

認知症看護認定看護師活動報告

～短期病棟配属でみえた各病棟で必要な認知症ケアの違いとカンファレンスの重要性～

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 認知症看護認定看護師)

坂口 かおり

要 旨

2018年7月に認知症看護認定看護師の資格を取得し、手探りで始めた認定看護師の活動であったが、2019年度、3ヶ月毎に病棟を移動し実際の勤務を行う中で、病棟毎に必要な認知症ケアのポイントが違うことが見えた。また、広がりつつある各現場での認知症ケアを共有することで院内全体の認知症ケアへのモチベーションが上がることを期待し、自身の認定活動と共に報告させていただく。

(京市病紀 2020;40(1):40-45)

key words : 短期病棟配属, 認知症ケア, カンファレンス

認知症看護認定看護師としての活動

認知症高齢者や医療のニーズが高い要介護高齢者が増加する中、当院での高齢者ケアの必要性も年々高くなっている。現在の認知症看護認定看護師としての活動は、認知症ケアリンクナースが自部署で認知症ケアのリーダー的役割をもって活動出来るための育成と、認知症ケアサポートチーム(dementia support team : DST)の一員として認知症ケア加算対象者を抽出し、各病棟で適切な認知症ケアが実施され、患者が穏やかに過ごされているかの状態観察を中心に行っている。他に、虐待対策(suspected child abuse & neglect : SCAN)チームで高齢者虐待が疑われる事例の中で、暴力が認知機能の低下に関連しており治療が必要な方ではないかという視点で介入している。また、看護部倫理委員会では「抑制ゼロDAY週間」の実施を提案した。各病棟での抑制実施状況を委員会メンバーでラウンドし、課題発見の後、12月に第1回目を実施し、現在も継続して行っている。研修に関しては、当院での研修の他に、他院や他施設からの研修依頼をいただき出前講座も行っている。

2019年度、看護部からは横断的に広い範囲でスタッフを支えるため、専従として活動をしてはどうかという話があった。しかし、ラウンドを始めたばかりで他病棟での指導にストレスを感じていた頃でもあり、自身が実践から遠ざかり専従として働くことへの自信が全くなかった。自分の居場所が欲しい、スタッフと一緒に実践を行う場が欲しい。夕方から夜間にかけてせん妄発症のリスクが高くなる時間帯の患者のケアをしたいと伝えたところ思いをくんでいただき、4月から3ヶ月毎に病棟を異動しながら認知症ケアの実践・指導・相談を行うこととなった。認知症看護認定看護師に期待される役割8項目(図1, 2)のなかに、「認知症看護の実践を通して役割モデルを示し、看護職に対する具体的な指導・相談対応ができる。」と「他疾患合併による影響をアセスメントし、治療的援助を含む健康管理を行うことができる」という項目がある。短期病棟配属の期間は、特にこの2項目に重点をおき活動を行った。

【病棟配属期間】

2019年4月～A病棟(消化器外科・消化器内科)
7月～B病棟(眼科・耳鼻科・皮膚科)
10月～C病棟(消化器内科・血液内科)
2020年2月～D病棟(呼吸器内科・感染症科)

各病棟での配属経験から見えた必要となる認知症ケア

認知症ケアは、Head(認知症の知識)・Heart(認知症の人への共感)・Hand(コミュニケーション・環境調整・家族支援)の3つのHの輪が重なり行う必要があると言われている(図3)。

実践モデルとして自分の関わりを見てもらうことと同時に、認知機能の低下がある方に治療上必要だとアセスメントされ実施されている抑制が、適切なカンファレンスの上で実施されているのかを共に考えて行くこと、せん妄予防ケアの実際を指導していくことを主軸に現在まで4箇所の部署に協力をしていただいた。そして、認知症ケアの基本であるパーソンセンタードケアの考えかたを再認識してもらえよう、認知症患者の入院前の日常、ならびに認知症になる前はどのように過ごされていた方なのかを意識的に情報提供するよう努めた。

認知症看護認定看護師に期待される役割 8項目

1. 認知症者の意思を尊重し、権利を擁護することができる。
2. 認知症の発症から終末期まで、認知症者の状態像を統合的にアセスメントし、各期に応じたケアの実践、ケア体制づくり、家族のサポートを行うことができる。
3. 認知症の行動心理症状(BPSD)を悪化させる要因・誘因に働きかけ、予防・緩和することができる。
4. 認知症者にとって安心かつ安全な生活・療養環境を調整することができる。

図1(文献2より引用)

- 5. 他疾患合併による影響をアセスメントし、治療的援助を含む健康管理を行うことができる。
- 6. 認知症に関わる保健・医療・福祉制度に精通し、地域にある社会資源を活用しながらケアマネジメントできる。
- 7. 認知症看護の実践を通じて役割モデルを示し、看護職に対する具体的な指導・相談対応ができる。
- 8. 多職種と協働し、認知症に関わる知識の普及とケアサービス推進の役割を担うことができる。

図2 (文献2より引用)

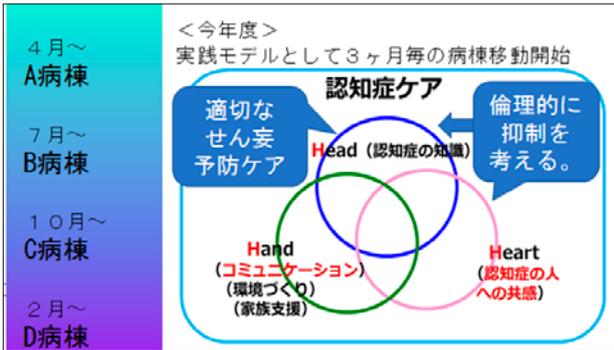


図3

1) 消化器外科・消化器内科病棟

最初の配属は、ラウンドで介入していた頃から認知症者の徘徊につきあって何度も散歩に出かけるなど良い看護の提供が見える病棟だった。手術前後のケア、ターミナルケアと多岐に渡る看護が必要とされる中、認知症ケアにも関心をよせてもらい、更なるケアの向上に取り組んでいただいた。とにかく忙しい病棟だが、毎日、師長・副師長・リーダーの声かけのもと転倒予防・抑制カンファレンスが可能な限りの日勤メンバーと、時には薬剤師、医師も参加し行われていた。スタッフ間で情報を共有する時間を重要視している病棟の風土を感じた。

認知症の認定看護師としては更なるアセスメント力の向上のため、抑制が必要な理由を3要件で考えられるよう、声かけを行った。倫理的に必要な理由を考えることで自然に抑制解除の為のケアがスタッフからあがり、抑制解除が早期に行われることも多くなった。

ケアの方法としてサーカディアンリズムを整える必要性は病棟の中で周知されており、日常的にナースステーションで過ごす患者がいた。ナースステーションに患者がいることは倫理的にどうなのかという論点もあるが、急性期病院で手術、検査、保清等の観察・看護を提供する中でデイルームが目届かないところにある等、そうは言っていないのが現実である。実践可能なケアの提供として、ナースステーションで車いすに座り経過してもらうだけでは認知症ケアにはなっていないことを伝えるため、自分の勤務時間の中では患者と話している姿を見せることを意識し、また、積み木や塗り絵、しりとりなど患者の興味に応じたアクティビティの提供も行った。ラジカセで音楽を流したりもしたが、ある日、夜勤

でくとスタッフが自分のスマホでYouTubeから童謡をながし、患者がそれにあわせて歌っている姿をみた。私が提供したCDでは反応が悪く、患者と話をした中から興味のあることを引き出し、ニーズに応じたケアを提供してくれたのである。べったり話しをする時間は作れなくても記録をしながら話かけたり、横を通る時に会釈をしたり、受けもち以外のスタッフがナースステーションで過ごす患者を常に気にかけてくれる環境を作ってくれたのは、とても大きな進歩であった。

3ヶ月の中で一番嬉しかった出来事は、直腸癌で長年入退院を繰り返しながらターミナル期をむかえつつある方が認知機能の低下と、麻薬の影響でぼんやりとした時間を過ごすことが多くなってきた頃に転倒し、カンファレンスを行った時のスタッフの反応だった。カンファレンスのリードは副師長が行っていたが、何が転倒につながったのかという問いかけに、スタッフからは湿布を取ろうとしたが、下肢の筋力が低下しているため姿勢を崩してしまったと報告があった。では、どう対策するかという問いに、私はきつとウーゴ等のセンサー使用や4柵実施の提案がでるだろうと心の中で思っていた。しかし、患者は荷物が多く、手の届くところに必要なものが届くように整理してあげようと提案があり、見当識障害による行動ではないので4柵は可哀想だという意見に周囲のスタッフも同意していた。カンファレンス後、何名かで患者のベッド柵に荷物が入れられるようにかごを付けた環境整備が行われた。患者の尊厳に配慮し、すぐに改善の行動に移せることに感動したと同時に、患者との長年の良い関係性が今回のケースにつながっていると考ええる。認知機能が低下する以前のその人を知っていることが、看護師の認知症ケアに影響を与えることを実感した。

3ヶ月の病棟配置でA病棟では日常生活自立度判定Ⅲ以上の認知症ケア加算対象者が増加した(図4)。これは単にこの時期にケアの必要な認知症の入院患者が増えたのではなく、今まで問題行動がないため加算対象にあげることがないとされていた人が、予定どおりの治療を完遂させるためにせん妄予防ケアを始めとしたケア計画をしなければいけない人達であることを適切にアセスメントができるようになった成果である。また、リーダーⅢの研究では、せん妄患者の抑制に対する看護師の

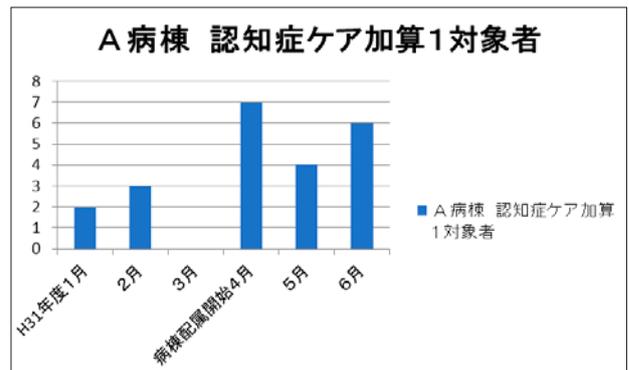


図4

認識を題材に、スタッフの抑制についての意識をインタビューで洗いだし、課題を明らかにしている。先輩の意見に追従することが多く、若いスタッフの意見が十分にだせていないと課題を見だし、カンファレンスはお互いの学びの場となるため対話を充分にもつことで、患者が主軸のケアを導くことができると考えていることがわかり、大変頼もしく感じた。

2) 眼科・耳鼻科・皮膚科

次に介入させていただいた病棟は、ラウンド対象者があがる数が少ないため、認知症ケアがあまり必要とまらないという印象だった。実際は高齢者の入院が多く、眼科・耳鼻科の手術、抗がん剤治療、そして何より皮膚科患者の一日に数回行う処置等、多忙な中で看護を行う必要がある病棟だった。しかし、介助が必要な人にもできる限り毎日シャワー浴を実施してあげたいとケア計画しており、これは生活パターンを維持するために良いケアだと考える。病棟のスタッフ構成としては若いスタッフ、中堅、ベテランのバランスが良く、それぞれが意見を出すことに躊躇のないカンファレンスが行われている。業務に入ると、認知症ケア加算の対象となる認知症高齢者日常生活自立度Ⅲ以上にあたる患者が多数入院していた。しかし、スタッフのケアによりせん妄や行動心理障害 (behavioral and psychological symptoms of dementia:BPSD) の困った行動がないため、短期間の入院に関してはDSTに相談する必要がなかったのだろうと推測する。この病棟で特に視点をおくべきところは皮膚科の患者であることが勤務する中でわかった。高齢で、自己免疫機能の低下により皮膚疾患を生じて、認知機能の低下があり、洗浄、軟膏処置等の管理が困難なため入院で経過をみている人が一定数いる。皮膚科の急性期にはステロイド投与が行われる。ステロイドはせん妄のリスク因子になる薬剤である。またかゆみや痛みもせん妄リスク因子である。入院期間も長期になることが多く、私の勤務期間にも徐々にせん妄症状をきたす方が数名いた。リスク因子を理解し、せん妄予防のために夜間の睡眠管理が重要になることの周知に努めた。病棟の構造上、デイルームがナースステーションから見える場所にあることも利点であった。食事はデイルームで摂取し、日光を浴びる時間を作り、メリハリをつけた生活をスタッフ全員が協力してケアを行っていた。しかし、そのケアだけでは意識障害の改善が認められず、DSTが介入して睡眠管理のための薬剤で調整を行っても効果がなく、精神科対診をしてもせん妄が遷延した患者がいた。せん妄によりコミュニケーションも困難な精神症状を認めたため、私もスタッフもどこから介入すればよいか悩んだが、症状(かゆみ)のコントロールと夜間の睡眠確保を基本とし、患者のストレス因子が他に何があるかを探った。これには入退院支援ナースの協力が大きかった。妻が認知症で患者が世話をしていたため、入院時に気にされていた事や、もともと染め物の仕事をしており、現在は施設等の依頼を受けてボランティアで絵付けのワークショップをしていたことなどの情報が得られた。それを

もとにコミュニケーションを続けることで、「今後、院内デイを考えているので、退院されたらボランティアできていただくと嬉しいです」と話したことが患者に響き、ほとんど会話の疎通性がなかったところから、「今度ボスに、話しをしますから・・・」と記憶の保持、建設的な思考が少しずつ戻ってくるようになった。その間、スタッフは患者の精神症状の変化や行動を記録に残すように努めてくれていた。入院生活がストレスとなっている様子もあり、完全に入院時の精神症状にまでは戻っていなかったが、娘様に基本的な精神症状へのケアと必要時に使用する薬剤の指導を行い、家族の協力のもと退院してもらうこととなった。B病棟は皮膚科外来も担っているが、せん妄が完全に改善していたとスタッフから外来通院時の様子の報告があった。入院中のケアが、退院後どのように活かされているかを知れることもスタッフのモチベーションアップにつながっているのだと考える。

毎日行われているカンファレンスでは、副師長を始め、リーダー等がスタッフにどのようにアセスメントをしていくかを問いかけながら、よりよいケアのための案を出し合っている。スタッフからは、認知症ケアについて多くの質問があり、患者の状態がよくなるためのヒントを得る努力と情報の共有力に長けている人達がそろっている。医師からもせん妄ケアについて質問があり、薬剤の調整にも協力的であった。B病棟は多職種も含めてコミュニケーションが充実している点が、スタッフにとっても、ケアを受ける患者にとっても良い環境になっており、強みだと考える。

高齢者に対しベンゾジアゼピン系薬剤が指示されていることがまだ多いが、病棟の働きでパスの変更を開始していただけることになり、それに合わせて病棟常備薬にベルソムラの配置が他職種の協力を得て実現している。

認知症をクリティカルに考えることをスタッフに伝えることで、アクティブにケア介入することができる姿をみせてもらった。「認知症ケアの考え方、面白いですね、勉強してみようかなと思ってきました。」という言葉がスタッフから聞けたことが何よりも成果であった。

3) 消化器内科・血液内科病棟

C病棟は抗がん剤治療の件数が多く、並行して消化器内科の内視鏡的治療、ターミナル期のケアが必要な病棟で多忙な業務に疲弊している印象であった。ラウンドで介入している時も、認知症ケアにまで意識が及ばないのか看護が見えにくく課題が多い病棟だと私の中での認識があり、次はC病棟への勤務を希望した。

配属1日目にカンファレンスの実施を呼びかけたが、数回の時間調整を行っても実施にいたらず、副師長にどうしてなのかとスタッフの前で話しをしてしまった。おそらく私のイライラが伝わってしまい、スタッフは大変な人がやってきたと萎縮していたと考える。私のC病棟でのスタートは失敗してしまったと反省すると共に、翌日カンファレンスを依頼しても「何を話せばいいんですか?」と戸惑っている様子があり、認知症ケアよりも

カンファレンスの仕組み作りから始める必要があると考えた。C病棟は転倒予防及び抑制カンファレンスをスタッフが集まり行うのではなく、ペアもしくは個人で行っていた。カンファレンスの記事内容も前日と同様の事が多く、集まれるスタッフの中で情報を共有することと多くの意見を出し合うことで、患者の状態を多角的に捉えることが目標になると考えた。

多忙で集合できないのかと思ったが、号令をかければ時間に集まることは容易であった。私が不在でも、病棟の協力で毎日昼にカンファレンスを実施することがすぐに定着した。

他職種カンファレンス（消化器内科・血液内科）は行われていたが、検討というよりは医師の報告会のようになっており、患者の治療方針の疑問点や看護で困っていること等がスタッフから発信されることが少なく有意義な場となっていない印象であった。しかし、入退院支援ナースがカンファレンスのあり方に修正の必要性を感じ、スタッフへの指導を初めてくれている効果が少しずつみえてきている。

認知症ケアに関してはリンクナースの病棟での活動・周知が弱いという評価になる。しかし、部署内の認知症ケアチームがあったため、どのような目標設定で活動をしているのか確認の場をもった。目標設定が漠然と大きかったため、ポイントをしばらく評価可能なものになるよう指導を行った。メンバーの認知症ケアへの意識は高く、若いスタッフ達だったが看護をしたいという思いが伝わってきた。「この間、〇〇さんと一緒にクリスマスツリーの飾りつけをしたんですよ。あの姿を副師長にも見て欲しかったです」と、入院が長期化する中で低活動性せん妄が出現し、鬱症状のあった患者に対し関わりを持つ必要性を実践し、報告してくれたことには感動した。この経験は、専従として活動することに不安を感じていた私に、各病棟の認知症ケアチームの活動目標や評価に関わっていくことで、スタッフと共に認知症ケアを共有していくことができるのではないかと今後の活動のヒントとなった。

最初は業務に流されている印象だったが、病棟で一緒に働くことでC病棟の強みもみえてきた。まず一つ目は、指導されたことを継続する力である。抑制カンファレンスが継続されていることに加え、他病棟でも抑制を解除するための看護ケアを話しあい、記録を残すことがなかなか難しいのだが、現在でもしっかり内容が記載されており、抑制解除に至る件数も増えている。二つ目にペア間で「ありがとう」の声かけが頻回に聞かれることである。忙しい業務をペア間で補完しつつ進める姿は、患者にもよい環境となっていると考える。

今後のC病棟の課題は、スタッフからの疑問点や改善点を発信する力がまだ充分ではないため、コミュニケーションの中から検討すべき事柄を導き出せるようになることだと考える。認知症ケアに関しては良い視点もっているスタッフがいるため、コミュニケーションが充実することで追従してよくなってくると考える。そのためには意見の出せる環境作りが重要で、カンファレン

スをリードする役割の人材の育成が必要である。師長、副師長を始めとするリーダーの役割を担うスタッフが患者を主軸にポジティブな意見を引き出していくことで、病棟全体のアセスメント力の向上につながっていくだろう。仕組みはできたので、ここからの改善のスピードは速いと考える。中堅スタッフからは「この患者さん、どうしてあげたらいいんでしょうね」という声が聞こえるようになってきた。これからのC病棟への期待が大きいと考える。

3ヶ月毎の短期病棟配属を実践してみても

3病棟の配属を経験して今回の取り組みの利点は、対応が必要な事象をタイムリーに伝えることができることである。ラウンドでの介入では、どうしてもせん妄が悪化してからの相談になることが多い。今後せん妄ハイリスク患者への予防ケアが標準となる中、どのような患者にケア介入が必要なのかを今回協力いただいた病棟には伝えることができたと思う。また、私自身の実践をみてもらいやすいこと、スタッフが相談しやすいこと、病棟を離れても声をかけやすくなったことが何よりも有益であった。

部署毎に指導のポイントが違ってくことも病棟で勤務したからこそ見えた部分である。認知症のスタンダードケアはほとんどのスタッフが周知してくれているが、疾患がどのように認知機能の低下がある人に影響を与えるのかは治療によっても観察が必要になってくるポイントが違ってくる。感染のある人、抗がん剤治療を受ける人、手術を受ける人等、それぞれのケアのポイントを伝えることがこの取り組みでの私の使命であり、実践に即しているからこそ、スタッフも協力してくれたと考える。

今回の取り組み以外の病棟の人から声をかけられることも多く、自身の活動状況を知ってもらえたことはDST活動にも有益であった。

認知症ケアの確立

認知症ケアを実践可能な病棟になってもらうことは、ある意味、今までの自分達のケアに追加修正が加わるということである。組織改革というには大袈裟であるが、そのための必要条件を押さえることは、今回の取り組みに必要なことであった。

組織改革の手法が機能するための必要条件は、①その組織の成員が持つ現状認識を知る、②その組織の抱える現状を知る、③その組織の成員が共通して持つ主要なパラダイム（それと知らずに私たちの思考や行動に影響を与える枠組み）をつかむ、④レバレッジ（その組織のどこに手を加えれば最も効果的な変化が起こるのか）を確定する、⑤リソースを掘り出すとされている¹⁾。3ヶ月の期間は組織改革を行うには充分な時間ではない。しかし、病棟の一員として勤務をすることで、部署の本質をつかむところまでは出来ると考えた。自分なりに④までの過程をとらえ、部署の師長・副師長と共有することで

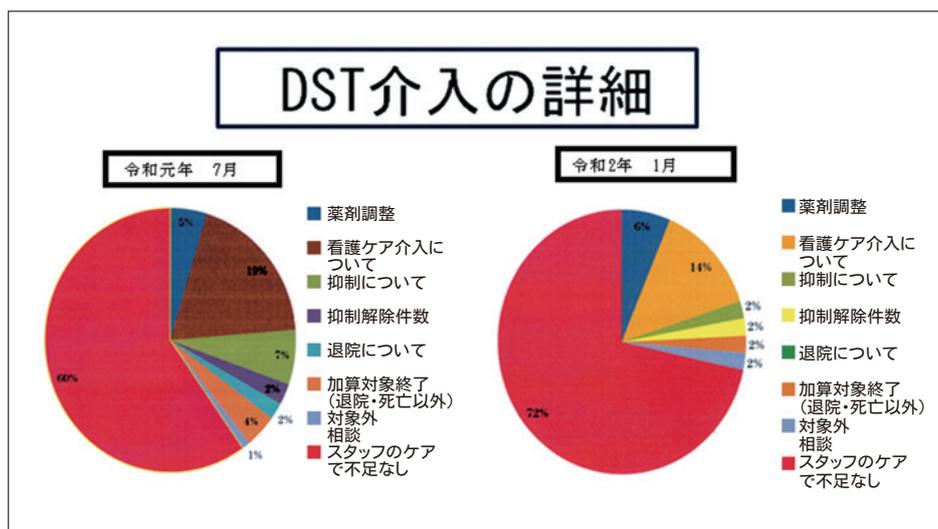


図5

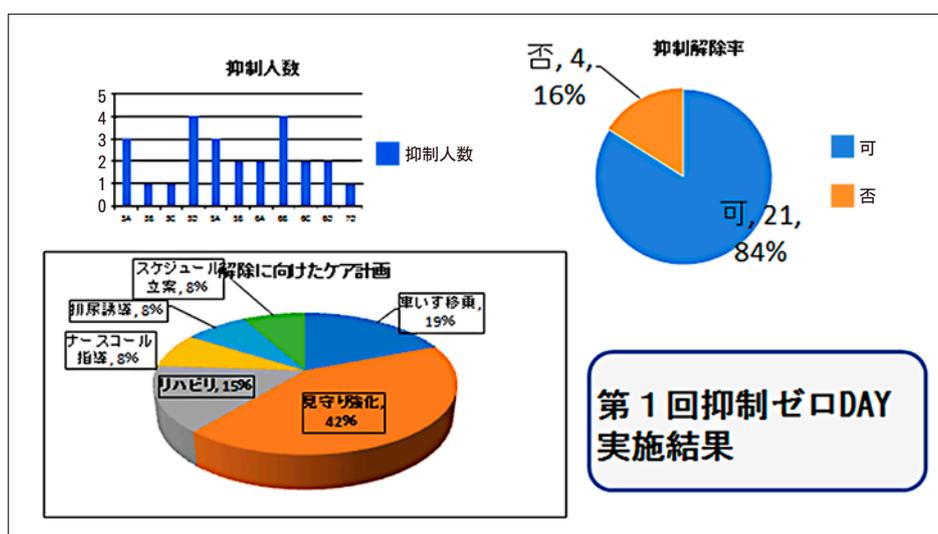


図6

⑤に関してはそれぞれの病棟で取り組んでもらえる形ができていた。

認知症ケアのポイントは病棟ごとに違うが、共通しているのはカンファレンスを通じた対話が必要だということである。ここが上手くできると、患者が主軸である個別性のあるケアの質向上が行われていくと考える。

結 語

2月からは、4か所目のD病棟で勤務している。D病棟は呼吸器内科と感染症科の病棟である。抗がん剤治療、ターミナルケアに始まり、認知機能が低下している方の中には感染管理のため、隔離環境での入院生活が必要な方もいる。分野は違うが、病棟師長と副師長2名の計3名が認定看護師であることが強みであり、患者にとっての最適なケアをアシストできるスタッフの育成を目標に活動中である。

DST ラウンドでは、病棟スタッフによるケアで十分

に認知症ケアが行われ、穏やかにすごされている患者が増えていることが実績で出ている(図5.6)。今後も私自身がスタッフとのコミュニケーションをはかり、当院の認知症ケアが充実する為の環境を作っていくことが課題であり、治療を必要とする認知症患者の入院生活を支える一員として活動を続ける。

引用文献

- 1) 鴨林由明：リーダーズコミュニケーションホームページ [internet]. <http://www.l-communication.net> [accessed2020.05.24]
- 2) 日本看護協会：認定看護師教育基準カリキュラム認知症看護認定看護師に期待される役割 [internet]. https://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2019/05/17ninntisyoun_A_20190513.pdf [accessed2020.05.24]

Abstract

Report of Activities of Certified Nurse in Dementia Nursing.
The Difference in Dementia Care at each Ward and the Importance of Conferences
by Short-term Ward Assignment

Kaori Sakaguchi

Certified Nurse in Dementia Nursing, Kyoto City Hospital

In July 2018, I have acquired the qualification as certified Nurse in dementia nursing. And I started in work as dementia nursing have started from 2019. When I worked at each ward for a short term, I noticed the differences for the dementia care at each ward. I report my activities as certified nurse with the expectation that the motivation for dementia care will improve in the hospital in general by sharing the knowledge on community care.

(J Kyoto City Hosp 2020;40(1):40-45)

Key words: Short-term ward appointment, Dementia care, Conference