

「急性期病院において認知症高齢者を擁護する」日本老年看護学会の立場表明 2016

2016年8月23日公開
一般社団法人日本老年看護学会

◆はじめに

65歳以上の高齢者における認知症の有病率は、2015年の15.7～16.0%から、20年後の2035年には22.0～25.4%にまで上昇すると推計されている¹⁾。また、日本老年看護学会が老人看護専門看護師・認知症看護認定看護師を回答者として2014年に実施した前向き調査²⁾では、1病棟（平均57床）の入院患者のうち29.8%（平均17人）が認知症あるいは認知機能低下のある患者であり、このうち63.5%（10.8人）に認知症の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia：以下、BPSD）を認めたことや、大学附属病院など高度先進医療を担う病院では、一般病院や精神科病院、療養病床等に比べて認知症患者の入院数は少なく、認知症の程度も軽い傾向にはあるものの、1病棟あたり複数名の認知症患者が入院治療を受けている実態を報告した。

一人の看護師が日勤帯に7～8人の患者を受け持つことから、そのうち少なくとも二人は認知症もしくは認知機能低下のある患者で、その一人はBPSDを伴っている、というのが現在の病院全般の平均的な姿である²⁾。中でも、認知症患者の看護の経験に乏しい高度先進医療や急性期医療を担う病院（以下、急性期病院）では、いわゆるBPSDは認知症に関する専門的な知識やケア不足からも生じることから、予防や対応が後手に回ってBPSDを悪化させ、看護師の困難さを助長するという悪循環を生んでいる。

このような状況に対応すべく、日本老年看護学会は認知症や認知症ケアに関する各種の研修事業を実施するとともに、前掲の調査²⁾から、平成28年度診療報酬改定に向けて「多職種によるチーム医療が行われている病院では認知症患者の入院期間が短い」という資料を提出した。これは、「認知症ケア加算」の新設につながり、病院における認知症ケアの充実は、医療関係者のみならず、社会的な要請でもあることを示した。

1995年に設立した日本老年看護学会は、昨年、設立20周年を迎えた。2016年4月には一般社団法人に移行するとともに会員も1,800人を超え、看護職者のみならず、社会に向けても学術団体としての責任を果たす体制が整いつつある。今後、後期高齢者はいっそう増加し、治療を必要とする身体疾患を併存する認知症高齢者の数も増加の一途をたどる。このような背景から日本老年看護学会は、急性期病院における認知症高齢者の看護の質向上を喫緊の課題と捉え、『認知症になったとしても、自分自身が脅かされることなく適切な治療を受け、速やかに元の居場所に戻りたい』という国民共通の願いを実現するために、看護職者はじめ多職種、何より認知症高齢者ならびに家族と手を携えて推進する日本老年看護学会の立場を、ここに表明する。

◆基本的立場

日本老年看護学会の目的は、「老年看護学の進歩発展を図るとともに看護実践の質向上に寄与すること」であり、また倫理綱領には「老年看護の専門家として、看護実践・教育・研究・社会活動を通じて人々の幸福と福祉に貢献する責務を遂行する」ことを掲げている。

具体的には、「人権尊重を第一義とし、高齢者個々の具備している個別の能力に配慮し、権利の擁護に努めること」、「活動に際して、行動の制限などの対象者および関係者の心身に不必要

な負担をかけ、苦痛や不利益をもたらすことを行わないよう努めること」、「対象者の秘密を守り、プライバシーを保護すること」、「他の専門職の権利や技術を尊重し、相互の連携をはかるよう努めること」などを責務としている。

一方、『認知症疾患治療ガイドライン 2010』³⁾では、認知症ケアの原則として、①尊厳、利用者本位、②安心、生の充実、③自立支援、リハビリテーション、④安全・健康・予防、⑤家族や地域とともに進むケア、を提示している。

本学会倫理綱領を遵守し、かつ認知症ケアの原則を基盤とした看護実践の質向上を通して、人々の幸福と福祉に貢献することが、今回の立場表明における日本老年看護学会の基本的立場である。

◆「立場表明」を出す目的

人々は、自身が望む最善の急性期医療を受ける権利を有する。これは、認知症高齢者においても、なんら妨げられることのない、基本的な権利である。日本老年看護学会は、認知症ケアの原則に基づき、急性期病院で働く看護師（看護職者）に対して看護の方向性を示すとともに、医療・ケアチームの連携協働を図り、かつ急性期医療を受ける認知症高齢者とその家族の安心と安寧を保証する看護を推進することを目的に、この立場表明を行う。

◆「立場表明」の作成過程

今回の立場表明は、会員らによる日ごろの研究・実践からの知見に加え、急性期病院において治療や検査を受ける認知症高齢者の看護に関する看護職者ならびに認知症高齢者の家族からのインタビューをふまえて策定した。

◆「立場表明」における用語の定義

◇「立場表明」における「急性期病院」とは、「病気やけが、事故などによって、急激に身心の健康が損なわれ、さまざまな症状を呈する一定の時期に対して、早期の状態安定にむけた医療を提供する一般病院、特定機能病院等」とする。

〔解説〕急性期に関する定義⁴⁾に共通した、“変化の急速さと症状の多彩さ”に加え、急性期下にある人だけではなく、その家族への対応も求められることや、早期かつ短期での医療提供が期待されていることから、「急性期」を「病気やけが、事故などによって、急激に健康が損なわれ、さまざまな症状を呈する一定の時期」と表した。また、急性期機能とは、「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能」⁵⁾と定義されていることから、「早期の状態安定」という急性期病院の持つ機能を加えた。さらに、急性期的状態は身体疾患に限ったことではないが、今回、精神科疾患の急性期に対応することは意図していないため、「病院」の範疇を「一般病院、特定機能病院等」に限定した。なお、急性期病院では入院機能に焦点が当てられるが、外来における課題もあると考え、入院に限定した定義は行わなかった。

◇「立場表明」における「認知症高齢者」とは、「認知症の診断の有無によらず、加齢や疾病等によって、日常生活の遂行に何らかの支障をきたすほどの認知機能の低下を示しつつも、潜在する力を有し、主体的に自分の人生を生きようとしている高齢者であり、コミュニケーション障害によりうまく表現できないとしても、自らの意思を有している人」とする。

〔解説〕急性期病院において高齢者・家族、看護師が困難な状況におかれるのは、「認知症」の診断の有無やその原因ではなく、意思疎通ができない、指示が守れないなどの“生活への支障”であるため、「認知症の診断の有無によらず、加齢や疾病等によって、日常生活の遂行に何らかの支障をきたすほどの認知機能の低下」とした。認知症高齢者は自分の意思を持ちながらもコミュニケーション障害によってそれを伝えられず、適切なケアがされていないことから何もできない人、わからない人とステレオタイプ化されて認識されてきた。いわゆる BPSD もケア不足が起因しているにも関わらず、認知症の悪化や本人の問題とされるなどさまざまな苦痛や差別を受けている。非言語コミュニケーションの活用などさまざまな意思確認の方法を通して、最後まで本人の意思を確認することが老年看護の専門性の一つとも言える。

さらに、「認知症高齢者」は認知症という症候群は有していても、「高齢者」として長い人生の中で培った、苦悩しながらもよりよく生きようとする根源的な力も併せ持っている点も定義に加味した。

なお、「高齢者」の範囲については、“加齢にともなう心身の変化は極めて個別性が高いことから、年齢による規定は不適切”との、高齢者の終末期の医療とケアに関する「立場表明」⁷⁾の際に日本老年医学会が示した見解に準じ、暦年齢による規定は行わないこととした。

◇「立場表明」における「認知症高齢者の安心と安寧」とは、「急性期病院においても尊厳が損なわれることなく治療を受け、心穏やかに療養生活を送ることができる状態」、「家族の安心と安寧」とは、「認知症高齢者の尊厳が護られつつ、円滑に急性期の治療を受けることができ、家族自身も、認知症高齢者の最良の理解者として医療者から信頼と配慮を受け、望む範囲でケアに参加することを通し、急性期という通常を上回る重圧が緩和される状態」とした。

〔解説〕認知症高齢者にとっての安心・安寧と、家族にとっての安心・安寧は必ずしも同一ではないため、分けて定義した。また、家族イコール介護者とは限らないため、“介護者”との表記は用いなかった。また、近年は親族に加え、友人・知人など、本人にとって家族と感じられる人も含めて家族を定義することが増えているため、この立場表明でも、血縁関係の有無や同・別居によらず拡大的に「家族」を用いる。

◆「急性期病院における認知症高齢者の看護」の現状分析

「認知症という病の実相」は、「看護師自身も含め誰もがたどる可能性のある老いのみちのり」である。すなわち、認知症を患う老いの過程は、看護師にとって他人事では終わらず、自分の親や祖父母、いずれは自らもたどる道のりになりうるものである。

急性期病院に入院する認知症高齢者は、慣れない環境で興奮と混乱をきたしやすく、そこに付き添う家族にも、入院中の対応に困難感が生じる。そのような中、急性期病院において看護師は次のような認知症高齢者（患者）のケアに取り組みにくい要因を抱えている。すなわち、第1は、今現在の学習・研修方法では、認知症に対する「怖い」「なりたくない」「治らない病気」「介護負担が大きい」というマイナスイメージを払拭できないこと、第2は、病院という生活から切り離された環境や認知症高齢者の個別性に迫る実践知が蓄積しにくい看護体制など、さまざまな制約があるにもかかわらず、介護施設と同様のケアや成果を求められると、無理難題と感じるだけでケアにつながらないこと、そして第3は、認知症高齢者の意向を共有するコミュニケーションスキルを手に入れていないことから、看護師は患者の生活像と回復像を描き

難く、結果的に患者・家族を遠ざけたい思いになりがちなことである。これらの背後で影響している医療全体の状況として、「効率・スピードを求める大命題“治療優先”の医療」の元、本人の意思確認の形骸化や身体拘束が当たり前となっている、ということがある。

一方、このような「医療側の要因」と対をなす「家族側の要因」も存在する。すなわち、認知症高齢者（患者）が理不尽な扱いを受けることがあっても、治療や医療者の前に我慢や努力をする、あるいは身体拘束を容認するのは、人の命を委ねられる重圧から、家族は治るのが一番と考えてしまうからである。

ここから見えてくる最大の問題は、結果として医療側と家族側双方から本人が擁護されない事態が発生し、その狭間で認知症高齢者が孤立してしまうということにある。急性期病院における認知症高齢者の看護が取り組むべき目下の課題は、以上のような要因と構造の打開にあると考え、日本老年看護学会は以下に示す8つの立場を表明する。

◆表明する立場

1. 【認知症高齢者へのマイナスイメージを払拭する】

【解説】認知症に関するキャンペーンや教育によって認知症は「予防可能」と認識されるようになったが、急性期病院という治療優先環境の中で、「認知症高齢者は自分たちを困らせる人」というイメージも強く残っており、このようなマイナスのイメージの中で認知症高齢者のケアに奮闘している現状がある。認知症高齢者は自分の意思を持ちながらもコミュニケーション不足によって自分の意思を訴えられない、あるいは周囲が適切に支援していないことから何もできない人、わからない人とステレオタイプ化されて認識されてきた。そのために認知症高齢者は私たちと何も変わらない意思を持ったひとりの人であることを再認識しなければならない。よって、日本老年看護学会は、認知症高齢者は私たちと何も変わらない人であることなど正しい理解を推進するためのアプローチを展開する。

2. 【治療優先環境のもとで認知症高齢者本人を擁護する】

【解説】急性期病院の治療優先環境のもとでは効率・スピードが求められ、多忙な中で看護師は考える時間さえ奪われかねない。認知症高齢者が急性期病院で治療を受けるということは、加齢と認知症に加え、生命の危機と著しい身体的不調を併存しているにもかかわらず、なじみのない環境の中で、安静をはじめとするさまざまな制約や検査・処置等に付随する苦痛への対応を求められている状況と理解することができる。家族は、認知症高齢者がおかれた苦境とともに体験し、時に自身を犠牲にし、時に口をつぐむことで高齢者の安寧が早期に訪れるよう努めている。そのような状況下において、意思確認ができる場合でも本人には問わず家族に尋ね、家族は治療のためと言われれば内容も理解できないまま同意書に署名するなど、当事者の意思確認が形骸化している現状がある。これに対して、認知機能が低下しても、コミュニケーション方法を工夫して本人の意思を確認するよう努める必要がある。よって、日本老年看護学会は、急性期病院の看護師には、治療優先環境こそ認知症高齢者本人を擁護する役割があることを強調し、その確立をめざす。

3. 【治療後の回復像に基づく生活像を家族と共有して早期退院を目指す】

【解説】急性期病院の役割は、内部疾患や外傷を治療することであり、終の棲家を約束するも

のではない。高齢になると新たな疾患等を患い、加えて治療に伴う安静などにより生活機能が低下する。認知症があれば機能低下の速度は早まり、回復は遅れることから入院期間延長の原因となる。一方、医療者と家族の間で治療後の回復像や退院先に対する認識や思いにギャップがあると、その調整に手間取り、ますます入院期間が延長する。入院期間が長くなれば、経営面からも認知症高齢者は敬遠されがちになる。よって、日本老年看護学会は、急性期病院における看護の第一義的な役割として、治療後の回復像を家族と共有して認知症高齢者が早期に生活の場に戻れるよう支援することと提示し、その実現を目指す。そのために、まず治療と並行して ADL 維持・回復のためのアプローチができるよう、医師や他職種と連携することを推進する。また退院後もケアをつなげ、本人・家族が安心して退院できるよう、急性期病院の看護師が地域ケアの視点をもって、退院先でのケア環境を整えることや退院先のケア提供者と情報共有することを役割として実施できることを目指す。

4. 【急性期病院という制約下での本人重視の医療・ケアの推進策を提示する】

〔解説〕急性期病院に認知症高齢者が入院し治療を受けるのが常態化したのはここ数年のことであり、それ故個々の看護師に認知症高齢者の看護の実践知が蓄積していない。入院期間が短く、交代勤務で個別のケアの効果を確認できにくい中、部署異動も多く、実践モデルを示す看護師やリーダーも育っていない。認知症高齢者に時間をかけてケアを行いたくても、ほかの業務に支障がでたり、ほかの患者からのクレームがあったりと十分に行えないジレンマがある。このように、急性期病院は認知症高齢者の個別に迫る実践知が蓄積しにくい体制や、治療優先の環境にあって、認知機能低下を補う物理的環境も整っていないという不利な条件が重なっている。さらに、脆弱な高齢者にいかに効果的に治療を実施できるかについても確立しているとはいえない。この現状をふまえ、日本老年看護学会では、急性期病院で治療遂行を可能とする認知症ケアの創出を推進する。

以下の5つは、その具現化を目指す内容として掲げた。これらは、今後の急性期病院の看護の状況、政策や研究等の変化に応じて追加・変更していく。

4-1. 【身体拘束を当たり前としない医療・ケア】

〔解説〕急性期病院では事故予防・安全が第一義とされる。事故が起これば、本人も家族もまた医療者も切望する疾病の治癒・回復が遅延するからである。認知症高齢者は、入院環境や治療でのさまざまな規制の中、我慢しなければならぬことが理解できず、自分のニーズを満たすために動いて転倒したり、チューブ類を抜いたりする。それらのほとんどは事故として扱われ、非拘束下の事故では医療者や家族から担当看護師が非難され、責任も追及される。身体拘束は人権尊重の立場から行うべきではないという認識はあっても、認知症高齢者は事故のリスクが高いという理由から、認知症があるという情報が入れば詳細なアセスメントやチームでの検討を待たずに、身体拘束を行う前提での同意書や拘束具が準備される。また、興奮状態や危険と思われる行動を抑制する目的で向精神薬が投与されることがあるが、これも薬物による拘束 (drug lock) である。

身体拘束に伴う弊害が既に明らかにされている。一般的には、関節拘縮、筋力低下、褥瘡、静脈血栓など不動に伴う身体的な弊害のほか、食欲低下や便秘、失禁などさまざまな症状を引き起こす。また、怒り、屈辱、あきらめ、不安といった精神的な弊害がおり、せん妄や BPSD

の要因となることも知られている。向精神薬を使用する場合には誤嚥や転倒といった影響もある。さらに、家族や看護・介護スタッフなど、ケア提供者のケア意欲を低下させる影響や身体拘束に伴うこれらの合併症によって医療処置が必要となることでの医療費高騰の要因ともなる。

これらの弊害を考えると、不必要な身体拘束は行わないという原則に立つが、認知症高齢者の命を預かる治療現場の実情をふまえ、日本老年看護学会は、身体拘束を当たり前としないことを当面の目標とする。

目標達成に向けた具体的な方法は、アセスメント後の身体拘束開始、早期の解除、限定的な使用である。つまり、急性期病院において、身体拘束原則禁止の除外要因となる「切迫性」「一時性」「非代替性」という3原則の真の理解と実現を推進する。そのために、身体拘束に代わって急性期病院で適用できる安全を守る方法の提示と普及、ならびに身体拘束を廃止するための点滴治療やカテーテル管理に関わるケア方法の開発を推進する。また、身体拘束が簡単に行えてしまう理由の一つに、拘束具について、あたかもよいことであるかのような錯覚を起こさせるネーミングを用いていることもあげられる。このような看護師の感受性を鈍らせる環境があることを警告する。

4-2. 【高齢者の混乱や家族の我慢を助長する対応に気づく医療・ケア】

〔解説〕急性期病院の中で認知症の症状や生活障害がその人にどのように表れるかはさまざまである。疾患名や症状名を知っていても、目の前の認知症高齢者の言動や生活上の困難と認知症とを結び付けて理解できないと、ケアに活用できる知識にはならない。認知症に適した対応がなされないことで混乱した高齢者の言動を、認知症だから、BPSDだからという先入観で片づけようとすることでさらに混乱は大きくなる。また、認知症高齢者は自ら不適切なケアを言葉で指摘できないため、看護師は忙しい中、つい細かい配慮が疎かになったり、人間的な出会いが欠如してしまったりする。例えば、認知症に対応した説明や質問をしないため、本人はどのような検査や質問をされているのかわからないにもかかわらず、経験から適当に答えてしまうことで食い違いが生じ、うまく検査が進まないこともあった。そのことに対して家族は多忙な看護師には遠慮して告げず、家族で何とかしようとして努力していた。看護師はそのような家族の隠れた努力に気づかず、あるいは気づいても、それが当たり前とってしまう。このような現状をふまえ、日本老年看護学会は、急性期病院の看護師が自らの対応によって認知症高齢者の混乱を助長したり家族の我慢を強いたりしてしまうことを理解し、認知症ケア改善の動因とする。

4-3. 【認知症高齢者の生活像を描写する医療・ケア】

〔解説〕急性期病院の看護師は若く、高齢者とは生活体験が大きく異なる。また、病院の中で看護に専心するためか生活をみる視点をもたない看護師もいる。生活についての情報を認知症高齢者本人からは得にくいいため、家族などの身近な人からの情報が重要になる。しかし、看護師から家族に聴こうとしなければ家族は情報を伝えてよいものかわからず、看護師が尋ねるタイミングを逃すと情報を出せないままとなる。生活像を描き、十分に配慮したケアができる看護師もいるが、そのよさを言語化できない、記録の簡素化・電子化によって十分なエピソードを含む記録を書けない、問題点については記載するがうまくできたことは書かない、プライマリ・ナーシングではほかの看護師に広まらないなど、経験が蓄積しない現状がある。よって、

日本老年看護学会は、家族やほかの看護師等からの情報を共有し生活像を描くことの価値と方法を急性期病院に広めていく。

4-4. 【生活像に基づく予期的個別ケアをチームで推進する医療・ケア】

〔解説〕急性期病院で認知症高齢者が問題視されるのは、事故のリスクが高く、ほかの患者・家族等からのクレームも生じやすく、多忙な看護師の業務を増やすことになるためである。しかし、事故やクレームが生じてから対策をたてるのでは遅く、いったん事故やクレームがおこるとその対処に向けた労力が増してしまう。認知症高齢者がどのようなニーズをもつのかを生活像と結びつけてアセスメントし、どのような行動をとりやすいかなどを予期して個別の対策をたてることが予防策となる。そのような予防ができていない看護師がいても、問題が未然に防がれていることからその効果に気づかれず、浸透もしていない。そこで、日本老年看護学会は、生活像に基づく予期的個別ケアの価値とチームのリーダーがその舵取りをするチームケアの必要性を強調し、急性期病院での普及を図る。

4-5. 【認知症高齢者に適さない医療・ケアの環境ならびに慣習の改善】

〔解説〕入院環境の中に見当識障害を補う物品がほとんどなく、また外来においても認知症があることで配慮されることは少ない。ほかの患者同様、呼び出しがあるまで静かに待ち、順番が来ればスムーズに診察を受けることが求められる。しかし、認知症高齢者は待つことができないなど、認知症のない患者、家族とは苦勞の種類が異なっている。また、検査室内に家族が同行することを慣習的に許さず、そのために本人確認ができないなど混乱する事態が生じている。そのほか、ルーティンに意識レベル確認が行われ、本人や家族はなぜそのようなことをされるのか理由がわからず、不快に感じていることがあった。このように、医療者には気づきにくい認知症高齢者に適さない医療・ケア環境・慣習がある。病院環境というハード面は大きく変更できないとしても、外来の看護師が情報を持ち、おおよその待ち時間を家族に知らせる、呼び出し用のポケットベルを渡す、検査室に家族も同席できるようにするなどの柔軟な対応や工夫はできるだろう。そこで、日本老年看護学会は、認知症高齢者に適さない医療・ケア環境・慣習を見直し、改善することを提案する。

5. 【認知症高齢者に付き添う家族の忍耐と重圧への理解を深める】

〔解説〕急性期病院では治療に関する選択など、命に関わる意思決定を迫られるが、認知症高齢者自身で意思決定できないことが多く、その決定の多くは家族に委ねられることになる。決定にあたって、医療者にとっては日常的であるため、家族が重圧を感じていることに気づかず、配慮に欠けた対応をしていることがある。家族は、本人から感謝の言葉がなく、やりがいを感じられないこともあって、理解されないもどかしさを抱き、重圧感は増し、時には悔いを残すことにつながる。認知症高齢者に付き添う家族にねぎらいの言葉や親しみを示すといったことが、その対応の一步である。

一方で、忍耐と重圧に耐えかねた家族が虐待に陥る状況もみられている。平成 26 年度全国調査⁸⁾では、「養護者（高齢者の世話をしている家族、親族、同居人等）による虐待」の市町村への相談・通報件数は 25,791 件と増加の傾向にあることが報告されている。平成 18 年 4 月から「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）」

が施行され、同法7条に虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は「速やかに、これを市町村に通報しなければならない」という義務が定められた。入院に際して認知症高齢者のフィジカルアセスメントや家族からの聴取等を行う看護師は、時として虐待の第一発見者になることもある。高齢者虐待防止法に定める虐待行為とは、「1.身体的虐待（身体の外傷又は生じるおそれのある暴力）」「2.介護・世話の放棄・放任（著しい減食、長時間の放置など養護を著しく怠ること）」「3.心理的虐待（著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、著しい心理的外傷を与える言動）」「4.性的虐待（わいせつな行為の強要など）」「5.経済的虐待（財産の不当な処分、必要な金銭を渡さない等）」が該当する。このような虐待の要因として、最も多いのが「虐待者の介護疲れ・介護ストレス」23.4%であり、次いで「虐待者の障害・疾病」22.2%、「家庭における経済的困窮（経済的問題）」16.1%、「虐待者の性格や人格（に基づく言動）」12.6%、「被虐待者と虐待者の虐待発生までの人間関係」12.5%など多岐にわたる⁸⁾。大切なことは、家族の置かれている状況への理解を深め、要因一つひとつの改善・解消に向けて、チームで高齢者虐待の発生につながる芽を摘むよう努めていくことである。

よって、日本老年看護学会では、認知症高齢者に付き添う家族に対し、敬意を表すことが重要であることを強調する。また、急性期病院の看護師が、認知症高齢者を介護する家族が置かれている状況を理解するとともに、入院時から身体的、心理的および社会的虐待の潜在を洞察する視点を持ち、虐待の有無を確認し、双方の立場から虐待を防止する支援を行うための学習を推奨する。

6. 【認知症と認知症ケアに関する知識を刷新する】

〔解説〕認知症と認知症ケアについての知識は年々増えている。さらに、急性期病院では認知症と区別して対応すべきせん妄や薬物の影響などの知識も必要である。認知機能のアセスメントは医師や臨床心理士の業務として関心をもたない看護師もいるが、認知機能の変動がある場合など、知りたいその時に把握できる必要がある。急性期病院の看護においても認知症と認知症ケアに関した知識が求められているが、急性期病院では認知症看護に関する学習よりも身体疾患や処置に関する教育が優先されており、知識をもたない看護師も多く、チームで一貫したアプローチを行うことに支障がでてきている。よって、日本老年看護学会では、認知症を慢性疾患としてその病態と症状ならびに重症度や経過を理解し、認知症の中核症状に対応したケア方法の開発など、認知症と認知症ケアに関して新たな知識を活用した教育方法を開発し、継続的な学習を促す。

7. 【ガイドライン策定や診療報酬改定に向けたエビデンスを提示する】

〔解説〕一定の効果を感じられる型や作法を示した関わり方やエビデンスに基づくガイドラインは、スピーディさが求められる治療環境においても一定の質の認知症ケアができることを保証する。また、認知症ケアを推進する診療報酬改定は、組織的取り組みを推進する。一方で、老人看護専門看護師や認知症看護認定看護師らによる先駆的な実践活動もみられる。よって、日本老年看護学会では、急性期病院においても取り入れることが可能で、認知症ケアに一定の効果をもたらすツール開発やガイドライン策定、診療報酬改定に向けたエビデンスの提示を推進していく。

8. 【学術的知見の蓄積により認知症看護の体系化を図る】

〔解説〕日本では先進国の中でもいち早く高齢化が進んだにもかかわらず、諸外国に比べて認知症看護に関する研究は少なく、エビデンスを提示するには不十分である。また、急性期病院で認知症高齢者が円滑に治療を受け、早期に退院していくために必要となる認知症看護について体系化されておらず、現場の看護師が活用するには至っていない。そのため、日本老年看護学会では、学術団体の責務として、学術的知見の蓄積による認知症看護の体系化を推進する。

日本老年看護学会はこの提言の具現化に向けて、看護職者に働きかけるとともに、多職種との連携協働、介護家族や一般市民と手を携えることにより、急性期病院全体への波及を目指す。今回の立場表明は、現在の急性期病院の状況に基づいており、今後の医療制度等の変化や社会からの要請に応じ、定期的な見直していく。

【文献】

- 1) 二宮利治 (2015) : 厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業 日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究 平成 26 年度 総括・分担研究報告書. p.12.
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201405037A>
- 2) 日本老年看護学会老年看護政策検討委員会 (2014) : 老人看護専門看護師および認知症看護認定看護師を対象とした「入院認知症高齢者へのチーム医療」の実態調査報告書. p.12-67.
- 3) 日本神経学会監修 (2010) : 認知症疾患治療ガイドライン 2010. p.75.
https://www.neurology-jp.org/guidelinem/deg/sinkei_degl_2010_04.pdf
- 4) 佐藤登美編 (2013) : 新体系看護学全書 看護学概論. p.31, メジカルフレンド社.
- 5) 宮脇美保子編 (2012) : 新体系看護学全書 臨床看護総論. p.59, メジカルフレンド社.
- 6) 厚生労働省 (2015) : 平成 27 年度 病床機能報告 報告マニュアル. p.9.
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/byousyoushikinou/dl/h27_houkoku_manual.pdf
- 7) 日本老年医学会 (2012) : 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012.
<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf>
- 8) 厚生労働省 (2016) : 平成 26 年度高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査. p13-22.
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishoug yakutaiboushitaisakusuishinshitsu/0000115812.pdf>