

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、目を離れたすきに、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?」といっ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れ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、お風呂に行って声をかけると、返事ありませんでした。

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、噛む速さ、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、知らせる
- 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せ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

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

			過去事故			合計
			過去1年間は 起きていない	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	
	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

			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	
	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。

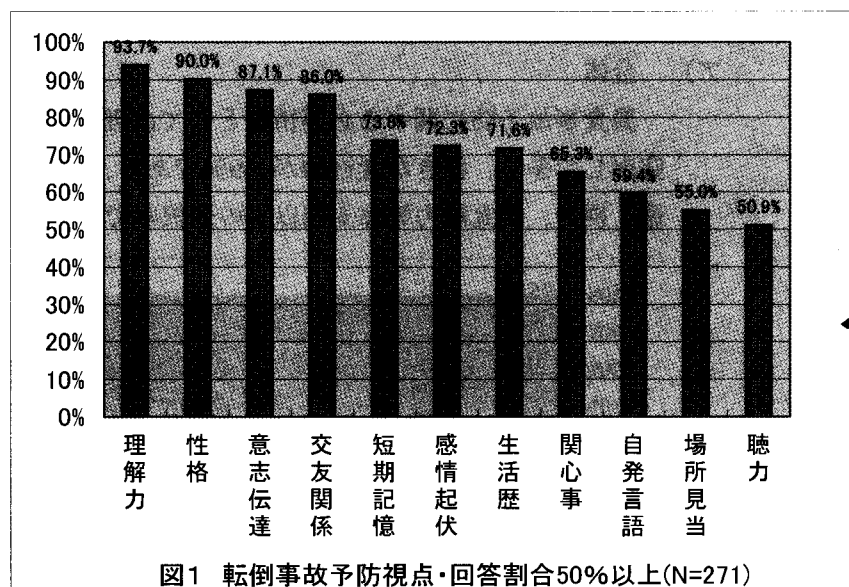
(3) 事故別予防視点

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

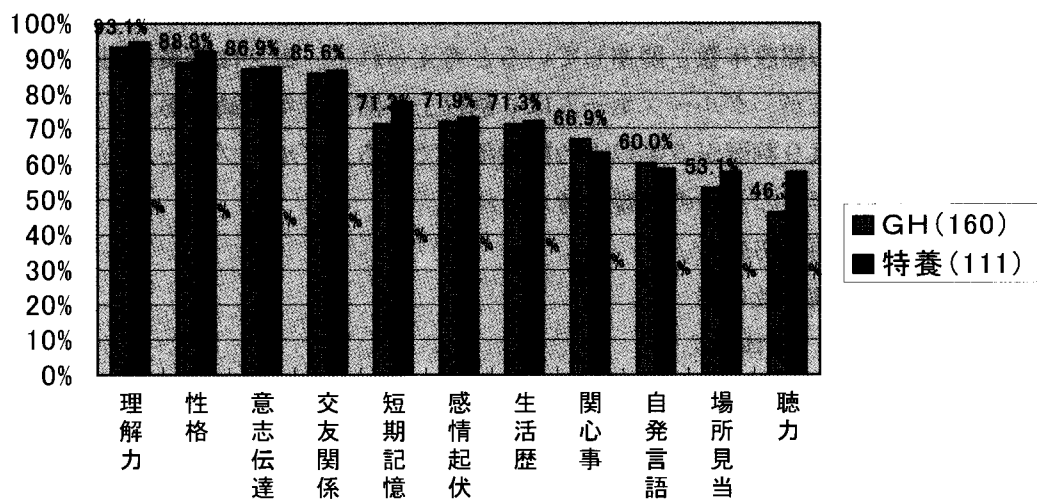


図2 転倒事故予防視点 事業種比較

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）。

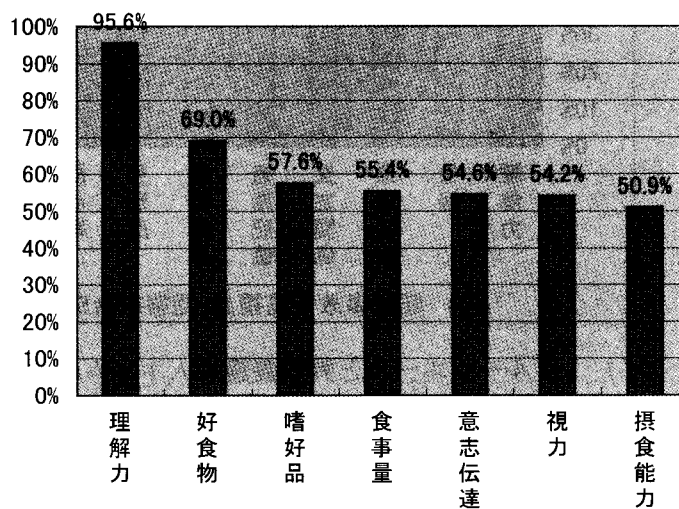
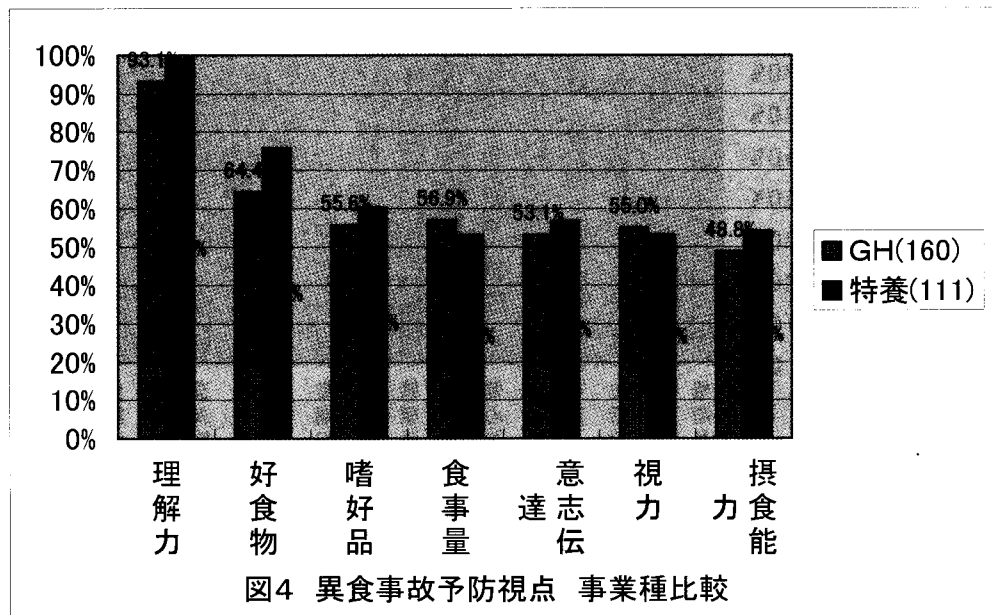


図3 異食事故予防視点・回答割合50%以上(N=271)

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。

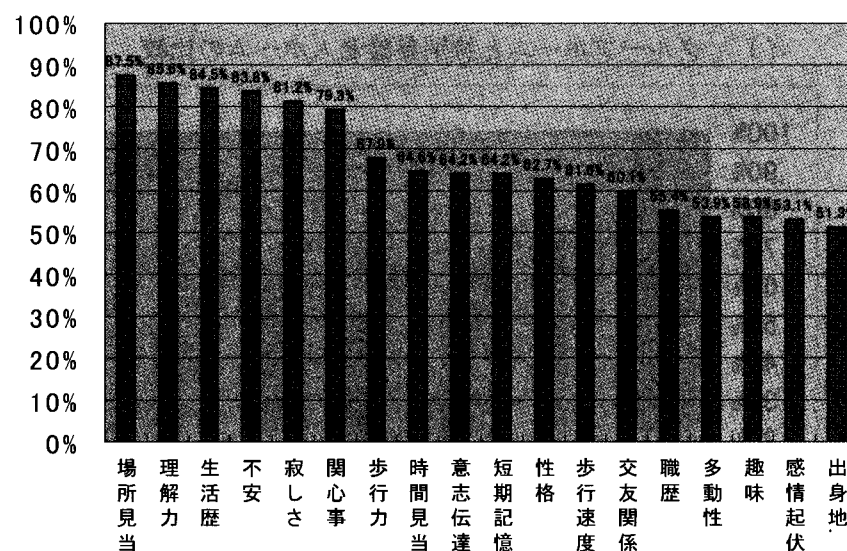


図5 帰宅願望・外出予防視点・回答割合50%以上 (N=271)

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。

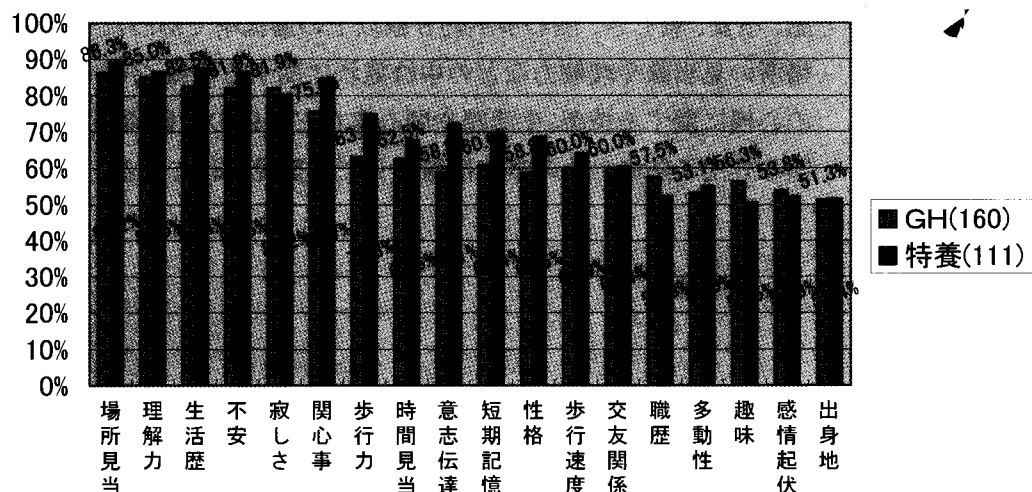
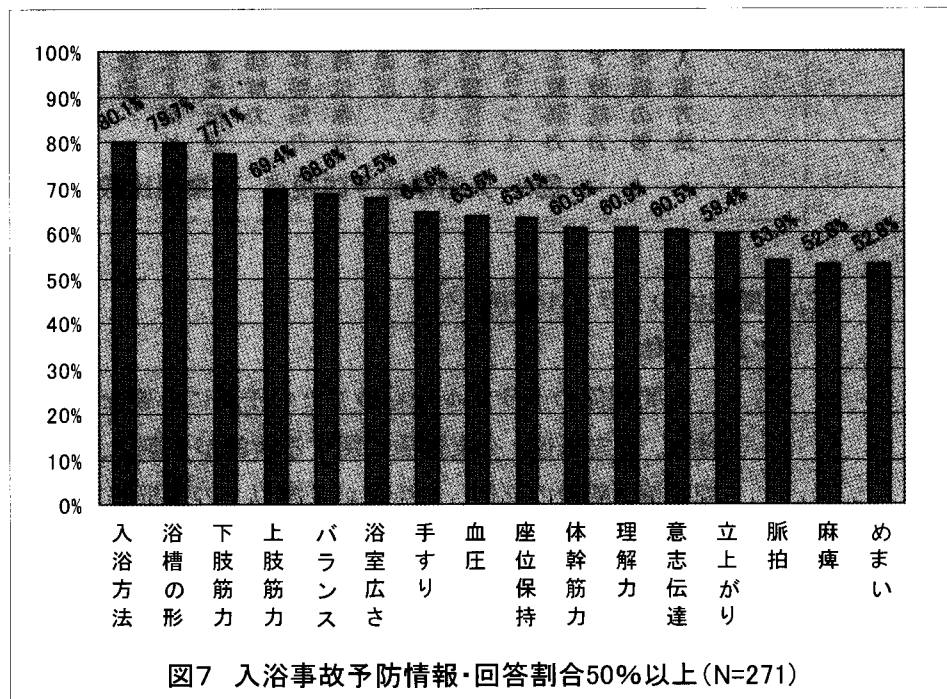


図6 帰宅願望・外出予防視点 事業種比較

④ 入浴事故事例

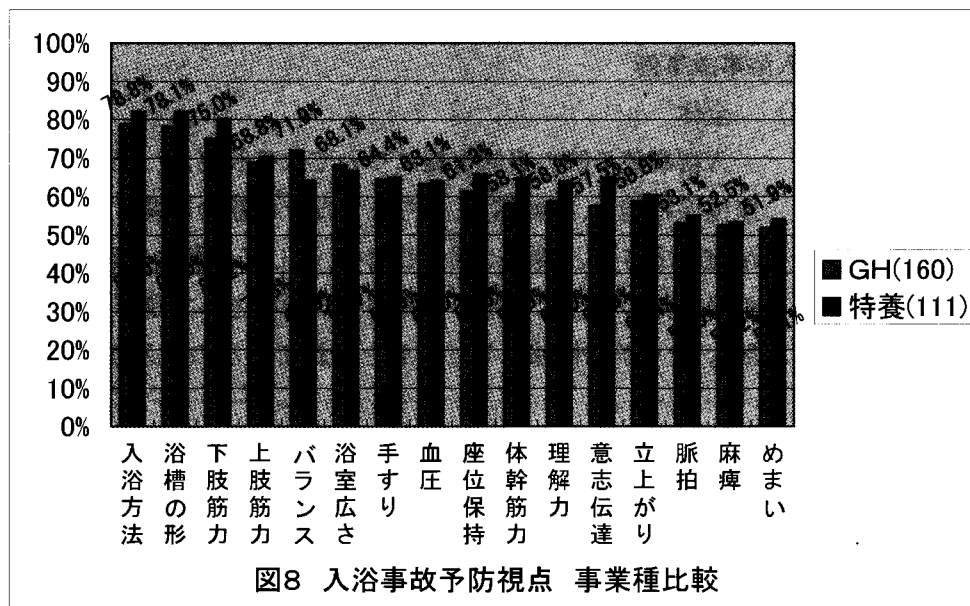
ア) 全体

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

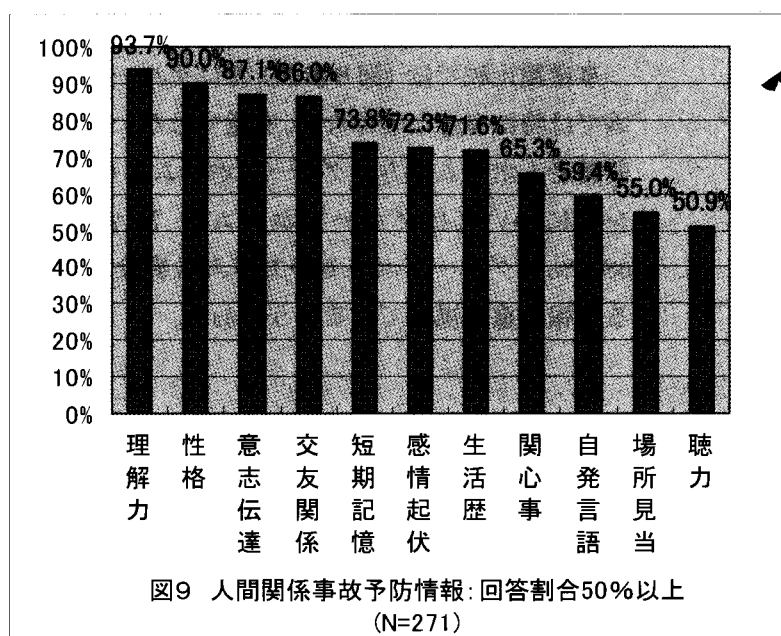
事業種比較では(図8参照)特にグループホームと特別養護老人ホームでは特に有意な差はない。有意ではないが傾向としては全体的に特別養護老人ホームの方がグループホームよりも選択率が高い。しかしバランスについてはグループホームが 71.9%、特別養護老人ホームが 68.1%とグループホームの方が入浴事故予防のためにバランスに関する情報を重要視しているようである。



⑤人間関係のトラブル事例

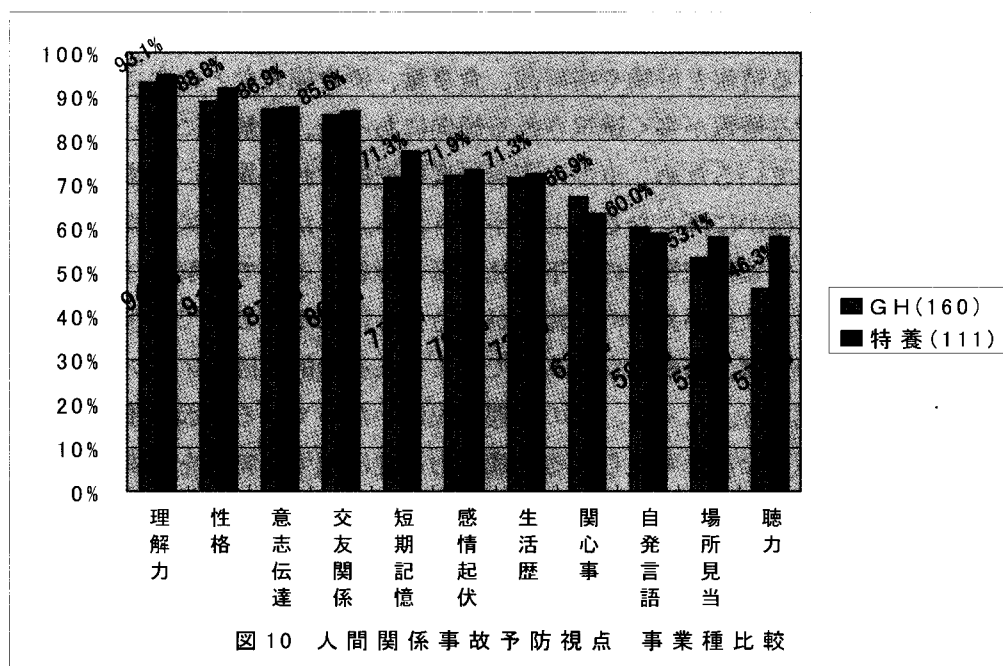
ア) 全体

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

プ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ので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とされている情報の傾向としては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、深さ、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。全事件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 ステップ 1. 教育出版センター、徳島、1999

99

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) HDS R 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

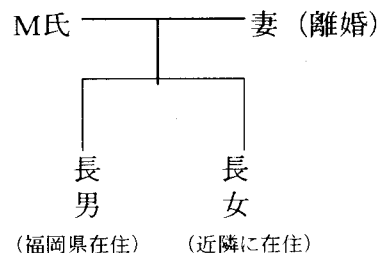
生きがい・趣味) 歌

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、一人でい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と思われる。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と思われる。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と。また、Mさんとスタッフとの関係にも着目し、再度関係を築く必要があるのではないかと結論に達し、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 歩き方はどうか

歩き出したら、まず、すぐ手が出せる位置まで近づくことが肝心である。ただ、遠くで見守っているだけでは、本来の見守りではなくなる。歩行状態を見極めてこそ、彼らのリスクを未然に回避することができるのではないかと。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できるようにしなくてはならないとの理由で、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かとと思われる。

③ コミュニケーションの見極めができているか？

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。

取組みの実践)

経 過		かもしれない視点
9・24	14:15 2F喫煙所にて転倒 18:40 夕食が終わり、リビングにて転倒	
9・25	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。	(1) 音のアセスメントが必要ではないか?～杖の音(カシャンという音)、戸を開ける音(物静かに開ける事が多いので相当注意深く耳を澄ます必要がある)足音など、とにかく物音に注意深く気をつかい、音がしたら必ず本人のところまで飛んでいく。
9・26	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。 10:40 2階、居室より出る際、扉をあけ転倒、シッポ交換、右前頭部たんこぶ、左膝打っています。 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。	(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	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。 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。 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。 9:15 自室にて転倒。 10:30 2階廊下にて転倒。 12:55 居室内にて転倒。	(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。 (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?

14:10 トイレ前にて転倒、B (+) Ac (+) 両膝湿布塗布	(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。
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。	
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。	
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。	

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は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】石炭を食べてしまった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炭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炭の匂いがするのと、ポケットから歯形のついた石炭が半分見つかった。

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

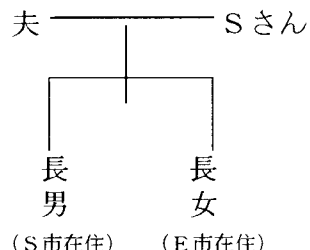
生きがい・趣味) 歌・花・日記

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。誰も石鹼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。石鹼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、食べた石鹼を調べてみると、花の形をした石鹼であることが判明した。つまり、Sさんにとって、石鹼ではなく、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 紛らわしい石鹼は置かず、通常の固形石鹼に置き換えてみる。

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いかなくなってきているため、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？
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、素直に石鹼でなく「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。
	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かけた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にとの、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。
	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。
	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. <解説コメント>

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。

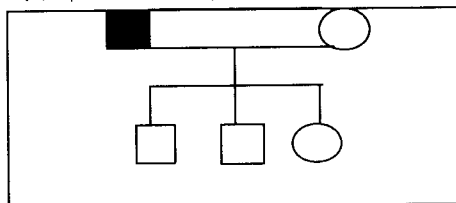
生きがい・趣味) 畑仕事・歌をうたう・ラジオ体操 (体を動かすのが好き)

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みていたため、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
	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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。	スタッフ間で対応のズレはないか 対応の統一の確認 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 興奮の原因を探る 既往・現在病との関連はないか 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 ライフヒストリーとの関連 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 何をしている時が生き生きされているが、充実されているか、何をすることができるか、何に興味がるかを探っていく事を怠らない。

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 O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 Oさんが外に出るときの興奮度
- ③ O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、O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を忘れてはいけない。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Oさんの外に出る原因ではなく、体調、既往・現在病に関係する服薬状況等、いろいろな視点から見ていく必要がある。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>

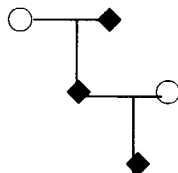
Mさんは左手に障害があり、自分で薬の袋を切ることができなかつたため、薬を薬杯に移して渡すと自分で飲んでいて、しかし薬を飲んだことを忘れて再度請求することが時々見られるようになっていた。

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

Step1 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ところで保管する。
- 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〕

Step2 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、 本人の話を聞く姿勢を持ち、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。

(取組みの実践)

	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さんだよね」と声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るよ」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。 <u>いつもなら怒鳴りだすところ</u> 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生きることに対する考え方
寂しさや絶望感を持っていないか
十分にコミュニケーションが取れているか
- 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、メパロチン、 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大きい。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、失禁減少への取り組みを継続する
- 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	申し送りケース記録により状態（入浴後のふら付き） 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 ・ 伝達事項 ふら付き発生の経緯、入浴時の声掛け - 湯温入浴時間の設定 - 入浴に至るまでの流れ変更 ・ 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	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
翌日	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 （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） の指示	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
3日後	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 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）	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
10日後	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 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	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

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、それにあっ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、本人の思いやこだわり、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思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) HDS R 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だからいけない』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、職員が傍にいないが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。本人が苦手にしていく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 予防の取り組みと経緯（事故を防ぐために）

<身体面>

POINT！→排泄のリズムはどうか？

自立しているので見逃しがちである。
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。（つむりの検証）

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
寿司作りの場面	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 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。 Aさん 自室に閉じこもってしまう。	Aさんの家の味付けかもしれない。 Aさん本人が生み出した味付けかもしれない。 この主張の生後性 Bさんの譲れない性格が出ているのかもしれない。 Aさんの主張を受け止められない理由が他にあるのかもしれない。
BさんがAさんの部屋の訪問	Bさん「Aさん、どうかされたのですか。」 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」 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」 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。」 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。	けんかした内容を覚えていないのではないのか。 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。

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
- * 改善の可能性がある。
- * 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。

<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も大切です。

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されていればできることではないでしょうか。リスクを管理する前に、ケアの話し合いがされているかが大切です。つい私達は、リスクを先に考えてしまいがちですが、本来はケアの在り方やその方の生活にもっと目を向けなくてはいけないのではないのでしょうか。今起きている現象に捉われることなく、それが何故起きているのかをアセスメントする視点が私達に備わっているかだと思います。机上のアセスメントでは、アクションは起こせません。アクションを起こしてから、評価すべきであると考えます。まず、向き合うことです。決して担当の職員を決め、見守りを強化したところで、見極めることができなければ、または、根本の原因がわからなくては、彼らの安心は得られません。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ずることです。その不安は何かを知るには関わり、触れることだと思います。さらに、スロープにマットを置くこともハード面でのリスクを回避する意味ではいいのですが、それでは「転んでもいいですよ」と言ってるようなもので、本来の私達のケア理念とはかけ離れていると感じます。絶対に転ばせないぞという意識がないのと同じです。全てバリアフリーにすれば安心という訳ではないのです。人の目や手で触れ、気配を感じ、心を傾け、共にあることが本来のケアではないのでしょうか。

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ばっていました。少し口をもごもごと動かし、苦しそうにむせていました。

すぐに職員が口の中に手を入れティッシュを口からかきだし、うがいをしてもらいました。

<事例概要>

年 齢) 85 歳
性 別) 女性
介護度) Ⅲ
自立度) B 2
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、石鹸があるべきところがないということに、余計にイライラを募らせてしまうこともあるかもしれない。あるべきところに物がある状態で、かつ入居者が安全に快適に過ごせることが望ましいのではないだろうか。

夜間にだけ焦点をあて意識を強めるのではなく、日中の経過をたどり「何故、そのような行為をするのか」という原因を突き止める必要がある。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
 - スタッフが一緒に過ごす
 - 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、小石を口にしないようになるのではないかと
 - 観葉植物をソファの近くや陰になる位置には置かない
 - 小石を口にしようと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と
 - 布でカバーを作る(通気性を考慮)など

＜解説＞今後の取り組みのために！

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では観葉植物となつてはいるが、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、お風呂に行ったら声をかけると、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しれない)
- 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ただかもしれない)
- ③ 湯温や湯量はどうだったか (いつもと違う状態がその方にあった状態でなかったかもしれない)
- 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だったか (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 脱>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ないか。身体機能の低下もあることから安定した体位をとることが難しい。

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り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 脱>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て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す。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、手時かな席にしわってしまったのかもしれない。
- 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。