

大阪市

令和6年度 病院勤務の医療従事者向け  
認知症対応力向上研修

講義1 目的編

中西 亜紀 氏

大阪公立大学大学院生活科学研究科  
認知症ケア・施策学講座 特任教授

講義2 対応力編

中出 陽人 氏

社会医療法人北斗会 ほくとクリニック病院  
認知症疾患医療センター

講義3 連携等編

# 病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修

1. 目的 編

2. 対応力 編



大阪公立大学大学院生活科学研究科  
中西亜紀

# 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修

## 研修全体の目的・意義

- 認知症の人の視点で、認知症ケアに求められていることを理解する
- 認知症を理解し、入院中の対応の基本を習得する
- 院内・院外が多職種連携の意義を理解する

医師に「認知症です。」

と言われて、頭が真っ白になりました。

自分はこれからどうなってしまうのか、心配で心配で、  
眠れない夜が続きました。

誰にも相談できずに、一人でうつうつ悩んでました。

人に会いたくない、家から出たくなくて、家にこもってました。

自分でもまずいなとわかってるけど、

家族に言われるとムカっときて、毎日、口喧嘩ばかり。

こんなんじゃダメになるって、ある日思いきって役所に相談に  
いってみたら、担当の人が本当に親身に話をきいてくれた。  
視界がぱあっと開けた。

もっと早く相談にいけばよかったな。

あんなに苦しい思いをせずに済んだのに。

『本人にとってのよりよい暮らしガイド』より

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG) ホームページ(<http://www.jdwg.org/statement/>)  
を参照して作成



# 目的 編

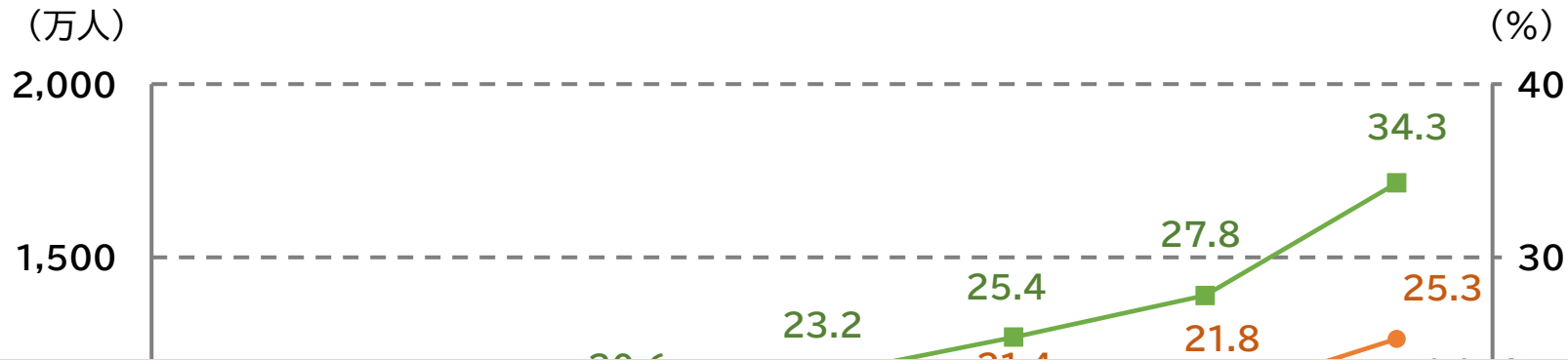
ねらい： 認知症の人の視点で、認知症ケアに  
求められていることを理解する

到達目標：

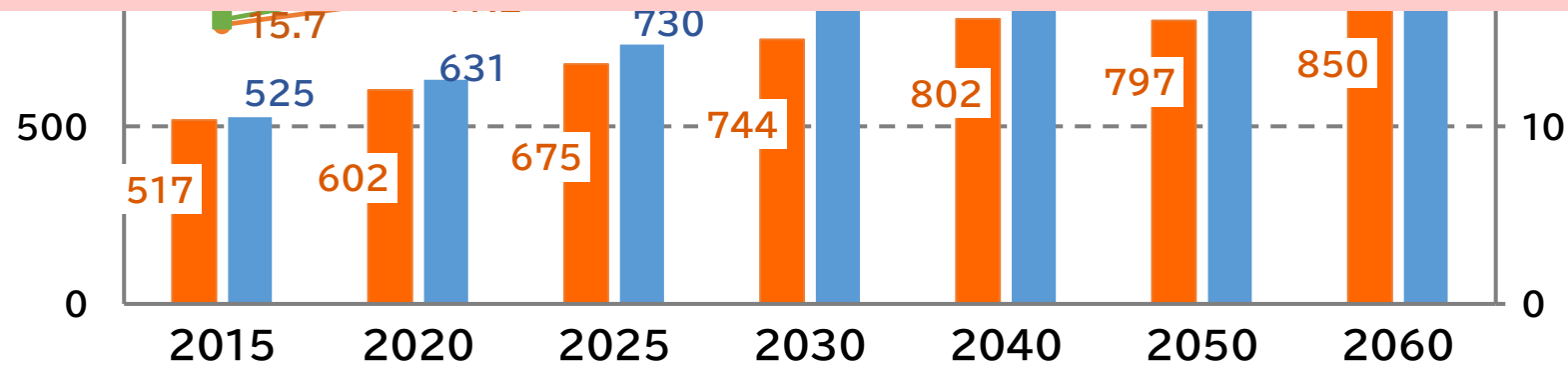
- 研修の目的を理解する
- 認知症の人の視点で、対応への課題を理解する
- 認知症の人を取り巻く施策等について理解する

# 認知症高齢者数の推移

〔目的1〕



2024年5月8日 新たな調査結果が報告された ⇒



■ 各年齢の認知症有病率が一定の場合(人数)

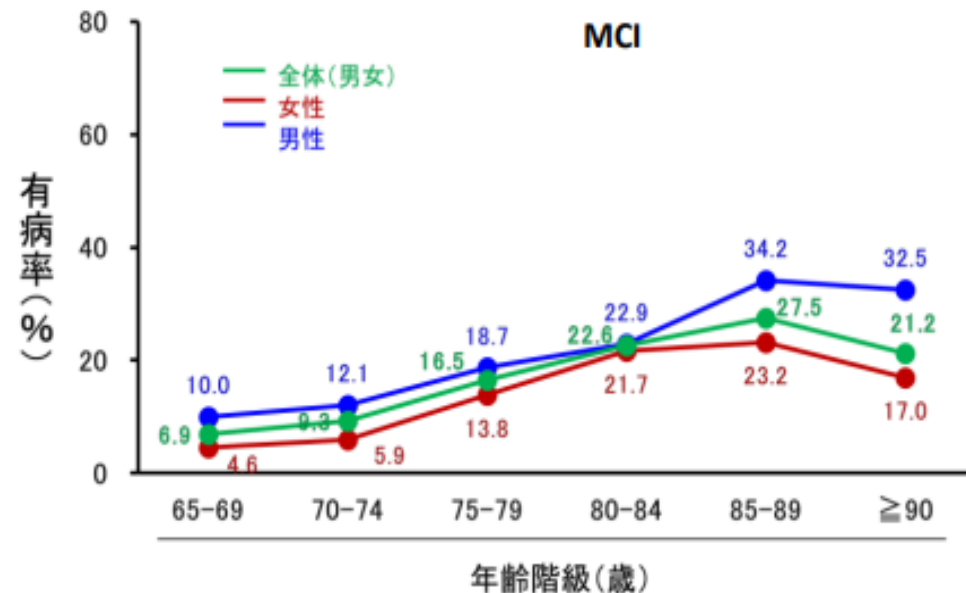
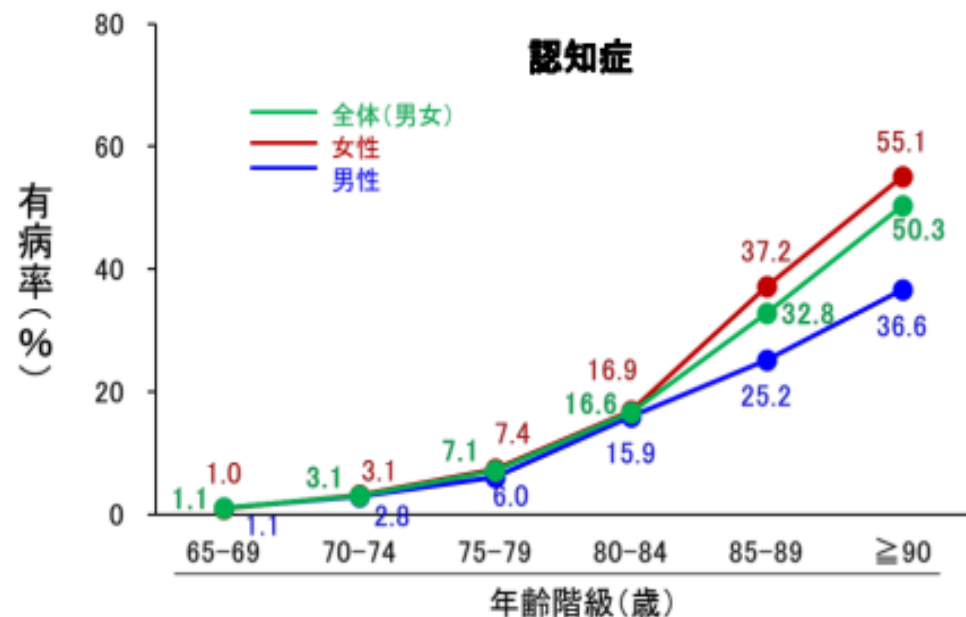
■ 各年齢の認知症有病率が上昇する場合(人数)

● 各年齢の認知症有病率が一定の場合(率)

■ 各年齢の認知症有病率が上昇する場合(率)

# 2024年5月8日 新たな調査結果が報告された

年齢階級別の有病率(2022年時点)



高齢者数と有病率の将来推計

| 年                 | 令和4年<br>(2022) | 令和7年<br>(2025) | 令和12年<br>(2030) | 令和22年<br>(2040) | 令和32年<br>(2050) | 令和42年<br>(2060) |
|-------------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 認知症高齢者数           | 443.2万人        | 471.6万人        | 523.1万人         | 584.2万人         | 586.6万人         | 645.1万人         |
| 高齢者における<br>認知症有病率 | 12.3%          | 12.9%          | 14.2%           | 14.9%           | 15.1%           | 17.7%           |

| 年                 | 令和4年<br>(2022) | 令和7年<br>(2025) | 令和12年<br>(2030) | 令和22年<br>(2040) | 令和32年<br>(2050) | 令和42年<br>(2060) |
|-------------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| MCI高齢者数           | 558.5万人        | 564.3万人        | 593.1万人         | 612.8万人         | 631.2万人         | 632.2万人         |
| 高齢者における<br>MCI有病率 | 15.5%          | 15.4%          | 16.0%           | 15.6%           | 16.2%           | 17.4%           |

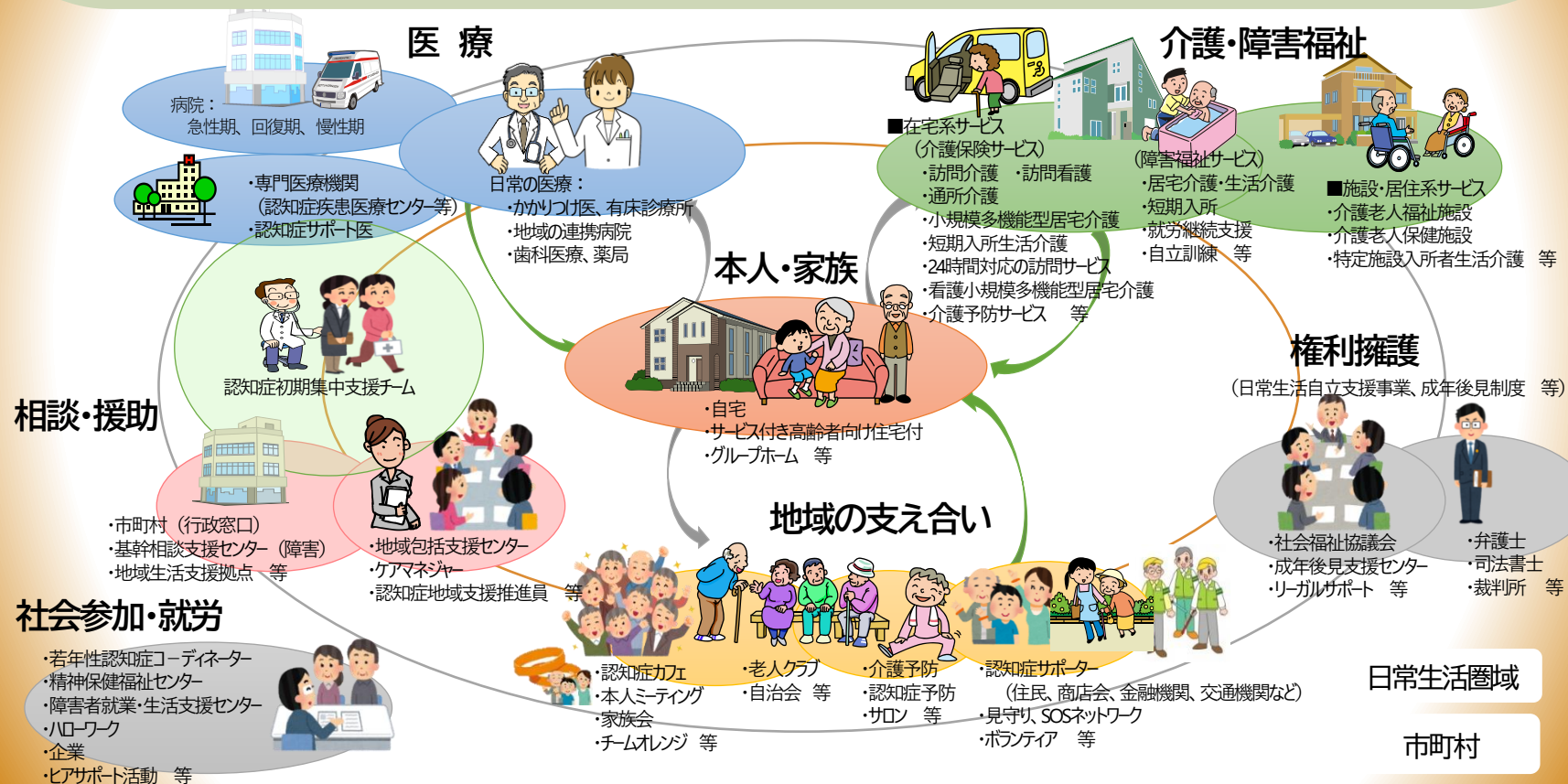
資料:「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」(令和5年度老人保健事業推進費等補助金 九州大学 二宮利治教授)より厚生労働省にて作成

<https://www.mhlw.go.jp/content/001279920.pdf>

# 認知症施策の推進について

## 〔目的2〕

- 高齢化の進展に伴い、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、認知症の人は約700万人（65歳以上高齢者の約5人に1人）となる見込み
- 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要
- 2025年に向け、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



# 認知症施策推進大綱の概要

〔目的3〕

令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定

## 基本的考え方

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

具体的な施策の5つの柱

① 普及啓発・本人発信支援

② 予防

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

▶▶早期発見・早期対応、医療体制の整備

▶▶医療従事者等の認知症対応力向上の促進

④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

認知症の人や家族の視pointsの重視

# 共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要 ①

## 〔目的5〕

令和5年法律第65号  
令和5年6月14日成立、  
同月16日公布  
令和6年1月1日施行

### 1.目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

→ 認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会(=共生社会)の実現を推進

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

### 2.基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。
- ④ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
- ⑥ 共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

### 3.国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を策定・実施する責務を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

### 4.認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定(認知症の人及び家族等により構成される関係者会議の意見を聴く。)

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定(認知症の人及び家族等の意見を聴く。)(努力義務)

# 共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要 ①

## 〔目的5〕

令和5年法律第65号  
令和5年6月14日成立、  
同月16日公布  
令和6年1月1日施行

### 1.目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

→ 認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会(=共生社会)の実現を推進

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

### 2.基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、**基本的人権を享有する個人**として、**自らの意思**によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、**社会の対等な構成員**として、**地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができる**とともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び**社会のあらゆる分野における活動に参画する機会**の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。
- ④ **認知症の人の意向を十分に尊重**しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
- ⑥ 共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が**尊厳を保持**しつつ希望を持って暮らすための**社会参加の在り方**及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる**社会環境の整備**その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

### 3.国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を策定・実施する責務を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

### 4.認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定(認知症の人及び家族等により構成される関係者会議の意見を聴く。)

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定(認知症の人及び家族等の意見を聴く。)(努力義務)

# 共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要 ②

## 〔目的6〕

### 5.基本的施策

#### ①【認知症の人に関する国民の理解の増進等】

国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策

#### ②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】

- ・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
- ・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策

#### ③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】

- ・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
- ・ 若年性認知症の人(65歳未満で認知症となった者)その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策

#### ④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】

認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策

#### ⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】

- ・ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策
- ・ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
- ・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策

#### ⑥【相談体制の整備及び孤立への対策】

- ・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
- ・ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策

#### ⑦【研究等の推進等】

- ・ 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及 等
- ・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用 等

#### ⑧【認知症の予防等】

- ・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
- ・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策

※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

### 6.認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、認知症の人及び家族等により構成される関係者会議を設置し、意見を聴く。

※ 施行期日等：令和6年1月1日施行、施行後5年を目途とした検討

# 本研修が必要とされる背景

## 〔目的7〕

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

認知症施策推進大綱より抜粋

## 身体疾患の治療を行う一般病院における課題

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

# 一般病院に入院する認知症の人に起こっていること

## 〔目的8〕

- 身体疾患の悪化による緊急の入院となることが多く、  
気が付くと見知らぬ環境で、厳格に監視されている  
入院時の初期対応や、環境不適應状態への介入の課題
- 認知症の治療やケアは身体疾患の治療後にと考えられ、  
言動が制限され、症状へも未対応のまま治療が行われる  
「認知症の治療やケアは元気になってから」の誤解
- 身体疾患は改善しても身体機能が低下し、入院前の療養  
場所に退院するためには様々な困難に直面する  
院内外の資源の活用や多職種の協働・連携が不十分

# 認知症の人の医療への要望

〔目的9〕

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)

# 本人の視点を重視したアプローチ

〔目的10〕

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

認知症の人の  
視点を施策  
の中心へ

- 本人にとってのよりよい暮らしガイド
- 認知症とともに生きる希望宣言
- 本人の視点を重視した施策の展開

# 認知症の予防の考え方

〔目的11〕

## 一次予防（認知症の発症遅延や発症リスク低減）

- 運動不足の改善
- 生活習慣病の予防
- 社会的孤立の解消
- 役割の保持
- 介護予防事業や健康増進事業の活用

## 二次予防（早期発見・早期対応）

- かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、保健師、管理栄養士等による健康相談
- 本人や介護者、医療従事者による気づきからの適切な診断と治療の導入
- 認知症初期集中支援チームや地域包括支援センターなどによる介入

## 三次予防（認知症の進行の予防と進行遅延）

- 適切な治療やリハビリテーションの継続による進行予防
- 生活機能の維持
- 行動・心理症状の予防と緩和
- 身体合併症への適切な対応
- 本人視点のケアと不安の除去
- 安心・安全な生活の確保

# 一般病院の医療従事者に期待される役割

〔目的12〕

- 認知症に関する正しい理解と適切な対応
- 本人の視点を重視したアプローチと人生や生活の継続性を目標とした対応
- 生活機能の維持や行動・心理症状の軽減や緩和
- 専門性を活かしたチーム医療の実践
- 適時・適切な情報共有と院内連携の構築
- 院外の社会資源の把握と多職種連携の実践

# 対応力 編

ねらい：認知症を理解し、入院中の対応の基本を習得する

到達目標：

- 認知症の特徴を理解する
- 入院生活における認知症の人の行動の特徴を理解し、対応方法について習得する

# 認知症の概念

〔対応力1〕

## 認知症とは

『一度正常に発達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態』

- ※ 認知機能の低下は、せん妄や他の精神疾患(うつ病や統合失調症など)では説明されない
- ※ 各診断基準で記憶障害は必須条件ではなく、早期には記憶が保たれている場合もあることに配慮すべきとしている

# 認知症の診断

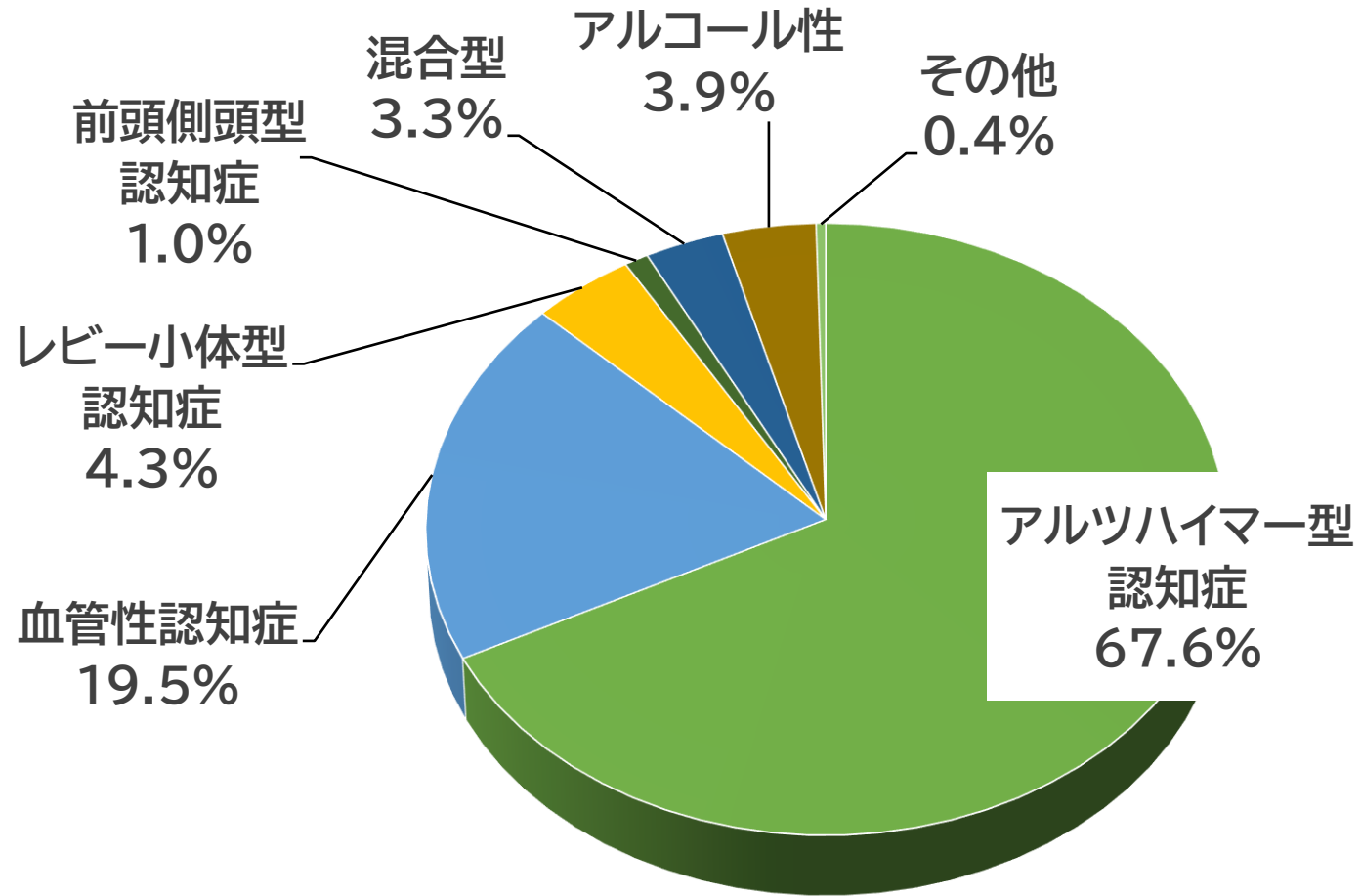
〔対応力2〕

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

- A 認知領域(記憶、実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)のうち2つ以上が以前のレベルから低下しているという特徴を持つ後天的な脳症候群である
- B 認知機能の低下は正常加齢によるものではなく、日常生活活動の自立を有意に妨げる
- C 認知機能障害は、利用可能な根拠に基づき、脳に影響する神経学的あるいは医学的な状況、外傷、栄養欠乏、特定の物質や薬剤の慢性的使用、重金属やその他の毒物によるものと考えられる

# 認知症の原因疾患

〔対応力3〕

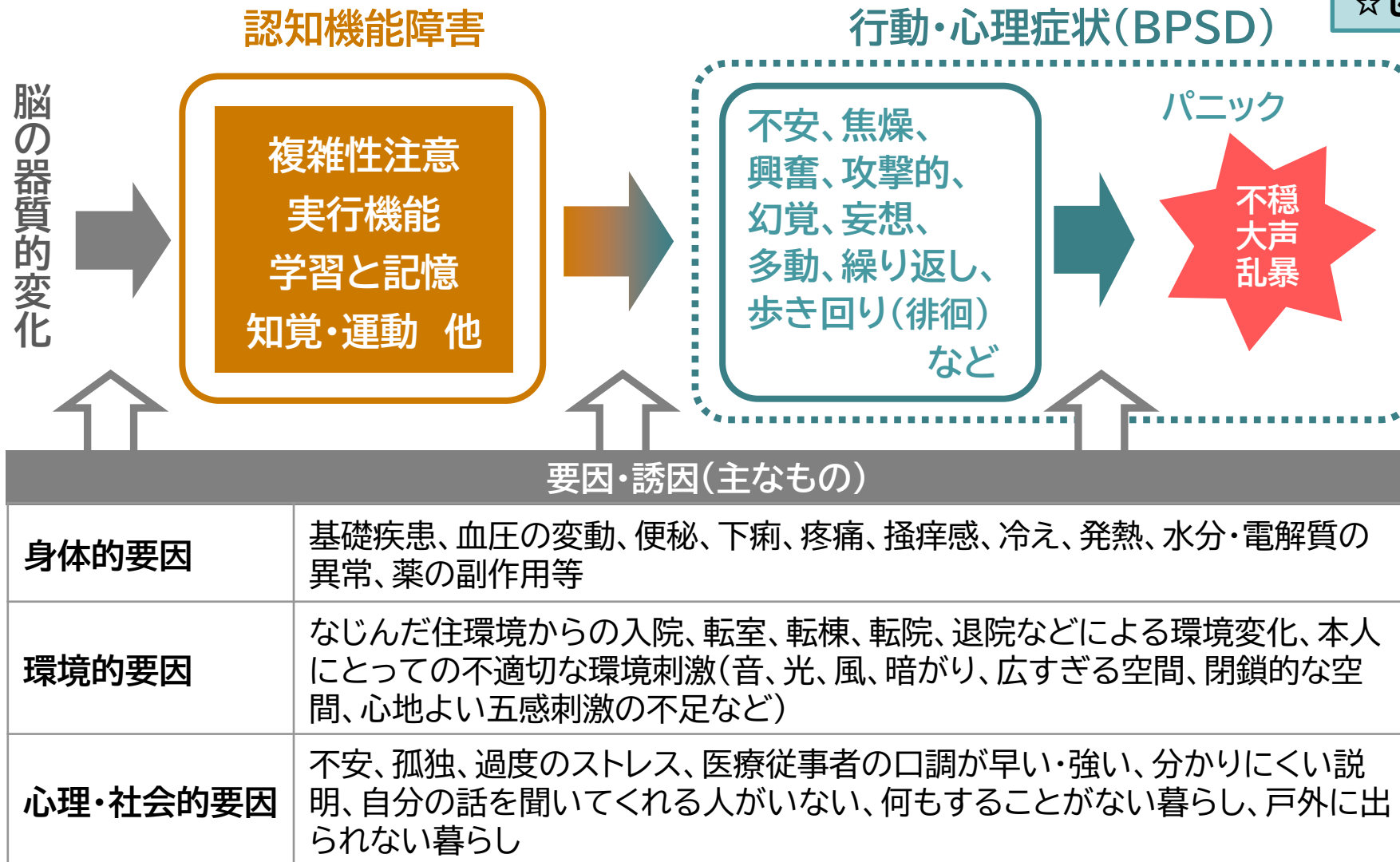


都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応(平成25年5月報告)

# 認知症の症状と要因・誘因

〔対応力4〕

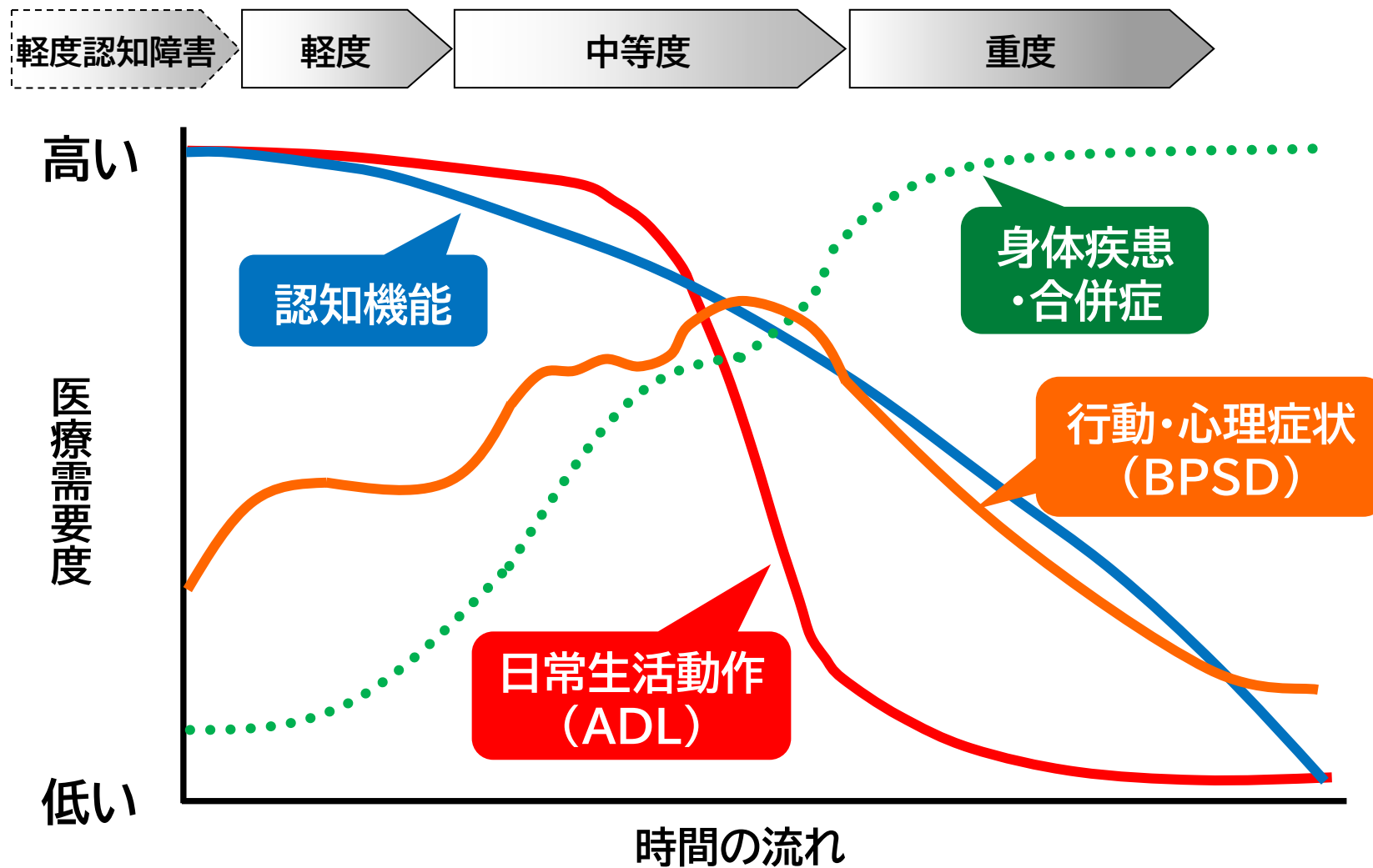
☆せん妄はBPSDではない



# 変性疾患の場合の認知症の経過

〔対応力5〕

認知症の進行とともに医療需要度は変化する



# 認知症治療薬の特徴

〔対応力6〕

|           | ドネペジル                               | ガランタミン         | リバスチグミン  | メマンチン                |
|-----------|-------------------------------------|----------------|----------|----------------------|
| 作用<br>機序  | コリンエステラーゼ阻害                         |                |          | グルタミン酸<br>受容体の拮抗薬    |
| 用量/日      | 3-10mg                              | 8-24mg         | 4.5-18mg | 20mg<br>5mgから毎週漸増    |
| 用法/日      | 1 回                                 | 2 回            | 1 回      | 1 回                  |
| 半減期       | 70－80 時間                            | 5－7 時間         | 2－3 時間   | 55－70 時間             |
| 病期        | 全病期                                 | 軽度～中等度         | 軽度～中等度   | 中等度～重度               |
| 剤形の<br>種類 | 錠剤、OD錠、細粒、<br>ドライシロップ、<br>ゼリー、貼付剤 等 | 錠剤、OD錠、<br>内用液 | 貼付剤      | 錠剤、OD錠、<br>ドライシロップ   |
| その他       | DLBが適応<br>(2014)                    |                |          | コリンエステラーゼ<br>阻害薬と併用可 |

# 認知症治療薬の主な副作用

〔対応力7〕

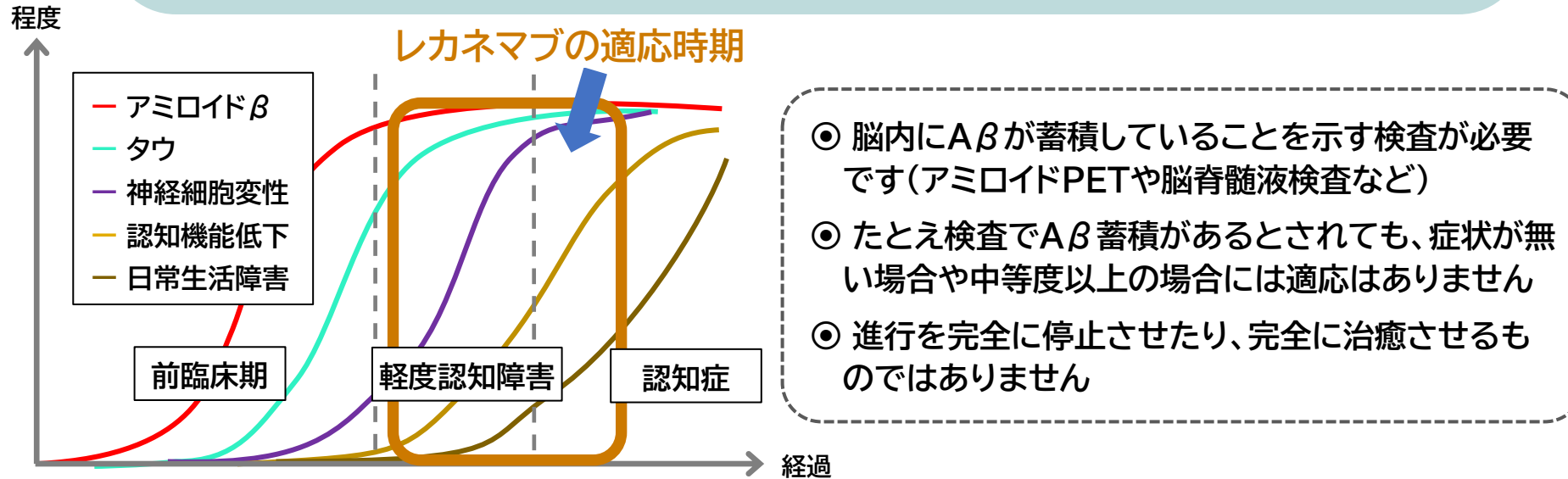
| コリンエステラーゼ阻害薬<br>(ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン)                                                                                                                     | メマンチン                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>◎ 食欲不振、嘔気</li><li>◎ 嘔吐、下痢、便秘、頻尿、腹痛</li><li>◎ 興奮、不穏、不眠、眠気</li><li>◎ 歩き回り(徘徊)、振戦、頭痛</li><li>◎ 唾液分泌過多、顔面紅潮、皮疹</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>◎ 浮動性めまい</li><li>◎ 便秘</li><li>◎ 体重減少</li><li>◎ 頭痛</li><li>◎ 傾眠</li></ul> |

※ 投薬に際しては、定期的な受診、薬の管理、定期的な服薬、症状の観察などが可能かどうか確認することが重要

# アルツハイマー病 抗アミロイドβ抗体薬 レカネマブ

〔対応力8〕

アルツハイマー病による「軽度認知障害」及び「軽度の認知症」(＝早期AD)においてアミロイドβ(Aβ)の毒性を減少させ、進行抑制効果をもたらすとされている



## 注意点

- ◎ 2週間ごとに約1時間かけて点滴静注で投与されます
- ◎ アミロイド関連画像異常(ARIA)という副作用があらわれることもあり、安全性の確認のため、MRIを定期的に撮像する必要があります
- ◎ PET検査、髄液検査、MRI検査などの必要な検査や安全管理が実施可能な施設や、当該医療施設と連携可能な施設で投与を行います
- ◎ ADについて十分な知識と経験があり、本剤についても十分に理解があり、管理や説明できる医師の下で投与を行うこととされています

# 認知症の非薬物的対応

〔対応力9〕

- ◆ 運動療法
- ◆ 音楽療法
- ◆ 回想法
- ◆ 認知機能訓練・認知刺激・認知リハビリテーション
- ◆ 作業療法
- ◆ 日常生活活動訓練
- ◆ 栄養療法
- ◆ コミュニケーションや感覚器への支援(補聴器等)

など

# 介護者への支援

〔対応力10〕

## ● 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

# 意思決定支援の基本原則

〔対応力11〕

- ① 本人の意思の尊重
- ② 本人の意思決定能力への配慮
- ③ チームによる早期からの継続的支援

※ 意思決定能力は本人の個別能力だけではなく、支援者の支援力によって変化することにも留意する

# 認知症の人の日常生活・社会生活における 意思決定支援ガイドライン

〔対応力12〕

## 趣 旨

- 意思を形成し、表明でき、尊重されることは、日常生活・社会生活において重要であり、認知症の人についても同様
- 意思決定支援の基本的考え方、姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理し、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることをめざすもの

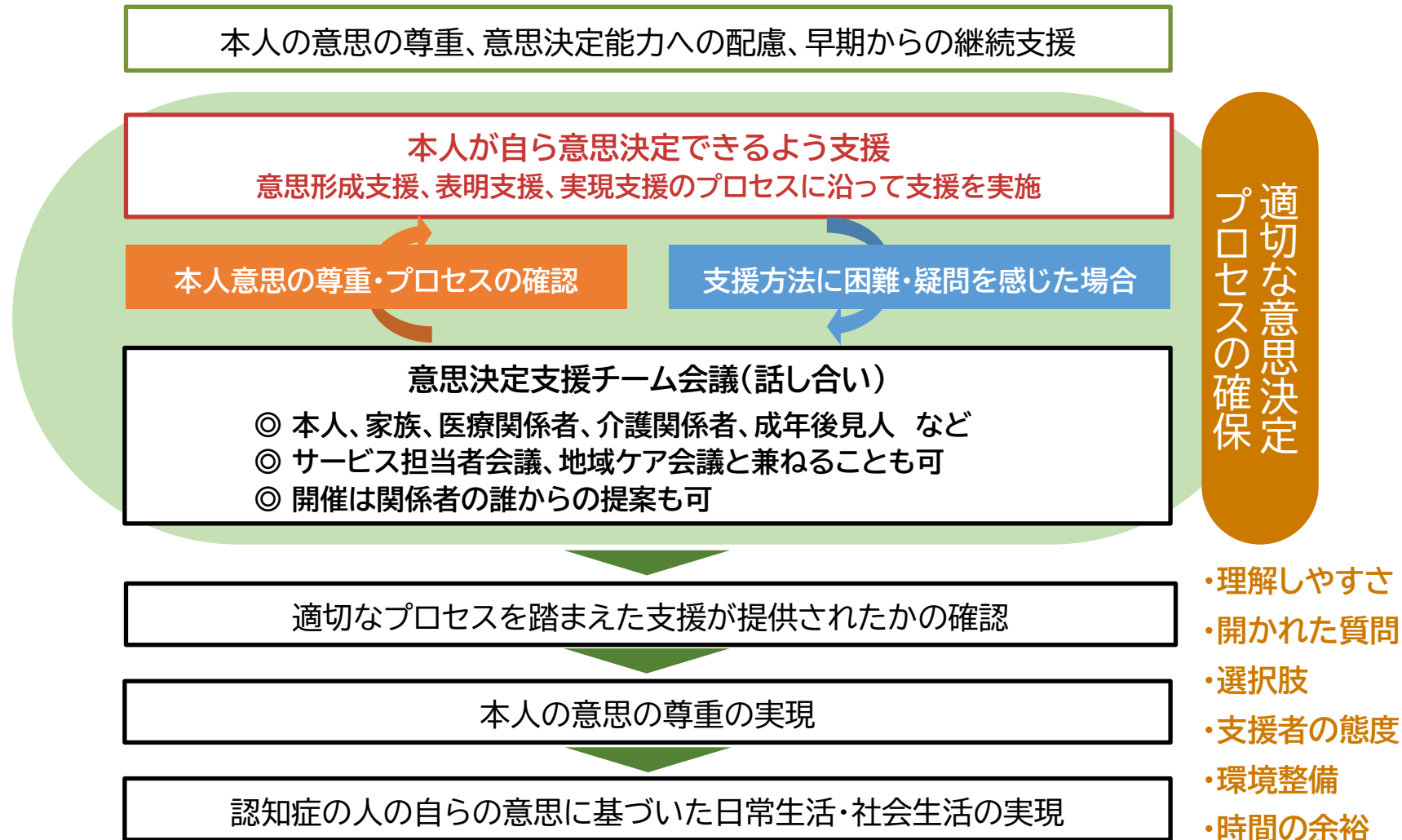
## 基本事項(誰のための・誰による・支援なのか)

- 認知症の人のための  
(認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む)
- 認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による  
(意思決定支援者)
- 認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもの  
(意思形成支援、意思表明支援、意思実現支援)



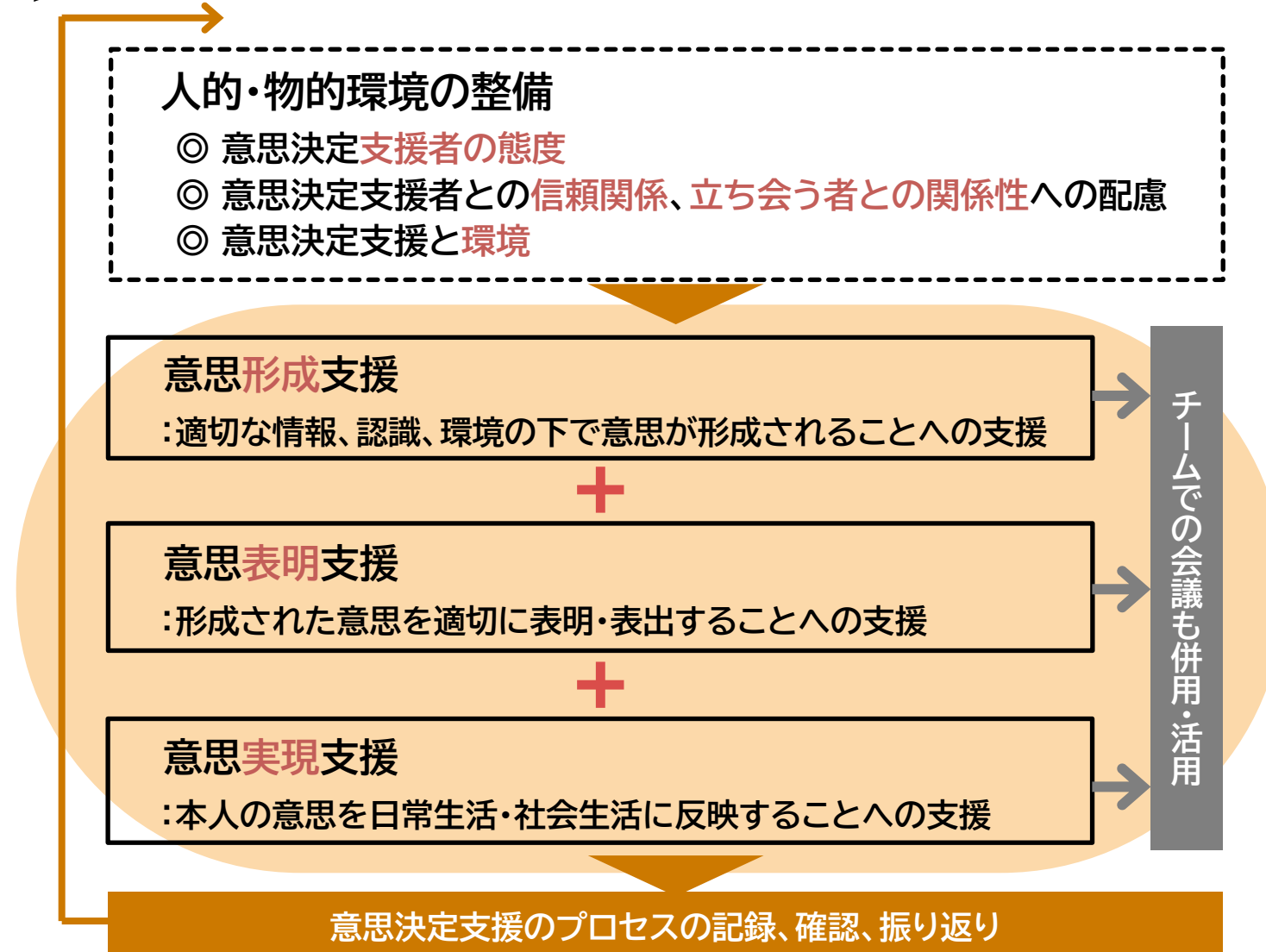
# 生活支援としての意思決定支援

〔対応力13〕

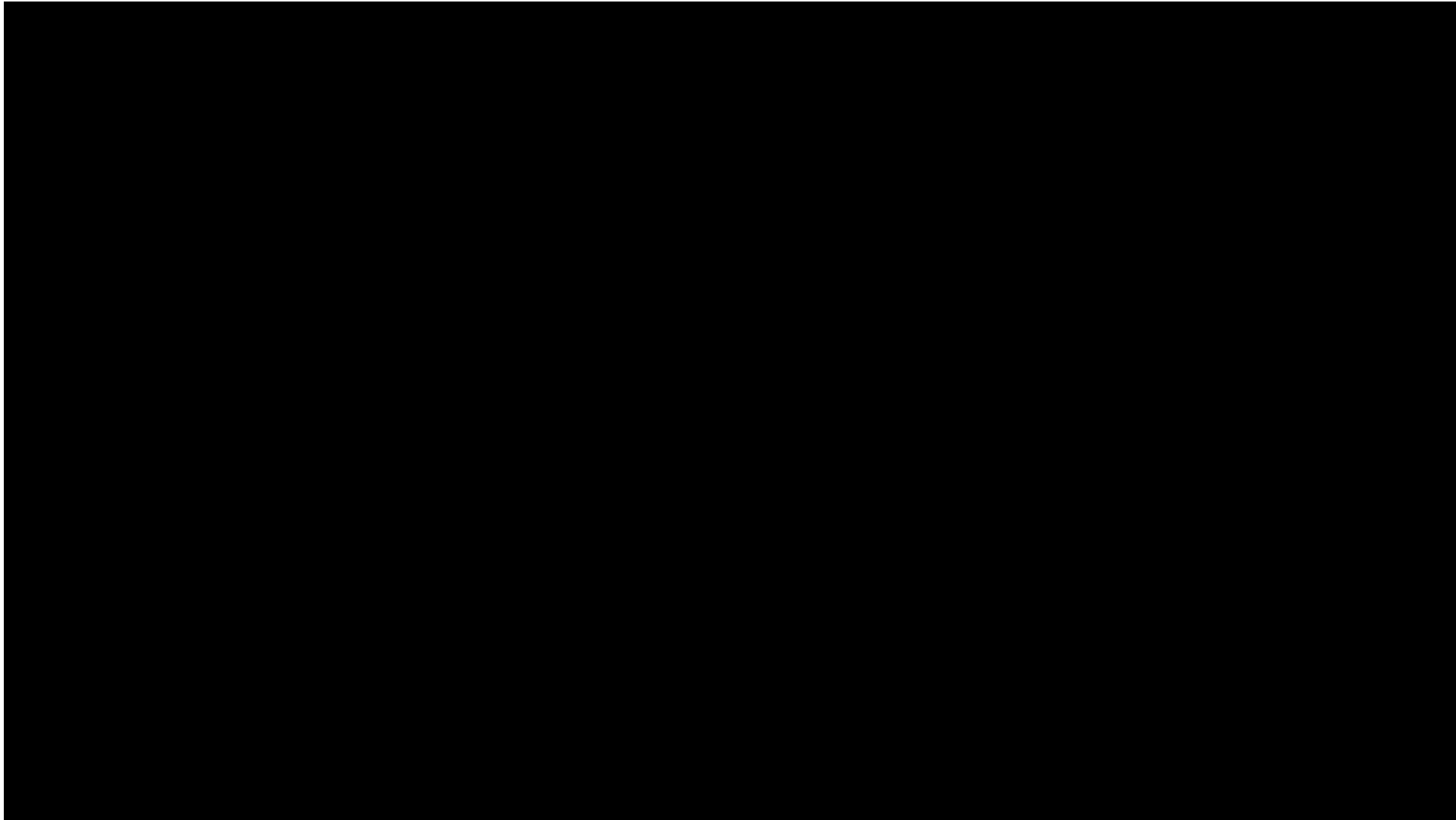


# 意思決定支援のプロセス

〔対応力14〕

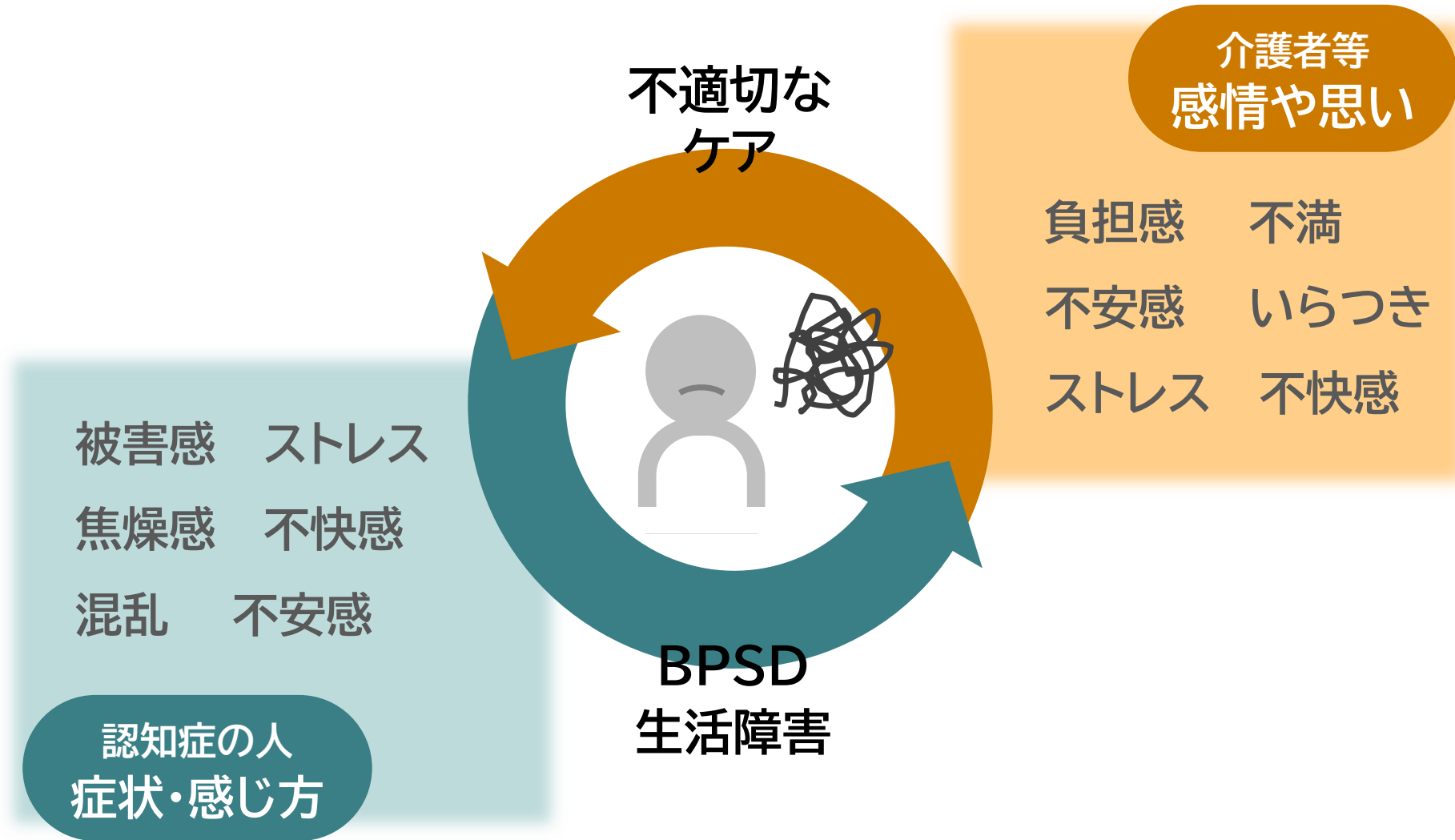


## 動画 ） 認知症の人の体験世界



# 不適切なケアとBPSDの負の関係

〔対応力16〕



# コミュニケーションのずれ

〔対応力17〕

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。認知症の人の想いを把握し、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の特徴と工夫

〔対応力18〕

## 【認知症の人の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てる

# 認知症ケアの基本

〔対応力19〕

- 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

〔対応力20〕

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



心理的な苦痛にも配慮をした、かかわり・支援が重要

例) 忘れてしまったことを指摘する  
排泄の失敗を責める

# 初診時・入院時から認知症を疑う

〔対応力21〕

日々の生活の様子や言動から、**認知機能の変化**を疑う徴候がないかを確認する

- 認知症を疑う場合には、
  - ・ 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
- **家族や関係者からみた変化(入院前を含めて)**を注意深く聞き出す

# 入院後に認知症が疑われる場面

〔対応力22〕

以下のことが生じた場合には、背景に**認知機能の低下**や**認知症の症状**が影響している場合が多いことから、速やかに認知症に関連した**アセスメント**を行う

- せん妄の発症
- 転倒や転落などのエピソード
- 行動・心理症状や他の精神症状の出現
- 食行動の異常や睡眠の障害
- アドヒアランスの不良(疑いも含む)  
(内服や処置などの治療内容への理解不良)

# 観察やケアで注意をしたい点

〔対応力23〕

認知症の人の観察やケアでは以下の点に留意し、それぞれに速やかで適切な対応が重要である

- 痛みや痒み、違和感
- 行動・心理症状(BPSD)
- 摂食の障害
- 睡眠障害
- 転倒・転落
- せん妄

# 痛みや違和感などの表し方・伝え方

〔対応力24〕

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



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

# 痛みに気づくサイン

〔対応力25〕

**表情** 泣く、パニックになる、不機嫌になる

**行動** 身構える、おびえる

**自律神経症状** 頻脈、発汗などの侵襲に対する反応

【 観察によって評価する尺度 】

>>> 日本語版アビー痛みスケール (APS-J)

>>> 重度認知症者の疼痛評価 PAINAD

➡ 尺度の活用

◎ 定期的に実施することで痛みの発生に気づく

◎ 鎮痛剤を使用した効果の評価

# BPSD対応の基本

〔対応力26〕

- BPSDの出現や悪化の**原因を検討**する
- 対応は、**非薬物的対応**を優先する
- **多職種による介入や支援**を検討する
- 認知症ケアチームなど**専門チーム**や**認知症の専門医**と協働する
- **薬物療法の必要性を検討**する  
(開始後も症状の改善に合わせて減量・中止を検討する)
- 上記でも症状が改善しない場合は、**精神科への紹介**を検討する

※ せん妄と同様に入院当初からの予防的介入や支援が重要である

※ うつ病や顕著な妄想、興奮、攻撃性などは、緊急性を評価する

# 摂食・栄養(食事)に関する注意点

〔対応力27〕

- 食事が進まない理由に、**身体症状**や**認知機能障害**が影響していることがある
- **摂食不良**をそのまま**食欲不振**とみなさない
- 「**食べない**」時には以下を考慮する
  - ▶ 注意が続かない（医療者やほかの患者に気を取られる）
  - ▶ 道具が適切に使用できない
  - ▶ 食事を口元まで運べない
  - ▶ 飲み込むことが困難である
  - ▶ 義歯がなく咀嚼できない
  - ▶ 口腔内の痛み（口内炎、義歯があわない）
  - ▶ 口腔内や口唇の乾燥

# 睡眠障害への対応

〔対応力28〕

- 正確な**症状の把握**と**鑑別診断**

- ・ 睡眠時無呼吸症候群
- ・ レストレスレッグス症候群
- ・ 睡眠時周期性四肢運動障害
- ・ レム期睡眠行動異常症
- ・ 概日リズム睡眠－覚醒障害
- ・ 精神疾患による不眠

- **非薬物療法**を優先

- ・ 心理的ストレスの低減
- ・ 身体症状への対処
- ・ 日中の過ごし方の工夫
- ・ 睡眠環境の改善

- 投薬前に**リスクとベネフィット**を考慮

- 投薬後は**副作用**を定期的にチェック

- ・ 鎮静
- ・ 昼間の眠気
- ・ 転倒
- ・ 健忘

- 改善後は**適宜減薬**や**中止**を検討

# 入院中の生活リズムの調整

〔対応力29〕

- 光を利用する

（朝はカーテンを開け日光を取り入れる、夜はカーテンを閉め強い光を避ける）

- 本人の日課、生活習慣を取り入れる

（リハビリ、食事場所の検討、院内デイへの参加、身だしなみの習慣の把握と実施など）

- 日中の活動と休息を、意図して調整する

（午睡は30分程度になど）

# 転倒・転落への対応

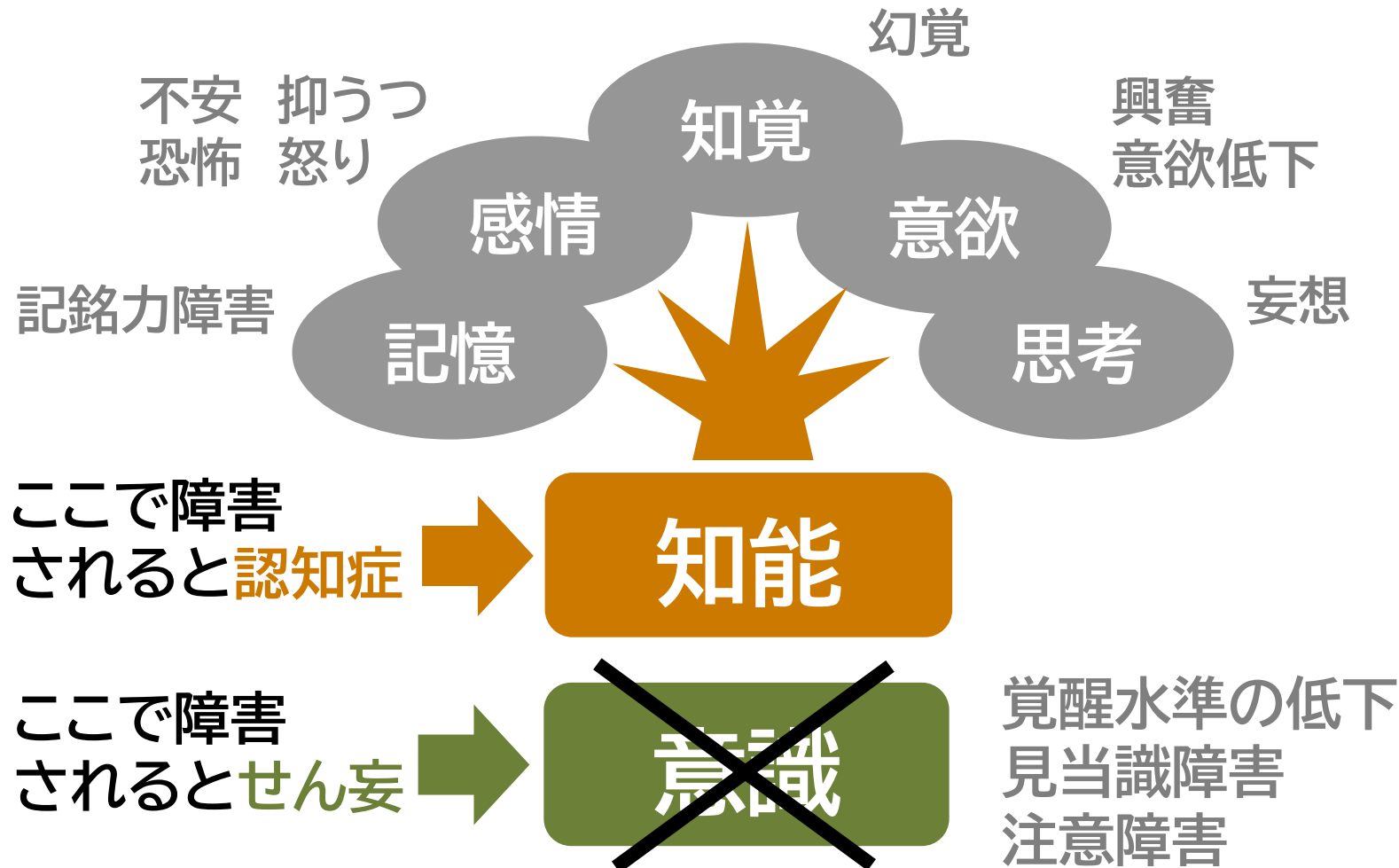
〔対応力30〕

- 転倒しても外傷や心理的ショックを最小限にすることを目的・目標にする  
(転倒ゼロを目標にせず、転倒を前提に対策を立てる)
- 多職種で転倒のリスクや身体機能、入院環境を評価し、多面的な介入により転倒・転落を予防する  
(基礎疾患の治療、薬物の調整、運動、歩行訓練、環境調整、衝撃吸収マットやポジションバーを活用など)

# せん妄

〔対応力31〕

『急性の脳機能障害で、種々の身体疾患・薬剤などによる急性の脳の機能不全による意識障害』



# せん妄の治療・ケア

〔対応力32〕

- せん妄の**直接的**原因への対処
  - ▶ 水分・電解質、酸素化などの保持
  - ▶ 基礎疾患の治療と全身状態の安定
  - ▶ 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
  - ▶ 睡眠－覚醒パターンの改善
  - ▶ 過剰な刺激(痛みなど)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**
  - ▶ 症状改善の目的で少量の抗精神病薬を投与する場合もある(専門医への相談が望ましい)

# せん妄発症後の対応の原則

〔対応力33〕

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

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

# 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～

〔対応力34〕

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を多職種で協議する

- 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

- 非代替性

身体拘束を行う以外に代替する方法がない

- 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

# やむを得ず身体拘束を判断し実施する際の留意点

〔対応力35〕

- チームで例外的3原則を満たすのか検討する
- 身体拘束に至るまでの判断の過程と根拠を記録する
- 開始時には、医師が診察し指示を出す
- 本人・家族へ説明を行い、同意を得る
- 観察・評価・記録
  - ▶ 二次的障害(阻血、誤嚥、深部静脈血栓 等)の予防
  - ▶ 身体拘束の必要性和解除に向けた検討
  - ▶ 評価を記録に残す
- 拘束が最小限となるような工夫を重ねる

# 身体拘束にあたる項目

〔対応力36〕

- 1 歩き回らないように、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

# 共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要 ①

## 〔目的5〕

令和5年法律第65号  
令和5年6月14日成立、  
同月16日公布  
令和6年1月1日施行

### 1.目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

→ 認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会(=共生社会)の実現を推進

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

### 2.基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、**基本的人権を享有する個人**として、**自らの意思**によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、**社会の対等な構成員**として、**地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができる**とともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び**社会のあらゆる分野における活動に参画する機会**の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。
- ④ **認知症の人の意向を十分に尊重**しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
- ⑥ 共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が**尊厳を保持**しつつ希望を持って暮らすための**社会参加の在り方**及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる**社会環境の整備**その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

### 3.国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を策定・実施する責務を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

### 4.認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定(認知症の人及び家族等により構成される関係者会議の意見を聴く。)

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定(認知症の人及び家族等の意見を聴く。)(努力義務)

私たちは、認知症とともに暮らしています。  
日々いろんなことが起き、不安や心配はつきませんが、  
いろいろな可能性があることも見えてきました。  
一度きりしかない自分の人生をあきらめないで、  
希望を持って自分らしく暮らし続けたい。  
次に続く人たちが、暗いトンネルに迷い込まずにもっと楽に、  
いい人生を送ってほしい。  
私たちは、自分たちの体験と意志をもとに  
「認知症とともに生きる希望宣言」をします。  
この宣言をスタートに、自分も希望を持って暮らしていこうという人、  
そしてよりよい社会を一緒につくっていこうという  
人の輪が広がることを願っています。

『認知症とともに生きる希望宣言』より

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG) ホームページ(<http://www.jdwg.org/statement/>)  
を参照して作成



＜連携等編＞

## 生活を支えるための多機関・多職種連携

(医)北斗会 ほくとクリニック病院  
認知症疾患医療センター 中出 陽人

# 連携等 編

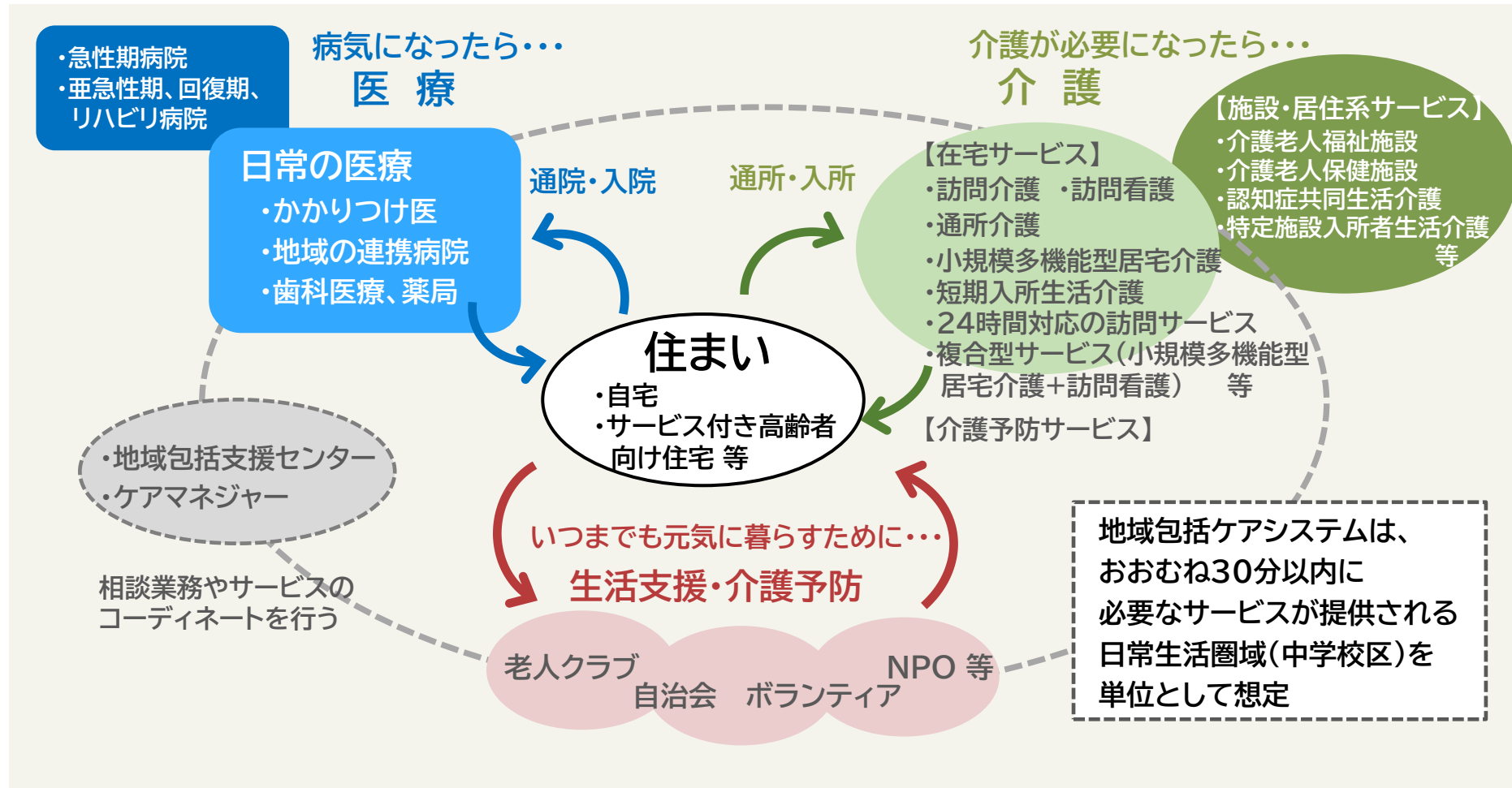
ねらい：院内・院外の多職種連携の意義を理解する

到達目標：

- 多職種連携の意義とメリットを理解する
- 院内・院外で多職種連携する必要性について理解する
- 多職種で行うカンファレンスの要点を理解する

# 地域包括ケアシステム

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



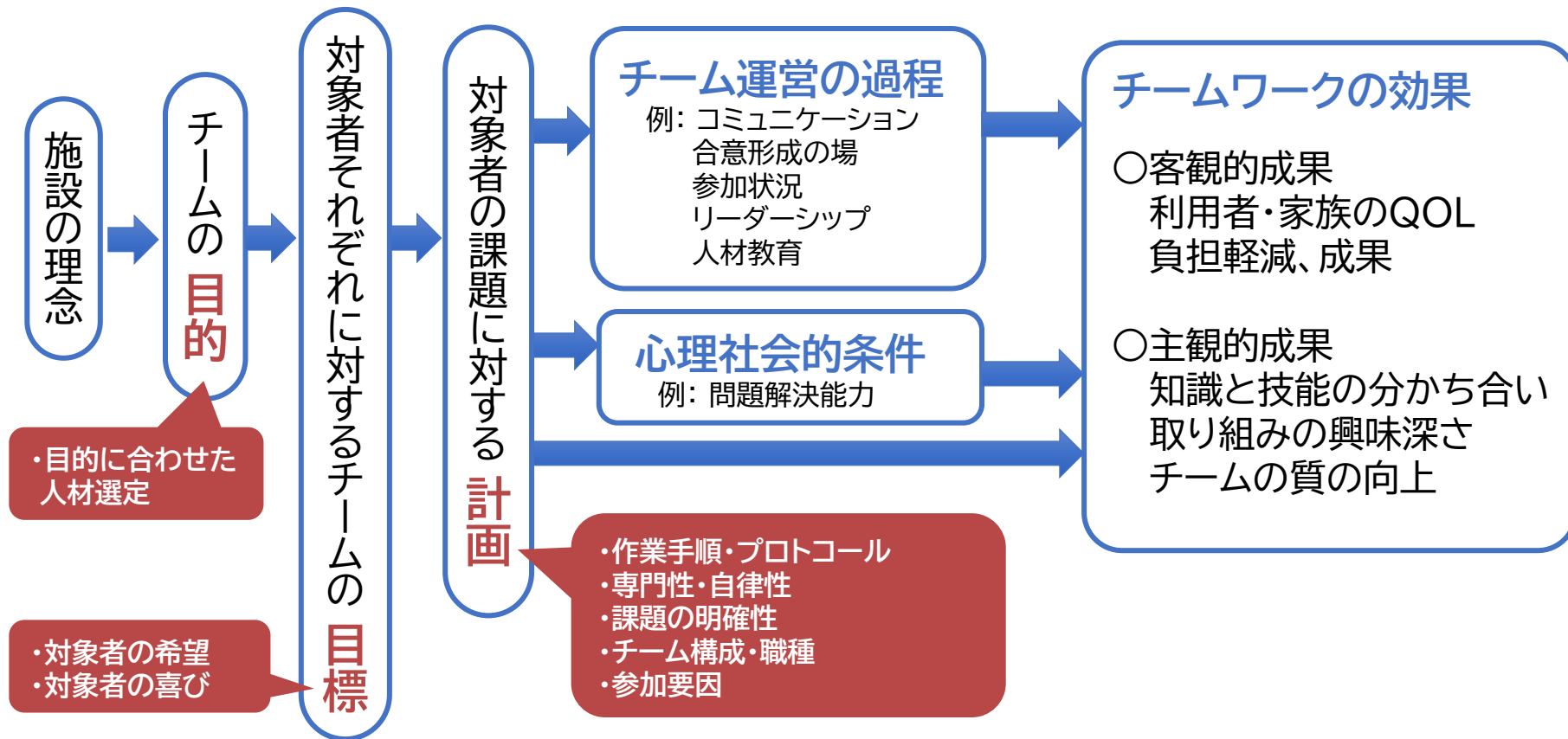
# 連携とは

- ◆「共有化された目的を持つ複数の人及び機関(非専門職も含む)が、単独では解決できない課題に対して、主体的に協力関係を構築して、目的達成に向けて取り組む相互関係の過程」
- ◆「連携」の展開過程には、連携する相手に対する評価や失望など「認識」レベルのものと、打ち合わせや助言などの「行為」レベルのものが含まれ、以下の7段階の過程を経る

- ① 単独解決できない課題の確認
- ② 課題を共有しうる他者の確認
- ③ 協力の打診
- ④ 目的の確認と目的の一致
- ⑤ 役割と責任の確認
- ⑥ 情報の共有
- ⑦ 連続的な協力関係の展開

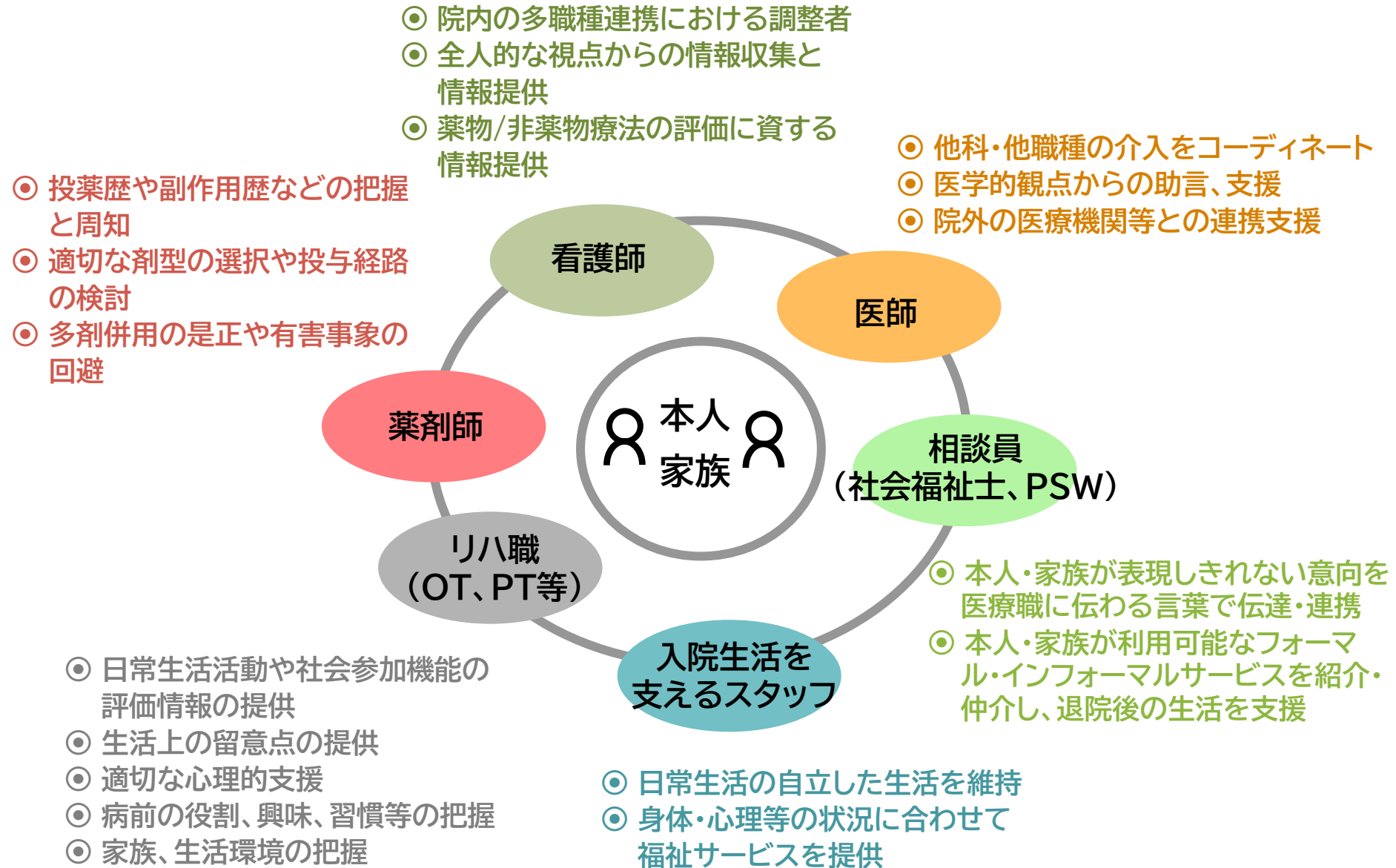
# 多職種連携の効果をもたらす要因

## チームワークの効果をもたらす要因の関係



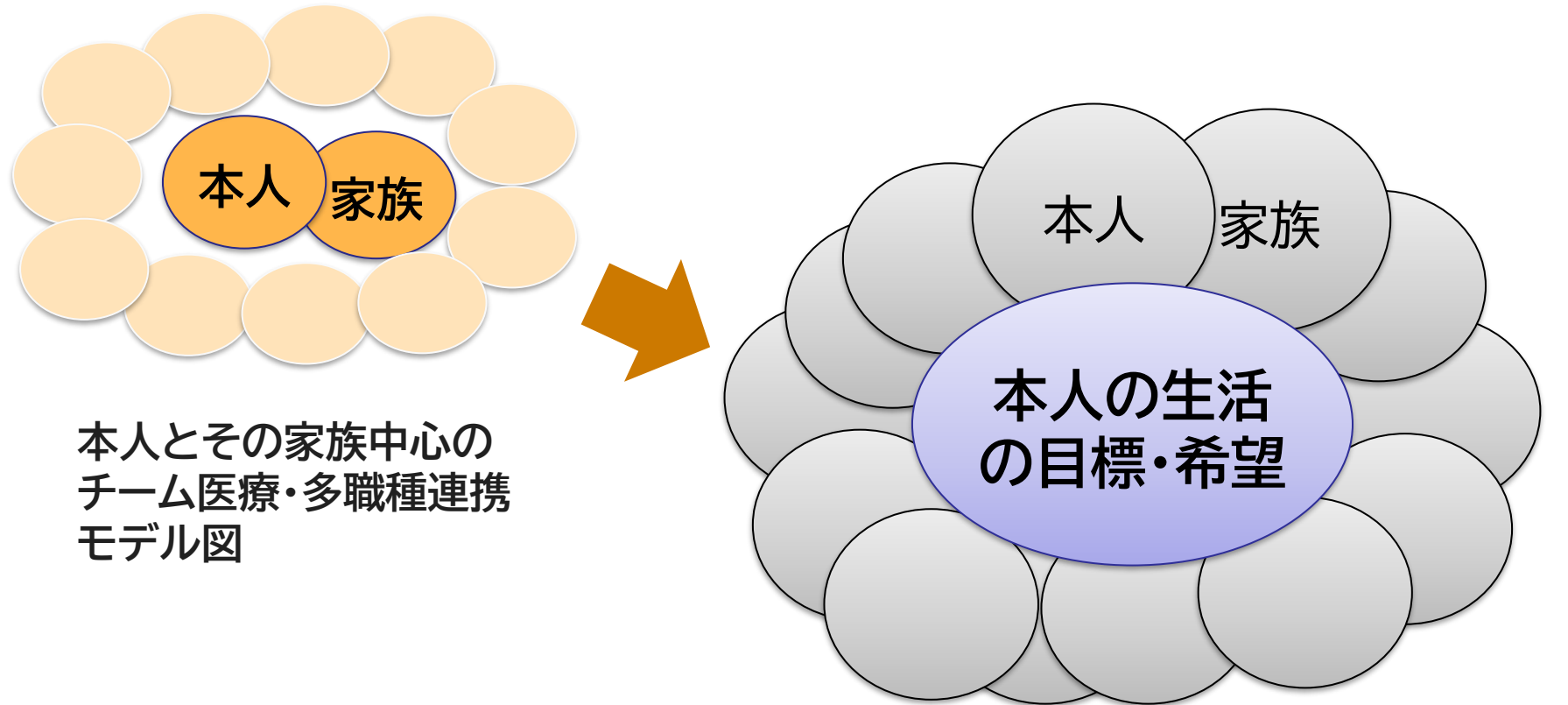
目的を共有し共通認識を持つことが、多角的な視点を収束しやすくする

# 院内連携における各職種の役割



# 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



本人とその家族中心の  
チーム医療・多職種連携  
モデル図

本人とその家族も多職種連携の輪に入り、  
目標や希望を据えてケアプランを立て、共有

# カンファレンス開催時の要点

- 正確な情報の収集と共有

入院前の情報は、本人や家族、医療従事者、入院元の関係者、ケアマネジャーから、入院後の情報は本人に関わる院内の多職種から随時収集する

- 多職種によるチーム医療の実践

入院中の院内資源の活用や多職種でのチーム医療の提供、適切な情報共有、認知症の症状への対応を継続する

- 退院後の生活を見据えた支援

退院後の医療や介護サービス、療養環境、家族や介護者の状況、医療依存度などを考慮した支援を検討する



本人の視点を重視したアプローチ

## 入院時の院内多職種によるカンファレンスで 確認・検討すべき内容や課題

- 本人の希望や意向、価値観、身体機能、生活機能
- 身体疾患の治療計画や想定される経過
- 認知症の重症度や症状の特徴、治療経過
- 入院前の生活状況・環境や介護状況、支援体制
- 院内で活用可能な資源の確認と調整



- ◇ 本人の視点を重視したアプローチの継続
- ◇ 専門性を生かした多職種チーム医療の実践

# 多職種連携は入院の前にも、後にも

## 入院前

## 入院中

## 退院後

カンファレンス

カンファレンス

- 入院前の生活状況を踏まえた入院

### 入院前の連携先(社会資源)

#### 【相談、バックアップ】

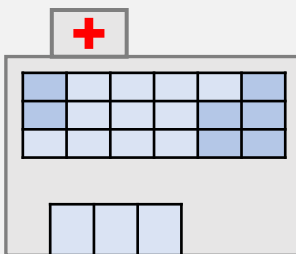
- ・認知症疾患医療センター
- ・認知症サポート医
- ・地域包括支援センター
- ・福祉事務所  
(障害者手帳、生活保護等)
- ・権利擁護・後見センター

#### 【医療サービス】

- ・医療機関
- ・歯科医療機関
- ・薬局 等

- 安心・安定した加療・入院生活
- 入院中の心身機能低下の防止・軽減

### 院内連携



- スムーズな退院
- 退院後の安定した生活維持

### 退院後の連携先(社会資源)

#### 【介護保険サービス】

##### ○居宅サービス

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

##### ○居住・施設サービス

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

#### 【多様な資源】

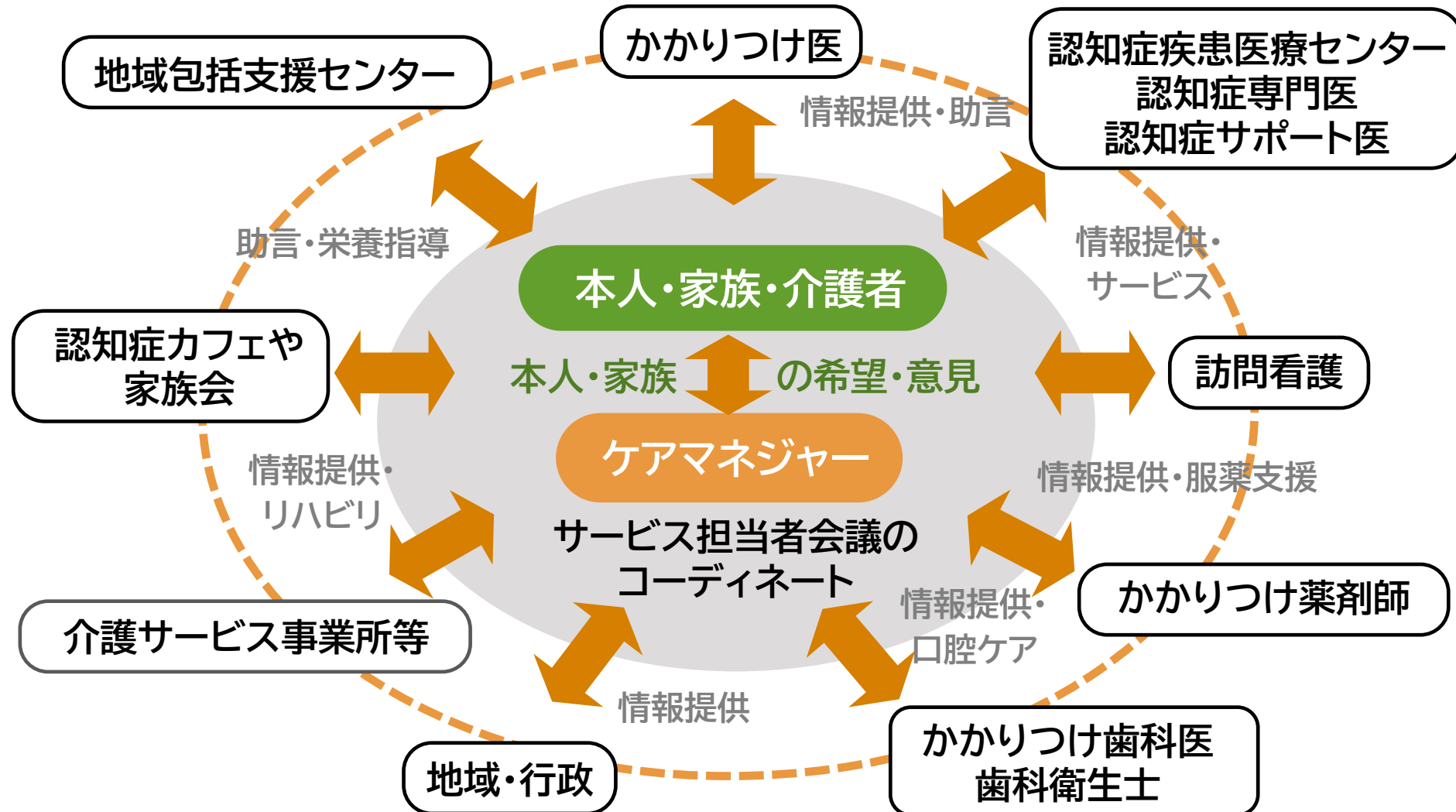
- 認知症の人と家族の会
- 認知症カフェ
- 本人ミーティング
- 当事者会

#### 【医療サービス】

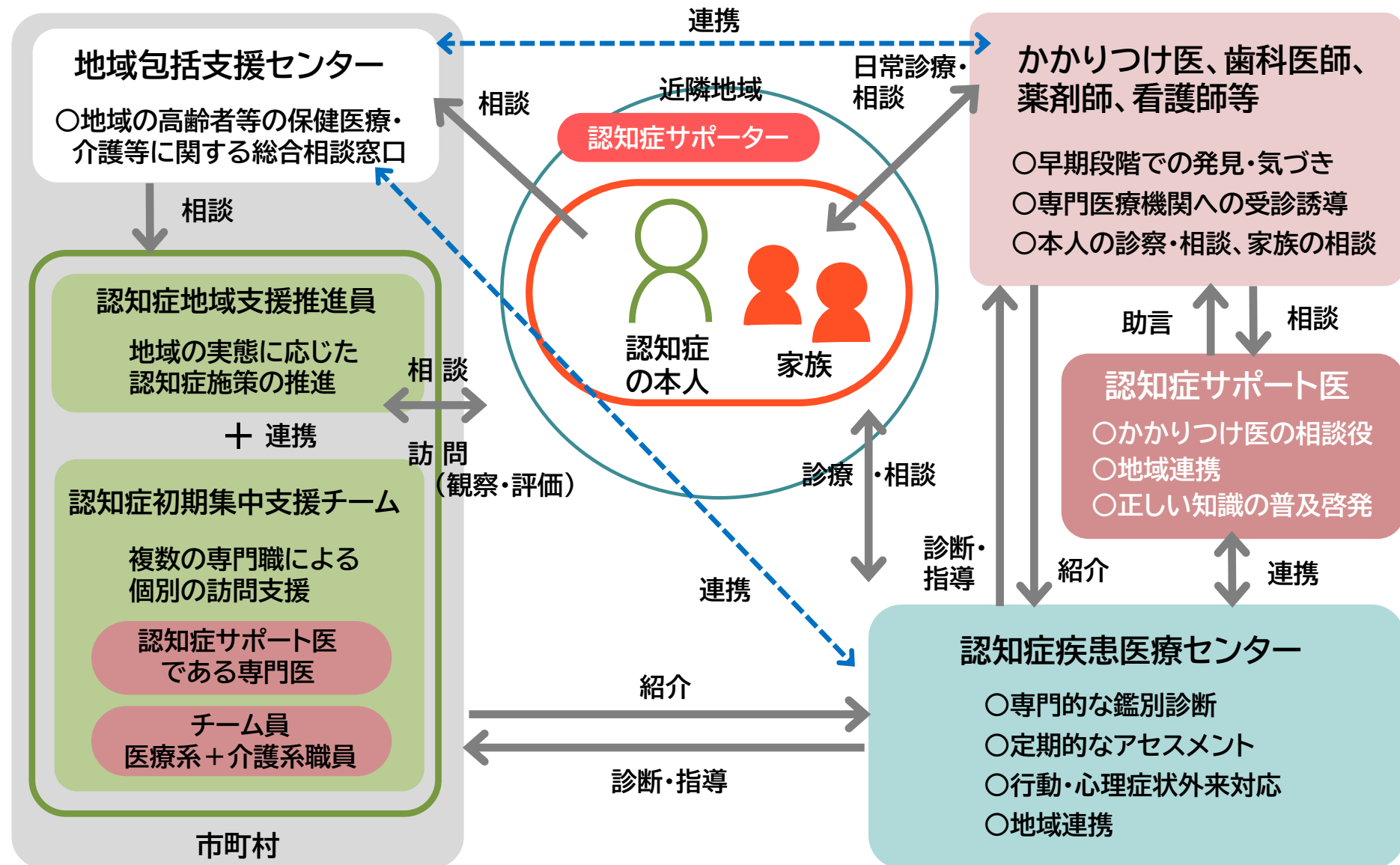
- ・医療機関
- ・歯科医療機関
- ・薬局 等

# ケアマネジャーと多職種による地域連携

退院後はケアマネジャーや多職種による情報共有と協働が重要



# 認知症の人を支える様々な仕組み



## 退院時の多職種によるカンファレンスで 確認・検討すべき内容や課題

- 本人や家族の希望や意向の再確認
- 認知症の症状の評価や今後の見通しと対応
- 退院後の医療体制や身体疾患の治療の継続
- 療養環境や利用可能な社会資源の確認
- 本人の生活を支援する介護サービスへのつなぎ



- ◇ 本人の視点を重視した退院後の生活支援
- ◇ 地域の多職種との連携と情報共有

# 修了者に期待される役割（再掲）

- 認知症に関する正しい理解と適切な対応
- 本人の視点を重視したアプローチと人生や生活の継続性を目標とした対応
- 生活機能の維持や行動・心理症状の軽減や緩和
- 専門性を生かしたチーム医療の実践
- 適時・適切な情報共有と院内連携の構築
- 院外の社会資源の把握と多職種連携の実践

ご視聴ありがとうございました