

身体拘束ゼロへの 手引き

●高齢者ケアに関わるすべての人に●



身体拘束ゼロへの手引き

高齢者ケアに関わるすべての人に	4
身体拘束はなぜ問題なのか	6
身体拘束は本当になくせないのか	8
身体拘束廃止に向けてまずなすべきこと—五つの方針	10
身体拘束をせずに行うケア—三つの原則	14
緊急やむを得ない場合の対応	22
転倒事故などの法的責任についての考え方	26
(参考)身体拘束をなくすための「車いす」や「いす」	30
参考文献	36

●身体拘束ゼロに取り組む病院や施設●

1. 縛らない看護で病院改革—拘束廃止を決意・実行	38
＜東京都八王子市 上川病院＞	
2. 現場での議論、工夫の積み重ねによる廃止	42
＜福岡県宮田町 有吉病院＞	
3. 身体拘束ゼロの特養ホームを設立	45
＜東京都北区 特別養護老人ホーム清水坂あじさい荘＞	
4. 役職者研修から「抑制廃止宣言」公表で取り組みをスタート	50
＜北海道札幌市 定山溪病院＞	
5. 全職員の意識改革と環境整備から取り組みを開始	53
＜熊本県中央町 温石病院＞	

●身体拘束廃止に取り組んだ個別事例●

1. ベッドからの転落防止のベッド柵等について [医療施設]	58
2. カテーテル抜去防止のミトン型手袋について [医療施設]	60
3. 車いすの腰ベルトについて [福祉施設]	62
4. 車いすのY字型拘束帯について① [福祉施設]	63
5. 車いすのY字型拘束帯について② [医療施設]	64
6. 弄便行為等防止の介護衣(つなぎ服)等について [医療施設]	66
7. 向精神薬の使用について① [医療施設]	68
8. 向精神薬の使用について② [医療施設]	70
9. 居室等への隔離について [医療施設]	72
参考資料1 「身体拘束ゼロ作戦推進会議」の開催について	74
参考資料2 日本看護協会「介護保険施設で身体拘束をしないために」(抜粋)	76

高齢者ケアに関わるすべての人に

身体拘束ゼロの時代へ

老後生活の最大の不安である介護を社会全体で支え、高齢者の自立を支援することを目的とした介護保険制度が、平成12年4月にスタートした。それに伴い高齢者が利用する介護保険施設等では身体拘束が禁止され、介護の現場では、「身体拘束ゼロ作戦」として身体拘束のないケアの実現に向け、さまざまな取り組みが進められている。

身体拘束は、人権擁護の観点から問題があるだけでなく、高齢者のQOL（生活の質）を根本から損なう危険性を有している。身体拘束によって、高齢者の身体機能は低下し、寝たきりにつながるおそれがある。さらに、人間としての尊厳も侵され、ときには死期を早めるケースも生じかねない。

それ故に、身体拘束の問題は高齢者ケアの基本的なあり方に関わるものであり、関係者が一致協力して身体拘束を廃止しようとする取り組みは、我が国の高齢者ケアの転換を象徴する画期的なできごとであるといえよう。

身体拘束は「やむを得ない」のだろうか

そもそも身体拘束は、医療や看護の現場では、援助技術の一つとして、手術後の患者や知的能力に障害がある患者の治療において、安全を確保する観点からやむを得ないものとして行われてきている。高齢者ケアの現場でも、その影響を受ける形で、高齢者の転倒・転落防止などを理由に身体拘束が行われてきた。そして、現場のスタッフは、身体拘束の弊害を意識しながらもなかなか廃止できないジレンマの中で、「縛らなければ安全を確保できない」と自らを納得させることにより、身体拘束への抵抗感を次第に低下させているのではなからうか。

実態を見るならば、介護保険施設等では真に「緊急やむを得ない場合」として身体拘束を行っているケースは少なく、むしろ身体拘束に代わる方法を十分に検討することなく、「やむを得ない」と安易に身体拘束を行っているケースも多いのではないだろうか。

身体拘束を許容する考え方を問い直そう

身体拘束を行う理由として、高齢者の家族の同意により許容されるという意見がある。確かに、家族が施設や病院側の説明を聞き、身体拘束に同意する場合もあるだろう。しかし、その同意は家族にとって、他に方法のないやむを得ない選択であったこと、そして縛られている親や配偶者を見て、家族が混乱し、苦悩し、後悔している姿を、私たちは真剣に受け止めなければならない。

また、身体拘束が廃止できない理由として、「スタッフの人数不足」をあげる意見もある。明らかな人員不足は解消しなければならないが、現実には現行の介護体制で、さまざまな工夫をしながら身体拘束を廃止している施設や病院がある一方で、それを上回る体制にありながら身体拘束が行われている施設や病院も少なくない。スタッフの人数をめぐる議論はかつて欧米でもあったと聞く。「身体拘束をすることによって高齢者の状態がより悪化し、人手がより多くかかる」という識者の意見も傾聴に値するのではなかろうか。

全員の強い意志で「チャレンジ」を

もちろん身体拘束の廃止は容易なことではない。

身体拘束廃止の取り組みは、職種を問わず保健医療福祉分野に関わるすべての人々に対して、「ケアの本質とは何か」を問いかけ、発想の転換を迫る。現場のスタッフのみならず、施設や病院の責任者や職員全体が強い意志をもって、今までのケアのあり方を見直し、これまでの考え方を根本から変えなければならないこともあり得る。まさしく「チャレンジ」といって過言でない。身体拘束を「事故防止対策」として安易に正当化することなく、高齢者の立場に立って、その人権を保障しつつケアを行うという基本姿勢が求められるのである。

身体拘束をしないケアの実現にチャレンジしている看護・介護の現場を見ると、スタッフ自身が自由さを持ち、誇りとやりがいをもってケアに取り組んでいる姿に出会う。身体拘束をしないことにより「自由」になるのは高齢者だけではない。家族も、そして、現場のスタッフ自身も解放されるのである。

「身体拘束ゼロ」を現実のものに

この手引きは、身体拘束のないケアの実現を支援していくために、介護保険施設等の現場で直接ケアに携わる担当者や研究者などが共同で作成した。実際のケアに役立つよう、身体拘束をせずにケアを行うための基本的な考え方を紹介するとともに、廃止を実現した具体的な事例を数多く盛り込んでいる。

この手引きは、介護の現場に関わるすべての人たちに向けたものである。さまざまなケアの現場で本冊子が活用され、全国の介護現場から一日も早く身体拘束がなくなることを心から望むものである。

身体拘束はなぜ問題なのか

身体拘束廃止を実現していく第一歩は、ケアにあたるスタッフのみならず施設・病院等の責任者・職員全体や利用者の家族が、身体拘束の弊害を正確に認識することである。

1 身体拘束がもたらす多くの弊害

身体的弊害 身体拘束は、まず次のような身体的弊害をもたらす。

- (1)本人の関節の拘縮、筋力の低下といった身体機能の低下や圧迫部位のじょく創の発生などの外的弊害をもたらす。
- (2)食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下などの内的弊害をもたらす。
- (3)車いすに拘束しているケースでは無理な立ち上がりによる転倒事故、ベッド柵のケースでは乗り越えによる転落事故、さらには拘束具による窒息等の大事故を発生させる危険性すらある。
このように本来のケアにおいて追求されるべき「高齢者の機能回復」という目標とまさに正反対の結果を招くおそれがある。

精神的弊害 身体拘束は精神的にも大きな弊害をもたらす。

- (1)本人に不安や怒り、屈辱、あきらめといった多大な精神的苦痛を与えるばかりか人間としての尊厳をも侵す。
- (2)身体拘束によって、さらに痴呆が進行し、せん妄の頻発をもたらすおそれもある。
- (3)また、家族にも大きな精神的苦痛を与える。自らの親や配偶者が拘束されている姿を見たとき、混乱し、後悔し、そして罪悪感にさいなまれる家族は多い。
- (4)さらに、看護・介護するスタッフも、自らが行うケアに対して誇りをもてなくなり、安易な拘束が士気の低下を招く。

社会的弊害 こうした身体拘束の弊害は、社会的にも大きな問題を含んでいる。

身体拘束は、看護・介護スタッフ自身の士気の低下を招くばかりか、介護保険施設等に対する社会的な不信、偏見を引き起こすおそれがある。また、身体拘束による高齢者の心身機能の低下は、その人のQOLを低下させるだけでなく、さらなる医療的処置を生じさせ、経済的にも少なからぬ影響をもたらす。

2 拘束が拘束を生む「悪循環」

身体拘束による「悪循環」を認識する必要がある。痴呆があり体力も弱っている高齢者を拘束すれば、ますます体力は衰え、痴呆が進む。その結果、せん妄や転倒などの二次的・三次的な障害が生じ、その対応のためにさらに拘束を必要とする状況が生み出されるのである。

最初は「一時的」として始めた身体拘束が、時間の経過とともに、「常時」の拘束となってしまう、そして、場合によっては身体機能の低下とともに高齢者の死期を早める結果にもつながりかねない。

身体拘束の廃止は、この「悪循環」を、高齢者の自立促進を図る「よい循環」に変えることを意味しているのである。

■身体拘束禁止の対象となる具体的な行為

介護保険指定基準において禁止の対象となっている行為は、「身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為」である。具体的には次のような行為があげられる。

- ①徘徊しないように、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。

■身体拘束についての家族の声（「呆け老人をかかえる家族の会」アンケート調査より抜粋）

- アルツハイマーの夫について「点滴をはずしたら困るから両手を縛ってもいいでしょうか」と医師にいわれ、そうした。「かわいそうだ」といってナースの一人が自由にしたとき、重ねて縛られていた両手をさすっている夫の姿を見て、思わず泣いてしまった。
- 私の父は、夫婦部屋に入ったにもかかわらず、4年前に徘徊したばかりに別々にさせられ、何も無い4人部屋で立ち上がり防止の車いすの腰ベルトをさせられた。家族が訪ねても職員が「いいですよ」といわない限り、母のところへ連れていくこともできず、泣く泣く帰ったことがある。
- つなぎ服については、私も同じようなことをした経験があり、介護の一つの手段として選ばざるを得なかったが、亡くなった今は窮屈だったろうと自責の念が残っている。
- 入院当初、家に帰りたがるために、入り口に施錠し、薬でおとなしくさせることがあった。病院に入れて病人をひどくさせたようで後悔したが、こちらから入院を頼んだという事情もあり、病院のやり方が不満でも致し方なかった。
- 「治療のため」というが、そればかりとは思えない。病院の職員はそれが当然のごとく振る舞い、できれば取りはずしてあげようという態度は見られない。また、点滴なども取りはずせないような位置を真剣に考えれば、工夫できると思う。
- 人権尊重を考えれば、身体拘束禁止は当然と思うが、働く方々の意識を変えていかなければ、たとえ禁止令が出たとしても、なくなることはないと思う。

身体拘束は本当になくせないのか

身体拘束については介護現場を含めてさまざまな固定観念があり、それが廃止への取り組みを阻害してはいないだろうか。その代表的なものは「身体拘束は本人の安全確保のために必要である」「スタッフ不足などから身体拘束廃止は不可能である」といった考え方である。しかし、こうした考え方は、介護現場での実践の積み重ねにより、多くは誤解を含んだものであることが明らかになってきている。

① 身体拘束は安全確保のために本当に必要なのか

身体拘束を廃止できない理由として、しばしばあげられる「本人の転倒・転落事故を防ぐ必要がある」ということを考えてみよう。

身体拘束による事故防止の効果は必ずしも明らかでなく、逆に、身体拘束によって無理に立ち上がろうとして車いすごと転倒したり、ベッド柵を乗り越え転落するなど事故の危険性が高まることが報告されている。そして、何よりも問題なのは、身体拘束によって本人の筋力は確実に低下し、その結果、体を動かすことすらできない寝たきり状態になってしまうことである。つまり、仮に身体拘束によって転倒が減ったとしても、それは転倒を防止しているのではなく、本人を転倒すらできない状態にまで追い込んでいるということではないだろうか。

事故は防ぐ必要がある。しかし、その方法は身体拘束しかないのだろうか。

まず第一は、転倒や転落を引き起こす原因を分析し、それを未然に防止するように努めることである。例えば、夜間徘徊による転倒の危険性のある場合には、適度な運動によって昼夜逆転の生活リズムを改善することで夜間徘徊そのものが減少する場合も多い。

第二は、事故を防止する環境づくりである。例えば、入所者の動線にそって手すりをつける、足元に物を置かない、車いすを改善する、ベッドを低くするなどの工夫によって、転倒・転落の危険性は相当程度低下することが明らかになっている。

② 身体拘束の廃止は不可能なのか

また、身体拘束を廃止できない理由として「スタッフの不足」をあげる意見もよく聞く。しかし、現実には現行の介護体制で身体拘束を廃止している施設や病院も多い。そうした介護現場では、食事の時間帯を長くすることで各人のペースで食べられるようにして自力で食べられる人を増やす、トイレ誘導を行いオムツを減らす、シーツ交換作業に時間がかからないようなシーツの改善などさまざまな工夫によってケアの方法を改善し、身体拘束廃止を実現しているのである。逆に、基準を上回る介護体制にありながら、身体拘束を行っているところが少なくないのも事実である。

確かに介護現場からいえば、人手は多ければ多い方がよい。しかし、まず何よりも重要なことは、「人手不足」を身体拘束を廃止できない理由とする前にどのような介護をめざすのかを具体的に明らかにし、身体拘束廃止に果敢に立ち向かう決意を施設の責任者・職員全体で行うことである。

■身体拘束をめぐる各国の努力

身体拘束が問題となっているのは日本だけではない。

米国においても身体拘束は大きな問題であった。1991年には米国における195のナーシングホームに入所している患者の32.6%が身体拘束を経験していると報告されているが、1980年代から1990年代にかけて、JCAHO(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)やHCFA(Health Care Financing Administration)などが規制を実施してから、事態が改善されつつある。

また、英国ではこの20年間近く身体拘束は規制され、ほとんど行われていない。

身体拘束の「脱神話化」に貢献したのは、ペンシルベニア大学のEvans博士、Strumpf博士らであり「老人抑制の神話(Myths about elderly restraint image)」(1990)という文献研究が火付け役になった。博士らは、この文献では、身体拘束に対する以下の一般的な神話に対して、研究文献を用いて反証している。

神話Ⅰ 老人は転倒しやすく転倒すると大きなけがになってしまうので、拘束するべきである。

ここでは、身体拘束によって転倒事故が逆に死亡事故などに重大化したことを報告した文献をあげている。

さらに、看護者の「身体拘束は効果的である」という考え方が、身体拘束という行為に直結する。例えば、身体拘束しない方法を教育されているスコットランドの看護者はほとんど身体拘束はしない。身体拘束に対する考え方は、その看護者の経験、価値観、高齢者に対する姿勢及び受けた教育により形成される。ちなみに、身体拘束が効果的であるという科学的な裏づけはまったくない。

神話Ⅱ 傷害から患者を守るのは看護者の道徳的な義務である。

これに対しては、身体拘束によって生じる弊害を多くの文献を用いて述べている。弊害が大きいと知りながら身体拘束する、という看護者の道徳とは何であろうか？ そのような疑問がここで投げかけられている。

神話Ⅲ 拘束しないと、転倒などでけがをしたときには看護者や施設の法的責任問題になる。

逆に、身体拘束を行ったことによって生じた事故の医療訴訟で看護者が敗訴した例をここでは述べている。

神話Ⅳ 拘束しても老人にはそんなに苦痛ではない。

Evans博士、Strumpf博士が1998年に行った、拘束された経験のある高齢者へのインタビューがある。「私は自分が犬になったように感じ、夜中、泣き明かしました。この経験を話すだけで泣けてきます(涙)。病院は牢獄よりもひどいところです」。

神話Ⅴ 拘束しなければいけないのは、スタッフが不足しているからである。

スコットランドの看護者の人員配置は米国と同じであるにもかかわらず、米国と比較して拘束を行っている割合が低い。さらに、ケアスタッフを増やすことなく拘束を減らした例も多くの文献で示されている。また、拘束された患者のほうが観察の時間が増えて、結果的に看護の必要度が増加し、ケアの費用も多くなるという研究結果もある。このように、スタッフが足りないから拘束するというのは、逆に人員不足に拍車をかけることになる。

身体拘束廃止に向けてまずなすべきこと——五つの方針

身体拘束を廃止することは決して容易ではない。看護・介護スタッフだけでなく、施設や病院全体が、そして本人やその家族も含め全員が強い意志をもって取り組むことが何よりも大事である。身体拘束廃止に向けて重要なのは、まず以下の五つの方針を確かなものにするることである。

① トップが決意し、施設や病院が一丸となって取り組む

組織のトップである施設長や病院長、そして看護・介護部長等の責任者が「身体拘束廃止」を決意し、現場をバックアップする方針を徹底することがまず重要である。それによって現場のスタッフは不安が解消され、安心して取り組むことが可能となる。さらに、事故やトラブルが生じた際にトップが責任を引き受ける姿勢も必要である。一部のスタッフや病棟が廃止に向けて一生懸命取り組んでも、他の人や病棟が身体拘束をするのでは、現場は混乱し、効果はあがらない。施設や病院の全員が一丸となって取り組むことが大切である。このため、例えば、施設長をトップとして、医師、看護・介護職員、事務職員など全部門をカバーする「身体拘束廃止委員会」を設置するなど、施設・病院全体で身体拘束廃止に向けて現場をバックアップする態勢を整えることが考えられる。

② みんなで議論し、共通の意識をもつ

この問題は、個人それぞれの意識の問題でもある。身体拘束の弊害をしっかりと認識し、どうすれば廃止できるかを、トップも含めてスタッフ間で十分に議論し、みんなの問題意識を共有していく努力が求められる。その際に最も大事なものは「入所者（利用者）中心」という考え方である。中には消極的になっている人もいるかもしれないが、そうした人も一緒に実践することによって理解が進むのが常である。本人や家族の理解も不可欠である。特に家族に対しては、ミーティングの機会を設け、身体拘束に対する基本的な考え方や転倒等事故の防止策や対応方針を十分説明し、理解と協力を得なければならない。

③ まず、身体拘束を必要としない状態の実現をめざす

まず、個々の高齢者についてもう一度心身の状態を正確にアセスメントし、身体拘束を必要としない状態をつくり出す方向を追求していくことが重要である。問題行動がある場合も、そこには何らかの原因があるのであり、その原因を探り、取り除くことが大切である。問題行動の原因は、本人の過去の生活歴等にも関係するが、通常次のようなことが想定される。

- (1) スタッフの行為や言葉かけが不適切か、またはその意味が理解できない場合
- (2) 自分の意思にそぐわないと感じている場合
- (3) 不安や孤独を感じている場合
- (4) 身体的な不快や苦痛を感じている場合

■身体拘束をめぐる看護・介護職員の声

- Aさんは車いすから滑り落ちないようにいつも安全ベルトをされたまま、会話もなくぼんやりと毎日をすごされていました。あるとき隣の幼稚園の園児の声が聞こえると、立ち上がろうとするような動きがあったので、何とか幼稚園の近くまで行けるようにとケア目標をたてました。最初は立てなかったAさんがリハビリをして、今では、幼稚園の垣根際まで杖で歩いて行けるようになりました。ときどき笑顔で子どもたちに声をかけながら目を細めている姿が、私たちのケアに対する大きな自信と励みになっています。
- 身体拘束をしないケアを心がけていますが、スタッフによってどこまでが身体拘束なのか、とらえ方はまちまちです。多くのスタッフは、車いすのテーブルや安全ベルトが身体拘束になるとは思っていません。お年寄りには急に立ち上がろうとすることがあるので、ちょっとその場を離れるといったやむを得ない場合には拘束します。骨折などの事故が起こって、お年寄りに痛い思いをさせるよりは安全ベルトをする方がベターだと皆がいています。私は、拘束するとき、いつも一人で悩んでいます。
- 安全優先で、危機回避の方法として、不本意ながら拘束を行っていました。ご家族からも「転倒させないでほしい」ときつくいわれていたからです。どう対応したらよいかスタッフ間で何回も話し合いを行ったのですが、「はずして転倒した場合に責任を誰がとるのか」と反対意見も多くて、なかなかはずすことができませんでした。
だんだん無表情になっていくお年寄りを見ていると、私自身もとてもつらいです。
- 夜間徘徊があるため睡眠剤を服用している患者さんが入所されました。歩行が不安定で転倒の危険があるため、当初は拘束せざるを得ませんでした。何か方策があるはずだと考え、また、自分がその立場だったらどんなに屈辱的なことかと思いました。そこで、患者さんもまじえて、看護・介護スタッフ、医師及び理学療法士でケアカンファレンスをもちました。どんな治療とケアを行うかを話し合い、ケアプランを作成してその方針のもとにケアを行いました。何度か転倒もありましたが、患者さんの状態も1カ月半をすぎると安定してきて成功を確信。失敗もありますが、チームケアの成果は私たちの財産だと思っています。
- 身体拘束をゼロにしようと、身体拘束を行っていない施設の見学に行きました。施設職員が、なんと明るく生き生きしていることか。また、お年寄りがなんと穏やかで個性的なことか。施設全体の雰囲気から質の高いケア（縛るという発想のないケア）が提供されていると実感しました。

(5)身の危険を感じている場合

(6)何らかの意思表示をしようとしている場合

したがって、こうした原因を除去するなどの状況改善に努めることにより、問題行動は解消する方向に向かう。

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

前に述べたように、身体拘束の廃止を側面から支援する観点から、転倒等の事故防止対策を併せて講じる必要がある。

その第一は、転倒や転落などの事故が起きにくい環境づくりである。手すりをつける、足元に物を置かない、ベッドの高さを低くするなどの工夫によって、事故は相当程度防ぐことが可能となる。

第二は、スタッフ全員で助け合える態勢づくりである。落ち着かない状態にあるなど対応が困難な場合については、日中・夜間・休日を含め施設・病院等のすべてのスタッフが随時応援に入れるような、柔軟性のある態勢を確保することが重要である。

5 常に代替的な方法を考え、身体拘束するケースは極めて限定的に

身体拘束せざるを得ない場合についても、本当に代替する方法はないのかを真剣に検討することが求められる。「仕方がない」「どうしようもない」とみなされて拘束されている人はいないか、拘束されている人については「なぜ拘束されているのか」を考え、まず、いかに拘束を解除するかを検討することから始める必要がある。

問題の検討もなく「漫然」と拘束している場合は、直ちに拘束を解除する。また、困難が伴う場合であっても、ケア方法の改善や環境の整備など創意工夫を重ね、解除を実行する。解決方法が得られない場合には、外部の研究会に参加したり、相談窓口を利用し、必要な情報を入手し参考にする。

介護保険指定基準上「生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」は身体拘束が認められているが、この例外規定は極めて限定的に考えるべきであり（22頁参照）、すべての場合について身体拘束を廃止していく姿勢を堅持することが重要である。

参 考

■介護保険指定基準の身体拘束禁止規定

「サービスの提供にあたっては、当該入所者（利用者）又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為を行ってはならない」

（対象）

指定介護老人福祉施設

介護老人保健施設

指定介護療養型医療施設

短期入所生活介護

短期入所療養介護

痴呆対応型共同生活介護

特定施設入所者生活介護

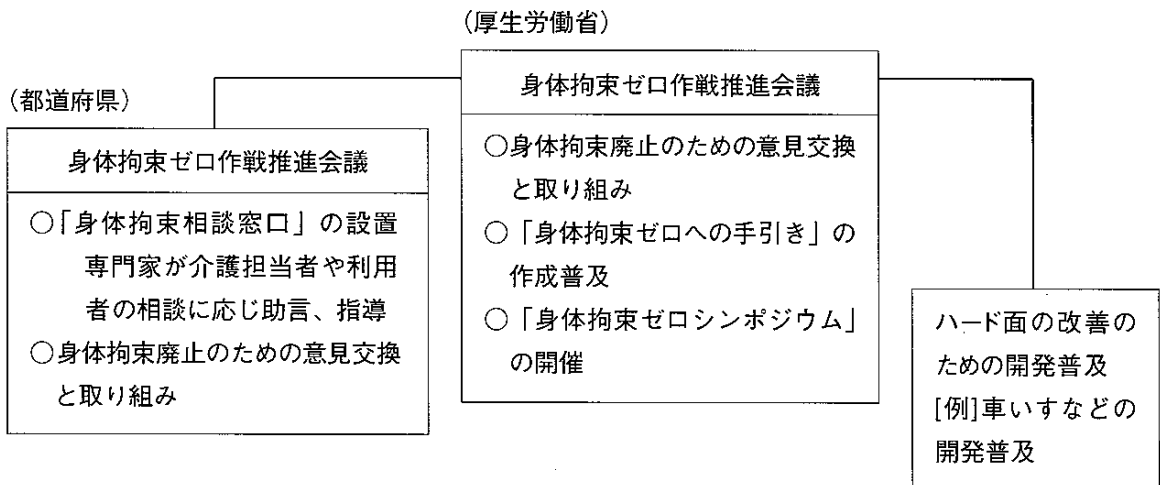
■身体拘束廃止に向けて動く現場と行政

1986年 12月 上川病院で抑制問題に取り組み始める
 98年 10月 抑制廃止福岡宣言

- ～老人に、自由と誇りと安らぎを～
- ①縛る、抑制をやめることを決意し、実行する。
 - ②抑制とは何かを考える。
 - ③継続するために、院内を公開する。
 - ④抑制を限りなくゼロに近づける。
 - ⑤抑制廃止運動を、全国に広げていく。

99年 3月 厚生省令において身体拘束禁止を規定
 5月 熊本抑制廃止宣言
 6月 九州、山口、沖縄抑制廃止宣言
 福岡で抑制廃止継続のため、オンブズマン発足
 老人の専門医療を考える会シンポジウム「抑制を考える」開催<札幌>
 老人の専門医療を考える会シンポジウム「抑制を考える」開催<東京>
 7月 北海道における抑制廃止宣言
 10月 北海道抑制廃止研究会設立
 12月 老人の専門医療を考える会シンポジウム「抑制を考える」開催<東京>
 特別養護老人ホームによる抑制廃止宣言<大阪>
 2000年 3月 「全国抑制廃止研究会」発足
 4月 介護保険法（身体拘束禁止規定）施行
 6月 身体拘束ゼロ作戦推進会議（厚生省：第1回）

.....
 身体拘束ゼロ作戦



身体拘束をせずに行うケア——三つの原則

身体拘束をせずに行うためには、身体拘束を行わざるを得なくなる原因を特定し、その原因を除去するためにケアを見直すことが求められる。そのための3つの原則と、「介護保険指定基準」で禁止されている身体拘束の具体的な行為ごとに配慮すべきポイントを紹介する。

こうした取り組みによって、介護保険施設等のケア全体の向上や生活環境の改善が図られていくことが期待される。

1 身体拘束を誘発する原因を探り、除去する

身体拘束をやむを得ず行う理由として、次のような状況を防止するために「必要」だといわれることがある。

- ・徘徊や興奮状態での周囲への迷惑行為
- ・転倒のおそれのある不安定な歩行や、点滴の抜去などの危険な行動
- ・かきむしりや体をたたき続けるなどの自傷行為
- ・姿勢が崩れ、体位保持が困難であること

しかし、それらの状況には必ずその人なりの理由や原因があり、ケアする側の関わり方や環境に問題があることも少なくない。したがって、その人なりの理由や原因を徹底的に探り、除去するケアが必要であり、そうすれば身体拘束を行う必要もなくなるのである。

2 五つの基本的ケアを徹底する

そのためには、まず、基本的なケアを十分に行い、生活のリズムを整えることが重要である。①起きる、②食べる、③排せつする、④清潔にする、⑤活動する（アクティビティ）という五つの基本的事項について、その人に合った十分なケアを徹底することである。

例えば、「③排せつする」ことについては、ア. 自分で排せつできる、イ. 声かけ、見守りがあれば排せつできる、ウ. 尿意、便意はあるが、部分的に介助が必要、エ. ほとんど自分で排せつできないといった基本的な状態と、その他の状態のアセスメントを行いつつ、それを基に個人ごとの適切なケアを検討する。

こうした基本的事項について、入所者一人ひとりの状態に合わせた適切なケアを行うことが重要である。また、これらのケアを行う場合には、一人ひとりを見守り、接し、触れ合う機会を増やし、伝えたくてもうまく伝えられない気持ちやサインを受け止め、不安や不快、孤独を少しでも緩和していくことが求められる。

3 身体拘束廃止をきっかけに「よりよいケア」の実現を

このように身体拘束の廃止を実現していく取り組みは、介護保険施設等におけるケア全体の向上や

生活環境の改善のきっかけとなりうる。「身体拘束廃止」を最終ゴールとせず、身体拘束を廃止していく過程で提起されたさまざまな課題を真摯に受け止め、よりよいケアの実現に取り組んでいくことが期待される。また、身体拘束禁止規定の対象になっていない行為でも、例えば「言葉による拘束」など、虐待的な行為があってはならないことはいうまでもない。

参 考

■五つの基本的ケア

以下の五つの基本的なケアを実行することにより、点滴をしなければならない状況や、転倒しやすい状況をつくらないようにすることが重要である。

①起きる

人間は座っているとき、重力が上からかかることにより覚醒する。目が開き、耳が聞こえ、自分の周囲で起こっていることがわかるようになる。これは仰臥して天井を見ていたのではわからない。起きるのを助けることは人間らしさを追求する第一歩である。

②食べる

人にとって食べることは楽しみや生きがいであり、脱水予防、感染予防にもなり、点滴や経管栄養が不要になる。食べることはケアの基本である。

③排せつする

なるべくトイレで排せつしてもらうことを基本に考える。おむつを使用している人については、随時交換が重要である。おむつに排せつ物が付いたままになっていると気持ち悪く、「おむついじり」などの行為につながるようになる。

④清潔にする

きちんと風呂に入ることが基本である。皮膚が不潔なことがかゆみの原因になり、そのために大声を出したり、夜眠れずに不穏になったりすることになる。皮膚をきれいにしておけば、本人も快適になり、また、周囲も世話をしやすくなり、人間関係も良好になる（入浴する際の留意点については、18頁の例などを参照）。

⑤活動する（アクティビティ）

その人の状態や生活歴に合ったよい刺激を提供することが重要である。具体的には、音楽、工芸、園芸、ゲーム、体操、家事、ペット、テレビなどが考えられる。言葉によるよい刺激もあれば、言葉以外の刺激もあるが、いずれにせよ、その人らしさを追求するうえで、心地よい刺激が必要である。

具体的な行為ごとの工夫のポイント

①徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。

<身体拘束をしない工夫のポイント>

- 徘徊そのものを問題と考えるのではなく、そのような行動をする原因・理由を究明し、対応策をとる。

(例) ・例えば、心の中で描いている家に帰らなくてはと思い、夕方になると出かけようとする場合は、夕方寂しい思いをさせないように、一緒になじみの家具などの手入れをしたり、語りかけたりする。
・歩き回っている高齢者の気持ちになって、一緒に歩いたり、疲れる前にお茶に誘うなどして本人を納得させる工夫をする。

- 転倒しても骨折やけがをしないような環境を整える。

(例) ・敷物、カーペット類を固定したり、コード類などの障害物をできる限り居室や廊下などから移動させるなどしておく。
・手すりなどのきめ細かな設置や、トイレなどの必要箇所の常時点灯など、転倒しにくい環境を整える。
・弾力（クッション性）のある床材やカーペットを使用する。

- スキンシップを図る、見守りを強化・工夫するなど、常に高齢者に関心を寄せておく。

(例) ・目を見て話しかける、手を握るなどスキンシップを図り、情緒的な安定を図る。
・不安や転倒の危険性があるときは付き添い、時折声をかける（遠いところや後方から声をかけると驚いて転倒したり、振り向き時に転倒したりするおそれがあるので、必ずそばで声をかけるようにする）。
・目の届きやすいところにベッドを移動するなど、見守りができやすいように工夫する（ただし、排せつや更衣を行うときは別室に移動するなど、場所によってはプライバシーの保護に十分留意することが求められる。また、場所を移動することで不安や混乱を招かないよう、説明と安心できる環境づくりを工夫する）。
・「ユニットケア」のように一定の場所で常時見守りと生活支援が行えるスタッフを要所要所に配置する。
・夜間の観察や巡回の回数を増やす。そのために夜間のスタッフを増やすなどの応援態勢を組む。

- 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。

<身体拘束をしない工夫のポイント>

● 自分で動くことの多い時間帯やその理由を究明し、対応策をとる。

- (例) ・例えば、昼夜逆転が起こり、夜中に起き出そうとする場合は、日中はベッドから離床するよう促すなど、一日の生活リズムを整える。
- ・昼夜逆転が起こらないよう、適切なケアと日中の適度な活動による刺激を増やしていく(老年期は夜間排尿回数が多いため、夜中に目が覚めて不眠となり、昼夜逆転が起こる場合や、向精神薬などにより睡眠時間が日中にずれ込む場合などがある)。

● バランス感覚の向上や筋力アップのための段階的なりハビリプログラムを組んだり、また栄養状態の改善を図ることなどにより、全体的な自立支援を図る。

● ベッドから転落しても骨折やけがをしないような環境を整える。

- (例) ・ベッドの高さを調節し、低くする。
- ・ベッド脇に床マットを敷く。
 - ・ベッドの高さや幅を認識できない場合、清潔さに配慮したうえで、床に直接マットレスを敷き、その上で休んでもらう。
 - ・弾力(クッション性)のある床材やカーペットを使用する。

参 考

■身体拘束をなくすためのベッド

身体拘束をなくすためには、ハード面での工夫がなされたベッドを導入することも考えられる。

最近では、ベッドの高さを従来のものより著しく低くし、万が一転落した場合の衝撃を軽減することができるタイプのものが出てきている。また、介護の際に上半身を起こす等の高さ調節を行う機能や、背上げの繰り返しによる体のずれを低減して介護者の負担を軽減するような機能をもつベッドも開発されている。

● 見守りを強化・工夫するなど、常に高齢者に関心を寄せておく。

- (例) ・ナースステーションの近くなど、目の届きやすいところにベッドを移動するなど見守りやすいように工夫する(ただし、排せつや更衣を行うときは別室に移動するなど、場所によってはプライバシーの保護に十分留意することが求められる。また、場所を移動することで不安や混乱を招かないよう、説明と安心できる環境づくりを工夫する)。
- ・「ユニットケア」のように一定の場所で常時見守りと生活支援が行えるスタッフを要所要所に配置する。
 - ・夜間の観察や巡回の回数を増やし、そのために夜間のスタッフを増やすなどの応援態勢を組む。

-
- 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。
-

<身体拘束をしない工夫のポイント>

- 点滴、経管栄養等に頼らず、口から食べることができるかどうか十分に検討する。
 - (例) ・嚥下訓練を行いながら、1回に少しずつ口からの摂取を行い、徐々に回数を増やしていく（誤嚥しやすい場合は食後に咳払いをさせたり、食物を吐かないように注意して吸引を行う）。
 - ・食物にとろみをつける、柔らかく煮るなど、飲み込みやすい工夫をする。
 - ・生活リズムを整えたり、食堂に連れ出ししたりすることで、本人の「食べたい」という意欲を引き出す。

- 点滴、経管栄養等を行う場合、時間や場所、環境を選び、適切な設定をする。
 - (例) ・点滴や経管栄養をスタッフの目の届く場所で行う。
 - ・処置中は会話やゲームなどをして患者の気を紛らわす。
 - ・点滴を入眠時間に行う。
 - ・点滴台を利用し、一緒に手をつないで歩くなど、利用者の行動に付き添う。

- 管やルートが利用者に見えないようにする。
 - (例) ・ルートを襟から袖の中に通す。
 - ・下肢を刺入部として、ルートをズボンの中に通す。
 - ・経管栄養のチューブが視野に入らないようにするため、鼻柱にそって額にテープで固定する、または横から出して耳にかける。

- 皮膚をかきむしらないよう、常に清潔にし、かゆみや不快感を取り除く。
 - (例) ・内服薬、塗り薬の使用などにより、かゆみを取り除く。
 - ・入浴の際は、皮脂を不必要に落とさないよう、石けんをつけすぎたり、皮膚をこすりすぎたりしないように注意する。
 - ・入浴後は保湿クリームを用いる。
 - ・かゆみを忘れるような活動（アクティビティ）で気分転換を図る。

⑥車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、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。

<身体拘束をしない工夫のポイント>

● 車いすに長時間座らせたままにしないよう、アクティビティを工夫する。

● バランス感覚の向上や筋力アップのための段階的なりハビリプログラムを組んだり、栄養状態の改善を図ることなどにより、全体的な自立支援を図る。

● 立ち上がる原因や目的を究明し、それを除くようにする。

(例) ・不安、不快症状を解消するため、排せつパターンを把握するなど、さまざまな観点から評価し、原因（車いすに長時間同じ姿勢で座っているため臀部が圧迫されている場合、車いすの座り心地が悪い場合、おむつが濡れたままになり不快なため何とかしようとする場合など）を発見する。

・昼夜逆転が起らないよう、適切なケアと日中の適度な活動による刺激を増やしていく（老年期は夜間排尿回数が多いため、夜中に目が覚めて不眠となり、昼夜逆転が起こる場合や、向精神薬などにより睡眠時間が日中にずれこむ場合などがある）。

● 体にあった車いすやいすを使用する。

(例) ・床に足がしっかりつくよう、体にあった高さに調整する。

・安定のよい車いすを使用する。

・ずり落ちないように、滑りにくいメッシュマットを使用する。

・適当なクッションを使用したり、クッションのあて方を工夫したりする。

※ 車いすの工夫については、30頁～35頁までを参照。

● 職員が見守りやすい場所ですごしてもらう。

(例) ・日中は極力ホールや食堂ですごしてもらうなど、見守りやすいように工夫する。

・「ユニットケア」のように一定の場所で常時見守りと生活支援が行えるスタッフを要所要所に配置する。

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。

<身体拘束をしない工夫のポイント>

● おむつに頼らない排せつをめざす。

- (例)
- ・尿意のサインの有無、排尿回数、排尿間隔、失禁の状態などのチェックにより、排せつパターンを把握したうえで、適時のトイレ誘導を行う。
 - ・おむつをはずし、尿取りパットのみにするなど、個人にあった排せつ方法を検討する。
 - ・失禁があった場合は、簡単なシャワー浴などで清潔を保つ。

● 脱衣やおむつはずし行為の原因や目的を究明し、それを除くようにする。

- (例)
- ・肌着がごわごわしていないか、おむつの素材に問題はないか、排せつ物による不快感はないかなど、原因を究明する。
 - ・失禁の状態などから判断して、おむつからの離脱が困難な場合、排せつパターンに合わせた適時のおむつ交換を行う。

● かゆみや不快感を取り除く。

- (例)
- ・内服薬、塗り薬の使用などにより、かゆみを取り除く。
 - ・入浴の際は、皮脂を不必要に落とさないよう、石けんをつけすぎたり、皮膚をこすりすぎたりしないように注意する。
 - ・入浴後は保湿クリームを用いる。
 - ・かゆみを忘れるような活動（アクティビティ）で気分転換を図る。

● 見守りを強化するとともに、他に関心を向けるようにする。

- (例)
- ・看護・介護職員室の近くなど、目の届きやすいところにベッドを移動するなど、見守りやすいように工夫する（ただし、脱衣が始まったときや、排せつや更衣を行うときは別室に移動するなど、場所によってはプライバシーの保護に十分留意することが求められる。また、場所を移動することで不安や混乱を招かないよう、説明と安心できる環境づくりを工夫する）。
 - ・「ユニットケア」のように一定の場所で常時見守りと生活支援が行えるスタッフを要所要所に配置する。
 - ・夜間の観察や巡回の回数を増やす。
 - ・会話や散歩などの活動を通して、他に関心を向ける。

-
- 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。
-

<身体拘束をしない工夫のポイント>

- 迷惑行為や徘徊そのものを問題と考えるのではなく、原因や目的を究明し、それを取り除くようにする。
 - (例) ・本人の状況や生活のリズムを把握する。
 - ・迷惑行為や徘徊につながるストレスはなかったか（スタッフの関わり方、態度や言葉づかいなど）を検証し、不安、不快症状を解消する。
 - ・落ち着ける環境を整える。

- 見守りを強化・工夫するとともに、他に関心を向けるようにする。
 - (例) ・看護・介護職員室の近くなど、目の届きやすいところにベッドを移動するなど見守りやすいように工夫する（ただし、排せつや更衣を行うときは別室に移動するなど、場所によってはプライバシーの保護に十分留意することが求められる。また、場所を移動することで不安や混乱を招かないよう、説明と安心できる環境づくりを工夫する）。
 - ・「ユニットケア」のように一定の場所で常時見守りと生活支援が行えるスタッフを要所要所に配置する。
 - ・夜間の観察や巡回の回数を増やす。
 - ・会話や散歩などの活動を通して、他に関心を向ける。

緊急やむを得ない場合の対応

介護保険指定基準上、「当該入所者（利用者）又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」には身体拘束が認められているが、これは、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られる。

- * 「緊急やむを得ない場合」の対応とは、これまでにおいて述べたケアの工夫のみでは十分に対処できないような、「一時的に発生する突発事態」のみに限定される。当然のことながら、安易に「緊急やむを得ない」ものとして身体拘束を行うことのないよう、次の要件・手続に沿って慎重な判断を行うことが求められる。

参考

■介護保険指定基準の身体拘束禁止規定

「サービスの提供にあたっては、当該入所者（利用者）又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為を行ってはならない」

1 三つの要件をすべて満たすことが必要

以下の三つの要件をすべて満たす状態であることを「身体拘束廃止委員会」等のチームで検討、確認し記録しておく。

切迫性 利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと

- * 「切迫性」の判断を行う場合には、身体拘束を行うことにより本人の日常生活等に与える悪影響を勘案し、それでもなお身体拘束を行うことが必要となる程度まで利用者本人等の生命または身体が危険にさらされる可能性が高いことを、確認する必要がある。

非代替性 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと

- * 「非代替性」の判断を行う場合には、いかなるときでも、まずは身体拘束を行わずに介護するすべての方法の可能性を検討し、利用者本人等の生命または身体を保護するという観点から、他に代替手法が存在しないことを複数のスタッフで確認する必要がある。

また、拘束の方法自体も、本人の状態像等に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならない。

一時性 身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

- * 「一時性」の判断を行う場合には、本人の状態像等に応じて必要とされる最も短い拘束時間を想定する必要がある。

2 手続きの面でも慎重な取り扱いが求められる

仮に三つの要件を満たす場合にも、以下の点に留意すべきである。

- (1) 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断は、担当のスタッフ個人（または数名）では行わず、施設全体としての判断が行われるように、あらかじめルールや手続きを定めておく。特に、10頁の①で述べたような、施設内の「身体拘束廃止委員会」といった組織において事前に手続き等を定め、具体的な事例についても関係者が幅広く参加したカンファレンスで判断する態勢を原則とする。
- (2) 利用者本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう努める。その際には、施設長や医師、その他現場の責任者から説明を行うなど、説明手続きや説明者について事前に明文化しておく。
仮に、事前に身体拘束について施設としての考え方を利用者や家族に説明し、理解を得ている場合であっても、実際に身体拘束を行う時点で、必ず個別に説明を行う。
- (3) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合についても、「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除すること。この場合には、実際に身体拘束を一時的に解除して状態を観察するなどの対応をとることが重要である。

3 身体拘束に関する記録が義務づけられている

- (1) 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しなければならない。

参 考

■介護保険指定基準に関する通知

「緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しなければならないものとする」

- (2) 具体的な記録は、24、25頁のような「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」を用いるものとし、日々の心身の状態等の観察、拘束の必要性や方法に関わる再検討を行うごとに逐次その記録を加えるとともに、それについて情報を開示し、ケアスタッフ間、施設全体、家族等関係者の間で直近の情報共有する。

この「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」は、施設において保存し、行政担当部局の指導監査が行われる際に提示できるようにしておく必要がある。

身体拘束に関する説明書・経過観察記録（参考例）

【記録1】

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書

○ ○ ○ ○ 様

- あなたの状態が下記のABCをすべて満たしているため、緊急やむを得ず、下記の方法と時間等において最小限度の身体拘束を行います。
- ただし、解除することを目標に鋭意検討を行うことを約束いたします。

記

- A 入所者（利用者）本人又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い
- B 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない
- C 身体拘束その他の行動制限が一時的である

個別の状況による拘束の必要な理由									
身体拘束の方法 〈場所、行為（部位・内容）〉									
拘束の時間帯及び時間									
特記すべき心身の状況									
拘束開始及び解除の予定	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">日</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">時から</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td style="text-align: center;">時まで</td> <td></td> </tr> </table>	月	日	時から		月	日	時まで	
月	日	時から							
月	日	時まで							

上記のとおり実施いたします。

平成 年 月 日

施設名 代表者 印
記録者 印

（利用者・家族の記入欄）

上記の件について説明を受け、確認いたしました。

平成 年 月 日

氏名 印
（本人との続柄）

【記録2】

緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録

○ ○ ○ ○ 様

月日時	日々の心身の状態等の観察・再検討結果	カンファレンス参加者名	記録者 サイン

転倒事故などの法的責任についての考え方

介護保険施設等の中には「理念としては身体拘束廃止に賛成だが、現実の問題として、もし、転倒事故などが発生すれば、『身体拘束をしなかったこと』を理由として、損害賠償等の事故責任を問われるのではないか」という不安をもつ施設もあるが、事故の法的責任については、次のような考え方を基本とすべきである。

1 身体拘束をしなかったことを理由に事故責任を問われるのか

(1) 介護保険制度においては、介護サービスを提供する際の基本的な手順として、アセスメントの実施から施設サービス計画等の作成、サービスの提供、評価までの一貫したマネジメントの手続きを新たに導入するとともに、他方では、身体拘束を原則禁止している。これは、基本的に身体拘束によって事故防止を図るのではなく、ケアのマネジメント過程において事故発生の防止対策を尽くすことにより、事故防止を図ろうとする考え方である。

(2) したがって、こうした新たな制度の下で運営されている施設等においては、仮に転倒事故などが発生した場合でも、「身体拘束」をしなかったことのみを理由として法的責任を問うことは通常は想定されていない。むしろ、施設等として、利用者のアセスメントに始まるケアのマネジメント過程において身体拘束以外の事故発生防止のための対策を尽くしたか否かが重要な判断基準となると考えられる。

(3) 具体的には、身体拘束は、他の事故防止の対策を尽くしたうえでなお必要となるような場合、すなわち22頁で述べた三つの要件（①切迫性②非代替性③一時性）を満たす「緊急やむを得ない場合」にのみ許容されるものであり、また、そのようなごく限定された場合にのみ身体拘束をすべき義務が施設等に生ずることがあると解される。

なお、身体拘束そのものによって利用者に精神的苦痛を与えたり、身体機能を低下させた結果、転倒、転落等の事故などを招いた場合には、「身体拘束をしたことを理由に、損害賠償等の責任を問われることもある」ことに留意したうえで、身体拘束を行う場合には必要最小限度とする配慮も必要である。

2 ケアのマネジメント過程においてどのような点に注意すべきか

(1) ケアのマネジメント過程で注意すべき点は何か。まずは、利用者それぞれに、転倒事故などの可能性や要因をアセスメントする必要がある。そのうえで、事故の要因が把握された場合には、ケアプランの内容を工夫することとなるが、その際には、利用者の尊厳の保持を基本に、生活や行動の自由、自立の促進といった価値と、身体の安全という価値のバランスをきめ細かくとるという観点が重要である。また、必要に応じて再アセスメントを行い、新たな事故発生要因の発見に常に努めることも重要である。

■転倒を未然に防ぐためのアセスメント例

- 視覚（視力、視野など）、聴覚、バランス感覚などの低下はどの程度か
- 拘縮、麻痺などによる運動機能の低下はどの程度か
- 起居・移動動作はどのように行っているか
- 体調（低血圧、めまい、発熱など）、パーキンソン病や痴呆症などの疾病の状況はどうか
- 転倒を起こすような薬（催眠剤、降圧剤、抗うつ剤、狭心症治療剤など）は使用していないか
- 生活環境（床、照明、段差、手すりなどの施設・設備環境や、介護用具、衣服、履き物など）はどうか
- 転倒したことがある場合、いつ、どのような状況で、何が原因で転倒を起こしたのか

- (2) 事故の可能性や要因をアセスメントする際には、利用者の状況だけでなく、居室の床や廊下の凹凸、照明の配置や明るさなど施設の設備・構造面のアセスメントも不可欠である。
- (3) 利用者や家族は、ケアを提供するうえでのマネジメントの目的や意義、重要性を十分に理解していないこともあるので、施設等において説明を十分に行い、アセスメントの実施から施設サービス計画等の作成までの一連の過程に利用者や家族の参加を促すことが必要である。サービス提供に至るまでの過程と根拠が不明確ならば、利用者や家族としては、事故という結果をもってサービスを評価せざるを得ないのである。
- (4) したがって、アセスメントの実施から施設サービス計画等の作成までの一連の過程やそれに基づくサービス提供についての記録を整え、サービス提供の過程と根拠を常に確認できるようにしておくことも必要である。
- (5) 上記のような利用者それぞれに対する対応のほか、施設全体として、①どのような場合に、どのような事故が起きやすいのか、そのパターンの把握に努め、事故防止を図る、②緊急時の対応マニュアルを作成し、かつ、実際に対応できるよう訓練しておく、③損害保険に加入し、その内容を十分確認しておくなどの事前の対策を講じておくことが最低限必要である。

③ 事故が発生した場合、どのような対応が必要か

事故の内容により対応も異なるが、事故責任が施設等にあるか否かに関わらず、サービス提供者として、一般的には次のような対応が必要と考えられる。

- (1) 事故発生（発見）直後は、救急搬送の要請など、利用者の生命・身体の安全を最優先に対応する必要がある。
- (2) 利用者の生命・身体の安全を確保したうえで、速やかに家族に連絡をとり、その時点で明らかになっている範囲で事故の状況を説明し、当面の対応を協議する。なお、事故の内容によっては、事故現場等を保存する必要もある。さらに、市町村等への連絡を行うことが必要な場合もありうる。
- (3) 事故に至る経緯、事故の態様、事故後の経過、事故の原因等を整理・分析する。その際には、アセスメントの実施から施設サービス計画等の作成までの一連の過程や、それに基づくサービス提供に関する記録等に基づいて行うことが必要である。
- (4) 利用者や家族に対し、(3)の結果に基づいて、事故に至る経緯その他の事情を説明する。
- (5) 事故の原因に応じて、将来の事故防止対策を検討する。また、事故責任が当該施設等にあることが判明している場合には、損害賠償を速やかに行う。

■身体拘束と事故責任の関係を考えるうえで参考になる裁判例

(東京地裁平成8年4月15日判決・判例時報1588号117～123頁)

心筋梗塞の疑いで入院した78歳の女性が入院19日目にベッドから転落し、右側頭部を打撲し、さらに、入院28日目にベッドから転落し、側頭部を強打して死亡した事案。

この女性には軽度の痴呆があり、また、パーキンソン病による体幹四肢機能障害及び上肢から手指にかけて振戦が見られ、さらに視力も低下していた。

これらの事実、そして看護計画に「夜間ベッドから落ちる」という問題点に対し、「頻回に訪室する」などと記載されていたことから、裁判所は、病院側は2回目の転落事故を予見できたとした。

そのうえで、裁判所は、この予見に基づいてどのような措置をとるべきかは、①予測される結果の重大性、②結果発生の蓋然性、③結果発生を防止する措置の容易性、④有効性、⑤その措置を講ずることによる医療上・看護上の弊害等を総合的に考慮して判断するべきとした。

そして、この判断基準に照らして、抑制帯を使用すべきであったか否かを検討し、抑制帯は患者の身体の自由を拘束し、精神的苦痛が大きく、リハビリの妨げになることなどを指摘し、病院側に抑制帯を使用すべき法的義務はないと判示した。

他方で、裁判所は、1回目の転落の後、看護方針として頻回な訪室を決めておきながらそれを実施していなかった点をとらえ、適切な看護を受ける期待を侵害したとして、結局病院の責任を認めている。(本件は、控訴審で和解したという。)

上記の例は、下級審の一判決にすぎず、介護保険施設の事案でもない。また、息子が女性に付き添っていたなど個別的な要因もある。しかし、転落の危険性が予測される場合であっても、裁判所は、患者の安全だけに偏るのではなく、身体の自由やリハビリの促進と安全のバランスがとれた看護計画の作成とその確実な実施を求めており、安易に身体拘束を肯定していない点に注意する必要がある。このような裁判例の存在からも、ケアのマネジメントの必要性が法律で明確に定められた介護保険法の下では、アセスメントや施設サービス計画等の内容の充実とその実施こそが一層求められるものと思われる。

介護保険法及び関係法令において、「身体拘束原則禁止」と「施設サービス計画等の作成などのマネジメント」が明確化されたことにより、今後は、この裁判例のような判断が下される可能性が高まったと考えられる。そして、「身体拘束をしなかったことを理由にして施設等が責任を問われることは原則としてないこと」や、「むしろケアのマネジメントをどのように行ったかという点が重要であること」が、施設等のケアを提供する者の間でも、利用者本人や家族などサービスを受ける者の間でも、共通の理解となっていくことが期待される。

寝たきり老人ゼロ作戦の推進などにより、日中ベッドで寝たきりになっている高齢者は激減したが、一方で、車いすに座っている高齢者を多く見かけるようになった。

ところが、介護保険施設等で使用されている車いすの多くは、座面と背面が2枚のシートで構成された簡単な折たたみ式のもので、短距離の「移動」には便利だが、「座る」ための用具としては十分な機能をもつものではない。30分以上同じ姿勢で座り続けることは困難であり、人によっては苦痛を伴う場合もある。

そのため、立てる人は立ち上がってその車いすから離れようとし、自力での立位が困難な人は滑り出してその状況から逃れようとする。それを防止するために、ベルトや拘束帯が使われる例が少なくない。

うまく座れないのは本人の能力というよりは、車いすに原因がある場合が多い。うまく座れないからといって、車いすに拘束すべきではない。ある一定時間以上座るのであれば、「座位保持機能」の高い車いすやいすを用いるべきである。

1 あなたは「車いす」に、一日中座れるだろうか

(1)「車いす」は、歩行が困難な人の移動手段として発達し、自動車などに積み込むために軽量になり、さらに折りたたんで運べるようにもなった。折りたためることは非常に便利なことから、歩行が難しくなると、車いす、しかも折りたたみ式のものを用いることが多くなった。

しかし、こうした車いすは、座面と背面に簡易な2枚のスリングシート（布、ビニール、革などでできている）を張ったもので、短距離の「移動」には便利だが、長く「座る」ような構造にはなっていない。スリングシートの車いすに座っている高齢者によく見られるのは「滑りすわり」や「斜めすわり」と呼ばれるものである。こうした姿勢を長時間続けると、じょく創が生じたり、車いすから転落する危険性が高まり、身体拘束につながることとなる。身体拘束が行われるのは、このように本来一定時間以上「座る」ことに向いていない車いすを使用しているケースが多いのである。

(2)歩行が困難な高齢者にふさわしい車いすとはどのようなものだろうか。車いすといえば、これまでは「車」の部分が強調されてきたが、一日の大半を座って生活するような高齢者にとっては「いす」という部分が非常に重要な意味をもっている。

したがって、「移動能力（移動が容易である）」ということ以上に、「座り心地（長く快適に座れる）」や「機能性（手や足の操作を妨げない）」、さらに「生理的安全性（じょく創や脊椎の変形を生じさせない）」「介護のしやすさ」などが重要な条件となってくる。

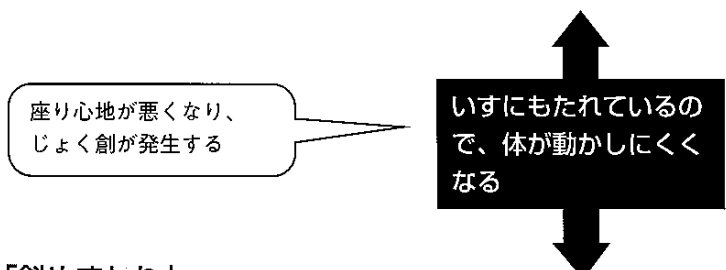
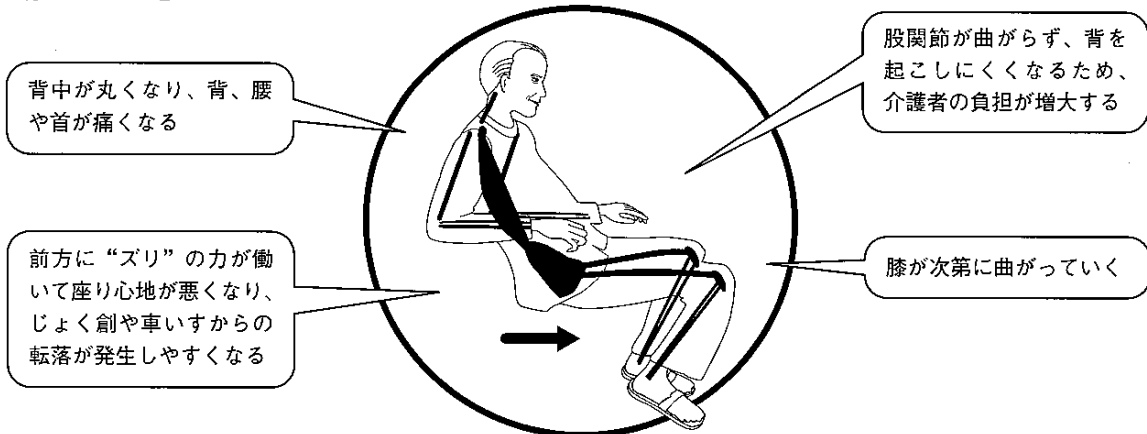
残念ながら、現在の車いすの多くは、こうした条件を満たしていない。したがって、高齢者の身体機能の状況に応じて車いすといすを使い分け、例えば、移動は「車いす」で行い、食事などはしっかりした「いす」に座って行うことを考えるべきである。食事をしっかりした「いす」に座って行うことにより、食事動作の自立度が高まることも多い。

●「滑りすわり」と「斜めすわり」

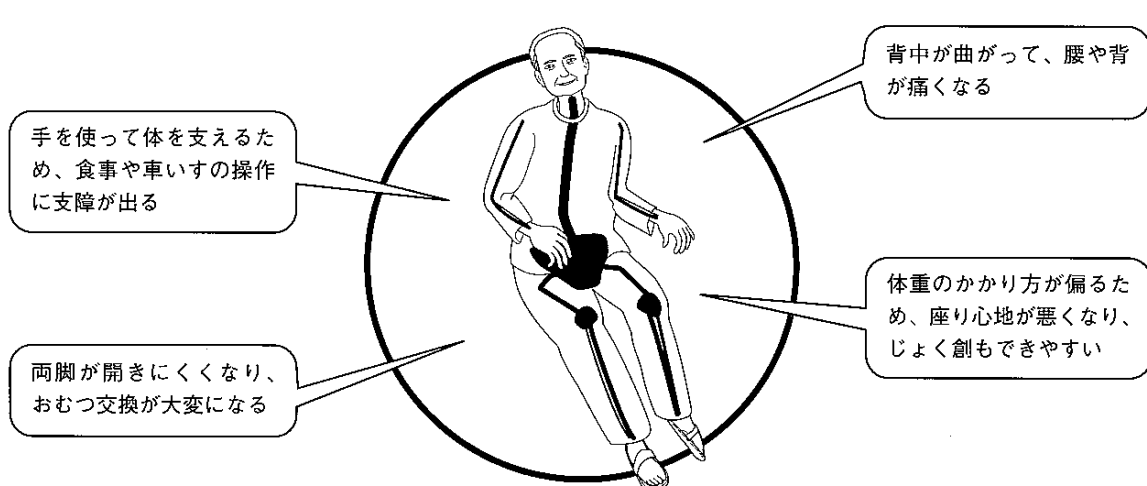
介護保険施設等でよく見かける姿勢は、「滑りすわり」と「斜めすわり」である。人間が座るときに重要なのは、骨盤の位置である。「滑りすわり」は骨盤が後方に傾斜した姿勢、「斜めすわり」は骨盤が横に傾斜した姿勢である。アームレスト（肘掛け）をしっかり握っているような場合は「斜めすわり」になっている。

こうした姿勢を長時間続けると、高齢者にとって苦痛であるだけでなく、じょく創や拘縮の原因となったり、いすから転落する危険性が高い。

「滑りすわり」



「斜めすわり」



2 「座位保持」の重要性

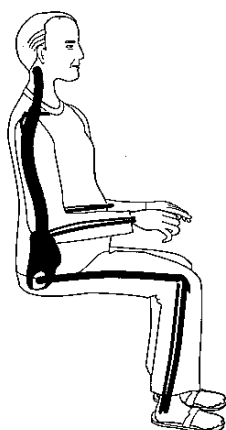
(1)長時間座るような車いすやいすに求められるのは、高齢者が座ったときの姿勢をしっかりと保持する（座位保持）機能である。

座位保持では、まず「バックレスト」が重要となる。これは、我が国では「背もたれ」と訳されているが、本来の意味は「背やすめ」であり、機能的なバックレストは後傾しがちな骨盤を一定の位置に保持する重要な役割を担っている。さらに、「座面」の工夫も重要である。硬い座面は座骨部に負担が集中し、長時間の使用に適さない。

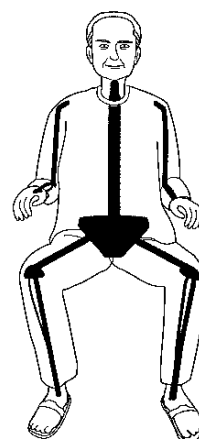
最近では、臀部のみならず大腿部でも適度の支持ができるように設計段階から座圧分布を考慮した立体的な形状に進化しており、しかもクッションの硬さも十分吟味されるようになってきている。こうした「バックレスト」や「座面」の工夫により、「滑りすわり」や「斜めすわり」のような骨盤の滑り出しや異常な傾きを防ぎ、長時間安定した快適な座位の保持が可能となる。

「基本姿勢」と「基本いす」

●基本姿勢：めざすべき基本的な姿勢



部位	肢位
骨盤	わずかな前方傾斜、回旋はない
股	屈曲約90度、わずかな外転・外旋
膝	屈曲約90度
足	屈曲約90度
脊椎	腰椎軽度前わん、胸椎軽度後わん、 頸椎軽度前わんでの垂直姿勢
肩甲帯	中間位
頭部	中間、垂直位、眼水平
上肢	アームレストまたは大腿の上で リラックス



●基本いす：座位保持に基本的に必要な機能を備えた「いす」

(必要な機能)

- ・しっかりと安定した背と座面
- ・必要であれば腰あて（ランバーサポート）も使用
- ・背や座面のクッション性に配慮

(2)高齢者の「座る能力」は心身の状態や機能によって大きく異なるため、座位保持の方法も個々の高齢者で異なってくる。また、ある時点では適合していたとしても、高齢者の状態が変化した場合には、その変化に応じた修正が必要となる。したがって、高齢者に適合した座位保持を行うためには、その本人の「座る能力」を適切にアセスメントしたうえで、その状態に応じた個別的な対応を行うことが重要となる。

最近では、アームレストや座面の高さ、背の角度などが調節できたり、部品の組み替えができたリする「モジュール型車いす」も開発されており、使う人の能力や状態、体格などに適合した対応が容易になってきている。

●「座位保持」において留意すべきこと

<車いすの寸法>

標準型の車いすの多くは、旧JIS規格大型が使われており、座幅と奥行きがともに40cm以上となっていることから、高齢者の体型に適合しないケースが多い。座幅、奥行きが合わない車いすは座位姿勢の崩れを引き起こし、車いす駆動をはじめとするすべての動作を阻害することになるので注意する必要がある。

<ベッドのギャッジアップと座位の関係>

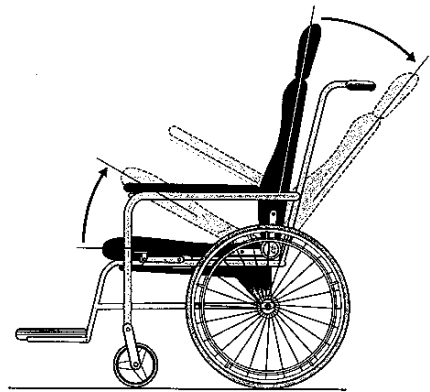
車いすでの食事等に困難がある場合、ベッド上で食事や排せつを行うことがある。こうした場合には、ベッドのギャッジアップを利用して座位を保とうとすることが見受けられる。

しかし、ギャッジアップ姿勢は骨盤の後傾が大きく、「滑りすわり」になりがちであり、運動学的には「いす座位」の分類には入らない。また、ベッドのマットレスは寝るためのクッション性が高く、ベッドの端で座位能力の低下した高齢者に端座位をとらせるのは無理がある。食事や排せつは座位姿勢で行うのが合理的であり、ベッドをいかに離れて座位を確保するかが重要である。

<ティルト機能について>

ある肢位を維持したまま、全体として角度を変えることができる機能。全体の角度が変わると、①臀部にかかっていた力を背中中で受けるなど、あたる位置が変わる、②姿勢が重力でつぶれない、③身体を戻したとき、身体のずれが少ないなどの利点がある。

この機能は、姿勢を垂直に保持できない人に有効であるが、頭を支持するためにヘッドレストが必要である。

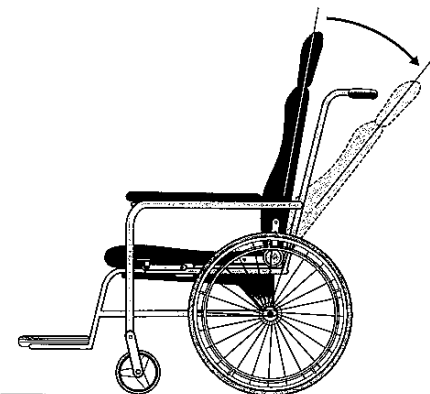


<リクライニング機能について>

背面（バックレスト）が後方へ傾き、座面との間の角度を変えることができる機能。これにより食事をとるときやテーブルで作業を行うときは、背を起こして使い、休養するときには背面を倒すことができる。

また、移動時に安定した座位を確保する必要がある場合などにも役立つ機能である。股関節の可動域制限がある場合には不可欠な機能といえるが、背面だけを傾ける機能なので、角度によっては滑り出しの姿勢となることが多く、注意が必要である。

なお、ティルト機能も併用できるようになっていれば適切な座位姿勢を保持しやすい。



③ 「座る能力」に応じた座位保持の方法

高齢者の「座る能力」を次のような3つのケースに分けて、座位保持の具体的な方法を紹介する。

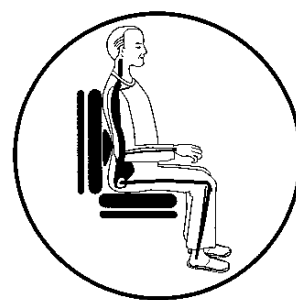
(1) 座位に問題がないケース

- (例) ・特に姿勢が崩れたりせずに座ることができる
・座り心地をよくするために姿勢を変えることができる

- 基本姿勢を目標に、しかし無理のない姿勢で過ごせることが重要である。
- 車いすは、「基本いす」の条件を満たすこと。車いすの走行能力の維持も重要である。車いすからいすに移れるのなら、いすに移ることを検討する。

<基本いす>

- ・しっかりと安定した背と座面
- ・必要であれば腰あて（ランバーサポート）も使用
- ・背や座面のクッション性に配慮



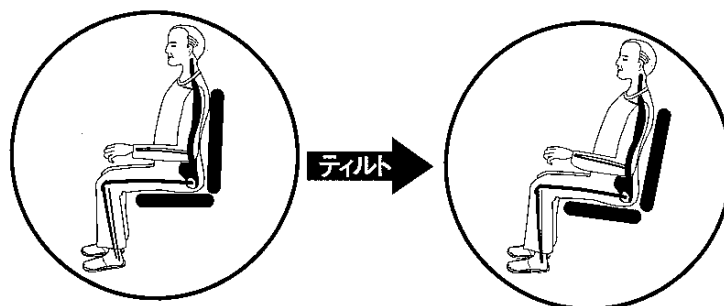
(2) 座位に問題があるケース（「滑りすわり」や「斜めすわり」）

- (例) ・だんだん姿勢が崩れたり、手で身体を支えている
・自分で姿勢を変えることができない

- 自立を可能とするための座位保持と安楽性が重要である。

「滑りすわり」が見られる場合

- ・原因としては、バックレスにもたれかかっていることがあげられる。
- ・これを防ぐためには、「基本いす」による座と背のしっかりした支持に加えて、滑りを弱めるための座角度の設定（わずかなティルト→33頁参照）や骨盤の後傾を防ぐための腰椎支持などが必要となる。



滑りすわり

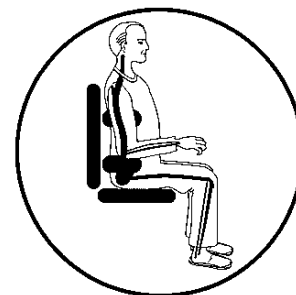
1. 基本いす
2. わずかなティルト

「斜めすわり」が見られる場合

- ・「基本いす」による座と背のしっかりした支持に加えて、体幹を左右から支えるパッド等が有効である。

斜めすわり

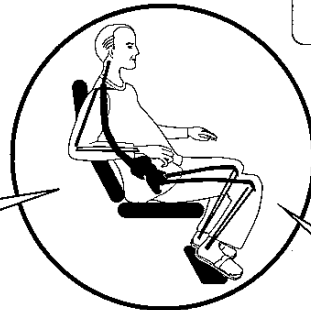
1. 基本いす
2. 左右からの体幹の支え



変形がある場合

「基本いす」をめざすが、安楽性を第一に考える。
背や膝の曲がりに合わせた調整を行う。

背もたれは背の曲がりに合わせ、顔が上向きになるようにする



変形

基本いすを目標とするが、安楽性を優先

膝の曲がりに合わせる
足部への対応も必要

(3) 座位がとれないケース

(例) ・座ると頭や体がすぐに倒れる

・リクライニング機能のある車いすを使用したり、ベッドで横になっている時間が長い

○じょく創や嚥下などの生理機能の維持を第一に、クッションの選択やテイルト機能の選択を行う。

・じょく創が起こる原因は、①身体にあたる圧力、②圧力がかかる時間、③あたっている身体組織の耐久性などである。寝ていて起こることは、座っていても起こるということに留意する必要がある。

また、車いすやいすのクッションの選択にあたっては、厚めで減圧できるものが必要となるが、「円座」は滑りすわりやじょく創発生の原因にもなり、使用するべきではない。

参 考

■車いすの調整を行い、拘束を解除した例

- ・利用者：78歳、女性（施設入所者）
- ・診断名：脳梗塞
- ・ADL状況：車いすへの乗り移りは介助が必要。

施設内は車いすでの移動可能。

◎車いす調整前の状態

施設の車いすの奥行き・幅が不適合であったため、ずり下がった姿勢になり、アームレストの高さが合わず、車いすの操作も困難であった。日によって、車いすからのずり落ちがひどい場合には、拘束帯を用いる必要があった。

◎車いすの調整とその効果

使用している車いすに座シートの車いすクッション、バックレスト専用のクッションを用いて対応。座面の奥行き調整として、バックレストに6cm厚のクッションを固定。座面には板と車いす専用クッションをのせた。これらの対応により車いす座位姿勢は安定し、拘束帯の必要性はなくなった。

◎生活内容の変化

座位時間が1時間以上となり、施設内の趣味活動への参加も多くなり、離床時間が延長した。食事も前かがみの姿勢がとれるようになり、こぼすことがなくなった。

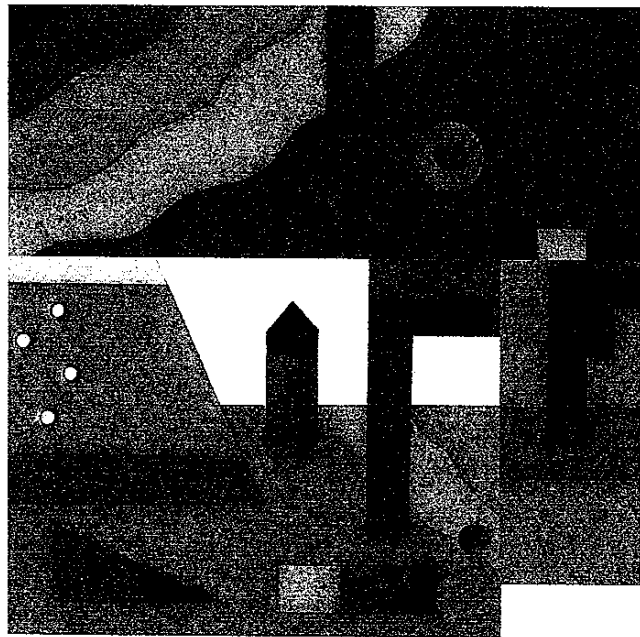
参考文献

1. 『縛らない看護』吉岡充、田中とも江 編 医学書院 1999年
2. 『痴呆の人の医療・福祉のサービスにおける拘束の実態～介護家族の立場から～』三宅貴夫 社団法人呆け老人をかかえる家族の会 1999年
3. 『老人虐待の予防と支援』高崎絹子、佐々木明子 他 日本看護協会出版会 1999年
4. 『医療は「生活」に出会えるか』竹内孝仁 医歯薬出版 1996年
5. 「特別企画－抑制をしないケアは可能か－」臨床老年看護 6(6) 1999年
6. 「『抑制廃止』をめぐる神話と真実」かんご11 (臨時増刊号) 1999年
7. 「特集－何が“縛らない”看護を支える」看護学雑誌 9 1999年
8. 「特集－抑制をしない看護」看護管理 8 1996年
9. 『身体抑制回避を目指して－意識調査と現状分析からの検討－』木村ゆかり 他 第7回介護療養型医療施設全国研究会抄録集 206 1999年
10. 「抑制をしない看護・介護の実際」竹内スエ子 痴呆介護 1(2) 2000年
11. 「痴呆の治療ガイドライン 痴呆老人の介護 治療における身体拘束と隔離」小澤勲 精神科治療学 14 (増刊) 1999年
12. 「実践へのアドバイス 看護事故を防ぐ 身体拘束中の事故を防ぐ(1)」富永利夫 看護実践の科学 24(4) 1999年
13. 「実践へのアドバイス 看護事故を防ぐ 身体拘束中の事故を防ぐ(2)」富永利夫 看護実践の科学 24(5) 1999年
14. 「質を問われる医療・看護 たえば患者を『抑制』することは？」からだの科学 195 1997年
15. 「抑制は、ほんとうに人権侵害か。」日総研グループ 高齢者ケア2000 別冊
16. 「抑制への道のり①・②」看護学雑誌 62(6・7) 1998年
17. 「拘束を減らすための環境改善」看護研究 24(5) 1991年
18. 「海外の文献に見る抑制をしない方法」看護 49(6) 1997年
19. 『高齢者虐待防止マニュアル早期発見・早期対処』高齢者処遇研究会 1997年
20. 『在宅老人看護ケアのマニュアル作成事業報告書』日本訪問看護振興財団編 2000年
21. 「実務座談会・身体拘束ゼロをめざして(上・下)」月刊介護保険 2000年11月号、12月号
22. 『介護保険施設で身体拘束をしないために』日本看護協会 1999年
23. 『かながわ拘束のない施設づくりのガイドライン(試案)』拘束なき介護検討プロジェクトチーム、神奈川県福祉部高齢者施設課 2000年3月
24. 『抑制(身体拘束)除去困難事例集』北海道抑制廃止研究会編 2000年
25. 『第17回シンポジウム抑制を考える(Part I)』老人の専門医療を考える会 1999年
26. 『第18回シンポジウム抑制を考える(Part II)』老人の専門医療を考える会 1999年
27. 『第20回シンポジウム抑制を考える(Part III)』老人の専門医療を考える会 1999年
28. 「英国の高齢者虐待のためのガイドライン」現代のエスプリ(ファミリーバイオレンス)6 1999年
29. Myths about elderly restraint image
Evans L. K. & Strumpf N. E. *The journal of nursing scholarship* 22 1990
30. *Towards a Restraint-Free Environment*
Judith V. Braun & Steven Lipson Health Professions Press, USA 1993
31. 「車「いす」について考えてみましょう」
廣瀬秀行、木之瀬隆、清宮清美、佐藤真理子(財)テクノエイド協会 1999年
32. 「高齢者の車いす座位能力分類と座位保持機能」
木之瀬隆、廣瀬秀行 *Rehabilitation Engineering* 13(2) 4-12 1998年
33. 「車いすの選び方・使い方」日本リハビリテーション工学協会編 2000年
34. 「車いす使用高齢者の移動能力向上と生活展開に関する事例考察」齋藤芳徳、外山義、宮本晃、田中理、今吉晃、野島由紀、佐鹿博信 第15回リハ工学カンファレンス 2000年

事例編



身体拘束ゼロに取り組む 病院や施設



縛らない看護で病院改革 — 拘束廃止を決意・実行

東京都八王子市 上川病院

精神科単科の病院として1970年に設立された上川病院は、1984年に内科・リハビリテーション科病棟を併設し、高齢者医療への取り組みを開始、1996年より精神科全床を老人性痴呆疾患療養病棟とし高齢者医療専門の病院となった。病床は126床、うち113床が介護保険適用ベッド、療養型・痴呆疾患ともに介護療養施設サービス費（I）の人員基準を届け出ている。1986年より抑制廃止に取り組み、現在、院内グループホームケアやリハビリテーション等新しい痴呆ケアを試みている。

上川病院でも過去において2年間、患者さんを「縛っていた」時期がある。ベッドから転落しやすい人の転落防止、夜間の徘徊、オムツはずし、点滴の抜去。これらが「縛る」主な理由であった。当時縛っていたのは、夜勤帯の看護婦と今は廃止になった付添婦が主であったが、あるとき、一人の付添婦がそれを「胴締め」と呼んだことで、いくら「抑制」といった言葉を使ったとしても、その本質は「縛る」ことに他ならないと気づいた。

「縛る」理由としてあげられるのは「患者さんの安全確保」だが、本当のところほとんどは医療を提供する側の都合で縛っていたといっよい。なぜなら、「縛る」以外に患者を管理する方法を知らなかったからだ。「縛る」ことが、当時考えられる最上の手段だったのだ。

しかし、拘束の結果としていくつかが起きていた。患者の身体的・精神的な状態の悪化である。そのころ、患者さんを寝かせきりにしておくことが廃用性症候群の原因になっていることに私たちは気づいていなかった。拘束することにより患者は動くことができなくなり、廃用性症候群を生じるという悪循環が起きる。

しかしスタッフは「老人とはそういうものだ」「具合が悪くなり治療した結果起きたことだから、それはその人の寿命である」としか考えない。患者さんの病名や症状のせいにして、看護のあり方を見直そうとはしない。

そのような現場で働いていると、怖いことに、看護婦が患者を「縛っている」ことに抵抗がなくなり、患者を人として見なくなる「モラル（道徳）及びモラル（士気）の低下」が起きる。そして専門職である看護婦としての誇りがもてず、向上心もわかない状況になる。

責任者が責任をとると宣言した

その上川病院で、縛らないケアを可能にしたものは、

- ①「拘束」を「縛る」にいい換えたこと
 - ②病院中のひもというひもは、包帯までも捨てたこと
 - ③トップダウンとして「患者さんを縛ってはいけません」と宣言をし、「責任は責任者がとる」と伝えたこと
- また、後戻りをしないために
- ④看護管理者はスタッフと現場を共有し、一緒になって縛らないですむ知恵を出し合い、工夫をし、解決方法を考えたこと
- の4点であろう。

それらに対するスタッフの反応は、次のようなものであったが、責任を明確にした看護管理者の姿勢がスタッフの心にこのような変化をもたらしたと考えられる。

- ・看護記録に「縛る」とは書けない
- ・患者をよく見るようになり、拘束具に頼ら

- ないケアを考えるようになった
- ・本当は縛る看護はしたくない
- ・責任をとるとまでいうなら本気なのだ。ついでいこう
- ・縛ることの非効率さに気づいた
- ・案ずるより生むが易しであった
- ・意識改革ができた
- ・発想の転換ができるようになった
- ・縛る看護を行っていたころの罪悪感がなくなった
- ・患者さんの表情が穏やかになり、病院内も明るくなった
- ・スタッフ自身が楽しく働けるようになった

五つの基本的ケアを徹底することで拘束の85%は防ぐことができる

ベッドに寝かせきりの生活からは何も始まらないと考え、基本的なケアを徹底して行った。例えば、①離床し、ベッドでの生活から車いすの生活へ、②ホールでの食事摂取、脱水予防にくず湯で水分摂取、③トイレでの排せつ（座ると腹圧がかかり残尿が排せつされることで不快感が減少する）といったことである。「起きること」「食べること」「排せつすること」、これらは生きていくうえで欠かすことのできない行為である。これらの実践から五つの基本的ケアにまとめていったのであるが、その過程で利用者の個別性が大切であることを実感した。また、環境も重要な要件であることも理解できた。

痴呆性高齢者が起こす問題行動の85%はスタッフ側のケアのまずさによるものである。問題とされる行動には必ずその人なりの意味や理由があり、痴呆性高齢者のとる行動を厄介な困った

問題行動ではなく、記憶障害、認知障害や、見当識障害から起きる不安、混乱している姿ととらえる必要がある。五つの基本的ケアを徹底すると、患者の個別性が見え、ある程度の行動を予測することができ、危険性を回避できるようになる。また、スタッフのアセスメント能力が向上し、患者の立場に立つケアができるようになる。そこには「縛る」という考えはなくなり、安心、安全、快適をキーワードとして療養環境の整備・ケアの工夫と開発・技術を蓄積していくことができるようになったのである。

同じことを繰り返さないために考える

しかし、これだけでは以前のように拘束が安易に容認される状態に戻らないという保証はない。そこで、院内を訪問者に公開し、病棟の雰囲気やスタッフの動き、患者の姿を見ていただき、縛らない看護についてディスカッションし、ユーザーの立場から考えてもらうようにした。

看護雑誌、マスコミからも取り上げられるようになり、外部にも縛らないケアの取り組みを発表した。老人病院の研究大会で発表される安全帯の工夫に対し、「いかなる工夫も外部に見た目をよくしただけにすぎない。拘束帯はあくまでも縛る道具であり、患者に苦痛を与えるものだ」と反論したこともあるが、この反論に賛同された人たちからの病院見学の依頼が多くなった。こうしたことで日常的に外部の目が入ることとなり、スタッフに適度な緊張が生まれ、いつ見られても恥ずかしくないケアをするという態勢ができあがった。

ある看護婦が辞めて、当院でも「寝衣で」1件、「シーツで」1件、「エレベーターに閉じ込

縛らない看護で病院改革 — 拘束廃止を決意・実行

める」1件という拘束の事実が発覚した。夜勤帯は少数の夜勤スタッフのみなので密室化する。拘束を行っていたのが個性の強い看護婦だったため、周囲は皆、黙っていたのだ。あつてはならないことが起きたことに愕然とし、危機意識をもった。事後ではあつたが看護婦全員で話し合いをもった。「あなたは縛られたいか」「あなたの親は縛られたいか」と問い続けた。看護婦としてやつてはならないことを自覚すること、報告、連絡及び相談が必要であり、その一つひとつを確認することが重要であること、人間として成長することの大切さなどについて話し合った。このことがきっかけとなり、各自、自分の行っているケアを振り返ることになった。

身体拘束廃止については一部の賛成派を除き、「医療の遂行に必要」「転ぶおそれがある」「歩いて転んで骨折すると患者が苦痛」「患者の安全を守るため」「事故が起き責任を追求されると困る」「家族からクレームがくる」と、人手不足を理由に、縛らずにケアはできないと論じられ、縛ることによって介護側が抱える問題としてのジレンマ論が主流であった。

当時は、縛らないことに対しては直接批判めいた反論は聞こえず、「あそこは特別な病院なんだ」「人手が多いからできる」「患者さんの状態が軽い」などと評されていた。上川病院では面会2日前に縛りを解いていると噂されたこともあった。

縛らないケアを徹底することで院内外に変化が起きた

院内でグループホームを開設し、医師、看護婦、介護スタッフ、リハビリスタッフの間で痴呆ケアの勉強会を開始した。そこで「五つの基

本的ケア」「痴呆とは」「問題行動とは」「問題行動が生じる過程」「痴呆がよくなるとは」「抑制死*とは」「転倒と抑制の悪循環」を定義化した。また、同時期に、痴呆性高齢者の転倒問題に理学療法士（PT）が取り組み、活発なチームアプローチを始めた。

1997年10月、横浜における介護療養型医療施設全国研究大会において身体拘束のパネル発表を行った。パネルの前に大勢が集まったことは関心の高さを示していたが、質問は経管、点滴の数に終始した。

「上川病院は軽い患者だから拘束しないですむ」と考えられていたのか、拘束に至らせないための看護・介護の説明や、五つの基本的ケアのうち「起きる」「食べる」「排せつする」についての説明については理解は得られなかった。しかし、「抑制死」の考え方は注目された。このことについては黙って聞くか、うなずく者がほとんどであった。この定義はわかりやすく図式化されているので、拘束の経験をもつ看護婦や今も拘束をしている看護婦たちには、体験的にも理解されたようだ。

話は前後するが、1997年6月、有吉通泰先生からの依頼により、福岡介護力強化病院研究会において拘束廃止の講演を行った。これがきっかけで約1年半後の1999年には、福岡で10の老人病院の仲間たちと抑制廃止福岡宣言を発信した。新聞報道によって退路を断たれた10の宣言病院は身体拘束ゼロに向けて努力し始めた。この福岡宣言は全国の老人病院に強烈なインパクトを与え、身体拘束の問題を浮きぼりにすることになった。

拘束の例外がはじめにあってはならない—厚生省令による身体拘束禁止—

福岡から吹いた風は熊本、九州宣言へ、定山溪病院を中心にした北海道宣言へ、特別養護老人ホームからの大阪宣言へと広がっていった。縛らない病院や施設ではケアレベルが向上し、今や「縛る」は死語になりつつある。普通の老人病院にもできたということは、多くの老人病院はやれないのではなく、やらないだけなのだということになる。

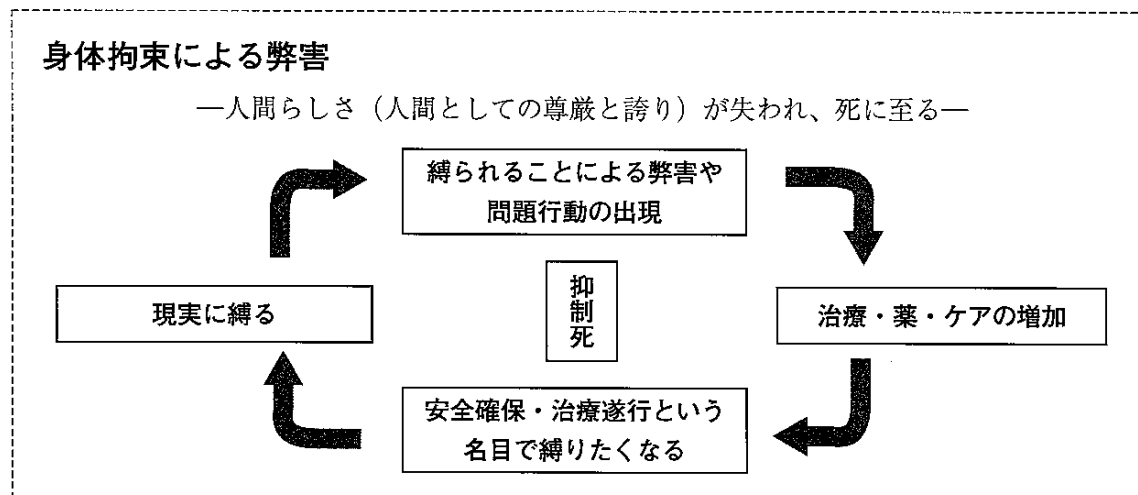
1999年3月には、介護保険において身体拘束を禁止する厚生省令が出されていたが、この仲間たちで2000年3月1日に全国抑制廃止研究会を立ち上げ、抑制廃止のスタンダード（丸の内ワークショップにおける「抑制チェック16項目」及び「抑制が許される場合」）を提示した。

厚生省令における身体拘束禁止規定の解釈通知では、「緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しなければならないものとする」と明記されている。

この意味を噛み砕きケアにあたる必要がある。私たちは、感覚や習慣として拘束する垢を身につけてしまっている。利用者の身に何が起ころうと、利用者に起きている状態をまず落ち着いて受け止め、アセスメントし、拘束を避けるためにあらゆる知恵をしぼり、工夫していく。そうしていく中で、暴力や自傷行為の持続時間はそう長くないこともわかるはずである。まず拘束の例外があってはならない。行政の援護もあり拘束しないケアは確実に広まりつつある。日本の高齢者ケアは拘束の問題を避けては通れない。「抑制死」の概念は無残に亡くなっていった多くの高齢者たちから教えられたものであり、ケアに携わる者たちは、このことを教訓とし、けっして忘れてはならない。

単に高齢者を縛らないということではなく、QOLの探求、人間の尊厳の尊重、人権感覚を身につける努力を続ける病院でありたいと願っている。

*「抑制死」とは、「身体拘束（抑制）されることによって人間らしさが失われ、やがては死に至る」という概念を示すものであり、下図のような悪循環により引き起こされるとされている。



現場での議論、工夫の積み重ねによる廃止

福岡県宮田町 有吉病院

医療法人笠松会有吉病院は、鞍手郡宮田町（人口23000人ほど）にある150床の療養型病床（介護保険病床90床、医療保険病床60床）群である。1980年に19床の有床診療所として開院。当時から長期の付き添いなしの入院に対応し、「より少ない負担でより最適な治療・看護・介護サービスに努力します」を掲げている。

医療圏は直方市、鞍手郡4町が中心で入院患者の約80～85%を占め、従業員の約80%が地域内居住者である。

入院時医学管理料の採用で医療報酬をできるだけマンパワーの確保にあて、日勤夜勤完全分離の勤務体制で職員の労働環境向上に配慮している。

身体拘束廃止のきっかけ

1994年に、福岡県介護力強化病院研究会（のちの福岡県介護療養型医療施設連絡協議会）を結成し、MDS+RAPS（高齢者ケアプラン）などを使って自らの質の向上をめざし年4回の勉強会を行っていたが、拘束をしないケアを実践している上川病院との1997年の出合いが、身体拘束ゼロをめざすきっかけとなる。

当時は点滴の自己抜去を防ぐための拘束帯や、掻きむしりを防ぐためのつなぎ服や、夜間の徘徊を防ぐための施錠を行っていたが、病院内の空気は、「まあこれはしかたないだろう」くらいの認識だった。その「しかたない」ところにメスを入れるかどうかの決断をさせたのは、「たいした治療もないのに、お金のかかる療養型病床群はいらない」という風潮だった。

スタッフにしてみれば、ある日突然トップの決断で身体拘束をやめなくてはならなかったというのが正直なところだろう。今まで必要だと思われていた身体拘束のほとんどが、実はケア不足が原因であることはすぐに理解できても、その具体策がわからない。できない理由を述べる前に伝えられた方針は、「すべての責任は院長と婦長がとります。皆さんはできる限りの工夫をしてください」というものであった。さすがに反論するスタッフは誰もいなかった。

とにかく拘束帯、拘束着、柵付きベッドを撤去し、行動制限をする行為を身体拘束と考え、これは拘束なのかどうかを現場で議論することにした。離床後のティータイムの導入は、患者を元気にしていった。「起きる」ことや環境を整えることの工夫が患者を生き生きとさせ、その変化を喜ぶ職員に、いつのまにか病院全体が明るく活気のある雰囲気になっていく。そして意識を変えれば、誰にでも身体拘束ゼロは実行できることがわかってきた。特別なことではない、当たり前のことである。

取り組むにあたって効果的だったことは、

- (1) トップが決断し、責任の所在を明らかにしたこと
 - (2) 現場ですぐにアセスメントを行い、工夫を重ねたこと
- の2点である。

また、当初はマニュアルを作成しなかったが、ケアに携わるスタッフ一人ひとりが自分のこととして考えるきっかけになった面もあった。

実践の報告

(1)つなぎ服からの解放——「おむつはずし委員会」の発足

ケア不足から生じる身体拘束の代表として思い浮かぶのがつなぎ服であるが、そのほとんどが排せつケアの工夫で不要となる。

当院での排せつケアも段階的に進めていった。

①排せつ後のおむつ交換は速やかに行う

便や尿まみれの不快なおむつの状態を放置せず、できる限りきれいなおむつの状態を維持する。

②個別の排せつパターンをつかむ

定時交換から随時交換を目的に、集中した観察やチェック表使用により、約2週間で排せつパターンをつかむことができる。

③日中のトイレ誘導を習慣化する

人手の多い日勤帯を中心に、トイレ誘導を行う。便意や尿意などの残存能力に目を向けるのではなく、関わるタイミングをとらえ、排せつパターンに沿って誘導することが大切である。

④個別に応じたおむつを選ぶ

日中はトイレでの排せつ、夜はぐっすり眠れる吸収のよいおむつを使用すること。

おむつはずし委員会を発足させ排せつケアに取り組んだところ、約6カ月で、おむつの使用者45%から37%、ポータブルトイレ使用者23%から25%、日中のおむつ離脱が32%から37%と効果をあげている（2000年7月時点）。

コスト面ではひと月に20万円程度のおむつ

代の減額につながっている。

他の施設から転入してきた疥癬患者の中には、掻きむしり予防のためのつなぎ服が使用されていた例が多く見られるが、有吉病院では、疥癬については次のように行っている。

- ・入浴時に皮膚の診察を実施する。
- ・重症である場合、一時的に個室対応とする。
ただし、必ず一時的なものとし、隔離の期間が長期にならないように専門医のコンサルテーションを受ける。
- ・皮膚の保清と適切な薬剤使用に努める。

毎日の入浴で皮膚をきれいにし、軟膏を塗布する。

上記の方法で、この2年間にかなり重症の疥癬の患者の皮膚の状態に改善が見られ、2週間で隔離も解除している。

(2)ベッド柵の使用——業務内容の見直し、見守り強化等に対応

行動制限となるベッド柵の4点使用は行われていないが、圧倒的に多かったのが起き上がりを使用する2～1点使用だった。

ベッド柵を2点使用している患者は150人中60名で、そのうち47%が食事中援助を要しないが移動介助が必要な状態であり、30%が食事・排せつは介助を必要としないが完全自立ではない状態であった。

夜勤者は動きの少ない夜間帯に患者と接していることから、患者のADL評価については日勤者より低めに評価する傾向が見られる。にもかかわらず、日勤帯と夜勤帯のベッド柵の使用数についてはほぼ同じであった。必要とされるベッド柵を目的に沿って本当に正しく使用するアセスメントを継続しなければと考える。

入院時に「ベッドから降りないようにしっか

現場での議論、工夫の積み重ねによる廃止

り柵をしてください」と希望する家族もまれにいる。

ヒヤリハット報告（医療事故防止をめざし、ヒヤリとしたりハットしたりした経験を報告するもの）の中で、転倒・転落の状況をチェックしているが、月平均の転倒・転落事件は22件で全体の15%、骨折事故は年間5～6件である。発生時刻は見守りが手薄になる夕食前と、排尿を感じる早朝の午前4時から5時前後である。業務内容を見直し、見守りの強化と、排せつ誘導で対応している。

(3)向精神薬の使用——薬剤投与を漫然と行うことを予防するシステムとして、次のことを行っている。

①入院時の定期処方の見直しをする

入院時に持ち込まれた内服薬はどの製剤かを確認し、最低限必要なものだけを選別する。

②長期にわたる漫然とした投薬を避けるため、むやみに定期処方しない

緩下剤、睡眠薬などは決して定期処方しない。また臨時処方は5日間投与を基本とし、複数の医師の診断を受ける。

③効果と副作用を正しく確認する

薬剤の効果についてはADLを含め、どこがゴールかを正しく認識し、副作用の状況や副作用が出現した場合の変更方法までも含め、詳細にプランを策定する。重要なのは毎日のミニカンファレンスでチェック項目の再確認を行うことである。

現在、向精神薬使用は7名である。頭部外傷により前頭葉から頭頂葉にかけて大きな損傷があり、かつて職員を殴るためにケアが十分で

きず、つなぎ服を着せられていた50代の男性も服用中だが、現在はもちろんトイレ誘導を行い、つなぎ服は着用していない。興奮も、日内変動はあるものの、1時間かけて面会に訪れる家族からは「言葉も多くなり、表情が出てきて、会話につながるようになった」と喜ばれている。

終わりに

廃止すると決めて取り組めば、身体拘束のうち80～85%は、驚くほど簡単に解決できた。身体拘束ゼロをめざして、残る15～20%の患者の拘束廃止に取り組んだことによって、看護・介護者一人ひとりの意識改革は進み、基本的ケアの一段の向上につながったものと考えている。

身体拘束ゼロの特養ホームを設立

東京都北区 特別養護老人ホーム清水坂あじさい荘

特別養護老人ホームあじさい荘（以下ホーム）は、1998年10月に開設した比較的新しい施設である。その規模はホームベッド120床、ショートステイベッド40床、デイサービス1日45人に加え、在宅介護支援センター・ホームヘルプサービス事業・居宅介護支援事業を行う大型のものである。特にホームについては、開設時の入居は措置制であったが、介護保険導入を踏まえて入居者を決定した。具体的には、徘徊のある痴呆・ADLの著しく低下した入居待機者を優先したのである。徘徊のある痴呆老人は、それまでもホームから敬遠される傾向があり、比較的待機期間も長くなっていた。結果的には120名の入居者のうち、主治医の診断書に痴呆の診断名がついていたのは91名であった。ホームの運営方針の第一に「終いの住まいのホームに管理は不要」を掲げ、今日に至っている。

入居者への事前調査

当時1年以上入居待機していた約500名の中から入居者を決定した。その資料となったのは、行政の担当部署が毎年、待機者の家族に行っている本人の身体・精神状況に関するアンケート調査の結果である。そこから前述した内容で150名をピックアップし、本人への直接面接を行った。この面接は、開設準備にあたった3名の専門職で行っている。事前調査の目的は、現在の暮らしをいかに変えずホームへの受け入れの準備ができるか。つまり、暮らしの場から本人の現在の状況を見るということである。そのため調査内容は、痴呆やADL能力から趣味・嗜好・宗教・生活習慣等にまでおよぶものを準備した。

150名から120名に絞り込むにあたっては、ま

ず主治医や家族からホーム入所不相当や辞退の申し出があった者を除いていったが、特にホームとして対応が難しいとした者は1例もない。120名の入居者がそれまでいた場所は、おおよそ病院が5割、老人保健施設2割、在宅が3割である。そのため調査場所は関東の1都6県にわたった。特に病院・老人保健施設では、つなぎ服・車いすベルト等の身体拘束や終日のおむつなどが見られたのに加え、入院（入所）時から現在まで粥食が続いている者も少なくなかった。

この調査で印象に残った事例を紹介したい。入院期間が1年6カ月になるKさん（75歳・女性）は、寝たきり状態でおむつをつけ、終日をベッドですごしていた。ただし呆けはない。このKさんが入院してからずっと粥食をとっているため、「お粥が好きなのですか？」と尋ねると、「病院の方針らしい」と答えた。また、「好物は」の問いかけには困った様子で黙っている。この「好きな食べ物」の問いかけには、コミュニケーションが成立する入院（入所）者のほとんどがKさんと同様の反応を示した。そこで調査途中から、「さしみ・握り寿司・うなぎのかば焼の中で何が一番好きですか」という質問に変えた。すると「～を食べてみたい」と好みが具体的に変わった。ここで考えさせられたのは、よくいわれる“自己決定”についてである。つまり、望んでも実現しないことは考えないようにしているという状態を続けると、“好物”も思い出さないほどの思考回路になってしまう。それは悲しいほどの順応性である。

身体拘束ゼロの特養ホームを設立

新規採用職員の研修

24時間の介護が必要な老人が、終いの住まいとして暮らす場所がホームである。そこで本人らしい暮らしを継続させるためには、老いや障害をありのままに認めることから始めなければならないと強く感じていた。それが冒頭で述べた「終いの住まい（暮らしの場）に管理は不要」である。しかし、これを掲げたものの具体的には漠然としたものであった。方針をつくりあげるのに役立ったのは採用職員の研修場面である。

採用職員人数は、看護・介護の直接処遇にあたる者50余名に加え、栄養士・マッサージ師・生活相談員・事務職員等で73名にのぼる。研修期間は約1カ月であったが、後半で「自分の身内を安心して託せる施設の条件をまとめる」と題し、8～9名でのグループ・ワークを実施した。2時間の話し合いの後、各グループで討議結果を紙に書いて張り出し、それをリーダーが発表する形式をとった。なお、直接処遇職として採用した介護職員の約半数は現場経験のある者であった。

各グループのまとめは驚くほど共通しており、その内容は以下のようなものである。

- ・生活習慣を大切にする。そのため酒もタバコも他人に迷惑にならない範囲でそれを妨げない
- ・食事がまずかったら出前がとれる。家族等が食物を持ち込んでくるのを制限しない
- ・買い物や飲食目的での外出や旅行もできる
- ・排せつはおむつでなく、便所かポータブルトイレで
- ・入浴の回数制限をせず自由に入れる
- ・面会は時間を決めずいつでも自由に
- ・子どもじみた遊びや作業をいっしょくたにして強制しない、等である

討議場面を見ていると、当然、介護現場で働いた経験のある者がリーダーとなっている。だからこそ彼らが経験して疑問に感じていたことや、いざ自分の身内だったらと考えた結果と推察した。そして、これらが本当に実現できれば、終いの住まいとしてのホームになれると確信したのである。

ホームの介護方針とその実際

職員研修で職員自身がまとめた共通項目を練り直した。“あじさい荘”の介護方針は次のようになっている。まず、介護の基本として食事・排せつ・入浴を人間らしくできるよう援助する。この3項目を柱とし、内容は以下の手法をとっている。

●食事

老人の暮らしでは食べたいときが食事どきだが、昼食数が200食を超える大型施設ではそれは困難である。そこで、食事時間を3食とも2時間に設定した。つまり、ゆっくりでも早くでも、その人のペースで食べられるようにした。決して、いっせいに始め、時間がきたらいっせいに終わる食事にしないということである。さみだれ式食事と称しているが、始まりも終わりもバラバラなので逆に食事介助がしやすい。なお、この2時間でもズれる場合は、各階のパントリー冷蔵庫に保管し、いつでも食べられるようにしておくのは当然である。主食はおひつに入れ、各自食べたいだけにするので、残ったごはんはおにぎりにできる。痴呆でまだ食べてないという入居者に、いつでもおにぎりが出せる利点があり、残ったごはんは次の食事では、おじやかお粥にしている。そのため主食は、ごはん・おじや(雑炊)・お粥・パンから本人の好みで選べる。

●排せつ

おむつ交換は排せつの介護ではない。それは

単なる後始末である。排せつは便所であるのが人間の本来の姿。そこで端座位のとれる人は、便所かポータブルトイレに誘導し、下着（Dパンツ・失禁パンツ・おむつ）の中に排せつさせない介護をめざす。

これは食事の終了がさみだれ式なので、排便反射が起きやすい食後に、順次便所（ポータブルトイレ）へ誘導することで可能になっている。たとえそこで排便がなくても排尿はあるため、それを基準にして次の誘導時間を決めている。また、おむつをあてると、便所での下着の脱着に手間どる。端座位可能での便所誘導は、結果的におむつをはずし、Dパンツか失禁パンツに尿とりパット併用になってきた。それは、施設としておむつ代の減額にもつながっている。

●入浴

浴槽は各階（ショートステイは2階、ホームは3～5階）に、1人用・3人用・端座位でのリフト浴槽・仰臥位で背中から浴槽に入る機械浴槽の4種類がある。週2回以上の入浴回数が決まっていることと、慣れないこともあり、各階とも週4回を入浴日とし、入居者の半数を1日で入れていた。つまり、「週2回以上」を「週2回でよし」としていたのである。しかし、この手法はかえって職員をも忙しくするとの理由で、現在では3～5階のホームは日曜日を除く毎日、2階は毎日入浴できるように変えた。そして、湯の温度も本人の好みに応じ、浴槽へのつかり方や入っている時間も当然本人の習慣に基づいたものになっている。

●面会時間および面会者の食物持ち込みに制限なし

面会者は1日30～50人程度、面会時間は仕事帰りに立ち寄るため夕方が多い。本人の好物を持参し、家族と一緒に食べる姿も珍しくない。ま

た、酒・タバコ類の制限はないが、火災予防のため喫煙場所は設けている。とくにライターだけは、本人の保管能力に応じた対応をしている。売店が施設内にあるが、ジュース類と酒・タバコの自販機も設置している。

以上が望ましい施設として職員から提案があった方針を具体化した主なものである。そして次のものは、方針検討で出てきた内容である。

●身体拘束を一切行わないこと

これは開設時から現在まで徹底して行ってきた。入居までは車いすベルトやつなぎ服着用といった者が珍しくなかったが、一切の身体拘束を行わない方針を、リスクも含めてまず家族に対して入居時に説明している。家族の反応は、「ぜひそうしてほしい、今までいえなかった」といったものであった。これにまつわるエピソードを2例紹介する。いずれも徘徊のある者を集めて入居させたフロアでの出来事である。

エピソード1：入居時の主治医意見書によると、コミュニケーション不能・暴言・暴力・不潔行為・徘徊といった問題行動が記載されている者が大部分を占める。その入居者につなぎ服をやめて最初に起きたことは、廊下への排尿便であった。逆に不潔行為は全くない。場所は幅木の辺りに集中した。これに対する職員の反応は当然といったもので、地図をつくり、「誰が何時ごろ、どこで」をチェックし、床清掃と便所誘導を試みていた。これができた理由は、研修の「痴呆への対応」で講師から、「廊下の幅木は色が濃ければ溝に見える。痴呆の人々がそこで排せつするのは当然」と、痴呆のバリアーについて講義されていたためと考える。なお、便所への排せつ誘導といっても、すぐに成功するわけでもない。臭気問題も出現したため、このフロアだけ月1回の床洗い（他のフロアは3カ月ごと）とした。そ

身体拘束ゼロの特養ホームを設立

して、2カ月を過ぎるころには、1名を除く31名が、便所への排せつ誘導にこぎつけることができた。

エピソード2：食堂テーブルに入居者の名前を張りたいという職員からの提案があった。食事場所を迷わせないためとのことである。これには、「どこで誰と食べるかは本人がきつと決めていくはず。2カ月、様子を見ることにしよう」とした。その結果は、おおよそ1カ月半で出た。それぞれの入居者が、誰とどこで食べるかが自然に決まってきたのである。もちろん、コタツやソファで一人で食べている者もいる。要は、落ちついて食べられる場所が決まればよい。

期せずしてこの時期と同じだったのが、顔面打撲による内出血の出現と消失である。初めての場所、しかも納得して入居したわけでないため、空間認知に時間を要するのか、顔面打撲が頻繁に起こった。しかも、転倒によるものではないのである。それが食事をとる場所が決まるころになくなっていった。振り返ると、彼らの住まいとしての“巣づくり期”であったと考えている。

●死を隠さない

病院の医療機器に囲まれた中でなく、畳の上で逝きたいという声がある。つまり、家で逝きたいということだが、ホームを入居者の住まいとすれば当然そこには死もある。また、老いの先に死があることもごく自然のことと、とらえている。

そのため、本人や家族がホームでの死を望めばそれに応じている。実際に開設から現在までに死亡退所した24名のうち、施設内みとりは12名である。しかも、開設年度に亡くなった3名は、すべて入院死亡だったが、昨年度は15名のうち9名を施設でみとっている。これは、亡くなっていく人のみとり状況を入居者や家族に特に隠さず、自然に見える形にしているためと考える。

入居者は入所してくるとき、正面玄関から入ってくる。だからこそ退所時も当然正面玄関から帰る。そして、日中の死亡退所ときは、全館放送で退所時間を知らせ、職員と入居者とで玄関で見送っている。たとえ、重度の痴呆と診断された者でも、職員と手をつなぎ列をつくり、遺体を前に手を合わせる。その姿に感動すら覚える。なお、みとりに際しては、家族が傍らに付き添うことが多い。その中には泊り込みを希望する家族もいるため、宿泊できる部屋も無料で用意している。

●給食委員会への入居者の参加

月1回それぞれのフロアから委員が出て、栄養士と調理側との話し合いを行っている。この会議には開設当初から、入居者代表委員(2名)も1年任期で参加している。なお現在の入居者代表委員は、かつて飲食店を営んでいた女性と、八百屋を営んでいたという女性2人(身体機能の障害はあるが口は達者)である。代表という動機づけをしているためか、委員の中でも一番辛らつな意見を述べる。

開設備品の選定

建物の設計施工についてはまったく関与していない。開設準備期間の主な業務は、入居者の選定から決定と、職員採用および研修、そして備品の準備である。備品選定に際しては、本人の能力を引き出せるものを、まず第一に考えた。主なものは、ベッドとその周辺の機器、ポータブルトイレ、食堂テーブルといすである。

ベッドはマットレス幅100cm(シングル用の布団の幅)を原則とした。療養型としているベッドマット83cm幅では、本人が身動きできず、結果的に体位交換と称する介護負担が増えるためである。体

位交換よりも、まず本人の“ガサゴソ”動ける幅と寝返りを優先した。83cm幅のマットのベッドはハイロー機能つきであるが、これは160台のうち30台である。ハイロー機能なしのベッドの高さは、本人の下肢長に合わせ36cmないしは42cmまでに入居時に設定したため、まちまちの高さになっている。

サイドレールは40本(20対)のみ、それに代わる奥行60cmの移動用バーを70本準備する。これによって、ベッドからの立ち上がりはたとえ介助を要する場合でも容易になった。なお、ベッド用のオーバーテーブルは1台も準備していない。

各居室に便所はあるものの、さみだれ式便所誘導時の不足と、ベッドサイドに、特に夜間必要になることを見込んで、70台のポータブルトイレを準備した。しっかりした肘かけつきの、高さの調整が可能なタイプのものである。木製であったことで、いすとして居室で使用している者もいるのは予想外だった。

既存の食堂テーブルといすでは適当なものがなく、テーブルの高さ63cmで天板に直接足がついた、まく板のない形のものを発注した。この高さは施設でよく使われているものより約7cm低い。低いからこそ、食事姿勢の基本である少し前傾した姿勢がとれる。いすも38cmの高さで、通常のそれより2cm低い。なお、これでは対応できない者のため、高さ調整機能つきのリハビリテーブルを40台準備した。このテーブルは現在、フルリクライニング車いす利用者が主に利用している。テーブルといすを低くした効果は食事摂取の自立、すなわち介護軽減として現れている。

一方、介護の省力化を図るため、フィットシートを考案して業者に作製を依頼した。特にホームのような介護施設では、入浴や食事で必ず離床する。このときにシート交換をするにはフィットシートタイプが一番よい。シートは一般用・失禁用の2

種類を作製したため、ラバーシートや横シートも使っていない。これによりシート交換の時間は、従来のフラットシートでのそれと比較すると3分の1程度と、他の施設での経験がある職員は知っている。

身体拘束廃止は最終目的ではない

介護保険施行後、新たな業務としての保険請求や契約書の作成といった事務を除けば、施設として大きな変化はない。それは施設が新しいため、介護保険導入を踏まえた入居者決定を行えたことがまず第一にある。ちなみに、2000年4月時点での入居者の介護度は、要介護4・5で63%を占め、自立や要支援の者は1人もいない。

掲げている方針と実際の介護にしても、介護保険で見直さなければならぬものもない。遅すぎたとすら思えるが、厚生労働省は介護保険下にある施設での身体拘束を原則禁止とした。これを受けて施設はいかに拘束をはずすかを、あたかも介護の目的であるかのように始めている。しかし、身体拘束廃止は介護の最終目的ではない。どう介護するかのも明確な方針を打ち出し、それを具体化するうえで必然的に拘束がありえなくなる。それこそが重要なのだと考える。

措置から契約へと、利用者が在宅・施設いずれのサービスをも選べる時代になった。だが、その権利を市民が行使するためには、サービス内容が市民の知りたいレベルで具体的に情報公開される必要がある。それなしでは、市民は選ぶこともできない。情報公開と第三者評価、これによって、サービスは文字どおり選ばれる時代に入らるだろう。そんな時代の施設のあるべき姿、それは決して専門家でなく、生活感覚豊かな普通の市民こそが描けるものかも知れない。

役職者研修から「抑制廃止宣言」公表で 取り組みをスタート

北海道札幌市 定山溪病院

医療法人溪仁会定山溪病院は、札幌市南区の定山溪温泉街に位置する、366床全床が療養病床の病院である。入院患者の80%は、脳卒中後の方である。若い方も受け入れているので、平均年齢は71歳と比較的低い。

医師のうち、1人はリハビリテーション科の医師であり、また理学療法士（PT）9名、作業療法士（OT）14名、言語聴覚士（ST）4名が勤務し、総合リハビリテーション施設の承認を受けている。介護保険制度のスタートに伴い、2000年4月1日より介護保険対象5病棟（230床）、医療保険対象3病棟（136床）となった。2001年2月からは、医療保険対象の1病棟（46床）は特殊疾患療養病棟として機能している。

通所リハビリテーション事業所、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所を併設している。

なお、当院は1998年11月、(財)日本医療機能評価機構より長期療養の病院として全国で第1号の認定証を受け、また2001年1月、(財)日本規格協会よりISO9001に基づく品質システムの登録証を受領している。

病院の「役職者研修」が スタート

身体拘束回避への取り組みへの序章は、1997年10月の横浜市における第5回介護療養型医療施設全国研究会での上川病院による「抑制廃止」についてのパネル発表、1998年10月、福岡市における第6回介護療養型医療施設全国研究会での「抑制廃止福岡宣言」と、それを報道した西日本新聞の記事になるうか。

定山溪病院では1999年4月、1999年度の役職者研修のテーマに「抑制」を取り上げた。

身体拘束廃止への取り組みにおいて、この病院の職種をこえた共通認識をつくる場として1997年4月より始めた役職者研修のもつ意味は大きい。1997年度および1998年度は「ターミナルケア」に取り組んだが、この2年間で得られたことは非常に多い。

まず第一は、役職医師、役職看護婦を中心に全人的ケアの機運が高まったことである。第二に、担当医師、病棟スタッフ間でターミナル時のケアを検討し、方針を共有する機運が次第にできたこと、第三に、本人や家族への説明の機会が増え、互いの意思疎通も良好になってきたことがあげられる。第四は、この検討会を通して医師、役職看護婦の医療に対する互いの考えが明らかになり、病院内のあらゆる医療上の問題に対する討論を容易にする糸口になったことである。

この成果をもとに、1999年度のテーマとして「抑制」を取り上げ、2000年度も「抑制」のテーマで継続している。一つの組織において、ある問題をスムーズに周知徹底させるにはシステムが大切だが、この役職者研修が当院のシステム構築に果たしている役割は多大である。

身体拘束廃止への第一歩

1999年3月から6月にかけて、「老人の専門医療を考える会」の会員である60の病院を対象とした拘束についてのアンケートを実施、56病院の各病棟婦長の回答を得た。

内訳をみると、療養型病床群124病棟（6710

名)、介護力強化病棟88病棟(4817名)の計212病棟(11527名)の患者が対象となっている。ちなみに、対象の平均年齢は80歳(女性71%、男性29%)。痴呆スケールなどで中等度以上の痴呆の人5133名(45%)、点滴607名(5%)、経管栄養1569名(14%…内訳:経鼻73%、経胃ろう26%)、中心静脈栄養217名(2%)、気管切開275名(2%)である。病棟職員配置は177病棟(79%)で看護職員6:1、介護職員3:1の配置であった。

なお、このアンケートによると、拘束の総数は4025件であった。

1999年6月12日、札幌で開催された「老人の専門医療を考える会」主催のシンポジウム「抑制を考える」には、約250名の医療福祉関係者が集まり盛会であった。このシンポジウムが当院を含む北海道、特に札幌圏の医療福祉関係者に拘束廃止への関心を喚起する第一歩となったことは間違いない。

1999年6月、「拘束」15項目について改めて当院の各棟の婦長に件数を報告してもらったところ、計231件の拘束があった。とても多い数である。ベッドに縛る拘束はなかったが、車いす乗車時の拘束と、ベッド4本柵が非常に多かった。それ以来、毎月各病棟の婦長より件数を報告してもらい看護部で集計したものを、院内外にそのまま報告してきた。

「抑制廃止宣言」の公表

1999年7月29日、拘束除去に取り組もうと、当院で「抑制廃止宣言」を多少の緊張感をもって公表した。

その当時は拘束をどこまで減少できるか、本

当にゼロにできるのかという不安も若干あり、廃止宣言の三番目に掲げたのは「拘束抑制を限りなくゼロに近づけます」ではなく、「ゼロに近づけるように努めます」とした。

同時に看護・介護職員にこの抑制廃止宣言についてのアンケートを行ったところ、大半は前向きに拘束廃止に取り組んでいきたいという姿勢だったが、現状のマンパワーでは無理ではないかなど、悲観的な感想も一部に見られた。

1999年10月6日、まわりの人々の勧めもあり、「北海道抑制廃止研究会」をつくり、事務局を担当することになった。また、この研究会にかかわった看護職員が中心になり、院内に抑制廃止検討会が発足した。北海道抑制廃止研究会の運営にかかわるようになったことが、当院の職員の拘束除去への取り組みを加速させたことは明らかである。

拘束廃止の驚くべき結果

そして2000年12月には、身体拘束はベッド柵4本が3件のみになった。1999年6月の231件に比べ著しい減少であり、99%の拘束を除去できたことになる。この18カ月間、当院の看護・介護職員(3:1、6:1、計2:1+α)が中心になり日夜工夫に努めた結果であり、今後も努力を続けたい。

拘束廃止に取り組んで得られたこと

この18カ月で231件の拘束が3件に減るとは、想像もできなかったことである。まさに一種の奇跡のようにも思える。拘束の約50%は

役職者研修から「抑制廃止宣言」公表で取り組みをスタート

過剰予防といえる車いす乗車時などの拘束ではあったが、拘束はずしにいろいろ難渋した事例もある。

この結果は院長、看護部長をはじめ全職員が気持ちを一つにして取り組んだ結果であると強く感じる。拘束廃止に取り組んだことで、看護・介護全般に質の向上が図られたと考える。

具体的には以下のような変化が見られた。

- ①患者の表情が明るくなった
- ②最初は拘束をはずすことを拒否していた家族も、拘束がはずれ患者の表情が変わってくると喜び、明るい表情で患者に接するようになった
- ③拘束をはずすことにより、患者のもっている能力が見えてきた（患者が自分の力で何かをしようとする残存機能の発見につながった）
- ④看護婦は、拘束をしなないためにはどうすればよいかを考えるようになり、アセスメント能力が向上した
- ⑤ケアプランに変化が見られるようになった（例えば車いす乗車時は「転倒防止のためY字拘束帯で安全を確保する」から「患者に付き添い見守る」「観察を密にする」などへの変化）
- ⑥拘束の原因の一つになる点滴などの医療処置の必要性が検討されるようになった
- ⑦拘束をはずすことで、看護・介護職員により意味の緊張感と、さらに前向きな姿勢が見られるようになり、病棟が活性化された

拘束廃止の取り組みは、特に看護・介護職員にとってケアのあり方そのものを考えさせられる機会となった。また、患者の“個”を見つ

めることの大切さを改めて実感することができたと考える。

全職員の意識改革と環境整備から取り組みを開始

熊本県中央町 温石病院

医療法人愛生会中央町温石病院は、指定介護療養型医療施設であり、内科、整形外科、リハビリテーション科に、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、居宅介護支援事業所を併設。デイケアサービスの他に、訪問リハビリ、訪問歯科などのサービスを提供している。ベッド数は155で、その多くは、脳血管障害、循環器障害、消化器疾患、あるいは骨折手術後のリハビリテーション、痴呆による入院者である。

身体拘束の状況と廃止への取り組みの基盤

1999年4月時点で、当院における物理的拘束は8名、薬物による拘束は、新館病棟17名、2階病棟13名、3階病棟8名であった。身体拘束廃止に向けて、まず各科の代表者に病院としての方針をはっきりと伝え、廃止の必要性を説明した。さらに全職員の意識を高めながら取り組むための方法を話し合い、理解と納得を得ることから始めた。

まずはじめに「なぜ」拘束を必要とするのか、問題行動は「なぜ」起きているのかについてアセスメントを十分に行い、それによって現れてきた患者のニーズに対応するケアを提供するという取り組みを行ったのだが、看護・介護だけで身体拘束をやめようとする、マンパワーの問題が生じるため、全職員に理解してもらうことが重要になってくる。

例えば徘徊のある患者は、新しい環境に慣れ、落ち着きが出てくるまでに時間がかかるものだが、病院内はすべて施錠をしていないので、どこからでも出られてしまう可能性がある。そのような場合、全職員の協力を得ること

ができていれば、「今、この方が落ち着きません」と連絡しておけば、どこかで誰かの目が追っている、正面玄関であれば受付であるとか、必ず職員の誰かがかかわって、その患者の担当病棟に連絡がいく。このような自然な関わりが、管理されているという空気を患者に感じさせずに、何気ないふわっとした生活感が漂う中での入院生活を可能にするのである。職員の意識もまた、環境に左右されやすいものであり、関係障害に陥りやすい老人のケアを行っている病院で働いているのだという自覚も生まれてくる。こうした職員の患者に対する日ごろの関わり方が、全職員にも行き渡ることになる。以上のような考え方が、当院における身体拘束廃止に向けた取り組みの基盤になった。

取り組み上の問題点と解決策

まず身体拘束廃止を進めるにあたって、以下の6点が課題となった。

- ① 身体拘束廃止についての認識不足
- ② マンパワー不足
- ③ 不十分な環境整備
- ④ 不十分、不適切なインフォームド・コンセント
- ⑤ スタッフのアセスメント不足
- ⑥ 高齢者の特性に関する知識不足に起因するケア不足

それぞれの問題点については、以下のような方法で解決を図った。

- ① 身体拘束廃止についての認識不足
 - 1) 職員の意識改革のため、院内および院外研修を実施する。
 - 身体拘束についての研修会に積極的に参

全職員の意識改革と環境整備から取り組みを開始

- 加し、院内でも研修会を開催する。
- 2) 身体拘束を扱った情報誌を職員に配布し、認識を高める。
 - 3) 当院における「身体拘束廃止」の方向性を全職員で決める。
 どんなことがあっても、リーダーは勝手に方向性を変えてはいけない。さまざまな意見の中にこそ良質の方法論が見えてくるのであり、全職員の理解を得られてはじめて看護・介護のケアにおける利用者主体のサポート体制ができるのである。
 - 4) 医師の理解と協力を得る。
 理事長および事務局長の理解と協力を得るために、話し合いの場をもち、納得できるまで話し合う。その際は、必要に応じて、拘束に関する資料や情報を使用する。理解してもらえない場合は、それを嘆くのではなく、なぜ理解してもらえないかを考え、再度チャレンジする。
 医師に対しては、医局会で文書を提示する。取り組み開始後、数回にわたって身体拘束の指示が出されたが、その都度、主治医と検討を重ねて理解を得られるまで話し合った。また、点滴・中心静脈栄養（IVH）・薬の指示についても、十分な検討を行った。
 当院でも従来は医師主導型で運営されていたため、看護・介護職のこうした行動は医師にとっては受け入れがたいものだったかもしれない。しかし、彼らの行動は、医師を責めるものでもなく、医師の方針を非難するものでもない。専門職として、患者の幸せを第一に考え、勇気をもって取り組んだことの表れである。現在も、この“患者が元気になるため”の検討会は
- 継続されている。
- 5) 身体拘束委員会の発足
 トップダウンで「させられている」よりも「全員で取り組もう」という考えから、スタッフのケアに対する主体性を引き出しながら行うことが身体拘束廃止に向けたケアの継続性を確実に植えつけることにつながるとして、身体拘束委員会を発足させた。
- ② マンパワー不足
- 1) スタッフを増員するのではなく、まず現在の人員で行う。
 身体拘束は、看護・介護職員のケア不足から起きている。看護・介護職員は、看護・介護の基本を学び、専門職としてこの職業についているのだから、人員を増やす前に、看護・介護職員のケアの基本、業務のあり方を見直すことが必要だと考えたのである。
 - 2) 業務処理の一元化を図る。
 施設の中には多くの業務があるが、トータルにマネジメントされていることは少なく、それぞれの責任者が中心となって行っているため、書類・伝票・物・人の流れにむだが非常に多い。
 これを整理して、一元化する。
 ・ 院内の全職種各部門業務のあり方をアセスメントし、人・物の流れの効率をあげるための業務改善を行う。
 これによって直接ケアにあたる人が患者に十分関わることができ、患者の満足度を引き出すことが、病院の評価につながる。患者のニーズにあった直接ケアが十分に行えるように、病院全体の業務の見直しを行った。

- ・ 医師記録、看護・介護記録、その他伝票書類関係の二重記録をなくす。
- ・ P P C (progressive patient care : 段階別患者看護)方式を導入し、各病棟にそれぞれの看護・介護機能と役割を示した。

③ 不十分な環境整備

- 1) 2000年3月までは、与えられた環境を最大限に活かして患者の生活の質を守ることに重きを置き、「医療の現場にどのように生活を取り入れるか」という考えのもとに食堂、トイレ、浴室、居室の環境設定を行った。それと同時に療養型に向けての改築・新築が行われ、設計の段階から参加した。以下に、その際の留意点をあげる。
 - ・ 直接ケアが十分に行えること。
 - ・ 自立支援によって患者本人に主体性が生まれ、残された自分の能力で生活できることは、生きる意欲にもつながる。
 - ・ 配置を考えると、スタッフはより効率のよい動線と環境を重視するが、患者にとっては自立を高められる動線と環境が重要な要素となる。また、具体的には、次のような配置を行った。
 - ・ 安らぎを感じられるような設備として、老人と子どもの接点になりうる運動場を置く(当院は幼稚園に隣接している)。
 - ・ 園芸療法、あるいは趣味活動のため、病棟のまん中に畑をつくる。
 - ・ 一つの病棟にトイレ3カ所、浴室1カ所、食堂3カ所とする。
 - ・ 浴室については、機械浴は全体で1カ所のみとし、他はすべて1人用浴槽と2～3人用浴槽を設置する。

2) 入院当日のアセスメント

患者のベッド周囲の動き、および院内生活の動きを理学療法士(P T)、作業療法士(O T)、ケアワーカー、ソーシャルワーカー、看護婦がアセスメントし、患者が安心できる環境設定を図った。自宅により近い物の配置、動き方を考慮して、予測される事故の防止を図ると同時に、その環境におけるスタッフの患者理解とケアの統一を行った。

④ 不十分、不適切なインフォームド・コンセント

インフォームド・コンセントといわれるものの多くは理解・納得されたものではなく、「伝えた」「いった」とどまるものであったため、その充実を図る必要があった。

- 1) 本人および家族に医師が説明するときは、看護婦も必ず立ち会い、状況、内容、本人と家族の反応を看護記録に記載する。
- 2) 医局会にて、医師にインフォームド・コンセントのあり方について記した文章を配布して説明を行い、理解と協力を得る。
- 3) インフォームド・コンセントは、以下の手順で行う。
 - ・ インフォームド・コンセントの必要性、あり方、記録の方法についてスタッフを指導する。
 - ・ インフォームド・コンセントを行う前に、事前に打ち合わせを行っておく。
 - ・ インフォームド・コンセントを実施した後は、必ず検討会を行う。

⑤ スタッフのアセスメント不足

- 1) 身体拘束を行っている患者について、1病棟1例ごとに十分なアセスメントが行われるように、事前に各病棟の婦長と検討し、病棟で実践する。例えば、「なぜこの人は

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おりと自負している。

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
A D L 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、尿意ははっきりし、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はずすことから始め、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

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、それを取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。話しかけるとムツとしたり、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ビーの畳台（高さ40cm・6畳大）に端座位です。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入居時におむつはずしを失禁パンツに変え、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

医療施設

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
A D L 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のため、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、顔や身体の変容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」と笑顔でうなずき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、温和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
ADL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。立ち上がりと立位保持は、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。

- ② 2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。
- ④ ADL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・安定剤の処方が中止となった。

■ 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、当たり前前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。

「身体拘束ゼロ作戦推進会議」 の開催について

1. 趣旨

- (1) 介護保険法の施行に伴い、身体拘束が原則として禁止されたが、その趣旨を徹底し実効をあげていくためには、現場において身体拘束を廃止するための努力を重ねるとともに、それを関係者が支援していくことが重要である。このため、身体拘束の廃止に向けての幅広い取り組みを「身体拘束ゼロ作戦」として取りまとめ、関係者の協力の下でその推進を図ることとしたところである。
- (2) こうした趣旨を踏まえ、「身体拘束ゼロ作戦」を推進していくために、関係者において種々の取り組みを進めるための協議を行うことを目的として、「身体拘束ゼロ作戦推進会議（以下、「推進会議」という）」を開催するものである。

2. 協議事項等

- (1) 推進会議は、「身体拘束ゼロ作戦」を踏まえ、次のような取り組みについて協議を行うものとする。
 - 都道府県等における推進体制の整備
 - 「身体拘束ゼロへの手引き」の作成・普及
 - 「身体拘束ゼロシンポジウム」の開催
 - 身体拘束廃止を支えるハード面の改善 など
- (2) この他に、「身体拘束ゼロ作戦」を推進する観点から、身体拘束に関する意見・情報の交換などを行うものとする。

3. その他

- (1) 推進会議は、必要に応じ分科会を置くことができるものとする。
- (2) 推進会議の庶務は、厚生労働省老健局において処理する。

厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」メンバー

名 前	所 属
青柳 俊	日本医師会常任理事
◎井形 昭弘	愛知県健康科学総合センター長
市原 俊男	全国有料老人ホーム協会理事長
加藤 隆正	介護療養型医療施設連絡協議会会長
北 良治	北海道奈井江町町長
見坊 和雄	全国老人クラブ連合会副会長
斎藤 正男	東京電機大学工学部教授(テクノエイド協会福祉用具開発研究委員会委員長)
笹森 貞子	呆け老人をかかえる家族の会理事
高崎 絹子	東京医科歯科大学医学部教授
田中 雅子	日本介護福祉士会会長
鳥海 房枝	特別養護老人ホーム清水坂あじさい荘副施設長
外山 義	京都大学大学院教授
中村 博彦	全国老人福祉施設協議会会長
橋本 泰子	大正大学人間学部教授
福島 弘毅	全国痴呆性高齢者グループホーム協会代表理事
堀田 力	さわやか福祉財団理事長
毛利 義臣	北海道保健福祉部部長
山口 昇	全国老人保健施設協会会長
山崎 摩耶	日本看護協会常任理事
吉岡 充	上川病院理事長・全国抑制廃止研究会会長
若林 統治	東京都保健福祉部部長

(敬称略、五十音順、◎は座長)

「介護保険施設で身体拘束をしないために」(抜粋)

1999年4月

社団法人 日本看護協会

平成11年3月31日付厚生省令で、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設等の運営基準に身体拘束の禁止規定が盛りこまれた。これまでの医療・福祉現場の実態から見て画期的なことと評価できる。

身体拘束が禁止されることは、利用者の人権擁護の観点のみならず、拘束が身体機能や心理状態を悪化させかねないことから当然のことである。しかし現場では、この基本は理解していてもなかなか実践が難しく、ケアの提供者の間のジレンマでもあった。

そこで、まず身体拘束をしないための基本的事項として、以下の3点を確認したい。

① 十分なマンパワーを確保する

身体拘束をしないためには、十分な数のスタッフを確保しなければならない。特に病棟・施設の特性に合わせた配置、夜間の手厚い配置が必要であり、政府はそれに見合う報酬や基準を担保するべきである。

② 責任者が決意し、全員で実行する

施設の責任者とケアの責任者が確固たる姿勢で「身体拘束をしない」ことを決意し、実行を推進する。責任者のゆるぎない態度が「そんなことできるのかしら」というスタッフの疑念と不安を解消する。

③ 拘束が必要な状態かどうかを再検討する

スタッフ全員でもう一度、身体拘束をすべき理由が本当にあるのか、身体拘束が入所者を苦しめていないか、アセスメントは正しいか、他に工夫はないかななどを再確認し、専門職にふさわしい知識と技術と倫理をもって身体拘束のない状況に向けての解決策を検討する。

身体拘束をしない取り組みは容易なことではない。サービス提供者ひとりひとりが強い意志をもって、今までのケアのあり方を見直し、場合によっては考え方を変えなければならない。まさしく“挑戦”といって過言でない。

その努力の結果、入所者の状態は改善し、彼らは笑顔を頻繁に見せるようになる。私たちは、ケアする喜びを実感できるようになる。

以下の資料に、どのようにすればこの「身体拘束の禁止規定」が実現できるのか具体的な事例等を示す。運営基準の規定が世の中の理解を得て、実践されることを望みたい。

身体拘束をなくした事例集

痴呆性疾患療養病棟

K病院 35+36床：看護職員20名 看護助手22名

78歳 女性 病名：パーキンソン病、脳血管性痴呆（長谷川式スケール15点） K病院へ転院する前には、不安感が強くせん妄を頻回に起こしていた。突然立ち上がったたり徘徊したりするため、日中車いすに拘束されていた。関節に廃用性の拘縮が見られた。

【拘束はずしのための対応とその効果】

まずは、転倒に関する適切な評価を行い、スタッフ全員が共通の事故防止の認識をもつように話し合いを繰り返した。その結果、日中の刺激の低下→昼夜逆転→覚醒不良→せん妄→突然の立ち上がりや徘徊という悪循環が考えられた。また、左股関節痛のためリハビリテーションを拒否していた。

そこで、まず左股関節の痛みが軽くなるよう体位を工夫しながら、歩行練習を実施した。また日中の活動として、本人の好みである編み物を導入した。その結果、昼夜逆転の状況が改善し、不安も減少。衝動的な立ち上がりや徘徊が減少した。

精神的に安定したこともあって、歩行訓練も積極的にになり、現在は一本杖歩行ができる。

87歳 女性 病名：慢性心不全、高血圧症、アルツハイマー型痴呆（長谷川式スケール11点） K病院へ転院する前には、上記身体症状のほか、頻回でしつこい訴えがあった。一般病棟で向精神薬の投与を受けており、食欲低下、歩行困難な状態であった。やがて誤嚥性肺炎を起こし、IVH管理となり、手首を拘束される。褥そうもでき、MRSAも検出される。主治医より気管切開と胃ろうが必要といわれたが、家族が疑問を持ち転院となる。

【拘束はずしのための対応とその効果】

まずは、向精神薬による医原性の弊害を排除するため、その使用を中止し、日中は起こすようにする。家族の情報から経口摂取のアセスメントを行い、その結果、食事を時間にこだわらず分けて経口摂取を試みる。あるいは屋外など食事場所の雰囲気を変える等の工夫を行う。しばらくして十分な量の食事を経口から確保できるようになりIVHをはずす。

しつこい訴えに関しては、尿意に関する訴えが中心であったため、おむつをはずしてトイレ誘導する。その他の訴えも多かったが、スタッフが順番を決めて対応するようになった。

やがて栄養状態も改善し、1日4回の褥そう処置により、褥そうもMRSAも消失する。ホールなどに常時出られるようになり、そこで好きな絵を描いたりするようになる。

現在は、訴えの多さはやや残るものの安定し、車いすを自走させ自分の関心のあることをすることができる。

療養型病床群

N病院 56床：看護職員12名 看護助手18名

83歳 女性 転入前の病院で癌による幽門狭窄のため手術をし、栄養状態の改善のため、IVHを行っていた。しかし高度の痴呆があり、IVHを再々自己抜去したため常時拘束されていた。転入当初、両手首は拘束のため皮膚が変色していた。

【拘束はずしのための対応とその効果】

病院の方針のもとで転入当日より拘束をはずした。医師、看護職員、介護職員のカンファレンスの結果、常にチューブを患者の視界の中に入れていないようにすること、日中は患者に和式カーディガンを着てもらふこと、そして腕時計をしてチューブへの注意をそらすことなどを行った。また補液中は看護職員がそばで見守るようにした。

この方法により患者は補液ルートを抜去しなくなり、また家族も患者とゆっくり対話する時間が増えたと喜んでいる。

83歳 女性 長男夫婦と同居していた。老人性痴呆による徘徊行動がある。入院時より廊下、エレベーターなど、どこにいくか目が離せない状態であった。またナースの休憩室にも入り込み、コーヒーに入れるクリーブを薬だといって自分の頭からかぶって叫んだりするようなさまざまな行動がみられた。

【拘束はずしのための対応とその効果】

本人が理解できる字で書いて説明し、ケアをスムーズに受け入れるよう配慮した。職員は患者が気分転換できるよう、できるだけ多くコミュニケーションをとるよう心がけた。

具体的には、エレベーターの前に“通行は危険なので注意”などの紙を貼り、患者が理解できるようにした。また危険性のない病棟内では自由に行動してもらい、時間ごとに交代で担当者が責任をもって見守るように努力した。

実行して3日ほどで効果があり、本人の目線で貼ってあった紙を理解し、危険な場所に入ることがなくなり精神的にも落ち着いた。

老人保健施設

A施設 120床：看護職員12名 介護職員32名

93歳 女性 五男夫婦と同居、長谷川式スケール10点。白内障のため全盲となる。前院の老人保健施設では全盲歩行が危険であるため転倒防止ということで、日中は車いすでベルト拘束され、夜間はベッド柵を張りめぐらされベッドから降りないようにされていた。またおむつをあてられていた。

【拘束はずしのための対応とその効果】

転入にあたって、改めてADLを徹底して評価した。まず歩行能力をアセスメント。この入所者は立位や介助歩行が可能であったので、視力障害があっても歩行器があれば安全に歩けると判断し実施した。その結果、行動範囲が広がり、他の入所者との交流を持つこともでき、明るさと笑顔を取り戻した。また排せつについて、おむつに頼らず、排尿・排便時の誘導、失禁パンツや尿取りパットの使用で対応が可能であることがわかった。

現在では、他の入所者に付き添われて歩く様子も見られ、日中の運動量も増え、生活のリズムもきちんとつ
くられている。また、おむつの常時使用にともなう不快感も消失し、夜間も不穏になることなく過ごしている。

72歳 男性 知的障害および痴呆症状がある。痴呆症状があり入退院を繰り返していたが、入院中に肺炎を合併し長期臥床となった。ベッド柵を乗り越え転倒したため、夜間は体をベルトで拘束され、日中は車いすに固定されていた。また弄便をし、おむつをはずすということで拘束着（つなぎ）も着用していた。

【拘束はずしのための対応とその効果】

夜間のベッドからの転落には床にマットを敷いて対応。弄便行為については、その都度対応するとともに、排泄パターンをチェック。朝食前に排便するという傾向が見られたので、その時刻になるべく早く対応することを開始した。また歩行能力をチェックしたところ、比較的安定していたので、積極的にトイレ歩行を促した。

抑制されることについてのストレスが消失したこともあり、2カ月過ぎたころより精神的に落ち着きを見せ、施設内で心地よさそうに過ごしていることが多くなった。

90歳 女性 独居、老人性痴呆、腰痛。孫の結婚に納得できず、以来家族関係が損なわれてきた。痴呆症状である妄想と攻撃的な態度がエスカレートし、自殺企図、暴力などが激しかった。家族は痴呆を認めながらも長年の精神的な葛藤により容認できない様子であった。家族のストレスを軽減させ、本人の精神面の安静を図るためのショートステイを行った。

【拘束をしないための対応とその効果】

入所当初は、不機嫌で暴力行為が見られた。アセスメントの結果、第一に薬の正しい内服をすること、第二に十分な睡眠をとってもらうこと、第三に本人が嫌がることは無理強いしないということを実行することにした。

入浴拒否があったが無理せず、本人の好きな「美容室に行っては？」との声かけにより実行できた。入所時は夜中に起きて怖いなどと訴えたが、サービスステーションに自宅で飼っていたペットを連れてくるとゆっくり休むことができた。

しばらくして落ち着きを取り戻し、またスタッフとも信頼関係ができた。入所の後半は機嫌よく過ごせたようである。

特別養護老人ホーム

Hホーム 利用者50名：看護・介護職員21名

88歳 女性 痴呆度Ⅲ。転入前の病院では弄便やおむつはずしが見られていたため拘束着（つなぎ）を1日中着用していた。

【拘束はずしのための対応とその効果】

入所時点では拘束着を着用していたが、拘束をしないという施設の方針に基づき普通の洋服に着替える。こ

の方針は家族の希望とも一致し、家族も協力的になった。

弄便やおむつはずしに関しては、再アセスメントを行い、おむつをしている違和感が原因と判明。紙おむつを吸収性のよい薄手のものに変えてみた。またかゆみにより皮膚を掻きむしることがあるため薬を頻繁に塗布し、かゆみを軽減するようにした。

現在でもおむつをはずす行為等はあるが頻度はかなり減り、十分対応できる。本人は不快感が減り満足している様子である。

73歳 男性 次男と同居、痴呆度Ⅳ。転入前の病院で徘徊が激しく暴力行為が見られたため職員が患者に対応しきれず、昼夜を問わず、徘徊が激しい時は拘束されていた。また夜間はベッド上で体幹拘束および両前腕を拘束帯で固定され、日中は車いすに固定されていた。

【拘束はずしのための対応とその効果】

入所時のアセスメントの結果、すべての拘束を取りはずし本人が自由に動けるよう精神的安定を図ることを目標とした。

まず本人が車好きであることから、スタッフとの外出のたびに本人が心ゆくまで車を見られるよう車内で過ごすことにした。また書くことに興味を持っているようなので、ペンと用紙を渡したところ、文字を書くことに熱中し、1～2時間は座って過ごすようになった。

家族に対しスタッフより、拘束をはずすことに伴う事故について、万全の努力をするが可能性があることと、ホームが生活の場である以上本人の自由が優先されることを伝え、家族の理解を得た。

約2カ月するころには本人も施設内での生活にも慣れ、暴力行為もなくなり、笑顔が見られるようになった。また、入所当初のように外に出ようとすることもなくなり、施設内で落ち着いている。

102歳 女性 長男夫婦と同居していた。痴呆度Ⅱ。入居前は自宅で家族に世話をしてもらっており、家族が拘束をするようなことはなかった。しかし、自宅では家族とは別の個室でひとりで生活しており、ほとんどの時間をベッドで寝て過ごし、時々ベッドから転落していた。

【拘束をしないための対応とその効果】

ベッドからの転倒、転落によるけがを防止するという目標を立てた。

そこで畳ベッド（高さ10cm程度の畳がはめ込めるベッド）を使用することにした。また誰かを呼びたい時故意にベッドより転落していたことがあったようなので、常に周囲に誰かがいるようにし、スタッフの声かけを増やし、安心感を持たせるようにした。また臥床時間は夜間と日中の本人が希望する時のみにし、なるべく車いすでいられるよう援助した。

自宅をよく転倒していたので家族はあまり心配をしていない様子であったが、拘束を行わないために生じる事故の可能性について説明すると、理解していただけた。

半月後には本人の状態は落ち着き、通常のベッドで対応することができるようになった。

『身体拘束ゼロへの手引き』をよりよいものにしていくためにも、皆様からのご意見を募集しております。お送りいただいたご意見は、今後この手引きの見直しや身体拘束ゼロ作戦を推進していくうえで参考にさせていただきたいと思っております。

厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」

(ご意見の受付先：郵送またはファックスでお願いいたします)

厚生労働省老健局計画課内 「身体拘束ゼロ作戦推進会議」事務局あて

〒100-8916 東京都千代田区霞ヶ関1-2-2

FAX 03-3595-3670

下欄にご自由にご記入のうえ、上記宛先までお送りください。

切り取り線

「身体拘束ゼロへの手引き」は、厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」に置かれたマニュアル分科会のメンバーにより執筆されたものである。

「身体拘束ゼロ作戦推進会議」マニュアル分科会メンバー

(敬称略)

<座長>

- ・山崎 摩耶 (日本看護協会常任理事)

<委員> ※五十音順

- ・内田恵美子 (日本訪問看護振興財団事務局長)
- ・漆原 彰 (全国老人保健施設協会副会長)
- ・高崎 絹子 (東京医科歯科大学教授)
- ・田中とも江 (上川病院総婦長)
- ・田中 雅子 (日本介護福祉士会会長)
- ・鳥海 房枝 (特別養護老人ホーム清水坂あじさい荘副施設長)
- ・時田智恵子 (特別養護老人ホーム湘南ベルサイド施設長)
- ・中川 翼 (定山溪病院院長)
- ・永田久美子 (高齢者痴呆介護研究・研修東京センター主任研究主幹)
- ・西元 幸雄 (第二小山田特別養護老人ホーム施設長)
- ・橋本 泰子 (大正大学教授)
- ・松下 明美 (愛生会中央町温石病院病院次長)
- ・三宅 貴夫 (京都南病院老人保健施設ぬくもりの里副施設長)

また、上記の分科会メンバーのほか、下記の方々にそれぞれの専門分野について、執筆または助言をいただいた。

- ・阿部 俊子 (東京医科歯科大学医学部保健衛生学科助教授)
(9頁「身体拘束をめぐる各国の努力」)
- ・高村 浩 (弁護士)
(26頁～「転倒事故などの法的責任についての考え方」)
- ・木之瀬 隆 (東京都立保健科学大学作業療法学科講師)
- ・齋藤 芳徳 (川崎医療福祉大学医療福祉環境デザイン学科専任講師)
- ・廣瀬 秀行 (国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所
福祉機器開発部高齢障害者福祉機器研究室長)
- ・光野 有次 ((株)無限工房代表取締役)
(30頁～「身体拘束をなくすための「車いす」や「いす」)
- ・有吉 通泰 (医療法人笠松会有吉病院理事長)
(42頁～「2. 現場での議論、工夫の積み重ねによる廃止」)

(敬称略)

*身体拘束廃止の相談は、全国抑制廃止研究会 (FAX 0426-54-4984)、日本看護協会 (FAX 03-3400-8767) 等の団体や、家族からの相談については「呆け老人をかかえる家族の会」(☎0120-294-456)が行っています。また、相談窓口を設置している都道府県もありますので、老人保健福祉又は介護保険担当部局にお問い合わせください。

身体拘束ゼロへの手引き

●高齢者ケアに関わるすべての人に●

2001.3

発行

厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」

事務局：厚生労働省老健局計画課内

〒100-8916 東京都千代田区霞ヶ関1-2-2

TEL 03(5253)1111(代) FAX 03(3595)3670