

① 自分なりに取り組んでいること

★ 1. 取り組んでうまくいったこと(こんな場面があった、こんな点がうまくいった 等)

【ADL に対する取り組み (早期リハ含む)】

- ・ 食事の際、目の前の皿を移動させることで、いろいろなものを食べていただくことができた。
- ・ おむつの下にリハビリパンツをはかせてトイレ介助をした。
- ・ 胃ろうの患者に対して、胃ろうチューブ収納袋を作り対応している。
- ・ IVH, おむつの方は、転倒リスクを減らすため、車いすで対応している。
- ・ 昼夜逆転している人に対して、リハビリの工夫をした。多職種との連携をする。
- ・ 昼夜逆転している患者に、まずは生活リズムを整えることから始める。リハビリ時間の工夫、環境の工夫 (家での様子をきく。ベッドから布団にけるなど)、他職種と協力するなど
- ・ 眠れない患者 不穏な患者 とにかく否定をせず本人の話を聴くこと。日中車いすで気分転換を図ることで落ち着く。
- ・ ADL 改善とともに頭もクリアーになるので早期にリハビリを進めている。
- ・ 90 歳男性 IVH 抜去 ミトン装着 徘徊 オムツをはずす→IVH を触ってもらい、少し引っ張り痛さの体験をしてもらったら、触らなくなった。ミトンをはずすことが可能となった。制限をしない事により、車椅子で移動し、寝ずに自由に動く (家族に転倒についての説明をし了解を得ていた) が、トイレに行くこともでき食事も摂取できるようになり、IVH を抜去できた。筋力がつき周辺症状が改善した。
- ・ 車の運転が危険だが本人に自覚がないケース。何度も話し合い納得し、免許の更新をしなかった。

【徘徊/移動に対する取り組み】

- ・ 徘徊している理由を本人に聞くと父を探しているといったので、父の名前をネームプレートに書くと落ち着いた。
- ・ 徘徊する人、2 時間ごとにトイレ誘導する。
- ・ 排泄を何度も訴える人には、スタッフから時間を決めて排泄に誘い、気分を変えるような声かけをした事で訴えを軽減できた。
- ・ 80 歳女性 夜中徘徊。原因を探ると 2 時間でトイレに行っていた。→トイレ誘導し徘徊が減った。行動制限が減った。
- ・ 地域で認知症で徘徊している人 その地域で介護予防教室や認知症サポーターの養成講座開催の働きかけを行い、開催。地域での認知症理解を深めた。
- ・ 独立歩行ができないものの帰宅願望により移動し転倒する患者に対する支援として、職員の時間があるときには一緒に出掛ける時間を設けるようにしたところ、安心感につながり、思い出話をするようになるなど患者に変化があった。
- ・ 帰宅願望あり施設を出た人いる。みんなで探して朝、夜勤明けの介護職員が見つけたということがあった。それがあってから、帰宅願望があつたり出て行ってしまふ恐れのある人は家族の同意を得て写真を撮り、事務所に写真を貼っている。介護職員だけでなく

事務や調理担当など全職員に周知している。施設内にいても、その人のユニットでないところにいたら職員から担当に連絡が入るようになった。

- ・ 頻回にベッドから降りる患者さん。ベッド柵をつけると興奮された。ベッド柵をやめて個室で低床ベッドにし、マットレスを敷いて一部屋自由に動けるようにすると安定され、夜間もよく休まれるようになった。環境を整えることでうまくいった。
- ・ 本人がどうしても動くときには家族に付添を頼む。
- ・ 移動するとき、手をつないで本人の好きな歌を歌う。

【拒否に対する取組み】

- ・ 独居高齢者への訪問看護において、はじめは支援（入浴）拒否があったが、まずは自分（訪問看護師）が何をする人か、自分がどんな人かを伝えてくことにより、今では、患者が訪問を待ってくれるようになった。
※ 入浴介助ができるようになり、対象者に子宮脱があることが判明。入浴介助の拒否は羞恥心も影響していたことも考えられた。
- ・ ケアに集中すると拒否される時があるけど、昔の話やコミュニケーションを取りながらすると介入しやすかった。

【頻回なナースコールへの対応】

- ・ ナースコールを頻回に押す。職員が本人の情報を共有して対応を統一することで、ナースコールが減った。
- ・ ナースコールを頻回に押す患者さんに対し、職員が共有して同じ対応をするようにした。（本人の立場に立った対応を心がける、声かけをするなど）ナースコールの回数が減ってきた。
- ・ 頻回ナースコール：短い時間でもそばに座り、見守ることで、入眠されたり、コールが減った。

【暴言/暴力への対応】

- ・ 暴言を言う患者に対し、ナースステーションにベットを置き本人の話を聞くことで暴言がなくなった。
- ・ 暴力的な人に対して、本人の話を聞くようにするとおさまった。
- ・ 暴力的であった男性の方 声かけをすることで（本人の家族のこと、昔の話、歌のことなど）、集団への参加ができ、ケアできるようになり、今では要求ができるほどになった。声かけから家族のことなど「聴いていく会話」をすることで本人の興味がわかる。そこから本人のかかわりの糸口が見つかる。看護師の対応方法をスタッフがみることでうまくいったことをスタッフで共有することで、他のスタッフへも波及効果がある。
- ・ 職員間でカルテやカンファレンスを通して情報の共有を図り、低床ベッドにし、本人からしっかり話を聞くようにすると、穏やかになられ家族への暴言もなくなった。
- ・ 手が出るような人には、今からすることなどの声掛けをする。良い時は落ち着ける。

【妄想等への関わり】

- ・ 透析患者で手から血が出ると妄想のある人がいたが、話をきき血が出てるといふ部位に手袋することで落ち着き透析ができた。認知症になると食事の管理は難しくなる。

【拘束解除に向けた取組み】

- ・ 療養病棟に勤務している。拘束解除に向けて取り組んでいるが、認知症があると難しいと感じることも多い。胃ろうチューブの収納袋のある腹帯を作ったら胃ろうを抜去する患者が減った。
- ・ 抑制が必要であった対象者に、日中は抑制を外し、見守りのためにセンサーを導入、病棟内を出ても部屋に戻れるように、病室には花を目印に、廊下には矢印をつける等の工夫をして生活支援を行った。
- ・ 急性期で呼吸器装着の患者に対する行動制限解除：自己抜管予防のために両手にミトン装着中。触るのはなぜかをカンファレンスし、呼吸器の蛇管や天井しかみえないことに着目した。患者は前医での行動制限でトラウマを抱えており、さらに家族はミトンを外すと呼吸器を外してしまい、生命にかかわるのではないかとの不安があったが、相談しながら説得して了承を得た。今後も抑制をしない方向で取り組む予定。
- ・ 「抑制しない」事で前の施設での様子と異なり困った行動が減っていた事を感じた。

【環境整備】

- ・ 名前を札ネームにして部屋に置く。
- ・ 本人が動ける場所を作る。
- ・ 本人の好きな花を部屋を目印にするとうまくいった。
- ・ 部屋の花は効果があった。花の色を変えて表示することも効果があった。
- ・ 患者さんの好きな演歌などを流し、気持ちを落ち着かせるように工夫している。
- ・ 身近に家族の写真を置いて会話をはずませることができた。
- ・ ベッド周辺に家族の写真や患者さんの好きな物を置く事で患者さんが落ち着いているのを感じる。以前から取り組んでいた事であったが、研修に参加し改めて大事な取り組みである事を感じた。
- ・ ベッドを壁につける、4点柵、センサーフットコール
- ・ 様子を見ながら、その人に合ったように環境を整える。(4点柵で乗り越えないようにするよりは、3点で安全に気を付けて)
- ・ ベットから度々降りる人に対して、ベットを低くし個室で対応した。
- ・ 転落しても安全なように低いベッド、まわりにマットを敷いた。
- ・ 部屋の一角では自由に動いてもらえるようにする。(一角にはジョイントマットを敷いて転んでもケガをしないように)
- ・ 患者さんを抑制せずに転落事故防止を行うために、ベッドを低床にし、巡視を増やして見守る体制をとった。
- ・ 畳を利用することで、本人が安心して過ごせた。
- ・ 時間のわからない人に対して、その人に合わせた個人ごとの時間割を作って本人に渡す。

ベットサイドに大きく表示しておく。

- ・ センサーマットの活用。ベットセンサーは、動くとすぐに鳴る。センサーマットは、足を下ろしたら鳴る。
- ・ 本人をニックネームで呼ぶ。
- ・ 患者自身ができる軽作業をしてもらうことで落ち着く。似た人とコミュニケーションをとるようになった病院*レビー小体認知症でパーキンソン病症状がある女性が骨折で入院、タオルたたみやビニールたたみ等の軽作業をして貰う事で自分の仕事として生きがいとなった。
 - *軽作業は、お互いが教え合うなどコミュニケーションが図れる。
 - *なるべく早く家族との関わりを持ち、チームの一員になって貰う。
- ・ 車椅子で見守り、身体抑制をせず、部屋の位置、配置に気を付ける。
- ・ 刑務所で受刑者も高齢化しているため、できる作業も限られる。受刑者に世話をしてもらう。

【服薬管理】

- ・ 内服薬を自己管理できるようにするために、一日分の薬を朝ごはんの時、ホール（朝食を食べるところ）に自分で薬を持ってきてもらう。1日分ができたなら、3日、1週間と間隔を伸ばしていき成功した。
- ・ 薬の飲み忘れがある在宅療養者に対しては、対象者に応じた回数で、薬局から自宅に薬を持参し・残薬確認をすることを取り入れた。

【受診支援/医療行為での工夫等】

- ・ 75歳以上の人、受診予約等家族に連絡票を渡す。
- ・ 診療所 外来の予約を忘れてこない患者 別日を調整、家族に連絡したり、予約日を記入した紙を配布する
- ・ 外来予約を忘れていたことがあるので、前日声かけをしている。
- ・ 外来で家族の連絡先が言えない人がいて、連携室を通じて市やケアマネに連絡し家族に連絡を取ってもらったことがある。
- ・ 外来における独居で75歳以上の方への関わり：予約日に来院しなかった場合は電話で安否確認や次回予約をする。受診に際しては、残薬を持参してもらい、重複にならないよう管理する。家族の連絡先を必ず確認しておき、遠くの家族にも様子を知らせることや相談することがある。時には、送迎もすることがある。
- ・ 夫婦で認知症があり、手術前日に家でやってきてもらう処置ができず、前日の処置から一緒にやった。
- ・ 長谷川式を行う際には「認知症」と言わずに、「もの忘れ検査」といい、言い方を変えるだけでも相手の受入れがよかった。
- ・ 術後で動けない人には、次の日にはできるだけ必要ないチューブ類はなくす。
- ・ 抜去や体動があっても安全な場所への点滴(足にする、見えないところへ、上に包帯を巻く)。

- ・ 検査が必要な理由が分からない人
→元学校教諭の患者さんに「先生」と声をかけると、機嫌よく検査に協力してもらえた。無理な時は「次回でもいいよ」と声かけをした。
- ・ 点滴時に「大事なので抜かないでください。」「トイレに行きたいときはよんでください。」など、紙に書くとよい。

【地域資源の活用】

- ・ 住所不明の患者に対して、ケアマネ等地域の社会資源を活用した。
- ・ 地域では、市と保健センター（地域包括支援センター）県で、役割分担しながら対応することで上手くいったケースがある。
- ・ 行政＊一般向けのガイドブックを作成し全戸配布した→地域やスタッフの連携に役立つ。（医師が本人・家族への説明に活用している。）
- ・ 骨折しているが安静が保てず、退院を促された患者さん。家族は働いている。小規模多機能型居宅介護を利用し始め、在宅生活が送れている。
- ・ 地域サロンで認知症の方にも世話役をしてもらっている。
- ・ SOS ネットワーク事業で、認知症高齢者を抱える家族へ内容紹介。
- ・ キャラバンメイトで身近な生活の中での見守りをする：ATMの操作など。

【スタッフ間での情報共有/姿勢等】

- ・ 本人との人間関係を作る。
- ・ 本人の昔の話を聞いてさしあげる。
- ・ ケアに集中するのではなく、昔の話をする。
- ・ 急性期病院のため、治療が優先の中でも話を聞くようにしている。
- ・ 昔の輝いていた時代、地元の話を知ると、機嫌よく話を聞いてくれる。
- ・ 否定しないように聞く。
- ・ 怒らないようにする。
- ・ 標語を作成する。「笑顔であいさつ」。目と目を見て笑顔であいさつすることをスタッフで意識統一する。職員の意識付けに役立っている。
- ・ 認知症患者さんへの対応の心がけについて、毎月、持ち回りで標語にすることにしている。（視線を合わせて話を聴こう、など）
- ・ ボディタッチが安心感を与えるため、「話す時にはそっと肩や手にスタッフの手を添える」「話す時に正面に座るのではなく、横に座る」などを心がけている。具体的な対応方法は新人看護師などには引き継いでいく必要性を感じる。
- ・ 外来ではスタッフが気になる症状（薬の飲み忘れ、カルテと様子が違うなど）に気づいた際には、医師に伝え早期対応に結びつけている。
- ・ 認知症対応手順書を作って施設長も含めて取り組んだらよい。
- ・ 気になる患者さん（元気がないなど）については、カルテのほかに基本情報シートを付けてスタッフ間で情報共有し早めに対応できるようにしている。
- ・ トイレの訓練。手順をスタッフ間で共有し同じ方法で対応する。

- ・手を差し伸べる看護、ボディタッチをしたり、座る位置を工夫した。

【職員研修/多職種連携】

- ・院内研修をした。事務職介護職も含めて行い現場が繋がった。
- ・前回の研修後院内で看護職のみでなく、事務職まで含めて全体で復命研修を行った。認知症が身近な問題であること（親、近所の人など身近な人もなる）から認知症理解を深かった。それにより患者の行動への受け止め方が変わり、対応が変わっていった。（怒って、クレームのように言い、あんな人と言っていたが、それも認知症の症状と受け止める）
- ・病棟でのスタッフ教育：制止するような言葉を避ける。落ち着いた態度で声の調子を柔らかくすること。
- ・多職種、薬剤師等協力を得る。
- ・親族のいない人は、友人に来てもらった。
- ・

★2. 取り組んでみたが、上手くいかなかったこと

- ・個室に入院し、家族に対し暴言があった患者さん。家族と離し、大部屋に移しても暴言がおさまらなかった。
- ・訪問看護：患者の症状に家族も巻き込まれた結果、家族も興奮状態となった。
（例）徘徊→ ベッドに戻そうとする
- ・病院：スタッフ間の研修→話し合いはできたが研修までに至っていない。
- ・「帰りたい」と訴える人に、安心できるような声かけをした方が良いと分っているが、余裕のあるときには実施でき患者さんを落ち着かせる事ができているが、業務におわれる事が多く声をかけられない事が多かった。
- ・自分の気持ちに余裕のないときには患者さんにもその気持ちが伝わり、ダイレクトに反応が返ってくるのを感じる。
- ・認知症の患者さんに適切な対応をしたいが、異なる考えの職員もいる。（行動抑制、上から目線の言葉づかい、否定的な言葉・態度など）
年配の職員や他職種に対しては、意見を言ったり意識統一を図ることが難しい。
→グループメンバーから、インシデント報告書を作成し、再発防止も含めて職員間で共有してはどうか、との発言あり。
- ・夫婦とも認知症の通院患者。薬を処方しても「薬がなくなった。」と何度も来院される。その際は、受付事務がうまく対応しているが、服薬管理はうまくいっていない。
- ・若年性認知症の患者さん。55 歳。離職。デイサービスは他の通所者が高齢で馴染めない。行くところがない。
- ・親子間での認識のずれ：年齢による物忘れも気になる、友人の話と家族の話が違う。（薬が飲んでいる、飲んでいない等）
- ・家と病院で身なりも違う。先生の前では本人もしっかりしようとする。
- ・介護度を上げたい家族の思い

- ・ 過去の話で今もプライドはあるので、言葉かけなど難しい。
- ・ 家族に説明、報告しても、「自分の親がそんなはずは」とわかってもらえない
→毎回説明する。
- ・ せん妄や昼夜逆転の認知症高齢者に眠剤や鎮静剤の投与をしたが、かえって日中にボーッとしたりして、昼夜逆転を引き起こした。
- ・ 他の部屋に入り、人の食べ物を食べる。男性が女性トイレに入る等。
- ・ 昼夜逆転して、夜中に徘徊。昼間に起きてるようにしたら、睡眠不足で、不機嫌で家族にあたる。（一晩中起きている。）
- ・ 家族の対応もどこまで出来るか（家族も相談する人がいない）
- ・ 夜勤の看護師によってナースコールの回数がちがう事がある。→看護師が反対に見られている（行動・言動・声のトーンを感じ取られている）
- ・ ディケアから帰宅した認知症の女性利用者が、先に自宅で待っていた訪問看護師と夫の姿を見て不倫をしていると誤認して逃げ出した。（嫉妬妄想がある事を踏まえ、利用者が戻るのを待ち看護師が自宅に入るように対応を変えた。）
- ・ 帰宅願望のある患者→外に連れ出してみても改善せず。眠剤を使うと食事が食べられず困った。

★3. 取り組みたいがやれなかったこと、その理由

- ・ 施設入所者で暴言等の多かった方で、それが原因で家族関係や施設職員の印象も悪かった。しかし、外来受診の際には、穏やかな場面が多かった。外来での穏やかな様子等を家族・施設関係者と共有ができれば、関係性も変わることもあったかもしれない。（できなかつた理由：急変による死亡）
- ・ 病院が無機質な環境となりやすいため、お花やお気に入りのものを持ち込む等の工夫をもっとできたらよい。
- ・ 訪問看護の導入にあたっては、入院中から家族も含めた話し合いや、家族にも理解してもらえるように体験も場が設けられるとよかった。
- ・ 夫が認知症。家に2人でいたいという希望があった。妻が介護できないため家に帰ることができなかつた。（できなかつた理由：妻も認知症が出ていたため、介護サービスを入れても夜の対応ができないため）
- ・ 施設*作業させたいが出来ない→組織の考え方
<手順書を作ってスタッフや家族で共有する。必要性を組織のトップにみせることも大事である。必要性を理解して貰う>
- ・ 独居の人でも在宅に帰れるように支援したいが、早い段階で別の施設への入所が決まることも多く、支援できていなかった。
- ・ 診療所では、「初めまして」なことも多いので、その人に合った対応ができない。
- ・ わかっていても、実際に現場で大変ななか、対応しきれない。
- ・ リハビリも兼ねてできるレクリエーションやタッチング、マッサージで気分を落ち着けてほしいが、時間がとれない。

② ①の情報をもとにしながら、「困っている事例への対応方法」について話し合おう

【Aグループ】

抑制を一度してしまうとリスクを考え、はずすタイミングの見極めがスタッフ間でも意見が分かれる。また、スタッフの理解によって対応方法が変わる。

※ グループ間での話し合いには至らなかった。

【Bグループ】

- ・ 車の運転。
- ・ 治療のため手足を縛りつかなければいけなし、鎮静をかけると動けなくなる。高齢者なので対応に困る。
- ・ リハビリ目的で入院したのに、家族も高齢ということで積極的に働きかけない。
- ・ 夜眠れないと大騒ぎする。昼間どう起こしておくか。
→リハビリの時間を作る。昼間寝る時間を少なくする。
環境を整える。バランスを整える
→関わる側の都合で起こしていないか。
本人にとって、いい時間になっているか。
写真や自分の好きなものをベットサイドに置く。
昼のメニューを書いてもらう。
ミニカフェ：何をしたら楽しい時間になるか。家族にもアイデアを出してもらう。
一人一人に関わる時間を持つ。
時間がないのがストレスになっている。
そばにいる時に関わる原点。
- ・ トイレの世話で、トイレに誘導しても出ない場合があるし、関わる時間が長くなる。おむつをしても脱ぐ動作に時間がかかる。
- ・ 外来で異変（尿失禁）がある場合、どう取り扱えばよいか。本人は失禁していることの認識がない。どうすればよいか。
→病院の中で話し合っ、先生の方針を決めてもらい市の包括に連絡を入れる。
認知症ガイドブック（ケアパス）を利用して包括を紹介する。
介護保険は、前もって主治医の意見書を書いてもらい申請する。
- ・ 入院患者の家族と面接をして話をしていたら、家族が患者に認知症があることを認識しておらず、介護できないのに退院させようとする場合、どう家族とかかわればよいのか。
- ・ 認知症の初期について、どこがどう対応してくれるのか。家族としても何をどうしてほしいのかと言われてもわからない。家族の方が認知症と気づいていない。遠方から来ても短時間ではわからない。
→包括に相談してみる。
- ・ 夫が週 1 回デイサービスを受けているが、すぐ帰ってきて妻の負担軽減にならない。

【Cグループ】

- ・ 入院患者の夫が認知症。毎日来られ長時間滞在し、物とられ妄想、同じことをスタッフ一人一人に言う、患者が胃瘻なのに口から食べさせようとする、職員からは時間が取られる、なんで患者の家族のケアまでしないとイケないのかなど不満もよせられる。息子

も気づいてはいるが・・・

対応方法の工夫やアイデア

- ・ 個室でのかかわりから、広場などで面会する、車いすで散歩するなど患者と面会する環境を変えてみてはどうか
- ・ 認知症相談会を活用してはどうか。地域と連携した対応をしてはどうか。地域包括支援センターへの連携

【Dグループ】

病院＊高齢世帯でキーパーソンが 60 代→家族に力がなく、疲れている。

＊独居→救急で搬送されても地域で見てくれる人が居ない。

子どもが遠くに住んでいて状況を知らず、「認知ではない」と受け入れて貰えない。

説明をするが、怒って帰る家族も居る。

＊アルコールが絡んでいる人→市内に送るところがない。

【Fグループ】

全体を通して研修で取組んだらいいと言われていた内容と、自分の施設で今まで取組んできたことが一致している場面もあり、実施してきたことが良かったことだったと再認識でき継続して取組みたいとの意見が聞かれた。

【Hグループ】

- ・ ケアマネージャーも含めて話し合いができれば良いのではないか。

【Iグループ】

- ・ せん妄、昼夜逆転の方への薬剤使用について

薬剤を使用しないで、まず、1日の生活リズムを整える事から始める。

24時間のチェックシートを用い、その方の睡眠状況を知ることや、生活の中でのメリハリをどこにつけるかを検討する。入浴やリハビリ、散歩などを組む。