

認知症ケアの意識向上のための取り組み

キーワード：認知症 認知症看護

金谷 佳代子（北入院棟 3 階）

I. はじめに

当病棟では高齢者や認知症患者の入院が多く、集中治療室からの転入も多いため環境の変化に伴いせん妄のリスクが高い。また、認知力の低下・せん妄に伴い、適切な治療を受けることができない、インシデント事故につながるケースもみられており、入院生活を安心・安全に過ごせるような環境作りが必要である。現在当病棟では、入院時に認知症高齢者日常生活自立度判定フローチャートの記載率が低く、タイムリーに認知症ケアチームにつなげ、看護介入ができていない。また、個別性に合わせた看護計画の立案・修正ができていない現状にある。高齢者・認知症委員として、リーダーシップとマネジメントの実践の研修に参加し、病棟全体の認知症ケアの意識向上を図り、患者の安心・安全に繋がる看護を行ないたいと考えた。その取り組みについてここに報告する。

II. 役割・立ち位置

私は看護師経験 8 年目であり、当院・当病棟に所属し 3 年目である。今年度初めて高齢者・認知症委員の役割を担うこととなった。部署の今年度の目標として、高齢者・認知症看護の知識と対応力を高め、行動制限を減らす看護（ユマニチュード）を実践すると掲げている。高齢者・認知症委員として、高齢者・認知症患者に対する対応力とケアの質向上を図ることが出来るよう支援することを目標に取り組みを行なった。

III. 目標

1. 病棟スタッフが高齢者・認知症看護の知識と対応力を高めることが出来る

- 1) 認知症ケアチームの介入の必要性を理解

し、認知症高齢者日常生活自立度判定フローチャートの記載率が増える

- 2) リンクナース、安全委員と協力し、成功体験を共有できるよう事例の振り返りを行なうことができる

- 3) 患者にとって統一した看護が提供できるよう具体的な看護問題の立案・修正を行なうことができる

IV. 計画・実施

1. 認知症高齢者日常生活自立度フローチャート・認知症ケアチーム介入依頼の意識化

入院時に記載ができていないことが多かったため、入院チェックリストに項目を追加し、記載漏れがないようにした。また、記載方法がわからない、判定の仕方が難しいという意見があったため、カンファレンス時に繰り返し記載方法について説明を行なった。

2. 成功体験の共有

安全委員と共に、危険行動の多い患者が転倒・転落なく安全に入院生活を送ることができた認知症患者についての事例をカンファレンスで振り返った。記録については、入院前の生活を意識した関わりが出来ているか、ケアスケジュールの充実（安全ケア、睡眠ケア、環境ケアなど）を図ることができているか、看護計画の立案や個別性のあるプランの具体的な修正・追加を行なうことができているかなどのポイントを基に評価を行なった。また、認知症ケアマニュアル・行動制限のフローチャート活用についてのアナウンスや、身体拘束における『魔の 3 ロック』について説明を行ない、患者の安全とともに尊厳を大事にしたケアを考えることを意識して説明をした。

3. ユマニチュードの実践

認知症患者の看護ケアについて看護研究を実践しているスタッフから、ユマニチュードの学習会をカンファレンス内で数回に分けて実施。実際に日々の看護の中でユマニチュードを意識してコミュニケーションを図った。

4. 認知症看護の評価/監査

リンクナースに協力してもらい、チーム会でチームごとに認知症対象患者を1名選択し、認知症患者の記録について監査を実施。ケアスケジュールの充実を図ることができているか、自宅・入院前の生活環境を意識して情報収集を行い、看護記録に反映することができているか、看護計画の立案や個別性のあるプランの具体的な修正、追加を行うことができているか、看護計画を元に日々の記録を展開する事が出来ているかを指標に評価を実施した。またその中で昨年に比べ、認知症看護についての意識がどう変化したか、昨年と比べて良くなったこと、改善した方がよいことなどを自由に意見を出してもらった。

V. 結果

1. 認知症高齢者日常生活自立度フローチャート・認知症ケアチーム介入依頼の意識化について

認知症高齢者日常生活自立度フローチャートの記載率は30%から介入後97%、当病棟からの認知症ケアチーム介入依頼件数は1件(昨年)から10件(今年)まで上昇させることができた。まず入院チェックリストに項目を記載することで、記載漏れが少なくなり記載率が上昇した。認知症ケアチーム介入依頼については、方法について理解できていないスタッフが多かったため、カンファレンスの時間に記載方法をスタッフに周知することで、以前より関心をもつことができ介入の増加に繋がったと考える。早期介入により、昼夜逆転し夜間せん妄が見られた患者の生活リズムが整い、せん妄の離脱に繋がった。認知症ケアチーム件数の増加に伴い、早期に認知症ケアチーム介入に繋げることができ、他職種のスタッフと一緒に認知症患者の看護を考え実践することができた。しかし、認知症高齢者日常生活自立度フローチャートの判定後に再評価ができておらず、入院中に介入が突如必要になった患者への介入が早期にできていない現状もあるため、今後の課題である。

2. 成功体験の共有

病棟全体で患者の情報共有を行ない、入院前の生活歴を元に本人の趣味を取り入れたレクリエーションの実施、トイレ誘導、安心できる声かけ、生活リズムを整えるために認知症ケアチームと相談して内服調整の実施など成功体験について振り返りを行なった。成功体験の振り返りをし、フィードバックすることで、実際の看護展開やケアスケジュールの利用・看護計画の記載方法などカルテの活用方法について検討することができた。身体抑制をせずどうしたら患者の安全を守りながらケアを行なうことが出来たかを病棟全体で考えることで、現在のケアの見直しやスタッフのモチベーションのアップにも繋がったと考える。また、日々の看護の中で無意識に行っていた『魔の3ロック』について考え、患者への声かけに変化があった。今まではスタッフの中でも抑制＝身体抑制という考えが多かったが、私たちが無意識に患者に口にして言っている言葉が言葉の抑制に繋がっていることを理解することに繋がった。実際の声かけでも「危ないですよ。座っててください。」から「どうされました？トイレに行きますか？」など患者の行動の意味を考えた声かけが増え、患者の尊厳を意識したケアに繋がったと考える。

3. ユマニチュードの実践

ユマニチュードの実践については、認知症患者の看護ケアについて看護研究を実践しているスタッフと共に文献を用いて、コミュニケーション方法について学習会を実施した。実際にユマニチュードを意識して関わった認知症患者で、関わり前は口数も少なくケアの拒否もみられたが、ユマニチュードを意識しながらコミュニケーションを図る中で、少しずつ表情もやわらかくなり、患者からの言葉も増えた。患者家族からも「元々寡黙な人で、こんなに話す人ではなかったんですけど、皆さんの関わりが良かったんですね。」と評価をいただいた。ユマニチュードを意識した関わりにより、スタッフの中でも患者との関係性を築くことが出来たと手ごたえもあり、患者との信頼関係が患者の安心感に繋がったと考える。

4. 認知症看護の評価/監査

記録方法については事例カンファレンス内でも記録方法の振り返りを実施し、10月のチーム会でチームごとに認知症対象患者を1名選択し、認知症患者の記録について監査を実施した。前年度に比べ、対象患者に「認知症患者の看護」

の看護問題は立案され、看護計画についても患者の個別性に合わせたプランが作成されていた。また、個別性に合わせたプランに基づいて、看護の実践・看護記録の記載・評価を実施することが出来ている傾向にある。しかし、入院前の生活環境への情報収集は情報を得ていても、記録に反映出来ておらず、患者の想いについての記録が不足しているため、今後意識して記録していく必要がある。スタッフより前年度に比べ、「感覚で実施していたことが、知識や根拠を基に実施できた」「計画を意識して修正できるようになった」「患者の尊厳を意識して接することができるようになった」という意見が上がり、意識の向上につながっている。その一方で、アセスメントシートの更新不足や長期的な支援を意識しての記録の記載など今後の課題も上がった。

VI. 評価

結果として、今回の取り組みは高齢者・認知症看護の知識と対応力を高める上で効果的であった。対応力を高めることに繋がった要因として、スタッフへのアプローチと共通の認識をもったスタッフとの協力によるものが挙げられる。スタッフへのアプローチとしては、病棟の強みとして、先輩・後輩関係なく意見を言いやすい雰囲気があり、スタッフの理解を深める上で、カンファレンスの場での成功体験の共有や日々の看護をフィードバックすることが有効であった。経験年数が若く、認知症ケアに対して知識も少ないスタッフが多い。このような背景でのスタッフへのアプローチ方法としては一方的な説明ではなく、患者の安全とともに尊厳を大事にしたケアを考えること、また必要性を感じてもらうことを意識した。その結果、スタッフ自身が現在のケアの分析・今後の課題を見つけるができ手ごたえがみられた。また、できていることを共有することでスタッフのモチベーションのアップにも繋がったと感じる。2つ目の要因としては、サブリスクマネージャーや興味関心が高いスタッフに協力を求めた。スタッフ自身がコミュニケーション方法、安全ケア、睡眠ケアなど様々な視点からの介入方法を学び、感覚的に実施したことが知識や根拠をもって看護ケアを実施できるようになった。また、知識を得ることで、個別性の看護の実践や具体的な看護計画の立案が増え、病棟全体のケアの向上に繋がったと感じる。協力者間で共通の目標をもつことで、基軸がぶれずにスタッフに周知を促すことができた。

今後の課題として、特に認知症患者はチーム内でだけでなく、病棟全体で関わりをもつ機会も多いため、定期的にカンファレンスを行ない、病棟全体で話し合う風土を作る必要がある。看護師だけでなく他職種も一緒にカンファレンスを行なう機会を設け、退院後どのように生活をしていくのか長期的な支援を入院中に考える必要がある。私自身リーダーシップを発揮することが元々苦手であり、病棟全体を巻き込んで取り組むことが不足していたと感じる。今後はもっと主体的にリーダーシップを発揮し、周りを巻き込み活動していきたい。

VII. まとめ

認知症ケアの意識向上において、基軸をしつかりもち、PDCA サイクルを基に分析・計画・評価を行なうことで認知症ケアの意識向上に繋がった。

今回の研修を受け、自分一人で抱えるのではなく、現状を把握し、病棟全体を巻き込んで共通の認識を得ることが目標の達成に繋がると感じた。また、より良い看護の質の向上につながるよう一緒にスタッフと考え、意思決定できるよう支援することがリーダーシップを発揮する上で大切だということを学んだ。