

資料3-2

平成25年度熊本県特養入所者の重度化・認知症に関するアンケート調査結果

公益社団法人全国老人福祉施設協議会

社会福祉法人 熊本県社会福祉協議会 熊本県老人福祉施設協議会

調査期間 平成25年5月15日～5月29日
 調査対象 県内の特別養護老人ホーム 133 施設
 回答数 133 施設 (回答率 100 %)
 定員総数 8,170 人 (内利用者 8,037 人)

【施設概要】

概要1 居室の現況

部屋	ユニット型個室	従来型個室	2人	3人	4人	多床室を間仕切りし個室へ	個室
部屋数	2,377	698	730	56	936	4	7

概要2 入所者の介護度について

平均要介護度 3.98 (前年度は4.02)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
男性	26	123	361	491	463	1,464
女性	140	414	1,189	2,321	2,509	6,573
合計	166	537	1,550	2,812	2,972	8,037
割合	2.1%	6.7%	19.3%	35.0%	37.0%	100%

概要3 介護職員・看護職員数について

	介護職員	看護職員	(正看護師)	准看護師	合計
配置基準合計	3,300	460	—	—	—
正規職員数(a)	2,837	505	222	283	3,342
非正規職員数(b)	1,259	118	30	88	1,377
合計(a)+(b)	4,096	623	252	371	4,719

【重度化に関する調査】

1 経管栄養等の人数と定員に対する割合

(前年度は14.1%)

	経鼻	胃ろう	腸ろう	合計
合計	301	695	11	1,007
割合	3.7%	8.6%	0.1%	12.5%

気管カニューレ	合計
5	1,012
0.1%	12.6%

2 医行為が必要な方を受け入れる際の基準の有無について

基準	ある	なし
施設数	84	49
割合	63%	37%

(前年度も、ある63%、なし37%で同じ)

3 基準ありの内容

- ・ 経鼻・経管栄養、在宅酸素、透析等の方については受け入れしない。または人数の制限をしている
- ・ インスリン管理が必要な方については受け入れしない。または人数の制限をしている
- ・ 疥癬・MRSA等の感染者については受け入れない
- ・ IVH管理が必要な方は受け入れしない

4 実施している医行為とその対象者数(複数回答)

経管栄養 (経鼻・胃ろう)	気管切開	繰り返す感染症 (尿路感染症・膀胱炎等)	経静脈栄養 (IVH管理)	酸素療法	糖尿病 (インスリン注射)	1日に頻回(5回以上)の喀痰吸引	人工呼吸器	MRSA感染症
1,007	5	489	2	89	116	299	0	66

ストマの管理	点滴の管理	バルーン カテーテル	採血	血糖測定	ネブライザー	傷等の手当 (包帯交換)	腎不全等の 腎臓病	重篤な 皮膚疾患
38	173	274	1,911	310	87	398	190	58

悪性腫瘍	褥瘡	間欠導尿	心不全の合併	神経難病 (パーキンソン病等)	てんかん	重度な意識障害 (JCS30以上)	経口摂取で肺炎の リスクが高い	重篤な閉塞性 動脈硬化症 (壊死等)
155	190	7	397	274	236	102	1,320	35

痛みの管理 (湿布剤の交換等)	その他
498	3

5 看取りの実施について

	施設数	割合
実施している	112	84%
実施していない	21	16%

6 実施施設で看取り加算を取得しているか

	施設数	割合
看取り加算取得	77	69%
看取り加算未取得	35	31%

7 看取り加算を取得していない理由

- ・ 医師との連携、調整が難しい
- ・ 個室の確保が難しい
- ・ ターミナル中に家族の説明や書類(ケアプラン・看取り・同意書等)が間に合わないことが多いため
- ・ 24時間体制での医療行為の確保ができないため
- ・ 体制要件の人員基準を満たしていないため
- ・ 看護体制が安定しない
- ・ 協力医師との連携も難しいため
- ・ ターミナルケアは、できる限りのことは行っているが、加算に関しては、看護職員との協議の中で一部成立しない部分があるので、加算は取っていない
- ・ 看取り介護加算算定要件に沿って看取り介護に務めているが体制、対応において課題を残しているため請求していない。

8 夜間帯(22:00～6:00)に医行為(喀痰吸引・気管カニューレ・酸素療法等)が必要とされる方について

	施設数	割合
いる	100	75%
いない	33	25%

該当者	418
-----	-----

9 「特養におけるケア連携協働のための研修」(14時間)の施設内研修の実施について

	施設数	割合
実施施設	114	86%
未実施施設	19	14%

研修修了者	2,258
-------	-------

10 「H23年度 県介護職員等によるたん吸引等研修(不特定多数の者対象)」(50時間研修)の受講について

	施設数	割合
参加施設	50	38%
不参加施設	83	62%

	研修区分1	研修区分2
参加者	44	181
研修修了者	43	173

「H24年度 県介護職員等によるたん吸引等研修(不特定多数の者対象)」(50時間研修)の受講について

	施設数	割合
参加施設	41	31%
不参加施設	92	69%

	研修区分1	研修区分2
参加者	34	75
研修修了者	33	69

11 介護職員の医行為についての、今後の対応について

(施設数)

① 今後も引き続き介護職員を50時間の研修に参加させ、医行為を実施できる職員を年々増やしていく予定。	79
② 医行為については、リスクを伴うため、今後も看護師のみの対応とし、「登録特定行為事業所」とはしない。従って、介護職員の行為の実施並びに50時間研修の受講等は予定していない	5
③ 今後の医行為については検討中。従って、今年度の研修受講等は予定していない。	34
④ その他	29

※その他:意見

- ・ 看護職員が8名も居るので、わざわざ介護職員に医行為をさせる必要がない。
- ・ 特養において医療度の高い方の対応をどこまで受け入れるかは、施設の方針だが医療行為を出来るだけせずに、生活するための工夫が必要ではないでしょうか。吸引の必要性についても考えることも大切です。介護職員にとっても医療行為をすることによる責任が伴うので知識・技術面も含めもっと整えるべきではと思います。
- ・ 14時間研修で取得できる医行為の内容で十分であるので再開始してほしい。
50時間研修は参加可能な人数を1～2名と限られ、実地研修が困難である。
- ・ 現場で働きながらの50時間研修は、なかなか厳しい。
- ・ ①を目標に考えていますが、現場や職員勤務ローテーションを考えると、研修実施が困難。
毎年介護福祉士の試験を当施設職員が数名受験していますが、そのカリキュラムに導入されれば良いかと考えます。
- ・ 対象者となる気管カニューレ使用者がいない。現在①の予定であるが実地研修実施がむずかしいので考慮中。
- ・ 現在胃ろうの利用者や気管カニューレの必要な利用者の方がおられないため実地研修ができない。そのため50時間研修を申し込むこともできなかった。施設の中での状況や医療との連携地域性が違うなかで、施設内で実地研修を求めるのは難しい。
- ・ 入所者の重度化に伴ない、介護職員の医行為は必ず必要であるが、50時間の研修に参加させる事は、職員数上かなり困難である。改善策を検討頂きたい。
- ・ 実地研修で規程の項目をクリアするのは、対象者が居ても家族の許可が得られない等の問題が全国的に生じている。これに対し、区分をもって細かくし受講しやすい制度に出来ないものかと思う。

12 口腔機能維持管理体制加算の取得について

	施設数	割合
取得している	61	46%
取得していない	72	54%

13 口腔機能維持管理加算の取得について

	施設数	割合
取得している	29	22%
取得していない	104	78%



人数
1,089

14 協力歯科医院について

	施設数	割合
ある	128	96%
ない	5	4%



	施設数
往診あり	104
往診なし	24

【認知症に関する調査】

15 認知症高齢者日常生活自立度について

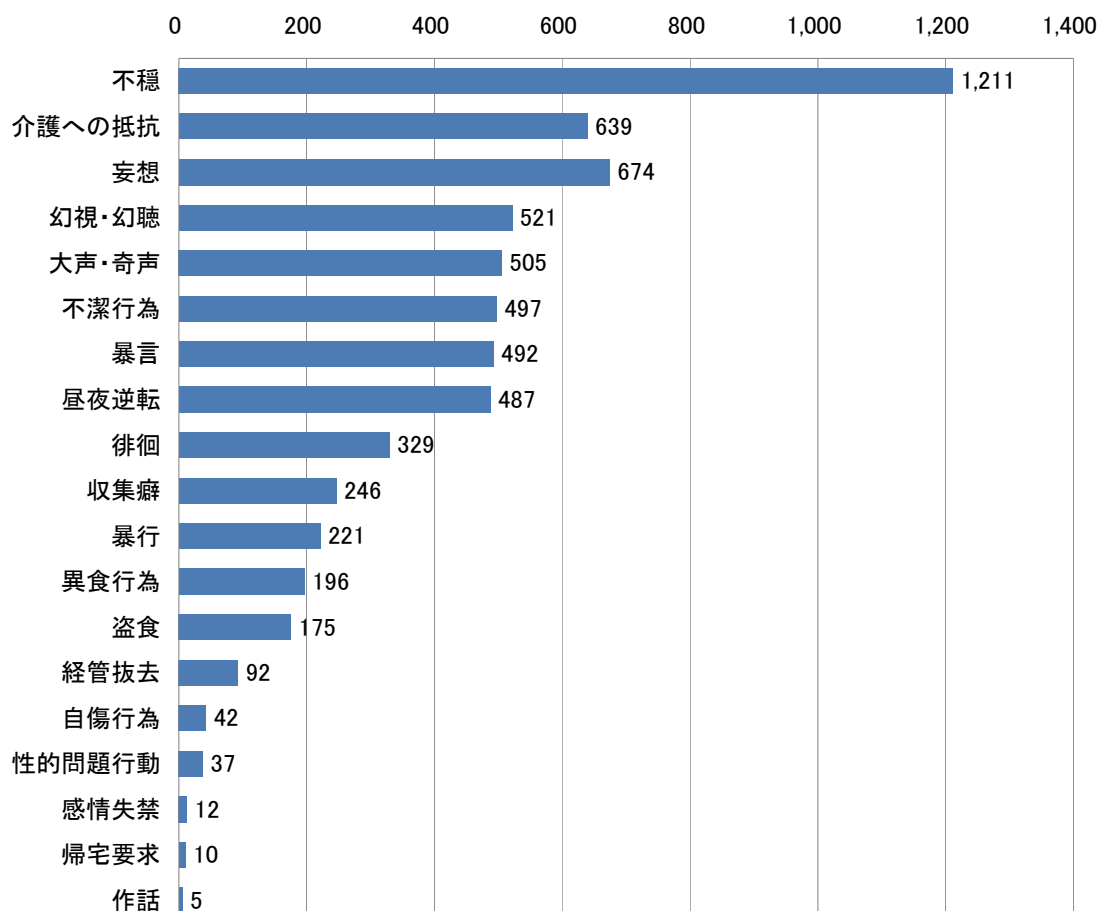
	自立	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M
人数	126	352	517	935	2,272	1,194	2,143	498
割合	2%	4%	6%	12%	28%	15%	27%	6%

16 認知症利用者の方で週1回以上の行動・心理症状（複数回答）

	不穏	介護への抵抗	妄想	幻視・幻聴	大声・奇声	不潔行為	暴言	昼夜逆転	徘徊
総数	1,211	639	674	521	505	497	492	487	329
割合	19%	10%	11%	8%	8%	8%	8%	8%	5%

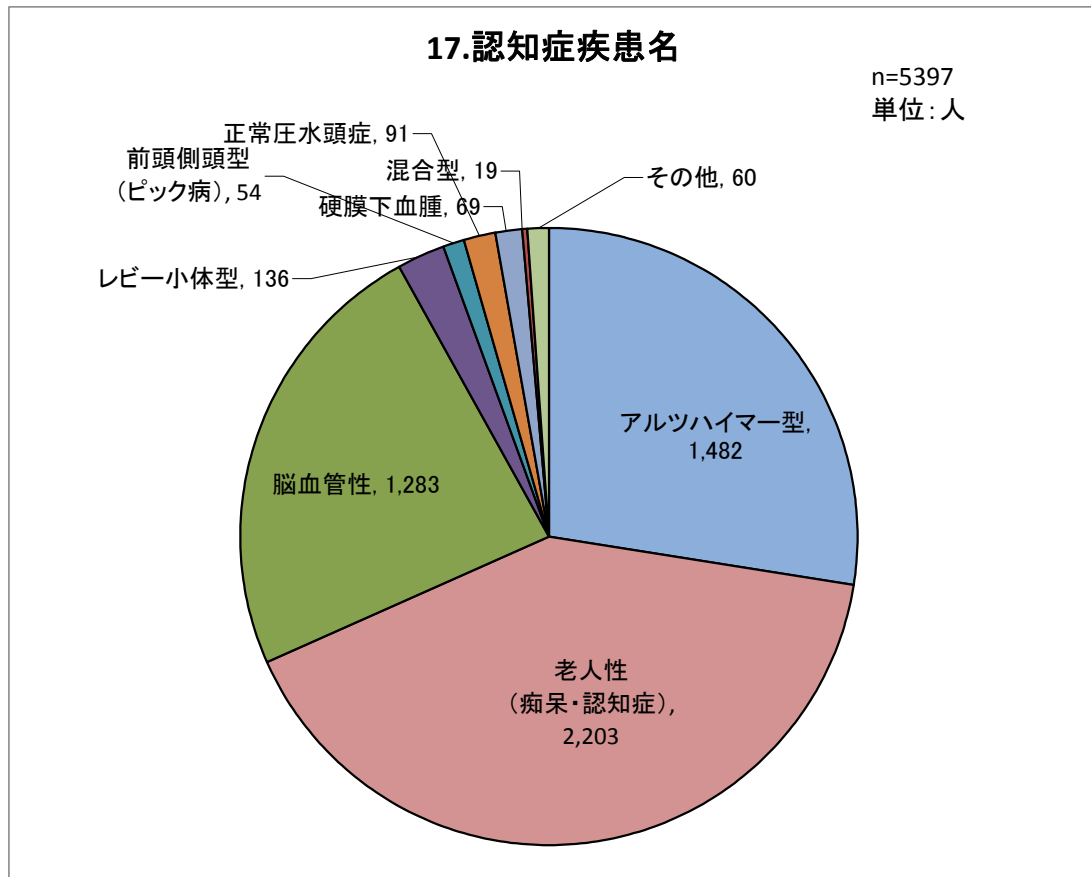
収集癖	暴行	異食行為	盗食	経管抜去	自傷行為	性的問題行動	感情失禁	帰宅要求	作話
246	221	196	175	92	42	37	12	10	5
4%	3%	3%	3%	1%	1%	1%	0%	0%	0%

16.認知症利用者の方で週1回以上の行動・心理症状 単位:人
(複数回答)



17 認知症疾患名

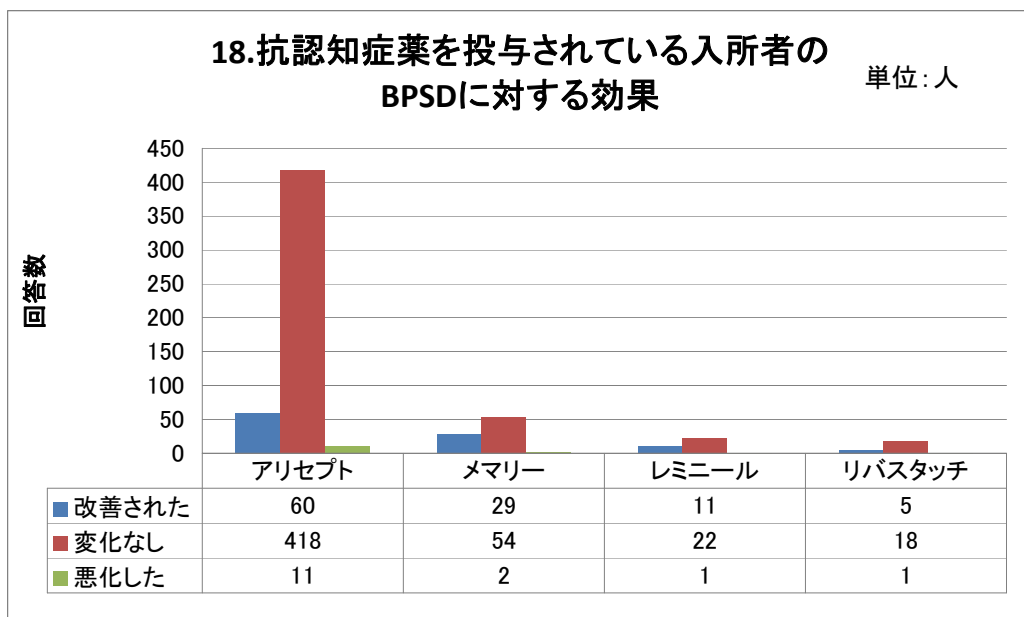
	アルツハイマー型	老人性(痴呆・認知症)	脳血管性	レビー小体型	前頭側頭型(ピック病)	正常圧水頭症	硬膜下血腫	混合型	その他
総数	1,482	2,203	1,283	136	54	91	69	19	60
割合	27%	41%	24%	3%	1%	2%	1%	0%	1%



18 抗認知症薬を投与されている入所者の、BPSDに対する効果

状 況	アリセプト	メマリー	レミニール	リバスタッチ
改善された	60	29	11	5
変化なし	418	54	22	18
悪化した	11	2	1	1
計	489	85	34	24

* 未使用・未回答 21施設



19 薬の微調整

できている	115	できていない	18
-------	-----	--------	----

20 薬の微調整ができない理由等

- ・ ケアの仕方に対応していく方針
- ・ 全体的ではなく、数名者において長期間服用中にて、内服の調整が難しいため
- ・ 副作用や服用困難で継続が難しい
- ・ 目立った変化が出ていなかった為
- ・ 認知症の確定診断が出来ていない 画像検査は困難な方が多い
- ・ 現状維持で様子をみている状態
- ・ 薬が出されていることを確認しながら、その効果を定期的に評価しておらず、微調整等、医師との連携まで至っていない
- ・ 医師の配置上、専門医との連携が難しい(常時、医師の観察ができない)
- ・ 施設近くに精神科医等の専門医がいないため市外より願っている状況であるため
- ・ 嘱託医が専門外である
- ・ 嘱託医が外科医で細かい調整はされてない
- ・ 医師の治療方針で微調整はされない

21 平成24年度中(H24.4.1～H25.3.31)に精神科に入院された方 18施設／21人
(内、内容記載なし10人)

要因となったBPSD	診断名	入院期間	入院となった理由
1・7 (不穏、暴力行為)	老人性認知症	H24.6.4～H24.7.17	突然不穏になり、他入居者を蹴ったり、スタッフに手をあげるなどの行為が見られたため。
4(拒食)	アルツハイマー型認知症	H25.3. 6～H25.4.23	拒食、拒薬がみられ、主治医へ相談。入院となる。
7(体動が激しい)	アルツハイマー型認知症	H24.10.9～H24.12.12	激しい大声や体動が続き、体力の消耗が心配されていた。
1・6・9・10	レビー小体型認知症	H24.7.11～H24.8.31	暴力、徘徊、帰宅願望が強く、拒食や入浴拒否も多くなり、施設での対応が困難であったため
1, 2, 3, 4, 6, 7, 11	レビー小体型認知症	H24.12.28～H25.2.7	(存在しない人物からの)取られ妄想等があり、女性スタッフに対する不穏興奮が強く、暴言、暴力行為があった。
1・6	アルツハイマー型認知症	H24.5.28～H24.8.28	暴言・暴力・大声興奮状態がみられた為
6・7・9・10	前頭側頭型認知症	2ヶ月	離脱頻回で本人の安全が保たれない為
7	脳血管性認知	H25.2.4～H25.3. 21	大声で奇声著しく、同室者の不眠や他利用者様の不穏を招いた事多々あり。本人の精神安定を第一に考慮しご家族同意のもと入院頂いた。
2、3、6	アルツハイマー型認知症 (混合型認知症)	H25.2.17～25.4.11	妄想強くあり食事拒否や看護拒否や暴言あり。
2・10	アルツハイマー型認知症	H25.2.14～H25.4.19	経口摂取が困難になられた為
1・2・5・6・10	血管性認知症 (器質性精神障害、 統合失調症状態)	H25.2.8～H25.2.22	興奮、大声、抵抗と不穏が強く大事で「男がおります」とわめき、職員の服をつかんで離さず、更に職員を叩き、引っ掻きかかる。不穏が強く薬剤調整を行ったが、改善せず施設対応が困難。施設では介護ができず入院となる。

↓

※要因となったBPSD

1 不穏	2 介護への抵抗	3 妄想	4 幻視・幻聴	5 昼夜逆転	6 暴言	7 大声・奇声	8 不潔行為
9 徘徊	10 暴行	11 収集癖	12 異食行為	13 盗食	14 経管抜去	15 自傷行為	16 性的問題行動

22 認知症の方に原因疾患別の特徴を意識したケアの実施

実施	61	未実施	69	無回答	3
----	----	-----	----	-----	---

23 認知症ケアに関する取組み

<ul style="list-style-type: none"> ・ 昼間の活動を多くしている。 ・ レクリエーション(音楽や回想療法、ゲーム等) ・ 季節をとり入れた行事 ・ アニマルセラピー オヤツ作り等作業療法
<ul style="list-style-type: none"> ・ 権利よう護委員会による年2回の学習会の開催をし、対応の仕方の学習をしている。 ・ 認知症ケアに関する研修に参加をし、職員への学習会を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 問題行動に対して個別ケアとケアプランで検討し、対策を行なっている。 ・ 施設内で認知症についての研修を2回／年実施したり外部研修に参加している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 当園では、認知症対策室を2年前に設置。施設全体で認知症予防、早期発見、啓発、認知症ケアに取り組んでいる。当園においては、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修への積極的な参加、及び施設内においてもプロジェクトチームにおいて周辺症状に対しての理解を深め認知症ケアに取り組んでいる。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の想い通りのケアを行っている。(本人らしさを発揮して頂くケア) 例)立ち上がられたら座らせるのではなく一緒に付き添う ・ 本人の訴えに対して否定せずに、納得するまで付き添う ・ 日常生活のリズムを整える ・ 出来ることは見守り、出来ない事をサポートする
<ul style="list-style-type: none"> ・ 生涯背景、性格等、個々の全体像を理解する事、取りまくもの全てが環境であるという意識を常にもつ事を徹底している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の観察(症状変化への気づき) ・ 日課や役割づくりの支援 ・ 環境変化を避ける(生活環境、生活習慣、人間関係) ・ 受容での関り
<ul style="list-style-type: none"> ・ タイプ別ケア ・ パワーリハビリ ・ 介護予防体操 ・ 作業療法(習字・絵画) 等々を組み合わせ実施している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ コミュニケーションを積極的に行い、否定することなく本人の希望や想いを尊重しケアを行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 年に1度認知症に関する研修会を開きパーソナルケアに基き1人1人の行動パターンを把握し、ひもときシートを活用し課題解決をだしケアを行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設全体での内部研修会及び、部署における勉強会を実施。認知症ケアリーダー研修を修了した者を中心に、認知症への理解を深める内容を取り上げている。 ・ また、虐待、不適切ケアについて、グレーゾーンを確認し認識の統一を図っている。 ・ 施設の理念実現のために、事業所として「自分の家族を任せたい施設づくり」を挙げ、特養における各グループで目標設定を行い、自己評価を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 部署での定期的な認知症の勉強会(4回／年 1時間程度) ・ 認知症ケア委員会の設立、全職員参加による勉強会を企画し実施していく。 ・ 認知症高齢者への環境支援の評価(PEAP)を実施して、改善点等をあげてしつらえ等の取り組みに活用を行っている。 ・ 個別ケアへの取り組みについて個別ケア委員会等で協議し実施していく。(ICF勉強会、記録の見直し、接遇の勉強会) ・ 認知症ケアマッピングの実施等、その結果を受けて個別のケア内容を検討し見直しを行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修等を通じて認知症についての基礎学習 ・ 見守りを行い、状態変化の把握や声かけによる不穏予防 ・ 随時カンファレンスを行い、状態変化への対応 ・ 必要に応じて主治医ご家族へ報告や相談
<ul style="list-style-type: none"> ・ OFFJTとOJT受講 ・ 生活歴、性格や嗜好に追うじた人的、物的環境の配置 ・ 居室やトイレ等の位置表示 ・ レク、日中活動の参加交流により活性化を図っている
<ul style="list-style-type: none"> ・ 学校という空間を再現し、回想法により、脳の活性化を図ります。学校ならではの、黒板、机、教室1日2回の授業をうけ、メリハリのある生活を提供します。学友と肩を並べる、教室、青春時代を思い出す空間です。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神科の薬が効きすぎて、レベルダウンしないようにできるだけ最小限の薬を使用する。
<ul style="list-style-type: none"> ・ くもん学習療法への取り組み ・ 認知症リーダー研修等への積極的な参加、定期的に施設内研修を実施。その他、施設外の研修も参加し、伝達を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 24時間シートを活用し、個別ケアに取り組んでいる。 ・ 認知実践者研修や認知症実践者リーダー研修に参加し、ケアのレベル向上に努めている。 ・ BPSDがある方については必要に応じて精神科医に相談し連携を取っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 音読と簡単な計算をコミュニケーションを取りながら行う学習療法に取り組んでいる。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 全国老施設主催の介護力向上講演会で学んだ「水、メシ、クソ運動」の基本ケアプラスタイプ別ケアを行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎年施設内研修を様々な職種に対して行っている。又、認知症実践者研修やリーダー研修に参加し知識・技術の向上に努めている。認知症の方に対しては、異食があり、押しピンを口の中に入れる可能性ある為、掲示板の貼り換えを行い、押しピン使用中止し、テープで掲示板を貼るように環境を整えた。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の知識があれば、現在の病名と生活の様子を見て認知症の分類はある程度できますが、介護する側の思いやりのある対応が出来なければ、BPSDは落ち着きません。当施設は認知症の確定診断を受けていない方が多くおられます。何も対応しなければBPSDは沢山発生するのでしょうか。現在、一つ一つのケアに思いやりを持ってやっていますので、BPSDは目立ちません。
<ul style="list-style-type: none"> ・ ユニットケアを行っておりスタッフもユニット専属に配置し馴染みの顔で信頼関係が築きやすいようにしている。又、24Hシートを作成し統一したケアが行えるように記録も一元化し簡素化する事でケアに時間が取れるようにしている。 ・ 一つのケアに対し一人のスタッフが最初から最後まで行いケアも個別化しその方の日課に合わせ個人の尊重に努めている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 回想法 ・ 折り紙、ぬり絵 ・ 読書、読み聞かせ ・ 散歩
<ul style="list-style-type: none"> ・ 転倒・転落など予防できる安全な生活環境をつくる ・ 発熱や脱水、便秘などを防ぎ体調管理につとめる
<ul style="list-style-type: none"> ・ 回想法を取り入れたケアを行っている。 ・ 生活暦を把握し、自宅で行っていた事をしてもらう。 ・ 不穏行動(帰宅願望等)の人に対し、一緒に散歩したり、傾聴を心がけ話し相手になるなどして心身の安定を図っている。 ・ 施設にいと季節感が分らなくなるので、季節毎の行事に参加してもらったり、手芸等を行ってもらい壁面に飾ってもらったりして、季節毎に壁面を変えて楽しんでもらっている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 外部研修への参加(認知症介護実践者研修・リーダー研修等) ・ 認知症介護に関する施設内研修
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症ケアに関する知識や理解を深めるための研修 ・ 外部研修への参加と復命会の実施 ・ 計画的な施設内研修の実施
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症ケアに対し、職員を3つのグループに分け、グループ活動方式で取り組みを図り、認知やケアの質の向上、認知学ケアの実践力を高める活動を行っています。 ・ 「利用者の思いを知ろう」グループ…認知症原因疾患別のケアのあり方の研修会の実施、ひもときシートを活用した事例検討 ・ 「過ごしやすい場所を作ろう」グループ…PEAP日本版3を活用した施設環境整備を実施 ・ 「利用者の笑顔を増やそう」グループ…レクリエーションや利用者個々人の楽しみ作りの企画等
<ul style="list-style-type: none"> ・ 各ユニット、10人の入居者の方を4人の介護職(リーダーを含む)でケアを行っている。1人の入居様に対して2名の職員の担当制にしている。 ・ 家族様の意向や御本人様の意志が反映できるように本人の話をよく聞き、家族様とも連絡を密に取り合うようにしている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 当施設作業療法士が主軸となって、毎週クラブ活動に取り組んでおり、認知症状を持つ利用者に参加していただく。(パワーリハビリクラブ・書道クラブ・頭の体操クラブ・茶道クラブ)また、短期入所利用者と合同で取組む週1回の合同レクリエーションも行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 全老協主催の認知症介護実践者研修に参加し、知識と技術を習得する。 ・ 認知症介護実践者研修、実践リーダー研修の実地研修施設として研修生を受入れる。

・ 研修会や介護の専門書を通し認知症について学びを深めている。 困難な事例では看護師と介護職が連携し医師への相談後精神科への受診を行っている。日々の介護では個々の特性を見守りながら精神的・身体的に安定した生活ができるようにやさしい声かけや態度に注意し対応している
・ 認知症に関する施設内勉強会等を開催、又は外部研修会等に受講し、適切な声掛けや対応について職員教育を行っている。
・ 協力医療機関医師との連携により、認知症専門医（県が指定する認知症疾患に関する中核病院の医師）による診断 認知症診断の為に頭部CT撮影 内服薬の処方、微調整 疾患別特徴をおさえたケアの展開 ひもときシートを活用し、情報収集と集約 認知症委員会を中心として認知症ケアに関する研修会、勉強会の開催 認知症評価尺度（MMSE）の活用
・ 認知症の特性をある程度理解し穏やかな流れの中で生活してもらうことを心がけていく予定である。
・ 毎年、認知症サポート養成・講座を研修プログラムに取り入れ、認知症ケアにいかしている。
・ 1人の利用者への対応方法に、関わる職員で（ケアの）違いが出ないように担当者を中心とし、関わる各職種への送りを徹底しその人へのケアの統一を図っている。また、随時、各職種が集まり対応方法について見直しや検討を行う場所を設けている。
・ 認知症ケアに関する委員会を設置し1回／月開催し、1回／年職員全体の研修会を企画運営している。 ・ 認知症ケア委員会だよりを作成し、家族会の時に配布している。 ・ 外部研修にも積極的に参加している。
・ 完全なユニットケアではないがいくつかのグループに分け、落ち着いた生活が送れるような場その提供に努めている。
・ 短期記憶障害が顕著に現れ、自分の所在地や帰宅願望を数分置きにしっかりと訴える方に対し施設では、ユニット形式ではありませんが、本人の訴えに直ぐに対応し個別ケアを行う事により、BPSDを改善（減少）しています。 例えば、日課表（本人の生活リズムに添った話等）をスタッフが周知し密にかかわりを持つようにします。
・ 毎月勉強会を開催し認知症の種類や症状を職員が把握し、利用者の認知症の種類、BPSDその頻度をそれぞれ認識し、その人らしさを維持する事を大切にするケアを心掛けている。
・ 原因疾患がはっきりしている方に対しては、専門医からの意見を伺い、対応に関する事、今後（ターミナルまで）の予後、いろいろなお話しもおたずねしながら、その内容を職員に伝達、協働、共有できるようにしている。また、病気の特徴なども伝えており、できるだけその人にあった援助ができるようにと考えながら実施している。
・ 職員研修会や外部研修など積極的に参加し、疾患の理解や症状の特徴などを学び日々のケアに反映させている。また、施設サービス計画書は、介護支援専門員のみが関わるのではなく担当スタッフと協働しケアチェック表とICFシートの両者を活用した計画書を作成し、全職員が共通意識のもと日頃のケアを実施するようにしている。
・ 外部よりアドバイザーとして来ていただきアドバイスを受けながら理念でもある「ビハラー・やすらぎの場所」に近づけるよう取り組みを行っています。自宅に帰りたい、お墓まいりに行きたい、外出、旅行等、入居者の声をききながら行っています。居室のユニットリビング等の環境作り等も入居者の状態に合わせて変えるなど行っています。地域食堂フェスタや慰問等地域の方との関わりを大切にし、入居者の役割という所では入居者自治会等立ち上げられ、活動をされています。その他にも、外部で開かれるユニットケアや認知症研修等へも参加しています。
・ 認知症介護リーダー研修（修了者3名）、認知症介護実践者研修（修了者5名）等への職員の派遣による専門的知識、技術の習得を通したケアの提供に努めると共に、平成24年度より全国老協の自立支援介護ブックレット①～④、竹内孝仁の実践介護学①・②を介護職員・看護職員等全員に配布し、勉強会を毎週行い、科学的根拠に基づくケアへの取り組みを始めている。
・ （脳の活性化を図る）計算ドリル・漢字ドリル・ぬり絵・貼り絵・クイズ・しりとり・月日の確認など ・ （気分転換を図る）散歩・外出行事・故郷訪問・レクリエーション・買い物など ・ （リラックスできる環境・空間づくり）なじみの物に囲まれた居室・セミプライベートスペースの充実・他者との交流支援慰問への参加
・ レビー小体型認知症の利用者の方に対して、顔の表情等を見て、穏やかでない時話をしたり、気分転換に外に散歩したり、歌をきいたり、ぬり絵をしたりしている。 ・ 興奮激しい時は、少し距離をおいて、落ちついた時にコミュニケーションをはかっている。 ・ 怒らない、不安になることを言わない等言葉がけに気をつけ利用者の立場になったケアをする様心がけています。
・ 排泄最優先の原則に従い、モーニングケアを徹底しています。 ・ 座る姿勢を基本とした利用者の離床活動に取り組んでいます。 ・ 三大介護（入浴・食事・排泄）の充実に努めています。 ・ 個別ケアを含むレクリエーション、クラブ活動を実施しています。
・ 原因疾患別の特徴を把握した上で、その方が求めておられるケアを状況・状態・背景から総合的に分析して、症状が出た時はこういった関わり合いが良い等、日々のケアの積み重ねで少しずつ整えている。重症の認知症の方の場合、専門医との連携を前提とし、半年から1年位は落ち着かれるまでに時間を要している。向精神薬などの作用で、全てが抑えられ、入眠が強まるといった事は避け、利用様からの日々の学びを、その方のケアに反映させ、今後につなげている。
・ 1ADLの促進（エプロン・おしぼりたたみ・衣服の整理） ・療育音楽 ・集団レクリエーション、クラブ活動 ・自宅訪問 ・バスハイク、ショッピング ・ 1000cc以上の水分摂取及び常食化
・ 不安の訴え、何かをしてほしい要求に対してしっかり話を伺い、できる形でお答えし、安心・満足されるように努めている。 ・ 幻視・幻聴・妄想による話も傾聴しつつ、安心されるような対話・対応に努めている。 ・ 入所時に生活歴を伺い、得意な事や、ご家族の事、昔の話題等、話の中に入れ会話するように心掛けている。 ・ ブランターに野菜を植えたり、好きな音楽を聴く、歌う時間を設けたり、計算問答を口頭で行うなど、個別の取り組みも行っている。
・ 母体の医療法人が認知症専門医療病棟を持ち、理事長や入居者・利用者の主治医が認知症専門医である。苑内や母体で認知症研修会を定期的に実施し職員を参加させている。また、外部で行われる認知症ケアの研修会にも必ず数名ずつ参加させ、参加後は苑内で伝達講習を行っている。今年は、外部講師にお願いして全職員対象の認知症ケア研修会を実施する予定である。
・ 新設の施設でもあり、認知症に対する研修は自治体主催の研修への参加や有資格者による施設独自でカリキュラムを組み取り組んでいる。今年度リーダー研修参加ができなかったため、次回は参加者を選出し認知症実践指導者研修修了者を確保したいと考えます。
・ 認知症のある方の個別の状態についてひもときシートを活用し、少しでもその方に合った必要なケアができるよう各ユニット毎に検討会を実施。出た意見を実際のケアに生かし対応している。 環境面でも「PEAP」の考え方をもとに各フロア毎に施設生活環境の現状について、また認知症のある方が安心して生活が送れるような環境づくりの工夫を話し合い実践につなげている。
・ 業務分担で毎日認知症ケア実践者を決め、個別orグループケアを実践し、記録を取っている。 ・ 3カ月毎に認知症勉強会を認知症実践リーダーを中心に時間外に行っており、H25. 5. 17には「疾患別認知症の特徴とそれに対するケアについて」の勉強会を行った。 →（認知症ケア実践記録を活用し、モニタリング）

【介護用品、福祉機器等に関する調査】

24 認知症の方への対応のための器具

使用場所	器 具 名							
ベッド下の床	センサーマット	足元センサー	徘徊センサー	パズルマット	安全マット	衝撃吸収マット	パッシブセンサー	ナースマット
ベッドサイド	ベッドサイドセンサー	介助バー	赤外線センサー	ひもセンサー	手すりセンサー	簡易センサー	クリップセンサー	
居室入口・玄関	徘徊感知センサー	カメラ	センサーチャイム	ドアセンサー	モーションセンサー			
アットレスの上	離床センサー	ツインセンサー	体圧センサー					
椅子・車いすの座面	座コール	車椅子センサー						
トイレの入り口	ペンダント型センサー							
階段昇降口	手動開閉式柵							
窓	センサーチャイム							

25 ベッドの使用状況

種類	台数	割合
電動ベット	2,658	35%
電動ベット(低床)	3,204	42%
低床ベット	616	8%
その他	1,185	15%

※手動ギャッジベッド、畳に布団、パイプベッド、クランクキャンベッド、一般ベッド(手動)等


26 床ずれ予防・対策としてのマットの使用状況

種類	台数	割合
エアマット	1,253	32%
体圧分散型マット	2,312	59%
その他	363	9%

※低反発、高反発、無圧マット、ビーズマット、簡易エアマット、ウレタンマット、等

問 2 1 の経過調査（詳細）

No.	施設名	利用者No.	要因となった B P S D	診断名	入院期間	入院となった理由	退院後の状態の変化	薬の 変化の 有無	薬品名（入院前）	薬品名（退院後）
1	A	1	1・7 (不穏、暴力行為)	老人性認知症	H24. 6. 4～H24. 7. 17	突然不穏になり、他入居者を蹴ったり、スタッフに手をあげるなどの行為が見られたため。	不穏、暴力行為が見られず、穏やかに過ごされている。	有	・セロキエル細粒50% 0.1g(タ) ・デパケンR錠50% 0.2g(タ)	・セロキエル25mg錠 タ ・デパケンR錠 100 タ ・ランソプラゾールカプセル30mg タ
		2	4 (拒食)	アルツハイマー型認知症	H24. 3. 6～H24. 4. 23	拒食、拒薬がみられ、主治医へ相談。入院となる。	拒食、拒薬がみられなくなり、妄想的な訴え、不穏もなくなった。	有	・ファミジン錠20「サワイ」20mg 1× ・ルバスタ錠 2.5mg 1× ・重力2「ヨシダ」 2× ・エプランカルカプセル 15mg 2× ・セロキエル 25mg 1× ・アンデプロレ錠 25mg 1× ・ランソプラゾールカプセル15mg 1× ・アンデプロレ錠 1×	・ドキシドパカプセル100mg 2× ・抑肝散エキス顆粒2.5g 2× ・ラックビー微粒 N1%1g 2× ・ドネペジル塩硫酸 5mg「オーハラ」 1× ・エビスタ錠 60mg 1× ・マグラックス錠 250mg 1× ・セロキエル25mg錠 1×1/2 ・ソラックス0.4mg錠 1 ・フェンラー配合カプセル 2×
		3	7(体動が激しい)	アルツハイマー型認知症	H24. 10. 9～H24. 12. 12	激しい大声や体動が続き、体力の消耗が心配されていた。	一時、大声、体動ともに消失され、穏やかに過ごされつようになった。しかし、徐々に大声、体動がみられるようになったが、持続はしない状態。	有	・エビリファイ錠 3mg タ 1/2 ・ゾピクール錠 7.5 眠前1/2 ・リスパダール 1mg 頓用	・抑肝散加陳皮半夏エキス細粒 5g(朝、タ) ・バルデチン錠10mg「アム」 (タ) ・ジフレキチ細粒1% 0.3g(タ) ・リスパダール 1mg 頓用
2	B	4	1・6・9・10	レビー小体型認知症	H24. 7. 11～H24. 8. 31	暴力、徘徊、帰宅願望が強く、拒食や入浴拒否も多くなり、施設での対応が困難であったため	現在も入浴拒否が多く、強く勧めると暴力行為で拒否される。	無		
3	C	5	1・2・3・4・6・7・11	レビー小体型認知症	H24. 12. 28～H25. 2. 8	(存在しない人物からの)取られ妄想等があり、女性スタッフに対する不穏興奮が強く、暴言、暴力行為があった。	ADLの低下あり。入院前は訓練レベルの歩行も可能であったが、退院後は歩行困難となった。入院前にみられていた行動障害も、比較的落ち着いている。環境調整や傾聴対応により、機嫌も回復されている。	無		
4	D	6	1・6	アルツハイマー型認知症	H24. 5. 28～H24. 8. 28 (3ヶ月間)	暴言・暴力・大声興奮状態がみられた為	暴言、暴力は時々みられていたが、全体的に興奮、不穏状態は改善された。	有	・アムロジピン(降圧剤) 1T1×朝 ・抑肝散(漢方薬)2P 2×朝、タ ・ケリラート(安定剤) (50mg) 3T 3× ・セロキエル(向精神薬)3T3×朝、昼、タ ・リコプラゾール(消化性潰瘍治療薬)1T1×眠	・セロキエル(向精神薬) 朝1T、昼1T、タ3T ・バルデケン(抗ケルン薬) 2T2×朝、タ ・抑肝散(漢方薬)2P2×朝、タ ・ラリプラゾール(消化性潰瘍治療薬)1T1×タ ・カマ(緩下剤) (1g) 1P1×タ
5	E	7	6・7・9・10	前頭側頭型認知症	2ヶ月	離設頻回で本人の安全が保たれない為	離設行為なく落ち着かれた	有	・ロセン(4) 1T2× 朝、タ	・ロセン(4) 0.5T 1×タ
6	F	8	7	脳血管性認知症	H25. 2. 4～H25. 3. 21	大声で奇声著しく、同室者の不眠や他利用者様の不穏を招いた事多々あり。本人の精神安定を第一に考慮しご家族同意のもと入院頂いた。	症状の改善はほとんど見られず、クエチアピンを除外。0.1→0.13と増薬され落ち着かれてきていた。しかし、8月下旬頃より夜間不眠となり、規制再出現し、食欲も低下気味。自力摂取不可となり、レベルが落ちてきている。クエチアピン細粒0.13g 朝、昼、中止となる。又、6/14～乳糖(ホイ)0.33×3. 処方分も。朝、昼、中止中	有	・ワイパックス錠 0.5×3	・クエチアピン細粒50% 0.08×3 ・ロビノール錠 就寝前 ・アタラックス-P カプセル25mg 就寝前
7	G	9	2・3・6	アルツハイマー型認知症 (混合型認知症)	H25. 2. 17～25. 4. 11	妄想強くあり食事拒否や看護拒否や暴言あり。	妄想による言動消失しており、食事も全量摂取され、介護拒否されることもなく、生活リハビリをして、他入所者の方と一緒に落ち着いて生活されている。	無		
8	H	10	2・10	アルツハイマー型認知症	H25. 2. 14～H25. 4. 19	経口摂取が困難になられた為	入院前は食事に対する意欲がなく、点滴で対応していたが、約2ヵ月の入院を経て、食欲が戻られ自力摂取も可能になれている状態。	有	・ワンアルファ、アムロジピン、ライドロン、アリセプト、バイアスピリン、ランソプラゾール、各1錠 ・フォロミン、マグネシウム、各2錠 ・カウモン 3錠 ・ボロサン 1錠/週	・カルフィーナ、アムロジピン、エナート、ドネペジル、バイアスピリン、ランソプラゾール 各1錠 ・フェロミン、酸化マグネシウム、ガスモン 各2錠 ・アクトネ 1錠/週
9	I	11	1・2・5・6・10	血管性認知症 (器質性精神障害、統合失調症状態)	H25. 2. 8～H25. 2. 22	興奮、大声、抵抗と不穏が強く大事で「男がおります」とわめき、職員の服をつかんで離さず、更に職員を叩き、引っ掻きかかる。不穏が強く薬剤調整を行ったが、改善せず施設対応が困難。施設では介護ができず入院となる。	ユニット内の行事やボール遊びなどには声をかけ笑顔で参加している。お茶の時間については他の人への気遣いも見られる。口調の強さや拒否はないが時折意味不明な発語も聞かれる。食事は自力で摂取しているが、食べこぼしが多い。	有	・リフレックス(15) 1/2T 1× ・抑肝散 510g 2×	・レミニール(T) 2T 2× ・リフレックス(15) 1T 1× ・抑肝散 5.08 2× ・テプレノカプセル 2C 2×



※要因となったBPSD
1 不穏 2 介護への抵抗 3 妄想 4 幻視・幻聴 5 昼夜逆転 6 暴言 7 大声・奇声 8 不潔行為
9 徘徊 10 暴行 11 収集癖 12 異食行為 13 盗食 14 経管抜去 15 自傷行為 16 性的問題行動