

当科もの忘れ外来における認知症看護認定看護師の役割と重要性

鵜飼克行 1,2, 松井千恵 1,2,3, 加藤貴代 1,2,3, 服部しほり 1,2,3, 松岡友絵 2,4

The role and importance of Certified Nurses in Dementia Nursing in our psychogeriatric memory clinic-

UKAI Katsuyuki, MATSUI Chie, KATO Takayo, HATTORI Shiori, MATSUOKA Tomoe

要約 他の医療機関では類を見ないと思われる当科もの忘れ外来の診察の様子を症例呈示して、認知症看護認定看護師 (DCNs) の役割と重要性について報告する。その要点は以下である。

1. 当科外来における DCNs の役割は多種多様であり、医師の診療にも匹敵するほどの重要性を有している。
2. 当科 DCNs は、診察中に患者・家族へ質問や指導をすることが、許可・求められている。
3. 当科 DCNs は、認知症看護だけでなく、脳解剖学・脳放射線診断学・向精神薬を中心とした臨床薬理学などの医学的基礎知識や認知症診療の基礎をも習得する必要がある。
4. 当科 DCNs は、公認心理師の役割である神経心理検査や、医療ソーシャルワーカー・ケアマネージャーの役割である認知症関連の社会保険制度などの基礎的知識の習得も要求されている。
5. DCNs の上記のような多種多様な知識・技能の習得努力により、限られた診察時間内で、それなりの全人的な認知症診療の実施可能性が担保されている。

Keywords: 認知症看護, 認知症看護認定看護師, もの忘れ外来, 生活改善療法, 全人的治療

緒言

当院 (総合上飯田第一病院) は名古屋市北区に位置し、病床数 236 床 (精神科病床なし) ・6 病棟制の中規模の一般病院 (社会医療法人) である。名古屋市北区の 2020 年での高齢化率 (65 歳以上) は 29% であり、名古屋市内 16 区の中で 2 番目に高く、独居高齢者は 16 区中最も多い。2023 年 7 月現在、名古屋市には 4 つの認知症疾患医療センターがあるが、北区にはない (愛知県内の認知症疾患医療セン

ターは 11 施設であり、すべてが地域型で、基幹型は無い) 。

日本看護協会によれば、愛知県の医療系施設に勤務する認知症看護認定看護師 (以後、DCNs と略す) は、2022 年 12 月時点で 103 名であり、そのうちの 3 名が当院の所属である。また、愛知県看護協会の DCNs 登録情報公開データによれば、DCNs が登録されている名古屋市内の施設は 29 施設であり、北区では当院のみである。

現在の当科 (老年精神科) もの忘れ外来は、週 3 日・9AM からの 4PM までの 7 時間枠の完全予約制で、医師 (筆頭筆者) 1 名・DCNs は 3 名での交代制で 1 名・公認心理師 (以後 CP) 1 名の合計 3 名によって運営されている。

一般的な医療機関での外来は、医師による診察・治療などが重要かつ大部分を占めており、外来看護師の仕事は、必要不可欠ではあるものの、その内実は看護師一人で複数の医師の診療準備・診療介助・事務的作業などの補助的業務であることが多い。しかし、当科外来の DCNs の仕事は、医師一人に常時 1 名が専属で担当しており、ケースによっては医師以上の重要性と専門性を有する場合もある。

当科の診察風景は、おそらく他の医療機関の外来診療では見られない独特なものと思われるので、最初に当科外来の特徴について述べる。その後、フィクション化した症例を使って、当科外来における DCNs の仕事を具体的に示して、役割とその重要性について説明する。

2023 年 7 月 26 日受付, 2024 年 4 月 22 日受理

- 1) 総合上飯田第一病院 老年精神科
Department of Psychogeriatrics
- 2) 総合上飯田第一病院 認知症せん妄サポートチーム
Dementia-Delirium Support Team
- 3) 総合上飯田第一病院 看護部
(認知症看護認定看護師)
Certified Nurses in Dementia Nursing
- 4) 総合上飯田第一病院 リハビリテーション科 (作業療法士, 認知症予防専門士)
Department of Rehabilitation, Kamiida Daiichi General Hospital

この実践報告の目的は、様々な実施方法が存在すると思われる認知症診療における、一つの方法・モデルを提示することで、認知症診療の在り方を改めて考える機会になればと、企図したためである。

I. 当科外来の現状と特徴

当科外来の現状とその特徴を、箇条書きにして以下に示す。

1. 令和元年の秋頃、中華人民共和国の武漢で発生した新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) によるパンデミック以後は、当科外来受付の前の段階で、来院者の検温が実施されており、熱発している者の当科外来の受付を許可していない (2023年7月現在)。

2. 当科への初診・再診ともに、患者の日常の状態をよく知る家族・介護者の付き添いが必須である。家族・主介護者がいない場合には、行政や福祉関係の職員の付き添いを必要としている。

3. 当科は精神科ではあるが、個別的な事情のある症例も多く、本来であれば他科 (身体診療科) が処方する薬も、止むを得ず当科で処方することも多い。具体的には、抗パーキンソン病薬・抗てんかん発作薬・甲状腺ホルモン製剤・ビタミン製剤などは当然として、他にも降圧薬・脂質異常治療薬・抗潰瘍薬・抗血小板薬・糖尿病治療薬・抗アレルギー薬・泌尿器科関連治療薬・疼痛治療薬・NSAIDs・漢方薬などである。

4. 現在の当科の再診の頻度は、原則的に3~6か月毎 (年2~4回) である。COVID-19・パンデミック以前には1.5~3か月毎 (年4~8回) であったが、当科待合室で長時間 (完全予約制であるにもかかわらず、3~4時間待ちになることが多々あった)、患者家族が密集・密接することによる集団感染連鎖 (アウトブレイク) を避けるために、やむを得ず導入した措置である (このような長期処方好ましくないことは、言うまでもない)。詳しくは筆頭筆者による別稿を参照されたい。なお、当科では、30日間の処方制限のある従来型のベンゾジアゼピン系の薬は、極めて少数の例外を除き、パンデミック以前に、すでに処方されていない状況となっていた。

5. 現在、原則的に患者・家族は、診察予約枠の最低1時間前には来院するように指示されている。その理由は、ほぼ毎回、各種の検査 (血液検査・尿検査・心電図検査・頸部US・画像検査・脳波検査など) を実施するためである。血液検査・尿検査・心電図検査の目的は、主に処方薬剤による副作用のチェックのためである。

6. 当科診察室にはDCNs用の電子カルテもあり、DCNsも医師と同様に、診察において看護・介護上で重要と思わ

れる所見や患者家族への指導・やり取りを、カルテ記載している。

7. 診察に就いているDCNsは、診察中であっても、患者・家族に対して直接に質問やアドバイスをすることが許可・推奨されている。また、それらの内容を電子カルテに記載するように指導されている (おそらく患者・家族にとっては、二人の医師に交互に診られているような感覚であろうと思われる)。

8. 当科の患者に付き添う家族の半数近くは配偶者であり、患者同様に高齢であることが多く、検査や処方の説明が複数回必要であることは当然として、次回再診時の必要事項や予約検査の順番などは、再診予約券とともにメモ用紙に書いて渡しておくことが必要である。また、診察前の「検査巡り」で病院内迷子になることもあれば、その途中で財布・バッグなどの貴重品をどこかに置き忘れてくることも多い。診察中も難聴のため、同じ説明を何度も大声で繰り返さねばならないこともしばしばである。これらへの対応も、ほとんどがDCNsの仕事である。

9. 当科におけるCPの業務は、神経心理検査・精神療法 (カウンセリング)・DCNsの補助 (患者家族へのオリエンテーション・案内・相談・紛失物の捜索・紙媒体資料の整理など) である。当科診察室の隣室が心理検査室になっており、CP用の電子カルテが設置されていて、神経心理検査・精神療法に対する患者の言動や結果を、検査数値だけではなく、言葉で詳細に記載するように要求されている。

10. COVID-19・パンデミック以前の当科の診察では、視診・問診だけでなく、当然に触診・手動的な神経学的検査もルーチンで実施していたが、現在はどうしても調べたいとき以外には、なるべく身体接触を避けるようにしている²⁾ (2023年7月現在、自粛中)。

11. 当院は病床数236床の中規模病院であるが、この12年間で当院から3名のDCNsが誕生して、現在も全員が活躍している。ちなみに、名古屋市第一号のDCNsが誕生したのは当院である。

12. 3名のDCNsは、全員が「認知症せん妄サポートチーム (DDST)」のメンバーである。最初の名称は「認知症サポートチーム (DST)」であったが、実質的にせん妄の予防や対応も担っていたため、数年前に実態に合わせてDDSTと名称変更した。DSTを創設したのは2011年で、おそらく日本初ではないかと思う (少なくとも、愛知県では初である。名古屋大学医学部附属病院を含めた県内4医科大学病院や、大府市にある国立長寿医療研究センターよりも早い設立であった)。

13. DCNsの資格は取っていないが、当科外来担当の看護師1名が、CPとCMの資格を取得した。現在は当科外来ではCPとして、毎週半日程度勤務している。

14. 当科外来・DDST 担当の MSW (医療ソーシャルワーカー) も、CP 資格を取得した (CM 資格は以前から取得済み)。

II. 当科外来での認知症看護認定看護師の業務の実際

本症例のモデルとした患者と家族から論文化の承諾を得た。また、匿名性確保に配慮し、本論文の目的や症例の現実性に影響がないように留意しつつ、大きく改変してフィクション化した。当論文の発表に関して、当院・倫理委員会 (総合上飯田第一病院, 名古屋) の承認を得た (承認番号: 202306)。

以下の呈示の目的は、当科外来担当 DCNs の動きや役割を読者にしっかりと把握して欲しいというよりも (一読だけでは把握不可能であろう)、いかに多種多様な役割があり、それらを短時間で的確にこなす必要があるか、その現実を実感していただくためである。

当科外来の診察場面の提示

1. 当科受付にて

令和 X 年某日、患者 A は、妻・娘とともに、再診予約日の正午頃に来院して、午後からの当科外来の再診受付をした。当科の午前中の外来は未だ終了しておらず、診察室で他の患者 B の診療に就いていた外来担当の DCNs (M とする) は、一旦診察室を離れて、待合室で患者 A の ID 確認と患者の血圧・脈拍を測定しつつ、視診・ここ数か月の状態の変化などの問診を行った (簡単な予診の実施)。

M は予め医師から指示の出されていた検査を受けてくるように (各検査部署が記載された用紙を用いて) 説明・指示した。患者 A・家族が各検査に向かうと、M は診察室に戻り、進行中の患者 B の診療に参加するとともに、電子カルテに患者 A の体温・血圧・脈拍・予診で気が付いたことなどを記載した。

2. 患者 B の診察にて

医師が患者 B (80 歳前半・男性。臨床診断: レビー小体型認知症) の検査結果を電子カルテ上で確認していると、家族から「最近、患者 B が『ここは私の家じゃない。他にもある』と言い出した、知らない間に外に出て行ってしまった」との訴えがあった。電子カルテのスクリーンとの「睨めっこ」に忙しい医師に代わって、M がこの質問に対応した。M の対応は、①この症状は、レビー小体型認知症の患者にしばしば認められる重複記憶錯誤 (reduplicative paramnesia) という症状の可能性が大きいこと、②妻や子供に対する重複記憶錯誤も起こる可能性があること、③重複記憶錯誤への具体的な介護・対処法、④徘徊による事故の危険性とその防止法、⑤徘徊事故が起きた場合に役立つ

「おでかけあんしん保険 (名古屋市の制度)」の案内、などであった。

家族は保険加入を希望したため、M は当院・「もの忘れ相談室」の MSW に連絡を取り、保険の詳しい内容についての面談の調整を行った。この経緯を M がカルテに記載中に、M が所持している職場用の携帯電話 (PHS) が着信した。M の担当病棟の入院患者 C が、不穏状態となっていて、「せん妄か、行動心理症状 (BPSD) か、分からない。どう対応すればいいか」という内容の相談であった。M が入院患者 C の様子を聞き、不穏への対応法をアドバイスしている最中に、今度は診察室に備え付けの固定電話がコールされた。院外薬局からの患者 D への処方疑義照会であった。M は一旦、病棟からの相談を打ち切り、疑義照会の内容を医師に確認し、院外薬局の薬剤師に回答を伝えて、その旨を患者 D の電子カルテに記載した。

3. 患者 B の診察終了後に

M は患者 B が立ち上がりに転倒しないように介助して、診察室の外へ誘導した。M は待合室で再度、患者 B の処方の変更され・服用方法が変わったことを、患者家族が理解したかを確認し、次回の診察予約日の検査の目的と要領を再び説明した (付き添いの患者家族も軽度認知障害レベルであることも少なくない)。

患者家族から、診察中に医師から勧められた「訪問リハビリテーション」の申し込み方法について、再度の質問があり、これに対応した。この時に、再び診察室の電話が鳴り、放射線科から「頭部 MRI を撮影中の患者 E に、脳を圧排する慢性硬膜下血種がある」との報告であった。

医師が電子カルテで患者 E の MRI 画像を確認中に、M は脳神経外科への緊急受診の是非を医師に確認し、脳神経外科の外来に連絡を取り、脳神経外科医師が緊急対応可能な状況かどうかの確認をした後、放射線科へ患者 E を迎えに行くと同時に、隣室で患者 F の神経心理検査を終えたばかりの CP に、新たに再診受付した患者 G・家族への検査手順のオリエンテーションと、患者 B・家族を MSW の相談室へ案内するように依頼した。(注: 医師が楽をしているように感じるかもしれないが、医師もトイレに行く暇もない程に多忙である)

4. 患者 H の診察にて

脳神経外科での引継ぎを終え、当科外来に戻って来た M は、医師から患者 H の診察開始を告げられた。患者 B と患者 E の経緯をカルテに入力する暇もなく、M は患者 H の ID・かかりつけ医の処方の変更の有無・服薬アドヒアランスなどを確認しつつ、患者・家族を診察室に誘導

して、かかりつけ医が数か月前に変更した新しい薬剤処方メニューを、家族から借りた「お薬手帳」を見ながら、患者Hのカルテに入力した。

医師による視診・問診・CPが実施した神経心理検査と各種臨床検査の結果の確認が開始されて間もなく、午後の初診予約患者Iとその家族が、当科受付に到着した。Mは診察を一旦離れて、初診予定日の1週間前に郵送しておいた「予診票（A4用紙5枚分）」を患者Iの家族から受け取り、患者Iの検温・血圧・脈拍のチェックと規定検査のオリエンテーションを行った。

その際にMは待合室で診察を待っていた患者Jの家族から、「Jのいない時に話したいことがある」と相談された。Mは「患者JがCPから認知機能評価を受けている間に話を聞く」旨の約束をして診察室に戻り、診察中の患者Hの情報・所見のカルテ入力と並行して、Mは初診患者Iの予診票の記入漏れの項目のチェックを始めた。

その時、またMのPHSに当院・電話交換手から着信があった。本日受診予定ではない患者Kの家族から、「Kの様子がおかしい、いつものボーっとした感じではない。緊急で(当科に)受診していいか」との問合せであった。

「精神的な問題よりも、身体的問題が発生した可能性が高い」と判断したMは、「老年精神科ではなく、救急外来を受診するように」とアドバイスした。(以下、省略)

III. 考察

1. 当科の診療について

患者Bの診察後半から次の患者Hの診察前半までに(ほぼ1回分の診察に相当)、患者AからKまで合計11組の患者・家族に対応する必要があった看護師Mの動きを、読者の頭は混乱して、把握しきれなかったのではないかと思う。看護師Mが行った仕事を時系列的に表1に纏めた(表1)。

これほどに、当科外来の診察は、医師・看護師・CPの3人体制でも、煩雑かつ多忙にならざるを得ない。なぜだろうか？

この原因には、(1)認知症診療の一般的特殊性に基づくもの、(2)当科診療の個別的特殊性に基づくもの、に大別できると思う。以下、それぞれ検討する。

表 1. 当科認定看護師が 1 回分相当の診察内（約 30 分間）に行った仕事

1. 当科受付にて	
A	診察前の予診（ID 確認・血圧・脈拍・視診・問診など）
A	予約検査の説明と案内
A	予診データの電子カルテ記載
2. 患者 B の診察にて	
B	診察時の会話・精神療法の要旨の記載（看護サイドから）
B	患者の症状（重複記憶錯誤）の説明（電子カルテ記載）
B	重複記憶錯誤への具体的な介護・対処法の家族説明
B	徘徊による事故の危険性とその予防方法の説明
B	徘徊事故保険制度の案内
B	医療ソーシャルワーカー（MSW）との連携（面談調整）
C	担当病棟からの SOS への対応（状況把握と助言）
D	院外薬局からの疑義照会への対応（電子カルテ記載）
3. 患者 B の診察終了後に	
B	患者誘導（転倒防止）
B	患者家族の理解度の確認と再指導
B	患者家族からの質問への対応・再指導
E	緊急の他科受診の調整（他科連携）
E	脳神経外科受診の案内・搬送
F	患者家族への案内
G	家族への検査手順のオリエンテーション
4. 患者 H の診察にて	
H	患者誘導（転倒防止・ID 確認・予診データ確認）
H	他医処方薬の変更の確認・服薬管理などの電子カルテ記載
I	新患患者への対応（事前アンケートの記載確認）
I	新患患者の予診の実施・確認
I	新患患者の予約検査の説明と案内
J	待合室で待っている他の患者家族への対応（家族相談）
H	予診データ・診療中の情報の電子カルテ記載
I	新患患者の事前アンケートの記載確認
K	診察予定外の患者家族からの緊急 TEL 相談への対応
A~K のアルファベットは対象患者を表す	

(1) 認知症診療の一般的特殊性に基づくもの

認知症の診療は、全人的なアプローチが必要とされる。この見解に対して、「それは他の疾患でも同様ではないか」という反論がなされるかもしれない。これは理想的には、その通りであろう。しかし、現実的には、例えば、転倒して大腿骨頸部骨折を負った高齢患者に対して、一般的な整形外科医が、術後の外来診療で、どのようなアプローチが可能だろうか、骨粗鬆症の薬の処方とリハビリテーションを勧めるぐらいが多いのではないだろうか？（注：この指摘に対して、「整形外科医に対する敬意に欠けている」という意見もあるかと思うので、誤解を避けるために一言述べておきたい。筆者が言わんとしていることは、「実際の診療では、この程度で十分のことも多い。また、一般的な身体診療科の外来で、患者の認知機能までを考慮に入れた診療、さらに多職種連携を実行することは不可能に近い。そうならざるを得ない現実がある」と、現在の一般診療における厳しい事実・現実を述べているのである。現実が許す範囲で、なるべく全人的な診療に努力したいと思っている整形外科医が存在しているに違いないことは、言うまでもない）

しかし、認知症の専門診療では、その程度では済まされない（済まそうと思えば、可能ではあるが・・・その方法は、露悪的に表現すれば「見ざる言わざる聞かざる」である）。認知機能を維持・改善させるための治療（薬物療法と非薬物療法）は当然として、患者が安全に生活できるための環境調整、周囲の人のメンタル面や地域社会の安全・安定にも配慮する対応が必要となる。また、認知機能に影響を与える既往疾患の治療と予防的生活指導、誤嚥予防・転倒予防のためのリハビリテーションの計画立案・身体能力に見合った生活環境調整なども実施する必要がある。これらは介護保険申請を含めて、MSW・DCNs・ケアマネージャー（以後CM）・訪問看護師・理学療法士・作業療法士（OT）・患者家族らとの協同作業となる。さらには、これらが適正に実施されているかの確認と、その効果の定期的な評価も必要である。これらに関連する業務のかかなりの部分は、毎回の診察時間内に、その都度、医師とDCNsとで行うことになる。

(2) 当科診療の個別的特殊性に基づくもの

当科外来では、一般的な予防的生活指導を発展させた「生活改善療法」を臨床実践している。この生活改善療法は、筆頭筆者が18年前に考案・命名したもので、その実践内容の詳細は別稿を参照されたい³⁾。

さらに、当科では、認知症性疾患と関連の深い疾患（パーキンソン病・原因不明の高齢初発てんかん・レム睡眠行動障害・むずむず脚症候群・自律神経障害など）は当然として、認知機能に影響を与える疾患、すなわち、生

活習慣病のほぼすべて（高血圧・糖尿病・脂質異常症・慢性腎疾患など）と、その他の疾患のかかなり広い範囲（各種がん・免疫炎症性疾患・自己免疫性疾患・貧血・血球異常・内分泌性疾患・肝機能障害・腎機能障害・電解質異常・頸動脈狭窄症・脳血管障害・失神・心電図異常・便秘症・不眠症・うつ状態・パニック障害・てんかん・睡眠障害・疼痛性障害など）を、鑑別診断や治療介入の対象としている。

うつ状態などの精神疾患だけでなく、これらの身体疾患も診療対象としている理由は、これらの疾患が直接に認知障害を引き起こすことがあり得るからである（いわゆる「治療可能な認知症」）。そのみならず、長期的に・間接的にも、認知機能に悪影響を及ぼす可能性もある（精神科の診療の原則として、「まず初めに身体的・器質的疾患を除外せよ」を教えられなかった精神科医はいないはずである）。

たとえば、腭腫瘍で考えてみると、転移があるような進行がんの場合には、そもそも救命や緩和ケアが重要な段階であり、悠長に認知症診療に注力集中すべき状態ではなく、とりあえずは脳転移やがん性髄膜炎などの認知機能に影響する病態を除外すべきであろう。早期がんの段階であっても、傍腫瘍症候群による症状（腫瘍が産生する因子や免疫異常・自己抗体などによると推察される）・稀かもしれないが抗NMDA受容体脳炎などの自己免疫性脳炎の惹起・合併も鑑別が必要となろう（自己免疫性脳炎は、認知症に類似した発症をすることがある）。さらに、根治可能な超早期の腭がんであっても、糖尿病の原因となる場合や（糖尿病は認知症発症・悪化のリスク因子である）、機序は不明だが抑うつ状態も引き起こすこともある（うつ状態も認知症発症・悪化のリスクの可能性、あるいは初発症状・BPSDの一つでもある）。

上記のすべての疾患を症例毎に一律に除外診断しているわけではないが、初診時には頻度が高く注意すべき幾つかの疾患はルーチンに除外しておくべきだし、再診時でも患者の身体的な訴え（いわゆる「不定愁訴」）を軽視せず、副作用のチェックのための診察・検査で異常を認めたら、想定・心配されるある程度の疾患は除外しておくことが望ましい。当科外来のDCNsは、この検査のための部署（放射線科・臨床検査科など）や他診療科との連絡調整・連携も行う。

2. 当科外来のDCNsの役割と求められる能力

上記の実践報告から分かるように、当科外来のDCNsに求められる能力は、以下のようにまとめることができると思う。

- 1) 各種検査や他科併診がある患者を、他の患者らの(同様の)状況をも鑑みて、いかに効率的に行動させるべきかを判断する能力
- 2) 複数の患者・家族、院内・院外の他所からの依頼・相談・問題などを、同時並行的にさばける能力
- 3) 患者・家族からの多種多様な依頼・質問に、適切に応えられる能力
- 4) 院内の各部署と、迅速かつ適切に連携できる能力

このためには、DCNsであれば当然に身に付けているはずの「認知症看護」の実力だけでは、当科の外来には不十分である。医師(筆頭筆者)の実施する臨床検査・画像診断や処方する薬の知識は最低限として、脳解剖学・画像診断学(患者が受けた画像診断、たとえば、頭部MRI・頸部US・MIBG心筋シンチグラフィ・DAT-SPECT・脳血流SPECTなどの事前および結果の補助的説明もDCNsが行うことが多い)・代表的な認知症の鑑別診断法・神経心理検査法などの基礎的医学知識・技能の習得、すなわち、「認知症医療・医学」の基本は、身に付けておく必要がある。

さらに、介護保険法・様々な社会保険制度など、CMやMSWが専門とする能力も、ある程度は習得しておかないと、患者家族から失望され、頼りにされなくなるのは必然的である。

3. 要求される能力を身につけるために

上記の能力を身に付けるためには、日々の外来実践での経験に加えて、個々のDCNsがそれぞれに勉強する必要がある。

また、勉強の一助となるように、当科・DDSTとしても、以下のような取り組みを実施して、いろいろな勉強や経験の機会を設けるようにしている。

- 1) 毎回の当科外来での医師・CP・MSWによるミニレクチャー(当科のDCNsは、ADAS-J-cog程度の認知機能検査は、全員が実施できる技能を有している。CPが急に欠勤した場合には、DCNsが実施している)
- 2) DDSTの毎週のカンファレンス・毎月の全体カンファレンスでのミニレクチャー(当科DCNs全員が、DDSTに所属していることは前述した)
- 3) DDST有志勉強会(有志メンバーが認知症医療学の基礎的事項をテーマに、他のメンバーの前で講義する。ただし、武漢ウイルス感染症パンデミックの期間、中止を余儀なくされていて、まだ「油断禁物」で自粛中である)
- 4) 当院有志による地域向けの認知症関連講演会(OT・DCNs・CP・医師による講演。これらも未だに自粛中)

- 5) DCNs・OT・MSWらの学術総会(日本総合病院精神医学会・日本認知症予防学会など)・研究会・行政やNGO主催の講演会・看護学校・家族会などでの発表・講演・講義など

おわりに

以上、認知症の専門外来の「一つの実践方法・形式・モデル」を提示したが、筆者らは「このモデルが最も優れている」「これを参考にして見習ってほしい」などの自信・希望・意図があるわけでは、決してない。当科の方法では、いわゆる「全人的診療(身体的・心理的・社会的・実存的など)」を実施するために、多くの人的資源と経済的資源を消費していると思われる。ただでさえ専門医・専門職の不足が懸念されている認知症診療において、すべての認知症の専門医がこれと同様な診療を行うとなれば、COVID-19・パンデミックの頃と同様な「医療崩壊」「医療難民」が発生するであろうことは容易に想像できる。

高齢者かつ認知機能障害者の診療は、診療報酬的には、非常に厳しい現実がある。当科での具体的には、外来診療のために、3名のスタッフ(の件数費)と二つの個室(の独占)が必要である。また、一般的に患者・家族の行動・動作は遅く、サポート要員と(多少じれったい)待ち時間(の空費)が必要である。さらに、説明・指示などを理解するにも時間がかかる(同じ質問・指導の繰り返し)。

以下に当科外来におけるDCNsの役割についての要点を、箇条書きにして、本稿の終わりとしたい。

1. 当科外来におけるDCNsの役割は多種多様であり、医師の診療に匹敵するほどの重要性を有している。
2. 当科DCNsは診察中に、患者・家族に質問や指導をすることが許可されている(求められている)。
3. 上記の役割を果たすためには、当科DCNsは、認知症看護だけでなく、脳解剖学・脳放射線診断学・向精神薬を中心とした臨床薬理学などの医学的基礎知識や認知症診療の基礎をも習得する必要がある。
4. さらに当科DCNsは、CPの役割である神経心理検査や、MSW・CMの役割である認知症関連の社会保険制度などの基礎的知識の習得も要求されている。
5. このようなDCNsの努力により、限られた診察時間内で、それなりの全人的な認知症診療の実施可能性が担保されている。

謝辞

全国および愛知県内の認知症看護認定看護師に関するデータを御教示いただいた愛知県看護協会・総務部・山田氏に感謝します。

また、医療経営的にはマイナスであろう当科の診療を、地域貢献のために、厳しい経営状況下でも許容してくれている当院経営陣に感謝します。

利益相反

筆者は、2022年にエーザイ株式会社と第一三共株式会社から講演料を得ている。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反は無い。

文献

- 1) 名古屋市:高齢者支援(地域包括ケア)【北区】(北区)(city.nagoya.jp)
- 2) 鵜飼克行(2020)新型コロナウイルス感染症のパンデミックは認知症診療をどう変えたか?-総合上飯田第一病院・老年精神科での経験-. 日本認知症予防学会誌 10 (2): 28-32.
- 3) 鵜飼克行, 松井千恵, 加藤貴代, 服部しほり, 松岡友絵(2021)生活改善療法とは何か?-多職種協働の重要性と臨床実践例の提示-. 日本認知症予防学会誌 11 (1): 35-48.