

研究

シミュレーション実施後の 「せん妄・高齢者認知症ケア」における 新人看護師の関わりの様相

Aspects of the involvement of new nurses in "Delirium and Elderly Dementia Care" after the simulation.

中村 香織
Kaori Nakamura

要 旨

2018年度新人看護師研修において「せん妄・高齢者認知症ケア」をテーマにしたシミュレーションを実施した。シミュレーション実施後、新人看護師は、せん妄・認知症状を呈する高齢者患者とどのように関わっているか、その具体的な関わりについて調査した。その結果、新人看護師は、【研修後に体験した患者の症状】【学習体験に基づく関わり】【経験を振り返り考えた関わり】【学習と経験を活かし心掛けて関わり】【新人看護師が感じる研修後の自己の関わりの変化】【関わりの効果】を実感していた。経験学習サイクルを重ね努力した結果の成功体験は、看護師としての自信に繋がっていた。Off-JT机上学習に終わらせず、先輩や同僚と共に実践しながら学ぶOJTの重要性が示唆された。

Key Word : Simulation、Delirium、Elderly Dementia Care、New nurses

はじめに

わが国では、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、世界に例のない超高齢多死社会を迎える。認知症高齢者数は、65歳以上の高齢者の約5人に1人が認知症になると推計されている。

A病院は、周辺5市5町からなる医療圏において地域の中核病院としての役割を担っている。A病院を取り巻く環境も、既に生産人口年齢はピークを過ぎ長期的に人口減少が進むことが予測されている。B市の高齢化率は、34.7%（2016年度調査）、そのうちの1割が認知症高齢者であり、入院患者年齢割合は、60歳以上の高齢者が7割以上を占めている。

A病院では、ベッド稼働率の向上を目指し病床管理が行われ、どの部署においても主病名の他に認知症を含め多様な疾患を抱える高齢者が入院している。緊急度の高い患者への対応が必要とされる中、認知症高齢者のケアを行わなければならない看護師の対応の困難と負担感は大きい。新人看護師にとって、様々な周辺症状を呈する、せん妄・認知症患者への対応は、病態に対する知識と対処能力を問われ、モチベーションや心身に与える疲労は大きい。

A病院では、新人看護師研修として病院の役割に合わせた研修が年間教育の中に取り込まれ継続的に実施している。現状課題を踏まえ新人看護師研修において、1年間様々な基礎看護技術や病態の知識、倫理、認知症など全てを学んだ看護統合として、「せん妄・高齢者認知症ケア」をテーマにしたシミュレーションが認知症看護認定看護師を中心に企画された（表1）。

先行研究では、災害や急変時対応におけるシミュレーション教育の効果は散見するが、認知症ケアに対するシミュレーション効果の報告は見ない。

本研究の目的は、A病院に勤務する2018年度採用新人看護師を対象に、シミュレーション実施後の「せん妄・高齢者認知症ケア」における新人看護師の関わりの様相について明らかにする。本研究目的を明らかにすることは、A病院におけるシミュレーション教育の評価と今後のシミュレーション教育活動への示唆が得られると考えられる。

表1. 新人看護師研修 シミュレーション概要

<p>新人看護師研修 シミュレーション概要</p> <ol style="list-style-type: none">1. テーマ：認知症高齢者のフィジカルアセスメント2. 目的：高齢者アセスメントと認知症看護についての知識・技術・態度を統合し、学びを看護実践に活かす事ができる3. 対象者：2018年度新人看護師34名。1Gに5～6名で編成し6Gに分けた。 学習者全員がシミュレーションに参加し、デブリーフィングを行なった。 先輩看護師が模擬患者役となり、全グループにファシリテーターを1名配置した。4. シミュレーション患者設定： 誤嚥性肺炎 88歳 男性5. シミュレーション内容：5～6名/1G×6G 1人/1シミュレーション。 ブリーフィング3分、シミュレーション7分、デブリーフィング15分。 <p>*1年間様々な基礎看護技術や病態の知識、倫理、認知症などを学んだ看護統合研修として、認知症看護認定看護師を中心に企画された。</p>

研究方法

1. 研究デザイン：質的記述的デザイン
2. 研究対象：新人看護師研修「せん妄・高齢者認知症ケア」研修に参加した2018年度採用新人看護師34名
3. 調査期間：2018年2月～3月
4. 調査項目：新人看護師研修「せん妄・高齢者認知症ケア」研修に参加後から研究対象期間においてせん妄・認知症状を呈する高齢者患者とどのように関わっているか、その具体的な関わりの自由記述を求めた
5. 分析方法：類似する意味内容で分類、カテゴリ化し、スーパーバイズを受けた。

倫理的配慮

A病院看護部倫理委員会の承認を得た。対象者に研究目的、意義、調査方法、研究への参加は自由であり拒否しても不利益を被ることはない事、無記名で個人が特定されないこと、得られた情報は本研究以外に使用しない事を書面により説明し、回答をもって同意を得られたとした。また、対象者への説明は、研究者以外の部署師長および主任が実施した。

結果

回収21名 回収率：61.7%（有効回答率90.4%）から回答が得られた。

新人看護師の自由記述より分析した結果から79の『コード』より【研修後に体験した患者の症状】【学習体験に基づく関わり】【経験を振り返り考えた関わり】【学習と経験を活かし心掛けていく関わり】【新人看護師が感じる研修後の自己の関わりの変化】【関わり効果】6つの【カテゴリー】が抽出された。

考察

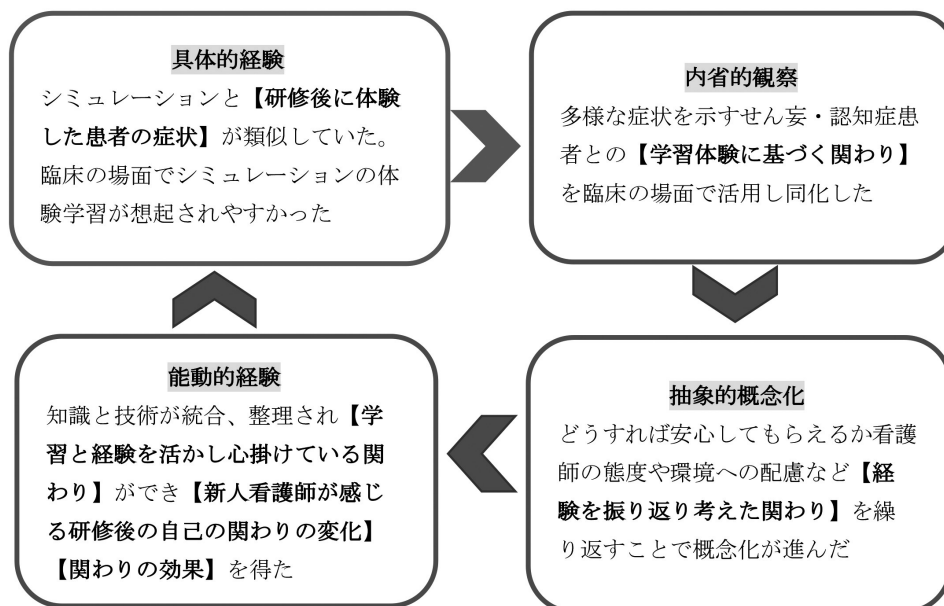
シミュレーション教育においてコルブの経験学習サイクルは最も重要な理論である。①具体的経験 ②経験を振り返る。内省的な観察 ③経験を振り返る事で知

識と技術を統合する。抽象的概念化 ④概念化された事を新たな状況に適応させてみる。能動的経験。これらを学習サイクルとして積み重ねることで、到達したい目標に向かうプロセスである。以下、経験学習サイクルに基づき考察する（表2）。

新人看護師は、【研修後に体験した患者の症状】において『認知症・せん妄患者が大声を出したり、被害妄想が出てきた』『夜間に家族に電話したいと訴えたり眠らずに話している』とシミュレーション模擬患者設定と類似していた状況であった。関わり方が混乱することなく学習を想起し、『視線を捉え必ず、目線を合わせてわかりやすい声掛けや肯定的な声掛けを穏やかに行う』【学習体験に基づく関わり】ができていたと考えられる。具体的経験と内省的観察をシミュレーションで実践したことにより臨床場面でも活用し同化したと思われる。どう関われば患者が安心できるか、【経験を振り返り考えた関わり】『どうしてその言動・行動をしているのか本人の話をよく聞く、相槌をしっかりとる』より思考している表現があることから抽象的概念化が進んだと考えられる。実践での【学習と経験を活かし心掛けていく関わり】を繰り返す事で能動的経験に繋がり、知識と技術が統合され、新たな状況に適応させ積極的に試行している様子が『“帰りたい”などの欲求時には、その理由を聞いて、帰りたい気持ちを受けとめていると伝える声掛けをしている』から読み取れる。学習サイクルを積み重ねることで少数ではあるが、『出てきた症状だけでなく、それらの原因となっていることに目を向けられるようになってきた』【新人看護師が感じる研修後の自己の関わりの変化】『おやすみなさいと声をかけると「おやすみ」と返して眠ろうとしてくれた』【関わり効果】を実感している。

これらの学習サイクルを重ね努力した結果の成功体験は、看護師としての自信に繋がり、新人看護師の今後の成長と指導する側の人材育成に対するやりがいに繋がる結果であると考えられる。また、これらの相乗効果

表2. コルブの経験学習サイクルに基づいたシミュレーション後の活用の効



は、入院による環境変化に苦しむ高齢者認知症ケアの質の向上に期待できるものである。Off-JT机上学習に終わらせず、先輩や同僚と共に実践しながら学ぶOJTの重要性が示唆される。

結論

1. シミュレーションの患者設定は、【研修後に体験した患者の症状】 【学習体験に基づく関わり】 から妥当であった
2. シミュレーションの経験は、【経験を振り返り考えた関わり】 【学習と経験を活かし心掛けている関わり】 【新人看護師が感じる研修後の自己の関わりの変化】 【関りの効果】 から能動的経験となった
3. シミュレーション実施後の新人看護師は、高齢者認知症ケアの場面においてシミュレーションでの経験学習を活用した関わりを意識的に心がけ、実践していた

本研究の限界と今後の課題

研究手法として、どのような患者・環境の中で、せん妄・高齢者認知症ケアが実践されたのか、自らの考えなのか指導者の助言により実践されたのか定かではない。

あらゆるせん妄・高齢者認知症ケアの場面で応用し実践できるよう、今後も様々な場面を想定したシミュレーションを継続していきたい。

参考文献

- 1) 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～厚生労働省, 2015.<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>.
- 2) 一般病棟において看護師が体験した認知症高齢者へ

の対応の困難さ：松尾香奈,日本赤十字看護大学紀要, No25,p103～110,2011.

- 3) 看護のためのシミュレーション教育：阿部幸恵,医学書院,p65～68,2013.
- 4) 認知症初期支援チームの現状：延 育子,特集 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の現状と展望,日本認知症ケア学会誌,15 (2) 426-432,2016.
- 5) 2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護,公益社団法人 日本看護協会,2015.
- 6) 看護のためのシミュレーション教育 はじめの一步 ワークブック第2版：阿部幸恵,日本看護協会出版会, p9～10,2018.
- 7) 新人・学生の思考力を伸ばす指導：阿部幸恵,日本看護協会出版会,p73,2017.
- 8) 看護職なら認知症ケア！病院でも施設でも在宅でも,日本看護協会機関誌,7月, 2016.
- 9) 急性期病院における「認知症ケア」のためのスペシャリストの活用,看護展望,7月, 2016.

なお、本研究は第49回 日本看護学会 看護教育 学術集会（広島）にて発表し一部加筆した内容である。

研究

「看護師のクリニカルラダー」を活用した自施設の教育企画 「協働する力」研修企画の紹介－第2報－

The education plan of the own facilities which utilized "the clinical ladder of the nurse." Introduction to "Power to Collaborate" Training Plan-2nd Report-

中村 香織
Kaori Nakamura

要 旨

A病院は、2016年日本看護協会が公表した「看護師のクリニカルラダー」（以下、JNAラダー）を導入するため、A病院看護師の看護実践能力の強み・弱みを明らかにし継続教育の焦点化を図った。第1報では、新たなJNAラダーの組織への導入とOJTの仕組み作りが示された。第2報では、A病院の弱みであると自己評価された「協働する力」の看護実践能力を強化するためのJNAラダーを活用した教育企画を作成した。その結果、「協働する力」を担当する教育担当者と認知症看護認定看護師、地域医療連携室、退院支援会議担当師長と地域がみえる企画、既存の研修や企画を活かす、OJTの視点、e-ラーニングを活用したA病院における教育企画を作成した。

Key Word : The clinical ladder, Nurse, Training Plan

はじめに

わが国では、2025年問題に対する対策は急務であり、病床機能分化・連携、在宅医療・チーム医療の推進が提唱されている。A病院を取り巻く医療・介護環境も深刻な状況であり、高齢化率と認知症高齢者の割合は全国比よりも高い地域である。3次救急までを担う病院として高度急性期病床を保有すると同時に回復機能として地域包括ケア病棟や地域包括支援センター・認知症疾患医療センターが設立されている。医療と地域における介護への切れ目のない連携と高度急性期から回復期・在宅まで対応できる人材育成を目指している。しかし、病院で働く看護師は、在院日数が減少する中、日常の業務に追われ、患者の転帰先や退院後の生活を見聞きできていない状況にあった。そこで、A病院は、JNAラダーを導入するため、A病院看護師の看護実践能力の強み・弱みを明らかにし継続教育の焦点化を図った。第一報では、A病院看護師の強化すべき看護実践能力は「協働する力」であり、多職種協働・OJT教育の重要性が示唆された。

本研究は、第1報結果より、A病院看護師の弱みであると自己評価された「協働する力」を強化するため

に、JNAラダー4つの力を担当する教育師長や院内委員会担当者、専門・認定看護師と協働し検討した教育企画のプロセスについて紹介することを目的とする。

研究方法

1. 研究デザイン：実践報告
2. データ収集方法：第1報で収集したラダー別強み・弱みを自己評価した結果に対し、強化すべき力の研修を企画した。
3. 倫理的配慮：A病院看護部倫理委員会の承認を得て実施した。研究データは、パスワード付きUSBメモリーに保存した。研究終了後3年間保管した後、電子データは消去する。

結果・考察

研修を企画するにあたり、JNAラダー「活用のための手引き」を参考にし、教育企画を進めた。（表1）

A病院は、地域に根差し地域に愛され貢献する病院を理念としている。「協働する力」にかかわる課題は、入院時スクリーニングシートの気がかりや問題と捉え、継続看護に繋げる記載が少ないこと、入院時における患者・家族の聞き取りの中から、生活上の問題

の気づきやニーズを把握する能力が乏しいことがあげられた。その要因は、現在の社会問題として、少子高齢化・単身世帯が増加する中、病院で働く看護師家族の関係性もまた、核家族化が進み、高齢者との交流が少ない傾向にあると思われる。それゆえ、若手看護師は、高齢者の生活が想像できないがために、生活上の問題に気づけないことが予想される。また、在院日数が減少する中、日常の業務に追われ、患者の転帰先や退院後の生活を見聞きできていない現状があると捉えた。

そこで、JNAラダー「協働する力」の行動目標を読み込み、目標を達成させるためにA病院が保有する活用できる研修や企画はないかJNAラダー4つの力を担当する教育師長や院内委員会担当者、専門・認定看護師と協働し調査した。調査した現行の取り組みと研修をJNAラダー「チームでの協働」「地域をみる視点」「コミュニケーション」の項目と照合した。(表2)

照合の結果、退院支援会議担当師長が「チーム協働」「地域をみる視点」を学ぶ目的で毎月一回、退院支援会議の場でケアマネージャ・訪問看護・MSW・調剤薬局など外部専門職員を招き開催される多職種学習会が企画されていた。退院支援担当看護師は、個人の知識習得に終わらず、OJTの視点で、学習会で学んだ知識を各部署で伝達講習し、部署での課題と行動目標をスタッフに示し実践するよう働きかける内容であった。そこで、退院支援会議学習会企画に着目し、退院支援リンクナースを活用した部署内教育を中心に看護実践力を強化する企画とした。「地域をみる視点」の企画として、認定看護師による「慢性心不全・呼吸看護外来」や「地域連携室 訪問看護」の見学と部署で行われている多職種退院前カンファレンスへの参加を

取り入れた。他にA病院認知症センターで年4回開催している「多施設多職種参加 認知症ケアスタッフ研修会」や「認知症多職種事例検討会」への参加と事例提供を活用した。A病院の医療環境における高齢化、過疎地域、高齢単身者増加の現状を知り、地域での高齢者の生活を視ることができる企画を検討した。(表3)

結論

1. A病院の医療環境における高齢化、過疎地域、高齢単身者増加の現状課題を知る企画
2. 地域での高齢者の生活を視る企画
3. A病院で開催されている取り組みや研修、会議での企画、e-ラーニングの活用、退院支援会議担当看護師によるOJT教育企画

A病院における「協働する力」看護実践能力を強化するための研修企画を作成した。

今後の課題

本研究企画導入後、研修企画の評価とJNAラダーレベルとの妥当性を検討する必要がある。

参考文献

1. 「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）」活用のための手引き：「1.開発の経緯」「2.導入・活用編」「3.学習内容編」「4.施設における活用例編」,公益社団法人 日本看護協会, (<http://www.nurse.or.jp/>) . Accesed2018.

なお、本研究は第57回 全国自治体病院学会（福島）にて発表し一部加筆した。

表1. 研修を企画するにあたっての手順

研修を企画するにあたっての手順
①第1報結果、A病院理念、医療環境・臨床現場における「協働する力」にかかわる課題を基に研修企画を検討
②A病院で開催されている「協働する力」に関連する取り組みや研修、学習教材（e-ラーニング）の活用の検討
③JNAラダーレベルに基づいた研修企画の検討

表2. 院内で開催されている現行の取り組みと研修

協働する力・項目	「協働する力」に関連する取り組みと研修
チームでの協働	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援会議の外部専門職員による学習会企画 ・退院支援リンクナースによる各部署での伝達講習開催
地域をみる視点	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種カンファレンス ・認定看護師による慢性心不全・呼吸看護外来、訪問看護見学
コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・地域連携室看護師による退院前カンファレンス参加 ・多施設多職種参加認知症ケアスタッフ研修会参加 ・認知症多職種事例検討会での事例提供 ・新人職員（看護師・多職種）リフレッシュ研修

表3 「協働する力」 研修企画

			I	II	III	IV	V	
協働する力	レベル毎の目標		関係者と情報共有ができる	看護の展開に必要な関係者を特定し情報交換ができる	ケアの受け手やその関係者、多職種連携ができる	ケアの受け手を取り巻く多職種の力を調整し連携できる	ケアの受け手に複雑なニーズに対応できるように、多職種の力を引き出し連携に活かす	
	研修企画	聴講動画	e-ラーニング					→
		集合研修	集合研修：演習と講義、接遇研修	全職員対象集合研修：接遇				→
		退院支援担当看護師	チームでの協働 退院支援会議：毎月「ケアマネ・訪問看護・MSW・調剤薬局」専門職員による学習会開催→担当看護師は各部署で伝達講義を行なう(OJT)	OJT：伝達講義を受けて実践（情報収集）に活かす 多職種カンファレンス参加・意見交換	OJT：個別的患者・家族のニーズに合わせたコンサルテーション開催と意見交換	OJT:多施設多職種との連携、複雑な事例におけるチーム協働（ケアの目標共有・合意形成）	OJT：主体的にケア提供におけるコーディネーションを発揮する	→
		地域をみる視点	OJT：多職種カンファレンス参加	慢性心不全・呼吸看護外来見学OJT	地域連携室見学：地域包括ケアシステムを学ぶ 他部署退院前カンファレンス・訪問看護見学・OJT	多施設多職種参加認知症ケアスタッフ研修会参加（4回/年院内にて開催） OJT	認知症多職種事例検討会（4回/年院内にて開催）にて事例提供参加 OJT	
	コミュニケーション	リフレッシュ研修（院外研修）	「協働のタイミング」多職種とのコミュニケーション自己の課題レポート記述OJT	事例を用いてアサーティブコミュニケーション実践報告（部署内）	多職種連携事例を用いたカンファレンスのファシリテーションについてレポート提出・実践報告（集合研修）	複雑な状況におけるカンファレンス開催やファシリテーションについて事例レポート提出		

研究

認知症の周辺症状改善に向けての日光浴の取り組み

Sunbathing actions for improvement of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

田中 美和
Miwa Tanaka畠山 朝美
Asami Hatakeyama尾西 孝一
Kouchi Onishi

要 旨

日光浴はメラトニンを生成し、睡眠・覚醒リズムを整え、良質な睡眠を促すことができるといわれている。日光浴がアルツハイマー型認知症の睡眠障害の改善に有効であるという先行研究をふまえ、認知症患者の入院生活に日光浴を取り入れたことで睡眠パターンを改善し、睡眠・覚醒リズムを整えた結果、日光浴の前後での睡眠状況とBPSDの変化を明らかにしたいと考えた。

Key Word : Sunbath BPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

はじめに

当院の認知症患者はアルツハイマー型認知症（以下AD）が全体の6割と一番多く、次いでレビー小体型認知症（以下DLB）は3割を占め、周辺症状（以下BPSD）では睡眠障害が多い。

ADへの日光浴の効果は先行研究で実証されているが、DLBでも効果を検証したいと考え、日々のケアの中に日光浴を取り入れた結果、睡眠障害を含むBPSDの改善につながったため、ここに報告する。

方 法

1) 研究期間

平成29年7月24日～8月18日

2) 研究・分析方法

- ①10,000ルクス以上の太陽光のある場所で、午前9:00から15～30分の日光浴を行った。
- ②夜間の睡眠状況は睡眠状況表を用いて1時間毎に睡眠状況のチェックを行い、平均睡眠時間、入眠開始時間、中途覚醒を算出した。
- ③BPSDの状態は阿部式BPSDスコア（以下ABS）を用いて日光浴を取り入れる前後で点数を比較した。

3) 研究対象

入院中の高齢者認知症患者 計 9名

内訳：アルツハイマー型認知症 3名

レビー小体型認知症 4名

血管性認知症 1名

前頭側頭葉認知症 1名

4) 倫理的配慮

砂川市立病院看護部倫理委員会の承認を得て行った（承認番号：17N0904-1）

対象者と家族に研究の趣旨を口頭で説明し、文書で同意を得た。対象者には毎回、日光浴時に説明を行った。

結 果

ADの3名中2名はABSが改善し、1名は難病を合併しており症状が複雑化したためかABSが悪化した。（表1）

DLBの4名中2名はABSが改善し、1名は前後でABSが0点と変化がなく、もう1名は悪化した。（表2）

血管性認知症（以下VaD）と前頭・側頭型認知症（以下FTD）は共にABSが改善した。（表3）

対象者9名中7名は眠剤を内服していたが、日光浴前後での薬物調整はなかったため、日光浴効果には影響しなかった。

考 察

ADの3名中2名は夜間の中途覚醒が減少したという変化と同時にBPSDが改善された。

DLBの4名中、改善があった2名は午前中に定期的に日光浴に行く時間を設けることにより日中のウトウトする時間が減り、睡眠が整ったと考える。更には就寝開始時間も早くなり、平均睡眠時間が延長した結果BPSDが改善したと考える。もう1名はBPSDの中でも行動症状が複数あり、ABSも点数が高かったことと日光浴時間が他患に比べて短かったことが影響し、改善が困難だったと考える。

VaDとFTDはAD、DLBと同様に睡眠リズムが整ったことでBPSDが改善されたため、日光浴の効果はあったと考える。

今回の研究では日光浴を行い、認知症患者の乱れた睡眠・覚醒リズムを整えることがBPSDの改善につながるということがわかった。

結 論

- ①AD以外の認知症患者に対しても日光浴が睡眠・覚醒リズムを整え、BPSDの改善につながった。
- ②これらの効果を日光浴の効果と捉え、今後も入院生活の中に日光浴を取り入れ、BPSDの改善を目指したケアとして継続していきたい。

引用・参考文献

- 1) 快適ライフと睡眠学：
中部大学日本睡眠教育機構 宮崎総一郎
- 2) 認知症高齢者における日光浴と深部体温および睡眠覚醒リズムに関する研究：
福井県立大学論集 第42号 2014. 2
- 3) 認知症にみられる睡眠障害とその診断と治療：国立精神・神経医療研究センター部長 三島 和夫 精神雑誌114巻2号 P167～170 2012
- 4) 「新しいBPSDスコアの有用性」：
岡山大学病院神経内科教授 阿部康二
老年期認知症研究会誌 Vol. 19 NO.8 2014

本研究は、第49回日本看護学会-精神看護-学術集会にて発表した内容である

【表1】アルツハイマー型認知症 (AD) 3名

患者名	日光浴前	日光浴後	ABS	夕・就寝薬	入院日
A氏 80歳代 女性	日中 物忘れ妄想あり。	物忘れ妄想なし。 昼寝時間 午後から1~2時間 入浴中「ありがとう」と感謝の言葉が聞かれる。 表情：口調が穏やかになる。	前 30点	メモリー(夕)	平成29年 4月28日
	夜間 大声で叫ぶ。 帰宅願望あり。 平均睡眠時間 9時間 入眠開始時間 21:00 中途覚醒 毎晩 1~3回	不穏行動・興奮なし。 帰宅願望の訴えなし。 平均睡眠時間 8.7時間 入眠開始時間 21:00 中途覚醒 2晩に1回ずつ	後 8点↓		
B氏 90歳代 男性	日中 昼寝時間 1~2時間 朝食の時間になってもウトウトしている。	昼寝時間 2日間のみ0、5~1時間 6時に起床し、スッキリ覚醒している。(1回のみウトウト)	前 13点	リスパリドン メモリー	平成29年 6月16日
	夜間 おむつ外しあり。 平均睡眠時間 7.5時間 入眠開始時間 22:00 中途覚醒 毎晩 1回ずつ	平均睡眠時間 8時間 入眠開始時間 22:00 中途覚醒なし	後 5点↓		
C氏 70歳代 男性 大脳皮質 基底核変 性症あり	日中 落ち着きない 徘徊するが、頻繁ではない。 トイレ認識できず排泄失敗あり。	徘徊頻回 放尿あり。	前 6点	ロゼレム(夕) メモリー(夕) ルネスタ ベルソムラ トラゾドン	平成29年 2月18日
	夜間 平均睡眠時間 6時間 入眠開始時間 21:00 中途覚醒 毎晩 1~3回	夜間、覚醒し声出しあり。 平均睡眠時間 3~4時間 入眠開始時間 22:00 中途覚醒 毎晩 1~3回	後 14点		

【表2】レビー小体型認知症 (DLB) 4名

患者名	日光浴前	日光浴後	ABS	夕・就寝時薬	入院日
D氏 70歳代 男性	日中 不穏状態 28時間 隔離施設時間 40時間 易怒性強い。 徘徊頻回	不穏状態 6時間 隔離施設なし。 徘徊はあるが、頻回ではない。	前 21点	クエチアピン(夕) ベルソムラ 抑肝散	平成29年 7月14日
	夜間 平均睡眠時間 6時間 入眠開始時間 23:00 中途覚醒 1晩に1~3回	平均睡眠時間 9時間 入眠開始時間 22:00 中途覚醒 1晩に0~2回	後 13点↓		
E氏 70歳代 男性	日中 昼寝時間 1~3時間 腕時計に執着し、易怒性強い。	昼寝時間 0、5~1、5時間 易怒性弱く、対応で落ち着く。 表情が穏やか。 レク参加あり。	前 15点	ロゼレム ソビクロン トラゾドン クエチアピン	平成29年 3月31日
	夜間 平均睡眠時間 10時間 入眠開始時間 20:30 中途覚醒 1晩に1回	平均睡眠時間 11時間 入眠開始時間 20:00 中途覚醒 なし	後 13点↓		
F氏 60歳代 男性	日中 着替え頻回 ナースコール頻回 歩行不安定	着替え頻回 ナースコール頻回 日光浴中、尿意訴え、落ち着き ないため5分程度で中止する。 歩行不安定	前 24点	メモリー ベルソムラ 抑肝散 トラゾドン リボトリール	平成29年 5月29日
	夜間 平均睡眠時間 8時間 入眠開始時間 21:00 中途覚醒 1晩に0~2回	平均睡眠時間 9時間 入眠開始時間 21:00 中途覚醒 1晩に1~2回	後 27点		
G氏 80歳代 女性	日中 臥床時間が長い。 自分でできることは行う。 意欲的な面あり。	臥床時間が長い。 意欲的な面は同様。	前 0点	ルネスタ トラゾドン レメロン	平成29年 5月10日
	夜間 平均睡眠時間 9時間 入眠開始時間 21:00 中途覚醒 1晩に 0~2回	平均睡眠時間 10時間 入眠開始時間 21:00 中途覚醒 毎晩 1~2回	後 0点		

【表3】

血管性認知症 (VaD) 1名

前頭・側頭型認知症 (FTD) 1名

患者名	日光浴前	日光浴後	ABS	就寝時薬	入院日
H氏 80歳代 男性 血管性 認知症	日中 脱衣行為頻繁・病衣を破く。 オムツ外しあり。 ケア介入時、易怒性あり。	脱衣行為が減る。 オムツ外しは同様にあり。	前 17点	ベルソムラ	平成29年 2月6日
	夜間 平均睡眠時間 5時間 入眠開始時間 22:00 平均起床時間 4:00 不眠時薬追加使用 2回 中途覚醒 毎晩頻回にあり	平均睡眠 7、3時間 入眠開始時間 21:30 平均起床時間 5:30 不眠時薬追加使用 0回 中途覚醒 毎晩 1~3回	後 12点↓		
I氏 80歳代 女性 前頭・ 側頭型 認知症	日中 昼食時のみ車椅子移乗 (15~30分) 毎日昼寝 1、5~2、5時間 拒食あり、クリミールのみ。	昼食前後の車椅子移乗時間 (1~2時間) 2日間のみ昼寝 2~3時間 主食・副食の摂取量増加	前 19点	ベルソムラ	平成29年 5月21日
	夜間 平均睡眠時間 9時間 入眠開始時間 20:30 中途覚醒 毎晩あり	平均睡眠時間 10時間 入眠開始時間 20:00 中途覚醒なし	後 6点↓		

研 究

効果的なプリセプターシップを行うための 新人看護師と指導者双方のニーズの差異と リフレクションの必要性

Differences in needs between new nurses and instructors and the need for reflection for effective preceptorship

高田 綾 佐々木 亜耶 土井 真奈美
Aya Takada Aya sasaki Manami Doi

要 旨

A病院でのプリセプターシップを用いた新人教育では、新人看護師と指導者双方が指導に対して思いを表出することや、どのような指導をすれば新人が成長し、指導者が指導効果の実感を得られたのか評価する機会がなかった。そこで、効果的なプリセプターシップに活かす目的で双方にインタビューを行い、互いにどのようなニーズがあったのかを明らかにした。その結果、①同じコアカテゴリの項目でも指導者と新人看護師で差異が生じていたこと。②指導者が自分の経験をもとに指導することで新人看護師の学習する力に繋がったこと。③指導と並行して自分の指導について振り返る機会を設ける事や、リフレクティブサイクルを用いたフィードバックをするなど、内省することで、ポジティブな思考での指導に結びついた可能性があること。以上が明らかになった為ここに報告する。

Key Word : Rookie education、Preceptorship、reflection

はじめに

厚生労働省では新人看護職員ガイドラインの中で、新人看護師を支える組織体制のひとつとして、プリセプターシップを推奨している。プリセプターシップの効果として、マンツーマンで指導を行うことから、質問しやすい、技術の習得が早い、精神面でフォローをしてもらえる、身近な存在という安心感などが挙げられる¹⁾。日本看護協会の調査(2004年)によると、プリセプター制は200床以上の全病院の85.6%で導入されている。²⁾

A病院では、新人教育にプリセプターシップを導入しており、免許取得後に初めて就労する新人看護職員を対象とし、1年をかけて看護師としての基本的態度や知識・技術の習得、スムーズな職場適応、主体的に学ぶ力を身につけることを目的として運用されている。当科では、平成28年度3名の新卒の新人看護師が入职し、新人看護師1名に対しプリセプター1名、プリセプターを支援するハートテック支援看護師1名を配置し、主任看護師が教育担当主任として全体を支援する体制で運用している。

佐藤は、プリセプターシップを有効に行っていくためには、プリセプターとプリセプティーの間には、教育的ニーズに差異が生じることがあり、ニーズの把握・充足が効果的なプリセプターシップに有効である³⁾。と述べている。プリセプターシップを有効に行うためには、双方のニーズの把握が大事である。実際にこれまでの新人教育を振り返ると、双方が指導に対して思いを表出することがないまま、プリセプター期間が終了してしまった。また、実際にどのような指導をすれば新人が成長し、指導者が指導効果の実感を得られたのか、効果的なプリセプターシップであったか評価する機会がなかった。

西田は、リフレクションによって事実と感情を振り返り、意味づけを行って次の経験につなげていくというサイクルを回すことが、経験を学習資源とするための意味をなす⁴⁾と述べている。実際に、リフレクションは新人看護師の専門職としての成長に意味を持ち、新人看護師の教育支援の方法として活用できると述べている。筆者らは、指導をしていく中で、指導者自身のリフレクションを行っていないことに気が付いた。リフレクションを行うことに意味があると言われてい

るが、実際に指導者側のリフレクションの効果に焦点をあてた研究は少ない。効果的なプリセプターシップを行うために実際の指導場面を振り返り、インタビューを行うことで双方にどのようなニーズがあったのか、また指導者側のリフレクションの必要性の示唆を得たので、結果をここに報告する。

研究目的

指導場面を振り返り、新人看護師と指導者双方の、指導に対する差異を明らかにし、指導場面から新人教育を振り返ることを目的とする。

研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

2. 対象者

当科の平成28年度新人看護師3名、平成28年4月~29年3月までの新人教育に携わった看護師経験年数3年目のプリセプター3名、看護師経験年数5年目のハートテクニク支援看護師1名、看護師経験年数17年目の教育担当主任1名（新人教育に携わるこの5名を、以下指導者とする）の計8名（平成28年度での看護師経験年数）。

3. 研究期間

平成29年5月~平成30年2月

4. 研究方法

1) 新人看護師3名 1グループと指導者5名1グループに対し、それぞれ半構造的グループインタビューを実施した。新人看護師と指導者が同グループであると、パワーが働き、双方の指導についての思いを表出しづらくなってしまうことを考慮し、インタビューは別日に実施した。

2) インタビュー方法

厚生労働省の臨床実践能力の構造（看護職員として必要な基本姿勢と態度、技術的側面、管理的側面）に沿って以下を実施する。新人看護師指導共有ノート、新人看護師が個人でまとめた振り返り用紙、平成28年度プリセプター/プリセプティー会議議事録（会議の内容は、新人看護師の振り返り用紙をもとに指導方針の検討、指導者間での新人看護師の情報共有が記載してあった。）を参考に、新人看護師と指導者を対象とする以下のインタビューガイドを作成した。

①新人看護師へのインタビュー内容

- ・新人看護師だった頃出来なかったこと
- ・その時どのような指導を受けたか
- ・現在はどのように成長したか、出来るようになったか
- ・他にどのような指導をしてほしかったか、また、

受けた指導で学びになったことは何か

②指導者へのインタビュー内容

- ・新人看護師が出来なかったことに対して、どのような指導をしたか
- ・現在はどのように成長したか、出来るようになったか
- ・他にどのような指導をしたら良かったか

3) インタビューで得られた言葉のデータから、そこに何があるのかを形にして名前を付け、さらにその名前をもとに分類し、類似した意味の言葉をまとめてカテゴリ化した。

5. 倫理的配慮

本研究を進めるにあたり、看護部倫理審査委員会の審査を受け、研究者が研究対象者に、自由意志での参加であること、研究データは機能付きUSBメモリー媒体で保管すること、紙媒体の情報は研究終了後3年間鍵のかかるロッカーに保管しその後破砕処理すること、すべての個人情報が公表されないことがないことを書面で説明し、文章により同意を得た。

結果

新人看護師は、平成27年度に専門学校を卒業した3名である。指導者は、教育担当主任を除き、経験年数が3~5年目で、指導経験が浅く、指導者として初めて就任した看護師である。

新人看護師3名にインタビューを行い、計39分であった。新人看護師のインタビュー内容から、コアカテゴリ【業務管理】【指導】【コミュニケーション】【看護ケア】【内省】の5個を抽出した。さらに、カテゴリ11個、サブカテゴリ21個が抽出された。

指導者5名にインタビューを行い、計43分間であった。指導者のインタビュー内容から、コアカテゴリ【業務管理】【指導】【コミュニケーション】【看護ケア】【内省】の5個、カテゴリ11個、サブカテゴリ37個が抽出された。

以下、コアカテゴリを【 】, カテゴリを《 》、サブカテゴリを『 』、主要なコードを「 」と示す。

双方のコアカテゴリを軸にして比較したものを表1に示す。

表1 指導者と新人看護師のコアカテゴリの比較

指導者カテゴリ	コアカテゴリ	新人看護師カテゴリ
優先順位	業務管理	情報収集能力の不足
報告		報告
振り返り	指導	新人看護師が望む指導
経験		自分の経験に活かす
業務を円滑に送るための指導		安心
新人看護師との距離感	コミュニケーション	患者とのコミュニケーション 看護師間のコミュニケーション
看護実践	看護ケア	知識の習得
アセスメント		緊張
ケアの必要性	内省	自主性
新人看護師理解		理想像
情報共有		

※指導者と新人看護師で共通した項目を太字で示す

考 察

1. 新人看護師と指導者双方に共通したカテゴリの教育的意義について考察する。

1) 《報告》

指導者では『アセスメントのない報告』『アセスメントのある報告』という項目があった。新人看護師では『報告のタイミング』『先輩に悪く評価されないかという不安』という結果であった。以上の事から、同じ《報告》という項目でも指導者は“アセスメント”を、新人看護師は“タイミング”を重視していたことがわかる。パトリシア・ベナーは臨床技能習得の段階に関する理論において、その第2段階に新人レベルを置いていて、何とか合格点の業務をこなすことが出来るレベルで、マニュアル的な行動でなく、その場の状況を理解し、判断できるレベルであり、これまでに経験した看護実践が活かされるレベル⁵⁾と述べている。つまり、報告・連絡・相談が出来る、指導を受けながら指示された仕事を実践できることを指す。新人看護師は学生からの経験もあるため報告するという行動レベルは取れるはずだが『先輩に悪く評価されないかという不安』があり、防衛反応を示し報告のタイミングを逃してしまう。西田は学習者である新人の価値や意見を尊重し、彼ら自身を受け入れる事、また、同じ学習者として尊重し合い、そこから一緒に学びを進めていくための環境づくりが大切⁶⁾、と述べている。そのため、ベナーの新人レベルを遂行できるようにするには、新人看護師が指導者に話しかけやすい雰囲気や態度、言葉遣いに配慮した関わりがまず必要であると考える。

そして、報告するという事が出来るようになってきたときに、アセスメントも一緒に報告し、自分はどうか判断するのかと段階を経た指導をすることが求められる。また、報告が遅れることで、患者に不利益なことがあることも伝えなければならない。さらに、指導者は恐怖を与えない声かけや接し方をしていなかったか、新人が指導者に突き放されたという事を感じさせないか、指導方法を振り返る必要があったと思われる。

2) 指導者の《経験》と新人看護師の《自分の経験に活かす》

指導者は、「私はこのように教わったから、このようにしたらいいよ」「こういう風にしたら良くなったから、やってみたらいいよ」と語っているように、自分の指導された経験や自分の経験に基づき、新人看護師に指導していた。新人看護師は、「先輩と一緒に考えてもらえたことで方法を知って次に活かせる経験になった」とあり、一緒に考え、見守ってもらおうという

指導を受けていたことがわかる。佐藤は、一定期間先輩看護師と一緒に仕事を進めることは、次回に自分がどうすれば良いかの学習につながり、仕事のしかたを学ぶことに役立つ⁷⁾と述べている。したがって、指導者が経験をもとに指導することで、新人看護師から【自分の経験に活かす】ことができたという反応があり、新人看護師の学習する力に繋がったと言える。さらに、西田は、指導に関する経験について、経験は貴重な学習資源になるためコルブの経験学習モデルサイクルを回していけるとよい⁸⁾と述べている。それは具体的経験を振り返り、どうしてうまくいったのか/うまくいかなかったのかを、一般的に言われている指導方法や他の指導者や先輩の経験値を照らし合わせて見つめ直し、次はどうしたらうまくいくかを考え、行ってみて、またそれを指導の具体的経験として、振り返っていくということである。⁹⁾そのため、指導者は先輩から教えてもらったことや自分の経験をもとに新人看護師に指導してきたが、指導方法を見つめ直して振り返る事が指導者の経験に繋がるといえる。そして、振り返ることで、指導者自身も成長したと実感でき、自己効力感が高まる事に繋がると考える。

2. 指導者の【内省】について

1) リフレクティブサイクルの活用

《情報共有》のなかで『病棟全体での新人教育の不足』『ネガティブの抽出』があがり、「出来ていない事が目についてしまった」「出来ない事が多く書かれていたノートだった」とあった。インタビューのなかで当時を想起すると新人看護師に対して出来ている事よりも、出来ていない事の方が注目される発言が多かった。新人看護師指導共有ノートに記載されている内容も、出来ていない事の記載が多く見受けられた。これらは指導者のネガティブなフィードバックと言える。しかし《新人看護師理解》のなかでは『指導方法の改善』『指導者の不安・安全弁』『反省』、があがり、主要コードで「色々な事に気付くのが遅くて2月になってしまった」「こっちも不安というか、離れられなかった」「次年度は変えようと思った」「出来た事を新人看護師指導共有ノートに書いたら良かった」とあった。今回の平成28年度の指導期間が終了してから9カ月経過後に実施したインタビューでは、指導者の立場から離れて、語られた内容から自己の関わりを振り返る機会となり、ネガティブよりポジティブなフィードバックが多かったと考えられる。

ギブスのリフレクティブサイクル¹⁰⁾より、指導当時は①記述描写では新人看護師指導共有ノートやプリセプター会議議事録に出来ていない事が抽出された事実が書かれていた。②感覚では「出来ていない事が目についてしまった」ことでの苛立ちや悲観などの感情が

あったと思われる。また、事実の情報共有はしていたが、インタビューにあるように感情の表出が新人看護師指導共有ノートなどに多く記載されていた。指導方法の何が良くて、悪かったのか、なぜそのような状況になってしまっていたのかという振り返りをしていなかったため、次の③段階に行けず、①と②の間を往復していたと考えられる。

今回のインタビューで出てきたことをリフレクティブサイクルに当てはめると、新人看護師が指導者にアセスメントを求められてフリーズしていた場面が①記述描写され、その行動に指導者は呆れるという②感覚を持っていた。しかし、反応を待っていることで新人看護師が答えることが出来たため、待つ経験は良かったと③推論する。以上から新人看護師がフリーズしている時は考えている時間であり、意味があったと④分析し、待つことも大事であると⑤評価した。インタビューでは評価までのサイクルだったが、今後また指導の機会があるときに、その経験からフリーズしていることにも意味があると認識しているため、行動計画として反映し、指導につなげることが出来ると思われる。このように、リフレクティブサイクルを継続していく事で、指導を振り返るきっかけとなると考える。

以上から、本事例では指導者にとってインタビューが指導について振り返る機会となっており、当時はネガティブな指導であったことも、改めて考える事で客観視することができ、ポジティブなフィードバックができて前向きな指導に繋がったと考える。当時から指導と並行して自分の指導について振り返る機会を設ける事や、リフレクティブサイクルを用いたフィードバックをすることができていれば、ネガティブな感情だけではなくポジティブな思考での指導に結びついた可能性があり、これは指導者育成におけるリフレクションとして、今後の課題となる。

2) 役割・組織から考える振り返り

今回の指導に携わった指導者の特徴としてプリセプターとハートテック支援看護師の看護師経験年数が3~5年目と浅かった。そして、教育担当主任含め、指導者たちは全員が初めての役割であった。指導者全員指導に関しては手探りで、不慣れな状況であった。特にプリセプターは新人看護師に直接的に指導する機会が多いが、指導した成果が新人看護師の反応・態度から読み取れない事もあった。《新人理解》のなかで「新人看護師は(技術に関して)やってませんって言うけど実は教えたことだった」とあり、それは、新人看護師の自信のなさや自己の防衛反応を表していると考えられる。指導者が教えたことを新人看護師が理解しておらず、指導効果の実感や達成感が得られなかった。

そのため、責任感を強く感じたり、自分の役割にプレッシャーを感じていたことが考えられる。新人看護師からも「自分が焦ったり悩んでいるとき、表情にでないので、自分からアピールするように言われた」とあるように、自主性が乏しいととらえられる発言があった。

西田は、プリセプターは、任命されると前向きにとらえる人もいれば、「まだ自分のことで精いっぱいなのに」「やっと一人前になって自分らしく働けると思ったのに」と前向きにとらえられない人もいる場合がある。またどちらの場合であっても新人指導がうまくいかないと、指導役割を担う事で疲弊してしまったり、自分の行った指導・支援に自信がもてないことにつながるリスクもある¹¹⁾と述べている。そのため新人指導では新人看護師に目が行きがちであるが、その人を育てている指導者も気に掛ける必要がある。それは精神面だけに限らず、指導者が指導を通して成長することに繋がるからである。

当科では実際に新人看護師指導共有ノートの記載や月に一度のプリセプター会議で情報共有を行い、話し合った結果を病棟会議で発信していくという体制はとられて実践されていた。しかし、その体制の中でプリセプターの指導方法に関する相談などは支援されていない。本来はハートテック支援看護師が、プリセプターも支援するという役割がある。しかし、新人看護師の指導に力が入ってしまい、なかなかプリセプターまで支援出来ていない現状であった。井上らは、組織の支援のあり方として自己の役割や能力を認識できるように、看護管理やスタッフ育成の成果の確認や、看護管理の経験を振り返る事の出来る体制を構築し、支援し続ける事が人材育成を促進する事が示唆される¹²⁾と述べている。また、西田は、指導者が1人で指導・支援しようとするのではなく、組織全体で新人を育てていくことができる体制づくりと、その体制を機能させていくことが大切である。また、体制が整っているからといって、機能しているかは別問題である。特に、新人と指導者は、勤務が常に一緒ではない場合が多いため組織全体で育てているという意識を指導者ももつことが大切であり、自分だけに負担がかかっていると感じたときには、上司に相談していくことが必要¹³⁾と述べている。つまり当科では、体制は構築されていたが、部署内でのコミュニケーションが綿密ではなかったため、プリセプターの苦悩があったのではないかと考える。指導者側の振り返る機会は会議としてあった。しかし、新人のネガティブなことや新人との距離感について挙がっても情報共有のみで終わってしまい、指導者自身の振り返りにまで結びつかなかった。今回のインタビューを機会として振り返

り、どうすればよかったなどと内省の言葉は聞かれているため、リフレクティブサイクルに結びつけることが出来れば、意図的な指導が出来ると考える。また、組織全体で新人を育てていくと考えた時、今回は教育担当が初任者という特徴もあったことから、教育担当者の中だけで話し合うのではなく、他のスタッフにも意見をもらったり相談をしたりという機会を設ける事で、指導者の負担が減る事や、新たな視点で新人を見ていくことにつながったと考える。さらに、会議の場ということが、発言する恐怖や否定されるのではないかという思いにつながることも考えられるため、体制だけにとらわれず、適宜コミュニケーションをとっていくことが指導者と上司の関係に必要と考えられる。田村は、フィードバックが、効果的にあるためには、リフレクション学習をするために、適切な相手を選択すること、フィードバックをする側と受ける側の関係性を築くことが必要である¹⁴⁾と述べている。このことから、上司と部下という関係性に捉われずに、看護師として切磋琢磨しあって成長したいという思いが双方にとって大切であると考えられる。

結 論

- ・同じ《報告》という項目でも指導者は“アセスメント”を、新人看護師は“タイミング”を重視していた。
- ・指導者が経験をもとに指導することで、新人看護師から《自分の経験に活かす》ことができたという反応があり、新人看護師の学習する力に繋がった。
- ・指導と並行して自分の指導について振り返る機会を設ける事や、リフレクティブサイクルを用いたフィードバックをすることができていれば、ネガティブだけではなくポジティブな思考での指導に結びついた可能性がある。
- ・新人教育の組織体制を整え、機能していくことで、指導者の負担が減る事や、新たな視点で新人を見ていくことに繋がる。
- ・振り返りをする際は、自分と相手が看護師として切磋琢磨しあって成長したいという思いが大切である。

引用・参考文献

- 1) 新人看護職員研修ガイドライン改訂版, 厚生労働省, 平成26年2月
- 2) 2004年新卒看護職員の早期離職等実態調査報告書, 日本看護協会中央ナースセンター, P21, 平成17年3月発行
- 3) 佐藤聖一: 教育的ニーズの差異からみる効果的なプリセプターシップの展開方法, 第40回看護教育, 63-65, 2009
- 4) 西田朋子: 新人看護師の成長を支援するOJT (第1

版), 株式会社医学書院, 57, 2016

- 5) 久保善子: 産業看護を支える基礎概念ーベナー看護倫理臨床技能習得の段階に関する理論, 産業看護 vol.4no4, 2-7, 2012
- 6) 前掲書4), p 59
- 7) 佐藤真由美: 新卒看護師の成長を促進する関わり, 日本看護管理学会誌, Vol14No2, 36, 2010
- 8) 前掲書4), p 12-13
- 9) 前掲書4), p 13
- 10) Gibbs G: Learning by Doing : A Guide to Teaching and Learning Methods. Further Education Unid, Oxford Tolytechnic, now Oxford Drockes University, 1988
- 11) 前掲書4), p 22
- 12) 井上裕子 他: 中堅の中間看護管理者が捉える人材育成に関する問題, ヒューマンケア研究学会誌第6巻第2号, 33, 2015
- 13) 前掲書4), p 13-14
- 14) 田村由美 他: 看護の教育・実践に活かすリフレクション (第1版), 株式会社南江堂, 132, 2014

2018年全国自治体病院学会in福島にて発表した内容に一部加筆した

研究

認知症初期集中支援チームの取り組み ～独居高齢者の自宅生活を多職種で支えた1事例～

Activities of the Initial-Phase Intensive Support Team for Dementia
～ A multidisciplinary approach to living alone elderly people～

福田 智子
Tomoko Fukuda

要 旨

認知症初期集中支援チームが支援を行い、認知症高齢者の独居を多職種で支えた1事例について報告する。A氏、80代、女性、アルツハイマー型認知症（以下、AD）。町内会長より相談があり、認知症初期集中支援チームが支援を開始した。A氏の自宅を訪問し生活状況を把握しつつ信頼関係の構築に努めたところ、A氏の実情を得て認知症専門医療機関を受診することができた。自宅生活を継続したいというA氏と家族の希望を尊重し、通所介護や訪問介護などの介護サービスを導入したことで、認知症高齢者の独居生活の継続を支援することができた。地域の見守りで発見された自宅にひきこもりがちであった認知症高齢者に対し、多職種チームが関わることにより、認知症の早期診断や介護サービス利用に至ることができ、自宅生活を継続することができる。

Key Word : Dementia Living alone Initial-Phase Intensive Support Team for Dementia

I. はじめに

認知症初期集中支援チームは、2015年「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」で制度化され、2018（平成30）年度には各自治体に設置することが目標とされている。全国約1,700の自治体のうち、2016（平成28）年度設置されている自治体は約570か所（設置率約34%）である。全国調査（国立長寿医療研究センター、2017）や各自治体からの実績報告（梶田ら、2015、山口ら、2015）により、認知症初期集中支援チームの介入前後で認知症の心理・行動症状（以下、BPSD）の軽減や家族の介護負担感が有意に低下したことが報告されている。しかし、認知症初期集中支援チームの有用性については引き続き検討が必要である（鷲見、2015）。そこで、今回、独居で自宅に引きこもりがちであった認知症高齢者とその家族に対する支援内容を明らかにすることで、認知症初期集中支援チームの有用性と独居の認知症高齢者が自宅生活を継続するために必要な支援への示唆が得られると考える。

1. 用語の定義

国が義務づけている認知症初期集中支援チーム員研修

で用いられている「認知症初期集中支援チーム員テキスト」（国立長寿医療研究センター、2016b）に示されている定義に基づいて、本研究では以下のように用語を定義する。

1) 「認知症初期集中支援チーム」とは、医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で、認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、医療サービスや介護サービスにつなげ、自立生活のサポートを行うチームをいう。

2) 「初期」とは、認知症の病期である初期だけでなく、初動（first touch）を意味する。

3) 「集中」とは、認知症の人とその家族を訪問して、おおむね6カ月間の短期間に包括的なアセスメントと支援を繰り返し、自立生活をサポートしたうえで、本来の医療やケアチームに引き継いでいくことを意味する。

2. 研究目的

認知症初期集中支援チームが支援を行い、独居でひきこもりがちであった認知症高齢者の自宅生活を多職種で支えた1事例について報告する。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

「認知症初期集中支援チーム」に関するチーム員記録から、対象とした1事例の支援内容とその経過について、記述的にデータを収集する後向き記述研究とした。

2. 対象者

対象者は、B市認知症初期集中支援チームが支援した1事例とした。

1) B市認知症初期集中支援チームの概要

図1にB市認知症初期集中支援チームの概要を示す。

設置主体は地域包括支援センターであるが、同じ市内にあるC総合病院に設置されている認知症疾患医療センターとの合同チームであった。チーム員は、認知症疾患医療センターに所属する認知症専門医かつ認知症サポート医である精神科医師（以下、チーム員医師）1人、認知症看護認定看護師（以下、チーム員看護師）1人、作業療法士1人と地域包括支援センターに所属する介護福祉士かつ主任介護支援専門員（以下、包括チーム員）1人の計4人で構成されていた。また認知症初期集中支援チームでは、チーム員会議を月2回、1時間程度で定期的開催していた。

2) B市の地域特性

B市は、人口約18,000人、高齢化率が約39%の自治体である。全世帯数約9,000世帯のうち、高齢者の単身世帯が約1,000世帯であり、全世帯の約1割が高齢者の独居世帯であった。B市には、委託型の地域包括支援センターが1カ所あった。また、約500床のC総合病院があり、8年前から認知症疾患医療センターの指定を受けていた。

B市では、4年前に制定された「高齢者いきいき支え合い条例」（以下、支え合い条例）により、「高齢者見守り事業」が行われていた。「高齢者見守り事業」とは、市、地域包括支援センター、町内会等の関係機関、民生委員が連携し、支え合い条例に基づいて、地域の実情に合わせた見守り体制の構築を図る事業である。一人暮らしの高齢者を中心に、特に見守りが必要と思われる高齢者を把握し、市や地域包括支援センターの職員が約千百人を直接訪問し、そのうち約900人から個人情報提供の同意を得ていた。そして、地域で見守りをするために必要な高齢者に関する情報（住所・氏名・年齢・性別）と、本人が同意した情報（緊急連絡先・介護サービスの利用状況・定期的な訪問者など）が市から社会福祉協議会へ、さらに町内会等に提供されることにより、情報が共有され、日常的な見守りから緊急の際まで対応できる体制がとられていた。この「高齢者見守り事業」による訪問で得た情報から、高齢者は医療や介護サービス、家族や地域など

とつながっていた。さらに、見守る側も高齢者になりつつある状況にあったため、見守る側も含めた高齢者の情報を共有することで、効率よく地域で高齢者を見守る体制が構築されていた。昨年からは、80歳以上の高齢の夫婦のみ世帯を対象に、市や地域包括支援センターの職員が、直接訪問を随時行っている。この事業の中で認知症が疑わしい場合は、地域包括支援センターを通して認知症初期集中支援チームに情報が提供される仕組みとなっていた。

3. データ収集方法

データの収集期間は2017年9月から2018年3月までとした。支援対象者である高齢者とその家族の属性および相談から支援終了に至るまでの経過について、チーム員看護師が所属するC総合病院の電子カルテに保管されている認知症初期集中支援チームが作成した支援対象者別のチーム員記録（以下、チーム員記録）を閲覧し、下記に示す調査項目について転記することでデータ収集した。なお、記録物の記載内容だけでは支援対象者へのかかわりの意味・解釈が不十分と判断される事項が生じた場合に、チーム員とその関係者への聞き取りによって確認し、得られた情報を追加した。

本研究者は、認知症初期集中支援チームのチーム員看護師でもあるため、チーム員記録からのデータ収集や関係者からの聞き取りに際しては、できるだけ客観性を保つため認知症医療の専門家からスーパーバイズを受けながら行った。

4. 認知症初期集中支援チームの活動プロセスと内容

図2に認知症初期集中支援チームにおける活動のプロセスと調査項目を示す。

【相談応需】における「相談者」および「相談内容」とは、最初に地域包括支援センターに来た相談のことを指す。地域包括支援センターが受けた相談を【チーム員会議】で検討し、支援対象者と判断した場合に、チーム員2人（医療職と介護職）が最初に訪問する。これを【初回訪問】とした。この【初回訪問】時のアセスメントによって得た支援対象者の情報を、本研究でいう「支援開始時」の情報とした。

その後、【初回訪問】時の高齢者と家族の状況を【チーム員会議】で共有し、目標設定を行い、目標達成に向けて支援内容や役割を検討した上で、チーム員による【初期集中支援】を実施し、その結果を再度、【チーム員会議】で検討することを繰り返して、目標を達成したと判断された場合に【終結】とした。本研究でいう「支援終了時」の情報は、【終結】時に得られた情報を指す。なお、「終結理由」は、【終結】と判定した【チーム員会議】での話し合いの内容についての記録からデータを収集した。

【終結】後は、支援が継続されているか確認するた

め、約2カ月ごとに【モニタリング】が行われていた。本研究でいう「支援終了後」の情報は、【モニタリング】によって得られた情報を指す。

本研究における「支援内容」とは、【初回訪問】から【終結】までの「支援期間」にチーム員が中心となっていた支援を意味する。「活動プロセス」とは、支援前後の関わりも含めた【相談応需】から【モニタリング】までとした。

5. チームの支援による対象者への成果

対象者の支援開始時と支援終了時の2時点において、以下の調査項目によって活動の成果を評価した。

a. 認知機能・生活機能障害の変化

高齢者における認知・生活機能障害の変化は「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントDementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System」（以下、DASC-21）をチーム員記録のうち支援開始時を「DASC-21」、支援終了時（または支援終了後）を「DASC-21(2)」より転記した。

DASC-21：高齢者の「認知機能障害」と「生活機能」を把握し、認知症を検出し、重症度を評価するアセスメントツールである。導入のA、B項目と1~21項目の評価項目から構成されており。それぞれにつき1~4の4段階（4件法）で評価する。認知症の検出については、合計点が31点以上の場合、「認知症の可能性あり」と判定する。また、認知症の重症度の判定は、合計点が31点以上で、「遠隔記憶（項目3）」「場所の見当識（項目5）」「社会的判断力（項目9）」「身体的ADLに関する項目（項目6~21）」のいずれもが1点または2点の場合は「軽度認知症」の可能性ありと判定する。合計点が31点以上で、「遠隔記憶」「場所の見当識」「社会的判断力」「身体的ADLに関する項目」のいずれかが3点または4点の場合は「中等度認知症」の可能性ありと判定する。合計点が31点以上で「遠隔記憶」「場所の見当識」「社会的判断力」「身体的ADLに関する項目」のいずれもが3点または4点の場合は「重度認知症」の可能性ありと判定する。設問は具体的であり、観察法によって、簡便で、短時間で評価できる。

b. 認知症の行動・心理症状の変化

BPSDの変化は「認知症行動障害尺度の短縮版Dementia Behavior Disturbance scale」（以下、DBD13）をチーム員記録のうち支援開始時を「DBD13」、支援終了時（または支援終了後）を「DBD13(2)」より転記した。

DBD-13：認知症の行動・心理症状の行動症状を評価する尺度である。1は記憶障害を反映しており。2は記憶障害と一部取り繕い反応を示している。3はアパシー、4および6は睡眠障害の存在を示す。5および9は

興奮や易怒性の表れであったり、自信のなさの裏返しであったりする。7と8は多動で、背景には不安や常同行動の要素がみられる。11は病識のなさ自己評価の障害、12は実行遂行障害、記憶障害と同時に潜在的な不安が観察されることがある。13は多動や実行遂行障害、時には興奮や易怒性が背景に存在することがある。評価方法は、13の質問項目について「0：全くない」「1：ほとんどない」「2：ときどきある」「3：よくある」「4：常にある」の5段階評価を行う、すべての項目が常にある時は、52点となる。総合得点の変化をみると同時にどの項目に失点があり、それがどのように変化したかも重要である。

6. 倫理的配慮

研究開始にあたっては、C総合病院において、看護部の倫理委員会にて倫理審査を受け、承認を得た（承認番号：17N1228-1）。A氏とその家族および関係者に発表の趣旨を説明し、口頭および書面で同意を得た。データ収集の際は、個人が特定されないように記号化してから行い、個人が特定される情報（氏名、生年月日、住所、連絡先）はデータ収集しなかった。データ収集および分析で使用するパーソナルコンピュータはインターネットに接続しない状態で使用した。データベースファイルは、パスワードで保護したUSBフラッシュメモリに保存した上で、鍵のかかる書庫に保管し、データ入力・分析時以外は使用しないこととした。

7. 分析方法

対象者の基本情報は、チーム員記録より転記し、相談から初回訪問、初回訪問から認知症診断のための専門医療機関への受診や介護サービスを導入へ向けた支援内容について経時的に記述内容を整理し分析した。

Ⅲ. 結果

1. 事例

A氏、80代、女性、アルツハイマー型認知症（以下、AD）。町内会長より「1年前に新聞が数日分たまっていたが、玄関フードに鍵がかかっている安否確認ができず、心配で警察に通報した。本人は家の中にいて変わったことはなかったが、今も独居のため心配である」との相談があり、遠方に住む一人娘の同意を得て認知症初期集中支援チームが支援を開始した。

2. 相談者と相談内容

X年9月町内会長が市役所に相談した。相談内容は、「会話がかみ合わず、近所との交流がない。耳が遠いのでインターホンを押しても出てこない。玄関フードが施錠され、インターホンすら押せない。1年前、玄関フードに新聞が数日分溜まっていたため、心配で消防や警察に通報。トイレの窓から入るとA氏は特に変わ

りなく、家の中ですごしていた。月1回位娘が来ているが、心配なことを伝えても反応が薄い」であった。

3. 支援内容・経過

1) 相談から初回訪問に至るまで

チーム員会議でチームが支援することを決定した。包括チーム員とチーム員看護師2名が自宅訪問するが、玄関フードに鍵がかかっておりインターフォンを押すことができず、1階の窓を叩くが返答がなかった。電話をかけるが難聴のため一方的に切られ、一度訪問を諦めた。別日に再度訪問し、様々な方法を駆使して約15分、ようやくA氏が玄関から顔を出し、初回訪問をすることができた。

2) 初回訪問時の様子

表1に初回訪問時のアセスメントを示す。

生活機能と認知機能を評価するDASC-21は57点と中等度の認知症が疑われた。また、認知症の行動症状を表すDBD13は、12点と物事に関心を示さず寝てばかりいることから意欲・関心が低下していることが示された。身体状況としては、かかりつけ医はなく、血圧は185/130mgHgと高値だが自覚症状はなかった。手の爪が伸びており、着衣は頻回に更衣している様子はなく、身体や衣類がやや不潔な状態であった。障害高齢者の日常生活自立度はランクA2、認知症高齢者の日常生活自立度はⅡbと判断した。手段的日常生活自立度（以下、IADL）は2点と、難聴があり電話に出るが自分からかけることはなく、複雑な調理や買い物はできない状況であった。

3) 初回訪問から認知症の診断に至るまで

初回訪問時、A氏は、日頃は2階ですごしていること、もの忘れの自覚があること等を話した。以前に娘が受診を促したが本人が拒否したこともあり、2回目の訪問時にチーム員看護師より、一度、脳の健康診断を受けてみてはどうかと認知症専門医療機関への受診を促したところ、A氏の了承を得ることができた。包括チーム員より娘に連絡し、娘の同伴で認知症専門医療機関を受診し、検査の結果、AD（中等度）の診断を受けた。その後、介護保険申請を行い、要介護1の認定を受けた。

4) 介護サービスの導入に至るまで

チーム員の医師・介護福祉士・看護師とA氏・娘で今後の生活について話し合いを行った。医師は独居生活の継続は困難であり、施設への入所を促した。しかし、A氏と娘はこのまま自宅での独居生活を継続することを希望したため、独居生活を継続するために必要な介護サービスの導入を検討した。チーム員はA氏一人での定期的な入浴に不安を感じていたため、週1回の通所介護（以下、DS）の利用を促した。まずは、体験利用を行い、A氏は楽しくすごすことができた。2

回目以降は「行きたくないな」等と話すが、自ら着替える行動があり、週1回のDS利用を行うことができるようになった。また、買い物や調理などの家事支援も必要と考え、週4回の訪問介護（以下、ヘルパー）の利用を開始した。

5) 支援期間と終結理由

支援期間は6か月で訪問回数は13回であった。担当する介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）への引き継ぎを行い、週2回のDSと週4回のヘルパー利用が継続されていることを確認し、チームとしての支援は終結とした。相談者である町内会長には経過を説明し、病院受診や介護サービスの利用が開始されたことで独居生活を継続することへの安心感を得てもらい、引き続き見守りをしていただくことをお願いした。

6) 支援前後における対象者への成果

認知症の生活・認知機能を評価するDASC-21は、支援前後ともに57点と変わらず、生活機能や認知機能は維持されていることが示された。認知症の行動症状を示すDBD13は、支援開始時は12点と日常の出来事への関心の低下や日中寝てばかりで活動性の低下が示されていたが、支援終了後には8点に低下し、チーム員の訪問や家族との病院受診を通して、徐々に外出や他者と交流する機会を増やし、さらには介護サービスとしてDSやヘルパーを利用することにより、周囲への関心や意欲、活動性の向上が示された。

IV. 考察

図3に支援後のA氏を取り巻く支援ネットワークの広がりを示す。

独居でひきこもりがちであった認知症高齢者に対し、近隣住民からの生活を心配する相談から多職種チームがかかわり支援を開始した。支援開始前は、A氏は家族と町内会長の見守りにより独居生活をしてきたが、認知機能低下が疑われ早期にチームが関与したことで、チーム員はもちろんのこと、医療や介護の関係者が支援に加わることとなり、より安全・安心な独居生活を再構築することができた。

認知症初期集中支援チームが創設されるに至った背景には、これまでの医療・ケアが認知症の人に“危機”が生じてからの“事後的な対応”が主眼となっていたことがある。これに対し、今後めざすべきケアは、“早期支援機能”と“危機回避支援機能”を整備し、危機の発生を防ぐ早期・事前的な対応に基本を置くことが求められる。この早期支援機能として期待されるのが、認知症初期集中支援チームである（鷲見、2015）。今回は、地域で見守りの中心となる町内会長からの相談により早期に多職種チームの支援を開始したことで、認知症高齢者やその家族が望む暮らしを継続することが

できた。しかし、認知症は進行していく疾患であり、今後さらなる危機が訪れる可能性がある。チームの支援により認知症高齢者の独居生活を支える支援ネットワークが強化されたことにより、今後の危機回避支援も可能になると考える。チームとして今後も認知症高齢者の状況の変化や適切な医療・介護が継続されているか等を関係機関と連携しながらモニタリングを行い、今後の経過を予測しながら危機回避支援機能を発揮していきたいと考える。

今回の事例を通して、地域の見守りで発見された自宅にひきこもりがちであった認知症高齢者に対し、早期に多職種チームが関わることにより、認知症の早期診断や介護サービス利用に至ることができ、自宅での独居生活を継続することができた。よって、地域住民の見守りにより発見された認知症高齢者本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、早期に多職種チームが関わる有用性が示唆された。

V. 研究の限界と今後の課題

今回は、1事例の報告であり、結果を一般化することはできない。しかし、認知症初期集中支援チームの支援により、認知症高齢者の生活が整えられ、認知症高齢者が住み慣れた場所で少しでも長く暮らすことができることに貢献できたと考えられる。引き続き認知症初期集中支援チームの効果の検証をしていく必要がある。

VI. 結論

早期に多職種チームが集中的に関わることにより、認知症の早期診断や介護サービスの利用継続に至ることができ、認知症高齢者とその家族が望む自宅生活の継続が可能になる。

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様に心より感謝いたします。また、本研究に御理解と御支援をいただきましたチーム員および関係機関、関係者の皆様に心より御礼申し上げます。

VII. 引用・参考文献

栗田主一(2013). 認知症早期支援体制—とくにアウトリーチ(訪問型ケア)の課題—. 老年精神医学雑誌, 24(9), 883-889.

Challis, D., von Abendorff, R., Brown, P., Chesterman, J. & Hughes, J. (2002). Care management, dementia care and specialist mental health services: an evaluation. INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC

PSYCHIATRY, 17(4), 315-325.

福田智子(2016). 認知症初期集中支援チーム. 内海久美子(編著), 地域包括ケアってなあに? 地域で見守る認知症—砂川モデルを全国へ(pp. 26-40). 医学と看護社.

福田智子, 石木愛子, 金田大太, 川勝忍, 小林良太, 林博史, 斎藤尚宏, …内海久美子(2017). 診療のスキルアップを考える—この症例をどう診るか2016—. 老年精神医学雑誌, 28(1), 7-33.

Gaugler, J. E., Kane, R. L., Kane, R. A., & Newcomer, R. (2005). Early Community-Based Service Utilization and Its Effects on Institutionalization in Dementia Caregiving. The Gerontological Society of America, 45(2), 177-185.

梶田博之, 前田潔, 久次米健市, 真鍋ひろ子, 朝熊香織, 池畑清美, 川敦子, …池田敦子(2015). 神戸市における認知症初期集中支援チームの活動—平成25年9月～平成26年8月までの活動および今後の課題—. Dementia Japan, 29(4), 596-604.

梶田博之, 尾崎遠見, 前田潔(2016). 認知症初期集中支援推進事業の自治体による比較. 老年精神医学雑誌, 27(11), 1215-1221.

小林直人(2015). 認知症初期集中支援チームにおける医師としての役割. 老年精神医学雑誌, 26(10), 1099-1105.

国立長寿医療研究センター(2016a). 認知症初期集中支援チームの実態に関する調査研究事業報告書. 51-78.

国立長寿医療研究センター(2016b). 認知症初期集中支援チーム員研修テキスト平成28年度版.

<<http://www.ncgg.go.jp/kenshu/kenshu/documents/H28tekisuto.pdf>> [2017, Jan 29].

国立長寿医療研究センター (2017). 認知症初期集中支援チームの効果的な活用に向けた調査研究事業報告書

<<http://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/H28rouken-3houkoku.pdf>> [2017, Dec 15].

厚生労働省 (2012). 「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」について.

<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh.html>> [2017, Dec 15].

厚生労働省 (2015). 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン).

<<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000064084.html>> [2017, Dec 15].

厚生労働省 (2017). 平成28年度 国民生活基礎調査の概況.

<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/index.html>> [2017, Dec 15].

厚生労働省認知症の医療と生活の質を高める緊急プロ

ジェクトチーム（2008）. 認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書.

<<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/dl/h0710-1a.pdf>> [2017, Dec 15].

厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム（2012）. 今後の認知症施策の方向性について.

<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002fv2e-att/2r9852000002fv5j.pdf>> [2017, Dec 15].

前田潔, 梶田博之(2015). 認知症初期集中支援チーム：神戸市における活動の現状と今後の課題—活動1年目と2年目の比較—. 老年精神医学雑誌, 26(10), 1131-1136.

松浦敦子(2015). 認知症の人が地域社会とつながる初期集中支援. 日本認知症ケア学会誌, 13(4), 705-711.

中西亜紀(2015). 認知症疾患医療センターと認知症初期集中支援チームの連携と行政の役割. 老年精神医学雑誌, 26(10), 1106-1113.

延 育子(2016). 認知症初期集中支援チームの現状. 日本認知症ケア学会誌, 15(2), 426-432.

鈴木謙一, 諏訪 浩(2015). 東京都認知症アウトリーチチームの立場から認知症初期集中支援チームに期待すること—ソーシャルワーカーの視点から—. 老年精神医学雑誌, 26(10), 1124-1130.

鷺見幸彦(2015). 認知症初期集中支援チームとはなにか. 老年精神医学雑誌, 26(10), 1077-1084.

山口智晴(2015). 多職種チームによる認知症初期集中支援の実際—作業療法士の立場から—. 老年精神医学雑誌, 26(10), 1085-1092.

山口智晴, 堀口布美子, 狩野寛子, 栗本久, 宮沢真優美, 上原久実, 山田圭子, …山口晴保(2015). 前橋市における認知症初期集中支援チームの活動実績と効果の検討. Dementia Japan, 29(4), 586-595.

本論文は、第20回日本医療マネジメント学会学術総会にて発表したものに一部加筆したものである。

図1 B市認知症初期集中支援チームの概要

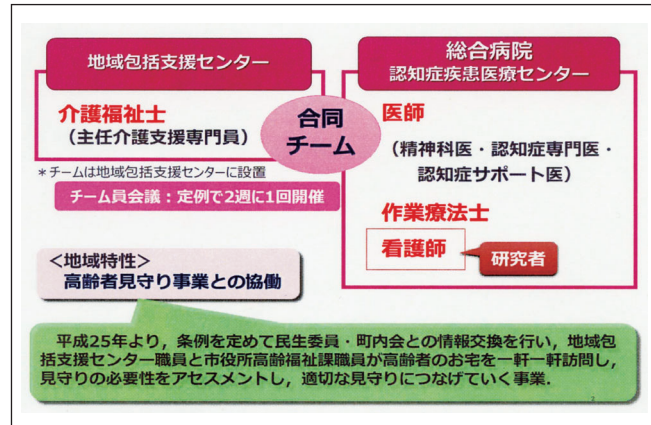


図2 認知症初期集中支援チームによる活動プロセスと調査項目

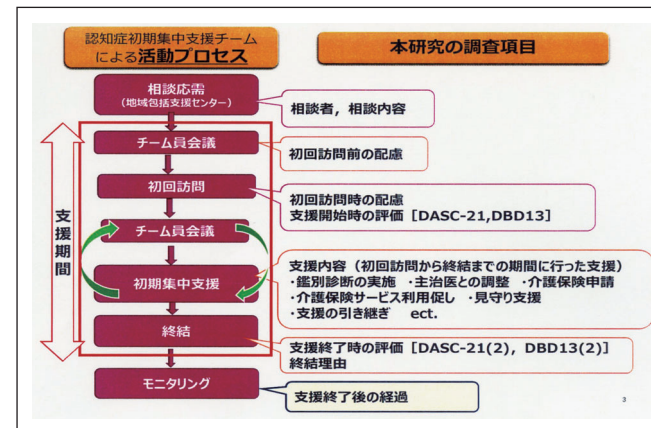


図3 支援者のA氏を取り巻く支援ネットワークの広がり

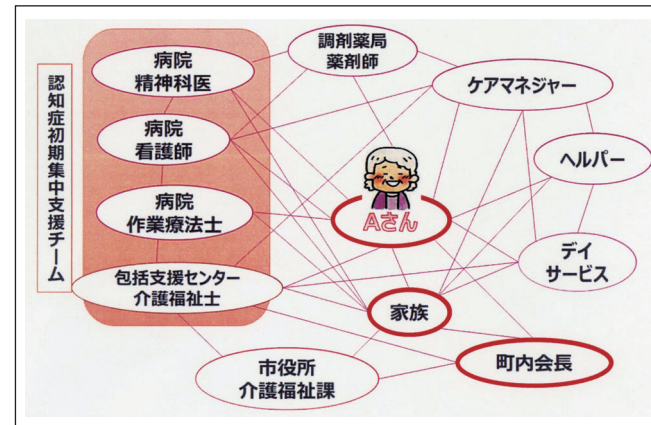


表1 初回訪問時のアセスメント

DASC-21	57 / 84点	問題解決能力や家庭内外のIADLの低下 ⇒ 中等度認知症 の可能性あり。
DBD-13	12 / 32点	物事に関心を示さない。昼間、寝てばかりいる。物の置き忘れ。不適切な服装 ⇒ 意欲・関心の低下
身体状況	かかりつけ医なし	血圧：185 / 130mmHg 自覚症状なし。手の爪が伸びており、 着衣は頻回に更衣している様子はない。 髪は伸びているが不潔感はない。尿臭・体臭ない。立ち上がりや歩行は問題ない。
障害高齢者の日常生活自立度	ランクA2	屋内での生活は概ね自立しているが、 介助なしには外出しない 2. 外出の頻度が少なく日中も寝たり起きたりの生活をしている
認知症高齢者の日常生活自立度	IIIb	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、 誰かが注意していれば自立できる。 家庭外で上記IIの状態が見られる。
IADL	2 / 8点	電話に出るが自分からかけることはない。 複雑な調理や買い物はできない。 自分では服薬できない。金銭の取り扱いができない。