

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

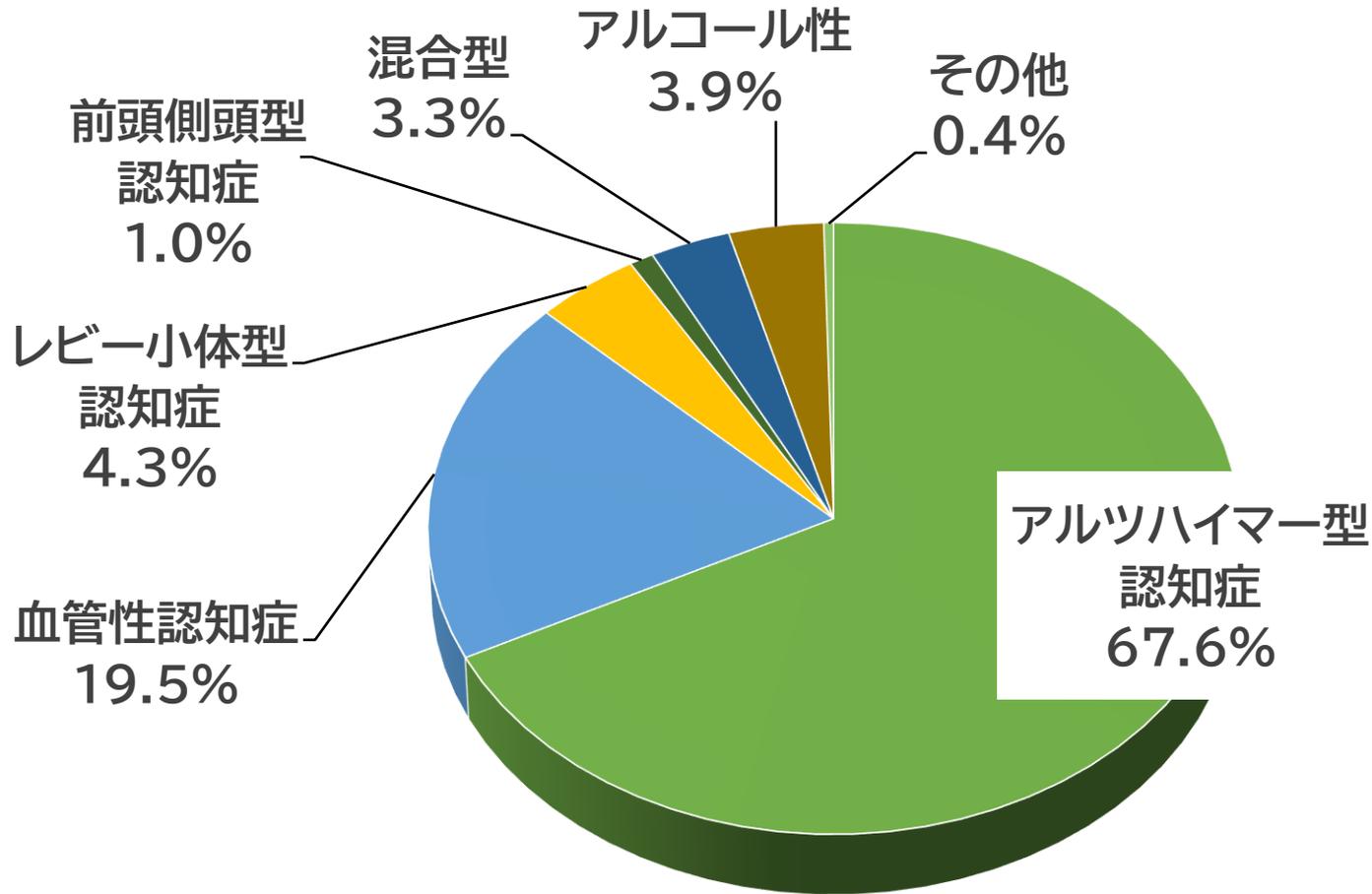
ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

〔対応力2〕

- 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〕

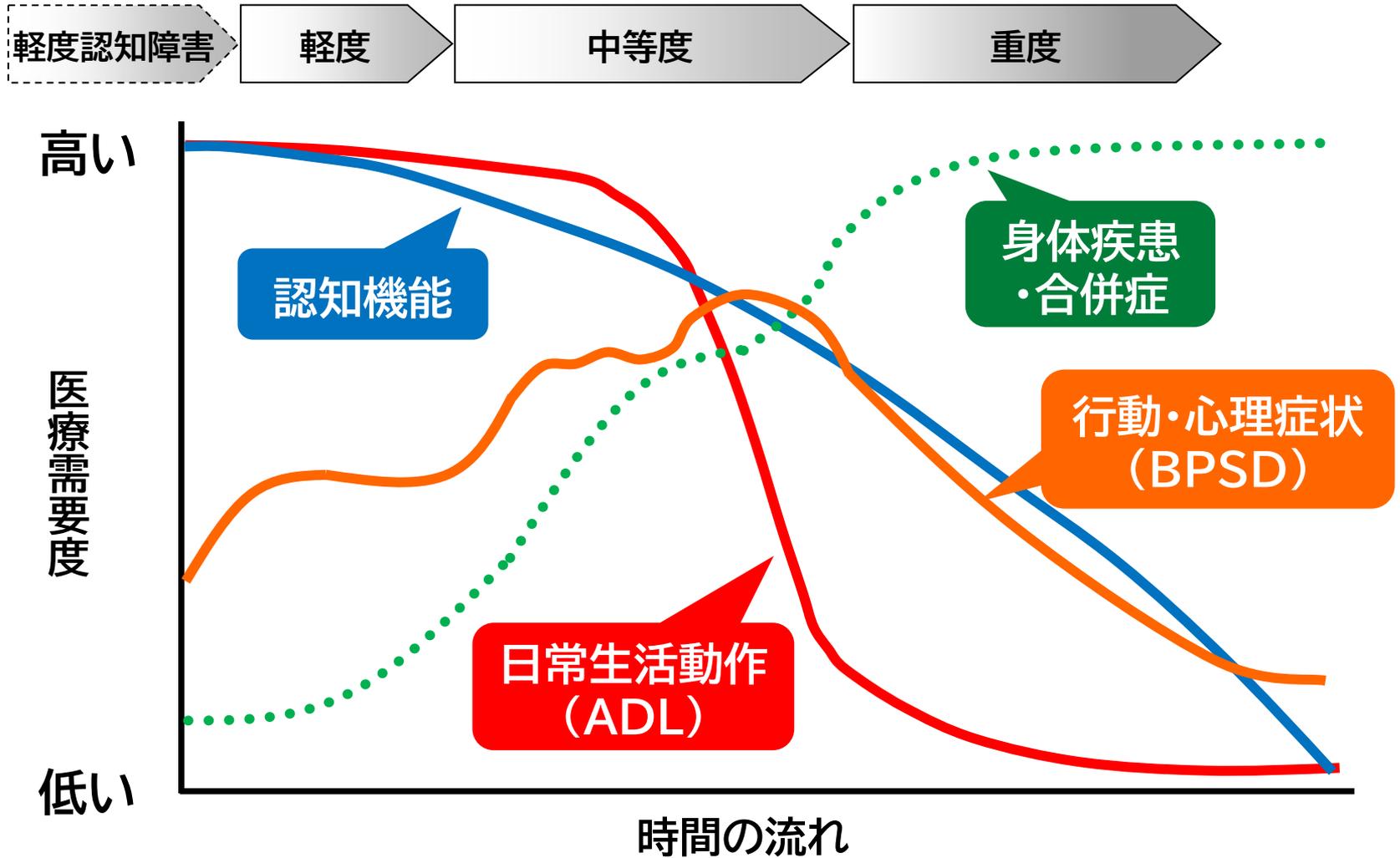


要因・誘因(主なもの)	
身体的要因	基礎疾患、血圧の変動、便秘、下痢、疼痛、掻痒感、冷え、発熱、水分・電解質の異常、薬の副作用等
環境的要因	なじんだ住環境からの入院、転室、転棟、転院、退院などによる環境変化、本人にとっての不適切な環境刺激(音、光、風、暗がり、広すぎる空間、閉鎖的な空間、心地よい五感刺激の不足など)
心理・社会的要因	不安、孤独、過度のストレス、医療従事者の口調が早い・強い、分かりにくい説明、自分の話を聞いてくれる人がいない、何もすることがない暮らし、戸外に出られない暮らし

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
作用機序	コリンエステラーゼ阻害			グルタミン酸受容体の拮抗薬
用量/日	3-10mg	8-24mg	4.5-18mg	20mg 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
剤形の種類	錠剤、OD錠、細粒、ドライシロップ、ゼリー、貼付剤 等	錠剤、OD錠、内用液	貼付剤	錠剤、OD錠、ドライシロップ
その他	DLBが適応 (2014)			コリンエステラーゼ阻害薬と併用可

認知症治療薬の主な副作用

〔対応力7〕

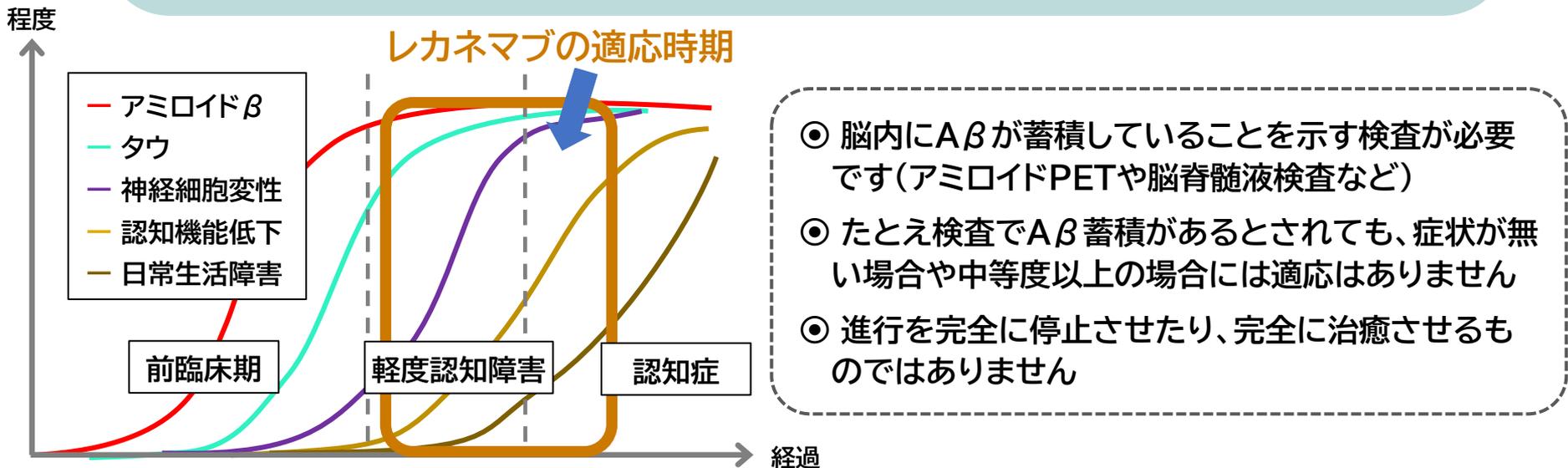
コリンエステラーゼ阻害薬 (ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン)	メマンチン
<ul style="list-style-type: none">◎ 食欲不振、嘔気◎ 嘔吐、下痢、便秘、頻尿、腹痛◎ 興奮、不穏、不眠、眠気◎ 歩き回り(徘徊)、振戦、頭痛◎ 唾液分泌過多、顔面紅潮、皮疹	<ul style="list-style-type: none">◎ 浮動性めまい◎ 便秘◎ 体重減少◎ 頭痛◎ 傾眠

※ 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



- ◎ 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

注意点

- ◎ 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〕

本人の意思の尊重、意思決定能力への配慮、早期からの継続支援

本人が自ら意思決定できるよう支援
意思形成支援、表明支援、実現支援のプロセスに沿って支援を実施

本人意思の尊重・プロセスの確認

支援方法に困難・疑問を感じた場合

意思決定支援チーム会議(話し合い)

- ◎ 本人、家族、医療関係者、介護関係者、成年後見人 など
- ◎ サービス担当者会議、地域ケア会議と兼ねることも可
- ◎ 開催は関係者の誰からの提案も可

適切なプロセスを踏まえた支援が提供されたかの確認

本人の意思の尊重の実現

認知症の人の自らの意思に基づいた日常生活・社会生活の実現

適切な意思決定
プロセスの確保

- ・理解しやすさ
- ・開かれた質問
- ・選択肢
- ・支援者の態度
- ・環境整備
- ・時間の余裕

意思決定支援のプロセス

[対応力14]

人的・物的環境の整備

- ◎ 意思決定支援者の態度
- ◎ 意思決定支援者との信頼関係、立ち会う者との関係性への配慮
- ◎ 意思決定支援と環境

意思形成支援

:適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援

+

意思表示支援

:形成された意思を適切に表明・表出することへの支援

+

意思実現支援

:本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援

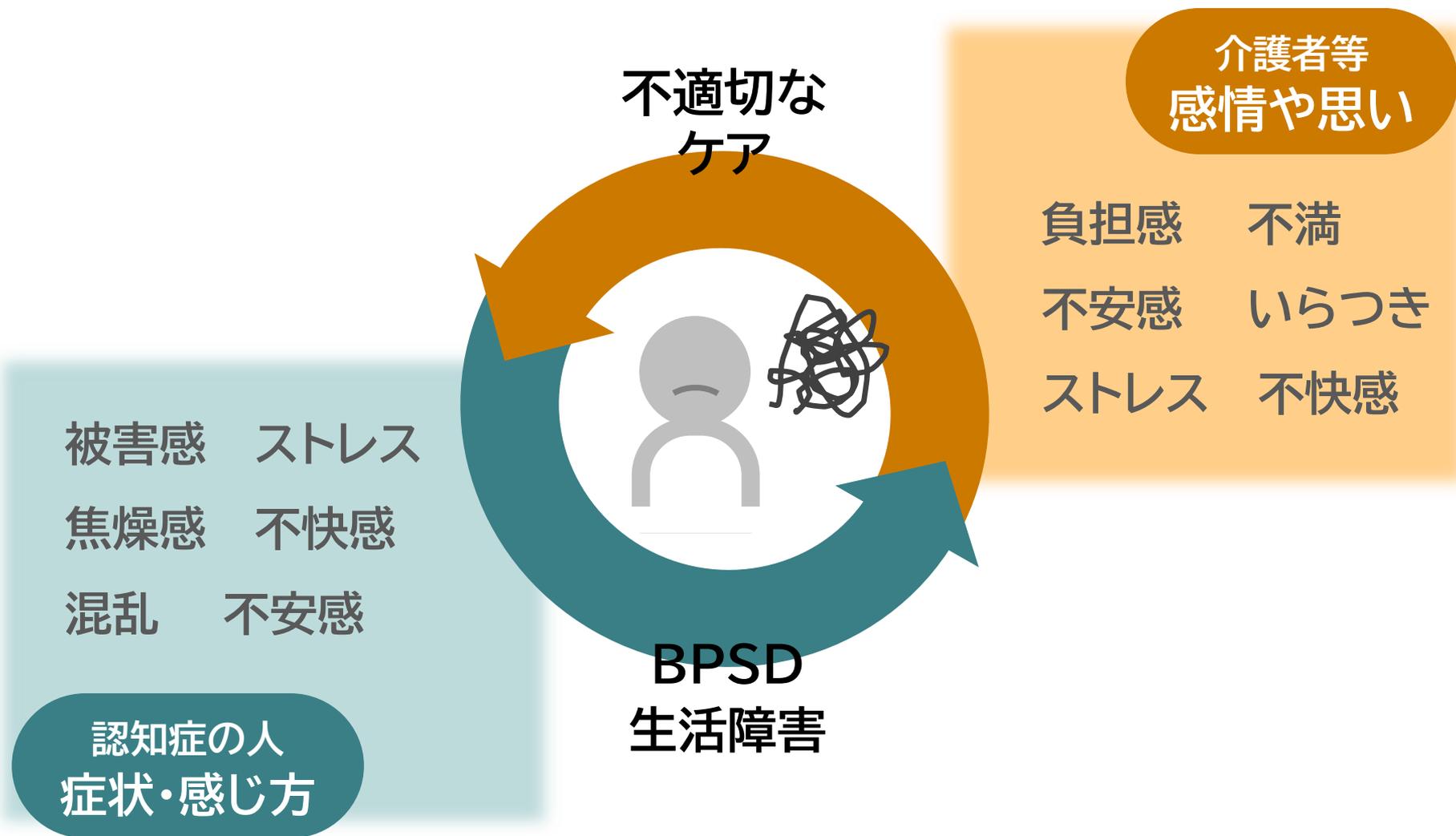
チームでの会議も併用・活用

意思決定支援のプロセスの記録、確認、振り返り

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

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、認知症の人で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

◎ 定期的の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
- ・ 睡眠時周期性四肢運動障害
- ・ 概日リズム睡眠－覚醒障害
- ・ レストレスレッグス症候群
- ・ レム期睡眠行動異常症
- ・ 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

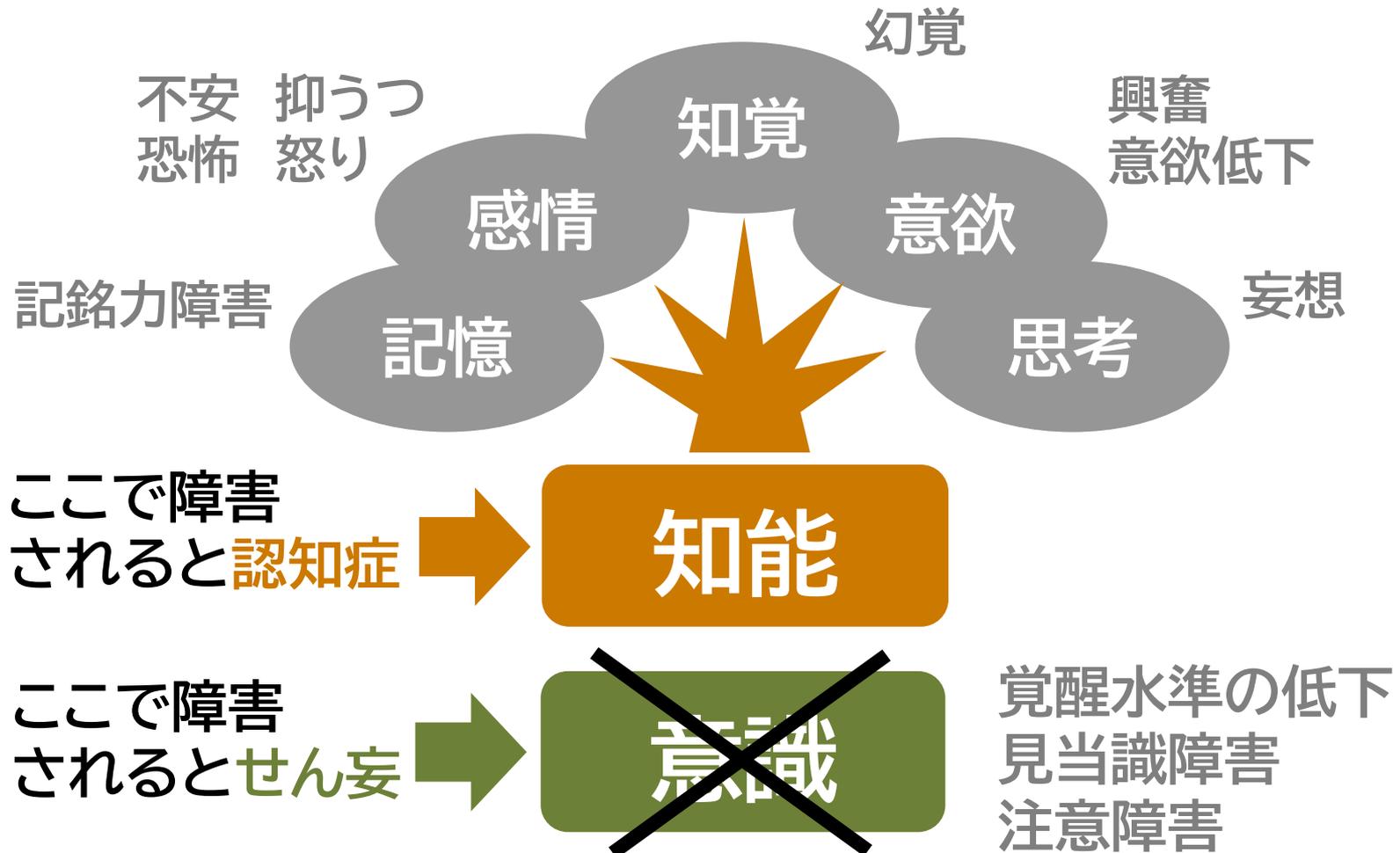
〔対応力30〕

- **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〕

- **せん妄の直接的な原因への対処**
 - ▶ 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
- **せん妄の間接的な原因への対処**
 - ▶ 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
 - ▶ 身体拘束の必要性と解除に向けた検討
 - ▶ 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