

2-3) 実践対応力Ⅱ

- ①病棟等におけるチームケアの意義
- ②多職種連携
- ③倫理的課題と意思決定支援・権利擁護
- ④身体拘束の原則等
- ⑤家族(介護者)の支援
- ⑥社会資源と地域連携

認知症ケアにおけるチームケア

〔対応力Ⅱ1〕

- 認知症の人は、入院や治療により様々な変化がおこる
 - ▶ 身体症状の変化、合併症による新たな変化
 - ▶ せん妄発症、行動・心理症状の出現
 - ▶ 認知機能の変化
- 急性期医療の現場の特殊性

- 
- ◎ 変化する認知症の人の多様なニーズを捉えにくい
 - ◎ 一人の看護師の努力や頑張りでは対応が難しい



ケアチームでのアプローチが重要

看護がチームとなって取り組むことの意義

〔対応力Ⅱ2〕

- ◎ ケアに必要な情報を幅広い視点で得ることができる
- ◎ 看護の方法を共有することで、統一した支援・援助が継続でき、認知症の人を混乱させるような関わりを避けることができる
- ◎ お互いをカバーし合うことができ、切れ目ないケアが提供できる



- 本人に適したケアの継続により療養生活を安全に安心して過ごすことができる
- 認知症ケアの取り組みやすさにつながる

2-3) 実践対応力Ⅱ

- ①病棟等におけるチームケアの意義
- ②多職種連携
- ③倫理的課題と意思決定支援・権利擁護
- ④身体拘束の原則等
- ⑤家族(介護者)の支援
- ⑥社会資源と地域連携

院内の多職種連携の構築

〔対応力Ⅱ3〕

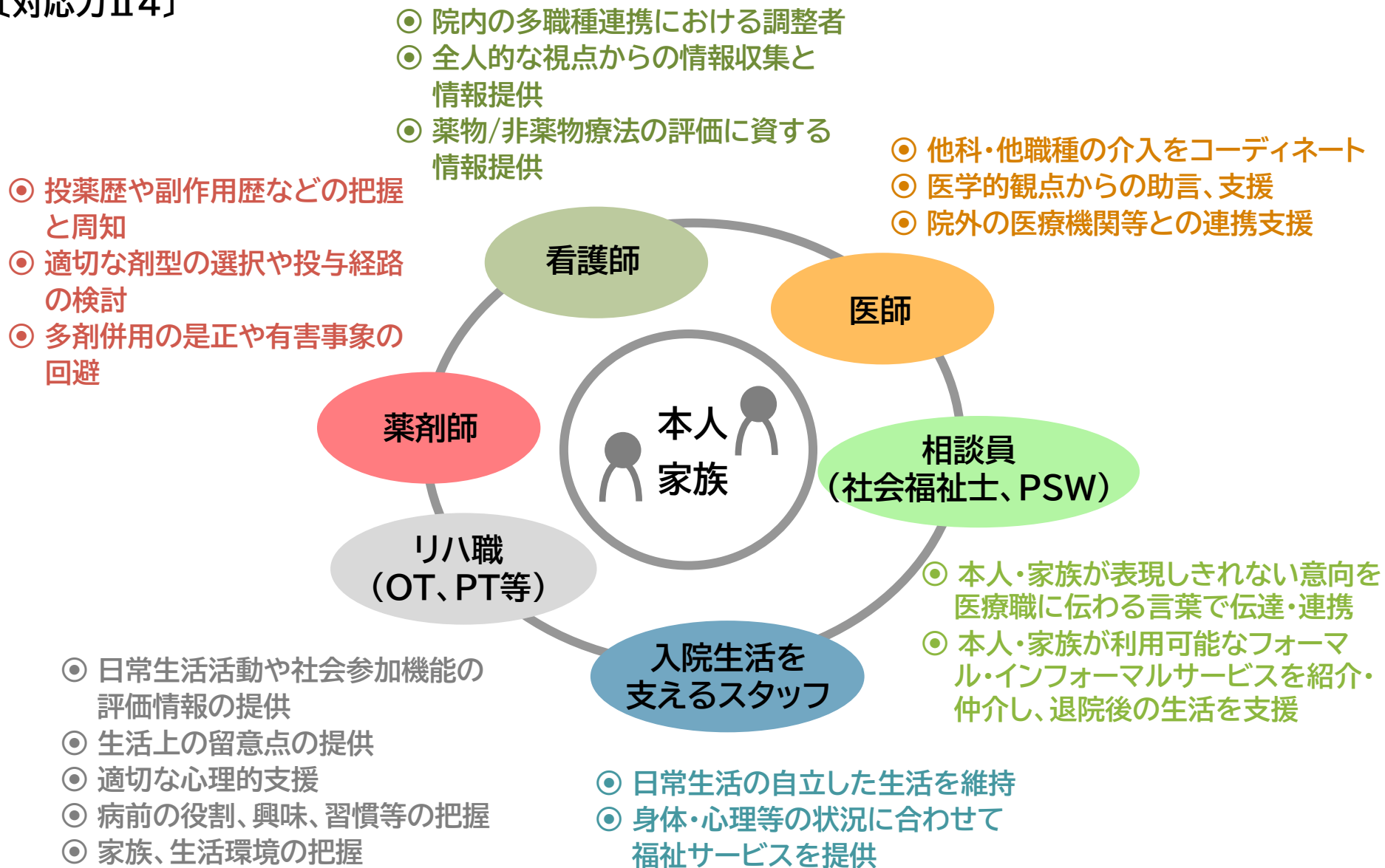
各職種が専門性を活かし、目的と情報を共有し、役割を分担するとともに互いに連携・補完しあい、患者の状況に対応したサービスを提供する

多職種連携のポイント

- 各職種の役割・その専門性を理解し、入院時・退院前の早期からカンファレンスなどの調整をする
- 常に目標を確認し合う
- 多職種で共有できるツールを活用する
- 日頃から、研修会などを共同で行うなど、顔の見える関係をつくる場を設ける

院内連携における各職種の役割

〔対応力Ⅱ4〕



多職種チームにおける看護の専門性

〔対応力Ⅱ5〕

身体を含めた認知症の人の状態を統合的にとらえることができる

- ▶ 本人や家族についての情報を持ち、本人や家族の立場から発言できる
- ▶ 医療面と生活面の両方の視点をもった発言や活動ができる

情報を共有する

〔対応力Ⅱ6〕

チーム内で話し合う

- ▶ 本人の好み、意向を繰り返し確認する
- ▶ スケジュールの共有
- ▶ せん妄のリスク、食事介助の必要性、疼痛の評価方法
- ▶ 支援内容、声かけの統一

施設内でのコーディネーション

- ▶ 検査、処置の時の対応
- ▶ 離院離棟

専門チームへのコンサルテーション

外来・かかりつけ医の情報共有

- ▶ 退院後もフォローが途切れないよう、外来スタッフ、在宅スタッフと話し合う機会をもつ

情報共有に向けた取り組み

〔対応力Ⅱ7〕

〈病棟内〉

- 看護記録：看護計画、経過記録、フローシート など
- カンファレンス記録
- 共有ノート：引き継ぎ時での申し送り

〈院内〉

- アセスメントシート(認知症・せん妄)
- マニュアル(認知症対策・せん妄対策・向精神薬)

方針の決定やアセスメント

〔対応力Ⅱ8〕

医療・そのほか日常生活の継続性を検討する

認知症の人・家族がどのような生活イメージを持っているか、病気の理解、予後予測も含めて各職種のアセスメントを共有し、方針を決定する

本人・家族の『どうありたいか』 『どのように生きたいか』

ADLを落とさず、元の生活・環境に戻っていただく
➡ 本人のQOLの保障

コンサルテーション体制の整備

〔対応力Ⅱ9〕

院内のコンサルテーション体制

▶ 認知症・せん妄に特化した専門家

… 老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師、
認知症ケア専門士、認知症ケアチーム など

＊気軽に相談できる体制づくり

＊他の部門との連携

➡ 医療安全、退院支援、栄養、リハビリテーションなど

地域内におけるコンサルテーション体制

▶ 地域の認知症疾患医療センターにアクセスする システムの構築

標準的な対応手順・マニュアルの共有①

〔対応力Ⅱ10〕

手順書・マニュアルの一例

I. 認知症の基礎知識

1. 認知症の定義と分類
2. 認知症の症状
3. 認知症の診断
4. 認知症の治療

II. 認知症の人のケア

1. 認知症ケアの視点
2. 認知症の人との接し方
3. 認知症の人のアセスメントの視点
4. 認知症看護に必要なコミュニケーションスキル
5. 認知症の特性をふまえた生活・療養環境の調整

認知症ケア
加算 必須

III. 行動・心理症状への対応

IV. せん妄について

V. 家族への支援

VI. 身体的拘束の実施基準

1. 身体拘束の定義、適応
2. 身体拘束ガイドライン
3. 身体拘束を実施する上での留意点

VII. 鎮静を目的とした薬物の適正基準

VIII. 資料

- ・認知症高齢者の日常生活自立度判定基準
- ・長谷川式簡易知能評価スケールなど

認知症ケア
加算 必須

標準的な対応手順・マニュアルの共有②

〔対応力Ⅱ11〕

手順書・マニュアルの活用方法

- 職員が閲覧できるように各部署に配布する
- 回診やカンファレンスを行いながら、実際に事例に対する内服調整やアセスメントを手順書に沿って実施する
- 鎮静を目的とした薬物の適正基準については、リスク管理にかかわる部署や委員会と協働する

連携における問題と対処

〔対応力Ⅱ12〕

- ▶ 職種ごとにゴール設定に相違がある
- ▶ 意見の対立や考え方の違いによるコンフリクト

認知症の人を中心とした
建設的な問題解決を図る



本人の希望、価値観、身体状況、今後の生活を考慮し、
折り合いをつけながら、最善を検討する

2-3) 実践対応力Ⅱ

- ①病棟等におけるチームケアの意義
- ②多職種連携
- ③倫理的課題と意思決定支援・権利擁護
- ④身体拘束の原則等
- ⑤家族(介護者)の支援
- ⑥社会資源と地域連携

認知症ケアと倫理

〔対応力Ⅱ13〕

臨床現場の対人援助において
患者中心という考え方に基づく行動



認知症ケアにおいては…

認知症の人の「自己決定(意思・思い)」を
どのように確認するか



本人の意図、思いを確認しにくい

ケアの妥当性を看護者側が判断している部分があり、
看護者中心のケアに陥りやすい性質をもっている…

ケアの場面において

〔対応力Ⅱ14〕

自分から食べない理由とケアの現状



臨床場面において

(倫理の4原則の視点)

〔対応力Ⅱ15〕

肺炎の治療を十分
行えば元気になれる
＜善行＞

本人が帰ると言っ
ているのを尊重すべ
きだ
＜自律尊重＞

肺炎で入院した85歳の軽度認知症のAさん
入院3日目に「家に帰る」と怒鳴り、点滴を抜去した
肺炎は入院治療が必要な状況である
帰宅とすべきか、身体拘束を行い、入院継続とすべきか？

治療のためとはいえ、
拘束するのはダメだ
＜無危害＞

点滴の間、看護師が
Aさんのそばにずっと
いることができない
＜公正(正義)＞

認知症の人の見方によって、倫理的価値の対立がおこる

日常的に倫理的判断が求められる

〔対応力Ⅱ16〕

- ◎ 認知症ケアには絶対的な正解がないため、**倫理的ジレンマ**が生じる
- ◎ そのときの本人の思いに沿い、苦痛やストレスがなく、よい結果をもたらす、**最も適切な方法**を考えながらケアをする



倫理的ジレンマは、認知症の人にとっての最善の
ケアを、もう一度考えるきっかけになる

認知症ケアにおいて 倫理的問題が起こりやすい背景

〔対応力Ⅱ17〕

- 加齢変化や認知症への偏見、パターンリズム
- 「認知症」という病気の特徴やBPSDの捉え方、知識や理解不足
- 認知症の人とケア提供者それぞれの思い・考えのズレ
- 急性期医療を提供する場の特性（安全確保や迅速さなど）

倫理的ジレンマ・課題への対応

〔対応力Ⅱ18〕

- 認知症という病気の理解、認知症とともに生きる人の理解
- 多職種チームアプローチ
 - ▶ チームで語り合いを繰り返すことで、認知症の人 一人ひとりの価値観を見出し、その人にとっての最善のケアにつながる
 - ▶ チーム内で気づきやジレンマを共有し、それぞれの考えや思い価値観を伝え合い、互いを尊重した上で、チームとしてのコンセンサスを形成していく
- ジレンマを感じない独りよがりの判断は、偏ったケアを提供することになりかねない。ジレンマを感じることで認知症の人を中心に捉えた最善を考えることにつながる
- 組織的な対応として、倫理的な気づきを声に出せる風土の育成や倫理的感受性を高める投げかけや教育的指導

認知症ケアに特有な倫理的課題①

〔対応力Ⅱ19〕

①診断と医学的適応	・ 診断のために十分な検討がなされているか ・ 診断は適切な時期に行われているか ・ 適切な治療が提供されているか
②認知症の人の意思決定支援のアセスメント	・ 意思決定能力の判定は難しいことを理解した上でアセスメントしているか ・ 意思決定能力のアセスメントは多角的に十分に行われているか
③情報提供・開示	・ 認知症の人の自律性を尊重しているか ・ 情報提供を十分に行っているか ・ 家族とも情報共有はされているか ・ 文化的側面を考慮しているか
④意思決定と同意	・ 認知症の人の意思決定能力を低く見積もっていないか ・ 代理決定が必要な場合は責任をもって行われているか ・ リビングウィルや事前指示書について適切に検討されているか
⑤ケアが提供される環境・社会的背景	・ 家族によいケアが提供されているか ・ スタッフは組織的に管理されているか ・ 認知症の人が他者に危害を与えるリスクはないか ・ 使える資源が限られている場合は適切に活用されているか

認知症ケアに特有な倫理的課題②

〔対応力Ⅱ20〕

⑥ケアプロセスと評価	・ 提供しているケアが認知症の人のためになっているか否かを常にアセスメントしているか ・ 認知症の人の生きる力を十分に引き出しているか ・ スタッフが自分の考え・価値観や提供したケアについて振り返りをしているか ・ 虐待や不適切ケアが行われていないか
⑦倫理的課題が生じやすい特有の状況	自動車の運転、医学的検査の実施、薬物療法、人工的水分・栄養補給、身体拘束、終末期・緩和ケア

- 
- ▶ 認知症と診断されるときから終末期に至るまで常に倫理的アプローチが必要
 - ▶ どの課題においても、患者にとって最善を模索し真摯に取り組む姿勢が求められる

尊厳を保持するケア

〔対応力Ⅱ21〕

環境の整備

① 物理的環境として清潔で快適な空間

- ・ 明るさ、音、温度湿度、匂いなどに配慮された病室
- ・ 清潔なリネン
- ・ ベッド周囲の床頭台やテーブルが整理整頓されていること など

② 人的環境として職員の姿勢や言葉遣いがあたたかく、本人を尊重する態度

- ・ 本人を無視しないこと
- ・ 丁寧にやさしく接すること
- ・ 強引に行わないこと
- ・ プライバシーに配慮すること

直接的なケア

① 清潔な衣類で、身だしなみが整えられていること

- ・ 寝癖のないこと
- ・ 眼脂や口の周りの汚れがないこと
- ・ ひげや鼻毛、眉毛が伸びていないこと
- ・ 爪が切られていること
- ・ 食べこぼしのある衣服を着ていないこと など

② 入浴、排せつ、食事、移動時の配慮

- ・ できるだけ苦痛のない安楽な方法を選択すること
- ・ 実施の前中後に声かけをすること
- ・ 1つひとつのケアに対する反応を確認しながら行うこと
- ・ 強引に行わないこと など

認知症の人の意思決定に関わる問題

〔対応力Ⅱ22〕

- ◎ 医療者の医学的妥当性や家族の意向が尊重されやすい
- ◎ 日常生活の中での小さな選択(食事、排泄、衣服の好み 等)
- ◎ 転倒のリスクと活動の楽しみのどちらを優先させるか
- ◎ 侵襲的な検査を受けて身体合併症を治療するか
- ◎ 自宅以外のどこに住むか など



本人を置き去りにした「意思決定」

- ▶ 治療の拒否
- ▶ 本人の意思でない医療を受けること、もしくは医療を受けられないまま残された人生を送ることになる

本人が治療の意味や目的を理解し、本人の意思で自分の今後の人生に最良な決定ができるように支援することが望まれる

意思決定支援の基本原則

〔対応力Ⅱ23〕

1. 本人の意思の尊重

- ▶ 自己決定に必要な情報を、認知症の人が有する認知能力に応じて、理解できるように説明しなければならない
- ▶ 本人の意思の内容を支援者の視点で評価し、支援すべきと判断した場合にだけ支援するのではなく、まずは、本人の表明した意思・選好、あるいは、その確認が難しい場合には推定意思・選好を確認し、それを尊重することから始まる

2. 本人の意思決定能力への配慮

- ▶ 認知症の症状にかかわらず、本人には意思があり、意思決定能力を有するということを前提にして、意思決定支援をする
- ▶ 本人の意思決定能力を固定的に考えず、本人の保たれている認知能力等を向上させる働きをする
- ▶ 意思決定能力の評価判定と、本人の能力向上支援、さらに意思決定支援活動は一体をなす

3. 早期からの継続的支援

意思決定能力は本人の個別能力だけではなく、
支援者の支援力によって変化する

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

〔対応力Ⅱ24〕

趣旨

- 意思を形成し、表明でき、尊重されることは、日常生活・社会生活において重要であり、認知症の人についても同様
- 意思決定支援の基本的考え方、姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理し、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることをめざすもの

基本事項(誰のための・誰による・支援なのか)

- 認知症の人のための
(認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む。)
- 認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による
(意思決定支援者)
- 認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもの
(意思形成支援、意思表明支援、意思実現支援)

動画 ② 認知症の人の日常生活・社会生活における 意思決定支援ガイドライン 組み込み型研修

認知症の人の日常生活・社会生活における
意思決定支援ガイドライン研修

〔組み込み型研修〕

生活支援としての意思決定支援

〔対応力Ⅱ26〕

本人の意思の尊重、意思決定能力への配慮、早期からの継続支援

本人が自ら意思決定できるよう支援
意思形成支援、表明支援、実現支援のプロセスに沿って支援を実施

本人意思の尊重・プロセスの確認

支援方法に困難・疑問を感じた場合

意思決定支援チーム会議(話し合い)

- ◎ 本人、家族、医療関係者、介護関係者、成年後見人 など
- ◎ サービス担当者会議、地域ケア会議と兼ねることも可
- ◎ 開催は関係者の誰からの提案も可

適切なプロセスを踏まえた支援が提供されたかの確認

本人の意思の尊重の実現

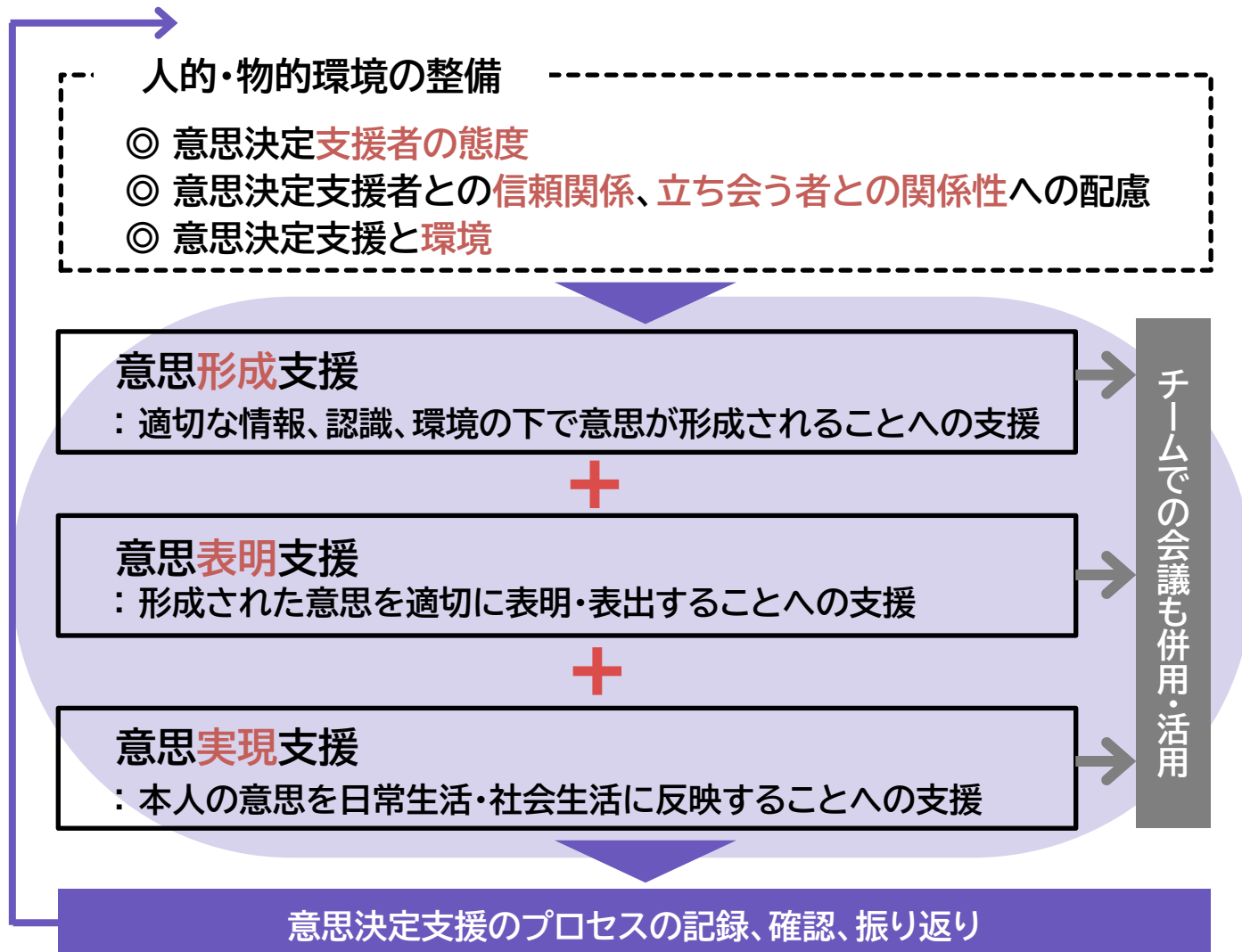
認知症の人の自らの意思に基づいた日常生活・社会生活の実現

適切な意思決定
プロセスの確保

- ・理解しやすさ
- ・開かれた質問
- ・選択肢
- ・支援者の態度
- ・環境整備
- ・時間の余裕

意思決定支援のプロセス

〔対応力Ⅱ27〕



認知症の人の意思決定支援の要点

〔対応力Ⅱ28〕

環境の整備

- ▶ 安心できる環境(本人の慣れた場所)、集中できる時間帯

意思を形成するために必要な情報が説明されているか確認

- ▶ 具体的な場面を想像してどのような事態が生じるか確認

選択肢の提示の工夫

- ▶ 紙に書く、図や表を使う、比較のポイントをわかりやすく示す

言葉以外のコミュニケーション、頷くことや手振り、笑顔からも読み取る

人を代えて繰り返し確認する

- ▶ 複数の人から尋ねる
- ▶ 支援者の態度を振り返る、人や環境に配慮をする

持てる能力を最大限活かし、
自らの意思に基づいた生活を送ることができるよう支援する

認知症の人の意思をどうキャッチするか — 生活の中における意思 —

〔対応力Ⅱ29〕

- 認知症の人は、コミュニケーション能力の低下などにより 意思や価値観を表現することが難しい
- 提供されるケア内容や生活環境が「自分の意思と合っていない」場合は、行動・心理症状(BPSD)という形で意思を表現することがある

一人ひとりの物語(ナラティブ)があり、
その人の独自の願いや意思をもっている

認知症の人の意思決定に影響する要因 コミュニケーションの特徴

〔対応力Ⅱ30〕

理解力の障害

相手の日本語が聞こえても、意味が理解できない

言語の障害

思っていることが適切な言葉になって出てこない

注意障害

「理解できない言葉の意味」に意識が集中して、相手の話が進んでしまう

思考速度の低下

相手の話しの言葉の意味を考えているうちに話が進んでしまう

ワーキングメモリの減少

相手の話を聞いているうちに、すでに聞いた内容を忘れ、話をつなげられない

感情コントロール障害

伝えたい内容よりも、大きな感情が湧き上がり、その感情や意図が伝えられない(家に帰りたい、同じことを何度の言う)

認知機能障害に影響して起こりうる行動を理解し、うまく言葉にできない場合には、本人の意思を引き出す支援が求められる

認知症の人の意思を尊重するための支援

〔対応力Ⅱ31〕

- 本人の日常生活に関する気持ちや意思をできるだけくみ取る
- 本人の希望が叶えられなくても、気持ちの折り合いをつけられるよう援助する
- 認知症があっても「できる」ことを引き出し、本人の意思を尊重する
- 情緒の安定を図り、本人のペース、価値観に応じたケアをする
- 多職種でその人に合った独自のケア方法で関わる

認知症の人が意思を形成・表出できるための
コミュニケーションの工夫や時間をかけて支援を行う

日常生活の中での意思の尊重の積み重ねが、 「人生の最終段階の意思決定支援」につながる

〔対応力Ⅱ32〕

【意思決定支援】 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

認知症の人(認知症と診断された場合のほか、認知機能の低下が疑われ意思決定能力が不十分な人を含む)であっても、その能力を最大限活かして、**日常生活・社会生活に関して自らの意思に基づいた生活を送る**ことができるようにするための、意思決定支援者に関わるすべての人による本人支援

【アドバンス・ケア・プランニング（ACP: advance care planning）】

将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した
意思決定の実現を支援するプロセス

対話を通し本人の価値観・意向・人生の目標などを共有し、理解した上で、協働することが求められる本人の意向に沿った、本人らしい人生の最終段階における医療・ケアを実現し、本人が最期まで尊厳をもって人生をまっとうすることができるよう支援することを目標とする

高齢者虐待の背景

〔対応力Ⅱ33〕

虐待者側の要因

- ◎ 介護疲れ・介護ストレス
- ◎ 精神状態が安定していない
- ◎ 理解力の不足や低下
- ◎ 知識や情報の不足
- ◎ 他者との関係のとりづらさ・資源への繋がりづらさ
- ◎ 孤立・補助介護者の不在等 など

被虐待者の状況

- ◎ **認知症の症状**
- ◎ 精神障害、認知機能の低下等
- ◎ 身体的自立度の低さ
- ◎ 障害・疾病
- ◎ 排せつ介助の困難さ など

家庭の要因

- 他家族との関係の悪さほか家族関係の問題
- 経済的困窮・債務
- 家族・親族の無関心・無理解・非協力
- 家庭内の経済的利害関係 など

虐待の予防に向けた支援

〔対応力Ⅱ34〕

認知症の人を介護する家族が置かれている状況の理解に努め、
入院時から身体的、心理・社会的虐待の潜在を洞察する

➡ 身体状態(要介護状態)、経済状態、家族の介護力/介護サービスの状況、
高齢者と家族の関係性、対処能力、高齢者・家族が属する文化 など

- ◎ 養護者に虐待の自覚がない場合も少なくない
- ◎ 熱心に介護を続けていくうちに追い詰められた結果として起こっていることもある
- ◎ 社会から孤立している世帯は、入院をきっかけに発見されることが多い



- 虐待を受けている被虐待者だけでなく養護者も支援必要としているという視点をもつ
- 虐待の疑いがある場合は、地域包括支援センターや市区町村の保健師、介護支援専門員へつなぐ

2-3) 実践対応力Ⅱ

- ①病棟等におけるチームケアの意義
- ②多職種連携
- ③倫理的課題と意思決定支援・権利擁護
- ④身体拘束の原則等
- ⑤家族(介護者)の支援
- ⑥社会資源と地域連携

身体拘束にあたる項目

〔対応力Ⅱ35〕

- 1 歩き回らないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- 2 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- 3 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
- 4 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
- 5 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
- 6 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける
- 7 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する
- 8 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
- 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
- 10 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
- 11 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する

身体拘束の実施の理由

〔対応力Ⅱ36〕

転倒やルート類の抜去による不利益を受けないように

いつのまにか・・・

➡「ルート類の自己抜去がない」、「転倒しない」になっていないか

- ・ルート類が抜けないように体動を抑えるため抑制帯を用いる
- ・指先の動作で抜けないようにミトンをつける
- ・センサーマットを使用してベッドから離れたことを早期にキャッチする
- ・危険な行動に「誰か」が気づきやすいようにモニターで監視する

以前、入院した際に転倒したことがある、今回の入院中に点滴を自己抜去した

➡“有害事象のリスクがある＝身体拘束の必要性がある”
という考えに至っていないか

医療者側の安心・安全のためになっていないか？

身体拘束がもたらす弊害

〔対応力Ⅱ37〕

身体的問題	・物理的刺激による皮膚障害 ・誤嚥性肺炎、筋力低下、歩行障害、廃用障害、関節拘縮などの促進 ・深部静脈血栓塞栓症に起因する急性肺血栓塞栓症による死亡事故 ・転倒事故の誘発、抑制具による窒息死や事故の発生 など
精神的問題	・行動・心理症状(BPSD)、せん妄の悪化 ・不安や怒り、屈辱感や無力感、生きる意欲の喪失 など
病院内の問題	・看護師、医療職の仕事に対する満足感、モチベーション・プライドの低下、人の尊厳に対する感受性の低下 ・家族の混乱、罪悪感 など
社会的問題	・看護師など医療職への社会的不信や偏見 ・身体拘束による転倒事故などの治療にかかわる医療費の損失 ・病院への不信感増大 ・人生の最終段階である老年期への絶望

看護師の日常業務と身体拘束 インシデントに対する恐れと倫理的ジレンマ

〔対応力Ⅱ38〕

日々の業務は
限られた
人員と資源で

医療の高度化、
入院日数の短縮化

高齢患者のせん妄
や認知機能障害へ
の対応に難渋

- ▷ 認知症の人の個々のニーズに合わせた対応が困難・・・
- ▷ インシデントを起こしたくない・・・
- ▷ 「安全な治療」重視→身体拘束→**認知症の人の負の感情に直面**

“安全のため”とは
いったい誰のため
の安全なのか



認知症の人の
思いに目を背けて
拘束をすることが
正しいことなのか

「医療事故を防ぐためには仕方ない・・・」と
倫理的ジレンマを抱えながら身体拘束をしている

身体拘束は認知症の人を守るか

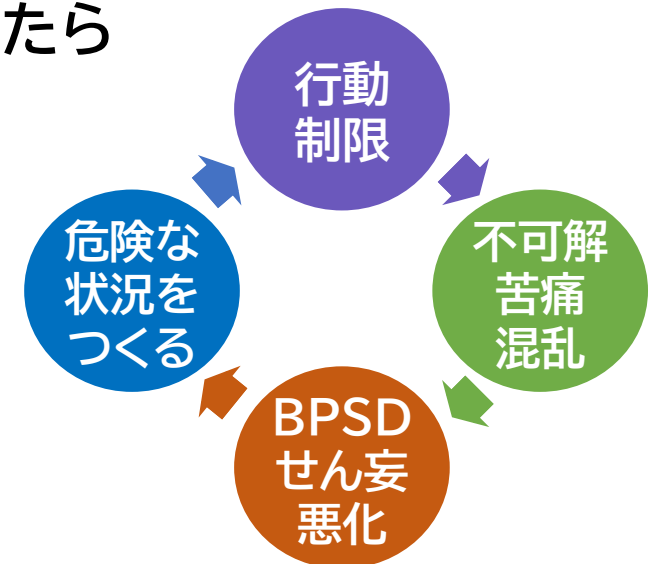
〔対応力Ⅱ39〕

身体拘束は本当に認知症の人にとって安全か？

- ▶ 体幹抑制をしたら興奮した
- ▶ ミトンを自分で外して、点滴ラインを自己抜去した、創部を触った
- ▶ センサーマットが鳴ったから駆けつけたら床に座っていた

リスク回避しようとする行動制限は…

安全を保障するものではなく、
さらなる危険をつくっていないか？



拘束が拘束を生む悪循環

身体拘束に対する倫理的問題

〔対応力Ⅱ40〕

- ◎ 身体拘束は、人間としての**尊厳・権利を奪うもの**
- ◎ 身体拘束には弊害がある
 - ▶ メリットがデメリットを上回るときのみ実施
- ◎ 「する側(ケア提供者)」と「される側(認知症の人)」の**思い・考え方のズレ**がある
 - ▶ する側(ケア提供者)：「本人の回復、安全」のため
 - ▶ される側(認知症の人)：縛られる/怒られる/動いてはいけない理由がわからない



- ▶ 医療現場では、なぜ許されるのかを**立ち止まって**考える
- ▶ メリット・デメリットは個別の状況で異なるため、デメリットを最小限にするために**多様な視点での検討**が必要
- ▶ 本人との**対話** → 行動の理由を聴く・探る

認知症の人の尊厳を守る「安全な治療」の実践のために

〔対応力Ⅱ41〕

- 組織として患者の尊厳を守るケアを実践する意思を示し、倫理観を共有する
- 認知症の人の個別のニーズに沿った療養生活を整える工夫
※本人が困っていることを支援できる看護体制や資源の調整
- 身体拘束に繋がる行動の原因・理由を探り対応する

起きる現象を封じる対策



現象が起きる要因・誘因への対処

点滴ルートを触るのはなぜ？（対話・動作を観察）

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| ▷ 刺入部痛があり、不快 | ➡ 刺入部を差し替える |
| ▷ 目の前に何本もルートがあつて
気になる | ➡ 見えないよう襟元から出す、
点滴台を置く位置を変える |
| ▷ 固定のテープがひきつれてかゆい | ➡ 固定方法を工夫する |

- よく観察し、認知症の人の行動を予測して先回りのケアを行う

身体拘束をせざるを得ない場合の要件

身体拘束の三原則

〔対応力Ⅱ42〕

身体拘束は原則許されない行為

- ▶ 身体拘束は違法行為であり、「緊急やむを得ない」場合を除き高齢者虐待である
- ▶ やむを得ず認められる場合には、違法性を阻却するための相当程度の理由が必要（三原則）

切迫性	行動制限を行わない場合、本人の生命、または身体の危険にさらされる可能性が高い （意識障害、説明理解の低下、精神症状に伴う不穏、興奮） ▶ 身体拘束が <u>必要となる原因</u> を考える
非代替性	行動制限以外に本人の安全を確保する方法がない （薬剤の使用、病室内での環境の工夫では対処不能、継続的な見守りが困難） ▶ 身体拘束を <u>回避する方法</u> を考える
一時性	行動制限は一時的であること ▶ 身体拘束を <u>解除する目安</u> を考える

やむを得ない場合の例外的対応

〔対応力Ⅱ43〕

- 三原則に基づき「必要」と判断せざるを得ない場合もある
- 他の対応を試みた上で、安全を確保するための取りうる代替方法がないことを チームで確認し、その上で必要最小限に限る



基本的な考え方(行動の基準)を話し合い、共有しておく

➡ “本人のため”という名の下に医療者側の安心になっていないか？

◎ 院内の体制整備（客観性とケアの質の保障）

- ▶ フローチャートなどを用いて判断のプロセスを明文化する
- ▶ 身体抑制を実施している間のアセスメントや記録の頻度・項目等に関するルールを定める

◎ 多職種での検討、臨床倫理チームへのコンサルテーション

身体拘束予防ガイドライン

身体拘束廃止のために、まず、なすべきこと — 5つの方針

〔対応力Ⅱ44〕

① トップ(経営者・院長・看護部長)が決断し、施設・病院が一丸となり取り組む

② みんなで議論し、共通の意識を持つ

理念を掲げる、現場のバックアップ

- ・身体拘束の弊害をみんな(家族も含め)で認識できているか
- ・ケアの継続はされているか

③ まず、身体拘束を必要としない状態の実現を目指す

本人の状況を解決することによって身体拘束を必要としない環境を作る

- ▶ スタッフの行為や言葉掛けが不適當か、またはその意味がわからない場合
- ▶ 自分の意思にそぐわないと感じている場合
- ▶ 不安や姑息を感じている場合
- ▶ 身体的な不快や苦痛を感じている場合
- ▶ 身の危険を感じている場合
- ▶ 何らかの意思表示をしようとしている場合

④ 事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する

⑤ 常に代替的な方法を考え、身体拘束をする場合極めて限定的にする

漫然と行っていないか

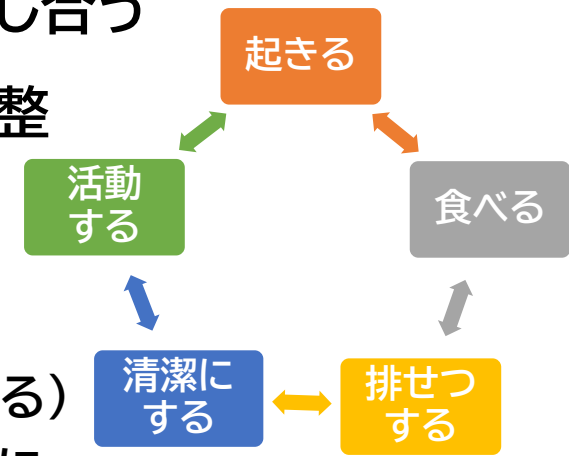
日本看護倫理学会「身体拘束予防ガイドライン」2015
厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」
を参照して作成

身体拘束の回避・軽減に向けた検討プロセス

〔対応力Ⅱ45〕

チームで検討する（複数人で、他職種を交えて）

- 不穏な状況の背景にある理由や原因をアセスメントし、それを除去するケアを行う（苦痛緩和・安心できる環境等）
- 回避・軽減(代替)方法の検討
 - ➡ 点滴や胃管、尿道留置カテーテルの必要性、安静度の拡大、観察しやすい病室の調整、生活リズム確立に向けたケア方法 など
- 日頃から医師と病状経過や治療について話し合う
- 認知症の人の日常生活行動に応じた環境調整
- 見守りの工夫:チームで対応する
- 5つの基本的ケアを徹底する
(起きる、食べる、排せつする、清潔にする、活動する)
※療養生活の中で『快』を感じることができるよう



身体拘束の代替案の検討のポイント

〔対応力Ⅱ46〕

痛み・苦痛・
皮膚トラブル

：点滴・酸素療法・ドレーンによる苦痛、デバイス周囲の圧迫、テープかぶれによる掻痒感、不快感や苦痛を確認する

ルート類の保護

：ルートが見えたり、手で触れないように点滴挿入部に包帯や皮膚の色に合わせた布等製のチューブ包帯を装着して保護すると自己抜去しにくい



せん妄のリスク

：行動の日内変動や経過を確認して、せん妄が疑われる場合には、多職種チームでせん妄評価・対策を行う

治療継続の検討

：持続点滴・酸素療法の継続などの必要性を主治医と検討する

やむを得ず身体拘束を判断し実施する際の留意点

〔対応力Ⅱ47〕

- チームで例外的3原則を満たすのか検討する
- 身体拘束に至るまでの判断の過程と根拠を記録する
- 開始時には、医師が診察し指示を出す
- 本人・家族へ説明を行い、同意を得る
- 観察・評価・記録
 - ▶ 二次的障害(阻血、誤嚥、深部静脈血栓 等)の予防
 - ▶ 身体拘束の必要性和解除に向けた検討
 - ▶ 評価を記録に残す
- 拘束が最小限となるような工夫を重ねる

身体拘束の最小化に向けた取り組み例

〔対応力Ⅱ48〕

やむを得ず身体拘束を実施するなかで、その目的や理由を意識し、

- ◎ 短時間でも解除できる可能性を探り続ける
- ◎ 実施に伴う苦痛・不快を最小限に留める

行動(身体拘束にいたる行動)のアセスメント

- ➡ その行動を予測し共有する
(苦痛・不快の表現の困難さ、記憶力の低下、見当識障害 等)

言動のアセスメント

- ➡ 訴えから行動の意味を予測する
(快・不快、大切にしていること、価値観など)



身体拘束の最小化に向けた取り組み例（続き）

〔対応力Ⅱ49〕

やむを得ず身体拘束を実施するなかで、その目的や理由を意識し、

- ◎ 短時間でも解除できる可能性を探り続ける
- ◎ 実施に伴う苦痛・不快を最小限に留める

身体拘束実施に伴う苦痛・不快が最小限となる

- ➡ 可能な限り不快な状況を取り除く
 - ▶ 可能な限り可動域を保つ(心地良い体位がとれる)
 - ▶ 基本的ニーズを満たすケアを徹底する
 - ▶ 二次的障害がないことを確認し続ける



身体拘束をはずす取り組みが、当然のケアとして認識され実施される

2-3) 実践対応力Ⅱ

- ①病棟等におけるチームケアの意義
- ②多職種連携
- ③倫理的課題と意思決定支援・権利擁護
- ④身体拘束の原則等
- ⑤家族(介護者)の支援
- ⑥社会資源と地域連携

認知症の人を介護する家族の苦悩

〔対応力Ⅱ50〕

認知症の人への支援が充実しても、認知症の人を支える家族は、さまざまなつらさ、気の休まらないつらさを体験している

- ◎ 気が休まらない
- ◎ 自責・自己嫌悪
- ◎ 「介護がもう限界」と言えないつらさ
- ◎ 認知症によるさまざまな症状への対応
- ◎ 日常生活の介護による負担
- ◎ 病院や施設での心ない対応

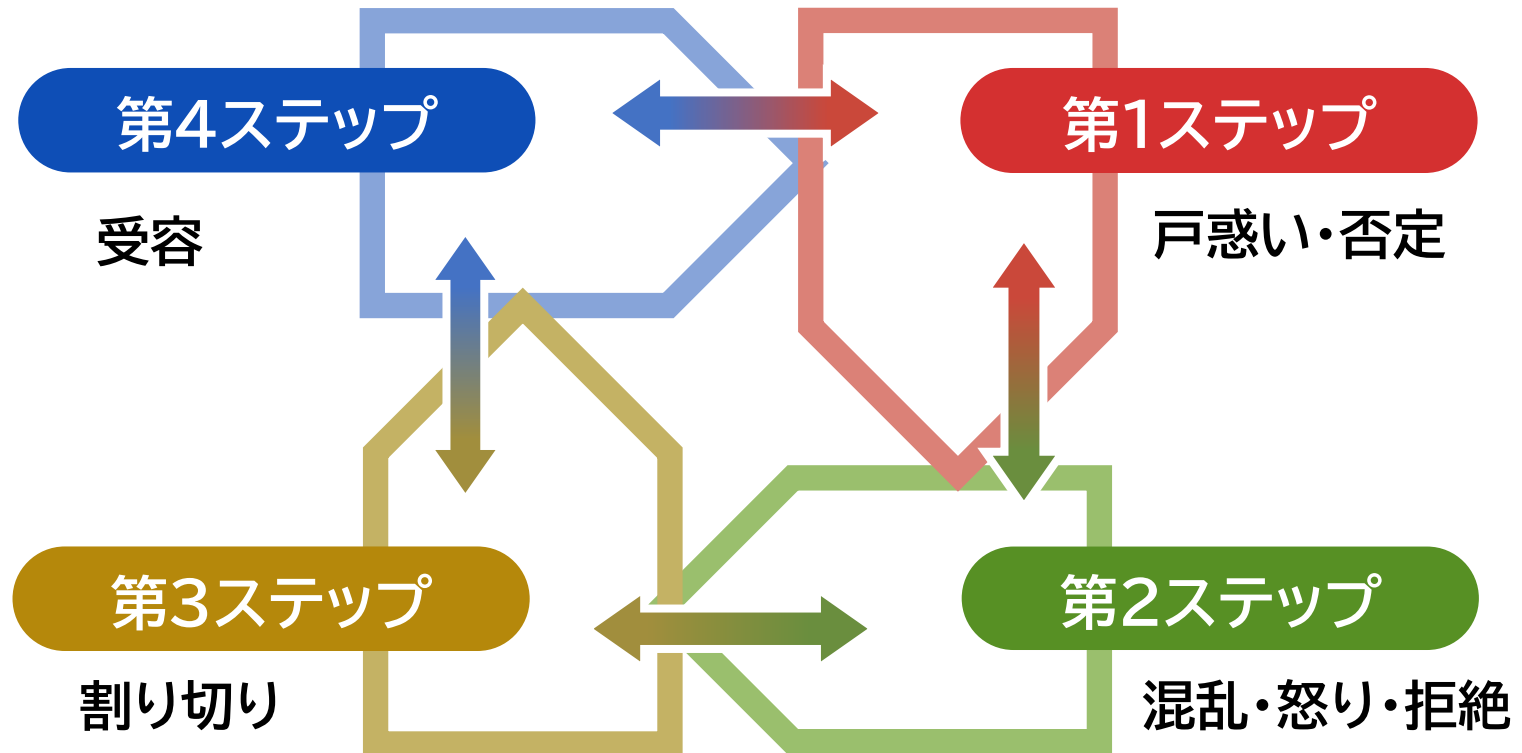


介護者としての家族ではなく、ひとりの人として尊重し、他者にはわからないさまざまな事情があることを分かろうとする姿勢が求められる

認知症の人の家族の心理的な変化

〔対応力Ⅱ51〕

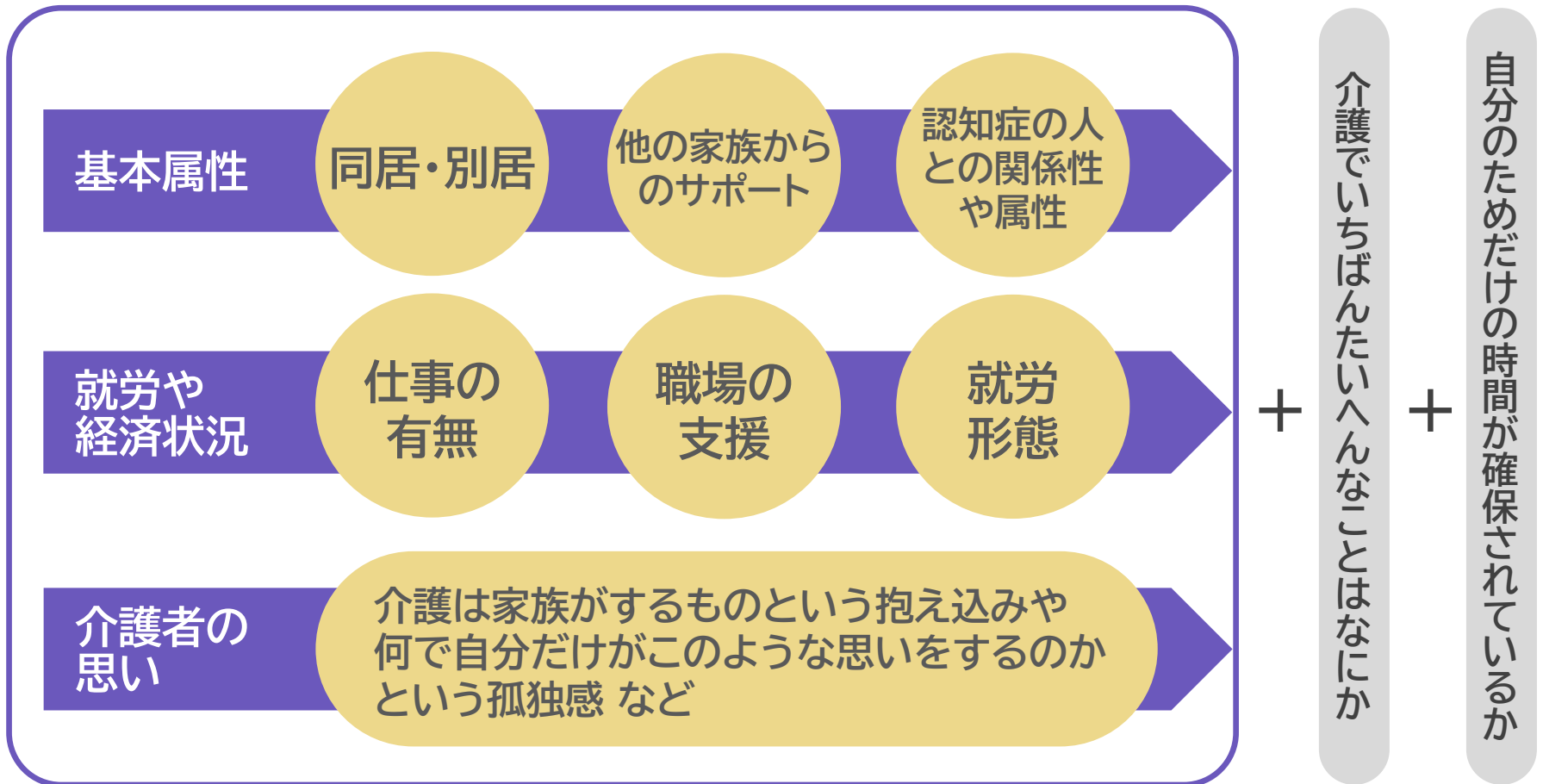
家族介護者の4つの心理的ステップ



- 何度か「受容」したようにみえても、再び新たな認知症の人の症状や出来事に直面するたびに「戸惑い」や「怒り」と「受容」の間を行き来する
- 心理的ステップのどの段階にいるかを周囲の人や支援者が理解した上で適切な支援に結びつけることが重要

介護者の状況を知る

〔対応力Ⅱ52〕



ケアチームの一員としての家族

〔対応力Ⅱ53〕

- 認知症の人の生活の継続を支援するという点から、**自宅での暮らし方に関する家族との情報交換は重要**である
- 認知症の人自身が身体的な苦痛や不快感・感情やこれまでの生活史などの自分のことを的確に表現することができにくい
ため、家族から情報を得ることも、個々の認知症の人に
応じたケア提供のために欠かせない
- 身体的な苦痛と突然の環境変化の二重の危機状態にある認知症の人に**“安心をもたらす存在”**
- これまでの認知症の人へのケアで、家族自身も**負担感や疲労感を持っている**ことが多い上、認知症の人に代わってさまざまな意思決定を担う部分も多くなるため、家族の身体的・心理的なサポートも重要

家族への支援

〔対応力Ⅱ54〕

- 家族の葛藤に寄り添う
- 医療・介護に関する基本的な情報の提供を行う
- 認知症の病態について理解できる(認知症の進行度合いを予測できる)よう、知識を提供する
- 介護者の心身の健康度の評価や介護負担の評価を行い、心理・社会的な問題の把握と解決を支援する
- 介護者がうまくストレスと付き合うための方法についての助言
- 地域の医療・介護サービスの紹介・引き継ぎ

2-3) 実践対応力Ⅱ

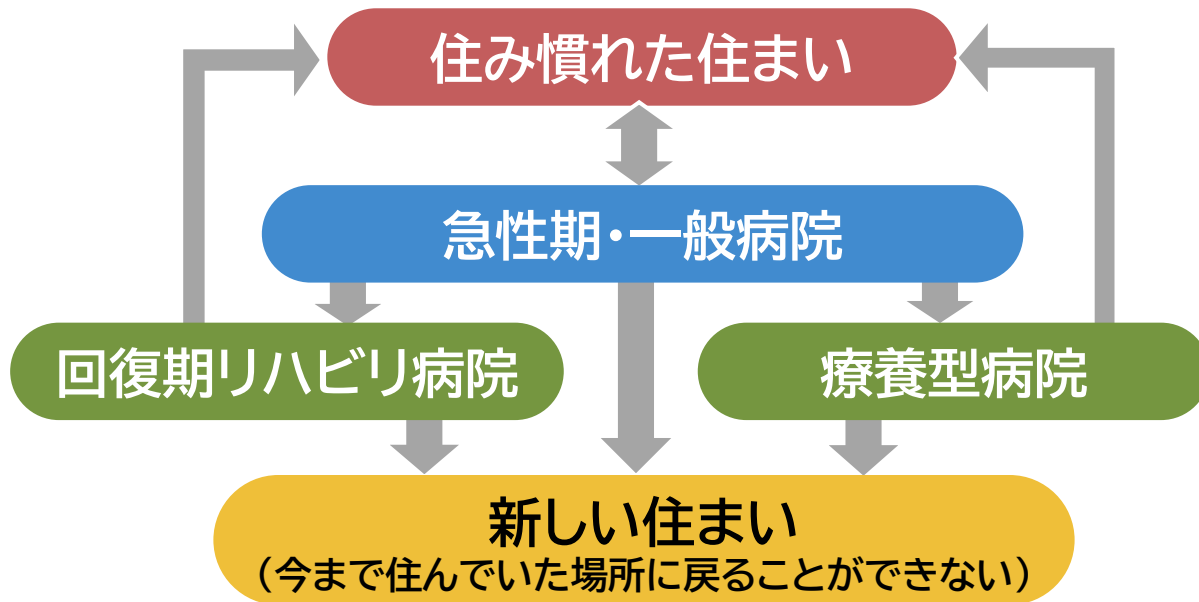
- ①病棟等におけるチームケアの意義
- ②多職種連携
- ③倫理的課題と意思決定支援・権利擁護
- ④身体拘束の原則等
- ⑤家族(介護者)の支援
- ⑥社会資源と地域連携

入退院支援と地域連携

(入退院により生じる問題)

〔対応力Ⅱ55〕

- ◎ 入院してから住み慣れた住まいに戻るまでの環境の変化に伴う負荷
- ◎ スタッフが変わることによるケアの断絶
- ◎ 情報の伝達不足・伝達ミス



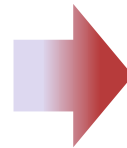
その時々々の認知症の人の療養場所において、
病院と地域の医療・介護・福祉関係者からなるケアチーム
の連続的に行われる療養支援が重要になる

認知症の人の入院医療における問題

〔対応力Ⅱ56〕

- ◎ 治療が円滑に進まない
- ◎ 治療がかえって有害となる
- ◎ 入院関連機能障害が起こる
- ◎ ゴールが見えにくい
- ◎ ADLが低下する
- ◎ 面会制限による本人・家族の不安が増大

介護負担が大きくなる
医療依存度が高くなる



元いた生活場所に
戻れない

地域連携(院外の多職種連携)の意義

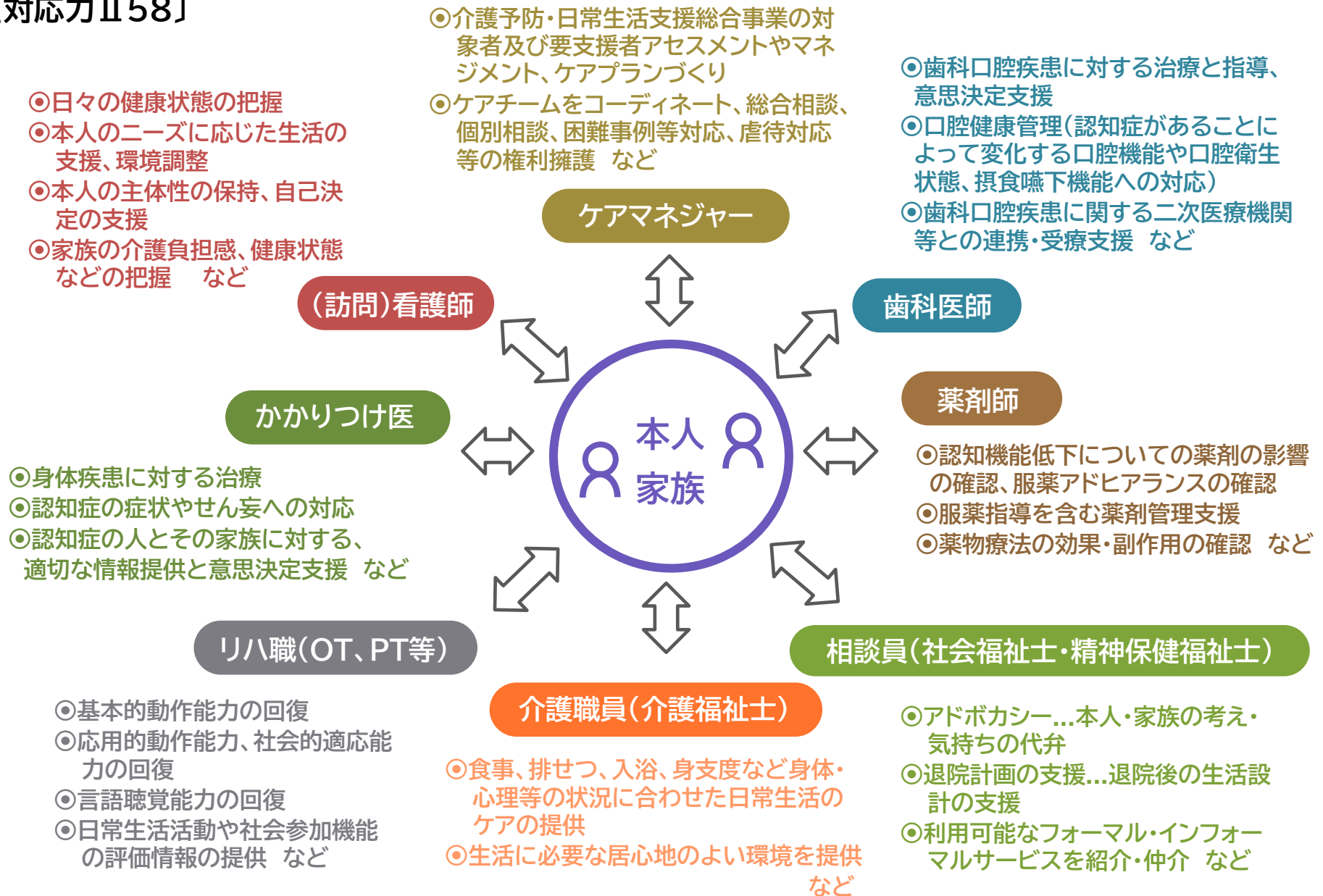
〔対応力Ⅱ57〕

- 認知症の人が、スムーズに入院・加療を受け、退院して元の生活に戻るには、地域での本人の暮らしに関する情報を具体的に把握し、診療・介護の場面で活かすことが必要であり、家族や地域の医療・介護職との連携が重要である
- 病院と地域の、医療・介護・福祉関係者からなるケアチームが、認知症の人の身体や生活の状況を共有することで、その時々
の療養場所において連続的に継続した療養支援を行うことができる

多職種で退院後の生活や支援体制を見直し
認知症の人の生活をつなぐ

地域連携における多職種役割

〔対応力Ⅱ58〕



入院時の院内多職種によるカンファレンスで 確認・検討すべき内容・課題

〔対応力Ⅱ59〕

- ▶ 本人の希望や意向、価値観、身体機能、生活機能
- ▶ 身体疾患の治療計画や想定される経過
- ▶ 認知症の重症度や症状の特徴、治療経過
- ▶ 入院前の生活状況・環境や介護状況、支援体制
- ▶ 院内で活用可能な資源の確認と調整

- 
- ◎ 本人の視点を重視したアプローチの継続
 - ◎ 専門性を活かした多職種チーム医療の実践

多職種連携は入院の前にも、後にも

〔対応力Ⅱ60〕

入院前

入院中

退院後

カンファレンス

カンファレンス

- 入院前の生活状況を踏まえた入院

入院前の連携先(社会資源)

【相談、バックアップ】

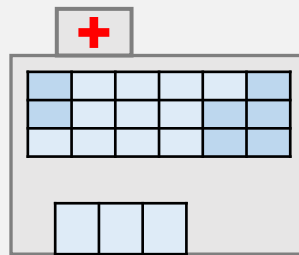
- ・認知症疾患医療センター
- ・認知症サポート医
- ・地域包括支援センター
- ・福祉事務所
(障害者手帳、生活保護等)
- ・権利擁護・後見センター

【医療サービス】

- ・医療機関
- ・歯科医療機関
- ・薬局 等

- 安心・安定した加療・入院生活
- 入院中の心身機能低下の防止・軽減

院内連携



- スムーズな退院
- 退院後の安定した生活維持

退院後の連携先(社会資源)

【介護保険サービス】

○居宅サービス

- ・居宅介護支援事業所
- ・訪問看護/訪問リハ
- ・訪問介護
- ・デイサービス
- ・通所リハ(デイケア)
- ・短期入所(ショートステイ)
- ・居宅療養管理指導
- ・小規模多機能 等

○居住・施設サービス

- ・グループホーム
- ・介護老人保健施設
- ・特別養護老人ホーム
- ・療養型医療施設・介護医療院
- ・有料老人ホーム
- ・サービス付住宅 等

【多様な資源】

- 認知症の人と家族の会
- 認知症カフェ
- 本人ミーティング
- 当事者会

【医療サービス】

- ・医療機関
- ・歯科医療機関
- ・薬局 等

退院時の多職種によるカンファレンスで 確認・検討すべき内容・課題

〔対応力Ⅱ61〕

- ▶ 本人や家族の希望や意向の再確認
- ▶ 認知症の症状の評価や今後の見通しと対応
- ▶ 退院後の医療体制や身体疾患の治療の継続
- ▶ 療養環境や利用可能な社会資源の確認
- ▶ 本人の生活を支援する介護サービスへのつなぎ

- 
- ◎ 本人の視点を重視した退院後の生活支援
 - ◎ 地域の多職種との連携と情報共有

認知症の症状の評価や今後の見通しと対応

〔対応力Ⅱ62〕

認知症の人の生活障害の状況をアセスメントし、
地域のケア提供者と連携して退院先の環境を整える

- ▶ 自宅環境で自力でできること・援助が必要なこと
- ▶ 在宅療養の不安を軽減する情報提供



生活障害の程度に入院前との変化があるか

- ◎ どの部分に障害があり、どんな支援があれば自立できるか
- ◎ BPSDによる影響か、認知症そのものの進行か

入院の原因になった症状が、認知機能低下による
生活障害で起きているか

(入院治療で状態が改善しても、また同じ症状を繰り返すリスク)

退院後の医療体制や身体疾患の治療の継続

〔対応力Ⅱ63〕

例 薬剤のアドヒアランス

『自分で内服管理ができない』

- ▶ 薬の種類を減らす、内服のタイミングを検討する
- ▶ 訪問看護スタッフに内服管理を依頼する

『痛いときに指示の鎮痛剤をうまく使えない』

- ▶ 症状の変化を定期的にモニタリングする人や機会を確保する

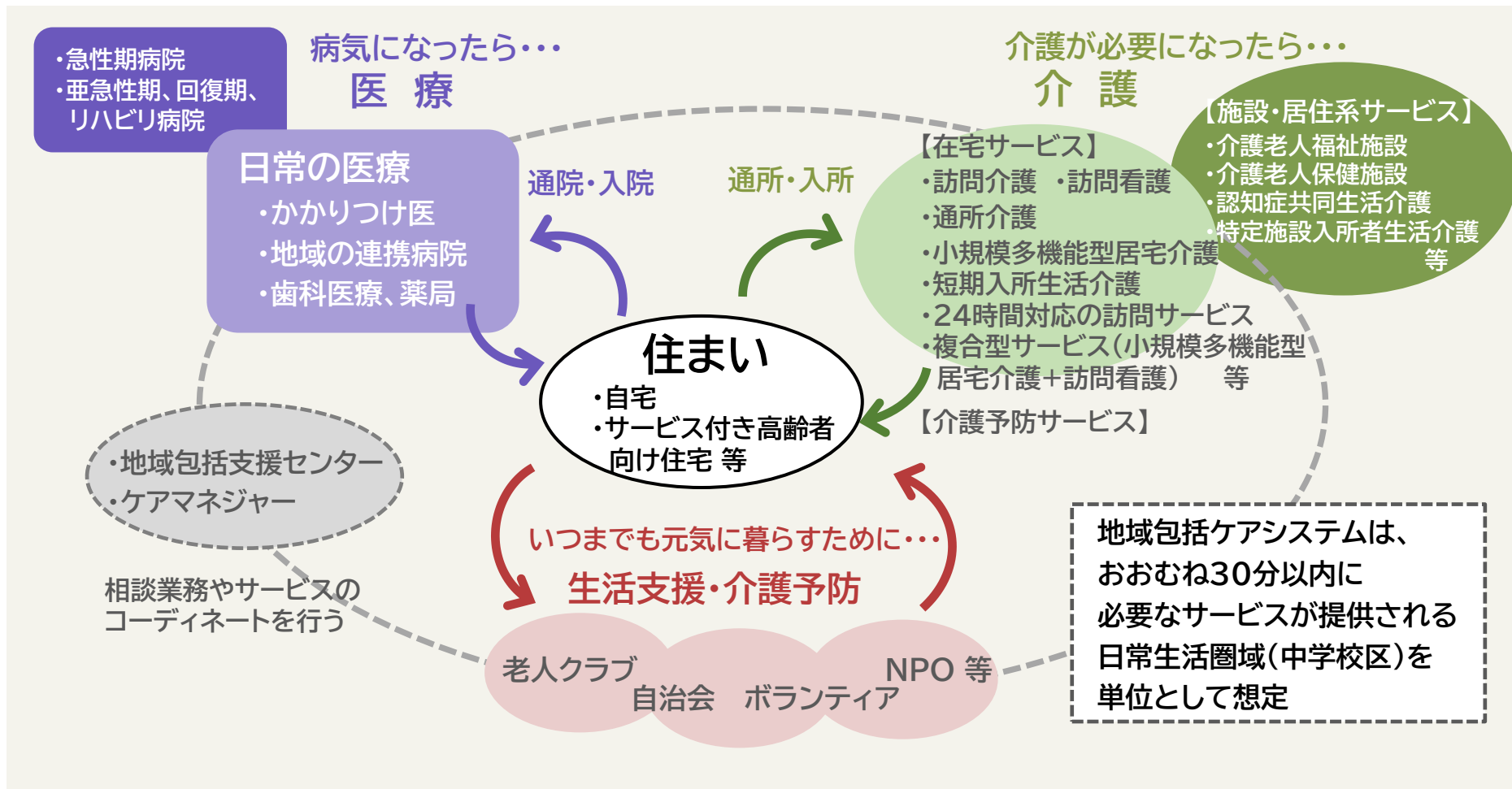
例 急変(状態変化)時の対応

- ▶ 関係すると思われる関係者に状況を説明し診療体制・バックアップ体制を整える
- ▶ 外来看護師や担当ケアマネジャー、訪問看護師と連絡を取り合う

地域包括ケアシステム

〔対応力Ⅱ64〕

住まい・医療・介護・予防・生活支援が包括的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる



地域から期待される役割

〔対応力Ⅱ65〕

- 身体合併症の治療を確実に進め、入院中の身体機能の低下や認知症の進行を予防する
- 入院早期からの退院支援や普段から地域の医療・介護との連携を積極的に進め、医療機関から円滑な在宅復帰ができるよう支援し、確実に地域の医療・介護に引き継ぐこと

【演習】身体拘束への対応の事例検討

（チーム・連携による対応）

事例

〔対応力Ⅱ66〕

- ▶ A氏 82歳・女性、2年前にアルツハイマー型認知症と診断を受け、抗認知症薬を内服していた。要介護1、長女夫婦と3人暮らし、日常生活は、食事や排せつは概ね自立され、服薬管理は家族が行っていた。
- ▶ ある日、自宅で転倒し、自力体動が困難となり救急搬送され、右大腿骨頸部骨折の診断で入院となり、同日手術が施行された。
- ▶ 術後2日目、日中はうつらうつらした状態で過ごされていたが夕方頃から活発となり、起き上がろうとする動作が何度かみられていた。就寝前に訪室すると、ベッドから降りようとしている動作がみられたため、A氏へ説明し体幹抑制を開始した。その後も、ベッドのコントローラーやナースコールを引っ張ったり、布団や枕を落とすなど落ち着きがなく、「このベルト外して！動けないじゃない！」と興奮し不眠の状態であった。おむつ交換の際は、特に拒否が強く、看護師に手を挙げ抵抗する状況であった。

事例（続き）

〔対応力Ⅱ67〕

- ▶ 術後3日目、Aさんは、「ここは、どこ？ホテル？」と話され、日時や場所が分かっておらず、骨折して入院し、手術をしたことを説明すると驚いていた。起き上がろうとする動作がみられるため、どうしたのか確認すると、「トイレはひとりで行けますから」と話されるため安静度の説明をするが、同様の状況を繰り返している。リハビリのため、PTが訪室すると「やらない」と拒否され、リハビリを実施することができなかった。

<追加情報>

既往歴　： 高血圧

血液検査　： GFR50、Alb2.5g/dl、Na139mEq/l、K3.9mEq/l、
CRP3.36mg/dl、WBC7900、Hb8.5g/dl

バイタルサイン　： 体温36.5度、血圧120-72mmHg、脈拍78回/分、spO298%

内服薬　： 塩酸ドネペジル10mg1錠/分1朝食後、アセトアミノフェン500mg3錠/分3

Question

〔対応力Ⅱ68〕

◎ どのようにアセスメントしますか？

- * 身体拘束をしている理由、その背景にある原因・誘因を考える
- * 緊急やむを得ない場合の3つの要件の適応 など

◎ どのように関わっていけばよいのでしょうか？

- * 身体拘束を解除するために必要なアプローチ など

解説

〔対応力Ⅱ69〕

<課題抽出>

- ▶ 身体拘束の三原則の適応の判断
- ▶ 身体拘束に代わって急性期病院で適用できる安全を守る方法

<議論>

- ▶ 行動(言動)の背景にある原因・誘因
- ▶ 現状認識・病状理解が不確かなことから不安や混乱がある
身体的苦痛、生理的ニード など
- ▶ せん妄のアセスメントと予防ケア
- ▶ やむを得ない場合の身体拘束の三原則の適応について
(メリット・デメリット)
- ▶ 代替案の検討

解説（続き）

〔対応力Ⅱ70〕

<論点整理>

- ▶ 本人の視点に立ち、混乱・不安や身体的苦痛がある状況を理解する
- ▶ 症状マネジメントができるようアセスメント力を強化する
- ▶ 身体拘束以外のケアの工夫
- ▶ チームや多職種が連携して取り組む

<まとめ>

- ▶ 入院による身体的変調や環境の変化から生じる不安や混乱・苦痛を理解し、患者本人の視点で行動の意味を考えることが重要であることの認識を深める
- ▶ 身体拘束の最小化に向けた介入方法（アセスメント、三原則の判断）を理解する