

平成 26 年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

**病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修
に関する調査研究事業
報告書**

平成 27 年 3 月

株式会社ニッセイ基礎研究所

まえがき

認知症高齢者が更なる増加が見込まれる中で、平成 25 年 9 月、厚生労働省において、「認知症施策推進 5 か年戦略（オレンジプラン）」が策定、さらに、平成 27 年 1 月には、税・社会保障一体改革の進捗等を加味した、いわゆる「新オレンジプラン」が国家戦略として位置付けられ公表されるに至っている。新オレンジプランでは、認知症ケアにかかる人材の育成について、職種の拡大、人数の上積みなど、更なる体制の強化・充実が整理されている。

地域包括ケアシステムの構築を目指して、在宅介護、療養にかかる体制充実が進められているが、認知症高齢者にとって、生活の場である在宅の充実とともに、合併症を伴う場合の外来や入院といった、一般病院における対応の充実が必要であることは言うまでもない。

本事業は、平成 24 年度から、一般病院を中心とする病院の医療従事者を対象に、認知症の人の外来や入院医療に際しての対応力の向上を目的に、研修カリキュラムおよび教材の検討を進めてきた。具体的には、病院という特性を踏まえた研修内容のスリム化および実施方法の多様化の検討、講師を担って頂く方への伝達講習会の実施、などの取り組みを進めてきた。

前述の新オレンジプランにおいても、修了者数目標が定められているが、平成 29 年度末に向けて、都道府県・指定都市においては、より一層の工夫と努力によって、効果的・効率的な研修運営を行うことが求められる。と同時に、本研修のカリキュラム構成、講義部分の教材内容の更新、演習に関する教材提示、職能団体をはじめとする研修実施主体の多様化と協力など、継続検討課題も多く残されている。

本年度において、3 か年での初期の枠組み作りは一旦区切りを迎えるが、並列するかかりつけ医認知症対応力向上研修、認知症サポート医養成研修、また、他の職種向けに予定される認知症対応力向上研修とともに、様々な関係者の協働において「人材の育成」にかかる継続的な取り組みが推進されることを期待する。

平成 26 年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修に関する研究事業

委員長 遠藤 英俊

報告書 目次

I 事業概要	1
1. 事業目的	1
2. 事業内容	1
II 講師養成のための伝達講習会	4
1. 伝達講習会カリキュラム等	4
2. 使用した教材（研修テキストより抜粋）	10
III 対応力向上研修実施に関する都道府県・指定都市アンケート	12
1. アンケート調査実施要綱	12
2. アンケート調査票	13
3. 集計結果	17
IV 研修教材（スライド PPT）の改訂について	29
1. 現行の研修テキスト（スライド）の評価	29
2. 具体的なスライドへの意見（要否、修正、補足説明等）	31
V 考察	39
参考資料 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 25 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業）	42

I 事業概要

1 事業目的

一般病院を中心とした病院勤務の医療従事者に対して、昨年度までに一定程度の研修教材の作成に至った。今年度は、より効果的・効率的に研修を実施し、裾野の拡大を図るため、都道府県等で行う集合研修および病院単位で行う研修の講師を担う医師または看護師等に対する伝達講習や、同研修の実施状況等についてアンケート調査を実施し、病院勤務の医療従事者認知症対応力向上研修の今後のあり方等を検討することを目的とする。

2 事業内容

上記の事業目的を達成するため、委員会を組成し、都道府県等が下半期に研修実施できるよう上半期中に伝達講習会を開催し、後半では、テキスト修正に関する検討、および、研修実施状況に関する自治体向けアンケートを行った。

なお、テキスト（スライド）の修正検討にあたっては、本年度は改訂版の提示・配布は行わず、修正見込みや講師へのポイント提示にとどめる形とした。

2-1 委員会の組成

事業で実施する伝達講習会、テキストの修正、また、次年度以降に向けた研修のあり方の検討といった事業内容に鑑み、本事業の経過を把握し、かつ、実務的な情報を有する、そして、職能団体等の意見確保の観点から、以下の研究班委員構成とした。

また、具体的な委員会開催経過（日程と主な議事）も併せて掲載する。

【委員構成（名簿）】

（50音順、敬称略、○は委員長）

氏名	所属
○ 遠藤 英俊	独立行政法人国立長寿医療研究センター長寿医療研修センター長
小川 朝生	独立行政法人国立がん研究センター東病院 臨床開発センター 精神腫瘍学開発分野長
黒川 豊	黒川医院 院長（認知症サポート医）
齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会 常任理事
鈴木 邦彦	公益社団法人日本医師会 常任理事
丸山 泉	公益社団法人全日本病院協会 常任理事
守田 ミドリ	東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課 認知症支援調整担当係長
森村 安史	公益社団法人日本精神科病院協会 理事
〈オブザーバー〉 〈事務局〉	厚生労働省 老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室 株式会社 ニッセイ基礎研究所（実施主体）

【委員会概要と主な議事】

第1回 委員会

日時 平成26年8月21日（金）

- 議事
- 1 平成25年度事業の確認
 - 2 平成26年度事業計画について
 - ・講師養成のための伝達講習会
 - ・研修実施状況に関する自治体アンケート

- 資料
- ・平成25年度 事業のまとめ（報告書抜粋）
 - ・平成26年度 事業計画（交付申請書抜粋）
 - ・伝達講習会 実施要綱
 - ・伝達講習会 申込状況
 - ・伝達講習会 テキスト（PPT）
 - ・自治体向けアンケート調査項目案

第2回 委員会

日時 平成26年12月5日（金）

- 議事
- 1 伝達講習会の実施報告
 - 2 研修の実施等に関するアンケートについて
 - 3 研修テキスト等について
 - ・テキスト（スライド）の修正の検討
 - ・研修内容に関する検討（これまでの課題と今後の方向性）

- 資料
- ・伝達講習会 辞し報告
 - ・認知症対応力向上研修の実施等に関するアンケート案
 - ・研修テキスト（スライドのみ）、スライドタイトル一覧メモ
 - ・急性期病院における認知症対応に必要な教育プログラムの骨子（案）
（小川委員）
 - ・研修内容について（27年度に向けて）

第3回 委員会（最終）

日時 平成27年3月16日（月）

- 議事
- 1 都道府県・指定都市アンケート結果の報告
 - 2 研修テキストの修正等の検討
 - 3 事業の取りまとめについて
 - ①事業報告書目次案
 - ②今後の方向性について

- 資料
- ・病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修等に関するアンケート
集計結果
 - ・認知症対応病院モデル事業に係るアンケート調査（黒川委員）
 - ・研修テキスト PPT 評価一覧
 - ・課題と今後の方向性に関するご意見
 - ・事業報告書目次案
 - ・認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）より抜粋
 - ・認知症施策（全国介護保険・高齢者保健福祉担当者会議資料より）
 - ・H25年度認知症介護研修等受講者数等調べ

II 講師養成のための伝達講習会

昨年度に引き続いて、都道府県・指定都市事業である、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修について、地域で同研修の企画立案、また、講師役を担う、認知症サポート医や認知症看護認定看護師等の専門職、および、研修の実施・運営を行う行政を対象とした伝達講習会を開催した。

当初予定では、事業内にて 2 回の伝達講習会を実施する予定であったが、昨年度に続いて不参加の自治体向けには、講義部分の記録映像 DVD を配布することで、1 回開催とした。

伝達講習会について、以下、カリキュラム等（プログラムや受講状況）および使用した教材（主なもの）を掲載する。

1 伝達講習会カリキュラム等

1-1 開催案内

図表 1 伝達講習会 開催案内

平成 26 年 8 月 22 日	
各都道府県・指定都市 認知症施策 ご担当所管課 御中	株式会社 ニッセイ基礎研究所 (平成 26 年度 老人保健健康増進等事業 実施主体) — 公 印 略 —
病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 伝達講習会のご案内	
時下 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。	
平素より、格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。	
さて、平成 26 年 7 月 1 日付文書にて既報の通り、「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修に関する調査研究事業」の一環で、同研修講師を対象とした伝達講習会を開催致します。短期間の中で、関係機関とのご調整、また、多数のご参加申込を賜り ありがとうございます。	
ご案内の時点で未定となっております部分を含めまして、改めて別紙実施要綱（当日のカリキュラム等）をお知らせ致しますので、ご確認のほど、宜しくお願い致します。	
なお、お申込を頂きました皆様におかれましては、会場定員との関係も問題なく、全員ご参加頂けますこと、念のため申し添えます。	
また、予めお願いをしておりました、当日テキストのご持参につきましては、大変お手数をお掛けしますが、改めて ご理解のほど、宜しくお願い申し上げます。	
【講習会へのご参加にあたりまして】	
◎テキストのダウンロード先 URL 平成 25 年度「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」 『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』 http://www.nli-research.co.jp/report/misc/2014/p_repo140414.html	
◎講習会の講義部分の会場収録を行います（演習部分は含みません）。講習会後 10 月中旬を目途に、DVD として全ての都道府県・指定都市ご担当所管課にお送りする予定としています。	

1-2 プログラム（カリキュラム）

プログラム自体は昨年度を踏襲する形であったが、講義、演習とも、“受講者が講師ないしファシリテータとして、実際の研修を行うとしたら”を強く意識して、研修の進行や解説の背景などを中心に講義等を進行して頂いた。当日のカリキュラムは以下の通りである。

図表 2 伝達講習会 カリキュラム等

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 伝達講習会 実施要綱		
日程および会場		
日程	平成 26 年 8 月 31 日（日） 12:30（開場）～ 16:50	
会場	品川フロントビル会議室 東京都港区港南 2-3-13 品川フロントビル B1	
カリキュラムと当日タイムテーブル		
時間	内容	講師（敬称略）
13:00～	挨拶・趣旨説明 等	厚生労働省老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室
13:10 ～14:40	講義 ①「目的」講義のポイント（10） （研修の背景、必要性 等） ②「対応力」講義のポイント（60） （BPSD、せん妄を中心に） ③「連携」講義のポイント（20） （院内外連携、管理者 等）	遠藤 英俊（講義①・③） 国立長寿医療研究センター 長寿医療研修センター長 小川 朝生（講義②） 国立がん研究センター東病院 臨床開発センター 精神腫瘍学開発分野長
(10分)	休憩	
14:50 ～16:20	演習 模擬演習（90） サンプル事例より～ ②術後せん妄 を使って	黒川 豊（演習） 黒川医院院長（認知症サポート医） 【ファシリテータ】 小森 由美子（認知症介護研究・研修東京センター） 森林 朋英（日本看護協会看護研修学校）
16:20 ～16:50	質疑応答（30） 講義・演習、実施要綱等について	（講師・演習ファシリテータ、厚労省）

1-3 申込・参加状況

申込・参加の状況は、67 自治体（47 都道府県、20 指定都市）のうち、昨年度からの連続の地域も含めて、48 地域（71.6%）、参加者数は医師 44 人、看護職 32 人、その他 27 人の合計 103 人であった。（昨年度は 33 地域、78 人の参加であった）

H25 年度、26 年度を合わせて、67 自治体中、54 自治体（80.1%、都道府県 43、指定都市 11）が伝達講習会に参加し、参加者延べ人数は 181 人となった。なお、不参加地域は 4 県、9 市の 13 自治体となった。

なお、前述の通り、本年度の伝達講習会の講義部分（90 分）を記録映像として DVD を作成し 10 月初旬には、全都道府県・指定都市に送付した。伝達講習会の参加地域であっても、今後、病院単位研修などを実施していくにあたって、多くの講師を要するため、不参加地域以外にも送付した。

図表 3 伝達講習会 参加状況（H25 年度含む）

	参加状況	25 年度	26 年度
参加地域	54（都道府県 43、指定都市 11） (80.1%)	33 地域 (49.3%)	48 地域 (71.6%)
人数	延べ 181 人	78 人	103 人 医 44、看 32、他 27
不参加	13（都道府県 4、指定都市 9）		

図表 4 伝達講習会 参加状況（地域別）

	自治体	医師	看護職	その他	計	グループ 番号
1	北海道	1	1		2	10
2	青森県	2	1	1	4	3
3	岩手県		2		2	12
4	宮城県			3	3	8
5	秋田県				0	
6	山形県	1			1	9
7	福島県				0	
8	茨城県			1	1	3
9	栃木県	1	1	1	3	4
10	群馬県	1	1	1	3	5
11	埼玉県	1	1	1	3	1
12	千葉県	1	1	2	4	11
13	東京都	2	1	3	6	2
14	神奈川県			1	1	5
15	新潟県	1	1		2	7
16	富山県				0	
17	石川県				0	
18	福井県	2			2	8
19	山梨県		2	1	3	9
20	長野県	1	1		2	6
21	岐阜県	2			2	1
22	静岡県				0	
23	愛知県	1	1		2	3
24	三重県	1		1	2	9
25	滋賀県	1	1	1	3	10
26	京都府	1	1		2	1
27	大阪府	1	1		2	11
28	兵庫県	1		1	2	12
29	奈良県	1	1	1	3	7
30	和歌山県				0	

※グループ番号は、午後のグループワーク（演習）用の席次番号

(続き)

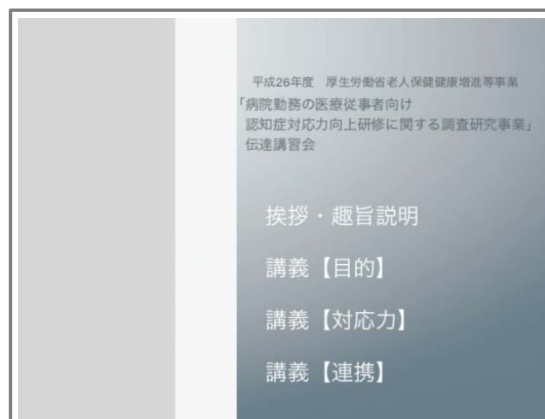
31	鳥取県			1	1	10
32	島根県	1	1		2	7
33	岡山県	2			2	9
34	広島県	1	1		2	8
35	山口県	1	1	1	3	6
36	徳島県				0	
37	香川県	1			1	7
38	愛媛県	1	1		2	12
39	高知県				0	
40	福岡県	1	1	1	3	5
41	佐賀県		1		1	4
42	長崎県				0	
43	熊本県	1	1	1	3	10
44	大分県	1	1		2	3
45	宮崎県	1			1	2
46	鹿児島県				0	
47	沖縄県	2			2	4
48	札幌市	1	1	1	3	6
49	仙台市	1			1	5
50	さいたま市				0	
51	千葉市				0	
52	横浜市			1	1	4
53	川崎市	1	1		2	8
54	相模原市		1	1	2	1
55	新潟市	1		1	2	4
56	静岡市				0	
57	浜松市				0	
58	名古屋市	2			2	12
59	京都市				0	
60	大阪市				0	
61	堺市	1	1		2	2
62	神戸市				0	
63	岡山市				0	
64	広島市				0	
65	北九州市	1	1		2	11
66	福岡市				0	
67	熊本市				0	

図表 5 講義部分の記録 DVD

都道府県・指定都市に配布した DVD



DVD タイトル画面



趣旨説明

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修のオレンジプラン上の位置付けや、認知症サポート医や認知症看護認定看護師などの講習会受講者に期待される役割など、また、行政担当者に向けて、今後の同研修の企画・運営についての説明。



講義【目的】／【連携】

本研修の背景を含めて、【目的】、【連携】について、講義を担当頂いた。

地域において、どのように講義を進めてもらいたいのか、そこでの受講者に対して、また、受講者が勤務する病院の管理者に対して、どのように伝えて・説明してもらいたいのか、など、具体的に講習。



講義【対応力】

本研修のメインパートである、【対応力】について、講義を担当頂いた。

急性期病院の実態や課題などを交えながら、個々のスライドの意図、説明の仕方、受講者への対応など、講習受講者が実際に地域で講義する場面を想定した実践的な内容で解説。

2 使用した教材（研修テキストより抜粋）

伝達講習会では、平成 25 年度事業の成果物である、「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」を使用した。

実際の研修教材と同一のスライド・テキストが使用されたが、具体的な講義内容は、伝達講習の趣旨を重視し、スライドに関する周辺情報を含めた“講義・解説の仕方、“質疑の受け方”などを中心に展開された。

図表 6 伝達講習会 使用教材（講義部分抜粋）

目的-2 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(正常と認知症の中間) 状態の者

介護保険制度を利用して
している認知症高齢者
(日常生活自立度Ⅱ以上)
約280万人

日常生活自立度Ⅰ
又は 介護認定を
受けていない人
約160万人

MCIの人
(正常と認知症
の中間の人)
約380万人 (注)
(注) MCIの全ての者が認知症になるわけではないことに留意

アルツハイマー病につ
いては、約20年前か
ら認知症と診断され
始める

健常者

65歳以上高齢者人口 2,874万人

持続可能な介護保険制度を確立し、安心して生活できる地域づくり

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

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修（解説）

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
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-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っていないため、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

10

図表 7 伝達講習会 使用教材 (演習部分抜粋)

【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ていませんが、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。

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SEPECT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？

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：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

1. グループを作ろう

- **グループメンバーは4～5人で構成!**
 - ・人数が増えると話し合いに時間がかかり、十分に意見交換ができなくなります。
 - ・小グループなら、ファシリテーターがいなくても意見交換がスムーズにできます。
- **異なる職種、異なる職場や病棟で!**
- **男女の比率も偏らない配慮を!**

3. ワークシートを作ろう

- **ワークシート自体がグループワークのナビゲーションになるように構成しよう。**
- *** 事例から考えてほしいテーマを具体的に明記しておくことで、考えやすくなり、ファシリテーターがいなくてもワークが進めやすくなります。**

2. ワークシートの流れを作ろう

時間	内容	ワークを進めるヒント
15分	○グループワークのねらい ○グループワークの進め方 ○事例紹介	講師役、ファシリテーター役の人がいる場合は役割を決めておこう。 ※事例の正解を考えることが目的ではないので、情報量はほどほどに。
10分	個人ワーク	記入する個人ワーク欄を確認してから始めてもらおう。
40分	グループワーク	初めてのメンバーで行う場合は、自己紹介から始めると話しやすい。 (例えば、所属・職種、名前、趣味)
15分	全体共有	ワーク時にグループを回り、多様な視点や視野で意見が出たグループから報告してもらおう。
10分	まとめ	

4. ワーク時はここに留意しよう

- **ワークの目的を明確に伝えよう!**
- **ワーク時間を伝えよう!**
 - ・「〇時〇分まで!」と伝える
 - ・ホワイトボードやスライドに明記する
 - ・後10分、など途中で時間を伝える
- **グループを回り、進み具合を確認しよう!**
 - ・一人が話し過ぎていないか?
 - ・話しが途切れていないか?
 - ・話しが目的からそれていないか?
 - ・全員で話せているか?
 - ・報告してもらいたいグループを見つけておこう!

11

Ⅲ 対応力向上研修実施に関する都道府県・指定都市アンケート

1 アンケート調査実施要綱（第2回委員会資料より）

委員会において、都道府県・指定都市に対するアンケートについて、趣旨や調査項目等を確認した後、下記の実施要綱にてアンケートを実施した

図表 8 実施要綱

<p>1 目的</p> <p>オレンジプランの中間年にあたり、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」および「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」について、進捗管理および数値目標の達成に向けた支援等を行うに資する情報収集を目的に、都道府県・指定都市を対象としたアンケート調査を実施する。</p>
<p>2 調査方法等</p> <p>(1) 調査対象 都道府県・指定都市（自治体担当者）</p> <p>(2) 調査方法 調査時期 H26.11～H27.2（予定）</p>
<p>3 調査内容（主な項目案）</p> <p><u>Q1 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修について</u></p> <p>1-1 実施形態</p> <p>①実施単位（規模・範囲）・・・ 県全体、市町村ごと、病院ごと</p> <p>②実施主体（委託、共催、単独）・・・ 看護協会や病院団体委託、共同、行政単独</p> <p>1-2 直近の開催実績（25年度実績と26年度予定）</p> <p>・受講者数（同上）・・・ H25、26の修了者累計</p> <p>・演習実施の有無・・・ 有無、内容</p> <p>1-3 今後の実施計画等</p> <p>①伝達講習会参加有無、参加者（認知症サポート医、専門医、認定看護師、その他）</p> <p>②次年度以降の実施計画・・・ 集合研修のみ、病院単位研修の充実、その他</p> <p>③修了者の活動（仕組みの有無）</p> <p><u>Q2 かかりつけ医認知症対応力向上研修について</u></p> <p>1-1 実施形態</p> <p>①実施主体（委託、共催、単独）・・・ 医師会委託、共同開催、行政単独</p> <p>1-2 直近の開催実績（25年度実績と26年度予定）</p> <p>・開催数（全地域の全回数の総計）</p> <p>・受講者数（同上）</p> <p>1-3 修了者</p> <p>①把握している情報・・・ 受講年度、名前、医療機関</p> <p>②フォローアップ研修の開催・受講状況・・・ 開催数、受講者数、県の関与</p> <p>③修了者の活動（仕組みの有無）・・・ 県・市町村の仕組み、医師会等の仕組み</p> <p><u>Q3 その他自由記述</u></p>

2 アンケート調査票

調査票は、「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」に関する事項を中心に、「かかりつけ医」研修、「認知症サポート医」研修に関する設問で構成した。

図表 9 調査票原票

認知症対応力向上研修の実施等に関するアンケート（ご協力をお願い）			
<p>平素より格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。</p> <p>(中略)</p> <p>そこで、同研修と同じく都道府県・指定都市事業として推進される「かかりつけ医認知症対応力向上研修」、また「認知症サポート医養成研修」を含めて、貴都道府県・市における実施状況等につきまして、年未年始のお忙しい時期とは存じますが、本アンケートにご回答・ご協力を賜りたく、お願い致します。</p> <p style="text-align: right;">平成 26 年度 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修に関する調査研究事業 実施主体 株式会社ニッセイ基礎研究所</p>			
<p>上記 3 研修の実施状況(受講実績等)について、①平成 26 年 11 月末現在の修了者^{※1}数累計（平成 26 年度以前からの延べ人数）を記入してください。</p>			
自治体名	（ ）都・道・府・県 / 市		
H26.11 末の 修了者数 (延べ人数)	病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修 ^{※2}	かかりつけ医 認知症対応力向上研修	認知症サポート医 養成研修
	人	人	人
<p>※1 現在、所在や連絡先が把握されているか否かを問いません。</p> <p>※2 専門職団体等が独自に開催した研修（自治体の関与なし）の修了者は含みません。</p>			
Q1 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 について			
1-1 研修の実施形態について			
実施形態 (複数回答)	(複数回答:あてはまるもの全てに○をつけてください)		
	1 集合研修 (都道府県・市全体または一部地域を対象)	下記①へ	
	2 病院単位研修 (出前形式、かつ 実施を把握しているもの)	下記②へ	
	3 その他 ()		
①実施主体 ・ ②具体的な 実施方法	①「1 集合研修」を実施した場合、実施主体について 个回答ください。(複数回答)		
	1 行政	2 団体等への委託 (委託先)	
	3 共催 (共同先)	4 その他 ()	
	②「2 病院単位研修」を実施した場合、具体的な実施方法について 个回答ください。(複数回答)		
	1 研修実施の相談・連絡があり、講師を派遣・教材を提供 () 件		
	2 研修実施の相談・連絡があったが、講師・教材等は院内で対応 () 件		
	3 病院に研修実施を促し、講師を派遣・教材を提供 () 件		
	4 病院で実施後、事後的に報告があったのみ () 件		
	5 その他 ()		

1-2 平成 26 年度（予定を含む）の研修開催実績について

※1-1 実施形態で「1 集合研修」または「2 病院単位研修」のいずれかに○の場合のみ

(不明の場合にチェック)

開催回数	集合 : 11月まで () 回	12月以降 () 回	予定	<input type="checkbox"/> 不明
	病院単位 : 11月まで () か所	12月以降 () か所	予定	<input type="checkbox"/> 不明
受講者数 (募集定員)	集合 : 11月まで () 人	12月以降 (概ね) 人	程度	予定 <input type="checkbox"/> 不明
	病院単位 : 11月まで () 人	12月以降 (概ね) 人	程度	予定 <input type="checkbox"/> 不明
演習 (予定を含む)	集合 : 1 実施した 2 実施しなかった 3 把握していない → 「1 実施した」場合、教材・素材には何を 利用しましたか。 1 (国の)伝達講習会の事例を利用 2 独自事例を使用 3 その他			
	病院単位 : 1 実施した 2 実施しなかった 3 把握していない → 「1 実施した」場合、教材・素材には何を 利用しましたか。 1 病院ごとに異なるので不明 2 伝達講習会の事例を提供 3 その他			
研修実施の 企画・検討	本研修の企画立案・実施の検討に、参加した方および機関に○を付けてください（複数回答） 1 認知症サポート医 2 認知症専門医・医療機関 3 認知症看護認定看護師 4 都道府県・市医師会 5 都道府県看護協会 6 専門職団体(4、5以外) 7 自治体 8 その他 () ()			

1-3 今後の研修実施計画等について

講師養成の 伝達講習会 (H25またはH26)	1 参加した 2 参加しなかった → 「1 参加した」場合 (H25、H26 の合計人数で回答ください) 参加職種 認知症サポート医・専門医 () 人 認定看護師等 () 人 その他専門職 () 人 行政担当者等 () 人			
	H27年度以降 の実施計画	集合 : () 回実施	<u>受講(養成)数見込 () 人程度</u>	<input type="checkbox"/> 未定
病院単位 : () 回実施		<u>受講(養成)数見込 () 人程度</u>	<input type="checkbox"/> 未定	
	H29 年度末までの見込(上記含む)	<u>累計修了者数見込 () 人程度</u>	<input type="checkbox"/> 未定	

1-4 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修に関する課題やご意見（自由記載）

課題・ご意見	(例: 修了者数目標が高すぎる、講師が確保できない、演習の教材を提供して欲しい等)
--------	---

2-4 今後の研修実施計画等について

H27年度以降 の実施計画	平成 27 年度 () 回実施	受講(養成)数見込 () 人程度	<input type="checkbox"/> 未定
	平成 29 年度末まで(上記含む)	累計修了者数見込 () 人程度	<input type="checkbox"/> 未定

2-5 かかりつけ医認知症対応力向上研修に関する課題やご意見 (自由記載)

課題・ご意見	(例:新規の受講者が増えない、講師が確保できない、教材を新しくして欲しい等)
--------	--

Q3 認知症サポート医養成研修 について

3-1 認知症サポート医養成について

認知症 サポート医 養成数	(同一医師が複数回派遣された場合でも、それぞれにカウントしてください)		
	平成 24 年度以前(累計)	() 人	
	平成 25 年度	() 人	
	平成 26 年度	() 人	予定 () 人
H27年度以降 の養成計画	平成 29 年度末まで	養成研修 累計派遣者数見込 () 人程度	<input type="checkbox"/> 未定

3-2 認知症サポート医養成研修に関する課題やご意見 (自由記載)

課題・ご意見	(例:開催頻度が少ない、受講希望者が集まらない、受講費用の支援が必要等)
--------	--------------------------------------

以上 回答ご協力ありがとうございました。

3 集計結果

以下では、アンケート調査結果について示す。

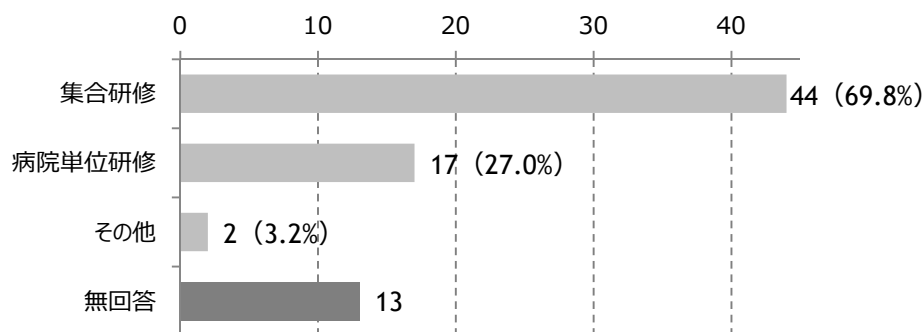
※ 研修実施方法・回数や受講者数等の都道府県別の状況詳細については、地域比較となる面もあるため、本事業報告書においては収載していない点、ご理解願う。

3-1 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修について

(1) 研修の実施形態

研修形態は、「集合研修」は63地域のうち、44地域（69.8%）で実施され、「病院単位研修」は同17地域（27.0%）であった。なお、両方の形態で実施していた地域は11地域であった。

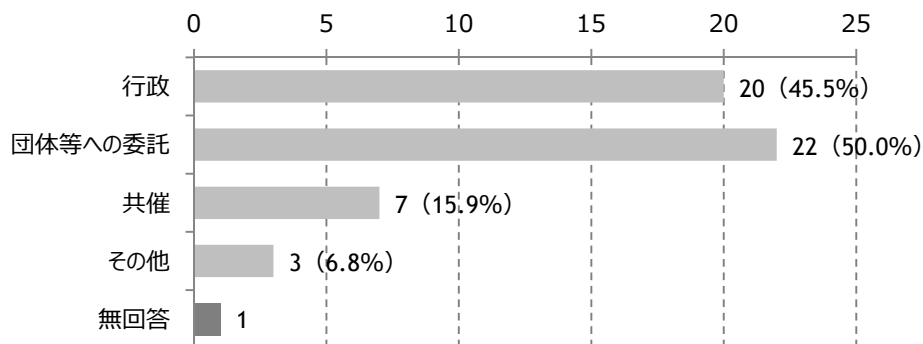
図表 10-1 研修の実施形態（複数回答）



(2) ①集合研修の実施主体

44地域で実施された集合研修の実施主体は、「行政」による直営が20地域（45.5%）、「団体等への委託」が22地域（50.0%）、「共催」が7地域（15.9%）であった。

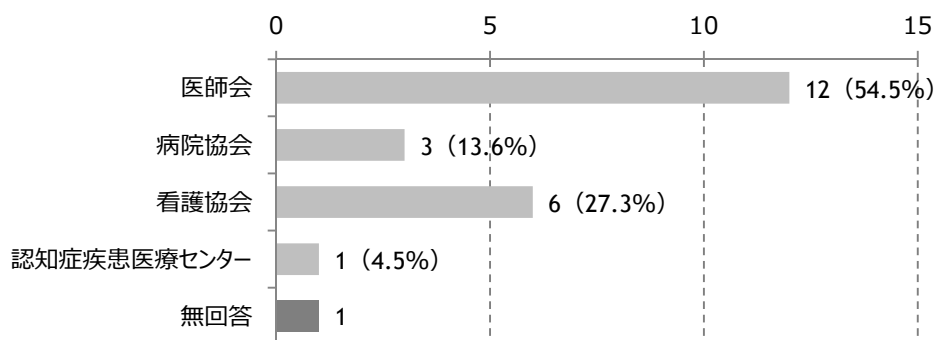
図表 10-2 集合研修の実施主体（複数回答）



②委託先

団体等への委託とした22地域の委託先について、「医師会」が12地域（54.5%）、「看護協会」が6地域（27.3%）、「病院協会」が3地域（13.6%）であった。

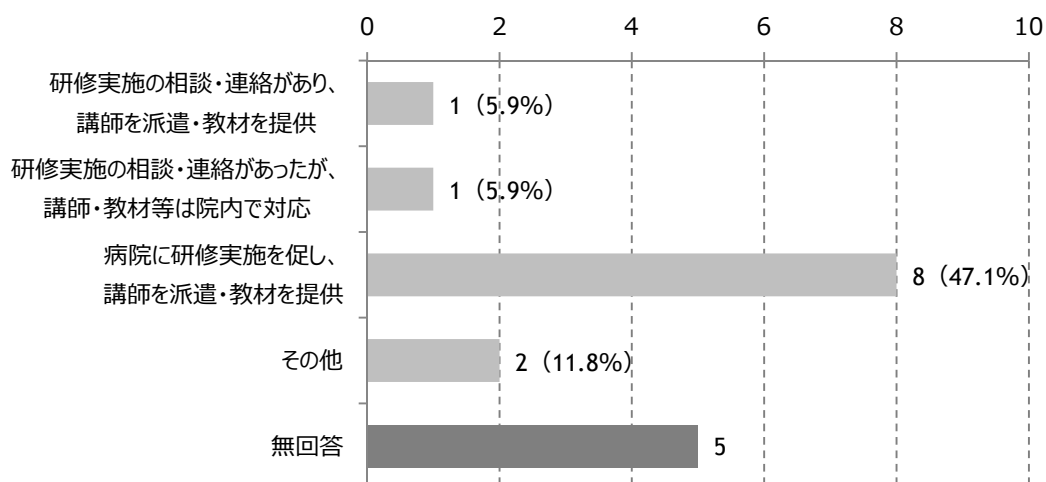
図表 10-3 団体等の委託先（複数回答）



(3) 病院単位研修の実施方法

続いて、17地域で実施された病院単位研修の実施方法について、①行政との情報連携、②講師・教材の手配の観点からみると、「(自治体から)病院に研修実施を促し（①）、講師を派遣・教材を提供（②）」が8地域（47.1%）と最も多かった。

図表 10-4 病院単位研修の実施方法



(4) 開催状況（回数および受講者数）

集合研修、病院単位研修の開催状況（回数および受講者数）をみると、集合研修では、回答43地域の開催回数は合計172回、平均は4.0回であった。また、病院単位研修は、回答11地域の開催回数は合計44回、平均は4.0回であった。

研修1回あたりの受講者数は、集合研修で72.1人、病院単位研修で72.5人であった。

なお、平成26年度11月末の状況で、受講者（修了者）数が0人の地域は、34地域（53.9%）に上った。

図表 10-5 開催状況（回数および受講者数）

【集合研修】

	26年度		11月まで	12月以降
	全国計(43)			
開催回数	172 回		97	75
	4.0 回		2.3	1.7
受講者数	全国計(54)	12,396 人	7,022	5,374
	地域平均	229.6 人	175.6	134.4
	(1回平均)	72.1 人		

【病院単位研修】

	26年度		11月まで	12月以降
	全国計(11)			
開催回数	44 回		20	24
	4.0 回		1.8	2.2
受講者数	全国計(11)	3,189 人	1,511	1,678
	地域平均	289.9 人	137.4	152.5
	(1回平均)	72.5 人		

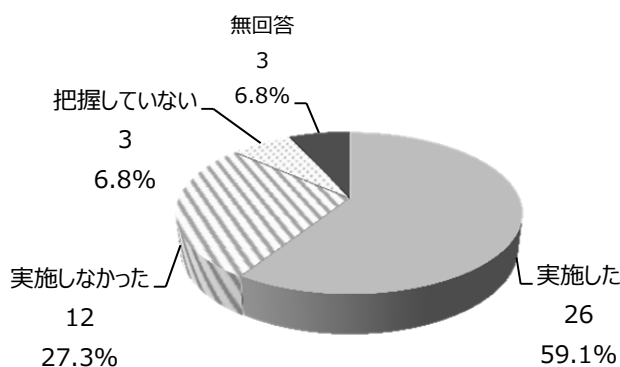
(5) 演習実施状況

続いて、演習の実施状況をみると、集合研修では、「実施した」が26地域（59.1%）、「実施しなかった」が12地域（27.3%）であった。また、実施した26地域が演習で用いた事例については、「伝達講習会の事例を利用」が15地域（演習実施地域の57.7%）、「独自事例を使用」が7地域（同26.9%）であった。

また、病院単位研修では、「実施した」が6地域（35.5%）、「実施しなかった」が8地域（47.1%）であった。実施した6地域が演習で用いた事例については、「病院ごとに異なるので不明」が1地域（演習実施地域の16.7%）、「伝達講習会の事例を提供」が2地域（同33.3%）であった。

図表 10-6 演習実施状況

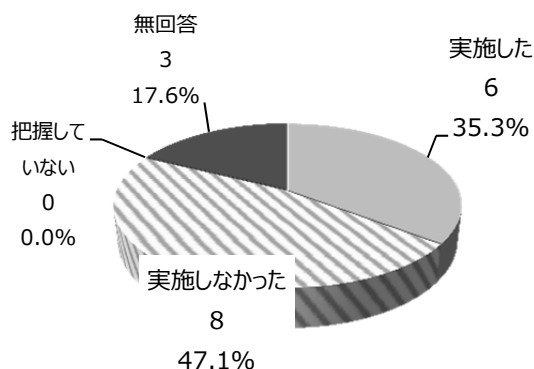
【集合研修】



(演習事例について)

	N	%
伝達講習会の事例を利用	15	57.7%
独自事例を使用	7	26.9%
その他	1	3.8%
無回答	3	

【病院単位研修】



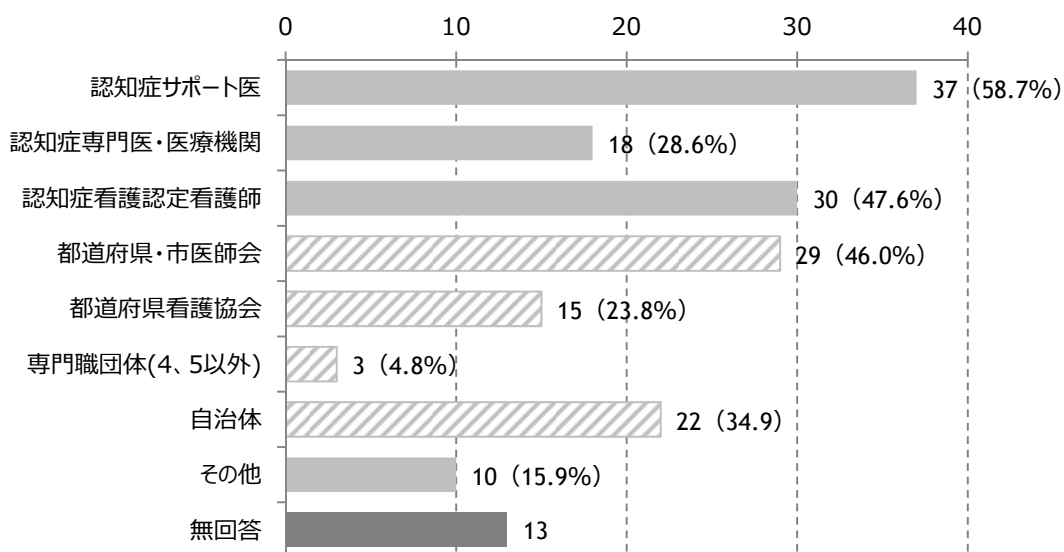
(演習事例について)

	N	%
病院ごとに異なるので不明	1	16.7%
伝達講習会の事例を提供	2	33.3%
その他	3	50.0%
無回答	0	

(6) 研修実施の企画・検討

各地域において研修の企画・検討への参加者・参加機関をみると、講師・ファシリテータである「認知症サポート医」が37地域（58.7%）、「認知症看護認定看護師」が30地域（47.6%）と半数近くとなり、また、受講者募集への協力等のため「都道府県・市医師会」が29地域（46.0%）、「自治体」（管下市町村）22地域（34.9%）と多かった。

図表 10-7 企画・検討への参加（複数回答）



(7) 平成27年度以降の実施計画

平成27年度以降の同研修の実施予定については、集合研修については平均4.5回開催、病院単位研修は14.5回（カ所）の開催が予定された。

※病院単位研修については、1地域の回答が大きく平均値を引き上げていたため、それを除くとN10地域、開催回数は平均3.9回（カ所）、受講者数計は2,320人となる。

平成29年度末までの累計目標の全国計は、39,430人であった。

図表 10-8 平成 27 年度以降の実施計画

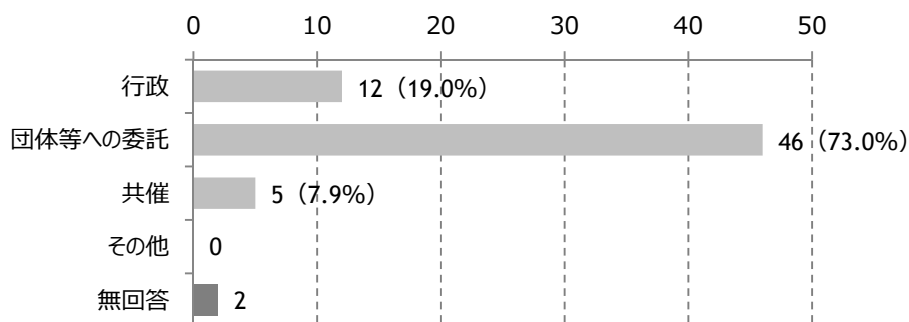
	27年度		29年度末まで (累計目標)
	集合研修	病院単位研修	
開催回数	平均 4.5回 (回答N 39)	平均 14.5回 (カ所) (回答N 11)	
受講者数	全国計 11,070 人 (回答N 35)	全国計 4,420 人 (回答N 11)	全国 39,430人 (回答N 34)

3-2 かかりつけ医認知症対応力向上研修について

(1) ①研修の実施主体

研修主体は、「団体等への委託」が63地域のうち、46地域（70.3%）、「行政」が12地域（19.0%）、「共催」が5地域（7.9%）であった。

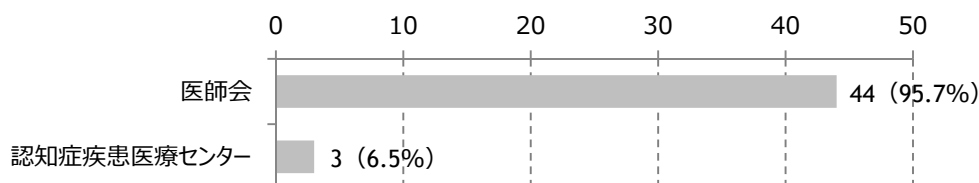
図表 10-9 集合研修の実施主体（複数回答）



②委託先

団体等への委託とした46地域の委託先は、「医師会」が44地域（95.7%）とほとんどを占めた。

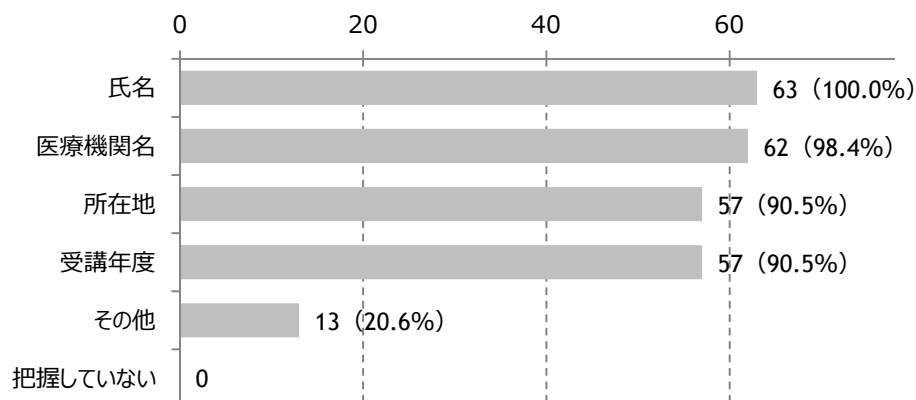
図表 10-10 団体等の委託先（複数回答）



(2) ④修了者について都道府県・指定都市が把握している情報

研修修了者について、都道府県・指定都市が把握している情報として、「氏名」、「医療機関名」、「同所在地」、「受講年度」は、いずれも9割以上が把握していた。

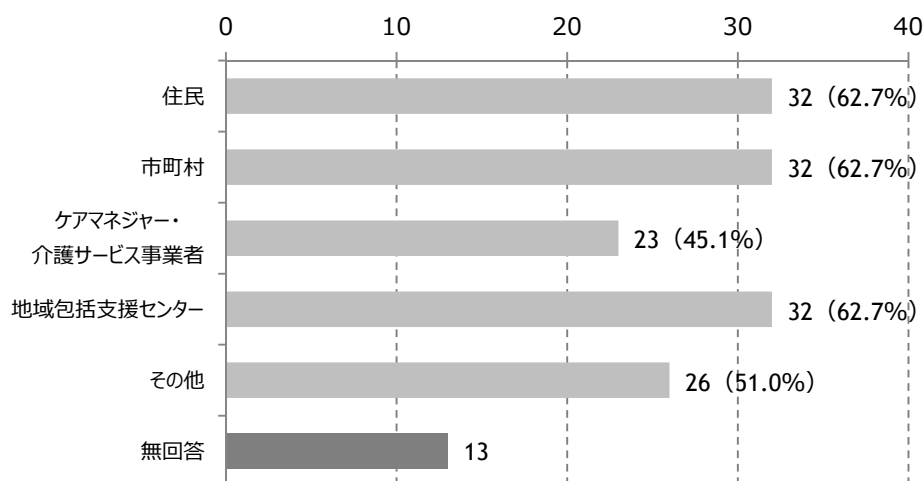
図表 10-11 修了者の把握情報（複数回答）



②情報の提供先

把握している情報について、63地域のうち、51地域（81.0%）が「地域住民等に情報公表している」としていた。そして、その提供先は、「住民」、「市町村」、「地域包括支援センター」がいずれも32地域（62.7%）であった。

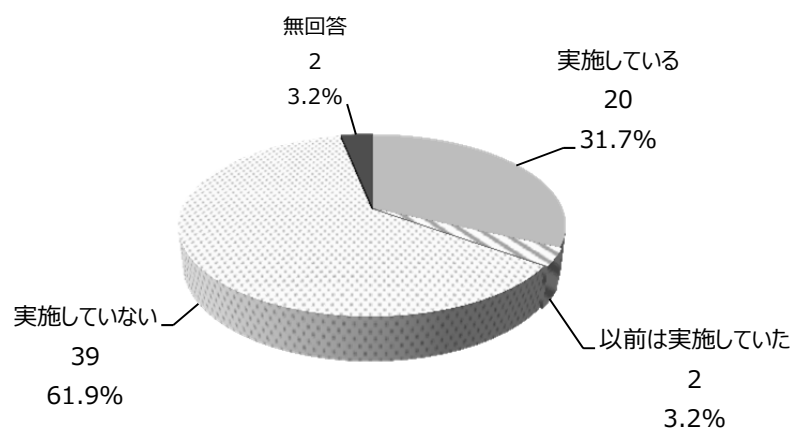
図表 10-12 情報の提供先（複数回答）



(3) 修了者へのフォローアップ研修の実施

修了者に対するフォローアップ研修等の実施について、「実施している」が20地域（31.7%）、「実施していない」が39地域（61.9%）という状況であった。

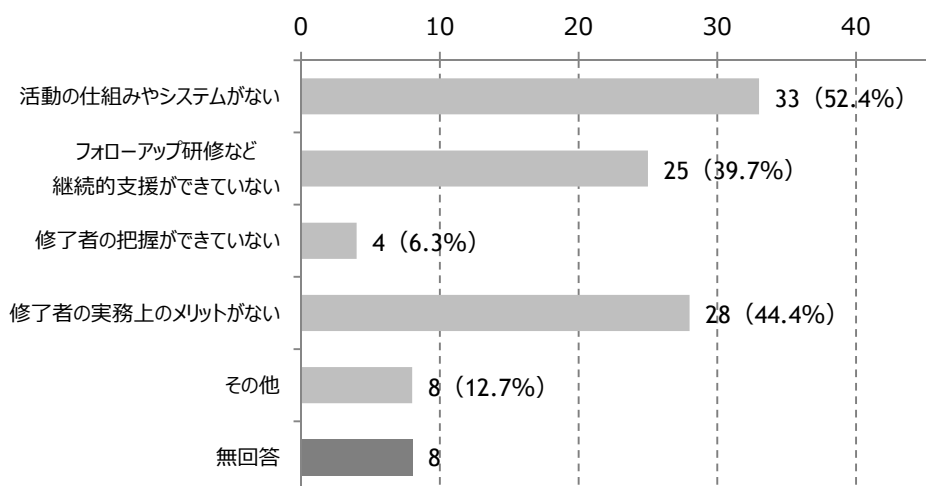
図表 10-13 フォローアップ研修の実施状況



(4) 修了者に関する課題

修了者に関する課題について、「活動の仕組みやシステムがない」が33地域（52.4%）、「修了者の実務上のメリットがない」が28地域（44.4%）、「フォローアップ研修など継続的支援ができていない」が25地域（39.7%）であった。

図表 10-14 修了者に関する課題（複数回答）



(5) 平成27年度以降の実施計画

かかりつけ医認知症対応力向上研修の平成27年度以降の実施予定については、平均2.7回開催予定となった。また、同年度以降平成29年度末までの累計目標の全国計は、32,403人であった。

図表 10-15 平成 27 年度以降の実施計画

	27年度	29年度末まで (累計目標)
開催回数	平均 2.7回 (回答N 55)	
受講者数	全国計 5,081 人 (回答N 50)	全国 32,403人 (回答N 41)

3-3 認知症サポート医養成研修について

認知症サポート医養成研修について、平成26年度までの累計養成数は3,896人であり、平成27年度以降の養成見込数は全国計3,598人（52地域）、1地域あたり69.2人であった。

3-4 記述回答（各研修に関する課題）

続いて、各研修に関する課題や意見などの自由記述回答について、主な回答を整理する。

（病院勤務の医療従事者向け研修）

都道府県・指定都市事業としての枠組みが平成 24 年度のスタートということもあり、まずは研修実施に向けた課題や研修内容に関する（特に演習）意見が多く挙げられた。また、オレンジプラン上の目標設定が高い、伝達講習会を継続してほしい、等の施策推進上の要望も多かった。（一部回答抜粋）

1	受講者からの感想では、特に「対応力」について、具体的な内容を教わりたいとの意見が多い。テキスト内容を、一般論ばかりが多いという指摘に対応して、実務で活用できる内容を検討してほしい。テキストについて、講師の職種（医師・看護師）に応じた区分で編成してほしい（講義の進め方を踏まえた編成にしてほしい）。演習に活用できる事例をより提供してほしい（講師の負担軽減）。
2	研修内容がせん妄対応の比重が高く、急性期病院には適合するが、回復期や慢性期の病院に適合した、認知症対応に、より比重を置いたバージョンの作成が望まれる。
3	演習の実施について、必要ならば標準カリキュラムに入れてほしい（今年度、伝達講習会で突然「実施が望ましい」ととれるような説明があり、混乱したため）。出前講座形式の方が内容が深まるように感じるが、病院数が多く、とても対応が難しい。
4	研修対象者（職種の幅、看護職の場合、准看や病院系列の訪問看護師など）を明確にしてほしい。講師は研修受講者だけでなく、サポート医なら可など、緩和して欲しい。
5	H25、H26と予算が確保できず、未実施となっていますが、H27は予算獲得し、県内4箇所を実施できそうです。
6	講師養成のため、伝達講習会は来年以降も引き続き実施してほしい。
7	本県は政令市が3市あるので、次年度からは地域や実施時期など政令市との調整が必要。演習を導入するには、県直営なのでマンパワーが足りない。今年度4回のうち2回は参加希望が多く、断るような現状であった。
8	認知症看護認定看護師が少ないことと、地域による偏在があり、講師の割り振りに苦慮する。平成25年度にモデル的に一度研修を実施し、そこへ認知症サポート医や認知症看護認定看護師、各地域振興局の研修担当者に参加してもらうことで、研修のイメージづくりが可能となった。平成26年度は、各地域振興局が中心となり、管内の病院を回り、どんな事例で困るかなど丁寧にききとったことにより、満足度の高い研修となった。
9	多くの参加者を見込み、平日夕方（日勤終了後）に開催すると、グループワーク（事例検討）をする時間が確保しにくい。講義の中に組み込んでいただくことにしている。
10	県が直接実施しているため実施回数に限度がある（演習を是非入れるようにという企画段階での意見もあり、1回の参加人数も70人位が精いっぱい）ため、目標人数（1,000）に届かない。委託にした場合は経費が掛かり、予算確保が困難。講師養成と演習教材の提供を希望する。
11	「病院勤務の医療従事者向け」とされているが、職種をしぼった方が、研修を効果的に実施できると考え、本県では看護職員のみを対象として実施した。
12	医師の参加がきわめて少ないため、演習のグループに医師の配置ができない。周知については、病院協会や医師会の協力をいただいているが、医師の参加を増やす方法を教えていただきたい。
13	修了者の転院や退職などが今後発生した時に、どこまで情報管理をするのかわからない。全国的な病院団体から、各病院へ受講の働きかけをしてほしい。

(続き)

14	受講者層については、看護師が大半を占めている。よって他職種への拡大が課題。研修実施後の評価についてが課題。講師伝達講習会の受講者の増員予定の有無について。
15	認知症関連の研修は沢山あるので、本研修を受けることで、本人及び所属の病院に実務上のメリットがあると受講への動機づけにつながりやすい。
16	参加する病院に偏りが生じている。広く参加していただくには、どうした良いかが課題。
17	今年度初めて開催するため、関係機関との調整に時間を要し、1月、2月の実施となった。この時期は医療機関のローテーションが厳しいことから、来年度以降は実施時期を早める必要がある。
18	病院単位研修の研修内容の確保など検討中。
19	来年度以降、伝達講習会がなければ、講師の確保が困難。医師の参加者が少ない。
20	病院施設外での集合研修では、勤務体制もあり、医療機関に案内しても、多数の研修受講者の確保が困難（特に医師）。また病院単位研修を実施するには、講師の確保ができない。
21	現場ニーズが見えない中で、事業を実施しているのではないかという懸念がある。効果の評価方法がわからない。
22	修了者数目標が高い。伝達研修の参加率が少ない。
23	修了者数目標が高すぎる。講師の確保が難しい（特にグループワーク時にファシリテーターの配置）
24	修了者数目標が高すぎる。
25	現在は看護師に特化して実施しているので、その他の職種への拡大が検討課題である。
26	今後、認知症のある方を地域で支えていくためには、病院の医療従事者だけとか、かかりつけ医だけとか限定した研修ではなく、全体で支えていくために、それぞれの専門職や機関が、それぞれの視点で支援方法を考え、それを共有しながらよりベストな支援に結び付けることができるような（学べるような）、研修が必要であると考え（本県に多職種参加型にしております）。
27	グループワークや事例発表等、カリキュラムに基づく講義以外の実施の検討。医師、看護師以外の職種の参加者の確保。
28	受講希望が多く、研修会場等確保が困難。

(かかりつけ医研修)

実施方法や研修内容については、地域での大きな問題等はなく推進されているものの、新オレンジプランでも修了者の上積みがあったことに対して、「受講者数が集まらない（増えない）」、「修了者の活用が困難」といった、施策推進上の課題が多く見られた。（一部回答抜粋）

1	連携ばかりの研修内容では、受講者（医師）の関心は低い。診察や治療の内容を充実させた教材を検討してほしい。研修効果が把握しづらい。
2	カリキュラムの見直し（受講時間が長く、受講者の負担となっている。事例を多く取り入れたものにして欲しい）
3	認知症疾患医療センターの医師に講師を依頼し、医師の関心のありそうな内容になるよう、工夫しているが、新規の受講者が増えない。研修カリキュラムの時間が長いので、もう少しコンパクトにできるよう、自治体に裁量をもたせてほしい。
4	毎年受講する医師がいる一方、新規受講者が少ない。内科系の医師の受講が多いが、眼科、耳鼻科、整形外科の専門医の受講が少ない。
5	修了者数が増加しているため、フォローアップ研修体制を整える必要がある。
6	受講者を増やすために、カリキュラムの見直し（参加したくなる内容）が必要。受講後に市町村、保健福祉事務所には名簿を情報提供しているが、実際に顔が見える関係にしていく必要がある。25年度からこの研修に市町村、保健福祉事務所、他職種の参加を呼び掛けている。
7	新規の受講者が増えないこと。地域振興局が実施主体で行ってもらうが、関係者の調整等で労力がかかる割に、受講者が少ないこと。
8	内容として、特に地域連携、家族支援について充実し理解を深めていきたい。
9	長時間（210分）の研修なので、参加しづらいとの意見がある。認知症関連の研修は色々な機関や団体が開催しており、本研修を受けるメリットがないため、受講者が増えない。
10	短時間で実施できる教材や、eラーニングによる個別学習機会の提供など、多忙な医師が効率的に学習できるシステムが欲しい。なお、本市では、要綱上のプログラムの一部をサポート医や医師会と協議の上、毎年内容を工夫して実施しており、計上はしていないが有意義な研修を実施している。
11	新規受講者が少ないながら、必ずおられるため、あまり内容を変えずに実施している。同じ内容ばかり（基本）のため、やり方・内容を更新なども必要ではないか。無駄多く感じる。
12	受講者が増えない。ステップアップの研修が必要ではないかと思っている。
13	新規受講者が増えない。標準カリキュラムに即した実施が困難（2回に分けて実施しているが、制度、連携編の受講が少ない）。効果の評価方法がわからない。
14	新規の受講者が増えない。内科等の認知症高齢者を診療する機会が多い医師は、これまでに受講しているので、高齢者の診療機会が多いと思われる、眼科や皮膚科等の医師に受講を勧奨しても反応が乏しく、受講に結び付きづらい。
15	かかりつけ医研修終了にあたって、実務上のメリットや役割を示してほしい。
16	認知症サポート医が不足しているため、講師の確保が難しい。
17	新規の受講者の確保（標準的なカリキュラムが3時間30分と長い研修のため、いかに医師が参加しやすい環境が整えられるか）。診療報酬に認知症関連の事があまり反映されていないので、積極的に取り組みにくいところがある。

(認知症サポート医研修)

参考までに、認知症サポート医養成研修に対する意見も示す。(回答一部抜粋)

1	養成後の役割や責務が明確ではなく、かかりつけ医向けのアドバイス機能が十分に活用できていない。認知症初期集中支援チーム員の要件となっており、今後市町村がサポート医の確保が必要になってくることから、研修の開催場所、回数を増やしていただきたい。
2	研修を受講した医師が、地域で厚生労働省の示す役割を果たせるような、具体的な研修にしていきたい。地域でご活躍いただいているサポート医もいるが、研修受講にとどまっている場合もある。認知症の専門医とは限らない。サポート医の果たす役割や位置づけが不明瞭である。
3	医師個人で受講できるようにする。市町村からの推薦でも受講できるようにする。
4	認知症初期集中支援チームの実施に伴い、サポート医養成研修の需要が高まってきている。受講費用の支援が行えるよう予算要求額を増やした(H27年度)。年度の初めから1年を通し養成研修を実施していただくと参加しやすい。
5	近年、受講希望者が増えているが、予算の制約があるため、一部の方は自己負担をお願いしている。受講料が高額。毎年、サポート医を養成するも、その位置づけや役割が明確になっていない。→サポート医は必ずしも専門医である必要はないとされているが、専門医あるいはそれに準じた医師が適しているのではないか。
6	受講費用については、無料としてほしい(初期集中支援チームの設置により、サポート医の役割が明確となり、受講希望が増えたが、公費での派遣料をこえている)。
7	都市部の受講希望者は多いが、高齢化率の高い周辺地域での受講希望者が少ないため、サポート医の地域偏在が解消しない。
8	サポート医養成研修会の開催頻度が少ない上に、東京以南で行われるため、遠方また一泊二日のカリキュラムのため、医師への説明、協力など得られにくい。費用の確保も今後困難になりそう(研修は1日のできる内容と思われるが・・・)。
9	認知症初期集中支援チームのチーム員医師の要件となっているが、市内全域に偏りなく養成する事が難しい。
10	認知症初期集中支援チーム員の要件とされており、27年度は多くの受講を予定している(市内で20人程度)。各市が同様に検討していることが想定されているので、開催回数増等の検討を考えてほしい。
11	平成18年度から養成しており、2/3は医師会理事等で専門医ではないため、養成後の活動に課題がある。初期集中支援チームの役割など、明確になっている方が良いと思う。
12	受講後の活動について、サポート医の有効な活用方法がないか、検討の必要性を感じている。
13	受講医師より、カリキュラムについて不満があり、研修内容の検討をお願いしたい、との意見あり。

IV 研修テキスト(PPT スライド)の改訂について

1 現行の研修テキスト（スライド）の評価

第2回委員会において、①院内の多職種向け、②90分講義、という本研修の特徴を踏まえて、「研修スライドの枚数減」、「各スライドの情報量減」との修正の方向性を確認した。

そして、昨年度事業において大幅なスライド入替を経て、都道府県・指定都市に教材提供をした経緯もあり、本年度事業では、改訂版の提供（CD）を行わない予定であったことから、次回（最終回）の委員会までに、スライドの修正の必要性や省略の可否などの評価を頂くこととした。

①評価欄の「▲」は削除を検討のスライド、②修正欄の「要」はスライドの内容の修正が必要、という評価である。3委員からの評価の整理は以下の通りである。

図表 11 研修テキスト（スライド）の評価

		①評価	②修正	評価	②修正	①評価	②修正
目的	1 現状と課題						
	2 認知症高齢者の現状						
	3 急性期病院における認知症の治療・ケアの課題						要
	4 研修の目的						要
	5 入院中のケアの問題						要
	6 身体拘束にあたる項目		要				要
対応力	7 認知症の診断基準(DSM)		要				
	8 海外での調査					▲	
	9 認知症入院患者の比率(海外)			▲			
	10 入院加療・退院をスムーズに進めるための4つの視点	▲					要
	11 認知症の人がたどる経過と入院		要				要
	12 急性期医療に求められる認知症ケア		要				
	13 身体合併症の回復過程に応じた認知症ケアの視点	▲				▲	
	14 アセスメントの目的						
	15 アセスメントの留意点	▲	要				
	16 認知機能					▲	
	17 家族が最初に気づいた日常生活の変化		要				
	18 加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ	▲		△		▲	
	19 中核症状のアセスメント						
	20 記憶障害のアセスメント						
	21 見当識障害のアセスメント						
	22 判断・実行機能障害のアセスメント						
	23 ADLのアセスメント						
	24 IADLのアセスメント					▲	
	25 コミュニケーション		要				
	26 認知症の人の全人的理解		要			▲	
	27 認知症の人に対する対応の基本①		要				
	28 認知症の人に対する対応の基本②		要				
	29 認知症の人に対する対応の基本③		要				
	30 病棟において重要なケアの視点		要				
	31 入院の際に留意する3つのポイント		要				
	32 入院後の不安やパニックを予測した環境整備		要				

(続き)

	①評価	②修正	評価	②修正	①評価	②修正
33 治療的規制の理解を助ける		要				
34 合併症の早期発見とストレスの軽減を図る		要				
35 入院の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因	▲					
36 認知症の事例						
37 本人が体験していること		要				要
38 行動・心理症状(BPSD)						
39 BPSDへの対応		要				要
40 せん妄の事例(過活動型)						
41 せん妄の事例(低活動型)			△			
42 対応の違いでみるせん妄と認知症						
43 せん妄の問題						要
44 せん妄は見落とされる						
45 せん妄と認知症の臨床的特長						
46 せん妄の発症					▲	
47 せん妄の原因と影響を及ぼす主な薬剤						
48 せん妄の予防・前駆症状						
49 アセスメントツール					▲	
50 DSTの紹介						
51 術後のせん妄発症リスクの減少		要				
52 pain assessment in advanced dementia scale					▲	
53 ルート類の抜去に対する予防的対応	▲					
54 せん妄発症時の対応		要			▲	
55 せん妄の治療・ケア		要				
56 せん妄への対応(まとめ)						
連携 57 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						
58 連携により期待される効果					▲	
59 病院と地域資源との連携						
60 管理者の役割の重要性						要
61 入院治療の問題点(管理者の視点)		要				要
62 治療のアウトカムに与える影響(管理者の視点)					▲	
63 認知症の人を受け入れるにあたって						要
64 管理者として行ってほしいこと						
65 認知症・せん妄・転倒への対応						
66 準備したい具体的な対応マニュアル①						
67 準備したい具体的な対応マニュアル②						
68 地域包括ケアシステムの全体像						

2 具体的なスライドへの意見（要否、修正、補足説明等）

また、研修テキスト（スライド）に対する事前の評価（図表11）に基づいて、第3回委員会では、各スライドについて次年度の修正に向けた評価の共有を行った。

以下では、要否、修正、解説での補足説明等の改訂にあたっての意見があったスライドについて、次年度改訂時の方向性やその他コメント等を整理する。

図表 12 スライドに対する個別意見等

スライド	委員会における修正や解説に対する意見
<p>目的-3</p> <p>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</p> <ol style="list-style-type: none"> 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できない） 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 <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>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 <small>（平成25年度第2回「認知症の人の精神科入院治療と在宅支援のあり方に関する研究会」参考資料を改変）</small></p>	<p>[目的3]</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1～6の項目の順序を再検討すべき
<p>目的-4</p> <p>研修の目的</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 	<p>[目的4]</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 一連の講義後に、このスライドを確認する（一定の知識インプットの後に）使い方もありか。
<p>目的-5</p> <p>入院中のケアの問題</p> <p>入院 → 退院</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>身体管理</p> <p>認知症患者の身体ケアの方法を知らない 疼痛対策が不十分 自覚症状がとれないため早期発見・対応が困難 アパシーを放置</p> <p>せん妄</p> <p>せん妄に気づかない 不適切な疼痛管理、ベンゾジアゼピン系薬剤使用、 抑制、低栄養・脱水、活動低下 家族への過度の負担</p> <p>認知症ケア</p> <p>BPSD(低活動):意欲低下、拒食、抑うつ 気づかない/低栄養、脱水/ 感染(尿路、呼吸器) / 活動低下 BPSD(過活動): 焦燥、攻撃性、暴力 評価・対応方法を知らない 不適切な薬物療法、抑制 低栄養、脱水 家族への過度の負担</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p>せん妄遷延 認知症増悪 ↓ 身体悪化 入院長期化 ADL低下 在宅移行困難</p> <p>せん妄の原因は身体疾患であり、 発症時は重症な場合が多く、 転院等の対応は事実上困難 併用については、リスク評価、 アセスメント方法があるが、 知られていない</p> <p>構造上、暴力・攻撃性 には急性期病院は弱く 対応は困難</p> </div> </div>	<p>[目的5]</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 身体、せん妄、認知症ケアの情報が混在している。 ● それぞれに補足情報が多いので、大きな3つの視点をまず示すような解説を。

目的-6

身体拘束にあたる項目

- 1 徘徊しないように、重いやすいす、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 重いやすいや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、重いやす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「身体拘束せひへの手引き」より

[目的6]

- 病院勤務の、という受講対象者に鑑みて、これを示すだけでなく、「一般病院ではどう扱うのか」「対応すべきか」まで言及・検討したい

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1]

- DSM V へのアップデートが必要

対応力-2

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)

[対応力2]

- なるべく日本のデータで説明したいところ（あたってみる）

対応力-3

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、尿路感染症は 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3]

- 上に同じ、国内データがあれば変更する
- 海外のデータを出すときは日本の状況を説明するときならばよい

対応力-5

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

参考：永田久美子監訳・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

[対応力5]

- 急性期の病院従事者がイメージしやすいように
- 病院はどこで、どう関わって、どんな問題があるのかを示す追加が必要か

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

急性期から 病状安定期	<ul style="list-style-type: none"> ・異常の早期発見、全身状態の観察、舌痛の緩和、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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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7]

- もっと具体的に、今やるべきこと、今やる方法を伝えたほうがよい

対応力-9

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9]

- どの時点のアセスメントかが分かるように修正が必要

対応力-10

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)

[対応力10]

- 対応力2、3のエビデンスと同じ趣旨の説明をするなら不要か
- アセスメントの続きで説明できるスライドなので、省略してもいいのでは

対応力-11

家族が最初に気づいた日常生活の変化

(n:123)

- 同じことを何度も言ったり聞いたりする
- 財布を盗まれたと言う
- だらしなくなった
- 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
- ささいなことて怒りっぽくなった

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

[対応力11]

- 在宅、初診のデータなので、概念説明のためとすれば、対応力の冒頭に移動すべきでは
- この知識をどう使えばいいかまでないと、病院スタッフに対しては、ただ文字を追って終わってしまうスライド

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	認知症のもの忘れ
体験の一部分を忘れる	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

東京都高齢者施設推進室「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・改定

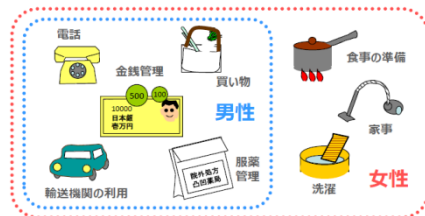
[対応力12]

- これで何を伝えるのかが分かりにくい
- 病院での対応力向上が目的の研修では、不要なのではないか

対応力-18

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)

[対応力18]

- 病院となると、IADLまでは不要ではないか
- 在宅に帰すことをイメージするなら、IADLを考えながら、ADLに対応する という説明が必要

対応力-19

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よう。

[対応力19]

- 認知症の人はどうなっているから、どうしたらいいというところまでの説明が必要

対応力-20

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

[対応力20]

- 他と同様に、「こうだから、こうしてほしい」の“こうしてほしい”の部分をもっと具体的に盛り込む
- 表面的な状態だけで本人を判断したり、対応しない、というところの説明まで必要

対応力-23

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21～23]

- 対応の基本①～③は、「だから病棟では何が大事か」のポイントが見えるスライドにすべき

対応力-25

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25]

- 急に具体的な入院時のチェックポイントになり唐突感がある
- 重要なケアとして説明してきた流れに対応させるとよいのではないか

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、時計をヘ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

[対応力26]

- 中核症状との関連付けを説明する必要あり
- 中核症状のスライドを前後に入れてセットで説明できればよいか

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27]

- 対応力26と同じ（中核症状との関連付け）
- もう少し平易な表現にする

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



[対応力29]

- 情報量が多すぎるので、少なくして流れを分かり易く示す

対応力-32

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

[対応力32]

- BPSDは、重要な概念であるので、もう少し前に移動したほうが、一連の説明が分かり易い

対応力-37

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

[対応力34～37]

- 対応力34～37せん妄と認知症のテーマに入る前にせん妄の定義を1枚追加した方がよい

対応力-40

せん妄の発症



[対応力40]

- せん妄は入浴などでも発症する場合もあり、簡単なことで発症する可能性なども解説する

対応力-43

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43]

- 質問と観察が混在しているので、再整理が必要

対応力-46

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、チーンストークス呼吸
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.)

[対応力46]

- 現場で使う体系的なツールというより、教育的なもの、「こんな項目を観察しましょう」という説明になる
- 「考え方」の提示

対応力-49

せん妄の治療・ケア

せん妄の直接的な原因への対処 (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
- 直接的な原因となる薬物の特定と減量・中止の検討

せん妄の間接的な原因への対処 (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少ないハロペリドールが使用されることが多い)

[対応力49]

- 薬物療法のところで、ハロペリドールなどの具体的な表記は削除した方がいいのではないかと。

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1]

- 連携1～4は特に問題ないが、病院スタッフへの講義である点を意識した説明を。

連携-5

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5]

- そもそも認知症の人を“外来で診るか”、“入院で診るか”という面もある。
- 管理者の視点、は受講者（現場スタッフ）への講義においてどのような説明するか、の配慮が必要。

連携-6

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)

[連携6]

- 管理者（経営）の視点、というより、病棟管理上の問題であることを強調することも必要。

連携-8

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・処置についてトリアージを行う
- 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

[連携8]

- 経営としての管理者、病棟（現場）の管理者でも違いがあるので、きちんと整理して解説することが必要。

V 考察

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修にかかる事業の3か年度の区切りにあたって、これまでの取り組みや検討を踏まえて、①研修カリキュラムおよび教材について、②研修の実施方法について、③今後の研修実施の推進についての3点に分け、以下考察する。

1 研修カリキュラムおよび教材 について

①研修の受講対象者

- 本研修の対象者である病院勤務の医療従事者は、医師、看護師をはじめ様々な職種となることが想定される。また、向上させるべき対応力についても、外来の場面、入院治療の場面、入院生活の場面など多岐に亘る。
- カリキュラムや教材についても、その特徴を踏まえて、病院における“認知症対応力”という共通項を整理し、もっとも効果的、効率的な教材の準備が必要と思われる。講義時間の制約や実施方法の工夫も併せて、内容の再整理、検討が必要であろう。

②「演習」の位置付け

- 本研修のカリキュラムは、病院勤務の医療従事者向け、という受講対象者特性に併せて、また、一定期間における養成者数目標にも鑑み、「90分の講義」を基本のカリキュラムとして設定した。
しかし、近年の医療・介護従事者の受講者の声や研修効果性などの様々なエビデンスからは、講義に加えて、「演習」、「グループワーク」などを併せて実施することが求められる。
- 本事業においても、その必要性を背景として、可能な限りで、演習事例や教材の提供、また、伝達講習会での模擬演習の実施など、それへの対応を行ってきたところである。
- もっとも、都道府県・指定都市事業として国が示す実施要綱上の必須カリキュラムとしての設定の観点からは、演習の効果性・必要性とともに、演習実施上の課題、すなわち、事例の設定や講師やファシリテータの確保などもあり、両者のバランスをとることもまた重要な視点であった。
- 将来的な本研修カリキュラムの見直しにおいては、演習の位置付けや具体的な設定、教材の提供などを考える必要がある。病院におけるチーム対応という本研修の趣旨に鑑みれば、少なくとも、実施要綱上は“任意”との表現から、関係者との検討を十分行った上で“演習の実施が望ましい”との表現も必要ではないだろうか。
- また、演習以外でも、認知症にかかる講義部分についても、随時の修正・見直しは当然必要であり、各地域での講師や受講者からの意見も参考に、継続的に取り組まれることを期待する。

2 研修の実施方法 について

①研修実施の3形態の充実

- 本研修の対象者である病院勤務の医療従事者は、医療機関数の多さ、対象職種が多岐に亘ることなどから、新オレンジプラン上の受講者数目標を達成するには、実施方法の工夫が重要である。その考えの下、本事業においても、職能団体による協力・協働の実施方法の検討を進めてきたところである。
- 昨年度には、本事業で設置した委員会に委員も派遣頂いている職能団体のご理解・ご協力を得て、団体が提供している研修プログラムとの協働や、その受講者についての修了者取扱い等についての方向性の整理を行った。都道府県・指定都市事業としての集合研修や病院単位で行う研修とともに、職能団体との協働の方法が、本研修受講者のすそ野を広げることに不可欠であり、引き続きの枠組みの検討継続が望まれる。

②講師、ファシリテータへの支援

- 伝達講習会の経験からは、講師役を担って頂く認知症サポート医や認知症看護認定看護師等に対して、提供している教材（スライド・解説、事例）の講義意図や演習上のポイントなどを示した「講義ポイント集の提供」などの支援の必要性が確認された。

③受講方法に関する工夫と支援

- また、上記の研修実施形態の多様化に対応して、教材のスタイル（スライドおよびテキストの提供）についても、更なる検討が必要である。
- 具体的には、よりインタラクティブな展開を可能にする“e-learning（最新情報と習熟テスト）”教材の検討、また、講師手配の負担軽減や自己学習を可能とする、“映像教材（DVD）の制作”なども視野にいたった検討を進めるべきであろう。
- もっとも、演習の実施や受講者数の把握などの課題も多いことから、事業全体の位置付けなど、慎重な検討と取扱いが求められる。

3 今後の研修実施の推進 について

最後に、平成27年度以降の研修実施の推進に向けて考察・提言する。

①修了者の拡大に向けて

- 実施状況のアンケートでは、新オレンジプランの中間年度にありながら修了者数の計上がない地域も少なからず存在していた。都道府県・指定都市での本研修の実実施動機付けにつなげるためにも、目標数とともに、国による地域別の進捗状況の提示なども、一定時期には行う必要もあるのではないだろうか。

- また、上述した、職能団体との協働による研修受講者数の開示および都道府県・指定都市の実績への積み上げ等も更なる工夫が必要である。

②研修の効果定着のために

- 本研修の主たる目的が、病院勤務の医療従事者への“気付き”にあると同時に、受講後のパス、具体的には、①受講者自身の次のステップにつながるような研修への誘導（フォローアップ研修を都道府県・指定都市事業として展開することに限らない）、②スタッフを受講させた病院についての位置付けや取扱いなども、一定の方向性を示す検討を始めるべきであろう。
- また、研修受講後の修了者が、自身の勤務する病院において、その“対応力”を発揮できる仕組み作り（スライドでも一部取り上げた「DSTの取り組み」や「管理者・病棟としての取り組み」など）等の具体的な支援も研修効果を維持・継続するための重要な要素である。

参考資料

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 25 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業)

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

《 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

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

目的編

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。

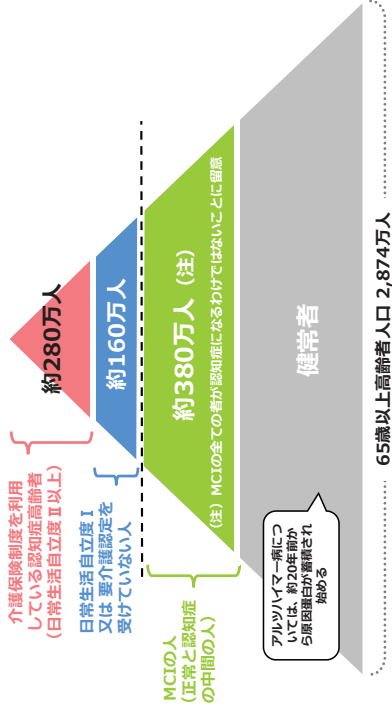
これらの中には、認知症に対する理解や基本的知識、具体的な対応方法が習得されることで避けられるものも多いとされる。

目的-1 現状と課題（解説はありません）

目的-2

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(正常と認知症の中間) 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

目的-3

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ク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棟の受け入れは困難 (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 (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がおこなわれていないため、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はあるが、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)

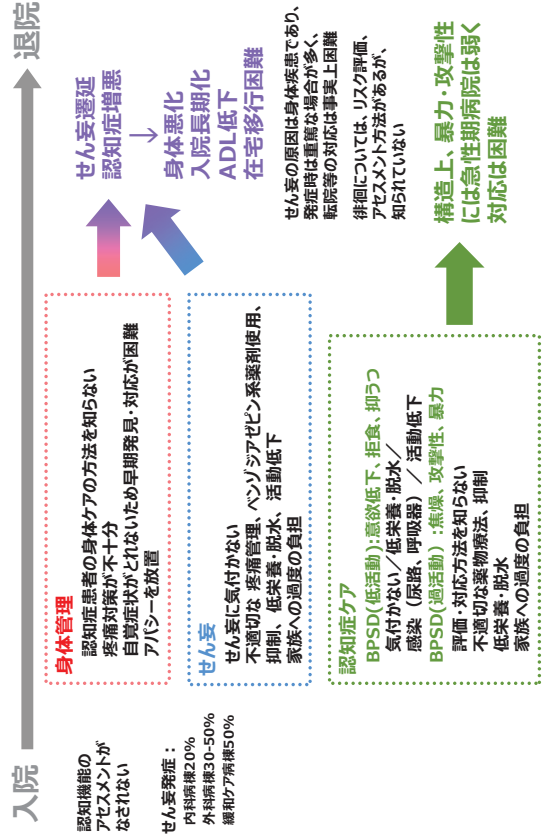
「認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会」(H25 年度) 参考資料を改変

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

目的-4 研修の目的（解説はありません）

入院中のケアの問題



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(焦燥、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いため見落とし・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。

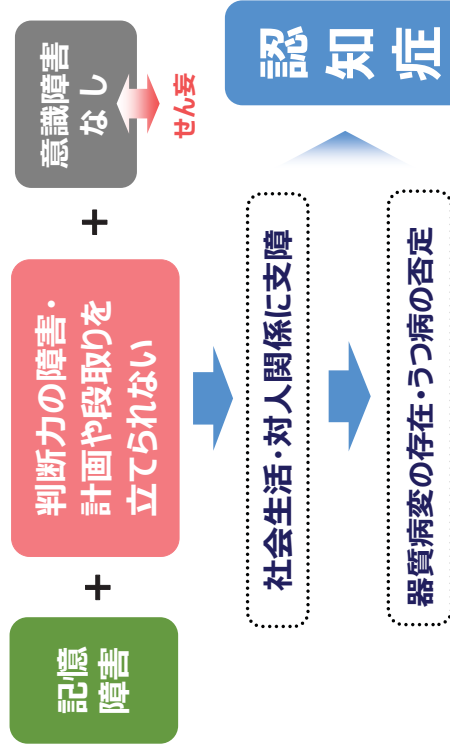
医療機関においては治療・安全上の必要性とのバランスが問題となるが、療養生活の場との観点からは、同様の取り組みが求められているといえる。

対応力編

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-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たし、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)

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、口腔内の保清潔、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

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、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

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

認知症の人がたどる経過と入院

本人の暮らし

認知機能低下の進行

自立した暮らし	グレーゾーン	中核症状出現期	BPSD多発期	障害複合期	ターミナル期
<ul style="list-style-type: none"> 物の置き忘れ 人や物の名前が出すらい 	<ul style="list-style-type: none"> 本人がおかしいと感じることが増える 不安・イライラ 疲れやすい 	<ul style="list-style-type: none"> わからなくなることが増える パニックに陥りやすい 	<ul style="list-style-type: none"> できないことが増える ふらつく、転びやすい、動けない 	<ul style="list-style-type: none"> 食べられなくなる 体温調節が乱れる 	<ul style="list-style-type: none"> 食べられなくなる 体温調節が乱れる

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方に配慮・留意した対応が必要となる

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方に配慮したり、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を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

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。

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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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-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

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。

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-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、現在はそ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)

対応力-10 認知機能（解説はありません）

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

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

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項目のみでみ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る。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
体験の一部分を忘れる	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「かかりつけ医のための痴呆の手引き」1999より引用・改変。

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き」（1999）

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-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重要である。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ると、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、本人の語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認められる場合には、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ののか、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

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、意図的に聴きたちのかゴツである。

「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、今後の関わりの方角性が共有できる。

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-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、疾患によって違ってく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、季節は間違ってもある。

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)

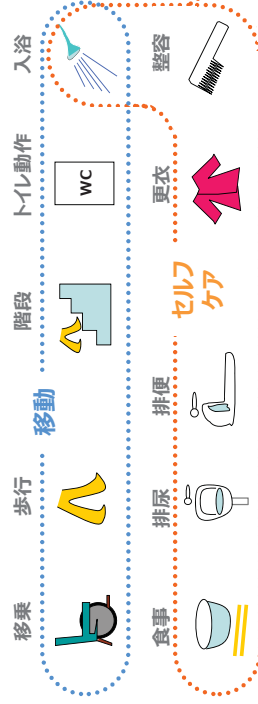
- ・火事に出会ったらどうするか
- ・道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか

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。

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-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⁾とされている。

バーゼルインデックス (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。

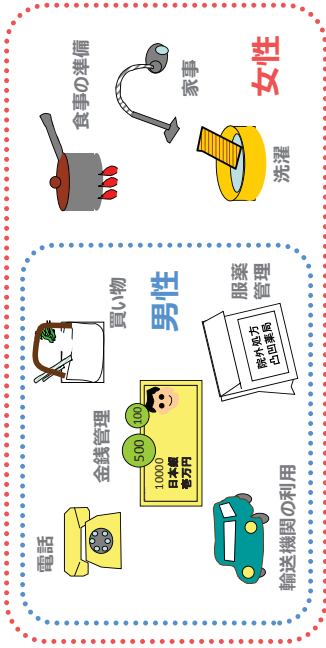
また、表に他の認知症における代表的な ADL 評価尺度を示す。

(出典)

- 1) 認知症の検査評価尺度 認知症キーストック 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の考えることもでき、全体として独居機能をみていくと差し支えない。

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うけること、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
- スムーズな入院退院には、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

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。

入院加療に必要な治療や処置、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不可欠である。

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

……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
 ……がどのように思おうか聴いてみる
 ……にどのようにするか相談する

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、話が食い違ったりすることがあるが、すべての話が食い違ったり誤りではない。

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。人は各々の経験を生きてきている。そのため、その人の経験を聞いて関わることは重要である。

認知症の人は、障がいにより、状況把握ができにくいことがあるので、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**

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ただけ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。

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-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、認知症の人の側から考えると、「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、認知症の人にも「快」になる、こ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合であるため、**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
(せん妄症状を起こすことも多い)
- 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

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合、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ししまう（せん妄症状を起こすことも多い）。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を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。

入院の際に留意する3つのポイント

- ① **失見当に基づき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-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。

- 失見当に基づき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

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くつたとき, 老年看護学, 19 (2) : 124-132.

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-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、自分で動いてみたいしたりする。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

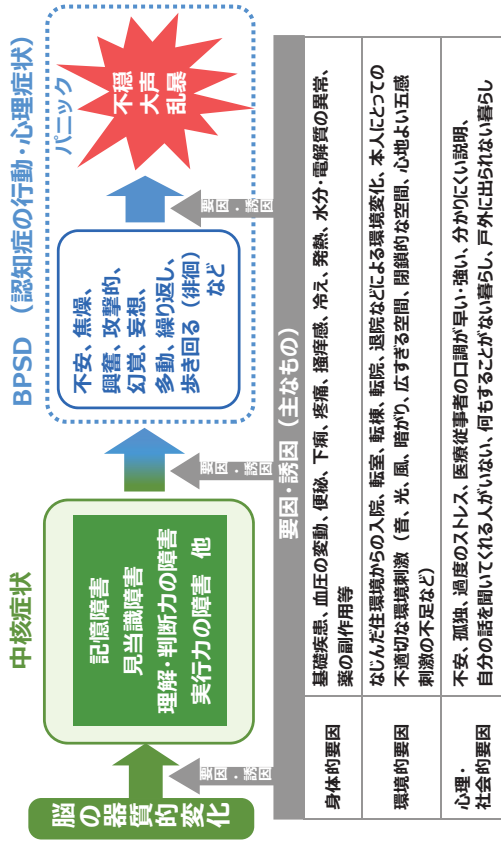
- 身体的な観察とともに頻繁な訪室による声かけやその反応、経時的な表情や訴えの変化、睡眠状態、落ち着きのなさや興奮などの観察が重要である
- 看護師の訪室は認知症の人の不安を軽減させ、ストレスを軽減させる重要なケアとなる

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ことなどから、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。

入院の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因



参考：永田久美子：1.1.認知症高齢者の理解とケアの基礎、正木治雄監修：改訂版老年看護学、日本放送出版協会 P196、2011

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）が並び建築的環境が多い。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。ゆっくりつづらがない環境下ゆえに、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か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時頃から肩間にしわを寄せ、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。

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みてください。

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」、「誰に伝えれば非便できるのか」、「トイレはどこだろう」、「出てしまった便の後始末はどのようにしたらよだろう」、「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時頃から肩間にしわを寄せ、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。

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な。



相手のことや話しを理解する力、憶えておく力が低下しています。ふだんどおりの説明では、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。

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・心理状態を考慮して対応、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

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、心理状態を考慮し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。

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-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とする行為がある。説明しても降りようとしない行為は繰り返し見られた。明け方になり眠り始めた。

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」と言ったこと目にする。

認知症の人は環境が変わると、環境不応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のため、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。

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-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

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

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	せん妄なし 2,482名
	せん妄なし	239名
	せん妄あり	19%
	せん妄なし	81%
		4%
		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

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すると、80%で見落とされ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。

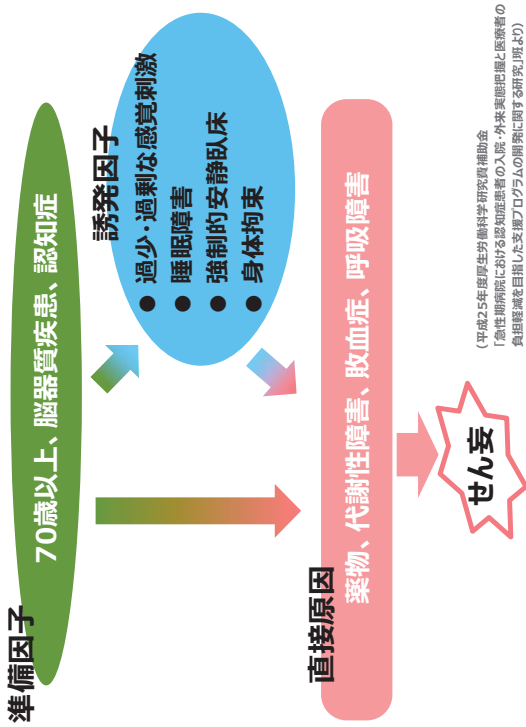
せん妄と認知症の臨床的特徴

	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	関与しない

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



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。

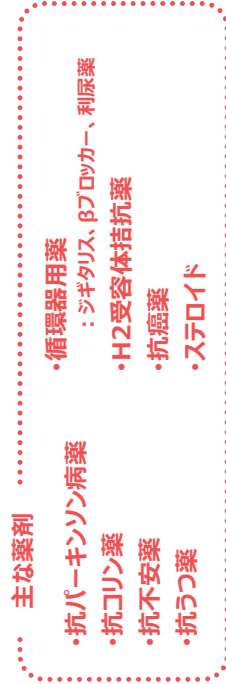
誘発因子は、身体内外の環境に関する問題で、それ自体直接せん妄を生じることがないが、重症・遷延化を招く要因である。環境要因としては、夜間の照明、不適切な音刺激など睡眠覚醒リズムを障害する環境、ルートやバルーンなど安静を強いられる処置、身体拘束がある。身体的な要因としては、疼痛や便秘、口渇など不快な身体症状がある。

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、低酸素などが謝障害がある。

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
：ブライマリアカガ医のためのBPSDガイド、アルタ出版、2005



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る。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、抑うつへの緩和
- 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、記録力低下、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覚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っっ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、疾患への治療が遅延し、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。

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。

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-46 Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)

対応力-46

	0	1	2
呼吸 (非発声時)	正常	随時の努力呼吸、 短時間の過換気	雑音が多い努力性 呼吸、長期の過換気、 チーンストークス呼吸
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	顔をゆがめていている
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.)

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して、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）を参考にするものもよい。

対応力-47

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が強く、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、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-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イ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インは、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、または違和感や痒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**

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、天敵やチヌーブ類の除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）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）

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ことが必要
- 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 せん妄への対応（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。

連携編

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-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

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 入院中の心身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うことで、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。

病院と地域資源との連携



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、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よ。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

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。

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-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処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

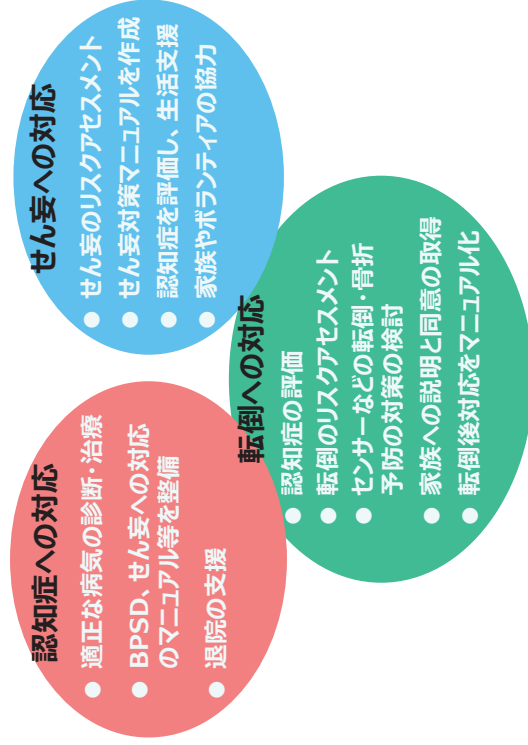
管理者は、スライドにあるこれらの内容を検討し、認知症の人を受け入れる体制を整えることが重要である。

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うということが必要である。

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・処置についてトリアージを行う
- 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



準備したい具体的な対応マニュアル①

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）

話す技術 聴く技術

ゆつ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

周りで騒がしくしない
落ち着く場所と一緒に探す
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

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）

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

落ち着か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

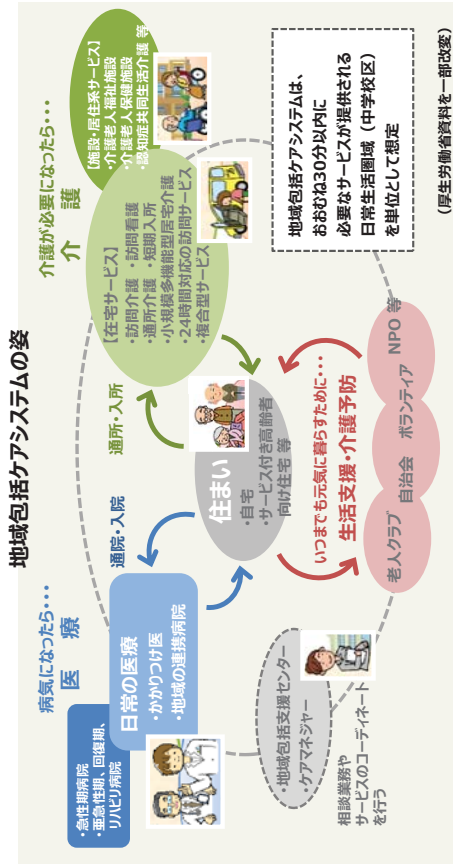
情報収集

家族への対応

自己への考察

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



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SEPECT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
時々インスリンの注射をしたことを忘れていたようになり、
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、ポルタレン坐薬25mgを使用した。

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（続き）

- その後とうとうといていたが、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。安静にしない」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（リスバダール液、セレネース筋法、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、点滴ルートを抜き、興奮さ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、転院の必要性と可能性

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、認知症患者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

平成 26 年度 厚生労働省老人保健事業推進費補助金
(老人保健健康増進等事業分)

**病院勤務の医療従事者向け
認知症対応力向上研修に関する研究事業**

平成 27 年 3 月

禁無断転載

株式会社ニッセイ基礎研究所

〒102-0073 東京都千代田区九段北 4-1-7
TEL 03-3512-1811 FAX 03-5211-1084