

リーダーシップとマネジメントの実践

認知症ケアの質向上の取り組み

キーワード：認知症 認知症看護 看護師 マネジメント

千布 さとみ（西入院棟 6階）

I. はじめに

当病棟は脳神経内科と脳神経外科の専門病棟であり、血管性認知症者が多く、認知症ケアのニーズは高い。今年度私は高齢者認知症看護委員会に所属し、病棟でリンクナースとして活動している。現状は高齢者の転倒が多いことや認知症患者の中には行動・心理症状（以下BPSDと記載）が見られることがあった。特に夜間は、効果的な睡眠ができずに転倒や自己抜去などのインシデント発生につながるが多い。院内では認知症高齢者の日常生活自立度判定の院内フローシートの導入と認知症ケアチームとの連携や学習会の機会が増え、病棟スタッフは認知症の特徴を捉えたコミュニケーションや関わり方の意識は高まっている。しかし病棟スタッフの看護の実際として、言葉での抑制や身体抑制で一旦は安全の確保で終わり、患者のニーズの理解と充足に至っていないケースがあった。私が看護する上で大事にしている、「患者の様々な行動や言動からニーズを読み取ったケア」を病棟スタッフに浸透させたいと考えた。また本年度の高齢者認知症看護委員会の目標も踏まえ、認知症のある患者が適切なケアを受け、安全な療養生活を送ることができるように、高齢者認知症委員会のリンクナースとして病棟の課題を分析し、支援を行う必要があると考えた。

今回、リーダーシップとマネジメント研修を通して実施した認知症ケアの質向上の取り組みについて報告する。

II. 方法

1. 分析とその結果

1) 認知症ケアについてのアンケートの実施内容は①認知症高齢者の日常生活自立度判定を基にした看護計画の立案の有無②日常生

活ケアと薬剤を含む睡眠ケアで注意していることの自由記載③認知症患者の全体像の捉え方④リンクナースへの要望について意見収集を行った。病棟看護師より26名中23名の回答が得られた。

①は「ほとんど活かせていない」と回答した数は17名で「活かせていない」が1名であった。②は「シャワー浴や散歩等の日中の覚醒を促し昼夜のリズムを付ける」、「可能な範囲で自宅でしていたことや好きなことをしてもらう」といった意見があった。③については「本人の病気に対する理解や受け止め」、「生きてきた歴史」、「入院前までの生活の場」などが挙げられた。④については「睡眠剤・鎮静薬使用のタイミングとどの薬剤を使用すべきか、副作用について知りたい。」という意見や「不穏や帰宅願望の強い患者、暴力暴言のある患者への効果的な関わり方について勉強したい」という意見があった。

2) スタッフへのヒアリング

認知症のある患者を担当している看護師へケアで困っていることをヒアリングした。看護師1名より「危険行動があり、何をしてほしいかわからない時や多忙で気持ちに余裕がない時にゆっくり関わっていない。」と意見があった。

3) 看護記録の読み取り

6月某日の入院患者の認知症高齢者の日常生活自立度判定の実施率は34%であった。認知症ケアチームの介入が必要と判定されている患者は3名であったが、介入依頼はできていなかった。また認知症のある患者や認知機能の低下のある患者の看護計画が立案されていた人数は3名中2名であった。看護計画は個別性がなく、標準プランが立案されていた。また1患

者の看護記録より患者の反応と看護師のケアの分析をした結果、看護師によって患者のニーズのアセスメント、拘束や薬剤の使用の判断が様々であり、統一されていないことが分かった。

2. 分析結果から抽出した課題

・睡眠薬や抗精神薬の作用や投薬のタイミングなどに関する薬剤の知識が少ない。

・入院時に認知症のある患者とせん妄やBPSDの発生のリスクが高い患者のスクリーニングが適切に行われていない。

・個別性のある看護計画の立案に至っておらず、ケアの統一が出来ていない。

・認知症患者の行動や言動のアセスメントができていない。

3. 目標

課題を踏まえ、当病棟の認知症ケアに関する目標を設定し、スタッフへ周知した。

1) 入院環境への適応を促す日常生活ケアと睡眠ケアについて看護展開ができる。

(1) 認知症とせん妄や不穏行動の予防について理解ができる。

(2) 対象の言動の意味を理解しニーズを満たし、不必要な拘束が減少する。

(3) 対象の生活状況を把握した個別性のある日常生活ケアと睡眠ケアの看護計画を立案し、実践、評価ができる。

2) 認知症看護に関するマニュアルの活用とケアチームの介入依頼を普及させる。

(1) 日常生活自立度判定を実施する意義を理解する。

(2) 入院時の認知症の院内フローシート実施を100%にする。

(3) 認知症に関する看護ケアが必要な患者に看護計画の立案とケアチームの介入依頼ができる。

4. 計画と実施

1) 認知症高齢者の日常生活自立度判定の実施の呼びかけ

認知症高齢者の日常生活自立度判定は患者の自己管理能力や理解力のアセスメントの指標と認知症ケアが必要な患者のスクリーニングになり、アセスメント力の向上の手段になると考え、実施の必要性をカンファレンスや病棟会で呼びかけた。また実施ができていないスタッフへ個別に呼びかけた。対象患者の担当看護師へ認知症ケアチームへの依頼も呼びかけた。

2) 認知症患者の成功事例の共有

認知症ケアの知識を実践と結びつけることを意図した事例カンファレンスを行った。この事例は認知症患者の排便誘導により入眠を促

し体幹抑制の使用回数が減少したことであった。この事例を通して看護師が認知症患者の不穏行動への意味を適切に捉えケアすることが患者の安全安楽に影響していることや、患者の行動を理解する際のアセスメントのポイントとして生理的欲求の充足が不可欠であることを示した。また看護師によって不眠時薬の選択が違ったり、排泄誘導ができていなかったりとケアの統一ができていなかった。アセスメントしケアを行ったことと患者の反応を看護計画に反映させ継続看護を意識するよう伝えた。

3) 睡眠を促す薬剤について勉強会を実施

アンケート結果で高齢者の睡眠薬の使用について薬剤の選択や投薬のタイミングなどの判断に困ることがあると分かったため、スタッフの学習ニーズに応じて薬剤師より実施してもらった。また院内外の研修会の告知を行い、参加するように呼びかけた。

4) カンファレンスでの事例発表

スタッフに事例発表をしてもらうことで患者の生活史や入院前の生活状況を踏まえた全体像を捉え、意図的な介入を意識してもらった。またケアの方向性をディスカッションし、患者の看護計画を周知させ、統一した看護ケアに役立ててもらう機会にした。

認知症ケアの事例研究2件の支援を行い、高齢者認知症ケアの看護展開のモデルとして周知し、スタッフのアセスメントの視点とケア方法の知識の取得を目的とした。

5) 記録監査での個別的フィードバック

患者の全体像を捉えるために必要な情報が取れているか、アセスメントによりニーズに応じた個別的な看護計画実施が出来ているのかの視点で監査を行った。生活史を捉えた全体像、個別性のある目標設定と計画立案、実施と患者の反応を記録に残し継続看護ができるように個別に伝えた。またケアで困っていることは何かを聞きながら計画立案を共に考え支援した。また看護師が行ったケアが患者にどのように影響したのかを一緒に振り返る場面を作り、看護ケアの言語化を促していった。

III. 結果

1. II-4-1) の目標について

病棟スタッフにヒアリングした。薬剤の学習会の実施で「根拠を持って不眠時薬を使用する事ができ、不安が減って良かった」と反応があった。知識が増えたことと院内の不眠時薬のマニュアル整備により、薬剤の適正使用に繋がった。夜間の睡眠がとれ、昼夜のリズムがついていた。また高齢者の転倒が前年度と比較し昨年

13件から9件へ減少できた。(調査期間は6月から11月)特に夜間の転倒が昨年度8件から4件へ減少した。しかし知識を得たいという思いはあるが、マニュアルの使用や院内外研修の参加者は少なかった。研修会の参加やマニュアルの活用の促しと動機づけの課題が見つかった。

成功事例の共有により「排泄のフィジカルアセスメントが患者の安楽に繋がることの実感できた。」「他の患者をアセスメントする際に生理的ニーズが絡んでいるかもしれないと考え、アセスメントの幅が広がった。」「(成功事例の共有で)排便と睡眠がこうも関連しているとは思わなくて印象に残り、実践しようと思った。」「何で患者さんはこういう行動をするのか聞いたり、考えたりするようになった。」「全体的に言葉や身体抑制が減ったような気がする。徘徊があっても、注意するだけでなくその理由を聞くようになった。」と反応があった。危険行動と思っていた行動を患者の視点で抑制を使用する前にニーズのアセスメントとケアを実践しようとする意識に繋がった。また患者は趣味の活動や散歩をして日中を過ごし、目的を持った覚醒ができていた。スタッフは意図的に患者と関わる時間を確保し、抑制使用の回数を少なくしている。また「認知症ケアについて意識して計画を立てている。」と意見があり、記録監査や事例発表、個別フィードバックを行うことで受け持ち看護師は意図的に生活史などの情報をとり、全体像の記載や個別的な看護目標の設定と環境調整や日常生活ケアの計画立案ができるようになっていく。

2. II-4-2)の目標について

認知症高齢者の日常生活自立度判定院内フローシート実施率は34%から介入後96%へ上昇させることができた。これは実施できていない人へ直接フィードバックを行った結果であったと考える。また、実施することの意義を伝えたことで、動機付けできたと考える。実施率向上により、認知症高齢者の日常生活自立度判定Ⅲa以上で介入対象者の看護計画立案が100%(対象者5名)実施できていた。認知症高齢者の日常生活自立度判定の実施により認知症ケアが必要な患者のスクリーニングができ、早期介入に繋がったと考える。しかし、入院時は認知症高齢者の自立度判定で介入不要としていたが、入院数日後に認知機能の低下が見られた場合に認知症ケアチームへの介入の依頼が出来ておらず、新たな課題が見つかった。

IV. 考察

結果を踏まえ、看護の質の向上には事例検討は効果的であった。事例検討によって意図的に関わることでアセスメントし看護計画を立案するために知識を実践へ引き出し、リンクさせることに繋がったと考える。今後も事例カンファレンスは継続していくことが必要であるが、リンクナース1人での呼びかけや実施、進行は困難さがある。PNSグループのメンバーへの協力依頼をし、この取り組みの強化を行っていく必要がある。また記録委員や医療安全委員、倫理係と協働し、認知症ケアについて考える機会を作る必要がある。今後は病棟全体が認知症ケアの関心が高まり、日々実践の中でケアについて考え話し合える風土づくりが必要であると考える。

今回、スタッフへのヒアリングやOJTの中で直接スタッフに認知症ケアのアドバイスをを行い、話しやすい環境でスタッフとのコミュニケーションを図ることを徹底していった。また看護記録監査でケアの実際と患者の反応から効果があったことと看護計画で不足している部分をフィードバックし、スタッフと実践を通じた認知症ケアについて語った。スタッフとコミュニケーションを密に図り、認知症ケアについて直接意見をもらったことで、課題の抽出と支援がよりの確にできたと考える。また取り組みの評価をスタッフから得ることができた。

個別的にスタッフと看護ケアの実際を話すことで、ケアと患者の反応を客観的に捉え、言語化する機会となった。スタッフが行ったケアと患者への影響を言語化することは、実践の意味づけとモチベーションの保持に繋がったと考える。今後はスタッフ自身が課題を捉え、自主的なマニュアルの確認や研修会などへの参加による知識の補充、事例カンファレンスの実施というような主体的な行動が出来るようにリーダーシップを発揮する必要がある。

V. まとめ

認知症ケアの質向上のために現状分析し課題を抽出し目標に応じた介入によって、認知症ケアの質向上につながった。事例検討、ケアの実際と患者の反応を言語化することが認知症ケアの質の向上に効果があった。今後はスタッフが主体的な研修会への参加や事例カンファレンスの実施が出来るような支援とリーダーシップをとる必要がある。

VI. 参考文献

1) 陣田泰子:看護現場学への招待エキスパートナースは現場で育つ 医学書院 2006年