

2-2) 実践対応力 I

- ①アセスメントのポイント
- ②認知機能障害への対応
- ③BPSDの要因・症状と対応
- ④身体管理・症状経過を踏まえた対応
- ⑤せん妄への対応
- ⑥退院支援

認知症ケアの基本

〔対応力 I 1〕

- ① その人らしく存在していただけることを支援
- ② できることに目を向けて、本人が有する力を最大限に活かせるよう、自己決定を尊重
- ③ 生活歴を知り、生活の継続性を保つケア環境
- ④ 感情・情緒に配慮した、心地よいケアやコミュニケーション
- ⑤ 家族やケアスタッフの心身状態にも配慮
- ⑥ 退院・社会復帰を早期より視野に入れたケア
- ⑦ 最期の時までを視野においたケア

アセスメントの視点

〔対応力 I 2〕



入院時の確認事項

〔対応力 I 3〕

日々の生活の様子や言動から、**認知機能低下**を疑う徴候がないかを確認する

- ◎ 本人に自覚症状(もの忘れや探し物が増えた、道に迷うなど)の変化を確認する
- ◎ 検温や問診を依頼した時や、トイレへ行った時の行動を観察する
- ◎ 注意障害や見当識障害を確認する
- ◎ 家族や関係者から、買い物や内服管理などの行動を確認する

入院後に認知症が疑われる場面

〔対応力 I 4〕

認知機能の低下が疑われた場合は、
速やかに認知症に関連した**アセスメント**を行う

- 認知機能について
- 行動・心理症状について
- 日常生活について（睡眠、食事、活動、排せつ、内服管理など）
- 生活環境について（転倒や転落など）
- せん妄発症リスクについて
- 対象患者と医療従事者の関係性について
（信頼関係が築けているか）

認知機能のアセスメント

〔対応力 I 5〕

- 普段の会話から認知機能のアセスメントを行う
 - ➡ 会話の中で、短期記憶・長期記憶・注意障害など評価をする
- 一緒に行動する
 - ➡ どの行動ができるか、どのようにすれば行動できるか、できないことは何か評価をする
- ベースラインを明らかにする
 - いつもと違う場合はアセスメントする
 - ➡ いつもより元気がない、寝てばかりいる場合は、身体的苦痛やせん妄の可能性もあるため再アセスメントをする

生活への影響を確認する

(手段的日常生活動作 IADL:Instrumental Activities of Daily Living)

〔対応力 I 6〕

可能であれば、入院前の状況を聴取する

- 治療や療養生活 に関係すること
 - ▶ 自分で薬の管理ができる
 - ▶ 食事の準備ができる
 - ▶ 独りで通院できる(公共機関を使える)
 - ▶ 電話をかけることができる
 - ▶ ATMなど金銭管理ができる
 - ▶ 買い物ができる
 - ▶ 掃除、洗濯などができる

身の回りのことができるか確認する

(日常生活動作 ADL:Activities of Daily Living)

〔対応力 I 7〕

入院前と後でADLに変化がないか、
変化がある場合、それで戸惑っていないか評価する

● 治療 に関係すること

- ▶ 食事を摂ることができる
- ▶ 排せつ(排尿、排便)
- ▶ 入浴
- ▶ 着替え
- ▶ 眠れている(日中も含めて休息がとれている)

● 転倒に関係すること

- ▶ 歩いて移動できる(ふらつきの有無)
- ▶ トイレに行くことができる(場所がわかるかも含めて)
- ▶ 階段を上ることができる(バリアフリーでない場所)

2-2) 実践対応力 I

- ①アセスメントのポイント
- ②認知機能障害への対応
- ③BPSDの要因・症状と対応
- ④身体管理・症状経過を踏まえた対応
- ⑤せん妄への対応
- ⑥退院支援

記憶障害への対応

〔対応力 I 8〕

【観察項目】

- ◎ 物を置いた場所を忘れる
- ◎ 薬を飲み忘れる、飲んだことを忘れてしまう
- ◎ 聞いたこと・したことを忘れる

》》》 対応

- ▶ 1日のスケジュールを決めて書く、見えるところに置く
- ▶ リアリティーオリエンテーションを行う
- ▶ なぜ入院したのか分かるメモなどを置く
- ▶ 重要な物は見つけやすいところに置く
安全の範囲内で自立を促す
- ▶ 過去の写真は会話や想起の手がかりになる
- ▶ 間違いや失敗を指導しない、否定しない

実行機能障害への対応①

〔対応力 I 9〕

【観察項目】

- ◎ 排せつ時、一連の動作を順序立ててできるか
- ◎ シャワー、リモコン、電話などの道具が使えるか
- ◎ 言語以外のメッセージも、注意深く観察する
(行動や表情など)

【本人・家族に確認】

- ◎ 買い物が一人でできなくなるか
- ◎ 新しい場所に行ったときに混乱するか

実行機能障害への対応②

〔対応力 I 10〕

》》》 対応

- ▶ 選択肢は二択にする
- ▶ ジェスチャーを取り入れる
- ▶ 最初のきっかけとなる動作を手伝う
- ▶ 一度に複数のことをするような複雑な作業はさける
例)「起きますよ」→「ここ(車いすの座面を触る)に座ります」
→「検査に行きます」
- ▶ 環境の整備(わかりやすさ)
 - ・ 空間: わかりやすい(コントラスト、明るさ、影)
 - ・ 時間: 予定が確認できる、不意打ちをしない
 - ・ 人 : 「なじみ」、わかりやすいコミュニケーション

視空間認知障害への対応

〔対応力 I 11〕

【観察項目】

- ◎ 部屋を間違える ベッドに頭と足を逆に寝る
- ◎ 便座にうまく座れない

》》》 対応

- ▶ 物体の認識を助ける(特に失認も伴う場合)
 - ・ 見るのと同様に触ることもできるようにする
 - ・ 声かけをする
- ▶ 人の認識、表情認識を助けるために
 - ・ まず認識してもらってから、正面から向き合って距離を縮める
 - ・ 自分が先に声をかける (自分を見ているからといって認識されているとは限らない)
 - ・ 会話の際に顔に影ができないようにする
- ▶ 病棟での安全面で
 - ・ 暗い通路、光の反射の強い床は見当識障害につながる
 - ・ トイレの便座と床の色を変える
 - ・ 部屋がわかるように目印をつける

注意障害への対応①

〔対応力 I 12〕

コミュニケーションをとる上で一番問題になるのは“注意の障害”
(注意障害: 注意・集中を向けることができない、維持できない)

【観察項目】

◎ ちょっとした物音で中断する

》》》 対応

➡ いかに負担なく注意を向けてもらえるかがポイント

- ▶ 視野の中に入って声をかける
(視野の外(後ろ)から声をかけても、意識がむかない)
- ▶ 認知症の人が認識したら通常よりも一歩近い距離に近づく
(注意の維持がしやすいように、より近くははっきりと見えるところから)
- ▶ 複数の刺激を用いる (ケアの道具を見せる、タッチングをする など)
- ▶ アイコンタクトをとる (注意がそれるのを防ぐ)
- ▶ 目線は認知症の人より低めに

注意障害への対応②

〔対応力 I 13〕

》》》 対応

- ▶ 集中しやすい環境
(TVを消す、人通りが少ない部屋、適度な照明など)
- ▶ 顔に影のかからないようにする
- ▶ 会話は非言語メッセージも取り入れる
- ▶ 会話は低いトーンで、ゆっくり、はっきり
- ▶ 短い文、具体的に
- ▶ 同じ言葉をくり返してもよい
- ▶ 会話の中に相手の名前を含め、本人が慣れている名前をいう
- ▶ 応答を待つ (10秒ルール、15秒ルール)
- ▶ 話をさえぎらない

アルツハイマー型認知症の対応

〔対応力 I 14〕

- 早期発見・早期の正確な診断、推奨されている適切な薬物療法を開始・継続することが重要である
- 認知機能障害や行動心理症状、身体機能、本人や家族の希望を考慮し非薬物療法を積極的に継続する
- 薬物療法は、十分な説明を行ったうえで開始し、その後も適宜症状を確認し、副作用に留意する
- 進行予防の介入が可能な因子(高血圧、糖尿病、脂質異常など)への対応・治療を継続する

血管性認知症の対応

〔対応力 I 15〕

- 高血圧症や糖尿病、脂質異常症、心房細動、運動不足、肥満、喫煙など血管障害のリスク因子の内科的管理による脳卒中の再発の防止が重要である
- 嚥下障害や歩行障害などを伴うことが多いため、誤嚥や転倒に注意し、リハビリテーションを行う
- 自発性や意欲の低下、抑うつに留意し、非薬物的対応や薬物療法を組み合わせた適切な対応を継続する
- 廃用症候群の予防のためデイケアやデイサービス等を利用して活動性を保つ

レビー小体型認知症の対応

〔対応力 I 16〕

- 早期発見と早期診断、早期治療、身体機能の維持のためのリハビリテーションが大切である
- 治療の標的とすべき臨床症状を見定め、ケアや環境整備などの非薬物療法と薬物療法を組み合わせる
- 転倒や誤嚥、失神、血圧の変動、便秘などに注意する
- 認知機能の変動や幻視、パーキンソン症状、レム期睡眠行動異常症によるQOLへの影響を考慮する

前頭側頭葉変性症の対応

〔対応力 I 17〕

- 早期発見には、初期症状の特徴的な**行動障害**や**進行性失語、言語障害**を見逃さないことが重要である
- 症状の理解、介護者への配慮、行動障害の対応など**状態に応じた個別の支援**が重要である
- 家族教育、介護の工夫、環境調整、介護負担の軽減、進行予防のために**適切な支援や公的な社会資源を活用**する
- 行動障害や精神症状に対しては、現存する機能、特徴的な症状、それまでの生活様式を利用した**非薬物的対応**を考慮する

2-2) 実践対応力 I

- ①アセスメントのポイント
- ②認知機能障害への対応
- ③BPSDの要因・症状と対応
- ④身体管理・症状経過を踏まえた対応
- ⑤せん妄への対応
- ⑥退院支援

認知症の人の訴えとその真意を考える①

〔対応力 I 18〕

家に帰りたい！

ここには、信頼できる人がいない、居場所がない、安心できる場所ではない

お金や大切なものがなくなった！

自分の尊厳・人としての自尊感情・大事な人との人間関係など
その人の大事にしているものが失いつつある、失われた

急に怒りだした！

自分の気持ちをきちんと受け止めてもらえない。怒鳴られたように聞こえる
子供のように扱われた。便秘や痛みがある。心と身体の痛み・苦痛・辛さ

認知症の人の訴えとその真意を考える②

【対応力 I 19】

家に帰りたい！

ここには、信頼できる人がいない。居場所がない。安全な居場所がない。

安心できる居場所を失う

⇒安心して生活できるような人間関係や環境づくり

お金や大切なものがなくなった！

自分の尊厳・人としての自尊感情・大事な人との人間関係など
その人の大事なものがなくなってしまう。

自尊感情を傷つける

⇒気持ちを共有したり、大切な人であるという
メッセージを送る

急に怒り出した！

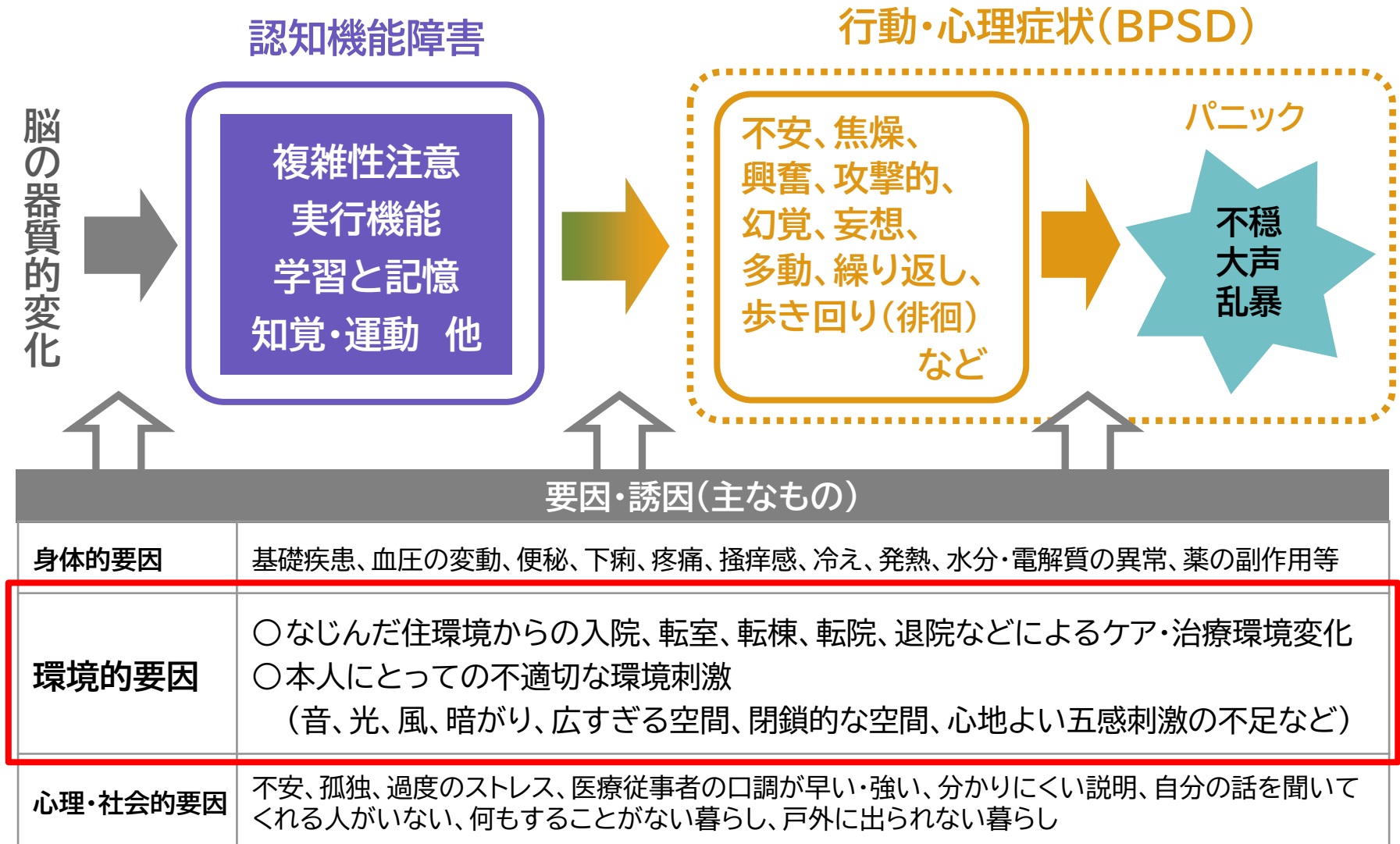
自分の気持ちをきちんと受け止めてもらえない。怒鳴られたように聞こえる。
子供のように扱われた。何科の病気がある。それと自分の病気、持病、症状。

尊厳を傷つける

⇒一人の大人として対応する。

認知症の症状と環境の関係

〔対応力 I 20〕



BPSDの予防

〔対応力 I 21〕

- 本人にあった環境調整を行う
- スタッフも環境要因のため、早期に医療スタッフと信頼関係(なじみの関係)になれるよう配慮する
- 本人の表情や言動・行動の変化に気づき、予測的に観察・行動することで、BPSDの誘因となる苦痛や不快をアセスメントする
- 本人の苦痛や不快に対応することで、BPSDを予防する
- 特に、入院初日から数日は頻回に訪室し、本人の状態を評価する

BPSD予防(環境調整)の具体例①

〔対応力 I 22〕

- メガネ・補聴器・入れ歯をつける
- リアリティーオリエンテーションで今を伝える
例)ごはん → 朝ごはん
例)点滴の時間ですよ → 10時の点滴の時間ですよ
- ルート類の整理、見えない位置へ配置
- 日中はカーテンを開ける
- ナースコールは手の届く位置
- 会話時はTVを消す
- 検査やリハビリの予定は紙に書いて表示する

BPSD予防(環境調整)の具体例②

〔対応力 I 23〕

- 家で使っているものを使う
(いつも身に付けているカバンや財布など)
- 家族やペットの写真を飾る
- 家族に手紙を書いてもらう
- 清潔援助などリラックスできる時間をもつ(爪切り、髭剃りなど)
- 感謝の言葉や褒める機会をもつこと
- 患者さんと楽しい時間を作る
 - ➡ 検査への移動時間など、ちょっとした時間に昔のことを聞く時間を作る(例:生まれ、仕事のことなど)
 - ※入院時収集した生活歴なども活用する

BPSD対応の基本①

〔対応力 I 24〕

● BPSDの出現や悪化の原因を検討

①身体疾患が原因

- ➡ 発熱や便秘、痛みやかゆみなど身体的苦痛がないか評価する
- ➡ 身体的苦痛がある場合は治療をできるよう医師に相談する

②服用中の薬が原因

- ➡ 薬の副作用としてBPSDを誘発することがある。薬の開始や中止などないか確認する

③環境やケアが原因

- ➡ 入院による環境の変化や病気による不安や恐怖、ケアに対する不快感などないか
- ➡ 環境調整やコミュニケーションを工夫する

BPSD対応の基本②

〔対応力 I 25〕

- 多職種による介入や支援を検討
- 認知症ケアチームなど専門チームや認知症の専門医と協働
- 薬物療法の必要性を検討
(開始後も症状の改善に合わせて減量・中止を検討する)
- 上記でも症状が改善しない場合は、精神科への紹介を検討

BPSD対応の基本③

〔対応力 I 26〕

- 薬物療法を実施した場合、以下のことを観察
 - ▶ 日中の過ごし方
 - ▶ 昼間の覚醒度の変化、眠気の有無
 - ▶ 夜間の睡眠状態の変化
 - ▶ 水分や食事摂取状況
 - ▶ 排尿や排便の変化
 - ▶ パーキンソン症状の有無
(振戦、筋強剛、寡動、小刻み歩行、前傾姿勢、仮面様顔貌 など)
 - ▶ 転倒傾向の有無

BPSD) 認知症における睡眠障害の特徴

〔対応力 I 27〕

- 認知症の病態や重症度、疾患の進行により症状は様々である。
- 加齢にともなう睡眠の質的・量的変化、光環境の変化を始め環境の影響や活動量の低下や対人交流の減少などの影響も大きい。
- さらに身体・精神の合併疾患や薬物治療も睡眠障害の原因となる。
- 症状は、不眠、過眠、概日リズム睡眠障害、睡眠呼吸障害など多岐にわたる。

BPSD) 睡眠障害への対応

〔対応力 I 28〕

環境の変化に伴い容易に睡眠覚醒リズムの障害が生じやすい

》》》 対応

- ① 生活リズムを維持することが重要
 - ◎ 起床、食事、就寝時間を一定にする
 - ◎ 日中の十分な光曝露
 - ◎ 夕食以降のカフェインを避ける
 - ◎ 利尿薬等は午前中に内服させる
- ② 投薬する場合は副作用を定期的にチェック
 - ▶ 鎮静 ▶ 昼間の眠気 ▶ 転倒 ▶ 健忘
- ③ 改善後は適宜減薬や中止を検討

BPSD) 焦燥(agitation)への対応

〔対応力 I 29〕

意識障害や要求によって生じたのではない不適當な
言語、音声、運動上の行動

》》》 対応

原因を明らかにする

- ▶ 誘因となる問題を同定
- ▶ 問題から患者を引き離す
- ▶ 安心感を与えつつ、落ち着いたら別の物事に注意を向けるように促す

BPSD) 妄想への対応

〔対応力 I 30〕

主介護者など身近な人を対象とすることが多い。
人間関係に重大な影響を及ぼすため、確実に対応
することが必要

》》》 対応

- ▶ 支持的対応
- ▶ 安心感を与える対応
- ▶ 背景には自己喪失感に対する反応もある
- ▶ 体系化したり固定化することは少ない。短絡的で時間変動もするので、一定時間本人の主張に対応してから休憩をとり、注意を別に向けるとよい場合が多い

薬物療法

持続する場合には、社会的関係を維持するためにも
薬物療法を含めた対応を考え、専門家と相談する

BPSD) 抑うつへの対応

〔対応力 I 31〕

》》》 対応

- ▶ 支持的対応
- ▶ 安心感を与える対応
- ▶ 身体能力の低下等に直面させるのを避ける
- ▶ 楽しみを与えようと無理に活動に参加させることは逆効果

BPSD) 歩き回り(徘徊)のパターン

〔対応力 I 32〕

誤認	● 見当識障害が激しくなって、不意に今いる場所が分からなくなる ● 帰り道を探したり、出口を探しているうちに迷子になる
願望(焦燥)	● 定年になっているのに朝仕事に出かけようとする、主婦だった人が夕方買い物に出かけようとするなどの目的があり、外出する ● 今すぐ行かなくてはならないという強い思い込みや焦燥感を伴う
無目的常同	● 特に目的があるようには見えず、ただ漫然と歩き回る
意識変容	● 軽い意識障害が日中でも起きて歩き回る ● はっきりと目が覚めていない状態で歩き回る ● 幻覚や妄想を伴うことが多い

BPSD) 歩き回り(徘徊)への対応

〔対応力 I 33〕

》》》 対応

原因を明らかにする
(きっかけを探ることが重要)

- ▶ 見当識の問題：居場所が分からなくなる
- ▶ さがしている
- ▶ 退屈している
- ▶ 外的刺激への反応
- ▶ 常同行為

BPSD) 攻撃性の背景となる因子

〔対応力 I 34〕

身体的因子	● 疼痛などの身体的問題 ● 前頭葉・側頭葉の機能障害
精神的因子	● 抑うつ状態 ● 各種妄想 ● 易怒性 ● 焦燥・人物誤認
環境的因子	● コミュニケーション不足 ● 信頼関係が築かれていない状態

BPSD) 暴言・暴力への対応

[対応力 I 35]

- ◎ 原則として予防が重要
- ◎ 人間関係を壊す可能性が高く、本人の不利益を防ぐために早急な対応が望まれる

》》》 対応

- ▶ **せん妄の有無**を確認
 - ▶ 背景に**苦痛(特に疼痛)**、**不快感**が原因のことがある
 - ▶ 訴えられていない苦痛はないか確認
(疼痛、便秘、脱水など)
 - ▶ 苦痛となる環境要因はないか確認 (騒音、光 など)
- ※ 介護者から失敗を指摘されたり、自尊心を傷つけられる、行動を止められる、命令されるなどの場面で**心理反応**として生じることもある

BPSD) ケア拒否への対応

〔対応力 I 36〕

【観察項目】

- ◎ 疲労感、体調不良、疼痛など身体的要因
- ◎ 症状の出現する時間帯・状況・相手・ケアの種類
- ◎ 患者の病状や行動を否定し、感情を傷つけていないか

》》》 対応

- ▶ 落ち着くまで待つ、患者が好む人に対応してもらう
- ▶ 穏やかな声で分かりやすく話しかける
- ▶ 無理な説得をせず、共感的態度で接する
- ▶ 好きな音楽をかけるなど安心できる環境を作る

2-2) 実践対応力 I

- ①アセスメントのポイント
- ②認知機能障害への対応
- ③BPSDの要因・症状と対応
- ④身体管理・症状経過を踏まえた対応
- ⑤せん妄への対応
- ⑥退院支援

認知症の人の身体管理・症状経過を踏まえた対応

〔対応力 I 37〕

- 入院生活の支援
 - ① 睡眠・休息
 - ② 覚醒・活動
 - ③ 食事
 - ④ 排せつ
 - ⑤ 身支度
- 痛みや苦痛への支援
- 転倒・転落への支援

睡眠・休息の支援①

〔対応力 I 38〕

①睡眠・休息

生活リズムを維持することが重要

- ▶ 入院前の起床・就寝時間や、就寝方法（畳かベッド、明るさ、温度等）を把握し、それに近い生活リズムする
- ▶ 日中の十分な光曝露
- ▶ 夕食以降のカフェインを避ける
- ▶ 利尿薬等は午前中に内服する

睡眠・休息の支援②

〔対応力 I 39〕

②睡眠・休息

就寝前のリラックスできる支援

- 》》》 対応 ▶ 疼痛やかゆみがある場合は、それらを除去できるように努める
- ▶ 空腹で眠れない場合は、主治医の許可を得て間食や飲み物を用意する
- ▶ 好みの音楽など流す

活動と休息のバランスを注意する

- 》》》 対応 ▶ 日中に車いすに乗車するなど覚醒を促す
- ▶ ただし、疲労感に応じて日中も休息がとれるよう配慮をする

覚醒・活動の支援

〔対応力 I 40〕

⑥覚醒・活動

活動する時間帯に眠っていることはあるか評価する

》》》 対応 例) 食事中に眠る、一日を通してぼーっとしている

- ▶ 睡眠薬の影響
- ▶ 抑うつ状態
- ▶ 低活動型のせん妄
- ▶ もともとの睡眠パターン

など 原因を確認する

趣味や1日の生活パターンが続けられるよう支援する

》》》 対応 例) 朝はコーヒーを飲む、テレビで野球を見る

摂食困難の3分類と具体例

〔対応力 I 41〕

◎食事

摂食開始 困難	● じっと座ったまま食べようとしない ● 食器を並べ替えたり、食物を移動したりを繰り返す ● 幻覚・誤認・妄想・苦痛等で食べ始めることが出来ない など
食べ方の 困難	● 一口量が適量すくえない ● ペースが速く、窒息しそうになる ● 1つの食器からのみ食べる ● 食べられる時とそうでないときがある ● 食べこぼす など
摂食中断	● 食事以外の刺激に注意が向き、食べることを中断する ● 食事の途中で立ち去る ● 食事中にむせて食べ続けられない ● 食事中に眠る など

摂食・栄養(食事)に関する注意点

〔対応力 I 42〕

◎食事

- 食事が進まない理由に、**身体症状や認知機能障害**が影響していることがある
- **摂食不良**をそのまま**食欲不振**とみなさない
- 「**食べない**」時には以下を考慮する
 - ▶ 注意が続かない（医療者やほかの患者に気を取られる）
 - ▶ 道具が適切に使用できない
 - ▶ 食事を口元まで運べない
 - ▶ 飲み込むことが困難である
 - ▶ 義歯がなく咀嚼できない
 - ▶ 口腔内の痛み（口内炎、義歯があわない）
 - ▶ 口腔内や口唇の乾燥

食事の支援

〔対応力 I 43〕

©食事

食事をした経験を記憶できず食事の催促をされた場合

- 》》》 対応
- ▶ ゼリーなどおやつをとっておいて出す
 - ▶ 気がまぎれるよう散歩などをする
 - ▶ 次を準備していることを伝え、安心させる

食べ始めない場合の支援

- 》》》 対応
- ▶ 注意が続かない場合は、壁側や静かな環境にする
 - ▶ 入院前の食形態や食事姿勢・食具に近づける
 - ▶ お椀や箸を手に乗せるなど最初の動作を支援する

認知症の認知機能障害と排せつ

〔対応力 I 44〕

④排せつ

記憶障害	● トイレの場所を忘れ、トイレに行く前に失禁したりトイレ以外で排せつする ● トイレに行ったことを忘れ、すぐにトイレに行く
見当識障害	● 時間、場所などの見当がつかなくなり、失禁したり、トイレ以外で排せつする ● 時間の見当がつかなく日中・夜間に頻回にトイレに行く
失行	● 身体的機能障害はないが、ズボンや下着の上げ下ろしや便器の蓋の開け閉めが出来ないなどで。衣類の汚染、失禁、便器以外で排せつする
失認・失行	● トイレの意味、トイレの使い方などがわからなくなり、失禁、トイレを汚す、トイレ以外での排せつ、便を触る・弄ぶ、トイレの水に手を入れる
遂行機能障害	● 排せつ時の一連の手順がうまくできない(トイレの扉を開ける、蓋を開ける、ズボンの脱ぐ、便座に座る、排せつ後ペーパーで拭く、ズボンを上げる、流すなど)

排せつの支援①

〔対応力 I 45〕

④排せつ

尿意・便意が不明瞭な場合

- 》》》 対応 ▶ 排せつのサインを確認する
- ▶ 排尿・排便パターンを確認し排せつを誘導する
 - ▶ 排せつはある程度まとまった量がでているか、残尿がないか確認する

トイレの認識ができない場合

- 》》》 対応 ▶ 照明の調整、トイレのマークの表示などの環境上の工夫をする
- ▶ 便器を目で確認してもらう
 - ▶ メガネやハンカチを準備するなど本人の準備を行う

排せつの支援②

〔対応力 I 46〕

④排せつ

衣服の着脱が困難

- 》》》 対応 ▶ ボタンやジッパーのつまみを大きくする
▶ ウエストゴムを調整する
▶ 男性の場合、ゆとりのある下着を選択する

起居動作が困難

- 》》》 対応 ▶ 手すりや補高便座など動作を助ける福祉用具を利用する
▶ 困難な動作のみ介助する

頻尿や便秘がある

- 》》》 対応 ▶ 頻尿の場合は、場合によっては泌尿器科に評価を依頼する
▶ 記憶障害などあり自身の排便状況を把握できない場合は、毎日排便状況を把握する

身支度の支援

〔対応力 I 47〕

㊦ 身支度

入浴拒否の場合

- 》》》 対応 ▶ 実行機能障害や失行・失認により、入浴方法が分からない場合がある
- ▶ なぜ、入浴拒否するのかアセスメントする
 - ▶ ものものしく誘わず、自然体で風呂に誘導する
 - ▶ 入浴が難しい場合は、無理せず足浴や清拭に変更してみる

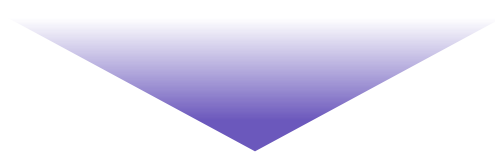
服を着替えることを嫌がられる場合

- 》》》 対応 ▶ 失行による場合は、一緒に行い、できるところは自分でできるよう支援する
- ▶ 「汚いです」など声掛けではなく、「この素敵な服にしましょう」など、ポジティブな声かけを行う
 - ▶ トイレに行くタイミングなど、タイミングを見て声をかける

痛みや違和感などの表し方・伝え方

〔対応力 I 48〕

- 認知症の人は、痛みや痒み、違和感などの症状を適切に表現したり、伝えることが難しい
- 医療従事者は、苦痛があれば患者は表現したり、伝えるはずと思いがち



- ◎ 身体症状の変化や悪化を見落としてしまう
- ◎ 全身状態の変化を見逃してしまう
- ◎ せん妄やBPSDの原因となる

痛みに気づくサイン

〔対応力 I 49〕

表情 泣く、パニックになる、不機嫌になる

行動 身構える、おびえる

自律神経症状 頻脈、発汗などの侵襲に対する反応

【 観察によって評価する尺度 】

>>> 日本語版アビー痛みスケール (APS-J)

>>> 重度認知症者の疼痛評価 PAINAD

➡ 尺度の活用

◎ 定期的に実施することで痛みの発生に気づく

◎ 鎮痛剤を使用した効果の評価

日本語版アビー痛み尺度

〔対応力 I 50〕

*移動時の痛みを評価するスケール

問1. 声をあげる（例：しくしく泣いている、うめき声をあげる、泣きわめいている）

0：なし 1：軽度 2：中程度 3：重度

問2. 表情（例：緊張して見える、顔をしかめる、苦悶の表情をしている）

0：なし 1：軽度 2：中程度 3：重度

問3. ボディランゲージの変化（例：落ち着かずそわそわしている、体をゆらす、体の一部をかばう）

0：なし 1：軽度 2：中程度 3：重度

問4. 行動の変化（例：混乱状態の増強、食事の拒否、通常の状態からの変化）

0：なし 1：軽度 2：中程度 3：重度

問5. 生理学的変化（例：体温、脈拍または血圧が正常な範囲外、発汗、顔面紅潮または蒼白）

0：なし 1：軽度 2：中程度 3：重度

問6. 身体的変化（例：皮膚の損傷、圧迫されている局所がある、関節炎、拘縮、障害の既往）

0：なし 1：軽度 2：中程度 3：重度

総合疼痛得点

0-2：痛みなし（0） 3-7：軽度（1） 8-13：中程度（2） 14以上：重度（3）

* 使用の際には、アビー痛みスケール日本語版の使い方(www.pain-nursing.net)をご確認ください

Takai,Y.,Yamamoto-Mitani,N.,Chiba,Y.,Nishikawa,Y.,Hayashi,K.,&Sugai,Y.Abbey Pain Scale: Development and validation of the Japanese version. Geriatrics & Gerontology International,10(2):145-153,2010

その他の苦痛について

〔対応力 I 51〕

- その他の身体症状緩和
 - ▷ 呼吸困難
 - ▷ 吐き気
 - ▷ 倦怠感
 - ▷ かゆみ
- 苦痛の評価について
 - ▷ 認知症の人の苦痛は過小評価される
 - ▷ BPSDと誤解される危険性がある

心理的苦痛への配慮

〔対応力 I 52〕

- 認知機能障害に関連して、認知症の人も違和感や苦痛を感じる
- 特に、軽度認知症においては、失敗体験にともなう自尊心の傷つき、自律性の喪失への恐怖がある



心理的苦痛にも配慮をした
かわり、支援が重要

例：忘れてしまったことを指摘する
ケアの失敗を責める

認知症の認知機能障害における転倒リスク

〔対応力 I 53〕

分類	転倒との関連
記憶障害	◎ 介助の必要性を覚えていない ◎ 物を置いた場所がわからない、覚えられない
見当識障害	◎ 時間、場所などがわからず、歩き回って転倒する ◎ 見守り体制の十分でない夜間の活動が増加
視空間障害	◎ 空間認知の障害のため物の位置がわからず、つまずく・ぶつかる
失認・失行	◎ 衣類や履物を正しく着用できないためにバランスを崩して転倒しやすい
注意障害	◎ 注意深い行動が取れない ◎ 注意喚起を理解できずに転倒する

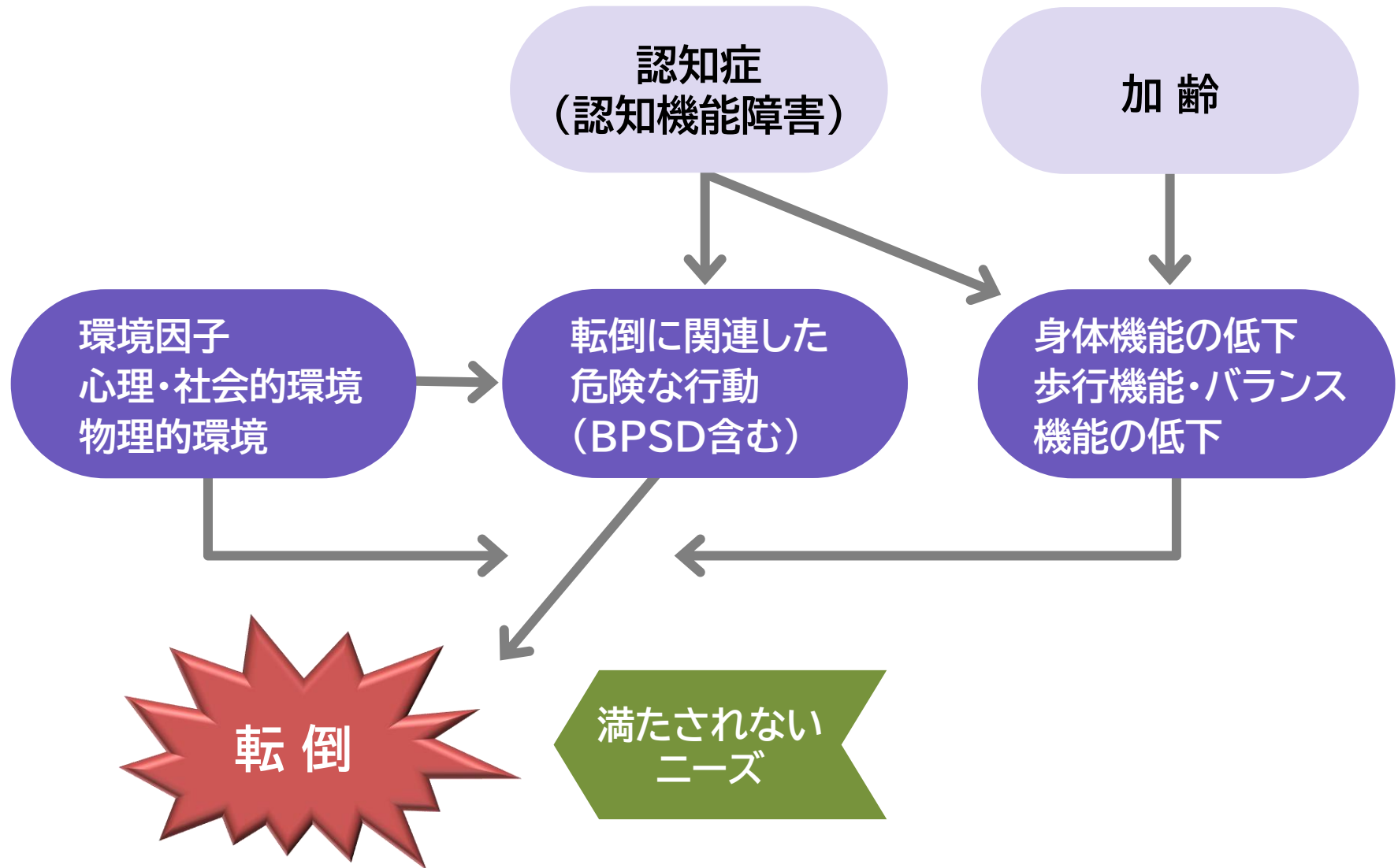
高齢者の転倒の要因

〔対応力 I 54〕

内的要因	外的要因
● めまいや失神 ● 認知障害、せん妄 ● 歩行障害 ● 廃用性症候群 ● 視力障害 ● 酩酊 ● 薬剤の使用 (向精神薬、降圧剤、血糖降下薬、 抗ヒスタミン薬)	● 滑りやすい床表面 ● 目の粗いじゅうたん ● カーペットのほころび ● 固定していない障害物 ● 家財道具の不備・欠陥 ● 照明の不良 ● 戸口の踏み段

認知症の人の転倒の特徴

〔対応力 I 55〕



転倒を引き起こす危険な行動

〔対応力 I 56〕

- ▶ 突発的な行動をとる
- ▶ 興奮して動き回る
- ▶ 看護・介護援助に抵抗がある
- ▶ 車椅子の座位姿勢バランスが崩れる
- ▶ 危険に対して意識せず行動する
- ▶ 指示に従わず一人で行動しようとする
- ▶ 状態が悪いときでも普段と同じような行動をする
- ▶ 車椅子から急に立ち上がったり、歩きだそうとする
- ▶ 実際はできない行動(歩行、立位、移乗など)を自分一人できるとして行動する
- ▶ 尿意、便意を感じると、突発的にトイレに行こうとする
- ▶ 尿意、便意が気になって落ち着かない



全てに、患者のニーズが隠れている

転倒・転落への対応①

〔対応力 I 57〕

- 転倒しても外傷や心理的ショックを
最小限にすることを目的・目標にする
 - 》》 転倒ゼロを目標にせず、転倒を前提に対策を立てる
- 多職種で転倒のリスクや身体機能、入院
環境を評価し、多面的な介入により転倒・
転落を予防する
 - 》》 基礎疾患の治療、薬物の調整、運動、歩行訓練、環境
調整、衝撃吸収マットやポジションバーを活用など

転倒・転落への対応②

〔対応力 I 58〕

- ニーズに即したケア
- 転倒リスクの**アセスメント**
 - ➡ SRRST
 - 要介護高齢者における主観的転倒リスク評価
 - みまもりスコア
 - 転倒予測スコア
 - 入院高齢者の転倒予測に関する改訂版アセスメントツール
- 本人の意思や気持ちを大切にした転倒**予防対策**
- 積極的な**生活リハビリ**テーション

安全な行動への誘導

〔対応力 I 59〕

活動は制止できない. 安全な立ち上がりと移動を支援

◎ 立ち上がり前の座位の安定

- ・ 低床ベッド、立ち上がりサポートマットレス

◎ 立ち上がりの安定

- ・ 滑り止めマット、靴を履きやすくそろえる
- ・ ベッドからトイレや車いすへの出口をつくり、移乗を支援する手すりを設置
- ・ 壁やタンスなど、掴まりやすいものをつなぐ経路をつくる

◎ ふらつき、バランスを崩す動作を誘発しない

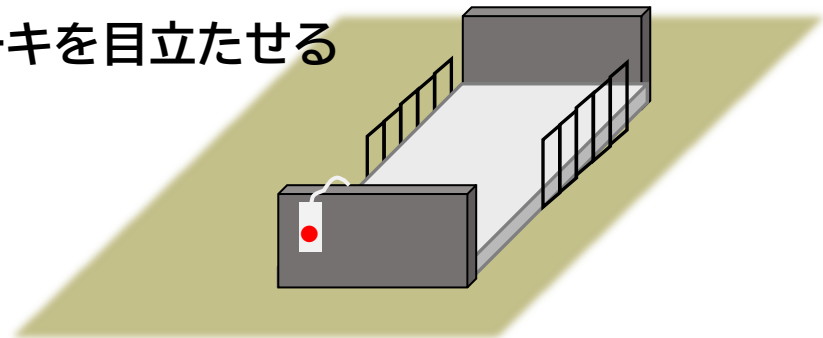
- ・ 背後から声をかけない(回転するような動作は極力避ける)
- ・ ひざまづくような姿勢、かがむ姿勢を避ける

◎ 視覚に訴える

- ・ 停止線、目標物の設置、手すりやブレーキを目立たせる

◎ 転倒時の外傷予防対策を実施する

- ・ 低床ベッド
- ・ 衝撃吸収マット、床材
- ・ ヒッププロテクター



ルート抜去がある場合の対応

〔対応力 I 60〕

点滴の必要性を訪室ごとに説明

ルートがみえない工夫、気にならない工夫

- 》》》 対応
- ▶ ルート部分に大事なものであることを記載
 - ▶ 長袖や包帯で刺入部を隠す工夫
 - ▶ 首元からルートを出す
 - ▶ 延長チューブを使用

点滴の時間帯を検討

- 》》》 対応
- ▶ 主治医に相談し、点滴を日中のみ、もしくは眠っている夜間にする

点滴の拒否が強い場合は、必要性を再検討

- 》》》 対応
- ▶ 他の治療方法がないか、いつまで必要な治療なのか など再評価

拒薬への対応

〔対応力 I 61〕

本人のペースに合わせる

- 》》》 対応
- ▶ 拒薬がある場合、タイミングが合わない場合も多いため、無理に説得せず、時間を置いて関わる
 - ▶ 手にのせてのむ、スプーンが良いなど、入院前と同様の方法で内服介助を行う

本人の納得できる声をかける

- 》》》 対応
- ▶ 指示的に「飲んで下さい」などの声掛けにより嫌になることもある。「協力してくれませんか」など依頼の形をとる

主治医から説明してもらう

- 》》》 対応
- ▶ 拒薬が続く場合は、主治医に説明してもらう
 - ▶ どうしても無理な場合は中止も主治医に相談する

安静保持が困難な場合の対応

〔対応力 I 62〕

動いた原因を評価

- 》》》 対応
- ▶ 疼痛がある場合は鎮痛剤を使用する
 - ▶ 排せつの場合は、排せつ行動がとれる関わりをする

安静保持の必要が分かるよう説明

- 》》》 対応
- ▶ 訪室ごとに安静の必要性を説明する

安静保持により苛立ちがある場合は、薬剤の使用も検討

- 》》》 対応
- ▶ 認知症ケアチームや精神科医も含めて早めに相談する
 - ▶ いらだちなどがある場合は、早めに薬剤の使用を検討する

2-2) 実践対応力 I

- ①アセスメントのポイント
- ②認知機能障害への対応
- ③BPSDの要因・症状と対応
- ④身体管理・症状経過を踏まえた対応
- ⑤せん妄への対応
- ⑥退院支援

せん妄発症により生じる問題

〔対応力 I 63〕

患者(認知症の人)

- 転倒・転落の増加
- ルートやチューブのトラブルの増加
- ADLの低下
- 痛みなど症状コントロールの不良
- 認知機能障害の持続・進行
- 入院期間の延長

家族

- 介護負担の増加
- 精神心理的負担の増加

病院

- ▶ 在院日数の増加
- ▶ 医療費の増大
- ▶ スタッフの業務負担の増大
- ▶ スタッフの精神的消耗

せん妄の発症を予防する

〔対応力 I 64〕

予防（発症予防）

- ➡ 多職種による複合的な介入により、せん妄の発症率・重症率の低下、転倒・転落の減少、退院時の身体機能低下が減少するエビデンスがある

調整可能な因子を可能な限り除去

せん妄対応の流れ

〔対応力 I 65〕

リスク評価
準備因子の確認

予防的対応
誘発因子の除去

早期発見
定期的なモニタリング

早期介入

直接因子の探索、全身状態の安定、薬物療法

リスク評価：準備因子の確認

〔対応力 I 66〕

準備因子

- ◎ 70歳以上
- ◎ 脳器質障害の既往
- ◎ 認知症
- ◎ 入院前のアルコール多飲
- ◎ せん妄の既往
- ◎ せん妄リスク薬剤(ベンゾジアゼピン系薬剤)の内服
- ◎ 全身麻酔の手術

予防的対応：誘発因子の除去

〔対応力 I 67〕

誘発因子の除去

- 認知機能低下に対する介入
- 適切な睡眠管理
- 活動を促す
- 疼痛コントロールの強化
- 感覚遮断に対する支援
- 便秘予防
- せん妄リスク薬剤の中止・漸減
- 脱水の治療・予防
- 本人・家族へのせん妄に関する情報提供

誘発因子の除去 具体例①

〔対応力 I 68〕

認知機能の低下に対する介入

- ▶ 回想法などの認知機能を刺激する活動を行う
- ▶ 現在の場所やそこにいる人々などを説明する
- ▶ 頻回な部屋の移動を避ける
- ▶ ホワイトボードや時計を用いてオリエンテーションを行う
- ▶ 医療者と家族から患者さんに繰り返しオリエンテーションを行う

適切な睡眠管理

- ▶ 日中:可能な限り日光に当たる機会を増やし、日中の昼寝を控える
- ▶ 夕方:温かいノンカフェインの飲み物。就寝時にリラックスできる音楽、夜間の光や騒音・混乱を最小限に抑える

誘発因子の除去 具体例②

〔対応力 I 69〕

活動を促す

- ▶ 関節可動域運動を積極的に促す
- ▶ 必要時は歩行補助具を使用し活動を促す
- ▶ 不必要な膀胱留置カテーテルの留置を避ける
- ▶ 身体拘束を避ける

感覚遮断に対する支援

- ▶ 聴覚障害：補聴器や携帯用増幅器を使用する、耳垢の確認
- ▶ 視覚障害：眼鏡などの視覚補助具を使用する

脱水の治療・予防

- ▶ 嚥下に問題がなければ、患者に水分を摂るようにすすめる
- ▶ 必要に応じて食事介助をする

せん妄発症後の対応の原則

〔対応力 I 70〕

せん妄を発症した場合は、下記について速やかに多職種で情報を共有し継続した対応を行う

- せん妄の原因となっている疾患や状態を同定し、治療・改善を図る
- 患者の安全を確保する
- 静穏な環境を提供する
- 苦痛(特に痛み)を除去する
- 状態や対応などを本人・家族へ説明する

安全確保

〔対応力 I 71〕

- ◎ ルート類が目につかないように整理する
- ◎ 行動制限にならないようにルート類を整理する
- ◎ ルート類を最少限にする
- ◎ 障害物、危険物(はさみ、ナイフなど)の除去
- ◎ ベッド周囲の整理整頓
- ◎ ベッドの高さを低くしておく

体動制限や身体拘束はせん妄の誘発因子になるため、
制限・拘束は避け、安全が確保できる方法を検討する

家族への対応

〔対応力 I 72〕

》》》 対応

- 入院時に家族にせん妄の既往を確認
- せん妄ハイリスク患者の家族に対し、「せん妄発症のリスク」について説明
- 認知症とは異なり、身体疾患や薬剤が原因であること、原因が除去されれば回復可能であることを説明
- 原疾患の進行による場合は、せん妄が病状進行のサインであることを説明し、家族のつらさを理解し、声かけを行う
- 家族が実行できる患者のケアを一緒に探す
- 関わり方について：
つじつまが合わない言動は、無理に修正しようとせず、話をあわせたり、話題を変えたりする方法を推奨する

2-2) 実践対応力 I

- ①アセスメントのポイント
- ②認知機能障害への対応
- ③BPSDの要因・症状と対応
- ④身体管理・症状経過を踏まえた対応
- ⑤せん妄への対応
- ⑥退院支援

退院支援で求められる看護師の視点

〔対応力 I 73〕

入院患者(認知症の人)は地域で暮らす生活者



- ▶ 入院前にどのような生活を送ってきたのか
- ▶ 入院によりどのように生活が変化したか
- ▶ 退院後どのような生活になることが予測されるか



入院前、退院後の生活も視野に入れた対応が必要

認知症の人・家族の意思確認

〔対応力 I 74〕

「どこで、誰と、どのように生活していきたいか」

- ▶ 希望する退院先へ退院する際に弊害となる理由は何か
- ▶ 希望する退院先は本人・家族にとって適切な場所か

生活の場に帰るための課題を抽出

多職種で 本人の能力・家族の介護能力・退院先の環境
をアセスメントしてゴール(退院先)を設定

退院支援のための情報収集

〔対応力 I 75〕

- ◎ 病状・治療方針・今後の予測
- ◎ ADL・IADL
- ◎ 精神症状・認知機能
- ◎ 家族構成
- ◎ キーパーソン
- ◎ 本人・家族の思い(退院先の希望)
- ◎ 居住環境(段差や手すりの有無)
- ◎ 家族の介護力
- ◎ 薬剤管理
- ◎ 栄養管理
- ◎ 介護保険
- ◎ 利用中のサービス
- ◎ 経済状況

もてる力を活用するための情報収集

〔対応力 I 76〕

入院前にできていたことを入院中も継続できるようにする

活動 歩行状況、車いすへの移乗方法

清潔 入浴習慣の有無、援助の有無と方法

休息 睡眠状況(入眠・覚醒時間)昼夜逆転の有無、日中の過ごし方

食事 普段の摂取量(1日3食食べていたか)、嗜好、食形態(嚥下状態)、
食事を摂る時間帯、どこまで自力で食べられるのか、
認知機能障害の影響(介助の必要性)

排せつ 排尿回数・量(日中の排尿間隔、夜間の回数・時間帯)
排便回数・量・性状、下剤使用の有無、食事・水分摂取状況、
失禁の有無、認知機能障害の影響、おむつ・尿とりパット使用
の有無、介助を受けるときの反応

入院関連機能障害を最小限にする

〔対応力 I 77〕

入院関連障害とは、原疾患によらない
入院による体力や機能低下

》》》 対応

- 急性期疾患の治療によるベネフィットに対して、入院加療による合併症（せん妄・認知機能低下・転倒・廃用筋萎縮など）のリスクが大きくならないようにする
- 入院期間が長くなるとさらにそのリスクは高くなるため、可能な限り早期回復・早期退院を目指す

早期退院に向けた日常生活支援のポイント①

〔対応力 I 78〕

生活の継続性

入院前の生活が入院後もできるだけ継続されるように
詳細に情報を収集し活用する

- 生活リズム(起床時間や就寝時間)
- 趣味や得意なこと
- 好きな音楽
- 日常生活での習慣やこだわり
- なじみの物
- ふるさとや職業歴、好きな話題・嫌いな話題の
情報をコミュニケーションツールとして活用

早期退院に向けた日常生活支援のポイント②

〔対応力 I 79〕

わかりやすい安心できる療養環境の調整

》》》 対応

- 同じ質問に繰り返し説明する
- トイレの場所などを文字やイラストなどで視覚的にわかりやすく提示する
- 1日のスケジュールがわかるようにする
- 使い慣れた物(箸や枕など)を持参してもらい活用する
- 積極的にコミュニケーションをはかりなじみの関係を築く

早期退院に向けた日常生活支援のポイント③

〔対応力 I 80〕

服薬管理の工夫

- 薬剤数を減らす
- 1日服用回数を少なくする
- 一包化にする
- カレンダーや服薬管理ボックスの活用
- 「薬を飲む」と貼り紙をする
- 家族が内服時間に電話する
- 訪問介護による声かけ
- デイサービス利用時に服用できるようにする
- 居宅療養管理指導によるセッティングを利用
- 本人・家族が管理しやすい時間に服薬を合わせる

早期退院に向けた日常生活支援のポイント④

〔対応力 I 81〕

退院後の生活のイメージを家族と共有する

- 本人・家族が現状を正確に理解する
- 退院後の生活を具体的にイメージ
- 本人・家族と問題点を共有
- 必要なサービスを導入し、適切な生活場所（退院先）を選択する

認知症の人のための看護サマリー

〔対応力 I 82〕

- 入院前と退院後の生活の変化
(新たに追加された薬剤や医療処置の有無、注意事項)
- 退院後に起こり得る可能性のある問題
- BPSDやせん妄で気を付けたこと、対応方法
- 生活パターン(起床時間・就寝時間など)
- 地域でサポートするスタッフに継続して欲しいケア
- コミュニケーション方法の工夫
- 認知症の「人」をイメージできるような内容を記載
例) 歌を歌うのが好きです
お孫さんのお話が好きです

【演習】BPSD・せん妄への対応の事例検討

（要因の検討とケアについて）

事例① BPSD対応の事例

事例② せん妄対応の事例

事例① BPSD対応

〔対応力Ⅰ83〕

▶ 80歳代後半 女性 要支援1

【疾患名】 2型糖尿病の増悪

【既往歴】 アルツハイマー型認知症 白内障 難聴(補聴器使用なし)

【住まい】 夫と2人暮らし

【家族背景】 子ども1人 長女がいるが介護には関わっていない

【ADL】 自立 薬は夫が管理している

【認知機能】 時間と場所の見当識障害、短期記憶障害あり

【コミュニケーション】 複雑な話は理解が難しい

▶ 経過

*最近、料理が困難となり、夫と買い物に行き、買ってきたものを食べていた。定期受診で高血糖のため血糖コントロール不良で入院となった。

*入院初日、入院したことが理解できず、「別に用事ありませんし、もう帰らせてください」、「一人で出口を探します」と帰宅欲求が出現した。

Question ㉑

〔対応力 I 84〕

- ◎ 帰宅欲求が出現した要因を考えてみましょう
- ◎ 本人へのケアを考えてみましょう

解説 ㉠-1

〔対応力 I 85〕

<要因>

- ▶ 認知機能障害(見当識障害や記憶障害)によって、自分がいる場所が分からない、なぜここにいるのか分からない不安やストレス、入院時の説明が多く理解ができないことへの不安など
- ▶ 身体的側面：原疾患による倦怠感や、高齢による腰痛や下肢の疼痛の出現
- ▶ 生理的欲求：排せつや空腹、口渇、視聴覚の障害があり、状況把握が困難
- ▶ 心理的側面：夫など親しい人がいない不安や寂しさ
- ▶ 環境：不適切な物理的環境や人的環境(見張られている、閉じ込められているという錯覚をまねく状況、部屋の前を人が何度も通る落ち着かなさなど)

解説 ㊦-2

〔対応力 I 86〕

<ケア>

- ▶ 本人の思いを理解する：訴えを聞く、行動を観察する
- ▶ コミュニケーション能力の把握：長文の理解、書字の理解など
- ▶ 身体的要因に対するケア：適宜休息を促す、腰痛や下肢の痛み、便秘などの有無の確認
- ▶ 生理的欲求の満たす：わかりやすい環境調整(トイレの表示)、お茶や補食(主治医に確認後)
- ▶ 不安・ストレスの軽減、安心できる環境を整える：
 - 本人の帰りたい気持ちを受け止める
 - 繰り返し見当識の支援をする(家族からの手紙など文字での説明も行う)
 - なじみの物を置く
 - 生活史を活かせる関わりを検討する
 - 積極的にコミュニケーションをはかり信頼関係を作る
- ▶ 退院後も視野にいたケア

事例⑥ せん妄対応

〔対応力 I 87〕

▶ 70歳後半 男性 要介護1

【疾患名】 左大腿骨頸部骨折

【既往歴】 認知症(病型不明)

【住まい】 次男と2人暮らし

【家族背景】 子ども2人 長男は遠方 妻は他界

【ADL】 自立 歩行は手すりをつたって可能

【認知機能】 時間と場所の見当識障害、短期記憶障害あり

【コミュニケーション】 場所と時間の見当識障害 短期記憶障害はあるが、
繰り返し聞いたことは最近のことでも覚えることが
できる複雑な話は理解が難しい

事例⑥ せん妄対応

〔対応力 I 88〕

▶ 経過

＊自宅で立ち上がった時に転倒し、左大腿骨頸部骨折で入院となった。

＊入院翌日「足が折れると痛いね。明日の手術は大丈夫かな」と手術について認識している。術後は「動くと痛いけど大丈夫」と安静保持して過ごす。

＊術後1日目から患肢の全荷重可、車いす可となり、足踏み訓練開始する。2日目の夜間はそわそわしているも、ベットから動くことはなかった。

＊術後3日目、夕方からそわそわしている。夜間「だれか、助けて」と大声がある。静かにするよう説明すると「なんだと」と易怒性がある。

Question ⑥

〔対応力 I 89〕

- ◎ 術後3日目に大声と易怒性が出現した
要因を考えてみましょう
- ◎ 本人へのケアを考えてみましょう

解説 ㊦-1

〔対応力 I 90〕

<要因>

▶ 1)せん妄についてアセスメントする

- * 認知機能が急激に悪化し、夜間に悪化している。
- * 会話がかみ合わず意識混濁の可能性もあり、せん妄を発症していると考える。

▶ 2)せん妄発症の要因について

準備因子：70歳後半、認知症あり

誘発因子：骨折による痛み、環境の変化、ADLの変化(ベット上の生活)、入院による看護師・医師などとの人間関係構築のストレス

直接因子：左大腿骨頸部骨折術後

解説 ㊦-2

〔対応力 I 91〕

<ケア：㊦せん妄予防のケア>

- ▶ 疼痛コントロール：早めの鎮痛剤の使用
- ▶ 入院前の情報：せん妄歴、自宅で使用していた寝具やカバン、家族の写真など持参を促す
- ▶ 見当識を助ける関わり：入院したことなど紙に記載しいつでも見れる環境にする、カレンダーや時計の持参
- ▶ 入院前のADLに近づける工夫：疼痛の状況に合わせて食事や排せつなど入院前に近づける
- ▶ 看護師・医師との信頼関係の構築：頻回な面会を行い、安心できる関わりを行う
- ▶ 不眠時・不穏時指示の医師への相談：不眠時指示として、せん妄ハイリスク薬の使用は避ける。不穏時指示は点滴だけではなく、内服薬や筋肉注射など指示も確認しておく

解説 ㊦-3

〔対応力 I 92〕

<ケア：㊦せん妄発症時のケア>

- ▶ 術後3日目の夕方の時点で疼痛の評価を行い、早めの鎮痛薬を使用する
- ▶ せん妄の定期的なチェックによりせん妄を判断し、発症時は副作用に注意しながら早めに不穏時指示を使用する
- ▶ なぜ助けてほしいのか理由を確認する
(言語は2センテンス程度で声をかける、患者の反応を見る)