

大分県立看護科学大学 第12回看護国際フォーラム

「日本における認知症ケア－看護師が行う認知症の医療と生活の質を高めるケア－」（得居みのり先生の講演から）

津隈 亜弥子 Ayako Tsuguma

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 精神看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2010年12月30日投稿, 2011年3月16日受理

キーワード

認知症、高齢者、認知症ケア、看護職、地域

Key words

dementia, elderly people, dementia care, nursing professionals, community

1. はじめに

今回の看護国際フォーラムは、「高齢社会における健康とケアを学際的に考える」をテーマに開催され、とくに「認知症に対する看護職としてのかかわりのあり方」を考える機会になった。姫路聖マリア病院地域連携室室長、看護管理室看護師長の得居みのり先生からは、老人看護専門看護師の立場から「日本における認知症ケア－看護師が行う認知症の医療と生活の質を高めるケア－」と題し、最前線の認知症ケアの実践に基づいたご講演をいただいた。その概要を紹介する。

2. 増え続ける日本の認知症高齢者

日本は他国に類をみないスピードで高齢社会を迎えており、その結果、認知症高齢者数は増加の一途をたどっている。現在、85歳以上の高齢者の4人に1人が認知症であると言われている。さらに、要介護認定者の2人に1人、居宅にいる要介護認定者の8割に認知症の症状があるとも言われている。

3. 認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト

このような状況を受けて、2008年に厚生労働省は、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」を立ち上げ、今後の認知症対策の具体的内容として以下の5つをあげている。1) 実態

の把握：認知症患者数や認知症患者の症状別、医療機関・施設別の利用の実態についての調査など、2) 研究・開発の促進：アルツハイマー病に有効な予防方法や早期診断技術の実用化、根本的治療薬の実用化を目標とした研究など、3) 早期診断の推進と適切な医療の提供：早期診断の促進、認知症の専門医療を提供する医師の育成など、4) 適切なケアの普及および本人・家族支援：認知症ケアの標準化・高度化に向けた取り組みや、医療から介護への切れ目のないサービス提供の推進、相談支援体制の充実、認知症サポーターの増員など、5) 若年性認知症対策：コールセンターの設置による相談支援体制の充実や、雇用・就労、障害者福祉などへ適切につなぐための支援など、である。

3.1 サポート医・かかりつけ医による認知症高齢者支援体制

このプロジェクトの中で、地域のかかりつけ医は、認知症早期段階での発見や気づき、専門医療機関への受診誘導、家族の介護負担・不安への理解、地域の認知症介護サービス機関との連携などを役割として担っている。認知症サポート医や認知症専門医療機関は、相談や助言という形でかかりつけ医をサポートし、さらに地域包括支援センターなどと相互連携をとりながら、認知症患者や家族を支援することを目指している。

3.2 日常の生活圏域を基本としたサービス体系の構築

認知症患者の生活上の望ましい条件とは、小規模な居住空間、家庭的な雰囲気、なじみのある安定的な人間関係、住み慣れた地域での生活の継続である。これらの普遍化に向けた展開として、グループホーム（認知症対応型共同生活介護）、小規模・多機能ケア、施設機能の地域展開、ユニットケアの普及が求められている。

3.3 認知症サポーター 100万人キャラバン

さらに、このプロジェクトでは「認知症サポーター 100万人キャラバン」の取組みを推進している。認知症サポーターとは、認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症患者やその家族を支援する人のことである。認知症サポーターになるには、各地域で実施している「認知症サポーター養成講座」を受講する必要がある。この「認知症サポーター養成講座」の講師役は「キャラバンメイト」であり、これを養成する「キャラバンメイト養成研修」では、認知症の基礎知識などのほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラムや協力機関の探し方などをグループワークで学ぶ内容が含まれる。認知症サポーター養成講座の対象は様々であり、住民を対象とする場合、自治会や老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等があり、職域の場合は、企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等がある。小中高等学校の場合は、教職員やPTA等が対象となる。

4. 看護職が行う「認知症の医療と生活の質を高めるケア」

姫路聖マリア病院は、他の病院と同様、認知症をもつ患者が年々増加しているが、神経内科や脳神経外科、精神科をもたないため、認知症の診断・治療が行えない状況の中にあつた。そのような現状の中、認知症に関連した資格をもつ看護師ら—老人看護専門看護師（CNS）と、認知症高齢者認定看護師（CN）・認知症ケア専門士—が、認知症マネジメントの1) 知識を深めること、2) 病診連携を深めること、3) 他職種協働の3つの要件を意識し、何ができるかを考え、活動を展開している。

4.1 認知症看護相談外来

週1回、1名に対し1時間枠でCNSとCNが相談に応じている。対象は、病院の外来受診患者・入院患者とその家族、本人にかかわっているケアマネージャー、訪問看護師、行政機関職員等である。内容は、認知症に関する相談（簡易認知機能検査、精神科医師へのコンサルテーション、MRIの予約等）、認知症患者の介護に関する相談、社会資源に関する相談等である。外来通院患者のみ1回1000円の有料相談としている。具体的な相談内容には、認知症なのかどうかを知りたい、患者の対応に困っている、介護サービスの窓口や内容について知りたい等がある。まず問診や検査を行い、介護方法の教育・指導、サービス機関の窓口案内、地域の関連機関への連絡調整、介護保険の導入（主治医意見書の準備）、精神科医師へのコンサルテーション（MRI、血液検査オーダー、クリニックの紹介等）を行っている。利用者からは、（認知症と診断された患者の家族より）病気の症状であることが分かって安堵した声や介護への意欲向上の声、（認知症の本人より）積極的な治療意欲の声などが聞かれている。

4.2 認知症ケアコンサルテーション

対象は、病棟・外来看護師、認定看護師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、言語療法士、薬剤師、栄養士、緩和ケアチーム、栄養サポートチーム等である。相談内容は様々で、患者に夜間不眠や昼夜逆転があり困る、患者が「インスリン注射の手技が覚えられない」「ストマケアなどの新しい手技が覚えられない」「服薬管理ができない」「安全が保てない」「食事がとれない」「せん妄なのか認知症なのか分からない」等が多い。依頼を受けたあるスタッフからは、認知症患者のその人らしさを大切にしつつ、退院後の生活を考えることの重要性を実感したという声が聞かれた。

4.3 地域連携室における退院支援・退院調整

病院では退院支援・退院調整に関しては、退院調整依頼表（スクリーニングシート）で病棟から依頼がある。調整依頼の内容として、家族が「もう自宅での介護は難しい」と言っている、独居であつたが認知症の症状がみられている、もと居た施設から再入所はできないと断られた、新たな処置（ストマケア、インスリン自己注射など）や服薬

管理を行うことが困難でありその結果退院ができない、介護者も病気(又は認知症)である等、がある。その支援・調整内容として、認知機能の評価や、医療処置のシンプル化、介護保険の導入、介護サービスの導入、連携機関との連絡・調整、周囲の人への介護教育等を行っている。スクリーニングシートには、認知症患者としてチェックされているにもかかわらず、スタッフに認知症と認識されていない場合もあるため、患者さんと対面し情報を収集しながら状況を確認するようにしている。また、介護保険は必ず必要になるため、早めにケアマネジャーを決めて連絡調整を行い、退院後に必要とされる医療やケアを含む生活を構築していくことが重要になってくる。退院調整を行った例で、インスリン自己注射の手技が行えず、退院が難しい患者がいた。家族からの情報収集、本人への問診・検査を行いMRIのオーダーを依頼し、アルツハイマーと脳血管障害の混合性の認知症と診断された。食事管理と自宅での生活調整が必要であるため、インスリン自己注射ではなく内服薬での調整を行っていくことになった。退院後、家族への興奮攻撃性が強まり、デイサービスにも行けなくなり、外来でフォローした。その結果、今は落ち着き自宅での生活を続けている。

4.4 地域における活動

4.4.1 「認知症見守り訪問員」の育成

認知症のケアは院内だけで行っていくつもりであったが、院内で調整をしても院外(地域)での調整がなされていないと、うまく認知症の患者さんたちは生活していけないという事実もよく見えてきた。そのため、院内の活動と並行して院外での活動を行っている。まず、認知症サポーター、キャラバンメイトの育成に携わっている。さらに、「認知症見守り訪問員」の育成も行っている。在宅で認知症患者を介護している家族の介護負担を改善するための、介護保険給付外の有償見守りボランティアのことであり、姫路市とNPO団体と協力して行っている。これは予約制で、今はケアマネジャーを通して予約することも可能であり、1日3時間までの利用が可能である。活動の内容は、家族が介護疲れで休息が必要なとき、受診や買い物などで外出したいとき、用事の間、見守りを頼みたいときなどに、本人の居宅を訪問し、話し相

手や見守りを行う。「認知症見守り訪問員」養成研修受講者は、認知症サポーター養成講座を受講した希望者であり、4回シリーズで研修を行っている。内容は、認知症の医学的理解、認知症の人の心の理解と支援、家族の理解と支援、おつきあいのコツとしての認知症患者の支援・グループホーム実習・まとめからなり、CNSとCNで分担している。認知症見守り訪問員のボランティアの登録は進んできているが、利用者が少ないのが現状である。しかし、だんだん問い合わせ数が増加しているため、今後増えていくものと見込まれる。とくに若年性の認知症患者にふさわしいデイサービスがないということで、このような制度を利用したいという問い合わせが最近では増えているという。この活動は、個人の休みを利用して行っているため、これからはこの研修を次の世代が行えるように育てていきたいと思っている。

4.4.2 姫路市認知症地域連絡会議

姫路市における認知症介護・看護は、病院の中だけのケアでは立ち行かないことと、認知症医療の課題とがあいまって、認知症専門病院医師、精神科病院医師、開業医、病院看護師、ケアマネジャー、保健所の職員等が出席し、連携会議を開催している。この会議により、認知症に関する地域連携がなされていくことを期待している。また、他職種が合同して勉強会が行われることも認知症ケアにおいては意味があることである。

5. 今後の課題

出生数の減少と死亡数の増加により、さらに認知症の人が高い割合を占めていく。最期を迎える場所のほとんどは病院で、施設で看取りケアを行っているところはまだまだ少ない。終末期ケアを受けるのはどこなのか、自宅なのか施設なのか、看取りケアの基盤の整備がなされないという状況がある。その整備のためには、さらなる地域や他職種との連携が必要になり、看護職が担える活動は非常に大きいものであると考えている。そこで、ELNEC-G (End-of-Life Nursing Education Consortium-Geriatrics) というプログラムを考えている。これは高齢者ケアに従事する看護職が保有すべきEnd-of-Lifeケアに対する能力の向上を図り、高齢者のEnd-of-Lifeの質の向上を目指す

ために行う教育プログラムのことであり、老人看護CNSが共同して開発しようとしているところである。これからの認知症ケアと医療に関して、私たち看護師にできること、もしくは看護師だからできることをさらに探っていきたいと思っている。

6. おわりに

講演の中で語られた活動の実際は、院内から院外(地域)へ、地域から日本へ、日本から国際的な視野へと広がりをもっている。そのすべてに共通しているのは、「今、自分ができることは何か」を常々考えておられることであった。そして、このことこそが、あらゆる変化に対応していくことが必要な看護職に、求められることなのではないかと感じた。現実に埋没されそうな希望が、エンパワーされていく思いがした。



著者連絡先

〒870-1201
大分市大字廻栖野2944-9
大分県立看護科学大学 精神看護学研究室
津隈 亜弥子
tsuguma@oita-nhs.ac.jp