



## 認知症医療と やさしい地域づくり

一病院で身体拘束をしない看護ケアから

医療法人大誠会 内田病院  
 看護部 認知症看護認定看護師  
 小池京子

### 1. 大誠会グループの紹介



医療法人 大誠会 内田病院

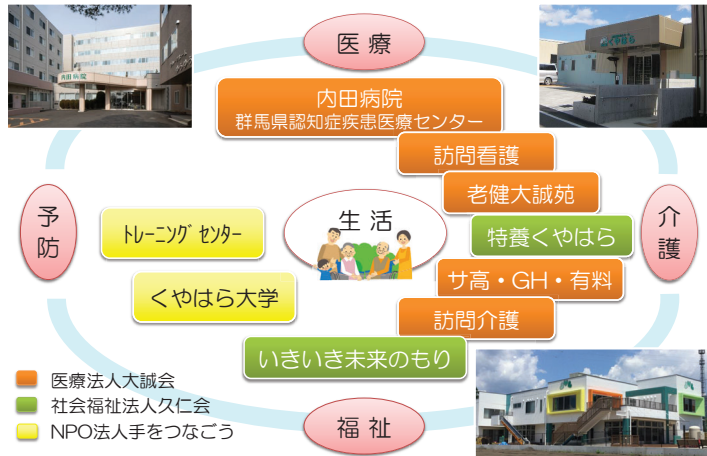
社会福祉法人久仁会 特別養護老人ホームくやはら

### 大誠会グループ

- 病院(99床) 認知症疾患医療センター：県委託 老人保健施設(100床) 訪問看護・介護 居宅介護支援事業所
- 保育園・学童・放課後デイ・児童発達支援・デイサービス
- りんご園
- コミュニティ
- 特養(82床)
- サ高住(50床)
- 有料老人ホーム(49床)
- カフェ
- グループホーム(27床)
- トレーニングセンター

総ベッド数407床、外来患者164人/日、通い定員220人/日、総職員数550人で医療・介護のベースキャンプを目指している

### 大誠会グループの概要



## 本日はなし

1. 大誠会グループの紹介
2. 身体拘束ゼロでの認知症ケア
3. 大誠会スタイルの実践と効果

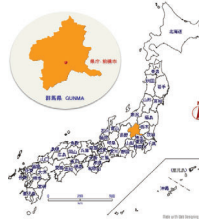
医療法人 大誠会 内田病院

社会福祉法人久仁会 特別養護老人ホームくやはら



### どんなところ?

過疎地だが  
 尾瀬、谷川岳、  
 赤城山に囲まれ  
 風光明媚で素敵  
 な土地。



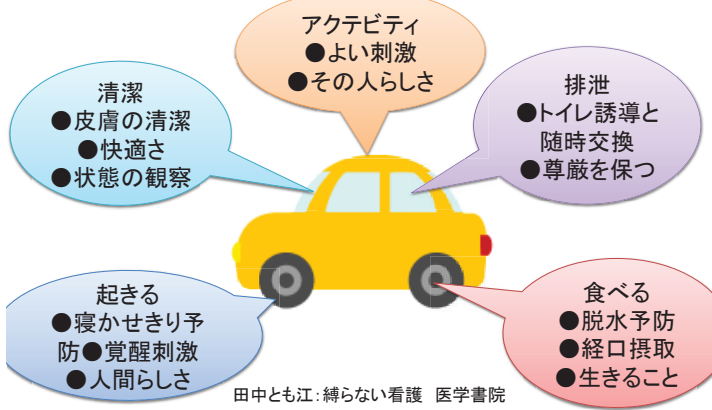
## 身体拘束廃止の歴史

2001.7 上川病院見学  
 院内拘束委員会発足  
 2001.10 ケア向上研究会発足  
 2001.11 田中とも江氏講演会  
 拘束廃止委員会実動し始める  
**2002.1 身体拘束廃止宣言**

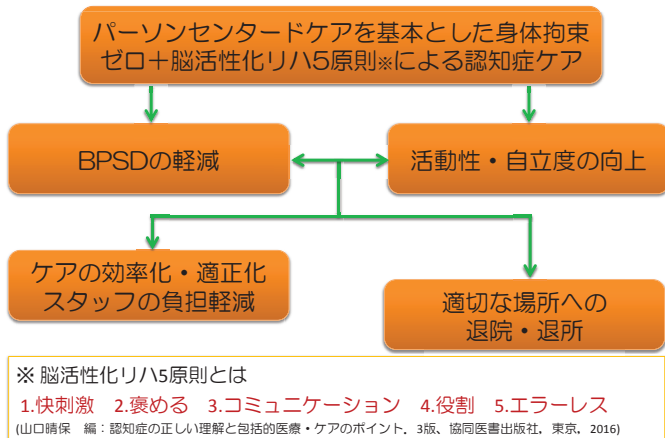
- ◆2000年 厚生労働省の省令 介護保険制度下における身体拘束廃止の規定
- ◆2006年 高齢者虐待防止法の制定
- ◆2016年 病院における認知症ケアの加算制度 「身体拘束を実施した場合、その日の点数は60%に減額されます。」
- ◆2018年 介護保険にて身体的拘束等の適正化の対策義務 「対策検討委員会」を3月に1回以上開催 「適正化のための指針」の整備 「適正化」のための研修を定期的実施

## 5つの基本的ケア

①起きる ②食べる ③排泄 ④清潔 ⑤アクティビティ



## 我々が実践する認知症ケア「大誠会スタイル」



## 認知症の人とのコミュニケーションのコツ

- \* 「話しかける」ための5つのステップ
- ① 「あなた」を認識してもらう
    - ・・・相手の視界に入る、笑顔を向ける
  - ② 目を合わせる
    - ・・・鼻と鼻の高さ、視力やパーソナルスペースに配慮
  - ③ 話しかける
    - ・・・名前を呼ぶ、やさしくゆっくり、短い文章、身振り手振り
  - ④ 許可をとる
  - ⑤ わかろうとする

できれば、マスクは外しましょう

出典 山口晴保、田中志子:楽になる認知症ケアのコツP30

## 信頼関係を築くためのテクニック

～あなたのことを、私は大切に思っていますというメッセージを常に発信する～

- 1・見る (同じ目線で20cmほどの近距離で親しみを込めた視線を送る)
- 2・話しかける (実況するようにゆっくりと声掛けする)
- 3・触れる (手のひらを使って優しく触れる)
- 4・立つ (自分の足で立つことで人の尊厳を自覚する)

出典 山口晴保、田中志子:楽になる認知症ケアのコツP39

## 2. 身体拘束ゼロでの認知症ケア「大誠会スタイル」



## 認知症の人たちの心理的ニーズ

●概念: パーソン・センタード・ケア  
その人を中心としたケア

パーソンフッド(Personhood)=その人らしさ

\*一人の人として周囲に

- ①受け入れられる
- ②尊重される

パーソンフッド(Personhood)の  
維持向上



## パーソン・センタードなコミュニケーション

- ・行動や症状の意味を **事実**を捉え推測する  
夜間動き回る → 「トイレに行きたい」「眠れない」  
おむつをはずす → 「気持ち悪い」「おしりが冷たい」  
歩き回る → 「帰りたい」「不快感がある」  
「目的の場所に着かない」

◇答えは一つではない  
◇その人の行動・言動を観察する



話をする前に確かめておきたい大切な  
心構え

- ・あきらめないで  
→ try&try&success
- ・重度なコミュニケーション障害のある人に対してはまず話しかける  
→ その方の表情やしぐさ、視線、アイコンタクト、体の揺れ、姿勢、吐息
- ・まるごと受け止めて  
→ 今の思いを聞く、今の世界を受け止める
- ・視覚・聴覚・触覚を使って  
→ 相手を思いやる、目を合わせる、耳を傾ける、触れること

出典 鈴木みずえ:認知症の看護・介護に役立つよくなるパーソン・センタード・ケア

# やる気を引き出す脳活性化リハビリテーションー脳活性化リハの5原則ー

<b>快刺激</b>	楽しいケアを心がける。快刺激が笑顔を生む。その時その時を楽しみ過ごす。本人が嫌がることはしない。
<b>コミュニケーション</b>	視線を合わせ、対等な立場で相手の意見を尊重して対話することで、絆が生まれ、自尊心が高まる。
<b>役割</b>	残存能力を生かして、その人にできる活動の機会・場を提供する。できれば他者の役に立つ活動がよい(他者に喜ばれる)。日課を持ち、役割を演じることが生きがいとなる。
<b>ほめ合い</b>	役割はほめる材料にも使える。ほめるところが見つからなくても、存在をほめる・感謝する。「今日は来てくれてありがとう」「あなたがいるとうれしい」など。ほめた方もうれしくなるので双方に良好な効果がある。
<b>失敗を防ぐ支援</b>	失敗体験を積まないように、失敗を未然に防ぐ支援を行うことで、うつを防ぎ、やる気をアップできる。

出典 山口晴保、田中志子: 楽になる認知症ケアのコツ42



図表1 身体拘束11行為を「行うことがある」と回答した病棟・施設の割合(実施施設割合)

	施設の種類					介護療養型 医療施設
	一般病棟 7/1/10:1	一般病棟 13:1/15:1	地域包括 ケア病棟等	回復期リハ ビリテー ション病棟	障害者施設 等	
1) 徘徊しないよう車椅子・椅子・ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る	51.7%	31.6%	49.3%	35.6%	28.3%	25.0%
2) 転落しないよう体幹や四肢をひも等で縛る	57.9%	21.1%	47.8%	35.6%	30.4%	30.0%
3) ベッドの四方を柵や壁で囲む	80.7%	78.9%	86.8%	69.0%	65.9%	67.2%
4) チューブを抜かないよう四肢をひも等で縛る	63.8%	47.4%	66.7%	35.6%	41.3%	43.3%
5) 手指の機能を制限するミトン型の手袋等	86.2%	73.7%	94.2%	72.0%	80.4%	85.2%
6) Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける	72.4%	68.4%	80.0%	74.0%	65.2%	54.1%
7) 立ち上がりを妨げるような椅子を使用	36.2%	42.1%	29.0%	24.1%	19.6%	18.0%
8) 介護衣(つなぎ服)を着せる	62.1%	73.7%	81.2%	50.6%	54.3%	60.7%
9) 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る	24.1%	10.5%	18.8%	13.8%	10.9%	13.1%
10) 向精神薬の多剤併用	58.0%	15.8%	48.5%	45.0%	37.0%	44.6%
11) 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離	99.1%	94.7%	99.6%	91.5%	93.5%	91.8%
1~11のうち1つ以上を実施	99.1%	94.7%	99.6%	91.5%	93.5%	91.8%

身体拘束11の実践に伴う課題に関する調査研究資料

平成27年度 公益社団法人全日本病院協会 老人保健事業推進費等補助金(老人保健研修等事業) 身体拘束11の実践に伴う課題に関する研究事業 編

目的-6

## 身体拘束にあたる項目

- 徘徊しないように、車いすや椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む
- 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る
- 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける
- 車いすや椅子からずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける
- 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する
- 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる
- 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る
- 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる
- 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する

厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」より

## 魔の3ロック

スピーチ ロック	「立っちゃダメ」「食べちゃダメ」「じっとしてて」など禁止や指示の言葉のこと。強い口調、速いテンポ。動くことには意味がある。「トイレに行きたい」「水が飲みたい」何かしたいことがあるのかたずねてみる。「～したら危ないので、座っていただけますか?」「だめですよ」⇒「いいですよ」
フィジカル ロック	必要以上に身体活動制限をする、抑制帯、閉じ込め せん妄やBPSD悪化につながる。廃用症候群のリスクでもある。
ドラッグ ロック	不適切な薬物使用による鎮静のこと。非薬物的介入が第一選択である。



## 質問してもいいですか? 一番大切な人を思ってください

- あなたは縛られることを理解できない人を縛れますか?
- あなたは大切な人を縛ることができますか?
- あなたは大切な人が縛られている姿を見つめることができますか?



## 身体拘束がもたらす弊害

- 身体的弊害
  - 関節拘縮、褥瘡、筋力低下
  - 消化管活動、心肺機能低下
  - 無理な立ち上がりによる転倒、転落事故、拘束具による窒息
- 精神的弊害
  - 屈辱、あきらめ
  - 家族の心痛、預けることへの罪悪感
  - ケアスタッフの後ろめたさ、モチベーションの低下
- 社会的弊害
  - 施設等に対する不信感、偏見、弊害から必要になる2次的な医療処置や費用



## 急性期と慢性期での考え方の違い

- |                    |                 |
|--------------------|-----------------|
| 急性期フェーズ            | 慢性期フェーズ         |
| 1. 救命第一、命のステージ     | 1. 生活(LIFE)すること |
| 2. まずは命(LIFE)を救うこと | 2. 意義を持って生きること  |
|                    | 3. その人らしく生きること  |

肝臓や肺を生かすのは何のため?  
医療者の治療成績のためじゃない  
臓器を生かしても魂を殺したら何もならない

縛ったら  
解く約束を

いずれにしてもプロフェッショナルとして

安易に縛ってはいけないという信念を持つ



## 認知症の行動・心理症状(BPSD)

- 認知症を診る際にはBPSD(Behavioral and psychological symptoms of dementia)を作り出さない(作らせない)ようにすることが重要

## BPSD

認知症のために起こる身体的攻撃、大声、不穏、徘徊、不安、うつ、幻覚、妄想など



## BPSDの予防

- ・ 認知症という病気を知ることがケアと環境整備の第1歩
- ・ 家族の関わり方が変わるだけでも大きくBPSDを減らすことが出来る。
- ・ BPSDについては、周囲の理解と良いかわり、認知症の人でも暮らしやすい環境を作ることで減らすことが出来る。

逆に増やすこともできてしまう。



### 質問してもいいですか？

#### 一番大切な人を思ってください

- ・ あなたは縛られることを理解できない大切な人を縛れますか？
- ・ あなたは大切な人が縛られている姿を見つめることができますか？

#### 考えてしまうこと

- ・ 「大切な人、守るべき人」と感じながら患者さんを縛ることができるのか？
- ・ 縛っているときにはすでに「大切な人、守るべき人」という気持ちが薄れてしまっているのではないのか？
- ・ 縛っているときの気持ちは看護、介護負担感にならないか？

## BPSDをつくらないために

### どうしたらよいか？

私たちは  
こんな風になっています



### どうしてほしいか聞く

認知症の人でも「ここにいたい」「〇〇はしたくない」などの意思をもっている。ただ、それをはっきりと表現できない場合が多いので、介護者はまず、どうしたいかを聞いてみるのが重要。「ケア＝お世話をする」という考え方ではなく、利用者の主体性を重んじたかわり方をしていく。



## 大切なのはケアのコツ

### 【知ってほしいこと】

- ・ 起こっている事象は、「病気がさせていること」
- ・ 一番困っているのはご本人
- ・ 何年くらい「心からありがとう」と言われていないか？

### 【こうしてほしい】

- ・ 正しいことを教え込まない(誰も得をしない)
- ・ 役割を持ってもらう
- ・ 褒める・感謝する
- ・ 大切にされる居場所を創る
- ・ 安心できる居場所を創る



## 歩きたいときは歩いてもらう

### 行動制限をしない

## とことん付き添う

### されて嫌なことはしない

認知症でなくても、自分の意思に反して、急に、「〇〇をしてください」と言われたら戸惑うはず。 「入浴」「食事」「トイレ」などを促した時、「嫌だ」と言われたら無理強いはいらない。何度も誘い続けるとストレスになり、BPSDの原因となる場合も。時間をおいて再度かかわったり、言い方を変えたりする。



## 利用者の生活歴を知って接する

利用者の生活歴を知っておくと、不愉快にさせない態度や言葉選びに役立つ。また、嗜好がわか

ることで、得意なことを生かしたレクリエーションが提供でき、BPSDの予防に効果的。風呂や食事、散歩の介助をしながらでも、積極的に話しかけて聞く姿勢が大事。



## 情報をスタッフ間で共有する

スタッフ間では、常に報告・連絡・相談を心がけ、スムーズに連携をとる。また、ケアの中で得た利用者の情報は、チームでできるだけ共有できるようにする。利用者のおかれている環境を変えずに、同じ情報のもとでの統一されたケアを実現する。そうした配慮がBPSDの予防につながる。

レクリエーション(2016)大特集 認知症レク&ケア ころにたろうとく行っ! (田中真子) 世界文化社 pp51-63



## 多職種連携 I -切れ目のない連携

- 1) 関係者間での情報をしっかりと共有する
- 2) 退院後の生活の調整を入院中に多職種で行う



## 多職種連携 II -認知症サポートチーム (Dementia Support Team)

平成26年4月より多職種からなるチームを結成し、内服調整、ケアや環境についてディスカッション行っている。その他研究や研修会など活動している。

回診  
内服調整

臨床心理士、作業療法士、相談員

多職種連携

リハ・ケアの助言

看護管理者、病棟リンクナース、理学療法士、薬剤師

認知症看護認定看護師

内田病院

## 多職種連携 III -フロア制



## 大誠会スタイルのアウトカム評価

【対象】BPSDの軽減目的で内田病院に入院した認知症患者  
(25名、81.1歳±7.0歳、男性:7名/女性:8名、  
HDS-R: 6.4±6.3点 MMSE: 7.7±6.4点)

【方法】1.入院直前と入院1週間後の2時点におけるNPI-Qを測定  
2.実施したケアを脳活性化リハ5原則に基づいて集計

【期間】2017年5月から2018年3月

NPI-Q(Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire)とは  
認知症者のBPSDの頻度、重症度、介護者の負担度を  
数量化し評価する方法  
「妄想」「幻覚」「興奮」「うつ」「不安」「多幸」「無関心」  
「脱抑制」「易怒性」「異常行動」「夜間行動」「食行動」  
の12項目から成り、それぞれの程度について介護者が  
0(全くなし)~3(重度)もしくは0~5で評価する質問紙

集計1.5原則別	集計2.具体的な内容別				
	1	2	3	4	5
5原則	○	○	○	○	○
快刺激	○	○	○	○	○
褒める	○	○	○	○	○
コミュニケーション	○	○	○	○	○
役割	○	○	○	○	○
エラーレス	○	○	○	○	○

## あらゆることを試してみる

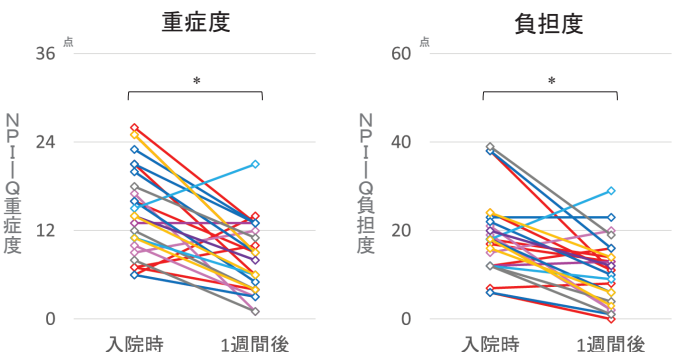
BPSDを抑えるためには、利用者が意欲的にかかわる活動を見つけることも重要。そのためには、本人の趣味をもとに、「ぬり絵」や「習字」、「パズル」などあらゆることを試す。本人が好むものだったら、「トイレトペーパーを自分の手に巻き取る」などでもよしとして、集中できる時間を過ごしてもらう。

レクリエーション(2016)大特集 認知症レク&ケア ころにたろうとく行っ! (田中真子) 世界文化社 pp51-63



## 結果1-1. 入院1週間後のBPSDの変化

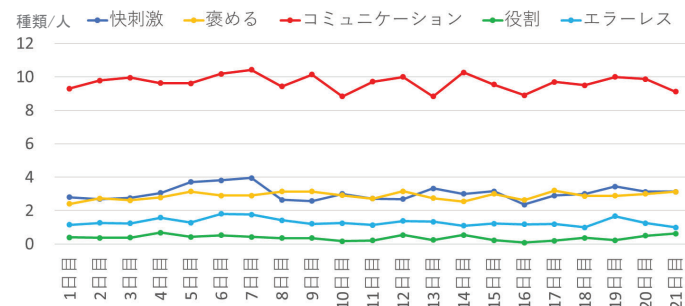
- ◇ アルツハイマー型 (7)
- ◇ アルツハイマー型 + レビー小体型 (3)
- ◇ アルツハイマー型 + 脳血管性 (1)
- ◇ レビー小体型 (5)
- ◇ レビー小体型 + 脳血管性 (2)
- ◇ 前頭側頭型 (3)
- ◇ その他 (4)



80%以上の症例で入院1週間以内にBPSDが軽減

## 結果2-1. 患者への関わり方(ケア)の推移 【5原則別の種類】

患者1人1日当たりの、実施した関わり方の数(種類)



入院環境へ適応できるよう、特に多くのコミュニケーションを実践している



## 症例紹介

M氏 80歳代 男性

【主 訴】せん妄、BPSD(暴力、大声、歩き回る)

【診断名】アルコール性認知症

【経 過】退職して5年になるが「仕事に行く」と言って出かけ、以前の職場に行き、帰って来られなくなることがあった。飲酒量も増え暴言暴力がひどくなった。アルコール依存症の治療のため精神科入院し治療開始し、保護室で過ごしていた。アルコールを離脱したが、暴言暴力や他者とのトラブルあり、内田病院へ入院となった。前医にて廃用症候群と認知症が進行、以前より歩けなくなった。

【DBDスケール】興奮、暴力等に加点あり 61点

## 3. 大誠会スタイルの実践と効果



大誠会 内田病院

社会福祉法人大誠会 特別養護老人ホーム くやはら

大誠会 内田病院

### 入院時多職種でのケア 検討、調整

- 縛らないケア
- コミュニケーション
  - 目を合わせる
  - 話しかける
  - 許可を取る
  - わかるうとする

#### ケアコンシェルジュ(介護職)

日常生活(排泄・入浴)の様子を情報提供  
→トイレは案内すればできる  
→タオルを渡せば自分で洗える

- 提案①できることへの支援  
②他患者との関係調整

#### 相談員

生活史に着目した情報提供  
家族の情報提供・退院支援  
家族支援  
→1日おきの面会、協力的  
→退院先は施設  
提案①するめを買ってきてもらう

#### 歯科衛生士・ST・栄養士

栄養スクリーニング  
摂食嚥下機能評価し情報提供  
好みの食べ物  
→義歯がない、水分のむせ  
→「つまみ持って来い！」

- 提案①高齢者ソフト食の提供  
②するめによる唾液促進

### 入院時多職種でのケア 検討、調整

#### リハビリ

日々の生活の様子を情報提供  
生活史に着目した情報提供  
→奥さんの名前を呼び続ける  
→「酒を持ってこい！」  
→「たばこ持って来い！」

- 提案①おちょことづくり  
②手作りたばこ

#### 主治医

- ①薬剤調整  
②ケアへのアドバイス

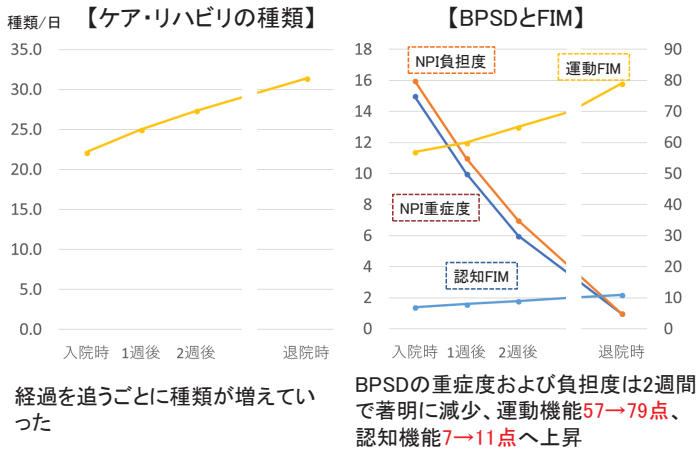
#### 認知症看護認定看護師

生活の変化、アセスメントの情報を主治医に報告  
①症状の原因を見きわめる  
②薬剤調整の検討  
③カンファレンスでケアの方向性の確認

#### DST

- ケア計画確認(生活史・カテゴリーの整理等)
- ケア方法を確認(困難を理解し共に考える)
- アウトカム向上を病棟職員に提示・称賛
- 職員の他の業務にも着目し、その内容も考慮する

## ケア・リハビリの種類と患者状態の変化



## その人らしさ・他者への思いやり

### 【結果】

- 入院期間30日
- DBD61点→30点
- 夜間睡眠確保
- 穏やかに過ごす時間が増えた
- 在宅系施設に退院

### 【考察】

- 常にチームから職員へ、職員からチームへと双方のやりとりが病棟全体のケアの向上をもたらした
- 多職種の専門的な視点でのアセスメントが必要であり、ニーズを支えるために必要な情報を共有

大誠会 内田病院

## 大誠会スタイルによるケアのアプローチ

入院時～1週目 2～3週目以降

患者状態: 混乱 → そろそろ → ふれあい → 適応

アプローチ: 信頼関係を構築し混乱を軽減する → 出来る能力や好きなことを探る → 役割を探る → 役割を定着させる他者との交流を推進する

関わり方: 【コミュニケーション】やる気  
【褒める】やる気  
【快刺激】楽しい、やりたい  
【エラーレス】成功体験  
【役割】生きがい

ケア提供時の基本原則: 「されて嫌なことはしない」「どうしてほしいかを聞く」  
本人のタイミング、距離感を意識する

## 基本的なこと

### ①環境調整 ②付き添い・見守り ③薬剤調整

↳ スタッフも環境の一部、iPad利用した情報共有や職員教育において・明るさ・温度・物の配置にも配慮

### 【具体例】

- 歩行ルート、動作範囲の安全確保
- 本人が認識できる、もしくは安心して過ごせる環境の提供



## 基本的なこと



安全・安心な環境  
センサーマットや超低床ベッドの活用



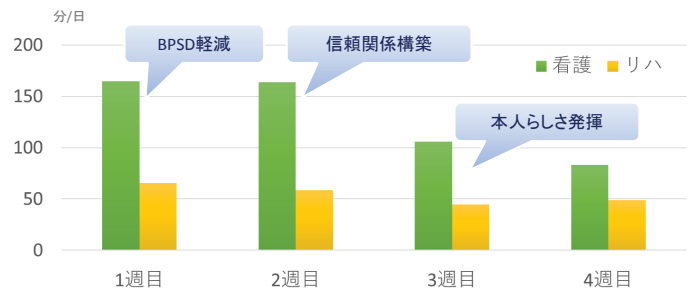
注意や興味が  
他に向く環境へ

フロア制  
多職種で見守り



## ケア時間の変化

患者1人1日当たりの平均関与時間(n=25)



1週目: 主にBPSDの軽減を目的とした関わり  
2週目: 主に信頼関係の構築を目的とした関わり  
3週目以降は本人らしさが出てくるため直接的に関わる時間が減少



## 出典



みんな誰かの役に立ちたい



- 山口晴保・田中志子著:楽になる認知症ケアのコツ.技術評論社,東京,2015.
- 『エキスパートナース』11月号こうすればできる!身体拘束ゼロ.照林社,東京,2018,pp20-51
- 内田陽子等著:できる!認知症ケア加算マニュアル.照林社,東京
- 鈴木みずえ著:よくわかるパーソン・センタード・ケア.池田書店,東京,2017
- レクリエ特別号[2016]大特集 認知症レク&ケア こうしたらうまく行った!(田中志子)世界文化



笑顔でGO!



医療法人 大誠会 内田病院