

---

---

# 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 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

# 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
3. 連携 編

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

# 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。

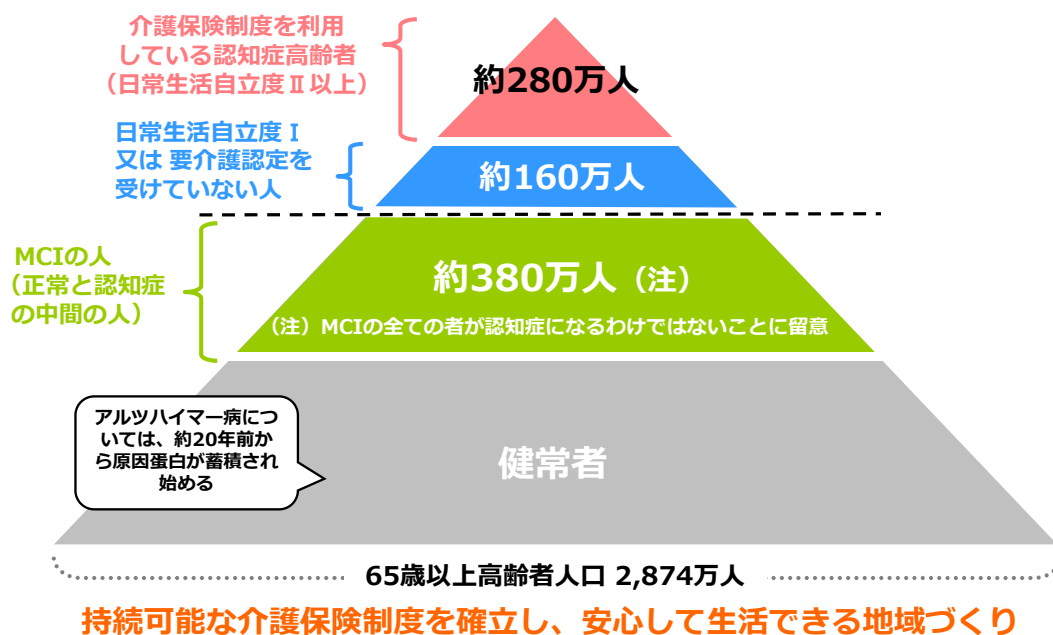
これらの中には、認知症に対する理解や基本的知識、具体的な対応方法が習得されることで避けられるものも多いとされる。

# 目的編

## 目的-1 現状と課題（解説はありません）

## 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

## 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-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になれていないため、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。

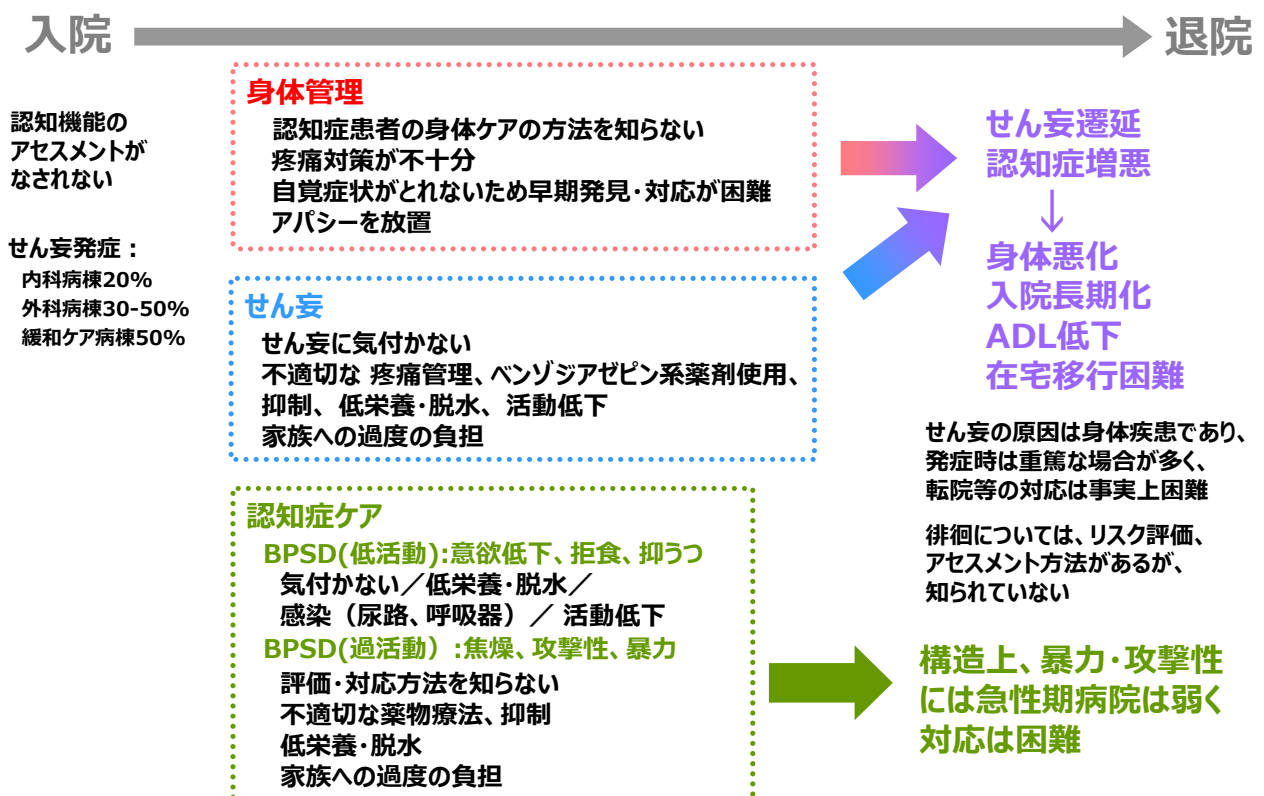
（参考）

「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

## 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

## 入院中のケアの問題



#### **目的-4 研修の目的（解説はありません）**

#### **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（予防的なケア、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ために見落とし・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

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。