

St. Luke's International University Repository

A Report on Advanced Nursing Practices for Older Adults and for People with Dementia from the Acute to End-of-Life Care Stages: A Seminar Program at the University of Michigan Geriatrics Center and its Outreach Programs

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2018-06-27 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 目黒, 齊実, 桑原, 良子, 河田, 萌生, 藤村, 芳子 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/13172

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



短 報

急性期からエンドオブライフケアにわたる 高齢者高度実践看護と認知症ケア研修報告

—米国ミシガン大学老年医学センターおよび関連施設の見学から—

目黒 斉実¹⁾ 桑原 良子¹⁾ 河田 萌生²⁾ 藤村 芳子²⁾

A Report on Advanced Nursing Practices for Older Adults and for People
with Dementia from the Acute to End-of-Life Care Stages:
A Seminar Program at the University of Michigan Geriatrics Center and its Outreach Programs

Satomi MEGURO¹⁾ Yoshiko KUWABARA¹⁾ Aki KAWADA²⁾ Yoshiko FUJIMURA²⁾

〔Abstract〕

In August 2016, the authors of this report, master's students, and the faculty of gerontological nursing presented a seminar program that aimed to learn advanced nursing practices for older adults and understand care practices for people with dementia at the University of Michigan Geriatric Center and its outreach programs. From hospitals providing acute to long-term care, at any stage of health, and in any place, a multidisciplinary team has supported older adults and provided comprehensive care for them. However, the authors thought that the seminar program required the following additional features: Provision of care for older adults from the acute to the end-of-life care stages. Execution of comprehensive assessment that includes physical, daily living, psychological, and social skills assessments. Development of behavior suitable for taking role as membership and leadership of a multidisciplinary team. Provision of care and treatment for people with dementia. In nursing practice, research, or education programs, it is necessary to consider these features.

〔Key words〕 gerontological nursing, advanced nursing practices, dementia

〔要 旨〕

2016年8月、本学老年看護学の大学院生と教員は米国ミシガン大学の老年医学センターとその関連施設において、高齢者に対する高度実践看護の実際と認知症ケアの理解を目的として研修に参加した。急性期病院から長期療養型施設まで、どの健康レベル、どの療養場所においても、学際的チームが協働して高齢者をみており、それにより高齢者を包括的に支えることが可能となっていた。本研修から、高齢者の高度実践看護には、急性期から終末期まで継続した視点で高齢者を見ることができ、高齢者の身体的評価だけでなく、生活機能、精神面、社会面など総合的にとらえて包括的なアセスメントができること、学際的チームの一員としてメンバーシップとリーダーシップがとれること、認知症高齢者への適切な対応と介入ができること、が必要であると考えられた。今後の臨床実践や、研究・教育プログラムを行う際にはこれらの内容を考慮していく必要があると考える。

1) 聖路加国際大学大学院看護学研究科・St. Luke's International University, Graduate School of Nursing Science
2) 聖路加国際大学大学院看護学研究科(修士課程)・St. Luke's International University, Graduate School of Nursing Science, Master Course

〔キーワード〕 老年看護，高度実践看護，認知症ケア

I. はじめに

2016年8月，聖路加国際大学（以下，本学）老年看護学の大学院生2名と教員2名は米国ミシガン大学の老年医学センターとその関連施設において，高齢者に対する高度実践看護の実際と認知症ケアの理解を目的として研修に参加した。

米国ミシガン州アナーバーにあるミシガン大学は約200年の歴史があり，ミシガン大学ヘルスシステムとして各種の高度専門医療，プライマリーケア，社会活動，研究教育において米国医療界をリードしている。老年医学センターは地域住民への高水準の老年医療の提供，医療スタッフの教育，老年医学研究の推進を目的に1980年代から先進的な老年医学の実践を行っており，本学大学院の研修フィールドともなっている。本報告では，高齢者の高度実践看護に必要な視点や能力と，認知症ケアについての考察を述べる。

II. 研修プログラムの概要

本研修は，ミシガン大学老年医学センターおよびその関連施設において，Nurse Practitioner (NP) または看護師 (Registered Nurse : RN)，社会福祉士 (Social Worker:SW)，医師等のシャドウイングまたは見学，プログラムへの参加を行った (表1)。

1. 急性期にある高齢者への高度実践看護の実際

1) セントジョセフマーシー病院 ACE ユニット

セントジョセフマーシー病院は，ミシガン大学のヘル

スシステムと共同したシステムを有しており，65歳以上の高齢者の入院による合併症を減少し生活の質を改善することを目的とした高齢者急性期ケアユニット (Acute Care for Elders Unit, 以下，ACE・エース) を提供している。

ACEユニットと一般病棟との違いは，病棟の設備設計等ハード面と，提供される治療ケアプログラム内容のソフト面とにある。ハード面としては，病院最上階の眺望のよい一角にあり，病室は全室バスルーム付きの個室，滑りにくい床，低圧ベッド，リクライニングチェア，家族用ソファベッドがあり，全体的に柔らかい照明と暖かい色使いの空間で，急性期病院とは思えないような静かでゆったりとした時間が流れていた。

その中で，老年内科医，老年学に熟練したNP，RN，ケアワーカースタッフ，栄養士，薬剤師，SW，理学療法士，作業療法士がチームとなり協働している。看護師の人員配置は4～5対1，ケアワーカーも多数配置されていた。訪問時は10床が稼働していたが，必要な人員の確保が困難な場合はベッドを稼働させないということであり，質を保証するために徹底していることがうかがえた。

毎日午前中に全ての患者について多職種でカンファレンスを行い，患者の情報共有と問題点の整理，ニーズに即したゴールの設定をチームメンバーで共有し，毎日具体的なプランを立案して実施を進めるというサイクルを確立させていた。カンファレンスの中心は，医師，NP，当日のインチャージNsで，まず医師から患者の概要についてコメントし，次に当日の患者受け持ちRNから「SPICES : Skin (皮膚状態)/Problem Eating (食事の間

表1 研修プログラム概要

日程	研修場所および内容	研修担当者
8月15日	・ University of Michigan Turner Geriatric Clinic NP の診察見学	Laura Kaufman, NP
8月16日	・ Turner Senior Resource Center 中等度認知症高齢者のデイプログラム (Silver Club) : 参加 初期認知症女性のデイプログラム (Elderberry Club) : 参加	Kathi Tobey
8月17日	・ St. Joseph Mercy Hospital ACE (高齢者急性期ケアユニット) 病棟見学, RN シャドウイング, 多職種カンファレンス参加	Amal Othman, Dr Sue Campitelle, NP
8月18日	・ Brecon Village Memory Support Center Evangelical Home ・ The Radies Center for Rehabilitation & Healthy Living 施設および活動プログラムの見学	Patty Gomulinski, Director
	・ University of Michigan Turner Geriatric Clinic-Cognitive Clinic NP & Dr の診察見学, SW の面談見学	Nancy Barbas, Dr Kristina Tomasik, NP
8月19日	・ University of Michigan Turner Geriatric Clinic-Cognitive Clinic NP & Dr の診察見学, SW の面談見学	Nancy Barbas, Dr Kristina Tomasik, NP
	・ University of Michigan Hospital せん妄予防プログラム : Hospital Elder Life Program GCNS & SW 講義, ボランティアシャドウイング, ボランティアミーティング参加	Kimberly Hickey, GCNS Amanda Schoettinger, SW

表2 カンファレンス時の看護師のトピック

• Skin	皮膚状態
• Problem Eating	食事摂取の問題
• Incontinence	排泄
• Confusion Cognition	認知機能
• Evidence of Falls	転倒
• Sleep	睡眠

題)/Incontinence(排泄)/Confusion Cognition(認知機能)/Evidence of Falls(転倒)/Sleep(睡眠)」の6項目について患者の状態を伝えて共有し、以降栄養士、薬剤師、SWとそれぞれ順にアセスメントを伝え、問題の抽出とプランの立案につなげていた。NPは医師とともに常に多くのコメントをしていた。

ACEユニットの平均在院日数は約3日であり、患者の多くはベッド臥床で覚醒状態は不良、点滴類が多く使われているような急性期治療の最中という状態であったが、カンファレンスでは高齢者を生活視点からアセスメントし、退院後に誰がどこでその患者をケアするのかといったことも具体的に話し合われていることが印象的であった。急性期から身体治療にのみウエイトを置くのではなく、包括的に患者を捉えて、合併症の予防介入、とりわけ入院による高齢者への悪影響を減らしていくことが重要であると考えられた。

2) ミシガン大学 Hospital Elder Life Program

ミシガン大学病院では、急性期病棟で行われているHospital Elder Life Program(以下、HELP・ヘルプ)という、ボランティアによる高齢者の入院中のせん妄予防や生活支援のためのプログラムを見学した。HELPは早期離床やコミュニケーションによる不安の軽減を図ることで、せん妄の発症を予防し、医療費削減、活動性の低下を防ぎ、早期退院を実現し、再入院率の低下が立証されている^{1) 2)}。様々な病院で導入実施されているプログラムで、本学でもHELP in SLとして2015年から実施を始めている。

ミシガン大学病院内のボランティアは約2,000名登録があり、そのうち約90名がHELPの活動を行っていた。老人看護専門看護師(GCNS)とSWそれぞれ1名ずつが中心となって運営されており、GCNSが患者を選定し、SWがスケジュールをコーディネートする役割を担っていた。ボランティアは1回約4時間のシフトで平均10名を担当しているとのことで、新聞や雑誌を配達して一緒に読むこと、食事介助、水分摂取の援助、歩行介助、ROM訓練、回想法、睡眠導入援助などを行っていた。大学病院ということもあり、いずれも点滴や酸素、ドレーンなどが数多く挿入されている急性期患者がほとんどであったが、ボランティアは積極的に患者に声をかけ、アクティビティを勧めていて、ボランティアが自律して活

動している様子に感嘆した。

ボランティアの多くはミシガン大学のヘルスケア系統の学生であったが、中には社会人や高齢者も含まれていた。平均年齢は25歳で、16歳から70歳までがボランティアとして参加していた。訪問日は月に1回行われるボランティアミーティングの日で、そちらに参加することができた。ミーティングは毎回テーマを決めた勉強会をしており、この日はメディテーションについてのレクチャーと実際の体験が行われていた。その後はボランティア間で困っていることなどをディスカッションし、皆のコンセンサスを得ながら問題を解決していた。その日のミーティング参加者は20数名のみであり、それ以外のボランティア間の情報共有やディスカッションはGoogle Groupsを使ってグループを作って活用しており、活発な活動に結びついているとのことであった。

最後に、ボランティアの方から、ボランティアをすることは何がモチベーションになっているかについて聞くことができた。共通していたのは、患者さんのためはもちろんだが、皆自分の経験に活かせるから、知識と技術を得るため等と自分のために行っているという意見であった。また皆がとても楽しそうにボランティアの話をする様子が印象的であった。ボランティアグループが生き生きとしているのがミーティングの進行からも伝わっており、こうしたモチベーションが保てているのは、プログラムを担当しているSWとGCNSのファシリテーションのたまものであると感じた。この2人もまたHELPを初期から立ち上げたということで、多大な熱意が感じられた。

2. 安定期にある高齢者への高度実践看護と認知症ケア

1) ターナー高齢者クリニックおよび認知機能障害クリニック

ターナー高齢者クリニックは、ミシガン大学老年医学センターの外来診療部門であり、対象患者は70歳以上の高齢者で、年間患者数は約12,000人、総合診療を行うプライマリーケア部門の他に16の専門診療科を有しており、認知機能障害クリニックはそのうちの1つにあたる。医師、NP、RN、メディカルアシスタント、薬剤師、ナースナビゲーター、SW、管理栄養士による学際的チームによるケアが提供されている。

初診の予約をすると、事前に患者宅に初診用質問紙が郵送されるとともに、薬剤師により電話で服薬のアセスメントが行われる。初診時は、医師の診察前に約10分薬剤師が服薬の確認と指導を行い、その後約40分間SWとの面接がある。そこでは、持ち家かどうか等の住居形態、月額収入、最終学歴、婚姻歴、信仰、介護者や家族との関係性なども含めた包括的な情報収集とアセスメントが行われる。個人的な内容も多いと感じたが、公的保険制

度のない米国において、住居や経済的な問題の解決は病を持つ高齢者の生活を支えるためには欠かせないものであり、全体像を把握することの重要性が見て取れた。

NPは高齢者クリニックに4名、認知機能障害クリニックに1名が配属されている。NPが担当する患者数は1日あたり9～11名、初診患者には約60分、再診患者には約40分の診察時間が割り当てられており、十分な時間配分になっていると感じた。

NPは処方薬の調整、検査オーダーを出すなど医師の役割と近似する自律性と裁量権を持っており、適宜責任医師（Attending Doctor）に相談をしながら診療にあたっている。医師とNPで診察時間や診察内容はほぼ同じで、最も大きな違いは対象とする疾患にあり、医師は心疾患、消化器疾患など主要疾患について診察を行い、NPは感冒症状、睡眠障害、高血圧などの副次的な疾患管理を行っていた。認知症機能障害クリニックでは、基本的に最初の確定診断と初期処方医師が行い、その後のフォローアップをNPが担う。その中で診断がはっきりしない例、合併症が複合的で複雑な例などに関しては医師が継続して担当していた。認知症クリニックのディレクターの医師は、NPと協働することによって医師の側にも余裕ができ、認知機能障害クリニックがよりスムーズに運営できるのだと教えてくれた。

クリニックの診察全体を通して印象的であったことは、患者が非常にリラックスした状態で診察を受けていたということである。診察室には一人がけのソファが2つ（患者と家族の分）用意されており、世間話をするような雰囲気の中でNPや医師とゆっくり話をしていた。ある認知症患者は、自身の記憶障害に関する不安や悲嘆をNPに表出する場面があったが、NPは患者の話をじっくり聞きカウンセリングの役割を果たしながら患者の精神的サポートも行っていた。

クリニックでは、多職種で介入しているため一人の患者に対してたくさんの専門家がおり、それぞれに患者のアセスメントや役割があった。複数の専門家がいる中で、医師とNPが主に全体をマネジメントしているとのことであり、プライマリーケアにおけるNPの重要性が表れていた。同時に多職種が協働する上では情報共有の難しさが課題となりやすいと感じており、その工夫をたずねると、多職種でのミーティングの他に、電子カルテ上のチャット形式でのコミュニケーションなども効率的な連携に役買っているとのことだった。またカルテは音声入力が可能で、診察後すぐにマイクに吹き込んで皆がカルテから情報を取れるようにしていた。電子カルテは、ミシガン大学関連施設および提携施設の情報全て閲覧できるシステムが導入されており、円滑な多職種連携を支えていた。こういったハード面を整えることも、学際的チームの円滑な診療やケアを支える重要なツールであ

ると再認識した。

2) 事前指示書の運用

クリニックでは、初診時全員にSWから事前指示書（Advance Directives）について説明し、パンフレットを渡して本人や家族と話し合う機会を持ち、随時記録していくよう勧めていた。使用しているパンフレットはAdvance Directives : Durable Power of Attorney for health care（医療判断代理委任状。DPAと略する）という見出しになっており、構成は、前半が事前指示書についてよくある質問（例えばQ「自分に判断能力がなくなったと決定するのは誰ですか？」など）が解説とともに42項目あり、事前指示書の理解を促す内容となっている。後半は、①DPA（患者擁護人の選択、同人による承諾）、②ガイドラインワークシート（延命処置の希望、「あなたの生きがいは？」という質問）、③エンドオブライフプラン（「死が近づいた時どこにいたいのか？」という質問、臓器提供の希望、宗教上受けたくない治療の有無）、④DNRの宣言書、の全18ページから成っている。意思決定能力の低下に備えて行うプロセス全体に関しては、ACP（Advance Care Planning）という言葉が国内外で広く用いられているが、ターナークリニックではACPより、このDPAという言葉を使うとのことであった。

初診時に原則全員にパンフレットを配布していることから、大変システムティックに運用されているものと感じ、うまく運用するためにはどうすべきかとSWにたずねた。すると、どれくらいの割合で正確に記載して使用できているかを示すデータはないということであったが、高齢者が家族や友人とこのような事前指示書について語り合うことは米国であってためらわれることが多いということだった。米国の事前指示には法的なバックグラウンドもあり、取り組みが推進されているという社会的背景や、自己決定意識が日本よりも高いという文化的背景があるのではないかと憶測もあり、事前指示に関してオープンな話し合いができていたのではないかと考えていたのだが、自分の死を意識しながら、どのように生きたいかを考え、語るのは、どこの場所に生きる高齢者にとっても容易なことではないのだと改めて気付かされた。

なかなか進められない場合は、必ずしも書く必要があるわけではないのでそれぞれのケースで状況を見ながら、患者家族間でのコミュニケーションのきっかけとなるよう繰り返し事前指示書について声をかけ話題にしているということであった。また、認知機能障害のある高齢者へのこういった意思決定支援は、どのように行っているか問うと、認知機能障害もしくは認知症の患者に行うのはやはりとても難しい問題だと答えてくれた。実際の支援方法としては、まず初期の段階で行うことが重要

であるということ。そして、とにかく理解や反応をひとつひとつ確かめながら進めていくことしかないのではないかということだった。

3) ターナーシニアリソースセンター

地域の高齢者と家族への社会資源についての情報や各種プログラムを提供している施設で、中等度認知症高齢者を対象としたプログラム Silver Club (以下、シルバークラブ) と、初期認知症女性のためのプログラム Elderberry Club (以下、エルダーベリークラブ) に参加した。

シルバークラブでは塗り絵、椅子に座ってする体操、記憶を想起させるような認知刺激のクイズ、歌を歌う音楽療法などがゆっくりとしたペースで進められていた。いずれも自由な雰囲気、途中寝ている人も、お隣とお話している人も、部屋から出ていく人もいるが、ファシリテーターやボランティアがそっと見守っていた。

エルダーベリークラブでは、パソコンとつないだ大きな画面で話題やニュースを共有しており、視覚的にも同じものが共有できて、話題についていけない人が出ないよい方法と感じた。訪問時はオリンピック中であつたので、大いに盛り上がっていた。この時ファシリテーターが、ある金メダリストの母親がアルツハイマー型認知症だというニュースを投げかけ、しばらく皆で話していると、参加者のひとりが「私もアルツハイマーよ」と言っていてにっこりと笑い、“But we are OK!” “Feel like OK!” と楽しそうに話しているのがとても印象的であつた。また他の参加者のことを“Like sisters”と表現し、認知症や高齢であることを共有し、互いに支えとなっていることが大変良く伝わってきた。ファシリテーターのグループづくりの力が大きいと思われる。また高齢者側から見ると、こうしたグループの関係性は初期だから作れるものであり、今後についての不安や、周囲には気づかないような困りごとを抱えている初期認知症高齢者にとって、このようなピアサポートグループの存在は大きな支えになるものと感じた。一方で、エルダーベリークラブの参加者はみな私たちを理解し受け入れてくれ、コミュニケーションも良好で、歩行や食事など日常生活動作にも特別な問題はなかった。日本であれば介護保険の支援からはすり抜けてしまうであろうし、まだ自分が認知機能障害であることを受け入れられない人も多いのではないかと思われる。初期の認知症高齢者へ、どのように支援を進めるべきか、一層検討する必要があると考えた。

4) プレコンビレッジ “whole continuous” ケア

もともとは19世紀に設立されたキリスト教系の慈善ホームを母体として、現在はデトロイト近郊に多くの関連施設を持つグループの内のひとつである。プレコンビレッジは広大な敷地の中でひとつの街区ようになっており、各施設や様々なタイプの住居が数多く並んでいる。研修は、プレコンビレッジ内にある介護付き住宅、メモリー

サポートセンターのデイプログラム、車で数分の場所にあるリハビリ病院 (The Redies Center for Rehabilitation & Healthy Living) と、看取りまでのエンドオブライフケアを行う長期療養施設 (Evangelical Home) を訪問した。

認知症高齢者のグループホームはケアニーズによって3つのセクションがあり、建物の構造、壁やドアの色や向きなどは全く同じになっていた。これは、セクションを移動したときに認知症高齢者の混乱をできるだけ少なくするための配慮とのことであつたが、これは大変すばらしいと感じた。

提供されるプログラムも多彩で、ウォーキングマシンが並んだジムでもたくさん的高齢者が運動していたが、ディレクターの看護師は、とにかく“Keep Moving!!”を合言葉にできるだけ自分で動ける状態でいられることを重視していると語っていた。米国では体格の大きい方が多く、身体の大きな男性の場合、歩行移動を介助するのに3~5名も必要なことがあるとのことで、この場合寝たきりになった後のケアも負担が大きい。自分で動ける期間をいかに長くできるかは、高齢者本人のQOLはもちろん介護する者の負担とも強く関連することがあり、歩行機能が低下してきたからのプログラムも1日2回提供されていた。

また居住者の医療ニーズが高くなった時にはリハビリ病院や長期療養施設を利用でき、そこではホスピスケアも提供され、切れ目のない継続した“whole continuous”なケアがなされているとのことであつた。自立して生活ができる人、認知症の人、最期の時を過ごす人まで、様々な高齢者が穏やかに生活している一連の施設を見学し、日本における地域包括ケアシステムを集約したもののように感じた。住み慣れた環境で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられる、というのはとても理想的であり、日本での地域包括ケアシステムもその中身をより充実させていく必要があると感じた。

III. 考察

1. 高齢者への高度実践看護に求められる視点と能力

急性期病院からエンドオブライフケアを行う長期療養施設まで、研修を通してあらゆる場所における高齢者ケアを学ぶ機会となった。ここから、高齢者への高度実践看護に求められる視点と能力についての考察を述べる。

まず1つめとして、どの時期どこの場所においても、高齢者を継続した視点でみる必要があると考える。

高齢者は骨折や肺炎などによって誰もがいつでも急性期的な状況になり、それが生死にも関わる可能性が常にある。そのため、加齢性の変化の過程の中にいることを理解し、今ある目の前の状態だけをみるのではなく、時

間軸を意識することが求められると考える。つまり、既往歴にも表れているこれまでの人生や生活をふまえること、そして「これまで」よりも、おそらく必ず短い期間となるであろう「この先」のことを予測しながら、今必要な看護や支援は何かを考えることが必要となる。

2. 包括的アセスメント能力の必要性

2つめには、その看護や支援を考えるために求められる、包括的なアセスメントの能力が挙げられる。ACEユニットで超急性期の時期から疾患だけでなく生活の視点からのアセスメントと介入が行われていたように、高齢者の健康やQOLを長期的に支えるためには、身体的評価だけでなく、生活機能、精神面、社会面など総合的にとらえて包括的なアセスメントができる能力が不可欠である。高齢者のアセスメントはCGA（高齢者総合的機能評価）がよく知られており本学では学部教育から取り入れているが、この研修を通してCGAをより意図的・戦略的に進められるよう活用する必要があることを改めて学んだ。

3. 多職種チームにおける看護師の役割

3つめには、学際的多職種チーム内における役割の遂行がある。急性期病院から長期療養型施設まで、どの健康レベルでも、どこの療養場所においても、多職種の学際的チームが高齢者を支えており、それにより高齢者を包括的にみることが可能となっていた。つまり包括的なアセスメントには、多職種による関わりが欠かせないといえる。そこでまずは、チームの一員として他の職種とメンバーシップをとりながら協働していくことが必要となる。さらに高度実践看護の役割としては多職種チームの中でリーダーシップがとれることも時に必要であると考え。ACEユニットでも、ターナークリニックでも、多職種チーム内で中心となっていたのは医師とNPであった。看護師は医師以外の職種の中では医療知識に強く、同時に患者の生活に近い存在であることから、チームの意見を集約したり方向づけたりすることが可能と考える。また今後はチーム内の実践的な役割だけでなく、どのようにチームをつくり、運営、促進するかということも非常に重要な点であると考え。

ミシガン大学病院HELPプログラムのボランティアカンファレンスではチームづくりの重要性を強く感じた。必要な資源やシステムがあれば自ら作り上げることも必要となる。その際には、実践の効果を目に見える形で表すことや、臨床データの蓄積と分析、提示を促進していくことなども方法のひとつと考える。

また研修で訪れた場所は、急性期のACE病棟やターナークリニック外来など高齢者が置かれているどこの場所も、おだやかな環境で時間がゆったりと流れていた。

日本の急性期病院や外来を省みると違いは明らかで、この違いがどこからくるものかと疑問であった。

研修先では、それぞれの職種の役割や機能が明確で、必要なケアや業務は分化され無駄がないような体制が整えられていた。こうした役割と機能の分化によって、自らの専門性が発揮できる上、それぞれの人がその分野でよりチャレンジングな実践ができ、モチベーションも高められると考える。そのためには、それぞれの職種が、まず自分の専門性をきちんと理解すること、そして他職種の専門性を理解して、尊重することが必要になると考える。教育の中でもそれらを意識的に進めていくことが必要となると思われ、今後は専門職連携教育等も検討する必要があると考えられた。

4. 認知症高齢者への初期支援の必要性

4つめに、認知症高齢者への対応力と介入の実践力が挙げられると考えた。認知症ケアに関しても初期からエンドオブライフまで継続的な視点を持った看護が必要であるが、今回は特に、認知症初期のケアの必要性を強く感じた。

認知症の初期では、自らの認知機能の低下に気づき不安や焦燥感の訴えが生じやすいこと、アドバンスディレクティブをはじめ将来的なことを検討し適切なかたちで自らの考えを残しておける期間は限られていることなどから、初期にこそ必要かつ可能な支援があり、その支援の有無によってその後の生き方にも影響すると考える。エルダーベリークラブで認知症者本人が「私もアルツハイマーよ」と心からの笑顔で語ることができていたのは、自分が認知症であるということを共に受け止め、理解してくれる人がいて、その支えを感じられる環境の中で生活しているからなのであろう。

認知症の早期発見と早期治療開始が進められているが、本当に必要なのは診断をつけた後の支援である。初期からエンドオブライフケアを始めること³⁾の重要性だけでなく、今後具体的にどのようなプログラムが必要か、その内容を具体的に考案することがわれわれにとっても課題となった。

これらの学びを、それぞれ今後の臨床実践や、研究・教育プログラムの開発と実践に活かしていきたいと考えている。

謝辞

本研修の企画とコーディネーターをお引き受け頂いたミシガン大学ターナー高齢者クリニックのソーシャルワーカー Mariko Abe Foulk 氏、各研修施設スタッフ、患者利用者のみなさまに深謝いたします。本研修参加者の一部はミセスセントジョン記念教育基金の助成を得ました。重ねて謝意を表します。

引用文献

- 1) Rubin FH, et al. Replicating the Hospital Elder Life Program in a community hospital and demonstrating effectiveness using quality improvement methodology. J Am Geriatr Soc. 2006 ; 54(6) : 969-74.
- 2) Rubin FH, et al. Sustainability and scalability of the hospital elder life program at a community hospital. J Am Geriatr Soc. 2011 ; 59(2) : 359-65.
- 3) 西山みどり. 認知症とともに生きる人と家族へのエンド・オブ・ライフケア. 長江弘子編集. 看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア. 東京: 日本看護協会出版会; 2014. p.132-140.