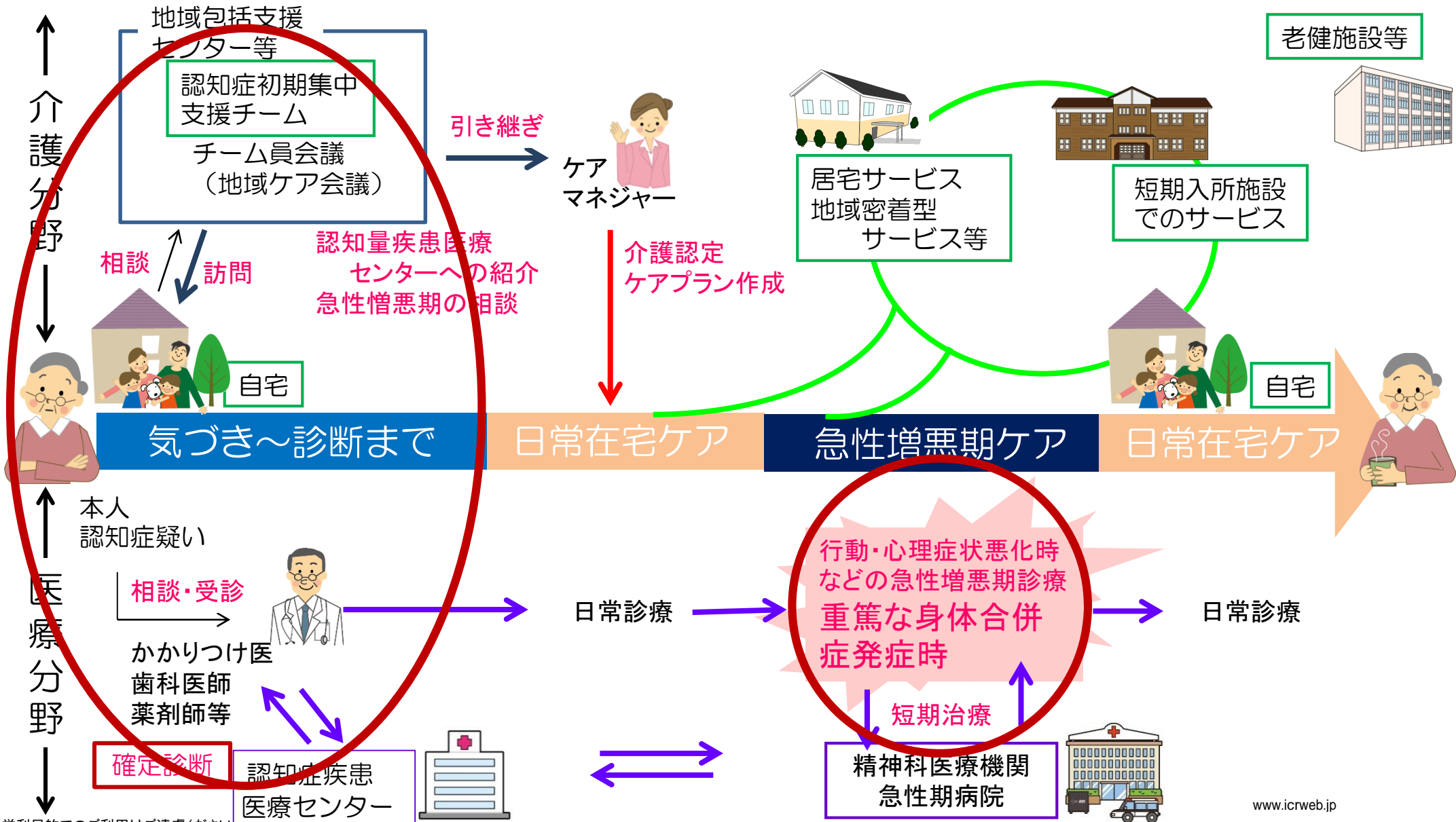


JH認知症シリーズ

認知症対応多職種チーム  
ー病院内多職種チームの役割と活動ー

国立長寿医療研究センター  
鷺見 幸彦

# 認知症 ケアパスの中で足りないところ



# 症例

**X0代 女性**

**主訴 大声をだす**

**現病歴 X-5年 もの忘れが目立つようになってきていたようだが年のせいと思われていた。**

**X-1年 家族がものを盗っていったという。買い物にいかなくなった。**

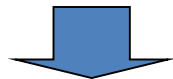
**近くに住む長女が心配して、総合病院受診。軽いアルツハイマー型認知症といわれた。なんとか独居で生活を続けていた。**

**X年自宅で倒れて動けなくなっているところを発見され、救急車で緊急入院。大腿骨頸部骨折と診断され、翌日緊急手術となった。**

**術後経過は良好だったが、術後3日目から、点滴ルートを引き抜く、夜間大声をだし、ベッドから降りようとする。日中はうとうととしているが、夜になると大声をだす。おむつ交換に行った看護師を罵倒し、なぐりかかったり、かみつこうとする。**

# 認知症・せん妄サポートチーム： Dementia & Delirium Support Team (D<sup>2</sup>ST)

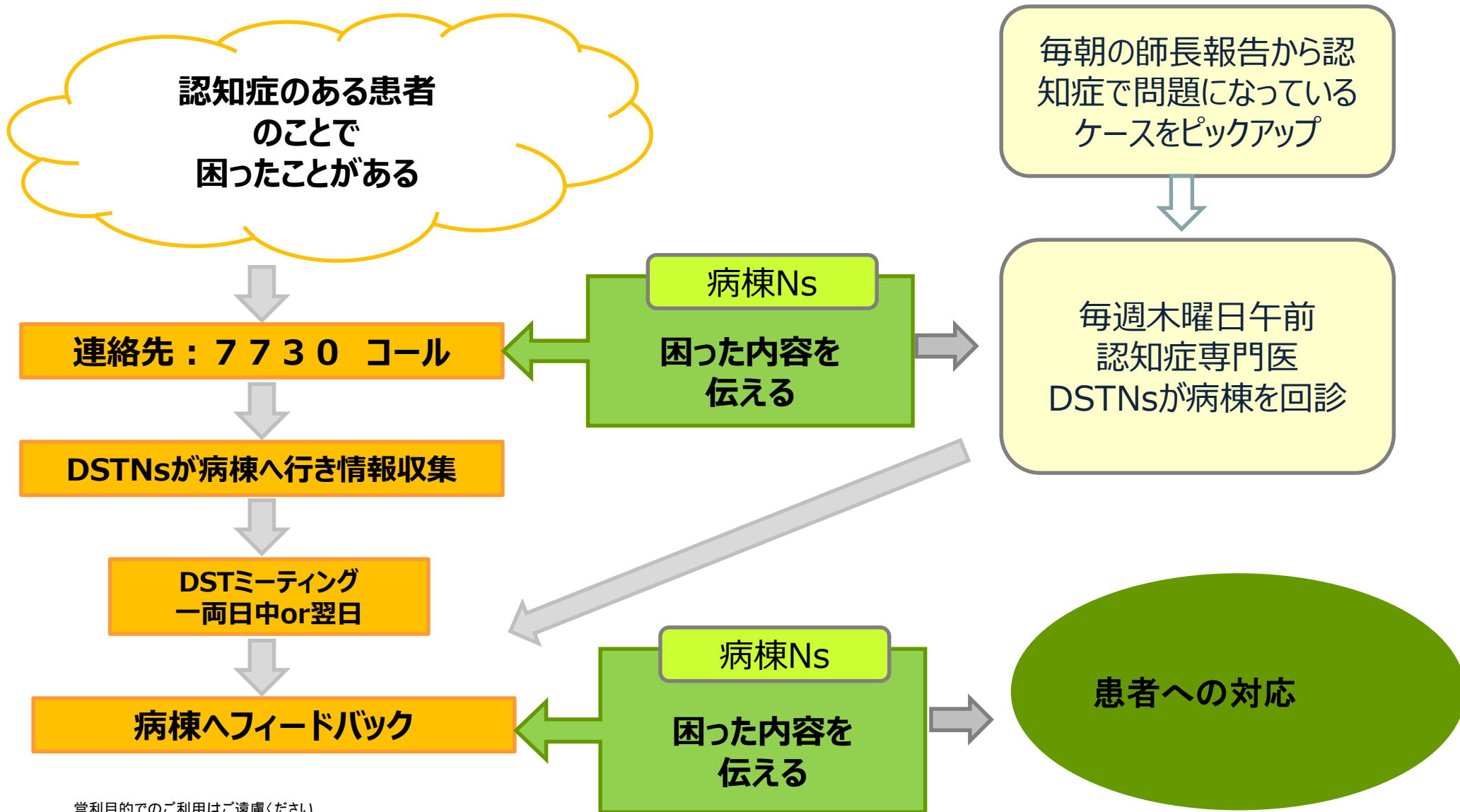
## 様々な原因によって入院した認知症患者を診療する 医療スタッフへのサポート



- ① 認知症専門医、認知症認定看護師、老人看護専門看護師  
認知症病棟師長 薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士で構成
- ② 入院患者の中の認知症患者評価、病棟内での看護アドバイス
- ③ 認知症身体合併症治療病棟転棟の適応判断



# 認知症サポートチームDementia Support Team (DST) ラウンドの流れ



# 相談内容は お助け要請用紙 に記載

FileMaker Pro  
 ファイル(F) 編集(E) 表示(V) 挿入(I) 書式(M) レコード(R) スクリプト(S) ウィンドウ(W) ヘルプ(H)

作成日時: 平成25年 5月30日(木) 11:13:08 発行 幸彦  
 更新日時: 平成25年 6月27日(木) 11:10:30 発行 幸彦

印刷する | 削除する | ウィンドウを閉じる

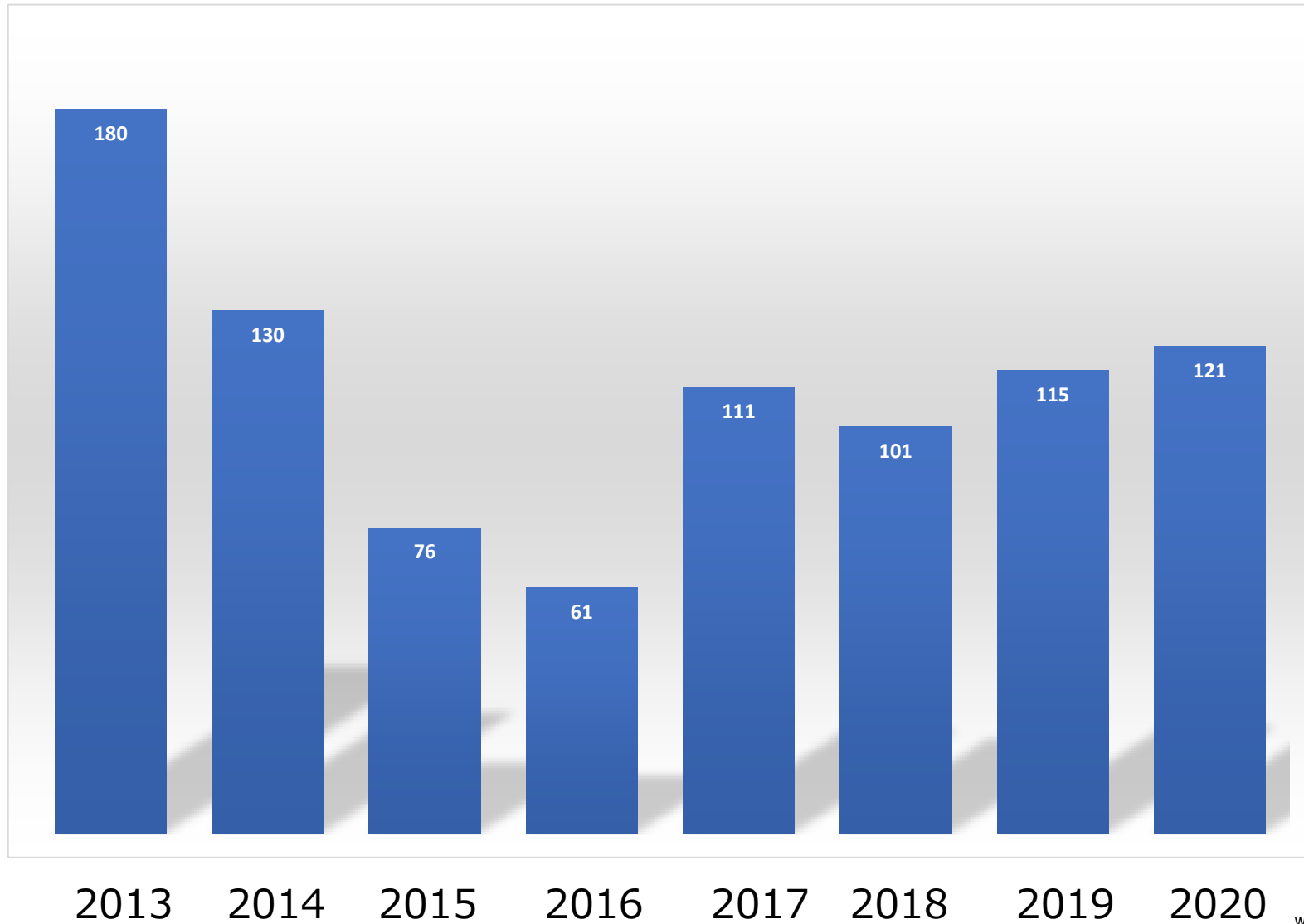
## お助け要請用紙

病棟名	中5	病室		記録者氏名	賀見 幸彦	記録日	平成25年 5月30日
入院日	平成25年4月25日						
患者ID	0002513355		年齢	85			
フリガナ	上野マサヒコ		性別	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女			
患者氏名	[REDACTED]						
主科	整形外科		外科	脳外科			
	その他		(< >)				
疾患名	脳梗塞 脳梗塞		主治医	尾崎 健一			
認知症の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 当院での診断はないが認知症あり						
認知症の場合	<input checked="" type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input checked="" type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input checked="" type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input checked="" type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input checked="" type="checkbox"/> その他						
副科(認知症診している医師)							
Barthel Index	点	看護度	A-I	A-II	A-III	A-IV	
			B-I	B-II	B-III	B-IV	
			C-I	C-II	C-III	C-IV	
現在困っている点 DST要請理由	<input checked="" type="checkbox"/> ルートトラブル	<input checked="" type="checkbox"/> 離床					
	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒・転落リスク	<input checked="" type="checkbox"/> 暴言・暴力					
	<input checked="" type="checkbox"/> せん妄	<input checked="" type="checkbox"/> 落ち着きがない					
	<input checked="" type="checkbox"/> 大声	<input checked="" type="checkbox"/> ケア拒否					
	<input checked="" type="checkbox"/> 抑うつ・意欲低下	<input checked="" type="checkbox"/> 食事量低下・拒食					
	<input checked="" type="checkbox"/> 帰宅要求	<input checked="" type="checkbox"/> 不眠					
	<input checked="" type="checkbox"/> 妄想	<input checked="" type="checkbox"/> せん妄予防					
	<input checked="" type="checkbox"/> 退院困難						
	<input checked="" type="checkbox"/> その他						
	<input checked="" type="checkbox"/> お楽しみボックス利用 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) <input checked="" type="checkbox"/> リハビリテーション ( <input checked="" type="checkbox"/> PT <input checked="" type="checkbox"/> OT <input checked="" type="checkbox"/> ST ) <input checked="" type="checkbox"/> レクリエーション内容						

100% | ファウス |

Windows Taskbar: 緊急通知受信 | DSTラウンド | Microsoft ... | HOPE/EGMAIN... | FileMaker Pro

# 依頼件数の推移



# 過去4年間の対応に困っていること TOP10

	2017年	2018年	2019年	2020年
第1位	落ち着きがない	落ち着きがない	落ち着きがない	落ち着きがない
第2位	転倒・転落リスク	せん妄・予防	転倒・転落リスク	せん妄・予防
第3位	ルートトラブル	転倒・転落リスク	せん妄・予防	転倒・転落リスク
第4位	帰宅要求	不眠	不眠	ルートトラブル
第5位	不眠	ルートトラブル	ルートトラブル	不眠
第6位	せん妄・予防	暴言・暴力	大声	大声
第7位	暴言・暴力	大声	帰宅要求	帰宅要求
第8位	ケア拒否	ケア拒否	暴言・暴力	暴言・暴力
第9位	大声	食事量低下	ケア拒否	ケア拒否
第10位	離党	帰宅要求	食事量低下	食事量低下

**この3年間、困りごとの第1位～第5位までは不変**



# 症例 どのように対応したか

頸部骨折の術直後 普通なら痛みがあるはず  
⇒本人は訴えていなかった。⇒21時に定期的に  
消炎鎮痛剤の座薬を投与

術後昼間寝ているため食事が十分とれず。  
⇒覚醒している時間帯に家族から持ってきてもらったどら焼きを与え  
たところ喜んで食べる。

睡眠障害に対する治療薬のアドバイス 昼間の覚醒レベルを上げる  
工夫 午前中にリハ

表2 せん妄の予防とケア

## 1. せん妄の原因となる身体因子の調整

水分・電解質バランス 血圧 排泄 睡眠覚醒リズム  
疼痛 体温 空腹

## 2. 環境調整

感覚遮断状態の是正 慣れ親しんだものを周りに置く

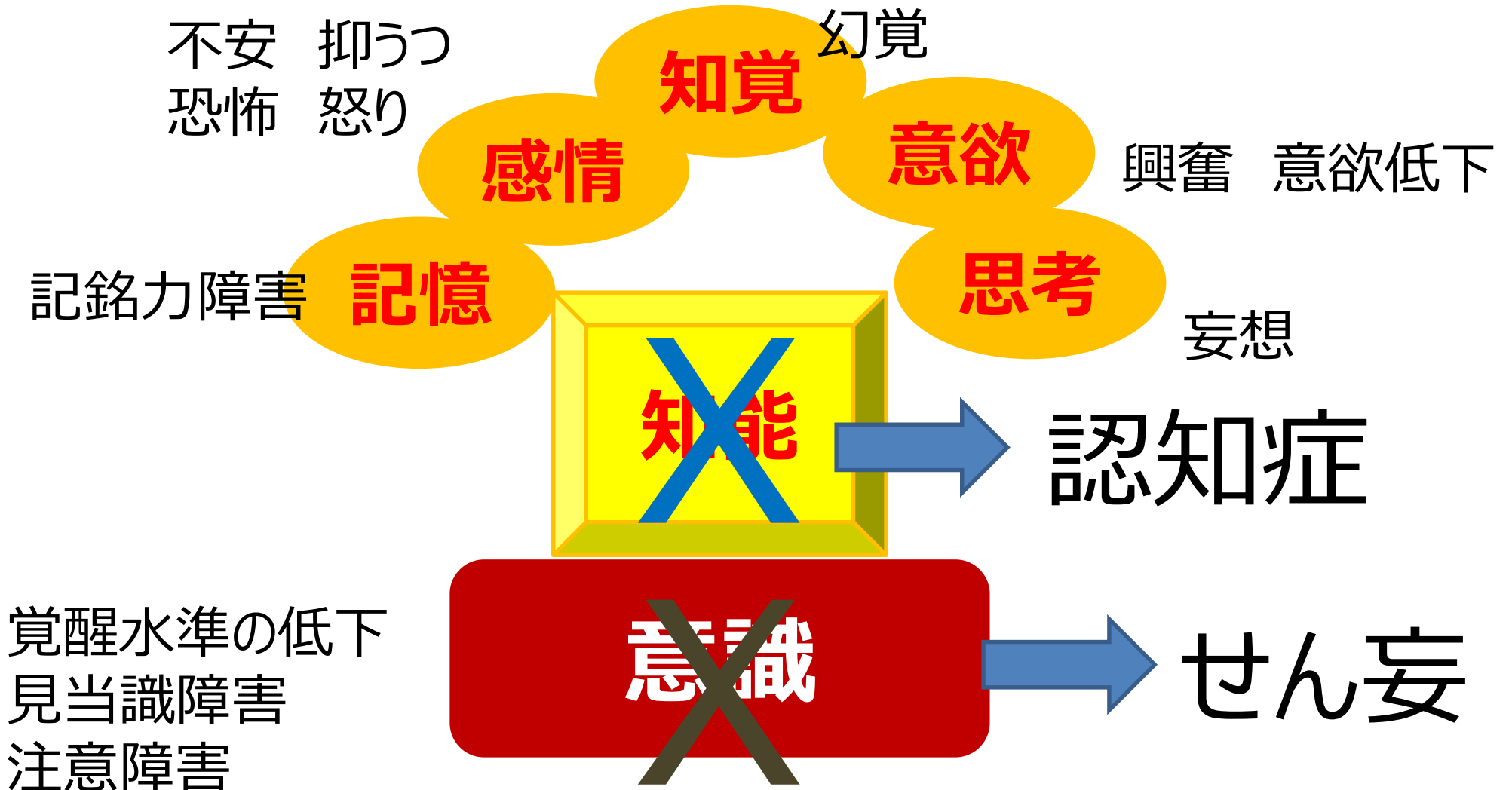
## 3. コミュニケーションの工夫

頻繁な声掛け ゆっくりとはっきりした声で  
一度に一つのことを  
現在の状態と治療について説明  
(理解できていないようでも案外効果あり)

## 4. 家族への援助

家族の不安への対処 一過性のできごとでずっと続かない

# せん妄とは



# せん妄を起こしやすい薬剤

向精神薬	向精神薬以外の薬剤
<p>抗精神病薬 （フェノチアジン系） 催眠剤・鎮静薬 （ベンゾジアゼピン系） 抗うつ薬 （三環系抗うつ薬）</p>	<p>抗パーキンソン病薬 抗てんかん薬 循環器病薬（降圧薬、抗不整脈薬、利尿薬、ジギタリス） 鎮痛薬（オピオイド、NSAIDs） 副腎皮質ステロイド 抗菌薬 抗ウイルス薬 抗腫瘍薬 泌尿器病薬（過活動膀胱治療薬） 消化器病薬（H2受容体拮抗薬、抗コリン薬） 抗喘息薬 抗アレルギー薬（抗ヒスタミン薬） 総合感冒薬（抗コリン作用の強い抗ヒスタミン薬が使用されている）</p>

# 高齢者のせん妄予防チェックリスト(看護師用)

患者家族からの情報および検査結果により以下の項目についてチェックしてください

## 1. 主疾患

## 2. 合併精神神経疾患

- 脳血管障害・パーキンソン病・うつ病・統合失調症

- 1項目各5点

## 3. 合併身体疾患（該当項目に○をつける）

- 循環器疾患（高血圧、心不全、末梢循環不全）
- 呼吸器疾患（肺炎、COPD、肺がん）
- 代謝内分泌疾患（糖尿病、甲状腺機能異常）
- 腎不全
- 肝機能異常（GOT, GPT, ALPのどれかが50%以上の高値）
- 貧血（ヘモグロビン10g/dl以下）
- 低栄養（アルブミン3g/dl以下）
- 脱水

○のかず（ ）個

1個1点

## 4. 感覚障害

- 日常生活に支障が出るほどの視覚障害・聴覚障害のいずれかあるいは両方 5点

- ## 5. 認知症
- 入院前に今日の日付が判らないほどの認知症の症状があった 10点

## 6. 既往歴

- 以前、入院中に興奮・多動があらわれたことがある。 10点

## 7. 使用薬物

- 抗パーキンソン剤
- 向精神薬
- 降圧薬 1個1点

## 8. 年齢

- 80歳以上 該当すれば1点

**総合点数 10点以上で術前より予防的介入をおこなう。**

# せん妄の予防とケア

## 1. せん妄の原因となる身体因子の調整

水分・電解質バランス 血圧 排泄 睡眠覚醒リズム  
疼痛

## 2. 環

感覚

## 3. コ

頻

一

現

案

対応ポイントは3つ

1. 痛み

2. 空腹

3. 昼夜逆転

置く

ようでも

## 4. 家族への援助

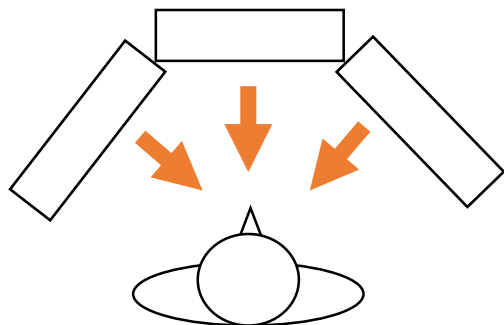
家族の不安への対処 一過性のできごとですずっと続かない

# 高照度光療法

朝、太陽光または**高照度光療法器具**を使用して2500ルクス以上の光を**目から取り入れる**ことにより体内時計を調整し生体リズムを整える治療法

## 設置方法

- できるだけ正面に近いところにブライトライトを設置する。
- 正面から左右にずらした場合でも、左右45度以内に設置する。



## 照射距離と照射時間

- 強い光であれば短い時間で済み、弱い光であれば照射時間は長くなる。
- 下記の表を目安として、楽に光を浴びることができる姿勢・距離を調節して使用時間を決めることとなります。

使用時間	照射距離	照度
30分	20~30cm	10000ルクス
60分	40~50cm	5000ルクス
120分	60~70cm	2500ルクス

ブライトライト株式会社ホームページより

# お楽しみBOX





介護施設、一般病院での認知症対応に明日から役立つ

症状別  
チャート  
図解付き!

# BPSD 改訂版 初期対応ガイドライン

編集：服部 英幸 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 精神科部長  
著者：精神症状-行動異常(BPSD)を示す  
認知症患者の初期対応の指針作成研究班

## Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

### 在宅支援のための 認知症 BPSD 対応ハンドブック

編集：服部 英幸 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター  
精神診療部長

ライフ・サイエンス

オールカラー

# 認知症ケア ガイドブック

編集 国立研究開発法人日本看護協会



GUIDEBOOK FOR

## すぐに役立つ せん妄の 対応実践講座

編集 水上勝義 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 教授  
高瀬義昌 医療法人社団望高会たかぎクリニック 理事長



医学と看護社

## はじめての認知症看護

あなたの患者さんが認知症だったらどうする?

監修 鷺見幸彦

国立長寿医療研究センター 副院長



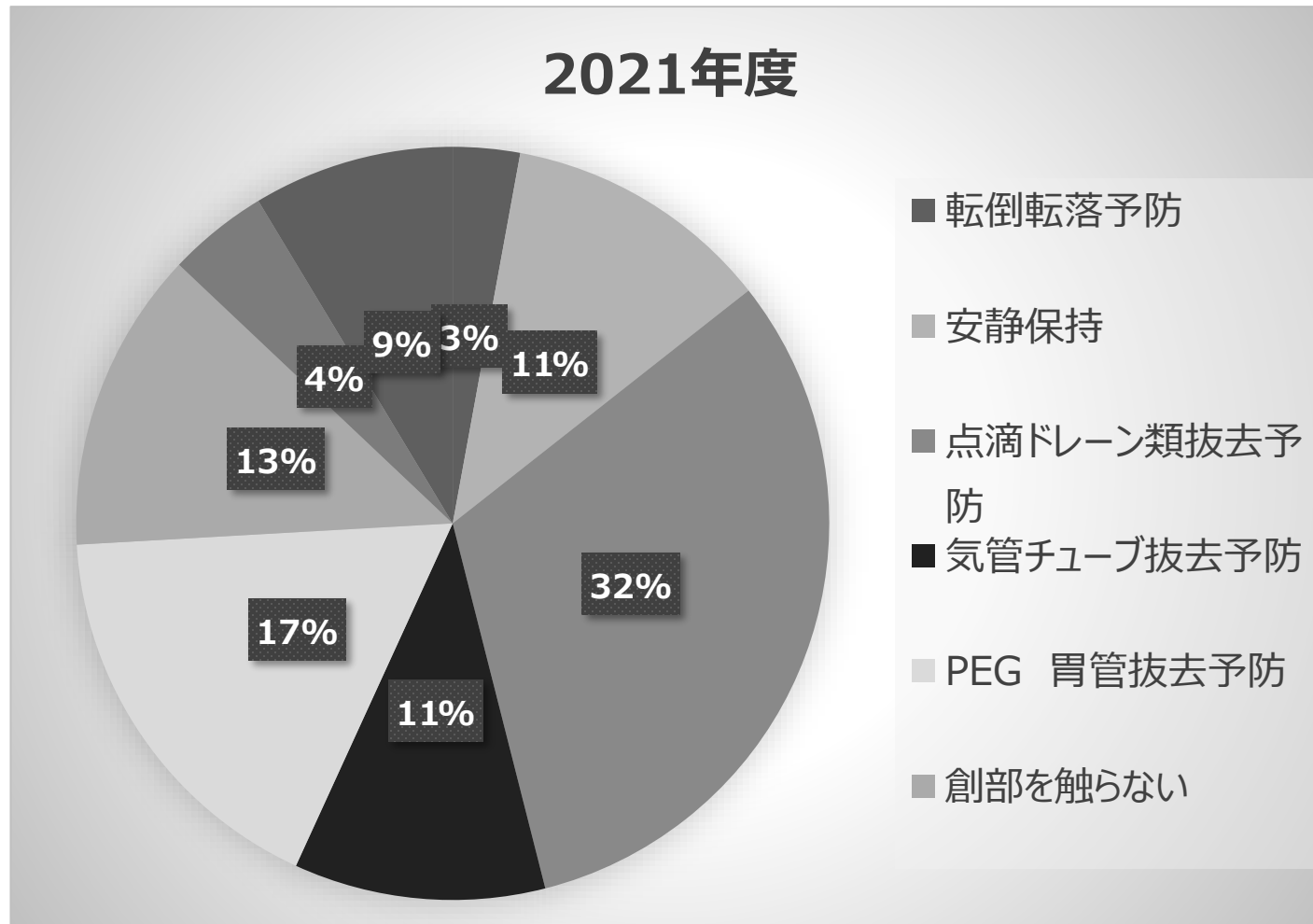
www.icrweb.jp

営利目的でのご利用はご遠慮ください

# 年度別身体拘束割合（％）（抑制延べ日数/述べ入院患者数）

	整形外科 内科	HCU 外科 内科 急性期	内科 急性期	回復期 リハ	内科 亜急性期	地域包括ケ ア	認知症 対応病棟	全体
2021年度	1	8	4	4	2	1	7	3.29
2020年度	0.48	5.74	2.45	7.77	4.35	0.47	4.93	3.64
2019年度	0.95	6.24	4.07	2.39	2.85	1.11	3.11	2.88

# 身体拘束の理由



# 平成28年度診療報酬改定

## 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた 認知症患者への適切な医療の評価について

(1)身体疾患により入院した認知症患者に対する病棟の対応力及びケアの質の向上を図るため、病棟での取組及び多職種チームによる介入を評価する。

# 令和2年度診療報酬改定

## せん妄ハイリスク患者ケア加算

急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟において、  
すべての入院患者に対してせん妄のリスク因子の確認を行い、  
ハイリスク患者に対し、**薬物を使用せずに**、  
「せん妄対策」を実施した場合に算定  
入院中1回 100点

# DST主催院内研修 開催ポスター

DST主催 院内研修会

## せん妄に対する治療・ケア

～もう明日から大丈夫！しっかり見極め、すぐ対応!!～



- ◇ DSTについて
  - ◇ せん妄とは、せん妄の診断・治療、認知症との違い
  - ◇ せん妄のアセスメント、せん妄に対する具体的なケア
- ※2回とも同じ内容です

1回目・・・2012年10月18日(木)

2回目・・・2012年10月23日(火)

【時間】17:30～18:30

【場所】研究所2階会議室

講演会のご案内

## 認知症ケアメソッド Humanitude ユマニテュード



フランス発 認知症ケアメソッドの講師が来日!!



ユマニテュードに基づく実際のベッドサイドでの

具体的な実践方法について、ご講演いただきます。選択もあります。

院内各部署みなさまのご出席をお待ちしています。

日時 2013年8月2日(金) 17:00～18:30

場所 研究棟2階 大会議室

講師 Yves Gineste (イヴ・ジネスト) 先生

(ジネスト・マレスコッティ研究所)

本田美和子先生

(NHO 東京医療センター総合内科)

盛真知子先生

(NHO 東京医療センター看護部)

フランス籍講師  
高野勢子氏

主催 高齢看護開発チーム認知症ケアチーム  
共催 Dementia Support Team (DST)

営利目的でのご利用はご遠慮ください

## せん妄の基礎知識

日ごろ対応に悩むことが多く、認知症との見極めも難しい「せん妄」をテーマに、研修会を開催します。全部署・全職種での参加が可能です。多数のご参加をお待ちしております。

多部門・多職種で共有していきましょう!

講師:精神診療部長 服部英幸先生

内容:せん妄に関する講義と事例検討

日時:2016年12月21日(水)

17:30～18:30

場所:第1研究棟2階 大会議室

対象:全職員

★ 資料準備のため、恐れ入りますが、各部署の参加者を12月9日(金)までにお知らせください(当日参加もOKです)。

★ 申込用紙提出先  
研修センター 高橋 (PHS 7759)  
もしくは、総務課内 長寿医療研修センターラテケース内



主催 認知症・せん妄ケアサポートチーム

## 認知症チームセミナー

日時 2月2日(木) 17:30～18:30

場所 第1研究棟2階 大会議室

内容 パーソンセンタードケア

～認知症の**人**としてケアをする～

他 DST報告

認知症ケア加算について



# 認知症 **適** 病院

愛知県  
「認知症対応モデル病院事業」

平成26年

東海記念

公立陶生

済衆館

名鉄病院

千秋

津島市民

国立長寿

豊田地域

岡崎市民

碧南市民

豊橋市民

蒲郡市民

知多厚生

平成27年

岩倉

旭労災

五条川リハ

大雄会

海南

トヨタ記念

西尾市民

新城市民

豊川市民

小嶋

平成28年

春日井リハ

日進おりど

光寿会リハ

一宮市民

あま市民

豊田厚生

宇野

刈谷総合

光生会

西知多

平成29年

春日井市民

愛知国際

はるひ呼吸

稲沢市民  
稲沢厚生  
木曽川市民

足助

安城更生

弥生

市立半田

平成30年

北津島

岡崎共立

成田記念

常滑市民

愛知県  
二次医療圏

尾張北部

尾張東部

尾張中部

尾張西部

海部

西三河  
北部

西三河  
南部東

西三河  
南部西

東三河  
北部

東三河南部

知多半島

愛知県内  
100床以上一般総合病院  
162病院の1/3が参加

営利目的でのご利用はご遠慮ください

# 一般病院での認知症対応のための 体制整備の要点

- 職員の教育と人材育成を行う
- 認知症を理由にした入院の拒否や治療の消極化をしないという理念を確認し、院内の多職種連携・協働をすすめる
- 入院時の情報収集（日頃の暮らし方）を積極的に行い、関係者間で共有し、関わりに活かす
- 認知症を専門にするチームや人材の配置・支援を図る
- 地域包括ケアシステムを理解し、地域の情報を取り入れ、関係機関との連携・協働体制をつくる



# まとめにかえて 各職種の強みーなぜ多職種か

**看護職**：なんとといっても病棟で患者さんに接する最前線にいて最も苦勞している看護師さんのことが理解できる。アドバイザーでもあり、ほめ上手であることがポイント

**薬剤師**：高齢者の薬物動態や、薬の相互作用、医師の専門外の投与薬剤の情報を教えてくれる。

**作業療法士**：看護師とは違う側面から患者さんと多くの時間を過ごしている。非薬物療法やリハビリ時の情報をもつ。

**精神保健福祉士**：退院に向けて必要とするサービスについての情報や入院前の情報収集

**医師**：診断や病態の把握、薬物療法のアドバイス。

# せん妄・BPSDの治療は 家族も含めた 多職種で対応することが 極めて重要

本発表についてご協力いただいた  
国立長寿医療研究センター 精神科部長 安野史彦先生 岡田佑介先生  
認知症看護認定看護師 竹内さやかさん 萩原淳子さん  
国立病院機構東名古屋病院看護師長 佐々木千佳子さん  
に深謝申し上げます。