平成１６年度
老人保健健康増進等事業
による研究報告書

平成１６年度

三センター共同研究事業

＜痴呆ケアにおけるリスクマネージメントに関する研究＞

認知症介護研究・研修東京センター

認知症介護研究・研修仙台センター

認知症介護研究・研修大府センター

＜はじめに＞

病院・診療所などにおける事故（主として医療事故）と介護施設などにおける事故（主として介護事故）とを比較すると、本質的に異なる点と共通する点とがある。相異点は、前者が手術、点滴・注射などの薬物投与、検査の一部などの人体への直接侵襲との関連する点であり、共通する点は、転倒、転落、誤嚥、異食、入浴関連事故、徘徊関連事故、感染、などである。これら以外にも自殺、不審死、交通事故、盗難、家事、などがある。

病院・施設・家庭などでは、これらの事故を予測し、防止または回避すること、即ち,予防することは一番重要である。最近は、リスク・マネージメントといわれることが多い。これには、予防以外に、事故発生後の対応も入り、病人の立場に立った迅速で、誠実な対応が必須である。

防止策では、事故の情報収集・報告体制、安全対策マニュアルの作成と徹底、現場職員の意識改革、労働条件の改善、リスク・マネージメント教育、などであるが、何よりも、常に病人のことを個別に念頭においてケアをしていれば、大半の事故は、防止できると考えられる。即ち、職員の意識が問題である。

最近、身体拘束廃止が叫ばれていて、施設によっては、どんな場合も拘束をしないとしているが、これは行き過ぎの場合もあり、介護における一種のパターナリズムである。例えば、本人に未だ判断能力があり、自分で危険を感じて車椅子への固定を希望しているのに、それもしなくて転倒を招いたりすれば、これは人災である。また、妄想念慮で不安が強い場合、他人から隔離を希望することがあるが、この場合は、本人の同意書を得て、隔離するのが、自己決定権の尊重になる。このように、基本原則は、身体拘束廃止は当然のことであるが、あくまでも施設のモットーやスローガンよりも、「個別ケア」を最優先すべきである。

３センターの共通研究課題として取り組んで 3 年となり、一定の成果が上がった「認知症ケアにおけるリスク・マネージメン」を報告し、この結果が、広く関連機関・施設で利用されることを希望するものである。

最後に、リスク・マネージメントにおいても、ご本人の意思に沿った「個別ケア」の精神が重要であることを強調したい。

平成17年3月

認知症介護研究･研修大府センター

センター長　柴山　漠人

目　次

三センター共同研究事業を終えて‥‥‥

C) IT 介護機器を利用した情報管理に関する研究

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、永島　隆（(社福)潤生園)、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、小長谷陽子、柴山漠人（認知症介護研究・研修大府センター)、水野　裕（一宮市民病院今伊勢分院）

研究協力者　藤掛和広（名古屋大学)、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）

D) 認知症ケアにおけるリスクマネジメント～認知症の疾患別のリスク評価に関する研究～

主任研究者　伊苅弘之（医療法人さわらび会福祉村病院）

分担研究者　小阪憲司、山本孝之（医療法人さわらび会)、

研究協力者　山本淑子（医療法人さわらび会福祉村病院)、笠原祐子（医療法人さわらび会福祉村病院)、二村なつえ（医療法人さわらび会福祉村病院)、白井美代子（医療法人さわらび会福祉村病院)、柴田浩文（医療法人さわらび会福祉村病院）

E) 徘徊への対応の現状と課題

主任研究者　杉村公也（名古屋大学医学部保健学科）

分担研究者　田川義勝（名古屋大学医学部保健学科）

研究協力者　後藤真也（名古屋大学医学部保健学科）

F) 痴呆ケアにおけるリスクマネジメントに関する研究～AMPS による施設ケアのリスク判定～

主任研究者　杉村公也（名古屋大学医学部保健学科作業療法学専攻）

分担研究者　森　明子（名古屋大学医学部保健学科作業療法学専攻）

研究協力者　白石成明（小山田記念温泉病院）

安藤一也（介護老人保健施設ルミナス大府)、菱田　愛（介護老人保健施設ルミナス大府)、小酒部聡江（介護老人保健施設ルミナス大府)、縣　さおり（介護老人保健施設ルミナス大府)、小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター）

4）資料

三センター共同研究事業を終えて

認知症介護研究・研修大府センター
研究部長　　小長谷　陽子

平成 14 年度から三年間にわたって行なわれてきた、三センター共同研究事業「痴呆ケアにおけるリスクマネージメントに関する研究事業」の成果をようやくここに示すことができました。

リスクは危険な要素あるいは、損害、不利益とも定義され、個人的には病気や怪我、事故などであり、国や地球規模では戦争、自然災害、環境汚染などとありとあらゆることが含まれ、毎日の社会生活上でも無視できない要素となっています。リスクマネージメント、すなわち危機管理はまず会社経営の場から始まり、医療の分野で注目され、近年になって介護福祉の現場でもようやくその重要性が認識され始めました。医療と同じく、人を相手とする介護福祉の分野では、当事者や介護者だけでなく、施設や環境の面、また最近の記憶に新しい自然災害など予測できない大きな危機も襲っています。このような危険や損害から身を守り、また予防するシステムづくりがリスクマネージメントですが、その基本となるのは、情報の収集、データの分析や事例の追跡、発生事態への対応、そして教育であり、フィードバックです。

三センターでは、痴呆ケアの現場におけるリスクとそのマネージメントに関して平成 14 年度からそれぞれ分担して研究を行なってきました。東京センターは施設における転倒、転落について、仙台センターではグループホームに焦点を当てて、大府センターでは、疾患別ケアにおけるリスク、嚥下障害、IT機器の活用、病院内の痴呆病棟における転倒リスクなど具体的なテーマを研究してきました。

東京センターのテーマは、「痴呆高齢者における転倒事故の要因と事故防止策の研究」です。初年度は転倒事故の実態とその対策を把握するため、特別養護老人ホーム、老人保健施設、病院という異なる特性を持った施設で調査を行いました。次年度には、転倒リスクアセスメントツールの開発のため、転倒事故の危険因子を調査しました。この結果、転倒事故の類型化の上で各事故のパターンごとに痴呆性高齢者の特性を把握することが重要であることが確認されました。最終年度には、「痴呆高齢者転倒リスク評価表」を作成し、これを実際に施設で使用した結果と考察を述べています。

仙台センターの研究は、「痴呆性高齢者グループホームにおけるリスクマネージメントの現状と取り組み」がテーマです。グループホームの職員を対象にヒヤリはっと体験、リスクマネージメントツールの利用状況、事故の予防方法の実態を全国の 990 箇所のグループホームにアンケート調査しました。その結果、ヒヤリはっとの頻度の多い行為、介護行為があきらかになり、事故報告は整備されており、教育システムが進んでいる半面、予防マニュアル、ヒヤリはっと記録や、痴呆性高齢者特有のリスクに対する予防方法がまだ十分でなく、開発が必要であることが判明しました。痴呆高齢者の事故予防に必要な情報を、転倒事故、異食、帰宅願望、入浴事故、人間関係のもめごとなどに分けて収集分析し、さらにこれを活用する方法を検討しました。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）を普及させるため、リスクアセスメント項目を作成し、妥当性を検証し、またリスクマネージメント研修への教材を提供しています。

大府センターの研究は、痴呆高齢者の行動障害や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な介護をするために、疾病の種類や病状による違いを調査し、それぞれに対応する対策を検討しました（初年度）。さらに疾患別のリスク評価に関して、痴呆高齢者の危険な行動や暴力行為などの頻度やパターンを分析し、それぞれの疾患やそのときの病状に応じた対応を提案しています。

病院における痴呆性高齢者のリスクマネージメントについては、ヒヤリハット事例から痴呆患者に特有の項目を調査分析して、事故防止マニュアル作成の資料としました（初年度）。病院内のインシデントレポートから、痴呆高齢者に多い項目を抽出し、とくに多い転倒、転落の事例を、痴呆のない症例と比較検討しています。

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して、痴呆患者の嚥下機能を客観的に評価して、その特徴を検討し、口腔ケア、食事内容、嚥下障害の評価を含めて、誤嚥性肺炎予防マニュアルを確立します。

高齢者総合福祉施設において、ITソフト、すなわち介護記録コンピューターシステムを活用して、ケアスタッフの業務を省力化し、さらにこれを用いてリスクを評価できるシステムを構築する試みを行ないました。IT機器の有効的かつ効率的な使用方法を検討するとともに、データから、リスクマネージメントを評価し、自動警告システムを開発しました。

さらに三センター共同事業として、平成14年度には「痴呆ケアにおけるリスクマネージメント」のテーマで講演会を開催しました。

平成 15 年度には介護の現場からの意見を発表するワークショップを行ないました。（いずれも詳細は本文に記します）

これらの研究の成果は三センターと協力機関の研究者の協力でもたらされたものですが、まだまだ十分とはいえない点もあり、これからも検証を重ねていくべきことです。しかし、介護におけるリスクとそのマネージメントに対し、一定の見解を示し、評価方法を提示しています。これらが介護の現場で有効に活用され、より良い介護に役立つことを期待します。

痴呆ケアのリスクマネージメントの啓発普及に関する事業

平成 14 年度　講演会

平成 14 年 12 月 3 日

痴呆性高齢者介護の現場からリスクマネジメントを考える。

時田　　純　（小田原潤生園　理事長）

平成 14 年 12 月 26 日

痴呆ケアにおけるリスクマネジメント　～介護事故を中心に～

高村　　浩　（高村法律事務所　弁護士）

平成 15 年 1 月 9 日

民間療養型病院のリスク管理　～リスクの軽減とリスクへの備え～

斎藤　正彦　（慶成会老年学研究所　代表）

平成 15 年 2 月 3 日

老人保健施設における不適切処遇・虐待と看護職・介護職の経験及び対処状況

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）

平成 15 年 2 月 20 日

痴呆ケアにおけるリスクマネジメント

橋本　泰子　（大正大学人間学部人間福祉学科　教授）

平成 15 年 3 月 3 日

痴呆ケアにおけるリスクマネジメント

杉山　孝博　（川崎幸クリニック　院長）

平成 15 年度　ワークショップ

平成 16 年 1 月 12 日

○ 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
　　横尾　英子（神戸女子大学文学部社会福祉学科　教授）

○ 新人教育、離施設時対応、誤飲・異食への中毒マニュアルについて
　　杉浦　博子（むらさき野苑 TQM 推進室　室長）

○ 身体抑制解除後の見守り体制について
　　金山まゆみ（老人保健施設相生　副施設長）

○ 緊急時、誤飲、誤食、離設時の対応について
　　浅田　好恵（高浜安立荘　介護副主任）

平成 16 年 2 月 18 日

○ 痴呆介護現場での苦情をどう考えるか
　　須貝　佑一（高齢者痴呆介護研究・研修センター　副センター長）

○ 在宅ケアのサポートで生じる苦情
　　右馬埜節子（東京都中野区「ゆりの木」相談員・ケアマネジャー）

○ 痴呆介護施設で生じる苦情
　　町田　沢子（浴風会第 3 南陽園）

平成 16 年 2 月 26 日

○ 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
　　大久保幸積（特別養護老人ホーム幸豊ハイツ　総合施設長）

○ 転倒ゼロをめざした取り組み
　　宮崎　直人（グループホーム　アウル施設長）

○ グループホームにおける生活リスクに対する対策
　　三好　久子　（グループホーム福寿荘管理者）

東京センター報告書

認知症高齢者の転倒事故の要因とリスク評価にもとづく事故防止策の研究

分担研究者　須貝佑一（認知症介護研究・研修東京センター）
研究協力者　小林奈美（鹿児島大学医学部）

A.　研究目的

1. 研究の背景

海外では、抑制との関連で認知症高齢者の転倒リスクは比較的多く研究されている。[1)~3)] 認知症があることは、転倒のリスクファクターであり、抑制のリスクファクターと認識されている。[3)] 一方で、認知症高齢者は転びやすいが、怪我の程度は軽度であることが多く、重度の怪我は多くないという見解は比較的一致している。[4) ~7)] 認知症高齢者の転倒防止に関する介入研究の報告によると、MMSE16-19 点程度の中度認知症までは効果があるが、それ以上高度の認知症では介入の効果は低い。[4)] 現状では、歩行可能な重度認知症高齢者を含む認知症高齢者に焦点をあてた転倒リスク尺度・アセスメントは、十分開発されていない。

国内では、在宅での行動問題と転倒の関係を前向きに調査した研究結果として、行動問題のある（運動能力の維持された）重度認知障害のある認知症高齢者の転倒リスクがもっとも高いという報告がある。[7)] 一方で、脳血管性痴呆の場合に転倒の危険性が高いという報告[6)] もあるが、認知症の種類による転倒しやすさは十分に検討されていない。認知症高齢者以外の一般高齢者向けの転倒リスクアセスメントツールはいくつか開発されており、施設独自のものを使用している場合もある。現状では、施設の違いや認知症のステージによる転倒リスクは検討されていない。

2. 研究目的

このように、高齢者の転倒リスク研究では、「転倒経験や認知症がある」ことがリスクファクターとされているが、認知症高齢者に特化した評価表はほとんどない。本研究では、認知症高齢者の転倒リスクを予測できる簡易スクリーニング表の開発を目的として以下の調査を行った。

① 認知症高齢者転倒リスク簡易評価表と記入マニュアルを作成、適応の対象、転倒可能性のカットポイントを検討する。

② 従来使用されている転倒危険度との比較を行う。

B.　研究方法

1. 調査方法

文献等を参考に研究者らが作成した認知症高齢者転倒リスク評価表（資料 1）および転倒評価尺度採点の手引き（資料 2）を作成、2 施設、3 フロアで試用した。施設 2 のみ、従来から危険度による転倒リスク評価を行っており、今回同時にリスク評価を行った。

［調査フロア］

施設１　特別養護老人ホーム認知症専用フロア

施設２　介護療養型病床群　認知症専用フロア（一部精神疾患を含む）

施設３　高齢者一般病棟　回復期リハビリテーションフロア

2. 分析方法

前向きに調査するには、インシデントレポートとして報告されている転倒データ必要であるが、施設によってインシデントレポートの報告システムが異なり、インシデントレポートからの情報収集が困難だったため、リスク評価表の質問７「最近 1 ヶ月間の転倒経験」を従属変数として予測を行った。すべての統計による検定は、全体と各施設別に行い、有意水準は 5%とした。使用した統計ソフトは SPSS 11.0J for Windows　である。

① 転倒有無別の合計得点分布を検討し、カットポイントを設定した。合計得点と新しく作成したカテゴリーによる転倒経験の予測を Somer's d を用いて検討した。また、転倒経験有無の各質問の平均ランクの比較と検定を Mann-Whitney の U を用いて行った。さらに Spearman の順位相関係数により各質問項目の相関を検討した。

② 危険度のデータが得られた対象について、従来の危険度による転倒経験の予測を Somer's の d 等を用いて検討、新評価表のカテゴリーでの結果と精度を比較した。

C.　研究結果

1. 各施設の記述統計

表１に各施設の得点の記述統計を示した。平均値に有意差があったのは、質問 1、質問 5、質問 6 と合計得点であった。この結果から、施設 1、2、3 には、それぞれ利用者に以下のような特徴があったと考えられる。施設 1 は、認知障害は重度であるが、精神薬（睡眠薬を含む）の服用者は少なく、施設の利用期間は長い傾向があり、施設 2 は、認知障害の程度は施設１と変わらず重度であるが、精神薬の服用者が多く、施設利用期間が短い。施設 3 は、施設 1、2 に比べて認知障害の程度は軽く、精神薬の服用者も施設 2 より少なく、施設利用期間は最も短い。このことから、全ての分析は、3 つの施設をあわせた全体

と、施設別に行った。

表 1. 各施設の記述統計

		施設 1 特養 (N=33)	施設 2 病院 (N=39)	施設 3 病院（回復期） (N=26)	全体 (N=98)	KW 検定 有意確率
年齢	平均値	84.1	80.4	80.4	81.6	
	中央値	84.0	81.0	80.0	82.0	
	最大値	94.0	94.0	96.0	61.0	
	最小値	74.0	61.0	64.0	96.0	
性別	平均値	1.8	1.7	1.7	1.7	
1:男性	中央値	2.0	2.0	2.0	2.0	
2:女性	最大値	2.0	2.0	2.0	2.0	
	最小値	1.0	1.0	1.0	1.0	
質問1	平均値	2.6	2.6	1.5	2.3	＜.001
認知	中央値	3.0	3.0	1.0	3.0	
	最大値	3.0	3.0	3.0	3.0	
	最小値	1.0	1.0	1.0	1.0	
質問 2	平均値	1.8	1.8	2.0	1.9	
意思疎通	中央値	2.0	2.0	2.0	2.0	
	最大値	3.0	3.0	3.0	3.0	
	最小値	1.0	1.0	1.0	1.0	
質問 3	平均値	2.0	2.0	2.2	2.1	
転倒意識	中央値	2.0	2.0	2.0	2.0	
	最大値	3.0	3.0	3.0	3.0	
	最小値	1.0	1.0	1.0	1.0	
質問 4	平均値	2.7	2.5	2.6	2.6	
歩行状態	中央値	3.0	3.0	3.0	3.0	
	最大値	3.0	3.0	3.0	3.0	
	最小値	1.0	1.0	1.0	1.0	
質問 5	平均値	1.5	2.1	1.8	1.8	＜.01
精神薬	中央値	1.0	2.0	2.0	2.0	
	最大値	3.0	3.0	3.0	3.0	
	最小値	1.0	1.0	1.0	1.0	
質問 6	平均値	1.4	2.5	3.0	2.2	＜.001

利用期間	中央値	1.0	3.0	3.0	3.0	
	最大値	3.0	3.0	3.0	3.0	
	最小値	1.0	1.0	3.0	1.0	
合計得点	平均値	13.3	14.7	14.2	14.1	＜.05
	中央値	14.0	15.0	14.0	14.0	
	最大値	17.0	18.0	17.0	18.0	
	最小値	9.0	11.0	12.0	9.0	

KW 検定：Kruskal Wallis 検定

2. 得点分布とカットポイント

図 1-1 に 3 施設全体の得点分布を示した。得点範囲は、6 点から 18 点である。6 点から 8 点の該当者がいないため、全体に右よりの分布であるが、「転倒なし」群が 14 点を中心に正規性のある分布になっているのに対し、「転倒あり」群は 16 点を中心に正規性のある分布となっている。

図 1-2-1 は施設１の得点分布、 図 1-2-2 は施設２の得点分布、 図 1-2-3 は施設３の得点分布を示したものである。施設３は高齢者一般病棟であり、回復期でリハビリテーションを目的とした利用者が多いため、他の 2 つの施設とは異なる分布であった。

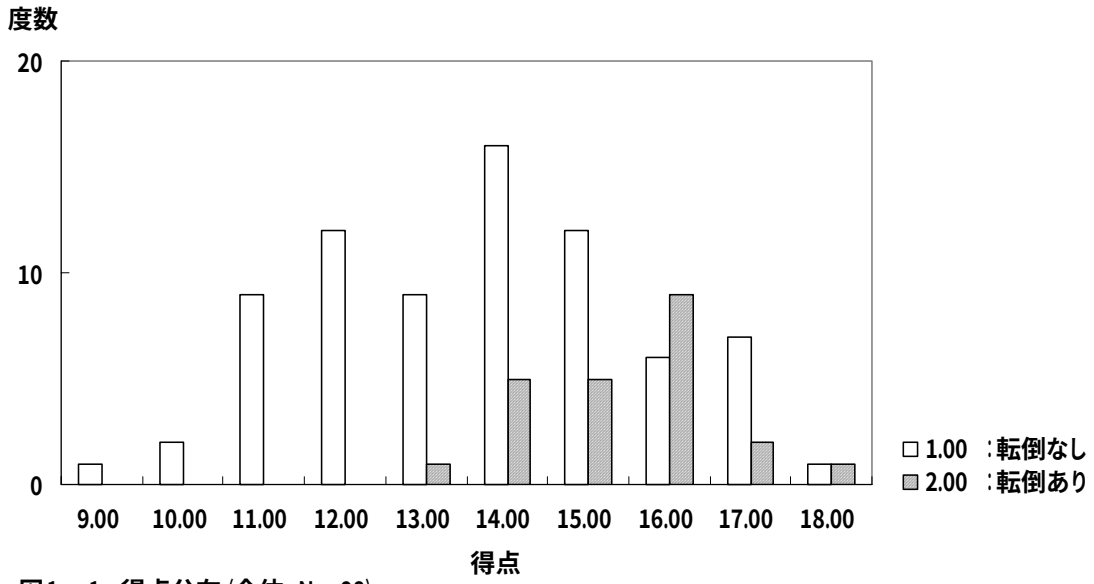


図1－1 得点分布 (全体: N＝98)

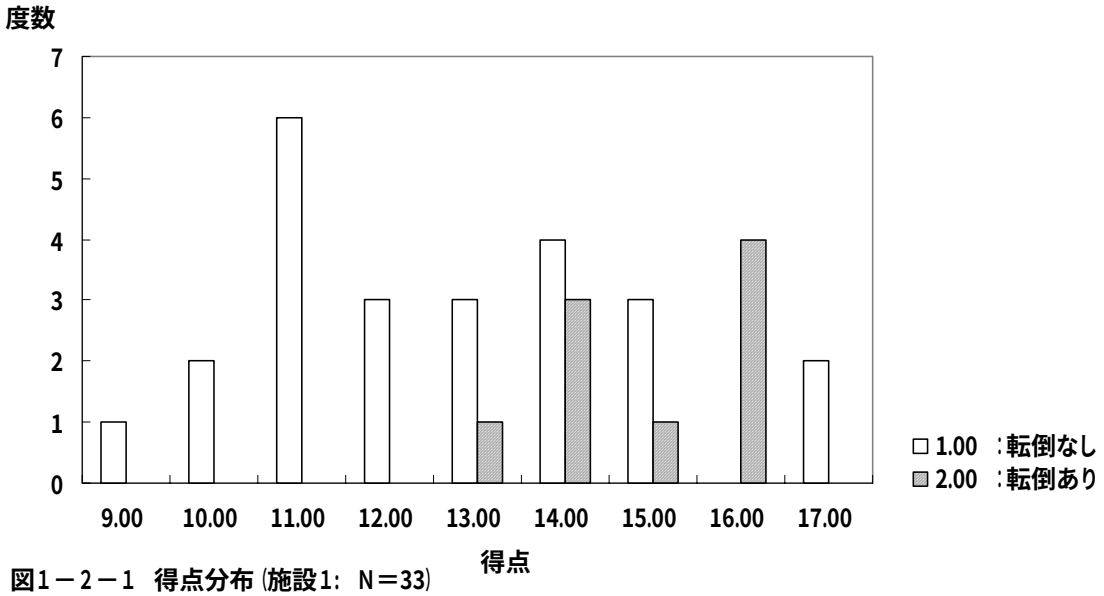


図1－2－1　得点分布（施設1：　N＝33）

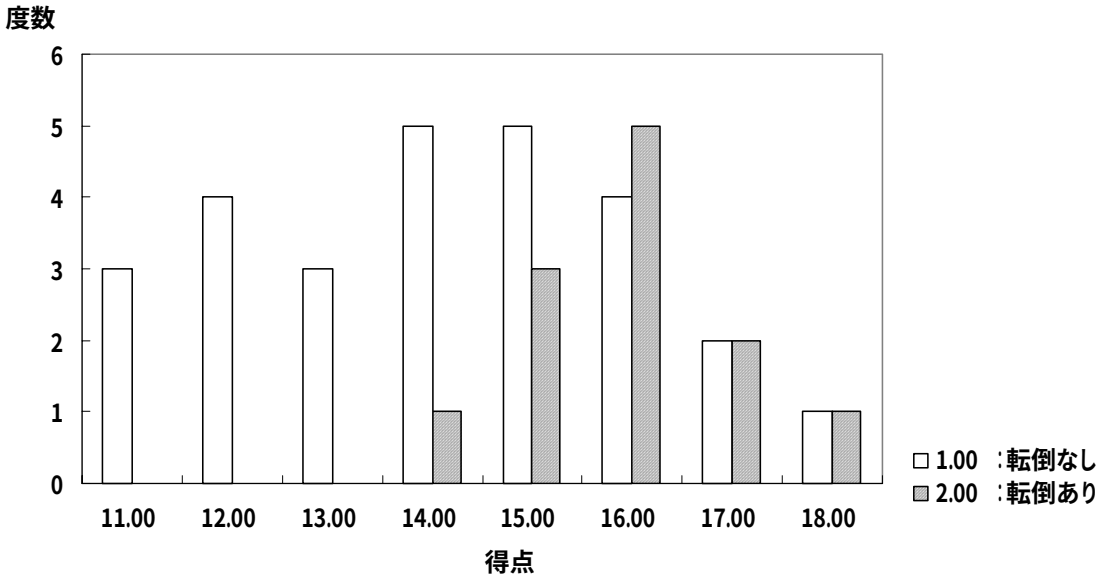


図1－2－2　得点分布（施設2：　N＝39）

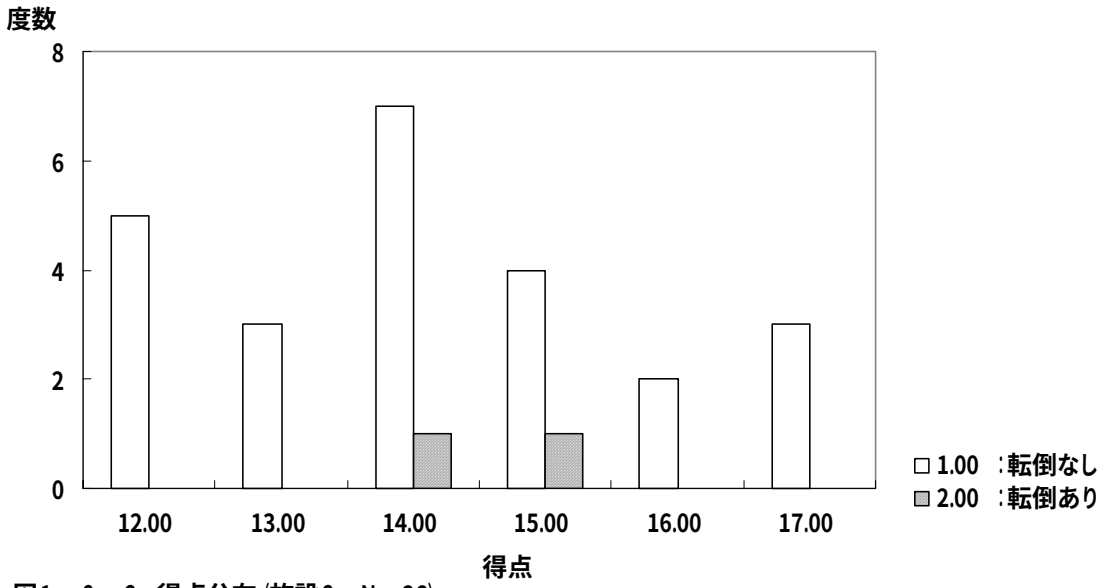


図1－2－3　得点分布（施設3：　N＝26）

以上の結果から、以下 3 カテゴリー（以下リスク度）に分けた。

低リスク群　12 点まで（転倒する可能性は低い）

中リスク群　13 点から 15 点まで（転倒する可能性は十分にある）

高リスク群　16 点以上（転倒する可能性が高い）

3. 転倒経験の予測

合計得点と新しく作成した転倒予測カテゴリーであるリスク度による転倒経験の予測を行った結果、全体データでは、合計得点による転倒経験の予測の Somer's d＝.213　（p＜.001）、リスク度による転倒経験の予測（全体）Somer's d＝.278　（p＜.001）であり、いずれも転倒経験を従属変数とした関連性は有意であった。

また、各施設別に検討した結果、合計得点による転倒経験の予測は、以下の通りである。

施設 1　Somer's d＝.277　（p＜.01）、

施設 2　Somer's d＝.278　（p＜.01）、

施設 3　Somer's d＝.033　（p＝.773）

一方、リスク度による転倒経験の予測は、以下のとおりであり、

施設 1　Somer's d＝.404　（p＜.005）

施設 2　Somer's d＝.334　（p＜.05）

施設 3　Somer's d＝.000　（p＝1.000）

合計得点、リスク度いずれも施設 1 と施設 2 では関連性が有意であったが、施設 3 では、有意ではなかった。

4. 転倒経験有無の各質問の平均ランクの比較と検定

各質問の転倒経験有無の予測傾向を確認するため、転倒経験あり群となし群の平均ランクの比較と検定を行ったところ、以下の結果を得た。

1）Mann-Whitney の U 検定（全体）　［転倒経験あり：なし＝75：23］
　平均ランクの傾向逆転：質問 3、質問６
　有意差があったもの：年齢、質問 4、合計
2）Mann-Whitney の U 検定（施設 1）［転倒経験あり：なし＝24：9］
　平均ランクの傾向逆転：質問 5
　有意差があったもの：合計
3）Mann-Whitney の U 検定（施設 2）［転倒経験あり：なし＝27：12］
　平均ランクの傾向逆転：質問 3、質問６
　有意差があったもの：質問 5、合計
4）Mann-Whitney の U 検定（施設 3）［転倒経験あり：なし＝24：2］
　平均ランクの傾向逆転：質問 1、質問 3、質問 5
　有意差があったもの：なし

以上の結果から各施設で逆転している質問項目、有意差があった質問項目が異なっており、今回の質問項目の適応と考えられるのは、認知障害が重度であり、運動障害の少ない高齢者が多い施設である施設 1 と施設 2 である。しかし、各施設別に検討する場合、サンプル数が少ないので、項目の修正については似たような特徴をもつフロアで、より規模の大きい調査が必要である。

5. 各質問項目の相関

各質問項目の相関のうち、有意な負の相関を確認した結果は以下の通りである。

1）spearman の順位相関係数（全体）
　有意な負の相関：質問 1 と 6、質問 3 と 4
2）spearman の順位相関係数（施設 1）
　有意な負の相関：なし
3）spearman の順位相関係数（施設 2）
　有意な負の相関：質問 2 と 6、質問 3 と 4
4）spearman の順位相関係数（施設 3）
　有意な負の相関：質問 3 と 4

この結果から、施設１では、互いに矛盾しない概ね妥当な相関がみられている。質問 3 と 4 で有意な負の相関があったのはいずれも病院であった。

6. 従来の危険度と新リスク表によるリスク度の予測力の検討

従来から独自の危険度を用いて転倒の危険性の予測を行っていた施設 2 で、データが収集できた 35 名［転倒経験あり：なし＝24：11］を対象に、今回作成したリスク評価表リスク度との転倒リスクの予測力を比較した結果は以下の通りである。

1）今回作成したリスク度による予測

Somer's d= .375　（転倒経験有無を従属変数とする）（＜.01）

Kendall τ b=.457（＜.01）

γ＝.803（＜.01）

Spearman ρ=.482（＜.01）

2）従来使用してきた危険度による予測

Somer's d= .201　（転倒経験有無を従属変数とする）（n.s）

Kendall τ b=.219（n.s）

γ＝.467（n.s）

Spearman ρ=.222（n.s）

本調査のように重度の認知障害をもつ高齢者が対象の場合、新リスク評価表リスク度の予測力の方が優れている。

D.　考察

1. 新リスク評価表の適応と質問項目の改良について

転倒経験予測のあてはまりは、施設 1、2 では良いが施設 3 では悪かった。したがって、本リスク評価表は、回復期にある一般高齢者よりも認知症のような認知障害のある高齢者により適応がある。しかし、質問項目によっては、施設 1、2 でも異なる傾向があったので、より多くの均質な対象で調査を行うことにより、より適切な設定や重み付けが可能になると考える。

質問項目数と難易度については、記入マニュアルを作成したことで介護専門職も容易に記入できたと考えるが、日常業務との兼ね合いで、さらに付加できる項目数について検討が必要である。今回の調査では、各フロアで得点傾向がかなり異なっていたことから、基本となる共通項目と施設の種類や利用者の構成によって選べる項目を設定すると、認知症高齢者の尺度としてさらに精度が高まる可能性がある。

また、今回は１ヶ月に 2 回以上転倒した多重転倒者が１名であったため、多重転倒者の予測については検討できなかったこと、転倒事故の重症度などの情報がないため、重大事故の予測については検討できなかったことは限界である。インシデントレポートによる前向き調査のデータとあわせて分析することでその点を検討することは可能であり、今後の課題である。

2. 従来の危険度との比較

従来の危険度との比較結果から、認知症高齢者を対象とした新リスク度は従来の危険度よりも現状に即したものといえる。しかし、得点分布から「低リスク群：12 点未満は転ぶ可能性が低い」ということは予測できても、全体の分布は 13-15 点の中リスク群と 16 点以上の高リスク群に偏っており、この二つの群を精度良く判別するのは、新リスク度でも十分ではない。今後、中リスク群と高リスク群を判別できるよう改良することが課題である。

3. 臨床での使用可能性

新リスク評価表の利点は、チェック項目が少なく、その場ですぐにリスク度を計算できる点と、内容が容易であるため、医療専門職以外でも利用可能な点である。また、今回の調査では、とくに特別養護老人ホームの認知症高齢者での当てはまりが良く、まだ改良の余地はあるものの、グループホームや自宅、ケア住宅等に居住している比較的歩行能力の良く維持されている認知症高齢者に使用できる可能性がある。

E. 結論

認知症高齢者の転倒リスクを予測できる簡易スクリーニング表の開発を目的として、認知症高齢者転倒リスク簡易評価表と記入マニュアルを作成、異なる利用者の特性を持つ 3 施設 98 人の転倒のリスク度と転倒の既往を対象に、評価表の適応対象、転倒可能性のカットポイント、従来使用されている転倒危険度との比較を行った結果、以下の結論を得た。

1. 今回開発したリスク評価表は、認知障害が重度であり、比較的歩行能力が良く維持されている療養型施設の利用者の転倒リスク評価に適している。
2. 「転倒する可能性が低い人」を判別するには適しているが、「転倒する可能性」がどの程度高いか、という点については改良の余地がある。

F. 参考文献

1) R.I.Shorr, M.K.Guillen,L. C.Rosenblatte, et al: Restraint Use, Restraint Orders, and the Risk of Falls in Hospitalized Patients. JAGS, 2002; (50): 526-529.

2) M.Bourbonniere, N.E.Strumpf, Lois K.Evans, et al: Organizational Characteristics and Restraint Use for Hospitalized Nursing Home Residents. JAGS, 2003; (51): 1079-1084.

3) Eileen M. Sullivan-Marx,Neville, E.Strumpf, Lois K.Evans, et al: Predictors of Continued Physical Restraint Use in Nursing Home Residents Following Restraint Reduction Efforts. JAGS, 1999; 47(3): 342-348.

4) Claire Toulotte, Claudine Fabre, Benedicte Dangremont, et al: Effects of physical training on the physical capacity of frail, demented patients with a history of falling: a randomised controlled trial. Age and Ageing, 2003; (32): 67-73.

5) Susan M.Friedman, Jeff D.Williamson, Ben H.Lee,etal: Increased Fall Rates in Nursing Home Residents After Relocation to a New Facility. JAGS, 1995; 43(11): 1237-1242.

6) Naohiko Kanemura, Ryuji Kobayashi, Kae Inafuku, et al: Analysis of Risk Factors for Falls in the Elderly with Dementia. J.Phys.Ther.Sci., 2000; (12): 27-31.

7) Takashi Asada, Tetsuhiko Kariya, Toru Kinoshita, et al: Predictors of fall-related injuries among community-dwelling elderly people with dementia. Age and Ageing,1996; 25(1): 22-29.

8）音山若穂，新名理恵，本間　昭，他l：Clinical Dementia Rating (CDR)　日本語版の評価者間信頼性の検討.老年精神医学雑誌,2000;11(5): 521-527.

9）須貝佑一,杉山智子,小林奈美: 高齢者の精神医療と事故　高齢者の精神医療における事故防止の試みーリスクマネジメントの試みー.老年精神医学雑誌,2003; 14(6): 734-739.

G. 研究発表

1.論文発表

1）須貝佑一、小林奈美：施設における痴呆症高齢者の転倒・転落事故の発生状況と対策　看護学雑誌 6(1):10-18. 2004.

2）Nami Kobayashi, Yuuichi Sugai.: Witnessed falls and Un-witnessed falls Among the Elderly with Dementia in Japanese Nursing Facilities. International Journal of Nursing Studies（投稿中）

2.学会発表

1) Nami Kobayashi, Yuuichi Sugai.: Un-witnessed falls among the elderly with dementia in Japanese nursing homes. The American Geriatrics Society Annual Scientific Meeting 2004, Las Vegas, Nevada. May 17-21, 2004.

資料１　リスク評価表

痴呆高齢者転倒リスク評価表

質問 1	**認知機能の程度1**	**正しい生年月日と年齢が言える**	**1**
		生年月日は正しいが年齢は言えない	**2**
		生年月日、年齢ともに言えない	**3**
質問 2	**認知機能の程度2**	**こちらの話しかけに対する意思疎通が十分とれる**	**1**
		こちらの話しかけに対する意思疎通がやや難しい	**2**
		こちらの話しかけに対する意思疎通が出来ない	**3**
質問 3	**本人の認識**	**転ぶかもしれないと思っている**	**1**
		転ばないと思っている	**2**
		意思疎通が十分にできない	**3**
質問 4	**移動**	**支えがあっても立位･歩行は全くできない**	**1**
		成人の常人と同じ歩き方ができる	**2**
		不安定な歩き方	**3**
質問 5	**服薬の状況**	**向精神薬･睡眠薬ともに服薬していない**	**1**
		向精神薬または睡眠薬いずれか服用している	**2**
		向精神薬と睡眠薬を両方服用している	**3**
質問 6	**環境とのなじみ**	**今の部屋に来て 1 年以上**	**1**

		今の部屋に来て半年（6ヶ月）以上1年未満	2
		今の部屋に来て半年（6ヶ月）未満	3
		質問1～6の合計得点	
質問7	転倒の経験	最近1ヶ月間で1回も転んでいない	1
		最近1ヶ月間で1回転んだ	2
		最近1ヶ月間で2回以上転んだ	3
		質問1～7の合計得点	

註：質問7は不明の場合、記入しなくてよい。

資料２　　転倒評価尺度採点の手引き

質問１　本人の知的レベルを大雑把に把握する質問項目です。

直接本人に尋ねてみてください。これまでの調査で自分の年齢と生年月日を正確に答えられるのは MMSE で満点から２０点レベル、すなわち正常から軽度の痴呆レベルまでとみなせます。年齢は間違うか答えられないけれど、生年月日は言えるのは痴呆症としては中等度からやや高度の痴呆に該当します。生年月日、年齢ともに答えられないレベルはやや高度から高度の痴呆症に該当すると考えられます。痴呆の知的レベルを簡便に推定する方法として誰でも使える方法として採用しました。

質問２　本人の会話の理解度を把握する項目です。

普段の会話の中で指示が通じるか、こちらが伝えようとしていることを理解しているかを、会話の反応と行為から判断します。したがって、介護者や看護者の観察による評価になります。

会話が滑らかだとか、よくしゃべるとかいった会話の形ではなく、相手の話を理解できるかどうかで判断するようにしてください。こちらが話したことに理解があり、適切に応答できていれば、意思疎通が十分とれる、に該当します。こちらが話したことに理解は示しているようだが、適切に応答できていなかったり、適切に指示に従えなかったら「意思疎通がやや難しい」に該当します。その場は理解しても直後に忘れるは「意思疎通がやや難しい」にしてください。

質問３　本人の転倒に関する認識を把握する項目です。

痴呆高齢者本人が転倒することについて「どのように思っているか」を実際に本人に尋ねます。痴呆の程度によっては、質問の意味がわからない人もいますが、アメリカでは、「痴呆初期の人で、自分が転ぶと思っている人は、転ばないと思っている人よりも転ばない傾向がある」という報告もあります。日本では、実際に尋ねてみた研究の報告はありません。

尋ね方ですが、まず導入として、ご本人の気分の良いときに、ゆっくりはっきりと「最近、転んで怪我をしたことがありますか？」と尋ねて下さい。ここでは、実際に転んだ経験があったかどうかは重要に考えなくて構いません。「転んだ」と答えた人には、「また転ぶと思いますか？」とか「自分は良く転ぶと思

いますか？」と尋ね、転んでいないと答えた人には、「転ばない自信がありますか？」とか「転ぶはずがないと思っていますか？」と尋ねて下さい。転倒の経験を聞いた時「わからない」「覚えていない」という答えの場合は、「自分は転びやすいと思う？それとも転ばないほう？」というように尋ねて下さい。

質問の意味が通じていないと判断する場合、たとえば、全く関係のない話の答えが返ってくる場合や「覚えていない」「わからない」「誰かにきいてくれ」「あなたが知っているだろう」などの答えが返ってくる場合は３に○をつけて下さい。質問の意味がわかって、「転ぶと思うか」などの問いに対して「はい」または「そう思う」という肯定の答えであれば１に○を、「転ばない自信があるか」などの問いに対して「はい」または「そう思う」という肯定の答えであれば２に○をつけて下さい。

質問４　移動の状況を把握する項目です。

おもな移動方法、歩行状態の観察から記載者が判断します。本人に尋ねる必要はありません。支えがあっても歩行・立位がまったくできず、車椅子またはベッド上のみの移動である場合、１に○をつけて下さい。少しでも歩行が出来る、または支えがあれば立てるという人は含めません。成人の常人と変わらない歩行が出来る人や走ることができる人の場合、２に○をつけて下さい。それ以外の歩行状態の人はすべて３に○をつけて下さい。

このリスク評価表は、「転倒」を対象とし、「転落・滑落」は含みません。そのため、完全な寝たきり・座りきりの方や、反対に成人の常人と変わらない歩行状態の場合、転倒リスクは低いと考えています。それ以外の大部分の高齢者の歩行は、「不安定」に含まれ潜在的な転倒リスクは高いと考えています。

質問５　痴呆症状に関わる服薬状況を把握する項目です。

痴呆性高齢者では家族に服薬の有無、薬の内容を確かめてください。場合によっては薬剤内容の書かれた紙（薬剤情報）を持っていますからそれを参考にしてください。

向精神薬とは抗幻覚薬（沈静剤）、抗うつ薬、抗不安薬の三種類があります。薬剤情報に「これは幻覚や興奮を抑える薬です」とか「抑うつ、うつ状態に使う薬」「不安をとる薬」とかの記述があるのでそれを参考にみてください。睡眠薬は多くは「睡眠導入剤」となっていると思います。これも薬剤情報の紙をみればわかります。参考のために痴呆性高齢者によく使われる代表的な薬をあげておきます。薬品辞典をひくと同一の薬がさまざまな商品名で売られているこ

とがわかりますから、わからなかった場合は以下、参照してみてください。

抗幻覚剤（鎮静剤）	**：グラマリール、ドグマチール、セレネース、リスパダール、セロクエル、コントミン、ヒルナミン、ドグマチール、ジプレキサ**
抗うつ薬	**：トフラニール、アナフラニール、アモキサン、テトラミド、ルジオミール、デプロメール、パキシル、レスリン、トレドミン**
抗不安薬	**：デパス、リーゼ、ワイパックス、レキソタン、ソラナックス、セルシン**
睡眠導入薬	**：ハルシオン、レンドルミン、アモバン、リスミー、メイラックス　、ベンザリン**

質問６　環境とのなじみとして部屋の利用期間を把握する項目です。

今の部屋を利用するようになってからの期間について記載します。<u>本人に尋ねる必要はありません</u>。

痴呆高齢者の施設における転倒の 8 割程度は自室で起きています。とくにショートステイなど一時的な利用のため生活環境が激変していると転倒リスクは高くなると考えています。痴呆は進行しますし、利用する時の痴呆の状態もさまざまなので､どのくらいでなじむのかということの科学的根拠はありません。また、今回は同室内でのベッドの移動、ベッドの種類の交換は考慮しません。

今の部屋を利用するようになって半年未満の場合を３、半年以上 1 年未満の場合を２、1 年以上の場合を１として下さい。厳密に日数を計算する必要はありません。半年を 6 ヶ月として月単位で計算して下さい。たとえば、平成 15 年 4 月 1 日に入所して以来同じ部屋を利用していて、平成 15 年 9 月 30 日にリスク評価を行う場合、日数としては約 6 ヶ月ですが、月数の差としては 5 ヶ月なので半年未満の１に○をつけて下さい。逆に 10 月 1 日であれば､月数の差が 6 ヶ月になるので､1 日違いですが､半年以上 1 年未満の２に○をつけて下さい。

1 年以上の場合に関しては、初めてその部屋を利用した日から 1 年過ぎていれば１に○をつけて下さい。つまり、平成 15 年 4 月 1 日から利用の場合、平成 16 年 4 月 1 日以降にリスク評価を行うのであれば、１に○を､3 月 31 日に行うのであれば、2 に○をつけることになります。またショートステイ利用の初日に評価を行う場合は、3 ということになります。繰り返し同じ部屋を利用されるショートステイの場合でも、利用のたびに新規利用と考えて下さい。

質問７　転倒の経験について把握する項目です。

転倒の経験についての、本人以外からの情報による記録を記載します。つまり、本人に尋ねる必要はありません。家族からの情報、介護日誌、看護記録などの情報により記入して下さい。

「転んだ経験のある人ほど転びやすい」ということは痴呆高齢者でない高齢者の研究でも報告されています。ですが、転倒の経験を正確に把握することは、痴呆高齢者の場合、困難であることも多いので、把握できる範囲で記入して下さい。

最近１ヶ月で２回以上転んでいる場合は３に○、最近１ヶ月で１回だけ転んだ場合は２に○、最近１ヶ月で転んでいない場合は１に○をつけて下さい。情報について把握できない場合は、記入する必要はありません。

仙台センター報告書

認知症ケアにおけるリスクマネージメントの研究
―認知症高齢者グループホームにおける
リスクマネージメントシステムの普及に関する研究―

主任研究者　**阿部哲也（認知症介護研究・研修仙台センター）**
研究委員　**加藤伸司（認知症介護研究・研修仙台センター）**
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（グループホーム福寿荘　施設長）
宮崎直人（グループホームアウル　総合施設長）
喜井茂雅（ぐるうぷほうむ３丁目　施設長）
蓬田隆子（グループホームこもれびの家　施設長）

A　背景

全国のグループホームでは認知症高齢者の自己決定権の尊重や、本人らしい生活の確保などを保証していくという理念が重要視され、事業者数は年々増加している。しかし一方では、それらのケア理念を実現するための様々なリスクに対して、リスクマネージメントシステムが未だ確立されていない事業者も多い傾向が伺える。我々が平成 14 年度に実施した「グループホームにおけるリスクマネージメント実態調査」からもリスクアセスメント及び、予防的視点が充分とはいえない傾向が明らかとなった。安全の保障は最低限のケアの質の保障であるという観点からも、新規グループホームのみならず、小規模ケアによる認知症高齢者のリスク低減への効果を明確にし、早急に人権を尊重するようなリスク回避のシステム設置が重要となっている。

本研究は、14 年度、15 年度研究の結果を基に、予防のためのリスクアセスメント視点を解説した事故予防事例集によって事故予防の手法や視点を普及し、新規グループホームにおけるリスクマネージメントの整備を支援し、認知症高齢者の安全な生活を保障する事を目的としている。

B　研究の経緯

1　平成１４年度研究「認知症高齢者グループホームにおけるリスクマネージメントの現状と取り組み」

（1）　目的

平成 14 年度研究は、認知症高齢者グループホームにおけるリスクマネージメントの実態と課題を把握し、認知症介護におけるリスクマネージメント手法確立の為の基礎資料とする事を目的とした。

（2）　方法

平成 15 年 2 月～3 月にかけて、全国の認知症高齢者グループホーム 2,554 ヶ所

に対し、認知症高齢者の生活行為、介護行為、場所別のヒヤリはっと体験状況、対応マニュアルや予防マニュアルの整備状況、インシデントレポートやヒヤリはっと記録の整備状況、事故への対応方法ついて調査を実施し、990 ヶ所（有効回収率 38.7%）の事業所より回答を得た。

（３） 結果

ヒヤリはっと体験の頻度について４点満点（よくある）とし、それぞれの状況項目ごとの平均値を算出し比較したところ（図１参照)、生活行為では外出や入浴等の「移動行為」が 3.12 点、介護行為では入浴介助や外出の付き添いなどの「移動への支援」が 2.94 点、場所では階段や外、浴室等の「運動負荷の高い場所」が 2.98 点と他に比較してヒヤリはっとの体験頻度が有意に多い事が示唆された（$p<0.01$)。それ以外の項目については、飲食（2.67 点)、服薬（2.55 点)、調理（2.59 点）などの生活行為や、耳掃除などの支援行為(2.67 点)についてヒヤリはっと感じる頻度が多い傾向が見られた。

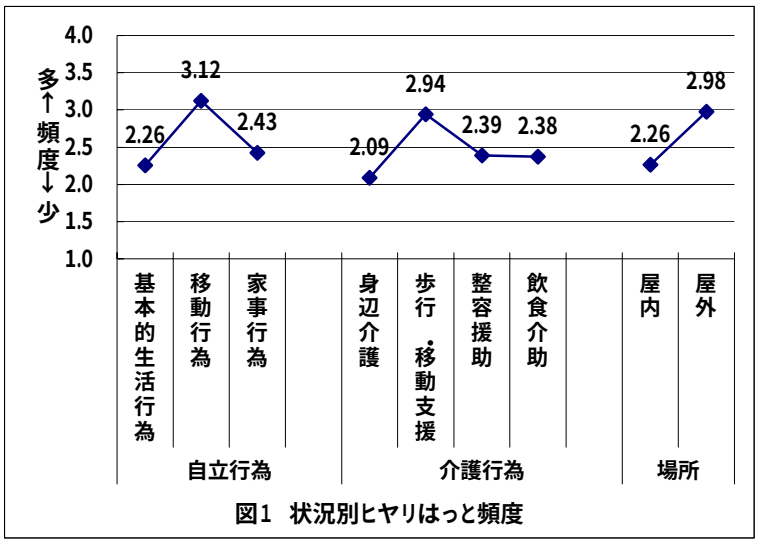


図1 状況別ヒヤリはっと頻度

リスクマネージメントツールの整備状況については、対応マニュアルが 67.1%、事故報告書は 84.7%の施設で整備されていたが、予防マニュアルは 43.5%、ヒヤリはっと記録は 47.5%と、全体の半数以下の整備率であった。

事故対応の現状については、すべり止め防止マットの活用、手すりの設置、クッション材の利用､徘徊センサーの設置等､転倒や徘徊への予防は進んでいるが、刃物や洗剤を隠す、石鹸を固定する等の異食や刃物による怪我、火の扱い等、認知症特有のリスクに対しては予防方法が対処的である傾向が伺えた。

（４） 考察と今後の課題

ヒヤリはっと体験状況については、転倒や徘徊に関する行為や場所について特にヒヤリはっとを感じる頻度が多いことが示唆された。現在実施されている事故への対応については、転倒事故に対しては補助用具の活用や、環境整備、下肢機能の改善など予防の取り組みが行われている傾向にあるが、異食、刃物による怪我、火の扱い等の認知症高齢者特有のリスクについては、「しまう」、「隠す」「鍵

をかける」等の対処的で抑制的な対応が多く、予防のための事前評価やリスクアセスメントなど、本来的なリスクマネージメントに課題が多いことが明らかとなった。

今後は、ヒヤリはっとの頻度が少ない整容行為や排泄、衣服の着脱、他者との会話など、職員が見落としがちな場面や状況について注意を促す必要がある。

又、全体的に予防に関する意識や手法のシステム化が遅れている傾向にあり、今後は事前評価、原因分析など予防的な視点や手法を知らしめ、非抑制的な予防方法の開発と普及を進める必要がある事が明かとなった。

2　平成１５年度研究

平成１５年度研究は、認知症高齢者グループホームにおけるリスクの事前評価など事故予防手法の脆弱さを課題とし、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支援のため、以下の２つの研究を実施した。

（１）グループホームにおける事故予防の取り組み事例集の作成

①　目的

認知症高齢者グループホームへのリスクマネージメント手法の確立と普及を目的とし、実際にリスクマネージメントを取り組んでいる事例を収集し、リスクマネージメントプロセスの理解を深めるための事例解説集を作成する。

②　方法

グループホーム管理者５名及び研究者２名から構成される研究会により、認知症高齢者に代表的な「転倒」「異食」「入浴事故（溺水）」「服薬事故」「徘徊・外出」「利用者間トラブル」の６つの事故についてリスクマネージメント取り組み事例を収集し、原因分析、対応方法、予防の視点、予防方法、事前に把握すべき情報をポイントとした解説を執筆依頼した。

（２）認知症高齢者の事故予防に関する調査

①　目的

認知症高齢者の事故を予防するために必要と思われる情報について調査を行い、認知症高齢者の事故別リスク評価項目作成のための基礎資料とする。

②　方法

全国の老人福祉施設 470 ヶ所、グループホーム 470 ヶ所を層化抽出法にて選定し、計 940 ヶ所の事業所の介護職員を対象に調査を実施し、278 ヶ所（回収率 29.5%）の事業所より回答を得た。調査内容は「転倒」「異食」「入浴事故」「帰宅願望・外出」「人間関係のトラブル」の事例について、ケアプランアセスメント項目を参考に 130 項目を提示し、事故を予防するために知っておくべき情報は何かという問いについて複数回答で選択してもらった。

③　結果

過去１年以内に事故が起きている割合については、有効回答 258 件中グループ

ホームで 125 件（82.2%）、特別養護老人ホームで 104 件（98.1%）と、事業種によらず事故率が高いことが明らかとなった。特別養護老人ホームの事故件数の高さは、開設年数の長さと関連していると考えられる。

事故の予防に必要な情報については、有効回答 271 件について事故別に選択数が有意に多い項目について整理した（表１参照）。グループホームと特別養護老人ホームとの比較については、いずれの事故においても選択数に有意な差は認められなかったため、事業種に分けずに検討することとした。

その結果、短期記憶、見当識、理解力などの情報は全ての事故予防に必要であるとされていた。転倒、入浴事故については歩行力、筋力、バランスなどの身体機能に関する項目が予防に必要な情報として必要とされていた。環境に関する情報は入浴事故について浴槽の形や手すりの有無などが予防情報として必要とされていたが、それ以外の事故では環境に関する情報は予防に必要であると認識されていない傾向にあった。（選択率 50%以下）

表１　事故の予防に必要とされる情報（χ^2 検定により選択数が有意だった項目）

	認知的な機能に関する項目	筋力・感覚など身体の機能に関する項目	個人属性	心理状況	健康情報	食に関する情報	環境面
転倒	短期記憶 意思伝達力 見当識 理解力	歩行力・下肢筋力・バランス・歩行速度・体幹筋力・視力	性格・関心事・生活歴・感情の起伏・多動性	不安	めまい・投薬状況		
異食		視力				好物・嗜好品・食事量・摂取能力）	
帰宅願望・外出		歩行力・歩行速度	性格・関心事・生活歴・趣味・交友関係・職歴・出身地・感情の起伏	不安・寂しさ			
入浴事故（溺水）		上下肢筋力・バランス・座位保持・体幹筋力・立ち上り	入浴方法		血圧・めまいの有無・脈拍		浴槽の形・広さ・手すりの有無
人間関係（もめごと）		聴力	性格・関心事・生活歴・交友関係・感情の起伏				

④　考察と今後の課題

認知機能に関する情報、身体機能に関する情報、性格、生活歴など個人の特性に関する情報は、何れの事故についても予防のために必要であると認識されており、転倒、異食、外出、人間関係のトラブルについては環境に関する情報があまり必要とされていない傾向がみられた。リスクアセスメントシートの作成には環境情報の必要性を検討する必要性があるだろう。今後は、事故事例別に、環境要

因と事故の因果関係を分析し、環境情報の事前把握が事前評価項目として事故予防の有効性に寄与しているかを検証する必要がある。さらに、各事故状況別にリスクマネージメントにおける環境情報の把握の有益性を知らしめる必要があることが明かとなった。

C　目的

前年度研究によって作成されたグループホームにおけるリスクマネージメントの取組み事例の解説を通して事故予防の視点や事前評価の重要性について普及し、グループホームにおけるリスクマネージメントシステム確立の支援を目的とする。

D　方法

1　編集委員会の設置

グループホーム管理者５名、研究者２名から構成される研究会にて、グループホームでの活用を念頭に、効果的な事例集の構成について検討を行った。

2　事例集の構成

認知症ケアにおけるリスクマネージメントにおいて重要な視点を実例をとおして理解することを目的とし、以下の４点をねらいとして設定した。

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

以上のねらいを普及するため、事例の選定については、認知症高齢者に起こりやすい「転倒事故」「異食事故」「帰宅願望・外出」「誤薬」「人間関係のトラブル」「入浴事故」を取り上げ、グループホームで事故予防に取り組んでいる事例を選定した。

構成については、各事故事例ごとに事故状況、事例概要、原因の考え方、対応方法、リスク評価、予防の取り組みについて解説し、全体を２部構成とした。Ⅰ部はグループホームで実際に事故予防に取り組んでいる６事例の解説、Ⅱ部は認知症高齢者に生じ易い５つの架空事例と一般的な対応の解説を掲載した。単なる事例解説集ではなく、自己学習やグループホームにおける教育教材として使用できるよう、事故予防に関する問いを設けたワークシートを挿入した。(添付資料参照)

3　事例集の配布

事例集の配布については、表題を「グループホームにおける事故予防の取り組み事例集」とし、特に平成１６年４月以降に開設した新設１年未満のグループホ

ーム 1､579 ヶ所（平成１７年２月２８日現在）を対象に配布した。

Ｅ　結論

本研究事業におけるテーマは介護保険制度施行以降､急激に増加している認知症高齢者グループホームにおけるリスクマネージメントシステム確立の支援である。3 センター共通テーマは認知症ケアにおけるリスクマネージメントについてであり、認知症高齢者にとってのリスクを最小限にし、生活の質を向上するためのマネージメント手法を開発することを目的としている。仙台センターでは、生活支援を中心に認知症ケアを専門に実践しているグループホームに焦点をあて、リスクマネージメントに関する取り組みの実態把握から研究を開始した。その結果、グループホームにおける、転倒や徘徊に対する対応は大きく 3 種類に分類できた。１つは徘徊センサーやカーブミラーの設置など見守りを強化するような対応、２つは手すり、すべり止めマットなど用具利用や廊下を狭くするといった環境の改善、下肢機能を強化するような高齢者本人の改善などの予防的な対応、３つはクッション床材や骨折防止パンツの利用などダメージを少なくするような対応であった。しかし､認知症高齢者特有の事故である異食や火の扱い､刃物の利用などについては隠したり、固定したり、利用させないなど抑制的な対処方法が多く、予防の取り組みに苦慮している傾向があった。記録やマニュアルなどについても事故報告書や対応マニュアルは整備されているが、予防マニュアルやヒヤリはっと記録などは普及率が低く、全体的な傾向として事故が起きてからの対応システムは整っているが、特に認知症高齢者特有の事故やリスクに対して予防の取り組みが不充分であるという課題が浮き彫りになった。

15 年度の研究ではリスクアセスメントに焦点をあて、グループホームにおける事故予防視点の傾向を把握するため、特別養護老人ホームとグループホームの職員に対し、事故の予防に必要と思われる情報について調査したところ両者の結果に有意な差は無く、今回の結果からは職員が意識しているリスク評価情報についてグループホーム特有の傾向は見られなかった｡事業種によらず､リスクの事前評価に関する情報として認知機能や生活歴、性格、気分、身体機能などの情報が重要視され、環境に関する情報は事故予防に必要な情報として軽視されている事が明らかとなった。環境に関するアセスメントと環境整備による事故予防の観点が脆弱であることが課題として認識された。

これらの結果から、リスクマネージメントシステムを確立する上での課題として、原因を推測するための事故分析手法の不備、リスクを事前に評価するためのリスクアセスメント手法の不備、具体的な予防方法の不足が明かとなった。これらの課題を解消するため１６年度は、一般的なリスクマネージメントの理論を教育、啓蒙するよりも、事故予防に取り組んでいる実例を通し、事故分析による原因推測、事前評価のための情報把握、リスクの評価方法などリスクマネージメント手法の具体的な理解の促進を目的とし、予防の取り組み事例集を作成し配布した。

認知症ケアにおけるリスクマネージメントとは､認知症の中核的な症状によって発生しうる事故の可能性をできるだけ早期に予測し、危険性を最小限にするような一連の取り組

みであると考えられる。そのためには、認知症を患うことによって生じやすくなる危険性を、一般の高齢者におけるリスクとの比較を通して特定し、予防と対策を講じることが必要である。しかし、認知症高齢者に関わる事故は認知症による中核症状の様態だけでなく、加齢による身体や精神機能の低下、周囲の環境、気分、性格や行動傾向など多様な要因が輻輳的に関連し、事故原因となっていると考えられる。今後の課題は、輻輳的な関連要因の関係を事例ごとに整理し、特に認知症高齢者に特有な事故の事前評価ツールの開発と、事前評価の徹底、リスクアセスメントから実践への展開方法の普及を行う必要があるだろう。

最後に、認知症高齢者の事故を予防し被害を最小限にする事は、高齢者の安全で安心した生活を保障する事と同義であり、認知症ケアにおけるリスクマネージメントとはケアマネージメントの基本的な部分であると考えられる。つまり、ケアマネージメントとリスクマネージメントは一体的に運用されるべきであり、常に高齢者本人のＱＯＬを基準としながら評価をし続ける事が、リスクマネージメントシステムの確立を促進することになるだろう。

F　参考文献

1）加藤良夫編著:ホームヘルパーのためのヒヤリ･はっと介護事故防止ハンドブック、ホームヘルパー現任研修テキストシリーズ⑩、日本医療企画、東京、２００２

2）神奈川県老人ホーム協会　事故防止対策検討委員編著：介護事故リスクマネジメント、日総研出版、神奈川、２００２

3）田中哲郎：新 子どもの事故防止マニュアル改定第２版、診断と治療社、東京、２００１

4）平田厚著：社会福祉法人・福祉施設のための実践・リスクマネジメント、全国社会福祉協議会、東京、２００２

5）中間浩一　松田修著：高齢者ケア現場での転倒転落事故防止リスクアセスメント、日総研出版、東京、２００２

平成１６年度
老人保健健康増進等事業
による研究報告書

平成１６年度

三センター共同研究事業

＜痴呆ケアにおけるリスクマネージメントに関する研究＞

認知症介護研究・研修東京センター

認知症介護研究・研修仙台センター

認知症介護研究・研修大府センター

＜はじめに＞

病院・診療所などにおける事故（主として医療事故）と介護施設などにおける事故（主として介護事故）とを比較すると、本質的に異なる点と共通する点とがある。相異点は、前者が手術、点滴・注射などの薬物投与、検査の一部などの人体への直接侵襲との関連する点であり、共通する点は、転倒、転落、誤嚥、異食、入浴関連事故、徘徊関連事故、感染、などである。これら以外にも自殺、不審死、交通事故、盗難、家事、などがある。

病院・施設・家庭などでは、これらの事故を予測し、防止または回避すること、即ち,予防することは一番重要である。最近は、リスク・マネージメントといわれることが多い。これには、予防以外に、事故発生後の対応も入り、病人の立場に立った迅速で、誠実な対応が必須である。

防止策では、事故の情報収集・報告体制、安全対策マニュアルの作成と徹底、現場職員の意識改革、労働条件の改善、リスク・マネージメント教育、などであるが、何よりも、常に病人のことを個別に念頭においてケアをしていれば、大半の事故は、防止できると考えられる。即ち、職員の意識が問題である。

最近、身体拘束廃止が叫ばれていて、施設によっては、どんな場合も拘束をしないとしているが、これは行き過ぎの場合もあり、介護における一種のパターナリズムである。例えば、本人に未だ判断能力があり、自分で危険を感じて車椅子への固定を希望しているのに、それもしなくて転倒を招いたりすれば、これは人災である。また、妄想念慮で不安が強い場合、他人から隔離を希望することがあるが、この場合は、本人の同意書を得て、隔離するのが、自己決定権の尊重になる。このように、基本原則は、身体拘束廃止は当然のことであるが、あくまでも施設のモットーやスローガンよりも、「個別ケア」を最優先すべきである。

３センターの共通研究課題として取り組んで 3 年となり、一定の成果が上がった「認知症ケアにおけるリスク・マネージメン」を報告し、この結果が、広く関連機関・施設で利用されることを希望するものである。

最後に、リスク・マネージメントにおいても、ご本人の意思に沿った「個別ケア」の精神が重要であることを強調したい。

平成17年3月

認知症介護研究･研修大府センター

センター長　柴山　漠人

目　次

三センター共同研究事業を終えて‥‥‥

C) IT 介護機器を利用した情報管理に関する研究

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、永島　隆（(社福)潤生園)、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、小長谷陽子、柴山漠人（認知症介護研究・研修大府センター)、水野　裕（一宮市民病院今伊勢分院）
研究協力者　藤掛和広（名古屋大学)、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）

D) 認知症ケアにおけるリスクマネジメント～認知症の疾患別のリスク評価に関する研究～

主任研究者　伊苅弘之（医療法人さわらび会福祉村病院）
分担研究者　小阪憲司、山本孝之（医療法人さわらび会)、
研究協力者　山本淑子（医療法人さわらび会福祉村病院)、笠原祐子（医療法人さわらび会福祉村病院)、二村なつえ（医療法人さわらび会福祉村病院)、白井美代子（医療法人さわらび会福祉村病院)、柴田浩文（医療法人さわらび会福祉村病院）

E) 徘徊への対応の現状と課題

主任研究者　杉村公也（名古屋大学医学部保健学科）
分担研究者　田川義勝（名古屋大学医学部保健学科）
研究協力者　後藤真也（名古屋大学医学部保健学科）

F) 痴呆ケアにおけるリスクマネジメントに関する研究～AMPS による施設ケアのリスク判定～

主任研究者　杉村公也（名古屋大学医学部保健学科作業療法学専攻）
分担研究者　森　明子（名古屋大学医学部保健学科作業療法学専攻）
研究協力者　白石成明（小山田記念温泉病院）
安藤一也（介護老人保健施設ルミナス大府)、菱田　愛（介護老人保健施設ルミナス大府)、小酒部聡江（介護老人保健施設ルミナス大府)、縣　さおり（介護老人保健施設ルミナス大府)、小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター）

4）資料

大府センター報告書

痴呆ケアのリスクマネージメントと対応
―医療および介護において―

認知症高齢者における摂食・嚥下障害対策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　金子　康彦　（国立長寿医療センター　栄養士）
中澤　信　（国立長寿医療センター　リハビリテーション科医師）

A　研究目的

高齢者においては、自立度を維持することが高齢者自身の QOL の維持や医療・介護の面からも重要である。日本の高齢者は国際的にも類をみないレベルでの長寿命化がすすんでいるが、一方で寝たきりなど医療・介護の必要な人の割合が高いことが指摘されている。加齢に伴う自立度の低下は避けることができないが、適切な摂食および嚥下障害に対する対策と栄養指導などの介入により、少しでも自立度の低下速度を抑制することが必要である。認知症における摂食嚥下障害は、誤嚥性肺炎を引き起こし、肺炎の治療をきっかけに、日常生活活動（ADL）の低下を引き起こしてしまうため、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、認知症高齢者での対策はまだ十分であるとはいえず、介護施設でも利用可能な摂食・嚥下障害対策指針は、確立されたものはない。

本年度の研究では、昨年度に引き続き摂食・嚥下質問紙 1)、介護者による摂食場面の観察、嚥下時の症状評価、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、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、認知症の嚥下障害の特徴を検討した。また本年度は、特別養護老人ホームに入所中の認知症高齢者の食事内容を調査し、身体機能、ADL などと比較検討し、認知症高齢者に対する栄養指導指針の基礎資料とした。本年度の最終的な目標は、介護施設でも利用可能な摂食・嚥下障害対応指針の確立であり、認知症高齢者に対する栄養指導指針を作成した。

B　研究方法

1．摂食・嚥下障害評価

対象は、当センター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認知症高齢者 82 名である。昨年度は、脳血管性とアルツハイマー型とで嚥下造影検査結果を比較検討したが、病名の信頼性が低いとの指摘があり、今年度は認知症全体として評価した。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とができたのは、34 名であった。VF 検査は、X線透視装置を用い、被験者は嚥下検査椅子上に垂直坐位をとり、造影剤であるオイパロミン 300 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。造影剤であるオイパロミン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。

2．食事および栄養調査

対象は愛知県内の特別養護老人ホームに入所していて日常生活になんらかの介助を要する認知症高齢者で車いす乗車が可能なもので、本研究に同意が得られた 26 名である。対象者の食事内容を栄養士が調査し、栄養の摂取量を評価するとともに、運動機能として、握力、大腿四頭筋および腸腰筋筋力、体幹の柔軟性、Barthel Index による ADL を評価した。血液学的検査としては、総タンパク、アルブミン、総ビリルビン、アルカリフォスタファーゼ、コリンエステラーゼ、LAP、LDH、グルコース、尿素窒素、クレアチニン、総コレステロール、中性脂肪、血清鉄、総鉄結合能、赤血球、ヘモグロビン、ヘマトクリット、血小板である。心理知能検査として、MMSE、意欲の指標である。大腿四頭筋筋力および腸腰筋筋力は、ハンドヘルドダイナモメーターMICROFET2 を用いて、股関節 90 度屈曲位で、膝関節 90 度屈曲位で、等尺性収縮をさせた時の筋力を連続 3 回測定し、平均値を用いて比較検討した。

（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人権擁護として、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。以上の倫理上の配慮を行った。

C　研究結果

1．摂食・嚥下障害評価

水飲みテストでは、64.2%で高率に異常がみられた。反復唾液嚥下試験では、75%で試験が施行できず、17.9%に異常がみられた。反復唾液嚥下試験は、認知症高齢者では施行困難な検査であった。

摂食・嚥下障害の質問紙法では、“1．肺炎と診断されたことがありますか？”22 名、“2．やせてきましたか？”7 名、“3．物が飲み込みにくいと感じることがありますか？”2 名、“4．食事中にむせることがありますか？”20 名、“5．お茶を飲むときにむせることがあ

りますか？”20 名、“ 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？”12 名、“ 7．のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？”1 名、“ 8．食べるのが遅くなりましたか？”15 名、“ 9．硬いものが食べにくくなりましたか？”3 名、“ 10．口の中から食べ物がこぼれることがありますか？”13 名、“ 11．口の中に食べ物が残ることがありますか？”11 名、“ 12．食べ物や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？”0 名、“ 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？”0 名、“ 14．夜、咳で寝られなかったり目覚めることがありますか？”0 名、“ 15．声がかすれてきましたか（がらがら声、かすれ声など）？”0 名であった。

“ 過去に肺炎と診断されたことがある ”という項目が一番多くみられた項目である。次に多い項目としては、“ 食事中にむせることがある ”という項目と“ お茶を飲むときにむせることがある ”という項目が、認知症高齢者で高頻度にみられた項目であった（図１）。

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、造影剤の口腔内停滞 26 例、舌の不随意的運動 2 例、造影剤の口腔内保持不良 38 例、鼻咽腔への造影剤の漏れ 1 例、舌の繰り返しの送り込み 12 例、少量ずつの嚥下 37 例、口からの漏れ 13 例であった（表１）。同様に咽頭期の VF 所見の場合、造影剤の喉頭蓋谷残留 34 例、造影剤の梨状窩凹残留 34 例、誤嚥 32 例、むせ 30 例、喉頭挙上の遅れ 46 例、食道入口部の開大不良 8 例であった（表 2)。VF 検査結果では、オイパロミン 300 の砂糖水で 2 倍に希釈したものでの口腔期の VF 所見の場合、造影剤の口腔内停滞 19 例、舌の不随意的運動 2 例、造影剤の口腔内保持不良 44 例、鼻咽腔への造影剤の漏れ 1 例、舌の繰り返しの送り込み 10 例、少量ずつの嚥下 42 例、口からの漏れ 24 例であった。同様に咽頭期の VF 所見の場合、造影剤の喉頭蓋谷残留 46 例、造影剤の梨状窩凹残留 44 例、誤嚥 54 例、むせ 49 例、喉頭挙上の遅れ 56 例、食道入口部の開大不良 5 例であった。

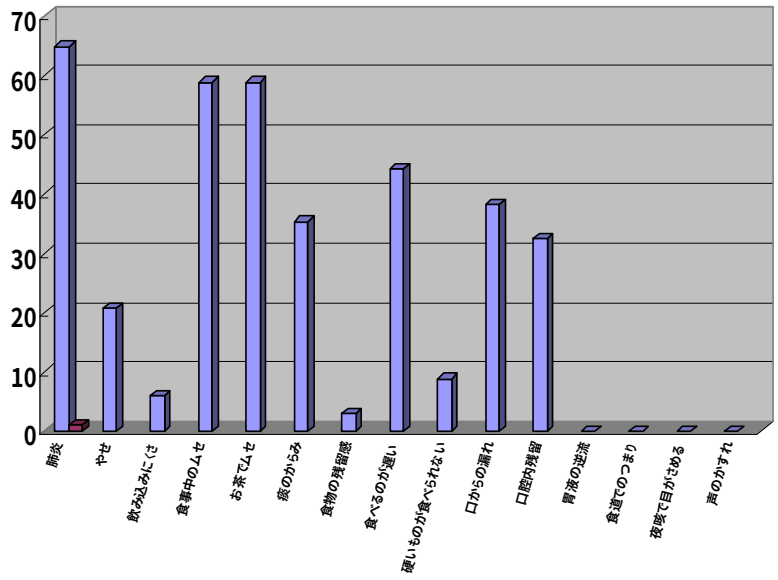


図１　摂食・嚥下障害の質問紙法の結果

表1　口腔期の VF 所見

	造影剤入りゼリー	水溶性造影剤
造影剤の口腔内停滞	26 例	19 例
舌の不随意的運動	2	2
造影剤の口腔内保持不良	38	44
鼻咽腔への造影剤の漏れ	1	1
舌の繰り返しの送り込み	12	10
少量ずつの嚥下	37	42
口からの漏れ	13	24

表2　咽頭期の VF 所見

	造影剤入りゼリー	水溶性造影剤
造影剤の喉頭蓋谷残留	**34 例**	**46 例**
造影剤の梨状窩凹残留	**34**	**44**
誤嚥	**32**	**54**
むせ	**30**	**49**
喉頭挙上の遅れ	**46**	**56**
食道入り口部の開大不良	**8**	**5**

2．食事・栄養調査結果

特別養護老人ホームに入所中の痴呆性高齢者は、男性５名、女性 21 名の 26 名である。26 名の食事摂取量は、エネルギーが平均 1298.1kcal、水分 700.5g、タンパク質 46.7g、脂質 24.8g、炭水化物 219g の摂取であった。大腿四頭筋筋力は、63.1±27.5Newtons で、腸腰筋筋力は、62.0±17.0Newtons であった。血液学的検査による栄養の評価では、血清総タンパク値は、63.1±27.5g/dl で、血清アルブミン値は、3.9±0.4g/dl であった。

26 名を低アルブミン血症(3.8g 未満)の群とアルブミン値が正常群とで、栄養の指標、身体機能、心理検査等の比較検討を行った。その結果、年齢、食事重量、エネルギー量、水分、タンパク質、脂質、炭水化物、鉄、飽和脂肪酸、一価不飽和脂肪酸、多価不飽和脂肪酸、コレステロール、食塩の摂取量には、２群間で有意な差は認められなかった。また、大腿四頭筋筋力、腸腰筋筋力、柔軟性、意欲の指標、Barthel Index、MMSE にも有意な差がみられなかった。血液検査では、低アルブミン血症では、血清中の蛋白量(P<0.001)、コレステロール(P<0.02)、総鉄結合能(P<0.02)と有意に低下していた。蛋白、コレステロール、総鉄結合能は低アルブミン血症と関連がみられた。少数例であるため、今後検討の必要があるが、認知症高齢者では、低アルブミン血症と食事の摂取量、運動機能、ADL の能力、意欲の指標、

MMSE などの間には、関連がみられなかった。認知症高齢者で、低蛋白血症や低アルブミン血症などの低栄養状態を改善させるには、食事量を単純に増やすだけでは、難しいことが考えられた。

D．考察

認知症高齢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 検査結果によると認知症高齢者の嚥下障害は、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。

認知症高齢者の食事調査から、低アルブミン血症である高齢者と正常群との間では、年齢、食事重量、エネルギー量、水分、タンパク質、脂質、炭水化物、鉄、飽和脂肪酸、一価不飽和脂肪酸、多価不飽和脂肪酸、コレステロール、食塩の摂取量には、有意な差は認められなかった。また、大腿四頭筋筋力、腸腰筋筋力、柔軟性、意欲の指標、Barthel Index、MMSE にも有意な差がみられなかった。血液検査では、低アルブミン血症では、血清中の蛋白量(P<0.001)、コレステロール(P<0.02)、総鉄結合能(P<0.02)が有意に低下していた。タンパク、コレステロール、総鉄結合能は低アルブミン血症と関連がみられた。少数例であるため、今後検討の必要があるが、認知症高齢者では、低アルブミン血症と食事の摂取量、運動機能、ADL の能力、意欲の指標、MMSE などの間には、関連がみられなかった。以上のことから認知症高齢者で、低蛋白血症や低アルブミン血症などの低栄養状態を改善させるには、食事量を単純に増やすだけでは、難しいことが考えられた。栄養の消化吸収を上げる食事や薬剤の必要性が示唆された。

E　結論

認知症高齢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、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、反復唾液嚥下試験を試み、また同時に 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、認知症高齢者嚥下評価マニュアルに導入できる項目を選択した。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。嚥下の簡易スクリーニング法としての水飲みテストも一部有効であると考えられた。反復唾液嚥下試験は、認知症高齢者では施行が難しいことがみられた。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。

認知症高齢者の食事調査から、低アルブミン血症である高齢者と正常群との間では、年齢、食事重量、エネルギー量、水分、タンパク質、脂質、炭水化物、鉄、飽和脂肪酸、一価不飽和脂肪酸、多価不飽和脂肪酸、コレステロール、食塩の摂取量には、有意な差は認められなかった。また、大腿四頭筋筋力、腸腰筋筋力、柔軟性、意欲の指標、Barthel Index、MMSE にも有意な差がみられなかった。血液検査では、タンパク、コレステロール、総鉄結合能は低アルブミン血症と関連がみられた。少数例であるため、今後検討の必要があるが以上のことから認知症高齢者で、低蛋白血症や低アルブミン血症などの低栄養状態を改善させるには、食事量を単純に増やすだけでは、難しいことが考えられた。栄養の消化吸収を上げる食事や薬剤の必要性が示唆された。本研究を基礎資料として、認知症高齢者に対する栄養指導マニュアルを作成した。

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) Nagaya M, et al: Videofluorographic observations on swallowing in patients with dysphagia due to neurodegenerative diseases. Nagoya J. of Med. Sci.67:17-23, 2004.
2) Nagaya M, et al: Recreational rehabilitation improved cognitive function in vascular dementia. J Am Geriatr Soc.2005 in print
3) 長屋政博：多臓器不全に対応するチーム医療 Geriat. Med 42(4):459-463,2004.
4) 長屋政博：徘徊することで機能維持？ 痴呆性高齢者のエネルギー消費を知る 自立支援とリハビリテーション 2(1):35-40,2004.
5) 長屋政博：看護・介護支援機器の現状と今後の展望 住まいの改善 Geriat. Med 42(6):803-807,2004.
6) 長屋政博：痴呆疾患におけるリハビリテーション 中野今治、水澤英洋編、よくわかるアルツハイマー病 永井書店 271-280,2004.
7) 長屋政博：痴呆疾患における理学療法の意義 柳澤信夫監修 老年期痴呆の克服をめざして 医学書院 第１版 2005

2 学会発表

1)長屋政博、他：虚弱高齢者に対する転倒予防教室の長期的効果．第１回転倒予防医学研究会 京都 2004,10,10
2)松井康素、長屋政博、他：大腿骨頸部骨折例の受傷前の転倒頻度、同観点からみた特徴．第１回転倒予防医学研究会 京都 2004,10,10
3)原田敦、長屋政博、他：転倒予防における転倒方向の重要性に関する有限要素モデル解析．第１回転倒予防医学研究会 京都 2004,10,10
4)中澤信，長屋政博．慢性呼吸不全患者に対する包括的呼吸リハビリテーションの現状 第１６回リハビリテーション医学会中部東海地方会、名古屋市 2005,2,5

認知症高齢者のリスク要因に関する研究

主任研究者　南　美知子　（国立長寿医療センター）
分担研究者　鈴木奈緒子　（国立長寿医療センター）
市川　綾子　（国立長寿医療センター）
研究協力者　原田　孝子　（国立長寿医療センター）
佐々木千佳子（国立長寿医療センター）

A　研究目的

高齢者が安全な医療を受けるためには、高齢者の身体機能の変化や行動特性を配慮した工夫が必要である。しかし、高齢者が療養生活場面においてどのような行動特性があり成人に比べどのようなリスクがあるのかはまだよく知られていない。また、高齢者の医療の安全性に影響を与える要因としては、年齢に伴う変化だけではなく、疾患に関連した変化も考えられる。このような高齢者の特性や脳機能に変化を及ぼすアルツハイマー病や脳血管障害を持った高齢者の医療場面での行動特性を知ることは、ケアや介護の場面での医療を安全に提供するための一助になると考える。そこで今回、高齢者が多く入院するA病院に報告されたヒヤリハットを分析することで、高齢者の行動特性やリスク要因を検討したので報告する。

B　研究方法

調査期間：平成 16 年 3 月 1 日から平成 17 年 1 月 31 日
調査対象：高齢者が多く入院するA病院に期間中に報告されたヒヤリハット 1061 件
調査方法: A病院に期間中に報告されたヒヤリハットのうち個人情報を含まない記述部分の以下について分析する。

１）ヒヤリハット全体の発生内容の割合
２）発生時間帯、身体状態、発生内容の年齢層比較。年齢は 64 歳以下、65～74 歳、75～84 歳、85 歳以上の 4 層とする。
３）ヒヤリハットのうち認知症高齢者の転倒・転落事例から転倒･転落に関連した直接的及び間接的リスク要因を検討する。

C　研究結果

１）ヒヤリハットの内容

報告されたヒヤリハット 1061 件の内容では、処方・調剤・与薬が 344 件(32%)、療養場面が 303 件(29%)、チューブ管理が 118 件(11%)等が多かった。（図 1）
療養場面の内訳は、転倒･転落が 73%、誤飲、無断外出、損傷、紛失、暴力等が 22%で、身体・精神機能の低下といった高齢者特性に関連する内容が 95%を占めていた。

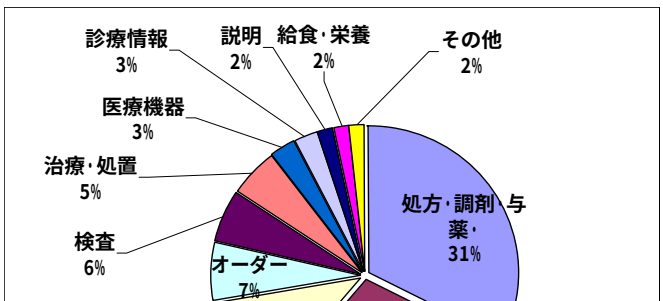


図１　ヒヤリハット内容

２）ヒヤリハット発生内容、発生時間帯、身体状態の年齢層別比較

ヒヤリハットのうち年齢不明や複数に発生を除くと、64 歳以下は 183 件(17%)、65～74 歳は 264 件(25%)、75～84 歳は 312 件(29%)、85 歳以上は 221 件(21%)であった。年齢層別にヒヤリハット内容の発生割合を比較すると、64 歳以下に比べ 65 歳以上では明らかに療養場面の発生が多かった。（図 2）

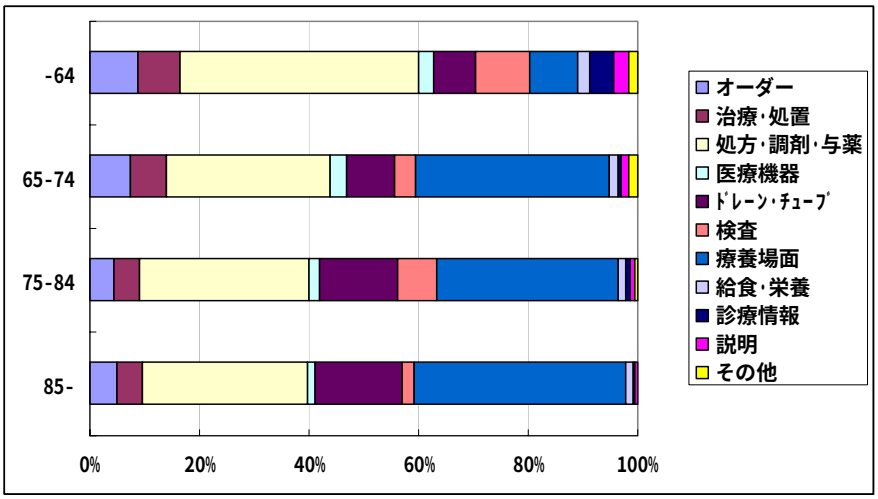


図２　年齢層別ヒヤリハット内容

発生時間帯では、64 歳以下は夜間の発生が少なく午前中にやまがあるのに比べ、65 歳以上では、看護師の配置の少ない夜間の時間帯に日中とあまり変わりなく発生していた。（図 3）

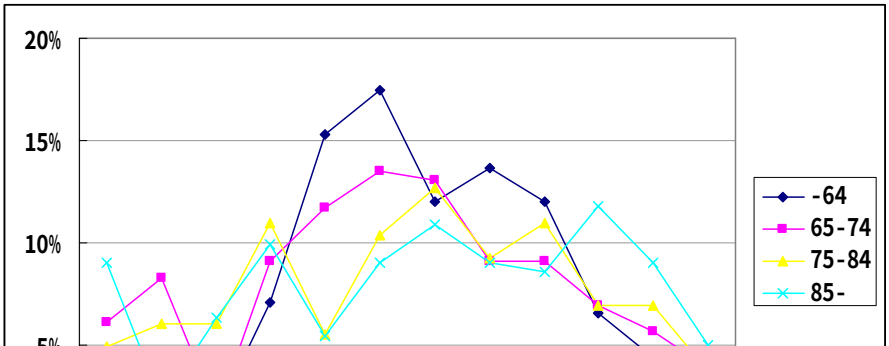


図３　年齢層別ヒヤリハット発生時間

心身状態では、障害なしの割合は年齢が高くなるほど低くなる傾向がみられた。痴呆・健忘は年齢が高くなるほど高く、75 歳以上では 3～4 割を占めていた。（図 4）

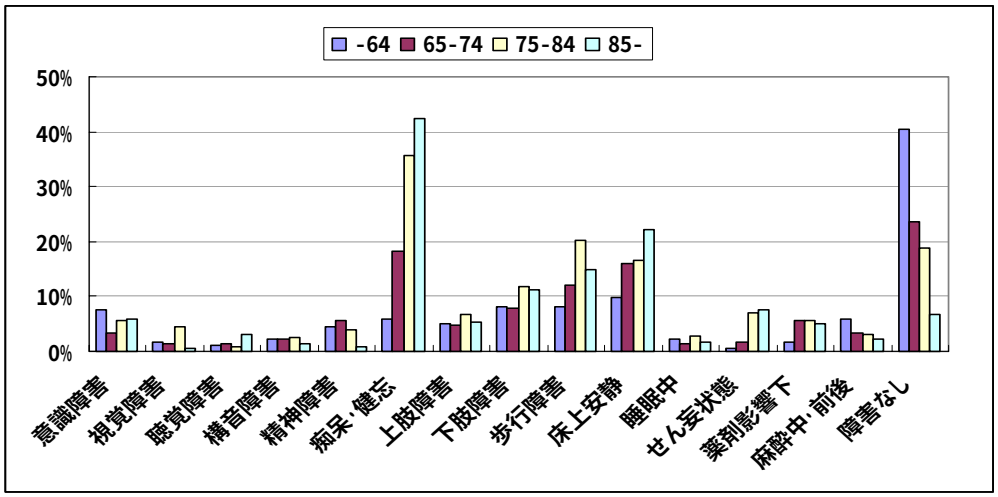


図４　年齢層別ヒヤリハット発生対象者の心身状態

３）認知症高齢者の転倒・転落事例からリスク要因を検討する

A病院で報告されたヒヤリハットのうち転倒・転落について、認知症高齢者の事例からアルツハイマー病（Alzheimer disease、以下、AD)、脳血管性痴呆（Vascular dementia、以下、VD)、レビー小体型痴呆（Dementia with lewy bodies 以下、DLB）の疾患別に分類し、それぞれ転倒・転落に関連した直接的及び間接的なリスク要因を検討した。（表１）

①転倒・転落発生時の状況

転倒・転落発生状況から直接関連したリスク要因を挙げる。

事例Ａ：就寝時睡眠剤内服後に尿意覚醒し、自己にてトイレへ行こうとして歩行中に転倒した。

事例Ｂ：車椅子乗車中、急に立ち上がり、右側前方に転倒した。失語があり行動目的の聴取不能。

事例Ｃ：就寝時睡眠剤内服後、尿意覚醒し、トイレへ行こうとしてベッドサイドに立ち、歩行を開始したところで転倒した。

事例Ｄ：車椅子乗車中、食堂テーブルを左手で持ち、立ち上がったところでバランスを崩し、右側前方に転倒した。失語があり行動目的聴取不能。

事例Ｅ：夜間不眠、頻尿にてトイレ歩行しようとしてベッドから降りる際にバランスを崩して転倒した。

事例Ｆ：洗面台と床頭台の間に左側臥位の状態で転倒しているところを発見された。転倒時状況及び行動目的不明。

表１　痴呆疾患分類別リスク要因

【　転倒・転落発生時の直接的要因：○　間接的要因：△　なし：×　】

事　例	A	B	C	D	E	F
痴呆分類	AD		VD		DLB	
麻　痺	×	×	×	○	×	×
失　語	×	○	×	○	×	×
徘　徊	△	×	×	×	△	×
興奮・攻撃性	△	×	×	×	△	△
幻　覚	×	×	×	×	△	△
移動レベル	歩行器	車椅子	歩行器	車椅子	独　歩	独　歩
尿　意	○	△	○	△	○	△
失　禁	×	○	○	△	×	×
睡眠剤の使用	○	×	△	△	○	△
過去の転倒経験	△	△	△	△	△	△

②転倒・転落発生の間接的リスク要因

転倒･転落発生時には直接関連しなかったものの、転倒発生の背景となりうる間接的リスク要因を検討した。

事例Ａ～Ｆ全てに共通した間接的リスク要因として､過去の転倒経験が挙げられる｡また､転倒･転落時の直接的要因として睡眠剤の影響下によるものと考えられた事例はＡ､Ｅの２例であったが､他の事例においても睡眠剤を使用しており､睡眠剤使用は重要な間接的リスク要因の１つであるといえる。

次に痴呆疾患別に特徴的なリスク要因として、AD（事例 A、B）の特徴的な症状である空間失認に伴う周囲環境における安全に動く、行うことの困難性、意味不明の多動、感情の易変性に伴う興奮や他者への暴言、暴力行為、VD（事例 C、D）では、脳梗塞に伴う片麻痺とそれに伴う下肢筋力低下、バランス障害、平衡感覚失調、半側空間無視、DLB（事例 E、F）では、幻覚・妄想に伴う易攻撃性、暴力行為、夜間不眠、移動状態は独歩可能レベルであるが、パーキンソン症状に伴う動作緩慢、前傾姿勢、小刻み歩行、すくみ足と立ち直り反射障害がそれぞれ挙げられる。事例 E は、入院中７回転倒･転落を起こしたが、その全てに直接的・間接的リスク要因が関連していた。また転倒発生時間を見てみると、夜間帯の 23 時～８時台であり、夜間不眠による眠剤使用の影響が関連していると考えられる。事例 F は日常生活に支障をきたすレベルの視力低下があり、歩行要介助状態であったことが挙げられる。

Ｄ　考察

今回対象の病院は、病床数が約 300 床、平均在院日数が約 20 日、入院患者平均年齢が 70～75 歳、入院患者のうち 65 歳以上が 80%であり、厚生労働省の全国推計患者数(H14)で病院入院の 65 歳以上が 51%であるのに比べ、高齢者が多いことを特徴としていた。この施設の 1000 件を超えるヒヤリハット報告を対象としたこと、また、各年齢層においても一定量以上のヒヤリハット報告があったことより、今回の方法による分析は、高齢者が医療場面で抱えるリスクを、ある程度反映していると考えられる。今回の分析結果からは、高齢者が成人に比べヒヤリハットの傾向が異なること、特に療養場面の転倒・転落において明らかに高齢者のリスクが高いことを示唆できたと考える。

特に、高齢者の療養生活場面においては、看護職員の配置の多い日勤時間帯だけでなく、看護職員の少ない夜勤時間帯においても、日中に準じるリスクが存在することがわかった。このことは、高齢者医療の安全確保のためにはかなりのマンパワーを必要とすることを意味する。しかし、限られたマンパワーを医療事故防止に有効に発揮するためには、高齢者の年齢や心身障害、疾患に関連したどのようなリスクが存在するのかをまず認知する必要がある。今回、ヒヤリハットデータを年齢により 4 層に分類し比較したため、高齢者といっても 65 歳以上と 75 歳以上では危険な時間帯の特性が異なっていた。65 歳以上では、64 歳以下に見られるように日中にヒヤリハットのなだらかな山が存在したが、75 歳以上ではこの日中の山が消失していた。このことは、高齢者のリスクポイントのアセスメントには 65 歳以上というひとくくりでないもう少し分類された視点でケアを行うことが、高齢者の医療事故防止のためには有効であり、限られたマンパワーを的はずれでなく利用できるため、今後の研究課題となると考える。

A 病院で発生した転倒･転落のうち認知症高齢者の転倒・転落割合は全体の 51%であった。事例Ａ～Ｆから認知症高齢者の転倒･転落の特徴として、第 1 に、記憶障害により、過去の転倒経験自体を忘れ、危険な行動への注意を払うことが出来ずに再び同様の行動を起こして

転倒しやすい、第 2 に、周囲環境の状況判断ができない、自らの身体能力を認識できないことにより危険回避行動が取れない、第 3 に失語があり、自らの意思・意図を上手く他者に伝えることが難しく、転倒の際もその行動目的が不明なことが多いと言う点が挙げられる。

痴呆疾患に共通した症状としては、記憶力低下、判断力低下、見当識障害が挙げられる。しかし、こうした痴呆疾患特有の症状のほかに、各痴呆疾患に特有の症状や行動特性として挙げられるものがリスク要因となり、転倒･転落が起こりやすいことが事例から示唆された。

すなわち、AD の場合は、視空間認知力低下に伴う危険回避行動をとることの困難さ、意味のない多動や徘徊、感情の易変性に伴う興奮や他者への暴言、暴力、疾患の進行に伴って起こる失語、歩行障害が挙げられる。事例からも、疾患の進行度によってリスク要因も変化し異なることがわかる。

VD の場合は、片麻痺、半側空間無視、失語症、平衡感覚失調、歩行・バランス障害等といった脳梗塞後遺症に伴って生ずるリスク要因が挙げられる。また VD は、防御姿勢が取れないまま転倒するために、顔面や患側に切傷、表皮剥離等の外傷を伴いやすい。

DLB の場合は、幻覚・妄想、易攻撃性、暴力行為、夜間不眠、パーキンソン症状に伴う動作緩慢、突進・小刻み歩行、すくみ足と立ち直り反射障害があり、AD、VD に比べて再転倒する確率が高いことが挙げられる。

こうした各痴呆疾患に特有の症状や行動特性を把握することが転倒･転落の予測･防止につながるものと考えられる。

認知症高齢者は、行動目的と自分にそれを遂行できる身体能力があるかどうかの間にズレがあることにより転倒・転落を起こす。また転倒･転落は、患者の持つリスク要因を特定することで、ある程度予測可能であるといわれている。しかし、認知症高齢者の場合、転倒･転落に至った行動時の目的・意思・意図が不明な場合が多く、転倒･転落に関連した原因や要因を特定することは難しい。しかし、今回の事例においてもそのほとんどが排泄欲求に伴う自発的行動時に転倒が発生しているように、普段から高齢者本人の意思で起こす行動と動作レベルの観察・評価をすることが転倒･転落の予測・防止する上で重要であると考えられる。

F　結論

高齢者が多く入院する病院において、成人では与薬関連のヒヤリハットが最も多かったのに対し、高齢者では療養生活場面でのヒヤリハットが非常に多かった。療養生活場面では転倒･転落の発生が最も多く、これは高齢者の身体機能変化や行動特性に深く関連していると考えられた。

転倒･転落のヒヤリハット分析から、認知症高齢者に共通するリスク要因のほかに、疾患別に異なるリスク要因を持っていることが判った。従って、認知症高齢者の転倒･転落リスク要因特定の際には、疾患に共通のリスク要因だけでなく、各疾患に特有のリスク要因の両面からのアセスメントが必要である。また認知症の症状は固定したものではなく、変動かつ

進行していくものである。そのため、痴呆性高齢者の自発的な行動や日常行動パターンと日常生活動作レベル及びその安全性、安定性の観察と評価を、日々の実践の中で経時的かつ継続的に行っていくことが、転倒･転落の予測・防止ケアを実践する上で重要かつ不可欠であるといえる。

F　参考文献

1）鈴木みずえ：転倒･転落の危険度判定とケアプラン. 看護学雑誌, 2004；68(１)：19-24.

2）須貝佑一：転倒･転落事故の２次的リスクを最小限にとどめる－Fail Safe の考え方. 自立支援とリハビリテーション，2003；１(１)：5-9.

3）高橋栄：痴呆性高齢者の身体レベルと転倒･転落事故の関係－その狭間をどう考える？ 自立支援とリハビリテーション，2003；１(１)：19-26.

4）笠原岳人：転倒の可能性がある徘徊患者へのアプローチ．痴呆介護，2003；３(１)：24-30.

5）栗田正，片山晃，森田昌代，栗田正文，井上聖啓：Alzheimer 型痴呆、混合型痴呆患者における転倒･転落骨折と認知障害，問題行動との関係．日本老年医学会誌，1997；34(８)：662-667.

6）日本精神医学会監訳：米国精神医学会治療ガイドラインアルツハイマー病と老年期の痴呆．第 2 版．医学書院，東京，2001，18-25.

7）中間浩一. 松田修：高齢者ケア現場での転倒･転落事故リスクアセスメント．第１版. 日総研出版，名古屋，200218-54.

8）Lein Tideiksaar．林泰史監訳：高齢者の転倒－病院や施設での予防と看護・介護．第 1 版．メディカ出版，大阪，2001，16-35.

9）鈴木みずえ，浜砂貴美子，満尾恵美子．高齢者の転倒ケア－予測・予防と自立支援のすすめ方．第 1 版．医学書院，東京，2001，37-95.

10）Pam Dawson，Donna L.Wells，Kalen Kline．山下美根子監訳：痴呆性高齢者の残存能力を高めるケア．第 1 版．医学書院，東京，2002，30-54.

11）大津留泉，江藤文夫：高齢者の転倒とその対策．第 1 版．医歯薬出版株式会社，東京，1999，126-132.

12）本間昭、宇高不可思、三宅貴夫.（2005 年 2 月 28 日）：痴ほう症を、あきらめない；アルツハイマー型痴ほうとは？（http://www.e-65.net/dementia/dem05/1_5.html、2005 年 3 月４日閲覧）.

13）本間昭、宇高不可思、三宅貴夫.（2005 年 2 月 28 日）：痴ほう症を、あきらめない；脳血管性痴ほうとは？（http://www.e-65.net/dementia/dem06/1_6.html、2005 年 3 月４日閲覧）.

14）著者名不明、公表年不明.『脳血管性痴呆』･･･ボケ防止のために.（http://www.netnetjp.com/~daiiti-drug/P0502.html、2005 年 3 月 4 日閲覧）.

15）小阪憲司.（2005 年 2 月 25 日）. YOMIURI ON LINE：医療と介護：医療相談室：びまん性レビー小体病とは.
（http://www.yomiuri.co.jp/iryou/soudan/20040523sr33.htm、2005 年 3 月 4 日閲覧）
16）笠間睦.（公表年不明）.「痴呆症」にならないために（インタビュー）.
（http://www.inetmie.or.jp/~kasamie/TokusimaTihoudokku.html、2005 年 3 月 4 日閲覧）.
17）小阪憲司.（公表年不明）. レビー小体型痴呆：治療上の問題点！
（http://www.inetmie.or.jp/~kasamie/dementiaDLB2.html、2005 年 3 月 4 日閲覧）.

高齢者痴呆介護研究　～平成１６年度報告書～

平成１６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１７年５月
編　集：社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究・研修大府センター
〒474－0031　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

平成１６年度
老人保健健康増進等事業
による研究報告書

平成１６年度

三センター共同研究事業

＜痴呆ケアにおけるリスクマネージメントに関する研究＞

認知症介護研究・研修東京センター

認知症介護研究・研修仙台センター

認知症介護研究・研修大府センター

＜はじめに＞

病院・診療所などにおける事故（主として医療事故）と介護施設などにおける事故（主として介護事故）とを比較すると、本質的に異なる点と共通する点とがある。相異点は、前者が手術、点滴・注射などの薬物投与、検査の一部などの人体への直接侵襲との関連する点であり、共通する点は、転倒、転落、誤嚥、異食、入浴関連事故、徘徊関連事故、感染、などである。これら以外にも自殺、不審死、交通事故、盗難、家事、などがある。

病院・施設・家庭などでは、これらの事故を予測し、防止または回避すること、即ち,予防することは一番重要である。最近は、リスク・マネージメントといわれることが多い。これには、予防以外に、事故発生後の対応も入り、病人の立場に立った迅速で、誠実な対応が必須である。

防止策では、事故の情報収集・報告体制、安全対策マニュアルの作成と徹底、現場職員の意識改革、労働条件の改善、リスク・マネージメント教育、などであるが、何よりも、常に病人のことを個別に念頭においてケアをしていれば、大半の事故は、防止できると考えられる。即ち、職員の意識が問題である。

最近、身体拘束廃止が叫ばれていて、施設によっては、どんな場合も拘束をしないとしているが、これは行き過ぎの場合もあり、介護における一種のパターナリズムである。例えば、本人に未だ判断能力があり、自分で危険を感じて車椅子への固定を希望しているのに、それもしなくて転倒を招いたりすれば、これは人災である。また、妄想念慮で不安が強い場合、他人から隔離を希望することがあるが、この場合は、本人の同意書を得て、隔離するのが、自己決定権の尊重になる。このように、基本原則は、身体拘束廃止は当然のことであるが、あくまでも施設のモットーやスローガンよりも、「個別ケア」を最優先すべきである。

３センターの共通研究課題として取り組んで 3 年となり、一定の成果が上がった「認知症ケアにおけるリスク・マネージメン」を報告し、この結果が、広く関連機関・施設で利用されることを希望するものである。

最後に、リスク・マネージメントにおいても、ご本人の意思に沿った「個別ケア」の精神が重要であることを強調したい。

平成17年3月

認知症介護研究･研修大府センター

センター長　柴山　漠人

目　次

三センター共同研究事業を終えて‥‥‥

C) IT 介護機器を利用した情報管理に関する研究

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、永島　隆（(社福)潤生園)、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、小長谷陽子、柴山漠人（認知症介護研究・研修大府センター)、水野　裕（一宮市民病院今伊勢分院）
研究協力者　藤掛和広（名古屋大学)、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）

D) 認知症ケアにおけるリスクマネジメント～認知症の疾患別のリスク評価に関する研究～

主任研究者　伊苅弘之（医療法人さわらび会福祉村病院）
分担研究者　小阪憲司、山本孝之（医療法人さわらび会)、
研究協力者　山本淑子（医療法人さわらび会福祉村病院)、笠原祐子（医療法人さわらび会福祉村病院)、二村なつえ（医療法人さわらび会福祉村病院)、白井美代子（医療法人さわらび会福祉村病院)、柴田浩文（医療法人さわらび会福祉村病院）

E) 徘徊への対応の現状と課題

主任研究者　杉村公也（名古屋大学医学部保健学科）
分担研究者　田川義勝（名古屋大学医学部保健学科）
研究協力者　後藤真也（名古屋大学医学部保健学科）

F) 痴呆ケアにおけるリスクマネジメントに関する研究～AMPS による施設ケアのリスク判定～

主任研究者　杉村公也（名古屋大学医学部保健学科作業療法学専攻）
分担研究者　森　明子（名古屋大学医学部保健学科作業療法学専攻）
研究協力者　白石成明（小山田記念温泉病院）
安藤一也（介護老人保健施設ルミナス大府)、菱田　愛（介護老人保健施設ルミナス大府)、小酒部聡江（介護老人保健施設ルミナス大府)、縣　さおり（介護老人保健施設ルミナス大府)、小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター）

4）資料

大府センター報告書

認知症高齢者のリスク要因に関する研究

主任研究者　南　美知子　（国立長寿医療センター）
分担研究者　鈴木奈緒子　（国立長寿医療センター）
市川　綾子　（国立長寿医療センター）
研究協力者　原田　孝子　（国立長寿医療センター）
佐々木千佳子（国立長寿医療センター）

Ａ　研究目的

高齢者が安全な医療を受けるためには､高齢者の身体機能の変化や行動特性を配慮した工夫が必要である｡しかし､高齢者が療養生活場面においてどのような行動特性があり成人に比べどのようなリスクがあるのかはまだよく知られていない｡また､高齢者の医療の安全性に影響を与える要因としては､年齢に伴う変化だけではなく､疾患に関連した変化も考えられる｡このような高齢者の特性や脳機能に変化を及ぼすアルツハイマー病や脳血管障害を持った高齢者の医療場面での行動特性を知ることは､ケアや介護の場面での医療を安全に提供するための一助になると考える｡そこで今回､高齢者が多く入院するＡ病院に報告されたヒヤリハットを分析することで、高齢者の行動特性やリスク要因を検討したので報告する。

Ｂ　研究方法

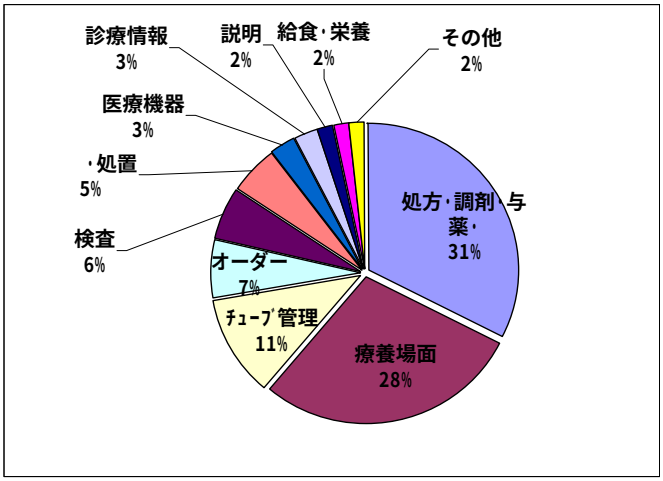
調査期間：平成 16 年 3 月 1 日から平成 17 年 1 月 31 日
調査対象：高齢者が多く入院するＡ病院に期間中に報告されたヒヤリハット 1061 件
調査方法:Ａ病院に期間中に報告されたヒヤリハットのうち個人情報を含まない記述部分の以下について分析する。

１）ヒヤリハット全体の発生内容の割合
２）発生時間帯、身体状態、発生内容の年齢層比較。年齢は 64 歳以下、65～74 歳、75～84 歳、85 歳以上の 4 層とする。
３）ヒヤリハットのうち認知症高齢者の転倒・転落事例から転倒･転落に関連した直接的及び間接的リスク要因を検討する。

Ｃ　研究結果

１）ヒヤリハットの内容

報告されたヒヤリハット 1061 件の内容では、処方・調剤・与薬が 344 件(32%)、療養場面が 303 件(29%)、チューブ管理が 118 件(11%)等が多かった。（図 1）
療養場面の内訳は、転倒･転落が 73%、誤飲、無断外出、損傷、紛失、暴力等が 22%で、身体・精神機能の低下といった高齢者特性に関連する内容が 95%を占めていた。



２）ヒヤリハット発生内容、発生時間帯、身体状態の年齢層別比較

ヒヤリハットのうち年齢不明や複数に発生を除くと、64 歳以下は 183 件(17%)、65～74 歳は 264 件(25%)、75～84 歳は 312 件(29%)、85 歳以上は 221 件(21%)であった。年齢層別にヒヤリハット内容の発生割合を比較すると、64 歳以下に比べ 65 歳以上では明らかに療養場面の発生が多かった。（図 2）

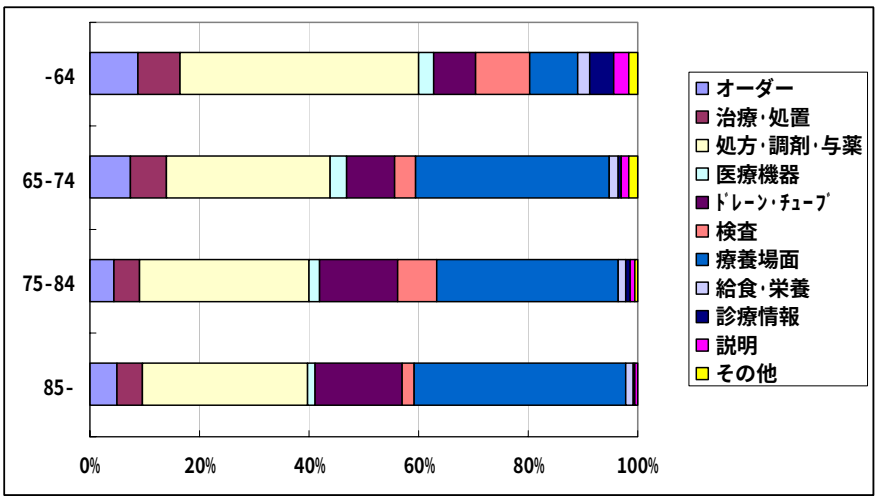


図２　年齢層別ヒヤリハット内容

発生時間帯では、64 歳以下は夜間の発生が少なく午前中にやまがあるのに比べ、65 歳以上では、看護師の配置の少ない夜間の時間帯に日中とあまり変わりなく発生していた。（図 3）

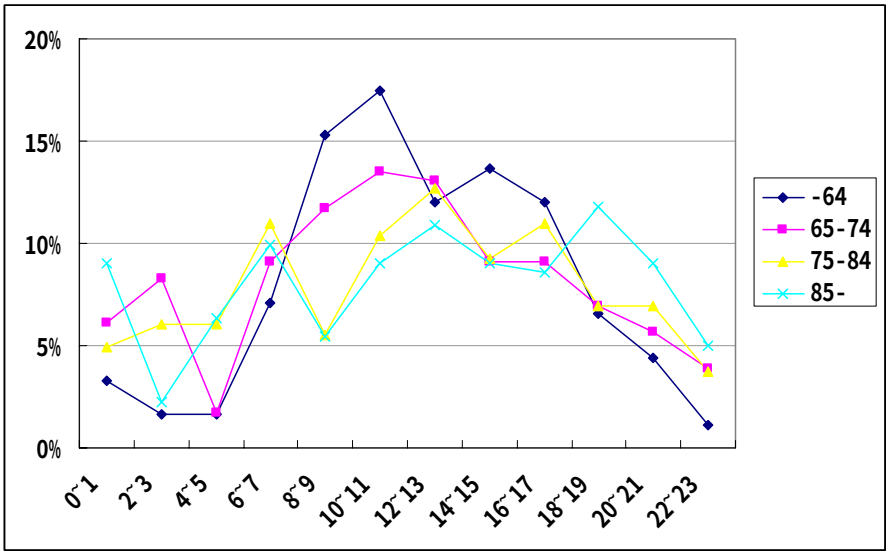


図３　年齢層別ヒヤリハット発生時間

心身状態では、障害なしの割合は年齢が高くなるほど低くなる傾向がみられた。痴呆・健忘は年齢が高くなるほど高く、75 歳以上では 3～4 割を占めていた。（図 4）

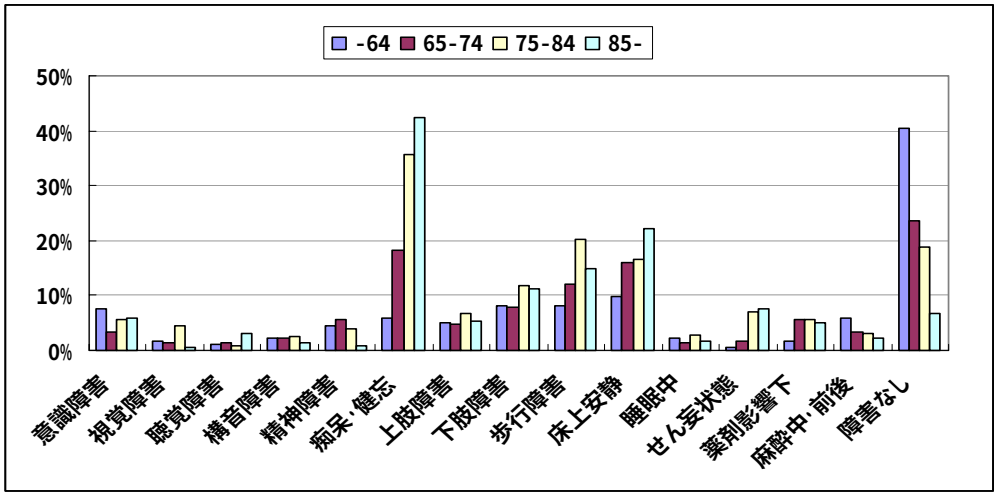


図４　年齢層別ヒヤリハット発生対象者の心身状態

３）認知症高齢者の転倒・転落事例からリスク要因を検討する

A病院で報告されたヒヤリハットのうち転倒・転落について、認知症高齢者の事例からアルツハイマー病（Alzheimer disease、以下、AD)、脳血管性痴呆（Vascular dementia、以下、VD)、レビー小体型痴呆（Dementia with lewy bodies 以下、DLB）の疾患別に分類し、それぞれ転倒・転落に関連した直接的及び間接的なリスク要因を検討した。（表１）

①転倒・転落発生時の状況

転倒・転落発生状況から直接関連したリスク要因を挙げる。

事例 A：就寝時睡眠剤内服後に尿意覚醒し、自己にてトイレへ行こうとして歩行中に転倒した。

事例 B：車椅子乗車中、急に立ち上がり、右側前方に転倒した。失語があり行動目的の聴取不能。

事例 C：就寝時睡眠剤内服後、尿意覚醒し、トイレへ行こうとしてベッドサイドに立ち、歩行を開始したところで転倒した。

事例 D：車椅子乗車中、食堂テーブルを左手で持ち、立ち上がったところでバランスを崩し、右側前方に転倒した。失語があり行動目的聴取不能。

事例 E：夜間不眠、頻尿にてトイレ歩行しようとしてベッドから降りる際にバランスを崩して転倒した。

事例 F：洗面台と床頭台の間に左側臥位の状態で転倒しているところを発見された。転倒時状況及び行動目的不明。

表１　痴呆疾患分類別リスク要因

【　転倒・転落発生時の直接的要因：○　間接的要因：△　なし：×　】

事　例	A	B	C	D	E	F
痴呆分類	AD		VD		DLB	
麻　痺	×	×	×	○	×	×
失　語	×	○	×	○	×	×
徘　徊	△	×	×	×	△	×
興奮・攻撃性	△	×	×	×	△	△
幻　覚	×	×	×	×	△	△
移動レベル	歩行器	車椅子	歩行器	車椅子	独　歩	独　歩
尿　意	○	△	○	△	○	△
失　禁	×	○	○	△	×	×
睡眠剤の使用	○	×	△	△	○	△
過去の転倒経験	△	△	△	△	△	△

②転倒・転落発生の間接的リスク要因

転倒･転落発生時には直接関連しなかったものの、転倒発生の背景となりうる間接的リスク要因を検討した。

事例Ａ～Ｆ全てに共通した間接的リスク要因として､過去の転倒経験が挙げられる｡また､転倒･転落時の直接的要因として睡眠剤の影響下によるものと考えられた事例は A、E の２

例であったが、他の事例においても睡眠剤を使用しており、睡眠剤使用は重要な間接的リスク要因の１つであるといえる。

次に痴呆疾患別に特徴的なリスク要因として、AD（事例 A、B）の特徴的な症状である空間失認に伴う周囲環境における安全に動く、行うことの困難性、意味不明の多動、感情の易変性に伴う興奮や他者への暴言、暴力行為、VD（事例 C、D）では、脳梗塞に伴う片麻痺とそれに伴う下肢筋力低下、バランス障害、平衡感覚失調、半側空間無視、DLB（事例 E、F）では、幻覚・妄想に伴う易攻撃性、暴力行為、夜間不眠、移動状態は独歩可能レベルであるが、パーキンソン症状に伴う動作緩慢、前傾姿勢、小刻み歩行、すくみ足と立ち直り反射障害がそれぞれ挙げられる。事例 E は、入院中７回転倒･転落を起こしたが、その全てに直接的・間接的リスク要因が関連していた。また転倒発生時間を見てみると、夜間帯の 23 時～８時台であり、夜間不眠による眠剤使用の影響が関連していると考えられる。事例 F は日常生活に支障をきたすレベルの視力低下があり、歩行要介助状態であったことが挙げられる。

Ｄ　考察

今回対象の病院は、病床数が約 300 床、平均在院日数が約 20 日、入院患者平均年齢が 70～75 歳、入院患者のうち 65 歳以上が 80%であり、厚生労働省の全国推計患者数(H14)で病院入院の 65 歳以上が 51%であるのに比べ、高齢者が多いことを特徴としていた。この施設の 1000 件を超えるヒヤリハット報告を対象としたこと、また、各年齢層においても一定量以上のヒヤリハット報告があったことより、今回の方法による分析は、高齢者が医療場面で抱えるリスクを、ある程度反映していると考えられる。今回の分析結果からは、高齢者が成人に比べヒヤリハットの傾向が異なること、特に療養場面の転倒・転落において明らかに高齢者のリスクが高いことを示唆できたと考える。

特に、高齢者の療養生活場面においては、看護職員の配置の多い日勤時間帯だけでなく、看護職員の少ない夜勤時間帯においても、日中に準じるリスクが存在することがわかった。このことは、高齢者医療の安全確保のためにはかなりのマンパワーを必要とすることを意味する。しかし、限られたマンパワーを医療事故防止に有効に発揮するためには、高齢者の年齢や心身障害、疾患に関連したどのようなリスクが存在するのかをまず認知する必要がある。今回、ヒヤリハットデータを年齢により 4 層に分類し比較したため、高齢者といっても 65 歳以上と 75 歳以上では危険な時間帯の特性が異なっていた。65 歳以上では、64 歳以下に見られるように日中にヒヤリハットのなだらかな山が存在したが、75 歳以上ではこの日中の山が消失していた。このことは、高齢者のリスクポイントのアセスメントには 65 歳以上というひとくくりでないもう少し分類された視点でケアを行うことが、高齢者の医療事故防止のためには有効であり、限られたマンパワーを的はずれでなく利用できるため、今後の研究課題となると考える。

A 病院で発生した転倒･転落のうち認知症高齢者の転倒・転落割合は全体の 51%であった。

事例Ａ～Ｆから認知症高齢者の転倒･転落の特徴として、第 1 に、記憶障害により、過去の転倒経験自体を忘れ､危険な行動への注意を払うことが出来ずに再び同様の行動を起こして転倒しやすい、第 2 に、周囲環境の状況判断ができない、自らの身体能力を認識できないことにより危険回避行動が取れない、第 3 に失語があり、自らの意思・意図を上手く他者に伝えることが難しく､転倒の際もその行動目的が不明なことが多いと言う点が挙げられる。

痴呆疾患に共通した症状としては、記憶力低下、判断力低下、見当識障害が挙げられる。しかし、こうした痴呆疾患特有の症状のほかに、各痴呆疾患に特有の症状や行動特性として挙げられるものがリスク要因となり､転倒･転落が起こりやすいことが事例から示唆された。

すなわち、AD の場合は、視空間認知力低下に伴う危険回避行動をとることの困難さ、意味のない多動や徘徊、感情の易変性に伴う興奮や他者への暴言、暴力、疾患の進行に伴って起こる失語、歩行障害が挙げられる。事例からも、疾患の進行度によってリスク要因も変化し異なることがわかる。

VD の場合は、片麻痺、半側空間無視、失語症、平衡感覚失調、歩行・バランス障害等といった脳梗塞後遺症に伴って生ずるリスク要因が挙げられる。また VD は、防御姿勢が取れないまま転倒するために、顔面や患側に切傷、表皮剥離等の外傷を伴いやすい。

DLB の場合は、幻覚・妄想、易攻撃性、暴力行為、夜間不眠、パーキンソン症状に伴う動作緩慢、突進・小刻み歩行、すくみ足と立ち直り反射障害があり、AD、VD に比べて再転倒する確率が高いことが挙げられる。

こうした各痴呆疾患に特有の症状や行動特性を把握することが転倒･転落の予測･防止につながるものと考えられる。

認知症高齢者は､行動目的と自分にそれを遂行できる身体能力があるかどうかの間にズレがあることにより転倒・転落を起こす。また転倒･転落は、患者の持つリスク要因を特定することで、ある程度予測可能であるといわれている。しかし、認知症高齢者の場合、転倒･転落に至った行動時の目的・意思・意図が不明な場合が多く、転倒･転落に関連した原因や要因を特定することは難しい。しかし、今回の事例においてもそのほとんどが排泄欲求に伴う自発的行動時に転倒が発生しているように､普段から高齢者本人の意思で起こす行動と動作レベルの観察・評価をすることが転倒･転落の予測・防止する上で重要であると考えられる。

Ｆ　結論

高齢者が多く入院する病院において､成人では与薬関連のヒヤリハットが最も多かったのに対し、高齢者では療養生活場面でのヒヤリハットが非常に多かった。療養生活場面では転倒･転落の発生が最も多く、これは高齢者の身体機能変化や行動特性に深く関連していると考えられた。

転倒･転落のヒヤリハット分析から、認知症高齢者に共通するリスク要因のほかに、疾患別に異なるリスク要因を持っていることが判った。従って、認知症高齢者の転倒･転落リス

ク要因特定の際には、疾患に共通のリスク要因だけでなく、各疾患に特有のリスク要因の両面からのアセスメントが必要である。また認知症の症状は固定したものではなく、変動かつ進行していくものである。そのため、痴呆性高齢者の自発的な行動や日常行動パターンと日常生活動作レベル及びその安全性、安定性の観察と評価を、日々の実践の中で経時的かつ継続的に行っていくことが、転倒･転落の予測・防止ケアを実践する上で重要かつ不可欠であるといえる。

F　参考文献

1）鈴木みずえ：転倒･転落の危険度判定とケアプラン. 看護学雑誌, 2004；68(１)：19-24.

2）須貝佑一：転倒･転落事故の２次的リスクを最小限にとどめる－Fail Safe の考え方. 自立支援とリハビリテーション，2003；１(１)：5-9.

3）高橋栄：痴呆性高齢者の身体レベルと転倒･転落事故の関係－その狭間をどう考える？自立支援とリハビリテーション，2003；１(１)：19-26.

4）笠原岳人：転倒の可能性がある徘徊患者へのアプローチ．痴呆介護，2003；３(１)：24-30.

5）栗田正，片山晃，森田昌代，栗田正文，井上聖啓：Alzheimer 型痴呆、混合型痴呆患者における転倒･転落骨折と認知障害，問題行動との関係．日本老年医学会誌，1997；34(８)：662-667.

6）日本精神医学会監訳：米国精神医学会治療ガイドラインアルツハイマー病と老年期の痴呆．第 2 版．医学書院，東京，2001，18-25.

7）中間浩一. 松田修：高齢者ケア現場での転倒･転落事故リスクアセスメント. 第１版. 日総研出版，名古屋，200218-54.

8）Lein Tideiksaar．林泰史監訳：高齢者の転倒－病院や施設での予防と看護・介護．第 1 版．メディカ出版，大阪，2001，16-35.

9）鈴木みずえ，浜砂貴美子，満尾恵美子．高齢者の転倒ケア－予測・予防と自立支援のすすめ方．第 1 版．医学書院，東京，2001，37-95.

10）Pam Dawson，Donna L.Wells，Kalen Kline．山下美根子監訳：痴呆性高齢者の残存能力を高めるケア．第 1 版．医学書院，東京，2002，30-54.

11）大津留泉，江藤文夫：高齢者の転倒とその対策．第 1 版．医歯薬出版株式会社，東京，1999，126-132.

12）本間昭、宇高不可思、三宅貴夫.（2005 年 2 月 28 日）：痴ほう症を、あきらめない；アルツハイマー型痴ほうとは？（http://www.e-65.net/dementia/dem05/1_5.html、2005 年 3 月４日閲覧）.

13）本間昭、宇高不可思、三宅貴夫.（2005 年 2 月 28 日）：痴ほう症を、あきらめない；脳血管性痴ほうとは？（http://www.e-65.net/dementia/dem06/1_6.html、2005 年 3 月４日閲覧）.

14）著者名不明、公表年不明.『脳血管性痴呆』･･･ボケ防止のために.
（http://www.netnetjp.com/~daiiti-drug/P0502.html、2005 年 3 月 4 日閲覧）.
15）小阪憲司.（2005 年 2 月 25 日）. YOMIURI ON LINE：医療と介護：医療相談室：
びまん性レビー小体病とは.
（http://www.yomiuri.co.jp/iryou/soudan/20040523sr33.htm、2005 年 3 月 4 日閲覧）
16）笠間睦.（公表年不明）.「痴呆症」にならないために（インタビュー）.
（http://www.inetmie.or.jp/~kasamie/TokusimaTihoudokku.html、2005 年 3 月 4 日閲覧）.
17）小阪憲司.（公表年不明）. レビー小体型痴呆：治療上の問題点！
（http://www.inetmie.or.jp/~kasamie/dementiaDLB2.html、2005 年 3 月 4 日閲覧）.

高齢者痴呆介護研究　～平成１６年度報告書～

平成１６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１７年５月
編　集：社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究・研修大府センター
〒474－0031　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

平成１６年度
老人保健健康増進等事業
による研究報告書

平成１６年度

三センター共同研究事業

＜痴呆ケアにおけるリスクマネージメントに関する研究＞

認知症介護研究・研修東京センター

認知症介護研究・研修仙台センター

認知症介護研究・研修大府センター

＜はじめに＞

病院・診療所などにおける事故（主として医療事故）と介護施設などにおける事故（主として介護事故）とを比較すると、本質的に異なる点と共通する点とがある。相異点は、前者が手術、点滴・注射などの薬物投与、検査の一部などの人体への直接侵襲との関連する点であり、共通する点は、転倒、転落、誤嚥、異食、入浴関連事故、徘徊関連事故、感染、などである。これら以外にも自殺、不審死、交通事故、盗難、家事、などがある。

病院・施設・家庭などでは、これらの事故を予測し、防止または回避すること、即ち,予防することは一番重要である。最近は、リスク・マネージメントといわれることが多い。これには、予防以外に、事故発生後の対応も入り、病人の立場に立った迅速で、誠実な対応が必須である。

防止策では、事故の情報収集・報告体制、安全対策マニュアルの作成と徹底、現場職員の意識改革、労働条件の改善、リスク・マネージメント教育、などであるが、何よりも、常に病人のことを個別に念頭においてケアをしていれば、大半の事故は、防止できると考えられる。即ち、職員の意識が問題である。

最近、身体拘束廃止が叫ばれていて、施設によっては、どんな場合も拘束をしないとしているが、これは行き過ぎの場合もあり、介護における一種のパターナリズムである。例えば、本人に未だ判断能力があり、自分で危険を感じて車椅子への固定を希望しているのに、それもしなくて転倒を招いたりすれば、これは人災である。また、妄想念慮で不安が強い場合、他人から隔離を希望することがあるが、この場合は、本人の同意書を得て、隔離するのが、自己決定権の尊重になる。このように、基本原則は、身体拘束廃止は当然のことであるが、あくまでも施設のモットーやスローガンよりも、「個別ケア」を最優先すべきである。

３センターの共通研究課題として取り組んで 3 年となり、一定の成果が上がった「認知症ケアにおけるリスク・マネージメン」を報告し、この結果が、広く関連機関・施設で利用されることを希望するものである。

最後に、リスク・マネージメントにおいても、ご本人の意思に沿った「個別ケア」の精神が重要であることを強調したい。

平成17年3月

認知症介護研究･研修大府センター

センター長　柴山　漠人

目　次

三センター共同研究事業を終えて‥‥‥

C) IT 介護機器を利用した情報管理に関する研究

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、永島　隆（(社福)潤生園)、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、小長谷陽子、柴山漠人（認知症介護研究・研修大府センター)、水野　裕（一宮市民病院今伊勢分院）

研究協力者　藤掛和広（名古屋大学)、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）

D) 認知症ケアにおけるリスクマネジメント～認知症の疾患別のリスク評価に関する研究～

主任研究者　伊苅弘之（医療法人さわらび会福祉村病院）

分担研究者　小阪憲司、山本孝之（医療法人さわらび会)、

研究協力者　山本淑子(医療法人さわらび会福祉村病院)、笠原祐子(医療法人さわらび会福祉村病院)、二村なつえ（医療法人さわらび会福祉村病院)、白井美代子（医療法人さわらび会福祉村病院)、柴田浩文(医療法人さわらび会福祉村病院）

E) 徘徊への対応の現状と課題

主任研究者　杉村公也（名古屋大学医学部保健学科）

分担研究者　田川義勝（名古屋大学医学部保健学科）

研究協力者　後藤真也（名古屋大学医学部保健学科）

F) 痴呆ケアにおけるリスクマネジメントに関する研究～AMPS による施設ケアのリスク判定～

主任研究者　杉村公也（名古屋大学医学部保健学科作業療法学専攻）

分担研究者　森　明子（名古屋大学医学部保健学科作業療法学専攻）

研究協力者　白石成明（小山田記念温泉病院）

安藤一也(介護老人保健施設ルミナス大府)、菱田　愛(介護老人保健施設ルミナス大府)、小酒部聡江（介護老人保健施設ルミナス大府)、縣　さおり（介護老人保健施設ルミナス大府)、小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター）

４）資料

大府センター報告書

ＩＴ機器を利用した情報管理に関する研究

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、永島　隆（(社福)潤生園)、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、小長谷陽子、柴山漢人（認知症介護研究・研修大府センター)、水野　裕（一宮市民病院今伊勢分院）
研究協力者　藤掛和広（名古屋大学）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　研究の目的

高齢者総合福祉施設における IT の活用による痴呆ケアのリスクマネジメントのために、IT 機器を利用して、情報管理を行い、リスク回避の自動警告システムを開発する。

B　研究の概要

高齢者介護施設で頻発する事故と過誤は、「転倒、転落」が最も多く、70～80 パーセントの割合を占めている。その他の事故や過誤として、「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・体調の変化を示すもの、「便秘、下痢」などの胃腸障害、「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」などの皮膚障害などがあげられる。

介護者には、これらの多様なリスクの回避が要求されるが、リスク全てを回避することは困難である。とくに、特養では利用者の重度化が進み、医療ニーズも高く、迅速かつ的確な対応が求められる。そのため、介護者への負担は大きく、多大な負担が円滑な介護の阻害となる可能性も考えられる。

このことから、近年、高齢者総合福祉施設においてケアスタッフの業務省力化を目的とした、IT 介護記録システム等が注目されつつある。IT 介護記録システム等を使用することで、データの入力やデータベースの構築の簡易化が期待されている。

そこで、IT の有効性と効率的な使用方法の検証、リスクアセスメントに加え、自動警告システムの開発によって、認知症高齢者の QOL の向上と介護者の負担の軽減を図る。

介護現場において、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、記録転記業務を省力化する。無線 LAN によるデータ転送のスピードアップと、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。

第 1 章　使用施設での調査

１．方法

介護記録システムを導入し、実際に運用されている施設での調査から、使用状況やデータ活用について明らかにする。

また、バーコード入力による介護支援システム作成をおこなう。具体的には、健康・看護・リハビリ関連事項などのバーコードデータを作成と、現在利用されている介護記録システムのデータを用いてシステムの検証から、ウォーニング機能を持たせた自動警告システムの提案をおこなう。

調査対象施設

（社福）小田原福祉会 高齢者総合福祉施設 潤生園（神奈川県小田原市）

２．結果

調査から、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）などのデータを、ペンタッチを使って電子手帳に直接入力していた。リハビリ関連、特記事項などは、ペンによる文字入力が可能であった。

また、使用されているシステムでは、入力したデータが PC に転送されることで 、「日誌」「ケース記録」が自動的に作成され、記録転記業務の省力化がされた。

さらに、入力されたケア記録をバックデータとして時系列でグラフ化もおこなった。

３．システム導入の影響

日々のケア記録を基にしたグラフや一覧を渡すことにより、入所者の家族からの信頼感が高まった。また、事故・発熱などの後に、行動記録（特記事項）を確認することで再発を防ぎやすくなった。

４．現状の機器利用状況からみた今後の課題

調査から、ペンタッチ入力の習熟に時間がかかり、紙への依存が認められた。現場での入力よりも、介護ステーション戻ってからの入力が多く、メモ帳に現場で記入してから転記するという形態が多かった。このことから、入力技能の短期習熟する方策と、紙を使用したデータ管理方法を統合するシステムの検討が必要である。

また、リアルタイム・時系列データを生かしきれず、定期的なチェックが徹底されていなかった。直近の数日間の状況と、当該高齢者のケアプランからみて、リスクを時々刻々と明示し、場合によっては警報を出して、緊急事態の回避に資することが可能と考えられる。そのため、導入されたシステムを適切に使用するための、訓練や教示内容の検討もすべきである。

第 2 章　特別養護老人ホームでの病院への入院など緊急事態に関する調査

高齢者介護施設において、高齢者のリスク事態が重なり、やがて病院への入院などに至ってしまうことがしばしば起きる。そこで、愛知県内のある特別養護老人ホームで、病院への入院など緊急事態に関する調査をおこなった。介護保険導入前と導入後にわけて、調査した。調査担当は、後藤真澄委員がおこなった。

表１と表２に、特別養護老人ホームの介護保険導入前後での入院件数と日数を原因別にわけて、掲載した。

また、図１と図２にグラフ化して、それぞれ原因別の入院件数と入院日数を示した。

結果

介護保険導入後に入院件数、入院日数が減少していた。介護保険導入後は、以下のケアの質の向上に向けての努力がなされたと考えられる。

１、ケアプランが立案され、各個人情報のソフトによって情報管理がなされたこと。
２、施設では、苦情処理、第３者評価等によって、サービスの質の向上に努めていること。
３、職員配置が利用者：スタッフ４：１から３：１になり人員が増加したこと。

考察

今後の課題としては、以下の点が指摘できる。

特別養護老人ホームは医師が常在しない。夜間勤務の時間帯は看護師は施設での勤務はなく、自宅待機である。したがって介護士が、夜間帯の緊急事態のすべてに対応しなくてはならない。

１，夜間の看護師の配置。
２，医師とのリアルタイムの情報交換。
３，異常の早期発見のサインを正確に予知するシステムの設置。

本調査の対象施設の概要

愛知県Ｓ市に所在する。平成 12 年度の総人口は 75,662 人、高齢者人口 11,885 人、高齢化率 15.7%であり 2002 年度の総人口は 76,603 人、高齢者人口 12772 人、高齢化率 16.8%の中核都市である。本施設は、平成 4 年に開設された介護老人福祉施設を母体とする（７0 名定員）社会福祉法人である。併設施設として通所介護、短期入所介護、在宅介護支援センター、痴呆性高齢者共同生活介護、及び訪問介護、福祉用具関連事業等をもつ福祉複合体である。

職員数の推移

介護保険前　介護職 18 人　看護職　4 人
介護保険後　介護職 20 人　看護職　4 人

医療体制（導入前後も同様）

内科嘱託医　週２回、精神科　月２回
往診：　歯科医、皮膚科、
リハビリテーション：月１回　　機能訓練指導員：毎日

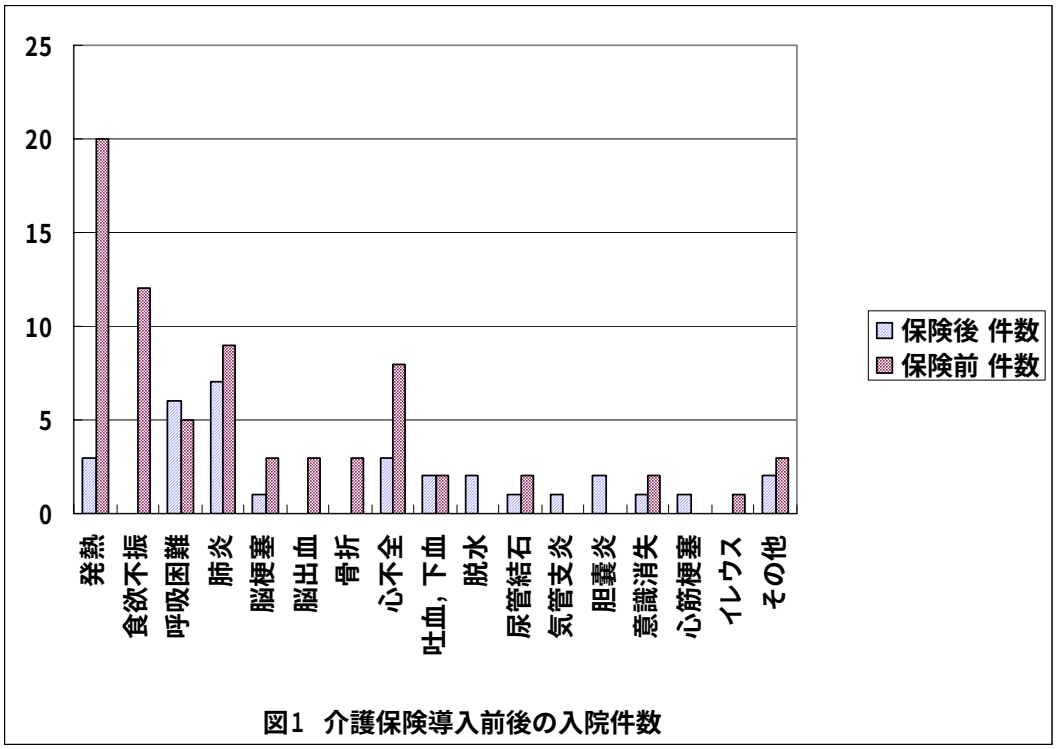


図1　介護保険導入前後の入院件数

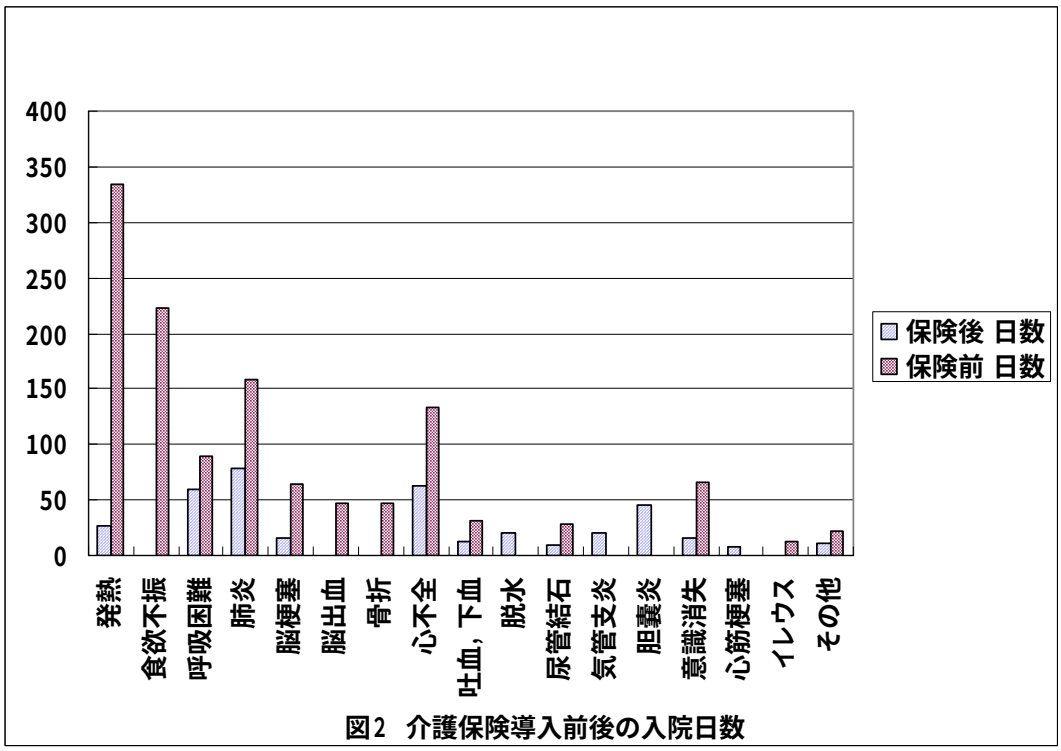


図2　介護保険導入前後の入院日数

愛知県のある特別養護老人ホームにおける入院事例とその原因　介護保険導入前（表１）と介護保険導入後（表２）　（後藤真澄調査）

表１．介護保険導入前（平成１０年４月～平成１１年３月）

	4		5		6		7		8		9		10		11		12		1		2		3		合計	
	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数
発熱	2	60	3	50	1	30	1	15	0	0	2	28	1	7	0	0	1	10	3	35	1	9	5	90	20	334
食欲不振	1	22	1	24	3	60	2	51	0	0	1	12	1	7	0	0	1	10	1	15	0	0	1	18	12	223
呼吸困難	1	37	1	17													2	6					1	30	5	90
肺炎	2	39	1	7	1	15	0	0	2	21	1	2	0	0	0	0	1	35	1	40	0	0	0	0	9	159
脳梗塞			1	20	1	42											1	3							3	65
脳出血					1	9							1	13			1	25							3	47
骨折																	2	36	1	15					3	47
心不全	1	21	3	40									1	12	1	11			1	25	1	25			8	134
吐血，下血																			1	4	1	27			2	31
脱水																										
尿管結石					1	12	1	16																	2	28
気管支炎																										
胆嚢炎																										
意識消失					1	40							1	26											2	66
心筋梗塞																										
イレウス	1	12																							1	12
その他							1	1	2	26			1	4	1	15	1	3							3	22
合計	8	191	10	158	9	208	5	83	4	47	4	42	6	69	2	26	10	128	8	134	3	61	7	138	73	1258

表２．介護保険導入後（平成１５年４月～平成１６年３月）　（後藤真澄調査）

	4		5		6		7		8		9		10		11		12		1		2		3		合計	
	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数	件数	日数
発熱							1	11									1	21	2	6					3	27
食欲不振																									0	0
呼吸困難																	4	38	2	22					6	60
肺炎					1	13	1	2					2	31	1	2							2	30	7	78
脳梗塞					1	6																	1	9	1	15
脳出血																									0	0
骨折																									0	0
心不全	1	12											1	24	1	27									3	63
吐血，下血													1	8							1	5			2	13
脱水			1	4			1	16																	2	20
尿管結石			1	9																					1	9
気管支炎													1	20											1	20
胆嚢炎																	1	22	1	24					2	46
意識消失																			1	16					1	16
心筋梗塞																							1	8	1	8
イレウス																									0	0
その他											1	3	1	8											2	11
合計	1	12	2	13	2	19	3	29	0	0	0	0	5	83	2	29	6	81	6	68	1	5	4	47	30	375

第３章　リスクアセスメントの方式

介護施設で実施されているリスクアセスメントの方式について、その特徴をまとめる。

MDS-RAPs

MDS-RAPs は、MDS（Minimum Data Set）というアセスメント用紙と、RAPs（Resident Assessment Protocols）という高齢者が直面している問題を解決するための枠組みから構成されている。

具体的には、まず MDS は、すべての高齢者から入手しなければならない「最小」の情報を得るのであるが、これらの項目は同時に、資源利用（RUG 分類）、認知症、うつ状態、社会的関与等の程度を把握できることが検証されている。

次に、MDS の中の「トリガー項目」がチェックされれば、より詳細な 2 段目のアセスメントとして RAPs に進む。RAPs にはせん妄、コミュニケーション障害、尿失禁と留置カテーテルなどの施設入所の高齢者が直面しやすい 18 の領域が設定されており、当該領域における問題の程度、原因、影響する範囲（危険性）、改善の可能性を看護・介護する者が検討し、実際のケアに生かすことができるように作成されている。

MDS-HC/CAPs

MDS-HC（Minimum Data Set Home Care、在宅ケアアセスメントマニュアル）は包括的なケアプランを策定するための指針として、アメリカ、ヨーロッパ、日本の研究者の団体である InterRAI（インターライ）により開発された。現場に役立つことを第一の目的としており、評価に当たっては高齢者の機能と QOL を重視し、必要に応じて専門機関に照会すべき状況についても提示されている。

MDS-HC は、包括性と簡便性を念頭に置き、なおかつ体系的に整理された。在宅ケアをおこなうためのケアプラン指針（CAPs：Client Assessment Protocols）を使用して、さらに詳細なアセスメントや対応策を検討する形をとっている。このように２段階でアセスメントを行う形式により、構成を比較的簡便に抑えている。

三団体ケアプラン策定研究会方式（包括的自立支援プログラム）

全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協会、介護力強化病院連絡協議会の３団体が、それぞれ独自にケアプランに取り組んできた結果を踏まえ、開発に結びつけた支援プログラムである。

特徴として、セスメントの実施からケアチェック実施表への記入までに時間がかからず、入院・入所時より確認しながらのケアが展開でき、実施しているケアがベースになってケアプランが立案できる。また、具体的なケアプラン策定過程が確認できる書式（ケアチェック実施表）と毎日の行動を確認できる書式（ケアプラン表）に分けられている。

主に施設での使用だが、在宅でも使用できる。「ケアチェック表」と「在宅復帰および在

宅支援の検討表」の２つから「ケアプラン表」及び「サービス利用計画表」を作成する。

全社協在宅版

全国社会福祉協議会（全社協）と日本社会福祉士会・全国老人福祉施設協議会（老施協）・全国在宅介護支援センター協議会・全国デイサービスセンター協議会・全国ホームヘルパー協議会の５団体が提唱。

特徴としては、介護保険制度の下において、サービスの普遍的供給という観点からホームヘルプ事業の平準化が求められるという関心にたって、利用者の状態とヘルパー職員の勤務形態および保有資格の状況とから個別サービス内容を把握し、サービス・パターンを析出している。そのうえで、ヘルパーの稼動状況を把握し、これにかかるコストを調査することで、業務構造とコスト構造を分析している。

日本介護福祉会方式

正式な名称「生活援助を基礎とした自立支援アセスメント・ケアプラン」、別名「生活７領域から考える自立支援アセスメント・ケアプラン」である。ケアプラン策定のガイドラインがなく、主に介護ニーズの把握に主眼が置かれている。実際のところ、アセスメントは大分類６項目（全体状況・生活７領域・家族／関係者・病歴・住宅・生活スケジュール）、その中の生活７領域が更に細分化（衣・食・住・体の健康・心の健康・家族関係・社会関係、など 43 項目）されて、これらからニーズを特定して介護計画を策定する。

日本看護振興財団方式

MDS/RAPs と日本看護協会「看護協会版高齢者訪問看護アセスメント用紙」の双方を改良したものである。訪問看護用に開発されたものなので、在宅要介護成人や在宅要介護老人が中心だが、MDS を引き継いでいるので施設内でも使用できる。この方式のアセスメント項目は 420 項目であり、、問題領域は 30 項目が設定されているが、MDS-HC の CAPs とは異なる。

日本社会福祉士会方式

日本社会福祉士会が開発した「ケアマネジメント実践記録様式」のひとつ。主に在宅介護支援センターでの事例を検討されている。そのため、在宅介護、施設介護から在宅介護への移行・家庭復帰を目指した作りになっている。アセスメント票には要介護者の健康状態・ADL など本人の項目に加えて住環境・介護用具の評価項目、要介護者や介護者の意見や要望に関する項目、介護者の健康状況・介護負担・介護知識などの項目も設けられている。これらから「アセスメント要約表」として 51 の問題項目を５段階でチェックし、「ニーズとケアプランの対照」「ケアプランのモニタリング」をおこなう。

TAI 方式

「Typology of the Aged with Illustration（イラストレーションによる高齢者分類）」の略。国際医療福祉大の高橋泰教授による。

TAI は精神、活動、食事、排泄、医療に分けてビジュアルに表示される。時系列変化も表示できる。病気という状態の区画が ICD10。患者の状態を区画に結びつけるのが診断。自立の外側は機能レベル低下。食事、排泄、精神、活動レベルに分類をおこなう。

星座理論

大阪市立大の白澤教授をはじめとするグループが開発。アセスメントより利用者のニーズを把握し、そのニーズに合わせた援助項目・介護内容を選定する。アセスメントによって得られたニーズを星に見立て、複数のニーズを体系化して作られた援助項目は星座のようになっていることから「星座理論」と名づけられた。

第４章　警報システム

介護保険の導入により，保険申請時にケアプランが作成され，３ヶ月毎にケアプランが評価される。しかし，介護の現場においては，高齢者は日々変化しており，予備力の低下した高齢者は少しの変化から重大な事態に陥りやすいものである。そのため，ケアプランで策定されたプランと毎日の介護者の観察を生かすことにより，高齢者の現状の生活を維持することが重要である．そのため、本稿では、普段の観察事項と RAPs 方式でのケアプランの問題領域との連携の可能性を検討したい。

高齢者の援助を行う場面において、援助者は様々な気付きやバイタルサインなどのデータを聴取することが多々ある。個人差の大きい高齢者ではあるが、標準的な注意の値と比較することで、今後の展開を予測しやすくなるのも事実である。

RAPs の 18 の問題領域と普段のよく観察される項目との関係性を確認したい。

観察項目は、高齢者については個人差が大きいため各個に合わせた修正が必要であるが、まず、よく観察されることについて逸脱して危険な兆候を示す恐れのある値を黄色、危険な状態に陥る可能性が高く早急に医療スタッフとともに改善が必要である値を赤とした（表１）。

〔食事の援助のさいに気付く事項〕

RAPs の「領域 12　栄養状態の検討」、「領域 13　経管栄養の検討」、「領域 14　脱水状態・水分補給の検討」、「領域 15　口腔ケアの検討」と密接に結びついている。しかし、日常の援助の場面において、その食事だけ食べないことはよくあることであり、交代で勤務している場合、長期で記録を概観して食事摂取量が低下していることに気付くこととなるのもよくあることである。そこで、食事の摂取量、水分の摂取状況に警告値を設定した（表３）。例えば、２食連続して食事をいつもより食べない場合においては、黄色の警告をだすこととし、「領域 12　栄養状態の検討」、「領域 14　脱水状態・水分補給の検討」、「領域 15　口腔ケアの検討」の検討項目と照らし合わせて系統的に観察し、ケアを検討する。さらに、食事を食べない状態が続く場合医療スタッフとともに、「領域 12　栄養状態の検討」、「領域 14　脱水状態・水分補給の検討」、「領域 15　口腔ケアの検討」さらに、「領域 13　経管栄養の検討」まで視野に入れた検討となる。

このように、〔検温〕や〔排泄の援助〕や自立の援助等の患者に接する時と場面を設定し、の気付きやすい項目を表１にあげた。

表３　日常援助時の観察項目　黄色と赤で明確なリスク表示　（RAPs との関係を含む）

観察時間帯	リスク	レベル 黄色（注意して継続した観察が必要）	赤（早急に介入が必要）	関係する RAPs 項目
食事援助	食事	2 食が摂取不良または摂取せず	3 食が摂取不良または摂取せず	12, 13, 14, 15
	水分	1 日与えられた水分をほとんど摂取しない	1 日を超えて与えられた水分をほとんど摂取しない	14
検温	脈拍（安静時）	55 回/分以下 100 回/分以上	50 回/分以下 120 回/分以上 リズム不整あり	
	体温	35.5℃以下 37.3℃以上	35℃以下 37.7℃以上	11
	呼吸	不規則	鼻翼･肩を用いた呼吸	
	血圧	いつもよりも低い いつもよりも高い	最高血圧が 80mmHg 以下 最高血圧が 200mmHg 以上	17, 11
排泄援助	便秘	2 日排便なし 連続して下痢便である	3 日以上排便なし 下痢が続き倦怠感がある	12 14
	排尿	残尿感･下腹部の張った感じ	2 回または 500ml/日以下	6
その他の援助	表情	いつもよりぼんやりしている	眠ったままで反応がほとんどない	
	動き	動きがいつもよりぎこちない	つまずく	11

第 4 章　IT 介護機器の提案

１．必要とされる機能と想定される利用形態

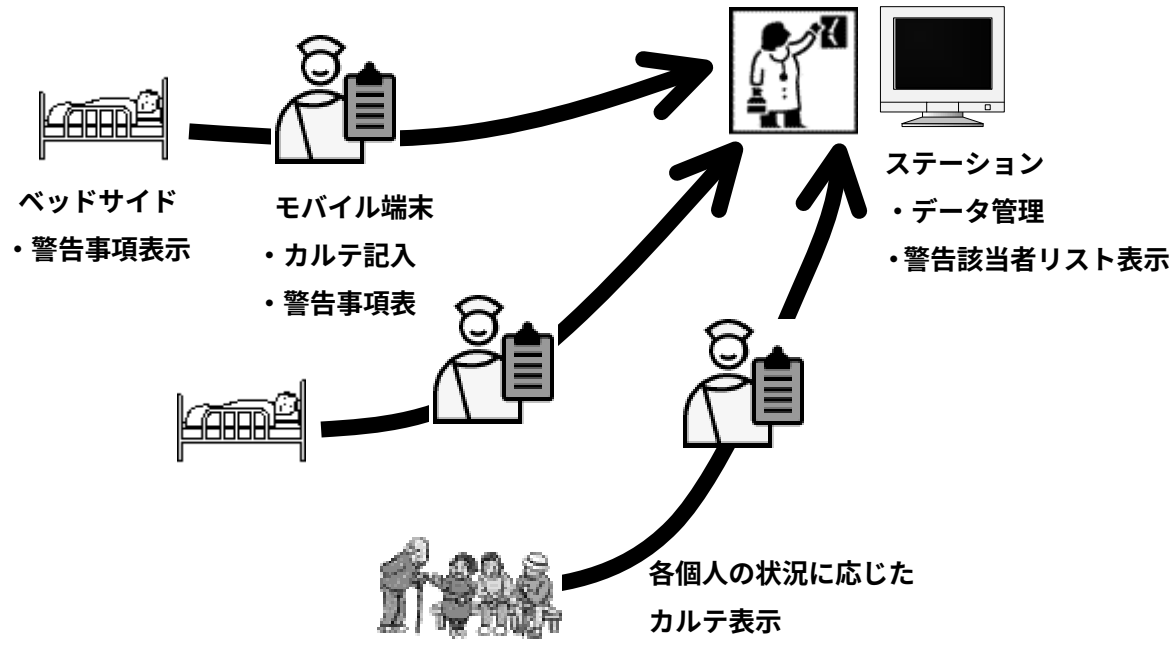
モバイル端末による電子カルテとステーションでの情報の集中管理

ステーション

・警告項目の該当者のリスト表示
・カルテとの連動
・患者の家族との連絡

カルテ

・ベッドサイドでの記録がそのままシステムへの入力になる（転記不要）
・入力端末（対ショック防水仕様、バーコード入力、ペン入力）
・患者の状況に応じたメニューのカスタマイズ
　例）寝たきりの場合→転倒リスクの項目は不要
　　糖尿病の場合→食事カロリーを重点項目に
・時系列データ
・警告項目の表示・・・個人の警告項目がベッドサイドに表示される（11 ページの表１を使用）
・リスク状況により、対処（浣腸などや、医師の診察、入院など）と家族への報告



リスク管理のエキスパートシステムである。リスク評価は以下の表の例にように行う。

観察時間帯	リスク	レベル 黄色（注意して継続した観察が必要）	赤（早急に介入が必要）	関係するRAPs項目
食事援助	食事	2食が摂取不良または摂取せず	3食が摂取不良または摂取せず	12, 13, 14, 15
	水分	1日与えられた水分をほとんど摂取しない	1日を超えて与えられた水分をほとんど摂取しない	14
検温	脈拍 （安静時）	55回/分以下 100回/分以上	50回/分以下 120回/分以上 リズム不整あり	
	体温	35.5°C以下 37.3°C以上	35°C以下 37.7°C以上	11
	呼吸	不規則	鼻翼･肩を用いた呼吸	
	血圧	いつもよりも低い いつもよりも高い	最高血圧が80mmHg以下 最高血圧が200mmHg以上	17, 11
排泄援助	便秘	2日排便なし 連続して下痢便である	3日以上排便なし 下痢が続き倦怠感がある	12 14
	排尿	残尿感･下腹部の張る感じ	2回または500ml/日以下	6
その他の援助	表情	いつもよりぼんやりしている	眠ったままで反応がほとんどない	
	動き	動きがいつもよりぎこちない	つまずく	11

IT介護機器により、個人別に警報の色表示（黄色、赤）がでて、リスク管理が容易となる。

第 5 章　IT 介護機器の開発　　（ジェロンテクノロジー研究会－2004 年 6 月 19 日広島－での渡辺智之らの発表から）

１．はじめに

介護現場にて多い事故や過誤には「転倒、転落」、「誤嚥、誤飲、異食」等食事の介護に関連するもの、「脱水、栄養障害」等全身状態および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、「誤薬」等による医療過誤、「オムツかぶれ、褥瘡」等の皮膚障害など実に多様であるが、介護者がこれらのリスク全てを防ぐことは困難である。特に特養では利用者の重度化が進み、医療ニースが高まっており、メディカルケアへの迅速かつ的確な対応が求められている。そこで、近年、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目的とした IT 機器を活用したシステム等が注目されつつある。本報告では、まず IT の有効性と効率的な使用方法の検証を実施し、蓄積されたデータからリスクマネジメント評価を行い、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ことを目的とする。

２．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った。今回、（社）小田原福祉会 高齢者総合福祉施設 潤生園および（社）泰生会 総合ケアセンター 泰生の里の協力を得た。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することにより、バーコード入力による介護支援システムを構築し、さらに、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。

３．結果

痴呆老人介護施設において、健康関連、看護関連、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（写真 1）。また、転倒、食事摂取量、排泄回数や発熱などに関する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（写真 2、3）。



写真１：バーコード入力による介護支援システム
(左上：バーコードリーダー、左下：無線アクセス:
イント、右：サーバー)



写真２：フローシート(グラフ表示)

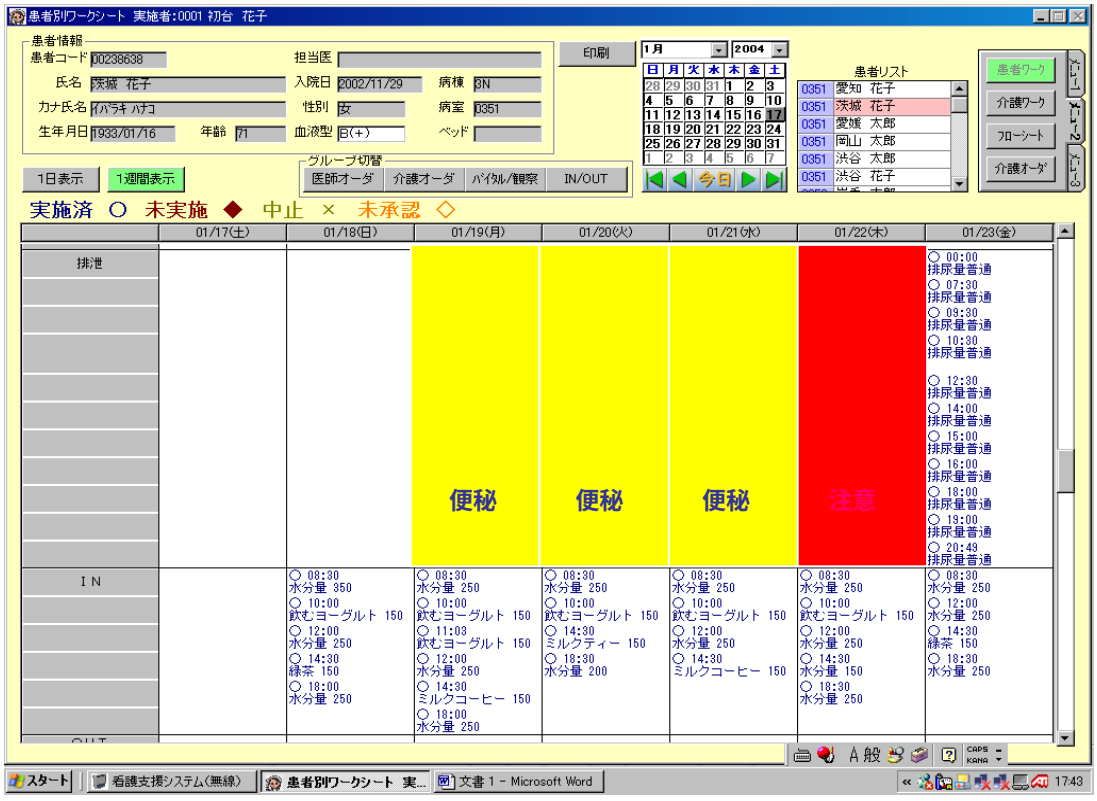


写真3：ウォーニング表示 イメージ（例えば、便
秘が3日続くと警告（「注意」）が表示される）

４．考察

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)]。そのため、高齢者の転倒を予測し、転倒しても大事に至らないための方策を考える上で、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。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（The Morse Fall Scale）[3] を用いて入所時に評価し、さらに 51 点以上の High Risk になった場合に警報マーク表示させることで、見落としなく転倒転落防止対策を講じることが可能になると思われる。また、食事摂取量や排泄回数、発熱などに応じて High Risk になった場合に自動に警告を表示することも可能となる。今後はこれらの警告を表示させる上での基準等を文献およびデータから決定させる必要がある。バーコードによる記録によって煩雑な入力作業が省かれ、誤記や記入漏れが少なくなるという利点がある。記録項目が多すぎるとそれに伴い、記録に必要なバーコードの数も増えため、どこまで記録項目を絞れるかが今後の課題であろう。

５．まとめ

本報告により、本介護支援システムの有効性および課題として、1) 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およびチェックしていく機能が必要である。2) IT 介護機器の機能により予知、予測を行い、予防や危険回避へ誘導する。3) 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。4) 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。5) 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。6) 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必要がある、などが挙げられる。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。今後は、蓄積されたデータの統合グラフによる転倒、食事摂取量、排泄回数および発熱等の分析結果から、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へと発展させたい。

本報告は、高齢者痴呆介護研究・研修大府センターにおける平成 15 年度老人保健健康増進等事業による研究報告「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事業」の一環として実施した。

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・三センター共同研究事業「痴呆ケアにおけるリスクマネージメント」に関する研究, 12-47, 2003
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,Vol.68, No.1, 10-18, 2004

3) Morse JM, Morse RM, Tylko SJ: “Development of scale to identify the fall-prone patient”, Canadian Jounal on Aging, Vol.8, No.4, 366-367, 1989

第６章　参考文献の一覧

１．虚弱老人支援施設に居住する高齢者の、栄養の状態、幸福度、機能的能力
Nutritional status, well-being and functional ability in frail elderly service flat residents.
Odlund Olin A. Koochek A. Ljungqvist O. Cederholm T.
European Journal of Clinical Nutrition. 59(2):263-70, 2005 Feb.

２．老人病院の外来患者の女性の、体力、移動性、転倒についての提言
Strength, mobility and falling in women referred to a geriatric outpatient clinic.
Janssen HC. Samson MM. Meeuwsen IB. Duursma SA. Verhaar HJ.
Aging-Clinical & Experimental Research. 16(2):122-5, 2004 Apr.

３．３つの医学グループでの、ハイリクスな高齢者の事故予防管理の成果：無作為にされた臨床試験
Outcomes of preventive case management among high-risk elderly in three medical groups: a randomized clinical trial.
Newcomer R. Maravilla V. Faculjak P. Graves MT.
Evaluation & the Health Professions. 27(4):323-48, 2004 Dec.

４．全体的に標準化された老年病の評価から、操作できる虚弱の指標
Operationalizing a frailty index from a standardized comprehensive geriatric assessment.
Jones DM. Song X. Rockwood K.
Journal of the American Geriatrics Society. 52(11):1929-33, 2004 Nov.

５．個々の虚弱な高齢者に対する、管理された短期/長期の治療プログラムでのリスク調整の変化による結果
Variations in risk-adjusted outcomes in a managed acute/long-term care program for frail elderly individuals.
Mukamel DB. Peterson DR. Bajorska A. Temkin-Greener H. Kunitz S. Gross D. Williams TF.
International Journal for Quality in Health Care. 16(4):293-301, 2004 Aug.

６．包括的な老年病医学
Comprehensive geriatric medicine. [日本語]
Endo H.
Nippon Ronen Igakkai Zasshi - Japanese Journal of Geriatrics. 41(4):375-7, 2004 Jul.

７．老人ホームでの虚弱な高齢者の転倒予防：ケース・マネージメントへの試み（１）
Fall prevention in frail elderly nursing home residents: a challenge to case management: part I.
Theodos P.
Lippincott's Case Management. 8(6):246-51, 2003 Nov-Dec.

８．老人ホームでの虚弱な高齢者の転倒予防：ケース・マネージメントへの試み（２）
Fall prevention in frail elderly nursing home residents: a challenge to case management: part II.
Theodos P.
Lippincott's Case Management. 9(1):32-44, 2004 Jan-Feb.

９．施設の虚弱な高齢者に対する転倒のリスク指標
Risk indicators for falls in institutionalized frail elderly.
Kron M. Loy S. Sturm E. Nikolaus T. Becker C.
American Journal of Epidemiology. 158(7):645-53, 2003 Oct 1.

10. 虚弱な高齢者での、栄養上のリスクと転倒の関連について
The association between nutritional risk and falls among frail elderly.
Johnson CS.
Journal of Nutrition, Health & Aging. 7(4):247-50, 2003.

11. 骨盤骨折した高齢者のリハビリ中の転倒への言及
Predictors of falls in elderly people during rehabilitation after hip fracture--who is at risk of a second one?.
Pils K. Neumann F. Meisner W. Schano W. Vavrovsky G. Van der Cammen TJ.
Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie. 36(1):16-22, 2003 Feb.

12. 急性脳卒中発作によって入院している患者での、肺炎の影響による死亡について
The effect of pneumonia on mortality among patients hospitalized for acute stroke.
Katzan IL. Cebul RD. Husak SH. Dawson NV. Baker DW.
Neurology. 60(4):620-5, 2003 Feb 25.

13. ヨーロッパでの地域ケア　高齢者へのホーム・ケア・プロジェクト（AdHOC）
Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC).
Carpenter. Gambassi G. Topinkova E. Schroll M. Finne-Soveri H. Henrard JC. Garms-Homolova V. Jonsson P. Frijters D. Ljunggren G. Sorbye LW. Wagner C. Onder G. Pedone C. Bernabei R.
Aging-Clinical & Experimental Research. 16(4):259-69, 2004 Aug.

14. 自宅訪問での、予防のための評価ツールの開発
Development of an assessment tool for preventive home visits. [日本語]
Yamada Y. Ikegami N.
Nippon Koshu Eisei Zasshi - Japanese Journal of Public Health. 51(6):424-31, 2004 Jun.

15. 認知が損なわれた私設療養院の患者の痛みでの、最小のデータセット評価の妥当性
The adequacy of the minimum data set assessment of pain in cognitively impaired nursing home residents.
Cohen-Mansfield J.
Journal of Pain & Symptom Management. 27(4):343-51, 2004 Apr.

16. 方策と実施の通知をする包括的な臨床の評価ツール：最小のデータセット・アプリケーション
A comprehensive clinical assessment tool to inform policy and practice: applications of the minimum data set.
Mor V.
Medical Care. 42(4 Suppl):III50-9, 2004 Apr.

17. 評定ツール改訳研究
An assessment tool translation study.
Buchanan JL. Andres PL. Haley SM. Paddock SM. Zaslavsky AM.
Health Care Financing Review. 24(3):45-60, 2003.

18. 国家の移動性医療ケアの調査：2001 年の概要
National Ambulatory Medical Care Survey: 2001 Summary.
Hing E, Middleton K.
U.S. Department of Health and Human Services, 2003 Aug 5;(338):1-26

19. 臨床疫学　EBM 実施のための必須知識
Clinical Epidemiology: The Essentials
Robert H. Fletcher, Suzanne W. Fletcher, W, Edward H. Wagner
Lippincott Williams & Wilkins, 1988

20. 評価標準システム　よりよいケアプラン作成のために
東京都福祉局編
財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団, 2004 年

21. 医療・介護の産業分析
国立社会保障・人口問題研究所編
東京大学出版会, 2000 年

22. 医療をより安全に：患者安全に関する医療行為のエビデンス評価
Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices
Robert M. Wachter, Kathryn M. McDonald, Kaveh G. Shojania, Bradford W. Duncan, Amy J. Markowitz
Prepared for: Agency for Healthcare Research and Quality, Contract No. 290-97-0013
http://www.ahcpr.gov/clinic/ptsafety/

23. 介護リスクマネジメント－サービスの質の向上と信頼関係の構築のために－
増田　雅暢、菊池　馨実
旬報社、2003 年 4 月

第７章　参考文献の抄録

１．虚弱老人支援施設に居住する高齢者の、栄養の状態、幸福度、機能的能力

Nutritional status, well-being and functional ability in frail elderly service flat residents.

Odlund Olin A. Koochek A. Ljungqvist O. Cederholm T.

Division of Surgery, Centre for Surgical Sciences, Karolinska Institutet, Karolinska University Hospital, Huddinge, Stockholm, Sweden. ann.odlund.olin@cdss.ki.se

European Journal of Clinical Nutrition. 59(2):263-70, 2005 Feb.

目的：支援施設に居住する高齢者の、認知、健康、機能的能力、栄養の摂取と栄養状態の関係についての調査

計画：横断的・縦断的な研究

場所：市営される 2 つの福祉施設

被験者：市営の福祉施設で、79-90 歳（中央値 85.5）の合計 80 人の居住者を対象とした。その１年後に、35 人の居住者に再試験をおこなった。

方法：簡易な栄養評価（MNA)、簡単な携帯用の精神状態アンケート、機能的評価、健康評価を使用して、栄養、認知、日常生活動作（ADL）の機能、幸福度をそれぞれ評価した。

結果：全ての調査で、福祉施設の病弱で慢性的な病気の居住者の 30 パーセントは栄養不良と評価され、また 59 パーセントが栄養不良の危険があった。栄養不良の居住者は、認知の状態、幸福度、低い機能的能力の不良がみられ、彼らは日常的な支援を、それ以外の人よりも特に必要としていた。栄養不良や栄養失調の危険のあるグループの居住者で、比較的栄養不良に分類された５人の被験者は、１年後の再調査において、体重が中央値よりも 9.6 キログラム（-11.0 から+7.3 キログラムの範囲）と、顕著に低くかった。

結論：10 人の居住者のうち９人が、幸福度、認知、機能的能力の低下と切迫した栄養上の問題が関係していると評価された。栄養不良の居住者は、１年間で深刻な体重の減少がみられた。介護福祉施設の居住者の、体重の減少と栄養に関わる機能障害の防止または治療について、明らかにする研究が必要である。

２．老人病院の外来患者の女性の、体力、移動性、転倒についての提言

Strength, mobility and falling in women referred to a geriatric outpatient clinic.

Janssen HC. Samson MM. Meeuwsen IB. Duursma SA. Verhaar HJ.
Department of Geriatric Medicine, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands. hennie.janssen@home.nl

Aging-Clinical & Experimental Research. 16(2):122-5, 2004 Apr.

背景と目的：虚弱な高齢者の、多因子性の病因による移動性の損害と転倒について。筋肉の減退は危険因子のひとつであり、関連性が指摘される。本研究の目的は、高齢の通院患者のいる病院を参照して、転倒する女性への有効な移動性の補助と指標を決定することである。
方法：'Get-Up-and-Go'テスト（TGUG）と Coopertest 改訂版（COOP）を用いて移動性を評価する。過去の転倒の評価と、動力測定法を用いた膝の伸長力の測定。運動の習慣を、高齢者を対象とした質問紙を用いて示す。身長、体重、健康状態、服用薬についても記録した。
結果：膝の伸長力と運動の習慣は家事の影響が見られた。年齢、全ての治療状態、心臓疾患の存在はモデルとの間に有意差は認められなかった。膝の伸長力が低いグループの女性は、高い女性と比較して、転倒の恐れが非常に高かった。
結論：高齢者の通院している病院での、膝の伸長力は女性の移動性と転倒に強く影響する。家事の従事の軽減化は、移動性の機能に対して独自に関連させなくてはならない。

３．３つの医学グループでの、ハイリクスな高齢者の事故予防管理の成果：無作為にされた臨床試験

Outcomes of preventive case management among high-risk elderly in three medical groups: a randomized clinical trial.

Newcomer R. Maravilla V. Faculjak P. Graves MT.

University of California, San Francisco, San Francisco, CA 94118, USA. rjn@itsa.ucsf.edu

Evaluation & the Health Professions. 27(4):323-48, 2004 Dec.

事故防止の管理は、パシフィケアの安全保証医療機関で、老年病と認定された患者の初期治療の補完を目的として、サンディエゴのシャープ・ヘルスケアを実施した。本研究は、現在の患者の 12 ヶ月間の調査の結果である。計画では、１年間の質問紙調査、面接調査、病気についての解説、自己管理支援などの特色がある。無作為抽出による対象（n= 1,537）と、標本抽出の患者（n= 1,542）に対し、12 ヶ月間の追跡調査をおこなった。結果、心身の健康状態は；病院、緊急救命室、私設療養院；入院患者を滞在させている人々の在院日数と費用；初期治療での医師の診察を示した。シャープ・ヘルスケア・システムと、質問紙調査から得られたデータを利用した。主効果で統計的に有意差は認められなかったが、私設療養院への入院の恐らく半分は、統制群の治療管理されている被験者の３人よりも、日常生活の活動制限がある

４．全体的に標準化された老年病の評価から、操作できる虚弱の指標

Operationalizing a frailty index from a standardized comprehensive geriatric assessment.

Jones DM. Song X. Rockwood K.
Faculty of Medicine, Memorial University, St. John's, Newfoundland, Canada.

Journal of the American Geriatrics Society. 52(11):1929-33, 2004 Nov.

目的：老年病専門医が基本的な手順で使用している包括的な老年病評価（CGA）方法を、臨床場面で機能的で実用的な、虚弱の指標（FI）の構成と評価をする
方法：専門的な高齢者の移動性の評価チームによる、無作為と制御との、３ヶ月間の分析。
場所：ノヴァスコシアの農村。参加者は彼らの自宅で調査した。
参加者：虚弱な高齢者で、独立群は 92 名、制御群は 77 名とした。
測定：損傷、障害、重度の併存疾患による評価は、虚弱の指標（FI-CGA）として評価して、CGA を標準化した。FI-CGA は、虚弱の３つのレベルに評価して階層化した。参加者は 12 ヶ月間の追跡をされ、危険な結果（体系化、死亡率ともに早急に）を予測する指標を決定した。
結果：虚弱の３つのレベルは、軽度（FI-CGA 0-7）、中程度（I-CGA 7-13）、重度（FI-CGA>13）とした。人口統計・社会的な特色は参加者グループと類似していたが、重度の虚弱は不良な機能（r=0.55）と精神的な状態（r=0.33）に関連がみられた。中程度と重度の虚弱は、軽度の虚弱と比べ深刻な結果となる危険がみられた。平均３ヶ月の評価では、虚弱グループ間に差は認められなかった。評価者間信頼性は 0.95。
結論：FI-CGA は将来の危険な結果のリスク階層化から、妥当性、信頼性、論理性のある、臨床での虚弱の測定を可能にする。

５．個々の虚弱な高齢者に対する、管理された短期/長期の治療プログラムでのリスク調整の変化による結果

Variations in risk-adjusted outcomes in a managed acute/long-term care program for frail elderly individuals.

Mukamel DB. Peterson DR. Bajorska A. Temkin-Greener H. Kunitz S. Gross D. Williams TF.

University of California, Department of Medicine, Irvine, USA. dmukamel@uci.edu

International Journal for Quality in Health Care. 16(4):293-301, 2004 Aug.

目的：虚弱、加齢、共同の居住に管理登録された人数、急性の病気、長期の治療プログラムなどによって、リスク調整された健康結果に基づく、３つのパフォーマンス特性の測定の発展と調査。

方法：経済状態、健康、機能、認知状態、診察、治療についての情報をそれぞれのレベルの記録を包括的に管理されたデータセットで、回帰分析をおこなった。個々のリスク要因と施設プログラムの変数指標のモデルをそれぞれ登録した。彼らのリスク調整の結果のパフォーマンスとパフォーマンス特性の測定の調査を基にランク付けされた。

場所：共同の居住での機能性と認知性の低下した高齢者の人々を対象とした施設で、資金頭割りの老人国民医療保障と低所得者医療保障の支払いがされていて、私設療養院として認可され、初期の準備、短期と長期のケアサービスがなされ、高齢者のケアの全てを包括したプログラム（PACE）がおこなわれている 28 の施設。

参加者： 1998 年１月１日から 1999 年 12 月 31 日の間に、3,138 名を新規に登録した。平均年齢は 78 歳で、27 パーセントは男性で、50 パーセントが認知症と診断され、おおよそ４項目の日常生活の活動制限と 7.4 項目の機器を用いての日常生活の活動制限がされていた。

主効果の測定：リスク調整のモデル、施設でのパフォーマンスのランク付け、パフォーマンスのランク間での相関。

結果：移動性、機能状態の変化、健康状態の自己評価のリスク調整モデルを示した。我々は、パフォーマンスサイトにわたって重要な変化を明らかにした。

結論：結果の変化は、彼らの習慣の最善の成果から、学習によるパフォーマンスによって施設の改善が可能であると提言する。今後の調査は、最善の成果から導かれた、パフォーマンスケアの確認が要求される。

６．包括的な老年病医学

Comprehensive geriatric medicine. [日本語]

Endo H.

National Center for Gemiatrics and Gerontology, Department of Comprehensive Geriatric Medicine, Divectorf.

Nippon Ronen Igakkai Zasshi - Japanese Journal of Geriatrics. 41(4):375-7, 2004 Jul.

本論文は、高齢者に対する新たな治療システムを明らかにし、老年病学と治療の標準化について記述されている。老年病の評価とチーム・アプローチによる理解から、老年病学と老年病ケアの２つの重要な構成がある。しかし、この様な研究は、老年病の治療でおこなうのは、難しいとされている。本研究の目的は、老年病の包括的な評価（CGA）とチーム・アプローチの有用性を明らかにすることである。そして、調査の目的は、老人医療と高齢患者の治療の標準化と、専門的な組織の編成である。地域の高齢者の QOL の研究もおこなった。本研究では SF36 スケールを使用した。認知症の高齢者と健康な高齢者の QOL を比較した。QOL は、SPSS を用いて統計分析した。QOL で身体的な機能と体力の項目の低下は、健康な人々よりも、認知症の高齢者で確認された。しかし、全体的な主観の健康は、地域の健康な人よりも、認知症の高齢者の方が良かった。また、病院での試験による、認知症の分析手法を作成した。結果から、分析手法は病院でのチーム・アプローチと、治療過程の基準の重要性を明らかにした。それらは、薬学、治療に役立つとともに、それらを統合することができる。Dr. Murashima と彼女のグループは、長期入院してる高齢患者のリスク要因の選出によって、新たなチェックリストを発展させた。そして、彼女らは評価とチーム・アプローチを用いて、排泄支援グループの効果についての研究をおこなった。この編成は、高齢患者のホーム・ケア支援に対して良い機能といえる。最後に、記載した治療の基礎は、高齢患者のケアにとても重要である。しかし、裏付けされた医療による、高齢患者のための薬に関する研究が足りなかった。結論として、老年病学の標準化、CGA の虚弱な高齢者支援への利用性、チーム会議によるスタッフコミュニケーションでのよいチーム・アプローチが示された。

７．老人ホームでの虚弱な高齢者の転倒予防：ケース・マネージメントへの試み（１）
Fall prevention in frail elderly nursing home residents: a challenge to case management: part I.
Theodos P.
Victory Memorial Hospital, Waukegan, IL, USA. lptheodos@juno.com
Lippincott's Case Management. 8(6):246-51, 2003 Nov-Dec.

８．老人ホームでの虚弱な高齢者の転倒予防：ケース・マネージメントへの試み（２）
Fall prevention in frail elderly nursing home residents: a challenge to case management: part II.
Theodos P.
Victory Memorial Hospital, Waukegan, Illinois, USA. lptheodos@juno.com
Lippincott's Case Management. 9(1):32-44, 2004 Jan-Feb.

研究のパートⅠとⅡは、私設療養院の入居者の転倒事故で、転倒予防プログラムの影響を検査した。診察、治療、転倒の予防評価は、転倒事故の減少と怪我をしやすい人々の QOL 向上を求め、高いリスクが確認される私設療養院の入居者で使用すべきであると指摘された。このプログラムは入院患者が直面する、内的と外的のリスク減少に有効である。プログラムの有効性は、プログラムを実行した後の転倒が発生した割合の変化の調査によって評価された。結果は、多要因のプログラムは、多様な個々人の問題の解決に役立ち、（身体的・心理的な複雑な問題による）虚弱な私設療養院の入居者の転倒の割合を減少させ、虚弱な人々に対して筋肉の補強が有効であることを証明した。プログラム結果、ケース・マネージメントによって高齢者の独立と安全が向上し、私設療養院の虚弱な高齢者の QOL に影響し、活動しないことから生じる問題の発生を引き延ばすことが証明された。パートⅠは、転倒問題と転倒発生に影響する要因についての背景と過程を論じた。パートⅡは、学際的なチーム・アプローチによる評価、方法、有効な転倒防止策に必要な手段を検討した。

９．施設の虚弱な高齢者に対する転倒のリスク指標

Risk indicators for falls in institutionalized frail elderly.

Kron M. Loy S. Sturm E. Nikolaus T. Becker C.
Department of Biometry and Medical Documentation, Universitat Ulm, Ulm, Germany.

American Journal of Epidemiology. 158(7):645-53, 2003 Oct 1.

本研究は、ドイツ南部の施設にいる虚弱な高齢者をサンプルとし、事前に転倒の危険を示すことを目的とする。方法は、１年間の観察による研究である（1998 年 10 月から 1999 年９月）。被験者は、長期の治療患者 472 名で、平均年齢は 84 歳で、77 パーセントが女性であった。転倒事故のリスク防止は、ロジスティック回帰分析で検討した。転倒する患者の比率は、年間で 1,000 の居住者あたり、2,558 の割合であった。多重ロジスティック回帰分析から、短期記憶の低下、移動の補助、尿失禁、過去の転倒経験、身体的な拘束に、転倒の前兆が認められた。さらに、ロジスティック回帰分析から、うつ病の兆候、移動の補助、尿失禁、過去の転倒経験は、常習的な転倒と相関が見られた。リスク指標の選定は、看護スタッフが簡単に転倒リスクの管理と使用ができるものにした。研究の結果、尿失禁、認知の減退、補助機器の使用、軽度のうつ病（下降）、移動性の低下などの、事前に修正できる転倒のリスク要因を明らかとした。ただし、転倒経験からは、居住者の転倒リスクを予測できないことが示された。

10. 虚弱な高齢者での、栄養上のリスクと転倒の関連について

The association between nutritional risk and falls among frail elderly.

Johnson CS.
School of Nutrition and Dietetics, Acadia University, Wolfville, Nova Scotia B4P 1H8, Canada. shanthi.johnson@acadiau.ca

Journal of Nutrition, Health & Aging. 7(4):247-50, 2003.

目的：虚弱な高齢者に対して、栄養上のリスクと転倒の関連を検討した。
方法：本研究には、98 名の虚弱な高齢者が参加し、平均年齢は 82 歳であった。質問紙調査を基に、転倒経験、栄養上のリスク評価チェックリスト、身体的なバランスの要因、手足の筋力の低下、移動と持久力の機能、心理的な変化を測定した。
結果：おおよそ 31 パーセントの参加者は、転倒で損害を受けていた。転倒する人と転倒しない人の年齢、自己報告による健康問題、治療の薬物使用などに、差はみられなかった。しかしながら、転倒する人は、転倒しない人に比べ、栄養上のリスクレベルが高く、身体的・心理的に幸福度が低くかった。回帰分析の示した栄養上のリスクレベルは、転倒の決定要因である足の筋力とバランスに有意な影響がみられた。
結論：栄養上のリスクレベルは転倒と関連するものの、さらなる調査によって、因果関係を明らかにし、転倒防止のための有効な栄養上の改善をする必要がある

11. 骨盤骨折した高齢者のリハビリ中の転倒への言及

Predictors of falls in elderly people during rehabilitation after hip fracture--who is at risk of a second one?.

Pils K. Neumann F. Meisner W. Schano W. Vavrovsky G. Van der Cammen TJ.
SMZ-Sophienspital, Institut fur Physikalische Medizin und Rehabilitation, Apollogasse 19, 1070 Vienna, Austria.

Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie. 36(1):16-22, 2003 Feb.

背景：高齢者の転倒は一般的に虚弱の結果によるもので、加齢とともに転倒のリスク要因は増加する。しかし、腰の骨折した、転倒の危険のある患者に関する研究は不足している。したがって、高いリスクの人々に対する転倒の危険要因の評価は関心をもたれる（例、大腿骨を骨折した後の、リハビリ中の患者など)。
方法：リハビリテーション施設にかかっている、大腿骨を骨折し、外科治療を受けた後に多面的な診察と評価をされた 935 名の患者を対象とした。リハビリテーション施設滞在中の転倒を記録した。基礎的なデータは、転倒する人と転倒しない人を比較した。
結果：リハビリ中の患者の、11.8 パーセントで転倒がみられた。転倒に関連するリスク要因は、加齢、性差、診察のタイプ、歩行車の使用、夜間の尿失禁であった。転倒のリスクは、リハビリの２週目の中間で増加し、転倒する患者は移動性と歩行の能力が回復しているが、まだ十分安全でないときに増加した。
解説：転倒の予測のためのリスク・プロフィールを構成することは可能であった。「端的な転倒リスク」により、将来の骨折を防ぐため、保護する機器や特別な訓練プログラムの選択をすべきだと確認された。外科治療よりも、高価な腰骨全体の関節形成手続きの方が、長期的にみると費用効率がよいといえる点は、特に興味深い。

12. 急性脳卒中発作によって入院している患者での、肺炎の影響による死亡について

The effect of pneumonia on mortality among patients hospitalized for acute stroke.

Katzan IL. Cebul RD. Husak SH. Dawson NV. Baker DW.
Center for Health Care Research & Policy, Case Western Reserve University at MetroHealth Medical Center, Cleveland, OH 44109-1998, USA. ikatzan@metrohealth.org

Neurology. 60(4):620-5, 2003 Feb 25.

目的:急性脳卒中発作による入院患者を対象とした､肺炎による 30 日間での死亡率の調査。
方法：初期群の被験者は、1991 年から 1997 年までに、ケープランドの 29 の病院で、老人医療保障制度に認定された患者 14,293 名である｡30 日間での肺炎による死亡率に関連するリスク（RR）は、死亡または入院してから 3 日以内の患者を除外した後の群（n= 11.286）で決定した。臨床のデータは抽出した図表から収集し、老人医療保障の供給の分析と 30 日間の死者の報告書を統合した。死亡予測モデル（c-統計値= 0.78）と肺炎の傾向得点（c-統計値= 0.83）は、ロジスティック回帰分析でのリスク調整に使用された。
結果：肺炎は、全ての患者に 6.9 パーセントの相関がみられ（n= 985)、選別後の群で 5.6 パーセントの相関がみられた（n= 635)。肺炎の割合は、一般的な虚弱の特徴のある患者で高かった。肺炎患者は、それ以外と比べ、30 日間の死亡率は 6 倍と高かった（26.9 パーセントと 4.4 パーセント、p < 0.001)。厳重な病院への入院と肺炎の傾向によって調整された後、30 日間での肺炎による死亡の関連リスクは 2.99（95 パーセント CI 2.44 to 3.66）で、リスクが引き起こされる人は 10.0 パーセントであった。
結論：広範囲の地域全体の研究成果から、肺炎にかかると 30 日間の死亡率のリスクが 3 倍に増加したことから、肺炎患者のリスクを特定し、減少するようにしなくてはならない。

13. ヨーロッパでの地域ケア　高齢者へのホーム・ケア・プロジェクト（AdHOC）

Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC).

Carpenter. Gambassi G. Topinkova E. Schroll M. Finne-Soveri H. Henrard JC. Garms-Homolova V. Jonsson P. Frijters D. Ljunggren G. Sorbye LW. Wagner C. Onder G. Pedone C. Bernabei R.

Centre for Health Services Studies, University of Kent, United Kingdom. G.I.Carpenter@kent.ac.uk

Aging-Clinical & Experimental Research. 16(4):259-69, 2004 Aug.

背景と目的：高齢者のための地域ケアは、病院や長期ケアで選択され、ほとんどの欧州諸国で劇的に増加している。同時に、それらは科学的根拠に基づく医療として急速に拡大し、専門的な研究から離れ、自宅への訪問や自宅での治療（地域から、彼らの自宅へ専門家の訪問や病院のサービスが供給される）となり、彼らの公の治療のために提供される最善の成果で、地域ケアサービスや組織のサービスを受ける人の特性を考慮したものである。AdHOC の研究は、11 の欧州諸国にわたって、地域ケアで使用される異なるモデルのサービスの構成比較と、包括的に標準化された評価方法による成果を比較する。本論文は、研究と基礎データについて説明する。

方法：それぞれの国で選出された都市で、すでに在宅介護サービスを受けている 65 歳以上の 4,500 人を無作為に抽出した。300 を超える項目を含む、MDS-HC ツールで、社会-人口統計学、医学的診断と薬物療法と同様に、患者は身体と認知の特性を受診などから評価された。これらのデータは、サービス構成とサービスの利用、病院と長期ケアでの使用も含めて、情報がつながるよう設定された。基本的な評価の後、患者は６ヶ月後、そして１年後に、短縮されたバージョンのツールで再評価された。データ収集は、専門的な訓練をされた人によって実施された。本研究は、社会-人口統計、身体的・認知的な機能、自宅での公的なケアの提供などを、国家間のベースラインで比較しました。

結果：最終的な研究のサンプルは 3,785 名の患者でした；平均年齢は 82±7.2 歳、74.2 パーセントは女性。結婚と生活状態は、北欧の国と比較して、南ヨーロッパで仲の良い家族関係に反映していた。そこでは５倍の患者が一人暮らしをしていた。フランスとイタリアの地域ケアの受診者は、北ヨーロッパの人々と比較して、非常に高い身体的・認知的な減退の特徴がみられ、彼らは比較的、日常生活の活動と認知機能で少しの減退がみられた。多様で広大な領地内の人々への公的ケア、そしてイタリアの２倍の以上の UK の領地内での小さな公的ケアを供給する。

結論：全体を一般的に標準化された評価ツールを使用した AdHOC 研究は、ヨーロッパの国々や広大な組織などの地域ケアサービスでの高齢の受診者の調査としてユニークなツールとされた。広大な領地内と時間の差異のケアは、今後の研究によって構造、質、地域ケアの目標に基づいた証拠から検討され、それは幅広い手法として活用される。

14. 自宅訪問での、予防のための評価ツールの開発

Development of an assessment tool for preventive home visits. [日本語]

Yamada Y. Ikegami N.

Health Policy and Management School of Medicine, Keio University.

Nippon Koshu Eisei Zasshi - Japanese Journal of Public Health. 51(6):424-31, 2004 Jun.

目的：自宅訪問予防のための、最小のデータセット・ホーム・ケア（MDS-HC）の新たなバージョンを開発する。

方法：保健師（PHNs）は、地域にいる独立している ADL と独立していない IADL の高齢者を訪問し、MDS-HC を３ヶ月間使用した。PHNs の３回目の訪問（n= 217）による形式の評価と訪問の記録文書と、３回から５回の訪問（n= 163）による評価形式の利用を分析した。予防自宅訪問のための適切な評価項目は、特定の問題の頻度、観察された変化、必要な空間を、PHNs によって特性をフォローアップした。これらの項目は、感度と領域を特定する特異性のフォローアップによって評価された。

結果：53 の評価項目は、特定の問題と観察された変化の頻度を基に選ばれた。36 の追加項目が、24 の領域の特性の頻度のフォローアップに必要であった。合計で、247 中 89 の独自の項目は、MDS-HC の予防バージョンに適切であるとされた。24 の問題領域を検出する新しいバージョンの感度は、オリジナルと同じであるか、より高い結果を示した。

結論：MDS-HC の予防バージョンは３分の１の項目がオリジナルで、適切に領域を検出するためのフォローアップが必要である。このツールの使用によって、予防健康訪問がより系統的なアプローチになるといえる。

15. 認知が損なわれた私設療養院の患者の痛みでの、最小のデータセット評価の妥当性

The adequacy of the minimum data set assessment of pain in cognitively impaired nursing home residents.

Cohen-Mansfield J.

Department of Health Care Sciences and of Prevention and Community Health, George Washington University Medical Center and School of Public Health, Washington, District of Columbia, USA.

Journal of Pain & Symptom Management. 27(4):343-51, 2004 Apr.

本論文は、認知が損なわれた私設療養院の患者が認識する苦痛から、最小のデータセット（MDS）の妥当性、多くの合衆国私設療養院で使用されている包括的な機能評価を調査する。研究には、80 人の私設療養院の入居者が参加した。はじめに、認知の低下が重度と中度/軽度、痛み止めの服用と非服用の２次元から、４つのグループに分けられた。MDS から：痛みの頻度、痛みの強度、痛みの場所の数の、3 つの痛みの指標を抽出した。私設療養院を老人学外から、入居者の身体的な状態と彼らの痛みのレベルを交えて評価した。居住者は、彼らの痛みのレベルに関して報告するように教示した。3 つの MDS 指標で、強い相関がみられた。指標によると、34 から 39 パーセントの入居者が痛みに苦しんでいた。痛みの自己報告と、MDS の評価は認知低下の中程度/軽度で、いくつかの有意な相関がみられたが、認知低下が重度の群ではみられなかった。同様に、MDS の評価と、老人学上の認知低下の中程度/軽度という評価の間に有意な相関がみられたが、認知低下が重度の群ではみられなかった。認知の低下が中程度/軽度の人は、MDS で認知の低下が重度の人よりも痛みを感じていると評価された。調査の結果、MDS が認知の低下した居住者の痛みを過少に報告することが明らかとなった。長期治療における臨床の意志決定のためのツールとしてのアメリカの MDS の役割を考慮して、MDS の痛みの評価ツールの早急な改善か、手順を完成させる必要がある。

16. 方策と実施の通知をする包括的な臨床の評価ツール：最小のデータセット・アプリケーション

A comprehensive clinical assessment tool to inform policy and practice: applications of the minimum data set.

Mor V.

Department of Community Health and Center for Gerontology and Health Care Research, Brown University School of Medicine, Providence, Rhode Island 02192, USA. vincent_mor@brown.edu

Medical Care. 42(4 Suppl):III50-9, 2004 Apr.

私設療養院（NH）患者のための最小のデータセット（MDS）の評価、高齢者の機能状態、必要なケアを評価するデザイン、臨床訓練に必要な情報の例は、それらの調査と一致する。発行された文献のレビューを基礎とし、本論文は MDS を発展させ、信頼性と妥当性を検討し、異なる多様な方策と調査を用いて適用させる。MDS の概要スケールの項目の評価者間信頼性と内部の一貫性は、全体的に非常に良い。追試の研究でも、より変化しやすい視覚、痛み、感情、行動のスケールの結果と、認知、日常の活動性、診断の調査の質が良く一致していることが明らかにされた。これまで、どんなに一貫した証拠も、ケース・ミックス補償での MDS データの妥当性と、質的な指標のモニタリングの系統的なデータが偏っていた。多様な施設での質的データは、いくつかの妥当性について妥協されてきたが、作成された臨床で治療計画を提供する MDS ツールは、例としてどのように臨床で評価手法を使用するかを示す、調査のための管理データベースと方策アプリケーションとして使用できる。

17. 評定ツール改訳研究

An assessment tool translation study.

Buchanan JL. Andres PL. Haley SM. Paddock SM. Zaslavsky AM.
Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, 180 Longwood Avenue, Boston, MA 02115, USA. buchanan@hcp.med.harvard.edu

Health Care Financing Review. 24(3):45-60, 2003.

立案者は、リハビリテーション施設の患者のための、新しく、多目的で、機能的な評価手法、事前-早急ケアの最小のデータセット（MDS-PAC)、先を予見し対応するシステム（PPS）に代わることを望んでいた。PPS デザインは、必要な治療の測定という負担につながる広いデータベースに必要であり、また PPS は機能的な独立測定（FIM）を用いて、老人医療健康保険制度病院の要望のデータベースとつながるように設計されている。MDS-PAC の項目から FIM の項目への的確な改訳は、公正な代わりを基としての交代を確実にすることが必要である。本論文は、改訳の効果と、立案者によって指摘された、いくつかの問題の解放を説明する。

18. 国家の移動性医療ケアの調査：2001 年の概要

National Ambulatory Medical Care Survey: 2001 Summary.

Hing E, Middleton K.

U.S. Department of Health and Human Services, 2003 Aug 5;(338):1-26

本研究は、1992 から 1997 年までの合衆国の内科医の病院での、通院と内科医の習慣特性を基礎として、患者の特性を提示します。このデータは、国家の移動性医療ケアの調査（NAMCS）によるものである。最も使われる医療薬の５種類は、心臓・腎臓薬、痛み止め、呼吸器の薬、ホルモン剤、中枢神経系の薬であった。殺菌薬の使用は、処方される割合が 1992 年から 2001 年の間に 45 パーセント減少した。中枢神経系の薬、新陳代謝の薬と栄養剤の両方またはいずれか、ホルモン剤は、相対的に増加した。

19. 臨床疫学　EBM 実施のための必須知識
Clinical Epidemiology: The Essentials
Robert H. Fletcher, Suzanne W. Fletcher, W, Edward H. Wagner
Lippincott Williams & Wilkins, 1988

1. 序論 2. 異常 3. 診断 4. 頻度 5. リスク 6. 予後 7. 治療 8. 予防 9. 偶然 10. 症例の研究 11. 原因 12. 統括

20. 評価標準システム　よりよいケアプラン作成のために
東京都福祉局編
財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団, 2004 年

第１部　評価標準システム－よりよいケアプラン作成のために－
　第１章　東京都ケアプラン評価標準システム
　第２章　評価表等の活用マニュアル
　第３章　参考資料
第２部　これまでの介護報酬見直しの考え方
第３部　介護支援専門員に役立つ法令通知

21. 医療・介護の産業分析
国立社会保障・人口問題研究所編
東京大学出版会, 2000 年

第１章　介護サービス産業の実態と課題
第２章　日本の病院における全要素生産性
第３章　介護サービス産業への公的介護保険導入の経済的帰結
第４章　福祉サービス供給における政府の役割－措置制度と国・地方の財政関係－
第５章　医療の産業組織とオーナーシップ
第６章　国立病院・療養所の再編成－医療サービスの民営化をめぐって－
第７章　福祉の市場化と最適規制－－公的介護保険への「準市場」的アプローチ－
第８章　独禁法上の私的独占と医療・介護サービス産業－パラマウントベット事件審決のケーススタディ
第９章　社会福祉法人と医療法人の統合について－法人の「公益性」と「営利性」から－
第１０章　福祉分野におけるディスクロージャー制度の構築について
第１１章　医療・介護サービス資源配分メカニズム

22. 医療をより安全に：患者安全に関する医療行為のエビデンス評価
Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices
Robert M. Wachter, Kathryn M. McDonald, Kaveh G. Shojania, Bradford W. Duncan, Amy J. Markowitz
Prepared for: Agency for Healthcare Research and Quality, Contract No. 290-97-0013
http://www.ahcpr.gov/clinic/ptsafety/

パート I　概要
パート II　患者安全の問題への対応と報告
パート III　患者安全の実践とその対象
パート IV　安全実践の推進と実施
パート V　実践の分析

23. 介護リスクマネジメント－サービスの質の向上と信頼関係の構築のために－
増田　雅暢、菊池　馨実
旬報社、2003 年 4 月

第 1 章　利用者の視点からみたリスクマネジメント
第 2 章　施設･事業者にとってのリスクマネジメント
第 3 章　賠償責任保険と介護リスクマネジメント
第 4 章　在宅介護現場に望まれるリスクマネジメント
第 5 章　民間居宅サービス事業者におけるリスクマネジメント
第 6 章　カリフォルニアにおける施設のリスクマネジメント
第 7 章　介護事故関連裁判例からみたリスクマネジメント
補 章

高齢者痴呆介護研究　～平成１６年度報告書～

平成１６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１７年５月
編　集：社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究・研修大府センター
〒474－0031　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

平成１６年度
老人保健健康増進等事業
による研究報告書

平成１６年度

三センター共同研究事業

＜痴呆ケアにおけるリスクマネージメントに関する研究＞

認知症介護研究・研修東京センター

認知症介護研究・研修仙台センター

認知症介護研究・研修大府センター

＜はじめに＞

病院・診療所などにおける事故（主として医療事故）と介護施設などにおける事故（主として介護事故）とを比較すると、本質的に異なる点と共通する点とがある。相異点は、前者が手術、点滴・注射などの薬物投与、検査の一部などの人体への直接侵襲との関連する点であり、共通する点は、転倒、転落、誤嚥、異食、入浴関連事故、徘徊関連事故、感染、などである。これら以外にも自殺、不審死、交通事故、盗難、家事、などがある。

病院・施設・家庭などでは、これらの事故を予測し、防止または回避すること、即ち,予防することは一番重要である。最近は、リスク・マネージメントといわれることが多い。これには、予防以外に、事故発生後の対応も入り、病人の立場に立った迅速で、誠実な対応が必須である。

防止策では、事故の情報収集・報告体制、安全対策マニュアルの作成と徹底、現場職員の意識改革、労働条件の改善、リスク・マネージメント教育、などであるが、何よりも、常に病人のことを個別に念頭においてケアをしていれば、大半の事故は、防止できると考えられる。即ち、職員の意識が問題である。

最近、身体拘束廃止が叫ばれていて、施設によっては、どんな場合も拘束をしないとしているが、これは行き過ぎの場合もあり、介護における一種のパターナリズムである。例えば、本人に未だ判断能力があり、自分で危険を感じて車椅子への固定を希望しているのに、それもしなくて転倒を招いたりすれば、これは人災である。また、妄想念慮で不安が強い場合、他人から隔離を希望することがあるが、この場合は、本人の同意書を得て、隔離するのが、自己決定権の尊重になる。このように、基本原則は、身体拘束廃止は当然のことであるが、あくまでも施設のモットーやスローガンよりも、「個別ケア」を最優先すべきである。

３センターの共通研究課題として取り組んで 3 年となり、一定の成果が上がった「認知症ケアにおけるリスク・マネージメン」を報告し、この結果が、広く関連機関・施設で利用されることを希望するものである。

最後に、リスク・マネージメントにおいても、ご本人の意思に沿った「個別ケア」の精神が重要であることを強調したい。

平成17年3月

認知症介護研究･研修大府センター

センター長　柴山　漠人

目　次

三センター共同研究事業を終えて‥‥‥

C) IT 介護機器を利用した情報管理に関する研究

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、永島　隆（(社福)潤生園)、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、小長谷陽子、柴山漠人（認知症介護研究・研修大府センター)、水野　裕（一宮市民病院今伊勢分院）
研究協力者　藤掛和広（名古屋大学)、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）

D) 認知症ケアにおけるリスクマネジメント～認知症の疾患別のリスク評価に関する研究～

主任研究者　伊苅弘之（医療法人さわらび会福祉村病院）
分担研究者　小阪憲司、山本孝之（医療法人さわらび会)、
研究協力者　山本淑子（医療法人さわらび会福祉村病院)、笠原祐子（医療法人さわらび会福祉村病院)、二村なつえ（医療法人さわらび会福祉村病院)、白井美代子（医療法人さわらび会福祉村病院)、柴田浩文（医療法人さわらび会福祉村病院）

E) 徘徊への対応の現状と課題

主任研究者　杉村公也（名古屋大学医学部保健学科）
分担研究者　田川義勝（名古屋大学医学部保健学科）
研究協力者　後藤真也（名古屋大学医学部保健学科）

F) 痴呆ケアにおけるリスクマネジメントに関する研究～AMPS による施設ケアのリスク判定～

主任研究者　杉村公也（名古屋大学医学部保健学科作業療法学専攻）
分担研究者　森　明子（名古屋大学医学部保健学科作業療法学専攻）
研究協力者　白石成明（小山田記念温泉病院）
安藤一也（介護老人保健施設ルミナス大府)、菱田　愛（介護老人保健施設ルミナス大府)、小酒部聡江（介護老人保健施設ルミナス大府)、縣　さおり（介護老人保健施設ルミナス大府)、小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター）

4）資料

大府センター報告書

認知症ケアにおけるリスクマネジメント
～認知症の疾患別のリスク評価に関する研究～

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）
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）
笠原　祐子　（医療法人さわらび会福祉村病院　看護師）
二村　なつえ（医療法人さわらび会福祉村病院　看護師）
白井　美代子（医療法人さわらび会福祉村病院　総介護士長）
柴田　浩文　（医療法人さわらび会福祉村病院　介護士）

A　研究目的

認知症高齢者にみられる行動障害は、本人が全く危険を自覚していないという点が特徴であり、危険なことである。これらの行動障害はしばしば致命的な事故につながり、生命の危機に及ぶこともある。認知症高齢者では、行動障害から発生する危険を回避するための対策やリスクマネジメントという問題はきわめて重要であり、認知症という特殊な病態から特別な管理体制が必要となる。認知症は疾病の種類や病状により行動障害の出現のパタンが異なるため、その疾患や病態にあわせた対策を立てることが必要となる。認知症高齢者が安全に快適に生活するための認知症介護の技術を確立するために研究を実施する。

B　研究方法

対象者は、福祉村病院入院中の認知症高齢者。病院全体では 10 看護介護単位に 487 名入院患者がいるが、すべて療養型医療施設である。226 名が 4 つの介護保険型の病棟にいるが、すべて閉鎖病棟となっている。残りの 261 名が医療保険型の療養型医療施設となる。医療保険型のうちの約 150 名分は開放の通常の病棟であるが、約 100 名は閉鎖病棟となっている。全体で 487 ベットのうち約 330 名分が閉鎖フロアーとなっている特殊な環境の療養型医療施設である。この中で、閉鎖病棟となっているフロアーが今回の対象のフロアーである。

対象患者の認知症の診断については、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）[1] 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。

今回のデータは平成 14 年度と 15 年度をまとめたものであり、全対象患者 456 名の平均年齢は 81.7±10.0（平均±標準偏差）、性別は男性 144 名で平均年齢 78.0±9.9（平均±標準偏差）、女性 312 名で平均年齢 83.4±9.6（平均±標準偏差）。CDR の平均は 2.77±0.50（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 156 名、歩行は可能であるが不安定で転倒が多いために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 183 名、終日ベット上生活であり車椅子にものれない患者（表 1 では ADL(c)と示す）が 117 名。

要介護度に関する数値は、平成 15 年度のみの研究で調査されたものであり、単年度のみのデータとなっており、昨年度報告された数値と全く同じとなっている。

表 1　対象患者

	人数	年齢（平均±標準偏差）	CDR（平均±標準偏差）	ADL（a）	ADL（b）	ADL（c）	要介護度（平均±標準偏差）
男性	144	78.0±9.9	2.65±0.58	59	60	25	4.00±1.03
女性	312	83.4±9.6	2.82±0.45	97	123	92	4.28±0.91
合計	456	81.7±10.0	2.77±0.50	156	183	117	4.21±0.95
要介護度（平均±標準偏差）				3.3±1.0	4.5±0.7	4.9±0.3	

対象者の疾患別の割合は、頻度の多い順に、アルツハイマー型痴呆症（認知症）266 名（59%）（内訳は、アルツハイマー病 55 名（12%）、アルツハイマー型老年期痴呆症（認知症）211 名（47%））、脳血管性痴呆症（認知症）83 名（18%）、びまん性レビー小体病 31 名（7%）、その他 70 名（16%）。表の右には、それぞれの疾患の ADL レベルを示した。今回の報告では次のように分類した。全く介助なく歩行している患者を ADL(a)、歩行は可能であるが不安定で転倒が多いために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もの患者を ADL(b)、終日ベット上生活であり車椅子にものれない患者を ADL(c)と示す。要介護度については、平成 15 年度の単年度のデータである。

表 2　対象患者の疾患(人)

	男性	女性	男女	割合	ADL（a）	ADL（b）	ADL（c）	要介護度
アルツハイマー型痴呆症	67	199	266	59%	114	90	62	4.18 ±0.91
アルツハイマー病	(19)	(36)	(55)	(12%)	(21)	(18)	(16)	4.50 ±0.84
アルツハイマー型老年期痴呆症	(48)	(163)	(211)	(47%)	(93)	(72)	(46)	4.08 ±0.91
脳血管性痴呆症	33	50	83	18%	10	43	30	4.61 ±0.80
びまん性レビー小体病	19	12	31	7%	7	20	4	4.2 7±0.83
その他	25	45	70	16%	25	30	15	
合計	144	306	450	100%	156	183	111	4.21 ±0.95

調査研究方法として、上記の 3 つの看護介護単位に勤務する看護師、介護師に対して各自の勤務した時間帯で危険な行動があったかどうかを調査票に記録して提出する。調査票は

今回の調査のために特別に作成したものを使用する。上記の 3 つの看護介護単位において、日勤（9 時より 18 時まで)、夜勤（18 時より 9 時まで）の 2 交代制であるので、各勤務帯で看護、介護の両部門において調査票の提出する担当者をあらかじめ勤務の前に決めておき、勤務の終了時点で提出する。記載する内容については、自分の経験したことばかりでなく、他のスタッフから聴いたことでもよいとして､どのようなことでも危険と感じた事を自由に記載する。1 回の勤務で最低 1 枚以上の調査票を提出する。1 回の勤務時間内に何も危険がないと感じた場合には、なにもなかったと記録して提出する。このような記載の仕方と提出について看護、介護スタッフに対して十分な説明をした上で実施する。調査用紙は各看護介護単位において 1 日の勤務で 4 枚以上となる。この調査を一定の期間連続して実施する。

C　研究結果

調査票の回収枚数は合計 1637 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 1015(62%)､無し 622(38%)。終日ベット上生活者が 41%をしめる医療保険フロアーでは､危険な行動有りは 125(29%)、無しが 300（71%)。終日ベット上生活者が 25%である介護保険フロアーでは、危険な行動有りの割合が 890（73%)、無しが 322（27%）であった。ベット上生活でない患者が多いフロアーからの報告が多かった。

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	890（73%）	125（29%）	1015（62%）
危険な行動無し	322（27%）	300（71%）	622（38%）
合計	1212（100%）	425（100%）	1637（100%）
患者一人当りの報告件数	3.93	2.08	

危険な行動がみられた報告の日勤と夜勤の勤務時間による差はなかった｡日勤帯での危険な行動有りは 479（61%)、無しは 306（39%）であり、夜勤帯での危険な行動有りは 534（66%)、無しは 275（34%）であった。

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	479（61%）	534（66%）
危険な行動の報告無し	306（39%）	275（34%）
	785（100%）	809（100%）

（日勤、夜勤の記入のないもの 43 枚）

危険な行動がみられた場所としては、多い順に、自室や他人の部屋 240（56%)、廊下 115（27%)、談話室 31（7%)、トイレ 15（3%)、その他（7%）であった（平成 15 年度報告)。

曜日別に、危険な行動の報告があった頻度を解析した。日曜日 161、月曜日 142、火曜日 135、水曜日 143、木曜日 131、金曜日 128、土曜日 174 であり、平日に比べて週末である土曜日と日曜日には危険な行動の報告が多かった。

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	161	142	135	143	131	128	174
問題ありの頻度	62%	65%	62%	66%	60%	56%	70%
問題なし報告	101	77	83	73	99	100	73
合計	263	219	218	216	230	228	247

ADL での違いを検討した。ADL(a)、(b)の患者は 1 人について平均 3.1 回、2.4 回の報告があるのに対して、ADL(c)の患者では 0.7 回の報告しかない。要介護度に関しては平成 15 年度に報告したものである。

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)	156	481（48%）	3.1 回（481／156）	3.49±0.84	3.32±0.95
ADL(b)	183	448（44%）	2.4 回（448／183）	4.21±0.72	4.47±0.70
ADL(c)	117	78（8%）	0.7 回（78／117）	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）

CDR については、危険な行動の報告があったもの全体の平均 2.92±0.28（平均±標準偏差）であり、全体の平均 2.77±0.50（平均±標準偏差）に比べて、CDR の得点の高いもの、すなわち認知症の重い者が多かった。

危険な行動をした人物の平均年齢は 81.5±8.5（平均±標準偏差）であり、全体の平均年齢 81.7±10.0（平均±標準偏差）と差はなかった。男性についての報告のべ 449 件で平均の年齢 79.7±8.2（平均±標準偏差)、女性についての報告のべ 559 件で平均の年齢 83.0±8.5（平均±標準偏差)。全対象者の男女の年齢が、男性平均年齢 78.0±9.9（平均±標準偏差)、女性平均年齢 83.4±9.6（平均±標準偏差）であることと比較すると、年齢による差はなかったが、男性に関する危険な行動の報告が半数近くを占め､男性の方が危険な行動をする頻度が高かった。一人当りの報告件数は、男性 3.1 回、女性 1.8 回であり男性の方が 2 倍近く多かった。

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	144	449	3.1	79.7±8.2	78.0 ±9.9	3.77±0.85	4.00±1.03
女性	312	559	1.8	83.0±8.5	83.4 ±9.6	4.05±0.87	4.28±0.91

危険な行動をした人物として解析をすると、のべ 1000 件以上の危険な行動の報告があったが、その中に 179 名（男性 65 名、女性 114 名）の名前があがる。対象者全員で 456 名であり 179 名は全体の 39%にあたる。39%の患者が 1 回以上の危険な行動をしたことになる。そのうちで 1 回だけの報告しかない患者が 46 名（男性 16 名、女性 30 名）であり、危険な行動をしたとして名前が上がった患者の 26%であった。逆に 10 回以上報告があった患者は 31 名（男性 16 名、女性 15 名）であり、危険な行動をしたとして名前が上がった患者の 17%を占めた。10 回以上報告があった患者では男性が多かった。10 回以上報告があった患者の疾患別の内訳は、アルツハイマー病 3 名（男性 2、女性 1)、アルツハイマー型老年期痴呆症（認知症）15 名（男性 5、女性 10)、脳血管性痴呆症（認知症）6 名（男性 3、女性 3)、びまん性レビー小体病 7 名（男性 6、女性 1）だった。

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	16	33	16	65	65／144（45%）
女性	30	69	15	114	114／312（37%）
合計	46	102	31	179	179／456（39%）

（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、多い順に、ベットや車椅子などからの転落の危険 215（21%)、暴力 191（19%)、転倒の危険 169（17%)、異食 67（6.6%)、徘徊に関するもの 65（6.4%）等であった。「暴力」では、患者の頭をたたいたり、スリッパを投げたり、車椅子ごと突き飛ばしたりなど、患者同士の喧嘩や暴力がアルツハイマー型痴呆症（認知症）に多く、看護や介護中にスタッフに対して突発するような暴力は脳血管性痴呆症（認知症）やびまん性レビー小体病に多かった。「徘徊に関するもの」としては、ただひとりで歩いているものは問題がないが、他の患者をむりやり手をつないで歩いていたり、オーバーテーブルを持って歩いていたり、椅子を押しながら徘徊したりというものなどであった。「転落転倒以外の怪我の危険」というのは、ベット上で寝ている他の患者の頭上でポータブルトイレの中のバケツを持っていたり、床頭台を持ち上げて自分のベットにのせていたり、ベット上にオーバーテーブルを持っていたり、採血をしようとしたら突然猛烈に動いたなどが含まれていた。

表 9　危険な行動の種類

	報告件数（%）
転落の危険	215（21%）
暴力	191（19%）
転倒の危険	169（17%）
異食	67（6.6%）
徘徊	65（6.4%）
転倒	45（4.4%）
転落	43（4.2%）
自分自身が怪我をする危険	35（3.5%）
他患に危害を与える危険	30（3.0%）
盗食	29（2.9%）
点滴などの自己抜去	25（2.4%）
その他	99（9.6%）
合計	1013（100%）

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（認知症）564（57%）、脳血管性痴呆症（認知症）199（20%）、びまん性レビー小体病 128（13%）、アルツハイマー病 32（3%）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（認知症）2.7 回、脳血管性痴呆症（認知症）2.4 回、アルツハイマー病 0.6 回、びまん性レビー小体病 4.1 回であった。

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	55	32（3.2%）	0.6 回（32／55）	3.73±0.80	4.58±0.84
アルツハイマー型老年期痴呆症	211	564（57%）	2.7 回（564／211）	3.85±0.84	4.08±0.91
脳血管性痴呆症	83	199（20%）	2.4 回（199／83）	4.41±0.95	4.61±0.80
びまん性レビー小体病	31	128（13%）	4.1 回（128／31）	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。

最初に、それぞれの危険な行動についての疾患別の割合を示した。「ベットや車椅子などからの転落の危険」については、アルツハイマー型老年期痴呆症（認知症）51%、脳血管性痴呆症（認知症）31%、であり、脳血管性痴呆症（認知症）で高い割合であった。「暴力」については、アルツハイマー型老年期痴呆症（認知症）53%、脳血管性痴呆症（認知症）23%、びまん性レビー小体病 16%であり、脳血管性痴呆症（認知症）とびまん性レビー小体病で高い割合であった。「転倒の危険」については、アルツハイマー型老年期痴呆症（認知症）51%、脳血管性痴呆症（認知症）16%、びまん性レビー小体病 28%であり、びまん性レビー小体病で高い割合であった。「異食」については、アルツハイマー型老年期痴呆症（認知

症）79%、脳血管性痴呆症（認知症）9%、びまん性レビー小体病 6%であり、ほとんどがアルツハイマー型老年期痴呆症（認知症）であった。「徘徊に関するもの」では、アルツハイマー型老年期痴呆症（認知症）65%、脳血管性痴呆症（認知症）9%、びまん性レビー小体病 9%であり、アルツハイマー型痴呆症（認知症）で非常に高い割合であった。

表 11　危険な行動と疾患との関連

	AD	SDAT	VD	DLBD	その他
転落の危険	5（2%）	110（51%）	67（31%）	14（7%）	19
暴力	4（2%）	102（53%）	43（23%）	30（16%）	12
転倒の危険	2（1%）	86（51%）	27（16%）	45（28%）	9
異食	4（6%）	53（79%）	6（9%）	4（6%）	0
徘徊	6（9%）	42（65%）	6（9%）	6（9%）	5
転倒	2（4%）	25（56%）	7（16%）	7（16%）	4
転落	0（0%）	30（67%）	5（11%）	7（16%）	1
自分自身が怪我をする危険	1（3%）	17（49%）	7（20%）	8（23%）	2
他患に危害を与える危険	2（7%）	20（67%）	3（10%）	0（0%）	5
盗食	0（0%）	15（56%）	4（15%）	4（15%）	6
点滴などの自己抜去	1（4%）	12（48%）	5（20%）	0（0%）	7

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、それぞれの認知症において、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（認知症）」では、多い順に、ベットや車椅子からの転落の危険 20%、暴力 18%、転倒の危険 15%、異食 9%であった。「脳血管性痴呆症（認知症）」では、ベットや車椅子からの転落の危険 34%、暴力 22%、転倒の危険 14%であった。「アルツハイマー病」では、徘徊に関するもの 18%、ベットや車椅子からの転落の危険 15%、暴力 13%であった。「びまん性レビー小体病」では、転倒の危険 35%、暴力 24%、ベットや車椅子からの転落の危険 11%であった。

表 12　疾患と危険な行動との関連

	AD	SDAT	VD	DLBD	その他
転落の危険	5（15%）	110（20%）	67（34%）	14（11%）	19
暴力	4（13%）	102（18%）	43（22%）	30（24%）	12
転倒の危険	2（6%）	86（15%）	27（14%）	45（35%）	9
異食	4（13%）	53（9%）	6（3%）	4（3%）	0
徘徊	6（18%）	42（6%）	6（3%）	6（4%）	5
転倒	2（6%）	25（4%）	7（3%）	7（5%）	4
転落	0（0%）	30（5%）	5（2%）	7（5%）	1
自分自身が怪我をする危険	1（3%）	17（3%）	7（3%）	8（6%）	2
他患に危害を与える危険	2（6%）	20（3%）	3（1%）	0（0%）	5

盗食	0（0%）	15（3%）	4（1%）	4（3%）	6
点滴などの自己抜去	1（3%）	12（2%）	5（2%）	0（0%）	7

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

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＝1：2 と女性が多く、一般的な傾向と一致していた。常にベット上生活のものは全体の約 30%を占めた。その中では女性の割合が男性に比べて約 4 倍近く多かった。約 70%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。これは、当院が療養型医療施設であるにもかかわらず、閉鎖病棟が多く、今回の調査も閉鎖病棟で行なわれたからであると推察する。

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（認知症）が 59%と一般的な割合より多く、脳血管性痴呆症（認知症）が 18%と少なかった。また、アルツハイマー型痴呆症（認知症）の中でのアルツハイマー病の占める割合が 21%と高かった。今回調査を実施したフロアーが閉鎖病棟であり、動ける認知症高齢者が多いことと、当院が認知症高齢者の専門機関である点が反映されていると考える。

危険な行動の報告がどのようなフロアーで多かったかを検討した（表 3）。今回の調査では各勤務帯において看護、介護両方のスタッフから必ず 1 枚以上の報告が提出されたが、医療保険型のフロアーでは危険な行動の報告は 29%の頻度であり、介護保険型では危険な行動ありは 73%であった。この両者の違いには、終日ベット上生活者の割合が約 70%と 25%の違いが影響していたと推察する。すなわち、動ける認知症の方が危険な行動が圧倒的に多い事になる。

危険な行動の報告の数は日勤帯と夜勤帯での差はみられなかった（表 4）。夜勤帯の方が危険な行動の報告がやや多いが著明な差があるわけではなかった。当院では日頃より毎日の生活のリズムを考え、夜間には睡眠を誘導するような生活環境を作っているので、夜はよく眠る認知症高齢者が多く、妥当な結果であると思われる。

曜日別に報告の頻度を調べる（表 5）と、土曜日と日曜日においては、他の曜日に比べて報告件数が多かった。当院では土曜日と日曜日は休日祝日体制であり、職員の数が少なく、見守りなどの看護、介護でのサービス提供量が少なくなるために、危険な行動が発生しやすいと考えられた。すなわち、見守りを行えなくなると危険な行動が発生しやすくなると考えられた。

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)）3.1 回、歩行は可能であるが不安定で転倒が多いために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)）2.4 回、終日ベット上生活であり車椅子にものれない患者（ADL(c)）0.7

回であった。これは、ADL レベルの高い認知症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認知症高齢者は相対的に危険な行動は少ないといえる。

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、一人当りの報告件数が男性 3.1 回、女性 1.8 回であった。男性の認知症高齢者の方が危険な行動の報告が多いのは、男性の認知症高齢者に行動障害がみられやすい可能性がある。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。

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 回以上報告にあがった患者は全体の約 40%であり、60%は報告にあがっていない。認知症であれば、いつでも誰でも問題となる行動がみられるわけではないことがわかる。環境が整えば、行動障害を示さないものも多い。

危険な行動の種類（表 9）として、ベットや椅子などからの転落と転倒の危険をあわせると 50%近くの数値となる。日頃看護、介護スタッフがいかに転落や転倒について気をつけているかが推察された。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。家庭での痴呆介護では問題となる事が多い「暴言」は施設介護では、問題とならない行動障害となる。

疾患別の危険な行動のみられた頻度（表 10）では、一人当りの報告件数において、びまん性レビー小体病 4.1 回、脳血管性痴呆症（認知症）2.4 回、アルツハイマー型痴呆症（認知症）2.7 回であった。びまん性レビー小体病では危険な行動が多くみられるため、看護介護の時間やサービスがこれらの患者によりさかれている可能性が示唆された。

危険な行動を指標にしてどのような疾患の認知症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。「ベットや車椅子などからの転落」については、アルツハイマー型老年期痴呆症（認知症）の次に脳血管性痴呆症（認知症）が最も多かった。脳血管性痴呆症（認知症）では、身体的な不自由や身体の保持が不安定な場合が多くベットや車椅子での看護介護では注意が必要である。「暴力」はどの疾患にもみられたが、疾患によって暴力の内容は質の異なったものであった。脳血管性痴呆症（認知症）では重症の場合には突発するもので看護介護中のスタッフが怪我をするようなものまであるが、軽い脳血管性痴呆症（認知症）では大声で騒いでいる重症の認知症高齢者に注意したり叩いたりすることもある。個人ごとにまちまちのパタンがあるが、その個人の痴呆性高齢者のパタンはだいたい同じであることが多いため危険を予測できることが多い。アルツハイマー型痴呆症（認知症）では、患者同士でたたきあったり、スリッパをぶつけたり、いつどのようなことがおこるかわからない。ある程度その個人によるパタンはあるが、時間や場所の予測がつかない。従って危険の回避が難しい。びまん性レビー小体病では、暴力は突発する。アルツハイマー型痴呆症（認知症）よりもさらに危険の予測が困難である。終日身体拘束を厳重にするか、あるいは終日誰か介護者がマンツーマンでつくしかない。「転倒の危険」では、びまん性レビー小体病が

多かった。この疾患では痴呆と同時にパーキンソン症状がみられ、歩行をはじめ動作がぎこちなく、また時間帯による症状の変動が激しいために看護、介護が難しく、転倒する危険は高い。危険予防のために車椅子に安全ベルトをすることも多い。それでも調子がよくなると車椅子ごと立ち上がったりするため危険を回避するのが非常に困難となる。「異食、盗食」では、ほとんどがアルツハイマー型痴呆症（認知症）であった。異食では、失禁パンツ、シーツ、糸クズ、トイレットペーパー、スポンジのボール、などの報告があった。口にはいるものは何でも食べる危険があり、痴呆性高齢者はなんでも食べる可能性が有るという視点での環境の見直しが必要である。盗食では、となりの患者のものを勝手に食べる事がある。食事時の患者の並び方にも注意が必要である。よく食事の観察をしていないと食べていると思ったのに実際には隣のひとがほとんど食べていたということにもなりかねない。「徘徊に関するもの」は、アルツハイマー型痴呆症（認知症）がほとんどを占めた。ひとりで勝手に歩くのは問題にならないが、オーバーテーブルを持って徘徊したり、椅子を押しながら歩いたりしては他の患者に接触したりして危険が高い。他の患者の手を引いて連れまわすこともあり、連れて歩かれる患者の怪我も避けねばならない。「転落転倒以外の怪我の危険」では、椅子やテーブルを勝手に動かしたり、ベット柵をとって落とすとか投げる、車椅子で自走して他の患者の足をひいたり、があった。認知症高齢者の共同生活では、動くものはなんでも危険があるという視点も重要となる。

認知症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。「アルツハイマー型痴呆症（認知症）」では、今回調査した報告のどのような危険な行動もみられていた。アルツハイマー型痴呆症（認知症）では、個人個人で危険な行動のみられるおよその傾向はみつけられそうであるが、いつどこで発生するか予測がしにくいことが問題となる。一方で脳血管性痴呆症（認知症）では、転落の危険についての報告が約 3 分の 1 を占めた。ベット柵の間から下肢をだしていたり、車椅子に乗っていたがずり落ちていたり、ベット柵をはずして落ちそうになっていたりというものであった。脳血管性痴呆症（認知症）では、ベットや車椅子からの転落に対して特に注意が必要である。しかし脳血管性痴呆症（認知症）では、個人のパタンや発生のタイミング等の予測がしやすく、その認知症高齢者の特徴をつかめば脳血管性痴呆症（認知症）でのリスクマネジメントはアルツハイマーよりも容易かもしれない。また暴言の報告があるが、脳血管性痴呆症（認知症）患者のわがままで自分勝手な行動に裏付けられているように思われる。「びまん性レビー小体病」では、転倒の危険が報告の大半を占めた。アルツハイマー痴呆症（認知症）に似た認知症の症状とパーキンソン症状があり、かつ時間による変動が大きく危険を回避していく事が難しく、車椅子などの身体拘束をせざるを得ない場合も多い。怪我をする場合も重い事があり、リスクマネジメントは難しい。暴力は突発する事があり、注意が必要となる。

E　結論

1　認知症高齢者では、ベット上生活の痴呆性高齢者よりも、動ける痴呆性高齢者での危

険な行動の頻度が 3 倍以上高い。動ける痴呆症ほど危険な行動が発生しやすいことになる。

2　危険な行動は、看護、介護スタッフが少ないときに高い確率で発生する。

3　男性の認知症高齢者は女性に比べて 2 倍危険な行動をおこす確率がある。

4　男性の認知症高齢者では頻繁に危険な行動をおこす場合がある。

5　危険な行動の種類としては、転落の危険、暴力、転倒の危険、異食、徘徊、盗食、怪我の危険が多い。

6　危険な行動をする一人当りの報告件数は、びまん性レビー小体病で最も多く、アルツハイマーや脳血管性痴呆症（認知症）の 2 倍である。

7　「転落の危険」はアルツハイマー型痴呆症（認知症）と脳血管性痴呆症（認知症）で高く、「転倒の危険」はアルツハイマー型痴呆症（認知症）とびまん性レビー小体病で高く、暴力はどの疾患でもみられた。徘徊に関するものと異食、盗食はアルツハイマー型痴呆症（認知症）で多い。

8　アルツハイマー型痴呆症（認知症）ではベットや椅子などの上に乗ったり立ち上がったりすることでの転落の危険、病状が進んだ場合には転倒にも注意する。転落の危険、暴力や徘徊に関する危険は集団生活の場合には危険の予知がむずかしい。

9　脳血管性痴呆症（認知症）ではベットや車椅子からの転落の危険が高い。暴力は突発する場合があるが、その個人個人でのパタンが決まっており予測が可能な事が多い。暴言もある。

10　びまん性レビー小体病では転倒に注意する。暴力も突発することがあり、この予測は困難である。症状の変動が激しく危険回避についての対策が立てにくい。すなわち、転倒しても怪我をしないような環境を作る必要がある。たとえば、骨折しない床を施設基準とするなどの指導が必要と考える。

F　参考文献

1）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　：　なし

H　3 年間の研究のまとめと提言

1　医学的な認知症の診断を認知症の介護に生かすことが重要である

認知症それぞれに病態の特徴があり、行動障害にも基本的な特徴がある。認知症の正しい診断を受ける事で、現在そして今後発生しかねない認知症の行動障害に対してのリスクマネジメントの基本的な指標が、今回の研究で明かとなった。今回確立された認知症の疾患別のリスクマネジメントの考えに従って、その上に個人個人の性格や生活歴や生活環境などを配慮していくことで、より容易にケアプランの作成が可能となり、質の高い認知症介護が可能

となる。

2　認知症の行動障害は介護者の「見守り」により改善する

認知症に伴う行動障害から発生するリスクマネジメントを検討して明かとなったのは、「見守り」を行えれば多くの行動障害は危険でないものとなり、多くの行動障害の発生頻度が低下するという現実である。しかし現在の認知症の介護をおこなう施設では、施設基準からすると、実際には 1 人の介護スタッフが 3 人 4 人あるいはそれ以上の人数の認知症の介護を行なう現状がある。もしも 1 人の認知症に対して 1 人以上のスタッフが介護にあたれる状況になれば認知症に伴う行動障害は頻度が低下して安全で質の高い認知症介護が実現できる。

3　認知症ケアにおけるリスクマネジメントには人員の増員か、あるいは高度な電子技術による管理システムの導入をすすめる必要がある

上記 2 のところで示したように、「見守り」を行なう事で認知症ケアにおけるリスクマネジメントは容易になるが、人的な問題、医療経済的な問題などから現実的には簡単なことではない。医療の分野においては電子カルテ導入等の電子化が進みつつあり、一定の成果をあげている。認知症介護の現場においても電子化を進めることで、より少ない人員で効率的に質の高い認知症介護が可能となる。そのためには、認知症ケアのリスクマネジメントを行なう現場に、安価で簡単に導入使用できる電子機器類（介護ロボットなど）の開発が必要である。

危険な行動に関する調査票

これは､厚生労働省の老人保健健康増進等事業でさわらび会が担当する事業のひとつです。結果は研究に利用されるものであり､個人に関する情報に関しては､この当事者もこれを書いた人も全く誰にも公表されません｡さわらび会の勤務評定などにも利用されません｡御安心ください。

よろしくお願いいたします。　　伊苅弘之

1　**危険な行為の種類（○をつけてください）**

異食　　盗食　　徘徊　　暴力　　転倒　　転落　　薬の間違い
点滴に関するもの　　その他（　　）

2　**発生した日時**

平成　　年　　月　　日　　曜日　　時　　分頃

3　**発生した場所（○をつけてください）**

第　　病棟　　階において
食堂談話室　　トイレ　　廊下　　号室の部屋
その他（　　）

4　**危険な行為をした人の名前と年齢（わかる範囲で結構です）**

5　**発生した時の状況**

（字も文章も乱暴でよいです。分かりにくい場合は後でうかがいます）

記載者の氏名　　職種

高齢者痴呆介護研究　～平成１６年度報告書～

平成１６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１７年５月
編　集：社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究・研修大府センター
〒474－0031　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

平成１６年度
老人保健健康増進等事業
による研究報告書

平成１６年度

三センター共同研究事業

＜痴呆ケアにおけるリスクマネージメントに関する研究＞

認知症介護研究・研修東京センター

認知症介護研究・研修仙台センター

認知症介護研究・研修大府センター

＜はじめに＞

病院・診療所などにおける事故（主として医療事故）と介護施設などにおける事故（主として介護事故）とを比較すると、本質的に異なる点と共通する点とがある。相異点は、前者が手術、点滴・注射などの薬物投与、検査の一部などの人体への直接侵襲との関連する点であり、共通する点は、転倒、転落、誤嚥、異食、入浴関連事故、徘徊関連事故、感染、などである。これら以外にも自殺、不審死、交通事故、盗難、家事、などがある。

病院・施設・家庭などでは、これらの事故を予測し、防止または回避すること、即ち,予防することは一番重要である。最近は、リスク・マネージメントといわれることが多い。これには、予防以外に、事故発生後の対応も入り、病人の立場に立った迅速で、誠実な対応が必須である。

防止策では、事故の情報収集・報告体制、安全対策マニュアルの作成と徹底、現場職員の意識改革、労働条件の改善、リスク・マネージメント教育、などであるが、何よりも、常に病人のことを個別に念頭においてケアをしていれば、大半の事故は、防止できると考えられる。即ち、職員の意識が問題である。

最近、身体拘束廃止が叫ばれていて、施設によっては、どんな場合も拘束をしないとしているが、これは行き過ぎの場合もあり、介護における一種のパターナリズムである。例えば、本人に未だ判断能力があり、自分で危険を感じて車椅子への固定を希望しているのに、それもしなくて転倒を招いたりすれば、これは人災である。また、妄想念慮で不安が強い場合、他人から隔離を希望することがあるが、この場合は、本人の同意書を得て、隔離するのが、自己決定権の尊重になる。このように、基本原則は、身体拘束廃止は当然のことであるが、あくまでも施設のモットーやスローガンよりも、「個別ケア」を最優先すべきである。

３センターの共通研究課題として取り組んで 3 年となり、一定の成果が上がった「認知症ケアにおけるリスク・マネージメン」を報告し、この結果が、広く関連機関・施設で利用されることを希望するものである。

最後に、リスク・マネージメントにおいても、ご本人の意思に沿った「個別ケア」の精神が重要であることを強調したい。

平成17年3月

認知症介護研究･研修大府センター

センター長　柴山　漠人

目　次

三センター共同研究事業を終えて‥‥‥

C) IT 介護機器を利用した情報管理に関する研究

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、永島　隆（(社福)潤生園)、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、小長谷陽子、柴山漠人（認知症介護研究・研修大府センター)、水野　裕（一宮市民病院今伊勢分院）
研究協力者　藤掛和広（名古屋大学)、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）

D) 認知症ケアにおけるリスクマネジメント～認知症の疾患別のリスク評価に関する研究～

主任研究者　伊苅弘之（医療法人さわらび会福祉村病院）
分担研究者　小阪憲司、山本孝之（医療法人さわらび会)、
研究協力者　山本淑子（医療法人さわらび会福祉村病院)、笠原祐子（医療法人さわらび会福祉村病院)、二村なつえ（医療法人さわらび会福祉村病院)、白井美代子（医療法人さわらび会福祉村病院)、柴田浩文（医療法人さわらび会福祉村病院）

E) 徘徊への対応の現状と課題

主任研究者　杉村公也（名古屋大学医学部保健学科）
分担研究者　田川義勝（名古屋大学医学部保健学科）
研究協力者　後藤真也（名古屋大学医学部保健学科）

F) 痴呆ケアにおけるリスクマネジメントに関する研究～AMPS による施設ケアのリスク判定～

主任研究者　杉村公也（名古屋大学医学部保健学科作業療法学専攻）
分担研究者　森　明子（名古屋大学医学部保健学科作業療法学専攻）
研究協力者　白石成明（小山田記念温泉病院）
安藤一也（介護老人保健施設ルミナス大府)、菱田　愛（介護老人保健施設ルミナス大府)、小酒部聡江（介護老人保健施設ルミナス大府)、縣　さおり（介護老人保健施設ルミナス大府)、小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター）

4）資料

大府センター報告書

徘徊への対応の現状と課題

主任研究者　杉村　公也（名古屋大学医学部保健学科）
分担研究者　田川　義勝（名古屋大学医学部保健学科）
研究協力者　後藤　真也（名古屋大学医学部保健学科）

A　研究目的

痴呆性高齢者ケアのリスクマネージメント上,徘徊は転倒などの事故や離棟,行方不明,交通事故など多くの重大リスクの原因となっており,検討を要する重要課題である.本研究の目的は,とくに介護保険サービスに関連する施設における徘徊の現状とその対策について調査し,今後の徘徊する痴呆者に対するケアのあり方を示唆することである.

この調査でいう徘徊とは室伏[1)]のいう「周りからみると自分の行動する目的がないか,もしくは目的がわからず,あるいは漠然と求めて出歩き,多少ともさまよいうろつくという要素が入った行為」の定義を用いた.

B　研究方法

平成16年12月1日時点でWAMネットに登録されている,介護保健施設サービスの４種類の施設形態を対象として全国レベルで調査した.WAMネットとは独立行政法人福祉医療機構が関与する福祉保健医療分野に関係する専門機関専用のサイトである.４種類の施設形態とは,介護老人保健施設（以下老健),介護福祉施設（特別養護老人ホーム）(以下特養),介護療養型医療施設（療養型),痴呆対応型共同生活介護（痴呆性高齢者向けグループホーム）(以下グループホーム）である.

登録してある全国施設総数の約10%に相当する,計1500施設を地域的に偏らないように無作為に抽出し,アンケート調査用紙を郵送し,回答の協力依頼をした.

調査の方法としては,郵送によるアンケート調査であり,調査期間は平成17年1月10日より平成17年2月10日までの間とした.各調査項目については,平成17年1月時点の平均的な状況について回答を依頼した.

なお,調査は,回答において無記名であり,連結が不可能な匿名として回収した.また,回答の意思があり,実際に返送されたことを本研究に同意の意思があることを予め調査依頼文に明記した.

アンケート調査内容項目は,調査対象の属性に関する質問および徘徊の実態に関する質問からなり,全24質問から構成されている（資料１参照).

（１）調査対象の属性に関するもの

1.回答者の属性
2.施設の設置主体
3.施設の種類

4.施設の設置形態
5.開設からの経過年数
6.施設職員の種類別構成人数
7.ユニットケア（小規模単位での処遇）導入の有無
8.施設の利用者の定員（入所・通所定員）
9.施設のサービスを利用人数（長期入所・短期入所・通所サービス利用の人数）
10.痴呆対象の別個の棟（いわゆる痴呆棟等）の有無
11.痴呆棟の利用者数
12. 各サービス（長期入所，短期入所及び通所）利用者の障害の程度（要介護度認定の区分）
13. 各サービス利用者の痴呆の程度（厚生労働省「痴呆性老人の日常生活自立度」のランク内訳）

（２）徘徊の実態に関する調査
1.徘徊の問題の程度とその比率
2.徘徊原因（誘因）によるアクシデントの発生件数（年間）
3.徘徊防止の目的（事故防止目的等）による身体拘束の現状
4.徘徊防止･制止目的の身体拘束の種類と有無
5.徘徊の対処方法とその頻度
6.徘徊の対処としての人的介入（対応）の方法とその頻度
7.「徘徊等みまもり機器」に関する知識
8.「徘徊等みまもり機器」の配備状況とその使用頻度
9.徘徊行動の想定される理由
10.徘徊の問題とケアを継続のバランス
11.徘徊に関するケア等についての問題や意見（自由記載）

Ｃ．調査結果

１．アンケート送付数，回収数及び有効回答数

全体では 1500 通の送付に対し, 456 通の返信があり, 回収率は 30.4%であった. その内, 回答拒否や無効は 8 通であり有効回答数は 448 通(29.9%)であった（表 1).

また，対象施設別に見ていくと，介護老人保健施設(以下，老健)は 260 ヶ所への送付に対し 86 通(33.1%)の回答，介護老人福祉施設(以下，特養)は 438 ヶ所への送付に対し 130 通(29.7%)の回答，介護療養型医療施設(以下，療養型)は 313 ヶ所への送付に対し 72 通(23.0%)の回答, グループホームについてはは 489 ヶ所への送付に対し 160 通(32.7%)の回答であった.

表1　アンケート調査の有効回答率

施設の種類	送付数	有効回答数	有効回答率
介護老人保健施設	260	86	33.1%
介護福祉施設	438	130	29.7%
介護療養型医療施設	313	72	23.0%
グループホーム	489	160	32.7%
全　体	1500	448	29.9%

2．回答者の職種について

回答職種を全体でみると，看護職員，介護職員，生活相談員，その他と分かれているが，各施設別に見ると特徴的な回答となっていた．老健では，看護職員からの回答が約 44%で最も高く，続いて生活相談員(19%)，事務職員(13%)の順であった．特養では生活相談員が約 56%と過半数を超えていた．一方，療養型では看護職員が約 66%と，多くを占めていた．また，グループホームでは介護職員が約 40%でその他が約 31%，看護職員が約 12%と続いていた．グループホームの「その他」は，管理者とホーム長（所長，施設長など）が大半を占めていた．それ以外での「その他」では，医師や介護福祉専門員（ケア・マネージャー）等である．

表2　アンケート回答者の職種について

	全体	老健	特養	療養型	グループホーム
事務職員	33（7.4%）	11（12.8%）	6（4.6%）	5 （6.9%）	11（6.9%）
看護職員	109（24.3%）	38（44.2%）	5（3.8%）	47（65.3%）	19（11.9%）
介護職員	99（22.1%）	7 （8.1%）	25（19.2%）	1 （1.4%）	66（41.3%）
生活相談員	94（21.0%）	16（18.6%）	73（56.2%）	1 （1.4%）	4 （2.5%）
その他	83（18.5%）	5 （5.8%）	14（10.8%）	15（20.8%）	49（30.6%）
複数回答	24（5.4%）	7 （8.1%）	4 （3.1%）	3 （4.2%）	10（6.3%）
無回答	6（1.3%）	2 （2.3%）	3 （2.3%）	0 （0%）	1 （0.6%）
合　計	448（100%）	86（100%）	130（100%）	72（100%）	160（100%）

3．施設の設置主体について

今回の回答施設には設置主体が国であるという施設はなく，都道府県はグループホームのみ 4 件該当した．また，設置主体が市町村という施設も全体的にそれぞれ 10%未満であった．しかし，医療法人は老健，療養型のそれぞれで 70%以上を占め，社会福祉法人は特養の約 90%が該当した．グループホームは「その他」が過半数近い回答を得たが，これらは株式会社や有限会社，NPO 法人で大半が占められていた（表 3）．

表 3　調査対象の施設の設置主体

施設の種類	都道府県	市区町村	医療法人	社会福祉法人	その他
老健	0（0%）	3 （3.5%）	62 （72.1%）	16（18.6%）	5（5.8%）
特養	0（0%）	10（7.7%）	0 （0%）	118（90.8%）	2（1.5%）
療養型	0（0%）	6 （8.3%）	56 （77.8%）	5（6.9%）	5（6.9%）
グループホーム	4（2.5%）	1 （0.6%）	34 （21.3%）	46（28.8%）	75（46.9%）
全　　体	4（0.9%）	20（4.5%）	152（33.9%）	185（41.3%）	87（19.4%）

表 4　調査対象の施設の種類

施設の設置形態	全体	老健	特養	療養型	グループホーム
独立型で関連の病院がある	77（17.2%）	28（32.6%）	23（17.7%）	3 （4.2%）	23（14.4%）
独立型で関連の診療所(常設)	41 （9.2%）	9 （10.5%）	13（10.0%）	2 （2.8%）	17（10.6%）
独立型で医師がいない関連診療所	56（12.5%）	2 （2.3%）	39（30.0%）	1 （1.4%）	14（8.8%）
独立型で関連医療機関はない	14（31.3%）	17（19.8%）	40（30.8%）	7 （9.7%）	76（47.5%）
病院の併設型	64（14.3%）	20（23.3%）	1 （0.8%）	35（48.6%）	8（5.0%）
有床診療所の併設型	22 （4.9%）	4 （4.7 %）	0 （0%）	17（23.6%）	1（0.6%）
無床診療所の併設型	9 （2.0%）	4 （4.7%）	4 （3.1%）	0 （0%）	1（0.6%）
その他	27 （6.0%）	2 （2.3%）	6 （4.6%）	7 （9.7%）	12（7.5%）
無回答	12 （2.7%）	0 （0%）	4 （3.1%）	0 （0%）	8（5.0%）

４．施設の設置形態について

全体的にみると,「独立型で関連医療機関はない」が最も多く, グループホームでは半数がこの独立型であった(表 4).

５．職員の種類別構成人数（平成 17 年 1 月 1 日現在).

職員構成の回答については, 無回答は 4 件のみであったが, 完全な記入ではない回答もいくつかみられ, また, 個々の選択肢の無回答も多く見られたため, 全体の平均と個々の平均の合計数は合致していない. また, 選択肢で介護職を指導職に含めた回答もあり, この部分は曖昧な数字となっている.「その他」には, ケア・マネージャーや事務職をはじめ, 調理士, 運転手, 管理職, 警備員等があった（表 5).

老健の職員構成は, 介護職の割合が最も高く, 続いて看護職, リハビリテーション関連職員(PT, OT, ST)であり, リハビリテーション関連職員は非常勤と常勤の数がほぼ半分ずつであった. また, 老健にはソーシャルワーカーが平均１人以上いた.

特養は介護職と指導職の割合が多く, 続いて看護師となっていた. 医師は全体でみると１施設あたり平均１名を超えていたが, 大半が非常勤であり, リハビリテーション関連職員も

ほぼ全て非常勤であった.

療養型は他の施設に比べ合計の平均人数が最も多かった. しかし, 療養型の病床数には大きなばらつきがある上, 療養型以外の職員数を記入した可能性のある回答も存在するため, 数字どおりの判断は難しい. ただ, 療養型は看護職が最も多くて, 次に介護職となっているのは, 病院ないし診療所ということから考えると当然だが, 他施設と比較すると特徴的である.

グループホームは, 介護職と指導職で職員全体近くを占め, 看護職が平均約 1 名いた. グループホームは小規模なため, 職員数も平均して少なかった.

表 5　1 施設当たりの職員の種類別構成の平均人数（単位：人）

	全体 (448)	老健 (86)	特養 (130)	療養型 (72)	グループホーム (160)
総職員数	36.04	51.10	44.06	59.80	10.22
医師	2.41	1.80	1.63	7.80	0.06
看護師等	8.86	11.05	4.97	27.13	1.08
理学療法士	0.85	1.76	0.41	1.90	0.00
作業療法士	0.60	1.60	0.14	1.13	0.02
言語聴覚士	0.15	0.40	0.03	0.38	0.00
（臨床）心理士	0.02	0.04	0.00	0.08	0.00
ソーシャルワーカー	0.73	1.37	0.78	0.93	0.13
精神保健福祉士	0.28	0.67	0.43	0.05	0.02
介護福祉士（介護職）	18.91	31.10	26.98	16.44	7.14
レク指導員	0.25	0.33	0.38	0.13	0.14
寮母・指導員等	3.22	1.13	6.34	0.35	1.82
音楽療法士	0.10	0.21	0.15	0.03	0.02
作業活動指導員	0.08	0.08	0.15	0.09	0.02
（管理）栄養士	1.02	1.27	1.24	1.54	0.20
その他	7.84	6.21	8.60	19.60	2.98

6．ユニットケアについて

ユニットケア, すなわち小規模単位での対象者処遇について, 建築的に（ハード面）導入しているかどうかを調査した. ユニットケア導入は, 全体でみると約 40%が一部分でも導入していると回答したが, 過半数は導入していなかった. 特に, 療養型は約 9 割がユニットケアを導入していなかった. また, 老健や特養でも何らか導入しているのは 2〜3 割程度であった. 一方, グループホームはユニットケアを前提で建設されており, 約 8 割が導入済みと回答した（表 6）.

表 6　ユニットケア導入の有無について

	全体	老健	特養	療養型	グループホーム
施設全体で取り入れている	151（33.7）	5（5.8）	19（14.6）	3（4.1）	124（77.5）
施設の一部分で取り入れている	38（8.5）	14（16.3）	15（11.5）	4（5.5）	5（3.1）
取り入れていない	235（52.5）	65（75.6）	94（72.3）	64（88.9）	12（7.5）
無回答	24（5.4）	2（2.3）	2（1.5）	1（1.4）	19（11.9）
総計	448（100）	86（100）	130（100）	72（100）	160（100）

８．施設サービス利用者の定員の規模について

対象施設の定員規模について，施設形態別にみると，老健は定員 22 名から 180 名，平均 92.7 名（SD＝27.8），特養の定員は 30 名から 226 名，平均 68.5（SD＝27.9）であった．療養型は定員が 3 名から 240 名と非常に幅が大きかった．一方，グループホームは平均 14.1 名（SD＝6.4）であり，回答には 9 名定員または 18 名定員が多くみられた（表 8）．

表 8　定員入所サービスの定員

	全体 (446)	老健 (86)	特養 (130)	療養型 (71)	グループホーム (159)
入所定員の平均（SD)	48.9（39.5)	92.7（27.9)	68.5（27.8)	37.8（38.6)	14.1（6.4)
入所定員の範囲	3-240	22-180	30-226	3-240	5-48

９．痴呆棟（階）等の設備の有無について

施設の中で,痴呆症状を示す対象者を特別に区分けし対応するような設備を有しているかどうかを質問した．老健においては 47 施設（54.7%）に痴呆棟があると回答し，特養においては 26 施設（20%），療養型は 5 施設（6.9%）であった．グループホームがその他や無回答を多く選択しているのが顕著であるが,グループホームは原則的に利用者全てが痴呆対応型となっているため，質問が適切でなかったために,「その他」と回答したものが多くを占めた.

表 9 痴呆棟の設備の有無

	全体 (446)	老健 (86)	特養 (130)	療養型 (71)	グループホーム (159)
痴呆棟がある	108（24.2)	47（54.7)	26（20.0)	5（6.9)	30（18.9)
痴呆棟はない	245（54.9)	38（44.2)	97（74.6)	66（92.9)	44（27.7)
その他	66（14.8)	1（1.2)	6（4.6)	1（1.4)	58（36.5)
無回答	29（6.5)	0	1（0.8)	0	28（17.6)

１０．施設利用者の障害の程度（要介護度認定の区分の内訳）について

施設利用対象者の障害の程度をみるために要介護度認定区分を参考に調査した.調査は長期滞在，短期滞在，通所リハビリテーションなどのサービス別に調査したが，ここでは長期滞在を紹介する．老健では要介護３・４合わせて平均的に 52.5%を占めている．特養では，要介護５が最も多く 33%，次いで要介護４が 30.4%，要介護 3 が 18.2%で，障害の重度さが反映されていた．また，同じく療養型では要介護 5 が 55.3%と多くを占めた．グループホームは，これら 3 種の施設と比較すると，介護度においては比較的軽く，要介護１および 2 が 58.3%を占めていた（図１）．

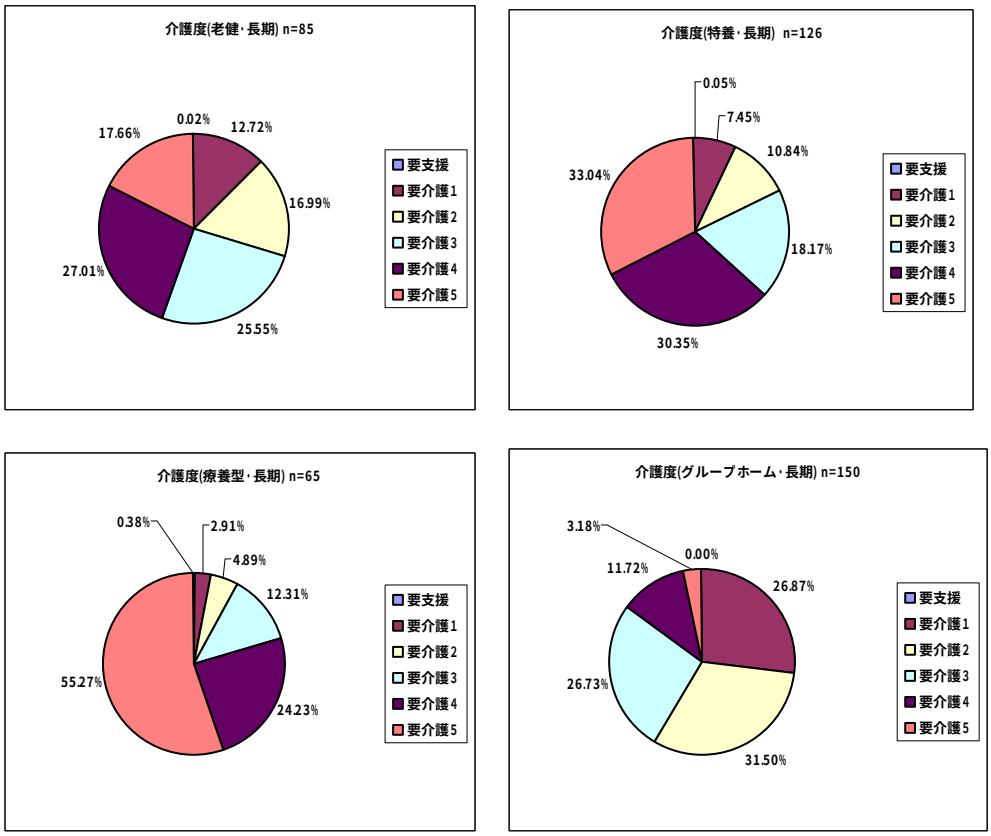


図１　各施設による利用者の要介護度の比率

１１．各サービス利用者の痴呆の程度について

各施設における利用者の痴呆の程度について，その概略を知るために厚生労働省の「痴呆性老人の日常生活自立度」のランクに準じて質問した(表 10)．平成 17 年 1 月 1 日時点での施設利用者の最新のランクを答えてもらった．「自立ランク」から「Mランク」までの 6 段階を示し，各ランクにどの程度の人数あるいは割合であるか概数を答えてもらった．これも滞在型から通所型まで質問し回答を得たが，長期滞在利用者についてのみ紹介する．

老健においては，ランクⅡおよびランクⅢが最も多く，この 2 ランクで約 60%を占めた．特養においては，ランクⅢおよびランクⅣが多く，この 2 ランクで同じく約 60%を占めた．

療養型においては，最重度の「Mランク」が 13%で最も多く，重度の痴呆高齢者が多く入院している姿がみられた．グループホームにおいては，その役割から比較的軽度の痴呆高齢者が多く利用していることが明らかとなった．「自立ランク」が 12.9%，「ランクⅠ」が 40.8%，「ランクⅡ」が 28.9%と，この 3 ランクで大半の 82.6%を占めた（図 2)．

表 10　厚生労働省・「痴呆性老人の日常生活自立度」ランクと判断基準

ランク	判断基準
自立	全く問題がない
Ⅰ	何らかの痴呆を有するが，日常生活は家庭内及び社会的に自立している
Ⅱ	日常に支障を来たすような症状･行動や意思疎通の困難さが多少見られても，誰かが注意していれば自立できる
Ⅲ	日常生活に支障を来たすような症状･行動や意思疎通の困難さが見られ，介護を必要とする
Ⅳ	日常生活に支障を来たすような症状･行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ，常に介護を必要とする
Ｍ	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ，専門医療を必要とする

１２．施設サービス利用者の徘徊する高齢者の割合

調査対象の各施設において,「徘徊する高齢者がいるか」という質問に対して,「徘徊者あり」と回答した施設は療養型を除いた 3 施設で約 85%以上であった．療養型は「徘徊者あり」と回答したのは 52.8%であったが, 療養型は介護度の高い対象者が多く利用しており, 寝たきり状態すなわち要介護 4，要介護 5 の対象者が多くを占め，身体的に運動が制限されているためと考えられる．

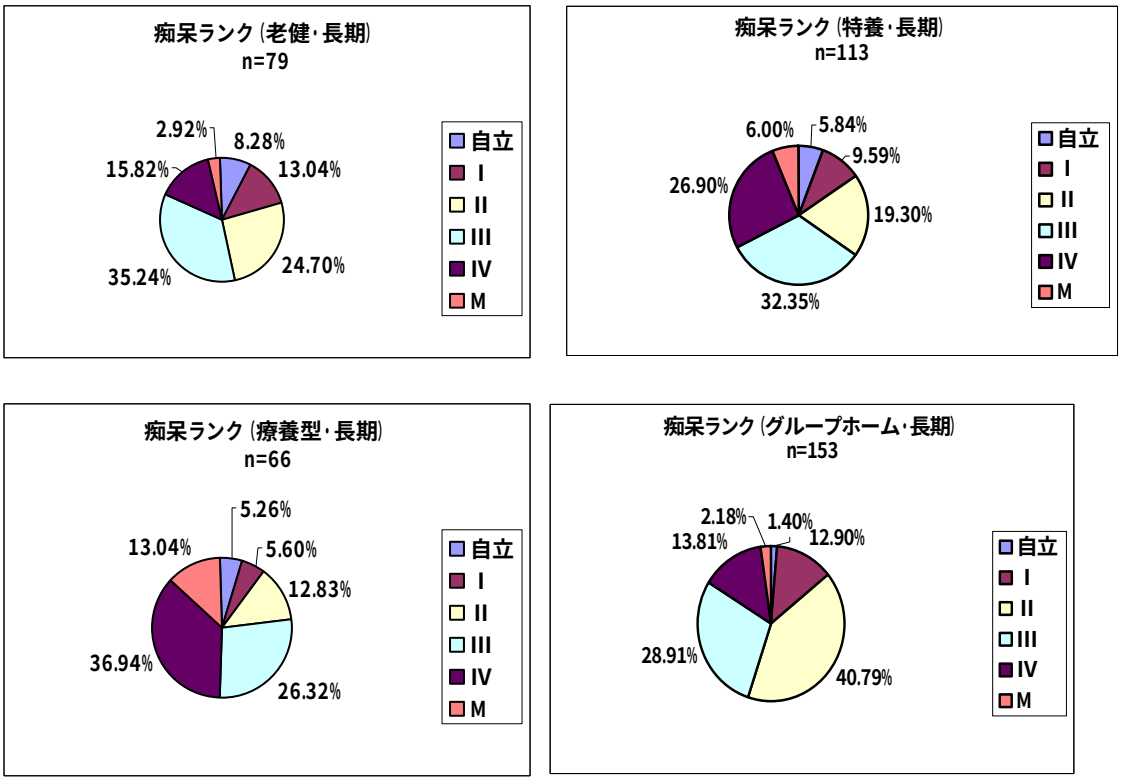


図 2　各施設サービス利用者の痴呆の程度

表 11　徘徊する高齢者の割合　　質問：「貴施設に徘徊する高齢者はいるか」

	全体	老健	特養	療養型	グループホーム
徘徊者はいない	35 （7.8%）	2（2.3%）	4 （3.1%）	20（27.8%）	9（5.6%）
徘徊者はいる	368（82.1%）	77（89.5%）	113（86.9%）	38（52.8%）	140（87.5%）

表 12　各施設における高齢者の徘徊行動の程度

徘徊の程度	全体	老健	特養	療養型	グループホーム
時々徘徊するが,危険なことはないので遠位監視ですむ	235（52.4%）	59（68.6%）	74（56.9%）	19（26.4%）	83（51.9%）
常時徘徊するが,危険なことはないので遠位監視ですむ	200（44.6%）	63（73.3%）	66（50.8%）	13（18.1%）	58（36.3%）
常時徘徊するが,誘うと他の活動に参加し,徘徊しなくなる	185（41.3%）	46（53.5%）	60（46.2%）	12（16.7%）	67（41.9%）
常時徘徊し,危険行為を伴い近位監視が必要	178（39.7%）	48（55.8%）	62（47.7%）	17（23.6%）	51（31.9%）
常時徘徊し,徘徊を制止すると抵抗する.徘徊を継続する	110（24.6%）	33（38.4%）	40（30.8%）	8（11.1%）	29（18.1%）
常時徘徊し,無理に施設外に出たがる.指示に従わない	59 （13.2%）	20（23.3%）	17（13.1%）	5 （6.9%）	17（10.6%）
その他	35 （7.8%）	6 （7.0%）	13（10.0%）	1 （1.4%）	15（9.4%）

※（　)内はそれぞれの施設合計に対する割合

１３．徘徊行動の程度について

表 12 に示す徘徊の程度の中で,「常時徘徊し,危険行為を伴うため近い位置での監視の目が離せない」,「常時徘徊し,徘徊を制止すると抵抗する.徘徊を継続する」,「常時徘徊し,無理に施設外に出たがる．指示に従わない」などは，施設内のケアにとって，大きなリスク問題として存在する．療養型においては，これらは 23.6%，11.1%，6.9%と比較的少ない割合であるが，老健や特養にとっては，比較的高い割合で存在している．長期入所例について，各施設における徘徊行動の程度を 1 施設あたりの該当者の平均人数を表 13 に示す．老健では平均 12.1 名で最も多く，療養型では平均 3.3 名であった.

表 13　各施設における徘徊行動の程度（長期入所の例）

徘徊の程度	全体	老健	特養	療養型	グループホーム
時々徘徊するが,危険なことはないので遠位監視ですむ	1.9（3.3）	3.0（3.7）	1.7（2.3）	1.0（3.1）	1.8（3.6）
常時徘徊するが,危険なことはないので遠位監視ですむ	1.3（2.1）	2.8（2.7）	1.3（2.2）	0.7（1.8）	0.7（1.3）
常時徘徊するが,誘うと他の活動に参加し,徘徊しなくなる	1.1（1.9）	2.0（2.4）	1.2（2.0）	0.6（2.3）	0.7（1.0）
常時徘徊し,危険行為を伴い近位監視が必要	1.1（2.1）	2.2（3.5）	1.2（2.0）	0.6（1.1）	0.5（0.8）
常時徘徊し,徘徊を制止すると抵抗する.徘徊を継続する	0.5（1.1）	0.9（1.6）	0.6（1.2）	0.2（0.6）	0.2（0.5）
常時徘徊し,無理に施設外に出たがる.指示に従わない	0.2（0.7）	0.4（1.0）	0.2（0.6）	0.2（0.6）	0.2（0.6）
その他	0.6（3.7）	0.4（2.3）	1.3（6.3）	0.0　（0.3）	0.3（1.2）
合計平均人数	6.6（9.1）	12.1（10.3）	7.7（11.2）	3.3（7.3）	4.4（5.2）

※　１施設あたりの該当者の平均人数.　（　　）内は標準偏差

１４．徘徊が原因と思われるアクシデントについて（表 14）

過去１年間での徘徊が原因（誘因）と思われるアクシデント等について問題発生件数について質問した.アクシデントがなかったと回答した施設は全体で448施設中89施設(19.9%)であった．何らかのアクシデントがあったと回答した施設は全体で 278 施設（62.1%）であった．老健においては，70.9%の施設にアクシデントがあったと回答した.

表 14　アクシデントの有無　（単位：施設）

	全体	老健	特養	療養型	グループホーム
アクシデントなかった	89（19.9%）	13（15.1%）	27（20.8%）	22（30.6%）	27（18.9%）
アクシデントがあった	278（62.1%）	61（70.9%）	83（63.8%）	32（44.4%）	102（63.8%）

表 15　アクシデントの種類と頻度　　（単位：施設）

アクシデントの種類	全体	老健	特養	療養型	グループホーム
徘徊し，転倒･転落し，自らが怪我（外傷･骨折）	198（44.2%）	51（59.3%）	68（52.3%）	26（36.1%）	53（33.1%）
安静が指示されていた，徘徊し内科的症状が増悪	21（4.7%）	8（9.3%）	5（3.9%）	3（4.2%）	5（3.1%）
徘徊し，器物破損や他への迷惑をかけた	94（21.0%）	39（45.4%）	27（20.8%）	9（12.5%）	19（11.9%）
徘徊し，他の利用者や職員に怪我を負わせた	35（7.8%）	15（17.4%）	8（6.2%）	4（5.6%）	8（5.0%）
施設外に出て行き，迷子になり職員が探した	105（23.4%）	18（20.9%）	18（13.9%）	10　（13.9%）	59（36.9%）
外に出て，警察･徘徊 SOS ネットなどを介した	31　（6.9%）	3（3.5%）	5（3.9%）	0　（0%）	23（14.4%）
その他	14　（3.1%）	5　（5.8%）	4　（3.1%）	0　（0%）	5（3.1%）

表 16　１施設あたりのアクシデントの種類と頻度　　（単位：人）

アクシデントの種類	全体	老健	特養	療養型	グループホーム
徘徊し，転倒･転落し，自らが怪我（外傷･骨折）	2.0（4.2）	3.3（4.5）	3.2（6.1）	0.9（1.2）	0.8（1.6）
安静が指示されていたが，徘徊し　内科的症状が増悪	0.1（0.4）	0.2（0.7）	0.1（0.2）	0.1（0.5）	0.1（0.3）
徘徊し，器物破損や他への迷惑をかけた	0.7（2.6）	2.1（5.1）	0.7（1.7）	0.2（0.6）	0.2（0.8）
徘徊し，他の利用者や職員に怪我を負わせた	0.2（0.9）	0.4（1.4）	0.2（1.1）	0.2（0.8）	0.1（0.3）
施設外に出て，迷子になり職員が探した	0.5（1.4）	0.4（0.8）	0.3（0.9）	0.2（0.5）	0.8（2.0）
外に出て行き，警察･徘徊 SOS ネットなどを介した	0.1（0.4）	0.0（0.2）	0.1（0.2）	0　（0）	0.2（0.6）
その他	0.3（2.9）	0.1（0.3）	0.6（4.9）	0.0（0.1）	0.2（1.8）
合計平均人数	4.1（7.2）	6.5（9.6）	5.0（10.2）	1.6（2.5）	2.4（3.5）

※（　　）内は標準偏差

アクシデントの種類として最も多い問題として，全体でみると「徘徊し，転倒･転落し，対象者自らが怪我（外傷･骨折）した」と回答した施設が 44.2%を数えた．次いで「施設外に出て行き，迷子になり職員が探した」と回答した施設が 23.4%であった．療養型およびグループホームにおいては，この種のアクシデントは比較的少数であった（表 15，16）．

１５．身体拘束について

「事故防止目的で徘徊を制限するために何らかの身体拘束をしているか」と質問した．回答選択肢は「徘徊の問題がある場合，原則的に身体拘束する」，「厚生労働省のガイドラインに従い身体拘束する」および「どのような例にも身体拘束はしない」の 3 つである．なお，厚生労働省のガイドラインとは「身体拘束ゼロへの手引き」に掲げる「緊急やむをえない場合の対応」であり，アンケート用紙にその 3 条件を示した．この 3 条件は，「切迫性：利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い」，「非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がない」，「一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものである」である．

調査対象の施設の身体拘束についての方針や姿勢についての結果を表 16 に示す．施設の方針として「どのような例にも身体拘束はしない」と回答したのは 448 施設中 224 施設（50%）で，「厚生労働省のガイドラインに従い身体拘束する」と回答した施設が 155 施設（31.8%）であった（表 17）．

この約１ヶ月間，徘徊を防止･制止するための身体拘束をしたか，その実態を調査した．「身体拘束はしていない」と回答した施設は，全体で 199 施設（44.4%），「身体拘束をした」と回答した施設は 106 施設（23.9%）であった（表 18）．

表 17　身体拘束についての考え方　（単位：施設）

	全体	老健	特養	療養型	グループホーム
徘徊の問題がある場合，原則的に身体拘束する	3(0.7%)	1(1.2%)	1(0.8%)	1(1.4%)	0(0.0%)
厚生労働省のガイドラインに従い身体拘束する	155(34.6%)	38(44.2%)	55(42.3%)	37(51.4%)	25(15.6%)
どのような例にも身体拘束はしない	224(50.0%)	34(39.5%)	60(46.2%)	18(25.0%)	112(70.0%)
その他	26(5.8%)	5(5.8%)	6(4.6%)	3(4.2%)	12(7.5%)
無回答	40(8.9%)	8(9.3%)	8(6.2%)	13(18.1%)	11(6.9%)

表 18　身体拘束の有無について（1 ヶ月間）　（単位：施設）

	全体	老健	特養	療養型	グループホーム
身体拘束をしていない	199（44.4%）	40（46.5%）	56 （43.1%）	29（40.3%）	74 （46.3%）
身体拘束をした	106（23.7%）	29（33.7%）	37 （28.5%）	31（43.1%）	9（5.6%）

表 19　徘徊防止のための具体的な拘束方法　（単位：施設）

	全体	老健	特養	療養型	グループホーム
徘徊防止のためベッドや車いすに手足を縛り，行動を制限する	3（0.7%）	0（0%）	0（0%）	3（4.2%）	0（0%）
ベッドから下りられないように，ベッドの周りを柵で過剰に囲む	47（10.5%）	11（12.8%）	19（14.6%）	17（23.6%）	0（0%）
車いすからの立ち上がり防止用に腰ベルトや抑制帯の装着	52（11.6%）	16（18.6%）	20（15.4%）	16（22.2%）	0（0%）
車いすから立ち上がり防止に車いす用テーブルの取り付け	16（3.6%）	10（11.6%）	4（3.1%）	2（2.8%）	0（0%）
落ち着かせるために，精神作用を減衰させる薬を過剰に使う	13（2.9%）	2（2.3%）	5（3.9%）	3（4.2%）	3（1.9%）
自分の意志で開けられない部屋に隔離する	4（0.9%）	2（2.3%）	2（1.5%）	0 （0%）	0（0%）
その他	12（2.7%）	2（2.3%）	3（2.3%）	1 （1.4%）	6（3.8%）

１６．徘徊防止のための具体的拘束方法

最近の１ヶ月間で，徘徊を防止あるいは制止するために，どのような身体拘束を行ったかと質問したところ，最も多かった回答は,全体で「車いすから立ち上がらないように腰ベルトやＹ字抑制帯等をつける」52 施設（11.6%），次に「ベッドから下りられないように，ベッドの周りを柵で過剰に囲む」方法が 47 施設（10.5%）であった.「徘徊防止のためベッドや車いすに手足を縛り，行動を制限する」方法は老健，特養，グループホームには全くみられず，療養型に 3（0.7%)みられた（表 19).

拘束の方法を 1 施設あたりの人数でみた，何らかの方法で拘束された平均の人数を表 20 に示す.

表 20　１施設あたりの徘徊高齢者に対する拘束防止のための方法とその対象人数
(単位：該当者の平均人数)

拘束の方法	全体	老健	特養	療養型	グループホーム
徘徊防止のためベッドや車いすに手足を縛り，行動を制限する	0.0（0.3）	0（0）	0（0）	0.1（0.6）	0（0）
ベッドから下りられないように，ベッドの周りを柵で過剰に囲む	1.0（5.5）	1.6（6.8）	1.1（3.7）	1.6（8.8）	0（0）
車いすから立ち上がらないように腰ベルトやＹ字抑制帯等をつける	0.8（3.9）	1.3（4.1）	0.5（1.3）	1.7（7.4）	0（0）
車いすから立ち上がらないように車いす用のテーブルを取り付ける	0.1（0.4）	0.2（0.7）	0.1（0.3）	0.1（0.3）	0（0）
行動を落ち着かせるために，精神作用を減衰させる薬を過剰に使う	0.1（0.9）	0.2（1.8）	0.1（0.7）	0.2（1.2）	0（0.2）
自分の意志で開けられない部屋に隔離する	0.0（0.2）	0.1（0.4）	0.0（0.2）	0（0）	0（0）
その他	0.1（1.1）	0.3（1.8）	0.1（0.7）	0.1（0.4）	0.2（0.9）
合計平均人数	2.2（10.0）	3.7（11.9）	1.9（4.3）	3.7（17.6）	0.2（0.9）

※（　　）内は標準偏差

１７．徘徊の対処方法

施設で導入している，徘徊の対処方法について質問した．調査用紙には 12 種類の対処方法を提示し，その頻度を「よく使用している」,「時々使用している」,「使用していない」で回答してもらった．12 種類の対処方法は，頻回に訪室する，詰所内あるいは詰所前にいてもらう，対象者の写真を各部署に配布する，対象者の衣服に氏名・病棟を記入する，鈴等，音がするものを対象者につけてもらう，常に職員が同行・みまもりする，居室の鍵の設置，病棟出入り口の鍵の設置，徘徊路を設置している，センサー・監視装置を設置している，ユニットケアを導入している，発信器・所在認知(タグ式センサー）の装着，である（表 21）．「よく使用している」と「時々使用している」の合わせた数を全体でみると，「常に徘徊者に同行し、みまもりする」という対処が最も多く，448 施設中 362 施設（80.8%）であった．また，「頻回に訪室する」332 施設（74.1%），「詰所内あるいは詰所前にいてもらう」258 施設（57.6%）であった（表 21）．

表 21　徘徊の対処方法

対処方法	全体 (448)	老健 (86)	特養 (130)	療養型 (72)	グループホーム (160)
頻回に訪室する	332（74.1%）	73（84.9%）	107（82.3%）	60（83.3%）	92（57.5%）
詰所内・詰所前にいる	258（57.6%）	73（84.9%）	102（78.5%）	50（69.4%）	33（20.6%）
対象者の写真の配布	62（13.8%）	20（23.3%）	24（18.5%）	4（5.6%）	14（8.8%）
衣服に氏名･病棟を記入	81（18.1%）	18（20.9%）	23（17.7%）	11（15.3%）	29（18.1%）
音がするものの装着	59（13.2%）	21（24.4%）	13（10.0%）	16（22.2%）	9（5.6%）
職員の同行・みまもり	362（80.8%）	74（86%）	113（86.9%）	49（68.1%）	136（85.0%）
居室の鍵の設置	23（5.1%）	4（4.7%）	10（7.7%）	2（2.8%）	7（4.4%）
病棟出入口の鍵の設置	167（37.3%）	58（67.4%）	53（40.8%）	12（16.7%）	44（27.5%）
徘徊路等の設置	123（27.5%）	38（44.2%）	44（33.8%）	10（13.9%）	31（19.4%）
センサー・監視装置設置	151（33.7%）	37（43.0%）	57（43.8%）	16（22.2%）	41（25.6%）
ユニットケアの導入	146（32.6%）	17（19.8%）	52（40.0%）	2（2.8%）	75（46.9%）
発信器・センサーの装着	30（6.7%）	7（8.1%）	18（13.8%）	0（0.0%）	5（3.1%）

１８．徘徊に対処している人的介入（対応）の方法

徘徊行動に対してどのような人的介入を行っているかを質問した．対処法として「徘徊を制止する」,「危険がなければ徘徊をみまもる」,「対象者に説明し納得させる」,「徘徊以外の目的活動（レクやゲームなど）に誘う」,「気分転換（お茶や話し掛けなどに誘う）をはかる」など 5 種類の方法を提示し,「よく使用している」,「時々使用している」,「使用していない」で回答を依頼した．「よく使用している」および「時々使用している」を使用している方法として，表 22 に掲げた．

全体でみると，対処方法としては「危険がなければ徘徊をみまもる」方法が最も多く，408 施設（91.1%）を占めた．次いで「徘徊以外の目的活動（レクやゲームなど）に誘う」が 386 施設（86.2%）であった．各施設形態別においても同様の傾向であった．

１９．「徘徊等みまもり機器」についての認知度

「徘徊等みまもり機器」についての認知度を質問した．「徘徊等みまもり機器を知っていますか」という質問に対して,「良く知っている（製品を複数知っており，各製品の特徴欠点などを把握している)」,「ある程度知っている（製品を見聞きしたことはあるが，各製品の特徴・欠点などは知らない)」,「知らない（今回のアンケートで初めて知った)」の回答肢を選択してもらった．全体でみると，徘徊みまもり機器を「よく知っている」と回答した施設は 39 施設（8.7%),「ある程度知っている」が 274 施設（61.2%),「知らない」と回答した施設が 64 施設（14.3%）であった（表 23)．

表 22　徘徊に対処している人的介入（対応）の方法

対処方法	全体 (448)	老健 (86)	特養 (130)	療養型 (72)	グループホーム (160)
徘徊を制止する	127（28.3%）	26（30.2%）	49（37.7%）	24（33.3%）	28（17.5%）
危険がなければ徘徊みまもり	408（91.1%）	82（95.3%）	129（99.2%）	58（80.6%）	139（86.9%）
対象者に説明し納得させる	254（56.7%）	56（65.1%）	92（70.8%）	36（50.0%）	70（43.8%）
目的活動（レクなど）に誘う	386（86.2%）	85（98.8%）	123（94.6%）	52（72.2%）	126（78.8%）
気分転換（話など）をはかる	414（92.4%）	85（98.8%）	128（98.5%）	57（79.2%）	144（90.0%）

表 23　徘徊みまもり機器の認知度

	全体 (448)	老健 (86)	特養 (130)	療養型 (72)	グループホーム (160)
よく知っている	39（8.7%）	6（7.0%）	11（8.5%）	7（9.7%）	15（9.4%）
ある程度知っている	274（61.2%）	57（66.3%）	76（58.5%）	49（68.1%）	92（57.5%）
知らない	64（14.3%）	6（7.0%）	16（12.3%）	11（15.3%）	31（19.4%）
無回答	71（15.8%）	17（19.8%）	27（20.8%）	5（6.9%）	22（13.8%）

２０．「徘徊等みまもり用の機器」の配備状況と各機器の使用頻度

各調査施設で設備されている「徘徊等みまもり用の機器」についての配備状況と各機器の使用頻度についてたずねた. 現在, 一般的に使用されていると思われる機器を 5 種類提示し, その使用頻度について「よく使用している」,「時々使用している」,「使用していない」で回答を依頼した.　「よく使用している」および「時々使用している」を使用している方法として, 表 24 に掲げた.

全体でみると, 最も多い対処の方法としては, 玄関や階段・エレベーターの出入りを制限するための暗証番号式鍵の設置であり, 125 施設（27.9%）が使用していた. 暗証番号式鍵の設置については, 施設間の特徴がみられ, 老健では 51.2%, 特養 39.2%, 療養型 11.1%, ブループホーム 13.8%であった.

来客・防犯センサー型, 赤外線ビームの遮断で検知しチャイム等が鳴るようなシステムである徘徊検知器についての使用は, 全体で 110 施設（24.6%）であった. 施設別でみると, 療養型が使用率 12.9%と他施設と比較すると低い値であった（表 25）.

表 24　徘徊みまもり機器の使用状況

設備の種類	全体 (448)	老健 (86)	特養 (130)	療養型 (72)	グループホーム (160)
マットセンサー （床敷きタイプ・マットを踏んだとき検知）	76（17.0%）	21（24.4%）	39（30.0%）	10（13.9%）	6（3.8%）
徘徊検知器（来客・防犯センサー型，赤外線ビームの検知でチャイム等が鳴る）	110(24.6%)	23(26.7%)	35(26.9%)	9(12.5%)	43(26.9%)
位置検知装置（対象者が小型発信機を装着する監視システム）タグ式センサーを含む	22（4.9%）	6（7.0%）	10（7.7%）	2（2.8%）	4（2.5%）
監視カメラ（施設の要所にカメラを設置し，詰所で監視．暗視カメラ等）	61（13.6%）	21（24.4%）	25（19.2%）	8（11.1%）	7（4.4%）
暗証番号式鍵の設置 玄関や階段・エレベーターの出入りを制限	125(27.9%)	44(51.2%)	51(39.2%)	8(11.1%)	22(13.8%)

２１．徘徊行動をどう捉えるか

徘徊行動について,それをケア上の問題としてどのように捉えているか質問した．もし，問題として捉えた場合，どのような理由で問題としているかを回答してもらった．

全体でみると，徘徊は「事故や転倒のリスクが高い」と回答した施設が 363 施設（83.5%），「他者とのトラブルを起こす」196 施設（45.1%），迷子になる・離院や離施設の原因となる 189 施設（43.5%），体調不良時の安静が保てない 148 施設（34.0%）などであった．療養型では，比較的重度の高齢者が利用しているため，器物破損などの運動機能を要する問題は少ない傾向であった（表 25）．

一方，徘徊は問題として捉えず，痴呆高齢者の当然の行為として受け入れる意見も多くみられる．「職員には判らないが,徘徊には何らかの目的があるであろう」374 施設（86.0%），「徘徊時の方が落ち着いている」106（24.4%），「転倒や他の事故につながらない」85 施設（19.5%）の回答を得た．老健の場合，「徘徊時の方が落ち着いている」と回答した施設が 36 施設（42.4%）と他の施設と比較して高い値を示した（表 26）．

表 25　徘徊を問題として捉えた場合の理由

	全体 (448)	老健 (86)	特養 (130)	療養型 (72)	グループホーム (160)
事故や転倒のリスクが高い	363（83.5%）	76（89.4%）	112（88.9%）	64（90.1%）	111（72.6%）
器物破損	30 （6.9%）	13（15.3%）	11（8.7%）	1 （1.4%）	5（3.3%）
異食	115（26.4%）	30（35.3%）	38（30.2%）	19（26.8%）	28（18.3%）
迷子・離院や離施設の原因となる	189（43.5%）	38（44.7%）	47（37.3%）	37（52.1%）	67（43.8%）
徘徊が不穏の原因となる	67 （15.4%）	8 （9.4%）	14（11.1%）	13（18.3%）	32（20.9%）
体調不良時の安静が保てない	148（34.0%）	33（38.8%）	49（38.9%）	24（33.8%）	42（27.5%）
他者とのトラブルを起こす	196（45.1%）	47（55.3%）	68（54.0%）	27（38.0%）	54（35.3%）
その他	8 （1.8%）	0 （0%）	2 （1.6%）	1 （1.4%）	5 （3.3%）
無回答/無選択	16 （3.7%）	4 （4.7%）	3 （2.4%）	0 （0%）	9 （5.9%）

表 26　徘徊を問題として捉えない場合の理由

	全体 (448)	老健 (86)	特養 (130)	療養型 (72)	グループホーム (160)
転倒・事故の危険性がない	85 （19.5%）	21（24.7%）	28（22.2%）	17（23.9%）	19（12.4%）
徘徊時のほうが落ち着いている	106（24.4%）	36（42.4%）	32（25.4%）	12（16.9%）	26（17.0%）
何らかの目的があるであろう	374（86.0%）	69（81.2%）	106（84.1%）	54（76.1%）	145（94.8%）
その他	20 （4.6%）	4 （4.7%）	5（4.0%）	2 （2.8%）	9（5.9%）
無回答/無選択	22 （5.1%）	3 （3.5%）	5（4.0%）	8 （11.3%）	6（3.9%）

「徘徊を問題として捉えない（徘徊を自由にまかす）場合，対象者の自由を保障しつつケアを継続できると思いますか」という質問に対しては，全体として肯定的意見が多く「十分に継続できると思う」の回答が 62 施設（13.8%），「ある程度継続できると思う」303 施設（67．6%）であり，両方含めると 81.4%であった．一方，「継続には無理がある」との回答は，全体で 66 施設（14.7%）であった．

表 27　対象者の徘徊行動の自由を保障しつつケアを継続できるか

	全体 (448)	老健 (86)	特養 (130)	療養型 (72)	グループホーム (160)
十分に継続できると思う	62（13.8%）	10（11.6%）	14（10.8%）	2（2.8%）	36（22.5%）
ある程度継続できると思う	303（67.6%）	62（72.1%）	96（73.8%）	41（56.9%）	104（65.0%）
継続には無理があると思う	66（14.7%）	12（14.0%）	18（13.8%）	24（33.3%）	12（7.5%）
その他	6（1.3%）	0（0.0%）	0（0.0%）	1（1.39%）	5（3.1%）
無回答/無選択	11（2.5%）	2（2.3%）	2（1.5%）	4（5.6%）	3（1.9%）

D　考察

１．施設サービス利用者における徘徊高齢者の割合と徘徊の問題点

社団法人「ぼけ老人を抱える家族の会」の会員を対象とした調査[2, 3]では,「回答者の約80%が徘徊（介護）の経験があり，その78%が行方不明を経験している」と報告している．今回の調査では，徘徊者の割合は療養型を除いた3施設で約85%以上であった．療養型は介護度の高い対象者が多く利用しており，寝たきり状態すなわち要介護4，要介護5の対象者が多くを占め,身体的に運動が制限されているため徘徊者は比較的少なかったと考えられる．いずれにせよ施設入所者には多くの徘徊者がおり，それに対応するために職員が苦労している現状がみられた．

徘徊の程度の中で,「常時徘徊し,危険行為を伴うため近い位置での監視の目が離せない」,「常時徘徊し,徘徊を制止すると抵抗する.徘徊を継続する」,「常時徘徊し,無理に施設外に出たがる．指示に従わない」などは，施設内のケアにとって，大きなリスク問題として存在する．

徘徊が原因で生じたアクシデントはこの1年間だけでも調査対象施設の62.1%で経験している．このアクシデントには転倒による外傷・骨折などの自損事故が最も多く，44.2%の施設で経験している．この傾向は亀谷[14]の報告とほぼ同値である．

２．徘徊と身体拘束について

2000年4月の介護保険の実施前，1999年3月に厚生省は介護保険施設における「身体拘束の禁止」の省令を出した．そのガイドラインに原則的に順ずる施設は，調査対象施設全体の 34.6%であったが，50.0%の施設は「どのような例にも身体拘束はしない」という結果を得た．調査期間の１ヶ月間でも身体拘束をしていない施設は44.4%であった．調査対象の施設には徘徊問題の多い対象者が多く，その程度も重度であるにも関わらず，身体拘束に頼らない対策を講じていたと考えられる．

３．徘徊防止のための身体拘束以外の具体的対処方法

徘徊防止のための具体的方法としては，頻回に訪室する，詰所内あるいは詰所前にいてもらう，対象者の写真を各部署に配布する，対象者の衣服に氏名・病棟を記入する，鈴など音がするものを対象者につけてもらう，常に職員が同行・みまもりする，居室の鍵の設置，病棟出入り口の鍵の設置，徘徊路を設置している，センサー・監視装置を設置している，ユニットケアを導入している，発信器・所在認知(タグ式センサー）の装着などの方法である．徘徊高齢者の尊厳を守る方法で,人的介入や環境整備あるいは設備機器などが多くの施設で活用されていた．この対処方法は，室伏ら[12]が指摘していること同じと考えられる．

徘徊行動に対する人的介入方法については「徘徊を制止する」,「危険がなければ徘徊をみまもる」,「対象者に説明し納得させる」,「徘徊以外の目的活動（レクやゲームなど）に誘う」,「気分転換（お茶や話し掛けなどに誘う）をはかる」などが高頻度に回答された．身体

拘束より適切な方法が用いられていた.

徘徊等みまもり機器の認知度については，69.9%の施設が知っており，マットセンサー，徘徊検知器，位置検知装置，監視カメラ，暗証番号式鍵など何らかの機器を活用していた.

４．徘徊の目的・理由について

木戸[7)]は「痴呆性高齢者の行動障害の原因は，十分に解明されているわけではないが，おそらく脳損傷自体，病前性格，情動，過剰障害，環境要因などの統合されたものと考えられ，どれが中心になるかは個々のケースで異なる」と述べている．また，室伏ら[12)]は「行動障害にはその一つ一つに各種の起因があり，行動障害をひとまとめにせず，対処する場合にはそれを見極めて，的確に対処していく必要がある」と指摘している．本調査結果からでも徘徊は「事故や転倒のリスクが高い」,「他者とのトラブルを起こす」,「迷子になる・離院や離施設の原因となる」,「体調不良時の安静が保てない」なども問題が指摘され，ケア上否定的な問題行動として捉える傾向も見られたが，徘徊を問題として捉えず，痴呆高齢者の当然の行為として受け入れる意見も多くみられた.「職員には判らないが，徘徊には何らかの目的があるであろう」,「徘徊時の方が落ち着いている」,「転倒や他の事故につながらない程度の徘徊はむしろ対象者の能力発揮の機会として考えたほうがよい」ということである.

徘徊を問題として捉えず注意深い監視のもと徘徊を自由にまかせた場合,対象者の自由を保障しつつケアを継続できると思う回答が大部分を占めたことは,環境的にも人的対処あるいは機器・設備的対処が総合的に活用されてきつつあることが考えられる.

Ｅ　結論

今回の調査は,痴呆性高齢者のリスクマネージメント上の問題である徘徊行動に焦点をおき，介護保険サービス関連施設における徘徊の現状とその対策について調査し，今後の徘徊高齢者に対するケアのあり方を示唆することを目的として行った.

調査の回答で指摘されたことでもあるが，徘徊の状態は種々様々で，対応には苦慮している現状であり，多くは「徘徊をみまもる」人員不足と建築・環境面すなわちハード面での不備さも指摘された．徘徊から生じるリスク軽減には「みまもり」が最良の方法であることは皆が認めるところである.

徘徊という行為に対し問題であるかどうかということについては，徘徊者は個々であり，受け取り手(介護者の姿勢)によっても違うことを再認識された．徘徊には何か目的・理由があると思われるが，それが観察不足，マンパワーの制限で見出すことができない例が多数存在していることも事実である．徘徊が原因で事故が発生し，責任の所在が問われる場合，その責任を回避するために徘徊者の行動を過剰に制限することは大きな問題である.

幸にも，徘徊を問題として捉えず，徘徊を自由にまかせ，対象者の自由を保障したケアが継続できるという見解をもつ施設が大多数であったことは好結果である.

効果的なケアのためには家族との連携，家族の理解と協力，一般社会に向けての痴呆ケア

の啓発が必要となってくるであろう.

Ｆ　参考文献

１）井上勝也, 痴呆性高齢者の徘徊行動に関する心理学的研究. 高齢者のケアと行動科学. Vol.8.No.2.2002

２）社団法人ぼけ老人をかかえる家族の会.ぼけ老人の徘徊に関する実態調査報告書. 1997；1-30

３）小泉美佐子, 行田久美, 石川弓子. 痴呆老人の徘徊行動のタイプ別に関する検討－４事例の徘徊行動観察－. Kitakanto Med. J. 49(3)193-199, 1999

４）室伏君士. 痴呆老人の徘徊. 老化と疾患. 10：15-21, 1997.

５）堀宏治, 稲田俊也, 鹿島晴雄. 痴呆患者にみられる徘徊行動の定義と評価法. 精神保健研究. 45:25-30, 1999

６）Richard V. Olsen, Ezra Ehrenkarantz, Barbara Hutchings. 柴田博, 溝端光雄(監訳). 痴呆性老人のためのやさしい住まい. 在宅介護を成功させるために. 株式会社ワールドプランニング, 1997. 11. 1

７）木戸又三. 痴呆における問題行動の理解と対応. 痴呆における問題行動の諸様態. 老年精神医学雑誌. 第 2 巻第 9 号　1991.9

８）菅野圭子, 岡村仁. 失見当識障害による徘徊患者への支援－事例検討から学ぶ, 認知障害のリハビリテーション看護. リハビリテーション看護研究 7.

９）朝田隆. 在宅の老化性痴呆患者にみられる問題行動の定量的分析. 老年精神医学雑誌. 第 2 巻第 10 号. 1991. 10

１０）日本作業療法士協会学術部(編). 作業療法マニュアル 19. 痴呆性高齢者の作業療法－介護老人保健施設を中心に－. (社) 日本作業療法士協会. 2003. 6. 20

１１）Lisa P. Gwyther. 小林敏子(監訳). アルツハイマー病介護マニュアル. 株式会社日本評論社. 1993. 8. 5.

１２）室伏君士, 後藤基卿, 田中良憲, 立津美恵子, 住吉司郎. 痴呆における問題行動の理解と対応. 老年期痴呆患者の施設における異常行動・精神症状とその対応. 老年精神医学雑誌. 第 2 巻第 9 号 1991. 9

１３）鎌田ケイ子. 看護の対応. 医学の歩み. Vol.158　No.9　1991. 8. 31

１４）亀谷美和子, 佐藤美和子. 他利用者とのトラブル, 徘徊, 異食等問題行動の多い痴呆性高齢者の理解とケア. 高齢者のケアと行動科学. Vol. 8. No. 2. 2002

高齢者痴呆介護研究　～平成１６年度報告書～

平成１６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１７年５月
編　集：社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究・研修大府センター
〒474－0031　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

平成１６年度
老人保健健康増進等事業
による研究報告書

平成１６年度

三センター共同研究事業

＜痴呆ケアにおけるリスクマネージメントに関する研究＞

認知症介護研究・研修東京センター

認知症介護研究・研修仙台センター

認知症介護研究・研修大府センター

＜はじめに＞

病院・診療所などにおける事故（主として医療事故）と介護施設などにおける事故（主として介護事故）とを比較すると、本質的に異なる点と共通する点とがある。相異点は、前者が手術、点滴・注射などの薬物投与、検査の一部などの人体への直接侵襲との関連する点であり、共通する点は、転倒、転落、誤嚥、異食、入浴関連事故、徘徊関連事故、感染、などである。これら以外にも自殺、不審死、交通事故、盗難、家事、などがある。

病院・施設・家庭などでは、これらの事故を予測し、防止または回避すること、即ち,予防することは一番重要である。最近は、リスク・マネージメントといわれることが多い。これには、予防以外に、事故発生後の対応も入り、病人の立場に立った迅速で、誠実な対応が必須である。

防止策では、事故の情報収集・報告体制、安全対策マニュアルの作成と徹底、現場職員の意識改革、労働条件の改善、リスク・マネージメント教育、などであるが、何よりも、常に病人のことを個別に念頭においてケアをしていれば、大半の事故は、防止できると考えられる。即ち、職員の意識が問題である。

最近、身体拘束廃止が叫ばれていて、施設によっては、どんな場合も拘束をしないとしているが、これは行き過ぎの場合もあり、介護における一種のパターナリズムである。例えば、本人に未だ判断能力があり、自分で危険を感じて車椅子への固定を希望しているのに、それもしなくて転倒を招いたりすれば、これは人災である。また、妄想念慮で不安が強い場合、他人から隔離を希望することがあるが、この場合は、本人の同意書を得て、隔離するのが、自己決定権の尊重になる。このように、基本原則は、身体拘束廃止は当然のことであるが、あくまでも施設のモットーやスローガンよりも、「個別ケア」を最優先すべきである。

３センターの共通研究課題として取り組んで 3 年となり、一定の成果が上がった「認知症ケアにおけるリスク・マネージメン」を報告し、この結果が、広く関連機関・施設で利用されることを希望するものである。

最後に、リスク・マネージメントにおいても、ご本人の意思に沿った「個別ケア」の精神が重要であることを強調したい。

平成17年3月

認知症介護研究･研修大府センター

センター長　柴山　漠人

目　次

三センター共同研究事業を終えて‥‥‥

C) IT 介護機器を利用した情報管理に関する研究

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、永島　隆（(社福)潤生園)、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、小長谷陽子、柴山漠人（認知症介護研究・研修大府センター)、水野　裕（一宮市民病院今伊勢分院）
研究協力者　藤掛和広（名古屋大学)、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）

D) 認知症ケアにおけるリスクマネジメント～認知症の疾患別のリスク評価に関する研究～

主任研究者　伊苅弘之（医療法人さわらび会福祉村病院）
分担研究者　小阪憲司、山本孝之（医療法人さわらび会)、
研究協力者　山本淑子（医療法人さわらび会福祉村病院)、笠原祐子（医療法人さわらび会福祉村病院)、二村なつえ（医療法人さわらび会福祉村病院)、白井美代子（医療法人さわらび会福祉村病院)、柴田浩文（医療法人さわらび会福祉村病院）

E) 徘徊への対応の現状と課題

主任研究者　杉村公也（名古屋大学医学部保健学科）
分担研究者　田川義勝（名古屋大学医学部保健学科）
研究協力者　後藤真也（名古屋大学医学部保健学科）

F) 痴呆ケアにおけるリスクマネジメントに関する研究～AMPS による施設ケアのリスク判定～

主任研究者　杉村公也（名古屋大学医学部保健学科作業療法学専攻）
分担研究者　森　明子（名古屋大学医学部保健学科作業療法学専攻）
研究協力者　白石成明（小山田記念温泉病院）
安藤一也（介護老人保健施設ルミナス大府)、菱田　愛（介護老人保健施設ルミナス大府)、小酒部聡江（介護老人保健施設ルミナス大府)、縣　さおり（介護老人保健施設ルミナス大府)、小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター）

4）資料

大府センター報告書

痴呆ケアにおけるリスクマネジメントに関する研究
～AMPS による施設ケアのリスク判定～

主任研究者　杉村公也（名古屋大学医学部保健学科作業療法学専攻）
分担研究者　森　明子（名古屋大学医学部保健学科作業療法学専攻）
研究協力者　白石成明（小山田記念温泉病院）
安藤一也（介護老人保健施設ルミナス大府）
菱田　愛（介護老人保健施設ルミナス大府）
小酒部聡江（介護老人保健施設ルミナス大府）
縣　さおり（介護老人保健施設ルミナス大府）
小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター）

Ａ　研究目的

痴呆性高齢者の多い介護病棟に起きている医療事故のうち､大半は転倒に集中していたという報告がなされている[1)]。痴呆ケアにおけるリスクマネジメントの観点から、痴呆性高齢者の事故対策として転倒対策が重要である｡リスクマネジントとして対象者の転倒予防は多くの施設で取り組まれており、転倒因子の分析や実態の把握についても調査されている[2)3)]。痴呆性高齢者の転倒は、活動性や日常生活動作（以下 ADL）能力低下の大きな要因となっている。転倒の多くは偶発的、突発的であり、骨折の危険性のみでなく、転倒後症候群と言われているように、心理的に転倒恐怖を感じ、活動性を低下させてしまうことにも繋がりかねない。そこで、転倒のハイリスク者を予測できるアセスメントが必要である。そのアセスメントは国内外でさまざま開発されている[4) 5) 6)]。転倒は、リスクをアセスメントすることによって発生を予測できるといわれているが、痴呆性高齢者の転倒予防においては、転倒のリスクアセスメントのみでなく、痴呆の認知障害に関連した行動特性の理解、評価も必要である。本研究の目的は、施設におけるケアのリスクとして最も高い転倒に焦点をあて、転倒リスクの評価法として、安藤が作成した転倒アセスメントと ADL 評価法である Assessment of Motor and Process Skills （以下 AMPS）の相関と活用の可能性について報告する。

Ｂ　研究方法

１　対象

平成 16 年 9 月から平成 17 年 2 月までの 6 ヶ月間に､愛知､三重県内の介護老人保健施設、痴呆性高齢者グループホームに入所中（以下対象者）で、後述する４項目を満たし、かつ書面で家族、本人から同意が得られた 32 名を対象とした。その４項目とは、①中等度または軽度痴呆、②重度な失語、失行、失認を認めない、③重度な視覚、聴覚障害を認めない、④要監視でも自分で５メートル位であれば移動できる、とした。

2　方法

(1)倫理的配慮

大府センターの倫理審査において承認された後、対象者ならびに家族へ書面にて本研究の説明を行い、同意を得た。すべての調査は対象者が慣れ親しんでいる生活場面（施設内）で実施した。

(2)評価方法

対象者に3種類の評価法、①Mini-Mental State Examination(以下MMSE)、②転倒アセスメント、③AMPSを実施した。

（3）転倒アセスメントについて

今回用いた転倒アセスメントは、13項目、30点満点で構成されている（表１）。一般的な転倒リスクとして、①身体的リスク（起立性低血圧、脳血管障害、パーキンソニズム、痴呆、骨折、変形、視覚障害など）、②加齢に関連するリスク（筋力低下、姿勢反射の低下、平衡機能の低下）、③薬物リスク（睡眠薬、向精神薬など）、④生活環境リスク（履物、照明、滑りやすい床、手すりがないなど）の4種類のリスクに、⑤過去の転倒経験からくる転倒恐怖感が加わり、歩行・移動能力低下を引き起こし、転倒へ繋がるとされている[7]。今回の転倒アセスメントはこのうちの①～⑤のうち④以外をすべて下位項目に含んでいる。

表１	なし	軽度	重度
１．体力低下	0	1	2
２．認知障害	0	1	3
３．起立不安定	0	1	2
４．歩行不安定	0	2	3
５．姿勢反射障害	0	1	2
６．突進現象	0	1	2
７．すくみ足	0	1	2
８．腰・下肢関節変形	0	1	2
９．視力低下	0	1	2
10．起立性低血圧	0	1	2
11．眠剤、向精神薬服用	0	1	2
12．１年間の転倒	0	2（1-2回）	3（3回以上）
13．５年間の転倒による損傷	0	1（外傷、上肢骨折）	3（下肢骨折）
合計			／30点満点

(4)AMPSについて

AMPSは、観察型評価法であり、ADL遂行の質を測定するのに使用され、50,571 名のクライアントによって世界的に標準化されている評価法である[8]。障害が重度の者から健常者まで測定が可能であり、日本人への適応も確認されている[9]。運動技能（Motor Skills）と処理技能（Process Skills）について35項目を観察し評価する（資料１）。AMPSは83のADL課題から、対象者が馴染みのある課題を２課題選択し遂行する。その遂行状況を評価者が観察し、対象者の残存能力と遂行の質を評定する。簡単な課題として例えば洗濯物たたみ、食器洗い等があり要介護高齢者にも実施可能である。対象者の課題の遂行状況を16項目の運動技能と20項目の処理技能について４段階尺度（１＝危険/要介助、２＝非効率、３＝疑問あり、４＝有能）で評定を行う。それをコンピュータソフトに入力し、課題難易度、項目難

易度、評価者寛厳度などを含め換算し、運動技能と処理技能の両側面の能力測定値を出す。AMPS の健康高齢者データ（60－90 歳）の能力測定値の平均は運動技能 2.6 ロジット、処理技能 1.8 ロジットである[8)]。他の評価スケールとの相関については、高齢者で Functional Independent Measure(以下 FIM)の motor scale と AMPS の運動技能の相関係数は r=0.62 、FIM の social－cognition scale と AMPS の処理技能も r=0.62 であることが明らかになっている[10)]。FIM との違いは、FIM は介護量を評価するのに対し、AMPS は行動分析から残存能力や行動特性を評価する点である。

(5)統計処理

転倒アセスメントと対象者の年齢、MMSE、AMPS の運動技能、処理技能との相関をスペアマンの順位相関係数で求めた。統計ソフトは SPSS11.0 を用いた。有意水準は 0.05 未満とした。

C　研究結果

対象者の年齢は平均 82.2±4.6（73～92）歳、平均教育歴は 8.2±2.1（6～14）年であった。

MMSE は平均 16.7±4.2 点（12～23 点)、転倒アセスメントは平均 12.2±3.4（3～17）点であった。

表２　転倒アセスメントとの相関係数

	転倒アセスメント	p 値	
年齢	0.313	0.128	
MMSE	0.077	0.713	
運動技能	-0.461	0.007	**
処理技能	0.093	0.657	

**P<0.01

AMPS の運動技能は平均 0.3±0.7（－0.86～2.3）ロジット、処理技能は平均 0.8±0.6（－0.22～2.1）ロジットであった。

転倒アセスメントと年齢、MMSE、AMPS の運動技能、処理技能との相関は、表２に示すように AMPS の運動技能と有意な相関が認められた。すなわち AMPS において運動技能の低い者は転倒アセスメントにおいて高い値を示し転倒リスクが高いことを示していると考えられる。

D　考察

安藤の転倒リスクアセスメントは神経機能を中心に，関節機能，体力，薬物や実際の転倒の既往など総合的に転倒リスクを評価するものである。項目の構成から身体的要素が評価の大きな要素となっており，比較的，体力や身体能力が保たれているが認知症が重度の場合ではリスクがやや過小評価される可能性があろう。

須貝らは、痴呆性高齢者は危険を自ら察知したり回避する力がないことが一要因であるため、転倒のリスクをあらかじめケアスタッフなどが評価し、リスクを減らすケアプラン作成が重要であると述べている[1)]。今回の結果から、AMPS の運動技能は転倒アセスメントと有意な相関が認められた。このことは認知症高齢者の運動技能の拙劣さが転倒のリスクの要素にもなっていることを示している．つまり，筋力の低下や感覚の低下とともに，認知症にあ

っては運動を安全,確実に遂行する能力の低下が重要な転倒リスクとなりうると考えられる.しかし、その相関係数は中等度であり、AMPS は安藤の転倒アセスメントを補完する評価視点であるとも考えられる。

室伏は痴呆性高齢者の転倒に関する行動特性として、痴呆の認知機能低下に関連し、①危険を予測できず、②複雑な動作ができない、③衝突しやすいなどがあると述べている[11]。今回，安藤の転倒アセスメントとは相関が低かったが，AMPS の処理技能評価には、室伏の指摘する行動特性の 3 点を評価する項目を含んでいる。ここで AMPS の処理項目と３つの行動特性を対応させて考えてみると、まず①危険を予測できるかについて、例えば食器を運ぶ際に食器を選択し（選択）、安全に運ぶ為に行動を調整するか（取り扱い、調整）、②複雑な動作ができないことについては、食器洗いの際適切なスポンジや洗剤を選択し（選択）、両手で食器を落とさないように把持し（留意）、効率的に汚れを落とすことができるか（順序、順応）、③衝突しやすいについては、台所や机にぶつからず動くことができるか（進路設定、調整）などが AMPS から明らかになり、各個人の行動特性と残存能力を評価できると考えられる。この点からも AMPS は安藤の転倒アセスメントにない認知症患者に特徴的な転倒リスクを評価できるのではないかと考える.

今回はアセスメントに限った調査であり、実際の転倒経験や転倒回数との関連でアセスメントの信頼性，有用性を検証することはできなかった。記憶が曖昧で，訴え自体の信頼性にも問題がある認知症の場合では実際の転倒回数などの信頼性の高い調査は不可能に近い。また今回調査の対象となった施設ではさまざまの介護介入がなされ,安藤のアセスメント結果や経験上から,リスクの高い入所者に対しては転倒を懸命に防止しているという側面もあり,無介入状態の転倒状況を把握することは不可能であった. そのため，実際の転倒回数や転倒未遂状態とアセスメントされたリスクとの関連性を検討することはできなかった。

さらに今回はアセスメントに基づいた介入効果まで検討し言及することはできなかった。島田らは痴呆と身体機能障害を合併し、転倒の危険性が高い対象者が入所している長期ケア施設において、転倒を予防するための監視者（転倒リスクマネージャー）を導入し、その効果を検証している[12]。転倒リスクマネージャーの導入は、転倒事故を減少させることはできなかったが、ケアスタッフの意識向上という波及効果があり、長期的には転倒予防へ繋がることが考えられたと報告している。このようなことから、今回の評価結果をケアプラン作成やケアスタッフの意識向上に反映させていくことで、有益な転倒予防対策へ繋がることを期待したい。さらにそうした効果を何らかの方法で検証していくことを検討していきたい.

E　結論

今回、転倒の評価法として転倒アセスメントと AMPS を活用し、その相関を明らかにした。結果から転倒アセスメントの結果に加え、AMPS を用いることによって行動分析から対象者の転倒リスクに関する多面的な評価を可能にし、ケアプラン作成へ活用できることが示唆された。

F　参考文献

1）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；68:10－19.

2）厚生労働省老健局計画課監修：介護予防研修テキスト．社会保険研究所，東京，2001，91.

3）島田浩之,太田雅人，矢部規之，大渕修一，古名丈人，小島基永他：痴呆高齢者の転倒予測を目的とした行動分析の有用性．理学療法学，2004，31：124－129.

4）Morse JM,et al:Developmentof scale to identify the fall-prone patient. Canadian Journal on Aging,1989;8:366-377.）

5）泉　キヨ子,牧本清子,加藤真由美，細川淳子，川島和代，天津栄子: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１報）．金沢大学医学部保健学科つるま保健学会誌,2001;25：45－53.

6）島田浩之，内山　靖，加倉井周一：高齢者の転倒予防に対する介入効果．ＰＴジャーナル,2002，36：315－322.

7）鈴木みずえ：転倒・転落の危険度判定とケアプラン.看護学雑誌,2004；68－1：19－24.

8）Anne G Fisher ： Assessment of Motor and Process Skills， 3rd ed， Three Star Press，Fort Collins， 1999.

9）Goto.S，Anne G Fisher， Mayberry. W.L： AMPS applied cross－culturally to the Japanese. American Journal of Occupational Therapy，1996；50：798－806.

10）Susanna E Robinson ，Anne G Fisher：A Study to Examine the Relationship of the Assessment of Motor and Process Skills to Other Tests of Cognition and Function. British Journal of Occupational Therapy，1996；59：260－264.

11）室伏君士：痴呆性疾患の問題行動の理解と対応．別冊総合ケア老人性痴呆症，1993；41－48.

12）島田裕之，鈴木隆雄，大渕修一，古名丈人：長期ケア施設の転倒予防のためのリスクマネジャーを導入した効果．日本老年医学会雑誌，2004；41：414－419.

＜資料 1＞

項目	項目説明
	運動技能(Motor)
安定	バランスを保つための体の安定
アライメント	垂直方向への体のアライメント
ポジション	課題にあわせた体や腕のポジション
歩行	課題を遂行している場所での表面移動
リーチ	課題目的物へのリーチ
屈み	課題にあわせて適切な体の屈みや回旋
協調	目的物を安全に安定させるための両側動作の協調
操作	目的物を操作
流れ	腕や手のなめらかさ
動かし	表面上の目的物の押し引きと、ドアや引き出しの開閉
持ち運び	ある場所からある場所への目的物の持ち運び
持ち上げ	目的物の持ち上げ
目算	動作に注ぐ力の一定化
把持	安全な握りの維持
耐久	課題遂行するための耐久性
ペース	課題遂行中適切で一定のペースを保つ
	処理技能(Process)
ペース	課題遂行中適切で一定のペースを保つ
注意	課題遂行中最初から最後まで課題への注意の維持
選択	課題遂行に必要な適切な材料や道具の選択
使用	意図される目的に従っての目的物の使用
取り扱い	いつどのように目的物を安定させ、支持し、取り扱うかの知識
留意	課題の目標の留意
質問	必要とされる情報を尋ねる
開始	ためらいなく課題の動作や段階を始める
継続	完了までの動作の継続、不必要な中断や反復がない
順序	合理的な順序で課題を遂行
終結	適切な時に動作や段階を終える
探索・突き止め	道具や材料を捜し求める
集約	課題を遂行する場所に道具や材料を集める
整理	道具や材料を順序良く論理的に、適切に空間配置
片付け	道具や材料をしまい、仕事場を元の状態に戻す
進路設定	体や手を物に当たらないように操作
気づき・反応	適切に周囲からの非言語的な手がかりに気づき反応
順応	問題に打ち勝つための自分の行動を修正させる
調整	問題に打ち勝つため仕事場を変化させる
利益	問題が二度と起こらないように、あるいは持続しないように防止

高齢者痴呆介護研究　～平成１６年度報告書～

平成１６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１７年５月
編　集：社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究・研修大府センター
〒474－0031　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

平成１６年度
老人保健健康増進等事業
による研究報告書

平成１６年度

三センター共同研究事業

＜痴呆ケアにおけるリスクマネージメントに関する研究＞

認知症介護研究・研修東京センター
認知症介護研究・研修仙台センター
認知症介護研究・研修大府センター

平成１６年度
老人保健健康増進等事業による研究事業

グループホームにおける事故予防の取り組み

事例集

～認知症高齢者の安心した暮らしのために～



認知症ケアにおけるリスクマネージメント研究プロジェクト

【目　　次】

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

認知症ケアにおける
リスクマネージメント研究プロジェクト

研究委員（敬称略・順不同）

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

事例提供及び執筆担当（敬称略・順不同）

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

はじめに

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

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

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

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

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

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

認知症ケアにおけるリスクマネジメント研究プロジェクト一同

A　認知症ケアにおけるリスクマネージメントとは

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

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

リスクマネージメントとは

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

認知症高齢者のリスクとは

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

認知症ケアにおけるリスクマネージメントとは

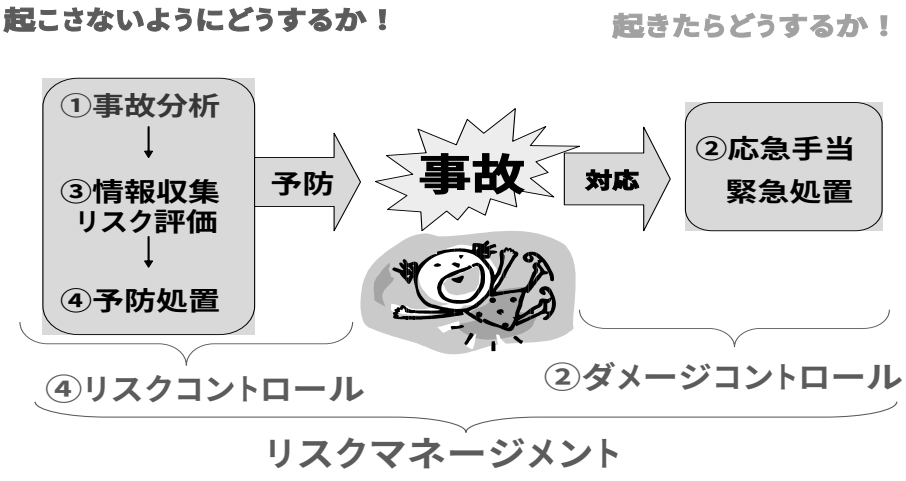
認知症ケアにおけるリスクマネージメントとは、認知症高齢者に起こりうる転倒・転落、帰宅願望による外出に関わる事故、誤薬による服薬事故、入浴時の溺死、人間関係におけるトラブルなどを防止することを意味します。

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

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

① 事故の原因を推測できること（事故分析）
② 起きてしまった事故に素早く対応できること（ダメージコントロール）
③ 事故の予防に必要な情報を集めること（リスクアセスメント）
④ 根本的な原因を排除し、予防のための方法を立案すること（リスクコントロール）

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



B　本書の構成

ねらい

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

①原因をアセスメントすることの重要性と意義を理解する。
②予防に必要な情報をチェックポイントとして解説し、リスクアセスメントに必要な情報を理解する。
③事故が起こる前の事前評価の重要性を学ぶ。
④多様な事故予防の考え方を理解し、予防に至る視点を学ぶ
⑤事故への対処的な対応だけでなく、予防に取り組むことの重要性を理解する。

構　成

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

本書は２部構成になっています。

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

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

Ⅰ部　事故予防の取り組み事例

Ⅰ部では認知症高齢者の代表的な事故について、予防に取り組んでいる事例を紹介しながらリスクマネージメントの視点を解説しています。
なぜ事故が起こったのか、すぐにしなければならないことは何か、事故を防ぐために知っておくべきことは何かなど事故を防ぐための取り組みついてみなさんも一緒に考えてみてください。

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

事例１【転倒事故】１日に１０回以上転倒するＭさん

事例２【異食事故】石鹸を食べてしまったＳさん

事例３【帰宅願望・外出】外に出て行き、土手や草むらも平気で歩き続けるＯさん

事例４【服薬事故】隣の人の薬を飲んでしまったＭさん

事例５【入浴事故】入浴後にふらつきのみられたケース

事例６【人間関係トラブル】すし作りでもめるＡさんとＢさん

１【転倒事例】１日に１０回以上転倒するＭさん

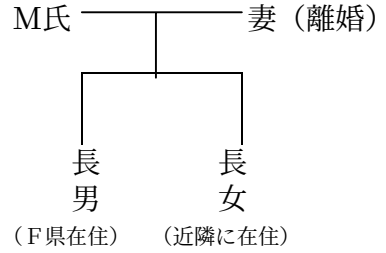
Ⅰ、＜事故状況＞

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

Ⅱ、＜事例の概要＞

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

家族構成）



ワークシート
///　みんなで考えてみましょう

問１）Ｍさんの転倒の原因はなんでしょうか。推測してみましょう。

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

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

【解説】

問１）→原因をアセスメントする　なぜ、そのような事が起こったか！！

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

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

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

＜身体面＞

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

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うとよい。

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 家具や生活用具と本人の関係を観察すること

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

問３）→予防の取り組みのポイント（事故を防ぐために）

＜身体面＞

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だろうか。
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おう。

Ⅳ　実際の取組み

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、トイレ誘導後ふらつきが見られる。パッドを回収した後、一服する。手の震えが見られる為、ストロー付きマグカップでお茶を飲む。「これはMさんのですか」と聞いてきたので「はいそうです」と答える。「どこか打ったのですか」と聞くと、おでこを押さえながら軽いほうだと話す。	(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る。スタッフの介助にて立ち上がり、自力でトイレに行く。	
	１０：４０　２階、居室より出る際、扉をあけ転倒、シップ交換し、右前頭部にたんこぶ、左膝を打っています。	
	１１:１０　自室 (3) にて転倒。スタッフが訪問した際には、膝を床に付け頭をあげていた。本人は腰を打ったと話している。介助にて立ち上がり２階喫煙所に座っている。	(2) 転倒する場所の規則性を探る必要がある。
	１７：３５　自室前にて転倒、介助にて車椅子へ移乗。左肩を打ったとの訴えがある。	(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	４：４０　自室にて転倒。「ドーン」という音と共に、本人「助けてくれ～」と叫んでいる。スタッフが訪問すると顔面、両手を打ったと話す。特に両手の痛みが酷く、興奮状態見られておりスタッフが抱えようとするも拒否、「早く警察か施設長、男の人を呼べとの事」。スタッフK君を呼び交代するも興奮、外傷みられず再度スタッフが変わり、湿布を持って行くも興奮は治まらず、一端スタッフは離れる。	
	６：０５　「ドドドーン」という音がしたので訪問。タバコに火がついたものを持ち、床に座られていました。(4) 本人何処も打っていないし、痛くないとの事。「何でこうなるんだろう？」と聞くので、「足の運びが悪くなった事」を伝えると納得し、介助にて立ち上がり、喫煙所まで歩行介助しています。興奮状態は見られず。	(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・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。	

	１４：１０　トイレ前にて転倒、Ｂ（＋）Ａｃ（＋）両膝湿布塗布 １５：５０　自力でトイレへ行こうとし居室内にて転倒、痛みの訴えはなし。 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で一服し、自室へ戻り入眠。	(5)本人との関係にも問題があるかもしれない。スタッフが一方的にケアするのではなく、本人の意思はどの方向に向いているのかの洞察力が求められる。それには、向き合うしか方法はないと思われる。

＜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てからではリスクマネージメントとは言えないと思われます。ですから、この事例はある意味失敗例でもあると同時に、その後の取り組みからは成功例でもあるのではないかと考えられます。

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

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

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

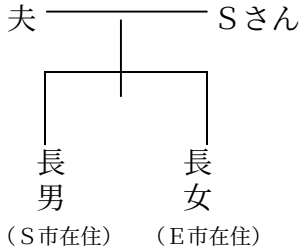
2　【異食事例】石鹸を食べてしまったＳさん

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＞

年　　齢）　７１歳
性　　別）　女　性
学　　歴）　尋常小学校
職　　歴）　華道の先生
認知機能）　ＨＤＳＲ　７点
既 往 歴）　糖尿病
現　　病）　老人性認知症
服 用 薬）　糖尿病薬、便秘薬、利尿剤
コミュニケーション能力）会話は可能
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・花・日記
宗　　教）　仏　教
生 活 史）　８人兄弟姉妹の末っ子として出生。H県Ｙ市の学校を卒業後、現在の夫と結婚。一男一女をもうける。以前、お稽古事で華道の師範をとり、お弟子さんをとって家計を支えていた。その後、夫の転勤などで、H県中を転々とする。子供も巣立ち、二人きりの生活であったが、平成元年ごろより、糖尿の疑いがあるとのことで、通院加療していたが、平成１０年頃より、もの忘れがひどくなり、心配した家族が精神科へ受診させたところ、アルツハイマー型認知症との診断を受け、老人保健施設に入所となる。しばらく施設での生活が続いたが、認知症の症状が次第に進行し、夫も同様の診断を受け、二人で施設の生活が続く。その後、集団生活よりも小規模な家庭的な環境が良いのではとのケアマネージャーの薦めもあり、夫と共にグループホームへ入居となる。
人間関係）会話によるコミュニケーションはかろうじて保っている。スタッフとのコミュニケーションは良好である。人恋しく寂しがりやな一面もある。夜間「お父さんがいない」と何度も部屋から出てきては探す様子も伺える。
家族構成）



ワークシート
///　みんなで考えてみましょう

問１）　Ｓさんはなぜ、石鹸を食べようとしたのでしょうか。原因はなんでしょうか。推測してみましょう。

問２）　Ｓさんが石鹸を食べることを防ぐために､知っておいた方がよい事はなんでしょうか。（身体面、心理面、環境面などから考えて見ましょう）

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

【解説】

問１）→原因をアセスメントする　なぜ、そのような事が起こったか！！

原因は３点ほどに絞られると考えられます。第一は、孤立感、孤独感などひとりになることでの不安が認知の障害を助長したのではないかという点です。第二は、便秘です。石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りました。それ以後、便秘薬が処方され、生活習慣自体が見直されることになりました。第三は、お正月に起きた鏡餅を隠れるようにして食べた一件です。

また、食べた石鹸を調べてみると、花の形をした石鹸であることが判明しました。つまり、Ｓさんにとっては、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ができるでしょう。

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

＜身体面＞

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かなくなってきているため、便秘薬と並行して生活習慣自体も見直す必要がある。

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のかもしれない」など行動や感情のシグナルを読み取り、先の先の行動をとる必要があるのではないかと思われる。

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で、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合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、スタッフ個々の見直しが必要ではないだろうか。

問３）→予防の取り組みのポイント（事故を防ぐために）

＜身体面＞

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。
実際には、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増やしたことによって異食は起きていないのである。

＜コメント＞

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

異食事故の多くは、

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

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

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

Ⅳ　実際の取組み

経　　過		かもしれない視点
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。	（1）匂いによるアセスメント。石鹸を食べたのかもしれない。全ての石鹸を確認したところ、歯形のついた石鹸を確認。緊急に通院。その際、石鹸の形を確認すると、いつもと違う花の形をした石鹸であることが判明。もしかしたら、食べ物（お供えにある『らくがん』に見えたのかもしれないと直感で感じる。スタッフに普通の石鹸に置き換えるよう指示。その後様子を見るように指示をだす。合わせて、誰か石鹸を食べているところを見た者はいないかを確認する。なぜなら、異食は１人の時に起きることが多い、つまり孤立している時、寂しい、混乱、不安などの環境要素が加わった時に起こるのではないかとの推測である。 （2）普段と変わらぬ生活をしてもらうよう指示をだす。 （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。 （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。
	１９：２０　１Ｆ洗面所の石鹸が半分に減っており、歯形がついていることを確認。本人の口から石鹸と思われる匂いがする為、石鹸を食したのだろうという判断により、Ｎ病院救急外来へ受診。嘔気、嘔吐などの症状がないか様子観察が必要との事で、ハルトマン液５００点滴施行。又、唇の腫れについては、石鹸の成分によるものではないか？との事で、２２：００特に症状が見られず、帰宅してから様子観察するようにと、Ｄｒより指示が出される。	
	２３：００　本人、ぐっすり眠られている。	
2・　5	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　トイレへ誘導し腹部確認する。腹部膨満感見られＮ病院救急外来へ受診。Ｄｒの診察を受け、触診、腹部Ｘ－Ｐの結果、大腸全体におよぶ宿便がみられるとのこと。主治医と相談し便秘薬を処方してもらうと良いとのアドバイスをいただく。また、便は、最近のものではなく、かなり以前からのものとの事。	
	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。	

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

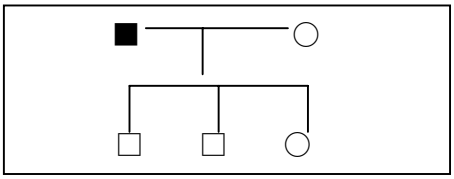
Ⅰ．＜事故状況と経過＞

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、平気で土手や草むら、車道を渡るなど歩き続けていた。スタッフがＯさんの近くに寄ると「どうして付いて来るの」「放っておいて下さい」と口調が荒くなる。そして、一人で先へ先へと歩いてしまうため、少し距離を置き、後ろから様子を見守るようにしていた。

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

Ⅱ．＜事例概要＞

年　　齢）　７９歳
性　　別）　女性
学　　歴）　尋常小学校卒業
職　　歴）　家事手伝い
認知機能）　ＨＤＳ－Ｒ８点
既 往 歴）　虫垂炎手術、胆石手術、高血圧症
現　　病）　高血圧症、糖尿病、便秘症、アルツハイマー型認知症（H12．5 診断）
服 用 薬）　降圧剤
コミュニケーション能力）　「家に帰る」「夫の病院に行く」等自分の想いを訴えることはできるが、時々つじつまの合わないこともある。
ＡＤＬ）　食事は自立。排泄は、声かけ誘導が必要。入浴・着脱に関しては一部介助。
生きがい・趣味）　畑仕事・歌をうたう・ラジオ体操（体を動かすのが好き）
宗　　教）　禅宗
生　活　史）農家の８人兄弟の末っ子として出生。女の子一人で両親・兄に大変かわいがられ育つ。尋常小学校卒業し、家業を手伝う。20 歳で結婚し、２男１女をもうける。浪費家の夫に苦労をし、家計をやりくりしながら懸命に子育てを行う。平成４年夫が脳梗塞で倒れ、２年ほど看病生活を送り、平成７年夫死去後、趣味を楽しんだりするが、平成１２年頃より物忘れや外出先から戻れなくなるなどの痴呆症状が出現、アルツハイマー型認知症と診断される。約２年の長男夫婦と同居の後、グループホーム入居となり、現在に至る。
人間関係）もともとほがらかな性格で面倒見も良いので他入居者との関係は悪くない。近くに住んでいる長男夫婦を一番頼りにしている。
家族構成）



ワークシート
///　みんなで考えてみましょう

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

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

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

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

【解説】

問１）→原因をアセスメントする　なぜ、そのような事が起こったか！！

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

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

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

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

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

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

問２）→今、すぐやるべきことは？（被害が大きくならないために）

① 外に出た場合、できるだけ側を歩き、転倒にすぐに対応できるようにする。

② 便秘による不快感が持続しないよう工夫する。

③ 不安やストレスを取り除き、寄り添いを多くし、気持ちの安定をはかる。

④ 服用中の薬剤の副作用等を点検する。

⑤ 過去の転倒に関する情報を集め、再発防止のための計画を立てる。

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

身体面

① **歩行状態の確認はできているか？**
普段の歩行状態の変化から、精神的な興奮の高まりを察知することが大切です。

② **服薬状況や副作用の把握はできているか？**
服薬状況や副作用によって転倒などのリスクが高まったり、精神状態を悪化させたりしてしまうこともあるため確認が必要です。

③ **体調の確認は十分できているか？**
便秘はしていないか？持病の糖尿病による低血糖はおこしていないか？睡眠は十分にとれているか？痛いところはないか？など体調の変化が不穏や不安につながるので見落とさないようにします。

④ **過去の転倒歴の情報をつかんでいるか？**
入居前の転倒回数や転倒場所を分析する必要があります。

⑤ **生活しているときの表情は穏やかですか？**
身体的な苦痛や精神的な不安や混乱・不快・ストレスなど表情に表れやすいので、十分観察することが不可欠です。

心理面

① **帰宅を訴える理由は何なのか？**
訴える頻度や時間帯等も考慮しながら、帰宅を訴える理由を本人の生活歴等を通して分析することが大切です。

② **安心した生活を送れているのか？**
生活を楽しんでいるか？寄り添いは十分にできているか？スタッフのケアに満足しているか？安心に対する配慮を再確認することが大切です。

③ **楽しみごとはあるか？**
生活の中で自分の好きなことをする時間はあるか？自分の力を発揮する場面はあるか？などＯさんらしい生活が送れているか見直す必要があります。

④ **他入居者やスタッフとの関係はどうか？**
スタッフや他の入居者との信頼関係が築けているか？関係が希薄になっているスタッフはいないか？見直すことが必要です。

環境面

① **落ち着ける場があるのか（居場所）**

② **自分らしい生活空間になっているのか？（居室、居間など）**

③ **混乱させる環境になっていないか？（トイレの場所がわからない、殺風景など）**

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

社会面

① **家族との関わりはどうですか？**
Ｏさんは長男夫婦を頼りにしているため、家族の面会は重要なので積極的な協力を得ることが不可欠です。

② **外に出る機会を増やし、生活に潤いを与えていますか？**
人は地域とのつながりを持って暮らしを形成します。生活歴等を通して「好きなこと」「したいと思っていること」等が実現でき、満足感が得られるように配慮することが大切です。

問4）→予防の取り組みのポイント（事故を防ぐために）

身体面

① **歩行状態を把握した上で、下肢筋力低下に対する機能強化を図ることが大切です。**

② **歩行介助方法をロールプレイで確認すると良いでしょう。**
筋力・歩行などのアセスメントを行い、Oさんの歩行介助方法（前方からの介助、側方での介助など）を検討します。

③ **便秘解消を図ります。**（適切な水分摂取、乳製品の摂取、運動など）

④ **持病の管理を見直します。**
医師と相談し、服薬を見直すことも考えます。

心理面

① **帰宅の理由についてさらに具体的に検討します。**
具体的なケアの提供を行っていくと同時に、「夫の看病の他に考えられることはないか」「道路ではなく草むらに多く入っていく理由は他にもあるのではないか」と、帰宅を訴える背景で見落としているところはないか再アセスメントします。

② **本人の持っている力を引き出し、趣味や家事等の役割で生活に楽しみをもっていただきます。**
Oさんの「できること・できないこと」「望むこと・望まないこと」などを把握し、掃除や調理などの場面で役割を見つけたり、趣味の時間を持ったりすることで、生活に自信と潤いを感じることができるように配慮します。

③ **不安やストレスを取り除くようにします。**
Oさんの気持ちを受け止め、不安感や孤独感の解消を図るようにします。

環境面

① **安心できる居場所づくりや落ち着ける居室づくりを工夫します。**
ホームが、Oさんにとって居心地の良い場所となるよう、また、ホームにいても良いと思えるような関わりを持つようにします。リビングに安心できる場所を用意し、また馴染みの家具や愛着のある小物などを揃え、馴染める居室づくりを行います。

② **安心できるなじみの関係をつくります。**
担当スタッフを中心に安心できる存在になれるよう日ごろの寄り添いを多くし、信頼関係を築きあげます。

③ **家具や備品の配置を再確認します。**
Oさんが使用するいすやテーブル、その他身の回りの物品など、生活空間に不適切な家具の配置にならないように配慮します。また、外へ出る際の玄関や建物周辺には障害物を置かないようにします。

社会面

① **家族の理解と協力を依頼します。**
Oさんは長男夫婦を頼りにしているため、長男夫婦に積極的に来てもらい、代わりに看病に行っていること、安心してここで体を休めて欲しいことを伝えてもらい、スタッフも対応の統一をはかるようにします。

② **地域住民への理解を図ります。**
地域住民に対し、グループホームや認知症についての理解を図るとともに啓蒙活動を行い、外に出た場合の協力を得られるようにします。

Ⅳ　取組みの実際

	経　　過	ポイント
7.2	転倒直後のカンファレンス 　入居から現在までのＯさんの状況と現時点で考えられる原因をもとに検討を行う。 １）原因をアセスメントする。 ２）過去にあった危機の情報を集め、原因に対処するような予防の計画を立てる。 ３）記銘障害、見当識障害、失行、実行機能障害など認知症による中核的な症状をスタッフが正しく理解できているか再確認する。 ４）スタッフ間で対応のズレはないか、統一した対応の確認をする。 ５）担当スタッフを中心に信頼関係づくり、家族への協力依頼等を行っていくこととする。	
7.4	起床後より、落ち着きなく、ふらふらしながら衣類を袋に詰め込んだり、身支度をしたりしながら「今すぐ帰る」と興奮している。排泄チェック表により、便秘３日目を確認する。眉間にしわを寄せながら過ごしていることが見られ、居室で腹部を温めながらマッサージを行い、スタッフが寄り添うことで、ふれ合いを持ち少しずつ関係を深めるように関わる。	夫のこととか、何か不安になる夢を見たのかもしれない。 便秘による不快感、から、『自分の家に帰ってゆっくり落ち着いてトイレに入りたい』という想いからも外に出るのかもしれない。 馴染みの関係がつくられていないのかもしれない。
7.10	長男家族が面会に来る。その際、興奮したときに転倒の経験があることがわかる。また、Ｏさんの幼少時代に、いつも兄たちを追って空き地や河川敷で遊んだり、叱られたりすると土手に座って過ごしていたことがわかる。長男が「父さんのところに行ってきたよ。顔色も良くて、元気そうだったよ」と話すとホッとしている。その日の外に出る訴えはない。	家族との関わりを増やすことで、安心してもらえるかもしれない 過去の生活や習慣に原因に結びつくことがあるかもしれない。 心から信頼できる家族とのやりとりで安心できるかもしれない。 家族とスタッフの連携した対応で落ち着くかもしれない。
8.18	掃除や調理などの場面で役割を見つけたり、趣味の時間を持ったりすることで、落ち着きを取り戻している。	どんな時に生き生きしているのか、充実されているのか、何をする事ができるのか、何に興味があるのかが大切かもしれない。
8.29	時折興奮することもあるが、家族の協力を得ながら、予防の取り組みの計画に基づき、身体面・心理面のポイントに沿って、スタッフが統一した対応をすることで、生活に自信と潤いを感じ、落ち着いた生活が続くようになった。	スタッフ間でＯさんに対する対応が違うため、混乱しているかもしれない。

<コメント>

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

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

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

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

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

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



4【服薬事故】隣の人の薬を飲んでしまったMさん

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た。しかし薬を飲んだことを忘れて再度、要求することが時々見られるようになっていた。
1ヶ月ほど前から薬を飲んだことを忘れて怒り出すことが多くなってきたため、薬の袋を取っておいて、後で本人が確認できるように対策をとっていた。
しかし、ある日、朝食後に自分の薬を飲んで立ち上がり、隣のテーブルの他人の薬杯〔同じ器〕に入った薬を飲んでしまった。隣の人の薬が降圧剤･利尿剤などが入っていたため、病院に搬送し3日ほど入院することとなった。

Ⅱ、＜事例概要＞

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

ワークシート
///　みんなで考えてみましょう

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

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

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

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

【解説】

問１）→原因をアセスメントする　なぜ、そのような事が起こったか！！

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

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

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ていました。

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

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

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

問２）→今、すぐやるべきことは？（被害が大きくならないために）

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使う。

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〕をする。

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

＜身体面＞

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

③介助者の間違いをなくす

名前を声にして確認する
朝・昼・夕の待つ外を減らすために、統一した印をつける
（朝は明るくなるから赤で記し夜は暗くなるから黒で記すなど）

問4）→予防の取り組みのポイント（事故を防ぐために）

＜身体面＞

①身体的な障害と認知症による認知機能の低下などの生活障害があることから、日常生活にかなりの不自由さと苛立ちがあることを認識し、援助に当たる必要がある。本人のできることできないこと、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かけをする
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面会に来ていただく。

Ⅳ　取組みの実際

経　　過		かもしれない視点
１・６	薬を間違えると大変なことになることを話し、容器の変更を伝える。「Mさん薬を入れるのにどのお猪口がいい?」と数種類のお猪口から自分の好きな容器を選んでもらう「薬でなく熱燗ならいいな」と言いながら好きな容器を選ぶ。	１）自分の薬と思ったかもしれないため、区別できる工夫をする。同意を求めながら一緒に検討することで、本人の意識付けをする
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	２〕「みんな!僕に注目して」のサインかもしれないので、意識を向ける声かけをする
	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。	３〕スッタ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、妻から髪の毛が薄くなったら手入れをするようにいわれたんだ」という。「そう優しい奥さんだね、Mさんのこと愛してたんだね」「そりゃそうだ!」といいながら涙ぐむ「奥さん天国から見ていて喜んでるよ」というと「それならいいな」という。	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とり上げられていたとき、Aさんが、真剣にテレビを見ているMさんに話しかける。いつもなら怒鳴りだすところスタッフがAさんに「おじさんテレビ見てるから」と話し相手になろうとすると「いいんだいいんだ」といって優しく話を聞いている。「おばさんも寂しいんだから」といわれたときには、本来のMさんを垣間見た。	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。

<コメント>

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

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

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

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

5【入浴事故】入浴後にふらつきのみられたケース

Ⅰ、＜事故状況と経過＞

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

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（若いうちに電気店に勤める）
認知機能）	中程度
既往歴）	メニエール症候群、高脂血症、うつ状態
現　病）	アルツハイマー型認知症
服用薬）	マーズレンＳ、メリスロン、ガナハン50ｍｇ、メバロチン、グラマリール
コミュニケーション能力）	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
人間関係）	他の利用者とは自分から関わる事は少なく、一人での行動が多い。他入居者と特に目立ったトラブルはないが寂しさを感じていて、外出時には職員に声をかけている。
家族構成）	夫婦2人暮らしだったが夫が死亡し、独居となる 息子は県外に住んでおり、娘家族は市内に住んでいる

ワークシート
///　みんなで考えてみましょう

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

問２）まず、今すぐしなければならないことはどのようなことでしょうか。

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

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

【解説】

問１）→原因をアセスメントする　なぜ、そのような事が起こったか！！

入居後6ヶ月。排泄の声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は特に拒否が強い。その原因はプライドと羞恥心によるものと考えられる。誰も起きていない早朝に入浴を行っていたので、十分覚醒しておらず、湯の温度、入浴時間にも問題があったと考えられる。また、失禁の多さと入浴回数の少なさから、「入浴して欲しい」という職員側の焦りがあったことも原因として考えられる。

問２）→今、すぐやるべきことは？（被害が大きくならないために）

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

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

＜身体面＞
① 数日間の体調確認、既往症の生活上への影響（担当医師と連絡）
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出来ているか
③ 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 常に安心した気持ちで生活を送れているか
② 入浴を拒否する原因として、どんな考えや想いがあるのか
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ため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

問4）→予防の取り組みのポイント（事故を防ぐために）

＜身体面＞
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できるような会話をし、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沿うために、場合によっては職員も一緒に入浴するなど心理面のフォローを行い、自主的な入浴へのきっかけ作りを行う。

＜環境面＞

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を用意するため、居室の入り口にレースのカーテン、脱衣場入り口に大きめの暖簾を用意する

Ⅳ 取組みの実際

経　　過		かもしれない視点
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　ふらつき発生の経緯、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の変更 ・ 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	
翌日	サーモスタットがあるハロゲンの暖房器具の用意と使用のタイミング・時間を確認する （脱衣場、浴室の暖まり具合が悪い時に使用して、湿温度計により確認しながら利用を調整する）	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をスタッフ間で共有する 予防の取り組みを、ケアプランに具体策として取り入れる	ケアプランに具体的に入れないと時間と共に意識が薄れるかもしれない
10日後	家族との面談の際に以前の入浴スタイル、既往症について再確認を行う 在宅時よりも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

コメント

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

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

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

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

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

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

6【人間関係】すし作りでもめたＡさんとＢさん

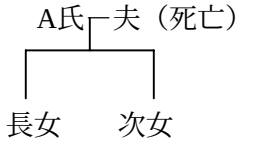
Ⅰ、＜事故状況と経過＞

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Ａさん＞

生年月日）　大正元年生まれ、　91歳、
性　　別）　女　性
学　　歴）　尋常高等小学校
職　　歴）　林業、賄い婦
認知機能）　ＨＤＳＲ　10点
既 往 歴）　脳血管障害による軽度の言語障害
現　　病）　脳血管性による認知症
服 用 薬）　キャベジン　正露丸
コミュニケーション能力）言語障害がありコミュニケーションがとりにくい（やや聞き取りにくい程度）
Ａ Ｄ Ｌ）　歩行は見守り、食事は自立、排泄は自立、入浴は声掛けにて自立
生きがい・趣味）　料　理
宗　　教）　真言宗
生 活 史）　幼少より他人に預けられて、現在でもよそにやられるとの不安感がある。
２０代で結婚したが、ご主人を早くに亡くした。山仕事と、作業場の料理の賄いをしながら女手一つで娘さんを育てたが『娘２人を親らしく育ててこなかったのでいけなかった』と言うことがある。軽度の言語障害（やや聞き取りにくい程度）がありコミュニケーションがとりにくい。性格的には『譲れない』『すねて勝』タイプ。相手に過ちを認めさせると気分が和らいでくる性格。
人間関係）　娘との折り合いは悪く、グループホームに入居した理由は、娘のストレスによるものだった。
家族構成）



ワークシート
///　みんなで考えてみましょう

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

問2）まず、今すぐしなければならないことはどのようなことでしょうか。

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

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

【解説】

問１）→原因をアセスメントする　なぜ、そのような事が起こったか！！

①Bさんの発言によりAさんの自尊心を傷つけてしまった。

②A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。

③Aさんは言語でのコミュニケーションに多少の障害をもっている

問２）→今、すぐやるべきことは？（被害が大きくならないために）

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、他の利用者からも賞賛の言葉がでてくるようなきっかけを作る。

④ トラブルになってしまった場合はまず二人を離す。

⑤ (a)部屋にこもってしまったら、お茶・ジュース・スポーツ飲料など、水分だけでも摂ってもらう。

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

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

①　Ａさんの言語障害によるコミュニケーションの状況

②　Ａさんが得意としている事

③　Ａさんの料理や料理方法についてのこだわり

問4）→予防の取り組みのポイント（事故を防ぐために）

＜身体面＞

①　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。

＜心理面＞

①　家族の面会との関係、及び本人の満足度の検討

家族の面会による影響、家族と施設で交換している情報がケアに活かされているかを、本人の満足度を通して確認していく。
そして、家族と本人の繋ぎ役としての職員のあり方、方法や対策を見直す。

②　その人の持っている調理・食事に対する歴史・思い入れなどの検証

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

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

③　言葉が上手く通じない事によるストレスはないかを確認する

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

＜環境面＞

①　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。

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

Ⅳ　取組みの実際

経　　過		かもしれない視点
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	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。
	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。	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れない理由が他にあるのかもしれない。
	Aさん　自室に閉じこもってしまう。	
Bさんがの部屋の訪問	Bさん「Aさん、どうかされたのですか。」	けんかした事を覚えていないのではないか。
	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全く分かりません」	Bさんの発言によって、Aさんは自分の言語障害のことについて非難を受けたと思ったのではないか。
	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。	



＜コメント＞

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

【スタッフで共有すべき視点】

＊ 得意としているところを否定されると腹が立つ
＊ Aさん流の寿司、スタンダードの寿司を作る
＊ お寿司の作り方は、その家その家によって違う。
＊ 皆が調理の場に寄ってきて、「ああでもない、こうでもない」というのは理想的な場面でもある。
＊ 長期的には、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になく、何を言っているんだろうと素直に返した。それをBさんが、言語障害があることを非難されたと勘違いし、よけいに深みにはまってしまった。
＊ 親に教えてもらった事か、自分であみ出した事かで傷つき方がちがう。家族に確認する。家族も交えて一緒に作る機会を持つ。

Ⅱ部　一般的な事故対応の解説

Ⅱ部では認知症高齢者の事故事例について、一般的によくみられる対応例を挙げ、より詳細な予防の視点について解説しています。
一般的な対応だけで良いのか、もっと必要な情報は無いのか、他にも予防方法があるのではないかなど皆さんで一緒に考えてみてください。

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

事例１【転倒事故】帰宅の訴えが頻繁にあり、落ち着かず歩き回っているときに転倒した事例
事例２【異食事故】
ティッシュを口につめこみ、むせこんでいた事例
事例３【異食事故】
植木に敷いてある小石を食べてしまった事例
事例４【入浴事故】
お風呂で溺れそうになった事例
事例５【利用者間トラブル】席の取り合いをきっかけに、不仲になった事例

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

＜事故状況＞

デイサービスで昼食を食べた後、「もう帰ります」「まだ帰れませんか」と困ったような表情で職員に何度も訴え、その後、早足で急ぐように玄関まで行き、外の様子をみては又、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

＜一般的な対応＞

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

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

解説 →＜もっと必要な情報＞（ここをみるべき！）

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。

＜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でしょうか。今起きている現象に捉われることなく、それが何故起きているのかをアセスメントする視点が私達に備わっているかだと思います。机上のアセスメントでは、アクションは起こせません。アクションを起こしてから、評価すべきであると考えます。まず、向き合うことです。決して担当の職員を決め、見守りを強化したところで、見極めることができなければ、または、根本の原因がわからなくては、彼らの安心は得られません。認知症の状態にある人の感情をまず理解するアクションを起こすことです。また、食後すぐにレクレーションなんか普通の人であればしたくありません。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ことです。その不安は何かを知るには関わり、触れることだと思います。さらに、スロープにマットを置くこともハード面でのリスクを回避する意味ではいいのですが、それでは「転んでもいいですよ」と言ってるようなもので、本来の私達のケア理念とはかけ離れていると感じます。絶対に転ばせないぞという意識がないのと同じです。全てバリアフリーにすれば安心という訳ではないのです。人の目や手で触れ、気配を感じ、心を傾け、共にあることが本来のケアではないでしょうか。

2【異　食】

ティッシュを口につめこみ、むせこんでいた事例

＜事故状況＞

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

＜事例概要＞

年　齢）　85 歳
性　別）　女性
介護度）　Ⅲ
自立度）　Ｂ２
痴呆自立度）Ⅲａ

＜一般的な対応＞

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

問）今後、このような事故を防ぐには、どのような情報が必要でしょうか。

解　説　→＜もっと必要な情報＞（ここをみるべき！）

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 テッィ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たくてティッシュを含んだのかも
　・

＜今後の取組みのために！＞

　食べてしまうからその物を本人の視界からはずすということは、ティッシュがあるべきところにない、石鹸があるべきところにないということに、余計にイライラを募らせてしまうこともあるかもしれない。あるべきところに物がある状態で、かつ入居者が安全に快適に過ごせることが望ましいのではないだろうか。
　夜間にだけ焦点をあて意識を強めるのではなく、日中の経過をたどり「何故、そのような行為をするのか」という原因を突き止める必要があります。空腹という安易にたどりつける結論だけを見つめるのではなく、あらゆる背景・角度から本人のニーズを見極められるよう一つ一つの行為を掘り下げ、必要であれば数をあげて明確にしていくことが大切です。
　そして、万が一口に含んでしまった際には、今回のケースではティッシュであった為、取り除く事で直接命に関わることはありませんでしたが、洗剤や消毒液等になってくると話は別です。それぞれの場面で考えられることを出し合い、緊急時の対応としてマニュアル化し、予防策を講じることも必要です。

3【異　食】
植木に敷いてある小石を食べてしまった事例

＜事故状況＞

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

すぐに、職員が気づいて口から小石を取り出し、うがいをしてもらいました。

＜事例概要＞

・Aさん
年齢）78 歳
性別）女性
介護度）Ⅱ
身体自立度）A2
痴呆自立度）Ⅲa

＜一般的な対応＞

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

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

解　説 →＜もっと必要な情報＞（ここをみるべき！）

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?
・本人の嗜好品との関係はあるのか(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
・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

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
・小石を口にする傾向があるなら、小石を目に付かないようにできないか
布でカバーを作る(通気性を考慮)など

＜今後の取組みのために！＞

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

認知機能が低下し、行動障害がある場合は、原因となる事柄の誘引を洗い出し、対策を講じることが課題解決の要となります。どのような課題にも共通して出てくる誘引として、①があげられます。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ります。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ました。

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

４【入浴事故】
お風呂で溺れそうになった事例

＜事故状況＞

入居して１年のＹさんがいつものように一人でお風呂に入っており、職員がたまに声かけをして安否を確認していました。
ある夜、緊急の電話で利用者のご家族から電話が入り少し話しが長くなってしまいました。電話が終わってから急いで、お風呂に行って声をかけると、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

＜一般的な対応＞

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

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

解　説 →＜もっと必要な情報＞（ここをみるべき！）

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たかも知れない）
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ので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）

＜今後の取組みのために！＞

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

また､浴槽から出ようとしてバランスをくずしてしまうことも考えられる。入居後１年ということで、職員側に「知っているつもり」といった気持ちの緩みがあったのではないだろうか｡利用者の能力の把握や必要な支援の認識と意識付けができていない｡認知症の程度が中度になると環境によって日内リズムに変化が置きやすい。また、できないことが増えると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｡筋力が低下している高齢者にとって浴槽の大きさは安全を守るためのポイントになる。また、手すりや滑り止めマットなどの設置も考えていく必要がある｡事故が発生してから対処するのでは遅い。事故を起こさないようにする取り組みが必要とされる。

5【利用者間トラブル】
席の取り合いをきっかけに、不仲になった事例

＜事故状況＞

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

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

＜事例概要＞

・Aさん
年齢）75 歳
性別）男性
介護度）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

＜一般的な対応＞

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

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

解　説 →＜もっと必要な情報＞（ここをみるべき！）

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。

＜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、手近な席に座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く必要があります。それが、どういったこだわりなのかを把握しておくことで、未然にトラブルを回避できることかもしれません。

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ですが、トラブルの対象がＢさんだけならＢさんも焦点を当てたアセスメントが必要になってきます。

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ます。また、Ｂさんとの関係修復の橋渡し役を担ってもらえるかもしれません。

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。」ことだと考えられます。Ａさんの快とＢさんの快を出来るだけたくさん洗い出すことで共通に快の状況を得られる場所を知ることが出来るでしょう。

おわりに

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

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

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

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

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

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

認知症ケアにおけるリスクマネージメント研究プロジェクト一同

平成１６年度　老人保健健康増進等事業による研究事業
―認知症高齢者グループホームにおける
リスクマネージメントシステムの普及に関する研究―
発　行：2005年3月
発行所：社会福祉法人　東北福祉会
認知症介護研究・研修仙台センター内
リスクマネージメント研究プロジェクト
〒989-3201　仙台市青葉区国見ヶ丘 6 丁目 149-1
ＴＥＬ　（022）303-7566
FAX　（022）303-7566
印　刷：株式会社　ホクトコーポレーション
仙台市青葉区上愛子字堀切 1-13
TEL　（022）391-5661（代）

平成１６年度
老人保健健康増進等事業
による研究報告書

平成１６年度

三センター共同研究事業

＜痴呆ケアにおけるリスクマネージメントに関する研究＞

認知症介護研究・研修東京センター

認知症介護研究・研修仙台センター

認知症介護研究・研修大府センター

徘徊への対応の現状と課題

資料１

徘徊に関する調査質問回答用紙

本調査は全部で 7 ページ 24 の質問（問１～問 24)で構成されています．

該当する回答項目の□にチェック・マーク（レ点）をつけてください．また，その他に回答された場合，その内容を（　　）内に記してください．

なお，この調査でいう徘徊とは「周りからみると自分の行動する目的がないか，もしくは目的がわからず，あるいは漠然と求めて出歩き，多少ともさまよいうろつくという要素が入った行為」と定義します（出典：室伏君士氏．痴呆老人の徘徊．老化と疾患．10：15-21,1997.）．

問１．回答されているあなたの職種をお答えください

□事務職員　□看護職員　□介護職員　□生活相談員　□その他（　　）

問２．貴施設の設置主体は以下のどれに該当しますか

□国　□都道府県　□市区町村　□医療法人　□社会福祉法人

□その他（　　）

問３．貴施設の種類は以下のどれに該当しますか

□介護老人保健施設　□介護老人福祉施設　□介護療養型医療施設

□グループホーム（痴呆対応型共同生活介護施設）　□その他（　　）

問４．貴施設の設置形態は以下のどれに該当しますか

□独立型で関連の病院がある

□独立型で関連の診療所（常設）がある

□独立型でいつもは医師がいない関連診療所がある

□独立型で関連医療機関はない

□病院の併設型

□有床診療所の併設型

□無床診療所の併設型

□その他（　　）

問５．開設からの年数をお答えください（平成 16 年 12 月 31 日現在で）

（____）年（____）ヶ月

問６．貴施設の職員の種類別構成の人数をお答えください（順不同）（平成 17 年１月１日現在）．

該当者がいない場合，０と記入してください

職種	常勤	非常勤	職種	常勤	非常勤
医師	人	人	介護福祉士（介護職）	人	人
看護師・保健師･准看護師	人	人	レクリエーション指導員	人	人
理学療法士	人	人	指導職（寮母・指導員等）	人	人
作業療法士	人	人	音楽療法士	人	人
言語聴覚士	人	人	作業活動指導員	人	人
（臨床）心理士	人	人	（管理）栄養士	人	人
ソーシャルワーカー	人	人	その他（　　）	人	人
精神保健福祉士	人	人	その他（　　）	人	人

問７．貴施設はユニットケア（小規模単位での処遇）を建築上（ハード面）導入されていますか

□施設全体で取り入れている

□施設の一部分で取り入れている

□取り入れていない

問８．貴施設のサービス利用者の定員をお答えください

入所（入院）定員　（_____人）

通所サービス定員　（_____人）

問９．貴施設のサービスを利用している人数をお答えください

入所（長期）サービス利用の人数　（_____人）（平成 17 年１月１日現在）

短期入所サービス利用の人数　（_____人）（平成 17 年１月１日現在）

通所サービス利用の人数　（_____人）（1 日当たりの平均利用者数）

問 10．貴施設に痴呆の方を対象とした別個の棟（階・区分）（いわゆる痴呆棟等）がありますか

□痴呆棟（階・区分）がある　□痴呆棟（階・区分）はない　□その他（　　）

問 11．上記　問 10 で「痴呆棟がある」と答えた方は，それぞれの利用者数をお答えください（平成 17 年１月１日現在）．

一般棟　　（　　人）

痴呆棟　　（　　人）

問 12．各サービス（長期入所，短期入所および通所）利用者の障害の程度（要介護度認定の区分の内訳）をお答えください．表中の該当個所に人数もしくは%でお答えください（概数で構いません）．平成 17 年１月１日現在で，利用者の最新の認定区分をお答えください

区分	長期入所		短期入所		通所	
	人数	%	人数	%	人数	%
要支援	人	%	人	%	人	%
要介護１	人	%	人	%	人	%
要介護２	人	%	人	%	人	%
要介護３	人	%	人	%	人	%
要介護４	人	%	人	%	人	%
要介護５	人	%	人	%	人	%
計	人	100%	人	100%	人	100%

問 13．各サービス利用者の痴呆の程度（厚生労働省・「痴呆性老人の日常生活自立度」のランク内訳）について，それぞれの人数もしくは%（概数で構いません）でお答えください．平成 17 年１月１日現在で，利用者の最新のランク（介護認定審査会資料等を参考）をお答えください.もし,資料がない場合,※資料№１を参照にされて区分の判定をお願いします．

ランク	長期入所		短期入所		通所	
	人数	%	人数	%	人数	%
自立	人	%	人	%	人	%
Ⅰ	人	%	人	%	人	%
Ⅱ	人	%	人	%	人	%
Ⅲ	人	%	人	%	人	%
Ⅳ	人	%	人	%	人	%
M	人	%	人	%	人	%
計	人	100%	人	100%	人	100%

※資料№1：厚生労働省・「痴呆性老人の日常生活自立度」ランクと判断基準

ランク	判断基準
自立	全く問題がない
I	何らかの痴呆を有するが，日常生活は家庭内及び社会的に自立している
II	日常に支障を来たすような症状･行動や意思疎通の困難さが多少見られても，誰かが注意していれば自立できる
III	日常生活に支障を来たすような症状･行動や意思疎通の困難さが見られ，介護を必要とする
IV	日常生活に支障を来たすような症状･行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ，常に介護を必要とする
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ，専門医療を必要とする

問 14．サービス利用者の徘徊の問題について，その程度別のおおよその人数についてお答えください．（この調査票にお答えいただいた時点での状況）

徘徊の程度	長期入所者	短期入所者	通所者
時々徘徊するが，危険なことはないので遠くからの監視ですむ	人	人	人
常時徘徊するが，危険なことはないので遠くからの監視ですむ	人	人	人
常時徘徊するが，誘うと他の活動に参加し，徘徊しなくなる	人	人	人
常時徘徊し，危険行為を伴うため近い位置での監視の目が離せない	人	人	人
常時徘徊し，徘徊を制止すると抵抗する．徘徊を継続する	人	人	人
常時徘徊し，無理に施設外に出たがる．指示に従わない	人	人	人
その他（　　）	人	人	人

問 15．過去１年間で，徘徊が原因（誘因）で，以下のようなアクシデント等の問題が起こりましたか．以下の問題があった件数をお答えください

徘徊の問題	長期入所者	短期入所者	通所者
徘徊し，転倒･転落し，自らが怪我（外傷･骨折）した	件	件	件
安静が指示されていたが，徘徊し内科的症状が増悪した	件	件	件
徘徊し，器物破損や他への迷惑をかけた（盗みなど）	件	件	件
徘徊し，他の利用者や職員に怪我を負わせた	件	件	件
施設外に出て行き，迷子になり職員が探した	件	件	件
施設外に出て行き，警察･徘徊 SOS ネットなどを介した	件	件	件
その他（　　）	件	件	件
その他（　　）	件	件	件

問 16．徘徊防止の目的（事故防止目的等）で何らかの身体拘束をする場合がありますか．

□徘徊の問題がある場合，原則的に身体拘束する

□厚生労働省のガイドライン（３要件を満たす場合）に従い身体拘束する（※資料№2）

□どのような例にも身体拘束はしない

□その他（　　）

※資料№2：厚生労働省・身体拘束ガイドライン（３要件を満たす場合）

介護保険指定基準上，「当該入所者（利用者）又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」　には身体拘束が認められているが，これは，「切迫性：利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い」「非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がない」「一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものである」の 3 つの要件を満たし，かつ，それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られる．

問 17．この約１ヶ月間で，徘徊を防止･制止するために以下の身体拘束を行ったことがありますか．該当する欄に人数を記入ください．

徘徊防止のための具体的な拘束方法	人数		
	長期入所	短期入所	通所
徘徊防止のためベッドや車いすに手足を縛り，行動を制限する	人	人	人
ベッドから下りれないように，ベッドの周りを柵で過剰に囲こむ	人	人	人
車いすから立ち上がらないように腰ベルトや Y 字抑制帯等をつける	人	人	人
車いすから立ち上がらないように車いす用のテーブルを取り付ける	人	人	人
行動を落ち着かせるために，精神作用を減衰させる薬（向精神薬）を過剰に使う	人	人	人
自分の意志で開けられない部屋に隔離する（鍵のかかる部屋に閉じ込める）	人	人	人
その他（　　）	人	人	人
その他（　　）	人	人	人

問 18．施設として導入している，徘徊についての対処方法とその頻度についてお答えください．

対処方法	よく使用している	時々使用している	使用していない
頻回に訪室する	□	□	□
詰所内あるいは詰所前にいてもらう	□	□	□
対象者の写真を各部署に配布する	□	□	□
対象者の衣服に氏名･病棟を記入する	□	□	□
鈴等，音がするものを対象者に付けてもらう	□	□	□
常に職員が同行・みまもりする	□	□	□
居室の鍵の設置（徘徊者が操作できない）	□	□	□
病棟出入り口の鍵の設置（徘徊者は操作できない）	□	□	□
徘徊路（安全を配慮した空間）を設置している	□	□	□
センサー・監視装置を設置している	□	□	□
ユニットケアを導入している	□	□	□
発信器・所在認知（タグ式センサー）の装着	□	□	□
その他（　　）	□	□	□
その他（　　）	□	□	□

問 19．貴施設で徘徊に対処されている人的介入（対応）の方法をお答えください

対処方法	よく使用している	時々使用している	使用していない
徘徊を制止する	□	□	□
危険がなければ徘徊をみまもる	□	□	□
対象者に説明をし納得させる	□	□	□
徘徊以外の目的活動（レクやゲームなど）に誘う	□	□	□
気分転換（お茶や話し掛けなどに誘う）をはかる	□	□	□
目的ある散歩へ誘う	□	□	□
その他（　　）	□	□	□
その他（　　）	□	□	□

問 20.「徘徊等みまもり機器」についてご存知ですか

□**良く知っている**（製品を複数知っており，各製品の特徴欠点などを把握している）

□**ある程度知っている**（製品を見聞きしたことはあるが，各製品の特徴・欠点などは知らない）

□**知らない**（今回のアンケートで初めて知った）

問 21．貴施設で設備されている「徘徊等みまもり用の機器」について，その配備状況についてお答えください．各機器が配備されている場合，その使用頻度をお答えください．

対処方法	配備台数（個所）	よく使用している	時々使用している	使用していない
マットセンサー （床敷きタイプ・マットを踏んだとき検知）		□	□	□
徘徊検知器（来客・防犯センサー型，赤外線ビームの遮断により検知しチャイム等が鳴る）		□	□	□
位置検知装置（対象者が小型発信機を装着する監視システム）タグ式センサーを含む		□	□	□
監視カメラ（施設の要所にカメラを設置し，詰所で監視する方法．暗視カメラを含む）		□	□	□
暗証番号式鍵の設置 玄関や階段・エレベーターの出入りを制限		□	□	□
その他（　　）		□	□	□
その他（　　）		□	□	□
その他（　　）		□	□	□

問 22．徘徊行動を問題と捉えた場合，その理由は何と思われますか

□**事故や転倒のリスクが高い（自傷）**

□**器物破損**

□**異食**

□**迷子になる　離院や離施設の原因となる**

□**徘徊が不穏（精神不安定）の原因となる**

□**体調不良時の安静が保てない**

□**他者とのトラブルがある（暴言・暴力）（傷害行為）（収集・盗る）**

□**その他（　　）**

問 23．徘徊を問題として捉えない場合，その理由は何と思われますか

□転倒・事故の危険性がない

□徘徊時のほうが落ち着いている

□何らかの目的があるであろう（職員には分からないが）

□その他（　　）

問 24．徘徊を問題として捉えない（徘徊を自由にまかす）場合，対象者の自由を保障しつつケアを継続できると思いますか

□十分に継続できると思う

□ある程度継続できると思う

□継続には無理があると思う

□その他（ご意見　　）

徘徊に関するケア等についての問題やご意見ご指摘がございましたら,以下の欄にご自由にお書きください．

＊ご協力，誠にありがとうございました

高齢者痴呆介護研究　～平成１６年度報告書～

平成１６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１７年５月
編　集：社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究・研修大府センター
〒474－0031　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