

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●



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ろうか。

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、何もない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、みんなで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当か、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

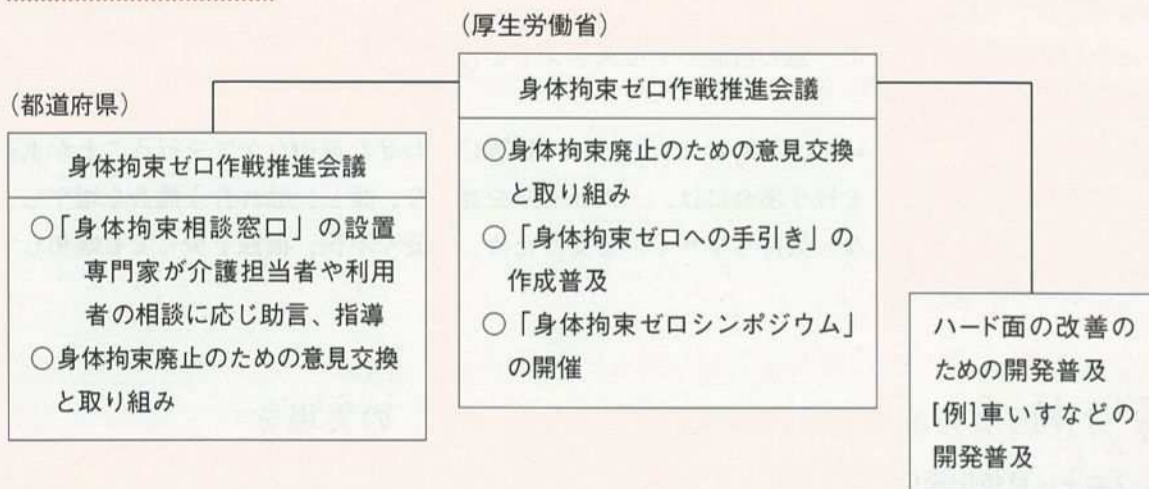
1986年 12月 上川病院で抑制問題に取り組み始める
98年 10月 抑制廃止福岡宣言

～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リ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リ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❶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を共有する。

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

〇〇〇〇様

- 1 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。
- 2 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	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

〇〇〇〇様

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、身体的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首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的自由を拘束し、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、身体的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。

参考 身体拘束をなくすための「車いす」や「いす」

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。スリングシートで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事となる。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。

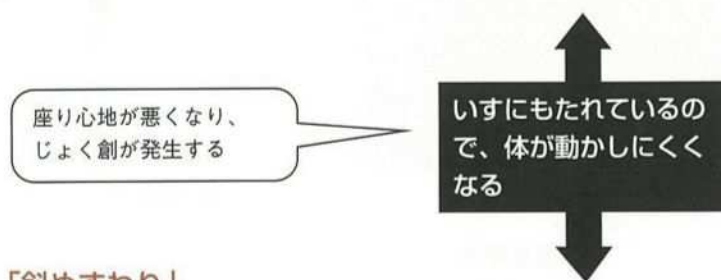
残念ながら、現在の車いすの多くは、こうした条件を満たしていない。したがって、高齢者の身体機能の状況に応じて車いすといすを使い分け、例えば、移動は「車いす」で行い、食事などはしっかりした「いす」に座って行うことを考えるべきである。食事をしっかりした「いす」に座って行うことにより、食事動作の自立度が高まることも多い。

●「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。硬い座面は座骨盤に負担が集中し、長時間の使用に適さない。

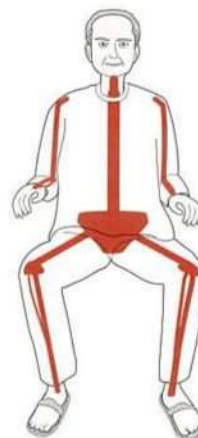
最近では、臀部のみならず大腿部でも適度の支持ができるように設計段階から座圧分布を考慮した立体的な形状に進化しており、しかもクッションの硬さも十分吟味されるようになってきている。こうした「バックレスト」や「座面」の工夫により、「滑りすわり」や「斜めすわり」のような骨盤の滑り出しや異常な傾きを防ぎ、長時間安定した快適な座位の保持が可能となる。

「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
肩甲骨	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りする「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。



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。



変形

基本いすを目標とするが、安楽性を優先

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

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ィ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
- ・A D L 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。

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。



ティルト



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



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・介護の実践」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 たとえば患者を『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