

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

2-1. 対応力(知識) 編

2-2. 対応力(実践) 編

3. 連携 編

平成29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）

医療従事者の認知症に関する研修の教材開発に関する調査研究事業 編

1. 「目的」編（15分 [DVD 2分含む] ）

2-1. 「対応力(知識)」編（15分）

2-2. 「対応力(実践)」編（45分）

3. 「連携」編（15分）

DVD-1

研修をはじめるにあたって



入院する認知症の人に起こっていること

- 緊急・臨時の入院になることが多く、気が付くとなじみのない環境で、厳格に監視されている

入院時初期対応や、環境不適応状態への介入の課題

- 認知症ケアは身体疾患の治療後にと、別に捉えられ、言葉や行動を制止される事態に遭う

「認知症ケアは元気になってから」の誤解

- 身体疾患は治っても、元の療養場所に復帰できるADLではなくなり、退院困難に直面する

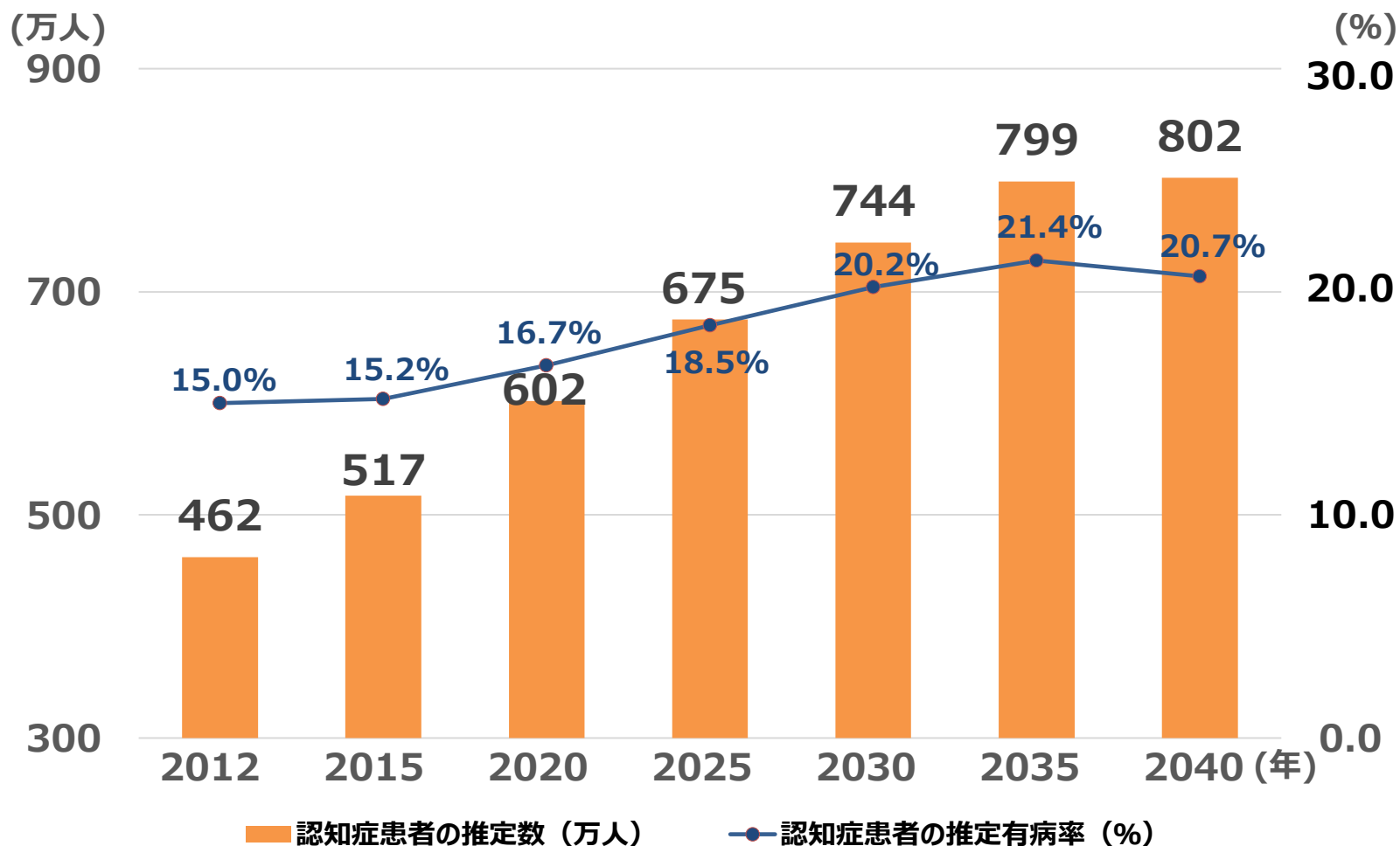
院外資源との連携が不十分

認知症の人の医療への要望

たとえ認知症の専門家ではなくても、命の専門家として素人の家族に向き合っていて、
『私は専門家ではないからよくわからないけれども、一緒に認知症に向かっていきましょう』と
おっしゃっていただけたら、それだけで家族はすごく
勇気づけられるし、力を得ることになると思います。

2008年「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」議事録より引用
認知症の人と家族の会 高見国生代表理事(当時)の発言

認知症の人の将来推計

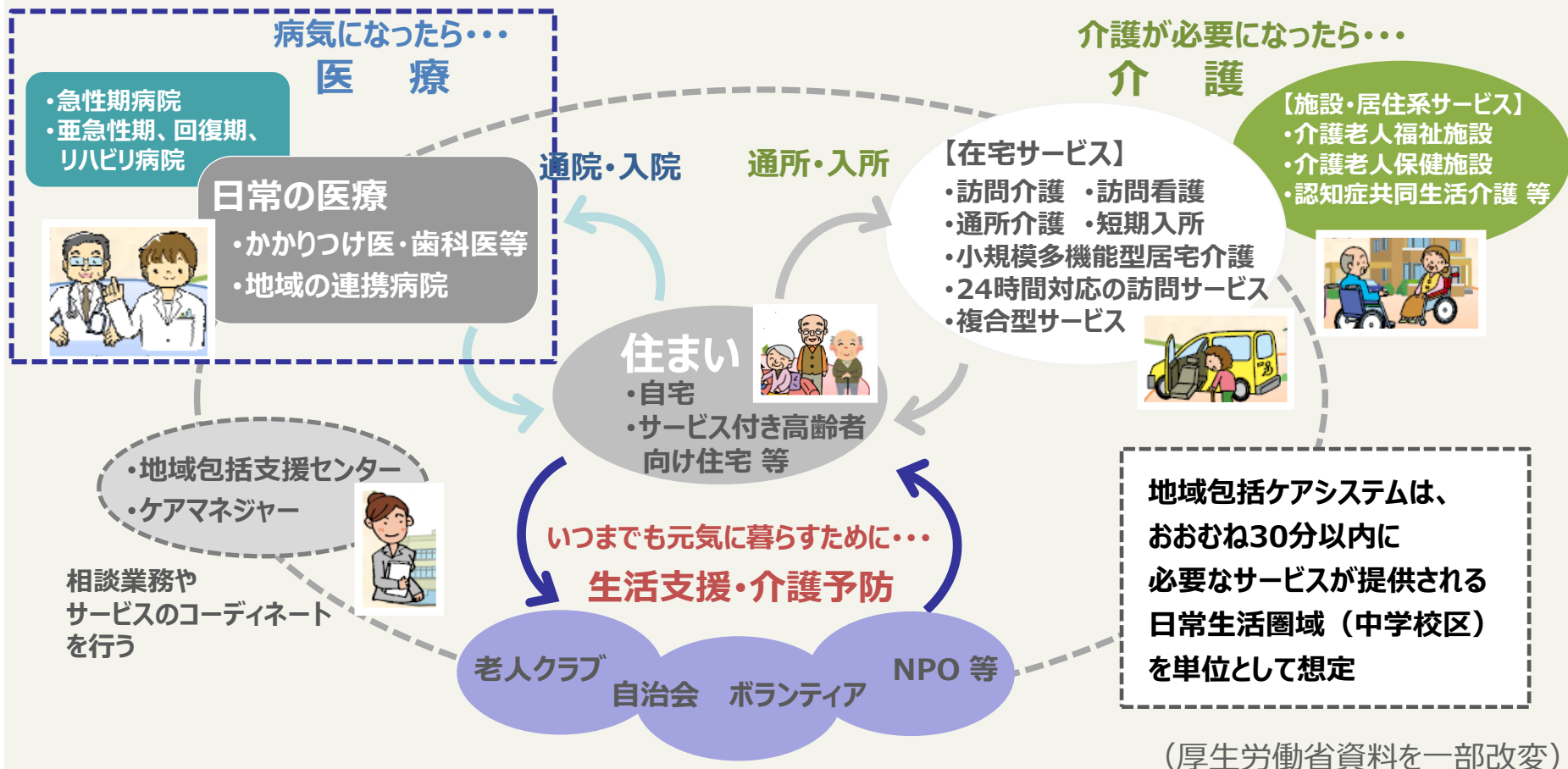


「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」総括研究報告書
(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授) より作成
(各年齢層の認知症有病率が2012年以降一定と仮定した場合の推計)

地域包括ケアシステム

「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。（「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」）

地域包括ケアシステムの姿



認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要

～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

7つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

本研修が必要とされる背景

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

しかし、現状は、**認知症を理由に入院を断られる、**
入院時に適切な対応がなされない等の課題がある。



一般病院での認知症対応のための 体制整備の要点

- 職員の教育と人材育成を行う
- 認知症を理由にした入院の拒否や治療の消極化をしないという理念を確認し、院内の多職種連携・協働をすすめる
- 入院時の情報収集（日頃の暮らし方）を積極的に行い、関係者間で共有し、関わりに活かす
- 認知症を専門にするチームや人材の配置・支援を図る
- 地域包括ケアシステムを理解し、地域の情報を取り入れ、関係機関との連携・協働体制をつくる

修了者に期待すること

- 認知症に対する固定観念の払拭
- 認知症の入院患者・家族に対する理解と対応
- チーム対応・院内連携への参加
- 院外の多職種・社会資源の把握と連携の実践



1. 「目的」編（15分）

2-1. 「対応力(知識)」編（15分）

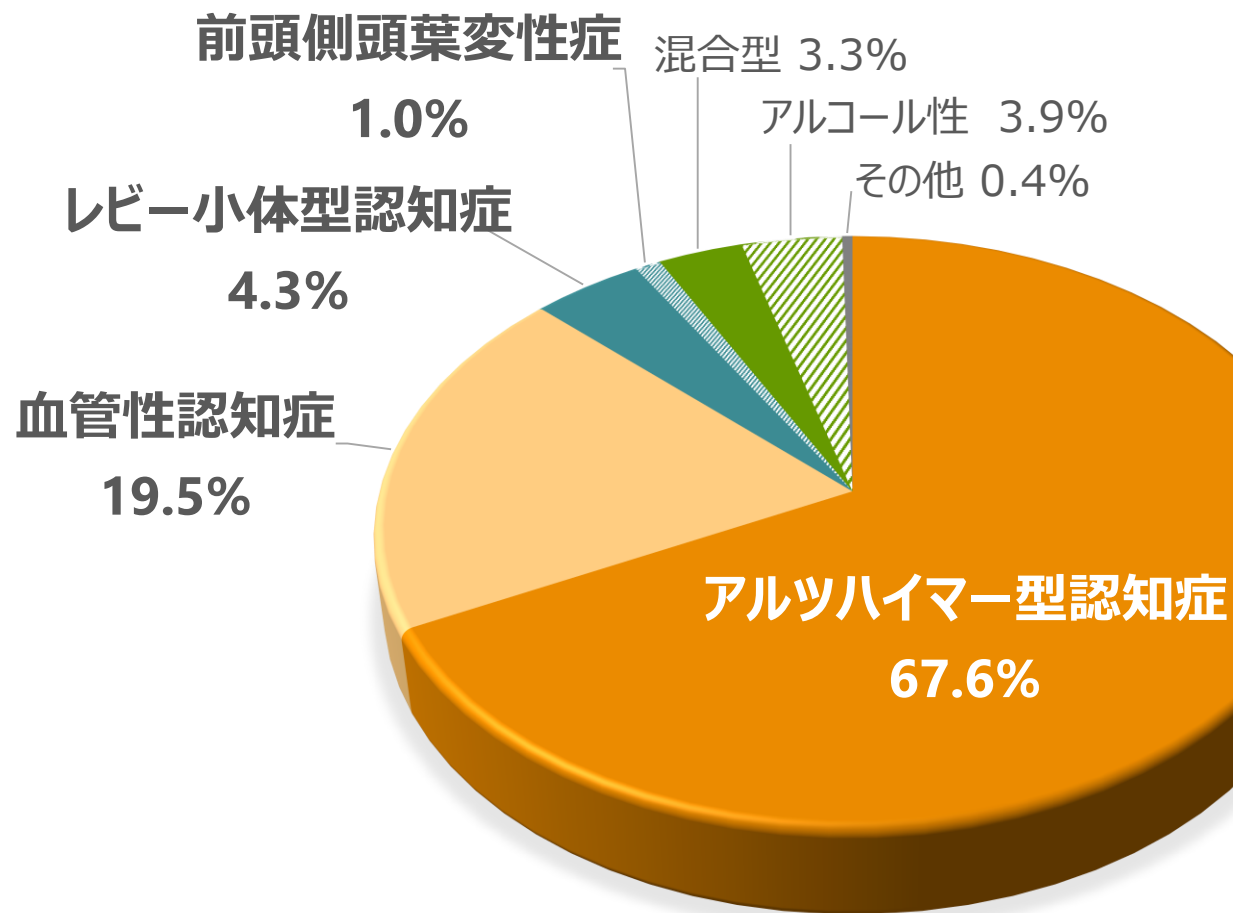
2-2. 「対応力(実践)」編（45分）

3. 「連携」編（15分）

認知症とは

- 下記のうち、**1つ以上の認知領域が低下**
(**①**複雑性注意、**②**実行機能、**③**学習および記憶、**④**言語、**⑤**知覚-運動、**⑥**社会的認知)
- **日常生活に支障**を与える
- **せん妄の除外**
- **他の精神疾患(うつ病や統合失調症等)の除外**

認知症の病型

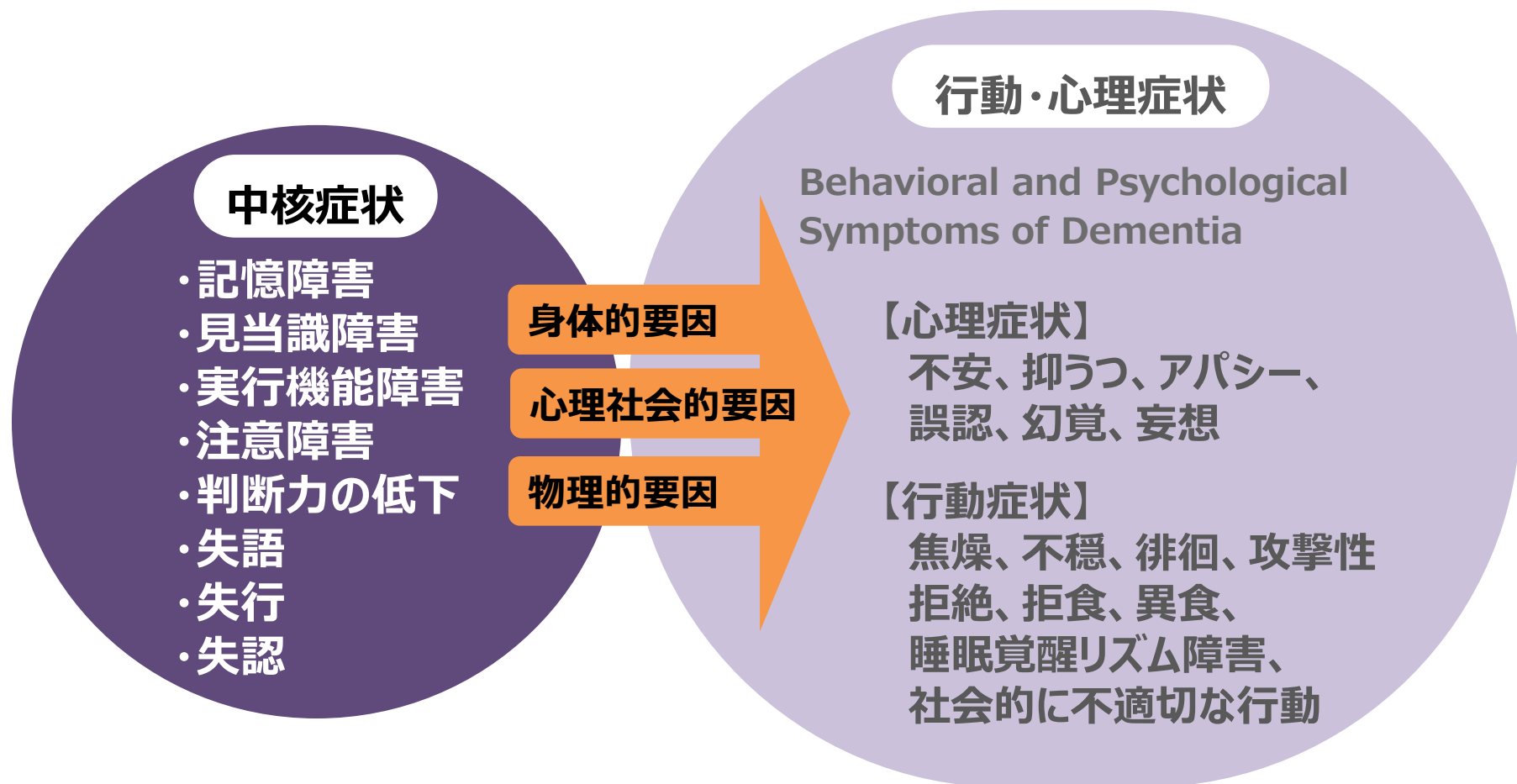


「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」（H25.5報告）を引用

認知症の症状

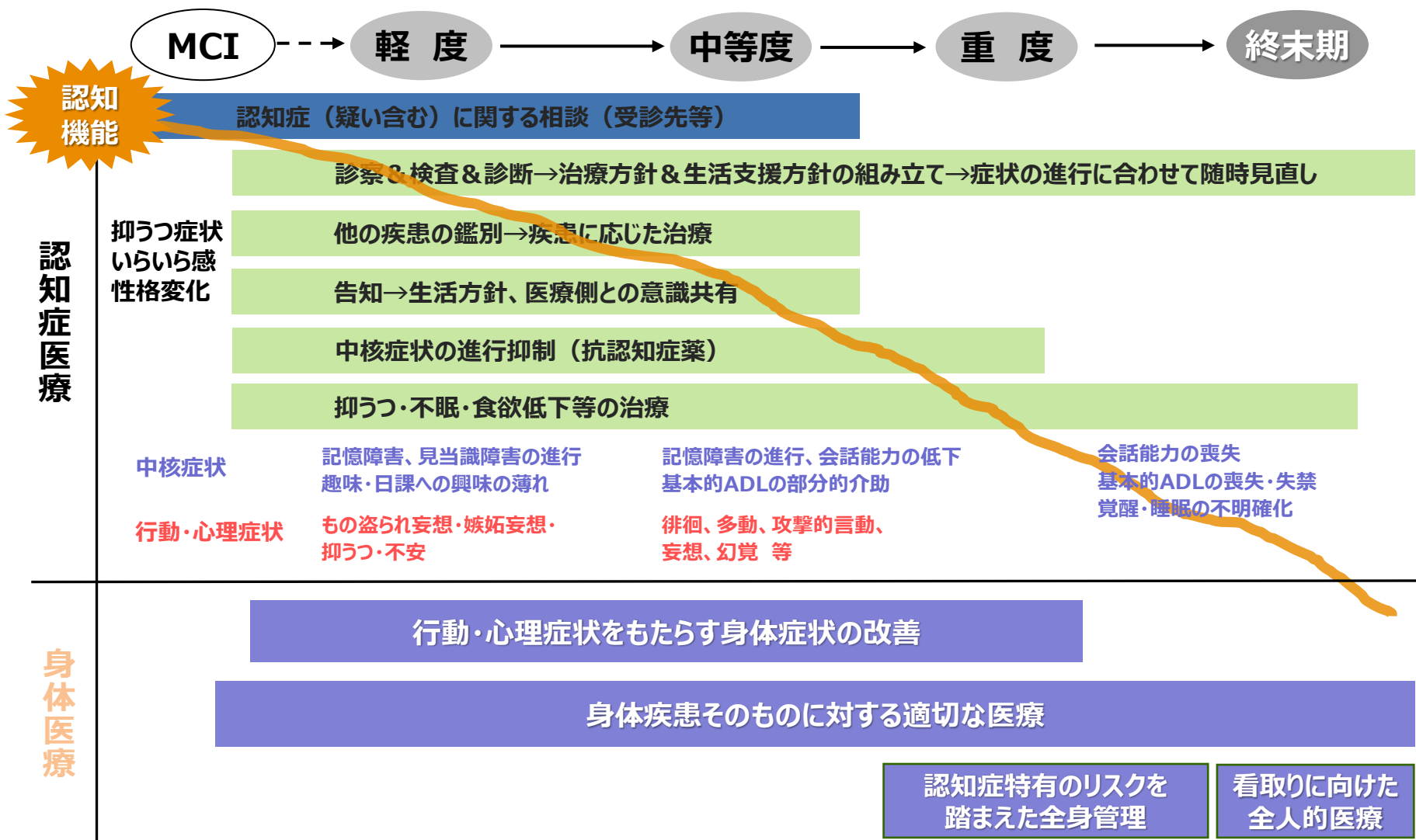
(中核症状、行動・心理症状 (BPSD))

認知症の症状は、認知機能の低下によっておこる中核症状と、周囲の環境やかかわり方によって引き起こされるBPSD（認知症の行動・心理症状）があります。



認知症の経過

(アルツハイマー型認知症等変性疾患の場合)



意思決定の支援

意思確認や判断を求められることが多い入院生活では、
認知症の人の意思決定、その支援が重要



認知症に限らず、さまざまな場面での“意思決定支援のあり方”が検討されている

- 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（厚労省医政局）
URL ; <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>
- 障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドライン（厚労省社会・援護局）
URL ; <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000159854.pdf>
- 高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養補給法の導入をめぐる
意思決定プロセスの整備とガイドライン（平成23年度老人保健健康増進等事業）
URL ; http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf

認知症に使われる薬

成分名	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
商品名	アリセプト®等	レミニール®	リバスタッチ®	メマリー®
剤型	錠・口腔内崩壊錠・ 細粒・ゼリー・ ドライシロップ	錠・口腔内崩壊錠・ 内用液	貼付剤	錠・口腔内崩壊錠
適応疾患	アルツハイマー型・ レビー小体型 認知症	アルツハイマー型 認知症	アルツハイマー型 認知症	アルツハイマー型 認知症
用量 (mg/日)	3～10 治療量：5～	8～24 治療量：16～	4.5～18 治療量：18	5～20 治療量：20
用法 (回/日)	1	2	1	1
副作用	胃腸障害（悪心・嘔吐等） 心臓障害（不整脈等）			めまい・頭痛・傾眠
	貼付部位反応 (発赤・掻痒感等)			

薬物以外の療法とケア

非薬物介入/支援（含適切なケア）を基本とし、薬物治療はその補完

● 本人に対するもの

運動療法
感覚統合療法
音楽療法

回想法
現実見当識訓練
園芸療法 等

バリデーション
認知刺激療法

● 介護者に対するもの

介護者教育
レスパイトケア

対応技術指導・訓練
ケースマネジメント 等

カウンセリング

- ・ 介護者への介入も、介護者のみならず本人への間接的効果が期待できる。
- ・ どれも根治的ではないが、それは薬物療法も同じ。
- ・ 現時点ではまだ十分なエビデンスが得られていないものも多いものの、肯定的な報告は多く、単独よりは組み合わせて行われることが多い。
- ・ 薬物療法と比して有害作用が少ないとはいえ、全く無いわけではない。

介護者への支援

● 心理的サポート

- 介護者自身がどのような状況に置かれていると認識しているかを尋ねる
- 自分の置かれた状況について話す
- 新たに生じた役割がどのようなものかを考える機会を提供

● 情報提供

- 疾病に関する情報、医療に関する情報、生活に関する情報
- 家族教室、家族会の紹介等

● 専門サービスの紹介

1. 「目的」編（15分）

2-1. 「対応力(知識)」編（15分）

2-2. 「対応力(実践)」編
（45分 [DVD 4分30秒含む] ）

3. 「連携」編（15分）

DVD-2

認知症の人からみた医療



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

コミュニケーションのずれ

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
トイレに行こう

動かないで？

トイレの場所は？

便の後始末はどうしよう

コミュニケーションのずれは、状況や関係性を悪化させてしまいます。
認知症の人の思いを把握し、ニーズに応じる対応をとっていきましょう。

コミュニケーション

【コミュニケーションの特徴】

- 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
- **非言語的コミュニケーション**が多くの割合を占める
- 視覚・聴覚など、さまざまな**加齢変化**もある

【コミュニケーションの工夫】

- 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。
- 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。



認知症の人の理解

認知症の人には 意思も・経験も ある

認知症の人が体験し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

認知症ケアの基本

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

認知症であっても感情は保たれている

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



心理的な苦痛にも配慮をしたかわり、支援が重要

例) 忘れてしまったことを指摘する
排泄の失敗を責める

初診時・入院時から認知症を疑う

日常生活の様子から、**認知機能の変化**を疑う徴候がないかを確認する。

- 疑う場合には、
 - ・ 本人に**自覚症状の変化**を確認する
 - ・ 場合により、**注意障害**や**見当識**を確認する
- **家族からみた変化（入院前を含めて）**を注意深く聞き出す

痛みや違和感の表し方・伝え方

- 認知症の人は、痛みや違和感を適切に表現したり、伝えることが難しい
- 医療者は、苦痛があれば患者は伝えるはず
と思いがち



- 身体症状を見落としてしまう
- 全身状態の変化を見逃してしまう

行動・心理症状（BPSD）への対応

<前提>

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

① 症状アセスメント

- 病型及び生活歴・習慣・選好等との関連、要因の検討
- これまでの経過、症状の現われ方・引き金/鎮まり方、頻度
- 本人の苦痛症状、苦痛の程度
- 対応する人の困難感や負担感

② アセスメントに基づく非薬物療法、環境調整

③ 改善が認められない場合に②と併せ、薬物療法

観察やケアで注意をしたい点

- 痛み
- 摂食、栄養

認知機能障害により、自覚症状をうまく伝えることが
苦手になる

医療者が積極的に拾い上げる姿勢が大事

痛みに気づくサイン

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

摂食・栄養（食事）に関する注意点

- 食事が進まない理由に、認知機能障害がからむことがある
摂食不良をそのまま食欲不振とみなさない
- 「食べない」時に考えること
 - ・ 注意が続かない（医療者やほかの患者に気を取られる）
 - ・ 道具が使えない
 - ・ 食事を口元にもっていけない
 - ・ 義歯がない
 - ・ 痛み（口内炎、義歯があわない）
 - ・ 口腔乾燥

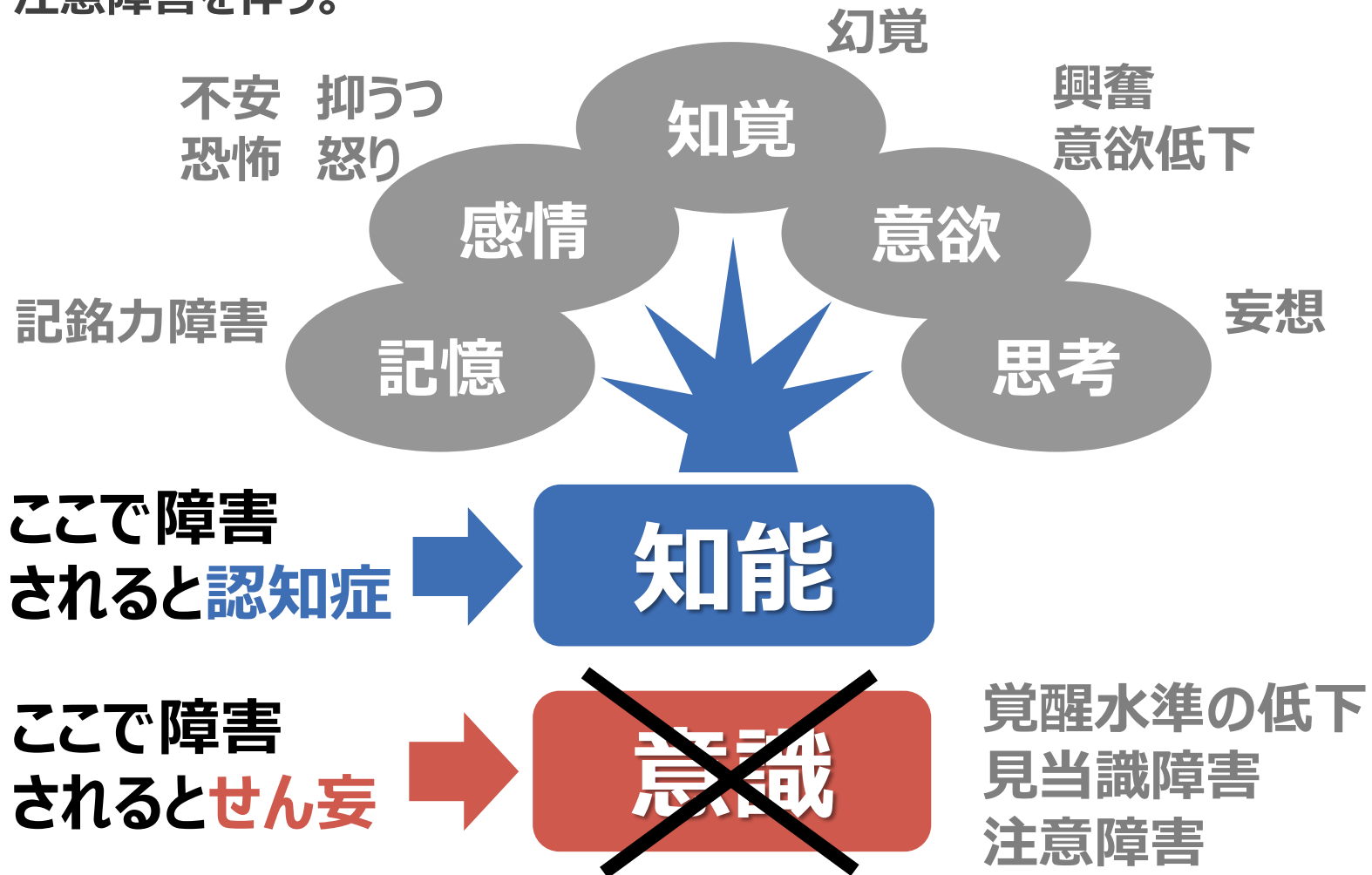
入院してからも認知症を疑う

以下のことが生じた場合には、認知症に関連したアセスメントをおこなう

- せん妄の発症（背景に認知症がある場合が多い）
- 転倒
- 脱水・摂食不良
- アドヒアランス不良（内服、処置）

せん妄

脳の一時的な機能失調によって起こる、軽い意識混濁を基盤とする症候群。
注意障害を伴う。



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・解除

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

せん妄への対応

- 入院した認知症の人が激しく興奮し、制止も効かない時は、過活動のせん妄状態であることがしばしばある。
- 薬物の影響、アルコール依存、幻覚幻視、不安、不快な刺激（環境音、照明、身体拘束、早すぎる会話）などは易刺激性に感作し、興奮を招く可能性がある。
情報や環境に留意し、観察を丁寧に行う。
- せん妄をアセスメントした場合、衝撃吸収マットの適用、ルート類を工夫して整理する、家族への説明など先回りの環境整備で、予防的に安全確保を行う。
- 睡眠-覚醒リズム調整を早期から検討し実施する。
- 身体疾患の治療による全身状態の改善・安定化は、せん妄の軽快に通じる。

身体拘束は行わないことが原則

～やむを得ない場合の例外的対応～

やむを得ず例外的に身体拘束を行う場合、下記要件を満たすか協議する

- **切迫性**

本人または他の患者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと

- **非代替性**

身体拘束を行う以外に代替する方法がないこと

- **一時性**

本人の状態像に応じて必要とされる最も短い拘束時間を想定し、一時的であること

やむを得ず身体拘束を判断し 開始する際の留意点

- 単独で身体拘束を決定・実施せず、チームで**例外的 3 原則**を満たすのか検討する
 - 判断の過程と根拠を明らかにする
- 開始時には、医師は診察し指示を出す。
本人への説明、家族への説明を行い、同意を得る
- 実施後は、身体拘束に関する観察と記録を行う
- 解除に向けた関わりを行い、カンファレンス等で検討を重ね、条件が整えばすみやかに解除する

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

医師の基本的な役割

専門職としての本来的な役割

- ◎ 身体疾患に対する治療
- ◎ 認知症の症状やせん妄への対応
- ◎ 認知症の人とその家族に対する、適切な情報提供と意思決定支援

院内連携上の役割

- ◎ 他科・他職種の介入をコーディネート
- ◎ 医学的観点からの助言、支援
- ◎ 院外の医療機関等との連携支援



看護師の基本的な役割

専門職としての本来的な役割

- ◎ 日々の健康状態の把握
- ◎ 本人のニーズに応じた生活の支援、環境調整
- ◎ 本人の主体性の保持、自己決定の支援
- ◎ 家族の介護負担感、健康状態などの把握

院内連携上の役割

- ◎ 多職種連携における調整者
- ◎ 全人的な視点からの情報収集、情報提供
- ◎ 薬物/非薬物療法の評価に資する情報提供



薬剤師の基本的な役割

専門職としての本来的な役割

- ◎ 残薬確認を含む服薬アドヒアランスの確認
- ◎ 服薬指導を含む薬剤管理支援
- ◎ 薬物療法の効果・副作用モニタリング

院内連携上の役割

- ◎ 薬歴、副作用歴などの把握と周知
- ◎ 適切な剤型選択、投与経路の検討
- ◎ 多剤併用の是正、重複投与や薬物有害事象の回避など



リハ職（PT・OT・ST等）の基本的な役割

専門職としての本来的な役割

- ◎ 基本的動作能力の回復等
- ◎ 応用的動作能力、社会的適応能力の回復等
- ◎ 言語聴覚能力の回復等



院内連携上の役割

- ◎ 日常生活活動や社会参加機能の評価情報の提供
- ◎ 統一された生活上の留意点の提供
- ◎ 適切な心理的支援
- ◎ 病前の役割、興味、習慣等の把握
- ◎ 家族、生活環境の把握

相談職の基本的な役割

専門職としての本来的な役割

- ◎ アドボカシー...本人・家族の考え・気持ちを代弁する
- ◎ 退院計画の支援...退院後の生活設計を支援する

院内連携上の役割

- ◎ 本人・家族が表現しきれない意向を医療職に伝わる言葉に翻訳し、医療が提供可能なサービスにつなげる
- ◎ 本人・家族が利用可能なフォーマル・インフォーマルサービスを紹介・仲介し、退院後の生活をふまえた医療サービスの提供を支援する



入院生活を支えるスタッフの基本的な役割

専門職としての本来的な役割

- ◎ 食事、排泄、入浴、身支度など日常生活のケアを提供する
- ◎ 生活に必要な居心地のよい環境を提供する
- ◎ 守秘義務を踏まえたうえで身の上話等の悩みを傾聴する

院内連携上の役割

- ◎ 日常生活の自立した生活を維持する
- ◎ 身体・心理等の状況に合わせて福祉サービスを提供する



1. 「目的」編（15分）

2-1. 「対応力(知識)」編（15分）

2-2. 「対応力(実践)」編（45分）

3. 「連携」編（15分 [DVD 2分含む] ）

多職種連携とは

各職種が専門性を活かし、目的と情報を共有し役割を分担するとともに、互いに連携・補完しあい、状況に応じた質の高いサービスを提供する。



多職種連携のメリット

- チームで臨む目標が定まり、状況の安定化・好転に対し、相乗的効果がある
- チームで情報共有することで関わり方を共有できる
- 各職種の専門的な知識が発揮され、認知症の人と家族に生じる複雑なニーズに対応できる
- 院内の認知症ケア実施提供体制やシステム構築の検討の場となる



連携は入院の前にも、後にも

入院前

入院中

退院後

カンファレンス

カンファレンス

- 入院前の生活状況を踏まえた入院

- 安心・安定した加療・入院生活
- 入院中の心身機能低下の防止・軽減

- スムーズな退院
- 退院後の安定した生活維持

入院前の連携先(社会資源)

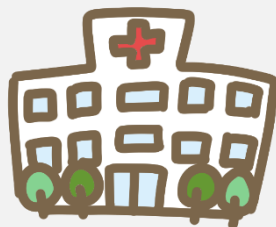
【相談、バックアップ】

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

【医療サービス】

- ・ 医療機関
- ・ 歯科医療機関
- ・ 薬局 等

院内連携



退院後の連携先(社会資源)

【介護保険サービス】

- | | |
|------------------|-------------|
| ○ 居宅サービス | ○ 居住・施設サービス |
| ・ 居宅介護支援事業所 | ・ グループホーム |
| ・ 訪問看護/訪問リハ | ・ 介護老人保健施設 |
| ・ 訪問介護 | ・ 特別養護老人ホーム |
| ・ デイサービス | ・ 療養型医療施設・ |
| ・ 通所リハ (デイケア) | 介護医療院 |
| ・ 短期入所 (ショートステイ) | ・ 有料老人ホーム |
| ・ 小規模多機能 等 | ・ サービス付住宅 等 |

【多様な資源】

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

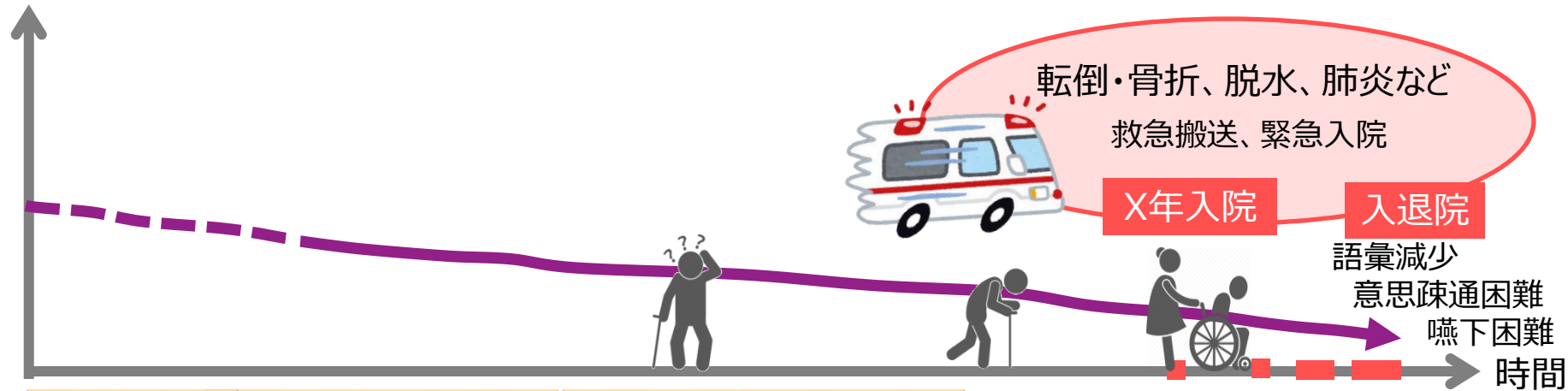
【医療サービス】

- ・ 医療機関
- ・ 歯科医療機関
- ・ 薬局 等

入院前から関係している職種・機関を知る

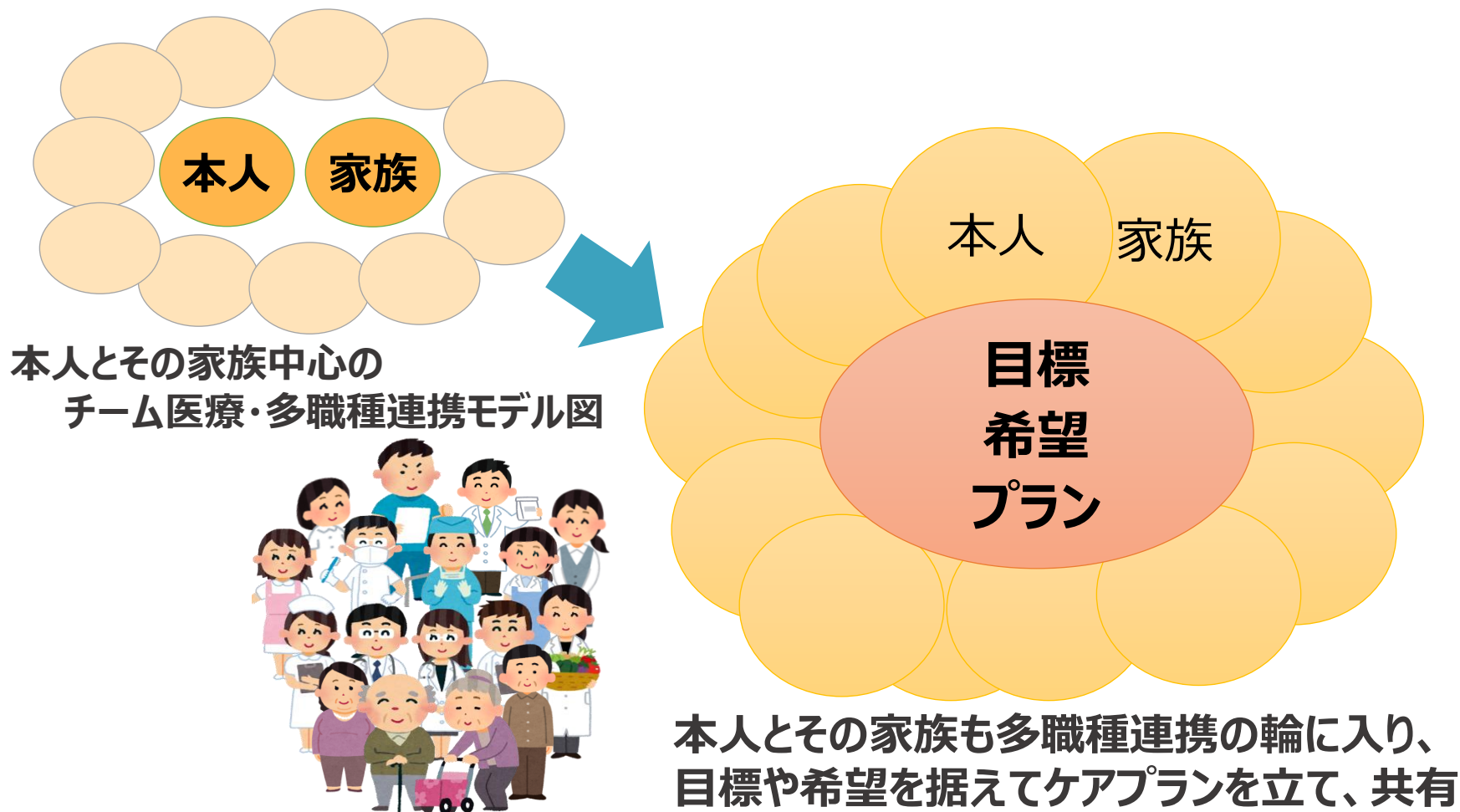
認知症の軌跡と、地域在宅の関係職種・機関を知って連携する

日常生活能力・生命維持能力



多職種でカンファレンスを行う

目標志向で、本人－家族－多職種が連携する



カンファレンス開催の要点

- 入院前の暮らしの情報、ケア提供内容などを、家族や入院元の関係者、サマリなどから情報収集しておく
- 再入院の場合、多職種で前回入院の経過を踏まえて、今回の入院中に活かす情報と目標とを共有する
- 家族や退院先のスタッフが受け入れ可能な状態、医療依存度のレベルを早期から明らかにし、具体的な実施方法を検討する



入院時カンファレンスの主な検討課題

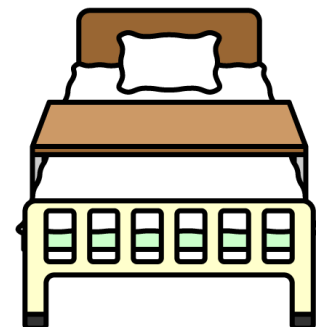
(院内多職種)

職種ごとにゴール設定に相違がある



本人の希望、価値観、身体状況、今後の生活を考慮し、
折り合いをつけながら、最善のゴールを検討

本人が主人公



退院時カンファレンスの主な検討課題

(院内外が多職種)

- ・ 退院先での療養生活の継続（再入院のリスクなど）
- ・ 家族間の意見の相違（キーパーソン以外の家族）



- 必要な療養の継続、環境の確保
- 医療体制（急変時含む）の確認
- キーパーソン以外の家族へのカンファレンス参加を促す



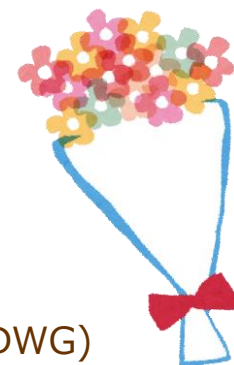
DVD-3

本人からのメッセージ



本人からのメッセージ

- ニンチとか言わないで。わたしは山川すみえ。
- いろいろ言われても、すり抜けていく。
紙に書いてくれれば読めるよ。
何度でも見て、一生懸命やるから。
- あそこはよかったよ～。
先生も看護婦さんも、わたしが毎朝、神社まで
散歩してるとかよく知ってて。
「早く元気になってまた散歩しよう！」って。
不思議ね。力が湧いてきたのよ。
お陰様でこうして家に戻れた～！



【参考資料】

- 演習の目的・意義
- サンプル事例（改訂案）

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。

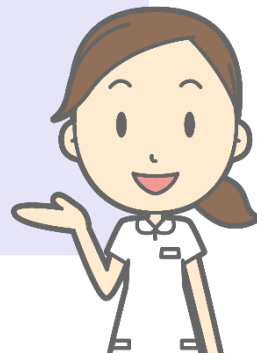
演習の目的・意義

- 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：認知症の人の退院支援（前半）

- A氏 82歳女性、高齢の夫と2人暮らし 近くには娘夫婦も在住
- 元々、糖尿病があり外来通院をしていた。
- だんだんと物忘れが目立つようになり、4年前、もの忘れ外来でアルツハイマー型認知症と診断を受け、現在、ドネペジル5mgを内服。MMSE20点。
- 自宅では夫が家事全般を担うようになり、疲労が募っていた。近居している娘はA氏にデイサービス利用を促すが、かたくなな抵抗と拒否にあい、A氏も興奮状態となるため、利用をあきらめざるを得なかった。
- 今回、在宅療養中、高血糖を呈し血糖コントロール目的で入院した。



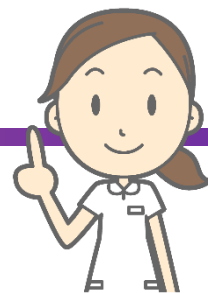
サンプル事例①：認知症の人の退院支援（後半）

- およそ2週間後、血糖は安定し、経口血糖降下剤の内服と食事療法で退院可能な状態となった。
- しかし、夫も娘夫婦もA氏の在宅復帰に難色を示し、施設への入居を希望された。
- A氏は入院10日目ごろから、帰宅願望を訴えるようになり、今日は、日中から荷物をまとめて出て行こうとするなど、そわそわと落ち着きのない様子が強まっている。

Question

A氏の退院支援をどのようにすすめますか？
帰宅願望にはどのように対応しますか？

サンプル事例①：解説



課題抽出

入院中のBPSDへの対応、退院困難の予測の遅れ

議 論

- ▶ 本人の心理状態について（寂しさ、孤独感、入院中何もすることがないという状況、今どうすればいいのかわからないことからくる焦燥感
- ▶ 病院内の認知症ケアの資源・環境について
- ▶ 多職種連携による入院中の医療とケアの両立について
- ▶ 退院支援のスクリーニング方法やシステムのあり方について

論点整理

- ・ 中等度認知症者の認知機能について、BPSDとのかかわり・対応の要点
- ・ 認知症サポートチームとの連携
- ・ 院内デイの開設/利用、リハビリテーションやアクティビティケアの実施
- ・ 退院支援の必要性を早期にアセスメントする方法とシステムの確立
- ・ 入院中の情報収集内容の見直し、暮らしの情報の重要性・価値づけ
- ・ 担当ケアアマネジャーとの連携
- ・ 家族との計画的な面談、家族教室への参加の促し

まとめ

認知症の人の心理的ニーズを理解し、対応策として多職種連携の充実が必須であることの認識を深める。病院においても地域在宅での実践を参考に、医療現場で認知症ケアの提供体制整備が必要である

サンプル事例②：興奮状態を呈するケースへの対応（前半）

- B氏 76歳女性、2年前にアルツハイマー型認知症と診断を受け、抗認知症薬を内服していた。長男と2人暮らしで、これまで入院歴なし。
- 要介護1。自力歩行。排泄はリハビリパンツを使用していたが、排泄介助は不要で自立。
- ある日、自宅の玄関前で転倒し動けず。救急搬送され右大腿骨頸部骨折の診断にて即、緊急入院。
- 入院後、とても険しい表情で、攻撃性、易怒性が高まっていた。オムツ交換時は特にケア拒否が強く、ナースに手を挙げ抵抗する状況であった
- 入院3日目、静脈麻酔と脊椎麻酔を併用し、骨接合術が実施された。
- 術後も術前同様の状況が続き、さらに夜間不眠を認めるようになった。術後は食事摂取量も低下した。
- 術後5病日目、午後からB氏は補液ルートの保護テープをはがそうと触っていたり、外転枕を投げ落としたりする様子を認めた。ナースは頻回に訪室し、その都度元に戻し、危険な行動にてやめるよう注意した。

サンプル事例②：興奮状態を呈するケースへの対応（後半）

- 同日の夕方からは、ナースコール、ベッドのコントローラー等周囲のコード類を次々と全て引っ張って外し、ナースが制止すると、大声をあげ興奮して払いのける状況であった。意思疎通性が極めて悪い状況であったため、やむを得ず上肢抑制の同意を家族に得て実施。夜間帯も大声が続き、病棟中に響いていた。
- 夜勤の看護師は、19時に不穏時指示のセレネース5mg筋注を実施した。すぐには鎮まらず、およそ1時間後から徐々に鎮まってきた。
- B氏の術前・術後を通して疼痛時指示のボルタレン坐薬25mgの適用は計4回、不眠時指示のゾピクロン7.5mgはほぼ毎日適用されている

Question

B氏の状況をどのようにアセスメントしますか？

B氏にどのようにかかわっていけばよいのでしょうか？

サンプル事例②：解説（前半）

課題抽出

疼痛緩和の不足・過少評価、せん妄のアセスメントと治療、骨折受傷前後での生活状況の比較検討不足・軌跡の理解不足

議論

▶ 痛みを疑う・緩和

大声等の振る舞いと痛みとの関連、行動に潜在する意味・メッセージ（pain behavior）、疼痛緩和に対する多職種連携での非薬物/薬物療法・方針について

▶ せん妄への対応

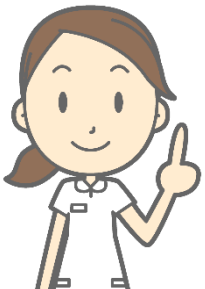
せん妄の診断、多職種連携で遷延化予防・方針について、せん妄遷延の強力因子の検討（痛み、身体拘束）、生活リズム調整の実施、薬物療法
－本人からの視点で考える－

▶ 状況・経緯

転倒骨折を機に、暮らしが一変し、急激な環境変化、ADL不適應状態と強い混乱をきたしている。理性的に受容することは容易ではないことを認識し接することが必要。

▶ コミュニケーション

病院側の正論で本人へ説得している傾向がチーム内で強まっている時は、認知症の人とのコミュニケーションの基本について振り返る。肯定的に接するための工夫、アイディアを出し合い人的な環境調整を図り、助け合っていく。帰宅要求への対応はチーム内でリリーフし合えることが必要



サンプル事例②：解説（後半）

議論（続き）

▶ 排泄ケアや体位交換

本人にとって理解し難い他者からの介入であり、実施時には毎回十分な声かけを行い、羞恥心・寒さ刺激、痛みなどの苦痛に対し細心の配慮を払い行うことを周知徹底する。

▶ 食事

セラピストも連携し食べやすい体位の工夫と同一体位保持時間の検討・調整、ベッド上や病室での食事提供を見直していく。好物の提供、NSTへの相談も図る。

論点整理

- ・ 本人の視点に立って苦痛に満ちた状況を認識する
- ・ 常に快適・安心の状態を目指し多職種連携をとっていく
- ・ 医療とケアの両立を実現する
- ・ 症状マネジメントを十分に実施できるようにアセスメント力をつける

まとめ

認知症の軌跡とその途上で遭遇する様々な困難を知ることの重要性
医療職の苦痛緩和の専門性を認知症の人にも十分に発揮する
認知症の人の尊厳を認める価値観と組織風土

