

はじめに

超高齢社会を迎えた日本において、一般病棟への入院が必要となる認知症の人が増加しています。2019年6月に公表された認知症施策推進大綱では、2018年時点で認知症の人の数は500万人を超え、65歳以上の高齢者の約7人に1人が認知症であるとの推計が示されています。また、日本総合病院精神医学会認知症委員会が2014年に6病院を対象にして行った調査によると、日本の一般病棟に入院している65歳以上の患者のうち、認知症の人は最大で52%になると推定されています。以上から現在の日本の一般病棟において認知症の人の看護は必須となったといえるでしょう。

日本老年看護学会が2016年に発表した『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』では、急性期病院に勤務する看護職が「治療優先の環境のもとで認知症高齢者本人を擁護する」ことや「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」ことが表明されています。これらの目標を一般病棟のナースが達成するためには、目の前にいる認知症の人の状態だけでなくその人の地域での生活を見据え、認知症の人のよりよい退院後の生活を実現しようとする“強い意志”、認知症や認知症の人を支えるシステムについての確かな知識に裏打ちされた“実践力”の両方が必要です。本書はこの2点を一般病棟のナースが高められるように企画しました。

本書の編者および執筆者は、老年看護、認知症ケア、退院支援、リハビリテーション、看護管理、家族看護など、各々異なる専門領域を持ち、一般病棟、入退院支援部門、訪問看護、教育・研究機関など多岐にわたる場所で認知症の人のよりよい生活の実現に尽力してきました。これらの編者・執筆者の手による本書は、「認知症の人が急増している日本の一般病棟や退院先となる地域で蓄積されている実践知」と「認知症への世界的な関心の高まりとともに国内外で急速に増えている研究成果や先駆的实践」をバランスよく学ぶことができる内容になりました。

本書は3部構成としています。

「第1章 認知症の人の退院支援に必要な基礎知識」では、入院という経験が認知症の人に及ぼす良い影響と悪い影響を一般病棟のナースが改めて認識したうえで、認知症に関する知見、認知症の人の生活を支える地域包括ケアシステムやサービスの詳細といった基礎的な知識を幅広くかつ現場に即して学ぶことができる内容としました。認知症の人の生活を支える地域の人・活動・サービスは多岐にわたり、臨床経験の中で接してはいても十分には理解していないものもあるでしょう。これらをより深く理解することで、認知症の人の

退院支援の充実につながることを期待しています。

「第2章 一般病棟で行う認知症の人の退院支援」では、病院内外の多部門・多職種の協力・連携により行われる認知症の人の退院支援において一般病棟のナースが特に果たすべき役割、つまり「入院中のケア提供に責任を持ち、他職種と協働してできる限り円滑に療養の場を移行すること」に必要な内容を時間軸に沿って示しました。他職種と協働して行う「情報収集・状況の把握」、「意向の確認」、「問題の特定」、「退院支援計画の立案」や、一般病棟のナースが主要な責任を持つ、「入院目的である疾患の治療」、「生活機能の維持」、「安心と安全の保障」を同時に行っていくための専門・認定看護師を含む臨床看護師によるケアについての実践知が豊富に含まれています。この章の内容を、読者の皆さんが自身の病棟で活用し実践していくことでよりよい退院支援の実現につながるでしょう。

「第3章 認知症の人の退院支援の充実に向けて」では、退院支援を発展させてきた病院の経験、日本と世界の認知症に関する政策の発展過程と現状、日本における最新の研究や新しい実践的な取り組みについて紹介しています。超高齢社会を迎えた日本のナースが認知症の人を擁護していくためには、日進月歩の認知症ケアに関する知見や次々と打ち出される施策・先駆的実践の動向を理解しておくことが必要不可欠です。それらの知見や動向の理解を活用して、読者の皆さんが各々の現場で認知症の退院支援の充実のためのさまざまな変革に組織的に取り組み、ナースが主体的に認知症の人の退院支援を行うことができる病棟・病院をつくりあげられることを期待しています。

また、本書は多忙を極める一般病棟のナースの皆さんが、関心のある内容を選び短時間で効率的に読み進められることを期待してQ&A形式としました。もちろん、最初から順番に読むことで、認知症の人の退院支援に必要な知識・技術を網羅的に知ることもできるでしょう。本書が一般病棟のナースに広く活用され、認知症の人の退院後のよりよい生活に役立つことを願っています。

最後に、編者に劣らない情熱をもって本書の企画に携わり、専門性が異なる4名の編者と多数の執筆者の原稿の編集にご尽力いただいた日本看護協会出版会の宮内絢子さんに心より感謝申し上げます。

2019年11月

深堀浩樹・酒井郁子・戸村ひかり・山川みやえ



第1章

認知症の人の退院支援に必要な基礎知識

皆さんの病棟に認知症の人が入院してきたら、「大変だな」と感じるかもしれません。でもこの本を手にとって、また、この章を開いて読んでみようとしたことは、認知症の人を知りたいと思っている証拠です。

病棟で入院を受け入れ、関わり、退院していく流れの中で、「なぜ？ どうして？」と感ずることはよくあることです。それは全く見知らぬ人を理解しようとするからです。相手を理解するには、その人の抱えている病気のことを知る必要があります。

認知症であっても同様です。そして、認知症の人の場合は、病気以外のこと——相手の生活を知ること——も大切です。認知症の人は、生活環境や周りの人の関わり方から大きな影響を受けます。ですから、認知症の人が入院前どんな生活をしてきたか、退院後にどんな場所でどんな生活をするのかを知っておくことが、退院支援を進める第一歩となるのです。

この章では、認知症の人の特徴、基本的な関わり方、公的サービス、介護保険施設の役割など、認知症の人の「生活」を支えるための基礎知識を身につけることができます。

Q

1

認知症の人は入院中 どのような体験をしているのですか？

Answer

認知症の人は、入院を機に混乱や昼夜逆転、低活動性のせん妄などを起こしやすいため、身体拘束をされるケースが多いです。状況判断や理解に時間を要し、意思疎通が困難なことも少なくないため、ナースらがいさつや丁寧な説明をしないまま主導的に関わることもよくあります。これらの体験は「不快なもの」として認知症の人にしっかり記憶されています。患者中心のケアは認知症の有無に関係ありません。基本的な人としてのコミュニケーションを心がけましょう。

認知症の人の入院中の体験をどのように知る？

認知症の人の体験をどのように知ればよいのでしょうか。その答えは主に3つあります。

① 認知症の人に直接聞く

本人に直接聞くことが一番ですが、実際に入院中のことを覚えていてそれを言語化できる人は少ないです。また、入院時より認知機能の低下が著しく、それに伴い体調も悪くなるという人は多いです¹⁾。また、退院後にその病院に再度行こうとしても行きたがらないといった負の感情を持つこともあります。

実際に少しお話を聞いた認知症の人からは、具体的な入院時のエピソードははっきりしませんでした。が、「あそこは怖いから嫌だ」「早く家に帰りたかった」という声が聞かれました。認知症の人は快・不快の体験はよく感じ取ることができるので、入院中の体験が嫌なものであれば、上記のような答えになるでしょう。

② 家族介護者に直接聞く

家族による認知症の人の入院体験はさまざまな場所で語られています。家族会などで共有されている体験を紹介すると、「薬剤治療を開始したら、妄想がひどくなったり、意思疎通が図れなくなったりした」「(スタッフが) 本人の目を見て話しかけてくれない」「簡単に身体拘束された」「ケアする際に何の説明もない」といったように、医療側との意思疎通が図れていないがゆえのネガティブな体験が多いようです。

③ ケアスタッフの観察した様子を客観的データとして知る

入院中の認知症の人に起こっている事象を研究として報告している調査がいくつかあります。

まず、身体拘束です。2017年に、全国の一般病院（100床以上）3,466施設に調査書を送り937施設から有効回答を得た調査で、主に病气やけがの初期治療を行う急性期とリハビリなどを行う回復期の病院を対象としたところ、約4割の人が何かしらの身体拘束を受けていることが明らかになりました²⁾。身体拘束自体が100%悪いというわけではありませ

んが、行動を制限するので、それが本当に必要か、必要であれば一方的にならないようにケア側のアセスメントと説明能力が求められます（参照→Q49, 50）。

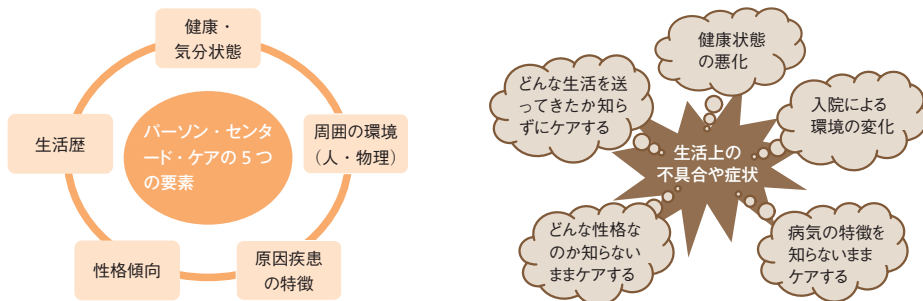
また、せん妄を起こすことも多いです。ポルトガルのある調査によると、認知症の人は入院中、中等度から重度の低覚醒が30%あり、せん妄が20%程度みられることがわかっています³⁾。覚醒状態などを注意して観察することが重要です。

入院は認知症の人に最大の環境変化をもたらす

ここで、認知症の人が入院によって混乱しやすい理由を説明しましょう。認知症の人の生活上の不具合や、妄想・興奮などのいわゆる行動・精神症状といわれる症状がなぜ起こるのか、理論を基にひもときます。図はパーソン・センタード・ケアといって、認知症の人を中心としたケアをするための理論⁴⁾です。この考え方は認知症だけでなくあらゆる疾患に当てはまります。

まず、生活歴に注目することが大事です。相手がどのような経過をたどってきたのかを知ることは現在に至るまでの相手が置かれている環境のコンテキスト（流れ）を知るために重要です。性格傾向はすべてわかるわけではありませんが、知っておくと役に立つことも多いです。生活上の不具合の主たる要因になっている原因疾患の特徴は認知症の原因となっているアルツハイマー病などの疾患です。この生活歴、性格傾向、原因疾患（特に慢性の経過をたどる疾患）は医療者ではどうにもならないことが多いですが、他の2つの健康や気分の状態、周囲の環境はその時々で変わり、これはケア側で調整ができます。健康を害しているから入院するので、身体管理や気分のチェックは非常に重要です。また、入院によって、環境が大きく変わりますので、いかにしてその変化を最小限にするのか、それ以上に人（ケアスタッフ）によって人的環境を悪くしないような関わりが重要です。

図 | 本人中心のケアのために必要な5つの要素



〔文献4〕を基に筆者作成〕

（山川みやえ）

引用・参考文献

- 1) 国際アルツハイマー病協会：[https://www.alz.org/asian/downloads/topicsheet_hospitalization_ja.pdf]
- 2) Nakanishi M, Okumura Y, Ogawa A: Physical restraint to patients with dementia in acute physical care settings: effect of the financial incentive to acute care hospitals. *International Psychogeriatrics*30(7): 991-1000, 2018.
- 3) Lagarto L, Albuquerque E, Loureiro D, et al.: Arousal changes and delirium in acute medically-ill male older patients. with and without dementia: a prospective study during hospitalization. *Aging Ment Health*29: 1-8, 2018.
- 4) トム・キットウッド、キャスリーン・ブレディン著、高橋誠一監訳：認知症の介護のために知っておきたい大切なことーパーソンセンタードケア入門。プリコラージュ、2018.



第2章

一般病棟で行う 認知症の人の退院支援

一般病院の使命は認知症の有無にかかわらず、正確な診断と効果的な治療を安全に実施し、傷病状態からの速やかな回復をはかることです。つまり、入院とは良質な医療提供のために行われることといえます。そして、入院は退院によって必ず終わらせなければならない非日常の時空間であり、退院は生活の回復ということもできます。

認知症の人にとっての退院がよりよいものになるために、看護職は他の専門職と協働し、入院の終わりに向かって、入院中から「生活」を視野に入れたケアを提供する必要があります。なぜなら認知症の人は、病気やケガからの影響だけではなく、検査や治療、医療者の態度、病室の環境などからの影響を受け、容易に生活のバランスを崩すからです。

できる限り、認知症の人のこれまでの生活と人生を知り、今の気持ちを汲み、今後の希望を多方面から理解し、他の専門職と共有しましょう。その上で、今日の、そして明日からの病棟での生活が、認知症の人の持つ力を発揮でき、安心して苦痛のないものになるように、そして病棟での治療とケアが統合され効果的に提供されるようにみんなで考え続けましょう。病棟のケアが豊かであることが、認知症の人の退院支援の根幹を支えます。

この章では、認知症の人が病棟で生活を回復させていくための実践を入院から退院のプロセスに沿ってまとめています。この内容を基にいろいろな工夫を考え続け、実践することで認知症の人へのケアの手ごたえを感じることができるでしょう。

Q

16

病院における退院支援のプロセスはどのようなものですか？

Answer

近年、少子高齢化が急速に進む中、要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築と、退院支援の体制整備が推進されています。病院において「個々の患者さんへの退院支援」を漏れなく適切に実施するためには、「退院支援に関する仕組みづくり」を行うことも必要です。ここでは、退院支援のプロセスに沿って具体的な個々の患者さんへの支援内容と、病院の退院支援に関する仕組みについて説明します。

退院支援が重要視されるようになった理由

近年、日本では急速に少子高齢化が進み、病気や障害、認知症等を有し、医療や介護が必要な人が増えています。一方で、独居や夫婦のみの高齢者世帯が増えるなど家族介護力は低下しています。こうした中、要介護状態になっても、“住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続ける”ことができるよう、医療・介護・住まい・予防・生活支援サービスが身近な地域で包括的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築が推進されています¹⁾。

地域で生活することが基本となり、また、特に高齢者の場合は入院期間が長期化することでADLや認知機能の低下につながるため、「時々入院、ほぼ在宅」といわれるように、入院治療が必要になった場合はすぐに入院でき、その必要がなくなれば速やかに地域に戻るよう、適切な支援が切れ目なく提供される体制づくりが求められています。さらに、増え続ける医療費を抑制するため入院期間が短縮化しており¹⁾、病状が安定しない時期に適切な準備をせずに退院した場合再入院のリスクが高まることから、退院支援の重要性が高まっています。

退院支援の定義

退院支援とは、「患者さん・家族が主体となって退院先や退院後の生活について適切な選択を行うことができ、かつ、患者さん・家族が退院後に安定した療養生活を送ることができたり、希望する場所で人生の最期を迎えることができるよう、病院内外の多部門・多職種が協力・連携して行う、意思決定支援、退院先の確保、地域の諸サービスのコーディネート、患者さん・家族への教育等の活動・プログラム」です²⁾。

「個々の患者さんへの退院支援」を漏れなく適切に実施するためには、病院の退院支援の手順を示したガイドラインをつくるなど「病院の退院支援に関する仕組みづくり」を行