

## 全職員の意識改革と環境整備から取り組みを開始

拘束着を使用しているのか」→「おむつをはずすから」→「便をしているから・尿をしているから」→「気持ち悪いから」……というように、「それはなぜ、どうして」とケアの基本にまでさかのぼって主体的に気づくようにもっていく。これを1例ごとに毎回、ていねいに指導する。

2) アセスメントの項目を考える。

⑥高齢者の特性に関する知識不足に起因するケア不足

全職員をグループ分けし、月1回の勉強会を1年間実施した。その内容は、以下の通りである。

- 1) 高齢者の見方、考え方、とらえ方
- 2) 痴呆性高齢者について
- 3) 食事・排せつ・入浴・環境・整容について、利用者主体の自立支援とは何か（必要な道具から関わり方まで）

「スタッフの関わり方が違ってきただろう。あれだヨ！」という言葉が返ってきた。看護・介護職員のケア不足がどれだけ現場に蔓延していたことか。その結果として起きてくる問題に対し、かつての看護・介護職員は縛るという行為によって患者の安全を確保していると思っていたのだ。

この取り組みを通して気づいたのは、人との関係障害が問題行動を起こす原因になっているケースが非常に多いことだった。たとえどんなに忙しくても患者との関わりに手抜きをしないことを、スタッフ全員で再確認した。

現在では、「身体拘束」という概念はスタッフの認識から消滅している。たとえ患者が入院前に他の施設で身体拘束を受けていた人であったとしても、先入観なく、ごく自然に対応ができ、身体拘束を必要としないケアの提供ができてると自負している。

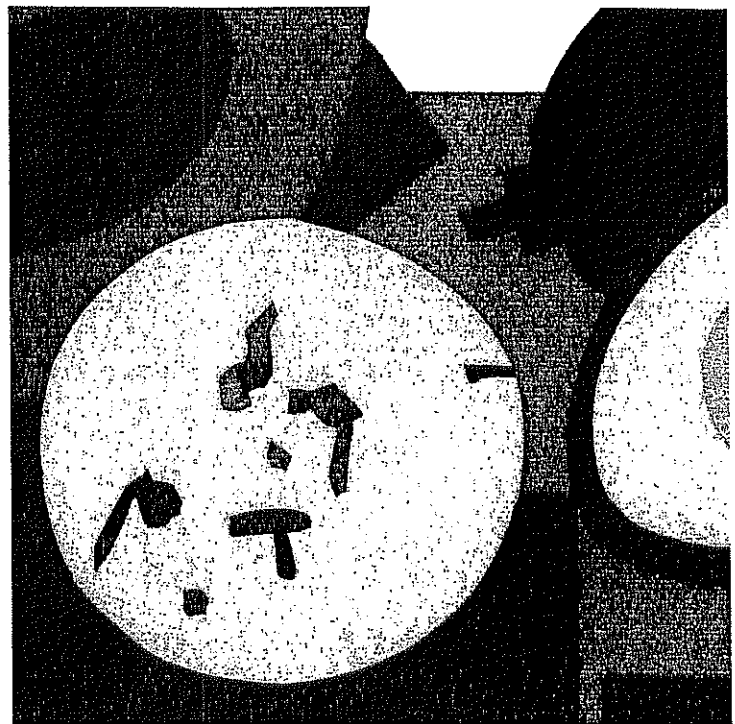
### 取り組みの効果

当初8例あった物理的拘束は、取り組み開始後1カ月ですべて廃止された。薬剤による拘束（安定剤、眠剤）も、1年を経過した段階で、新館病棟（痴呆対象）での使用はゼロ。2階病棟では安定剤1名と眠剤1名、3階病棟では眠剤1名となっている。また、排せつの自立にも著明な変化が見られた。当初おむつ使用者が6割、「昼：ポータブルトイレ+夜：おむつ使用」が2割であったが、現在はおむつ使用者が2割、「昼：ポータブルトイレ+夜：おむつ使用」が2割、自立が6割と逆転している。

あるとき、神経内科の医師に、眠剤・安定剤が必要でなくなった理由を尋ねたところ、

# 事例編

## ● 身体拘束廃止に取り組んだ 個別事例



# ベッドからの転落防止の ベッド柵等について

患者	80歳 女性
診断名	アルツハイマー型痴呆
既往歴	狭心症、高血圧症、肺炎
ADL状況	つかまり立ちは可能だが、ふらつきが著明。下肢に不随意運動があり、小刻み歩行で後戻りしやすく不安定であるため、常に介助が必要。食事は、かき込みや食べこぼしが多く、部分介助。排せつは、尿意がはっきりせず失禁が多いため紙おむつ使用。会話は成立するが、言葉に詰まることが多い
医療処置	薬物療法として降圧剤、向精神薬を投与

## ■ 入院時の状態と拘束に至った経過

夫と死別後、薬への依存傾向が強くなった。物とられ妄想があり、自分の思い通りにならないと暴力・暴言が出るものがしばしばあった。1998年より痴呆の診断を受ける。療養目的で入院中、スタッフへのまわりつき・暴言・他患者への干渉が頻回に見られた。2000年に肺炎を起こし、ベッド上での生活が続いて自立歩行ができなくなった。

ベッドからの転落・不意の立ち上がり防止のために、ベッド上拘束と車いす拘束を受けた。そのころより活気がなくなり、子どもたちのこともわからなくなってきた。拘束された姿を見るたびにつらく思っていた家族が、身体拘束のない環境で生活させたいと希望し、2000年、車いすで入院してきた。

## ■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

問題を分析し、ケアの方針を立て具体的ケアに取り組む。

問題点は、ベッド上での生活や拘束による廃用性症候群および不意の立ち上がりによる転倒・転落の危険の2点である。

ケアの方針は、1：自立歩行をめざした筋力の強化、2：転倒・転落予防、3：排せつの自立とした。

① リハビリスタッフと協力し歩行訓練を開始する

入院当初は介助なしでは歩行が困難だったが、筋力強化・歩行訓練により、歩行時の後戻りは減少し、立

位保持・歩行とも安定し、車いすを使用しなくても生活できるようになった。

② 担当スタッフを決め、立ち上がり時・歩行時の見守り、介助に努める

落ち着きがなく、立ち上がりや歩行が頻回なときは行動を制限せず、スタッフが必ず付き添って行動した。また歩行が安定してからは本人のいる場所を確認し、見守りを徹底した。

③ 夜間は床ベッドとし、ベッドからの転落を防止する

床ベッドからの転落は見られなかったが、覚醒時にマットの上に立ち上がることがあり、ベッド上での転倒の危険性があるため、ベッドからの立ち上がりの訓練を行い、日中・夜間とも見守りをした。

④ 日中2時間ごとのトイレ誘導で排尿パターンの確立をめざした

時間を決めてトイレ誘導することで、尿意もはっきりし、日中は失禁することがなくなり、布パンツに変更した。夜間は、熟睡しているときは失禁することもあるため、紙パンツを着用しているが、誘導により失禁の回数は減少した。

総体的には、入院時より立ち上がりが頻回であったため、自立歩行の確立で転倒の危険を少なくし、自由に動ける環境を作っていくことでADLは向上し、表情にも活気が見られるようになった。子どもたちのこともわかるようになり、家族も喜んでいる。

一方で、活動範囲が広がったことで従来からの自己中心的な性格が目立ってきた。空腹感の訴えが強く、やたらに人のものに手を出したり、ナースステーションの冷蔵庫を開けるなどの行動が多くなってきた。他の患者への干渉も多く、食事介助しようとすることもある。また、夜間覚醒し、暴力・暴言が見られることもあった。担当者を決めて、落ち着きがないときは散歩に行くなど気分転換をしたり、他の患者とトラブルにならないよう行動を常に見守り、すぐに対応できるようにしている。また、精神状態を細かく観察し、医師と連絡を取り、その日の状態に応じて日替わりメニューで向精神薬を使用している。

## ■ その後の経過

拘束されたことで活気がなくなり、家族の顔もわからなくなるという精神機能の低下を来したが、活動の増加に伴い回復した。

しかし、この患者の場合、本来もっていた性格も影響し、新たな問題が出ている。他の患者への干渉や、スタッフへのまわりつき・暴言・暴力などは、拘束をされていれば起こらないものである。しかし、看護する側の都合で安易に拘束することは、人としての尊厳を無視することになるのではないか。私たちは、患者がその人らしく生活できるように環境を整え、周囲と本人への危険を予測し、日々のケアを工夫すべきだと考えている。

# カテーテル抜去防止の ミトン型手袋について

患者	80歳 男性
診断名	脳梗塞、慢性腎不全、高血圧、慢性皮膚炎、不整脈、神経因性膀胱
既往歴	1991年に脳梗塞、1992年に左腎を腫瘍のため全摘出
ADL状況	脳梗塞後遺症による左不全麻痺。起居、移動、更衣、整容、食事、入浴などすべて全介助。寝たきり度C2。要介護度5。座っているときは体幹の保持ができないため背もたれが必要である。排せつはおむつを使用。膀胱ろうを設置し留置カテーテルを挿入している。単純な会話によるコミュニケーションはできるが、記憶力、理解力に問題があり、視覚や聴覚機能の障害もあるため認知機能の低下が見られる。
医療処置	内服薬の服用、慢性皮膚炎のため軟膏を塗布している。3週間ごとに膀胱ろうのカテーテルを交換している

## ■ 入院時・転棟時の状態と拘束に至った経過

1997年、当病院に3度目の入院。慢性腎不全により透析の対象ではあるが、体動が激しいため透析時の安定が保てず、内服薬のみで対応している。慢性皮膚炎による全身掻痒感があり、特に臀部には絶えず掻き傷ができて処置をしている。

1999年、神経因性膀胱による排尿困難及び留置カテーテル挿入困難となり、膀胱ろうが設置された。尿路感染と思われる発熱が時折あり、ベッド上での生活が多い。

また、おむつカバーの中に手を入れ、膀胱ろう部の留置カテーテルを頻繁にひっぱる動作も見られた。そのため、膀胱ろう部の安全確保のために健側にミトンを着用することとした。

## ■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

院内では、身体拘束廃止の取り組みの最中であり、胃カテーテル挿入患者のミトン除去、車いす乗車時の安全帯除去など、身体拘束「ゼロ」へ向けて試行錯誤を繰り返しながらも順調に成果をあげているところであった。しかし、この事例に関してはカテーテル抜去が生命の危険性を伴うことであり、当初ミトンをはず

すことは難しいと考えた。だが、アセスメントし、検討した結果、全身に掻痒感があり、特に掻痒の強い臀部周囲をかきむしるうちに、膀胱ろうを設置したところへ手がいき、触れたカテーテルを抜去する可能性が高いのではないかと判断した。

#### ① かゆみの問題を解決

毎日の入浴で皮膚の清潔を保ち、入浴後に軟膏を塗り、抗ヒスタミン剤を内服した。むれることがかゆみをより強くすると考えられるため、ラバーシートとおむつカバーを取りはずした。おむつカバーの代わりにさらしを使用し、排便のときのみおむつカバーを用いた。

② 膀胱ろうの留置カテーテルは、直接手に触れないように固定位置を大腿部の内側とした。股引きの着用により股引きのすそからカテーテルに連結したチューブを出すことができた。

③ 着用していたミトンは、まず、看護婦が病室にいる間だけはすことから始め、次に日中だけ除去と段階的に進めて、トラブルがない日が続いたため、夜間の除去になった。除去後、特にトラブルはない。

## ■ その後の経過

慢性皮膚炎は徐々に改善されて、皮膚損傷も以前に比べ少なくなっている。かゆみの問題は、慢性腎不全とその治療のための内服薬による副作用との関連もあり、今後も継続して対策を考えなければならない。

カテーテル抜去による危険性の問題を含め、患者の状況とミトン着用の必要性を家族に説明したときの「いって聞かせてもわからないですものね」の言葉から、納得せざるを得ない状況にあったとうかがえる。拘束除去のために、おむつカバーからさらし使用への変更を説明をしたときは、家族は積極的に準備をしていた。妻にとってかけがえのない夫であり、今、元気でいてくれることを望んでいると感じられた。

身体拘束廃止の機運が高まり、介護保険施設では、さまざまな工夫や努力がなされている現在、今まで「安全確保」の意味で行われていた拘束を除去するということは、ある意味では勇気のいることである。拘束しないで患者に事故が起きたらどうしようという不安がある。しかし、拘束には身体的、精神的機能の低下を含め「人権侵害」という大きな問題を伴うことも承知している。

拘束の必要性に出くわしたとき、まず考えなければならないことは「危険があるから拘束」という考えの前に、「なぜこうなるのか」と原因をアセスメントし、「どうしたら危険を回避することができるか」を検討することである。

拘束のないケアによって患者が生き生きとして見え、ケア提供者も暗い気分にならず明るい気持ちで患者に接することができると思う。

# 車いすの 腰ベルトについて

福祉施設

入居者	80歳 男性
診断名	アルツハイマー型痴呆
既往歴	特になし
ADL状況	身体状況は問題なし。更衣・整容・排せつ・入浴動作時は介助が必要。痴呆度Ⅳ
医療処置	向精神薬の服用

## ■ 入居時までの状態

特別養護老人ホーム入居前は老人保健施設に6カ月入所。昼は徘徊防止のため車いすにベルトで固定。夜間はサイドレール4本を使用したベッドをステーションの前に移動。

車いすに座らされている本人の表情は硬く、目を閉じ眉間にたてじわを寄せている。目を開けるのは食事とタバコを喫うときのみであった。

## ■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

ホームに入ってきたときは、生活保護担当のケースワーカーと老人福祉担当の福祉事務所職員に両側から支えられ、おぼつかない歩行でボーッとした表情をしていた。

- ①嘱託医（内科）と精神科医もまじえたカンファレンスを行い、入所2週間目で向精神薬を中止する。表情が生き生きすることから本人の好きなものはタバコと甘い菓子であることがわかり、これらを刺激にするプランを立てる。
- ②向精神薬の中止で表情が出てきた。入所から3週間ほどはベルトなしで車いすを移動手段にしていたものの、その後は歩行にふらつきはなく、応答も問題なくなってきたため、車いすは不要となった。
- ③食事の途中で突然箸をおき排便を伝えることもあるが、排せつパターンが見えてきた。トイレの位置や自分の部屋がわからず、誘導のタイミングを失敗すると放尿をしたり、他人のベッドで寝てしまうことがときどきあるものの、それをとりたてて問題にはしていない。

## ■ その後の経過

自分から人に話しかけることはない。ただし、ベッドにいるよりも談話コーナーの決まったいすに座ってすごす方が落ちつく様子である。スタッフは入居直後から「タバコはどうですか」と言葉がけをしていたが、なかなか応答しようとしなかった。ところが、4～5カ月すぎたころから、「いらねえ」と答えるようになっていった。話しかけるとムツしたり、笑顔で返事が返ってきたりと、表情が入居時とは大きく変わり、コミュニケーションも成立する。

車いすも入居前はむしろ本人を固定して動けないようにするための手段として用いられ、本来は、車いすは不必要だったケースと判断する。

# 車いすの Y字型拘束帯について①

入居者	84歳 女性
診断名	老人性痴呆
既往歴	緑内障
ADL状況	失明による危険性あり。両上肢の機能障害はなく、つたい歩き程度は可能 痴呆度Ⅲ

## ■ 入居時までの状態

特別養護老人ホーム入所までは老人保健施設に約1年半入所。立ち上がり、歩行の危険が大きいという理由で、日中は車いすでY字型拘束帯を使用。おむつはずしや弄便行為防止のためにつなぎ服を着用していた。

つなぎ服で入所。入所時の会議の席上、名前を呼びかけると「ハイヨ」と大声で応じる。施設では拘束を一切しない方針を娘に伝えたところ、「たとえ勝手に動いて骨折しても、縛られるよりずっとよい。今までそれがいえなかった」という反応。入所後、縛らない介護を望んでいたと手紙が届く。

## ■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

アセスメントの結果、ケアの方針にそって次のような取り組みを行った。

- ①入居と同時に車いすでのY字型拘束帯使用とつなぎ服着用を中止する。両眼の視力は明暗程度がわかる状況。部屋にいることを好まず、日中のほとんどを談話ロボいの豊台（高さ40cm・6畳大）に端座位ですごす。姿勢保持もしっかりしている。近くに人がいることがわかると、大声で話しかけるが、内容はつじつまが合わない。
- ②入居時におむつをはずして失禁パンツに変え、2～3時間ごとの職員の手引き誘導でトイレですませる。
- ③食事は主食をおにぎりにして副食はスプーンに乗せると、自分で食べられる。副食の種類を説明すると「うれしいね。うまそうだね。あんた食べたのか」と、かみ合う反応を示すこともある。

## ■ その後の経過

歩行については、一人で立ち上がって歩き出すことは決してない。入所1カ月をすぎるところには、入居者の一人に手を引かれて二人で歩くようになる。入居時には車いすを移動の手段として使うつもりだったが、結果的には手引き誘導、その後、気の合う入居者と歩くように変わった。

この場合はもともと歩行能力もあり、車いすは不要だった事例と考えられる。



# 車いすの Y字型拘束帯について②

患者	56歳 男性
診断名	蘇生後低酸素脳症
既往歴	1994年急性心筋梗塞で冠動脈バイパス手術を受ける。1996年地下鉄ホームで心臓発作を起こし、心停止。心肺蘇生が行われたが蘇生後低酸素脳症で重度障害となる
ADL状況	高次脳機能障害重度、注意散漫で認知・理解不能、発語なし、不随意運動が激しく、四肢麻痺、右上肢は伸展し下肢は屈曲状態であった。骨盤右回旋のため臥床時は右側臥位でいることが多い。寝返り・立ち上がりは不可。食事は全介助、排せつはおむつを使用。異食行動があり、すぐに物を口に入れてしまう
医療処置	利尿剤や向精神薬などの服用

## ■ 入院時・転棟時の状態と拘束に至った経過

1997年、長期療養を目的に当病院に入院し、1999年に当病棟に受け入れる。

異食行動があり、噛めるものはすべて口に入れるため、常時フェイスタオルをもたせていた。車いす（本人用）乗車時は、四肢麻痺と痙縮があり、常に体を左右に動かすため、上半身の安定が悪く、Y字型拘束帯、腰ベルト、胸ベルトで固定していた。また向精神薬を内服していた。就寝時は手から物がはずれるとおむつをいじり、食べようとするため、ズボンの上にTシャツ、さらにズボンと重ねていた。

## ■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

身体拘束を行わないケアをめざして、患者の状態を逐次アセスメントし、次のような工夫を重ねた。

### ① 転棟21日目

不穏状態や興奮が見られないため、医師に報告して向精神薬が中止となった。Y字型拘束帯、腰ベルト、胸ベルトの3カ所の固定が苦しそうなため、拘束の除去を検討したが、家族は除去することに不安が強くて拒否された。ただ、右にねじり滑り、右にずれるため、車いす乗車時は右脇に枕を使用した。

## ② 1カ月目

車いす乗車時に枕を胸にあてると安定したため、胸ベルトを緩めた。向精神薬を中止してから頭の動きが激しくなり、後頭部に脱毛と皮膚損傷ができたため、車いすに座る時間をより長くした（臥床時にはボンマットを使用）。しかし、座位時にも、頭の動きが激しかったので、スタッフ側が緩めた胸ベルトを来院した家族が縛りなおすこともあった。体動により安定性の悪い両下肢の安定性を保つため、足元に一般に使用される体位変換用の枕（足の形に合わせることができ、それによって体の安定を保つことができる）を置き、さらに見守りを強化した。

## ③ 1カ月と25日目

1週間前よりY字型拘束帯を時間を決めて除去し、観察した結果、Y字型拘束帯ではなく、車いすテーブルに変えた方が安定するのではないかと考えられたので、家族にも詳しく説明して了解を得た。Y字型拘束帯をはずし、車いすテーブルと腰ベルトに変更した。

また座位時、エアクッションの空気を調整し、30分ごとに臀部に合っているかを確認し、骨盤部が安定するようにした。右手はテーブルの端をつかむことが多くなった。

## ④ 2カ月と12日目

院内の研修会に抑制除去に難渋する事例として報告した。リハビリテーション科医師より、「エアクッションはない方が座位は安定するであろう。座位保持装置によるシーティングを応用した車いすを作成することで、ずり落ちは改善し、リクライニングにより腰ベルトは除去できるのではないか」との意見が出た。クッションははずし、車いすを改善することを家族へ説明して了解を得た。このころより本人は人の動きに目を向けるようになった。

## ⑤ 2カ月と27日目

車いす担当のリハビリテーション・エンジニアが来院。骨盤の位置をまっすぐにすることで、上半身をかなり支持、安定化できることがわかった。座位保持装置を備えた車いすの作成が始まった。

## ⑥ 7カ月と2日目

型合わせ、仮合わせで調整を行いながら、座位保持装置のついた車いすが完成。これを利用することで腰ベルトをはずすことができた。また、最後に残った車いすテーブルも右肘のみの小さな肘掛けテーブルを作成することではずすことができた。さらに、フットレストを右側に広げることで患者の右足がフットレストから落ちないようにした。

## ■ その後の経過

この事例では、拘束を除去することは困難のように思えた。また、家族も拘束除去には強い拒否反応を示していた。しかし、一つひとつ拘束がはずれていく過程で家族の了解が得られるようになった。座位保持装置付きの車いすができた時点では、肘掛けテーブルを小さくしてほしいと希望するまでに家族も変化した。

拘束除去の取り組み開始から完全に拘束がはずれるまで約6カ月を要したが、拘束をはずす段階で患者の表情は驚くほど変化した。患者は日ごとに人の動きに合わせるような動きを見せるようになり、「おはよう」と声をかけると「おは」と声を出す日も見られるようになった。また、激しく体をねじる動きも減少した。

その後、リハビリテーション・エンジニアも含め、月に1回、院内でシーティング委員会を開き、座位保持装置の必要な人を中心に事例検討を行っている。

# 弄便行為等防止の 介護衣(つなぎ服)等について

患者	79歳 女性
診断名	脳梗塞後遺症(左片麻痺、下肢筋力低下)、うっ血性心不全
既往歴	1981年(60歳)、両股関節変形症にて人工骨頭置換(身体障害者2級受給) 1991年、脳梗塞を発症し入退院を繰り返していたが、1997年、再発し、四肢麻痺、失語症となった
ADL状況	寝たきり度C1 ほぼ寝たきりの状態で全介助。排せつはおむつ使用。尿意・便意ともない 胃ろうからの経管栄養の他、昼食のみ時間をかけて口からペースト状の食事 をとる 全身の掻痒感が強く、常に皮膚を掻く動作が見られる。前胸部、臀部、 および大腿部に掻き傷があり、特に左臀部の皮膚は剥離している 痴呆度Ⅳ。失語症と短期記憶障害が認められるが、簡単な受け答えはできる 快、不快については、顔や身体の実現で判断することが多い
医療処置	服薬処方と皮膚掻痒及び掻き傷に対し、軟膏を塗布 胃ろうからは濃厚流動食3回を注入 理学療法士による筋力増強等のリハビリテーション、作業療法士による 嚥下訓練等を実施

## ■ 入院時・転棟時の状態と拘束に至った経過

1997年、リハビリを継続する目的で当院に入院。入院当初より、排便後自らおむつをはずしたり、弄便行為がたびたび認められた。さらに、皮膚掻痒感が強く、全身に掻き傷が絶えない、胃ろう装着部位を触るなど、最も手のかかる患者というらく印を押されていた。検討の結果、患者の清潔保持・安全確保の目的で、前ファスナー付きの介護衣(つなぎ服)を着用することとなった。

入院時に家族へ状態説明した際に拘束の必要性を説明し、場合によっては拘束することがあると伝えた。家族は遠方で面会が少ないことから、大きな変化があるときのみ電話連絡をしていた。

## ■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

院内では、抑制廃止検討委員会を発足させており、身体拘束廃止に向けた取り組みが始まっている状況にあった。当初の問題点としては、おむつはずしによる弄便行為、掻痒のため「掻き動作」が頻回に見られること、胃ろうボタンのふたを開けることなどがあげられ、次の通り取り組みを行った。

- ① 「介護衣（つなぎ服）を脱がせる」ことを前提としたスタッフ間の話し合いの結果、ていねいな観察を行い、特におむつの汚れ具合や排便の間隔などの把握に努める、部屋を訪れるたびに声をかける、看護スタッフ間（介護福祉士、介護助手、看護婦）の情報交換を密に行うなどの対策を立てて実施した。その結果、排せつ回数や間隔が予測できるようになった。訪室回数が多くなると排せつ、特に排便の徴候も早期に気づき、おむつ交換が適時に行われて弄便行為は減少した。
- ② 掻痒のため「掻き動作」が頻回に見られ、表皮剥離や出血が認められるようになった。さらに、胃ろうボタンのふたを開ける、胃ろう周辺のガーゼをはずすなど、胃ろうを破損する危険性があった。スタッフ間のカンファレンスで介護衣よりは体の自由がきくミトンを使用することにし、その必要性について本人に何回も説明した。皮膚掻痒に対しては、皮膚科受診により処方された軟膏の塗布と同時に皮膚の清潔保持に留意した。それらの対策により、胃ろうボタンに触れることはなくなったが、ミトンの先で皮膚を掻き、傷がついた。スタッフからは「ミトンも拘束に変わりはない」などの意見が出され、ミトンをはずすことにする。
- ③ ミトンをはずしたために胃ろうからの栄養注入の際、「管に触れる」「管を抜こうとする」などの問題が再燃した。対策としては、栄養注入中は胃ろうから気をそらせるために話しかける、バスタオルで腹部を覆うなどを試みる。その結果、そばに付き添っていられる場合には上記行為を回避できたが、人員の都合で付き添えない場合には、十分説明したうえで、栄養注入中はミトンをつけることを受け入れてもらった。そこで「うん、うん」と笑顔でうなずくなどの反応を確かめながらミトンを装着し、注入後は速やかにミトンをはずした。さらに、夜間、胃ろうボタンに触れることが多く、これらに対しては枕を抱かせる、大判のバスタオルで腹部全体を覆うなど胃ろう部位が目に入らないような工夫をした。

## ■ その後の経過

試行錯誤の結果、現在では認知障害は認められるものの、問いかけに対しては笑顔が見られ、小声ではあるが返答やうなずきが得られるなど、心の平安が感じられる。軟膏塗布の効果も大きい。皮膚トラブルが改善され掻痒も減少している。胃ろう造設によって体力もつき、食欲が出てきた。昼食のみではあるが、スムーズに嚥下できるよう作業療法士が食事摂取の支援と見守りを行う中、楽しそうにゆったりと食事する姿が見られる。弄便行為は、2週間に1回程度夜間に見られることもあるが「汚れたら取り替えればよい。看護上、事前に察知できるように努力しよう」とスタッフの意識が変化してきている。

「弄便行為は問題行動であり、拘束が必要な患者である」とらく印を押す前に、なぜその行為があるのか、どのような工夫によって防げるのかについて、十分な観察とスタッフ間の討議が必要だということがわかった。職員の意識の変化が大きな成果につながっている。

# 向精神薬の使用について①

患者	90歳 女性
診断名	老人性痴呆、変形性膝関節症
既往歴	十二指腸潰瘍
ADL状況	つかまれば寝返りは可能だが、起き上がり・移乗動作は全介助。食事は、セッティングすればスプーンを使って自力摂取。排せつ・入浴・着衣は全介助 車いすを自力駆動し、終日離床
医療処置	向精神薬（安定剤）を投与

## ■ 入院時・転棟時の状態と拘束に至った経過

1998年6月、十二指腸潰瘍にて入院。内服治療の結果、1999年2月に治癒したが、痴呆があるため在宅は困難であるという家族の意向で入院生活が継続されることになった。

3月末より、問題行動が始まった。怒りっぽくなり、看護婦がもって行った盆をひっくり返す、「食わんぞ、食わんぞ」と叫びながら車いすでウロウロする、コップを投げたり、急に泣いたり、おとなしくなったり等、不安定な状態が頻回に見られた。診察を拒否し、「私の悪口をいっていると思う」と、関係妄想もあった。

4月21日、物を投げる、介護に抵抗する、車いすで他の患者にぶつかる、他の患者につばをかける、なぐなどの行為が始まった。家族（娘）を呼び、医師が現在の状況を説明したうえで、向精神薬（安定剤）を使用することの許可を得、4月27日からの投与となる。

## ■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

与薬開始と同時に、ケアプランの修正を行った。副作用を早期発見するために表情、行動、会話などを観察し、興奮時は否定的な会話は避ける、命令的な口調でいわない、独り言をよく聞き、興奮を助長するようなことはいわないなどの精神の安定を図るケアを重視した。また、寝たきり予防として、日ごりの生活パターンにそったケアを行った。医師、看護婦、ケアワーカー間で情報の共有化を図り、ケアの検討を重ねて実施した。

5月17日ごろから、介護に対する抵抗が徐々におさまり、食事も全量摂取することが多くなった。

5月20日、温かな表情でロビーに出る。ときどき、怒鳴ったり、介護者に爪を立てることがあるものの、強い抵抗はあまり見られず、早期に穏やかになった。

5月25日に安定剤を使用した後、5月29日まで使用しなかったが、その間は穏やかにすごす。これ以後、4日に1回程度の使用となった。

6月29日、それまでリハビリテーションを拒否していたが、地区対抗ゲームに参加し、終了後おやつを食べた。

6月30日、おむつ交換時に「気持ちいいですか」と介護者が聞くと、穏やかにうなづく。

7月13日、便意があるとの訴えを受けてトイレ誘導を行う。排便は見られなかったが、これを機会に排せつ時トイレ誘導を実施することになった。これには素直に応じる。

7月14日、トイレでの排便に成功。本人も大喜びした。

7月25日、自傷・他傷行為が見られず、穏和にすごす日々が多くなったとの判断から、医師より安定剤中止の指示が出される。

## ■ その後の経過

安定剤中止後も、医師、看護婦、ケアワーカー間で表情・行動・会話の観察をして情報の共有化を図り、患者のニーズに合ったケアの提供を継続している。痴呆がありながらも、病院という環境の中で生活を送ることができている。

このケースに対し、医師は次のように述べている。

自傷、他傷行為が出現した場合は、状態観察を十分に行い、安定剤の使用を行う。過剰に使用すると、老人は元気がなくなるためである。また、薬を使用してから1週間は、異常行動があっても増量せず、ケアでカバーしながら薬の蓄積効果を待つ。表情・行動が落ち着いてきたら減量を始めて、中止に至る。異常行動がなくなる、顔つきがよくなる、話ができる、などが中止する際のポイントとなる。

看護する者も、痴呆老人を理解することなく「大変だ」が先立って、患者の意味ある行動を問題行動としてとらえ、医師に報告していた。その結果、睡眠剤・安定剤を増量することになったとも考えられる。痴呆老人を理解し、十分なアセスメントを行うことで、問題行動が問題とならず、客観的な見方ができ、よりよいケアに結びつけることが可能となる。

※なお、この事例は、退院の受け皿がないために入院の継続を余儀なくされた状況の中で不応を起したものと考えられる。このようなケースにおいては一般的に、適切な退院先の確保に取り組むこと、限られた病院環境の中でもできるだけ安心と楽しみをもってすごせるよう、環境と生活全般の見直しを行うことが必要となる。