

## 認知症ケアチームを中心としたチーム医療による 身体行動制限減少への取り組み

多根総合病院 看護部

仲 由紀子

### 要 旨

急性期病院の多根総合病院では、看護ケアにおいて身体行動制限を減少させるために、神経内科医師、認知症看護認定看護師、社会福祉士、病棟看護師、薬剤師、事務職員の18名で構成される認知症ケアチーム（Dementia Care Team 以下、DCTと略す）を立ち上げた。DCTがどのような取り組みを行ったのか、DCT発足（2018年4月）から2019年10月までの19か月間の入院後14日以内の身体行動制限実施割合の推移を、はじめの1年間（2018年4月1日～2019年3月31日、前期）と多職種との連携を積極的に推進したそれ以降の7か月間（2019年4月1日～10月31日、後期）で比較検討した。全対象期間の患者数18,115人のうち5,053人（27.9%）に身体行動制限が行われた。前期の身体行動制限実施割合は、29.6%（3,364/11,370）であったが、後期は25.0%（1,689/6,745）まで有意に減少した（相対的リスク減少15.5%、絶対的リスク減少4.5%）。DCTの取り組みだけでなく、多職種との連携によるチーム医療が身体行動制限減少に繋がった。

**Key words**：認知症ケアチーム；身体行動制限；チーム医療

### はじめに

超高齢社会となり、国をあげて認知症対策が進んでいる。急性期病院においては、身体疾患のために入院した認知症高齢者へのチーム医療に対し「認知症ケア加算」が2016年度の診療報酬に認められた。認知症ケア加算は、認知症による行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, 以下BPSDとする）や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患の治療への影響が見込まれる患者に対し、病棟の看護師等や専門知識を有した多職種が適切に対応することで認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的としている。

当院は、304床の急性期病院で、2018年度の新入院患者は10,251人/年であり、その内約60%は緊急入院である。緊急入院となった患者の中には、疾患や環境の変化によりもともとあった認知症が悪化したりせん妄症状をきたす高齢者も少なくない。そのため持続

点滴のルートや膀胱留置カテーテル、ドレーン類の抜去、転倒転落等危険行為も多く、看護師は医療安全を優先させ身体行動制限を行っている現状があった。そこで、DCTを立ち上げ組織全体が一丸となり身体行動制限の削減に取り組んでいった。その経過を報告する。

### 用語の定義

身体行動制限：抑制帯等、患者の身体または衣服に触れる何らかの器具を使用し一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：高齢者の認知症の程度を踏まえた日常生活自立度の程度を表す（表1）。

### 目 的

入院時スクリーニング「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」Ⅲ a以上に該当する患者（以下、該当



表1

ランク	判断基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。
II a	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、
II b	誰かが注意していれば自立できる。 家庭外で上記状態が見られる場合は「II a」 家庭内でも見られる場合は「II b」
III a	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、
III b	介護を必要とする。 日中を中心に上記状態が見られる場合「III a」 夜間中心の場合「III b」
IV	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意志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。

患者とする)の身体行動制限を実施した割合を経時的に比較し、DCTを中心とした取り組みを考察する。

結 果

方 法

期間：2018年4月1日～2019年10月30日

入院後14日以内の身体行動制限実施割合の推移とDCTの活動と内容を経時的に振り返りその関連性を見いだす。身体行動制限は下記の式より算出した。

$$\text{身体行動制限実施割合}(\%) = A / (A+B) \times 100$$

A：1か月当たりの入院14日以内に身体行動制限を実施した該当患者数

B：1か月当たりの入院14日以内に身体行動制限を実施しなかった該当患者数

DCT発足後のはじめの1年間(2018年4月1日～2019年3月31日、前期)と多職種との連携を積極的に推進したそれ以降の7か月間(2019年4月1日～10月31日、後期)で身体行動制限実施割合を比較した。

1. 身体行動制限実施状況

2018年4月から2019年10月までの入院14日以内の身体行動制限を実施した患者の割合である。19.2～34.1%の範囲で推移していた(図1)。全対象期間の患者数18,115人のうち5,053人(27.9%)に身体行動制限が行われた。各月毎の身体行動制限実施割合には、バラツキが見られたが、多職種との連携を推進する前後に分けて検討すると、前期の身体行動制限実施割合は29.6%(3,364/11,370)であったが、後期は25.0%(1,689/6,745)に減少した(相対リスク減少15.5%)。絶対リスク減少(減少幅)は4.5%であったが、有意に減少していた(表2)(カイ2乗検定, P<0.01, Microsoft Excel 2010)。

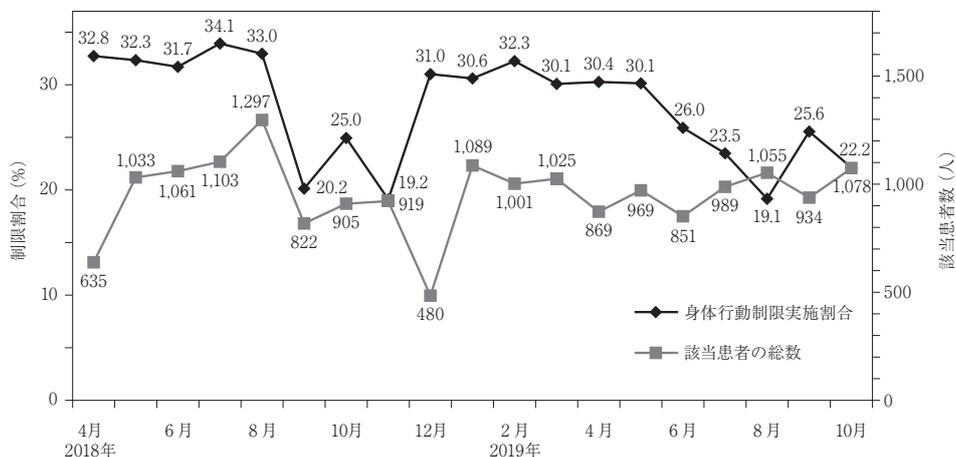


図1

表2

	入院14日以内 身体行動制限なし(数)	入院14日以内 身体行動制限あり(数)	合計(数)
前期	8,006	3,364	11,370
後期	5,056	1,689	6,745
合計	13,062	5,053	18,115

P<0.01

2. DCT の活動と内容

1) 回診

(1) 2018 年度

医師, 認知症看護認定看護師, 社会福祉士の3名で週2回の回診を実施し, 病棟看護師とのカンファレンスを行った。社会福祉士が, 該当患者リストを作成し, 病棟には前日に配布した。回診時に病棟看護師に「何か問題はないか」尋ねながら, 身体行動制限を実施している該当患者の困難事例(栄養胃管チューブや点滴ルートの自己抜去, 転倒転落等)に対するアドバイスを行っていった。

(2) 2019 年度

電子カルテのシステムが更新され, 該当患者リストは電子カルテから抽出できるようになった。回診時のカンファレンス方法に関しては, 限られた時間の中で, 情報が得られるようにDCTが情報シート(図2)を作成した。なぜ身体行動制限に至ったのか, 実施している身体行動制限に対してどのような対策をとっているのか等, 回診時, 質問は発問にし, また心理的安全となるよう話しやすい雰囲気を作った。

そのうえで, 身体行動制限中の患者やBPSD, せん妄のある患者への対応を中心に, 睡眠や生活リズムの改善, 環境調整, 処方中の抗精神病薬の減量などを検討していった。身体行動制限中の患者に対しては, できる限り患者のベッドサイドに行きその状

態を確認し, 工夫している点は承認していった。

2) 3つのチーム活動

チーム活動を具体化するために, 「身体行動制限減少」「院内デイケア」「認知症ケア実践」の3つのチームに分け到達目標を掲げチーム活動に取り組んだ。

(1)身体行動制限チーム(看護師5名)

4点柵による身体行動制限の現状に着目し, DCTメンバーに対するアンケート調査を行った。その結果から, 患者がベッドから降りるときの理由を聞いていなかったことがわかった。4点柵とする理由は, 患者が一人でベッドから降りると危険であるという看護師側の医療安全優先の考えのみであった。そこで, 2019年8月病棟1部署とハイケアユニット1部署にて4点柵の廃止を試行した。その結果, 2部署の4点柵による身体行動制限はゼロとなった。4点柵と転倒・転落の関連性を調査したところ, 使用群と使用なし群の転倒・転落発生頻度に有意差は認めなかった。

(2)院内デイケアチーム(看護師5名, 事務職員1名)

BPSD やせん妄に対して, 「院内デイケア」を開催する方向性を打ち出した。その準備で他病院の見学を参考とし, 独自性のあるデイケアを立案した。

まず, 開催方法についてマニュアルを作成した。名称は職員から募集し「たね・いきいき庵」と命名

DCT ラウンド用 事前情報紙

患者名: XXXXXXXXXX

認知症の種類: 脳血管性 ・ アルツハイマー型 ・ レヴィ小体型 ・ その他

出現している症状 不快症状は?

中核症状 → 記憶障害・見当識障害・失語・失行・失認・実行機能障害

BPSD → 抑うつ・妄想・幻視・幻覚・食行動異常・常道行動・徘徊・暴言/暴力  
睡眠障害/リズム障害・介護抵抗・不安/焦燥

臨床で問題と感じていること  
パウチを自分ではがす

身体拘束 → 無し ・ 4点柵 ・ 離床センサー ・ 手指保護手袋 ・ リムホルダー

問題行動をする時の患者の理由  
パウチが気になる

現在、看護ケアしていること  
服をスボンに入れて、パウチを両脇のポケットに入れて、  
頻回に訪室している。

図2

表3 コミュニケーションの5つのポイント

①	声をかけて自分に注意を向けてから、まず自分の名前を名乗る
②	話すときは、目の高さを目線を合わせる
③	低い声でゆっくり話す
④	短く区切りながら話す
⑤	話す内容はポジティブなものにする（例：きれい・すごい・楽しいなど）

表4 認知症看護院内認定看護師コース 年間プログラム

回数	月	講義内容
第1回	5月	基礎知識編Ⅰ「認知症の原因となる疾患の理解」
第2回	6月	基礎知識編Ⅱ「認知症の原因となる疾患の理解」
第3回	7月	基礎知識編「アセスメント」
第4回	9月	実践編「薬物療法・非薬物療法」
第5回	11月	社会資源
第6回	1月	テスト「基礎知識」
第7回	2月	認知症看護「事例検討会」
第8回	3月	認知症看護「事例発表会」

した。8月と9月は試行期間とし、検討を重ね10月から正式に開始した。場所は各フロアのダイルームを利用し、輪番で開催することとした。開始前20分のミーティングを実施し、DCTが当日の担当職員に対し、コミュニケーションについて意識してほしい5つのポイント（表3）を伝えた。患者1名に対して、担当職員が1名のマンツーマン方式とした。担当職員として、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、社会福祉士、医局秘書、事務職員が担当した。院内デイケア中の記録は、担当職員が参加中の様子を記録し、またカルテに写真を取り込み、参加中の患者の様子が閲覧できるようにした。

### (3)認知症ケア実践チーム

（看護師3名、社会福祉士1名、薬剤師2名）

認知症ケア加算1については、年1回以上の病院全職員への研修が必須事項であった。2018年度は、全職員を対象とした認知症対応力向上研修を実施した。

2019年度は看護師、薬剤師による研修計画を立案した。5月は、看護師による「認知症看護」、7月は薬剤師による「BPSDに対する薬物療法」というテーマで研修を実施した。研修は各部署のスタッフに伝達できるようにファイルにまとめて配布した。また、院内の「認知症患者の対応基準」に事例集を作成した。

### 3) 認知症サポーター研修

2016年度より認知症看護認定看護師が中心となって、4月新入職全職員を対象とし「認知症サ

ポーター養成講座」を実施している。中途入職の職員に対しても受講できるよう定期開催を行い、80%の職員が受講を修了している。

## 3. 看護部との協働

### 1) 目標管理

2019年度の看護部の目標は、「身体行動制限ゼロを目指す」とした。しかし、幹部会（院内の最高決定機関）にて急性期病院の特徴をふまえ、まずは不適切な身体行動制限をなくすということでコンセンサスを得た。そして看護部各委員会、病棟目標に身体行動制限に関する目標設定を行った。

### 2) 離床への取り組み

食事時には患者の離床を計画した。急性期病院の当院では、高齢者や認知症患者の場合、身体疾患の治療が優先され、入院中寝たきりになっている現状があった。そこで、日常生活動作の「食べること」「姿勢」などのケアに注目し、2019年度から全病棟で離床を実践する目標を立てた。現在は、認知症患者だけではなく、食事時間に患者を離床する習慣ができ、ダイルームで食事を摂取する高齢患者が3倍以上に増えた病棟もある。

### 3) 看護職員教育

2019年より法人のクリニカルラダーレベルⅠ～Ⅳに「認知症看護」の研修を取り入れた。また、系統だった年間プログラム（表4）を立案し、認知症看護院内認定看護師コースを開催している。さらに、看護職員全員を対象とした「院内における身体行動

制限の課題」というテーマでグループディスカッションを実施し、身体行動制限に対する看護師のジレンマを表出させ、その対策について検討した。

#### 4) 看護師長会・看護主任会

看護師長会では、毎月月間目標を掲げ現場の改善に取り組んでいる。その一環として、6月は認知症患者にとって危険のない物理的環境の整備を図った。また、看護主任会では、転倒・転落事例が多く発生した一因として離床センサー使用患者の選定や設定の誤りが挙げられた。

現在「離床センサーの設置および解除基準」を作成中である。

### 4. 他部門との連携

#### 1) リハビリテーション科との連携

DCT 回診時、該当患者に日常生活動作の拡大や摂食・嚥下の評価、訓練の必要性があると判断した場合、その必要性を病棟看護師に伝え、病棟看護師から主治医にリハビリ指示を依頼し、リハビリテーションを開始している。その結果、食事摂取が可能となり日常生活動作が拡大し、本人が望む自宅退院につながった事例もあった。

#### 2) 薬剤部との連携

高齢者や認知症患者の夜間せん妄への対応に苦慮していたこともあり、医師、専門看護師、薬剤師が中心となり「せん妄のプロトコル」を作成し、薬剤使用時の指標とした。また、認知症ケア加算1に関する手順書には、認知症患者の抗精神病薬の使い方を記載することが必要であったため協力を依頼した。

#### 3) 栄養科との連携

DCT 回診時、「食事を食べない」という相談があり、食事内容や食具の問題であれば、栄養科に直接連絡し、相談している。食事形態の変更や食器の色や形を変更してもらう等の工夫により食事を摂取できるようになったケースも多々あった。また、嗜好の問題に対しては栄養士が直接患者の家族と関わり情報を得たことで、好みの食品を提供することができ食事が摂取できるようになった。

#### 4) 事務部との連携

2018年12月の電子カルテ更新時に、該当患者のスクリーニングシートの作成や、該当患者の一覧、評価項目別に集計ができるシステムを協働で作成した。それによって、評価項目の誤りや、記録の抜けている箇所が発見しやすくなり、正確なデータが把握できるようになった。事務職員が毎月該当患者数

や身体行動制限実施患者数等のデータを集計し、そのデータを DCT メンバーに報告している。

### 考 察

当院の2018年度の身体行動制限実施割合は、19.2～34.1%であった。割合にバラツキが見られる理由としてリストアップされる患者数が関連していることが示唆された(図1)。2018年4月の該当患者数が少ない理由は、DCT 発足直後で、該当患者リストの作成に問題があった可能性が考えられた。9月、10月、11月は20.2%、25.0%、19.2%と一時的に減少しているが、これは電子カルテの入れ替えにより、正確な該当患者リストが得られなかった可能性が推測された。DCT が活動を始めた当初の回診では、カンファレンスでの検討は身体行動制限の減少に繋がっていなかったと考える。回診時のアドバイスに対し、例えば、「検討します」と答えが返ってくるが、スタッフは身体行動制限を解除する方法がわからなかったため実際行動には繋がっていなかった。

一方、2019年度は、身体行動制限実施割合を19.2～30.4%まで減少することができた(図1)。身体行動制限の理由には、転倒リスクに対する回避や胃管チューブ、点滴ルートの自己抜去、転倒転落等があった。それについて必要な情報や工夫があれば解除できると考えられる事例が多々あった。2019年度 DCT 回診では、情報シートの活用や質問の仕方を変え、できる限りベッドサイドでのカンファレンスを実施したことで、解除するための技術や工夫に繋がっていったと考える。

身体行動制限チームは、ベッドから降りようとする患者の理由がわかれば、先回りのケアができると考え、調査を行い2部署から4点柵の廃止を試行した。その後、4点柵による身体行動制限はその部署では廃止されている。これは、身体行動制限チームが、認知症ケアにおける身体行動制限の必要性の検討を個々の事例を通してアセスメントしていったことが、減少に繋がってきていると考える。

院内デイケアチームは、多くの職員(医師、看護師、薬剤師、理学療法士、社会福祉士、医局秘書、事務職員)が院内デイケアに参加するよう開催場所は各病棟輪番制とした。看護師だけでなく、患者に関わる他職種も巻き込みながら計画を立案した。患者に関わるすべての職種を対象とし、研修の一環と位置づけた。古川は、良好で高質のチームワークがなければ創造性や成果は生まれない<sup>1)</sup>と述べている。院内デイケアの方法は、多職種が認知症患者とのコミュニケーション

技術や接遇が習得できる機会へ繋がったと考える。

看護部では当該年度の目標設定を行ったことで、身体行動制限廃止への取り組みが継続され拡大していった。半場は「看護部では身体抑制実施状況のグラフによる可視化は継続しているが、その後、身体抑制に関する発信はしていない。しかし、取り組みが継続され、拡大する背景に、リーダーから発信されるビジョンが関与していると感じている」<sup>2)</sup>と述べている。看護管理者が、院内の実態を踏まえた当該年度の目指す方向性を示したことが、職員の認識に繋がっていった。

今回、DCTが中心となり、多職種を巻き込み協働で計画を立て、各職種がケアの工夫を行った。そして、1つの目標に向かい協力体制の中で継続が可能となり、身体行動制限減少に繋がった。多職種が協働する上での工夫と効果として田中は、「看護師の視点だけでなく、多職種それぞれの専門分野の視点から潜在的な要素がピックアップされ、早期発見・早期ケアが可能となっている」<sup>3)</sup>と述べている。認知症ケアにおける多職種連携の改善によって、専門性を活かした病院全体で取り組む身体行動制限の廃止に繋がっていくことが重要である。

#### おわりに

認知症ケアに関する知識やケア技術の習得があれば、身体行動制限の減少に繋がる。何をすれば身体行動制限をしない方法を選択できるのか、根拠に基づく実践の理解と効果的なケアを提供するためのしくみや環境

調整が必要となる。認知症ケアに対する意欲の向上や動機づけ、管理者の方針、多職種連携が重要である。

今後も、身体行動制限への取り組みの継続と拡大が必要である。チーム医療として、多職種協働による身体行動制限ゼロに向けて、どのように多職種と連携を図り協働していくかがDCTに求められている課題である。

#### 文 献

- 1) 古川久敬：チームマネジメント，日本経済新聞社，東京，15-25, 2004
- 2) 半場江利子，桑原安江：急性期医療現場で患者のもてる力を引き出す『抑制に依存しない看護』，看護展望，42（14）：1302-1308, 2017
- 3) 田中久美：認知症ケアの組織風土づくりと多職種協働．看護，71（3）：74-76, 2019

#### 参 考

- 1) 細田満和子：「チーム医療」とは何か，日本看護協会出版会，東京，2012
- 2) 小藤幹恵：急性期病院で実現した身体抑制のない看護，日本看護協会出版会，東京，2018
- 3) 鈴木みずえ：多職種チームで取り組む認知症ケアの手引き，日本看護協会出版会，東京，2017
- 4) 亀井智子，高道香織，酒井郁子，他：特集 認知症ケアプロセスの可視化．看護管理，28（2）：101-137, 2018

## Editorial Comment

患者さんとその家族から選択される病院になるためには、ソフトウェアとして手術などの診療レベル以外に、看護内容が等しく重要である（他には建物が綺麗かどうかなどハードウェア環境も挙げられる）。本論文の冒頭で述べられているように人口高齢化、認知症の増加とともに、身体行動制限（いわゆる抑制、英語では physical restraint）は急性期病院においても避けられない問題である。巷でもマスメディアにより「もしあなたや家族が命の安全を守るためと言われて四肢を抑制帯で縛られたら…」などセンセーショナルなフレーズで報道されている。

本論文では、認知症ケアチームが多職種と連携して取り組んだ結果、当院では約1年半の短期間に身体行動制限割合が29.6%から25.0%に減少したことが示されている（相対リスク減少15.5%）。本研究の対象患者数は18,115名という大規模なものだ。絶対リスク減少（減少幅）は4.5%だが、適切な統計解析を行って有意差をもって身体行動制限が減少したことが示され、多職種を巻き込んだ院内チームでの取り組みが減少に寄与したと考察されている。今後は、神経疾患の脳神経内科/脳神経外科病棟、循環器病中心の内科病棟、消化器内科病棟など疾患カテゴリーや専門病棟別の検討に本研究が発展することを期待している。対象患者数が十分多いので、サブ解析を行っても統計学的検討に耐えうらと思う。

文献を紐解くと、観察研究11編をまとめた Adelaide

2018年には認知症の人の数は500万人を超え、65歳以上の高齢者の約7人に1人が認知症と見込まれている。認知症は、だれにとっても身近なものとなり、国により認知症施策推進総合戦略が策定され取り組みが進められており、その中で「認知症ケア加算」が診療報酬に認められた。身体行動制限は、人の尊厳の観点から本来実施すべきではないが、治療上患者の安全を守るため最小限の制限は必要となる。今後認知症患者の入院数増加に伴い身体行動制限実施割合も増

大学（オーストラリア）からの systematic review では身体行動制限は、幾つかのリスクを回避する一方で、別のリスクをもたらすと報告<sup>1)</sup>されている。身体行動制限がかえって増加させるリスクとして最も重要なものは死亡で、他に転倒転落、重篤な怪我、在院日数の延長が挙げられている。

極めて多忙で、ストレスの多い病棟業務に従事しながら「身体行動制限ゼロを目指す」という2019年度目標を掲げた看護部と院内のさまざまな職種の努力と協力が敬意を表したい。取り組み継続により、制限割合がさらに減少することを期待する。また、このような取り組みが、本誌を通じて院内・院外へ発信され、「自分の家族を入院させたい病院になる」という当院の目標に貢献し、患者さんとその家族から選ばれる病院となることを願っている。

姉妹論文（companion paper）として「急性期病棟における4点柵の不使用が転倒転落に与える影響」も本誌に掲載されているので、一緒にぜひご一読ください。

脳神経外科  
小川竜介

文献：

- 1) Evans D, Wood J, Lambert L : Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. J Adv Nurs, 41 (3) : 274-282, 2003

加が予想されるため、制限数減少への取り組みは重要である。当院の認知症ケアチームの熱心な取り組みにより、身体行動制限実施が減少傾向に繋がることが示唆されている。今後も継続的な取り組みにより、「身体行動制限ゼロを目指す」目標が達成されることが期待される。

脳神経内科  
青池太志

