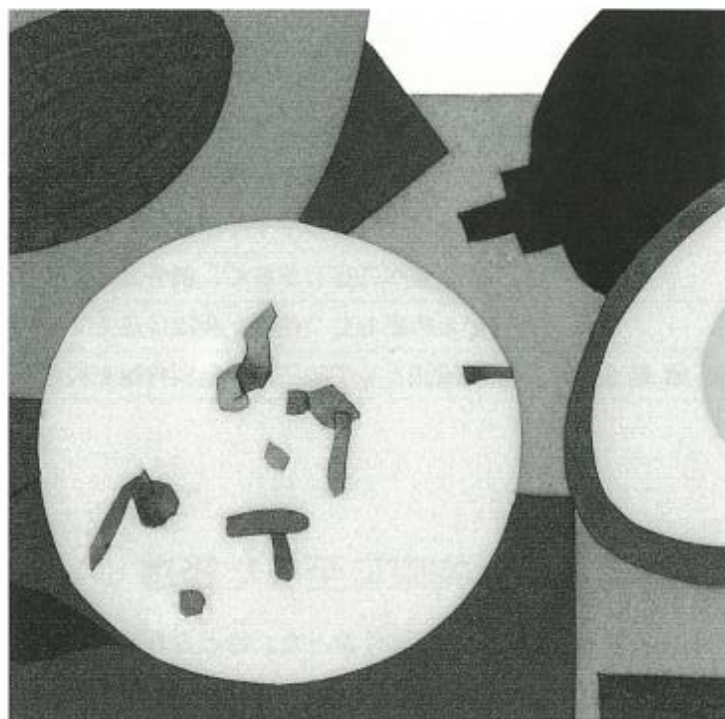


事例編

● 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
ADL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・暴言が出るも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、スタッフへのまとわりつき・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、尿意もはっきりし、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事は、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ポ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、それをと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過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）に端座位ですごす。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入居時におむつをはずして失禁パンツに変え、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

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
ADL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なため、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、脳梗塞を発症し入退院を繰り返していたが、1997年、再発し、四肢麻痺、失語症となった
ADL状況	寝たきり度C1 ほぼ寝たきりの状態で全介助。排せつはおむつ使用。尿意・便意ともない 胃ろうからの経管栄養の他、昼食のみ時間をかけて口からペースト状の食事をとる 全身の掻痒感が強く、常に皮膚を掻く動作が見られる。前胸部、臀部、および大腿部に掻き傷があり、特に左臀部の皮膚は剥離している 痴呆度Ⅳ。失語症と短期記憶障害が認められるが、簡単な受け答えはできる 快、不快については、顔や身体の実態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ただける場合には上記行為を回避できたが、人員の都合で付き添えない場合には、十分説明したうえで、栄養注入中はミトンをつけることを受け入れてもらった。そこで「うん、うん」と笑顔でうなずくなどの反応を確かめながらミトンを装着し、注入後は速やかにミトンをはずした。さらに、夜間、胃ろうボタンに触れることが多く、これらに対しては枕を抱かせる、大判のバスタオルで腹部全体を覆うなど胃ろう部位が目に入らないような工夫をした。

■ その後の経過

試行錯誤の結果、現在では認知障害は認められるものの、問いかけに対しては笑顔が見られ、小声ではあるが返答やうなずきが得られるなど、心の平安が感じられる。軟膏塗布の効果も大きい。皮膚トラブルが改善され掻痒も減少している。胃ろう造設によって体力もつき、食欲が出てきた。昼食のみではあるが、スムーズに嚥下できるよう作業療法士が食事摂取の支援と見守りを行う中、楽しそうにゆったりと食事する姿が見られる。弄便行為は、2週間に1回程度夜間に見られることもあるが「汚れたら取り替えればよい。看護上、事前に察知できるように努力しよう」とスタッフの意識が変化してきている。

「弄便行為は問題行動であり、拘束が必要な患者である」とらく印を押す前に、なぜその行為があるのか、どのような工夫によって防げるのかについて、十分な観察とスタッフ間の討議が必要だということがわかった。職員の意識の変化が大きな成果につながっている。

向精神薬の使用について①

患 者	90歳 女性
診 断 名	老人性痴呆、変形性膝関節症
既 往 歴	十二指腸潰瘍
A D L 状 況	つかまれば寝返りは可能だが、起き上がり・移乗動作は全介助。食事は、セッティングすればスプーンを使って自力摂取。排せつ・入浴・着衣は全介助 車いすを自力駆動し、終日離床
医 療 処 置	向精神薬（安定剤）を投与

■ 入院時・転棟時の状態と拘束に至った経過

1998年6月、十二指腸潰瘍にて入院。内服治療の結果、1999年2月に治癒したが、痴呆があるため在宅は困難であるという家族の意向で入院生活が継続されることになった。

3月末より、問題行動が始まった。怒りっぽくなり、看護婦がもって行った盆をひっくり返す、「食わんぞ、食わんぞ」と叫びながら車いすでウロウロする、コップを投げたり、急に泣いたり、おとなしくなったり等、不安定な状態が頻回に見られた。診察を拒否し、「私の悪口をいっていると思う」と、関係妄想もあった。

4月21日、物を投げる、介護に抵抗する、車いすで他の患者にぶつかる、他の患者につばをかける、なぐるなどの行為が始まった。家族（娘）を呼び、医師が現在の状況を説明したうえで、向精神薬（安定剤）を使用することの許可を得、4月27日からの投与となる。

■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

与薬開始と同時に、ケアプランの修正を行った。副作用を早期発見するために表情、行動、会話などを観察し、興奮時は否定的な会話は避ける、命令的な口調でいわない、独り言をよく聞き、興奮を助長するようなことはいわないなどの精神の安定を図るケアを重視した。また、寝たきり予防として、日ごろの生活パターンにそったケアを行った。医師、看護婦、ケアワーカー間で情報の共有化を図り、ケアの検討を重ねて実施した。

5月17日ごろから、介護に対する抵抗が徐々におさまり、食事も全量摂取することが多くなった。

5月20日、温かな表情でロビーに出る。ときどき、怒鳴ったり、介護者に爪を立てることがあるものの、強い抵抗はあまり見られず、早期に穏やかになった。

5月25日に安定剤を使用した後、5月29日まで使用しなかったが、その間は穏やかに過ごす。これ以後、4日に1回程度の使用となった。

6月29日、それまでリハビリテーションを拒否していたが、地区対抗ゲームに参加し、終了後おやつを食べた。

6月30日、おむつ交換時に「気持ちいいですか」と介護者が聞くと、穏やかにうなづく。

7月13日、便意があるとの訴えを受けてトイレ誘導を行う。排便は見られなかったが、これを機会に排せつ時トイレ誘導を実施することになった。これには素直に応じる。

7月14日、トイレでの排便に成功。本人も大喜びした。

7月25日、自傷・他傷行為が見られず、穏和に過ごす日々が多くなったとの判断から、医師より安定剤中止の指示が出される。

■ その後の経過

安定剤中止後も、医師、看護婦、ケアワーカー間で表情・行動・会話の観察をして情報の共有化を図り、患者のニーズに合ったケアの提供を継続している。痴呆がありながらも、病院という環境の中で生活を送ることができている。

このケースに対し、医師は次のように述べている。

自傷、他傷行為が出現した場合は、状態観察を十分に行い、安定剤の使用を行う。過剰に使用すると、老人は元気がなくなるためである。また、薬を使用してから1週間は、異常行動があっても増量せず、ケアでカバーしながら薬の蓄積効果を待つ。表情・行動が落ち着いてきたら減量を始めて、中止に至る。異常行動がなくなる、顔つきがよくなる、話ができる、などが中止する際のポイントとなる。

看護する者も、痴呆老人を理解することなく「大変だ」が先立って、患者の意味ある行動を問題行動としてとらえ、医師に報告していた。その結果、睡眠剤・安定剤を増量することになったとも考えられる。痴呆老人を理解し、十分なアセスメントを行うことで、問題行動が問題とならず、客観的な見方ができ、よりよいケアに結びつけることが可能となる。

※なお、この事例は、退院の受け皿がないために入院の継続を余儀なくされた状況の中で不応を起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、当たり前のように生活を送ることができている。また、状態が安定し、すべての服薬管理がなくなってきたことから、在宅も可能ではないかと家族から申し出があり、現在調整中である。

居室等への隔離について

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

■ 入院時の状態と拘束に至った経過

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

このころ、動きを観察する意味で首に鈴がつけられたり、徘徊時は常に居室に誘導し、看護婦が威圧的な言葉を投げかけている。さらに昼夜を問わず不穏状態が続き、暴力的で、興奮が見られるようになったため、居室への施設が開始されたが、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設を解き、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継続した。

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もりこまれた。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、これ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した。

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レープ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りられている。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、排せつ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。

自宅で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、理解していただいた。

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。

Blank area for providing comments.

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