

総説

大誠会スタイル 病棟において認知症のある患者を身体拘束しない看護

The Taiseikai Style No restraint care for patients with dementia in hospital ward.

田中志子

Yukiko Tanaka

はじめに

認知症を患う人の数は今後ますます増加していくことが示されている。そして、多くの認知症のある患者が近年一般病棟に入院していることも事実であり、認知症の人を看護することに難しさを感じている医療従事者は少なくない^{2, 3)}。中央社会保険医療協議会（中医協）総会資料⁴⁾によれば、「『認知症あり』の患者のほうが、『認知症なし』の患者よりも入院日数が長く、在宅復帰率が低い傾向にあった」という分析結果が記されている。実際に、病棟種別7対1、10対1、13対1、15対1、地域包括ケア、回復期リハビリテーション（リハビリ）、療養1、2のすべての病棟にお

いて、「認知症あり」のほうが「認知症なし」に比べ入院日数が長く、在宅復帰率が低いという結果が示されていた（表1）。一方、当院の実績では、地域包括ケア病床および回復期リハビリ病棟のいずれも入院日数は「認知症あり」の方が「認知症なし」より短く、在宅復帰率も同等もしくは「認知症あり」の方が高くなっている（表2）。統計学的な有意差はなかったが、中医協の報告では、「認知症あり」のほうが入院日数が長かったということを考えれば、「認知症なし」と比較し、「認知症あり」の人が短かった傾向にあったということは特筆すべきと考える。つまり多くの医療機関にとって、認知症は早期退院、在宅復帰を阻害する要素になっているのかもしれないが、認知症の疾患特性に応じた適切

表 1 認知症の有無による病棟種別ごとの平均入院日数と在宅復帰率

<認知症の有無別の入院日数の平均> 単位：日

	7対1 (一般・特 門・特定)	10対1 (一 般・特門・特 定)	13対1	15対1	地域包括ケ ア	回復期 リハ	療養1	療養2
全体 n=8042	17.8	20.6	34.2	39.2	43.7	67.8	203.5	284.3
認知症あり n=1133	23.8	29.4	58.7	45.2	45.1	69.3	240.9	399.5
認知症なし n=6909	17.1	19.0	25.2	35.4	42.8	66.9	123.3	178.2

<認知症の有無別の在宅復帰率>

	7対1 (一般・特 門・特定)	10対1 (一 般・特門・特 定)	13対1	15対1	地域包括ケ ア	回復期 リハ	療養1	療養2
全体 n=7769	81.0%	80.5%	77.2%	60.0%	80.8%	69.1%	36.1%	39.1%
認知症あり n=1087	57.3%	55.2%	52.0%	32.6%	64.1%	52.9%	29.7%	20.6%
認知症なし n=6682	83.8%	85.0%	86.6%	77.0%	91.7%	78.0%	50.0%	57.1%

中央社会保険医療協議会総会
(平成27年11月25日)資料2より抜粋(文献4)

表 2 内田病院における認知症有無別の入退院状況(平成28年度)

2a 入院日数の平均 単位：日

	地域包括ケア	回復期リハ
全体	26.3 (n=192)	69.3 (n=232)
認知症あり	25.6 (n=119)	66.1 (n=120)
認知症なし	28.3 (n=73)	72.8 (n=112)

2b 在宅復帰率

	地域包括ケア	回復期リハ
全体	79.2% (n=192)	60.8% (n=232)
認知症あり	77.3% (n=119)	63.3% (n=120)
認知症なし	82.2% (n=73)	58.0% (n=112)

キーワード：認知症、身体拘束、パーソン・センタード・ケア、大誠会スタイル

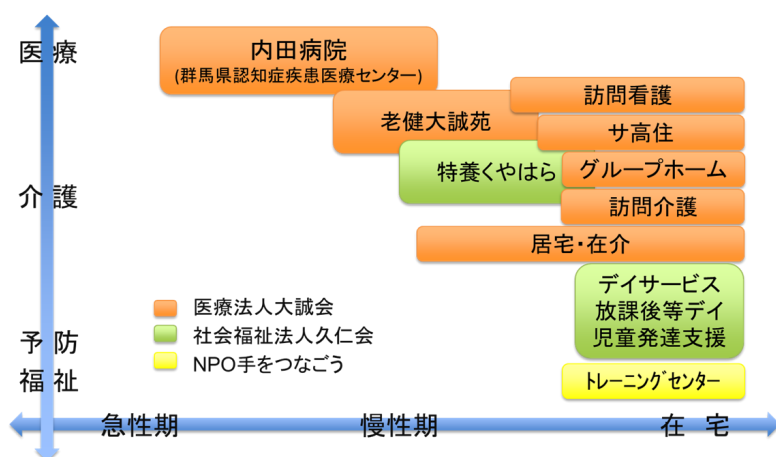


図1 大誠会グループの概要

医療・介護・福祉の複合体として、地域の高齢者や障害者、認知症患者の治療から療養、予防、福祉まで生活全般をサポート

な対応を行えば、早期退院、在宅復帰は十分に可能である。そこで本稿では、大誠会グループの取り組みを通じて認知症ケアおよび在宅復帰支援についての検討を述べたい。当グループの構成を図1に示した。

1. 認知症のある患者への早期退院、在宅復帰支援を実現するための取り組み

1) 関係者間での情報をしっかりと共有する

患者が入院した際には、在宅での生活状況、介護保険の認定の有無、他院受診や介護保険サービスの利用状況等を、患者や家族、および担当ケアマネジャー（担当ケアマネ）から情報収集し、その内容を病棟スタッフおよび担当相談員に提供する。図2は、当グループにおいて入院患者の動向報告を共有するために毎朝行われている「ホワイトボード会議」と呼ばれるミーティングの様子である。この会議では、病棟全体の動きのみならず、個人の状況や課題について担当ケアマネや相談員が、情報を交換し合う。特に在宅での生活状況に関する情報は、入院にともなうリロケーションダメージの軽減において非常に有益である。また、入院時だけでなく入院中においても、認知症サポートチーム（Dementia Support Team: DST）による病棟回診に同行し必要な情報提供を行なうことで、在宅生活と入院生活でのギャップの軽減などを図る。同時に、在宅復帰を見据えたサポートプランの検討準備も入院時から速やか

に行う。

認知症を有する患者に対し、適切な入院期間での退院および在宅復帰支援を実現するためには、大きく分けて2つの取り組みが必要だと考えている。

ひとつは、患者の生活を時間軸でとらえ、入院生活をその線上に乗せられるようにするためのマネジメントである。在宅生活と入院生活を結びつけ、環境変化にともなうストレスを低下させることが、入院時および退院時の両方において重要である。

もうひとつは、「認知症」にフォーカスを当



図2 ホワイトボード会議の様子

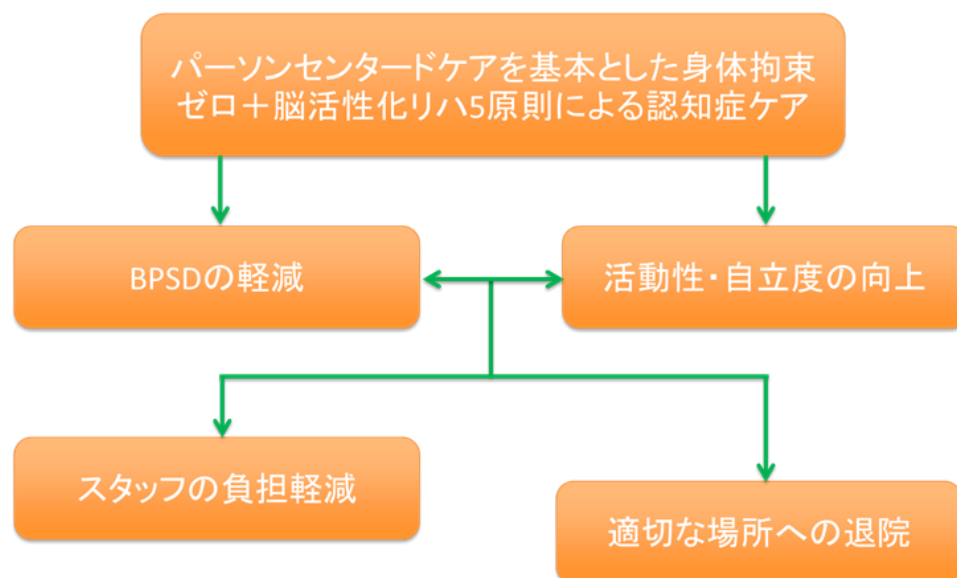


図3 内田病院における認知症ケア「大誠会スタイル」

てるのではなく「人」を重視したケア、すなわちパーソン・センタード・ケア⁵⁾の実践である。これにより、早期からの行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD）の軽減が可能となる。

2) 退院後の生活の調整を入院中に多職種で行う

入院前の生活状況に関する情報をもとに、入院中の担当相談員と病棟看護師、リハビリスタッフ等が協働で退院後の生活環境、利用する介護保険サービス等に関する検討を行っている。患者家族、担当ケアマネ、在宅での主治医やほかの医療機関等との連絡調整は担当相談員が主で行うものの、患者の入院前の状況を把握している立場として関わった多職種（当院では、看護師、リハビリスタッフ、歯科衛生士、栄養士等）が相談員をサポートすることで、入院生活から退院後の在宅生活へのリロケーションダメージを最小限にとどめられるようにしている。また、主治医と相談のもとで必要と思われる要介護度の区分変更申請や必要な介護保険サービスの提案などを、家族や担当ケアマネにフィードバックする。

2. 入院中も「認知症」ではなく「人」を重視したケアを実践する

当グループの認知症ケアは、パーソン・セン

タード・ケアの考えをベースとして、身体拘束をせずに「脳活性化リハビリテーション⁵原則⁶⁾を実践するものである。身体拘束をしないことで患者の活動量を維持し、あわせてBPSDを軽減することで早期退院とスタッフの負担軽減を実現するものであり、このような一連のケアプロセスを当グループでは「大誠会スタイル」と定義している（図3）。

この「大誠会スタイル」によるケアプロセスを可視化した事例について紹介したい。

<事例>

アルツハイマー病の70代女性で、妄想、暴力、介護抵抗等あり、適切な対応方法の家族の理解が乏しくBPSD悪化のため自宅よりパトカーをとまって当院地域包括ケア病床へ入院した。

入院後は本人の発言、行動を一切否定せず、あわせて役割をもち、自己肯定感を上げることでBPSDの軽減を図った。本症例のケアプロセスにおける各要素を数値化すると、図の通りとなった（図4）。病棟スタッフおよびDSTが、本人の状態やニーズに合わせて病室内の環境やケア方法、コミュニケーションツール、服用する薬剤などを頻回に微調整し（図4a）、それによりBPSDは軽減、身体拘束をせず行動抑制をしないことでADLは向上した（図4b）。良好な状態で退院につなげられている。さらに、病棟

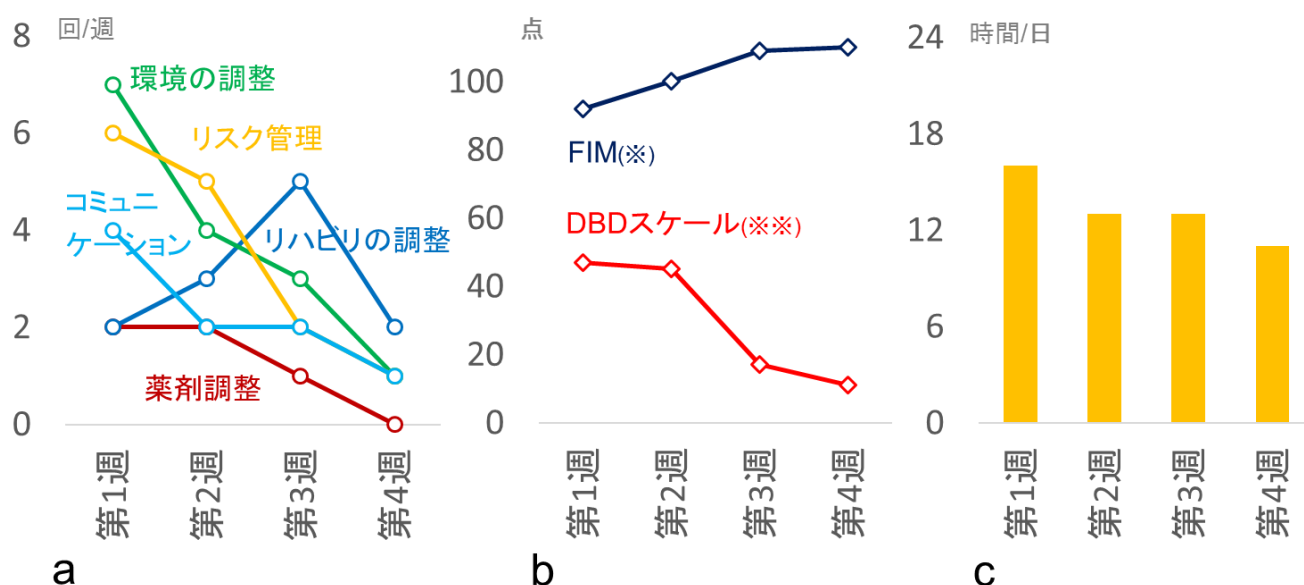


図4「大誠会スタイル」によるアウトカム

a ケア内容等の調整回数:本人に適したリハビリやケア、薬剤を頻回に選定

b 自立度*とBPSD***:自立度を向上させつつ認知症状を改善

c スタッフの関与時間:行動障害が改善され介入時間が短縮

※:Functional Independence Measure, ※※:Dementia Behavior Disturbance Scale

スタッフが本人に関与した時間も時間の経過とともに短縮した(図4c)。入院4週後に良好な状態でサービスつき高齢者向け住宅へ退院した。

もし、本事例において入院時の激しいBPSDに対し身体抑制もしくは薬剤による鎮静を行っていたら、図4bのようなBPSDの軽減とADLの向上は望めなかっただろう。すなわち、身体拘束を行わないことがBPSDの軽減や早期退院の近道となっているのである。

3. 認知症のある患者に適した入院環境を整備する

「大誠会スタイル」を実践しアウトカムを出すには、病院として次の3つのステップ⁷⁾を踏んでいることが不可欠となる。

第一に、スタッフが認知症に対する偏見を持っていない組織風土づくりである。先にも述べた通り、「認知症」にフォーカスを当てるのではなく、「人」を重視し、「『認知症』の人」ではなく、「認知症もある『人』」として考えること、「認知症の患者」として見るのではなく、「認知症も患っている患者」という姿勢で対応できるかどうか。こうしたパーソン・セン

タード・ケアの考えをスタッフ間に根付かせることが大切である。

第二に、認知症の方に接する際に、その人の苦手な部分をしっかりととらえ、サポートするという姿勢を持つことが必要である。例えば、病室やリハビリ室、検査室など、入院にともなって生じるさまざまな環境の変化に患者が対応できるように配慮することや、スタッフが話す言葉のスピード、分かりやすい表現かどうかなどを考え、患者が苦手だと思われる要素を先回りして補っていく。認知症の患者は、程度によっては自分の症状を的確に表現することができない人も少なくない。怒りや不穏などが不調の訴えであることも多いので、「ただ騒いでいる人」「迷惑な人」ととらえるのではなく、ノンバーバルなコミュニケーションから本人が何を言いたいのか、どこが苦しいのかを受け止めようという姿勢を持つことが、スタッフに求められる。相手に合わせたコミュニケーションが取れるかどうか、患者が医療者を信頼し、安心し、心を許せるかどうかに密接につながり、さらにはBPSDを起こさない、悪化させないための環境づくりにもつながってくる。

第三として、「いま本人(患者)が欲してい

表 3 身体拘束11行為を「行うことがある」と回答した病棟・施設の割合(実施施設割合)(文献8)

	病院の病棟							介護療養型 医療施設
	医療保険適用病床							
	一般病棟 7:1/10:1	一般病棟 13:1/15:1	地域包括 ケア病棟等	回復期リハ ビリテー ション病棟	障害者施設 等	医療療養 病棟		
1) 徘徊しないよう車椅子・椅子・ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る	51.7%	31.6%	49.3%	35.6%	28.3%	25.0%	12.1%	
2) 転落しないよう体幹や四肢をひも等で縛る	57.9%	21.1%	47.8%	35.6%	30.4%	30.0%	8.5%	
3) ベッドの四方を柵や壁で囲む	80.7%	78.9%	86.8%	69.0%	65.9%	67.2%	60.0%	
4) チューブを抜かないよう四肢をひも等で縛る	63.8%	47.4%	66.7%	35.6%	41.3%	43.3%	20.7%	
5) 手指の機能を制限するミン型の手袋等	86.2%	73.7%	94.2%	72.9%	80.4%	85.2%	71.7%	
6) Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける	72.4%	68.4%	80.0%	74.6%	65.2%	54.1%	32.8%	
7) 立ち上がりを妨げるような椅子を使用	36.2%	42.1%	29.0%	24.1%	19.6%	18.0%	5.5%	
8) 介護衣(つなぎ服)を着せる	62.1%	73.7%	81.2%	50.8%	54.3%	60.7%	32.8%	
9) 他人への迷惑行為を防ぐためベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る	24.1%	10.5%	18.8%	13.8%	10.9%	13.1%	0.0%	
10) 向精神薬の多剤併用	58.6%	15.8%	48.5%	45.6%	37.0%	44.3%	24.6%	
11) 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離	3.4%	5.3%	0.0%	1.7%	2.2%	4.9%	1.8%	
1~11のうち1つ以上を実施	93.1%	94.7%	98.6%	91.5%	93.5%	91.8%	85.0%	

	介護施設等				病棟・介 護施設等 合計
	介護老人 保健施設	介護老人 福祉施設	特定施設 (有料老人 ホーム)	サービス付 高齢者向け 住宅	
1) 徘徊しないよう車椅子・椅子・ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る	1.4%	1.4%	1.3%	0.0%	18.9%
2) 転落しないよう体幹や四肢をひも等で縛る	2.7%	0.0%	0.0%	0.0%	19.2%
3) ベッドの四方を柵や壁で囲む	24.7%	8.1%	16.9%	9.4%	46.0%
4) チューブを抜かないよう四肢をひも等で縛る	6.9%	6.8%	2.6%	0.0%	27.0%
5) 手指の機能を制限するミン型の手袋等	31.5%	26.0%	15.6%	8.3%	53.8%
6) Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける	23.3%	10.8%	16.9%	3.5%	40.9%
7) 立ち上がりを妨げるような椅子を使用	6.8%	1.4%	3.9%	2.4%	14.4%
8) 介護衣(つなぎ服)を着せる	13.7%	8.1%	11.7%	10.6%	37.0%
9) 他人への迷惑行為を防ぐためベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る	0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	7.5%
10) 向精神薬の多剤併用	13.9%	5.6%	10.5%	8.3%	27.3%
11) 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離	0.0%	2.7%	1.3%	1.2%	1.3%
1~11のうち1つ以上を実施	46.6%	33.3%	32.5%	24.7%	65.9%

身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査研究資料：平成27年度 公益社団法人全日本病院協会
老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する研究事業 編

ることを止めさせない」「本人がやりたくないことを強要しない」という意識をもって患者に関わることである。もし、どうしても行わなければならないことがあれば、時間をずらすこともひとつのテクニックとなるだろう。本人に合わせて、治療やケアのタイミングをほんの30分程度変更することで、BPSDを起こさずにスムーズに午前の点滴を終えられたり、午後のおむつ交換ができたりする。相手の立場に立って「自分だったらどうしてほしいか」を考え、「自分がされたら嫌だと思ふことは絶対にしない」という意識を徹底させることで、認知症の人が安心して入院できる病院の雰囲気が醸成されるのである。これらのステップを踏んでケアを実践することで、初めて先に示したようなアウトカムが導かれると考える。

4. 廃用防止、身体拘束ゼロのためのさまざまなケアの「コツ」

平成28年4月に制定された認知症ケア加算の算定要件として「身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する」という減額条件が付与された。つまり、「身体拘束をできる限り減らす看護」が求められている。しかし、平成27年度的全日本病院協会の調査によれば、病棟種別7対1、10対1、13対1、15対1、地域包括ケア、回復期リハビリテ

ション(リハビリ)、療養1、2、さらには緩和ケア病棟にいたるまで、調査対象外であった精神病棟以外のどの種別であってもなんらかの身体拘束を行っている」と回答した割合は、90%を超えていた。多くの病棟で、身体拘束が日常的に行われていることが示された(表3) 8)。

当グループには、平成28年度の1年間でおよそ300人が視察に訪れた。この内には韓国からの視察団も含まれている。視察の目的は、「大誠会グループではなぜ身体拘束をしないで認知症ケアができるのかを知ること」であった。先に述べた療養環境の整備と、「認知症もある『人』」という発想に基づいたわずかなケアの工夫9)があれば、身体拘束ゼロでの認知症ケアは十分に可能であるが、まだまだ、実践できている組織は少ないようだ。当グループにおけるケアの工夫と、いくつかの視点について紹介する(6, 7, 9)。

1) リロケーションダメージを抑えるために

家庭に近い環境づくりとして、自宅にある馴染みの物を病室に持ってきてもらったり、自宅の呼び名を院内でも使わせてもらったりするなどの方法がある。また、介護施設ではあたり前に行われていることであるが、院内に自宅のような趣のスペースを設置することも有効で



図5 地域包括ケア病床に設置したリビングルーム
スタッフステーションの合い向かいのスペースにリビングを設置し、食事や団らん、生活動作のたのリハビリを行っている

ある(図5)。その患者が安心感をもち落ち着ける場や状況を早期から作ることがポイントである。

2) 点滴を投与するために

本人の意思と反して安静にしなければいけなかったり、点滴を受けなければいけなかったりした際に、前述した治療やリハビリ・ケアのタイミングをずらすことだけでなく、本人の意向を聞いた上で実施するという方法もある。説得したり誤魔化したりするのではなく、本人の意向を聞く姿勢や、本人が苦痛にならない位置に針を刺して点滴を留置する、動きやすくするように点滴のラインを長く取る、などのテクニックが有効である。

3) リハビリテーション

認知症のある患者へリハビリを実施する際に留意すべきは、リハビリをする側の事情に合わせるのではなく、患者本人の「気分」に応じたスケジューリングをすることである。そのときどきの気分や天候などに合わせ、外出リハビリにするのか、院内でのリハビリにするか、あるいは理学療法士が担当するか作業療法士が実施するかなどを臨機応変に選択し、柔軟

にプログラムを組み替えると患者も積極的にリハビリに応じやすくなる。

5. 一般病院であっても身体拘束をせず患者を診ることが出来る可能性

これらの取り組みや、身体拘束をしない方がBPSDの軽減につながり、ケアする側の負担軽減にもつながり、さらに早期退院への近道になることを当グループのスタッフは経験的に知っている。だからこそ、身体拘束はしない、患者の希望に合わせて活動量を積極的に増やすなどの前提に基づいたケアやリハビリが実践できていると考えられる。

また、具体的なケアの手法については、内田らの著書を参考にさせていただきたい^{10,11)}。

まとめ

病棟においての認知症のある人の看護は今後増加していくと予測されるが、困難ばかりではない。まずは人として接するという基本姿勢をしっかりと身につけることが基本だ。ケアやリハビリのノウハウだけでなく、このような「身体拘束ゼロでの認知症ケアはやればできる」という理念を基本的に持ってほしいと考える。実際にはこうしたケアのほうが、本人の

QOLを高め、BPSDを予防・低減し、本人ができることを増やし、そのことでスタッフの手間が減ったり、スタッフのやりがいやモチベーションアップにもつながることを、実践を通して知ってほしい。

本総説は、国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED) の平成29年度認知症研究開発事業「BPSDの解決につなげる各種評価法と、BPSDの包括的予防・治療指針の開発—笑顔で穏やかな生活を支えるポジティブケア」(代表: 山口晴保: 課題番号17dk0207033h0001)の研究開発分担者として執筆しました。

COI

企業等との利益相反はないが、筆者は大誠会理事長として、公共の利益のために、身体拘束ゼロの看護や、高齢者や慢性疾患のエンド・オブ・ライフ・ケアを幸せに過ごしてもらうようなケアや環境を整える大誠会グループの「HAPPY END OF LIFE CARE®」を含む「大誠会スタイル」を広く周知し、日本の高齢者や認知症のある人のケアの向上に役立てたいと考えている。

文献

1) 厚生労働省ホームページ. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000105049.pdf>

- 2) 江口恭子、前田祐子、久保田正和、他: 身体合併症で入院した認知症高齢者への一般病院におけるケアのプロセス、京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要 (1880-2867) 7: 23-28, 2011.
- 3) 小山尚美、流石ゆり子、渡邊裕子、他: 中規模病院の一般病棟で認知症高齢者のケアを行う看護師の困難、老年看護学 17(2): 65-73, 2013.
- 4) 厚生労働省ホームページ.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000104997.html>
- 5) 水野裕: 実践パーソン・センタード・ケア—認知症をもつ人たちの支援のために. ワールドプランニング, pp33-46, 2008.
- 6) 山口晴保、佐土根朗、松沼記代他: 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント. 3版、(山口晴保編). 協同医書出版, pp175-205, 2016.
- 7) 田中志子: 認知症患者の入院時ケア. 内科 (121巻4号掲載予定).
- 8) 公益社団法人 全日本病院協会 平成27年度身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査研究事業報告書, pp1-47, 2016.
- 9) 大誠会認知症サポートチーム: 楽になる認知症ケアのコツ. (山口晴保、田中志子編). 技術評論社, pp18-39, 2015.
- 10) 内田陽子: 一般病棟の認知症のある患者「こんなときどうする」(内田陽子編). 照林社, pp44-51, 2017.
- 11) 内田陽子: できる! 認知症ケア加算マニュアル (内田陽子編). 照林社, pp9-11 & 122-124, 2016.