

在宅療養者の再入院を予防するためには、**訪問看護師による質の高い看護実践が必要**です。

質の高い看護実践とは、具体的な看護実践につなげるための情報収集の視点から、病態に基づいた看護アセスメントを行い、在宅療養の継続を支援できるということです。

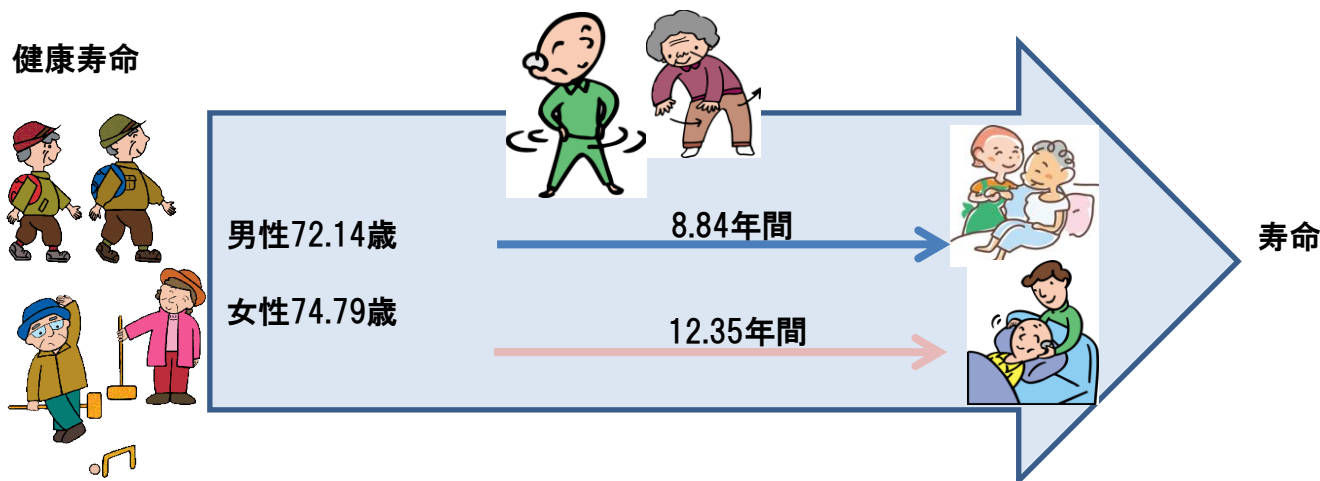
<目次>

- ①なぜ、在宅療養の継続を支援する必要があるのでしょうか？
- ②質の高い訪問看護師に、求められることは、どのようなことでしょうか？
- ③心肺機能が低下した高齢者、認知症に悩む高齢者への対応が重要
- ④心不全の病態の特徴から在宅療養支援に求められること
- ⑤在宅療養における医学的情報の活かし方について
- ⑥認知症の病態の特徴および在宅療養に求められること

①なぜ、在宅療養の継続を支援する必要があるのでしょうか？

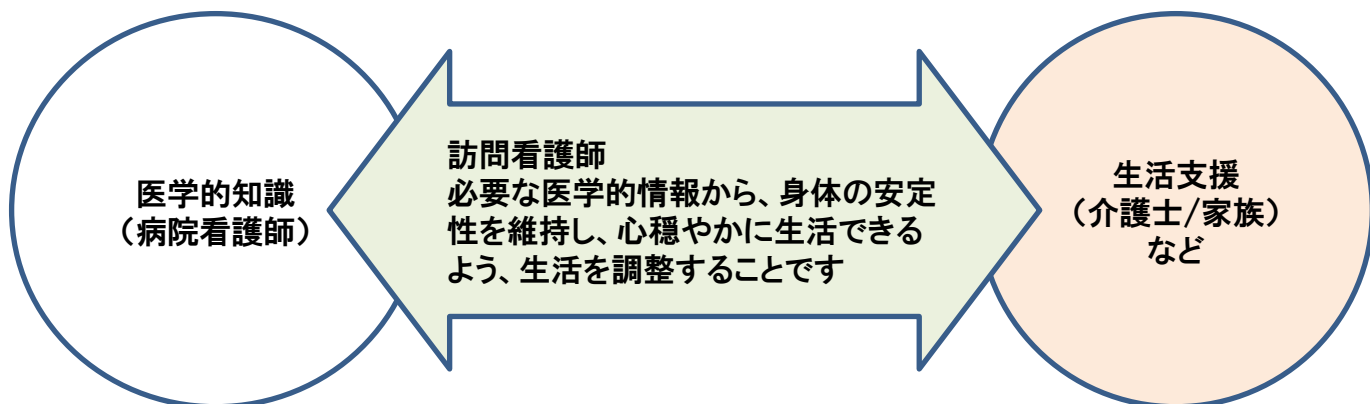
日本は長寿国ですが健康寿命と寿命とは異なります。我が国の高齢者は、**男性で約9年間、女性で約12年間、何らかの身体の不調を感じながら生活しなくてはなりません。**そして、**この時間は、人生の集大成の時間として、とても重要な時間となります。**

皆様、どのような過ごし方をされたいと思われませんか？この時期に、素晴らしい訪問看護師に出会うことが、あなたの人生を変えるといっても過言ではありません。



高齢に伴い、足腰の痛みや疲れやすいなどの体調の変化を経験しながら、生活することが多くなります。そのため、慢性安定期(体調が良い時)と増悪期(入院治療が必要)を繰り返しながら生活することになります。その間、少しでも苦しい症状や痛みなど辛い時間を減らし、できれば入院することなく、自宅で生活できることが求められます。

②質の高い訪問看護師に、求められることは、どのようなことでしょうか？



体調の変化に早く気づき、重症化を予防できることが重要です。医学的情報から病態を把握し、利用者の希望する生活を最大限確保しながら、身体の許容範囲内での生活の質を最大限確保すること。そのために、訪問看護師は、その人の生活ぶり、その人の病態、症状について、十分に把握しておくことが求められます。

①身体の内部からのサインに気づくことができること。

脈拍、血圧、呼吸数、気管支呼吸音、肺胞呼吸音、心音、尿量、排便、食欲、浮腫み、体重などの変化をキャッチし、体の中の変化に気づくこと。

②生活状況の変化に気づくことができること。

座る場所、部屋の中、玄関の花、仏壇の花、台所の片付き方、ゴミ箱の中など、生活の細かな変化に気づき、身体のサインとの関連を見抜くこと。

③全体的な生活状況(活動状況、服薬状況、金銭的な問題、ストレスなど)を把握しておくこと。

以上、身体の安定性を確認し、病態に基づいた看護アセスメントによる生活調整を支援することが求められます。

③特に心肺機能が低下した高齢者、認知症に悩む高齢者への対応が重要

高齢者は、健康寿命を延長できることが最も重要です。ただ、高齢者は、心肺機能が低下し、心不全の危険性が高くなっています。65歳以上のわが国の循環器治療費は、医療費の4分の1を占めており、2018年12月に『脳卒中・循環器対策基本法』が制定され、心不全患者の在宅療養における支援は、重要な政策課題となっています。質の高い訪問看護師は、慢性心不全患者であっても、在宅にて安定した療養生活を支援でき、再入院を予防できます。

2025年には、65歳以上のうち認知症の人は約700万人(5人に1人)に増加すると予測されています。認知症によって在宅療養における必要な治療が困難となることもあります。また、他の病気で入院治療が必要となっても、認知症の症状によって入院環境の変化に対応できないこともあります。他人ごとではありません。本人もご家族も辛い病気です。

症状の特徴に応じた看護アセスメントによる支援(家族も含めた)によって、症状にうまく付き合うことができるようになります。高齢者や家族にとっても穏やかな日々が過ごせることが求められます。



④心不全の病態の特徴から在宅療養支援に求められること



心不全とは、心臓に何らかの異常があり、心臓のポンプ機能が低下して、全身の臓器が必要とする血液を十分に送り出せなくなった状態をいいます。心不全は心臓病の終末像(図1)であり、高齢に伴い、多くの方が経験する病気となります。

図1:日本心臓財団より
https://www.jhf.or.jp/check/heart_failure/02/

心不全の病態の特徴は？

心不全の臨床経過の特徴は、図2に示すように、慢性安定期(体調が良い時)と急性増悪期(重篤な状態となり入院治療が必要)を繰り返し、そのまま死に至ることもあります。療養者本人および家族が看取りの準備さえできない場合もあります。そして、緩和ケアのタイミングの難しい病態です。急性増悪期の症状や急な看取りは、非常に苦しく、辛い時間となります。**可能な限り、苦しい症状を経験しなくて良いような支援が求められます。**

心不全の臨床経過が長くなればなるほど、慢性化し症状が出ても気づきにくく、少しの症状出現であれば我慢してしまいがちになります。また、**いつもと違う症状に気づいていても判断を間違い、病院受診が遅れる傾向もあります。**

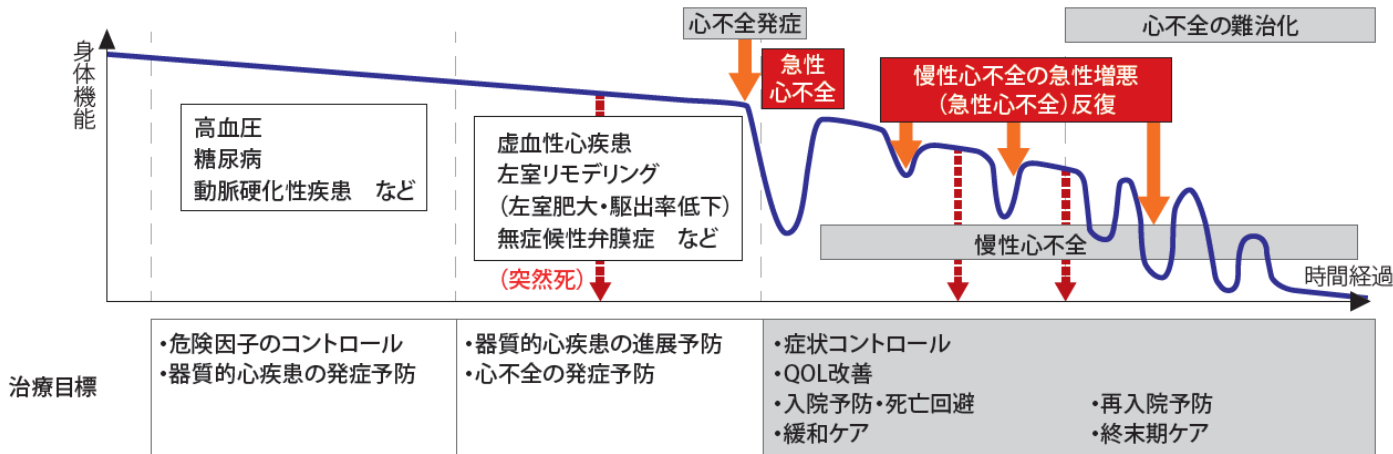


図2 心不全の病態の特徴

日本循環器学会/ 日本心不全学会合同ガイドライン 急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)
https://www.j-circ.or.jp/old/guideline/pdf/JCS2017_tsutsui_h.pdf 12頁(図1心不全とそのリスクの進展ステージより)

在宅療養に求められること

早期から質の高い訪問看護師の関りで、いつもと違うことの判断を間違えることなく日常生活の中で、必要な療養行動が獲得でき、苦しい症状を経験する前に療養者本人が対処(SOSが出せる)することができるよう支援すること。それによって、図3に示すように、慢性心不全による急性増悪の波を小さくすることができ、緩やかな慢性疾患の病態経過に導くことができると考えます。そして、緩和ケアのタイミングや看取りを視野に入れた支援が重要です。

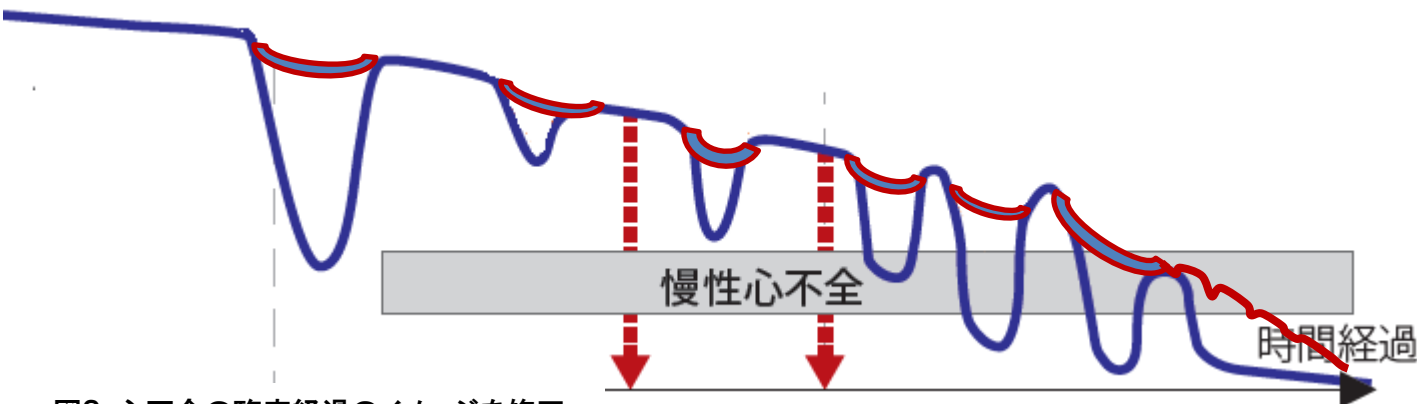


図3: 心不全の臨床経過のイメージを修正

在宅においては、全ての利用者、一人一人の生活の仕方を尊重し、その人の日常生活習慣を可能な限り守りながら、利用者の苦勞が少なく、以下のことができるよう調整することです。そして、利用者と一緒に頑張れることが重要です。

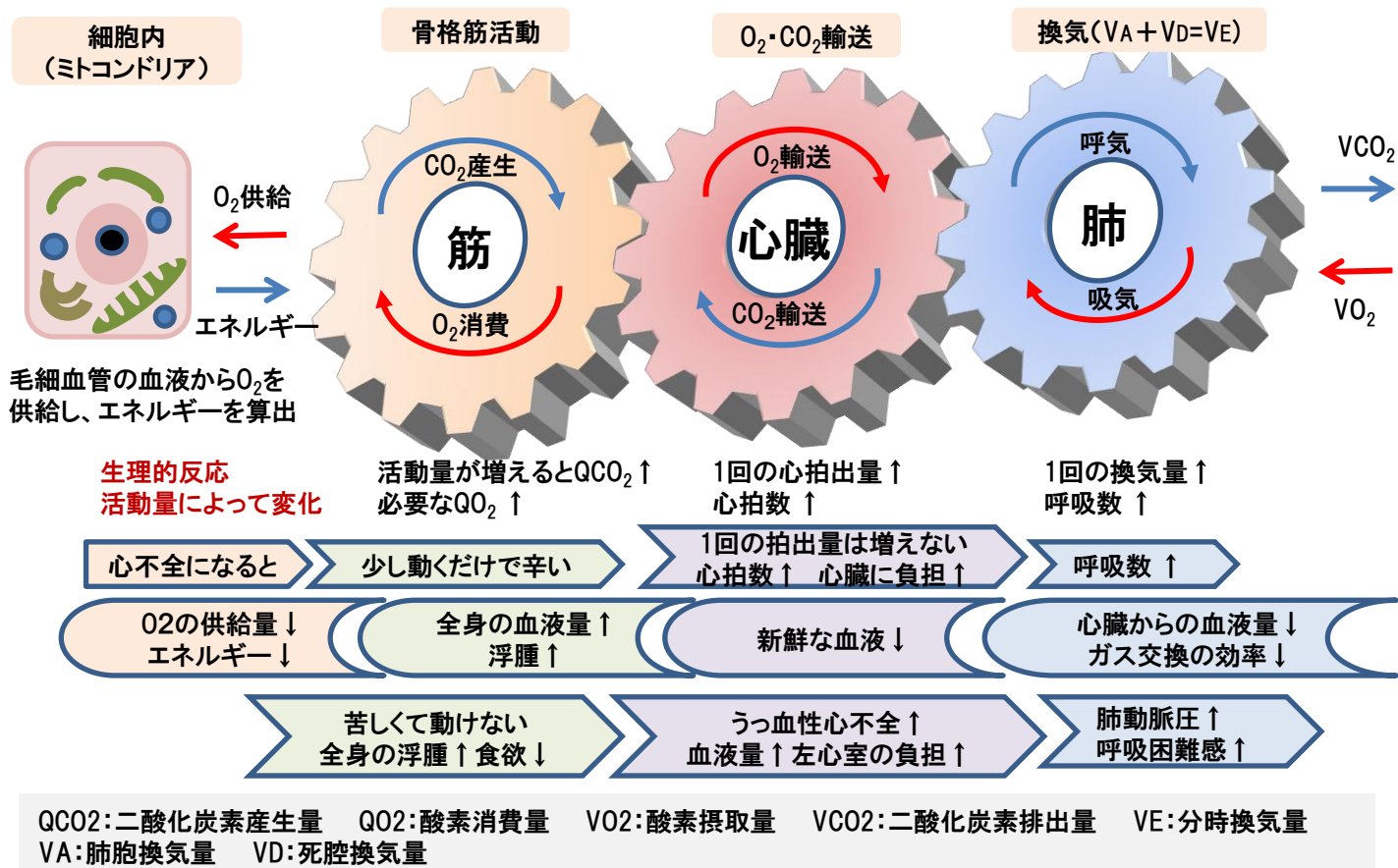
- ① 処方された薬を確実に飲めるようにすること
- ② 食事制限なども考慮しながら必要な食事がとれること
- ③ 排便、排尿によって体内の水分バランスの調整ができること
- ④ 清潔を保持し、感染管理を行うこと
- ⑤ 心肺機能を考慮した活動と休息のバランスが取れること
- ⑥ 日常生活の中で自ら「いつもと違う」症状に気づくためには、可視化できる数値(血圧、脈拍、体重など)を提示し、療養者、家族を含め在宅ケアチームで共有すること

急性増悪徴候に早く気づき、早期の受診に導くことができると考えますが、その判断は、とても難しく熟練された観察眼が必要です。特に、心不全症状は生活活動機能の障害がない内部障害であるため、療養者本人からの身体内部の変化を読み取る必要があります。また、在宅では限られたデータからしか情報が得られません。そのためにも事前の医学的情報が重要になります。

⑤在宅療養における医学的情報の活かし方について

高齢者になり、心肺機能が低下する人は多いです。特に心不全症状がある方には、身体の中で何が起きているかを考え、休息と安静のバランスをとることが必要です。そのためには、医学的知識が必要です。

人が生きるためには、酸素を身体の隅々まで送ることが必要です。そのため、呼吸によって肺に酸素を送り、肺で酸素を得た血液を心臓から、送り出し、細胞に酸素が届きます。細胞内で酸素からエネルギーを算出することで、私たちは活動でき、排出された二酸化炭素は、心臓から肺に戻って呼吸で外に捨てられます。



活動によって心臓も肺も活動を強化する必要があります。その時、心臓に負担がかからない範囲の中で、生活活動を調整、すなわち、**深呼吸を行い、少し休めば、心拍数も呼吸数も普通に返る範囲での生活調整を行うことが重要です。**

そのためにはAT(嫌気代謝閾値: 身体の細胞に酸素を送ることができる最大値)を把握し、その脈拍数を超えないことが重要です。利用者の方が望む生活を、脈拍数と呼吸数が増えすぎないように、小刻みに休むことができるよう、利用者と一緒に考え、具体的な休み方を提示していくことが大切です。

また、病院と在宅での日常生活では活動量に違いがあり、病院で指導される数値(血圧、脈拍、体重など)では、**動きたい気持ちを我慢しすぎたり、動ける時にまとめて動くなど、休息と活動のバランスが取れにくい状態になることも多くあります。**病院で指導された数値を基盤として、療養者の動き方や息遣いなどを観察しながら、在宅での日常生活活動に応じた数値目標を再設定することも必要です。そして、誰もが同じように関り評価できるように具体的な数値目標を提示し、共通理解しておくことが重要です。

訪問看護師は、医学的情報を収集でき、一人一人の呼吸音や心音の特徴を記載し、早く変化に気づくことが重要です。そのためには、**退院時の医学的情報が重要であり、病院看護師との医学的情報の共有が求められます。**

⑥認知症の病態の特徴および在宅療養に求められること

* 加齢によるもの忘れと認知症のもの忘れは違います。

加齢によるもの忘れ: **日常生活に支障はない**(加齢により、多少の物忘れは増えてきます)

記憶の帯



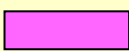
体験の一部のみを忘れる。他の記憶からもの忘れした部分を思い出すことができる。**もの忘れを自覚している。**

認知症のもの忘れ: **日常生活に支障をきたす**

記憶の帯



抜け落ちる



体験全体を忘れているため、思い出すことが困難である。**もの忘れを自覚できない。**

軽度認知障害: 記憶障害は同年齢の人より目立つ

* 認知症とせん妄との違いを理解しましょう。

	せん妄	認知症
発症時期	突然、異なった症状が出る。 突発的に時間や場所がわからなくなる。 (いつもと違う)	徐々に症状が出るため、いつから発症したのか分からない。
症状の変化	1日のうちで症状の変化がある。 (日中は問題ないけど夕方になるとひどくなる)	症状は回復しない。 1日のうちで症状の変化が小さい。
意識障害	意識障害がある。 (幻覚など、意識がそこにはない状態)	基本的に意識ははっきりしている。

集中力の欠如、物忘れの多発など認知症と類似の症状があるため、見極めは難しい。せん妄とは意識障害の一種であり、別人のように暴れだし暴力や暴言が多発することがあります。**特に訪問看護では、環境変化がない場合が多いので、身体的要因および心理的ストレス要因を見極めることが重要**

<身体的要因>

* 疾患により直接的または二次的に脳機能に影響

- ・呼吸障害(呼吸不全、肺梗塞など)
- ・循環障害(心不全、心筋梗塞、不整脈など)
- ・脳血管障害(頭部外傷、脳出血、脳梗塞、脳腫瘍)

* 多数の薬剤が作用し脳機能に影響

- ・代謝障害(低血糖/高血糖、腎不全、肝不全、脱水、貧血、電解質異常、甲状腺機能低下/亢進など)
- ・感染症(肺炎、尿路感染、肺血症など)

* 抗コリン作用を持つ薬剤は脳機能に影響

- ・薬物(抗コリン薬、NSAIDs、H2ブロッカー、副腎皮質ステロイド、抗うつ薬など)

* 自分に何が起きているのか理解できにくい状況

- ・感覚機能の障害(視覚障害。聴覚障害など)
- ・見当識の手掛かりが見えない



準備因子

認知機能障害
視覚、聴覚障害
せん妄の既往
脳血管障害の既往

<心理/環境的要因>

* 心理的ストレス(不安や緊張感など)

- ・不安、緊張、喪失感、不満、恐怖感など

* 環境の変化(非日常的環境)

- ・緊急入院、施設入所などによる感覚過剰/遮断(視覚/聴覚障害、騒音、照明など)
- ・疼痛・掻痒感などの不快症状
- ・治療による変化
(排泄様式、絶食、動けないなどの制約)
- ・家族の存在がないなど
- ・睡眠障害(不眠、昼夜逆転など)
- ・その他、いつもと違う

* 認知症の主な病態です。

アルツハイマー型認知症:

老人斑(アミロイドβ蛋白)により神経細胞の脱落による認知症
進行は緩やかで、最も主な症状は記憶障害から発症することが多い。

血管性認知症:

脳の血管障害(脳梗塞・脳出血等)により脳神経細胞の壊死による認知症
脳血管障害に伴い段階的に症状が進行する。判断力・理解力・人格など比較的保たれる。

レビー小体型認知症:脳全体にレビー小体といわれる異常な物質が沈着する認知症
認知機能の変動、幻視(実際にいない小動物や虫、子供がいると訴える)などの症状が出る。

前頭側頭型認知症:

前頭葉と側頭葉の萎縮による認知症
人格変化・反社会的行動・衝動的行動がある。万引きや破廉恥な行動・無頓着・自分勝手なわが道をいく行動(脱抑制)が見られる。

* 認知症は、病態によって分類されており、症状が少しずつ異なります。ただ、これらの病態が重なっている場合もあります。早期に専門医に相談し、適切な薬物治療によって、症状を緩やかにすることが可能になります。
また、パーキンソン病などの併存疾患によって症状の進行は異なります。

* 認知症の症状には必ず見られる中核症状と行動・心理症状(BPSD)があります

* 行動・心理症状(BPSD)は、周囲の環境や関わり方によって、高齢者自身およびご家族の皆様が認知症とうまく付き合うことができます。

そのひとの生活すべてが私たちにメッセージを送っています。

「いつもと違う」は、予兆のサインです。早く気づいて、適切な関りをする事で、症状は落ち着くかもしれません。

そのためには、その人の『いつも』を知っておくことです。

いつもの
『表情・顔色』
『身体・精神状態』
『日常生活動作・継続』
『居場所』など



* 認知症になると必ず見られる症状(中核症状)と、行動・心理症状

中核症状

行動症状/心理症状

軽度

記憶障害:新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起することができなくなる

【もの忘れがひどい】

- ・同じことを何度も言ったり、聞いたりする
- ・最近の出来事が思い出せない
- ・物のしまい忘れ置き忘れが増える
- ・外出時に持ち物を何度も確かめる

失語:言葉を見つけ出したり、理解することが難しくなる

【判断・理解力が衰える】

- ・料理・片付け・計算・運転のミスが多くなる
- ・話のつじつまが合わない
- ・テレビ番組の内容が理解できなくなった

失行:運動機能が損なわれていないにもかかわらず、目的の動作を行うことができなくなる

【意欲がなくなる】

- ・身だしなみをかまわなくなった
- ・趣味や好きなテレビ番組に興味を示さなくなった

実行機能障害:目的に合わせて計画を立てたり、手順を頭の中で組み立てられない

【人柄が変わる】

- ・些細なことで怒りっぽくなった
- ・自分の失敗を人のせいにする

見当識障害:時間・場所・人の順で見当がつけられなくなる

【場所・時間がわからない】

- ・約束の日時や場所を間違えるようになった
- ・慣れた道でも迷うことがある

中度

失認:視覚機能が損なわれていないにもかかわらず、対象物などを理解したり、把握したりすることができなくなる

重度

うつ症状
物盗られ妄想

引きこもり
徘徊、興奮

失禁、寝たきり、
摂食・嚥下障害

いつもと違うと感じるときは、予兆を表すサインとしてとらえ、早く対処したいですね。
そのためには、その人の『いつも』を知っておくことが重要です。

在宅高齢心不全患者および認知症合併事例など約100事例を振り返り、具体的な看護実践につなげるための情報収集の視点から、病態に基づいた看護アセスメントを提案できる支援プログラムソフトを開発しました。再入院予防に向けた生活調整のための看護実践を可能にするために、是非ご活用ください。

(プログラムソフトのHPへ)