

身体拘束ゼロへの手引き

～高齢者ケアにかかわるすべての人に～

身体拘束ゼロへの手引き（目次）

〔本文〕

はじめに	1
身体拘束はなぜ問題なのか	3
身体拘束は本当になくせないのか	5
身体拘束廃止のためにまずなすべきことー5つの方針	7
身体拘束をせずにケアを行うためにー3つの原則	11
緊急やむを得ない場合の対応はどうすればいいか	19
転倒事故などの法的責任についてどのように考えればよいか	23
（参考）身体拘束をなくすための「車いす」や「いす」とは	27

○ 参考文献

〔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－ 35
＜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 39
＜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 42
＜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 47
＜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 51
＜熊本県中央町温石病院＞

〔身体拘束廃止に取り組んだ事例〕

1. ベットからの転落防止のベット柵等について〔医療施設〕 55
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〕 57
3. 車いすの腰ベルトについて〔福祉施設〕 59
4. 車いすのY字型拘束帯について①〔福祉施設〕 60
5. 車いすのY字型拘束帯について②〔医療施設〕 61
6. 弄便行為等防止の介護衣（つなぎ）等について〔医療施設〕 63
7. 向精神薬の使用について①〔医療施設〕 65
8. 向精神薬の使用について②〔医療施設〕 67
9. 居室等への隔離について〔医療施設〕 69

〔参考資料1〕「身体拘束ゼロ作戦推進会議」の開催について 71

〔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） . 73

[はじめに]

<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、様々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、時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出来事であると言えよう。

<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、我々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、様々な工夫をしながら身体拘束を廃止している施設や病院はあるし、一方で、それを上回る体制にありながら身体拘束をし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、より人手が多くかかる」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」といって過言ではない。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。

そして、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にケアに携わる担当者や研究者などが共同して作成した。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。様々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心から望む次第である。

平成13年3月

厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」

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、さらには抑制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、あきらめといった大きな精神的苦痛を与え、そして人間としての尊厳を侵す。
- (2) 身体拘束によって、痴呆がさらに進行し、せん妄の頻発をもたらすおそれもある。
- (3) また、本人の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・介護スタッフも、自らが行うケアに対して誇りを持ってなくなり、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、偏見を引き起こす恐れがある。そして、身体拘束による高齢者の心身機能の低下はその人の QOL を低下させるのみでなく、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2次的・3次的な障害が生じ、その対応のために更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。

身体拘束をやめることは、この「悪循環」を逆に、高齢者の自立促進を図る「良い循環」に変えることを意味している。

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様々な固定観念があり、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」とか、「スタッフ不足などから身体拘束廃止は不可能である」という考え方である。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。

身体拘束の理由として、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」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、本人を転倒すべからざる状態にまで追い込んでいるからではなかろうか。

事故は防ぐ必要がある。しかし、本当に身体拘束しか方法がないのだろうか。

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、適度な運動による昼夜逆転の生活リズムを改善することによって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付ける、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 身体拘束の廃止は本当に不可能なのか。

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、食事時間を長くして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、交換作業に時間がかからないようにシーツを改善するなど様々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言えば、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、どのような介護を目指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%の患者が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 Hospitals) 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、ペンシルヴェニア大学の 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怪我になってしまうので、拘束するべきである。

ここでは、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「拘束は効果的である」という考え方が、拘束という行為に直結する。たとえば、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拘束はしない。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、拘束が効果的であるという科学的な裏付けは全くない。

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、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、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で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。

身体拘束廃止のためにまずなすべきこと — 5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5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、姿勢も必要である。一部の棟が身体拘束を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続けるのでは、現場は混乱し効果は上がらない。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組むことが考えられる。

2 みんなで議論し、共通の意識を持つ。

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、トップも入れ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。その際には最も大事な「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知れないが、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目指す。

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作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當か、またはその意味が分からない場合
- (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したまま、ぼんやり会話もなく毎日過ごされていました。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素振りがあったので、なんとか幼稚園の近くまで行けるようにとケア目標を立てました。最初は立てなかったAさんが、リハビリをして今では、幼稚園の垣根まで杖で歩いていけるようになりました。ときどき笑顔で子供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か捉え方がまちまちです。多くのスタッフが、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ない。
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場合にはやむを得ないと拘束します。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言っています。私は、拘束するときいつもひとりで悩んでいます。
- 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「転倒させないで欲しい」ときつく言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自分がとてもつらいです。
- 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、又、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、患者さんも交えて、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持ちました。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ヶ月半を過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を私たちの財産と思っています。
- 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あわ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。手すりを付ける、足元に物を置かない、ベッドの高さを低くするなど工夫によって、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困難な場合については、日中・夜間・休日を含め施設・病院の全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、身体拘束する場合は極めて限定的に。

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。解決方法が分からない場合には、外部の研究会への参加や相談窓口を利用し、必要な情報を入力し参考にする。

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（19ページ参照）、全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

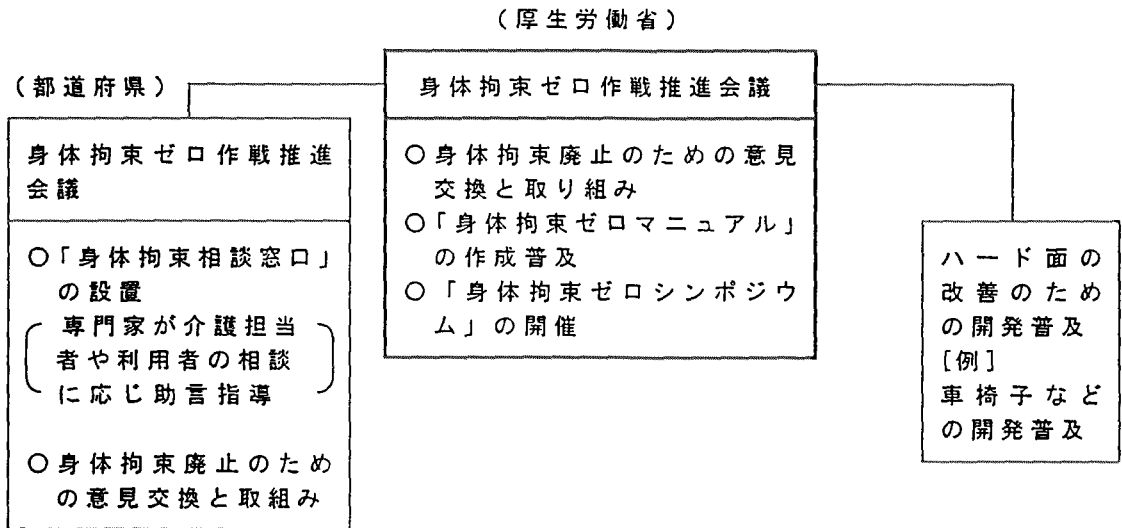
◎身体拘束廃止に向けて動く現場と行政

1986年12月 上川病院で抑制問題に取り組みはじめる
 98年 10月 抑制廃止福岡宣言（10月30日）

～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
 99年 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」＜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」＜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」＜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 厚生省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」の開催

<身体拘束ゼロ作戦>



身体拘束をせずにケアを行うために - 3つの原則

身体拘束をせずにケアを行うためには、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」と言われることがある。

- ・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 5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5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、入所者ひとり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、一人一人を見守り、接し、触れあう機会を増やし、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とめ、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のである。

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様々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言うまでもない。

○ 5つの基本的ケア

以下の5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

食べることは人にとって楽しみ、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することを基本に、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。おむつに排泄物がついたままになっていれば気持ち悪く、「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。皮膚が不潔であれば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、15ページなどの記述を参照。)

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るし、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上で、心地よい刺激が必要である。

2 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ができる限り居室や廊下などから移動させたりしておく。

- ・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一緒に付き添い、ときおり声をかける。(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恐れがあるので、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頻度を増やす。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みんだり、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、清潔さに配慮した上で、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と比較して著しく低くし、万が一転落した場合の衝撃を低減することができるタイプのものが出てきており、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低減するような機能のある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頻度を増やし、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、又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、口から食べられないか十分に検討する。

- (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咳払いをさせたり、食べ物を吐かないように注意して吸引を行う。)
- ・食事にとろみをつける、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「食いたい」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まぎらわす。
 - ・点滴を入眠時間に行う。
 - ・点滴台を利用し、いっしょに手をつないで歩くなど、利用者の動きに付き添う

○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してとる。
- ・刺入部を下肢よりとり、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、又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字型抑制帯や腰ベルト、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、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。
- 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、様々な観点から評価し、原因を発見する。
(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)
・ 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。)

- 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、すべ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、27ページから32ページまでを参照。

- 職員が見守りやすい場所で過ごしてもらう。

(例)・日中は極力ホールや食堂で過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目指す。

- (例)・尿意のサインの有無、排尿回数、排尿間隔、失禁の状態などをチェックし、排せつパターンを把握した上で、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の原因や目的を究明し、それを除くようにする。

- (例)・肌着は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、排せつパターンにあ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、脱衣がはじまったときや、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頻度を増やす。
 - ・会話や散歩などの活動により、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頻度を増やす。
 - ・ 会話や散歩などの活動により、他に関心を向ける。