

～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。

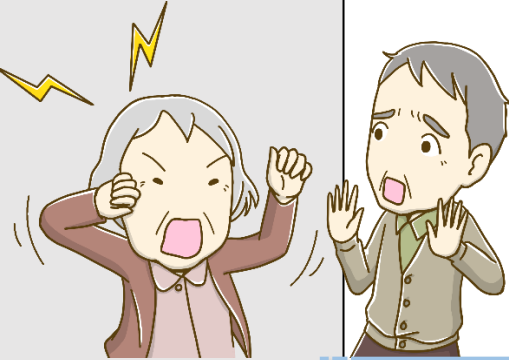


【家族支援・他サービスの導入】介護疲れに苦しむ夫をサポートした事例

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」の症状が出始めて、理解力や記憶力が少しずつ低下していきました。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、家族が傍に寄ることや、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どのように対応すればよいか分からず困惑するばかりでした。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だったため、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師に信頼を寄せるようになり、徐々に他の看護師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、訪問看護師のアドバイスにより、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、看護師が訪問している間、一人で自由に外に出かけられるようになり、介護疲れから来るストレスを解消できました。



訪問看護の主な効果

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

訪問看護の実際

- ◎ 訪問看護師は、**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ペーシング**、**座る位置の工夫**など、**バリデーション療法**をさまざまに活用してご本人との距離を縮めました。
- ◎ 訪問看護師は、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」などと叫び、人が近づくことを極端に拒んでいた為、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、**訪問看護師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、**食事で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通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**（粉碎等）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。

訪問看護師ならではのポイント

・バリデ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「バリデーション療法」を活用します。優しい眼差しや立ち振る舞い、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視線を合わせたり、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る大切です。

・心地良い安心できる環境づくり

言葉を介した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。帰宅願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。



訪問看護の主な効果

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

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。
- ◎ 訪問看護師は語彙が少ない中でも意思表示できるよう、クローズドクエスチ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、BPSD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

- ・クローズドクエスチ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、混乱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、労い、承認するプロセスを大事にしました。
- ・心地良い安心できる環境づくり
本人の期待役割を理解し、その役割を発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できます。

【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ー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、知的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、幻視や盗られ妄想などの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、服薬管理も全くできておらず、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。



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ぶ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。
- ・ **本人の尊厳の尊重**
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： _____

