

## 0-3-18

### 認知症ケアチーム立ち上げと活動の報告

那須赤十字病院 看護部

○白井 愛海、黒崎 頼子

認知症ケアチーム立ち上げと活動の報告那須赤十字病院 認知症看護認定看護師 (DCN) ○白井 愛海 黒崎 頼子【はじめに】 認知症高齢者のケアが深刻な社会問題化し、厚生労働省は、地域包括ケアシステムを掲げた本格的な認知症施策への取り組みを開始した。急性期病院においても、入院直後から退院後の生活を見据えた支援が必須となり、看護師個々の知識と対応力の向上が求められている。平成28年の診療報酬改定で新設された認知症ケア加算に基づき、認知症ケアチーム（以下チーム）を立ち上げたので、その道のりと見えてきた課題について報告する。【目的】 チーム立ち上げと活動を振り返ることで、課題を明確にし、今後の活動につなげる。【チーム立ち上げから活動開始まで】 DCNとして活動する中で、精神科医との回診において、急性期病院での薬物療法に頼らざるを得ない状況の多さを痛感した。認知症への介入の基本である非薬物療法を行えないことに、認知看護の限界・ジレンマを感じていた。今回、チームを立ち上げたため、その経緯を以下に記す。リンクナース会社立ち上げ準備・スクリーニング方法の検討・認知症高齢者の日常生活自立度評価テンプレート作成及び使用方法のスタッフへの浸透・チーム構成員による勉強会等。【活動開始から現在まで】 活動を開始し、活動時間や内容、回診先の病棟での受け入れ、スクリーニング漏れ、データ管理方法など、多岐に亘り課題がみられた。各々に対処し、現在の活動形態が定着してきた。【今後の課題】1スタッフの意識改革と他職種間の連携2身体抑制3日常生活自立度評価2の患者への支援4チーム内での認知症ケアへの意思統一5介入結果の評価方法6経営的側面からの課題【まとめ】 課題を踏まえ、チーム活動をさらに有意義なものとし、多職種に還元することで、患者・家族の支援につなげたい。

## 0-3-20

### 当院における認知症ケアチーム活動報告について 認知症看護認定看護師の役割

福井赤十字病院 看護部

○山本 隆、高野誠一郎、山内 幸子、仲辻 良仁、横山 友美

【はじめに】当院では2016年7月から認知症ケアチーム（以下チーム）の活動を開始した。今回、活動の結果と今後の課題を報告する。【認知症ケアチーム員】 認知症専門医、看護師長、認知症看護認定看護師、作業療法士、社会福祉士5名で構成されている。【活動内容】 ストレス診療科及び神経内科受診患者を基本に毎週火曜日に患者選定のための病棟ラウンドと毎週木曜日にチームで介入患者の病棟ラウンドを実施している。【チーム内の認知症看護認定看護師の役割】 介入患者の選定、ラウンドはもちろんのこと、認知症ケア加算では、看護計画の評価が含まれている。当院では認知症高齢者やせん妄発症患者への看護計画は立案されていない。現在はチーム介入した患者に対し、認知症症状に伴うBPSD発症リスク状態とせん妄発症のリスク状態の2パターンの看護計画を立案し、必要なケアを提案・指導している。【結果】 2016年7月～2017年3月総数：151件 内訳：BPSD発症者数：34件 せん妄発症者数：110件 その他：7件BPSD発症やせん妄発症している患者の要因をスタッフと共に考慮し、コミュニケーション方法や療養環境調整を提案している。その中で、できるだけ抑制や鎮静を第一に考えているケアをラウンドやカンファレンスで現在の身体抑制が必要なか検討し話し合っている。その結果、また前のように行われている身体抑制へのスタッフ全体の認識が高まりつつある。また、看護計画は介入した151件、138件立案できていた。【今後の課題】 当院では、認知症やせん妄の入院時スクリーニングが確立していないため、入院時・症状悪化時スクリーニングを取り入れて、早めの介入を行うことや看護計画立案を入院時から立案出来るように院内整備を行っていくことが課題である。

## 0-3-22

### 当院における倫理コンサルテーションチームの立ち上げ

石巻赤十字病院 倫理委員会・倫理コンサルテーションチーム

○八島 浩、鈴木 聡、菅野喜久子、日向 園恵

【はじめに】臨床の現場では様々な倫理的な「もやもや」が毎日のように蓄積されている。しかし、当院の倫理委員会はこれまで臨床研究の倫理審査を主な目的としてきたため、日々の臨床倫理の相談を引き受ける力が不足していた。その反省から、平成27年4月から「倫理コンサルテーション」の活動を始めたので報告する。【実績】 相談件数の推移は、平成27年度が5件、平成28年度が10件、平成29年度6月現在（3か月）4件で増加傾向にある。【結語】 病院職員は臨床倫理上の「もやもや」を気軽に相談できるようになりつつある。このことは倫理的な「気づき」の醸成にも役立つと思われる。その一方で、具体的な「答え」を「倫理コンサルテーションチーム」に求める声もあり、我々の役割が広く理解されている訳ではないようである。

## 0-3-19

### 認知症ケアチーム活動の実際と課題

松江赤十字病院 看護部

○内部 孝子

2016年度診療報酬改定に伴い、認知症ケア加算が新設された。それに伴い当院では、身体疾患の治療のために入院した認知症高齢者に対する病棟の対応力とケアの質の向上を図ることを目的として、医師、看護師、社会福祉士などで認知症ケアチームを立ち上げ活動を開始した。高齢で行動・心理症状があり認知症が疑われる患者を対象として、認知症ケアチームの看護師が相談の依頼を受け、病棟看護師とともに認知機能のアセスメントを行い、看護計画を立案、ケアを行うこととした。また、薬物療法が必要な患者や診断が必要な患者については直ちにチームの医師と連携をとることとした。看護師や職員への教育は、認知症研修を計画した。2016年7～3月までに依頼のあった患者は56例、神経内科、脳神経外科、整形外科、消化器内科の依頼が多かった。依頼内容（重複あり）は、睡眠障害、せん妄が最も多く、その影響要因（重複あり）は疾患そのものによるもの、身体の苦痛、環境変化がアセスメントされた。症状に対し、現実認識の補完や生活リズムへのケア、環境整備、身体的苦痛の軽減については看護計画を立案しケアを行った。依頼後直ちにチームの医師と連携を開始したのは14例であった。退院後の療養場所については、施設あるいは転居は36例、精神科病棟への転居および死亡は8例、在宅への退院は10例であった。職員への研修会は6回実施した。症状出現や依頼のタイミングは、入院あるいは術直後が多くせん妄の予防へのケアが今後の課題と考える。

## 0-3-21

### 開設から8年の足創傷治療センターの成果と課題

浜松赤十字病院 血管外科・足創傷治療センター

○相良 大輔、小谷野憲一、鈴木 実

近年、末梢動脈疾患(PAD)、糖尿病による足慢性創傷の治療が重要な課題であり、地域における需要も高まって来ている。特に糖尿病長期透析患者の足慢性創傷は難治性、再発性であり専門的な治療を必要とする。浜松赤十字病院では平成20年10月に足創傷治療センターを開設し8年間にわたり、長期の救済を目的にフットケアから治療および再発まで対応し、下肢血管内治療850件、バイパス手術110件、小切開310件、大切開75件を行ってきた。ほとんどの患者は原疾患として糖尿病、末期腎不全、循環器疾患を有し維持透析が必要であるため、足創傷治療には血管外科、形成外科、糖尿病内科、腎臓内科、循環器内科、透析センター、皮膚・排泄ケアナース(WOC)、リハビリテーション科、義肢装具士、栄養サポートチーム(NST)などの多職種による多角的なチーム医療が必須である。また、透析開業医をはじめ近隣の病院から地域医療連携室を窓口にした紹介入院があり、足創傷治療後の退院において正常な歩行機能を失う患者も多いため施設等への退院を退院支援部門がバックアップする必要がある。医療界においてさまざまな種類のチーム医療の重要性が論じられているが、足創傷治療も多職種の協力を必要とし、効率化と個人の負担軽減のためにチーム医療が鍵となる。これまでは血管外科がゲートキーパーとなりリーダーとなって足創傷治療センターを牽引して来たものの、リーダー依存型の現行システムでは限界があり、永続的な治療のために多職種による全員参加型のフットケアチームの創設が急務である。開設から現在までの足創傷治療センターの推移を振り返ることで、チーム医療の重要性が再認識された。成果と問題点を検討し、課題解決に結びつけたいと考えている。

## 0-3-23

### 当院における認知症ケアチームの活動報告

名古屋第一赤十字病院 看護部<sup>1)</sup>、精神科<sup>2)</sup>、医療社会事業課<sup>3)</sup>、脳卒中科<sup>4)</sup>○岡田 朋子<sup>1)</sup>、飯田 大輔<sup>2)</sup>、榎本 伸一<sup>3)</sup>、後藤 洋二<sup>4)</sup>

【目的】 当院では、認知症ケアチーム（以下チーム）を2016年7月から病棟を限定し運用開始、同年9月から全病棟で活動を開始した。チームは認知症高齢者の日常生活自立度3以上、あるいは病棟スタッフより行動・心理症状のあった患者に介入した。活動目標は、中核症状の悪化、行動・心理症状の出現・悪化を防止し、円滑な入院診療の実施、退院後の療養生活の一助となることである。その活動状況を報告すると共に、効果を検証する。【方法】 2016年7月1日から翌年3月31日の間に介入し、同期間に退院した228件の内、認知症ケア加算1算定対象であった211件について検証する。【結果】 チームの1例あたりの活動回数は平均3.1回、複数回活動を行なった事例は160件であった。入院前の生活地は、自宅120件、施設78件、病院13件であった。退院転居は、自宅42件、施設58件、病院90件、死亡21件であり、変更のなかったものは101件であった。身体行動制限は、157件実施され、退院までに27件が解除された。複数回チームが活動した事例において、介入時の行動・心理症状は、不穏70件・大声54件、興奮52件、不眠36件、その他であったが、そのほとんどにおいて、介入終了時には有意に低下していた。【考察】 退院転居について、入院当初よりチームが介入し、退院後の療養環境の助言をしたが、入院契機となった疾患により退院後の療養環境が左右されたと考える。行動・心理症状の低下については、チームと病棟スタッフが共に認知症症状をアセスメントし、支援課題を抽出することにより具体的なケア方法を検討・実践することにより症状を軽減できたかと考える。