

平成16年度
老人保健健康増進等事業
による研究報告書

平成16年度

三センター共同研究事業

<痴呆ケアにおけるリスクマネジメントに関する研究>

認知症介護研究・研修東京センター

認知症介護研究・研修仙台センター

認知症介護研究・研修大府センター

グループホームにおける 事故予防の取り組み

事例集

～認知症高齢者の安心した暮らしのために～



認知症ケアにおけるリスクマネジメント研究プロジェクト

【目 次】

はじめに	1
A．認知症ケアにおけるリスクマネジメントとは	2
B．本書の構成	4
部 事故予防の取り組み事例	5
1 1日10回以上転倒するMさん	6
2 石鹼を食べてしまったSさん	14
3 外に出て行き、土手や草むらも 平気で歩き続けるOさん	20
4 隣の人の薬を飲んでしまったMさん	26
5 入浴後にふらつきのみられたケース	32
6 すし作りでもめたAさんとBさん	38
部 一般的な事故対応の解説	44
1 転倒事故	45
2 異食事故	47
3 異食事故	49
4 入浴事故	51
5 利用者間トラブル	53
おわりに	54

認知症ケアにおける リスクマネジメント研究プロジェクト

研究委員（敬称略・順不同）

阿部哲也（認知症介護研究・研修仙台センター 研修研究員）
加藤伸司（認知症介護研究・研修仙台センター 研究・研修部長）
大久保幸積（社会福祉法人 幸清会 幸豊ハイツ 総合施設長）
武田純子（有限会社ライフアート代表・グループホーム福寿荘 施設長）
宮崎直人（有限会社グッドライフ代表・グループホームアウル 総合施設長）
喜井茂雅（有限会社スローライフ代表・ぐるうぶほうむ3丁目 施設長）
蓬田隆子（社会福祉法人 宮城福社会 グループホームこもれびの家 施設長）

事例提供及び執筆担当（敬称略・順不同）

大久保幸積（社会福祉法人 幸清会 幸豊ハイツ 総合施設長）
武田純子（有限会社ライフアート代表・グループホーム福寿荘 施設長）
宮崎直人（有限会社グッドライフ代表・グループホームアウル 総合施設長）
喜井茂雅（有限会社スローライフ代表・ぐるうぶほうむ3丁目 施設長）
蓬田隆子（社会福祉法人 宮城福社会 グループホームこもれびの家 施設長）
阿部哲也（認知症介護研究・研修仙台センター 研修研究員）

はじめに

厚生労働省の推計によりますと、何らかの介護・支援を必要とする認知症高齢者の数は 2002 年で約 150 万人、2015 年までにおおよそ 100 万人増えて 250 万人になると予測されています（高齢者介護研究会報告書）。

このような認知症高齢者の増加は、同時に転倒や徘徊、異食、誤薬、溺死など認知症によって起こりやすい事故が増加する可能性をも示しています。これらの事故は認知症高齢者が安心した生活を送る上で、大きなリスクとなります。認知症ケアにおけるリスクマネジメントとは、これらの事故を事前に予測し予防することで事故の可能性を最小限にする事（リスクコントロール）と、起きてしまった事故に迅速に対応し被害を最小限にする事（ダメージコントロール）といえるでしょう。

現在、新設のグループホームが増加する中、グループホームでは認知症高齢者の自己決定権の尊重や、本人らしい生活を保障することが望まれています。しかし、認知症高齢者の安全と自己決定の尊重を両立し、本人らしい生活を実現するためには組織的なリスクマネジメントの取り組みが必要です。

平成 15 年度に我々が実施した「グループホームにおけるリスクマネジメントの取り組み実態調査」の結果によると、8 割以上のグループホームで対応マニュアルやインシデントレポートは整備されており、事故への対応システムは整備が進んでいるようでした。ところが予防マニュアルやヒヤリハット記録などへの取り組みは 5 割以下のグループホームでしか取り組みがされておらず、**予防システムの整備**はあまり進んでいない傾向が伺えました。

そこで我々は、認知症高齢者の事故予防に関する考え方や取り組みを普及するために、グループホームで事故予防に取り組んでいる事例を調査しました。そして今回、認知症高齢者に起こりやすい転倒、異食、帰宅願望による外出や徘徊、誤薬、入浴事故、人間関係のトラブルなどの予防視点を解説した「グループホームにおける事故予防の取り組み事例集」を作成する運びとなりました。

本事例集に掲載している予防の取り組みや考え方は、あくまでも一つの実例として紹介しています。ぜひ、本書で紹介した事例を参考に、認知症ケアにおけるリスクマネジメントシステムの確立にお役だていただければと思います。

認知症ケアにおけるリスクマネジメント研究プロジェクト一同

A 認知症ケアにおけるリスクマネジメントとは

リスクマネジメントは、医療・看護領域において早くから取り組まれてきており、要介護高齢者の増加に伴って福祉領域における取り組みも盛んに行われてきています。福祉領域におけるリスクマネジメントは、大きく分けて事業所や介護者側の危機管理に関するものと、介護者による介護事故や高齢者自身の事故防止に関するものに分けられます。特に、高齢者の事故については、転倒や転落の要因、防止対策、予防方法などの研究が進んでおり、徐々に福祉施設の中でも実践されてきているようです。

しかし、認知症高齢者の事故については、認知症のメカニズムの解明や理解が遅れていたこともあり、予防や対応方法はいまだに確立されていない状況にあります。

リスクマネジメントとは

一般に、リスクマネジメントとはリスク（危機）をマネジメント（管理）する事ですから、起こりうる危険性を早く予測し危機の可能性を少なくする事と、起きてしまった損害をできるだけ小さくする事と考えられます。そのためには、過去にあった危機の情報を集め、原因に対処するような予防の計画をするといった手順が必要となります。

認知症高齢者のリスクとは

認知症高齢者におけるリスクとは、記銘障害、見当識障害、失行、実行機能障害など認知症による中核的な症状によって生じる危険の可能性を意味します。ですから転倒・転落、帰宅願望による外出に関わる事故、誤薬による服薬事故、入浴時の溺死、人間関係におけるトラブルなど日常生活の中で頻繁に起こりうる全ての事故が、認知症高齢者にとってのリスクと考えられます。

認知症ケアにおけるリスクマネジメントとは

認知症ケアにおけるリスクマネジメントとは、認知症高齢者に起こりうる転倒・転落、帰宅願望による外出に関わる事故、誤薬による服薬事故、入浴時の溺死、人間関係におけるトラブルなどを防止することを意味します。

そしてリスクマネジメントとは起きてしまった事故の被害を小さくすることを含んでいますから、事故への迅速な対応もリスクマネジメントの一部と考えられます。

つまり、認知症ケアにおけるリスクマネジメントとして重要なポイントは認知症をよく理解していることを前提とし、以下の4点だと考えられます。

事故の原因を推測できること（事故分析）

起きてしまった事故に素早く対応できること

（ダメージコントロール）

事故の予防に必要な情報を集めること（リスクアセスメント）

根本的な原因を排除し、予防のための方法を立案すること

（リスクコントロール）

さらに、これらのポイントをチームで共有化し、組織的な取り組みが実行されることで、認知症ケアにおけるリスクマネジメントシステムが確立されることとなります。

起こさないようにどうするか！

起きたらどうするか！



B 本書の構成

ねらい

本書のねらいは、認知症ケアにおけるリスクマネジメントにおいて重要な視点を実例をとおして理解することを目的としています。特に本書のねらいは以下の5点になります。

- 原因をアセスメントすることの重要性と意義を理解する。
- 予防に必要な情報をチェックポイントとして解説し、リスクアセスメントに必要な情報を理解する。
- 事故が起こる前の事前評価の重要性を学ぶ。
- 多様な事故予防の考え方を理解し、予防に至る視点を学ぶ
- 事故への対処的な対応だけでなく、予防に取り組むことの重要性を理解する。

構成

事例の選定については、認知症高齢者に起こりやすい「転倒事故」「異食事故」「帰宅願望・外出」「誤薬」「人間関係のトラブル」「入浴事故」を取り上げ、グループホームで事故予防に取り組んでいる事例を掲載し、深く掘り下げて解説することを心がけました。

本書は2部構成になっています。

- ・ 部では実際に事故の予防に成功した事例を紹介し、事故原因の考え方、予防の取り組みについて解説しています。
- ・ 部では、認知症高齢者に典型的な事故について一般的な対応方法を紹介し、より効果的な予防を行う視点について解説しています。

尚、各事例ごとにリスクマネジメントを行う上でのポイントに関するワークシートを用意しましたので、職場で事例を考える際の材料としてご活用ください。

I 部 事故予防の取り組み事例

I 部では認知症高齢者の代表的な事故について、予防に取り組んでいる事例を紹介しながらリスクマネージメントの視点を解説しています。

なぜ事故が起こったのか、すぐにしなければならないことは何か、事故を防ぐために知っておくべきことは何かなど事故を防ぐための取り組みについてみなさんも一緒に考えてみてください。

* 尚、ここに掲載されている事例や、解説のポイントは一つの参考例ですので、話し合いや検討のための材料としてご活用ください。

事例 1 【転倒事故】 1日に10回以上転倒するMさん

事例 2 【異食事故】 石鹼を食べてしまったSさん

事例 3 【帰宅願望・外出】 外に出て行き、土手や草むらも平気で歩き続けるOさん

事例 4 【服薬事故】 隣の人を飲んでしまったMさん

事例 5 【入浴事故】 入浴後にふらつきのみられたケース

事例 6 【人間関係トラブル】 すし作りでもめるAさんとBさん

1 【転倒事例】 1日に10回以上転倒するMさん

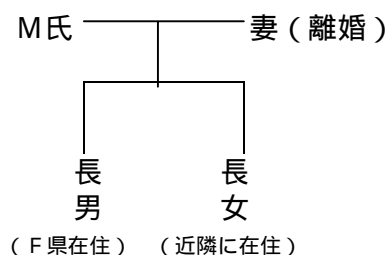
、 <事故状況>

Mさんは入居時より、若干前のめりで小刻み歩行であったが、左尿管腫瘍、左腎尿管全摘手術の為、入院。加療の後退院。その後、移動の際は車椅子を使用し、スタッフが介助、順調に回復していったが、自分で歩行ができるようになりだしてから、転倒が目立つようになってきた。多いときは一日に10回以上の転倒もざらであった。

、 <事例の概要>

年 齢) 78歳
性 別) 男性
学 歴) 尋常小学校
職 歴) 国鉄
認知機能) HDSR 8点
既往歴) 頭部外傷、脳器質性症候群、左尿管腫瘍、左腎尿管全摘術
現 病) 老人性痴呆
服用薬) 向精神薬
コミュニケーション能力) 会話は可 耳が不自由な為、補聴器を使用
A D L) 歩行一部介助、食事は自立、排泄はりハビリパンツ使用で一部介助、入浴は一部介助が必要
生きがい・趣味) 歌
宗 教) 仏教
生活史) 3人兄弟の長男として出生。学校を卒業後、国鉄に入職。結婚後、一男一女をもうける。退職前、妻と離婚。退職後、63歳長女を頼りH県に移り住む。長女の夫と折り合いが悪く、同居には至らず、長女宅近くのアパートで独居生活を営む。その際、転倒し頭部外傷。独居生活が困難となり、ケアハウスに入居となる。しばらくケアハウスでの生活が続いたが、他の入居者と折り合いが悪く、また幻聴により興奮や他者への暴言、暴力などが現れ、平成14年2月老人性痴呆と診断され、ケアハウス退去を余儀なくされる。その後、ケアマネージャーや長女の薦めもあり、グループホームへ入居となる。
人間関係) 聴力が難聴であり、左耳に補聴器を使用しているが、会話によるコミュニケーションが難しいため、他者とのトラブルは耐えない。スタッフとのコミュニケーションは現在は良好である。家族は週に1度のペースで面会に来られる。孫に逢うことが楽しみのひとつでもある。

家族構成)



ワークシート
みんなで考えてみましょう

問1) Mさんの転倒の原因はなんですか。推測してみましょう。

問2) Mさんの転倒事故を防ぐために知っておいた方がよい事はなんですか。(身体面、心理面、環境面などから考えて見ましょう)

問3) Mさんの転倒事故を防ぐためにどのような取り組みが必要でしょうか。(身体面、心理面、環境面などから取り組みを考えて見ましょう)

【解説】

問1) 原因をアセスメントする なぜ、そのような事が起こったか!!

病院より退院後、しばらくは車椅子にて移動を行っていたため、職員が「見守り」の意味を安易に考えており、Mさんの微妙な行動の変化に対する見極めが乏しかったと思われます。また、一人でいることの孤独感が、他者とのトラブルを助長しているのではないかと考えられます。

Mさんの転倒している場所や時間帯が規則的な状況を表している可能性が高いと思います。Mさんの心理（感情）面と行動面との関係をアセスメントすることや、Mさんの生活音に注目して、音をアセスメントすることで未然に転倒を回避することができるのではないかと考えられます。また、Mさんとスタッフとの関係にも着目し、再度関係を築く必要があるのではないかと結論に達しました。

問2) チェックポイント（ここを見逃したらダメ!） 予防のために知っておかなければならない情報は何か

< 身体面 >

歩き方はどうか

歩き出したら、まず、すぐ手が出せる位置まで近づくことが肝心である。ただ、遠くで見守っているのは、本来の見守りではなくなる。歩行状態を見極めてこそ、彼らのリスクを未然に回避することができるのではないかと考えられます。転倒の状況を分析すると、Mさんの気持が先立ち、目的の場所や物の前で小刻みな歩き方になってしまっていることに気づく。これは、チームワークが問われる。

水分量のチェック

飲んだ分、出るのも比例していないか。飲んだ量が多ければ、トイレに行く回数も多くなるはず。それだけで、彼に目を向けることになると思われる。これも、チームで小まめに情報交換が必要である。

排泄のチェック

トイレでの転倒も頻繁にあるため、ただ排泄状況の記録を活用し、排泄時間の間隔を把握することで、そろそろかなとスタッフがMさんを気にする状況を作り出す。「もしかしたら、さっき、1時間前にトイレに行ったから、もうそろそろかな」と思うことにより、Mさんに目を向け見守る事ができると思われる。これらも、チームとしての力量が問われる。小まめに日常的にカンファレンスを繰り返すことが、リスク回避の原点であると思われる。

術後の痛みはないか

よく手術の痕を押さえてはしかめっ面をしている時が見受けられる。

< 心理面 >

ひとりぼっちではないか？

暴力的な言葉や抵抗があるからといって、関わりが薄くなってはいないだろうか。その言動は、身体的な痛みや一人になることへの不安感がそうさせているのではないかと考えるとスタッフとの関係性にも目をむけるべきと思われる。

スタッフ全員が気にしているか？

Mさんの行動に対して「もしかしたら転倒するかもしれない」「もしかしたらトイレに行こうとしているのかもしれない」など行動や感情のシグナルを読み取り、先の先の行動をとる必要があるのではないかと思われる。

コミュニケーションの見極めができていますか？

術後であったり、聴覚に障害があったり、歩行が思いどおりにいかなかったりと様々な障害が本人を苦しめているとすれば、そのコミュニケーションのあり方も考えなくてはいけないのではないだろうか。

意志の確認

可能な限り、自分の力が発揮できるような生活を望んでいるのではないか？

< 環境面 >

転倒場所の確認

転倒はどこで、どのような状況で、起こってしまうのかの規則性をスタッフが把握すること。また、その時の心理的な裏づけも合わせて行うとよい。

常に関係のアセスメントを怠らないこと

関わりの中から関係性を縮めていく必要があると思われる。本人との触れ合いが十分なのかのスタッフ個々の見直しが必要ではないだろうか。

家具や生活用具と本人の関係を観察すること

かなり、椅子やベッドからずり落ちていることが多く、座っている椅子（テーブルも含む）の代替や座り具合に関心をよせる事が必要である。

問3) 予防の取り組みのポイント（事故を防ぐために）

< 身体面 >

歩行状態をスタッフが把握しよう。

過去、現在、未来について、スタッフ間で意識の共有化を図ろう

～ Mさんはどうしたかったのか、今どうしたいのか、この先どうあったらいいのかを探る関わりをしよう。

Mさんを気にすること、見極めること、見守るようにしよう。

日常的にスタッフ間で情報を共有化すること～小さなカンファレンスを日常的な場面で繰り返し行なう。

耳が聞こえづらいから補聴器をつけているので、聞こえないからといって更に大きな声を出して話すと、よけい聞こえづらくなるため、普通のトーンの声で落ち着いて話すようにしよう。

Mさんにとって苦痛のない安心できる介助をしよう。（歩き方のモデルを示そう）

～ 階段の昇り降りに、女性スタッフはどのような位置でどのように介助したらいいか、男性スタッフはどのような位置でどのように介助したらいいのかを皆で考えよう。

< 心理面 >

関係を再度構築しよう。(私達の捉え方や反応の仕方の問題があるのだと思う事)
Mさんを気にすること、見極めること、見守るようにしよう。
過去、現在、未来について、スタッフ間で意識の共有化を図ろう
~ Mさんはどうしたかったのか、今どうしたいのか、この先どうあったらいいのかを探る関わりをしよう。
コミュニケーションを持つとき、身振り手振りで示しながら、始めから敬語などを使わず、相手の雰囲気をつかみ、あわせるようにする。
お風呂の場合も、風呂介助する格好で誘うと「風呂かい?」と認識する。
一緒に食事をしよう。
一緒にオセロをしよう。
ご家族にも協力してもらおう。
自分でできることはやってもらおう。(例えば、歯磨き、洗顔、着替え、髭剃り、食事、入浴、喫煙など)
Mさんのかかえている障害を理解しよう。(できなくなっているけど、自分でしたいという感情(想い)を汲み取る関わりが大切)
何度もMさんに視線を送ろう~あなたのことを気にしていること、あなたの存在を大切に思っていることを目線や手振りなど体全体で伝えよう。

< 環境面 >

どのような場所で、どのような状態になるのかをアセスメントしよう。
Mさんを気にすること、見極めて、見守りをしよう。
過去、現在、未来について、スタッフ間で意識の共有化を図ろう
~ Mさんはどうしたかったのか、今どうしたいのか、この先どうあったらいいのかを探る関わりをしよう。
Mさんの好きなことやできる環境を整えてみよう。~野球好きの彼に野球を観賞してもらってはどうか。ビデオで野球を流して観てもらってはどうか。
座位の安定を図るため、肘付回転椅子とその椅子の高さにあったテーブルを用意しよう。
音のアセスメントをしよう~杖の音(カシャンという音)、戸を開ける音(物静かに開ける事が多いので相当注意深く耳を澄ます必要がある)足音など、とにかく物音に注意深く気をつかい、音がしたら必ずMさんのところまで飛んでいこう。
時間をみて何度も訪室しよう~もしかしたら転びそうになっているかもしれないとおもおう。

実際の取組み

経 過		かもしれない視点
9・24	<p>14:15 2F喫煙所にて転倒</p> <p>18:40 夕食が終わり、リビングにて転倒</p>	
9・25	<p>6:30 ガタガタドーンと音。(1) 訪室すると入り口付近で転倒した様子、トイレ誘導後ふらつきが見られる。パッドを回収した後、一服する。手の震えが見られる為、ストローク付きマグカップでお茶を飲む。「これはMさんのですか」と聞いてきたので「はいそうです」と答える。「どこか打ったのですか」と聞くと、おでこを押さえながら軽いほうだと話す。</p>	<p>(1) 音のアセスメントが必要ではないか？～杖の音（カシャンという音）、戸を開ける音（物静かに開ける事が多いので相当注意深く耳を澄ます必要がある）足音など、とにかく物音に注意深く気をつかい、音がしたら必ず本人のところまで飛んでいく。</p> <p>(2) 転倒する場所の規則性を探る必要がある。</p> <p>(3) 居室内での移動時、トイレの前や便器に向かった時、喫煙するテーブルや椅子の前、居室から出てきた時など何か目的があり、その目的を達しようとしたその瞬間に転倒が起きている。</p> <p>(4) 誰も転倒の瞬間を見てはいないことに問題があるのではないか。気にかけて見極めることが大切であり、行動を起こした際には、すぐに本人の傍に行き、手が出せる位置まで行くことを共通のケアとして考えてはどうか？</p>
9・26	<p>8:50 2階トイレ前にて転倒 (2)、入居者Sさんが手伝ってくれている。スタッフの介助にて立ち上がり、自力でトイレに行く。</p> <p>10:40 2階、居室より出る際、扉をあけ転倒、シッポ交換し、右前頭部にたんこぶ、左膝を打っています。</p> <p>11:10 自室 (3) にて転倒。スタッフが訪問した際には、膝を床に付け頭をあげていた。本人は腰を打ったと話している。介助にて立ち上がり2階喫煙所に座っている。</p> <p>17:35 自室前にて転倒、介助にて車椅子へ移乗。左肩を打ったとの訴えがある。</p>	
9・27	<p>4:40 自室にて転倒。「ドーン」という音と共に、本人「助けてくれ～」と叫んでいる。スタッフが訪問すると顔面、両手を打ったと話す。特に両手の痛みが酷く、興奮状態見られておりスタッフが抱えようとするも拒否、「早く警察か施設長、男の人を呼べとの事」。スタッフK君を呼び交代するも興奮、外傷みられず再度スタッフが変わり、湿布を持って行くも興奮は治まらず、一端スタッフは離れる。</p> <p>6:05 「ドドドーン」という音がしたので訪問。タバコに火がついたものを持ち、床に座られていました。(4) 本人何処も打っていないし、痛くないとの事。「何でこうなるんだろう？」と聞くので、「足の運びが悪くなった事」を伝えると納得し、介助にて立ち上がり、喫煙所まで歩行介助しています。興奮状態は見られず。</p> <p>9:15 自室にて転倒。</p> <p>10:30 2階廊下にて転倒。</p> <p>12:55 居室内にて転倒。</p>	

	<p>14:10 トイレ前にて転倒、B(+)Ac(+)両膝湿布塗布</p> <p>15:50 自力でトイレへ行こうとし居室内にて転倒、痛みの訴えはなし。</p> <p>17:25 居室内、テレビ前にて椅子に座ったまま横に転倒、介助にて起き上がり「机の上を誰かが荒らした」と話されています。麦茶20cc飲まれ喫煙所へ。</p> <p>20:50 訪問すると床に転倒している所を発見、介助にて立ち上がる。歩行介助にて喫煙所で一服し、自室へ戻り入眠。</p>	<p>(5)本人との関係にも問題があるかもしれない。スタッフが一方的にケアするのではなく、本人の意思はどの方向に向いているのかの洞察力が求められる。それには、向き合うしか方法はないと思われる。</p>
--	--	--



<コメント>



本来からすれば、事故が起きる前に取り組まなければならないことであり、事故が起ってしまったからではリスクマネジメントとは言えないと思われます。ですから、この事例はある意味失敗例でもあると同時に、その後の取り組みからは成功例でもあるのではないかと考えられます。

今回は、退院後の見極め(～かもしれない)の遅れ、身体状態の見定め、Mさんとスタッフとの関係性に課題が見られる事例でした。毎日数回も転倒していた彼が、その後の取り組みによって転倒がゼロになったのです。よく「見守り」とケアプランに書いてあったり、スタッフの口から出される言葉として表現されますが、本来の見守りとは、その人の状態をしっかり見極めた上で表現されなければならないと考えられます。なぜなら、見守っているのに何故何度も転倒するのかを考えると、実際はその時の状況や状態が見極められておらず、事前の行動や用意がなされていないことが原因で起こっていると思われます。まずは、「絶対に転倒させない」という強い意志を、毎日の業務の中で繰り返し話しあい、チームとして共有しているかということが重要です。さらに、事故が起ってしまったのであれば、どういう状況の時に起きているのかを見極める力を備えているかどうかです。

今回のケースについて、スタッフの話合いの中で特徴的だったことは、音のアセスメントをしたことです。夜間誰かが起き出しその歩いている音を聞いただけで、「誰々ばあちゃんの足音だ」と感じた経験のある人は多いと思います。そういった五感をフル活用し、気配で感じる感覚を養うことが大切であり、もっと意識すべきポイントであると思われます。

確かに様々なアセスメントやヒヤリハットを記録することも良いことですが、机上のものだけにとどまっていたりリスクを回避することはできないでしょう。机上のものを、実践という関わりの中で生かしてはじめて彼らの生活や命、人生を保障できるものになるのではないのでしょうか。私達の感覚こそ磨きをかける必要があるのであって、彼らをどうこうするものではない事を確認しておきたいと思います。私達の意識が変わらなければ、彼らを守ることは決してできないということを再度強調しておきたいと思います。

2 【異食事例】石鹼を食べてしまったSさん

、 <事故状況と経過>

入居後、特に変わった様子もなく生活されていましたが、正月早々に洗面所に置いてあった鏡餅を、居室で食べていたのをスタッフが確認している。その後、無造作にあたりの物を食べるような行為は見られなかったが、その1ヶ月後、洗面所に置いてあった石鹼に歯形がついているのをスタッフが見つかる。Sさんの口のまわりから石鹼の匂いがすると、ポケットから歯形をついた石鹼が半分見つかった。

、 <事例概要>

年 齢) 71歳

性 別) 女 性

学 歴) 尋常小学校

職 歴) 華道の先生

認知機能) HDSR 7点

既往歴) 糖尿病

現 病) 老人性認知症

服用薬) 糖尿病薬、便秘薬、利尿剤

コミュニケーション能力) 会話は可能

A D L) 歩行一部介助、食事は自立、排泄はリハビリパンツ使用で一部介助、入浴は一部介助が必要

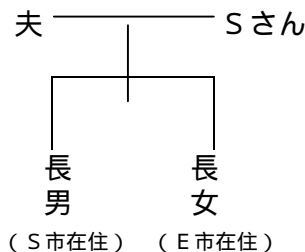
生きがい・趣味) 歌・花・日記

宗 教) 仏 教

生活史) 8人兄弟姉妹の末っ子として出生。H県Y市の学校を卒業後、現在の夫と結婚。一男一女をもうける。以前、お稽古事で華道の師範をとり、お弟子さんをとって家計を支えていた。その後、夫の転勤などで、H県中を転々とする。子供も巣立ち、二人きりの生活であったが、平成元年ごろより、糖尿の疑いがあるとのことで、通院加療していたが、平成10年頃より、もの忘れがひどくなり、心配した家族が精神科へ受診させたところ、アルツハイマー型認知症との診断を受け、老人保健施設に入所となる。しばらく施設での生活が続いたが、認知症の症状が次第に進行し、夫も同様の診断を受け、二人で施設の生活が続く。その後、集団生活よりも小規模な家庭的な環境が良いのではとのケアマネージャーの薦めもあり、夫と共にグループホームへ入居となる。

人間関係) 会話によるコミュニケーションはかろうじて保っている。スタッフとのコミュニケーションは良好である。人恋しく寂しがりやな一面もある。夜間「お父さんがいない」と何度も部屋から出てきては探す様子も伺える。

家族構成)



ワークシート
みんなで考えてみましょう

問1) Sさんはなぜ、石鹼を食べようとしたのでしょうか。原因は为什么呢。推測してみましょう。

問2) Sさんが石鹼を食べることを防ぐために、知っておいた方がよい事は为什么呢。(身体面、心理面、環境面などから考えて見ましょう)

問3) Sさんが石鹼を食べることを防ぐためには、どのような取り組みが必要でしょうか。(身体面、心理面、環境面などから取り組みを考えて見ましょう)

【解説】

問1) 原因をアセスメントする なぜ、そのような事が起こったか!!

原因は3点ほどに絞られると考えられます。第一は、孤立感、孤独感などひとりになることでの不安が認知の障害を助長したのではないかという点です。第二は、便秘です。石鯨を食べてしまった前から便通がなかったのと、相当な宿便であったと後の通院でわかりました。それ以後、便秘薬が処方され、生活習慣自体が見直されることになりました。第三は、お正月に起きた鏡餅を隠れるようにして食べた一件です。

また、食べた石鯨を調べてみると、花の形をした石鯨であることが判明しました。つまり、Sさんにとっては、石鯨ではなく何か別の食べ物（例えば、らくがんやお餅）に見えたのではないかという推測ができるでしょう。

問2) チェックポイント(ここを見逃したらダメ!) 予防のために知っておかなければならない情報は何か

<身体面>

水分量のチェック

便秘であることを考えると、水分量がどれだけあるのかのチェックが必要であると思われる。糖尿病との兼ね合いもあるため、水分量は要注意である。これも、チームで小まめに情報交換が必要である。

排泄のチェック

排便のコントロールが上手くいなくなってきたため、便秘薬と並行して生活習慣自体も見直す必要がある。

運動量のチェック

適度な運動も欠かせない。生活する中で無理なく必然的に行われるよう配慮が必要である。

<心理面>

ひとりぼっちではないか?

関わりが薄くなってはいないだろうか。

その言動は、身体的な痛みや一人になることへの不安感がそうさせているのではないかを考えるとスタッフとの関係性にも目をむけるべきと思われる。

スタッフ全員が気にしているか?

Sさんの行動に対して「もしかしたら便秘かもしれない」「もしかしたらお腹が空いているかもしれない」など行動や感情のシグナルを読み取り、先の先の行動をとる必要があるのではないかとと思われる。

メンタルなマネジメントができていますか?

今まで出来ていたことが出来なくなったり、歩行が思いどおりにいかなかったりと様々な障害が本人を苦しめているとすれば、そのケアのあり方も考えなくてはいけないのではないだろうか。

<環境面>

物との関係性の意味を知る

リスクのある物を取り除くのではなく、その物との関係性をアセスメントすることである。この場面では、素直に石鹸でなく「何か別の物として捉えたのではないだろうか。もしかしたら、お供えによくある『らくがん』に見えたのではないかとアセスメントしたのである。過去の出来事や習慣や習性を知ること、物を取り除かなくても解決することがある。逆に物をなくすことによって、本人への刺激がなくなり、感性的ない生活が続くという苦しみを味わわなければならないのである。

常に人との関係のアセスメントを怠らないこと

まずは、本人の周囲にいる人たちとの関係性を、その関わりの中から縮めていく必要があると思われる。本人との触れ合いが十分なのか、スタッフ個々の見直しが必要ではないだろうか。

問3) 予防の取り組みのポイント(事故を防ぐために)

<身体面>

排泄の状況を把握しよう。

過去、現在、未来の出来事について、スタッフ間で意識の共有化を図ろう

～Sさんはどうしたかったのか、今どうしたいのか、この先どうあったらいいのを探る関わりをしよう。

Sさんを気にすること、見極めること、見守るようにしよう。

日常的にスタッフ間で情報を共有化すること～小さなカンファレンスを日常的な場面で繰り返し行なおう。

<心理面>

関係を再度構築しよう。

(私達の捉え方や反応の仕方に問題があるのだと思う事)

Sさんを気にすること、見極めること、見守るようにしよう。

過去、現在、未来の出来事について、スタッフ間で意識の共有化を図ろう

～Sさんはどうしたかったのか、今どうしたいのか、この先どうあったらいいのを探る関わりをしよう。

一緒に食事をしよう。

自分でできることはやってもらおう。(例えば、歯磨き、洗顔、着替え、食事、入浴など)

Sさんのかかえている障害を理解しよう。

(物の認知に障害を来たしてきている)

何度もSさんに視線を送ろう～あなたのことを気にしていること、あなたの存在を大切に思っていることを目線や手振りなど体全体で伝えよう。

<環境面>

どのような場所で、どのような状態になるのかをアセスメントしよう。
Sさんを気にすること、見極めて、見守りをしよう。
過去、現在、未来の出来事について、スタッフ間で意識の共有化を図ろう
～Sさんはどうしたかったのか、今どうしたいのか、この先どうあったらいい
のかを探る関わりをしよう。
Sさんの好きなことやできる環境を整えてみよう。（昔、お花を生けていた）
音のアセスメントをしよう～本人特有の音があるはず、戸を開ける音（物静かに
開ける事が多いので相当注意深く耳を澄ます必要がある）足音など、とにかく
物音に注意深く気をつかい、音がしたら必ずSさんを見守ろう。
紛らわしい物の配置はしないようにしよう。物への誤認を誘発してしまう。
実際には、花の形をした石鯨を普通の固形石鯨にし、生活の中での関わりを増やし
たことによって異食は起きていないのである。



<コメント>



本来、リスクマネジメントをする前にケアマネジメントが正確に実行できているかどうかを確認する必要があります。ケアのマネジメントができていれば、自ずとリスクが回避できるはずです。

異食事故の多くは、

- 1) 孤立・孤独感が誘発していること。
- 2) 体調の変化に敏感であること。
- 3) 前述の2つの原因から物への認知に混乱を来たしてしまうこと。
- 4) 本人にとって苦痛な環境に置かれていること

などが原因として考えられるので、それらを取り除くことで解決することが多いと思われます。

彼らにとって周辺症状は、周囲の環境やケアの在り方に問題があるのであって、決して異食をした物を取り除いたり、監視の目を光らすことで解決するものではないと思います。常に過去、現在、未来に目を向ける姿勢で、私達の感覚に磨きをかけることが重要であって、決して高齢者本人を変えようとするとは根本的な解決にならないことを強調しておきたいと思います。この事例の場合も、最終的にはSさんの異食がなくなったことを考えれば、私達自身の捉え方や反応に問題があったのだと気づかされます。

実際の取り組み

経 過		かもしれない視点
2・4	<p>19:00 スタッフ誘導により、洗面、歯磨き、着替えをしています。その際、唇が腫れている。</p> <p>19:20 1F洗面所の石鹸が半分に減っており、歯形がついていることを確認。本人の口から石鹸と思われる匂いがする為、石鹸を食したのだらうという判断により、N病院救急外来へ受診。嘔気、嘔吐などの症状がないか様子観察が必要との事で、ハルトマン液500点滴施行。又、唇の腫れについては、石鹸の成分によるものではないか？との事で、22:00特に症状が見られず、帰宅してから様子観察するようにと、Drより指示が出される。</p> <p>23:00 本人、ぐっすり眠られている。</p>	<p>(1) 匂いによるアセスメント。石鹸を食べたのかもしれない。全ての石鹸を確認したところ、歯形のついた石鹸を確認。緊急に通院。その際、石鹸の形を確認すると、いつもと違う花の形をした石鹸であることが判明。もしかしたら、食べ物（お供えにある『らくがん』）に見えたのかもしれないと直感で感じる。スタッフに普通の石鹸に置き換えるよう指示。その後様子を見るように指示をだす。合わせて、誰か石鹸を食べているところを見た者はいないかを確認する。なぜなら、異食は1人の時に起きることが多い、つまり孤立している時、寂しい、混乱、不安などの環境要素が加わった時に起こるのではないかとの推測である。</p>
2・5	<p>6:10 起床。スタッフ誘導により、洗面、歯磨き、更衣している。紙パンツ内尿失禁あり。</p> <p>6:30 リビングにてコーヒーを飲まれている。</p> <p>9:10 他の入居者の方とスタッフと共に、清掃。</p> <p>9:25 スタッフと共に、ゴミ捨てに行かれる。</p> <p>10:45 スタッフと共に、GH内の花や観葉植物に水をあげている。</p> <p>14:20 毛玉とりをしている。</p> <p>20:20 腹部膨満がみられる。本人苦痛の訴えなし。触診。ステートにて確認してみるが、異常なし。その後も訴えなく良眠されている。</p> <p>22:50 トイレへ誘導し腹部確認する。腹部膨満感見られN病院救急外来へ受診。Drの診察を受け、触診、腹部X-Pの結果、大腸全体におよぶ宿便がみられるとのこと。主治医と相談し便秘薬を処方してもらうと良いとのアドバイスをいただく。また、便は、最近のものではなく、かなり以前からのものとの事。</p> <p>24:20 帰宅。麦茶一杯を飲み干し就寝される。</p>	<p>(2) 普段と変わらぬ生活をしてもらうよう指示をだす。</p> <p>(3) その後、腹部膨満感が見られ、もしかしたら便秘なのかもしれないとの判断でDr受診。予想通り、大腸全体におよぶ宿便が確認された。異食を引き起こす混乱の引き金になったのではないかとのアセスメントである。</p>
2・6	<p>5:15 起床。スタッフ誘導により、洗面、歯磨きされリビングへ降りてこられる。</p> <p>5:35 リビングにて他の入居者の方々とコーヒーを飲まれている。</p> <p>9:00 他の入居者の方々とスタッフと共に、清掃。</p> <p>9:30 スタッフと共に、ゴミ捨てに行かれる。</p>	<p>(4) その後も、変わらぬ生活を送るよう指示をだす。しかし、関わりを再度見直すことが大切であるとスタッフ間で確認をする。</p>

3【帰宅願望・外出】

出て行き、土手や草むらも平気で歩き続けるOさん

・ <事故状況と経過>

Oさんは、「夫の看病に行きたい」「帰りたい」と落ち着かず、不安な表情で帰宅を訴えることが多い。外に出る際はスタッフも一緒に同行していたが、平気で土手や草むら、車道を渡るなど歩き続けていた。スタッフがOさんの近くに寄ると「どうして付いて来るの」「放っておいて下さい」と口調が荒くなる。そして、一人で先へ先へと歩いてしまうため、少し距離を置き、後ろから様子を見守るようにしていた。

入居後1ヶ月たったある朝、まるで別人のような顔をして、「今すぐ帰る」「こんなところにはいれない」と、スタッフを振り払い、玄関から出て行く。少し離れて様子を見守っていると、かなりふらついているが、いつものように草むらに入って行った。その時足が草にひっかかり、転んでしまう。幸い、手首と顔をすりむいたが、骨折やその他の外傷は見られなかったため、グループホームの看護師の処置で済ませた。

・ <事例概要>

年齢) 79歳

性別) 女性

学歴) 尋常小学校卒業

職歴) 家事手伝い

認知機能) HDS-R 8点

既往歴) 虫垂炎手術、胆石手術、高血圧症

現病) 高血圧症、糖尿病、便秘症、アルツハイマー型認知症(H12.5診断)

服用薬) 降圧剤

コミュニケーション能力) 「家に帰る」「夫の病院に行く」等自分の想いを訴えることはできるが、時々つじつまの合わないこともある。

ADL) 食事は自立。排泄は、声かけ誘導が必要。入浴・着脱に関しては一部介助。

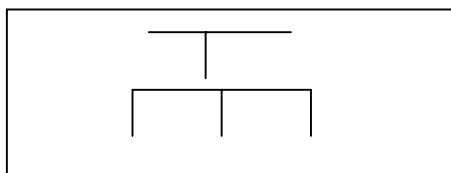
生きがい・趣味) 畑仕事・歌をうたう・ラジオ体操(体を動かすのが好き)

宗教) 禅宗

生活史) 農家の8人兄弟の末っ子として出生。女の子一人で両親・兄に大変かわいがられ育つ。尋常小学校卒業し、家業を手伝う。20歳で結婚し、2男1女をもつ。浪費家の夫に苦勞をし、家計をやりくりしながら懸命に子育てを行う。平成4年夫が脳梗塞で倒れ、2年ほど看病生活を送り、平成7年夫死去後、趣味を楽しんだりするが、平成12年頃より物忘れや外出先から戻れなくなるなどの痴呆症状が出現、アルツハイマー型認知症と診断される。約2年の長男夫婦と同居の後、グループホーム入居となり、現在に至る。

人間関係) もともとほがらかな性格で面倒見も良いので他入居者との関係は悪くない。近くに住んでいる長男夫婦を一番頼りにしている。

家族構成)



ワークシート
みんなで考えてみましょう

問1) Oさんはなぜ、帰りたいのでしょうか。なぜ外へ出て行こうとするのでしょうか。Oさんの気持ちになって推測してみましょう。

問2) まず、事故が起きないように、急いでしなければならないことはどのようなことでしょうか。

問3) Oさんが帰宅願望を訴えたり、突然外出することに対して、安全を確保するために知っておいた方がよい事はなんでしょうか。(身体面、心理面、環境面などから考えてみましょう)

問4) Oさんが帰宅願望を訴えたり、突然外出することに対して、安全を確保するためにどのような取り組みが必要でしょうか。(身体面、心理面、環境面などから取り組みを考えてみましょう)

【解説】

問1) 原因をアセスメントする なぜ、そのような事が起こったか!!

入居後、1ヶ月経過したが、その間のOさんは、ほぼ毎日、外に出ようとしており、落ち着かない日々が続いていた。しかし、どうして外に出たいのか？どのような時に外に出るのか？など、その行動の原因を探っていなかったことが転倒予防できなかった原因と考えることができます。

Oさんは、認知症の症状が出現する3年前まで、入院している夫の付き添いのため、毎日病院に通い続けたという背景があり、それを軸に原因を探ってみます。

グループホームは、まだOさんにとって住み心地の良い、安心できる場所となっていないようで、自分の家ではないところに長居はできない、そのようなことが原因で外に出ることが考えられます。

また、Oさんの既往・現在病から考えると、便秘症であり、2～3日排便がないと、腹部の張りなどの不快感から、『自分の家に帰ってゆっくり落ち着いてトイレに入りたい』という思いからも外に出ることが考えられます。

さらに、Oさんの「夫のところに行く」という強い想いと、いつもにはない激しい興奮だったため、歩行も不安定な上、足元の悪い草むらに入り、今回のことが起きたと考えられます。

スタッフはOさんと距離をおいて様子を見ていたため、とっさの出来事に体を支えることができなかったことも原因と考えられます。

問2) 今、すぐやるべきことは？(被害が大きくならないために)

外に出た場合、できるだけ側を歩き、転倒にすぐに対応できるようにする。

便秘による不快感が持続しないよう工夫する。

不安やストレスを取り除き、寄り添いを多くし、気持ちの安定をはかる。

服用中の薬剤の副作用等を点検する。

過去の転倒に関する情報を集め、再発防止のための計画を立てる。

問3) チェックポイント(ここを見逃したらダメ!)
予防のために知っておかなければならない情報は何か

身体面

歩行状態の確認はできているか?

普段の歩行状態の変化から、精神的な興奮の高まりを察知することが大切です。

服薬状況や副作用の把握はできているか?

服薬状況や副作用によって転倒などのリスクが高まったり、精神状態を悪化させたりしてしまうこともあるため確認が必要です。

体調の確認は十分できているか?

便秘はしていないか? 持病の糖尿病による低血糖はおこしていないか? 睡眠は十分にとれているか? 痛いところはないか? など体調の変化が不穏や不安につながるので見落とさないようにします。

過去の転倒歴の情報をつかんでいるか?

入居前の転倒回数や転倒場所を分析する必要があります。

生活しているときの表情は穏やかですか?

身体的な苦痛や精神的な不安や混乱・不快・ストレスなど表情に表れやすいので、十分観察することが不可欠です。

心理面

帰宅を訴える理由は何なのか?

訴える頻度や時間帯等も考慮しながら、帰宅を訴える理由を本人の生活歴等を通して分析することが大切です。

安心した生活を送れているのか?

生活を楽しんでいるか? 寄り添いは十分にできているか? スタッフのケアに満足しているか? 安心に対する配慮を再確認することが大切です。

楽しみごとはあるか?

生活の中で自分の好きなことをする時間はあるか? 自分の力を発揮する場面はあるか? などOさんらしい生活が送れているか見直す必要があります。

他入居者やスタッフとの関係はどうか?

スタッフや他の入居者との信頼関係が築けているか? 関係が希薄になっているスタッフはいないか? 見直すことが必要です。

環境面

落ち着ける場があるのか(居場所)

自分らしい生活空間になっているのか?(居室、居間など)

混乱させる環境になっていないか?(トイレの場所がわからない、殺風景など)

Oさんの生活空間に不適切な家具の配置になっていないか、外へ出る際の玄関や建物周辺には障害となるものはないか確認しておく必要があります。

社会面

家族との関わりはhowですか?

Oさんは長男夫婦を頼りにしているため、家族の面会は重要なので積極的な協力を得ることが不可欠です。

外に出る機会を増やし、生活に潤いを与えていますか?

人は地域とのつながりを持って暮らしを形成します。生活歴等を通して「好きなこと」「したいと思っていること」等が実現でき、満足感が得られるように配慮することが大切です。

問4) 予防の取り組みのポイント(事故を防ぐために)

身体面

歩行状態を把握した上で、下肢筋力低下に対する機能強化を図ることが大切です。
歩行介助方法をロールプレイで確認すると良いでしょう。

筋力・歩行などのアセスメントを行い、Oさんの歩行介助方法(前方からの介助、側方での介助など)を検討します。

便秘解消を図ります。(適切な水分摂取、乳製品の摂取、運動など)

持病の管理を見直します。

医師と相談し、服薬を見直すことも考えます。

心理面

帰宅の理由についてさらに具体的に検討します。

具体的なケアの提供を行っていくと同時に、「夫の看病の他に考えられることはないか」「道路ではなく草むらに多く入っていく理由は他にもあるのではないかと、帰宅を訴える背景で見落としているところはないか再アセスメントします。

本人の持っている力を引き出し、趣味や家事等の役割で生活に楽しみをもっといただきます。

Oさんの「できること・できないこと」「望むこと・望まないこと」などを把握し、掃除や調理などの場面で役割を見つけたり、趣味の時間を持ったりすることで、生活に自信と潤いを感じることができるよう配慮します。

不安やストレスを取り除くようにします。

Oさんの気持ちを受け止め、不安感や孤独感の解消を図るようにします。

環境面

安心できる居場所づくりや落ち着ける居室づくりを工夫します。

ホームが、Oさんにとって居心地の良い場所となるよう、また、ホームにいても良いと思えるような関わりを持つようにします。リビングに安心できる場所を用意し、また馴染みの家具や愛着のある小物などを揃え、馴染める居室づくりを行います。

安心できるなじみの関係をつくります。

担当スタッフを中心に安心できる存在になれるよう日ごろの寄り添いを多くし、信頼関係を築きあげます。

家具や備品の配置を再確認します。

Oさんが使用するいすやテーブル、その他身の回りの物品など、生活空間に不適切な家具の配置にならないように配慮します。また、外へ出る際の玄関や建物周辺には障害物を置かないようにします。

社会面

家族の理解と協力を依頼します。



Oさんは長男夫婦を頼りにしているため、長男夫婦に積極的に来てもらい、代わりに看病に行っていること、安心してここで体を休めて欲しいことを伝えてもらい、スタッフも対応の統一をはかるようにします。

地域住民への理解を図ります。

地域住民に対し、グループホームや認知症についての理解を図るとともに啓蒙活動を行い、外に出た場合の協力を得られるようにします。

取組みの実際

	経 過	ポイント
7.2	<p>転倒直後のカンファレンス 入居から現在までのOさんの状況と現時点で考えられる原因をもとに検討を行う。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 原因をアセスメントする。 2) 過去にあった危機の情報を集め、原因に対処するような予防の計画を立てる。 3) 記銘障害、見当識障害、失行、実行機能障害など認知症による中核的な症状をスタッフが正しく理解できているか再確認する。 4) スタッフ間で対応のズレはないか、統一した対応の確認をする。 5) 担当スタッフを中心に信頼関係づくり、家族への協力依頼等を行っていくこととする。 	
7.4	<p>起床後より、落ち着きなく、ふらふらしながら衣類を袋に詰め込んだり、身支度をしたりしながら「今すぐ帰る」と興奮している。排泄チェック表により、便秘3日目を確認する。眉間にしわを寄せながら過ごしていることが見られ、居室で腹部を温めながらマッサージを行い、スタッフが寄り添うことで、ふれ合いを持ち少しずつ関係を深めるように関わる。</p>	<p>夫のこととか、何か不安になる夢を見たのかもしれない。 便秘による不快感、から、『自分の家に帰ってゆっくり落ち着いてトイレに入りたい』という想いからも外に出るのかもしれない。 馴染みの関係がつかられていないのかもしれない。</p>
7.10	<p>長男家族が面会に来る。その際、興奮したときに転倒の経験があることがわかる。また、Oさんの幼少時代に、いつも兄たちを追って空き地や河川敷で遊んだり、叱られたりすると土手に座って過ごしていたことがわかる。長男が「父さんのところに行ってきたよ。顔色も良くて、元気そうだったよ」と話すとホッとしている。その日の外に出る訴えはない。</p>	<p>家族との関わりを増やすことで、安心してもらえるかもしれない 過去の生活や習慣に原因に結びつくことがあるかもしれない。 心から信頼できる家族とのやりとりで安心できるかもしれない。 家族とスタッフの連携した対応で落ち着くかもしれない。</p>
8.18	<p>掃除や調理などの場面で役割を見つけたり、趣味の時間を持ったりすることで、落ち着きを取り戻している。</p>	<p>どんな時に生き生きしているのか、充実されているのか、何をすることができるのか、何に興味があるのかが大切かもしれない。</p>
8.29	<p>時折興奮することもあるが、家族の協力を得ながら、予防の取り組みの計画に基づき、身体面・心理面のポイントに沿って、スタッフが統一した対応をすることで、生活に自信と潤いを感じ、落ち着いた生活が続くようになった。</p>	<p>スタッフ間でOさんに対する対応が違うため、混乱しているかもしれない。</p>

 <コメント> 

入居時、ほとんどの方がもつ帰宅の訴えに対し、我々スタッフはその方がどんな不安を抱えているのか、何処へ行こうとしているのか、どの時代を生きているのか等を見失いがちです。入居者を見つめ探っていく姿勢を怠らずに根気よく見つめ続けていけば、必ずニーズが見え、距離を近づける事ができると思います。

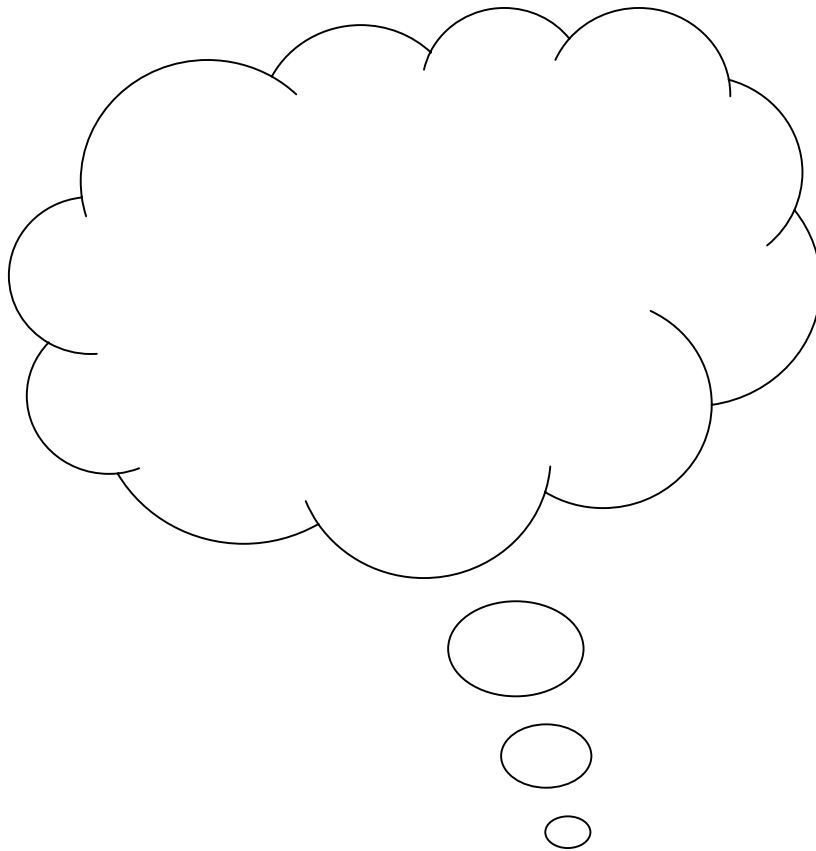
今回の例も認知症の周辺症状に目がいき、幼少時代の事柄まで探るという視点が抜けていました。その方が生きてきた全ての時代に目を向け、どんなに些細なことでもケアに生かすことを忘れてはなりません。また、服用中の薬剤が興奮に起因していたという事で、服用薬の見直しも重要であるということが示された例でもあります。ライフヒストリーだけがOさんの“外に出る”原因ではなく、体調、既往・現在病に関係する服薬状況等、いろいろな視点から見ていく必要があると思います。

その場しのぎの対応ではなく相手と真剣に向き合い、相手が“外に出る”という背景に対してじっくりと関わることが必要です。「突然だったからどうしようもなかった」「いつもはこんな状態ではないから・・・」「どうせ大丈夫だろう」という安易な気持ちは捨て去り、「もしかしたらこんなことが起きるかもしれない」「あんなことが起こるかもしれない」と、起こりうる危険性を早く予測し危機の可能性を少なくする事や、起きてしまった損害をできるだけ小さくする事が大切です。

入居者の行動に対し、どのように対応すれば良いのかを明確にし、日頃から確認しあっておくことが大切だと思います。「～かもしれない」と思った時、次に具体的にどのような対策をたてなければいけないのか、思ったことや感じた事をすぐに行動を計画し、実行することが不可欠です。

事例のなかでは、転倒の対応として擦り傷のため「看護師の処置で済ませた」とありますが、主治医への報告・相談、家族への状況報告を怠ってはなりません。自分たちの楽観的な判断が、後で大問題につながることもあります。普段から入居者の状況などを家族に報告し、理解を得る事が不可欠でしょう。

関わるスタッフひとり一人が、入居者の命にかかわるような事がいつ起きるかもしれないと自覚し、責任を持って考えていかなければなりません。一人だけが「かもしれない」と思っている、他のスタッフが「きっと大丈夫だろう」では、いつまでたっても危険を回避することはできないでしょう。全員で危機意識を高め、チーム全員が同じ意識のもとで予防を実行することで初めて効果がでるのだと思います。



4【服薬事故】隣の人の薬を飲んでしまったMさん

、 < 事故状況と経過 >

Mさんは左手に障害があり、自分で薬の袋を切ることができなかったため、薬を薬杯に移して渡すと自分で飲んでいました。しかし薬を飲んだことを忘れて再度、要求することが時々見られるようになっていました。

1ヶ月ほど前から薬を飲んだことを忘れて怒り出すことが多くなってきたため、薬の袋を取っておいて、後で本人が確認できるように対策をとっていた。

しかし、ある日、朝食後に自分の薬を飲んで立ち上がり、隣のテーブルの他人の薬杯(同じ器)に入った薬を飲んでしまった。隣の人の薬が降圧剤・利尿剤などが入っていたため、病院に搬送し3日ほど入院することとなった。

、 < 事例概要 >

年齢)	78歳、
性別)	男性
学歴)	旧制中学卒業
職歴)	地方公務員
認知機能)	不明
既往歴)	昭和55年頃より認知症と診断、平成9年に脳梗塞で入院。左半身に麻痺が残る。
現病)	脳血管性による認知症
服用薬)	利尿剤・血糖降下剤・抗凝固剤
コミュニケーション能力)	会話は成立するが物忘れが激しい
ADL)	歩行見守り〔4点杖を使用〕立ち上がり介助、排泄後の後始末が不十分で介助を要す。 食事は自力で摂取。入浴は全介助
生きがい・趣味)	仕事が生きがいであった。
宗教)	仏教
生活史)	幼少の頃母親をなくし、祖母に育てられる。旧制中学を卒業後終戦で樺太から引き上げ、おじの住むS町の役場に勤める。24歳で結婚。35歳でようやく子供ができるが20歳のとき交通事故で亡くす。夫婦2人で生活してきたが、平成9年に脳梗塞で麻痺が残ったが妻の励ましで在宅を続けることができた。 昨年妻を交通事故で亡くし本人は在宅生活を望んだが2ヵ月後にグループホームに入居。身元保証人は妻の兄
人間関係)	身寄りがなくなったことから、人のいうことを受け止められなくなり、頑固なところが著名なため、他の入居者とはうまくいかない。職員のS〔男性〕が息子と同じ名前のため、とても信頼している。

ワークシート
みんなで考えてみましょう

問1) なぜ、このような事故が起きてしまったのでしょうか。
原因を推測してみましょう。

問2) まず、事故が起きないように、急いでしなければならない
ことはどのようなことでしょうか。

問3) Mさんが、誤って薬を飲まないようにするために、
知っておいた方がよい事はなんのでしょうか。
(身体面、心理面、環境面などから考えて見ましょう)

問4) Mさんが、誤って薬を飲まないようにするために、どのよう
な取り組みが必要でしょうか。
(身体面、心理面、環境面などから取り組みを考えて見ましょう)

【解説】

問1) 原因をアセスメントする なぜ、そのような事が起こったか！！

Mさんはどうして薬に固執するようになったのか、その原因や背景を探る必要があります。

妻と在宅生活をしていたときは、薬の管理は妻がしていたと思われませんが、妻亡き後、薬の管理はうまくできず、薬のトラブルが続いていたと思われま。

入居時にも、薬は自分で管理するといひ、薬を取り上げられたなどの訴えが多く聞かれていました。

また、「もういい」「早く逝きたい」など生きる意欲をなくした言動があるため、自殺の可能性も見逃せません。

つまり、日常生活の中で、急に怒り出したり・不機嫌になったり感情の起伏が激しいことから、大切な家族を2人も事故で亡くした悲しみと怒りが整理できていない状況とも考えられます。そのような状況で、薬を飲むことにこだわっていることは、薬に関する知識は十分にあったと考えられますから、薬を飲んで死にたいと考えている可能性も考慮しなければなりません。

最終目標は、意欲的に充実した今を過ごせるようになること、そのためには生活援助の中でトラブルを最小限とすることです。特に介護者の不注意によって起きる服薬ミスなどは完全に防止できる体制を整える必要があるでしょう。

問2) 今、すぐやるべきことは？(被害が大きくならないために)

与薬は一人ひとり必要な援助をする

飲み込むまで確認する。

薬の保管は高所の鍵のかかる場所で保管する。

薬杯を使うときには一人ずつ違う容器を使う。

薬杯にも名前の記入をする。

名前の確認は声を出して行う。

朝・昼・夕の印も一目でわかる工夫〔マジックで線を引くなど〕をする。

問3) チェックポイント(ここを見逃したらダメ!) 予防のために知っておかなければならない情報は何か

< 身体面 >

自分の薬の区別ができるか

薬の内容などの区別(どのような作用があるか)

どのように援助すると薬をのめるのか

包装のままでよいか・薬杯に移すか・オブラートにくるむ

飲み込む機能に障害は無いか

錠剤は飲めるか・散薬は飲めるか・ペースト状(甘くして)にしたほうがよいか

ほかの食べ物と一緒にする

< 心理面 >

薬に対する意識

薬に依存するタイプ(人のものまでのむ)・薬を嫌うタイプ(薬を捨てる)

生きることに対する考え方

寂しさや絶望感を持っていないか

十分にコミュニケーションが取れているか

スタッフやほかの入居者と支えあう関係ができていますか

< 環境面 >

薬の管理体制は万全か

見えるところ、手の届くところに置かない

鍵をかけて保管する

飲み込むまで見守りする

捨てたり、吐き出したりすることがあるので確認する

介助者の間違いをなくす

名前を声にして確認する

朝・昼・夕の待つ外を減らすために、統一した印をつける

(朝は明るくなるから赤で記し夜は暗くなるから黒で記すなど)

問4) 予防の取り組みのポイント(事故を防ぐために)

< 身体面 >

身体的な障害と認知症による認知機能の低下などの生活障害があることから、日常生活にかなりの不自由さと苛立ちがあることを認識し、援助に当たる必要がある。本人のできることでできないこと、わかることわからないことを介護者全員共通認識した上で援助内容の均一化を図る必要がある。

< 心理面 >

本人の話聞く姿勢を持ち、話の内容を共有する。

いつもMさんのことを気にかけていることが伝わるように声かけをする

本人の苛立ちや寂しさを十分に受け止め、一緒に生きることを模索する。



< 環境面 >

家庭的な温かい環境を作る。

身元保証人となっている奥さんの兄弟などに面会に来ていただく。

取組みの実際

経 過	かもしれない視点
<p>1・6 薬を間違えると大変なことになることを話し、<u>容器の変更</u>を伝える。「Mさん薬を入れるのにどのお猪口がいい?」と数種類のお猪口から自分の好きな容器を選んでもらう。「薬でなく熱燗ならいいな」と言いながら好きな容器を選ぶ。</p>	<p>1) 自分の薬と思ったかもしれないため、区別できる工夫をする。同意を求めながら一緒に検討することで、本人の意識付けをする</p>
<p>1・7 薬を薬杯に入れる前に「このお猪口がMさんだよね」と声をかけてから薬の用意をする</p> <p>なるべく服薬介助を最後にし、<u>十分に言葉をかけ</u>、飲み込むことを確認して容器を預かる。</p>	<p>2) 「みんな!僕に注目して」のサインかもしれないので、意識を向ける声かけをする</p> <p>3) スタッフとコミュニケーションとりたいと思っていると考え、ゆっくりとかかわるようにする。</p>
<p>1・9 入浴後の整髪を介助していると、「昔、妻から髪の毛が薄くなったら手入れをするようにいわれたんだ」という。「そう優しい奥さんだね、Mさんのこと愛してたんだね」「そりゃそうだ!」といいながら涙ぐむ「奥さん天国から見ていて喜んでるよ」というと「それならいいな」という。</p>	<p>奥さんを思い出して話のできる環境を作っていく、Mさんの違った一面が見えてきた。</p>
<p>1・28 Mさんの故郷、サハリンのことがテレビでとり上げられていたとき、Aさんが、真剣にテレビを見ているMさんに話しかける。いつもなら怒鳴りだすところスタッフがAさんに「おじさんテレビ見てるから」と話し相手になろうとすると「いいんだいいんだ」といって優しく話を聞いている。「おばさんも寂しいんだから」といわれたときには、本来のMさんを垣間見た。</p>	<p>4) 最近穏やかな日が続き、怒鳴ったり、怒ったりすることがめっきり減ってきていることに気づいた。薬に対する固執がほとんど見られなくなっていた。</p>

 <コメント> 

薬物の取り扱いに関しては、十分な管理が必要なことはいうまでもありません。管理体制が整っているとほとんどの服薬事故は回避できるといっても過言ではないでしょう。

薬はその人の状態に合わせた効果を期待して処方されたものであり、ほかの人にとっては命の危機にかかるものであることを十分に把握した上で取り扱いをする必要があります。

また、服薬事故の多くは介助者の間違いから起こりやすいですが、時には介助の方法や本人のミスによっても、起こることがあります。この事例に関しても、Mさんが薬に固執すること・認知機能の低下があることから、ほかの人の薬を置いておくことは、危険であることを予知する力を持てば、事故は未然に防ぐことができるでしょう。

本人のメンタル面のサポート体制が整っていれば、事故が起きる確率は減少します。精神的な安定はゆとりと落ち着きを取り戻し、「つい・うっかり」が減少するからだと思われます。

5【入浴事故】入浴後にふらつきのみられたケース

、 <事故状況と経過>

起床後すぐ入浴したところ入浴後に、脱衣場でふらつきがみられた。居室で休んでもらい様子を観察したところ1時間ほどで回復した。

、 <事例概要>

生年月日)	昭和3年生まれ(76歳)
性別)	女性
学歴)	女学校
職歴)	専業主婦(若いうちに電気店に勤める)
認知機能)	中程度
既往歴)	メニエール症候群、高脂血症、うつ状態
現病)	アルツハイマー型認知症
服用薬)	マーズレンS、メリスロン、ガナハン50mg、メバロチン、グラマリール
コミュニケーション能力) ADL)	簡単な日常会話は可能だが細かな会話は難しい、難聴 ほぼ自立。排泄は昼夜ともに失禁がある 歩行は自立しているが、1日に数回外に出かけるなど落ち着かない
生きがい・趣味)	息子、娘、散歩(以前は子育てとダンス)
宗教)	仏教
人間関係)	他の利用者とは自分から関わる事は少なく、一人での行動が多い。他入居者と特に目立ったトラブルはないが寂しさを感じていて、外出時には職員に声をかけている。
家族構成)	夫婦2人暮らしだったが夫が死亡し、独居となる 息子は県外に住んでおり、娘家族は市内に住んでいる

ワークシート
みんなで考えてみましょう

問1)なぜ、入浴後にふらつきがみられたのでしょうか。
原因を推測してみましょう。

問2)まず、今すぐしなければならぬことはどのようなことでしょうか。

問3)2度とこのような事が起きないように、知っておいた方がよい事はなんですか。
(身体面、心理面、環境面などから考えて見ましょう)

問4)2度とこのような事が起きないために、どのような取り組みが必要でしょうか。
(身体面、心理面、環境面などから取り組みを考えて見ましょう)

【解説】

**問1) 原因をアセスメントする
なぜ、そのような事が起こったか！！**

入居後6ヶ月。排泄の声かけや着替えに対して拒否が強い。汚染した場合も自分から脱衣することはない。また、入浴拒否が強く、他の人が起きている時は特に拒否が強い。その原因はプライドと羞恥心によるものと考えられる。誰も起きていない早朝に入浴を行っていたので、十分覚醒しておらず、湯の温度、入浴時間にも問題があったと考えられる。また、失禁の多さと入浴回数の少なさから、「入浴して欲しい」という職員側の焦りがあったことも原因として考えられる。

問2) 今、すぐやるべきことは？(被害が大きくならないために)

なるべく手早く着衣を行う(普段は自立だが、一部介助を行う)

終了後は居室誘導など行い、ベッドで横になって貰う

水分の補給を行いつつ話し掛けを行い、状態観察を続ける

出勤した職員に状態報告を詳しく行い、当日の見守り強化と役割等の活動への参加を控え安静に過ごして貰う

問3) チェックポイント(ここを見逃したらダメ!)
予防のために知っておかなければならない情報は何か

<身体面>

数日間の体調確認、既往症の生活上への影響(担当医師と連絡)
ADLの変化についてスタッフ全員が認識し、それにあった対応が出来ているか
入浴中の顔色、反応、体の動きを細かく観察し、常に安全策をとる。(何を優先させるのか)

<心理面>

常に安心した気持ちで生活を送れているか
入浴を拒否する原因として、どんな考えや想いがあるのか
本人はどのような生活(入浴の仕方)を望んでいるのか
本人の入浴スタイルやリズムはなにか

<環境面>

安全を守りながらその人が安心して入浴できるように必要かつ適した環境は何か
緊急の場合の対応や体制はできているか
緊急時のマニュアルはあるか

問4) 予防の取り組みのポイント(事故を防ぐために)

<身体面>

入浴前のバイタルチェックを早朝入浴時行う
入浴中の状態変化の確認(顔色・声掛けに対する反応・体の動き等)を再徹底する
朝の尿失禁の多さも今回の事故の背景にあるため排泄リズムを再度チェックし、失禁減少への取り組みを継続する
入浴や清拭など、状態に合わせてすべての職員が適切に対応できるようにする

<心理面>

タイミングを逃したり羞恥心を感じさせてしまうと入浴拒否となるため、更衣場まで誘導したらゆったりとした安心できるような会話をし、十分な覚醒と状態確認を行う
覚醒している状態のときに安心して入浴できるように、日常的にコミュニケーションを図り、信頼関係を築く
バックグラウンドアセスメントから一人ひとりの「なじみの入浴スタイル」を再度確認して心地よく入浴できるようにする
一人ではさびしい・怖いという気持ちに沿うために、場合によっては職員も一緒に入浴するなど心理面のフォローを行い、自主的な入浴へのきっかけ作りを行う。

< 環境面 >

- 浴室と脱衣場の温度差を無くすために少し前(15分程度)から浴室ドアを開放する。
- 温まり具合によって電気ストーブを用意して室温調整を手早く行う。
- 湯温について確認をこまめに行う
- 温湿度計と時計を脱衣場・浴室に準備し、状況の把握が適切にできるようにする
- 電気ストーブからサーモスタットのあるハロゲン方式のものに変更する
- 安心出来るプライベート空間を用意するため、居室の入り口にレースのカーテン、脱衣場入り口に大きめの暖簾を用意する

取組みの実際

経 過		かもしれない視点
当日	<p>申し送りケース記録により状態(入浴後のふら付き)</p> <p>報告と翌朝の入浴中止(代わって清拭)及び大まかな注意点をスタッフに伝える</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 伝達事項 ふらつき発生の経緯、入浴時の声掛け <p style="text-align: center;">湯温入浴時間の設定</p> <p style="text-align: center;">入浴に至るまでの流れの変更</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の状態観察の強化指示 ・ 日中の過ごし方に配慮し、健康に留意する ・ 家族に電話で状況を伝え、GHとしての方向性について報告する 	
翌日	<p>サーモスタットがあるハロゲンの暖房器具の用意と使用のタイミング・時間を確認する</p> <p>(脱衣場、浴室の暖まり具合が悪い時に使用して、温湿度計により確認しながら利用を調整する)</p>	<p>電気ストーブはサーモスタットがないため逆に室温をあげすぎたり老人が触れて怪我を負うかもしれない</p>
3日後	<p>暖簾やカーテンの準備とその目的をスタッフ間で共有する</p> <p>予防の取り組みを、ケアプランに具体策として取り入れる</p>	<p>ケアプランに具体的に入れないと時間と共に意識が薄れるかもしれない</p>
10日後	<p>家族との面談の際に以前の入浴スタイル、既往症について再確認を行う</p> <p>在宅時よりも入浴時間が長くなっている事がわかる</p>	<p>なじみの入浴スタイル(温度、時間)ADLの低下に合わせた支援が事故を防ぐかもしれない</p>



コメント



身体機能や知的機能の低下と共に認知・判断・行動を適切に行う事が困難に成ってきます。特に認知症の方の場合ストレスに弱く日内変動が大きいことから、本人及び人間関係、環境のちょっとした変化が大きな事故に繋がる可能性は高いと思われます。いつもの状態を知り、どんなリスクが予測できるのか、関わるスタッフは常に目配り・心配りしながら小さな変化を見逃さないようにする事が必要です。そして、小さな気づきをみんなで情報交換しながら共有し、総合的に判断していく事が求められます。この事例の場合も、入居前と発生時の頃の入浴時間を比べると長くなっています。このこと自体もリスクと捉えることができます。

また、入浴の習慣やスタイルは個々によって違います。職員主導で生活を組み立てたり、支援が行われた場合、認知症の高齢者にとっていつもと違うことに対するストレスが生まれ、よりリスクの高い状況が生まれやすくなります。入浴は今までの生活に習慣として位置づいているもので、入る時間・湯温・室温・入る手順・使う道具など継続していくことが、その人の尊厳とスタイルを保つこととなります。つまり、自分のリズムとペースで生活できることがリスクを最小限にすることといえるでしょう。

常に利用者の「安全」や「尊厳」を守るという視点に立ち、一緒に生活する中で想いやこだわり・習慣・できることとできないことを把握していくことが大切です。しかし、最近では独居の高齢者が増える傾向にあるため、家族から情報を収集することが難しい場合があり、生活をとともに過ごしながら想いを深く汲み取ることが重要になってきます。

あらゆる「～かも知れない」に対して、全スタッフの気づきを集約し、課題を整理することによってその人の観察のポイントが明確になると、いつもと違う状態に早く気づき事故を防ぐことにつながります。常に客観的にものを見て考えるプロとしての訓練が必要になってくるといえます。これは環境についても同様で、物を置く位置が少し変わった場合でも、つまづいたり転倒したりする可能性が高くなることを知っておきましょう。

また、入浴中は命に関係する大きな事故になることが多いので、誰が誰にどんな応援を頼むのか緊急の時の体制やマニュアルが特に必要となります。

現場に居合わせた場合、普段冷静な職員でもパニックになって適切な対応ができない場合が多いですから、応急手当や心肺蘇生法など緊急対応を職員研修の中に位置づけ、研鑽していくことが必要だと思われます。

6【人間関係】すし作りでもめたAさんとBさん

、 < 事故状況と経過 >

Aさんのお寿司の作り方をBさんが見て「Aさん、それは普通じゃない」と言う。Aさんは「ご飯に塩を絡めて酢を加えると味がしまる。」との主張を曲げない。Bさんは、他の入居者の同意を取り付け強気に主張を続けていた。その結果、Aさんは部屋にこもってしまった。

その後、口論したことを全く忘れたBさんが、親切にAさんのお部屋に訪問し「どうかされたのですか？」と気遣いをみせる。Aさんは「あんたがひどいことをするからこうなったのよ」「なんでもないのよ」と主張すると、Bさんは「この人は何を言っているのだから全く分かりません」と反論した。Aさんは、部屋にこもって食事ほとんど摂らなくなり、「もう、どうなってもかまいません。あの世に行くだけです。」などと訴え、気分も落ち込み体調が悪くなっていると観察できた。職員が、密接なかかわりを持つなどの対応により少しずつリビングに出てくるようになる。

、 < 事例概要Aさん >

生年月日) 大正元年生まれ、 91歳、

性別) 女性

学歴) 尋常高等小学校

職歴) 林業、賄い婦

認知機能) HDSR 10点

既往歴) 脳血管障害による軽度の言語障害

現病) 脳血管性による認知症

服用薬) キャベジン 正露丸

コミュニケーション能力) 言語障害がありコミュニケーションがとりにくい(やや聞き取りにくい程度)

A D L) 歩行は見守り、食事は自立、排泄は自立、入浴は声掛けにて自立

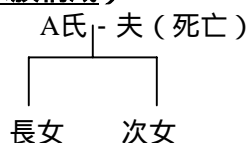
生きがい・趣味) 料理

宗教) 真言宗

生活史) 幼少より他人に預けられて、現在でもよそにやられるとの不安感がある。20代で結婚したが、ご主人を早くに亡くした。山仕事と、作業場の料理の賄いをしながら女手一つで娘さんを育てたが『娘2人を親らしく育ててこなかったのでいけなかった』と言うことがある。軽度の言語障害(やや聞き取りにくい程度)がありコミュニケーションがとりにくい。性格的には『譲れない』『すねて勝』タイプ。相手に過ちを認めさせると気分が和らいでくる性格。

人間関係) 娘との折り合いは悪く、グループホームに入居した理由は、娘のストレスによるものだった。

家族構成)



ワークシート
みんなで考えてみましょう

問1)なぜ、このようなもめごとが起きてしまったのでしょうか。
原因を推測してみましょう。

問2)まず、今すぐしなければならぬことはどのようなことでしょうか。

問3)このようなもめごとが2度と起きないように、把握しておいた方がよい
情報はなんのでしょうか。
(身体面、心理面、環境面などから考えて見ましょう)

問4)このようなもめごとが2度と起きないようにするために、どのような取り
組みが必要でしょうか。
(身体面、心理面、環境面などから取り組みを考えて見ましょう)

【解説】

問1) 原因をアセスメントする
なぜ、そのような事が起こったか！！

Bさんの発言によりAさんの自尊心を傷つけてしまった。

Aさんは身体的には自立度が高く、得意分野でもある料理の場面では、一見自立しているように感じる点で、職員が傍にしながら初期対応が遅れてしまった。

Aさんは言語でのコミュニケーションに多少の障害をもっている

問2) 今、すぐやるべきことは？(被害が大きくならないために)

スタッフが間に入り会話の調整をする。

Bさんにもお寿司の味付けをしてもらう。(複数種類つくる)

食べる場面で、職員がAさん・Bさんのお寿司を誉め、他の利用者からも賞賛の言葉がでてくるようなきっかけを作る。

トラブルになってしまった場合はまず二人を離す。

(a)部屋にこもってしまったら、お茶・ジュース・スポーツ飲料など、水分だけでも摂ってもらう。

(b)お膳をお部屋に運んで一口でも食べてもらう。などゆっくりと会話の時間を取りながら徐々にアプローチしていく。

問3) チェックポイント(ここを見逃したらダメ!)
予防のために知っておかなければならない情報は何か

Aさんの言語障害によるコミュニケーションの状況

Aさんが得意としている事

Aさんの料理や料理方法についてのこだわり

問4) 予防の取り組みのポイント(事故を防ぐために)

< 身体面 >

排泄のリズムはどうか

自立しているの見逃しがちである。
気分が不安定になる要因の一つである。
排泄リズムとトラブルの関係を検証する。

< 心理面 >

家族の面会との関係、及び本人の満足度の検討

家族の面会による影響、家族と施設で交換している情報がケアに活かされているかを、本人の満足度を通して確認していく。

そして、家族と本人の繋ぎ役としての職員のあり方、方法や対策を見直す。

その人の持っている調理・食事に対する歴史・思い入れなどの検証

一般に、自分が得意としている事は他人にとやかく言われたくないことを前提として、特に本人がこだわっている事は何かを知る必要がある。

このケースの場合のこだわりは、お米の選び方、米の研ぎ方、水の量、具材の種類、具材の切り方、具材の味付け、混ぜる順番、酢や砂糖の量、盛り付け方であり、今後、それらのこだわりを生活の中で確認していくことが重要である。

言葉が上手く通じない事によるストレスはないかを確認する

本人の訴えが相手に伝わりにくく、何度も聞き返しをされると「もどかしさ」がイライラにつながっていく。聞き返しをされている事が多いという認識は職員間で共有化されているが、具体的な回数を把握している職員はいないだろう。生活の中でコミュニケーションによるストレスや寂しさを注意深く観察し、必要に応じてまめに対応する必要があるだろう。

< 環境面 >

トラブルが起こる場所、場面に規則性がないかを確認する。

大きなトラブルは目に付きやすいが、小さな行き違いは日常的に起こっている。細かい表情や動作を見逃さず、ささいな行き違いの場面をチェックし、常にスタッフ間でそれらの情報を確認しながら、トラブルが起きやすい時間や状況を分析してみる。

取組みの実際

	経 過	かもしれない視点
<p>寿司作りの場面</p>	<p>Aさん「ご飯に塩を絡めてから酢を加えると、味がしまる。」と主張</p> <p>Bさん「Aさん、それは普通じゃない。」</p> <p>他の入居者から自分のやり方への同意を取り、主張する。</p> <p>Aさん 自室に閉じこもってしまう。</p>	<p>Aさんの家の味付けかもしれない。</p> <p>Aさん本人が生み出した味付けかもしれない。</p> <p>Bさんの譲れない性格が出ているのかもしれない。</p> <p>Aさんの主張を受け止められない理由が他ににあるのかもしれない。</p>
<p>BさんがAさんの部屋の訪問</p>	<p>Bさん「Aさん、どうかされたのですか。」</p> <p>Aさん「あんたがひどいことをするからこうなったのよ」「なんでもないのよ」</p> <p>Bさん「この人は何を言っているのだから全く分かりません」</p> <p>Aさんは、部屋に閉じこもってしまい食事もほとんど取らなくなった。</p> <p>「もう、どうなってもかまいません。あの世に行くだけです。」</p> <p>職員が、密接なかかわりを持つことで、少しずつリビングに出てくるようになる。</p>	<p>けんかした事を覚えていないのではないか。</p> <p>Bさんの発言によって、Aさんは自分の言語障害のことについて非難を受けたと思ったのではないか。</p>



<コメント>



明らかに、安心・安全なところほど気配りが必要です。『 している「つもり」』を検証することで糸口が見つかるでしょう。スタッフ間で、どこにどう気をつけるかを明らかにし、伝え合う為には、みんなが「そうだな」と思えるような伝え合う為の根拠を持つことが大切です。

【スタッフで共有すべき視点】

- * 得意としているところを否定されると腹が立つ
- * Aさん流の寿司、スタンダードの寿司を作る
- * お寿司の作り方は、その家その家によって違う。
- * 皆が調理の場に寄ってきて、「ああでもない、こうでもない」というのは理想的な場面でもある。
- * 長期的には、家族にアプローチする。始めは職員がコミットする。日程を調整しておいて家人を食事に招待し、本人に作ってもらい、母の味を話題に盛り込みながらの食事の場面を作る。
- * あなたをちゃんと見ているよという姿勢を見せる。
- * BさんはAさんを心配し部屋訪れたとき、Aさんは自分が傷つけられた事を覚えていて怒ったが、Bさんはなぜ起こられたのが記憶になく、何を言っているんだろうと素直に返した。それをBさんが、言語障害があることを非難されたと勘違いし、よけいに深みにはまってしまった。
- * 親に教えてもらった事か、自分であみ出した事かで傷つき方がちがう。家族に確認する。家族も交えて一緒に作る機会を持つ。

Ⅱ部 一般的な事故対応の解説

部では認知症高齢者の事件事例について、一般的によくみられる対応例を挙げ、より詳細な予防の視点について解説しています。

一般的な対応だけで良いのか、もっと必要な情報は無いのか、他にも予防方法があるのではないかなど皆さんと一緒に考えてみてください。

* 尚、ここに掲載されている事例や、解説のポイントは一つの参考例ですので、話し合いや検討のための材料としてご活用ください。

事例1【転倒事故】帰宅の訴えが頻繁にあり、落ち着かず歩き回っているときに転倒した事例

事例2【異食事故】

ティッシュを口につめこみ、むせこんでいた事例

事例3【異食事故】

植木に敷いてある小石を食べてしまった事例

事例4【入浴事故】

お風呂で溺れそうになった事例

事例5【利用者間トラブル】席の取り合いをきっかけに、不仲になった事例

1 【転 倒】

帰宅の訴えが頻繁にあり、 落ち着かず歩き回っているときに転倒した事例

<事故状況>

デイサービスで昼食を食べた後、「もう帰ります」「まだ帰れませんか」と困ったような表情で職員に何度も訴え、その後、早足で急ぐように玄関まで行き、外の様子を見ては又、職員のところまでもどってきて「まだ帰れませんか」と訴え、しばらくこれを繰り返していると、玄関のところのスロープの途中で転倒し、足を骨折してしまった。

<事例概要>

年齢) 72 歳
性別) 女性
介護度)
身体自立度) A2
痴呆自立度) b

<一般的な対応>

職員のシフトを調整し、担当の職員をつけ、見守りを強化する

食後はすぐに職員が対応し、そのまま午後のレクリエーションに誘導する

スロープのところにマットを敷く

問) 今後、転倒がおこらないためにどのようなことを気をつけ
たらよいでしょうか。

解説

<もっと必要な情報> (ここをみるべき!)

見極めること。かもしれないという視点を多く持つことです。

- ・トイレに行きたいけど恥ずかしくて言えないのかもしれない。
- ・何か心配なことがあるのかもしれない。
- ・人間関係に問題があるのかもしれない。
- ・不快な環境があるのかもしれない。
- ・さびしいのかもしれない。

向き合うこと。聞き上手になることです。

- ・話を十分に聞いてあげることです。
- ・一度意に添ってあげることも大切です。

アセスメントは十分か？

- ・机上のアセスメントだけではなく、瞬間のアセスメント能力が問われる。
- ・音や気配に敏感であるか。
- ・日々の言動との違いはあるか。
- ・いつもと違うことはないか。

チームケアを行うこと。

- ・他のスタッフとの呼吸があっているのか。
- ・常に話し合っているか。
- ・ケアについての確認がなされているか。
- ・スタッフ同士声を掛け合っているか。気にしてるか。

<今後の取組みのために！>

リスクの予見はあった典型的な事例です。リスクマネジメントというのは、ケアマネジメントがしっかりされていればできることではないでしょうか。リスクを管理する前に、ケアの話し合いがされているかが大切です。つい私達は、リスクを先に考えてしまいがちですが、本来はケアの在り方やその方の生活にもっと目を向けなくてはいけないのではないのでしょうか。今起きている現象に捉われることなく、それが何故起きているのかをアセスメントする視点が私達に備わっているかだと思います。机上のアセスメントでは、アクションは起こせません。アクションを起こしてから、評価すべきであると考えます。まず、向き合うことです。決して担当の職員を決め、見守りを強化したところで、見極めることができなければ、または、根本の原因がわからなくては、彼らの安心は得られません。認知症の状態にある人の感情をまず理解するアクションを起こすことです。また、食後すぐにレクレーションなんか普通の人であればたくありません。ゆっくり休んでいたいではありませんか。でも、落ち着かないとしたら、何か不安なことがあると感じることです。その不安は何かを知るには関わり、触れることだと思います。さらに、スロープにマットを置くこともハード面でのリスクを回避する意味ではいいのですが、それでは「転んでもいいですよ」と言ってるようなもので、本来の私達のケア理念とはかけ離れていると感じます。絶対に転ばせないぞという意識がないのと同じです。全てバリアフリーにすれば安心という訳ではないのです。人の目や手で触れ、気配を感じ、心を傾け、共にあることが本来のケアではないでしょうか。

2【異食】

ティッシュを口につめこみ、むせこんでいた事例

< 事故状況 >

職員が食後の就寝前に部屋を見回っていると、Aさんがティッシュを口いっぱいに入れてほおばっていました。少し口をもごもごと動かし、苦しそうにむせていました。すぐに職員が口の中に手を入れティッシュを口からかきだし、うがいをしてもらいました。

< 事例概要 >

年齢) 85歳
性別) 女性
介護度)
自立度) B2
痴呆自立度) a

< 一般的な対応 >

ティッシュを身の回りにおかないようにする
ティッシュに近いような紙パッドや白い布類は周りにおかないで寮母室で預かる
職員のシフトを調整し、担当の職員をつけ、見守りを強化する
常に見守りながら、空腹時などはおやつのような補助食品を食べてもらう

問) 今後、このような事故を防ぐには、どのような情報が必要でしょうか。

解説

<もっと必要な情報> (ここをみるべき!)

何故、口に入れたのか原因を探る。・ ・ ・単に空腹だったのか。

口に入れるものは白い色に共通しているのか。

・ ・ ・おもちが好きだったのかもしれない

ティッシュ以外も口に入れるのか。

食事やおやつの摂取状況

食べ物の嗜好性

食事の回数・時間帯

・ ・ ・就寝前にいつも口にしていたのかもしれない

その前後の身体状況・精神状況

習慣性(常に口にしていないと落ち着かない、いつもガムや飴を口に含んでいた等)

日中の過ごし方

食後の口腔内は清潔であったか。

・ ・ ・口の中をきれいにしなくてティッシュを含んだのかも

・

<今後の取組みのために！>

食べてしまうからその物を本人の視界からはずすということは、ティッシュがあるべきところがない、石鹸があるべきところがないということに、余計にイライラを募らせてしまうこともあるかもしれない。あるべきところに物がある状態で、かつ入居者が安全に快適に過ごせることが望ましいのではないだろうか。

夜間にだけ焦点をあて意識を強めるのではなく、日中の経過をたどり「何故、そのような行為をするのか」という原因を突き止める必要があります。空腹という安易にたどりつける結論だけを見つめるのではなく、あらゆる背景・角度から本人のニーズを見極められるよう一つ一つの行為を掘り下げ、必要であれば数をあげて明確にしていくことが大切です。

そして、万が一口に含んでしまった際には、今回のケースではティッシュであった為、取り除く事で直接命に関わることはありませんでしたが、洗剤や消毒液等になってくると話は別です。それぞれの場面で考えられることを出し合い、緊急時の対応としてマニュアル化し、予防策を講じることも必要です。

3【異食】 植木に敷いてある小石を食べてしまった事例

< 事故状況 >

昼食前のときに、Aさんがリビングにおいてある観葉植物の鉢の近くに行って、鉢に敷いてある白い小石を口に入れていました。

すぐに、職員が気づいて口から小石を取り出し、うがいをしてもらいました。

< 事例概要 >

・ Aさん

年齢) 78 歳

性別) 女性

介護度)

身体自立度) A2

痴呆自立度) a

< 一般的な対応 >

観葉植物の鉢はガラスケースの中に入れる

常に飴などを口に入れておいてもらう

口に入りそうな小さいものはすべてしまっておく

問) 今後、このような事故を防ぐには、事前にどのようなことを確認しておくべきでしょうか。

解説

<もっと必要な情報> (ここをみるべき!)

本人の精神的なストレスとなっていることは無いか

- ・ 日常的な生活面での不安・ストレスの状況
- ・ 心配事・気になっていることなど心の内面はどうか
- ・ 対人関係でのストレスは無いか
- ・ 寂しさから注目されたいのではないか

本人の認知の状況はどの程度低下しているのか

- ・ 小石のほかに食べ物に勘違いするものがあるか

なぜ小石を口にしたのかを考える。

- ・ 初めてのことなのか、口に入れないが気配はあったかどうか
- ・ 小石を気にしていたことがあったのか
- ・ 鉢の近くに行くときの様子はそれとなく行ったのか
- ・ 小石を目指していったのか
- ・ 何と勘違いしたのだろうか? どんな色の小石か・大きさは?
- ・ 本人の嗜好品との関係はあるのか(飴・チョコレートなど)

そのことが起こる前の心理的状況・身体的状況はどうだったか

食事の時間帯は本人に合った時間帯か

朝食の時間と昼食の時間帯は本人の生活習慣に合っているか

食事の摂取状況を確認

- ・ 朝食・おやつの摂取状況
- ・ 食事前で特に空腹感が強かったのか
- ・ 常に空腹感を感じていないか

食事の前の時間のすごし方はどうか

- ・ 空腹時落ち着かない様子があるか
- ・ 食卓について、お茶などを飲みながら食事を待つことはできないか

観葉植物の置く位置は適当か

- ・ 目に付く場所に置くことで、小石を口にしなくなるのではないか
- ・ 小石を口にする傾向があるなら、小石を目に付かないようにできないか
布でカバーを作る(通気性を考慮)など

<今後の取組みのために!>

認知機能が低下していても、適切な環境の中で、適切な援助を受けることができたなら、普通に暮らすことができます。認知機能がどの程度低下しており、どのような間違いを起こす可能性があるかをアセスメントしておく必要があります。

認知機能が低下し、行動障害がある場合は、原因となる事柄の誘引を洗い出し、対策を講じることが課題解決の要となります。どのような課題にも共通して出てくる誘引として、
があげられます。また の状況についても常にチーム全員で共通認識する必要があります。 ~ については、食事前の異食という結果から、原因を探り、その誘因となることを引き出すために注目すべき点を上げてみました。

異食をするとき人目を避けて影のほうで行動を起こすことから、ものの置き場所、環境には配慮をすることも重要です。

4 【入浴事故】 お風呂で溺れそうになった事例

< 事故状況 >

入居して 1 年の Y さんがいつものように一人でお風呂に入っており、職員がたまに声かけをして安否を確認していました。
ある夜、緊急の電話で利用者のご家族から電話が入り少し話しが長くなってしまいました。電話が終わってから急いで、お風呂に行くと声をかけると、返事がありませんでした。すぐにドアを開けて中に入ると、Y さんが浴槽の中で、鼻まで湯に浸かってもがいていました。

< 事例概要 >

年齢) 83 歳
性別) 女性
介護度)
身体自立度) A2
痴呆自立度) b

< 一般的な対応 >

職員が一緒に入る
頻繁に声をかける
入浴中は他の用事はしない
シャワー浴だけにしてもらう
浴槽の形を狭くする

問) 今後、このような事故を防ぐには、事前にどのようなことを確認しておくべきでしょうか。

解説

<もっと必要な情報> (ここをみるべき!)

当日あるいは数日間の体調、バイタル確認(体調不良だったかも知れない)
当日あるいは数日間の精神状態の確認(精神の状態により普段と判断力が違っていたかも知れない)

湯温や湯量はどうか(いつもと違う状態がその方にあった状態でなかったかもしれない)

急激なADL低下が入浴以外でなかったか(ADLの低下を見落としていたかもしれない)

他スタッフの見守り位置や行動はどうか(他のスタッフの位置を把握していなかったので入浴の見守りを頼めなかったかもしれない)

スタッフ同士の関係性はどうか(スムーズな連携が取れる関係に無かったかもしれない)

現在できることとできないことの力の把握ができていたか(溺れそうになった時、体勢をたてなおすことができなくなっていたかも知れない)

他の人に表現したり訴えることができなくなっていたことを把握できていたか(助けてほしいことを伝えることができなかったのかも知れない)

<今後の取組みのために!>

このケースは認知症により判断能力が低下し、入浴状況における適切な判断ができず、長く浴槽にはいつている時の体の変化を正しく認識できないだろう。また、年齢から考えて長時間の入浴は体の負担が大きく、意識レベルの低下がみられたのでないだろうか。身体機能の低下もあることから安定した体位をとることが難しいだろう。

また、浴槽から出ようとしてバランスをくずしてしまうことも考えられる。入居後1年ということで、職員側に「知っているつもり」といった気持ちの緩みがあったのではないだろうか。利用者の能力の把握や必要な支援の認識と意識付けができていない。認知症の程度が中度になると環境によって日内リズムに変化が置きやすい。また、できないが増えると1人になることの不安感が大きい。スタッフに助けを呼びたくても表現する力がない。このことを前提に今、自分がどんな行動をとればいいのか考えることが重要である。入浴の際、見守りや支援を怠ることの様々なリスクがあり、それは命に直結してくる。いろいろな場合を想定し、一人の人、一つの場面に対してもみんなで連携しチームとして支えていくためのマニュアルを作成しておく必要がある。この事例の場合も、いつもの習慣や癖、痴呆や心身の状態を職員全員が情報を共有しておくことによって、いつもと違うときのリスクを予測できると考える。

また、環境についても同様である。生活している入居者の生活をしっかりイメージしながら定期的かつ日常的に危険箇所の点検を行い、気づいたところは早急に改善していくことが重要である。筋力が低下している高齢者にとって浴槽の大きさは安全を守るためのポイントになる。また、手すりや滑り止めマットなどの設置も考えていく必要がある。事故が発生してから対処するのは遅い。事故を起こさないようにする取組みが必要とされる。

5 【利用者間トラブル】

席の取り合いをきっかけに、不仲になった事例

< 事故状況 >

あるときAさんがいつも座っている席にすわろうとしたら、Bさんが先に座っており、Aさんが「そこはだめだよ」とBさんにいうと、Bさんはなんだかわからずむっと眉をしかめて、テレビを見続けていた。Aさんはぶつぶつ文句をいいながら他の離れた席に座り、ずっとBさんの方を睨んでいた。

その後、AさんはBさんに対して顔も合わせず、口もきかなくなってしまった。Bさんの方は、すっかり忘れてしまっており、何事もなかったかのようにAさんに話しかけるが、Aさんが無視をするので、Bさんも怒り出し文句を言っている。

< 事例概要 >

・ Aさん
年齢) 75 歳
性別) 男性
介護度)
身体自立度) A1
痴呆自立度) b

・ Bさん
年齢) 81 歳
性別) 男性
介護度)
身体自立度) A2
痴呆自立度) a

< 一般的な対応 >

Bさんが座るときは職員がいつもチェックし、Aさんの指定席に座らないように他の席を勧める

AさんにBさんは悪気はない事を説明する

AさんとBさんが二人きりにならないように必ず職員が間に入る

問) 今後、このようなもめごとを防ぐには、どのようなことを確認しておくべきでしょうか。

解説

<もっと必要な情報> (ここをみるべき!)

こういう場面はよく起こることなのか、たまたま起こったことなのか。
Aさんは、「席」のほかにこだわりが著名なことはないのか。
Aさんは、他の人ともトラブルを起こす事があるのか。
Aさんは、仲のよい人は、いるのか、それは誰か。
Aさんは、生き生きとした表情をする場面（快状態）は、どういう時か。
Bさんが、生き生きとした表情をする場面（快状態）は、どういう時か。

<今後の取組みのために！>

Aさんの席に対するこだわりがトラブルの引き金になることが再々あるのであれば「Aさんの席」に焦点を当ててBさんや他の人たちの状況を考えることで改善の糸口が見つかるかもしれない。椅子や座布団に個性を持たず。誰が見てもこの席はちょっと違うなと思えるしつらえにするという方法もひとつである。

たまたまトラブルの引き金になったのであれば、Bさんが、どういう状況、どういう思いで、Aさんの席に座ったのかを考える。もしかしたらBさんの歩行状態や、体調が思わしくなく、手近な席に座ってしまったのかもしれない。

Aさんの物事のこだわりが強いという精神的な面がトラブルの原因であれば、席のこと以外でこだわっていることにもフォローの意識を持っておく必要があります。それが、どういったこだわりなのかを把握しておくことで、未然にトラブルを回避できることかもしれません。

Bさん以外にもトラブルを起こすことがあるとすれば、Aさんに焦点を当てるのが近道ですが、トラブルの対象がBさんだけならBさんも焦点を当てたアセスメントが必要になってきます。

Aさんと仲のよい人がいれば、孤立しているのではないかという点は要因から除外できます。また、Bさんとの関係修復の橋渡し役を担ってもらえるかもしれません。

Bさんが、たまたま、しかもたった一度席を間違えただけでいつもいがみ合う関係になってしまっているとすれば、課題解決の方向性は、「AさんのBさんに対する閉ざされた心を解きほぐす。」ことだと考えられます。Aさんの快とBさんの快を出来るだけたくさん洗い出すことで共通に快の状況を得られる場所を知ることが出来るでしょう。

おわりに

平成14年度に実施した「グループホームにおけるリスクマネジメントの実態調査」によると、事故報告書や対応マニュアル、緊急マニュアル等は、どのグループホームでも一通りは整備されているようでした。そして事故への具体的な対応についても様々な工夫をしながら取り組まれている事が分かりました。

しかし、グループホームにおけるリスクマネジメントの課題もいくつか明かになりました。例えば、事故の記録はとっているが活用方法が分からないとか、事故記録の分析の仕方が分からないとか、リスクの評価方法が分からないなど、全てリスクコントロールに関する課題です。

そこで、我々は予防にポイントを絞り、事例を通して予防の考え方や手順を広く普及し、リスクマネジメントシステムの確立をお手伝いできたらと考え、事例集を作成しました。

今回、掲載した事例はグループホームで実際に起こった事件事例です。そして、予防の考え方や、ポイントについても事例提供者の方々に執筆して頂きました。

全体を通してみると、施設や担当者によって予防の考え方やポイントはさまざまであることが分かります。

認知症高齢者のケアは個別ケアが基本であるように、事故予防の考え方もひとりひとりの高齢者の特性によって多種多様と考えられます。ですから、本事例集で紹介した予防の視点は一つの例として参考にしていただき、認知症高齢者の安全や安心を確保するためにご活用いただければと思います。

認知症ケアにおけるリスクマネジメント研究プロジェクト一同

平成16年度 老人保健健康増進等事業による研究事業
認知症高齢者グループホームにおける

リスクマネジメントシステムの普及に関する研究

発行：2005年3月

発行所：社会福祉法人 東北福祉会

認知症介護研究・研修仙台センター内

リスクマネジメント研究プロジェクト

〒989-3201 仙台市青葉区国見ヶ丘 6丁目
149-1

TEL (022) 303-7566

FAX (022) 303-7566

印刷：株式会社 ホクトコーポレーション

仙台市青葉区上愛子字堀切 1-13

TEL (022) 391-5661(代)