

認知症看護認定看護師教育課程の受講報告 ～急性期病院での認知症看護のあり方～

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 看護部 3A病棟)

坂口 かおり

要 旨

2025年の日本は、団塊の世代が75歳に達して後期高齢者となり、国民の3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上という人類が経験したことのない『超・超高齢社会』を迎える。当院においても、急性期治療を必要とする認知症者の増加に対応する必要があり、全てのスタッフが認知症について正しく理解することが急務となっている。

認知症看護認定看護師教育課程を受講し、見えてきた当院の課題は、当院を受診・入院したことをきっかけに、認知機能の低下が表面化した軽度認知障害や認知症の人が地域包括ケアシステムの輪に入るための支援が行えること、と考える。そのために必要な取り組みは、認知症ワーキンググループでのチーム医療、スタッフへの教育、および家族のケアであると考え、認知症看護認定看護師として、当院の認知症看護の質の向上に努める。
(京市病紀 2018 ; 38(1) : 46-50)

Key words : 認知症看護, 地域との連携, チーム医療, 家族ケア

はじめに

国家戦略として認知症対策「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」が2013年に立案され、団塊の世代が75歳以上になり、認知症有病者が65歳以上の5分の1にあたる700万人に達すると推計される2025年にむけて2015年に認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」が策定された。

認知症の人の意思が尊重され、住み慣れた環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すために、急性期病院での認知症ケアの質の向上、地域との連携が急務となっている。

当院でも、高齢化の加速により急性期治療を必要とする認知症者の増加に対応するべく、2016年に認知症ワーキンググループが発足した。認知症ケアの充実を目標に取り組んでいるが、認知症看護に対し、研修や教科書で学んだことを伝達しているだけでは説得力に欠けると感じていた。また、実践の中で自分もスタッフも困っていることが多く、認知症ワーキンググループが相談の窓口としての役割を担いきれないことへのジレンマもあった。「認知症看護認定看護師教育課程」での学びの機会を与えられ、7ヶ月の研修を終え、2018年7月13日

認知症看護認定看護師の資格を取得した。当院で目指す急性期病院での認知症看護のあり方ならびに課題を報告する。

教育課程の研修期間

2017年6月1日～2017年12月22日

認知症看護教育課程での学び

認知症ケアの院外研修を受け、自分が就職した時に考

えていた看護の基本があると感じたことが、認知症看護に興味を持つきっかけだった。特に認定看護師の「認知症ケアにより、100回のナースコールが30回に減ったのは、業務が楽になったのではなく、70回分のその人の苦痛や不安が減ったということ」という言葉に、日々の自分の看護が十分でなかったことを反省すると共に非常に感銘を受け、自分もこの姿勢をより多くのスタッフに伝えていける存在になりたいと思った。

1) 組織的活動

教育課程には沖縄から福井まで西日本の各地から30名が参加していた。認知症ケア加算取得の影響もあってか、経験5年の受験資格のある26歳から50歳代までの幅広い年齢構成であり、グループ討議では、それぞれの視点で意見を出しあい、同じようなコミュニティでは思いつかないような意見交換をすることができた。また、9割が急性期病院からの参加であり、当院以外の急性期病院でも、認知症ケアのとりくみ、また地域へつないでいくことへの重要性を感じているようであった。

2016年度に院内のクリニカルラダーVの研修を受講し、コーチング理論や組織変革論について学んだ。スタッフを巻き込み、動いてもらうには、データをも有効に使い、やってみようという思いを引き出す準備が必要である。認定看護師教育課程でのグループ討議や実習先での病棟スタッフへの相談・指導では、提案を相手に納得してもらうのに難渋することも度々あったが、組織変革論に立ち返って考えることで協力の姿勢を得ることができるとを体感した。認知症ケアは認定看護師1人で行うものではなく、スタッフ全員が協力して認知症者をより良い状態に整える必要がある。今後、認定看護師の活動を行っていくにあたり組織的活動は必須であり、認知症患者を中心としたケアの提供を他職種と共に考えていけるよう、サポート環境を整えていきたい。

2) 認知症患者の視点と家族ケア

2004年に京都で開催された国際アルツハイマー病協会国際会議で、初めて認知症者本人が自ら発表を行ったことが、その後の認知症ケアを大きく進展させる契機となった。教育課程ではこの会議をきっかけに京都式オレンジプランが作成され、認知症者とその家族が望む「10のアイメッセージ」を認知症ケアの目標にしていることをはじめ、京都府看護協会が行っているサポートナース養成研修についても紹介される場面が多々あり、京都府がいち早く認知症ケアに力を入れてきたことを感じた。また、当院での「抑制ゼロ」の取り組みについても講師から尋ねられることがあり、患者の尊厳を守るという点から注目されていると感じた。

認知症患者の視点で考えることと家族ケアの重要性については、特に重点的に教育を受けた。認定看護師は黒子に徹し、実践を行うスタッフやケアの中心である患者にスポットがあたるように、そして、愛される認定看護師になるように、と繰り返し指導を受け、認定看護師のあるべき姿を学ぶことができた。

4週間の病院実習は、急性期病院での認知症ケアの取り組みをみて、当院で実践可能なことがないかを学びたいと思い、関西医科大学附属病院を選択した。認定看護師が行う「もの忘れ外来」や夜間ラウンドを行っており、実際にラウンドを一緒に回った。認定看護師が病棟をラウンドすると、スタッフが声をかけてきて、認知症者で困っていることがあるか、対応が可能であるかを伝えていた。困ったケースがある場合は、アドバイスでスタッフが対応可能か、認定看護師が実際に介入したほうがよいのかを、事前に情報収集した内容に追加の情報を加えて相談している姿をみることができた。お互いに笑顔で話している様子が印象的で、どの病棟のスタッフからも信頼され、良好なコミュニケーションをとりつつも、認知症ケアをスタッフが行えるように指導している姿は大変参考になった。

サポートナース養成研修で小規模多機能施設の実習を行ったことがあったが、認定看護師教育課程では、特別養護老人ホーム、訪問看護の施設実習を行った。寝たきりの患者が日中独居であっても、訪問看護や介護ヘルパー等の福祉サービスを受けることで、安全に過ごすことが出来る姿をみることができ、住み慣れた環境で生活をする事の大切さを学んだ。また、介護家族に対するケアを含めた在宅ケアをサポートするスタッフの努力を体感したことで、入院患者が在宅へ戻る為の退院支援を行うには、地域との密な連携をとり、患者および家族に関する情報の共有が必要であることを再認識した。

3) 認知症ケアの動向 (図1)

2017年度はオレンジプランの評価の年であったため、2018年度にむけて更なる認知症対策が考えられている。やはり、2025年問題に向けて、「住み慣れた地域での暮らし」、「在宅と病院の連携」が重要課題となっている¹⁾。当院でも、更なる退院支援の強化を行い、認知症患者本人がどうしたいと考えているのか、アドバンス・ケア・プランニング (advance care planning: ACP. 将来の意

思決定能力の低下に備えて、患者やその家族とケア全体の目標や具体的な治療・療養について話し合う過程 (プロセス)²⁾にも介入していく必要があると考える。終末期医療でよく実践されているACPだが、認知症患者に関しても重要であるとされている。

「おうちに帰ろう」で有名な宇都宮宏子氏は、「退院支援は人生の再構築を支援することである。ベッドを空けること、長期入院患者の収容先を探すことではない。患者が病気や障害を持ちながら、これからどう生きるかを一緒に考え、構築していく支援である。」と述べている³⁾。サポートナース養成研修で講師を務め、「急性期病院の看護師は全部を整えないと帰せないと思っている。そんなことをしている間に、家族は患者のいない生活に慣れ、入院をひきのぼし、転院を希望し、患者にとっては居心地の悪い生活を強いられることになる。在宅のサポート力を信じて『あとは自宅で調整を』と帰してください」と何度もくり返していた。このことを実践していくためには、私達急性期病院のスタッフが、在宅でのサービス等について学ぶ必要があると痛感する。

教育課程修了後に考える自施設の課題

学びを終え、見えてきた自施設の課題は、当院を受診・入院したことをきっかけに、認知機能の低下が表面化した軽度認知障害 (MCI) や認知症の人が地域包括ケアシステムの輪に入るための支援が行えることと考える。

実習では、独居で70代の糖尿病の既往のある男性が、内服管理ができなくなっていることを受け入れられず「大丈夫」というため、退院支援を受けることなく在宅へ戻るケースを受け持った。認知機能が低下してきていることに対する本人の受容段階に応じた介入により、自尊心を傷つけずに患者が理解し、今後の生活を自己決定できることを目標に、自ら訪問看護の導入を希望し、他者の援助を受けることを許容するところまでの気持ちの変化をみる事ができた。

独居高齢者が増加しつつある現代社会において、「できる」と自己申告することは、介護度が低く見積もられ認知機能低下に気づかれずに孤立した生活を送るリスクとなる。患者を観察することで、出来なくなっている部分と強みの部分を明らかにし、適時の介入の体勢を整えるための地域との連携ができるように、ワーキンググルー

認知症ケアの動向

2017年7月 認知症対策の関係省庁連絡会議
認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) の
数値目標の見直しを発表。

2017年12月 新・京都式オレンジプラン
中間案の提出

- とぎれない医療・介護サービスがうけられるしくみ作り (退院支援・認知症地域連携クリニックの導入・普及)
- 早期発見・早期鑑別診断・早期対応
- 地域での日常生活や社会参加等に支援の強化
- 人生の最終段階に向けた支援「最後まで自分らしく」

図1

都道府県	市町村			実施率
	市	町	村	
三重県	亀山市	津市	伊賀市	75.9%
	名張市	大台町	大紀町	
	伊勢市	度会町	玉城町	
	南伊勢町	志摩市	鳥羽市	
	熊野市	御浜町	紀宝町	
	多気町			
滋賀県	大津市	彦根市	長浜市	78.9%
	近江八幡市	草津市	守山市	
	甲賀市	野洲市	東近江市	
	米原市	日野町	雲荘町	
	豊郷町	甲良町	多賀町	
京都府	京都市	長岡京市	宇治市	30.8%
	精華町	舞鶴市	綾部市	
	宮津市	京丹後市		
大阪府	大阪市	堺市	豊中市	51.2%
	泉大津市	貝塚市	枚方市	
	茨木市	富田林市	寝屋川市	
	河内長野市	大東市	和泉市	
	箕面市	門真市	高石市	
	泉南市	交野市	阪南市	
	忠岡町	熊取町	田尻町	
	岬町			
兵庫県	神戸市	姫路市	明石市	65.9%
	洲本市	芦屋市	相生市	
	加古川市	赤穂市	三木市	
	高砂市	川西市	小野市	
	加西市	篠山市	養父市	
	南あわじ市	朝来市	淡路市	
	加東市	たつの市	猪名川町	
	多可町	播磨町	市川町	

平成28年度 認知症初期集中 支援チーム

(認知症初期集中支援推進事業
実施市町村一覧)

図2 (文献4より引用)

プでスタッフ指導を行っていく考えである。
京都の認知症ケアは、宇治市での取り組みがクローズアップされているが、京都市内ではまだまだ、取り組みが浸透しておらず、認知症初期集中支援チームを設置している市町村の割合に関しても、他府県に比べて低い数値である(図2)。

平成28年度から、京都市内にも認知症初期集中支援事業の導入が開始された(図3)。中京区はまだ対象となっていないが、市内全域で開始される予定であり、当院も急性期の高度な医療の提供と共に、高齢者を地域とつなぐ役割を果たせる病院となれるよう介入していく必要があると考える。

当院の65歳以上の転帰状況を図4に示す。支援不要な人がほぼ在宅に退院できるのに対し、自立度が下がるにつれて在宅に戻れない割合が顕著であり、認知機能の低下を認める人が入院をきっかけに、在宅へ戻れなくなっている現状が見える。安易に転院の選択を行っていないか、患者および家族の持っている力を考えた退院支援になっているか、その支援が認知症者にとっての利益となっているのかを認知症認定看護師の立場からスタッフ

へ投げかけていく必要がある。

課題達成に必要なこと(図5)

現在、認知症ケア加算2に必要なケアをスタッフに周知し、適切な認知症ケアが提供できるよう、取り組んでいる。

課題達成に必要なことのまず1点目は、認知症ワーキンググループでのチーム医療を軌道に乗せることと考えている。認知症ワーキンググループならびに各部署の認知症リクナースの協力を得て認知症ケアのチーム介入が必要な患者を適切に抽出し、ケアを行っているかのスクリーニングが行えるようにしたいと考える。そのために、病棟をラウンドし、困っている現状の把握、相談ならびにスタッフが対応を行えるよう指導・提案を行っていききたい。

2点目は、入院後にせん妄の遷延などで、認知機能およびADLを低下させないケアの充実をスタッフが行っていけるよう、研修会の開催や実際の取り組み状況の確認を行っていくことを考えている。このことが認知症患者の在院日数の短縮および在宅へ戻ることができる支援につながることを期待する。

3点目は、家族の介護による疲弊やストレスを把握するために評価指標(Zarit介護負担尺度短縮版)の利用を普及させることと考える。家に他人が入ることを嫌がる家族も多いが、介護負担に関する8項目の質問を家族との会話の中で尋ねていくことで、家族は自分達のことにも目をむけてもらっていると感じ、そこから必要なサービスの導入につなげていくことができると考える。また、この指標は在宅ケアの現場で利用頻度が高く、地域との連携を行っていくのに、共通のツールとしてスタッフへ知ってほしいと考える。

平成29年京都市認知症初期集中支援モデル事業の拡充
京都市認知症疾患医療センター(基幹型)
: 京都府立医科大学附属病院(上京区)

保険医療・介護機関等と連携を図りながら、鑑別診断とその初期対応、周辺症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談等を実施する医療機関。また、関係者への研修を行うことにより、地域における認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図る。

平成28年度 北区、上京区エリアでスタート
受託事業者: 京都博愛会病院

平成29年度 下京区、南区 認知症初期集中支援チーム
受託事業者: 武田病院
西京区、西京区洛西支所 認知症初期集中支援チーム
受託事業者: 京都桂病院

中京区は? . . .

図3

当院の認知機能低下を認める患者の転帰状況

27年度（6月～3月）		家庭への退院数		率
65歳以上退院患者数（のべ数）	6,436人	5,460人		85%
支援不要	5,055人	4,588人		91%
認知症患者生活自立度Ⅰ・Ⅱ	1,011人	705人		70%
自立度Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	370人	167人		45%
28年度（4月～3月）		家庭への退院数		率
65歳以上退院患者数（のべ数）	8,107人	6,849人		84%
支援不要	6,296人	5,712人		91%
認知症患者生活自立度Ⅰ・Ⅱ	1,378人	953人		69%
自立度Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	433人	184人		42%

図4

課題達成に必要なこと。
★CGA 7（高齢者総合機能評価簡易版）でチェックの入った人へ、認知症スクリーニングの実施（長谷川式orMMSE） →看護師が実施できるよう、研修会開催。 カットオフ以上の人に神経内科受診や内服調整が必要かを、認知症ワーキンググループでラウンドし、スタッフと考えるしくみ作り
★入院時から、早期に在宅へ戻るための支援を開始。 →①退院支援チームと共同。ACPの普及活動 ②入院後にせん妄の遷延などで認知機能およびADLを低下させないケアの充実
★家族の介護度の把握 『Zarit 介護負担尺度』の普及→必要なサービスの導入

図5

終わりに：認知症者とケア提供者は合わせ鏡

認知症者とケア提供者は合わせ鏡と言われている。今後、スタッフへの勉強会を開く時、認知症ケアだからこそ楽しく学んでもらい、実践につなげてもらえる研修を企画していきたい。マニュアル的ではなく、スタッフそれぞれが認知症患者によりそった結果としてオリジナリティのある看護ケアを導き出せるよう、共に考え、悩み、援助をしていきたいと考える。また、私自身が認知症看護の実践の姿を見せていくことを、自己の課題としてと

りくんでいきたい。

最後に、今回の長期研修を受講する貴重な機会を与えてくださった皆様に心から感謝いたします。

引用文献

- 1) 厚生労働省ホームページ：認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）[internet].
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html> [accessed2018.1.15]
- 2) 亀田グループ医療ポータルサイト：アドバンス・ケア・プランニングは誰のため？ [internet].
<http://www.kameda.com/patient/topic/acp/02/index.html> [accessed2018.1.15]
- 3) 宇都宮宏子：おうちへ帰ろう。ナーシングトゥデイ。2012；27(4)：66-69.
- 4) 平成28年度認知症初期集中支援チーム配置予定市町村一覧：総務課認知症施策推進室-厚生労働省 [internet].
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000170082.pdf> [accessed2018.1.15]

Abstract

Report after Taking Nursing Education Course for Dementia Nursing Certification
～ Dementia Nursing in the Acute Phase Hospital ～

Kaori Sakaguchi

Ward 3A, Department of Nursing, Kyoto City Hospital

In 2025, we will be entering a super aging society with the baby boom generation entering the latter stage of elderly (over 75 years old) : one out of three Japanese citizens will be over 65 years old and one out of five will be over 75 years old. In our hospital, We will have to manage an increasing number of patients with dementia who will need acute phase treatment. It has become an urgent issue for all staffs to understand dementia correctly.

After attending the curriculum of certified nurse for dementia nursing, I came to the conclusion that patients found to have mild cognitive function or dementia when they visited the hospital or were hospitalized could be supported by introducing them to a general community support system. For that purpose, the important issues are developing a team health care working group, education of the staff and consideration of the patient's family. As a certified dementia nurse, I will work to improve the quality of dementia nursing at our hospital.

(J Kyoto City Hosp 2018; 38(1):46-50)

Key words: Dementia nursing, Cooperation with the community, Team healthcare, Consideration of the patient's family