
病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修 テキスト

平成 26 年 3 月

平成 25 年度 厚生労働省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）

かかりつけ医および一般病院医療従事者の認知症対応力向上研修に関する研究事業 編

《 目 次 》

I	目的 編	2
II	対応力 編	10
III	連携 編	62
	参考資料	77
	●演習の目的・意義	
	●サンプル事例	

病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修

1. 目的 編

2. 対応力 編

3. 連携 編

平成25年度 厚生労働省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）

かかりつけ医および一般病院医療従事者の認知症対応力向上研修に関する研究事業 編

1. 「目的」編（10分）

2. 「対応力」編（60分）

3. 「連携」編（20分）

目的-1

現状と課題 (研修の背景)

病院における、医療従事者の認知症への知識及び対応能力は十分とはいいがたく、しばしば入院した認知症の人の行動・心理症状(BPSD)やコミュニケーションの困難さによる戸惑いや混乱、看護・介護負担の増加がみられる。

そのため、認知症を理由とする入院拒否等によって手術や処置などの必要な医療を受けることができなかつたり、時には不適切な身体拘束や安易な薬物的鎮静がなされることがある。

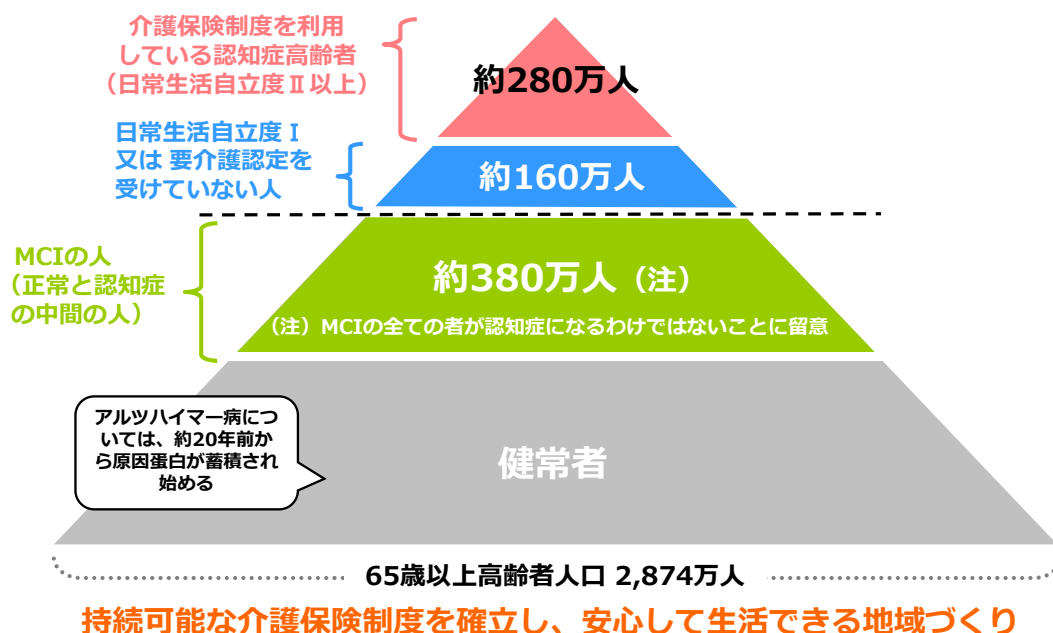
これらの中には、認知症に対する理解や基本的知識、具体的な対応方法が習得されることで避けられるものも多いとされる。

目的編

目的-1 現状と課題（解説はありません）

認知症高齢者の現状

- 満65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計。
 - MCIの有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計。
- ※MCI = 正常でもない、認知症でもない(正常と認知症の間) 状態の者



出典：「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(H25.5報告)及び『「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について』(H24.8公表)を引用

急性期病院における認知症の治療・ケアの課題

コンサルテーション精神科医によるフォーカスグループの結果より

1. 認知症と気づかれていない
2. せん妄の合併
せん妄は身体疾患による影響が重なっており、身体治療のできない精神科病院の受け入れは困難(院内コンサルテーションで対応するしかない)
3. 院内の連携の悪さ (コンサルテーションに出ない)
4. せん妄を含め、スタッフの知識・技能・経験の不足
 - ①不適切な対応が症状の増悪を招く(身体抑制など)
 - ②在院日数の延長
 - ③無理な退院と再入院
 - ④家族に過度の負担を強いる(24時間の付添を要請)
5. 認知症患者の身体アセスメントの問題 (見逃されている)
6. 退院調整に時間を要する

認知症と身体治療と両方可可能な施設はきわめて少ない

(平成25年度第2回「認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会」参考資料を改変)

目的-2 認知症高齢者の現状

平成 22 年の推計によれば、認知症の有病率推定値は 15%、有病者数は約 439 万人と推計されている（うち、介護保険利用 かつ 認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上は約 280 万人）。また、MCI（正常でもない認知症でもない状態の者）の有病率推定値は 13%、約 380 万人と推計されている。

認知症高齢者の増加は、公表される推計値の変化に現れている通りであるが、今後、さまざまな認知症施策の取り組みにより、早期の発見・受診（診断）が進めば、さらに増加することも予想される。

（参考）

「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」（H25.5 報告）

「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数について」（H24.8 公表）

目的-3 急性期病院における認知症の治療・ケアの課題

急性期病院における認知症（認知機能障害）のケアには複合的な問題がある。

まず、急性期病院の医療従事者が、認知症について知らず、従って認知症の問題があること自体気づかずに入院治療をしている面がある。

急性期病院においては、認知症と並んでせん妄への対応も必要となる。せん妄は身体疾患に基づいて生じる意識障害であり、身体治療を必要とする。しかし、せん妄に関する知識、基本的な対応・評価方法を知らないために、不適切な拘束、不適切な薬物治療、ケアがおこなわれ、結果として重症化・遷延を招いている。

認知症への対応についても、認知症の症状そのものへの対応に加え、身体症状の評価・対応が重要となるが、認知症患者の身体症状評価になれていないため、疼痛を始め、身体症状が見逃されている問題がある。

実際、認知症対応と身体治療と、両面での適切な医療を提供する必要があるが、両面での対応が可能な施設はきわめて限られている。

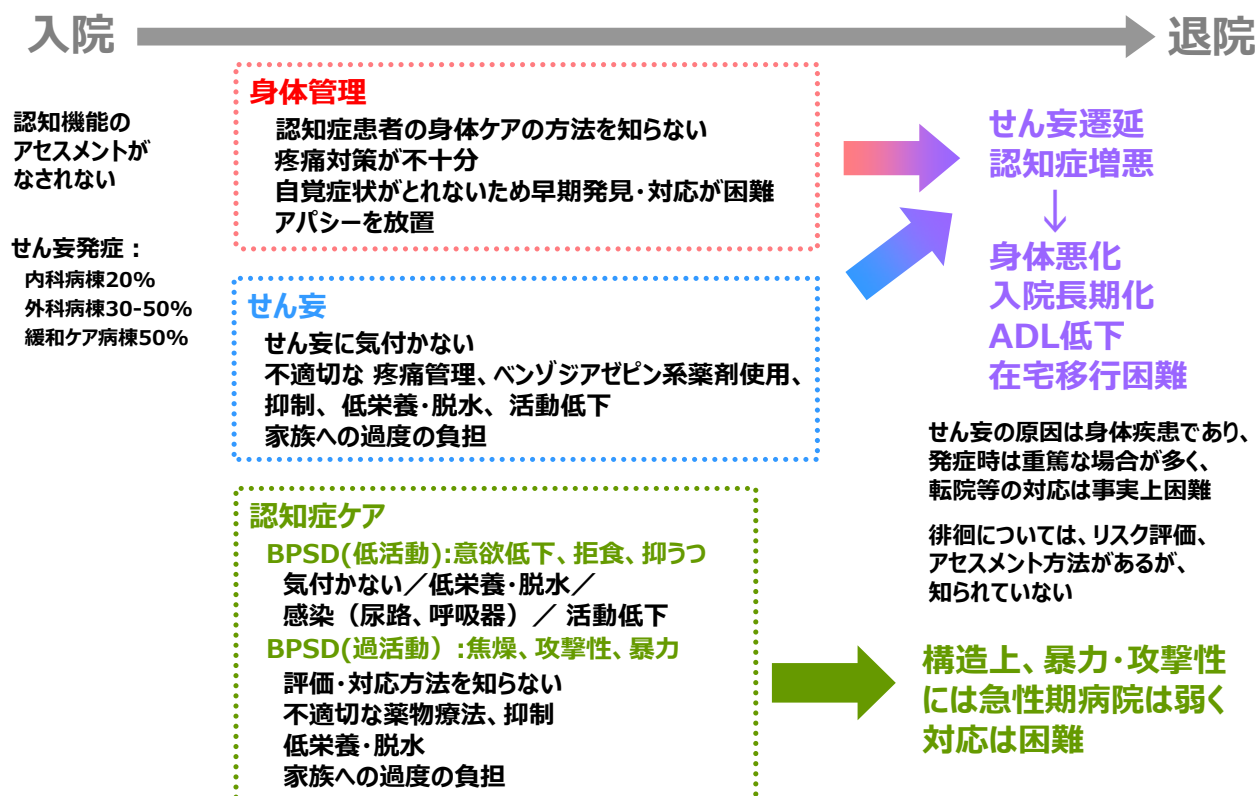
（参考）

「認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会」（H25 年度）参考資料を改変

研修の目的

- 認知症やその鑑別として挙げられる、せん妄の症状に気づくことができる
- BPSDの悪化やせん妄をきたす身体症状や環境要因につき、適切にアセスメントが行える
- コンサルテーションを含め、認知症の人に適切な対応を行うことができる
- それらを通じ、認知症の人が分け隔て無く受け入れられ、必要な医療および適切なケアを受けることができる体制を構築する

入院中のケアの問題



目的-4 研修の目的（解説はありません）

目的-5 入院中のケアの問題

急性期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. 認知症患者の（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る。

認知症に関するケアは、過活動型 BPSD(焦躁、攻撃的な行動、暴力) に注意が向けられがちだが、現実には多いのは低活動型 BPSD(意欲低下、拒食、抑うつ) である。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・放置されがちであり、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する。

せん妄に関しては、せん妄を見落とす問題が大きい。あわせて、せん妄に対する基本的な治療法を知らず、不適切にベンゾジアゼピン系薬剤を用いた鎮静をおこない、遷延・重症化を招いている問題がある。

認知症患者の身体ケアについても、認知症の問題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いない。そのため、認知症患者は、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である。

身体拘束にあたる項目

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

厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」より

目的-6 身体拘束にあたる項目

厚生労働省により作成された「身体拘束ゼロへの手引き」では、主に介護保険施設等による、これらの行為は、身体拘束・抑制にあたるとして原則禁止されている。

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るが、療養生活の場との観点からは、同様の取り組みが求められているといえる。

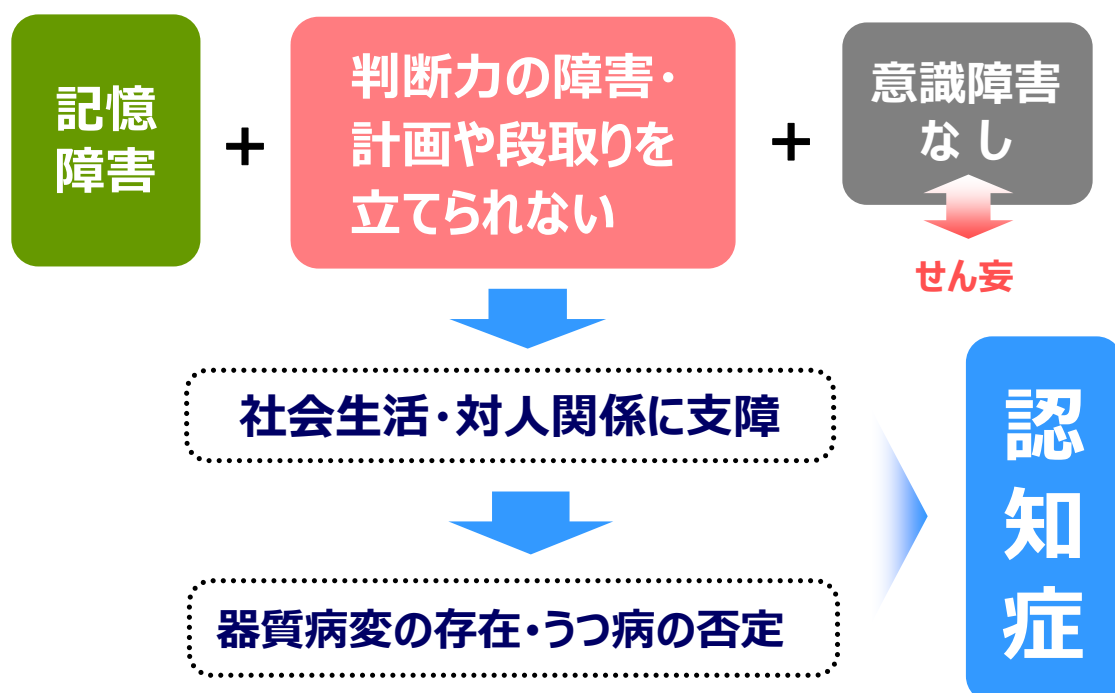
1. 「目的」編 (10分)

2. 「対応力」編 (60分)

3. 「連携」編 (20分)

対応力-1

認知症の診断基準 (DSM)



American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed text revision (DSM-IV-TR)

対応力編

対応力-1 認知症の診断基準（DSM）

米国精神医学会による認知症の診断基準を示す。国際的にも最も一般的な考え方である。意識障害がないことが前提となるが、記憶障害に加えて、それ以外の認知機能障害、つまり判断力の障害や実行機能障害が認められ、それらの障害によって日常の社会生活や対人関係に支障を来し、病因として器質性病変の存在が確認あるいは推定され、うつ病などが除外されれば認知症ということになる。

病因には身体疾患も含まれ、経過は非可逆性とは限らない。高齢者のみにみられる病態でもない。この考え方は操作的な基準ではないが、信頼性と妥当性は米国神経学会によっても確認されている。

（出典）

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4th ed text revision (DSM-IV-TR)

海外での調査

認知症は一般的か

- イギリスにおいても、正確な診断を受けている認知症患者は半数以下。しかも診断を受けるのは、しばしば 急性期病院に入院してから
- 入院しても正確な診断を受けられるのは37-46%に限られている

(Harwood, Age Aging 1997; Joray, Am J Geriatr Psy 2004)

認知症入院患者の比率（海外）

- 急性期一般病棟：9.1-50.4% (Hickey 1997, Feldman 1987)
- 老年病棟：63-79.8% (Torian 1992, Adamins 2006)
- 大腿骨頸部骨折の手術目的の入院：31-88% (Homes 2000)

【認知症患者の入院理由】

- 誤嚥性肺炎、膀胱炎、尿路感染症、転倒、敗血症、大腿骨頸部骨折が多かった (Zhao 2008)
- 肺炎、胃腸炎、尿路感染は ambulatory care sensitive condition と呼ばれ、予防や早期発見に努めることで、アルツハイマー病患者の緊急入院を予防することができると言われ、nursing homeの quality indicatorである

対応力-2 海外での調査

認知症ケアの課題は、日本に限られたものではなく、海外でも指摘されている。

イギリスにおいても、認知症患者のうち、正確な診断を受けている者は、認知症患者の半数以下に留まると言われる。急性期病院においては、多くが外来では気づかれず、入院して初めて認知症の問題に気づかれる。

対応力-3 認知症入院患者の比率（海外）

急性期病院において、入院患者の認知症の比率はセッティングによって幅がある。急性期病棟では 10-50%、高齢者病棟では 60-80%との報告がある。

認知症患者が入院する理由についても検討が加えられているが、感染（誤嚥性肺炎、尿路感染）や転倒などの外傷が多いとの報告がある。どちらも若年に比べて重症化する傾向がある。

高齢者の治療において、とくに感染症は可能な限り予防をし、また発症をしても可能であれば在宅で治療をするのが身体機能を保持する上でも望ましいと言われる。特に、肺炎、胃腸炎、尿路感染は、口腔内の保清、飲水を促すなどで、予防や早期に対応をすることが可能であり、急性期病院への入院を防ぐことが可能である。

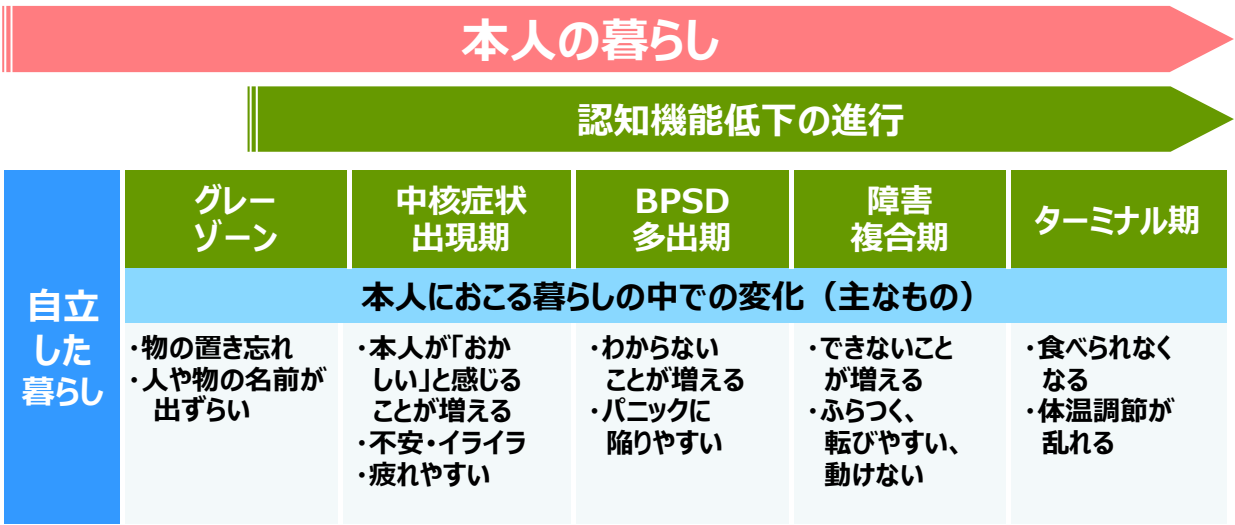
認知症の人の入院加療・退院を スムーズに進めるための4つの視点

認知症の人は、一般の人以上に、身体的、環境的、
心理・社会的な要因による影響を受けやすい特徴がある

そのために、以下の4点の理解が重要

- ① 認知症の人がたどる経過と入院
- ② 認知症の人の全人的理解
- ③ 入院の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因
- ④ 本人が体験していること

認知症の人がたどる経過と入院



どの時期、段階（ステージ）での入院なのか、認知症によっておきている本人の暮らしの変化や有する力に配慮・留意した対応が必要となる

対応力-4 認知症の人の入院加療・退院をスムーズに進めるための4つの視点

認知症の人は一般の人以上に、身体的、環境的、心理・社会的な要因による影響を受けやすい特徴がある。

特に「入院」は、本人にとって非常にストレスの多い場面が多く、そのために、ふだん接している一般の人とは違った配慮や留意点があるので、これらについて、具体的に紹介していく。

（参考）

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

対応力-5 認知症の人がたどる経過と入院

認知症を発症し始めてから最期を迎えるまで、長い経過を辿る。

認知症の人が直面している心身の総合的な変化を、進行段階の特徴に応じて整理すると、大きく5つのステージに分けることができる。これらのステージは、認知症の原因疾患や個別の背景によって、順番通りでなかったり、ステージ間を行きつ戻りつする場合もあり、一人ひとり異なる。

今回の入院が、本人にとってどの時期やステージにあるのかをとらえ、認知症によっておきている本人の暮らしの変化や有する力に配慮したり、留意した対応が必要となる。

特に、興奮や攻撃的な反応などの行動・心理症状(BPSD：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)が多くみられる時期は「認知症が重い」ととらえられがちだが、認知機能の低下によって自身におこっている変化にとまどい、パニックに陥っている場合が少なくない。

こうした場面こそ、一人ひとり異なる「その人」におこっている暮らしの変化や、まだまだ持っている力に目を向けた対応をとることで、落ち着いて過ごすことができるようになる。

（参考）

永田久美子監修・著：認知症の人の地域包括ケア、日本看護協会出版会、P12-13.2006

急性期医療に求められる認知症ケア

- 認知症評価尺度および個別の観察、家族の情報を統合して観察する
- 急な環境変化は認知症に悪影響を与えるため、予測した対応が重要である
- 認知症の人は自覚症状の伝達が困難となるため、治療疾患の知識に基づく観察が重要である
- 入院や治療に伴う苦痛やつらさは、不穏や攻撃などの多彩なBPSDとして現れる
- ストレス原となる合併症、苦痛、拘束、ルート類などを最小限にして予防することが重要である

身体合併症の回復過程に応じた認知症ケアの視点

急性期 から 病状安定期	・ 異常の早期発見、全身状態の観察、苦痛の緩和、安全管理 ・ 認知機能を補完しながらもてる力を支援 ・ BPSDの予防・緩和 ・ 二次的障害の予防、早期リハビリテーション
回復期 から 在宅に向けて	・ ADL拡大への援助、日常生活の再構築 ・ 認知機能を補完しながらもてる力を支援 ・ BPSDの予防・緩和 ・ 退院指導
慢性期 および 在宅	・ 機能維持や体力増進、心理面での安寧 ・ 自分なりの方法でADLを遂行 ・ 社会生活を継続していくための援助 ・ 認知機能を補完しながらもてる力を支援 ・ BPSDの予防・緩和 ・ 廃用症候群には、褥瘡の予防と処置、関節拘縮の予防

対応力-6 急性期医療に求められる認知症ケア

認知症以外の疾患に対して治療を受ける認知症の人のケアには、二重の課題がある。一つは、治療により疾患の回復を図ること、もう一つは、急な環境変化や治療による苦痛などで認知症を悪化させないことである。この2つの課題には、「治療に不可欠の点滴が、不穏を引き起こす」など相反する内容が含まれる。とくに急性期医療では緊急度の高い高密度の治療のなかで絶対安静などが必要とされ、それゆえに認知症の人への配慮がより重要である。急性期医療に携わる医療従事者は、入院の目的である疾患の治療の知識と認知症の療法の高度な知識が必要である。とくに、認知症の人の特徴については、スライドにある点を理解しておく必要がある。

対応力-7 身体合併症の回復過程に応じた認知症ケアの視点

身体合併症を有する認知症患者を継続的に支援するためには、各回復過程に応じた認知症ケアの視点が不可欠となる。急性期では、症状を的確に訴えることが困難な認知症の人に代わり、異常を早期発見し、全身状態を慎重に観察しながら苦痛を緩和する。また、二次障害を予防しながら、病状が安定したら、早期にリハビリテーションを開始する。回復期ではADL拡大への援助、日常生活の再構築を行い、在宅あるいは施設等への復帰に向けて退院指導を行う。慢性期および在宅・施設等では、機能を維持し自分なりの方法でADLが遂行できるように支援していく。各期に共通するケアの視点は、障害されている認知機能を補いながら、まだ持ち備えている力を支援し、BPSDの予防・緩和に努めることである。

退院後、どのような療養・生活環境に移行するのかを見据えて、入院時から入院生活における本人の個別性に関する情報を収集し、必要な連携先へ提供していくことが重要である。

アセスメントの目的

- 1) 多面的、包括的に情報収集し、認知症の人を全人的に理解するため
- 2) 治療可能な健康上の問題の把握するため
- 3) 認知症の人がもっている能力を発揮した入院生活が送れるように支援するため
- 4) 認知症の人・家族にとって最も重要なことに焦点をあて、具体的なケア計画を考案するため

アセスメントの留意点

- 1) 軽微な表情や言動の変化、検査データの推移から身体状況を慎重にアセスメントする
- 2) 認知症の人の生活歴、経時的変化に注目し、時間軸をもつ（入院前と現在の状態）
- 3) 認知症の人の言葉と行為・行動の意味を深く掘り下げる
- 4) チーム内で認知症の人のアセスメントに関して繰り返し話し合う

対応力-8 アセスメントの目的

認知症の人患者の情報収集では、聴取により得られた情報だけではなく、関わる医療従事者自身の日々の観察が最も重要になる。認知症の人が安全で快適な入院生活を送ることができるように、認知症の人のもてる力や生活に影響を及ぼしている症状や状態、それをもたらす加齢変化、生活環境との関連に目を向けて継続的にアセスメントしながら、彼らが持つニーズに合わせた保健・医療のマネジメントすることが必要になる。

認知症の人のアセスメントは、①多面的、包括的に情報収集し、認知症の人を全人的に理解する、②治療可能な健康上の問題を把握する、③認知症の人がもっている能力を発揮した生活が送れるように支援する、④個別の課題やニーズを明らかにし、認知症の人と家族にとって最も重要なことに焦点を当てた具体的な入院・看護計画を考案する、といった目的で行われる。

対応力-9 アセスメントの留意点

認知症の人のアセスメントは決して容易ではない。それは、認知症の人自身から 明確な情報を得ることが難しく、また、核家族化が進み介護者自身も高齢であることから家族からも情報を得にくいという事態が生じているためである。認知症の人が存在することすべてを通してケアスタッフに伝えようとしているメッセージに耳と目を凝らし、彼らがもつニーズに迫ることが求められる。

その際の留意点は、①認知症の人の軽微な表情や言動の変化、検査データの推移から身体状況を慎重にアセスメントする、②入院前の生活行動はどのような状態であり、現在はどのような状態であるのか、認知症の人の生活歴、経時的変化に注目し、時間軸をもつこと、③認知症の人の言葉と行為・行動の意味を深く掘り下げること、④チーム内で認知症の人のアセスメントに関して繰り返し話し合うこと、の4点である。

認知機能

● 認知機能障害

- 加齢とともに増加
- 身体機能低下、死亡率上昇と関連（一般高齢者）

(Wolfson, NEJM 2001)

● 見逃されやすい

高齢者病棟入院がん患者の27%に “Blessed Test”
で認知機能低下を認めたが、そのうちの36%には 認知症
や せん妄などの記載、**アセスメントがなされていなかった**

(Flood, J Clin Oncol 2006)

家族が最初に気づいた日常生活の変化

(n:123)

- 同じことを何回も言ったり聞いたりする
- 財布を盗まれたと言う
- だらしくなった
- いつも降りる駅なのに乗り過ごした
- 夜中に急に起き出して騒いだ
- 置き忘れやしまい忘れが目立つ
- 計算の間違いが多くなった
- 物の名前が出てこなくなった
- ささいなことで怒りっぽくなった

対応力-10 認知機能（解説はありません）

対応力-11 家族が最初に気づいた日常生活の変化

認知症の初期にみられる日常生活上の変化を示す。これは東京都全域を対象とした疫学調査で「認知症」と診断された対象者の家族が気づいた日常生活上の変化を頻度順に示したものである。1項目のみで見れば加齢による生理的な変化と区別することは難しい。しかし、このような変化が少なくとも半年前と比較して目立つようであれば認知症を疑うタイミングといえる。

ここで問題となるのは家族がいなければこのような変化は気づかれにくいことであろう。65 歳以上の4割が単身あるいは高齢者世帯であり、その割合が今後ますます増加することを考えれば、家族に情報源を求めることが難しい状況もあり得る。家族から情報が得られる場合には、認知症を疑うことはむしろ容易と言っていい。本人との問診を通して認知症を疑う技術が求められる理由である。

（出典）

東京都福祉局：「高齢者の生活実態及び健康に関する調査・専門調査報告書」（1995）

加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ

加齢に伴うもの忘れ	認知症のもの忘れ
体験の一部を忘れる	全体を忘れる
記憶障害のみがみられる	記憶障害に加えて 判断の障害や実行機能障害がある
もの忘れを自覚している	もの忘れの自覚に乏しい
探し物も努力して見つけようとする	探し物も誰かが盗ったということがある
見当識障害はみられない	見当識障害がみられる
取り繕いはみられない	しばしば取り繕いがみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
きわめて徐々にしか進行しない	進行性である

東京都高齢者施策推進室「痴呆が疑われたときに一かかりつけ医のための痴呆の手引き」1999より引用・改変

中核症状のアセスメント

記憶障害

予め家族から情報を聴き、本人に質問

見当識障害

年月日など本人に質問

判断・実行機能障害

家族からの情報と本人への質問

失語・失行・失認

神経学的診察、あるいは家族からの情報

対応力-12 加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ

加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れの臨床的な違いを示す。

まず、前者は半年～1年では進行することはないが、後者では進行性の変化がみられる。本人は自覚していないが、家族に1年前のもの忘れの状態と現在を比べてもらえばわかりやすい。もの忘れの内容に関しては、前者が体験の一部であるのに対して後者は体験すべてを忘れてしまうという違いがある。例えば、結婚式に出席した際に隣に座っていた人の名前を思い出せないのが前者であり、出席したこと自体を忘れてしまうのが後者である。

また、前者であれば見当識障害は伴わないが、後者であればしばしば時間の失見当がみられる。後者ではもの忘れに対する自覚は前者に比べて乏しい。

（出典）

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）

対応力-13 中核症状のアセスメント

認知症の人の症状をアセスメントする時には、記憶や見当識といった中核症状の正確な把握もさることながら、その前に症状をみることが重要である。

症状をみるときは、目の前の人の認知機能障害を探するような態度で関わることをしてはいけない。認知症の人は、自分自身の症状に不安を持ちながら生活している場合が多いので、情報収集時には、答えている態度や返答の仕方・表情などを常に注意し、対応に不快を感じたり、違和感が無いようにする。気持ちに擦れ違いが起これば、人間関係が築けないばかりか、正確な症状の把握にも影響が出る。

中核症状では、エピソードや個人史に基づいた、記憶や気持ちの情報が大切となる。しかし、これらは出会ってすぐにわかるものではなく、家族や知人などの本人を良く知る人から、あらかじめ情報収集しておいてから、本人の話と併せるといった方法が良い。両者の情報に矛盾が生じていないか、その矛盾を本人が認めるかどうか、さまざまな言い訳をして取り繕うかどうかなども情報となる。

失行、失認については家族はおかしなことをする、わざと変なことをすると認識している場合がある。症状と認識していないことがあるので、おかしな行動をするという訴えがある場合には、着衣失行、構成障害、半側空間無視、肢節運動失行の存在を疑う。これらの症状を、家族から情報を得る際には、①症状が出現してきたのはいつごろからなのか、②以前は無かった症状なのかどうか、の2点が重要で、認知症の原因疾患を推測するのに有力な情報となる。

記憶障害のアセスメント

最近の記憶

- ・食事の内容
- ・受診の交通手段、目的
- ・家族との外出など

昔の記憶

- ・生年月日
- ・出生地
- ・学校時代の話など

について予め介護者から問診票などで
情報を得てから、本人と面接する

見当識障害のアセスメント

今日の年月日、曜日、午前・午後

自宅の住所

今いる場所の認識

家族の認識

対応力-14 記憶障害のアセスメント

記憶の種類

最近の記憶

食事の内容や、外来ならばどのような交通手段で受診したのかを聴く。できる限り世間話をするように聞きながら、意図的に聴きだすのがコツである。

「昨日何をしましたか」

「天気は悪かったですね」などと質問するのもよい。

昔の記憶

既往歴、職業歴、教育歴等人生に沿って聴くと自然に話ができる。その年齢なら当然知っているはずの社会的事件についてきく、たとえば、太平洋戦争、東京オリンピック、サリン事件など。

この時、本人の話を家族には黙って聞いてもらい、一通り話を聞いたあとに、情報の内容について家族と話し合い、認知症の症状と思われる情報を共有する。ここで情報を共有することで、今後の関わりの方方向性が共有できる。

対応力-15 見当識障害のアセスメント

見当識障害のアセスメントでは時間と場所についての見当識を尋ねる。

時間の見当識が先に障害されることが多いが、アルツハイマー型認知症では記憶障害と平行して進行しており、レビー小体型認知症では見当識障害が前景に出て記憶障害よりも目立つなど、疾患によって違うことがあるので症状出現の順序にも注意する。

時間の見当識障害は、年月日だけでなく、季節や時計を見ないで現在の時刻を言ってもらっても分かる。月は正確に答えても、季節は間違えることもある。

場所の見当識としては、今いる場所、ビルなら何階にいるのかといった質問や、自宅の住所と今住んでいるところが一致するかどうかなどの質問もポイントになる。

判断・実行機能障害のアセスメント

(家族からの情報)

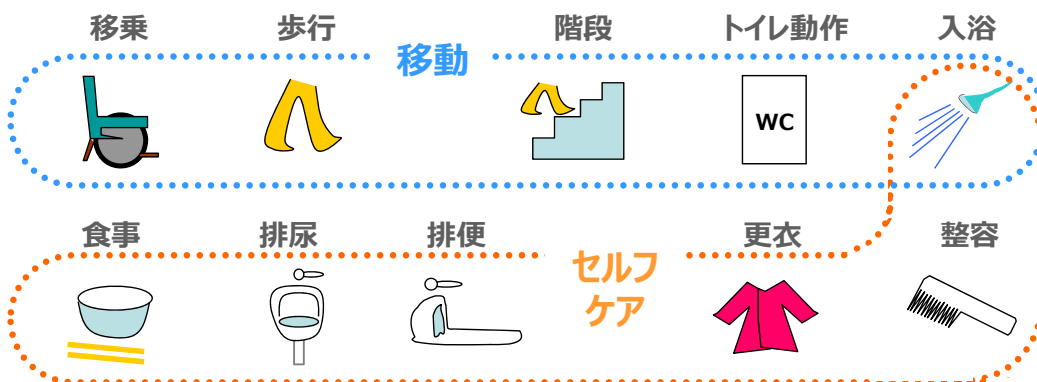
- ・気候にあった服を着ているか
- ・適切に着替えをしているか
- ・雨天時に傘をもっていくか
- ・料理の味付けはどうか
- ・いつも同じ料理ばかりではないか

(本人への質問)

- ・火事に出会ったらどうするか
- ・道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか

ADLのアセスメント

Barthel Index



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

対応力-16 判断・実行機能障害のアセスメント

判断・実行機能障害では、家族から日ごろの生活について聴く必要がある。

料理、買物などは多くの判断と遂行機能を要する行為であるため、食事の支度を誰が行っているのか、買物は誰が行っているのかなどを聴くことは有効である。このほかに、電話をかける、移動・外出をする、薬の管理をする、お金の管理をするなどについても、どの程度できているか確認する。

対応力-17 ADLのアセスメント

ADL のアセスメントを行うときには評価ツールを使用した方が、共有しやすい。

認知症において ADL を評価することの臨床的な意義は、

- ①認知機能障害とそれによって起こる機能障害の関連を明らかにする
- ②行動障害の ADL に対する影響を理解する
- ③ADL 能力によってケアプランが異なること

が挙げられる。これらは、研究の指標としての意義もあり、ア) 介護負担や保健・福祉サービスの利用に関する研究では重要な指標、イ) 介護や薬物療法の効果指標として重要である¹⁾と言われている。

バーセルインデックス（Barthel Index; 機能的評価）は、10 項目 100 点満点で行う（1 食事、2 車椅子からベッドへの移動、3 整容、4 トイレ動作、5 入浴、6 歩行、7 階段昇降、8 着替え、9 排便コントロール、10 排尿コントロール）。総合点は、全般的自立を表すが、各機能項目の依存評価がより重要である。

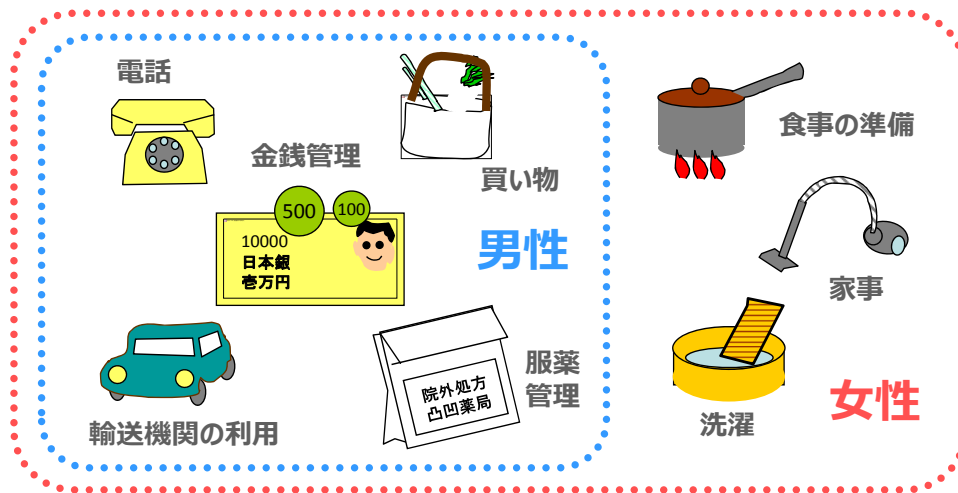
また、表に他の認知症における代表的な ADL 評価尺度を示す。

（出典）

1) 認知症の検査評価尺度 認知症テキストブック 日本認知症学会編 pp114-138,2008

IADLのアセスメント

IADL(Lawton) = 独居機能の評価



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

コミュニケーション

【コミュニケーションに関する特徴から】

- ① **病状の進行**、さまざまな**身体・心理状態の変化**等によって、コミュニケーションレベルは影響される
- ② **非言語的コミュニケーション**が多くの割合を占める
- ③ 視覚・聴覚など、さまざまな**加齢変化**もある

【具体的に工夫する】

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

対応力-18 IADL のアセスメント

手段的日常生活活動の評価は大切です。

IADL は 1960 年代に Lawton らによって提唱された概念であり、再現性、検者間の一致などの基礎的検証がされた。項目は電話、買い物、食事の準備、家事、洗濯、輸送機関の利用、服薬管理、金銭管理の 8 項目から構成されている。

8 点満点で評価するが、男性は食事の準備、家事、洗濯は判定項目から除外され、5 点満点となっている（Lawton IADL-5 と略称することあり）。現在では、女性の社会進出によって、家事を応分に負担する男性も増え、独居高齢者の場合、性差を問う必要もないとの考えることもでき、全体として独居機能をみているといて差し支えない。

外来で認知症または MCI 患者に行った手段的 ADL 検査では、買物、料理、服薬管理が早期に低下しており、認知症の早期発見に役立つことが報告されている¹⁾。

（出典）

1) 鳥羽研二：「認知症高齢者の早期発見 臨床的観点から」日老医誌、44:305-307,2007

対応力-19 コミュニケーション

認知症の人とのコミュニケーションの特徴は、①コミュニケーションレベルは病状の進行、さまざまな身体状態、心理状態の変化などによって影響を受けること、②言語的コミュニケーションより、非言語的コミュニケーションが多くの割合を占めていること、③視覚・聴覚など、さまざまな加齢変化も当然にあること、などがある。

ケアにあたっては、それらの特徴を前提に、i) 表情や声の抑揚、行動、歩き方、身体反応などに現れる意思を把握する、ii) 環境すべて（空間や自然、時間なども）がコミュニケーションであると考え、などの工夫ができる。認知症の人の感情は、かなり重度になるまで保たれると言われているので、快感情を持ってもらえるようにすることは、一般の入院患者と変わるところはない。また、認知症の人からのメッセージを受け取れないのは、受け手である専門職の力量にもあることを心得ることが重要である。

認知症の人の全人的理解 (本人の有する力や生活習慣、意向に目を向ける)

表面的な状態だけで本人を判断したり対応しない

- 本人が持っている力やこれまでの生活習慣を知り、本人の意向を把握
- それらを理解した対応により、認知症がある人も安定した入院生活が可能
- 入院時の適切な理解と対応が、その後の経過や生活に大きく影響
- スムーズな入退院には、家族や入院前後の医療職・介護職との情報共有が必要不可欠

認知症の人に対する対応の基本①

認知症の人には 意思も・経験も ある

認知症の人の見ている世界を理解する

認知症
の人

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

対応力-20 認知症の人の全人的理解

認知症の人の理解で最も重要なことは、表面的な状態や症状を見て本人を判断したり、対応しないことである。

入院加療に必要となる治療や処置、療養をスムーズに進めていくためには、本人の持っている力やこれまでの生活習慣を知ること、これらを重ねながら本人の意向をつかんでいくことが重要となる。それらを理解した上で対応することにより、認知症の人でも安定して入院加療を受けることができ、結果としてスムーズな退院につながる。

こうした入院時の適切な理解と対応があるかないかが、本人のその後の経過や生活に大きく影響する。スムーズな入院加療、退院のためには、家族や入院前後の医療・介護職との情報共有が必要不可欠である。

対応力-21 認知症の人に対する対応の基本①

認知症の人の多くは記憶障害の症状があるため、話が食い違うことがあるが、すべての話が食い違うという訳ではない。

一部の記憶障害の症状から、「すべてを忘れてしまう人だ」と思わず、認知症の人の話を聞き、どのような経験をしてきた人なのか考えることが重要である。人は各々の経験をして生きてきている。そのため、その人の経験を知って関わることは重要である。

認知症の人は、障がいにより、状況把握ができていくことがあるので、その人の経験、生き方を想像したうえで、理解しやすいように対応を考えることが重要である。

すべてを均等に対応する意識ではなく、「平等より公平」を重視し、その人に合った内容を考えるようにする。

これから説明すべき必要なことを考え、伝える方法を考える。

認知症の人に対する対応の基本②

- ① **その人らしく存在**していただけることを支援
- ② “分からない人”とせず、**自己決定を尊重**
- ③ **生活歴**を知り、**生活の継続性**を保つケア環境
- ④ 心身に加え社会的な状態など**全体的**に捉えたケア
- 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**を視野に入れたケア
- ⑦ **最期の時まで**を視野においたケア

認知症の人に対する対応の基本③

認知症の人の行動は援助者の鏡

**援助者のイライラした気持ちは、
認知症の人のイライラした気持ちをよぶ**

対応力-22 認知症の人に対する対応の基本②

認知症ケアの基本としては、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認知症の人を分からない人とせず、自己決定を尊重すること、③生活歴を知りケアに生かすとともに、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、認知症の進行によって、さまざまな生活機能に変化することを踏まえて、まずは、⑥退院・社会復帰を視野に入れケアをすること、さらに、⑦最期の時までを視野においてケアをすること、が挙げられる。

対応力-23 認知症の人に対する対応の基本③

ケア提供時にイライラした気持ちはないだろうか。

これまでも確認してきたが、認知症の人は記憶障害を中心とし認知機能障害があり、そのため、認知症の本人とケア提供者の関係が曖昧なことがある。

このような背景の中、目の前の人（ケア提供者）が、イライラした様子の場合には、認知症の人側から考えると、「なぜ、この人（ケア提供者）がイライラしているのか？」という考えになり、不快な気持ちになりやすい。

自分自身が「快」な気持ちで関わりができていると、認知症の人も「快」になる、との考え方が大切であり、このサイクルを回すことができれば、認知症の人、ケア提供者とも「快」でいられると考える。

病棟において重要なケアの視点

- ① 身体疾患で入院した場合、**周囲の人への適切な説明、認知症の人のペースの保持などに配慮する**
- ② 病院は治療優先の場であるため、認知症の人にとって**馴染みにくい場**である
- ③ **状態変化や生活環境の変化**は、認知症の症状の悪化、BPSDの発生や悪化につながりやすい
(せん妄症状を起こしてくることも多い)
- ④ **身体拘束**は、BPSDの発生や悪化の要因にもなる

認知症に対する理解が十分とは言えないケアが、BPSDを悪化させる可能性もある

入院の際に留意する3つのポイント

- ① 失見当に基づく**入院後の不安やパニック、帰宅願望を予測して環境を整備する**
- ② 視覚的メッセージ、スタッフの一致した
繰り返しの説明で**治療的規制の理解を助ける**
- ③ 的確な知識と頻回の訪室による観察で、
合併症の早期発見とストレスの軽減を図る

対応力-24 病棟において重要なケアの視点

認知症の人の入院にあたって、病棟で適切なケアを提供していくため重要な視点としては以下のものがある。

- ①身体疾患で入院した場合、認知症の無い人たちとの集団生活が余儀なくされるため、同じ病棟の中でトラブルにならないよう、周囲の人への適切な説明、認知症の人のペースの保持などに配慮する。
- ②病院は治療優先の場であり、認知症の人には馴染みにくい場であることを心得て対応する。
- ③身体状態の変化や入院という環境変化によって認知症の症状は悪化することが多い。さまざまな行動を示すことがあるが、これを認知症のためと決めつけない。また、気持ちの準備がないままに生活環境の変化をもたらすことになるため、BPSDを起こしたり悪化させてしまう（せん妄症状を起こしてくることも多い）。そのため、さまざまな変化に合った現実認識を高めることができる環境作りに配慮することが必要である。
- ④様々な自由を奪うような身体拘束・抑制（車いすベルト、ベッド柵、ミトン型手袋など）は、抑制された生活を強いることになり、BPSDを起こしたり悪化させる要因になる。

さまざまな身体疾患への対応を中心として提供されるケアは、認知症の人への対応として必ずしも十分とは言えないケアを受けることになり、そのことが認知症の BPSD を悪化させる要因にもなることを心得ておく。

対応力-25 入院の際に留意する 3 つのポイント

認知症の人が入院する際には次の 3 つのポイントを理解しておく必要がある。

- 失見当に基づく入院後の不安やパニック、帰宅願望を予測して環境を整備する
- 視覚的メッセージ、スタッフの一致した繰り返しの説明で治療的規制の理解を助ける
- 的確な知識と頻回の訪室による観察で、合併症の早期発見とストレスの軽減を図る

入院後の不安やパニックを予測した環境整備

認知症の人は、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を起こし、
帰宅願望を強く訴えることが多い

- できるだけ観察、訪室しやすい距離の部屋にする
- 見える位置に病院名や病名を貼る
- カレンダー、時計をベッドから見える位置に設置する
- 食事と寝る場所の安心を与える
- 入院当日は、夕方まで家族に留まってもらうように協力を得る
- 好きな音楽、家族の写真の持参を家族に依頼する

治療的規制の理解を助ける

認知症の人は「治療内容が理解できない」と
考えるのではなく、障害された認知力に
見合った情報提供の方法と時間を考える

- 認知症の人がいつも同じ情報を目にし、看護師からいつも
同じ説明を聞くことで、認知症の人の状況認知を助ける
(治療内容についての説明用紙を目に届く場所に大きく掲示)
- 認知症の人の理解度、認知度に合わせた説明方法を探る
- 説明した後、どれくらいの時間で忘れるのかを把握し、根気
よく同じメッセージを繰り返す

対応力-26 入院後の不安やパニックを予測した環境整備

認知症の人は、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を起こし、帰宅願望を強く訴えることが知られている¹⁾。場所の失見当識があるため、場所の移動によって混乱を招いていることもあるが、突然の入院に際してどれだけ説明がなされていたかにも影響される。また、入院直後から検査・文書治療が開始されるため、いっそう混乱しやすい。そのことを予測して、スライドに挙げたような対応することが重要である。

（出典）

- 1) 久米真代，高山成子，丸橋佐和子：中等度から重度の認知症患者が入院環境になじんでゆくプロセス，老年看護学，19（2）：124-132，

対応力-27 治療的規制の理解を助ける

認知症の人は「治療内容が理解できない」と考えるのではなく、障害された認知力に見合った情報提供の方法と時間、配慮が適切であるかを考える必要がある。例えば、治療についての説明用紙を目に届く場所に大きく掲示することで、認知症の人がいつでも同じ情報を目にし、医療従事者からいつでも同じ説明を聞くことで、認知症の人の状況認知を助ける。

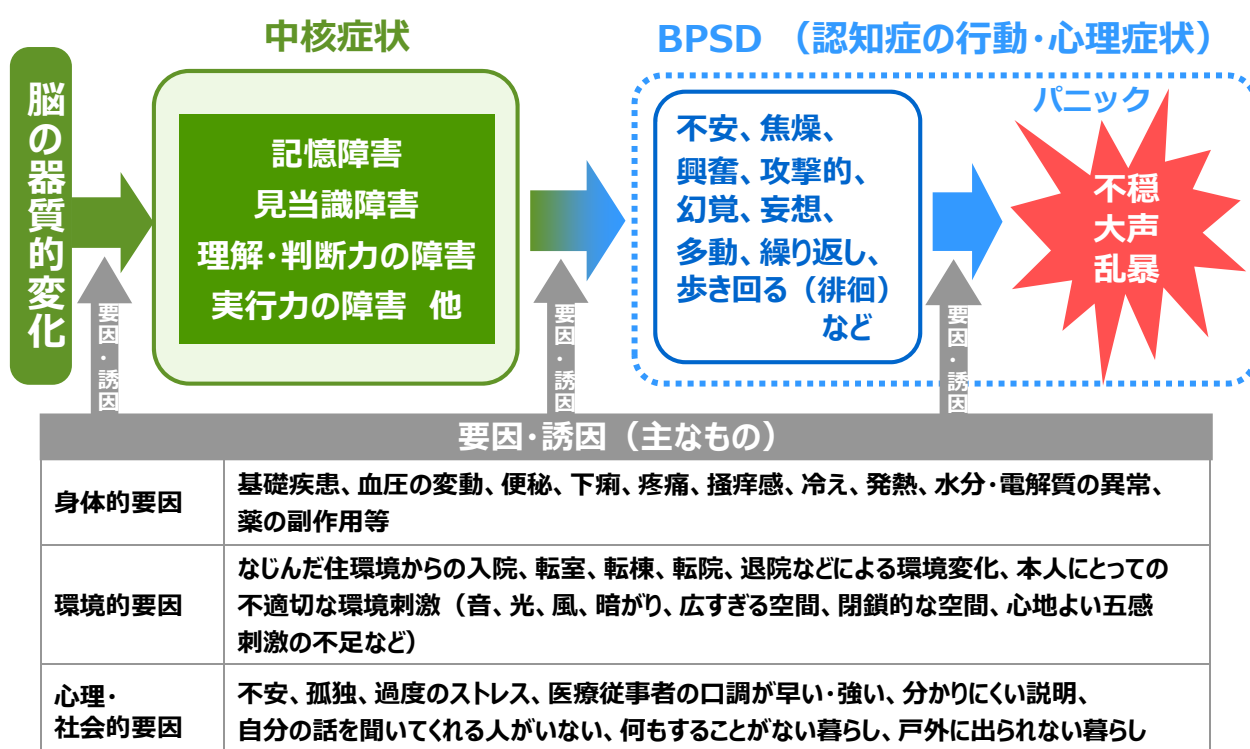
医療従事者は、説明時には理解できるが、他の介入が入ると忘れてしまうという記憶障害を持つ認知症の人の特徴をよく理解し、根気よく同じメッセージを繰り返すようにする。認知症の人は、納得できるまで何度でも人を変えて「何でここにいるの？」と質問したり、自分で動いてみたりしたりする。そのような行動があるとき、最初から抑制するのではなく、その人の理解度、認知度に合わせた説明方法が何なのかを探ることが重要である。

合併症の早期発見とストレスの軽減を図る

認知症の人は訴えが少ない、あるいは多様であることから、何が起きているのかを判断することが難しくなる

- 身体的な観察とともに頻繁な訪室による声かけやその反応、経時的な表情や訴えの変化、睡眠状態、落ち着きのなさや興奮などの観察が重要である
- 看護師の訪室は認知症の人の不安を軽減させ、ストレスを軽減させる重要なケアとなる

入院の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因



対応力-28 合併症の早期発見とストレスの軽減を図る

認知症がない人の場合には、客観的観察以上に痛みや痺れなどの本人の訴えが重要な情報となり、合併症の早期発見、ストレスの判断につながる。しかし、認知症の人の場合は訴えが少ないこと、または多様な訴えがありすぎるなどから、何が起きているのかを判断することが困難となる。そのため、身体的な観察とともに頻回の訪室による声かけやその反応、経時的な表情や訴えの変化、睡眠状態、落ち着きのなさや興奮などの観察が重要である。

認知症の人は、いかなる場所においても自分をケアする医療従事者に対し優先的に関心を払っているため、医療従事者の訪室は認知症の人の不安やストレスを軽減させる重要なケアである。

対応力-29 入院の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因

BPSD は認知症の中核症状に、図に示すようなさまざまな環境要因が誘因となって引き起こされた行動症状や心理症状、さらには破局反応（パニック）の表れであることが多い。

病院という環境は、療養病床のような長期療養型の施設でない限り、生活の色を感じることができない白を基調とした単調な色合いの空間に、まっすぐな廊下に沿って同じような部屋（病室）が並ぶ建築的環境が多い。特に急性期病院ではモニター音やナースコールの音、ストレッチャーや配膳車が通る音、医療関係者がバタバタと廊下を行きかう足音など、認知症の人からすると過剰なほどの刺激が多い空間でもある。ゆっくりくつろげない環境下ゆえに、認知症の人はベッドから起き上がり、もしくはトイレへ行きたくなり、いざ部屋から出てみると単調な建築的環境の中からトイレを探すことが難しいばかりか、部屋に戻るための手がかりもなく、さまよい歩くことになる。もしも認知症の人がどう振舞ってよいのかわからず混乱を招く環境があるならば、早急に環境を整えていくことが大切である。BPSD の背景には悪環境があることを前提に、認知症の人の視点で環境を見直す必要がある。

認知症の事例

A氏 80歳 男性 アルツハイマー型認知症

(Functional Assessment Staging : stage6)

A氏は肺炎を発症し、その治療のために呼吸器科病棟に入院した。肺炎は治癒したものの、1週間にわたるベッド上での安静臥床により歩行が困難となり、排泄はトイレからオムツを使用するようになった。その日は排便が3日間なかったため、朝食後に下剤を服用していた。A氏は13時頃から眉間にしわを寄せ、ベッドの上に座ったり寝たりを繰り返した。夕食前に看護師が訪室すると、A氏はオムツをはずしており、手指や寝具類・カーテンには便が付着していた。

本人が体験していること

ここがあなたのベッドです。
トイレは廊下の向こう側にあります。
何かあれば ナースコールを押してください。勝手に動かないでくださいね。

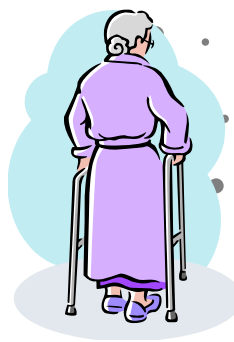


お腹がいたい

誰に伝えれば？

トイレの場所が
分からない

便の後始末はどうしよう



相手のことや話を理解する力、憶えておく力が低下しています。
ふだんどりの説明では、本人に伝わりにくく、不安や混乱を引き起こす場合があります。

対応力-30 認知症の事例

この事例は80歳のアルツハイマー型認知症のA氏が下剤を服用し、その後、便で手指や寝具が汚染していたという事例である。この事例からA氏が体験していたことについて想像してほしい。

対応力-31 本人が体験していること

A氏の体験を想像すると、下剤を服用してから「お腹が痛い」、「誰に伝えれば排便できるのか」、「トイレはどこだろう」、「出ってしまった便の後始末はどのようにしたらよいだろう」、「恥ずかしくて人に言えない」などの苦痛を抱いていたのかもしれない。認知症の人は、「思い」を周囲の人に明確な言葉や行動であらわすことが難しくなるが、決して何も感じていないわけではない。

A氏は13時頃から眉間にしわを寄せ、ベッドの上に座ったり寝たりを繰り返すという苦痛を全身の姿（サイン）であらわしている。このようなサインをとらえつつ、下剤を服用した後どれくらいの時間で便意を催すのかを予測することで、A氏の苦痛を最小限にすることができる。

行動・心理症状（BPSD）

BPSDには

- ① 必ず**何らかの意味**があり、
- ② その人からの**メッセージ**として**聴くことが重要**

【要因】

中核症状のさまざまな身体症状、孤立・不安、
不適切な環境・ケア、睡眠や生活リズムの乱れ など

【対応】

- ① 置かれている環境や健康状態・心理状態を考えて対応、
必要であれば身体状態への医学的対応も
（薬物の調整が必要な場合もある）
- ② 個々の生活歴が参考となり、対応の工夫に

BPSDへの対応

- 身体疾患の有無のチェックと治療
（脳血管障害、感染症、脱水、便秘など）
- 薬物の副作用や急激な中断のチェック
- 不適切な環境やケアのチェックと改善
（騒音、不適切なケアなど）
- 介護サービスの利用

改善がみられない場合 等
専門医へのコンサルト

対応力-32 行動・心理症状（BPSD）

BPSD（行動・心理症状）には、必ず何らかの意味があるので、その人からのメッセージとして聴くことが重要である。BPSD を起こしやすい要因には、中核症状のさまざまな身体症状、孤立・不安、不適切な環境・ケア、睡眠や生活リズムの乱れなどがある。

対応としては、①認知症の人の置かれている環境や健康状態、心理状態を考えて対応することが基本であって、必要であれば身体状態への医学的対応をする。なお、抗精神病薬などの薬物療法が必要なこともある。また、②個々の生活歴が参考になって対応の工夫をすることができる。

対応力-33 BPSD への対応

行動・心理症状（BPSD）は、脳血管障害、感染症、脱水、便秘などによって悪化することがある。訴えの少ない認知症の人の身体疾患の検査はかかりつけ医の役割である。また、薬物の副作用が原因であることもあり、特に効果的に投与されていない抗不安薬、睡眠導入薬などは中止してみる。

攻撃性や興奮などは、介護者や介護スタッフの不適切なケアが原因であることも少なくはなく、介護者のケアの仕方に問題がある場合、ショートステイなどを利用することも考える。

行動・心理症状（BPSD）に対しては、薬物を用いない対応が原則になるが、本人あるいは家族等に身体的な危険がおよぶ可能性がある場合には、薬物療法の適応となる。（特に顕著な行動上の障害を伴う幻覚妄想状態、抑うつ状態、せん妄状態など）

しかし、認知症のこのような行動・心理症状（BPSD）に対する薬物療法で保険となっている薬剤はなく、十分なインフォームドコンセントと副作用に対する注意が特に必要である。状況に応じて専門医への紹介を考慮すべき場合もある。

せん妄の事例（過活動型）

- 70歳、女性、アルツハイマー型認知症
- 出血性潰瘍があり入院する。当日、緊急手術を行い術後5日目である。
- 前夜より不眠の傾向があり、ベッドから降りようとする行為がある。説明しても降りようとする行為は繰り返された。明け方になり眠り始めた。

せん妄の事例（低活動型）

- 81歳、女性、軽度のアルツハイマー型認知症
- 急性胃腸炎・脱水で入院する。ベンゾジアゼピン系睡眠薬を投与。
- 胃腸炎改善後も食事摂取が進まず、治療意欲もなく、悲観的な発言あり。

対応力-34 せん妄の事例（過活動型）

病棟では、「認知症の人が急に認知症が悪化した」と言ったこと耳にする。

認知症の人は環境が変わると、環境不適應によって症状が悪化したように見えることがあるが、この事例のように環境は変わらず、手術前まで問題になっていなかったことが、問題になる場合にはせん妄を疑う。

せん妄の場合には、もの忘れのように何度言われても同じ行動をするといった行動があるが、これは意識障害が原因であるため、落ち着けるようにし、簡潔明瞭に伝えながら、わかったことを確認するといった関わりをすることで軽減できる。

もっとも、術後の事例では、落ち着けない理由に術後の痛みがある可能性がある。よって、安易にせん妄治療を考えるより、まず、痛みの評価を行い、必要時には鎮痛剤の投与も行う。

対応力-35 せん妄の事例（低活動型）

せん妄には、低活動型のせん妄もある。低活動性のせん妄の場合は、うつなどの症状と間違えることがあるため注意が必要である。

高齢者は薬物が体内に蓄積される傾向があり、睡眠薬・安定剤といった、せん妄を起こす可能性のある薬を使用した場合には、開始時に適切な量であったとしても徐々に効きすぎる状態になることを考える必要がある。

事例の場合のように、入院後に開始された睡眠薬の必要性を適時考え、睡眠の評価を行い中止も検討する必要があります。もし、うつを疑う場合でも、睡眠薬を中止後に改めて評価する方法もある。

対応の違いでみる せん妄と認知症

認知症と間違えられやすい症状に せん妄 がある

⇒ 身体疾患と薬物に起因するものが多く、
治療することによって症状改善が図れる

【症状の特徴】

- ・意識障害がある
- ・起始が明確である
- ・夜間に増悪することが多い

【留意点】

- ・せん妄を疑ってアセスメントする
- ・身体状態、病歴や投与されている薬剤などに
注意を向けることが重要

せん妄の問題

- 危険行動による事故・自殺
- 早期対応が困難・重症化
- 意思決定ができない
- 医療スタッフの疲弊
- 入院期間の長期化

Litaker et al., Gen Hosp Psychiatry, 2001
Lawlor et al., Arch Intern Med, 2000
Inouye et al., N Engl J Med, 1999

対応力-36 対応の違いでみる せん妄と認知症

認知症と間違えられやすい症状に「せん妄」がある。せん妄は、身体疾患と薬物に起因するものが多く、これらを治療することによって症状の改善が図れる。せん妄の特徴としては、①幻視、運動不穏などの意識障害がある、②起始が明確である、③夜間に増悪することが多いことが挙げられる。認知症と間違えないために、身体状態、病歴や投与されている薬剤などに注意を向けることが重要である。

対応力-37 せん妄の問題

せん妄は、転倒転落など医療安全上の問題が強調されがちであるが、医療提供上様々な重要な問題を含んでいる。

身体治療の面では、患者が自覚症状を伝えることが困難になるため、身体変化への初期対応が困難となり、結果として重症化する。

また、せん妄を生じるような場面は、身体的にも重篤な場面が多い。治療方針について、患者・家族の意向を踏まえて相談する場面をとまなうが、患者自身十分に問題を把握・理解して決定できる状態になく、意思決定が遅れ、結果として患者の意向に添えない事態を招くことがある。

身体治療に加えてイレギュラーな問題に対処を求められるため、医療スタッフの疲弊にもつながる。入院期間も長期化し、医療経済的な面でも問題となる。

せん妄は見落とされる

	患者 2,721名	
看護師の評価	せん妄あり 239名	せん妄なし 2,482名
せん妄あり	19%	4%
せん妄なし	81%	96%

経験に基づく評価では、
看護師はせん妄の70～80%を見落としている

Inouye et al., Arch Int Med 2001

せん妄と認知症の臨床的特徴

	せん妄	認知症
発 症	急激	緩徐
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記憶力低下
持 続	数時間 ～ 1週間	永続的
知的能力	動揺性	変化あり
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

対応力-38 せん妄は見落とされる

せん妄は、その症状が多彩なために、系統だった評価をすることが望ましい。

アメリカの高齢者病棟での検討では、看護師の経験に基づいた判断を米国精神医学界の診断基準をゴールドスタンダードとして比較をすると、80%で見落としていることが明らかとなった。

見落とす要因としては、①低活動型せん妄、②高齢（年だから、との誤解）、③感覚障害（白内障などの視覚障害、難聴など聴力障害）の合併があげられる。

対応力-39 せん妄と認知症の臨床的特徴

せん妄との最も大きな違いは発症様式である。前者は急性であり、認知症、特にアルツハイマー型認知症では潜行性に発症し、緩徐に進行する。何日の夜からと特定できる発症は前者の特徴である。また、夜間に増悪することが多く、夜間せん妄ともいわれる。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三徴であるが、高齢者では幻視を伴わないこともある。また、通常は運動不穏のために多動となることが多いが、多動状態を伴わず、不活発な状態となる場合もある。

せん妄の発症

準備因子

70歳以上、脳器質疾患、認知症

誘発因子

- 過少・過剰な感覚刺激
- 睡眠障害
- 強制的安静臥床
- 身体拘束

直接原因

薬物、代謝性障害、敗血症、呼吸障害

せん妄

(平成25年度厚生労働科学研究費補助金
「急性期病院における認知症患者の入院・外来実態把握と医療者の
負担軽減を目指した支援プログラムの開発に関する研究」班より)

せん妄の原因と影響を及ぼす主な薬剤

- アルコール、薬物または薬物中毒
- 感染症、特に肺炎と尿路感染症
- 脱水状態および代謝異常
- 感覚遮断
- 心理的ストレス

国際老年精神医学会

: プライマリケア医のためのBPSDガイド、アルタ出版、2005

主な薬剤

- ・抗パーキンソン病薬
- ・抗コリン薬
- ・抗不安薬
- ・抗うつ薬

・循環器用薬

: ジギタリス、βブロッカー、利尿薬

- ・H2受容体拮抗薬
- ・抗癌薬
- ・ステロイド

対応力-40 せん妄の発症

せん妄は複数の要因が重なって発症する。せん妄への対応を検討する上で、その要因を、準備因子、誘発因子、直接原因（因子）と整理すると対応を検討しやすい。

準備因子は、脳自体の問題（器質因子）：高齢、器質疾患の既往（脳梗塞、パーキンソン病など）、認知症の既往がある。

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ないが、重症・遷延化を招く要因である。環境要因としては、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、身体拘束がある。身体的な要因としては、疼痛や便秘、口渇など不快な身体症状がある。

直接因子は、せん妄発症の主因となるもので、薬物や感染、脱水、電解質異常、低酸素など代謝障害がある。

対応力-41 せん妄の原因と影響を及ぼす主な薬剤

せん妄の原因としては様々なものがある。アルコールや薬物、肺炎や尿路感染症等の感染症、脱水状態や電解質異常、感覚遮断や心理的ストレス（入院、旅行等の環境の変化など）などがある。そのため、せん妄の対処には原因を適切に把握する必要があり、身体的診察や臨床検査等も必要である。

せん妄を来す可能性のある主要な薬剤を示す。特に頻尿や尿失禁に対して使用される抗コリン薬や胃潰瘍や胃炎に用いられる H₂ 受容体拮抗薬は見逃されやすいので注意を要する。せん妄が疑われたときに、これらの薬剤の使用によるものではないかを検討する必要がある。

せん妄の予防・前駆症状

【発症因子の評価と対策】

- 1) 聴覚・視覚機能・移動能力低下の援助
：補聴器、眼鏡等の補助具、リハビリ
- 2) 栄養状態（脱水）の管理
- 3) 睡眠障害の是正、不安、抑うつ緩和
- 4) 脳の画像検査、脳波検査の施行。血液生化学検査
- 5) 見当識障害の有無のチェック
- 6) 使用薬剤内容の検討：抗コリン作用薬、ベンゾジアゼピン(BZ)系の減量・中止

【前駆症状】

- 1) わずかな注意力の低下(計算間違い)、集中困難、記銘力低下、理解力低下
- 2) 見当識の障害
- 3) 睡眠の障害、悪夢
- 4) 落ち着きなさ、イライラしやすさ、怒りっぽさ

アセスメントツール

質問形式

- 改訂版長谷川式簡易知的機能評価スケール
- Mini-Mental State Examination

観察形式

- Delirium Rating Scale (DRS)
- Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)
- Delirium Screening Tool (DST)

対応力-42 せん妄の予防・前駆症状（解説はありません）

対応力-43 アセスメントツール

認知症と高齢であることは、せん妄を引き起こす準備因子である。しばしば急性期病棟ではせん妄を急性発症による認知症と間違えて判断をすることがある。一方でせん妄は、脳梗塞など脳の器質的な機能低下によって発症することもある。また、せん妄のエピソードが認知症発症に先行することもある。せん妄はごく軽度の病期から全身疾患などを背景に、幻覚などの異常体験や興奮を主とし、多くは急性錯乱状態として現れる。

誘発因子としては、入院をきっかけにした環境変化による不眠等の生活リズムの乱れ、難聴や視覚障害による感覚遮断や身体拘束、不適切な薬剤などが指摘されている。せん妄が生じると、転倒・転落やチューブ類の事故などにより身体を損傷する危険性が高まり、生命が脅かされる。また、疾患への治療が遷延し、全身の廃用を引き起こしてしまう。そのため、せん妄のアセスメントツールを用いて、せん妄の予防と早期発見に努めることや、せん妄の症状の変化を把握していくことが必要である。

DSTの紹介

Delirium Screening Tool (DST) : せん妄スクリーニング・ツール

「A : 意識・覚醒・環境認識のレベル」 : 7項目

「B : 認知の変化」 : 2項目

「C : 症状の変動」 : 2項目

の3系列・11下位項目から成る観察形式のアセスメント・ツール

各系列の下位項目が1つでも該当する場合、A → B → Cと進んでチェックし、最終系列Cで該当すれば、「せん妄の可能性あり」と評価される。

*このツールは、患者面接や病歴聴取、さらには家族情報などによって得られる全情報を用いて評価する。さらに、せん妄の症状は、1日のうちでも変転するため、DSTは、少なくとも24時間を振り返って評価する。

術後のせん妄発症リスクの減少

身体的要因

- 表情・行動の観察から苦痛を評価する
(鎮痛剤使用後の観察は綿密に行う)
- 全身状態の安定を図る
- 固定ベルトなどの皮膚発赤や痒みなどを防ぐ

心理的要因

- 眼鏡や補聴器の使用を早めに勧め、失見当の悪化を防ぐ
- 家族の協力を得て、心理的不安の軽減に努める
- 夜間の混乱を予防するために、照明に配慮する
- 定期的に運動をして拘束間を軽減する

対応力-44 DST の紹介

ここでは看護師でも簡便にせん妄を評価する DST について紹介する。町田らの研究によると、対象患者 108 名に看護師が DST を用いて評価し、精神科医がせん妄の診断基準を用いて診断した結果、精神科医がせん妄と診断した 59 名の内、58 名は DST でもせん妄と評価された。すなわち、DST の感受性は 98%。偽陽性は非せん妄 49 例中 12 例で、特異性は 76%、DST の評価時間は約 5 分であり、DST は日常的に使えるアセスメントツールのひとつである。

対応力-45 術後のせん妄発症リスクの減少

術後のせん妄の発生率は高く、また認知症がせん妄の発症のリスク因子でもあり、せん妄発症を予防する対応が重要となる。せん妄発症リスク要因を減少させるための方法を、身体的要因と真理的要因に分けてスライドに整理した。

Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)

	0	1	2
呼吸 (非発声時)	正常	随時の努力呼吸、 短期間の過換気	雑音が多い努力性 呼吸、長期の過換気、 チェンストークス呼吸
ネガティブな 発声	なし	随時のうめき声、 ネガティブで批判的な 内容の小声での話	繰り返す困らせる大声、 大声でうめき、苦しむ、 泣く
顔の表情	微笑んでいる、無表情	悲しい、怯えている、 不機嫌な顔	顔面をゆがめている
ボディランゲージ	リラックスしている	緊張している、苦しむ、 行ったり来たりする、 そわそわする	剛直、握ったこぶし、引 き上げた膝、引っ張る、 押しのける、殴りかかる
慰めやすさ	慰める必要なし	声かけや接触で気を そらせる、安心する	慰めたり、気をそらした り、安心させることがで きない

(平原佐斗司：認知症の緩和ケア，緩和医療学,11（2）,P36,2009.)

ルート類の抜去に対する予防的対応

ルート類

- 目に触れないようにする（点滴台は頭部後方へ）
- 手が届かないようにする（尿道カテーテルは違和感強く、健肢側にセットすると膝を曲げて手を届かせるため患側大腿面に這わせ、裾から出す。ドレーンは腹帯で覆う）
- 尿道カテーテル屈曲による尿意切迫感は苦痛であるため、屈曲の確認を怠らない
- 手術翌日の覚醒した時間、朝方に抜去ことが多いため、その時間に訪室し説明を繰り返す

対応力-46 Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)

術後の創部痛は、回復の意欲を阻害し、離床の遅延につながる重大な因子である。苦痛は主観的な固有なものとされ、従来からフェイススケールなど主観的尺度が使用されてきた。しかし、認知症の人の場合には苦痛の表現が困難となるため、医療従事者の観察と測定が非常に重要となる。その際、表に示したアセスメントツール項目（PAINAD など）を参考にするのもよい。

対応力-47 ルート類の抜去に対する予防的対応

認知症の人はチューブやドレーンなどルート類を抜去することが多い。ルート類は治療上重要な目的で挿入され、とくに術後の創部ドレーンは、後出血の早期発見、創部出血および浸出液排出による創内感染予防のためであり、抜去は生命の危険につながることから予防が重要である。

認知症の人は意味もなく抜くのではなく、「これ何？」と手繰り寄せて抜く、または違和感や掻痒感などの苦痛の結果として抜くと推測される。それゆえに、抑制を第一選択肢とするのではなく、回復に合わせて理解を助ける、違和感を理解する、抜けないような工夫をするケアが重要である。

なお、やむを得ず身体抑制をする場合には、とくに回復期においては体力が回復するとともに拘束感が強度となることを理解して、抑制を外す時間を決め、認知症の人に用紙などで伝えることが肝要である。

せん妄発症時の対応

- せん妄状態にあると、興奮して暴れる、転倒するなどの危険があるため、認知症の人の**安全を確保**することが先決になる
- 十分な観察を行うとともに、認知症の人のそばに寄り添い、**認知症の人が不安を高め**ないような姿勢で接する
- せん妄の原因となる**身体状況や治療状況、生活リズム、認知症の人を取り巻く環境を見直して改善**していくことでせん妄状態の緩和につながる

せん妄の治療・ケア

せん妄の直接的原因への対処（全身状態の安定）

- 水分・電解質、酸素化などの保持、基礎疾患の治療
- 直接的原因となる薬物の特定と減量・中止の検討

せん妄の間接的原因への対処（環境調整）

- 睡眠－覚醒パターンの改善
- 過剰な刺激や感覚遮断の改善
- 身体拘束や体動の制限の改善

薬物療法

- 専門医と相談し、鎮静目的で少量の抗精神病薬を投与する場合もある（第一選択として抗コリン作用のすくないハロペリドールが使用されることが多い）

対応力-48 せん妄発症時の対応

せん妄状態にある人は、自分の状況がわからず、危険への認知も低下しているため、転倒・転落、天敵やチューブ類の抜去など身体を傷つける可能性があり、安全の確保が最優先となる。そのため十分な観察を行うとともに、対象者のそばに寄り添い、認知症の人が不安を高めないように共感的な姿勢で接する必要がある。この時期は質のよい睡眠を得ることで症状が軽減することも多い。

また、せん妄の原因となる身体状況や治療状況、生活リズム、取り巻く環境を見直して改善していく必要がある。

対応力-49 せん妄の治療・ケア

せん妄の直接的原因への対処として次のポイントを理解しておく必要がある。

水分・電解質、酸素科などの保持、基礎疾患の治療

直接的原因となる薬物の特定と減量・中止の検討

せん妄の間接的原因への対処（環境調整）として次のポイントを理解しておく必要がある。

睡眠－覚醒パターンの改善

過剰な刺激や感覚遮断の改善

身体拘束や体動の制限の改善

前述した対処を行っても改善がみられない場合は、専門医と相談し、鎮静目的で少量の抗精神病薬を投与する場合もある。この場合、第一選択として抗コリン作用のすくないハロペリドールが使用されることが多い。

せん妄への対応（まとめ）

- 認知症の高齢者は、せん妄を起こす可能性が高い、せん妄の発症を念頭において関わる必要がある
- せん妄は早期発見、早期対応が必要
- チームで関わる場合は、スケールなどを使用し正確に評価を行うことが重要
- せん妄への対応はチームによる医療が不可欠であり、特に、院内の共通理解と連携が重要

対応力-50 セン妄への対応（まとめ）

せん妄対策は医療上の重要な課題である。予防的手段としては、環境調整、すなわち、日中の散歩に努め睡眠・覚醒のリズムを維持する、見当識の改善目的で部屋の明るさを調整、使い慣れた品物、時計やカレンダーを置く、家庭的雰囲気を保つ、可能な範囲で家族や友人の面会時間を増やす、視覚や聴覚障害に対する配慮、騒音を減らす、一度に多くの刺激を与えない、良好なコミュニケーション、拘束は最小限にするなどに加え、水と電解質バランス、酸素分圧の維持など良好な全身状態を保つよう努める。

せん妄のアセスメントツールを用いて、せん妄の予防と早期発見に努めることや、せん妄の症状の変化を把握していくことが必要であり、せん妄が発症したら、まずは原因を可能な限り除去する。予防手段と共通の環境調整、日中の覚醒状態の維持などに加え、医療や看護に支障が大きい場合は対症療法としての薬物療法を行う。ベンゾジアゼピン系の睡眠薬や抗不安薬は増悪の恐れがあるので使用を控える。

せん妄への対策は病院内にせん妄対策チームを設置し、せん妄に関する勉強会を重ねながらチーム間の共通理解と連携を図っていくことが重要となる。

1. 「目的」編（10分）

2. 「対応力」編（60分）

3. 「連携」編（20分）

連携-1

認知症の人に適切でスムーズな 医療・ケアを提供するために

- 認知症の人がスムーズに入院加療を受け、退院してもとの暮らしに戻れるようにするためには、本人の暮らしに関する情報を具体的に把握し、得た情報を治療、処置、療養の場面で活かすことが必要である。
- そのためには、家族や地域の医療・介護職との連携が重要である。

連携編

連携-1 認知症の人に適切でスムーズな医療・ケアを提供するために

認知症の人がスムーズに入院加療を受け、退院してもとの暮らしに戻れるためには、本人の暮らしに関する情報を具体的に把握し、得た情報を、治療、処置、療養の場面で活かしていくことで可能になる。

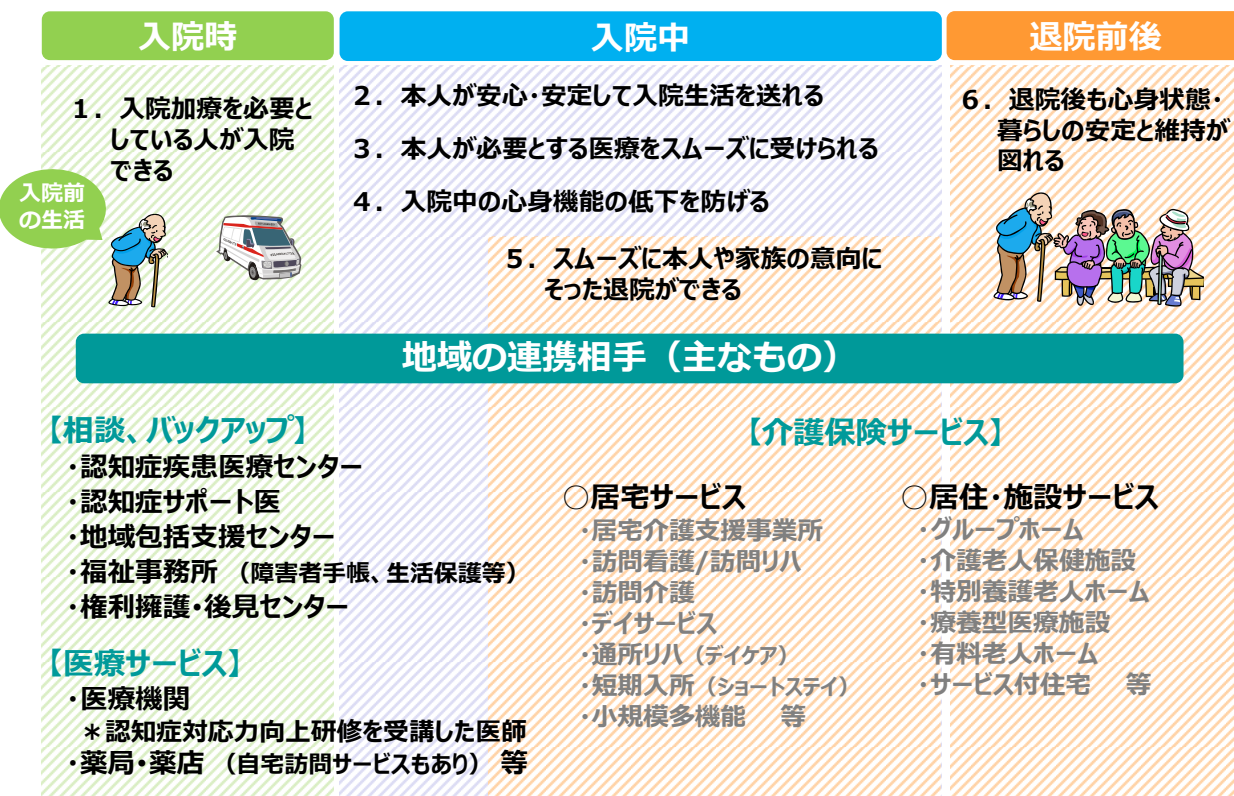
そのためには、家族や地域の医療、例えば本人のかかりつけ医や、介護保険サービスを利用している場合はケアマネジャーや暮らしの場になっている介護保険施設等の介護職との連携が重要となる。

連携により期待される成果

- ① 入院加療を必要としている人が**入院できる**
- ② 本人が**安心・安定**して入院生活を送れる
- ③ 本人が必要とする医療を**スムーズ**に受けられる
- ④ 入院中の**心身機能の低下を防げる**
- ⑤ **スムーズ**に本人や家族の**意向にそった退院**ができる
- ⑥ **退院後も**心身状態や暮らしの**安定・維持**が図れる

- 認知症医療・ケアの質の向上、職員の負担軽減
- 本人の状態が安定し、よりよい経過をたどれる
- 家族の不安・負担軽減、在宅生活の継続

病院と地域資源との連携



連携-2 連携により期待される効果

「連携」することによって、本人には次のような成果につながる

- ① 入院加療を必要としている人が入院できる
- ② 本人が安心・安定して入院生活を送れる（これは、入院という環境の変化によって引き起こされやすい BPSD の発症を防いだり、発症した場合も早期緩和につなげることができる。
- ③ 本人が必要とする医療をスムーズに受けられる（必要な検査や処置、手術、リハビリの担当者や関係者へも本人の個別具体的な情報、例えば本人が安心できる声かけの仕方や、そばにあることで安心したり落ち着ける物などを提供していくことで、必要な医療をスムーズに受けられることにつながる。）
- ④ 入院中の身体機能の低下を防げる
- ⑤ スムーズに本人の意向にそった退院ができる
- ⑥ 退院後も心身状態や暮らしの安定と維持が図れる

普段の連携を意識して行っていくことで、院内では認知症医療・ケアの質の向上ができ、その結果職員の負担軽減につながる。本人にとっては、状態が安定し、入院を経てもなおよりよい経過をたどることができれば、家族の不安や不安も軽減でき、結果として在宅生活の継続にもつながりやすくなる。

連携-3 病院と地域資源との連携

本人がよりよい経過をたどれるための病院と地域資源との連携には、図のように連携する時期と、効果的に進めていくための連携先がある。連携を自分の担当範囲だけで考えたり、病棟内や院内の一部の職員だけで行うのではなく、多職種や検査、薬剤など本人に関係する他部門との連携や、各職種や各部門内の連携が重要になる。これら、一つひとつの連携を意図的に行っていくことが、本人にとってよりよい経過をたどれることにつながる。

特に、入院加療を必要としている人が入院できたり、入院生活を安定して送れるためには、入院時に、入院前の情報を積極的に得ていくことが重要となる。

また、退院後も心身状態や暮らしが安定したり、維持していけるためには、入院時から入院生活における人の情報の収集し、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重要である。

医療関係者にとっては、なじみのない連携先も多いと思われるが、連携先には主に図のような所がある。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、それぞれについては別途把握しておくといよい。また、介護保険サービスを知らないために利用できていない場合もあるため、紹介したり、地域包括支援センターへつなぐなど、入院時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である。

管理者の役割の重要性

認知症の人に、いつでも安心して入院できるようにするためには、

- 安心して療養できる環境を整え
- 必要な職員の研修を実施し
- 院外の関係機関と積極的な連携を行う など

病院管理者としての意識・取り組みが重要 となる。

認知症への対応ができることが、
高齢者医療への対応力を高めることにつながる

入院治療の問題点（管理者の視点）

- 多剤併用による弊害、複合的な医原性の障害を高率に生じる (Zekry 2008, Fields 1986)
- 看護師が介助に要する時間が3時間増える (Erkinjuntti, 1988)
- 採血が増える (Sampson 2006)
- 抑制が増える (Morrison 2000)
- 支持緩和療法の適応を医師が考えない、緩和ケアチームへ紹介しない (Sampson 2006)
- 疼痛の放置 (McCarthy 1997, Morrison 2000)

連携-4 管理者の役割の重要性

超高齢化時代にはいり、今後、認知症高齢者の増加は避けられず、医療の現場、入院医療機関も、前向きに対策を考える必要がある。

医療機関での研修を行い、職種にかかわらずスタッフが認知症に対する正しい知識を持つことは大切であり、正しい知識があれば、認知症の人でも安心して入院・療養生活ができる。

さらに、認知症は医療だけで完結できるものではないので、入院前、退院後に関わる人たちと情報を共有しながら、認知症の人を中心にさまざまな問題を考えることが重要である。

病院管理者として、取り組むべき優先課題であるといえる。

連携-5 入院治療の問題点（管理者の視点）

入院治療時の問題点は、スライドのように多く言われています。これらに関して管理者として重点的に前向きに対応策を考える必要性は高い。

たとえば、認知症の人に大声や拒否と言った症状がある時に、疼痛はあるが本人が伝えられていない、また、スタッフも聞けていない、ということはよくあり、疼痛のアセスメント、対策を行うことでこのような症状が軽減することもある。

治療のアウトカムに与える影響（管理者の視点）

- 機能低下の独立因子 (Covinsky 2003)
- おそらく2つのphaseがある。一つは急性期疾患によるもの、
もう一つは入院後に機能を維持改善できないこと (Sands 2003)
- 機能低下は様々な影響を及ぼすが、最終的にはベッドで休んでいる時間が長くなり、活動が制限されることになる
- 軽度認知機能障害の時点でも入院期間が 4-23日 長くなる
(Erkinjuntti, Lyketsos 2000, Fields 1986, Fulop 1998)
理由: nursing homeやresidentialへの移行に調整を要するから
医原性の障害と院内感染の増加
- 認知症患者は、認知症のない患者と比べて入院死亡率が高い
(Fields, 1986)
- 認知症の重症度と比例 (Sampson 2009)

認知症の人を受け入れるにあたって

- 認知症の人を受け入れるにあたり、現状を評価する
(スタッフの意識、院内資源、院外の連携資源)
- 定期的に全職員を対象とした研修を行う
- 可能な限り身体拘束などの不自由な環境をつくらないケアを考える
- 必要に応じて、職員の配置や増員、環境の整備も検討する
- 必要な医療行為や手術・処置を行える環境を整える
(院内のコンサルテーション・専門職への相談体制の仕組み)
- 認知症に関してリスクマネジメントを行う
- BPSDやコミュニケーションの困難さを理由に、認知症の人とその家族を差別しない

連携-6 治療のアウトカムに与える影響（管理者の視点）

治療のアウトカムに与える影響についても、スライドのように多く言われている。

今後、認知症の人の数は多くなると言われている現在、これらに関して管理者の方は重点的に前向きに対応策を考える必要性が高い。

連携-7 認知症の人を受け入れるにあたって

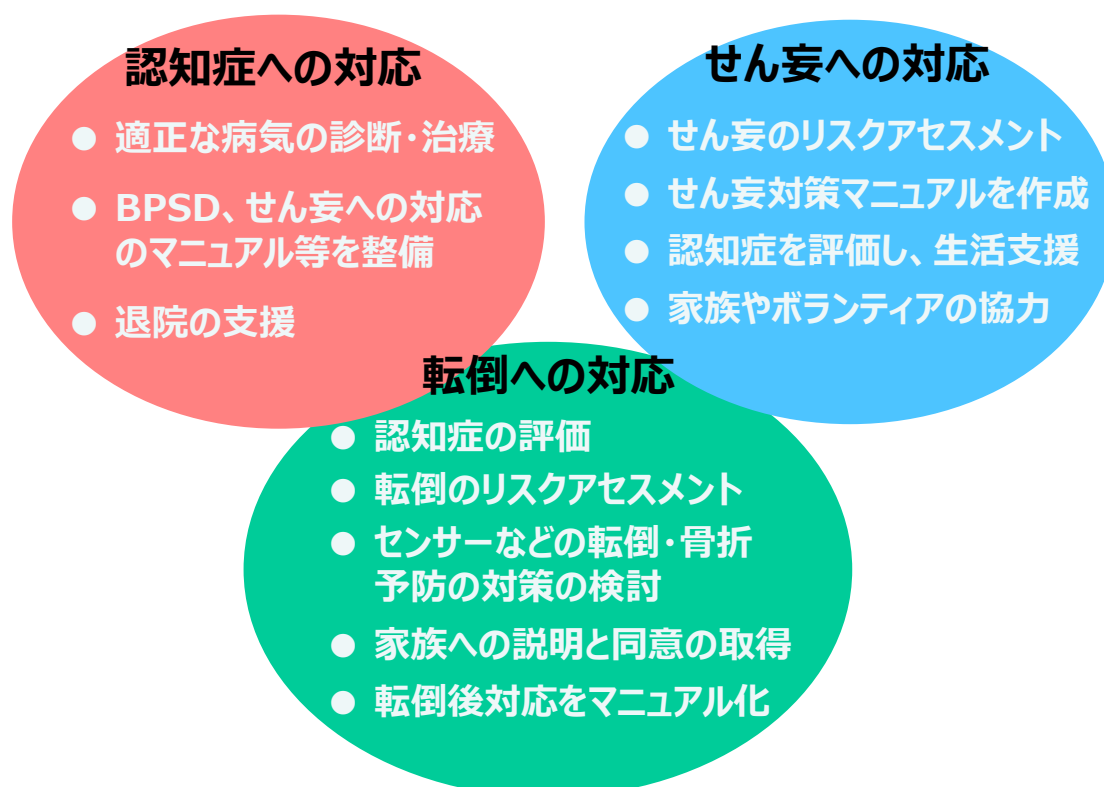
管理者は、スライドにあるこれらの内容を検討し、認知症の人を受け入れる体制を整えることが重要である。

もちろん、研修等で得られる認知症の正しい知識は重要で、知識を得ることで意図的にかかわれるようになるが、知識だけで入院治療や入院生活上の様々な問題を解決するのは限界がある。各医療機関が、現状を把握した理にかなったマネジメントを行っていくことが必要である。

管理者として行ってほしいこと

- 原則として、認知症を理由に**入院を断らない**
- 認知症の人の手術・処置について**トライージ**を行う
- 症状に応じた適切な医療機関、また、地域の関係機関（地域包括支援センター等）との**連携体制をつくる**
- 医師・看護師等の多職種**研修の実施**、および、認知症看護認定看護師等の研修**受講を支援**する
- 認知症医療、高齢者医療、老年看護研修等を取り入れる
- 居室や院内設備等の**環境の整備**を行う

認知症・せん妄・転倒への対応



連携-8 管理者として行ってほしいこと（解説はありません）

連携-9 認知症・せん妄・転倒への対応（解説はありません）

準備したい具体的な対応マニュアル①

話す技術 聴く技術

ゆっくりと優しい口調で話す
同じ高さの目線で話す
遠くや後ろから話しかけない
大声で話さない 急に話しかけない
できるだけ聞き役で、話を途中でさえぎらない

行動面 での技術

周りで騒がしくない
落ち着く場所を一緒に探す
後ろ死角で大きな音を出さない
危険行動の少し前に近づく
できることをほめる 行動を制止しない

観察の ポイント

いつもと行動が違うときは身体症状に気をつける
表情や言葉の変化に注意
他のスタッフが関わっているときの反応を観察する
何ができて何ができないのか観察する

準備したい具体的な対応マニュアル②

システム

難しい事例や うまくいかなかった事例では
全スタッフでの振り返りカンファランスを行う

BPSDへの 対応技術

落ち着きのない時はそばに付き添う
幻視は否定しない
暴力的な時には二人でケアする
入浴拒否には散歩がてらお風呂に誘導
拒薬時は無理に服用させず、投薬者をかえる
投薬は食後に。食前や食事に混ぜない

情報収集

家族への対応

自己への考察

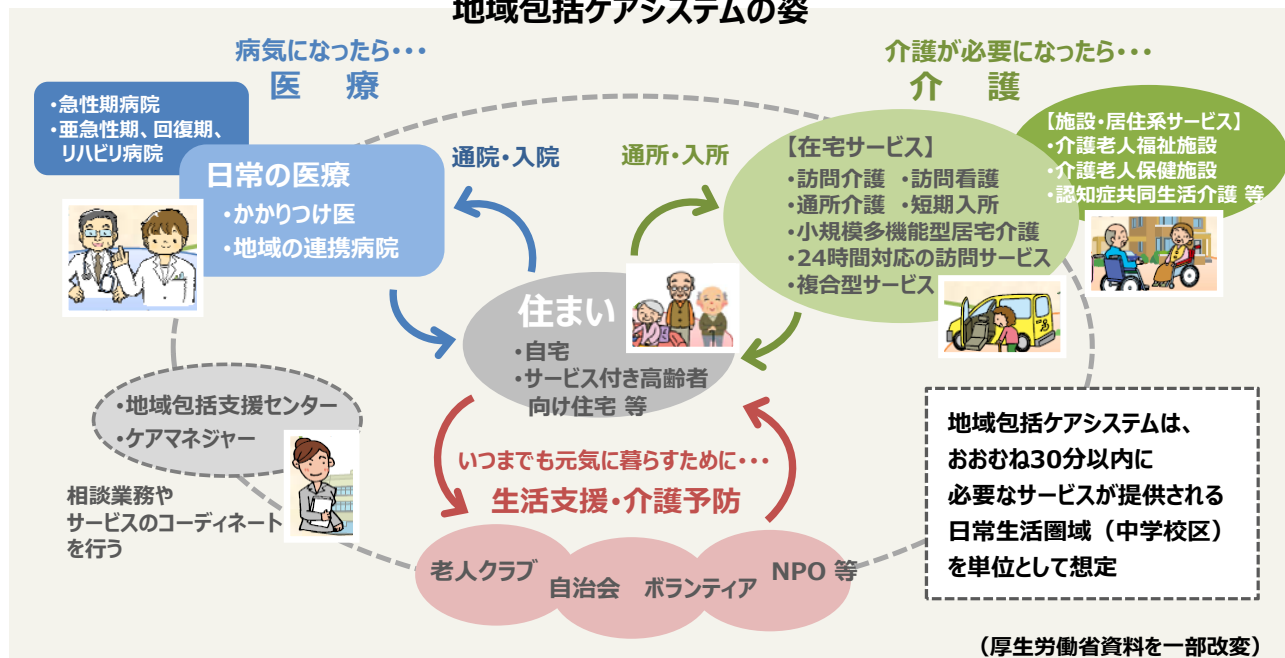
連携-10 準備したい具体的な対応マニュアル①（解説はありません）

連携-11 準備したい具体的な対応マニュアル②（解説はありません）

地域包括ケアシステムの全体像

住まい・医療・介護・予防・生活支援 が一体的に提供される
 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

地域包括ケアシステムの姿



連携-12 地域包括ケアシステムの全体像

これからは年々認知症の人も増加していく。たとえ認知症になっても、必要な時に医療や介護を受けながら、住み慣れた地域で暮らし続けられるためには、一般の医療機関においても認知症医療やケアの向上が求められている。

地域にあるさまざまな資源とつながりながら（連携しながら）、共に認知症の人の暮らしを支えていくことが重要である。

【参考資料】

● 演習の目的・意義

- サンプル事例 ① 独居の退院支援
- ② 術後せん妄
- ③ BPSD

演習については、実施要綱の標準カリキュラムには含まれませんが、都道府県等での研修実施の際に、各地域の事例を用いてグループワーク等を行うことを妨げるものではありません。
以降のサンプル事例は、適当な事例がない場合、また、事例の選定にあたっての参考としてください。

演習の目的・意義

- 認知症の困難事例やせん妄の事例を通して、チームで解決する方法を考える場とする
- さまざまなBPSDに対して、薬物療法だけでなく、ケアや対応、非薬物療法を検討する場とする
- 演習を通じ、病院での認知症の課題をチームで解決することを学ぶ場とする

サンプル事例①：独居の認知症の人への退院支援

- 80歳女性、独居のアルツハイマー型認知症の人
- 1年ほど前から物忘れがあり、糖尿病と高血圧症もあり、外来受診していた。
MRIで海馬の委縮があり、脳SEPCTで後部帯状回の血流低下を認めた。MMSE23点。
- 今回は高血糖のため入院した。
定期的な内服とインスリンの注射をしていたが、入院前に時々インスリンの注射をしたことを忘れていたりするようになっていた。
要支援2で1週間後に退院することになりました。

Question:

退院前カンファレンスでは、どんな議論をすることになりますか？

サンプル事例①：解説

課題抽出： 認知症、糖尿病等の身体疾患の合併、インスリン注射

議論：

- 介護保険制度の利用、デイケア、ショートステイの利用
- 心理的ストレス（不安）の解消
- 服薬確認、インスリン注射は内薬に変更、老健利用も検討
- 定期的血糖検査

論点整理： 退院支援チームや連携室に相談
多職種連携によって、問題解決を図る
ケアマネジャー、家族ともに退院カンファレンスの開催
介護サービスの利用
家族のサポート
インスリン注射が可能な施設利用

まとめ： 本事例から、認知症の人の退院支援の方法を学び、チームでの対応を経験し、慣れることが重要である

サンプル事例②：術後せん妄のあるケースへの対応

- 76歳女性、2年前にアルツハイマー型認知症の診断を受け、抗認知症薬を内服している。長男と二人暮らしで入院歴なし。
- 今回、自宅の玄関前で転倒、右大腿骨頸部骨折で緊急入院となった。入院翌日、静脈麻酔と脊椎麻酔を併用し、骨接合術が行われた。
- 術後は、末梢点滴ルート、膀胱留置カテーテル、酸素マスク、創部ドレーン挿入、酸素マスク、外転枕を装着した。帰室時、体温36.1℃、血圧122/68mmHg、脈拍88回/分、動脈血酸素飽和度99%であった。
- 帰室後から腰痛を訴え表情も硬いため、ボルタレン坐薬25mgを使用した。

サンプル事例②：術後せん妄（続き）

- その後うとうとしていたが、夜中に起き上がり、「米を研がないといけないから、こんな所で寝てられないわ」とベッドから降りようとする。
- 看護師は「家で転んで骨折して手術したんですよ。安静にしていな」と説明した。そしてステーション近くの部屋に移動させ、頻回に訪室して見守った。
- その後、起き上がる様子はなかったが、カテーテル類をいじったり、体動が激しく何度も外転枕の位置を直さなければならなかった。
- 朝5時に訪室すると、壁を指して、「子どもがいる」、「ほらほら、霧がかかってきたよ」と意味不明なことを言い出した。

Question:

院内チームカンファレンスでは、どのような議論をすることになりますか。

サンプル事例②：解説

課題抽出： 認知症、手術、麻酔、術後循環代謝異常、発熱等

- 入院による環境の変化
- ICU、CCUなどにおける過剰刺激
- 睡眠妨害要因（騒音、不適切な照明 等）
- 心理的ストレス（不安）
- 身体的ストレス（痛み、かゆみ、頻尿 等）
- 感覚遮断（眼科手術後 等）
- 拘禁状況

議論： 多職種連携によって、問題解決を図る

論点整理： 環境調整（照明、部屋替えなど）、心理的サポート、コミュニケーション、家族のサポート、薬物対応（リスパダール液、セレネース筋注、短時間作用型睡眠剤等）

まとめ： 本事例から、認知症の人の術後せん妄とその対応について、チームで対応を経験し、慣れることが重要である

サンプル事例③：病院におけるBPSDがある方への対応

- 80歳男性、高度のアルツハイマー型認知症と診断され、外来に定期的に受診されていたが、食欲不振と発熱、意識レベルの低下を主訴に救急を受診され、脱水症、肺炎の疑いにて午前中に一般病棟へ緊急入院。
- ドネペジル5mgを内服しており、普段から易興奮、怒りっぽい、徘徊するなどの症状があった。
- 入院し、点滴、抗生剤を開始したところ、徐々に意識レベルは改善したが、発熱は続いていた。
夕方となり、点滴ルートを抜去し、興奮ぎみでベッドから起きだし、家へ帰ろうとしている。

Question:

このようなケースへの対応として、どんなことが考えられますか？

サンプル事例③：解説

課題抽出： 高度のAD、内服の評価、身体合併症とBPSDの存在、緊急入院、職員の対応、病院の環境、家族評価

議論： BPSDの評価と対応
個別ケア（パーソンセンターケア）と環境調整
家族への協力依頼
薬物療法等
身体拘束の必要性の判断、転院の必要性和可能性

論点整理： 一般病院への認知症の人の入院対応の困難性
精神科病院、認知症疾患医療センター等との連携

まとめ： 多職種が連携して、適切な対応を検討する

病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修テキスト

平成 26 年 3 月

平成 25 年度 厚生労働省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）

制作・監修 かかりつけ医および一般病院医療従事者の認知症対応力向上研修に関する研究事業

（発 行） 株式会社ニッセイ基礎研究所（実施主体）

〒102-0073 東京都千代田区九段北 4-1-7

TEL 03-3512-1811 FAX 03-5211-1084

禁無断転載