

O-122

**急性期病院における認知症ケアチームの活動
－介入までの日数・依頼件数・入院日数・認知症日常生活
自立度判定の割合の変化－**

伊坪恵¹、乗本英紀²、宮脇未和²、藤村三穂³、山森英長⁴
¹JCHO大阪病院 看護部、²医療福祉相談室、³リハビリテーション室、
⁴神経精神科

【目的】A病院では2018年度、認知症ケアチームが早期介入できるよう活動していた。本報告では介入までの日数・依頼件数・入院日数・介入時認知症日常生活自立度判定の割合の変化について明らかにすることを目的とする。

【分析方法】2017年4月～2019年3月に認知症ケアチームが蓄積しているデータから介入までの日数・認知症日常生活自立度判定・および認知症ケアチームの依頼件数を集計した。

【チーム活動の詳細】チームメンバーは神経精神科医師1名、老人看護専門看護師1名、社会福祉士1名、リハビリ療法士1名である。2017年度は病棟看護師がケアに難渋したと判断した段階でチーム介入依頼を受けていた。2018年度は、せん妄や行動心理症状発症リスクを予測、もしくは症状が出現すれば遅滞なく、認知症ケアチームへ依頼するよう、認知症ケア実行委員会リンクナースや病棟看護師に働きかけていた。認知症ケアチームでも看護必要度を確認し、介入が必要な認知症患者を抽出し、介入できるよう声をかけていた。定期回診以外に臨時回診の機会をもち、タイムリーに対応していた。早期介入の必要性について伝える講演会を開催していた。

【結果】介入までの日数が2017年度は平均10日（依頼件数89件）、2018年度は7日（依頼件数164件）となり依頼件数が増え、介入までの日数が減少した。介入患者の平均在院日数は2017年度38.6日、2018年度32.5日であった。認知症高齢者の日常生活自立度判定は2017年度3a 43.9%、3b 9.8%、4 13.4%、M 24.4%、2018年度は3a 26.7%、3b 14.9%、4 17.4%、M 36%であった。

【考察】2018年度は認知症高齢者の日常生活自立度判定が重症化した方が、平均在院日数は延長していなかった。活動と結果との因果関係については介入の質や原疾患の病状についても検証を行うことが必要である。

O-123

認知症患者に対する術後の排尿自立に向けた援助

成田有希、東美奈子、佐藤桂子
 JCHO 秋田病院 看護部

【目的】90歳代女性A氏は、認知症はあるが入院前の排尿は自立していた。しかし大腿骨頸部骨折術後に、失禁や放尿がみられた。そこで一連の排尿行動に着目し、介入した結果、再び排尿自立に至った。今回の看護介入を振り返り、排尿自立にどのような効果があったかを明らかにする。

【方法】A氏の排尿行動の変化を西村氏の「認知の低下によっておこりやすい排泄状態と対応例」の「尿意」「トイレ確認と移動」「便器の使用」「衣服の着脱」「排尿」「後始末」に当てはめ分析・評価する。

【結果】A氏の失禁や放尿を「尿意」と捉え、排尿チェック表を作成することで、排尿パターンが把握できた。またトイレの場所を認識できなかったため、トイレの目印を決めた。排尿チェック表に基づきトイレ誘導した事で、術後3週目には老人車歩行見守りで「トイレ確認と移動」が可能になった。さらに、初回介入時は「便器の使用」「衣服の着脱」「後始末」が全介助であった。それに対し、一緒に動作を行ないながら繰り返し説明し、できた時は認めるように介入した。その結果、術後3週目には自身でできるようになり、排尿動作の自立につながった。

【考察】環境変化や術後のADL低下により、尿意の訴え方やトイレの認識ができなくなり、失禁や放尿がみられていた。そこで、その行動は異常行動ではなく、排尿サインであると捉え介入したことが「トイレで排尿する」という認識につながったと考える。また排尿自立には一連の排尿動作獲得が必要であるが、手続き記憶を引き出し、残存機能を活かしながら介入したことが、一連の排尿動作獲得につながったと思われる。できない一つ一つの動作に介入したことで、認知症患者であっても再び動作を獲得することができた。

【結論】術後失禁や放尿があったA氏に対し、その行動を異常と捉えず介入したことで、再び排尿自立へと導くことができた。

O-124

演題取り下げ

O-125

当院における認知症ケア回診で扱う問題点と助言の調査

門川泰輔¹、白井淳史¹、丸山泰司¹、中村優¹、戸名久美子¹、船曳美穂²、
 中野加代子³、田中真希子⁴
¹JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部、²地域医療連携室、
³看護部、⁴脳卒中内科

【目的】当院では2016年度より病棟の患者対応力とケアの質向上を図るため、認知症ケアチームがBPSD（行動・心理症状）などへの相談・助言を行なっている。介入件数は経年で増加傾向であるが、これまでは取扱うべき問題やチームから行う助言の集計が出来ておらず、振り返りや比較が困難であった。本研究の目的は、当院の認知症ケア回診の介入必要度が高い対象者選定やより良い助言を行うための情報を分析する事である。

【対象と方法】対象は2018年10月～2019年3月末にチーム回診を行った全例。既存の回診議事録（病名・既往歴・生活歴などが記載）に加え、独自に作成した回診結果分類シートを用いて分類を後ろ向きに検討した。分類シートは大項目4つ：a. 病棟の困り事18項目、b. 本人の困り事21項目、c. アドバイス23項目、d. 終了要因8項目で分類を行った。

【結果】回診対象は209例（年齢は83.08 ± 7.45）既往の認知症診断有りが80例、無しが129例。以下結果は複数回答における上位3項目を示す。主たる身体疾患は、脳疾患99件、骨折46件、心不全32件。分類シートではa. 病棟での困り事では、対応方法が分からない78件、安静度が守れない70件、転倒・転落の可能性49件。b. 本人の困り事では、睡眠の問題92件、不穏行動77件、興奮がある43件。c. アドバイスでは、薬物療法の追加・増量66件、対応・関わり53件、薬物療法 時間変更38件で、アドバイスの種別では薬物療法123件・非薬物療法が281件。d. 回診の終了要因では、対応が可能になった97件、環境に馴染んだ15件、体調管理を優先させる14件であった。

【考察】介入必要度が高い対象者は、睡眠の問題が多かった。それらに対し日中の活動や内服などで生活リズムを作る事が重要である。そのためにはチーム・病棟スタッフの連携した関わりを考えていく必要があると示唆された。

2020
一般口演
第3会場

O-126

認知症ケア回診における結果分類シート作成の取り組み

中村優¹、白井淳史¹、丸山泰司¹、門川泰輔¹、戸名久美子¹、船曳美穂²、
中野加代子³、田中真希子⁴

¹JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部、²地域医療連携室、

³看護部、⁴脳卒中内科

【目的】本取り組みの目的は認知症回診の回診結果を数値化するシステムの構築である。当院の認知症ケアチームは2016年度より活動を開始した。しかしこれまでは蓄積される相談とそれに対する活動の内容を振り返ることが容易でなかった。そこで回診結果を数値化するための回診の結果分類シート（以下分類シート）を作成し、回診対象者の傾向の把握と対応の質的向上を目指した。

【方法】2018年7月よりチーム所属のリハビリ職員で分類シートの作成を開始した。作成に伴い（1）病棟の相談内容と対象者の行動・心理症状（以下BPSD）、（2）急性期総合病院である当院にあわせた項目設定の2点に着目した。（1）を「病棟での対応」と「本人の状態」の2つに分け、前者は当院の認知症アセスメント項目を、後者は国際老年精神学会作成の「BPSD教育バック第2版」と他に『認知症高齢者への環境支援指針（PEAP日本版）』を参考にした。8月に分類シートを仮作成し9月にテスト運用を開始した。（2）のため、テスト運用にて項目の追加と削除を行い当院にあわせた項目設定を目指した。

【結果】大項目はa.困りごと（病棟での対応）、b.困りごと（本人の状態）、c.アドバイス、d.終了要因の4つ、小項目はa.「安全対策が合わない」など18項目、b.「興奮がある」など精神症状と「帰宅欲求」などBPSD症状あわせて21項目、c.「対応・関わり」「薬物療法」など23項目、d.「対応が可能になった」など8項目を設定した。集計方法は（1）相談内容を聴取し既存の「認知症チームカンファレンス議事録」に番号を記入する、（2）番号付与は2名以上で実施し回診終了後に確認する、（3）番号を集計するとした。

【考察】分類シート作成により当院の認知症ケア回診対象者の情報を数値化するシステムが構築できた。今後は回診結果の分析を行い相談内容の傾向を把握することで分類シートの改良を図り、回診対象者に対する迅速かつ適切なケアへと繋げたい。