

(報 告)

当院における認知症ケアチーム活動報告—作業療法の課題—

山根裕美子 大寺 弥

鳥取赤十字病院 リハビリテーション科部

Key words : 認知症, 急性期, 多職種チーム

はじめに

急性期医療において認知症患者のみならず, その他の入院患者にみられる行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia : 以下BPSD) は, 主疾病の治療や早期日常生活動作 (以下ADL) の回復に影響を与える。そのため早期からの適切な対応が重要とされ, 平成28年度診療報酬改定により認知症ケア加算が新設された。

当院では平成28年度4月より認知症ケアチームが発足し活動しているが, 開始より1年経過し活動内容および作業療法の課題について報告する。

認知症ケアチームの構成

医師2名, 認知症看護認定看護師1名, 社会福祉士1名, 薬剤師1名, 管理栄養士1名, 作業療法士 (以下OT) 2名, 理学療法士1名, 事務職1名である。

認知症ケアチームの主な活動

[活動内容]

1. ラウンドとカンファレンス

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 (表1) におけるランクⅢ以上の患者を対象とした。また, ランクⅠ・Ⅱであっても, 病棟看護師・医師の依頼があれば評価対象としている。ただし, 重度の意識障害のある者 (JCSⅡ-30以上又はGCSで8点以下の状態にある者) は除いている。これらの患者に対し, 認知症看護認定看護師がラウンド前に本人と面談, 看護師への状況確認を行い, 入院生活に困難さが生じている患者・生じる可能性がある患者を対象としている。

ラウンドはカンファレンスと共に週1回行っている。各職種が事前に対象患者の情報収集を行い, ラウンドシートに記載している。ラウンド時は直接ベッドサイドにて病棟看護師と共に問題点の抽出・対応を検討をしている。主に薬剤・生活リズム調整・環境調整・身体拘束解除や代替法等の提案を行い, OTとしてリハの必要性を検討・リハ紹介を提案している。各病棟ラウンド後, 病棟スタッフを含めてカンファレンスを実施し, 内容の整

表1 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準
I	何らかの認知症を有するが, 日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても, 誰かが注意していれば自立できる。
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる。
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる。
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ, 介護を必要とする。
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ, 常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ, 専門医療を必要とする。

理・確認を行っている。入院経過によっては継続して介入しているが、状態が安定して治療に支障がなければラウンド終了としている。

2. 委員会の開催

委員会は年2回開催し、ラウンド・カンファレンスの頻度の検討、カルテのみのラウンド導入の可否、全職員対象の研修の方法の確認・修正等の検討と実績報告を行っている。

3. 研修会の開催

研修会は全職員を対象として年2回開催している。そのうち1回は認知症ケアチームメンバー全員が講師としての研修を実施した。研修会は医師「診断と治療」、薬剤師「BPSDに対応する薬物療法」、認知症看護認定看護師「認知症患者との関わり・気付き」、作業療法士「認知症に対するリハ」、管理栄養士「栄養管理について」、社会福祉士「退院調整について一事例を通して」の内容であった。その研修を撮影し、DVDを作成して研修に参加できない職員の研修も行った。研修後にアンケートを実施し、意見を取りまとめている。

活 動 報 告

ラウンドとカンファレンス

平成28年4月～平成29年3月までのラウンド件数は870例であった(表2)。実ラウンド患者数は313名であり、介入により問題点の改善・変化がみられた患者は、薬剤の変更調整25件、生活リズムの調整4件、環境調整3件であった。傾眠傾向の患者に対し、不必要な抗精神病薬の減量・中止を提案し、その結果生活リズム

の改善がみられた。また、薬剤調整による昼夜逆転(夜間の不眠・興奮)の改善がみられた患者や、薬剤調整と共に行動パターンを評価して介護服を解除することが出来た患者があった。他にもベンゾジアゼピン系薬剤の使用はBPSDの悪化を認めることもあるため中止の検討を主治医や病棟スタッフに提言し、予防に努めた。生活リズムの調整では治療経過に合わせて車イスでの食事摂取を指導すると、食事動作が全介助から自力摂取可能へと改善した患者や、排泄パターンを観察・把握することにより誘導にて排泄可能となった患者、昼夜逆転に対し、日中は室内を明るくすることを提言して生活リズムが改善した患者があった。環境調整ではベッドの配置変更とセンサー対応を行って転倒の予防が出来た患者があった。チューブトラブル防止のためつなぎ服を着用している患者に対して、パジャマへの変更を検討した。パジャマへ変更後はチューブ類が視界に入らないように配置やパジャマ内の通し方を検討し、自己抜去なく経過した。

ま と め

認知症ケアはチームだけでの活動では週1回のみ対応となり、対象患者の生活全体を把握しづらい等の問題があった。そこで、患者を取り巻くスタッフ全体で取り組む必要性があり、スタッフへBPSDの基礎知識を浸透させていくことが重要と考えられた。

認知症ケアチームのOTとして、今後ラウンドの結果や介入アドバイスを担当リハビリスタッフへフィードバックをするためのシステム作りが今後の課題である。さらに他職種が専門的に介入することで今後の効果が得られるのではないかと考える。

文 献

- 1) 厚生労働省ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000105049.pdf>
- 2) 鷺見幸彦：急性期病院における認知症対応チーム。神経治療 33: 435-438, 2016.
- 3) 大久保昭宏：病院をあげて取り組む人認知症対応力の強化。看護 69: 78-81, 2017.

表2 認知症高齢者の日常生活自立度と件数

自立度	件数
I	0
II a	1
II b	3
III a	278
III b	123
IV	465