

認知症高齢者の看護実践を高めるための パーソン・センタード・ケアの実践ガイド

- 現在、認知症や認知機能が低下した高齢者が身体疾患の治療のために病院に入院することも多くなっています。認知機能が低下した高齢者にとって入院中に受ける医療やケアの質がその後の生活やADL、生命予後に大きく影響します。
- 認知症高齢者は、自分の痛みや苦痛を言葉でうまく表現できません。そのために苦痛や痛みで自分で対処しようと、点滴やルートを自己抜去したり、歩き回る、治療を拒否するなどの行動をとります。そのような行動に対して、病院では治療を優先するあまりに身体拘束をする場合があります。その時、一時的に安全は確保できるかもしれませんが、その後身体拘束解除の判断ができず身体拘束が長期化してしまい、結果として、身体疾患は回復してもADLが低下してしまったり、要介護状態になってしまうことがあります。
- 入院中の高齢者に対するパーソン・センタード・ケアでは、認知症高齢者の思いを聞き、本人の視点に立って心身の苦痛や不安を緩和させ、本人と協力して治療やケアを行い、入院前と同じ心身機能まで回復して同じ居場所に戻ることをめざします。具体的には、下記のように**身体拘束予防の3STEP**でケアを実践します。

STEP1 本人の思いを聞いてみよう！ 本人の視点で考えてみよう！

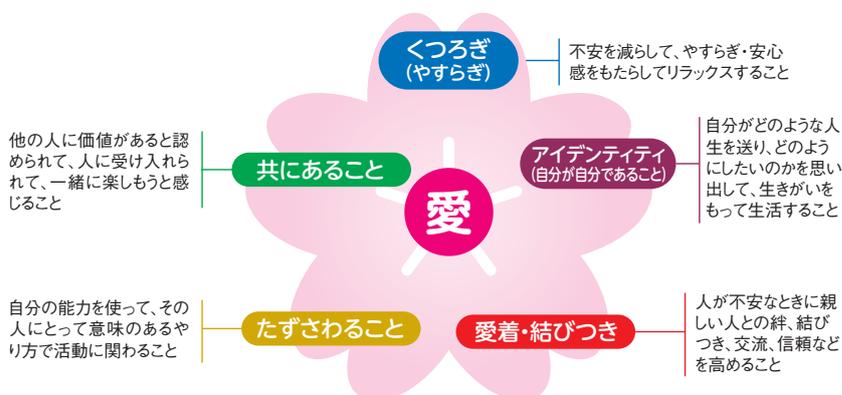
認知症高齢者の点滴の自己抜去や行動ばかりに目がいってしまいがちですが、その原因は痛みや苦痛、混乱や不安などです。入院したことや認知症高齢者の苦痛や不安を認知症高齢者の人の視点で考えてみましょう。コミュニケーションでは、“低い声”で“はっきりと”“ゆっくりと”お話しすることを心がけましょう。その人の行動の原因、例えば苦痛や不安に対処するために、その人に思いを聞いて、胸にストンと落ちるわかりやすい言葉や表情、ジェスチャーで入院や治療していることを伝えてみましょう。病院に信頼できる人や居場所を認識できれば、行動も落ち着き、病気の治療にも協力してくれます。

STEP2 パーソン・センタード・ケアの心理的ニーズで認知症高齢者の状況を考えてみよう！

パーソン・センタード・ケアでは、認知症高齢者には花卉のような重なり合い、関連し合う図のような5つの心理的なニーズ **くつろぎ** **アイデンティティ** **愛着・結びつき** **たずさわること** **共にあること** があり、これらのニーズの中央には **愛** があります。

5つのニーズが満たされないことで、図のように認知症の行動・心理症状(BPSD)や入院中の治療やケアの拒否が起こります。認知機能障害のために入院、病気や治療について十分理解できない高齢者にとって何をされるか恐怖ばかりで「治療を拒否すること」は当然のことなのです。一方的にケアしたり、点滴を強要することは、強制したり、能力を使わせないなどの **たずさわること** を脅かすこととなります。

認知症高齢者の心理的ニーズ



*入院中の認知症高齢者は、心理的ニーズが脅かされている

からだが痛い、苦しい！
何をされるかわからなくて怖い！
くつろぎ

からだに針やチューブを入れられた！このままでは殺される！
くつろぎ

ひとりで知らない場所にいる怖い！
親しい人が一緒にいてほしい！
くつろぎ **共にあること**

押さえつけられる！
家に帰りたい！ 家族に会いたい！
くつろぎ **愛着・結びつき**

認知症の人の視点(本人の思い)を十分認識していないと、向精神薬の処方で鎮静化するなど、さらなる心身機能の低下、転倒・骨折、誤嚥など新たな合併症や身体拘束による要介護状態を発生させて、医療やケアの質を著しく悪化させてしまいます。認知症高齢者のよい状態をめざして、心理的なニーズを満たすことを目的に看護を実践しましょう!

STEP3 心理的ニーズが満たされるケアプランを考えてみよう!

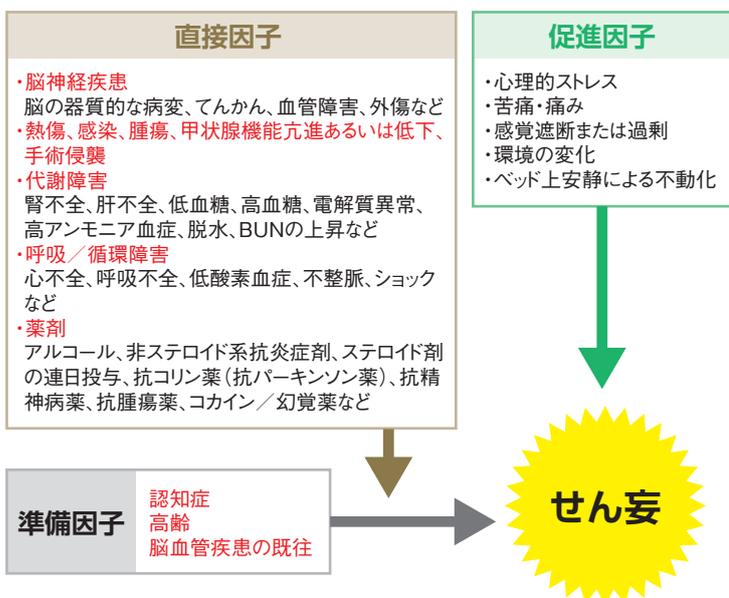
①痛みや苦痛を緩和しよう!

点滴治療や酸素マスク・カニューレ、膀胱留置カテーテルなどは、予想以上に認知症高齢者の **くつろぎ** を脅かして、心身の痛みや苦痛を引き起こしています。痛みや苦痛がないように治療やケアを工夫することで、認知症高齢者は穏やかに過ごすことができます。現在の点滴や酸素療法などが、認知症高齢者に本当に必要な治療なのか、多職種チームで検討していきます。

②せん妄の可能性を考えてみよう!

認知症高齢者は入院や治療、急性疾患の発症に伴って、せん妄を起こしやすいと言われています。せん妄は身体的な要因で、一時的に脳の機能が乱れることです。「あれ?いつもと違う!」と思ったら、せん妄を疑い、まずせん妄の直接因子である身体的環境を整える必要があります。また、せん妄の促進因子である苦痛や不安などに対して、パーソン・センタード・ケアを実践していきましょう。

せん妄の発症 せん妄とは身体的な要因で、一時的に脳の機能が乱れること
「あれ?いつもと違う!」状況



高齢者のせん妄に関する対応

直接因子である**身体的環境を整える【原因に対する治療】**

- ・薬物、代謝性障害、敗血症、脱水、感染症など
- ・主治医と連携して、原因を明らかにし、できるだけ除去・緩和する

促進因子である**苦痛や不快感を緩和する【緩和ケア】**

- ・痛み(創痛、腰背部痛)、カテーテルなどの不快感をできるだけ緩和する
- ・カテーテル類は回復に伴いできるだけ少なくするように担当医と連携する

促進因子である**不安や恐怖を緩和して安心できる環境を整える**

- ・「辛いですね」「家に帰りたいですね」など共感の言葉を掛け、苦痛や不安などに関して、上手く言葉で表現できない苦痛や不安の原因や潜在的ニーズに着目し、本人の状況に合わせて対応する。

【パーソン・センタード・ケア】

促進因子である**生活リズム障害を整える**

- ・日中は覚醒し、活動量を増やして夜間は睡眠できるようにする
- ・騒音や照明など生活環境を整えて、心地よいタッチや音楽など好みに合わせて適度に行う。

【パーソン・センタード・ケア】

次のページから認知症高齢者の心理的ニーズを満たすケアを実施することで身体拘束を解除できたケースなどを示しています。

【10ケースから身体拘束しない・身体拘束を解除するケアを学んでみよう!】

- ・**認知症高齢者の心理的ニーズを理解しよう!**: 全てのケースが治療・入院によって不安、苦痛や痛みから心理的ニーズが脅かされています。何も理解できなくて危険な行動に見えますが、認知症高齢者ご本人の心理的ニーズは脅かされていることを理解しましょう。ご本人の心理的ニーズが満たされるための対応の一つとして、苦痛や痛みに対する緩和ケアや認知機能の症状に合わせた説明や対応が必要となります。
- ・**入院や治療に対する理解を促進するための工夫を考えよう!**: 認知症と診断されていない高齢者や軽度認知症の人では、入院による混乱やせん妄から認知機能が低下することがありますが、言語的コミュニケーションの能力が残されています。言語的コミュニケーションの能力の低下した認知症の中等度や重度の人でも、短いわかりやすい言葉や文字やイラスト、図や写真などを理解してもらえることも多いのです。鏡を使用してNGチューブをつけているなど今の自分の現状を確認することで、現在の入院や治療の状況を理解して頂くことができます。
- ・**Trial & Errorの認知症看護**: 身体拘束しない・身体拘束を解除するケアでは、その人の現在の認知機能の状況に合わせたケアの工夫が必要になります。ケースは認知症ケアのエキスパートがTrial & Error(挑戦と失敗の繰り返し)から考え出した様々なケアの工夫です。ぜひ、あなたのケアの参考にしてください!

1



80代男性、COVID-19にて入院。隔離対応であり、せん妄によるふらつきのために転倒リスクが高いがナースコールを押さず繰り返し歩行してしまうため、スピーチロックが行われた。ていねいなコミュニケーションを通して本人にナースコールの理解をしてもらえたケース

認知機能は年相応、一人暮らし。COVID-19で入院、隔離対応となった。入院後は38℃台の発熱があるが、説明は頷いて聞いていた。夜間になるとふらつきが強く、病室から出てきて、「布団の下に魚が泳いでいる。」などの辻褃の合わない発言が聞かれた。何度も病室から廊下に出てきてしまうため、その都度、看護師から「さっきも説明しました。動いてはいけません。」と言われ、本人は険しい表情となっていた。

【アセスメントの視点と対応】

状態	心理的ニーズ	対応
見当識障害により入院したことや、隔離対応の意味がわからない	<ul style="list-style-type: none"> くつろぎ(やすらぎ) 共にあること 	本人の気持ちを知るため、1対1でコミュニケーションをとると「なんでここにいるの。」「動いちゃいけないとトイレにも行けなくなる。」という言葉が聞かれた。入院までの経過や入院していることや実際に発熱していることを、体温計を見せて確認してもらったり、尿器を見せてトイレ介助は行うことを説明すると表情が穏やかになった。
自分が動きたいと考えているのに、話を聞いてもらえず動きを制限されてしまう	<ul style="list-style-type: none"> くつろぎ(やすらぎ) たずさわること 共にあること 	転倒の危険があることをていねいに説明し、ナースコールの説明を行った。本人から「最近寝てばかりで力が落ちた。」との言葉が聞かれたため、「寝ているとどうなりますか。」と質問すると「筋肉が減ってきます。」と返答が得られた。そこで「筋肉が減ったまま歩くとどうなりますか。」と質問すると「ふらついてしまいます。」「ではふらつくとうどうなりますか。」「転びます。」「では転ばないために何をしますか。」「このボタン(ナースコール)を押します。」とひとつずつ実際に考えてもらった。説明後は表情が穏やかになり、その後は病室から出てくることはなくなった。

*夜間何度か場所がわからないとナースコールがあったが、病室から出てくることはなかった。看護師がその都度ていねいに説明し対応したところ、翌日には見当識障害も見られなくなった。リハビリ病院への転院後、自宅へ退院した。

【ポイント】

何度も説明しても理解できない患者に対し、「～してはいけません。」というスピーチロックを行ってしまう場合がある。ていねいなコミュニケーションや本人の認知機能に合わせて体温計や尿器を確認してもらうことや、ナースコールを押す意味を考えてもらうことが、不安軽減や入院生活への理解につながった。

2



90代男性。脳梗塞によって緊急入院、せん妄や姿勢保持が困難なために体幹抑制帯による身体拘束をされたが、きめ細やかなコミュニケーションで拘束解除ができたケース

脳梗塞発作前、年相応の物忘れはあったが理解力は良好であった。入院後、麻痺の進行のために右半身麻痺が出現。注意点を説明した際には頷いて聞いている様子であったが、一人で動いてしまいベッドサイドに転倒してしまう。ベッド上の姿勢保持が困難であり、せん妄症状が激しく転倒・転落のリスクが高いため、体幹ベルトによる身体拘束が開始された。

【アセスメントの視点と対応】

状態	心理的ニーズ	対応
せん妄による見当識障害により、入院生活や治療について理解できず、不安がある	<ul style="list-style-type: none"> くつろぎ(やすらぎ) たずさわること 共にあること 	<p>コミュニケーションをとると難聴であるとわかった。そこで耳元で大きめの声で「脳梗塞で右手と右足に麻痺しています。入院して点滴をしています。」と説明をすると「そうか、それでか。入院してるんだ!」と入院治療中であるとの理解が得られた。</p> <p>ベッドサイドの目のつきやすいところに「〇月〇日に脳梗塞で入院して右手と右足に麻痺(まひ)があります。一人で動くと、ベッドから落ちたり転んだりする原因になります。動きたいときには必ず看護師を呼んでください。」という内容を文字とイラストで書いた紙を置いた。一緒に見ながら日時と場所などを繰り返し説明した。</p> <p>本人の理解を得て点滴刺入部に包帯を巻き、そこに「治療のため大切なものです」と記入し、それを示しながら繰り返し必要性を耳元で伝え、理解を得た。</p>
活動と睡眠のバランスが取れていない	<ul style="list-style-type: none"> たずさわること 共にあること 	院内デイケアに他の患者と毎日参加した。アクティビティを取り入れ、リハビリと併用したことで日中の覚醒・活動を促して生活の活性化に繋がった。

*抑制帯は一晩使用したが、翌日に解除し代替え案として転倒・転落による外傷予防のためにベッドサイドに緩衝マットを使用した。上記の対応により、せん妄も緩和して穏やかに過ごせ、拘束も不要となった。

【ポイント】

脳梗塞発作後、難聴のために入院や治療の把握が困難なためにせん妄が発生した。身体拘束の解除、ていねいなコミュニケーション、行動の予測、ライン類への対応、アクティビティの導入等による覚醒・活動の促進と生活の活性化などによってせん妄が緩和され、穏やかに過ごすことができた。

3



軽度血管性認知症、80代女性。説明を繰り返すことでナースコールが使用できるようになり、4点柵が解除できたケース

右大腿骨頸部骨折術後、リハビリテーション目的で入院。術後患肢の体動時の疼痛があり、歩行も数歩程度しかできない状態であった。自分が骨折し歩行が困難な状態であることは認識できていない。ナースコールを使用できず、自分で動こうとするので、転倒・転落を予防するために4点柵を用いた身体拘束が実施された。

【アセスメントの視点と対応】

状態	心理的ニーズ	対応
自分が困っていることを人に伝え、助けを求め方法がわからない	たずさわること	本人から常に見える位置に「トイレに行きたい時や用事がある時はナースコールを押してください」という短い文と、「ナースコールを押している写真」を掲示した。訪室時には必ず説明するようにして1週間程度繰り返したところ、ナースコールで排泄の意思を伝えることができるようになった。
自分が行うことに自信がなく、看護師から尊重されていないように感じている	くつろぎ(やすらぎ) たずさわること 共にあること	実際にナースコールで呼んでもらえた際、看護師から笑顔と、「ありがとうございます。」と感謝の言葉をかけ、快のコミュニケーションの刺激となるように努めるとともに入院中、居心地の良い場所の提供に努めた。

*ナースコール使用により、トイレ介助が行えるようになり4点柵は中止。夜間のみ3点柵+離床センサーの対応となった。

【ポイント】

ナースコールの使用の必要性が認識できない患者に対し、「言ってもしょうがない」と身体拘束を選ぶ傾向がある。しかしこのケースでの成功体験の後、「図ならわかる」「簡単な文章なら理解できる」「口頭だけでも理解できる」など、さまざまな方法でのアプローチを検討・評価して、効果的な方法に取り組むなど認知症看護への取り組みが変化した。

4



軽度認知障害の70代後半女性。転倒・転落のリスクが高いことから車椅子抑制帯を装着したが、本人の思いの傾聴や役割をもってもらうことで拘束解除ができたケース

出血性大腸炎、播種性血管内凝固症候群(DIC)による入院で絶食、輸血、輸液療法、心電図モニター管理となり、ベッド上安静となる。また中心静脈カテーテルと膀胱留置カテーテルが挿入された。入院2週間後、「起きたい。」「今から家に帰るの。」などの発言が聞かれ、表情は険しかった。ある日ベッドサイドにしゃがんでいるところを発見される。ベッド・車椅子からの転倒・転落のリスクが高いと判断し、離床センサーの導入と、車椅子乗車時は車椅子抑制帯の使用し、ナースステーションで見守りをした。

【アセスメントの視点と対応】

状態	心理的ニーズ	対応
軽度認知障害により、治療が必要であることやその経過を忘れてしまうことがある	くつろぎ(やすらぎ) 共にあること	車椅子にてナースステーションで見守りをしたが、本人の気持ちを知るためコミュニケーションをとると「こんなふうには縛られて。ここに連れて来られて、本当に頭にきた!!」「いろいろな人に監視されている。」という言葉が聞かれた。訴えにいてねいに傾聴や共感し、本人の希望で病室に戻ると表情が穏やかになった。
安静指示や拘束により、安心して過ごせない	共にあること	日中は車椅子抑制帯を装着せず、病室で食事を摂取し、本人が気にならないよう、離れた場所から見守るようにした。
自分の能力が生かせず、役割も感じられない	たずさわること	自宅では裁縫をしていたという情報を得た。そこで弾性包帯を巻く作業を依頼すると「仕事があるっていいね。下手くそだけど、楽しいよ。」とベッドサイド端座位で集中して行う様子が見られた。役割があることで居場所があることを感じてもらった。

*表情も明るくなり、2か月の入院を終える頃には見当識も回復した。

【ポイント】

ナースステーションで見守りを行う場合があるが、認知症高齢者にとってはむしろ不安や苦痛を増強させてしまうことが多い。BPSDやせん妄につながるケースもあるため、ナースステーションの見守りは避ける必要がある。入院による苦痛や不安な思いを傾聴し、軽減できるようにする。また入院前の生活背景から病院でも得意なことができるように支援したことで、入院中も役割(何か役に立てること)が持て、嬉しい気持ちや張り合いにつながり、認知機能の回復にもつながった。入院や治療によるさまざまな制限や環境・状況の変化は、高齢者にとって心身の負担となる。

5



中等度アルツハイマー型認知症の80代男性。尿路感染にて入院後、放尿や転倒などから体幹抑制帯と介護衣を着用したが、本人のペースや習慣を受け入れることで拘束が解除できたケース

尿路感染症にてグループホームから入院。入院後、抗生剤投与や補液が開始されたが、解熱してからトイレに行くようになると、夜間のトイレ動作が上手く行えず、放尿やおむつを投げるようになる。転倒リスクが高いため、トイレ誘導を行ったが拒否があり、センサーマットを使用したが発射を避けてベッドの反対側から降りるなど、離床の検知が難しかった。その後、夜間に転倒してしまったため、体幹抑制帯による身体拘束が開始された。

【アセスメントの視点と対応】

状態	心理的ニーズ	対応
トイレの場所がわからず、今まで行っていた排泄行動がうまくいかない	たずさわること 共にあること	夜間トイレの場所がうまく認識できず、放尿していたと考えた。夜間はポータブルトイレをベッドサイドに設置し、トイレの認識を促すためにふたを開けて、その部分に大きく「トイレ」の文字を書いた張り紙を設置した。夜は室内が暗くなり、トイレが見えなくなるため、足元に小型ライトを置いてトイレがわかるようにした。グループホームでの生活を確認すると、夜間トイレが間に合わない時には部屋の流し台にて、排尿していた情報があった。本人の習慣を尊重して、部屋の流し台での排尿があっても、注意したりせず毎日清掃して対応した。
歩いてトイレに行けるのに、拘束などにより本来の能力が発揮できない	たずさわること 共にあること	排泄動作機能の低下防止のため、身体拘束を解除し、できる部分は自分で行ったり、プライバシーに配慮してトイレ介助を行った。 筋力低下予防のために病棟での日中の歩行訓練を実施した。看護師と一緒に歩行訓練を見守り、コミュニケーションなど信頼関係ができるように関わった。

*ポータブルトイレでの排尿ができるようになった。放尿回数が減り、体幹抑制帯も解除できた。心身機能の低下はなく、グループホームに戻ることができた。

【ポイント】

本人のペースや習慣を受け入れるように、看護師の考えをシフトチェンジできた。時には柔軟な対応も必要であり、患者にとって慣れた環境に近い対応により放尿の減少につながった。

6



中等度アルツハイマー型認知症の80代女性。治療拒否や転倒リスクがあり、興奮してしまうので体幹抑制帯を装着されたが、本人の訴えを聞き、食事や排泄の苦痛を緩和して拘束解除ができたケース

老人保健施設入所中に義歯を誤嚥し、外来にて内視鏡下で摘出。その際呼吸不全と肺炎像を認めたため入院となった。酸素・点滴などの治療の拒否がみられ、廊下までふらつきながら歩くなど転倒の危険性があった。入院や治療が必要であることや、転倒しやすいことなど説明したが、理解が得られずますます興奮してしまう状態だったため体幹抑制帯が実施された。

【アセスメントの視点と対応】

状態	心理的ニーズ	対応
認知症やせん妄による見当識障害などにより、入院や治療について理解できず、不安があり、落ち着けない	くつろぎ(やすらぎ) アイデンティティ(自分が自分であること)	せん妄の直接因子として長期ベンゾジアゼピン系薬剤投与の離脱が考えられたため、長期内服剤を再開した。 せん妄の直接因子として禁食が影響していると考えられた。もともと1回量が多く、口に食物が残っていてもさらに自分で口に詰め込み誤嚥や窒息の可能性があった。幼児スプーンにて1回量を減らし、口に食物を含んだら、しゃべらず飲み込むよう安全な食事摂取の方法を検討し、食事の早期再開となった。 おむつの不快や体位が不適切なために夜間覚醒していた。おむつは長時間使用しても不快のないものを使用し、体位変換の位置は本人に確認した。ベンゾジアゼピン系薬剤の使用を開始し、入眠できるようになった。
自分の気持ちやこだわりがわかってもらえず、安心して過ごせない	くつろぎ(やすらぎ) アイデンティティ(自分が自分であること)	「ご飯の時間が気になる」「マスクは自分のものをしたい」「時計は見えるよう」「カーテンが開いていると気になる」等の几帳面な本人の性格やニードを把握してその都度ていねいに対応した。
自分のできることをして、楽しく活動したい	たずさわること	「デイケアに参加したい」などの発言があったため、デイケアへの参加を調整した。デイケア参加中には、体操したり、歌をうたったりして笑顔もみられた。

*せん妄は改善して落ち着いたため、身体拘束が解除された。治療終了後、老人保健施設へ退院できた。

【ポイント】

せん妄に対してはせん妄の直接因子として長期ベンゾジアゼピン系薬剤投与の離脱、緊急入院による混乱、苦痛や痛み、不動、禁食などが考えられたためにそれぞれに対してケアを行った。本人の行動を危険、問題と捉えずに、本人の訴えを聞いて、行動の理由を考えた。その結果、せん妄が軽減することにつながった。

7



中等度アルツハイマー型認知症80代男性、直腸癌術後に過活動型せん妄のため身体拘束されたが、痛みの緩和ケアで拘束解除がされたケース

直腸癌の術後の夜間、「仕事に行く」とベッド上からの起き上がりが頻回に見られ、ベッドから転落する危険性が高まっていた。腹部のドレーン、点滴ルート、膀胱留置カテーテルなどのルート類を引っ張り、ルート自己抜去の危険性も高まっていた。特に腹部ドレーンは、腹腔内の出血を生じるリスクがあった。疼痛の有無を含めニードを探ろうと声かけをするが会話がかみ合わず、易怒性が強く、看護師の腕を強く掴む、足で蹴るなどの行為が繰り返された。術後せん妄と判断し、抗精神病薬が投与され、体幹抑制帯、ミトン型抑制帯が装着された。

【アセスメントの視点と対応】

状態	心理的ニーズ	対応
認知症やせん妄に伴う見当識障害により入院や治療の必要性がわからない手術後の疼痛によって不快で安心して過ごせない	くつろぎ(やすらぎ)	せん妄ケアチームの医師と協働してアセスメントし、疼痛の訴えが的確にできない可能性が考えられた。本人の訴えないことで痛みがないと判断せず、 落ち着かない行動が疼痛のサインである可能性も考え、積極的な鎮痛剤の使用をした。
今まで自分でできていた排泄を、失敗してしまうことへの戸惑いや自信の喪失	たずさわること	夜間、頻回に起き上がるのはトイレへ行きたいサインであったことがわかり、自分で排泄したい、自分で動きたいというニーズを満たすために、 身体拘束を解除してトイレ介助を行った。 失敗しないように見守るとともに、 プライバシーを配慮したり、自分で自律して排泄できるように介助することで少しずつ自信をとりもどした。
自分の今までの日課が行えず、生活リズムがつかめない	くつろぎ(やすらぎ) たずさわること 共にあること	自宅では毎日散歩をしている情報を得た。 病棟周辺を散歩できるように計画し、付き添った。 術後の身心の痛みや苦痛に対して、「とてもつらかったですね」とねぎらいの言葉をかけたり「少しずつ回復しているので安心してください」と話した。 ご本人のご自宅での生活の様子や退院後どのように暮らしたいのかを伺うことで笑顔が見られた。

*生活リズムの再獲得を試み、身体拘束は1日で解除され、せん妄も回復した。

【ポイント】

ルート抜去などの行動が目立され、術後の疼痛がアセスメントされず、対応していなかったために術後疼痛がせん妄の誘発因子の1つになっていた。疼痛コントロール、身体不快症状の観察と緩和に努めた結果、せん妄の緩和ができ、身体拘束解除に繋がった。

8



重度認知症高齢者、80代、女性。NGチューブ(Nasogastric Tube)の自己抜去が頻回に見られミトン型抑制帯が行われたが、口腔のトラブルや苦痛を除去して拘束解除がされたケース

重度嚥下性肺炎で嚥下障害があるために経管栄養を実施した。言語的なコミュニケーションは取れず、ケアの拒否があった。NGチューブの自己抜去が頻回に見られ、ミトン型抑制帯が装着された。

【アセスメントの視点と対応】

状態	心理的ニーズ	対応
口腔内やNGチューブ挿入に伴う苦痛があり、リラックスして過ごせない	くつろぎ(やすらぎ) たずさわること	自己抜去の原因をチーム全体でアセスメントし、 苦痛があるために抜去しようとしていたと考え対応を検討した。 歯ぎしりやミトン型抑制帯・布団を噛もうとする動作から口腔内トラブルの可能性を考え歯科受診・歯垢の除去・歯間の洗浄などの対応を行った。 NGチューブに意識が行かないように愛用のハンカチを手にとってもらった。NGチューブ挿入に伴う不快感の軽減のため、サイズを12Frから10Frに変更、口唇周囲のびらんには軟膏塗布等、不快や苦痛の軽減を行った。NGチューブを触る原因として、チューブと皮膚の間隙があるなど固定法に苦痛があると予測してチューブと頬の固定を密着して固定した。その結果、笑顔が増え・鼻を触らなくなった。夜間の睡眠も増えた。
身体・精神的な苦痛を訴えられず安心してできない	くつろぎ(やすらぎ) 共にあること	毎日、鏡でNGチューブを確認してもらい「○○さんにとって、今、一番大事なものです。大事にしてください。」と伝えて確認してもらった。ケアをする際には、必ずわかりやすい言葉で説明したり、アイコンタクトや笑顔、タッチケアなど非言語的なコミュニケーション、身体的な苦痛の軽減を行った。

*NGチューブの自己抜去は減少し、ミトン型抑制帯の解除が行えた。

【ポイント】

NGチューブを抜いてしまう行動に焦点を当て行動を抑制するのではなく、顔を触ってしまう原因をチームでアセスメントして苦痛軽減の対応をした。非言語的コミュニケーションの活用も苦痛の軽減につながった。

9



重度アルツハイマー型認知症、80代女性。膀胱留置カテーテルを引っぱり、尿意を繰り返し大声で訴える行動がみられたが、身体拘束せずに退院まで過ごせたケース

慢性心不全急性増悪と尿路感染のために入院した。入院後、膀胱留置カテーテルや点滴ルートを引きっぱる、酸素マスクを外してしまうといった行動がみられた。尿意を繰り返し大声で訴え、続き落ち着きのない様子が見られていた。

【アセスメントの視点と対応】

状態	心理的ニーズ	対応
膀胱留置カテーテルによる尿意や違和感があるが、認知機能低下により状況を理解できず、不安で落ち着かない	<ul style="list-style-type: none"> くつろぎ(やすらぎ) たずさわること 	尿意の訴えには膀胱留置カテーテルの刺激による可能性があるためにカテーテルの固定法や固定水の量を確認した。尿路感染、膀胱留置カテーテル挿入による不快感・苦痛、利尿剤使用による尿意であるとアセスメントした。その後、主治医と相談して泌尿器科受診、膀胱留置カテーテル抜去、残尿測定、必要時に導尿実施後、尿意の訴えが減少した。
自分のできる活動をして心身の機能を保ちたい	<ul style="list-style-type: none"> たずさわること 	リハビリスタッフと連携して、眼鏡をかけて歩行訓練や塗り絵や風船バレーに参加するように計画した。他の患者とアクティビティに参加することで、少しずつ落ち着いてきた。

*多職種の連携による膀胱留置カテーテルの早期抜去やリハビリテーションにより、せん妄が改善し、身体拘束は行わずに済んだ。ADLも低下せず、杖歩行のまま元の施設に早期退院された。

【ポイント】

尿意の訴えをアセスメントし、主治医とともに対策を講じること、多職種で連携して早期退院に向けリハビリテーションやアクティビティケアを提供することにより、心身の廃用を防ぎ、早期退院につながった。

10



重度アルツハイマー型認知症の80代男性。酸素カニューレや点滴を自己抜去するなどせん妄の兆候はあったが、心理的ニーズを満たすケアで身体拘束しなかったケース

誤嚥性肺炎で入院、酸素投与を行っていたが、酸素カニューレを外してしまい酸素飽和度が80%まで低下してしまう。呼吸困難の出現により混乱し、点滴を自己抜去して歩き始めようとする行動が見られた。

【アセスメントの視点と対応】

状態	心理的ニーズ	対応
疾患や治療の意味がわからず、不快な症状や何のためにされているかわからない処置に対して不安がある	<ul style="list-style-type: none"> くつろぎ(やすらぎ) 共にあること 	<p>酸素や点滴は“外す可能性が高い”ことを前提として捉え、酸素を外した時には「これ(酸素カニューレ)嫌ですよね。息苦しくないですか?」と前胸部や背部をさすりながら共感的な声掛けをした。酸素カニューレから注意がそれた時、再装着をした。注意がそれない時は、患者の鼻や口元に酸素カニューレを持っていき、前胸部をさすり、酸素が吸入できるような工夫をした。</p> <p>点滴が苦痛であるために医師と相談、外せる時間帯を確保。点滴治療中はアームカバーやパジャマの下にルートを通して、点滴を意識させないように工夫した。点滴を抜いてしまった時には「これ(点滴)嫌ですよね。少しお休みして、手を洗いましょう。」と点滴から注意をそらし、時間をおいてから再挿入した。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> くつろぎ(やすらぎ) 共にあること 	看護師1名が手を握り励ましの声掛けを行いながら吸引を実施した。吸引処置は苦痛を伴う処置であるために吸引後は一人の看護師が患者の側に寄り添い、背中をさすりタッチケアをして恐怖体験が緩和できるようにした。
今までの自分の方法が尊重されずリラックスできない	<ul style="list-style-type: none"> くつろぎ(やすらぎ) 愛着・結びつき 	ケアマネージャーからの「立位で排尿する」との情報から、排泄介助は立位で介助するように統一した。一人でトイレにて排泄でき、失禁も夜間のみとなった。
自分の能力を発揮する場所や他者からの共感的な関わりがなく、自分の居場所がわからず寂しさを感じている	<ul style="list-style-type: none"> たずさわること 愛着・結びつき 	排泄後、病棟を徘徊する様子があり、寂しさから自分の居場所を求めていると考えた。徘徊が始まった時は「家に帰りたいですね。早く良くなりますよ。」とスタッフ全員が声掛けしながら行動を共にし、体操やボール遊びなどリハビリを行った。

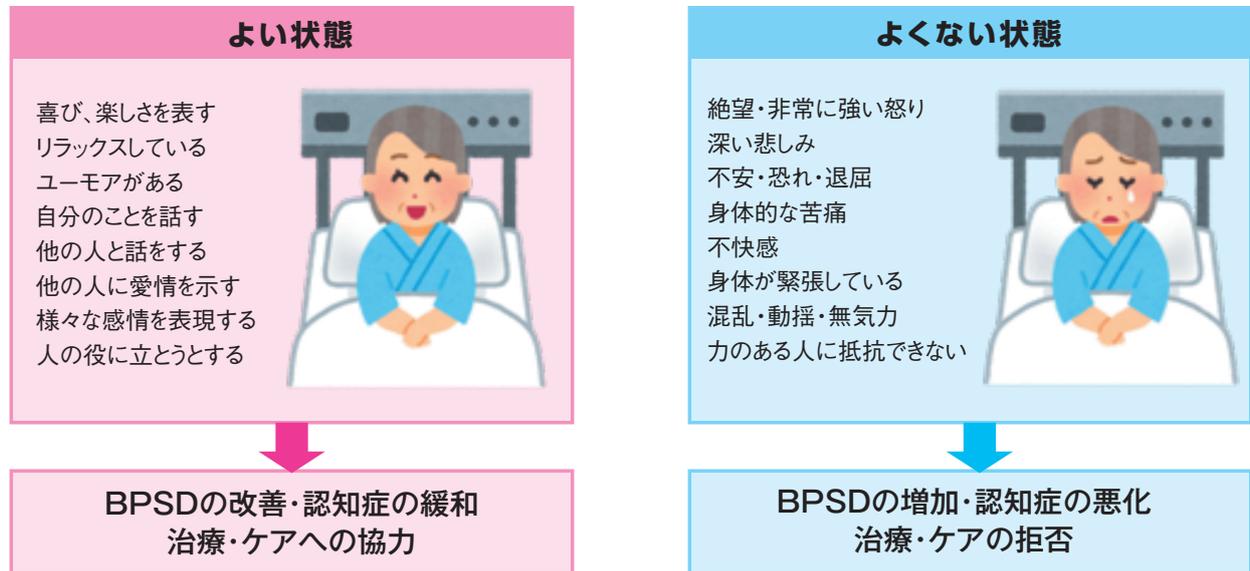
*落ち着いて入院生活が送れるようになり、身体拘束も行わず過ごせた。

【ポイント】

せん妄の時は、説明を繰り返しても理解してもらえないことが多い。必要な点滴や酸素も外す可能性が高いと予測し、外されない工夫と外されたときの工夫の両方を検討する。注意が向かない工夫により、酸素や点滴を外すことを減らせる。また苦痛に対し、共感的な関わりや時間を作って傍にすることで安心でき、点滴や酸素に注意が向くことが少なくなる。スタッフ全員が声掛けにより病院に居場所を感じ、パーソン・センタード・ケアの全ての心理的ニーズが満たされることにつながる。

認知症高齢者のよい状態をめざして看護を実践しよう!

- 事故につながりやすい危険な行動の原因や行動の理由である痛みや苦痛、不安などに対するケアを実践することで、認知症高齢者がよくない状態からよい状態に変化します。日頃の実践を認知症高齢者の視点から心身の状況を考えることで、あなたの看護実践が大きく変化します。認知症看護の実践の専門性を高めることで、入院後の認知症高齢者が退院後もよりよい状態で生活することができます。一緒にパーソン・センタード・ケアを実践してみましょう!



ケース執筆者:

静岡市立静岡病院 認知症看護認定看護師 坪内亜希子
静岡リハビリテーション病院 認知症看護認定看護師 磯野たえ子
藤枝市立総合病院 認知症看護認定看護師 梅原一恵
焼津市立総合病院 認知症看護認定看護師 岩倉淳子
中東遠総合医療センター 認知症看護認定看護師 寺田千尋・看護師 森山寿伸
磐田市立総合病院 認知症看護認定看護師 鈴木智子
天竜病院 認知症看護認定看護師 後藤文宏
聖隷浜松病院 老人看護専門看護師 宗像倫子
聖隷三方原病院 老人看護専門看護師 佐藤晶子

協力者:公益社団法人日本看護協会 看護研修学校校長 吉村浩美

鶴岡市立荘内病院 認知症看護認定看護師 富樫千代美

協力機関:静岡県健康福祉部健康局健康増進課 地域包括ケア推進室

制作:浜松医科大学 臨床看護講座 老年看護学 鈴木みずえ 金盛琢也 内藤智義 稲垣圭吾

※本実践ガイドは、令和3年浜松医科大学学内研究プロジェクト支援経費により作成したものである。

※本ケースは認知症看護のエキスパートの実践が記載されていますが、認知症高齢者の心身の状況は非常に複雑です。全ての高齢者に適応できなかつたり、直ぐに効果が得られない場合があることをご留意ください。

■引用図書: DCM(認知症ケアマッピング)理念と実施 第8版日本語版4版 認知症研究 研修大府センター 2015

DCM(認知症ケアマッピング)第8版日本語版4版 認知症研究 研修大府センター 2015

■参考図書: 3ステップ式パーソン・センタード・ケアでよくわかる 認知症看護のきほん 池田書店 2019

認知症の看護・介護に役立つ よくわかる パーソン・センタード・ケア 池田書店 2017

認知症 plus 身体拘束予防 ケアをみつめ直し、抑制に頼らない看護の実現へ 日本看護協会出版会 2020

■無断複写禁止: 本パンフレットを研修会等で使用希望の方は、浜松医科大学臨床看護学講座 老年看護学 鈴木みずえまでご連絡ください。 E-mail m~suzuki@hama-med.ac.jp

■発行日: 2021年12月20日