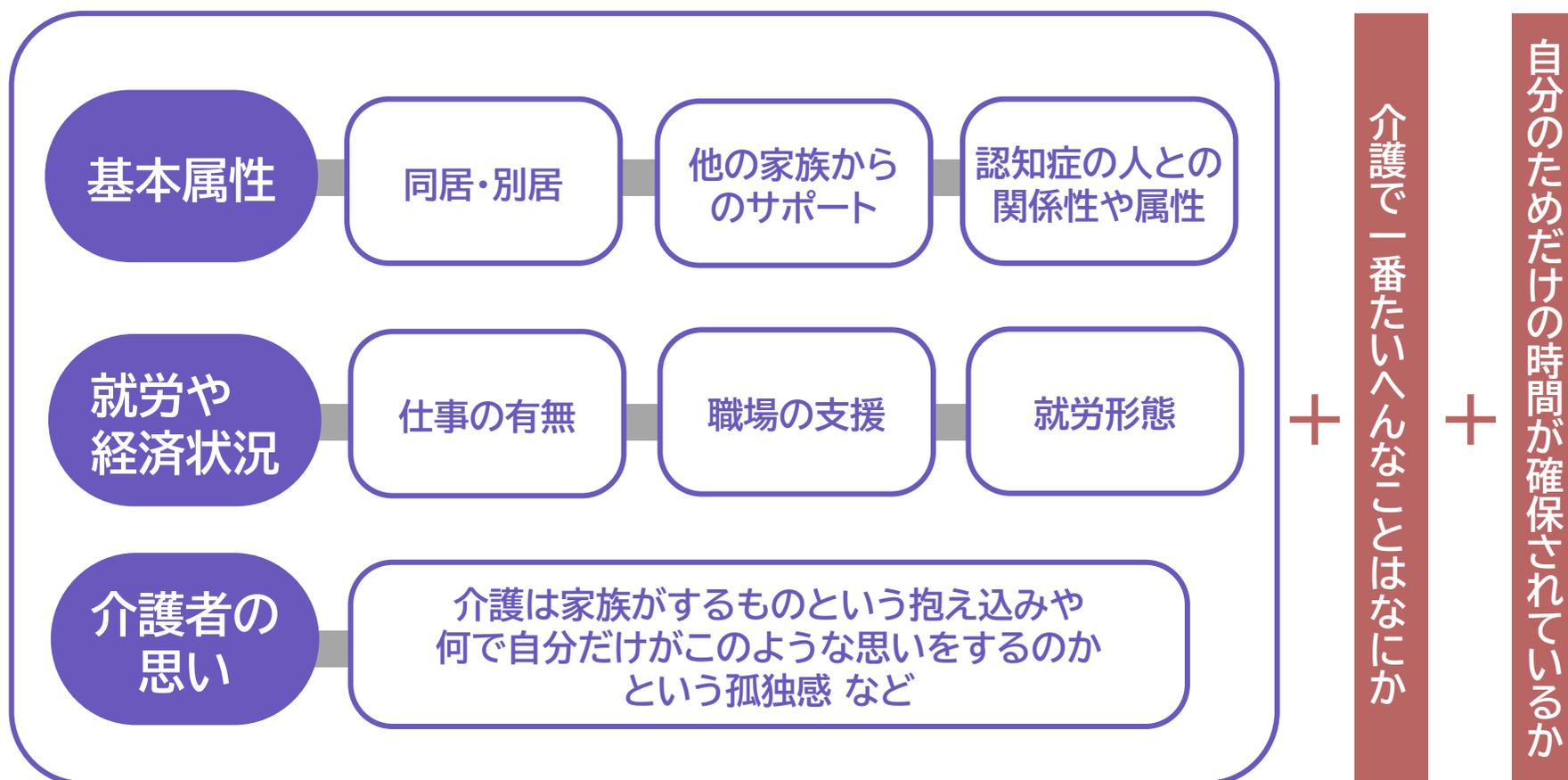


- 何度か「受容」したようにみえても、再び新たな認知症の人の症状や出来事に直面するたびに「戸惑い」や「怒り」と「受容」の間を行き来する
- 心理的ステップのどの段階にいるかを周囲の人や支援者が理解した上で適切な支援に結びつけることが重要である

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

介護者の状況を知る

【対応力Ⅱ-52】



参考) 専門職のための認知症の本人と家族が共に生きることを支える手引き
平成29年度老人保健健康増進等事業「認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業」より一部改変

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
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

【対応力Ⅱ-54】

- 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

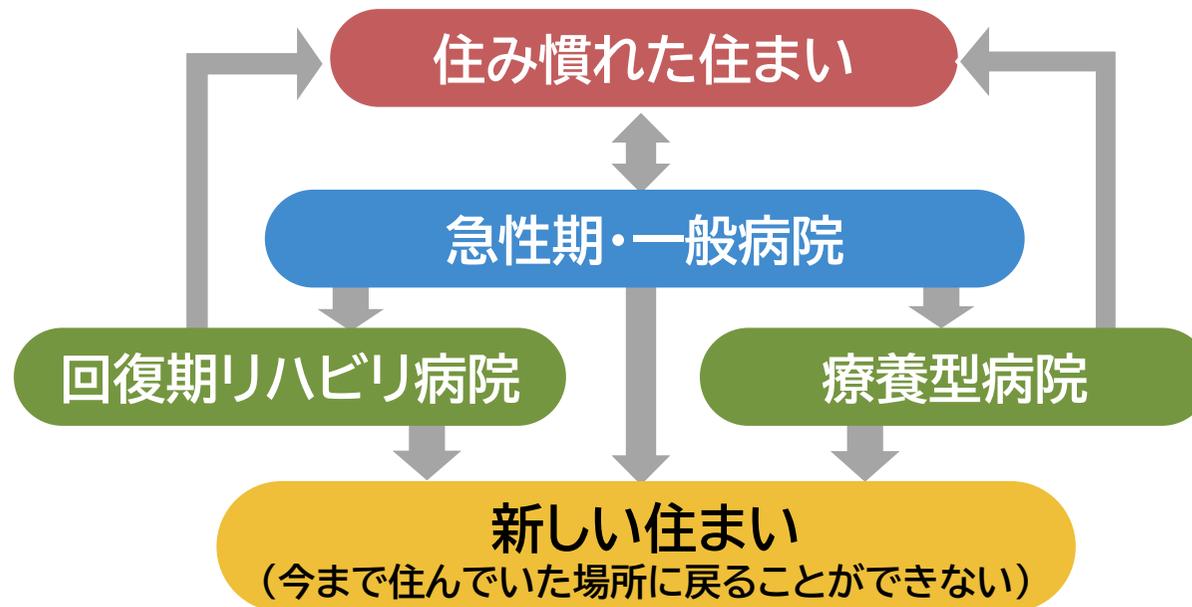
- ①病棟等におけるチームケアの意義
- ②多職種連携
- ③倫理的課題と意思決定支援・権利擁護
- ④身体拘束の原則等
- ⑤家族(介護者)の支援
- ⑥社会資源と地域連携

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



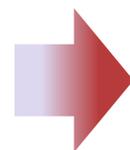
その時々々の認知症の人の療養場所において、
病院と地域の医療・介護・福祉関係者からなるケアチーム
の連続的に行われる療養支援が重要になる

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

地域連携(院外の多職種連携)の意義

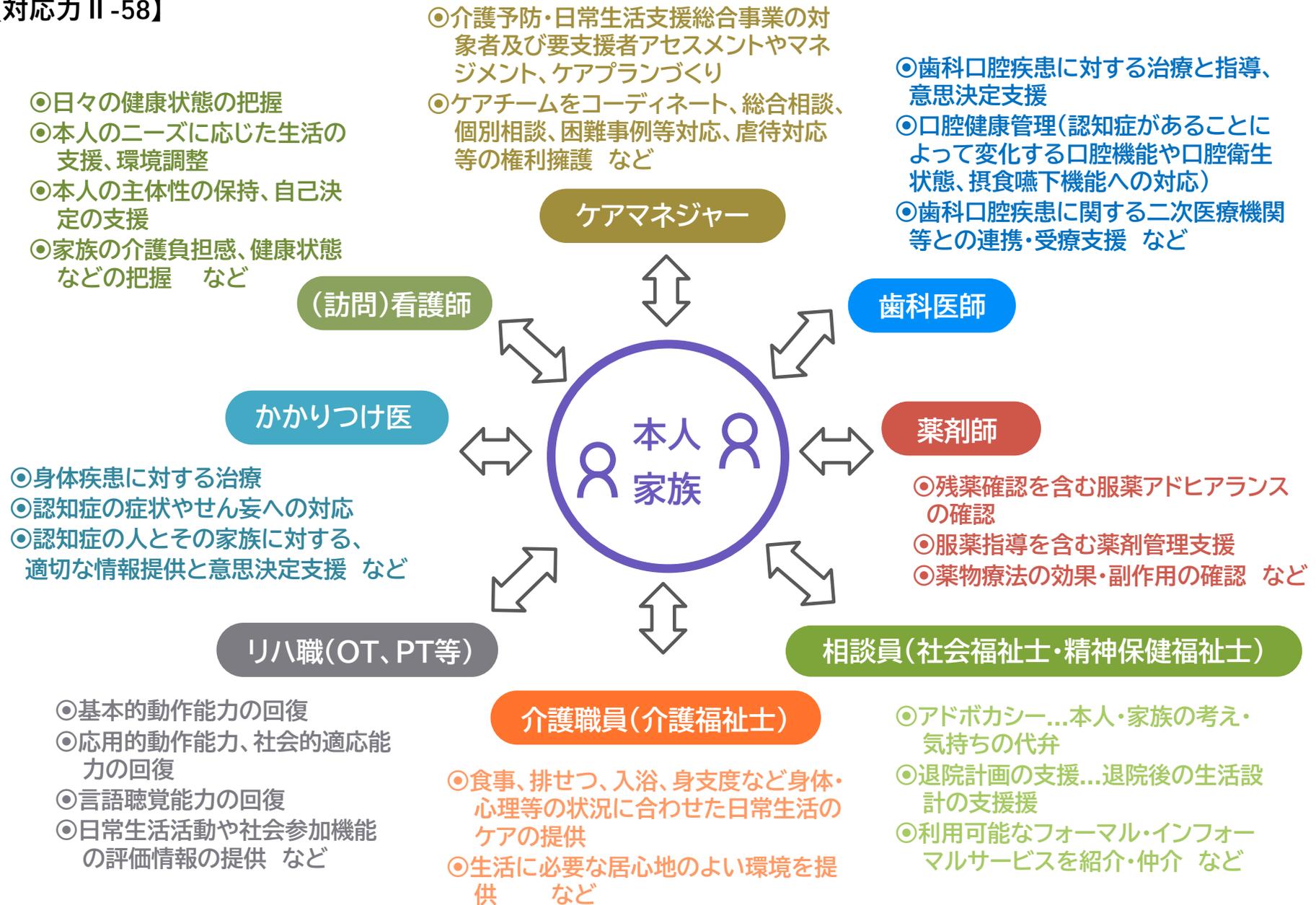
【対応力Ⅱ-57】

- 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

地域連携における多職種役割

【対応力 II -58】



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】

入院前

入院中

退院後

カンファレンス

カンファレンス

- 入院前の生活状況を踏まえた入院

入院前の連携先(社会資源)

【相談、バックアップ】

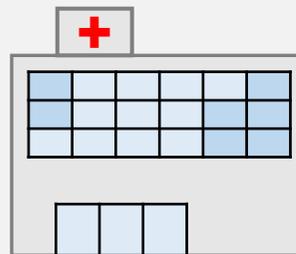
- ・認知症疾患医療センター
- ・認知症サポート医
- ・地域包括支援センター
- ・福祉事務所
(障害者手帳、生活保護等)
- ・権利擁護・後見センター

【医療サービス】

- ・医療機関
- ・歯科医療機関
- ・薬局 等

- 安心・安定した加療・入院生活
- 入院中の心身機能低下の防止・軽減

院内連携



- スムーズな退院
- 退院後の安定した生活維持

退院後の連携先(社会資源)

【介護保険サービス】

○居宅サービス

- ・居宅介護支援事業所
- ・訪問看護/訪問リハ
- ・訪問介護
- ・デイサービス
- ・通所リハ(デイケア)
- ・短期入所(ショートステイ)
- ・小規模多機能 等

○居住・施設サービス

- ・グループホーム
- ・介護老人保健施設
- ・特別養護老人ホーム
- ・療養型医療施設・介護医療院
- ・有料老人ホーム
- ・サービス付住宅 等

【多様な資源】

- 認知症の人と家族の会
- 認知症カフェ
- 本人ミーティング
- 当事者会

【医療サービス】

- ・医療機関
- ・歯科医療機関
- ・薬局 等

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

認知症の症状の評価や今後の見通しと対応

【対応力Ⅱ-62】

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

- ▶ 自宅環境で自力でできること・援助が必要なこと
- ▶ 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)

退院後の医療体制や身体疾患の治療の継続

【対応力Ⅱ-63】

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

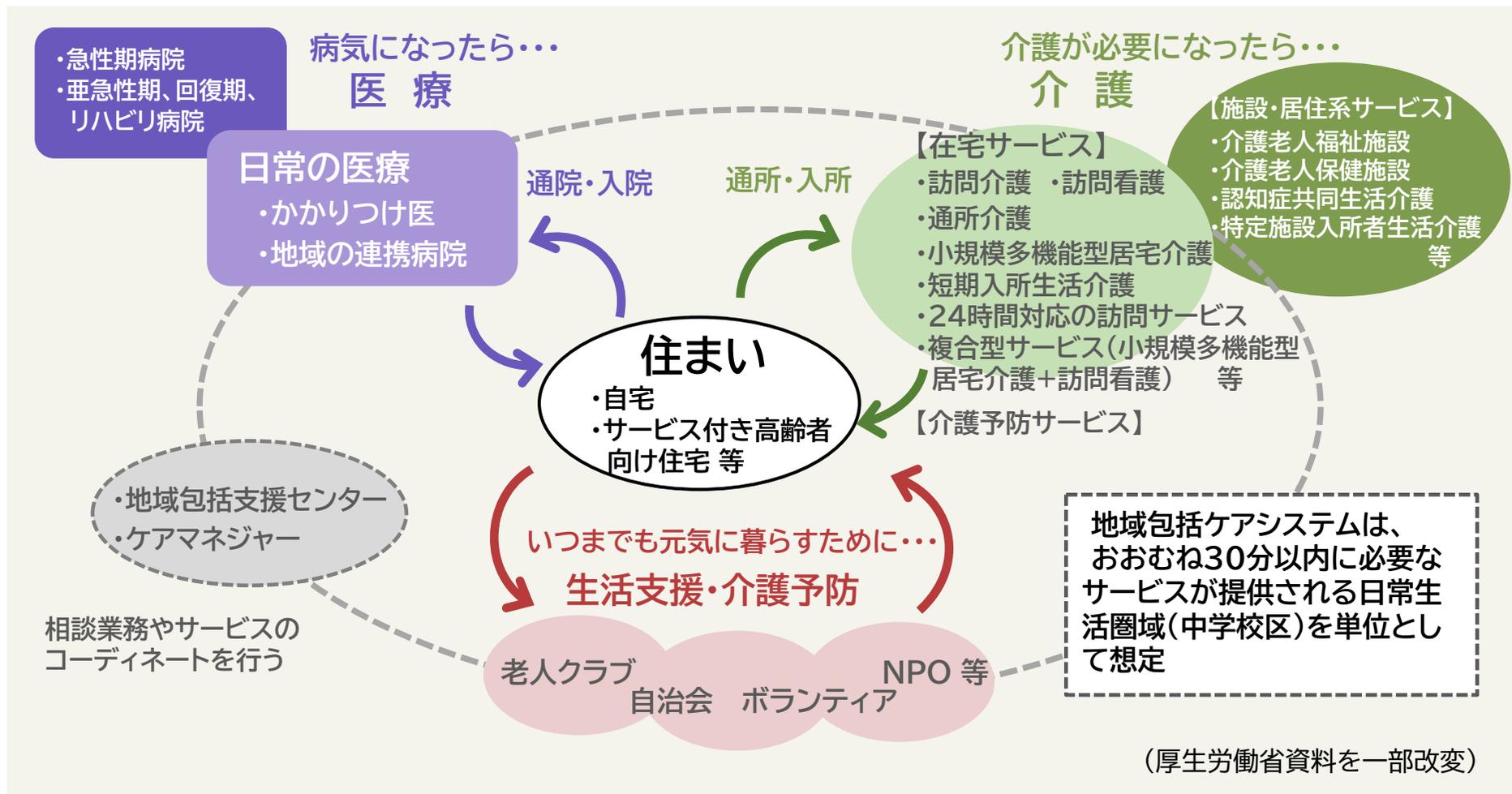
例 急変(状態変化)時の対応

- ▶ 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



(厚生労働省資料を一部改変)

地域から期待される役割

【対応力Ⅱ-65】

- 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

【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、spO₂98%

内服薬 : 塩酸ドネペジル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のでしょうか？

- * 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>

- ▶ 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：

- 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の構築を考えることができる
- 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) ▶ 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



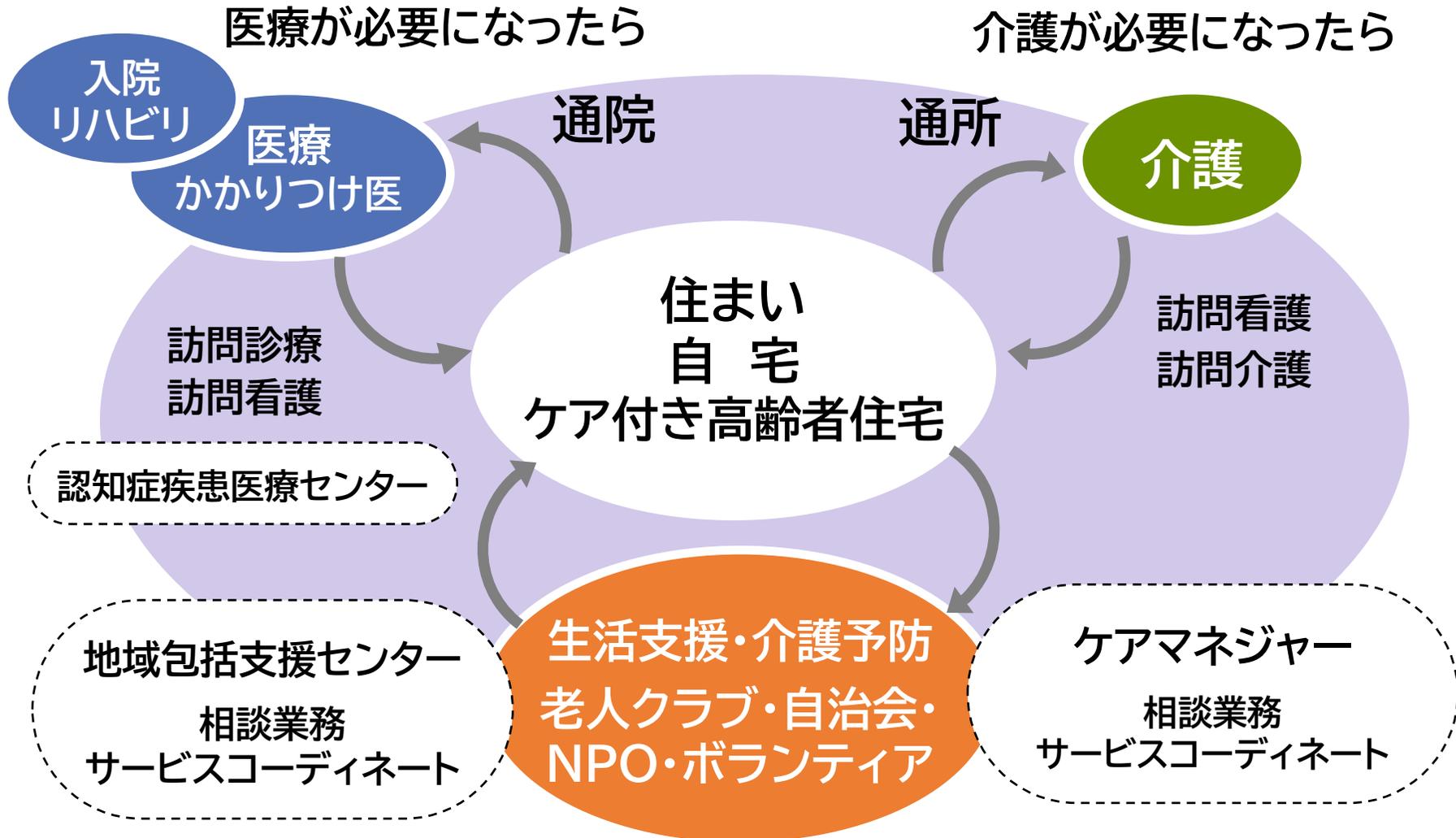
- 多職種協働・相談体制(コンサルテーション)
 - ▶ 認知症・せん妄に特化した専門家によるチームラウンド
 - ▶ 他の部門との協働・連携
医療安全、退院調整、栄養、リハビリテーションなど

* 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①

【体制 -7】

地域包括ケアシステムの推進



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①

【体制 -9】

- 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

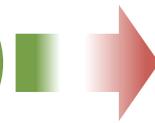
- 看護チームの認知症ケアへの関わりが決まる
➡ スタッフのモチベーションが変わる

看護管理者(部署のリーダー)の影響②

【体制 -10】

- 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



どのようなケアができるか、
できることはないか

- 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
- 相談できる体制整備

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

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

【体制 -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

認知症ケアの改善に向けた部署(病棟)単位での取組

【体制 -13】

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うまくできているのか

◎ 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

→ 必要な
情報を得
る仕組み

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

【体制 -15】

- 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

スタッフの対応力を見極め、柔軟なケアにつなげる

【体制 -17】

- 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、体制を検討
- 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

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、行動の裏付け、ケアの選択、評価に活用できるように支援
 - ▶ 学んだ知識を今いる患者に置き換えて説明することで知識と現象が結びつく
- 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

必要な治療が確実に遂行できるように計画的に支援

【体制 -20】

- **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**

治療に関わる専門職連携の工夫

【体制 -21】

- 他職種の利用：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

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

【体制 -23】

- 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

一般医療機関における体制整備の指針②

【体制 -24】

- 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

【体制 -25】

講師等の病院での取り組みを紹介

【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
- ② 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
- ③ 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

【体制 -27】

時間配分 の目安

- 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

【体制 -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仕事の役割はなにか
- 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)を見直してみましよう

病院・病棟(部署)の課題①

【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①

【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、自身に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 短期的なもの(すぐ行動できるもの)と 長期的なもの(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③

【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・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院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①

【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

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

継続して査定するための
仕組み作りを行う

◎ 認知症ケアに関する学習の推奨

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
 - ◎ 他病棟からの応援
 - ◎ 専門的な知識を持つ人材(他職種)の部署を超えた活用
- 病棟を超えた
人材活用の仕組み作り

倫理調整の仕組み作り

- ◎ 認知症の人の意思決定
 - ◎ 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

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

方法の選択

【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

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

- ① スタッフ育成の目標設定
- ② 研修の企画立案・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 Design	学習者に、どのような方法で学習目標を到達してもらうかの地図を作る
開発 Develop	設計したことを、より楽しく効果的かつ効率的に進めていくための材料を作る
実践 Implement	計画を実施する
評価 Evaluate	学習目標に到達できたかを確認し、よりよい学習方法、研修方法に向けて改善する

分析

設計

開発

実践

評価

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	実際に行っている看護場面
内省的観察	①実際の看護場면을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）

【育成 -13】

- 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

【育成 -14】

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を持てるな
- ▶ 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①)

【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면을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 style="list-style-type: none"> ▶ 認知症の人のせん妄の現状 ▶ せん妄と認知症の違い ▶ せん妄の症状 ▶ せん妄の発症経過 	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・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カ月後、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)

- ① 改善したいテーマの決定（認知症看護の〇〇〇〇）
- ② 学習の動機付け
- ③ 研修企画（研修企画モデル1、2を参照）
- ④ 研修実施
- ⑤ 研修評価
- ⑥ ①研修で学んだことの実践
- ⑦ ②研修後、定期的に実践していることの評価
- ⑧ ③評価後の改善計画
- ⑨ ①～③を繰り返す

【演習1】 研修の企画立案

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	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	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

演習の進め方 1-2 (ワークシートの進め方)

【育成 -37】

	自己作業時間	グループワーク・発表
研修を企画する目的	} おおよそ 15分	<p>【グループワークの注意点】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 司会、書記、発表者を決める 2. 発表している人の意見を聞く、否定しない 3. 建設的な意見交換をする 4. 必ず、全員が意見を伝える 5. 出た意見の中から、一つ選ぶ 6. 選んだ研修企画書を、具体的に検討する <p>※研修方法、研修内容、研修効果はそれぞれが自組織で活用できる内容になるよう検討できるとよい</p> <p>おおよそ50分</p> <p>【発表】</p> <p>グループワークで検討した内容を発表する</p> <p>おおよそ20分</p>
研修テーマ ・認知症に関するテーマ		
自施設での認知症ケアについて ・課題 ・職員の関心ごと		
研修の目標 ・認知症看護の〇〇〇〇ができる というように表現する	} おおよそ 5分	
研修方法 ・講義や事例検討、ロールプレイなど ・受講の対象者、時間、場所など	} おおよそ 20分	
研修内容 ・具体的にどのように実施するか		
研修効果 ・研修後に期待できること	} おおよそ 10分	
評価方法		

【演習2】 研修の受講後のフォローアップ

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 style="list-style-type: none">①研修を受けて、印象に残っていることは？②認知症ケアで改善しようと思う現状は？③どのように行動に移そうと考えているか？
2) 3か月後	<ul style="list-style-type: none">①1)③で記載したことを実践できているか？②どのようなことを意識して行っているか？③改善点はないか確認する④改善点をどのように修正するか？
3) 6か月後	<ul style="list-style-type: none">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？

演習の進め方 2-2 (ワークシートの進め方)

【育成 -39】

1) 研修直後	<p>研修直後の項目は ▶ 記載時間 おおよそ10分 ▶ その後、発表20分</p>
2) 3か月後	
3) 6か月後	<p>3か月後、6か月後は自施設で実践し、 上司や同僚と共に確認する</p>