

平成15年度
老人保健健康増進等事業
による研究報告書

平成15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事業＞

高齢者痴呆介護研究・研修東京センター
高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター
高齢者痴呆介護研究・研修大府センター

はじめに

最近、新聞、テレビ等のマスコミで、医療事故が取り上げられることが多くなって、国民の関心も高い。

3センターの共通研究課題として取り組んで2年が経過し、3年目を迎えて、これまでの成果をまとめて国民に還元する必要がある。現在までに、東京センターは「痴呆性高齢者の転倒事故の要因と事故防止策」を中心に、仙台センターは「グループ・ホームにおけるリスク・マネージメント」についての研究を行い、大府センターは、主管センターとして、各分野の専門家による委員会を設置し、専門家にご講演頂き、その内容を広くインターネットで公開し、また、「痴呆疾患別のリスク評価」、「嚥下性障害の評価・予防」、「IT活用によるリスク評価やシステム構築」等の実践的研究を行った。

これらの結果から、クレームを受け、どう処理するか、リスクの予測と予知をし、いかに防止ないし回避するか、事故発生時の対応と拡大の防止（最小化）、特に、情報公開と誠実な対応、そして、リスク予防策の策定が重要であることが確認された。

今後は、これらの結果を痴呆ケア関連分野に広く周知徹底し、利用者に快適なケアが行われるように推進することが私達の責務であると考えられる。

平成16年3月

高齢者痴呆介護研究・研修大府センター

センター長 柴山 漢人

目 次

研究班構成について	3
平成 15 年度研究成果	
1) 3 センター共同事業	8
ワークショップ「痴呆ケアにおけるリスクマネージメントをめぐって」	
・大府センター担当分	
・東京センター担当分	
・仙台センター担当分	
2) 東京センター報告書	119
「痴呆ケアにおけるリスクマネージメント・痴呆性高齢者の 転倒事故の要因とリスク評価に基づく事故防止策の研究」	
研究統括責任者 須田佑一（高齢者痴呆介護研究・研修東京センター研究部長）	
3) 仙台センター報告書	146
「痴呆ケアにおけるリスクマネージメント －痴呆ケアにおけるリスクマネージメントシステムの確立と 普及に関する研究－」	
阿部哲也（高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター 研修研究員） 加藤伸司（高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター 研究・研修部長）	
4) 大府センター報告書	205
「痴呆ケアにおけるリスクマネージメント －痴呆ケアにおけるリスク評価およびシステム構築に関する研究」	
・ I T ソフトを用いたリスク評価およびシステム構築に関する研究 主任研究者 宮尾 克（名古屋大学情報連携基盤センター） 分担研究者 時田 純（潤生園 園長）、永島 隆（潤生園 室長）、 大森正子（名古屋大学）、後藤真澄（中部学院大学）、福 田博美（愛知教育大学）、渡辺智之・水野 裕（高齢者 痴呆介護研究・研修大府センター）	

- ・痴呆疾患別のリスク評価に関する研究
 ～痴呆性高齢者が日常生活の中で発生する危険を回避して
 安全で快適な生活を送れるようにするための研究～
 主任研究者 伊苅弘之（医療法人さわらび会福祉村病院 副院長）

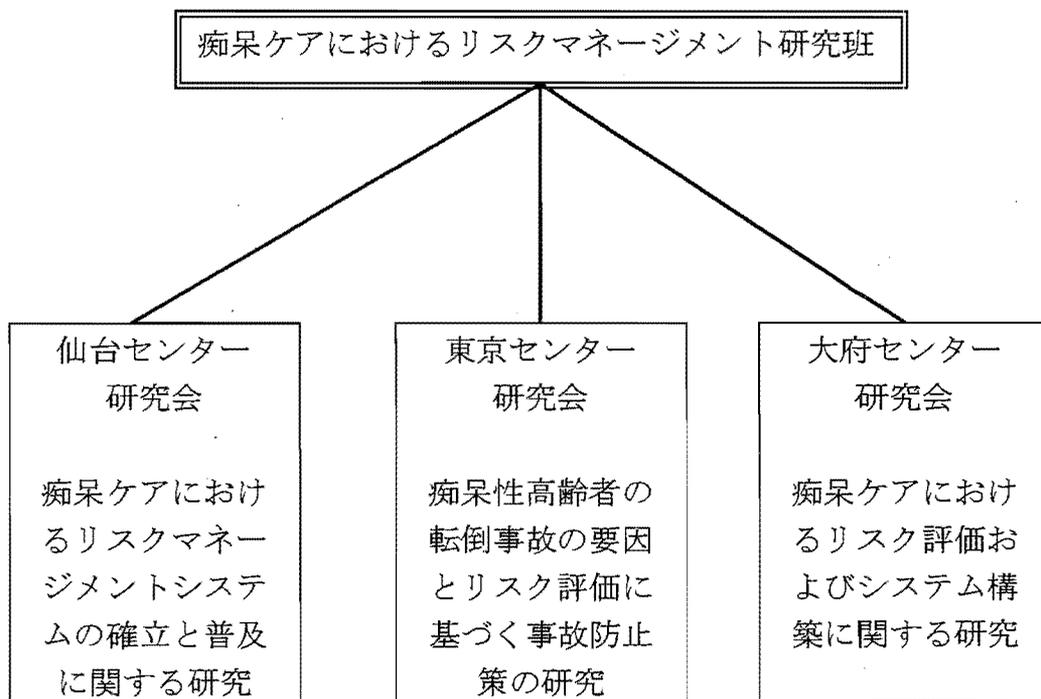
- ・痴呆ケアにおけるリスクマネジメント
 （痴呆性高齢者における嚙下評価指針作成に関する研究）
 主任研究者 長屋政博（国立長寿医療センター 骨・関節機能訓練科医長）
 研究協力者 水野 裕（高齢者痴呆介護研究・研修センター）
 竹中 晋（川崎医科大学 リハビリテーション科）

- ・「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」に関する実践対応集
 主任研究者 水野 裕（高齢者痴呆介護研究・研修大府センター）
 研究協力者 杉浦博子（特別養護老人ホームむらさき野苑TQM推進室室長）
 宮池英夫（老人保健施設相生施設長）
 浅田好恵（特別養護老人ホーム高浜安立荘）
 横尾英子（神戸女子大学）
 横尾能範（有限会社シニアケア）

5) 資料

研究班構成について

平成 15 年度 3 センター共通テーマ「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」に関する研究は、以下に図示した研究班構成で行われた。すなわち、外部委員（有識者）、厚生労働省（オブザーバー）、3 センター代表で構成される本研究班が、研究全般を総括し、その下にそれぞれのセンターの研究を遂行するための研究会を設置した。なお、研究全体の取りまとめは、大府センターが行った。班構成、研究会構成は以下の通りである。



痴呆ケアにおけるリスクマネジメント研究班

<厚生労働省>

<有識者> (順不同)

時田 純(社会福祉法人小田原福社会潤生園理事長)

橋本泰子 (大正大学人間学部人間福祉学科教授)

高村浩 (弁護士、高村浩法律事務所)

高崎絹子 (東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科教授)

杉山孝博 (川崎幸(さいわい)クリニック院長)

斎藤正彦(慶成会老年学研究所主任研究員)

<センター>

須貝佑一 (高齢者痴呆介護研究・研修東京センター、研究部長)

加藤伸司(高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター、研究・研修部長)

水野 裕 (高齢者痴呆介護研究・研修大府センター、研究部長) *

* 班長

各センター研究班

東京センター

平成15年「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント・痴呆性高齢者の転倒事故の要因とリスク評価に基づく事故防止策の研究」委員会名簿

分担研究責任者 須貝 佑一(高齢者痴呆介護研究・研修東京センター)

委員(順不同)

山本 里美 (南陽園)

岩本 陽子 (南陽園)

辰己 祐介 (第二南陽園)

千葉 忍 (第二南陽園)

橋谷 トミ (第三南陽園)

町田 沢子 (第三南陽園)

池知 智津子 (浴風会病院)

曾根 栄子 (浴風会病院)
板垣 晃之 (大宮共立病院)
佐藤 峰子 (大宮共立病院)
金井 裕子 (老人保健施設ゆらぎ)
郡司 和郎 (聖ヨゼフ老人ホーム)
妙園 菌晃 (聖ヨゼフ老人ホーム)
鈴木 希衣子 (中野区弥生ホーム)
高橋 好美 (大田区特養ホームたまがわ)
五十嵐 千冬 (大田区特養ホームたまがわ)
中山 小夜子 (日本赤十字社福岡県支部特養ホーム大寿園)
松井 典子 (東京大学大学院医学系研究科)

仙台センター

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメントシステムの確立と普及に関する研究」

リスクマネジメント仙台研究会委員

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 ライフアート代表取締役 グループホーム福寿荘管理者）

宮崎直人（有限会社 グッドライフ 代表取締役 グループホームアウル 総合施設長）

喜井茂雅（医療法人 光生会 グループホームいくし 管理者）

阿部哲也（高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター、研修・研究員）

加藤伸司（高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター、研究・研修部長）

大府センター

「痴呆ケアにおけるリスク評価およびシステム構築に関する研究」

平成 15 年度リスクマネジメント大府研究会

委員

長屋政博（国立長寿医療センター 骨・関節機能訓練科医長）

伊刈弘之（医療法人さわらび会福祉村病院副院長）

宮尾 克（名古屋大学情報連携基盤センター教授）

永島 隆（社会福祉法人小田原福社会潤生園 情報管理室 室長）

後藤真澄（中部学院大学人間福祉学部健康福祉学科助教授）

杉浦博子（ひろこ）（特別養護老人ホームむらさき野苑 TQM 推進室室長）

宮池英夫（老人保健施設相生施設長）

浅田好恵（特別養護老人ホーム高浜安立荘）

横尾英子（有限会社シニアケア代表取締役）

水野 裕（高齢者痴呆介護研究・研修大府センター研究部長）*

* 委員長

（順不同）

三センター共同事業

3 センター合同事業について

水野 裕 (高齢者痴呆介護研究・研修大府センター)

平成 14 年度は、3 センター合同事業として、有識者による特別講演会を企画し、さまざまな立場から、「痴呆ケアにおけるリスク」とは何を示すか、また「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」とは、何をめざすべきか等について、6 回にわたって討論を行なった。その結果は、報告書だけでなく、3 センター合同のホームページである、DC ネット (<http://www.dcnnet.gr.jp/>) に記載され、アクセス件数も非常に多い。

それらの討論を踏まえ、今年度は、より実際的な試み、現場での工夫を日本全国いろいろな方たちにお聞きし、話し合うワークショップを企画した。3 センター合同事業というからには、3 センターの研究部長が一致協力すべきだという観点に立ち、毎回、それぞれの研究部長が内容、発表者、質疑を含め、コーディネートすることとした。取りまとめセンターの主任である、私の提案にご協力いただいた、東京センター、仙台センターの研究部長および、遠方から大府の地まで来ていただき、貴重なご発表を頂いた方々にこの場を借りて感謝したい。なお、ワークショップでの討議内容は、質問者・返答者の許可を得て、当方でワープロ打ちし、当日の座長にチェックしていただいた上で掲載している。

ワークショップ

～「痴呆ケアにおけるリスクマネジメントをめぐって」～

日 時 平成 16 年 1 月 21 日 (水) 14:00～16:00

場 所 高齢者痴呆介護研究・研修大府センター研修室

(敬称略)

1 開会

2 ワークショップ

- ・ 痴呆性高齢者対応型グループホームにおいて試みたハード面からのリスク対策
神戸女子大学 横尾 英子
- ・ 新人教育、離設時対応、誤飲・異食への中毒マニュアルについて
むらさき野苑 杉浦 博子
- ・ 身体抑制解除後の見守り体制について
老人保健施設相生 金山 まゆみ
- ・ 緊急時、誤飲、誤食、離設時の対応について
高浜安立荘 浅田 好恵

3 ディスカッション

4 閉会

痴呆高齢者対応型グループホームにおいて試みたハード面からのリスク対策

横尾能範（有・シニアケア） 横尾英子（神戸女子大学）

（発表の概要）

2001年春、市街地に位置する既存の木造二階建、個室約30の社員寮を改築して2ユニット、18名収容のグループホームを開所した。その2年後に、それに隣接するほぼ同条件の建物を同様に改築して、二棟目のグループホームを開所し、現在に至っている。

本発表は、その運営にあたり行った次の各4段階の対策について述べた。

- A. 第1棟目改築の設計段階で行った建築構造や設備面でのリスク対策。
- B. 第1棟目のホーム運営開始後に追加あるいは改善を行った対策。
- C. 第2棟目の改築計画に盛り込んだ建築構造と設備面のリスク対策。
- D. その後に追加した、あるいは追加したいと考えている設備面の対策。

はじめに（建物の概要と周辺環境）

第1棟、第2棟のグループホームとも、市街地に位置する木造2階建の社員寮を、それぞれ2ユニットのグループホームとして利用するため、建物の約半分を大々的に改築して共用部分とし、残りの半分約20室は最小限の改装で利用者の居室や職員の控室とした。

建物は、2棟とも敷地の南北が公共の道路に面している。また其処から約100m先には地域の幹線道路やコンビニなどの商店が並んでおり、さらに300m先には私鉄の主要駅に通じる道があり、人通りや自動車の往来もかなり多い。

A. 施設改築の設計段階で行った建物構造や施設設備面でのリスク対策、

<改装前後の建物の様子>

A-01 改築前の平面図（会社の社員寮目的の賃貸物件として建てられた）

A-02 改築計画の平面図と改築後の全景（）

<リスクマネージとして、設計に折り込んだ事項>

A-1 バルコニー：2階全居室の避難路を兼ねたバルコニーと非常階段（消防法）。

A-2 階段：日常生活を通じ適度な運動を負荷することを考慮して「傾斜の緩い階段」を敢えて設けた。階段の巾約140cm、蹴上げを約15cm、踏み代は約30cmと広くし、転落時の落差の縮小を意識して広い踊り場を設けた。（本措置に、利用者の居室2部屋分の空間を要する。エレベータ対応なら奥行き巾とも半分で済むため、その4分の1となる）

A-21 階段踏板のフェルト：転倒のショック緩和を意図して敷いた。

A-3 玄関ホール：一部屋分の広さ、特に靴脱ぎ場として床とタタキとの中間に、奥行き、巾ともに広くした「アプローチ・ステージ」を設け、利用者の散歩など、集団出入り時の転倒防止を謀った。（L字型3.6m+1.8m、ステージ奥行50cm）

A-4 炊事場の位置：日常生活の共用スペースをなるべく広く見渡せる位置に配した。

（リビング、トイレ室口、風呂室口、居室と玄関へ通じる廊下、洗濯室口）。

対面式調理台も考慮したが、リビング面積を広くとることを優先して調理は背面式。

A-5 出先の事務テーブル：ユニット毎のリビングに居て、利用者を観察しながら簡単な事務やメモ類整理のための隅角コーナ。できるだけ利用者の傍で事務を執れる場所として設定し、見通し確保のため廊下側壁を打ち抜いた。

A-6 床暖房：開放型ストーブの転倒や燃料補給時の失火、燃焼ガス発生対策とした。

A-7 階段昇降口の扉：二階居住者の階段での転落予防のため「鍵付の引戸」を設けた。

A-8 事務室の配置と内窓：人の外出／外来の様子を把握できる位置に配し、かつ、（玄関、応接、リビング、階段昇降口）を一見して見通せる「二方向のガラス窓」を設けた。

A-9 廊下・階段の夜間照明：夜間自動点灯する「足元灯」（階段2箇所、廊下階共に4箇所）

A-10 覗き穴：常時は閉ざしているが、非常時に職員が廊下から居室内を観察可能。

A-11 リビングに置く玄関モニタ：各階ともリビングや炊事場で外玄関の様子を観る。

A-12 夜勤者が見る状況モニタ：夜勤詰所で1階、2階の各廊下、玄関扉、建物裏側を観る4分割モニタ。

A-13 夜間限定の玄関通過チャイム（常時のチャイムで注意麻痺を防止するため）、夜間だけ、人の出入りを感知して事務室と各リビングに音で知らせる「チャイム」装置。

A-13-2 見通しの効くエアカーテン：冷暖房暖房効率の点で、空気遮断カーテンが必要となるが、透明なアコーデオンカーテンを取り付けた。（A-4 写真参照）

B. 第1棟目の運営を開始してから追加した設備

上記の対策を施して運営を開始した後、改善すべき個所や不足がみられた。まず、玄関ゲートの施錠について、昼間は利用者に対しては見守りに頼り、自由に出入り出来るよう施錠はしなかった。しかし、その1ヶ月の間に利用者2名について3度、不覚の外出（徘徊）が起こり、利用者の身の危険、捜索や対策の心配や苦労、公共機関への迷惑をかける事態を起こした。

主因は、利用者の外出願望に加え、多くの眼が在りながら玄関ホール通過の見落としが原因と判断し、ホーム内の行動拘束は一切しないで、玄関ゲートの簡単で確実な自動施錠方法の考案と、利用者の玄関ホールへの接近および、利用者が夜間にトイレに向かう歩行を、眼の届かない場所に居る職員にも報知できる設備や機能を追加した。

B-14 玄関ゲート施錠の自動化：玄関ゲートの出入りを、見守りだけでは対応できないため、一時的に番号付チェーン錠を用いたが、雨天や夜間は大変不便で、施錠も疎かになった。そのために簡単な押しボタン操作で開錠でき、扉を閉めさえすれば確実に自動施錠で

きる電気錠を開発した。また、このゲートを開放したままで自動施錠できない状態が1分以上経過すると警報を発する。

B-15 玄関撮影モニタの機能追加：このモニタは外玄関の様子だけを常時放映していたが、利用者の一瞬の通過を見落とす場合が起こるので、人が内玄関ホールに差し掛かった場合、モニタを外側の映像から内側の映像に切り替え、その切り替えを「鳥のさえずり」のような音で知らせる機能を追加した。

B-16 キッチンのバックミラー：リビングに背を向けての調理は、やはり不便でそれを補う必要があったので、それを補うために大き目のバックミラーを追加した。

B-17 廊下出入口の扉に開閉センサ：一階の扉や勝手口に音響警報の開閉センサを取付

B-18 トイレ誘導報知センサー：廊下の個室エリアと共同エリアとの境界付近の人通過を、階毎に異なるメロディーで夜勤者に知らせる無線式チャイムの設置。

B-19 人感知センサー付の照明灯：玄関ホールと外玄関（夜間映像モニタの効果向上）

B-20 階段センサライトの増設：夜間の躓き防止と援助者の気付きを目的

B-21 防火用水タンク：消火器以外に、100リットル級バケツと小型バケツの常設

B-22 防火用水タンク近くの水道蛇口：防火用水の植物への利用と補給促進のため

<更に設けたい設備>

B-23 事務所出入り口ドアのガラス窓：事務機から玄関ホールを見渡せるようドアにガラス窓をつけること。

C. 第2棟目の改造計画に盛り込んだリスク対策

C-1 広いバルコニー：2階全居室の避難路を兼ねた更に広いバルコニーと非常階段。

C-2 キッチンから見渡す視野の拡大：各階ともキッチン（リビングと対面させ、風呂室口、トイレ室口、洗濯室口、廊下、バルコニー出入口、階段昇降口）を一見で見渡せる場所に設定した。さらに一階キッチンは（玄関ホール）を、2階キッチン（和室、多目的ホール）を、その場所から見通せる配置とした。

C-3 階段：第一期改築と同様、なるべく広いスペースをとり、採光を良くして明るく緩やかな階段を設けた。傾斜を緩やかにするため昇り口を廊下中央付近まで伸ばすことにしたが、そのために既成階段の昇降部を左右入れ替え、一階廊下中央まで突き出る廊下端詰め昇り口、その天井高を確保するため2階廊下の突当りにベンチが出来た。

C-3b 階段昇降者を見通す切口：見通しを重視して階段の壁を出来るだけ切り通した。

* <階段のカーペット>：は段鼻に金物を取り付け無ければ返って滑ること、汚れを落とすに不潔になることを考慮して、木製の単版仕上とし、カーペットで覆わなかった。

* <2階階段昇降口の扉>：2年間の実績で、その必要が認められなかったので省いた。

C-4 玄関ホールと靴脱ぎ場：基本的に第1期と同面積・構造とした。ただし、先の場合、靴箱を壁側のアプローチ・ステージに置いたため狭くなったので、その改善策として、靴箱はステージより奥の壁に埋め込んだ。

C-5 事務室の位置と内窓：事務机から（玄関ホール、応接、リビング、キッチン、階段昇降口）を一見して見通せる位置を選定し、大きなガラス窓をつけた。

C-6 柱回り壁の除去と出先事務テーブル：視野の拡大と映像モニタ棚と簡単な事務テーブル確保のため、突出部柱の回りの壁約90cmを落とし、45度の壁でつないだ。柱と新たな壁との間に出来た空間の上部は棚、中間を見通し部、下部は柱回りのテーブルとした。これにより、一階は「キッチン」⇔「映像モニタ」⇔「事務所」が、2階は「キッチン」⇔「映像モニタ」⇔「多目的ホール」が互いに見通せ、観察できるようになった。

C-7 出先事務テーブル：先の隅角部に設けた出先用のコーナーテーブルはリビングに背を向けて執務するが、今回の柱回りに作ったテーブルは、（廊下の全貌、リビング、炊事場など）広い視野に面して執務でき、複数が座れるので引継ぎなどの打ち合わせ場所に向いている。

C-8 洗面室とトイレ前室との連絡通路：必要に応じて一人の職員が双方の見守りと対応が出来るよう相互連絡出来る引き戸を設けた。

C-9 床暖房：直火式ストーブの転倒や燃え移り、燃料補給時の失火のリスク排除、快適さの実績から、同じ形式の床暖房を採用。

C-10 浴室脱衣場の作り付のベンチ：利用者の着衣の脱着を安定して行えるよう作り付。

C-11 夜間見守りモニタカメラ：夜間の手薄となる時間帯の対策として、1階廊下、2階廊下、外玄関ゲート、内玄関ホールの4箇所を同時に事務室で4分割で同時に観察でき、かつ、玄関ホールへの人接近を外玄関に優先して切り替える、カラーモニターの設置。

C-12 玄関ゲートの電気錠の設置：横引扉の電気錠の既製品探しは困難であったので、仕様を設計し特注した。

C-13 廊下の夜間照明：夜間に自動点灯の足元灯用電源（階段2箇所、廊下各階に4箇所）

C-14 トイレ内の非常警報スイッチ：利用者の非常時や援助者が他の助けを求めるため。

- * <居室内観察の覗き穴>：2棟目では設置は行わなかった。
- * <廊下の透明エアーカーテン>：2棟目では、廊下中央のみ採用した。

D. 2棟目の運用開始後に設けた設備

D-15 石段の段鼻塗装：玄関口のアプローチ階段は、前はタイル張りで、段鼻だけ少し色違いとなっていたが、今回コンクリート仕上げとなったため、夜間に段鼻の見分けがつきにくく危険なため、各踏み段の段鼻部約4cm巾に同系色やや濃い目のラッカー塗装。

D-16 消火器の増設：魚焼きグリルで10人分を連続で焼く業務中、オーバーヒートで、グリルに溜まった魚油が燃える事故が起こった。手持ちの粉末消火器を使ったが不慣れのため消火できず慌てた。その後必要性を認め、ホースを延長できる水放射の据え置き消火器を各階の炊事場近くの目立つ場所に設置した。

D-17 非常階段昇降口扉の増設：第1棟と同様、やむを得ず取り付けたが、その鍵は職員のみわかりやすい現場に置いている。

D-18 勝手口開閉センサ

ワークショップ

新人職員をリスクと捉えたリスクマネジメント教育

高齢者総合福祉施設 むらさき野苑 杉浦博子

2004.01.21 (水)

新人職員をリスクと捉えたリスクマネジメント教育

高齢者総合福祉施設 むらさき野苑 杉浦博子

はじめに

私たちが日々提供しているサービスの質の保証は、リスクマネジメントから始まるといわれます。利用者にとって最も良いサービスの提供をめざし、予防対策の委員会等が設置され、それぞれの施設でさまざまな取り組みがなされています。これらの活動は全て顧客満足のため、質の高いサービスを提供することが目標にあります。

質の高いサービスは事故回避につながるといわれます。

職場内には潜在・顕在を含めれば実に多くのリスク要因があります。

新人職員として入職してくる介護士やヘルパーは、事故の発生を予測した適切な介護を実践できるだけの力量を備えて職場に配属されているのでしょうか。多くの新人職員は配属された職場で、組織・利用者とその家族・職員・職場環境等の中で、リアリティショックに見舞われることも少なくありません。この状況をうまくクリアできなかった場合、早期離職者を生む結果になり、燃えない前つまり介護の本質を知る前に離職に至っていると言えないのでしょうか。不慣れな時期に即戦力として期待され、不確実な力量で介護にあたった場合、介護を受ける側にとって、それは大きなリスクとなりかねません。

全てに不慣れと不確実な力量を「リスク」、「人は間違いをおかすもの」、この2点を捉えて新人に対するアセスメント、個別対応を主体とした OJT（職場内教育訓練による人材育成）体制の基で、適切な教育を実施することはリスク回避の有効な手段であり、かつ不可欠であると考えました。

現在入職時に実施しているオリエンテーション・各所属部署内における職場内教育の取り組みを発表し、リスクマネジメント教育について皆様と一緒に検討したいと思います。

新人職員教育の具体的取り組み

1. 組織人・社会人として求められるもの

(1) 所属する組織を知る。〔資料 1〕

それぞれの施設の理念や動向を知り、施設のもつ役割を理解する
組織の沿革・組織図・基本理念

(2) 組織の一員としての立場を理解する。

- ・ 社会人、組織人としての意識を身に付ける
- ・ 組織のしくみやルールを理解する
- ・ 職場生活の基本動作を習得する
- ・ 職場生活における基本的なけじめや常識を身につけること。例えば
仕事の始まり・工作中・仕事の終わりにどう行動すべきか
- ・ 社会人としてのマナーの意義と基本動作(接遇)
挨拶・言葉づかい・電話対応・訪問・来客対応マナー
- ・ 地域交流
地域住民・ボランティア

(3) サービスを提供する実践の基本を理解する

- ・ 利用者のことを理解する(高齢者・痴呆高齢者およびその家族)
- ・ 自分自身が援助者であるという理解
- ・ 地域や関係機関を理解する

2. サービスの実践にあたる職員として求められるもの

(1) 組織が新人職員に求める力量を明確にする〔資料 2・3〕

つまり目標の設定です。到達すべきゴールを明確にすることです。

・ 目標設定の 4 原則

- ①誰が ②何を ③いつまでに ④どのレベルまで

・ 行動習慣は 5W2H

- ①なぜ・何のために(目的) ②何を(内容) ③誰が(主体) ④どこで(場所) ⑤いつまでに(期限) ⑥どのように(方法) ⑦どのくらい(程度)

【教育の具体的方法】 実施期間(約3ヶ月間)

- ①新人職員に求める力量の明確化
- ②入職時の新人職員教育チェックリストによる個別能力の評価
- ③プリセプター(相談者)の人選
- ④新人教育マニュアルに沿った OJT の実施(先輩職員=介護職員力量チェックにより指導が可能な職員)
- ⑤プリセプターと新人職員間の情報交換
- ⑥力量チェックのテスト実施
- ⑦プリセプターと部署管理者による新人職員評価・効果確認
※効果確認で不十分とされた場合は再度④～⑥を繰り返し実施する
- ⑧第2ステップの教育へと進む

必要とする実践能力を具体的に示すものがあれば、新人職員にとっては目的がより明確化する。一方指導する立場(プリセプター)からもプログラムが明確であり、落としのしない指導が期待できる。

(2) 仕事の手順を理解し、業務をマニュアルに沿って実践する〔資料 4〕

・ 業務管理サイクルを効果的に実践する

管理サイクルとは PDCA サイクルのこと

P①目標設定 ②計画立案

D①計画の徹底 ②実施

C①結果の確認 ②評価

A①応急処置 ②改善処置

・ SDCA サイクル

S は業務標準(スタンダード) →D→C→A

※ P の実施が困難な新人職員の場合は、SDCA サイクルの実践が必要です

S は業務標準(スタンダード)、まずは決められたやり方で実践すること。

そして計画作りには積極的に参加させた方がよい。なぜなら自分の仕事についての目標や具体的な計画を納得して設定することが大事な点を見つける

業務の一つ一つを効果的に管理していく上で、PDCA サイクルを徹底することが重要。日常業務の処理に追われ目標や計画を曖昧にしたままでは、効果的な成果は期待できないことになる。

P(プラン)はD(ドウ)が効果的、効率的に行なわれるための条件であり、D(実施)の良し悪しは、P(プラン)に基づいてプロセスと成果の両面でC(チェック)され、必要なA(アクション)がとられることとなります。PDCA サイクルで多くの業務が漏れなく回転していくことが可能となる。

(3)職場での問題解決

「職場は解決すべき問題の集合体」といわれる。日々の仕事や職場での活動は全て問題解決活動であると捉えられる。

- ・ 新人職員自身が問題解決の当事者である意識を身につける。
職場の問題は自分にも関係がある問題として捉えることで、主体的に問題に取り組む姿勢が生まれる。
- ・ ルーティン業務を手順通りの確に処理できることが、問題解決の第一歩である。
- ・ 何らかの理由(やるべき方法でやらなかった・時間に遅れた)で発生した問題への対応方法を理解する。例えば事故・トラブル・苦情など
対応は常に的確に・タイムリーに
- ・ 自律的に問題を発見し解決する。(資料5 ヒヤリ・ハット・きがかり報告書)

(4)コミュニケーションの基本

組織の一員として活動していくために必要な、コミュニケーションの基本的な考え方を理解し、その技術を習得する。

手段 ①口頭によるもの ②文書によるもの ③電子通信によるもの

※利用者との関わり(非言語によるコミュニケーション)

コミュニケーションは①口頭によるもの ②文書によるものに大別できるが、最近では電子メール・インターネットなど「電子通信によるもの」が急速に普及している。どの手段も重大であるが、どの手段を使っても自分の考えや気持ちを100%正確に伝えることは難しい。職場内でのコミュニケーションの中心である口頭による場合では行き違いや誤解が生じやすい。効果的なコミュニケーションを行うためには、口頭による限界を知ることも必要となる。正確に事実を伝えるためには一方的に伝えるだけでなく、相手に正確に伝わったかどうかの確認をし、相手の理解力に合った伝え方をしなければならない。コミュニケーションは双方通行が原則であることを理解する

【事実を正確に伝えるポイント】

- ・ ノート・メモをとる
- ・ ゆっくり話す
- ・ 途中で確認をとる
- ・ 要点をつかんで話す
- ・ 色々な媒体(資料・図表など)を使う
- ・ 順序だてて詳細にはなす
- ・ 復唱する
- ・ 相手の能力やペースに合わせて話す
- ・ 時々質問する
- ・ ジェスチャーを入れる

(5)話しかた・聞き方の基本

より良いコミュニケーションをとるためには、話し方も重要だが聞き方もそれ以上に重要である。本当に話し上手な人はよく見ていると、聞き上手であることがわかんと思います。これが効果的なコミュニケーションにつながります。

【話しかたのポイント】

- ・ 何を伝えるかをしっかりつかむ
まず結論から話す。伝えるべきポイントを頭の中で整理しておく
- ・ 順序だてて話す
結論を先に話し、その後結論に至るまでの経過を伝え、最後に自分の意見や感想を話す
- ・ 相手の立場を考え、ゆっくり確認しながら話す
- ・ 重要な部分は繰り返す
- ・ 内容が長い場合は、途中で要約して話す
- ・ 情熱・熱意を持って話す
- ・ 言葉以外の手段を活用する(ジェスチャー・資料・図表など)
より正確に伝えることが出来る
- ・ 第三者を介して伝えることは極力避ける
直接伝えたい人には直接話す

【聞きかたのポイント】

- ・ 相手の言いたいことの意味全体を聞く
- ・ 言葉だけでなく、気持ちも汲みとる
- ・ 相手の言い分を最後まで聞く。
反論は途中でなく、全部聞いた上で行う
- ・ 相手に伝え返ししながら確認する
- ・ 身ぶり、手ぶり、声などに注意する
聞くときに、うなずく・眼をみる
- ・ 聞くことに集中する
相手の話を性格に理解するためには、話に集中するコツを身につける

(6)書作成の技術を習得する

職場内の公的な情報伝達は文書によって行なわれるのが一般的。業務遂行していく上では、文書作成の技術を身につけることは欠かせない。文書作成の技術は組織活動の基本である。

【文書作成の基本ポイント】

- ・ 正確な内容の文書を 5W2H に基づいて書く
- ・ 明確な文章にする
云わんとすることを単刀直入に書き、細かな説明は後につけることで内容のポイントがはっきりする
- ・ 簡潔に書く
1つの文は短く、40 から 50 字に押さえる。
1つの文に1つの結論を心がける。
内容が複雑であったり、多いものは箇条書きにする

(7)職場で必要な報告、連絡、相談(ホウレンソウ)の技術を身につける

仕事や組織活動を円滑に進めるために、報告・連絡・相談(ホウレンソウ)は欠かせない

報告

仕事は指示・命令によって発生し、それを上司に報告しはじめて完結するが、報告から新たな仕事がスタートすることもあり得る。報告は指示・命令に対してだけ行うのではなく、日常のルーティン業務にとっても大切

【報告時のポイント】

- ・ 仕事が終わったらすぐに
- ・ 報告方法は口頭か、文書かを考える
- ・ 長期的な仕事は中間報告を
- ・ トラブル・事故はすぐに

連絡

連絡は自分の仕事を完結させるだけのものではなく、他の人にとっても必要。自部署だけでなく他部署に必要なこともある

【連絡時のポイント】

- ・ どのルートで行うかを明確に
- ・ 適切な方法で(口頭か、文書か)
- ・ 相手にとって必要性の高いものはすぐ
- ・ 第三者を会して行う場合は、正確さを考えた方法で

相談

自分だけでは判断がつかない・やり方がわからない・情報がほしいときなど上司先輩から助言を得ること。一方的に意見をもらうだけでなく、予め自分の考えをまとめた上で相談した方が良い。

【相談時のポイント】

- ・ 相談内容を整理し、箇条書きにしておく
- ・ 誰に相談するかを、予め決めておく
- ・ 相談する目的を明確にしておく
情報をもらうのか・意見をもらうのか・決定や選択をなどの判断を求めるのかなど
- ・ 相談したいことはメモに残す。
必要に応じては定期的に相談する
- ・ 相談したことは結果を報告する

(8)会議参加時の心得を理解する

「会議は特定の問題や課題を解決するためにそれに関連する人が集まり、情報を交換し共通理解を図り、実行に移していくために開かれる会合である」まずはこのことを理解する。会議の参加者は結論を出す「目的達成の役割」と、参加者の意見をまとめる「会議運営に協力する」機能を果たさなければならない。

参加したらメンバーとしての責任を持ち積極的に発言し、進行に協力する

【目的達成のための役割】

- ・ 建設的で責任ある発言を心がける
- ・ 具体的積極的発言
- ・ 情報提供か、自分の意見かを明確にして発言する
- ・ 結論は先、状況説明は後にする
- ・ 発言する時は全員に話しかける
- ・ 1回の発言は1~2分で簡潔に
- ・ 思いつきやテーマに関連のない発言は避ける
- ・ 他人が発言している時は傾聴する
- ・ 少数意見となった場合は、ひとつの意見として見解を述べる
- ・ 感情的な発言はしない

【会議運営に協力する役割】

- ・ 進行状況や時間に注意し、司会者に協力する
- ・ 発言の量、タイミングを考える
- ・ 発言の少ない人に発言を促す
- ・ 脱線、感情的対立時は積極的に働きかけ収める
- ・ 準備や議事録の作成を頼まれた時は、積極的に協力する

(9)チームワークとメンバーシップ

職場は指導的立場の職員と何人かのメンバーで構成された集団である。その中の個人は個人プレーでは行動がとれなくなる。チームワークを進めることも重要な役割。

また、チームメンバーとして自分の守備範囲の仕事を実際に処理することが大切。

「責任性」と「規律性」もメンバーシップの基本的要因。他のメンバーや他チームの仕事にも関心を持ち、連携と協力の関係を築いていく「協調性」も必要である。

【チームワークがとれている状態とは】

- ・ チームメンバーが共通の意識をもつ
- ・ 良いコミュニケーションがとれる
- ・ 全員が自己の仕事への明確な目標と責任感をもつ
- ・ ルールを守りその決定にも参加できる
- ・ 相互援助の気持ちを持っている

【メンバーシップを発揮するには】

- ・仕事を期限までに完了、仕事の処理は迅速・丁寧に・気配りを
- ・ホウレンソウは積極的に
- ・不明な点は明らかにしていく
- ・優先すべき必要性を決定する
- ・協調・規律性に努める
- ・個人的感情を仕事に持ち込まない

これらのことは新人職員教育に必要と思われる項目。いずれの項目も認識や知識、技術が備わっていなかったり、備わっていても何らかの不適切な対応を行った場合は、事故やトラブル・クレームなどに発展する可能性がある

3. リスクマネジメント委員会の役割と活動

委員会活動の目的:

- ・利用者に安心と信頼のサービスを提供する
- ・全職員が危機管理に対する意識を高める
- ・ヒヤリ・ハット・きがかり報告システムを有効に運用する
- ・不適切サービスの発生を予防する

委員会の役割

- ・不適切サービス報告書及びヒヤリ・ハット・きがかり報告の集計・分析・評価と全部署へのフィードバック
- ・部課長会議・全体会議での報告
- ・事故予防の教育の実施
- ・施設内のリスク要因に対する問題提起・意識調査・改善提案・効果確認など
- ・安全ポスターと標語の掲示

※当施設ではさまざまな事故や・クレーム・トラブルなどを総称して「不適切サービス」とよぶ。

【気づき・予測・予防が先決】

- ① 施設の方針を明確にし、取り組みは施設全体で行う
リスクマネジメント委員会を設置
- ② まずはリスクを知ること
 - ・自分たちにはどんなことが起こりうるか
 - ・防御より予防
起きてからでは遅い。是正処置と予防処置のちがい
 - ・仕組み（システム）がなければ、見ない・見つからない・バラつく
 - ・間接的なリスクにも着眼する
例:感染症・食中毒発生 → 報道 → リスク大（信用喪失）
- ③ ヒヤリ・ハット・きがかり報告は、自主的な現場からの改善提案
あくまでもボトムアップ。まず報告することに慣れるため無記名で、毎月部署毎に回収する

④ 安全ポスターと標語の掲示

職員から募集。各部署に掲示し意識づけ

⑤ 「ヒヤリ・ハット・きがり報告」のデータのフィードバックと活用

(資料 6・7・8・9)

職場内に潜在・顕在化するリスク要因の認識(情報共有)

データは毎月報告。推移状況のデータは半期と年度毎

⑥ 予防処置 (資料 10)

・まずは気づくこと

必要とされる観察力と洞察力・予測能力

・気づいたら放置しないこと・

積極的な処置。情報の共有。モニタリング(継続的な改善)

【不適切サービス発生時の対応】

(1) 不適切サービス報告書 (資料 11・12・13)

・発生後の適切な対応 ⇒ 適切な処置と迅速な誠意ある対応

・発生の報告

・報告書の記載・回覧(情報の共有)

(2) 適切な処置のための手順書

・救急搬送の依頼手順 ・気道内異物の除去手順 ・誤飲誤食対応手順 (資料 14)

・感染症対応マニュアル・車両事故対応マニュアルなど

いつでも使える身近なところに設置

(3) 是正処置 (資料 15)

発生した不適切サービスに対する再発防止策

処置実施後、効果確認とモニタリング(継続的な改善)

(5) 苦情対応第三者委員会

第三者を含めた苦情受付・対応・調整・最終確認

(6) 情報公開 (季刊誌・年度業績集等)

・不適切サービスの発生状況と改善状況

・予防対策の取り組み状況など

4. おわりに

リスクマネジメント委員会を通して、これらの活動を実施しています。

気づき・積極的に対策をとり、不適切サービスの発生を予防する。そしてモニタリングによって継続的な改善を行う。この一連の流れが非常に重要に思います。

新人職員が自ら気づけなかった場合でも、これらの情報を現場にフィードバックさせることで、職場にどのようなリスク要因があるかに気づくこともあるはずです。

つまり新人職員教育を適切に実施することが、最初の予防対策になり得るのではないのでしょうか。それぞれの組織の信用やブランドを守ると云うことは顧客(利用者)を守るということ。利用者にとって最も安全で安心できるサービス・信頼できるサービスの提供が今私たちに求められています。

ワークショップ

新人職員をリスクと捉えたリスクマネジメント教育

高齢者総合福祉施設 むらさき野苑 杉浦博子

私たちが日々提供しているサービスの質の保証は、リスクマネジメントから始まるといわれます。利用者にとって最も良いサービスの提供をめざし、予防対策の委員会等が設置され、それぞれの施設でさまざまな取り組みがなされています。これらの活動は全て顧客満足のため、質の高いサービスを提供することが目標にあります。

質の高いサービスは事故回避につながるといわれます。

職場内には潜在・顕在を含めれば実に多くのリスク要因があります。

新人職員として入職してくる介護士やヘルパーは、事故の発生を予測した適切な介護を実践できるだけの力量を備えて職場に配属されているのでしょうか。多くの新人職員は配属された職場で、組織・利用者とその家族・職員・職場環境等の中で、リアリティショックに見舞われることも少なくありません。この状況をうまくクリアできなかった場合、早期離職者を生む結果になり、燃えない前つまり介護の本質を知る前に離職に至っていると言えないでしょうか。

不慣れな時期に即戦力として期待され、不確実な力量で介護にあたった場合、介護を受ける側にとって、それは大きなリスクとなりかねません。

全てに不慣れと不確実な力量を「リスク」、「人は間違いをおかすもの」、この2点を捉えて新人に対するアセスメント、個別対応を主体としたOJT（職場内教育訓練による人材育成）体制の基で、適切な教育を実施することはリスク回避の有効な手段であり、かつ不可欠であると考えました。

新人職員教育の具体的取り組み

はじめに

1. 組織人・社会人として求められるもの

- (1) 所属する組織を知る。
- (2) 組織の一員としての立場を理解する。
- (3) サービスを提供する実践の基本を理解する

2. サービスの実践にあたる職員として求められるもの

- (1) 組織が新人職員に求める力量を明確にする
- (2) 仕事の手順を理解
- (3) 職場での問題解決
- (4) コミュニケーションの基本
- (5) 話しかた・聞き方の基本
- (6) 文書作成の技術を習得する
- (7) 職場で必要な報告、連絡、相談(ホウレンソウ)の技術を身につける
- (8) 会議参加時の心得を理解する
- (9) チームワークとメンバーシップ

3. リスクマネジメント委員会の役割と活動

- ① 気づき・予測・予防が先決
- ② 不適切サービス発生時の対応

おわりに

〈参考資料〉

身体抑制解除後の見守り体制について

社会福祉法人 愛光園
介護老人保健施設 相生
介護職長 金山 まゆみ

1、当施設の身体抑制の現状

2、身体抑制解除への取り組み(解除後の見守り体制)

- ・サイドレールによる囲みの解除(ベッドからの転落・転倒予防)
 - :低床ベッド(自作)
 - :厚みのあるマット(ベッド横に設置)
 - :センサーマット(自作)
 - :畳敷きの居室空間
- ・車椅子ベルト使用の解除(車椅子からの転落・転倒予防)
 - :車椅子の自動ブレーキの設置
 - :時間帯による職員配置の工夫
- ・居室見守り体制 ⇔⇔ ステーション近接見守り体制

3、身体抑制回避のための多様な対応を工夫した 一事例

T・J氏(男性) 92歳
寝たきり度 C1 痴呆度 IV 要介護度 4
平成 10年 11月 当施設 痴呆専門棟入所
・統合失調症というより老年性痴呆という判断で病院より入所。

既往歴

統合失調症 (50歳頃診断 在宅で過ごす)
老年性精神障害 (H10年5月 診断 精神科病院に医療保護入院)
徘徊 易怒性 拒否 独語 空笑
失見当識から食事の記憶もない状態
前立腺肥大症 (H13)年

入所からの状態の変化と見守りの推移

- ①畳対応 (ホール畳スペース 見守り)
- ②ベッド対応 (ステーション近接見守り)
- ③ベッド対応 (居室)
- ④畳対応 (ホール畳スペース 見守り)
- ⑤ベッド対応 (ホール畳スペース 見守り)

4、まとめ

身体拘束解除後の 見守り体制について

社会福祉法人 愛光園
介護老人保健施設 相生
介護職長 金山まゆみ

1. 当施設における身体拘束の現状

2004年1月16日現在
在所者94名のうち

- | | |
|----------|----|
| ◎ つなぎ服着衣 | 2名 |
| ◎ 車椅子ベルト | 1名 |
| ◎ ミトン使用 | 2名 |

2. 身体拘束解除への取り組み (解除後の見守り体制)その1

「サイドレールによる囲みの解除」

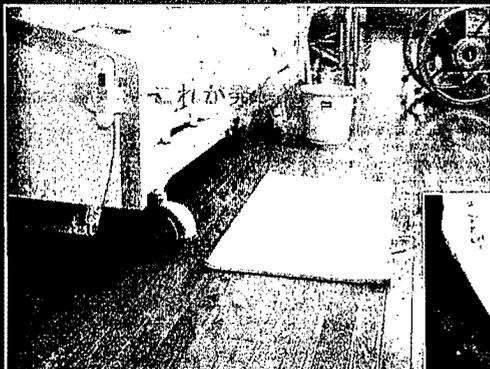
～ベッドからの転落・転倒予防～

- ① 低床ベッド(施設内自作)
- ② 厚みのあるマットをベッド横に設置
- ③ センサーマット(施設内自作)
 - ◇ 床マット式
 - ◇ 車椅子アームレストタッチ式
 - ◇ ベッド端座位感知式
- ④ 畳敷きの居室空間

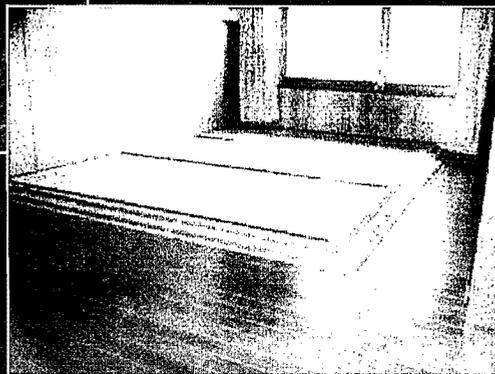
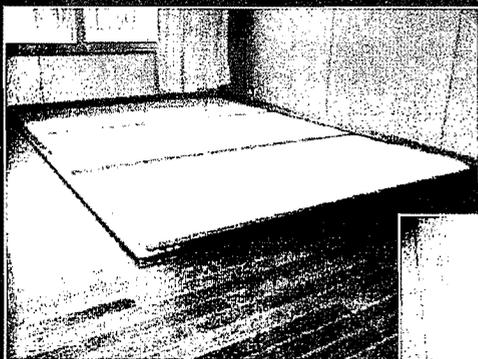
低床ベッド



センサーマット、タッチセンサー



畳敷きの居室

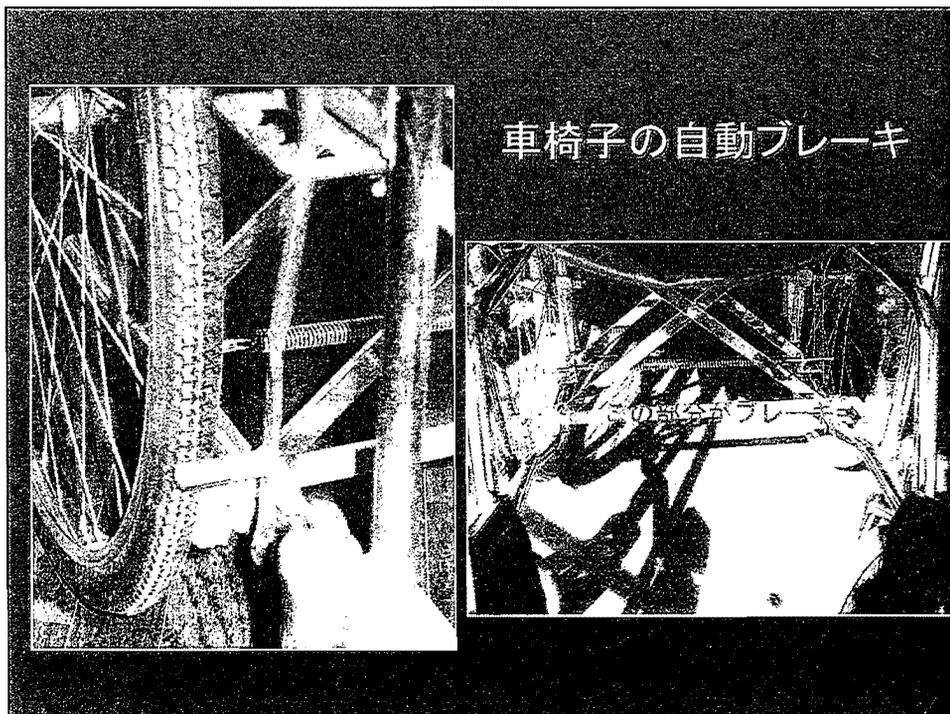


2. 身体拘束解除への取り組み (解除後の見守り体制)その2

「車椅子ベルト使用の解除」

～車椅子からの転落転倒予防～

- ◎ 車椅子に自動ブレーキを装着
- ◎ 時間帯ごとの職員配置の工夫
 - ◎ 事故報告書の分析
 - ◎ 事故多発時間帯に見守り職員を配置
- ◎ 居室見守り ⇄ ステーション近接見守り



3. 身体拘束回避のための 多様な工夫の一例

- ◎ T. J氏 / 男性 / 92歳 (1911年=明治44年生まれ)
1998年11月より当施設痴呆性老人専門棟へ入所
- ◎ 寝たきり度C1
- ◎ 痴呆度IV
- ◎ 要介護度4
- ◎ 診断：① 老年性精神障害
② 老年性痴呆

◆ T. J氏の既往歴

- 統合失調症：50歳頃に診断され自宅で過ごす
- 老年性精神障害：1998年5月に診断され
精神科病院に医療保護入院
 - 徘徊、易怒性、拒否、独語、空笑
 - 失見当識から食事の記憶もない状態

⇒入院6ヵ月後、老年性痴呆への対応が
より必要であるとの判断で退院し
当施設への入所となる

入所からの状態の変化と見守りの推移

(1) 昼対応: ホールの昼エリアでの見守り

独歩

怒りやすく介助に対する拒否
および抵抗が強い

入所からの状態の変化と見守りの推移

(2) ベッド対応: ステーション近接での見守り

- ◎ 体調の変化があり入退院を繰り返す
- ◎ 体調を崩すたびに見守りを強化するために
⇒ステーション近くにベッドを置く
(ポータブルトイレの設置、
ベッド横に転落防止用マットを使用)
- ◎ 思うように動こうとする意志が強く、
ベッドや車椅子からの立ち上がりが多い

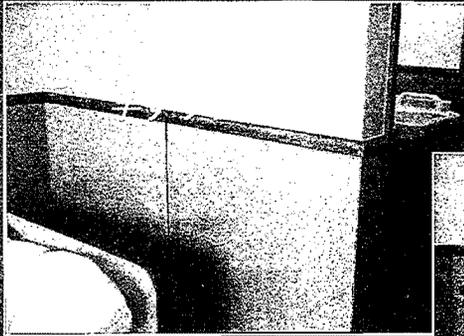
- ④ 排尿障害、頻尿
(2002年2月前立腺肥大症手術)
- ④ 歩行不安定でふらつきがあるが
居室やトイレへ歩いて向かおうとする
⇒ 動きたいとの意思を尊重して
歩行器を使用(付き添い)
- ④ 次第に穏やかな精神状態になる
食事時「おかわり」の要求もでる

入所からの状態の変化と見守りの推移

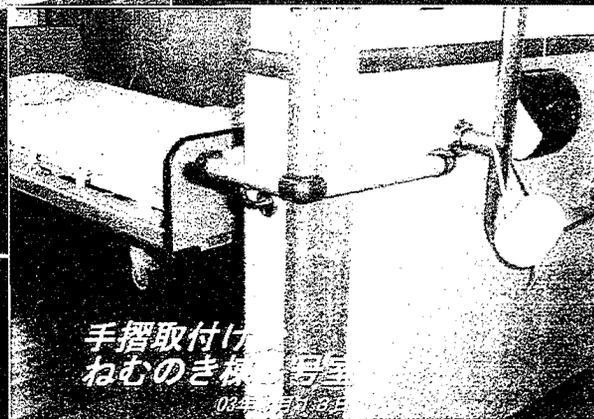
(3) ベッド対応：居室対応

- ④ ベッド横にセンサーマットの設置
- ④ 居室からトイレまで連続した
手すりの増設
- ④ トイレ内に手すりの増設
(見守り・声掛け体制)

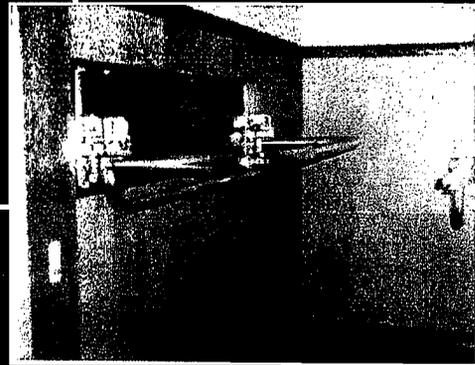
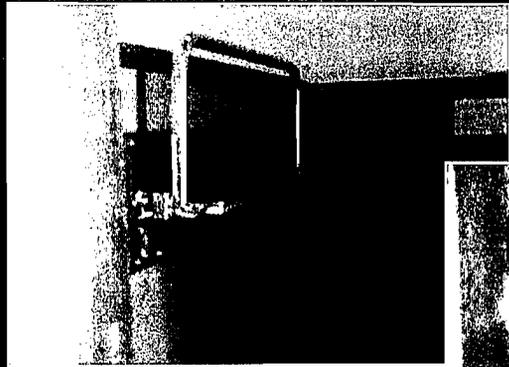
居室からトイレまで連続した
手すりの増設



居室からトイレまで連続した
手すりの増設



トイレ内に手すりの増設



⇒ベッドからトイレの移動が手すりの使用で
自由に行えるようになる

(センサーマットの音で動きを把握し見守る)

- ◎ 2003年6月肺炎にて17日間入院し
退院後再入所
- ◎ 廃用性症候群によりふらつき多いが
ベッドからの立ち上がりは頻回

入所からの状態の変化と見守りの推移

(4) 昼対応: ホールの昼エリアでの見守り

- ① 日中の大半を布団にて臥床
- ② 車椅子・椅子から立ち上がる
- ③ 日中はトイレへ誘導
- ④ 夜間はポータブルトイレを使用

入所からの状態の変化と見守りの推移

(5) ベッド対応: ステーション近接での見守り

- ① ベッド上での動きは減少
- ② 日中は車椅子にてトイレへ誘導
- ③ 夜間はポータブルトイレを使用

4. まとめ

◎ T. J氏のケース

危険回避のための抑制 ⇒ 危険の増幅

特性を知り可能な限り自分の意思で
自由に動くことができるよう様々な取り組み

＝ 生活環境の整備と確保、見守り体制

⇒ 精神状態の安定

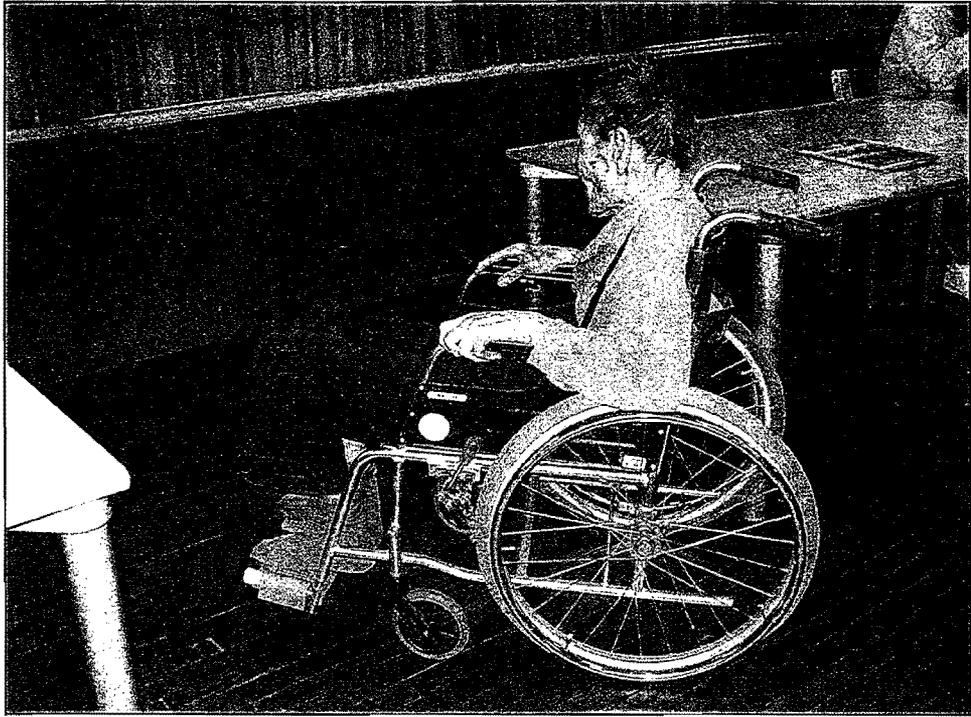
◎ 完全な事故防止には至らず
転倒・転落等の事故報告は重なったが
大きな受傷は無かった

◎ 肺炎、皮膚疾患、前立腺肥大症等での
度重なる入院

⇒ 廃用性の進行

⇒ 身体機能、移動機能の低下

現在も、精神的な安定につながるよう
アプローチを継続中



誤飲時の対応

平成16年1月21日

特別養護老人ホーム高浜安立荘 業務課副主任 浅田好恵

○特別養護老人ホーム高浜安立荘概要

平成5年4月開所 定員100名 入所者の平均要介護度 3.4

併設事業：短期入所生活介護 定員20名 通所介護事業 定員35名

居宅介護支援事業 在宅介護支援センター

平成14年5月から入所者のレベルに合わせた4つのグループと短期入所生活介護を1つのグループとし、5つのグループでグループケアを開始する。

○誤飲事故事例

《インフルエンザで隔離対応中》

中度の痴呆症状のある女性 89歳 要介護度 3
移動：自立(歩行) 食事：自立 排泄：一部介助 入浴：見守り

※事故3日前に「隔離部屋に設置する消毒液の入ったスプレーボトルは各居室の枕頭台の中に入れる」よう申し送りノートに記入される。

19:10 タンスの上に放置したままであった手指消毒液(ハンドクリーン)の入ったスプレーボトルのふたを開け、飲んでいるのを発見する。

すぐに介護員がボトルを預かる。

19:12 夜勤者とグループリーダーに報告し、うがいを促すよう指示を受ける。

うがいを促すため訪室すると床にコップ1杯程度の夕食の残渣物混じりのものを嘔吐していた。

うがいを促そうとコップを渡すが、痴呆があるためかコップの水を半分ほど飲んでしまう。もう一度うがいを促すと、ガーグルベースに半分ほど液状のものを嘔吐する。

19:20 夜勤者が看護員に連絡する。

水分多めで対応し、様子観察の指示が出る。

コップ1杯のポカリスエットを摂取させる。

翌日9:00 看護員が出勤後状態観察し、口唇・舌に腫れを認めたため受診する。

胃カメラ検査を行ない、胃炎がひどいため、入院となる。

○事故後の対応

介護員全体で SHEL モデルを用いて、この事故の要因分析を行なう。

※SHEL モデルとは

アクシデントやインシデントの要因や対策を分析する代表的な手法。アクシデントやインシデントを S (ソフトウェア)、H (ハードウェア)、E (環境: Environment)、L (人: Liveware) の各側面から多角的に分析する手法。

※SHEL モデルの 5 つの要因

S (ソフトウェア)	マニュアル、規程などシステムの運用に関わる形にならないもの
H (ハードウェア)	機器、器具、設備、施設の構造
E (環境)	物理的環境 (照明、騒音、空調) だけでなく、仕事や行動に影響を与える全ての環境
L (他人)	当事者以外の人々
L (当事者)	事故・インシデントに関わった本人 (職員)

「組織で取り組む医療事故防止 看護管理職のためのリスクマネジメントガイドライン」参照

要因分析の結果

- S
 - ・読みにくい申し送りの記入方法
 - ・隔離対応時のマニュアルの不備
 - ・事故後の対応のマニュアルの不備

- H
 - ・個室の不足
 - ・消毒液を居室内に設置するための設備がない

- E
 - ・「隔離」という環境の変化
 - ・消毒液が手の届くところに置いてあった
 - ・居室に消毒液を設置した
 - ・居室が乾燥していた
 - ・職員の人員不足

- L1(本人)
 - ・痴呆が重度であった(判断能力の欠如)
 - ・のどが渴いていた。

- L2(職員)
 - ・その利用者(痴呆高齢者)の特性(誤飲、誤食等)の理解不足
 - ・申し送りの理解不足、不徹底
 - ・隔離者に対する観察不足
 - ・当日の消毒液の設置位置にどの職員も危険を感じなかった
 - ・看護員の判断ミス
 - ・隔離者への対応(精神安定に努める等)を認識していなかった。

以上のように要因が挙げられた。

ここから、皆が重要だと感じたもの、すぐに改善が必要なものを抽出し、改善策を立てていく。
今回は以下の3点が取り上げられた。

①申し送り事項の記入方法に問題があった

個人の状態報告と業務連絡を同時に記入しており、文章の羅列で大変読みづらいものであった。そのため、流れがつかみにくく、重要な業務連絡も見落としがちになっていた。

②危険物の認識不足(まる1日タンスの上に放置したままでいた)

消毒液を飲んでしまうとどうなるのかを考え、設置位置を考慮することができなかった。危険回避能力の欠如。

③対応方法のマニュアルの不備

事故後の対応が曖昧であった。看護師が帰宅後の時間帯に起きた事故であり、状態を確認しないままの指示となった。直後の対応が重要であるため、対応をマニュアル化しておく必要があるのではないか。

改善策

① 申し送りを項目別に分ける。

読みやすく、流れが分かりやすく、現状を把握しやすいものにする。

②グループの空間内にあるもので危険物になり得るものをリストアップする。

日常的に使用しているものでも危険物になり得る事を周知し、把握する。

③リストアップされた危険物の対応方法を一覧にし、周知徹底する。また、いつでも見られるようにする。

○その後のリスクマネジメント委員会での協議内容

1. 事故の要因分析手法をSHELモデルで統一し、ヒヤリハット報告書(別紙)・事故報告書(別紙)ともに要因分析の欄をもうけ、多角的に事故の分析が行なえるよう日常から訓練していく体制を整えた。
2. 年間を通して件数の多い事故や生命の危険を伴うようなリスクの高い事故5例(誤食、誤嚥、転倒、離設、車輛)を減少させるために、各事故における【事故防止5カ条】(別紙)をまとめ、全職員に周知徹底を図る。
また、グループ全体の事故防止の意識を高めるために、【5カ条】遂行状況を抜き打ちにてチェックし、グループへ結果を提示していくこととした。

以上

庄 長	課長心得	主任(相)	生活相談員	主任 (看)	栄養士	主任(介)	副主任(介)	副主任(介)

事故報告および改善計画書

報告年月日 年 月 日 時 分頃

提出年月日 年 月 日

記載者氏名 _____ 印

所属責任者氏名 _____ 印

入所者氏名	男・女	グループ名	
発生日時	年 月 日 ()	時 分	
発生場所	<ul style="list-style-type: none"> ・居室 (自室 号室・他室 号室)・廊下 (具体的に) ・浴室 (具体的に)・ダイルーム (具体的に) ・階段 (具体的に) ・その他 (具体的に) 		
内 容	具体的に事実を記載	発生理由 コード	
経 過	時間経過が分かるように	救急車要請の有無	有・無
各責任者への報告日時	月 日 ()	時 分頃	誰に報告
統括責任者への報告日時	月 日 ()	時 分頃	誰が報告
庄長への報告日時	月 日 ()	時 分頃	誰が報告
家族への説明日時	月 日 ()	時 分頃	誰に説明
医師の診察日時	月 日 ()	時 分頃	

反省点及び今後の改善策（事故に係わった職員記載）

①事故要因分析（SHELLモデル）

S : _____

H : _____

E : _____

L : _____

L1 : _____

L2 : _____

②改善策

責任者としての今後の改善策（各責任者記載）

③管理指導面でどのような対処をしたか。

④どのような改善策があるか。

その他（診察結果・家族の反応など）

警察への届出	届出の有無	有・無	届出日時	月	日（ ）	時	分
生命の危険度評価 (統括責任者の評価)	<input type="checkbox"/> 極めて高い <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 可能性有り <input type="checkbox"/> 可能性低い <input type="checkbox"/> ない (特記事項： _____)						

その後の状況

誤嚥・窒息事故防止5カ条

- 正しい姿勢をとる。
－姿勢が良くないと食べられない！－
- 利用者のペースに合わせた介助をする。
－飲み込みを確認していますか？－
- 食事形態が合っているかを確認する。
－その方にあっていますか？－
- その時々健康状態を把握する。
－いつもと違う状態には、要注意！－
- 常に全体の観察を怠らない。
－誰でも誤嚥の可能性あり！－

高浜安立荘認知症ケア委員会（15.11.1作成
- 1）

誤飲・異食事故防止5カ条

- 危険物の理解・認識を！
－すべての物は、時としてすべて危険物と化す－
- 危険物は手の届く場所には置かない。
－あなたの不注意が事故をまねく－
- まずはグループ内空間の整理・整頓を！
－使用したものは所定の場所に必ず戻す－
- 誤飲・誤食歴のある入所者は要把握・見守りを！
－事故は再発するという意識を常に持つ－
- 配薬・配膳・服薬介助時は、声だし確認を忘れずに！
－それは、本人の薬、食事ですか？－

高浜安立荘認知症ケア委員会（15.12.22更新-2）

車輛事故防止5カ条

- 道幅の狭い道路は、極力、通行を避ける。
－道幅の狭い道路は、前方確認、徐行運転を！－
- シートベルト等の固定は確実にを行う。
－あなたの油断、未確認が重大な事故をまねく－
- ドア開閉の際は、特に前方・後方確認を！
－ちょっとした未確認、重大な事故に－
- 車輛の異常発見時は、速やかに報告を！
－おかしいな？と思ったら、迷わず報告－
- 燃料計が半分以下になったら必ず給油を！
－緊急時のガス欠は、致命的な結果をまねく－

高浜安立荘（仮称）外委員会（15.11.1作成
- 1）

転倒・転落事故防止5カ条

- 立位・座位・歩行・精神状態は常に把握する。
－いつもと違う状態は、危険シグナル－
- 利用者ペースに合わせた介護をする。
－焦るあなたのその気持ちが事故の引き金に－
- 利用者から目を離す時は、必ず他職員へ声かけを！
－ちょっと目を離した隙に事故は起きる－
- 居室・ダイルーム環境は本人状況を配慮し整備する。
－早めの危険予測、早めの対応－
- ヒヤリハット報告段階で即対応策を検討する。
－転倒・転落は、致命的な事故への誘い－

高浜安立荘（仮称）外委員会（15.11.1作成
- 1）

無断外出防止5カ条

■徘徊する理由を探る。

—理由に合わせた対応で危険回避—

■環境の変化には、要注意！

—環境変化を見落とすな—

■職員の連携で所在確認！

—見ているだろうではなく、確実な声掛け—

■センサーの動作確認は月1回必ず実施！

—機械は絶対ではない—

■利用者の行動パターンを把握せよ。

—玄関以外にも外出できる箇所がある—

高浜安立荘リハビリ科 外出委員会 (15.11.1作成

- 1)

ヒヤリハット報告書	課長心得	生活相談員	所属責任者	利用者担当

記載者氏名; 印

利用者氏名		男・女	所属グループ	
発生日時	年 月 日 () 時 分 *24時間表記			
勤務形態	01:夜勤 02:早出 () 03:日勤 () 04:遅出 () 05:時間外 06:その他			
発生状況 <small>利用者が何をしていたか</small>	01:食事 02:入浴 03:排泄 04:着脱 05:移動・移乗・移行 06:服薬 07:水分補給 08:外出 10:臥床時 11:その他 ()			
発生場所	01:自室 (号室) 02:他室 (号室) 03:廊下 () 04:浴室(1F) 05:浴室(2F) 06:デイルーム兼食堂 () 07:階段 () 08:トイレ () 09:ベランダ () 10:デイB型 11:デイE型 12:玄関 13:屋外 14:その他 ()			
予想される内容	01:転倒 02:転落 03:誤薬 04:窒息・誤燕・誤飲食・他食 05:盗難・紛失 06:破損・破壊 07:トラブル 08:無断外出 09:外傷 10:その他 ()			

発見前の経緯・発見時の状況・発見後の対応 <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	状況図 (必要に応じて記入)
--	---

発生要因	
S ; 業務上の要因	_____
H ; 備品・車椅子等の不備	_____
E ; 建築物の環境や設備の不備	_____
L ; 本人の行動等に関する要因	_____
痴呆の程度; NM式 点 /	_____
発生に至る身体状態;	_____
L1 ; 職員の対応 (介護技術不足)	_____
L2 ; 職員の対応 (安全配慮不足)	_____

総合的な予防策 () () () *最大3つ選択

(「ヒヤリハット報告書」裏面)

総合的な予防策の記入について

総合的な予防策の記入については、下記の事故分析モデルを参考にしていますので、記載者自身が感じたそれぞれの要因について記入し、総合的な予防策を記入して下さい。

SHELLモデル —リスクの要因と対策を各側面から多角的に分析する手法—

SHELLモデル5つの要因

S (ソフトウェア)	マニュアル、規定などシステムの運用に関する形にならないもの
	例；職場の習慣、読みづらい手順書、職場の教育体制、マニュアルの有無
H (ハードウェア)	機器、器具、設備、施設の構造
	例；原因器材、作業台、寝衣、履物、補助具
E (環境)	物理的環境（照明、騒音、空調）だけでなく、仕事や行動に影響を与える全ての環境
	例；原因器材の保管場所、業務範囲、労働条件、勤務時間、作業件数、仕事の困難さ、職場の発言しやすい雰囲気
L (本人)	利用者自身に関するもの
	例；心身の状態や年齢、安静度、ADL、内服中の薬剤、疾患、身体状態、心理）など
L1 (職員)	職員の介護技術に関すること
	例；経験、知識、技術的な問題、心理的要因など
L2 (職員)	職員の安全配慮に関すること
	例；経験、知識、心理的要因など

総合的予防策 記入コードについて

総合的な予防策で記載内容に該当する今後の対策について、下記の記入コードを参考の上、() 内に番号を記入して下さい。

今後の対策 記入コード

S	01	申し送りの徹底、情報の共有化	L1	15	利用者の不満の解消（傾聴、安心感を与えるなど）
	02	援助内容の見直し・徹底		16	介護技術能力の向上・勉強会の実施
	03	マニュアルの作成		17	正しい整容方法の習得と実施
	04	業務内容の見直し、業務の軽減及び分担		18	見守り・声掛け・誘導
	05	職員の対応の見直し・勉強会の実施		19	頻回訪室、巡視の強化、観察
	06	新人教育の実施		20	複数介護の実施・徹底
H	07	設備改善・改修（手すりの設置、付け替えなど）	L2	21	利用者のADL状態の把握
	08	設備・物品の点検		22	安全配慮能力の向上
E	09	環境改善・変更		23	職員の意識・知識の向上
	10	入所者のグループ移動		24	緊張感の維持
	11	介護物品・保管場所の見直し		25	連携強化
	12	食品管理、所持品の見直し・確認		26	その他
	13	職員配置の見直し（人員補強など）			
	14	待機体制の見直し			

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年1月21日
DC ネットに掲載予定です。

所属： 高齢者痴呆介護研究・研修
仙台センター 研究・研修部長

氏名：加藤 伸司

(横尾氏に)

質問（ご自身の質問内容を簡潔にお書きください）

ハード面を工夫することによって

リスクが回避された事例があったら教えていただきたい。

討論内容（返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください）

ハード面での工夫によってリスクが回避されているので

特に目立った問題は出てこない

ただし、夜勤者の仕事が楽になったという反応があった。

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年1月21日
DC ネットに掲載予定です。

所属： 社会福祉法人 浴風会病院

氏名：石垣 恵子

(杉浦氏に)

質問（ご自身の質問内容を簡潔にお書きください）

- Q1 新人オリエンテーションの日程は？
- Q2 OTT→プリセプターの実状、教育のすすめ方は？
- Q3 テストの方法（評価方法）
- Q4 中途採用者の教育

討論内容（返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください）

- A1 1日
- A2 オリエンテーション後
- A3 夜勤あけに行う
- A4 施設長が行う

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年1月21日
DC ネットに掲載予定です。

所属： 老人保健施設 相生

氏名：宮池 英夫

(浅田氏に)

質問 (ご自身の質問内容を簡潔にお書きください)

5か条遂行状況の抜き打ちチェックの具体的方法について

討論内容 (返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください)

担当を専任し、随時 所内の状況をチェックしている

ワークショップ～「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」～
—痴呆介護現場での利用者の苦情と適切な対策を考える—

日 時 平成 16 年 2 月 18 日(水)14:00～16:30
場 所 高齢者痴呆介護研究・研修大府センター研修室

(敬称略)

1 開会

2 ワークショップ

- ・ 痴呆介護現場での苦情をどう考えるか。司会者からの問題提起
高齢者痴呆介護研究・研修東京センター 須 貝 佑一

- ・ 在宅ケアのサポートで生じる苦情
中野区「ゆりの木」 右馬埜 節子

- ・ 痴呆介護施設で生じる苦情
浴風会第3南陽園 町田 沢子

3 ディスカッション

4 閉会

痴呆介護、福祉の分野 で今なぜリスクマネジメ ントを問われるのか

クレーム処理を通して考えるワーク
ショップ

社会福祉法の抜粋

- 第3条(福祉サービスの基本理念)
- 第5条(福祉サービスの提供の原則)
- 第6条(福祉サービスの提供体制の確保に
関する責務)
- 第75条(情報の提供)
- 第76条(利用契約申し込み時の説明)
- 第80条(福祉サービス利用援助事業の実
施にあたっての配慮)
- 第82条(苦情解決)

社会福祉法と介護保険法の趣旨

福祉はサービス業である

福祉サービス提供者と利用者との契約

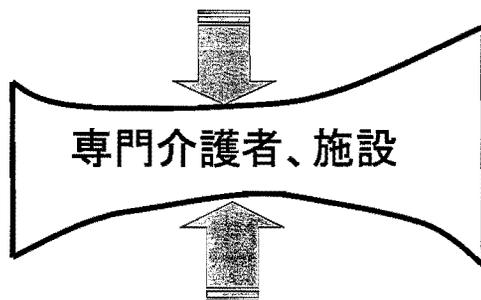
福祉サービスの利用者は消費者

利用者の意向の尊重、利用者中心

業者と国、自治体に体制の確保と質の確保の義務

情報公開と苦情解決の義務

サービスの質向上義務(法、
拘束廃止,etc)



クレームの増加
消費者の権利意識

サービスの質向上義務(法、
拘束廃止,etc)



クレームの増加
消費者の権利意識

社会福祉法と介護保険法の趣旨

福祉はサービス業である

いくらで何ができる

福祉サービス提供者と利用者との契約

福祉サービスの利用者は消費者

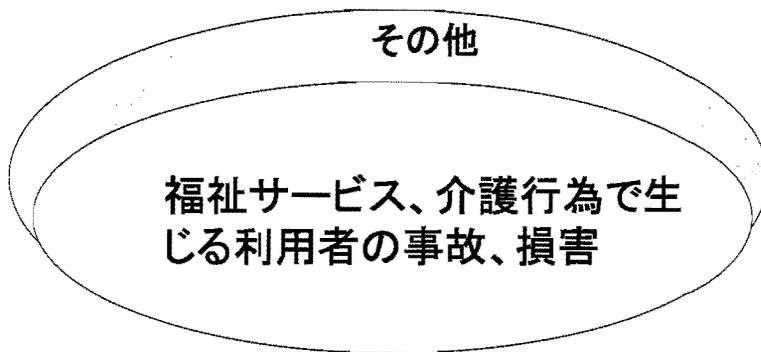
契約の範囲で

利用者の意向の尊重、利用者中心

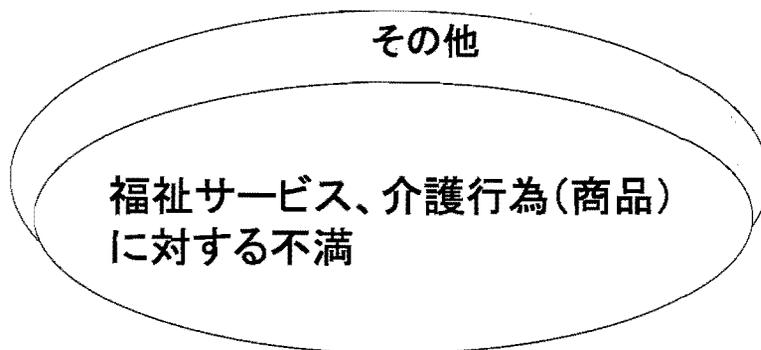
業者と国、自治体に体制の確保と質の確保の義務

情報公開と苦情解決の義務

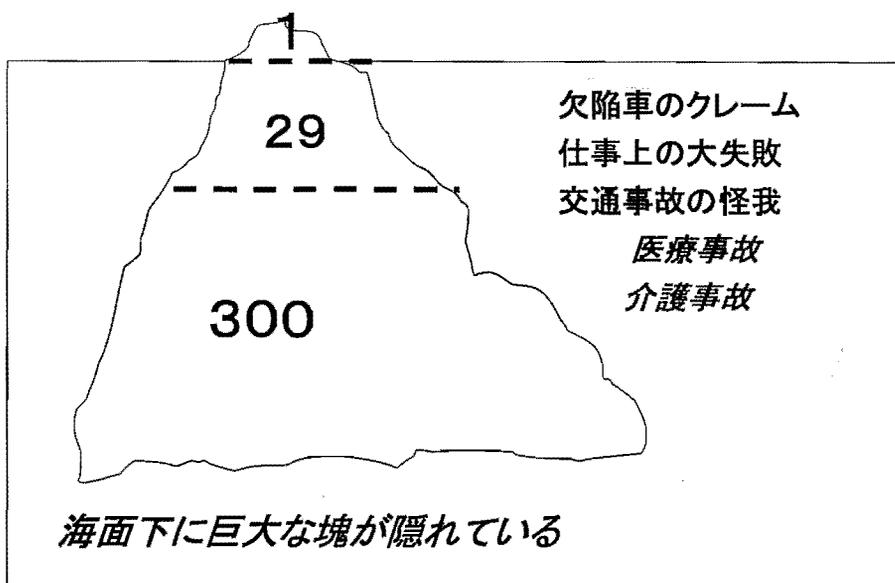
痴呆介護福祉分野における リスクマネジメント



痴呆介護福祉分野における リスクマネジメント



ハインリッヒの法則



患者はなぜ訴えるか

- ①二度とそのような過ちを起こしてほしくない
- ②きちんとした説明を求める
- ③償いをしてほしい
- ④明確な責任と謝罪

LANCET, 1994

患者はなぜ訴えるか

- ①予期せぬ出来事だった
- ②期待を裏切られた思い
- ③損害の大きさ
- ④説明が曖昧で誠意がない

ある医療訴訟弁護士のHPより

患者はなぜ訴えるか

- ①予期せぬ出来事だった
- ②期待を裏切られた思い
- ③損害の大きさが小さい
- ④説明が曖昧で誠意がない



クレームとなって噴出す

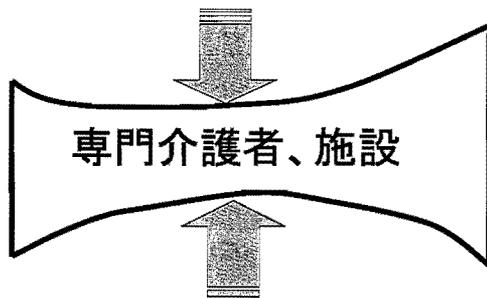
利用者は何を責めているか(苦情の段階)

- 事例: 第3南陽園にいた84歳女性が不食、栄養状態低下で入院。
- 悪性腫瘍の進展でIVHとなり、最終的に死亡
- 家族の言い分
- ナースコールが手の届かないところに結ばれていた
- 本人に検査の説明をしていない
- 食事介助に手抜き
- 汚れたシーツを交換していない
- MRSAに感染した。対策不十分

家族の言い分、まとめ

- 特養から来た患者は、特養以上のケアを必要としている (特別な商品)
- 高齢の患者は通常以上の感染症やじよくそう対策が必要
- 病院で治療し、元に帰れる、帰りたい
- 治療の第一歩は信頼と安心感。ナースコールはその絆

サービスの質向上義務(法、
拘束廃止,etc)

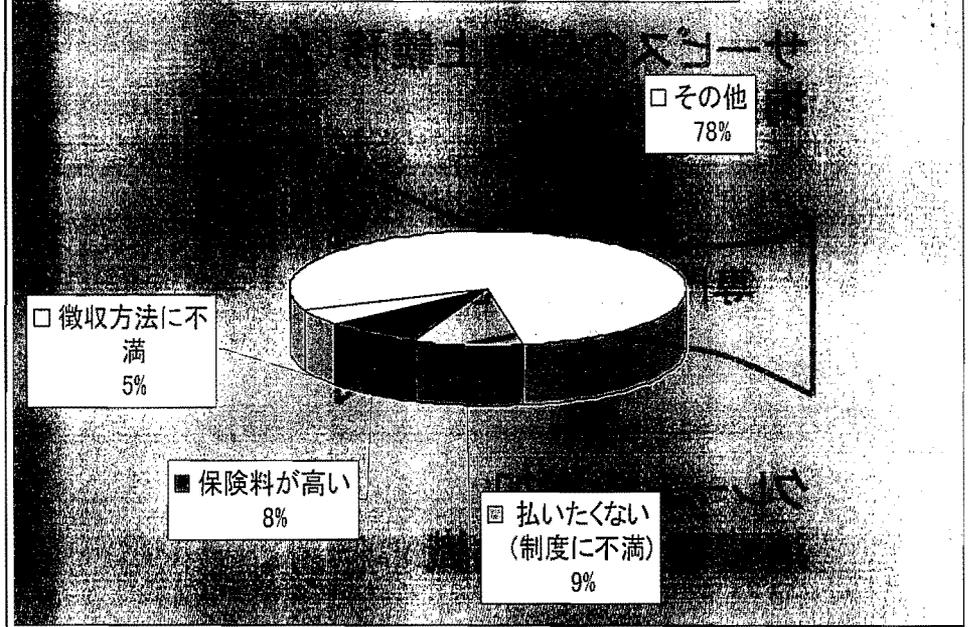


クレームの増加
消費者の権利意識

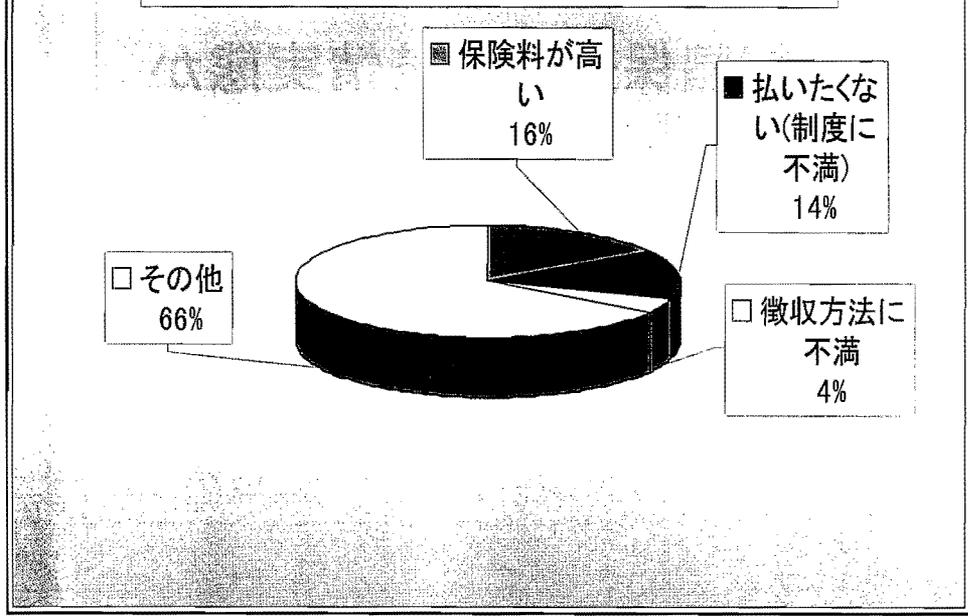
東京都国保連への苦情実態か ら全貌を眺める

平成13年、14年白書から抜粋

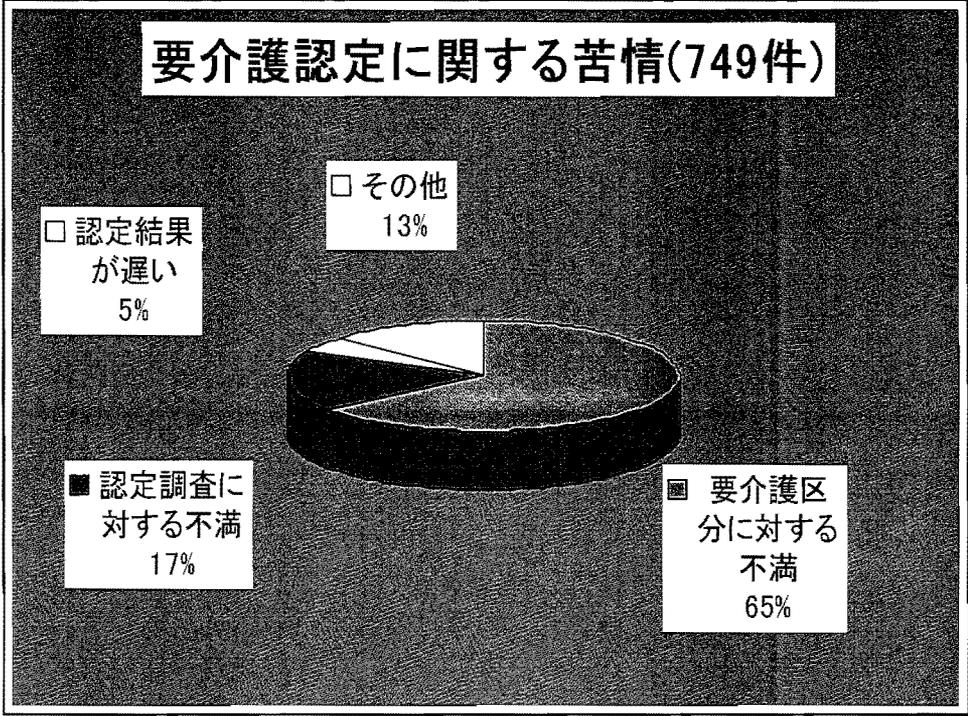
保健料に関する苦情(1754件)



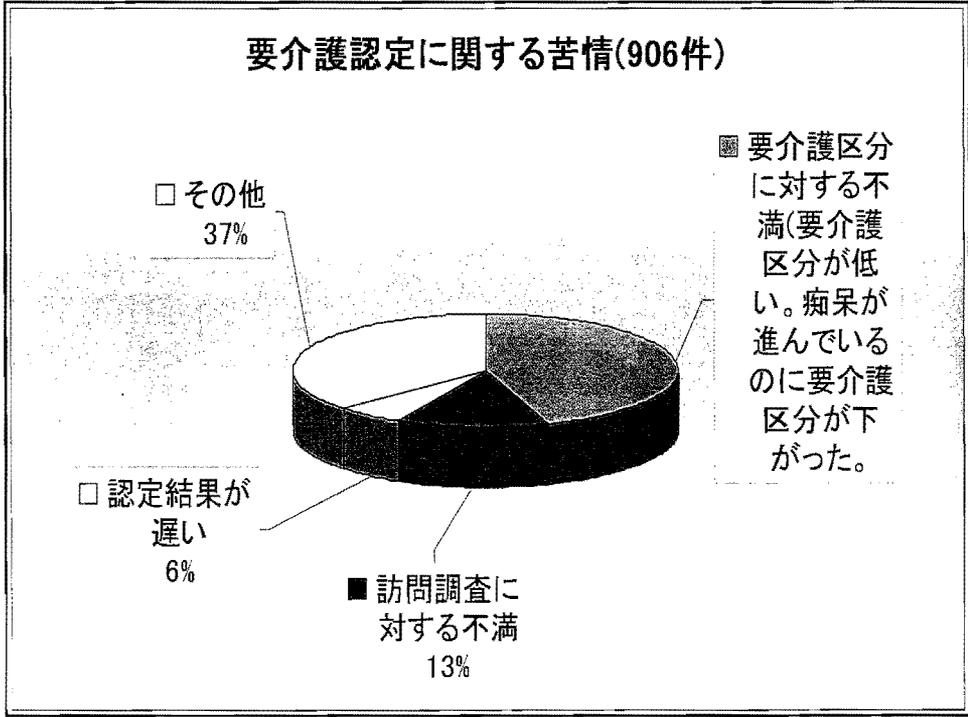
保険料に関する苦情(3095件)



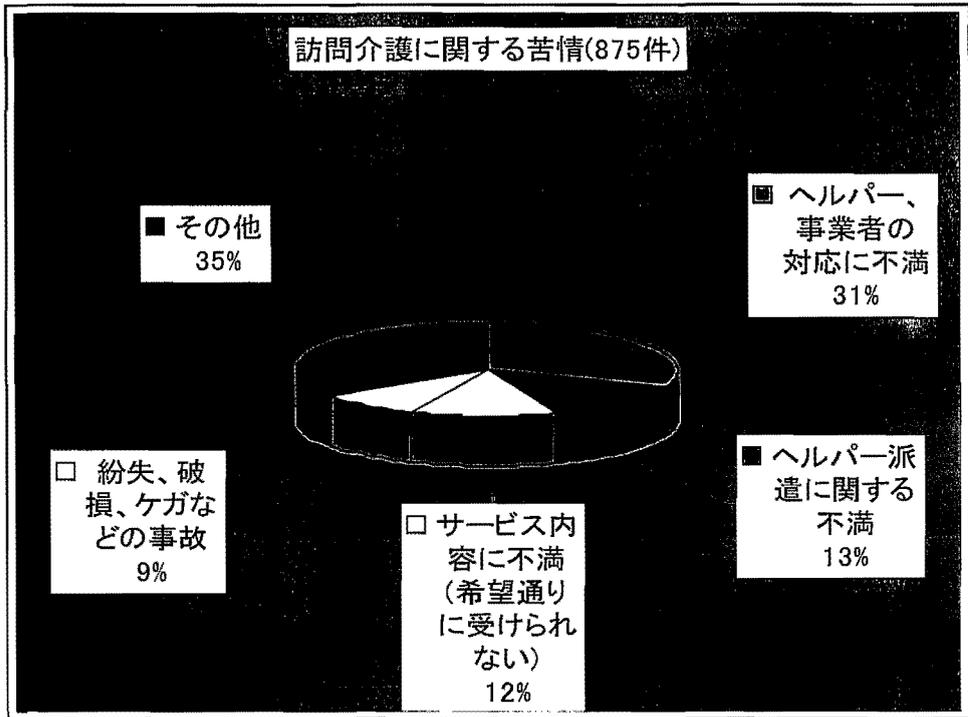
要介護認定に関する苦情(749件)



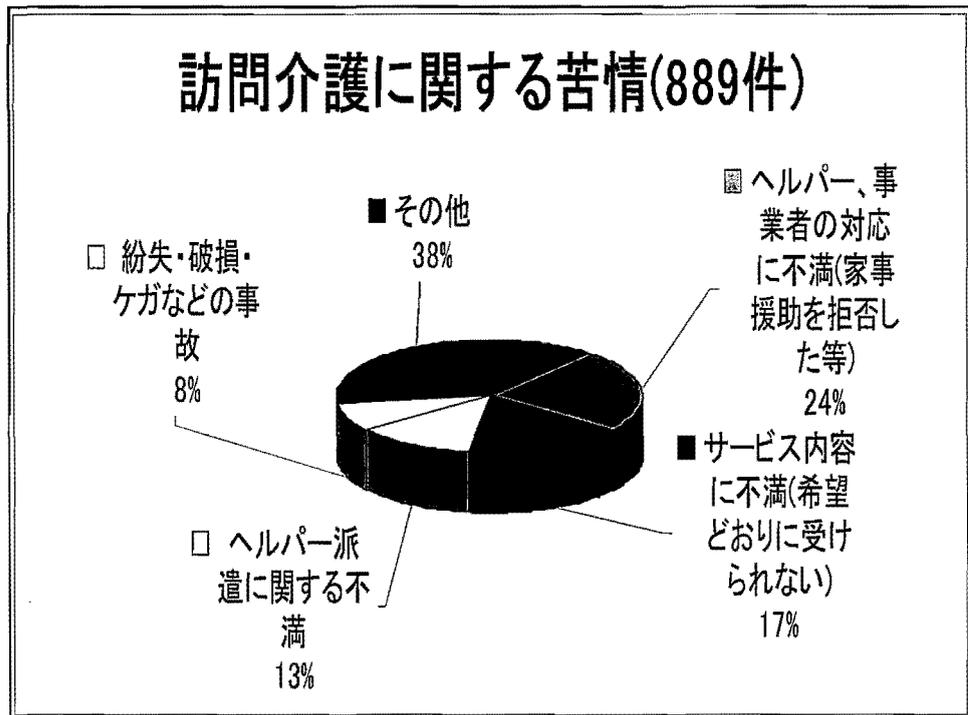
要介護認定に関する苦情(906件)

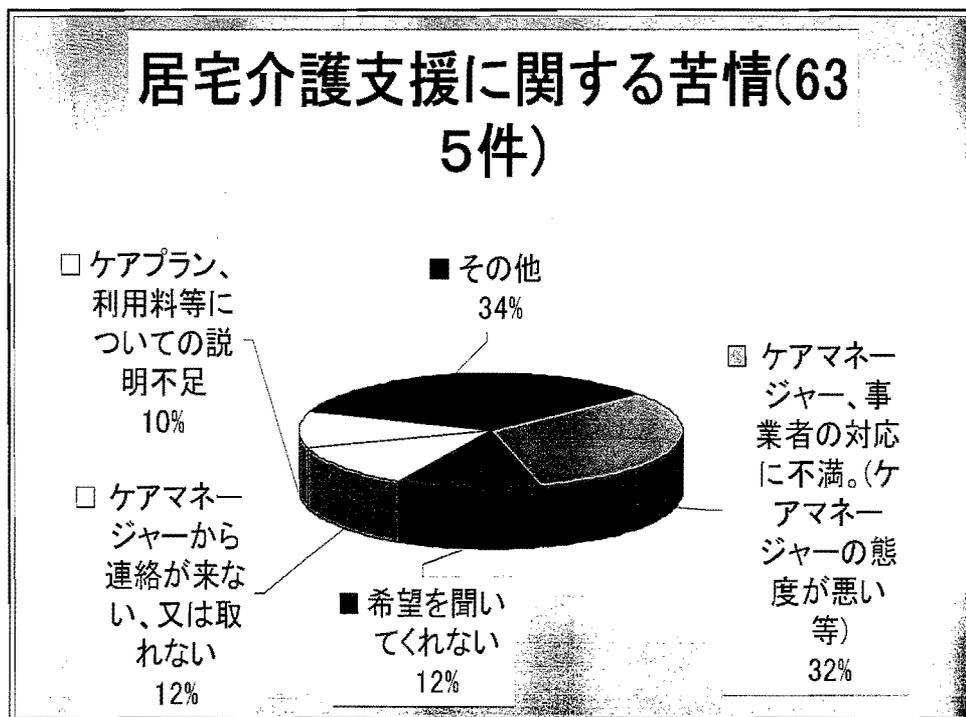
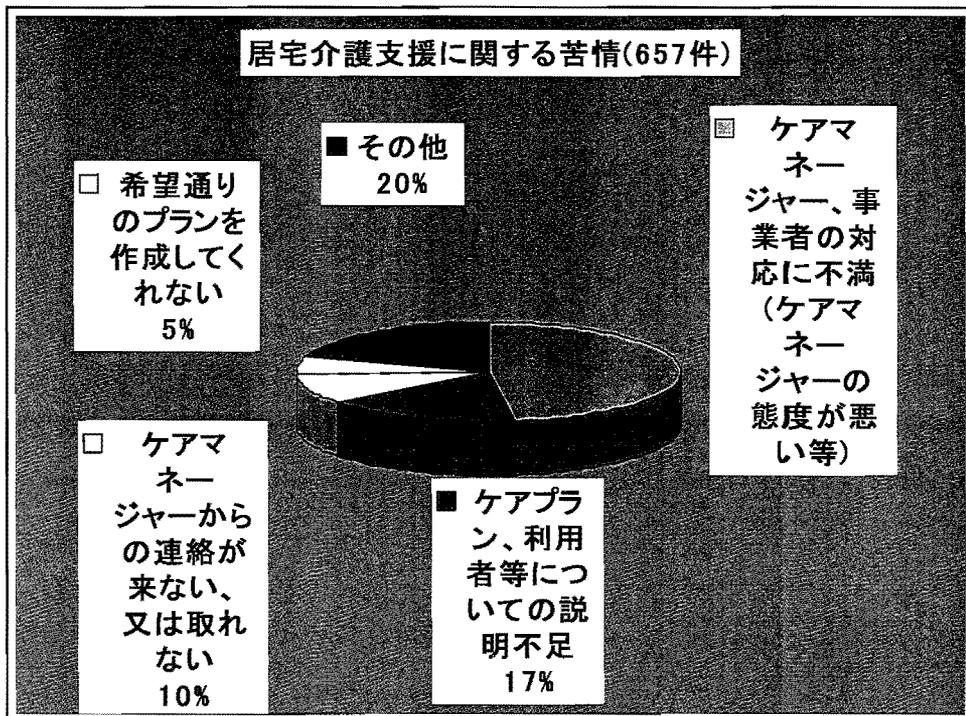


訪問介護に関する苦情(875件)

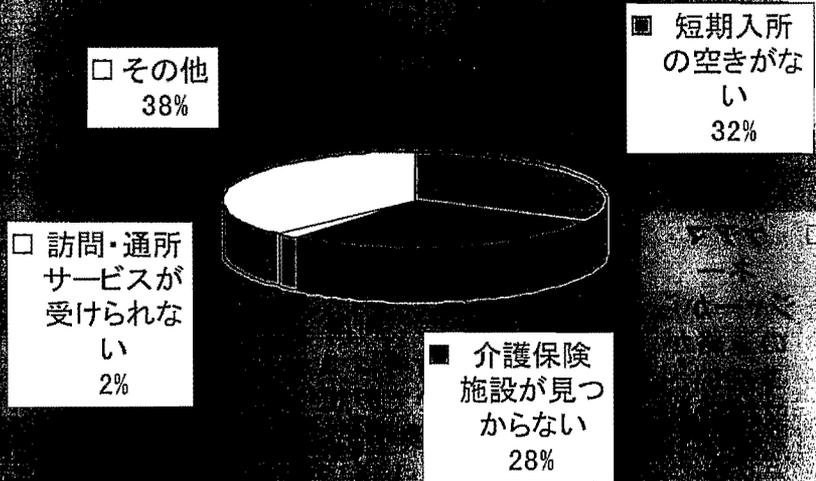


訪問介護に関する苦情(889件)

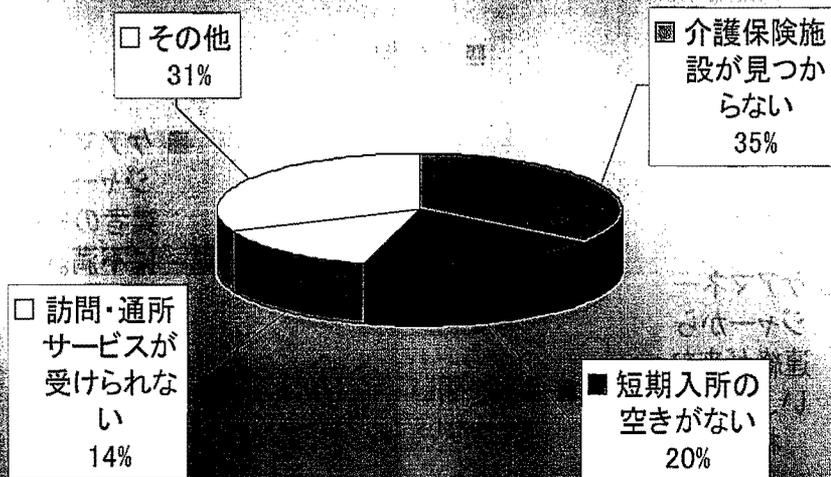




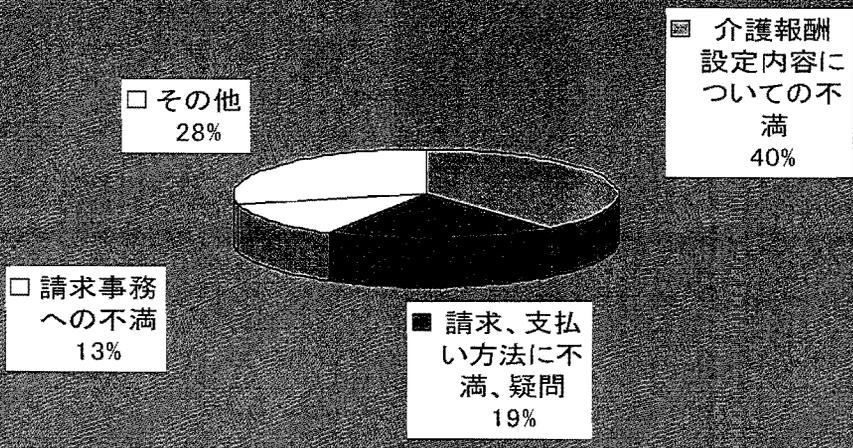
サービス供給量に関する苦情(117件)



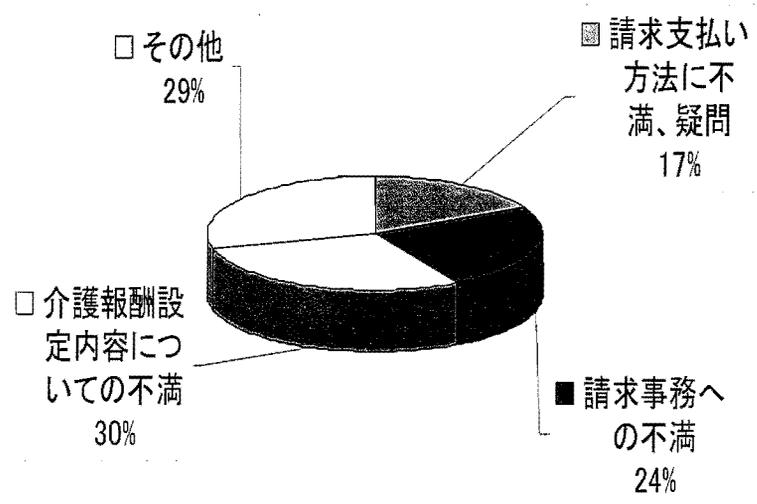
サービス供給量に関する苦情(143件)



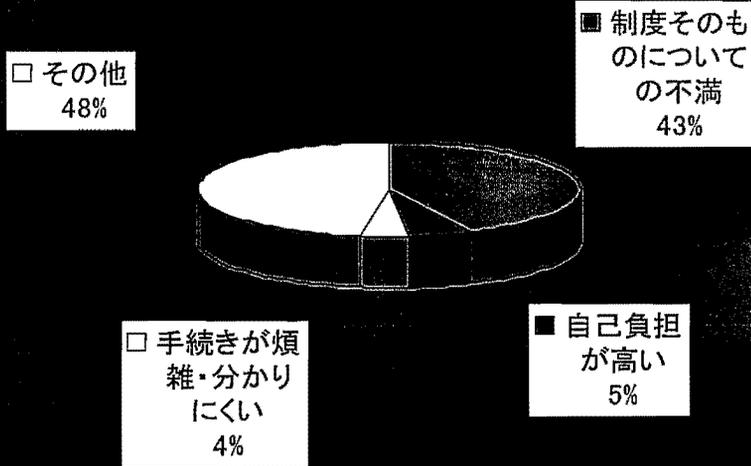
介護報酬に関する苦情(67件)



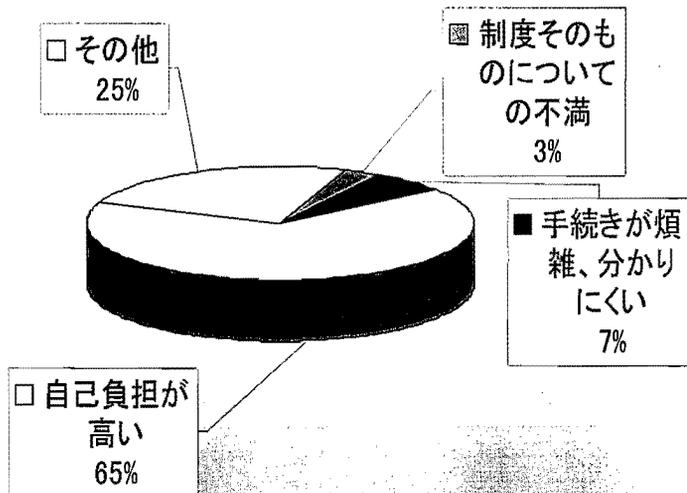
介護報酬に関する苦情(86件)



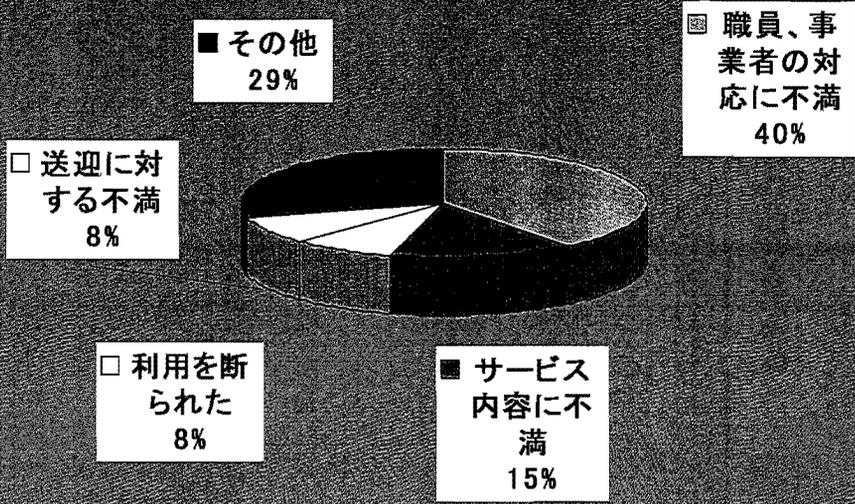
その他制度上の問題に関する苦情
(284件)



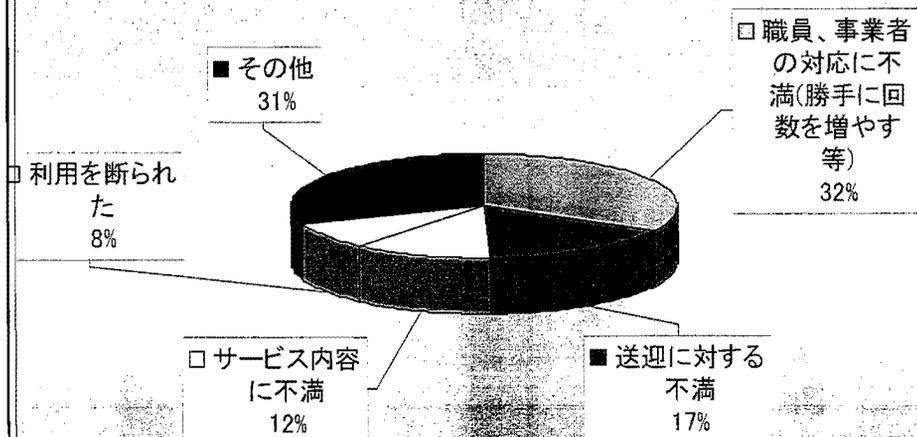
その他制度上の問題に関する苦情(367件)



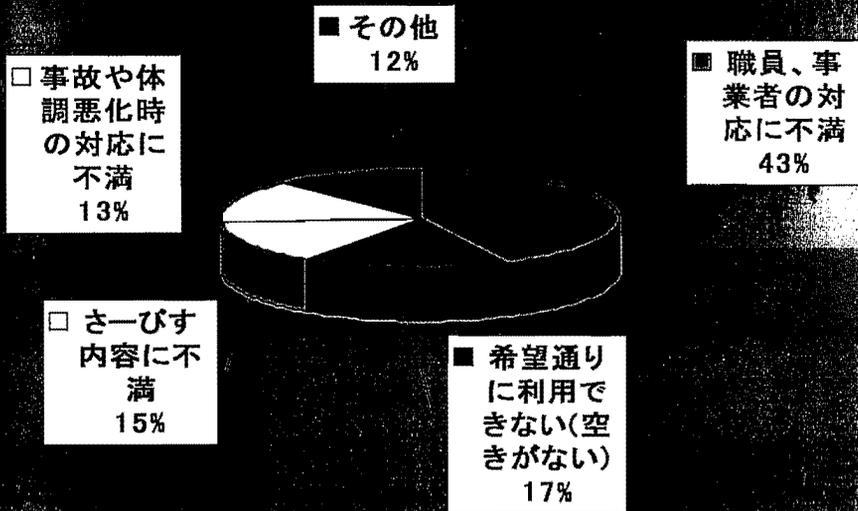
通所介護に関する苦情(47件)



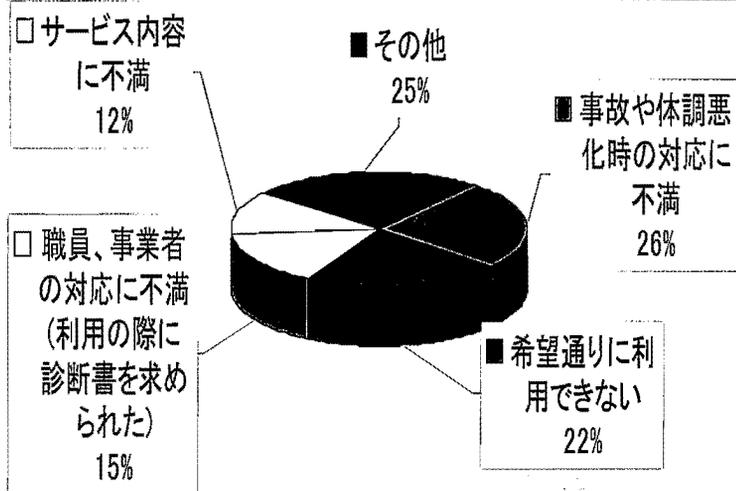
通所介護に関する苦情(144件)



短期入所生活介護に関する苦情 (171件)



短期入所生活介護に関する苦情(221件)



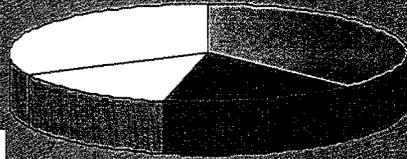
短期入所療養介護に関する苦情(56件)

□ その他
32%

■ 職員、事業者の対応に不満
38%

□ 希望通りに利用できない(空きがない)
14%

■ 事故や体調悪化時の対応に不満
16%



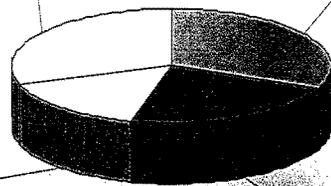
短期入所療養介護に関する苦情(83件)

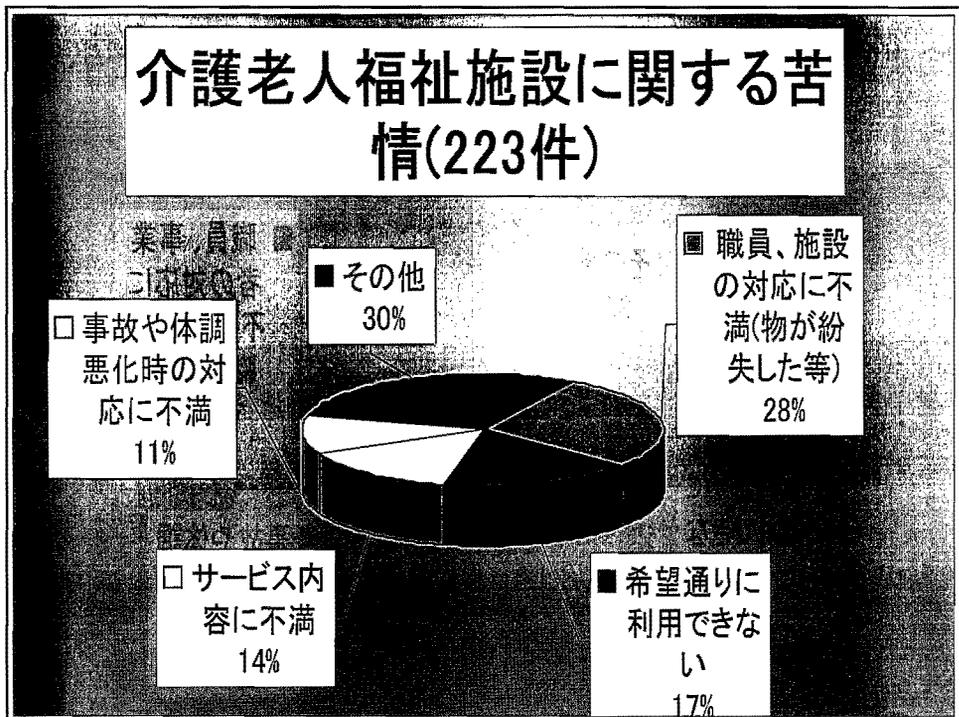
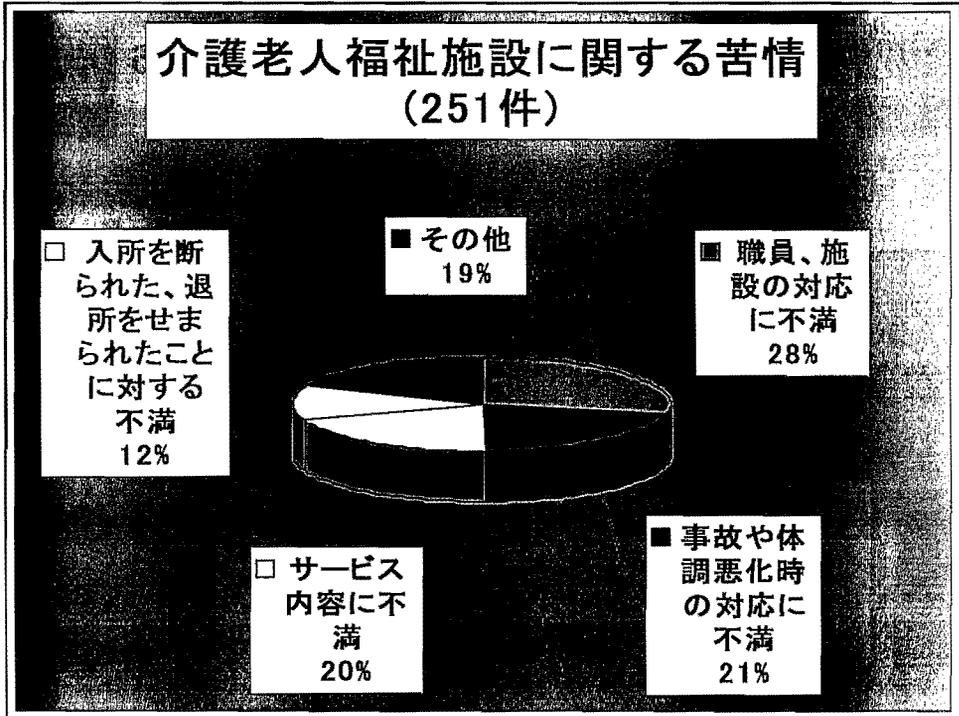
□ その他
30%

■ 職員、事業者の対応に不満(説明が職員によって違う等)
31%

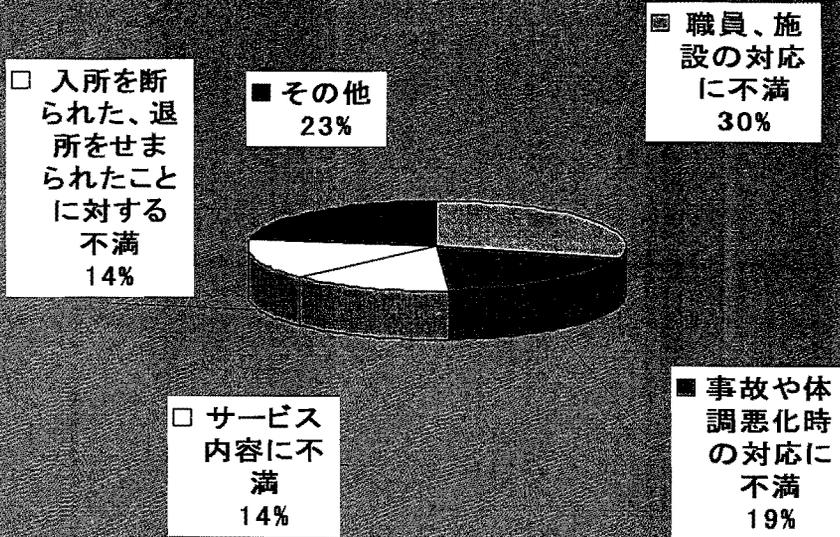
□ 希望通りに利用できない
16%

■ 事故や体調悪化時の対応に不満
23%

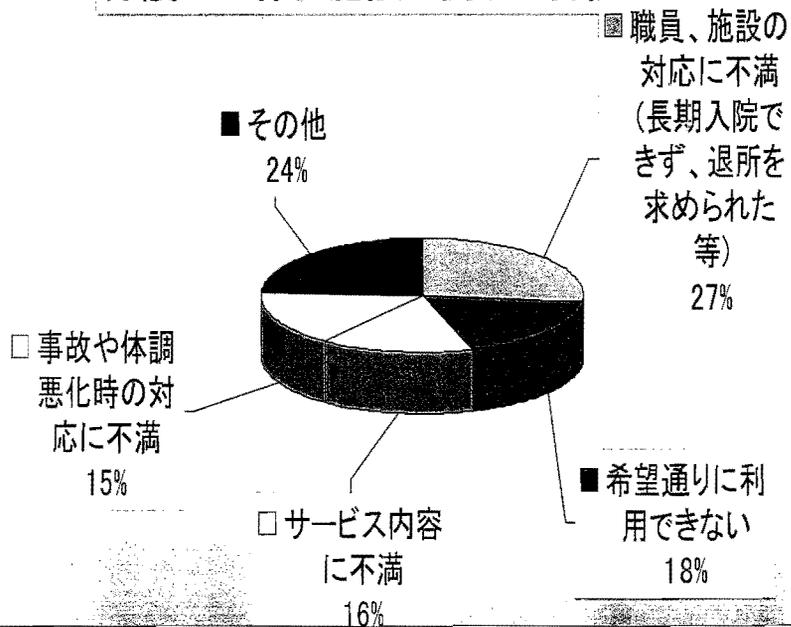




介護老人保健施設に関する苦情 (233件)



介護老人保健施設に関する苦情(245件)



クレームの共通項

- 職員の態度、対応が悪い
- 期待していたことと違う
- 事業者の事前の説明不足
- 利用者の情報不足

痴呆介護におけるリスクマネジメント
クレーム処理について

痴呆介護の殆どに、物盗られ、破損などの妄想による逆被害がついて廻る。

*事例

- ・本人による訴え
 1. ヘルパーに自作のアクセサリーを盗られた。
 2. ヘルパーに金と着物を盗られた。
- ・本人と家族による訴え
 1. デイサービス中に侵入者から暴行を受けた。
- ・家族による訴え
 1. デイサービスで仕事をさせられる。

*対策のポイント

- ・本人に対して
 1. ヘルパーを換える。
 2. 忘れることを利用する。
 3. 生活歴、特性を把握する。
 4. 警察、役所、銀行など老人が信頼を置く機関、人を利用する。
- ・家族に対して
 1. 信頼関係を築く。
 2. 痴呆症状が有ることを認識してもらう。
 3. 「痴呆」を理解してもらう。

*課題

本人および家族の妄想を修正できないときどうするか。

在宅介護支援事業所 おおきなき中野 ケアマネージャー
痴呆性デイホーム ゆりの木 中野 生活相談員
兼務 右馬埜 節子

痴呆ケアにおけるリスクマネジメント

痴呆介護施設で生じる苦情

社会福祉法人 浴風会

特別養護老人ホーム
第三南陽園

町 田 沢 子

第三南 5階 痴呆棟

回廊式 廊下 全長 約830m

40床 居室数 14室

入居利用者 35名 女性 29名
男性 6名

4人居室 8部屋
2人居室 1部屋
個室 1部屋

シヨウト利用居室 5床 個室

(シヨウト稼働率ほぼ100%、空きベット利用率ほぼ100%)

利用者介護度内訳

5 8名
4 14名
3 8名
2 3名
1 2名

シヨウト利用者介護度 3～5

アルツハイマー病 18名

老人性痴呆 15名

(脳血管性痴呆)

硬膜下水腫による痴呆 2名

センサーマット使用 20枚

排泄関係

昼間	布パンツ	11名
	紙パンツ	22名
	おむつ	2名

夜間	布パンツ	11名
	紙パンツ	18名
	おむつ	6名

歩行関係

自力歩行	10名(徘徊者0)
見守り、半介助歩行	14名(徘徊者5名)
全介助歩行	8名
車椅子	3名

ヒヤリ・ハット関係

- 1 口論、拒否、暴力
- 2 転倒
- 3 他の方の食べ物を食べる

拘束関係

拘束なし

全ベット 低床ベット

職員人数 18名 病欠1名 欠員1名

実際職員人数 16名

勤務時間、シフト

早番 7:30~16:00 2名

日勤 9:00~17:30 2名

遅番 10:30~19:00 2名

準夜勤 12:00~21:00 1名

夜勤 17:00~9:30 2名

(将来早番3名に増やし1名を7:00~15:30勤務を予定)

事例：S, K氏の場合

大正生まれ 女性

介護度 入所時3 現在介護度4

既病歴 新規入所診断書
(他病院)

老年期うつ

アルツハイマー型痴呆(疑)

パーキンソンズム

精神面 痴呆ありアルツハイマー型痴呆(疑)

新規入所面接表 老年性うつ病

骨粗しょう症

備考 長期うつのため廃用性変化が

著しくADL全般に要介助

平成9年発病

新規入所面接表 老年性うつ

骨粗しょう症

家族の病識がない為におこるケース

○ 苦情、要望件数 24件

氏のケアプラン

家族意向楽しく暮らして欲しい。また、体力をつけ、以前のように歩いて欲しい。

総合的な援助の方転倒防止とADLの低下予防。安定した精神状態で楽しく生活して頂けるよう援助して欲しい。

解決すべきニーズ水分を自ら摂ろうとしないため、脱水の可能性がある。
歩行に右傾斜、ふらつきがあり、時折転倒がある。
薬の拒否があるため、処方された薬の量をすべて与薬出来ない時がある。

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年2月18日
DC ネットに掲載予定です。

所属： 特別養護老人ホーム
むらさき野苑

氏名：柳原 秀和

(町田氏に)

質問（ご自身の質問内容を簡潔にお書きください）

要求の強いご家族の関わり方はどの程度なのか教えてください。

討論内容（返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください）

週3回来ていて、自分の納得いく返答をすればよいが
それ以外の返答は聞き入れない。

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年2月18日

DC ネットに掲載予定です。

所属： 特別養護老人ホーム
むらさき野苑

氏名：杉浦 博子

(町田氏に)

質問（ご自身の質問内容を簡潔にお書きください）

ワークショップ

痴呆介護施設で生じる苦情について

討論内容（返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください）

- ・ 第三者を含めた苦情対応委員会の設置
- ・ 関連部署職員やご家族との（合同）ケースカンファレンスやケアプランの作成などを実施されては。
- ・ Drによる確実な診断とインフォームドコンセント
セカンド・オピニオンの形を勧められては。

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年2月18日
DC ネットに掲載予定です。

(町田氏に)

所属： 老人保健施設 相生

氏名： 宮池 英夫

質問（ご自身の質問内容を簡潔にお書きください）

討論内容（返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください）

- ①医師の診断に対する不信感が根本にあるのではないか
- ②現在の心身の状態に対する中立的な専門医による再診断が必要なのではないか。

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年2月18日

DC ネットに掲載予定です。

(右馬埜氏に)

所属： シニア部グループ

氏名： 横尾 英子

質問 (ご自身の質問内容を簡潔にお書きください)

意見

様々な周辺症状への対応は現状にのみ対応しておれば、その時は落ち着くかもしれないが繰り返し起きる可能性が高い。周辺症状への対応は不安を取り除く事により落ち着くので不安の要因追求をし、その原因に対応することが大切である。

その～は～人との信頼関係づくりが基本となる。

討論内容 (返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください)

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年2月18日
DC ネットに掲載予定です。

所属： 特別養護老人ホーム
むらさき野苑

氏名：杉浦 博子

(石馬埜氏に)

質問（ご自身の質問内容を簡潔にお書きください）

公共の機関、人を利用する場合に「痴呆性高齢者の利用施設である」事を説明されることがあると思われる。利用の場合本人が「痴呆であることのプライバシー保護」に関しての配慮はどのようにされているか。

討論内容（返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください）

実際は警察に成りすまして対応することが殆どである。
在宅での生活上、非常に危険度が高い場合はそれを優先し、東京ガス等に特別に連絡をした。後見人に説明するなどしている。

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年2月18日
DC ネットに掲載予定です。

所属： 高齢者痴呆介護研究・研修
仙台センター 研究・研修部長

氏名：加藤 伸司

(右馬埜氏に)

質問 (ご自身の質問内容を簡潔にお書きください)

物盗られ妄想でヘルパーに盗られたとの独居の利用者が言ってきた場合、同居していない事情をよく知らない家族などから事実関係を明らかにするように求められる場合はないか。

また、そのような場合はどう対処しているのか。

討論内容 (返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください)

家族に利用者のいつもの様子を聞いたりして、色々な行動などが痴呆による影響である事を理解してもらおう。

またこちらの方から色々な出来事や様子などを家族に伝え痴呆の症状として起こっていることを理解してもらおう。

ワークショップ～「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」～
ー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ー

日 時 平成 16 年 2 月 26 日(木)14:00～16:00
場 所 高齢者痴呆介護研究・研修大府センター研修室

(敬称略)

1 開会

2 ワークショップ

- ・ グループホームに於ける予測されるヒヤリ・ハットへの対応

特別養護老人ホーム幸豊ハイツ

大久保 幸積

- ・ 転倒ゼロをめざした取り組み

グループホーム アウル

宮崎 直人

- ・ グループホームにおける生活リスクに対する対策

グループホーム 福寿荘

三好 久子

3 ディスカッション

4 閉会

報告会場： 痴呆介護研究・研修大府センター 研修室	発表内容： グループホームに於ける予測されるヒヤリ・ハットへの対応
安心・安全 リヤリ・ハット リスクマネージャー	ワークショップ「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」
報告日：2004. 2. 26	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
報告者 職 種： 総合施設長 氏 名： 大 久 保 幸 積	名称：特養・デイ・グループホーム幸豊ハイツ 事業所所在地：北海道虻田郡豊浦町字大岸151-2
Tel : 0142-84-1124 fax : 84-1125 e-mail : kkskohoh@pop17.odn.ne.jp	

施設の概要	グループホーム幸豊ハイツ「ほのぼの」は、特別養護老人ホーム(1985年)及び併設するデイサービスセンター(1991年)と同じ敷地内に、定員9名で1997年に開設する。職員数7名(有資格者：介護支援専門員1、介護福祉士3、栄養士1、その他2)。男性1名、女性8名。	
<取り組んだ課題> <p>痴呆を持つ入居者の健康な能力を引き出し、自由に生き生きとした安全な生活を送ることができるよう支援することがグループホームのケアの基本になる。</p> <p>グループホーム幸豊ハイツ・ほのぼのでは、1997年に開設して以来、入居者の骨折などの事故は起こっていない。しかし、入院に至るような事故ではないが、転倒、転落、誤嚥、暴力行為などのヒヤリ・ハットする事項は毎月報告されている。</p> <p>それぞれのヒヤリ・ハット報告の内容について検討し、事故を未然に防ぐための原因を探り、具体的な対応策がケアプランに明記されるにもかかわらず、相変わらず同じようなヒヤリ・ハット報告が減少しない。</p> <p>このままでは大きな事故に結びつく可能性が高いため、平成15年度は、過去のヒヤリ・ハット報告に対する原因に着目し、事前にヒヤリ・ハットするリスクを把握し、日々のケアの場面でリスクに配慮した行動をすることでヒヤリ・ハットそのものが減少できるのではないかと考えた。</p>	<活動の成果と評価> <p>「ヒヤリ・ハットするかも知れないシート」を作成するときに、先ず個々のスタッフが「かも知れない」項目を考え、それを全員で検討し共有することで、多くの気づきと、事故防止に対するチームアプローチが実践できた。</p> <p>「すぐやらなきゃシート」により事故予防のためにすぐに対応すべきことが明確化され、実行しやすくなった。また、「でもねシート」により実施するのに時間を要する項目が継続検討できるようになった。今までは、後者の項目があると、すぐできることまで先送りになっていたことに気づいた。</p> <p>平成15年度は、取り組みの意義や目的、必要性についての意識改革に多くの時間を費やし、また、各種シートを作成するための討議に重点を置いた取り組みだったので、ヒヤリ・ハット報告の件数に大きな変化は見られなかった。</p>	
<具体的な取り組み> <p>ヒヤリ・ハット報告の内容を分析し、どんな時に、どんな場所で、どんな内容のヒヤリ・ハットするのかをまとめた「ヒヤリ・ハットするかも知れないシート」を作成する。また、想定される項目に対する「すぐやらなきゃシート」と「でもねシート」から「そして確認表」を作成する。この表を使用し、スタッフが仕事をする前に予測されるヒヤリ・ハット項目に対する確認をして、予防するようにした。</p>	<今後の課題> <ul style="list-style-type: none"> ・ リスクマネジメントを通して、サービスの質の管理改善に取り組む。 ・ 失敗の予防策を講じるとともに、早期発見のシステムをつくる。 <p>リスクマネジメントによって、グループホームのシステムの欠陥やケアのミスによる入居者への危険を最小限にとどめることができる。また、人間は過ちを犯すものだという前提のもとに危険の早期発見と適切な対応が重大な問題を解消することにつながる。リスクマネージャーの役割の明確化と人材育成が課題。</p>	

転倒ゼロを目指して

～失敗と成功の狭間で～

グループホーム アウル
施設長 宮崎直人

1) Mさんの様子

・Mさんのグループホーム入居時の状況

ケアハウスに入居されていたが、痴呆による中核症状が顕著に現れ、ケアハウスでの生活が困難との理由により当グループホームに入居となる。入居時の主な状況を挙げてみた。

- 小刻み歩行で、若干前のめり歩行
- 一人で階段の昇り降りは可能
- さほど転倒の危険性は感じられないというスタッフの意識
- 耳が不自由な為、補聴器を使用
- コミュニケーションがうまくとれない為、スタッフに苦手意識も芽生えていた
- ほとんど一匹狼状態であった
- 本人としては、他の男性入居者と仲良くなろうという言動はみられる

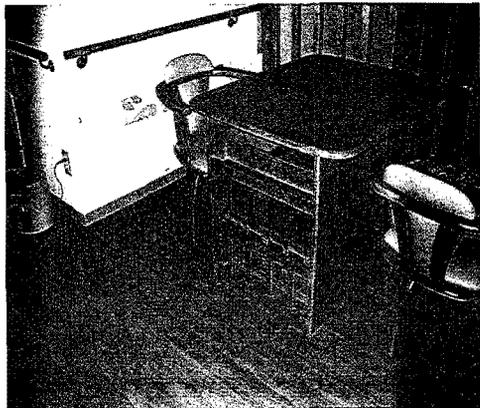
・Mさんの生活の様子（入院前までの）

- 日中は一人で過ごすことが多い
- 他の男性入居者に敵対心を抱いている（心は裏腹？）
- 食事は皆さんと一緒に食べるが、ほとんど会話がな
- 預金通帳、保険証、印鑑、タバコ、ライターは自分で管理している
- 一人のスタッフのみ受け入れている
- 歌が好き（軍歌、童謡、演歌などなど）

・事故の状況と経過

- 数ヶ月前、左尿管腫瘍摘出手術の為、入院、加療
- 退院後、術後の傷跡を痛がり、歩く場合は、ほとんど支えがないと歩けない状態
- 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る
- 他の入居者やスタッフに乱暴な言動があったり、精神的にもかなり不安定な状態であった
- 自分で何でもしたい気持と、できない身体に苛立ちを覚えているようにも感じられる
- 転倒は多いときで、1日10回以上もしていた

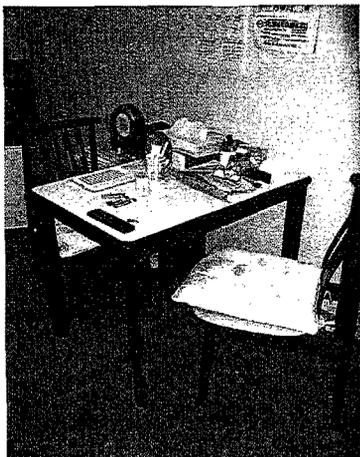
2) Mさんがよく転倒していた場所



(2F 自室前の喫煙する所)



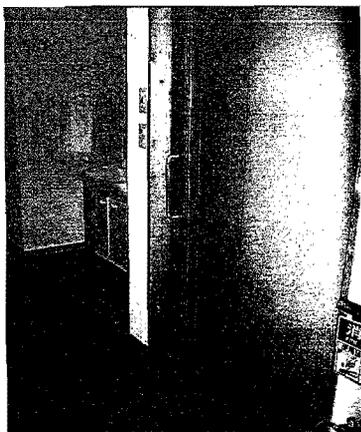
(2F 自室に近いトイレ)



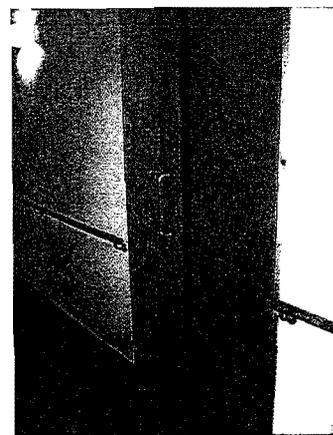
(2F 居室内の椅子とテーブル)



(居室ベッド)



(2F トイレ前)



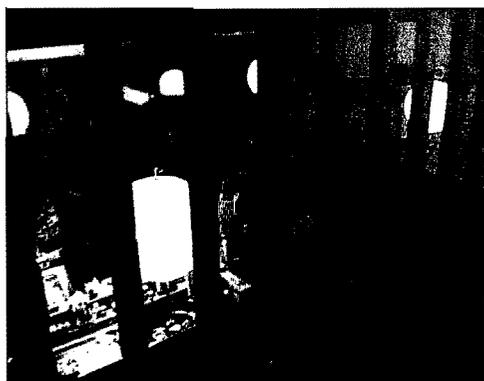
(2F 居室前)

3) Mさんの転倒はどのような状況の時に起こるのか? Mさんにとって何が困っているのか?

推測してみた

- 椅子や便器などのMさんの目的物の前に来た時、もれる、急ぐ、焦り等の気持ちが先に働き、歩行が小刻みになってしまうのかもしれない
- 例え目的を達したとしても、座り方が浅かったり、立ち位置が悪かったり、微調整ができない状況かもしれない
- 介助時、術後の傷跡の痛みを感じたり、乱暴にされると、言動で感情を訴えるのかもしれない
- 可能な限り、自分でやりたいという気持ちと、できれば誰かに関わって欲しいという気持ちが入り乱れて、感情と行動のバランスがうまく取れないのかもしれない

4) Mさんの視線を追ってみた (いつもいる場所から)

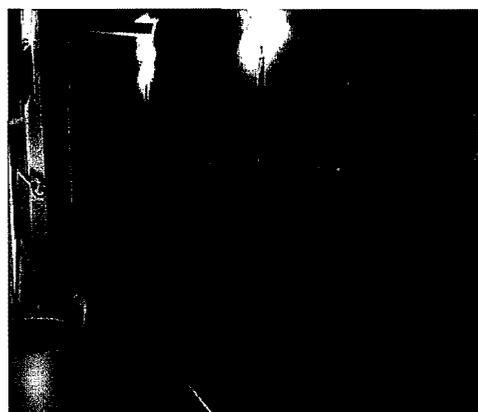


(1) いつもタバコを吸う場所から見える風景。皆とは一緒にいたくないけど、人の気配を感じていると安心できる人の為の空間として作りました。Mさんは、食事以外のほとんどの時間をこの空間で過していました。下には台所やリビングなど、人の動きはばっちり見える場所として居心地が良かったのだと思う。



(2) いつもいる2階の喫煙所から見える階段。Mさんにとって、「待ち人を待つ」思いの場所ではなかったかと振りかえる。一人ぼっちの空間(環境)になっていたのではという思いにかられる。

(3) いつもいる2階の喫煙所から見える居室や廊下。トイレはMさんの後方にある為、視界に入らない。Mさんはいつもこの場所から見えるこの風景に何を感じ、何を考えていたのであろう。丁度、隣が犬猿の仲であるKさんの部屋なのである。



(4)

Mさんがいつも食事をする場所からの風景。同じ目線で、台所方面を見ているスナップです。いつもMさんは、ここから私達の食事作りや配膳、片付けを見ているんです。



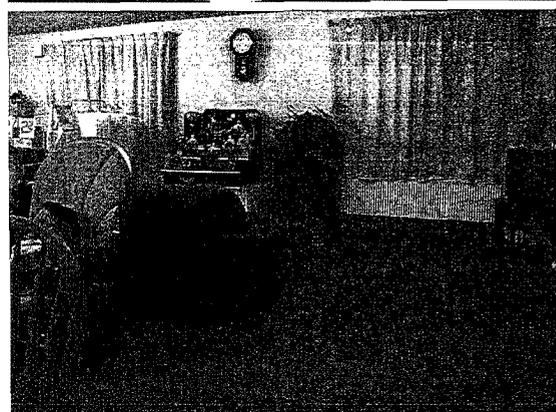
(5)

これも、食事場所からのスナップです。右奥には、ケアが必要なおばあさんが数名、スタッフと楽しく食べている場面が見えます。Mさんにとって、その光景はどのように映っていたのでしょうか？



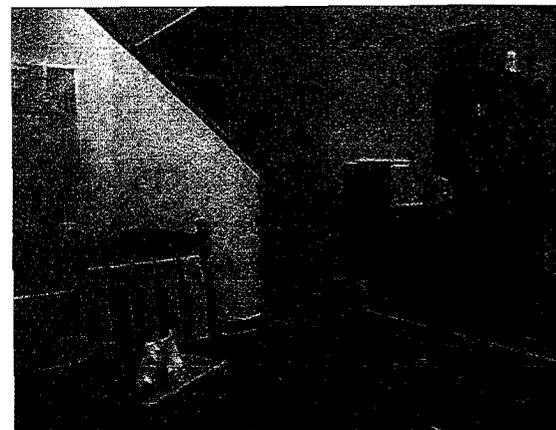
(6)

これも同じく食事場所からのスナップです。テレビの方向にあるソファーにはいつも座っているおばあさんが一人います。彼女もケアが必要な方です。時折、スタッフがケアに入ります。



(7)

これもまた同じ状況からのものです。左隅にある椅子には、彼の天敵でもあるKさんが座って食事をしたり、新聞を読んだりする場所です。時折、ふたりで睨み合っています。



5) じゃあどうする身体面？

- 歩行状態を把握しよう！
- Mさんを気にしよう！ 見極めよう！ 見守ろう！
- 小さなカンファレンスをあちこち繰り返そう！
- 普通のトーンで落ち着いた声で話そう！
- 苦痛を感じさせない介助の工夫をしよう！
- 排泄の状況も常に確認し合おう！

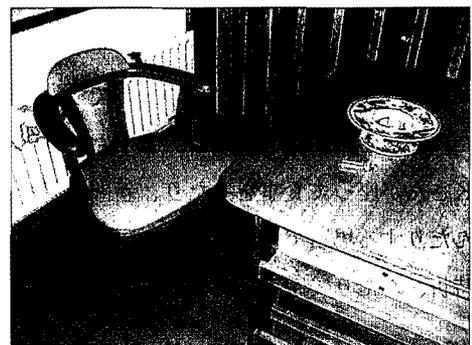
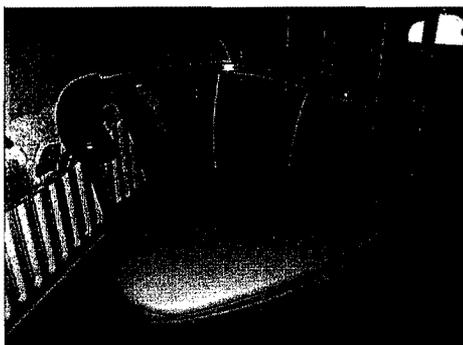
6) じゃあどうする心理面？

- 苦手意識をなくそう！ びびっては何も始まらない
- 真剣に向き合おう！相手の雰囲気をつかみ、あわせよう！
- 一緒に食事しよう！
- 一緒に楽しもう！
- 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！ させてみよう！ 試してみよう！
- 何度も視線を送ろう！

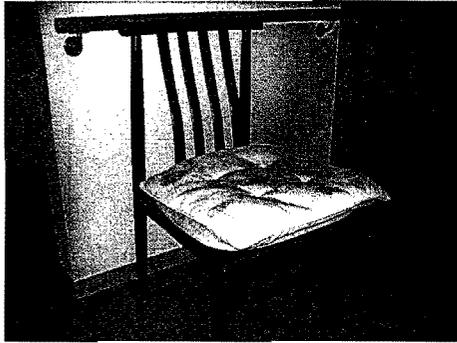
7) じゃあどうする環境面？

- どのような場所で、どのような状態になるのかを日常的にアセスメントしよう！
- Mさんの好きな事やできる環境を整えてみよう！
- 座位の安定を図る為、肘付回転椅子とその椅子の高さにあったテーブルなど身の回りの環境を整えよう！
- 音のアセスメントをしよう！
- 時間を見て何度も訪室しよう！

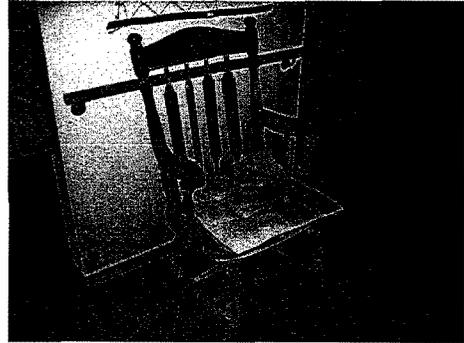
8) 例えばこうしてみましたの例（ほんの一例）



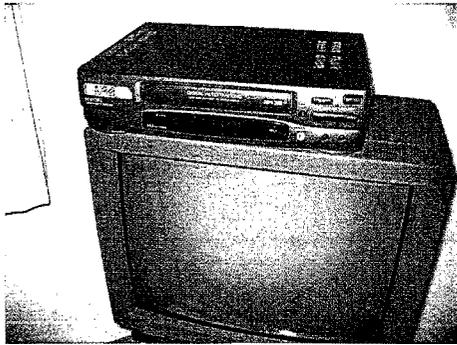
(アフター)



(ビフォー)



(アフター)



(アフター)

9) 現場で学んだ教訓

- チーム間での意識統一
- 日々のアセスメント
- 普段の状態の把握
- 五感のアセスメント (感覚の磨き)
- 関係への問いかけ
- 机上からアクションへ
- 気にすること 見極めること 見守ること
- 「心 技 知」 (心とスキルと知恵)
- 「因は我にあり」

10) おわりに

- スタッフひとりひとりの素直な取り組みとそのチームケアに感謝致します

『ありがとう』

転倒ゼロを目指して

～失敗と成功の狭間で～

グループホーム アウル
施設長 宮崎直人

Mさんの様子

・ Mさんのグループホーム入居時の状況

ケアハウスに入居されていたが、痴呆による中核症状が顕著に現れ、ケアハウスでの生活が困難との理由により、当グループホームに入居となる。入居時の主な状況を挙げてみた。

- ・若干前のめり歩行
- ・小刻み歩行
- ・一人で階段の昇り降りは可能
- ・さほど転倒の危険性は感じられないというスタッフの意識
- ・コミュニケーションがうまくとれない為、スタッフに苦手意識も芽生える
- ・ほとんど一匹狼状態であった
- ・本人としては、他の男性入居者と仲良くなろうという言動はみられる

・ Mさんの生活の様子

- ・日中は一人で過ごすことが多い
- ・他の男性入居者に敵対心を抱いている(心が裏腹?)
- ・食事は皆さんと一緒に食べるが、ほとんど会話がな
- ・耳が不自由な為、補聴器を使用している
- ・預金通帳、保険証、印鑑、タバコ、ライターは本人管理
- ・一人のスタッフのみ受け入れている
- ・歌が好き(軍歌、童謡、演歌などなど)

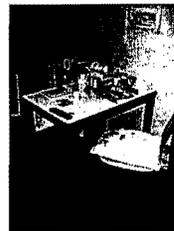
・ 事故の状況と経過

- ・数ヶ月前、左尿管腫瘍摘出手術の為、入院、加療
- ・退院後、術後の傷跡を痛がり、歩く場合は、ほとんど支えがないと歩けない状態
- ・移動の際は、車椅子を使用し、スタッフが介助
- ・順調に回復していきましたが、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りました
- ・他の入居者やスタッフに乱暴な言動があったり、精神的にもかなり不安定な状態であったと思います
- ・自分で何でもしたい気持と、できない身体に苛立ちを覚えているようにも感じられました。
- ・転倒は多いときに、1日10回以上もしていました。

Mさんがよく転倒していた場所



Mさんがよく転倒していた場所2

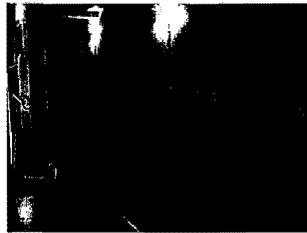
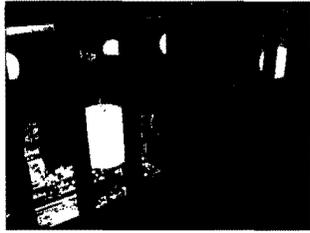


Mさんの転倒はどのような状況の時に
起こるのか？彼にとって何が困ってい
るのかを推測してみた



- 椅子や便器などの目的物の前に来た時、もれる、急ぐ等の気持が先に働き、歩行が小刻みになってしまうのかもしれない。
- 例え目的を達したとしても、座り方が浅かったり、立ち位置が悪かったり、微調整ができない状況かもしれない。
- 介助時、術後の傷跡の痛みを感じたり、乱暴にされると言動で感情を訴えるのかもしれない。
- 可能な限り、自分でやりたいという気持と、できれば誰かに関わって欲しいという気持が入り乱れて、感情と行動のバランスがうまく図れないのかもしれない。

Mさんの視点1



Mさんの視点2



じゃあどうする身体面？

- 歩行状態を把握しよう
- Mさんを気にしよう、見極めよう、見守ろう
- 小さなカンファレンスをあちこちで繰り返そう
- 普通のトーンで落ち着いた声で話そう
- 苦痛を感じさせないケアの工夫をしよう
- 排泄の状況も常に確認し合おう

じゃあどうする心理面？

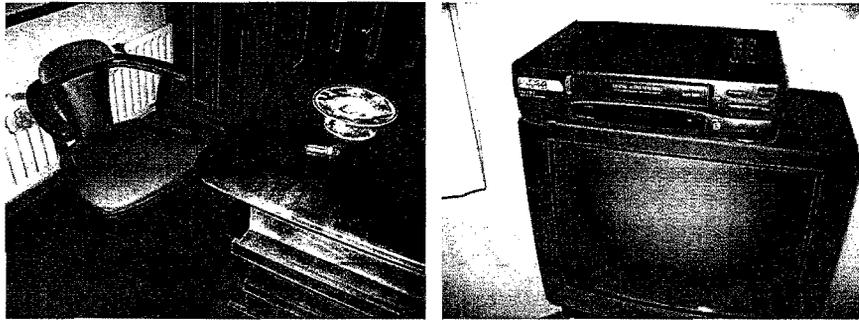
- 苦手意識をなくそう。びびっては何も始まらない。
- 真剣に向き合おう。相手の雰囲気をつかみ、あわせよう。
- 一緒に食事をしよう。
- 一緒に楽しもう。
- ご家族にも協力してもらおう。
- 自分でできることはやってもらおう。
- 何度もMさんに視線を送ろう。

じゃあどうする環境面？

- どのような場所で、どのような状態になるのかを日常的にアセスメントしよう。
- Mさんの好きな事やできる環境を整えてみよう
- 座位の安定を図る為、肘付回転椅子とその椅子の高さにあったテーブルなど身の周りの環境を整えてみよう。
- 音のアセスメントをしよう
- 時間を見て何度も訪室しよう

例えば椅子を変えてみました





現場で学んだ教訓

- チーム間での意識統一
- 日々のアセスメント
- 普段の状態の把握
- 五感のアセスメント(感覚の磨き)
- 関係への問いかけ
- 机上からアクションへ
- 気にすること 見極めること 見守ること
- 「心 技 知」(こころとスキルと知恵)
- 「因は我にあり」

おわりに

- スタッフひとりひとりの素直な取り組みとそのチームケアに感謝致します

ありがとう

グループホームにおける生活リスクに対する対策

有限会社ライフアート

福寿荘管理者 三好久子

はじめに

福祉施設のリスクマネジメントは『危険や事故に対して可能な限り事前に予測予見し可能な限り回避し、万一の事故には迅速な対応し、損害を最小限に抑えることにある』といわれています。

痴呆の人の尊厳あるケアを目指すとき、本人の生活空間と選択肢が増え、生活の中でのリスクは増大する。そこで、私たちは、日常生活においてそのときそのときの状況を正しく分析し起こりうる危険性に対して可能な限り予測し、対策を立て実践に取り組んでいる。

具体的取り組み

環境を整える

- ・ 安心空間を作る
- ・ 危険を予知した空間づくり

本人主体のかかわり

- ・ 相手に与える影響を考える
- ・ 急な声かけ、接近を避ける
- ・ 同じ目線で
- ・ 待つ姿勢を持つ
- ・ その人の気持ちに添う
- ・ 伝えきれない思いを読み取れるようになる

グループホームの小さな空間ではお年寄りとスタッフは親密な関係となる。痴呆の人の特性を理解し、その人の生きてきた歴史を重んじ、かかわる私たちの言動・行動を振り返り、その人の状況を考えることで、状況が客観的に理解でき、何をしようとしているのか、どうしてほしいのかを察知することができるようになる。

その上で、危険を察知したこと・もしかしたら起こるかもしれない危険をケアプランに生かしていくことで、可能な限り結果の発生を回避し、個別ケアプランが充実していくとともに家族との信頼関係をも構築していくことができる。さらに万が一の事故に対しては、迅速に誠意を持って真実を伝え、相手の身になって対応することが原則といえよう

まとめ

生活リスクをマネジメントするには、環境を整え《外的環境・人的環境》生活の質を高めることにあるといえるだろう。そのためには、全員で理念に基づいたケアを展開し、『痴呆の人の尊厳ある自由な生活』を支え、痴呆の人の財産を守っていくことであると考えている。

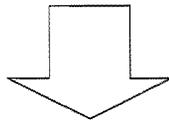
グループホームにおける 生活リスクに対する対策

グループホーム 福寿荘

発表者 三好 久子

リスクの定義

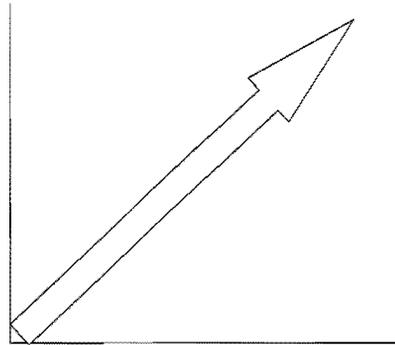
- 損失
- 損失の可能性
- 意図しなかったこと
- 予測しなかったこと



人が一番大切に思うのは…『命』

尊厳ある生活

リスク

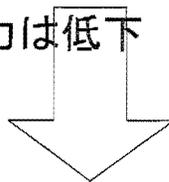


本人の生活空間・選択肢

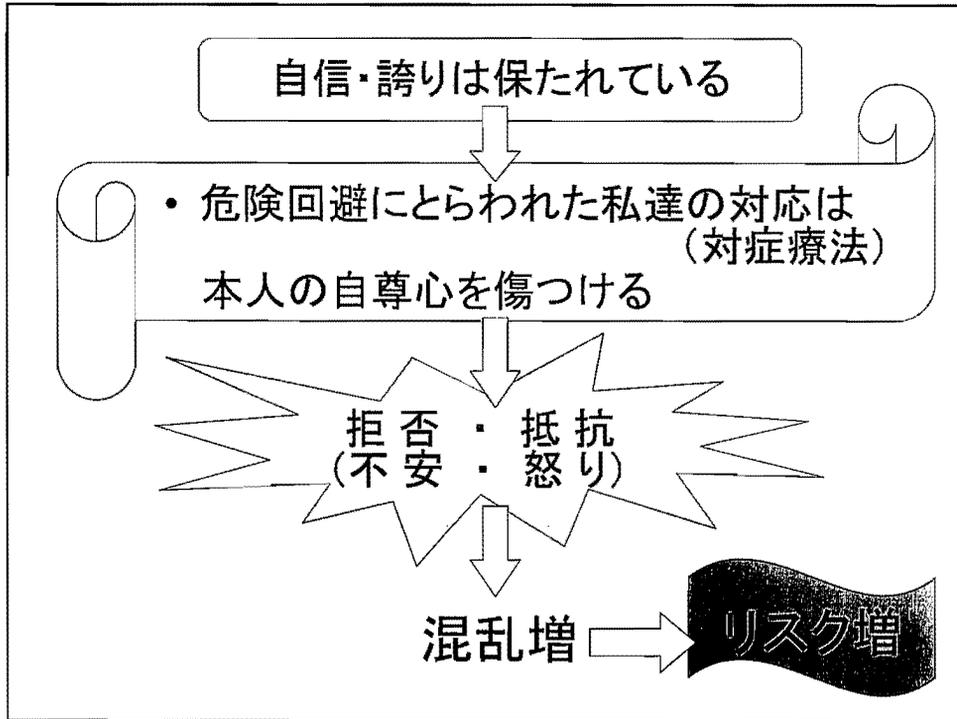
自分のしたい事をするんだ!

痴呆の人・・・自分を守ろうとする能力は残って
いるがその手段や方法を考える

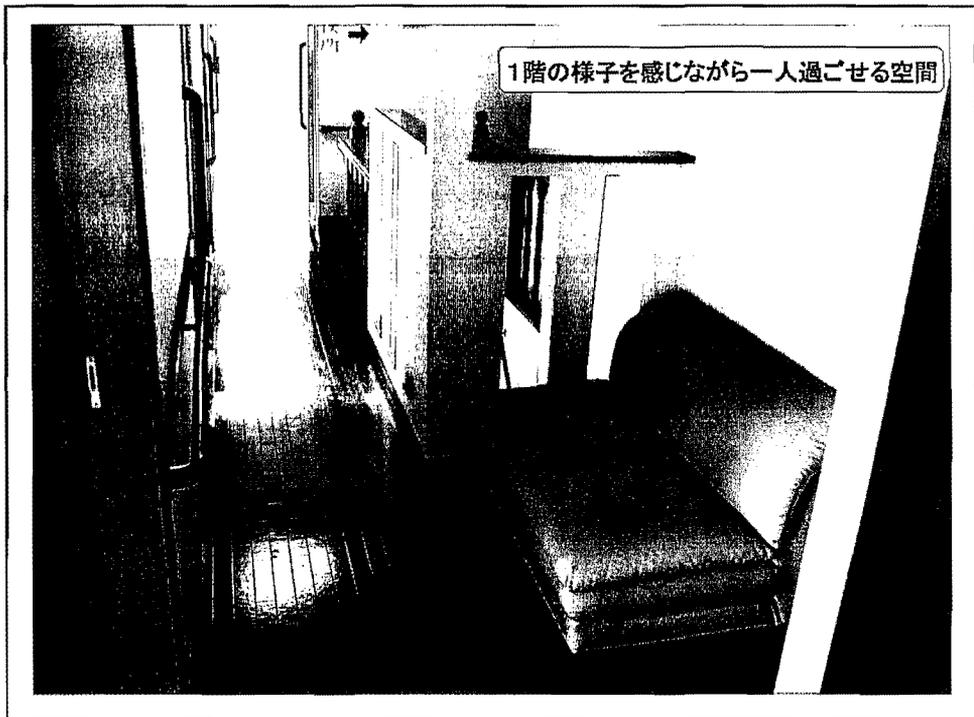
能力は低下



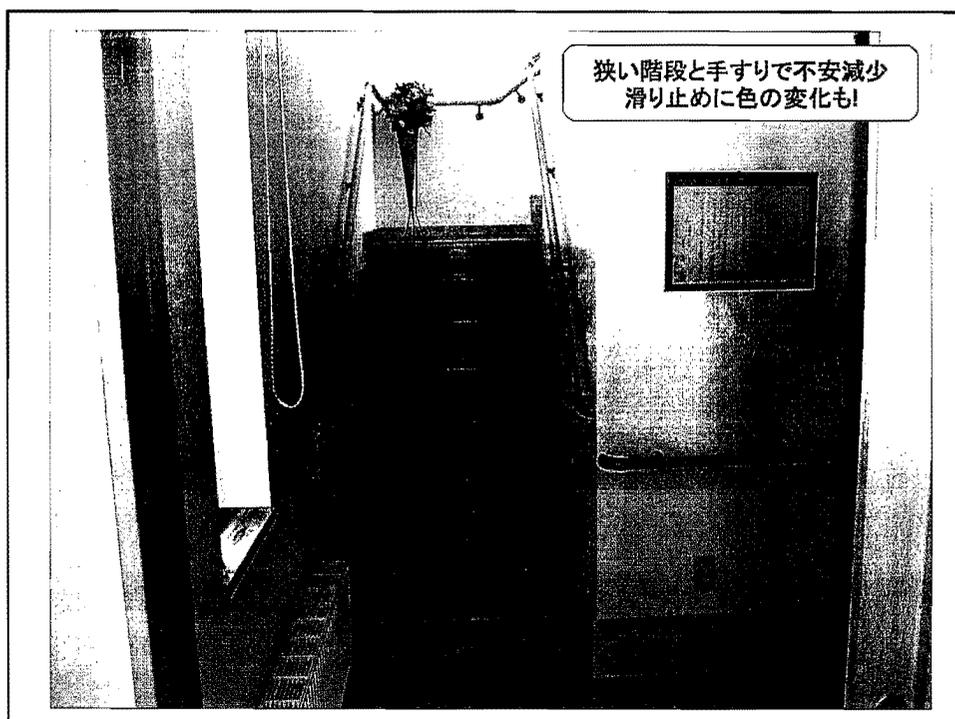
生活動作一つ一つに
生命に関わる危険性が含まれている

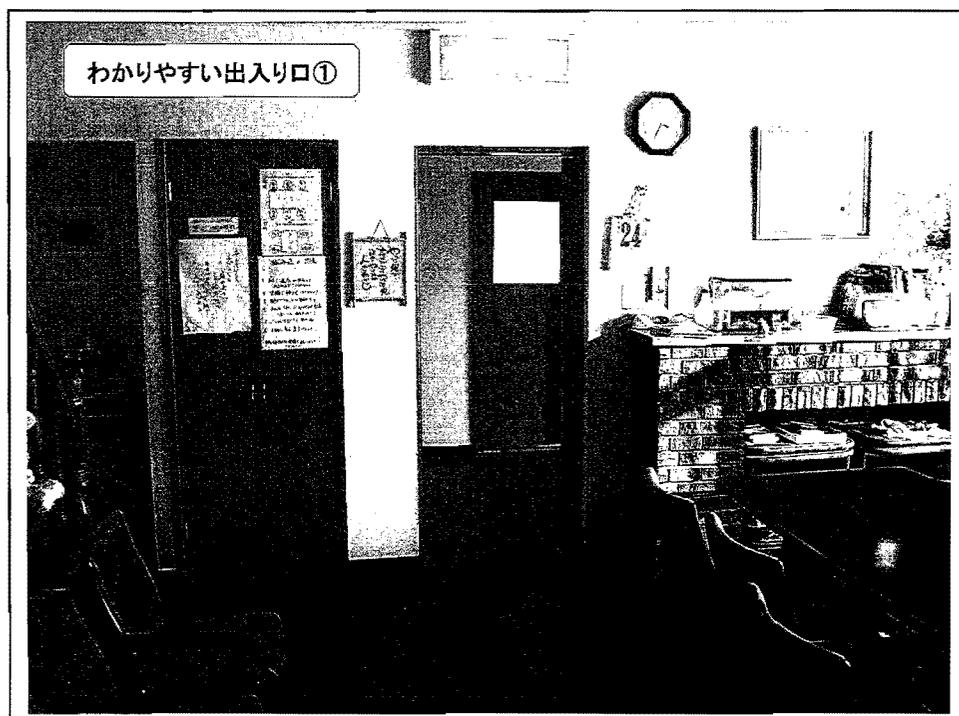














痴呆に関わる人(スタッフ)も環境

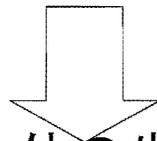
対応によっては本人の行動障害を生む

関わる人そのものが危険因子

では、どうすれば安心してもらえるのか...

本人の思いを読み取る力を
身につけるためには・・・

- ・本人の総合的アセスメント
- ・日常生活行動の要素を分析
(無意識行動を意識化・言語化)



本人主体の生活援助

・アセスメントによりその人を『知る』

家族も知ってるよ

・自分だったらどうしてもらいたいかな・・・の『考察』

『日々の繰り返し』

・『大丈夫かな?』

『あ!危ない』

・『個別ケア』を提供

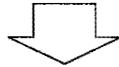
・予期できる『危険性』

・『ケアプラン』に生かす

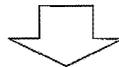
・スタッフ間の
『情報の共有』

生活のリスクを防ぐとは…

外的環境 ・ 人的環境



生命の保証・生活の保障・人生の保障



痴呆の人の尊厳ある自由な生活

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年2月26日
DCネットに掲載予定です。

所属： 高齢者痴呆介護研究・研修
仙台センター

氏名：阿部 哲也

(宮崎先生への質問)

質問 (ご自身の質問内容を簡潔にお書きください)

音のアセスメントに関するスタッフについて方法は？

討論内容 (返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください)

それについては特別な教育はしていない。

現場でスタッフ一人一人に直接確認している

センスの無い人、鈍感な人はどうするのかという課題があると思う。

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年2月26日

DC ネットに掲載予定です。

所属： GH シニアケア

氏名：横尾 英子

質問（ご自身の質問内容を簡潔にお書きください）

（3人の先生への質問）

夜間 援助者の少ない時、複数の利用者に援助が必要になった場合
何か工夫する事はないか？

意見

実際、複数同時に起きたら、不可能でしょう。しかし、そうなる前に、
日中どう過ごすか、夜間の動きに合わせて、環境を整備するなどやるこ
とはあると思う。

*注：空欄でしたので、水野（大府センター）が、全体の意見をまとめて
記入しました。

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年2月26日
DC ネットに掲載予定です。

所属：板山荘 らく楽

氏名：長坂 節子

(大久保先生への質問)

質問（ご自身の質問内容を簡潔にお書きください）

リスクマネジメントの取り組みの方法

討論内容（返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください）

30分位の間隔でこまめに討議する。

事前に職員は、（話し合う）内容を考えてくる。

そしてロールプレイをして、解決策を立てていく。

実際に行われている事をカンファレンスしていくこと。

討議の会議時は 職員数を調整していく

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年2月26日
DC ネットに掲載予定です。

所属：大府センター

氏名：水野 裕

(大久保先生への質問)

質問（ご自身の質問内容を簡潔にお書きください）

インシデントの分析や、その後の対策をいつまでに行なうなどの方法を聞いていると、ISOの手法を参考にしている印象だが、導入しているのですか？

討論内容（返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください）

導入自体はしていないが、ご指摘の通り、参考にはしている。

東京センター報告書

痴呆ケアにおけるリスクマネジメントに関する研究委員会報告書
 一痴呆性高齢者における転倒事故の要因と事故防止策の研究委員会一
 分担研究責任者 須貝佑一（高齢者痴呆介護研究・研修東京センター）

<委員>

山本 里美	社会福祉法人浴風会特別養護老人ホーム	南陽園	副園長
岩本 陽子	社会福祉法人浴風会特別養護老人ホーム	南陽園	ケアワーカー
辰巳 祐介	社会福祉法人浴風会特別養護老人ホーム	第二南陽園	生活相談員
千葉 忍	社会福祉法人浴風会特別養護老人ホーム	第二南陽園	ケアワーカー
橋谷 トミ	社会福祉法人浴風会特別養護老人ホーム	第三南陽園	副園長
町田 沢子	社会福祉法人浴風会特別養護老人ホーム	第三南陽園	ケアワーカー
池知 智津子	社会福祉法人浴風会浴風会病院		看護部長
曾根 栄子	社会福祉法人浴風会浴風会病院		看護師長
板垣 晃之	医療法人財団新生会大宮共立病院		副院長
佐藤 峰子	医療法人財団新生会大宮共立病院		看護部長
金井 裕子	医療法人財団新生会老人保健施設高齢者ケアセンター	ゆらぎ	施設長
郡司 和郎	社会福祉法人慈生会介護老人福祉施設	聖ヨゼフ老人ホーム	機能訓練指導員
妙圓 晃	社会福祉法人慈生会介護老人福祉施設	聖ヨゼフ老人ホーム	ケアワーカー
鈴木 希衣子	社会福祉法人ケアネット特別養護老人ホーム	弥生ホーム	生活指導員
高橋 好美	社会福祉法人池上長寿園大田区立特別養護老人ホーム	たまがわ	養護課長
五十嵐 千冬	社会福祉法人池上長寿園大田区立特別養護老人ホーム	たまがわ	介護係長
中山 小夜子	日本赤十字福岡県支部特別養護老人ホーム	大寿園	介護係長
松井 典子	東京大学大学院医学系研究科家族看護学分野		助手

<オブザーバー>

杉山 智子	東京大学大学院医学系研究科家族看護学分野	大学院生
-------	----------------------	------

<協力>

(株) 山手情報処理センター

A.調査目的

痴呆ケアにおけるリスクマネジメントに関する研究委員会の中の痴呆性高齢者における転倒事故の要因と事故防止策の研究委員会では、転倒リスクアセスメントツールの開発と有効な転倒予防策の検討を目的として実施している。平成14年度はその第一段階として、10施設の転倒調査協力施設において、どのような転倒事故が発生していて、どのような転倒予防措置が行われているのか、平成14年11月～平成15年度1月の3ヶ月間にわたって調査した。その結果、転倒事故には、1) 月別発生件数には差がないが、曜日別・時刻別では施設間差が見られた 2) 利用者自室とデイルームで多く、トイレ・浴室では少なかった 3) 8割の転倒が事故後に発見されており、介護職によって目撃されて事故は2割に過ぎなかった 4) 傷害部位は6割が頭部であった 5) 痴呆がない場合は、転倒リスクを予測できず、痴呆があった場合はリスクの予測ができていたものの対応が取れてなかったことが把握できた。

そこで、平成15年度は、次年度以降の転倒リスクアセスメントツールの開発を行うための前段階として転倒事故の危険因子の推定を行うことを主たる目的とした。具体的には、転倒事故に関してこれまで発表された論文の文献的検討を実施し、さらに昨年と同時期（平成15年11月～平成16年1月）に転倒事故調査を実施することで、転倒事故の詳細な検討を行うこととした。

B.平成15年度調査準備：施設高齢者の転倒事故に関する文献的検討

転倒調査に関して、これまで多くの論文が発表されてきている。特に施設内における転倒事故に関する文献を詳細に検討することにより、平成15年度の転倒事故調査に生かすことができると考え、本年度の事業のひとつとして、文献的検討を実施した。

- (1) 方法 本研究で用いた文献データベースは医学中央雑誌 Web 版(データ最終更新日:2003年12月6日,収録文献数4,979,533件)であり,検索対象を1983~2003年の原著論文に限定した。また,施設や病院における高齢者の転倒事故の実態に関する系統的な検討を行うため,タイトルに「転倒」が含まれ,検索語を「老年」「老人」「高齢」とし,さらに論文の内容から特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設や老人病院(以下,施設)内での転倒事故をまとめた論文に限定した。
- (2) 調査項目
 - ① 転倒事故の実態に関する検討
 1. 転倒高齢者の属性(年齢・性別・痴呆の有無)
 2. 転倒事故の概要(転倒場所・時間帯・転倒による損傷など)
 - ② 施設内での転倒事故の危険因子の検討
 1. 施設内での一定期間の施設入所者の全数調査により,調査期間における転倒者と非転倒者の比較を実施した論文に限定
 2. 1000観察人日あたりの転倒率を算出
- (3) 結果
 1. 施設内転倒事故に関する文献について:

1983年~2003年に医学中央雑誌に収録された原著論文のうち,タイトルに「転倒」を含み,「老年」「老人」「高齢」のいずれかを含んだ原著論文は313編であった。そのう

ち、施設における転倒事故の実態(転倒高齢者および転倒事故概要に関する記載がある論文)および転倒事故の危険因子(一定期間中の転倒者と非転倒者を比較した論文)に関する論文数はそれぞれ13編、16編(うち重複は7編)であり、計22編であった。1980年代は4編(18.2%)であったが、年々増加しており、2000年以降に掲載された論文は8編(36.4%)であった。

2. 施設高齢者の転倒事故の実態

調査対象施設は老人病院・老人保健施設・特別養護老人ホームとさまざまであったが、転倒事故高齢者はいずれも70~80%が女性であり、平均年齢80歳代前半であった。しかし、痴呆に関しては、対象施設ごとに差異がみられ(21.9-100%)、結果に大きく影響していると思われる。調査実施にあたり、転倒を明確に定義した調査ではすべて「自分の意思によらず身体の足底以外の部分が床についたもの(Gibson MJ 1987)」を用いており、転倒・転落を区別した調査はみられなかった。データ収集法は、調査実施にあたり新たに作成した転倒事故記録用紙を用いた前向き調査が10編(76.9%)、施設ですでに利用していた転倒事故報告書からの転記による後ろ向き調査が2編(15.4%)であった。また、養護老人ホーム入所者を対象にした調査では、対象者全員に対して、過去2年間の転倒に関する聞き取り調査を実施していた(鈴木ら1992)。調査期間は3ヶ月から2年9ヶ月とさまざまであり、調査期間中、20.5~65.0%の施設入所者が2回以上転倒、すなわち重複転倒者であった。

転倒事故が最も多く発生していた時間帯は起床時刻前後(16.9-26.9%)と午後(16.2-29.4%)であり、夜勤帯では、入眠時より明け方に多く発生していた。また、転倒場所はベッドサイド・居室をあわせると、大部分の調査では50%以上が居室内で発生していた。一方、トイレでの転倒事故は10%程度であったが、風呂場での転倒はいずれも5%以下であった。転倒時動作ではベッドから車椅子やポータブルトイレなどへの移乗時が最も多かった。しかし、転倒高齢者の歩行自立度や認知機能が低い調査では、歩行時が多い調査もみられた。また、転倒時動作不明が最も多い(40%)調査もみられた(宮本ら2003)。転倒時の損傷は打撲が25-42.7%と最も多く、次いで擦過傷・切傷であった。骨折は1990年以降の調査ではいずれも10%以下であった。一方、損傷部位は、大腿骨や橈骨の骨折がみられたが、痴呆性高齢者での転倒時の損傷部位をみると、顔面・頭部の損傷が多かった(金村ら1999、川口ら2001、宮本ら2003)。

3. 転倒事故危険因子について

調査期間は3ヶ月から4年までであったが、各高齢者の観察期間を統一した論文は少ない。調査対象は施設、あるいは病棟の全数調査であり、その転倒率は調査対象者に対する割合では、12.5~54.5%と調査で差が見られ、これは施設入所中の高齢者の身体状態や施設環境の影響もあるが、調査期間に依存する。従って、調査期間の影響を受けないよう、各対象者の調査期間が統一されている場合は、調査期間を用いて、また調査期間の記載がない場合には平均在院期間を用いて、1000観察人日あたり(観察期間中の転倒事故÷観察対象者ののべ入所期間日数×1000)の転倒率を求めたところ、0.674~9.293となった。次に転倒に関連する要因を検討するために、転倒者と非転倒者の比較

について検討したところ、 χ^2 検定や t 検定など単変量解析による比較を行った研究が多く、転倒の有無を従属変数とした重回帰分析を実施した研究は 4 編 (25.0%) のみであった。施設利用高齢者の属性の中で、転倒に関連すると思われる項目のうち、年齢・性別は転倒に関連がみられなかった。一方、痴呆は転倒の有無に関連がみられていたが、痴呆性高齢者に対象を限定した調査では、痴呆は転倒の有無と関連が見られなかった。

(4) まとめ

転倒事故は半数以上が居室内で起きており、起床前後と午後に、移乗時・歩行時に比較的多かったが、転倒事故調査に普遍的な一定の傾向がみられず、転倒事故の発生状況は高齢者の歩行能力や認知機能などに依存していると思われた。従って、転倒事故の類型化を試み、その上で重回帰分析を実施することにより、施設における有用な転倒事故対策を提言することが可能になると思われた。また、転倒事故による受傷率は施設によりばらつきがみられ、フェイルセーフに対する取組みの差異が関連している可能性が考えられた。施設における有効な転倒事故防止活動を推進する上で、特に痴呆性高齢者に対する転倒リスクアセスメント表の開発の必要性が示唆された。

C. 転倒事故報告調査用紙による調査

調査協力施設 10 施設におけるヒヤリハット報告書、転倒事故報告書および平成 14 年度転倒事故報告用紙などの書式および転倒事故に関する文献検討から、痴呆性高齢者の転倒事故および転倒事故の危険因子について推定するための調査用紙を作成し、記入を依頼した。各施設の事故報告者が直接記入する場合と本調査の委員が転記する場合のいずれも可とした。調査対象および調査項目は以下のとおりである。

(1) 調査対象 平成 15 年度 11 月～平成 16 年度 1 月におきた転倒事故についての報告

(2) 調査項目

- ① 各施設の転倒事故総数
- ② 転倒者の特性 (痴呆診断の有無、並存疾患、多重転倒、服薬、移動方法)
- ③ 転倒時の障害部位と重症度
- ④ 転倒場所 (廊下、自室、トイレなど)
- ⑤ 転倒発生 (発見) 時刻
- ⑥ 発見の状況 (転倒を目撃、転倒後を発見)
- ⑦ 発生の状況 (車椅子からの移動、歩行中など)
- ⑧ 転倒日の環境要因 (外的環境・内的環境の変化)
- ⑨ すでに行われていた予防策の状況 (ケアプランの作成、予防具など)
- ⑩ 日常生活援助状況 (Katz の ADL 自立指標日本語版)
- ⑪ 痴呆の重症度 (Clinical Dementia Rating, CDR)

(3) 施設訪問による聞き取り調査

調査の背景となる各施設のハード面での特徴や人的配置・各施設の転倒予防策への取り組みな

どソフト面での特徴を把握するため、調査担当者が各施設を訪問・視察した。

D.回収・集計方法

転倒事故調査報告用紙は郵送により回収、(株)山手情報処理センターにおいて入力・データクリニング・単純集計を行った。転倒予防を検討する上で有用な集計結果のみ以下報告書に掲載する。

E.結果と考察

(1) 調査対象施設の特徴

- ① 転倒事故発生件数：表1に調査対象とした施設の属性および調査期間（平成15年11月1日～平成16年1月31日、3ヶ月間）中の転倒事故件数を示した。10施設の調査対象施設のうち、特別養護老人ホームが7施設（以下、特養A～G）、老人保健施設が1施設（以下、老健H）、老人病院が2病院（以下、病院I～J）であった。調査母数は40～404の幅があり、施設の種類が異なるだけでなく、建物の構造も異なる点が多いが、本年度は、すべての施設で共通して使用できる痴呆性高齢者の転倒リスクアセスメントツールの開発をめざすことから、さまざまな施設で普遍的な転倒事故の特徴を把握することとした。従って、施設間差の特徴がでるように調査項目を工夫し、本年度の集計は施設毎ではなく、全体集計を基本に分析を行った。また、転倒事故に関する分析は重複転倒を考慮にいれない転倒事故ごと（イベントごと）の分析とした。図1に平成14年度・平成15年度の転倒事故件数と平成14年度と比較した平成15年度の転倒事故発生件数の増減を変化率で表した。変化率100%以上が転倒事故が増加した施設であり、変化率100%以下が転倒事故が減少した施設である。転倒事故が減少した施設では、安全管理委員会の運営の他、本委員会への参加などによるスタッフの意識の向上により転倒事故に対する取り組みがなされていることがあげられた。一方転倒事故が増加した施設では、調査期間以外に減少しており、一年間を通してとくに転倒事故が増加した施設はみられなかった。

表1 施設別転倒事故発生件数

施設種類	表記	利用者定員	調査協力単位	転倒事故発生件数
特養	A	242	施設全体	34
	B	150	施設全体	28
	C	207	施設全体	65
	D	100	施設全体	36
	E	30	施設全体	13
	F	200	施設全体	68
	G	150	施設全体	7
老健	H	100	施設全体	53
病院	I	300	痴呆フロアのみ	25
	J	429	施設全体	76
計				405

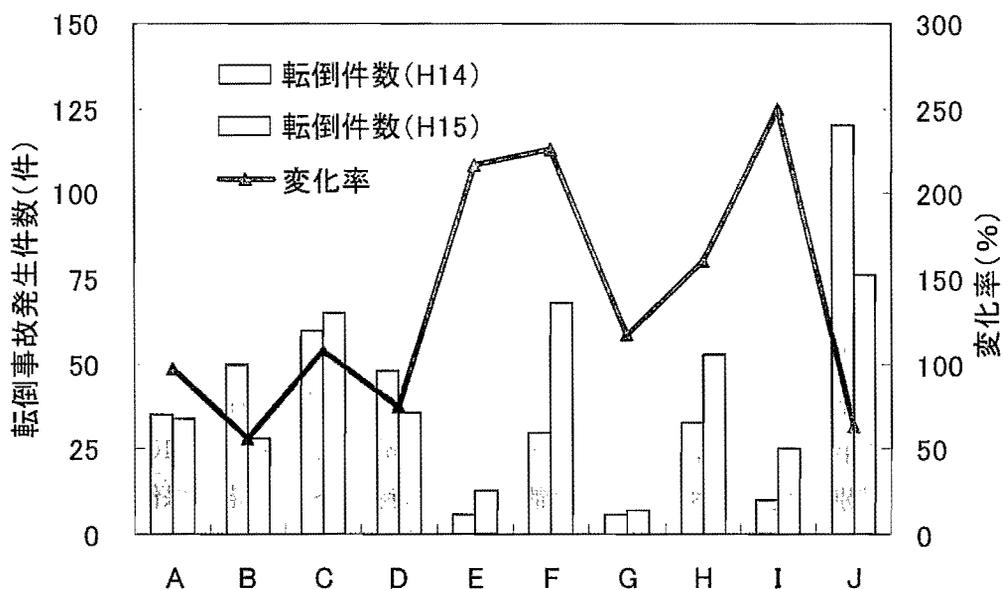


図1 施設別にみた転倒事故発生件数と変化率(H14・H15)

- ② 転倒率(1000 観察人日あたり)：転倒事故は、施設を利用している母集団の人数に依存する。従って、全調査対象施設に対し、調査期間中(平成 15 年 11 月 1 日～平成 16 年 1 月 31 日)の各日の利用者人数を調査し、全観察対象日人を求めた後、1000 観察人日あたりの転倒事故件数をもとめて比較した結果を表 2 に示す。調査対象施設により 1000 観察人日あたり 1.53～6.38 件と調査対象施設による差異が見られたが、老健・病院で転倒事故が 6 件前後と多い傾向がみられた。一方、特養での転倒事故の発生頻度は、1000 観察人日あたり 3～4 件程度であった。

表2 施設別転倒率(1000観察人日あたり)

施設種類	表記	利用者 定員	利用者総数				転倒事故発生件数				転倒率(1000観察人日あたり)			
			11月	12月	1月	計	11月	12月	1月	計	11月	12月	1月	計
特養	A	242	7423	7700	7076	22199	7	16	11	34	0.94	2.08	1.55	1.53
	B	150	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	C	207	6407	6563	6509	19479	23	20	22	65	3.59	3.05	3.38	3.34
	D	100	2946	3069	2985	9000	11	14	11	36	3.73	4.56	3.69	4.00
	E	30	874	924	920	2718	3	6	4	13	3.43	6.49	4.35	4.78
	F	200	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	G	150	4314	4356	4343	13013	2	3	2	7	0.46	0.69	0.46	0.54
老健 病院	H	100	2911	2979	2919	8809	16	16	21	53	5.50	5.37	7.19	6.02
	I	300	1287	1300	1332	3919	4	13	8	25	3.11	10.00	6.01	6.38
	J	429	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

(2) 転倒者の特徴

- ① 年齢：調査期間中に転倒した施設利用者（以下、転倒者）の年代別の総数および割合を表3に示した。平均は82.7歳であり、80代以上が64.4%を占めていたが、60代以下が5名いた。
- ② 転倒歴：痴呆性高齢者に多いと言われる転倒歴（過去1ヶ月間の転倒経験）について表4に示した。多重転倒者は172名であり、全体の42.5%を占めていた。図2に平成14・15年度の結果を示す。平成14・平成15年とも多重転倒者は40%程度であり、ほぼ同程度であった。転倒歴は、過去1ヶ月の転倒経験について、実際には前回の転倒がいつであったか、厳密にたずねていないため、調査対象施設によっては、転倒ハイリスク者と捕らえているかどうかたずねた項目とも考えられ、過去の記録とあわせて多重転倒と捉えるかどうか、検討が必要と思われる。

表3 転倒者年齢

	度数	パーセント
59歳以下	5	1.23
60～69歳	11	2.72
70～79歳	122	30.12
80～89歳	174	42.96
90～99歳	81	20.00
100歳以上	6	1.48
不明	6	1.48
計	405	100
平均年齢	82.67±8.04歳	

表4 転倒者の転倒歴
(過去1ヶ月の転倒事故の有無)

	度数	パーセント
転倒歴あり	172	42.47
転倒歴なし	209	51.60
不明	24	5.93
計	405	100

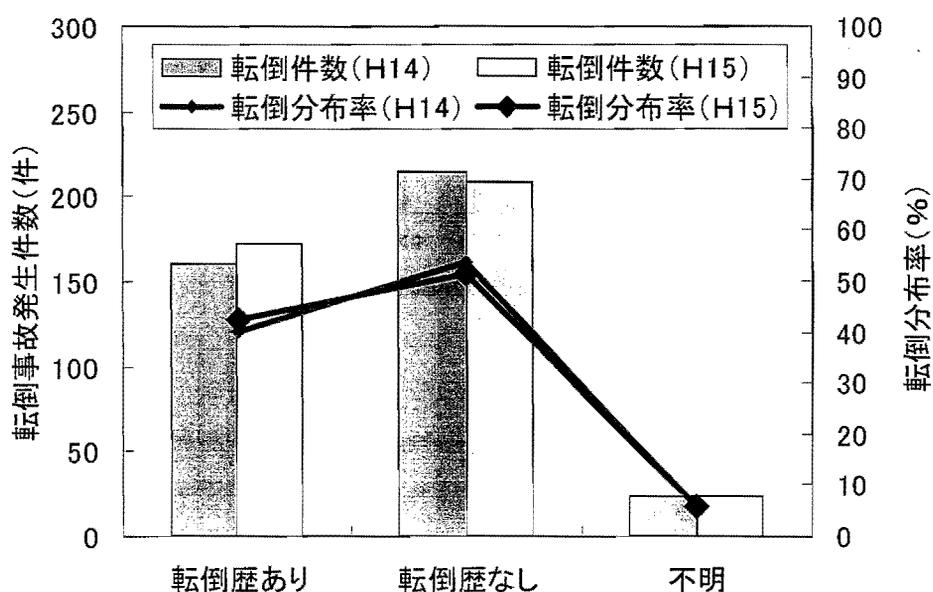


図2 転倒者の転倒歴(H14・H15)

③ 痴呆レベル：転倒者の痴呆レベル（CDR）を表 5 に示す。CDR0（痴呆なし）は、17名（4.2%）、CDR0.5（痴呆の疑い）は 42 名（10.7%）のみで、CDR1 以上が 326 名（80.5%）であった。平成 14 年度と比較した結果を図 3 に示す。CDR0（痴呆なし）・CDR1（軽度痴呆）・CDR2（中度痴呆）がやや減少している一方、CDR3（重度痴呆）が増加していた。従って、本年度の転倒事故の実態に関する結果は、昨年度と比較して、痴呆が重症化した対象に偏っており、転倒事故の状況を比較するには十分な注意が必要と思われる。

表5 転倒者の痴呆レベル(CDR)

	度数	パーセント
0	17	4.20
0.5	42	10.37
1	52	12.84
2	92	22.72
3	182	44.94
不明	20	4.94
計	405	100

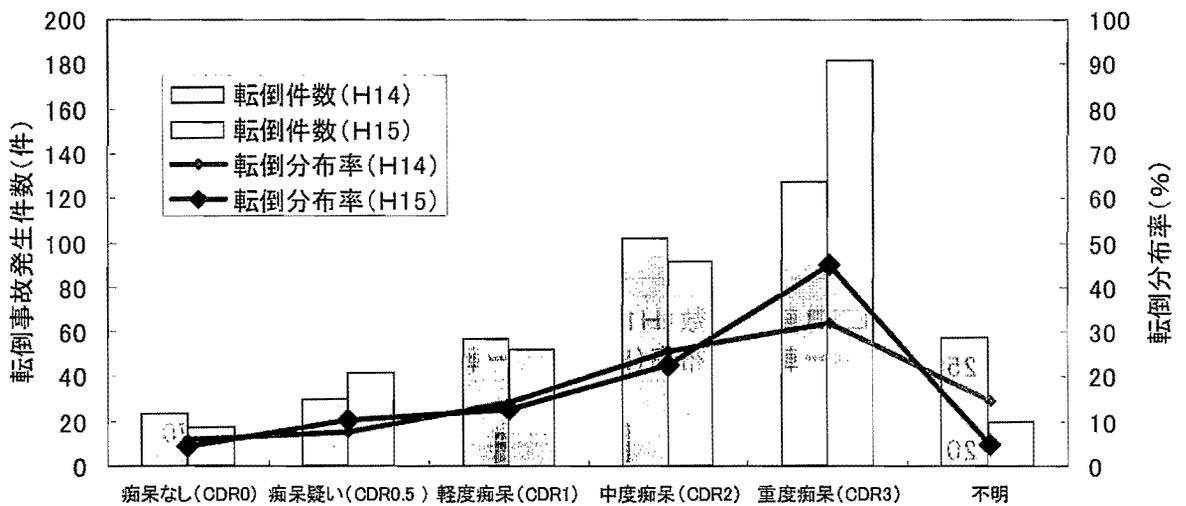


図3 転倒者の年齢(H14・H15)

④ 服薬状況：表 6 は転倒者の服薬状況を示した。平成 14 年度調査では、「ふらつきをおこす服薬の内服状況」について調査を実施したが、本年度の施設への訪問調査を実施した際に、服薬状況に関する記載が困難であったとの意見が多く聞かれたため、平成 15 年度では、服薬の有無を尋ね、その内訳からふらつきを催す服薬の有無を検討することとした。平成 15 年度は転倒者の 85%が服薬しており、平成 14 年度に比較して増加していた（図 4）。これは、平成 14 年度では、ふらつきを催す服薬と限定したためであると思われる。また、その内訳は表 7 に示した。今回の調査ではふらつきを催す薬として、睡眠薬、抗精神病薬、安定剤、抗パーキンソン剤、降圧剤などについての記入を依頼したところ、抗精神病薬の利用が最も多く、ついで睡眠薬、安定剤が多かった。しかし、服薬内容は、看護職が調査票を記入していない場合には、正確に情報を得るのは難しく、未記入も多かった（17.1%）。

表6 転倒者の服薬状況

	度数	パーセント
服薬あり	346	85.43
服薬なし	41	10.12
不明	18	4.44
計	405	100

表7 転倒者の服薬の内訳(複数回答可)

	度数	パーセント
睡眠薬	103	29.77
抗精神病薬	131	37.86
安定剤	42	12.14
抗パーキンソン剤	21	6.07
降圧剤	92	26.59
その他	59	17.05
母数	346	100

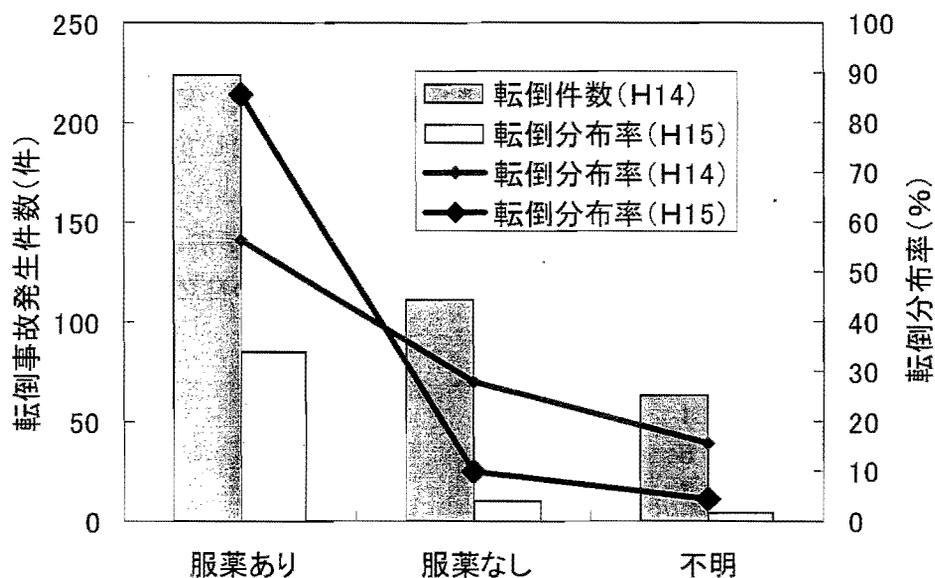


図4 転倒者の服薬状況(H14・15)

表8 転倒者の移動能力・手段

	度数	パーセント
独立歩行可	165	40.74
歩行補助具歩行可能	15	3.70
車椅子自力移動可能	128	31.60
車椅子自力移動不可能	72	17.78
寝たきり	4	0.99
不明	21	5.19
計	405	100

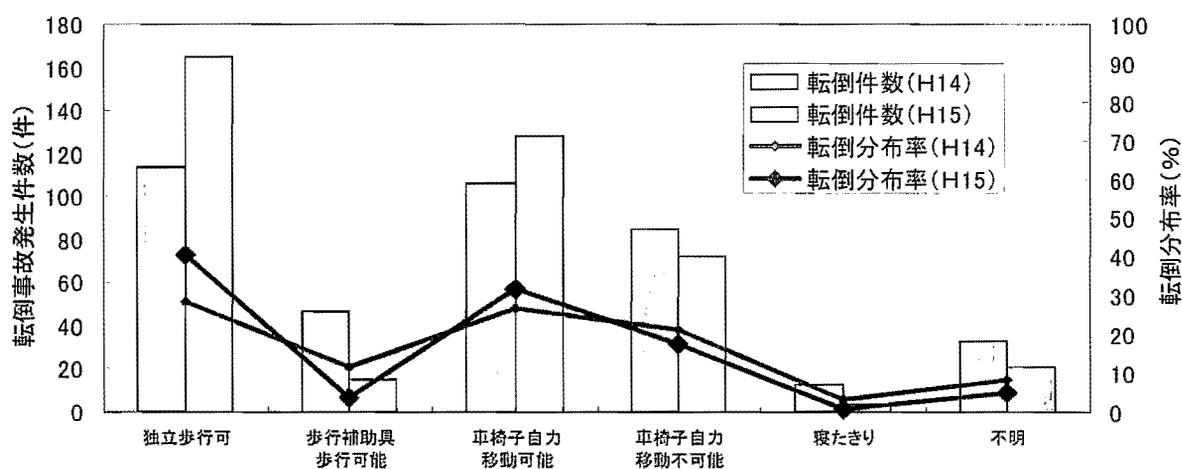


図5 転倒者の移動能力・手段(平成14年度・平成15年度)

- ⑤ 移動能力・手段の状況：表8は移動能力の状況を示す。また平成14・15年度の比較を図5に示す。平成14年度と比較して平成15年度は独立歩行可能である転倒者が多く、移動能力・手段が平成14年度より良好である転倒者が多かった。痴呆レベル(CDR)の分布とあわせると、平成15年度の転倒者は平成14年度と比較して、痴呆レベルは低下しているが、移動能力が良好である転倒者が多いといえる。
- ⑥ 日常生活動作の自立状況：表9は日常生活動作の自立状況を示す。また平成14・15年度の比較を図6に示す。平成14年度と比較して、日常生活動作の自立状況は低下していた。

表9 日常生活動作の自立状況

	度数	パーセント
A	1	0.25
B	5	1.23
C	7	1.73
D	13	3.21
E	32	7.90
F	24	5.93
G	255	62.96
その他	50	12.35
不明	18	4.44
計	405	100

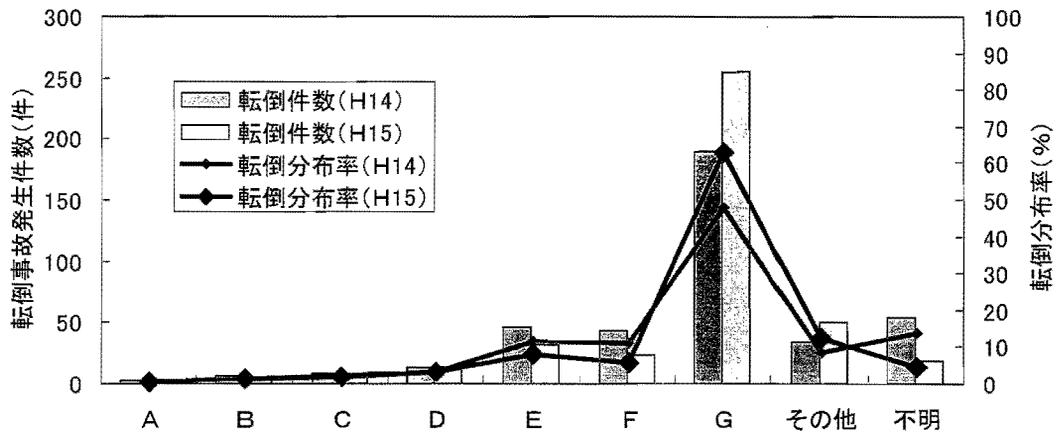


図6 転倒者の日常生活動作の自立状況(平成14年度・平成15年度)

(3) 転倒事故発生の状況

① 月別・曜日別発生状況：表 10 は月別の発生件数総数、図 7 は平成 14・15 年度の月別発生状況である。両年とも 11 月と 1 月ではあまり差異が見られず、12 月にやや増加する傾向が見られた。12 月は各施設とも比較的行事が増える時期であると思われるため、例年共通の特徴であると思われる。また、図 8 は平成 14 年・15 年の曜日別の発生件数の内訳を示したものである。曜日別転倒事故の傾向をみると、平成 15 年度は平成 14 年度と比較して金曜日が減少しており、日曜日が増加していた。これは、曜日によって行っている活動が施設や年度によって一定の傾向は見られないため、曜日ごとの傾向が見られないと考えられる。従って、転倒事故およびその対策を考える際には、曜日ごとの転倒事故の特徴を考えるのではなく、施設高齢者にとって、何らかの影響を与えられる環境変化の有無について検討し、対策を考えることが望ましいことが考えられた。

表10 月別転倒事故発生件数

	度数	パーセント
11月	129	31.85
12月	147	36.30
1月	122	30.12
不明	7	1.73
計	405	100

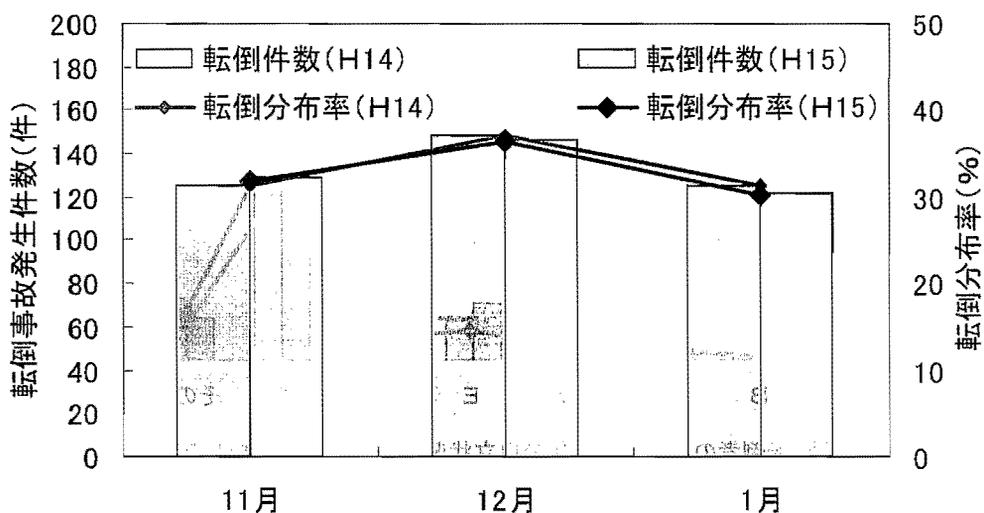


図7 月別転倒事故発生件数(平成14・15年度)

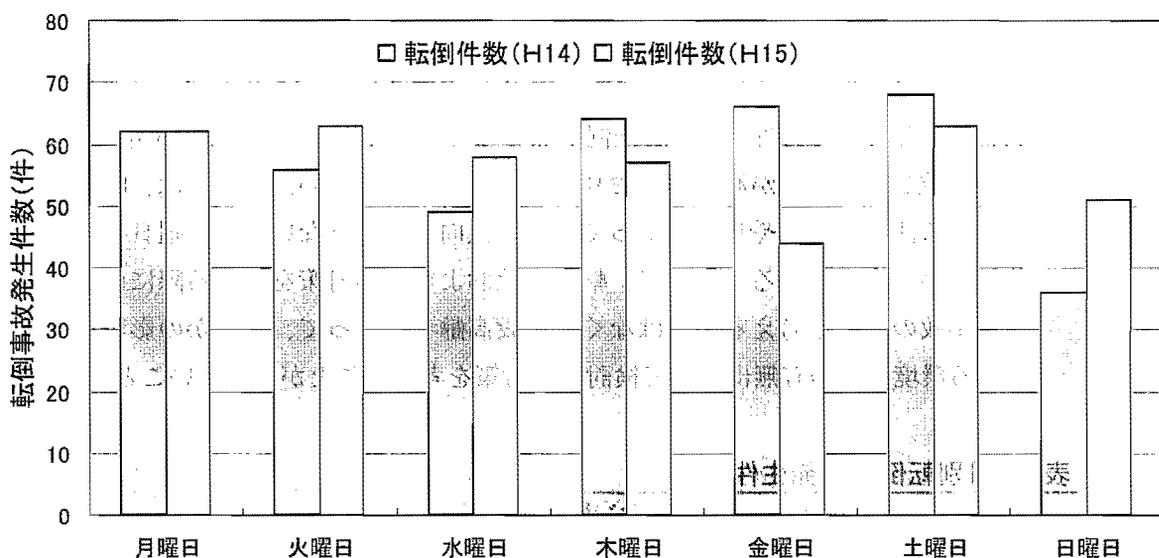


図8 曜日別転倒事故発生件数(H14・H15)

- ② 発生時刻：表 11 は 3 時間ごとにみた発生件数、図 9 は平成 14・15 年度の転倒事故の時間別分布である。平成 14 年度と比較して、平成 15 年度は転倒事故は起床前後 (6-9 時) と夕方 (18-21 時) の二つのピークが見られている。高齢者の転倒事故は一般に起床前後の起立性転倒が多いが、痴呆性高齢者が多い調査では、夕方に転倒事故が増加することが知られている。本年度の転倒者の痴呆レベルが平成 14 年度と比較して、痴呆度が重症化していることと関連していると思われる。

表11 時間別転倒事故発生件数

	度数	パーセント
0-3時	33	8.15
3-6時	42	10.37
6-9時	54	13.33
9-12時	50	12.35
12-15時	42	10.37
15-18時	60	14.81
18-21時	63	15.56
21-24時	44	10.86
不明	17	4.20
計	405	100

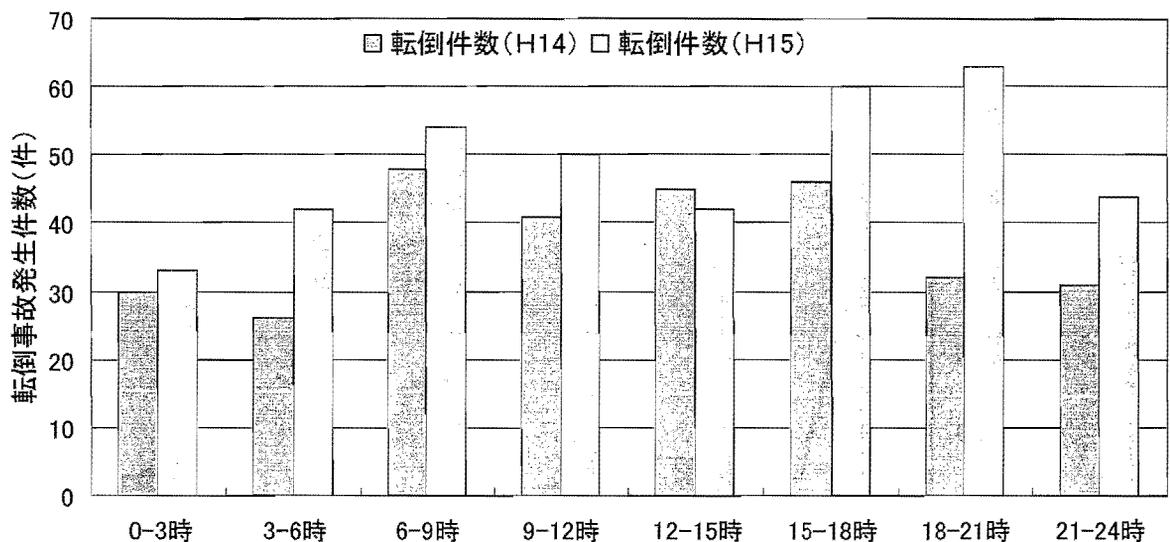


図9 時間別転倒事故発生件数(H14・H15)

- ③ 発生場所：転倒事故発生場所に関する結果を表12に示す。また、平成14・15年度の結果を図10に示す。平成14年同様、15年度も利用者自室が多く(52.1%)、ついでダイルーム(19.3%)であり、この2つで発生場所の75%以上を占めている。利用者の過ごす生活時間とあわせて検討する必要があるが、転倒事故対策は利用者自室・ダイルームでの環境整備が急務であろう。一方、トイレや浴室での発生は本年度の調査でも少なかった。これは、介助者による十分な見守りの結果と考えられる。

表12 転倒場所別転倒事故発生件数

	度数	パーセント
利用者自室	211	52.10
他利用者室	5	1.23
廊下	29	7.16
トイレ	37	9.14
洗面所	3	0.74
デールーム	78	19.26
浴室・脱衣室	7	1.73
リハビリテーション室	1	0.25
その他	22	5.43
不明	12	2.96
計	405	100

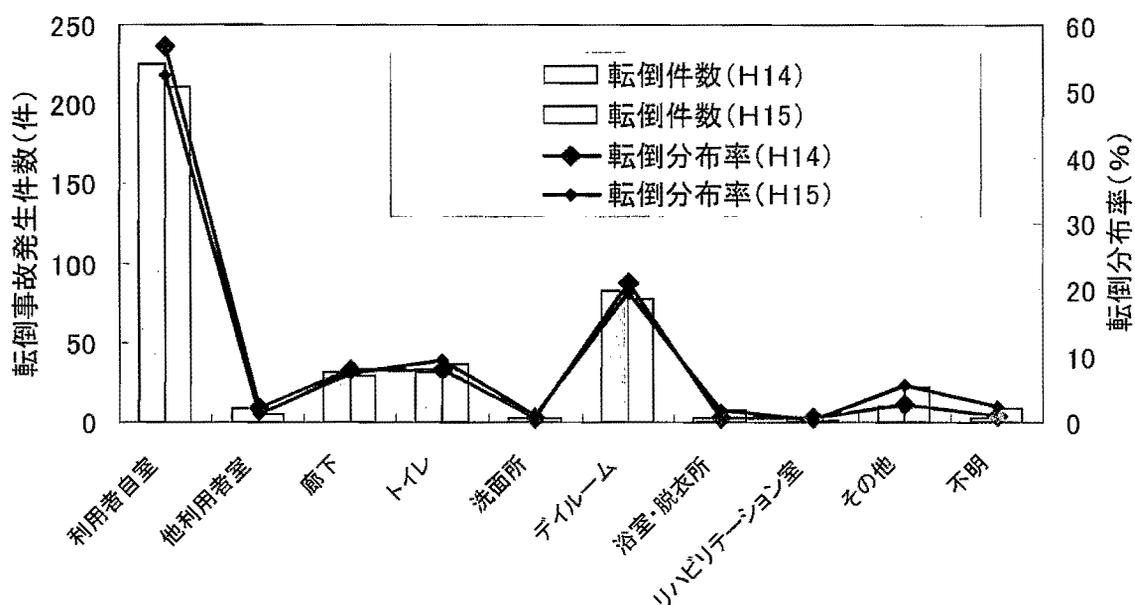


図10 転倒場所別転倒事故発生件数(H14・H15)

- ④ 転倒・転落目撃と発見の状況：転倒・転落の目撃と発見の状況を図 11 に示す。平成 14 年度と同様、転倒・転落の目撃は 20%以下であり、施設における転倒事故は 80%以上がスタッフが見ていないところで発生していた。後に述べるが、本年度は前年度と比べて、なんらかの転倒事故予防策を講じている割合は増えたが、転倒事故は依然として、事故発生後に発見されることが多かった。

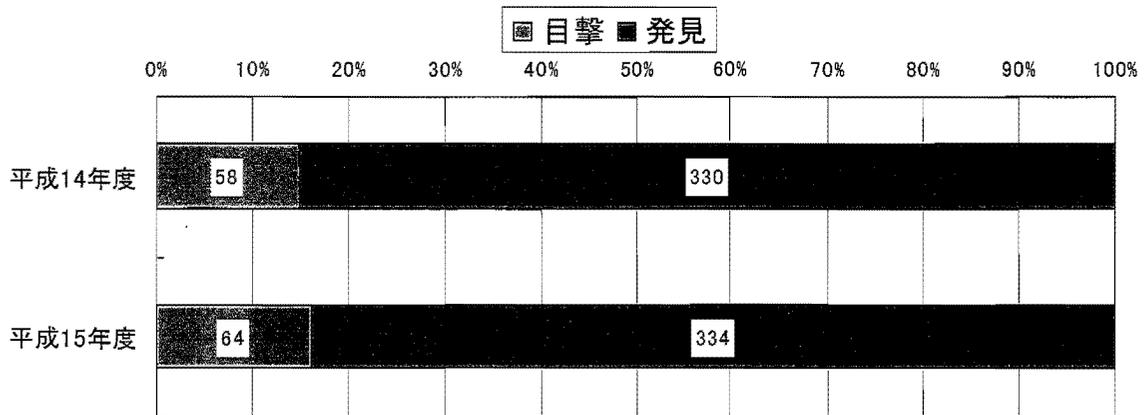


図11 転倒事故の目撃・発見状況(H14・H15)

⑤ 環境変化：痴呆性高齢者は一般に環境の変化を非常に受けやすいといわれている。従って、環境の変化があったと思われる日は転倒事故が多いと考えられ、平成15年度は環境変化として、入浴日であること、服薬変更、特別な行事の実施、その他（自由記載）として、環境変化の有無について検討した。これらの項目のうち、ひとつでも該当する場合を「環境変化あり」、「該当なし」の項目に記載があった場合を「環境変化なし」とした結果を図12に示す。また、環境変化の内訳を図13に示す。環境変化の項目は96件で無回答であり、また服薬変更については、該当者なしであった。本調査は施設における転倒事故報告者が施設の事故報告書を記載する際に本調査用の転倒事故報告書を記載する場合は、環境変化の項目は回答が可能であるが、本調査用の転倒事故報告書を施設の事故報告書から本調査委員が転記した場合には、環境変化に関する把握は困難になり、無回答が多くなったことが考えられる。

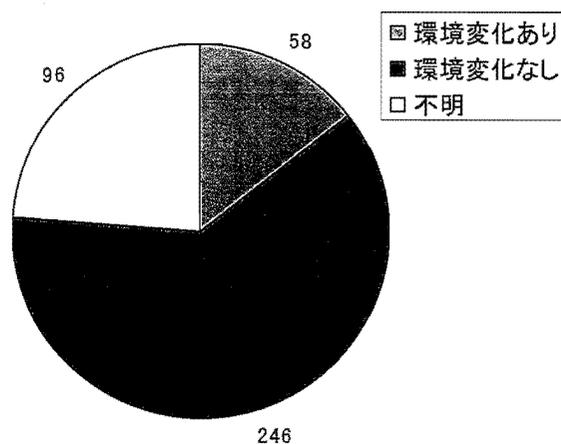


図12 転倒事故日の環境変化の有無

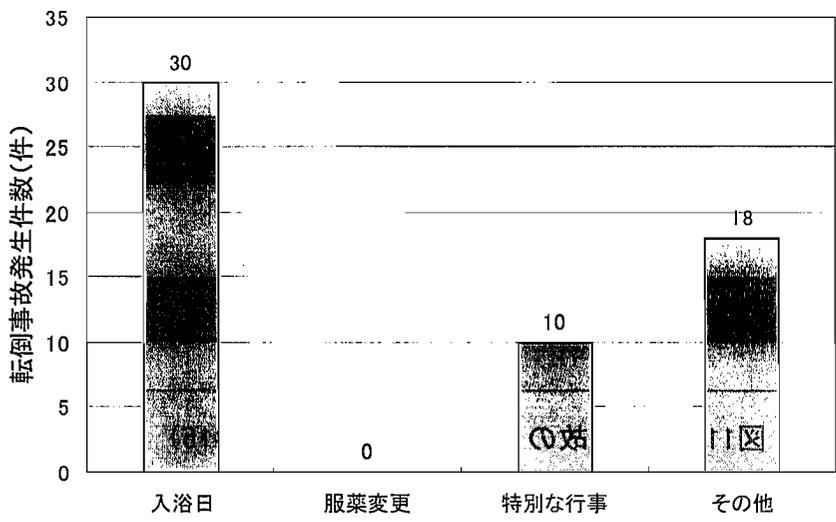


図13 環境変化の内訳

⑥ 痴呆レベルごとにみた環境変化の影響この環境変化を痴呆レベルごとに検討した結果は図14である。痴呆の疑いあり・重度痴呆では、環境変化なしの方が環境変化ありと比較して、多くなっているが、中度痴呆では、環境変化に関して不明と回答したものが多く、不明と回答した転倒事故が実際には、環境変化ありである可能性もあることを考えると、実際には環境の変化の影響があると思われる。さらに、環境変化がみられた日となかった日で実際に一日あたりの転倒数について比較した結果を図15に示す。重度痴呆以外は環境変化の有無により、転倒事故発生件数に差異がみられず、環境変化について不明な回答が、実際には環境変化があった可能性を考えると、環境変化の有無が転倒発生率に影響を及ぼしている可能性が考えられる。従って、今後、環境変化について、調査項目を工夫することにより、正確な環境変化の把握ができるよう、工夫が必要である。

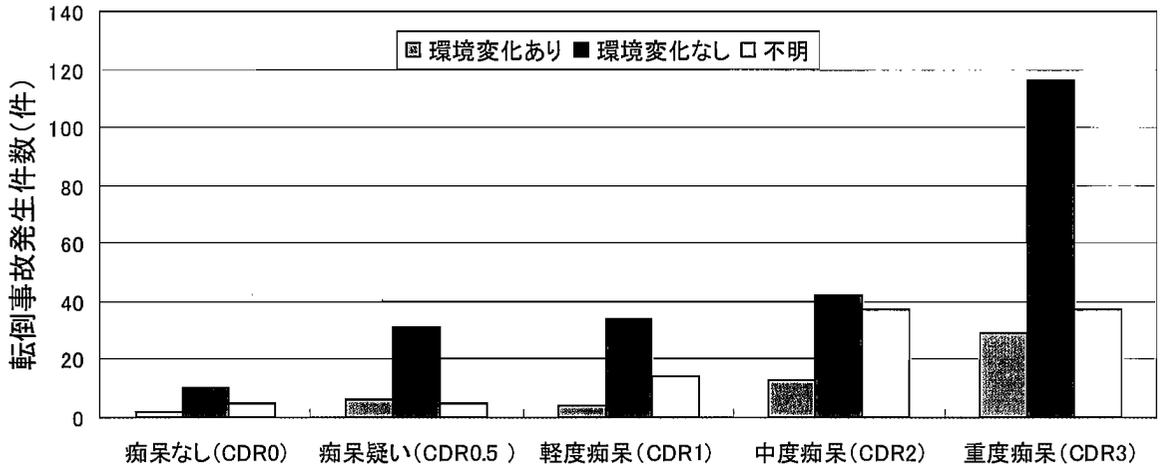


図14 環境変化と転倒件数との関連(痴呆レベル別)

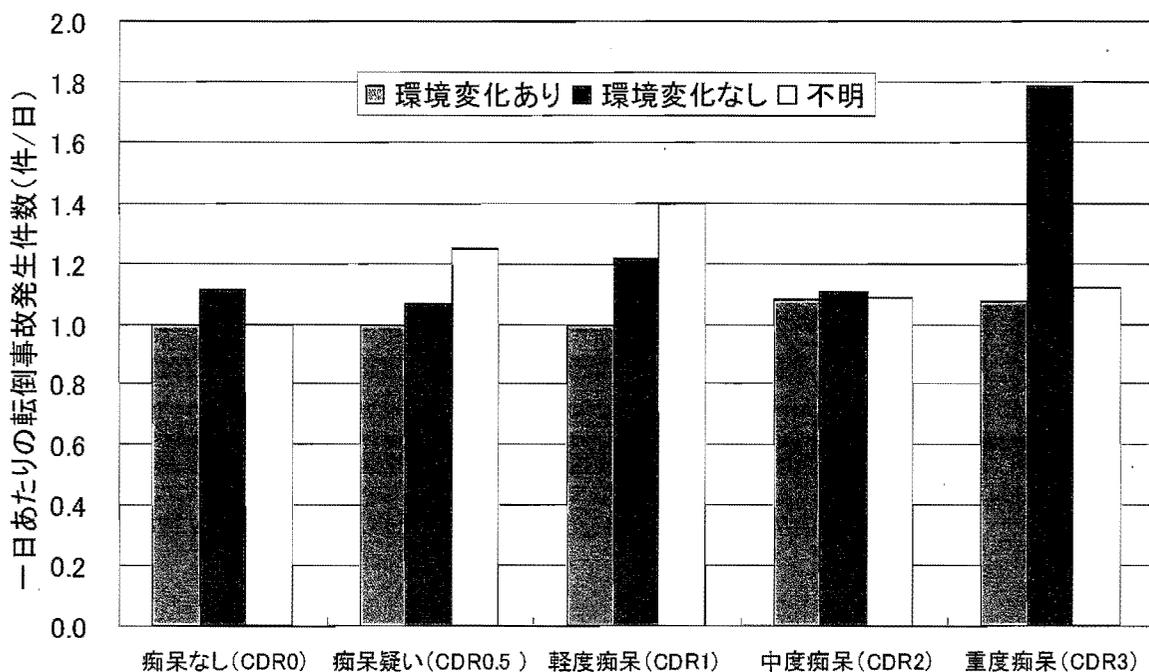


図15 環境変化と一日当たり転倒事故の関連(痴呆レベル別)

(4) 転倒事故の類型化：転倒場所別の転倒者の特徴

- ① 痴呆レベル：痴呆レベル別にみた転倒場所別の転倒事故発生件数を図16に示す。中度痴呆・重度痴呆では、40%以上がデイルームで転倒事故が発生していたが、痴呆疑い・軽度痴呆では自室での転倒が多く見られた。これは痴呆棟などの痴呆レベルが重症化したところでは、見守りを強化するために、施設利用者をデイルームに比較的集めることから、デイルームで過ごす時間が長い傾向にあることによると思われる。一方、CDR0～1では比較的自由に過ごす傾向が高く、自室やトイレでの転倒が痴呆レベルが重症である人と比較して多いと思われる。また、他利用者居室での転倒は、痴呆レベルが重症化した利用者に見られたが、これは他利用者居室を自室と間違えることが多い痴呆性高齢者の特徴を反映している。

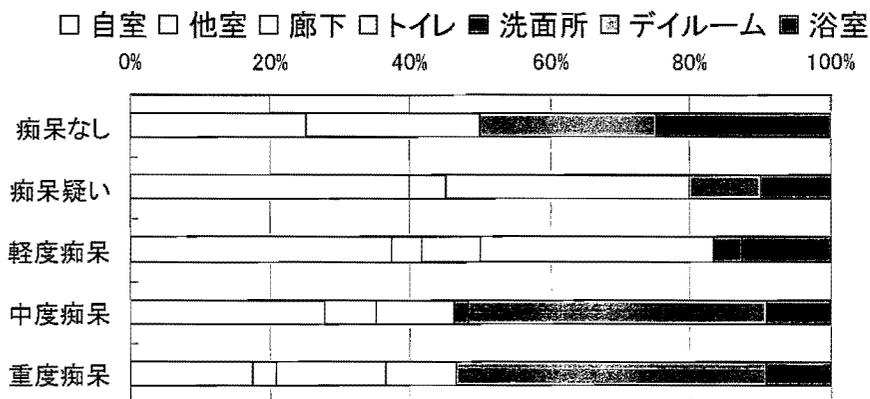


図16 痴呆レベル別にみた転倒場所別転倒件数

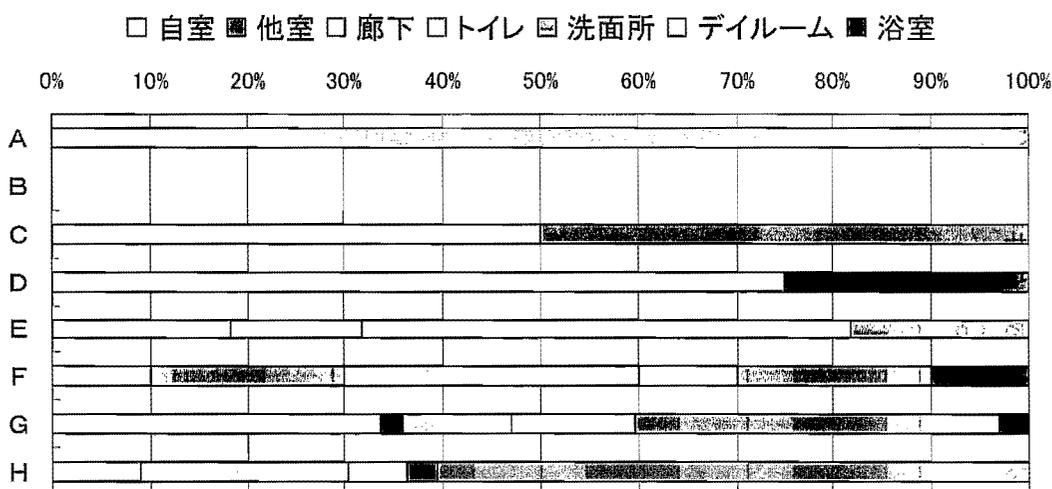


図17 日常生活自立度別にみた転倒場所別転倒件数

- ② 日常生活動作の自立状況：日常生活動作の自立状況別にみた転倒場所別の転倒事故発生件数を図 17 に示す。A～Dに分類された人数が少ないため、Eレベル以下についてのみ言及する。浴室やトイレのように介護者の見守りが徹底していると思われるところでは、自立状況が低下するほど、転倒事故の内訳が減少しており、見守り強化対象として、介護職による援助が効果的であると思われる。一方、デイルームでの転倒は自立状況が低下するほど増加していた。
- ③ 移動能力：移動能力別にみた転倒場所別の転倒事故発生件数を図 18 に示す。移動能力が低下するほど、自室での転倒が増加しており、寝たきりでは 50%が自室での転倒事故であった。一方、独立歩行可能な高齢者の転倒は、デイルームで最も多く、ついで廊下での転倒事故が多く、自力で歩行が可能であるため行動範囲が広く、さまざまな場所で転倒事故は発生していた。歩行補助具を用いて歩行可能な転倒者や車椅子自力移動可能な転倒者は自室やトイレでの転倒が多かった。これは移動能力は低下しているものの、自力での移動が可能であるため、介護者の援助を求めることなくトイレに行くためと考えられる。

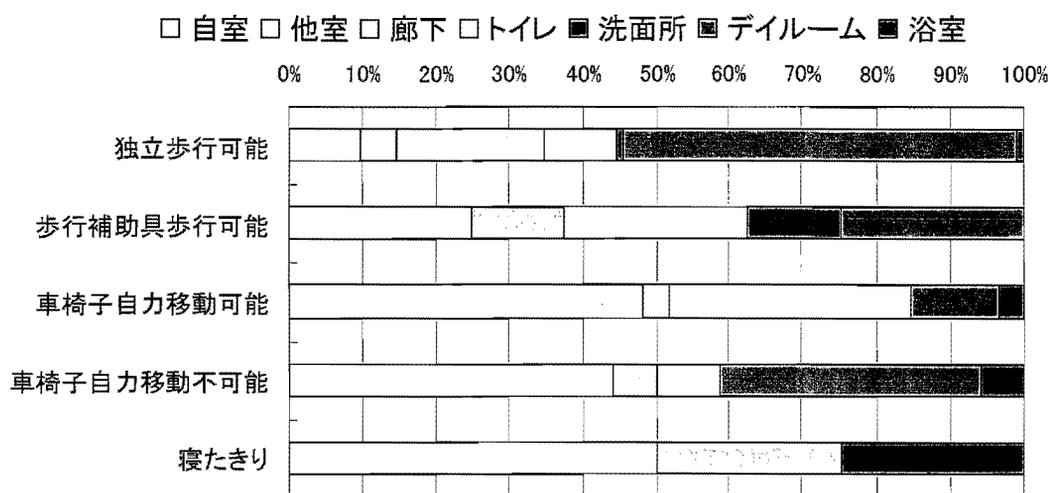


図18 移動能力別にみた場所別転倒事故件数

④ 立位保持能力：立位保持能力別にみた転倒場所別の転倒事故発生件数を図 19 に示す。立位保持能力は転倒事故と関連があると言われている。そこで、本調査で転倒事故との関連をみたところ、立位保持が不可能の転倒者は、自室での転倒が多かった。転倒事故は発見が多いため、詳細は不明だが、自室内の転倒事故はベッド周辺が 80%であることを考えると、ベッドから車椅子等への移乗時の転倒が多いと思われる。従って、立位保持が不可能である高齢者の移乗時の介護職の支援が重要であると思われる。

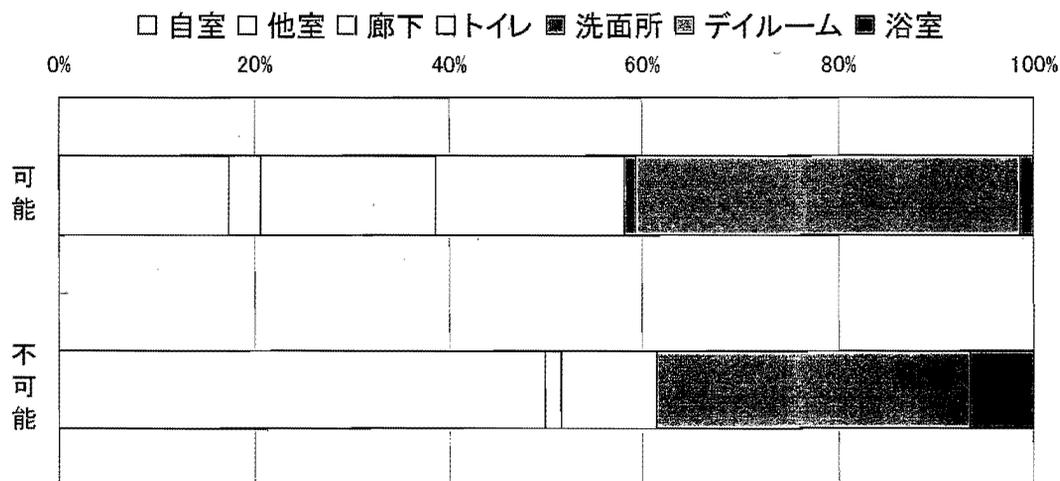


図19 立位保持能力別にみた転倒場所別転倒件数

(5) 転倒予防策の状況

- ① 予防措置の有無：報告された転倒者についての予防措置の有無についての調査結果を表 13 に示す。平成 14 年度と比較して、平成 15 年度は予防措置があった転倒事故が 59.3% から 81.7% に増加しており、本調査に参加することによって施設側の意識の変化がみられたことが考えられる。
- ② 転倒予防措置の内訳：本年度の予防措置の内訳を表 14 に示す。ケアプラン作成や見守り強化が多かったが、これらは転倒事故の対策の実態としては見えにくい予防措置と思われる。今後は、実際にケアプランをどのように作成し、どのように見直しをしていくことで転倒事故の予防につながっていくのか、事例を通じた検討が必要であろう。また、本年度は転倒予防策として、低床ベッドの利用が 100 件以上であった。平成 14 年度はその他（52 件）の一部に含んでおり、低床ベッドが転倒予防措置として普及している様子がうかがえた。
- ③ 予防措置なしの場合の理由：予防措置を講じていなかった転倒事故 69 件に対し、転倒シミュレーションが予測できていたかどうかについて尋ねた結果を表 15 に示した。転倒リスクや予測できていた転倒事故は 18 件（26.1%）で、そのすべてが有効な予防措置がわからなかったと回答していた。臨床に対して有効な転倒予防措置の提言が急務であろう。

表 13 予防措置の有無

	度数	パーセント
予防措置あり	331	81.73
予防措置なし	69	17.04
不明	5	1.23
計	405	100

表 15 予防措置なし転倒事故のリスク予想

	度数	パーセント
リスク予想なし	49	71.01
リスク予想あり	18	26.09
不明	2	2.90
計	69	100

表 14 予防措置ありの内訳

	度数	パーセント
ケアプラン作成	140	42.30
センサー設置	48	14.50
低床ベッド	113	34.14
ベッド不使用	12	3.63
ベッド柵	37	11.18
転倒衝撃吸収マット	47	14.20
易転倒者として見守り強化	188	56.80
その他	34	10.27
計	331	100

防ぐことは困難かもしれないが、軽度な損傷にとどめている可能性がある。同様に、転倒衝撃吸収マットを使用していた転倒事故は 9 件であったが、そのうち損傷に至った転倒事故は 3 件 (33.3%) に過ぎなかった (表 18)。また、低床ベッド同様、転倒衝撃吸収マットを使用していなかった転倒事故のうち、1 件で骨折にいたっており、損傷の重症化を防ぐと思われた。

- ③ 医療対応：転倒事故発生後の医療的重症度および対応についての調査結果を表 19 に示した。本年度は幸い重体・意識不明・死亡のいずれかに至った重大事故は発生しなかった。1 週間以上の入院加療を必要とする事故が 7 件であった。また、7 割近くが、看護師・ケアワーカーによる観察対応であり、医師の受診は 103 件 (25.4%) であった。特養から得られた転倒事故報告書の損傷に関する自由記載欄に「転倒事故後に脳挫傷により入院となったが、転倒事故との関連性は不明」との記載もみられた。したがって、医師が常勤でない特養では損傷が見落とされたり、対応が遅れる可能性はあるだろう。

表17 予防措置と損傷の関連(低床ベッド)

	損傷あり	損傷なし
使用者(n=16)	7 (43.8%)	9 (56.3%)
非使用者(n=24)	8 (33.3%)	16 (66.7%)

表18 予防措置と損傷の関連(転倒衝撃吸収マット)

	損傷あり	損傷なし
使用者	3	6
非使用者	12	19

表19 事故後の医療的対応

	度数	パーセント
入院(重症/1週間以上の入院)	7	1.73
受診(医師による施設内での診察も含む)	103	25.43
受診せず(ケアワーカー・看護師対応)	277	68.40
不明	18	4.44
計	405	100

表16 転倒事故後の損傷の有無

	度数	パーセント
受傷あり	135	33.33
受傷なし	267	65.93
不明	3	0.74
計	405	100

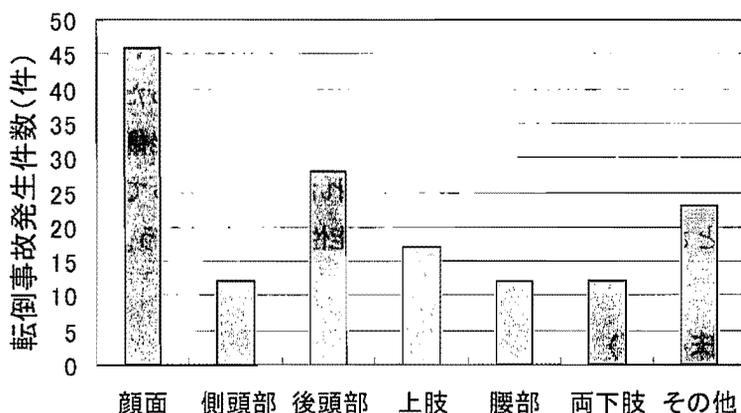


図20 損傷部位(複数回答)

(6) 転倒事故後の医療対応

- ① 傷害の有無と部位：目撃・発見を問わず、傷害の有無に関する調査結果を表 16 に示す。転倒した際になんらかの傷害を負ったのは 33%であり、前年度と同程度であった。傷害の部位は顔面が最も多く、ついで上肢、後頭部の順であったが、頭部すなわち顔面、側頭部、後頭部をあわせると 6 割以上の怪我が頭部に集中していた (図 20)。痴呆性高齢者が増加した施設では、それまで頭部損傷はほとんどみられなかったが、本年度痴呆性高齢者の増加とともに頭部損傷が増加した、との意見も聞かれた。したがって、今後痴呆性高齢者が今後ますます増加することを考えると頭部損傷は増加することが予想される。
- ② フェイルセーフ：転倒衝撃吸収マットや低床ベッドは転倒事故を予防する役割よりも転倒後の損傷を軽減させる役割が大きいと思われる。したがって、これらを利用している高齢者の転倒事故は転倒後の損傷が比較的軽症であることが予想された。すべての転倒事故が同程度の衝撃を与える転倒事故とは限らないため、単純な比較は難しいと思われるが、ベッド周辺で発生した転倒事故のうち、なんらかの転倒予防策を講じていた転倒事故 40 件に限定して、転倒衝撃吸収マットや低床ベッドを使用している転倒者と使用していない転倒者の損傷を比較した結果を表 17、表 18 に示す。低床ベッドを利用していた 16 件の転倒事故のうち損傷に至った転倒事故は 7 件 (43.8%) であった (表 17)。低床ベッドの使用と損傷の有無に関連は見られなかったが、損傷の内訳は低床ベッド使用の転倒事故では、打撲 3 件、裂傷 1 件、その他 3 件であったが、低床ベッドを使用していない転倒事故の損傷の内訳は骨折が 1 件含まれていた。従って、低床ベッドは損傷を

F.まとめ

痴呆性高齢者の転倒事故の実態およびその対策の状況を把握するため、利用者定員の異なる 3 種類の施設、特別養護老人ホーム 7 施設、老人保健施設 1 施設、病院 2 施設、計 10 施設において、同一形式の調査票を用いて転倒事故調査を実施したところ、以下のようにまとめられる。

- (1) 転倒発生件数は平成 14・15 年度とも 12 月でやや増加しており、同様の傾向が見られた。
- (2) 曜日別発生件数は平成 14 年度と比較して、金曜日が増加していたが、日曜日は減少していた。曜日別の特徴が見られなかった理由として、施設における曜日別のイベントが施設間によって異なること、また昨年度とも異なることが考えられた。
- (3) 時間別転倒事故発生件数は、起床前後と夕方に多くみられ、昨年度より転倒者の痴呆レベルが低下していることから、昨年度より、夕方の転倒事故発生件数が増加したと考えられる。
- (4) 環境変化（入浴・服薬変更・行事など）が特に中度痴呆で転倒事故の発生と関連がある可能性が考えられた。
- (5) 転倒事故の類型化の第一段階として転倒場所別の転倒事故を検討したところ、自室での転倒事故は痴呆が軽度で立位保持能力がない転倒者が多かった。
- (6) 昨年度と比較してなんらかの予防措置を講じていた転倒事故は増加していたが、その内容はケアプラン作成・見守りが多く、これらの有効性の検討が必要である。
- (7) 予防措置を講じていなかった転倒事故のうち、転倒リスクが予測できていた転倒事故が 26.1%を占めていたが、この転倒事故はすべて有効なケアプラン不明と回答していた。
- (8) 低床ベッドや転倒衝撃吸収マットは転倒事故発生後の損傷の軽減に有効であった。
- (9) 68.4%の転倒事故の医療対応は受診せず看護師が行っていたが、医師が常勤でない特養では、重大な損傷が見落とされている可能性もある。

以上の結果から、痴呆性高齢者に有用な転倒リスクアセスメントツールの開発のためには、転倒事故の類型化の上で各転倒事故パターンごとに痴呆性高齢者の特性を把握していくことが重要であると思われた。また、転倒リスクアセスメントツールの開発や転倒予防の評価のためには、今後転倒事故の分析だけでなく、施設利用者全体の全数調査により、転倒者と非転倒者の比較を行う必要がある。

G 参考文献

- (1) 伊藤利之、鎌倉矩子編. ADL とその周辺 評価・指導・介護の実際. 医学書院 1994
- (2) 日本老年精神医学会監修. アルツハイマー型痴呆の診断・治療マニュアル. 株式会社ワールドプランニング 2001.
- (3) John C. Morris. The Clinical Dementia Rating(CDR): Current version and scoring rules. NEUROLOGY (43) 2412-2413, 1993.

学会発表

第4回 日本痴呆ケア学会大会「痴呆介護と人材育成」

場所：東北福祉大学 日時：平成15年11月22-23日

第2分科会 マネージメント 平成15年11月22日

「特別養護老人ホーム痴呆介護棟における痴呆性高齢者の転倒事故のリスク要因」

杉山智子¹⁾，松井典子¹⁾，小林奈美¹⁾，須貝佑一²⁾

1) 東京大学大学院医学系研究科家族看護学分野

2) 高齢者痴呆介護研究・研修東京センター

目的：病院・施設におけるリスクマネジメントに対する意識の向上に伴い，施設内高齢者の転倒リスクアセスメントツールが開発され，試験的に導入されている．一方，痴呆性高齢者の転倒は，一般高齢者と異なる要素があるものの，痴呆性高齢者の転倒特有のアセスメント項目については十分に検討されていない．そこで，本研究は，一定期間に転倒した痴呆性高齢者のリスク要因を明らかにすることを目的として行った．

方法：対象は，2002年4月に新規開所した特別養護老人ホーム痴呆介護棟に新入所した33名（男性5名，女性28名）とした．2002年11月から2003年1月までの転倒調査期間中，転倒した高齢者についての転倒事故調査票を介護棟スタッフが記載した．調査内容は，年齢，性別，主疾患，既往・合併症，過去1ヶ月間の転倒歴，服薬状況，移動能力，CDR，MMSEである．分析は，SPSS ver10.0 for Windows を用い，転倒の有無を従属変数としてカイ二乗検定，Mann-Whitney のU検定（有意水準5%）を行った．

結果：患者の平均年齢は 84.9 ± 6.3 歳であった．主疾患はアルツハイマー型痴呆症が33名中27名（81.8%）を占め，MMSE 10.6 ± 6.7 ，CDR 4.3 ± 0.6 であり中等度～重度に該当した．既往・合併症は18名（54.5%）にみられ，主な既往・合併症は高血圧であった．内科系，精神科系の服薬は16名（48.5%）でみられ，その内訳は抗精神病薬8名（24.2%），睡眠導入剤6名（18.2%），安定剤3名（9.1%）降圧利尿剤は3名（9.1%）であった．移動能力は30名（90.9%）が独立歩行であった．

調査期間中33名の痴呆性高齢者のうち15名（45.5%）が転倒し，転倒事故発生件数はのべ94件であった．多重転倒は12名（80.0%）でみられ，そのうち2回転倒者は3名（20.0%），3回転倒者は3名（20.0%）であり，最多転倒回数は24回であった．また転倒の有無と関連がみられた項目は，①既往・合併症あり（転倒群 vs 非転倒群：80.0% vs 33.3%， $p < 0.01$ ），②服薬あり（73.3% vs 27.8%， $p < 0.05$ ），③MMSE得点（ 7.8 ± 5.2 vs 12.9 ± 7.1 ， $p < 0.01$ ）であった．服薬内容別では向精神薬の服用者が有意に転倒していた（53.3% vs 5.6%， $p < 0.05$ ）が，その他の薬では有意な関連はみられなかった．

考察：本研究の対象者は痴呆の程度は中程度から重度ながら，独立歩行可能であったため，痴呆の進行に伴う認知機能の低下やふらつきを誘引する向精神薬の服用が転倒のリスク要因として抽出されたと考えられる．今後，対象者を広げ，さらに関連を検討する必要がある．

学会発表

第19回日本老年精神医学会

場所:長野県松本文化会館

日時:2004年6月25-26日

我が国における施設高齢者の転倒事故に関する文献的検討

松井典子¹⁾, 須貝佑一²⁾

1) 東京大学大学院医学系研究科家族看護学分野

2) 高齢者痴呆介護研究・研修東京センター

緒言

近年、医療事故に関する関心の高まりから、施設における転倒事故に関する調査は増加傾向にあるが、施設内高齢者の転倒率や施設における転倒事故の危険因子は、調査により大きな違いがみられる。従って、施設における有効な転倒事故防止対策を講じるための第一歩として、これまでの転倒事故に関する調査を系統的に検討する必要性があると考えられた。

そこで、本研究の目的は、施設入所中の高齢者の転倒事故に関する文献的検討により、施設における 1) 転倒事故の実態、2) 転倒事故の危険因子を明らかにすることにより、特に痴呆性高齢者に対する今後の研究の示唆を得ることとした。

方法

分析対象論文は、医学中央雑誌 Web 版に収録された 1983~2003 年の原著論文のうち、タイトルに「転倒」が含まれ、検索語を「老年」「老人」「高齢」とし、論文の内容から特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設や老人病院（以下、施設）内での転倒事故をまとめた論文に限定した。さらに、転倒事故の実態に関する検討は、論文中に転倒高齢者の属性（年齢・性別・痴呆の有無）と転倒事故の概要（転倒場所・時間帯・転倒による損傷など）について記載されている論文を用いた。また、施設内での転倒事故の危険因子の検討には、施設内での一定期間の施設入所者の全数調査により、調査期間における転倒者と非転倒者の比較を実施した論文に限定した。

結果

転倒事故高齢者はいずれも 70~80% が女性であり、平均年齢 80 歳代前半であった。しかし、痴呆に関しては、調査ごとに差異がみられ (21.9-100%)、結果に大きく影響していると思われる。

転倒事故が最も多く発生していた時間帯は起床時刻前後 (16.9-26.9%) と午後 (16.2-29.4%) であり、転倒場所はベッドサイド・居室をあわせると、大部分の調査では 50% 以上が居室内で発生していた。転倒時動作では移乗時が最も多かったが、転倒高齢者の歩行自立度や認知機能が低い調査では、歩行時が多い調査もみられた。転倒時の損傷は打撲が 25-42.7% と最も多く、骨折は 10% 以下であった。損傷部位は、大腿骨や橈骨の骨折がみられたが、痴呆性高齢者では、顔面・頭部が多かった。

一方、転倒に関連する要因を検討では、転倒の有無を従属変数とした重回帰分析を実施した研

究は4編(25.0%)のみであった。施設利用高齢者の属性のうち、転倒に関連すると思われる項目のうち、年齢・性別は転倒に関連がみられなかった。一方、痴呆は転倒の有無に関連がみられていたが、痴呆性高齢者に対象を限定した調査では、痴呆は転倒の有無と関連が見られなかった。

考察

転倒事故の発生状況には普遍的な一定の傾向がみられず、高齢者の歩行能力や認知機能などに依存していると思われた。従って、転倒事故の類型化を試み、その上で重回帰分析を実施することにより、施設における有用な転倒事故対策を提言することが可能になると思われた。また、転倒事故による受傷率は施設によりばらつきがみられ、フェイルセーフに対する取組みの差異が関連している可能性が考えられた。施設における有効な転倒事故防止活動を推進する上で、特に痴呆性高齢者に対する転倒リスクアセスメント表の開発の必要性が示唆された。

仙台センター報告書

痴呆ケアにおけるリスクマネジメントの研究

—痴呆性高齢者グループホームにおける

リスクマネジメント手法の確立と普及に関する研究—

分担研究者 阿部哲也（高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター 研修研究員）

分担研究者 加藤伸司（高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター 研究・研修部長）

A 研究目的

現在新設グループホームが増加する中、グループホームでは、痴呆性高齢者の自己決定権の尊重や、本人らしい生活の確保などを保証していくことが望まれる。一方、これらのケア理念を実現するための様々なリスクが予想される。

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、グループホームでは痴呆性高齢者の事故に対する対応マニュアルやインシデントレポートの整備等は普及しつつあるが、予防マニュアルやヒヤリはつと記録整備の普及率が低く、実際の事故対応についても異食、外出、火の取り扱い、刃物の取り扱い等、痴呆性高齢者特有の事故に対する対応は対処的な傾向がみうけられた。

今年度はそれらの課題を踏まえ、事故の予防視点に焦点をあてたリスクアセスメント手法の開発、普及を目的とし、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確立を支援することを目的とする。

今年度の研究では痴呆性高齢者の事故に対する対処的な対応だけでなく、予防的な視点（リスクアセスメント）をグループホームに普及するため、以下の2点を主な目的としている。

1 グループホームにおける事故別予防視点に関する調査

グループホームにおける事故別の予防視点の傾向を明らかにし、グループホームにおけるリスクアセスメント情報の課題を検討する。

2 事故別事例集の作成と配布

痴呆性高齢者の事故予防事例を収集、整理し、普及することでリスクアセスメントの視点とリスクマネジメントプロセスの理解を促し、グループホームにおけるリスクマネジメント手法の確立を支援する

B 研究方法

1 事故予防情報（リスクアセスメント項目）に関する調査

(1) 方法

全国 47 都道府県における介護保険指定事業を受けている痴呆性高齢者グループホームおよび、介護福祉施設について、各都道府県よりグループホーム10ヶ所、介護老人福祉施設10ヶ所を層化抽出法にて抽出し計940事業所について質問紙を郵送配布し、278ヶ所（有効回収率29.5%）の事業所より郵送にて回答を得た。

主な回答者は実際に介護に携わっている方について各事業所より代表1名に回答を依頼した。

(2) 調査期間

平成15年2月～3月

(3) 調査内容

調査項目の設定については、典型的な痴呆性高齢者の事故について、予防のために必要な情報を、ケアマネジメントのアセスメント項目を参考に研究委員会にて検討し設定した。

① 典型事故事例

ア) 転倒事例

Aさんは昼食を食べた後、「もう帰ります」と困ったような表情で職員に何度も訴え、早足で急ぐように玄関まで行き、外の様子をみては又、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。

イ) 異食事例

Bさんに洗面所で手を洗ってもらおうと一緒に、洗面台のところに行き、職員が棚の上にあるタオルをとろうとして、目を離したすきに、洗面台においてある石鹸を口に入れてしまった。飲み込まないうちに、すぐに手でかきだしてうがいをしてもらった。

ウ) 帰宅願望・外出事例

入居して半年のOさんは、夕方になると、「早く帰りたい」「K子はまだ来ないの?」といて何度も職員に訴えていた。その都度、職員も対応していたが、ちょっと夕食前の準備で目を離したすきに玄関から出て行ってしまい、Oさんがいないことに気づいた。

すぐに近所を手分けして探したら、Oさんの家とはまったく逆方向の1kmくらい離れたところで、もくもくと歩いているところを見つけた。

エ) 入浴事故

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。

オ) 人間関係のトラブル

あるときCさんがいつも座っている席にすわろうとしたら、Hさんが先に座っており、Cさんが「そこはだめだよ」とHさんにいうと、H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。C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Hさんの方を睨んでいた。

その後、CさんはHさんに対して顔も合わせず、口もきかなくなってしまう。H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Cさんに話しかけるが、Cさんが無視をするので、Hさんも怒り出し文句を言っている。

② 選択項目

ア) 基本項目 (一般的なアセスメント項目) 46 項目

年齢、性別、出身地、体形、顔色、皮膚色、浮腫、発熱、脈拍、血圧、尿量、排尿間隔尿意の有無、便意の有無、排便間隔、便の状態、喘鳴、呼吸、発汗、言語の明瞭さ、嚥下機能 咀嚼状況、褥 創、口腔状態、口臭、視力、聴力、感覚障害、バランス、下肢筋力、上肢筋力、歩行速度、体幹筋力、麻痺、疾患、ふるえ、関節可動域、関節障害、座位保持、立位保持、立ち上がり、寝返り、移乗能力、歩行力、使用補助具、投薬状況

イ) 心理項目 3 項目

性格、うつ傾向、寂しさ、不安

ウ) 中核症状 6 項目

自発言語の有無、意志の伝達力、理解力、時間見当識、場所見当識、短期記憶

エ) 辺縁症状 12 項目

作話、幻想・幻聴、感情の起伏、夜間不眠、昼夜逆転、暴言、暴力行為、大声を出す、多動性、蒐集癖、不潔行為、性的行為、

オ) 主訴 3 項目

いたみ、めまい、かゆみ

カ) ADL 19 項目

摂食能力、嚙む速さ、飲み込みの状態、むせ、食事摂取量、偏食、間食、排泄自立度、失禁の有無、排泄場所、尿器使用、おむつ使用、入浴方法、入浴頻度、入浴拒否、ボタンのかけはずし、上着の着脱能力、ズボンの着脱能力、靴下の着脱能力

キ) 環境 25 項目

廊下の広さ、段差の高さ、居室の広さ、散らかり、手すり状況、浴槽の形、浴室の広さ、トイレの形、トイレの広さ、洗面所の高さ、階段の

有無、庭の広さ、門扉の有無、塀の有無、街中か郊外か、車通り、家具の位置、玄関の広さ、台所の位置、明るさ、色、騒音、におい、空調、湿度

ク) その他 13項目

交友関係、生活暦、趣味、関心事、嗜好品、好きな食べ物、好きな飲み物、装飾品、好きな色、特技、職歴、苦手なこと、嫌いなこと

上記の5つの事例について、事故を予防するための情報として必要なものを選択項目から複数回答で選択してもらった。

(4) 分析方法

各事件事例別に選択項目の選択割合を算出し、予防のために必要だと思われる項目の傾向を整理した。グループホームと介護老人福祉施設の選択項目について選択割合をクロス集計し度数のばらつきについて χ^2 検定を実施した。すべての統計処理は SPSS 統計解析パッケージ ver12.0 J を使用し解析を行った。

2 リスクマネジメント成功事例集の作成

(1) 方法

グループホーム管理者5名、研究者2名より構成される研究会を構成し、研究委員のグループホームにおけるリスクマネジメント成功事例を収集整理、検討を行い、グループホームへの普及を目的とした事例解説集の作成を実施した。

(2) 事例集のコンセプト

事例集作成におけるねらいについては委員会にて以下のように設定した。

- ① 事故における原因をアセスメントすることの重要性と意義を、マネジメント実例を通し、知らしめる
- ② 対応のみならず予防の取り組みの実例を具体的に紹介することで起きてしまった事故のダメージコントロールとともに、リスクのコントロールの重要性を例示する
- ③ 事故別に事前把握が必要な情報をチェックポイントとして強調し、リスク事前評価の視点を促進する
- ④ よくある事故対応について解説することで、自らの事故対応視点の評価を促進する

(3) 構成

事例集の構成については研究会で検討した結果、簡素な事例を数多く知らしめるよりも痴呆性高齢者に特有の典型事故について詳細に解説し、アセスメントのプロセスが細かく理解できうるような構成を検討した。

典型事故については「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」について事例の提供および執筆担当者を研究委

員にて分担した。

事例集の構成としては事故別リスクマネジメント成功事例の解説と、一般的な対応事例の解説集の2部構成とした。

① リスクマネジメント成功事例構成

- ・事故状況と経過
- ・事例概要 生年月日、性別、学歴、職歴、認知機能等
- ・なぜそのような事故が起きたか（原因アセスメント）
- ・対応と予防 身体面、心理面、環境面
- ・リスクマネジメントの取り組み経緯
- ・チェックポイント 事前に把握しておかなければならない情報
- ・身体面、心理面、環境面
- ・解説コメント

事例については執筆担当者がテーマに従い実際の事例について解説を行った。

② 典型的な対応事例解説の構成

- ・事故状況
- ・事例概要 年齢、性別、介護度、身体自立度、痴呆自立度
- ・よくある対応
- ・もっと必要な情報
- ・解説（今後のために）

事例の選定についてはリスクアセスメント調査で使用した事故事例を採用した。

C 研究結果

1 事故予防情報（リスクアセスメント項目）に関する調査

(1) 回答者属性

本調査の調査回答者の属性については有効回答277件中、男性75名(27.1%)、女性202名(72.9%)であった。職名で最も多いのは有効回答269名中、ケアワーカー131名(48.7%)、ソーシャルワーカー47名(17.5%)、ケアマネジャー43名(16.0%)、看護師25名(9.3%)、その他23名(8.6%)であった。「その他」の内訳は施設長、園長、管理職等が主なものである。役職については有効回答275名中、管理者97名(35.3%)、主任・リーダー123名(44.7%)、役職なし50名(18.2%)、その他5名(1.8%)となっており、約4割強が主任・リーダーである。資格については有効回答数278件中、介護福祉士が169名(60.8%)と最も多く、ケアマネジャー119名(42.8%)、ヘルパー52名(18.7%)、看護師43名(15.5%)、社会福祉士25名(8.9%)となっている(複数回答)。

回答施設の種別は有効回答数271件中、グループホームが160件(59.0%)、老人福祉施設が111件(41.0%)で、グループホーム160件中、施設併設型が

80件(50%)、単独型が80件(50%)であった。施設併設型グループホーム80件中の併設施設種別内訳は、老人福祉施設併設が26件(33.8%)、老人保健施設併設が11件(14.3%)、療養型施設併設が3件(3.9%)、通所介護施設併設型が20件(26.0%)、病院併設が16件(20.8%)となっている。

(2) 事故歴

過去の事故歴については、有効回答264件中、「過去1年間事故はおきていない」が29件(10.9%)、「過去1年間に事故は起きている」が235件(89.1%)となっておりグループホーム、施設を問わずほとんどの施設で事故が起きているようである。

表1 事業種別過去の事故歴

事業種類	GH		過去事故			合計
			過去1年間は起きている	今まで起きていない	過去1年間に起きている	
事業種類	GH	度数	14	13	125	152
		事業種類の%	9.2%	8.6%	82.2%	100.0%
		調整済み残差	2.8	2.7	-4.0	
事業種類	特養	度数	1	1	104	106
		事業種類の%	.9%	.9%	98.1%	100.0%
		調整済み残差	-2.8	-2.7	4.0	
合計		度数	15	14	229	258
		事業種類の%	5.8%	5.4%	88.8%	100.0%

($\chi^2_{(2)}=15.778, p<.001$)

事業種別の事故歴についてみると(表1参照)、グループホーム、特別養護老人ホームいずれにおいても8割以上が過去1年間に事故が起きていると回答している。しかし、特別養護老人ホームに比較して、グループホームでは過去1年間に事故が起きていないと回答している割合がグループホーム回答者152件中27件(17.7%)、特別養護老人ホームが106件中2件(0.02%)となっておりグループホームの方が事故が起きていない傾向がみられた。 $(\chi^2_{(2)}=15.778, p<.001)$ 。

表2 事業種別開設年数割合

事業種類	GH		新開設年				合計
			1年未満	3年未満	5年未満	5年以上	
事業種類	GH	度数	34	58	39	13	144
		事業種類の%	23.6%	40.3%	27.1%	9.0%	100.0%
		調整済み残差	4.8	7.4	3.4	-12.5	
事業種類	特養	度数	2	0	10	92	104
		事業種類の%	1.9%	.0%	9.6%	88.5%	100.0%
		調整済み残差	-4.8	-7.4	-3.4	12.5	
合計		度数	36	58	49	105	248
		事業種類の%	14.5%	23.4%	19.8%	42.3%	100.0%

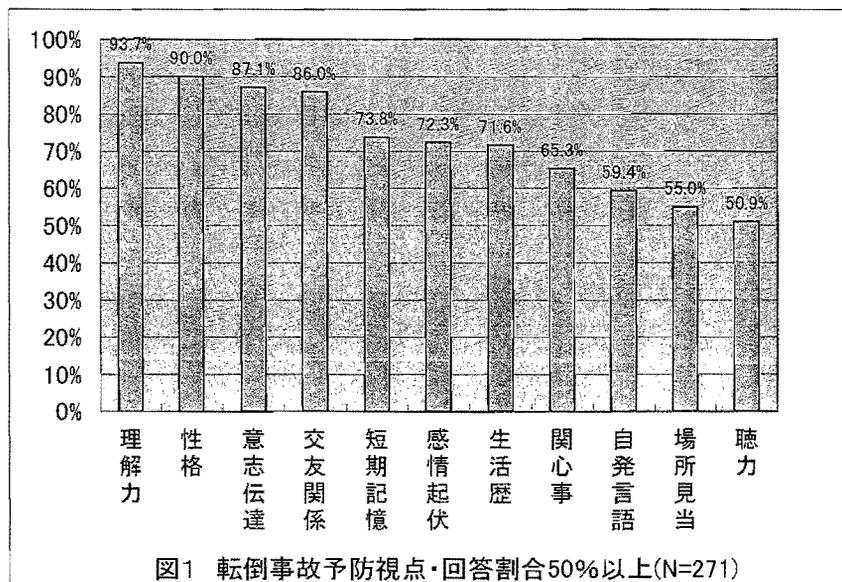
このことは単純にグループホームで事故が起きにくいというよりは、グループホームの開設年数と関連していると考えられる。表2は事業種別の開設年数割合であるが、グループホームは6割以上が開設3年未満であり、特別養護老人ホームは9割弱が5年以上の開設年数である。グループホームの事故の少なさは開設年数の浅さの影響も考えられる。

(3) 事故別予防視点

① 転倒事故事例

ア) 全体

転倒事故の予防に必要な情報について選択回答率50%以上の項目を示したのが図1である。歩行力、下肢筋力、不安、バランス、歩行速度、場所の見当識が8割以上、理解力、生活歴、てすり、関心事、寂しさが約7割以上の事業所で選択された予防のために必要な情報である。転倒のアセスメント項目としては一般的に必要とされている歩行力、下肢筋力、バランス、歩行速度などは必要という認識が高く、痴呆特有の視点として場所の見当識、理解力などの中核的な症状に関する項目が選択されている。それ以外には不安やさびしさなどの心理的要素、生活行動傾向や関心事など個別要素が痴呆性高齢者の転倒予防に必要な視点として重要視されている傾向であった。



イ) グループホームと特別養護老人ホームの比較

グループホームと特別養護老人ホームの比較を示したのが図2である。全体的な傾向と両事業所とも同様の傾向を示しているが、歩行力についてはグループホームが88.1%、特別養護老人ホームが95.5%と特別養護老人ホームの方がより重要視されている ($\chi^2_{(1)}=4.411, p$

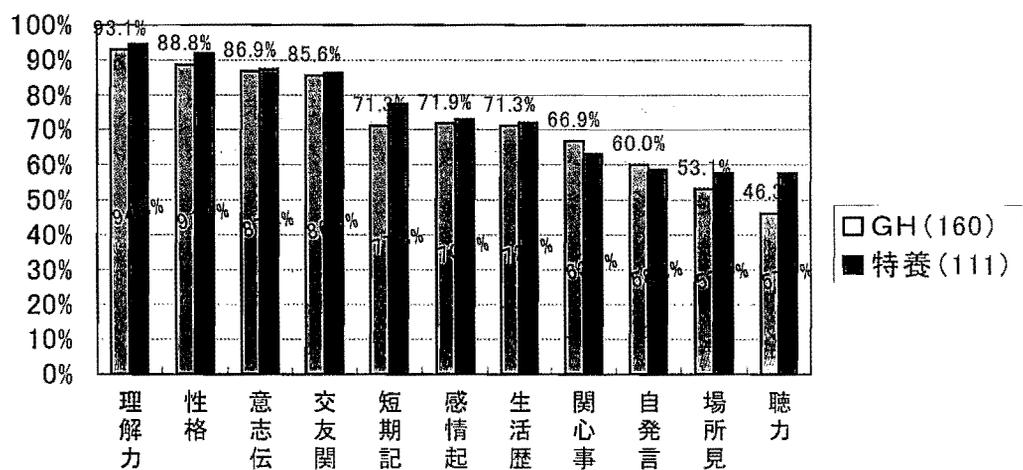


図2 転倒事故予防視点 事業種比較

く.05)。有意ではないが、図2より差がある項目としては短期記憶や時間の見当識、場所の見当識など中核症状に関する情報や投薬状況、疾患などの医療情報等については特別養護老人ホームの方がグループホームに比較して予防のために必要だと感じている傾向がある。逆に、視力、麻痺、感情の起伏、明るさ、関節障害などの項目についてはグループホームの方が転倒予防情報として重要視されている傾向がある。

② 異食事故事例

ア) 全体

異食事故予防に関する必要情報としては理解力の選択率が 95.6%と突出して多く、好きな食べ物が 69%であり、嗜好品、食事量、意志伝達、視力、摂食能力等は 6 割以下の選択率である (図3 参照)。

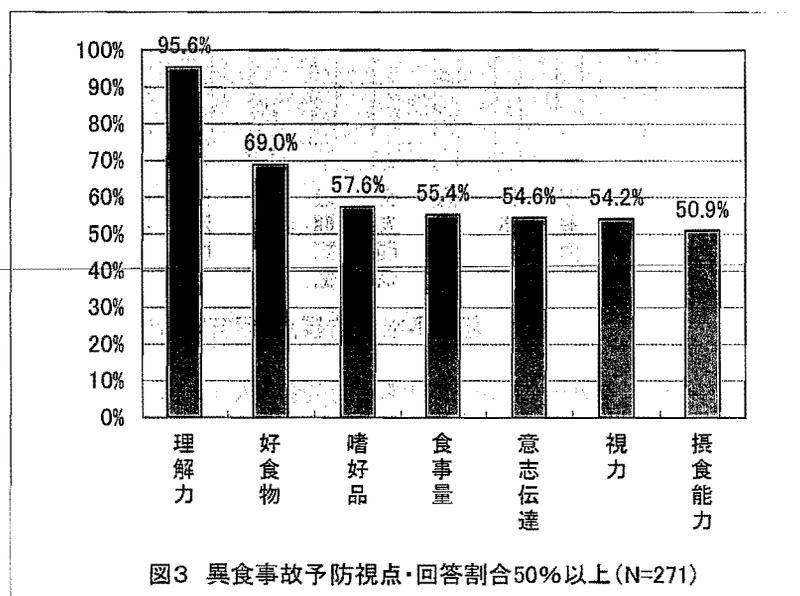
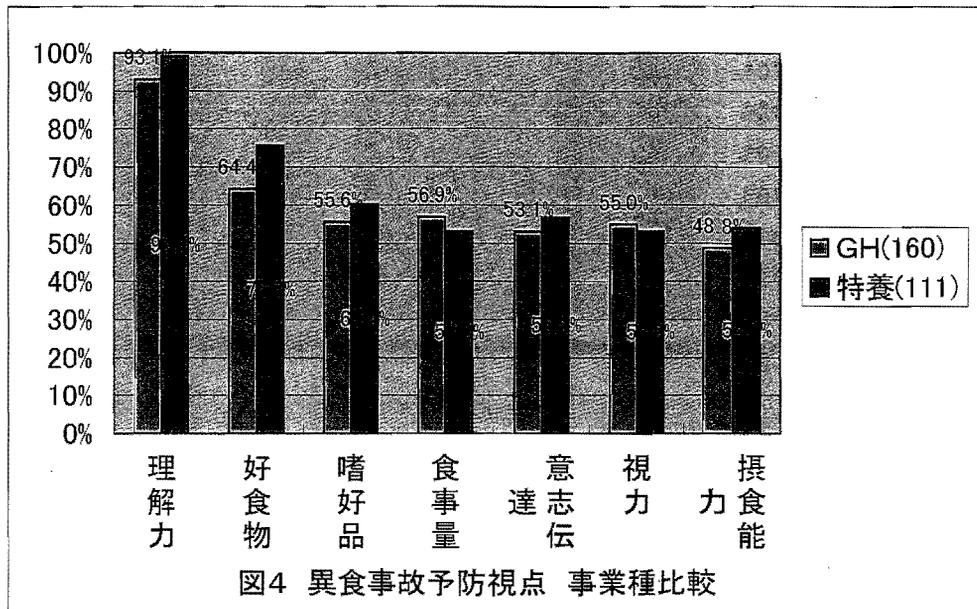


図3 異食事故予防視点・回答割合50%以上(N=271)

イ) グループホームと特別養護老人ホームの比較



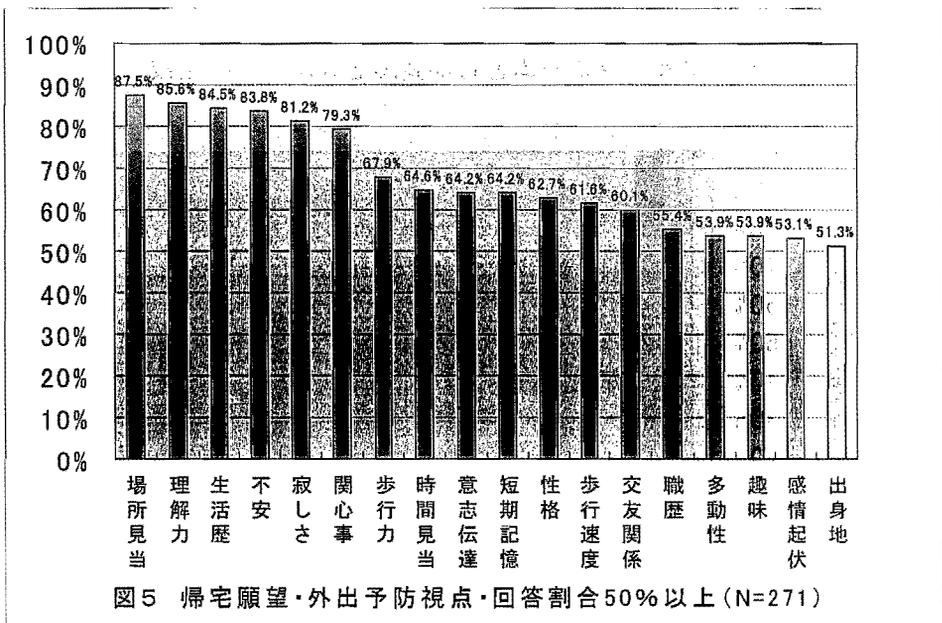
異食事故予防に必要な情報については、理解力 ($\chi^2_{(1)}=5.527, p < .05$)、好きな食べ物 ($\chi^2_{(1)}=3.913, p < .05$) について特別養護老人ホームの方がグループホームに比較して選択率が高い傾向が認められた(図4参照)。

その他の嗜好品や食事量、意志伝達、視力、摂食能力などについては統計的に有意な差はなかった。

③ 帰宅願望・外出事例

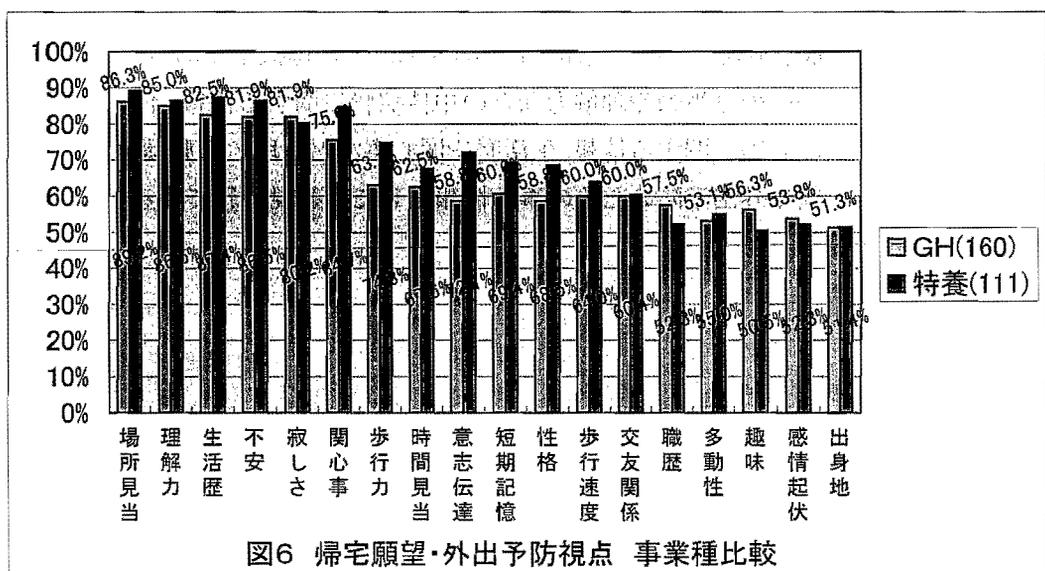
ア) 全体

帰宅願望・外出事故予防の視点としては場所の見当識、理解力、生活歴、不安、寂しさ、関心事が約8割以上の選択率であった(図5参照)。場所の見当識や理解力などの中核症状に関する情報、不安や寂しさなどの心理に関する情報、生活歴や関心事など普段の行動傾向などが帰宅願望や外出予防のための事前情報として重要視されている。



イ) グループホームと特別養護老人ホームとの比較

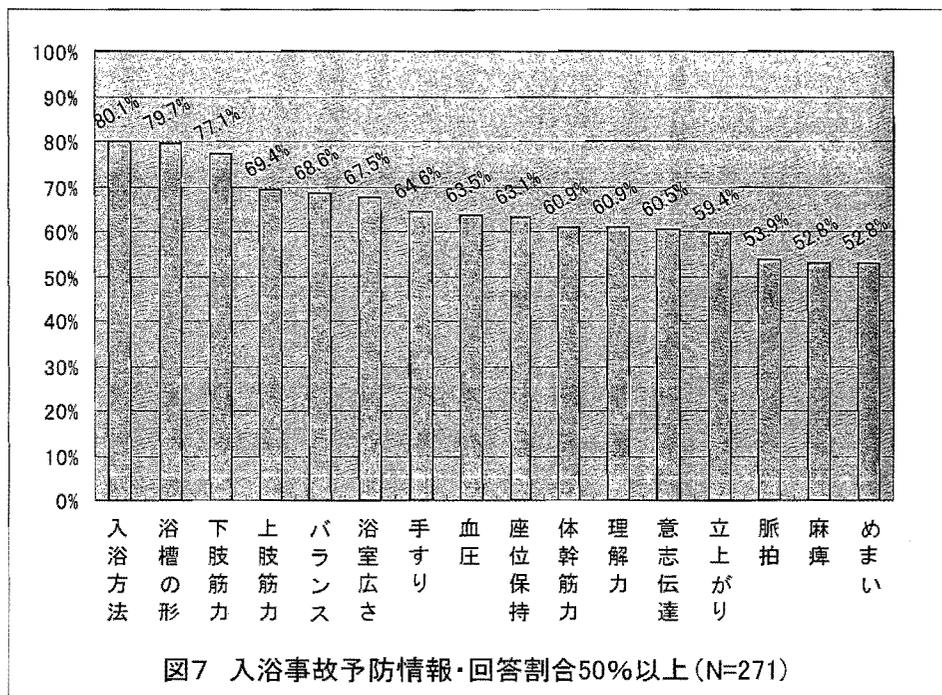
事業種別に比較すると (図6参照)、特に有意な差は歩行力 ($\chi^2_{(1)}=4.080, p<.05$) と意志伝達能力 ($\chi^2_{(1)}=5.061, p<.05$) であり、いずれもグループホームに比較して特別養護老人ホームの方が選択率が高い傾向にある。それ以外の予防情報としては、歩行力、歩行速度など歩行に関する情報、時間の見当や短期記憶など中核症状に関する情報、性格や多動性、関心事など個人的な内的性質に関する情報、職歴、趣味、出身地など属性に関する情報などが事故予防の事前情報として選択されている。いずれの情報についてもグループホームの方が特別養護老人ホームに比較して選択している率が低い傾向にある。



④ 入浴事故事例

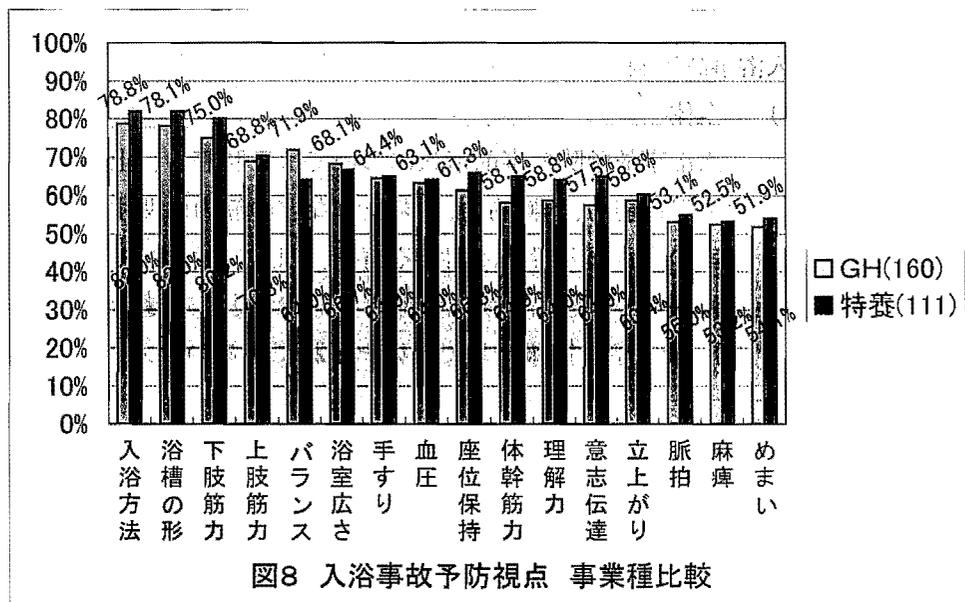
ア) 全体

入浴事故予防の事前情報については下肢筋力、上肢筋力、バランス、座位保持能力、体幹筋力、立ち上りなどの筋力に関する情報と浴槽の形、浴室の広さなど環境に関する情報、そして理解力や意志伝達能力などの痴呆自体の特性に関する情報が予防情報として選択されている(図7参照)。最も予防情報として必要とされているのは入浴方法 80.1%である。



イ) グループホームと特別養護老人ホームとの比較

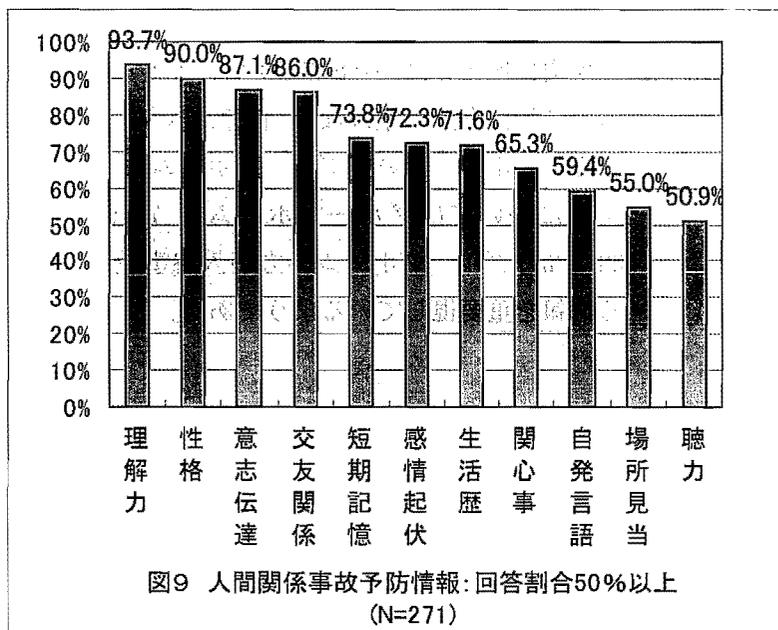
事業種比較では(図8参照)特にグループホームと特別養護老人ホームでは特に有意な差はない。有意ではないが傾向としては全体的に特別養護老人ホームの方がグループホームよりも選択率が高い。しかしバランスについてはグループホームが 71.9%、特別養護老人ホームが 68.1%とグループホームの方が入浴事故予防のためにバランスに関する情報を重要視しているようである。



⑤人間関係のトラブル事例

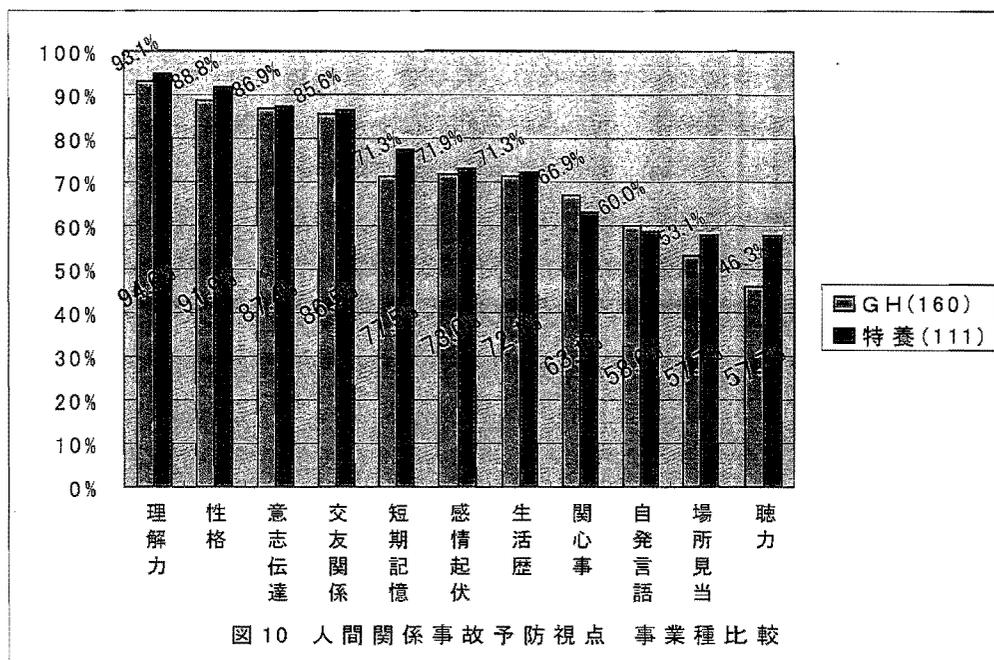
ア) 全体

人間関係のトラブルやもめごとの予防に必要な情報としては、理解力、性格、意志伝達、交友関係に関する情報が8割以上選択されており、短期記憶、感情の起伏、生活歴が7割以上の選択率である。理解力、意志伝達、短期記憶などの痴呆の中核症状、性格、生活歴などの個人特性に関する情報、交友関係など他者との関係性に関する情報、感情の起伏などもめごとの原因になりやすい情緒的な側面に関する情報を必要としているようである。(図9参照)



イ) グループホームと特別養護老人ホームとの比較

人間関係のもめごと予防に必要な情報は、グループホームと特別養護老人ホーム間について特に有意な差は認められていない（図 10 参照）。



2 リスクマネジメント成功事例集の作成

事例集については巻末資料参照。

D 考察

1 事故予防情報（リスクアセスメント項目）に関する調査

(1) 転倒事故予防に必要な情報

転倒事故の予防に必要な情報としては事業種別によらず一般的な転倒に関するアセスメント項目である歩行力、下肢筋力、バランス、歩行速度等については重要性が認識されているようである。加えて場所の見当識、理解力、意志の伝達能力、時間見当識などの痴呆の中核症状に関する情報についてもリスクアセスメント項目として重要と認識している傾向にある。不安、寂しさ、感情の起伏などの心理アセスメント項目、てすり、段差、明るさなどの環境アセスメント項目、生活歴、性格、関心事などの個別属性項目も選択率が高い傾向にあった。特に今回例示した転倒事例は痴呆性高齢者に典型的な転倒事例として帰宅願望が頻回な事例を提示したため痴呆の中核症状や心理アセスメントに関する情報が選択されたものと考えられる。

グループホームと特別養護老人ホームの比較については、歩行力の情報についてグループホームの方が選択率が低い結果となった。これはグループホームの方が歩行力の評価方法を確立していないか、特別養護老人ホームに比較して事故経験が少ないため選択率がより低くなったと考えられる。しかし、グルー

ブホーム全体の選択項目の中では88.1%と9割弱の施設が転倒予防に必要であると認識しているようである。

(2) 異食事故予防に必要な情報

異食事故予防に必要な情報としては理解力、意志伝達力のような痴呆の特性に関する情報と好物や嗜好品、食事量、摂食能力などの食に関する好みや状況に関する情報が多く選択される傾向にあった。理解力については異食の原因と関係しているため、事前に理解程度を把握すれば異食に関する行為を防げる可能性は確かに高くなることが予想される。しかし、痴呆性高齢者は皆、中核症状として短期記憶力の低下や見当識の障害によって理解力は低下する傾向にあるため、全員が異食の可能性があることになる。ここでの視点はこの事例に関していえば、石鹸を口に入れてしまった心理的原因をアセスメントすることにあるだろう。よって、今の心理状況にいたっている原因を推定するための情報が必要となると考えられる。理解力と食に関する特性を把握しておくことは必要であるが、異食予防のための事前情報としては根本的な予防解決の手段としては不足していると考えられる。

理解力と好物についてグループホームの方が特別養護老人ホームよりも選択率が低くなっている。やはり転倒と同様、リスクアセスメントに関する経験や意識がまだ若干低い傾向があるのだろう。

(3) 帰宅願望・外出予防に必要な情報

帰宅願望・外出事故予防に関する必要な情報は場所の見当識、理解力、時間の見当識、意志伝達力、短期記憶などの痴呆の中核症状に関する情報と不安、寂しさなどの心理情報、歩行力、歩行速度など歩行そのものに関する情報などが選択されている。帰宅願望については転倒事例においても帰宅願望のケースであったため中核症状の事前把握が重要視されているといった点では類似した傾向となっている。帰宅願望と外出では特に心理情報が予防のための事前情報として重要視されているようである。これは外出そのものの原因が帰宅したいという心理的な側面の影響が強く、さらに帰宅願望の原因が心理的不安によるものと考えられているためであろう。しかし実際にはなぜ帰りたくなるのかの状況確認と行動パターンの二つを把握しておくことでいつくらいに外出する可能性があるのかと、どういう状況の時に帰宅したくなるのかについて把握しておけば予測はつく可能性が高いと考えられる。生活歴の必要性が84.5%の選択率として現れているのではないだろうか。

歩行力と意志伝達力に関してはグループホームよりも特別養護老人ホームの方が選択率が有意に高くなっている。他の事故予防情報の傾向とも同様に特別養護老人ホームでは歩行力や意志伝達能力の把握は痴呆性高齢者に関するアセスメント項目として共通した重要情報となっている傾向が伺える。

(4) 入浴事故予防に必要な情報

入浴事故事例は溺水の事故事例であり予防に必要な情報として選択されたものは入浴方法がもっとも多く、次いで浴槽の形や広さ、筋力などに関する項目であった。入浴事故については痴呆に限らず高齢者全般に関して可能性の高い事故種であるが、痴呆性高齢者の場合の原因についてはやはり入浴手続きに関する理解力の低下であろう。よって、理解力や筋力を事前に評価することは重要であり、今回の選択項目もそれらが反映されている。

(5) 人間関係のトラブル予防に必要な情報

人間関係のトラブル予防に必要な情報としては主に理解力や短期記憶、意志伝達力などコミュニケーションに影響する中核症状と、本人の性格や生活歴などもととの対人特性、そして感情面や心理面などの対人交流に影響する個人特性、グループ内の人間関係の把握などがもめごとを回避するための事前情報として重要視されていた。これはグループホームの場合は生活者が少数のため入居者間の関係把握はアセスメント情報の核となるものであるが、特別養護老人ホームの選択率とグループホームでは差がなかったため小人数ケアに限定されないようである。特に聴力情報を事前に把握しておくことと人間関係のトラブルを回避できると回答している割合がグループホームで46.3%、特別養護老人ホームで57.7%と差が大きい。確かに聴力や自発言語などは対人交流においてもっとも重要な言語的な交流の重要な手段である。聞こえないことによって交流が円滑にいかず、誤解が生じトラブルが起きることが多々あることである。聴力程度の把握は対人関係形成の重要な要素となっているとすればもめごと回避の重要なアセスメント項目となるはずである。この点についてグループホームではあまり認識されていないようであった。

E 結論

本研究ではグループホーム、特別養護老人ホームにおける事故予防に必要とされている情報の傾向を把握するために、実態調査を実施し、あわせて実際にグループホームでリスクマネジメントに成功した事例を収集し解説集を作成した。

痴呆性高齢者の事故予防に必要な情報として以下のような実態であった。

- ・転倒事故予防に必要な情報としては、歩行力、下肢筋力、バランス、歩行速度、麻痺など歩行自体の遂行に直接関係する身体情報、不安、さびしさ、感情の起伏などの心理状況に関する情報、見当識、理解力、意志伝達など痴呆の中核症状に関する情報、てすり、段差、明るさなど環境面に関する情報、生活歴、関心事、性格など個人の内的性質や行動傾向に関する情報、投薬情報などが重要視されている傾向がみられた。

- ・異食事故予防に必要な情報としては、理解力、意志伝達などの認知能力などに関する情報、好物や嗜好品、食事量、摂取能力など食行為に関する情報、視力が重要視されて

いる傾向が明らかとなった。

・帰宅願望・外出予防に必要な情報としては見当識、理解力、短期記憶など痴呆の中核症状に関する情報、不安やさびしさなどの心理状況に関する情報、生活歴、性格など個人的な特性に関する情報、歩行速度、歩行力など身体能力に関する情報が重要視されている傾向が明らかとなった。

・入浴事故予防に必要な情報としては、筋力、バランスなどの身体能力情報、浴槽の形、てすり、広さなどの物理的な環境に関する情報、理解力、意志伝達力などの認知能力に関する情報、入浴の手続きに関する傾向に関する情報などが必要とされていることが明らかとなった。

・人間関係のもめごとを予防するための情報としては、短期記憶、理解力、意志伝達、見当識など認知能力に関する情報、性格や生活歴など個人の行動特性に関する情報、交友関係など人間関係状況に関する情報、聴力など対人関係形成に重要な情報が必要とされている傾向があきらかとなった。

グループホーム特有の予防視点については特に特別養護老人ホームとの差は見られなかった。全事故事例に共通していたのはグループホームの方が特別養護老人ホームに比較して歩行力など、ほとんどの項目で選択率が低い傾向にあった。逆に特別養護老人ホームは多くの項目に対して選択する割合が多くさまざまな情報を事前情報として把握している傾向が伺えた。

今後は今回の予防に必要なとされている情報の傾向調査を参考に、それらの情報についてリスクアセスメント項目としての妥当性を検証していきたい。あわせて事前に把握した情報を実際の予防につなげていくための手法について、今回作成したリスクマネジメント成功事例解説集の普及を通し、全国グループホームに対しシステムの補強を促進していきたいと考える。

F 参考文献

- 1) 津田裕子：施設から在宅へのケアプラン スラップ 1. 教育出版センター、徳島、1999

資料

リスクマネジメント事例解説集

I グループホームにおける

リスクマネジメント成功事例集

II よくある事故対応の解説集

Ⅰ グループホームにおける リスクマネジメント成功事例集

<目 次>

- 1 【転倒事故】 1日に10回以上転倒するMさん
- 2 【異食事故】 石鹼を食べてしまったSさん
- 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
- 4 【服薬事故】 隣の人の薬を飲んじゃったMさん
- 5 【入浴事故】 入浴後にふらつきのみられたケース
- 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

I. <事故状況と経過>

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。

II. <事例概要>

生年月日) 78歳

性別) 男

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

ADL) 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

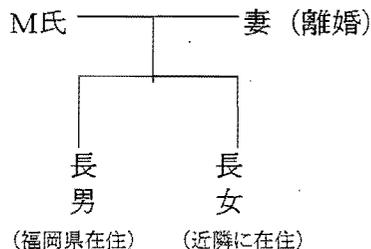
生きがい・趣味) 歌

宗教) 仏教

生活史) 3人兄弟の長男として出生。福岡県の学校を卒業後、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歳長女を頼り北海道に移り住む。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)



Ⅲ. <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安心感からか、「見守り」の意味を安易に考えていた事により、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る。また、一人であることに対する孤独感が、他者とのトラブルを助長しているのではないかとも思われる。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のではないかと思われ、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。更に、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。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の結論に達し、取り組みが始まった。

Ⅳ. <対応と予防>ダメージコントロールとリスクコントロール

Step1 一時的な対応は？（被害が大きならないために）

- ① より注意深く本人の行動を全スタッフが気にする。
- ② 行動を起こした際には、スタッフが歩行介助する。
- ③ リビングには、必ずスタッフがおり、常に2階を意識して注意深く見守る。

Step2 予防の取り組みと経緯（事故を防ぐために）

<身体面>

- ① 歩き方かどうか
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、遠くで見守っていても、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。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。
- ② 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。
- ③ 排泄のチェック
トイレでの転倒も頻繁にあるため、ただ記録の為の記録に留めておくのではなく、本来の彼らを気にする記録の活用として、より実践につなげることができるようにしなくてはいけないとの理由で、排泄時間の間隔を把握することにより、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～」チェックを頭に叩き込んでおくこと。「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。
- ④ 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＞

① 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。

② 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と思われる。

③ コミュニケーションの見極めができていないか？

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。

④ 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＞

① 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くとよい。

② 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。

③ 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寛容と思われる。

取組みの実際)

	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、トイレ誘導ふらつき見られる、パッド回収一服されています。手の震えが見られる為、ストロー付きマグカップで飲んで頂きました。これはMさんののですか聞いてきたので「はいそうです」と答えています。どこか打ったのと聞くとおでこを押さえています。軽いほうだと話されています。</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け、音がしたら必ず本人のところまで飛んでいく。
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ます。スタッフ介助にて立ち上がり自力トイレ、その後、特別変化無し。</p> <p>10：40 2階、居室より出る際、扉をあけ転倒、シッパ交換、右前頭部たんこぶ、左膝打っています。</p>	
9・27	<p>11：10 自室(3)にて転倒。スタッフ訪問した際には、膝を床に付け頭をあげていました。本人は腰を打ったと話されています。介助にて立ち上がり2階喫煙所に座っています。</p>	(2) 転倒する場所に規則性はないだろうかを探る必要があるのではないか。
9・27	<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あり、特別変化無し。</p> <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～」と叫んでいます。スタッフ訪問すると顔面、両手を打ったと話しています。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、一端スタッフ離れています。</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。
9・27	<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?と言っていますスタッフ「足の運びが悪くなった事」を伝え納得。介助にて立ち上がり、喫煙所まで歩行介助しています。興奮状態見られず。</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?
9・27	<p>9・15 自室にて転倒。</p>	
9・27	<p>10：30 2階廊下にて転倒。</p>	
9・27	<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され居室内にて転倒、痛み訴え見られず。</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へ一服され自室へ戻り入眠。</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悟ることであると思われる。</p>
--	---	--

V. <チェックポイント> (ここは見逃したらダメ!) 把握しておかなければならない情報は何か

<身体面>

- ① 歩行状態をスタッフが把握しよう。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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>

- ① 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)
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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、始めから敬語をなどを使わず、相手の雰囲気をつかみ、あわせるようにする。
- ⑤ 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。
- ⑥ 一緒に食事をしよう。
- ⑦ 一緒にオセロをしよう。
- ⑧ ご家族にも協力してもらおう。
- ⑨ 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)
- ⑩ 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)

- ⑪ 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＞

- ① 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。
- ② Mさんを気にすること、見極めて、見守りをしよう。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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う。

VI. ＜解説コメント＞

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、事故が起こ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る。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る。今回は、術後の退院のスタッフの見極め（～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ある。結果から申し上げると、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ある。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と見極めた上で表現されなければならないと考える。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いないから本当の意味での見守りができていないから、事前の行動や用意がなされていないことから起こっていると思われる。まずは、「絶対に転倒させない」という強い意志をチームとして共通のこととして持ち合わせているか、又は、そのことについて日々現場で繰り返し話し合っているかということである。さらに、事故が起こ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ある。今回のケースで、スタッフが話し合ったことの中で最も特徴的だったこととして、音のアセスメントをしたことである。私達は、現場にいとそう感じないが、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」と感じた人は多いと思う。その五感をフル活用し、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る。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だが、机上のものだけにとどまっていたらリスクを回避することはできないと考える。その机上のものを、実践という関わりの中で生かされ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だろうか。私達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決してない事を確認しておきたい。結果、彼が転倒ゼロになったことを考えれば、私達自身の捉え方や反応の問題であることは言うまでもない。決して彼らの問題ではなく、私達の問題なのである。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。最後に、スタッフの素直な取り組みとそのチームケアに感謝したい。ありがとう。

2 【異食事例】石鹸を食べてしまったSさん

I. <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鹸に歯形がついているのをスタッフが見つける。Sさんの口のまわりから石鹸の匂いがするのと、ポケットから歯形のついた石鹸が半分見つかった。

II. <事例概要>

生年月日) 71歳

性 別) 女

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) 老人性痴呆

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

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

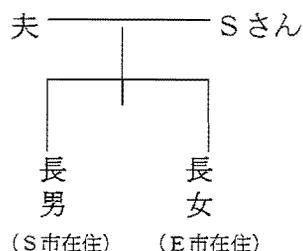
生きがい・趣味) 歌・花・日記

宗 教) 仏教

生活史) 8人兄弟姉妹の末っ子として出生。北海道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。夫は国鉄職員として働き、その家庭を守ってきた。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、北海道中を転々とする。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、アルツハイマー型痴呆との診断を受ける。結果、老人保健施設に入所となる。しばらく老健での生活が続いたが、痴呆の症状が次第に進んでいった。ご主人も、同様の診断を受け、二人で老健生活が続く。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)



Ⅲ. <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る。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ある。誰も石鹸を食べている姿を見てはいないのである。第二は、便秘である。石鹸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った。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った。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ある。また、食べた石鹸を調べてみると、花の形をした石鹸であることが判明した。つまり、Sさんにとって、石鹸ではなく、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である。

Ⅳ. <対応と予防>ダメージコントロールとリスクコントロール

Step1 一時的な対応は？（被害が大きくならないために）

- ① より注意深く本人の行動を全スタッフが気にし、生活の中で何気に関わりの接点を見出す。
- ② 便秘に対する生活習慣を見直していく。（便秘薬の調整も合わせて試みる）
- ③ 紛らわしい石鹸は置かず、通常の固形石鹸に置き換えてみる。

Step2 予防の取組みと経緯（事故を防ぐために）

<身体面>

- ① 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。
- ② 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、便秘薬と平行して生活習慣自体も見直す必要がある。
- ③ 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>

- ① 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で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。
- ② 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思われる。
- ③ メンタルなマネジメントができているか？
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＞

① 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、感性の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。

② 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のスタッフ個々の見直しが必要ではないだろうか。

取組みの実際)

	経 過	着眼点
2・4	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>(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推測である。</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、石鹸を食したものと判断により、N病院救急外来へ受診。嘔気、嘔吐、の症状がないか時間を置いて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、帰宅してからの様子観察するようとの、Drより指示が出される。	
2・5	23:00 本人、ぐっすり眠られている。	<p>(2) 普段と変わらぬ生活を営むよう指示をだす。</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>
	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。	
	6:30 リビングにてコーヒーを飲まれている。	
	9:10 他の入居者の方とスタッフと共に、清掃。	
	9:25 スタッフと共に、ゴミ捨てに行かれる。	
	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。	
	14:20 毛玉とりをしている。	
	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。	
	22:50 スタッフトイレへ誘導。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。	
	24:20 帰宅。麦茶一杯を飲み干し就寝される。	
2・6	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>(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>
	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。	
	9:00 他の入居者の方々とスタッフと共に、清掃。	
	9:30 スタッフと共に、ゴミ捨てに行かれる。	

V. <チェックポイント> (ここは見逃したらダメ!)

把握しておかなければならない情報は何か

<身体面>

- ① 排泄の状況を把握しよう。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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>

- ① 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)
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 一緒に食事をしよう。
- ⑤ 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)
- ⑥ 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)
- ⑦ 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>

- ① 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。
- ② Sさんを気にすること、見極めて、見守りをしよう。
- ③ 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。
- ④ 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)
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。
現実、花の形をした石鹸を、普通の固形石鹸にし、生活の中での関わりを持つことによって異食は起きていないのである。

VI. <解脱コメント>

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できているかどうかを問われなければならない。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ものと解釈している。この事例で特徴的なこととして、異食は、

- 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

である。それらを取り除くことで解決することが多いのである。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確信する。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必要があるのであって、彼らをどうこうするものでは決してない事を確認しておきたい。結果、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の問題であったことは言うまでもない。決して彼らの問題ではなく、私達の問題なのである。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。リスクマネジメントよりケアマネジメントである。最後に、スタッフの素直な取り組みとそのチームケアに感謝したい。ありがとう。

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

I. <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、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さんに近くに寄ると「どうして付いて来るの」「放っておいて下さい」と興奮し、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。

その日も朝から興奮状態で別人のような顔をしており、「今すぐ帰る」「こんなところにはいけない」と、関わっている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、一心不乱で草むらに入って行き、その時草に足が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。

II. <事例概要>

生年月日) 大正14年 7月22日生 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) HDSR 8点

既往歴) 虫垂炎手術 (S34)、胆石手術 (S42)、高血圧症、糖尿病

現病) 高血圧症、便秘症、アルツハイマー型痴呆 (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。

A D L) 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。

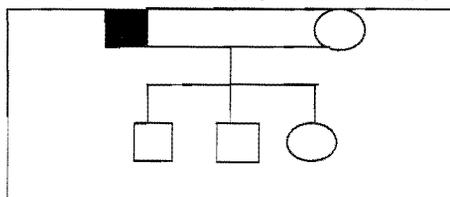
生きがい・趣味) 畑仕事・歌をうたう・ラジオ体操 (体を動かすのが好き)

宗教) 仏教禅宗

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・兄たち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女を儲ける。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、アルツハイマー型痴呆と診断される。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)



Ⅲ. <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、3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る。どうして外に出たいのか？どのような時に外に出るのか？まずは、その行動の原因を探らなければならない。

Oさんは、痴呆症状が出現する3年前まで入院している夫に付き添いのため、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る。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は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、そのようなことから外に出ることが考えられる。また、Oさんの既往・現在病から関係しているものはないかと考える。便秘症であり、2～3日排便がないと、腹部のハリなどの不快感から、『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』という想いからも外に出ることが考えられる。

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、更に足元の悪い草むらに入り、しかも加齢と活動低下による下肢筋力の低下も手伝い、今回のことが起きたと思われる。

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。

Ⅳ. <対応と予防>ダメージコントロールとリスクコントロール

Step 1 一時的な対応は？（被害が大きくならないために）

- ① 外に出た場合、できるだけ側を歩き、すぐに対応できるようにする
- ② Oさんの言動・しぐさ・表情・態度等により注意深く意識を向ける。
- ③ 便秘による不快感が持続しないよう工夫する。
- ④ 歩くと予想される場所の障害物をあらかじめ取り除く。
- ⑤ 寄り添いを多くし気持ちの安定をはかる。
- ⑥ 興奮の原因として服用中の薬剤を点検する。

Step 2 予防の取組みと経緯（事故を防ぐために）

- ① 今までの訴えの時間帯・頻度・心理状態等から対応を考える。
共通しているものが見つかれば、対応法も見えてくる。
- ② 外に出る背景で見落とししているところはないか、再アセスメントする。
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と再度、Oさんの兄弟や子供に聞き、ライフヒストリーを深く掘り下げる。
- ③ 本人が安心できる居場所を用意し、不安感・孤独感の解消を図る。
ホームが、Oさんにとって居心地の良い場所となるよう、またずっとホームにいても良いと思えることができるようになるよう関わりをもつ。リビングの居場所、入居前と変わらない居室づくりなど……。

④ 役割や趣味の時間を持つことで、生活に自信と潤いを感じていただき、スタッフとの信頼関係を築き上げる。

○さんのできること・できないこと、望むこと・望まないこと、好みなど把握し、掃除や調理などの場面で役割を見つけ出し、アプローチしたり、趣味の時間を持ち、楽しさも感じていただく。

⑤ 外出時の歩行介助の再検討

筋力・歩行などのアセスメントを行い、○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。ロールプレイによる確認演習を行う。

⑥ 家族への協力依頼

夫の病院に行くということは、夫が亡くなっていることから、難しいことである。○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。

・ 取組みの実際)

日付	経 過	着 眼 点
	<p>ケースカンファレンス 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、今後の検討を行う。 担当スタッフを中心に信頼関係作り、家族への協力依頼等、行っていくこととする。</p> <p>家族に連絡 経過について説明をし、関わりの機会を増やしていただくよう協力依頼をする。</p> <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、「こんなところにいけない」「今すぐ帰る」と、興奮状態で意味不明なことも言い、別人のようである。 血糖値の測定を行うと低血糖状態で砂糖水を飲んでいただくことで落ち着く。</p> <p>排泄チェック表により、便秘3日目。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。</p> <p>すぐ上の兄が面会に来られる。その際、Oさんの幼少時代のことについて聞いてみると、いつも兄たちを追って、空き地や河川敷など走り回っていた活発な子だったと、また叱られたりすると土手に座って過ごしていたりしたとも話がある。</p> <p>長男家族が、面会に来られ、「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」との報告に、ホッとしている。その日の外に出る訴えはない。</p> <p>調理をする中で積極性も見られてきており、表情も明るい。</p>	<p>スタッフ間で対応のズレはないか 対応の統一の確認</p> <p>家族とのつながりを重要視し、安心して過せる時間を確保する</p> <p>興奮の原因を探る 既往・現在病との関連はないか</p> <p>ふれ合いを持つことで少しずつ関係を狭めていき、距離を縮める</p> <p>ライフヒストリーとの関連</p> <p>心から信頼できる家族とのやりとりで安心できる。家族とスタッフの連携対応が重要</p> <p>何をしている時が生き生きしているか、充実されているか、何をすることができるか、何に興味があるかを探っていく事を怠らない。</p>

V. <チェックポイント> (ここは見逃したらダメ!)

把握しておかなければならない情報は何か

- ① ○さんの外に出ようとする前後の状況はいつも同じか
・時間帯、頻度、関わっている人、排泄状況、体調、睡眠状況、精神状態、過ごしていた場所、天候
- ② ○さんが外に出るときの興奮度
- ③ ○さんの生活で予測されるヒヤリ・ハットを把握する
仕事をする前に予測される項目に対する確認を行う
- ④ 一人で過ごしている時間とみんなと過ごしている時間とでの訴える頻度の違いはあるか
一人で過ごしている時間に頻度が高ければ、孤独感や不安感からくるものと理解できる。
- ⑤ 関わっていたスタッフとの様子はどうか、外で寄り添う時はいつもスタッフに対して興奮気味に話すのか
スタッフの態度やしぐさ・声のトーン等、○さんにとって安心できる材料がそろっているか見直す。
- ⑥ 1日の過ごし方は、本人にとって充実したものとなっているのか?
- ⑦ 内服薬の内容や副作用の理解
人によるが薬によってはせん妄や興奮を引き起こすことがあるため、十分な観察が必要。

VI. <解説コメント>

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、いくつの探しごとをしているのか、また、何処へ行こうとしているのか、そして、どの時代を生きているのか等を見失いがちである。その方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、必ずやニーズが見え、距離を近づける事ができるだろう。今回の例も痴呆になる前の状況に目ばかりがいき、幼少時代の事柄まで探るという視点が抜けていた。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されるということ忘れてはいけない。また、服用中の薬剤が興奮に起因していたという例で服用中の薬剤の見直しも重要であるということが示された例である。ライフヒストリーだけが○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えていく必要がある。その場しのぎの対症療法的な対応ではなく、相手と真剣に向き合い、相手の外に出るという背景に対し、じっくりと関わる必要がある。「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」「あんなことが起きるかもしれない」とスタッフの中で出し合い、そのことに対しどのように対応すれば良いのかを明確にしておき、そのことが起きても慌てないで冷静に対応することができるように日頃から、確認しあっておくことが大切である。「～かもしれない」と思った時、次に具体的にどのように対策をたてなければいけないのか、思ったこと感じたことをすぐに行動に移せるかが問題である。リスク管理のように入居者の命にかかわるような事が起きるかもしれないという状況の中で、きちんとひとりひとりが自覚し責任を持って、考えていかなければならないだろう。一人だけが「かもしれない」と思っているだけでも残りのスタッフの気持ちが「きっと大丈夫だろう」では、いつまで経っても、危険を回避することはできない。全員で危機意識を高め、同じ意識のもとで行うことで初めて効果がでるのである。

4【服薬事故】隣の人の薬を飲んじゃったMさん

I. <事故状況と経過>

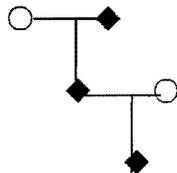
Mさんは左手に障害があり、自分で薬の袋を切ることができなかったため、薬を薬杯に移して渡すと自分で飲んでいました。しかし薬を飲んだことを忘れて再度請求することが時々見られるようになっていた。

1ヶ月ほど前から薬を飲んだことを忘れ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、後での本人が確認できるように対策を採っていた。

しかし、ある日の朝食後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。

II. <事例概要>

生年月日)	大正15年5月15日生まれ、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)	
既往歴)	昭和55年頃よりDM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)	脳血管性痴呆
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く思い込み行動する
ADL)	歩行見守り〔4点杖を使用〕立ち上がり介助、排泄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。
家族構成)	



Ⅲ. <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る。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るが、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る。

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

また、「もういい」「早く行きたい」など生きる意欲をなくした言動があるため、自殺の可能性が無いわけでもない。

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る。そのような状況で、薬を飲むことに拘っていることは、血糖降下剤の効用など、薬に関する知識は十分にあったと考えられることから、薬を飲んで死にたいと考えているかもしれないことを考慮しなければならないと考えられる。

また、人生の激流の中で、環境・かかわる人が急激に変わり、記憶・見当識などの低下も事実であることから、認知機能が低下しているMさんへの援助の基本になることを再度共通認識した上で、ケアプランの作成に当たらなければならない。

最終目標は、意欲的に充実した今を過ごせるようになる。そのためには生活援助の中でトラブルを最小限とする。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状況を作る必要がある。

Ⅳ. <対応と予防>ダメージコントロールとリスクコントロール

Step 1 一時的な対応は？（被害が大きくならないために）

- ① 与薬は一人ひとり必要な援助をする
- ② 飲み込むまで確認する。
- ③ 薬の保管は高所の鍵のかかる場所で保管する。
- ④ 薬杯を使うときには一人ずつ違う容器を遣う
- ⑤ 薬杯にも名前の記入をする。
- ⑥ 名前の確認は声を出して行う。
- ⑦ 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〕

Step 2 予防の取組みと経緯（事故を防ぐため）

<身体面>

- 1、 身体的障害と痴呆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>

- 1、 本人の話聞く姿勢を持ち、話の内容を共有する。
- 2、 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掛けをする
- 3、 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>

- 1、 家庭的な温かい環境を作る。
- 2、 身元保証人となっている奥さんの兄弟などに負担にならないように面会に来ていただく。

(取組みの実態)

	経 過	着眼点
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。「薬で無く熱燗ならいいな」と言いながら好きな容器を選ぶ。	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、本人の意識付けする
1・7	薬を薬杯に入れる前に「このお猪口がMさんだよ」と <u>声</u> をかけてから薬の用意をする なるべく服薬介助を最後にし、十分に言葉をかけ、飲み込むことを確認して容器を預かる。	2) 「みんな!僕に注目して」のサインかもしれないので、意識を向ける声掛けをする 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。
1・9	入浴後の整髪を介助していると、「昔妻が紙に毛が薄くなったとき手入れをするようにいったんだ」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よ」というと「それならいいな」という。	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。
1・28	Mさんの故郷、サハリンのことがテレビで織り上げられていたとき真剣にテレビを見ているMさんに話しかけるAさん。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。	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。

V. <チェックポイント> (ここは見逃したらダメ!) 把握しておかなければならない情報は何か

<身体面>

- ① 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)
- ② 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・
- ③ 飲み込む機能に障害は無いのか
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>

- ① 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)
- ② 生きることに對する考え方
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
- ③ スタッフやほかの入居者と支えあう関係ができているか

<環境面>

- ① 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
- ② 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
- ④ 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)

VI. <解説コメント>

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無い。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だろう。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る。

また、服薬事故の多くは介助者の間違いから起こるが、時には介助の方法や本人のミスによっても、起こることがある。

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。

本人のメンタル面のサポート体制が整っていると事故が起きる確立は減少する。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である。

5【入浴事故】入浴後にふらつきのみられたケース

I. <事故状況と経過>

起床後すぐ入浴したところ入浴を終えた後、脱衣場でふらつきが発生した。居室で休んで貰い様子観察したところ1時間程して回復した。

II. <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 (極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)	アルツハイマー型痴呆
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)	簡単な日常会話は可能だが細かな会話は難しい、難聴
ADL)	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
生活史)	
人間関係)	他老人とは自分から関わる事は少ない、家内や外へ行くときも一人行動が多い。他入居者と特に目立ったトラブルはないが寂しさは感じていて、外出時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死亡後独居 息子 県外在中 娘家族他市在中のためGH入居

III. <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。排泄の声が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間帯に対しては特に顕著である。その原因はプライドと羞恥心による部分が多い。その為誰もおきてこない早朝入浴を行っていた。十分覚醒していなかった事に加え、湯の温度、入浴時間に問題があった。また、失禁の多さと半面入浴回数が少ないことから必ず今日は入浴して欲しいという職員側の焦りがあった。

IV. <対応と予防>ダメージコントロールとリスクコントロール

Step1 一時的な対応は？ (被害が大きくならないために)

- ①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)
- ②終了後は居室誘導など行い、ベッドで横になって貰う
- ③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

④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

Step2 予防の取組みと経緯（事故を防ぐために）

<身体面>

- ① 入浴前のバイタルチェックを早朝入浴時も行う
- ② 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
- ③ 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、失禁減少への取組みを継続する
- ④ 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>

- ① タイミングを逃したり羞恥心を感じさせてしまうと一転入浴拒否となるため脱衣場まで誘導したらゆったりとした安心させる会話をしながら十分な覚醒と状態確認を行う
- ② 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
- ③ 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
- ④ 一人ではさびしい・怖いという気持ちに浴うために、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>

- ① 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。
- ② 湯温について確認をこまめに行う
- ③ 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
- ④ 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
- ⑤ 安心出来るプライベート空間の演出のために居室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	着眼点
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 ふら付き発生の経緯、入浴時の声掛け <p>湯温入浴時間の設定</p> <p>入浴に至るまでの流れ変更</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 	<p>全スタッフに情報が行き渡らずに普段どおり外出を多くしたり同じ事を繰り返すかもしれない</p>
翌日	<p>サーモスタット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</p> <p>（脱衣場、浴室の暖まり具合が悪い時使用して、湿温度計により確認しながら利用を調節する）</p> <p>の指示</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のスタッフ間共通認識</p> <p>ケアプラン見直しを行い、「ステップ2 予防の取り組み」の項目について、ケアプランに具体策として折りこむ（ケース担当者）</p>	<p>ケアプランに具体的に折り込ま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詳しい状況報告と以前の入浴スタイル、既往症について再確認を行う</p> <p>結果、在宅時よりも入所時、入所時よりも現在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>

V. <チェックポイント> (ここは見逃したらダメ!)

把握しておかなければならない情報は何か

<身体面>

- ① 当日あるいは数日間の体調確認、既往症の生活上の影響（担当医師と連絡）
- ② ADLの変化についてスタッフ全員が認識し、それにあつた対応が来ているか
- ② 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＞

- ①常に安心して気持ちで生活を送れているかその場面ごとに心を探る
- ②その行動（入浴拒否など）の原因としてどんな着想思考や気持ちがあるのか
- ③本人はどのような生活（入浴の仕方）を望んでいるのか
- ④本人の入浴スタイルやリズムはなにか

＜環境面＞

- ①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
- ②緊急の場合の対応や体制はできているか
- ③緊急時のマニュアルはあるか

VI. ＜解説コメント＞

身体機能や知的機能の低下と共に認知・判断・行動力を適切に行う事が困難に成ってくる。特に痴呆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が高い。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ある。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る。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る。このこともリスクとなるのである。

また、入浴の習慣やスタイルは個々によって違う。職員主導で生活を組み立てたり支援が行われた場合、痴呆性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る。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あり、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になる。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のである。

常に利用者の「安全」「尊厳」を守るという視点に立ち、家族や関係者とコミュニケーションを深めながらアセスメントすると同時に、一緒に生活する中で、本人の想いやこだわり、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ある。しかし、独居だった方が増える傾向にあるため、家族からの情報収集が難しい場合があり、生活をともに過ごしながら如何に状態や想いを深く汲み取ることができるかが重要になってくる。

個人がもつあらゆる「～かも知れない」に対しての全スタッフの気づきを集約し分析する。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る。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。これは環境も同様である。物を置く位置が少し変わった場合でも、入居者はいつもと同じように動くことから、躓いたり転倒したりする可能性が高くなるのである。

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。万一の場合、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必要である。

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。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ろう。

6 【人間関係】 すし作りでもめたAさんとBさん

I. <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も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。

II. <事例概要>

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) 脳血管性痴呆

服用薬) キャベジン 正露丸 カット版

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)

ADL) 歩行は見守り要、食事は自立、排泄は自立、入浴声掛けにて自立

生きがい・趣味) 料理

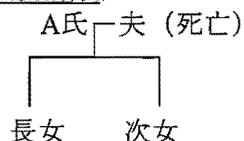
宗 教) 真言宗

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) 娘は本人との生活がストレスになってグループホーム入居となるが娘との折り合いは悪い。

家族構成)



Ⅲ. <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、職員が傍にいながら初期対応が遅れてしまった。
- * 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こと
- * 料理をしながらでも他者とのコミュニケーション場面は想定できる。本人が苦手に行っているところへのアプローチは常に意識していなければならないところではある。

Ⅳ. <対応と予防>ダメージコントロールとリスクコントロール

Step1 一時的な対応は？（被害が大きくならないために）

- ① スタッフが間に入り会話の調整をする。
- ② 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）
- ③ 食べる場面で、職員がAさん・Bさんのお寿司を誉めることで、その後他者の口から出てくる言葉を誘導する。（仕掛け）
- ②トラブルになってしまった場合はまず二人を放す。
- ③(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段階的にアプローチしていく。

Step2 予防の取組みと経緯（事故を防ぐために）

<身体面>

POINT! →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。（かもしれない）

<心理面>

職員の意識としてAさんがいきいきしている場面ではかえって安心してしまう。

言語に障害があるので、思いが伝わりにくく日常的にストレスを抱えている可能性がある。引き金になるのは些細な事なので職員は常に意識して関わってはいるが一体どのくらい意識しているかを検証したことはない。（つもりの検証）

POINT! →家族の面会との関係、及び本人の満足度の検討

POINT! →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

<環境面>

POINT! →トラブルが起こる場所、場面に規則性がないかを検証する。

(取組みの実態)

	経 過	着眼点
<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。」 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>この主張の生後性</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。 「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>けんかした内容を覚えていないのではないのか。</p> <p>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のか。</p>

V. <チェックポイント> (ここは見逃したらダメ!) 把握しておかなければならない情報は何か

<身体面>

CHECK! → ①言語障害によるコミュニケーションの状況

<心理面>

CHECK! →

- ①得意としている事をしているところ
- ②料理や料理方法についてのこだわり

VI. <解説コメント>

明らかに、安心・安全なところほど気配りが必要。『〇〇している「つもり」』を検証することで糸口が見つかる。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。

【根拠の考察】

- * 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、①家族にアプローチする。②始めは職員がコミットする。③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か記憶がなく、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、自分で編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。

【スタッフの問題解決への意識】

- * 問題が解決できると嬉しい
- * 改善の可能性はある。
- * 問題が起こるから、家族との関係修復の材料になる
- * きっかけ、食べにいく、造る。でかける。
- * お寿司に対する興味が出てくる。お寿司が全体のアクティビティーにつながる。
- * 2人を仲良くさせるきっかけになる。
- * お寿司に興味のある2人だから、二人一緒に食べに行く
- * 問題は、相当なチャンスである
- * わくわくしてくる。

II よくある事故対応の解説集

<目 次>

- 1 【転倒事故】
- 2 【異食事故】
- 3 【異食事故】
- 4 【入浴事故】
- 5 【人間関係トラブル】

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) III
身体自立度) A2
痴呆自立度) IIb

<よくある対応>

- ①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
- ②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
- ③スロープのところにマットを敷く

<もっと必要な情報> (ここをみるべき!)

→かもしれないチェック

- ①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。

- ②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大切です。

③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。

④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。
- ・スタッフ同士の声を掛け合っているか。気にしてるか。

＜解 説＞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と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。痴呆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したくありません。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のです。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

<事故の状況>

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ぼっていました。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) III
自立度) B2
痴呆自立度) III a

<よくある対応>

- ① ティッシュを身の回りにおかないようにする
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

<もっと必要な情報> (ここをみるべき!)

- ① 何故、口に入れたのか原因を探る。・ ・ ・単に空腹だったのか。
- ② 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
- ③ ティッシュ以外も口に入れるのか。
- ④ 食事やおやつの摂取状況
- ⑤ 食べ物の嗜好性
- ⑥ 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
- ⑦ その前後の身体状況・精神状況
- ⑧ 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)

- ⑨ 日中の過ごし方
- ⑩ 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

<解 脱>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、石鹼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、かつ人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る。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を重要視していく。

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なかったが、洗剤や消毒液等になってくると話は別である。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ある。

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つて、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) II
身体自立度) A2
痴呆自立度) IIIa

<よくある対応>

- ① 観葉植物の鉢はガラスケースの中に入れる
- ② 常に飴などを口に入れておいてもらう
- ③ 口に入りそうな小さいものはすべてしまっておく

<もっと必要な情報> (ここをみるべき!) かもしれないチェック

- ① 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
- ② 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
- ③ 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?
本人の嗜好ヒントの関係はあるのか(飴・チョコレートなど)

- ④ 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
- ⑤ 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
- ⑥ 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
 スタッフと一緒に過ごす
 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
 できないときは先に食べ始めるほうがよいのか
- ⑦ 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
 観葉植物をソファの近くや陰になる位置には置かない
 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

＜解説＞今後の取組みのために！

認知機能が低下している人であっても、適切な環境の中で、本人の状況に合った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る。その人の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る。

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、誘因となることに対する対策を講じることが課題解決の要となる。どのような課題にも共通して出てくる誘引として、①があげられる。また②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る。③～⑧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た。

⑦の食事を前に、空腹感から落ち着けない様子に関しては、対応すべき事もあげ、⑧では観葉植物となっはいるが、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誘因のひとつと考える。痴呆の人の日常生活を支援するとき、考えられないことが起こるが、認知障害を持つ状況から、私たちが目を放さず、常に気配りすることで防げることであると考える。また、チームケアの原則である情報の共有と、みんなで一人ひとりのお年寄りの生活を支えるという意識が重要になる

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、お風呂に行つて声をかけると、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) III
身体自立度) A2
痴呆自立度) IIb

<よくある対応>

- ① 職員が一緒に入る
- ② 頻繁に声をかける
- ③ 入浴中は他の用事はしない
- ④ シャワー浴だけにしてもらう
- ⑤ 浴槽の形を狭くする

<もっと必要な情報> (ここをみるべき!) かもしれないチェック

- ① 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)
- ② 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ても知れない)
- ③ 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知れない)
- ④ 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)
- ⑤ 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ため入浴の見守りを頼めなかったかもしれない)

- ⑥ 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）
- ⑦ 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）
- ⑧ 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（助けし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）

<解説>今後の取組みのために！

利用者は痴呆症を呈しており、認知障害による判断が低下している。そのため、入浴状況における適切な判断ができないことが考えられ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。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はないかと。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。

また、浴槽から上がろうとしてバランスをくずしてしまうことも考えられる。利用者は入居後1年ということで、職員側の馴れからくる「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。そのため電話が長くなる予測ができていなかった。利用者の力の把握、必要な支援の認識と意識付けができていない。痴呆度が中度になると環境により日内リズムに変化が置きやすい。また、できないことが増えると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。浴室での高齢者の事故は多い。体の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では遅い。事故を起こさないようにする取組みが必要とされる。

- ① その人の今の状態に関する情報の共有化
- ② 個々のリスクをチェック
- ③ 「共有化」された情報を元に場面ごとのケアのポイントを明確にする
- ④ その人を主体とし、実行できる介護計画の作成
- ⑤ 環境の整備
- ⑥ 職員体制の検討

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う。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) II
身体自立度) A1
痴呆自立度) IIb

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

<対応状況>

- ① 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
- ② AさんにBさんは悪気はない事を説明する
- ③ 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

＜もっと必要な情報＞（ここをみるべき！）かもしれないチェック

- ① 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。
- ② Aさんは、「席」のほかにこだわりが著名なことはないのか。
- ③ Aさんは、他の人ともトラブルを起こす事があるのか。
- ④ Aさんは、仲のよい人は、いるのか、それは誰か。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。

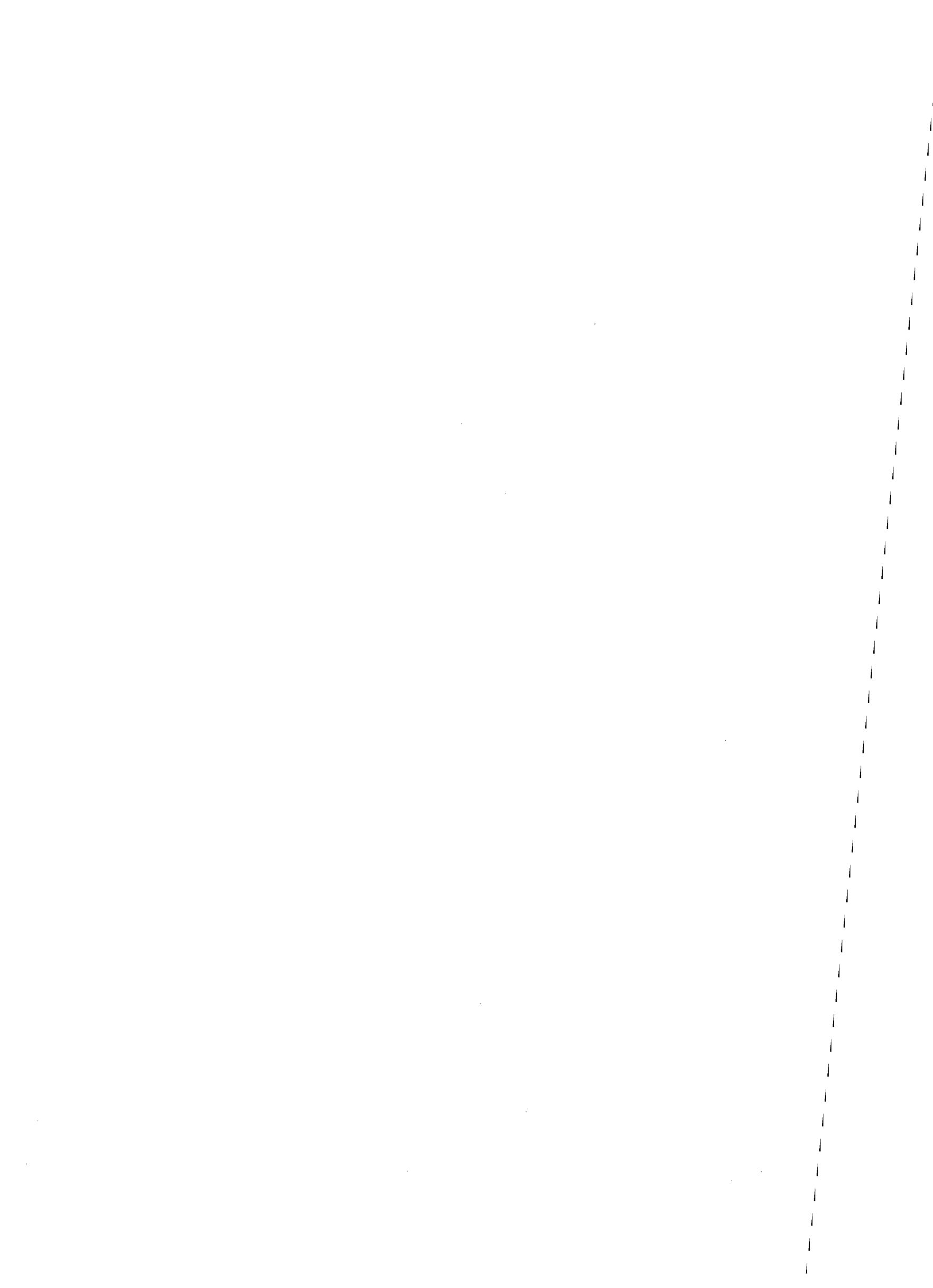
＜解説＞今後の取組みのために！

- ① 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、手時かな席にしまったのかもかもしれない。
- ② 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かないといけない部分があるかもしれないそれが一体どういうものなのかというところをある程度把握しておくことで未然にトラブルを回避できることがあるかもしれない。
- ③ 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だが、トラブルの対象がBさんだけならBさんにも焦点を当てたアセスメントが必要になってくる。

改善に向けて

- ④ 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る。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ない。
- ⑤ 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。」ことだと考える。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。

大府センター報告書



ITソフトを用いたリスク評価およびシステム構築に関する研究

主任研究者 宮尾 克 名古屋大学情報連携基盤センター

分担研究者 時田 純 ((社福)潤生園・園長)、永島 隆 (潤生園・室長)

大森正子 (名古屋大学)、後藤真澄 (中部学院大学)

福田博美 (愛知教育大学)、渡辺智之 (高齢者痴呆介護研究・研修大府センター)、水野 裕 (高齢者痴呆介護研究・研修大府センター)

研究協力者 長谷川聡 (名古屋文理大学)、北川清治、中島義英 (オリンパスシステム)

岡本健治 (富士データシステム)

A 研究目的

高齢者総合福祉施設におけるITの活用によるケアスタッフの業務省力化をめざして、ITの有効性と効率的な使用方法の検証を行う。さらに、蓄積されたデータからリスクマネジメント評価をおこない、自動警告システムを開発することにより、痴呆性高齢者のQOLの向上と、介護者の負担の軽減を図る。

B 研究方法

現在、介護記録コンピュータシステムを導入している施設での活用状況についての調査を行い、使用状況・データ活用についてデータの収集を行う。

対象施設：(社) 小田原福祉会 高齢者総合福祉施設 潤生園

(社) 泰生会 総合ケアセンター泰生の里

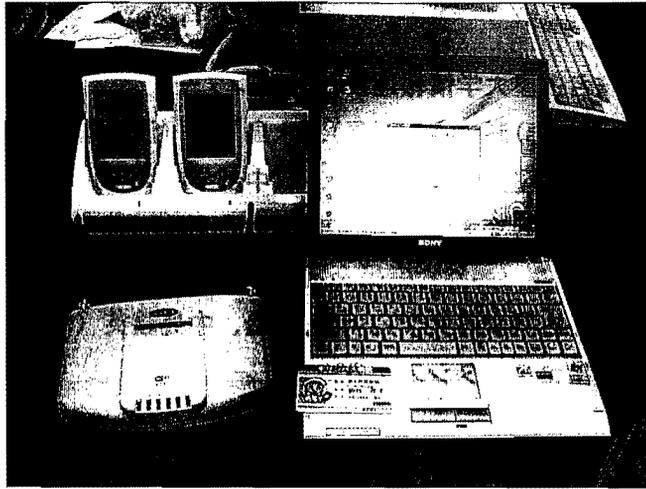
健康関連 (食事・排泄・入浴・睡眠など)、看護関連 (三検・服薬・処置・受診など)、リハビリ関連、特記事項などバーコードデータを作成し、バーコード入力による介護支援システム作成し、システムの検証を行う。

また、蓄積されたデータの統合グラフにより、食事摂取量、排泄回数を確認し、定期的なチェックと、ウォーニング機能を持たせた自動警告システムの開発を行う。

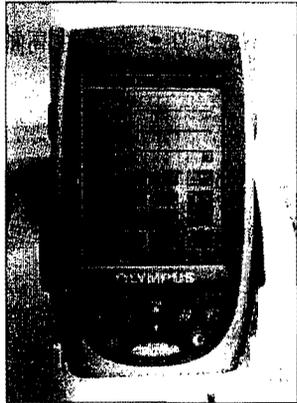
C 研究結果

以下の写真に示したように、痴呆老人介護施設において、健康関連 (食事・排泄・入浴・睡眠など)、看護関連 (三検・服薬・処置・受診など)、リハビリ関連、特記事項などバーコードデータを作成し、バーコード入力を用いた省力型の介護支援ソフトを作成した。このシステムを用いて、実際に痴呆老人の日常介護活動を入力してリスク評価を行い、検証を行った。

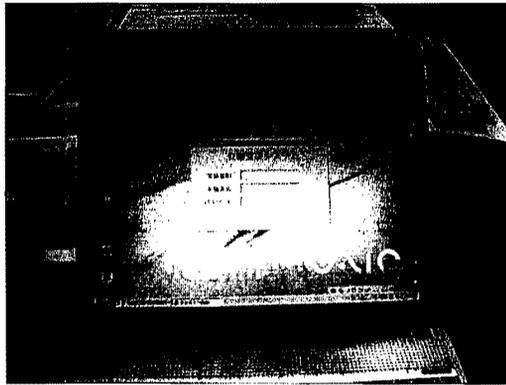
蓄積されたデータを分析し、文献的にもリスク管理のあり方を検討し、食事摂取量、排泄回数や発熱などを確認して、定期的なチェックと、ウォーニング機能を持たせた自動警告を行う機能を提案した。



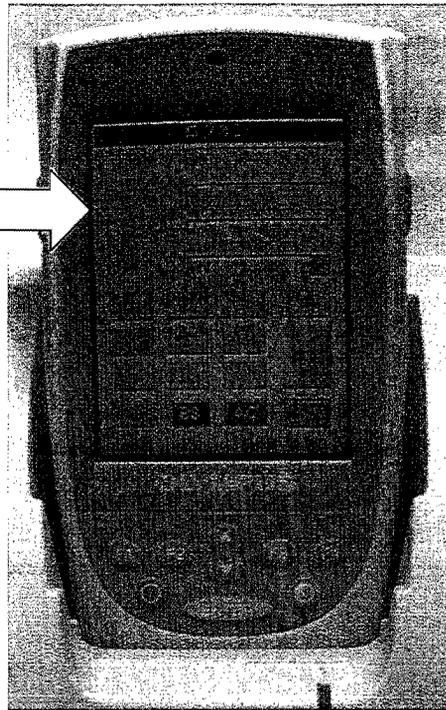
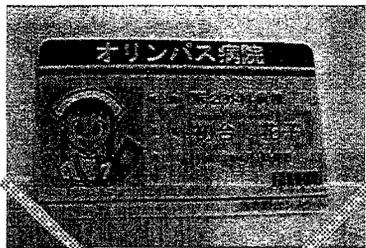
作成システム名:介護支援システム



バーコードリーダー
ログオン画面



介護支援システム画面



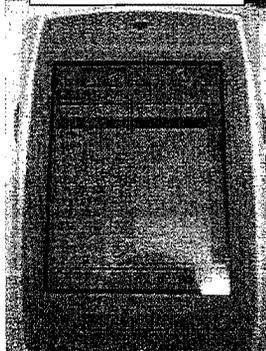
担当者 ID カードをバーコードにより認識させる

担当者名が表示され、ログオンすることができる

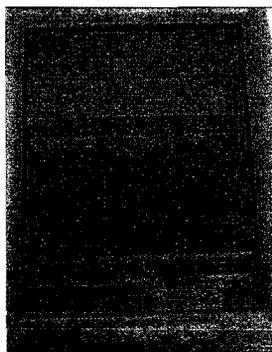
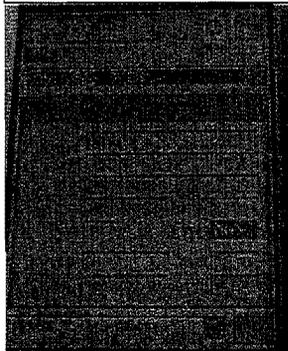


作業選択画面

入所者一覧

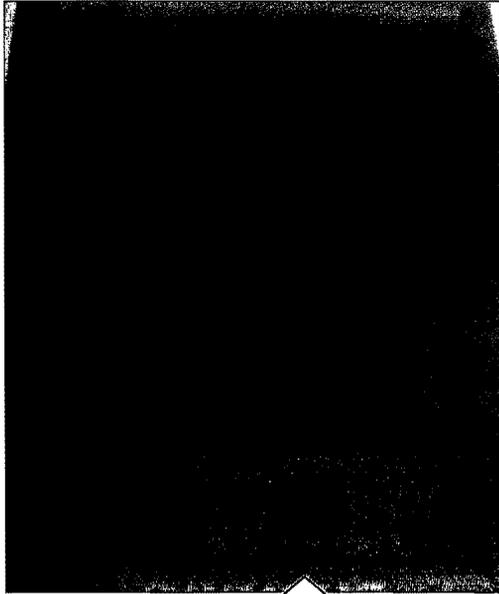


入所者個人データ



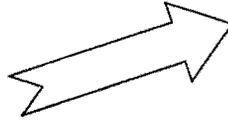
入所者介護記録ワークシート

介護記録フローチャート画面



グラフ表示切替

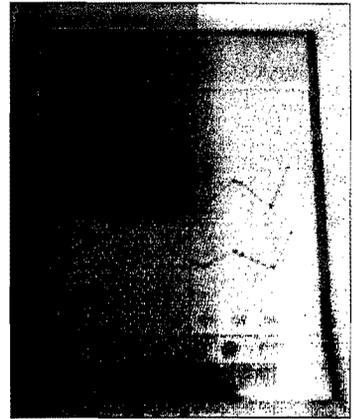
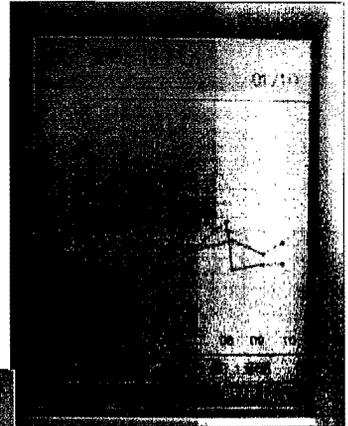
体温・脈拍



1 週間分を表示



血圧・呼吸数



患者検索

患者コード 病棟 3N

カナ氏名 入院中

氏名 退院済

条件クリア 検索

患者基本情報
介護計画
介護記録
介護オーダー
介護担当割り当て
患者別ワークシート
介護師別ワークシート
フローシート
介護要約
ヘルプ
リストアップ印刷
ログオフ

47 件

病棟	病室	患者コード	氏名	カナ氏名	性別	血液型	別スト
3N	0351	03001036	藤田 花子	イナキ ハナコ	女	B(+)	X
3N	0351	00238638	茨城 花子	イナキ ハナコ	女	B(+)	X
3N	0351	00397403	齋藤 太郎	イナキ ハナコ	男	A(+)	X
3N	0351	00637920	岡山 太郎	イナキ ハナコ	男	A(+)	X
3N	0351	00000001	渋谷 太郎	イナキ ハナコ	男	O(+)	O
3N	0351	01439134	渋谷 花子	イナキ ハナコ	女	O(+)	X
3N	0352	00295095	若手 太郎	イナキ ハナコ	女	AB(+)	X
3N	0352	00749738	沖繩 花子	イナキ ハナコ	女	AB(+)	X
3N	0352	01020914	岐阜 花子	イナキ ハナコ	女	B(+)	X
3N	0352	011777063	宮崎 太郎	イナキ ハナコ	男	B(+)	X
3N	0353	01105627	京都 太郎	イナキ ハナコ	男	AB(+)	X
3N	0353	01174945	熊本 花子	イナキ ハナコ	女	不明	X
3N	0353	01238067	群馬 太郎	イナキ ハナコ	男	不明	X
3N	0353	01776108	宮城 花子	イナキ ハナコ	女	A(+)	X
3N	0354	00682952	香川 太郎	イナキ ハナコ	男	A(+)	X
3N	0354	01259738	高知 花子	イナキ ハナコ	女	不明	X
3N	0354	01415356	佐賀 太郎	イナキ ハナコ	男	O(+)	X
3N	0354	01787449	広島 花子	イナキ ハナコ	女	A(+)	X
3N	0355	01304519	埼玉 花子	イナキ ハナコ	女	A(+)	X
3N	0355	01775948	三重 太郎	イナキ ハナコ	男	A(+)	X
3N	0355	01777303	山形 花子	イナキ ハナコ	女	不明	X
3N	0355	01779044	山口 太郎	イナキ ハナコ	男	A(+)	X
3N	0356	00116052	秋田 花子	イナキ ハナコ	女	A(+)	X
3N	0356	00870427	鹿児島 太郎	イナキ ハナコ	男	A(+)	X
3N	0356	01439902	滋賀 一子	イナキ ハナコ	女	B(+)	X
3N	0356	01780883	新潟 太郎	イナキ ハナコ	男	A(+)	X
3N	0357	00074562	青森 太郎	イナキ ハナコ	男	A(+)	X
3N	0357	00178890	石川 太郎	イナキ ハナコ	男	O(+)	X
3N	0357	00902241	神奈川 花子	イナキ ハナコ	女	O(+)	X
3N	0357	01449944	静岡 花子	イナキ ハナコ	女	B(+)	X

スタート | 看護支援システム(無償) | ネットワーク接続 | 介護記録ポイント.doc | 患者一覧 実数:00 | 21:30

パソコン画面:入所者一覧

介護師別ワーク 実施者:0001 初台 花子

患者・業務選択
 患者団体選択: 9N
 業務選択: 空業務

介護師選択
 所属選択: 五十音検索
 チーム選択: A
 介護師ID:

1月 2004
 初台 花子
 指定なし

8時間表示 1日表示 7日間表示 印刷

実施済 ○ 未実施 ◆ 中止 × 未承認 ◇

患者名	01/23(金)	01/24(土)	01/25(日)	01/26(月)	01/27(火)	01/28(水)	01/29(木)	
愛知 花子	◆ 観察 ◆ フィジカルアセスメントセット ○ 09:00 食事 ◆ 常食 ○ 12:00 食事 ◆ 常食 ○ 10:00 食事 ◆ 常食	◆ 観察 ◆ フィジカルアセスメントセット ○ 09:00 食事 ◆ 常食 ○ 12:00 食事 ◆ 常食 ○ 10:00 食事 ◆ 常食	◆ 観察 ◆ フィジカルアセスメントセット ○ 09:00 食事 ◆ 常食 ○ 12:00 食事 ◆ 常食 ○ 10:00 食事 ◆ 常食	◆ 観察 ◆ フィジカルアセスメントセット ○ 09:00 食事 ◆ 常食 ○ 12:00 食事 ◆ 常食 ○ 10:00 食事 ◆ 常食	◆ 観察 ◆ フィジカルアセスメントセット ○ 09:00 食事 ◆ 常食 ○ 12:00 食事 ◆ 常食 ○ 10:00 食事 ◆ 常食	◆ 観察 ◆ フィジカルアセスメントセット ○ 09:00 食事 ◆ 常食 ○ 12:00 食事 ◆ 常食 ○ 10:00 食事 ◆ 常食	◆ 観察 ◆ フィジカルアセスメントセット ○ 09:00 食事 ◆ 常食 ○ 12:00 食事 ◆ 常食 ○ 10:00 食事 ◆ 常食	◆ 観察 ◆ フィジカルアセスメントセット ○ 09:00 食事 ◆ 常食 ○ 12:00 食事 ◆ 常食 ○ 10:00 食事 ◆ 常食
茨城 花子	◆ 観察 ○ 00:00 排泄 ○ 07:00 排泄 ○ 07:30 排泄 ○ 00:30 食事 主: 100 % 副: 100 % ○ 06:30 I N 水分量 250 ○ 09:00 体温 36.3 ○ 09:00 血圧 128/78 ○ 09:00 脈拍 76 ○ 09:00 処置 点眼薬施行 ○ 09:30 排泄 排尿量普通 ○ 10:00 閉鎖 (観察)	◆ 観察 ○ 00:10 排泄 ○ 07:10 排泄 ○ 07:40 排泄 ○ 05:11 排泄 ○ 06:47 排泄 排尿量普通 主: 80 % 副: 100 % ○ 06:30 I N 水分量 250 ○ 09:00 体温 36.3 ○ 09:00 血圧 110/78 ○ 09:00 脈拍 71	◆ 観察 ○ 00:30 排泄 ○ 01:48 排泄 ○ 06:30 排泄 ○ 08:30 食事 主: 100 % 副: 100 % ○ 09:30 I N 水分量 250 ○ 09:00 体温 36.3 ○ 09:00 血圧 137/93 ○ 09:00 脈拍 64	◆ 観察 ○ 09:30 食事 ◆ 常食 ○ 12:00 食事 ◆ 常食 ○ 10:39 食事 ◆ 常食	◆ 観察 ○ 09:30 食事 ◆ 常食 ○ 12:00 食事 ◆ 常食 ○ 10:39 食事 ◆ 常食	◆ 観察 ○ 09:30 食事 ◆ 常食 ○ 12:00 食事 ◆ 常食 ○ 10:39 食事 ◆ 常食	◆ 観察 ○ 09:30 食事 ◆ 常食 ○ 12:00 食事 ◆ 常食 ○ 10:39 食事 ◆ 常食	◆ 観察 ○ 09:30 食事 ◆ 常食 ○ 12:00 食事 ◆ 常食 ○ 10:39 食事 ◆ 常食

1226

担当入所者の介護ワーク画面 (1週間分)

D 考察

高齢者介護施設に起きやすい事故と過誤を検討した。

介護現場にて多い事故や過誤には以下のものがある。

- 転倒、転落 介護事故の70%~80%と一番多い。そのため、「抑制」が問題となっている。
 - 誤嚥、誤飲、異食など食事の介護に関連するもの
 - 脱水、栄養障害など全身状態の変化、体調の変化を示すもの
 - 便秘、下痢等の胃腸障害
 - 徘徊による行方不明、痴呆の認知障害に伴うもの
 - 感染症(疥癬、MRSA、インフルエンザ、結核等)など他への影響が大きいもの
 - 誤薬(配薬ミス、量の過不足等)などによる医療過誤
 - オムツかぶれ、褥瘡などの皮膚障害
- があげられる。

また、介護事故において転倒が最も多く、施設によって異なるであろうが、老人病院における事故の約6割、痴呆病棟においては事故の約8割を占めていることが指摘されている^{1,2}。転倒からおきる病的状態としては、骨折、軟組織外傷、再度の転倒に関する不安及び自信喪失が明らかになっており³、高齢者の転倒を予測し、転倒しても大事にいたらないための方策を考える上で、本年度の警告システムの研究で転倒を取り上げることが重

要であろう。

転倒におけるリスクファクターは、加齢、転倒事故、めまい・起立性低血圧、視覚障害や骨密度・下肢筋力・運動麻痺、バランス不良・動揺、痴呆・認知障害、薬物、介護者の負担、抑制、抑うつ、施設的环境・引越しの 11 の要因が文献から明らかになっている¹⁾。転倒のアセスメントツールは、Morse の転倒スケール (The Morse Fall Scale)⁴⁾(表 1)が有名であるが、わが国においても、老人施設におけるアセスメントツールを泉(表 2)が、病院におけるアセスメントツールの例を日本看護協会も提案している(表 3)。しかし、本邦におけるアセスメントツールは、信頼性・妥当性においてまだ不安定なものであり、今後、各施設において改良されていくであろう。そこで、今回の警報システムにおける転倒の指標は Morse の転倒スケールを用い、入所時に評価するが、さらにバーコードリーダー上に 51 点以上の High Risk になった場合警報を立てることで、見落としなく転倒転落防止対策を行うことが可能になるとと思われる。

以上のことから、本介護支援システムの有効性は、

- ・ 介護支援専門員をはじめとして現場スタッフとの情報を共有化でき、ケアの具体化とそして決定されたケア内容のモニタリングやリスク管理を可能とする。
- ・ 第三者の客観的なデータの評価をより重視することによりケアの見直しにつながる。
- ・ 介護支援専門員は、集められた情報やケア内容を定期的にモニタリングすることで、実際の要介護状態の改善や悪化をグラフ化し検証することもできる。
- ・ ケアの成果、有効性を検証し、問題の改善、起こりうるリスクの予防を図り、事実(証拠)に基づいたケアの標準化やプログラムを作成する手がかりとなる。
- ・ 介護、看護、リハビリ等のスタッフが明確な意識を持ってケアに取り組んだかどうかを示す指標として現場の情報提供を意識づけることにもなる。
- ・ 介護は事後処置におわれるのではなく、先の見通しをもって、問題やおこりうる危険を察知し、それらを未然に予防する方法を提示しなければならない。
- ・ ケアを連続的、一体的に継続していくための関係性(ライン)をどう作るかが、最も重要な仕事となる。
- ・ 職種間や部門間の情報交換やコミュニケーションが円滑におこなわれるためにも、この介護支援システムは有効に機能することが考えられる。

E 結論

- ・ 介護現場における事故や過誤を予防するためには、介護サービスを提供している現場から情報を集めると共に、常に情報をフィードバックしていくこと、チェックしていく機能が必要である。
- ・ IT介護機器の機能により予知、予測を行い、予防、危険回避へ誘導する。
- ・ そのためには、集めたデータを分析し、基準点をみつけていくことが当面の課題となる

- ・ 介護の質を高める為には、エビデンスに基づく介護が必要である。
- ・ 具体的な指標をもとに実践し、データを集め、根拠をもって実践を科学にしていくことが求められる。
- ・ 偶然性の強い経験やカンに基づく介護から体系的に観察、収集されたデータに基づく介護へと発展させることが、リスクマネジメントである。
- ・ そのためのツールとして介護支援システムの活用・発展を促す必要がある。

F 参考文献

- 1 宮尾克, 渡辺智之, 水野裕: 虚弱・痴呆老人に関するリスクマネジメントに関する文献研究. 平成14年度老人保健健康増進等事業による研究報告書 三セクター共同研究事業 <「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」に関する研究>, 2003 ; 12-47.
- 2 須貝佑一, 小林奈美: 施設における痴呆高齢者の転倒・転落事故の発生状況と対策. 看護学雑誌, 2004 ; 68 (1) : 10-18.
- 3 Duthie EH Jr: Falls. Med Clin North Am. 1989 Nov; 73(6):1321-1336.
- 4 Morse JM, Morse RM, Tylko SJ: Development of scale to identify the fall-prone patient. Canadian Journal on Aging. 1989; 8(4). 366-367.
- 5 泉キヨ子, 他: 入院高齢者の転倒予測に関するアセスメントツールの開発 (第2報), 金大医保つるま保健学会誌, 2001 ; 25 : 55-63.
- 6 井部 俊子 ほか: V 医療事故とその分析例 4. 「転倒・転落事故」の事故防止対策の作成, 組織で取り組む医療事故防止看護管理のためのリスクマネジメントガイドライン, 看護; 1999;9.(<http://www.nurse.or.jp/jna/riskmanagement/>)
- 7 鈴木隆雄, 大淵修一監修: 介護予防完全マニュアル, 第1版, 財団法人 東京都高齢者研究・福祉振興財団、東京、2004.
- 8 東京都福祉局編: 評価標準 よりよいケアプラン作成のために, 第1版, 財団法人 東京都高齢者研究・福祉振興財団、東京、2004.

G 研究発表

1 論文発表

Watanabe T, Omori M, Fukuda H, Takada H, Miyao M, Mizuno Y, Ohsawa I, Sato Y, Hasegawa T. Analysis of sex, age and disease factors contributing to prolonged life expectancy at birth in cases of malignant neoplasms in Japan. Journal of Epidemiology. 2003年3月. 第13巻 3号 169-175頁.

Omori M, Watanabe T, Takai J, Takada H, Miyao M. A trial for preventing asthenopia among VDT workers. International Journal of Occupational Safety and Ergonomics. 2003年9月. 第9巻 4号, 453-462頁.

Omori M, Watanabe T, Takai J, Takada H, Miyao M. Visibility and characteristics of the mobile phones for elderly people. Behaviour & Information Technology. 2002年5月. 第21巻5号, 313-316頁.

Watanabe T, Omori M, Fukuda H, Takada H, Miyao M, Ohsawa I, Sato Y, Hasegawa. Influence of death from circulatory diseases on life expectancy at birth in Japan. Journal of Epidemiology. 2002年6月. 第12巻6号, 450-456頁.

高田宗樹, 宮尾 克, 大森正子, 渡辺智之. 重心動揺検査を用いた音響付き3次元立体画像の複合現実感の評価法. 電気情報通信学会報, 2002年3月. 第236巻1号25~32頁.

2 学会発表

コホート生命表によるがんの世代別影響. 日本衛生学会, 2002, 渡辺智之、大森正子、宮尾 克、大沢功、佐藤祐造、長谷川敏彦

循環器疾患死亡除去によるコホート生命表への影響. 日本公衆衛生学会, 2002, 渡辺智之、宮尾克、後藤慎一、酒井和子、大沢功、佐藤祐造、長谷川敏彦

日本人のがん死亡に関する疫学的分析・平均余命の変化に対する寄与年数を用いて. 日本疫学会学術総会, 2003, 渡辺智之、大森正子、宮尾克、大沢功、押田芳治、佐藤祐造、長谷川敏彦

Masako Omori, Tomoyuki Watanabe, Jo Takai, Yuzo Sato, Shinya Ishihara, Masaru Miyao, "Recognition of stereoscopic images among elderly people" The International Society for Optical Engineering, 2002, 1, California, USA, poster

大森正子、渡辺智之、福田博美、高井城、高田宗樹、宮尾克, 携帯電話の視認性に関連する機能特性評価, シンポジウム ケータイ・カーナビの利用性と人間工学. 2002年

Masako Omori, Tomoyuki Watanabe, Jo Takai, Hiroki Takada, Masaru Miyao, "A Trial for Preventing Asthenopia among VDT Workers" International Scientific Conferences Work with Display Units, 2002, 5, Berchtesgaden, Germany, oral

大森正子、渡辺智之、高田宗樹、宮尾克, 見やすい画面の携帯電話, ヒューマンインターフェースシンポジウム 2002

大森正子、渡辺智之、高田宗樹、宮尾克. 携帯電話の視認性に関する評価—機器特性と視覚機能—, 日本人間工学会 東海支部 2002 年研究大会

大森正子、渡辺智之、高田宗樹、宮尾克. 立体画像認知の加齢影響. 日本人間工学会第 43 回大会

大森正子、渡辺智之、宮尾 克. 携帯電話における高齢者の視認性. 第 7 2 回日本衛生学会 ポスター

大森正子、渡辺智之、松沼正平、高尾慶二、佐藤華代子、長谷川八絵子、宮尾克. カメラ付ケータイ電話の使用性評価. シンポジウム ケータイ・カーナビの利用性と人間工学

大森正子、渡辺智之、宮尾克. 立体画像認知における視覚機能の加齢影響. ジェロンテクノロジー第 2 回研究発表会

Masako Omori, Tomoyuki Watanabe, Masaru Miyao, "Stereoscopic view in elderly people". IEA2003, 2003, 8, Seoul, Korea. oral

Masako Omori, Tomoyuki Watanabe, Masaru Miyao, "Visibility of mobile phones -Display characteristics and visual function-", IEA2003, 2003, 8, Seoul, Korea, oral

大森正子、渡辺智之、松沼正平、高尾慶二、佐藤華代子、長谷川八絵子、宮尾克. カメラ付きケータイ電話の使用性評価—画像添付メールの送受信—, ヒューマンインターフェースシンポジウム 2003

痴呆疾患別のリスク評価に関する研究 ～痴呆性高齢者が日常生活の中で発生する危険を回避して、安全で快適な生活を送れるようにするための研究～

主任研究者 伊苺 弘之 (医療法人さわらび会福祉村病院 副院長)
分担研究者 小阪 憲司 (医療法人さわらび会福祉村病院 院長)
山本 孝之 (医療法人さわらび会 理事長)
研究協力者 山本 淑子 (医療法人さわらび会福祉村病院 総看護師長)
鈴木 あきよ (医療法人さわらび会福祉村病院 看護師長)
幸 和江 (医療法人さわらび会福祉村病院 総介護士長)
岡田 満枝 (医療法人さわらび会福祉村病院 介護士長)

A 研究目的

痴呆性高齢者は記憶障害に加えて思考判断の障害もあるために、自分自身に対する危険を察知して回避する能力は低下している。さまざまな行動障害は危険な行動となり、ときには生命の危機に及ぶ場合もある。痴呆性高齢者にみられる行動障害に関連して発生する危険な状態は痴呆介護の場面では大きな負担となり、最悪の場合には片時も目を離せない状態も起こりうる。このような危険で負担の大きい痴呆介護をいかに安全で適切に実践して、かつ痴呆性高齢者が安心して快適に生活できるようにすることが必要となる。これらを実践するためには個々の痴呆性高齢者に対して評価をして対策を立てる必要があるが、多くの痴呆性高齢者は病気の種類や重症度により病態に特徴があり、行動障害から発生する危険な行動についても一定の傾向が存在することが明らかとなってきた。^{1,2} その傾向をより明確にすることで、痴呆性高齢者が安全に快適に生活するための痴呆介護の技術を確立することを目的とする。

B 研究方法

対象者は福祉村病院入院中の痴呆性高齢者。病院全体では10看護介護単位に487名入院患者がいるが、その内の5つの看護介護単位、すなわち5フロアの285名について調査を行なう。5つの看護介護単位のうち4つは療養型医療施設の介護保険型であり、1つは療養型医療施設の医療保険型である。調査を実施した5つのフロアはすべて閉鎖病棟である。

対象患者の痴呆性疾患の診断については、主任研究者および分担研究者が患者を診察して行ない、必要に応じて頭部CT検査などを新たに実施する。看護介護スタッフによる患者の観察と評価をあわせてADLやCDR (Clinical Dementia Rating)³の評価を行なう。危険な行動の観察に必要と考えた場合には、適時ビデオカメラを使用する。

全対象患者285名の平均年齢は81.91±9.52 (平均±標準偏差)、性別は男性87名で平均年齢78.4±9.6 (平均±標準偏差)、女性198名で平均年齢83.5±9.1 (平均±標準偏差)。CDRの平均は2.80±0.45 (平均±標準偏差)。ADLレベルについては、全く介助なく歩行している患者(表1ではADL(a)と示す)が85名(30%)、歩行は可能であるが不安定で転倒が多いため車椅子を利用したり、車椅子に乗れるのだが食事や行事以外はベット上生活の患者(表1ではADL(b)と示す)が135名(47%)、終

記載者の氏名 _____ 職種 _____

C 研究結果

調査票の回収枚数は合計 945 枚。これらについての解析を行なった。

危険な行動がみられたという報告の有無については、有り 585 (62%)、無し 360 (38%)。終日ベット上生活者が約半数をしめる医療保険フロアーでは、危険な行動有りは 47 (25%)、無しが 141 (75%)。終日ベット上生活者が 5 分の 1 以下である介護保険フロアーでは、危険な行動有りの割合が 538 (71%)、無しが 219 (29%) であった。ベット上生活でない患者が多いフロアー、すなわち ADL レベルの高い患者の多いフロアーからの報告が多かった。(表 3)

表 3 危険な行動の報告

	療養型医療施設 (介護保険型)	療養型医療施設 (医療保険型)	合計
危険な行動有り	538 (71%)	47 (25%)	585 (62%)
危険な行動無し	219 (29%)	141 (75%)	360 (38%)
合計	757 (100%)	188 (100%)	945 (100%)
患者一人当りの 報告件数	2.38	0.8	

日勤帯での危険な行動有りは 275 (61%)、無しは 174 (39%) であり、夜勤帯での危険な行動有りは 308 (68%)、無しは 145 (32%) であった。危険な行動がみられた報告の数は、看護介護のスタッフの人数が減る夜勤帯の方が多かった。(表 4)

表 4 日勤帯と夜勤帯での差

	日勤帯	夜勤帯
危険な行動の報告有り	275 (61%)	308 (68%)

危険な行動の報告無し	174 (39%)	145 (32%)
	449 (100%)	453 (100%)

(日勤、夜勤の記入のないもの43校)

曜日別に、危険な行動の報告があった頻度を解析した。それぞれの曜日において危険な行動ありと危険な行動なしの報告の頻度を比べると、報告ありの頻度は、日曜日 59%、月曜日 63%、火曜日 62%、水曜日 65%、木曜日 64%、金曜日 58%、土曜日 70%であり、土曜日には危険な報告が最も多かった。日曜日と土曜日では看護介護スタッフの人数は同じであり、同じ条件であるにもかかわらず土曜日が危険な行動が多かった。平日はどの曜日も差がなかった。(表5)

表5 曜日別の危険な行動の報告頻度

	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
問題あり報告	91	80	77	78	82	76	101
問題ありの頻度	59%	63%	62%	65%	64%	58%	70%
問題なし報告	63	46	47	42	47	56	43
合計	154	126	124	120	129	132	144

ADL での違いを検討した。585 件の危険な行動の報告の中で、それぞれの報告件数は ADL(a) 247、ADL(b) 301、ADL(c) 30 であり、患者 1 人についての危険な行動の報告件数は平均すると、ADL(a) 2.9、ADL(b) 2.2、ADL(c) 0.5 の報告がある。ADL レベルの高い患者ほど危険な行動の報告回数が多く、終日ベット上生活者に近づくほど痴呆に伴う危険な行動は少なくなった。危険な行動の報告のあった患者の ADL レベルと要介護度を比較すると、ADL(b) では報告のあったものの方が要介護度が低くなっており、このような病態の痴呆性高齢者の危険な行動は要介護度に反映されていなかった。(表6)

表6 ADL と危険な行動の報告の関連

	患者数	危険な行動の報告件数 (%)	患者ひとりあたりの報告件数	危険な行動ありの者の要介護度	全体の平均の要介護度
ADL(a)	85	247 (43%)	2.9 回 (247 / 85)	3.49±0.84	3.32±0.95
ADL(b)	135	301 (52%)	2.2 回 (301 / 135)	4.21±0.72	4.47±0.70
ADL(c)	65	30 (5%)	0.5 回 (30 / 65)	5.00±0.00	4.92±0.27

(ADL(a)、(b)、(c)については本文中を参照の事)

危険な行動の報告の男女差があるかどうかを比較した。男性についての報告のべ 234 件で報告のあった者の平均の年齢 80.0 ± 7.8 (平均±標準偏差)、女性についての報告のべ 345 件で報告のあった者の平均の年齢 83.4 ± 8.2 (平均±標準偏差)、全体の平均の年齢と比較しても差はなかった。一人当りの報告件数は、男性 2.7 回、女性 1.7 回であり男性の方が危険な行動の報告件数は多かった。要介護度を男女別に検討すると、男女共に危険な行動の報告がある者の方が要介護度は低かった。危険な行動のリスク、その管理に対する部分は要介護度に反映されていない。(表 7)

表 7 危険な行動をした男女の年齢と報告件数

	人数	報告件数	一人当りの報告件数	危険な行動をした者の年齢	対象者の年齢	危険な行動をした者の要介護度	全体の平均の要介護度
男性	87	234	2.7	80.0 ± 7.8	78.4 ± 9.6	3.77 ± 0.85	4.00 ± 1.03
女性	198	345	1.7	83.4 ± 8.2	83.5 ± 9.1	4.05 ± 0.87	4.28 ± 0.91

危険な行動をした人物をとりあげると、全員の名前があがる訳ではない。全体で 132 名(男性 46 名、女性 86 名)の名前があがる。対象者全員で 285 名であり 132 名は全体の 46%にあたる。すなわち今回調査した患者の 46%の患者が 1 回以上の危険な行動の報告があったことになる。すなわち 54%の患者は危険な行動の報告がないことになる。また、10 回以上報告があった患者の要介護度は、要介護 5 が 5 人、4 が 4 人、3 が 3 人であった。これほど危険な行動がある患者でも要介護度が低い場合がある。(表 8)

表 8 危険な行動をした人物と報告回数

	1 回だけ	2 回から 9 回	10 回以上	合計人数	1 回以上報告のあった者の割合
男性	13	28	5	46	46/87 (53%)
女性	28	51	7	86	86/198 (43%)
合計	41	79	12	96	132/285 (46%)

(10 回以上報告のあった者の内訳は、要介護度 5 : 5 人、4 : 4 人、3 : 3 人)

危険な行動の種類としては、暴力、転落の危険、転倒の危険、転倒、異食、転落、他患に危害を与える危険、点滴や尿パルンなどの自己抜去、盗食、徘徊などであった。報告のあった暴力は多くが患者から介護スタッフに対するものであった。オムツ交換時に突然手や足がでる場合、移乗や食事の介助等で突然殴られる場合が多かった。転落の危険は、ベット上に立ち上がる、ベット柵を勝手に取り去り落

ちそうになる、というものが多かった。転倒の危険は、日ごろ歩行が不安定で車椅子に乗るような患者が一人で勝手にふらふらと歩いていたりする場合が多かった。転倒は歩いている場合もあるが、車椅子に乗ったまま後ろや横に転倒することもあった。異食は、便食が最も多く、オムツの半端の布やトイレットペーパー、ゴム手袋などがあった。転落は、ベットの横に落ちていた、車椅子からずり落ちていた、という報告が多かった。他患に危害を与える危険というのは、本人は悪気はないのに危険を与えそうな場合であり、車椅子の患者の安全ベルトをはずしてやったり、オーバーテーブルを寝たきりの患者の顔のあたりにおいたり、などである。盗食は、食堂にて食事中に近くで食べている患者の食事を盗る場合がほとんどであった。徘徊においては、閉鎖された空間でただ歩いているだけでは危険は少ないが、夜中ずっと徘徊してふらふらになっても歩いていた、失禁してオムツが落ちそうになりながら徘徊することは転倒につながりやすいため危険と報告があった。(表9)

表9 危険な行動の種類

	報告件数 (%)
暴力	134 (23%)
転落の危険	98 (17%)
転倒の危険	76 (13%)
転倒	44 (7.5%)
異食	43 (7.4%)
転落	39 (6.7%)
他患に危害を与える危険	31 (5.3%)
点滴などの自己抜去	27 (4.6%)
盗食	18 (3.1%)
徘徊	17 (2.9%)
自分自身が怪我をする危険	11 (1.9%)

疾患別に危険な行動の報告件数をみると、多い順に、アルツハイマー型老年期痴呆症 351 (61%)、脳血管性痴呆症 93 (16%)、びまん性レビー小体病 58 (10%)、アルツハイマー病 15 (2.6%) であった。ひとりの患者が何回危険な行為をしたかという頻度を平均してみると、アルツハイマー型老年期痴呆症 2.6 回 (351/136)、脳血管性痴呆症 1.9 回 (93/49)、アルツハイマー病 0.5 回 (15/33)、びまん性レビー小体病 2.9 回 (58/20) であった。びまん性レビー小体病で最も多い報告の頻度があり、次いでアルツハイマー型老年期痴呆症であった。要介護度については、この4つの疾患すべてについては、どの疾患においても危険であるという報告のあった者の要介護度は低いものであった。すなわち要介護度が低いもののほうが危険な行為行動の報告が多いことになり、痴呆性高齢者における危険な行動は要介護度に反映されていない。(表10)

表10 疾患別の危険な行動の頻度

	人数	報告件数 (%)	一人当りの報告件数	報告のありの者の要介護度	全員の平均の要介護度
アルツハイマー病	33	15 (2.6%)	0.5回 (15/33)	3.73±0.80	4.58±0.84
アルツハイマー型老年期痴呆症	136	351 (61%)	2.6回 (351/136)	3.85±0.84	4.08±0.91
脳血管性痴呆症	49	93 (16%)	1.9回 (93/49)	4.41±0.95	4.61±0.80
びまん性レビー小体病	20	58 (10%)	2.9回 (58/20)	4.11±0.31	4.27±0.83

ここからは痴呆性高齢者の疾患と危険な行動の関連を解析した。

危険な行動のうちで「暴力」については、SDAT で最も多い頻度であるが、疾患別にみると DLBD においては危険な行動の内の3分の1がこの暴力行為についての報告であった。SDAT では全体の5分の1の報告件数であった。SDAT では介助をあせったり余裕がない時に発生する、いわゆる対応のまずさからくる暴力が多く、VD や DLBD では突発する形で発生するが多かった。「転落の危険」では、SDAT においてはやや不安定な歩行の患者で車椅子を併用するような場合に、ベット柵を勝手にはずしたりしてベットから落ちそうになることが多かった。DLBD では車椅子に乗っていても縄抜けをするようにしてずり落ちそうになっていたりした。「転倒の危険」では、SDAT においてはベットで寝ているはずが、勝手にベット柵を取り去り室内や廊下を不安定な歩行で歩いている場合が多かった。VD でも日ごろは車椅子なのに夜間突然廊下を歩いていたということがある。「転倒」では実際に歩いているときに転ぶこともあるが、SDAT と DLBD では車椅子に乗ったまま横や後ろに倒れた場合があった。「異食」では、便食が最も多かった。便コネをするような形でオムツから食べた場合が多い。他には、オムツの布の半端やビニール手袋、トイレットペーパー、白い軟膏などがあつた。「転落」では、ベットからベット柵を勝手にはずして落ちていたのが最も多かった。「他患に危害を与える危険」では、車椅子に乗っている患者の安全ベルトを勝手に取り去ってしまつたりした。(表11)

表11 危険な行動と疾患との関連

	AD	SDAT	VD	DLBD	その他
暴力	3 (2%)	76 (57%)	29 (22%)	19 (14%)	7
転落の危険	0 (0%)	64 (65%)	16 (16%)	6 (6%)	12
転倒の危険	1 (1%)	43 (57%)	18 (24%)	6 (8%)	7
転倒	2 (5%)	23 (59%)	6 (15%)	5 (13%)	3
異食	4 (9%)	33 (77%)	2 (5%)	4 (9%)	0
転落	0 (0%)	28 (75%)	3 (8%)	5 (14%)	1

他患に危害を与える危険	2 (7%)	20 (67%)	3 (10%)	0 (0%)	5
点滴などの自己抜去	0 (0%)	13 (57%)	5 (22%)	0 (0%)	5
盗食	0 (0%)	8 (47%)	2 (12%)	4 (23%)	3
徘徊	0 (0%)	13 (76%)	1 (6%)	3 (18%)	0

SDAT：アルツハイマー型老年期痴呆症、VD：脳血管性痴呆症

AD：アルツハイマー病、DLBD：びまん性レビー小体病

次に、それぞれの痴呆性疾患において、どのような危険な行動が多いのかを示した。「アルツハイマー型老年期痴呆症」では、暴力と転落の危険が同じくらいに多い頻度であり、両者で40%に達する。転倒の危険、異食、転落、転倒の順である。「脳血管性痴呆症」では、暴力が最も多く、転落の危険、転倒の危険の3項目で3分の2を占め、転倒、点滴や尿パルーンなどの自己抜去が続いた。「アルツハイマー病」では、異食と暴力で半数以上を占めたが、他には転倒や他患に危害を与える危険があった。「びまん性レビー小体病」では、暴力が3分の1を占めたが、転落の危険、転倒の危険、転落、転倒の4項目で40%を占めた。

表12 疾患と危険な行動の関連

	AD	SDAT	VD	DLBD	その他
暴力	3 (20%)	76 (22%)	29 (31%)	19 (33%)	7
転落の危険	0 (0%)	64 (18%)	16 (17%)	6 (11%)	12
転倒の危険	1 (7%)	43 (12%)	18 (18%)	6 (11%)	7
転倒	2 (13%)	23 (6.6%)	6 (6.5%)	5 (8.8%)	3
異食	4 (26%)	33 (9.4%)	2 (2.2%)	4 (7.0%)	0
転落	0 (0%)	28 (8.0%)	3 (3.2%)	5 (8.8%)	1
他患に危害を与える危険	2 (13%)	20 (5.7%)	3 (3.2%)	0 (0%)	5
点滴などの自己抜去	0 (0%)	13 (3.7%)	5 (5.4%)	0 (0%)	5
盗食	0 (0%)	8 (2.3%)	2 (2.2%)	4 (7.0%)	3
徘徊	0 (0%)	13 (3.7%)	1 (1%)	3 (5.3%)	0
その他	3 (20%)	30 (8.5%)	8 (8%)	5 (8.8%)	24

SDAT：アルツハイマー型老年期痴呆症、VD：脳血管性痴呆症

AD：アルツハイマー病、DLBD：びまん性レビー小体病

結果のまとめ

- 1 危険な行動の報告は動ける方の多いフロアーで多い (表3)

- 2 日勤と夜勤、曜日別の報告からは、人手の少ない時に危険な行動が発生しやすい（表4、表5）
- 3 動ける方と動けない方では、動けるの方が危険な行動は多い（表6）
- 4 動ける方ほど危険な行動は多いにもかかわらず、要介護度は動ける方ほど低い（表6）
- 5 女性に比べて、男性の方が危険な行動は多い（表7）
- 6 男女ともに危険な行動をする人の方が介護度は低い（表7）
- 7 一度以上危険な行動をすると報告があった人は、入院患者の約半数であった（表8）
- 8 危険な行動の激しい方でも要介護度は高いとはかぎらない（表8）
- 9 介護上問題となる危険な行動は、暴力、転落の危険、転倒の危険の順（表9）
- 10 DLBDやSDATでは一人当たりの危険な行動の報告件数が多かった（表10）
- 11 すべての疾患において、危険な行動をする人のほうが危険な行動をしない人に比べて、要介護度は低い（表10）
- 11 ADでは異食、暴力が多い（表11, 12）
- 12 SDATでは暴力、転落の危険が同じくらい多い（表11, 12）
- 13 VDでは暴力が多く、転倒の危険が次に多い（表11, 12）
- 14 DLBDでは暴力が多く、次に転落、転倒、それらの危険が同頻度（表11, 12）

D 考察

対象となった福祉村病院に入院中の患者（表1）については男性：女性＝3：7と女性が多く、一般的な傾向と一致していた。常にベットの生活のものは全体の22%を占めた。78%の患者は自分で歩行しているか、あるいは車椅子には移乗できる状態のものであった。要介護度については、ADLレベルの良いものほど低い傾向があり、ADLと介護度は関連があるようだ。

同じく対象患者の疾患による割合（表2）では、アルツハイマー型痴呆症が59%、脳血管性痴呆症が17%であった。また、アルツハイマー型痴呆症の中でのアルツハイマー病とアルツハイマー型老年期痴呆症の割合は1対5であった。アルツハイマー病の割合が多いのは、行動障害などで在宅での介護が難しいため入院する割合は初老期痴呆症の方が多いためであろう。要介護度は、脳血管性痴呆症とアルツハイマー病で他の疾患よりも高いものであった。アルツハイマー病においても身体的に重症の方がより身体的な部分を反映しているように思われた。

危険な行動の報告がどのようなフロアで多かったかを検討した（表3）。身体的に重症の痴呆性高齢者が多いフロアでは相対的に危険な行動の報告が少なかった。動ける痴呆性の多いフロアからは危険な行動の報告が多かった。一人当たりの報告件数では、約3倍の違いが認められた。動ける痴呆性高齢者には危険が多いことになる。

危険な行動の報告の数は日勤に比べて夜勤帯において報告数は多かった（表4）。看護、介護のスタッフが少なくなる勤務帯での危険な行動の報告が多いことになる。逆の視点からすると、リスクマネジメントから見ると看護介護の人数が増えればリスクは減る可能性がある。

曜日別に報告の頻度を調べる（表5）と、危険な行動の報告が多かったのは、土曜日であった。日曜

日と土曜日では看護介護スタッフの人数は同じであるが、日曜は平日と同じ程度であったが、土曜日のみ報告が多かった。スタッフが少なくなるときの危険が増えるのであろうが、土曜日と日曜日の違いは不明である。

ADLの違いによる報告件数(表6)を調べた。ひとり当たりの危険な行動の報告件数をみると、全く介助なく歩行している患者(ADL(a))で最も報告が多く、歩行は可能であるが不安定で転倒が多いため車椅子を利用したり、車椅子に乗れのだが食事や行事以外はベット上生活の患者(ADL(b))でも同じくらいの頻度で報告があった。終日ベット上生活であり車椅子にも乗れない患者(ADL(c))では明らかに危険な行動の報告は少ない。これは、ADLレベルの高い痴呆性高齢者ほど危険な行動が多くみられることを示しており、終日ベット上生活の痴呆性高齢者は相対的に危険な行動は少ないといえる。要介護度をみると、ADL(a)とADL(c)の患者では危険な行動の報告がある者が高い要介護度となっていて、危険な行動の多さが要介護度に反映されているが、ADL(b)の患者では平均よりも要介護度が低くなっている危険な行動の多さが要介護度に反映されていない。ADLレベルが不安定な痴呆性高齢者が正しい評価を受けていない可能性がある。

危険な行動の報告があった中での男女の差(表7)をみると、一人当たりの報告件数が男性2.7回、女性1.7回であった。男性の痴呆性高齢者には危険な行動が多い。男性のほうが危険であるともいえる。また、看護介護スタッフには女性が圧倒的に多く、男性の示す危険な行動への対処に苦慮していることが推察された。要介護度をみると、男女ともに危険な行動の報告があがった痴呆性高齢者の方が平均の要介護度よりも低いことがわかり、男女共に危険な行動が要介護度には反映されていない。

危険な行動をした患者の報告のあった回数を調べた(表8)ものでは、1回以上名前が出てくる痴呆性高齢者は46%であり、残りの54%は一回も名前があがらない。すなわち約半数の痴呆性高齢者は危険な行動をしないと考えられた。また一方で、10回以上名前があがった12名の方々の要介護度は必ずしも高いとは限らないもので、3名は要介護度3であった。危険な行動は要介護度に反映されない場合がある。

危険な行動の種類(表9)として、暴力が最も多いが、介護の仕方が悪いために発生するものもあるが、突発するような形で起こる暴力、結果的に暴力になってしまうものがある。次に多いのは、転落の危険、転倒の危険、転倒、転落という4つの項目をあわせると45%となり、看護、介護スタッフは転落や転倒についての危険を常に感じている。身体拘束廃止についての認識が高まる一方で、行動障害のきびしい痴呆性高齢者では、怪我をするリスクが上がり、見守りを強化して危険を早く察知する姿勢が強まっていると推察する。より質の高い看護介護が要求される一方で、より仕事が厳しい状況であるという相反する現実がみられる。

疾患別の危険な行動のみられた頻度(表10)では、一人当たりの報告件数において、びまん性レビー小体病2.9回、アルツハイマー型痴呆症2.6回であり、この二つの疾患では危険な行動が多いと思う必要がある。要介護度は、今回調査した4つのすべての疾患において、それぞれの疾患で平均の要介護度よりも危険な行動をする痴呆性高齢者の要介護度は低いという驚くべき状況がある。すなわち、すべての疾患で危険な行動をする者はその危険が要介護度に反映されていない。

危険な行動を指標にしてどのような疾患の痴呆性高齢者に危険がおこりやすいかをしめしたのが

(表 11) である。どの危険な行動においても、アルツハイマー型老年期痴呆症が最も報告の頻度が高かった。他の疾患に比べてアルツハイマー型老年期痴呆症で多い頻度は、異食、徘徊、転落、他患に危害を与える危険、転落の危険の順である。脳血管性痴呆症では、転倒の危険、暴力、点滴や尿パルーンの自己抜去、転落の危険、転倒の順に多い。びまん性レビー小体病では、盗食、暴力、転落、転倒の順に多い。それぞれの危険な行動はどの疾患、どのようなレベルで多いかが明らかとなった。

痴呆性高齢者の疾患別に危険な行動の頻度をみたもの(表 12)について検討する。アルツハイマー型老年期痴呆症では、暴力と転落の危険が同じくらいの報告があった。転倒の危険、異食、転落が多かった。脳血管性痴呆症では、暴力、転倒の危険、転落の危険が多く、転倒、点滴などの自己抜去が多かった。びまん性レビー小体病では、暴力が最も多く、次に同じくらいの頻度で転落の危険、転倒の危険、転倒、転落が報告された。アルツハイマーでは、看護介護の時間に余裕がないときに暴力が発生しやすく、看護介護の人手が減ると転落の危険が増えた。脳血管性痴呆症では、突発する暴力があるが、だいたい同じパターンで発生するが多かった。びまん性レビー小体病では、予測不能でさまざまな暴力がみられた。身体的な不安定さにより転倒や転落などの危険は多い。

考察のまとめ

- 1 危険な行動は介護者の人手の少ない時間帯に発生しやすいので、介護者は多いほうが良い。
- 2 休日や夜間など介護者が減る時間帯は危険が増えるので、そのような時間はできるだけ発生しないようにするべきである。
- 3 動ける方ほど危険が多いので、動ける方ほど目を離さない様な介護をする必要がある。
- 4 痴呆の重い方でも約半数は危険な行動をとらないので、危険な行動をする方と危険が少ない方に対してリスクマネジメントの比重のかけ方を検討する必要がある。みな同じように対処している可能性がある。
- 5 暴力行為には、同じ状況や同じ人物にはパターンがあり、情報をスタッフで共有することがスタッフ間での危険の回避につながる
- 6 転倒や転落およびそれらの危険には、転倒や転落が発生しにくい環境や状況をつくることが重要であろう。ベットからの転落、車椅子からの転落はこれらの生活習慣が日本では今の高齢者にはあっていない可能性もある。
- 7 異食、盗食、徘徊、他の方に危害を与える危険、点滴などの自己抜去などは常時だれかが傍にすることで危険は回避できる可能性がある。
- 8 各疾患にはそれぞれ危険な行動の発生に傾向やパターンが存在するので、それらの特徴を認識して、個人のリスクマネジメントに反映させるべきである。
- 9 要介護度は身体的な ADL により軽重が決まり、危険な行動をするほど軽いものとなっていて、リスクマネジメントの視点での評価が取り入れられていない。

E 結論

結論は上記の結果のまとめや考察のまとめが結論となる。

結論として「痴呆性高齢者が安全で快適な生活を送れるようにするための提案」を列記する。

- 1 理想的には、一人の痴呆性高齢者に対して一人以上の介護者が24時間体制で介護できるようにする。
- 2 上記1の実現が難しいならば、危険な行動をする痴呆性高齢者には一人ずつ専属で介護者がつけるような体制をとる。
- 3 上記1、2は人的な問題で困難ならば、人と同じように介護ができるような「介護ロボット」を開発、導入することも考慮する。
- 4 少しでも動ける痴呆性高齢者はベットでの生活は避けるようにする。ベットを使用しない平らな床での生活をする。こうすれば少ない人手でも今よりは安全な介護が可能となる。
- 5 転倒しても怪我や骨折をしない床の素材を開発して使用する。
- 6 危険な行動をとる痴呆性高齢者の要介護度が適切に判定されるように評価方法を再検討するべき。
- 7 疾患や重症度別に振り分けて、痴呆性高齢者が危険のないよう共同生活できるように生活の場所を区分して提供するための基準を策定する。

F 参考文献

- 1) 伊苅弘之他：痴呆性高齢者の行動障害によって発生する危険を回避するための痴呆介護についての研究。平成14年度老人保健健康増進等事業による研究報告書、2003年；p153-164。
- 2) 水野裕：痴呆性高齢者の安全管理～誤嚥、異食、転倒、転落、暴力。臨床老年看護、2004年；vol11(1)：p50-57。
- 3) Hughes CP, et al : A new clinical scale for the staging of dementia, Br J psychiatry, 140 , 1982, 566-572.

G 研究発表

- 1 論文発表 : 平成14年度と平成15年度の報告書をまとめて、海外誌に投稿予定とする。
- 2 学会発表 : 日本老年精神医学会、日本老年医学会にて発表予定とする。

痴呆性高齢者における嚥下評価指針作成に関する研究

主任研究者 長屋政博 (国立長寿医療センター病院 骨・関節機能訓練科医長)

研究協力者 水野裕 (高齢者痴呆介護研究・研修大府センター)

竹中晋 (川崎医科大学 リハビリテーション科講師)

A 研究目的

痴呆性疾患における誤嚥性肺炎は、しばしば死に到る可能性の高い疾患であり、この予防が非常に重要である。誤嚥性肺炎を防ぐために嚥下リハビリテーション、食事指導、口腔ケアなどが行われているものの、痴呆患者での対策はまだ十分とはいえず、介護施設でも利用可能な嚥下評価マニュアルは、確立されたものはない。高齢者、脳血管障害に対する嚥下評価法は、いくつか報告されているが、痴呆患者の嚥下障害の評価には、そのままでは使用しにくい、本研究では痴呆患者に対する嚥下障害評価法を試案する予定である。本研究では、痴呆患者の嚥下機能を簡単に評価できる評価マニュアルを作製する目的で、従来から使用されている摂食・嚥下質問紙 1)、介護者による摂食場面の観察、嚥下時の症状、また嚥下の簡易スクリーニング法としての水飲みテスト 2)、反復唾液嚥下試験 3)を試みて、痴呆患者の嚥下評価法に導入できる項目を選択する。また同時に嚥下造影法 (videofluorography:VF 検査) 4-8)を用いて客観的に評価し、痴呆患者の嚥下障害の特徴を検討し、嚥下評価マニュアルの確立が目標である。またそのマニュアルは、介護施設でも利用可能な嚥下評価法を確立することである。

B 研究方法

対象は、当院にて摂食障害もしくは嚥下障害を疑われ、嚥下造影検査を当科に依頼された脳血管性痴呆患者 41 名 (平均年齢 81.6 ± 6.8 歳) とアルツハイマー型痴呆患者 21 名 (平均年齢 82.5 ± 4.6 歳) である。脳血管性痴呆患者の MMSE は、 $26-0$ で、アルツハイマー型痴呆患者では、 $20-0$ であった。摂食・嚥下質問紙、また嚥下の簡易スクリーニング法としての水飲みテスト、反復唾液嚥下試験を試みるこことができたのは、脳血管性痴呆 14 名で、アルツハイマー型痴呆では 6 名であった。

VF 検査は、X線透視装置を用い、被験者は透視台上に垂直坐位をとり、造影剤であるイオパミドールを砂糖水で 2 倍に希釈したものを嚥下してもらい、口腔・咽頭・喉頭における嚥下第 1 相から 2 相を正面像および側面像で観察した。造影剤の 1 回嚥下量は、3ml から開始し、5ml、7ml、10ml、15ml まで増量した。もし途中で誤嚥する場合にはその時点で検査を中止しました。映像はビデオテープに記録し、モニター装置にて再生し、分析評価した。口腔から咽頭期にかけての異常所見として、造影剤の口腔内停滞、舌の動きの低下、造影剤の口腔内保持不良、少量ずつの嚥下、造影剤の喉頭蓋谷貯留、造影剤の梨状窩貯留、喉頭挙上の遅れ、誤嚥の有無を記録した。造影剤であるイオパミドール入りゼリーを嚥下した場合も同様に、スプーン 1 杯を嚥下してもらい、口腔・咽頭・喉頭における嚥下第 1 相から 2 相を正面像および側面像で観察した。

(倫理面での配慮)

本研究を実施するにあたっては、高齢者痴呆介護研究・研修大府センターの倫理委員会の承認を得た。研究等の対象とする個人の権利擁護として、以下の項目を遵守した。1) インフォームドコンセントに基づき、本人もしくは家族（代諾者）から同意を得た場合にのみ検査を行う。2) 検査結果については秘密を厳守し、患者本人もしくは家族（代諾者）から要請があった場合にのみ直接本人に知らせる。3) 患者のプライバシーを尊重し、いかなる個人情報も外部に漏れないように細心の配慮を行う。4) 専門学会あるいは学会誌に発表する場合は患者個人の情報としてではなく、結果全体のまとめとして発表を行う。

C 研究結果

水飲みテストでは、脳血管性痴呆では 85.7%、アルツハイマー型痴呆では 50.0%に異常が認められた。脳血管性痴呆で、高率に異常がみられた。（図1）

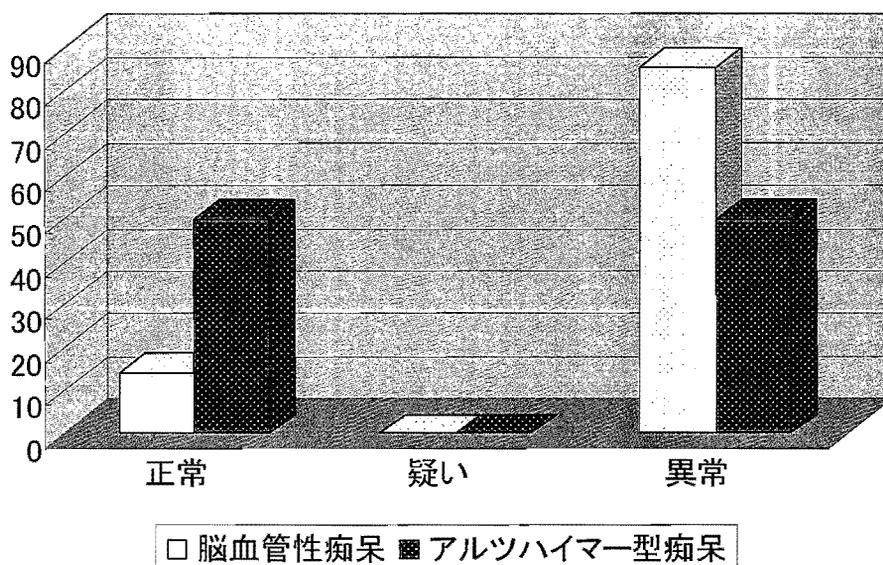


図1 水飲みテストの結果

反復唾液嚥下試験では、脳血管性痴呆では 85.7%、アルツハイマー型痴呆では 50.0%に異常が認められた。脳血管性痴呆で、高率に異常がみられた。（図2）

摂食・嚥下障害の質問紙法では、“食事中にむせることがある”という項目で、脳血管性痴呆では 92.9%、アルツハイマー型痴呆では 66.6%に認められた。また同様に“お茶を飲むときにむせることがある”という項目も、脳血管性痴呆では 85.7%、アルツハイマー型痴呆では 66.6%に認められた。次に多い項目としては、“過去に肺炎と診断されたことがある”という項目で、脳血管性痴呆では 78.6%、アルツハイマー型痴呆では 50.0%に認められた。”口の中から食べ物がこぼれることがある“という項目も、脳血管性痴呆では 50.0%、アルツハイマー型痴呆では 66.6%に認められ、”食べるのが遅くなった“という項目も、脳血管性痴呆では 57.1%、アルツハイマー型痴呆では 33.3%に認められ、比較的高率にみられた。（図3）

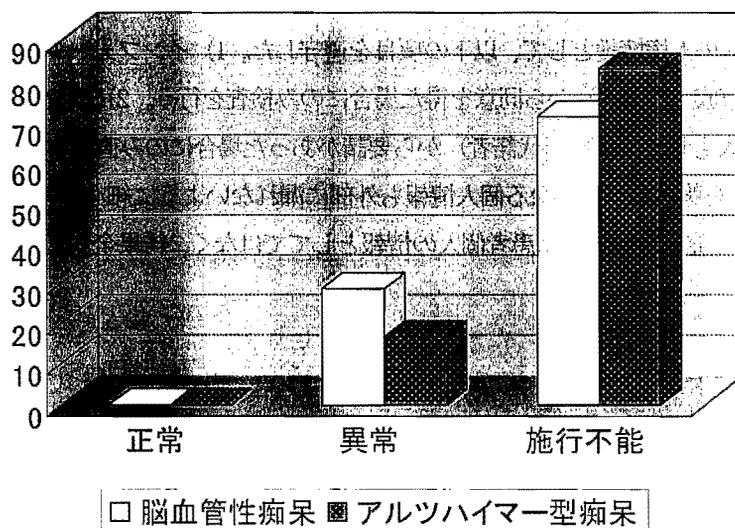


図2 反復唾液嚥下試験の結果

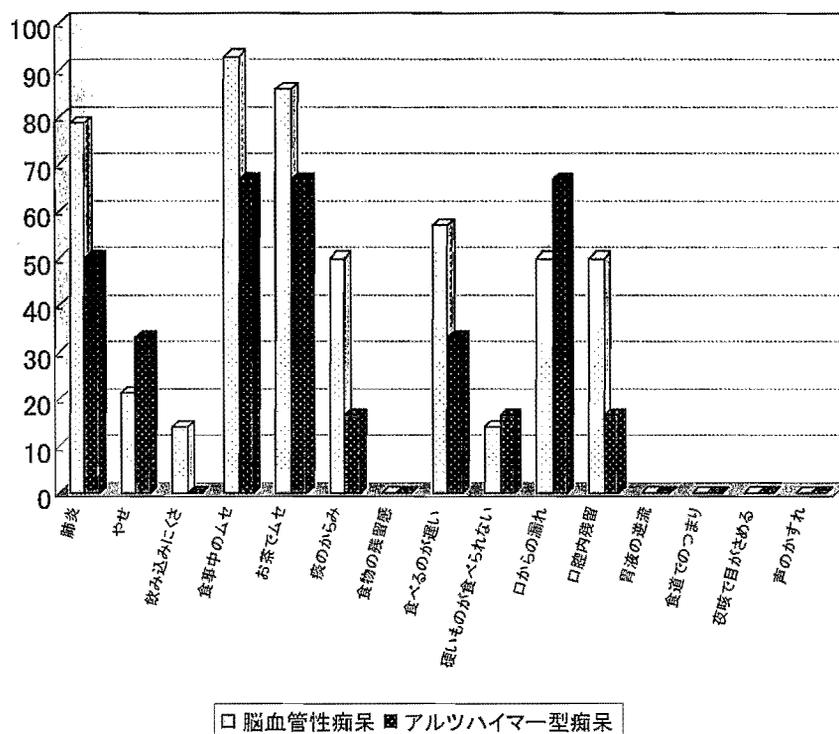


図3 摂食・嚥下障害の質問紙法の結果

VF 検査結果では、イオパミドールの砂糖水で2倍に希釈したもののでの口腔期の VF 所見の場合、脳血管性痴呆患者では、造影剤の口腔内停滞 11 例、舌の不随意的運動 2 例、造影剤の口腔内保持不良 18 例、鼻咽腔への造影剤の漏れ 0 例、舌の繰り返しの送り込み 3 例、少量ずつの嚥下 22 例、口からの漏れ 11 例であった。アルツハイマー型痴呆患者では、造影剤の口腔内停滞 4 例、舌の不随意的運動 0 例、造影剤の口腔内保持不良 14 例、鼻咽腔への造影剤の漏れ 0 例、舌の繰り返しの送り込み 4 例、少量ずつ

つの嚥下13例、口からの漏れ8例であった。脳血管性痴呆患者とアルツハイマー型痴呆患者での異常所見の出現頻度の比較では、異常所見の出現頻度には差がみられなかった。(表1)

表1 口腔期のVF所見(水溶性造影剤)

	VD (n=41)	AD (n=21)	P
造影剤の口腔内停滞	11例	4例	0.551
下の不随意的運動	2	0	0.544
造影剤の口腔内保持不良	18	14	0.872
鼻咽腔への造影剤の漏れ	0	0	>0.999
下の繰り返しの送り込み	3	4	0.426
少量ずつの嚥下	22	13	0.534
口からの漏れ	11	8	0.394

同様に咽頭期のVF所見の場合、脳血管性痴呆患者では、造影剤の喉頭蓋谷残留22例、造影剤の梨状窩凹残留22例、誤嚥31例、むせ30例、喉頭挙上の遅れ34例、食道入口部の開大不良6例であった。アルツハイマー型痴呆患者では、造影剤の喉頭蓋谷残留10例、造影剤の梨状窩凹残留9例、誤嚥11例、むせ10例、喉頭挙上の遅れ14例、食道入口部の開大不良2例であった。脳血管性痴呆患者とアルツハイマー型痴呆患者での異常所見の出現頻度の比較では、2群間には差がみられなかった。(表2)

VF検査結果では、イオパミドール入りのゼリーでの口腔期のVF所見の場合、脳血管性痴呆患者では、造影剤の口腔内停滞15例、舌の不随意的運動2例、造影剤の口腔内保持不良16例、鼻咽腔への造影剤の漏れ0例、舌の繰り返しの送り込み4例、少量ずつの嚥下20例、口からの漏れ5例であった。アルツハイマー型痴呆患者では、造影剤の口腔内停滞5例、舌の不随意的運動0例、造影剤の口腔内保持不良12例、鼻咽腔への造影剤の漏れ0例、舌の繰り返しの送り込み4例、少量ずつの嚥下9例、口からの漏れ4例であった。脳血管性痴呆患者とアルツハイマー型痴呆患者での異常所見の出現頻度の比較では、差がみられなかった。(表3) 同様に咽頭期のVF所見の場合、脳血管性痴呆患者では、造影剤の喉頭蓋谷残留15例、造影剤の梨状窩凹残留15例、誤嚥16例、むせ14例、喉頭挙上の遅れ28例、食道入口部の開大不良1例であった。アルツハイマー型痴呆患者では、造影剤の喉頭蓋谷残留9例、造影剤の梨状窩凹残留8例、誤嚥9例、むせ9例、喉頭挙上の遅れ12例、食道入口部の開大不良3例であった。脳血管性痴呆患者とアルツハイマー型痴呆患者での異常所見の出現頻度の比較では、2群間には差がみられなかった。(表4)

表2 咽頭期のVF所見(水溶性造影剤)

	VD (n=41)	AD (n=21)	P
造影剤の喉頭蓋谷残留	22 例	10 例	0.652
造影剤の梨状窩凹残留	22	9	0.420
誤嚥	31	11	0.067
むせ	30	10	0.048
喉頭挙上の遅れ	34	14	0.154
食道入り口部の開大不良	6	2	0.111

表3 口腔期のVF所見(造影剤入りゼリー)

	VD (n=41)	AD (n=21)	P
造影剤の口腔内停滞	15 例	5 例	0.395
下の不随意的運動	2	0	0.544
造影剤の口腔内保持不良	16	12	0.175
鼻咽腔への造影剤の漏れ	0	0	>0.999
下の繰り返しの送り込み	4	4	0.426
少量ずつの嚥下	20	9	0.789
口からの漏れ	5	4	0.472

表4 咽頭期のVF所見(造影剤入りゼリー)

	VD (n=41)	AD (n=21)	P
造影剤の喉頭蓋谷残留	15例	9例	0.6323
造影剤の梨状窩凹残留	15	8	0.907
誤嚥	16	9	0.771
むせ	14	9	0.503
喉頭挙上の遅れ	28	12	0.387
食道入り口部の開大不良	1	3	0.1085

D. 考察

痴呆患者の嚥下障害を簡単に評価する評価指針を作成する目的で、従来から使用されている摂食・嚥下質問紙法、また嚥下の簡易スクリーニング法としての水飲みテスト、反復唾液嚥下試験が有効であるか検討した。摂食・嚥下障害の質問紙法で高率に認められ、嚥下評価指針に用いることができると考えられる項目としては、“食事中にむせることがある”、“お茶を飲むときにむせることがある”、“過去に肺炎と診断されたことがある”、“口の中から食べ物がこぼれることがある”、“食べるのが遅くなった”というような項目であった。これらの項目は、痴呆患者の嚥下障害評価の最初にスクリーニングとして行う評価に取り入れることができると考える。

VF検査結果によると痴呆患者の嚥下障害は、口腔期と咽頭期がともに障害され、多彩な所見を呈していることが認められた。VF検査は、所見を感知する能力は高く、特に誤嚥の有無を判定することに優れている。しかしながら、レントゲン透視装置が必要で病院でないと検査ができない欠点がある。現状では、嚥下障害が疑われ、誤嚥の可能性がある場合に、詳細な評価を行いたいときに行う検査としての位置づけである。VF検査と同等の検査と考えられるものに、ビデオ内視鏡がある。これも病院で行われる検査である。VF検査では、痴呆患者でむせを伴わない誤嚥(silent aspiration)が少数ながら認められ、むせを伴わないで誤嚥しているケースがあり、介護スタッフには気づかれない場合があると考えられ、微熱が続く場合や、肺炎がみられた場合には、病院で検査をすることも考慮すべきであろう。

アルツハイマー型痴呆では、初期には、口腔期および摂食前期の障害が中心となる。たとえば食塊を口腔に貯めて、なかなか嚥下反射が起きない状態である。晩期には、口腔期と咽頭期がともに障害され、嚥下運動不全型を呈する。本研究の対象である誤嚥性肺炎で入院した痴呆性患者は、痴呆も中

等度から重度であり、ADLも食事動作を除いて全介助の状態であったことから、脳血管性痴呆患者もアルツハイマー型痴呆患者でも進行した患者であった。このためか、痴呆が進行した状態では、VF検査上誤嚥性肺炎を引き起こす状態では、アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆では、VF検査上は差がみられないことがみとめられた。また脳血管性痴呆の障害部位による検討がなされていないために、VF検査上アルツハイマー型痴呆の結果とあまり差がみられず、特徴を引き出すことができなかつたと考えられた。

以上の結果から、図4のような痴呆性疾患の摂食・嚥下障害に対する評価のアルゴリズムを作成した。在宅もしくは介護施設で、簡単に摂食もしくは嚥下障害を評価しようと考えた時、観察できる症状中心の質問紙が一次スクリーニングに適していると考えられた。その後、水飲みテストを施行して、異常の有無を評価する。異常がみられた時に在宅および介護施設での対策を立てる必要がある。対策としては、口腔ケア、食事形態の調整、食事をする環境の設定、食事姿勢の設定などを考慮する必要がある。このような対策を立てたにもかかわらず、微熱が続いたり、むせが続く場合は、病院で嚥下造影もしくはビデオ内視鏡などの検査をする必要があると考えられる。

E 結論

痴呆患者の嚥下機能を簡単に評価できる評価マニュアルを作製する目的で、従来から使用されている摂食・嚥下質問紙、また嚥下の簡易スクリーニング法としての水飲みテスト、反復唾液嚥下試験を試みて、痴呆患者の嚥下評価法に導入できる項目を選択し、また同時に嚥下造影法を用いて客観的に評価し、痴呆患者の嚥下障害の特徴を検討した。従来から利用されている摂食・嚥下障害の質問紙では、自覚症状の訴えが難しい痴呆性高齢者では、質問紙から自覚症状の項目を削除し、介家族および介護者による摂食場面の観察、嚥下時の症状から指摘しやすい項目を入れて、痴呆性高齢者の摂食・嚥下障害の家族および介護者による質問紙を作成し、これを一次スクリーニングとするのが妥当であると考えられた。一次スクリーニングに水飲みテストとゼリーの試食を導入することにより、在宅および介護施設でも利用可能な摂食・嚥下障害の評価マニュアルの大筋ができるものとする。

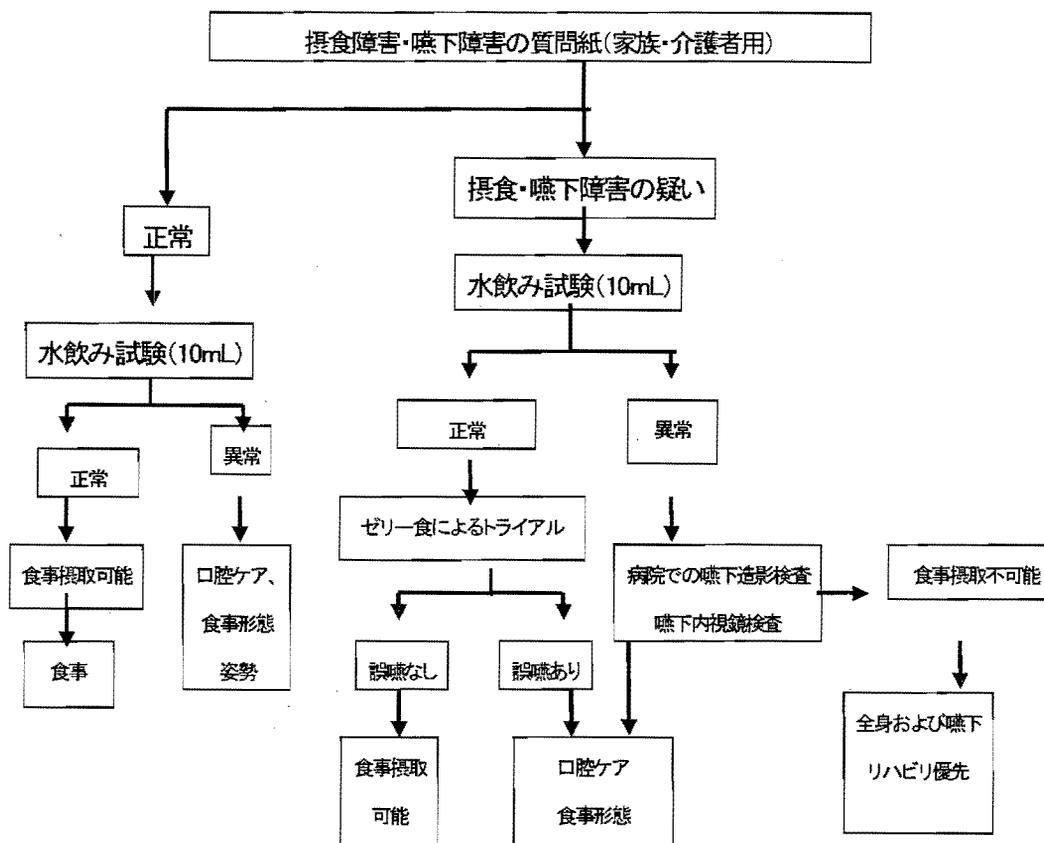


図4 痴呆疾患における嚥下障害評価のダイアグラム(試案)

F 参考文献

- 1) 藤島一郎：一次スクリーナーの立場から 日本嚥下障害臨床研究会 監修：嚥下障害の臨床 リハビリテーションの考え方と実際 東京：医歯薬出版 第1版1998 pp74-77
- 2) 窪田俊夫、三島博信、他：脳血管障害による麻痺性嚥下障害：スクリーニングテストとその臨床応用。総合リハ 10:271, 1982
- 3) 小口和代、才藤栄一、他：機能的嚥下障害スクリーニングテスト「反復唾液嚥下テストの検討」リハ医学 37:375, 2000
- 4) 嚥下肺疾患研究会 編：嚥下性肺疾患の診断と治療。ファイザー株式会社 第1版 2003
- 5) 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害 東京：医歯薬出版 第1版1993
- 6) Cherney LR, et al: Clinical management of dysphagia in adults and children. 2nd ed. Maryland : An Aspen publication; 1994.
- 7) Logemann JA: Evaluation and treatment of swallowing disorders. Texas: pro-ed; 1983
- 8) 金子芳洋、千野直一編；摂食・嚥下リハビリテーション 東京：医歯薬出版 第1版1998

G 研究発表

1 論文発表

- 1) Sumi Y, Nagaya M, et al. Developing an instrument to support oral care in the elderly. Gerodontology 20: 3-8, 2003.
- 2) 長尾政博. 転倒予防教室の効果 愛知県理学療法会誌 15(1):1-8, 2003.
- 3) 長尾政博. 転倒・骨折予防に役立つ機器. THE BONE 17(3):285-289, 2003.

2 学会発表

- 1) 長尾政博、原田敦、松井康素、他：痴呆を合併した大腿骨頸部骨折患者でのリハビリ阻害因子の検討 第45回日本老年医学会 2003. 6. 18-20 名古屋
- 2) 中澤智信、長尾政博. 大腿骨頸部骨折リハと骨密度の関連. 第14回日本リハビリテーション医学会中部・東海地方会. 2004. 2. 7 名古屋

摂食・嚥下障害の質問紙 1)

- 1 肺炎と診断されたことがありますか？
- 2 やせてきましたか？
- 3 物が飲み込みにくいと感じることがありますか？
- 4 食事にむせることがありますか？
- 5 お茶を飲むときにむせることがありますか？
- 6 食事中や食後、それ以外の時にものどがゴロゴロ
(たんがからんだ感じ)することがありますか？
- 7 のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？
- 8 食べるのが遅くなりましたか？
- 9 硬いものが食べにくくなりましたか？
- 10 口の中から食べ物がこぼれることがありますか？
- 11 口の中に食べ物が残ることがありますか？
- 12 食べ物に酸っぱい液が胃からのどに戻ってくることがありますか？
- 13 胸に食べ物が残ったり、つまった感じがすることがありますか？
- 14 夜、咳で寝られなかったり目覚めることがありますか？
- 15 声がかすれてきましたか(がらがら声、かすれ声など)？

簡易検査 2)4)

水飲み試験(WST : Water Swallowing Test)

どこでも簡易に施行でき、患者負担が少ない。嚥下機能障害のスクリーニング法として有効である。

方法と判定

水を嚥下させて飲み終わるまでの時間と「むせの有無(プロフィール)」、「飲み方(エピソード)」(表)を測定観察する。

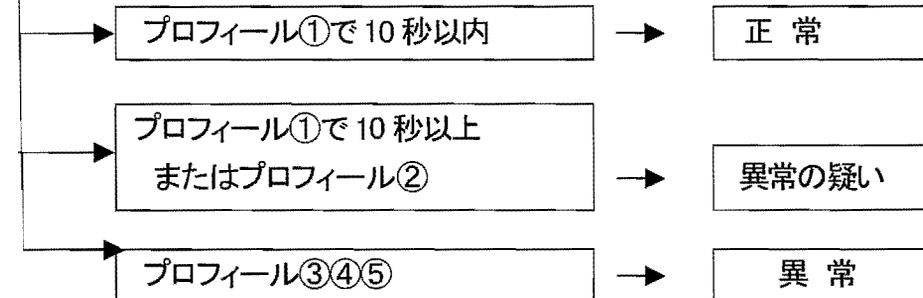
水を嚥下させる

- 水 10mL が入ったコップを患者に手渡す。
- 「いつもと同じように水を飲んでください」と飲水を促す。
- 状態のよくない患者では、まず水 30mL をスプーンで嚥下させて可能であることを確認する。
- 2 回以上に分けて飲んでもよい。

時間測定と観察

- 飲み終わるまでの時間を測定する。
- 「むせの有無(プロフィール)」、「飲み方(エピソード)」を観察する。

判定



観察項目

むせの有無(プロフィール)

- ①1 回でむせることなく飲むことができる。
- ②2 回以上に分けるが、むせることなく飲むことができる。
- ③1 回で飲むことができるが、むせることがある。
- ④2 回以上に分けて飲むにもかかわらず、むせることがある。
- ⑤むせることがしばしばで、全量飲むことが困難である。

飲み方(エピソード)

「すすりような飲み方」「含むような飲み方」「口唇からの水の流出」「むせながらも無理に動作を続けようとする傾向」「注意深い飲み方」など

簡易検査 3)4)

反復唾液嚥下試験(RSST : The Repetitive Saliva Swallowing Test)

検査機器を必要とせず、どこでも簡易に行え、検査による患者負担がほとんどない。嚥下機能障害のスクリーニング法として有効である。

方法と判定

口腔内を湿らせた後に 30 秒間に何回、空嚥下ができるかを触診による喉頭挙上運動(「ごっくん」という動き)の確認によって測定する。

患者の咽頭指腹を当てる

- 患者の咽頭隆起と舌骨に指腹を当てる。

30 秒間嚥下運動を繰り返させる

触診による嚥下運動の確認

- 嚥下運動に伴い咽頭隆起・舌骨は指腹を乗り越え上前方に移動し、またもとの位置に戻る。
- この下降運動を確認し、嚥下完了時点とする。
- 30 秒間におこる空嚥下回数を測定する。

判定

- 加齢によって嚥下可能回数は減る傾向にあるが(高齢者の平均値は 6.2 回)、3 回以下を異常と判定する 2)。

嚥下造影検査(VF : Videofluorography) 4-8

嚥下の口腔相、咽頭相の検査では、その運動が1秒以内であるため、機能異常を通常のX線フィルムに記録することが困難である。X線透視検査の結果をビデオに記録し、くり返し観察したり、静止画像により確認することで診断する。

方法と判定

造影剤を嚥下させ、透視下に嚥下反応を観察する。

造影検査の準備

- 造影位置を決定し、造影、ビデオ撮影の準備。

患者の緊張を解く

- 空嚥下・発声を促し、造影剤嚥下の準備。

造影剤を少量嚥下し観察する

- 造影剤少量(1~3mL)をスプーンで飲む。
- 造影下に口腔相、咽頭・喉頭相、食道相、誤嚥の有無などを観察。

造影剤を再度嚥下して観察する

- 誤嚥が高度でなければ造影剤をコップから一口飲む。
- 詳細な嚥下を観察する。
- 食道検査が必要な場合は、大量に飲んでも誤嚥がないことを確認してから行う。

評価

- 評価項目を観察し、各項目を正常、やや異常、異常の3段階で評価する。

用いる造影剤

- 硫酸バリウム、コンレイ、ウログラフィン、ガストログラフィンなどを水で10倍程希釈したものを用いる。
- 誤嚥の危険性が高い患者には第3世代の造影剤(オムニパーク、イオパミロンなど)が危険が少ないとされている。ただし、これらの造影剤はまだ嚥下透視検査の適応が承認されていない。
- 液体のみで嚥下障害の評価が不十分である場合には、プリンやゼリー、刻み食や、錠剤などに造影剤をまぜて嚥下透視検査を行うこともできる。

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」に関する実践対応集

主任：水野 裕（高齢者痴呆介護研究・研修大府センター）

研究協力者：杉浦博子（特別養護老人ホームむらさき野苑 TQM 推進室室長）

宮池英夫（老人保健施設相生施設長）

浅田好恵（特別養護老人ホーム高浜安立荘）

横尾英子（神戸女子大学）・横尾能範（有限会社シニアケア）

これらは、日々の痴呆介護の現場で、苦勞しながら考え、実行しているさまざまな試みの記録である。昨年度、いろいろな教訓的な事例を集め記載した。今年はそれに続き、絶対的な答えはないものの、実際どのような試みが行なわれ、その結果どうであったかをわれわれの研究会で話し合い、担当ごとに、まとめることができた。主に話し合った内容は、痴呆性高齢者の離設、急変時（急な発病など）、異食、財産管理上のトラブル、身体抑制解除などに伴う、各施設での試みである。介護現場ごとに環境、人員配置等異なるため、そのまま適用することはできないだろうが、やはり最初は何事も「人まね」から学ぶことが多いと思う。ぜひ参考にさせていただきたい。

痴呆高齢者対応型グループホーム2棟の改築と その運営において試みたハード面からのリスク対策

横尾 能範* (有限会社 シニアケア)

横尾 英子** (神戸女子大学)

(概要) 2001年春、市街地に位置する木造2階建、個室約30の社員寮を改築して、2ユニット、18名収容のグループホームを開所した。約2年後に隣接するほぼ同条件の木造建物を同様に改築して、2棟目のグループホームを開所し、現在に至っている。本報告は、その改築から運営に至る次の4段階における事故災害へのリスク対策と、その評価について述べた。

- A. 第1棟目の改築時に行った建築構造や設備面におけるリスク対策。
- B. 第1棟目のホーム運営開始後に追加あるいは改善を行った対策。
- C. 第2棟目の改築に盛り込んだ建築構造や設備面におけるリスク対策。
- D. 第2棟目の開所後に追加した、あるいは追加したいと考える設備面の対策。

I. はじめに (建物の概要と周辺環境)

第1棟、第2棟のグループホームとも市街地に位置する木造2階建で中廊下のある社員寮が基本である。それを各々2ユニット、18名対応のグループホームとして利用する目的で建物の約半分を、柱と外壁を残す程度に解体改築して共用部分とし、残りの約半分、20室は最小限の改装で居室や職員の控室とした。

建物は、2棟とも敷地の南側は公道、北側は私道に面している。また其処から約100m先には地域の幹線道路があってコンビニなどの商店が並んでおり、さらに300m先には私鉄の主要駅があるなど、建物から少し離れると人通りや二輪車、自動車の往来も多い。

II 第1棟目の改築時に行なった建物構造や施設面でのリスク対策

A. 建物改築のコンセプト

建物は本来、社員寮用の賃貸物件として建てられたもので、多くの個室に加え、玄関、食堂、風呂、便所、管理室と、グループホームに必要な施設が一応揃っている。しかし、それらの各設備をグループホームとして利用するとき、人々の動線は入居者にも介護者にも不向きであることは明らかである。

そこで、入居者の快適さと介護施設としての特性を考慮しつつ、事故災害へのリスクを配慮して次の4つの前提を決め、それらを優先させながら他の機能を盛り込む改築計画を行なった。

- 1. 施設全体を、入居者のプライベート領域と準公共領域、および公共領域に大別し、プライベート領域には介護目的以外の踏み込みを出きりだけ減らすこと。
- 2. 施設の管理部門を玄関口付近に置き、そこからは玄関、1階、2階に通じる全ての人の出入りを把握できること。
- 3. 介護者の駐在頻度が高い炊事コーナーから、入居者が普段くつろぐリビングや和室の様子が伺え、またトイレ・風呂・洗面洗濯場の出入口や廊下の居室に通じる部分が容易に見通せるなど、入居者の動静を広範囲に把握しやすくすること。
- 4. その他、建築基準法、消防法などの規制を遵守すること。

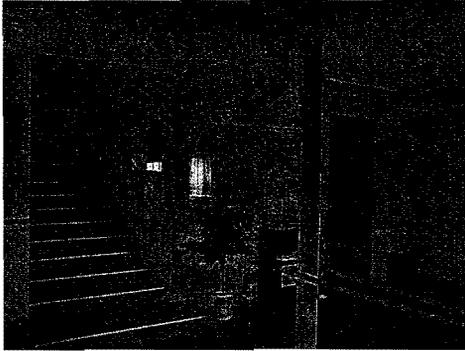
B. 設計の概要と改築結果

(1) 全体の配置：建物の1階、2階とも出入り口から遠い奥の約半分を居室とし、手前の半分を公共と準公共の領域に分けることで、職員や他ユニットの入居者、訪問者の通過や出入りを減らして前提-1のプライバシー尊重を実現した。

(2) 玄関と事務室の位置：玄関を建物1階の東端南側に位置させ、その正面に事務室と1階居室に通じる廊下を配し、事務室の側面に2階に通じる階段と窓を配して、先に述べた人の出入りを良く把握するという前提-2を包含した。

写真II-1は、玄関正面に配した事務室を玄関ホ

ールから観たものである。職員がここにいる時は、カウンター窓を通じて入居者や他のスタッフ、外来者の出入りが把握できるようにした。また、階段側にも窓を設けて1階と2階との交流や入居者の階段での様子もかなり観察できる。



写真II-1: 事務室をホームの出入り口となる玄関前に配し、人の動静を良く把握できるようにした。

(3) 炊事コーナーの位置: 炊事コーナーを準公共ゾーンの片端に置いた。このような位置に配することで、介護者の常駐頻度が高い場所から入居者が日中過ごすことの多い場所のほとんどを見通せるという前提-3を実現した。

この写真II-2は、リビング奥の和室から炊事コーナーを見たものである。炊事コーナーは配膳や後片付けを入居者との共同で行うことを優先させて、配膳台をリビング側に置き、炊事台は背面式とした。その位置からは、この写真の撮影視点である和室をはじめ居室や玄関に通じる廊下、洗面・トイレ・風呂の各ドアが見通せる。写真中央に見えるキッチン横の透明アコーディオンカーテンは、準公共のリビングと公共スペースである玄関ホールとの境界にあり、見通しを配慮した冷暖房対策である。

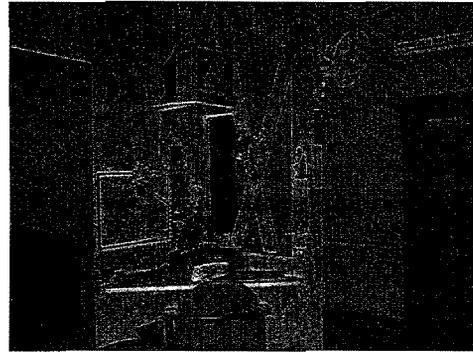


写真II-2: リビング奥の和室から見た炊事コーナー、炊事場から準公共領域のほとんどが見渡せる。

(4) ユニット毎の事務コーナー: 更に見通しに関して、次の写真II-3は利用者の傍に居て簡単な事務が執れる場所として設定した簡易事務のコーナーで

ある。

この隅に設けた三角テーブルは、リビングと和室および入居者の個室へ通じる廊下の接点に設け、ここからも回りの動静を把握しやすい配慮をした。X字状の柱は建築上の筋交いであるが、この事務コーナーからも、炊事場からも入居者の動きをできるだけ見守ることが出来るよう、壁を抜いたが建物の強度を保つために残したものである。



写真II-3: 出先の三角テーブル:リビングに居て利用者を観察しながら簡単な事務やメモ類整理のための隅角コーナー。見通し確保のため廊下側壁を打ち抜いた。 棚上のTVモニターは、炊事場やリビングからは目の届かない玄関付近の様子が観察できる。

(5) 消防法などの規制に基づく改装: この規制に基づく改装のの大きなものは、2階居室からの避難路である。それを確保する為に、2階の全居室について、高窓をテラス窓に交換した。次の写真II-4は改築後の建物全貌を公道側から映したもので、2階全体を取り囲む白いフェンスは消防法に規定された各居室について2方向避難を可能とするために設けた2階部分の回廊と非常階段である。



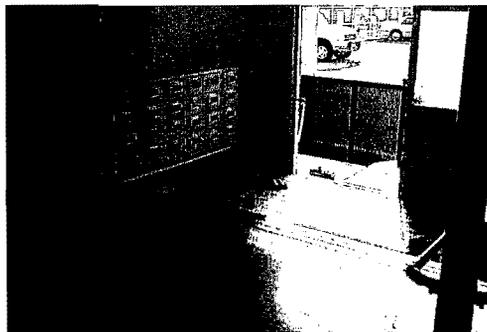
写真II-4: 2階全居室の避難路を兼ねたバルコニーと非常階段(消防法の規定による)

C. その他の改築事項

以上の他、入居者に対する健康維持やノーマライゼーションを積極的に行うことに対するリスクも発生する。以下は、そのような指向に対するリスク対策を含むものである。

(1) 階段について：日常生活を通じて適度な運動を負荷することが必要であるとの認識から、Ⅱ-1にも示した「傾斜の緩い階段」を敢えて設けた。蹴上げを約15cm、踏み代は約30cm、階段の巾を約140cm、と広くし、自力昇降を脇から無理なく支えられる余裕を持たせた。また、昇降転落時の落差を抑えるために広い踊り場を設けた。また、階段踏板に転倒のショック緩和を意図してフェルトを敷いたが、それを留めるため逆に金属の段鼻が必要となった。

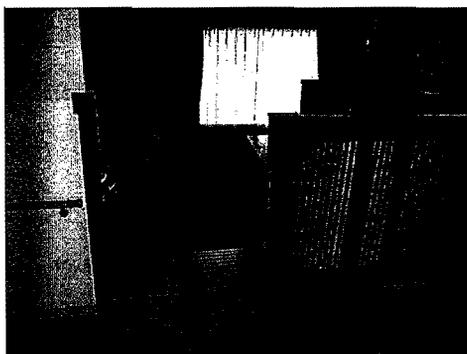
(2) 玄関付近の混雑緩和策：玄関ホールとして2部屋とその廊下分の面積を宛てた。写真Ⅱ-5は、廊下から見た玄関ホールであるが、ホールとタタキとの中間に、奥行き、巾ともに広くした上がり框（ステージ）を設け、入居者の集団での散歩など、多人数が同時に出入りする時の転倒防止を謀った。



写真Ⅱ-5： 大き目の玄関ホールと上がり框：散歩など一時に多数の入居者が出入りすることを想定し、その際の混雑を出来るだけ緩和するために奥行き幅ともに広目の框を設けた。

(3) 床暖房：暖房の快適さの面から空調以外に求め、都市ガスの漏出、石油ストーブの転倒や異常接近による着火、燃料補給時の失火などへの対策として、床暖房を採用した。

(4) 階段昇降口の扉：写真Ⅱ-6に示すように、2階居住者が不用意に階段を下り、転倒などの事故を予防するため「鍵付の引戸」を設けた。



写真Ⅱ-6： 階段昇降口の扉。2階居住者の階段での転倒を予防す

る目的で設置した。

(5) 居室の覗き穴：常時は閉ざしているが、非常時には職員が廊下から居室を観察できる可能性を残したいと考え、予め壁を貫通した覗き穴を設け、入居時に本人や家族の了解を得る事にした。

D. 設備として準備したリスク対策

次の諸設備は、当初から予定して設けた設備である。

(1) 廊下・階段の足元灯：夜間だけ自動点灯する「足元灯」（階段2箇所、廊下階共に4箇所）

(2) リビングに置く玄関映像のモニタ：各階ともリビングや炊事場に外玄関の様子映すモニタ。

(3) 夜勤者用4分割モニタ：夜勤詰所で1階、2階の各廊下の様子や、玄関の扉付近および建物裏側の様子を放映する4分割の白黒のCRTモニタ装置。

(4) 夜間限定の玄関通過チャイム：夜間だけ人の出入りを感知して事務室と各リビングに音で知らせる「チャイム」装置。

(5) 玄関ゲートのチェーン式番号錠：入居者の不用意な外出を予防する目的で、通常の誰もが操作できる番号錠を設置し、必要に応じて利用できる準備をした。

以上の諸設備を準備してグループホームの運営を開始したが、さらに次の諸設備を追加する必要が認められた。

Ⅲ. 第1棟目の運営を開始してから追加した設備

上記の対策を施して運営を開始した後、改善すべき箇所や不足がみられた。まず、玄関ゲートの施錠について、昼間は介護者の見守りに頼って、外部の人々が自由に出入り出来るよう施錠はしなかった。

しかし、その1ヶ月間に利用者2名について計3度、不覚の外出（徘徊）が起こり、入居者の身の危険、捜索や対策の心配や苦労、公共機関への迷惑をかける事態が起きた。

主因は、利用者の外出願望に加え、多くの眼が在りながら玄関ホールや玄関ゲート通過の見落としや、番号錠の施錠忘れであることが判った。対策として入居者の外室願望を和らげる介護のあり方の工夫を行なう一方、次のような、対策を実施した。

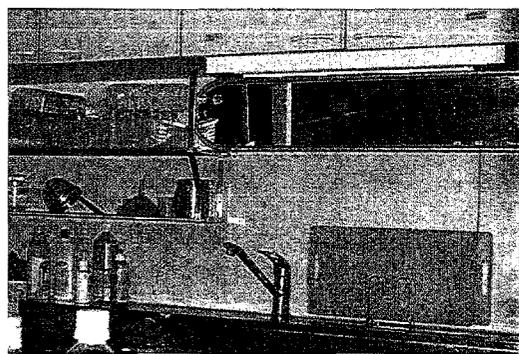
(1) 玄関ゲート施錠の自動化：玄関ゲートの出入りの把握を見守りだけでは完全でないし、ゲート出入り後、手動による施錠の完全実施も期待

できない上に、番号錠では、雨天や夜間は大変不便であった。そのために簡単な押しボタン操作で内外から容易に開錠でき、しかも扉を閉めさえすれば確実に自動施錠できる電気錠を設計開発して取りつけた。また、その電気錠にはゲートを開放したままで自動施錠できない状態が一定時間以上経過すると警報を発する機能も持たせた。

(2) 熱線センサ利用の玄関番：居住者が玄関ホールに接近した場合、眼の届かないリビングなどに居る職員にも最小限の音響で報知できる焦電センサ応用の設備を追加した。

(3) 玄関モニタの内外切り替え機能：このモニタは外玄関の様子だけを常時放映していたが、利用者の一瞬の通過を見落とす場合が起こるので、人が室内の玄関ホールに差し掛かった場合、映像を外側の映像から内側の映像に切り替える機能を追加した。

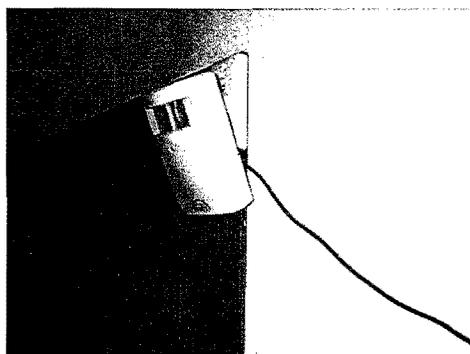
(4) キッチンのバックミラー：リビングに背を向けての調理は、やはり見守りに不備が生じ、また不便なのでそれを補うために、写真Ⅲ-1 に示すような大き目のバックミラーを追加した。



写真Ⅲ-1： 背面式のキッチンの対面に付けたバックミラー。このミラーを通して、さりげなく背面の様子を窺うことができる。

(5) トイレ誘導報知センサー：本施設では、入居者が夜間にも自力でトイレに出ることを原則としているが、放置している訳ではなく遠くから見守っている。しかし、夜間の一定時間帯には手薄となるため、両ユニットを1ヶ所で見守る場合が生じる。このとき、入居者が歩いて廊下の一定場所を通過するとき、ユニット毎に異なるメロディーで知らせる市販の無線式チャイムを購入し、信頼性向上のために電源部と受信部を改良して設置した。これにより各階の誰かがトイレに向かっていることが知られるので、TV モニタにより個人識別して、相手に応じた対

応を行うことができる。



写真Ⅲ-2： ホームセキュリティとして市販されている無線式人感知センサの利用。

(6) 防火用水タンク：炊事中の過熱で溜まった油に引火し、常備の消火器を使う事態が起こったが、消火器を使い慣れないため薬剤を全部噴霧したものの消火できず、その後に駆けつけた他の職員が流しにあったボウルに水道から水を満たし、それを1杯掛けることで消火した事態が実際に起こった。それ以前からこの120リットル級のポリタンクと10リットルの小型バケツを置いていたが、この中の水は、残念ながら使われなかった。



写真Ⅲ-3： 大型ポリバケツ利用の防火用水。この中に小型バケツ2ヶを浮かせてある。バケツに一杯の水で消せたボヤに消火器1本を噴射しても消火できないことが実際に起こった。

Ⅳ 第2棟目の改造計画に盛り込んだリスク対策

A. 2棟目改築における基本方針

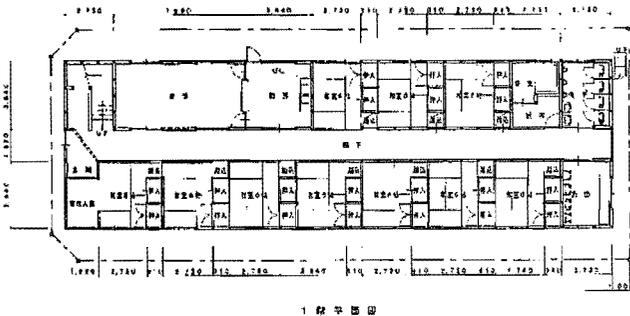
先に改築した施設をグループホームとして運営して約2年後に、隣接するほぼ同じ構造の建物を同じ目的に、同様な予算規模で改築することになった。2年間の運営を通じて、前回の基本方針は妥当で変更の必要を認めなかったため、設計のコンセプトは第1棟改築時と同じである。すなわち、

1. 建物を公共領域、準公共領域、プライベート領域に分け、後者への踏み込みを軽減すること。

2. 事務室を建物の入口付近に置き、玄関、1F、2Fに通じる人の出入りを把握できること。
3. 炊事コーナーや各ユニットの拠点からリビングや和室の様子、またトイレ・風呂・洗面洗濯場の出入口や居室、玄関に通じる廊下が容易に見通せること。
4. その他、建築基準法、消防法などの規制を遵守すること。

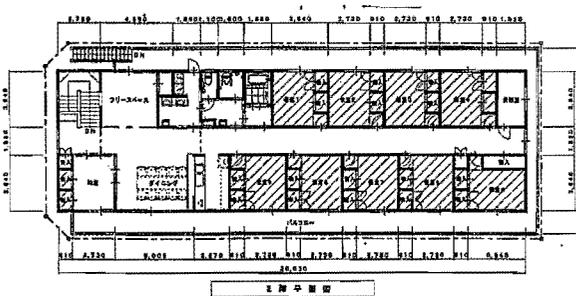
B. 2棟目改築における部屋の配置

第2棟目の改築前の平面図と基本方針を活かした改築設計平面図（1階）は、次の通りである。



写真IV-1： 改築前の平面図。第2棟目改築前の部屋配置を示す（1棟貸しの社員寮として建てられた）

改築用の設計平面図（1階）は次の通りである。先の改築と同様、玄関口を建物の片端に位置させ、公共領域、準公共、居室領域と順次奥に配置させ、居室としては小さい奥の2部屋をロッカー室と宿直室に充てた。



写真IV-2： 改築設計の平面図。上記の既存建物を、痴呆対応型グループホームとして利用する目的の改築計画図である。

- (1) 階別に各部屋の配置をみると1階では、①玄関ホール、2階への階段、事務室を公共部分として西端に集め、②ついで準公共領域として、リビング、キッチン、洗面、トイレ、風呂を集めた。③それより奥は、居室9室と職員のロッカールームである。

この写真は、建物1階中央の中廊下から公共領域側の概観で、右側に風呂、トイレ、洗面、事

務所、階段が位置している。

2階の部屋割は、①階段部分と応接コーナーおよび和室を公共部分とし、②リビング、洗面室、トイレ、風呂を準公共部分として集合させ、③建物中央より奥に居室9室と、職員の仮眠室をプライベートゾーンとして配置した。

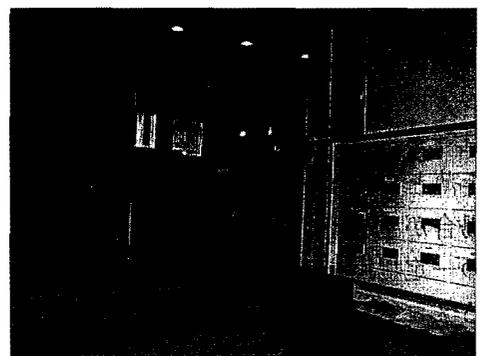


写真IV-3： 改築後の1階中廊下からみた公共領域の概観。

- (2) 入居者の公共エリアにおける把握や外関係者の出入りを事務室やキッチンで行なえるよう配慮した点について、まず、事務所の配置がある。

写真IV-4 は2棟目の玄関口から事務所方向を見たところである。事務所内の机の対面には、玄関とリビングに向けて大きなガラス窓を設け、リビングや炊事場の様子を見守もったり、階段を経るユニット相互の行き来や施設内から玄関へ通じる人の出入りをすべて把握出来るようにした。

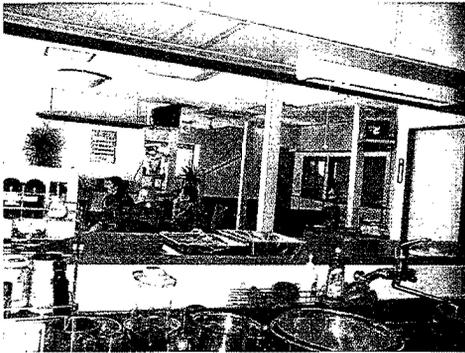
写真IV-4の右から、広い上り框と靴箱が見え、玄関ホールと事務室のはめ込みガラスの窓や外来者との面談に利用する対談コーナーが見える。入居者が揃って外室する機会を出来るだけ持ちたいことに対するリスク対策として、靴箱を壁に埋め込んで框部分の広さを有効にし、さらに靴箱の天板を少し押し出して手すりの役割を持たせた。写真には見えないが左端の奥に上階に通じる階段がある。



写真IV-4： 2棟目の玄関口から事務所方向を見たところ

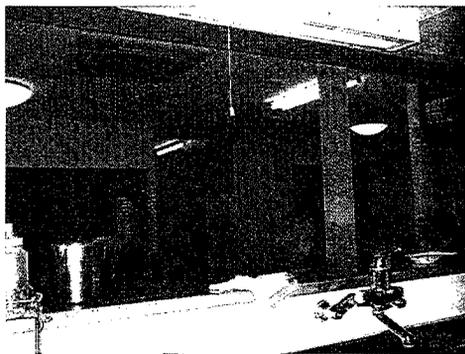
- (3) 援助者の駐在の機会が多い炊事場からの見通しも重要である。写真IV-5は、1階の炊事場からリ

ビング方向を見たところである。この場所からは、リビングの他、2階へ通じる階段、事務所内部、事務所前の団らんコーナー、洗面室入り口までが見えているが、さらにトイレや風呂の入り口、居室に通じる廊下も視野に入る写真中、右の棚上に見えるTVモニターは、後述のように炊事場から見通せない玄関内外の様子を映している。



写真IV-5: 1階炊事場からの視野

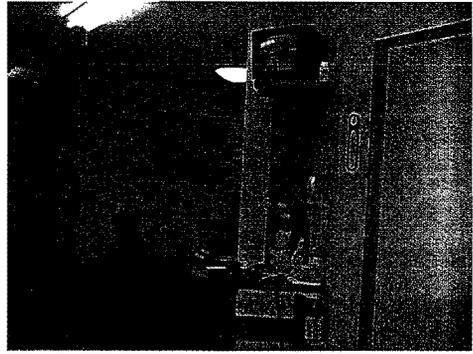
次の写真IV-6は、2階の炊事場からの視野を示すものである。この場所からは、左にリビングと和室の様子が窺え、中央には階下に通じる階段口と応接コーナーが見通せる。写真左上の棚にあるTVモニターは、階下と同じ玄関内外の映像を常に配信して放映している。この炊事場は、右側の中廊下に広い間口で通じており、対面の洗面室、トイレ、風呂など介護を要することが多い場所のドアおよび居室に通じる廊下が見通せる。



写真IV-6: 2階炊事場からの視野

写真IV-7は、2階ユニットにおける介護の拠点となる簡易事務机を示している。ここは、奥に見える談話室と炊事場との見通しを良くする為に、柱回りの壁を巾約1mずつ取り払って三角の空間を作り、その柱を丸テーブルで囲んだものである。このテーブル位置からは、全居室の出入り口、風呂・トイレ・洗面の出入り口、炊事場やリビング、後方には和室や階段昇降口など2階施設のすべてを見渡すことが出来る。1階にも同じ位置に同じ丸

テーブルを設置いた。(写真IV-3 立作業 参照)



写真IV-7: 柱回りに設置した丸テーブル。相互の見通しを良くするために柱回りの壁を取り払い、フロアの全方向を見渡せる場所でコンタクトパーソンとしての作業ができる位置を選んだ。

C. その他の改装

- (1) 非常避難路兼用のバルコニーと非常階段: 2階の全居室について、二方向避難を達成するために、建物外側の高窓をテラス窓とバルコニーを設けたのは前回と同様である。先の改築ではバルコニーの巾を基準最低の70cmとしたが、今回は、写真IV-8の様に、快適さや安全性を加味して敷地条件から許される最大の120cmとした。



写真IV-8: 避難路兼用のバルコニー。2階の各個室からバルコニーに出られる構造バルコニーは階下への非常階段につながっている。

- (2) 洗面室とトイレのコンバインルーム化: 洗面室とトイレを隣室同志にし、その前室に引戸の連絡通路を設け、開けておけば前室同志は互いに見通せ、行き来できるようになった。これにより片方を援助中の職員が他方を見守ることが可能になった。

- (3) 階段の構造: 階段の構造については、第一期改築と同様、なるべく広いスペースをとり、採光を良くして明るく緩やかなものにした。全体の傾斜を緩やかにするため階段の場所を建物の西端

にとり、昇り口を廊下中央付近まで伸ばした。階段踏板のカーペットは、段鼻が滑りやすく金物を取付ければ、返ってケガしやすい事、汚れを落としにくく不潔になることなどから木板を露出させた仕上げにした。

なお、階段降り口の引戸は、第1棟の2階の昇降口に取り付けた引戸の扉は、2年間の運用でその必要が認められなかったので省いた。



IV-9: 2階から階下への階段降り口。第1棟目ではエレベータの設置を強く要望され、転落事故を恐れて階段降り口に鍵の掛かるゲートを設けたが、その必要性は薄く今回はゲートを省くことにした。

(4) 玄関ホールと靴脱ぎ場: 基本的に第1期と同面積・同構造とした。ただし、先の場合、靴箱を壁側のアプローチ・ステージに置いたため狭くなったので、その改善策として、靴箱はステージより奥の壁に埋め込んだ。

(5) 床暖房: 直火式ストーブの転倒や燃え移り、燃料補給時の失火のリスク排除、快適さの実績から、第1棟目と同じ形式の床暖房を採用した。

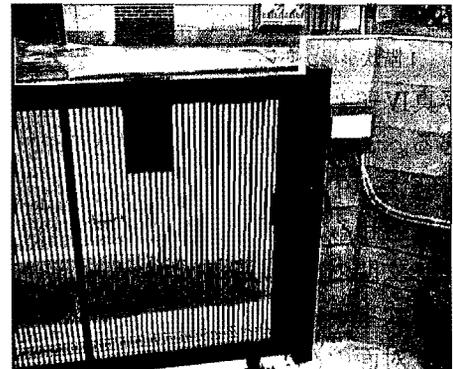
(6) 浴室脱衣場の作り付のベンチ: 利用者の着衣の脱着を安定して行えるよう作り付けた。

(7) 夜間見守り用カラーモニタ: 夜間の手薄となる時間帯の対策として、今回は白黒のモニタを用いて1階廊下、2階廊下、外玄関ゲート、内玄関ホールの4箇所を同時に事務室で4分割で観察できる様にしたが、今回はその有効性を認め、より効果を期待してカラーモニタを設置した。



写真IV-10: 4分割カラーモニタ。両ユニットの廊下と施設玄関の内外の様子を待機場所に常時放映している。

(8) 玄関ゲートの電気錠: 横引扉の電気錠の既製品探しは困難であったが、第1棟の2年間の運用で大きな成果があったので、先回と同様に仕様を設計し特別に製作した。



写真IV-11: 簡易で確実な施錠が可能な電気錠。施錠は自動的に行い、開錠は外からはボタン1つで、内からは指2本の1操作で簡単に行える。

(9) 廊下の夜間照明: 夜間に自動点灯する足元灯用電源(階段2箇所、廊下各階に4箇所)

(10) トイレ内の非常スイッチ: 利用者の非常時や援助者が他の助けを求める廊下の回転灯を起動する。

(11) 居室内観察の覗き穴: 1棟目の2年間の運用で、必要を認めなかったため2棟目では設置しなかった。

(12) 勝手口開閉センサ: 勝手口からの不用意な外出を報知させる目的で設置した。

V. 2棟目の運用開始後に設けた設備

1. 石段の段鼻塗装: 玄関口のアプローチ階段は、今回はタイル張り、段鼻だけ少し色違いとなっていたが、今回コンクリート仕上げとなったため、夜間に段鼻の見分けがつきにくく危険なため、各踏み段の段鼻部約4cm巾に同系色のやや濃い目のラッカー塗装を行った。

2. 水噴射式消火器の増設：魚焼きグリルで10人分の魚を連続で焼く業務中、オーバーヒートでグリルに溜まった魚油が燃え上がる事故が起った。直に同じフロアに居た職員が手持ちの粉末消火器を使ったが、噴射はしたものの不慣れのため消火できず大慌てになった。直後、階下から駆けつけた別の職員が炊事場のボウルに水道から1杯の水汲み、それを掛けるだけで消火できる小火であって、水の効用を改めて実感した。以前から各階の主要な場所に規程の消火器や、ベランダに大型ポリタンクの水槽を設置しているが、それ以外にも、別途にホースを延長できる水液噴射の据置き消火器を各階の炊事場近くに設置した。



写真IV-12：水噴射式の消火器。使用のときはホースが伸び本体を移動しなくとも水噴射で消火が出来る。

3. 乾電池式の開放警報機：1階廊下の突き当たりは、テラス窓になっていて中から容易に開錠することができる。特に中からの外出や外からの侵入をに対処すべく、安価で入手しやすく簡単に取り付けられるので、洗濯干し場への出入り口にも利用している。



写真IV-13：簡単な開放報知器：警報をセットしておけば、ドアが開いた時に大きな音でそれを知らせてくれ、防犯用にも効果が期待できる。

VI. 終わりに

最初のグループホーム（2ユニット、18名）の運営から約3年経過したが、開所から2年後に同規模のホームを追加できる機会に恵まれた。グループホームは入居者の精神面のケアをもっとも大切にしたいと考えているが、ホームを運営すること自体、非常に大きなリスクであると考えていたので、リスク対策は最も重視した事柄であった。

第1棟目の改築では、初めての運営のため様々な事態を予測して改築の設計に織込んだが、運用開始後に追加することも多かった。しかし、2棟目の改築計画では、先行施設2年間の運用評価に基づいた設計を行うことが出来たので、資金や建物など様々な資源を有効に活用できたと考える。

過去3年間の運営を振り返ると、本施設への外来者の昼間の出入りは、最初の1回以外、誰に対しても職員が付き添う必要は無いほど緩やかである。そのような緩やかな環境において、施設外への徘徊で探し回った事例は、第1棟目では開所後の1ヶ月間に2名が計3回、途中入居の1名が入居後1週以内に1回あっただけである。第2棟目では、開所7ヶ月経って満室の現在まで、一度も起きていない。これはハード面での効果に加えて、それによって生じた支援者のゆとりのある介護の結果であると考えている。

また、骨折事故についてみると、1棟目においては、開所後1年間に計2名が転倒で脚部に被災したが、1名は現在、自力歩行するまでに回復し、他は別の理由で退所した。ちなみに、定数36に対する途中退去は過去3年間に計6名である。2棟目では、入所1週間目に、リハビリに力を入れていた1名が転倒で腕を骨折し、その後は自力歩行している。

車椅子はよほどの時以外は使わない方針でいる。入所の条件に「自立歩行が出来る人」としているが、入所後3年間に車椅子対応となった入居者は現在までに誰も居ない。これは「車椅子対応者を作らない」という方針と、その対処があって実現したことである。

今回は、リスクマネジメントのハード面の対策について考察を行った。この側面からの対策は、ケア実務の量に対して数少ない援助者に、精神的、時間的な余裕をもたらし、それがより質の高い介護環境の実現に寄与していると信じている。この

ことは、介護実務者研修の実習を多くのグループホームから引き受けているが、それらの実習生からの評価でもある。

以上、ハードウェア面から見たリスク対策について3年間の経験を披露したが、リスクとは「何かを求めてそれを実施するとき、それとは裏腹なマイナス面の事象が起こる可能性」である。リスク・ゼロを真つ当することは「何もしないこと」につながると考える。自力歩行を維持するにもリスクが伴うし、拘束のない快適な生活にも大きなリスクを伴う。ここに紹介したハードウェア面からの諸々の対策は、介護する側が入居者の自立を促すなど、より良い介護を求めて行う事柄の裏面で起こるリスクへの対策である、と理解して頂きたい。

最後に、当グループホーム2棟の改築にあたって筆者らの意向を具現化していただいた木村建築設計事務所（兵庫県加古郡）の木村氏、ならびにユニ建築設計事務所（大阪市北区）の福摩氏の協力を謝意を表します。

* 神戸大学名誉教授・医学博士

**神戸女子大学社会福祉学科教授

痴呆ケアにおけるリスクマネジメント

- 1) グループホームにおける離設への対応
- 2) 痴呆高齢者の誤飲・誤食への対応

高齢者総合福祉施設 むらさき野苑

杉浦博子

1.グループホームにおける離設の対応

【目的】

入所直後は帰宅願望の強い痴呆高齢者が、離設するケースが予測されるが、それ以外に予期せぬ離設が発生する可能性もある。転倒・衝突・交通事故などの二次的な事故遭遇を回避するためにも、早期に安全な保護に努める必要がある。そのためには施設内外の職員や家族、地域公共機関や地域住民の連携による捜索が必要となる場合もある。離設予防の対策と共に、離設時マニュアルを作成し、職員が落ち着いて適切な対応ができるよう、日頃の教育訓練が必要である。

【具体的な取り組み】

- ① 入所時に利用者の心身状態・徘徊行動などの行動の特徴を把握し、職員間の情報共有を図り、ケアプランの策定
- ② 徘徊の可能性のある利用者の情報提供〔本人の写真と特徴記載〕
本人と家族の了解を得た後、法人内各施設・警察署・地域民生委員などに配布し事故等発生した場合の協力を依頼する
- ③ 離設時マニュアルに沿った捜索と対応
- ④ 離設発生の原因・対応の評価・今後の対策検討の実施

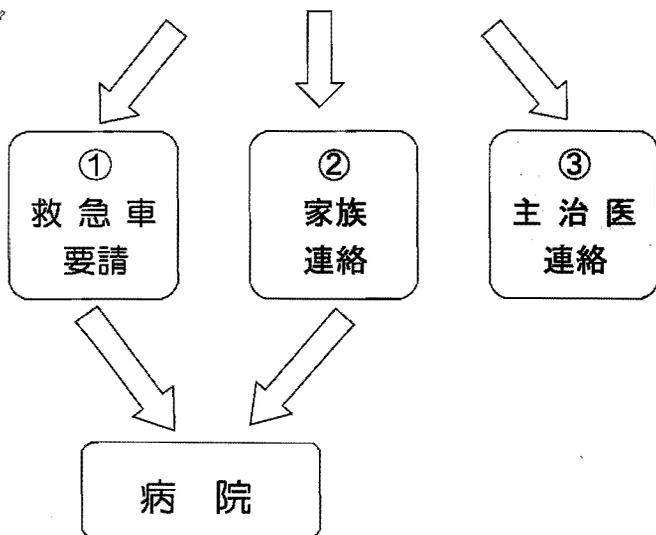
事故・急変等

行方不明

当直者



管理者又は代行者



◆管理者・代行者の判断により上司へ報告

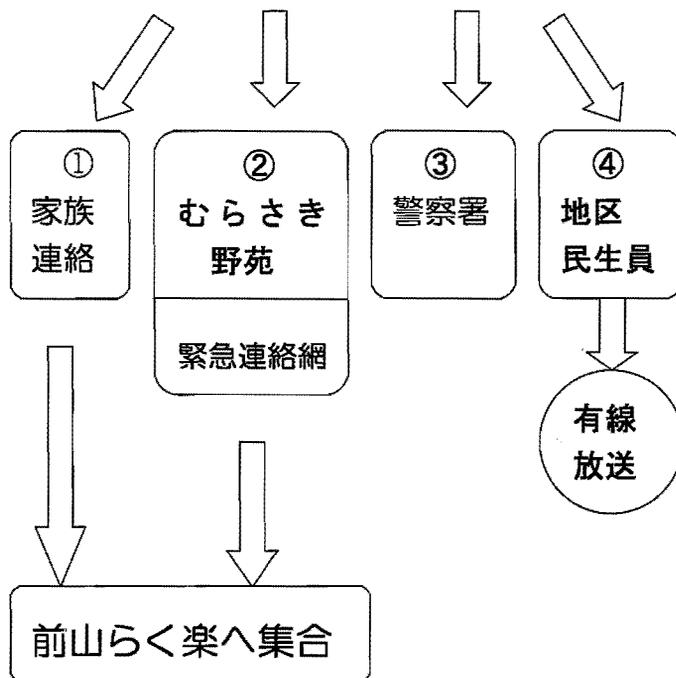


〔施設長・総務部長・上司へ〕

当直者



管理者又は代行者



前山らく楽へ集合

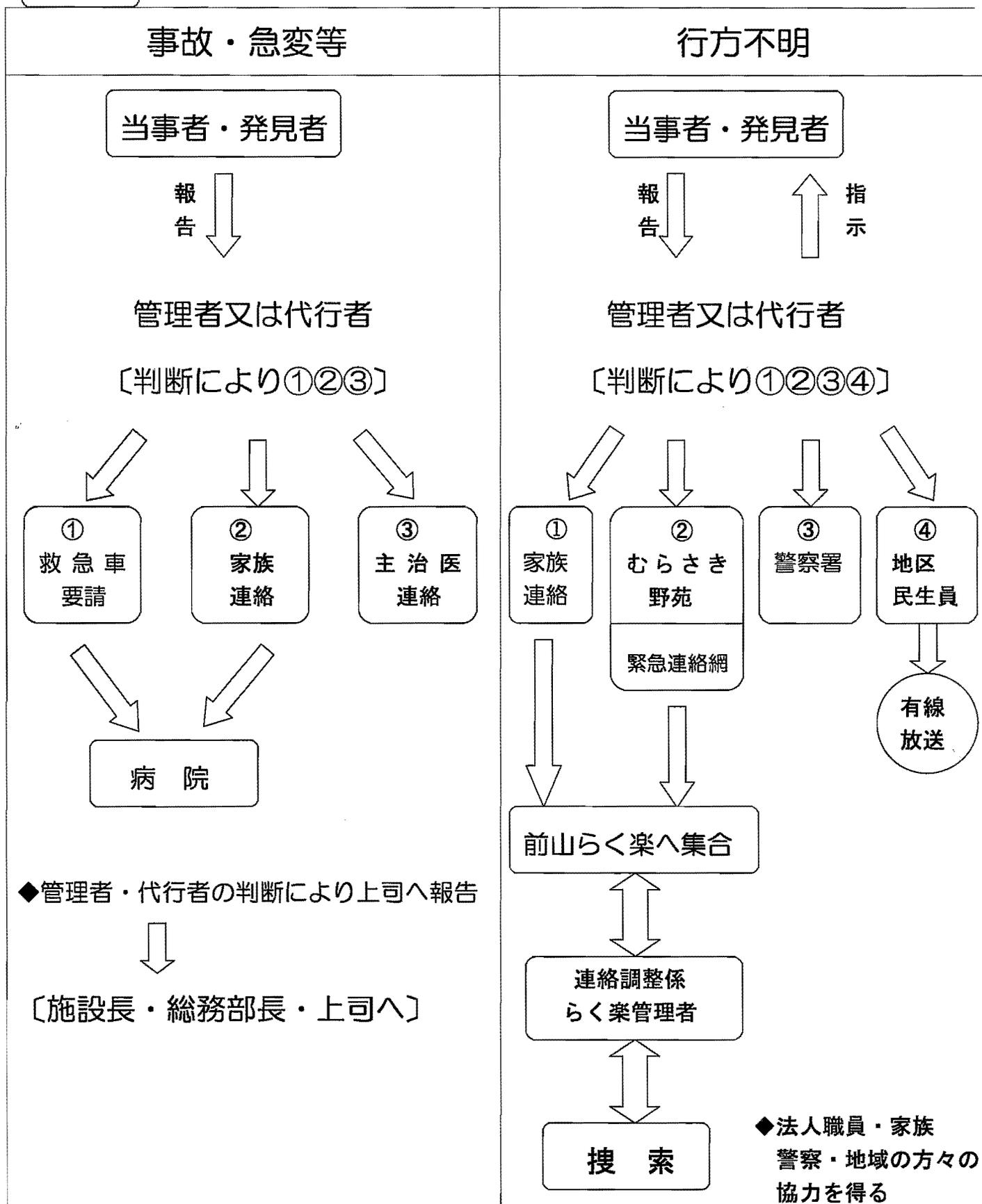
連絡調整係
らく楽管理者

捜索

◆法人職員・家族
警察・地域の方々の
協力を得る

【留意点】

- ・当直者は事故等発生後も気持ちを落ち着け・マニュアルに沿って迅速に行動する
- ・当直者は直ちに管理者又は代行者に連絡し、至急応援を依頼する
- ・他の入所者がパニックに陥らないように、配慮し対応する
- ・管理者又は代行者が到着後は、当直者は他の入所者の介護にあたる
- ・管理者又は代行者は、連絡調整係として指示・連絡等にあたる



【留意点】

- ・職員は事故等発生後も気持ちを落ち着け・マニュアルに沿って迅速に行動する
- ・直ちに管理者又は代行者に連絡し、指示を受ける
- ・他の入所者がパニックに陥らないように、配慮し対応する
- ・管理者又は代行者は、連絡調整係として指示・連絡等にあたる

2. 痴呆高齢者による誤飲・誤食の対応

【目的】

痴呆性高齢者は時に、職員が予測もできないような物を飲んだり、食べたりすることがある。誤飲や異食した物によっては生命の危機を招くことがある。緊急時にも落ち着いてしかも迅速に適切な判断のもと、処置に当たらなければならない。

予防対策処置の必要性は言うまでもないが、もし発生した場合は、いかに利用者の身体的侵襲を最小限にするかが、事後処置に求められる。

中毒対応マニュアルの作成とその周知、日常的に行動できるための教育訓練と実施は救命につながり得る有効な手段。

【具体的取り組み】

◆異食のある利用者のリストアップ

- ・リスト作成 → 職員配布〔周知〕

◆予防対策

- ・危険物品・危険箇所のチェック → 改善・定期施設内巡回
- ・消毒液・洗剤などは見えない場所、施錠のできる場所に保管

【異食のある利用者には】

- ・湿布薬は貼付しない → 塗擦用のシップ剤を
- ・ガーゼや包帯類は極力使用を避け、やむなく使用する場合は衣類で覆い、取り外せないようにする
- ・尿パット → 布おむつを使用
- ・気分転換・スキンシップを心がける

◆種類別の中毒対応マニュアルの作成〔別表〕

◆各部署配布

- ・ステーション内に定位置につり下げ式
- ・いつでも見ることができ、使いやすく・見やすいカードケース入り

◆中毒対応マニュアル教育

- ・職員の集合教育（対応の根拠を理解する）
- ・各部署のOJTで指導

異物を飲み込んだときの応急手当

誤飲・誤食発見

①確認・いつ頃・何を・どのくらい・飲んだ・食べた

②飲ませてよいか・吐かせてよいかの確認

〔誤飲・誤食マニュアルを参照〕OKなら ➡ 飲ませる・吐かせる

③応急手当

《飲み物の吐かせ方》

- ・水又は牛乳を多めに飲ませる
- ・喉の奥に指を入れ、舌の付け根を押して吐かせる

《食べ物の吐かせ方》

- ・口の中に指を入れ、舌の付け根を押す。異物が指に触れたらつかんで取り出す。

④救急車要請

⑤救急搬送

◆◇必ず確認すること◇◆

◆何も飲ませたり、吐かせたりしてはならない場合

・灯油・ガソリン・ベンジン・シンナー・殺虫剤・接着剤・除光液（マニキュア落とし）

◆牛乳を飲ませてはいけない場合

ナフタリン・樟脳（しょうのう）

◆牛乳を飲ませても良いが吐かせてはならない場合

・トイレ用洗剤・漂白剤・タイル用洗剤・脱臭剤・排水パイプ用洗剤

◆水を飲ませて吐かせる場合

台所用洗剤・洗濯用洗剤・石けん・シャンプー・リンス・クレンザー・たばこ
・アルコール・化粧水・整髪料・香水・オーデコロン・ナフタリン・樟脳

◆量の多少にかかわらず、直ちに救急搬送すること

・農薬・殺虫剤・トイレ用洗剤・漂白剤・たばこ・排水ポンプ用洗剤・ナフタリン・灯油
・ガソリン・ベンジン・接着剤・ボタン電池・除光液（マニキュア落とし）

◆飲み込んででもあまり心配ない物

・量が少なければ問題ありません。量が多いときや様子がおかしい時は、受診してください。

・クレヨン・鉛筆・インク・消しゴム・マッチ・口紅・ベビーローション乳液・石けん
・入浴剤・乾燥剤（シリカゲル）・のり・蚊取り線香・電気蚊取りマット・体温計の水銀

◆◇中毒 110 番へ問い合わせをする場合◇◆

大 阪 0990 - 50 - 2499 365 日 24 時間対応

つくば 0990 - 52 - 9899 365 日 9 時~21 時

●相手に正確な状況を伝えてください。

●誤飲・誤食したものを手元に置いて、質問に答えてください。

《主な質問事項》

- ・利用者の氏名・年齢・性別・体重
- ・連絡者と患者の関係・連絡者の電話番号
- ・誤飲・誤食したものの（商品名・会社名・用途）
- ・事故の発生状況（発生時間・摂取量・摂取経路）
- ・利用者の状態

誤飲・誤食応急手当て一覧表

むらさき野苑 医務室

誤飲・誤食物	対 応			応急処置内容			注 意 点	備 考
	救急 搬送	要 受診	要 観 察	水 300~500cc	牛 乳 300~500cc	全禁止		
タバコ	●			×	×	◎	そのまま搬送	
ボタン電池	●					◎	そのまま搬送	
トイレ用洗剤	●				◎		牛乳を飲ませる。 <u>吐かせない</u>	
漂白剤(ハイター)	●				◎		牛乳を飲ませる。 <u>吐かせない</u>	
ミルトン	●						牛乳を飲ませる。 <u>吐かせない</u>	
殺虫剤	●					◎	<u>何も飲ませない。吐かせない</u>	
ベンジン	●					◎	<u>何も飲ませない。吐かせない</u>	
接着剤	●					◎	<u>何も飲ませない。吐かせない</u>	
灯油	●					◎	<u>何も飲ませない。吐かせない</u>	
生石灰(食品乾燥剤)	●				◎		口の中を洗い、うがいをさせる 牛乳を飲ませる。 <u>吐かせない</u>	
シリカゲル (食品乾燥剤)	●			◎			水を飲ませる。 目についたら流水で洗眼	<u>眼をこすらせない</u>
ナフタリン・樟脳 (衣料用防虫剤)	●			◎	×		<u>牛乳を飲ませてはならない。</u> 水を飲ませて吐かせる	<u>毒性が強い</u>
蚊取り液体	●					◎	<u>吐かせないで搬送</u>	<u>石油溶剤</u>
蚊取線香・マット	● 多い時	●				◎	マット 1~2 枚以上 線香をかなり食べた場合は受診 そのまま搬送	
ホーのハップ	●					◎	<u>呼吸困難・窒息の可能性が高い</u>	

誤飲・誤食物	救急 搬送	要 受診	要 観察	水 300~500cc	牛乳 300~500cc	全禁止	注意点	備考
紙おむつ(ポリマー)	● 窒息時	● 多い時	● 少量時			◎	窒息時は気道内異物除去の緊急 処置を実施し、救急搬送する	
湿布用貼り薬	● 窒息時	● 多い時	● 少量時	◎			窒息時は気道内異物除去の緊急 処置を実施し、救急搬送する	
義歯洗浄剤	●				◎		牛乳を飲ませる。 <u>吐かせない</u> 錠剤・溶解液共に	
蚊取線香・マット	● 多い時	●				◎	マット 1~2 枚以上、または線香をかなり食べた場合は そのまま搬送	
台所用洗剤	●			◎			水を飲ませて吐かせる	
洗濯用洗剤	●			◎			水を飲ませて吐かせる	
石鹸	●			◎			水を飲ませて吐かせる	
シャンプー・リンス	●			◎			水を飲ませて吐かせる	
入浴剤	●			◎			水を飲ませて吐かせる	
クレンザー		●		◎			水を飲ませる。 <u>吐かせない</u>	
アルコール		●		◎多量に			水を飲ませて吐かせる	
オスバン液	●			◎多量に			水を飲ませて吐かせる	
整髪料		●		◎			水を飲ませて吐かせる	
体温計の水銀		● 多い時	●	◎	◎		量が多い時や様子がおかしい時 は受診	
クレヨン・鉛筆		● 多い時	●	◎			量が多い時や様子がおかしい時 は受診	
インク・消しゴム のり		● 多い時	●	◎			量が多い時や様子がおかしい時 は受診	
マッチ		● 多い時	●	◎	◎		量が多い時や様子がおかしい時 は受診	

応急処置のなぜ？

①水や牛乳を飲ませるのは

理由) 胃の中に入ったものの濃度を薄め、毒性の働きを弱くする
牛乳には胃壁を保護し、毒性の働きを弱くする作用がある

②牛乳を飲ませてはならないのは

(例:ナフタリン・樟脳)

理由) 脂溶性が高いため、牛乳に溶け全身に吸収されやすい
吐く刺激によって、痙攣を誘発しやすい

③吐かせてはならないのは

●意識がない時、痙攣を起こしているとき

理由) 吐いたものがのどにつまり、窒息の危険がある

●強酸や強アルカリを含む製品

(例: 漂白剤・ミルトン・トイレ用洗剤)

理由) 食道の粘膜にひどいやけどを起こす

●石油製品など (例: 灯油・ベンジン・殺虫剤)

理由) 気管へ吸い込み、重い肺炎を起こす

身体状況の観察

- 意識の有無
- 痙攣（けいれん）の有無
- 呼吸・脈拍・血圧はどうか
- ショック症状はないか
顔色不良・異常呼吸・チアノーゼなど
- 息はどんな臭いがするか
- 口の周囲・口腔内の腫れ・咽頭の腫れ

身体への影響

- 消化器
嘔気・嘔吐・口や喉の灼熱感（熱く灼ける）
流涎（よだれ）・胃部の痛み
- 循環器
低血圧・ショック
- 呼吸器
努力様呼吸・チアノーゼ・窒息
咽頭浮腫（喉の腫れ）・肺水腫
- 精神神経
不穏・痙攣・脱力・筋弛緩・意識障害

身体拘束解除後の見守り体制について

社会福祉法人 愛光園
介護老人保健施設 相生
金山 まゆみ

「身体拘束ゼロ」を推進するため、現場では様々な取り組みがなされている。
当施設でもゼロを目指し取り組みを行ってきた。
ここでは、おもにハード面での様々な取り組みと事例をとうして考察したことをのべる。

1、当施設の身体抑制の現状（2004年1月16日現在 在所者94名中）

- ・つなぎ服着衣(1名) 皮膚疾患あり
- ・車椅子ベルト使用(1名) 他害行為あり
- ・ミトン使用(1名) 皮膚疾患あり

2、身体抑制解除への取り組み（解除後の見守り体制）

1「サイドレールによる囲みの解除」 ～ベッドからの転落・転倒予防～

- : 低床ベッド(施設内自作)「写真1」
- : 厚みのあるマットをベッド横に設置
- : センサーマット (施設内自作)「写真2」
 - ・床マット式
 - ・車椅子アームレストタッチ式
 - ・ベッド端座位感知式
- : 畳敷きの居室空間

2「車椅子ベルト使用の解除」 ～車椅子からの転落・転倒予防～

- : 車椅子からの自動ブレーキ装置を装着「写真3」
- : 時間帯ごとの職員配置の工夫
事故報告書の分析。
事故の多発時間帯に見守り職員を配置
- : 居室見守り ⇔ ステーション近接見守り



写真1

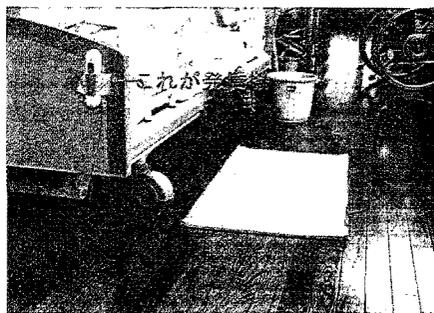


写真2

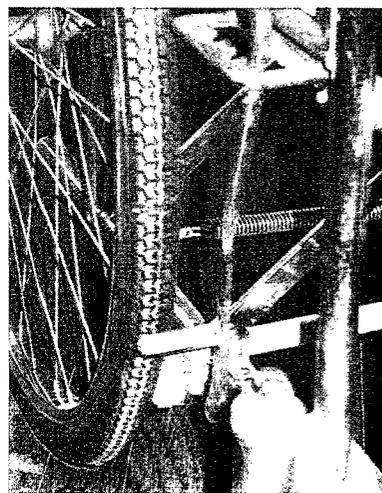


写真3

3、身体抑制回避のための多様な工夫の一例

T・J氏 / 男性 / 92歳 (1911年 生まれ)
1998年11月より当施設痴呆性老人専門棟へ入所
寝たきり度 C1 痴呆度 IV 要介護度 4
診断 ①老年性精神障害

②老年性痴呆

既往歴

統合失調症 (50歳頃に診断され自宅で過ごす)

老年性精神障害 (1998年5月に診断され、精神科病院に医療保護入院)

徘徊、易怒性、拒否、独語、空笑
失見当識から食事の記憶もない状態
⇒入院6ヵ月後、老年性痴呆への対応がより必要であるとの判断で退院し当施設への入院となる

入所からの状態の変化と見守りの推移

- (1) 畳対応 : ホールの畳エリアでの見守り)
独歩 怒りやすく、介助に拒否 および抵抗が強い
- (2) ベッド対応 : ステーション近接での見守り)
・体調の変化があり入退院を繰り返す。
・体調を崩すたびに見守りを強化するために
⇒ステーション近くにベッドを設置
(ポータブルトイレ設置、ベッド横に転落防止用マットを使用)
思うように動こうとする意思が強く、ベッドや車椅子からの立ち上がりが多い
- ・排尿障害、頻尿 (2002年2月前立腺肥大症手術)
・歩行不安定でふらつきがあるが居室やトイレへ歩いて向かおうとする
⇒動きたいとの意思を尊重して歩行器を使用(付き添い)
次第に穏やかな精神状態になる。食事時「おかわり」の要求もでる
- (3) ベッド対応 : 居室対応
・ベッド横にセンサーマットの設置。
・トイレ内に手すりの増設 (見守り・声かけ体制)
・居室からトイレまで連続した手すりの増設
⇒ベッドからトイレの移動が手すり使用で自由に行えるようになる
(センサーマットの音で動きを把握し見守る)
- ・2003年6月肺炎にて17日間入院し、退院後再入所
廃用性症候群によりふらつき多いが、ベッドからの立ち上がりは頻回
- (4) 畳対応 : ホール畳エリアでの見守り
・日中の大半を布団にて臥床
・車椅子・椅子からの立ち上がる
・日中はトイレにてトイレへ誘導
・夜間はポータブルトイレを使用
- (5) ベッド対応 : ステーション近接での見守り
・ベッド上での動きは減少
・日中トイレ誘導
・夜間はポータブルトイレを使用

4. まとめ

T氏のケースでは危険回避のための抑制は、かえって危険を増幅することにつながるものが十分に予測されそこで、T氏の特性を知り可能な限り自分の意思で自由に動くことができるよう、様々な取り組みを行った。生活環境の整備と確保をし、その都度必要な見守り体制を整えていった。その結果として、それらの取り組みがT氏の精神状態の安定につながっていった。転倒転落の回数等の事故報告は重なり、完全な事故防止には至らなかったが大きな受傷は無かった。身体面では、肺炎、皮膚疾患、前立腺肥大症等での度重なる入院により、廃用性の進行がみられ、身体機能や移動機能は徐々に低下していった。現在の精神状態は、入所時に比べはるかに安定している。穏やかに過ごされており、より精神的な安定につながるようにアプローチを継続中である。

1、当施設の身体抑制の現状 H14年1月15日現在 入所者94名中

・つなぎ服着衣(1名) ・車椅子ベルト使用(1名) ・ミトン使用(1名)

2、身体抑制解除への取り組み(解除後の見守り体制)

・サイドレールによる囲みの解除(ベッドからの転落・転倒予防)
 :低床ベッド(自作)
 :厚みのあるマット(ベッド横に設置)
 :センサーマット(自作)
 4棟で最高12枚使用(1棟で9枚使用時あり)
 居室での安眠
 :畳敷きの居室空間

・車椅子ベルト使用の解除(車椅子からの転落・転倒予防)
 :車椅子の自動ブレーキの設置
 :時間帯による職員配置の工夫
 事故報告書の分析。
 事故の多かった時間に見守り職員をつける
 ・居室見守り体制 ⇔⇔ ステーション近接見守り体制

3、身体抑制回避のための多様な対応を工夫した 一事例

T・J氏(男性) 92歳
 寝たきり度 C1 痴呆度 IV 要介護度 4
 平成 10年 11月 当施設 痴呆専門棟入所
 ・統合失調症というより老年性痴呆という判断で病院より入所。

既往歴

統合失調症 (50歳頃診断 在宅で過ごす)
 老年性精神障害 (H10年5月 診断 精神科病院に医療保護入院)
 徘徊 易怒性 拒否 独語 空笑
 失見当識から食事の記憶もない状態
 前立腺肥大症 (H13)年

入所からの状態の変化と見守りの推移

①畳対応 (ホール畳スペース 見守り)
 独歩。怒りやすく、介助に拒否、抵抗ある。

②ベッド対応 (ステーション近接見守り)
 ・体調の変化があり入退院を繰り返す。
 ・体調を崩すごとに見守り強化のためステーション近くにベッドを置く
 (ポータブルトイレ設置・ベッド横に転落防止用のマット使用)
 ・排尿困難見られるも尿意の訴え頻回
 ・意思(思うように動こうとする)が強く、ベッドや車椅子からの立ち上りが多い。(居室やトイレへ向かおうとする)
 ・歩行不安定、ふらつきがあるが、トイレへ歩こうとすることあり。
 動きたいという意思を尊重して歩行器使用(付き添い)
 ・精神状態は次第に穏やかになる。食事時「おかわり」と要求あり

身体抑制解除後の見守り体制について

<p>③ベッド 居室対応</p> <ul style="list-style-type: none">・H13年 居室へ戻る試みを多職種で検討 <p>ベッド横にセンサーマットの設置。 トイレ内に手すりの増設(見守り・声かけ体制) 居室からトイレまでに連続した手すりの設置 →ベッドとトイレの移動が手すり使用で自由に行えるようになった。 (センサーマット音で動きを把握し見守る)</p> <p>・H15年6月 肺炎で入院。17日後退院、再入所。 廃用性症候群によりふらつき多いが、ベッドからの立ち上がり頻回</p>	
<p>④畳対応 (ホール畳スペース 見守り)</p> <p>日中はほとんど布団で臥床。 食事時は、椅子からの立ち上がりがたまにある。脱衣、失禁あり。 日中トイレ誘導・夜間ポーター使用</p> <p>⑤ベッド対応 (ホール畳スペース 見守り)</p> <p>ベッド上での動き少なく臥床。穏やか。 日中トイレ誘導・夜間ポーター使用</p>	
<p>4. まとめ</p> <p>T氏のケースでは、危険回避のために抑制は、かえって危険を増幅させることにつながる事が十分予測された。</p> <p>そのため、特性を知り、T氏が安全に、可能な限り自分の意思で自由に動くことができるよう様々な取り組みをした。</p> <p>その時々身体機能や精神状態に合わせ生活環境を整備・確保し、見守りの体制をつくった</p> <p>その結果、T氏の身体機能をゆっくり維持でき、精神状態の安定にもつながった。</p> <p>T氏なりの特性をいかした生活が継続できていると思われる</p>	

入所者急変時の対応

<入所者が急変した時のリスク>

職員の不手際により、文字どおり命取りになってしまうことも考えられる為、「急変時対応マニュアル」を作成し、いつでも確認できるようにしておく必要がある。

又、救急車要請の場合、施設職員は、ご家族が延命措置をどこまで希望しているかを伝える義務がある。「急変時に延命治療を希望するか」については、入所の際に意向を確認しているものの、現実には直面したときには気持ちが揺れ動くものである為、必ず、その場面で確認する事を徹底し、家族とのトラブルを回避する。

<対策>

職員が焦らず、統一した行動がとれるようにフローチャートを作成し、いつでも確認できる場所に設置する。(別添:「入所者急変時の対応」フローチャート)

<考察>

フローチャートを活用することで、職員が焦ることなく、1つ1つの行動を確実に実行することができている。他部署職員もこのフローチャートで動きが分かるようになっている為、連携が図り易いと考える。

また、家族とのトラブルにも至っていない。

搬送時の必要物品

- ・緊急入院セット（常時事務所保管）
- ・個人カルテファイル（診察券在中）
- ・最新看護記録（グループファイル内）
- ・携帯電話

入所者急変時の対応

急変者発見

救急車の要請

◎急変者の処置を行ないながら
その場で救急隊の到着を待つ。

☆宿直者へ連絡
宿直者が救急隊を現場
まで誘導する。

救急車搬送（介護員同乗）

◎延命希望の有無
を必ず伝えること

搬送先病院

◎搬送先が変更したら看護員に連絡する。

A 介護員判断の場合

1. 119番通報
2. 看護員へ連絡
3. 身元引受人連絡※

B 看護員指示の場合

1. 119番通報
2. 身元引受人連絡※

※身元引受人への連絡方法

「たった今〇〇の状況で救急車を要請
しましたが搬送先が特定できませんの
で、しばらく待機しててください。
△△さんは延命ご希望（または希望し
ない）と伺っておりますが変更はござ
いませんか。」

—連絡先—	
高浜安立荘	0566-52-5050
携帯電話	看護員 000000
	介護員 000000

《要注意》

ターミナルであらかじめ「延命を希望
しない」と確認済みの入所者は公用車
で搬送する準備をし、救急車は要請せ
ず、看護員からの指示を待つこと。

←介護員の動き

入院ではない場合

宿直者に迎えを依頼

◎事務所を空ける旨を他介
護員に伝えること。

※入院でない場合は入所者
の状態に合わせた車を選ぶ。

帰 荘

入院の場合

家族へ引き継ぎ

帰 宅

- ・相談員へ連絡
→ 荘長
- ・宿直者へ連絡
→ 介護員

☆看護員に引き継ぐ
↓看護員の動き

死亡確認の場合

家族による引取り
出棺を見送る

帰 宅

死亡退所時の金品遺留品引き渡しにおけるリスク回避

<経緯>

措置の時代は、遺留品は全て市町村に引き渡せばよく、その後の相続まで関与する必要はなかった。

介護保険導入後は、入所者と施設との契約である為、遺留金品の引き渡しに至るまで、施設の責任において行なわなければならない。遺留金が高額な入所者の引き渡しにおいて、最もトラブルが生じやすいと考えられる為、対策を講じることとした。

<リスク>

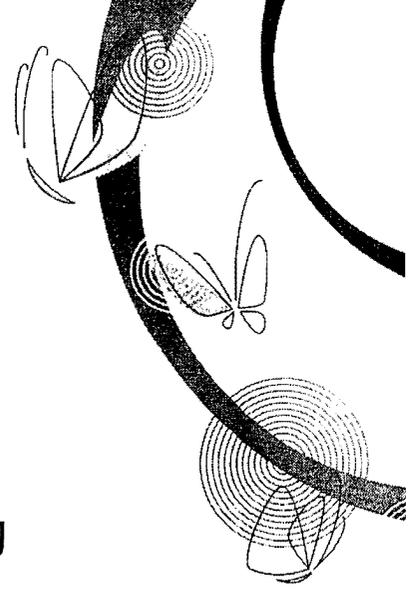
1人の法定相続人（ほとんどの場合が身元引受人）にすべて遺留金品を渡した場合、家族が不仲である等の理由で、正しく相続されず、渡した側の責任を問われることがあるのではないかと。

<対策>

高額な遺留金品（施設が弁償できない程度）のある入所者が死亡退所となった場合、弁護士に相談し、まずは相続人の特定を行なう。特定された相続人全員から委任状を取った上で、代表者に引き渡すこととした。（身元引受人はこの対応に同意のもとで入所。）

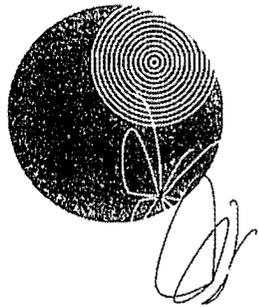
<考察>

上記の対応をとることで、遺留金品に関するトラブルを回避できている。その中でも「身元引受人が法定相続権のないケース」や「死亡退所時に相続人を調査した結果、身元引受人も知らなかった新たな相続人が出てきたケース」などあったがトラブルには発展していない。



痴呆性高齢者の 安全管理

—誤嚥・異食，転倒・転落，暴力



高齢者痴呆介護研究・研修大府センター
研究部長 水野 裕



はじめに

今回、筆者に与えられたテーマは、「痴呆性高齢者の安全管理」である。筆者は、平成14年度、15年度と2年間にわたり、高齢者痴呆介護研究・研修センター（仙台・東京・大府）の共同研究事業「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」に関する研究の主管を務めている。本稿では、主に平成14年度研究で得られた知見を基に、痴呆性高齢者の安全管理（リスクマネジメント）について考えてみたい。



痴呆性高齢者における リスクマネジメント

1) 痴呆性高齢者のリスクとは

まず、痴呆性高齢者におけるリスクマネジメントといった場合のリスクとは、いったい何を指すのかを考えてみたい。表1は、「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」研究班で定義を巡っ

て検討した内容を、班長である筆者がまとめたものである。痴呆ケアにおけるリスクとは、通常は痴呆性高齢者本人が受ける、精神的・身体的・金銭的なリスクが狭義のリスクと言えようが、広くとらえると、介護事故訴訟やそれに伴う経営困難までもが含まれよう。これは、医療・看護および介護従事者それぞれの立場によっても、かかわるリスクは異なるだろう。痴呆性高齢者の診療、看護やケアに直接携わる人にとっては、身体的なリスク（転倒、暴力、誤嚥など）が現実的なリスクであろうし、施設管理者や各部署の責任者であれば、最近では介護事故による訴訟問題は他人事ではないだろう。

今まで書き連ねたことは痴呆性高齢者である当事者が受ける不利益を巡るものであるが、さらに「痴呆性高齢者を巡って生じるリスク」まで考えれば、在宅の場合は介護する側の日常生活の制限（痴呆性高齢者が身体疾患で入院した場合、健常高齢者であれば付き添いを求められないが、痴呆性高齢者であるが故に24時間の付き添いが求められるなど）や、周囲の無理解に

表1 痴呆ケアにおけるリスク

当事者（痴呆性高齢者）が受けるリスク		
在宅	居住地内	無理解、放任、身体虐待、財産搾取—広義の“虐待”
	居住地外	交通事故（被害者、加害者）、緊急時、診療などが受けにくい問題
介護保険施設	医療に関するもの	薬物管理を含む医療行為、医療が必要な場合の受診体制
	介護行為に関するもの	入浴・食事など
	施設管理に関するもの	食事の管理（食中毒防止など）・物品の管理（個人物品の破損、損失）・金銭管理など
	生活全般に関するもの	対人関係（入所者、部外者、施設スタッフ）
当事者（痴呆性高齢者）を巡るリスク		
在宅（家族）	日常生活の制限（冠婚葬祭、旅行など）、介護負担（就労困難、離職など）、周囲の無理解・偏見（親族婚約破棄など）、親族間のあつれき	
介護保険施設	施設スタッフの心身健康管理（腰痛・外傷・燃え尽きなど）・施設管理（物品損失など）、訴訟など	
地域社会	自動車の運転、商品の持ち出しなど	

よる差別など（痴呆が遺伝するという風評の下で親族の縁談を断られるなど）もある。地域社会にとっては、痴呆性高齢者が自動車を運転することで周囲が危険を被ることや、他人の所有物や商店の品物を無断で持ち出してしまうことなども含まれ得る。筆者個人としては、広く言えば痴呆性高齢者のリスクとは「痴呆になったことによって被る、当事者および周囲の不利益すべて」と考えたい。

このように、リスクに対する考え方は幅広いが、本稿ではそのうちから、病棟または介護保険施設内での、主に身体的リスクマネジメントを中心に考えてみる。

2) 痴呆性高齢者のリスクの特徴

当然のことながら、痴呆性高齢者は一般に、記憶障害や失見当などの認知障害、不眠や興奮などの周辺症状と呼ばれる精神症状および身体能力の低下などを認める。安全管理（リスクマネジメント）とは、これらの特徴から生じる痴呆性高齢者特有のリスクをいかに予防し、回避困難なものについては、適切な事後処理をするかと言えらるだろう。健常高齢者に対するリスクマネジメントとは重なるものもあるだろうが、必然的に異なったものになるだろう。配薬で言えば、相手の名前を呼称し確認して配薬することは基本的な対応だろうが、痴呆性高齢者であれば、認知障害のために誤って違う氏名で声かけをしても拒否せず服薬してしまうかもしれない。



誤嚥・異食

誤嚥は、誤嚥性肺炎や窒息など、直接死につながる危険な事態であることは言うまでもない。

大府センターでは、昨年度痴呆患者の嚥下機能を嚥下造影法（videofluorography：VF検査）を用いて客観的に評価し、痴呆患者の嚥下障害の特徴を検討した¹⁾。対象は、ある総合病院に誤嚥性肺炎で入院した脳血管性痴呆患者27名（平均年齢80.5±6.5歳）とアルツハイマー型痴呆患者15名（平均年齢86.9±3.9歳）である。両疾患群を比較したところ、嚥下時の異常所見の出現頻度の比較では、2群間には差が見られなかったが、臨床上注目すべき結果が見られた。それは、むせを伴わない誤嚥（silent aspiration）が脳血管性痴呆患者で2例、アルツハイマー型痴呆患者で1例に認められたことである。

通常、むせが認められる場合は誤嚥に注意を払うが、今回の研究ではむせを伴わないで誤嚥しているケースがあり、介護スタッフには気づ

かれない場合が認められた。むせていないからといって油断はできない。

異食は、視覚失認（異物を食物と誤って食べる）や、クリューバービューシー症候群との関連から側頭葉障害であるという考え方や、幼児期の発達過程と対比させて退行現象としてとらえる考え方²⁾など、原因については不明な点も多い。現実的には、思わぬものを口に入れて、身体にどのような影響を及ぼすかわからず心配となることが多く、窒息につながるものが最も深刻な事態と言える。

筆者は自治体精神病院で約10年間一般精神科病棟および老人病棟の病棟医をしていたため、種々の異食を経験したが、一方では、次々に新しい薬品や消毒薬なども出ているために過去の経験ばかりでは対応できない。ここでは、大府センターの研究協力施設で、自施設での経験に、ネット上で公開されている中毒110番の情報を一覧表にまとめているものの一部を、施設管理者の了解の下に掲載させていただく（表2）。また、

表2 応急手当て一覧表

誤飲・誤食物質	対応方法				
	心配ない	様子を見る	要受診	救急搬送	応急処置内容
トイレ用洗剤				●	牛乳を飲ませる。 <u>吐かせない</u>
漂白剤				●	牛乳を飲ませる。 <u>吐かせない</u>
殺虫剤				●	<u>何も飲ませない。吐かせない</u>
灯油				●	<u>何も飲ませない。吐かせない</u>
ベンジン				●	<u>何も飲ませない。吐かせない</u>
接着剤				●	<u>何も飲ませない。吐かせない</u>
たばこ				●	水を飲ませて吐かせる
ナフタリン・樟脳 (衣料用防虫剤)				●	<u>牛乳を飲ませてはならない</u> 水を飲ませて吐かせる

表2の続き

誤飲・誤食物質	対応方法				
	心配ない	様子を見る	要受診	救急搬送	応急処置内容
ボタン電池				●	そのまま搬送
生石灰（食品乾燥剤）				●	口の中をよく洗い、うがいをさせる 牛乳を飲ませる。 <u>吐かせない</u>
蚊取り液体				●	<u>吐かせないで搬送</u>
台所用洗剤			●		水を飲ませて吐かせる
洗濯用洗剤			●		水を飲ませて吐かせる
石けん			●		水を飲ませて吐かせる
シャンプー・リンス			●		水を飲ませて吐かせる
入浴剤			●		水を飲ませて吐かせる
クレンザー			●		水を飲ませて吐かせる
アルコール			●		水を飲ませて吐かせる
整髪料			●		水を飲ませて吐かせる
シリカゲル（食品乾燥剤）			●		水を飲ませる 目についたら流水で洗眼
義歯洗浄剤（錠剤・融解液）			●		牛乳を飲ませる。 <u>吐かせない</u>
蚊取線香・マット		●	●多い時		マット1～2枚以上・線香をかなり食べた場合は受診
体温計の水銀		●	●多い時		量が多い時や様子がおかしい時は受診
クレヨン・鉛筆		●	●多い時		量が多い時や様子がおかしい時は受診
インク・消しゴム		●	●多い時		量が多い時や様子がおかしい時は受診
のり		●	●多い時		量が多い時や様子がおかしい時は受診
石けん		●	●多い時		量が多い時や様子がおかしい時は受診
マッチ		●	●多い時		量が多い時や様子がおかしい時は受診
紙おむつ（ポリマー）		●	●多い時	●窒息時	<u>窒息時は気道内異物除去法の緊急処置を実施し、救急搬送する</u>
湿布用貼り薬		●	●多い時	●窒息時	<u>窒息時は気道内異物除去法の緊急処置を実施し、救急搬送する</u>

表2の続き

応急処置の「なぜ？」	
①水や牛乳を飲ませるのは	理由)・胃の中に入ったものの濃度を薄め、毒性の働きを弱くする ・牛乳には胃壁を保護し、毒性の働きを弱くする作用がある
②牛乳を飲ませてはならないのは	理由)・毒物の身体への吸収を多くするから
③吐かせてはならないのは	<ul style="list-style-type: none"> ●意識がない時、痙攣を起こしている時 理由)・吐いたものがのどに詰まり、窒息の危険がある ●強酸や強アルカリを含む製品（トイレ用洗剤・漂白剤など） 理由)・食道の粘膜にひどいやけどを起こす ●石油製品など 理由)・気管へ吸い込み、重い肺炎を起こす

高齢者総合福祉施設むらさき野苑より提供

緊急時は誰でもパニックになりやすいので、資料のようなフローチャートを身近なところに置いておくと役立つだろう。



転倒・転落

痴呆性高齢者の事故では、周知のとおり、転倒・転落が最も多い。発生場所としては、病院を対象とした大府センターの研究(鈴木ら, 58%)³⁾、においても、主として介護保険施設を対象とした東京センターの研究(須貝, 56.8%)⁴⁾においても自室が最も多いことが指摘されている。プライベートな利用者の自室内のため、ほとんどの場合、事後の発見であり、どのように転倒・転落しているかは明らかではない。須貝は、事故報告事例398例を予防措置ありとなしの2群に分け、CDR (Clinical Dementia Rating Scale) という痴呆の程度(健常者は0点, 痴呆は0.5~3点)を表す尺度を用いて、興味深い分析をしている。

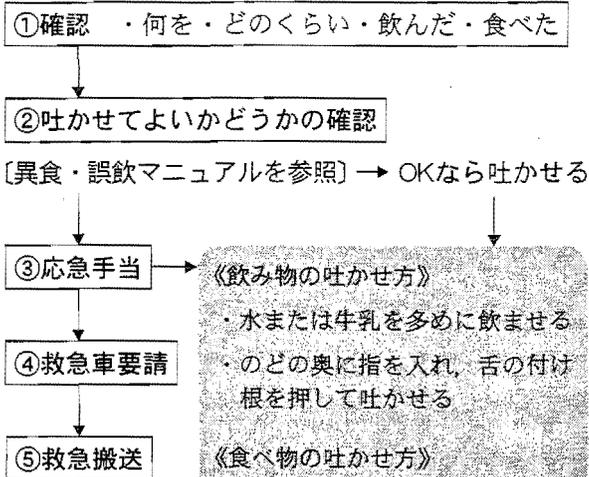
彼のデータによれば、予防措置なしと回答したもののうち、CDR 0点(健常と判断された群)では「転倒・転落の危険なし」と判断、または「転倒・転落の危険予測が困難」だったという回答が7割を占め、痴呆と判断された群になると(CDR0.5点以上)、「危険予測はできたが予防措置なし」が5割以上を占め、高度痴呆(CDR 3点)では、6割近くを占めていた。要するに、同じ、「予防措置なし」でも、健常高齢者では、「痴呆もないし大丈夫だろう」という判断(油断?)が背後にあり、たとえ健常であっても、転倒・転落の危険のある人をどのようにアセスメントをするかが重要であり、痴呆性高齢者では、逆に多くは転倒・転落の危険は認識されており、対策もとられているにもかかわらず、発生している状況が見てとれる。

これは、人的な努力(注意する、見守るなど)には限界があり、もっと根本的な対策(事故の起こりにくい環境、起きても軽度にとどまる環境など)が必要であることを示唆していると思われる。

資料 誤飲・誤食マニュアル

異物を飲み込んだ時の応急手当

誤飲・誤食発見



必ず確認すること

◎何も飲ませたり、吐かせたりしてはならない場合

- ・灯油・ガソリン・ベンジン・シンナー・殺虫剤
- ・接着剤・除光液（マニキュア落とし）

◎牛乳を飲ませてはいけない場合

- ・ナフタリン・樟脳

◎牛乳を飲ませてもよいが吐かせてはならない場合

- ・トイレ用洗剤・漂白剤・タイル用洗剤・脱臭剤
- ・排水パイプ用洗剤

◎水を飲ませて吐かせる場合

- ・台所用洗剤・洗濯用洗剤・石けん・シャンプー
- ・リンス・クレンザー・アルコール・たばこ
- ・化粧水・整髪料・香水・オーデコロン
- ・ナフタリン・樟脳

飲み込むと特に危険な物

●量の多少にかかわらず、ただちに救急搬送すること

- ・農業・殺虫剤・トイレ用洗剤・漂白剤・たばこ
- ・排水ポンプ用洗剤・ナフタリン・灯油・ガソリン
- ・ベンジン・接着剤・ボタン電池
- ・除光液（マニキュア落とし）

◎飲み込んででもあまり心配ない物

※量が少なければ問題ありません。量が多い時や様子がおかしい時は、受診してください。

- ・クレヨン・鉛筆・インク・消しゴム・石けん
- ・マッチ・口紅・ベビーローション乳液・入浴剤
- ・乾燥剤（シリカゲル）・のり・蚊取り線香
- ・電気蚊取りマット・体温計の水銀

中毒110番へ問い合わせをする場合

大 阪 0990-50-2499 365日24時間対応

つくば 0990-52-9899 365日9時～21時

- 相手に正確な状況を伝えてください。
- 誤飲・誤食したものを手元に置いて、質問に答えてください。

〈主な質問事項〉

- ・利用者の氏名・年齢・性別・体重
- ・連絡者と患者の関係・連絡者の電話番号
- ・誤飲・誤食したものの（商品名・会社名・用途）
- ・事故の発生状況（発生時間・摂取量・摂取経路）
- ・利用者の状態

高齢者総合福祉施設むらさき野苑より提供

なお、鈴木は、「入院時の転倒転落アセスメントは、入院時に評価して安心してはいけない」と指摘しており³⁾、高齢者、特に身体合併症を抱えた高齢者は、入院後も随時再評価を行う必要性を説いている。



暴力

大府センターの分担研究者である伊莉は、医療施設入院中の171名の痴呆性高齢者を対象に、痴呆疾患別の危険な行動をインシデントレポートを基に研究した⁵⁾。ここでの危険な行動とは、暴力・徘徊・異食・転倒・転落などを指す。疾患別に危険な行動の報告件数を見ると、多い順に、アルツハイマー型老年痴呆症213 (49%)、脳血管性痴呆症106 (25%)、びまん性レビー小体病70 (16%)、アルツハイマー病17 (4%)、その他24 (6%)であった。しかし、全対象患者は、アルツハイマー型老年痴呆症75名(44%)、

脳血管性痴呆症34名 (20%)、アルツハイマー病22名 (13%)、びまん性レビー小体病11名 (6%)、その他29名 (17%)であるため、報告件数を人数で割り、1人当たり何回くらい危険な行為をしたかという頻度を平均してみると、アルツハイマー型老年痴呆症2.8回 (213/75)、脳血管性痴呆症3.1回 (106/34)、アルツハイマー病0.8回 (17/22)、びまん性レビー小体病6.4回 (70/11)であった。

さらに、疾患別に危険な行動の報告内容を検討したものが表3である。これによれば、転倒はレビー小体型痴呆に多く、徘徊はアルツハイマー病に多く見られた。暴力は経験上、脳血管性痴呆に多いと思われていたが、この研究では、レビー小体型痴呆においても、注意を払うべきであることが示された。次に「暴力」の内容を分析すると、ほかの患者の頭をたたいたり、スリッパを投げたり、車いすごと突き飛ばしたりなど、患者同士のけんかや暴力がアルツハイマー型痴呆症に多く、看護や介護中にスタッフに対

表3 痴呆性疾患と危険な行動の関係

	SDAT	VD	AD	DLBD
ベッドや車いすなどからの転落の危険	46 (22%)	51 (48%)	5 (29%)	8 (11%)
転倒の危険	43 (20%)	9 (8%)	1 (6%)	39 (56%)
暴力	26 (12%)	14 (13%)	1 (6%)	11 (16%)
徘徊に関するもの	28 (13%)	3 (3%)	6 (35%)	3 (4%)
異食、盗食	27 (13%)	6 (6%)	0	0
転倒・転落以外のけがの危険	10 (5%)	5 (5%)	0	7 (10%)
暴言	0	4 (4%)	0	0
濫集	0	0	1 (6%)	0
点滴の自己抜去	5 (3%)	0	1 (6%)	0
尿バルーンチューブ自己抜去	0	0	1 (6%)	0
痙攣発作	0	0	1 (6%)	0
その他	28 (12%)	14 (13%)	0	2 (3%)
合計	213 (100%)	106 (100%)	17 (100%)	70 (100%)

SDAT：アルツハイマー型老年痴呆症
AD：アルツハイマー病

VD：脳血管性痴呆症
DLBD：びまん性レビー小体病

して突発するような暴力は脳血管性痴呆症やびまん性レビー小体病に多かったという³⁾。

以上は研究のごく一部であるが、疾患別にリスクに差があり、改めて、アセスメントは正確な診断が前提であることを銘記したい。



まとめ

以上、平成14年度高齢者痴呆介護研究・研修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」に関する研究班の研究成果を基に、痴呆性高齢者の安全管理のうち、誤嚥・異食、転倒・転落、暴力を中心に考察した。ほかにも、徘徊・離院（離設）、救急時の対応などもあるが、誌面の関係で、触れられなかった。

なお、近年急速に増えつつある、痴呆性高齢者グループホームでの安全管理（リスクマネジメント）は仙台センターが担当したが、同様の

理由で載せられなかったことをここにおわびする。詳細な研究成果は、ホームページ（<http://www.dcnet.gr.jp/>）を参照されたい。

謝辞

事例および貴重な資料の提供をしていただいた、磯部栄氏（高齢者総合福祉施設むらさき野苑（<http://www.chita-gakuen.or.jp/murasakinoen/>）、総合施設長）・杉浦博子氏（同、TQM推進室室長）に深謝いたします。

引用・参考文献

- 1) 長屋政博：痴呆患者における誤嚥性肺炎の病態評価および予防に関する研究、平成14年度老人保健健康増進等事業による研究報告書、P.217～224、2003。
- 2) 三根芳明著、長谷川和夫監修：拒食・過食・盗食・異食・不食、老年期精神疾患治療のためのストラテジー、P.100～102、ワールドプランニング、1994。
- 3) 鈴木美恵子他：病院における痴呆性高齢者のリスクマネジメントに関する研究、平成14年度老人保健健康増進等事業による研究報告書、P.165～209、2003。
- 4) 須貝祐一他：痴呆ケアにおけるリスクマネジメントに関する研究委員会報告書—痴呆性高齢者における転倒事故の要因と事故防止策の研究委員会—平成14年度老人保健健康増進等事業による研究報告書、P.91～117、2003。
- 5) 伊莉弘之他：痴呆性高齢者の行動障害によって発生する危険を回避するための痴呆介護についての研究、平成14年度老人保健健康増進等事業による研究報告書、P.153～164、2003。

手にしたその日から、すぐに使えて便利！ 「標準ケア目標」「標準ケア内容」「ケアポイント」付き

痴呆高齢者 ケア計画事例集

出野 平恵
洛和会ヘルスケアシステム本部 部長
井上 深幸
宇都宮短期大学人間福祉学科助教授



B5判 120頁
定価 2,835円(税5%込)

好評増刷



ページ見本(試読)や目次の詳細をホームページでご案内中です。

お申し込みも
ホームページからが便利です。 www.nissoken.com  667

お問い合わせ・お申し込みは ☎0120-054977 cs@nissoken.com

高齢者痴呆介護研究 ～平成15年度報告書～
平成15年度老人保健健康増進等事業による研究報告書

発行：平成16年3月

編集：社会福祉法人 仁至会

高齢者痴呆介護研究・研修大府センター

〒474-0037 愛知県大府市半月町三丁目 294 番地

TEL(0562)44-5551 FAX(0562)44-5831

発行所：サカイ印刷株式会社

〒452-0805 愛知県名古屋市西区市場木町 29 番地

TEL(052)501-0754 FAX(052)502-9674