

第 2 部 解析結果

1. 回答者の基本属性

1) 保有資格と性別(図 2-1-1, 図 2-1-2, 図 2-1-3)

全回答者は 111 名であった。保有資格は老人看護専門看護師(以下;CNS)40名(男性 7.5%、女性 92.5%)、認知症看護認定看護師(以下;CN)71名(男性 15.5%、84.5%)であった。回答者全体の男女比は、男性 12.6%、女性 87.4%であった。

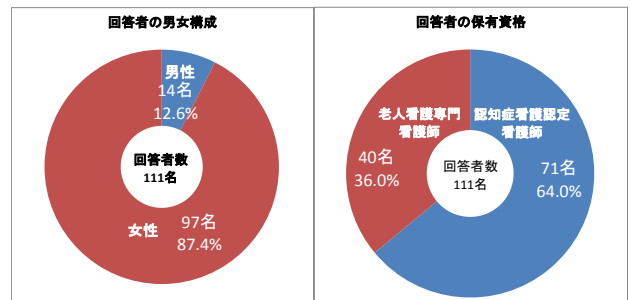


図 2-1-1 回答者の男女構成 図 2-1-2 回答者の保有資格

2) 年齢

全回答者の平均年齢は 42.5 歳(SD6.6)であった。

3) その他の保有資格(表 2-1-1)

回答者が保有する CNS、CN 以外の資格には、認知症ケア専門士 15 名、救急救命士 2 名、呼吸療法士 4 名などがあつた。

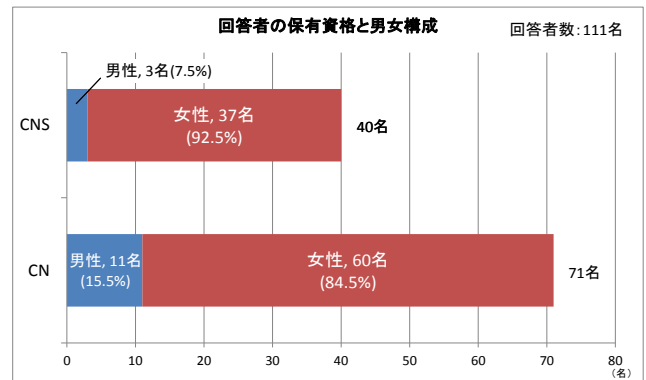


図 2-1-3 回答者の保有資格と男女構成

表 2-1-1 回答者の保有資格

回答者数: 111 名		
保有資格	老人看護専門看護師(CNS)	40名(36.0%)
	認知症看護認定看護師(CN)	71名(64.0%)
その他保有資格 (複数回答)	認知症ケア専門士	15名
	救急救命士	2名
	呼吸療法士	4名
	介護支援専門員	3名
	糖尿病療養指導士	1名
	社会福祉士	2名

4) これまでの臨床経験年数(表 2-1-2)

常勤換算 10~520 ヶ月(43 年 4 ヶ月)に分布し、平均 208.7 ヶ月(17 年 4.7 ヶ月)(SD80.3)であった。

5) 現在の所属機関での臨床経験年数(表 2-1-2)

常勤換算で 0~360 ヶ月(0~30 年)に分布し、平均 118.7 ヶ月(SD89.4)であった。

6) CNS・CN としての臨床経験年数(表 2-1-2)

常勤換算で 1~250 ヶ月(1~20 年 10 ヶ月)に分布し、平均 38 ヶ月(SD38.4)であった。

7) 現在の勤務形態(図 2-1-4)

常勤が 108 名(97.3%)、パート、アルバイト等の非常勤が 3 名(2.7%)であった。

表 2-1-2 回答者の臨床経験年数(常勤換算)

	平均(SD)	最小	最大
全臨床経験年数	208.7(80.3)	10	520
現在の所属の臨床経験年数	118.7(89.4)	0	360
CNS,CN としての臨床経験年数	38.0(38.4)	1	250

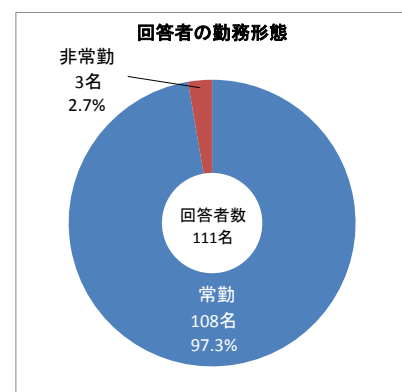


図 2-1-4 回答者の勤務形態

8) 現在の職位(図 2-1-5)

スタッフ 53 名(47.8%)、主任・副師長相当職 35 名(31.5%)、師長相当職 17 名(15.3%)、副部長相当職 4 名(3.6%)、部長相当職 2 名(1.8%)であった。

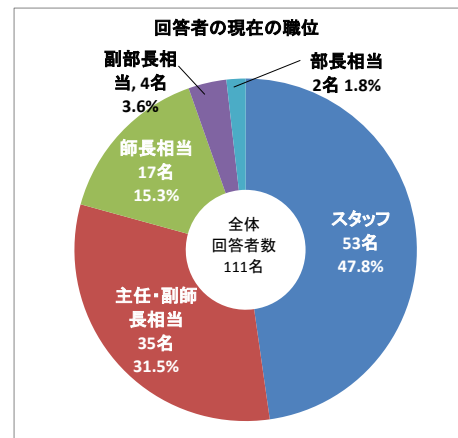


図 2-1-5 回答者の現在の職位

9) 勤務の形態(表 2-1-3)

病棟配属でスタッフとして勤務する者 47 名(36.2%)、病棟配属の管理者(主任、師長など)28 名(21.5%)、看護部所属で院内でフリーに勤務する者 14 名(10.8%)、外来配属でスタッフとして勤務する者・外来配属の管理者(主任、師長など)として勤務する者各 1 名(0.8%)、看護部所属で教育・管理業務の者 14 名(10.8%)、その他 25 名(19.2%)であった。

表 2-1-3 回答者の勤務の形態(複数回答)

		n=130	
病棟配属	管理者	28 名(21.5%)	75 名(57.7%)
	スタッフ	47 名(36.2%)	
看護部所属	教育・管理業務	14 名(10.8%)	28 名(21.5%)
	院内フリー	14 名(10.8%)	
外来配属	管理者	1 名(0.8%)	2 名(1.6%)
	スタッフ	1 名(0.8%)	
その他		25 名(19.2%)	

2. 勤務している機関の特性について

1) 設置主体(図 2-2-1)

国立 6 名(5.4%)、公立(県立・市立・町立など)15 名(13.5%)、学校法人 10 名(9.0%)、医療法人 34 名(30.6%)、社会福祉法人 9 名(8.1%)、一般社団法人 6 名(5.4%)、公益法人 13 名(11.7%)、株式会社 4 名(3.6%)、その他 14 名(12.6%)であった。

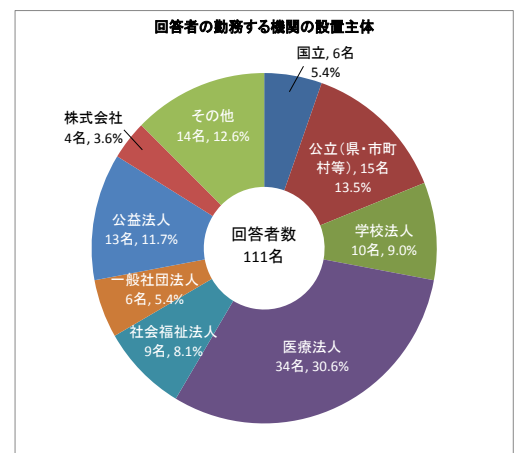


図 2-2-1 回答者の勤務する機関の設置主体

2) 勤務する機関の種類(図 2-2-2)

大学附属病院 12 名(10.8%)、がん拠点病院 8 名(7.2%)、ナショナルセンター1 名(0.9%)、一般病院 45 名(40.5%)、精神科病院 8 名(7.2%)、療養型病院/病床 12 名(10.8%)、有床診療所 0 名、無床診療所 6 名(5.4%)、介護老人保健施設 2 名(1.8%)、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)4 名(3.6%)、訪問看護ステーション 0 名、その他 13 名(11.7%)であった。

回答者のうち 94 名(84.7%)は医療機関(老人保健施設を含む)に勤務していた。

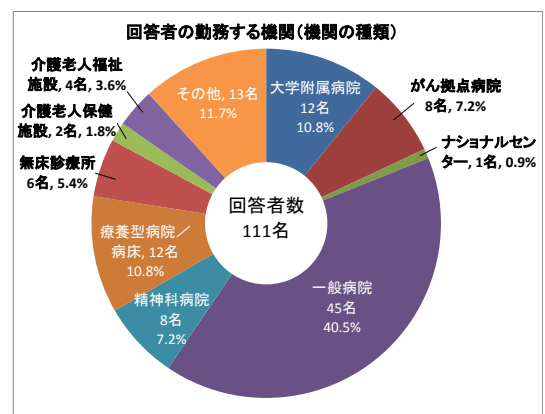


図 2-2-2 回答者の勤務する機関の種類

3) 勤務する医療機関の病床数と内訳(表 2-2-1)

平均病床数は 431.6 床(SD261.2)である。医療機関の種類別では、医療保険療養病床 242.5 床、介護保険療養病床 79.0 床、一般病床 383.8 床、老人性認知症疾患療養病床 96.1 床、結核病床 7.2 床、感染症病床 3.1 床、精神病床 94.0 床、回復期リハビリテーション病床 42.9 床、ICU9.4 床、HCU9.7 床、ホスピス 7.9 床、その他 27.9 床であった。

表 2-2-1 勤務する医療機関の病床数と内訳

機関全体	(床)		
	平均病床数(SD)	最小	最大
医療保険療養病床	242.5(301.8)	0	1358
介護保険療養病床	79.0(89.7)	0	205
一般病床	383.8(398.2)	0	2620
老人性認知症疾患療養病床	96.1(112.2)	0	240
結核病床	7.2(14.0)	0	50
感染症病床	3.1(4.2)	0	15
精神病床	94.0(105.6)	0	468
回復期リハビリテーション病床	42.9(46.4)	0	236
ICU	9.4(9.0)	0	36
HCU	9.7(9.1)	0	27
ホスピス	7.9(11.2)	0	28
救急病床	33.3(11.7)	20	42
その他	27.9(38.7)	0	132

4) 患者ケアの看護体制(複数回答)(図 2-2-3)

固定チームナーシング 57 名(48.3%)、非固定チームナーシング 9 名(7.6%)、プライマリナーシング(受け持ち制)32 名(27.1%)、モジュール型看護方式 4 名(3.4%)、機能別看護方式 11 名(9.3%)、その他として、パートナー型 4 名(3.4%)、小チーム共同型 1 名(0.8%)であった。

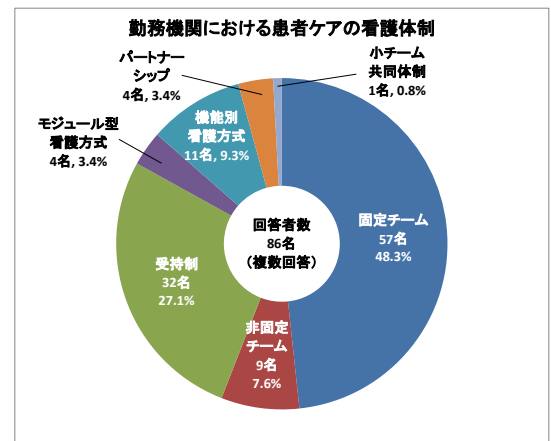


図 2-2-3 勤務機関における患者ケアの看護体制

5) 所属機関の専門職員数(常勤換算)(表 2-2-2)

各機関の常勤換算の専門職員の平均人数は、医師 68 名(SD171.6)、看護師 303.5 名(SD297.1)、准看護師 14.9 名(SD17.4)、薬剤師 15.3 名(SD14.9)、理学療法士 17.0 名(SD23.1)、作業療法士 9.2 名(SD12.2)、言語聴覚士 3.6 名(SD4.3)、管理栄養士 5.0 名(SD5.4)、放射線技師 12.3 名(SD12.3)、看護補助者 31.7 名(SD31.6)、介護職員 43.4 名(SD77.2)、社会福祉士 4.6 名(SD5.3)、介護支援専門員 5.0 名(SD14.8)、その他 57.4 名(SD87.4)であった。

表 2-2-2 所属機関の専門職員数(常勤換算)

	回答数	平均人数(SD)
医師数	68	96.1(171.6)
うち		
精神科医	62	3.9(6.3)
神経内科医	60	3.3(5.3)
老年科医	42	0.5(0.9)
看護師	76	303.5(297.1)
准看護師	67	14.9(17.4)
薬剤師	72	15.3(14.9)
理学療法士	70	17.0(23.1)
作業療法士	73	9.2(12.2)
言語聴覚士	66	3.6(4.3)
管理栄養士	67	5.0(5.4)
放射線技師	70	12.3(12.3)
看護補助者	63	31.7(31.6)
介護職員	52	43.4(77.2)
社会福祉士	60	4.6(5.3)
介護支援専門員	47	5.0(14.8)
その他	45	57.4(87.4)

6) 入院基本料の看護体制(図 2-2-4)

回答件数は 64 件あり、以下の通りであった。

- ・ 15 対 1 入院基本料 3 件(4.7%)
- ・ 13 対 1 入院基本料 2 件(3.1%)
- ・ 10 対 1 入院基本料 9 件(14.1%)
- ・ 7 対 1 入院基本料 50 件(78.1%)

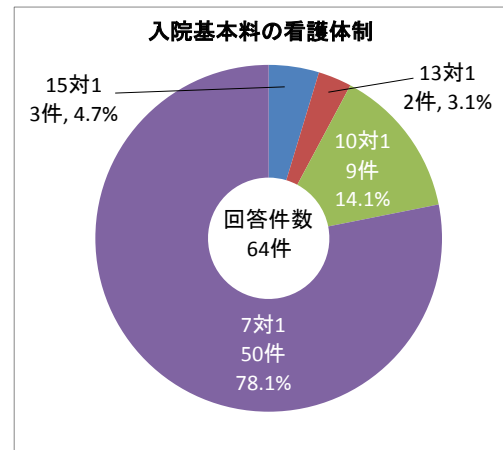


図 2-2-4 入院基本料の看護体制

7) 2014 年 2 月 1 ヶ月間の院内の全入院患者数(表 2-2-3)

平均 1347.3 名(SD3255.8)であった。

8) 2014 年 2 月 1 ヶ月間の院内の全退院患者数(表 2-2-3)

平均 341.8 名(SD377.7) であった。

表 2-2-3 院内の全入退院患者数(1 ヶ月あたり)

	回答数	平均値(SD)
全入院患者数	59	1347.3(3255.8)
全退院患者数	57	341.8(377.7)

9) 病棟/ユニット等の 1 看護ケア単位の病床数

平均 56.9 床(SD74.6) であった。

10) 医療機関全体の病棟/ユニット数

平均 13.2 病棟/ユニット(SD24.1) であった。

表 2-2-4 看護師の受け持つ患者数

	回答数	平均値(SD)
日勤帯	74	7.7(3.3)
夜間(深夜)勤務帯	74	23.4(13.4)

11) 日勤帯の看護師が受け持つ患者数(表 2-2-4)

平均 7.7 人(SD3.3) であった。

12) 夜間(深夜)勤務帯の看護師が受け持つ患者数(表 2-2-4)

平均 23.4 人(SD13.4) であった。

3. 病棟/ユニットの入院患者について

1) 2014年2月のある一日の入院患者の入院時の日常生活行動(ADL)の自立度(図 2-3-1)

全介助 18.2名、半介助 18.1名、自立 12.0名であった。

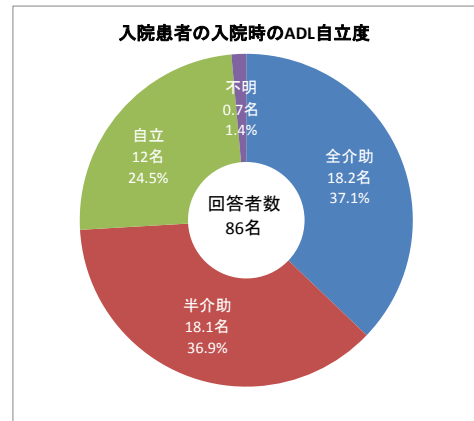


図 2-3-1 入院患者の入院時の ADL 自立度

2) 2014年1月のある一日の入院患者の入院時の介護保険制度の要介護度(図 2-3-2)

- 要介護 5 5.0 人
- 要介護 4 4.4 人
- 要介護 3 4.9 人
- 要介護 2 4.1 人
- 要介護 1 2.9 人
- 要支援 2 1.5 人
- 要支援 1 1.1 人
- 不明 13.0 人 であった。

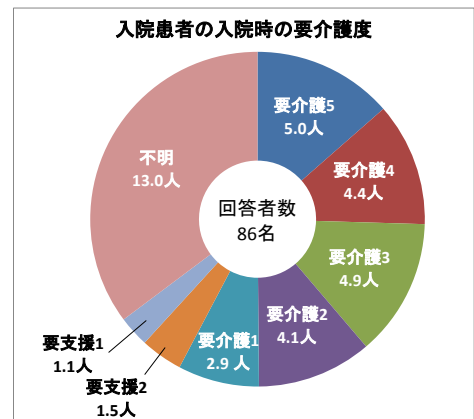


図 2-3-2 入院患者の入院時の要介護度

3) 2014年1月のある一日の入院患者のうち、認知症のない患者数、およびアルツハイマー病、またはアルツハイマー型認知症と診断を受けている患者の入院時の認知症の程度(FAST 分類)別の人数(表 2-3-1)

- 1. 正 常 18.0 人(20.9)
- 2. 年齢相応 4.6 人(8.3)
- 3. 境界状態 2.6 人(3.6)
- 4. 軽症認知症 2.8 人(2.8)
- 5. 中等認知症 4.0 人(4.2)
- 6. 高度認知症 5.4 人(6.4)
- 7. 重度認知症 5.2 人(7.8)

表 2-3-1 入院患者の入院時 FAST 分類別人数

FAST 分類	回答数	平均人数(SD)
正常	52	18.0(20.9)
年齢相応	39	4.6(8.3)
境界状態	40	2.6(3.6)
軽症認知症	44	2.8(2.8)
中等認知症	49	4.0(4.2)
高度認知症	54	5.4(6.4)
重度認知症	44	5.2(7.8)
不明	27	9.9(14.6)

表 2-3-2 入院患者の入院時の年齢階級別人数

	回答数	平均人数(SD)
64 歳以下	58	9.2(9.1)
65~74 歳	59	10.1(6.8)
75 歳以上	61	31.3(36.8)

4) 2014年1月のある一日の入院患者の入院時の年齢階級別人数(表 2-3-2、図 2-3-3)

- ・ 64 歳以下 9.2 名(SD9.1)
- ・ 65~74 歳 10.1 名(SD6.8)
- ・ 75 歳以上 31.3 名(SD36.8)

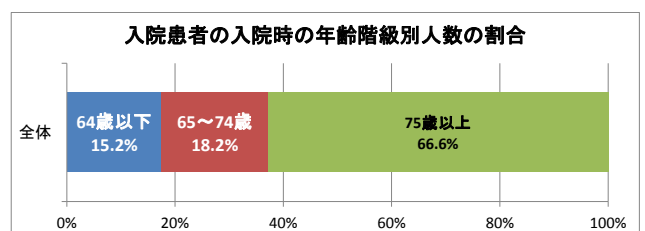


図 2-3-3 入院患者の入院時の年齢階級別人数の割合

5) 2014年1月のある一日の入院患者の入院直前の生活場所
(表 2-3-3)

自宅 28.3 名(SD16.8)、医療機関 9.6 名(SD13.1)、介護老人福祉施設 3.0 名(SD4.7)、介護老人保健施設 2.2 名(SD2.0)、グループホーム(認知症対応型共同生活介護) 1.2 名(SD2.1)、サービス付き高齢者向け住宅 0.8 名(SD2.0)、軽費老人ホーム(ケアハウス等)0.6 名(SD1.2)、有料老人ホーム、特定施設入居者生活介護 0.8 名(SD1.2)、特養 2.0 名(SD1.0)、障害者施設 1 名、他病棟 13.0 名(SD 0)、ホームレス 1.0 名(SD 0)、託老所 1.0 名(SD 0)、不明 8.3 名(SD20.4)であった。

表 2-3-3 入院患者の入院直前の生活場所

生活場所	回答数	平均人数(SD)
自宅	55	28.3(16.8)
医療機関	52	9.6(13.1)
介護老人福祉施設	45	3.0(4.7)
介護老人保健施設	42	2.2(2.0)
グループホーム	33	1.2(2.1)
サ高住	26	0.8(2.0)
軽費老人ホーム	24	0.6(1.2)
有料老人ホーム	34	0.8(1.2)
特別養護老人ホーム	3	2.0(1.0)
障害者施設	2	1.0(0.0)
他病棟	1	13.0(-)
ホームレス	1	1.0(-)
託老所	1	1.0(-)
不明	6	8.3(20.4)

6) 2014年2月のある一日の病棟/ユニットの患者の退院先
(表 2-3-4, 図 2-3-4)

入院前と同じ場所へ退院した者 8.8 名(SD11.8)、転院した者 2.7 名(SD4.8)、施設入所 2.8 名(SD7.5)、死亡退院 0.8 名(SD1.3) 不明 5.3 名(SD7.8)であった。

表 2-3-4 回答者が勤務する病棟/ユニットの患者の退院先

退院先	回答数	平均人数(SD)
入院前と同じ	49	8.8(11.8)
転院	39	2.7(4.8)
施設入所	34	2.8(7.5)
死亡退院	34	0.8(1.3)
不明	16	5.3(7.8)

7) 医療機関が診療報酬請求で算定したチーム医療の状況

表 2-3-5 に示したように、感染防止対策加算を算定した医療機関が 83.8%と最も多く、認知症関連の診療報酬を算定した機関は少なかった。

8) 2014年2月のある一日の認知症、または認知症が疑われる患者の状態について

表 2-3-6 に示したように、発症した BPSD の具体的な症状で最も多かったのは、活動障害(徘徊、常同行動、無目的な行動、不適切な行動)4.2 人(SD7.6)であり、続いて拒絶、ケアへの抵抗 3.2 人(SD5.0)であった。

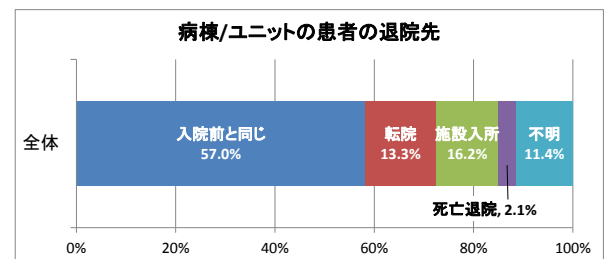


図 2-3-4 回答者が勤務する病棟/ユニットの患者の退院先

9) 2014年2月のある一日に、認知症等の患者へおこなった具体的なチーム医療の内容について

BPSD を発症した認知症等の患者、身体拘束を行った認知症等の患者、向精神薬を処方されている認知症等の患者、向精神薬が追加処方、または増量となった認知症等の患者、転倒・転落を生じた認知症等の患者、突然心血管イベントを生じた認知症等の患者、それら以外の急変を生じた認知症等の患者および、せん妄を発症した認知症等の患者へのチーム医療の具体的な内容は表 2-3-7a 表 2-3-7h に示した。

10) 認知症等(認知症の疑いを含む)の患者へのチーム医療の具体的な内容

回答者から得た内容を患者、チーム、看護師及び、施設における効果・利点などによって、分析、分類した内容を表 2-3-8 に示した。

表 2-3-5 勤務する医療機関が診療報酬請求で算定したチーム医療の状況

診療報酬名 (* P.62 に一部についての詳細を示した)	院内チームのある医療機関数	うち算定患者のあった医療機関数	チームのメンバーである回答者数	算定した患者の平均人数(人)
【230-4】精神科リエゾンチーム加算	9 (11.3%)	7 (8.8%)	10 (12.5%)	12.2(SD=13.4)
【A233-2】栄養サポートチーム加算	49 (62.8%)	22 (28.2%)	7 (9%)	9.2(SD=12.0)
【A242】呼吸ケアチーム加算	18 (22.8%)	10 (12.7%)	2 (2.5%)	0.5(SD=0.8)
【A236】褥瘡ハイリスク患者ケア加算	50 (62.5%)	28 (35%)	4 (5%)	16.5(SD=44.2)
【A234-2】感染防止対策加算	67 (83.8%)	39 (48.8%)	3 (3.8%)	107(SD=439.5)
【早期リハビリテーション加算】	22 (28.2%)	35 (44.9%)	2 (2.6%)	113.1(SD=291.3)
【H001】脳血管疾患等リハビリテーション料	22 (28.2%)	40 (51.3%)	2 (2.6%)	168.6(SD=445.4)
【H002】運動器リハビリテーション料	25 (32.1%)	41 (52.6%)	2 (2.6%)	162.9(SD=523.2)
【H003】呼吸器リハビリテーション料	21 (26.9%)	32 (41%)	0 (0%)	13.2(SD=28.0)
【H003-2】リハビリテーション総合計画評価料	30 (39%)	42 (54.5%)	3 (3.9%)	12.4(SD=17.8)
【H004】摂食機能療法	38 (47.5%)	39 (48.8%)	7 (8.8%)	40.3(SD=166.4)
【I015】重度認知症患者デイ・ケア料	2 (2.6%)	2 (2.6%)	1 (1.3%)	12.8(SD=10.2)
【A104 に加算】重度認知症加算	1 (1.3%)	1 (1.3%)	1 (1.3%)	9.0(SD=12.7)
【A233】栄養管理実施加算	25 (32.9%)	12 (15.8%)	0 (0%)	44.3(SD=52.0)
【A238-8】地域連携認知症支援加算	4 (5.3%)	0 (0%)	1 (1.3%)	-
【A238-9】地域連携認知症集中治療加算	1 (1.3%)	-	2 (2.7%)	-
【A240】総合評価加算	13 (17.6%)	16 (21.6%)	2 (2.7%)	24.5(SD=60.8)
【A314】認知症治療病棟入院料				
1. 認知症治療病棟入院料 1				
イ 30 日以内の期間	2 (2.9%)	4 (5.9%)	1 (1.5%)	1.6(SD=1.5)
ロ 31 日以上 60 日以内の期間	2 (3%)	3 (4.5%)	2 (3%)	4.2(SD=6.3)
ハ 61 日以上の期間	3 (4.5%)	0 (0%)	2 (3%)	17.0(SD=24.5)
2. 認知症治療病棟入院料 2				
イ 30 日以内の期間	-	-	1 (1.5%)	-
ロ 31 日以上 60 日以内の期間	-	-	1 (1.6%)	-
ハ 61 日以上の期間	-	-	2 (3.1%)	-
【238】認知症治療病棟退院調整加算	2 (2.9%)	1 (1.4%)	1 (1.4%)	-
【B005-1-2】介護支援連携指導料	21 (28.8%)	25 (34.2%)	4 (5.5%)	3.9(SD=5.5)
【B005】退院時共同指導料	23 (31.5%)	15 (20.5%)	2 (2.7%)	2.5(SD=2.8)
【238-2】急性期病棟等退院調整加算	19 (26.4%)	21 (29.2%)	4 (5.6%)	7.8(SD=9.2)
【介護保険】看取り介護加算	1 (1.4%)	-	0 (0%)	-

表 2-3-6 認知症、または認知症が疑われる患者の状態について

	患者数(人)	標準偏差
1) 行動心理兆候(BPSD)を発症した認知症等患者数(年齢は問わない)	10.8	23.3
具体的な行動心理兆候別の人数		
・焦燥、不穏状態	3.3	4.2
・攻撃性(暴行・暴言)	3.1	7.4
・叫声	2.8	5.1
・拒絶、ケアへの抵抗	3.2	5.0
・活動障害(徘徊、常同行動、無目的な行動、不適切な行動)	4.2	7.6
・食行動の異常(異食、過食、拒食)	2.5	4.0
・妄想(ものとり妄想、被害妄想、嫉妬妄想など)	1.8	2.7
・幻覚(幻視、幻聴など)	2.0	3.5
・誤認(ここは自分の家でないなど)	3.1	4.4
・感情面の障害(抑うつ、不安、興奮、アパシーなど)	2.5	2.4
2) 身体拘束を行った認知症患者数	4.6	5.7
3) 向精神薬を処方されている認知症等患者数	9.0	10.8
4) 向精神薬が追加処方、または増量となった認知症等患者数	1.1	1.4
5) 転倒・転落を生じた認知症等患者数	0.8	1.4
6) 突然心血管イベントを生じた認知症等患者数	0.1	0.2
7) 6)以外の病状の急変を生じた認知症等患者数	0.2	0.7
8) せん妄を発症した認知症等患者数	2.0	2.8
9) その他(FTD)	1.0	

表 2-3-7a 行動心理兆候(BPSD)を発症した認知症等患者へのチーム医療の内容

1. チーム活動により対応にあたったケース	
1) 精神科リエゾンチーム	リエゾンチームにて認知機能検査、対応方法の指導、薬物調整、院内デイケアの導入、転院先の調整、退院に際して家族指導、地域のケアチームへの助言等を行った。
2) 栄養サポートチーム	食行動の異常(異食・盗食)あり、NSTによりカロリーの調整、補食(空腹時の間食など)をすすめるとともに、環境整備や食器、器具を工夫した。
3) 高齢者チーム	周囲に金銭等を置くものの自分で管理できず紛失してしまうので、看護師が預かると落ち着かなくなってしまう事例。高齢者チームにてラウンドし、テレビを見る等ベッド上で本人が集中できるケアをすすめたことで、金銭等の紛失が最小限となり、金銭が手元に置けるようになった。
4) せん妄回診	術直後からせん妄を発症し、両上肢をせわしく動かしたり起き上がりが頻回となったため、抗精神病薬を臨時使用したが、効果が乏しく使用薬剤に関して相談の依頼があった。チームメンバーと病棟スタッフとでせん妄の状況を評価し、内服薬を提案し導入することとなった。また、昼夜が逆転してしまっている現状もあったため、スタッフとともに環境調整に関するディスカッションを行い、ケア項目を組み立てていった。
5) 退院調整チーム	入院時、2週間目、4週間目、以後2週間毎に医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、ご家族、ケアマネ、入所施設スタッフとの多職種カンファレンスを定期的を実施してチームとして退院調整を実施している。
2. 2職種でのケアにより対応にあたったケース	
1) リハビリ担当者との連携	帰宅願望が強く、夕方になると徘徊を繰り返すケースに対し、家族に夕方から付き添ってもらったり、かわりの時間を午後から多くとるようにした。リハビリやアクティビティは参加できていたので、リハビリ担当者と情報共有しケアにあたった。
2) 医師との連携を経て他科を紹介	尿意を何度も訴えトイレに行こうとしてベッドから起き上がり、転落の危険性があったので、センサーを使用し行動を観察した。排尿状況を観察したところ過活動膀胱の可能性が考えられたので、医師と連携し泌尿器科外来で診察を受けることにした。結果、過活動膀胱と診断され内服薬が処方となった。内服薬の効果があり尿意を訴える回数が減少した。その後は排尿パターンを観察しそれに合わせたトイレ誘導を行った。 人工関節感染で入院した患者で、全身の掻痒感があり、時々大きな声で叫ぶことがあった。整形外科医に報告のち皮膚科受診し、処方の外用薬を塗布と冷電法の実施を行う。また、夜間であれば睡眠導入薬を用いて睡眠の確保と苦痛の緩和をはかった。
3. 3職種以上でのケアにより対応にあたったケース	
1) 非医療的介入	突発的な暴言、暴力行為にて介護老人福祉施設より入院する。入院1週間後に看護師、理学療法士、作業療法士にてカンファレンスを実施。環境の変化とケアの対応が大きく影響しているとアセスメントする。日常生活援助場面だけでなく、作業療法、理学療法時の対応を統一することを確認する。患者本人への対応時はケアやプログラムの内容を伝え、本人の意思を確認、尊重する態度で対応すること、拒否をする場合は中止できる対応を継続して行った結果、BPSDが消失する。 帰宅願望を訴え、車いすでの徘徊をしている患者に対し、看護師、介護士で連携し、転倒転落が起らないように見守りを強化した。 レビー小体型認知症の精査目的で入院したケース。入院当日の夜間に大声を上げ、不眠となり昼夜逆転したが、生活リズムや夜間の様子をご家族より聴取し、医師・セラピストと共有した後、環境調整や生活リズムの再獲得をセラピストと協働して実施した。 不安が強く一人になると大きな声で叫び続けていた。誰かがそばにいると落ち着く傾向があったため、理学療法、作業療法、看護師、助手で一人になる時間を減らすようにタイムスケジュールを組んだ。本人の好きな旅行の話をしたり会話を増やす機会を設けたりした。しかし、これだけではBPSDは改善しなかったため、入院2週目より薬物治療を開始する。
2) 医療的加入と非医療的介入のコンビネーション	a) 身体疾患への医療・ケアを基盤としたコンビネーション 併設している介護老人保健施設より介護抵抗、拒食にて対応困難という理由で入院となる。入院当初は食事をセッティングしても、摂取することはなく介助も拒否していた。時間をかけると数口は食べるが吐き出してしまふ。医師、看護師、管理栄養士とカンファレンス実施。水分は摂取できることから経腸成分栄養剤を処方、食事に補助食品(水分)を追加してもらう。入院時は他患者と離れた場所で摂取していたが、食事であることをわかる環境に変更するために他患者とともに食事をできる環境にする。少しずつ食事量が増えていき、現在は全量摂取できるようになる。 頭頸部がん術後の患者で、誤嚥性肺炎で入院。絶食による苦痛と環境の変化で焦燥と妄想、拒絶などが出現した。老人看護専門看護師、看護師、主治医、言語聴覚士で間接嚥下訓練の提案、実施。また主治医と看護師、専門看護師で眠剤の調整について検討した。トイレ以外で排尿することもありケア方法について老人看護専門看護師、看護師で検討した結果、治療を中断することなく受けられ、食事開始となり2週間で退院となる。 疼痛が強くコントロールできない事が要因と考え、主治医(整形)、神経内科、精神科、リハビリ職員、病棟看護師、老人看護専門看護師で疼痛の評価、内服のコントロールを図り、生活リズムを整えるケアを実施した。 b) 精神科用薬の調整(精神科医の介入)を基盤としたコンビネーション 独居。認知症にてかかりつけ医で多量の向精神薬の処方を受けていたが内服状況は不明。もともと徘徊があり、崖の下で倒れている所を発見され、頭部外傷、顔面挫傷にて入院。入院後全ての向精神薬は中止。3日目より夜間の不眠と徘徊が出現。主治医、精神科医、老人看護専門看護師、看護師で薬剤の調整について検討。また、日中の過ごし方の検討、徘徊時の対応について老人看護専門看護師、看護師で検討を繰り返した。また、今後の療養について地域連携室看護師、看護師、老人看護専門看護師、ケアマネジャー、本人、家族、主治医と話し合いの場を設け、グループホームへの入所が決まり、退院となる。 入院後、夜間不眠で荷物をまとめて帰ろうと何度か準備している。精神科へコンサルテーションして抗精神病薬投与を開始となり、夜間の睡眠相は安定してきた。自室がわからなくなることと、離棟の危険があるため離床センサーを設置していたが、作動の度に看護師が訪室することが本人の怒りとケアへの抵抗を助長していた。看護師間でミーティングをもち、離床センサーを撤去し、看護師・看護補助者全体で見守りを行うようにし、それまでよりも落ち着いて過ごせるようになった。

	<p>認知症が進行し、短期記憶の障害が重度となり物盗られ妄想、拒薬のためケア困難となる。精神科医による向精神薬の調整、理学療法士、看護・介護職、レクリエーションワーカーと共に環境調整、生活リズムを整え、趣味活動の支援、適度な運動を行うことで妄想やケア拒否が改善した。</p> <p>身体合併症で入院したアルツハイマー病の患者。身体症状の回復に伴い帰宅欲求が強くなり、病棟での対応に困難となる。身体合併症科と精神科医師とともに薬物療法の検討し、病棟看護師とは本人への対応を検討した。地域相談員とともに退院調整を行い、症状の改善とともに円滑に退院する。</p> <p>肺炎と全身浮腫で入院。もともと統合失調症と認知症(病名不明)の診断を受け、向精神薬の投与を受けていた。入院後、浮腫の原因が薬剤性の可能性もあるとの判断で全ての向精神薬が中止となっていた。入院時より幻覚妄想、治療への抵抗あり。主治医、精神科医、老人看護専門看護師、看護師でまずは夜間の入眠を薬剤の調整について検討。リスペリドン0.5mgの投与のみ開始となる。また、老人看護専門看護師と看護師で日中の過ごし方について入院前に好きだったことについて情報を整理し、介入。しかし、浮腫の原因がはっきりせず全身状態の改善みとめず。BPSDの改善をみることなく29日目に死亡退院。</p> <p>c) 上記 a および b どちらが優位かわからないもの</p> <p>妻の協力を得ながら、散歩するなど日中の覚せいを促した。せん妄に対しての薬剤治療を医師・薬剤師と相談した。</p> <p>精神科医師と情報交換、内服調整を行い、リハビリスタッフとは協力し車椅子での散歩を行った。</p> <p>認知症にせん妄を発症しているケース。BPSDとせん妄に関しては精神科医による薬物コントロールを、食事が進まないことについては栄養科の協力を得ながら日常生活を整えていった。</p>
--	--

表 2-3-7b 身体拘束を行った認知症等患者へのチーム医療の内容

1. 転倒予防目的で行った身体拘束を解除するためのかわり(かわった職種：医師、看護師、PT、OT、PSW、看護補助者)	
1) 医師がかかわった内容	<p>医療機関に入院していたが暴言、暴力、徘徊があり対応困難にて転院となる。下肢骨折の既往があり、独歩での移動は困難で転倒を繰り返しているため抑制となる。抑制されていることがストレスとなり、暴言、暴力行為へと繋がっているため、精神保健福祉士から家族と医師との面談の調整を依頼し、医師より転倒のリスクはあるが抑制を外していくことを提案する。家族の理解を得て解除観察時間をつくり、看護師、作業療法士、理学療法士にて歩行訓練、歩行状態の評価を繰り返していくことで、歩行状態が安定。抑制が終了となる。</p> <p>日中の傾眠、夜間不眠、大声、帰宅願望があり、ベッドから降りようとするため体幹抑制を行った。睡眠導入剤は中止して、抗精神薬の投与について調整を行った。日中のリハビリ時間とアクティビティの時間を調整した。夜間に睡眠がとれるようになってから、日中の抑制をはずし、段階的に夜間も外して様子を見ながら中止した。</p> <p>がん末期で経口摂取量減、疼痛のため入院。オキシコドン塩酸塩水和水物の持続皮下注射開始。座位保持困難であるが、起き上がり動作が頻繁で転倒転落の危険高く体動センサー使用。また、ベッドから降りようとするときには車いすへ介助で移乗し、安全ベルトを使用し、ロビーやナースステーションで過ごすことがあった。安全ベルトを着用すると「ナイフを持ってこい。切ってくれ」と抑制がさらに興奮を招くため、できるだけ本人の意向を聞きながら車いす散歩など、看護補助者と協力して安全に苦痛は少なく過ごせるように配慮した。また、医師と相談し夜間は、抗精神病薬を使用し入眠を促した。痛みを評価を行い、適宜レスキューを使用して対処した。</p> <p>徘徊、睡眠障害、介護抵抗があり在宅での介護が困難になり入院。下肢筋力低下、拘縮があり独歩での移動困難、転倒を繰り返していることから抑制となる。入院後の環境調整、援助時の対応の統一、薬剤調整によって睡眠障害、介護抵抗は消失する。今後の方向性として施設入所を目指すことを家族と確認、抑制解除に向けて医師、看護師、作業療法士、理学療法士とカンファレンス実施。歩行機能の評価を行い独歩での歩行は困難であることから日中は看護師、作業療法士、理学療法士が見守り立ち上がり歩こうとする場合は付き添いながら気が済むまで歩くことで、夜間はベッドではなく布団に寝ることで転倒なく過ごせるようになり、抑制終了となる。</p>
2) 看護師がかかわった内容	<p>おむつの不快があり、排便後は手で触ることが多かったのでつなぎ服を着用していた。徐々にADLがアップしたため、つなぎ服をはずし、トイレ誘導を時間を決めて行うと排泄が自己でできるようになった。リハビリ、看護師で排泄のサインを情報共有できたことがよかったと考える。</p> <p>医療機関に入院していたが暴言、暴力、徘徊があり対応困難にて入院となる。下肢骨折の既往があり、独歩での移動は困難で転倒を繰り返しているため抑制となる。抑制されていることがストレスとなり、暴言、暴力行為へと繋がっているため、精神保健福祉士から家族と医師との面談の調整を依頼し、医師より転倒のリスクはあるが抑制を外していくことを提案する。家族の理解を得て解除観察時間をつくり、看護師、作業療法士、理学療法士にて歩行訓練、歩行状態の評価を繰り返していくことで、歩行状態が安定。抑制が終了となる。<1. -1)再掲></p> <p>がん末期で経口摂取量減、疼痛のため入院。オキシコドン塩酸塩水和水物の持続皮下注射開始。座位保持困難であるが、起き上がり動作が頻繁で転倒転落の危険高く体動センサー使用。また、ベッドから降りようとするときには車いすへ介助で移乗し、安全ベルトを使用し、ロビーやナースステーションで過ごすことがあった。安全ベルトを着用すると「ナイフを持ってこい。切ってくれ」と抑制がさらに興奮を招くため、できるだけ本人の意向を聞きながら車いす散歩など、看護補助者と協力して安全に苦痛は少なく過ごせるように配慮した。また、医師と相談し夜間は、抗精神病薬を使用し入眠を促した。痛みを評価を行い、適宜レスキューを使用して対処した。<1. -1)再掲></p> <p>入院日から混乱し「自宅に帰る」とベッドから降りようとする行動がみられ転落の危険性があったので、体幹拘束を開始した。拘束後は合併症が生じないように皮膚状態の観察を行った。治療により病状が回復し、それに伴って混乱状態の改善もみられた。看護師や家族がそばにいるときは拘束を解除する時間をつくった。混乱状態の程度を観察しながら拘束解除の時期について医療チームでアセスメントを行い、15日後に解除となった。</p> <p>立位が不安定で転倒リスクがある患者。車いすで過ごしている時に、看護師を呼ばず、一人で立ち上がってしまう、行動が性急で、着座センサーによる転倒防止措置では間に合わなかったため、車いす座位時のみ、安全ベルトを装着した。そばに付き添って観察できる時はベルトをはずし、装着時間をできるだけ最小限にすることとした。</p> <p>夜間転倒予防のため4点ベッド柵を使用され興奮が激しくなった患者へ介入依頼があった。理学療法士とともに筋力バランス感覚、注意機能をアセスメントしたほか、本人の気持ちを聞き判断能力を確認した。立ち上がり時のふらつきが原因での転倒リスク予防だけでよいと判断し、ベッドの高さを調整し、L字柵を設置し、立ち上がりやすい状況に環境調整し、転倒なく過ごせるようになった。</p> <p>徘徊、睡眠障害、介護抵抗があり在宅での介護が困難になり入院。下肢筋力低下、拘縮があり独歩での移動困難、転倒を繰り返していることから抑制となる。入院後の環境調整、援助時の対応の統一、薬剤調整によって睡眠障害、介護抵抗は消失する。今後の方向性として施設入所を目指すことを家族と確認、抑制解除に向けて医師、看護師、作業療法士、理学療法士とカンファレンス実施。歩行機能の評価を行い独歩での歩行は困難であることから日中は看護師、作業療法士、理学療法士が見守り立ち上がり歩こうとする場合は付き添いながら気が済むまで歩くことで、夜間はベッドではなく布団に寝ることで転倒なく過ごせるようになり、抑制終了となる。<1. -1)再掲></p> <p>肺炎にて入院し点滴、酸素投与中。入院前に妻、長男を亡くし物忘れや抑うつを認めていた。入院2日目よりせん妄発症し、夕方になると帰ると言って看護師を振り払って病室を出ようとして制止できない。幻覚も認めた。体動センサーを使用し、作動時速やかに訪室し対応していた。心療内科受診とせん妄ラウンドを行い抗精神病薬投与開始。抑うつにせん妄が重なっており、睡眠確保を優先。全身のかゆみもあり睡眠を妨げていたため、皮膚科受診し睡前に清拭軟膏塗布を行い入眠を促した。下肢筋力低下を認めたため、日中は可能な範囲で歩行器による歩行練習を見守り下で行った。</p>
3) 精神保健福祉士がかかわった内容	<p>医療機関に入院していたが暴言、暴力、徘徊があり対応困難にて入院となる。大腿骨頸部骨折の既往があり、独歩での移動は困難で転倒を繰り返しているため抑制となる。抑制されていることがストレスとなり、暴言、暴力行為へと繋がっているため、精神保健福祉士から家族と医師との面談の調整を依頼し、医師より転倒のリスクはあるが抑制を外していくことを提案する。家族の理解を得て解除観察時間をつくり、看護師、作業療法士、理学療法士にて歩行訓練、歩行状態の評価を繰り返していくことで、歩行状態が安定。抑制が終了となる。<1. -1)再掲></p>
4) 多職種協働で行った内容	<p>徘徊、睡眠障害、介護抵抗があり在宅での介護が困難になり入院。下肢筋力低下、拘縮があり独歩での移動困難、転倒を繰り返していることから抑制となる。入院後の環境調整、援助時の対応の統一、薬剤調整によって睡眠障害、介護抵抗は消失する。今後の方向性として施設入所を目指すことを家族と確認、抑制解除に向けて医師、看護師、作業療法士、理学療法士とカンファレンス実施。歩行機能の評価を行い独歩での歩行は困難であることから日中は看護師、作業療法士、理学療法士が見守り立ち上がり歩こうとする場合は付き添いながら気が済むまで歩くことで、夜間はベッドではなく布団に寝ることで転倒なく過ごせるようになり、抑制終了となる。<1. -1)再掲></p> <p>医療機関に入院していたが暴言、暴力、徘徊があり対応困難にて入院となる。大腿骨頸部骨折の既往があり、独歩での移動は困難で転倒を繰り返しているため抑制となる。抑制されていることがストレスとなり、暴言、暴力行為へと繋がっているため、精神保健福祉士から家族と医師との面談の調整を依頼し、医師より転倒のリスクはあるが抑制を外して</p>

	<p>いくことを提案する。家族の了解を得て解除観察時間をつくり、看護師、作業療法士、理学療法士にて歩行訓練、歩行状態の評価を繰り返していくことで、歩行状態が安定。抑制が終了となる。<1. -1)再掲></p> <p>肺炎にて入院し点滴、酸素投与中。入院前に妻、長男を亡くし物忘れや抑うつを認めていた。入院2日目よりせん妄発症し、夕方になると帰ると言って看護師を振り払って病室を出ようとして制止できない。幻覚も認めた。体動センサーを使用し、作動時速やかに訪室し対応していた。心療内科受診とせん妄ラウンドを行い抗精神病薬投与開始。抑うつにせん妄が重なっており、睡眠確保を優先。全身のかゆみあり睡眠を妨げていたため、皮膚科受診し眠前に清拭軟膏塗布を行い入眠を促した。下肢筋力低下を認めたため、日中は可能な範囲で歩行器による歩行練習を見守り下で行った。<1. -2)再掲></p> <p>おむつの不快があり、排便後は手で触ることが多かったのでつなぎ服を着用していた。徐々にADLがアップしたため、つなぎ服をはずし、トイレ誘導を時間を決めて行うと排泄が自己でできるようになった。リハビリ、看護師で排泄のサインを情報共有できたことがよかったと考える。<1. -2)再掲></p> <p>夜間転倒予防のため4点ベッド柵を使用され興奮が激しくなった患者へ介入依頼があった。理学療法士とともに筋力バランス感覚、注意機能をアセスメントしたほか、本人の気持ちを聞き判断能力を確認した。立ち上がり時のふらつきが原因での転倒リスク予防だけでよいと判断し、ベッドの高さを調整し、L字柵を設置し、立ち上がりやすい状況に環境調整した。転倒なく過ごせた。<1. -2)再掲></p> <p>がん末期で経口摂取量減、疼痛のため入院。オキシコドン塩酸塩水和水物の持続皮下注射開始。座位保持困難であるが、起き上がり動作が頻繁で転倒転落の危険高く体動センサー使用。また、ベッドから降りようとするときには車いすへ介助で移乗し、安全ベルトを使用し、ロビーやナースステーションで過ごすことがあった。安全ベルトを着用すると「ナイフを持ってこい。切ってくれ」と抑制がさらに興奮を招くため、できるだけ本人の意向を聞きながら車いす散歩など、看護補助者と協力して安全に苦痛は少なく過ごせるように配慮した。また、医師と相談し夜間は、抗精神病薬を使用し入眠を促した。痛みの評価を行い、適宜レスキューを使用して対処した。<1. -1)再掲></p> <p>徘徊、睡眠障害、介護抵抗があり在宅での介護が困難になり入院。下肢筋力低下、拘縮があり独歩での移動困難、転倒を繰り返していることから抑制となる。入院後の環境調整、援助時の対応の統一、薬剤調整によって睡眠障害、介護抵抗は消失する。今後の方向性として施設入所を目指すことを家族と確認、抑制解除に向けて医師、看護師、作業療法士、理学療法士とカンファレンス実施。歩行機能の評価を行い独歩での歩行は困難であることから日中は看護師、作業療法士、理学療法士が見守り立ち上がり歩こうとする場合は付き添いながら気が済むまで歩くことで、夜間はベッドではなく布団に寝ることで転倒なく過ごせるようになり、抑制終了となる。<1. -1)再掲></p> <p>入院日から混乱し「自宅に帰る」とベッドから降りようとする行動がみられ転落の危険性があったので、体幹拘束を開始した。拘束後は合併症が生じないように皮膚状態の観察を行った。治療により病状が回復し、それに伴って混乱状態の改善もみられた。看護師や家族がそばにいるときは拘束を解除する時間をつくった。混乱状態の程度を観察しながら拘束解除の時期について医療チームでアセスメントを行い、15日後に解除となった。<1. -2)再掲></p>
2. ルート類(点滴、ドレーン、バルーンカテーテル、胃瘻チューブ、経管栄養チューブ)の自己除去目的で行った身体拘束を解除するためのかわり	
1) 医師がかかわった内容	1. の看護師欄と同様
2) 看護師がかかわった内容	<p>重度の認知症であり、点滴の抜去を繰り返す。持続点滴を日中だけにしてもらい、できるだけ早期に退院できるよう、在宅のケアマネジャー等とカンファレンスを設け、早期より退院支援につなげていった。</p> <p>脳梗塞の患者で、点滴治療と排尿困難への対処として膀胱留置カテーテルを挿入した。会話が成立していたが、留置針と膀胱留置カテーテルを自己除去したため、両上肢を抑制したが、落ち着かなかった。主治医と相談し排尿困難に対しては定時導尿を行い、点滴の時間も調整して持続点滴にならないようにして拘束を解除した。</p> <p>心不全の憎悪で入院していたものの、ライン類自己除去、治療を受け入れることができず、治療の継続困難との判断で退院したがすぐに再入院した経緯があった。入院後、酸素、多種の微注射と、バルーンカテーテルなどライン類が多く、自己除去の可能性あったがすべてズボンの裾を通し、離床センサーによる抑制のみ実施。看護師、老人看護専門看護師で日中の過ごし方を工夫し、レクリエーションなどで気分転換できるように介入した。また、食事の再開や不要なライン類の早期除去に向けて主治医、老人看護専門看護師、看護師で検討し全身状態の改善とともに酸素、点滴などライン類が除去となり他病棟へ転棟し、リハビリが開始となっていたが、急変し、死亡退院となる。</p> <p>施設入所中、原因不明の下肢骨折で入院となる。入院前はほぼベッド上生活、つたい歩き可能なレベルであった。認知症疾患名は不明、入院時のN-ADL4点、NMスケール8点。入院後、BPSDやせん妄はみられずに経過する。入院後に全身麻酔下で人工関節置換術を施行する。認知機能障害に伴う創部ドレーン、ルート類の抜去予防のため、右手にミトン手袋、左上肢にひもで身体抑制を行う。危険行動の予防、興奮等のBPSDは起きずに経過する。毎日の拘束カンファレンスでチーム看護師と話し合い、術後2日目に尿道留置カテーテル以外は終了したこと、危険な行動を伴わなかったことから身体拘束は解除となる。</p> <p>認知症及び脳出血の患者。右手が動き、胃瘻の抜去をするのではないかとのことだが、多職種カンファレンスにて抑制帯を外せないかとなり、腹帯を巻くことで直接チューブが手に触れなければ抑制をしなくてもいいと提案し、抑制が解除となる。</p> <p>食欲不振を主訴に入院となった。アルコール依存もベースにあり、飲酒により食事がとれない状態となっていた。点滴を行ったが、不穏行動出現したため、ミトンの装着とアルコール離脱予防にロラゼパムの内服を開始した。日中の覚醒を促し、昼夜のリズムをつけると共に、点滴により、徐々に活気が戻り、食事もとれるようになった。それに伴い、抑制は解除された。</p>
3) ケアマネジャーがかかわった内容	重度の認知症であり、点滴の抜去を繰り返す。持続点滴を日中だけにしてもらい、できるだけ早期に退院できるよう、在宅のケアマネジャー等とカンファレンスを設け、早期より退院支援につなげていった。<2. -2)再掲>
3. 安静保持目的で行った身体拘束を解除するためのかわり	
1) 医師がかかわった内容	記載なし
2) 看護師がかかわった内容	夜間の活動が活発でベッド上で安静が保てない。日中作業療法士がかかわって話をしたりし、刺激を日中に入れて休めるように促した
3) 作業療法士がかかわった内容	夜間の活動が活発でベッド上で安静が保てない。日中作業療法士がかかわって話をしたりし、刺激を日中に入れて休めるように促した<3. -2)再掲>
4. おむついじり・おむつ外し防止目的で行った身体拘束を解除するためのかわり	
1) 看護師がかかわった内容	入院時よりおむついじりの行為があり、抑制衣を着用していた。何度か解除するも行為変わらず。排泄パターンを調べ、おむつ交換時間の検討、トイレ誘導までケアを広げることができた。また、抑制衣の解除時間をまずは日中から設け徐々に拡大した。1日1回程度のおむついじりはあるが、すぐに抑制衣を選択することにはならなくなった。現在は完全解除となっている。

表 2-3-7c 向精神薬を処方されている認知症等患者へのチーム医療の内容

1. 薬物治療中の認知症患者の行動・心理症状への対応	
1) 薬物治療中の認知症患者の行動・心理症状を引き起こしている要因についてアセスメントし、多職種と対応することで症状が改善する	<p>食事開始困難食事の中断があり、食事形態の工夫を栄養課と相談する。上肢の振戦・日中の変動体の動きが緩慢になることから日中の生活リズムを整えるためリハビリ課と相談し対応する。</p> <p>「ひもときシート」を使用し、BPSDの原因についてチームでの共有に努めた。そこから、ケア方法、関わり方など導き出し、統一した対応を行うことで穏やかに過ごされる時間が多くみられるようになる。</p> <p>食思不振のため1日食べない日もあり、医師は抑うつ状態の改善と食欲増進のための内服調整と栄養補助食品を処方。看護・介護者は食べることへの声掛けが中心だったため、仕事のことを教えてもらうなど、ご本人が話をしやすい内容でコミュニケーションを図り、関係性作りを行った。また、ご家族にご本人の好きな食べ物を持参していただきそばに付き添って食べてもらうかわり協力していただき、現在は食事を拒むことなく摂取量も増えた。</p>
2) 薬物治療中の認知症患者の行動・心理症状への対応を多職種と検討する	<p>せん妄発症していることを医師と確認し、治療方法を検討し定期的に評価し検討していった。また、家族の協力を得て安心感をもってもらい、座る機会を増やすことをチームで検討していった。</p> <p>叫び声、焦燥が強く薬物治療を開始する。毎週リハビリ、看護師、医師と生活リズムや睡眠覚醒状況についてカンファレンスを重ねる。</p>
3) 薬物治療中の認知症患者の行動・心理症状への対応を多職種に提案する	<p>生活リズム、睡眠状況、生活機能回復訓練の参加、日常生活技能についてケースカンファレンスを実施し、薬剤の効果などを看護師、作業療法士で検討し、種類や量の増減の依頼を主治医へ依頼し、精神社会福祉士へその旨連絡し、退院先の社会資源の担当者へ、他職種カンファレンスへの参加と退院調整の日程調整を依頼する。</p> <p>内服の効果や1日の覚醒・入眠の状況を把握するために、24時間の行動記録を継続している。老年内科医へ報告し薬剤の効果と一緒に考えた。日中の活動性を上げるため、リハビリ時間の固定を担当理学療法士に提案した。</p>
2. 認知症患者への向精神薬の追加使用を最小限にするための対応	
1) 処方以外の向精神薬の使用を最小限にするための対応を行う	<p>体調に対する不安が強い話を聞くなどの対応をするとともに、ビタミン剤でのプラセボ対応。</p>
2) 処方以外の向精神薬を使用することなく症状が改善する	<p>他院から治療薬が処方されていたが、家族が「活力が落ちたりしたらどうしようと思って飲ませていなかった」と言っていた。入院当初から部屋内や廊下を徘徊していたが、あえて制止せず、時間のあるスタッフが患者の動きに同行した。ある程度歩くと疲れて座り込んでいたので、家での習慣であったお茶を飲んでいただきながら昔話を聞いていた。昔話を繰り返していたが、その場面を見た家族が安心するようになった。結局は内服薬に頼らず安定し、退院前日の夜も「明日、帰るんだ。ありがとう」と認識しており希望通り退院できた。</p>
3. 認知症患者の状態に適切な向精神薬の内服変更をするための対応	
1) 認知症患者の状態から多職種で検討し、向精神薬の変更に関与したことで、症状が改善する	<p>易怒的で大声があり、他患者が怯えるためにクエチアピンが処方されていたが、眠気が強く日中の活動に支障が出ていた。そのため、精神科医、主治医(神経内科医)、看護職・介護職で検討し、患者の状態から量や種類を変更した(リスペリドン)。患者は、日中の活動がこれまでお通りできるようになり、穏やかとなって笑顔が見られるようになった。</p> <p>チアプリドからトラゾドンに変更し、中途覚醒は軽減した。</p>
2) 認知症患者の状態から、向精神薬の内服時間の変更に関与したことで、症状が改善する	<p>時々、夜間に不眠であったため、頓用で抗精神薬を使用していた。服用した次の日に流涎、嚥下困難がみられたため、服用時間について精神科医に相談した。頓用薬を抗うつ剤に変更して定時服用となり、日中のリハビリ時間を変更してアクティビティを取り入れ、睡眠状況を観察していった。生活リズムがついたことで睡眠も安定したので、抗うつ剤も中止となった。</p> <p>日中は徘徊に同行し、徘徊後は昼寝を取り入れるなど一日の生活リズムを整えた。主要な治療がある日は家族が付き添いに来て下さり、それ以外は看護師が担当するというようにし、家族の負担軽減にも努めた。生活リズムを見ながら就寝前内服の時間を探り出し、22時~6時まで眠れるようになり、起床後は車椅子乗車し検温に同行しながら安全にも気をつけた。最後まで入院中であるという認識がなかったが、家族ともども笑顔で退院された。</p> <p>転棟後より睡眠パターン変調あり、夜間覚醒し、朝方入眠し、朝食延食するようになっていた。21時に睡眠導入剤を内服していたが、薬剤師と相談し16時に内服時間を変更した。徐々であるが朝食を延食することなく、生活リズムパターンを調整することができた。</p>
4. 認知症患者の状態に応じた向精神薬の減量・中止への対応	
1) 認知症患者の行動・心理症状を評価し、向精神薬の減量・中心に関与する	<p>日中、夜間の易怒性がないことを共有し薬剤減量。</p> <p>精神症状の評価を行い、向精神薬を中止する関わりを行った。</p>
2) 認知症患者の行動・心理症状の要因への働きかけにより、症状を改善し向精神薬の減量・中止に関与する	<p>介護老人福祉施設より暴言、暴力により対応困難とのことで入院となる。かかりつけ医より向精神薬を何種類か処方されていた。入院時の診察と入院後の生活状況より暴言・暴力は環境の影響を受けて生じていることが明らかになってきたため、医師、看護師、作業療法士、理学療法士にてカンファレンス実施。再度環境要因が暴言、暴力につながっていると判断する。向精神薬中止し環境調整、援助時の対応の統一を図ったところ暴言、暴力が消失し、表情も豊かになる。</p>
3) 向精神薬の副作用の出現により内服薬の見直しを医師に依頼し、減量・中止する	<p>自宅でも抗精神病薬を服用しており、ジスキネジアが出現していた。非常勤の精神科医に依頼して段階的に減量して薬剤は中止した。</p> <p>悪性症候群を疑う症状あり、医師、薬剤師、医療ソーシャルワーカーと連携し院外の神経内科医院へ内服薬の見直しを依頼した。</p> <p>下肢骨折で入院。術後に低活動性のせん妄となり、一日中、刺激をしても全く覚醒できず、食事も摂取できない状態であった。持参薬の眠剤、向精神薬を評価しながら徐々に減量し、8日かけて日中の覚醒ができるようになった。食事の自己摂取ができるようになり、院内デイにも参加し、発語もみられるようになった。現在、まだ睡眠リズム障害が顕在している。</p>
5. 認知症患者の状態に応じた適切な向精神薬使用への対応	
1) 非薬物的な対応では困難な認知症患者の行動・心理症状において向精神薬の使用に関与する	<p>入院時より記憶障害あり、自己中心性もあり不安が強く常に誰か付き添ってもらうことを希望していた。抑肝散を内服していたが緩和できず、もともと内服していたクエチアピンを眠前に内服しても入眠はかれないことが度々あり、眠前に睡眠導入薬の内服やハロペリドール 1/2A 筋注することが時々あった。</p>

	<p>がん末期で疼痛のため入院しオキシコドンの持続皮下注射開始。座位保持不安定で、起き上がり動作頻繁なため転落の危険高く体動センサー使用。また、ベッドで落ち着いて過ごせず車いすで安全ベルトを使用し、ロビーやナースステーションで過ごすことがあった。安全ベルトを着用すると「ナイフを持ってこい。切ってくれ」と抑制がさらに興奮を招くため、できるだけ本人の意向を聞きながら納得いくまでトイレに座ってもらい見守る、車いす散歩を取り入れるなど、看護補助者と協力して安全に苦痛は少なく過ごせるように配慮した。また、医師と相談し夜間は、抗精神病薬を使用し入眠を促した。痛みの評価を行い、適宜レスキューを使用して対処した。</p> <p><表 2-3-7b 1. -1)再掲></p> <p>パーキンソン病の患者。尿管結石、腎盂腎炎、敗血症、重症肺炎が治癒。全身状態は改善したがせん妄状態は続いている状態で夜間不眠・興奮が絶えなかった。チームカンファレンスを行い、離床・食事・入浴・コミュニケーションなど快刺激になることの看護ケアを提供したが、良いときと悪いときの格差が激しく家族の疲労も蓄積、主治医と相談し向精神薬が増量となった。</p> <p>夜間になると、そわそわし始め、ベッドの上で何度も起き上がったり、一人で歩行困難であるが立とうとし落ち着かない。夜間せん妄を判断し、非定型抗精神薬を投与した。</p>
<p>2) 非薬物的な対応では困難な認知症患者の行動・心理症状において向精神薬の使用に関与することで症状が緩和した</p>	<p>在宅介護で生活していたが、夜間不眠、徘徊、暴言、暴力があり介護者の負担が増加したため入院となる。近医にて多数の向精神薬が処方されていたが効果がなかったとのこと。入院時に医師が処方を見直し薬剤調整を行いながら、看護師、作業療法士によって生活リズムの改善を行った。何度か情報交換を行い薬剤調整と対応を変化させていった結果、次第に夜間入眠できるようになり、暴言、暴力も減っていった。</p> <p>消化管潰瘍で緊急入院となった患者、最近になりもの忘れがひどくなったとの情報あり、チームで介入する。帰宅要求が入院時より発生していた。せん妄をきたしている状態と判断し、不穏時の指示を積極的に使用するよう伝える。また、終了するタイミングも伝え、過鎮静に注意するよう働きかけ、離床を早める等せん妄予防に努め、せん妄が短期間で治まった。</p> <p>ケアの拒否、興奮、攻撃性がある患者。非薬物療法の実施だけでは効果なく、非定型抗精神薬を投与、投与後、効果のある時間帯に清潔援助を実施することでケアを受け入れた。</p>

表 2-3-7d 向精神薬が追加処方、または増量となった認知症等患者へのチーム医療の内容

1. 多職種による薬剤調整の検討とアドバイス対応	
1) 認知症患者の状態から向精神薬の作用・副作用を踏まえて、今後の対応について多職種で話し合う	薬剤調整後のADLなどの変化や姿勢食事への影響をケースカンファレンスして薬剤調整の効果を主治医と判断し、退院調整のためのカンファレンス開催を精神保健福祉士へ依頼する。 夜間詰所から居室に誘導することで興奮する。暴力もみられた。毎日薬の変更・調整・増量を必要とした。主治医・家族に夜間の状態を伝え今後の方向性について相談し、他職種(医師・看護師・認知症看護認定看護師・精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理士)参加の認知症病棟カンファレンスを開催した。それでもう一度対応方法について話し合った。
2) 認知症患者の状態から多職種と相談しながら、向精神薬の投与時間、容量をアドバイスする	呼吸器疾患有り、妄想が出現している患者で「自分が殺されている。」など言われていた。糖尿病があり、空腹感も強かったため、栄養課と相談して主食を少しカロリーのみ減らし、補食を検討してもらうなどアドバイスする。リスペリドンの量を少量増やす、または他の内服の投与時間と量をアドバイスした。
2. 多職種による薬剤使用後のモニタリングの実施	
	薬物治療中も効果乏しく、アクティビティや回想療法も合わせておこなう。作業療法士が毎日加わり作業中の様子を記録する。薬の副作用の観察を確実にし過鎮静にならないようにした。 興奮状態と内服が増えることで考えられる転倒のリスク、嚥下状況の悪化など過鎮静に注意し、他患者との関係、家族のフォロー、定期評価を決める。症状に合わせて減量できた。 薬の増量を病棟スタッフが把握できるように記載方法を変更する。薬の副作用の早期発見につながり、患者観察も行えるようになった。
3. 向精神薬が追加処方となった認知症患者への非薬物的対応	
1) 向精神薬が追加処方となった認知症患者への非薬物療法に参画する	一つのことにこだわる患者に内服薬を増量するとともに、昼間は絵を描くなど気分転換を図るよう調整した。作業療法士がかかわった。 回想法、集団レクリエーション活動。不穏時は、訴えの傾聴。
2) 向精神薬が追加処方となった認知症患者の日常生活支援を通じて症状が改善する	ESTのため入院し退院後食欲、ADL低下を来したため再入院。既往歴ラクナ梗塞あり。低活動せん妄を認め、精神科ラウンド依頼。スルピリド50mgとミルタザピン7.5mg処方。睡眠覚醒リズムを整えられるよう日中は車いすへ移乗しロビーでの食事摂取を勧める。栄養サポートチームを依頼し、食べやすい食事形態を検討。その他、特殊浴を行い爽快感と軽活動を促す。理学療法士にて座位保持練習継続。発熱認めさらに活動低下。原因検索。尿閉・尿路感染あり、間欠導尿施行を行うと体調回復とともにせん妄改善。さらに食事摂取量増量をねらって精神科よりミルタザピンが増量処方となる。 食欲・意欲の低下が認められ、抗精神病薬の追加の指示があった。食習慣や嗜好品を取り入れ家族の方へ食事介助を依頼し、食事摂取量の改善が図られた。 医師、看護師、介護福祉士でのケースカンファレンスを実施し、この方のBPSD(暴力・易怒性)について話し合う。医師からは脳内の状態の説明を受け、かわり方を検討した。身体拘束(車いすベルト)とすることがBPSD発生の要因であるとわかり、医師は内服調整し、トイレの往復は歩行し、日中ホールで過ごす時は看護・介護者がそばに付き添い会話をしながら見守った。向精神薬の効果も観察しつつかわりを継続したところ、1日中BPSDがあったが、夕方の一時的なものに落ち着いてきた。
4. 認知症患者の状態に応じた向精神薬の減量・中止への対応	
1) 薬剤の効果判定時期を設け、評価することで向精神薬の減量に関与する	攻撃性が出現すると向精神薬が処方される患者。攻撃性の出現のサインを察知したように、過鎮静になるサイン、食事時間、起床のタイミングなど情報を共有し観察点として共有した。
2) 向精神薬による副作用の出現から内服薬の見直しを医師に依頼し、中止することでADLが回復する	突発的な暴力行為が頻回に続き対応が困難になったため、医師が向精神薬を少量ずつ増量していくと、突発的な暴力は消失するが活動性低下、転倒・転落、意識混濁、食事量の減少などの症状が出現。身体的にも衰弱した状態となったため、向精神薬の投与を中止、点滴治療を行うことで意識混濁、活動性も上がるが、攻撃性や転倒・転落が増える。理学療法士、看護師による歩行訓練を継続し、食事量の低下に関しては栄養科が介入し食事形態や内容を変更、身体状況の改善とリハビリの効果によって以前の状態に回復する。 易怒性亢進、暴言、暴力があり在宅での介護が困難にて入院の患者。職員・他患者に対して攻撃的となったため向精神薬が追加となる。攻撃性は抑えられたが次第に意欲低下し嚥下状態も悪くなり食事摂取ができなくなる。作業療法士、理学療法士からも意欲の低下や歩行状態の不安定さが出現したとの報告があり主治医に報告。追加された向精神薬が中止となる。食事摂取量、歩行状態の改善が見られないため、栄養科と看護師にて食事形態や内容の変更、評価をしながら段階的に見直しを行う。また理学療法士による歩行訓練、作業療法士による楽しみの時間をつくることで徐々に改善していく。

表 2-3-7e 転倒・転落を生じた認知症等患者へのチーム医療の内容

1. 院内多職種チームカンファレンスを行う(看護師、理学療法士、作業療法士、医師、栄養士、医療安全対策室、リハビリテーション科)	
1) 歩行訓練を行う	独歩では一日に何度も転倒を繰り返す。歩行訓練、車椅子の併用、血糖値のコントロールについてカンファレンスを行う。 靴、靴下の工夫、車いす使用と歩行練習を実施。 センサーマット設置。抑制しない方針で、30分ごとに訪室。リハスタッフが自室で起立・歩行訓練。本人が訴える前に要望を聞いて対応し、転倒を予防している。
2) 離床を開始する	転倒予防対策をとっていたが、ベッドサイドで転倒し骨折。カンファレンス実施。センサーマット利用開始。テーブル固定の車いすの使用開始。 転倒後下肢筋力の低下、離床を促す。リハビリ科と対応を統一。
3) 一時的な車椅子の使用	靴、靴下の工夫、車いす使用と歩行練習を実施。<1. -1)再掲>
4) 車いすの種類の変更	転倒予防対策をとっていたが、ベッドサイドで転倒し骨折。カンファレンス実施。センサーマット利用開始。テーブル固定の車いすの使用開始。<1. -2)再掲>
5) 車いすを部屋におかないなど病室環境を整える	半側空間無視。部屋の環境を整えた。
6) 血糖コントロール	独歩では一日に何度も転倒を繰り返す。歩行訓練、車椅子の併用、血糖値のコントロールについてカンファレンスを行う。<1. -1)再掲>
7) 食形態の変更	
8) リハビリテーション科と病棟の対応を統一する	転倒後下肢筋力の低下、離床を促す。リハビリ科と対応を統一。<1. -2)再掲>
9) PTが病室で起立・歩行訓練を行う	センサーマット設置。抑制しない方針で、30分ごとに訪室。リハスタッフが自室で起立・歩行訓練。本人が訴える前に要望を聞いて対応し、転倒を予防している。<1. -1)再掲>
2. 病棟内チームの情報共有	
1) 転倒のインシデントをスタッフと共有する	転倒した当日に医療安全対策室とのカンファレンス実施。 インシデントレポートの作成とスタッフへの周知。 靴、靴下の工夫、車いす使用と歩行練習を実施。<1. -1)再掲> カンファレンスの実施。就寝後から起床時までのトイレは見守り歩行にした。 夜間徘徊で夜間に転倒。カンファレンス実施。作業療法士、看護師が付き添い、座る時間をとる。医師は薬剤調整。生活リズムの調整。
2) 予測していなかった転落について、要注意以外の患者への対応とアセスメントを再確認する	靴、靴下の工夫、車いす使用と歩行練習を実施。<1. -1)再掲>
3) 環境整備の工夫について話し合う	
3. 看護師による対象者への安全対策に関する看護計画の追加・修正と実施	
1) 離床センサーマット使用開始	スリッパを履こうとしてバランスを崩し、頭から転倒。体幹抑制、センサーマット使用。 転倒予防対策をとっていたが、ベッドサイドで転倒し骨折。カンファレンス実施。センサーマット利用開始。テーブル固定の車いすの使用開始。 センサーマット設置。抑制しない方針で、30分ごとに訪室。リハスタッフが自室で起立・歩行訓練。本人が訴える前に要望を聞いて対応し、転倒を予防している。<1. -1)再掲> 安心ベルトの着用。離床センサーの設置により安全対策強化。 眠剤の調整、センサーの使用、定期カンファの実施で対策を検討。
2) 体幹抑制	独歩では一日に何度も転倒を繰り返す。歩行訓練、車椅子の併用、血糖値のコントロールについてカンファレンスを行う。<1. -1)再掲> スリッパを履こうとしてバランスを崩し、頭から転倒。体幹抑制、センサーマット使用。<3. -1)再掲>
3) 4点ベッド柵の使用	複数回の転落あり。4点ベッド柵固定を実施した。
4) 個人OTを実施	夜間徘徊で夜間に転倒。カンファレンス実施。作業療法士、看護師が付き添い、座る時間をとる。医師は薬剤調整。生活リズムの調整。<2. -1)再掲>
5) 安心ベルトの使用	安心ベルトの着用。離床センサーの設置により安全対策強化。
6) 車いすを別のものに選定	転倒予防対策をとっていたが、ベッドサイドで転倒し骨折。カンファレンス実施。センサーマット利用開始。テーブル固定の車いすの使用開始。<3. -1)再掲>
7) 離床を促すようにする	転倒後下肢筋力の低下、離床を促す。リハビリ科と対応を統一。
8) 靴、靴下を工夫	靴、靴下の工夫、車いす使用と歩行練習を実施。<1. -1)再掲>
9) 夜間のトイレは見守る	定時に排尿確認を行うことにした。
10) 30分ごとに訪室	センサーマット設置。抑制しない方針で、30分ごとに訪室。リハスタッフが自室で起立・歩行訓練。本人が訴える前に要望を聞いて対応し、転倒を予防している。<1. -1)再掲>
11) 眠剤の調整	眠剤の調整、離床センサーの使用、定期カンファレンスの実施で対策を検討。
12) 定期的な排尿確認	定時に排尿確認を行うことにした。<3. -9)再掲>
13) 歩行練習	独歩では一日に何度も転倒を繰り返す。歩行訓練、車椅子の併用、血糖値のコントロールについてカンファレンスを行う。<1. -1)再掲> 靴、靴下の工夫、車いす使用と歩行練習を実施。<1. -1)再掲> センサーマット設置。抑制しない方針で、30分ごとに訪室。リハスタッフが自室で起立・歩行訓練。本人が訴える前に要望を聞いて対応し、転倒を予防している。<1. -1)再掲>

14) 見守り強化	センサーマット設置。抑制しない方針で、30分ごとに訪室。リハスタッフが自室で起立・歩行訓練。本人が訴える前に要望を聞いて対応し、転倒を予防している。＜1. -1)再掲＞
15) ベッドサイドに冷水を置く	センサーマット設置、行動観察。排尿パターン仮名札、トイレ誘導。冷水をベッドサイドに準備しておくようにした。
16) 生活リズムの調整	夜間徘徊で夜間に転倒。カンファレンス実施。作業療法士、看護師が付き添い、座る時間をとる。医師は薬剤調整。生活リズムの調整。＜2. -1)再掲＞
17) 看護師がトイレに付き添う	転倒後下肢筋力の低下、離床を促す。リハビリ科と対応を統一。
18) 転倒を予測していなかった患者へのかかわり方を検討する	アセスメントの再確認。予測していない要注意患者の関わり方検討。カンファで環境調整を話し合う。
19) 生活ニーズを把握して対応する	転倒予防対策をとっていたが、ベッドサイドで転倒し骨折。カンファレンス実施。センサーマット利用開始。テーブル固定の車いすの使用開始。＜3. -1)再掲＞
20) 本人のニーズを汲む	
21) ストレス緩和	
22) 看護師が付き添い、座る時間を増やす	夜間徘徊で夜間に転倒。カンファレンス実施。作業療法士、看護師が付き添い、座る時間をとる。医師は薬剤調整。生活リズムの調整。＜2. -1)再掲＞

表 2-3-7f 突然心血管イベントを生じた認知症等患者へのチーム医療の内容

1. チーム医療を行った内容
(チーム医療の具体的内容の記載なし)

表 2-3-7g 6)以外の病状の急変を生じた認知症等患者へのチーム医療の内容

1. 意識障害による急変	
1) 関わった職種と、それぞれの役割	(1)関わった職種：医師、看護師、理学療法士、作業療法士 (2)各職種の関わり 医師：多飲水による電解質バランスの是正のための点滴治療 理学療法士：抑制中の廃用予防のためのリハビリ
2) 多職種協働で行った内容	医療安全対策室とともに再発防止のためのカンファレンス 看護師、理学療法士、作業療法士：認知機能の低下、せん妄予防のためのリアリティ・オリエンテーション実施 医師、看護師、理学療法士、作業療法士：見守り注意喚起、その都度危険性説明
3) 効果	意識障害の原因となった問題行動(多飲水)が消失
2. 誤嚥性肺炎による急変	
1) 関わった職種と、それぞれの役割	(1)関わった職種：医師、言語聴覚士、栄養士、看護師、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士 (2)各職種の関わり 医師：肺炎の治療 言語聴覚士：嚥下機能の評価 栄養士：とろみ剤の使用による食事の提供 看護師：食事介助 臨床工学技士：胸腹部痛出現時に造影 CT(腹部大動脈瘤の既往あるため点検)
2) 多職種協働で行った内容	摂食・嚥下機能低下予防のためのカンファレンス 看護師、作業療法士：認知機能の低下、せん妄予防のためのリアリティ・オリエンテーションや気分転換活動の実施 理学療法士、看護師：早期離床、身体能力低下の予防
3) 効果	経口での食事摂取を早期から開始した結果、ADL や認知機能低下を防ぐことができた

表 2-3-7h せん妄を発症した認知症等患者へのチーム医療の内容

1. せん妄状況のアセスメント	
1) チームカンファレンス (見当識障害の対応)	24 時間行動記録を取り活動性を把握した。昼間の活動性をあげるため、①ケースワーカーに協力を依頼し午前中の散歩、②リハビリ時間の固定、③見当識障害の対応について、カンファレンスで提案・統一した。
2) チームカンファレンス (疾患と移乗の工夫)	中断していた身体的治療(閉塞性動脈硬化症)について話し合わせ、精神薬の減量と関わり方、移乗の工夫を話し合われた。
3) せん妄カンファレンス	術直後からせん妄を発症し、両上肢をせわしなく動かしたり起き上がりが頻回となったため、抗精神病薬を臨時使用したが、効果が乏しく使用薬剤に関して翌日相談の依頼があった。チームメンバーと病棟スタッフとでせん妄の状況を評価し、内服薬を提案し導入されることとなった。また、昼夜が逆転してしまっている現状もあったため、スタッフとともに環境調整に関するディスカッションを行い、ケア項目を組み立てていった。
4) 行動アセスメント	24 時間行動記録を取り活動性を把握した。昼間の活動性をあげるため、①ケースワーカーに協力を依頼し午前中の散歩、②リハビリ時間の固定、③見当識障害の対応について、カンファレンスで提案・統一した。〈1.-1)再掲〉
2. 予防的介入に関するもの	
1) 入院時せん妄の説明用紙を用い、家族へ説明	呼吸器疾患の精査目的で特別養護老人ホームより緊急入院。入院時にせん妄予防に向けて老人看護専門看護師が中心となって作成したせん妄についてのご説明用紙を家族に渡し、環境調整を行っていた。入院時よりせん妄が疑われた。日中の過ごし方について看護師、老人看護専門看護師で検討するが、倦怠感が著明でベッド上寝たきりの状態が続いた。また、主治医、耳鼻科医、言語聴覚士、老人看護専門看護師、看護師で嚥下機能評価を実施するが、嚥下困難と判断され、本人の食べたい気持ちもなく倦怠感と胸部の重さといった苦痛への対処が優先と考えられ、今後の療養について地域連携室看護師、主治医、看護師、老人看護専門看護師、施設職員、家族、本人と検討し、療養型病院へ転院となる。
2) 家族の面会促進	入院前は認知機能障害もなく自宅生活が送れていたが、今回交通外傷を受け、入院後2日目よりせん妄を発症したため、薬剤とケア相談でせん妄回診に依頼があった。安静臥床を守る必要があるものの、夜間に特にせん妄症状が強くなることから、抗精神病薬でのコントロールを行うことを提案した。ケアとして、リアリティ・オリエンテーションの強化と、家族の面会を増やすことなどを提案し少しでも安心できる環境調整を行なった。薬剤の効果もあったことから、症状が消失したタイミングをみながら、薬剤も少しずつ減らしていくよう介入を行なった。1週間以内にせん妄は消失。2週間後には、薬剤も中止となった。
3) 術後せん妄予防的介入	術後せん妄への予防的な関わり。
3. せん妄に対する具体的ケア	
1) せん妄に付随する安全対策	センサー・安全ベルト 抑制
2) 治療的な介入	高照度光療法 高血糖治療・水頭症フォロー 脱水予防
3) 薬物に関するもの	頓用薬使用 向精神薬調整 指示薬使用・麻薬投与(ペインコントロール) 眠剤調整・薬剤調整
4) 治療補助の工夫	ライン整理 ルート固定
5) 多職種による連携	理学療法・作業療法の導入 多職種カンファレンス(今後の療養先について) 嚥下機能評価 精神科リエゾン診察依頼
6) 環境調整	環境調整 わかりやすい言葉のメモ掲示 排泄環境の調整 ステーションから近距離に移動し体動センサー使用
7) 看護師対応	頻回訪床 リアリティ・オリエンテーション 時計を一緒に見るようにした 離床ケア わかりやすく一つ一つ説明する 安心できるような声かけ 早朝の食事介助 易刺激性、易怒性に対するケア方法のアドバイス 身体管理の必要性とケア方法のアドバイス
8) 生活リズムの調整	動記録による活動性の把握 午前中の散歩 光が当たる工夫、日光浴 リハビリテーションの時間を固定する リハスタッフと協力し生活リズムを整える
9) 不快・快へのケア	ペインコントロール、機械浴を実施する 不穏時に頓用薬使用し、落ちついてから水分摂取後、洗腸を実施する。腹部マッサージ、朝の冷水飲用といった排便コントロールを実施 口腔ケアと保湿
10) 家族に対するケア	◇面会の促進 ◇家族の負担感を傾聴し評価するよう病棟へ伝える

表 2-3-8 入院・認知症患者への具体的なチーム医療の効果

効果・利点等	意見内容
1. 患者における効果	<p>入院 2 日後よりせん妄が急速に悪化し、点滴や尿道カテーテルなどの自己抜去を繰り返し、肺炎に対する適切な治療ができない状況であった。家族を含めて関係者で方向性や具体的な解決策を話し合った。家族の協力を得ることで不必要な抑制を減らし、日内リズムを整えることができるようになった。せん妄治療を定期的に評価して、肺炎が徐々に改善した。</p> <p>主治医チームと栄養サポートチームより栄養面からの介入の提案より、食欲不振の要因と考えられる貧血、貧血や感染によるせん妄症状の出現などへの迅速な対応がなされ、一時的に出現していたせん妄症状は消失。摂取量にムラはあるものの、栄養状態も徐々に改善がみられている。</p> <p>トイレでの排泄と生活の活性化を目標に理学療法士、看護・介護職とともに日々のケアを通してのリハビリテーション、関節拘縮予防運動、楽しみながら行える体操などを、負担のないように取り入れた。医師とは薬剤の見直し(利尿剤の量の調整など)を行った。6 か月後に日中はトイレで排泄できるようになり、不穏がなくなった。食欲もアップし、その後、100 歳を超えて亡くなる 1 か月ほど前まで、活動性が保たれた。</p>
	<p>午前中は作業療法士、午後は看護師が中心となりかかわったことで生活リズムがついた。一時的に薬物も併用したが、安静度がアップするとともに活動量も増え生活リズムが整ってきた。</p> <p>食事をお膳ごと配膳すると、食事をグチャグチャに混ぜてしまう、味噌汁やお膳をテーブル上に水を撒いてしまう。スタッフはその状況を確認と介助で食べて頂いていたので、食べる力を奪ってしまうと感じた。目の前に沢山のものがあると混乱すると感じ、小分けにしてお茶碗がなくなるごとに次をお渡しすると自分で食べるのができると予想した。普段の食事場面で実践しつつ提案し、看護師・介護士が協働。ご自分で召し上がる姿を見て、認知機能が低下しても食べる工夫をすることで“こうやったら自分で食べられるんだ”とスタッフからの声が聞こえ、この女性のケアは定着し介助で食べていただくことはなくなり、ご自分のペースで食べることができるようになった。</p> <p>早期に食事開始できるよう介入の必要があると考え、老人看護専門看護師、看護師と検討し、主治医より言語聴覚士へ介入依頼。食事開始の意欲もつながら肺炎の軽快とともにすぐに食事が開始でき、誤嚥の再発なく入院を長期化することなく経過した。</p>
	<p>BPSD の出現について「ひもときシート」を使用し原因の理解、ケア、関わり方などチームで共有し、統一した関わりを持つことで、夕方に見られていた症状の出現が軽快されたと考え。</p> <p>ケアをする際に激しく抵抗していた。ケアをする際の声のかけ方や、姿勢など、患者が混乱しないような工夫をチームで共有することができた。病棟カンファレンスを開催。本人の認知機能や本人の思いをチーム内で統一した。</p>
<p>家族に安心感が得られ、患者-家族の関係性が再構築される</p>	<p>日中、独居となることで家族の不安が強く、退院に消極的であったが、リハビリが進むにつれ、日常生活動作ができるようになることを確認し、試験外泊をし、対応について理学療法士や老人看護専門看護師から助言を行うことで家族の安心感が得られ、家族の協力を得ながら患者の希望する自宅へ退院となった。</p> <p>患者と家族との関係性も再構築された。患者中心にケア方法を考える大切さが共有できた</p>
<p>チーム員が患者に関心を持ち、注意の意識を高める</p>	<p>事前にいろいろ部門(手術部門、外科医、退院後施設)に働きかけられ、術前から術後までのせん妄への備えができた。また外科医師や病棟看護師へ注意喚起を促し、意識を高めることにつながった。</p> <p>看護、家族以外のリハビリ、医師の関わりで患者に関心を持つ人が増え、笑顔が出るようになった。</p>
<p>患者について多角的な理解が深まる</p>	<p>多職種が集まりカンファレンスを月に 1 回実施、患者の状況、対応に関する反応、行動の奥にある意味を考える場をつくり情報を共有した。その中で不足な情報がある場合は日常の行動の観察を患者にかかわるすべての職員が行い、また家族からの聞き取りなども行うことで、患者を理解し行動の意味を知ることによって対処方法を試行錯誤していくことを継続することで、異食と徘徊がなくなり、以前には発揮できなかった持てる力を発揮することができるようになった。</p> <p>看護師だけではアクティビティの選定ができないので、日常生活動作を作業療法士とともにできたことは、多角的視点が増えて効果があった。</p>
<p>患者について共通の理解が進み、対応や今後の方向性を共有する</p>	<p>入院時から退院を具体的に共通理解し、患者様の適切な時期への退院環境を調整できるようになった。</p> <p>施設からの入院で、「いつものこの人」知るために施設職員との連携をとりながら看護援助につなげた。行動背景にある生活史に着目できるようになった。スタッフで「いつものこの人」について考えるきっかけができた。</p> <p>医療者でせん妄のアセスメントを共有することで、看護師が原因を考えた対応できるようになった。</p> <p>疼痛の程度や効果もみんなで共有し、疼痛コントロールに向けて関わった。</p> <p>月一回の病棟カンファレンスで話し合いを持ったことで方向性が見えた。</p> <p>それぞれの職種がどのような目的をもってケアを行っているのか分かった。</p> <p>BPSD の症状パターンを知るため、看護師チームメンバーに行動心理症状、言葉、ケアについて数日細かに記録を取り、ケアへ生かすやすかった。</p> <p>医療者でせん妄のアセスメントを共有することで、看護師が原因を考えた対応できるようになった。入院中の妻への面会に医師が付き添うなど、協力を得ることができ、方向性を持ってチーム一丸となって対応しようという団結力が向上した。患者の症状改善につながった。</p>
<p>各職種が専門性を発揮し、役割を果たす</p>	<p>混乱状態の原因を多職種でアセスメントし混乱状態を改善するという目標に向かって各職種の役割を果たすことができた。</p> <p>認知症の進行とともに看護師だけの対応が困難となったため、医師、作業療法士、理学療法士に協力を依頼する。医師の向精神薬の調整とともに、多職種で協働しそれぞれの専門性を発揮させながらルーティン化療法を実施していったところ、安定した療養生活が送れるようになり、その後介護老人保健施設に入所する。</p> <p>摂食障害と診断された患者の薬剤調整および食事内容の見直し、対応の工夫について、介入が必要と考えたため、医師および栄養士の協力を依頼した。互いの専門性を発揮し、多角的にアセスメントすること、的確な介入方法を選択することができた。</p> <p>薬に対して薬剤課より提案があり、食事形態など栄養士と相談。日中の活動はリハビリ課と相談し、医師を交えて対応することができた。</p> <p>認知症で摂食困難があるが、本人が好きなものなら摂取できることがあり、言語聴覚士による評価と栄養士の協力が必要と考えた。可能な範囲でご本人の嗜好や形態に合わせた食事を準備してくれた(栄養科の協力)。</p>
<p>正しい診断につながる</p>	<p>精神科リエゾン依頼の結果、頭部 MRI を撮ることになり、髄膜腫と水腫があったことで脳外科依頼となった。異常をきたした状態でないことが判明して本人と家族は安心された。認知機能については臨床心理士が心理知能検査を実施して加齢範囲のもの忘れと判断された。</p>
<p>症状改善に向けた薬剤調整が進む</p>	<p>薬剤調整ができたことで、傾眠や嚥下困難が消失した。</p> <p>使用する薬剤の検討を行いながら、ケア方法の検討を行った。(中略)それと同時に薬物の調整を精神科医が行った。その結果 8 週間経過すると再度分から入浴できるようになった。</p> <p>看護師だけでは出来ない薬の調整や薬剤師の協力を得られた。</p> <p>認知症高齢者の疼痛の把握と除痛のために有効な薬剤の選択と実施が行えた。</p> <p>医師とは薬剤の見直し(利尿剤の量の調整など)を行った。</p> <p>認知症看護認定看護師からはせん妄の原因をさぐることで、その原因に対するケアや日中の覚醒を促すケアの必要性を導き共に援助する。さらに精神神経科医師とラウンドすることで、せん妄のリスクとなる薬剤がないかを確認し、主治医に減量や中止ができないかを相談、非定型抗精神薬の投与時間の調整を行い、効果的に薬剤を使用するなど早期に対応することで早期に症状の軽減を図ること、また過剰投与も避けることができた。</p> <p>薬剤調整について、BPSD を落ち着かせる投薬開始。下肢の浮腫再燃、除脈、心不全兆候出現。薬剤調整についてチームで検討でき、症状の早期改善につながった。</p>
<p>家族の力を得られる</p>	<p>かかりつけ医が入院 2 週間前に本人の不眠の訴えから睡眠薬や抗不安薬を処方されたことが原因の誤嚥性肺炎であることを突き止めた。不必要な薬剤の整理を早期に行い中止をかけたことでせん妄状態の改善が図れた。</p> <p>がん性疼痛があったため、オピオイドを使用していたが、主治医が「せん妄がひどいからオピオイドを減らすしかない。」との判断をしかけていたのだが、オピオイドはそのままに、オピオイドの副作用のせん妄だけを抑えることを意図して、チームで抗精神病薬の調整を行ない、オピオイドはそのままにせん妄症状だけを落ち着かせることができた。</p> <p>不安や焦燥も強く、抗精神病薬を使用せざるを得なくなったが、使用後 2 日後頃より嚥下障害が出現。異常に気付いた看護師がチーム医療で介入していた老人看護専門看護師に相談。老人看護専門看護師がアセスメントを行った後、摂食・嚥下チームの言語聴覚士に連絡。せん妄ケアチームと摂食・嚥下チームが協働して医療を提供でき、最終的に嚥下障害の改善とせん妄の消失ができた。</p>
<p>チーム員が手応えや楽しさを感じる</p>	<p>本人以外は退院をあきらめていたが、老人保健施設に退院できた。症状(焦燥・攻撃性・叫声・拒絶・ケア抵抗・食行動の異常)が軽減されスタッフとの関係性も良好になった。家族のかかわり方は変わることがなかったが、協力を得られるようになった。</p> <p>主に生活リズムと療養環境の整備をチームと病棟スタッフ、医師とで整えていったケアによって、せん妄症状が落ち着き、治療が進んだことに加え、スタッフがケアの手応えや喜びを感じることができたこと。</p> <p>病棟スタッフが患者の「できること」に着目できるようになった。表情や他者への対応の変化を感じている。行動記録を行う意義を理解している。</p>

		<p>対応の仕方考えるようになった。 ケアの方法を記録として残し、後日カンファレンスで討議してもらい提案したケアを行ってもらえた。そのことでケアの効果があつたとスタッフの実感も得られた。 それぞれの職種が、どのような目的をもってケアを行っているのかがわかった。また、こちらの思いを伝えることで、より患者にとって効果的なりハビリの方法や内服薬などアイデアを交換することができた。その方のことで他職種と話すとも効果が見えてくるので楽しかった。</p>
3. 看護師における利点	<p>症状出現時、スムーズな対応ができる</p>	<p>入院時、医師、リハビリ、看護師で情報共有。特に夜間徘徊がみられたが認知機能障害がある患者と認識できたことで夜間看護師はスムーズな対応ができた。徘徊時の対応について困らなかつた。</p>
	<p>対応困難な患者に合わせた対応ができる</p>	<p>担当看護師だけでは対応困難であつたため、日勤看護師が交代で見守り付き添う体制とした。しかし患者は院内の散歩だけでは満足できず、院外に出ようとするようになった。家族との外出を試みたり、リハビリテーションスタッフに相談し、リハビリテーションの時間帯に病院敷地内外出を日課として取り入れた。院内散歩や敷地内外出を行う時間帯をスケジュール化し、活動できる時間を確保することで、ひっきりなしに外へ出たいと言うことはなくなり、時間を伝えると待つようになった。 耐糖能異常と重度の認知症があり、誤嚥性肺炎で入院していた。空腹になると大声を出して食べ物を求め、吸引やケアなどに抵抗し殴る・蹴る、歩けないにもかかわらず歩こうとして転倒するなど、治療や対応に困難を抱えていた。本人が訴えようとしていることをみんなで考えることで、解決策を見出していった。看護師や理学療法士は、本人の要求や欲求を考えた対応をするようになった。患者さんが落ち着いて過ごす時間が増え、笑顔が増えた。</p>
	<p>継続看護や他科との連携につながる</p>	<p>退院後の生活を考えた環境調整を他職種(栄養士・薬剤師・検査技師)とともに考えることができた。外来看護に引き継ぐことができた。 車の運転時に事故を起こし、腰椎圧迫骨折にて入院した患者。入院前に車の運転による事故を3回起こしており、介入を必要とした。精神科リエゾンチームが患者の認知機能の評価を行い、事故の再発予防についてエビデンスを示しながら地域連携室の担当者と共に家族への指導や退院後の生活を考えた生活調整を行うことができた。 入院時から退院を具体的に共通理解し、患者様の適切な時期への退院環境を調整できるようになった。 同居の家族の変更に伴い、同居家族の協力が得られないこと、妄想による心理的介護負担に関して、外来で相談があつた。外来通院中の患者の在宅生活の継続と家族への安心感につながつた。 幻視を軽減させるための環境調整方法や対応方法を看護師に早期に伝えたこと、観察方法や転倒リスクのあることを踏まえた退院調整と家族指導に早期に入れたことで退院調整もうまくいった。 介護保険利用開始などについては、認知症看護認定看護師が担当看護師に提案して、早期に社会福祉士とも連携し、今後の方向性が見通しやすかつた。BPSDの症状パターンを知るため、看護師チームメンバーに行動心理症状、言葉、ケアについて数日細かに記録を取り、ケアへ生かしやすかつた。</p>
4. 施設における利点	<p>入院が長期化せず、転院・退院になる</p>	<p>患者にとって最善の療養方法を多職種で検討し、比較的早期にグループホームという生活場での療養が決定し、退院に至つた。 リハビリが日中の気分転換となり、また食事開始の意欲へもつながり肺炎の軽快とともにすぐに食事が開始でき、誤嚥の再発なく入院を長期化することなく経過した。</p>
	<p>スタッフの精神的サポートにつながる</p>	<p>肝疾患があり、入退院を繰り返している患者。家族に罵声を浴びせ、「皆さん、申し訳ありません」とひたすらに謝る家族と共に本人と関わつた。最初のうちは医師やスタッフに対しても暴言を吐き、その言葉に耐えられないスタッフも続出したが、定期的にカンファレンスを開催し、その患者が置かれている状況を共有し、傷ついているスタッフに対しては傾聴し気持ちが低下しないようにした。時に患者の罵声に対して言い返してしまうスタッフもいたが、メンタル面のフォローをすることにより継続して患者と関わることができた。 本人以外は退院をあきらめていたが、老人保健施設に退院できた。症状(焦燥・攻撃性・叫声・拒絶・ケア抵抗・食行動の異常)が軽減されスタッフとの関係性も良好になった。家族のかかり方は変わることがなかつたが、協力を得られるようになった。</p>
	<p>看護以外の職種が認知症に対する関心を持つようになる</p>	<p>当院は急性期病院であり、看護部以外の職種の場合、認知症に対する関心は高くなかつたが、私たちがご本人に興味を持ち、ご家族から情報を得て生活をコーディネートすることで本人が安心するという結果を複数確認しているため、認知症に興味を持つスタッフが増え、他職種の人も積極的に関わるようになったことが患者にとっての「良いケア」につながつていると感じる。</p>
5. 「入院認知症高齢者へのチーム医療」における課題	<p>看護師の配置を患者の状態に合わせて増やせる体制整備が必要である</p>	<p>◇患者の状況に合わせて看護師の配置を増やせる体制を整えることが課題である。</p>
	<p>他職種間での調整役が必要である</p>	<p>◇他職種が関わることで多面的な角度で患者の理解ができるが、カンファレンス開催などの業務調整が難しい。 ◇多職種連携によって患者の個別性に合わせた看護が提供でき、看護師の負担が軽減されたが、コーディネーターとしての役割による責任は大きい。</p>

4. 「認知症入院患者へのチーム医療加算(仮)」の保険の点数化についての意見

1) 「認知症入院患者へのチーム医療加算(仮)」の提案について

「認知症入院患者へのチーム医療加算(仮)」への意見の回答者数は68名(74.4%)であり、大いに賛成55名(64.0%)、少し賛成9名(10.5%)、どちらでもない4名(4.7%)で、少し反対、大いに反対の回答者はなかった。

2) 「認知症入院患者へのチーム医療加算(仮)」への保険点数の加算希望について

「認知症入院患者へのチーム医療加算(仮)」点数への要望点数回答は48件あり、平均179.8点(SD168.6)/一日であった。

3) 認知症入院患者へのチーム医療加算についての意見。

表2-4-1に示したとおり、チーム医療は症状の消失・軽減・改善などの「患者における効果」、チーム員が患者に関心を持ち、注意の意識が高まるなど「チームにとっての利点」、適切なケアや対応がわかるなど「看護師にとっての利点」、継続看護や多寡との連携につながるなど「医療機関にとっての利点」、看護師配置を患者の状況に応じて柔軟にできる体制の整備など「課題」に分類できた。

表 2-4-1 認知症入院患者へのチーム医療加算についての自由意見

機関の種類	医療加算提案に賛成か	医療加算への希望点数(1日あたり)	認知症入院患者へのチーム医療加算への自由意見(一部匿名処理済み)
一般病院	大いに賛成	500点	急性期を担う病院に勤めているものとして、認知症を持ちながらも現疾患の治療のために、さまざまな「苦痛」の中で治療を受けなければならない高齢者の現状は、高齢者本人にとっても、医療者側にとっても、非常に困難さを感じる場所です。マンパワーが非常に必要です。高齢者の尊厳を守り、不必要な薬剤使用や抑制を減らしていくためにも、ここに加算がつくことで、認知症のケアが充実していくことを期待します。
	大いに賛成	500点	チーム医療加算には賛成です。しかしチームに必要となるであろう老年科医、精神科医、神経内科医がいないのが現状で、当院のような医療過疎の地域では緩和ケアチームでさえ立ち上げが困難な状況です。
	大いに賛成	400点	認知症入院患者へのチーム医療加算をとることができれば認定看護師の活動もしやすくなると思います。勤務している病院は、認知症の診断や治療ができる医師が常勤していないため(精神科や老年科などが設置されていないため非常勤医師もなし)リエゾンのチーム加算もとれません。そのため、お金にならない活動に病院は消極的です。チーム医療加算について以下の2点を望みます。 1. 医師がいなくても加算がとれること。一般内科や外科のみの病院にも認知症入院患者は多くいます。医師がいなければ加算がとれないとなると現状のリエゾンチームと変わりがないように思います。 2. 認知機能が低下している患者も包括できること。認知症の診断がついていないだけで、認知症の症状が出ている患者は多くいます。 現在、産休・育休中のためアンケートに部分的にしか答えることができず申し訳ありません。
	大いに賛成	300点	精神科医が常勤ではない場合があり、チームとして結成できない。また、理学療法士や作業療法士も単独で200点以上の点数を取れるため、チームとして入っていただくことができない。その点を考慮して、柔軟なチーム編成ができる条件付をしてほしい。また、一般急性期病院には精神科の入院棟はなく、認知症患者も一般の病棟へ入院せざる負えない。そのため、目まぐるしい入退院と検査、手術出しに追われるスタッフが身体抑制に頼らざる負えないところもある。急性期では、入院から1、2週間で退院を迎えるため身体状態が改善するときにはADLと認知機能が落ちた状態で退院を迎えることもある。認知症患者がより快適に入院生活を送り、もとの場所へ戻るような状態とするための一つの手段として、一般急性期病院にも魅力のある医療加算をお願いします。(経営者が人員増や体制づくりをしたいと思えるような加算点数)
	大いに賛成	275点	リエゾンチームでは職員の専従者の数が多いなどの規制がありチームを作るまでには至らなかった。専任でチーム体制を作れるように人員規定を緩めてほしい。自由に病棟をラウンドできる体制で許可願えたら、各病院での活動が増加すると考える。CN、CNSが居てもみんなどこかに配属されていたりするため専従者を多数必要とされれば、人件費と見合わないと組織が許可してくれないので主となる1人が専従でその他は専任にしてほしい。
	大いに賛成	250点	認知症高齢者は入院治療によってせん妄状態に陥りやすいという特徴がある。せん妄の要因は各患者で相違しているため、チームでアセスメントして情報共有し介入することが重要と考える。チームで取り組むことによって早期にせん妄を改善し転倒転落のような事故を防止したり、廃用症候群を進行させないなど大きな効果があると考え。これは認知症高齢者に関する専門的な知識をもっていなければケアを提供できないため、専門的なケアを実践しているという意味で加算の対象になると考える。
	大いに賛成	200点	①認知症と診断されていない患者、せん妄発症(判断できる医師がいない場合等)は対象とされるのでしょうか？ ②チーム構成(特に専門医を必須とされるのか?)や上限回数などはどうお考えでしょうか？
	大いに賛成	200点	認知症入院患者に十分なケアをしたいが、他の患者に対応している時間がなく、満足いく看護ができていないのが現状である。BPSDのある患者に対しては1対1での対応が必要な状況である。転倒など事故があると看護師の疲弊・離職につながる。看護師・介護職・ボランティアを含めたスタッフ数の増員を望む。平均年齢70を超える病棟や病院は、施設基準にそういったスタッフ数を確保するようにはどうにかと思う。精神科医師、神経内科医師がいないのも当院では大きな課題である。
	大いに賛成	200点	急性期病院でも認知症看護についてもっと理解を深めていただき、患者さんが笑顔で安心して自分らしく生活できるような環境を作ることが必要であると感じています。医療加算がいただければ、病院としてももっと高齢者看護に積極的にとりこんでいただけたらと思いますので、少額でもよいので加算をつけていただきたいと思います。何卒よろしくお願いたします。
	大いに賛成	200点	当院は一般病院ですが精神科医や神経内科の医師が常勤していません。週一回、県内の大学病院から医師を招きやりくりしている状況です。このような状況下で、認知症入院患者へのチーム医療加算が取れるようになった時に、メンバー構成に入るであろう専門の医師が確保できるかどうか心配です。
	大いに賛成	200点	急性期病院では高齢者の入院患者数が急速なスピードで増加している。認知症やせん妄を混同して理解しているスタッフも多く、院内研修や事例検討を行う中で教育し、ようやく誤解が解けていると感じています。それは看護職に限らず医師にも言えることである。一時的な症状を抑えるために薬を処方し、症状が改善しないようであればどんどん増量し、ケミカルロックを行ってしまう病院は多いと思う。それを倫理的視点で考えると、許されてはならないと思う。チーム医療加算という形にすることで収益のために各病院が飛びつくという構図は仕方ないのかもしれないが、高齢認知症患者にとって少しでも「よりよい」状態につながるのであれば頑張りたいと思う。
	大いに賛成	150点	認知症対応については、患者個々にあらわれる症状が違っており、入院早期から意図的にアセスメント、介入を行う必要がある。認定看護師として1人でアセスメントするには限界があり、よりその人の個性を活かした支援計画を立てるためには、多面から検討することが大変重要であると考え、そのためにはチーム介入が有効であると考え。また、チーム加算をとることで、認知症対応が全国的に推進される。 認知症対応については、患者個々にあらわれる症状が違っており、入院早期から意図的にアセスメント、介入を行う必要がある。認定看護師として1人でアセスメントするには限界があり、よりその人の個性を活かした支援計画を立てるためには、多面から検討することが大変重要であると考え、そのためにはチーム介入が有効であると考え。また、チーム加算をとることで、認知症対応が全国的に推進される。
	大いに賛成	100点	一人の認知症患者の背景を把握するためにソーシャルワーカーやリハビリスタッフなど他職種との連携がかかせないと思うが、認知症について理解がある医師という面で常勤医に限定されてしまうと加算がとれる施設が限定されてしまうと思う。また、看護として加算を申請できる範囲があると思う。認知症患者へのケアや見守りするためには業務整理も必要になるため、加算がとれると積極的に改善できると思う
	大いに賛成	100点	チーム加算でリエゾン加算が当院では取れなかった原因は、専従スタッフが採算が合わないため作れないという問題が大きかった。専従スタッフは、認知症看護認定看護師または、老年またはリエゾン専門看護師が望ましいと思う。なぜならば、現場ですぐに動けること、インシヤチブを一番発揮しているからだ。

一般病院	大いに賛成	100点	急性期病院でも認知症の患者が増加しており看護師は皆対応におわれています。医療加算を得ることで認知症看護認定看護師の活動が評価されることを望みます。
	大いに賛成	100点	現在チーム医療の項目にそれぞれ認知症加算として算定できるのが良いのか、(例えば運動器リハビリに早期加算があるように、認知症加算+50点算定する)もしくは、入院管理として新たに項目を立て加算するのが良いのか。
	大いに賛成	90点	加算のための必要文書を簡素なものにしてほしい。でないと専従ではない認定看護師には負担が大きくなる。
	大いに賛成	50点	認知症がある人は、環境変化と身体症状の苦痛から精神症状が悪化することが多い。そのため、スタッフ一人がかりつきりになってしまう現状がある。しかし、その労力が全く点数に反映されていないので、スタッフモチベーションが下がっている。
	大いに賛成	40点	認知症患者さんへのケアについて、報酬がない割に手間がかかる状況が大いにある。まだまだ対応次第で現状維持、あるいは改善できるとしてもナース自身がなかなか目を向けられない現状があるように思う。そのような意味で、ケア加算によって、チームとしてよりよいケアを考え、チームアプローチできればよりよいケア提供につながると思う。
	大いに賛成	30点	認知症と診断がついている患者が少なく、高齢で認知機能が低下している患者にも適応できる加算だったらなお良いです。
	大いに賛成	30点	算定が大学などの大病院のみでしか、算定できないのでは意味がないと思います。中規模一般病院でも、認知症患者は沢山おり、対応に苦慮しています。チームメンバーの構成など、算定方法の検討をお願いします。
	大いに賛成	20点	職員が実施する必要性が高い身体的なケアだけでなく精神的なケア、さまざまなニーズに対応しなければならない。余裕をもって対応できる時間やマンパワーが必要である。認知症ケアの充実を図ることで退院前からの支援や退院指導など在宅に向けた支援につながる。
	大いに賛成		精神科病棟があることや、認知症病棟があるなどの施設要件ではなく、多疾患治療目的で一般病棟に入院している認知症患者への算定を希望する
	大いに賛成		加算は取りたいが、医師の確保の問題がある(当院は)
大学附属病院	少し賛成	150点	大病院や認知症専門棟のある病院では要件を満たすことが容易でも、中小規模の病院で要件を満たすことが難しいような形にはしてほしい。認知症医療・ケアはどの医療施設でも課題となっており、限られた医師・専門職数のなかで必死に取り組んでおられるところも多数あると思います。そのような努力が認められるような形で診療報酬化に結びつくことを祈ります。
	少し賛成		認知症高齢者の入院に対するケアの確立はとても重要なことだと感じます。BPSDやせん妄などチームでアプローチする意識はスタッフ間では定着しつつありますが組織が認識する必要があるため加算は必要だと感じます。しかし、個別性を重視しアプローチ方法をアセスメントすることは難しくチームで行ったカンファレンスだけにとどまらず日々のケアの継続が評価される内容であってほしいと思います。
	少し賛成		保険点数化されれば、チーム医療のモチベーションが高まる。また、認知症者への関心・興味も促進されるのではないだろうか。それが、認知症者の人にとって良い効果になるよう期待したい。 *アンケートに対し 所属が神経内科病棟であったため、認知症のみに特化したチェックがしにくかった。
	大いに賛成	200点	現在自分の院内では他職種と入院患者に対してのチーム医療はしていない。しかし、チーム医療の必要性はあるために加算がとれると病院側もプラスになり後押しになると思う。
大学附属病院	大いに賛成	50点	認知症ではせん妄を発症しやすいが、鑑別が容易ではない。リエゾンチーム加算もあるため、実際にどちらかで加算をとるのか判断に悩むと思っている。しかし、認知症チームは必要であり、加算に関係なく体制を整えていく予定である。
	大いに賛成	30点	入院時から、チームで関わることで、合併症予防、在院日数の短縮化、地域への退院につながっていくと考える。最初から、チーム医療が提供されると、医療者それぞれの負担感も軽減され、地域との連携もスムーズで、患者、家族の意向に沿った医療提供ができ、やりがいにつながると考える。加算が取れる日数の期限をつけると良いと思う。
	少し賛成	200点	一般病棟で対応に困っていても、具体的にどうすればよいか、改善する方法があることすら認識できていない場合が散見される。そのため、チーム医療加算がとれ、チームが院内を回ることでナースステーションなどで過ごしている認知症を持った患者のケアが向上すると考えます。
特定 能病院	大いに賛成	300点	(8)(9)(10)はDSTで関わった患者の数のみの1日の集計状況です。DSTの評価は定期で1週間に一度ですので回復に要した期間は記入よりも短期間だと思います。 医療加算は初回と次回で点数が変わっても良いかもしれません。(初回は一番情報収集に時間もかかる。)
がん 拠点病院	大いに賛成	200点	現在、当院では精神神経科医師と認定看護師にそのつどコンサルテーションをかけてもらい対応している。また、精神神経科医師と週1回病棟ラウンドを行っている。ラウンドでは現状の把握、アセスメント、ケアのコンサルテーションを行い、医師がチームメンバーであることから薬物療法についても迅速に対応できるようになった。精神科リエゾン加算は他のメンバーが不足しとれていない。精神保健福祉士や臨床心理士がおらず、作業療法士や薬剤師もリエゾンチーム専従は困難な状況である。他の認定看護分野のチームでは加算がとれることも影響し、委員会の立ち上げやリンクナースの配置がスムーズに行っているが、認知症に関するチームや委員会、リンクナースの必要性は認識してもらいにくい状況である。認知症ケアの知識、実践力の底上げのためには専門チームでのサポート体制が必要と考える。
	大いに賛成	200点	認知症があり、身体疾患のために急性期病院に入院する高齢者が多い。しかし、BPSDなどにより治療継続が難しく身体疾患の治療が断念されることもある。BPSDを改善、もしくは悪化させることなく認知症のある高齢者が安心して治療を受けることのできる急性期病院での環境を整える必要がある。そのためには専門的知識を持った者がチームを組んで認知症への対応について助言したり提案したりする場が必要。また、加算が取れなければ人的・物的環境についても質の確保が難しい。そういう意味で認知症入院患者へのチーム医療加算は絶対に必要であると考えます。
	大いに賛成	150点	診療報酬として、位置づけられることで、病院全体としての取り組みが図れる機会となると思う。また、活動していく上で、組織の理解を得やすいと考える。一方で 認知症患者への症状の緩和への対応は様々な要因から症状を呈するため極めて困難な状況が多いため、介入の成果をどのように評価していくのが課題であり、責任を果たせるのか疑問に感じている
	少し賛成	100点	各病棟に認知症看護認定看護師や認知症ケア専門師など専門的な知識を持った看護師が存在することで点数をとれる。
療養型 病院病棟	大いに賛成	250点	認知症患者のケアを行う場合は多角的な視点が必要であるため、チームで関わることは有効と考えます。早期に適切に介入すれば、患者本人の負担が少なく、その後のケアも非常に楽に行えます。認知症ケアは、どちらかという予防的なケアであり、早期に適切な対応を行えば、BPSDを予防することができると考えます。
	大いに賛成	100点	私が勤務する療養病棟では、明らかに認知症の症状があっても、診断されていない患者が大勢います。診断しても療養病棟では、治療には至らないからです。そのため、今回のアンケートでも必要なデータを提供することができません。認知症入院患者へのチーム医療加算が制度化されれば、診断されていない認知症患者が減り、適切なケアや治療が受けられる人が増えるのでしょうか？ そうなることを切に願っております。
	大いに賛成	50点	現在は地域医療連携室として勤務しており、認知症の症状のある患者の入院について悩んでいる。現場や嫌がるし、点数が付けば病院として少しは認知症者の入院が前向きになるのではないかと考える。

療養型 病院 病床	どちらでもない		療養型の病院では、チーム医療を行うほど各職種のマンパワーはありません。時間をかけて関わることや、気持ちのゆとりを持ってケアができるマンパワー(時間的な)が必要だと思います。医療加算は色々な縛りがあり使えないことが多いと事務の責任者は言っていました。認知症入院患者へのチーム医療は必要と思いますが、現実にはマンパワーの確保が大変なのではないでしょうか？
	大いに賛成	300点	あまり細かな決まり事や、患者に負担がかからないようなチーム医療加算にしてほしいと思います。
精神科 病院	大いに賛成	220点	当院は(精神科病院)作業療法士の作業療法実施により点数化がされていて、看護師・介護士は作業療法士のお手伝いに入っているため、チームとして協同・連携しているという意識にはなっていないのが現状。自分たちのケアは何をしても点数化にならないのなら、頑張らなくても通常業務をこなしていればいいと感じている人も少なくはない。そして、摂食嚥下困難の方も多いが、栄養サポートも弱く看護サイドでソフト食・軟菜食の提案もコストがかかるという理由で対応されていない。チーム医療加算によりこのような状況から、患者様にケアが還元されスタッフのモチベーションも向上する可能性があるのでは大賛成です。
	大いに賛成	100点	多職種のチームであるが、同時にではなくそれぞれが情報を共有し時間差で介入されていることでも評価されてよいと思います。また、精神科にこだわらず、身体的な治療環境、人が整っていることが大事だと思います。よろしく願います。
	大いに賛成	50点	認知症疾患治療病棟では、ほとんどの加算が取れない状況にあります。実際にはいろいろな職種がかかわっています。キチンと活動が評価され、点数がつくともっと働きがいにつながると考えます。
	大いに賛成	20点	認知症高齢者の看護は、看護師だけで行っていくことは非常に困難であり、多職種の協働なくては成り立たない。保険点数化されることで、病院全体として認知症高齢者看護への協力体制が整い、現場の職員の意欲向上にもつながるのではないかと考える。現状では看護師や介護士の負担ばかりが増えている。
	大いに賛成		認知症入院患者を一般病棟で医療を提供する場合のようなチームが必要かを問うているのかチーム医療加算趣旨の根拠がよく理解できない。