

認知症ケア加算 1 の取得と取得後のケアの質保証

～看護管理者の立場から～

公益財団法人脳血管研究所附属美原記念病院

看護部長 高橋 陽子

[はじめに]

わが国では人口の高齢化が進み、入院患者のうち 3 割に認知症、あるいは認知機能の低下が認められるという報告があり、認知症患者に対する適切なケアの提供が求められている。診療報酬制度においても平成 28 年度改定に「身体疾患を有する認知症患者に対するケアの評価」として認知症ケア加算が新設された。当院では認知症患者のケアの重要性を認識し、以前より認知症看護認定看護師を専従配置した組織横断的な活動を行っていたため、当初から「認知症ケア加算 1」の加算が取得可能であった。今回、当院における認知症ケア加算 1 の取得と取得後のケアの質保証について、Donabedian(1968)が提唱した「構造」「過程」「結果」の三つの視点から検討し、報告する。

[構造:認知症ケアサポートチーム(DST)の立ち上げ]

「認知症ケア加算 1」取得に伴い、組織の確立として DST を他の委員会と同じ位置づけとした。構成メンバーは、神経内科医師 1 名、脳卒中部門長医師 1 名、認定看護認定看護師 1 名(専従)、老人看護専門看護師 1 名、社会福祉士 1 名、臨床心理士 1 名の 6 名で構成した。さらに、DST の下部組織として看護師をはじめとし薬剤師や管理栄養士等をリンクスタッフとして配置した。

[過程:病棟看護師等と DST の連携/スタッフへの現場教育]

病棟看護師は、入院患者の入院前の生活状況等を家族や介護支援専門員等から情報収集、その情報を踏まえたアセスメントを行い、DST 対象患者をピックアップする。看護計画の作成においては入院時から退院後の暮らしを見据えた支援になるよう専門・認定看護師等から助言をもらいながら患者家族も含めて検討し、円滑な退院支援に結びつけられるような対応を心がけている。また、行動・心理症状が強くみられる場合には、その要因を検討し、症状軽減を図るために適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について多職種とも随時検討している。やむを得ず身体的拘束を実施する場合は、解除にむけた検討を医師、看護師等と実施の必要性を 1 日 1 回は検討し、早期に解除できるよう努めている。スタッフの教育は看護部としての定期的な研修の開催以外に、専門・認定看護師が

直接現場に出向き、看護師はじめ看護補助者やリハビリスタッフにも認知症患者とのコミュニケーションの方法を指導している。

[結果：行動・心理症状の軽減率/身体拘束率/平均在院日数短縮]

DST のアウトカム評価として、行動・心理症状の軽減率、身体拘束率、平均在院日数短縮を指標として定め、毎日評価し、病各棟において当日報告する。本加算取得してから 2 年が経過したが「結果」を分析後、「構造」や「プロセス」の振り返りを行い、ケアのあり方を随時修正してきた。このような継続的な質向上への取り組みが、より適切な認知症ケアに結びつくと考えている。