

令和 2 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

訪問看護師による認知症高齢者と家族の支援
に関する調査研究事業
報告書

令和 3 年 3 月

一般社団法人全国訪問看護事業協会

はじめに

国は認知症施策推進関係閣僚会議において、令和元年6月18日に「認知症施策推進大綱」をとりまとめた。認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」に重心を置いた。そのため、認知症になっても、人々が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるよう、自治体はじめ、様々な専門職も認知症高齢者や家族等のニーズに対応しようとしている。

その中で、訪問看護師はどのような役割を担い、そして、認知症高齢者や家族、ケアマネジャーは、どのように訪問看護サービスにアクセスしているのか。本事業では、アンケート調査とヒアリング調査により実態を把握した。その際には、認知症高齢者のケアに先駆的に取組む訪問看護ステーションや、認知症の専門家、有識者らによる検討会及びワーキング委員会を設置して、忌憚のない意見交換を経て事例集やチェックリストをとりまとめた。

実態調査から、訪問看護師が認知症高齢者のケアに効果を上げている点は、「身体疾患の発見（便秘、脱水、肺炎など）」、「服薬管理（薬剤のシンプル化など）」、「家族支援」、「多職種連携」、「生活環境の整備による在宅生活継続」であった。

そして、訪問看護へのアクセスの経緯としては、7～8割が「生活上の困りごと（排泄・保清）」や、「通院や服薬を拒否」などのトラブルがきっかけとなっており、現実には、早期の段階では繋がっていなかった。

このような結果を踏まえて、先駆的に取組む訪問看護ステーションから、訪問看護サービスの利用により、効果を出している事例を収集して、できるだけ平易な言葉で、訪問看護師の視点や介入について、わかりやすいよう心掛けて記述した。それにより、行政や地域包括支援センター、認知症初期集中支援チームなどの多機関連携の中で訪問看護サービスの効果的な活用が推進されることをねらいとした。そして、本人や家族、ケアマネジャーから、訪問看護ステーションへ相談しやすいようにチェックリストを作成した。この活用については、横展開を期待している。

本報告書により、認知症高齢者や家族、ケアマネジャーらが、訪問看護と繋がり、地域に多様な目を持つケアチームが形成されることを願っている。

令和3年3月

「訪問看護師による認知症高齢者と家族の支援に関する調査研究事業」

検討委員会委員長 石原 美和

（神奈川県立保健福祉大学実践教育センター センター長）

目 次

要 旨	i
第1章 事業の概要	1
1. 本事業の背景と目的	1
2. 実施体制	2
3. 実施方法・内容	3
第2章 訪問看護師による認知症の方と家族の支援に関するアンケート調査の結果 ...	5
1. 回答事業所の状況	5
2. 認知症の利用者の状況	6
3. 認知症に係る地域活動等の状況	11
第3章 訪問看護師による認知症の方と家族の支援に関するヒアリング調査の結果 .	15
1. 認知症ケアに必要な利用者の初回訪問までについて	16
2. 認知症利用者への取り組み事例（9事例）	19
3. 地域活動の実践事例（5事例）	31
第4章 横展開推進に必要なツールの作成	35
1. 事例集	36
2. チェックリスト	41
第5章 まとめ	45
1. 訪問看護における認知症の人・家族への支援の現状	45
2. 地域における横展開の必要性	45
参考資料	47

【要 旨】

1. 背景と目的

国は認知症施策推進関係閣僚会議において、令和元年6月18日に「認知症施策推進大綱」をとりまとめた。認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」に重心を置いた施策である。

認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるよう、介護と医療双方の視点から認知症高齢者と家族を支えることのできる訪問看護師は、ケアチームの調整役として重要である。その中でも特に、訪問看護師が家族支援や認知症の初期段階あるいは状態変化時における観察や判断、相談機能などを発揮することは地域で暮らす認知症高齢者やその家族を中心としたケアチームを支えるために必要不可欠といえる。

そこで本事業では、認知症高齢者と家族を支えるために、訪問看護師がどのように活躍し、具体的にどのような役割を担っているか実態を把握した。また、訪問看護師が効果的に活動している先進的事例を収集し、訪問看護師等の活用の推進に寄与することのできる事例集やチェックリスト等を作成し、事例集等を関係団体や自治体等へ広く周知した。また、関係団体と連携し、訪問看護師の認知症対応力向上研修及び認知症サポーター養成講座等の受講の拡充につながるよう周知を図った。

このことにより、認知症の方がどのステージにおいても、また、生活上の困難が生じた場合でも、希望をもって日常生活を過ごせる社会の構築の一助となり、「共生」と「予防」に重心をおいている認知症施策の推進に大きな役割を果たすことが期待できるものとする。

2. 実施体制

本事業の実施にあたり、学識経験者、医師、訪問看護管理者等7名から構成される検討委員会、手引き作成に係るワーキンググループを設置し、検討委員会・ワーキンググループの合同開催2回、検討委員会1回、ワーキンググループ1回にわたって検討を行った。

3. 実施方法・内容

1) 訪問看護師による認知症の方と家族の支援に関するアンケート調査

訪問看護ステーションにおける認知症の人と家族の支援の実態を把握することを目的として、当協会の会員事業所6,152カ所を対象とするアンケート調査を実施し、1,631カ所（回収率26.5%）からの回答を得た。

2) 訪問看護師による認知症の方と家族の支援に関するヒアリング調査

訪問看護ステーションにおける認知症の人と家族の支援の先進的な取組事例を把握し、事例集の素材を収集することを目的として、3カ所の訪問看護ステーションに対してヒアリング調査を実施し、計9事例についての取組内容について回答を得た。

3) 横展開推進に必要なツールの作成

前項のアンケート調査、ヒアリング調査等の結果に基づき、認知症の利用者に訪問看護が介入することによって「身体疾患の発見されること」「服薬が上手く管理できること」「疲れている家族を支援すること」「利用できなかったサービスを導入すること」「住まいを整備することによって在宅生活が継続できる」などに効果があることに着目し、認知症の人及びその家族やケアマネジャー等に向けた訪問看護ステーションにおける好事例集、並びにチェックリストを作成した。

4) 事業成果の普及

作成した手引きについては、当協会のホームページ上で公開するとともに、印刷物を下記の宛先に配布し、事業成果の周知を行った。

- ・都道府県の介護保険課
- ・都道府県の訪問看護ステーション協議会等
- ・都道府県看護協会
- ・日本介護支援専門員協会
- ・厚生労働省 等

第1章 事業の概要

1. 本事業の背景と目的

国は認知症施策推進関係閣僚会議において、令和元年6月18日に「認知症施策推進大綱」をとりまとめた。認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」に重心を置いた施策である。

認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるよう、介護と医療双方の視点から認知症高齢者と家族を支えることのできる訪問看護師は、ケアチームの調整役として重要である。その中でも特に、訪問看護師が家族支援や認知症の初期段階あるいは状態変化時における観察や判断、相談機能などを発揮することは地域で暮らす認知症高齢者やその家族を中心としたケアチームを支えるために必要不可欠といえる。

そこで本事業では、認知症高齢者と家族を支えるために、訪問看護師がどのように活躍し、具体的にどのような役割を担っているか実態を把握した。また、訪問看護師が効果的に活動している先進的事例を収集し、訪問看護師等の活用の推進に寄与することのできる事例集やチェックリスト等を作成し、事例集等を関係団体や自治体等へ広く周知した。また、関係団体と連携し、訪問看護師の認知症対応力向上研修及び認知症サポーター養成講座等の受講の拡充につながるよう周知を図った。

このことにより、認知症の方がどのステージにおいても、また、生活上の困難が生じた場合でも、希望をもって日常生活を過ごせる社会の構築の一助となり、「共生」と「予防」に重心をおいている認知症施策の推進に大きな役割を果たすことが期待できるものとする。

2. 実施体制

1) 検討委員会、ワーキンググループの設置

本事業の実施にあたり、学識経験者、医師、訪問看護管理者等7名から構成される検討委員会、手引き作成に係るワーキンググループを設置し、検討委員会・ワーキンググループの合同開催2回、検討委員会1回、ワーキンググループ1回にわたって検討を行った。

■ 検討委員会

委員長	石 原 美 和	神奈川県立保健福祉大学実践教育センター保健福祉学部 センター長・教授
委 員	上 野 桂 子	全国訪問看護事業協会 顧問
	栗 田 主 一	東京都健康長寿医療センター 副所長
	高 瀬 義 昌	たかせクリニック 院長
	中 島 朋 子	全国訪問看護事業協会 常務理事
	松 本 由美子	埼玉県・さいたま市若年性認知症サポートセンター 若年性認知症支援コーディネーター

(敬称略・五十音順)

■ ワーキンググループ

委員長	中 島 朋 子	全国訪問看護事業協会
委 員	阿 部 智 子	訪問看護ステーションけせら
	松 本 由美子	東京都健康長寿医療センター 副所長
	柳 生 珠 世	なごみ訪問看護ステーション

(敬称略・五十音順)

事務局	清 崎 由美子	全国訪問看護事業協会 事務局長
	吉 原 由美子	全国訪問看護事業協会 業務主任
	井 上 多鶴子	全国訪問看護事業協会
	立 川 尚 子	全国訪問看護事業協会

2) 検討委員会等の開催日程

■ 検討委員会

- 【第1回】 8月 5日 (木) 10:00～12:00 ※ワーキンググループと合同開催
- 【第2回】 10月30日 (金) 13:00～15:00 ※ワーキンググループと合同開催
- 【第3回】 3月11日 (木) 13:30～15:30

■ ワーキンググループ

- 【第1回】 8月 5日 (木) 10:00～12:00 ※検討委員会と合同開催
- 【第2回】 10月30日 (金) 13:00～15:00 ※検討委員会と合同開催
- 【第3回】 12月11日 (金) 13:30～15:30

3. 実施方法・内容

1) 訪問看護師による認知症の方と家族の支援に関するアンケート調査

訪問看護ステーションにおける認知症の人と家族の支援の実態を把握することを目的として、アンケート調査を実施した。

調査対象：全国訪問看護事業協会の会員事業所 6,152 カ所

調査方法：FAX 又は Web による自記式

調査項目：図 1-3-2 の通り

図表 1-3-1 アンケート調査の対象事業所

発送数	回収数	回収率
6,152 カ所	1,631 カ所	26.5%

図表 1-3-2 アンケート調査の調査項目

調査項目	
事業所の概要	☐ 所在する都道府県、事業所名 ☐ 開設者 ☐ 看護職員数（実人数、常勤換算人数） 等
認知症利用者への取組	☐ 訪問対象者数（医療保険、介護保険） ☐ 認知症利用者が訪問看護に繋がったルート ☐ 認知症利用者の訪問看護の依頼があった経緯 ☐ 認知症カフェ等の地域活動の実施の有無 ☐ 認知症高齢者グループホームとの委託契約の有無 ☐ 認知症利用者の依頼を断った経験の有無 ☐ 認知症利用者への訪問看護が効果的だった点 ☐ 過去 3 年間ににおける認知症関連研修への参加状況 ☐ 過去 3 年間ににおける認知症関連研修会等の開催状況 等

2) 訪問看護師による認知症の方と家族の支援に関するヒアリング調査

訪問看護ステーションにおける認知症の人と家族の支援の先進的な取組事例を把握し、事例集の素材を収集することを目的として、ヒアリング調査を実施した。

図表 1-3-3 ヒアリング調査の対象事業所

事業所名	所在地	事例数
訪問看護ステーションけせら	東京都文京区	3 事例
なごみ訪問看護ステーション	東京都中野区	3 事例
東久留米白十字訪問看護ステーション	東京都東久留米市	3 事例

図表 1-3-4 ヒアリング調査項目

区分	主な調査項目
認知症ケアの実践について	○認知症ケアの必要な利用者の初回訪問までについて ・新規利用者の訪問看護に繋がるまでのルート・経緯 ・初回訪問にたどる着くまでに気をつけていること ・訪問体制 ・初回訪問時に気をつけていること ○認知症ケアにおいてうまくいきにくいこと・困ること ○認知症利用者への取り組み事例（事例毎） ・認知症利用者への訪問看護が効果的だと思われること ・利用者像（利用者の状態、家族・生活環境等） ・対応内容（問題の内容、アセスメントの方法、アプローチの方法、対応体制、対応における工夫点、介入結果）
地域活動の実践について	・取組内容 ・参加機関、職種 ・実施上の課題 ・今後の課題や方向性 ・実施することのメリット、デメリット ・取り組みの周知方法（掲載先、周知方法など）

3) 横展開推進に必要なツールの作成

前項のアンケート調査、ヒアリング調査等の結果に基づき、認知症の利用者に訪問看護が介入することによって「身体疾患の発見されること」「服薬が上手く管理できること」「疲れている家族を支援すること」「利用できなかったサービスを導入すること」「住まいを整備することによって在宅生活が継続できる」などに効果があることに着目し、認知症の人及びその家族やケアマネジャー等に向けた訪問看護ステーションにおける好事例集、並びにチェックリストを作成した。

4) 事業成果の普及

作成した手引きについては、当協会のホームページ上で公開するとともに、印刷物を下記の宛先に配布し、事業成果の周知を行った。

- ・都道府県の介護保険課
- ・都道府県の訪問看護ステーション協議会等
- ・都道府県看護協会
- ・日本介護支援専門員協会
- ・厚生労働省 等

第2章 訪問看護師による認知症の方と家族の支援に関するアンケート調査の結果

1. 回答事業所の状況

1) 開設者

回答のあった1,631事業所の開設者をみると、「営利法人」35.2%が最も多く、次いで「医療法人」30.3%であった。

図表 2-1-1 開設者

	件数	割合
営利法人	574	35.2%
医療法人	495	30.3%
社会福祉法人	101	6.2%
その他の社団・財団法人	87	5.3%
医師会	79	4.8%
看護協会	55	3.4%
協同組合	50	3.1%
地方公共団体	32	2.0%
その他	134	8.2%
無回答	24	1.5%
合計	1,631	100.0%

2) 看護職員数

1事業所当たり看護職員数（常勤換算人数）についてみると、平均5.2人であり、認知症認定看護師、老人看護専門看護師、認知症ケア専門士についてはいずれも平均0.0人であった。

図表 2-1-2 看護職員数（常勤換算）

	件数	平均値	標準偏差	最大値	最小値
看護職員数	1,124	5.2	3.6	35	0
（再掲）認知症認定看護師		0.0	0.1	2	0
（再掲）老人看護専門看護師		0.0	0.0	1	0
（再掲）認知症ケア専門士		0.0	0.2	3	0

2. 認知症の利用者の状況

1) 訪問対象者数

令和2年8月における医療保険における1事業所当たり訪問対象者数は、平均31.3人であり、そのうち認知症の訪問対象者数は平均3.1人（医療保険の訪問対象者数全体の9.9%）であった。また、医師により認知症の診断がなされた訪問対象者数、若年性認知症の訪問対象者数は、それぞれ平均1.7人（同5.3%）、0.0人（同0.1%）であった。

同様に、介護保険における1事業所当たり訪問対象者数は、平均54.6人であり、そのうち認知症の訪問対象者数は平均18.2人（介護保険の訪問対象者数33.4%）であった。また、医師により認知症の診断がなされた訪問対象者数、若年性認知症の訪問対象者数は、それぞれ平均11.5人（同21.1%）、0.1人（同0.3%）であった。

図表 2-2-1 医療保険における訪問対象者数（令和2年8月）

	件数	平均値	標準偏差	最大値	最小値
訪問対象者数	1,040	31.3	42.5	482	0
（再掲）認知症の訪問対象者数		3.1	7.4	156	0
（再々掲）医師により認知症の診断がなされた訪問対象者数		1.7	3.7	45	0
（再々掲）若年性認知症の訪問対象者数		0.0	0.3	3	0

図表 2-2-2 介護保険における訪問対象者数（令和2年8月）

	件数	平均値	標準偏差	最大値	最小値
訪問対象者数	1040	54.6	56.0	918	0
（再掲）認知症の訪問対象者数		18.2	20.2	170	0
（再々掲）医師により認知症の診断がなされた訪問対象者数		11.5	14.6	125	0
（再々掲）若年性認知症の訪問対象者数		0.1	1.0	23	0

2) 認知症利用者が訪問看護に繋がったルート

認知症利用者が訪問看護に繋がったルートについてみると、「ケアマネジャー」89.9%が最も多く、次いで「医療機関からの相談」62.1%、「地域包括支援センターや行政」52.1%などとなっていた。

なお、「その他」4.3%の内訳をみると、「家族」との回答が多く、その他「民生委員」「認知症高齢者グループホーム」等がみられた。

図表 2-2-3 認知症利用者が訪問看護に繋がったルート
【複数回答】

	件数	割合
ケアマネジャー	1,467	89.9%
医療機関からの相談	1,013	62.1%
地域包括支援センターや行政	850	52.1%
認知症初期集中支援チーム	100	6.1%
地域住民等	49	3.0%
その他	70	4.3%
無回答	43	2.6%
全体	1,631	

また、認知症利用者が訪問対象者の50%以上を占める事業所についてみても、認知症利用者が訪問看護に繋がったルートは、「ケアマネジャー」91.1%が最も多く、次いで「医療機関からの相談」70.9%、「地域包括支援センターや行政」50.4%などとなっていた。

図表 2-2-4 認知症利用者が訪問看護に繋がったルート
【認知症利用者が50%以上の事業所、複数回答】

	件数	割合
ケアマネジャー	235	91.1%
医療機関からの相談	183	70.9%
地域包括支援センターや行政	130	50.4%
認知症初期集中支援チーム	17	6.6%
地域住民等	10	3.9%
その他	12	4.7%
無回答	0	0.0%
全体	258	

3) 認知症利用者の訪問看護への依頼の経緯

認知症利用者の訪問看護への依頼の経緯についてみると、「生活上の困りごと（排泄・保清等）」78.3%が最も多く、次いで「通院・服薬拒否」61.7%、「他者（サービスを含む）や介護の拒否」48.8%、「中核症状とBPSD」40.0%などとなっていた。

なお、「その他」10.2%の内訳をみると、「服薬管理」との回答が多く、その他「身体症状の管理」「家族支援」「リハビリテーション」等がみられた。

図表 2-2-5 認知症利用者の訪問看護への依頼の経緯
【複数回答】

	件数	割合
生活上の困りごと(排泄・保清等)	1,277	78.3%
通院・服薬拒否	1,007	61.7%
他者(サービスを含む)や介護の拒否	796	48.8%
中核症状とBPSD	652	40.0%
虐待	94	5.8%
その他	166	10.2%
無回答	58	3.6%
全体	1,631	

また、認知症利用者が訪問対象者の 50%以上を占める事業所についてみても、「生活上の困りごと（排泄・保清等）」86.0%が最も多く、次いで「通院・服薬拒否」70.2%、「他者（サービスを含む）や介護の拒否」56.2%、「中核症状とBPSD」48.1%などとなっていた。

図表 2-2-6 認知症利用者の訪問看護への依頼の経緯ト
【認知症利用者が 50%以上の事業所、複数回答】

	件数	割合
生活上の困りごと(排泄・保清等)	222	86.0%
通院・服薬拒否	181	70.2%
他者(サービスを含む)や介護の拒否	145	56.2%
中核症状とBPSD	124	48.1%
虐待	15	5.8%
その他	18	7.0%
無回答	0	0.0%
全体	258	

4) 認知症利用者の依頼を断った経験の有無

認知症利用者の依頼を断った経験の有無についてみると、「断ったことがない」92.6%、「断ったことがある」6.3%であった。

なお、依頼を断った理由としては、「マンパワー不足」「利用者数が多く訪問調整ができない」「BPSD が強く、スタッフが拒否」「24 時間対応していない」「精神科特化のため認知症は対象外」などの回答がみられた。

図表 2-2-7 認知症利用者の依頼を断った経験の有無

	件数	割合
断ったことはない	1,510	92.6%
断ったことがある	103	6.3%
無回答	18	1.1%
全体	1,631	100.0%

5) 認知症利用者への訪問看護が効果的と思われること

認知症利用者への訪問看護が効果的と思われることについて上位 3 位まで回答してもらったところ、「身体疾患の発見（便秘、脱水、肺炎など）」85.4%が最も多く、次いで「服薬管理（薬剤のシンプル化など）」74.4%、「家族支援」61.3%、「多職種連携」35.5%、「生活環境の整備による在宅生活継続」28.7%などとなっていた。

図表 2-2-8 認知症利用者への訪問看護が効果的と思われること
【上位 3 位まで】

	件数	割合
身体疾患の発見（便秘、脱水、肺炎など）	1,393	85.4%
服薬管理（薬剤のシンプル化など）	1,214	74.4%
家族支援	999	61.3%
多職種連携	579	35.5%
生活環境の整備による在宅生活継続	468	28.7%
他のサービスに繋げる（専門医、地域の社会資源など）	460	28.2%
認知症の重度化予防	196	12.0%
虐待防止や早期発見と対応	166	10.2%
意思決定支援	133	8.2%
その他	13	0.8%
無回答	13	0.8%
全体	1,631	

また、認知症利用者が訪問対象者の 50%以上を占める事業所についてみても、「身体疾患の発見（便秘、脱水、肺炎など）」86.0%が最も多く、次いで「服薬管理（薬剤のシンプル化など）」74.0%、「家族支援」63.2%、「多職種連携」41.1%、「生活環境の整備による在宅生活継続」29.1%などとなっていた。

図表 2-2-9 認知症利用者の訪問看護への依頼の経緯
【認知症利用者が 50%以上の事業所、複数回答】

	件数	割合
身体疾患の発見（便秘、脱水、肺炎など）	222	86.0%
服薬管理（薬剤のシンプル化など）	191	74.0%
家族支援	163	63.2%
多職種連携	106	41.1%
生活環境の整備による在宅生活継続	75	29.1%
他のサービスに繋げる（専門医、地域の社会資源など）	74	28.7%
認知症の重度化予防	34	13.2%
虐待防止や早期発見と対応	30	11.6%
意思決定支援	25	9.7%
その他	2	0.8%
無回答	0	0.0%
全体	258	

3. 認知症に係る地域活動等の状況

1) 認知症カフェ等の実施状況

認知症カフェ等の地域活動の実施状況をみると、「実施していない」93.6%、「実施している」5.5%であった。

図表 2-3-1 認知症カフェ等の実施状況

	件数	割合
実施している	90	5.5%
実施していない	1,526	93.6%
無回答	15	0.9%
全体	1,631	100.0%

2) 認知症高齢者グループホームとの委託契約の状況

認知症高齢者グループホームとの委託契約の状況についてみると、「結んでいない」78.3%、「結んでいる」20.4%であった。

図表 2-3-2 認知症高齢者グループホームとの委託契約の状況

	件数	割合
結んでいる	333	20.4%
結んでいない	1,277	78.3%
無回答	21	1.3%
全体	1,631	100.0%

3) 過去3年間の看護職員の認知症関連研修への参加経験の有無

過去3年間の看護職員の認知症関連研修への参加経験の有無についてみると、「参加したことがある」68.2%、「参加したことがない」30.8%であった。

さらに、参加した認知症関連研修の主催者についてみると、「行政」39.8%、「看護協会」37.2%、「訪問看護ステーション協会」28.4%などとなっていた。なお、「その他」43.6%の内訳をみると、「医療機関」「認知症ケア学会」「医師会」等が多くみられた。

また、参加した（在籍する）看護職員延べ数は平均4.6人であった。

図表 2-3-3 過去年3年間の認知症高齢者の支援のための研修会・勉強会の開催状況

	件数	割合
参加したことがある	1,113	68.2%
参加したことがない	503	30.8%
無回答	15	0.9%
全体	1,631	100.0%

＜参加した認知症関連研修について＞

主催者【複数回答】

	件数	割合
行政	443	39.8%
看護協会	414	37.2%
訪問看護ステーション協会	316	28.4%
その他	485	43.6%
無回答	32	2.9%
全体	1,113	

参加した（現在在籍する）看護職員延べ人数

件数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
1,000	4.6	6.7	100	0

図表 2-3-4 認知症関連の研修の地域での活用【主な回答例】

・顔の見える関係になり、連携がスムーズになった。
・ACPについて、多職種で話し合うことができた。
・認知症初期集中チームと連携で医師と家族との仲介をし、対応困難な医療処置を回避できた。
・認知症の利用者様のご依頼を頂き、薬剤調整が必要と思われる時は認知症治療に詳しい在宅診療所を紹介しています。
・認知症初期支援チームに参加した。
・ヘルパーへの助言・指導を行った。
・サービス担当者だけでなく地域包括や認知症初期対応チームに積極的に相談や情報共有をするようになった。
・ケアマネジャーへの情報提供の方法（認知症と生活困難が結びつかない方が多いため理解してもらう説明方法）。
・看看連携の研修会、事例検討に活かしている。
・地域の方や利用者の家族との話から、近所で心配な方がいたり、認知症ではないかと判断したら包括支援センターやかかりつけ医に相談している。
・地域の民生委員の方にお声がけをして、困っている方がいないか注意を払っている。
・認知症カフェ等に参加し、多職種連携に活かしている。

図表 2-3-5 認知症関連の研修の事業所内での活用【主な回答例】

・研修資料の共用や他のスタッフへの周知を行い質の高い訪問看護を行うようにしている。
・疾患の理解やコミュニケーションスキルのアップに役立っている。
・BPSD に対しての薬の使い方への理解が深まったことで主治医に積極的に相談できるようになった。
・アセスメント力の向上
・お客様とのコミュニケーションの取り方、ケア実施の関わり方に活かしている。
・カンファレンスで事例検討の際の対処方法提案材料としている。
・ユマニチュードなど接し方の面で役立っていると思う。
・拒否のある利用者とのやりとり
・お客様訪問における介入方法を再検討した。
・関わり方、家族への教育などに活かしている。 自分の看護アセスメントに活かされている。
・訪問時の対応の仕方（会話内容や表情など）
・認知症食事支援

4) 過去 3 年間の認知症高齢者の支援のための研修会・勉強会の開催状況

過去 3 年間の認知症高齢者の支援のための研修会・勉強会の開催状況についてみると、「開催したことがない」70.4%、「開催したことがある」28.7%であった。

さらに、開催した認知症高齢者支援のための研修会・勉強会の対象者についてみると、「看護職員」71.8%、「多職種」38.5%、「地域住民」15.2%などとなっていた。

図表 2-3-6 過去年 3 年間の認知症高齢者の支援のための研修会・勉強会の開催状況

	件数	割合
ある	468	28.7%
ない	1,149	70.4%
無回答	14	0.9%
全体	1,631	100.0%

➡

	件数	割合
看護職員	336	71.8%
多職種	180	38.5%
地域住民	71	15.2%
その他	24	5.1%
無回答	9	1.9%
全体	468	

図表 2-3-7 認知症高齢者の支援のための研修会・勉強会の実施内容【主な回答例】

認知症サポーター養成講座
認知症の基礎知識と周辺症状、その対応について
生活上での気を付けるポイントや観察項目、実技指導
認知症の方への接し方
糖尿病と認知症について
中核症状とBPSD 対応について
認知症高齢者の理解、薬について
アルツハイマー型認知症と事例検討
コグニサイズの理論とリスク管理

ユマニチュード勉強会を所内外に呼びかけ実施した。
家族への心理教育・認知行動療法
高齢者の虐待防止について
人権擁護について
認知症の疑いのある高齢者ドライバーへの対応

第3章 訪問看護師による認知症の方と家族の支援に関するヒアリング調査の結果

本事業では、訪問看護ステーション3事業所を対象としてヒアリング調査を実施し、認知症の人と家族の支援の先進的な取組事例を事例集の素材を収集した。

ヒアリング結果については、次頁以降に示す。

1. 認知症ケアの必要な利用者の初回訪問までについて

図表 3-1-1 認知症ケアの実践の状況

事業所名	A事業所	B事業所	C事業所
1. 初回訪問まで			
①訪問看護に繋がるまでのルート・経緯	・当事業所は認知症初期集中支援チームの一員（事務局も務める）、チームを構成する機関（地域包括支援センター、行政（介護保険所管課以外））からの紹介が多いことが特徴である。 ・認知症初期集中支援チームは、当事業所の他、地域の医師会長の診療所、地域包括支援センター、行政によって構成される。 ・地域包括支援センターの看護師と同行訪問するケースもあるが、認知症利用者への視点について、地域包括支援センターの看護師から「目からウロコ」と驚かれることも多い。 ・認知症初期集中支援チーム以外では、ケアマネジャー、医療機関からの紹介が多く、当事業所の認知症利用者への対応実績が評価されてのことである。 ・認知症の場合、本人が困っていることはあまりないため、家族支援のために訪問看護を開始することが多い。老々介護のケース、夫婦ともに認知症のケースなども多くみられる。 ・訪問看護を開始するまで、他のサービスを利用しておらず、訪問看護を契機として他のサービスに繋がることも多い。 ・経緯としては、入浴できない、服薬管理ができない、BPSDなどの状況により、周囲が困っていることが多い。また、まれに虐待が起きているケースもみられる。	・ケアマネ、地域包括から相談があがり、訪問看護依頼。ヘルパーで対応困難となり、訪問看護依頼。 ・主治医から薬が飲めていないようだと言われケアマネへ連絡し訪問看護を勧める。 ・入院をきっかけに認知症指摘され退院時カンファレンスに参加。	・ケアマネからの紹介、医師からの紹介など、地域包括支援センターからの紹介

事業所名		A事業所	B事業所	C事業所
②初回訪問にたどり着くまでの留意点		・初回訪問までに地域包括支援センターやケアマネジャーから得る情報は、比較的偏ったものであることも多く、可能な限りフラットな情報をもって初回訪問に臨むようにしている。 ・まずは、地域包括支援センターやケアマネジャーに、訪問看護を利用することについて本人・家族の同意を得ているか確認する（実際には同意が取れていないことが訪問時に判明することも多い）。 ・本人、家族に電話連絡をする際には、家族が納得していない場合も多いため、不信感を抱かれないように気をつけている。	・情報収集し訪問受け入れやすい時間帯、曜日を選ぶ。	・情報の収集、家族にご様子を聞くなどになるが、本人家族が安心して関係性を築いている人に間に入っていただいて（医師やケアマネなど）初回訪問の予定をたて、一緒に行っていただく。 ・ご本人が何に困っていそうか、困りごとから関わられるように意識して情報を集めるようにしている。
③訪問体制	初回訪問時	・なるべく2人体制で訪問しているが、威圧感を与えないように留意している。 ・本人等の情報を事前に得られる場合は、相性の良さそうな看護師を選んで派遣している。	・2名での訪問、人が多いと拒否される場合地域包括担当者やCMと看護1名で	・看護師は、威圧感を与えないように、信頼のある方の脇か一歩引いたところから話を聞くようにし、看護師であると紹介を受けてからは、お体のことが心配なので伺いました、と言って接触を試みる。
	通常訪問時	・3～4名のチーム制を敷いており、マンツーマンの受け持ち制ではない。 ・当初訪問をする看護師が信頼感を得てから、他の看護師も担当するようにしている。	・拒否なければ2名訪問	・ご本人にとっては毎回初回のイメージでおいでになることを考慮して、毎回初めてお会いする人として訪問するように心がけている。
④初回訪問時の留意点		・訪問時には、様々な会話を通じて、本人や家族が困っていることを引き出し、拒否感を生まないような言葉を選びながら「お手伝いしましょうか」と切り出している。ケア側ベースで強引にいかず、あくまでも本人や家族の意向を尊重することが大事である。 ・些細な困りごとへの支援からでも介入しながら、他の社会資源に繋げることが重要である。 ・経済的負担（利用料）の話の切り出し方については配慮が必要である。	・ご本人を尊重しプライドを傷付けない。まずご本人の話を聞く。 ・生活環境を観察するが、本人には気づかれないようさりげなく行う。	・声のトーンを低めにし、あまり多く語らないようにしながら「安心してもらえる」を意識してアポロチする。 ・ユマニチュードの技法を意識する。 ・「快」の感情が芽生えてもらえるように、できるだけ痛くない、苦しくないよう意識しつつ、ご本人が辛いところが楽になるようななかかわりを意識する。

事業所名		A事業所	B事業所	C事業所
	利用者家族へのアプローチ		・家族の対応を否定しない。労いの言葉、困りごとに対しての傾聴 ・虐待疑われる場合にさりげない観察を心がける。	・慣れるまではご家族も「大丈夫かしら？」と心配されている事が多い。数回は同席してもらいご本人に危険な人ではないことを理解してもらえようにする。ご家族のご苦労や工夫についてお話して頂き、ご家族も支援の対象であることをお伝えしながら関わる。
	他職種との連携	・地域包括支援センターとは定期的会合の際に看護としての気づきを報告している。個別に電話でのやりとりも行っている。 ・地域包括支援センターに対して、他の自治体の事例（ご本人の自身の生き方についての希望、生活の維持継続可能性の視点からアセスメントしようという名古屋市の取組）を紹介した際には反響が大きかった。	・お互いに対等な立場で話す。それぞれからの情報収集。協力しあえる内容について確認する。	・場合によっては処方薬のコントロールが必要な場合もあるので主治医との連携は密に取り、説明に齟齬が生じないようにする。ケアマネは状況がよく分かっている場合が多いので、情報の共有を密にする。ヘルパーなどの介護サービスが中心に入っている事も多いので、説明や物の置き場、買うもの等生活に密着した情報を共有する様に心がける。
2. 認知症ケアにおいてうまくいきにくいこと・困ること				
①うまくいきにくいこと等		—	・経済的な余裕がないとサービス自体を断られてしまう。 ・本人や家族のこだわりが強い場合に対応工夫必要。 ・家に人が入ること自体を嫌がる	・千差万別のそれぞれのケースで、このやり方が上手くいったので他の方でも上手くいくと言えない。周りからしたら風呂にも入らず着替えもしない困った人であるにもかかわらずご本人は何も困っていないところに介入を期待されることがあるのも事実である。時間がかかることを分かっていたかかないとならないが、支援を求める方が劇的な変化を期待しすぎている時も多い。一方、ご本人の困りごととは共感出来てよくわかるのに、ご家族の理解と協力が得られない場合も上手くいかないことが多い。
②①への対応策		—	・最小限のサービス時間設定。市区町村からの補助が出ているなどの説明。 ・ご本人、ご家族のやり方を尊重しつつ、プラス1程度の提案から始める。信頼関係を早く築けるように対応。	・時間がかかることをご理解いただき、ゆっくり進めるしかないことを関係者に理解してもらえようように説明していくしかないと考えている

2. 認知症利用者への取り組み事例（9事例）

図表 3-2-1 認知症利用者への取り組み事例

		事例1	事例2	事例3
特に効果的な取組		身体疾患の発見、他サービスに繋げる、家族支援	身体疾患の発見、家族支援	身体疾患の発見、意思決定支援、 独居の在宅継続
①利用者像	認知症の程度	・60歳代 女性 ・全頭側頭型認知症 ・数年前から理解力や記憶力低下が少しずつ始まっていた。2018年春に携帯電話の操作が困難になる。その後TVのリモコンやATM操作困難、生年月日を忘れる、好きだったガーデニングに関心を示さないなどの症状出現。2019年春には、ぼーっとしたり、突然泣き出す、玄関に座り込み夫に出勤してほしいと訴える、体重減少など様々な症状がみられた。受診に非常に抵抗を示し、叫ぶなどして病院内や診察室に入ることを顕著に嫌がった。 ・調理、食事摂取、着替え、入浴など、生活行動のすべてに抵抗を示し、日夜を通して室内を徘徊しドアをすごい勢いで開閉を繰り返す、突然大きな声をあげるなど、常時見守りと声かけがないと生活が維持できない状況になり、夫は出勤できない日が続いていた。	・70歳代 男性 ・直腸がん術直後 末期、人工肛門造設	・女性 80歳代 ・アルツハイマー型認知症で診断されたが、幻視等のレビー小体型認知症の症状がみられる。 ・常時幻視がみえている。幻視・盗られ妄想が原因で近隣住民とトラブルになったこともある。 ・服薬管理が全くできず、訪問看護の依頼が入った。
	家族・生活環境	・夫と戸建てで2人暮らし。 ・息子夫婦は同市内に在住。 ・線路沿いの家で、すぐ近くに踏み切りがある。	・妻・娘と3人暮らし	・独居 都営アパート在住 ・精神疾患を患って施設入所している息子がいる。 ・キーパーソンは1時間位離されたところに在住の姪（姪の地域包括支援センターへの連絡を契機としてケアが開始される）。

		事例1	事例2	事例3
特に効果的な取組		身体疾患の発見、他サービスに繋げる、家族支援	身体疾患の発見、家族支援	身体疾患の発見、意思決定支援、 独居の在宅継続
②対応内容	問題の内容	・食事・排泄・保清などの日常生活上のセルフケアが困難な状態だが、家族も含め、人と接触することや身体に触れられることを顕著に嫌がり、大声をあげて拒否する。 ・日夜、室内を動きまわり、1階と2階の階段を一晚中上がり下がりして朝を迎えるなど、主介護者である夫の介護疲労が蓄積されていた。 ・夫は自身の親の介護を担ってくれた妻への恩返しの気持ちが強く、妻の介護を一人で抱えてしまっていた。	・X-1年7月 下痢と便秘を繰り返し外来を受診。直腸がんに伴う腸狭窄による通過障害を呈しており、即、入院・人工肛門造設術を受けた。入院前からあった認知症のため、入院していることや病状、ストマのことなど全く理解ができない状態で、がんの根治術や抗がん剤治療などは非適応・BSC・週単位の予後予測と判断され、OP後2週間で退院となった。入院中からストマが1日たりとも持たず、ストマからの漏れが顕著で頻繁に交換しなくてはならない状態であった。 ・突然の入院・ストマ造設・退院・末期の告知などで、家族も混乱をきたしていた。 ・妻は混乱しており、当初は妻とのコミュニケーションも困難だった。	・幻視、妄想、服薬管理困難 ・介入している経過の中で、身体症状（るい瘦 嘔吐 疼痛など）がみられるようになった
	アセスメント方法	・本人のコミュニケーション力が低下しており、聞き取りが困難であるため、本人の行動等について夫から聞いた話に基づきアセスメントを実施した。 ・便秘の改善方法（オリーブオイル使用）、服薬管理の方法（粉碎等）等をはじめ、介護の方針について主治医も交えて相談した。	・訪問看護開始当初は、ストマからの漏れが顕著であったため、1日1回は訪問をして、事業所で対応を検討した。	—

		事例1	事例2	事例3
特に効果的な取組		身体疾患の発見、他サービスに繋げる、家族支援	身体疾患の発見、家族支援	身体疾患の発見、意思決定支援、 独居の在宅継続
	アプローチ方法	・ 快・不快で大声を出してしまうため、本人が気持ちいいことを優先してタイミングを計って少しずつ少しずつ慣れてもらうようにした。アロマセラピー、マッサージ等を効果的に活用した。	・ 混乱していた妻に支援を強要せずに様子を見ることにして、妻から質問があった時にアドバイスするようにした。 ・ 妻からのアクションを待つという判断ができるのも看護ならではの考える。 ・ 妻は便への嫌悪感等から当初ストマの確認ができなかったが、ガス抜きをできるようになってからは自信を得た。 ・ 妻はストマ管理も定期的にできるようになって、漏れも少なくなり、訪問看護の訪問回数も減ってきている。 ・ 本人は従来から自分のことは自分でやりたい気持ちが強いので、本人の意向・ペースを尊重した。 ・ 本人の入院前の生活スタイルについても配慮することを心掛けた結果、本人が家庭での役割を果たせていると感じ、病状の進行も押さえられているのではないかと考えている。 ・ 便秘薬を内服しているが、妻が毎朝本人に薬を渡し、本人のペースで飲んでもらっている（その日飲んだ量に応じて、翌日の服薬量等も調整している）。現在は降圧剤も追加しているが、服薬管理上の問題は発生していない。	—
	対応体制	・ 1～2名で対応している。訪問看護開始から1年2～3か月かかったものの、訪問介護を開始できるようになっており、ヘルパーは固定で対応してもらっている。 ・ 訪問介護の開始前には、ヘルパーに対してきめ細やかに情報提供を行い、本人への話しかけ方、本人のペースに合わせる大切さ、大きな音は立てないようにするなど、アプローチの方法について統一している。最近では、ヘルパーも足を触れるようになった。	—	・ 定期巡回定期巡回・随時対応型訪問介護看護が日に3～4回訪問。 ・ 導尿、麻薬管理も実施。

		事例1	事例2	事例3
特に効果的な取組		身体疾患の発見、他サービスに繋げる、家族支援	身体疾患の発見、家族支援	身体疾患の発見、意思決定支援、 独居の在宅継続
	工夫点	・上記の通りであるが、ケアマネジャーの役割を尊重しながら、ヘルパーへ情報提供を行っている。	・本人の性格や認知機能に合わせてセンテンスや相手のペースを乱さないようなコミュニケーションを心掛けた。	・ダブルケアしている姪の理解が早い。
	介入結果	・直接身体に触るケアを少しずつ増やし、排泄介助や入浴介助ができるようになった。 ・訪問看護師が滞在している間は、夫が一人で自由に外に出かけられる時間として確保できるようになった。（レスパイトケア） ・徐々に複数のナースも訪問できるようにし、最近、訪問介護サービスの導入につながられた。 ・徘徊して警察に保護されることも数回。また、自宅のすぐ近くに踏み切りがあり、線路内に侵入してしまういと危険。また国内で、認知症療養者が線路に侵入し死亡事故が発生したが、そのケースは家族の監督不十分で起訴されたこともおきており、療養者自身の安全確保とともに、家族を擁護する視点でサポートを行っている、徘徊防止のためにと、夫が玄関にチェーンを巻き付けたことがあり、虐待という声が上がったが、多職種で倫理的視点で話し合う場を設け、療養者と家族のアドボケートを図った。最近では、GPS 内臓のウェアラブル機器の装着も検討しているところ。	・本人自身が症状を訴えられるようになった。ストマとはっきり認識していないものの、本人なりに認識できるようになった。 ・毎日漏れていたストマが、退院後2週間で週2回程度のストマ交換で済むようになり、本人・家族のQOLが大きく改善した。また、自分のペースで入浴もができるようになった。 ・体力も改善し、馴染みの理髪店まで自転車で出かけられるようになり、週単位の予後と判断した病院は、その状況に驚いている。 ・経済的な問題で施設ではなく在宅での療養を選んだが、今では在宅療養に満足している。 ・訪問看護が介入していなければ、退院後まもなく永眠されていたと思われる。	・もともと地域包括支援センターの紹介で認知症ケアとして訪問看護を開始し、身体症状のケアも平行していくことで、医療機関につなげ、悪性リンパ腫・胃癌末期の診断を受けた。 ・独居生活の中で疼痛緩和を図り、認知機能低下は強度であったが療養者の意思や思いを丁寧に聞き、また姪の意向も聞きながらACPをサポート。最後まで在宅で独居生活を継続するという方向になりサポートしていた。 ・知的障害の息子とも最後の対面ができるよう、場のセッティングをした。 ・また、在宅が困難になった場合のバックベッドを調整・確保しておいた。永眠4日前、嘔吐・吐血が続き、療養者の意向に沿って事前に調整していた病院に入院し穏やかに亡くなられた。

		事例4	事例5	事例6
特に効果的な取組		服薬管理	家族支援、認知症の重症化予防、暴力・暴言対応	独居の在宅継続
①利用者像	認知症の程度	・90歳代 ・アルツハイマー型認知症、HDS-R13点、服薬管理、金銭管理ができない。デイサービスで入浴、	・男性 80歳代 ・アルツハイマー型認知症、陳旧性脳梗塞、甲状腺機能低下症、糖尿病、糖尿病性腎症 ・腎不全進行のため透析導入予定	・女性 70歳代 ・アルツハイマー型認知症、FAST5、X-5年より抗認知症開始。高血圧、逆流性食道炎。
	家族・生活環境	・同じ敷地内に妹夫婦の住居がある（敷地は妹夫婦の名義）。 ・妹との関係性悪い。夕食は妹の夫が持ってくることもある。 ・長男（夫の連れ子であり、本人の実子はいない）は飯能市在住で、今後介護で引き取ることは考えていない。 ・古民家住まい。	・妻、次男と3人暮らし。 ・次男は仕事忙しく不在が多い。妻がすべての世話を行う（緑内障、腰痛あり健康不安抱えている）。受診は遠方の長男や長女がスケジュールあわせて来ていた。子供たちはすべての判断を母親に任せる姿勢だった。	・独居（アパート）、生活保護
②対応内容	問題の内容	・朝食、昼食をきちんと食べられているか不明（炊飯器にごはんが長く入って茶色くなっている。） ・服薬管理ができず、残薬多い。 ・家族が疲弊している ・足の皮膚トラブルについて、毎週訪問看護で処置している。抗真菌薬を内服。 ・介助者がいないと生活全般が成り立たない。ご飯も炊けたり、炊けなかったり。薬も飲めたり飲めなかったり。 ・時々夕食は確保。買い物は1人でできる。 ・炊飯はしないという支援の在り方も考えられるが、歩く、食べる、動かすということはできる。させないということは選べない。炊飯できるところを取ってしまうわけにはいかなかった。 ・お金にまつわるトラブルで妹夫婦と関係悪化。働いている妹夫婦とは連絡があまり取れないこともあり、妹へ支援を依頼することが困難であった。	・早急に透析を開始必要な状態であったが、本人への意思確認がされないまま長男と主治医で進められていた。介護者の妻への暴言、暴力があり薬が飲ませられないためヘルパー介入、それでも服薬難しく、訪問看護依頼された。 ・暴言、暴力は薬だけで改善されるものではなく、妻からの声かけ、対応の仕方等が契機にもなっていた。 ・本人が病状を理解していなかった、妻が何か言うとは暴言、暴力がひどく、治療に繋がらなかった。	・内服管理できない、不安で過呼吸発作、病院に行くと薬もらってしまう、同じものを購入冷蔵庫内腐らせる、夜中に活動して物音クレームでアパート出て行ってほしいといわれている。金銭管理できずアシスト利用。

		事例4	事例5	事例6
特に効果的な取組		服薬管理	家族支援、認知症の重症化予防、暴力・暴言対応	独居の在宅継続
	アセスメント方法	・観察：炊飯器チェック、ゴミ箱確認冷蔵庫チェック、日常生活のパターン確認	・身体症状のアセスメント、BPSD の内容、時間帯把握、薬物療法と非薬物療法の検討	・身体症状（過呼吸発作等）と精神症状（普段は明るい、何かのきっかけに不安になってしまう、シルバーパスの更新等の郵便物が届くのがきっかけかもしれない）のアセスメント、日内変動チェック、冷蔵庫チェック、部屋の様子観察、傾聴 ・日内変動について、訪問看護は夜間の本人の状態が分からないことが課題。 ・ヘルパーでは判断できない不定愁訴について、医療者の目が入ったことが大きく、必要時に医師に繋げられ、重症化を防いでいる。 ・本人の意思決定が難しい、キーパーソンがいない中では、ケア側のみでどのように支援を行っていくかについて深く検討することが重要。
	アプローチ方法	・日常会話で和んだ後、ご飯ができていないか声を掛け、炊飯器を開ける。腐敗しているものは破棄、大丈夫なものは冷蔵庫の保存している。炊飯器に張り紙で保温スイッチ切るように書いたが効果なし。 ・薬を飲めていないため薬カレンダー1週間分セットしたが順番守れず飲み忘れ変わらず。スタッフが日めくりカレンダーは毎日めくられていることに気づき、薬をそのカレンダーに貼る。 ・買い物支援や散髪などコミュニケーションの一環として行う。 ・従前の生活様式を尊重する。同じことを言われても、同じように反応して、その時々本人の感情を尊重。 ・妹夫婦による支援の可能な範囲を確認する。妹夫婦の手作りポスト、ノート連絡帳、ケアマネジャー経由で支援を依頼。 ・月1回くらい電話で妹から困りごとを傾聴することにより、妹の精神面での負担を軽減。	・妻、ケアマネジャー、ヘルパーからの情報収集、主治医の意見確認、まず妻の負担軽減、訪問増回緊急時対応。BPSD への対応。透析導入について現状を相談し担当者会議提案、BPSD への薬物療法がかかりつけ医ではできず、認知症疾患医療センターへ相談、受診段取り。家族支援で長男、長女の協力を仰ぐ。 ・本人の意思確認ができない場合、看護師の意思決定支援として本人の意見を尊重することが一番だが、主介護者の負担が大きくなるすぎることにも危惧されるため、結局は主介護者の意見に沿うことが多い。 ・医師、息子との間でのみ進めることについて看護師の考え：暴言、暴力のきっかけ、妻の声かけ・対応の仕方かなと認識、本人と妻を話して、それぞれ話を聞く	・朝方は気持ち沈んでおりデイ迎え拒否することがあり、明るく世間話で気分を盛り上げる。大丈夫、認めてあげることで安心につなげる。

		事例4	事例5	事例6
特に効果的な取組		服薬管理	家族支援、認知症の重症化予防、暴力・暴言対応	独居の在宅継続
	対応体制	・週1回の訪問。緊急対応あり。訪問診療あり。デイサービス、ヘルパー利用。 ・多職種との連携は必要。ケアマネジャー、毎日訪問しているヘルパーは必要。 ・皮膚トラブル、薬の問題はヘルパーと連携して、ケアマネジャーに連絡。	・週1回から連日訪問へ（特別訪問看護指示書）、緊急対応。 ・訪問看護、ヘルパー、行けるときはデイサービス、訪問診療 ・医療機関（病院やかかりつけの診療所）との連携も行った。	・ヘルパー、デイサービス、訪問看護、薬局、アシスト、オレンジカフェ2か所 ・多職種連携は非常に重要であり、訪問看護の役割は本人と医師、ケアマネジャー、ヘルパーとの橋渡しをすることである。 ・通院については、受診時はヘルパーが同行し、帰宅時は1人で帰っている。
	工夫点	・楽しく話をしながらタッチケア。足浴や爪切り、保湿クリームの塗布、時々散髪。井戸のポンプの使い方を教えてもらい、回想法を行う。 ・妹様との連絡ノート活用、時には電話で直接話してストレス発散していただく。	・2名以上で訪問し、本人担当と妻担当それぞれで傾聴、困りごとに対してのアドバイス。訪問時間に妻が本人と離れることで少しでも安心していただく。いつも通っているマッサージへ行くこと勧める。 ・本人と看護師だけで話す際は、本人から素直な感情吐露（怒った理由や妻への謝罪）がみられることもあった。 ・一人で抱え込んでいる妻に対して、困ったときの連絡先などを教える。認知症専門スタッフと訪問するなどして安心してもらう。 ・本人へ回想法（ACPについての本人の気持ち）、気持ちを穏やかにしていただく。「そんなに長生きしてもね」と延命治療を希望していないことなども吐露していた。 ・長女へ薬の服用タイミングなどアドバイス。	・生活保護であるため、介護保険の給付限度額内のサービスを提供している。 ・デイの送り迎えは徒歩のため、帰りに買い物支援入れる。毎日介入者が連絡ノートへ出来事、申し送り記入。 ・薬カレンダーで残薬や過剰内服あったため、キーボックスに薬をいれたもので管理。 ・声かけの仕方などを一定化して安心させることにより、過呼吸に至らなくなっている。
	介入結果	・服薬管理できている。 ・妹の負担は軽減した。	・長男、長女ともサポート体制が整った。妻の介護負担軽減も多少できていた。入院せず在宅で看取る方針で訪問看護とヘルパー、デイサービスで支えていく方向だったが再びBPSD悪化あり妻がもう限界とSOSを出したのでいったん精神科病院へ入院、おだやかになったところで自宅に戻すことになった。入院中に急変し亡くなられる。 ・今までの夫婦関係の中で関わり方を変えることは難しかったが、看護師が経由して本人の気持ちを代弁することで軽減できたのではないかな。	・冷蔵庫内はかなり整理された。好きなものをため込むが日付を一緒に確認してストックの数は減っている。 ・キーボックスから薬取り出しでトラブルなし。 ・過呼吸の頻度は減少傾向。それぞれの対応が一定化されて安心につながっている。

		事例7	事例8	事例9
特に効果的な取組		認知症の重症化予防	服薬管理	家族支援、多職種連携
①利用者像	認知症の程度	・もともと妹の今後の生活を心配してうつ傾向にあった。 ・アルツハイマー型認知症だが、誰かが居てくれれば生活は出来る。料理や掃除は出来ない。	・アルツハイマー型認知症。自分で内服管理できない。	・パーキンソン症候群の80歳代 男性 ・認知症高齢者の日常生活自立度 IV ・訪問開始当初は、易怒性が高く、お金がかかることはしない、と怒ることが多く、請求書を持参したところいったん訪問中止を希望された。 ・訪問記録を作成し署名をもらうことにしたが、支払い拒否が続いたため中止。 ・パーキンソン病ではなくパーキンソン症候群であると診断され、医療保険の適用外となってしまった。 ・糖尿病の症状悪化により入院。退院後に当事業所による訪問看護を打診されたため、病院、ケアマネジャーから支払の念書をとってもらって再開。退院時カンファレンスの際に娘が現れ、金銭的負担を娘がするようになる。メールで繋がるようになり、相談が可能になったことが大きな進歩。経緯をほとんど知らない様子だった娘さんへ状況説明を行い、「お会いできたのが大変うれしく、我々としても一緒に継続的な支援をしていきたい」と動機づけをした。 ・大腿部頸部骨折で入院、入院時にメモリーの内服が確実にできるようになり抑肝散も内服するようになった。退院後は内服の継続も図られ、穏やかに過ごされている。
	家族・生活環境	・統合失調症の娘（50歳代、重症、薬でコントロールして生活維持、よく昼寝をしており、起きると日付が分からず薬を飲み過ぎてしまう）と2人暮らし ・長男は海外在住（年に1～2回帰国）、次男は近居（仕事の関係で頻繁に関東と関西を往復、週に1～2回は必ず来る）	・統合失調の娘と2人暮らし	・物忘れが著明で、訪問の約束がほとんどできない状態の80歳代の奥様（認知症の診断はついていない）。薬を取りに行くことも忘れてしまうことが多く、取りに行った薬が無くなってしまうことも多い。本人の状態も理解が乏しく、内服・糖尿病の注射の必要がないなどの訴えが多い。利用料の請求では、高いので払いたくないと言うことも多い。

		事例7	事例8	事例9
特に効果的な取組		認知症の重症化予防	服薬管理	家族支援、多職種連携
②対応内容				・娘が近県在住、ただほとんど寄り付かないため、多職種で支えるしかなかった。
	問題の内容	・次男が貯金を使い込んでいると思い込んでいた。誤解が解消するまで二年くらいかかった。 ・次男から通帳を返したところ猜疑心が低下（看護師が、次男の貢献を繰り返し伝えることにより評価が変わった）。 ・特定の看護師を妄想で悪い人と決めつけて自分が調子悪くなったのもその人のせいだと興奮して怒り狂っていた。家族が治めても暴れて目を吊り上げていた。	・内服カレンダーに入れてくれたが、適当にとって飲んでしまい薬が足りなくなったり、大量に残ってしまったりした。また、痛い時に適切に痛み止めを自分で追加して飲めない。	・ケアマネより、以前からかかわっているが、リハビリが必要で訪問看護につなげたいが、一軒導入を試みたところ利用料が高いと言って断ってしまった。自分一人では抱えきれない本人も奥様も認知症の二人を何とか訪問看護でも一緒に支えてほしいとの希望あり。 ・一回は支払いの件で中断されたが、大腿部の頸部骨折の入院を機に再度訪問に繋がる事が出来た。 ・本人・家族が本当に困ったときには支援の手を求めることがわかり、その関係の中では信頼関係を結びながら綱化がることが出来ている。
	アセスメント方法	・下痢が頻回となり体調を崩したことで特定の看護師に対する懐疑心が強くなり、家族が収めようとしてそんなことないと取り合わなかったことで周辺症状悪化し、興奮状態となった。 ・興奮している時はタッチングケア、ゆっくりマッサージしながら傾聴することを最優先すると、落ち着きを取り戻した。 ・息子には無理におさめようとしない方がいいとアドバイスをした。 ・人前で粗相してしまうことが許せなく、プライドが高く社会性が高い（見栄っ張り）。しばらくお風呂に入れてないと、それが恥ずかしくてデイサービスも行きたがらなくなる。	・一人では管理できないが、統合失調症の娘が出来る範囲で協力してもらおう可能性を探った。	・本人家族の困難感の程度と支援の必要性の理解

		事例7	事例8	事例9
特に効果的な取組		認知症の重症化予防	服薬管理	家族支援、多職種連携
	アプローチ方法	1. 内服薬の調整 ⇒週二回訪問だったので、次回訪問までの薬（3～4日分のみ）を揃えて一気に飲んでしまうことを防ぐ。服薬カレンダーにないところには「飲んでいるから大丈夫」とメッセージを書いて安心してもらう。薬をあげるのは娘の役割（統合失調症なので忘れがちではあるが）。 ⇒夜間に痛みが出るようで、息子に頻繁に電話をするようになる。そこで、茶の間に置いたメモ帳に一錠ずつ貼って（一回で7枚分程度を用意）、飲ませることにした。メモ帳に自分でもいつなぜ飲んだかを書くようになり、電話が減った。 ⇒時計も表示の大きなデジタル時計を用意して、それを見てメモをするようになった。メモを見ると、下腹部が痛くなっていることを理由に薬を飲んでいることに気づき、腸蠕動ではないかと思い、マッサージをさせるようにした。 2. ターゲットとなっている看護師の訪問の一時中止 3. 周辺症状を収めるためのコミュニケーションの工夫とタッチケア ⇒初対面の際はゆっくり手を触れながら座らせることで落ち着きを取り戻させた。落ち着くまではターゲットにしていた看護師は担当替えとして、1人で訪問することにした。3～4か月後にはターゲットにしていた看護師については忘れたようで落ち着いた。 4. 一か月間の予定（外出先、訪問者等）を全てカレンダーに書き出した。	・統合失調症の娘が出来る範囲の日数の確認。 ・薬局との協力。	・ケアが必要な時に労を惜しまず困難の解決に当たれるように訪問し支援する。

		事例7	事例8	事例9
特に効果的な取組		認知症の重症化予防	服薬管理	家族支援、多職種連携
	対応体制	・2人の看護師が訪問していたが、ターゲットとなった看護師を休みにして比較的受け入れている看護師1人だけの訪問とし、様子を見ていくことにした。 ・デイサービス、訪問看護、訪問介護 ・夏場は訪問看護のシャワー浴、冬場はデイサービスで入浴 ・社会性を押すと、こだわりを見定めてデイサービスに行かせる ・食事は弁当（朝、夕）、昼は残り物 ・次男は受診の付き添いをしている	・統合失調症の娘は、1週間は管理できないが数日ずつなら母親に薬を渡すことはできるので、看護師の訪問の週2回で次の訪問までの薬を内服カレンダーにセットした。 ・薬局が直接本人渡しとせず、看護師に1ヶ月分ずつ渡してもらい看護師による内服薬セットを了解してもらった。また、看護婦が訪問するまでに不足した場合は、薬局が残りの薬から出してもらう事にした。	・退院時の2週間の特別訪問看護指示書での訪問24時間緊急体制 ・訪問診療の開始 訪問診療・訪問看護・訪問リハビリで毎日誰かは訪問できるようにする。 ・訪問側の役割分担が分かりにくいので、訪問看護の役割について理解してもらえるようにした。日程配分した。 ・服薬管理は毎日入っているケア側の担当。 ・妻が薬を取りに行く薬局を自宅から近くの薬局にするように調整 ・皮下注射薬を妻が管理できなかったため、訪問看護が薬局に取りに行くことにした。
	工夫点	・何があったのか興奮している利用者に寄り添い、ゆっくり背部をマッサージしながら「大丈夫心配なくていいから」を伝え、椅子に座ったら目を見つめながらゆっくり手を覆うようにしてマッサージしながら「大丈夫ちゃんと治るから」を繰り返し伝えて落ち着かせる。 ・訪問の度にタッチケアと目を見ながらのゆっくり会話を大事にした。 ・当初はタッチケアを重点的に行い、安定期に入ると本人の社会性（プライド）を意識した効果的な声かけを行った。 ・現在は安定期に入ったので、お楽しみの要素を入れようと考え、YouTubeの動画を利用して体操等を行っている。 ・家族は誤解であることはわかっていたが、どう対応していいのか混乱していたので周辺症状を悪化させない対応の仕方を指導し、ゆっくり見守る大切さを指導した。 ・携帯電話、メール等で本人や次男からの相談を受けた。	・同居している娘も病気であるが、母親に関わる事で自分なりの役割を果たせることの力を引き出した。 ・薬局に協力してもらい薬を看護師が預かる事で薬の渡す微調整をした。	・創部の処置・内服の相談と薬のセット等看護師が一緒に行うようにした ・妻がしている事の理解と支持 ・あまり訪問なさらない娘さんの存在を認める事 ・娘への情報の提供と金銭面での支援の依頼 ・丁寧な報告と相談 ・妻からの急な相談にも応じて動く

		事例7	事例8	事例9
特に効果的な取組		認知症の重症化予防	服薬管理	家族支援、多職種連携
	介入結果	・目は落ち着かなかったが興奮が少し軽減し、大声は出さなくなった。息の荒さが穏やかになった。また、3回目の訪問の時には、前の看護師の事を口にしなくなった	・完べきではないが母親に薬を渡せるようになった。 ・看護婦が管理する事で内服状況の把握や、便性状に合わせて内服薬を増減したり、痛みに合わせて調整や本人の力を引き出す追加内服が出来る様になった。	・訪問看護・訪問リハビリ・訪問診療が継続でき、服薬も奥様が管理しやすいように錠数の調整・内服回数の調整を図ることが出来ている ・週1回の注射の管理はステーションで行い的確に注射が行えるようにできている ・奥様が訪問看護に信頼感を持って下さり、相談して下さることが増えてきている。

3. 地域活動の実践事例（5 事例）

図表 3-3-1 地域活動の実践事例

	事例1	事例2	事例3
取組内容	・ふらっとカフェ（平成 21 年頃から開催） ・ふらっと相談室（ ） ・自治会や市民シンポ、認知症カフェなどでの講座の企画・運営・講師など ・認知症に関する学習会（市民・多職種などを対象として） ・団地自治会と社会福祉事業大学・URとの産学連携の「地域住民への出前講座と相談対応」 ・多世代食堂（場所の提供のみ） ・認知症初期集中支援チーム事務局（東久留米市から受託） ・東久留米市認知症推進事業委員会委員 ・グループホームとの契約（2 施設：45 名） ・グループホーム入居者への訪問看護 ・東久留米市在宅療養相談窓口（東久留米市から受託）	・5 年くらい前からオレンジカフェ主催（現在は区内 19 カ所で同様の取組が広がっている） ・月 1 回、日曜日に開催	・認知症みんなで考えるなかのネットワーク MIKAN ・主に認知症サポーター養成講座で劇団として活動。年 1, 2 回講演や映画会主催。 ・寸劇はその場の臨場感から興味をもってもらえる。良い例と悪い例を演じて、インタビューして考えてもらう。
参加機関・職種	—	なごみ訪問看護ステーション看護師	・社会福祉法人、地域包括、訪問介護事業所、訪問看護ステーション、地域型ミニデイ、家族会、歌の会、傾聴の会、町会長、法人理事長、保健師、ケアマネジャー、訪問看護師、社会福祉士、認知症ケア専門士、認知症サポーター、 ・オブザーバー参加：社会福祉協議会 ・コアメンバーは 10 名程度
実施上の課題	—	・参加人数少ない、場所が分かりにくい、2 階への階段がある。 ・参加人数も最大 8 名程度。1 テーブルでお茶飲みながら話を盛り上げるサイズ感がよい。	・事務局負担が多い。運営資金。 ・活動経費の大半は会員機関有志からの寄付で賄っている。
今後の課題や方向性	—	・訪問看護利用者への紹介が少ないのでオレンジカフェ通信など作成して広報にちからを入れる。	・助成金申請。地域の見守りネットワークへの協力。

	事例1	事例2	事例3
メリット・デメリット	—	・ 普段の訪問ではゆっくり話せないのでカフェ利用が有効。	・ 地域のつながりが密になる。年1回の講演会主催の負担。
周知方法	—	・ 区のホームページに中野区オレンジカフェ連絡会掲載、オレンジカフェ連絡会パンフレットを地域センター等に配布。 ・ 認知症サポーターリーダー研修で紹介	・ 区報への掲載、年1回の講演会ポスター作製、区のお知らせ掲示板、区内の展示スペース申請、口コミ、FB

	事例4	事例5
取組内容	・ 事業所で月6回のコミュニティーカフェ（血圧測定、健康講話、健康体操、お楽しみ事業）と月2回の暮らしの保健室(相談事業)を実施している。 ・ 対象者：年齢制限なし、登録制なし ※常連も多い ・ 受診勧奨もしており、専門医療機関へ繋げるケースもある。	・ 文京区看護職交流会
参加機関・職種	・ 株式会社けせらの訪問看護師、ケアマネジャー、ボランティア	・ 開催して8年目、例年ならば年3回勉強会を開催するのですが、今年は新型コロナの為に活動停止している。 ・ 文京区内の訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅支援事業所、保健所、障害基幹支援センター、クリニック医師と職員、病院連携室、大学看護科教員、など

	事例4	事例5
実施上の課題	・10人以上の参加になると、新型コロナの感染予防時期は密になってしまう。 ・参加者が固定化しやすい	・毎回参加者は、70名前後ですが継続するには委員や事務局の対応など継続するエネルギー
今後の課題や方向性	・感染予防に努めながら活動の継続。 ・一般市民に向けた健康冊子を作製したので、地位に広く配布して健康維持に役立ててもらおう。	・新型コロナの感染予防をしながらどうやって上手く継続していくか
メリット・デメリット	・メリット：地域包括ケアの中、地域全体で健康を維持していくことに役立つ。 ・デメリット：地域が限定してしまうのもっと広い地位に広げられるといい。	・メリット：区内の連携が強くなる。開催後のわくわくした達成感（グループワークが成功した時など）。 ・デメリット：幹事委員の負担。委員の交代がスムーズにいくか。
周知方法	・近くの地域包括支援センターや文京区の社会福祉協議会を通してチラシを配布して紹介してもらっています。	・いつもは、幹事委員で分担してお知らせを作ったり、faxをしたりする。事務局として訪問看護ステーションけせらが担っている。

第4章 横展開推進に必要なツールの作成

本事業では、アンケート調査、ヒアリング調査等の結果に基づき、認知症の利用者に訪問看護が介入することによって「身体疾患の発見されること」「服薬が上手く管理できること」「疲れている家族を支援すること」「利用できなかったサービスを導入すること」「住まいを整備することによって在宅生活が継続できる」などに効果があることに着目し、次頁以降に示す認知症の人及びその家族やケアマネジャー等に向けた訪問看護ステーションにおける好事例集、並びにチェックリストを作成した。

1. 事例集

令和2年度老人保健健康増進等事業

「訪問看護師による認知症高齢者と家族の支援に関する調査研究事業」

～認知症の方を支えるために～ 地域で訪問看護ができること

➡ 国は、認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられることを目指して、令和元年6月18日に「認知症施策推進大綱（新オレンジプラン2019）」をとりまとめました。訪問看護でも認知症の方が、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるためのお手伝いをさせていただきたくこの冊子を作成しました。

➡ 訪問看護師が何を観察し、何を考えて、どの様にケアをし、その効果について事例にまとめてあります。

➡ また、認知症看護について訪問看護師にも知っておいて欲しいポイントを盛り込んでありますので、日々のケアの参考にさせていただくとともに地域での多職種勉強会にもご利用ください。



【家族支援・他サービスの導入】介護疲れに苦む夫をサポートした事例

家族に身体に触れられることを嫌がった若年性認知症の事例

訪問看護の主な効果

- ・認知症状の改善
- ・身体症状の改善
- ・家族の負担軽減
- ・新たなサービスの導入
- ・服薬管理

訪問看護の利用を始める前のAさん

★Aさんは、現在は定年退職された夫と戸建てで2人暮らし。

★数年前から「前頭側頭型認知症」の症状が出現して、理解力や記憶力が少しずつ低下していききました。また、徐々に携帯電話の操作ができなくなり、TVのリモコンや銀行のATMの操作も難しくなりました。

★さらに、食事や排泄、保清など日常生活を自力で営むことが困難になったのですが、家族が例に寄ることや、身体に触れられることをとても嫌がり、常に「ワー、ウォー、ギャー」と大声で叫んでいる状態となりました。

★Aさんの夫は妻の介護を一人で抱えざるを得ず、理解しがたい症状に対してどのように対応すればよいかわからず困窮するばかりでした。また、Aさんは家を出て徘徊しては警察に保護されることもたびたびあったため、夫の介護疲れもピークに達していました。



訪問看護を利用した後のAさん

☆Aさんは、トイレや入浴の時も嫌がらずにケアを受けられるようになりました。

☆訪問看護の利用当初からの看護婦に信頼を寄せられるようになり、徐々に他の看護婦のことも受け入れるようになりました。最近ではヘルパーサービスを利用するまでになりました。

☆事態を飲み込めていなかった夫も、訪問看護婦のアプローチにより、だんだんと認知症を病気として認識できるようになりました。

☆夫は、看護婦が訪問している間、一人で自由に外出できるようになり、介護疲れから来るストレスを解消できました。



訪問看護の実際

- ◎ 訪問看護は、優しいまなざしのアイコンタクトや、相手のペースに合わせるベージング、座る位置の工夫など、パリエーション療法をさまざまに活用してご本人との距離を縮めました。
- ◎ 訪問看護は、Aさんのコミュニケーション能力の低下にすぐに気づき、夫から詳しく話を聞いてアセスメントを行いました。
- ◎ 言葉によるコミュニケーションが困難で、「ワー」などと呼び、人が近づくと拒んで拒んでいた為、Aさんが好きな香りのアロマオイルを使用し、臭覚から心地良く安心できる環境を用意しました。
- ◎ アロマオイルの香りに関心を示し、訪問看護のそばに座ったタイミングを逃さずに、自然とタッチングし、マッサージなどを用いて直接身体に触れるケアを徐々に行いました。
- ◎ 認知症状にも影響する便秘の改善のため、食事やオリーブオイルを摂れるようにして、下剤を服用しなくても便秘が整うようにしました。また認知症の症状緩和のための服薬方法（粉砕等）等をはじめ、生活に密着したアドバイスを行いました。
- ◎ コミュニケーション能力が著しく低下している場合でも、本人の尊厳を大切に、一緒に時間を過ごすことで、信頼関係を築きました。

訪問看護ならではのポイント

- ・パリエーション療法の活用
認知症の人とコミュニケーションをとる方法のひとつで、認知症を患っている人の言動や行動を「意味のあるもの」と捉え、それを認めて受け入れる「パリエーション療法」を活用します。優しい声かけや立ち振る舞い、声のトーンや座る位置などに配慮しながらアプローチを行います。
- ・相手のペースに合わせる
ご本人を刺激しないようにしながら信頼を合わせた、ご本人が自分から近づいてくるのを待つなど、相手のペースに合わせていくことが大切です。
- ・心地良い安心できる環境づくり
言葉や触れ合いのコミュニケーションが難しくても、心地良い安心できる環境を個々の状況に応じて整えることも効果的です。

【家族支援】家族の認知症理解を促し、身体介護の実施をサポートした事例

大腸がん末期、本人・家族ともストマ管理ができないアルツハイマー型認知症の事例

訪問看護の主な効果

- ・ADLやQOLの改善
- ・認知症状の改善
- ・本人の役割の継続
- ・家族の負担軽減

訪問看護の利用を始める前のBさん

★Bさんは、妻と暮らしていました。数カ月前に、嘔吐の症状に困って診察を受けたところ「アルツハイマー型認知症」の診断を受けました。実は最近、理由もなく機嫌が悪いくことが増え、家族も対応に困っていました。

★ところが、下痢や便秘の症状も悪化して救急外来を受診したところ、直腸がん末期であることが判明し、即日入院して人工肛門造設術を受けました。

★Bさんは、自分が入院していること、人工肛門（ストマ）をつけたこと、末期がんであることを全く理解ができませんでした。帰宅希望が強かったため自宅で緩和治療を行うことになりました。しかし、低栄養の状態等から退院時点では余命数週間程度だろうと診断されていました。

★自宅に戻った時はストマが1日も持たずに便が漏れてしまい、頻繁に交換しなくてはなりませんでした。皮膚トラブルや全身状態の低下などにより、生命の危機ともいえました。また、Bさんの突然のがん末期の診断、入院や手術、退院後の自宅でのストマケアなど、目まぐるしい環境の変化に家族も混乱していました。



訪問看護を利用した後のBさん

☆退院直後は毎日便が漏れていたストマが、退院後2週間も経つと週2回程度の交換で済むようになり、皮膚トラブルも治癒しました。

☆Bさんも、最初はどこの誰なのかわからなかった訪問看護師のことを徐々に認識できるようになり、自分から症状を訴えるようになりました。

☆退院時には単語しか発せられなかったBさんが、文章で会話できるようになりました。また、自分でパウチから便を捨てることができるようになりました。

☆一方、Bさんの妻は嫌悪感からストマを見ることも、触ることもできませんでした。ところが、1カ月ほど経ってガス抜きのケアができるようになり、「パウチ交換の手順も教えてほしい」と自分から言い出すようになりました。



☆Bさんの体力も徐々に回復し、馴染みの理髪店に自転車で出かけられるまでになりました。また、雨戸の開け閉めなど、Bさんが昔から行ってきた家庭内での役割を再び担えるようになりました。

訪問看護の実際

- ◎ 訪問看護師は、Bさんや妻の状況を踏まえてストマを装着した療養生活について初期段階でアセスメントし、長期的な視点でケアのプランを立てました。
- ◎ 訪問看護師は言葉が少なくても意思表示できるよう、クローズドエクステンションやリフレージング（復唱）など、コミュニケーションの取り方に配慮し、体調や困りごと、希望について丁寧に傾聴しました。
- ◎ 本人や家族のペースや意向を理解し、それに沿ったケアを行うこと（パーソンセンタードケア）により、本人・家族の安心感や看護師に対する信頼感を醸成しました。
- ◎ 当初混乱していた妻に対して、まずは急激な環境変化に対応できるよう話を傾聴し、妻からの問いかけに答える形で徐々に指導を行い、できるようになったことを承認していききました。また、家族が受け入れられるかどうかを見極めながら、がんの進行によって起きてくる症状や、PSDが現れる可能性とその対応策などを説明し、家族が精神的に落ち着いて対処できるようサポートしました。
- ◎ 本人の入院前の生活スタイルや元来の性格を把握し、今の状況でできることを考え、できるようにする方法を工夫し、家庭内での役割を維持・拡大できるようにサポートしました。

訪問看護師ならではのポイント

- ・クローズドエクステンションやリフレージング
本人のコミュニケーション能力に応じて、答えやすい質問の仕方を工夫することが重要です。
- ・パーソンセンタードケア
本人や家族のペースや意向に沿ったケアを行うことが重要です。この事例では、預品している妻が現状を受け止め、やってみる気持ちになれるよう、見守りながら待ち、努力、家庭するプロセスを大事にしました。
- ・心地よい安心でできる環境づくり
本人の期待役割を理解し、その役割を發揮できるような環境を整えることにより、生き生きと生活することが出来ます。

【服薬管理・身体疾患の発見・在宅生活の継続】服薬管理や多職種連携により在宅療養の継続をサポートした事例

一人暮らしで、ACPの支援を行ったレビィ小体型認知症の事例

訪問看護の主な効果

- ・服薬管理
- ・在宅生活の継続
- ・身体疾患の発見
- ・本人の意思の尊重
- ・医療機関へつなげる

訪問看護の利用を始める前のCさん

★Cさんは、一人暮らしで、知覚障害のある息子は遠方の施設に入所し、ほとんど会うことができていませんでしたが、姪が年に数回程度はCさん宅を訪ねていました。

★Cさんは、ここ数年は認知症が進み、幻視や迷った姿など症状が出るようになったため、近隣とトラブルになることも増えてきました。

★近隣とのトラブルに加え、服薬管理も全くとおらず、心配になった姪は、地域包括支援センターに相談しました。一人暮らしを続けることは難しいのではないかと、地域包括支援センターの職員は考えていました。

訪問看護を利用した後のCさん

☆服薬管理ができるようになったことで症状が安定し、近隣とのトラブルも減り始めました。

☆Cさんは、末期がんであることがわかりましたが、「入院は嫌だ、家にいたい」と言っていたCさんの希望通り、疼痛緩和ケアを受けられ、定期巡回・随時対応型訪問介護看護などサービスを導入し穏やかに生活していました。

☆可能な限り在宅での生活を続けましたが、末期がんによる嘔吐・吐血が続くようになり、本人と相談し、Cさんの意思で入院を選択しました。入院した病院で、姪と息子に看取られながら最期を迎えました。

ずっと家で暮らしたいね

訪問看護の実際

- ◎ 訪問看護師はCさんが確実に服薬できるよう、1日の生活リズムや行動パターンを確認し、服薬回数や服薬時間をかりつけ医と調整しました。
- ◎ そして、Cさんが抱える在宅療養上の課題を分析し、医師やケアマネジャー等と連携するなど丁寧に対応し、住み慣れたアパートでCさんらしい生活を送ることができるよう、定期巡回・随時対応サービスを導入しました。
- ◎ 本人からの訴えはありませんでしたが、顔色が悪いことや体重減少、お腹をさするCさんの行動から内臓の病気があるのではないかと考え、内科受診できるように調整し、末期がんと診断されました。
- ◎ 認知機能の低下や疼痛、嘔吐などのため、一人暮らしを続けることが危がまれることがありましたが、Cさんの思いやキーパーソンである姪の意向を丁寧にその都度確認して、最期まで在宅で暮らせるように準備を整えました。更には、Cさんの意向を確認した上で、施設に入所している息子と面会の場を設定するなど、家族関係の再構築のサポートもしました。
- ◎ 本人の思いと周囲の思いが必ずしも一致するとは限りません。認知機能の低下や、一人暮らし、近隣とのトラブル、末期がんなど、一見すると在宅での生活が難しいように思える状況でも、本人の思いを丁寧に聞き取りながら、Cさんの意思や希望を尊重した暮らしをサポートしました。

訪問看護師ならではのポイント

適切な服薬管理

本人の1日の生活リズムや行動パターンを確認し、薬の飲み忘れや飲みすぎなどが発生しやすい要因を分析することが重要です。

本人の希望をチームで共有

住み慣れた環境で生活し続けることができるよう、本人の希望や意向を丁寧に聞き取り、チームで共有することが大切です。

本人の尊厳の確保

認知症であっても、本人の希望に沿った意思決定ができるように支援を行い、本人の尊厳を尊重することが重要です。

読者の皆様へ

当協会では、令和2年度老人保健健康増進等事業訪問看護師による認知症高齢者と家族の支援に関する調査研究事業として、「訪問看護師による認知症の方と家族の支援に関するアンケート」を実施しました。

その結果、認知症の利用者に訪問看護が介入することによって以下のような効果があることがわかりました。

- 「身体疾患が発見されること」
- 「服薬が上手く管理できること」
- 「疲れている家族を支援すること」
- 「利用できなかったサービスを導入すること」
- 「住まいを整備することによって在宅生活が継続できる」

訪問看護を利用することによって、認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられることを支援できると考えます。

認知症でお困りのことがあったら、お近くの訪問看護ステーションにお声掛けください。

ステーション名： _____

電話番号： _____

所在地： _____



2. チェックリスト

1) 利用者・家族向け

訪問看護利用のためのチェックリスト(利用者・ご家族向け)

認知症かな？と思ったら、訪問看護をご利用ください！

訪問看護では、認知症の方の症状を安定させ、家族の困りごとにも対応します。軽度の時から関わることで重度化を予防し、住み慣れた地域でその人らしく暮らすことのサポートをします。家族で抱え込まずに、まずは訪問看護ステーションに相談してみましょう。

こんなお困りのことや心配なことはありますか？

◎こんな症状がある（認知症状）

- ☐ いつもできることができなくなった
- ☐ 同じことを何度も聞く
- ☐ 言葉の意味が分からず、会話のつじつまが合わない
- ☐ 怒りっぽく、興奮すると暴言や暴力をふるう
- ☐ 認知症ではないかと心配している

YES

◎ こんな症状がある（身体症状）

- ☐ 水分や食事量が減っている
- ☐ 何日も排便がない
- ☐ 入浴をイヤがる

YES

◎ 介護者の負担がある

- ☐ 介護のため、ゆっくりと休む暇がない
- ☐ どんな支援（サービス）が使えるのかわからない
- ☐ イライラして手を上げてしまいそうになる
- ☐ 人が変わってしまったようで悲しい気分になる
- ☐ 病院に行くことを嫌がっている
- ☐ 昼夜逆転して夜中に何度も起こされる

YES

◎ 一人暮らしを続けるのは無理ではないか

- ☐ このまま一人暮らしを続けたい
- ☐ 頼りになる身内が近くにいない
- ☐ 買い物や掃除ができない
- ☐ ご近所とのトラブルがよく起きる

YES

◎ これからのことに不安

- ☐ この先どの様に生活していけば良いかわからない
- ☐ 病気や介護など生活全般のことが漠然と心配
- ☐ 症状が進むのを食いとめたい
- ☐ 処方されている薬が飲めない

YES

ぜひお近くの訪問看護ステーションにご連絡ください

認知症の方を介護するご家庭の訪問看護の利用事例をご紹介します。

こんなところにチェックが入りました

◎こんな症状がある（認知症状）

- ☒言葉の意味が分からず、会話のつじつまが合わない
- ☒怒りっぽく、興奮すると暴言や暴力をふるう

◎介護している家族の負担がある

- ☒介護のため、ゆっくりと休む暇がない
- ☒人が変わってしまったようで悲しい気分になる

◎これからのことに不安

- ☒この先どの様に生活していけば良いかわからない



訪問看護はこんなケアをしました

- ◎訪問看護師は連日訪問し、奥さんからのSOSにも急いで駆けつけるなどの迅速な対応を重ねました。
- ◎ご本人やご家族からそれぞれ別にゆっくりと話を聞き、思いを受け止めました。
ご本人に対しては、回想法（昔の経験や思い出を語り合う心理療法の1つ）を行い心穏やかな時間を作りました。
- ◎同居していない家族にも連絡を取り、全員が介護に関われるような提案をしました。
- ◎訪問看護師は、認知症の症状の対応方法を他の職種にも共有し、訪問介護等の他のサービスを導入しました。

こんな効果がありました

- ☆ご本人は訪問看護師に対して自分の気持ちを語ることで気持ちが落ち着くようになり、奥さんへの暴力・暴言がなくなりました。
- ☆家族も認知症の症状について理解するようになり、疎遠になっていた長男や長女も介護に参加し、家族で協力しあうようになったことで、奥さんの介護疲れが軽減されました。
- ☆ご本人と家族が、安心して在宅で療養生活を送ることができるように、かかりつけ医やケアマネジャー、訪問介護員等のチームで対応できる環境が整いました。

〇〇訪問看護ステーション

Tel:

一般社団法人全国訪問看護事業協会
令和2年度老人保健健康増進等事業「訪問看護師による認知症高齢者と家族の支援に関する調査研究事業」

2) ケアマネジャー向け

訪問看護利用のためのチェックリスト(ケアマネジャーの方向け)

利用者が認知症を疑われる場合は、訪問看護にご相談ください！

訪問看護では、認知症の方の症状を安定させ、家族の困りごとにも対応します。軽度の時から関わることで重度化を予防し、住み慣れた地域でその人らしく暮らすことのサポートをします。

利用者の方で該当する症状などがある場合は、訪問看護にご相談ください。

利用者の方であてはまるようなことがありますか？

◎こんな症状がある（認知症状）

YES

- ☐ 物の忘れが激しく、食事をしたことも忘れる
- ☐ 言葉の意味が分からず、会話のつじつまが合わない
- ☐ 怒りっぽく、興奮すると暴言や暴力をふるう
- ☐ 認知症ではないかと心配している
- ☐ 不安がありふさぎ込んでいる

◎ こんな症状がある（身体症状）

YES

- ☐ 何日も排便がない
- ☐ 入浴をイヤがる
- ☐ 水分が摂れていない
- ☐ 隠れた疾患等があるのではないかな

◎ 介護者の負担がある

YES

- ☐ 介護のため、ゆっくりと休む暇がない
- ☐ 介護者が本人にどの様に接して良いかわからなくなっている
- ☐ 介護者がイライラしている
- ☐ 虐待が疑われる
- ☐ 昼夜逆転して夜中に何度も起こされる・一人で勝手に出かけてしまう

◎ 在宅生活を続けるのは無理ではないか

YES

- ☐ このまま一人暮らしを続けたいと希望している
- ☐ 住み慣れた家で家族と暮らし続けることを希望している
- ☐ 本人が拒否してサービスを導入することができない

◎ 予防効果を期待したい

YES

- ☐ 処方されている薬が飲めなくなった
- ☐ 医療機関に受診できない
- ☐ 症状が進むのを抑えたい

※認知症施策推進大綱によると、予防とは、認知症にならないという意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を穏やかにする」という意味です。

訪問看護にご相談ください

認知症の方を介護するご家庭の訪問看護の利用事例をご紹介します。

こんなところにチェックが入りました

◎こんな症状がある（認知症状）

- ☒言葉の意味が分からず、会話のつじつまが合わない
- ☒怒りっぽく、興奮すると暴言や暴力をふるう

◎介護している家族の負担がある

- ☒介護のため、ゆっくりと休む暇がない
- ☒人が変わってしまったようで悲しい気分になる

◎これからのことに不安

- ☒この先どの様に生活していけば良いかわからない



訪問看護はこんなケアをしました

- ◎訪問看護師は連日訪問し、奥さんからのSOSにも急いで駆けつけるなどの迅速な対応を重ねました。
- ◎ご本人やご家族からそれぞれ別にゆっくりと話を聞き、思いを受け止めました。
ご本人に対しては、回想法（昔の経験や思い出を語り合う心理療法の1つ）を行い心穏やかな時間を作りました。
- ◎同居していない家族にも連絡を取り、全員が介護に関われるような提案をしました。
- ◎訪問看護師は、認知症の症状の対応方法を他の職種にも共有し、訪問介護等の他のサービスを導入しました。

こんな効果がありました

- ☆ご本人は訪問看護師に対して自分の気持ちを語ることで気持ちが落ち着くようになり、奥さんへの暴力・暴言がなくなりました。
- ☆家族も認知症の症状について理解するようになり、疎遠になっていた長男や長女も介護に参加し、家族で協力しあうようになったことで、奥さんの介護疲れが軽減されました。
- ☆ご本人と家族が、安心して在宅で療養生活を送ることができるように、かかりつけ医やケアマネジャー、訪問介護員等のチームで対応できる環境が整いました。

〇〇訪問看護ステーション

Tel:

一般社団法人全国訪問看護事業協会
令和2年度老人保健健康増進等事業「訪問看護師による認知症高齢者と家族の支援に関する調査研究事業」

第5章 まとめ

本事業においては、当協会の全ての会員事業所を対象とするアンケート調査、並びに先進的な取組を行っている訪問看護ステーションへのヒアリング調査等の結果に基づき、認知症の人及びその家族やケアマネジャー等に向けた訪問看護ステーションにおける好事例集、並びにチェックリストを作成した。

本章では、本事業における調査結果をまとめるとともに、訪問看護ステーションにおける認知症の人及びその家族に対する支援の方向性について示す。

1. 訪問看護における認知症の人・家族への支援の現状

本事業で実施したアンケート調査結果をみると、訪問看護ステーションの訪問対象者の25%程度は認知症であり、その多くはケアマネジャー、医療機関、地域包括支援センター等からの紹介・相談を受けて利用に至っている。

また、認知症利用者の訪問看護への依頼の経緯についてみると、「生活上の困りごと（排泄・保清等）」が最も多く、「通院・服薬拒否」や「他者（サービスを含む）や介護の拒否」等も多くみられる。

そのような中、認知症利用者への訪問看護が効果的だと思われることについては、「身体疾患の発見（便秘、脱水、肺炎など）」、「服薬管理（薬剤のシンプル化など）」、「家族支援」、「多職種連携」、「生活環境の整備による在宅生活継続」等が多く挙げられており、本事業で作成した事例集についても、このような取組効果について特にフォーカスすることとした。

また、アンケート調査の回答事業所のうち、7割近くの事業所では看護職員による認知症関連研修への参加経験があり、これらの研修が地域のケアマネジャーやヘルパー等の多職種連携のきっかけとして有意義であったと多くの事業所が回答している。

さらに、3割近くの事業所が自ら認知症高齢者の支援のための研修会・勉強会を開催しており、認知症の基礎知識をはじめ、関連する知識・対応方法等について、積極的に地域へ情報発信を行っていることが把握できた。

2. 地域における横展開の必要性

本事業では、認知症高齢者と家族を支えるために、訪問看護師がどのように活躍し、具体的にどのような役割を担っているか実態を把握するとともに、訪問看護師が「身体疾患の発見（便秘、脱水、肺炎など）」、「服薬管理（薬剤のシンプル化など）」、「家族支援」、「多

職種連携」、「生活環境の整備による在宅生活継続」等の観点から効果的に活動している先進的事例を収集した。

その中では、訪問看護師が、ケアマネジャーや地域包括支援センター等との定期的会合や、担当者同士の個別的な電話連絡において、利用者の認知症の状況について密に連絡を取りながら、訪問看護師は看護としての気づきについての情報提供を行っていた。

また、処方薬のコントロール等の服薬管理について主治医とも連携をとる一方で、ヘルパーなどに対しては、利用者の生活に密着した情報を共有するよう心がけるなど、訪問看護師は介護と医療双方の視点からケアチームの調整役を担っていた。

これらの先進事例等を踏まえて作成した事例集やチェックリスト等の普及によって、認知症の人や家族をはじめ、ケアマネジャー等の多職種にも、訪問看護の認知症支援における効果と役割がより理解され、地域での認知症支援のためのチームケア等の横展開がさらに広がることが期待されるところである。

参考資料

FAX 番号：●●-●●●●-●●●● 〆切●月●日(●)

一般社団法人全国訪問看護事業協会

訪問看護師による認知症の方と家族の支援に関するアンケート

都道府県名			事業所名																	
1. 開設者	01 医療法人 02 営利法人 03 社会福祉法人 04 医師会 05 看護協会 06 その他の社団・財団法人 07 協同組合 08 地方公共団体 09 その他																			
2. 看護職員数	看護職員 (実人数) _____人 (常勤換算) _____人 (小数点第一位まで四捨五入) (うち) 認知症認定看護師 (実人数) _____人 (常勤換算) _____人 (小数点第一位まで四捨五入) (うち) 老人看護専門看護師 (実人数) _____人 (常勤換算) _____人 (小数点第一位まで四捨五入) (うち) 認知症ケア専門士 (実人数) _____人 (常勤換算) _____人 (小数点第一位まで四捨五入)																			
3. 訪問対象者数・訪問延べ回数【R2.●月】	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>医療保険</th> <th>介護保険</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>訪問対象者数</td> <td>(実人数) _____人</td> <td>(実人数) _____人</td> </tr> <tr> <td>(うち) 認知症の訪問対象者数</td> <td>(実人数) _____人</td> <td>(実人数) _____人</td> </tr> <tr> <td>(うち) 医師により認知症の診断がされた訪問対象者数</td> <td>(実人数) _____人</td> <td>(実人数) _____人</td> </tr> <tr> <td>(うち) 若年性認知症の訪問対象者数</td> <td>(実人数) _____人</td> <td>(実人数) _____人</td> </tr> </tbody> </table>						医療保険	介護保険	訪問対象者数	(実人数) _____人	(実人数) _____人	(うち) 認知症の訪問対象者数	(実人数) _____人	(実人数) _____人	(うち) 医師により認知症の診断がされた訪問対象者数	(実人数) _____人	(実人数) _____人	(うち) 若年性認知症の訪問対象者数	(実人数) _____人	(実人数) _____人
	医療保険	介護保険																		
訪問対象者数	(実人数) _____人	(実人数) _____人																		
(うち) 認知症の訪問対象者数	(実人数) _____人	(実人数) _____人																		
(うち) 医師により認知症の診断がされた訪問対象者数	(実人数) _____人	(実人数) _____人																		
(うち) 若年性認知症の訪問対象者数	(実人数) _____人	(実人数) _____人																		
※ 本調査で「認知症」とは、認知機能が低下し、日常生活や社会生活に支障をきたしている利用者を指します。																				
4. どのようなルートで認知症の利用者が訪問看護に繋がりましたか。該当するものを全てお選びください。																				
01 医療機関からの相談 03 地域包括支援センターや行政 05 認知症初期集中支援チーム 02 ケアマネジャー 04 地域住民等 06 その他 ()																				
5. どのような経緯で認知症の利用者の訪問看護の依頼がありましたか。該当するものを全てお選びください。																				
01 他者(サービスを含む)や介護の拒否 03 通院・服薬拒否 05 虐待 02 中核症状とBPSD 04 生活上の困りごと(排泄・保清等) 06 その他 ()																				
6. 貴事業所では認知症カフェ等の地域活動を実施していますか。 01 実施している 02 実施していない																				
7. 貴事業所では、認知症高齢者グループホームと委託契約を結んでいますか。 01 結んでいる 02 結んでいない																				
8. 貴事業所では認知症利用者の依頼を断ったことがありますか。																				
01 断ったことはない																				
02 断ったことがある(⇒理由:)																				
9. 認知症利用者への訪問看護が効果的だと思われることについて、該当するものを全てお選びください																				
01 身体疾患の発見(便秘、脱水、肺炎など) 07 多職種連携 02 服薬管理(薬剤のシンプル化など) 08 意思決定支援 03 他のサービスに繋げる(専門医、地域の社会資源など) 09 虐待防止や早期発見と対応 04 家族支援 10 その他 () 05 生活環境の整備による在宅生活継続 06 認知症の重症化予防																				
10. 過去3年間に、貴事業所の看護職員が、認知症関連の研修へ参加したことがありますか。																				
「01 あり」場合は、その研修の主催者、参加した(現在在籍する)看護職員数等についてご回答ください。																				
01 あり ⇒①主催者: ア 看護協会 イ 訪問看護ステーション協議会 ウ 行政 エ その他 ※該当する全てに○ ②参加した(現在在籍する)看護職員数: (参加延べ人数) _____人 ③研修内容について、その後、地域でどのように活かしていますか。具体的にご記入ください。 () ④研修内容について、その後、貴事業所内でどのように活かしていますか。具体的にご記入ください。 () 02 ない																				
11. 過去3年間に、貴事業所では、認知症高齢者の支援のための研修会や勉強会を開催したことがありますか。																				
「01 あり」場合は、開催した研修会又は勉強会の対象者、実施内容についてご回答ください。																				
01 あり ⇒①対象者: ア 地域住民 イ 看護職員 ウ 多職種 エ その他 () ※該当する全てに○ ②実施内容について、具体的にご記入ください。 () 02 ない																				

訪問看護師による認知症の方と家族の支援に関するヒアリング票

都道府県名

事業所名

1. 認知症ケアの実践について

1. 認知症ケアに必要な利用者の初回訪問までについて

① 新規利用者の訪問看護に繋がるまでのルート・経緯

--

② 初回訪問にたどるまでに関心していること

--

③ 訪問体制

【初回訪問時】

--

【通常訪問時】

--

④ 初回訪問時に気をつけていること

【利用者本人へのアプローチにあたって気をつけていること】

--

【利用者家族へのアプローチにあたって気をつけていること】

--

【他職種との連携にあたって気をつけていること】

--

2. 認知症ケアにおいてうまくいきにくいこと・困ること

① うまくいきにくいこと・困ること

--

② ①への対応策

--

【認知症利用者への訪問看護が効果的と思われること】への取り組み事例 ① 身体疾患の発見（便秘、脱水、肺炎など） ② 服薬管理（薬剤のシンプル化、ポリファーマシーなど） ③ 他のサービスに繋げる（専門医、地域の社会資源など） ④ 家族支援 ⑤ 生活環境の整備による在宅生活継続 ⑥ 認知症の重症化予防（BPSD への対応） ⑦ 多職種連携 ⑧ 意思決定支援 ⑨ 虐待防止や早期発見と対応 ⑩ 独居の在宅継続 ⑪ 暴力・暴言のある利用者への対応
3. 認知症ケアの困難事例/成功事例/印象深い事例での対応事例① 上記から番号を選択し、その効果的な取り組みについて下記に記載してください。（複数選択可） 番号（ ）
① 利用者像（利用者の状態、家族・生活環境等） 【認知症の程度】 【家族・生活環境】
② 対応内容 【問題の内容】 【アセスメントの方法】 【アプローチの方法】 【対応体制】 【対応における工夫点（介入方法、家族への対応等）】 【介入結果】

2. 地域活動（家族会、認知症カフェ、コミュニティカフェ、学習会 等）の実践について

地域活動の取組内容
【取組内容】
【参加機関・職種】
【実施上の課題】
【今後の課題や方向性】
【実施することのメリット・デメリット】
【取り組みの周知方法】（掲載先、周知方法など）

令和2年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
訪問看護師による認知症高齢者と家族の支援
に関する調査研究事業
報告書

令和3（2021）年3月
一般社団法人 全国訪問看護事業協会
〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-12 壹丁目参番館 401
電話：03-3351-5898