

# 独居認知症高齢者の 自立生活を支える 訪問看護の実践ガイド

[編著者]

津田 修治 東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム 研究員  
中島 朋子 東久留米白十字訪問看護ステーション 所長／全国訪問看護事業協会 常務理事  
金田 絵美 セコム深川訪問看護ステーション 副所長



発行：東京都健康長寿医療センター  
協力：全国訪問看護事業協会

独居認知症高齢者の自立生活を支える訪問看護の実践ガイド

編著者

津田 修治 東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム 研究員  
中島 朋子 東久留米白十字訪問看護ステーション 所長／全国訪問看護事業協会 常務理事  
金田 絵美 セコム深川訪問看護ステーション 副所長

チェックリスト作成委員会

津田 修治 東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム 研究員  
中島 朋子 東久留米白十字訪問看護ステーション 所長  
全国訪問看護事業協会 常務理事  
中村 順子 NPO法人ホームホスピス秋田 理事長  
中島民恵子 日本福祉大学福祉経営学部 医療・福祉マネジメント学科 准教授  
井藤 佳恵 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター センター長  
東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム 研究部長  
栗田 主一 東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター センター長  
認知症介護研究・研修東京センター センター長

チェックリスト作成協力者(五十音順)

|       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 阿部 智子 | 植原 誠  | 岡田 まり | 尾山 直子 | 河西 由貴 |
| 金田 絵美 | 國居 早苗 | 国京真理子 | 久保田真美 | 坂詰 大輔 |
| 佐藤 美雪 | 新藤真由美 | 住井 明子 | 諏訪部高江 | 竹熊 千晶 |
| 武谷 静香 | 谷 美幸  | 田村 智美 | 徳江 幸代 | 中村 洋子 |
| 濱野 希  | 堀井 直美 | 堀口 和子 | 松本 博成 | 三橋 馨  |
| 矢野 和枝 | 山口 智子 | 山田 雅子 | 横山 浩子 | 六角 僚子 |
| 渡邊 美香 |       |       |       |       |

研究助成 R6年度 厚生労働科学研究費補助金認知症政策研究事業 独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究(研究代表者:栗田主一)

校正・校閲 金田直子

発行 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター  
東京都板橋区栄町35番2号 03-3964-1141

協力 一般社団法人 全国訪問看護事業協会  
東京都新宿区新宿1-3-12 壱丁目参番館401 03-3351-5898

制作 株式会社 社会保険出版社

無断転載・複製を禁ず

独居認知症高齢者の自立生活を支える  
訪問看護の実践ガイド



## はじめに

# 独居認知症高齢者に対する訪問看護の支援アプローチ

東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム

津田 修治

## ■ ■ 確かな知識と技術で支援をするために ■ ■

女性の社会進出や、労働者の流動性、家族形態の変化、若年人口の相対的減少など、人の生活が変化する中で、認知症があってひとり暮らしをする人が増えています。近年の日本の統計データからは、認知症の診断を受けた人の20%以上がひとり暮らしをしていると推算されます。ひとり暮らしといっても、身寄りのない人もいれば、家族がいる場合もあります。近くに住む家族が適度な距離を保ちながら介護を続けているケース、あるいは、離れて暮らしながらも強い絆で結ばれている家族など、背景は実に多様です。いずれの場合でも、訪問看護師等のケア提供者には、確かな知識と技術をもって、利用者とコミュニケーションをとり、多職種で連携し、できれば家族や近所の支援者の協力も得ながら、認知症のある人の生活を支えることが求められます。

## ■ ■ 認知症があってひとり暮らしをするということ ■ ■

これまでの認知症ケアは、多くの場合で同居家族による有形無形の支えを前提としてきました。生活を共にする家族の愛情によって成り立つ支えは、日常的な生活支援や身体介護だけでなく、心理的な安定や他者との交流、意思決定の支援など、多岐にわたります。一連の行動をひとりで実行するには、記憶や見当識、注意、判断、遂行などの認知機能を必要とします。例えば、食事をするためには買い物に行って、料理をして、食べた後には食器を洗って片付け、ゴミをまとめて、所定の日に所定の場所まで捨てに行かねばなりません。もし同居家族がいれば、買い物の支払いを見守り、料理を手伝い、火の元を確認し、また、一緒に食事をして、会話を楽しむことができるかもしれません。望んで選んだひとり暮らしであっても、同居家族がいない中で認知症をもって暮らすことは、多くの困難を伴い、多岐にわたる支援ニーズが生じます。

## ■ ■ 2つの支援アプローチ ■ ■

認知症のある人が困難を乗り越えながら、豊かなひとり暮らしを送るために、ケア提供者は多岐にわたる支援ニーズに対応します。この時、最も大切なのは「**本人中心のケア(パーソンセンタード・ケア)**」によるアプローチです。危険であると決めつけたり、安全への配慮ばかりを重視したりして、自分でできることをさせない管理的な方法は、利用者の楽しみや希望、尊厳を奪い、有害無益な介入になりかねません。利用者**とよく対話して、持てる力を引き出し、生活環境を整えて、利用者が大切に**する生活の実現を目指します。

二つ目に大切なのは、**多職種協働**のアプローチです。生活を共にする同居家族であれば、その人の生活を「面」で支えることができるかもしれません。一方、限られた訪問時間という「点」で支える専門職には工夫ときめ細かな配慮を求められます。地域の**多職種で知恵を出し合い、協力し合**って点と点をつなぎ、**多職種チームで「線」**を作って、生活という「面」を支えます。

## 本人中心のケア

認知症ケアの基本である本人中心のケアとは、認知症のある人の尊厳を守り、その人らしさを大切にするケアです。人として尊重するケア、その人が人生をかけて培ってきた経験や価値観、人間関係、習慣、思い出など、人の個性を大切にするケア、と言い換えることができます。認知症疾患は、記憶や注意など、人の認知機能を低下させます。しかし、認知機能が低下しても、人は尊厳とその人らしさを維持します。出来合いのケアをあてがうだけでは、人にとって大切な尊厳とその人らしさを支えることはできません。コミュニケーションを重視し、思いを理解し、希望がかなえられるように、個々に応じた支援を工夫します。

## 多職種協働

地域包括ケアシステムでは、多職種協働が地域におけるケア提供の前提とされています。多職種協働とは、利用者のニーズに総合的に対応するために、異なる専門性を持つ職種が連携して支援を行う取り組みです。例えば、転倒リスクが高まったことに対して、生活パターンや日常生活動作(ADL)を把握した上で自宅内の環境を整える対策をしたにもかかわらず、病院からは睡眠薬や抗不安薬が複数処方され続けている場合、医療と介護が効果的に提供されているといえるでしょうか。多職種協働はサービス提供を効率化します。同時に、利用者が持つニーズに幅広く対応して、利用者が安心して豊かに暮らすことを実現するために効果的な支援アプローチです。

## ■ ■ 「チェックリスト」と「実践のためのヒント」で、2つの支援アプローチを完璧に ■ ■

チェックリストと実践解説(Part2)では、本人中心のケアと多職種協働を、独居認知症高齢者に対する訪問看護に通底する支援の土台としています。この2つが認知症のあるひとり暮らしの人にとって、真に暮らしの安心や豊かさをもたらすために不可欠だからです。チェックリストは、訪問看護師へのインタビューを重ねて原案を練り、さらに、独居認知症高齢者の支援に精通する訪問看護師の意見を集約し、修正を繰り返して作成しました。最終的には、利用者の暮らしに入り込んで対話を重ねながら関係性を築くSTEP1の4項目、利用者のことを全人的に理解して心身状態や生活状況をアセスメントするSTEP2の6項目、多職種と協働しながら個別性のある支援をするSTEP3の5項目、経過を見通した判断と意思決定支援をするSTEP4の3項目、合計18項目に集約されました。これらの18項目を一つずつ実践することは、多職種で協働して本人中心のケアを提供し、ひとり暮らしをする認知症高齢者の支援ニーズを満たすことになります。また、チェックリストの各項目の解説では、2つのアプローチから支援していくためのヒントをまとめました。現場で利用者と向き合って、生活を支える訪問看護師の皆さんにとって、この実践ガイドが独居認知症高齢者の支援の一助となることを願っています。

目 次

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| はじめに                                    | P2  |
| <b>Part1</b> 4つの支援ステップで進むための18項目チェックリスト | P5  |
| STEP 1 コミュニケーションと関係づくり                  | P6  |
| STEP 2 本人理解と生活アセスメント                    | P6  |
| STEP 3 多職種と協働した個別的支援                    | P7  |
| STEP 4 予測的判断と意思決定支援                     | P7  |
| 4つの支援ステップで進んでいくために                      | P8  |
| <b>Part2</b> 18項目実践解説                   | P9  |
| STEP 1 コミュニケーションと関係づくり                  |     |
| 1. コミュニケーションの工夫                         | P10 |
| 2. 本人の了承                                | P12 |
| 3. 相互の信頼関係                              | P14 |
| 4. 支援方法の工夫                              | P16 |
| STEP 2 本人理解と生活アセスメント                    |     |
| 5. 価値観・好み・考え方                           | P18 |
| 6. 本人の考え                                | P20 |
| 7. 生活の様子                                | P22 |
| 8. リスクアセスメント                            | P24 |
| 9. 心身の機能                                | P26 |
| 10. 状態の変化                               | P28 |
| STEP 3 多職種と協働した個別的支援                    |     |
| 11. 家族の関わり方の相談                          | P30 |
| 12. 多職種の合意形成                            | P32 |
| 13. 看護計画                                | P34 |
| 14. 医療の調整                               | P36 |
| 15. 本人の対応力                              | P38 |
| STEP 4 予測的判断と意思決定支援                     |     |
| 16. リスク対策の優先順位                          | P40 |
| 17. 安全と健康維持の評価                          | P42 |
| 18. 本人・家族との話し合い                         | P44 |
| 18項目振り返りメモ                              | P46 |
| 【ミニ版】 18 項目チェックリスト                      | P49 |

Part1

4つの支援ステップで進むための18項目チェックリスト

独居認知症高齢者の支援は、訪問看護師の考えやペースで、良かれと思って進めてもうまくいきません。利用者に合わせてコミュニケーションをとり、信頼関係を築いて、利用者と一緒に支援を考えていくことが大切です。以下の4つの支援ステップをていねいに踏むことが、利用者の自立生活を支える近道です。

【4つの支援ステップとは】

STEP 1 コミュニケーションと関係づくり

初回訪問の出会いの時から、話題や声掛けを工夫して、この人となら話してもいいな、と思ってもらえる関係を作ります。そして、支援方法の提案ができる信頼関係へと深めます。

STEP 2 本人理解と生活アセスメント

すっかり顔見知りになれば、利用者を全人的に理解する段階に進みます。若い時からどんな暮らしをしてきて、何を大切にしているのか、利用者の人となり幅広く理解しながら、現在のニーズやリスク、心身の状態をアセスメントします。

STEP 3 多職種と協働した個別的支援

家族とも連絡をとりながら、多職種連携で関わる段階です。利用者の意向を第一に、本人の持てる力を引き出しつつ、関係者で合意を図って医療や介護の支えを提供します。

STEP 4 予測的判断と意思決定支援

認知症は時間の経過とともにさまざまな機能が低下していく病気です。安全と健康を見守りながら、介入の必要性や暮らしの継続について、利用者・家族と話し合っていきます。

# 4つの支援ステップで進むための18項目チェックリスト

4つのステップのそれぞれの項目をクリアしながら、より良いケアの実現に向けて、訪問看護が進行しているでしょうか。クリアできたと思う項目にチェックを入れながら支援を進めてください。

チェックを入れてください。 ☒

## STEP 1 ■ コミュニケーションと関係づくり

|   |              |                                                       |                          |
|---|--------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1 | コミュニケーションの工夫 | 本人の反応が警戒や拒絶または無関心などであっても、本人とつながることができるコミュニケーションの方法を探す | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 本人の了承        | 本人の了承のもとで、その人が営む暮らしの中に入る                              | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 相互の信頼関係      | 本人の思いの表出を受け止め、互いを信頼して話し合うことのできる関係を築く                  | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 支援方法の工夫      | 支援を受け入れられるように本人と相談し、支援方法を工夫する                         | <input type="checkbox"/> |

## STEP 2 ■ 本人理解と生活アセスメント

|    |            |                                                                              |                          |
|----|------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 5  | 価値観・好み・考え方 | 支援をする中で生活歴を聞き、本人の価値観や好み、考え方を理解する                                             | <input type="checkbox"/> |
| 6  | 本人の考え      | 生活状況に対する本人の考えや気持ちを聞き、他の支援者からの情報と重ね合わせて、本人の望むことや困りごとを理解する                     | <input type="checkbox"/> |
| 7  | 生活の様子      | 本人がひとりでいる時を含む普段の生活の様子(活動範囲や習慣的行動など)を他の支援者からの情報と重ね合わせて把握する                    | <input type="checkbox"/> |
| 8  | リスクアセスメント  | 生活の中に潜む安全・健康のリスク(交通事故や転倒、火災、服薬管理など)や外的脅威(経済被害や虐待、差別など)を他の支援者からの情報と重ね合わせて把握する | <input type="checkbox"/> |
| 9  | 心身の機能      | 認知機能やADL、IADLなど、本人が日常の活動をひとりで実行するための心身の機能を把握する                               | <input type="checkbox"/> |
| 10 | 状態の変化      | 表情や行動の変化から、本人の心身の変化に気づく                                                      | <input type="checkbox"/> |

## STEP 3 ■ 多職種と協働した個別的支援

|    |            |                                                                         |                          |
|----|------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 11 | 家族の関わり方の相談 | ケアマネジャーと協力して、本人の生活状況や心身の状態を家族がどのように認識しているか把握し、家族がどのように関わることができるか家族と相談する | <input type="checkbox"/> |
| 12 | 多職種の合意形成   | 医療・介護・福祉職の間で適時適切に情報共有し、多職種協働による支援方針について合意形成する                           | <input type="checkbox"/> |
| 13 | 看護計画       | 日常の体調管理や生活の安全の支援を通して、本人が望む暮らしを支える看護計画を立てる                               | <input type="checkbox"/> |
| 14 | 医療の調整      | 心身状態と本人の意向を勘案し、本人にとってより良い医療を調整する                                        | <input type="checkbox"/> |
| 15 | 本人の対応力     | 日常生活における本人の持つ力を信じて引き出し、発揮できるように環境を整える                                   | <input type="checkbox"/> |



### STEP 3 まで進んだ頃に・・・

STEP1、2、3と順調に進んでいるつもりでも、ご本人の心身状態や環境的变化などで、後戻りしたり、ステップの順番を行ったり来たりすることもあります。その都度、焦らずもう一度、来た道をたどりましょう。

## STEP 4 ■ 予測的判断と意思決定支援

|    |             |                                                      |                          |
|----|-------------|------------------------------------------------------|--------------------------|
| 16 | リスク対策の優先順位  | 本人の意向を尊重して注意深く見守りながら、安全・健康のリスクの観点からすぐに介入が必要なことを判断する  | <input type="checkbox"/> |
| 17 | 安全と健康維持の評価  | 本人の対応力や周囲の支援によって健康で安全な生活が維持できるかどうか、多職種で協議する          | <input type="checkbox"/> |
| 18 | 本人・家族との話し合い | 今の暮らしの継続や暮らしの場の移行について、本人・家族の意向を聞き、今後の見通しを伝えて継続的に話し合う | <input type="checkbox"/> |

# 4つの支援ステップで進んでいくために



次へ急がないで…、一歩ずつ。

「認知症の人の話をよく聴いてほしい。  
聴くということは待つということ。その人に  
時間を差し上げること」と長谷川さんは言った。

出典：「ボクはやっと認知症のことがわかった 自らも認知症になった専門医が、日本人に伝えたい遺言」  
長谷川和夫 猪熊律子／著、KADOKAWA(2019)より

## STEP 1 コミュニケーション と関係づくり

お互いに初めての出会い  
ですから、相手も警戒し  
たり、どぎまぎしたりして  
います。次々と質問を置  
みかけないで。



## STEP 2 本人理解と 生活アセスメント

ケアのことだけでなく、暮  
らしのこんなことには助  
けがほしいなど、開示を  
促しながらゆっくりと生  
活の観察を。



## STEP 3 多職種と協働した 個別的支援

ケアマネジャー、薬剤師、  
訪問ヘルパー、etc. 多職  
種が次々と来るといっ  
り、みんなで見守ってい  
ることを伝えて。



## STEP 4 予測的判断と 意思決定支援

心身機能や認知機能が  
低下してきても、「何でも  
聴いてくれる人たちがい  
る」と、思ってもらえるケ  
アを目指して。



## Part2

### 18項目実践解説

実践解説は、すべての項目が以下の見出し内容で構成されています。なぜ、このような構  
成になっているのか、それを認識した上で読んでいくと、より深く理解できます。

#### 事例 (Scene)

よくある事例 (Scene) を冒頭に入れました。事例を通じて、ああこんなこと「あるある」と思い起こす  
と、その項目の趣旨がすぐに理解できるようにしています。

#### 項目の説明

項目の趣旨をここで説明し、その趣旨を訪問看護ケアの実践として展開するにあたり、重要なポイ  
ントをまとめて整理してあります。

#### この項目がなぜ大切な

独居認知症高齢者に対する支援アプローチにおいて、その項目の持つ役割が、このパートで明確に  
理解できるように説明しました。

#### 実践のためのヒント

より良い実践をするために知っておきたいこと、注意しておきたいことを、アドバイスとして多角的  
にまとめてあります。

#### 期待される効果

実践のためのヒントを参考に支援をしていくと、目指すケアが良いタイミングで提供でき、結果と  
なってくるはずです。

#### 課題と注意事項

支援がうまくいっているように見えても、必ず潜在するリスクや、さらなる課題があるのが人相手の  
仕事です。それを認識しておくことが、支援の向上につながります。

1

# コミュニケーションの工夫

「本人の反応が警戒や拒絶または無関心などであっても、  
本人とつながることができるコミュニケーションの方法を探す」



80歳女性  
(軽度認知症)

### Scene

ひとり暮らしを続けるAさん(80歳・女性・軽度認知症)の訪問看護が始まりました。これまで2回の訪問では、玄関でAさんは表情を硬くして「頼んだ覚えがない」と言うばかりで、それ以上の様子を聞いたり、話を進めたりすることができませんでした。玄関はきれいに片付いているのですが、玄関から様子を窺うと家の中は散らかっているようでした。今回、3回目の訪問にあたって、どうにか会話のきっかけをつかみたいと考えています。契約の時に手伝った息子は、仕事のため同席できませんが、電話で連絡すると協力的です。



## 項目の説明

認知症があるからコミュニケーションを取れない、気持ちが通じないということはありません。ケア提供者のコミュニケーションの方法が不適切なために、利用者と分かり合えていないのかもしれませんが、まずは、利用者が話してみてもよいかなと思えるように、心を開いてもらう必要があります。そのためには、利用者の表情や態度も含め、言動を注意深く観察します。そして、利用者が経験している感情や認識を尊重して、理解しようとしていることを示し(バリデーション)、その利用者とつながることができるコミュニケーションの方法を見つけます。

## この項目がなぜ大切か

支援の申し出に対して、独居認知症高齢者は好意的でない反応を示すことがあります。背景には、認知症によって自分の考えをうまく表現できないことや、自分の状態に気づいていないために支援が必要ないと考えていることなどがあります。また、自分の慣れた生活スタイルに安心感やこだわりを持っていて、干渉されることを嫌がっているのかもしれませんが、気難しい様子が見られても、必ずしも人との関わりを拒んでいるわけではなく、心の中の葛藤が表出しているケースが多いです。根気強く取り組んでコミュニケーションの糸口を見つけることによって、本人中心のケアを始めることができます。

利用者の反応を確認しながら、座る場所を選んだり、視線を合わせ適度に逸らしたり、はっきりした愛情のこもった声で話したりするなど、非言語的コミュニケーションを選びます。また、利用者の関心事を探りながら話題を選んだり、共感を伝えたりするなど、言語的コミュニケーションに注意を払います。

## 実践のためのヒント

### 1 共感と傾聴

利用者の言語・非言語的な表現を受け止めて、根気強く向き合います。利用者の立場になって、利用者の気持ちや考えを理解しようと真摯な姿勢で聞く、積極的な傾聴が大切です。

### 2 言語的コミュニケーション

シンプルで明確な言葉遣いを選んだり、必要に応じて相手が話したことを繰り返したり、別の言葉で言い換えたり(パラフレーズ)、選択肢を提示したり、利用者にとって分かりやすい言語的コミュニケーションを選びます。

### 3 非言語的コミュニケーション

視線や声のトーン、表情、しぐさなどに注意して、温かさや理解を伝えます。また、背中・足・手などに優しく触れることで気持ちが落ち着き、関係性が縮まるなどの効果が期待できます。ただし、触れるタイミングや触れ方には配慮が必要です。触れてもよいか確認しながら行うこともあります。「あなたの味方ですよ」という思いを込めて触れます。

### 4 利用者に合わせる

利用者の動作や表情を観察して合わせたり(ミラーリング)、感情を観察して合わせたり(キャリブレーション)します。また、利用者の思い出話やなじみのあるトピックを取り入れることも有効です。

### 5 環境への配慮

視覚的・聴覚的なノイズが少ない、静かで落ち着いた環境を整えます。

お気持ちを聞かせてください。



## 期待される効果

効果的なコミュニケーションは、利用者の安心感を高め、信頼を得ることにつながります。また、肯定的なやり取りは孤独感を和らげることにもなるでしょう。訪問看護師にとっても、支援の基盤となるコミュニケーションが円滑になるため、ケアを提供する時に利用者からの協力を得やすくなる効果があります。

## 課題と注意事項



高度な失語や難聴がある場合には、より簡潔な言葉や表現を選んだり、筆談や補聴器を利用したりするなど、コミュニケーション手段に工夫が必要なことがあります。言葉の想起が困難になっている場合などでは、利用者が言わんとしていることを推測しながらヒントになる言葉かけをすることで会話が進むこともあります。

2

本人の了承

「本人の了承のもとで、  
その人が営む暮らしの中に入る」



80歳女性  
(軽度認知症)

Scene

ひとり暮らしのAさん(80歳・女性・軽度認知症)の家には週1回訪問しています。薬の飲み忘れがありました。服薬カレンダーを導入することで、Aさんと一緒に確認しながら管理できるようになりました。Aさんは、近所のスーパーで買い物をした簡単な料理をしているのですが、食卓の上にはいつも同じ惣菜パンが置いてあり、時に賞味期限切れになっています。また、下痢をすることが時々ありますが、Aさんは「便秘の薬を飲んだから」と言います。冷蔵庫の中の食品が気になるのですが、「食事は自分でできるから大丈夫」と言って、冷蔵庫を開けられることを嫌がります。

ときどきお腹を下したり  
するのは、賞味期限切れの  
惣菜パンのせい？

もしよろしければ  
冷蔵庫の中を見せて  
いただけませんか？



食事は自分で  
できるから  
大丈夫！

項目の説明



ケア提供者が利用者の生活空間に入ったり、私的な生活の様子を観察したりする際の倫理的配慮と、信頼関係構築の重要性を示しています。個人の自立性を尊重しつつ、効果的なケアを提供するための基本的な姿勢です。

この項目がなぜ大切か

個人の自宅は私的空間であり、その尊重は基本的人権の一部です。ケア提供者として自宅に上がらせてもらったとしても、冷蔵庫の中や浴室、寝室など、利用者としてはプライバシーを守りたい部分は多くあるものです。一方、そういった部分に健康や安全のリスクが隠れていることがあります。例えば、冷蔵庫内の賞味期限切れの食品、滑りやすい浴室の床、不衛生な衣類や寝具などです。同居者から情報は得られないため、利用者本人からの情報や直接観察によって確認する必要があります。

特に独居認知症高齢者は、自分から進んで支援を受けようとしにくい傾向や、支援の提案を断る傾向があります。本人にとって、自宅は安心と自立を象徴するものなので慎重なアプローチが必要です。

プライベートな空間にアクセスしたり、そこでの生活の様子を観察したりする時には、利用者に確認します。了承を得ることは、利用者の自己決定権と尊厳を守る具体的な行動ですし、信頼関係を構築することにつながります。

実践のためのヒント

1 適切な説明

訪問の際には、自己紹介や挨拶をした上で、訪問の目的と予定を伝えます。利用者の認知機能障害の程度や性格などに応じて、説明の仕方に配慮します。詳細な説明がかえって混乱につながり、了承を得ることが難しい場合は、端的に説明する方が伝わりやすいこともあります。

2 ペースを合わせる

利用者のペースに合わせてみます。急がせないこと、時間を使うことが効果的な場合もありますし、逆に、あまり時間をかけず短時間で退出する方が好感を得られる場合もあります。

3 注意深い観察

意思表示は言葉によるものとは限りません。表情や態度などの非言語的サインに注意を払います。

4 距離感

プライバシーやパーソナルスペースの許容範囲は人によって異なります。また、その時の気分にも影響されるでしょうし、互いの関係性に左右されます。言葉で確認するだけでなく、利用者の表情や態度、関係性などを意識して、適切な距離を保ちます。

5 ルーティン化

可能な限り訪問のルーティンを確立して、利用者も訪問看護師も慣れた手順や方法にします。互いに次を予測して接することができて、安心が得られます。例えば、利用者が訪問看護の利用に慣れるまでは、同じ訪問看護師が訪問してなじみの関係や、いつもの流れ(支援の手順)を作ります。



期待される効果



了承を得ることは利用者の自尊心や自己決定権を守り、信頼関係の構築と強化につながります。その繰り返しによって、ケアをさらに受け入れてもらいやすくなります。自宅の中のプライベートな空間や生活の様子を観察することによって、より正確な生活状況や環境のアセスメントが可能になります。

課題と注意事項



緊急時や安全確保が必要な場合には、対応が急がれるため、本人の了承を得ることがおろそかになりがちです。しかし、そのような場合でも、利用者の意向を尊重しながら迅速に対応できるように、普段から意思疎通を図って、信頼関係を作っておくことが大切です。また、利用者的一对一では会話が手詰まりになり、進展しにくいこともあります。家族や他のケア提供者から情報を聞いて対応のヒントを得たり、可能ならば同席を依頼したり、工夫します。第三者が加わることで、それまで気が付かなかったアプローチが見つかることがあるでしょう。

3

相互の信頼関係

「本人の思いの表出を受け止め、互いを信頼して話し合うことのできる関係を築く」



84歳男性  
(軽度認知症)

Scene

真夏のある日、ひとり暮らしをするBさん(84歳・男性・軽度認知症)宅を訪れると、Bさんがぐったりしていて救急搬送となりました。暑い日にクーラーをつけていなかったため熱中症になったのです。普段から食事や水分の摂取量が少ないことも影響していると考えられました。遠方に住む家族と連絡を取って、宅配弁当を開始しました。その後、訪問すると、テーブルの上には手をつけていない宅配弁当がいくつも並んでいます。「なぜ食べないのですか」と聞くと、Bさんは「こんなものはいらない」と怒っています。



項目の説明



提供したケアが受け入れられないときこそ、認知症の有無に関わらず、一人の人間として対等な関係を築くことが大切です。利用者の思いや言葉を受け止め、尊重することを心がけ、それを積み重ねることによって関係が深まります。すると、利用者はケア提供者を身近な相談者として認め、今のふとした気持ちを表出したり、ちょっと聞いてもらいたいことを話してくれたりするものです。

この項目がなぜ大切か

信頼関係は本人中心のケアの基礎です。信頼関係のもとで率直なコミュニケーションを取ることで、ニーズの早期発見と適切な対応を可能にします。独居認知症高齢者の場合、訪問看護師と一対一で接することが多いため、特に慎重な対応が必要です。家族等の同居者が、利用者の状態やニーズを身近に把握して代弁したり、訪問看護師との関係構築を仲介したりすることがないためです。また、社会で孤立しやすく、孤独感を感じやすい傾向のある独居認知症高齢者にとって、訪問看護師は数少ない支援者の一人であり、要となる存在です。利用者が安心感を得ることができる信頼関係を訪問看護師と持てるのが大切です。

実践のためのヒント

1 思いの表出にアンテナを張る

利用者の思いの表出は、例えば、明るい表情で孫の話をしたり、好きな食べ物の話をしたり、日常の会話の中にあります。また、思いは言葉だけで表現されるものではありません。表情や態度の変化を察知して、その原因を考えることで、利用者の思いが理解できることがあります。

2 社会人としての基本姿勢

一貫性のある態度・行動や、約束を必ず守ること、相手の求めに誠実に対応することで、社会人として信頼に足る人物であることを示します。

3 敬意を示す

利用者との関係性や場面に合った適切な言葉遣いや、利用者の価値観と選択を尊重することで、敬意を示します。

4 言葉にして共有する

ケアの場面などでうまくできたこと、利用者の協力が得られたことなど、小さな成功体験を言葉にして共有し、前向きな関係を構築します。

5 利用者の期待に応える

利用者は孤独感を感じて、人との交流を待ち望んでいることが少なくありません。ですが、そのニーズはケア提供者本位のサービスでは満たされません。思いの表出を受け止め、じっくりとコミュニケーションをとることによって満たされます。利用者の期待に応えることで、信頼関係の構築を進めます。



期待される効果



利用者にとって信頼できる訪問看護師がいることは、不安を軽減し、心理的安定につながります。また、孤独感を軽減して社会的つながりを実感できる効果もあります。訪問看護師にとって、より正確なニーズアセスメントと個別化したケアのために、利用者との信頼関係は必須です。ひいては、緊急時や困難な状況でも、信頼関係に基づいて円滑な対応が可能になります。

課題と注意事項



認知機能低下による意思疎通の困難さは信頼関係の構築を難しいものにします。認知症ケアやコミュニケーションについて継続的な学習の機会を持つことが大切です。短時間の忙しい訪問の中でもポイントを押さえて信頼関係を構築していくことが大切です。例えば、サービスを開始して間もない時期には、訪問看護師の都合で無理に業務を完遂させることよりも、関係構築を優先するなど、メリハリをつけて対応します。利用者の一対一の関係性を築き、維持することは、感情労働の負担を伴うため、燃え尽き症候群のリスクになります。そのため、専門職としての境界線を維持することが大切な場合もあります。職場の内外で、定期的なスーパービジョンやピアサポートなどの機会を設けて対策します。

4

支援方法の工夫

「支援を受け入れられるように本人と相談し、支援方法を工夫する」



80歳女性  
(軽度認知症)

Scene

ひとり暮らしを続けるAさん(80歳・女性・軽度認知症)の訪問看護が始まって半年経過しています。Aさんは、月に数回入浴する生活を送っていることがわかりました。夏場には清潔に暮らすための支援が必要だと感じたので、入浴回数を増やすことを提案しました。ですが、入浴の話になると、Aさんは途端に表情を硬くして、「毎日入っているから必要ない」と繰り返します。あなたは、Aさんの望む暮らしを守りながら清潔を維持するためにはどうすればよいか考えています。

清潔に暮らすために  
入浴回数を増やして  
ほしいけど…

夏になると  
汗をたくさんかくし  
大変ですね?

お風呂は  
毎日入っているので  
かまわないで!



項目の説明



この事例のように、「できていない」ように見えるために提案した支援でも、認知症のある利用者から「できているから大丈夫」と断られることは頻繁にあります。提案が必ずしも利用者の望むことと一致しなかったか、あるいは干渉されたくないことなのかもしれません。利用者の思いに耳を傾けながら、その人にとって最善の形になるような支援方法を工夫します。

この項目がなぜ大切な

利用者が支援を希望しない理由や干渉されたくない理由には、その人が大切にすること、プライバシーや自尊心を傷つけられたくないことなど、価値観や尊厳に関わります。その理由を理解しようと努めながら相談するプロセスは、利用者の価値観や尊厳を大切にしている行動そのものです。

実践のためのヒント

1 利用者のペースに合わせる

訪問看護師のペースで「してあげる」ケアではなく、利用者のペースに合わせて「一緒にする」、「利用者が行うことを支える」という姿勢で取り組むことから始めます。

2 理由を探る

利用者が希望しないこと、嫌がることには理由があります。利用者に直接尋ねるだけでなく、普段の様子や、家族や他のケア提供者からの情報なども考慮して、利用者の視点から理由を探ります。例えば、入浴を嫌がる理由には、恥ずかしさや自分でできるという思いがあるかもしれません。昨日入浴したという記憶違いや、心不全の影響で倦怠感が出るためなど、認知・身体機能の影響もありえます。

3 意識させないアプローチ

気分や妄想などで何かに固執し、拒否しているような場合は、一度話題を変え、気持ちがほぐれるのを見計らって再度切り出す、ルーティンの流れに沿って進めるなど、利用者に意識させないアプローチを試みます。

4 段階的なアプローチ

嫌がる理由がわかったら、受け入れられやすいところから始めて、少しずつ核心に迫るような、段階的なアプローチが有効な場合があります。例えば入浴の支援ならば、会話の中で体に触れることから始めて、浴室を見せてもらったり、更衣を手伝ったり、訪問を重ねながら順に進めます。

5 気持ちの変化を待つ

健康や安全のアセスメントをした上で、待てることであれば利用者の気持ちが変わるまで根気強く待つことも有効です。支援が必要なことに気づいたり、そのことを受容したりするには、誰もが時間を要します。訪問看護師は受け身ではなく、注意深く見守り、一緒に考え、積極的に寄り添う姿勢でタイミングを待ちます。

6 ヘルプサインを見逃さない

普段は気丈に振る舞っていても、不安や痛みなど不快な状態があると、言動に表れます。それを察知したら、理由を尋ね、状態をアセスメントします。

期待される効果



支援に対する利用者の抵抗感が軽減して、受け入れてもらいやすくなります。また、信頼関係を構築し、強化することにつながります。

課題と注意事項



認知機能の低下が進行すると、できることが減り、支援の必要が増えます。その変化が顕在化している時期には、利用者の中で葛藤が生じます。新たな支援が必要と判断される場合、その都度、受け入れてもらえるように提案したり、支援方法を工夫したりすることが大切です。支援方法の工夫と言っても、一人の訪問看護師が持つ経験と引き出しには限りがあります。多職種チームでケースカンファレンスを開催して、その利用者に合った支援方法を相談することで、より良い方法が見つけれることがあります。また、ケアの経験値を蓄積してスキルの引き出しを増やすことができます。

5

価値観・好み・考え方

「支援をする中で生活歴を聞き、  
本人の価値観や好み、考え方を理解する」



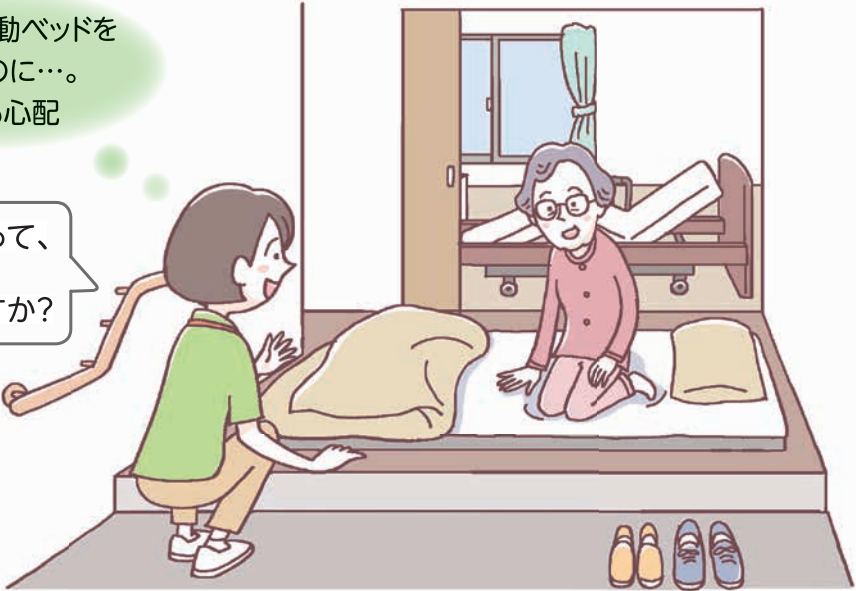
90歳女性  
(中等度認知症)

Scene

ひとり暮らしをするCさん(90歳・女性・中等度認知症)は、いつも自宅の玄関のスペースに布団を敷いて寝ています。足腰が弱っているため、布団から起きて立ち上がるのに苦労しています。夜中にトイレに立つときの転倒リスクも心配です。また、冬に冷え込んだ玄関で就寝することの健康面の影響も気になります。そのため、散らかっていた寝室を片付けて、電動ベッドをレンタルして搬入しました。しかし、Cさんは電動ベッドを使うことなく、玄関スペースに敷いた布団で寝る生活を続けています。

せっかく電動ベッドを入れたのに…。  
転倒も心配

なにか理由があって、  
ここにお布団敷いているのですか？



項目の説明

不可解な行動には、必ず考えやわけがあります。利用者の価値観や好み、考え方を理解できることがあります。支援する中で利用者とのたわいない会話から、生活の様子や人生観・価値観などが見えてくることは少なくありません。話を聞く間、ケアの手を止めたり、注意が逸れたりすることもあるので、本来の支援から外れていると感じるかもしれませんが、より深く利用者を知ることは、今後のよりよい支援につながります。

この項目がなぜ大切か

利用者の価値観や好み、考え方を理解することで、利用者が納得できる支援方法を選択し、ニーズに適切に対応することができます。Cさんの場合、玄関で寝る生活を続けるのは、何か考えや意味があるのでしょうか。その人なりの行動の意味は、生活歴や価値観、好み、考え方を知って、その人の視点に立つと腑に落ちることがあります。また、生活歴や価値観、好み、考え方など利用者のことを深く理解することは信頼関係の構築になり、意思決定支援などケアのさまざまな場面で活きてきます。

実践のためのヒント

1 傾聴の姿勢

支援を提供する時には、そのタスクに意識が集中しがちですが、会話して心地よい雰囲気作りを心がけることも大切です。生活歴や価値観などに関わる話題に及んだ際には、少し時間を取って利用者の話に耳を傾けます。

2 生活歴シートの利用

生活歴の聴取項目を決めたシートを作成し、段階的に情報を集めることは、利用者を理解することを助けます。シートには、事実関係の記載欄だけでなく、価値観や好み、考え方について訪問看護師が理解している範囲で記載する欄があるとよいでしょう。

3 積極的な傾聴

利用者が話すままに受け身で聞くのではなく、詳しく知りたいことを質問しながら積極的に聴き取ります。価値観や好み、考え方を理解して支援に役立てるため、訪問看護師として知っておきたいことを質問します。「なぜそうしたのですか」「どうしてそう思ったのですか」のようなオープンクエスチョンが効果的です。

4 他の支援者からの情報収集

利用者の家族や友人、他のケア提供者などから話を聞いて情報を補完します。



期待される効果

生活歴、価値観、好み、考え方を理解することによって、ケアや意思決定支援などをより個別化・最適化することができます。その結果、利用者の満足度や生活の質の向上、訪問看護師と利用者の間のコミュニケーションの円滑化、不適切なケアや誤解によるトラブルの減少、利用者の自己決定の促進、などが期待できます。

課題と注意事項



限られた時間での訪問看護では、確認すべき事項や提供すべきケアなどのタスクに追われがちです。しかし、利用者が発する情報にはよりよい支援提供に通じるヒントがあります。時間の使い方にメリハリをつけ、ときにじっくり向き合って利用者の話をじっくりと聴きます。

プライバシーに関わる内容の場合、詳しく話すことを不安に感じたり、嫌がったりすることもあります。情報収集の目的を説明し、反応を確認しつつ、慎重に聴き取ります。また、情報を他の支援者と共有する場合には、本人に承諾を得ること、守秘義務を守ることを約束します。

6

本人の考え

「生活状況に対する本人の考えや気持ちを聞き、他の支援者からの情報と重ね合わせて、本人の望むことや困りごとを理解する」



90歳女性  
(中等度認知症)

Scene

ひとり暮らしを続けるCさん(90歳・女性・中等度認知症)は、自宅にこもりきり、日々何をするでもなく臥床がちに過ごしているようです。近所に住む家族が毎日のように食事を届けて、様子を確認しています。服薬管理や掃除・洗濯などの生活援助のため、他者との交流のため、そして、家族の負担軽減のために、サービスを増やした方が良いと考えています。そのことを相談しようと考え「困りごとはないですか」と聞くと、Cさんは「ひとりがいいから来てくれない! 心配いりません!」と言います。

生活援助、他者との交流、  
家族の負担軽減のために  
サービスを増やしたい…



項目の説明

ニーズアセスメントは、利用者本人の言葉で語られる考えや気持ちを直接聞くことが基本ですが、この事例のように、利用者からニーズの表出が得難い独居認知症高齢者の場合、特別な対応が必要になります。利用者本人の声を中心にしながら、他の支援者からの情報で補うという多角的なアプローチを取ります。また、困りごとだけでなく、望むことも含めて意識的にアセスメントをします。

この項目がなぜ大切か

利用者本人の声を最優先してニーズを把握することは、真のニーズに応え、意思を尊重して自己決定を支援する、パーソンセンタード・ケアの基本です。利用者本人がうまく伝えられないことがあることを前提に、工夫して情報を補いながら、ニーズの全体像を把握することが大切です。

実践のためのヒント

1 望むことを聞く

ケア提供者は困りごとに意識が向きがちです。しかし、利用者は困りごとを感じていない場合や、困っていても認めない場合もあります。むしろ望むことを質問することで、ニーズを的確に把握することができます。例えば、ひとり暮らしを続けることに対する不安を尋ねて否定された場合でも、望むことを聞けば、「不安はあるけど今の暮らしを続けたい」と本音がのぞくかもしれません。すると、望むことを実現するための障壁(不安)を相談することができます。

2 無意識の思い込み

利用者の生活に触れたとき、自分の経験や知識、価値観や信念から、「こうあるべき」と無意識に解釈していませんか。自分の解釈の癖を認識したニーズアセスメントに取り組むことで、思い込みではない、利用者の立場で真のニーズを把握することができます。

3 多角的アプローチ

利用者から直接聴き取ったニーズは、他の支援者が把握しているニーズと同じでしょうか、それとも、異なる点があるでしょうか。多職種カンファレンスなどの場で比較検討して、その利用者の真のニーズや、ニーズの全体像の理解に努めます。



期待される効果

利用者の真のニーズを把握して対応策を考えることによって、本人中心のケアを提供するための看護計画を立てることができます。また、ニーズの全体像を把握することによって、潜在的な問題を早期発見して、予防的アプローチも含めた包括的な対策を看護計画に反映することができます。

課題と注意事項

利用者の望むことや困りごとと、客観的に必要なケアが一致しないことは、よくある課題です。利用者の主張だけで進めると健康や安全を維持できず、結果として本人が望む生活の継続が困難になります。逆に、必要なケアを押し付けると、利用者の主体性を奪い、感情的な衝突と関係の破綻につながります。その不一致がなぜ生じているのか、理由を考えることが大切です。利用者側の要因として、困りごととして感じていない「無関心」や、認知機能低下によって自身の状態・状況をよく理解できない「無認識」、できないことを認めたくない「否認」、干渉されずに自立した生活をしたい「希望」などがあるでしょう。訪問看護師側の要因として、自分の判断に基づく正しさの押し付け、予想されるリスクに対する過剰な不安、利用者ができることの過小評価、などがあります。利用者の望むことを聞くこと、訪問看護師自身の無意識の思い込みに気づくことは特に大切です(実践のためのヒント)。



7

生活の様子

「本人がひとりでいる時を含む普段の生活の様子（活動範囲や習慣的行動など）を他の支援者からの情報と重ね合わせて把握する」



86歳男性  
(軽度認知症)

Scene

ひとり暮らしを続けるBさん(86歳・男性・軽度認知症)の希望により、午後に訪問をしています。時折、少し早めに訪問すると不在にしていることがあります。近所を捜すと、決まってどこかから帰宅するBさんに出くわします。昼食を食べに出かける行きつけのそば屋さんがあるそうです。Bさんと一緒に歩きながら、何曜日に行くのか、お店では何を食べるのか、いつもひとりで行くのか、などと会話が弾みます。



項目の説明



独居生活を送る認知症のある利用者が、普段どのように暮らしているのか、特にひとりでの時間帯を含めた生活パターンや、活動範囲、習慣的な行動を把握する重要性を示した事例です。訪問看護師が持つ情報は限られるため、他の支援者からの情報を集約して、利用者の生活についてなるべく広範にわたり把握するように努め、より確かな理解につなげます。

この項目がなぜ大切か

利用者にとって、自分ができることを自分で行い、欲しい時に欲しい支援を利用することができる生活が理想的です。しかし、ひとりで過ごす時間が長い認知症高齢者の生活は見えにくく、様々な生活支援ニーズが見逃されやすいことが知られます。訪問看護師は、利用者の普段の暮らしのパターンを具体的に把握します。これによって、自立生活を見守りながら、適切なタイミングや方法で支援を提供することが可能になります。

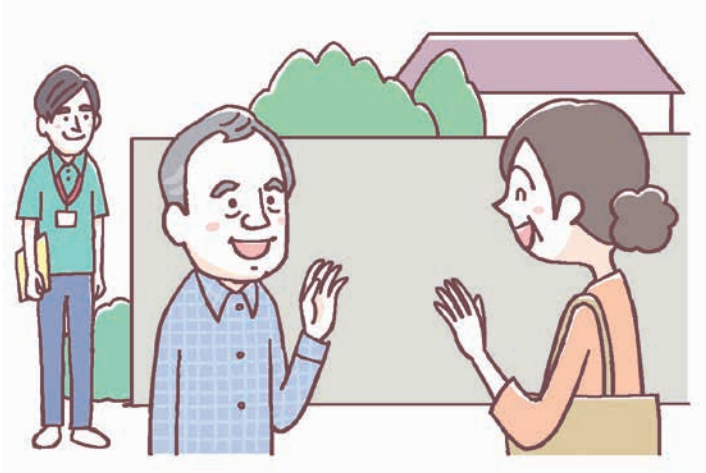
実践のためのヒント

1 複数の情報源を用いる

定期訪問での直接観察や本人からの聞き取りだけでなく、家族や近所の人から聞き取ったり、ケアマネジャーや介護職と定期的に情報共有をしたり、より多くの情報を多角的に集めます。また、買い物のレシート(の時間)やゴミ箱に入っている食べ物の袋など、生活の中に意図せず残された記録が貴重な情報源になることがあります。

2 重点的な観察項目

睡眠や起床、食事、入浴など、基本的な生活リズムに加えて、買い物や外食などのために決まってくる場所と時間帯、そのための移動手段など、暮らしを構成する自宅内外での習慣的な活動を把握します。また、来訪者や近所との交流の様子も分かると、支援のヒントが得られます。



期待される効果



普段の生活の様子を把握することは、利用者の自立生活を尊重すること、生活に合わせて適切な支援のタイミングや方法を選定すること、事故やトラブルを予防することにつながります。それらは独居生活をより長く続けるための支援になります。

課題と注意事項



プライバシーへの配慮と情報収集のバランスには注意する必要があります。特に近所の人や友人などから情報を得る場合には、本人の同意を得た範囲内で情報収集します。利用者と家族との関係性によっては、家族からの情報収集も本人の同意を得る必要があるでしょう。チェックリストの項目2・3にある本人の了承や相互の信頼関係を常に意識して、取り組むことが大切です。

例えば夜にひとりで自宅にいる時間など、24時間の生活を全て把握することは不可能です。家族の協力が得られるなど、把握する手段があれば、安全や健康維持に必要な情報に焦点を絞って確認します。

8

リスクアセスメント

「生活の中に潜む安全・健康のリスク(交通事故や転倒、火災、服薬管理など)や外的脅威(経済被害や虐待、差別など)を他の支援者からの情報と重ね合わせて把握する」



82歳男性  
(軽度認知症)

Scene

ひとり暮らしをするBさん(82歳・男性・軽度認知症)は、昼食によく近所の定食屋に通います。お店までは徒歩5分ほどで、車通りを避けて安全な道を歩くそうです。ある日、いつもより帰宅の遅いBさんをお店まで迎えに行き、店主と二人で立ち話をすることがありました。店主は、いつも昼時の混雑が終わる頃に来るBさんをよいお客さんだと話しますが、汚れた服装で来ることがあるので、飲食店として困ることがあるそうです。食後にお金を払わないで帰りそうになり、慌てて引き留めたこともあったようです。事情を簡単に話し、注意して見ていただくようお願いしました。さらに、Bさんと一緒に帰り道では、信号のない交差点で周囲の確認をしないまま横断し始めて驚かされました。



Bさんの生活の  
中の安全・健康リスク  
はどこに？

危ない！

項目の説明



認知症高齢者の独居生活における安全・健康上のリスクおよび、外的脅威についてアセスメントしてみると、このようなことがわかります。同居者による情報がないため、利用者の生活状況を観察したり、他の支援者からの情報を集めながら、予防的な対策や支援体制の構築に役立てます。

この項目がなぜ大切か

同居者のいない認知症高齢者の生活は、自己管理や安全・健康の支援が行き届きにくく、経済被害や虐待、差別などの外的脅威に対しても弱い立場に置かれやすいです。日常生活の中に潜む安全・健康のリスクや外的脅威を早期に見つけて、未然に対策することで、重大な事故や健康問題に直面することを予防します。利用者が望む暮らしを安全に続けるために大切な支援です。

実践のためのヒント

1 室内環境のリスク評価

転倒する恐れがある危険箇所、火気使用、室温管理、衛生状態を確認します。

2 生活行動に関するリスク評価

調理の安全、入浴時の事故リスク、夜間の外出行動、交通事故のリスクを確認します。

3 健康管理に関するリスク評価

基礎疾患の管理、服薬管理、食事・水分摂取の状況、通院の状況を確認します。

4 経済被害のリスク評価

金銭管理の状況、詐欺・悪質商法の被害歴、不適切な契約のリスク、経済的虐待の可能性を確認します。

5 権利侵害のリスク評価

虐待(身体的・心理的)の兆候、近隣トラブル、プライバシー侵害の可能性を確認します。

6 他の支援者との情報共有

安全・健康のリスクや外的脅威は多岐にわたるため、ケアマネジャーや介護職、主治医、民生委員、家族などと情報共有して把握します。また、近所の住民からの情報が得られると有用なこともあります。



期待される効果



このアセスメントによって、重大な健康問題や事故の予防、被害の早期発見・早期対応につながります。他の支援者と情報共有をすることで、支援者間の連携を強化し、協力して予防的対策を講じることができます。

課題と注意事項



リスクアセスメントには訪問看護師の尺度が入りやすく、「危険だから禁止」という短絡的な考えに陥りがちです。支援者中心のケア(の押し付け)になってしまい、利用者に拒絶されたり、利用者との関係性の破綻につながりかねないばかりか、利用者が望む暮らしを続けるという支援目標からも逸脱してしまいます。

アセスメントは、チェックリストの項目5・6にある価値観・好み・考え方やニーズと合わせて、そのリスクを本人がどう感じているのか、困っているのか、という点でも検討する必要があります。また、できないことだけに注目するのではなく、どうすればできるか、という視点も大切です。小さな手助けや環境を整えることによってうまくできることはたくさんあります。他の支援者からの情報を合わせて多角的にアセスメントすることで、よい解決策が見つかることでしょう。

9

心身の機能

「認知機能やADL、IADLなど、本人が日常の活動をひとりで実行するための心身の機能を把握する」



**Scene**

Cさん(75歳・女性・軽度認知症)はひとり暮らしをしています。訪問看護が始まって半年ほど経ち、お互いに慣れてきたこともあり、信頼関係を築くことができました。ある日、Cさんの普段の生活を聞いていたところ、趣味でパン作りを長年続けていることが分かり、教えてもらう約束をしました。訪問時間を調整して、一緒にパン作りの作業をする中で、Cさんの認知機能をアセスメントしようと思います。分量を量って材料を準備できるか(計算)、順序よく進められるか(遂行機能)、生地を作りながらオーブンを予熱するか(注意の分散)、焼いている間に焼いていることを忘れないか(記憶)を観察します。また、作業の中で忘れたり、間違えたりしないように工夫していることがあるかどうかも気になります。

認知機能やADL(日常生活動作)、  
IADL(手段的日常生活動作)を  
総合評価

美味しそうな  
パンが  
でき上がりますね!



● 項目の説明



ただ観察するだけではなく、一緒に行動してみると多くのことがわかります。認知機能やADL(日常生活動作)、IADL(手段的日常生活動作)を総合的に評価して、自立支援に活用します。利用者はひとり暮らしのため、日常の活動をひとりでできるかどうか、どこまでならひとりでできるか、どのような見守りや支援が必要か、という視点が大切です。

● この項目がなぜ大切か

一般に独居認知症高齢者は、同居者がいる場合と比較して、ADLやIADLは同等またはやや高い傾向があります。ですが、同居者による見守りや支援がない分、生活支援のニーズは多く、かつ満たされにくく、自分で実行しなければならないことが多くなります。そのため、利用者が持つ心身機能や強みを把握して支援に生かすことや、低下した心身機能や弱みを把握して補うことが大切です。心身の機能の一つずつ丁寧にアセスメントします。

● 実践のためのヒント

1 認知機能の評価

基本的な認知機能(時間・場所・人の見当識、近時・遠隔記憶、注意と集中、実行機能)や、行動・心理症状(不安・焦燥、興奮・不穏、徘徊傾向、幻想・幻覚、不眠、昼夜逆転など)を評価します。さらに、行動・心理症状がある場合、なぜ起きているかを評価し、対策を検討します。例えば、便秘や不眠、痛み、精神的ストレスなどが、行動・心理症状を引き起こすことは多く認めます。

2 基本的ADLの評価

食事、排泄、入浴、整容、移動、歩行、更衣、移乗などの動作について、安全に実施できるか、確実に実施できるか、所要時間や疲労度はどうかを評価します。

3 IADLの評価

金銭管理や服薬管理、買い物、食事準備、掃除・洗濯、交通機関の利用、通信機器の利用など、生活管理能力を評価します。特に、安全に実施できるか、確実に実施できるかを評価します。

4 観察による評価

会話の中で日付を確認したり、その日の行動を尋ねたりすることで、見当識や記憶の認知機能を評価します。基本的ADLやIADLの評価は、その行動を見守り・支援しながら観察します。訪問看護師のペースで介助するのではなく、利用者が自分のペースで行うことを観察します。その際、行動を細分化して、どの要素は自分でできるのか、どの要素はできないのか、分析的に観察します。

5 アセスメントツールの利用

認知機能障害と生活障害を総合的に評価する地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21)が標準的かつ有用です。定期的に評価することで変化を確認することもできます。



● 期待される効果



アセスメントの結果から、その利用者が自分ひとりでできることと支援が必要なことを明確にすることができます。また、支援が必要な場合でも、どこまでひとりでできて、何を補えばよいか、支援内容を具体化することができます。これにより、利用者が主体的に生活することを支えることができます。

● 課題と注意事項



検査や治療を日常的に行う病院とは異なり、自宅では検査やテストに対する受け入れ方が大きく違います。根掘り葉掘り質問したり、話題に関係のない質問を唐突にしたり、利用者に「試されている」と感じさせてプライドを傷つけないように注意します。

10

状態の変化

「表情や行動の変化から、  
本人の心身の変化に気づく」



80歳女性  
(中等度認知症)

Scene

Dさん(80歳・女性・中等度認知症)のひとり暮らしを支援するため、訪問看護を1年以上続けています。訪問時にはいつも笑顔のDさんが、先週も今週も笑顔があまり見られず、会話に身が入らない印象です。また、部屋は古い手紙などが散らかっています。何かあったのかと尋ねても明確な答えが得られません。先日、訪問介護のスタッフが訪れた際には、減多に外出しないDさんが自宅から離れた場所で道に迷って歩けなくなっていました。家族に連絡して尋ねたところ、1か月前にDさんの姉が他界したことを伝えたことがわかりました。その影響かどうか不確かですが、多職種で協力しながら訪問の時にはDさんの気持ちが落ち着くようなコミュニケーションの時間を増やすようにして経過を追うことにしました。

何か変わったこと、  
出来事がありましたか？

コミュニケーションの  
時間を増やして認知症の  
進行を観察



項目の説明

認知症の進行に伴い、利用者は自分の体調や不快感をうまく伝えられなくなることが多いです。同居者がいない場合は利用者の変化を察知しづらいため注意が必要です。表情や行動、日常的な動作などの観察を通して利用者の心身の変化を見つけます。事例のように普段の様子からの逸脱が手掛かりです。

この項目がなぜ大切か

表情や行動の変化は、痛みや不安、身体疾患、認知症の進行などのサインである可能性があります。心身の変化を早期に発見して適切に対処することで、問題が深刻化・複雑化することを未然に防ぐことは、健康で安全なひとり暮らしの維持や生活の質を保つために不可欠です。

同居者がいる場合に比べて、独居認知症高齢者は入院の転帰をたどりやすく、また、施設入所が早期化する傾向があります。このような重大な転帰を防ぐために、利用者の心身に起きた小さな変化を見つけて、早期に対応することが大切です。

実践のためのヒント

1 観察のポイント

**身体的側面：**バイタルサイン、覚醒レベル、体重変化、食事摂取量、排泄の状況、睡眠リズム、皮膚の状態、姿勢、動作、歩行パターン、不自然な身体の傾き、疲労感の表出、返答の速度や会話の途切れなどのコミュニケーション

**心理的側面：**感情の起伏や不安定さ、無気力、抑うつ、興奮、混乱、焦燥感

**社会的側面：**他者との関わり方の変化、社会活動への参加状況、孤立や引きこもりの兆候

2 語りを引き出す

「お困りのことがあるなら、一緒に考えますよ」など、利用者に寄り添ったコミュニケーションで、語りを引き出します。この時、あくまで利用者本人が話したいことを話せるように支援することが大切です。言葉の想起が難しく、伝えたいことをうまく表現できない様子があれば、コミュニケーションの中で利用者が言いたいことを推測して、時に言葉と一緒に探しつつ確認します。

3 多角的な解釈

表情や行動の変化を観察した後、その意味や理由を解釈しなければなりません。本人の語りが得にくい場合、独断的な解釈にならないように注意が必要です。家族や他のケア提供者等と話し合うなど、多角的に検討してより確からしい解釈を導きます。



期待される効果

表情や行動の変化から、体調不良や心の問題を早期に発見して、迅速な対応が可能になります。また、小さな変化に気づくことで、適切な支援や介入につなげることができます。さらに、心身の変化に早期に対応することで、利用者は安心感を得られます。

課題と注意事項



認知症のある人は、平常時でも認知機能に変動があり、日によって表情や行動が違って見える場合があります。「実践のためのヒント」に示した「観察のポイント」を参考に、定期的なモニタリングを実施し、多角的な解釈をした上で、正常な範囲の変動なのか、あるいは異常な変化なのか、判断します。また、「なんとなくおかしい」という直感に従って、自分がなぜそう感じているのか、具体的な理由を探しながら利用者の状態をアセスメントすることも有効です。

## 11

## 家族の関わり方の相談

「ケアマネジャーと協力して、本人の生活状況や心身の状態を家族がどのように認識しているか把握し、  
家族がどのように関わるができるか家族と相談する」



80歳女性  
(軽度認知症)

## Scene

ひとり暮らしをするAさん(80歳・女性・軽度認知症)には、県外に住む一人息子がいます。二人は電話でやり取りをすることはあるようですが、直接会うのは年に1回程度です。訪問看護の契約の時に一度会い、それ以降は何か変化があった時に電話で伝えるようにしています。息子はいつも楽観的で、Aさんの生活を心配している様子は感じられません。しかし、Aさんの認知機能低下は進行しており、自宅は散らかり、食事はいつも同じ惣菜パンです。そのことを伝えたところ「大丈夫です」と返答したきりで、具体的に動かないため、状況が改善することはありません。あなたは、息子と一度しっかり話をする必要があると考えています。

認知機能が  
低下しているのに、  
息子さん楽観的…

部屋は散らかり、  
食事はいつも  
惣菜パンなんです

昔からそんな  
感じなんです



## ● 項目の説明

ケアマネジャーと協力して家族支援にあたります。利用者とは同居していない家族に対する支援は、まず利用者のことを家族によく理解してもらうことが大切です。家族の認識を確認しながら説明し、家族の関わり方について話し合います。

## ● この項目がなぜ大切か

ひとり暮らしといっても、身寄りのない人、近所に住む家族と頻繁に行き来がある人・ない人、遠方に住む家族と毎日連絡をとる人など、利用者と家族の関係は多様です。どのような関係であれ、何らかの関わりを家族に依頼することがあります。協力的な家族であれば、食事や見守りなど日常的な支援を依頼できるかもしれませんが、疎遠な家族であっても、例えば入院等の意思決定が必要な際には相談することがあります。そのため、家族は利用者の状態や生活状況などをよく理解しておくことが大切です。ケアマネジャーと協力して家族支援をすることで、日ごろから家族の理解を得て、相談をしておきます。

## ● 実践のためのヒント

## 1 ケアマネジャーとの連携

ケアマネジャーと定期的に情報共有し、利用者の生活状況や心身の状態に関する情報を家族に提供します。

## 2 家族との定期的なコミュニケーション

家族との面談や電話でのやり取りを通じて、利用者の生活状況や心身の状態、それらの変化について、家族の認識を確認しながら説明します。同時に、家族自身の状況や利用者との関係性なども把握しておく、その後の相談がスムーズです。

## 3 家族の心理支援

中には、愛する人に起きた認知症による変化を受け入れられない家族もいます。利用者の状況を理解していながら、向き合うことを避けようとして、介護から距離をとる家族もいます。家族の思いを聞き、気持ちに寄り添う心理支援を行います。

## 4 家族の役割の明確化

家族がどのような形で利用者と関わるができるか、家族と話し合いながら明確にします。日常的なサポート(例えば、見守りや買い物、受診の付き添い)や、定期的な連絡・面会ができるか、施設入所や入院など重要な意思決定にどのように関わるができるかを話し合います。また、家族の負担がある場合、軽減するために必要な支援がないか確認します。

## 5 教育とサポートの提供

家族が認知症に関する知識を深められるように、情報提供したり、介護教室や家族会などを案内したりすることが有効です。家族が利用者の行動やニーズに適切に対応できるようになります。

## ● 期待される効果

家族が利用者の生活状況や心身の状態を正確に理解できるようになり、適切な対応ができるようになります。また、家族による支援があれば、利用者に対するサポートは手厚くなります。家族と歩調を合わせることで、支援がより一貫性のあるものとなり、利用者の生活の質が向上します。

家族は、認知症があつてひとり暮らしをする利用者を心配したり、同居介護をしていないことに罪悪感を抱えていたりすることがあります。家族とのコミュニケーションは不安や罪悪感などのストレスを緩和する支援になります。

## ● 課題と注意事項



遠方に住む家族などの場合、利用者と長く会っていないと、口頭で説明しても想像することができず、理解が進まないことがあります。また、認知症に関する基礎知識を持っていたとしても、利用者の現状を見ても腑に落ちないこともあります。利用者と直接会ってもらい、家の様子を確認してもらってから説明するなど工夫します。

家族間での認識のズレが生じることはよくあります。キーパーソンとなる家族と話した課題は、その都度家族内で共有し、意見交換してもらいます。また、ケアマネジャーに調整役を依頼して、家族全員が参加するミーティングを設けることも大切です。

## 12

## 多職種の合意形成

「医療・介護・福祉職の間で適時適切に情報共有し、  
多職種協働による支援方針について合意形成する」



75歳男性  
(中等度認知症)

## Scene

ひとり暮らしをするEさん(75歳・男性・中等度認知症)は、糖尿病のためにインスリン治療をしています。自己注射を忘れることが増えており、1日3回欠かさず行うことは現実的に難しくなっています。訪問看護だけで毎日の自己注射を確認することは困難ですが、訪問介護やデイサービスの介護職は自己注射の見守りをすることに消極的です。外来の主治医は、Eさんの生活の様子を見たことがないため、想像することが難しいようです。ケアマネジャーと相談して、関係する多職種が集まってインスリン管理の方法などを検討するケースカンファレンスを企画することにしました。



## 項目の説明

独居認知症高齢者のケアには、医療・介護・福祉の複数の専門職が関わります。関係者で適時適切に情報共有して、一つの支援方針のもとで連携してケアにあたることが大切です。訪問看護師は、多職種チームの中で医療と介護の両面に専門性があるため、中心的な役割を果たすことが期待されます。

## この項目がなぜ大切か

独居認知症高齢者のケアには、多職種連携が欠かせません。そのために、各職種が持つ情報や考えている支援方針を一致させます。認知症高齢者がひとり暮らしを続けることに懐疑的なケア提供者がいたり、健康や安全の確保が難しくなり、入院や施設入所の転帰が早まってしまうことがあります。情報や支援方針を共有することで、ケアを効率化し、ケアの継続性や質を確保します。

## 実践のためのヒント

## 1 定期的なケースカンファレンス

利用者の状況を報告し、本人・家族と確認した支援方針を共有するために、多職種カンファレンスを開催します。ケアマネジャーと協力して、サービス担当者会議の場を充てることが現実的です。連携する事業所が集まる定例会議を開いて、多数のケースを一度に検討する方法も有効です。

## 2 情報共有ツールの活用

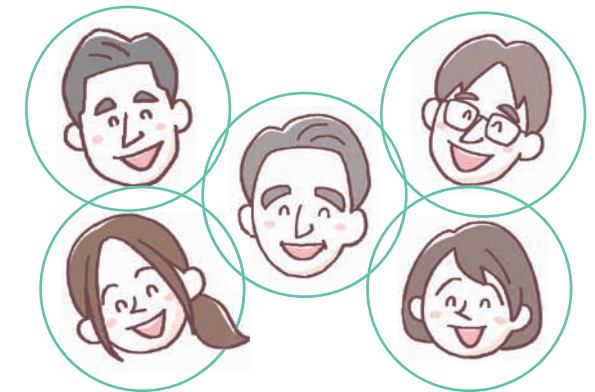
電話やファクスを用いてこまめに連絡することは有効です。また、一度に複数の事業所や専門職と情報を共有するためには、ICTツールを用いた記録システムを活用すると効率が上がります。連絡ノートを利用者宅に設置し、都度記録し、閲覧する方法も即座に確認できる点で効果的です。多施設・多職種で、最新情報を迅速に共有できる環境を整備します。

## 3 役割分担の明確化

誰が何をするのかを明確にして、責任の所在をはっきりさせることで、連携がより効果的になります。

## 4 利用者と家族を含めた合意形成

多職種間だけでなく、利用者やその家族を含めた形で支援方針を検討・説明します。訪問看護師は、サービス担当者会議に参加するだけでなく、より積極的に関わることによって、会議は効果的になります。例えば、会議の開催を提案したり、開催後に利用者や家族の理解や考えを確認したりします。



## 期待される効果

多職種チームが首尾一貫したケアを提供することができます。それにより、利用者の支援ニーズに的確に対応でき、生活の質の向上や、健康や安全の向上が期待されます。また、チーム内での不調和が解消され、明確な役割分担の下でケアが効率的に提供できると、ケア提供者のストレスも軽減します。

## 課題と注意事項



職種や事業所が異なると、働き方の違いにより、連絡やケースカンファレンスの時間の設定が難しいことがあります。定例会議を設けたり、ICTツールを導入したり、情報共有や相談のために効率的な仕組みを構築して対策します。

医療・介護・福祉の専門職は、それぞれの専門教育を受けており、異なる視点や考え方を持って自律的に働いています。そのため、職種間の認識や目標にずれが生じるのは特別なことではありません。一つひとつのケースを大切に、その都度、丁寧に議論を進めることで、学び合い、互いの理解に努め、良好な関係性のチームを築きます。また、共通の教育機会を設けて、独居認知症高齢者の支援に対する共通理解を深めることも有効です。

## 13

## 看護計画

「日常の体調管理や生活の安全の支援を通して、  
本人が望む暮らしを支える看護計画を立てる」



80歳女性  
(中等度認知症)

## Scene

ひとり暮らしをするDさん(80歳・女性・中等度認知症)は、浴室で滑って尻もちをつき、痛みで動けなくなっていたところ、うめき声に気づいた近所の人が見つけて救急搬送されました。腰椎圧迫骨折との診断で、入院中にコルセットを作り、リハビリをして自宅に退院しました。入浴が好きなDさんは、夏でも毎日湯船に浸かりたいと言います。しかし、自宅の浴室は床が滑りやすく、浴槽は深く、いかにも転びやすい環境です。ケアマネジャーを中心に手すり設置等の家屋改修を進めることにしました。同時に、入浴の回数や時間、方法、その際の支援について検討し、Dさんが入浴を安全に楽しみながら、清潔を維持するための看護計画を検討することになりました。

本人の望む暮らしを支える  
看護計画を立てる



## 項目の説明

この事例が示すように、認知症のある人への訪問看護の目標は、利用者が望む自宅での生活を、可能な限り自立した形で維持できるように支えることです。そのために、利用者の意向に沿って、自立性を尊重しつつ、体調管理や生活の安全など生活全般にわたって、支援の目標や方法を体系的に整理します。認知症が進行して自己管理が困難になった部分を特定して、安全かつ効果的な方法で対応する看護計画です。この時、支援者本位になって、利用者の希望やできることをないがしろにしてしまわないように、常に目標に立ち戻って考えます。

## この項目がなぜ大切な

利用者の情報収集→アセスメント→支援目標を立案→支援の提供→効果の評価、という看護計画のプロセスは、支援を効率的かつ効果的に提供するために大切です。適切な看護計画は、認知症によって生じた健康と生活の個別のニーズに対応します。同時に、利用者に残された力を発揮して、能力に応じた自立生活を送ることを支えます。

## 実践のためのヒント

## 1 暮らしを言葉にする

利用者が生活の中で大切にすることは何でしょうか。大切にすることには、生きるための日課や、日常に安定をもたらす生活習慣などを含みます。利用者が当たり前と感じている活動も多く、それをあえて「大切にしている」と言葉にしないことも多いです。ですが、例えば、湯船に浸かってリラックスする時間のように、当たりの習慣を失うことはつらいですし、シャワーを浴びて清潔を維持することでは必ずしも代替手段になりません。包括的なアセスメント(項目5～10参照)を通して、利用者が望む暮らしを具体的に把握します。

## 2 能力に応じた自立の支援計画

利用者自身が持っている力を生かし、引き出す方法を検討します(項目15参照)。

## 3 包括的な看護計画

看護計画には、①自宅での生活支援や自立支援、②病状の管理と健康維持、③家族や介護者への支援、④生活環境の安全確保、⑤社会生活の支援、⑥精神的・心理的な支援、⑦地域の医療介護サービスの活用、⑧緊急時の対応が含まれます。

## 4 評価と見直し

看護計画に沿って支援を進めた後に、目標を達成できているか評価して、必要ならば計画を修正します。例えば、「入浴を安全に実施して、利用者が楽しみ、清潔を維持する」という目標に対して、現在の入浴の頻度や時間帯、方法、支援で達成できているでしょうか。利用者の反応や希望を確認して検討します。また、認知症が進行すれば、必要な支援も変わります。認知・身体機能を再評価して、計画を見直すことが大切です。

## 期待される効果

利用者の状況や希望を反映させて、具体的かつ実践可能な看護計画を作成して実施することによって、個別性の高い支援を提供することができます。その結果、利用者の健康状態を維持・改善し、安全な生活環境を確保し、QOLを高めます。また、利用者の自立を支えることで、利用者が自尊心を保持できる効果が期待されます。

## 課題と注意事項



認知症のある人の支援の難しさは、料理と火事のように、自立支援と健康・安全のリスク対策が対立しやすいことにあります。リスク対策に傾くと、できることを「取り上げる」ことになりかねません。同居者による見守りがない場合は、特に両者のバランスを取ることが難しくなります。利用者の状況や希望に合わせて、多職種チームで知恵を出し合って、利用者合った個別の工夫を盛り込んで支援を計画します。また、支援目標に立ち戻って、自立支援と健康・安全のリスク対策のバランスが取れているか、支援中の気づきを生かして新たな工夫ができないか、看護計画を検証することが大切です。

## 14

## 医療の調整

「心身状態と本人の意向を勘案し、  
本人にとってより良い医療を調整する」



80歳男性  
(中等度認知症)

## Scene

ひとり暮らしをするDさん(80歳・男性・中等度認知症)は、排泄や更衣に見守りや介助が必要になったため、毎週訪問して生活の様子を確認しています。前回訪問した際に風邪を引いて鼻水が出ていたので、今週の予定を早めて、4日後の今日、経過観察のために訪問しました。せき・鼻水に加えて38.3度の発熱もありますが、呼吸状態は異常ありません。訪問介護士からの情報によれば、食事量は普段の半分程度とのこと。経口補水液の摂取を促して、さらに2日後に訪問したところ、わずかしこ摂取できておらず、38度台の発熱も続いていました。受診を勧めましたが、Dさんはただの風邪だから必要ないと言います。かかりつけ医とも連絡を取り、外来受診を促すか、または、これを機に訪問診療を依頼してみるか、迷っています。

本人にとって  
より良い医療を調整する



このADLだから  
訪問診療の方が  
よいかも…

## 項目の説明

訪問看護師には、利用者の心身状態を多面的に評価し、受診や入院などの医療サービスを調整する役割があります。調整には、心身状態に適した医療サービスの手配という側面だけでなく、心身状態と利用者の意向の間の調整という側面もあります。健康と安全を確保する上で全面的には希望に沿えなくても、長期的には本人の理想に近い生活を継続できるようにする調整が求められます。

## この項目がなぜ大切か

利用者は認知機能の低下により、健康状態を的確に伝えたり、適切な医療を選んだりすることが難しい場合があります。そのため、心身状態を丁寧にアセスメントしつつ、利用者の意向を確認します。医師とも相談しながら、利用者が望む結果を得るために最適な方法を選択できるように支援します。利用者の健康維持に必要な医療を選び、過剰な医療を避けることが、生活の質の維持につながります。

## 実践のためのヒント

## 1 心身状態のアセスメント

心身状態を丁寧にアセスメントすることが支援の基本です(詳細は項目8～10を参照)。

## 2 利用者の意向の確認

利用者の価値観や考え方をくみ(詳細は項目5・6を参照)、今後の生活や医療についての意向を折に触れて確認していることが(詳細は項目18を参照)、支援に役立ちます。認知症が進行している場合でも、利用者本人が理解できるように説明して、できる範囲で意思確認を行います。また、家族からの情報や同席を得られれば、大きな助けになるでしょう。

## 3 医療の継続の支援

医療サービスを利用していても、予約を忘れてしまう、移動手段がないなどの理由で途切れてしまうことがあります。継続的に医療を受けるため、かかりつけ医を近所に変更する、訪問診療を導入するなど視野に入れて、利用者と相談します。

## 4 医師との連携、長期的な見通し

健康や安全を確保するために推奨した医療サービスが必ずしも利用者の希望に沿わない場合があります。また、希望に応じた医療サービスであったとしても、むしろ副作用のために利用者の望む結果を遠ざけてしまう場合もあります。例えば、軽度の肺炎で入院を選択したものの、せん妄を起こして入院が長引き、その間にフレイルが進行し、退院がかなわず、自宅でのひとり暮らしに戻ることができなくなる場合です。医師と共に、医療サービスの利益とリスクを検討した上で、医学的見通しに基づき、利用者にとって望ましい生活を長期的に得られるように支援することが大切です。

## 5 その他の連携

外来受診や入院、訪問診療などの医療サービスの調整に際し、家族の協力や受診時の同行、他の在宅サービスとの調整が必要になるでしょう。家族や成年後見人、関係する専門職に連絡して連携を図ります。

## 期待される効果

利用者本人の意向を尊重した医療サービスの提供は、満足度を向上させ、医療への信頼を深めるとともに、訪問看護師との信頼関係を強固にします。また、心身状態に応じた適切な医療を調整することは、不必要な入院や検査を避けられ、ひいては利用者の体や心の負担を軽減することにつながります。

## 課題と注意事項



医師と効果的に連携するためには普段から相談できる体制や良好な関係を築いておくことが大切です。地域の医療ネットワークの中で、こまめに連絡を取ったり、地域のカンファレンス等で相談したり、互いの顔が見える関係を作る努力が大きく作用します。

長期的な見通しを持つためには知識と経験が必要です。疾患管理のガイドラインなどに目を通して、疾患の知識を身につけておくことが大切です。また、経験を積むには年月がかかるものです。経験を頼れない場合は、医師や同僚に相談して助言を得るとよいでしょう。

## 15

## 本人の対応力

「日常生活における本人の持つ力を信じて引き出し、  
発揮できるように環境を整える」



75歳女性  
(軽度認知症)

## Scene

ひとり暮らしをするCさん(75歳・女性・軽度認知症)は、現役の頃はレストランで料理を作っていました。軽度認知症になって、以前のように凝った料理は作れませんが、料理にはこだわりがあり、夕食は自分で作ると決めています。冷蔵庫の中を見せてもらくと、奥の方に数カ月前に賞味期限が切れた納豆や、使いかけのバターとマヨネーズが3つずつあります。料理の様子を観察したところ、冷蔵庫の手前にあるものばかり手に取っていて、奥にあるものには気が付きません。そのことを声掛けしても認識できず、空間認知に問題がありそうです。Cさんと相談して、冷蔵庫の奥のスペースは空き箱で埋めて、手前だけを使うように工夫しました。

奥のものに気づかない。  
空間認知に問題が  
ありそう…

手前にある食材だけを  
使えるようにしましょう



## 項目の説明

これは、利用者が日常生活を安全に、かつ自立して過ごすことができるように支援するための事例です。ひとりで過ごす時間を含めて、自宅内外での活動を安全に実施するために、利用者本人の持つ力を最大限に引き出す支援を工夫します。

## この項目がなぜ大切か

同居者のいない認知症高齢者は多くの時間をひとりで過ごしており、ひとりでの時間にも不安や混乱を感じたり、事故やけがに見舞われたりしないような支援が必要です。同時に、過度に介入することなく、自立した行動を促進することが精神的安定を保つ上で重要です。利用者本人ができることをアセスメントし、持てる力を信じて引き出すことで、ひとりでの時間の健康や安全が維持できるようにします。このような関わり方は、利用者の自己肯定感を向上させます。そして、安全な環境を整備することで、生活の自立を支援します。

## 実践のためのヒント

## 1 アセスメントを基本にする

独居認知症高齢者は、日々の暮らしの中で認知機能の低下による困難に気づき、自分なりに対処を試みていることが多いとされます。ただし、どの程度はしっかりと気づいているか、どこまで適切に対処できるかは、人によって異なります。丁寧にアセスメントして、利用者ができることとできないことをしっかり見極めます(詳細は項目8・9を参照)。

## 2 活動の調整

アセスメントを基に利用者ができることを確認しながら、途中でわからなくなったり混乱したりしないように、行動をシンプルにします。鍵や財布などの貴重品を置く場所を決めて大きく目印を付けたり、薬を一包化して服薬カレンダーを利用したり、支援ツールを使って行動をパターン化する工夫です。自宅外の活動についても、例えばいつものスーパーやコンビニまでの道のりや支払いの様子を確認して、安全な道や利用しやすい支払い方法を選択するなど、行動を調整します。

## 3 適切な支援ツールの導入

目印や服薬カレンダーだけでなく、配薬ロボット、見やすい時計、スマートフォンのアラーム機能の活用、センサーライト、滑り止めマット、緊急呼び出しボタン、GPSなど、認知機能を補助したり、安全を確保したりするためのツールを導入します。利用者が使いやすいツールを個々の認知機能に応じて導入することで、活動を制限することなく、利用者の自立を助けます。

## 4 環境の調整

室内外の環境も安全で使いやすいように整えます。障害物を取り除いたり、不要なものを片付けて、物の配置をシンプルにしたり、十分な照明や配色の工夫で物を識別しやすくするなど、さまざまに工夫できます。ただし、利用者が暮らしの中で最適化した環境には、他者には一見不要に思えても利用者の生活に役立っている場合があります。例えば、ベッド周りの障害物に見える棚が手すりの代わりになっているなどです。余計なお節介にならないように、利用者の行動パターンを注意深く観察して環境調整します。

## 期待される効果

利用者が自分でできることを続けることで、日々の生活の充実や自信を得ることができます。また、支援ツールを導入したり環境を整備したりすることで、事故やけがのリスクを下げ、ひとり暮らしの健康と安全を高めることにつながります。

## 課題と注意事項



認知症が進行すると、利用者の能力や環境整備だけでは不十分なこともあります。家族やケア提供者が定期的に確認するなど、他者による見守りや支援を調整します。その場合でも、ケア提供者が過度に介入してしまって、できることを取り上げないように注意します。利用者が自立できる範囲を見極め、その能力を尊重しつつ、最小限の支援にとどめることが大切です。ケア提供者の役割は、必要な時に適切なサポートを提供することに重点を置きます。

## 16

## リスク対策の優先順位

「本人の意向を尊重して注意深く見守りながら、安全・健康のリスクの観点からすぐに介入が必要なことを判断する」



75歳女性  
(軽度認知症)

## Scene

ひとり暮らしをするCさん(75歳・女性・軽度認知症)は料理にこだわりがあります。今は凝ったものは作りませんが一汁一菜を合言葉に毎日自炊しています。しかし、先日訪問した時、Cさんはガスコンロを消し忘れたままリビングルームに戻っていました。また、会話中に言葉が見つからないことが増え、認知機能低下が進行しています。Cさんは「大丈夫」と指摘を軽く受け流しますが、やはり気がかりです。次の訪問までにケアマネジャーや介護職からも情報を集めて状況を確認した上で、Cさんとガスコンロの使用と安全管理について話し合いを持とうと考えています。



## 項目の説明

独居認知症高齢者の訪問看護では、利用者が望む生活を支えると同時に安全性や健康リスクを考慮して介入を行う必要があります。時には、利用者本人が認識していないリスクへの対策や、やむを得ず本人が望まない介入をする場合もあります。利用者の意向を尊重することを基本に状況を見守りながらも、安全や健康を脅かす緊急性の高いリスクがないか、慎重かつ適時の判断が求められます。

## この項目がなぜ大切か

認知機能が低下すると、自分の健康状態や安全性を完全に把握できない場合が増えるため、適切なサポートが欠かせません。訪問看護師は、利用者の希望する生活を支えながら、危険な状態が発生する前に予防的に介入します。利用者の自尊心や生活の質を維持しながら、事故や健康問題のリスクを最小限に抑えることが大切です。

## 実践のためのヒント

## 1 注意深く見守る

利用者の普段の生活パターンや、そこに潜む安全や健康のリスクを観察して把握します(項目7・8参照)。定期訪問では、利用者の心身の状態を確認して変化の兆候を早期に発見します(項目10参照)。

## 2 緊急性を見極め

例えば、布団にタバコの焦げ跡が複数ある場合や糖尿病のコントロール不良にもかかわらず大量の菓子パンを買い込んでいる場合などは、すぐに介入が必要です。放置すると事故や疾患が起きる可能性がどの程度あるか考えて、緊急性を見極めます。

## 3 利用者の視点から判断

居室からトイレへの動線上にある棚が、他者には障害物に見えても、そこで座って一休みするために置いてあることもあります。また、支援者の判断で片付けたり、独断でポータブルトイレを導入したり、環境を変えてしまうと、利用者が混乱して、逆に安全が損なわれる場合もあります。どうすれば安全が維持できるか、利用者と相談しながら、利用者の視点に立って介入の必要性を判断します。



## 期待される効果

利用者が望む生活を自立的に送ることは、精神的な安定につながります。同時に、安全・健康のリスクを予防的に対策することで、事故や健康問題の発生を防ぎ、ひとり暮らしを継続することができます。

## 課題と注意事項



介入の判断基準は訪問看護師によって違いが出ますし、介入が必要なタイミングは状況によっても異なります。訪問看護師同士で相談して看護計画を見直したり、多職種チームで情報共有したりして、より適切な判断基準を持てるよう努めます。支援者が心配に思うあまり、不必要に介入し、有害無益な結果になってしまわないために、利用者と一緒に考え、調整していくことが大切です。

## 17

## 安全と健康維持の評価

「本人の対応力や周囲の支援によって健康で安全な生活が維持できるかどうか、多職種で協議する」



85歳男性  
(軽度認知症)

## Scene

ひとり暮らしをするBさん(85歳・男性・軽度認知症)は、昼食に行きつけのラーメン店に通います。そのことを担当のケアマネジャーと話したところ、行き帰りに信号のない交差点で周囲の確認をしないまま横断し、あわや交通事故、という出来事がありました。どこまで安全な行動ができているのか、安全な行動が今後続けられるか、他の訪問看護師や介護職も交えて検討することにしました。



## 項目の説明

利用者自身の対応力や周囲の支援により、健康で安全な生活を維持できるかを検討するため、多職種で情報を持ち寄って協議します。訪問看護師は、医療、介護、福祉の多職種チームの一員として参加し、利用者の意思を擁護するとともに、利用者の能力や生活状況および、サービス等の支援を俯瞰して、議論を促します。

## この項目がなぜ大切か

ケア提供者は、安全と健康を重視するあまり、利用者の意向を十分に確認しないまま、介入を決めてしまうことがあります。一方、利用者の意向が絶対で現実を直視しないと、利用者を危険にさらすこともあります。多職種チームで利用者の対応力や支援の状況を多角的に検討することで、利用者の意思を尊重しながら、安全と健康を確保します。

## 実践のためのヒント

## 1 多職種で協議する仕組み作り

訪問看護師、ケアマネジャー、介護職、医師などが参加するケースカンファレンスやサービス担当者会議を開催します(項目12参照)。

## 2 評価項目の明確化

利用者の健康や安全を維持するために鍵になっていることが、重要な評価項目です。心不全の管理のための水分摂取量と体重変化のチェックや、道に迷いやすい人が外出時に住所氏名の確認書類や携帯電話などを携帯すること、などです。その項目に対して、利用者が自分で管理できていること・できていないこと、支援の手が届いていること・届いていないことをアセスメントします。

## 3 評価基準の明確化

評価基準が曖昧だと、心配が先立ち、判断が場当たり的になってしまいます。例えば心不全のある人で、利尿薬の調整などの医療介入が必要な基準は何でしょうか。労作時呼吸困難、浮腫、酸素飽和度、体重などの指標が、その利用者の場合、どこまで変化したら介入が必要でしょうか。評価基準を明確にすることが、適切な判断につながります。

## 4 予測的判断

認知症は進行するため、予防的な視点からの評価も大切です。今はギリギリのところでも生活できていても、今後は安全の確保が難しくなることを専門職の知識や経験に基づいて予測、判断します。



## 期待される効果

利用者に対するアセスメントを多職種で共有し、協議することで、安全と健康の維持のために最適なケアを選ぶことが可能になります。また、医学介入や利用者の行動制限につながる判断を慎重に行うことによって、不必要な介入や行動制限を予防し、利用者の生活の質を維持します。

## 課題と注意事項



専門職はそれぞれの専門の視点からアセスメントや判断をするため、多職種間で意見の不一致が起きることがあります。利用者にとって何が最善か、慎重かつ根拠強く話し合います。利用者本人や家族の意向と、専門職の判断が一致しないこともあります。普段から利用者や家族と話し合いの時間を持つことで、情報共有と意思疎通を図り、合意形成の基盤を作っていきます(項目18参照)。

## 本人・家族との話し合い

「今の暮らしの継続や暮らしの場の移行について、本人・家族の意向を聞き、今後の見通しを伝えて継続的に話し合う」



75歳女性  
(軽度認知症)

### Scene

ひとり暮らしをするCさん(75歳・女性・軽度認知症)は、自分で料理をすることが難しくなり、コンビニの惣菜パンを食べる生活になっています。Cさんは、「自分が食べるだけなのに作るのは面倒になった」と言いますが、料理の腕前を生き生きと話すことがなくなりました。遠方に住む息子に電話で報告すると、「施設への入所を考えている」と相談を受けました。Cさんと息子に面談を実施し、現在の認知症の状況や今後の見通しを伝えた上で、ひとり暮らしを続ける場合の課題や施設入所の選択肢について説明しました。Cさんは、「不安はあるけれど、気兼ねなく暮らせる今の生活を続けたい。自分のことができなくなったら施設に入る」と話します。在宅サービスを使って今の生活を維持しながら、話し合いを定期的に持つことを確認しました。



### 項目の説明

利用者がひとり暮らしの生活を続けるのか、または家族との同居や介護施設への入所など新たな生活環境へ移行するのか、暮らしの場についての意思決定を継続的に支援します。利用者から、可能な場合は家族からも意向を丁寧に聞き取って、生活を取り巻く課題や選択肢について共通理解を深めます。

### この項目がなぜ大切な

独居認知症高齢者は、同居者がいる場合よりも早期に介護施設等に入所しています。自ら選んで施設入所するケースもありますが、一方で、本人は望まないにもかかわらず、心配した家族が早々に決断してしまうケース、さらに、ケア提供者が無意識のうちに家族の独断を後押ししているケースもあります。訪問看護師は、利用者・家族と継続的に話し合い、利用者や家族が納得して意思決定ができるように支援します。

### 実践のためのヒント

#### 1 初期の話し合いを大切にする

利用者の中には、今の暮らしを続けたいと願いつつ、認知症が進行すると継続が困難になると将来を見越している人もいます。また、事故や入院などアクシデントが起きてから相談を始めると、不安や時間的制約の中で、利用者にとって不本意な選択をせざるを得ないことがあります。訪問看護が始まって、利用者や家族と信頼関係を築いたら、今の暮らしの継続や暮らしの場の移行について話し合いを始めます。

#### 2 気持ちに寄り添う

どこで誰と生活するかという決断は人生を左右する重大なことです。利用者にとって、生活の場を変えることは、認知症の進行に伴う転居という実質的な意味とともに、思い出の詰まった家を離れ、慣れ親しんだ暮らしや自立した生活を手放すという象徴的な意味があります。環境の変化に対する利用者の不安はもちろん、今の暮らしに対する思いを受け止めます。

#### 3 機会を見つける

改まった場を設けて話し合うことばかりでなく、日々の訪問の中で利用者が口にした言葉をキャッチして、思いを聞き、話し合うことで、本音に近づける場合があります。機会を見つけて、継続的に話し合います。

#### 4 見通しと選択肢を共有する

訪問看護師の専門的な視点から、認知症の進行や健康状態に関する今後の見通しや、それに伴い生活がどのように変化するか、予想されることを伝えます。また、自宅での生活支援や利用可能な施設の選択肢を具体的に示し、それぞれの利点や課題を説明します。利用者や家族が現実的な選択をするための支援です。

### 期待される効果

大切なことを訪問看護師と話し合い、理解してもらえたと感じることで、利用者は安心感を得て、生活を安定させることができます。また、継続的な話し合いによって、利用者やその家族は納得した上で意思決定ができるようになります。さらに、意思決定が成功することによって、施設入所に伴う利用者のリロケーションダメージ(環境変化によって精神的不安定や行動・心理症状が出現すること)や、不本意な選択に対する家族の後悔など、意思決定後の負の心理的影響を予防します。

### 課題と注意事項



利用者や家族の気持ちや考えは変化します。定期的に話し合いを行い、今の暮らしの継続や暮らしの場の移行についての意向に変化がないか確認します。認知機能による意思決定能力の制限があるため、意思決定支援には特有の難しさがあります。厚生労働省がまとめた「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(2018年)」を参考に、「意思形成支援」「意思表明支援」「意思実現支援」の段階に分けて、利用者の意思決定能力を適切に評価しながら支援します。

## 18項目振り返りメモ

※コピーしてお使いください。

STEP1～4に沿って実践を進めながら、とくに大変だったことや、いい会話ができうまくいったこと、リスクを見逃さずに済んだことなどをここにメモしておきましょう。貴重な実践記録になります。

### STEP 1 ■ コミュニケーションと関係づくり

#### 1. コミュニケーションの工夫

memo

#### 2. 本人の了承

memo

#### 7. 生活の様子

memo

#### 8. リスクアセスメント

memo

#### 3. 相互の信頼関係

memo

#### 4. 支援方法の工夫

memo

#### 9. 心身の機能

memo

#### 10. 状態の変化

memo

### STEP 2 ■ 本人理解と生活アセスメント

#### 5. 価値観・好み・考え方

memo

#### 6. 本人の考え

memo

### STEP 3 ■ 多職種と協働した個別的支援

#### 11. 家族の関わり方の相談

memo

#### 12. 多職種の合意形成

memo

17. 安全と健康維持の評価

memo

15. 本人の対応力

memo

13. 看護計画

memo

18. 本人・家族との話し合い

memo

16. リスク対策の優先順位

memo

14. 医療の調整

memo

18項目振り返りメモ

※コピーしてお使いください。

キ リ ト リ 線

4つの支援ステップで進むための18項目チェックリスト

4つのステップのそれぞれの項目をクリアしながら、より良いケアの実現に向けて、訪問看護が進行しているでしょうか。クリアできたと思う項目にチェックを入れてながら支援を進めてください。

| STEP 1 ■ コミュニケーションと関係づくり |                                                                                           | チェックを入れてください。✔           |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1                        | コミュニケーションの工夫<br>本人の反応が警戒や拒絶または無関心などであっても、本人とつながることができるコミュニケーションの方法を探す                     | <input type="checkbox"/> |
| 2                        | 本人の了承<br>本人の了承のもとで、その人が営む暮らしの中に入る                                                         | <input type="checkbox"/> |
| 3                        | 相互の信頼関係<br>本人の思いの表出を受け止め、互いを信頼して話し合うことのできる関係を築く                                           | <input type="checkbox"/> |
| 4                        | 支援方法の工夫<br>支援を受け入れられるように本人と相談し、支援方法を工夫する                                                  | <input type="checkbox"/> |
| STEP 2 ■ 本人理解と生活アセスメント   |                                                                                           |                          |
| 5                        | 価値観・好み・考え方<br>支援をする中で生活歴を聞き、本人の価値観や好み、考え方を理解する                                            | <input type="checkbox"/> |
| 6                        | 本人の考え<br>生活状況に対する本人の考えや気持ちを聞き、他の支援者からの情報と重ね合わせて、本人の望むことや困りごとを理解する                         | <input type="checkbox"/> |
| 7                        | 生活の様子<br>本人がひとりでいる時を含む普段の生活の様子（活動範囲や習慣的行動など）を他の支援者からの情報と重ね合わせて把握する                        | <input type="checkbox"/> |
| 8                        | リスクアセスメント<br>生活の中に潜む安全・健康のリスク（交通事故や転倒、火災、服薬管理など）や外的脅威（経済被害や虐待、差別など）を他の支援者からの情報と重ね合わせて把握する | <input type="checkbox"/> |
| 9                        | 心身の機能<br>認知機能やADL、IADLなど、本人が日常の活動をひとりで実行するための心身の機能を把握する                                   | <input type="checkbox"/> |
| 10                       | 状態の変化<br>表情や行動の変化から、本人の心身の変化に気づく                                                          | <input type="checkbox"/> |
| STEP 3 ■ 多職種と協働した個別的支援   |                                                                                           |                          |
| 11                       | 家族の関わり方の相談<br>ケアマネジャーと協力して、本人の生活状況や心身の状態を家族がどのように認識しているか把握し、家族がどのように関わることができるか家族と相談する     | <input type="checkbox"/> |
| 12                       | 多職種の合意形成<br>医療・介護・福祉職の間で適時適切に情報共有し、多職種協働による支援方針について合意形成する                                 | <input type="checkbox"/> |
| 13                       | 看護計画<br>日常の体調管理や生活の安全の支援を通して、本人が望む暮らしを支える看護計画を立てる                                         | <input type="checkbox"/> |
| 14                       | 医療の調整<br>心身状態と本人の意向を勘案し、本人にとってより良い医療を調整する                                                 | <input type="checkbox"/> |
| 15                       | 本人の対応力<br>日常生活における本人の持つ力を信じて引き出し、発揮できるように環境を整える                                           | <input type="checkbox"/> |
| STEP 4 ■ 予測的判断と意思決定支援    |                                                                                           |                          |
| 16                       | リスク対策の優先順位<br>本人の意向を尊重して注意深く見守りながら、安全・健康のリスクの観点からすぐに介入が必要なことを判断する                         | <input type="checkbox"/> |
| 17                       | 安全と健康維持の評価<br>本人の対応力や周囲の支援によって健康で安全な生活が維持できるかどうか、多職種で協議する                                 | <input type="checkbox"/> |
| 18                       | 本人・家族との話し合い<br>今の暮らしの継続や暮らしの場の移行について、本人・家族の意向を聞き、今後の見通しを伝えて継続的に話し合う                       | <input type="checkbox"/> |

# 独居認知症高齢者の 自立生活を支える 訪問看護の実践ガイド

