

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、なぐる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、日ごろ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、その間は穏やかに過ごす。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、穏和に過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適応を起こ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。

向精神薬の使用について②

患 者	100歳 女性
診 断 名	左大腿骨頸部骨折、左上腕骨骨折、老人性痴呆、脳梗塞後遺症、慢性心不全
既 往 歴	特になし
A D L 状 況	寝返り・起き上がりは要介助。座位保持は、つかまり自立。立ち上がり立位保持は、手すりにつかまって短時間可能。移動はすべて要介助。車いす座位から立ち上がり歩こうとするが、実際には歩行できない。食事のセッティングは必要だが、スプーンを口までもっていける。嚥下障害があるため、見守りが必要。排せつは介助にてポータブルトイレの使用が可能だが、動作に時間がかかるため、おむつを使用。痴呆スケールは、長谷川式2点
医 療 処 置	薬物療法として利尿剤、脳循環改善剤、抗うつ剤、眠剤、便秘薬、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

1995年5月、骨折部位の骨接合術を受け、1996年8月27日、リハビリ目的にて入院。入院時より意味不明な言動、徘徊、おむつ除去、ベッドでの立ち上がり動作が見られるため、ベッド柵4本をベッドに固定。つなぎ服を着用し、夜間は眠剤を使用する。問題行動が起こるたびに眠剤、安定剤を増量して2年半を経過。そのころ、入院当初は残存していた尿意・便意がなくなり、完全におむつ使用となる。発語はときどきあるが、一日中無気力な状態ですごしていた。

■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

問題行動に対し眠剤・安定剤を必要とすることについてアセスメントを行う。1999年1月29日、ケアプランを作成。本人にとって不快となることを取り除こうと、失禁に取り組むことになる。まず排せつパターンを把握し、おむつを紙パンツに変更、排せつ誘導を行う。

①4月7日、紙パンツ内への排せつがなくなり、確実にポータブルトイレへの誘導ができる。紙パンツを布おむつに変更し、下肢筋力のアップも見られたので、トイレ誘導となる。同時に、ベッドにいる時間を短くす

るために離床を促す。食堂での食事、トイレでの排せつ、入浴、散歩と、目標を設定した離床を試みた。

- ②2月25日、ベッド柵を2本とする。3月12日、つなぎ服から日常着となって、5月には「自立した生活が可能」という評価が出た。食事もスプーンを使って自立摂取できるようになった。入浴は要介助であるが、自分の残された機能を使い、浴槽のふちをつかんで自分で入ろうとする動作が見られる。
- ③次の段階では生活の活性化をめざし、「起床後に更衣、洗面、朝食。日中をすごして、夜は寝間着に着替える」と、入院前の本人の生活パターンに合わせたケアの実施を行った。間もなく落ち着きが出てきて、眠剤を使わずに睡眠がとれるようになる。ときどき不眠があっても、ナースステーションでお茶を飲みながら会話をすれば気持ちが落ち着き、居室に戻っていく。また、場合によっては添い寝をするというように、眠剤を服用する代わりに、関わりを多くもつようにした。
- ④ADLが安定すれば自力で動こうという意欲が生まれ、さらにADLの質が高まる。そうした過程を経て、日ごとに動きが活発になってきた。主治医も朝の申し送りに参加し、表情・行動の検討分析を看護婦、介護職とともに常時行い、ケアプランを修正。チーム間で調整をとりながら眠剤・安定剤を止めるタイミングを計って本人のニーズに合ったケアを提供し続けた結果、8月3日、眠剤・安定剤の処方中止となった。

■ その後の経過

現在はパンツを使用しており、排せつについては、伝い歩きでトイレへ行っている。食事は、食堂で普通食を自力摂取している。ときどき活発な発言があるが、その内容も意味のあるものとなっており、痴呆がありながらも病院という一つの環境の中で、当たり前のように生活を送ることができている。また、状態が安定し、すべての服薬管理がなくなってきたことから、在宅も可能ではないかと家族から申し出があり、現在調整中である。

居室等への隔離について

患者	73歳 男性
診断名	老人性痴呆、マロリーワイス症候群
既往歴	特になし
ADL状況	見守り・促しが必要であるが、自立している。短期の記憶障害がある
医療処置	薬物療法として、冠拡張剤、睡眠導入剤（2種類）、胃薬（3種類）、向精神薬（2種類）を投与

■ 入院時の状態と拘束に至った経過

1997年4月24日、入院。入院当日は笑顔であいさつを交わすほどだったが、翌日の夜から、大声を出すようになり、不眠状態が続く。尿失禁・便失禁・不潔行為が現れたため、おむつとつなぎ服を着用させた。意味不明な言動、暴言が多くなり、徘徊が始まった。入院時の与薬は、抗狭心症薬、胃薬（2種）であったが、5月29日に眠剤（睡眠導入剤）が追加される。

このころ、動きを観察する意味で首に鈴がつけられたり、徘徊時は常に居室に誘導し、看護婦が威圧的な言葉を投げかけている。さらに昼夜を問わず不穏状態が続き、暴力的で、興奮が見られるようになったため、居室への施錠が開始されたが、部屋のドアをドンドンとたたき、自傷行為・他傷行為が見られるようになり、常時居室内に隔離状態となる。7月3日、抗不安薬投与の指示が出され、内服薬にも安定剤（睡眠導入剤、鎮静剤）が追加処方される。この状態が1998年12月まで続いた。ADLは、自立から要介護状態となったが、人が近づくことを拒否し、ケアに対して強い拒否が見られるようになった。

■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

1999年1月より、身体拘束廃止への取り組みを開始。まず、問題行動のアセスメントを行い、①コミュニケーションを図り、安心感をもたせる、②トイレでの自立した排せつをめざす、③適切な服薬管理をする、という方針でケアを行った。恐怖感が強く、人が近づくと暴言・暴力行為があることから、安心感をもたせるために施錠を解き、動きを見守ることにした。部屋から出るときはスタッフが一緒に歩き、常時周囲に人がいる状態にしてコミュニケーションを図った。例えば、おむつ交換時、与薬時、看護・介護職と一緒に歩

くとき、当たり前のことなのだが、ぞんざいな接し方でなく、一人の人間としてきちんと関わるよう意識して接した。これに対し最初は抵抗があり暴言暴力も見られたが、眠剤・安定剤の蓄積のため動きが鈍く、ケアする側がうまくかわしながら関わりを続けた。スタッフ間の申し送りを密にして、ケアの統一を図った。暴言は、気のすむまで発してもらった。

2カ月後、安定剤の使用を中止。ときどき激しく動き回るが、ケアスタッフは変化のない関わりを続けた。

4カ月後、表情に落ち着きが出てきて、スタッフの促しにも応じる反応が出てきたので、失禁についてのケアプランを作成、実施する。おむつをパンツに変え、トイレまで排せつ誘導を行った。当初スタッフも不安であったが、興奮状態、暴力行為は見られなかった。

2週間で排せつが確立され、5カ月目に眠剤の種類を変更してみる。施錠を解除したときに比べ運動量も多くなり、ときどきは不眠状態もあるが、自分で眠れる日もあるようになった。不眠時は、ナースステーションでお茶とお菓子を前にスタッフと談話をした。話の内容は、生活歴の中からその人に興味があることでコミュニケーションをとり、気持ちが落ち着くと居室に戻り、必要時はスタッフが添い寝を行った。

■ その後の経過

身体拘束による安全確保から見守りによる安全確保に変わり、穏やかな生活が続いている。病室から出て歩くが、絶えずどこかで誰かが見守りを行っており、また患者本人もスタッフの存在が気にならなくなっている。見守り、促しは必要であるが、ADLの再構築がなされ、自力による生活が多くなってきた。身体拘束廃止の取り組みから1年が経過した。