

<第17回 日本赤十字看護学会学術集会 交流セッション>

急性期病棟で認知症高齢者に どのようなケアを行うか

—チームで取り組むケアの仕組みつくりに向けて—



日本赤十字看護学会
臨床看護実践開発事業委員会

ご挨拶

井部 俊子（聖路加国際大学）

皆さま、こんにちは。交流セッションⅠによろこそ。

この交流セッションⅠは、日本赤十字看護学会の中にあります臨床看護実践開発事業委員会の活動として、これまで継続して行ってきました。昨年までは私が委員長でしたが、今年は新しく守田美奈子先生が委員長となりました。今回の交流セッションⅠでは私が司会を担当いたします。

これまで認知症高齢者のワンセットケアの確立と普及ということで活動をしてきました。このワンセットケアというのは何でしょうか？ これは川嶋先生が提案されている「ワンセットケア」のことです。サンセットでもサンライズでもありません。ワンセットです。このワンセットケアについて、今日は川嶋先生から説明していただきます。認知症高齢者の生きる世界を理解し、安楽をもたらす基本的・普遍的な一連のケアという意味で、ワンセットと言われます。どこにでも必要な、どこの場所でも認知症のケアに必要な一つの基本的なケアのまとめりとして、ワンセットケアという表現で使ってきました。

2015年に『認知症高齢者の世界』という本として、この委員会の活動をまとめたものを出版しました。日本看護協会出版会から発行されています。今日お持ちいただいた方、ありがとうございます。まだお持ちでない方は、ぜひお買い求めいただければと思います。

この本には身近な話が収められています。たとえばご飯を食べたばかりなのに「まだご飯をいただいていません」と言う方など、いくつかの認知症の世界が紹介されています。

この交流セッションでは、急性期病院において認知症高齢者のケアをどうしたらいいかということと一緒に考えていきたいと思います。今日は演者が3人います。川嶋先生、それから原田かおるさん、廣田征子さんです。最初は基調講演ということで、川嶋先生にワンセットケアというものの重要性について25分間、お話ししていただきます。



『認知症高齢者の世界』
日本看護協会出版会 発行

目 次

ご挨拶

基調講演

- 認知症高齢者の世界とケア..... 2
急性期病棟でのケアとチームで行うケアのしくみについて実践現場からの報告
川嶋みどり（日本赤十字看護大学 名誉教授）

急性期病棟における取り組み（1）

- 外科手術を受ける認知症高齢者への看護ケア..... 11
術前・術後カンファレンス介入から仕組みづくりへ
原田かおる（高槻赤十字病院 看護部 老人看護専門看護師）

急性期病棟における取り組み（2）

- 当院の認知症ケアの取り組み..... 18
看護部と多職種による委員会が連携して認知症患者を支える
廣田 征子（庄原赤十字病院 看護副部長）

- 質疑応答..... 22

<委員会メンバーと発表者>



認知症高齢者の世界とケア

急性期病棟でのケアとチームで行う ケアのしくみについて実践現場からの報告

日本赤十字看護大学 名誉教授
臨床看護実践開発事業委員会

川嶋 みどり

1 看護実践開発委員会の活動—ワンセットケアの開発

こんにちは。ただ今ご紹介いただきました川嶋です。今日はお二人の発表が中心で、私は前座を務めるつもりですから10分か15分かなと思っていましたが、今25分と言われましたので、なるべくディスカッションを多くしたいと思います。

私のテーマは、「急性期病棟での認知症ケアとチームで行うケアの仕組みについて実践現場からの報告」です。今度、診療報酬が付きまして、そうした中、チームでケアを行うというのは「いったいどのような問題点があるのか」「どんなふうに進捗するのか」ということのイメージを共有できたらいいかなと思います。

さて、先ほど井部先生からご説明がありましたように、認知症高齢者の世界を理解し、有用なケアを実践するためには、まずケアの哲学を共有することが求められます。その第一歩としてワンセットケアという言葉を用いました。

認知症高齢者ケア検討の前提

まず、本学会のこの臨床看護実践開発事業委員会のそもそもの始まりは、優れた赤十字看護師の技を開発しようということから始まりました。ですから、略して「すぐわざ研究会」と呼んで来ました。伝統ある赤十字看護には、先人たちの優れた技が豊富にあります。したがって本委員会は、優れた技をもっと普及することを目指して活動をして来たのでした。そして、この数年来は、認知症ケアを取り上げ、2012年からは、「認知症高齢者ケアのワンセットケアの確立と普及」をテーマに検討し、その結果を本学会の交流セッションによってさらに深めるということを重ねてまいりました。こうして、認知症高齢者の世界はケア提供者の世界の延長線上にあるとして、2015年には『認知症高齢者の世界』を共同執筆し刊行しました。みなさん、手に取って読んでくださいましたよね。「か？」ではなく、「ね？」です。もし、まだ読んでいらっしゃらない方は、ぜひお求めください。

この本には、本当にユニークなイラストが入っています。私たちの委員会でヒアリングにお招きした堀内園子さんのイラストです。イラストレーターといってもプロの看護師で、認知症のケアを日々実践していらっしゃる方です。

2 認知症の多様な症状とケアする人の困難感

多様な背景・多彩な症状

これを見ますと、認知症って本当に多様な背景をもち、多彩な症状であるということが分かります。普遍化しにくい面が多く、それだけにケア上にも困難が多くあります。社会問題化しているのは、「認知症は治らない」「予防が難しい」「これからますます増える一方だ」などの情報をはじめ、もっとも身近にいる家族たちの当惑や困惑。そして多彩な症状に振り回されて疲労困憊（こんぱい）している姿も珍しくはありません。看護師のほうもまた、経験の浅いこともあります。達成感どころか困難感に襲われている現状があります。どうしていいか分からないのです。「認知症のことは分からないわ」と言っている間に、在院日数が短いため退院してしまうということが繰り返されてきたと思います。そういう現実があります。平均寿命の延伸による高齢者人口の増加によって増えて来た認知症のケア自体が未だ確立されていないことと、一人ひとり個別性があるため症状が多様なために、「これでいいの?」「これでいいの?」ということを繰り返しながら過ぎていきます。でも、何処かに普遍性を見つけていかないと、認知症のケア技術の確立はできません。



3 人間の尊厳と安楽の哲学を柱にしたワンセットケア

そこで、尊厳と安楽をキーワードにした複数のケアの組み合わせを「ワンセットケア」と称して、個体レベルの生活行動を柱にしながら展開してみたらということを考えました。著書『認知症高齢者の世界』には本当に個体レベルの困難さがリアルに書かれています。先ほどお話がありましたように、「ご飯は要りません」「もう食べました」「トイレに行きたくありません」「トイレに行きたいです」「お風呂に入りたくありません」など、いろいろなことがリアルに書かれていますので、ぜひお読みになっていただきたいと思います。この本に、アルファバージョンとして各現場からの事例がどんどん追加されていって、もっと豊富なものにしていけばいいのではないかと思います。

認知症ケアの哲学を活かす

認知症は、あまりにも多彩な症状で個別の背景も多様なので、具体的に何をするかというハウツーではなく、まず根本の哲学を共有し、それを活かした実践をするべきではないかと思います。そこで、「決して忘れてはならない共通の哲学に潜む概念を具体化する有用な組み合わせ」として、認知症におけるワンセットケアを提示しました。

何を組み合わせるかということ、「安全性」「尊厳の保持と誇り・自尊心の尊重」「安楽性への配慮」という非常に抽象的なものです。こうした抽象的な概念をワンセットにして、常にケアの根底に踏まえて行うということです。それは、「生命の維持と継続、苦痛や不安がないだけでなく、人間らしくその人らしさを尊重して生きていく」ということを基本に踏まえながら、認知症のお世話をしていくということに尽きるように思います。

4 失敗事例から生まれたワンセットケア

「ワンセットケア」という言葉の背景には、私が忘れられない教訓的事例があります。だいぶ前のお話です。高度医療技術によって救命はしたものの、意識の回復が遅れ遷延性意識障害のまま経過する患者さんや、長期間寝かせきりの高齢者などの場合、そのままにしておくと上気道感染を起し、重篤な症状になりかねません。そこで上気道感染を防ぐ必要から、昼夜を問わずスタッフが変更しても予防ケアを継続するために、必ず行うべきことを申し合わせました。具体的には、吸引、体位ドレナージ、スクイジング、ネブライザーなどで、これらを定期的に必ず実施しようとしたのです。

そうした中で、スタッフ一同努力しながら毎日実施していたのですが、悔いを残す事態が生じました。それは、次のような事例でした。

その患者は中学生の少年でした。自転車に乗っていてダンプカーと衝突し脳幹部の損傷で、まったく意識不明のまま入院してきました。新築間もない病院で基準看護取得以前でしたから、お母さんがずっと付きっきりで、話し掛けしたりヨーグルトを食べさせようと口元に持っていったり、いろいろなことをやったのですが、なかなか目が覚めませんでした。

ところが、数カ月経ってから、少しずつ変化の兆候が表れてきました。同年代の子どもたちの声にすぐく反応するのです。「これはもう、お友達を呼んできたほうがいいんじゃないか」と考えました。でも、お母さんは、元気な頃とは全く異なった様子のお子さんの姿を「お友達には見せたくない」と、ずっとお友達の面会を謝絶していたのです。

けれども、連れていらっしやいと説得したことで、お母さんは「分かりました。少し子どもの様子もよくなったので、明日、電話して見ます」と言って、久々にご自宅へお帰りになりました。そうしたら、その真夜中に少年が急変して、翌日のお昼近くに亡くなってしまったのです。気道分泌物による窒息ということでした。

意識障害のために体位変換も自力で喀痰喀出もできない患者さんのために、幾つかの技術を組み合わせることで実施しようとしたのは、こうした事態を防ぐ目的があったはずなのになぜ？という思いもあって、当夜のことをふり返るカンファレンスをしました。参加者から問われた夜勤のナースは、「吸引もネブライザーも体位変換もちゃんとしました」と言います。でも、じっくり聞いていくうちに、なぜ窒息したかについて気づくことができました。つまり、複数の技術を組み合わせるという

ことに集中し、その順序を決めていなかったことです。吸引やネブライザーをしたりスクウイジングをして、気道の下方にあった分泌物が上のほうにやっとなってきて、そこで終わってしまったので、痰がストップして気道を塞いでしまったのだということになりました。

当時、私たちが決めていたのは、「吸引、体位ドレナージ、スクウイジング、ネブライザーを行うことで上気道感染が防げる」ということまででした。でも、予期しないこの少年の死から学んだことは、「このケアの最後は吸引で終わらなきゃいけない」ということでした。こうして、ケアの方法と用いる技術、そして、順番までもきちんと決めて、ワンセットケアという言葉にして、これを普及してきたのです。

5 ワンセットケアとは

そのときのことがありましたので、以来、上気道感染を防ぐ上でこれは非常に効果的で、「ジュニアであろうとシニアであろうと、みんなやりましょうね」ということを決めて、みんなで行っていました。

そして今度は認知症に対して「じゃあ、どうするか？」というときに、認知レベルの差もありますし、病態の差もありますし、介護態勢や家族背景などいろいろなことが違いますので、これというふうになかなか言えないわけです。だけれども、私が「この言葉を使ってもいいんじゃないの？」とちらっと言ったらそれが採用されて、この委員会としてはワンセットケアという言葉が使われるようになったのです。その点で私も責任重大だと思っています。

それで、改めてワンセットケアの解釈を考えてみました。個々の独立したケアを目的に応じて組み合わせ合わせたケアの技法で、臨床において頻度の高い場面で看護師らが反復実践によって得られた患者の反応により確かめられて言語化された方法で、これをチームメンバーが共有することで、一定の技術水準を担保したケアの提供を可能にする。これは後付けした私の解釈ですが、こういうことをワンセットケアと呼びたいと言っています。

ワンセットケア

個々の独立したケアを目的に応じて組み合わせ合わせたケアの技法

臨床において頻度の高い場面で、看護師らが反復実践により得られた患者の反応により確かめられて言語化された方法

チームメンバーが共有することで、一定の技術水準を担保したケアの提供を可能にする

例 上気道を防ぐワンセットケア

吸引、体位ドレナージ スクウイジング ネブライザー等を組み合わせ合わせたケア

6

認知症患者へのワンセットケアとは

けれども、そうはいつでも認知症の患者さんの場合、そういったことをケアの形・方法として、なかなか一致させることができません。ですから、せめて今みんなで合意できることは、本当に相手を尊重したケアなのです。その人自身の、尊重したケアです。しかも、先ほどの会長の講演にもありましたけれども、その人の生活や暮らし、その人が大事にしてきたものを損なわないようなケアをしていかなければいけないのではないかと、などということ、先ほどの言葉が出てきたわけです。

看護師さん、聞いてください！ 今の時期は茄子の発育がとても気にかかるのです。やはり認知症の世界の共有というのは、想像力と豊かな感性に尽きると思うのです。患者さんの言葉を、原文のまま読んでみます。



重いからだをやっとの思いで起こして畑に行こうとしたとき
あなたは、私を叱りつけるように言いました。

「駄目でしょ、じっとしていなきゃ、また転んじゃうでしょ！」

でも、私は何十年も畑仕事をしているのです。

今の時期、茄子の発育がとても気にかかるのです。

私が手入れをしなければどうになってしまうのか…とても心配なのです。

だから私は、必死な思いであなたに言いました。

「これから畑に行かなきゃならないんだよー」

でも、そんな私にあなたは呆れるように言いました。

「何を言っているの！畑なんかあるわけないでしょ！ここは病院よ！」

そんなはずはありません。

私は、ここ何十年も欠かさず畑に行っているのです。

それなのにあなたは、私が畑へ行こうとすると、怖い顔で言いました。

「もう、いい加減にして下さい！」

私はどうしても畑に行きたかった！いつものように畑の手入れをしたかった！

でも転んでしまいました。

「ほらあ、やっぱり！だから言ったでしょ！！」

そんなに怒らないで下さい。あたり前にやってきたことをやろうとしただけなのです。

畑は直ぐそこにあるのです。本当です。わかって下さい看護師さん。

このような、認知症のお年寄りの言葉です。

この言葉を学生たちに提示して、「どういうお年寄りかしら？」と聞いても、なかなかイメージが

湧きません。皆さんたちはエキスパートだからすぐ分かると思います。「こういうことはよくあるよね」「病院でしょっちゅう見ているわ」というような感想がたいへん多くあります。

確かに、これは畑仕事と言っているけれども、「おうちに帰りたい」とかあるいは「どうしても私は行くところがあるのです」など、みんなが「そうじゃない、ここは違う」といくらリアリティ・オリエンテーションをしようとしても、きちんとならない場面が多いと思います。けれども私は、そういったときに「この人は本当に行こうとしているんだわ」とその気持ちを尊重して、「じゃあ、一緒にお茄子を取りに行こうね」と相づちを打って共感しながら行く、その前提となる感性や想像力がすごく大事ではないかと思うのです。

7 人間らしく生きることを援助する—安楽と自立

安全性、安楽、自立

人間らしく生きていくということを援助する概念として、「安全性」と「安楽性」と「自立」について簡単にお話しします。先ほどお話しした3本の柱も、一個一個にあります。

「安全性」とは生命の尊厳と生存権ということで、事故防止、予期しない急変を予測された変化に変える、すべての技術・システムの安全性を守ることです。

「安楽性」というのは人間らしい生活ができるということで、一つは生理的平衡にできるだけ近づけるケア。そして無痛・無感の安楽ではありません。「少しは痛い」「少しは嫌だ」という感じがあっても、それは人間として当然であり、これをある程度許容するのも人間らしいと言えるからです。また、一時的に安楽になっても、その状態が続けば、同じ状態でも苦痛になってしまいます。したがって、安楽性とは固定した状態ではなく流動的で段階的であり、変化の概念で説明できます。さらに、自己の意思で選択することも安楽性の要素になります。これは川嶋仮説という名前を付けています。

それから「自立」というのは、自己の信条と自由な意思、そして行動のことです。認知レベルがしっかりしている人は自分の意思表示ができますけれども、たとえ意思表示ができなくても、なるべくこれに近づけたケアをしていかなきゃいけないのではないかと思います。「誰かの、何かの役に立ちたい」という役に立つ存在というのが人間の本質ですから、どんな病気であっても、障害を持っていても、生活の延長・労働の延長としての何かを見つけて支援することが大切です。たとえ認知レベルが低下していても、その人ができることを見つけていただいて、「ありがとう、助かったわ」というようなアプローチが必要になってくるのではないかと思います。

こういったことの総称をQOLと言うのではないかと思います。

8 看護ケアの本流

看護ケアの本流とは

そこで、改めて看護ケアの本流について考えましょう。

生命を維持するということは、自分自身を維持し継続するということで、食物、水、熱、光、あるいは愛情ある精神的・社会的支援という形でのエネルギーを与えることを目的としたルーティンな日常ケアの必要性が、そこから生まれます。このケアは、具体的には食べる、飲む、排せつする、洗う、

動かすといった生命の継続を維持し、確保するためのすべての活動、そして肉体と情緒的背景を築き維持することによって、私たちの身体の発達に寄与するすべてのことを包含するわけです。

普通であれば、お母さんから子どもに与えるケアが一番分かりやすいと思います。そして、自立の過程で今度は自分自身にケアを与えるようになります。それがセルフケアです。その自己の自立性がだんだん減少したり、病気や高齢、その他何かの障害・手術などによって、減少したり失われたりするときには、他人がこのケアを埋め合わせていかなきゃいけないわけです。

認知症高齢者の場合には、特にこの埋め合わせる部分が増えていくかもしれません。「ご自分でやりなさい」と言っても、できなくなってしまうことがたくさんあると思うからです。そういうことをきちんと頭の中に入れておきましょう。

看護における安楽性

看護における安楽性については、もう絶版になっていますけれども『看護技術の安楽性』という本があります。

「患者が単に苦痛や不安や不快がないというだけではなく、病気や障害や年齢の如何に関わらず人間の尊厳を維持して個別的な生活様式のもとで生活習慣に添ってより人間らしい生活ができること」という広義の概念と、「幼い頃から身についた生活諸行動を支障なく整え実施でき、苦痛や不快のないこと」という狭義の概念。

この本の中で私はそう定義づけています。これは70年代の初めに書いた本です。

ベナーは、安楽の方法として「安楽の源としての身体ケア」を挙げています。邪魔にならないようにしながら、適度の刺激、気分転換、休養を提供するといい、これは認知症のお年寄りの患者さんにすごくいいと思います。邪魔にならないようにしながら、適度の刺激、気分転換、休養を提供するということです。また、先端医療の環境を和らげる、人間関係やつながりによる安楽。これも認知症のお年寄りにはいいと思います。出しゃばらずに応じる、これもいいと思います。鎮痛、鎮静、筋弛緩薬の使用と安楽の方法との倫理的な緊張を和らげる、という方法もあります。ほかには、痛みに伴う処置の影響を抑えること、日々の日課や習慣が安楽にもたらすことなどを挙げています。これらは、ベナーが看護師たちへの調査をした中で、述べているだけに説得力があります。安楽の方法というのは、ただ寝かせたり起こしたり布団を支えたりという意味だけではなくて、非常に広い意味があるということを教えてくれます。

快と不快の感覚

快と不快の感覚に関して、「快の感覚」というのは生命体を後退させるのではなく、生命の働きを発展させる方向です。

身体的な感覚では、体が軽い、私は今ここにいるという感覚。主観的には、安心感や安全感、熟眠感、健康感など。こういったものがきちんともたらされることが必要です。精神的には、充実感、期待感、創意・創作感。感情面では、喜びとかうれしさ。意志は、向上感や達成感、完成感。人間関係では、共感、協力感、役立ち感が当てはまります。これらは全部、認知症にかかわらず、あらゆる人たちの快適・快感、快の感覚です。

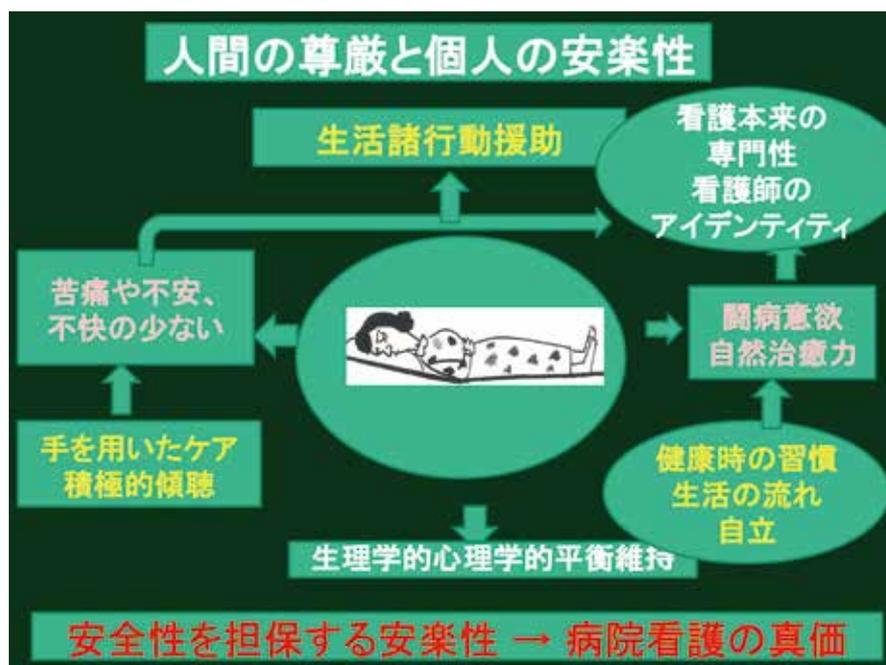
一方「不快の感覚」というのは、生命体を衰退させる方向で、全部これの逆です。障害を持った方、特に私も今、音楽療法で重症心身障害児の音楽療法をやっていますが、その子たちは自分で意思の表出ができません。ですから私たちは「どういう状態がこの子にとって気持ちがいいのか」とい

うことが分からないんです。安静にしているのが楽なのか、動かしたほうが楽なのかも分からないということがあります。

9 認知症患者にとっての安楽と自立—その世界を理解する

そういったことをいろいろ考えると、認知症のお年寄りの場合も同様だと思うのです。認知症のお年寄りの場合は、一般論で考えるのではなく、「そのお年寄りにとって、こういったことが、どういう状況のときに、こういった感じを体で感じてもらえるかな、心で感じてもらえるかな」ということを意図しながらケアをする必要があるのではないかと思います。

午前中もそうでしたが、今日はどうして安楽のことをたくさんお話するかというと、どうも昨今の医療現場では医療安全思想が先行して、安楽という概念が薄れているからです。安楽と言えば、医学や医療の領域では「安楽死」、一般的には「安楽椅子」くらいしか浮かばない。しかし、安楽性という概念は人間の尊厳に深く関わることを理解すれば、看護の領域での安楽性や安楽という言葉をもっと広げて、医療領域全体、一般社会にも分かってもらえるようにしていかなければいけないと思います。



安楽性を高める変化

ナイチンゲールは覚書の中にいろいろと書いています。それを読んでみますと、つまり、変化というのは安楽だということです。病床に一束の野の花が届けられた、回復の足取りがずっと速くなったというようなことが書いてあります。彼女が言っているのは、ものの形状や色彩や明るさなどが体に及ぼす影響をもっと研究しなければいけないのではないかと思います。患者の目に映るものが持っている形の変化や色の美しさ、それはまさに患者に回復をもたらす現実的な手段なのである、というふうに言っています。このように、環境の変化、つまり心地よさが心身にもたらす研究は、看護学ではすごく遅れていると思います。「なぜお見舞いのお花を持ってくるのか」というようなことです。

そういったことを考えなければいけないと思いますし、環境を整えて安楽性を高める変化をもたらすケアの効果研究も、これからの課題ではないだろうかと思います。ナイチンゲールを持ち出すまでもありませんが、そういった点が非常に弱いと思います。

「自分は認知レベルが低下している」とは思っていない普通の私たちが、認知症のように認知レベルが低下している人が「今いったい、このお花を見てどんなふうに思っているのだろうか?」とか、「きれいな端切れで作ったお人形さんを見て、どう思っているのだろうか?」といったようなことについて、想像をしたり、想像から研究に向けていくようなことをしないと、認知症高齢者の世界の中に入っていけないのではないかと思うのです。

ただ、これは私の試論です。ここには一緒に認知症高齢者の本を書いた方もいらっしゃいますし、この世界に関してもっと詳しい方がいらっしゃいますので、「そうじゃないわよ、あなたは間違っているわよ」と言われるかもしれませんが、一応、前座として、そういったことを話題提供して私のお話を終わらせていただきます。

人間らしくあることの基本

文化の背景は異なっても、人間の習慣的ケアは欠かすことなく続きます。もしリズムが乱れたり、方法の維持ができなくなったりすると、それだけで苦痛や戸惑いを感じるわけです。自立している人は自分で、乳幼児や高齢者には家族や専門職によって、その営みを手助けしたわけで、たとえ認知症であっても、健康なときと変わることなく営みの継続ができること自体、人間らしくあることを保つためのケアには欠かせないと思います。

ちょうど時間となりました。ありがとうございました。

講演を終えて

井 部：川嶋先生のお話のなかで、ナイチンゲールがいくつかのことを予言していることが分かりました。あれを実証研究したらいいですね。

川 嶋：そうですね。

井 部：アインシュタインの最後の宿題が解明されましたね。重力波が実験で分かったといったようなことです。次々と科学的な解明をしていくといいなと思いました。皆さんの病院は、お花を持ってきたらいかんというルールをつくっていますか？ 関西のほうでは厳しいルールがあって、生花を持ち込んではいけないということです。一律に禁止しているというところがあって、関東よりも関西のほうの方がそれが厳しいと花屋協会が言っていました。花屋さんが売り上げが伸びないと困っていました。ちょっとしたお花の持つ意義があると、私は思います。



外科手術を受ける 認知症高齢者への看護ケア

術前・術後カンファレンス介入から仕組みづくりへ

高槻赤十字病院 看護部 老人看護専門看護師
臨床看護実践開発事業委員会

原田 かおる

1 カンファレンス介入のきっかけ

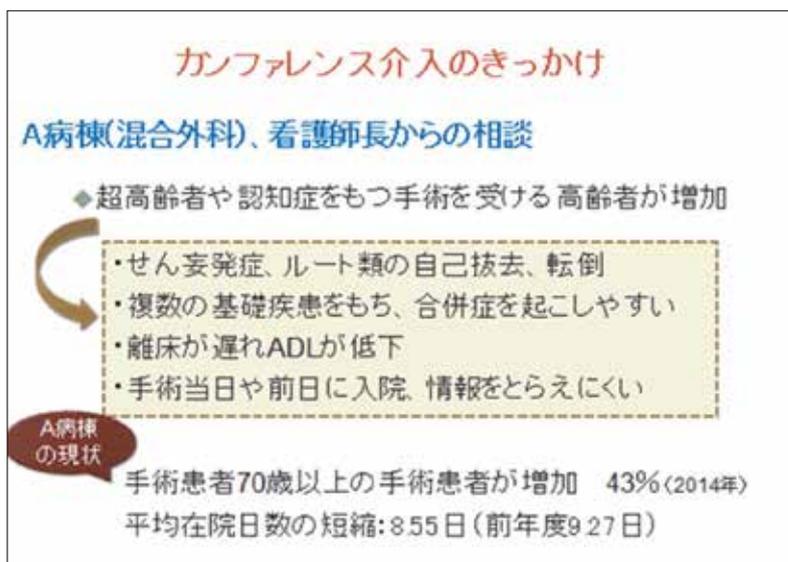
私からは、具体的に急性期病院で、認知症をお持ちの高齢者の方がどのように入って治療を受けて、さらにご自宅に帰っていただくかに対して、「ナースがどのように工夫をしたり、思いを馳せたりとすることができるのか」という取り組みについて、具体的な事例を用いて紹介させていただきたいと思います。

まず、今回、何に取り組んだかと言いますと、老人看護専門看護師である私が術前・術後カンファレンスに介入させていただきまして、そこでナースたちと一緒に考えたというようなことです。

病棟・看護師長からの相談

介入のきっかけは、A病棟、混合外科の看護師長からの相談でした。「超高齢者や認知症を持つ方がどんどん増えていく中で、せん妄を発症したり、ルート類を自己抜去したり、さらに転倒を繰り返したりしている。高齢者はいろいろと複数の疾患を持っているので、手術目的の疾患は治っても、それ以外にお持ちの疾患をこじらせて合併症を起し、離床が遅れてご自宅に帰れなくなっている、などということが多くなっている」という相談を受けました。

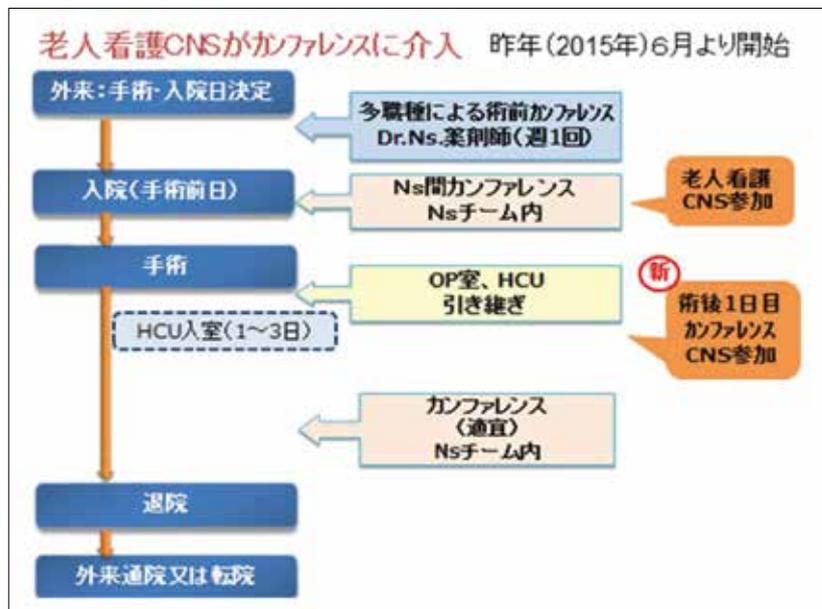
調べてみますと、当院は高齢化率が非常に上がっていて、70歳以上の手術患者さんが43%まで上がっているという状況でした。平均在院数が8.55日と短くなっている中でも、患者さんへのケアをやりきります。平均ですから、決してそれが全員というわけではありませんが、看護の現状はどんどん厳しくなっているということでした。



2 病棟カンファレンスにCNSとして参加—共に考える

そこで看護師長と共に考えたのが、カンファレンスへの介入です。従来の、当院の外科手術患者さんを対象とするこの病棟でのカンファレンスは、次のようになります。おおむね手術前日に入院して来られますので、その前に多職種のカンファレンスがあり、そして入院日である手術前日にナース間でカンファレンスを行って、手術に向かいます。疾病によってはHCUなどに引き継ぎ、その後、何かあればカンファレンスをします。皆さんのところとも大きく変わらないと思います。

そういう状況で私が入らせてもらったのは、図で示したところです。ナース間カンファレンスに参加をさせてもらいました。これは一緒に考えるということです。そしてもう一つ、新たに組んだのが、手術後1日目に振り返りのカンファレンスです。計画を立ててケアをしてどうなったのか、という点を一緒に振り返りました。



3 90歳 Aさんの事例—事例紹介

では、ここから1つの事例を丁寧に振り返りながら、ご紹介したいと思います。Aさんは90歳の男性です。入院目的は右鼠径ヘルニアの手術で、全身麻酔の予定です。既往歴が大動脈弁狭窄症で、手術の経験があります。そして心房細動、高血圧症をお持ちです。また、半年前に転倒して、くも膜下血腫を受傷しています。これは保存的に治癒されたということです。認知症もおありで、3年前からドネペジル、アリセプトを5mg服用しているということでした。

このように私にプレゼンテーションがありました。

入院までの経過は、1カ月前に右鼠径部の膨腫に気付いて近医を受診し、オペということになったとのことです。ご家族は、奥さんと娘さん家族との5人暮らしです。

なぜナースが私に相談したかと言いますと、ちょっとソワソワしているということでした。Aさん

は手術をしに来られて説明をするんだけど、そのときは理解をしていますが、すぐに忘れてしまう。また難聴もありで、大きな声で話さないとなかなか聞こえないと言います。ご家族が帰ってからはさらにソワソワし始め、病棟内を立ち歩いている、ということでした。「何か起きそうだ」というような予測から、私に相談がありました。

カンファレンス内容

病棟ナースだけでのカンファレンスの内容は、次のようなものでした。

「落ち着きがない」「病棟を歩き回る」ということに対しては、繰り返し説明をしましょう。難聴に対しては、大きな声で説明しよう。転倒歴があるのでまた転ぶ可能性があるため、センサーマットなどを敷きましょう。せん妄出現の可能性もあるので、主治医への確認をしておこう。このような内容でした。

術後管理については、一般的にはご高齢の方で循環動態の観察が必要なので、通常と同様、術後1日目、つまり術当日にリカバリー室に移動して、そこで重点的に観察をしようということが考えられていました。ルート類は抜いてしまう可能性があるため、自己抜去予防のために見えないところに隠すなど。あとは翌朝まで絶飲食の状態ということです。水分だけは飲めるようになるかもしれませんが、指示はルーティンの指示でパスに則ってやっていますから、絶飲食でベッド上安静を守るように繰り返し説明する。不穏時、疼痛時、不眠時には、事前指示を使っていきましょう。これらのような話し合いがなされました。

4 私が考えたこと—なぜ落ち着きなく歩くのか

せん妄を予防するために知るべきこと

では、私が入らせていただいて、何を考え何を感じたかというところも加えて、お伝えしていきたいと思います。

まず、Aさんは90歳と非常に高齢であり、複数の既往歴をお持ちです。超高齢ということは生理的にも老いの過程をたどっている段階で、脆弱性があります。もともと循環器疾患の病気もお持ちで、脳梗塞やそれ以外の合併症を起こす可能性が非常に高い。ですから、ヘルニアのことだけ見るのではなくて、フィジカルアセスメントの形で全身管理をすることも非常に重要だと考えました。

もうひとつ踏み込んで言うと、身体的にも個別性が非常に高いので、血圧の値やパルスの回数、呼吸回数などは果たして普段どうなのかという点を、まず基準に持つておかないと異常が分かりません。ですから、そこはどうかという点がひとつ。また、せん妄を非常に起こしやすいため、合併症とせん妄を予防するケアがとても重要になってくると考えました。

そして何より大事なのが、なぜ落ち着きなく歩いておられるのかということです。認知症があるからというふうに、ひとくくりに考えがちですが、Aさんは近時記憶障害があるとは言え、果たして認知症の症状はどの程度なのか？ Aさんは何と言っておられるのか？ 私へのプレゼンテーションでも、会話はできるということが分かりましたので、何とおっしゃっているのか？ 言動、行動、これまでの生活行動などから読み取って考えていきたいところだと考えました。

今「これまでの生活行動」と言いましたが、普段はどのような暮らしぶりなのかがとても重要で、「せん妄予防をする上でも、暮らしぶり、生活環境、習慣、大事にされていることは何なのかということ

をまず知らないと、ケアは展開できない」というふうにお話ししました。それでナースと一緒に考えていったわけです。

5 ナースと一緒に考えたこと—カンファレンスでの検討

まず、落ち着きがない、病棟を歩き回るといふことに対しては、「何が気に掛かっているのか」といふことを、誰かがゆっくりと時間を取ってAさんに聞きましょう。言葉にするととても当たり前の話ですが、入院をしてきて、ばたばたと翌日のオペの準備がなされるのは、ナースも大変です。でも、その中で時間を止めて、ベッドサイドに座ってゆっくり話を聞くといふことを、まずしましょう。そして、これまでの生活習慣などから支援方法を考えましょう。

そんなお話をしました。

6 そわそわの理由—リウマチをもつ妻への心配

早速、その後、今日の担当のナースが話を聞きましたところ、「Aさんは認知症をお持ちですが、おうちでは奥さまの介護をされている方で、奥さまはリウマチで機能的にできないところがおありだ」とのことでした。お互いに支え合いながら暮らしておられるという面があって、奥さまのことがとても気掛かりだったそうです。「家族がおうちに帰られた後に、ふと妻のことが気になった」といふようなこともお話しされています。

そして、手術後の痛みのことがとても気になっていました。循環器の手術をしたときに、とても痛かったそうなのです。その記憶が頭の中にずっとあって、「痛いのではないか」といふことが気に掛かって、ソワソワしてきたといふようなことを聞きました。

それで私たちが何をできるかといふと、家族と電話をして、奥さまと話していただくといふことです。また、手術については丁寧にパンフレットを見せながら、もう一度、気に掛かることを説明することです。一遍どおりで話すのではなく、丁寧に説明をしました。

7 難聴がもたらす不安への予測と対応

難聴があるといふことについては、果たしてどちらの耳が聞こえにくくて、どちらが聞こえやすいのかといふことが大切です。もしかしたらこれが、混乱の要因になっている可能性があると考えたからです。

感覚器の遮断は不安とカストレスにつながりますので、丁寧に、言葉で聞こえる方法でナースが話すといふことが大事だねといふことで、まず静かな場所でゆっくり低い声で話す。これはとても基本的なこと、これができていなかったのが恥ずかしいところです。あとは、聞こえる側の対応です。右側がよく聞こえるといふことが分かりましたので、右側から医療者が関われるように、右側を空けるベッド配置にすることとしました。当院だけかもしれませんが、ナース間でなかなか共通認識ができませんので、右側を空けていれば、誰でもそちらから話し掛けられるといふことです。

また、補聴器をお着けになっていたということも分かりました。そこで、術中以外は必ず装着する方向で話し合いました。失くさないように工夫をして、必ず装着したままにする。オペ室にもそれを伝達して引き渡して、オペ室から出てきたときにははすぐ着けるというようなことができるかな、というお話をしました。

8 転倒予防の援助

転倒歴については、認知症をお持ちの方は、周辺への注意力が非常に低下しているために転倒率が非常に高いというふうに言われています。ただ、Aさんの歩行状態はどうか。Aさんが安全に動ける環境を整えることが大切です。「Aさんの行動を制限するのではなく、動ける環境を整えましょう」ということで、ベッド周囲や廊下などの障害物を整理して動きやすくしました。また、ご自宅でもベッドをお使いでしたので、ベッドに乗り降りする側を同じ方向に配置する。右側を空け、さらにご自宅と同じ側で上り下りできるようなベッドの配置を考えて、Aさんと一緒に部屋を整えました。

9 せん妄予防の援助

せん妄予防については、ポイントがたくさんあります。

まず、要因となるストレス因子はできる限り取り除くということです。

居心地のいい環境づくりに関しては、Aさんの生活をお聞きすると、暇なときはラジオを聞いていて、毎朝、新聞を読むのが習慣だということでした。ですから、できるだけ普段に近い環境をつくる。そして少しでも居心地よく過ごしていただけるように、とりあえず病棟のラジオをお貸しして、その日の夜はそれをつけたまま寝ていただく。そのときはご家族がもうお帰りになっていましたので、翌日ラジオと新聞を持参していただけるようお願いをする相談をしました。

見当識を助ける環境づくりについては、皆さんはすでに行っていると思いますが、時計、カレンダー設置、声掛けなどです。

痛みを取り除く術後管理

術後管理については、痛みを積極的に取り除くということが、とても重要になってくると話しました。Aさんは特に痛みのことを言っておられましたので、痛みをできるだけ取り除く。ただし、痛みをうまく表現できない可能性があるのも、ナースが言動を観察し、積極的に疼痛緩和をする。痛みの訴えの表現を助けるというケアができるかなという話をしました。また、現在の状況を丁寧に説明して、ねぎらいの言葉掛けなどをしていくということです。

部屋移動については、リカバリー室にいったん入るといってもそうですが、できるだけ移動は避けたい。リロケーションダメージにつながり、混乱の要因になりますので、避けたいと話しました。

10 治療方針に関する意見交換—医師と相談

ルート類、安静度、絶飲食については、なぜ制限が必要かということをも病態に合わせてよく考えることが大事です。よく考えた上で、主治医に相談するように伝えました。

「なぜ夜中じゅう絶食が必要なのか」「なぜ夜中じゅう点滴しておかなければならないか」という話を先生と詰めていく。もちろん、フリーで聞くのではなくて、病態を捉えて聞かなければいけないのは当たり前です。

全身管理については、先ほどお話ししたとおりです。

11 術後1日目のカンファレンス結果

このようなケアを行い、術前日の夜に奥さんとお話をして、「明日は頑張るわ」と言ってよく眠られた状態で手術に向かわれました。

術後は、お昼の12時ごろにいったんリカバリー室に入りました。目を開けたAさんにナースは、日時と、手術が無事終わったこと、ねぎらいの言葉掛けをしたということでした。「Aさんはどんなふうにしていましたか」と聞いたら、「目を閉じてうなずいていました」という返答でした。

循環動態がとても安定されていたので、チームで相談をして、夕方にはリカバリー室から自室に戻っています。帰室後に、医師と相談して尿管カテーテルを抜去しました。食事についてはドクターと相談しましたら、何と夕方から食事を出してくださり、夕食を食べられることになりました。安静度はフリー、夜間の輸液は中止という指示が出ています。その日はそのままお休みになりました。

ただ、23時ごろに廊下を歩いているAさんをナースが発見しています。声を掛けると、「何だかここが痛いんです」と右下腹部を指す。「手術の傷なんですよ、傷が痛いんですね」というふうにナースが言うと、「えっ、手術をしたんですか？」みたいな返答が返ってこられて、ナースも驚きました。分かっているものと思って関わったら驚いたという反応から、入院から手術、手術から現在までの経緯を丁寧にナースが説明をし、納得していただきました。その後、鎮痛剤を処方して服用していただき、朝まで休まれたということでした。

12 その後、A病棟は一患者の個性に合ったケアを創造

このように、1年近くずっと繰り返してカンファレンスに入らせていただいています。現在のA病棟のスタッフの様子は次のような感じです。

まず、継続的に個別的なケアを展開しています。私への介入依頼件数はどんどん減ってきています。

対象の個性に合ったケアもアレンジして、さらにはさまざまな取り組みを始めています。環境調整の工夫を、マグネット式の小さいホワイトボードに、ベッド、床頭台、コールマットなど、みんなで考えてつくった環境を共有しないと勝手に動かされてしまいますので、共有するためにホワイトボードをカンファレンスのときに活用する方法を編み出していました。また、生活情報を丁寧に聞き取ってケアに活かしていくことも行っています。「持参物品のなじみのものを持ってきてください」とい

うようなことを、外来のナースと連携して決めていこうとしています。

13 うれしい変化—ケアの楽しさ、拘束の減少

私は何よりうれしいと思うのは、チームで取り組む認知症高齢者のケアを楽しそうに私に報告をしてくれることです。「こんな人がいましてね」みたいな報告をしてくれることもありました。

ちなみに、身体拘束の実施数は減っています。転倒、転落、ルート類自己抜去の件数も、前年度と比較して減っているという現状です。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

当院の認知症ケアの取り組み

看護部と多職種による委員会が連携して認知症患者を支える

庄原赤十字病院 看護副部長

廣田 征子

1 はじめに一庄原赤十字病院の紹介

当院では、看護部と認知症ケアチーム委員会が連携して、認知症高齢者の入院生活を支えています。その経緯と取り組みについてお話ししたいと思います。

庄原市は平成の大合併で、面積が香川県とほぼ同じ広さになりました。人口は37,200人、高齢化率は40.8%。全国でも2番目に無医地区が多い地域で、医療資源の乏しいところです。今は高齢者1人に対して現役世代1人が支えているという、将来の日本の姿を現しています。

庄原赤十字病院は、認可病床数303床、一般急性期4病棟、HCU、ICU、地域包括ケア病棟、療養病棟、感染症病床2床を持っています。急性期から回復期、慢性期までの役割を担う病院です。入院基本料は10対1です。

平成27年度の年齢別入院患者は、80%は65歳以上の高齢者でした。65歳以上の高齢者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度2以上の方が3割以上を占めている状況です。3以上も1割以上になっています。

2 認知症ケアの現状

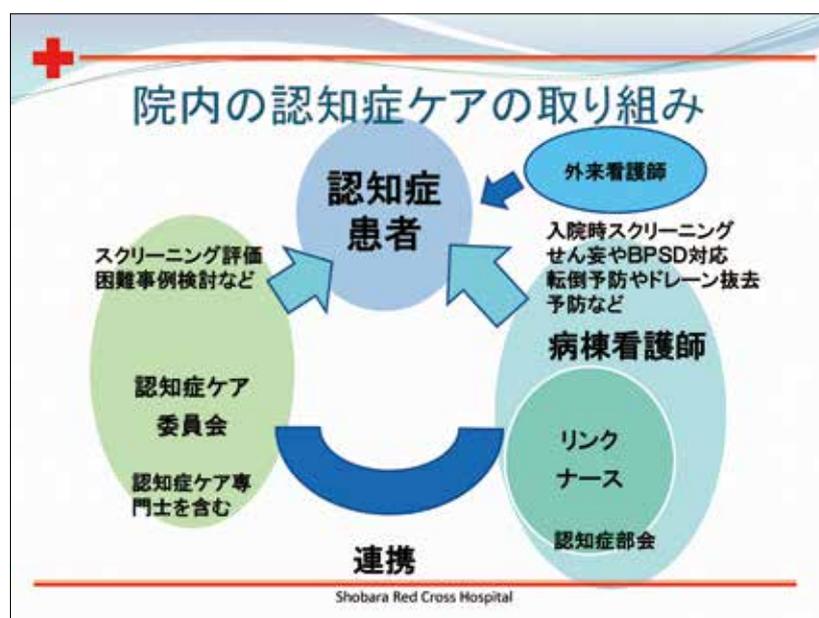
患者さん側の要因として、認知症高齢者の入院が多くなっています。急に転倒して入院したり、症状の悪化に気づかず突然重症化して入院してくる方が多い状況です。そうすると、環境の変化だけでなく、チューブがたくさん入るなど行動制限が生じ、ストレスも多く、せん妄やBPSDが出やすい状況でもあります。また、高齢者世帯や独居世帯が多いため、「入院環境をその人らしく提供したい」と思っても、なかなか情報を得られず、退院調整の困難さなども出ています。

一方、医療者側の要因としては、スタッフが日々の業務に追われてゆっくり対応できないこと、その中でも転倒や自己抜針などアクシデントが起こることで、かなりのストレスを受けています。行動制限をやむを得ず行うことや、患者さんのBPSDやせん妄状態が悪化すると、看護師のストレスもかなり高くなってきます。

3 認知症ケアの取り組み—「喫茶いこい」の運営

そのような中で、当院における認知症ケアの取り組みは、看護部と認知症ケアチーム委員会で連携して認知症の患者さんを支えるという形を取っています。

看護部の取り組みとして、平成17年に認知症チームを療養病棟で立ち上げています。BPSDの患者さんにどうしてあげたらいいのかわからず、対応に大変困ってしまい、病棟の中で勉強会をするようになりました。併せて、認知症の患者さんがその人らしく生きる、症状だけではなくて、生活、その人らしさということに焦点を当てる、「喫茶憩い」という五感に働き掛ける催しを開始しました。



4 認知症ケアの取り組み—リンクナースの育成

平成20年に看護部で認知症コースを立ち上げてリンクナースを育成し、平成24年には看護部の認知症部会として、リンクナースを中心に活動をしています。スタッフに対する研修や、病棟・外来で認知症患者さんの看護実践を率先して行っています。

5 認知症ケアチーム委員会の発足—多職種チーム

平成22年から院内多職種による認知症ケアチーム委員会を設置しました。メンバーは認知症ケア専門士12名を含む、医師、看護師、看護補助者、薬剤師、リハビリ療法士、ソーシャルワーカーなど多職種で構成しています。

活動内容は、独自に認知症スクリーニングシートを作成し、認知症を早期発見して早期介入するために、70歳以上の入院患者さんと70歳以下でも認知症が疑わしい患者さんを対象に認知機能スクリー

ニングを行っています。その結果を月1回の定例会で共有し、再検者の事例検討などを行っています。

看護師全員には認知症の研修をして、入院中でもできるだけ苦痛を取り除き、その人らしく生活してもらう取り組みも行っていきます。ただ、それでも対応困難な事例に関して、認知症ケアチーム委員会が多職種の視点から検討をしています。症状が起こっている原因がもしかしたら薬の副作用とか飲み合わせが悪いとか、リハビリ面からの意見など、専門的な視点からいろいろヒアリングしながら検討をしています。

検討した結果は電子カルテに情報を入力して主治医にも伝わるようにし、誰でも見られるようにしています。また、院内研修会の実施や、地域へ出向く出前講座として認知症ケアに関する勉強会も担当しています。

6 認知症ケアチーム委員会の看護師の活動—臨床現場での活動

認知症ケアチーム委員会の病棟看護師の活動は、病棟で認知機能スクリーニングを実施した結果を集計して委員会へ報告し、スクリーニングで異常があった場合は速やかに脳外科へ紹介して、早期診断に繋いでいます。認知症患者さんの対応についてのアドバイスなども行っています。

外来の委員会メンバーは主に脳外科外来で、認知症を疑われて紹介された患者さんに物忘れプログラムを実施したり、生活状況などを家族から聞いたりして、早期診断の鑑別に協力しています。認知症と診断されなかった場合でも、認知症にならないための予防的な取り組みとして、いろいろと指導をしています。

7 物忘れプログラム—外来での取り組み

認知症と診断され内服治療をされている患者さんには、物忘れプログラムを年1回実施し、追跡して認知機能を評価し、必要に応じて指導をしています。外来での新たな取り組みとしては、1日1行日記や、簡単脳トレーニングなどを実施しています。

認知症と診断された患者さんを対象に、自宅で認知機能の悪化を予防するトレーニングを、次の受診までにやっています。現在、外来で認知症のフォローアップ患者さんは約40名で、その方たちが対象となります。

外来での新たな取り組み

◆「一行日記」「簡単脳トレーニング」の実施

認知症と診断された患者を対象に自宅での認知機能悪化予防トレーニングとして、次回受診日までに実施していただき、外来受診時に認知機能を継続的に評価

Shobara Red Cross Hospital

8 新人研修

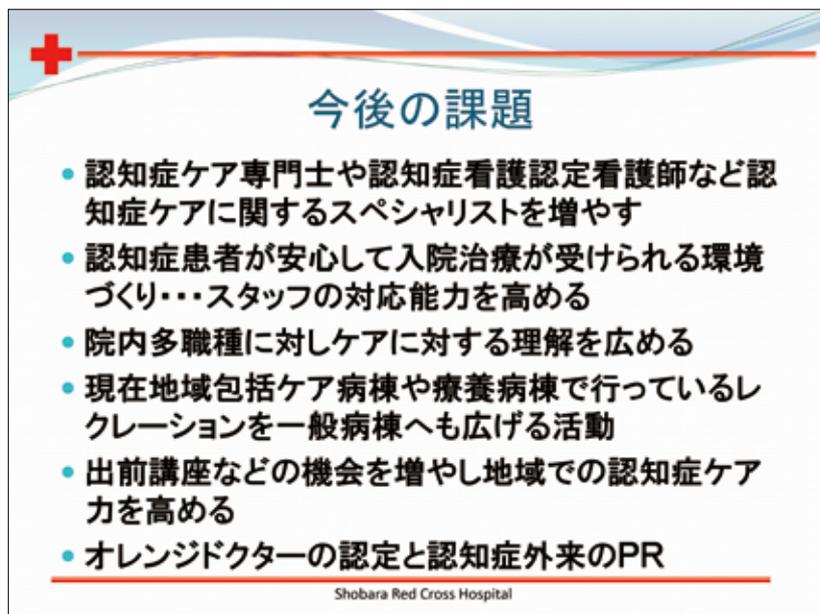
新人看護師に対しては新人研修を必須で実施しています。また、新人以外の看護師に対しても、再確認という位置付けで研修会は行っています。研修会は対応力に焦点を当てて、事例を用いながら楽しく行っています。

9 今後の課題

今後は、認知症看護認定看護師、老人看護専門看護師、認知症ケアの専門的な知識を持っているスペシャリストを増やし、認知症を持つ患者さんが安心して入院治療を受けられる環境づくりと、スタッフの対応能力を高めることに取り組んでいきたいと思っています。さらに、院内の他職種に対しても認知症ケアについて理解し協力してもらえるよう、活動を広めていきたいと考えています。

現在、地域包括ケア病棟や療養病棟ではレクリエーションや喫茶憩いを継続していますが、これを一般病棟まで広げる活動もしていきたいと考えています。

ご清聴ありがとうございました。



今後の課題

- 認知症ケア専門士や認知症看護認定看護師など認知症ケアに関するスペシャリストを増やす
- 認知症患者が安心して入院治療を受けられる環境づくり・・・スタッフの対応能力を高める
- 院内多職種に対しケアに対する理解を広める
- 現在地域包括ケア病棟や療養病棟で行っているレクリエーションを一般病棟へも広げる活動
- 出前講座などの機会を増やし地域での認知症ケア力を高める
- オレンジドクターの認定と認知症外来のPR

Shobara Red Cross Hospital

Q1 医師のほうから、あらかじめ治療上の対策を示されることはありますか？

原 田：ご質問ありがとうございます。ドクターのほうから積極的に「この方は認知症があるので、こういうふうアレンジしようかと」というような相談は、あまりありません。どちらかというとナースがリーダーシップを取って、「先生、どうしましょうか？」「きっとこうなると思いますが、何か考えていますか？」という感じで話し合っています。けれども、認知症でせん妄が起きるなど、元々意思の疎通が難しい状況の方を手術するときには治療に影響するということは、ドクター自身も理解されてきています。

Q2 手術室のナースに期待することはありますか？

廣 田：当院でも高齢者の手術は増えています。90歳代の手術も結構増えています。術前訪問で手術室の看護師が患者さんと面談をし、いろいろお話をしたりして顔見知りの関係性をつくったうえで、手術室へ迎えています。そうすると、患者さんが「見覚えのある看護師だ」と安心されます。先ほど原田さんも言われましたけれども、補聴器を必ず手術室に着けて入るようにしています。

原 田：認知症をお持ちの方や高齢の方は、手術室に入ったときにマスクをされたまま話し掛けられるなど、普段と違う環境にストレスを感じる場合があります。私が入っても、「誰だったかな」みたいな感じになることもありますので、ストレスを与えてしまわないように気をつけています。また、コミュニケーションという意味では、オペ室の看護師さんにも、そこはかなり気を付けて、自分たちが環境の一部だということを自覚するというのを、一緒に考えています。

井 部 (司会)：感覚器の機能が低下すると、生活が不安になるだろうと思います。ですから、補聴器や眼鏡などをきちんと最後まで着けていく。入れ歯もです。入れ歯を外したら外しっぱなしにしない。そういう日常の細かい配慮が必要だと思います。

Q3 入院前の関わりで何か工夫していることはありますか？

廣 田：認知症の患者さんだけに特別な関わりをしていることはあまりありません。ただ、認知症で気を付けてほしい情報を外来情報に書いて、病棟にも情報提供をすることはあります。問診票の中にも認知症に関する問診を入れているので、それで情報を取ったりしています。

原 田：認知症をお持ちで混乱を来す可能性が非常に高いという方の場合、師長がそういう情報をキャッチしたときには、入院日を配慮するようになりました。ご家族でしかできないケアというのがあろうと思うからです。ナースだけが頑張るのではなくて、ご家族が付いてもらいやすい日、たとえばお仕事をされていて土日に付いてもらえるのであれば、金曜日にオペをするなどです。入院日、手術日、管理の話になってきますが、入院日、手術日、ナースの人員などを考えて、医師と師長が相談をして決めるということをしています。ただ、緊急手術の

場合は、そうした配慮はできませんが。

また、先ほどの発表でも少しお話ししましたが、なじみのものを持ってきていただくということは、意外と患者さんの耳に届きません。ですから、いつも寝るときにそばにあるもの、たとえば私の場合はタオルケットですが、「何かを持っていると安心する」とか「枕はこれ以外は駄目なんだ」とかいうものは、「どうぞ持ってきてください」とお伝えしています。というのは、「持って行ってはいけない」と思っている方も多いためです。病院のものを使わないといけないと思っているケースが多い。今、そうした対応について、外科外来でアナウンスできるような仕組みをつくらうとしているところです。

それと、施設から来られる方もすごく増えていますので、施設のナースと情報を電話でやりとりしています。サマリーは見過ごされがちですし、どのような具体的なケアが必要かが書かれていないことが多いです。たとえば「どういうところでご飯を食べていますか?」とか「他の入居者とお話をされていますか?」などということを経験してお聞きして入院のケアに生かすようにしています。まだ十分ではありませんが。

Q4 飲酒や薬物に関するスクリーニングの必要性について（コメント）

赤 沢（委員会委員）：マイク係の赤沢です。私は精神看護専門看護師をしていますが、認知症または認知機能が少し低下している状態で手術をする患者さんは、特にせん妄になりやすいのですが、実はアルコールが大きく影響をしていることが多いのです。

ですから、入院して手術をすることが分かっているならば、できれば事前に、ぜひ1週間は本当に禁酒してくださいということを、どうかオリエンテーションしていただきたいのです。これがとても大事なのです。もちろん、それでも飲んでしまわれる方はいらっしゃいます。早めにスクリーニングをして、飲酒歴を聞いていただきたいと思います。

またもう一つは、開業医の先生がよく処方するのですが、ベンゾジアゼピン系の薬剤に注意が必要です。この薬剤を長期に服用している認知症高齢者の方が、身体の具合が悪くなって入院した時にせん妄になりやすいです。また、手術をするために突然中止してしまうと、離脱せん妄が起こることがあります。ですから、そうした点も入院前にぜひオリエンテーションと言いますか、情報として病棟の看護師さんや先生も含めて共有していただけるとありがたいなと思います。

Q5 家族の力を生かして看護する方法を教えてください

廣 田：当院でも、ご家族の方に付いていただくようお願いする場合があります。強制的でなくというのは、ちょっと難しいときもあるかと思いますが。ただ、認知症の患者さんの場合は在宅でもそういう症状がありますので、ご家族の方が「入院しても大丈夫かしら」と思っておられるケースが多い状況です。入院の際には、「入院されて環境の変化などで症状が悪化することがあり、危険、転倒などのリスクも高い」という説明を必ず行いますので、「個室に入れてください、付きますから」と言われるご家族の方もいらっしゃいます。

また、入院期間はできるだけ短くして、早くご自宅に帰れるようにしています。点滴などの治療が終わり、内服に切り替わった時点で、すぐに退院されるという患者さんも多くいま

す。

原 田：「付いてください」と言うと、相手も「ずっと付かなきゃいけないのか」という思いや、「仕事をどうしよう」などいろいろ事情がありますので、身構えてしまいます。ですから、最初にご家族ともよく話をする事です。今、廣田さんがおっしゃったように、ご高齢の方はせん妄・混乱を起こしやすいということを共有することが大切です。そして、ナースの手の薄い時間や日に、「ここだけ付いてもらうことは可能ですか？」などと、できればピンポイントで願います。私たちは、ご家族もチームと一緒にいただきながら考えるようにしています。

また、どうしても付くことが難しいときなどは、「夜に電話するはどうですか？」「混乱されているときに電話だけだったらどうでしょうか？」などのことを先にお話しておく。ご家族にしかできないこともありますので。たとえば、せん妄を起こして、ナースが全て敵になってしまい、「警察を呼ぶぞ」などと言われるときもありますよね。そういうときには、いくらナースが一生懸命働き掛けても逆効果になりますので、ご家族に連絡をさせていただくなどのことを先にお話ししておきます。

Q6 家族の立場からはどのように受け止められるか？

川 嶋：本当は、ご家族の方は「ご心配は要りませんよ。お預かりしますからよくお休みください」と言ってもらったほうがありがたいのです。ただ、そう言われても、おそらくご家族には「本当？」という思いがあります。ですから、いざというときには、自分たちを呼んでほしいのだと思います。

井 部：そうですね。臨床側としては、承諾書を書いてもらったことで「納得してもらえたかな」「夜に電話をしたら悪いかな」と思った結果、抑制をするなどのことがきっとあったかと思えます。そのあたりについて、もう少し事前からご家族の方とお話ができるといいのかなと思いました。また、原田さんがおっしゃっていた電話でというお話は、活用している場面があまりないかと思えますので、そういうのも取り入れていけたらいいかなと思いました。ありがとうございます。

Q7 「どうしても拘束しなければいけないのですが、よろしいですか？」という許可を、夜中に電話で求めることはありますか。

廣 田：当院では、たとえ同意書をいただいても、行動制限をする前には必ず、抑制させていただくことを電話するようにルール化しています。「何かあったら電話をさせていただきます」と事前に了解をいただいた上で、電話をして、行動制限をするようにしています。

Q8 チーム加算について、加算をとることが優先される考え方による弊害〔コメント〕

川 嶋：今日は、チームの加算が付くというので、こういうセッションをしました。皆さんの中にも、すでにいろいろと取り組んでいらっしゃるところも多いと思います。そのためにいらっしゃる方もいらっしゃると思います。

けれども、チーム加算となると、病院側はどうしても「どうしたらその加算が取れるか」

.....
ということに集中してしまうと思うのです。そうすると、患者さんにとってはすごく迷惑な話です。それよりも、先ほどのお話のように、チームが編成されることで、とてもいいケアとなり、手術も不安なくできるということが一番の最終目標だと思うのです。その目標を履き違えないようにしてほしいと思います。

もう一つは、先ほど井部さんがちらっとおっしゃったけれども、チームができたことによって「チーム任せにしちゃえばいいんだわ」と、普通の病棟のナースたちの関心がだんだん薄くなってしまい、「じゃあ、認知症のチームに連絡しましょう」で終わってしまうと、全体の水準は低下すると思います。そのあたりは要注意かなと思いました。

また、今日のお話の中では出てきませんでしたが、「認知症ならもう治らない」「認知症と言ったら困る」というふうな先入観を持たれてしまうと良くありません。認知症にも治るものがありますし、症状を緩和する方法もあるわけです。緩和ケアと言うのがんの場合が主になっていますが、私はやはり、認知症の緩和ケアというようなことも考え、できるだけ穏やかな認知症の方たちを看護の力で何とかしていけば、もう少し看護師のストレスも減っていくのではないかと考えます。そのほうにも少しエネルギーを向けてもいいのかなと思いました。

井部：ありがとうございました。私も認知症ケア加算に触れようと思って忘れていました。実は昨日、看保連で情報交換会を行ったのですが、認知症ケア加算は日本老年看護学会が出した提案書が通ったんです。その日本老年看護学会の政策委員会で、それを通した担当者に、「いかにしてエビデンスをつくり厚労省を説得したか」という、話をしてもらいました。莫大な文献を読んで、最終的にメタアナリシスをして、こういうことだということを出したとのことでした。

その話はすごく感動的でした。その後、今、川嶋先生がおっしゃったような内容で、会場から「実は自分のところを見ていると、スクリーニングをするだけで手一杯で、患者を見ていない」という反省の声があがりました。何のための加算かと言うことです。いいケアをするために報酬を付けているわけですから、「報酬が先にあってケアなし」ということにならないようにしなければいけません。それは国民をだますことになります。「ケアをするために報酬が付いているということを勘違いしないようにしなければいけない」と、改めて思いました。この認知症ケア加算こそ、看護の学会が提案した提案書が通ったという画期的なことですから。私たちはそれを形骸化させないようにしなくてはいけないと思いました。

それでは、これで本日の交流セッションⅠを終わりたいと思います。積極的なご発言をありがとうございました。

