



鶴岡市立荘内病院 医学雑誌

第28巻/2017

The Medical Journal of Tsuruoka Municipal Shonai Hospital

巻頭の言葉

院 長 三 科 武

特集 当院の認知症ケアチームの現状と課題 1

荘内病院の認知症ケアチームについて	統括看護主幹	丸山 邦
急性期病院における医師の認知症患者への対応について	神経内科	丸谷 宏
認知症看護認定看護師としての役割と認知症ケアチームの取り組み	認知症看護認定看護師	富樫千代美
退院後訪問指導について	認知症看護認定看護師	富樫千代美
本市における認知症施策の動向と当院の現状について	社会福祉士	菅原 繁
薬剤師の関わりと今後の課題	薬剤師	五十嵐康郎
理学療法士の役割	理学療法士	森 和浩
認知症と作業療法	作業療法士	石橋 史織
臨床心理士の役割と課題	臨床心理士	柏倉 貢
外来の認知症診療の現状と課題	内科外来主査	百瀬 幸

原著・研究・症例

鶴岡市立荘内病院歯科口腔外科開設から11.5年間における顎変形症治療に関する臨床統計的検討	.....	35
歯科口腔外科	本間 克彦	
サラズスルファピリジン投与により薬剤過敏症候群様症状を呈した関節リウマチの1例	.....	49
臨床研修医	鈴木 優太	
インスリン製剤をバイオ後続品へ切り替えた際の製品への患者からの評価に関するアンケート調査	.....	55
薬 局	五十嵐康郎	
二相型悪性胸膜中皮腫の一例	.....	61
病 理 科	菅原永里奈	
当院における抗血栓薬内服と脳出血の関係について	.....	69
臨床研修医	佐藤 和彦	
当院における終末期患者のペット面会の現状と今後の課題	.....	75
緩和ケアチーム		
看 護 部	渡部 美佳	
当院の肺動静脈3DCTの検討	.....	79
放射線画像センター	高橋 圭史	
2016年 学術活動業績	.....	85

巻頭の言葉



鶴岡市立荘内病院 院長

三 科 武

鶴岡市立荘内病院医学雑誌第28巻の刊行にあたりご挨拶申し上げます。

首都圏以外の日本は人口減少と高齢化に悩み、特に東北地方は高齢化が進んでおります。死亡率の推移をみますと悪性新生物の死亡率が高くなってきており、3位には肺炎が入ってきました。いずれも人口の高齢化に伴う疾患と思います。高齢者については認知症を有する人の交通事故の報道をよく耳にするようになってきました。運転免許証の返上も言われておりますが、過疎化の進む地域では移動手手段の確保がなされなければ生活の質が保障されません。日常の診療でも高齢者については認知症を有する方の治療に困難さを感じます。

今号では当院における認知症ケアチームの活動を特集として取り上げさせていただきました。疾患の治療については急性期の発症から治療、退院、介護支援までスムーズな手当が必要とされます。特に高齢の方は住み慣れた場所での治療を望まれることが多く、在宅治療とその支援が病院には求められております。2017年より山形県、県看護協会のご支援をいただき当院の看護師が訪問看護ステーションに3か月間出向し、連携上の問題点を見出しよりスムーズな患者移動ができるようにという事業が開始されました。これまで以上の退院支援が可能となるよう望んでおります。このような高齢社会における患者管理と支援がこれからの医療と介護に多く求められてくるものと考えます。今号において特集として取り上げられた当院での現状と課題について発表を見ていただきたいと思います。

ほかに原著7題が掲載されております。毎回言っておりますが自分の考えを印刷物として残すことは非常に面白い事です。これからも職員の皆さんの発表を多くいただきたいと思います。

I. 病院憲章

高度・良質な医療と心のこもった患者サービスで地域医療を担う基幹病院

II. 病院理念

1. 診療圏域住民の生命と健康を守り、高度かつ良質な医療を提供し、地域医療機関との機能連携を強化しながら、基幹病院として地域医療の充実に努める。
2. プライバシーの尊重とアメニティの向上に配慮し、患者が安心と満足が得られる、快適な療養環境の整備に努める。
3. 医師や看護師をはじめ、病院で働く職員が一致協力し、心のこもった患者サービスの向上に努める。
4. 医療従事者の教育と臨床研修を重視し、市民から信頼され、地域医療に貢献できる、質の高い医療人の育成に努める。
5. 医療環境の変化に対応できる経営方針を確立し、安定した経営の基盤づくりに努める。



病院全景

目 次

巻頭の言葉

院 長 三 科 武

病院憲章・理念

特集 当院の認知症ケアチームの現状と課題..... 1

荘内病院の認知症ケアチームについて	統括看護主幹	丸山 邦
急性期病院における医師の認知症患者への対応について	神経内科	丸谷 宏
認知症看護認定看護師としての役割と認知症ケアチームの取り組み		
	認知症看護認定看護師	富樫千代美
退院後訪問指導について	認知症看護認定看護師	富樫千代美
本市における認知症施策の動向と当院の現状について	社会福祉士	菅原 繁
薬剤師の関わりと今後の課題	薬剤師	五十嵐康郎
理学療法士の役割	理学療法士	森 和浩
認知症と作業療法	作業療法士	石橋 史織
臨床心理士の役割と課題	臨床心理士	柏倉 貢
外来の認知症診療の現状と課題	内科外来主査	百瀬 幸

原著・研究・症例

鶴岡市立荘内病院歯科口腔外科開設から11.5年間における顎変形症治療に関する臨床統計的検討…	35
歯科口腔外科	本間 克彦・齋藤 大輔・武石 越郎
ふみぞの歯科・矯正歯科	荻原 聡
ぶらす矯正歯科	菅原 泰典
石黒歯科・矯正歯科医院	中川 公貴・石黒 慶一
サラゾスルファピリジン投与により薬剤過敏症症候群様症状を呈した関節リウマチの1例	49
臨床研修医	鈴木 優太
内 科	安宅 謙
山形大学医学部整形外科学講座	高窪 祐弥・高木 理彰
山形大学医学部皮膚科学講座	中野 祥子・紺野 隆之・川口 雅一
インスリン製剤をバイオ後続品へ切り替えた際の製品への患者からの 評価に関するアンケート調査	55
薬 局	五十嵐康郎・鎌田 敬志・庄司 知摩
二相型悪性胸膜中皮腫の一例	61
病 理 科	菅原永里奈・内ヶ崎新也・深瀬 眞之
呼吸器外科	正岡 俊明
当院における抗血栓薬内服と脳出血の関係について	69
臨床研修医	佐藤 和彦
神経内科	丸谷 宏
脳神経外科	遠藤 広和・佐藤 和彦
当院における終末期患者のペット面会の現状と今後の課題	75
緩和ケアチーム	
看 護 部	渡部 美佳・阿部美知子・上林沙希子
内 科	和泉 典子
外 科	鈴木 聡
当院の肺動静脈3DCTの検討	79
放射線画像センター	高橋 圭史・眞嶋 義彦・佐藤 克之・落合 一美
呼吸器外科	正岡 俊明

2016年 学術活動業績

I 他誌掲載論文	87
II 学会発表	88
III 院外講演	97
IV 院内各種研修会	101
V 各診療科別および各部門別の臨床統計	115
VI がん登録現況報告	160
VII 人間ドック健診・検討委員会報告	164
VIII 死亡症例検討会	165
2015年 病理剖検記録要約	166
荘内病院年譜	167

荘内病院医学雑誌第28巻は当院ホームページより全文をご覧いただけます。

URL www.shonai-hos.jp

特 集

28巻 特集 目次

特集 当院の認知症ケアチームの現状と課題	1
荘内病院の認知症ケアチームについて	統括看護主幹 丸山 邦
急性期病院における医師の認知症患者への対応について	神経内科 丸谷 宏
認知症看護認定看護師としての役割と認知症ケアチームの取り組み	
	認知症看護認定看護師 富樫千代美
退院後訪問指導について	認知症看護認定看護師 富樫千代美
本市における認知症施策の動向と当院の現状について	社会福祉士 菅原 繁
薬剤師の関わりと今後の課題	薬剤師 五十嵐康郎
理学療法士の役割	理学療法士 森 和浩
認知症と作業療法	作業療法士 石橋 史織
臨床心理士の役割と課題	臨床心理士 柏倉 貢
外来の認知症診療の現状と課題	内科外来主査 百瀬 幸

特集 本院の認知症ケアチームの現状と課題

荘内病院の認知症ケアチームについて

鶴岡市立荘内病院 認知症ケアチーム

統括看護主幹 丸山 邦

1. はじめに

本院は、庄内南部の地域医療を担う基幹病院です。山形県は高齢化率が30.8%と全国7位でありその中でも庄内地域は32.7%と全国平均をはるかに上回っています（平成27年10月1日現在¹⁾。このように、後期高齢者の増加に伴い認知症高齢者も増加し、平成37年には高齢者の5人に1人の割合になるといわれています。本院においても入院患者が高齢化し、「入院による環境の変化に適應できない」、「治療に対する説明が理解できず安全に治療が受けられない」など急性期治療に支障をきたし高齢者に対するかかわり方が課題となっておりました。そのため、認知症看護認定看護師を育成しようと平成27年8月から認定看護師教育課程へ派遣していました。

一方、平成28年の診療報酬改定において、総合入院診療加算の施設基準の精神科要件の中の一つに、認知症ケア加算1の届け出が明記されました。総合入院体制加算は、十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価した加算です。本院が地域医療を担っていくうえで総合入院体制加算の継続した算定を目指す方針が打ち出されました。

そこで、高齢者に対する医療・看護の充実と総合入院体制加算算定維持を目的に「認知症ケア加算1」の施設基準の取得を目指して、認知症ケアチームを結成しその活動を検討することとなりました。

2. 準備委員会から認知症ケアチーム結成まで

平成28年2月の病院管理会議の方針を受けて、医事課と看護部が中心になり認知症ケア加算1取得に向けた準備会の立ち上げにあたり、認知症ケア加算1の施設基準の確認、要件を満たすための他職種チームの構成員、対象となるおおよその患者数、活動の要点、準備会のメンバー、今後の日程などについて検討しました。

3月はじめには準備会を開催しました。診療部からは統括診療部長、チームリーダーとなる神経内科主任医長、看護部からは部長、副部長、入院棟統括主幹、地域医療連携室からは社会福祉士の資格を有する主査、事務部からは医事課長、事務局担当者と関係各部門の管理的立場の職員を参集しました。組織について、多職種で結成する認知症ケアチームの要綱について、チームスタッフの構成とその役割分担、実際の活動フローや活動の範囲、活動開始に向けた日程について検討しました。その中で、チームの構成メンバーは、施設基準に沿った専任の常勤医師、適切な研修を修了した専任の常勤看護師、退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士のほかに、薬剤師、作業療法士、理学療法士、臨床心理士も加えることとしま

認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準（要点）

①ポイント

- ・意識障害の程度、見られる症状・行動に着目して判定して下さい。
- ・判定にあたっては、家族等の介護者からの情報も参考して下さい。
- ・認知症の程度の医学的判定とは必ずしも一致するものではありません。

②判定の流れ（フローチャート）



実際の現場では、認知症看護認定看護師教育課程修了者の所属する入院棟をモデル入院棟とし、検討した活動フローを検証するために他の入院棟に先駆けて現場での活動を開始しました。試行錯誤しながら高齢者の多い内科を中心とした4入院棟に活動を広げていきました。現場におけるケアや業務量が増加しスタッフから戸惑いの声もありましたが、リンクナースを看護主幹にしたことで統率力や周知力があり、業務や患者ケアの浸透に一定の成果を上げられたと思います。チームラウンドやカンファレンスによりチームからのアドバイスで現場の高齢者に対する関わり方に変化が見られるようになりました。活動を行っていくうちに必要性を感じ、院内広報、院内ミニディ、退院後訪問指導も行うようになりました。

活動開始から1年が経過し、認知症者に対するケアが定着してきました。現在は全入院棟に活動を広げ、現場の認知症ケアの向上を目指してリンクナースを看護主幹からスタッフに移行し活動を行っています。

以下、当院の認知症ケアチームスタッフのそれぞれの役割について紹介します。

参考文献

1) https://www.pref.yamagata.jp/ou/kenkofukushi/090002/kenkoucyoujyukikaku/2016koureisha_kaidate.pdf (山形県高齢社会関係データ集H28年)

特集 当院の認知症ケアチームの現状と課題

急性期病院における医師の認知症患者への対応について

鶴岡市立荘内病院 認知症ケアチーム
神経内科 丸 谷 宏

はじめに

現在鶴岡市は高齢化率30%を越え、認知症の人の数も約6,000人と推定されている。市の中核病院である当院においても入院患者の約80%が65歳以上の高齢者であり、認知症や軽度認知障害、また入院に伴うせん妄患者の数は増加している。認知症があっても身体疾患の治療機会が制限されることはあってはならず、急性期病院においても認知症対応のための院内体制の整備し、安全に身体疾患治療を進めるための多職種での対応が求められている。このため当院では認知症ケアチームを立ち上げ、平成26年5月より県内の医療機関としては最も早く認知症ケア加算1の算定が可能となった。1年経過した中で、急性期病院に求められる医師の認知症患者への対応について考えたい。

急性期病院での認知症の現状

認知症については65歳以上の約15%が認知症と推測されているが、せん妄については高齢入院者の約30%に合併すると言われている。特に術後や集中治療室では約70%と高い頻度で出現する。せん妄以外でも治療に対する積極性やコンプライアンスの低下、合併症の増加など、身体疾患治療を行う上で認知症は身体機能低下のリスクに大きく影響を与える病態である事を認識し、早期からの対応をとる必要がある。

身体疾患治療を開始する際に、初めて認知症が疑われる場合もある。認知症を見落とさず早期発見と早期対応が必要であり、特に治療可能な認知症を見落とさない事が重要となる。この為、認知症ケアチームと主治医が連携を取り、必要に応じ頭部画像や血液検査・神経心理評価を行う事が望まれる。

また入院中はそれまでの環境と大きく変化し、集団であることや様々な制限が加わる事などから、認知症や軽度認知障害患者は夜間せん妄や認知症の行動・心理症状（以下、BPSD）を出現しやすい。身体疾患の苦痛以外に、医療処置や過剰な医療管理、脱水や低栄養、尿閉、便秘などがリスクとなるが、薬剤が関連する頻度は高い。特に高齢者の場合は薬剤数が増えるほどせん妄リスクが増大する為、手術などで入院があらかじめ決まっている場合は、入院前に内服薬の整理やせん妄リスクのある薬剤の中止を行う事が必要となる。認知症治療の基本的薬剤としてコリンエステラーゼ阻害薬があるが、易怒性などの興奮性BPSDを出現する事がある。入院中に興奮性BPSDが出現した場合は一時投薬を中止して様子を見ると穏やかになるケースが多い¹⁾。

不眠対策についても健常者であれば睡眠導入剤で対処するが、認知症患者の場合は意識低下によるせん妄誘発や筋弛緩での転倒リスクから基本的にベンゾジアゼピン系薬剤は用いない。比較的使用しやすい薬剤としてスボレキサントやラメルテオンがあり、ラメルテオンは入院前からの服用でせん妄予防の効果も報告されており²⁾、当院でも入院前からラメルテオン服用することで周術期のせん妄が抑えられ、疾患治

療をスムーズに行われたケースを経験している。

今後急性期病院に求められる認知症対応における役割

急性期病院では身体疾患治療を確実に遂行することが役割であるが、以前は認知症を理由に治療機会が制限されることがみられた。今後高齢者が増加する中で、認知症であっても身体疾患の治療の機会が失われることがない為には、主治医が中心となり多職種との連携が確保できるような院内体制の構築が必要とされる。現在認知症ケアチームがその対応を行っているが、急増する高齢者患者全てに細かな対応を行う事は困難で有り、医師を含め当院の医療従事者全体で認知症に関する対応力を高めていく必要がある。また認知機能に配慮し、認知症の人が治療内容を十分理解できるよう説明することや、認知症の人を尊重した言葉がけを行う事が大切である。

認知症の人への支援は長期にわたる為、入院早期から退院支援（退院前カンファレンスなど）を行い、確実に地域の医療・介護に引き継ぐことを意識することが重要である。その支援のためには認知症の人が「何を望んでいるか、何を希望するか」を主治医は良く理解することが必要であり、また介護を行う家族へ寄り添い、支援を行う事が重要となる。

文献

- 1) 山口晴保, 他: 認知症の本人・家族の困りごとを解決する医療・介護連携の秘訣, p172-178, 協働医書出版社, 東京, 2017
- 2) Hatta K, Kishi Y, et al: Preventive effects of ramelteon on delirium: a randomized placebo-controlled trial. JAMA Psychiatry 71(4):397-403, 2014

特集 当院の認知症ケアチームの現状と課題

認知症看護認定看護師としての役割と 認知症ケアチームの取り組み

鶴岡市立荘内病院 認知症ケアチーム

認知症看護認定看護師 富 樫 千代美

高齢化社会の現状

平成28年の敬老の日に、65歳以上の高齢者（以下「高齢者」）の人口が推計3,461万人、高齢化率の全国平均が27.3%と発表されました。1年前の同日は、3,388万人（高齢化率は26.7%）でしたので、比較すると73万人（0.6%）の増加となりました。そして平成29年9月17日の敬老の日、新たな数字がたたき出され、総人口における高齢者人口の割合は27.7%（平成29年9月17日発表の総務省データより）と過去最高になり、更に90歳以上人口は初めて200万人を超えるという事態。世界一の高齢化率をさらに更新し、過去に誰も経験したことがない時代をもうすでに我々は目の当たりにし、体験しているのです。

鶴岡市の高齢化率（平成27年）は、31.3%でしたが、平成29年3月31日に鶴岡市長寿介護課がまとめた最新データでは、32.9%が発表され、全国平均をかなり上回っています。ちなみに、平成29年4月現在の数値は当院の入院患者数の状況（平成29年度）を確認したところ、ある1日の入院患者数における高齢者の割合は、83%でした。病棟によっては、65歳以上の人しか入院していないという日もあり超高齢化をひしひしと感じています。



＜全国平均・山形県・鶴岡市の高齢化率の現状＞

	全国平均	山形県	鶴岡市
昭和50年 (1975)	7.9%	10.1%	10.9%
平成22年 (2010)	23.0%	27.6%	28.8%
平成26年 (2014)	25.1%	29.9%	30.4%
平成27年 (2015)	26%	30% 全国7位	31.3% 県内25位

平成28年9月15日
現在27.3%

(参考資料)

- ・総務省統計トピックスNo90・97『統計から見た我が国の高齢者（65歳以上）『敬老の日にちなんで』
- ・山形県『山形県高齢社会関係データ集（平成27年）』・鶴岡市『鶴岡市高齢者福祉計画 第6期介護保険事業計画』
- ・鶴岡市長寿介護課

認知症について考える

現在、日本において65歳以上の5人に1人、85歳以上の4人に1人が認知症を抱えています。患者さんの中には認知症を抱えた上に複数の病気で入院又は外来受診しているというケースも年々増加していると感じています。『認知症』の為に、その行動や心理症状が著しく現れる方、意思疎通が困難なことで、疾病治療に支障をきたし、入院生活を継続出来ない方、環境の変化の影響が大きく、混乱に繋がる方もいます。患者さんの中には、入院前は在宅で自立した生活が可能だった方もいます。しかし、入院という環境の変化に戸惑い、不安が増すことで、見当識障害が悪化することが多いようです。また、生活リズムが乱れ、夜間眠れず、昼夜が逆転した生活に陥ることや、病状の悪化により、さらに認知機能の低下を招き、悪循環を起こしやすくなります。入院したら、家で出来ていた事も出来なくなった、もう在宅に戻る事が出来ないという声を聞く事もしばしば見られ、退院支援が難渋になる場合も経験しています。

認知症看護認定看護師の役割

認知症看護認定看護師は、日本老年看護学会からの申請により、認知症看護を特定分野とし、日本看護協会が2005年4月より育成を開始した分野です。現在、日本においては1,003名（H29年7月現在）の認知症看護認定看護師が認知症ケアに強いケア体制構築のために活動を行っています。山形県においては現在6名の認知症看護認定看護師が活動していますが、高齢者人口の割合にしては十分とは言えない状況にあります。

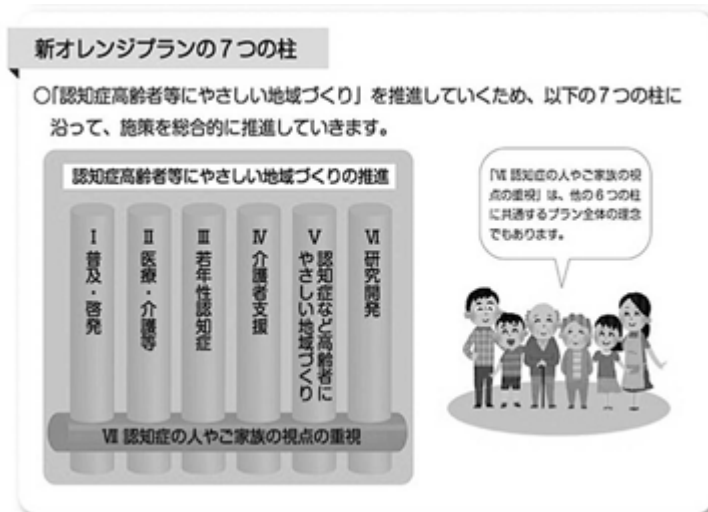
認知症看護認定看護師とは何？

<認知症看護認定看護師に期待される能力>

1. 認知症者の意思を尊重し、権利を擁護することが出来る
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、ケア体制作り、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・緩和することが出来る
4. 認知症者にとって安心かつ安全な生活環境を調整することが出来る
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. 認知症に関わる保険・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出来る
7. 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
8. 多職種と協働し、認知症にかかわる知識の普及とケアサービス推進の役割を担う事ができる

※日本看護協会ホームページ参考

私自身は、国が策定する「新オレンジプラン」の中の1番目の柱にある、『認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進』に関して、地域の院内外で勤務する医療従事者に対し、認知症への対応力を向上する事を目的として認知症の人や家族を支えるために必要な基本知識や、医療と介護の連携の重要性、認知症ケアの原則等の知識について修得するための研修を実施しています。自らもサポーターであり、キャラバンメイトであるわけですが、講師としてもサポーター養成と活動の支援に携わりを持っています。2番目の柱である『認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供』に向けて、後からも述べる認知症ケアチームとしての活動が今の役割の中でも大きな部分を占めています。3番目の柱である『若年性認知症施策の強化』や4番目の柱である『認知症の人の介護者への支援』5番目の柱『認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進』7番目の柱『認知症の人やその家族の視点の重視』に関しては週2回午後からの外来での対応やチームで介入した方のご家族に対して入院中や退院後にも相談に応じています。鶴岡市の認知症初期集中支援チームのアドバイザーとして、認知症の人自身やご家族の思いを代弁したり、思いをつなぐよう努力している所です。又6番目の柱である『認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進』については、関連学会への参加や発表を通じて、日々七つの柱を強固にするにはどうするべきか精進している所です。



※新オレンジプラン（認知症施策推進統合戦略）：

認知症の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し、厚生労働省が関係11府省庁と共同で策定。～厚生労働省ホームページより～

認知症チームの結成と活動内容

認知症を抱えた方が、急性期病院での治療を行う場合に、認知症が理由で適切な治療を行う事が困難であったり、入院により混乱し入院継続が困難になったりする場面に遭遇する事が多いです。そのような状況を改善するため、厚生労働省と関係11府省庁が「新オレンジプラン」を策定し、国を挙げての取り組みが行われています。平成28年度の診療報酬改定で診療報酬化され、荘内病院でも平成28年4月に認知症ケアチームを結成しました。

結成後から平成29年の11月22日現在での介入患者数は2,000名に増加しております。ここで、私の役割の大きなウェイトを占めている荘内病院認知症ケアチームの活動内容を紹介いたします。認知症ケアチームには、認知症入院という環境の変化による戸惑いを少しでも減らすため、患者さんのご家族へ、馴染みの物を持参していただくよう協力していただき、環境調整を行い始めました。記憶が曖昧になった患者さんに

は、『荘内病院に入院中』や『便所』『トイレ』の表記、点滴固定部位の『大事な治療中』『抜かないで下さい』『大切にしてください』等、記憶に留まりやすい工夫をしたり、認知症の人の療養する環境（人・物的環境）を整えるよう頑張っています。患者さん同士のふれあいの場として、今は月1回ですが、院内ミニデイケアも実施をしています。



認知症ケアチーム
カンファレンス風景



点滴への注意文書

認知症ケアチームの紹介

入院生活を
穏やかに安らかに
過ごしていただけるよう
お手伝いします



- ❖ たとえ認知症ではなかったとしても、入院という慣れない環境や治療、入院してきた病気の影響で脳にもストレスがかかります。
- ❖ 本来受ける予定であった治療やケアが難しくなったり、入院生活に支障が生じたりします。



認知症ケアチームはどんな事をするの？

- ① 治療がスムーズに出来るようお手伝いします
- ② のんでいるお薬について確認します
- ③ 患者さんが困っていることお手伝いします
- ④ ご家族の困っていることの相談
- ⑤ 退院後1ヶ月以内のご自宅に訪問指導・相談
(希望された場合のみ、5回まで。入院費と別途料金となります。)

【チームメンバー】

・医師 ・看護師 ・臨床心理士 ・社会福祉士
・薬剤師 ・理学療法士 ・作業療法士



【認知症かな？認知症ケアって？とお悩みでしたら・・・】

お気軽にお近くの看護師までご相談下さい。

荘内病院認知症ケアチーム



院内デイの日の風景



外来での関わり

また、週に2回午後の時間に外来患者さんやそのご家族にも関わりを持たせていただいています。地域のかかりつけ医の紹介受診時に、認知症ケアチーム医である医師やチームメンバーである看護師、臨床心

理士などが外来でそれぞれの役割で関わりを持ちケアを行っています。また、鶴岡市の認知症初期集中支援対策メンバーでもある医師と認知症看護認定看護師のかかわりで、外来で、認知症初期集中支援事業にも協力体制で関わっております。外来受診中にBPSDにより、治療がうまくいかないケースの対応も行う事があります。

地域への関わり、退院後訪問指導

ご本人やご家族のご希望があれば退院から1カ月の間に、5回までは医療保険を利用して荘内病院の看護師の訪問も平成29年の7月から実施しています。(チーム介入全ての患者さん対応ではなく、療養移行期に必要と判断したケース・在宅やそれに値する施設退院ケースのみ) ※詳細は退院後訪問指導についての項を参照して下さい。

チーム活動2年目によせて

さらに、多職種でのコミュニケーションを大切にしています。患者さんをケアする上での注意点の伝達、飲んでいるお薬に問題がないかの確認、認知機能の評価、有効なリハビリテーションの提案、退院に向けてのお手伝い等、多職種で知恵を出し合い、それぞれの患者さんに適した関わりをもってきました。患者さんの出来る能力、出来ない能力を早期から多職種でアセスメントし、統一したケアが出来る様に情報共有を行っていく事が非常に有効で重要であるとチーム結成後2年目になり感じているところです。多職種が専門的な知識の目を持って、一人の患者さんに個別に関わっていく事で様々な視点からのアプローチに繋がり、おだやかな時間が持続可能になったり、退院先が変化したり、等の療養生活上の変化や退院支援先の変化に繋がったケースも増加してきました。生活リズム改善の為に可能な範囲で薬物に頼らないケア方法を提案し、『認知症ケア』の困難さだけに注目していた視点から、少しシフトチェンジし始めていると感じます。

患者さんの行動の裏に隠れている理由を探り、どうアプローチをすれば抑制が減らせて少しでも穏やかに療養出来るか、日々検討しケアを考えることが増えています。試行錯誤の中、『認知症ケア』へのさらなる一歩を踏み出しています。実際抑制はまだゼロにはなりません、半数程度に減少しているという数値が出ました。



これからの認知症ケアチームの在り方

従来、急性期病院では認知症を抱えた患者さんの入院治療は、難しいというイメージや、認知症のために理解してもらえない、点滴を抜いてしまう、大事な治療への協力が得られにくい等の為に抑制具を使用し行動を制限する事は、治療の為に仕方ないといった対応や説明もあったと思います。少しずつケアが変化出来るよう努力中です。

認知症ケアチーム結成から、1年と7ヶ月が経過しました。入院棟の数箇所に限定していたチームの活動範囲を平成29年5月からは拡大して活動を広げています。認知症ケアは難しい、負担を感じるという思いでいっぱいだったスタッフたちの急性期病院の認知症ケアは少しずつではありますが変化を見せていると感じています。認知症ケアは今後も更に必要な分野になってきます。認知症を理解し、病院でも地域でも、住み慣れた地域で認知症ケアの質が向上し、自分たちが年老いたその時が来ても安心して暮らせる地域の基幹病院で有り続ける事が出来る様、地域全体での認知症ケアのシステム構築、ITを活用したタイムリーな情報共有を行いながら認知症者とその家族を支えること、それは看護の原点を大切に、人としての尊厳を大切にするケアであると考えています。

今後も荘内病院認知症ケアチーム一丸となって活動を継続し、院内はもちろん住み慣れたこの庄内の地で、患者さんが穏やかに安らかに療養生活を継続出来るよう日々研鑽・努力を重ねていきたいと思っています。灯ったばかりの認知症ケアのかすかな灯りを少しずつ明るい灯火に変える事が出来る様、新たな知識を取り入れ古き良きケアや人と人とのつながりとコミュニケーションを大切にしながら一步一步確実なあゆみに行きたい。私の切なる願いです。



特集 当院の認知症ケアチームの現状と課題

退院後訪問指導について

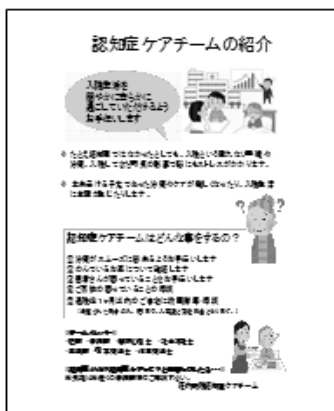
鶴岡市立荘内病院 認知症ケアチーム

認知症看護認定看護師 富 樫 千代美

2016年4月より当院では認知症ケアチームを結成、翌5月より院内での活動を開始した。2017年9月30日現在までの介入患者数は1,782名となっている。

荘内病院認知症ケアチーム始動 H28年4月～

H28年5月算定開始～H29年9月30日
介入1782名



入院棟を内科4病棟に限定し活動開始
活動エリアを拡大しH29年5月全入院棟へ



当市の高齢化率は先の『荘内病院の認知症ケアチームについて』で述べたとおりであり、2025年問題が危惧されている昨今、高齢入院患者数増加は避けられない状況にある。国を挙げて地域包括ケアが推進されてはいるが、同居率が高い山形県においても、家族構成員の高齢化、老老介護、認認介護、一人親と未婚の子供の2人世帯等介護力に不安を抱える世帯も多い現状やサービスへの知識不足、情報不足など抱えている問題が、入院という状況になって初めて浮き彫りになる事実も多く見受けられている。

鶴岡市の現状

- ・ 高齢夫婦のみの世帯割合 10.75% 44位
 - ・ 高齢単身世帯の割合 9.42% 40位
 - ・ 65歳以上の世帯員のいる世帯割合 54.66% 2位
- (2017年2月17日総務省統計局公表データ)



急性期の疾患治療を終え、退院の時期を迎えた家族が直面する認知症の人への介護不安は大きく、退院促進に繋がりにくく、退院支援困難事例となりやすい。2016年6月に高齢2人世帯で、子世帯は県外遠方在住、主介護者の夫より、退院前に「病院だからこんなに落ち着いたのではないかと家に帰ってまた入院前のおかしくなったら対応が出来ない。家で不安だ。」という相談を受けた事がきっかけとなり、平成28年度の診療報酬改定でも見直しが行われた退院後訪問指導についてチームでも内容を検討、院内でも協議を重ね、最初のモデルケースとして2016年7月より退院後訪問指導（以下、訪問指導）を開始した。

退院後訪問指導

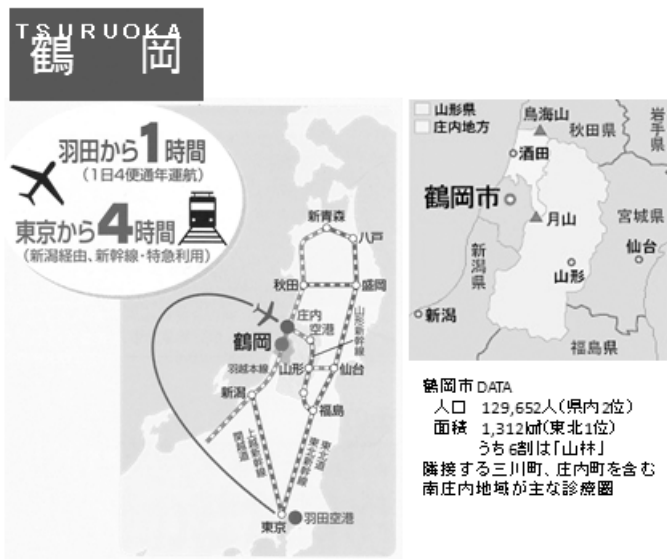
(退院翌日から1ヶ月以内に5回まで算定可能)

- 退院後地域における円滑な在宅療養移行、および在宅療養の継続のため患家を訪問し当該患者や家族に対し、在宅療養上の指導を行う。
- 退院後訪問指導料 : 580点
- 訪問看護師同行で : 600点

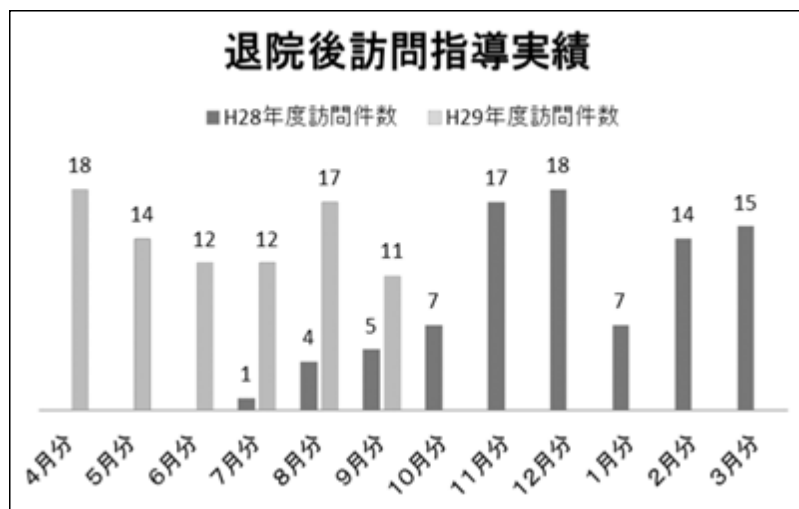
認知症ケアチーム
退院後訪問
はじめました。

認知症ケアチーム介入したケースで家族が指導を希望された場合訪問を開始

鶴岡市は、東北一広い面積を持つ市である為に、退院後訪問指導においても病院から患者宅迄の移動距離、移動時間は都会に比べて長く、件数はそう多くは行う事も出来ない状況である。交通費に関しては当院の規定に準じて1km29円の設定で了解を得て訪問しているが、診療報酬の対価に見合った訪問となるよう現時点では全ての訪問を認知症看護認定看護師が対応している。



2016年7月～2016年11月30日の間にチーム看護師が関与した16例の訪問実績を分析し、退院1週間～当日と訪問指導終了後に聞き取りでZarit 8 介護負担尺度（以下Zarit 8）またはインタビュー内容を評価したが、主介護者の続柄や家族構成、介護サービスの有無、Zarit 8 高得点の介護者は在宅退院時の訪問指導希望率が高かった。Zarit 8 は訪問指導前後では、統計的に有意差は出なかった。介護未経験者は訪問指導回数を多く希望したが、終了時のZarit 8 は点数が訪問指導前と変わらないもしくは悪化となった。訪問指導の利用で、ケース毎の個別性に応じた指導内容が介護者のプラスのケアイメージにつながった。介護者の認知症ケア対応力が向上することで退院後一ヶ月以内の再入院は減少した。平成29年9月末現在での一ヶ月以内の再入院者は合計4名で、全体の7%にとどめることが出来ている。訪問指導により新たなサービス移行（訪問看護や福祉用具貸与、ヘルパー導入、訪問薬剤師導入）につながった例もある。



＜H28年7月～H29年9月末実績＞

- 訪問患者総数 : 61名
- 訪問総件数 : 171回
- 院外訪問看護師同行 : 8件
- 介護支援専門員同行 : 45件

↓

67%が同行

地域へ我々のケアをつなぐ

3) 訪問看護同行加算

- 2016 年度診療報酬改定で新設された訪問看護同行加算を算定している病院は 246 施設だった。これは、回答病院全体の 6.9%(表 14)であり、退院後訪問指導料を算定する病院(452 施設)の 54.4%に当たる。
- 訪問看護同行加算を算定する上での課題では、「同行訪問の日程調整等が難しい」が 31.4%で最も多く、次いで「退院後に訪問看護の利用につながるケースが少ない」23.3%だった(表 15)。

表 14 訪問看護同行加算の算定状況

	件数	割合
算定している	246	6.9%
算定していない	3,017	85.0%
無回答・不明	286	8.1%
計	3,549	100.0%

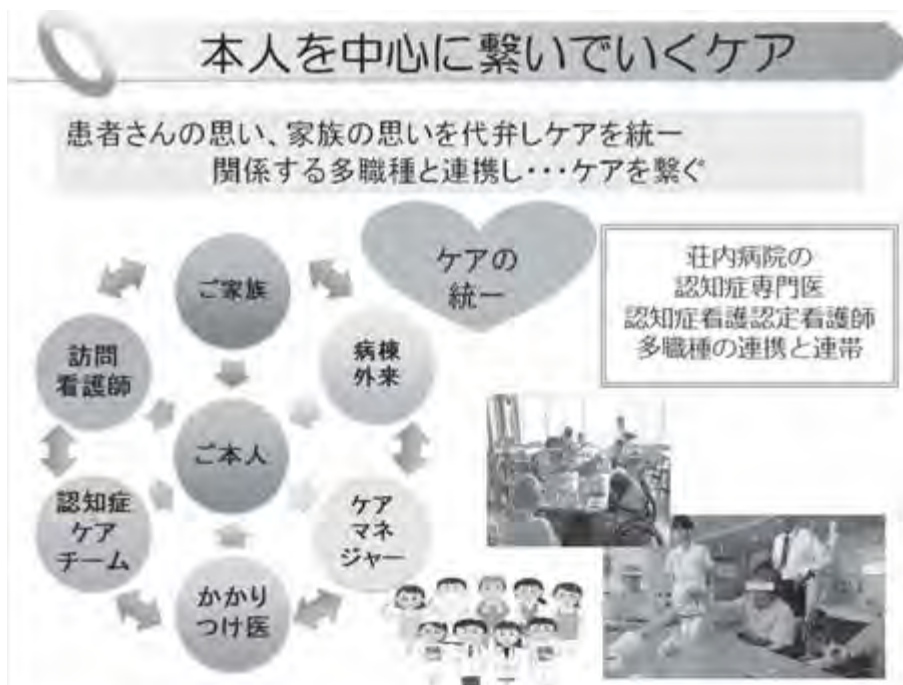
平成28年度の日本看護協会のデータ（表14）によると、退院後訪問指導加算を算定している病院は全体の6.9%にすぎない。地域包括ケアシステムが国を挙げて推進され、この退院後訪問指導は、地域でのサポートチームとなる家族への指導にも非常に有効であるだけでなく、それ以上に地域の療養のマネジメントを行うケアマネジャー、包括スタッフの同行訪問も、加算の算定対象ではないものの非常に有効かつ

患者さんや家族にとっての療養生活継続には有益であると感じており、地域での多職種の連携は今後も継続、またシステムを構築してタイムリーな情報共有や支援を協働して行っていく必要性を更に感じている次第である。

退院後法指導内容内訳	
訪問したケース	訪問指導内容
◆ 家族(施設)の介護不安	◆ ケアアドバイス
◆ 療養場所の環境調整が必要	◆ 環境調整
◆ 薬剤の効果判定が必要	◆ 介護相談
◆ 介護保険申請中・未申請	◆ 教育的介入
◆ 高齢者単独世帯等 介護力不足	◆ 非薬物療法的関わり
	◆ スケール評価

退院後訪問指導後の意見や要望	
プラスの意見	要望
◆ 病院から、バトン渡してもらった	◆ 訪問時間が短かった
◆ 退院直後の不安な時期、一緒に伴走してもらった	◆ まだずっと来て欲しかった
◆ 個々の問題点の解決の糸口や窓口が繋がった	◆ 介護保険のお金も払って高く感じた
◆ サービス導入のきっかけになった	◆ 回数限定で終了してしまう事への不安
◆ 安心出来た	◆ 訪問する人が変わる事への不安
◆ 自宅で頑張ってみようと思った	

入院早期から介護関係者の誰の不安感が強い見極め、ケースに応じた介入を積極的に実施し、在宅や施設退院まで継続してサポートする事で、介護者の安心感や自信につながり在宅や施設療養継続可能なケースが増加している。認知症への誤解が介護負担感を増強させていることも関わりの中から見えており、患者に応じた個別的な環境要因を見極めた訪問指導を行うことは在宅移行、退院促進に繋がる可能性が高まる事が示唆された。今後更に件数を重ね必要なサポートを継続したい。



特集 当院の認知症ケアチームの現状と課題

本市における認知症施策の動向と当院の現状について

鶴岡市立荘内病院 認知症ケアチーム

社会福祉士 菅原 繁

国では、急激な高齢社会に対応するため、地域包括ケアシステムの構築を推進している。特に今後は認知症高齢者が増加するため、医療と介護の連携や医療機関において認知症に配慮した治療・ケアが求められている。

最初に国と本市の認知症者数の動向と「認知症施策推進総合戦略」（以下、新オレンジプラン）に関する本市の取り組み状況について、次に認知症ケアチームにおける社会福祉士の役割について述べる。

【1. 国の動向】

国の推計では高齢者に占める認知症者数は平成24年で約7人に1人で462万人、団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）には約5人に1人で約700万人を見込んでいる。

このような推計を踏まえ、国では平成24年9月に「認知症施策推進5か年計画」いわゆるオレンジプランを公表、さらに平成27年1月に「新オレンジプラン」を策定し、認知症施策の推進を図っている。

【2. 鶴岡市の動向】

本市の高齢者人口は年々増加し、平成29年3月31日現在で高齢者人口は42,499人、高齢化率は32.9%である。本市の要介護認定者における認知症者数の推移は表1・2のとおりである（認知症高齢者自立度Ⅱ以上）。

表1【鶴岡市全体】

年 度	25	26	27	28	29
認知症者数（人）	5,485	5,631	5,827	5,967	5,859
高 齢 者 数（人）	40,057	40,689	41,400	42,179	42,499
割 合（％）	13.7	13.8	14.1	14.1	13.8

表2【在 宅】

年 度	25	26	27	28	29
認知症者数（人）	2,255	2,556	2,635	2,693	2,634
高 齢 者 数（人）	40,057	40,689	41,400	42,179	42,499
割 合（％）	5.6	6.3	6.4	6.4	6.2

この表では平成29年度は高齢者数が増加しているにも関わらず、認知症者数（市全体・在宅）が前年より減少している。これは前年度より介護認定申請件数が下回っているためである。

【本市の高齢者認知症施策の実施状況】

本市では、国が示した「新オレンジプラン」に基づき、次の認知症施策に取り組んでいる。

主な取り組み	内 容
普及・啓発の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症予防推進研修会（年1回） ・パンフレット作成「認知症予防の秘訣」 ・認知症サポーター養成^{*1} ・認知症を理解する教室（年6回）^{*2}
適時・適切な医療・介護等の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症初期集中支援チームの設置^{*3} ・つるおかオレンジ手帳の作成^{*4} ・もの忘れ相談医登録制度^{*5} ・認知症ケアバスの作成^{*6} ・認知症相談情報連絡箋の作成^{*7}
介護者支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症初期集中支援チームによる家族支援 ・認知症の人と家族の集い（年12回） ・認知症カフェ開催^{*8} ・認知症徘徊SOS見守りネットワークの構築 ・認知症高齢者見守りサービス事業
やさしい地域づくりの推進	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症地域支援推進員の配置^{*9} ・認知症キャラバン・メイトの組織化^{*10} ・成年後見制度出前講座 ・道路交通法改正についての出前講座

※1 認知症サポーター：認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対して支援を行う。累計12,985人（平成28年3月31日現在）

※2 認知症を理解する教室：認知症の不安を軽減し、今後の暮らしに備えることを目的に開催。（市独自）

※3 認知症初期集中支援チーム：認知症の診断を受けていない、介護保険サービスに結びついていない、認知症状が強く困っている人などを対象に認知症サポート医、保健師、看護師などの専門職が支援にあたる。当院の丸谷神経内科主任医長、富樫認知症看護認定看護師も支援チームに所属している。

※4 つるおかオレンジ手帳：認知症に関する医療・介護の連携ツール。（市独自）

※5 もの忘れ相談医登録制度：「もの忘れ」などが気になる人の診療を行い、かかりつけ医と連絡調整及び、必要に応じて専門医療機関へ紹介する役割を担う。（市独自）

※6 認知症ケアバス：認知症の各段階に応じた情報や支援策を提供するガイドブック。

※7 認知症情報連絡箋：地域包括支援センター等が受けた相談情報を医療機関へ提供することにより、認知症高齢者の医療受診支援を行う。（市独自）

※8 認知症カフェ：認知症の人や家族、地域の人、専門職の誰もが参加でき集う場。市内11か所で定期開催。平成29年度以降はさらに増える予定。

※9 認知症地域支援推進員：医療と介護の連携体制の構築、認知症対応力向上のための支援、認知症の人や家族等の相談支援の役割を担う。（市に1人、地域包括支援センターに6人配置）

※10 キャラバン・メイト：「認知症サポーター養成講座」の講師役（市独自）

平成28年度診療報酬改定では「新オレンジプラン」を踏まえ、認知症患者への適切な対応力とケアの向上を図るため認知症ケア加算を新たに設けた。当院の入院者に占める65歳以上の高齢者の割合は、多い時には約80%という状況であり、原疾患の治療はもとより、在宅復帰に備え、認知症のケアについて介護・医療機関等との連携が求められている。

高齢者の在宅復帰を促進するためには、行政の施策をはじめ、介護サービス事業所などで実施している各種事業にも理解を深めていく必要がある。

【3. 認知症ケアチームにおける社会福祉士の役割】

本来、社会福祉士の専門職としてのおもな役割は次の3つである。

- (1) 認知症のみならず、身体上もしくは精神上の障害があったり、環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、適切な介護・福祉サービス等を受けられるよう助言、指導を行う。
- (2) 医師その他の保健医療サービスを提供する者や介護・福祉サービス関係者等との連絡、調整、その他の援助を行う。
- (3) 認知症高齢者の入院中の権利を擁護する。

このような支援を地域連携室と連携して行い、円滑な入院治療や退院調整を図る。

【4. 身体・認知・家族状況に応じて入院中、退院後についての相談、支援】

要介護状態であるにも関わらず要介護認定が未認定のまま入院してくる高齢者、あるいは原疾患は回復したものの要介護状態になった高齢者をスムーズに在宅に復帰していただくためには、介護保険制度や福祉施策につなげ、施設入所も含め、高齢者の身体、認知、家族状況に応じたサービスを受けられる状況を整える必要がある。

そのためには社会福祉士自身も年々拡大・多様化する本市の認知症施策、高齢者の福祉施策等について情報収集を図り精通する。また関係機関などが開催する研修会にも参加し自己研鑽に努めるとともに、「顔の見える関係」をつくることが求められる。

【5. 今後の展望について】

当院の入院患者の高齢化は、少子高齢化を背景に今後も避けられないものであり、入院患者の認知症ケアは喫緊の課題である。退院後の受皿である家族の状況は、核家族化の進展により、ひとり暮らし高齢者、老々介護等が増加し、介護力の著しい低下が予想される。今後は認知症高齢者のケア・介護の困難さゆえに、退院後の帰来先の確保がより大変になる。

現在、当院にも設置されているICT^{※11}による情報共有ツールを、増え続ける認知症者にも積極的に活用し、個別具体的な認知症ケアの情報と介護・認知症施策の共有に努め、よりよいサービスを提供し在宅支援を図る必要がある。その結果として、病診連携、医療・介護の連携が進み「新オレンジプラン」が目指す「認知症の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自分らしく暮らし続けることができる社会」、いわゆる「地域包括ケアシステム」の実現に近づくことができる。

※11 ICT：Information and Communication Technology「情報通信技術」の略
当院には「Net 4 u」と「ちょうかいネット」が設置されている。

特集 当院の認知症ケアチームの現状と課題

薬剤師の関わりと今後の課題

鶴岡市立荘内病院 認知症ケアチーム

薬剤師 五十嵐 康 郎

【薬剤師の関わり】

認知症ケアチーム加算の算定には薬剤師がメンバーとして参加することは必須ではないが、適切な鎮静薬の使用を推進するためにマニュアル中の「鎮静を目的とした薬物の適正使用」の作成・改訂が必須であること、該当患者に関して下記の事項のチェックを行い、必要時に薬剤調整の提案を行うことは必要と考えられていることから、薬剤師が当チームに参加している。

認知症ケアチーム該当患者の薬剤使用にあたって、特に注意している事項

- ・認知機能の低下やせん妄を誘発する薬剤を必要以上に使用していないか
- ・使用している抗認知症薬が適切か
- ・認知症の行動・心理症状（以下、BPSD）の軽減目的に使用している鎮静薬は適切か

【鎮静を目的とした薬物の適正使用の作成・改訂について】

「鎮静を目的とした薬物の適正使用」は認知症者のケアマニュアル中の資料であり、興奮など症状によってどの薬剤を使用するか、使用する場合の注意事項等を記載している。特に抗精神病薬は使用頻度も注意事項も多いため、重点的に記載している。しかし、作成したマニュアルでは具体的にどの薬剤を使用するか、調節の仕方が分かりづらい、添付文書上の注意事項を全て網羅しているわけではない等の問題点により、病棟スタッフに伝えることや、マニュアルに記載していないことを確認することが多くあったので、必要な事項の追加とマニュアルの限界を記載する必要があると思われた。

【薬剤チェック、薬剤調整の提案、提案後に必要なことについて】

薬剤チェック、薬剤調整の提案は週1回火曜日のチーム回診時と随時にチームメンバーや病棟スタッフから相談を受けた時に行っている。チームを立ち上げた当初と比べ、チーム対象患者は増えており、薬剤調整提案を行う件数も増えている。

当初の想定では、チーム回診時のみに薬剤提案を行うと思われた。しかし、2017年3～4月の薬剤提案件数ではチーム回診時の10件に対して、随時の相談では46件とチーム回診以外での提案が多く、入院治療を円滑に行えるように薬剤調整も早期に行うことが求められていることが分かった。チーム回診時は薬剤調整提案に至った数は少なく、調整後の薬剤の効果・副作用等の確認を行うことが多かった。

2017年3～4月にチーム薬剤師が関与した薬剤提案内容は以下の通り。

調整提案内容	提案数	内 訳				
		新 規	再 開	用法変更	薬剤変更	中 止
抗認知症薬	12	0	3	2	0	7
眠 剤	25	16	0	0	9	0
抗精神病薬・抑肝散	15	10	0	2	0	3
認知機能低下・せん妄誘発薬	4	0	0	0	0	4
合 計	56	26	3	4	9	14

(チーム回診患者110人と回診以外で看護師等から相談を受けた患者37人の累計147人について薬剤提案内容を薬剤毎に集計、医師からの承認率は89%)

使用している薬剤の変更・中止の提案は持参薬に関するものが多かった。持参薬の調整に関する情報が退院後にかかりつけ医に伝わらない場合、処方内容が意図せずに入院前の内容に戻るなどの不都合が生じると考えられることから、病棟担当薬剤師との連携を行い、お薬手帳への変更内容・理由の記載を進めるようにしている。

夕方から夜間にかけての不穏・不眠に関する相談が多いこともあり、眠剤・抗精神病薬等の新規処方の提案が半数を占めた。入院前は使用していなかった薬剤であるので、退院後に不必要に継続しないよう、病棟スタッフで必要性を判断できるような仕組みの検討が必要であると思われる。

【今後の課題】

認知症ケアチーム該当の患者数は自分が想像していた以上であり、認知症ケアチーム以外の自分の業務との兼ね合いもあって、チーム該当患者を全員把握することは難しいと感じた。今後はチームメンバーや病棟スタッフが活用するマニュアル・資料を改善して、入院中から退院後までの安全で効率の良い薬剤使用に繋げることに努めたい。

特集 当院の認知症ケアチームの現状と課題

理学療法士の役割

鶴岡市立荘内病院 認知症ケアチーム

理学療法士 森 和 浩

1. はじめに

認知症ケア加算1の施設基準では、認知症ケアチームの構成要員として医師、看護師、社会福祉士又は精神保健福祉士が必須となっている。このほかに、患者の状態に応じて、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士が参加することが望ましいとされている。当院ではチームの一員として理学療法士が参加しており、ここではチームにおける理学療法士の活動内容と役割について述べる。

2. 理学療法士の役割

主な活動としては、週1回のカンファレンスへの参加と患者ラウンドを行っている。理学療法士の役割としては運動機能や起居、移動動作などの基本的動作能力をみる専門職として、非薬物療法的な関わりが中心になる。普段と異なる環境で入院生活を過ごす対象患者には、周囲の物的、人的環境が非常に重要であると考えられている。安楽な姿勢を保持し、落ち着いた環境で入院生活を送ることは、認知症の行動・心理症状（BPSD）やせん妄症状の改善につながる可能性があり、呼吸状態の安定や誤嚥の防止といった観点からも重要である。具体的には、①できるだけ安楽な姿勢でリラックスしてもらうために、ベッド上のポジショニング（臥位姿勢）や車椅子のシーティング（座位姿勢）の工夫、ベッド周囲の環境調整 ②リハビリオーダーが入っている患者では、覚醒リズムを考慮したりリハビリ時間の調整 ③病棟で可能な余暇活動の提案 などを行っている。



3. 今後の課題

チーム活動を経験し、理学療法士として対象者の身体機能を評価し、入院中の生活のみならず退院後の生活を考えた助言や他職種との情報共有をしていく必要性を強く感じている。障害された認知機能を代償し、最大限の残存能力を発揮できる環境を提供するために理学療法士として何ができるかを考えながら、チームの一員としての役割を果たしていきたい。

○ポジショニング例



身体の支持面が狭く不安定な姿勢。上下肢にも力が入ってしまい胸郭が開けないため、呼吸が浅く頸部の緊張も高い。誤嚥や拘縮にもつながりやすい。



身体の支持面が広くなり、上下肢の緊張が緩んだ姿勢。胸郭が開きゆったりとした深い呼吸ができるようになる。表情も柔らかくなる。寝返りなど次の動作にも移りやすい。

特集 当院の認知症ケアチームの現状と課題

認知症と作業療法

鶴岡市立荘内病院 認知症ケアチーム

作業療法士 石橋 史織

<はじめに>

当院における作業療法の対象者は、基礎疾患に加えさまざまな合併症を伴うことが多い。特に認知症を合併する患者は年々増加傾向にある。認知症患者に対し作業療法士が担う役割と、アプローチにおける視点についてご紹介する。

<作業療法士の役割>

1) アセスメント

運動機能、精神・認知機能、日常生活活動などに加え、入院経緯や人となり（病前性格、担ってきた役割や職業、生活環境など）も重点的にアセスメントする。また、認知症の人を知るためには、表情や行動など、非言語的な部分で発信されているサインを見逃さずに関わる必要がある。日常生活場面からの観察から評価をし、認知症によって難しくなっていることがあれば、それは記憶障害や見当識障害によるものなのか、失認や失行などによる高次脳機能障害なのかを判断する。



2) 作業療法士の関わり

認知症を有する患者に対し急性期治療の中で作業療法が目指すものは、まず「安心・安全感」を保証することである。具体的には、入院に伴う環境変化が起こす混乱・不安などを考慮しながら、刺激のコントロールなどの環境調整を行い、信頼関係を構築していく。身体合併症の管理や廃用性の二次障害予防も行っていく。さらに、転倒予防や生活リズムの再構築、活動性の維持のアプローチも作業療法士の役割となる。

急性期治療がある程度落ち着いた段階に入ると、徐々に刺激や活動性を増やし、ご本人のできることを活かした生活の再構築を、もともとの生活環境をイメージして行う。このときに重要となるのは周辺症状の評価と対応である。その方の作業歴や環境をひもとくことで、周辺症状や活動と参加に影響を及ぼす障害の要因を探る。そして作業を取り戻すこと、環境を整えることで、症状を和らげるための策を検討することができる。

ここでいう「作業」とは、個人や文化により意味と価値が付与された日々の活動や課題のことである。例えば、農業を生業としていた人を園芸活動に誘ってみたり、手芸が趣味だった人を編み物の活動に誘ってみると、興味を示すだけでなく、手続き記憶が活用できるため、部分的にでもそれらの活動を遂行できることはよくある。作業療法ではそのような「作業」を探索し、その活動との結びつきを促すことによって、周辺症状の緩和を促進することを主な目標とする。



<今後の展望>

病棟で行えるactivityの提案や、院内デイへの協力を検討し、認知症患者が入院という新たな環境の変化に適応出来るよう、多職種との連携や個々の資質向上を強化していきたい。

特集 当院の認知症ケアチームの現状と課題

臨床心理士の役割と課題

鶴岡市立荘内病院 認知症ケアチーム

臨床心理士 柏倉 貢

1. 臨床心理士の役割

認知症ケアチーム（以下DCT）の中での臨床心理士の役割は、DCT登録患者の認知機能を評価する事、会話による情緒的サポート、およびDCT介入中に精神科受診が必要と判断された患者（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 “M”ランクに相当）を精神科受診につなぐ橋渡しの役割になります（図1）。

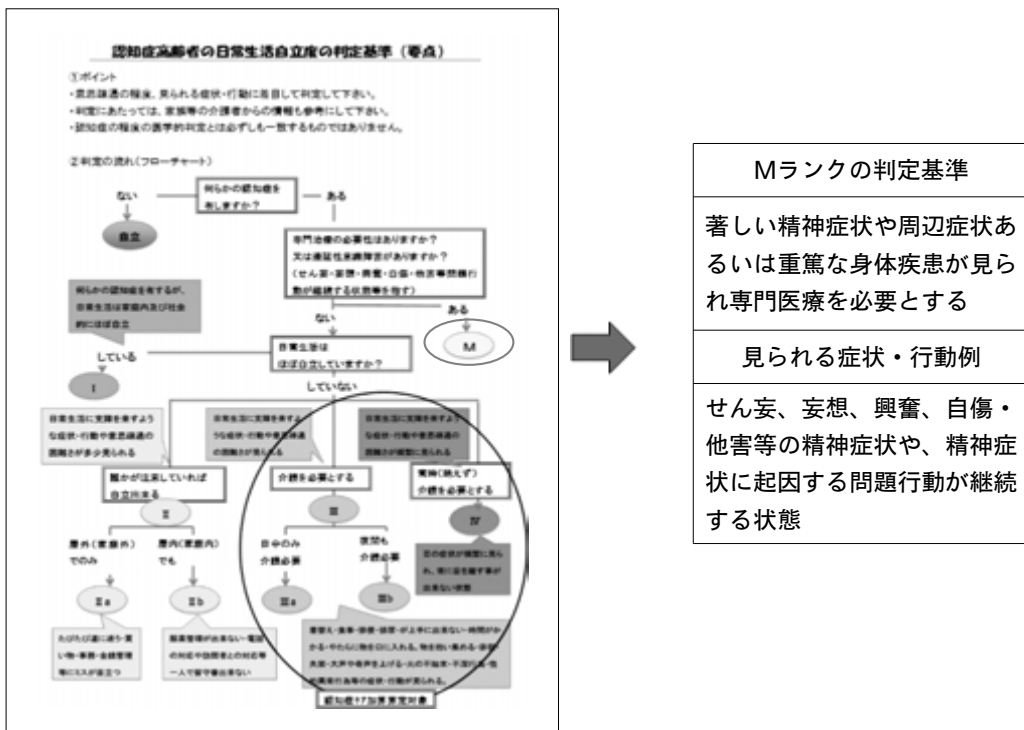


図1. 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（要点）

精神科コンサルト後は、薬剤調整は精神科が担当しますが、ケアに関してはDCTが引き続き相談のついでという事で棲み分けを図っています。

認知症のスクリーニングに使用している神経心理学検査には、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）、Mini-Mental State Examination（MMSE）、Japanese Version of The MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT（MOCA-J）があり、必要に応じてCOGNISTAT等の検査を加えて認知機能のアセスメントを行っています（写真1）

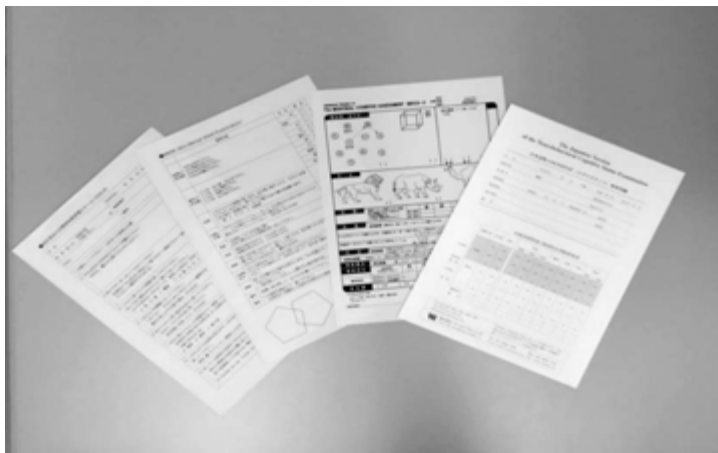


写真1. 神経心理学検査用紙

対象患者の選定：週1回開催されるチームカンファレンスで、認知機能評価が必要と判断されたケースや、認定看護師がラウンドする中で必要性を感じたケースについて随時評価しています。結果は電子カルテで共有し、現状評価および認知機能の経時の変化をみるのに活用していただいております。介護保険制度未申請であり、今後施設等への退院が見込まれる方、退院後在宅で福祉サービスの利用が見込まれる方は、できるだけ入院中に評価するようにしています。

2. 今後の課題と展望

従来のアセスメントでは認知機能の現状評価が主な目的でしたが、DCT活動では現状評価に留まらずその結果をどうケアに活かしていくか、より実践で役立つアセスメントが求められていると感じます。そのニーズに応えるためにもアセスメント力のスキルアップを図っていく事が自身の課題と考えます。

中等度以上の認知症に関しては残存機能のアセスメントがケアを考えるのに役立ちます。HDS-R等でのスケール評価が困難な方には、ベットサイドで行えるより簡便なアセスメントが実施できるとよいのではと考えています。

当院には常勤の精神科医師がいないため精神科リエゾンチームはなく、せん妄やBPSD対応も初期対応はDCTが当たっています。高齢者は身体疾患の増悪や環境変化により容易にせん妄を来しやすいため、せん妄のアセスメントに関しても院内で統一したスケールで評価していく事が望まれます。今後どのようなスケールを使い、どのタイミングで、誰がアセスメントしていくのがよいか、チームで検討していく課題であると考えます。

特集 当院の認知症ケアチームの現状と課題

外来の認知症診療の現状と課題

鶴岡市立荘内病院 認知症ケアチーム

内科外来看護師 百瀬 幸

2016年制定の認知症ケア加算1は入院患者を対象としている。そのため、チーム活動は入院患者中心にすすめている。しかし、当院では認知症看護認定看護師が週2回午後の外来活動日を設け、神経内科に紹介の認知症患者・家族の対応をはじめ、地域連携活動・入院前の調整などを行っている。

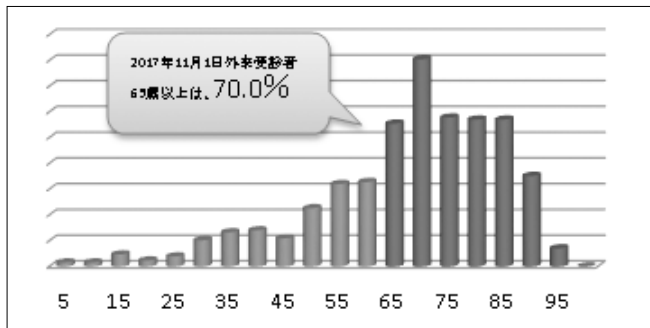


図1 外来受診患者における年齢構成 (2017.11.1調べ) N=640

先に示したとおり鶴岡市の高齢化率は平成29年4月1日現在32.9%である。当院の小児科・人間ドックを除く外来患者全体に占める65歳以上の割合も70.0% (2017年11月1日調べ)(図1)と高齢者率は高かった。また神経内科患者数は増加傾向である(図2)。中でも2017年7月12日～11月1日新規紹介患者47名に占める認知症患者の紹介比率は、9名(19.1%)であった。

認知症があることで急性期医療が制限されないよう支援すること、高齢者における服薬管理など、外来ケアには多くの支援が必要となっている。そこで、認知症ケアチームの立ち上げから1年を経過し、現状から外来での認知症診療ケアの課題を考えた。

認知症があることで急性期医療が制限されないよう支援すること、高齢者における

表1 神経内科外来における認知症紹介患者の診療の流れ

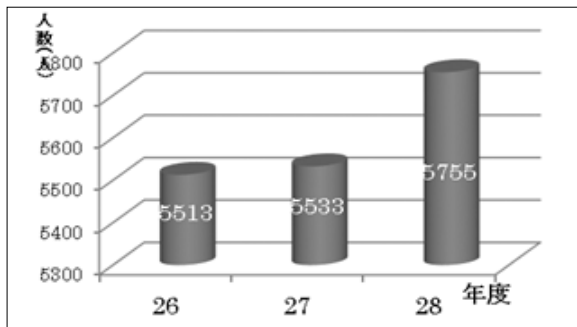


図2 神経内科患者数年度別推移



1. 外来における認知症看護認定看護師の介入の実際

2016年5月以降、認知症診療に認知症看護認定看護師の外来活動日を月・水曜日午後の神経内科新患紹介日に設けた(表1)。この方法によって、診察前に初回面接と予診を兼ねた専門的な

関わりができ、対応に苦慮する家族への支援に繋げることができている。

2. 看護介入の現状

神経内科外来での看護師の介入の現状は図3に示すように、認知症看護認定看護師の介入件数が伸びている。

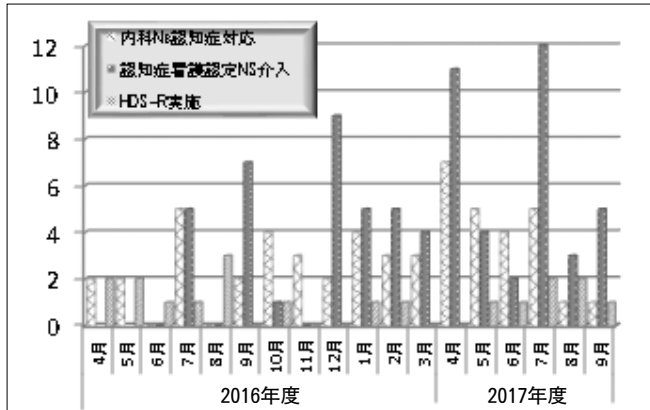


図3 内科外来認知症に関する件数の推移

報共有できるツールとして作成されている。外来では、6名の症例に「オレンジ手帳」を活用した。性別は女性3名、男性3名、年代は60代1名、70代4名、80代1名であった。転帰は、外来通院継続4名、かかりつけ医への逆紹介1名、精神科病院入院1名、死亡1名であった。

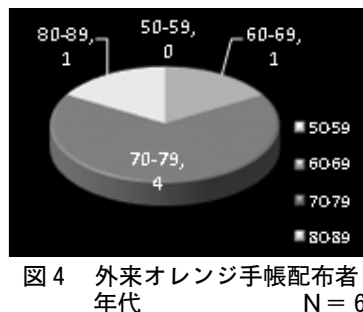


図4 外来オレンジ手帳配布者年代 N = 6

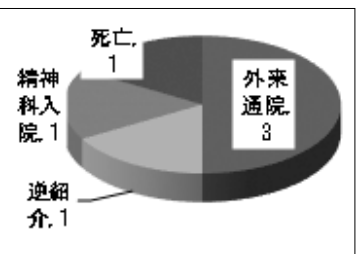


図5 オレンジ手帳配布者転帰 N = 6

オレンジ手帳の記載ありは3名であった（図4、5、6）。

●「オレンジ手帳」配布症例

80代 男性アルツハイマー型認知症にてA総合病院から診断を受けレミニール8mg処方されていた。HDS-R=26点（H28年4月）。

2016年11月、鶴岡市開催「ほっこりカフェ」で当院の事を聞いて紹介初診。認知症看護認定看護師面談。HDS-R=20点。記憶力低下を自覚し自信喪失。それを妻にも言えずに苦しんでいた。妻は、「なんで出来ないの。」と責めていた自分を振り返り、対応方法を一緒に考える介入を開始。情報共有のための「オレンジ手帳」を渡す。血圧測定指示。連絡事項手帳に記載。レミニール継続。

5ヶ月後、妻付きそい3回目の外来。手帳の記載確認。「意欲が低下している」と鉛筆書きあり。家庭血圧測定忘れていた。内服状況把握のため内服薬の残数確認が必要。手帳情報交換シートに連絡事項記載。さらに5か月後、5回目の受診で、はじめて手帳を忘れられる。

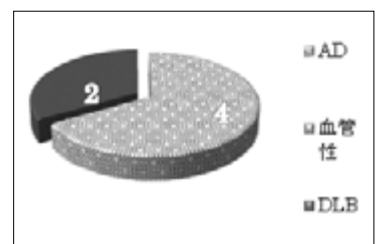


図6 オレンジ手帳配布者認知症病名 N = 6



図7 オレンジ手帳運用フロー

ているか⑥その人らしく振る舞えるか⑦十分な支援体制が整っているかの7つが挙げられている。認知症ケアでは、対象者の個別性に合わせた、受容可能なスピードでの環境整備と準備が必要である。早期から入院棟看護師と情報共有し予測的な介入で急性期医療へ繋げる役割がある。

2016年12月、外科手術に向けて呼吸器外科医師から神経内科へ術前紹介となり、外来から認知症ケアチームが介入し開胸手術後も円滑な術後経過が得られた60代独居・アルツハイマー型認知症（HSD-R=18点）の症例を経験し、早期の介入で十分な準備態勢を図ることの重要性を再認識した。

そこで、今回認知症患者の急性期医療に関わる外来看護師の意識について調査し課題を考察した。

- 1) 目的 認知症ケア加算1の活動から約1年半を経過したが、入院棟での活動が中心となっている。しかし、認知症を持つ患者の急性期医療では、外来での早期からの連携が必要であると感じていた。そこで、外来認知症ケアの課題抽出を目的としアンケート調査施行した。

【倫理的配慮】回答は自由意志であることを明記。回答をもって同意とした。データは、コード化し個人を特定しないよう処理した。

2) 調査方法

アンケートは留め置き法で、後日回収した。

- ① 調査対象：外来勤務看護師33名
- ② 調査期間：2017年10月16日～23日
- ③ 調査項目

上記の事例では、認知症看護認定看護師の介入により、患者の孤独感や不安を引き出し、家族への共感と適切な対応への支援が図られている。2回から4回までは手帳をお持ちだったが、書き込みは1回、伝達事項の活用はできなかった。次回受診までの間に医療者となつがっている安心感をもらすツールは患者・家族にとって有用である。しかし、認知機能が低下していく患者にとって、オレンジ手帳の活用には、患者・家族が記入しやすく、必要な情報が無駄なく共有できる使いやすさが要件となる。「オレンジ手帳」の課題を通し、効果的な地域への連携に推進していく必要があると考える(図7)。

4. 外来看護師の認知症ケアに関する意識について

前述のように、認知症があることで急性期医療が制限されないように支援することは外来看護師の役割として大きい。チーム共有の目標として、①健康状態は良好か②安全が守られているか③その人の力が発揮されているか④安全や健康の視点に問題はないか⑤安心して気持ちよく生活が出来

- ・背景要因：看護師歴 入院棟勤務経験の有無 認知症の教育（程度不問）の有無 老年看護の
カリキュラムの有無 認知症の親族の直接介護経験の有無
- ・質問10項目は文献¹⁾より認知症ケアの視点7項目に基づき、独自にカテゴリー・サブカテゴリー
に分類し、さらにケア提供者としての向上心を問う項目を加え作成した。解答方法5段階評価
とした（表2）。

表2 アンケート質問項目とカテゴリー分類

質問項目	カテゴリー ¹⁾	サブカテゴリー
● 認知症になると受けられる医療は制限されている	安全や健康の 視点	認知症と急性期医療受け入れに対する受け止め
● 認知症だからといって医療を制限されるべきではない		認知症の方の医療の公平性
● 認知症の患者はケア負担が大きい	認知症ケアの 捉え方	認知症ケアの負担感
● ケア次第で認知症の方は変わる		認知症ケアの重要性の受け止め
● 認知症のケアには積極的に関わりたい		認知症ケアに対する積極性
● 家族は認知症になっても十分な医療を受けさせたいと考えている	支援体制整備の 視点	家族の医療への期待の存在
● 認知症を持つ人の家族は、苦しんでいる		家族の苦悩の存在
● 認知症を持つ人の家族は、あきらめている		家族のあきらめ感の存在
● 認知症を持って、本人が主体的に医療の選択をできる	本人の力の発揮	認知症を持つ方への尊敬
● 認知症をもっと理解したい	向上心	認知症への学習意欲

- ・分析方法：全体集計結果の合計・分散・標準偏差と、①③④⑤の項目間での背景要因と回答の比率を単純比較した。

3) 結果

- ① 有効回答33名（女性33名 回収率100%）
- ② 看護師歴：20年以上の勤務経験者が24名（73%）であった（図8）。
- ③ 1人を除いて入院棟看護師としての勤務経験はあった（表3）。

表3 入院棟勤務経験の有無(人)

あり	32
なし	1

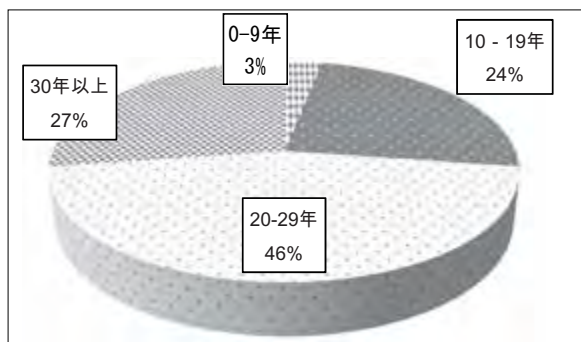


図8 外来看護師経験年数 N=33

表4 認知症教育の有無(人)

あり	20
なし	12
無回答	1

経験年数と背景
要因の比較

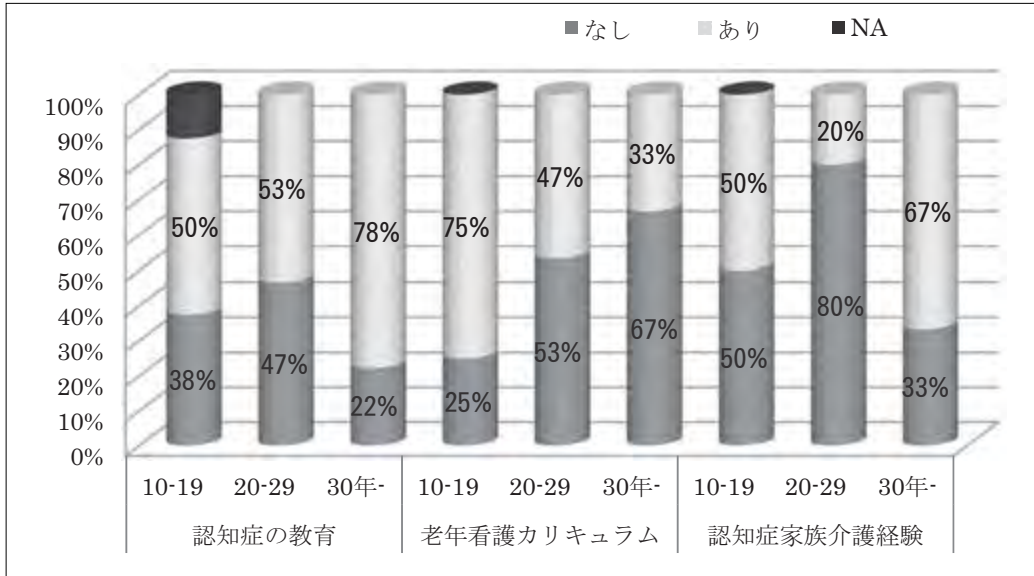


図9 看護師経験年数と背景要因の%比較

認知症の教育は、経験年数30年以上が78%と高かった。

老年看護のカリキュラムは、看護基礎教育制度が背景となって経験年数と共に低下していた。

認知症家族介護経験は、あり：20人 なし：13人であった。20-29年で「あり」が3名、「なし」が12名と最も少ない比率だった。(表4、図9)

介護の対象者との関係は、今回調査していない。

④ 看護師全体の意識の評価

「医療の制限の現実」と「積極的に関わりたい」「家族の諦め」で標準偏差が1.15-0.83とバラツキが大きかった。

「ケア負担大」「ケア次第で」「もっと理解したい」では、平均4.0以上で標準偏差も0.7以下で比較的「思う」でバラツキが小さかった。(図10)

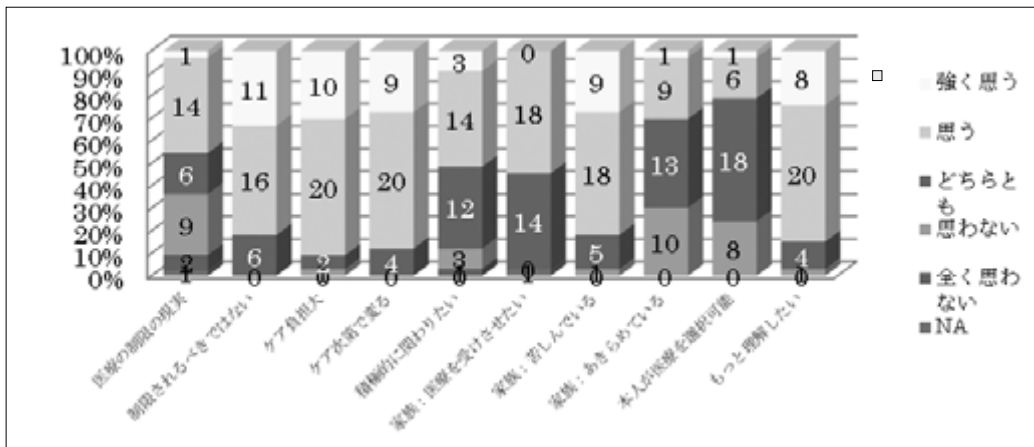


図10 外来看護師の認知症ケアに関する意識 (5段階評価) N=33

⑤ 外来看護師は73%が20年以上の看護師経験で、認知症対応に家族としての経験もある。

- ⑥ 外来看護師は、安全や健康の視点で認知症があることで急性期医療が制限されるべきではないと考えているが、実際は制限されることがあると認識している。
- ⑦ 外来看護師は、支援体制整備の視点では、家族は認知症があってもできるだけ医療は受けさせたいと考え諦めてはいないが、現状に苦しんでいると推測している。
- ⑧ 認知症ケアの捉え方では、認知症はケア次第で変わるが、それにかかるケアの負担感は大きいと捉えている。

4. 考 察

1. 認知症の学習の機会が多く、約2/3は認知症の教育の機会を得ている。学習することで、認知症を広くとらえ、認知症によって医療の制限を受けているととらえる傾向がある。
2. 外来看護師の39.3%に家族の認知症ケア経験があった。このことは、認知症ケアを自己の経験知に基づく概念でとらえやすい可能性を持っている。介護経験なしの群が、認知症をよりネガティブなイメージで受け止めている。人間は実際に体験する事で対応力を獲得できる。しかし、看護師の勤務上での関わりの認知症の家族のとらえ方には、あきらめや苦しみを感じているととらえやすい傾向にある。
3. 看護師経験が長い方が認知症に対しネガティブでケアに消極的な傾向にある。老人看護のカリキュラムを基礎教育として受けていないことの要因も考えられる。

5. 結 論

認知症があることで急性期医療が制限されないように早期から入院棟看護師と情報共有し予測的な介入で急性期医療へ繋げる役割支援するための外来看護師の役割は大きい。

家族介護経験者・年代が高い群の急性期医療の制限に関する認識が低いことから、過去のケア経験や認知症の家族ケアの経験知に揺動されて、家族の苦悩や制限を低くとらえる可能性があると考えられる。認知症を持ち急性期医療を受けることの困難さや家族の苦悩を理解する能力は、認知症の理解したいという興味や意欲に起因する。学習行動はその表現であると考えられる。そのため、外来看護師にとって、認知症ケアの学習は、広く個別的な認知症もつ患者家族のニーズをとらえるために有効である。

参考文献

- 1) 日本認知症ケア学会編：改定3版 認知症ケアの実際Ⅰ：総論第3版, p3, p66-70, ワールドプランニング, 東京, 2013