

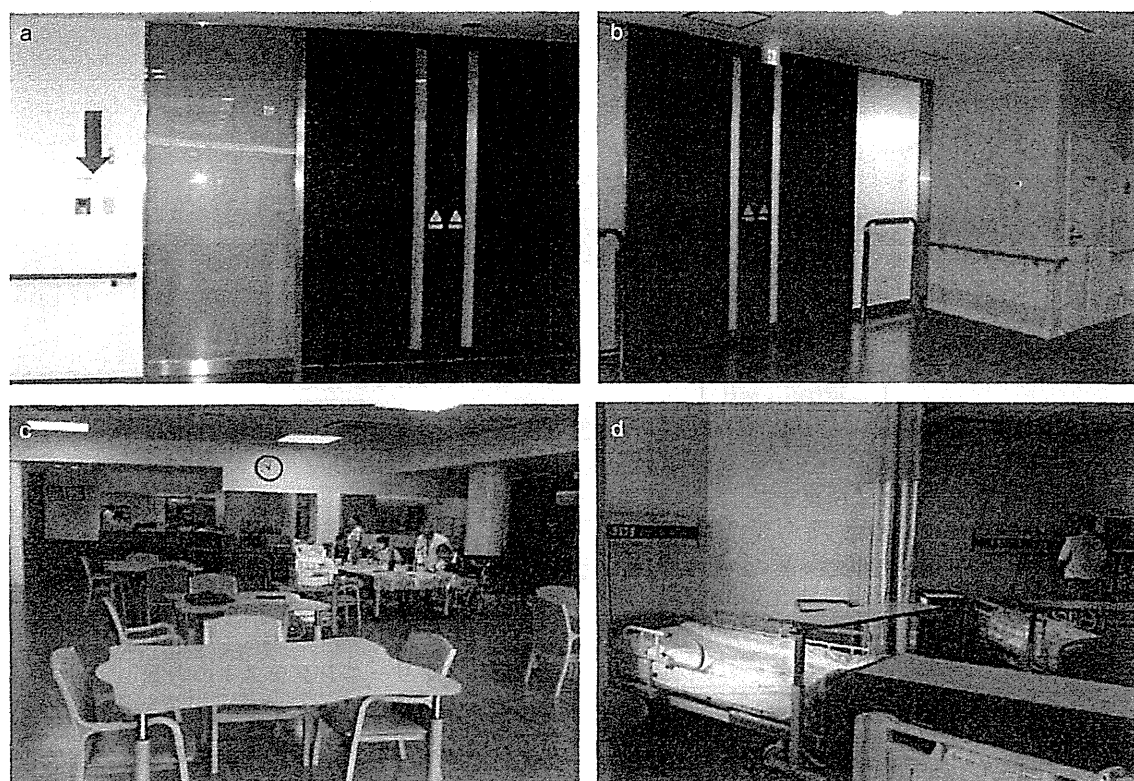
図2 もの忘れセンター

とともに、平均3日間、介入せずこのチャートをつけ徹底的に観察するようにした。その結果はどの時間帯に薬物を含めどのような介入をするのがよいかを考えるうえで大きな役割を果たした。さらにこのチャートを使用することにより、認知症の人と濃密に接し観察する時間が増え、看護師の認知症に対応する能力が格段に向上するという数字には現れない効果が認められた。

平成23年9月からはこれまでの外来部門に加えて30床からなる病棟を有するもの忘れセンターが開設された(図2)。この病棟は一般病棟であり精神科病棟ではない。スタッフは看護師20人、看護助手3人からなる。主治医は身体治療科で、入院治療を円滑に行うための支援として老年科、神経内科、脳外科、精神科のいずれかの

医師が副科としてつくことを必須条件とした。入院適応となる病態としては、脱水、急性胃腸炎、肺炎等によりせん妄を起こしている認知症例、内科、皮膚科、耳鼻科等の慢性疾患の管理(BPSDにより、一般病棟では管理困難な症例)、認知症患者で大腿骨頸部骨折等の周術期を過ぎてリハビリ治療を行う時期の症例、さまざまな認知症疾患におけるBPSDの治療(精神科的治療が主となる症例)、診断がつかない認知症例の検査入院等である。激しい徘徊、暴力を示す例は受け入れ不可であり、その場合は連携している近隣の精神科病棟を有する施設に紹介する。

一般病棟であるため出入口のロックはできないため、離棟、離院対策が問題となったが、押しボタンを押すと開くドアにし、入室時にはただち



a : 病棟入口, b : 病棟出口 (出口では矢印のボタンを押して10秒後に扉が開くようにセットされており、離棟を防いでいる), c : 共用スペース (絵画療法を行っている), d : 4人床 (4人床もそれぞれ窓があり個室に準じた環境である)

図3 もの忘れセンター病棟

に開き、退出時には10秒待たないと開かないシステムにしてほぼ完全に離棟を防げている(図3)。

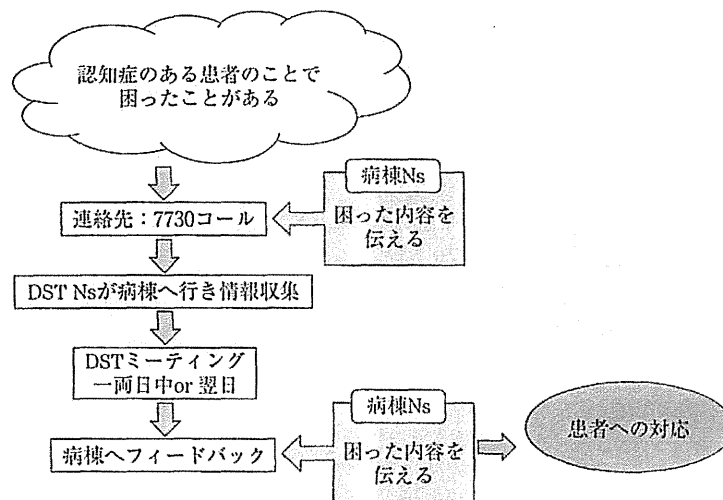
2. 認知症サポートチーム

このようなユニットを運用する試みとともに、認知症専門医や看護師が他の病棟を訪問し、診断や治療、看護の支援を行う認知症サポートチーム(dementia support team; DST)について検討した。一般病棟から認知症に関する相談や支援の要請があった際に、一両日中にDSTが要請のあった病棟に出向き相談内容を聞きアドバイスをを行うもので、認知症の人に接している医療職を支えることが目的である(図4)。ラウンドを行うのは神経内科、精神科、老年科の医師、看護師は認知症看護認定看護師、高齢者看護開発チームのメンバー、認知症病棟の看護師からなる。

このチームを支えるために以下の点について検討したり、1) DSTに対する需要がどの程度あるかを当センター中3階病棟と中4階病棟を対象に、1か月間調査した。2) 入院時に認知症患者をスクリーニングするための3項目からなる簡易スクリーニングテストを考案した(表3)。3) これまで認知症対応ユニットに勤務した看護師24人にアンケート調査を行い、入院した認知症患者に対してどのような対応上の注意、看護上の工夫をしてきたか調査しKJ法でまとめた。

1) DSTに対する需要の調査

外科の急性期病棟、消化器を中心とする内科の急性期病棟が、一般急性期病院のモデルとして適当であること、各病棟には高齢者看護開発チーム認知症看護のメンバーがいることからこれらの病



Ns：看護師

図4 認知症サポートチーム（DST）ラウンドの流れ

表3 簡単な認知症のスクリーニング検査

1. おいくつになられましたか？
 2. テレビや新聞は見ますか？
最近のニュースで印象に残っている
ニュースがありますか？
 3. ところで今日は何月何日ですか？
季節は春、夏、秋、冬のどの辺？
- 1) 簡単であり、被検者にできる限り認知症の
検査と思わせない。
 - 2) しかし近時記憶障害と時間の見当識障害が
チェックできる。

棟を対象とした。各病棟で説明を行い、自発的な依頼がどの程度あるかを調査したが、内科急性期病棟での2件の依頼にとどまった。依頼の内容は看護師に暴言を吐く患者への対応法であった。外科急性期病棟ではDSTへ依頼する前に転棟依頼が出てしまうことが判明した。

予備的に行った看護チームだけによる調査では、需要が存在することは明らかとなったため、活動を開始したが、DSTの活動は受け身に依頼を待つという方法では十分機能しないことが明らかとなった。現在毎週木曜日の午前に定時のラウンドを行い、毎週3～4件の新規相談があるようになった。

2) 簡易スクリーニングテストの考案

被検者が認知症のテストを受けている印象をもたず日常会話のなかから聞き出せるように工夫したものである。感度、特異度をみるためにもの忘れ外来のアルツハイマー病（AD）患者45人、軽度認知障害（MCI）患者10人を対象に行った予備テストではMini-Mental State Examination（MMSE）との相関は良好で、感度95.6%、特異度80%を示した。また認知症、神経疾患が多く入院する南1病棟で1か月間、回答可能な新入院患者30人での検討では、3問中1問も答えられなかった患者は11人で、そのうち9人が認知症であった。

3) 認知症対応ユニットにおけるアンケート調査

調査結果から、入院環境に関連した項目、コミュニケーションに関連した項目、BPSD出現時の対応、入院患者の活動性を改善するための技術の4つの大項目に分類された。図5に一例として認知症の人に接する技術に関するまとめを示した。病棟のスタッフからの相談に対応するためには、認知症患者看護経験の蓄積が必要かつ有用と考えられる。今回多くの看護技術が集積できた。集積できた技術を今後まとめていけば、他施設で同様

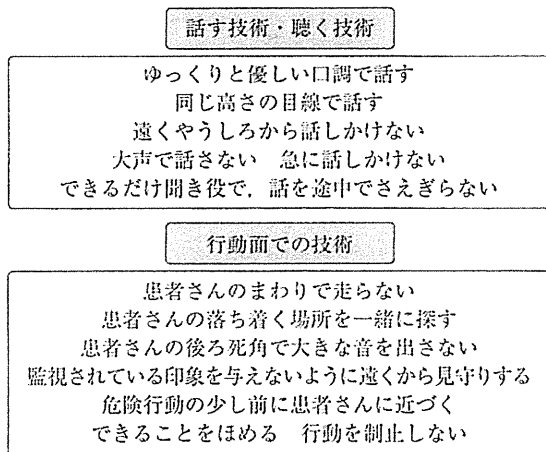


図5 認知症の人に接する技術

の試みを行う際にも有力な情報になると考えられる。

おわりに

前項のようなシステムを動かそうとする場合に最も重要なのは職員の教育、ことに看護師への教育が最重要である。教育がむずかしいのは認知症を専門としない他科の医師である。また当然のことながら、幹部職員の理解も必須である。教育内容としては認知症の特性に対する理解とせん妄に関する知識と対応法が中心となる。後方支援（地域連携室との連携）が重要であり、入院時から、自宅や施設に戻るかどうかの検討を始めたほうがよい。院内に小さな認知症専用ユニットがあるとよいが、職員数や専門医がいるかどうかなど状況による。

国立長寿医療研究センターでの試みはまだきちんとしたアウトカムが出ているわけではなく、試行錯誤の段階である。一般の病棟で苦勞して認知

症を診ることによる診療点数上の加算があるわけでもない。しかし、認知症の人が増加する今後は、身体合併症を生じた認知症の人に対してどのように対応できるかは、その病院の質を示すことになるであろう。多くの施設で利用可能な対応指針の作成を目指している。認知症の人が身体合併症を生じた際にはさまざまな理由から十分な医療が受けられていない可能性があり、今後医療スタッフの教育、診療報酬といった面からも検討が必要である。

本研究の多くは国立長寿医療研究センター行動・心理療法部 服部英幸先生、同看護部 寺西正美看護部長、北村忍副看護部長、絳川まき子看護師長、野竹恵美子看護師長、藤崎あかり認知症看護認定看護師、浅井紫認知症看護認定看護師のデータによる。またこの研究全体を支援していただいた鳥羽研二院長に深謝いたします。

文 献

- 1) 長谷川友紀：認知症患者への医療提供体制に関する研究：DPC対象病院へのアンケート調査から、平成21年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）認知症の総合的な予防・治療・介護の確立に関する研究、研究報告書、155-168（2010）。
- 2) 鷺見幸彦：身体合併症発症時の一般病院での認知症対応システムの確立、平成21年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）認知症の総合的な予防・治療・介護の確立に関する研究、研究報告書、93-95（2010）。
- 3) 鷺見幸彦：認知症の身体合併症：予防、医療、管理、こころの科学、161号：33-37（2011）。
- 4) 鷺見幸彦：身体合併症を有する認知症の管理とケア、平成23年度認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究、研究報告書、61-64（2011）。

