

# 一般医療機関における認知症対応の ための院内体制整備の手引き

平成27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

認知症の人の行動・心理症状や身体合併症対応など  
循環型の医療介護等の提供のあり方に関する研究会

## 目次

---

第1	本手引きの位置づけ	1
第2	一般医療機関における認知症の現状	2
1	一般医療機関における認知症の特徴	2
2	認知症による一般医療機関における治療や管理面への影響	4
第3	一般医療機関において求められる認知症対応の方向性	5
1	本人主体の医療・介護等の徹底	5
2	管理者による積極的な体制整備の推進	5
3	認知症の人の体験・苦痛を踏まえた対応	5
第4	一般医療機関に求められる認知症対応における役割	6
第5	一般医療機関において求められる体制整備の指針	9
1	対応体制の構築	9
2	認知症に関する基本的な教育研修	11
3	具体的な対応方針	11
第6	終わりに	16

# 一般医療機関における認知症への対応のポイント

## I. 認知症を理由に身体疾患の治療機会が失われてはならない

- ▶ 認知症は今や、すべての医療・介護関係者に対応が求められる疾患。
- ▶ 認知症の人を、個々の価値観や想いを持つ主体として尊重し、支援を提供する上で本人の希望が実現できるよう、本人の有する力を最大限活用する。
- ▶ 生活習慣病等への積極的な介入は予防に貢献できる可能性がある。

等

## II. 診療科や医療と介護といった垣根を超える連携が必要

- ▶ 診断や治療で認知症の専門医療と相談できる体制を構築する。
- ▶ 医療関係者、家族、地域での介護関係者等と、退院後の地域における生活も考慮した連携体制を構築する。

等

## III. すべての症状が認知症の症状とは限らない

- ▶ せん妄の可能性を念頭に置く。
- ▶ 脱水、低栄養、痛み、環境の変化、薬剤の影響など対処可能な要因がせん妄を惹起又は悪化させ、認知症の症状を悪化させることを念頭に置く。
- ▶ スタッフへの普及啓発や、せん妄への対応チームの設置を推進する。

等

(本手引きでは、「一般医療機関」として、広く認知症を専門としない医療機関を念頭においている)

## 第1 本手引きの位置づけ

超高齢社会を迎え、認知症を持つ高齢者が65歳以上の15%程度を占めるに至った。一般医療機関では治療を受ける患者では高齢者の占める割合が高いことから、認知症を合併した患者の治療対応が広く求められている。

2015(平成27)年1月に策定された、認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)では、「本人主体の医療・介護等を基本に据えて医療・介護等が有機的に連携し、認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく提供されることで、認知症の人が、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ようにする」ことを目標と定めている。このために、「身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後も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提供される」必要があり、本手引きは、この基本的考え方に立って、一般医療機関における認知症対応のための院内体制整備の指針等を示すものである。

## 第2 一般医療機関における認知症の現状

認知症は、一般医療機関でも広くみられるが、その対応は十分にできているとは言えない。また、一般医療機関では、認知症の症状との鑑別が困難な場合があるせん妄(身体疾患等を原因として生じる意識・注意・知覚の障害)も多い。このため、一般医療機関ではその疑いも含め両者を合わせた認知機能障害に対応することが求められている。

### 1 一般医療機関における認知症の特徴

#### (1) 認知症及びせん妄の頻度<sup>※</sup>

一般医療機関で治療を受ける患者の中で、どれくらいの頻度で認知症及びせん妄が見られるかについては、医療機関の機能等によって異なる。認知症については、65歳以上の約15%が認知症と推測されている一方、せん妄については、高齢入院患者の約30%に合併すると言われている。身体疾患の重症度によっても発症頻度は異なるが、術後や集中治療室では約70%、救急外来においては約10%、緩和ケア病棟では約40%、亜急性期の病棟では約20%と言われている。

※一般医療機関で治療を受ける患者の中で、どれくらいの頻度で認知症及びせん妄が見られるかについては以下の文献を参照されたい。

- Siddiqi N, et al. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: A systematic literature review. *Age Aging*: 2006;35:350-364
- Fricchione GL, et al. Postoperative delirium. *Am J Psychiatry*: 2008;165:803-812
- Lange, E. de, et al. Prevalence, presentation and prognosis of delirium in older people in the population, at home and in long term care: a review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*:2013;28(2):127-134
- Lipowski, Z.J., Transient cognitive disorders (delirium, acute confusional states) in the elderly. *Am J Psychiatry*:1983;140(11):1426-36.
- Massie, M.J., J. Holland, and E. Glass, Delirium in terminally ill cancer patients. *Am J Psychiatry*:1983;140(8):1048-50.
- Pereira, J., J. Hanson, and E. Bruera, The frequency and clinical course of cognitive impairment in patients with terminal cancer. *Cancer*:1997;79(4):835-42.
- Ross, C.A., et al., Delirium: phenomenologic and etiologic subtypes. *Int Psychogeriatr*:1991;3(2):135-47.
- Tune, L.E., Postoperative delirium. *Int Psychogeriatr*:1991;3(2):325-32.
- de Rooij, S.E., et al., Clinical subtypes of delirium and their relevance for daily clinical practice: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*:2005;20(7):609-15.
- Peterson, J.F., et al., Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. *J Am Geriatr Soc*:2006;54(3):479-84.
- Inouye, S.K., et al., Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*:1990;113(12):941-8.

## (2) 認知症による身体機能の低下

一般医療機関においては、認知症と身体機能低下のリスクを別々に認識しがちである。しかし、認知症も身体機能低下のリスクに大きな影響を与える病態であることを認識し、対応する必要がある。

## (3) 一般医療機関における認知症の人の医療面における特徴

### ① 認知症の診断がついていないことがある

必ずしも入院時に認知症の診断を受けていないことがあり、身体合併症等の治療を開始してから認知症を合併していることに気付かれる場合がある。

### ② せん妄の合併が多い

治療中、身体的な負荷が加わることで、容易にせん妄を発症する。認知症の症状と鑑別が難しい場合がある。せん妄の発症により認知機能の低下が促進されることがある。

### ③ 治療や管理上の問題で初めて気付かれることがある

認知症はたとえ軽症であっても、せん妄、脱水、低栄養など治療上の問題や、治療に対する積極性やコンプライアンスが低いことなどとして、又は服薬管理等におけるインシデントやアクシデントなどとして顕在化する場合がある。

## (4) 認知症の人が入院時に体験する困難・苦痛

### ① 入院環境に伴う困難

- (ア) 環境の急激な変化を伴う。
- (イ) 標識が多く画一的でわかりにくい環境であるため、見当識を失いやすい。
- (ウ) 転棟やベッド移動などが多く、見当識を失いやすい。
- (エ) 音や光などの刺激が多い。

### ② 身体症状に関する困難

- (ア) 医療処置に伴う苦痛が生じやすい。
- (イ) 自身の身体症状を的確に伝えられない、医療者の指示が複雑に感じられ、理解しにくいなど、コミュニケーションに障害が生じやすい。
- (ウ) 飲水・摂食不良から、脱水・低栄養になりやすい。
- (エ) 便秘・尿閉が見逃されやすい。
- (オ) 認知機能障害や高齢に伴う感覚障害(視力・聴覚障害)に対する個別の配慮を受けることが困難である。

### ③ 社会関係に関する困難

- (ア) 入院期間が短いため、医療スタッフとなじみにくい。
- (イ) 在宅時の介護スタッフとの関係が途切れやすい。

(ウ) 認知症に関する病院スタッフ間のコミュニケーション・申し送りは不足しやすく、統一された対応を受けにくい。

(エ) 家族と疎遠になりやすい。

#### ④精神機能に関する困難

(ア) せん妄を合併しやすい。

(イ) 行動・心理症状(BPSD<sup>\*</sup>)がocこりやすい。

(ウ) 抑うつ・不安が見逃されやすい。

## 2 認知症による一般医療機関における治療や管理面への影響

一般医療機関において、認知症は以下のとおり様々な領域に影響を及ぼす。認知症に対する体制を整備することは、安全で効果的な医療を提供する上で重要である。

### (1) 治療面への影響

- ① 治療に対する積極性やコンプライアンスの低下
- ② 合併症の増加
- ③ 身体機能の低下
- ④ 死亡率の増加
- ⑤ せん妄の発症

### (2) 管理面への影響

- ① インシデントやアクシデント(転倒、ルートトラブル等)の増加
- ② 在院日数の延長
- ③ 再入院の増加
- ④ 施設入所の増加
- ⑤ 退院後の介護負担の増加
- ⑥ 医療コストの増大

※BPSDについては本手引き15Pの囲み青字も参照されたい。

## 第3 一般医療機関において求められる 認知症対応の方向性

### 1 本人主体の医療・介護等の徹底

本人主体の医療・介護等の原則<sup>\*</sup>(認知症の人を、各々の価値観や個性、想い、ライフストーリー等を持つ主体として尊重し、できないことではなく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しながら、地域社会の中で本人のなじみの暮らし方やなじみの関係が継続できるよう、支援していくこと)は、その提供に携わるすべての者が認知症の容態の変化に応じたすべての期間を通じて共有すべき基本理念である。せん妄やBPSDといった症状のみから、認知症の人に対する画一的なイメージを持つことがあってはならない。

### 2 管理者による積極的な体制整備の推進

医療機関の管理者は、認知症を理由に身体疾患の治療機会が失われることのないよう、診療科や医療と介護といった垣根を超えた連携が確保できるよう、院内体制を構築することが重要である。

### 3 認知症の人の体験・苦痛を踏まえた対応

認知症の人の医療に携わる者は、認知症の人を、個々の価値観や想いを持つ主体として尊重するとともに、支援を提供する上で、「認知症の人が何を望んでいるか、何を希望するか」を判断の基準とすべきである。本人の希望が実現できるよう、本人の有する力を最大限活用することを実践するためにも、個々の具体的な場面において、先に述べた認知症の人の体験・苦痛を踏まえた対応を行う必要がある。

<sup>\*</sup>本人主体の医療・介護等の徹底における認知症の人の意思の尊重については、当研究会が策定した「医療・介護の有機的な連携のために認知症の専門医療に期待される役割に関する手引き」を参照されたい。

## 第4 一般医療機関に求められる 認知症対応における役割

一般医療機関では、身体合併症等の治療を確実に遂行することが役割である。しかしながら、認知症の人の治療においては、考慮すべきことがある。第2に挙げたように、一般医療機関への入院においては在院日数の短縮が求められ、また、在宅の環境とは異なることにより、医療スタッフとなじみにくく、個別対応が難しいこと等が挙げられる。また、認知症の方への支援は中長期にわたる視点で構築される必要があり、一般医療機関だけで完結することは多くないことである。

一般医療機関への入院では、認知症の方が退院後も、慣れ親しんだ地域で安心して長く生活できるよう、①入院中に身体機能が低下したり、認知症が進行したりすることのないように、身体合併症等の治療を確実に進め、②入院早期からの退院支援(退院前カンファレンス)や、普段からの地域の医療・介護との連携を積極的に進めることを通して、医療機関から円滑な在宅復帰ができるよう支援し、確実に地域の医療・介護に引き継ぐことを意識した体制を構築する必要がある。

以上を踏まえ、一般医療機関に求められる認知症対応における役割を俯瞰すると以下のとおりである。

- 1 認知症を見落とさないように努める。
- 2 認知症が身体合併症の治療に影響することを踏まえ、安全で確実に身体合併症治療を進めるための対応をとる。
- 3 入院中にせん妄やBPSDを出現させたり、悪化させたりしないための対応をとる。
- 4 初めて認知症が疑われた場合には、患者・家族に対し、支援や専門医療に関する情報<sup>\*</sup>を適切に提供する。
- 5 入院早期から退院後の地域における生活を考慮した支援を行う。
- 6 認知機能障害に配慮し、認知症の人が治療内容等を十分理解できるよう、わかりやすく説明するなどの配慮を行う。
- 7 生活習慣病は認知症のリスクになることから、一般診療においては、生活習慣病に対する適切な教育・支援を提供する。

このほか、基本的な認知症対応力の向上を図るために、施設内の専門診療科や地域の認知症の専門医療機関と連携し、コンサルテーション体制を設けることは有用である。

<sup>\*</sup>地域資源マップなどについては、各々の自治体や地域包括支援センター等に確認されたい。一般的な概要については、認知症ケアパスの作成における社会資源シートなどを参考にされたい。厚生労働省のHP(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/>)では、「認知症ケアパス作成のための手引き」(財形福祉協会)が紹介されている。

## 具体的な対応のポイント

### 1 認知症を見落とさないように努める。

- ▶ 一般医療機関では、身体合併症治療を開始する際に、初めて認知症が疑われる場合がある。本人の希望や価値観を確認しつつ、適切な支援に繋げる上で、特にいわゆる治療可能な認知症(正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫等)を含め、認知症を見落とさないことが重要である。
- ▶ 認知症の症状の進行や悪化を予防するうえで、早期の発見と早期からの対応がもっとも重要である。一般医療機関の医療従事者が認知症や軽度認知機能障害(MCI)に関する知識を持ち、認知症対応力を高めるため、「一般病院の医療従事者に対する認知症対応力向上研修」<sup>\*1</sup>等を活用した施設内の教育研修を行う。その際、専門職だけでなく、一般の職員の対応力を高めることも重要であり、例えば認知症サポーター養成講座<sup>\*2</sup>の受講を薦めることなどを考慮する。
- ▶ 併せて、臨床現場での実践を容易に進めることができる工夫も行う。認知症に関する観察・アセスメントシート<sup>\*3</sup>等を活用し、早期発見に努め、早期対応を進め、早期から退院支援を開始する。

### 2 認知症が身体合併症の治療に影響することを踏まえ、安全で確実に身体合併症治療を進めるための対応をとる。

- ▶ 認知症の人が苦痛を訴えにくいことがある点に配慮をし、観察に努め、訴えを把握するよう、また症状を緩和するように努める。
- ▶ 脱水・低栄養の予防や対応を行う。
- ▶ 認知症の症状や合併症治療のリスクを見逃すことが無いよう、チェックリストやアセスメントシートを取り入れた簡便で効果的なプログラムを整備する。

### 3 入院中にせん妄やBPSDを出現させたり、悪化させたりしないための対応をとる。

- ▶ せん妄の予防を行う。
- ▶ 過剰な管理を避ける。
- ▶ やむを得ず向精神薬を使用する場合は最小限に留める。
- ▶ 身体抑制は原則禁忌であることを徹底する。
- ▶ 家族、地域の医療・介護者等から本人の生活状況や、背景情報等を集めるなど、リロケーションダメージの軽減を図る。

**4** 初めて認知症が疑われた場合には、患者・家族へ支援<sup>※4</sup>や専門医療に関する情報<sup>※5</sup>を適切に提供する。

**5** 入院早期から退院後の地域における生活を考慮した支援を行う。

- ▶ 入院早期から、介護支援専門員等との連携を行い退院に向けた情報共有などを行う。
- ▶ 適切な退院調整を行い、避けることのできる再入院や緊急入院を防ぐ。
- ▶ 病棟内や部門間での情報共有を進める。

**6** 認知機能障害に配慮し、認知症の人が治療内容等を十分理解できるよう、わかりやすく説明するなどの配慮を行う。

- ▶ 後ろから声をかけるようなことはせず、視線を合わせて話をする。
- ▶ 複雑な指示は避け、予告をしてから処置やケアを行う。
- ▶ 幼児語などは使用せず、認知症の人を尊重した言葉かけを行う。
- ▶ 認知機能障害の程度により、本人の理解が十分得られないと考えられる場合には、家族等の必要な関係者に十分な説明を行う。

**7** 生活習慣病は認知症のリスクになることから、一般診療においては、生活習慣病に対する適切な教育・支援を提供する。

- ▶ 糖尿病や高血圧といった認知症のリスクとなる生活習慣病について、適切な教育・支援を提供する。

※1 「一般病院の医療従事者に対する認知症対応力向上研修」についての、詳細は各都道府県・政令指定都市の認知症関連の担当窓口にお問い合わせください。

※2 認知症サポーター養成講座は、地域や職域団体等で開催されており、受講については市町村の認知症施策関係窓口へお問い合わせください。

※3 認知症に関するアセスメントシートについては、例として巻末に国立がん研究センター東病院で使用されている「認知症フローチャート」を附帯したので参照されたい。

※4 認知症に関する家族向け支援として、「認知症の人と家族の会」は、<http://www.alzheimer.or.jp/>において、全国の支部一覧を示している。

※5 専門医療に関する情報として、認知症疾患医療センターについては都道府県・指定都市にお問い合わせください。また、認知症関連の各学会、例えば日本神経学会、日本精神神経学会、日本認知症学会、日本老年精神医学会、日本老年医学会、日本神経治療学会、日本精神科医学会などの多くは、それぞれホームページ上で専門医が検索できるようになっており、個別に認知症への対応の可能性についてお問い合わせください。専門医療が認知症の医療・介護において行う役割については、当研究会が策定した「医療・介護の有機的な連携のために認知症の専門医療に期待される役割に関する手引き」を参照されたい。

## 第5 一般医療機関において求められる体制整備の指針

### 1 対応体制の構築

- (1) 認知症の人の治療や退院支援に関する管理体制、マニュアル、対応チームの設置等、院内での対応体制を明確にする。
- (2) 療養支援や退院支援の質の担保を図るために、認知症の人の療養生活や退院調整に関して、本人や家族へ具体的に説明できるような資料を整備しておくことが望ましい。
- (3) 認知症に対応するためのコンサルテーション体制を確保する。
  - ① コンサルテーション体制はできるだけ院内で確保することが望ましい。院内での確保が難しい場合には、地域の専門機関(認知症疾患医療センター等)との連携による体制の確保を考慮する。
  - ② コンサルテーションは複数の職種が参画するコンサルテーション・チーム体制が望ましい。コンサルテーション・チームは、専門的な診療を提供するだけでなく、合併症治療に配慮をした支援の調整や家族支援、ケアの指導、退院調整への助言等を行い、治療から退院までが円滑に進むように支援するとともに、院内医療従事者の認知症に対する理解を深める取組を行う。
  - ③ コンサルテーション体制の確保に当たっては、日中の勤務帯に加え、夜間や週末など、緊急時の対応方法についても考慮されることが望ましい。
- (4) 院内の情報を集約・共有・検討し、現場での認知症対応の改善に活かす体制を組織する。身体疾患の治療を行う際の種々のリスクについて考慮する際に、認知症を見落とすことのないよう、体制の組織に当たっては、医療安全や退院調整の部門、栄養、リハビリテーション、臨床心理に関する支援、薬剤管理等の部門、認知症の専門診療科等が参画することが望ましい。

#### 具体的な情報収集の例

- ① 入院・外来において、認知症が疑われ、精査が必要と判断される事例について。
- ② 患者・家族の相談窓口において、認知症が疑われる事例について。
- ③ 退院直後に予期せぬ再入院や緊急入院となった事例について。
- ④ 転院や退院調整が遅れたり、時間を要している事例について。

- ⑤リハビリテーションに参加しない、指示が理解されにくい等により、リハビリテーションが進まず、日常生活活動が低下している事例について。
- ⑥脱水や低栄養状態など栄養サポートチーム(NST)にてリスクありと判断される事例について。
- ⑦転倒・転落、ルートトラブル等のインシデント・アクシデントを生じた事例について。
- ⑧苦情・要望窓口において、認知症が疑われる事例について。
- ⑨地域からの認知症に関する相談事例について。
- ⑩退院支援・連携クリティカルパスの作成と改善の現状について。

### (5) せん妄の予防・早期対応のための院内レベルでの体制を整備する。

- ①入院時にせん妄のリスク確認を行い、リスクが高い症例に対しては、せん妄の予防的な取組と、定期的なせん妄症状のモニタリング\*を行う体制を整備する。
- ②管理者や医療安全担当者が、入院中の患者でせん妄が合併している件数や重症度を把握できる体制を整備する。
- ③せん妄の予防的な取組や、早期発見、初期対応、疼痛管理、家族への支援、やむを得ず向精神薬を使用する際の適正な使用法等に関するマニュアルを整備する。
- ④身体抑制はせん妄の増悪因子である。過剰な抑制はせん妄の遷延・増悪を招き、結果として認知症の症状の進行にも繋がるため、原則は禁忌である。
- ⑤スタッフに対してせん妄に関する研修会を定期的を開催する。多職種が参加する研修会を考慮する。

せん妄は、急性に発症(通常数時間から数日)し、意識・注意・知覚の障害が出現し、日内変動を示す精神症候群であり、一般に入院中の高齢患者の約30%が発症するとも言われている。認知症の症状と鑑別が難しい場合がある。

せん妄は身体疾患等に起因する意識・注意・知覚の障害であり、緊急の対応が求められる病態である。一般医療機関において認知機能障害を疑った場合、まず最初にせん妄を念頭に置いて診察に当たるほか、必要時には専門診療科・チームにもコンサルトの上、鑑別を行う。

せん妄は多職種の協働による発症予防の取組が重要である。特に、脱水の予防や疼痛管理、感染予防、早期離床などの取組を病棟や施設単位で行うことがせん妄の発症頻度を下げることに繋がる。

### (6) 対象となる人の認知機能の状態や必要な支援内容についてスタッフが情報を共有する方法を定める。

- ①認知機能の状態について、情報共有の手順を定める。
- ②介護者のニーズ、退院後の支援に関する介護者の希望、介護者へどのように説明をしたかなどの情報も記載する。

\*せん妄に関するアセスメントシートについては、例として巻末に国立がん研究センター東病院で使用されている「せん妄アセスメントシート」を附帯したので参照されたい。

## 2 認知症に関する基本的な教育研修

- (1) 認知症の病態についての教育
- (2) 認知機能障害に配慮をしたコミュニケーションの技術についての教育
- (3) せん妄やBPSDの予防・対応についての教育
- (4) 認知機能障害のある患者の身体症状の評価と対応についての教育
- (5) 家族が体験することの理解についての教育

## 3 具体的な対応方針

### (1) 病棟・外来でのアセスメントを実施する。

- ① 入院時に認知機能の評価を行うなど、認知症を見落とさないための取組をすすめる。  
その際、高齢者については、視聴覚機能の低下が認知機能の評価に影響を与えていないかを評価しておく必要がある。
- ② 高齢者の入院に際しては、認知機能評価に加えて、IADL (Instrumental Activity of Daily Living、手段的日常生活動作) やADL (Activity of Daily Living、日常生活動作)、抑うつ、栄養状態、服薬状況、社会経済的状态、介護者の状態や療養環境等を含む高齢者の状況に即した、総合的な機能評価を実施する。
- ③ 総合的な評価等は標準化された尺度・方法を組み合わせて用いることが望ましい。
- ④ 認知機能障害やBPSDの原因・増悪因子に薬剤が関与する場合があることや、高齢者においては処方薬の重複や副作用が起こりやすいことなども鑑みて、投薬情報についても収集する。地域のかかりつけ薬局との連携体制を構築する。

### (2) 入院の早期から認知機能障害に配慮した適切な退院支援を行う。

- ① 入院時には認知機能や生活への支障についての評価を行っておき、入院の早期から退院支援を立案・実施する。
- ② 退院調整支援について、スタッフに対して指導・教育を行うとともに、退院調整を担当するスタッフが、認知症の人・家族の問題やニーズを把握できるようになるための研修を受けるなど、支援に関する技術が向上されるよう努める。

③退院時の看護サマリーや診療情報提供には、入院中の認知症やせん妄について、その有無や重症度、実施した対応、介護者の状況、退院後に引き続き必要となる対応等について記載し、地域の医療・介護体制に確実に情報を提供する。その際には、入院中と退院後では環境が異なることにも、配慮することが望ましい。

④認知機能障害に配慮をした退院支援を行う。

認知症の人は、実行機能障害から、緊急時（例えば熱発や疼痛が増悪した場合など）に臨機応変に判断したり対応したりすることが難しいことがある。身体合併症の治療を継続する場合等においては、今後起こりうることを予想し、症状が急に増悪する場合などに、本人が判断できるかどうかを想定し、必要に応じて見守り体制を構築するなど、安全に治療が行われるよう配慮する。

#### 具体的に配慮すべき点の例

(ア)セルフケアへの支援

(イ)服薬管理

(ウ)緊急時の対応

(エ)痛みへの対応

(オ)家族への支援

家族に関しては、認知症の病態や経過を説明し、認知症の人の世界や苦痛を家族が理解できるように支援をする。家族向けの認知症介護教室等の取組を紹介する\*、退院後の生活を見据えた介護サービス等の導入を入院時から考慮するなどの取組を考慮する。

特に、初めて認知症が疑われた場合には、認知症に関する情報と地域の医療・介護資源に関する情報を提供する。地域の医療・介護資源や相談窓口を把握したマップを活用する。

⑤認知症が関連する退院支援について手順を定める。手順には、認知症の人の退院については身体的な要因に基づいて判断をすること、認知機能障害のある人や認知症の人の退院の際には、事前に家族に伝えることを明記する。

⑥早期の退院や対処を阻害するような要因を検討し、認知症に対応した退院支援や地域連携のためのクリティカルパスの作成・普及・使用を推進する。

\*例として、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターでは、認知症家族教室のテキスト「認知症はじめての一步」を公開しているので参照されたい。(http://www.ncgg.go.jp/monowasure/news/20150512.html)

認知症の人にとって入院をすることは、慣れ親しんだ環境から、画一的で見当識を失いやすい環境への移行であること、複雑でわかりにくい表記がある、モニター音など多様な刺激があるなど、認知症の人には負担がかかる環境である。認知症の人は、現状を把握することが困難なことが多く、予測ができずに不安を生じやすい。予測しない苦痛は、耐えがたいものであり、治療への抵抗に繋がる。これらの心境を理解した関わりが重要である。

記憶障害がある場合には、認知症の人が治療内容を理解しながら治療を進められるようわかりやすい説明をする、文書や図に残すなどの配慮も必要である。認知症の人への接し方についても、落ち着いた静かな環境を用意して集中しやすくする、ゆっくりと具体的に説明をする、重要なことは繰り返し説明する、認知症の人の応答を待ちせかささないなど、認知機能障害に配慮をすることが望ましい。また、手術や処置のときまで、状況を伝え、気持ちを読み取るようにする必要がある。また、認知症の人の訴えを傾聴し、理解することも重要である。認知症の人に処置を行う場合には、認知症の人が、今から自分がどうなるのか、“どうすれば良いのか”、医師・看護職員等が今何をしようとしているのか、本人が理解できるようにすることが望ましい。

### (3) 認知機能障害の特性に配慮した対応を行う。

#### ① 認知機能障害に配慮したわかりやすい説明を心がける。

認知症の人は、自らの認知機能や実行能力を正しく把握できなくなることや、自分の意向を適切に伝えることができない場合がある。認知機能障害に配慮をしたわかりやすい説明をし、認知症の人が十分に理解しているかどうか確認するとともに、観察や見守りに加え、本人の希望・意思を確認するなどのコミュニケーションを図る。

#### ② 認知機能障害のある患者への身体抑制について、実施の判断や実施する際の注意点やリスクアセスメントを含めたマニュアルを整備する。

### (4) 認知機能障害に配慮をした環境調整やBPSDへの対応

#### ① 認知機能障害に配慮をした環境整備を行う。

##### 具体的な例

- (ア) 静かで落ち着いた環境を用意する。
- (イ) スタッフとの関係に馴染めるよう配慮する。
- (ウ) 慣れ親しんだものを本人の見える所に置くなどの配慮をする。
- (エ) 段差をわかりやすく示すなど視空間認知機能に配慮をする。

#### ② 認知機能障害に配慮をしたケアを行い、積極的な苦痛の緩和を行い、BPSDの予防に努める。

認知症の諸症状や合併症治療のリスクを見逃すことのないよう、チェックリストやアセスメントシートを取り入れた効果的なプログラム等を整備し、ケアの質の担保を図る。

##### 具体的な例

- (ア) 1日のスケジュールを患者の生活に合わせて組み立てる。
- (イ) 認知機能障害に配慮をしたコミュニケーション・接し方を工夫する(関心領域が狭小化していることを考慮し、認知症の人の視線の高さで、視線を合わせて話

をする。突然認知症の人の後ろから話しかけたり、長いセンテンスを用いて複数の指示を同時に行うことなどは避ける。認知機能が落ち、忘れやすいということ認識して接する。)

- (ウ)セルフケアについて、認知機能障害や患者の好みに合わせた工夫や指導を行う。
- (エ)脱水が生じないように水分摂取を促す。
- (オ)食事摂取が進むように、患者の好みや個別の事情に配慮をする。
- (カ)食事介助ができるスタッフを確保する。食べ物を患者の目線まで持ち上げて、食べ物であることを認識してもらうことで、摂食を促す。食事に関する評価をすることを勧める。
- (キ)食事に関する評価を十分に行う。
- (ク)疼痛の評価を十分に行う。
- (ケ)排泄の評価を十分に行う。
- (コ)認知症の症状やケアの方法について、看護職員間、多職種間で話し合う機会を持つ。
- (サ)認知症の症状やケアの方法について、検査後に帰棟できない場合の対応等について病棟以外のスタッフと共有できるシステム・方法を定める。
- (シ)病棟師長・副師長は、基本的な指導ができるだけの知識・技術を持ち、認知症に関するケアについて病棟スタッフと相談するよう努める。

### BPSDへの対応

認知症の人へのケアの基本は、落ち着くことのできる環境を整備することと安心できる対応をすることである。これにより、BPSDを予防し対応することが、認知症ケアの基本となる。

BPSDは、行動症状と心理症状に大きく分けることができ、行動症状には、①焦燥・不穏や徘徊などの活動的な障害、②攻撃性、③食欲・摂食障害、④概日リズム障害、⑤社会的に不適切な行動、に分類される。心理症状は、①抑うつ症状など感情の障害、②アパシー、③妄想と誤認性症候群、④幻覚、がある。

BPSDを疑う症状が出現したときには、まずせん妄をできるだけ除外し、身体的な問題がないか、環境面での問題はないか、薬剤の影響はないか、を考えることが原則である。観察するに当たっては、①言語的な側面、②行動を中心とする非言語的な側面の両面から進める。

また、一般医療機関では、通常身体疾患の治療を受けているため、痛みなどの症状を伴いやすい。例えば、大声を出している場合、痛みにより叫び声をあげていても不思議ではない。その場合、優先される治療は、痛みの軽減であり、それが対応策でもある。

一般医療機関におけるBPSDへの対応上で重要な点は、問題行動や迷惑行為として捉えられる行動だけがBPSDではなく、BPSDには、抑うつや意欲低下(アパシー)のように活動が低下する症状もあることである。特に意欲低下(アパシー)はBPSDの中でも頻度が高く、アルツハイマー型認知症や血管性認知症、レビー小体型認知症では比較的初期から認められる。意欲低下を伴うと、日常生活能力がより強く障害される。抑うつや意欲低下を見落とすことで、低栄養状態や日常生活能力の低下を招き、十分な治療が実施できなくなるおそれがあり、これらのBPSDを常に念頭に置くことが必要である。

## (5) 認知症の人やその家族に対して社会的支援を提供する。

- ① 認知症の人やその家族に対して、地域の医療・介護資源についての情報提供を行うためにマップ<sup>※</sup>を活用し、連携に関するプランを立案し、随時見直すよう努める。
- ② 身体合併症の治療が終了した後に、退院が円滑にでき、調整に時間を要したりすることのないよう、後方病院や専門医療機関、診療所、介護事業所等との連携体制を構築する。
- ③ 家族などの介護者に対して行う支援を定める。

### 支援の具体例

- (ア) 患者・家族への精神的なサポートを行う。
- (イ) 介護者の心身の健康度の評価や介護負担の評価を行い、心理・社会的な問題の把握と解決を支援する。
- (ウ) 医療・介護に関する基本的な情報の提供を行う。
- (エ) 食事介助の方法など、介護の方法に関する助言を行う。
- (オ) 介護者がうまくストレスと付き合うための方法について助言を行う。
- (カ) 地域包括支援センターへ紹介する、地域の家族会を紹介するなど、地域の専門的な支援等へ引き継ぐ。

※地域資源マップなどについては、各々の自治体や地域包括支援センター等に確認されたい。一般的な概要については、認知症ケアパスの作成における社会資源シートなどを参考にされたい。厚生労働省のHP(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/>)では、「認知症ケアパス作成のための手引き」(財形福祉協会)が紹介されている。

## 第6 終わりに

いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年には、認知症の人は約700万人になると予想されている。65歳以上の高齢者の5人に1人が認知症となる社会において、認知症であるがゆえに、合併する身体疾患の治療機会が制限されることがあってはならない。また、認知症の人の身体疾患の治療対応においては、疾患への対応だけでは不十分であり、介護との連携や、BPSD等に対する適切な専門医療の関わり、早期退院を可能とするような連携体制が必要となる。この整備を通じて、院内での総合的な認知症対応体制が構築されて行くことが望まれる。さらに、退院後の生活を考えれば、認知症の人やそのご家族の希望を尊重し、地域生活を可能とするような地域の医療、介護、民間団体等との連携が必要となるなど、身体合併症への医学的対応にとどまらない、その人の生活全体を見通した対応が必要となってくる。このような対応体制を構築することにより、認知症の人、家族、医療・介護従事者等が互いに協力し合う関係性が作られ、認知症の人が笑顔で、希望と尊厳を持って穏やかに暮らせる社会へとつながっていくのではないかと考える。また、こういった対応は、今後日本が超高齢社会を迎えるに当たって、決して認知症への対応だけに必要とされるものではない。この手引きが、そのような対応体制を整備するに当たっての、臨床現場で活躍されている医療関係者の多少の助けになれば幸いである。

## 認知症アセスメントシート

- 70歳以上の入院
- 治療・ケアを進めるうえでの課題の発生  
(転倒、脱水、食事摂取不良、コンプライアンス不良 (服薬管理、セルフケア、リハビリ))

### STEP0 まずせん妄の確認

- “注意の障害”  
(つじつまが合わない、行動にまとまりがない)
- 症状の急激な変動
- 意識障害 または 解体した思考

はい

せん妄への対応を開始  
身体要因の検索・治療

今までに「認知症」の診断を受けている

はい

### STEP1 もしかして認知症？

いいえ

分野	具体的な反応	見る	はなす	(家族に)きく
記憶	物事を忘れてしまう ⇨入院している理由、今後の治療のスケジュール ⇨入院してからの期間 ⑥担当医の説明を覚えていますか？ ⑥家族が代わりに答えていないか注意			
複雑性注意	集中して一つの物事に取り組むことができない ⑥ちょっとした物音で中断する			
実行機能	今まで出来ていたことが出来なくなる ⇨家族がいないときに熱が出たらどうするか、詳しく聞いてみよう ⑥身だしなみやベッドサイド ⑥リハビリ、ケア、食事は自主的にできますか？ ⑥シャワー、リモコン、電話などの道具を使えますか？ ⑥買い物は独りでできますか？(買い忘れ、買い間違い、おつりの計算ができない)			
社会的認知	自分の置かれている状況を正しく理解できない ⑥まわりの様子をつかんだり配慮したりできますか？(場の雰囲気、状況など)			
視空間認知	方向や距離感がつかめない ⑥部屋を間違える、ベッドに斜めに寝る			
言語	言葉がうまく使えない ⇨代名詞が多い？(あれ、それ)			
IADL確認	薬はしっかりと使えていますか？(飲み間違い・飲み忘れ、頓用の使用) 食事の準備はできますか？ 独りでバスや電車を利用できますか？(切符を買う、乗り換える) 電話をかける、金銭管理、洗濯掃除			

### STEP2 身体の苦痛は？

必ず自分の目で確認！全身を見直してみよう

注意したい症状	観察項目
疼痛	<input type="checkbox"/> 痛みの評価(尺度) <input type="checkbox"/> 苦しそうな表情・泣く・叫ぶ <input type="checkbox"/> かばうしぐさ <input type="checkbox"/> 血圧・脈拍の変化、発汗
低栄養・脱水	<input type="checkbox"/> 食事・飲水量を実際に確認 <input type="checkbox"/> 体重変化の確認 <input type="checkbox"/> 口腔のトラブル・嚥下・義歯・かみ合わせ <input type="checkbox"/> 食事の食べ方を実際に観察 (注意がそれる、気が散る、蓋を取らない、ハシが使えない) <input type="checkbox"/> 口唇、舌、腋窩の乾燥、皮膚のハリ
昼夜のリズム(睡眠)	<input type="checkbox"/> 夜はしっかりと眠れているか <input type="checkbox"/> 夜間頻尿 <input type="checkbox"/> 日中の過度な眠気
便秘	<input type="checkbox"/> 排便のリズム(経過表で確認) <input type="checkbox"/> 腹部の張りや圧痛 <input type="checkbox"/> 食事量の減少

不快に感じる環境では？



- 音や光（外からの光、反射）などの刺激 ルート類 見当識を失いやすい 大勢の人

### STEP3 対応を工夫しよう



認知機能障害のある（注意が持続しにくい）方との接し方の工夫  
環境

静かな環境

声をかける

視野に入って声をかける

目線は低く

普段よりも一歩踏み込んで

顔を隠さない、影のかからないよう

目線をつかんでから話を始める

複数の刺激を組み合わせる

話す

会話は短く、具体的に

ゆっくり、はっきり

話題は一つずつ

大事なところは繰り返す

ゆっくり待つ（10秒ルール）

話をさえぎらない

項目	認知機能障害への配慮の工夫
記憶障害	<input type="checkbox"/> 一日のスケジュールを見えるところに置く <input type="checkbox"/> 親しみを感じている持ち物は見つけやすいところに置く
視空間認知障害	<input type="checkbox"/> 照明を明るくする、床の反射を減らす <input type="checkbox"/> コントラストをつける
実行機能障害	<input type="checkbox"/> 分かりやすい環境（時間：不意打ちをしない、空間：目印をつける、人：顔写真を置く、ケアの予定表を置く） <input type="checkbox"/> 選択肢の提示は簡単にわかりやすく <input type="checkbox"/> 行動をうながす、声をかける <input type="checkbox"/> 言語以外のメッセージにも気を配る（家族にサポートを依頼する）
言語障害	<input type="checkbox"/> 要点は書く、メモに残す <input type="checkbox"/> 図で示す



### STEP4 評価を共有しよう

チーム内で共有	<input type="checkbox"/> “できること・できないこと”、“好きなこと・嫌いなこと” <input type="checkbox"/> 継続して評価することを確認 <input type="checkbox"/> 治療を進めるうえで予測されること・対応したほうがよいこと
病棟以外のスタッフと共有	<input type="checkbox"/> 検査や処置で注意をすること、対応上の工夫
コンサルテーションの依頼	<input type="checkbox"/> 認知機能評価と対応、今後の支援について相談



### STEP5 連携・退院支援

退院だけでなく安心して過ごすために必要なことを考える

項目	検討する内容
退院後の治療計画	<input type="checkbox"/> 退院後に予測されること <input type="checkbox"/> 服薬管理（定期内服と頓用、服薬確認・支援） <input type="checkbox"/> 緊急時対応（熱発時、痛みが悪化した時に独りで対処できるか） <input type="checkbox"/> 食事の準備・脱水の予防
支援スタッフとの共有	<u>看護サマリ、診療情報提供、申し送りに書こう</u> <input type="checkbox"/> 認知症、せん妄の状況の共有 <input type="checkbox"/> 観察を続けたほうがよいこと <input type="checkbox"/> 家族の支援体制（認知機能障害の可能性を伝えましたか？）
認知症・せん妄のフォロー 一体制	<input type="checkbox"/> 家族・介護者への初期支援（情報提供と引継ぎ） <input type="checkbox"/> 外来担当医、在宅医への申し送り <input type="checkbox"/> 専門機関の受診（認知症疾患医療センター、精神科、神経内科、など）

国立がん研究センター 先端医療開発センター 精神腫瘍学開発分野

### せん妄アセスメントシート

#### STEP1 せん妄のリスク

- 70歳以上 脳器質障害（脳転移含む） 認知症 アルコール多飲 せん妄の既往  
ベンゾジアゼピン系薬剤内服 その他( )

当てはまらない

経過観察  
状態一括登録  
「なし」に登録

当てはまれば

POINT 「何か変？」と感じた行動や言動を  
チェックしよう

#### STEP2 せん妄症状のチェック

	精神症状	具体的な症状と確認するポイント
見る	<input type="checkbox"/> 注意の欠如・意識レベルの変容	●ボーっとしている ●もうろうとしている
	<input type="checkbox"/> 注意の欠如	●今までできていたことができなくなる ⇒内服管理ができなくなる ⇒服装がだらしなくなる、ベッドの周りが散らかっている など ●視線が合わずに、キョロキョロしている ●ルートに触ったり、体を起こしたり・横になったり、同じ動作を繰り返す ●周囲の音や看護師の動きに気をとられる
話す	<input type="checkbox"/> 注意の欠如・意識レベルの変容	●質問に対する反応が遅い ●焦燥感が強く、落ち着かない ●目がガラガラしている
	<input type="checkbox"/> 注意の欠如	●話がまわりくどく、まとまらない ●つじつまがあわない ●感情が短時間でころころと変わる
	<input type="checkbox"/> 注意の欠如	●何度も同じことを聞く ●話に集中できない ●質問と違う答えが返ってくる
聞く	<input type="checkbox"/> 注意の欠如	見当識障害（急に出現する場合） （時間）●今日の日付を聞く ●今の時間が何時頃か聞く （場所）●今いる場所について尋ねる⇒自宅から病院までどうやって来るか聞いてみる
	<input type="checkbox"/> 注意の欠如	短期記憶の障害（急に出現する場合） ●最近あった出来事を覚えているか聞く ⇒朝ごはんのメニューを覚えているか ⇒入院した日にちや治療した日を覚えているか
	<input type="checkbox"/> 意識レベルの変容	●「ボーっとしたり、普段と比べて考えがまとまりにくいことがありますか？」と自覚症状の有無を聞く
確認する	<input type="checkbox"/> 急性発症もしくは症状の変動	日内変動や数日での変化 ●上記のような症状の出現や以前と様子の変化がないか、家族や患者と関わっているスタッフに聞いたり、カルテを確認する

当てはまらない

#### STEP2.5 せん妄ハイリスク対応

- せん妄になりやすい注意する時期や要因をアセスメント
- せん妄を予防するケアの実施
  - 疼痛コントロール 脱水の予防
  - 活動を促す ベンゾジアゼピン系の使用を避ける
- せん妄ハイリスクについて共有
  - ・「せん妄ハイリスク」とカルテに記載
  - ・看護計画「急性混乱のリスク状態」を立案
  - ・カンファレンス等で情報や対応方法を共有
  - ・せん妄ハイリスクパンフレットを用いて、患者・家族に説明

その後の次の時に評価を繰り返す

- ・ 1週間に1回
- ・ 手術後1病日、3病日、5病日
- ・ 身体症状の変化、「何か変？」と感じた時

#### STEP3 せん妄対応

- せん妄の出現時期から原因についてアセスメントし、せん妄の見通しをもって、患者目標を検討
- せん妄について共有
  - ・「せん妄症状が疑われる」とカルテに記載
  - ・看護計画「急性混乱」を立案
  - ・状態一括登録で「せん妄」に変更
  - ・医師に「せん妄症状あり」を報告（初回のみ）
  - ・情報共有のための、カンファレンスを検討
  - ・せん妄パンフレットを用いて、患者・家族に説明

※大事なことは、まずせん妄予防とケアがすぐに始まること

体	<input type="checkbox"/> 炎症	感染兆候の検索と対応、熱苦痛の緩和
	<input type="checkbox"/> 低酸素	低酸素の評価と酸素投与の検討
	<input type="checkbox"/> 電解質異常 (Na,Ca)	採血データの確認、補正
	<input type="checkbox"/> 脱水	飲水励行、脱水補正
	<input type="checkbox"/> 便秘	排便の確認、排便コントロール
環境	<input type="checkbox"/> 疼痛	疼痛の評価と適切な疼痛マネージメント
	<input type="checkbox"/> 睡眠への障害	睡眠時間中のケア、処置を極力避ける
	<input type="checkbox"/> 低活動	日中の活動を促す、身体拘束をさける
	<input type="checkbox"/> 難聴、視覚障害	眼鏡、補聴器の使用、耳垢の除去
心	<input type="checkbox"/> 理解力低下	適切な照明とわかりやすい標識 見当識を促す（時計とカレンダーの設置） 家族と友人との定期的な面会
	<input type="checkbox"/> せん妄の原因となる薬	中止・減量が可能か検討
薬	<input type="checkbox"/> せん妄症状を改善する薬	ベンゾジアゼピン系、オピオイド リスベリドン、クエチアピン、など

国立がん研究センター東病院

**平成27年度 老人保健健康増進等事業**  
**「認知症の人の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症対応など**  
**循環型の医療・介護等の提供のあり方に関する研究会」構成員名簿**

(五十音順、敬称略)

氏名	所属名・役職
秋山 治彦	日本認知症学会 理事長
栗田 圭一	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長 (公益社団法人 日本老年精神医学会 理事)
内田 千恵子	公益社団法人日本介護福祉士会 副会長
大内 尉義	国家公務員共済組合連合会虎の門病院 院長 (一般社団法人日本老年医学会 理事)
◎ 大島 伸一	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 名誉総長
河崎 茂子	公益社団法人日本認知症グループホーム協会 会長
神野 正博	公益社団法人全日本病院協会 副会長
鴻江 圭子	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 理事 認知症ケア推進戦略本部 本部長
齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会 常任理事
助川 未枝保	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事
鈴木 邦彦	公益社団法人日本医師会 常任理事
諏訪 さゆり	日本老年看護学会 理事
高倉 敬治	認知症の方ご本人
武久 洋三	一般社団法人日本慢性期医療協会 会長
鳥羽 研二	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 理事長
花俣 ふみ代	公益社団法人認知症の人と家族の会 理事
本間 昭	一般社団法人日本認知症ケア学会 理事長
○ 松谷 有希雄	国立保健医療科学院 名誉院長
水澤 英洋	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 理事・院長
三根 浩一郎	公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長
山崎 學	公益社団法人日本精神科病院協会 会長

◎座長 ○副座長

**認知症の人の行動・心理症状や身体合併症対応など**  
**循環型の医療介護等の提供のあり方に関する研究会**  
**作業部会2(身体合併症)構成員名簿**

(五十音順、敬称略)

部会長	松谷 有希雄	国立保健医療科学院 院長
副部会長	小川 朝生	独立行政法人国立がん研究センター東病院精神腫瘍科長臨床開発センター精神腫瘍学開発分野 分野長
委員	新井 哲明	筑波大学附属病院精神神経科 准教授
	池田 修一	信州大学医学部内科学第三講座 教授
	小川 聡子	医療法人社団 東山会 調布東山病院 院長
	加藤 滋代	学校法人藤田学園藤田保健衛生大学病院神経内科 看護主任
	熊谷 頼佳	医療法人京浜会 京浜病院 理事長
	神崎 恒一	杏林大学医学部高齢医学(高齢診療科) 教授
	清水 恵一郎	阿部医院 院長
	中西 亜紀	大阪市立弘済院病院 神経内科部長
	瀧野 勝弘	公益社団法人 日本精神科病院協会 常務理事

