看護職員
認知症対応力向上研修
研修テキスト

第1分冊
認知症に関する知識 編

令和5年3月

令和4年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

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

目次

1　認知症に関する知識 編	▶▶ 第 1 分冊
① 意義と役割	**1**
② 認知症の病態論	**21**
ⓐ 認知症の原因疾患の特徴・病態	(21)
ⓑ 認知機能障害とBPSD	(43)
ⓒ 認知症と鑑別すべき他の疾患	(59)
ⓓ せん妄の特徴や症状	(77)
ⓔ 認知症の薬物療法と非薬物的対応	(85)
ⓕ 若年性認知症の特徴	(97)
ⓖ 認知症の重度化予防	(101)
③ 施策・社会資源等	**103**
2　認知症看護の実践対応力 編	▶▶ 第 2 分冊
2-1　認知症の人の理解	
① 認知症の人の行動等の理解	**1**
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）	**13**
③ 認知症の人とのコミュニケーションの基本	**35**
2-2　認知症の人の理解	
① アセスメントのポイント	**45**
② 認知機能障害への対応	**53**
③ BPSDの要因・症状と対応	**65**
④ 身体管理・症状経過を踏まえた対応	**85**
⑤ せん妄への対応	**111**
⑥ 退院支援	**123**
2-3　認知症の人の理解	
① 病棟等におけるチームケアの意義	**145**
② 多職種連携	**147**
③ 倫理的課題と意思決定支援・権利擁護	**159**
④ 身体拘束の原則等	**181**
⑤ 家族（介護者）の支援	**197**
⑥ 社会資源と地域連携	**203**
3　体制構築・人材育成 編	▶▶ 第 3 分冊
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	**1**
② 体制構築に向けた取り組み	**13**
3-2　スタッフ育成・教育	
① スタッフ育成の目標設定	**45**
② 研修の企画立案・研修実施のポイント	**53**
③ 研修の効果測定と受講後のフォローアップ	**75**

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　：

❶ 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

❷ 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

❸ 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

認知症に関する知識 編

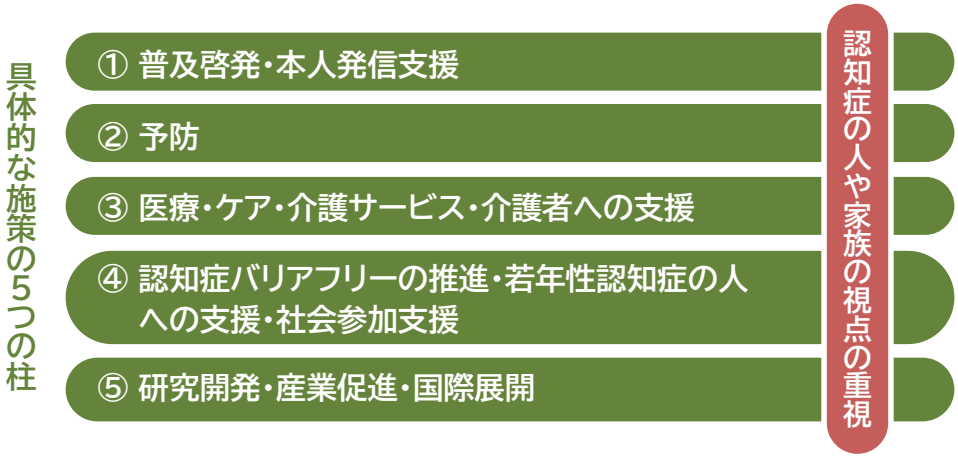
①意義と役割

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



令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定

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】

❶ 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

❷ 認知症の本人の視点を重視、意思を尊重した対応の原則を理解し、認知症の症状・特徴を踏まえた基本的な対応を行うことができる

❸ 病棟等におけるチーム対応、院内外の連携、介護者支援等について、退院後の生活の継続性も考慮した実践的な対応を行うことができる

❹ 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

❺ 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

〔知識 -1〕

令和元年 6 月 18 日認知症施策推進関係閣僚会議で決定された認知症施策推進大綱では、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していくことを基本的な考えとして掲げています。

同大綱は、大きく 5 つの柱で構成されていて、これらの施策は全て認知症の人の視点に立って、認知症の人やその家族の意見を踏まえて推進することを基本としています。

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

〔知識 -2〕

本研修の意義（目的）は、カリキュラム各編の「ねらい」や「到達目標」にもありますが、概ねこの5つの項目に整理できます。認知症の人にかかる現状や課題を理解し、一般病院の看護職員として、病態等の知識、基本的な対応力、チームや連携による対応力を習得するほか、指導的役割としての認知症ケア体制の構築や人材育成まで、本研修の受講を通じて幅広い役割が期待されています。

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	◎対患者（1対1）の場面を想定した基本的な看護・対応を症状や状態別に整理（認知機能障害、BPSD、せん妄 等） ◎病態や症状を踏まえたBPSDやせん妄の事例について具体的な事例検討
		150	60	2-3）実践対応力Ⅱ	◎看護チームもしくは院内外の多職種の連携による場面を想定した看護・対応を整理（多職種連携、意思決定支援、身体拘束、家族支援 等） ◎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	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	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	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 -3〕

本研修は、大きく、「認知症に関する知識」編、「認知症看護の実践対応力」編、「体制構築・人材育成」編から構成されます。平成 28 年度からスタートした前カリキュラムについて、実施上の課題の解消や新しい情報の更新など今日的な改訂が行われました。

①認知症に関する知識編では、対応力の前提となる認知症の病態論を知識として学び、②認知症看護の実践対応力編では、まず、認知症の人への理解を深め、対患者の対応場面、チーム・連携による対応場面の実践を学びます。それらを踏まえて、③体制構築・人材育成編では、それぞれ演習を中心に、より実践的な検討を行い、研修内容を効果的に病院や地域に還元できるよう構成されています。

〔知識 -4〕

各編の「ねらい」と「到達目標」を整理します。

認知症に関する知識編では、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こと、認知症看護の実践対応力編では、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）を習得すること、体制構築・人材育成編では、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ことが、それぞれねらいとなります。

各編の講義や動画教材、演習（事例検討・グループワーク）は、これらの「ねらい」と「到達目標」を目指す内容で構成されています。各編の教材（講義スライド）は、概ね到達目標の項目に対応して構成されています。

【知識 -5】

動画 ①　本人の声を聴いてみる

本研修が必要とされる背景

【知識 -6】

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

認知症施策推進大綱より抜粋

身体疾患の治療を行う一般病院における課題

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

〔知識 -5〕

動画① 本人の声を聴いてみる（5分 14 秒）

研修のはじめに認知症の人ご本人の話を聴いてみましょう。

お話ししてくれるのは「アルツハイマー型認知症」・「レビー小体型認知症」・「血管性認知症」のご本人です。

認知症の人は何気ないような出来事でも戸惑ったり苦しんだりしている様子、逆に、認知症でも、そういうことはできるんだ、など、ご本人の話から体感してください。

〔知識 -6〕

スライドの上部に認知症施策推進大綱からの文章を抜粋し示します。これまでも認知症に関連した様々な取り組みが行われてきましたが、依然として身体疾患の治療を行う一般病院においては、以下のような課題があると考えらます。

●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。

●院内や地域との連携・情報共有が適切に行われていない。

看護職員をはじめとする、病院勤務の医療従事者が認知症の基本的な理解を深め、対応力を高めることで、これらの課題を解決することが本研修の大きな目的です。また、認知症初期集中支援チームや認知症ケア加算（診療報酬）の創設等、多職種がチームで治療やケアを行うことが求められています。

看護職員のみならず、院内外の多職種が連携しながら、病棟や病院全体の総合的な対応力向上が不可欠です。

一般病院に入院する認知症の人に起こっていること

【知識 -7】

- 身体疾患の悪化による緊急の入院となることが多く、気が付くと見知らぬ環境で、厳格に監視されている

  ➡ 入院時の初期対応や、環境不適応状態への介入の課題

- 認知症の治療やケアは身体疾患の治療後にと考えられ、言動が制限され、症状へも未対応のまま治療が行われる

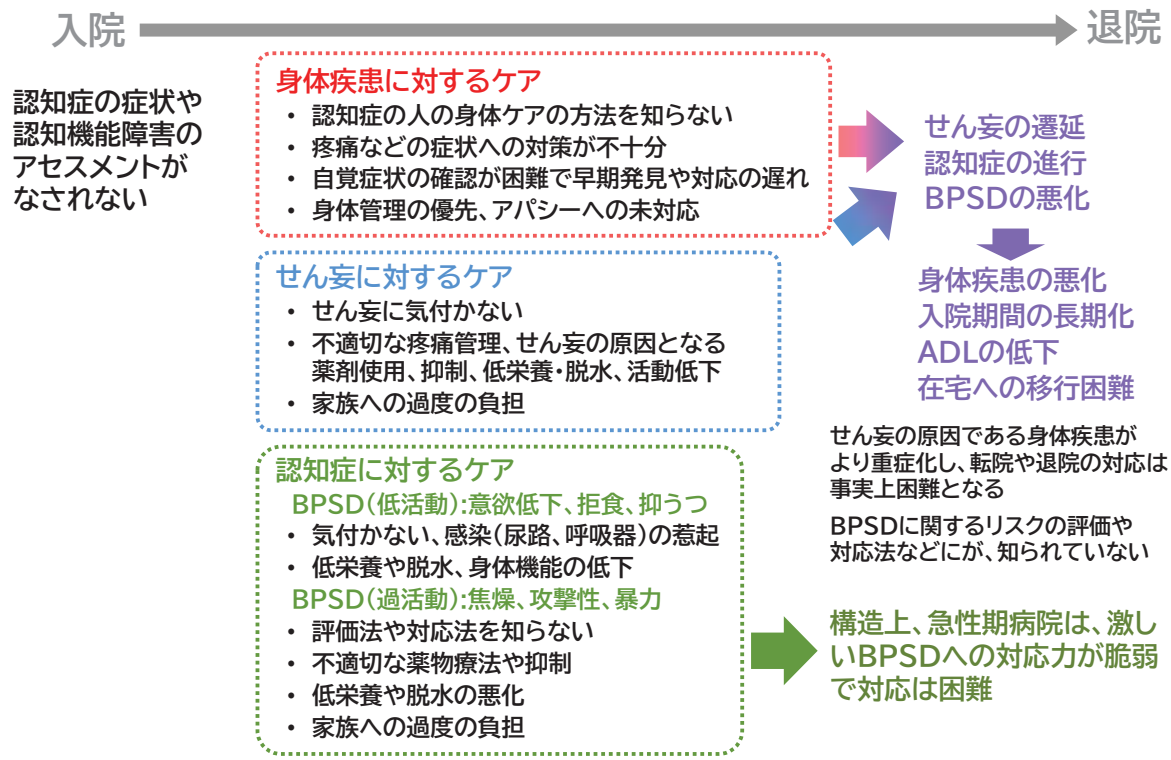
  ➡「認知症の治療やケアは元気になってから」の誤解

- 身体疾患は改善しても身体機能が低下し、入院前の療養場所に退院するためには様々な困難に直面する

  ➡ 院内外の資源の活用や多職種の協働・連携が不十分

入院中のケアの問題

【知識 -8】



〔知識 -7〕

認知症の人の入院要因は、転倒骨折、肺炎、脱水、意識消失など身体の急性変化が代表的です。

全身状態が落ち着き、入院時の混乱や意識レベル低下が改善してきた時、入院時のことは記憶から欠落していたり曖昧になっていたりしていて、知らない場所で見知らぬ人からの処置や対応に混乱すれば、不安・大声・多動・興奮などが生じやすくなり、それに対し厳格な監視などで応えたりすれば、入院環境への不適応状態も持続していきます。

病院では身体的治療が最優先ではありますが、身体治療が落ち着くまで認知症ケアの観点なく放置していては、前述の環境不適応状態が遷延化し興奮状態は暴力へと進展し、それに対して制止・抑制の方針がとられ…という悪循環が生じやすくなります。

身体治療と認知症ケアを併せて提供する必要があるという認識・理念を再確認することは対応力向上のため欠かせません。

入院中、認知症ケアが途絶えてしまうと、たとえ身体疾患が治ったとしても、もし日常生活能力を失っていれば自宅や元の療養場所に復帰する機会を逃すことになります。認知症の人を病院で受け入れる時に、「ケアは退院後に」と最初から分離させるのではなく、どういうケアが提供されていたのか、どのような暮らしを送っていたのかを把握し、無事に元の療養場所に復帰できることを目指して認知症ケアも包括的に提供していくことが、入院中の回復過程の支援にも通じ、それが地域の関係者との円滑な連携にもつながります。

〔知識 -8〕

一般病院での認知症ケアは、

1. 認知症自体に対するケア
2. せん妄に対するケア（予防的なケア、発症した後の重症化を防ぐケア）
3. 認知症の人の（自覚症状を適切に伝えられない患者の）身体ケア

の3つに分けることができます。

認知症に関するケアは、過活動型 BPSD(焦燥、攻撃的な行動、暴力）に注意が向けられがちですが、現実に多いのは低活動型 BPSD(意欲低下、拒食、抑うつ）です。低活動型 BPSD は、問題として医療従事者に認識されにくいために見落とし・放置されることも多く、結果として ADL 低下や低栄養・脱水を招き、入院の長期化や在宅移行を困難にもします。

せん妄に関しても、見落とされる点、基本的な治療法を知らずに不適切に薬剤での鎮静が行われ、遷延・重症化を招いている問題もあります。

認知症の人の身体ケアでは、記憶障害以外に実行機能障害を伴うことが認識されておらず、そのため、自覚症状を適切に伝えられない問題が見落とされ、疼痛管理等対策が不十分となることもあります。

認知症の人が入院時に体験する困難・苦痛
～入院環境に伴う困難～

【知識 -9】

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

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

認知症の人が入院時に体験する困難・苦痛
～身体症状に関する困難～

【知識 -10】

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

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

〔知識 -9〕

認知症の人が一般病院に入院した際に体験する困難や苦痛について4つにまとめました。まず一つ目として入院という環境の変化に伴って認知症の人が定見する困難さについて示します。

認知症の人は身体症状の悪化による急な入院となることが多いことから、それまでの療養環境から病院への環境の急激な変化を伴うこと、院内の環境（廊下やホールなど）は標識が多く、また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こと、さらに身体疾患の治療のために転棟やベッドの移動などが必要となることが多く、自らが日々置かれている場所に関する見当識を失いやすいこと、入院の環境自体が音や光などの刺激が多いこと、などから様々な困難やストレスを体験している可能性が考えられます。

〔知識 -10〕

認知症の人が入院時に体験する困難・苦痛の2つ目として、入院の原因や目的となった身体疾患に関連した困難さについてまとめました。

入院の原因となった身体疾患に対する手術や点滴などの医療的な処置以外にも身体的な侵襲を伴う検査などに伴う苦痛が生じやすいこと、認知症の人は認知機能障害のために自身の身体症状を的確に伝えられず、また医療者の指示が複雑に感じられ理解しにくいためコミュニケーションに障害が生じやすいこと、飲水・摂食などの不良さから脱水や低栄養に陥りやすいこと、便秘や尿閉などの症状が見逃されやすいこと、などから様々な困難さを体験している可能性があります。さらに身体症状への対応が優先されることで、認知機能障害や視力・聴力障害などの高齢（加齢）に伴う感覚障害に対する個別の配慮をうけことが困難な状況に陥っていることもあります。

認知症の人が入院時に体験する困難・苦痛
～社会関係に関する困難～

【知識 -11】

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

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

認知症の人が入院時に体験する困難・苦痛
～精神機能に関する困難～

【知識 -12】

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

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

〔知識 -11〕

認知症の人が入院時に体験する困難・苦痛の3つ目として、社会関係、特に院内外との人間関係に関する困難さについてまとめました。

身体疾患の治療のための入院は、入院期間が短いことが多く、病棟の看護師やその他の医療スタッフとなじみにくいこと、入院するまでに関係が構築されていた在宅時の介護スタッフとの関係が途切れやすいこと、認知症に関する病院スタッフ間のコミュニケーションや申し送りが不足しやすく、統一された対応を受けにくいこと、入院期間中は面会や外出などに制約があることが多く家族と疎遠になりやすいこと、などから認知症の人が困難さを体験している可能性があります。

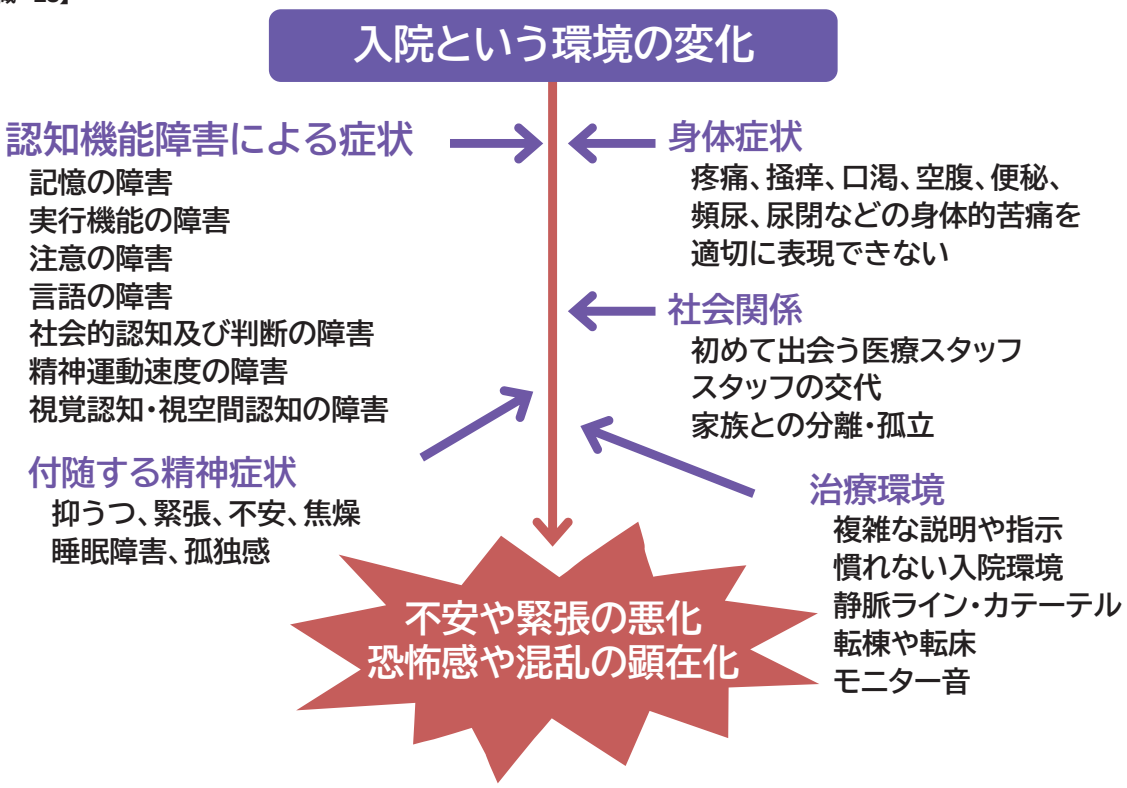
〔知識 -12〕

認知症の人が入院時に体験する困難・苦痛の4つ目として、精神機能、主に精神症状に関連した困難さについてまとめました。

入院期間中は、身体症状の悪化や環境の変化などをはじめとした様々な要因が重なることでせん妄を合併しやすいこと、同様に様々な認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）がおこりやすいこと、さらに身体疾患の治療やせん妄や行動・心理症状の対応に追われ患者さんの抑うつや不安といった精神症状が見逃されやすいこと、などから様々な困難さや苦痛を体験している可能性があります。

認知症の人からみた入院環境と治療やケア

【知識 -13】



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

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

〔知識 -13〕

認知症の人は、実行機能障害を中心とする認知機能障害により、環境の変化に対して脆弱です。入院に伴う環境の変化には、外部環境の変化（病院という環境、社会関係の変化）があります。

また、病院は治療を行う場であり、医療的な処置に関連した痛みや倦怠感などの苦痛を伴うこともしばしばあります。複数の要因が重なり、認知症の人には負荷がかかっているのです。

〔知識 -14〕

認知症の人を地域で支えるための医療・介護連携に関連しても様々な課題があります。

具体的には、早期の受診や対応の遅れによる認知症症状が悪化してからの受診や入院時に初めて認知症症状の存在に気づかれること、認知症への対応の困難さから一般病院での認知症の人の受け入れの拒否があること、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こと、認知症の人と家族を支援する体制が不十分であること、医療・介護従事者間の現場での連携が不備であること、など様々な課題があります。

地域における生活の継続性も考慮した実践的な対応や入院早期から退院後の地域生活に配慮した支援を行うためには、認知症の早期発見と診断後の支援にも対応した院内外の医療介護連携の構築や認知症の人や介護者の支援体制の整備などが必要不可決です。

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

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

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

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

〔知識 -15〕

認知症の人が一般病院に入院した際に体験する困難や苦痛にも十分に配慮した院内の支援体制の構築が重要となります。さらに、認知症の人の地域における生活の継続性も考慮し、それぞれの地域における医療介護連携の一翼を担うための一般病院に求められる認知症対応における役割を整理し、7項目にまとめました。認知症の人の入院前後を含む日常生活を支援し、地域の中の一般病院として、いずれの役割はとても重要なものといえます。認知症の人の入院中の治療から退院後の療養生活に至るまで、身近に寄り添う看護職員として、認知症の人の特徴を十分に理解し、さらに幅広い視点で個人と組織の対応力を継続的に高めていくことが求められます。

〔知識 -16〕

一般病院に求められる認知症対応における役割を踏まえて、これから病院全体として求められる認知症対応の取り組みを推進し、継続するための目標を 3 つにまとめました。

より具体的な取り組みを進めるために必要不可欠な視点として、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、などが挙げられます。認知症の人や介護者に対する一般病院による支援は、入院期間中だけにとどまらず、入院前後の入退院支援、地域の医療・介護等の社会資源との連携など多岐にわたります。一般病院としての役割を果たしていくためには、これらの目標を周知し、さらに院内の多職種の各々が対応力を高めることはもちろん、病院全体としての取り組むことがとても重要です。

具体的な対応方針

【知識 -17】

❶ 病棟・外来でのアセスメントを実施する

❷ 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

❸ 認知機能障害の特性に配慮した対応を行う

❹ 認知機能障害に配慮した環境調整やBPSD対応を行う

❺ 認知症の人やその家族に対して社会的支援を提供する

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

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】

❶ 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

❷ 認知症の本人の視点を重視、意思を尊重した対応の原則を理解し、認知症の症状・特徴を踏まえた基本的な対応を行うことができる

❸ 病棟等におけるチーム対応、院内外の連携、介護者支援等について、退院後の生活の継続性も考慮した実践的な対応を行うことができる

❹ 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

❺ 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

〔知識 -17〕

病院全体として求められる認知症対応の取り組みのための 3 つの目標を基に、これらの取り組みを進めるための具体的な対応方針をまとめました。

病院全体として、①病棟及び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な支援を提供する、などを基本方針として掲げ、組織及び個人としての取り組みを継続することが重要です。個別の場面ごとにこれらに沿った対応が行われることはもちろん、地域の中の一般病院としての視点からも、一貫性・整合性のある医療機関としての役割が求められているといえます。

〔知識 -18〕

次のパートの「認知症の病態論」以降に進むにあたって、「研修の意義と修了者の役割」を再掲で示します。

①認知症の原因疾患や症状の特徴、認知症の人を支える施策等の理解を踏まえ、②③認知症の本人視点を重視した実践的な対応を習得し、指導的役割を担う修了者として④病棟でのケア体制の構築や⑤スタッフ育成まで、期待される役割はとても重要です。

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

❷ 認知症の病態論

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

②認知症の病態論

（②認知症の病態論）

ⓐ 認知症の原因疾患の特徴・病態

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』

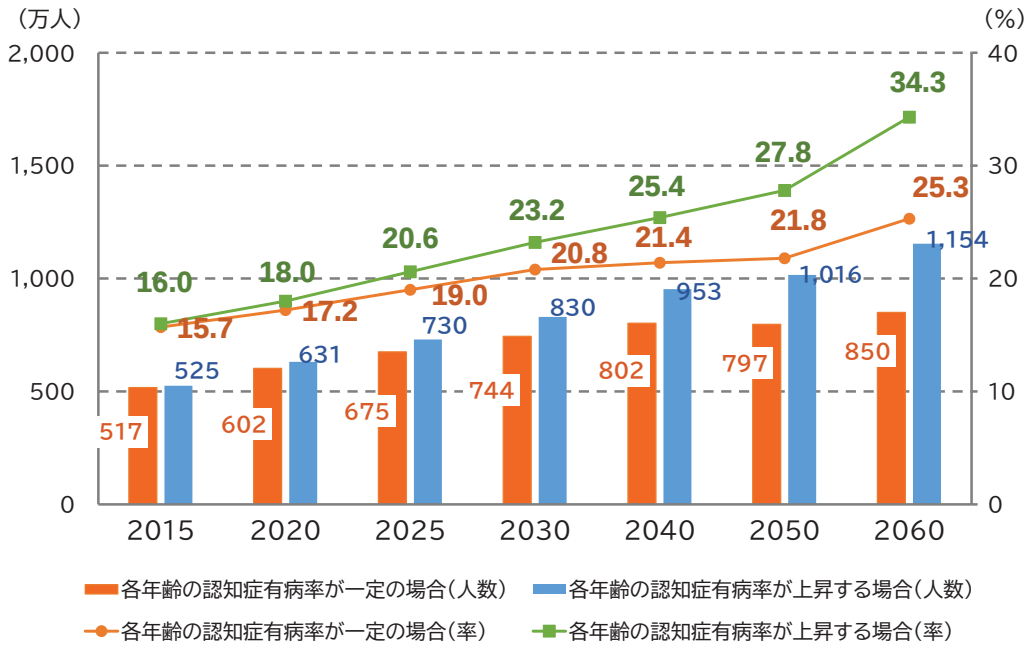
※ 認知機能の低下は、せん妄や他の精神疾患（うつ病や統合失調症など）では説明されない。

※ 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。

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

認知症高齢者数の推移

【知識 -20】



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

〔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』と定義され、多種の原因疾患や病態が含まれます。臨床診断は、問診、身体的診察、神経学的診察を行い、認知症の有無、症状、重症度を把握し、血液検査、認知機能検査、脳画像検査、脳髄液検査などを施行し、認知症の病型診断を行います。

認知症の診断基準は改訂が行われてきましたが、現在は米国精神医学会の精神障害の診断と統計マニュアル第 5 版（DSM-5）や世界保健機関の国際疾病分類第 11 回改訂版（ICD-11）における認知症の診断基準が多く用いられています。何れの診断基準でも、「認知機能の低下は、せん妄や他の精神疾患（うつ病や統合失調症など）では説明されないこと」とされます。また各診断基準で記憶障害は必須条件ではなく、「早期に記憶が保たれている場合があることにも十分に配慮するべき」としています。

〔知識 -20〕

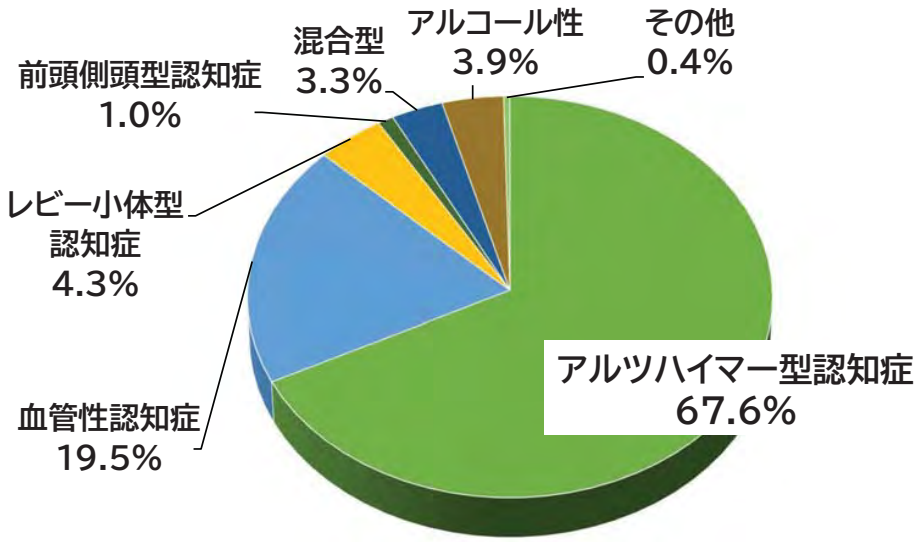
超高齢社会を迎え、高齢者の増加に伴い認知症高齢者数も増加し、認知症有病率が一定である場合では、2025 年に 675 万人（高齢者に占める割合 19.0%）、2040 年に 802 万人（同 21.4%）、2060 年には 850 万人（同 25.3%）になると推計されています。

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

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

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

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

〔知識 -21〕

認知症や認知症様の症状をきたす疾患には、様々な原因疾患や病態が含まれ、調査の時期や地域、対象、診断基準などにより頻度は異なります。ここでは厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応.平成23～平成24年度総合研究報告書;2013」を元に作成した認知症の原因疾患の頻度を示します。アルツハイマー型認知症は 67.6%を占め、最も頻度が高い認知症です。次いで、血管性認知症が 19.5%。レビー小体型認知症(認知症を伴ったパーキンソン病を含む)が 4.3%、前頭側頭型認知症(前頭側頭葉変性症)が 1.0%でした。初期症状のみでの確定的な診断は難しいことがあり、確定診断名がついているケースでも、関わる全ての人々による注意深い観察と評価が重要で、さらにより高齢の認知症の人では一つの疾患のみではなく複数の認知症性疾患が重複している可能性も考えることが必要です。

〔知識 -22〕

2018年6月に公表された世界保健機関(WHO)の国際疾病分類の第11回改訂版(ICD-11)による認知症の診断基準における記述を示します。なお、この診断基準は、全ての認知症に共通した基準であり、これを満たした後に病型の分類(診断)へと診断を進めます。

後天的な脳の機能の低下により、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といった 7 つの認知領域(各領域の説明は以降のスライドにて説明)のうちの2つ以上が障害されている場合、かつこれらの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ている場合、さらに C を満たす場合に認知症と診断されます。

認知症イコールアルツハイマー型認知症ではなく、また記憶力が必ずしも低下していなければならないわけではありません。

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	◎海馬や大脳皮質を中心に、広範な神経細胞の脱落と、さまざまな程度の老人斑、神経原線維変化を認める認知症 ◎発症は潜行的で、進行は緩徐である。初期から、近時記憶障害が目立つのが特徴
血管性認知症	◎脳梗塞や脳出血などの脳血管障害に関連して現れる認知症 ◎脳卒中発作後に急速に発症し、階段状に進行するものと、慢性虚血変化を背景に、潜行的に発症し、緩徐に進行するものがある
レビー小体型認知症	◎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	◎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

認知症初期集中支援チーム員研修テキスト等を一部改変

アルツハイマー型認知症の診断

【知識 -24】

A. 典型的には最初に記憶障害が潜行性に出現する

B. ゆっくりではあるが着実に以前の認知機能のレベルから悪化し、疾患の進行とともに他の認知領域（実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知）の障害を伴ってくる

C. しばしば疾患の初期の段階で抑うつ気分やアパシーのような行動・心理症状を伴い、より進行した段階で精神病症状、易刺激性、攻撃、錯乱、歩行や移動の異常や痙攣を来す可能性がある

D. 遺伝子検査で陽性であること、家族歴、徐々に認知機能が障害されることはアルツハイマー型認知症であることを強く示唆する

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

〔知識 -23〕

認知症の原因疾患として頻度の高い 4 つの疾患について、主な特徴や日常生活において見られる症状を表に整理しました。

認知症の人への対応も、「認知症」と一括りに考えるのではなく、原因疾患による違いや特徴を踏まえて、考え・工夫していくことが重要です。また、日常生活において見られる症状の違いは、気づきのきっかけになるものです。ここで示した内容は最も基本的な特徴のみをまとめたものであり、後述するように原因疾患ごとの臨床症状や経過、対応などは多様です。職種や勤務する場所によって認知症の人に接する場面やその際に現れる症状もそれぞれと思いますが、ちょっとした様子から気づけること、また、それによる本人の日常生活上の“やり難さ”、“し辛さ”を理解し、対応するための知識と技術を身に付けることが大切です。

〔知識 -24〕

ICD-11 におけるアルツハイマー型認知症の診断基準を示します。

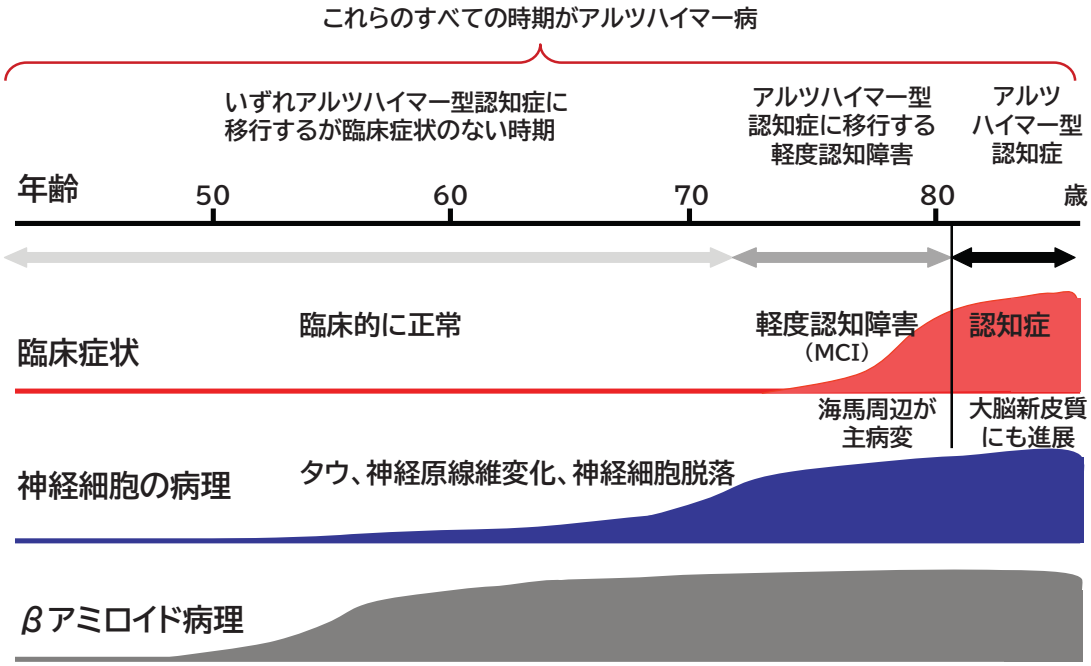
アルツハイマー型認知症は、典型的には最初に記憶障害が潜行性に出現し、その後ゆっくりではありますが着実に以前の認知機能のレベルから悪化します。さらに疾患の進行とともに他の認知領域（実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知）の障害を伴います。また、しばしば疾患の初期の段階で抑うつ気分やアパシーのような行動・心理症状を伴い、より進行した段階で精神病症状、易刺激性、攻撃、錯乱、歩行や移動の異常や痙攣を来す可能性もあります。

一方で、生活環境によっては記憶障害が見過ごされていることや、様々な行動・心理症状を来して初めて医療機関を受診する場合も多いこと、などが課題とされています。

アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症

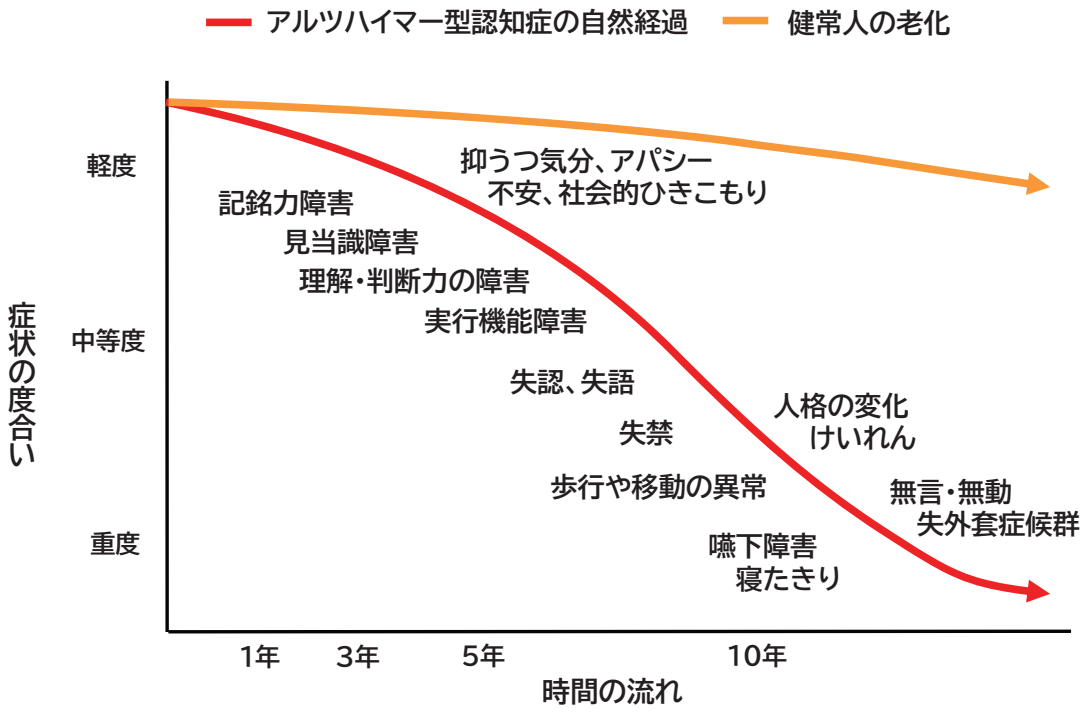
【知識 -25】

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



アルツハイマー型認知症の自然経過

【知識 -26】



〔知識 -25〕

従来、用語としてアルツハイマー病とアルツハイマー型認知症はほぼ同義として扱われてきました。近年の PET や脳脊髄液検査などを用いた研究により、臨床症状が出現していない時期から脳内のアルツハイマー病変化がとらえられるようになりました。いずれアルツハイマー型認知症に移行するが臨床症状のない時期を preclinical AD とし、その後時間の経過とともにβアミロイドが脳内に蓄積し、さらにタウ蛋白の蓄積や神経原線維変化、神経細胞脱落などの神経細胞の病理学的な変化などのアルツハイマー病変化がおこり、軽度認知障害の時期（AD による軽度認知障害：MCI due to AD)を経て認知症を発症します。この全病期をアルツハイマー病、認知症を発症後をアルツハイマー型認知症とする考え方が提唱されています。このように認知症の様々な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とを理解した対応が望まれています。

〔知識 -26〕

アルツハイマー型認知症の自然経過について ICD-11 の診断基準をもとに、時間の流れを横軸に症状の度合いを縦軸にし経時的に示し、健常の人の老化と比較しました。

記銘力障害を始めとした認知機能障害が緩徐に進行し、日常生活動作(ADL)はある程度病状が進行した段階で急速に悪化します。その間に種々の BPSD が発現したり消失・減弱したりします。さらに進行すると、失認や失語、時に、興奮や易怒性がみられることがあります。その後、けいれん、歩行障害、嚥下障害などが徐々に顕著となり、やがて寝たきりの状態に陥ります。なお、これらの症状の出現時期や進行の速度には大きな個人差あります。また BPSD は、一般的に病状がある程度進行してから目立ちますが、抑うつ気分やアパシー、不安、社会的引きこもりなどの精神症状は早期から出現する可能性があります。

アルツハイマー型認知症の初期に多い症状

【知識 -27】

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

血管性認知症の診断

【知識 -28】

A. 認知機能障害の発症が1回以上の脳血管障害のイベントと時間的に関連している

B. 認知機能障害は典型的には情報処理速度、複雑性注意、前頭葉性実行機能において最も顕著である

C. 病歴、身体診察、神経画像検査から認知機能障害を十分に説明できる脳血管障害が存在する証拠がある

※ 虚血性又は出血性の脳血管疾患により脳実質が損傷されることに起因する

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

〔知識 -27〕

アルツハイマー型認知症の初期に多い症状として、まず、記憶障害が潜在性に発症し、内容に基づく分類では出来事に関する記憶障害、保持時間に関する分類では近時記憶障害が特徴的です。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変化として現れます。また、遂行機能障害や見当識障害が目立つこともあり、比較的早期から遂行機能障害が認められることも多く、その場合は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として周囲に気づかれます。

見当識障害は、時間→場所→人の順に進むことが多く、受診日に通院しない、外出先で迷うなどの症状が特徴的です。また、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の精神症状が先行する、もしくは伴うことも多いことも初期に多い症状で、早期発見につながる変化として重要です。

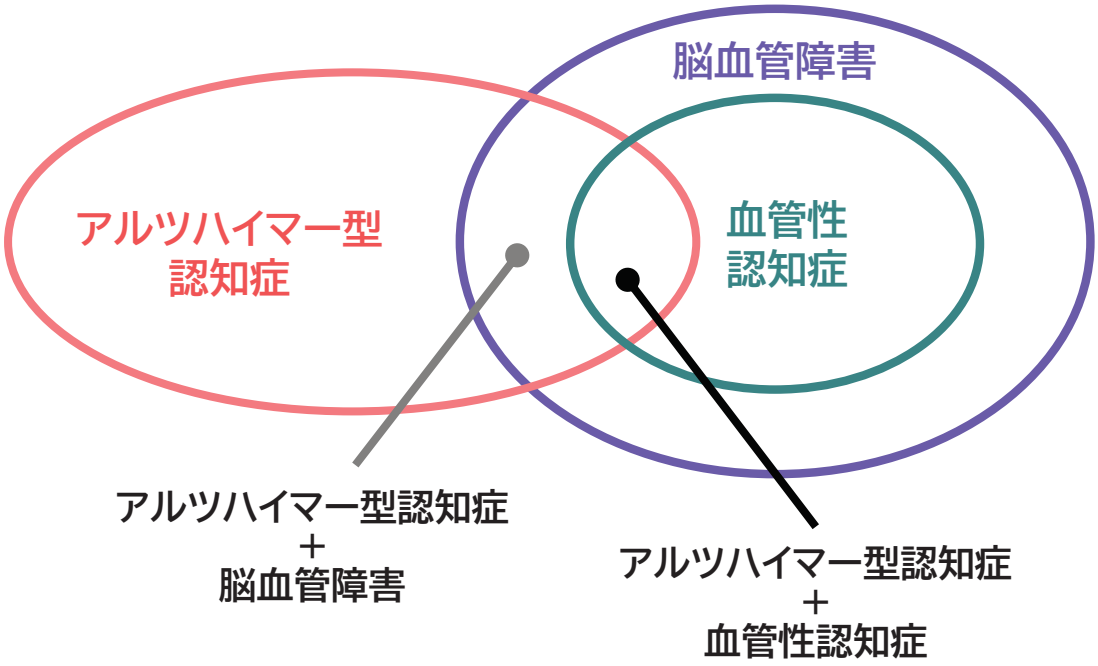
〔知識 -28〕

次に、ICD-11 における血管性認知症に診断基準を示します。

血管性認知症は、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認知症です。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こと、 認知機能障害は典型的には情報処理速度、複雑性注意（複数の外的刺激の中で注意力が維持できなくなる）、前頭葉性実行機能において最も顕著であること、さらに病歴、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こと、などが問診や診察、各種の検査などで確認された場合に血管性認知症と診断されます。

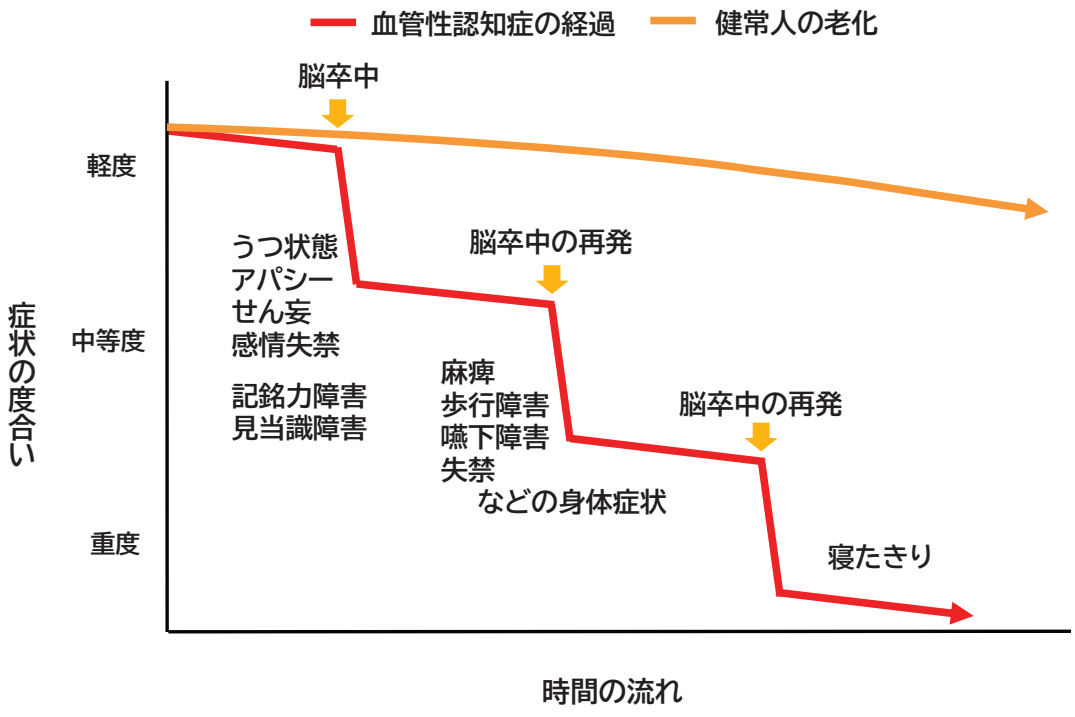
脳血管障害と認知症の関係

【知識 -29】



血管性認知症の症状と経過

【知識 -30】



〔知識 -29〕

脳血管障害と認知症の関係を示します。

従来は脳卒中の既往や画像検査で脳梗塞を認める場合や運動麻痺や構音障害などの局所神経症状があれば血管性認知症と診断される傾向がありました。また、アルツハイマー型認知症と血管性認知症は本来異なる疾患であり、両者の併存は混合型認知症ととらえられていました。しかし実際の高齢者では、様々な程度に脳血管障害が合併していることが多く、さらに縦断的な観察では、アルツハイマー型認知症の経過のなかで脳血管障害を合併したり、潜在性のアルツハイマー型認知症が脳血管障害を契機に顕在化したりすることもあります。

血管障害の範囲や場所によっては認知機能障害を引き起こさないこともあります。経過や臨床症状、画像所見などを考慮し、アルツハイマー型認知症のみ、アルツハイマー型認知症と脳血管障害、アルツハイマー型認知症と血管性認知症、血管性認知症のみ、といった適宜の評価や診断が重要とされています。

〔知識 -30〕

血管性認知症の典型的な経過と症状について、時間の流れを横軸に症状の度合いを縦軸に経時的に示し、健常の人の老化と比較しました。

血管性認知症では脳卒中を繰り返すごとに階段状に症状が悪化することが特徴です。出現する認知機能障害や精神症状の種類や程度は、脳の損傷部位の違いにより様々です。記銘力障害や見当識障害などの認知機能障害が発症後から目立つこともありますが、うつ状態やアパシー、せん妄、感情失禁などの精神症状を呈することが多いことも特徴です。さらに、麻痺や歩行障害、嚥下障害、失禁などの身体症状が、脳卒中の再発を繰り返すことで目立つようになるため認知機能障害や身体機能の低下から日常生活動作への影響も大きくなります。

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

支持的特徴

- 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

McKeith,I.G et al.: Neurology, 89: 88-100, 2017より作図

〔知識 -31〕

血管性認知症では、一般的に記憶障害よりも遂行機能障害が目立つことが多く、記憶力はある程度保てているものの、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の変化として現れることがあります。これらの変化を脳卒中などの脳血管障害のエピソード後に認め、他の認知機能も低下していれば血管性認知症を強く疑う必要があります。また、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している場合も同様です。もっとも、脳血管障害の病変の数、大きさ、場所によって出現する症状には大きな個人差があり、小さな梗塞でも認知機能障害や精神症状を呈することや、逆に血管障害の範囲や場所によっては認知機能障害を引き起こさないことがあることにも留意すべきです。

〔知識 -32〕

レビー小体型認知症（Dementia with Lewy Bodies、以下 DLB）の診断基準は 2017 年に改訂されました。進行性の認知機能の低下により日常生活に支障をきたしている状態に加えて、中核的特徴（認知機能の変動、具体的な繰り返される幻視、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 で示される基底核におけるドパミントランスポーターの取り込み低下、MIBG シンチグラフィでの取り込み低下、睡眠ポリグラフ検査における筋緊張低下を伴わないレム睡眠の確認）が診断に必要な症状と検査所見です。中核的特徴2項目、もしくは、1項目の中核的特徴と1項目の指標的バイオマーカーで probable(ほぼ確実)DLB の診断となり、1項目の中核的特徴のみ、もしくは1項目以上の指標的バイオマーカーのみの場合は possible(疑い)DLB となります。支持的特徴としては、スライドに示した通り多彩な身体症状や精神症状を呈することが挙げられます。

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

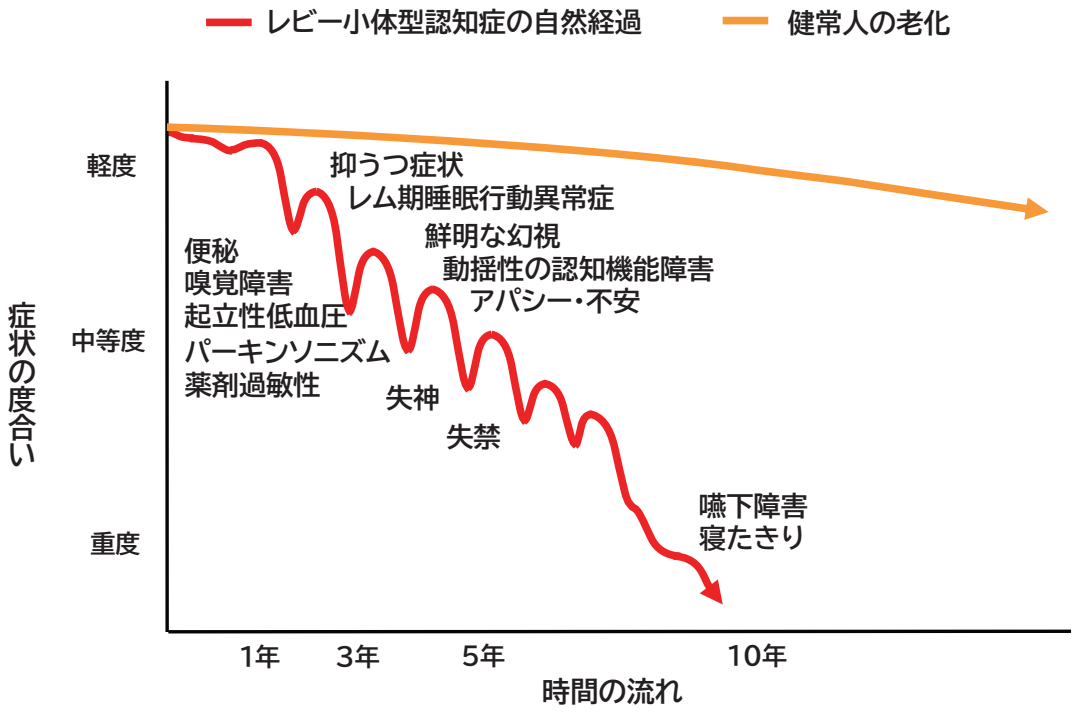
パーキンソニズム
- 筋強剛
- 寡動
- 安静時振戦
- 姿勢反射障害　など

自律神経障害
- 起立性低血圧
- 排尿障害
- 便秘
- 発汗障害　など

H. Fujishiro, et al. Psychogeriatrics. 2013; 13(2): 128-138　を一部改変

レビー小体型認知症の自然経過

【知識 -34】



〔知識 -33〕

レビー小体型認知症の症状を原義的に認知機能障害、パーキンソニズム、行動・心理症状、自律神経障害の4つの領域に分け、それぞれの特徴的な症状のみをまとめています。

診断基準で示されたようにレビー小体型認知症では認知機能障害以外にも多彩な症状を呈します。さらにそれぞれの症状の出現時期や程度、症状の併存、進行の速度などには大きな個人差があることが知られています。一方で、これらの症状は患者の QOL や予後、さらには介護者の介護負担に影響を与えることから、日常生活や観察の中でこれらの症状を認めた場合には、レビー小体型認知症の可能性を考慮し、状態やニーズに合わせた対応を検討することが重要です。

〔知識 -34〕

レビー小体型認知症の典型的な症状と経過のイメージについて、時間の流れを横軸に症状の度合いを縦軸に経時的に示し、健常の人の老化と比較しました。

初期の身体症状としては、便秘や嗅覚障害、起立性低血圧などの自律神経症状をパーキンソニズムに先行、もしくは併存して認めます。また、向精神薬に対する薬剤過敏性として気づかれることもあります。精神症状や BPSD としては、比較的早期から抑うつ症状、レム期睡眠行動異常症（就寝中の大声での寝言や眠っているときの激しい体の動きなど）、鮮明な幻視、アパシー、不安などの特徴的な症状を認めます。

進行性の認知機能障害に加えて、数時間もしくは数日単位での認知機能の動揺を認めることも特徴です。さらに進行すると、パーキンソニズムを始めとした上記の症状の悪化や、失禁や失神などを認めるようになります。なお、それぞれの症状の出現時期や程度、進行速度には個人差が大きいことに留意が必要です。

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たし、人格変化や行動障害、失語症、認知機能障害、運動障害などが緩徐に進行する

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

- 行動障害型前頭側頭型認知症
  （behavioral variant frontotemporal dementia：bvFTD）
- 言語障害型前頭側頭型認知症
  - 意味性認知症
    （semantic dementia：SD）
  - 進行性非流暢性失語症
    （progressive non-fluent aphasia：PNFA）

3）特徴：
- 頻度は、アルツハイマー病の10分の1以下で性差はない。
- 高齢で発症する例も存在するが、70歳以上で発症する例は稀である。家族歴を有することがある。
- bvFTDとSDは指定難病（平成27年から）

公益財団法人難病医学研究財団／難病情報センター

〔知識 -35〕

レビー小体型認知症の初期に多い症状として、病初期では、記憶障害が目立たないことが少なくなく、記憶障害以外の注意障害や視空間認知障害、遂行機能障害などの有無を検討することが特徴です。また、もの忘れに対する自覚があることが多く、さらに数分、数日、月単位での認知機能の動揺性や注意障害を伴うことなどはアルツハイマー病と異なります。

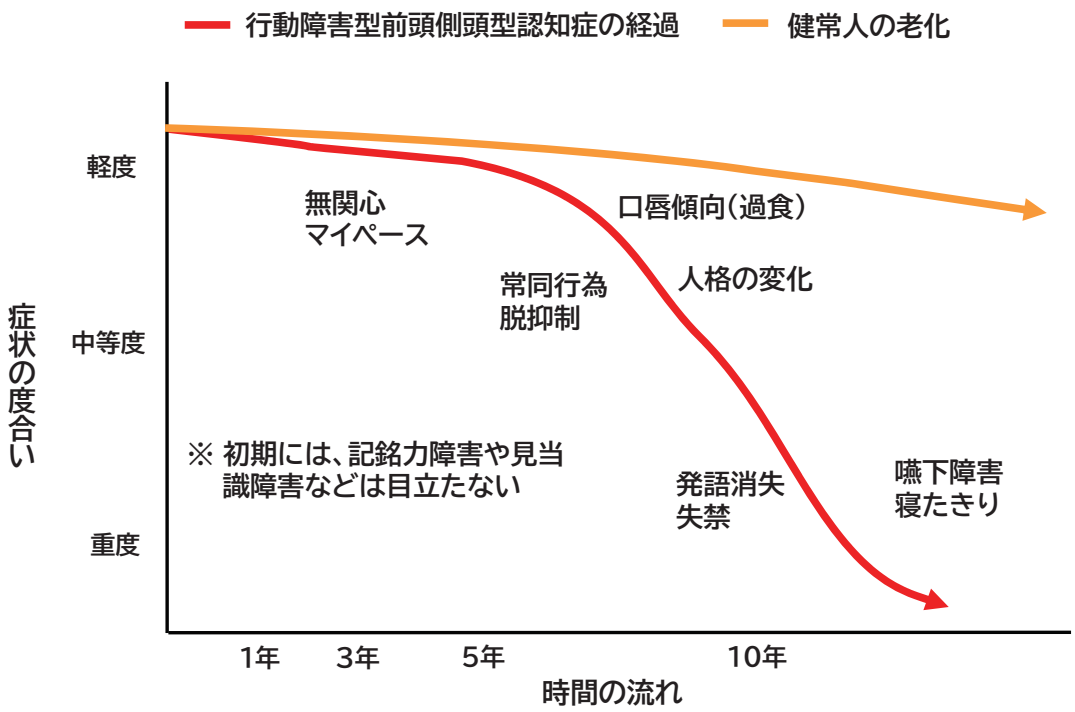
人物や小動物、虫など幻視（鮮明で生々しい幻視にもかかわらず本人は困惑していない）や錯視、 レム期睡眠行動異常症なども初期に多い症状です。パーキンソニズムでは、振戦は比較的少なく、動作緩慢、姿勢反射障害、歩行障害などのために易転倒性を示すことや、便秘や起立性低血圧などの自律神経症状、嗅覚の障害、抑うつ、不安、妄想などが、認知機能障害やパーキンソニズムに先行する場合が多いことも特徴です。

〔知識 -36〕

前頭側頭葉変性症（以下、FTLD）は、主として初老期に発症し、大脳の前頭葉や側頭葉を中心に神経変性を来たし、人格変化や行動障害、失語症、認知機能障害、運動障害などが緩徐に進行する疾患の総称です。2011 年に提唱された FTLD の診断基準における臨床的分類を示します。前頭前野の萎縮により行動異常を主体とする行動障害型前頭側頭型認知症(bvFTD)と言語障害を主体とする言語障害型前頭側頭型認知症に分類され、言語障害型はさらに萎縮の部位と臨床症状により、意味性認知症(SD)と進行性非流暢性失語症(PNFA)に分類されます。その他の特徴はスライドの通りで、bvFTD と SD は指定難病に認定され、公的支援を受けるためにも早期の正確な診断が重要とされています。

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	・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	・言葉の意味が分からない(「利き手」「季節」など) ・物や人の名前が出てこない
進行性非流暢性 失語症	・発話自体がゆっくりで努力性になる

〔知識 -37〕

行動障害型前頭側頭型認知症(bvFTD)の自然経過のイメージについて、時間の流れを横軸に症状の度合いを縦軸に経時的に示し、健常の人の老化と比較しました。bvFTD の初期には、記銘力障害や見当識障害などの認知機能障害が目立たないことが多い一方で無関心やマイペースな言動、常同行為、脱抑制などの精神症状や行動の変化として現れます。また、過食や嗜好変化、口唇傾向などの食行動の異常を認めることもあります。典型的には身体機能は進行しても保たれることが多いため、これらの精神症状や BPSD に対しての適切な必要となります。進行とともに記銘力障害や見当識障害などの認知機能障害を認めますが、同時に人格の変化や発語の減少などの症状も認め、さらに進行すると発語の消失や失禁などを認めるようになります。

〔知識 -38〕

前頭側頭葉変性症の初期に多い症状として、発症と進行は緩徐で初期には記憶障害が目立たず神経学的所見も特に認めないことが特徴です。分類別では、行動障害型前頭側頭型認知症は、前頭葉機能の障害としての脱抑制行動、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・共感の欠如など行動異常が前景となります。そのため成人の発達障害やうつ病、強迫性障害など他の精神疾患と診断されることも稀ではありません。

意味性認知症では、単語の呼称障害と理解障害を中心とする語義失語（物の名前がわからない、「利き手」「季節」など単語の意味が理解できないなど）、表層性失読（団子を「だんし」、三日月を「さんかづき」と読むなど）などの症状が特徴的です。

進行性非流暢性失語症では、発話における失文法と不規則な音韻の誤りや歪みが特徴で、発話自体がゆっくりで努力性となり発話の開始が困難で会話も途切れるなどが典型的な症状です。

❷ 認知症の病態論

ⓐ 認知症の原因疾患の特徴・病態
ⓑ 認知機能障害とBPSD
ⓒ 認知症と鑑別すべき他の疾患
ⓓ せん妄の特徴や症状
ⓔ 認知症の薬物療法と非薬物的対応
ⓕ 若年性認知症の特徴
ⓖ 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

（②認知症の病態論）

ⓑ 認知機能障害とBPSD

〔知識 -39〕

認知症では、多様な認知機能の障害と行動・心理症状があり、これらは認知症の原因疾患や進行の程度などにより大きく異なります。

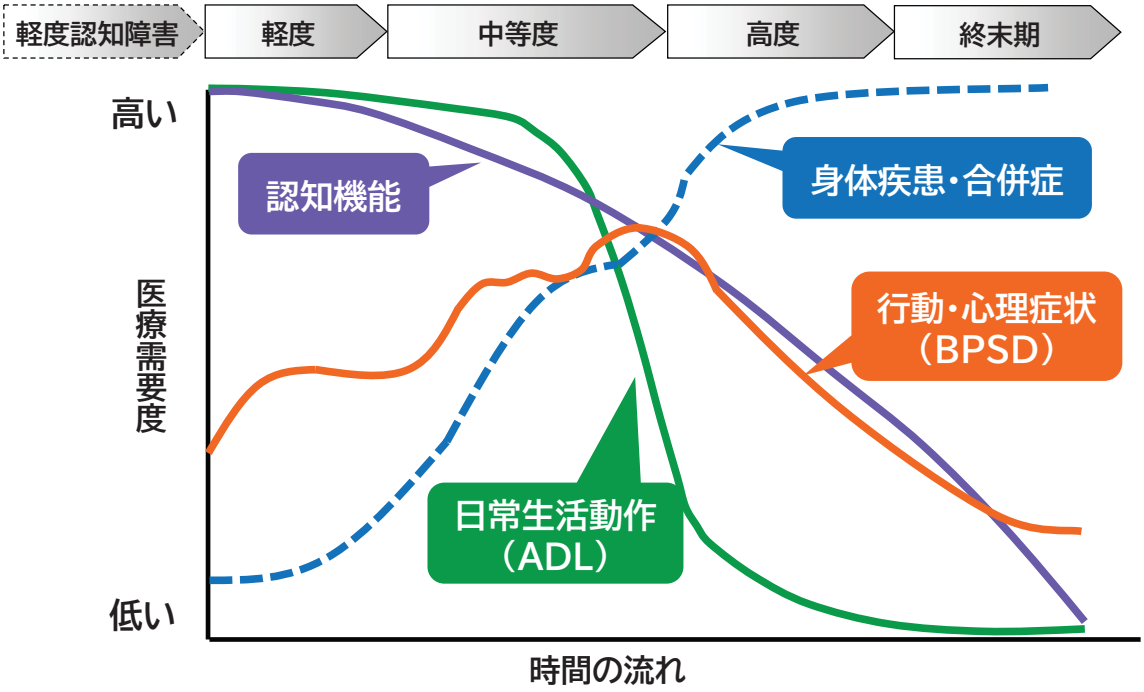
認知症の主体である認知機能障害とそれらの認知機能障害に続発、併存して現れる様々な精神症状あるいは行動上の障害としての行動・心理症状（BPSD）に分けられます（国際老年精神医学会での提唱）。

認知機能障害は、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など様々です。BPSD は、不安、抑うつ、アパシー、 誤認、幻覚、妄想などの心理症状と、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などの行動症状に分けられます。

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

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

〔知識 -40〕

変性疾患の場合の認知症の経過と医療依存度との関係について、横軸に時間の流れ、縦軸に医療需要度としてイメージを示しました。

認知症の経過は、原因疾患や類型によって一様ではなく、個人差も大きいですが、アルツハイマー型認知症などの緩徐に進行する変性疾患の場合の一般的な経過と医療ニーズを把握することが重要です。認知症の医療には、認知症そのものに対する医療、認知機能の低下や行動・心理症状（BPSD）の増悪要因となる心身状態の改善を図るための医療、認知症の人が罹った一般的な身体疾患に対する医療、やがては看取りに至るまでの全人的医療が必要となります。

医療従事者には、本人や家族の心理に配慮しつつ、時間の経過と認知症のステージに変化する「認知機能」、「日常生活動作」、「身体疾患・合併症」、「行動・心理症状」などへの医療需要度を常に意識しながら、個々の認知症の人の病状の把握や治療、生活の支援に結び付ける姿勢が求められています。

〔知識 -41〕

認知症で認める認知機能の障害につい ICD-11 の診断基準を基に 1 つの表にごく簡単にまとめました。

これらの認知機能障害の出現する時期、障害の程度や頻度、重複する障害などは認知症の病型により多様であり個人差も大きいことが認知症の特徴です。そのため、それぞれの認知症の人にどの障害が認められ、その障害がどのように表現されているか、どのような困難さを体験しているか、具体的にどのような支援が必要であるか、などを検討するためには、表に示した認知症の主体である認知機能障害について理解することが重要です。

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

松田修 最新老年心理学より引用・一部改変

〔知識 -42〕

記憶には、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」するといった 3 つの過程があり、その過程における障害のことを記憶障害と言い、この 3 つのどの過程が障害されても症状を認めます。

記憶障害の具体的な症状としては、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、などが典型的で、これらの行動の変化や日常生活への影響として現れます。

なお、この記憶障害が初期には目立たない認知症もあることに留意が必要です。

〔知識 -43〕

短期記憶は、数秒から数分の間覚えておく記憶を意味します。作動記憶（ワーキングメモリ）は、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のことを言います。エピソード記憶は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です。意味記憶はだれでもが知っている知識についての記憶であり、手続き記憶は学習された運動技能の記憶を意味します。

なお、原因疾患や認知症のステージごとに障害される記憶の種類が異なります。また全ての記憶障害が同時に出現するわけではなく、残存した記憶を保持し、さらにできる限り活用したケアを考慮することも重要です。

実行機能障害（遂行機能障害）

【知識 -44】

実行機能障害

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

具体的な症状

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

※ 実行機能は遂行機能と同義として扱われている

視空間認知障害

【知識 -45】

視空間認知障害

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

具体的な症状

- 道に迷う（目印が目印にならなくなる）
- 物にぶつかる（物の位置関係がわからない）
- 自分の体の各部位がどうなっているのか分からない
- 道具の操作や着衣が出来ない

※ 特に形態や模様の認識の影響が大きい

〔知識 -44〕

実行機能とは、計画をたて、順序立てて実行する能力を指し、実行機能障害は、「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」と定義されます。

実行機能障害による具体的な症状としては、計画的に段取り良く物事を進められなくなる、「失敗している」と分かっていても、修正の仕方が分からない、人の手を借りることが苦手になる、などとして現れます。認知症では、この実行機能が軽度でも障害されていることが多いため、日常生活能力の評価やセルフケアの能力の評価する際には、この障害に留意し、さらに適切な評価に基づいて認知症の人の日常生活の支援を検討することが重要です。

〔知識 -45〕

視空間認知障害とは、「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」と定義されます。

視空間認知障害による日常生活の中で認める具体的な症状として、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わからない、道具の操作や着衣が出来ない、などとして現れます。視空間認知障害は、コミュニケーション（表情認知）や転倒・転落とも関係する障害です。また、特に形態や模様の認識の影響が大きく、病棟の安全面に関しても形態を全体的にとらえることが苦手になるため、転倒のリスク評価の一環として症状を把握することが重要です。

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

〔知識 -46〕

見当識障害は、「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」と定義されています。見当識障害は、原因となる認知症によりその出現時期や進行の速度などは異なりますが、典型的なアルツハイマー型認知症では、時間→場所→人の順で障害が進行することが多いことが特徴です。

見当識障害に伴う具体的な症状としては、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、といった症状や日常生活における変化として現れます。認知症の人が置かれている場所や状況、さらに関わる人物などについて、戸惑ったり、混乱したりしないような環境的な工夫や配慮が重要です。

〔知識 -47〕

注意障害は、「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」を特徴とします。簡便で明確な評価方法がなく、病理的な背景が複雑であることから、注意障害は他の認知機能障害へも影響を与えていることが多いものの気づかれないことも多い障害です。

具体的な症状としては、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、などの変化として観察されます。

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

〔知識 -48〕

社会的認知の障害は、「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」と定義され、その特徴から特に対人関係や社会活動に大きな影響を与える障害です。

具体的な症状としては、周囲の人たちへの気遣いや困難となる、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、などが特徴的です。

〔知識 -49〕

失語症は、「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」と定義され、錯語、理解障害、呼称・語想起の障害などを伴うことが特徴です。思ったことと異なる言葉が出たり、聞いた言葉を理解できなくなることから、運動障害性構音障害（発語発音器官の運動障害）との鑑別が重要となります。

具体的な症状としては、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、などが特徴的です。

日々のコミュニケーションや日常的な会話にも大きな影響を及ぼす障害のため、治療やケアの場面におけるインフォームド・コンセントやケアの説明への理解の度合いを確かめるためにも、認知症の人の失語症についてしっかりと評価し、適切な対応を検討することが重要です。

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】

要因・誘因（主なもの）	
身体的要因	基礎疾患、血圧の変動、便秘、下痢、疼痛、掻痒感、冷え、発熱、水分・電解質の異常、薬の副作用、歯の痛み、等
環境的要因	なじんだ住環境からの入院、転室、転棟、転院、退院などによる環境変化、本人にとっての不適切な環境刺激（音、光、風、暗がり、広すぎる空間、閉鎖的な空間、心地よい五感刺激の不足など）
心理・社会的要因	不安、孤独、過度のストレス、医療従事者の口調が早い・強い、分かりにくい説明、自分の話を聞いてくれる人がいない、何もすることがない暮らし、戸外に出られない暮らし

永田久美子「11 認知症高齢者の理解とケアの変遷」正木治恵 監修「改訂版老年看護学」日本放送出版協会 P196.2011を一部改変

〔知識 -50〕

精神運動速度の遅延は、「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」といった特徴で説明される認知機能障害の1つです。「遅延」の定義としては、日常生活に支障がでる程になった場合に病的とみなされます。

精神運動速度の遅延による具体的な症状としては、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）、などが特徴的です。

〔知識 -51〕

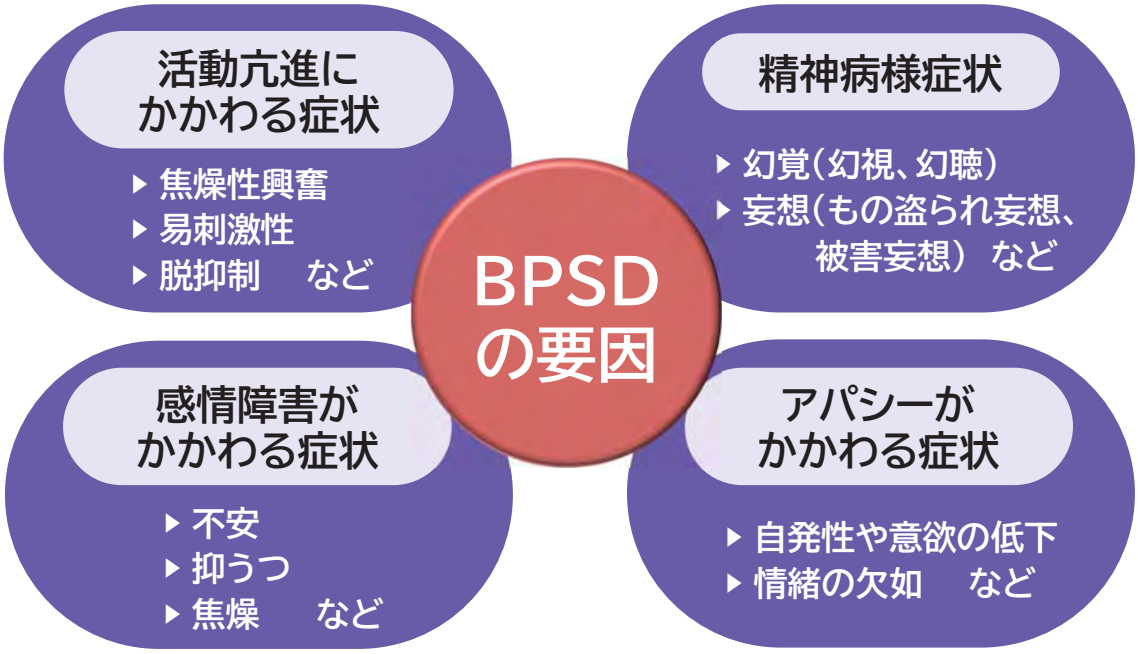
日常診療において留意すべき認知症の症状と、それらを引き起こす要因や誘因についての関係を示します。

認知症では、脳の器質的変化により、「複雑性注意」、「実行機能」、「記憶」、「知覚・運動」などの認知機能障害が生じます。さらに、この認知機能障害により、不安や焦燥、興奮、攻撃的言動、幻覚、妄想、多動、繰り返し、歩き回り（徘徊）などのBPSD（行動・心理症状）が引き起こされます。これらの BPSD が、さらに不穏な言動や大声を出す、乱暴な行為などの著明な精神症状としての BPSD として現れます。この過程において身体的要因、環境的要因、心理・社会的要因などが要因や誘因となり、BPSD を引き起こしたり、悪化させたりします。そのため BPSD の予防や治療を行う際には、様々な身体的要因、環境的要因、心理・社会的要因や誘因などを理解し、それらに対して適切な評価や対応することが重要です。

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



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

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

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

〔知識 -52〕

BPSD は、認知機能障害を基盤に身体的要因、環境要因、心理学的要因などの影響を受けて現れ、焦燥性興奮、攻撃性、脱抑制などの行動面の症状と不安、うつ、幻覚、妄想をはじめとする心理症状などの多彩な症状を呈し、それぞれに応じた対応や治療が重要となります。
活動亢進が関わる症状としては、焦燥性興奮、易刺激性、脱抑制などの症状が挙げられ、徘徊、攻撃的言動、不機嫌、暴言、暴力などの症状も含まれます。

精神病症状には、幻視や幻聴などの幻覚やもの盗られ妄想や被害妄想などの妄想が含まれ、夜間の異常行動や嫉妬妄想などの症状にも影響します。

感情障害が関わる症状には、不安、抑うつ、焦燥などが含まれ、アルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症では早期から認めることもあります。

アパシーが関わる症状は、自発性や意欲の低下、情緒の欠如、周囲への興味の欠如などが含まれ、感情面や行動面の障害として現れます。

〔知識 -53〕

BPSD は、原因となる認知症により出現しやすい症状や出現する時期などは異なり、また現れ方や程度にも個人差が大きいことに留意が必要です。さらに、これらの症状が単独で出現したり、複数の症状が併存したり、また観察する時間帯によっても大きく変動することも特徴です。

これらの症状により認知症の人が体験する困難さや苦痛にも十分に配慮するためには、BPSD の特徴を理解し、適切な評価に基づいた個別の対応を検討し、実践することが重要です。

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	・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

❷ 認知症の病態論

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

〔知識 -54〕

アルツハイマー型認知症では初期には、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、異食などを認めます。

血管性認知症では、自発性の低下、意欲の低下、無関心などを特徴としたアパシー、うつ、感情失禁、強制泣き・笑い、せん妄などの呈することが特徴です。

レビー小体型認知症では、幻視、うつ、妄想、錯視、誤認など視覚障害や感情の障害などが特徴的です。

前頭側頭葉変性症、特に行動障害型前頭側頭型認知症(bvFTD)では脱抑制行動、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など前頭葉機能の障害に起因した精神症状を呈することが特徴です。

(②認知症の病態論)

ⓒ 認知症と鑑別すべき他の疾患

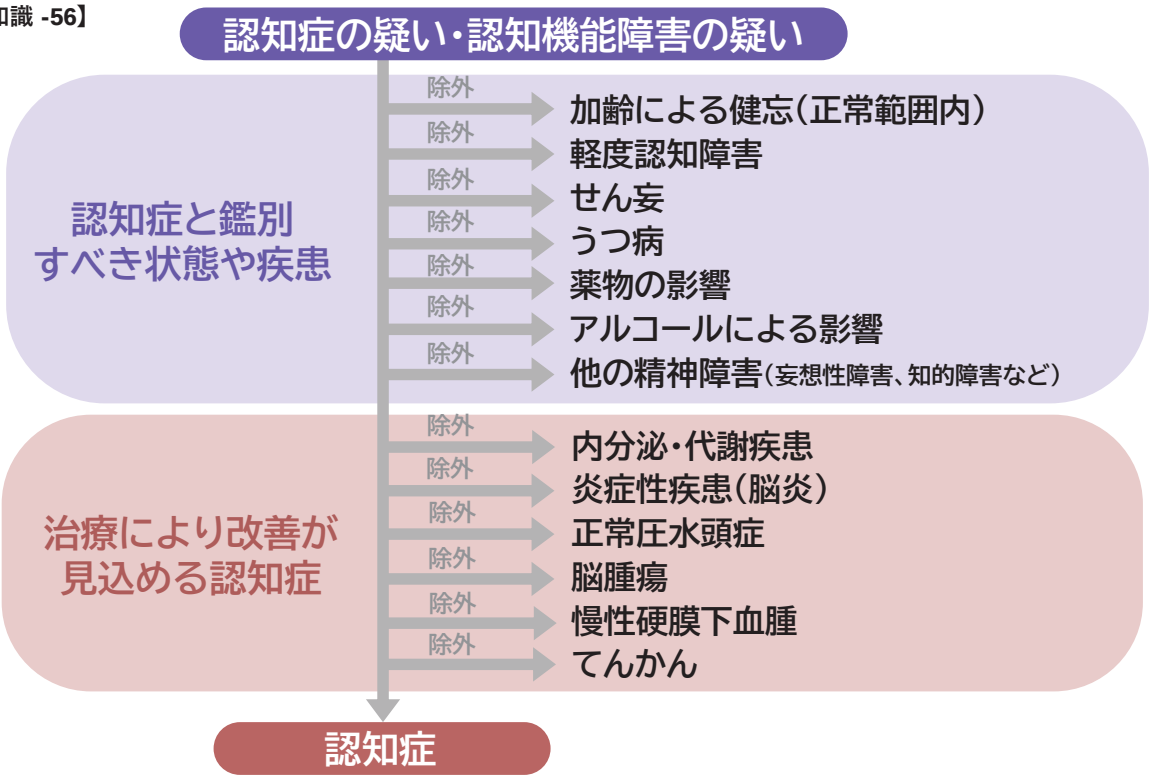
認知症で評価すべきこと

【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】



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

〔知識 -55〕

認知症の鑑別診断、及び症状や本人や家族のニーズなどを的確に把握するために用いられる評価尺度や把握すべき事項をまとめました。

認知機能（表中の尺度は主にスクリーニングの目的で用いる）、重症度、生活機能、BPSD、介護負担などを評価する際には、それぞれの評価尺度を適切な時期に、さらに必要時には尺度を組み合わせて用いることが重要で、適切に活用することで個別の症状や重症度、ニーズを把握することに繋がります。また、多職種間で支援を検討する際や入退院時には、これらの評価尺度のスコアや結果について情報を共有することも重要です。身体疾患やライフスタイル、社会・経済的環境などに関する情報収集や症状の評価は、初診時や入院時に限らず、認知症の進行や療養環境の変化などを認めた際に適宜再評価・再確認することも大切です。

〔知識 -56〕

認知症の臨床診断では、問診、身体的診察、神経学的診察を行い、認知症の有無、症状、重症度を把握し、認知機能検査、脳画像検査、血液検査、脳脊髄液検査などを行い、認知症の病型診断、除外診断、鑑別診断を行います。

認知症の疑い・認知機能障害の疑いがある場合に、まず、認知症と鑑別すべき状態や疾患などを除外し、さらに、治療により改善が見込める内科的疾患・外科的疾患を除外します。その後、検査等により、変性性・血管性認知症の鑑別が進められます。

このプロセスの中で、加齢による健忘（正常範囲内）、軽度認知障害、せん妄、うつ病、薬剤の影響、アルコールの影響、他の精神障害（妄想性障害、知的障害など）などを除外し、さらに内分泌・代謝疾患、炎症性疾患（脳炎）、正常圧水頭症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、てんかんなど治療により改善が望める認知症を見逃さないことが重要です。

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

〔知識 -57〕

認知症と鑑別すべき状態や疾患の代表的なものを挙げました。

適切な治療やケアなどの医学的な管理や生活の支援などを計画し、実践するためには、何より正確な診断が重要です。これらの（スライドに挙げた）状態や疾患について日頃から理解を深め、適宜除外することも重要です。

診断や鑑別が難しい場合もあり、その際には、専門医療機関への紹介、鑑別に必要となる検査の施行やさらなる情報収集、適切な観察の継続、などの対応を検討することが大切です。

〔知識 -58〕

年齢相応の健忘（生理的健忘）とMCI（軽度認知障害）、認知症による病的な健忘（主にアルツハイマー型認知症のもの忘れ）の鑑別の要点について、「病態・病院」、「もの忘れの特徴」、「症状の進行」、「日常生活への支障と自立」、「もの忘れへの自覚」、「判断力」ごとに特徴を表にまとめました。

これまでは生理的健忘と病的健忘の鑑別が重要であると考えられていましたが、近年はその中間の状態であるMCIの特徴を理解し、適切な状態の把握と予防的な介入を行うことが重要であること考えられているため、このスライドでは3つの病態を比較しました。

特にMCIの「症状の進行」に関しては、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、改善する場合と経過や予後は多様で、その原因も様々です。そのため横断的な観察のみならず継続的な観察と評価、適切な介入が重要となります。

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

〔知識 -59〕

MCI は、「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」の状態と定義されます。つまり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状態です。

MCI は、臨床症候群であり原因疾患や症状は様々です。さらに認知症に移行する可能性のある状態と考えられていますが、原因によっては現状を維持したり、回復したりすることもあります。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ため、適切な評価と生理的健忘と認知症、他の疾患との鑑別と適切な介入が望まれます。

もっとも、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こともあるため、正しい理解と早期の発見が重要です。

〔知識 -60〕

MCI の診断基準は様々存在しますが、ここでは Petersen の診断基準を示します。

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

これらの5項目を全て満たす場合に MCI と診断します。MCI は、記憶障害の有無により、健忘型 MCI と非健忘型 MCI に分類されます。また、MCI の背景病理や原因疾患も様々ですが、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 が多いとされています。

MCIと認知症におけるADL

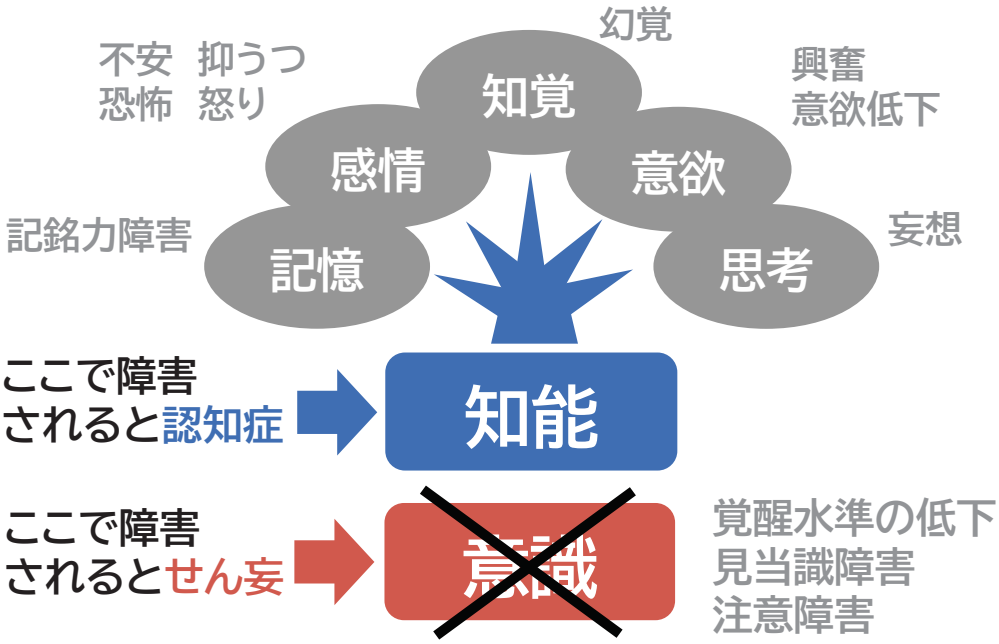
【知識 -61】

		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』



〔知識 -61〕

MCI と認知症のステージのおける日常生活活動（ADL）の特徴を表にまとめました。

MCI では、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）は、概ね自立していますが、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可能性あります。また、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）は自立しています。

認知症の ADL の特徴は、軽度から手段的 ADL において障害が出現し支援が必要となります。さらに進行とともに、中等度で手段的 ADL の障害が顕著となり、高度では不能となります。一方で基本的 ADL は、軽度では自立していますが、中等度より障害が出現し、時に介護が必要となります。認知症が高度になると障害が顕著となり常時の介護が必要となります。

〔知識 -62〕

せん妄の本態は意識障害です。軽度の意識の障害なので、認知症と区別のつかない知能面での障害が出現します。

記憶、感情、知覚、意欲、思考といった知能は意識の上にのっており、意識の機能が低下すれば自ずと知的能力も低下してしまいます。

一方、認知症は、意識障害はなくても知的能力の低下した状態で、こちらは覚醒水準には問題がないのにもかかわらず、記憶が障害されたり、日常生活に支障が生じたりします。

そして、認知症の人がその上にせん妄を来すこともよくあります。

このようにせん妄と認知症に関する医学的な定義は一見わかりにくく混乱しやすいので、日頃から多職種で理解を深め、状態を早期に見極めることが大切です。

せん妄の特徴

【知識 -63】

定義

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

特徴

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

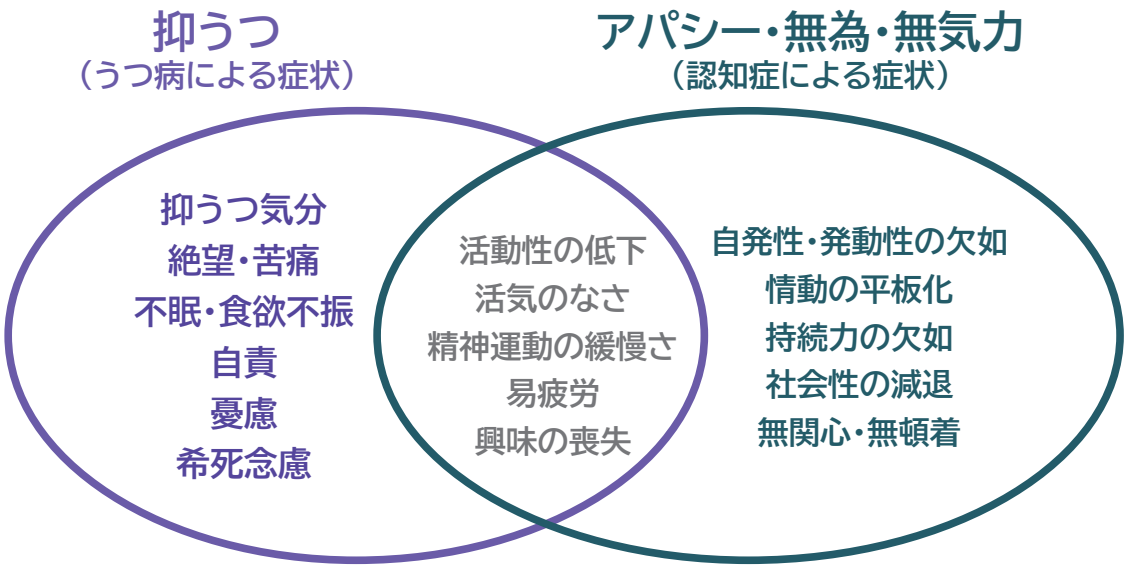
留意点

- 原則可逆性であり、診断と鑑別、治療が重要である

うつと認知症に伴うアパシーの差異

【知識 -64】

横断的な精神症状の聴取では鑑別が困難なことが多い



藤瀬昇・池田学、精神経誌114(3)276-282、2012

〔知識 -63〕

せん妄は、認知症と並び高齢者の認知機能障害の原因として最も重要な病態です。せん妄は、「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」と定義され、急性の意識障害の一種です。

一方で診察する時期によって状態が大きく変化することや高齢者における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ず、精神疾患や認知症患者では見逃されることが多いといった特徴があります。さらに過小評価され、対応が遅れ症状が遷延する傾向もあります。

せん妄は、原則として可逆性であり、せん妄の診断や認知症との鑑別、原因に基づく治療を行うことが重要であり、精神症状に隠れた身体疾患を見逃さず、常に全身の観察を怠らないことも重要です。

〔知識 -64〕

うつ病の症状としての抑うつと認知症や神経変性疾患によるアパシー・無為・無気力の症状を示します。

「抑うつ」では、抑うつ気分、絶望・苦痛、不眠・食欲不振、自責、憂慮、希死念慮などの精神症状を呈します。「アパシー・無為・無気力」では、自発性・発動性の欠如、情動の平板化、持続力の欠如、社会性の減退、無関心・無頓着などの症状が特徴です。一方で両者とも活動性の低下、活気のなさ、精神運動の緩慢さ、易疲労、興味の喪失などを呈します。

実際の臨床の場面では、これらの精神症状の横断的な観察や限られた情報のみで鑑別することが困難であることが多いため、縦断的な臨床症状の観察と介護者や支援者からの情報聴取、身体的な検査と治療、必要時の精神科や神経内科などの専門医への紹介、などが重要です。

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❶または❷）

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

DSM-5の診断基準を基に作成

うつ病を疑うコツ

【知識 -66】

以下の特徴を認めた際にはうつ病を疑うべきである

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

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

〔知識 -65〕

うつ病の特徴的な症状を、DSM-5 のうつ病の診断基準を基に作成し、スライドに簡潔にまとめました。

DSM-5の診断基準では、9つの症状のうち5つ以上(そのうちの1つが1または2)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します。

特に高齢者のうつ病では、これらの精神症状が持続した場合に、自殺リスクの上昇、認知症のリスクの上昇、身体疾患の悪化、セルフネグレクト・社会的な孤立、入院期間の延長(一般病棟)、身体機能の低下・低栄養状態の惹起、本人と介護者の QOL の低下、生命予後の悪化 など本人や家族、介護者に様々な影響を及ぼす可能性が考えられます。また、認知症の人にもうつ病が併存することもあるため、適切な評価や診断、アパシーやその他の病態との鑑別が重要となります。

〔知識 -66〕

うつ病と疑うコツをスライドにまとめました。多彩な訴えがある、うつ病に多い身体症状(頭痛、倦怠感、疲労感、食思不振など)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、などを認めた場合にはうつ病の可能性を考慮することが重要です。

さらに、高齢者のうつ病の背景や原因疾患も多様です。そのため抑うつ症状を認めた場合や疑われた場合には、身体疾患に基づく抑うつ、認知症の BPSD としての抑うつ、認知症や変性疾患によるアパシー、脳器質性疾患による抑うつ、低活動型せん妄、薬剤誘発性の抑うつ、双極性障害のうつ状態などの原因を把握し、原因や状態、重症度に基づいた治療と介入、精神症状や身体症状の観察を継続することが重要です。

認知機能低下を誘発しやすい主な薬剤

【知識 -67】

薬剤の影響を常に念頭に置いた適切な対応が重要

向精神薬	向精神薬以外の薬剤（主なもの）
抗精神病薬	抗パーキンソン病薬
催眠薬	循環器病薬（ジギタリス、利尿剤 など）
鎮静薬	鎮痛薬（オピオイド、NSAIDs）
抗うつ薬	副腎皮質ステロイド
抗不安薬	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（H_2受容体拮抗薬、抗コリン薬）
	抗喘息薬
	抗アレルギー薬（抗ヒスタミン薬）　など

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

薬剤よる認知機能の低下

【知識 -68】

特徴

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

症状

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

〔知識 -67〕

向精神薬では、抗コリン作用を有するフェノチアジン系抗精神病薬、ベンゾジアゼピン系抗不安薬や催眠薬（睡眠薬）、三環系抗うつ薬などが認知機能低下を来しやすいことが知られています。向精神薬以外で注意すべき薬剤としては、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、抗コリン作薬）、抗喘息薬、抗アレルギー薬（抗ヒスタミン薬）などは注意を要する薬剤です。また、抗てんかん薬、抗腫瘍薬なども含まれます。

認知機能低下の背景にこれらの薬剤が影響している可能性を常に念頭に置き、服薬内容の確認と適切な対応が重要です。

〔知識 -68〕

認知機能の低下を認めた場合には、その背景に服用している薬剤が影響している可能性を念頭に置く必要があります。

薬剤による認知機能の低下は、肝・腎機能障害、多剤併用の高齢者や認知症、神経変性疾患などでは出現しやすいことへの留意が必要です。

また、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ち、せん妄に類似した症状する、原因となっている薬剤中止により認知機能障害は改善する、等が特徴です。

そのため、市販の健康食品を含め必ず聴取するが重要で、初診時や入院時のみではなく定期的に自らの診療科を含め他科や他院からの持ち込みの薬剤を把握し、薬剤の影響が考えられる場合には、原因となる薬剤の同定、減量や中止、他の薬剤への変更などが検討されます。

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

〔知識 -69〕

多量に飲酒する人で認知機能の低下や認知症がみられることが知られています。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と考えられています。

ウェルニッケ脳症は、多量飲酒や偏食などによりビタミン B1 が欠乏し、意識障害、眼球運動障害、失調性歩行障害などが、急速（1日～数日）に出現します。ビタミン剤投与により可逆的ですが、見過ごされるとコルサコフ症候群に移行します。コルサコフ症候群は、健忘（前向性・逆行性）、失見当識、作話などを認め、この状態からの回復は困難です。さらに長期の多量飲酒が、間接的な血管リスクや脳の萎縮などリスクを高め認知症の症状を呈するアルコール性認知症（アルコール関連認知症）も鑑別上重要です。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ますが、ウェルニッケ脳症やコルサコフ症候群と同じという見解もあります。

〔知識 -70〕

治療により症状の改善が見込める代表的な疾患を示します。

アルツハイマー型認知症をはじめとする現時点では根本的治療法がない疾患と異なり、適切な診断と治療により改善する可能性のある疾患です。見逃すことにより治療の機会を逸し、症状も悪化してしまうため最大限の注意と早期の段階でのスクリーニングが極めて重要です。また、適切な診断や対応のためには、脳神経外科や脳神経内科、精神科等への紹介も必要となる場合もあります。

なお、症状の変動、進行の速度、運動機能、意識レベルの変動などの所見は、治療可能な認知症を疑う重要な症状であるため、これらの症状や状態を認めた場合には、治療可能な認知症が背景にある可能性を考慮し、適切な観察や対応を継続することが重要です。

認知症診療で注意すべき身体疾患

【知識 -71】

身体合併症や高齢者特有の疾患の発症や悪化に留意する

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

❷ 認知症の病態論

ⓐ 認知症の原因疾患の特徴・病態

ⓑ 認知機能障害とBPSD

ⓒ 認知症と鑑別すべき他の疾患

ⓓ せん妄の特徴や症状

ⓔ 認知症の薬物療法と非薬物的対応

ⓕ 若年性認知症の特徴

ⓖ 認知症の重度化予防

〔知識 -71〕

内科・外科疾患では、糖尿病、高血圧症、脂質代謝異などの生活習慣病の悪化や胃潰瘍、逆流性食道炎、排尿障害、誤嚥性肺炎、肺塞栓症、洞不全症候、便秘、腸閉塞などの身体疾患の併存や合併の可能性に留意します。

脳神経外科・神経内科疾患では、慢性硬膜下血腫、脳梗塞、脳出血などは常に起こりえる疾患です。

整形外科疾患としては、高齢者では骨粗鬆症を合併している場合には大腿骨頸部骨折のリスクが、さらに皮膚科疾患では、褥瘡や蜂窩織炎、帯状疱疹、疥癬、脂漏性皮膚炎などリスクが高いことに留意が必要です。

その他、眼科・耳鼻科疾患では、難聴や耳垢栓塞、緑内障、白内障などの頻度が高いことへの留意が、また、歯科疾患では、齲歯、歯周病、口内炎などへの対応も重要となります。

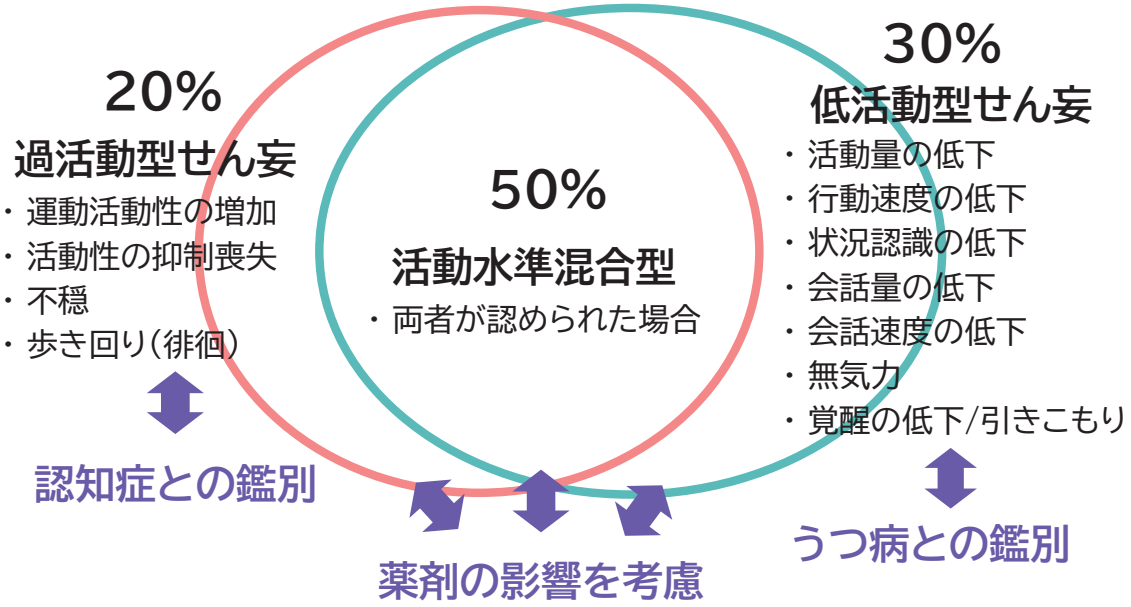
（②認知症の病態論）

ⓓ せん妄の特徴や症状

せん妄の分類と頻度、鑑別すべき疾患・病態

【知識 -72】

せん妄は3つに分類され、正確な診断と治療・対応が重要



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

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

〔知識 -72〕

過活動型せん妄は、精神運動活動の水準は過活動であり、運動活動性の増加、活動性の抑制喪失、不穏、歩き回り（徘徊）などに加え、気分の不安定性、焦燥、医療に対する協力の拒否などを伴う可能性がある状態です。

低活動型せん妄は、精神運動活動の水準は低活動であり、活動量の低下、行動速度の低下、状況認識の低下、会話量の低下、会話速度の低下、無気力、覚醒の低下/引きこもりなどに加え、不活発や嗜眠を伴うかもしれない状態です。

活動水準混合型せん妄では、精神運動活動の水準は正常または変動し、低活動型・過活動型の2つのせん妄の特徴を呈します。それぞれで認知症やうつ病との鑑別や、薬剤の影響を考慮することが重要となります。なお、高齢者のせん妄ではいくつかの要因が重なって生じること、比較的急性に発症し、短い時間に症状が変化・動揺することなどにも配慮が必要です。

〔知識 -73〕

夜間せん妄は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せん妄で入院中の高齢者では最も頻度の高いせん妄です。

術後せん妄は、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行動が特徴的なせん妄で文字通り術後に出現します。

アルコールせん妄は、アルコール依存症の人が身体疾患の治療や入院により急に断酒した2～3日後に激しい興奮状態になる状態です。特により激しい興奮や精神病症状を伴う振戦せん妄には注意が必要です。

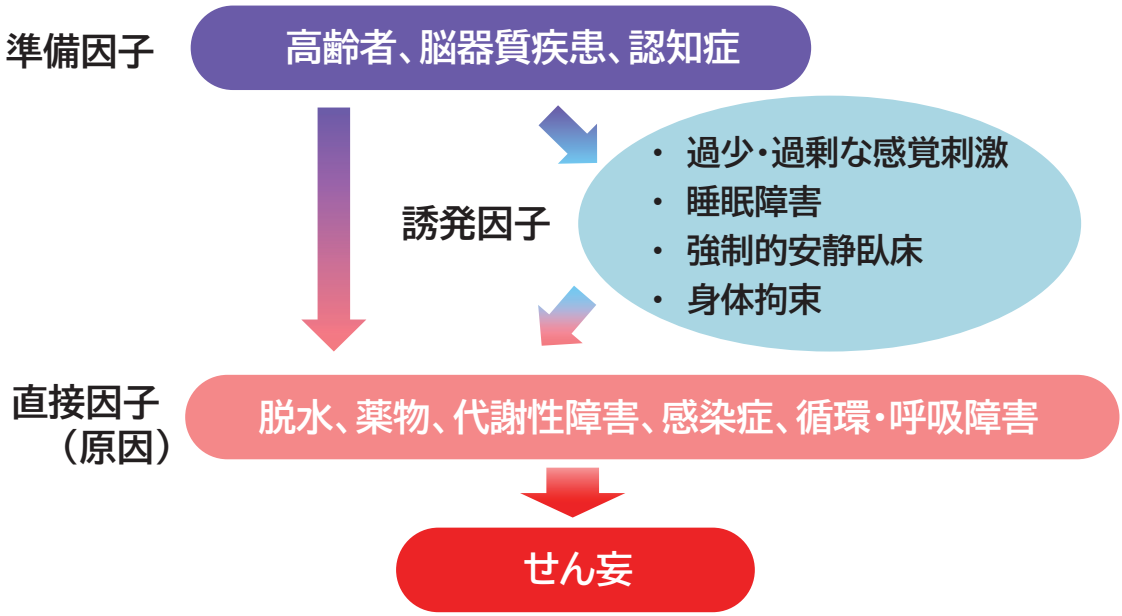
薬剤性せん妄は、服薬により精神状態が不安定になるせん妄で適切な観察と対応が必要です。

高齢者のせん妄では、これらの4つの状態が重なったり、複数の原因が重複したりする可能性を考慮することも重要です。

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】

準備因子 せん妄を起こしやすくする因子	● 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
誘発因子 せん妄の直接の原因にはならないが、誘発、重篤化に関わる因子	● 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）
直接因子（原因） せん妄発症に直接関わる因子	● 全身性疾患（感染症、血糖異常、電解質異常、代謝性疾患、内分泌疾患、循環器疾患、呼吸器疾患、血液疾患、外傷、熱傷、悪性腫瘍など） ● 中枢神経疾患（脳血管障害、頭部外傷、脳腫瘍など） ● 薬物摂取 ● 依存性薬物からの離脱

〔知識 -74〕

せん妄は複数の要因が重なって発症します。高齢者のせん妄ではいくつかの要因が複合することによって生じる老年症候群としてとらえることが重要です。せん妄への対応では、その要因を、準備因子、誘発因子、直接原因（因子）と整理して対応を検討することが大切です。

準備因子は、脳自体の問題（器質因子）で、高齢、器質疾患の既往（脳梗塞、パーキンソン病など）、認知症の既往、などが挙げられます。

誘発因子は、身体内外の環境に関する問題で、それ自体直接せん妄を生じることは少ないですが、重症・遷延化の原因となります。環境要因として、夜間の照明、不適切な音刺激など睡眠覚醒リズムを障害する環境、ルートやバルーンなど安静を強いられる処置、身体拘束、身体的な要因として、疼痛や便秘、口渇など不快な身体症状などが挙げられます。

直接因子（原因）は、せん妄発症の主因となるもので、脱水、薬物、代謝性障害、感染症、循環・呼吸障害などが挙げられます。

〔知識 -75〕

準備因子は、せん妄を起こしやすくする因子誘発因子で、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などが代表的です。

誘発因子は、せん妄の直接の原因にはなりませんが、誘発や重篤化に関わる因子で、環境変化、睡眠障害、身体的要因、精神的要因などが挙げられます。

直接因子（原因）は、せん妄発症に直接関わる因子で全身性疾患、中枢神経疾患、薬物摂取、依存性薬物からの離脱などが挙げられます。

せん妄が疑われる場合には、安全な治療環境・療養環境の確保を図りつつ、精神症状の評価とともに、診察、検査、調査などによる原因の把握に努めつつ、精神症状に隠れた身体疾患を見逃さず、常に全身の診察・ケアを怠らないことが重要です。

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

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

せん妄の臨床的特徴

【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

〔知識 -76〕

せん妄の発症と遷延化の予防のためには、せん妄の直接因子となる可能性のある薬剤への対応が重要となります。まずリスクの高い薬剤を特定し、その減量や中止を行うことが大切です。せん妄を誘発するおそれのある代表的な薬剤を示します。

せん妄を誘発する恐れのある代表的な薬剤で頻用されるものでは、抗コリン作用のある薬剤や副腎皮質ステロイドなど多数の薬剤があります。特に、ベンゾジアゼピン系受容体作動薬は常用している高齢者が多いことが知られており、せん妄の原因薬剤としてのみならず、服用することで認知機能低下や転倒・骨折のリスクが大きく高まることから、高齢者の服用には注意が必要です。その他の薬剤についてもせん妄の原因となることがあるため内服（投薬）開始時のみならず定期的なモニタリングが重要とされています。

〔知識 -77〕

せん妄とアルツハイマー型認知症の最も大きな違いは「発症様式」と「経過の特徴」であり、せん妄は急激で数時間～数日で発症し、症状は動揺性であることが特徴です。一方、アルツハイマー型認知症では潜在性で数か月～数年で症状が現れ、慢性に進行することが特徴です。「何日の夜」、「数日前から」からと特定できる症状の現れ方の場合は、せん妄の可能性が高いと考えられます。注意力の散漫という形での「意識障害」と「幻視」および「運動不穏」は、せん妄の特徴的な症状です。

もっとも、「幻視」と「運動不穏」は個人が大きいことがから、「注意力」と「覚醒水準」についての評価が重要になります。その他、「誘因」、「身体疾患」、「環境」などの要因の有無についても特徴の違いがみられます。

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

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

❷ 認知症の病態論

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

〔知識 -78〕

入院中の高齢者ではせん妄の出現率は高いですが、実際の日常臨床でのせん妄の発見率は低く、診断や治療が遅れることにより、より複雑な病態に至ることが指摘されています。せん妄をできる限り早期に発見し、より迅速で適切な対応を行うためには、評価尺度を使用し、積極的に発見する方法をとらない限り見逃しを減らすことは困難です。

せん妄の評価に用いられている代表的な評価尺度と、各評価尺度が、せん妄のスクリーニングや診断、重症度、一般臨床での看護師による評価に適しているかについてスライドに示しました。

それぞれの医療施設や診療科、入院患者の特徴などを考慮して、適切は評価尺度を活用することでせん妄の見逃しを防ぐことが重要です。

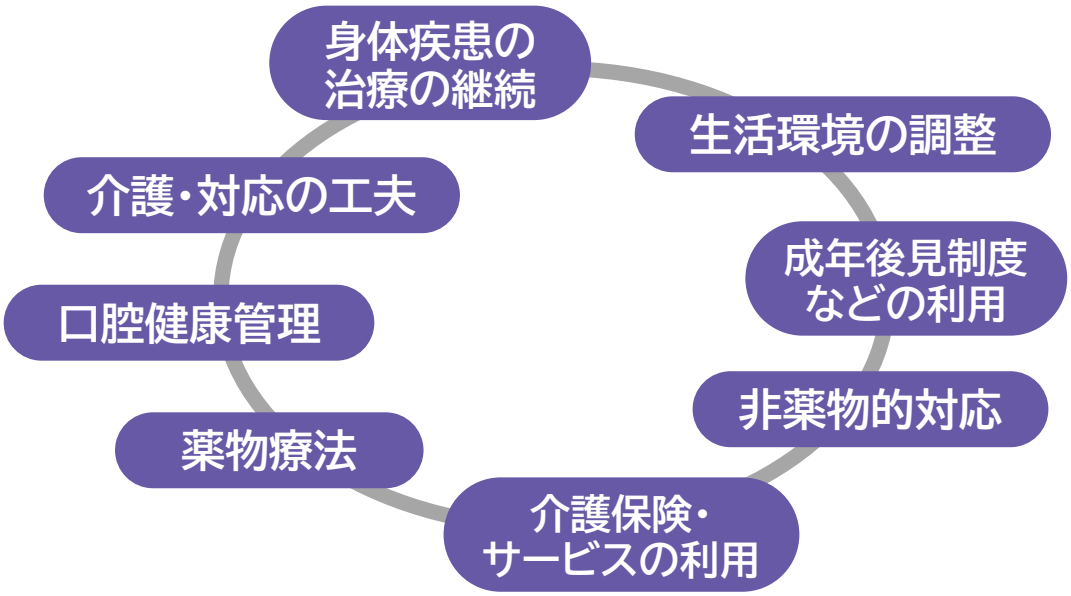
（②認知症の病態論）

ⓔ 認知症の薬物療法と非薬物的対応

認知症のマネジメント(トータルケア)

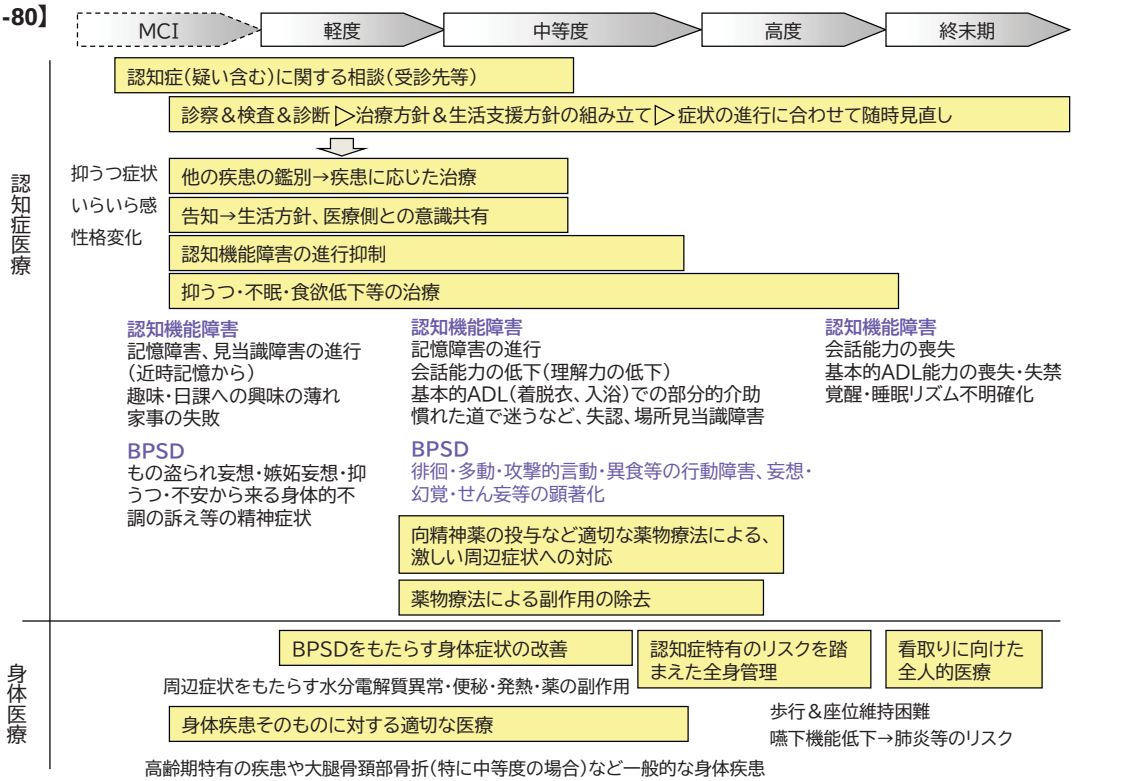
【知識 -79】

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】



東京都福祉保健局:東京都認知症対策推進会議(第4回)資料より一部改変して引用

〔知識 -79〕

認知症のマネジメント(トータルケア)の全体像を示します。

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したトータルケアの視点で包括的なマネジメントを行うことが重要です。

認知症の医学的管理としては、身体疾患の治療継続、認知症の原因疾患に応じた認知症の薬物療法、また、口腔健康管理の継続が挙げられます。認知症の非薬物的対応の中には介護保険の医療サービスとして提供されるものがあるため認知症の進行予防としても重要です。さらに、介護や対応の工夫や生活環境の調整、介護保険・サービスの利用、成年後見制度など権利擁護の仕組みの利用などについても導入や継続が必要となります。

なお、認知症の人や家族の意思決定支援、介護者の健康管理やメンタルケア、認知症の人の自動車運転に関する指導についても検討が必要となる場合があります。

〔知識 -80〕

アルツハイマー型認知症に代表される変性疾患の場合の認知症の経過と医療について、横軸に MCI～終末期までの時間的経過、さらに上段に認知症医療、下段に身体医療を示し、それぞれの認知症の病期で必要となる医療やニーズ、さらに特徴的な認知機能障害と BPSD を整理しました。

認知症はその病期ごとに認知症の症状もニーズも変化し、さらに加齢に伴い身体医療のニーズも高くなります。そのため、認知症医療と身体治療の両者を切れ目なく継続することが重要です。医療的な介入を含めた包括的なケアを多職種で連携して行うことが大切です。

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

「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編：(日本神経学会監修)、認知症疾患診療ガイドライン 2017、医学書院
および「病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修テキスト」を参照して作成

認知症の非薬物療法

【知識 -82】

運動療法	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

〔知識 -81〕

認知症の非薬物的対応には、認知症の人への介入と、介護者・家族への支援があります。

認知症本人への介入としては、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、認知機能訓練など様々な方法が挙げられます。これらの非薬物的介入を効果的に行うには、認知症本人のライフレビューをしっかり行い、本人にとって快刺激となり、役割や生きがいに結びつくものを選択することや、個人療法だけでなくグループ療法として提供することも重要です。

介護者・家族への支援としては、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・教室の紹介などが挙げられます。認知症の疾患の特徴等の理解を促す心理教育や介護スキルの訓練、介護者自身のストレスや介護負担の緩和を目的とした介護者に対するこれらの支援は、認知症の人の行動・心理症状の改善に効果があることが示されています。

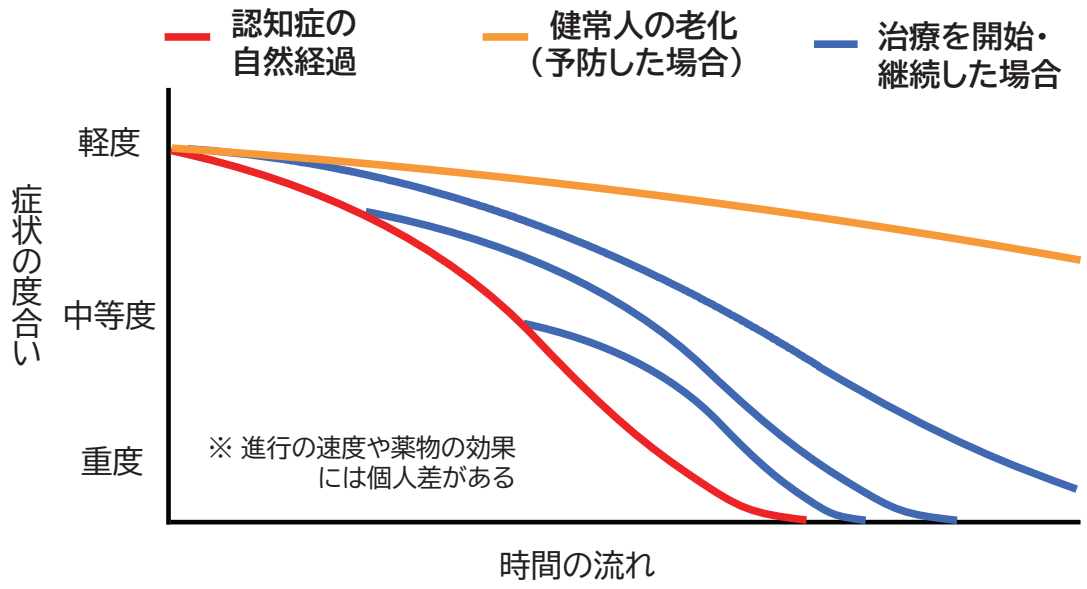
〔知識 -82〕

各療法・訓練などの特徴を十分に理解し、認知症の人の認知症の病型、現存する認知機能や身体機能、行動・心理症状などを適切に評価し、さらに、病前の性格や嗜好なども考慮した上で適切に選択し、単独での施行または複数を組み合わせての施行について導入・継続を検討することが重要です。

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



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

アルツハイマー型認知症 認知症治療薬の薬理学的な差異

【知識 -84】

薬剤	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
分類	ピペリジン系	アルカロイド系	カルバメート系	アマンタジン誘導体
作用機序	ChE阻害	ChE阻害 ＋ ニコチン性アセチルコリン受容体(nAChR)へのアロステリック増強作用	ChE阻害 ＋ ブチリルコリンエステラーゼ(BuChE)阻害作用	NMDA受容体阻害
用量(/日)	5-10mg	16-24mg	4.5-18mg	10-20mg
用法(/日)	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-asparate
Noetzli M, and Eap CB. Clin Pharmacokinet. 2013 Apr;52(4):225-41. より引用

〔知識 -83〕

認知症の自然経過は緩徐に進行し（赤）、健常人の老化や認知症の発症を予防した場合は、個人差はあるものの社会生活や日常生活に大きな支障を来すことはなく年齢を重ねます（オレンジ）。認知症の薬物療法を開始・継続した場合の経過（青）は、早期診断や早期治療と適切な薬物療法の継続をすることで認知機能障害の進行を遅らせることが期待でき、治療を開始した時期による差はあるものの、本人が出来ることを長く維持できる、進行に伴う変化に落ち着いて対応できる、介護や見守りの負担を軽減出来る、行動・心理症状の出現を予防できる、医療費や介護費用を削減する、等の効果やメリットなどが報告されています（認知機能障害の進行の速度や薬物療法の効果や有害事象の発現には個人差があることも留意が必要です）。

〔知識 -84〕

アルツハイマー型認知症治療薬の薬理学的な特徴を表にまとめました。

コリンエステラーゼ阻害薬の3剤は、それぞれの作用機序に差があり、効果がないもしくは不十分、副作用で継続できなくなった場合には他剤への変更やメマンチンとの併用などを考慮します。また、3剤は薬理学的にも特徴が異なります。また、ドネペジルとガランタミンでは薬物相互作用に注意が必要です。剤型ではリバスチグミンは貼付剤のみで、他の2剤では様々な剤型の選択が可能です。NMDA 受容体阻害薬のメマンチンは、コリンエステラーゼ阻害薬とは作用機序が異なり、腎排泄型の薬剤であり薬物相互作用も少ない薬剤です。

なお、ドネペジルのみが全病期での適応があり、ガランタミンとリバスチグミンは軽度から中等度、メマンチンは中等度から重度で適応があります。メマンチンはコリンエステラーゼ阻害薬との併用が可能です。これらの特徴や用量・用法に配慮した薬剤の選択が重要とされています。

アルツハイマー型認知症　認知症治療薬の副作用

【知識 -85】

コリンエステラーゼ阻害薬

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

メマンチン

・浮動性めまい　・ふらつき　・傾眠
・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

〔知識 -85〕

コリンエステラーゼ阻害薬では、循環器症状（不整脈等）、消化器症状（食思不振・嘔吐等）、精神症状（興奮・不穏等）等の副作用に留意が必要です。

循環器症状に対しては、投与前に心電図を施行し、定期的に脈拍数などをチェックすることが必要です。また、認知症の人は経過中に食欲不振や拒食などを呈することがあり、その際には薬剤の影響も検討することが重要です。消化器系の副作用は、減量や中止などの対応を検討します。さらに、興奮や不穏、不眠、眠気などは薬剤の影響が否定できないことがあるため、薬剤の影響を否定できない場合には、漸減や中止を考慮します。リバスチグミンでは貼付部位の副作用に留意した対応が必要となります。

メマンチンは、比較的重篤な副作用は少なく、他剤との相互作用も少ない薬剤ですが、浮動性めまいや便秘、傾眠、体重減少、便秘、頭痛などには注意が必要です。

〔知識 -86〕

全ての対応の前提として、認知症の人の体験や不都合さなどを本人の視点から学ぶこと、さらに多職種で連携し、本人の苦痛の緩和に向けて対応することが大切です。

その後の適切な対応のためには、BPSD のアセスメントが重要となります。現れている行動症状や心理症状について、 認知症の病型及び生活歴・習慣・選好等との関連や要因の検討、これまでの経過や症状の現れ方・引き金/鎮まり方、頻度などの把握、本人の苦痛症状や苦痛の程度の評価、対応する人の困難感や負担感などの理解などが必要です。

その後、アセスメントに基づく非薬物療法や環境調整などを行い、それでも症状に改善が認められない場合には、上記と併せて薬物療法を検討します。

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際には以下の5項目を確認する

- □ 他に身体的原因はない
  （特に感染症、脱水、各種の痛み、視覚・聴覚障害など）
- □ 以前からの精神疾患はない
  （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

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

BPSDの薬物療法開始前後のチェックポイント

【知識 -88】

- □ 日中の過ごし方、昼間の覚醒度の変化、眠気の有無
- □ 夜間の睡眠状態の変化
  （就寝時間、起床時間、夜間の歩き回りの回数など）
- □ 服薬状況の確認
  （介護者/家族がどの程度服薬を確認しているかなど）
- □ 水分の摂取状況（特に制限を必要としない限り）
- □ 口腔内の状況の確認
  （口腔内の病変や副作用の有無）
- □ 食事の摂取状況や嚥下機能の変化
- □ 排便や排尿の変化
- □ パーキンソン症状
  （振戦、筋硬直、寡動、小刻み歩行、前傾姿勢、仮面様顔貌など）
- □ 転倒傾向の有無　　など

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

〔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、それでも症状の改善が認められないため薬物療法を開始する際には、スライドに示した5項目を確認することが重要です。

感染症や脱水、各種の痛み、視覚・聴覚障害など他に身体的原因はないこと、以前からの精神疾患はないこと（精神症状の治療が優先される可能性があるため精神科を受診することが望ましい）、BPSD が服用中の薬物と関係ないこと（薬剤性の精神症状の除外）、薬物療法を開始後の服薬順守に問題がないこと、抗精神病薬の適応外使用も含めて当事者（もしくは家族）より十分なインフォームドコンセントが得られていることなどが確認のポイントとなります。

〔知識 -88〕

BPSD の薬物療法開始前後での日中の過ごし方や昼間の覚醒度の変化、眠気の有無、夜間の睡眠状態（就寝時間、起床時間、夜間の徘徊回数など）の変化、服薬状況（介護者/家族がどの程度服薬を確認しているかなど）の確認、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（口腔内の病変の有無、口腔に出現する副作用の確認）、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）の有無、転倒傾向の有無などを確認・評価することが重要です。

どの薬剤でも低用量で開始、状態を見ながら漸増、薬剤の相互作用に注意、といった身体的状況を勘案した用量の設定を行うことが重要とされます。さらに、薬物療法のリスクとベネフィットを常に確認し、減量や中止を検討することがポイントです。

睡眠障害への対応

【知識 -89】

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

❷ 認知症の病態論

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

〔知識 -89〕

睡眠障害への対応としては、まずは正確な症状の把握と鑑別診断が重要です。高齢者の睡眠障害の背景には、睡眠時無呼吸症候群、レストレスレッグス症候群、睡眠時周期性四肢運動障害、レム期睡眠行動異常症、概日リズム睡眠－覚醒障害、精神疾患による不眠など様々な原因がある可能性があり、それぞれの治療や対応も異なります。

次に、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、などの非薬物療的対応を優先します。催眠・鎮静作用のある薬剤を投薬する前には、認知症の人ごとにリスクとベネフィットを十分に考慮し、投薬後も鎮静、昼間の眠気、転倒、健忘、せん妄など副作用を定期的にチェックすることと、症状の改善後は適宜減薬や中止を検討することが重要です。

（②認知症の病態論）

ⓕ 若年性認知症の特徴

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

〔知識 -90〕

認知症は高齢者の病気だと思われがちですが、実際は若い世代でも発症することもあります。65 歳未満の人が発症する認知症を総じて「若年性認知症」といいます。

全国における若年性認知症者数は、3.57 万人と推計され、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 人と報告されています。原因疾患としては、アルツハイマー型認知症が最も多いですが、血管性認知症、前頭側頭葉変性症、外傷による認知症、レビー小体型認知症など様々な原因があり適切な診断が重要となります。

若年性認知症は、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ことが特徴です。そのため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す。

〔知識 -91〕

若年性認知症の理解や支援のために注意すべき特徴としては、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、などが挙げられます。

そのため、早期発見・早期診断が重要となりますが、症状の特徴や発症が若いことから、うつ病や他の精神疾患に間違われたり、専門医療機関に受診するまでにさらに時間がかかったりすることも多いため、認知症の確定診断時には、既に症状が進行していることも少なくありません。

❷ 認知症の病態論

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

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

（②認知症の病態論）

ⓖ 認知症の重度化予防

〔知識 -92〕

認知症施策推進大綱では、「共生」と「予防」を両輪として施策を推進することが掲げられ、「予防」とは、「認知症になるのを遅らせる」、「認知症になっても進行を緩やかにする」ことであるとされています。

一般的に認知症の予防は、一次予防（認知症の発症遅延や発症リスク低減）として、運動不足の改善と糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持、介護予防の事業や健康増進事業と連携、二次予防（早期発見・早期対応）として、かかりつけ医、保健師、管理栄養士等による健康相談、認知症初期集中支援チームによる訪問活動、地域包括支援センター等と連携、三次予防（認知症の進行の予防と進行遅延）として、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、などが挙げられます。

特に身体疾患の治療のために一般病院に入院した認知症の人に対しては、三次予防の視点に立った支援を行うことが、医療従事者に求められます。

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

令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定

③施策・社会資源等

〔知識 -93〕

（再掲のため解説なし）

認知症の本人の視点を重視したアプローチ

【知識 -94】

❶ その人らしく存在していられることを支援
❷ “分からない人”とせず、自己決定を尊重
❸ 治療方針や診療費用等の相談は家族も交える
❹ 心身に加え社会的な状態など全体的に捉えた治療方針
❺ 家族やケアスタッフの心身状態にも配慮
❻ 生活歴を知り、生活の継続性を保つ治療方針とする
❼ 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

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/

〔知識 -94〕

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

さらに、治療方針や診療費用等の相談は家族も交え、心身に加え社会的な状態など全体的に捉えた治療方針が検討されることが大切です。また、家族やケアスタッフの心身状態にも配慮することや、本人の生活歴を知り、生活の継続性を保つことや最期の時までの継続性を視野においた治療が計画されることが重要です。

病院、地域、在宅それぞれの場面における継続的・重層的な支援の中で、常に“その”本人の視点を重視していくことが施策としても求められ、展開されています。

〔知識 -95〕

日本認知症本人ワーキンググループ（JDWG）は、平成 29 年に認知症になった体験をもとに、診断を受けた後に絶望せずに、自分なりによりよい日々を暮らしていくためのヒントをまとめた「本人にとってのよりよい暮らしガイド（通称：本人ガイド）」の作成に取組み、その後同法人の公益活動の一環として、この「本人ガイド」を当事者の方に頒布する活動を行っています。「本人ガイド」は、「認知症になったら、何もわからなくなる、何もできなくなる」、「認知症になったら、人生もうおしまい」といった偏見を離れ、「わかること・できることはたくさんある」、「認知症になっても希望を持って一日一日を楽しく暮らしていける」、「認知症になっても支えられる一方になるわけではなく、新しいことを学んだり、やりたいことにチャレンジできる、家族や社会の役に立てる」などのメッセージとそれを実現するための具体的方法が書かれています。

「認知症とともに生きる希望宣言」は 平成 30 年 11 月に表明されたものです。

今とこれからを生きていくために、一人でも多くの人に一緒に宣言をしてほしいといった思いと、この希望宣言が、さざなみのように広がり、希望の日々に向けた大きなうねりになっていくといういい願いが込められています。「一足先に認知症になった私たちからすべての人たちへ」のメッセージとともに 5 つの宣言がまとめられています。

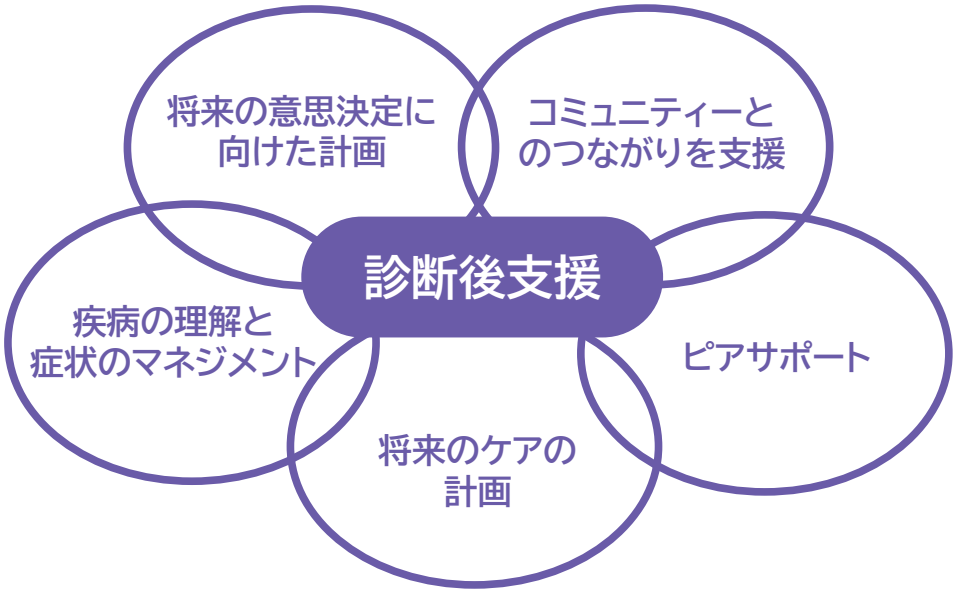
参照 URL

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

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

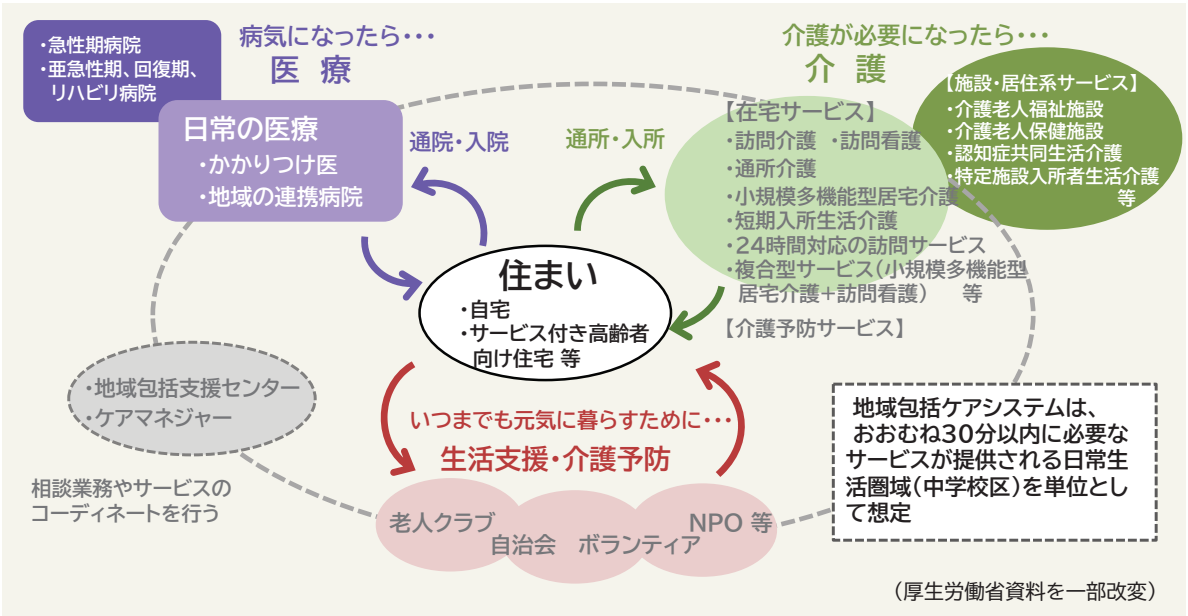


Scotland' s national dementia charity https://www.alzscot.org/

地域包括ケアシステム

【知識 -97】

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



(厚生労働省資料を一部改変)

〔知識 -96〕

認知症の人と家族の生活の質を高めるためには、認知症と診断された早い段階から認知症を持ちながら生活する方法を伝え、社会とのつながりを促し、将来計画を考えるための診断後支援が大切です。さらに、専門職からの医療・介護面でのサポートや認知症の本人からの体験談を交えた心理面でのサポートなども重要です。

Scotland's national dementia charity では、診断後支援のために重要な 5 つの要素として、将来の意思決定に向けた計画、疾病の理解と症状のマネジメント、将来のケアの計画、コミュニティーとのつながりを支援、ピアサポートを挙げています。

日本でも、生活に役立つ情報や社会資源に関する情報を提供するための認知症ケアパスの普及、認知症カフェのような当事者コミュニティーへの参加、医療従事者による意思決定支援の取り組みなどが進められています。

〔知識 -97〕

地域包括ケアシステムとは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制のことです。

医療機関も地域包括ケアシステムの一部であり、システムを構築する上で、重要な役割を担っています。

また、認知症の人にとっても、この地域包括ケアシステムの中で、適時・適切なサービスを受けることができ、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた良い環境で、自分らしく暮らし続けることが重要であることに変わりはなく、自治体、医療機関、介護サービス事業所、ボランティアなどの様々な関係機関が連携して認知症の人を支える地域づくりが求められています。

多職種連携

【知識 -98】

多職種連携とは

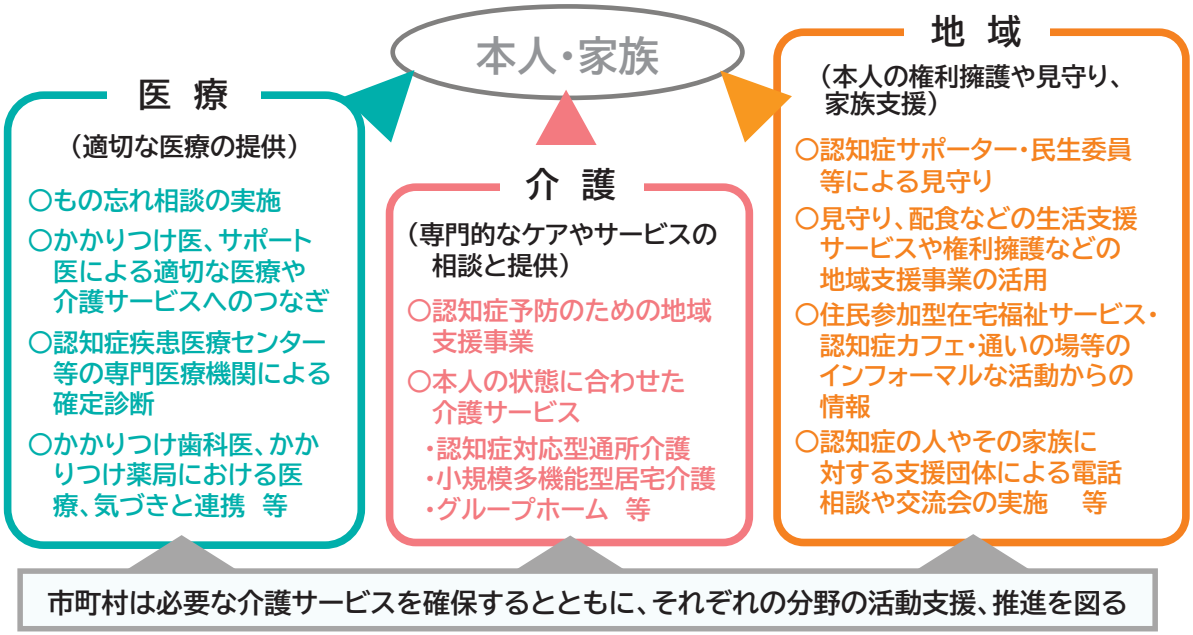
多種多様なスタッフが各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに、相互に連携・補完し合い、患者・利用者等の状況に適切に対応した医療・介護等を提供すること

※ 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



〔知識 -98〕

多職種が連携することとは、看護職員を含めて、多種多様な医療・介護・保健・福祉関係職種が、それぞれの高い専門性が遂行できる状態で、一人の支援対象者への支援目的と互いの専門情報を共有しあい、統合したうえで支援内容を分担し補完しあって支援対象者の状況に応じて適切に対応することです。

認知症の人への支援では、認知症の人の希望や家族の希望、社会経済的状況を含めて、医療のみならず介護・福祉等も適時・適切に乗り入れる必要があり、そのため、一般病院、所属する看護職員も、入院期間中の対応や医療の情報提供にとどまるものではないことを理解し、日常業務に結びつけて考えていくことが大切です。

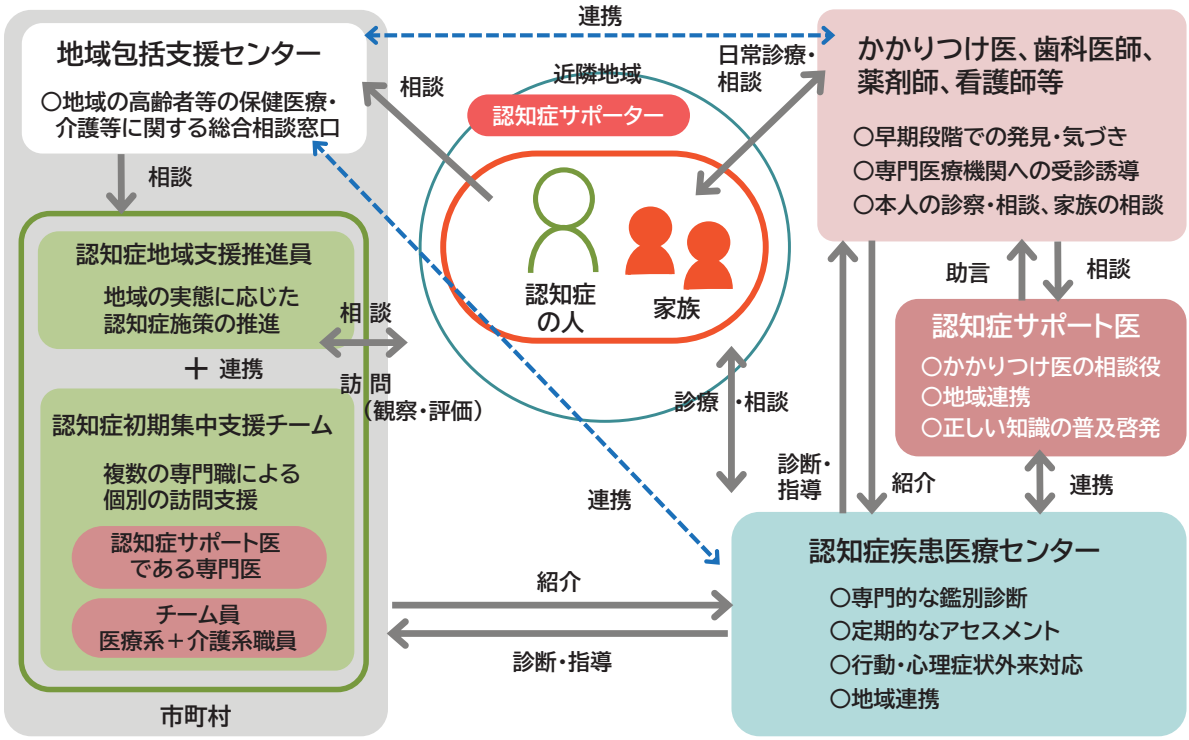
〔知識 -99〕

認知症の人や家族の時々の状態やニーズに適切に対応し、暮らしを支えるサービスを提供するためには、医療・介護・地域の領域ごとの各サービスが連携と役割分担することで効果的な支援を行っていく必要があります。さらに、地域の実情を踏まえ、多方面にわたって展開されることも重要です。一般病院を含む医療の役割として、もの忘れ相談の実施、医療介護連携によるかかりつけ医や認知症サポート医との連携による適切な医療や介護サービスへのつなぎ、認知症疾患医療センター等の専門医療機関による確定診断、歯科医、薬局における医療、気づきと連携等があります。

支援体制の一員である一般病院、指導的役割を担う看護職員に期待される役割も大きくなっています。

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

〔知識 -100〕

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

○認知症初期集中支援チームは、地域包括支援センター等に設置され、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を、専門医療機関やかかりつけ医と連携しながら、包括的、集中的に行います。

○認知症地域支援推進員は、市町村に配置され、主な役割は、医療と介護の連携強化や、地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業の推進などを担っています。

○認知症サポート医は、①認知症の人の医療・介護に関わるかかりつけ医や介護専門職に対するサポート、②地域包括支援センターを中心とした多職種の連携作り、など、地域における「連携の推進役」を担います。

○認知症疾患医療センターは、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、行動・心理症状と身体合併症の急性期治療に関する対応などの専門的医療機能と、情報発信、地域保健医療・介護関係者への研修といった地域連携拠点機能を果たすことが求められています。

〔知識 -101〕

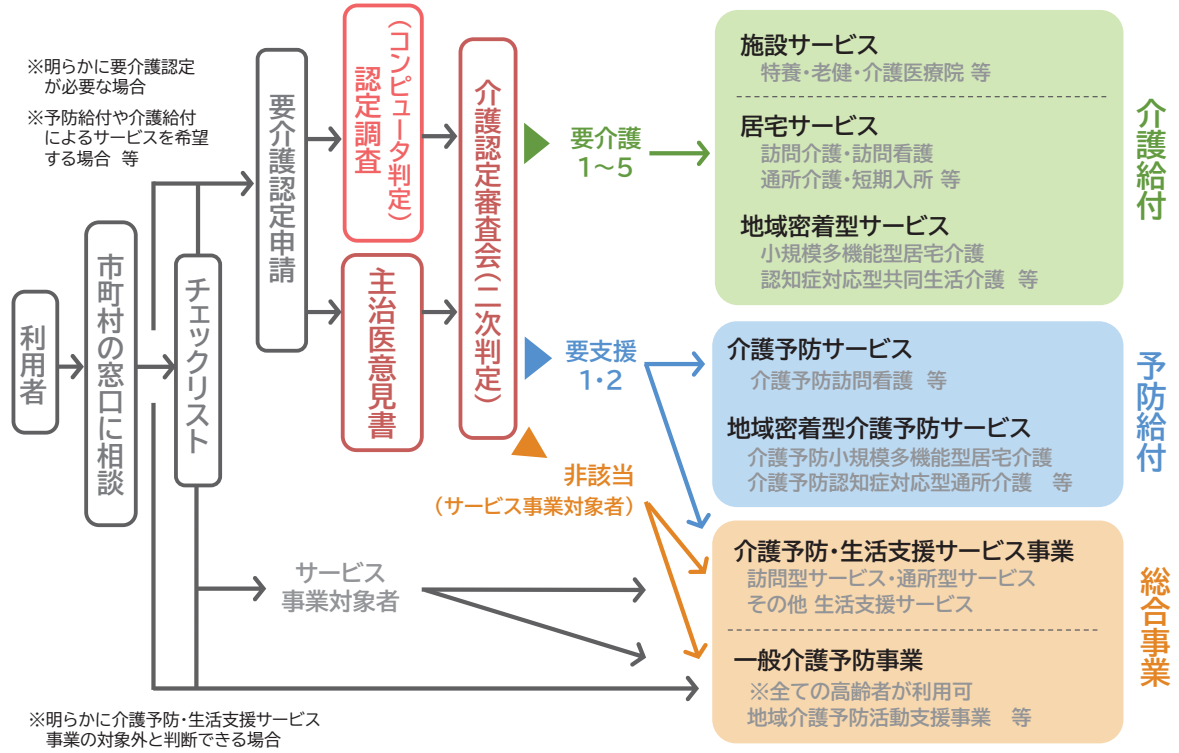
認知症ケアパスはスライドのように定義され、各市町村の実情に応じて、認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れを表したものです。

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

地域ごとに策定された認知症ケアパスに沿って、認知症に関する基礎的な情報や具体的な相談先・受診先の利用方法等が明確に伝わるようにすること、また、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に活用することが重要となります。

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）

〔知識 -102〕

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

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

要介護度に応じてサービス給付の量（支給限度額）が決められていて、利用に応じた自己負担額は所得を基準に 1～3 割となっています。要介護認定を受けて利用できる介護サービスには、主に認知症の人の利用が想定される地域密着型サービス（認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)など）等があります。

〔知識 -103〕

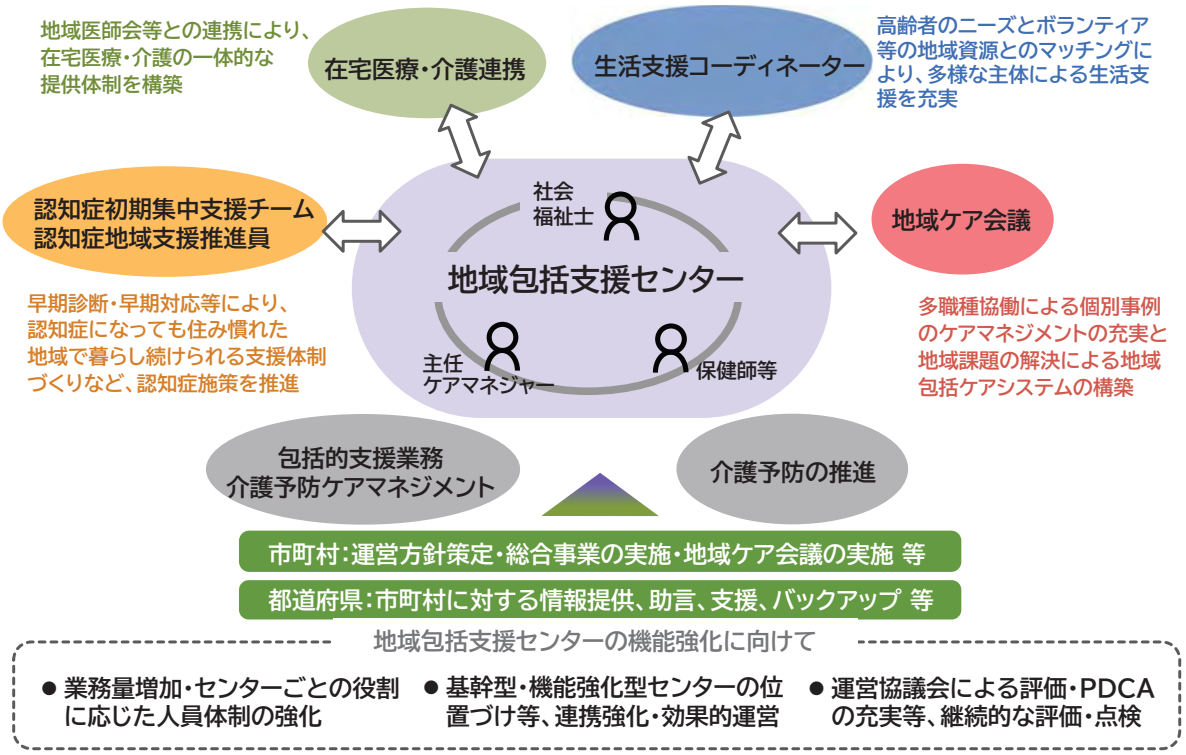
介護保険サービスは、サービスの利用形態により、主に在宅でサービスを組み合わせて利用する「居宅サービス」・「地域密着型サービス」、介護施設に入所・入院する「施設サービス」に大別されます。地域密着型サービスは、平成 18 年制度改正で導入されたもので、市区町村保険者が地域事情に応じて整備すること、事業所指定の基準設定が可能となっています。

また、居宅サービス、地域密着型サービスには要支援者を対象とする「介護予防サービス」があります（施設サービスは対象外）。

平成 30 年度から「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の「長期療養」機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな施設サービスの類型として「介護医療院」が創設されました。

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）

- 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

【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

〔知識 -104〕

地域包括支援センターの機能は、従来からの、介護予防、多職種ネットワーク、権利擁護に加え、認知症施策の推進、生活支援、地域ケア会議など、それぞれを有機的に関連させながら拡充しています。地域包括支援センターに標準配置される職種は、保健師等・主任ケアマネジャー・社会福祉士であり、その3職種を中心に、地域の専門職や専門機関等の社会資源と連携を図りながら、高齢者や家族のニーズに応じた適切なサービスを提供することが期待されています。

入退院支援の一環としての地域連携にあたって、認知症の人や家族の生活をサポートするため、地域包括支援センターの所在(連絡先等)、担当者、基本的な機能を把握し、その機能を通じて必要な資源につなげるなど、十分に活用していくことが求められます。

〔知識 -105〕

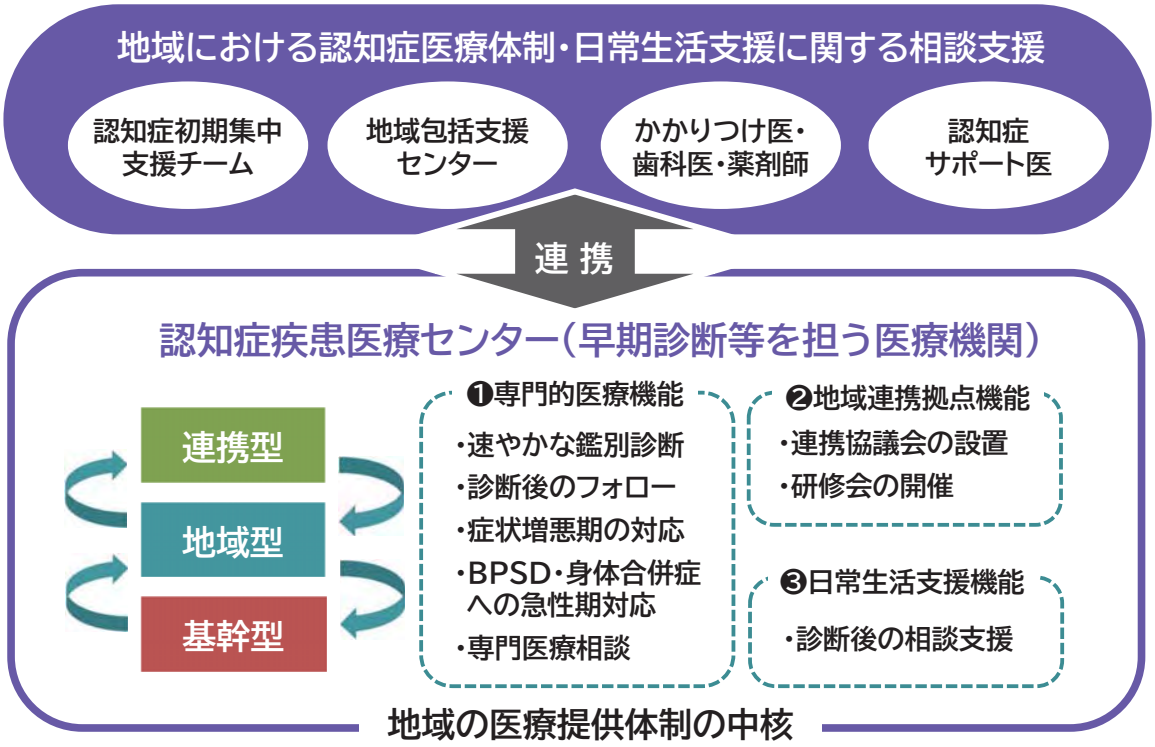
認知症初期集中支援チームは、認知症の人ができる限り住み慣れた地域で生活が維持できるような支援を、できる限り早い段階で包括的に提供することを目的とした複数の専門職(認知症サポート医や薬剤師等の医療職や福祉・介護職)で構成されたチームです。

チーム名の「初期」とは、疾患の初期という意味だけではなく、初動を意味しており、「集中」とは、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ったうえで本来の医療やケアチームに引き継いでいくことを意味しています。

チームは、全ての市町村の地域包括支援センター等に設置されていて、支援対象者の日常生活支援や日常診療に結びつくような支援を適切に行うことが求められています。

認知症疾患医療センター

【知識 -106】



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

〔知識 -106〕

認知症疾患医療センターは、二次医療圏ごとに地域の医療計画との整合性を図り都道府県により設置され、医療機関の特性、人員配置、検査体制、急性期治療への対応体制等に応じて、基幹型、地域型、連携型に分類されます。

地域の認知症に関する医療提供体制の中核として、①認知症の速やかな鑑別診断、診断後のフォロー、症状増悪期の対応、 BPSD や身体合併症に対する急性期医療、専門医療相談などの専門的医療機能、②連携協議会の設置や研修会の開催など地域連携拠点機能、③診断後の認知症の人や家族に対する相談支援機能などの日常生活支援機能、などが主な機能・役割となっています。

その他、地域の介護・医療資源等を有効に活用するためのネットワークづくりや認知症の人やその家族の視点に立った当事者によるピア活動や交流会の開催などの取り組みも行われています。

〔知識 -107〕

認知症サポート医は、かかりつけ医か認知症専門医かに峻別されるものではなく、通常の認知症に関する診療の状況によって、それぞれの立場から機能・役割を担うものとされています。

認知症サポート医の機能・役割としては、①認知症の人の医療・介護に関わるかかりつけ医や介護専門職に対するサポート、②地域包括支援センターを中心とした多職種の連携作り、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などが挙げられます。これらの活動を通じて、地域における「連携の推進役」が期待されています。

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

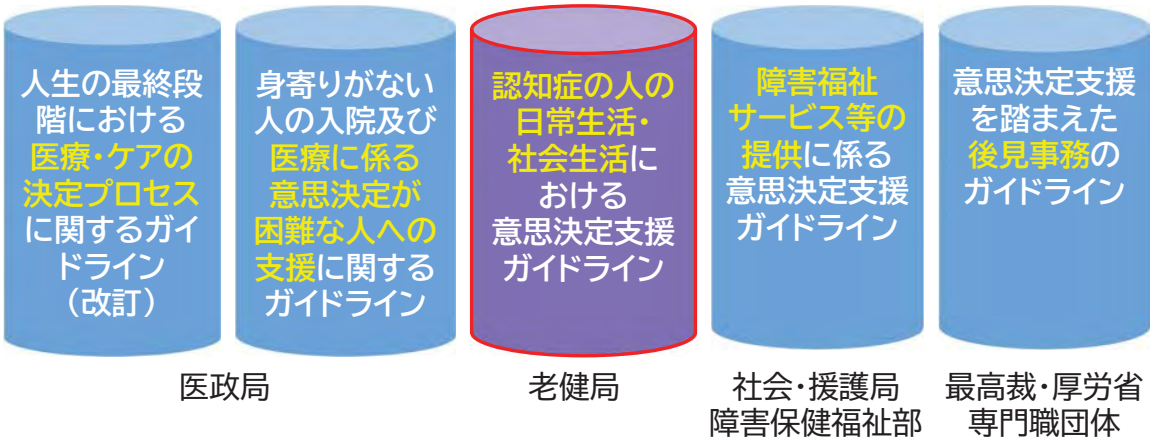
意思決定支援ガイドライン

【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】



〔知識 -108〕

地域では、認知症の人や家族が孤立しないように、「認知症カフェ」や「ピア活動」が行われています。

認知症の人同士や家族介護者同士が出会うことで、認知症があっても希望をもって生きていく方法を見出すことができます。医学的観点からのアドバイスやフォローなど、医療従事者の参加も求められる場合もあり、また、認知症の人を理解する貴重な機会でもあることから、積極的な参加・協力が望まれます。

〔知識 -109〕

認知症や障害など、意思決定が困難な高齢者等に対する支援の指針として、様々な領域についての意思決定支援のガイドラインが策定されています。認知症の人については、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインが平成 30 年に公表されています。

各ガイドラインは、対象となる場面を広く捉えて支援の規範を示すものや、また、場面を限定しつつ具体的な方法論を示すものなど、内容は様々です。

認知症の場合、疾患ごとに特徴は異なり、多くは進行性の経過をたどるため、本人の状態や認知症の状態に応じた意思決定支援が重要となります。看護職員をはじめ、医療従事者には、本人の意思をできるだけくみ取り、それを活かして支援ができるよう、各ガイドラインが示す考え方や方法などを参照し、本人の尊厳が尊重された医療・介護等が提供されるように支援することが求められています。

参考

障害福祉サービス等の提供にかかる意思決定支援ガイドライン
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000159854.pdf

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン
https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf

身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン
https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf

意思決定支援を踏まえた後見事務ガイドライン
https://www.mhlw.go.jp/content/000687818.pdf

Advance Care Planning(ACP)

【知識 -110】

ACPとは

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

ACPの目標

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

ACPの原則(主体は患者さん本人)

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

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

日常生活自立支援事業と成年後見制度

【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

〔知識 -110〕

アドバンスケアプランニング(Advance Care Planning、以下 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』であり、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ことを目的としています。

ACP の主体は患者さん本人であり、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となります。認知症の特性に配慮した ACP の啓発や普及などが今後の課題ですが、ACP の実践には、医療従事者等の多職種が患者さんの意思に寄り添うことが理想です。

〔知識 -111〕

地域に暮らす人が、障害の有無や年齢にかかわらず、尊厳をもってその人らしく安心して生活が送れるように、判断能力が不十分になった場合に利用できる制度として、日常生活自立支援事業と成年後見制度があります。

具体的には、支援の内容・場面や判断能力の程度に応じて、認知症の人の金銭・財産管理をはじめとする契約等を支援する制度です。

所轄庁、法律、対象者、援助者、手続きの開始、意思能力の確認・審査や鑑定・診断、利用中の費用、監督機関について、両者の特徴・相違点をまとめたものです。

下表では、支援内容を大きく「身の回りに関すること」と「財産に関すること」に分け、両者が可能なこと(対象になること)を整理しています(かかりつけ医認知症対応力向上研修テキストより)。

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

高齢者虐待

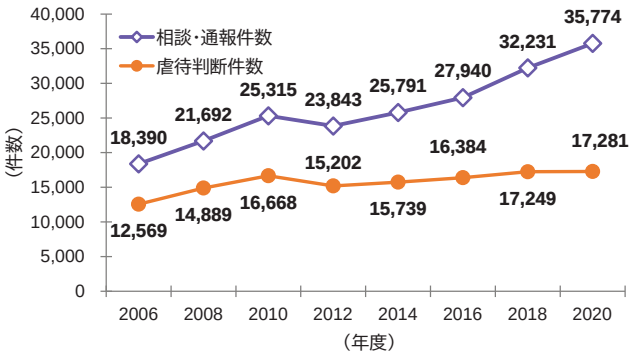
【知識 -112】

○養護者による高齢者虐待は年々増加している

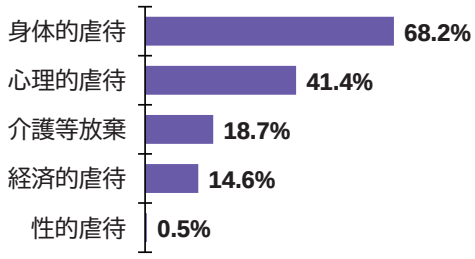
○被虐待高齢者に重度の認知症がある場合は「介護等放棄」を受ける割合が高い

○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

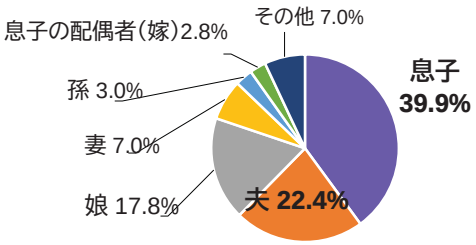
養護者による高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数の推移



虐待の種類の割合



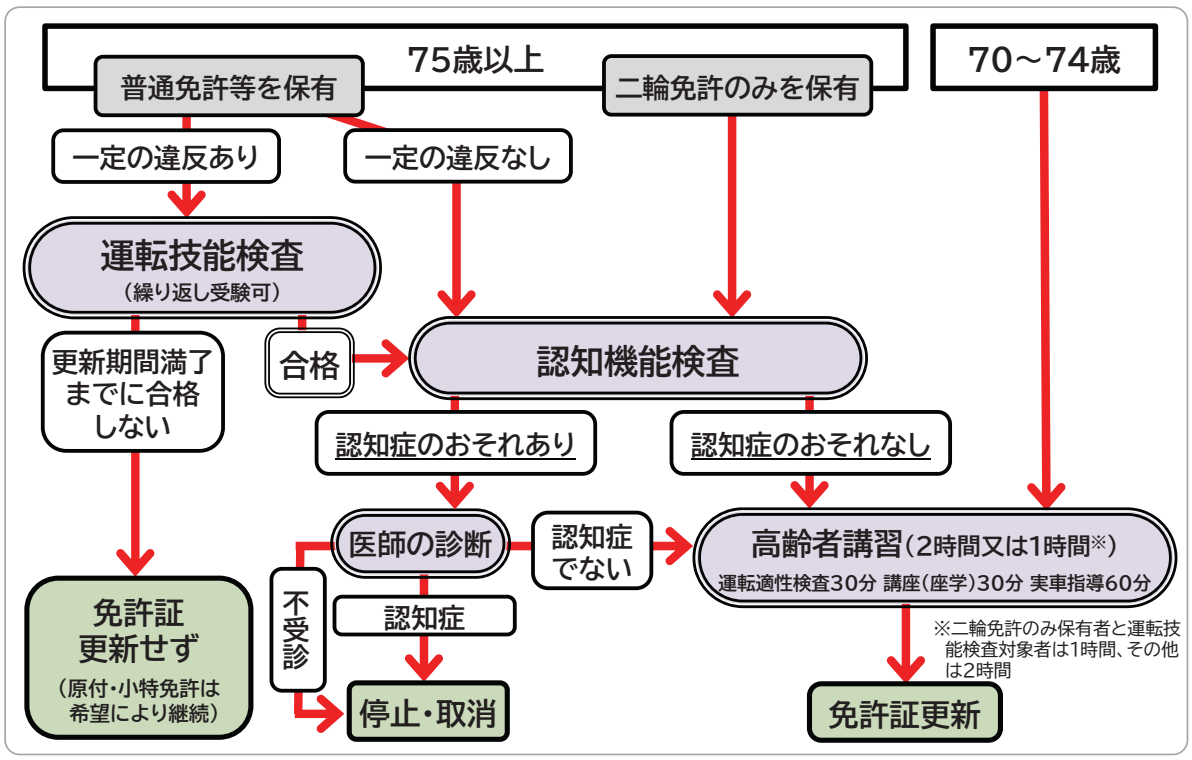
被虐待高齢者からみた虐待者の続柄



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】



〔知識 -112〕

平成 18 年4月に高齢者虐待防止法（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）が施行され、市区町村や地域包括支援センターが相談・通報を受理する体制が整備されました。厚生労働省は毎年全国調査を行い、その結果を公表しています。

高齢者虐待は依然として深刻な状況にあり、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ともに年々増加しています（右上グラフ）。さらに、虐待の種類では、「身体的虐待」、「心理的虐待」、「介護等放棄」などの割合が高く、被虐待高齢者からみた虐待者の続柄では、「息子」、「夫」、「娘」の順となっています（下段グラフ）。

〔知識 -113〕

高齢運転者対策の充実と強化を図るため、道路交通法が改正されました（令和 4 年 5 月 13 日施行）。

運転免許証の更新手続きについて、75 歳以上で「一定の違反歴」のある人は、運転免許証更新時に運転技能検査（実車試験）等を受検し、検査の結果が一定の基準に達しない人は、運転免許証の更新をしないことになりました。運転技能検査の合格者と「一定の違反歴」のない人は、認知機能検査を受け、「認知症のおそれなし」と判定された場合は高齢者講習に進み、「認知症のおそれあり」と判定された場合は医師の診断を受けることとなります。

地域の交通環境・地理的な実情によっては、自動車運転は日常生活を送る上で不可欠となる場合もあり、一般病院においても、退院後の日常生活を視野に入れた継続的な支援にあたって、自動車運転や免許証更新への配慮も重要な視点といえます。

看護職員

認知症対応力向上研修テキスト　第1分冊

〈令和4年度改訂版〉

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

令和5年3月
禁無断転載
（発行）合同会社 HAM 人・社会研究所

看護職員
認知症対応力向上研修
研修テキスト

第2分冊
認知症看護の実践対応力 編

令和5年3月

令和4年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

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

目次

1　認知症に関する知識 編　▶▶ 第 1 分冊

① 意義と役割 1
② 認知症の病態論 21
ⓐ 認知症の原因疾患の特徴・病態 (21)
ⓑ 認知機能障害とBPSD (43)
ⓒ 認知症と鑑別すべき他の疾患 (59)
ⓓ せん妄の特徴や症状 (77)
ⓔ 認知症の薬物療法と非薬物的対応 (85)
ⓕ 若年性認知症の特徴 (97)
ⓖ 認知症の重度化予防 (101)
③ 施策・社会資源等 103

2　認知症看護の実践対応力 編　▶▶ 第 2 分冊

2-1　認知症の人の理解
① 認知症の人の行動等の理解 1
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） 13
③ 認知症の人とのコミュニケーションの基本 35

2-2　認知症の人の理解
① アセスメントのポイント 45
② 認知機能障害への対応 53
③ BPSDの要因・症状と対応 65
④ 身体管理・症状経過を踏まえた対応 85
⑤ せん妄への対応 111
⑥ 退院支援 123

2-3　認知症の人の理解
① 病棟等におけるチームケアの意義 145
② 多職種連携 147
③ 倫理的課題と意思決定支援・権利擁護 159
④ 身体拘束の原則等 181
⑤ 家族（介護者）の支援 197
⑥ 社会資源と地域連携 203

3　体制構築・人材育成 編　▶▶ 第 3 分冊

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 1
② 体制構築に向けた取り組み 13

3-2　スタッフ育成・教育
① スタッフ育成の目標設定 45
② 研修の企画立案・研修実施のポイント 53
③ 研修の効果測定と受講後のフォローアップ 75

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　：

❶ 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

❷ 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

❸ 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

認知症看護の実践対応力 編

2-1）認知症の人の理解

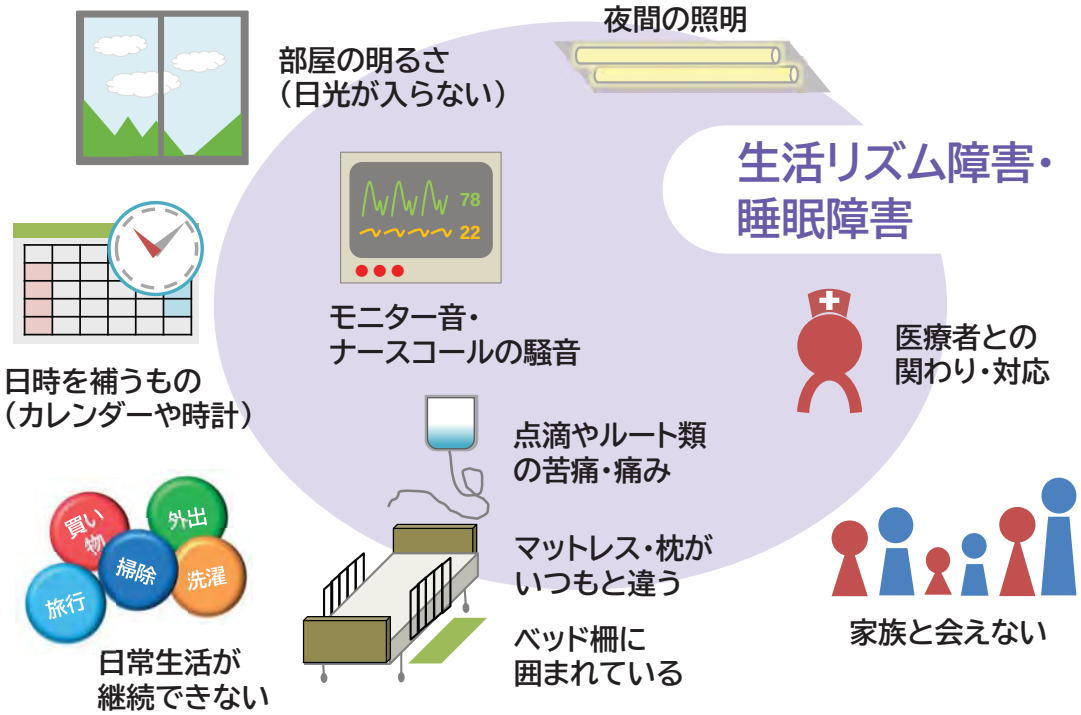
①認知症の人の行動等の理解

【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】



〔理解 -1〕

動画② 認知症の人の体験世界（6分 14 秒）

入院している認知症の人の目線で入院時の体験世界を3つの場面で再現しています。

“時間の感覚がない”“誰なの？前と同じ場所？”“自分を無視しないで！”

また、若年発症のアルツハイマー型認知症である佐藤さんに、ご自身が入院した時の体験を語っていただきます。

医療従事者が認知症の人と接するときに留意すること、病院内の多職種による関わりなどのヒントなどをご覧ください。

〔理解 -2〕

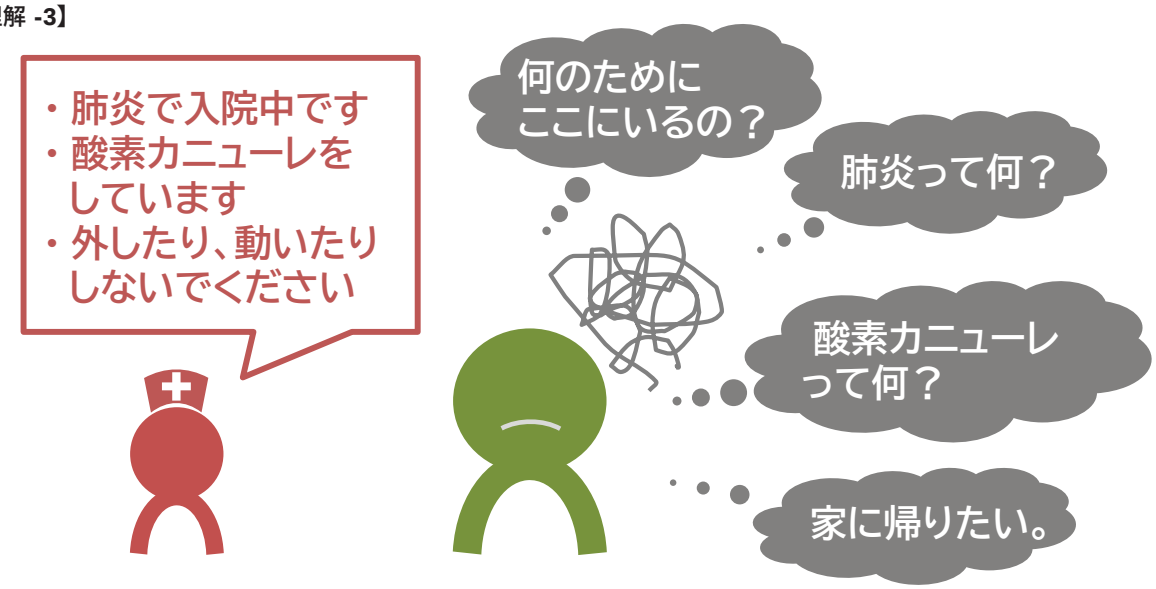
動画でも見ていただきましたが、病院における療養環境では、慣れない生活環境の上に、通常の生活と様々なところで異なり、想像以上に認知症の人に不安、孤独感を感じることでしょう。

・部屋の明るさ（日光が入らない）
・夜間の照明、モニター音・ナースコールの騒音
・日時を補うもの（カレンダーや時計）
・日常生活が継続できない
・点滴やルート類の苦痛・痛み
・マットレス・枕がいつもと違う
・ベッド柵に囲まれている

さらに、家族と会えない中で医療者との関わりや対応により不安や恐怖感を感じ、せん妄を引き起こしたり、その上、身体疾患や治療に関連した様々な苦痛や痛み、生活リズム障害・ 睡眠障害などから合併症を引き起こすこともあります。

病院で治療中であることがわからない

【理解 -3】



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

認知症の人には本当に理解できないのか？
心理的自己防衛

【理解 -4】

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

認知症の人を一人の人間として、
認知症の苦しみを理解する必要がある

〔理解 -3〕

看護師から説明されても、病院で治療中であることがわからないことが多いです。「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」と言われても、話を理解する力、憶えておく力が低下しているため、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。

肺炎や酸素カニューレと言われても何のことかわかりません。

認知症の人の思いは、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。と考えています。

〔理解 -4〕

認知症の人には本当に理解できないのかでしょうか。

- 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ます。
- 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）を敏感に感じています。
- 失敗が多くなると不安が高まり、小さなミスを指摘されただけでも自分を全面否定されたように感じます。
- 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のです。
- 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ます。

認知症の人を一人の人間として、その苦しみを理解する必要があるのです。

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

〔理解 -5〕

認知症に対する私たちの偏見があります。

認知症の人は、認知機能の低下に伴い「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、恐怖を感じています。

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 を増大させています。

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 認知症看護の基本です。

〔理解 -6〕

- その人独自の障害（苦手）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ります。
- 「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します。「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ます。「失敗する」ことがあっても「大丈夫だよ」と声を掛け、できないところだけを支援していきます。
- 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ます。

認知症に対して正しく理解して、その人の独自の障害に対する適切なケアを実践することは、その人の不安の軽減や安心した生活につながります。

認知症の人が身体治療を受ける際の課題

【理解 -7】

❶ 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

❷ 訴えが少ない、あるいは、多様なために早期発見や予防が困難（せん妄・合併症）

❸ 痛みや苦痛などの疼痛コントロールや認知症の人の状況に合わせた緩和ケアが必要

❹ 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

❺ 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

❻ 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

〔理解 -7〕

身体治療を受ける認知症の人の課題を挙げました。

❶ 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ので、不穏や混乱、せん妄・転倒を起こさないコミュニケーションの配慮が必要です。

❷ 身体疾患や認知症以外にも多疾患併存状況にあることが多いにもかかわらず、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）であるため、せん妄や合併症の予防が必要になります。

❸ 痛みや苦痛などの疼痛コントロールや認知症の人の状況に合わせた緩和ケアが必要です。予後や体力に合わせた治療、本人の意思決定に合わせた治療が必要です。

❹ 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とされています。内服薬の副作用で症状が悪化する場合があるので、十分に症状観察します。

❺ 過活動せん妄と BPSD の区別が困難であり、また、低活動せん妄が放置されやすく。

❻ 転倒予防のための過度の安静や入院の長期化から ADL 低下や要介護状態になりやすいことも課題です。

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、入院・治療に対する適切な看護実践につながります。

〔理解 -8〕

認知症の行動・心理症状（BPSD）は認知機能障害によって起こりますが、症状の出現には理由があります。その原因には、認知症の人のニーズが満たされないなど不適切な状況があり、BPSD は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でもあります。

様々な実行機能障害がある状況において、入院環境では、治療・ケアによる痛み・苦痛、認知機能に合わせた治療・ケアの説明がされていない、身体疾患による苦痛・痛み、慣れない生活環境、家族や親しい人がいない、安静臥床、雑音が多い環境など、認知症の人にストレスとなる要因があります。

その結果、下記のような症状を起こしやすくなります。

- ものを盗まれたという（妄想）
- いない人の声が聞こえる、実際にないものが見える（幻覚）
- 大きな声をあげる（暴言）
- 点滴や着替え等を嫌がる治療・ケアの拒否）
- 歩き回る（徘徊）

これらの症状は BPSD と呼ばれ、ストレスが少ない場合は緩和されますが、ストレスが大きい場合、BPSD は激しくなります。入院に伴う環境変化のストレスが大きく影響しているのかもしれません。

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

〔理解 -9〕

認知症の人は、見当識のような「いつ」、「だれが」、「何をしたか」についての維持が難しくなりますが、相手や自分がどう感じたかなどを覚えていることが多く、感情の機能は維持されています。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のです。

認知症の人は、言葉で表現しにくかったり、相手の態度等で自発的に話せない状況に陥っているのかもしれません。私たちが認知症の人に対して、積極的に「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ようになるのです。

認知症の人の思いを聞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）することが重要です。

〔理解 -10〕

認知症の人に対するケアとして、五感を使って良い感情を引き出すケアが重要になります。

- 認知症の人は、すべてを忘れるのではなく記憶が断片化されています。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ます。
- 香、味、手触り、写真などを使って記憶を想起してもらうとよいでしょう。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からです。
- 興味深いことや価値があることは覚えています。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くなります。
- 断片化されたその人の記憶が不安や孤独感によって、歪曲化され、現実に起こっていると感じる場合もあります。

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ことが大切です。

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、
身体の健康状態・生活歴・性格傾向・社会心理
など、その人の個別性をふまえ、また関わりを通して、その人が今どのような体験をし、どう感じているかを周囲の人が理解し、支えようとする

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

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）

〔理解 -11〕

パーソン・センタード・ケアと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です。認知症の人の、一人ひとり異なる身体の健康状態や、生活歴、生活傾向、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、支えようとする考え方です。

パーソン・センタード・ケアは、1980 年代末に英国の心理学者トム・キッドウッド氏によって提唱されました。認知症の人が「何を必要としているのか」、「何を求めているのか」といった「心理的ニーズ」を理解することが重要になります。

ランセットという英文の医学雑誌の認知症ケアのレビューでは、パーソン・センタード・ケアの焦燥と攻撃性に対する非薬物療法である パーソン・センタード・ケア・の介入は有意な効果があると報告されています。

出典

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

私たちのケアで認知症の人は
よい状態にもなるし、よくない状態にもなる

【理解 -12】

よくない状態

絶望・非常に強い怒り
深い悲しみ
不安・恐れ・退屈
身体的な苦痛
不快感
身体が緊張している
混乱・動揺・無気力
力のある人に抵抗できない

BPSDの増加・認知症の症状の悪化
ADL低下・身体疾患の悪化

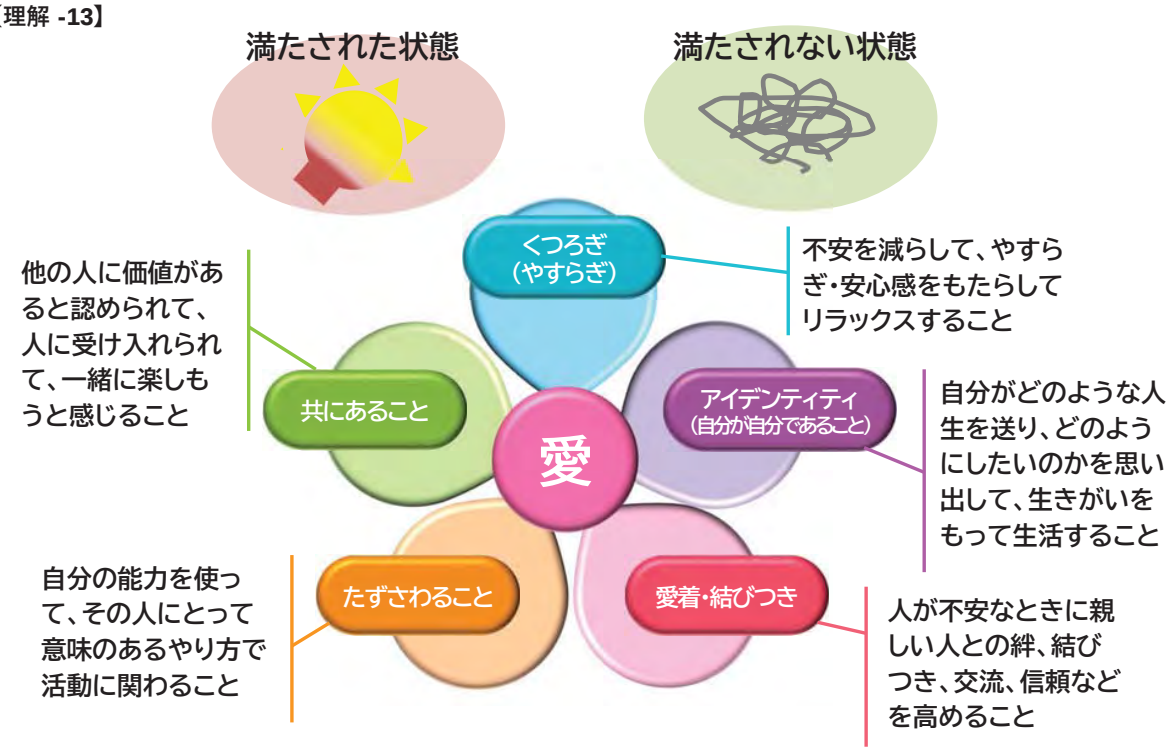
よい状態

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】



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

〔理解 -12〕

認知症の人に対する私たちのケアによって認知症の人はよい状態にもなるし、よくない状態にもなります。

よくない状態としては、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、のようになります。その結果、BPSD の増加・認知症の悪化、ADL 低下・身体疾患の悪化が起こります。

よい状態としては、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、などであり、BPSD・認知症の緩和、身体疾患の回復・在宅復帰、人間性の回復につながります。

これらのことからもケアの重要性が理解できます。

出典

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

〔理解 -13〕

パーソン・センタード・ケアの実践では、認知症の人が「何を必要としているのか」、「何を求めているのか」といった「心理的ニーズ」を理解することが重要になります。

トム・キッドウッド氏は、認知症の人の持っている「心理的ニーズ」を理解する上で、「一人の人間として無条件に尊重されること」を中心にし、「共にあること」、「くつろぎ」、「アイデンティティ（自分が自分であること）」、「愛着・結びつき」、「たずさわること」という5つのことが重要であると考え、それを5枚の花弁の「花の絵」で表現しました。その中心にあるのが「愛」です。これはその人を思いやったり、強く関心を向けることです。このように相手の求めている「ニーズ」を理解することが、認知症ケアを行う上でも、パーソン・センタード・ケアを実践する上でも重要となります。

出典

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

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】

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

STEP❶ 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いましょう
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！

〔理解 -14〕

3ステップはパーソン・センタード・ケアを実践するために認知症の人の視点を効果的にケアに展開するためのプロセスでもあります。

STEP1　思いを「聞く」：認知症の人の声（思い）に　耳を傾け、話をよく聞きます。

STEP2　情報を「集める」：認知症の人の5つの要素　（パーソン・センタード・モデル）を知り、できるだけその人の全体像を把握します。

STEP3　ニーズを「見つける」：認知症の人の満たされていない心理的ニーズは何かを考え、それを満たすために、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きます。

看護師側から、困難と感じる行動の原因（満たされないニーズ）に対応することで、効果的な解決に向けてのプロセスにつながります。一般病院の場合、「心理的ニーズ」が満たされていないことが、身体疾患や治療などが原因であることもあります。看護チームだけでなく、多職種チーム全体で検討することが効果的です。

出典

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

〔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いましょう。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。

心構えとしては、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ることが重要です。テクニックとしては、笑顔で！優しい声で！暖かく触れて！などを、ケアの実践の中で展開していきましょう。

出典

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

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うと反応するのをやめてしまう（学習された無力感：M.ゴールドスミス）
黙っているからといってわからないのではない

◎ 認知症の人は言語を失っても、「マスクを取る」、「吸引の度に眉間にしわをよせる」、口腔ケアの際に「口を開けない」、触れると「手を震わせる」・・・というように懸命に表現しようとしている

◎ 生活の中でどんな体験をして、どんなことに生活の困難さがあり、どういったケアを求めているのか1人ひとりの思いを知る

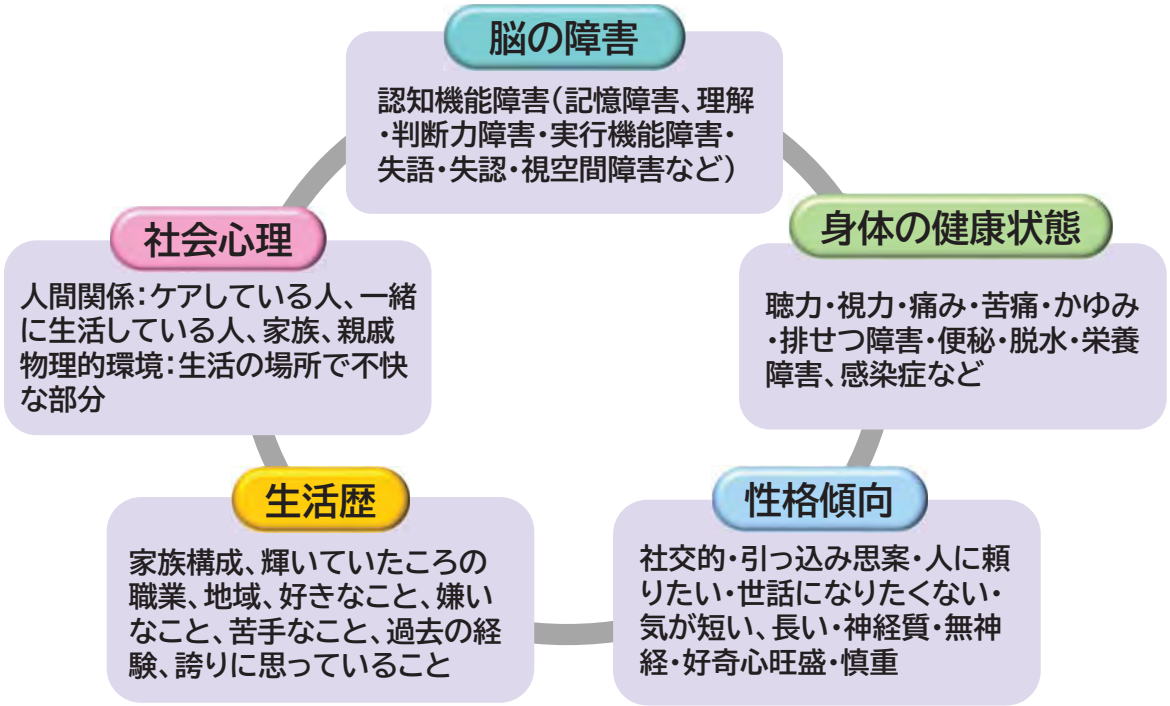
◎ 思いを聞こうという態度で接し、繰り返させる言葉の意味を考えて、その人と同じ世界に入り、寄り添う（例：昔過ごした故郷や地名）

認知症の人の立場に、それぞれの専門職・周囲の人が身を置いて共に考えて歩む

STEP❷ 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



〔理解 -16〕

認知症ケアの基本は「認知症の人の思いを聞き、考える」ことです。

認知症のケアに関わる職種は、こうすれば認知症の人のためになると思い、勝手にケアや支援を行っていることもあります。自分の勝手な思いを押し付けることばかりで「認知症の人の思いを全く聞いていなかった」のではないでしょうか。

現在のケア困難な状況の原因は、一人ひとり異なるため、一人ひとりの認知症の人の思いを聞くことから始めましょう。

確かに、認知症の人とのコミュニケーションは、大変なことなのかもしれません。しかし、認知症の人は懸命に表現しようとしていて、ケアの実践の中では、どういったケアを求めているのか一人ひとりの思いを知り、同じ世界に入り、寄り添うなど、認知症の人の立場に、それぞれの専門職・周囲の人が身を置き共に考えて、共に歩むことが重要です。

〔理解 -17〕

パーソン・センタード・モデルを用いて、情報を集めることが重要です。

脳の障害、身体の健康状態、性格傾向、生活歴、社会心理の5つの要因が現在の認知症の人の行動や心理：に影響を及ぼしています。これらの5つの面から認知症の人の心理的ニーズを理解するためのヒントを集めることがケアの実践にとって有用となります。

出典

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

パーソン・センタード・モデル
【脳の障害】

【理解 -18】

認知症の種類や脳の障害よって起こる症状の原因について理解する

次のような障害を抱えて、認知症の人は不安や不快を感じていませんか？

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

記憶の障害

【理解 -19】

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

記憶のステップと感覚機能

五感を使って刺激を受ける

第1ステップ	第2ステップ	第3ステップ
記 銘	保 持	想 起
脳が情報を受けとる	保つ	呼び出し使う

Bere Miesen, 矢吹知之,わたしが、わたしであるために、ワールドプランニング、2022

〔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ことが重要です。

認知症の人の入院中の行動や様子は、脳の障害（記憶、理解力、コミュニケーション、実行機能等）によって起こる症状の現れであることを理解することは、認知症の人の心理的ニーズの理解と把握、それに沿ったケアの実践につながる重要な情報となります。

〔理解 -19〕

脳の障害の中でも記憶の障害が認知症の人には起こっています。

記憶は、脳が入力された情報を受け取り（記銘）、それを保ち（保持）、必要によって呼び起こす（想起）の3つのステップからなるものです。印象的な出来事は、記銘されやすいが、記銘力に障害がある場合は、印象的でも記憶されません。何度繰り返しても保持されない場合、想起が言葉に出せない場合もあります。

五感を使った刺激による記憶のステップ（メカニズム）を踏まえて、記憶の障害のある認知症の人の行動や様子の理由・原因を理解することはとても大切です。それぞれの状況に合わせ、記憶障害に対するケアを行います。

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に一緒に向き合う

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」とわかっていても、対処の方法がわからない
  - ➡ 転倒しても人の助けを呼べない。自分で内服薬の管理ができない
- 支援を求めることが苦手になる
  - ➡ 自分が失敗したことで周りが困っている様子は理解するが、自分の行動との関連がつながらない

〔理解 -20〕

認知症の人は自分の記憶の障害を理解しています。

その中で、「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」と感じ、また、「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ます。

そして、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のです。

このような認知症の人の苦痛や悲哀に一緒に向き合うがとても大切なのです。

〔理解 -21〕

認知症の人は、個人の障害の内容や程度の差はありますが、実行機能障害により、自分で計画を立てて、計画通りに進めることが苦手です。

入院期間・場面においては、「体温計を渡されてもどうすればよいかわからない」（次に何をすればよいのかわからない）、「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」（失敗していると分かっていても対処の方法がわからない）、「自分が失敗したことで周りが困っている様子は理解するが、自分の行動との関連がつながらない」（支援を求めることが苦手になる）などがみられます。

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したニーズが
満たされない時、BPSDとして表現される

〔理解 -22〕

身体の健康状態（感覚機能(視力、聴力)、合併疾患、薬の副作用など）の面からの情報収集が重要です。

認知症の人の不快感や不安感が増す原因が、体調不良や感覚機能の衰えによる場合も多くみられます。入院前からの健康状態の確認はもちろんのこと、治療に伴う健康状態の変化などについて、栄養、合併症、外傷、投薬等、また、視力・聴力等の多面的な観察によって情報収集していくことが必要です。

〔理解 -23〕

その人を理解すること、認知症の人の心理的ニーズを理解することにとって、生活歴の情報はとても重要です。

認知症の人の人生観や価値観に関するニーズが満たされないとき、BPSD として現れることもあります。入院期間中の状況に加えて、また、身体疾患の治療の必要に加えて、それらの情報（継続していること、過去と現在の生活でズレが生じてきていること）を認知症看護に活かしていくことがポイントです。

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・・・

社交的	人づきあいが苦手
他人の世話になりたくない	人に頼りたい
気が短い	気が長い

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

パーソン・センタード・モデル
【社会心理】

【理解 -25】

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

現在のBPSDにとても影響を与えている

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

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

〔理解 -24〕

入院環境に合わせていくこと、治療を行う状況に合わせていくことが難しくなっている認知症の人への関わりにおいて、性格傾向（その人のもともとの性格）を踏まえることは重要です。

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とき、BPSD が現れることもあります。「社交的か、人づきあいが苦手か」、「他人の世話になりたくないか、人に頼りたいか」、「気が短いか、気が長いか」など、情報を収集することも、認知症の人の心理的ニーズを把握するために重要な手がかりとなります。

〔理解 -25〕

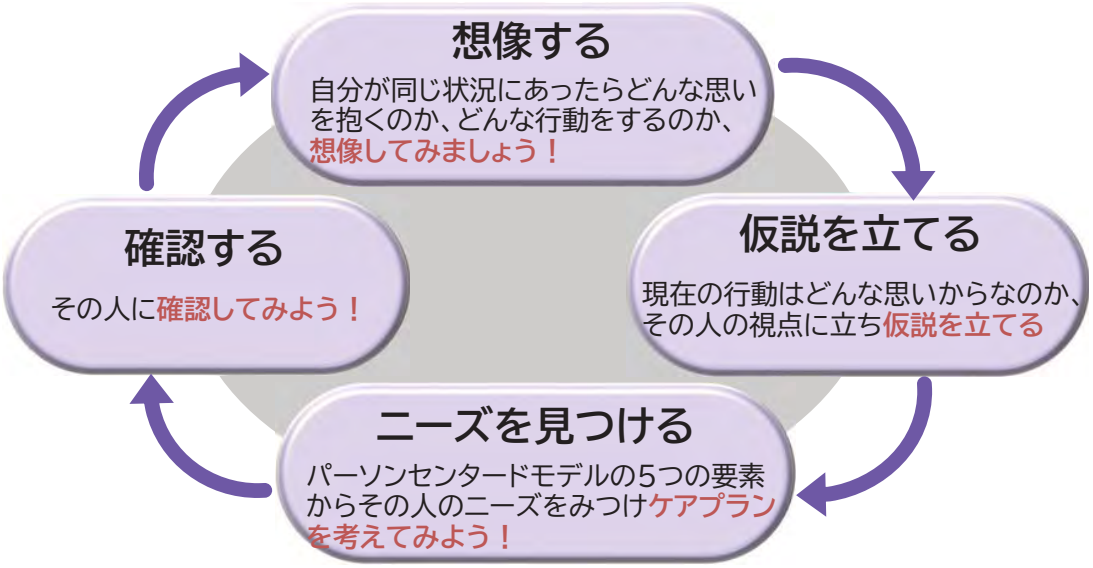
社会心理とは、「対人的・社会的・物理的環境」、「他の高齢者や看護師、ケアスタッフとの関係」のことをいいます。認知症の人は入院にあたって、それらの変化等を強く感じていることもあり、BPSD の発現にも影響を与えています。

認知症の人への関わり（接し方等）で本人の感情やプライドをひどく傷つけていないか、振り返りの情報収集も大切です。

STEP❸ ニーズを「見つける」

【理解 -26】

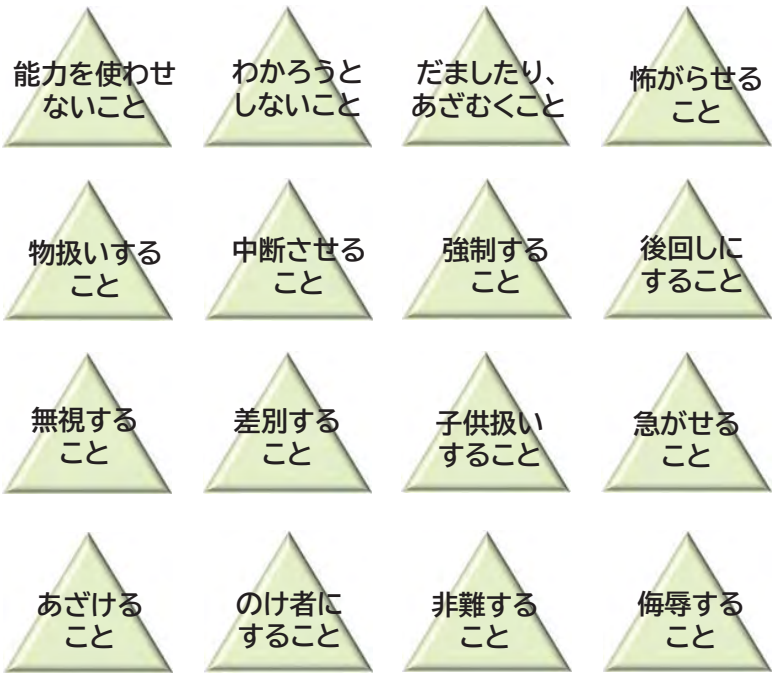
- 認知症の人の満たされていない心理的ニーズはなにかを考える
- 心理的ニーズを満たすために、パーソン・センタード・モデルに対応したケアプランを考えていく



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

個人の価値を低める行為（PD：Personal Detraction）

【理解 -27】



- 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

〔理解 -26〕

認知症の人の思いを聞き（ステップ①）、情報を集めた（ステップ②）次のステップとして「ニーズを『見つける』」があります。主観（①）・客観（②）の材料を踏まえて、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ことが重要です。そして、その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きます。

具体的には、認知症の人の満たされていない心理的ニーズについて、「想像すること」、「仮説を立てること」、「ニーズを見つけること」、「確認すること」のサイクルによって、ケアを検討し、実践していくことが重要です。

出典

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

〔理解 -27〕

私たちが実践するケアには、個人の価値を低める行為（PD：Personal Detraction）があります。認知症の人の価値を低める行為は、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でもあります。

私たちは、気づかずに、このような実践を実際にして、認知症の人を知らず知らずのうちに傷つけていることも多いのです。これらの行為は、BPSD を悪化させる原因にもなるため、認知症の人の価値を高める行為（PE：次スライド）へと転換していきましょう。

（参考資料）

鈴木みずえ、認知症の看護・介護の役立つ よくわかるパーソン・センタード・ケア、池田書店、2017

出典

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

個人の価値を高める行為
（PE：Positive Event）

【理解 -28】

誠実であること
尊重すること
喜び合うこと
必要とされる支援をすること
能力を発揮すること
共感をもってわかろうとすること
個性を認めること
共に行うこと
関わりを継続できるようにすること
包み込むこと
思いやり
一緒に楽しむこと
一員として感じられるようにすること
共にあること
受け容れること
尊敬すること
リラックスできるペース

- 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

〔理解 -28〕

私たちが実践するケアには、個人の価値を高める行為（PE：Positive Event）があります。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といえます。

前スライドで示した PD と対の関係になっている行為も多く、PD からの変換、また、これらの実践は、BPSD の緩和や認知機能の改善につながるとされています。

（参考資料）

鈴木みずえ、認知症の看護・介護の役立つ よくわかるパーソン・センタード・ケア、池田書店、2017

出典

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

〔理解 -29〕

退院予定の認知症の人に対して、「（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ありますか？」などの声かけは、認知症の人を無視すること（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こと）になります。これは個人の価値を低める行為（PD）の「認知症の人を差別して、共にあるニーズを脅かす」に該当します。

対して、「（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ありますか？」などには、認知症の人は「良かったわ。退院かい。嬉しいね！」と反応するでしょう。

個人の価値を高める行為（PE）の「共にあること」に転換してすることで、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ことにつながります。

このように PE に転換することで、認知症の人は、よい状態に変化すると考えます。

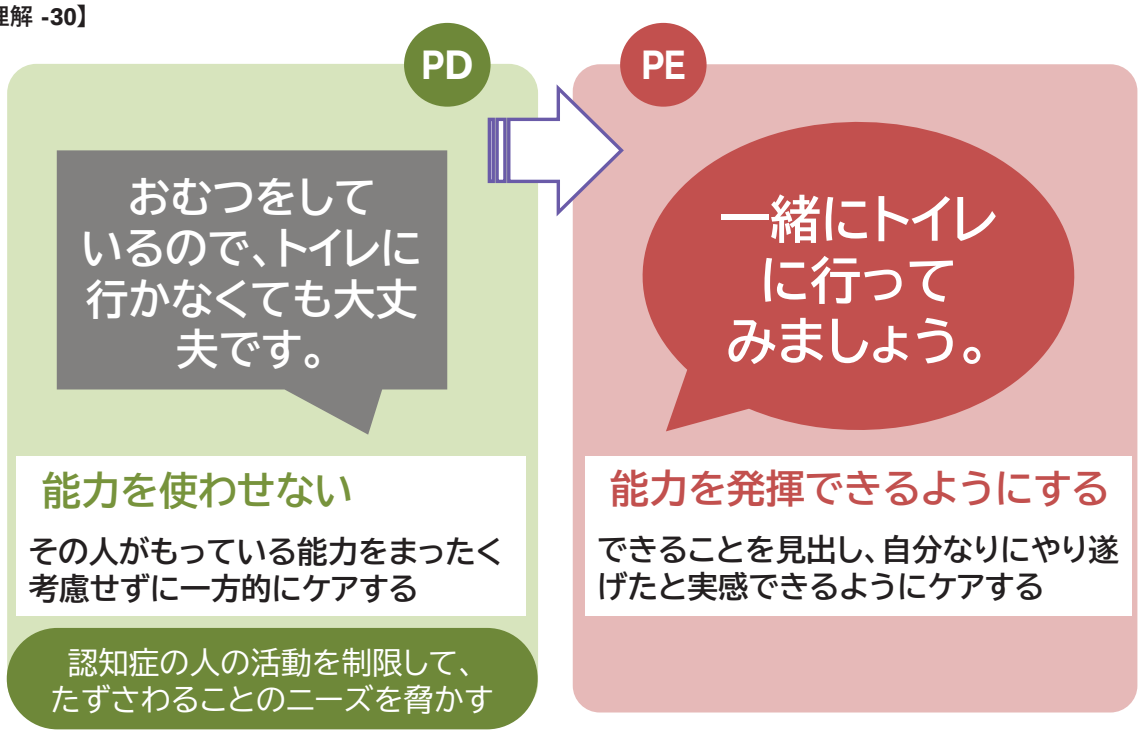
出典

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

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」

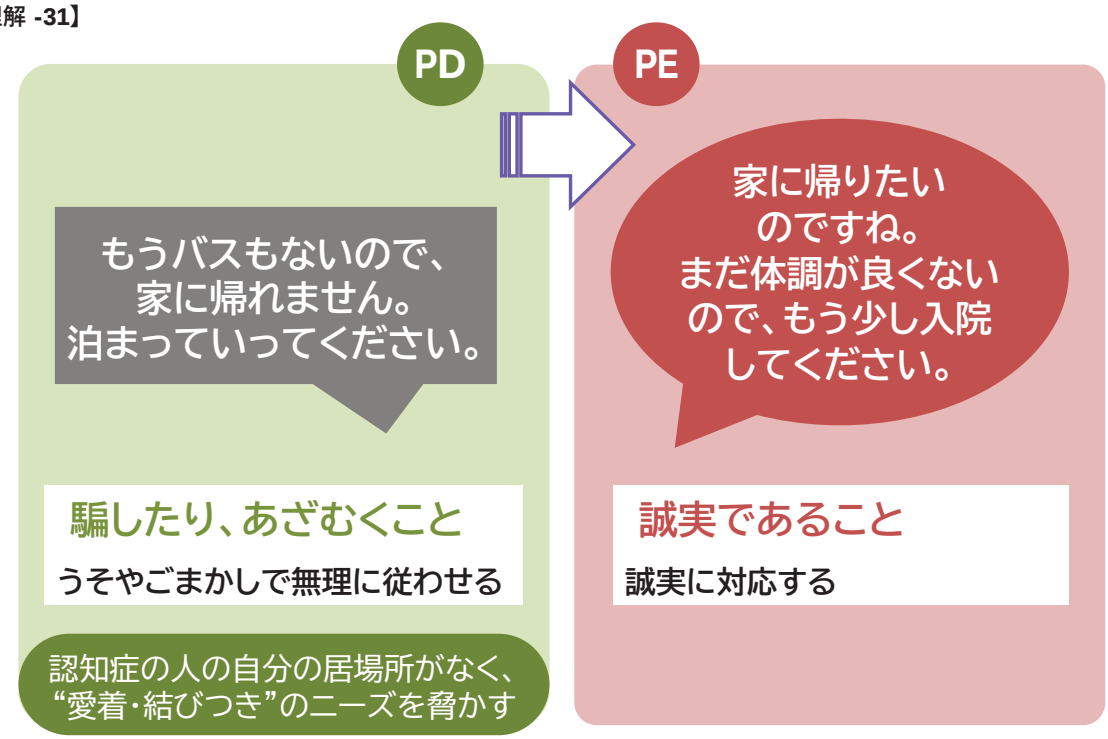
【理解 -30】



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】



〔理解 -30〕

「自分でトイレに行きたい」という認知症の人に対して、「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」というケアは、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）ことであり、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ことになります。

対して、「一緒にトイレに行ってみましょう」というケアでは、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と実感できるようする）ケアとなります。このように対応することで、認知症の人の自律が促進され、自信につながることになります

出典

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

〔理解 -31〕

「家に帰りたい」という認知症の人に対して、「もうバスもないので、家に帰れません。泊まっていってください。」という対応では、騙したり、あざむくこと（うそやごまかしで無理に従わせること）になります。家に帰りたいと言う認知症の人は、認知症の人の自分の居場所がなく、“愛着・結びつき”のニーズを脅かされた状態でもあります。

対して、「家に帰りたいのですね。まだ体調が良くないので、もう少し入院してください」という対応は、認知症の人に事実を伝えており、誠実であることにあたります。

入院中は特に、認知症の人への対応として PD にあたる対応になりがちですが、これは認知症の人をあざむくことになり、根本的な解決につながらないと考えます。

出典

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

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

〔理解 -32〕

認知症の人に対する私たちのケアや関わり方はとても重要なものであり、それらによって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のです。それらは、BPSD、認知症の症状、ADL や身体疾患にも影響します。このことを意識したケアや関わり方がとても重要なのです。

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

〔理解 -33〕

認知症の人は言語の障害や理解力の低下からのコミュニケーションの障害が起こりやすくなります。認知機能の障害からもコミュニケーションに影響を与えているので、このような状況が起こらないように配慮する工夫が必要です。

周囲の環境については、「その人の落ち着ける環境、時間などを考える」など、注意障害では、「集中できるように静かで1対1で話せる場所で話す」など、言語の障害では、「認知症の人の言葉を補ったり、何を言いたいのか確認する」など、体力や認識力の低下では、「午前中など疲れを感じない時に話す」などが考えられます。

どのような要因でコミュニケーションが取りにくい状況になっているのかを理解・意識することで、どのような工夫や代替方法が可能かについて、ケアの実践の中に取り入れていくことが重要です。

〔理解 -34〕

認知症の程度によって認知症の人のコミュニケーション能力も異なります。

軽度（言語的な訴えができる）の認知症の人の場合、流暢に話し、理解力低下はほとんどありません。書き言葉の理解も可能です。

中等度（工夫すれば言語的な訴えがほぼできる）の場合、二者択一、簡潔な文章、非言語メッセージなど複数の手段を用いることで理解ができるとされます。

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）の場合でも、嬉しい・悲しい・好き・嫌い等はあり、非言語メッセージの発信・受け取りは可能とされています。

認知症の人は実行機能の障害によって理解やコミュニケーションが苦手になりますが、その特徴を踏まえて、認知症の人が理解できるような、コミュニケーションできるような工夫をすると伝えられることも多くなります。

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」

〔理解 -35〕

認知症のコミュニケーションでは、ファーストコンタクトが重要になります。

最初の関わりで、病院は安心で、安全な場所であることを感じて頂く必要があります。最初にこのようなことを心がけましょう。

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ます。ポイントの1つ目は、認知症の人の不安や孤独感の緩和のため、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ことです。また、自尊心の維持の点（2つ目）は、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と伝えていくこと（感じてもらうこと）です。そして、記憶の障害の点（3つ目）について、もの忘れの不安があっても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と伝えていくこと（感じてもらうこと）です。

〔理解 -36〕

認知症の人やコミュニケーションの障害のある人とのコミュニケーションについて、意識的にケアプランに組み入れることが有効です。コミュニケーションは、やさしさや親切で行うものではなく、ケアプランに位置付けて、スタッフの誰もが実践できるようにしていくことが重要です。

具体的には、コミュニケーションに関する5つのポイント（①コミュニケーションや一緒に行動する時間、②コミュニケーション方法の統一、③敬語を使った大人の会話、④次の具体的な行動の方法を分かりやすく、⑤親身に対応できる・信頼できる看護師であることを示す）について、「あの看護師さん」ではなく、「ここの看護師さんたち」として共有・実践していくことが、認知症の人の入院環境・生活にとって安心につながるのです。

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）

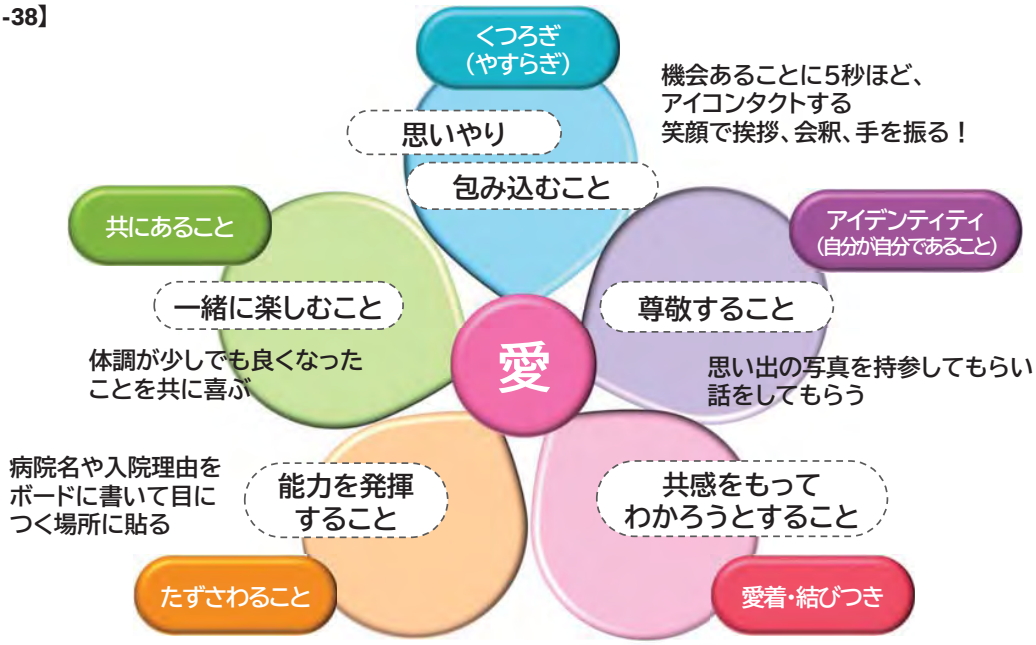
例 ② 説明してもナースコールを押せない
介助が必要と言っても、自ら歩いて転倒する

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

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

〔理解 -37〕

一般病院では、認知症の人の治療・ケアの困難な場面や状況においても、パーソン・センタード・ケアの考え方を用いて、その原因を考えていくことが重要です。

治療に必要なルート類を触る・自己抜去してしまう場面、説明してもナースコールを押せない場面、頻回に尿意を訴える／何度もトイレに行く等、治療・ケアの困難な状況では、その原因となっている『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）等を考えて、原因に対応するケアを実践することが重要です。

〔理解 -38〕

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をおこないましょう。

「くつろぎ（やすらぎ）」 例えば、機会あることに5秒ほど、アイコンタクトする。笑顔で挨拶、会釈、手を振る

「アイデンティティ（自分が自分であること）」 例えば、思い出の写真を持参してもらい話をしてもらう

「愛着・結びつき」 例えば、短時間でよいので、頻回に声を掛ける。「お話しにきました！」「会いにきました！」

「たずさわること」 例えば、病院名や入院理由をボードに書いて目につく場所に貼る

「共にあること」 例えば、体調が少しでも良くなったことを共に喜ぶ

これらの実践は、「病院に入院して、家族や親しい人と離れて寂しいけれど、入院しても信頼できる看護師さんがいて、みんなが気に掛けてくれる」という“よい感情”の記憶を残します。ここにも私の居場所があり、信頼できる人がいる」と感じてもらえるコミュニケーションが必要になります。

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

〔理解 -39〕

「認知症看護の実践対応力」編の冒頭として、まず、“認知症の人を理解すること”を学び、その理解の上に、具体的な看護技術等の実践対応力につなげる位置付けとしました。

認知症の人と1対1の場面における症状や身体疾患ごとの対応（実践対応力Ⅰ）、看護・多職種のチームや連携による対応（実践対応力Ⅱ）のいずれにおいても、看護や支援の対象となる認知症の人を理解していることが、何より重要と考えたためです。

以降の講義はもちろん、研修修了後の認知症看護の実践の中で、病院スタッフとの協働の中で、「認知症の人を理解すること」の重要性が活かされればと思います。

2-2）実践対応力Ⅰ

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

認知症ケアの基本

【対応力Ⅰ-1】

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

2-2）実践対応力Ⅰ

①アセスメントのポイント

〔対応力Ⅰ-1〕

認知症ケアの基本はこの7点です。

① 認知症の人の尊厳をまもり、その人らしく存在していられることを支えること

② できないことよりできることに目を向け、本人が有する力を最大限に活かせるよう、自己決定を尊重すること

③ 生活歴を知り、ケアに活かすとともに、生活の継続性を保って慣れ親しんだケア環境を整えること

④ 心身の状態に加えて、社会的な状態などを全体的に捉えてケアを提供すること

⑤ ケア環境の一要素でもある家族やケアスタッフの心身の状態にも配慮し、良好なものとすること

認知症の進行によって、さまざまな生活機能が変化することを踏まえて、

⑥ 退院・社会復帰を視野に入れケアをすること

⑦ 最期の時までを視野においてケアをすること

が挙げられます。

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

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

アセスメント

【対応力Ⅰ-3】

- どのような疾患があるか
- 身体的な状態はどうか
- 心理的な状態はどうか
- 社会的な状態はどうか
- 日常生活の状態はどうか

→ 認知症の人の情報

- 生活環境(物理的環境、社会的環境、治療・ケア環境)はどうか

→ 認知症の人を取り巻く環境

検証

日常生活場面でどのような援助が必要であるか、現時点での状況を把握する

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

〔対応力Ⅰ-2〕

認知症の人のアセスメントに必要な情報を示します。

基本情報では、疾患関連情報や身体的要因に加え、性格やもともと行っていた仕事や趣味などを情報収取します。

日常生活では、入院前の生活状況と、入院後の生活状況を確認しましょう。

引用・参考文献

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

〔対応力Ⅰ-3〕

認知症の人は自分の思いを言葉で上手に表現できなくても、表情や行動で意思表示をする力があります。心身徴候のわずかな変化や、表情や身ぶりによるサインを見逃さず“認知症の人が望む生活”は何かを見いだす観察力と読解力が認知症の人にかかわる看護師には求められています。

日常生活が円滑に営めないのならば、それはなぜなのか、疾患や障害など“身体的要因”によるものなのか、それとも“心理的要因”や“社会的要因”によるものなのか、それらの要因と認知症の人を取り巻く環境との関連の中から、認知症の人の日常生活にどのように影響しているのかを分析して、具体的な看護計画を考案します。

引用・参考文献

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

入院時の確認事項

【対応力Ⅰ-4】

日々の生活の様子や言動から、認知機能低下を疑う徴候がないかを確認する

◎ 本人に自覚症状（もの忘れや探し物が増えた、道に迷うなど）の変化を確認する

◎ 検温や問診を依頼した時や、トイレへ行った時の行動を観察する

◎ 注意障害や見当識障害を確認する

◎ 家族や関係者から、買い物や内服管理などの行動を確認する

入院後に認知症が疑われる場面

【対応力Ⅰ-5】

認知機能の低下が疑われた場合は、速やかに認知症に関連したアセスメントを行う

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

〔対応力Ⅰ-4〕

入院時には認知症の存在が気づかれていないことも少なくありません。

そのためにはまず、初診時や入院時などの初対面の場面から、日常会話や行動をよく観察することが大切です。

まずは、検温や問診を依頼した時に、迷わず指示動作が行えるか確認します。検温や問診を依頼しても、体温計を持ったまま待っていたり、問診の文字が書けない場合は、認知機能低下を疑います。もし認知症が疑われた場合には、本人にその症状に自覚があるのかを確認するとともに、注意の障害や見当識の障害がないかを客観的に確認します。

家族からは、買い物で小銭がたまっていないか、内服の管理が難しくなっているか確認します。認知機能の低下が疑われる場合は、主治医に報告・相談しましょう。

〔対応力Ⅰ-5〕

認知機能低下が疑われる場合は、認知症に関連したアセスメントを実施します。特に、入院したばかりの場合は、せん妄発症リスクが高いため、のちに説明するせん妄予防の対応が重要になってきます。

認知機能のアセスメント

【対応力Ⅰ-6】

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

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

生活への影響を確認する
（手段的日常生活動作　IADL:Instrumental Activities of Daily Living）

【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

〔対応力Ⅰ-6〕

認知機能のアセスメントは、認知症の知識で説明した認知機能の客観的な測定と、私たちが日常生活の支障の度合いを評価する方法があります。この両者の視点はどちらも欠かせません。

まず、普段の会話から認知機能のアセスメントを行います。会話の中で、5分前の話題を覚えているか、昨日行った治療を覚えているかなど記憶を評価します。そして、話をしている時に視線が別の場所に行く、テレビの音やナースコールの音などが多い場合に会話に集中できないなど、注意障害の有無を評価します。

入院時は、トイレや食事など日常生活動作を一緒に行います。どこまで行うことができ、どこができないか評価を行います。例えば、トイレの場所まで案内することで、排せつができるのか、トイレの便座に座ることまで誘導することできるのか、細かく評価を行います。評価を細かくすることで、認知症の人が困るところに的確に支援することにつながります。

できれば、家族等に日常の調子を確認します。今はいつもと違う状態なのか、通常通りなのか評価します。その上で、入院生活中に元気がない、寝てばかりいる場合は、身体的な不調やせん妄の発症を再アセスメントします。

〔対応力Ⅰ-7〕

ここではIADLの中で、特に治療と関連する領域を取り上げます。

これらは治療の安全な遂行、退院支援のために確認しなければならない項目です。

特に独居の場合は、これらの実施が難しいときは、退院後の生活に支障をきたす可能性があります。早期から退院支援の介入を行い、退院後の生活をどのように行うか相談する必要があります。

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

【対応力Ⅰ-8】

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

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

2-2）実践対応力Ⅰ

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

〔対応力Ⅰ-8〕

ADL は、入院前と入院後を評価します。例えば、入院前は車いすに座って食事を食べていたが、入院後はベットで食べるようになるとします。食事摂取の姿勢が変化するだけで、食動作をとれず、食欲不振になる場合があります。

治療や身体的な要因がない場合は、できるだけ入院前の ADL に近づけることで、認知症の人の混乱は少なくなります。

そして、認知症の人は転倒リスクが高いことが多いです。歩行能力だけでなく、トイレに歩行で行くことができるか評価します。さらに退院後の生活の評価として、リハビリスタッフと協力して階段を上ることができるかも評価できるとよいでしょう。

②認知機能障害への対応

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
- 間違えや失敗を指導しない、否定しない

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

実行機能障害への対応❶

【対応力Ⅰ-10】

【観察項目】
◎ 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

〔対応力Ⅰ-9〕

観察項目は、物を置いた場所を忘れる、薬の飲み忘れ、したことを忘れる等があるなど短期記憶障害についてです。

ケア方法としては、1日のスケジュールを決めておき、毎日同じ時間で行動することで、記憶の保持を図ります。さらに「今日は○月○日です。寒くなってきました」と日時を伝えたり、「おはようございます」などおおよその時間が分かるように声をかけ、リアリティーオリエンテーションを行います。記憶の補完するために、家族から手紙などを置いて、なぜ入院したか分かるようにしましょう。そして、重要なものは見つけやすいところに置くなど環境整備を行います。過去の写真や会話を行い、記憶の想起できる機会をもつことで、安心できる空間を作ります。

最も重要なことは、たとえ記憶違いや失敗をしても、指導や否定をしないことです。たとえ間違っても大丈夫であることを伝えましょう。

〔対応力Ⅰ-10〕

実行機能障害の観察項目は、排せつ時に一連の動作を順序立てて行えるか、シャワーやリモコン、電話など道具が使えるか、観察します。実行機能障害がある場合、順序だてて行動することが難しくなるので、何か行動に起こそうとして迷っている、考え込んでいるなど行動や表情も注意深く観察します。

入院前に買い物が一人で行えない、新しい場所では混乱するなどがある場合は、実行機能障害の可能性があると考えます。

実行機能障害への対応❷

【対応カ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

【対応カ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

〔対応力Ⅰ-11〕

ケア方法としては、選択は二択にする、ジェスチャーなど非言語メッセージも取り入れます。

そして、最初のきっかけとなる動作を手伝います。例えば、車いすへの移動で、患者の手を柵につかまれるように誘導するなどです。

中等度～重度の認知症の場合、臥床している状態で、「検査に行きます」といきなり伝えるとどうしたら良いかわからず、ケア拒否となる可能性もあります。ケア拒否がある場合は、例で示したように、起きてから、検査に行くことを伝えます。

生活する環境の整備も必要です。照明や影の位置に注意をはらい、日中はなるべく明るくします。予定が確認できるようあらかじめ伝えておくこと、担当スタッフなど決めて「なじみ」の関係を作ることも有用です。

〔対応力Ⅰ-12〕

視空間認知障害がある場合は、部屋を間違えたり、ベッドに頭と足を逆で寝たり、便座にうまく座れないことがあります。

ケア方法として、移動時は手すりを触るように助けたりし、複数の感覚を使います。表情の認識を高めるために、明るい環境で、見えやすい距離で会話を行います。

病棟では、過度に明るい・暗い環境に注意をするほか、床の反射なども見当識を失うきっかけとして知られています。トイレなどでは、便座と床の色を変え、コントラストをつけることも検討します。

注意障害への対応❶

【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❷

【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

〔対応力Ⅰ-13〕

コミュニケーションをとる上で、注意が続かないことが問題になるので、負担なく注意を向けてもらえるような工夫をすることが最初の一歩となります。

ケア方法としては、視野の中に入って声をかけます。特に円背の場合や眼瞼が下垂している場合は視線が合いにくいため、視線が合うことを意識します。

認知症の人が認識できたら、注意が維持しやすいように、通常の距離よりやや近い距離にします。注意が持続するように、道具を見せたり、タッチングする、また、アイコンタクトをとります。

〔対応力Ⅰ-14〕

認知症の人は、テレビの音や人通りが多いと、注意の選択することが困難になり、集中力がきれやすくなります。そのため、テレビを消したり、人通りが少ない壁側など、話をする環境を作ります。

表情が分かりやすいよう顔に影がかからないようにします。

会話は、身振り手振りなど非言語メッセージも取り入れます。看護師の顔の前でジェスチャーをすることで、認知症の人が認識しやすいように配慮します。会話は低いトーンでゆっくりはっきりしゃべり、短い言葉を使います。重要なことは、何度も繰り返し言葉にします。

また、質問をした場合は、応答を通常より長めに反応を待ち、話を遮らないように注意することもポイントです。

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

〔対応力Ⅰ-15〕

アルツハイマー型認知症の対応として、認知症治療薬については主治医に相談しましょう。進行予防として、高血圧・糖尿病・脂質異常などの治療を継続する必要があります。既往歴を確認し、それらがある場合は、治療が継続できるよう配慮していきます。

〔対応力Ⅰ-16〕

血管性認知症も高血圧、糖尿病、脂質異常症などの管理を行い、脳卒中の再発を防止していくことが重要になります。

脳卒中による嚥下障害や歩行障害ある場合は、誤嚥や転倒に注意し、場合によってはリハビリテーションの実施を行います。

意欲低下がみられる場合があるので、本人が好きなことを促したり、リハビリテーションの実施、主治医に相談して薬物療法の開始などを検討していきます。

レビー小体型認知症の対応

【対応カ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

【対応カ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

〔対応力Ⅰ-17〕

レビー小体型認知症がある場合は、転倒や誤嚥、血圧の変動、便秘などがあるため注意しましょう。症状の変動もあるため、いつどのような症状が起こるか観察・記録することが大切です。

〔対応力Ⅰ-18〕

前頭側頭葉変性症は、行動障害や失語、言語障害などがあるため、どの症状が出現しているか評価することが重要です。その患者に合わせた関わりが必要となるため、家族や施設がどのように関わっていたか情報を得て、入院生活でも継続できるようスタッフ全員に周知することが大切です。

2-2）実践対応力Ⅰ

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

認知症の人の訴えとその真意を考える❶

【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。

③BPSDの要因・症状と対応

〔対応力Ⅰ-19〕

まず、認知症の人の訴えとその真意を考えましょう。

家に帰りたい、お金や大切なものがなくなった、急に怒りだしたなど、その症状に認知症の人はどのように思っているのでしょうか（黒字が、認知症の人が思っている一例です）。

認知症の人の訴えとその真意を考える❷

【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、失われた。

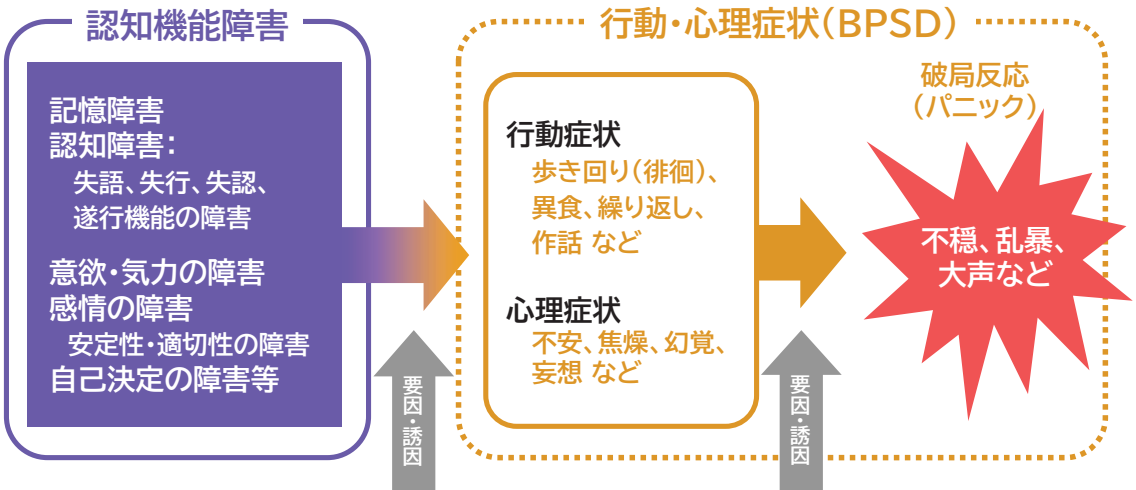
自尊感情を傷つける
⇒気持ちを共有したり、大切な人であるという
メッセージを送る

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】



環境的要因	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 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 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

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

〔対応力Ⅰ-20〕

認知症の人の訴えの背景には、安心できる居場所を失うや自尊感情を失う、尊厳を失うなど、さまざまです。それらを考えることで、ケアにつながります。

例えば、家に帰りたい認知症の人は、安心できるような人間関係や環境を作れるよう配慮するケアを心がけます。

〔対応力Ⅰ-21〕

認知症の症状と環境との関係です。

認知機能障害に環境的要因が関わることで、行動・心理症状につながります。そのため、環境的要因の物理的環境、社会的環境、ケア・治療環境にアプローチを行う必要があります。

BPSDの予防

【対応力Ⅰ-22】

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

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

BPSD予防（環境調整）の具体例❶

【対応力Ⅰ-23】

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

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

〔対応力Ⅰ-22〕

入院前の生活環境を聴取した内容を参考に、本人にあった環境調整を行います。

入院した認知症の人は、家族や友人と離れ、看護師・医師・リハビリスタッフなど新しい人間関係を築く必要があります。早期になじみの関係になれるように配慮しましょう。

特に入院時は頻回に訪問し、本人の表情や言動・行動を観察し、苦痛や不快などに対応することで BPSD を予防します。

〔対応力Ⅰ-23〕

環境調整の具体例です。まず、メガネや補聴器・入れ歯をつけましょう。感覚器を保持することで、コミュニケーションが良好になります。

朝ごはんですなど、時間帯が分かる声掛けを行い、リアリティーオリエンテーションを実施しましょう。

点滴やドレーンなどルートは見えないように固定しましょう。

日中はカーテンを開ける、日内リズムを作る関わりを行います。

検査やリハビリの予定は紙に書いて表示します。

BPSD予防（環境調整）の具体例❷

【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❶

【対応力Ⅰ-25】

- BPSDの出現や悪化の原因を検討する

①身体疾患が原因

➡ 発熱や便秘、痛みやかゆみなど身体的苦痛がないか評価する
➡ 身体的苦痛がある場合は治療をできるよう医師に相談する

②服用中の薬が原因

➡ 薬の副作用としてBPSDを誘発することがある。薬の開始や中止などないか確認する

③環境やケアが原因

➡ 入院による環境の変化や病気による不安や恐怖、ケアに対する不快感などないか
➡ 環境調整やコミュニケーションを工夫する

※ せん妄と同様に入院当初からの予防的介入や支援が重要である。
※ うつ病や顕著な妄想、興奮、攻撃性などは、緊急性を評価する。

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

〔対応力Ⅰ-24〕

家で使用しているもの、いつも身に着けているカバンや財布などは、できる限り入院中も継続して使用できるよう配慮します。

家族やペットの写真を飾る、家族に手紙を書いてもらうなど、自宅との繋がりがもてるよう環境を調整します。認知症の人が入院していることを家族が知っていることで、認知症の人が安心することもあります。

早くなじみの関係になるために、清潔援助などを取り入れリラックスできる時間を持つなど、感謝やほめる言葉などポジティブな言葉がけを心がけましょう。検査の移動時など、ちょっとした時間に昔のことを聞くなど、認知症の人が好きな話題を話し楽しい時間を作りましょう。

〔対応力Ⅰ-25〕

BPSD への対応として、まず最初に原因となり得る身体疾患の有無やケア・生活環境の適切さ、BPSD の出現や悪化の原因を検討することになります。身体治療中は、疾病に伴う苦痛の他、治療や処置に関連した苦痛が生じがちです。そのため、うまく言葉に表現できない苦痛が、BPSD として現れることがあります。特に痛みをうまく訴えることができない場合があるので、骨折など痛みを伴う疾患の場合は、鎮痛薬を使用することで BPSD が改善するか評価しましょう。

さらに、BPSD 発症前に、薬剤の開始や中止をしていないか確認します。薬の副作用として BPSD が発症していないか評価を行います。

BPSD対応の基本❷

【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❸

【対応力Ⅰ-27】

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

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

〔対応力Ⅰ-26〕

BPSDが発症した場合は、早期に多職種による介入・支援や認知症ケアチームなど専門チームや認知症の専門医との協働により、多面的な対応を検討した上で実践することが重要です。

発症しているBPSDがうつ病や顕著な妄想、興奮、攻撃性等の緊急性がある場合には、薬物療法の必要性を検討することになります。薬物療法を開始後は症状の改善に合わせて、漫然とした長期投与に陥らないように適宜減量や中止を検討することが大切です。

〔対応力Ⅰ-27〕

薬剤を使用した場合は、日中の過ごし方や、昼間の覚醒度や眠気の有無を観察します。特に高齢者は、薬剤を使用して1週間程度たつと薬の効果が蓄積し傾眠傾向となる場合があるので、注意が必要です。

食事量の低下や、排尿障害、便秘、パーキンソン症状や転倒傾向の有無なども観察していきます。

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

❶ 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

❷ 投薬する場合は副作用を定期的にチェック

▸ 鎮静　▸ 昼間の眠気　▸ 転倒　▸ 健忘

❸ 改善後は適宜減薬や中止を検討

〔対応力Ⅰ-28〕

睡眠障害は、加齢や活動量、対人交流などの影響も大きく、さらに身体や精神の合併疾患や薬物治療も睡眠障害の原因となります。

症状は不眠や過眠、概日リズム睡眠障害など多岐にわたります。

〔対応力Ⅰ-29〕

入院した認知症の人は、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くなります。

睡眠障害が起こった場合は、まず生活リズムを入院前の生活で維持できるようにすることが重要です。生活リズムを維持する関わりは、睡眠・覚醒（対応力Ⅰ-39～41）で詳しく説明します。

睡眠薬を投与する場合は、過鎮静や昼間の眠気、転倒リスク、健忘に注意しましょう。

睡眠障害が軽減された場合は、薬剤の減薬・中止を検討します。退院後に睡眠薬の継続が必要か主治医と相談し、可能であれば中止しましょう。

BPSD）焦燥（agitation）への対応

【対応力Ⅰ-30】

意識障害や要求によって生じたのではない不適当な言語、音声、運動上の行動

》》》 対応

原因を明らかにする

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

BPSD）妄想への対応

【対応力Ⅰ-31】

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

》》》 対応

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

薬物療法

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

〔対応力Ⅰ-30〕

焦燥は、不適当な言動や音声、運動上の行動のことを言います。認知症の人にとって何らかの不快感があり、それを言語化できないために生じた行動と考えられます。

対応は、焦燥だから鎮静、と考えるのではなく、その原因を観察し、除去できるものであれば除去することが基本です。

まずは何を訴えているか、何がきっかけでその行動が起きているか、認知症の人の訴えや行動を観察します。例えば、何度も立ち上がる場合は、誰もいなくて不安で立ち上がっているのか、トイレに行きたくて立ち上がるのか、足が痛くて何とかしたくて立ち上がっているかなど、様々です。時には、注意をそらすことにより、落ち着く場合もあります。

また、「大丈夫であること」、「スタッフに任せてほしいこと」などを伝え、安心感が与えられるよう声をかけます。

〔対応力Ⅰ-31〕

もの盗られ妄想の場合は、介護者など身近な人を対象とすることが多いと言われます。妄想を否定することで、信頼関係が破綻し、ケア拒否などにつながるため、対応は慎重にする必要があります。

妄想を訴える場合は、認知症の人の訴えに対して「そうなんですね」と否定も肯定もせず相槌をうち、支持的で安心感を与えられる対応を行います。症状は変動することがあるので、スタッフを変えたり、時間を置いて認知症の人と距離を置いたりして関わります。

強い妄想の場合は、精神科の医師に相談し薬物療法も検討しましょう。

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	● 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）	● 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	● 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	● 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

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

〔対応力Ⅰ-32〕

抑うつへの対応は安易な励ましではなく、そばにいることを伝え安心感を与える対応を行います。身体能力を低下させるのを避けるためにリハビリスタッフの介入も検討します。

もっとも、無理な活動はかえって逆効果の場合もあるため、タイミングを見計らいながら計画していきます。

気分の落ち込みにより活動や食事量が低下する場合は、精神科の医師に相談しましょう。

〔対応力Ⅰ-33〕

歩き回り（徘徊）には、様々な要因があり、その要因に合わせた対応が必要となります。

誤認を原因とする歩き回りには、主に場所に関する見当識障害や記銘力障害などが激しくなり、不意に今いる場所が分からなくなるため、帰り道を探したり、出口を探したりしているうちに迷子になるといった特徴があります。

願望（焦燥）を原因とする歩き回りは、目的を達成するために頻回かつ唐突に外出するなど、家や施設の中で歩き回る状態です。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場合もあります。

無目的常同による歩き回りは、特に目的があるようには見えず、無目的にただ漫然と歩き回ることが特徴です。

意識変容に伴う歩き回りは、せん妄などの軽い意識障害が日中でも起きていたり、はっきりと目が覚めていない状態で行動したりすることから、歩き回っているように見える状態です。

BPSD）歩き回り（徘徊）への対応

【対応カ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

【対応カⅠ-35】

身体的因子	● 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	● 抑うつ状態 ● 各種妄想 ● 易怒性 ● 焦燥・人物誤認
環境的因子	● 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

〔対応力Ⅰ-34〕

歩き回りは、見当識の問題や誰かを探している、退屈している、大きな音や人が騒がしい場合に落ち着かずに歩いている、常同行為と様々な原因があります。まずは原因を特定し、それにアプローチすることが必要です。

常同行為として歩き回りをする場合、疲労感があっても、休息が取れないこともあるため、長時間歩いている場合は椅子などに座るよう促すことも必要です。

〔対応力Ⅰ-35〕

身体的因子として、疼痛など身体的問題と、前頭葉や側頭葉の機能障害で感情がコントロールできない場合があります。

精神的因子として、抑うつ状態や妄想、易怒性や焦燥や誰かと間違って攻撃性が出る場合があります。

環境的因子として、コミュニケーション不足で情報が十分に伝わっていない場合や、間違ったことを指摘された場合、信頼関係が築かれていない場合も出現する場合があります。

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

〔対応力Ⅰ-36〕

暴言・暴力は原則として予防が重要です。人間関係をも壊す可能性が高く、本人の不利益を防ぐために発生時は早急な対応が望まれます。

暴言・暴力の対応として、まず、せん妄の有無を確認します。せん妄でない場合は、出現する背景に苦痛や不快感が原因の場合があります。疼痛がある場合は適切に鎮痛剤の使用を検討します。骨折など疼痛が予想される場合は、鎮痛薬を使用して易怒性の程度が変化するか評価します。便秘や脱水など主疾患以外の苦痛も評価します。環境要因として、大きな音や強い光、寒い・暑いなど苦痛がないか評価も行います。

さらに、介護者から失敗の指摘や命令される場面で心理反応として生じる場合もあるため、コミュニケーション方法も検討します。

これらの対応は、暴力発生時だけでなく、暴力発生を予防するケア方法でもあります。

〔対応力Ⅰ-37〕

ケア拒否に対しては、体調不良等身体的要因がないか、出現する時間や特定の人物などないか評価しましょう。

ケア方法としては、緊急性がない処置であれば、まずは無理に介入しようとせず、認知症の人が落ち着くまで待ちましょう。可能であれば、人間関係の相性の問題もあるため、別のスタッフに変えることも検討します。

そして、穏やかな声で分かりやすく話しかけるようにし、無理な説得はせず、共感的な態度で接します。また、認知症の人が好む環境をつくる工夫も検討します。

2-2）実践対応力Ⅰ

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

認知症の人の身体管理・症状経過を踏まえた対応

【対応力Ⅰ-38】

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

④身体管理・症状経過を踏まえた対応

〔対応力Ⅰ-38〕

認知症の人の身体管理・症状経過を踏まえた対応について、入院生活の支援と痛みや苦痛への支援、転倒・転落への支援に分けて整理します。

睡眠・休息の支援❶

【対応力Ⅰ-39】

ⓐ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❷

【対応力Ⅰ-40】

ⓐ睡眠・休息

就寝前のリラックスできる支援

》》》対応

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

活動と休息のバランスを注意する

》》》対応

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

〔対応力Ⅰ-39〕

睡眠・休息の支援として、生活リズムを維持することが重要となります。

起床や食事時間、就寝時間を一定にできるよう関わります。できれば、窓側で朝日が入りやすい部屋に移動し、日中は光を十分浴びれる環境にします。夕食後はカフェインをさけます。利尿薬を夕方に内服することで、頻尿で不眠になる場合もあります。主治医と相談し、利尿薬などは午前中に内服する調整も検討します。

〔対応力Ⅰ-40〕

就寝前にリラックスできる支援を行います。疼痛やかゆみがある場合は、それらを除去します。空腹で眠れない場合は、主治医の許可を得てゼリーやプリンなど本人が好きなものを提供します。さらに、テレビを消してオルゴールや好みの曲など音楽を流しリラックスできる支援を行います。

また、活動と休息のバランスに注意します。日中に覚醒を促すために車いすに乗車するなど離床を進めます。

もっとも、活動後は疲労感が強い場合もあるため、認知症の人の状態に合わせて日中も休息をとれるよう配慮をします。

覚醒・活動の支援

【対応力Ⅰ-41】

ⓑ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	● 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	● 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	● 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

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

〔対応力Ⅰ-41〕

覚醒・活動への支援として、食事中に傾眠傾向があるか評価をします。睡眠薬の影響や抑うつ状態、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しましょう。原因に応じて支援方法を検討しましょう。

入院前の趣味や1日の生活で決まった習慣は取り入れられるよう支援し、日中の活動を入院前と同じように続けられるように支援します。そうすることで入院生活も安心して送ることにつながります。

〔対応力Ⅰ-42〕

摂食困難は、認知症の人の食行動を食事場面ごとに 3 つに分類して評価することが重要です。

摂食開始困難は、食べ始めることが困難な状態で、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、などが考えられます。

食べ方の困難は、食事摂取量の変動や食事のペースが乱れる状態で、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、など様々な原因により摂食することが困難になっていると考えられます。

摂食中断は、摂食動作が途中で止まり、自ら摂食を再開することができない状態で、その背景には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、などでその原因も多様です。

それぞれの食事場面ごとの摂食の困難さを適切に評価し、その評価に基づいた個別のケアや対応を計画・実践することが重要です。

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

〔対応力Ⅰ-43〕

食事の摂取は、注意力と関連する重要なポイントです。一般に食事を摂らないと、食欲不振や食欲低下と判断しがちですが、認知機能障害自体も摂食に関連することは確認しておきたいところです。

認知機能障害がある人の場合、

- 注意が続かないため、摂食行動が中断しがち
- 失行により箸やナイフなどがうまく使えない
- 視空間認知機能障害により、食事をうまく手元に運べない
- 義歯自体がないことも多い
- 口内炎や義歯が合わないために痛みがあるにもかかわらず、うまく伝えられない
- 口腔乾燥があり、嚥下がうまくできない（のに伝えられない）

などにより摂食が悪化している可能性も考えられます。

〔対応力Ⅰ-44〕

食事をした経験を記憶できず、食事の催促をされた場合は、主治医の許可を得て、ゼリーなどおやつを提供する、気がまぎれるよう散歩などする、次の準備をしていることを伝え、安心できるよう関わります。既に食べたことを伝えることは、本人の気持ちを否定することにもなるため、避けましょう。

食べ始めない場合の支援として、他へ注意が向いてしまう場合は、壁側や静かな環境にしましょう。入院前の食形態や食事姿勢、食具に近づけましょう。お椀やお箸を手に乗せるなど最初の動作を支援し、きっかけを作ることも重要です。

認知症の認知機能障害と排せつ

【対応力Ⅰ-45】

ⓓ排せつ

記憶障害	● 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	● 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	● 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	● 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	● 排せつ時の一連の手順がうまくできない（トイレの扉を開ける、蓋を開ける、ズボンの脱ぐ、便座に座る、排せつ後ペーパーで拭く、ズボンを上げる、流すなど）

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

排せつの支援❶

【対応力Ⅰ-46】

ⓓ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

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

〔対応力Ⅰ-45〕

認知機能障害は、排せつに関連した行動に大きく影響します。排せつの問題は時に対応が困難なBPSDとして扱われることもあるため、それぞれの認知機能障害が排せつの行動にどのように現れているかを把握することが重要です。

〔対応力Ⅰ-46〕

排せつの支援について尿意・便意が不明瞭な場合は、ズボンを触る、立ち上がるなど認知症の人の排せつサインを確認します。排尿や排便パターンを把握し、誘導を行います。排尿排便はまとまった量がでているか、確認します。必要に応じて残尿量や残便状況を確認します。

トイレの認識ができない場合は、夜にトイレの照明を明るくして分かりやすくしたり、トイレマークを表示したり工夫します。トイレの標識で認識が困難な方は、便器を目でみて確認します。認知症の人のトイレ動作のきっかけを把握し、準備を行うことでトイレ誘導を行います。

排せつの支援❷

【対応力 I -47】

ⓓ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

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

身支度の支援

【対応力 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

〔対応力Ⅰ-47〕

衣服の着脱が困難である場合は、ボタンやジッパーのつまみを大きくする、ウエストゴムを緩くするなど衣服の工夫をします。男性の場合はゆとりある下着を選択します。

起居動作が困難な場合は、リハビリスタッフと協力し、補助具を使用するなど工夫をします。

頻尿や便秘がある場合は、記憶障害があり何度もトイレに行っているとせずに、泌尿器や腹部CT の撮影を依頼し、身体状況の評価を行うことも検討します。

記憶障害があり自身の排便状況を把握できない場合は、スタッフが排便状況を把握し、便秘時は屯用薬など使用し排便コントロールを実施することが大切です。

〔対応力Ⅰ-48〕

入浴拒否の場合は、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ります。なぜ、入浴拒否するのかアセスメントします。実行機能障害や失行・失認の場合は、入浴場所を見てもらってから風呂に誘導することも一つの方法です。服を脱ぐことで羞恥心がある場合は、スタッフを少人数するなど工夫し、また、ものものしく誘わず、自然体でお風呂に誘いましょう。入浴が難しい場合は、無理せず足浴や清拭に変更します。

服を着替えることを嫌がられる場合も同様になぜ、嫌がるかアセスメントします。失行による場合は、一緒に行い、できるところは自分でできるよう支援します。「服をかえないと汚いです」などの声掛けではなく、「この素敵な服にしましょう」などポジティブな声掛けを行います。トイレに行くタイミングなど、服を下げたきっかけに行為をするなどタイミングをみて声かけをします。

痛みや違和感などの表し方・伝え方

【対応力Ⅰ-49】

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

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

痛みに気づくサイン

【対応力Ⅰ-50】

表情	泣く、パニックになる、不機嫌になる
行動	身構える、おびえる
自律神経症状	頻脈、発汗などの侵襲に対する反応

【 観察によって評価する尺度 】

〉〉〉日本語版アビー痛みスケール（APS-J）
〉〉〉重度認知症者の疼痛評価　PAINAD

➡ 尺度の活用
◎ 定期的に実施することで痛みの発生に気づく
◎ 鎮痛剤を使用した効果の評価

〔対応力Ⅰ-49〕

認知症の人が痛みや違和感があるとき、必ずしもそれが言葉で表現されるとは限りません。認知機能障害があると、痛みなどの苦痛を認識し、適切な言葉に置き換え、医療者に伝えることが難しくなります。

その結果、痛みや苦痛があってもうまく表現することができなくなり（言葉で表現できずに BPSD の行動症状として現れることがある）、医療者側もそれを見落としがちです。

痛みや苦痛などの自覚症状は、全身状態の変化を早期に捉え、対応するために重要です。その症状を見落としたり気づくのが遅れたりすると、患者の苦痛が増すとともに、対応の遅れにより合併症が重篤化しやすいことに注意してください。

〔対応力Ⅰ-50〕

痛みを自覚症状で評価することが難しいと判断した場合には、客観的な観察により、痛みを推測しながら対応を進める必要があります。

客観的な評価のポイントには、

- 表情：情動の急激な変化に注意をする、急に泣く、パニックになる、怒り出す、など
- 行動：急に身構える、行動を避ける、おびえる、など
- 自律神経症状：侵襲的な刺激に対する交感神経系の緊張症状に注意する

があります。

特に、急に不機嫌になったり、攻撃的な行動が出る場合、単に BPSD の行動症状として対処するのではなく、身体的な苦痛が生じていないかどうかの客観的評価を含めて、評価し直すことが必要です。

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

〔対応力Ⅰ-51〕

（スケールの紹介：解説なし）

〔対応力Ⅰ-52〕

痛みについて、認知機能障害がある人は、痛みを適切に把握し、言語化し、効果的に伝えることが難しくなります。特に、記憶障害が重なると、痛みが強くなったのか弱くなったのかの判断や、突出痛のような痛みがあったことを記憶して伝えることが難しくなります。痛みが放置されると、苦痛を BPSD として表すこともあり、問題行動として対処されてしまうことに注意を払いましょう。

また、痛み以外にも、自覚症状の評価が重要な領域、呼吸困難や悪心、倦怠感などでも過小評価のリスクが指摘されています。

まずは、訴えないからと主疾患のケアを実施しないのではなく、通常のケア（鎮痛薬の使用、呼吸苦に対しては安楽な体位、休息を促す）を行うことが大切です。

心理的苦痛への配慮

【対応力Ⅰ-53】

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

**心理的な苦痛にも配慮をした
かかわり、支援が重要**

例：忘れてしまったことを指摘する
ケアの失敗を責める

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、つまずく・ぶつかる
失認・失行	◎ 衣類や履物を正しく着用できないためにバランスを崩して転倒しやすい
注意障害	◎ 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

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

〔対応力Ⅰ-53〕

認知症の人への支援を考える視点として重要なのは、認知機能障害に関連して苦痛を感じる点があります。認知症になると何もわからなくなるとの誤解がありますが、特に軽度の場合は、失敗体験に伴う不安や恐怖心があります。忘れたことを指摘したり、失敗を責めたりせず、失敗しても大丈夫であることを伝え、安心できるよう配慮しましょう。

〔対応力Ⅰ-54〕

認知機能障害は、日常生活の中で様々な転倒のリスクと関連しています。転倒のリスクを低減するためには、認知機能障害と転倒との関連について個別に評価した上で、適切な転倒予防対策を検討することが重要です。

特に、夜間の薄暗い場合は、視空間障害や注意障害によって見落としや見間違えがあり、コード類に足をかけたり、机の角でぶつかって転倒するリスクがあります。

高齢者の転倒の要因

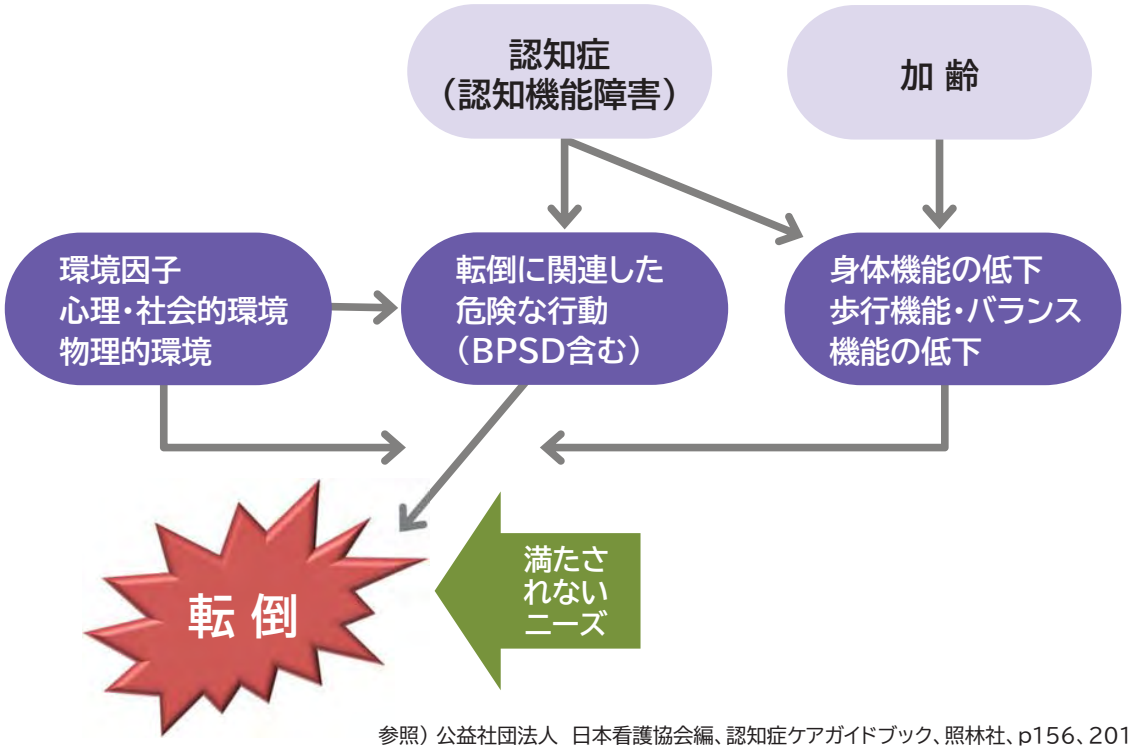
【対応力Ⅰ-55】

内的要因	外的要因
● めまいや失神 ● 認知障害、せん妄 ● 歩行障害 ● 廃用性症候群 ● 視力障害 ● 酩酊 ● 薬剤の使用 （向精神薬、降圧剤、血糖降下薬、抗ヒスタミン薬）	● 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

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

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

〔対応力Ⅰ-55〕

高齢者の転倒では、内的要因としてめまいや失神、歩行障害、視力障害、薬剤の使用などがあげられます。外的要因としては、滑りやすい床表面や、固定していない障害物などがあります。

認知症だけでなく、高齢者の場合はこのような内的・外的要因に注意を払う必要があります。

〔対応力Ⅰ-56〕

認知症の人の転倒の特徴としては、認知症や加齢に伴う身体機能の低下、歩行機能やバランス機能の低下があります。さらに、認知機能障害による記憶障害や失行・失認、注意障害や、BPSD などが転倒を引き起こすリスクとなります。

加えて、不安な状況など心理・社会的環境や、つまずきやすい段差がある、コードがあるなど物理的環境など関連します。

認知症の人が言語で適切に訴えられないニーズも危険な行動を助長して、転倒の危険性をさらに助長させます。

転倒を引き起こす危険な行動

【対応力Ⅰ-57】

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

全てに、患者のニーズが隠れている

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

転倒・転落への対応❶

【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

〔対応力Ⅰ-57〕

転倒を引き起こす危険な行動を具体的に挙げます。これらには、全てに認知症の人のニーズが隠れています。

例えば、車いすから急に立ち上がる場合は、誰かを探している場合や、苦痛がある場合、尿意や便意がある場合などです。

〔対応力Ⅰ-58〕

認知症の人の転倒をゼロにすることは難しいことです。転倒しやすい病態や、加齢による身体の変化があるためです。

認知症の人がたとえ転倒したとしても、本人への外傷や心理的ショックを最小限にすることを目標にする対応が求められます。そのため、ベッドサイドの環境調整や衝撃吸収マットを使用など、転倒しても外傷を予防できる対策も必要です。そして、転倒した時に患者を責めたり、驚いたりせず、転倒した患者の心理的ショックを軽減できるよう声を掛けます。

多職種で転倒リスクを評価し、転倒しやすい薬物の除去や身体機能を高める関わり、転倒対策などを実施します。

転倒・転落への対応❷

【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

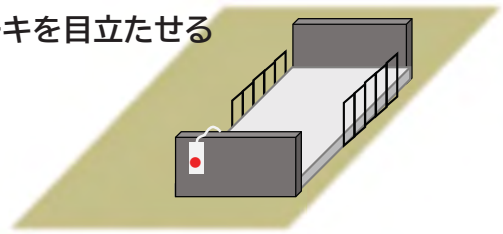
◎ 立ち上がり前の座位の安定
- 低床ベッド、立ち上がりサポートマットレス

◎ 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



〔対応力Ⅰ-59〕

「転倒を引き起こす危険な行動」（対応力Ⅰ-57）があった場合は、まず認知症の人に何を行いたいかを確認し、ニーズに即したケアを行います。

様々なスコアを用いて転倒リスクのアセスメントを行います。あらかじめ転倒しやすいかスクリーニングし、転倒予防を行うことも必要です。

また、本人の意思や気持ちを大切にした転倒予防対策を行います。転倒予防のために立ち上がらないようにする、ではなく、立ち上がった場合はトイレにまず誘導するなど、本人の意思に沿った方法を検討します。安全に動けるような対策をするため、主治医やリハビリスタッフも巻き込んで考えていきます。

そして歩行訓練を実施し、身体機能から転倒しにくい体づくりを行いましょう。

〔対応力Ⅰ-60〕

行動は制止するのではなく、安全に動くためにどのように支援するか考えていきます。

まず、ベッドサイドの環境を整えます。また、低床ベッドにして足をしっかりつける、起き上がりはベッド頭部側などに角度をつけて上げサポートする、立ち上がりやすいように滑り止めマットや靴を履きやすい位置におくなど、認知症の人が安全に動作しやすい支援をします。トイレまで自立して行動する場合は、手すりなどつたっていけるよう環境を整えます。

そして、ふらつく動作を誘発しないように、後ろから声をかけることを避けます。また、下に物を置かないよう工夫し、かがむ姿勢を避けられるよう心がけましょう。

転倒しても外傷や骨折が起こらないように、低床ベッドやマットレスを敷く、ヒッププロテクターを装着します。転倒が起きないようにするとともに、転倒しても大丈夫な環境を作ることも必要です。

ルート抜去がある場合の対応

【対応カ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

【対応カ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

〔対応力Ⅰ-61〕

点滴抜去がある場合の対応として、まず、患者の記憶が保持できるように、点滴の必要性を訪室ごとに説明をします。

ルートが気にならない工夫も行います。ルートが大事なものであることを記載して、ルートがあっても大丈夫であると安心感がもてるようにします。長袖や包帯で刺入部を隠す、首元からルートを出す、行動範囲が広い方は延長チューブを使用して動いても気にならない工夫をします。

認知機能やせん妄の発症で、時間帯によって自己抜針が多くなることがあります。その場合は、主治医に相談し、点滴を日中もしくは夜間にすることを検討します。

点滴の拒否が強い場合は、内服などの他の治療法がないか、本人・家族を含めて主治医と相談をしましょう。なお、点滴が必要な場合は、いつまでしなければいけないか、ゴールをチームで共有します。

〔対応力Ⅰ-62〕

拒薬への対応は、まずは一度拒否した場合は時間をおきます。拒薬がある場合、本人の内服のタイミングと合わない場合もあるため、その場で無理やり飲んでもらうのではなく、時間をおきましょう。もともとの薬の飲み方はどのように行っていたか聴取し、手に乗せる、スプーンに乗せるなど介助も工夫します。

時には指示的な声かけに対して拒否がある場合もあります。協力してくれませんかと依頼の形をとるなど、声掛け方法も検討します。

拒薬が続く場合は主治医にもう一度説明してもらう、どうしても拒否される場合は内服中止も主治医と相談しましょう。

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
③BPSDの要因・症状と対応
④身体管理・症状経過を踏まえた対応
⑤せん妄への対応
⑥退院支援

〔対応力Ⅰ-63〕

心不全や骨折、手術後など安静保持が必要ですが、それが困難な場合は、まず、動いた原因を評価します。疼痛がある場合は鎮痛薬を使用します。尿意や便意がある場合は、床上排せつなど排せつ行動がとれるよう関わります。

記憶が保持されるよう安静の必要が分かるように訪室ごとに説明します。

安静保持をすることで、苛立ちがある場合は、認知症ケアチームや精神科に薬剤の使用も含めて対策を相談しましょう。屯用の薬剤を使用する場合は、興奮がピークに達した時には効果が少ないので、早めに使用を検討していきます。

⑤せん妄への対応

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

〔対応力Ⅰ-64〕

せん妄を発症することにより生じる問題は、まず、認知症の人については、転倒・転落の増加やルートトラブルの増加、ADL の低下などがあります。家族は、患者の興奮している姿をみてショックを受けるなど、精神心理的負担が増加することがあります。病院としても、在院日数の増加、医療費の増大、スタッフの業務負担増加や精神消耗など、があります。

認知症の人だけでなく、家族や病院としても様々な問題が生じます。

〔対応力Ⅰ-65〕

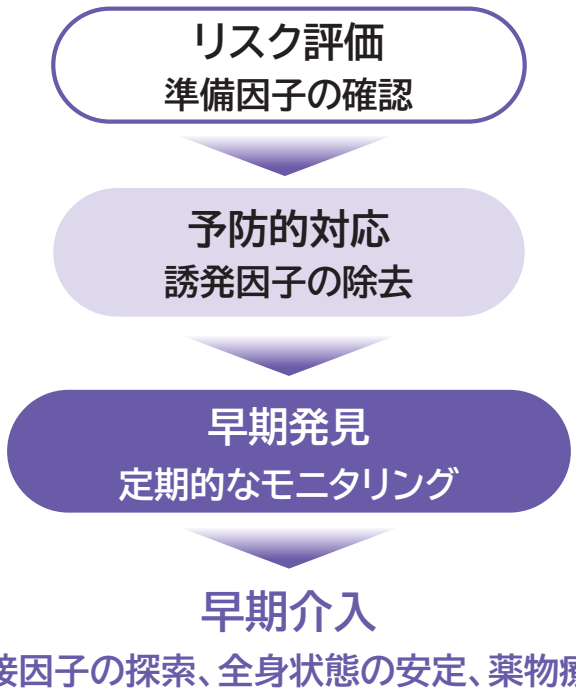
せん妄の発症を予防することはとても重要です。

予防は、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というエビデンスがあります。

せん妄予防するためには、多職種で、調整可能な因子を可能な限り除去することが大切です。

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

【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

〔対応力Ⅰ-66〕

せん妄対応の流れとしては、「リスク評価」、「予防的対応」、「早期発見」、「早期介入」となります。

まずリスク評価をします。次に誘発因子を除去して予防的対応を実施します。せん妄発症の定期的なモニタリングを行い、早期発見を行います。せん妄が発症した場合は、早期に介入し、直接因子の探索、全身状態の安定、薬物療法を実施します。

〔対応力Ⅰ-67〕

準備因子は、脳機能低下を生じうる要因を指します。

主に高齢（昔は 65 歳以上の設定が多かったが、最近は 70 歳でリスク要因と捉えることが多い）、脳器質疾患（脳構想、神経変性疾患）、認知症の既往、があります。

他に術後せん妄に関しては、アルコール多飲歴、高血圧の治療歴なども指摘されています。

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❶

【対応力Ⅰ-69】

認知機能の低下に対する介入

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

適切な睡眠管理

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

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

〔対応力Ⅰ-68〕

誘発因子は、環境に関連した要因（認知症に関する知識編「知識-74、75」）で、せん妄自体を直接生じさせることはありませんが、せん妄を長引かせたり、増悪させたりする要因を指します。

せん妄予防のために、誘発因子を除去する対応（認知機能低下に対する介入、睡眠管理、活動促進、疼痛コントロールなど）を実施します。

〔対応力Ⅰ-69〕

誘発因子の除去の具体例です。

認知機能低下に対する介入として、回想法などの実施や、頻回に訪室し、今の場所は日時、入院目的などを説明し、安心できる環境に努めます。

適切な睡眠管理として、日中は日光にあたる機会をふやし、夕方はリラックスできるよう環境を整えます。

誘発因子の除去　具体例❷

【対応力Ⅰ-70】

活動を促す

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

感覚遮断に対する支援

- 聴覚障害：補聴器や携帯用増幅器を使用する、耳垢の確認
- 視覚障害：眼鏡などの視覚補助具を使用する

脱水の治療・予防

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

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

せん妄発症後の対応の原則

【対応力Ⅰ-71】

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

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

〔対応力Ⅰ-70〕

日中は活動をうながし、リハビリスタッフと協力して、関節可動域運動や歩行など活動を促します。トイレなど活動できるよう、不必要な膀胱留置カテーテルは避けます。

聴覚障害に対しては、補聴器や携帯用増幅器、耳垢の確認を行い、コミュニケーションが取れるようにしましょう。視覚障害に対しては、メガネなど視覚補助具を使用し、周りの状況を把握しやすくしましょう。

主疾患以外にも脱水に注意しましょう。認知症の人は自分から水分をとる行動を行えない場合もあるため、○○時、△△時に水を飲むようにすすめるなど、水分補給にも配慮しましょう。

〔対応力Ⅰ-71〕

せん妄を発症した場合に、どうしても落ち着きのなさやまとまりのない行動への対応に目が移りがちですが、まず検討しなければいけないことは、せん妄の原因を同定し、適切な治療を行い症状の改善を図ることです。感染症や薬剤の影響なども考慮し、症状の変化を時系列で確認し、速やかに原因を同定することが重要です。

具体的には、患者の安全を確保するとともに安心して落ち着くことのできる静穏な環境を提供する、特に昼夜のリズムを整える、痛みや掻痒感、不安などによる苦痛を除去する、などの対応を認知症の人それぞれの特徴や状態に合わせて多職種で協力して行うようにします。

せん妄を発症した場合は、速やかに多職種で情報を共有し、継続した対応を行うことが大切です。

また、せん妄であったとしても本人は全てが分からないのではないので、症状や認知機能障害を考慮した上で本人に状況を説明し、家族にも認知症の人の状態についての情報提供や対応についての説明を行うことも重要です。

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

〔対応力Ⅰ-72〕

せん妄発症時は、ルート類を整理します。ハサミやナイフでルートやドレーンを切ってしまうこともあるため、危険物は除去しましょう。また、転倒・転落のリスクがあるため、ベッド周囲は整理整頓して、ベッドの高さを低くするなどの対応をします。

体動制限や身体拘束はせん妄の誘発因子になるため、できる限り制限・拘束は避け、安全が確保できる方法を検討しましょう。

〔対応力Ⅰ-73〕

せん妄の症状や状態を見ると、家族は認知症になった、精神疾患になったと受け止めがちです。

認知症とせん妄は異なること、せん妄は身体的な要因で生じうるものであること、身体治療を進めることで症状の改善が可能であることを説明します。

併せて、接し方についても説明します。特に見当識の障害等は、無理に修正をする必要のないこと、家族がそばにいるだけでも本人は安心し、見当識の回復につながることを伝えます。

2-2）実践対応力Ⅰ

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

退院支援で求められる看護師の視点

【対応力Ⅰ-74】

入院患者（認知症の人）は地域で暮らす生活者

▼

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

▼

入院前、退院後の生活も視野に入れた対応が必要

⑥退院支援

〔対応力Ⅰ-74〕

入院患者（認知症の人）は地域で暮らす生活者です。

私たちが介入するのは入院生活の部分が中心ですが、認知症の人の生活は、入院前から継続されていて、もちろん退院後も継続されます。

これまでどのような生活を送ってきたか入院生活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、私たちが介入していない、入院前退院後の生活も視野に入れた対応が必要です。

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

〔対応力Ⅰ-75〕

最初に、認知症の人と家族それぞれに「どこで、誰と、どのように生活していきたいか」確認します。

希望する退院先へ退院する際に弊害となることや、退院先は認知症の人と家族にとって適切な場所か多職種でアセスメントします。

アセスメントの内容としては、本人の能力、家族の介護能力、退院先の環境などです。

〔対応力Ⅰ-76〕

医師、看護師、ソーシャルワーカー、リハビリテーションスタッフ、薬剤師、栄養士など、多職種がそれぞれの専門性を活かし、それぞれの視点で、スライドに挙げたような様々な観点からの情報などを収集し、共有します。

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らないようにする
- 入院期間が長くなるとさらにそのリスクは高くなるため、可能な限り早期回復・早期退院を目指す

〔対応力Ⅰ-77〕

入院前にできていたことは、入院中も継続できるように、活動・清潔・休息・食事・排せつと細かく情報収集をしましょう。それぞれの具体的な項目例はスライドに整理した通りです。

入院前、入院中、退院後と生活が継続できるようにサポートすることが大切です。

〔対応力Ⅰ-78〕

入院関連機能障害とは原疾患によらない入院による体力や機能低下をいいます。

対応としては、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のリスクが大きくならないようにします。せん妄予防、認知機能に応じたケア、リハビリテーションを実施し廃用筋萎縮などを防ぎます。

そして、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・早期退院を目指します。

早期退院に向けた日常生活支援のポイント❶

【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❷

【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

〔対応力Ⅰ-79〕

入院前の生活ができるだけ継続されるように、入院前の生活について詳細に情報を収集し、なじみの物を病室に置いたり、好きな音楽を流したり、収集した情報を活かすようにします。

また、これらの情報はコミュニケーションツールとしても活用し、積極的にコミュニケーションを図ることで、認知症の人の混乱等を防ぎ穏やかな入院生活を送ることに繋がります。

〔対応力Ⅰ-80〕

入院中における環境調整と同様の観点から、早期退院に向けた日常生活支援のポイントとしても、わかりやすく安心できる療養環境の調整が大切です。

認知症の人は不安な中で入院環境を送っていることが多いため、積極的にコミュニケーションを図り、なじみの関係を築くことが重要です。

早期退院に向けた日常生活支援のポイント❸

【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❹

【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

〔対応力Ⅰ-81〕

服薬管理は、退院後の生活での継続を視野に入れて工夫していきます。

まず、不要な薬剤がないか主治医に相談して評価を行います。そして、1日の服用回数を少なくして、例えば、「朝・昼・夕」から「朝だけ」や、「食前・食後・食間」を「食後」にまとめる等の検討をします。家族が見守れる・介助できる時間帯やデイサービスの時間を活用するのも良いでしょう。

退院後の服薬管理を家族や施設スタッフが行う場合はどのような方法がよいか、なども検討します。

〔対応力Ⅰ-82〕

私たちがイメージしていることと同じことを家族がイメージしているわけではありません。家族が具体的にイメージできるように説明したり、さまざまな資源を用いた支援がない場合、自宅への退院をあきらめさせてしまったり、自宅の支援体制が十分でないのにもかかわらず自宅への退院を進めてしまったりすることもあるかもしれません。

認知症の人と家族と、入院中の問題点と退院後の適切な生活場所・環境を話し合い、イメージの共有を図るようにします。

認知症の人のための看護サマリー

【対応力Ⅰ-83】

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

【演習】BPSD・せん妄への対応の事例検討

（要因の検討とケアについて）

事例ⓐ　BPSD対応の事例
事例ⓑ　せん妄対応の事例

〔対応力Ⅰ-83〕

看護サマリーには、入院前と退院後の生活の変化や、退院後に起こりうる可能性がある問題、入院中に BPSD やせん妄で気を付けたことを記載します。

初めて入所等する施設には、生活パターンについても情報提供をします。

ケア・支援を引き継ぐスタッフ等が、認知症の「人」がイメージできるような内容を記載します。

【演習】BPSD・せん妄への対応の事例検討（要因の検討とケアについて）

事例ⓐ　BPSD 対応の事例

事例ⓑ　せん妄対応の事例

【進行ガイド】　60 分で事例検討のグループワークと発表を行います。

◎グループワークでは、参加者の自己紹介を行うこと、司会・書記・発表者を決定することを説明します。

◎事例は2事例行います。時間が限られる場合は、事例 a と事例 b をグループで分けても可能です。（例えばグループ1～5は事例ⓐを、グループ6～10 は事例ⓑを扱い、発表で全体共有するなど）

事例ⓐ BPSD対応

【対応力Ⅰ-84】

▸ 80歳代後半　女性　要支援1

【疾患名】　2型糖尿病の増悪

【既往歴】　アルツハイマー型認知症　白内障　難聴（補聴器使用なし）

【住まい】　夫と2人暮らし

【家族背景】　子ども1人　長女がいるが介護には関わっていない

【ADL】　自立　薬は夫が管理している

【認知機能】　時間と場所の見当識障害、短期記憶障害あり

【コミュニケーション】　複雑な話は理解が難しい

▸ 経過

＊最近、料理が困難となり、夫と買い物に行き、買ってきたものを食べていた。定期受診で高血糖のため血糖コントロール不良で入院となった。

＊入院初日、入院したことが理解できず、「別に用事もありませんし、もう帰らせてください」、「一人で出口を探します」と帰宅欲求が出現した。

Question ⓐ

【対応力Ⅰ-85】

◎ 患者が帰宅欲求が出現した要因を考えてみましょう

◎ 患者へのケアを考えてみましょう

〔対応力Ⅰ-84〕

【進行ガイド】ⓐBPSD 対応の事例の紹介を行います。

〔対応力Ⅰ-85〕

【進行ガイド】　2つの質問に対して考えます。

◎認知機能だけでなく、身体的側面、生理的欲求、審理的側面、環境について要因があげられるようにファシリテートします。

◎事例から読み取れない情報は、必要な情報収集としてケアにあげます。

解説 ⓐ-1

【対応力Ⅰ-86】

＜要因＞

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

解説 ⓐ-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

〔対応力Ⅰ-86〕

【進行ガイド】　要因の解説をします。
◎要因は身体的側面、生理的欲求、心理的側面、環境に分けて説明します。

〔対応力Ⅰ-87〕

【進行ガイド】　ケアの解説をします。
◎要因に合わせたケアが行うことを解説します。

事例ⓑ　せん妄対応

【対応力Ⅰ-88】

▶ 70歳後半　男性　要介護1

【疾患名】　左大腿骨頚部骨折

【既往歴】　認知症（病型不明）

【住まい】　次男と2人暮らし

【家族背景】　子ども2人　長男は遠方　妻は他界

【ADL】　自立　歩行は手すりをつたって可能

【認知機能】　時間と場所の見当識障害、短期記憶障害あり

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

事例ⓑ　せん妄対応

【対応力Ⅰ-89】

▶ 経過

＊自宅で立ち上がった時に転倒し、左大腿骨頚部骨折で入院となった。

＊入院翌日「足が折れると痛いね。明日の手術は大丈夫かな」と手術について認識している。術後は「動くと痛いけど大丈夫」と安静保持して過ごす。

＊術後1日目から患肢の全荷重可、車いす可となり、足踏み訓練開始する。2日目の夜間はそわそわしているも、ベットから動くことはなかった。

＊術後3日目、夕方からそわそわしている。夜間「だれか、助けて」と大声がある。静かにするよう説明すると「なんだと」と易怒性がある。

〔対応力Ⅰ-88〕

【進行ガイド】　ⓑせん妄対応の事例の紹介を行います。

〔対応力Ⅰ-89〕

【進行ガイド】（続き）事例の紹介を行います。

Question ⓑ

【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 ⓑ-1

【対応力Ⅰ-91】

＜要因＞

▸ 1)せん妄についてアセスメントする

＊ 認知機能が急激に悪化し、夜間に悪化している。

＊ 会話がかみ合わず意識混濁の可能性もあり、せん妄を発症していると考える。

▸ 2)せん妄発症の要因について

準備因子：70歳後半、認知症あり

誘発因子：骨折による痛み、環境の変化、ADLの変化(ベット上の生活)、入院による看護師・医師などとの人間関係構築のストレス

直接因子：左大腿骨頚部骨折術後

〔対応力Ⅰ-90〕

【進行ガイド】　2つの質問に対して考えます。

◎せん妄が発症していることを、アセスメントできること、準備因子、誘発因子、直接因子に分けてアセスメントできるようにファシリテートします。

◎事例から読み取れない情報は、必要な情報収集としてケアにあげます。

〔対応力Ⅰ-91〕

【進行ガイド】　要因の解説をします。

◎準備因子、誘発因子、直接因子について説明します。

解説 ⓑ-2

【対応力Ⅰ-92】

＜ケア：❶せん妄予防のケア＞

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

解説 ⓑ-3

【対応力Ⅰ-93】

＜ケア：❷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）

〔対応力Ⅰ-92〕

【進行ガイド】　ケアの解説をします。
◎せん妄の予防ケアと発症時で分けて説明します。

〔対応力Ⅰ-93〕

【進行ガイド】（続き）ケアの解説をします。
◎せん妄の予防ケアと発症時で分けて説明します。

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

2-3）実践対応力Ⅱ

①病棟等におけるチームケアの意義

〔対応力Ⅱ-1〕

入院すると環境と生活リズムが一変し、治療が加わることでさまざまな変化がおこります。治療の過程では、病状や症状も変化し、せん妄の発症や合併症を生じる可能性もあります。認知症の人は、さまざまな変化を言葉で表現することが難しく、行動で示すことが多くなります。また、認知能力の低下や一人でできていたことができなくなるなど ADL の低下をもたらします。

急性期治療を担う病院の看護スタッフは交代勤務のため、一人の患者を連続して見ていくことが難しく、入院と治療により変化する認知症の人の状況を捉えにくい実態があります。また、多様なニーズに対応するためには一人の看護師の頑張りでは対応が難しく、ケアチームでのアプローチが重要となります。

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

〔対応力Ⅱ-2〕

看護がチームとなって取り組むことで

・ケアに必要な情報を幅広い視点で得ることができる

・看護ケア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が継続されることで、療養生活を安全に安心して過ごすことができ、そのことは、認知症ケアの取り組みやすさにつながります。

②多職種連携

院内の多職種連携の構築

【対応力Ⅱ-3】

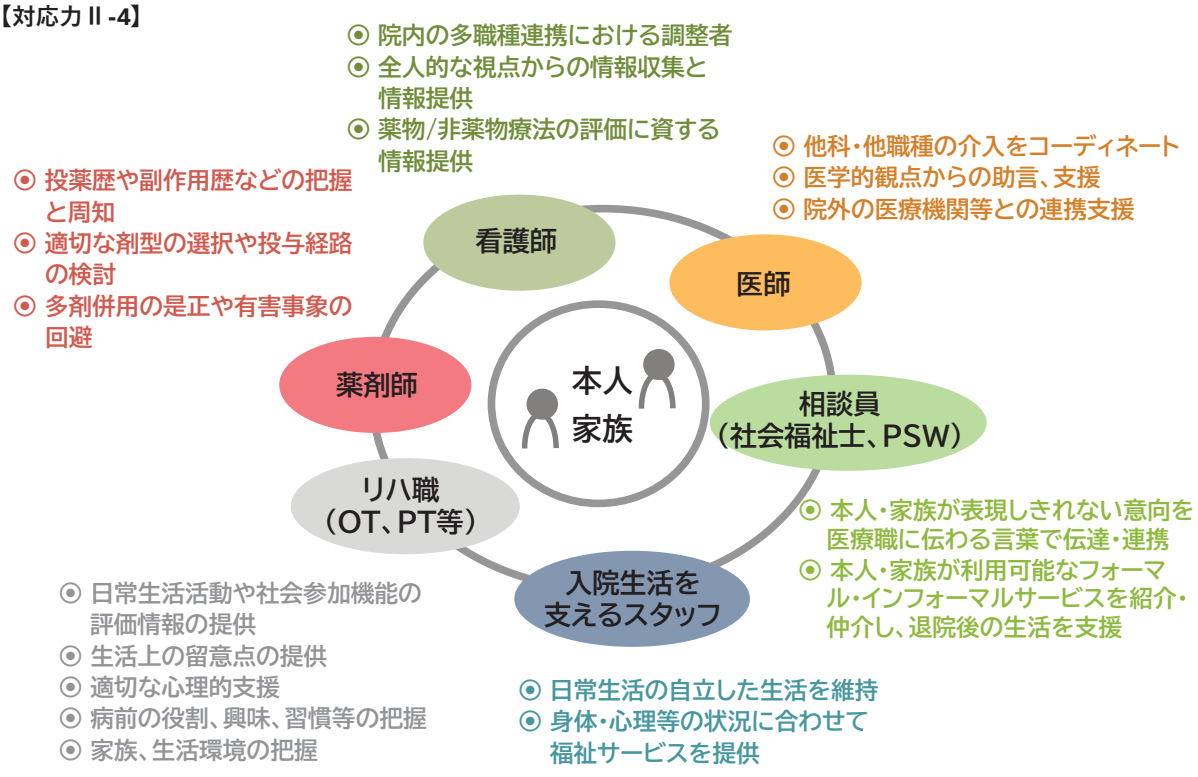
各職種が専門性を活かし、目的と情報を共有し、
役割を分担するとともに互いに連携・補完しあい、
患者の状況に対応したサービスを提供する

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】



〔対応力Ⅱ-3〕

院内の多職種連携を構築していく上でのポイントは、

・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

などがあります。

〔対応力Ⅱ-4〕

院内において多職種連携を行うためには、認知症の人の治療場面・生活場面を支えるという観点から、それぞれ異なる業務をもつ他の職種のそれぞれの業務内容を知るとともに、連携における役割を知ることが重要となります。

一人の入院患者の課題を把握したうえで、連携による患者支援への効果を最大化するように連携の意義を明確にして、連絡し合い、対象者情報を共有し、互いが実施可能な支援内容を共有することが、認知症の人の入院生活支援にとっても、各職種の日常業務にとってもメリットになります。

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

〔対応力Ⅱ-5〕

多職種チームの中での看護の専門性で重要なことは、

・身体を含めた患者の状態を統合的に捉えることができること

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

〔対応力Ⅱ-6〕

施設内、施設間の連携では、情報を共有することがポイントとなりますが、重要なことは、

・病棟チーム内での共有

・病棟外・施設内での共有

・地域との共有

の3つのレベルがあることを意識することです。

情報共有に向けた取り組み

【対応力Ⅱ-7】

〈病棟内〉

- 看護記録：看護計画、経過記録、フローシート など
- カンファレンス記録
- 共有ノート：引き継ぎ時での申し送り

〈院内〉

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

方針の決定やアセスメント

【対応力Ⅱ-8】

医療・そのほか日常生活の継続性を検討する

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

本人・家族の『どうありたいか』『どのように生きたいか』

ADLを落とさず、元の生活・環境に戻っていただく
➡ 患者のQOLの保障

〔対応力Ⅱ-7〕

情報共有に向けた取り組みとして、病棟内では、新たに作ることを考えるよりも、今ある記録の方法を工夫し活用するなど、また、院内では、アセスメントシートは、各病棟で独自のものよりも、全体で統一したものを使用するのが望ましいです。

〔対応力Ⅱ-8〕

入院により、新たに医療が必要になった場合や進行性の病気の症状、ADL の低下など、今までの生活と違うところが少なからずあります。また、退院後、時間の経過とともに、以前の状態に戻ることもあれば、生活環境や支援の方法を変えなければならないこともあります。

その上で、方針の決定やアセスメントでは、認知症の人・家族がどのような生活のイメージを持っているのかを確認し、各職種が患者の QOL をどのように保障するのか、今後の病気の予後や生活に予測をふまえて、専門的な知識と技術を集結して、取り組み検討を繰り返していくことが重要となります。

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❶

【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

〔対応力Ⅱ-9〕

コンサルテーション体制では、まず、院内体制については、他部門との連携、医療安全や退院支援、栄養、リハビリテーション等と、どのように連携していくか、リスクの観点だけでなく、認知症ケアの観点からも捉えることができるような連携が必要となります。

他方、地域内のコンサルテーション体制としては、地域の専門機関、認知症疾患医療センター等とアクセスするシステムを構築することが求められます。

〔対応力Ⅱ-10〕

内容の範囲や抽象度によりボリュームには差が出ると考えられますが、記載しておきたい項目としては、認知症に対する基本的な姿勢、認知症ケアの考え方、症状への対応方法などがあります（具体的な内容について手順書・マニュアルの目次を例示）。

Ⅵ.身体的拘束の実施基準、Ⅶ.鎮静を目的とした薬物の適正基準は、認知症ケア加算の施設基準で盛り込むことが定められています。自施設における認知症のケアの質を担保するものであり、自施設で開催する研修の資料等とも関連付けて内容を検討し作成、また、スタッフ間で共有していきます。

標準的な対応手順・マニュアルの共有❷

【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

〔対応力Ⅱ-11〕

手順書・マニュアルの活用は、いつでも閲覧できるよう各部署に配布したり、回診やカンファレンスを行いながら、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際に行うなどしながら活用することが大切です。

鎮静を目的とした薬物の適正規準については、リスク管理にかかわる部署や委員会と協働しながら活用していくことが重要です。

〔対応力Ⅱ-12〕

多職種チームでは、入院の原因となった身体疾患等をふまえ、認知症の人の病状や心理状況、治療内容や今後の方針、使用されている薬剤について多角的な検討を行う必要があります。
その際に、職種ごとにゴール設定に相違が生じたり、異なる意見や考え方がぶつかることもありますが、認知症の人を中心とした建設的な問題解決を図ることが大切です。

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・・・

③倫理的課題と意思決定支援・権利擁護

〔対応力Ⅱ-13〕

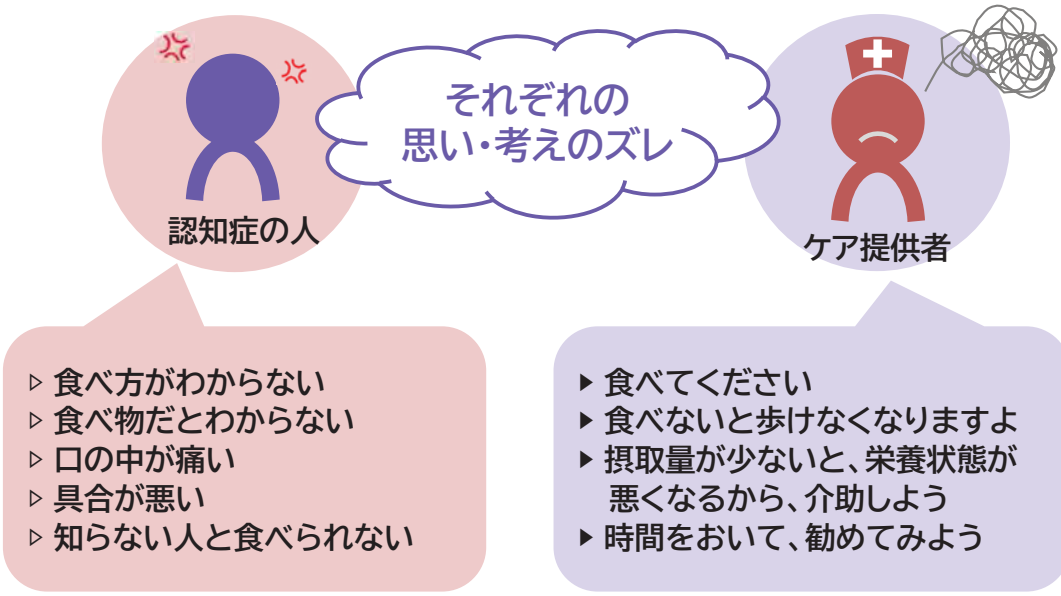
医療職は、対人援助において、患者中心という考えに基づく行動が求められています。一方で、認知症を経験したことのない私たちにとって、認知症の人の体験は未知のもので、どのようなことを感じ、何に困っているのかを、十分に理解することは難しいことです。

認知症ケアでは、本人の自己決定、意思や思いをどのように確認していくのか、そこが、倫理的問題となる場合が多くあります。認知症の人の意図や思いが、確認しにくいがゆえに、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ます。にもかかわらず、ケアする側はその自覚がないために、「わかったつもり」、「よかれと思って」ケアを提供することで、認知症の人を混乱させたり苦痛を与えてしまう可能性があります。

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



参考）諏訪さゆり（2012）認知症ケアにおける倫理　認知症の人の権利擁護

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

〔対応力Ⅱ-14〕

ケアの場面では、例えば、認知症の人が、食事を食べない（食べようとしない）場面で、認知症の人が、食べない（食べようとしない）理由には、どんなことが考えられるでしょうか。

認知症の人とケア提供者には、それぞれの思い・考えのズレがあります。ケアを提供する側が、この状況をどのように捉えるかにより、ケアが変わります。

〔対応力Ⅱ-15〕

この場面を倫理の4原則の視点で考えてみると、

・ある人は、肺炎の治療を十分行えば元気になれるから入院は継続したほうがいい・・・善行の原則

・ある人は、本人が帰ると言っているから、それを尊重するべきだ・・・自律尊重の原則

・ある人は、治療のためとはいえ、拘束するのはよくないと思う・・・無危害の原則

・ある人は、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）の原則

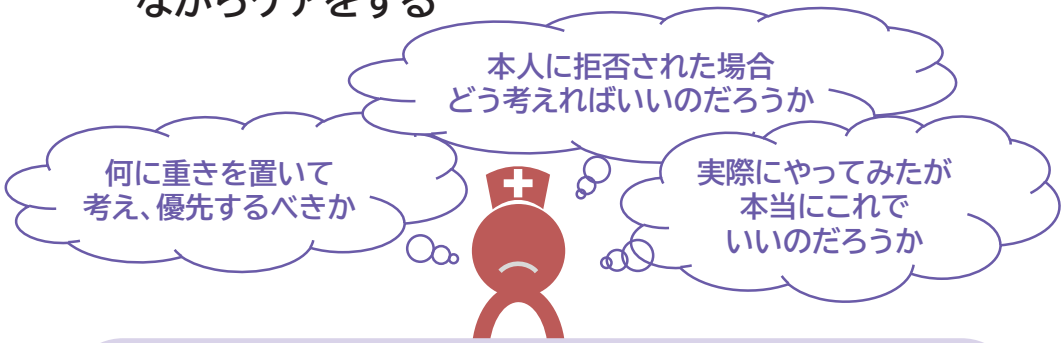
認知症の人をどう捉えるか、認知症の人の見方により倫理的価値の対立がおこります。

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

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

認知症ケアにおいて倫理的問題が起こりやすい背景

【対応力Ⅱ-17】

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

〔対応力Ⅱ-16〕

認知症ケアでは、ある患者には効果のあるケア方法も別の患者には逆効果になることや、同じ患者であっても、あるときにはうまくいった方法が別の時にはうまくいかない、ということが日常的におこり絶対的な正解というものがありません。

そのため、そのときの認知症の人の思いに沿い、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ことになり、その過程においては、倫理的ジレンマが数多く生じています。

例えば、何に重きを置いて考え優先するべきか、本人に拒否された場合どう考えればいいのだろうか、実際にやってみたが本当にこれでいいのだろうかなど、悩むことや疑問に思うことは尽きないでしょう。

もっとも、この倫理的ジレンマは、日常的に倫理的判断が求められる認知症ケアにおいて、その認知症に人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ため、なくてはならないものでもあります。

〔対応力Ⅱ-17〕

倫理的問題が起こりやすい背景には、

・「歳をとれば難しい話はわからない」「認知症になると何もわからない」といった、加齢変化や認知症への偏見、パターナリズム
・認知症の人とケア提供者それぞれの思い・考えのズレ
・認知症という病気の特性や BPSD の捉え方、知識や理解不足
・急性期医療を提供する場の特性（安全確保や迅速さなど）、急性期医療を提供する場の特性

などが影響していると言われています。

参照

ナーシングプロフェッショナルシリーズ 認知症看護 p25

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❶

【対応力Ⅱ-19】

①診断と医学的適応	・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	・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	・認知症者の自律性を尊重しているか ・情報提供を十分に行っているか ・家族とも情報共有はされているか ・文化的側面を考慮しているか
④意思決定と同意	・認知症者の意思決定能力を低く見積もっていないか ・代理決定が必要な場合は責任をもって行われているか ・リビングウィルや事前指示書について適切に検討されているか
⑤ケアが提供される環境・社会的背景	・家族によいケアが提供されているか ・スタッフは組織的に管理されているか ・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

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

〔対応力Ⅱ-18〕

認知症の人の意思に全て添うことが必ずしも本人にとって利益になるとは限らない一方で、ケアする側の考える利益を押し通すことで、認知症の人に苦痛を強いることになる場合もあります。

倫理的ジレンマを感じたときは、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とともに、多職種でのチームアプローチが重要になります。チーム内で語り合いながら気づきやジレンマを共有し、それぞれの考えや価値観を伝え合い、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ことが必要です。

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教育的指導が重要です。

〔対応力Ⅱ-19〕

認知症ケアに特有な倫理的課題は大きく7つに分類でき、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になります。

どの時期にどのような倫理的課題が起こりうるかをあらかじめ理解しておくことで、状況を客観的にとらえて自分たちのケアを振り返り、判断する助けにすることができます。

どの課題においても患者にとっての最善を模索し真摯に取り組む姿勢が求められます。

認知症ケアに特有な倫理的課題❷

【対応力Ⅱ-20】

⑥ケアプロセスと評価	・提供しているケアが認知症の人のためになっているか否かを常にアセスメントしているか ・認知症の人の生きる力を十分に引き出しているか ・スタッフが自分の考え・価値観や提供したケアについて振り返りをしているか ・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

❶ 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

❷ 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

❶ 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

❷ 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

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

〔対応力Ⅱ-20〕

（対応力Ⅱ−19 の解説）

〔対応力Ⅱ-21〕

認知症の人は徐々に身の回りのことを行えなくなり、他者の援助を受けなければ生活していくことが難しくなります。これは、その人らしく生きるという当たり前のことを人の手に委ねなければならないことであり、だからこそ看護師は患者に尊厳を保持するケアを提供する必要があります。

尊厳を保持するケアとは、特別なケアではなく、患者をひとりの人間として尊重し苦痛なく穏やかに生活できるよう支援することそのものです。

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はなく、
支援者の支援力によって変化する

〔対応力Ⅱ-22〕

認知症になると、意思表示の能力が徐々に低下していくため、周囲が代わりに意思決定する状況が生じますが、本来優先されるべき自律尊重の原則が不確かとなるため、何をもって最善の選択と考えるかが難しく、本人、家族、医療福祉関係者など多くの人々にとっての課題となっています。

医療従事者と家族のみで意思決定がなされることもありますが、認知症の人を置き去りにした意思決定は、治療の拒否につながるだけでなく、本人の人生であるにもかかわらず、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もなりかねません。

認知症の人の意思決定の場では、本人の意思で今後の人生に最良な決定ができるよう支援することが望まれます。

〔対応力Ⅱ-23〕

意思決定支援の基本原則を示します。

1. 本人の意思の尊重

意思決定支援は、本人の意思・意向の尊重から始まります。支援者が支援すべきと判断した場合だけ行うのではなく、本人が決めるうえで必要な情報を、本人の有する認知能力に応じて、理解できるように説明する必要があります。

2. 本人の意思決定能力への配慮

本人が決められる（意思決定能力がある）ことを前提に支援します。意思決定能力は、支援者の支援の仕方によっても変化します。適切な支援を検討・選択することが重要となります。

3. 早期からの継続的支援

早期の段階からの話し合いや意思の確認を繰り返しが重要です。日常的に見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し、また、複数人が情報を共有し、協力して意思決定を支援することも重要です。

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

【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）

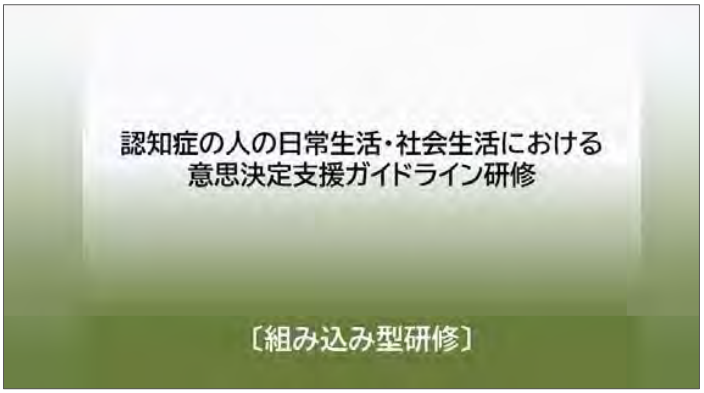
○ 認知症の人のための
（認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む。）

○ 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



〔対応力Ⅱ-24〕

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

認知症の人は自分で決められない人ではなく、意思決定しながら尊厳を持って暮らしていくことの重要性について、全ての人が認識することが必要であり、「決められないときに代わりに決めてあげる」のではなく、「本人が自分で決めることを支援する」ことが意思決定支援の基本原則です。

意思決定支援ガイドラインでは、認知症の本人の意思決定をプロセスとして支援（意識形成、意思表明、意思実現）する基本事項が整理されています。（ガイドラインの概要や考え方は、次スライドの『組み込み型研修』を視聴）

また、意思決定支援ガイドラインの理解や実践につなぐための研修（認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修）も令和元年度から都道府県・指定都市において展開されています。

〔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
（17 分 10 秒）

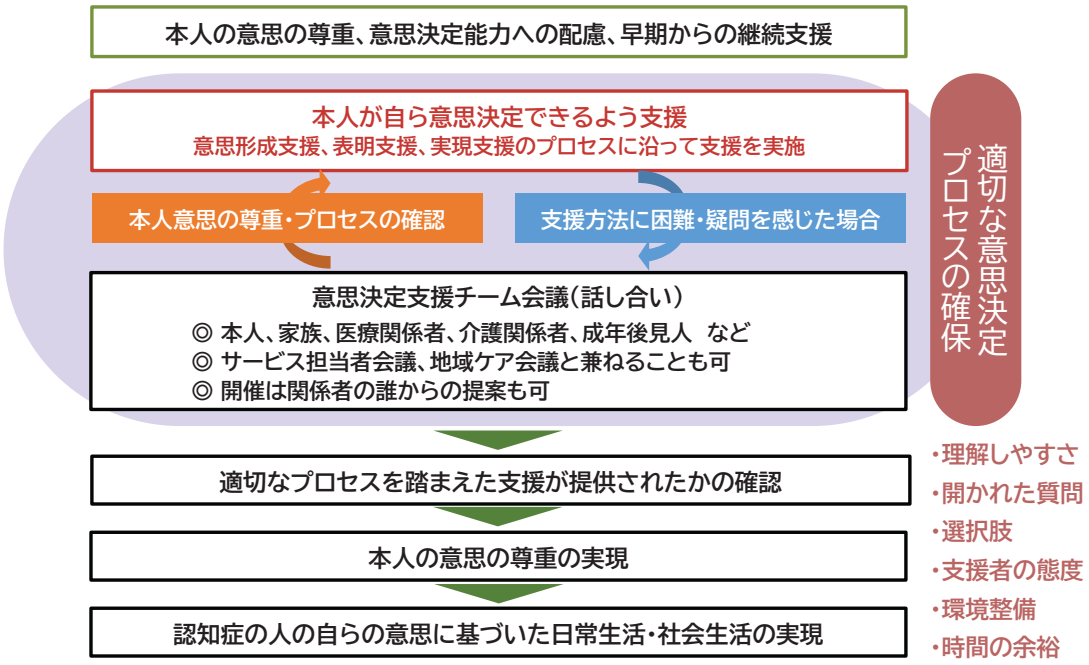
認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインについては、演習等を含む「独立実施型」の研修（3時間）および、医療・介護の専門職向けの認知症に関する研修の中でダイジェスト動画を視聴する「組み込み型」の研修があります。

本研修では、医療職向けの組み込み型研修（約 17 分）の動画を視聴します。ガイドラインの概要や基本的な考え方にかかる講義や認知症の本人のインタビューなどが収録されています。

医療職としての支援のあり方等を確認し、講義や受講後の院内外での実践において、あてはめ・活かしていただければと思います。

生活支援としての意思決定支援

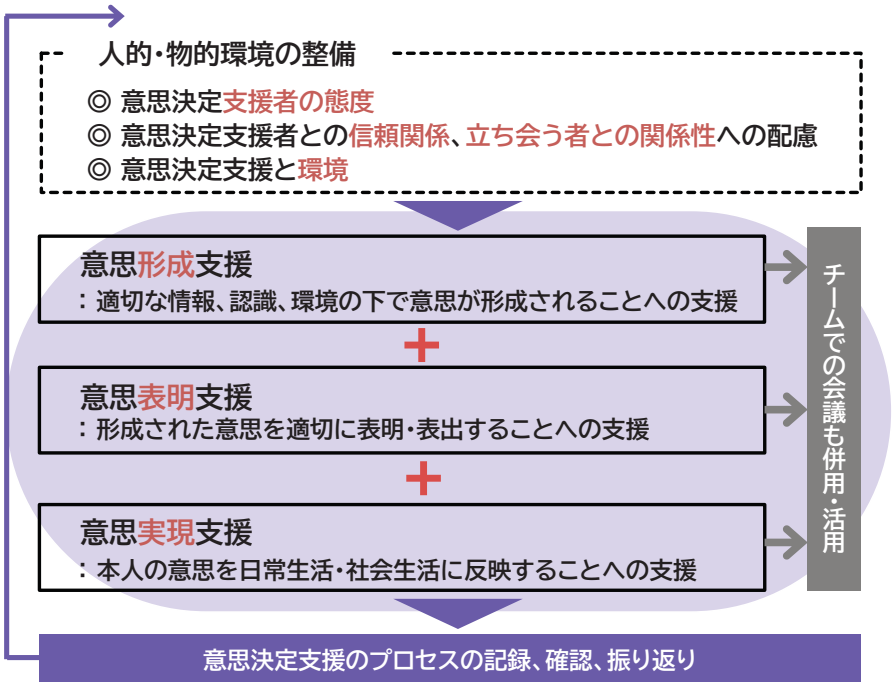
【対応力Ⅱ-26】



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

意思決定支援のプロセス

【対応力Ⅱ-27】



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

〔対応力Ⅱ-26〕

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインにおける意思決定支援とは、認知症の人が自ら意思決定できるよう、そのプロセスを支援するものと定義されています。

認知症の人が入院した場合であっても、そのことに変わりはなく、治療等に関する意思決定のみならず、入院生活における様々な意思決定の場面において、医療者による支援が期待されています。

そのプロセスには、本人が「意思を形成すること」の支援と、本人が「意思を表明すること」の支援を中心とし、本人が「意思を実現する」ための支援までが含まれます。支援方法に困難や疑問を感じた場合などには、支援する関係者による話し合いによって、多面的な情報や意見交換を行いながら支援していくことが重要とされています。

〔対応力Ⅱ-27〕

意思決定支援では、意思決定支援者の態度や意思決定支援者との信頼関係、立ち会う人との関係性や環境による影響を受けることから、まず、人的・物的な「環境の整備」が重要となります。

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

ただし、これらは必ずしも順番通りに進めなければならないわけではなく、重なり合い、行きつ戻りつ行われるものです。

適切な支援プロセスかどうかを確認するときには、形成・表明・実現にかかる3つの支援に「環境の整備」、「振り返り」を加えた 5 つの観点から行うと整理しやすくなります。

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うよう支援する

認知症の人の意思をどうキャッチするか
ー 生活の中における意思 ー

【対応力Ⅱ-29】

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

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

〔対応力Ⅱ-28〕

意思決定支援の要点として、本人の持てる能力を最大限に活かし、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していくことが重要です。

本人が慣れている安心できる場所や集中できる時間帯などの環境の整備や、意思を形成するために、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することが重要になります。比較することが難しい場合は、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といった選択肢の提示の工夫や言葉以外のコミュニケーション、頷くことや手振り、笑顔から意思を読み取ること、人を代えて繰り返し確認することも大切です。

〔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 意思や価値観を言語的に表現することができにくく意思決定支援は難しいと考えられている現状があります。

意思決定を支援することは、医療行為の実施の有無や退院先を決めることだけではありません。

日常生活の中で、認知症の人が意思を表明している場面がありますが、そのサインに気づかず、意思をキャッチできていないことが多くあり、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していることがあり、一人ひとりの物語（ナラティヴ）、その人の独自の願いや意思をもっています。

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、同じことを何度の言う）

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

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

〔対応力Ⅱ-30〕

認知症の人の意思決定に影響する要因としてコミュニケーションの特徴があります。

認知機能障害に影響して起こりうる行動を理解して、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ます。

〔対応力Ⅱ-31〕

認知症の人の意思を尊重するために、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り、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ことが大切です。

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ことや、情緒の安定を図り、本人のペース、価値観に応じたケアを提供するなど、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ことが重要になります。

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）】

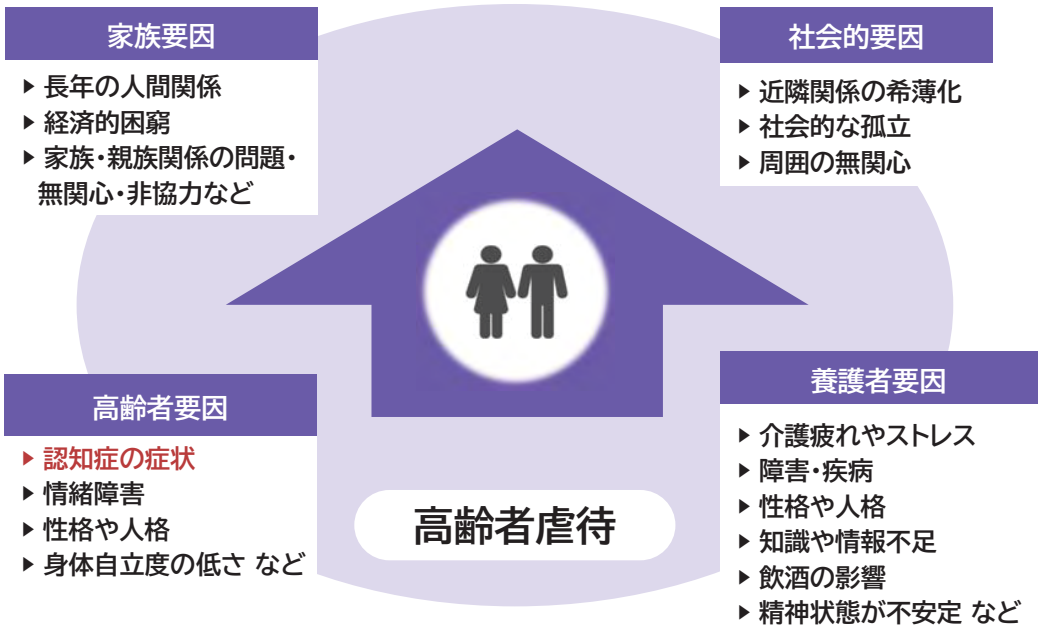
将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセス

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】



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

〔対応力Ⅱ-32〕

ACPは、病気・人生の最終段階に話題となることが多いですが、認知症の人の場合、疾患の特性から最終段階ではなく、初期の段階から本人の意思を尊重する支援が行われることが理想です。入院期間中の日常・療養生活の場面における、意思決定、意思を尊重する支援の積み重ねが人生の最終段階の意思決定支援につながります。

〔対応力Ⅱ-33〕

高齢者虐待の背景には、高齢者の要因や養護者の要因、家族の要因、社会的な要因が、複数関連しあっています。

特に、高齢者の要因として、認知症によって自身の状況や要望をうまく伝えることができないことが、養護者のストレスや疲労を助長させるという状況がある一方で、近隣関係の希薄化など社会的要因の影響から、家族が問題を抱え込んだまま孤立し、虐待を早期に発見するうえでの兆候をとらえることが難しいといった状況もあります。

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

〔対応力Ⅱ-34〕

虐待の予防に向けた支援として、認知症の人を介護する家族が置かれている状況を理解し、入院時から虐待の潜在を洞察することが重要です。

特徴として、虐待をしている人に自覚がない（例：夜間、失禁しないよう水分を控えていたら重度の脱水となり生命が危険な状況になった）場合や、熱心に介護に取り組むあまり追い詰められる、一生懸命なあまり怒鳴る、手を挙げてしまうことも少なくありません。さらに、養護者が精神疾患を患っているなど、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あります。

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ち、虐待の疑いがある場合は、地域包括支援センターや介護支援専門員へつなぐことが重要です。

④身体拘束の原則等

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	行動を落着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる
11	自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する

厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」より

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？

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

〔対応力Ⅱ-35〕

厚生労働省により作成された「身体拘束ゼロへの手引き」において、主に介護保険施設等におけるこれらの行為は、身体拘束・抑制にあたるとして原則禁止しています。

医療機関においては治療・安全上の必要性とのバランスが問題となりますが、治療の場であると同時に療養生活の場としての観点からは、同様の取り組みが求められているといえます。

身体拘束については現実に「身体拘束ゼロ」を達成している医療機関の先行例があるので、先行例における組織的取り組みについて情報収集し参考にしていきましょう。

身体拘束ゼロは必ずしも不可能ではない、と認識し取り組みをはじめていくことが、各一般医療機関における意識・価値観の変化として求められています。

〔対応力Ⅱ-36〕

身体拘束は何のため、誰のためにするのでしょうか？

よく聞かれる理由として、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という考えがありますが、これは、いつのまにか、「ルート類の自己抜去がない」、「転倒しない」という考えになっていないでしょうか？

もうひとつよく聞かれる理由として、以前、入院した時に、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という“有害事象のリスクがある＝身体拘束の必要性がある“という考えになってはいないでしょうか？

いつのまにか、身体拘束をしていれば大丈夫という、自分自身の安心のため、医療者側の安全のためになってはいないでしょうか？

身体拘束がもたらす弊害

【対応力Ⅱ-37】

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

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

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

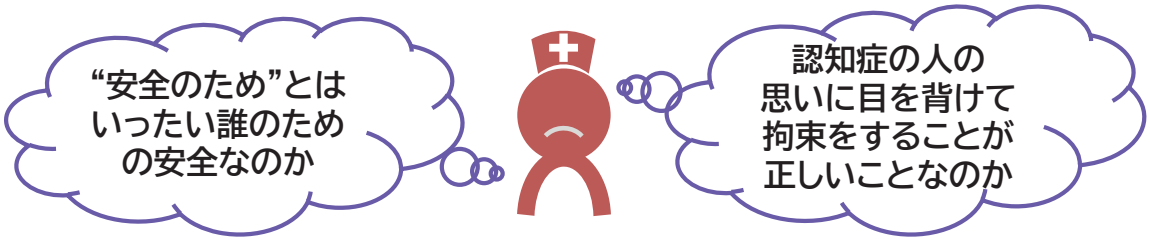
【対応力Ⅱ-38】

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



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

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

〔対応力Ⅱ-37〕

身体拘束という、その場、その時点での治療や安全を優先させることにより、認知症の人の心身に様々な弊害や合併症を生じさせ、窒息死や急性肺血栓塞栓症による死亡事故さえも引き起こしています。さらに、看護師の仕事に対するモチベーションの低下、家族の混乱・罪悪感をもたらします。

これらの結果、身体拘束による社会的弊害として、転倒事故などの治療にかかわる医療費の損失、患者・家族の医療者への信頼喪失、病院への不信感などの悪循環を生じさせます。

身体拘束は、患者には、人間としての尊厳と誇りの喪失や予後の悪化を、看護師には、看護実践の専門性・主体性・自律性の喪失を引き起こすものになってしまいます。

〔対応力Ⅱ-38〕

日々の業務は限られた人員と資源の中で行われるため、日常業務が優先されやすい状況で、医療の高度化や入院日数の短縮化などにより、非日常的な入院環境や治療の影響から生じるせん妄や認知機能障害への対応に難渋している現状があります。看護師は意思表明の困難な認知症の人の個別ニーズに応えたいと思いつつも、困難な場面に直面すると「安全を守るため」と身体拘束を行い、インシデントを起こしたくないという思いから安全な治療を重視しがちとなります。

一方で、身体拘束をされる患者の負の感情に直面しながら、誰のための安全なのか、患者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と悩み、それでも「医療事故を防ぐためには仕方ない」と倫理的ジレンマを抱えながら身体拘束をしている現状があるのではないでしょうか。

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行う行動制限は・・・

安全を保障するものではなく、さらなる危険をつくっていないか？

拘束が拘束を生む悪循環

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

身体拘束に対する倫理的問題

【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

〔対応力Ⅱ-39〕

身体拘束は患者の安全と関係づけられて語られることがありますが、本当にそうでしょうか？

例えば、

・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　など

リスクを回避しようとして行う認知症の人の行動の制限は、安全を保障するものではなく、さらなる危険を作っているのかもしれないということを意識する必要があります。

〔対応力Ⅱ-40〕

身体拘束は人が人を縛ること、行動の制限であり、人間としての尊厳・権利を奪うものです。身体拘束には多くの弊害があり、「する側」と「される側」のズレがあることを認識することが重要です。

医療現場では、身体拘束がなぜ許される場合があるのかを立ち止まって考える必要があります。また、メリット・デメリットは個別の状況で異なりますが、デメリットを最小限にするため多様な視点での検討が必要となります。する側とされる側のズレに対し、本人と対話し、行動の理由を聴く・探る対応が必要となります。

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

点滴ルートを触るのはなぜ？（対話・動作を観察）

- ▷ 刺入部痛があり、不快 ➡ 刺入部を差し替える
- ▷ 目の前に何本もルートがあって気になる ➡ 見えないよう襟元から出す、点滴台を置く位置を変える
- ▷ 固定のテープがひきつれてかゆい ➡ 固定方法を工夫する

- よく観察し、認知症の人の行動を予測して先回りのケアを行う

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

身体拘束をせざるを得ない場合の要件 身体拘束の三原則

【対応力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） ▸ 身体拘束が必要となる原因を考える
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） ▸ 身体拘束を回避する方法を考える
一時性	行動制限は一時的であること ▸ 身体拘束を解除する目安を考える

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

〔対応力Ⅱ-41〕

安全な治療のためにと身体拘束を行っている現状を打開し、認知症の人の尊厳を守る「安全な治療」を実践するためには

まず、看護管理者が、医療を提供するものとして、患者にとっての安心、安全な医療という基本的なことに立ち返り、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ことが重要となります。

次に、認知症の理解とケアについて学ぶ機会を設け、認知症の人の個別のニーズに沿った療養環境を整える工夫をし、本人が困っていることを支援できるよう、看護体制や福祉用具などの資源を調整する必要があります。

具体的なケアの視点として、身体拘束に繋がる行動の原因、理由を探り対応する、起きる現象自体を封じる対策ではなく、現象が起きる要因・誘因へ対処していくこと、患者をよく理解し、行動を予測して先回りのケアをすることが重要となります。

〔対応力Ⅱ-42〕

まず、身体拘束は違法行為として原則許されない行為であり、「緊急やむを得ない」場合を除いて、高齢者虐待にあたる行為であること、また、やむを得ず認められる場合には、違法性を阻却する相当程度の理由（特別な事情があるために違法性がないとする理由）が必要となります。

緊急やむを得ない場合の対応として、例外の三原則（切迫性、非代替性、一時性）を満たす状態であると判断された上で身体拘束を行うことになります。

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

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

身体拘束予防ガイドライン

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】

❶ 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

❷ みんなで議論し、共通の意識を持つ　理念を掲げる、現場のバックアップ

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

❸ まず、身体拘束を必要としない状態の実現を目指す

患者の状況を解決することによって身体拘束を必要としない環境を作る

- ▸ スタッフの行為や言葉掛けが不適当か、またはその意味がわからない場合
- ▸ 自分の意思にそぐわないと感じている場合
- ▸ 不安や姑息を感じている場合
- ▸ 身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

❹ 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

❺ 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

〔対応力Ⅱ-43〕

身体拘束の三原則に基づき、「必要」と判断せざるを得ない場合もあります。その場合は、他の対応を試みたうえで、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り実施します。

ここでは、“患者のため”という名目で医療者側の安心が行動の基準になっていることもあるため、患者をケアするチーム全員で考え方を統一しておく必要があります。

院内の体制整備として、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など、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ておくことで客観性を保ち、ケアの質を保障することにつながります。

多職種での検討や臨床倫理チームへのコンサルテーションと言った対応も必要な場合があります。

〔対応力Ⅱ-44〕

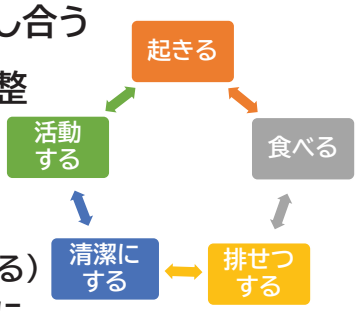
身体拘束予防ガイドライン「身体拘束廃止のために、まず、なすべきこと－5つの方針」を紹介します。

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に



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

身体拘束の代替案の検討のポイント

【対応力Ⅱ-46】

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

〔対応力Ⅱ-45〕

身体拘束の回避・軽減に向けた検討はチーム（複数人・多職種）で行うことが基本です。

急性期病院では、生命維持のためのドレーンなど付属物も多く、安静を守ること自体が生命に直結することが多くあり、行動を制限しないケアは簡単なことではありませんが、まずは、認知症の人の立場で、認知症の人の言葉の意味を捉え直し、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検討することが大切です。

5つの基本的ケアでは、例えば、「排せつの援助をするために解除する」離床→トイレで排せつする（爽快感）→動くことが増え覚醒度が上がる・食欲や活動意欲につながる→生活リズムが整う→せん妄や BPSD のケアにもつながる、と循環していきます。

日常生活ケアを徹底することで身体拘束に至る要因を低減することができます。

〔対応力Ⅱ-46〕

身体拘束をしない代替案を検討する4つのポイントを示します。

- 点滴を触る、抜去するなど等の理由が、痛み・苦痛・皮膚トラブルの場合もあります。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します。
- ルート類の保護として、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くなります。特に、皮膚の色に近いストッキング着用を点滴挿入部だけではなく、両手にすることで、肌着をきているように思い、気にならなくなる場合も多いようです。
- せん妄のために状況を理解できず、動き回ったり、点滴を自己抜去しようとする場合もあります。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・対策を行います。
- 点滴や酸素治療がどうしても苦痛な場合は、持続点滴・酸素療法の継続の必要性を主治医と検討します。

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

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

身体拘束の最小化に向けた取り組み例

【対応力 II -48】

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

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）

〔対応力Ⅱ-47〕

やむを得ず実施する場合の手順と注意点について確認し、リスクを伴った処置である点を指摘し注意喚起します。

〔対応力Ⅱ-48〕

身体拘束を実施せざるを得ないなかでも、その目的・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、そのためには、身体拘束にいたる行動や言動をアセスメントし共有する、訴えから行動の意味を予測し回避・解除に向けたケア・対応を検討していきます。

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

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

2-3）実践対応力Ⅱ

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

〔対応力Ⅱ-49〕

（対応力Ⅱ−48 の解説）

⑤家族（介護者）の支援

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

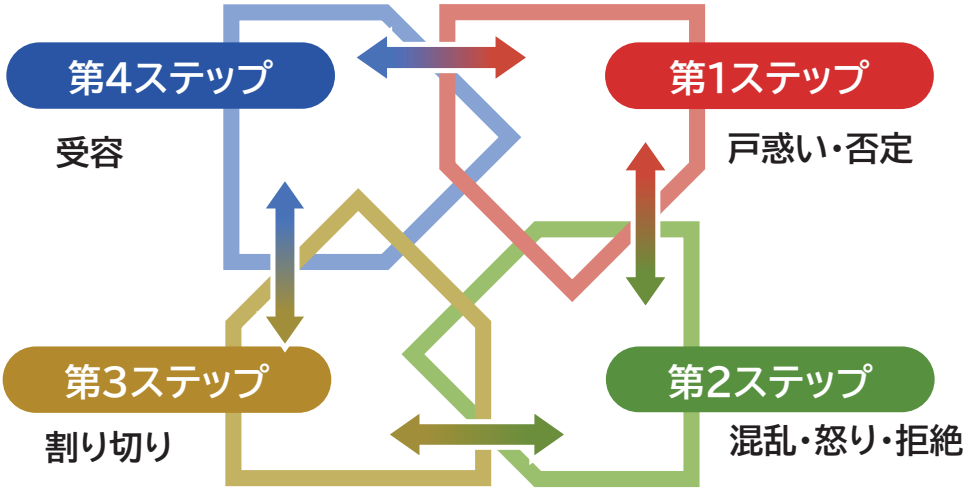
介護者としての家族ではなく、ひとりの人として尊重し、他者にはわからないさまざまな事情があることを分かろうとする姿勢が求められる

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

認知症の人の家族の心理的な変化

【対応力Ⅱ-51】

家族介護者の4つの心理的ステップ



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

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

〔対応力Ⅱ-50〕

認知症の人を介護する家族は、時間の拘束や介護の重圧などから気が休まらない日常です。例えば、

・何度も同じことを尋ねられ苛立つ自分の感情に傷つく
・グループホームで楽しそうにしている母親をみて、自宅介護ができない自分を責めやりきれない思いをしている
・できるだけ自宅での介護を継続したい一方で、いつまで続くかわからない介護に心身のバランスを崩してしまう
・認知症の人の理解できない言動に落胆しながらも目の前でおこるさまざまなことに対応しなければならない
・入院した際には、認知症というだけで付き添うように言われたり、子供扱いされるなど認知症に対する偏見や心ない対応に悲しい思いをしている

家族支援の大前提は、介護している家族を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わかろうとする姿勢が求められます。

〔対応力Ⅱ-51〕

認知症の人の家族の心理的な変化として 4 つの段階の心理過程をたどると言われています。

【第 1 ステップ】家族は、本人の不自然な行動の原因が認知症だということを簡単に認めることができずに、とまどい、否定する時期です。本人の病気を認知症と認めるということは、本人の人格を否定するように感じられて、外部の人にも相談できず、苦悩する段階です。

【第 2 ステップ】本人の症状が進行して、対応が困難になる時期です。家族は本人にどう対応したらいいのかわからなくなり混乱し、介護負担が強くなります。さらに、家族は、認知症という病気を十分に理解できていない時期でもあり専門職の支援が求められます。

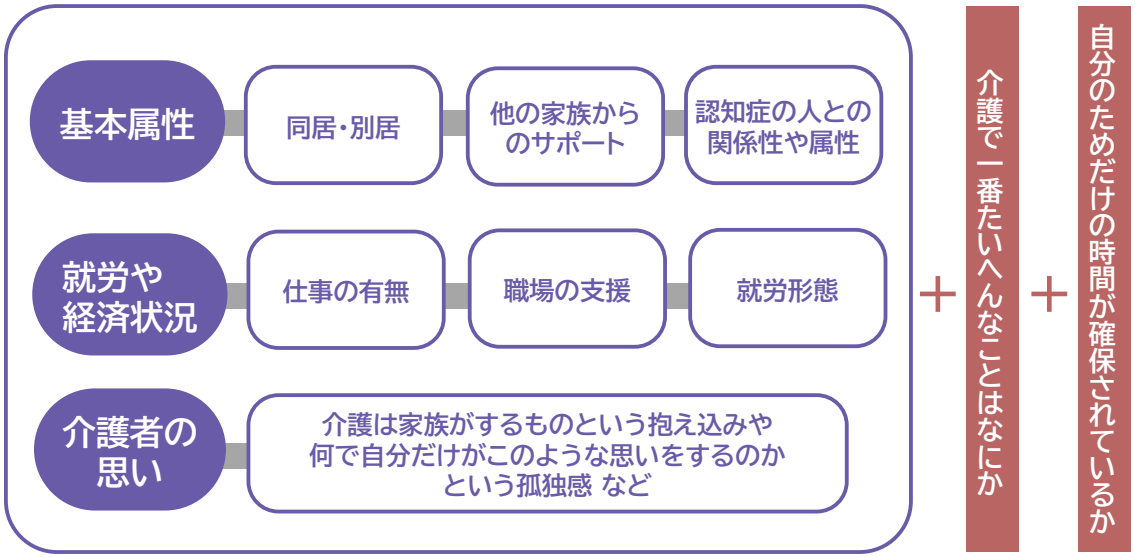
【第 3 ステップ】家族だけで悩んでいても解決することができず、家族以外の専門家のサポートを受けたり、本人の残された機能があることに気づくと、次のステップに進むことができると言われます。

【第 4 ステップ】認知症を病気として理解し、認知症になった家族をあるがままに受け入れられるようになります。本人自身も悩み、苦しんでいる様子を理解し、悲嘆や苦しみを乗り越え、認知症になった家族とともに生きていく力がわいてくる段階です。

この心理過程は、何度か「受容」したようにみえても、認知症者の人のいろいろな症状や出来事に直面するたびに「とまどい」や「怒り」と「受容」の間を行き来するため、その揺れ動く家族の心理の理解に努めながら支援をしていくことが重要となります。

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な意思決定を担う部分も多くなるため、家族の身体的・心理的なサポートも重要

〔対応力Ⅱ-52〕

認知症の人の治療等では、退院後の生活の伴走者でもある家族等の介護者の状況を知ることも重要です。在宅生活における介護の状況を把握するため、基本属性、就労・経済状況、ダブルケア等の状況の有無などから、どの程度介護にかかわりたいのか、かかわれるのかを知ることは、退院支援においても重要な情報となります。

また、このような情報を収集するプロセスは、本人や家族にとっては、病院や医療スタッフによる共有・共感を得る機会ともなり、安心にもつながるものでもあります。

〔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り、個々の認知症の人に応じたケア提供のために欠かせません。また、家族は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とって“安心をもたらす存在”であり、チームの一員として捉えることが大切です。

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

〔対応力Ⅱ-54〕

長い時間をかけて築いてきた家族の歴史や役割、関係性が変化し、元気だったときの父親や母親、夫や妻の姿と、目の前にいる“認知症になった人”の姿をイコールで結びつけることができない葛藤に寄り添うことが大切です。

介護者の多くは認知症の人を理解したいと思っていても理解できない中での戸惑いを持っています。認知症の人との関係を維持・強化するためにも、認知症の症状を理解し、本人目線でどのように見えるのかを考えられるように支援することが重要となります。

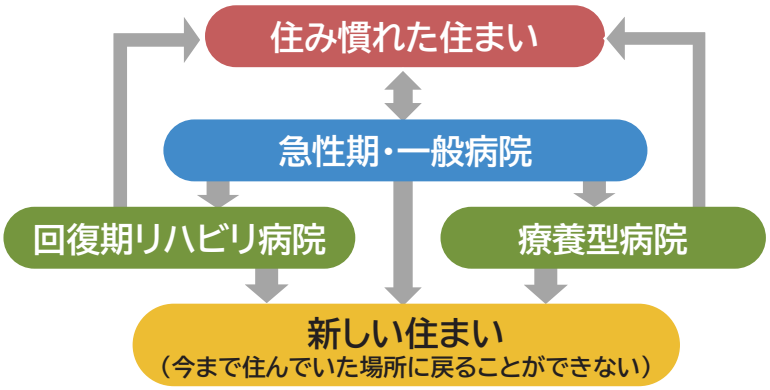
また、介護者が自らの精神的健康を維持するために、精神的ストレスへの対処方法についての情報提供のほか、認知症の支援は長期間に及ぶ傾向があることからも、社会的支援に関する地域の医療・介護サービス等の情報提供や引き継ぎも重要となります。

⑥社会資源と地域連携

入退院支援と地域連携
（入退院により生じる問題）

【対応力Ⅱ-55】

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



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

認知症の人の入院医療における問題

【対応力Ⅱ-56】

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

介護負担が大きくなる
医療依存度が高くなる
→ 元いた生活場所に戻れない

〔対応力Ⅱ-55〕

急性期・一般病院から退院し、自宅に戻る、転院するということは、日常の作業のように思われますが、認知症の人のように心身ともに脆弱な人にとっては、「負担を強いる」作業になります。

具体的には、

・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

が、あります。

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

〔対応力Ⅱ-56〕

認知症の人の入院医療における主な問題として

・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

があります。

これらの問題から、介護負担が大きくなったり、医療依存度が高くなり、元いた生活場所に戻れなくなってしまうケースが多くあります。

地域連携（院外の多職種連携）の意義

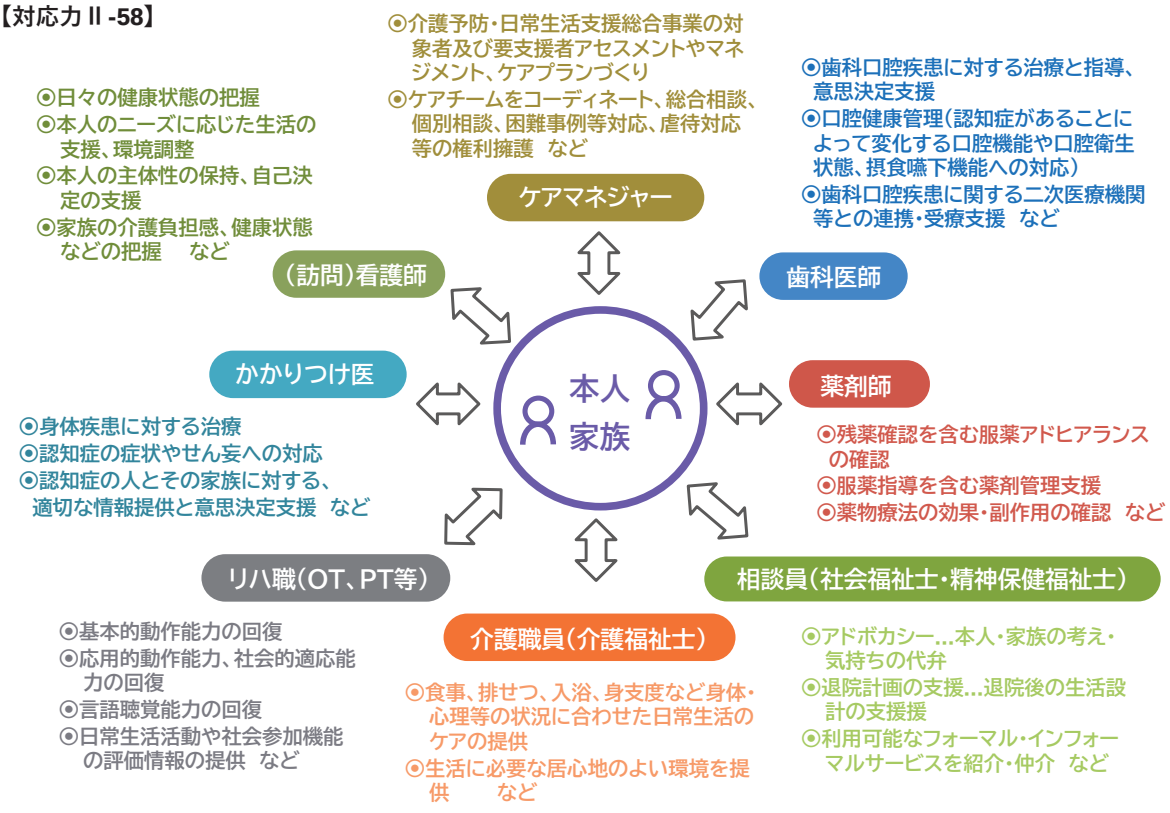
【対応力Ⅱ-57】

- 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の役割

【対応力Ⅱ-58】



〔対応力Ⅱ-57〕

地域連携（院外の多職種連携）の意義は、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などを共有し、退院後の生活や支援体制を見直すことで、病院から在宅（地域）へと認知症の人の生活をつなぐことです。

〔対応力Ⅱ-58〕

地域において多職種間で連携を行うためには、地域における全体像を把握し、本人・家族を中心とする他の職種や事業所のそれぞれの業務内容や役割を知ることも重要です。

支援対象となる認知症の人の課題を把握した上で、連携による効果が最大化するように連携の意義を明確にして、関係各所に連絡しあい対象者情報を共有し、互いが実施可能な医療・介護の内容を共有することになります。

スライドでは、本人・家族に関わる多職種の主な役割が記載されている。連携相手の大まかな業務内容・連携における役割を互いに理解し、日頃から意見交換ができるようにしておくことも大切です。

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

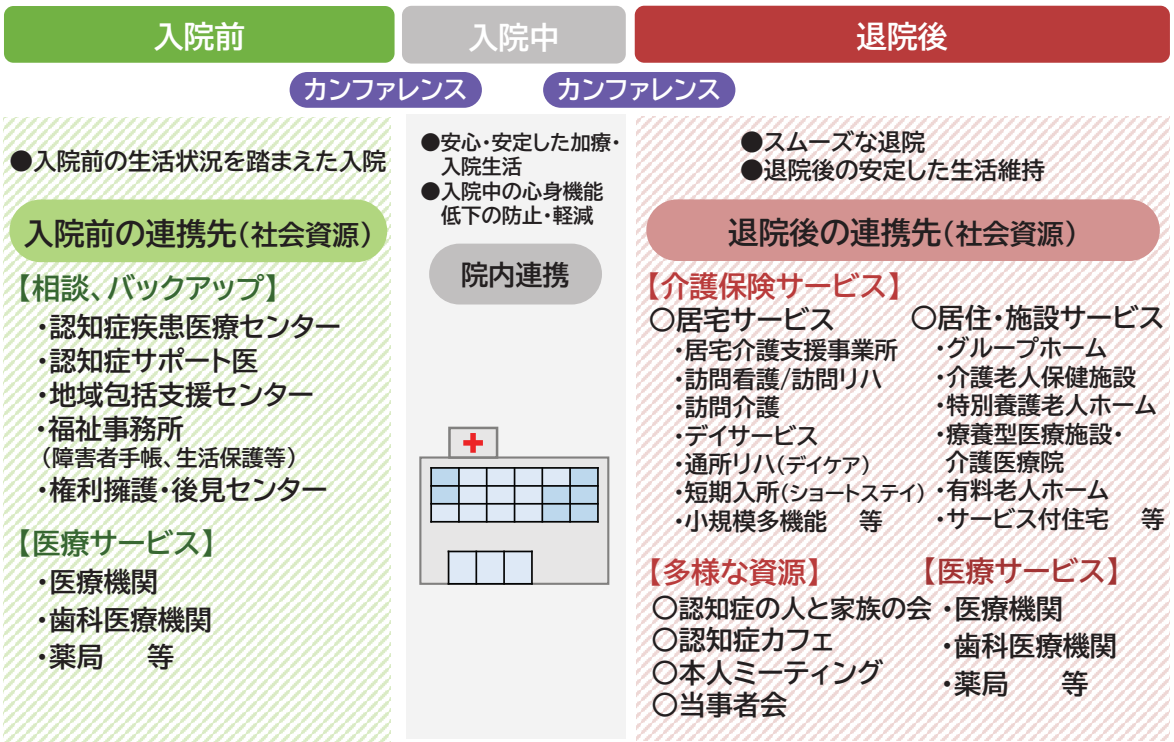
【対応力Ⅱ-59】

- 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】



〔対応力Ⅱ-59〕

院内でのカンファレンスでは、多職種がかかわり、多面的なアセスメントによってゴールを設定します。

生活者としてのゴールを多職種で共通認識し、折り合いをつけながら、本人の意向、価値観を大切にし、本人の視点を重視したアプローチによって、検討を繰り返していくことが求められます。

〔対応力Ⅱ-60〕

入院加療を必要としている人が入院し、入院生活を安定して送るためには、病院が入院前の情報を積極的に得ていくことが大切です。緊急入院の場合も可能な限り早く入院前の医療機関や介護施設等からの情報収集を行います。

また、退院後も心身状態や暮らしを安定させ、維持していくためには、入院時から入院生活における情報を収集し、今後の暮らしの継続に必要な情報を整理し、必要な連携先へ提供していくことが欠かせません。

退院後、認知症の人や家族を支えてくれる機関は多くあり、本人の居場所は在宅だけではなく、介護保険サービスの居住・施設サービスを利用している場合も増えているため、それぞれについて日頃から把握しておくとよいでしょう。

また、介護保険サービスをよく知らないために利用できていない場合もあるので、サービス紹介したり、地域包括支援センターへつなぐなど、入院中からスムーズな退院に向けて準備をしていくことが重要となります。

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）

〔対応力Ⅱ-61〕

退院時のカンファレンスは、在宅生活へスムーズに移行するための最終確認の場面です。入院期間中の様子や情報について、在宅生活を支える家族や多職種に伝えることが主な役割となります。

その中で、再度病状が悪化したときや緊急時の対応、病院で行っているケアの在宅での継続などについて、地域の多職種・事業所と連携・情報共有をしながら、十分確認していくことが重要です。

〔対応力Ⅱ-62〕

認知症は生活障害をきたすため、自宅環境において自力でできること・援助が必要なこと、生活を継続するための社会資源とその活用方法など在宅療養の不安を軽減する情報提供が重要となります。

その中で、生活障害の程度に入院前との変化があるのか、どのような支援があれば自立できるのかをアセスメントすることや入院による環境の変化で、一時的に生活障害が進行したように見えることがあるため、BPSD による影響なのか、認知症そのものの進行なのかを判断することも重要となります。

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のかアセスメントも重要で、原因が、認知機能低下による場合は、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がありますので、どのような生活障害で何がうまくいかなかったのかを検討し支援を調整する必要があります。

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

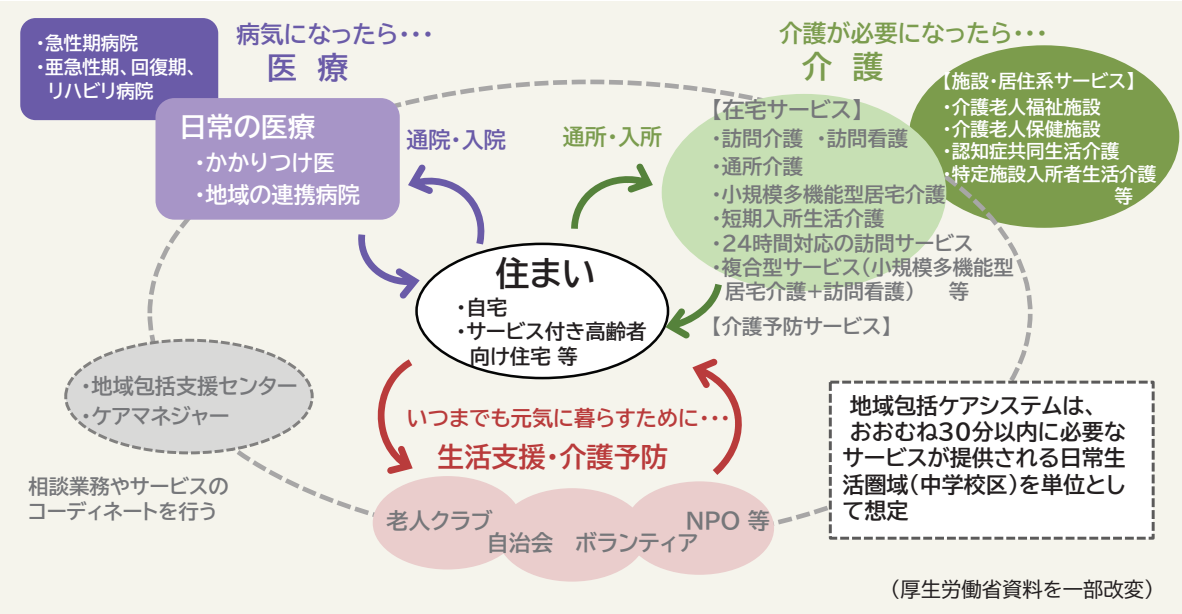
例　急変（状態変化）時の対応

- ▶ 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）

〔対応力Ⅱ-63〕

認知症の人の退院支援では、特に認知機能障害が関係するケア・対応について検討する必要があります。

例えば、薬剤のアドヒアランスに関しては「正しい服用や内服したことを確認できるか」が重要な点で、管理が難しい場合には、薬の種類を減らしたり、内服のタイミングを検討する、訪問看護スタッフに内服を管理してもらう方法もあります。また、実行機能障害が生じると、予測すること、先を見越して修正する行動が取りづらくなりますので、臨機応変の対応が難しくなり「痛いときに指示の鎮痛剤をうまく使えない」ということが起こります。その場合は、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ことを検討します。

また、急変時の対応として、関係者とバックアップ体制を整えておくことや、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ことが大切です。

〔対応力Ⅱ-64〕

地域包括ケアシステムの中で、一般・急性期病院はとても大きな役割を担います。

認知症の人が、身体合併症等が見られた場合にも、医療機関、介護施設等での対応が固定化されないよう、退院、退所後も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提供される必要があります。そのため、自治体や医療機関（保険薬局を含む多様な医療資源）、介護サービス事業所、インフォーマルサービスなど様々な関係機関が連携して認知症の人を支える地域作りが重要となるのです。

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）

〔対応力Ⅱ-65〕

認知症の人を支える地域（の仕組み）から一般病院が期待される役割は、「必要な身体治療を行う中であっても、身体機能の低下や認知症の進行を予防すること」、また、「積極的な退院支援の関わりとそれを円滑に進める地域の医療・介護との連携・引き継ぎ」です。

認知症の人の入院医療にあたって、入院期間中のケアとともに、早期から退院後の生活を視野に入れた支援を地域との連携を含めて対応していくことが病院・看護職員に求められています。

【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）

【進行ガイド】　60 分で事例検討のグループワークと発表を行います。

◎グループワークでは、参加者の自己紹介を行うこと、司会・書記・発表者を決定することを説明します。

（「実践対応力Ⅰ」の演習での分担と同じ、もしくは　交代しても構いません）

◎事例は1事例を行います。チームの対応、多職種連携の対応などを検討する他のテーマ・題材を用いて行うことも可能です。

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120-72㎜Hg、脈拍78回/分、sp0298%

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

〔対応力Ⅱ-66〕

【進行ガイド】　事例紹介を行います。

〔対応力Ⅱ-67〕

【進行ガイド】（続き）事例紹介を行います。

Question

【対応力Ⅱ-68】

◎ どのようにアセスメントしますか？

＊身体拘束をしている理由、その背景にある原因・誘因を考える

＊緊急やむを得ない場合の3つの要件の適応　　など

◎ どのように関わっていけばよいでしょうか？

＊身体拘束を解除するために必要なアプローチ　など

解説

【対応力Ⅱ-69】

＜課題抽出＞

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

＜議論＞

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

〔対応力Ⅱ-68〕

【進行ガイド】　2つの質問に対して考えます。

◎身体拘束の理由、背景にある原因・誘因、また、やむを得ない場合の3つの要件の適応などについて、セスメントできるようにファシリテートします。

◎解除に向けた具体的な取り組み（代替案の検討、最小化の検討など）、どのように関わっていけばよいか、必要なアプローチについて検討が進むようファシリテートします。

〔対応力Ⅱ-69〕

【進行ガイド】　課題抽出（重点ポイント）、議論の視点（項目）について解説をします。

◎　議論の視点は、事例において着目したい状況・情報、重点ポイントに関してあてはめた検討を促すように説明します。

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

〔対応力Ⅱ-70〕

【進行ガイド】　発表等を踏まえた論点の整理とまとめの解説をします。
◎演習（事例検討）を通じて学んでほしい、チーム・連携による対応の観点から整理、説明します。
◎身体拘束に関する原則等、講義の補強・振り返りになるようなまとめをします。

看護職員

認知症対応力向上研修テキスト　第2分冊

〈令和4年度改訂版〉

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

令和5年3月
禁無断転載
（発行）合同会社 HAM 人・社会研究所

看護職員
認知症対応力向上研修
研修テキスト

第3分冊
体制構築・人材育成 編

令和5年3月

令和4年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

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

目次

1　認知症に関する知識 編	▶▶ 第 1 分冊
① 意義と役割	**1**
② 認知症の病態論	**21**
ⓐ 認知症の原因疾患の特徴・病態	(21)
ⓑ 認知機能障害とBPSD	(43)
ⓒ 認知症と鑑別すべき他の疾患	(59)
ⓓ せん妄の特徴や症状	(77)
ⓔ 認知症の薬物療法と非薬物的対応	(85)
ⓕ 若年性認知症の特徴	(97)
ⓖ 認知症の重度化予防	(101)
③ 施策・社会資源等	**103**
2　認知症看護の実践対応力 編	▶▶ 第 2 分冊
2-1　認知症の人の理解	
① 認知症の人の行動等の理解	**1**
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）	**13**
③ 認知症の人とのコミュニケーションの基本	**35**
2-2　認知症の人の理解	
① アセスメントのポイント	**45**
② 認知機能障害への対応	**53**
③ BPSDの要因・症状と対応	**65**
④ 身体管理・症状経過を踏まえた対応	**85**
⑤ せん妄への対応	**111**
⑥ 退院支援	**123**
2-3　認知症の人の理解	
① 病棟等におけるチームケアの意義	**145**
② 多職種連携	**147**
③ 倫理的課題と意思決定支援・権利擁護	**159**
④ 身体拘束の原則等	**181**
⑤ 家族（介護者）の支援	**197**
⑥ 社会資源と地域連携	**203**
3　体制構築・人材育成 編	▶▶ 第 3 分冊
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	**1**
② 体制構築に向けた取り組み	**13**
3-2　スタッフ育成・教育	
① スタッフ育成の目標設定	**45**
② 研修の企画立案・研修実施のポイント	**53**
③ 研修の効果測定と受講後のフォローアップ	**75**

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　：

❶ 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

❷ 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

体制構築・人材育成 編

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

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

〔体制 -1〕

病院・病棟全体で何かに取り組むためには、自施設の理念・目標が影響します。

病院には必ず理念や目標がありますが、直接認知症に関する理念・目標ではなくても、患者さんの尊厳を守るための理念であれば、認知症医療・看護の指針とすることができるでしょう。

認知症医療・看護の指針は、体制を強化し、認知症医療やケアの軸となり、スタッフのブレないケアにつながるものとなります。

そして、看護管理者は、指針をもとに認知症ケアを具現化・実現するためにリーダーシップを発揮していく必要があります。

〔体制 -2〕

一般病院の現状は、入院期間短縮化の方向の中、身体疾患の治療を優先的に進めていかなければならず、患者の情報を収集する間もなく、目の前を患者が通り過ぎていくような感覚に陥ってしまう現状があります。

認知症の人が入院してくると、認知症の人には時間が必要だ、時間がかかる、転倒しやすい、治療が理解できずに協力が得られにくい、安全が保てないなどと一括りにされ、場合によっては身体拘束を選択してしまうこともあります。

そのような中で、ケアをするスタッフは、“本当はしたくないのに”と思いながら、身体拘束を選択することや、認知症の人の身体疾患の治療は進むが ADL や QOL が低下してしまうことに罪悪感を持ち、認知症ケアの成果を感じられなくなってしまいます。

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 -3〕

病院全体で認知症医療とケアを推進するには、組織やトップの考え方がスタッフに大きな影響を与えます。例えば、認知症医療・ケアには、対応が大変で、時間がかかるという認識があったり、高齢者医療は入院が長期になりがちで診療報酬につながらないなどの認識があると、認知症の人の受け入れに対して消極的になることも考えられます。

それらは、認知症の人は分からないという決めつけや認知症の人の意思が大切にされていないことにつながるのではないでしょうか。

〔体制 -4〕

倫理的感受性とは、日常の臨床の現場で生じている倫理的な問題を認識し、分析・対応していく能力です。

認知症の人は分からない人と決めつけられ、その苦痛が理解されず、尊厳が軽視されてしまうことが多く、また、認知症ケアは個別性が高く、正解が明確でないために、ケアの困難さを感じてしまいます。

しかし、個別性が高いケアであるからこそ、医療・看護の力が必要とされるのであり、それを大変と考えるのか、やりがいがあると考えるのかで、結果は大きく違ってきます。一人ひとりの専門職が認知症ケアはやりがいあるものだと考えるだけでなく、組織全体、看護管理者としての姿勢によってスタッフのケアは変わります。

特に、倫理的感受性は組織の考え方の影響を受けやすく、看護管理者が考え方・姿勢を示すことによって、倫理的感受性の高い組織を目指すことが重要です。

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）

〔体制 -5〕

認知症ケアの体制構築には、チームケアが欠かせません。

認知症の人は身体の不調だけでなく、人・物・環境の影響を受けやすいため、チームでケアの方向性を同じにすることがとても重要で、ちょっとしたケア（の方向性）の違いが、認知症の人を混乱させる要因にもなります。

認知症ケアにおいて、身近な看護チームだけにとどまらず、院内の多職種、地域のフォーマル・インフォーマルサービスに関わるスタッフ等も含めて、連携を図ることはとても重要なのです。

〔体制 -6〕

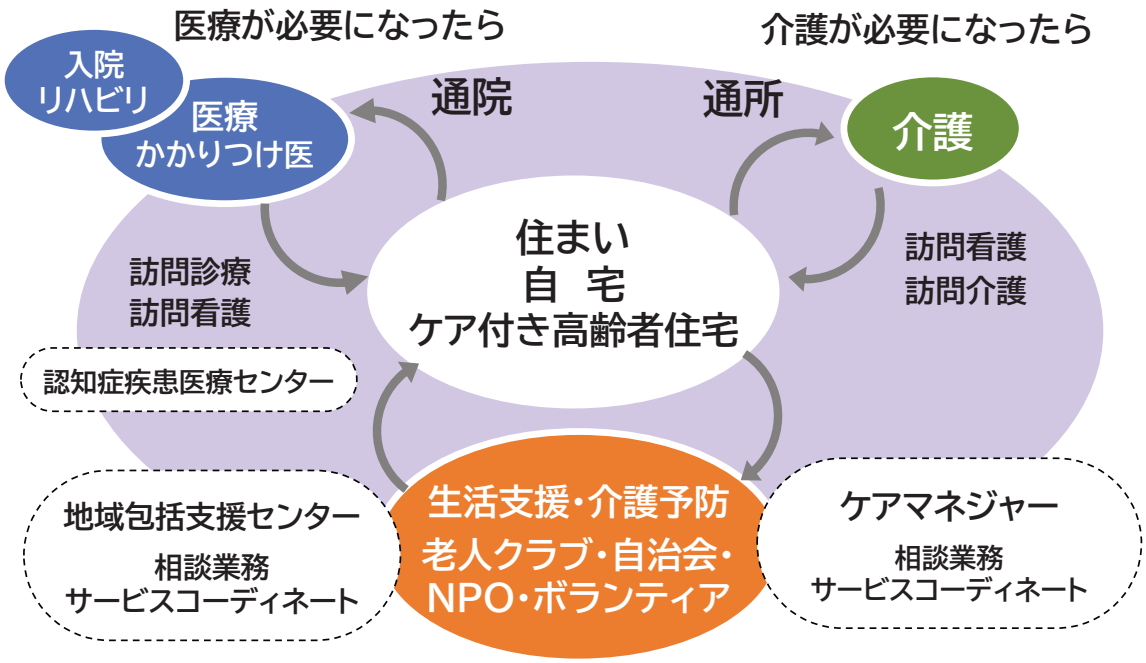
現在、チーム医療が推進され、疾患別の専門チーム、医療安全等の分野ごとの専門チームなど、様々なチームが各施設では活動していると思います。

認知症は、認知症の症状だけではなく、身体面・精神面・社会面など多角的に、全体をみていかなければなりません。そのため各チームと柔軟に協働できる（顔が見え、気兼ねなく横断することができる）体制を作ることが重要です。

地域内における連携❶

【体制 -7】

地域包括ケアシステムの推進



地域内における連携❷

【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

〔体制 -7〕

地域連携においては、地域包括ケアシステムという連携体制の構築・充実が推進されています。

入退院を通して切れ目のないサービスを提供するため、また、認知症の人の QOL を保障し、円滑に次の生活の場へとつなげるためには、様々な職種や機関とのチームとしての連携・ケアが重要になります。

（自施設の周辺の医療・介護等の社会資源について、具体的に確認してください）

〔体制 -8〕

認知症の人の入退院支援にあたって、切れ目のないケアの提供はとても重要です。そのためには、地域の様々な資源を活用し合って、相談できる体制を作ることが大切です。

認知症の人が暮らす生活の場（在宅・施設）とケア・情報を共有すること、認知症の人が暮らす地域のことをよく知ること（地域包括支援センターとの協働）、また、認知症の診断や身体管理に関することやスタッフの知識の向上については、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（仕組み・方法など）を構築しておくことも必要です。

看護管理者（部署のリーダー）の影響❶

【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❷

【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

〔体制 -9〕

認知症ケアの推進には、看護管理者の考え方や姿勢がとても大きく影響します。そして、看護管理者だけでなく、その部署におけるリーダー的な役割を持つ人の認知症ケアへの関心や関わり方は同じくスタッフに大きな影響を与えます。

繰り返しになりますが、認知症ケアが“大変なもの”になるのか、“看護の力が発揮されるもの”になるのかは、その部署のリーダーによって違ってくるといえます。

〔体制 -10〕

リーダーとしては、既存のケアにとらわれず、変化を厭わないこともポイントです。

適切なチームの体制になっているか、チームの強み（弱み）は活かせているか、などチームを俯瞰して見ること、また、人材を臨機応変に異動できるようにし、勤務体制の変更などがスムーズにできるシステムの構築も重要です。そして、大事なことはそれらをスタッフが納得するように説明する力も必要となります。

その他にも、スタッフに対して、認知症に関する知識を得られる機会（研修・地域との交流）が意識的に提供されているか、困ったときに相談ができる体制を整えているかも重要です。

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

〔体制 -11〕

チームメンバーもリーダーに任せるのではなく、メンバーシップを発揮することが重要です。

そのためにも、各スタッフが自由に意見・アイデアを言える環境づくりが大切です。また、職種問わず、お互いのケアを共有し、認め合う機会が必要となります。なお、その際は、認知症の人本人の視点を中心にすることが重要です。

メンバー間でできた（協力し合ってうまくいった）ケアを共有し、認め合うことが次のケアへの動機付けにもなります。

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

〔体制 -12〕

認知症医療・看護が必要な患者は、時には、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につながってしまうことがあります（ありませんか？）。

そのことが、自施設の理念に即したことなのか、看護管理者は、もう一度理念を思い起こし、理念に沿ったケアを牽引していく必要があります。

〔体制 -13〕

認知症ケアを行う基盤をつくるため、まずは、認知症ケアの現状を把握します。その際、問題がある点だけではなく、うまくできているところにも目を向けていきます。具体的には、自施設の認知症の人の受診や入院状況、治療とケアの実態や課題、ケアの質を把握していきます。

また、そのために、入退院を把握する部署からのデータの入手方法や、どのような情報を収集するか（入院期間、入院前後の ADL の状況や入院期間、退院支援部門との連携など）等について、都度の対応ではなく、仕組みとして検討することも重要です。

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

〔体制 -14〕

続いて、現状分析を行い改善の目標を設定します。

スタッフ（ケア提供者）ではなく、認知症の人にとっての問題は何か、の視点により、スタッフ間でケアの理想を言語化し、具体的な行動レベルで目標を設定します。

そして、取り組みの強化を図ります。取り組みの強化は、できていることに目を向けることが重要です。例えば、BPSD が発症しても、問題視するだけではなく、認知症の人が意思を伝えられると認識し、そこから真の問題につなげることができると思考を変換していくようにします。うまくいっていないことは、その原因について考え、目の前の事象にとらわれないようにすることが鍵となります。

また、看護管理者は、取り組みの効果をできるだけ数値化して示すとともに、スタッフが気付いていない小さな変化を言語化して示すことも重要です。

〔体制 -15〕

人材の活用には、既存の発想にとらわれずに、柔軟に勤務時間の変更や人員の流動性をできるように検討します。

専門的な知識を持つ職員の横断的な活用や相談できる仕組みをつくることや、研修を受けたスタッフの中には、認知症ケアに興味があり、資質を活かすことができる人材がいる場合があるので、新たな人材育成の視点を持ちながら、人材を活用していくことが重要です。

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

〔体制 -16〕

入院時は、身体的な苦痛やそのほかの影響により、せん妄を併発している場合が多く、本来の認知機能障害より症状を重く見られてしまうことがあります。

そのため、症状発症前の状況を早期に情報収集し、老化や身体疾患が認知機能にどのように影響しているのかを判断します。判断をする基準としては、入院前の状況と入院後の生活の状況を比較し判断していきます。認知機能の判断を誤るとケアが変わり、可逆的な面も不可逆的なものとなってしまい、遷延化してしまう可能性があるため注意が必要です。

〔体制 -17〕

認知症の人への対応は精神症状に目が向きがちです。チーム構成によっては、偏ったアセスメントになることもあるため、チームの力に合わせた対応と体制を検討する必要があります。

身体症状から、今後予測されることや精神面の変化を予測した対応について検討します。特に薬剤使用の際は、安全面への対応についても検討します。

夜間帯の症状の変化については、日中のケアの影響を受ける時があります。例えば、夜間の睡眠確保ために、日中無理に起こしておくことは、せん妄を助長し、必ずしも夜間の良質な睡眠に結びつくとはいえません。認知症の人の生活リズムと心地よさを考えたケアを日中から行う必要があります。また、家族へも症状の変化について十分に説明をしていきます。特に、せん妄については、その要因や経過について説明をし、「認知症が進行してしまった」、「もう元には戻らないかもしれない」等の心配をさせないように配慮します。

何よりも、ケアをするスタッフが、ケアについて共有し、納得して実践できるようにすることが重要です。

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

〔体制 -18〕

認知症ケアはやりがいのあるケアですが、待つことや患者のペースに合わせることが得意ではないスタッフにとっては、困難なケアともいえます。スタッフの困難となっていることを受け止め、理解を示し、ストレス解消の場をつくることが必要です。

また、安全のためにと、身体拘束をやむを得ず選択し、ジレンマを抱えているスタッフもいます。そのことは、スタッフに罪悪感を抱かせ、正当な評価ができなくなる可能性があります。さらに、安全のために行ったことが、認知症の人の ADL の低下、BPSD の悪化となり、悪循環となることもあります。そのため、適切な評価に基づいた身体拘束の判断と中止の決定、そして、身体拘束に頼らないケアをめざす取組が重要となります。

〔体制 -19〕

看護師長・主任は、スタッフが学習してきたことを活かせるように支援していきます。

患者の状態把握、行動の裏付け、ケアの選択、評価について、実践で活用できるようにします。目の前の患者に置き換えて、知識と現象が結びつくように、カンファレンスやケアの際にアドバイスをしていきます（認知症ケアを語る仕組みづくり）。

必要な治療が確実に遂行できるよう計画的に支援

【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】

- 他職種の活用 ： 相談・調整とコミュニケーション
- 多職種連携体制・チームの整備

  医師、看護師、臨床心理士、MSW（PSW）、薬剤師　等

  ↓

  ◎ 治療から退院まで円滑に進むように支援する
  - ▸ 認知症・せん妄の専門的な知識＋合併症を含む身体症状などを統合したアセスメントの実施
  - ▸ 家族支援
  - ▸ スタッフへのケアの提案、助言
  - ▸ 退院支援および調整への助言

職員の認知症に対する理解を深める取り組み

〔体制 -20〕

入院早期から、退院を視野に入れ、入院前の状態をもとに退院後の生活をイメージします。治療・安全を優先していると、廃用症候群などの2次障害などを生じる可能性があります。

ケアがうまくいかない時や、思った結果が出ないときには、アセスメントの修正が必要となっている可能性が高いため、出来ないことやうまくいかないことを客観的に分析できるように、判断についてアドバイスを伝えながら、教育する機会としていきます。

〔体制 -21〕

自部署の専門職間で、どのような相談・調整体制があるかを把握し、コミュニケーションを図ります。チームとして各専門職が、入院期間を通じて関われるように体制を整備し、治療から退院支援まで円滑に進むように支援することが重要です。その体制を整備することがスタッフの認知症に対する理解を深める取り組みとなります。

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

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

〔体制 -22〕

取組の評価について、実施日や内容は事前に決めておきます。

評価の視点としては、①患者・家族、②ケア提供者、③病院（組織）全体として、を複合的に評価します。良い面も悪い面も率直に取り上げ、継続する点と修正する点について話し合うことが重要です。

〔体制 -23〕

一般医療機関で必要となる体制整備の指針を整理します。

◎認知症の人の治療や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

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

【体制 -25】

講師等の病院での取り組みを紹介

〔体制 -24〕

（続き）

◎身体疾患の治療を行なう際の種々のリスクについて考慮する際に、認知症を見落とすことのないよう、体制の組織に当たっては、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〕

（講師から体制構築にかかる課題を挙げ、自施設等の具体的な取組について紹介してもよい）

【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

❶ 自施設(部署)を分析し、認知症医療・看護に関わる指針について確認する

❷ 認知症に関することで、自分自身の関わりによって、変化することが期待できる課題について考えることができる

❸ 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】認知症ケアの体制整備

【進行ガイド】　目標・進め方の提示

◎目標の共有、演習の進め方等を説明します（5分程度）

・演習担当者・ファシリテーターの紹介、資料の・確認

・使用する資料・ワークシートを確認。演習内容を説明（簡単に）

・趣旨説明、ワークのポイントの説明（簡単に）

・各グループで司会・発表者を決定（発表者が書記をする）

※必要に応じて、「演習の目標」（体制-26）と「演習の進め方」（体制-27）を活用

〔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

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

〔**体制 -27**〕

演習の進め方（流れと時間配分の目安）

〔**体制 -28**〕

【進行ガイド】　受講決定時に**ワークシート A** を配布

◎研修前の個人ワーク　:事前課題として 30 分程度で**ワークシート A** を作成（所属する組織について6項目を記入（演習で使用予定））

課題の分析

【体制 -29】

自施設(部署)を見直してみましょう

病院・病棟(部署)の課題❶

【体制 -30】

20分

ワークシートB(Ⅰ):病院・病棟(部署)における課題

事前課題をもとに下記についてわかる範囲で記載してください

1. 自施設の戦略・ビジョン、価値観に関すること

①病院としての理念・ビジョン(目標)は?

②地域での役割(存在意義)または自施設の魅力は?

2. 自施設の組織構造・経営スタイルに関すること

①認知症医療に関する部署間の協働体制、チーム医療はあるか?

▶ どのような協働体制か、チームか

②認知症医療・看護に関する考え方や風土はどうか?

▶ 認知症の人の入院・治療やケアの際の対応など

〔体制 -29〕

（解説なし）

〔体制 -30〕

【進行ガイド】　**ワークシートＢ**を配布

◎個人ワーク　:事前課題（ワークシートA）をもとに、**ワークシートＢのⅠ**-1～4を記入
（20 分程度）

病院・病棟（部署）の課題❷

【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❶

【体制 -32】

20分

【解決策の検討】 ワークシートB（Ⅱ）を作成する

Ⅰ-1～4を参考に Ⅱ-1～4を記入してください

1. 強みと弱みから、自施設の課題を考えてください。
2. 課題の中で、自身が関わることで変化すると考えるものを選び、具体的な課題の内容を記載してください。
3. 課題がどのようになったらよいと考えるか記載してください。
4. 課題を解決するための目標を 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。

〔**体制 -31**〕

【進行ガイド】

◎個人ワーク（続き）：事前課題（ワークシート A）をもとに、**ワークシート B の Ⅰ**-1～4
を記入（20 分程度）

〔**体制 -32**〕

【進行ガイド】

◎個人ワーク：**ワークシート B の Ⅰ**-1～4 を参考に、**Ⅱ**-1～4 を検討し記入（20 分程度）

解決策の検討❷

【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❸

【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

〔**体制 -33**〕

【進行ガイド】　ワークシートＣを配布

◎グループワーク　:グループで課題と目標について意見交換、グループ用ワークシートＣを作成（30 分程度）

・1グループ:4～5人で構成するようにします
・各グループでは、司会・書記（発表者）を決めておきます
・ファシリテーターは2グループに1名ぐらい配置します
・ファシリテーターは、質問には答えますが、進行を見守るようにします
・ファシリテーターは質問内容を演習担当者に報告し、演習担当者は必要に応じて全体へ伝えるようにします

〔**体制 -34**〕

【進行ガイド】

◎発表　:できるだけ多くのグループから発表てもらいます（30 分程度）

・発表は手上げでも、演習担当者が指名してもよいです
・事前にファシリテーターから、発表するといいと思うグループの情報を得ておくと、発表がスムーズに進みます
・意見が出ないときには、演習担当者やファシリテーターがグループを指名して発表してもらうことも一案です

まとめ

【体制 -35】

10分

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

明日から、ぜひアクションを起こしてください

〔体制 -35〕

【進行ガイド】

◎まとめ　:明日から受講者がアクションを起こせる内容について意識できるように伝えます。

（10 分程度）

事前課題　ワークシート A　　施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

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

ワークシート B(Ⅰ)

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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？	① ②
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？ ▸ 認知症患者の入院・治療やケアの際の対応など	① ②
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	① ②
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？	① ②

ワークシート B（Ⅱ）　　施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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

グループ用ワークシート C

グループ名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

グループメンバー＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 課題	
2. 短期目標 **3. 短期目標**	

3-2）スタッフ育成・教育

①スタッフ育成の目標設定

②研修の企画立案・研修実施のポイント

③研修の効果測定と受講後のフォローアップ

認知症に関する基本的な教育研修

【育成 -1】

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

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

3-2）スタッフ育成・教育

①スタッフ育成の目標設定

〔育成 -1〕

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により「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」が作成されました。

この手引きには、一般医療機関で必要となる認知症に関する基本的な教育研修項目が示されています。

・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

教育研修を組み立てる際の参考としていただきたいと思います。

看護管理者（トップマネジャー）への期待❶

【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❷

【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

} 病棟を超えた人材活用の仕組み作り

◎ 専門的な知識を持つ人材（他職種）の部署を超えた活用

倫理調整の仕組み作り

◎ 認知症の人の意思決定
◎ 虐待を疑うケース
◎ 身体拘束の可否

} 病院全体で多職種から構成される倫理調整の仕組み作りが必要

〔育成 -2〕

病院看護管理者に期待することを示します。

・認知症ケアの価値の提示

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

・認知症ケアの基盤作り

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

認知症ケアを行う上で指標や評価となる「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」などの情報は、常時必要となる情報であることが多いです。そのため、これらの情報を得るための仕組みをつくることをお勧めします。

〔育成 -3〕

・柔軟な人材活用

ここで重要なのは、病棟を超えた人材活用の仕組み作りです。

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

・倫理調整の仕組み作り

認知症ケアは、倫理的な問題を生じやすいものです。

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

認知症ケアを系統立てて学ぶ方策を検討

【育成 -4】

〈研修企画の留意点〉

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

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

引用・参考文献　湯浅美千代編：看護師認知症対応力向上研修テキスト、p108～110　東京都

スタッフのレディネスやモチベーションの分析

【育成 -5】

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

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

〔育成 -4〕

研修を企画する際は、各部署の問題や課題を患者の視点で明らかにし、部署の責任者と現状分析した内容を共有することが重要です。

組織で課題を取り組む場合、責任者の了解を得て実施する必要があります。その際に、責任者と話し合うことは、問題の明確化や視野が広がり、具体的な進行方法を導けることがあります。

〔育成 -5〕

研修を企画する際に、スタッフのレディネスやモチベーションを把握しておくことは重要です。

具体的に、認知症のことをどのくらい知っているのか、学習への意欲はどのくらいあるのかなどの情報をとります。

スタッフの日頃の認知症の人への接し方や話し方などを、意識してみるようにします。アンケートや聞き取りなど、答えやすい方法で状況を把握するとよいと思います。

課題、目標の設定

【育成 -6】

1回の単発の研修では、効果が今ひとつ
➡ 2～3年計画での取り組みを計画する

〈目標の設定〉

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

方法の選択

【育成 -7】

教育研修

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

OJT（職場内訓練）

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

引用・参考文献　湯浅美千代編：看護師認知症対応力向上研修テキスト、東京都

〔育成 -6〕

課題を達成するためには、現状分析した状況に合わせ、研修のスケジュールや内容を検討し、研修計画を立てて取り組んでいきます。認知症ケアの基盤づくりは、1回の研修でできるものではないため、長期的な視点で実践可能な研修計画を立案し、継続して行っていきます。

目標の設定は、理想的な姿を大目標として期間は2～3年、ある期間での達成目標を中目標として6ヵ月～1年、短期目標、努力目標、行動目標を小項目として1～3ヵ月または3～6ヵ月で設定します。

それぞれの目標ごとに、具体的な計画として、何を行い、どこまで進んだかを評価し、修正しながら進めていきます。

〔育成 -7〕

課題を達成するための方法には、講義やデモンストレーション、実技トレーニングやロールプレイ、事例検討などの教育研修があります。これらの方法を組み合わせて、効果的な研修を企画し実施します。

臨床の場で行う OJT（On-the-job Training:職場内訓練）も重要であり、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です。加えて、組織・職場ケアを工夫し合いそれを伝え合う風土づくりも重要です。

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・研修実施のポイント

③研修の効果測定と受講後のフォローアップ

〔育成 -8〕

卒後教育の一環として、対象者のレディネスに合わせ基礎コース、応用コースの研修を組み込みます。具体的には、入職時の新人オリエンテーションの予定の中に、1時間でも認知症の基礎を入れておくことは、基礎教育で学んだことを実際の場での看護ケアと結びつけて考える機会になり効果的です。そして、半年後あたりに追加研修を行うことで、実際に対応していたことを裏付けて考えられるようになるのではないかと考えます。

その後も継続して、認知症ケアに特化した研修等を企画し実施できると知識だけではなく、実践されるケアの習得につながる組織の風土づくりにもなります。今まで認知症に関する研修を行っていなかった組織では、1～2年かけて看護職員全員が受けられる基礎コースを実施することをお勧めします。

②研修の企画立案・研修実施のポイント

研修の企画立案❶

【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

研修の企画立案❷

【育成 -10】

《研修企画モデルの例2》

コルブの経験学習理論

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

〔育成 -9〕

ADDIE モデルの手順は、プロセスごとに評価・改善を行いながら進めていきます。

分析は、学習の必要性や条件を明らかにする過程です。学習の必要性・目標・学習者・環境について分析します。

設計は、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過程です。学習のゴール（到達目標）とスタート（どのような状態で学習を開始するのか）を決めて、その間に何をするのか計画書を立案します。

開発は、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過程です。

実施は、計画を実施します。

評価は、学習のゴールを達成することができたか否かを確認し、よりよい研修方法に向けて改善をする過程です。

〔育成 -10〕

コルブの経験学習理論は、経験から人はどうやって学ぶのかを①具体的経験→②内省的観察→③抽象的概念化→④新たな状況への活用→①具体的経験…という4つのプロセスをサイクル化し繰り返し、学びを獲得していくというものです。

具体的経験では、実際に行っている認知症ケアから学ぶため、その場面から何を学べるのかも考えて経験する場面を選択することが重要です。

内省的観察は、具体的経験の内容を多面的に振り返ることが重要であるため、実際の看護場面で想起する機会を作り、学習者が自身の現状を確認できるようにします。

抽象的概念化は、実際に行っている複数の看護場面を活用しその共通点を探し、概念化して講義で伝えます。

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

〔育成 -11〕

指導案とは研修を行う時の指導計画であり、研修全体がみえるものを作成します。指導案は指導者の知識と看護実践の中から得た学びを踏まえ表現します。

また、指導案はあくまでも仮説であり、学習者との関わりのなかで、学習者に合わせて修正し改善しながら作り上げていく必要があります。指導するテーマの指導計画、日案、週案、月案、年次計画など様々なレベルで使えるように考慮して作成しましょう。

〔育成 -12〕

指導案を作成する時は、研修に参加する人が何を学びたいと思っているのかを考えて、作成していきます。研修に参加する人が、事前に認知症について知りたいと思える準備をしているかどうかなどの学習者観を把握しておきます。学習者の実態や傾向を学習内容に合わせ関連付けて把握することで、学習者の特徴に応じた指導方法を工夫することにつながります。

次に、指導する内容の意味や意義、学問や社会的な視点から分析し教材観を明確にします。この研修において、何を扱うのか、社会的な意義や学習者のレディネスを踏まえてなぜこれを教える必要があるのか、学問的な意義、これまで学習してきた内容との連携や、今後の学習のどこにどのように繋がっているのかを研修の企画者がどうとらえているのかも把握します。

そして、指導観は研修を通して、どのように指導していくか、認知症ケアに関する教育全体を通した構想や指導方針を踏まえて、研修内容を決めていきます。そのうえで、研修の目標（何をどこまで）を設定します。次いで指導内容の抽出、教える順序を考え、指導計画を立案し、評価計画を明確にします。

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が持てるな
- ▶ 認知症の人の意思決定を支えられたらやりがいにつながりそう
- ▶ 認知症ケアって理解したら私でもできそうだな
- ▶ この前の研修で学んだことを実践したら、うまくいった

◎ 研修前に認知症ケアを想起してもらう

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

〔育成 -13〕

学習者観は、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付けて把握します。

具体的には、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します。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、認知症ケアに関する指導テーマの内容を学ぶことは、どのような意味づけがあるのかを明確にします。

〔育成 -14〕

実際の看護場面で抱えている問題を解決するためにはどうしたらよいか？というような動機づけは、学習行動の基盤になります。

学習者の動機付けの例として、 認知症ケアに苦手意識があるけど、克服することができるかな、認知症の人の「その人らしさ」を追求するのは興味が持てるな、この前の研修で学んだことを実践したら、うまくいったなどが挙げられます。

研修前に、学習者が動機付けを想起できるような問いかけや、紙面などに記載してもらうと、効果的な学びに繋がります。

教材に関する方略（教材観❶）

【育成 -15】

step1　教材の収集

◎ 既存のテキストや参考書、自身の看護経験など具体的な場面を収集する

step2　教材の整理・分析

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

教材に関する方略（教材観❷）

【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

〔育成 -15〕

教材観は、指導するテーマの意義やねらい、教材に対する考え方について、教科書・参考文献等を拠り所として、指導のねらい・指導の内容・取り上げた教材の意義・指導内容の系統性等を明確にします。

ステップ1：教材の収集では、例えば、認知症ケア加算の算定基準となっている他の認知症研修等の既存のテキストや参考書、自身の看護経験を振り返り事実や現象など具体的な場面を収集します。

ステップ2：教材の整理・分析では、収集した教材を読み比べ、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します。

〔育成 -16〕

ステップ3：教材・題材の解釈では、抽出した認知症ケアに関する具体的な事実や現象は、学習者の知的好奇心を刺激する新しい知見か、看護実践あるいは日常生活に役立つ有用な教材か、学習価値のある教材かなどの視点から解釈し、主要な内容を抽出します。つまり、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、何が必要なのかを考えます。

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

〔育成 -17〕

指導観は、教材観・学習者観を拠り所として、有効な指導方法について、めざす学習者像・育てたい力・指導の工夫点（学習活動、場面設定、学習形態、発問、板書、使用機器等）を明確にします。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となります。

〔育成 -18〕

指導目標とは、認知症ケアに関する研修を通しての指導のねらいを表現したものです。認知症ケアに関する研修において達成されるべき目標を明らかにすることは、指導計画の立案や評価にも役立ちます。

目標設定に関してはいろいろな考え方がありますが、指導観から目標を設定するほうがわかりやすくなります。指導目標は、①どのような内容を、②どのようにして（方法）、③どのくらい（程度）、④どのような諸能力（認知的領域、技能・能力的領域、情緒的能力）を伸ばすか、の4つの視点から押さえます。表現方法としては、「・・・して、・・・を理解できる」のような方法や条件をつける表現をすると、具体的で明確な目標に近づいた表現になります。

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

〔育成 -19〕

認知症ケアに関する研修の指導目標が設定できたら、次に行うことはその目標に到達するための主要な指導内容を抽出し、内容間の関係を明確にして、それらを指導する流れ（順序）を決定します。つまり、研修全体を構想し、何を、どのような順序で教えるのかを考えることです。教材構造図は教材内容間の関係をみるものでありますが、教材内容の関連や構造がはっきりすれば、指導の順序を決める手がかりともなります。

〔育成 -20〕

指導計画とは、指導内容を作成する際に認知症ケアに関する研修全体をどう展開していくのかの計画です。指導計画は、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 → 指導方法に視点から検討します。

指導内容の作成にあたっては、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します。

研修中も、学習者の反応を確認し、計画を微調整しながら実施します。

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	▸ 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

〔育成 -21〕

指導内容と教える順序が決まったら、指導目標を達成するために、どのような時間配分で指導を進めるか、指導全体の流れを選択した形式で記述します。

表は一般病院における認知症の人のせん妄予防と発症時のケアに関する指導計画の実際例の一部です。縦軸には時間系列を、横軸には主題、指導のねらい、指導内容、指導方法・指導上の留意点を表しています。

〔育成 -22〕

研修が認知症ケアの質の向上に結びつくよう、職員のニーズに合ったテーマで、日々の業務に生かせるような具体的内容を選択し、計画的・体系的に実施します。

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❶）

【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

〔育成 -23〕

研修内容は、施設およびそれぞれの部門の目標と達成状況を把握し、施設基準などで求められる認知症ケアに関する知識および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・技術について、職員一人ひとりの認知症ケアの経験や能力、職員からの要望を踏まえて検討します。

〔育成 -24〕

施設内で研修を行う場合、「研修の目的」を明確にし、誰を対象に、どんな研修を、なぜ行うことが必要なのかなどについて十分に検討しながら企画します。そのうえで、認知症ケアに関する知識が必要な職員は、可能な限り参加できるよう準備を進めることが求められます。

企画にあたっては、どのような目的で、研修会を行うのか、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」は研修目的・テーマに即した講師であるか、内部講師か外部講師か、「研修の対象者」はどの職位、職種、職務経験別か合同で実施するのかも考慮して研修を企画します。

研修の企画（施設内研修❷）

【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❶）

【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

〔育成 -25〕

「研修日程」は、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、「研修の時間帯」は、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」は、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、「研修費用や評価」は、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、費用対効果などについて、十分に検討しながら企画します。

〔育成 -26〕

施設外研修への参加は、最新の知識と技術を個人が習得するだけでなく、それを他の職員に伝達し施設内で共有していくことが目的です。また、他の施設とのネットワーク形成も副次的な目的にもなります。

また、研修への参加にあたっては、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し、全国規模の研修会などの場合は、人材育成にも配慮します。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、研修目的・テーマに即した講師であるか、（続く）

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

〔育成 -27〕

研修の受講者は、どの職種の誰が受講することが施設にとって効果的か、研修日程が研修内容とマッチし、かつ、受講者の業務上の支障はない日程か、研修費用は適切か（予算内か）、費用対効果はどうか、といった幅広い観点からの検討も必要となります。

〔育成 -28〕

研修の講師やファシリテーターは、組織内に認知症を専門とした研修を受講した者（ 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）がいる場合は内部講師が行います。

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し、やがて研修参加者の中から、講師やファシリテーターを行う予定者には、継続して研修に参加できるように意図的に調整します。

そして、この認知症対応力向上研修受講者が伝達講習を行っていきます。

数年かけてでも、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ります。この方法は、自施設の中で、認知症ケアに関する仲間を増やすために一番効果的なのでないかと考えます。

3-2）スタッフ育成・教育

①スタッフ育成の目標設定

②研修の企画立案・研修実施のポイント

③研修の効果測定と受講後のフォローアップ

研修の効果測定

【育成 -29】

課題達成の評価の視点

- 行った研修内容が、看護実践の中で活用されることを確認

教育効果の評価方法

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

③研修の効果測定と受講後のフォローアップ

〔育成 -29〕

研修後は、研修の効果を測定することは重要なことです。

研修の効果は、行った研修内容が、看護実践の中で活用されているかを確認します。看護実践の中では質の視点からの測定は難しいと思いますが、看護実践の評価は、プロセス評価となりますので、カンファレンス内で事例検討を行い、認知症の人がどのように変化したか、これまでの講義の中でも話されていた「その人らしさ」を感じられる状況であるかなどで話し合ってもよいかもしれません。

評価方法は、研修参加者へのアンケートによる満足度調査、実際に活用したいことを自由記載とし、記載内容を測定する方法が考えられます。

記載内容の測定は、研修参加者が一人で行うのではなく、可能であれば上司や同僚から意見をもらいます。特に、管理者は研修参加者がどのような研修内容を学んできたのか、そのうえで学習目標を把握し、研修内容が看護実践の中でどのように活用されているのかを評価することが望ましいといえます。

研修結果の評価

【育成 -30】

研修結果を評価し、次年度の計画に反映する

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

質的評価

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

アンケート評価

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

研修受講者（修了者）の役割の設定

【育成 -31】

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

〔育成 -30〕

実施した研修会は、研修会ごとに研修委員会で評価することが大切です。

研修会の評価には、研修会委員や関係者による質的評価や、受講した職員のアンケート結果からみる評価などがあります。例えば、質的な評価は受講した職員の反応や研修後の認知症ケアや意欲、考え方の変化など、数字では表しにくいが重要な情報が得られます。一方、アンケート評価では、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の情報を得ることが出来ます。

こうした研修会ごとの評価を、年度ごとに全体でまとめ、次年度の研修計画に反映し、よりよい人材育成につなげていきます。

〔育成 -31〕

研修修了者には、必ず研修終了後の役割を設定します。

例えば、本人は認知症ケアにあまり興味はなかったけれど、上司に勧められて参加した場合は、「認知症ケアに興味を持つ」でもよいかもしれません。また、自施設内での指導者となり、自施設内で認知症ケアを広めたいと思っている場合は、今回の研修を活用しどのように広めたいという主体的な目標になるかもしれません。研修修了者が自ら役割を設定することが理想です。

基本的には、学習した知識を実践の中で活用します。内容は、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・評価になります。そして、学習した知識を活かし、自組織内での学習会を企画・実施することも役割となります。

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

〔育成 -32〕

期待される成果は、学習目標として「何が出来ればよいか」が明確になります。

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します。受講者の行動が変容することにより、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ます。

その結果、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きます。

〔育成 -33〕

カンファレンスやミーティングでの工夫は、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ことです。ホワイトボードなどを活用し、意見を可視化すると途中から参加してきたメンバーもどのような話題が出ていたのかイメージでき意見を発現しやすくなるので、効果的です。

具体的な内容は、

・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

など、誰もが発言しやすい内容から始め、カンファレンスやミーティングで話題になるような風土を作っていけることが理想的です。

受講後のフォローアップ

【育成 -34】

研修直後

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

研修3ヵ月後、半年後

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

継続学習の中期的な工程表

【育成 -35】

工程表(例)
❶ 改善したいテーマの決定 （認知症看護の〇〇〇〇）
❷ 学習の動機付け
❸ 研修企画 （研修企画モデル1、2を参照）
❹ 研修実施
❺ 研修評価
❻ ⓐ研修で学んだことの実践
❼ ⓑ研修後、定期的に実践していることの評価
❽ ⓒ評価後の改善計画
❾ ⓐ～ⓒを繰り返す

〔育成 -34〕

研修後、行った研修内容を自施設の中で活用した効果を確認することは重要なことです。

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、研修の最後に確認します。

そして、3か月後、半年後については自施設もしくは自部署で行ってもらいます。

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します。確認は、自分一人ではなく上司や同僚とともに行うようにします。

目標が達成するまでは6ヵ月の作業をある程度の期間を決めて行っていくことが重要であり、その結果、掲げた目標が達成されると思います。

〔育成 -35〕

継続学習の中期的な工程表の例を示します。このような工程表に沿って、認知症ケアの学習が継続できるようにしてみてください。

また、学習の動機付けはとても重要です。実際の看護場面で抱えている問題を解決するためにはどうしたらよいのだろう、というような動機づけは学習行動の基盤になります。（育成-14 参照）

研修前に、学習者が動機付けを想起できるような問いかけや、紙面などに記載してもらうと、効果的な学びに繋がります。

【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1】研修の企画立案

【進行ガイド】
◎これまでの講義内容を踏まえて、研修企画書を作成します。

〔育成 -36〕

【進行ガイド】　ワークシートＤを配布
◎個人ワークとして 50 分程度でワークシートＤの各項目を検討して作成
◎ ①どのような目的で、研修会を行うのか
②どのようなテーマがよいか
③自施設における認知症ケアの課題や職員の関心事、時代のニーズ等は何か
④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
⑤時期、何月頃、平日か、休日か、時間はどれくらい必要とするか
⑥会場は院内か、院外か
⑦院内講師か院外講師か
⑧誰を対象として、人数はどれくらいか
⑨どのように研修を実施するか、全体の計画はどうするか
⑩研修予算に見合った費用か
⑪研修を行なうことでどんな効果が期待できるか
⑫研修の評価方法どのようにするか　　等
◎その後、グループワークにおいて十分に話し合いながら、ワークシート Ｄ(グループワーク用に＋1枚準備してもよい)を加筆修正

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
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○○○○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	
評価方法	おおよそ 10分

【グループワークの注意点】
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

※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

おおよそ50分

【発表】
グループワークで検討した内容を発表する

おおよそ20分

【演習2】 研修の受講後のフォローアップ

〔**育成 -37**〕

【進行ガイド】

◎**ワークシート D**（研修企画書）作成のおおよその進め方・時間配分の参考として説明します。

◎個人ワークとして、

1）まずは、目的・テーマ・自組織での課題や職員の関心ごとについて **15 分程度**で行うようにしてください。

2）次に、研修目標を**5分程度**で考えます。

3）次に、具体的な研修方法や内容、効果について **20 分程度**で行います。

4）最後に、研修の評価方法について、今までの過程を踏まえ具体的に評価できるよう **10 分程度**でじっくり考えてください。

◎各受講者が作成したワークシートをグループワークにより、**50 分程度**で深めていきます。

◎その際に、グループごとに司会・書記・発表者を決め、グループワークがスムーズに進行できるようにしてください。

◎グループワークの注意点を説明し、ディスカッションが終わったら、全体共有のため **20 分程度**の発表時間に移ります。

◎発表後、他のグループの意見の中から受講者・グループとして加えたいと思う内容などを参考に、より充実したワークシートを完成させます。

【演習2】研修の受講後のフォローアップ

【進行ガイド】

◎これまでの研修内容、また、【演習1】で作成した研修企画書も参考に、フォローアップについて検討します。

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	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	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	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	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
2）3か月後	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
3）6か月後	

〔**育成 -38**〕

【進行ガイド】　**ワークシートＥ**を配布

◎ワークシートＥを使用して、研修後のファローアップをしていきます。

◎「研修直後」の演習を行います。（１）①～③についてワークシートＥに記入）

◎記載した内容を全体で共有するために発表してもらいます。

◎発表の目的は、全体共有に加えて、ここで発表することにより受講者自身が、「よし！やってみよう」という意気込みをつけることにもつながります。

◎次に、3か月後、6か月後については自施設もしくは自部署で行います。ワークシートは自分一人ではなく上司や同僚とともに記入していきます。

◎目標が達成するまでは、6ヵ月の作業をある程度の期間を決めて行っていくことをお勧めします。その結果、ご自身が掲げた目標が達成されると思います。

〔**育成 -39**〕

【進行ガイド】

◎　1）研修直後の項目は 10 分程度で記入します。
その後、20 分程度の発表で共有していきます。

◎　2）3か月後、3）6か月後のフォローアップは、自施設での実践を、上司や同僚とともに振り返り、確認していくようにします。

演習1　認知症研修の企画　ワークシート D

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

研修を企画する目的	
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○○○○ができる というように表現する	
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	
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	
評価方法	

演習2 研修後のフォローアップ ワークシート E

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1）研修直後 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 ① 1)ー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 ① 1)ー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？	

看護職員

認知症対応力向上研修テキスト　第3分冊

〈令和4年度改訂版〉

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

令和5年3月
禁無断転載
（発行）合同会社 HAM 人・社会研究所