

3日目午後の部：事前課題

【問1】あなたの部署で、認知症や認知機能低下に伴う行動の変化やBPSD（行動・心理症状）などが見られたとき、実際の臨床現場での対応や部署の風土について、当てはまるものを全てチェックしてください。（複数チェック可）

【不適切な抑制（ロック）の傾向】

- ☐ スピーチロック（言葉による抑制）：
「ちょっと待って」「座ってて」等、行動を制限する声かけが日常的に見られる
- ☐ ドラッグロック（薬剤鎮静）：
症状コントロールを目的とした、過度な薬剤調整や投与に頼りがちである
- ☐ フィジカルロック（身体拘束）：
腹部拘束、上肢拘束、ミトン着用、つなぎ服の着用など物理的な身体抑制を行わざるを得ない

【ロックに頼らないアプローチ・風土】

- ☐ 非薬物療法・ケアの工夫：
環境調整、傾聴、生活リズムの安定など、抑制に頼らないケアを重視する風土がある
- ☐ 多職種での即時相談：
リハビリ職や介護職など、部署内の多職種で「どう対応するか」を相談し合える環境がある
- ☐ 専門チームとの迅速な連携：
認知症ケアチームや認定看護師、外部（訪問看護・包括）へ速やかに相談する風土がある

【問2】あなたの部署で、患者に「せん妄」が発生した、あるいはその兆候（夜間不眠、幻視、つじつまの合わない発言など）が見られたとき、実際の臨床現場での対処やケアの風土について、当てはまるものを全てチェックしてください。（複数チェック可）

- ☐ スクリーニングツールによる評価の実施：
せん妄評価スケール（DST/CAM など）、チェックリストなどを用いて客観的に評価している
- ☐ 非薬物的な環境調整の徹底：
時計やカレンダーの配置、昼夜のメリハリ（日中の採光・夜間の消灯）など、見当識を保つケアを行う風土がある
- ☐ 身体的要因・ケアの即座の見直し：
痛み、便秘、脱水、発熱など、せん妄を誘発している身体的な苦痛がないか、スタッフ間で真っ先に確認・対処している
- ☐ 多職種チームへの迅速な相談・連携：
医師への早期報告、薬剤師（原因薬のチェック）やリハビリスタッフ（早期離床）など、他職種を巻き込んだアプローチがスムーズにできる
- ☐ 家族との協働・安心感の確保：
家族に付き添いや馴染みの品の持参を依頼したり、スタッフが否定せずに寄り添う声掛けをするなど、心理的な安心感を最優先する工夫をしている
- ☐ 「そもそもせん妄は予防できない」という諦め：
高齢や手術後なら「起こるのも仕方がない（防ぎようがない）」と捉えられており、積極的な予防や介入より、起きてからの事後対応（主に薬剤調整や身体拘束）になりがちである
- ☐ 特に決まった対処ルールはない：
その場の状況や、担当した看護師個人の経験・気づき（対応スキル）に依存して対処している
- ☐ わからない

【問3】患者からの強い抵抗や言葉など対応困難な事例があったとき、あなたの職場にはスタッフを「組織として守る風土や仕組み」がありますか？（複数チェック可）

- ☐ 専門チームに依頼をする：
認知症ケアチーム等の専門職が介入し、現場の負担を軽減する
- ☐ スタッフを孤立させない工夫：
上の役職者（師長等）が対応を交代したり、スタッフが連続して負担を負わないようローテーションを回す体制がある
- ☐ 他職種のダイナミックな介入：
看護師だけでなく、医師やNP（診療看護師）も積極的に直接ケアや対応に入ってくれる
- ☐ 方針・指針の明確化：
組織として「スタッフの安全を守る」という姿勢やマニュアルが明文化されている
- ☐ 個人の忍耐に依存している：
「看護師（スタッフ）が傷つくのは仕方がない」と現場の我慢で乗り切っている
- ☐ 特に組織的な仕組みや風土はない

【問4】あなたの施設や地域の「数字」を、手元の資料や調べられる範囲で書いてみましょう。

【自施設・自部署の現状（認知症・ケアの現状）】

- ・認知症患者・利用者の割合（または年間入院・利用者数）： 約 _____ % （または _____ 人）
- ・高齢化率（入院・利用者のうち高齢者が占める割合）： 約 _____ %
- ・身体拘束率（いま、どれくらいの方が拘束の対象になっているか）： 約 _____ %