

身体拘束ゼロをめざして

昨年度、県では介護保険施設を対象に身体拘束廃止に関するアンケートを実施しました。この結果では、身体拘束禁止規定の周知度については、「全ての職員に周知」(64.8%)、「大半の職員が知っている」(30.9%)であり、合わせて全事業所の95.7%で多くの職員に周知されていました。また、「特に取組をしていない。」は(1.3%)に過ぎず、身体拘束廃止に向けた取組は、ほとんどの事業所で実施されていました。このことから、禁止規定の存在やゼロ作戦の周知及び介護現場における意識改革は相当程度図られていることがわかります。

また、「身体拘束ゼロへの手引き」(平成13年厚生労働省)では、禁止の対象となる具体的な行為として11の行為をあげていますが、このアンケートにおいて、緊急やむを得ない場合として身体拘束が認められる場合も含んで、単純にこの内の1つでも行なっている事業所は、(つまり、何らかの身体拘束をしていると回答した事業所は、)全体の67.7%であり、禁止規定に具体的に抵触するかは別の問題ですが、3分の2の事業所が身体拘束を行っている実態が明らかとなりました。

【身体拘束禁止の対象となる具体的な行為】

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。
転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
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。
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。
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。
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。
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。
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。
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。
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。
自分の意志で開けることのできない居室等に隔離する。

なお、このアンケートに回答いただいた施設における入所者数（17,411人）と身体拘束が行われていた対象者実人数（2,256人）から、施設入所者全体に対する身体拘束が実施されていた者の割合は12.9%であり、禁止規定に具体的に抵触するかは別の問題として、約10人に1人が何らかの身体拘束を受けていることも明らかとなりました。

また、身体拘束ゼロに関する疑問点、悩み、意見、要望などが記載された自由筆記欄の中には「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、『身体拘束しなかったこと』を理由として損害賠償等の責任を問われるのではないか」という趣旨で、事故に対する法的責任に不安を持つ施設も多数ありました。

県では、介護保険制度が発足した平成12年度以降、身体拘束廃止に向けて、推進会議の開催、相談窓口の設置やセミナーなど、身体拘束ゼロ作戦を推進してきましたが、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ることを再確認し、「身体拘束ゼロ」を現実のものにしていただくために、この章では原点に戻って基本的な事項についてご紹介します。

まず最初に、身体拘束廃止を推進するための基本的な考え方について、静岡県身体拘束ゼロ作戦推進会議の座長で、浜松医科大学教授の森 則夫氏に、次に身体拘束をめぐる法律問題について、本年度の身体拘束ゼロ作戦推進研修の講師で、牧田法律事務所弁護士の牧田静二氏に、それぞれ寄稿をお願いしました。

(1) 身体拘束廃止を推進するために

静岡県身体拘束ゼロ作戦推進会議 座長 森 則夫

わが国の高齢者介護は、1963年に老人福祉法が制定されて以降、急速な高齢者人口の増加とともに変遷を繰り返してきました。もっとも大きな変革は2000年に導入された介護保険制度です。この制度により、高齢者介護のあり方が大きく変化しました。その例として、成年後見制度や身体拘束の廃止をあげることができます。特に、身体拘束の廃止は、ある意味で、これまでの常識とか慣例の訂正を迫るものでした。

静岡県では、身体拘束廃止を推進するため、静岡県身体拘束ゼロ作戦推進会議を設置するとともに、身体拘束廃止相談窓口を設けて、介護保険施設から質問や施設の利用者家族への相談に応じてきました。さらに、セミナーの開催、アンケート調査とその報告書の配布などを通して、「人間の尊厳を守るケア」としての身体拘束廃止の必要性と重要性を訴えてきました。これらの事業内容を踏まえ、このたび、「身体拘束ゼロ作戦推進 実践事例集」をまとめることになりました。身体拘束廃止の意味するところについては、すでに周知のこととは思いますが、以下に、その意義と重要性を述べたいと思います。

痴呆と身体拘束

要介護認定データに基づいた厚生労働省の推計によれば、要介護（要支援）認定者の2人に1人は、「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」（痴呆性自立度Ⅱ以上）であり、また、およそ4人に1人は、「一定の介護を必要とする痴呆がある高齢者」（痴呆性自立度Ⅲ以上）です。介護保険施設に入所している要介護（要支援）認定者の場合には、およそ8割が、「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」（痴呆性自立度Ⅱ以上）とされ、およそ6割が、「一定の介護を必要とする痴呆がある高齢者」（痴呆性自立度Ⅲ以上）と推計されています。つまり、介護施設において、身体拘束などの行動制限をうけている（あるいは、受けていた）方の多くは痴呆性高齢者ということになります。

痴呆の中で最も多いのはアルツハイマー型痴呆です。よく知られているように、この病気は加齢によるものです。長期にわたって緩徐に進行する大脳細胞の変性死滅による脳の機能低下が痴呆を引き起こします。体の筋肉は、鍛えれば逞しくなり、逆に、使わなければ衰えます。脳の神経も同じです。病院や介護保険施設では、痴呆に対してリハビリテーションが行われています。その内容は施設によって違いますが、リハビリテーションにより、表情や反応がよくなり、感情が安定してくることは、よく経験するところです。一方、痴呆性高齢者が手術や病気で安静臥床を余儀なくされると、しばしば痴呆が悪化します。また、このような状況下では、一見痴呆がないように見える高齢者であっても、みるみる

痴呆に陥ることがあります。

このように、身体拘束は痴呆を悪化させる行為であることを深く認識する必要があります。

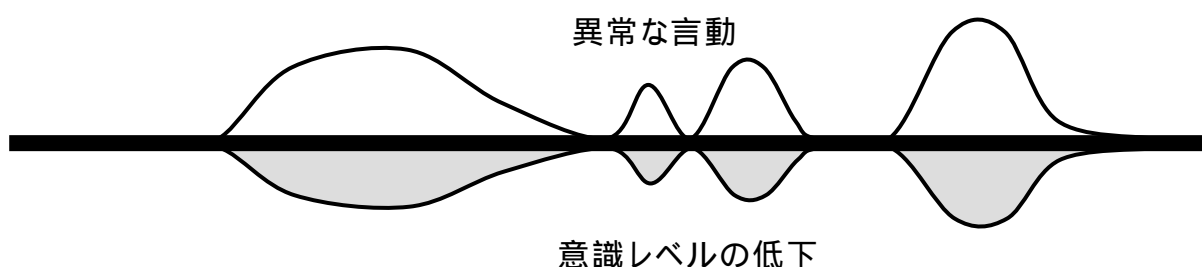
せん妄と身体拘束

せん妄とは、簡単には、意識の水準が低下した状態で、普段とは違う言動が出現する状態あるいは病像のことです（図1を参照）。普段とは違う言動とは、たとえば、痴呆性高齢者が、日中は落ち着いているのに、夜になると落ち着きを無くし、外に出て行こうとする行動をとるような場合です。この時に声を掛けても、それが耳に届いていないようであり、制止しても意に介さず、かえって、手を払いのけようとすることもあります。実際はそうでないのに、「 が玄関に来てる」とか「外で誰かが泣いてる」などと言うこともあります。

せん妄は痴呆性高齢者に出やすく、夜に多い傾向があります（夜間せん妄）。もちろん、日中にでることもあります。せん妄は、通常、数時間から数日間持続しますが、その日のうちでも病像が変動します。ですから、せん妄という病気の状態であることに気づかれない可能性があります。危険なので、という理由から身体を拘束されることも考えられます。せん妄は治療薬によって確実に改善しますから、専門家の治療を受けることが大切です。ですが、その前に、せん妄であることを見極める必要があります。身体を拘束してしまうと、観察がおろそかになります。逆に、身体拘束を行わなければ、観察が濃密になり、いつもの様子とは違うことに気づくはずですが、身体拘束の廃止は、このような（行動をよく観察すると言う）視点を身につける上でも大きな意味があります。

老婆心ながら、治療薬の考え方について述べておきます。「睡眠薬や精神安定剤などのくすりを飲むと早くボケる」という誤った通説があります。また、「介護は治療薬を使わずに行うべきである」とか、「安易にくすりを使うのはよくない」と言った意見を耳にすることがあります。確かに、安易にくすりに頼るのはよくありません。しかし、使うべき時に使わないのは、さらに良くありません。くすりは健康のために服用するものであり、少なくとも、身体拘束よりは、遥かに優れた方法であることを認識する必要があります。

図1. せん妄の概念図



これからの高齢者介護と身体拘束廃止

2015年には、戦後生まれのいわゆる「ベビーブーム世代」(1947(昭和22)年～1949(昭和24)年)が65歳以上になります。2015年の時点で、65歳以上人口は3,277万人、75歳以上人口は1,574万人になる見通しです(図2、図3を参照)。2015年以降の高齢者人口増加率は、それまでと比べて緩やかになります。しかし、「ベビーブーム世代」は高度経済成長期に青年期を過ごしてきました。生活様式、価値観がそれまでの世代より多様化しています。この傾向は、「ベビーブーム世代」以降の世代において、より顕著であり、また、人権や人間の尊厳を非常に大事なものと考えています。おそらく、「ベビーブーム世代」が65歳になりきる2015年までには、たとえば、必須の医療行為(検査、手術、輸血、注射など)であったとしても、痴呆のために十分な判断能力がない者に対するインフォームド・コンセントや同意をどのように扱うか、大きな問題となっているでしょう。身体拘束は論外の行為と言う認識になっていることでしょう。

つまり、現在進めている身体拘束廃止とは、歴史的流れの中で捉えると、必然の動きといえることができます。換言すれば、高齢者介護の担い手が現在取り組んでいる身体拘束廃止という困難な事業は、「人間の尊厳を守るケア」の嚆矢となる歴史的行為そのものといえることができます。

図2. 高齢者人口(65～74歳、75歳以上)とその割合(厚生労働省の資料から)

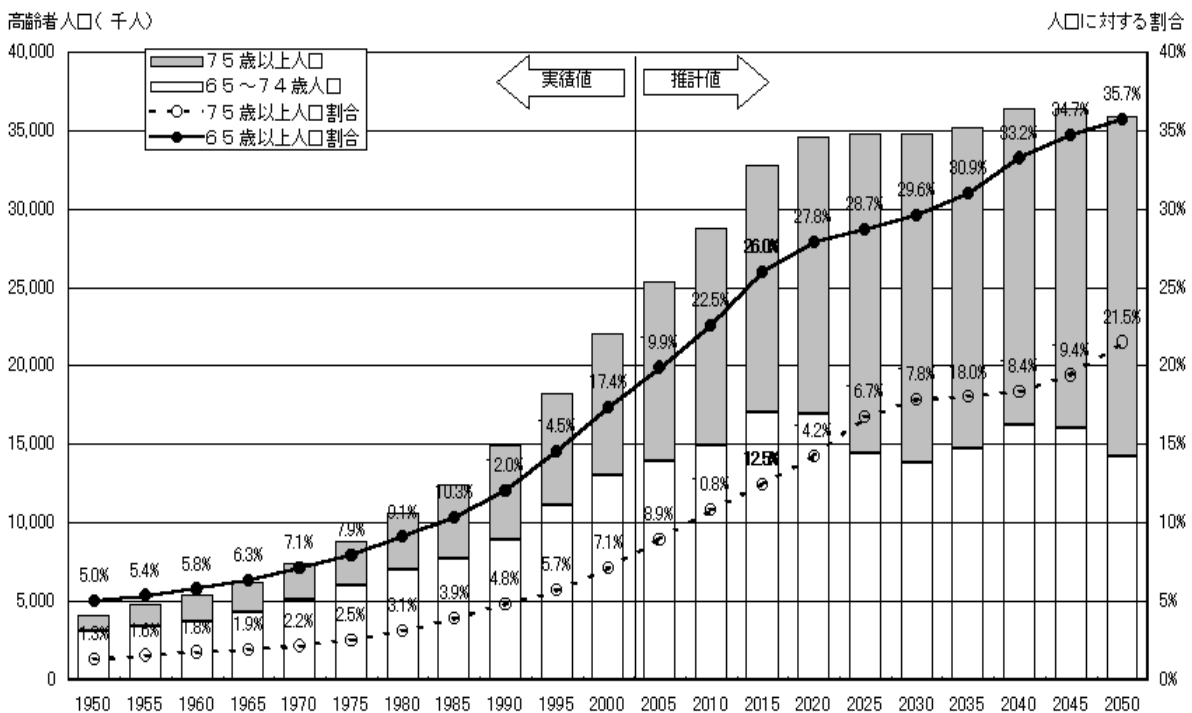
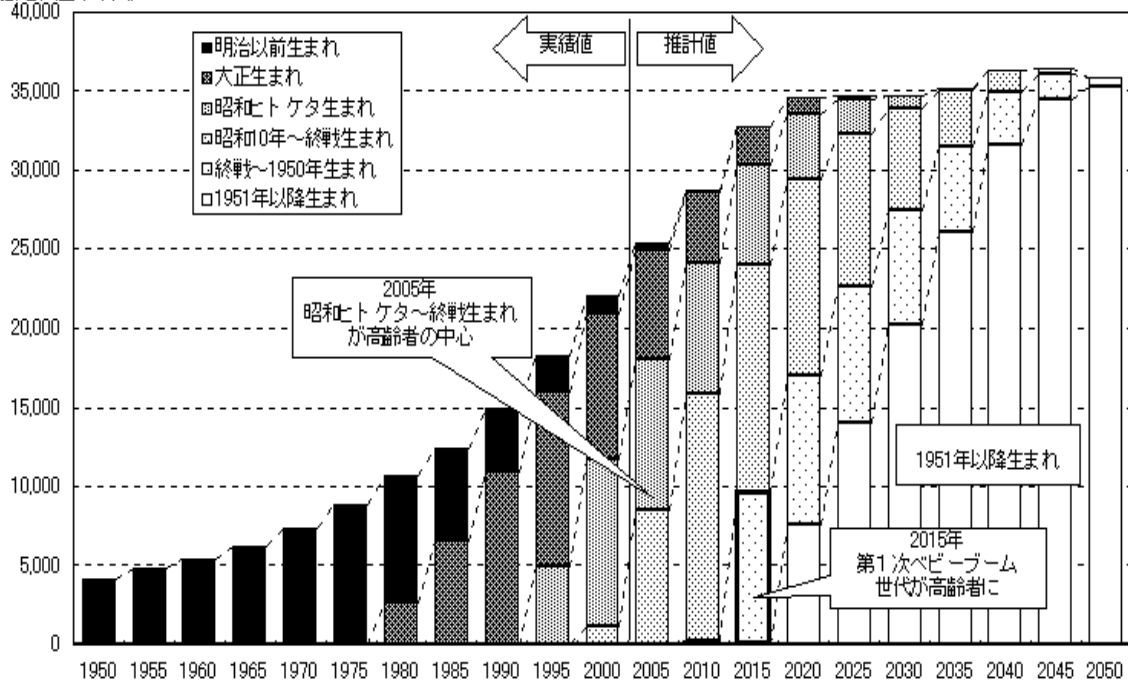


図3. 世代別に見た高齢者人口の推移(厚生労働省の資料から)

高齢者人口(千人)



(2) 介護における身体拘束 - 身体拘束をめぐる法律問題 -

牧田法律事務所 弁護士 牧田 静二

1 はじめに

はじめに、今、何故「身体拘束ゼロ」かの問題からお話しましょう。

平成 11 年に「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」の中で、「指定介護福祉サービスの提供にあたっては、当該入所者又は他の入所者等の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、身体拘束その他の入所者の行動を制限する行為を行ってはならない」と規定され、国や地方自治体、そして介護保険施設において、入所者の身体拘束をなくそうとするさまざまな取組が行われています。

私は法律家の立場から、この運動は時機を得た正しいものであり、全面的に賛意を表するものであります。

しかしながら、介護の現場にいる皆さんからすると、その理念には賛成するけれども、実際に高齢な利用者の安全を守り、事故のない介護を実行するためには、ある程度の身体拘束は必要な処置であり、これを全面的に禁止してしまうことは、介護者に過大な負担を強いるもので、建前としては判るけれども本音の部分では反対ですと言われるかもしれません。

実際、新聞記事（平成 14 年 11 月 15 日 静岡新聞朝刊）等によりますと、「入所者の 13% 身体拘束」の見出しで、「老人福祉施設の約 7 割が高齢者に何等かの身体拘束をしている」とか「車いすの高齢者に 28% の施設で拘束帯や腰ベルトを使用している」とか報じています。勿論これは、この運動が今日のように本格的に普及する以前の話ですが、それでも介護と身体拘束とは切っても切れない関係にあるかのような印象を読者に与えます。

しかし、私がこれからお話しするように、基本的に他人を縛ったり拘束する行為は刑法に触れる行為であり、ただ介護の目的のため一定の条件を満たす場合のみ、例外的に許されているのです。これからこうした法律の基本的な枠組み、知識を皆さんに説明してゆこうと考えます。

2 医療（看護・介護）行為と刑事責任

まず最初に、日常的に行われている医療行為として医師が患者をメスで切ったり、針で刺したりする行為が何故処罰されないのか。刑法 204 条では傷害罪を「人の身体を傷害した者は、10 年以下の懲役又は 30 万円以下の罰金若しくは科料に処する。」と定めています。まさに医師のこれらの行為は傷害罪に該当するものではないかについて考えて

みたいと思います。

刑法においては、罪刑法定主義の大原則があります。罪刑法定主義とは、あらかじめ法律をもって、いかなる行為が犯罪とされ、これにいかなる「刑罰」が科されるを規定していない限り、どんな行為でも犯罪として処罰されないという原則です。したがって、あらかじめ犯罪と刑罰が法定され、犯罪として処罰できる場合であっても、法定された刑罰以外の刑を科することはできないということでもあります。

1801年、ドイツの刑法学者フォイエルバッハが「法律なければ犯罪なし」、「法律なければ刑罰なし」という命題を示したことによって、近代刑法の大原則とされるようになったものです。

今日一般に承認されている考え方によれば、犯罪とは構成要件に該当し、違法かつ有責な行為をいいます。すなわち「構成要件該当性」、「違法性」、「有責性（故意・過失）」の3つが犯罪の成立要件だと考えられています。

「構成要件該当性」とは、犯罪成立の第一の要件であり、具体的な行為が刑法の条文で定める要件に該当するかどうかの問題です。次に、「違法性」とは、構成要件に該当する行為であっても、それが実質的に見て処罰の必要のある違法な行為であるかどうかを吟味するというものであり、これは犯罪成立の第二の要件です。「故意」とは、刑法第38条1項の「罪を犯す意思」すなわち犯意であり、「過失」とは、不注意、ミスのあることです。

構成要件に該当した行為であっても、実質的に処罰の必要のある行為でなければ犯罪は成立しないと言いましたが、この犯罪の成立を妨げる事由のことを「違法性阻却事由」と呼んでおります。刑法第35条は「法令又は正当な業務による行為は、罰しない。」として、法令による行為や正当行為を違法性阻却事由として規定しているのです。

医師による手術などは、法第35条でいうところの正当な業務による行為であり、法令に直接の規定がなくても、社会生活上正当な業務と認められる行為であり、違法性がないため処罰されないのです。

皆さんは、私が何でこんな難しい刑法の理屈をくどくど説明しているかお判りでしょうか。実は、介護の現場で行われている身体拘束行為は、私達法律家からみると一応、刑法の「逮捕・監禁罪」に該当する行為であると考えているのです。

皆さんは、そんな馬鹿な、私達はお年寄りの安全や介護の必要性から拘束を行っているんで、そんな刑法とか犯罪とは全く関係のない話ですとお考えでしょうが、私達法律家はそうは考えません。私達は、入所者（利用者）に対して行う身体拘束行為は刑法に

定められた「逮捕・監禁罪」の構成要件に該当するけれども、それが刑法 35 条の正当行為として評価できる場合には例外的に犯罪にならないと考えるのです。

結論は同じですが、この拘束は罪とならないという結果を原則と考えるか、例外と考えるかの相違は、具体的な問題を考える際には、その結論に大きな影響が出てくることは間違いのないところです。

冒頭お話ししたように、身体拘束を原則的に悪として、できるだけこれを抑制してゆこう、できたら身体拘束のない介護を実現させようという方針は、私達法律家の立場から見れば大賛成であると申し上げたのも、こうした考え方に裏打ちされているのです。

3 身体拘束と刑事責任

身体拘束をすることについて、観念的に刑事上ではどのような犯罪が成立するのでしょうか。身体拘束は、もともと刑法 220 条で定める「逮捕・監禁罪」に該当します。すなわち、「不法に人を逮捕し、又は監禁した者は 3 月以上 5 年以下の懲に処する。」に該当するものです。

「逮捕・監禁罪」は、個人的法益としての自由に対する罪であり、その自由の内容は、人の行動の自由ないし身体的移動の自由であるといわれています。「逮捕」とは、人の身体に対して、直接的支配を設定し、その行動の自由を拘束することであり、その方法には制限はないのです。「監禁」とは、人が一定の場所から脱出することを不可能、または著しく困難にし、その行動の自由を拘束することであり、これについても、その方法に制限はないと解釈されています。「逮捕・監禁」は、人の行動の自由を奪う行為であるが、その自由剥奪は、全面的である必要はないとされています。

先述のとおり、身体拘束が正当行為として認められるためには、一定の条件が必要です。施設運営基準において、「施設は、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむをえない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならない」と定められていますので、介護保険法において、身体拘束が「違法」と評価されたり、「許容」されるかは、この条件が満たされるか否かによって判断されることとなります。

4 身体拘束と民事責任

これには二つの態様が考えられ、まず身体拘束をしたため事故が発生した場合と、反対にしなかったため事故が起きた場合です。まず前者から考えてみましょう。

例えば、身体拘束により、利用者に精神的苦痛を与えたり、利用者の身体能力を低下

させるなどして転倒骨折等を生じさせた場合などの法的責任はどのようなものが考えられるでしょうか。入所関係を施設と利用者との契約とみれば、契約違反すなわち「債務不履行」の問題が生じます。

施設は入所者に対して、入所契約（介護契約）に基づいて入所者の生命、身体の安全を守る義務を負っていると考えるのです。だから施設がこの義務を怠った結果、入所者が転倒して骨折したり、そうでなくても長い間不必要な身体拘束を実施した結果、身体能力を低下させ、それが原因となって骨折等の事故につながったと認められた場合は、それによって生じた損害を賠償する義務が発生します。

また、契約関係の有無にかかわらず、私達が社会生活を営む上で、故意とか過失によって他人の権利を侵害してしまった場合は、これによって生じた損害を賠償する義務があります。民法 709 条の「不法行為責任」というものです。交通事故を考えれば、すぐ理解できますが、自動車の運転中、不注意で人を傷つけたりや物を壊してしまった場合、契約関係はなくても損害賠償義務を負うでしょう。施設に入所されている利用者でも同じことです。

それに注意しなければならない問題として、身体拘束の結果、肉体には何等傷害等のダメージを与えなくても、違法な身体拘束自体を不法行為として精神的慰謝料の支払いを請求される可能性があることです。爾来、こうした法的紛争が起きなければ良いがなと考えています。こうした紛争を未然に防止するためにも、無用な身体拘束は避けるべきです。

次に、身体拘束をしなかったため事故が発生した場合を考えてみましょう。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ます。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ります。

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ません。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ます。

具体的には、身体拘束は、他の事故防止の対策を尽くした上でなお必要となるような場合で、後述する 3 つの要件を満たす「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と解されます。

5 平成 11 年 3 月 31 日付けの厚生省令について

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ますが、これは、「切迫性」「非代替性」「一時性」の 3 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のです。

なお、「緊急やむを得ない場合」の対応とは、通常の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」のみに限定されます。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ています。

【切迫性】	利用者本人又は他の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又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、いかなる場合でも、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又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。

また、仮に 3 つの要件を満たす場合にも、これから説明する手続きを守る必要があります。

「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こと。特に、施設内の身体拘束廃止委員会等の組織において、事前に手続等を定め、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体制を原則とする必要があります。

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こと。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、説明手続や説明者について事前に明文化しておくこと。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ことが求められています。

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す。

なお、介護保険指定基準上、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りません。

こうした諸点を遵守して、法律的にトラブルを起こさない介護を目指してください。

6 参考条文

（正当行為）

- ・ 刑法第 35 条「法令又は正当な業務による行為は、罰しない。」

（傷害）

- ・ 刑法第 204 条「人の身体を傷害した者は、10 年以下の懲役又は 30 万円以下の罰金若しくは科料に処する。」

（逮捕・監禁）

- ・ 刑法第 220 条「不法に人を逮捕し、又は監禁した者は 3 月以上 5 年以下の懲りに処する。」

（債務不履行）

- ・ 民法第 415 条「債務者カ其責務ノ本旨ニ従ヒタル履行ヲ為ササルトキハ債権者ハ其損害ノ賠償ヲ請求スルコトヲ得...」

（不法行為）

- ・ 民法第 709 条「故意又ハ過失ニ因リテ他人ノ権利ヲ侵害シタル者ハ之ニ因リテ生シタル損害ヲ賠償スル責ニ任ス」

身体拘束ゼロをめざす取組

この事例集を作成するにあたっては、平成 15 年 8 月 1 日時点での県内 359 箇所の介護保険施設等における取組等について照会をしましたが、その結果は次のとおりです。

【調査概要】

- ア 対象 身体拘束禁止規定の対象となる、介護保険 3 施設（特養、老健、療養型医療施設）、グループホーム、有料老人ホーム、ショートステイ等の県内の全事業所 359 箇所
- イ 方法 調査時点で指定を受けている事業所に郵送により調査用紙を送付し、現場での積極的な取組状況について記入回答を依頼
- ウ 時点 平成 15 年 8 月 1 日
- エ 項目 組織としての取組（委員会の設置、マニュアルの策定 等）
身体拘束廃止に効果的だったケアの工夫
困難事例に対する改善に向けての取組（粗暴行為、痴呆行動のあるケースを中心に）
利用者家族との改善に向けての取組

【回答状況】

	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム、特養）	介護老人保健施設（老健）	介護療養型医療施設（療養型）	痴呆対応型共同生活介護施設（グループホーム）	特定施設入所者生活介護施設（有料老人ホーム、ケアハウス）	短期入所生活介護・短期療養介護施設（ショートステイ）	計
照会件数	134	73	51	72	26	3	359
回答件数（A）	82	49	32	37	11	1	212
回答率（%）	61.9	67.1	62.7	51.4	42.3	33.3	59.1

【 身体拘束廃止に向けた組織としての取組（身体拘束廃止委員会開催等）】

	特 養	老 健	療養型	グループ ホーム	特定施設	ショート ステイ	計
委員会の 設置	48	30	15	0	3	0	96
A の内の 割合(%)	58.8	61.2	46.9	0.0	27.3	0.0	45.3
ソフト系 *1	56	32	27	10	3	1	129
A の内の 割合(%)	68.3	65.3	84.4	27.0	27.3	100	60.8
ハード系 *2	18	2	2	1	0	0	23
A の内の 割合(%)	22.0	4.1	6.3	2.7	0.0	0.0	10.8

*1 マニュアルやガイドライン等の作成、研修会や見学会の実施 等

*2 低床ベッド、畳部屋、ティルト式車いす、徘徊センサー 等

【 身体拘束廃止に効果的だったケアの工夫】

	特 養	老 健	療養型	グループ ホーム	特定施設	ショート ステイ	計
ベッド柵	22	22	5	1	2	1	53
Y字型拘 束帯、腰 ベルト等	25	21	12	1	3	0	62
介護衣	27	11	8	1	3	0	50
ミトン型 手袋	4	2	2	0	0	0	8
言葉の 拘束	2	3	1	3	0	0	9
その他	7	2	1	5	0	0	15
計	87	61	29	11	8	1	197

【 困難事例に対する改善に向けての取組（主に痴呆行動・粗暴行為）】

	特 養	老 健	療養型	グループ ホーム	特定施設	ショート ステイ	計
痴呆行動	49	30	14	9	5	1	108
粗暴行為	4	2	5	0	0	0	11
その他	30	24	6	1	4	0	65
計*	83	56	25	10	9	1	184
ベッド柵	16	12	11	2	1	1	43
Y字型拘束帯、腰ベルト等	35	14	4	1	4	0	58
介護衣	22	2	4	0	2	0	30
ミトン型手袋	6	20	4	0	0	0	30
向精神薬他	6	15	2	7	2	0	32
計*	85	63	25	10	9	1	193

* 1事例で複数の身体拘束があるため一致しない

【 身体拘束廃止に関する利用者家族への対応事例】

	特 養	老 健	療養型	グループ ホーム	特定施設	ショート ステイ	計
ベッド柵	3	0	0	0	0	0	3
Y字型拘束帯、腰ベルト等	7	5	0	0	0	0	12
介護衣	1	0	1	0	0	0	2
ミトン型手袋	11	1	1	0	0	0	3
向精神薬他	0	0	0	0	0	0	0
計	12	6	2	0	0	0	20

まず、 については、回答件数の約半分（45.3%）の施設で、身体拘束廃止委員会を設置していることがわかりました。中には、サービス向上委員会、抑制^{ゼロ}プロジェクトやリスクマネジメント委員会等の名称で、より具体的なケアの向上を目指す意図で名称を定めている施設もありました。また、組織としての運営指針を定めたマニュアルやガイドライン等の策定、意識啓発のための職員アンケートの実施等ソフト面での展開を中心に、施設入所者の住環境の整備等ハード面でも広く展開されていることがわかりました。

【KEY WORDS & PHRASES】

会の設置	リスクマネジメント委員会、抑制0プロジェクト、サービス向上委員会
計画等の作成	ガイドライン作成、転倒転落アセスメントスコアシート活用、 モニタリング用紙の活用、ADL調査表の作成、取扱要綱の作成、経過観察のためのフォーマット作成、睡眠チェック表作成
意識啓発	職員アンケート（意識調査）、研修会・勉強会・見学会、入所者へ身体拘束実態調査、職員による身体拘束の疑似体験
トピックス	個別機能訓練の実施と適切な福祉用具の活用、クリニカルアウトカム（医療の結果）活動の実施、痴呆に対するリハビリテーション（音楽療法、動物介在療法、園芸療法）、施設長のリーダーシップ、拘束する場合は理事長の決裁、リスクマネジメント、第三者評価、ユニット化、法人研修会での事例検討、全国介護老人保健施設大会での取組発表、抑制廃止宣言
太字は、掲載事例等	

次に、 については、「身体拘束ゼロへの手引き」であげられた11の具体的な禁止行為のうち、昨年実施したアンケートの中で全体の87.7%を占めた4つの行為（「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」、「車いすやいすからずり落ちたり、立ちあがったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける」、「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」、「点滴・経管栄養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をつける」)を中心にケアの工夫を照会したものです。具体的にあげられたものとしては、次のものがありました。

【KEY WORDS & PHRASES】

ベッド柵	夜間観察用のチェック表、訴えの傾聴によるアイコンタクト、低床ベッド、居室の移動、和室の利用、マットクッション、センサーマット、
車いす時の拘束 (Y字型拘束帯、腰ベルト、車いすテーブル)	行動パターン分析による着座の変更、立ち上がり訓練の実施、見守り職員の明確化、ユニットケアによる個別対応、ティルト式車いす、モジュラー型車いす、転倒防止センサー、スイング型車いす、気分転換、前傾防止用クッション
介護衣	ユニット方式及び個別リハビリの実施、個別ケアの実施、排泄時間の把握とトイレ誘導、行事クラブ活動への積極的参加、孤独にさせない工夫（声掛け・昼間のレク・散歩等による気分転換）
ミトン型手袋	経鼻胃管走行の工夫、経管栄養注入の短時間化、観察・評価必要以外の抑制解除、周囲の係わり合いによる意識の安定化受入れと自尊心の尊重、排便状況の把握とコントロール方法の見直し、観察体制の整備
言葉の拘束	感謝や労いの言葉で接する、利用者よりも優先されるべき仕事はないことを職員同士で確認、訴えの受容
その他	(向精神薬の投与に関して) 信頼関係の構築、徘徊センサー

太字は、掲載事例

また、 については、特に粗暴行為・痴呆行動等における身体拘束廃止困難事例に関する取組を で示した4つの行為を中心に照会したものです。

具体的にあげられたものとしては、次のようなものがありました。

【KEY WORDS & PHRASES】

痴呆行動 **ユニットケア、ケアのチームワーク、リハビリ訓練、適切な機能評価による訓練の実施、家族の面会による精神的安定**

粗暴行為 **生活史のアセスメント**

その他 **訴えの傾聴による精神の安定、信頼する人の面会による精神的な安定、廃止には至らず試行錯誤中**

太字は、掲載事例

最後に、については、施設の改善努力や意識改革だけではなく、利用者家族をも含めた関係者が一体となった取組状況について照会したものです。件数は少ないものの、家族と対峙しながら真摯に入所者のケアの質の向上を図る施設の様子が伺えましたが、一朝一夕に解決することは非常に難しいこともわかりました。

こうした取組状況を踏まえた上で、以下では、特に今後取組に着手しようとする施設の手掛かりとなる身体拘束廃止委員会等の組織の立上げや実際の運営の指針となるガイドライン等について先進事例を紹介します。また、あわせて、数多く寄せられた個別ケアの工夫や利用者家族への対応の中から特徴的なものを紹介します。

すでに委員会等を設置し、独自のマニュアル・ガイドライン等により、個別ケアの実施や利用者家族との対応を行っている施設もありますが、より一層のケアの向上を目指すための参考にさせていただければ幸いです。

(1) 身体拘束廃止委員会の設置など組織全体の取組

特別養護老人ホーム「晃の園」

晃の園は痴呆性高齢者専門施設として開設し16年目となる。

重症化・高齢化という社会環境のなかで、現場では入居者の安全を守るという名のもと身体拘束が日常におこなわれ、このことを良しと思う職員はいないものの「拘束」は必要だと考え「いかに見栄え良く効果的に拘束するか」に努力してきたといえる。

拘束廃止へとスタート

平成11年3月、厚生省令における「身体的拘束の禁止規定」がだされた。

翌年4月からは「介護保険」が開始される時でもあり家族・職員共に措置制度からの意識改革のチャンスと捉え、拘束廃止実現をめざして取組をはじめた。

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準

(平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 39 号)

(指定介護福祉施設サービスの取扱方針)

第 11 条

4 指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所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の行動を制限する行為(以下「身体的拘束等」という。)を行ってはならない。

でも 不安が大きくて

平成11年4月、毎月定例で全職員がお互いの領域をこえて同じ目線で討議する「園内研修」で「身体拘束の弊害について」を共通テーマとして学習会がスタートした。

安全確保のためにおこなってきた身体拘束を廃止することは、介護事故も起ることを予測し、研修と事故対策を2本柱とした「拘束廃止委員会」を立ち上げた。

園長を委員長として活動を始め、研修は「講座」・「演習」・「グループワーク」・外部講師による「講演」などであり、終了後の面談・レポート提出などを義務付け評価した。

平成12年 4月 拘束廃止宣言

平成12年 1月、身体拘束はほぼなくなるも、つなぎ服 2名(夜間のみ)と車いすのひも使用

2名ミトンの手袋 1名が拘束を廃止できずに苦労していた。そこで八王子市の上川病院に寮母長・看護師の見学研修を受けさせていただき「やればできる」の手ごたえを成果に 2～3日で拘束を全廃した。

この時「園長として責任は私がとります」の一声が職員の中を押した。

上川病院：精神科単科病院として 1970 年に八王子市に設立され、1984 年に内科・リハビリテーション科病棟を併設し、高齢者医療への取組を開始。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。1986 年より抑制廃止に取り組み、院内グループホームケア等新しい痴呆ケアを試みている。

事故対策（事故について、事故分析の結果）

事故対策としては、インシデントを含む「事故報告書」の提出を義務付け分析・対策について検討した。大きな事故、いわゆる転倒・転落による骨折等はアセスメント不足・介護技術が未熟であった時に起こることが多いが事故発生時の病院受診・家族への対応・介護保険課への報告書などのマニュアルの運営管理は園長としての責務である。

介護の流れ作業の見直し、入居者と同じ場所で 1日を過ごす「見守り係」の導入は、廊下に花を飾ったりソファを置いて落ち着いて座って話すといった生活感の演出となり、4本のベッド柵の廃止は布団で就寝するための和室づくりとなった。つなぎ服の廃止はより積極的な排泄ケアへの取組につながり、起こった事故に対しても、2度と起こさないための取組が検討されていく。

写真

ユニットケアの実現をめざして

平成13年 4月、拘束廃止の取組の継続は入居者の個別ケアの必要性への気付きとなりその実現のために「ユニットケア」の導入へとつながった。

おわりに ~ 晃の園 理念

「身体拘束廃止」において、大切なポイントは組織トップの決意と一丸となって取り組む姿勢がモラルを高め成功の鍵を握る。

今、晃の園の目指している理念は「ゆっくり！自由に！わがままに！」です。

晃の園 身体拘束廃止への取組

昭和63年 4月	痴呆専門の特別養護老人ホームとして、50床で開設 2ヶ所中庭と自然光を取り入れ、エンドレスの回廊式廊下
平成 3年	増床50床(計100床となる) ショートステイ 20床 徘徊・不穏・暴力・異食・介護抵抗...など行動障害をいくつももった方が多く「痴呆のひどい人は晃の園へ...」という認識が広がり、「緊急入所」が頻繁だった。 木製のサークル室・居室への施錠・介護衣(つなぎ服)・車いすにY字型抑制帯・ベッドから転落しないようベッド柵で囲む等が日常的にあった。
平成11年	拘束することへの疑問と廃止に向けて挑戦 「福岡宣言」「厚生省令・身体拘束の禁止例」 意識改革.....個人面談・意識調査・園内研修 家族会での勉強会 業務の工夫.....見守り係・記録・申し送り 設備・備品 拘束廃止委員会
平成12年 1月	拘束廃止へ 上川病院(八王子市)見学・研修 その翌日、車いすのひもを全廃 さらに翌日、介護衣の全廃 「全責任は、園長がとります」 残った拘束 「立っちゃだめ!」「ちょっとまってて!」など
平成13年	拘束廃止の先に.....
平成14年	既存施設の改修へ ユニットケアへの実現をめざして
平成15年	ユニットケアの方向性「その人らしい人生の継続」

(2) 身体拘束廃止を進めるためのガイドラインの策定

介護療養型医療施設「医療法人社団岡崎会 有玉病院」

(はじめに)

平成12年4月に介護保険制度が導入されてから、全国の介護保険施設を中心に「身体拘束廃止」が叫ばれたが、各都道府県ならびに施設間の格差はいまだ大きなものがある。

今回、当施設においてこれまで積み重ねてきた身体拘束に関する議論や、実際の体験例での工夫、そして平成13年3月に厚生労働省でまとめられた「身体拘束ゼロへの手引き」等を参考資料として、当施設における「身体拘束廃止へのガイドライン」を作成したので、以下にその概要を説明する。

1. 身体拘束の定義

以下は、厚生労働省の手引きによって規定された「身体拘束」とされる事例である。

「身体拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為」

- 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、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。
- 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あ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) 自分の意志で開けることのできない居室等に隔離する。

上記は、介護保険施設において「どのような行為が身体拘束に当たるのか？」の問いには具体的に答えているが、身体拘束に関する基本概念は明示されていない。

われわれは、「身体拘束とは動く能力がある利用者の可動性を制限する行為」と定義している（その範囲には建物など空間的なものから、身体に直接使用する用具などを含める）。従って、ある行為が身体拘束に当たるか否かの判断は、対象者の身体能力との相対関係によって左右される。例えば、寝たきりで四肢も動かさない患者を、紐やベルトなどを使用せず柵のないベッド上に寝かせて置いたからといって、身体拘束をしていないと判断することに意味はない。

当施設では、利用者の動く能力または範囲をどの程度制限しているかといった面から、身体拘束の各種行為を以下の5段階に分けて評価している。

身体拘束行為の段階的評価

Level 1 : 建物・施設レベルでの拘束

(外に出る能力があるのに、施錠された施設・病棟に閉じ込められている状況)

Level 2 : ベッド・車いすへの拘束

(四肢・体幹への束縛はないが、ベッドへの寝かせきりや車いすへの座らせっぱなしなど：動く能力の少ない利用者が対象となるため、拘束の程度は軽い)

* 薬剤使用による拘束は、通常医療の範囲内であれば Level 2 とする

Level 3 : ベッド・車いす上での拘束

(ベッドでの4点柵、車いすのバー装着や滑り止めとしてのY字帯：動く能力の比較的高い利用者が対象となるため、拘束の程度は重い)

Level 4 : 手または一関節の拘束

(点滴での肘固定、経管栄養時のタオル、ミトン手袋など：身体の動きに部分的制限がある状態)

Level 5 : 四肢または体幹の束縛

(ひも、ベルト、介護衣などによる四肢・体幹の束縛：身体の動きに大幅な制限がある状態)

* 各段階は以下のように細分化する

a : 一時的 b : 定時的 c : 常時

(例) 利用者が納得していないショートステイは -a

経管栄養施行時のみのミトン装着は -b

Level 1 には異論を唱える向きがあるかもしれないが、上記評価方法では身体拘束を段階分けしその程度を判断することで、より低い段階あるいはより短時間の拘束へ移行することを目指している。また、利用者の安全確保のため拘束がやむを得ない場合でも、可能な限り軽い拘束にとどめるための指標となることを目的としている。

2. 身体拘束を行う理由

介護保険施設等において身体拘束が実施される際には、通常以下の理由があげられる。

- 1) 「利用者の安全を確保するため、やむを得ない」
- 2) 車いすでの体位保持困難(バーやY字帯使用)
- 3) 利用者の不穏、興奮、自傷行為など
- 4) 施設側が批判されることを危惧する(利用者の安全確保の意味は比較的低い)
- 5) マンパワー不足
- 6) 家族の希望

3. 身体拘束の弊害

身体拘束に伴う弊害には、一般に「身体的弊害」、「精神的弊害」、「社会的弊害」の3種があるが、人権擁護の面だけでなく、すべての介護保険施設が社会的不信や偏見にさらされ、看介護スタッフへの士気低下につながる「社会的弊害」は大きい。

4. 「身体拘束廃止」に対するトップの決意

当施設では、施設長自ら「施設内での身体拘束廃止を目指す。そして、それに伴ない発生した事故については全責任を負う」と宣言している。

入所後の経過観察

- ・ 入所後は当面、Level 以上の身体拘束は行わず経過観察（見守り）する。
- ・ 生活環境の工夫として、低床ベッドの使用、徘徊が危惧される利用者の部屋の配置、臥床患者での下肢からの点滴挿入、点滴や経管栄養施行中の見守りのための一時的移動などは、適宜行う。
- ・ 入所してまもない利用者については、四肢の筋力評価だけでなく、睡眠、摂食、排泄、行動といった日常の生活状況などについて詳細に観察・評価する。
- ・ 前医での内服薬、特に向精神薬の使用に関しては、薬剤自体の必要性を医師と検討する。

その後の具体的対策

「身体拘束をしない委員会」のメンバーを中心として、利用者に対する個別的な対応策を検討する。Level 以上の身体拘束が必要と考えられる際には、後述する条件や手続きを遵守する。

7. 身体拘束の実施

- ・ 身体拘束をやむなく実施する際には、「切迫性」「非代替性」「一時性」の3要件が満たされている必要がある。
- ・ Level 以上の身体拘束を実施する際には、病棟師長を含む「身体拘束をしない委員会」の複数メンバーによる判断を必要とする。
- ・ 利用者本人または家族に対して、医師ならびに担当スタッフから身体拘束の必要性（理由）、内容、拘束の時間帯、期間などについて十分な説明を行い、「厚生労働省の手引き」に準拠した同意書（説明書）を作成する。
- ・ 身体拘束の内容は可能な限り、より低い Level のものから選択する。
- ・ 身体拘束の実施前後において、その臨床経過をカルテまたは経過観察記録書に記載し保管する。
- ・ 身体拘束実施後も、習慣的に拘束を継続することなく、利用者の状況が前述した3要件を満たし続けているかの評価を定期的に行い、要件に該当しなくなった時には直ちに身体拘束を解除する。
- ・ 身体拘束の Level を低下できる可能性があれば、可能な限り低い Level に変更する努力をする。

8. ハード面からみた身体拘束廃止への取組

身体拘束廃止の根源として、基本的に「介護の心」があるべきなのは言うまでもないが、居住環境、福祉機器・用具といったハード面での工夫や改善も重要な課題である。

1) 居室（居住空間）

室内整備を考えた場合、転倒を防ぐための手すりや足元に物を置かない配慮、そして衝撃の少ない床、壁材の使用といった直接的な対応から、左右対称で個別性のない部屋の配置からくる利用者の戸惑いを緩和する工夫（例えば、部屋の形態・装飾に配慮する）といった間接的対応まで考えられる。いずれにせよ、利用者が住み慣れた環境から入所してくるに当たって、施設内の既存の設備に自分を合わせていかなければならない現状に配慮した対応が望まれる。

一方、高齢者の入所施設には地域とのつながりも強く求められている。施設が地域につながり開かれていること、すなわち、施設自体が地域の中に立地していることは重要である。例えば、家族の自由な訪問の保証は当然として、地域の人利用者の自宅感覚で施設を訪れることができる環境や雰囲気作りも必要である。

2) 車いす

本来、車いすが移動のための機器であることを忘れ、長時間の座位保持のためのいす代わりに利用されている風景を時に見る。単に「寝たきり」から「座りきり」に移行しただけでは根本的な問題は解決されない。麻痺や拘縮といった身体変形がある利用者には、「滑りすわり」や「斜めすわり」を取らなくてもすむ快適さが必要であり、痴呆や寝ぼけ、多動、徘徊の可能性のある利用者であるからこそ、長時間座わるのであればより快適な家具としてのいすを整備すべきである。

車いすのオーダーメイドは現時点ではベストな選択かもしれないが、将来的な身体変形などを考えると必ずしもリーズナブルではない。むしろ、部品の組換えができ、車輪、シート、足の位置などの調整が可能な「モジュール型」の車いすの方が望ましいと考える。ただし、高齢者の生活行為、身体状況にあったこれらのいすを施設側で用意することは経済的にも困難なことが多く、身体障害者等認定後の公的援助などに期待したい。

3) ベッド

畳で生活してきた高齢者にとって、ベッドでの臥床は起き上がるという動作には有利であっても、慣れない睡眠環境に絡んで転倒・転落の危険性をはらんでいる。一般に、利用者の転落等の可能性を考えれば低床ベッドの使用が望ましいが、その際には、介護者の腰痛等の問題も考慮すべきである。電動式のギャジアップなど、より多機能なベッドを使用し利用者、介護者に負担が少ない対応を考えるべきである。

4) その他

その他の福祉関連機器・用具として、離床感知センサーや PHS（簡易型携帯電話）、GPS（全地球測位システム）などがあるが、コスト面だけでなくプライバシーの問題もふまえ、その利用を考えるべきである。

9. 参考資料

- 1) 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」：「身体拘束ゼロへの手引き」、2001年3月
- 2) 身体拘束ゼロ作戦推進会議 ハード改善分科会：身体拘束ゼロに役立つ福祉用具・居住環境の工夫、2001年6月

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/tp0814-1.html>

（おわりに）

介護保険施設における身体拘束廃止の流れを一時的なものとしないうちにも、各施設において基本指針（ガイドライン）等を作成し、お互いに批判・評価し合うことで、より良いものへと改善していく姿勢が必要である。しかし、最も重要なことは、「利用者にとって心地よい介護とは何か」といった問題意識を持ち、「身体拘束」を概念そのものから議論する職場環境を作り上げることだと考える。

(3) より良いケアをめざす個別ケアの工夫

【ベッド柵】ユニットケア

(施設種別：特養)

利用者の状況

利用者	80歳	女性
診断名	脳血管性痴呆	
既往歴	脳梗塞 胆石症 心室性及び上室性期外収縮	
ADL状況	食事自力(ミキサー) 食べこぼしあり 排泄：昼間パンツオムツで時間誘導 夜間はオムツ使用 移動：車いす全介助 立位可・歩行不可	
医療処置	内科診察 月2回 精神科診察 月2回 いずれも内服薬が処方されている	

入所時の状態と拘束に至った経過

平成12年3月措置入所。在宅で一人暮らし。ヘルパーを利用し、気ままな生活をしていたために、入所してすぐに帰宅願望が出現(夜間徘徊もあり)。興奮が治まらない時は、職員に対し暴言・暴力行為(杖を振り上げる)もあった。転倒もあり。1年半くらいこの状態が続き、徐々に歩行が不安定になってきた(歩行器使用)。夜間眠剤服用しているため、ベッドからの転倒も多くなる。4本柵を検討したが、乗り越える危険性があるため、2本柵で夜間見回りを多くして対応(転落・転倒事故依然減らない)。

ケアの工夫と効果

平成13年10月から、ユニットケア開始。職員を増員し、夜勤者も3人から4人に増やした。多くの職員がお年寄りと一緒に昼食を取れるように、勤務時間の調整を行う。夜勤者の勤務時間も3回変えてみて、やっと今の勤務時間になった。するとお年寄りに寄り添うケアが実現できるようになり、痴呆性の方の徘徊や問題行動が減少した。

その他として、マットコールを購入してもらった。これは、ベッドから降りようとしてマットを踏むと重量に感知しコールが鳴る仕組み。これにより立ち上がる前に、訪室することができ事前に事故防止ができるようになり、転倒事故なども減少した。

その後の状況

現在は状態が悪くなり、自分では歩行できなくなってしまった。しかし、まだ起立がなんとか自力でできる状態なため、引き続き見守りを行っている。

ポイント(取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと)

常時一緒にはいられない目を離してしまう時間があると、そこで転倒事故(特に夜間帯のオムツ交換時)が起こる。その中で離れる時にどうすればよいか検討していたところ、マットコールを業者から紹介してもらった。使用したところ、転倒事故はなくなったが、機械に頼りすぎて職員がその利用者の居室に行く回数が少なくなっているのが心配。

【ベッド柵】ケアのチームワーク

(施設種別：特養)

利用者の状況

利用者	72歳 女性
診断名	アルツハイマー型痴呆
既往症	糖尿病（S59～）、うつ病（S63）、狭心症（H9）、高血圧（H11）、 胃がん（H12.3.31）
A D L 状況	視力：先天性緑内障にて見え難い 聴力及び言語：普通 コミュニケーション：特に問題なし 食事：自立（箸使用） 排泄：日中は紙パンツ着用しトイレ介助、夜間はオムツ着用しトイレ介助 移動：車いす介助 その他：ベッドや車いすから立ち上がることもあり。しかし、足腰の筋力弱く、 また危険の認知がないため転倒の危険性が非常に高い。
医療処置	糖尿病による血糖コントロールのためインシュリンを毎日注射

入所時の状態と拘束に至った経緯

平成15年3月、老健施設より入所。4人部屋に生活され、当時は立ち上り可能だったが、ふらつきがあるため、車いすを使用し移動も全介助。また、ベッドサイドにポータブルトイレ（以下、Pトイレ）を置き、声掛けにより排泄介助。Pトイレ介助してもオムツの中に排泄があった。また、背中を頻りに訴え（原因不明）マッサージで対応。痛みのためかはっきりしないが、ベッド上で体動が激しくなり、ベッドから転落する危険があったためベッド柵を4本使用。

ケアの工夫と効果

入所時から体動が激しいため、ベッド柵を4本使用していた。しかし、ベッド柵を自分で取り外しPトイレに掛けていることもあった。それ以外は特に興奮するということもなく、ベッドで休んでいることの方が多い状態で、むしろ何かしらアプローチをしたほうが良いほどだった。ケアカンファレンスにて刺激が多いユニットへの移動を行い、なるべく離床に心掛けたが4本柵は中止できなかった。

Pトイレ介助が定期的に行われるようになり、オムツの中への排尿もなくなり、入所当初からあった陰部のただれも改善されていった。また、背中を痛みの訴えも消失した。

しかし、その後は夜間に大声を出したり、ベッド上で体動が激しくなりベッド柵に足を掛けたりすることが多くなり、その都度危険であることを話した（痴呆症は軽度で、ある程度理解はできていた）。このような状況の時は車いすに乗っていただき、介護ステーションで介護員と共に過ごすよう対応した。

ベッド柵を増やしてもベッド柵の間から足を出したりすること多く、低床ベッドに変更し、ベッド柵は2本とした。その後はベッドサイドに腰掛けていたり床に下りていることも度々あり、ベッド下にセンサーマットを置き危険を察知できるようにした。しかし、センサーマットが鳴った時点で駆けつけても、既に床に下りている状況だったため、ベッドを止め畳に布団を敷くように変更した。

普段はPトイレや車いすを使用するため、近くにそれらを置いていたが、Pトイレや車いす、枕頭台などにつかまって立ち上がり、壁を伝い談話フロアに歩いて出てくることも見られた。そのため、つかまり立ちができる全てのものを近くに置かないようにした。

その後の状況

居室内のスペースは畳と布団だけの殺風景な空間となってしまった。しかし、ご家族からも強く要望されている転倒による骨折の予防と、身体拘束をしないという側面から現在考えられるギリギリの線と思われる。

日中は、車いすや椅子に座っていただく際、立ち上がり難いよう膝の下にクッションを入れたりしたが、それでもいつの間にか立ち上がったり滑り降りたりしていることもあった。そのため基本的には立ち上がりを抑制しないこととした。なるべく多くの職員がその方に関わり、多くの目で見守っていくよう心掛けている。また、夜間も布団から這って談話フロアに出てくることもある。特に危険がない場合は、半強制的に布団に戻すようなことはせず、そこにあるソファに掛けていただいたり、車いすに乗り介護ステーションでお茶を飲みながら話をしたりして過ごすように対応している。

ポイント（取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと）

施設の老朽化により建て替え工事を行っている中、平成 15 年 4 月に施設の一部が完成した。新しい施設は、4 人部屋 4 室（計 16 名）で一つのユニットを構成する構造となっており、いわゆるユニットケアを始めていく直前に入所された。まだまだユニットケアを模索している段階ではあるが、少人数を少ないながらもそのユニットの職員が見ていくことで、今までのような大所帯の処遇とは違った関わりができるようになったという、ハード面が整備されたことが大きい。また、それにより今までの「業務をこなす」という意識が、「利用者に関わる」という意識に少しずつ変化してきている。このような職員の意識の変化が通常ベッド 4 本柵 低床ベッド 畳対応で見守り、という対応になり、その方をありのままに受容することができていったと感じる。

同じハード面だが、4 人部屋といっても今までよりかなり広く、障子をイメージした仕切りが施されている。今までは、すべて 6 人部屋で間仕切りカーテンがあるだけだった。そこに一人だけ畳を敷くと衛生面の心配と、隣のベッドにぶつかってしまうという心配もあった。仕切りの一角は半個室のようになっているため、そこに畳を敷いても特に違和感はなく対応できるようになった。

まとめ

介護・看護・給食・リハビリ・相談員といった各課の職員に加え、ご家族を交えてケースカンファレンスを開催し、ケアプランを立案している。「リスクマネジメントは、ケアマネジメント」といわれるように、カンファレンスの際にはご家族と一緒に個別のリスクを確認している。ご家族を交えて、利用者について真剣に話し合いができることで、今まで安易に身体拘束という方法で危険を回避してきたが、身体拘束以外にできる方法を全員で考えられるようになってきた。そして、そこで立てられたケアプランは「ご家族との約束」という意味を多くの職員が理解し始めてきている。

まだ私達の施設では身体拘束の完全廃止には至っていない。しかし、少しずつ職員の意識が変わり始めているのも事実である。

【ベッド柵】夜間観察用チェック表の作成

(施設種別：特養)

利用者の状況

利用者	94歳	女性
診断名	頭部外傷	硬膜外血腫 肋骨骨折 脳内出血
既往症	なし	
ADL状況	車いす	
医療処置	なし	

入所時の状態と拘束に至った経過

車いすから立ち上がる姿が見られ、ベルトによる抑制をしても、はずしてしまい転倒がみられる。このため、ベッドにおいては体動が見られるため、4点柵を使用するに至った。

平成13年7月より柵はずしが見られる。平成14年度に施設が一体となって、本格的に身体拘束廃止について取り組むこととなり、抑制を見直ししていくこととなった。

ケアの工夫と効果

- ・柵はずしが見られたので、畳対応にて様子を見る。
- ・夜間体動が見られず、落ち着いたため、ベッド対応で様子を見る。
- ・夜間柵はずしがあるか否かについて、チェック表を作り夜間の様子を毎日観察し記録した。
- ・夜勤者が毎日代わるので、チェック表の記録は夜間状態を把握するのに役立ち、利用者の安全性が確保されている。

その後の状況

チェック表をもとに、最初はベッド柵が目に入らないようにして、真ん中に寝させて様子を観察中であったが、今は柵はずしがなくなったため、夜間は入眠されている。

ポイント（取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと）

拘束を廃止することは危険が伴うという思いから、職員の理解が得られないまま拘束を行っていた。

現在、抑制廃止委員会で取り組んでいるのは「ベッド柵の廃止」で、4点柵だけでなく、2点柵であっても「ご利用者が抑制感を感じる」「普通の家庭では柵は使わない」等の理由で廃止の方向に向かっている。但し、利用者本人が柵を必要としているのか抑制感を感じているのかの判断が難しいケースもあり課題も多い。

ワーカー会議で「身体拘束ゼロの手引き」を読み、例等も取り上げて勉強会を行っている。今後も職員の意識を高めるために、継続して行きたい。

【ベッド柵】傾聴によるアイコンタクト

(施設種別：老健)

利用者の状況

利用者	84歳 男性
診断名	アルツハイマー型痴呆
既往症	頭部打撲
A D L 状況	理解乏しく生活面全てにおいて介助が必要、簡単な会話はできる 中程度の痴呆
医療処置	向精神薬と睡眠導入剤服用(入眠前のみ)

入所時の状態と拘束に至った経過

他施設のショートステイ利用後、当施設の初利用で長期入所となる。

入所当初は、ふらつきながら徘徊もあり、一時も目の離せない状況だった。何度か転倒することもあったが、大きなけがには至っていない。不穏になることもあったため、精神安定剤を日中服用していたが不穏が増すため、日中は服用せず、夜間入眠前だけとした。椅子、テーブルを動かしたり、他者がそれに触れると喧嘩や口論になることもあり、できるだけマンツーマンでケアをしたり、職員の目の届く所で一緒に行動していただき、天気の良い日は散歩に出掛けたり、時間をみてトイレ誘導したり、家人に面会に来ていただくなどした。また、臥床時、足をベッド柵に挟むことや柵の乗越し等があり、けがのリスクも高かった。ベッド柵をカバー付に変更したり、毛布でカバーを作る等の工夫やベッド下にマットを敷くこと等も行った。縛る等の拘束はないが、柵の3本囲い込みはあった。

ケアの工夫と効果

ベッド上での体動が激しく、ベッド柵に手や足を入れたりしてすり傷を作ったり、柵の乗り越しや他者に対する暴言暴力や、ふらついて転倒を繰り返すため、以下の目標を設定し援助した。

ベッド柵をカバー付や包布付ベッド柵に変更

柵をカバー付にしたことで、けがやすり傷はなくなったが、シーツをはずしたり包布をはずす等の行為が見られるようになった。そのため、完全に眠ってしまうまでは自由にはずしていただき、その後にシーツを整理したり包布を入れる等を行った。

体動時はトイレ介助や夜間にパットを交換

体動のある時は、何のサインかを読み取りトイレ誘導やオムツパット交換を行った。また、淋しさを訴える時は、手を握ったり背中をさすったり、目と目を合わせ「傍にいるからね、大丈夫ですよ」と安心感を与える等を行った。

できるだけマンツーマンにて対応

ふらつきながらも自力歩行をされるため、傍について見守ったり、必要に応じて手引きや、長い距離は車いすの使用も行った。日中は低いソファと一緒に腰をかけて、昔の戦争話や家族、兄弟の話を聴いたり、時にはお茶を飲んでいただいたり、菓子やふかし芋を食べていただき、リラックスできる環境を作った。

散歩や家人面会にて気分転換

天気の良い日や人手がある時は、できるだけ外に散歩に出掛け、コミュニケーションを図りながら気分転換を行った。花が好きで、野花など一緒に摘んだり花の名前を一緒に考えたり、生活の中では見られない一面も覗かせた。また、週に一回のペースで家人も面会に来ていただいたため、お互いの情報交換(施設での様子やこの方の生活歴)を行った。

「もう少し待って」「座っていてね」等の拒否的な言葉は使わず、話しを良く聴いてアイコンタクト

暴言や暴力を振う時は、利用者なりの意味や理由があるため、向き合ってよく話しを聴くよう努力した。それでも興奮が止まない時は、一緒に歩いたり、持参していただいたおやつやお茶で気分を落ち着かせてもらうこともあった。時には、彼自身が理不尽なことを言っているのがわかるのか、後からこっそり、「ごめんね」と言われることもあった。手を握ったり、肩をさすったり、目を見て笑顔を向けることも有効であった。言葉使いも拒否的な言葉や命令的な言葉は使用しないよう努力した。

安定剤（入眠剤）の服用

入所当初は、暴力暴言があるとのことで、日中精神安定剤を内服していたがふらつきが増大するため中止し、入眠剤だけとした。そのために職員がほぼ付き切りの状態となった。日中人手のある時は良いのだが、夜勤帯など人手がない（特に夕方）時は、毎日遅番が残業をして協力してきた。

その後の状況

生活歴の中で、入所前は個人で会社経営されていたが、理由があって手放す結果となり、家族や兄弟の関係も上手く行かなくなってしまった。また、長男の嫁を養女にするという複雑な事情もあった。ケアプランにて援助目標を設定し、ケアを行っていく中で落ち着いて生活できるようになったが、時としてテーブルを動かしたりすることもある。その様な時は落ち着いてリラックスできるよう、お茶やお菓子を食べていただいたり、話し相手になって一緒に時間を過ごしたり、傍にいて安心感を与えられるように工夫している。目と目を合わせ話しをすると、はにかみながら笑顔をみせることもあり、私達も、思わず微笑んでしまうこともあった。できるだけ無理強いせず、本人のペースに合わせて歩行したり、会話により援助してきたが、職員の痴呆に対する認識の違いや関わり方が悪いと、かえって興奮させてしまうこともあり、関わり方の難しさや重要性を実感した。淋しがり屋で、傍を離れると「どこに行くの？」と手を握って離さないこともしばしばあった。他の利用者の転倒やヒヤリハットが、19時から20時頃集中したことや夜勤体制でもゆとりを持ってケアしたいとの思いから、残業をやめ、2人から3人体制にしてマンパワーを充実させた。相手のことを思いやれる優しい眼差しとスキンシップは、安心感と安らぎを与え、夜間良眠できるようになった。しかし、熱が持続的に続いたことで食欲不振となり、体力低下もみられるようになってしまい、日中も臥床する時間も増えて行き、その後肺炎の疑いにて入院される。

ポイント（取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと）

高度痴呆高齢者のケアで1番大切なことは、相手の気持ちに添って対応していくように、職員全てが、痴呆に対しての知識や認識をきちんと持つことが必要だと思う。痴呆があっても人間に対する感情は残っている。相手の気持ちを理解するためには、定期的に勉強会を開いたり、意識をリピー特していくことが重要だと感じている。それぞれの人生を送ってこられた方が、安心して安全に生活でき、生きている意味を感じられるよう、傍で見守り援助していければいいかなあと思っている。

【ベッド柵】転落転倒アセスメントスコアシートの活用

(施設種別：ショートステイ)

利用者の状況

利用者	74歳	女性
診断名	脊椎損傷	
既往症	特になし	
A D L 状況	両上肢のしびれあり、運動障害と知覚障害あり 起立はなんとかできるが、保持不安定で歩行は介助が必要。更衣・整容・排泄行動はすべて介助が必要。	
医療処置	内服治療	

入所時の状態と拘束に至った経過

入院時は、痴呆症が進行し、同じことを何度も繰り返して言ったり、常に家人の名前を呼んで落ち着かない様子であった。ベッドに臥床していても一人で起き上がってしまったりして、ベッド柵を使用すると余計に興奮し、はずそうとしたり、柵を乗り越えようとするなど危険行動がみられた。ストレスが増強すると、職員を叩いたり、必要な処理でも拒否したりする行為がみうけられていた。

ケアの工夫と効果

- ・生活スケジュール表を作成し、その都度説明をしながら処置を行ったことで、不穏がなくなった。
- ・ベッドを使用することに強い拒否があったため、ベッドから畳へ切り換え、這って自由に移動できるスペースをつくった。その結果、日中、夜とも大声を出すこともなく畳のスペース内で自由に過ごし、自分の身の回りのことができるようになり、表情もよく、笑顔が多くなった。
- ・アセスメントスコアシートを使用し、転倒・転落の危険度をチェックした。それに基づき、安全対策チェック表を活用し、特に夜間（19時、21時、7時）の事故を予防するために、各項目（9項目）の危険因子についてチェックした。なお、3回のチェック時間は、過去の転倒・転落事故発生時間帯から事故多発時間を明らかにし設定した。

その後の状況

日中は、職員が多いため、危険がないよう見守ることは可能だが、夜間に事故発生の危険が高い。従って、チェック表を用いた観察は、結果的にその後の転倒事故防止の予防となった。

ポイント（取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと）

入院前の生活に合わせ、畳を使用したことで精神的に落ち着く時間を過ごすことができるよう変化していった。しかし、自力でなんとか立ち上がることができたので、畳の上から立つことにより、むしろ転倒してしまう危険があるのではないかとということも検討されたが、結果的には、生活しやすい、環境を提供することになった。

安全対策チェック表の活用は、時間毎チェックしていくことで、ベッドサイドへ訪室することになるため、未然に事故を防ぐことができることが多くあった。

【車いす拘束ベルト】行動パターン分析による着座の変更

(施設種別：特養)

利用者の状況

利用者	90歳	女性
診断名	アルツハイマー型痴呆	
既往症	左上腕骨折 左膝靭帯損傷 左大腿骨骨折 糖尿病及び糖尿病性白内障	
ADL状況	食事：かき込むため、見守り必要（おかゆ・きざみ） 排泄：日中トイレ（紙パンツとパット）、夜間（オムツ） 入浴：機械浴にて全介助 移動：車いす（介助すれば歩行可）	
医療処置	不眠による向精神薬服用 白内障の点眼薬	

入所時の状態と拘束に至った経過

特養入所前は、老健に入所しており、老健より直接入所となる。老健では、車いすからの立ち上がり、転倒防止を目的に抑制ベルトを使用されていた。入所前の面接時は、強い睡眠薬の使用により、夜間も良眠し、抑制ベルトを使用しているものの比較的落ち着いているとのことであった。

困難な状況

本人糖尿病の既往あり、入所時検診により糖尿病の進行が顕著に表われ、食事制限をされることになった。空腹感による苛立ちがあり、落ち着かない日が続く。

上記の睡眠薬の使用ができなくなり、病院より代わりに処方された睡眠薬が弱いもので、夜勤帯（特に明け方）多動状態になってしまった。

下肢筋力の低下がみられるが、不穏状態になると介助者の手を振り払い歩こうとすることあり、転倒・転落等の事故あり。

興奮すると、たたく、かみつく等、粗暴行為あり。

ケアの工夫と効果

については、糖尿病の治療方針を決定し、高齢であることから内服治療をせず、ゆるやかな食事制限を行う。看護師、栄養士との相談の上、糖尿病用の低カロリーのゼリーや飴を特別に用意し、落ち着きがない時に召し上がっていただく。

については、眠剤の検討を看護師に要請。その際、夜勤帯の行動記録表を作成し、詳細に取る（眠剤与薬時間、夜間摂取時間、覚醒時間、不穏の時間・状態等）。それをもとに看護師より医師に上申する。約2ヶ月の記録後、眠剤の変更をする。職員の意識により事故を防止するため、現在も記録は継続中。

本人円背のため、ベッドのマットレスが固すぎ、寝づらそうな様子のため、柔らかいマットレス、高い枕を準備し使用する。

については、不穏時には専任の職員配置により対応したり、興奮状態の時には、抑制せずに一緒に歩いたりしている。

その後の状況

不穏になる時間が短くなり、日中の笑顔も多くなり、発言も軽快である。

また、本人観察を常に行い、以下の傾向をつかむ。

- ・夕食前（17：00 過）から夕食後（19：00 程度）不穏になる（空腹からか？）
- ・便秘が続くと不穏になる
- ・煩雑な状態を嫌い、人に取り囲まれたり、大声を出されることを嫌う
- ・低床ベッド使用により、畳に布団を敷く方が落ち着く様子が見られたため、ベッドをはずして布団にて対応している。

ポイント（取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと）

職員毎の対応の差が生じていることを感じることもあり、また、利用者のみ特別扱いしていて、おかしいという職員の声がみられる。寮母の意識統一が非常に難しかった。

【車いす拘束ベルト】立ち上がり訓練の実施

(施設種別：特養)

利用者の状況

利用者	89歳	女性
診断名	脳血管性痴呆	
既往症	脳梗塞 高血圧 心不全 狭心症	
ADL状況	歩行(移動): 車いす(一部介助)	
	食事: 可	
	入浴: 全介助	
	排泄: オムツ使用(全介助)	
	着脱: 全介助	
医療処置	上記疾病に対する投薬	

入所時の状態と拘束に至った経過

当施設入所(平成6年7月)前は、老人保健施設に平成5年7月より入所していた。痴呆症状の進行により、介護困難となり、老人保健施設の利用に至っている。当施設入所時は、なんとか歩行器使用にて歩行をしていたこともあったが、普段は車いす利用であった。徐々に歩行力(脚力)の低下がみられる(その後、車いすのみの生活となる)。痴呆症状も進んだために、理解力の低下もみられるようになる。

そして、車いすからの立位ができたために、つかまるところがなくても立ち上がってしまうことになり、車いすへのベルト着用となる。

ケアの工夫と効果

介護保険開始時(平成12年4月)には、拘束をゼロにすることを目標に全職員にて取り組む(この利用者のみならず、徐々にベルト等はずしていく)。段々歩行力(脚力)が落ちてきていることが、痴呆のため本人は理解できず、どこでも立ち上がろうとすることがみられた。

テーブルや車いす用テーブルの常時使用で立ち上がろうとすること(これも拘束ではある)ができにくくなったが、これを続けていく。本人に職員が付き添い、手すり等を利用した立ち上がり訓練を実施することにより、段々に上記の様子が見られなくなってくる(ただ、職員の中でも意欲低下を心配する声もあり、立ち上がり訓練及び車いすを利用した散歩は毎日実施するように心掛けた)。

また、個人の体型・状態に合わせた車いすの用意をして、車いす利用中の本人の負担を減らして行く。

その後の状況

前述のとおり、本人のどこでも立ち上がろうとする傾向は、徐々に減ってきたようである。

テーブルの使用もなくなり、職員の話し掛けで立ち上がり訓練や散歩等(車いす)にも参加してくれる。

痴呆状況にも関係していると思われるが、職員からの働きかけ(声掛け)を多くしていくことによるコミュニケーションを保って行けたのも良い結果に繋がっていったのかもしれない。

いと思われる。平成 15 年 4 月死去。

ポイント（取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと）

介護保険制度が始まるまでは、施設においても車いすのベルト着用、ベッドの 4 点柵、介護服の着用等が当たり前のようにはみられていたが、まず、職員の長年そういったことをしないと利用者の安全が保てないといった考えの意識改革を図り実行に移していくことが大変であった。

また、家族からも今までそういった対応をすることにより、事故を防いできたことから、変化による事故の発生への不安を解消していくことも施設としては大変な思いをしてきた（車いすのベルトをはずして骨折するくらいなら、ベルトをしておいて欲しいという家族がほとんどであった）。

【車いす拘束ベルト】個別機能訓練の実施と適切な福祉用具の活用

(施設種別：特養)

利用者の状況

利用者	76歳	男性
診断名	脳梗塞後遺症	
既往症	なし	
ADL状況	左片麻痺 左大腿欠損(膝関節から15cm上部で切除) 食事以外は全介助	
医療処置	なし	

入所時の状態と拘束に至った経過

入所前は妻が自宅で介護にあたっていたが、車いすでの座位が不安定になりやすいことから、ズリ落ちを防止するために車いす安全ベルトを使用して欲しいと家族からの希望があり、拘束に至った。

ケアの工夫と効果

入所後、以下の過程を経て、安全ベルトの解除となった。

- 2ヶ月後～ 車いす乗車時、左への傾きあり、すべり止めマットを使用
傾きが見られるたびに、座位を補正し、疲労に応じて臥床させるなどの対応をしていた。
- 4ヶ月後～ 理学療法士による、個別機能訓練開始
メニュー：ROM 訓練(右上下肢の各関節の可動域制限を予防する訓練)
健足の筋力増強訓練
右手右足の駆動操作を行いやすくし、生活を拡大するため、本人の体に合った車いすを身体障害者手帳を利用し、作成することとなる。
- 6ヶ月後～ 車いす納品。座面高が低くなり、右足底が全面接地できるようになり、以前より右手右足の駆動がスムーズになる。マルチクッション(特殊な空気構造のもの)を背部にセットすることで、座位が安定し、安全ベルトはウエストのみになる。
- 1年4ヶ月後～ 入所以来、車いすからのズリ落ち等の事故は防止できており、車いす作製後は、体の傾きもなく、ズリ落ちの危険性がほとんどないことから、安全ベルト解除となる。

その後の状況

昼食後、1時間程臥床される他は、日中ほとんど車いすにて過ごされ、ご本人の意志で館内を車いす走行している。

ポイント(取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと)

- ・理学療法士による機能評価、個別機能訓練を実施したこと
- ・右手右足の駆動がしやすい座面高、体に合った車いすを購入したこと
- ・不安定な体幹を支えるのに、マルチクッション(体幹にフィットする背パットと下肢の外旋を防ぐパット)が効果あり

【車いす拘束ベルト】見守り職員の明確化

(施設種別：特養)

利用者の状況

利用者	94歳 女性
診断名	アルツハイマー型痴呆
既往症	大腿部頸部骨折
ADL状況	中程度の痴呆 両下肢筋力低下 歩行不可 排泄、更衣、入浴動作時は一部介助が必要
医療処置	下剤のみ服用

入所時の状態と拘束に至った経過

本人は在宅サービス（短期入所、デイサービス）を受け、近隣に住む長男夫婦の世話を受けながら独居で生活していた。痴呆症状はかなり進んでおり、昼夜逆転、妄想、不潔行為、介護抵抗、火の不始末などが見られた（在宅時）。転倒により左大腿部頸部骨折をしている。白内障の手術を平成9年にしており、遠近感がなく左側に傾いていく傾向が見られる。

入所後、本人は歩行ができないという認知がなく車いすより立ち上がろうとし、また車いすのブレーキをロックすることが理解できないため危険がある。午睡時、就寝後ベッドより起き上がり、降りようとするのが頻回にあり拘束に至った。

ケアの工夫と効果

歩行ができないが立ち上がろうとして転倒の危険がある利用者であり、以下について工夫。転倒を防ぐための対応について家族の意向、意見を伺うために、家族を含めたカンファレンスをもった。

ベッドより立とうとして転倒する危険があるために、離床センサーを使用する。

見守りに欠ける時間帯のみ車いす安全ベルトを着用。

その日見守りをする職員を固定し、時間チェックの記録により、行動パターンの把握に努める。

普段座る可能性のあるソファの背もたれがはずれるようになっていたが、危険防止のために固定。

低床ベッドの使用。

上記の結果、職員の見守りが難しい朝6時から7時の1時間に安全ベルトを着用、状況によって18時30分からの1時間着用する場合があります、今後は必ずすことを目標としている。

その後の状況

本人は、ユニットに生活をしており、その日担当する職員が時間チェックし、行動パターンの把握に努めた。その行動のパターンから、安全ベルトの着用時間を短くしていった。

結果、朝の6時から7時までは夜勤者のみの体制であり着用、また、状況により18時30分からの1時間は見守りができにくいため、着用する場合もある。

行動パターンから午睡する時間、夜間就寝時は、離床センサーを使用している。また、ベッドから万が一立ち上がろうとしてすべる危険があるため、今後ベッド横に滑り止めマットを敷くように計画をしている。

ポイント（取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと）

カンファレンスに家族も加わっていただいたり、経過を報告するなかで意見を聞かせてもらったり、家族とともに対応を検討していった。行動制限をしている利用者については、その経過観察を毎日記録しているが、記録することによって職員の問題意識も高まり、また行動パターンの把握につなげている。生活支援の中でトイレ、ベッドへの移動も自分で行うことが可能となったが、ブレーキを掛けることが理解できず、危険があるため、たえず行動を把握し、声かけ等で対応している。

【車いす拘束ベルト】本人訴えの傾聴による精神の安定

(施設種別：老健)

利用者の状況

利用者	89歳	女性
診断名	アルツハイマー型痴呆 老人性うつ病	
既往症	左大腿骨頸部骨折 難聴 白内障(両眼)	
ADL状況	要介護 4	
医療処置	向精神薬 等	

入所時の状態と拘束に至った経過

主な介護者の出産・育児により、本人の介護が困難となったことを機に平成 15 年 4 月 5 日から施設入所となる。入所時はふらつきはあるものの、歩行は可能、ただし足をすりながら歩行(徘徊)するため、転倒の危険がある状態であった。

入所後は、歩行不安定時に車いす使用等により対応していたが、平成 14 年 2 月 3 日車いすより自ら立ち上がる際に転倒、左股関節から大腿にかけて腫脹がみられたため病院受診、大腿骨頸部骨折との診断を受ける。家族は手術等希望されず、保存的治療とのことで車いす利用にて安静にとの指示に従うこととなった。本人は骨折に関する理解不良であり、自ら車いすから立ち上がり、歩こうとしたり、ベッド柵をはずし這って部屋から出てくるといった行為が数回認められたため、再転倒・骨折の予防のため、本人・家族へ状況説明の上、しばらくの間、車いす使用時は腰、夜間は柵(4点)使用し、抑制をすることとなった。

ケアの工夫と効果

車いす使用時等に抑制をすることとなったものの、本人が骨折について自覚なく、車いすから立ち上がろうとする行為や“紐を取りはずして欲しい”との訴えが繰り返し聞かれた。その都度骨折によりしばらく安静が必要なことや現在の状態では歩行は危険なことを説明するものの、本人が理解不十分であったり忘れてしまったりということが多くみられたため、所在の確認、訴えの傾聴を各職員に徹底していくよう努めた。

日中は、他の利用者と共に軽作業等をしながら食堂ホールで過ごしていただき、動きのある時にはホール見守り担当の職員が声掛けをし、本人訴えの内容を傾聴した。夜間についても常時職員の目が行き届くよう、ベッドをホールに移動し様子を観察することとなった。本人の訴えの内容は排泄に関するものが最も多いが、その他にもどのような際に危険な行動がみられるのかといったことが以前よりも細かく把握できるようになった。精神的に不安定となる際は体動活発となり、注意力が低下するといったことから本人の訴えの傾聴に努めた。

日中、夜間共に職員による見守り、声掛けを多くすることにより本人の訴えがどのような内容のものが多いのか、また、どのような時に本人の心身状況に変化があるのかといったことが以前よりも職員全員で把握できるようになってきた。

その後の状況

骨折箇所の受診完了（平成 14 年 5 月 9 日）。以前のような歩行は、転倒の危険が大きく困難であり、今後は車いすでの生活をとの生活指針を受け、カンファレンスを行い日常の移動手段は車いす使用を継続、その後車いすの使用に慣れたところで抑制は中止することとなった。

抑制中止後もしばらくは立ち上がり歩行しようとするといった行為がみられたものの、車いす使用の訓練、移動時の見守り・声掛けを増やすことにより徐々に車いすの生活にも慣れ、危険な動作も減少し、移乗・立位といった日常動作にも安定が見られてきた。

約 1 年経過した平成 15 年 4 月のカンファレンスにおいては、立位も安定しており、トイレに座れば排泄もみられるとのことで、日中のトイレ誘導を開始した。6 月からは夜間についてもポータブルトイレに誘導、排泄が失敗なくできるようになり、7 月のカンファレンスにおいて排泄面では失禁がほとんどみられないとのことから、日中は布パンツに小パットを使用、夜間については念のためオムツ着用するがポータブルトイレへの誘導は継続していくこととなった。

現在は、日中は他の利用者と共に積極的に作業等にも参加されている。排泄面では日中夜間ともに失禁はほとんどみられず、本人自らトイレへ行くこともある。車いすは自分で操作しているが職員による本人の所在の確認や声掛け・見守りにより穏やかな生活を送られている。

ポイント（取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと）

このケースについては、本人の訴えの傾聴ということスタッフ全員が念頭におき、介護に当たったことがやはり一番大きなポイントであったと考えられる。普段は業務に追われゆとりを持った対応ができないことも多いものの、訴えの傾聴がいかに重要（利用者との信頼関係の構築や利用者個人の状況把握といった点において）であるかということ職員全員が感じ取れたことが大きな成果を生むこととなったと考えられる。すべてがこのケースのようにうまく機能するということではないものの、その後も身体拘束の廃止やより良い介護に向けての参考となるケースとなった。

【車いす拘束ベルト】適切な機能評価による訓練の実施

(施設種別：老健)

利用者の状況

利用者	91歳	女性
診断名	アルツハイマー型痴呆 慢性心不全	
既往症	H4、H7 両大腿骨骨折(手術)	
	H13	痴呆症状出現
	H14	左鎖骨骨折 慢性心不全
	H15	両眼角膜びらん 右眼瞼外反症
ADL状況	重度の痴呆 全粥刻み食 自力摂取可 上下義歯使用 食欲普通 車いす使用も伝い歩き可 常時オムツ使用 排便時便こね行為有 一般状態は安定 生活全般に一部介助を要す 簡単な指示は入るが理解は低い	
医療処置	皮膚剥離 3ヶ所 消毒処理	

入所時の状態と拘束に至った経過

療養型医療施設を転院され、当施設に来られた時、車いす使用にて移動されていた。しかし、車いすは今までほとんど使用したことがなく、思い通りに操作ができないため、すぐに置いたままにして、独歩し転倒することが何度か繰り返された。職員も常に見守り、そういった行為をなくすことができるよう声掛け、指導を繰り返していたが、痴呆もあるため、なかなか理解することができず、安全な車いすの使用方法の習慣も身につかず、車いすでの安全ベルト使用にて拘束に至った。

ケアの工夫と効果

車いすでの安全ベルト使用にて、日常生活を送りながらも、歩行能力を向上させるために、週2回、各1時間ずつ、作業療法士指導によるシルバーカーの安全な使用訓練、平行棒での往復歩行訓練、階段昇降による下肢筋力向上訓練を続けた。

また、フロアにても日中4回のトイレ介助時、廊下からトイレ内の便座までの手引き歩行介助にて往復歩行訓練を行いながら、排尿、排便をしていただいた。週2回の入浴時においても同様に、更衣室より浴槽までの手引き歩行介助による訓練も行った。

毎日同じことの繰り返しの訓練を続けることにより、徐々に下肢筋力の向上が見られ、車いすを使用しなくてもきちんと自力にてシルバーカーを使用し、移動できるようになったため、作業療法士許可のもと、フロアでのシルバーカーでの移動が実現した。

その後の状況

シルバーカー使用にて、フロアでの日常生活を送る中、フロア内の椅子に座るより常時手元にあるシルバーカーの上に座る行為が頻繁になった。シルバーカーのブレーキを掛けず座るため、職員が常に見守りはしていたが、瞬時の動作であるため対応できず、座った瞬間にシルバーカーの車輪が動き転落してしまうことが何度か起こった。介護職員がそのことを作業療法士に報告した結果、歩行器のほうが安全に使用できるという結論に至ったため、歩行器での作業療法士指導によるリハビリ訓練が始まった。きちんと歩行器をリハビリ訓練にて使用できるようになったため、フロアにての使用になった。現在、転倒することなく、生活を送ることができている。

ポイント（取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと）

車いす安全ベルト使用時のトイレ手引き歩行介助において、安全ベルトをはずす時は、特に本人が抵抗を見せたりはしなかったが、着ける時に嫌がり、職員に対し暴力行為をすることが頻繁にあった。その都度、落ち着いていただけるよう声掛けにて対応していたが、時にエスカレートして、2人の介助の対応でないと再び安全ベルトを着けることができない時もあった。

リハビリ訓練にせよ、日常の排泄時、入浴時での手引き歩行訓練にせよ、毎日同じことの繰り返しを忍耐強く介助、実践していくことが重要であると思った。

当施設では、週1回、30分間、介護員、作業療法士が集まり、リハビリ反省会を行なっている。その時、介護員が問題点のある療養者をあげ、大まかな日常生活動作の状態を作業療法士に報告する。作業療法士は、リハビリ反省会を終えた後、その問題点のある療養者の機能レベルをリハビリ室にて詳細に把握する。具体的な機能訓練のプランを立て、再度、1週間後のリハビリ反省会にて、その具体的訓練内容を発表する。その上で、日常生活にて介護員が協力できる生活リハビリの提案をし、介護員が日常生活介護で実施できるようなら、その訓練を依頼し、実践していく。

介護員、作業療法士、双方が連携を密にし、協力し合い、リハビリを行っている。

【車いす拘束ベルト】生活史のアセスメント

(施設種別：療養型)

利用者の状況

利用者	90歳	男性
診断名	アルツハイマー型痴呆 慢性硬膜下血腫	
既往症	なし	
ADL状況	寝たきり度 B1 食事：部分介助 移動・排泄・入浴：全面介助 歩行：可能であるが下肢筋力低下があり付き添い必要 中程度の痴呆	
医療処置	向精神薬	

入所時の状態と拘束に至った経過

入院時は昼夜とも徘徊が激しく、歩行不安定のため、転倒の危険があった。異食や放尿に加え強度の難聴があった。廊下で放尿してしまうために後始末をしようとする粗暴な行動になり、職員の髪をつかみ、蹴飛ばされることもしばしばであった。そして、十分なコミュニケーションもとれない状態で粗暴な行動の意味が理解できず、対応に苦慮し、転倒防止のため車いすにベルトをつけて使用していた。表情は険しく昼夜逆転があった。

ケアの工夫と効果

1. 今までの生活史をアセスメントし、徘徊、異食、放尿などの行動に込められた意味を探った。妻の情報より、早寝早起きでよく働き農作業中は畑で排尿していたことがわかる。それを踏まえて24時間マンツーマンによる遠目での見守りをした結果、放尿はトイレを探して歩き回った後、廊下の突き当たりの景色がよく見えるところで頻回に行く。ズボンの前を押さえたりする仕草は排泄のサインである。徘徊が激しく、物を探してそわそわする時は空腹の時である。長年、おばあさんが主導権を握っている生活をしてきたなどがわかりケアプランに生かした。
2. 廊下の突き当たりに常に放尿できるようにバケツを置き、先手の対応をした。
3. 徘徊は制止せず、看守りながらその動きや状態に合わせて関わる。例えば、ソファに寝ていればベッドに無理に誘導するのではなく、布団を掛けてその場で休んでもらう等、本人の生活リズムに介護者があわせる。自由に生活していくうちに次第に歩行が安定し、車いすで過ごすことがなくなり固定用のベルトも必要なくなった。
4. 空腹のサインを察知し、タイミングよく好物を召し上げていただくことで異食はなくなった。
5. 対応方法の成功例、失敗例を記録し、スタッフ全員が共有する。また、ケアプランを確認することで先手のケアを行うことができ、チームの統一も図られた。
6. 非言語的コミュニケーションにより笑顔で穏やかに対応していくと粗暴行動はなくなっていった。例えば、着替えの服や紙パンツなどを見てもらいながらジェスチャーを交え誘導する。

その後の状況

- ・徘徊、異食、放尿は殆どなくなり、普通の椅子でお気に入りの場所に座り気ままに生活している。例えば、日当たりの良い場所にあるソファなどに自ら座り、他の患者さん達と穏やかに過ごしている。
- ・入院当初は周りに関心を示すことはなかったが、今では集団体操やリハビリテーションに自ら参加している。
- ・好意的なアイコンタクト、ジェスチャー、タッチングなどによりコミュニケーションがとれるようになり、スタッフ側の都合で対応したり、無理強いしなければ粗暴な行動はなくなった。
- ・向精神薬や睡眠薬は必要なく、歩行が安定し転倒の危険は少なくなっている。
- ・「おばあちゃんがね...」「年金がね...」と話し掛けると表情良くなずき、言語によるコミュニケーションがスムーズにできるようになってきた。

ポイント（取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと）

職員が意識しないで使ってきた、「してはダメ!」「座ってイテ!」など、命令形の言葉についても抑制と考え認識を改める機会となった。

職員全員がオムツ体験・拘束体験をしたことで患者さんの気持ちに近づくことができ、ケアに対する意識が変わった。例えば、ケアの手間を省くため、失禁パットを重ねて使用したり、排泄物がもれないようにすること、また、オムツ内に手が入らないようにつなぎ服を着ることも苦痛であることが理解できた。そして、体動を制限することも抑制と同様と考えることができた。何とかしたいとの思いから ADL に合わせたトイレサポートの検討と実践により、今ではトイレでの排泄が当たり前となっている。職員の都合に合わせた業務中心のケアではなく「患者さんにとってよいことは」と考えながら行う患者さん中心のケアへと変換できた。トイレで排泄できた患者さんの笑顔は職員の喜びとなっている。抑制をしないということは、一人一人の思いを汲み取り尊厳を守る個別ケアを実践することである。

現在は、個別ケアを徹底するため、病棟ユニットケアに力を入れている。

ポイント

後追い対策



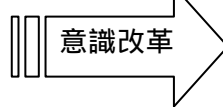
ケアプラン
先手の対策

- 1 . 病棟ユニットケアの実践
- 2 . 看守りケア
- 3 . 個別排泄ケア

{ 可能な限り
トイレでの排泄 }

職員

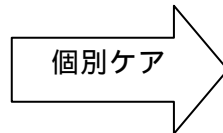
業務優先



個別ケア

患者

徘徊
暴力
異食
収集行動
不潔行為



自信
喜び
心身の安定

【車いす拘束ベルト】家族との面会による精神的な安定

(施設種別：老健)

利用者の状況

利用者	84歳	女性
診断名	アルツハイマー型痴呆	
既往症	狭心症 骨粗鬆症	
ADL状況	移動：シルバーカー歩行	
	食事：自立	
	排泄：自立	
	入浴：自立	
	更衣：自立	
	洗面：自立	
医療処置	特になし	

入所時の状態と拘束に至った経過

入所時より夜間不眠状態が続き、短期間での抗不安薬の服用を開始する。しかし、不眠は改善されず、日中も落ち着きに欠け、不穏状態は軽減しなかった。

また、その頃より、薬物によるADL低下のため、歩行不安定となる。転倒事故防止のためシルバーカー歩行を中止し、車いす使用となる。認知力低下のため、ブレーキの掛け忘れやフットレストの上げ忘れなどによる転倒の危険が増した。

そのため、家族の同意を得て、夜間帯でのY字帯使用による拘束を行う。同時に、家族の希望もあり、日中の安定剤を中止し、夜間眠剤のみに変更し様子観察となる。

ケアの工夫と効果

夜間帯での拘束同意を得たが、声掛け・見守りで対応でき、Y字帯の使用は行わなかった。

書面で拘束同意を得たことが、職員間で拘束に対する意識付けが強まり、更なる注意深い観察を行うことができたため、対応できたのではないと思われる。

また、家族への面会を依頼し、精神的な落ち着きを保てるよう心掛けた。

その後の状況

車いすへの変更後、昼間の安定剤中止により傾眠傾向が改善し、ADLも回復した。症状の安定に伴い4日後には、以前のようにシルバーカー歩行へと戻った。その際、日中のみシルバーカーを使用し、夜間帯のみ車いすを使用することを検討したが、混乱の可能性もあると考え、昼夜シルバーカー歩行とし、歩行状態の観察を行った。

夜間の不眠状態は、内服の有無に関係なく見られているが、以前のような不穏状態はなく、その後拘束はされていない。

ポイント（取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと）

<p>転倒事故の多い時間帯は、本人の言動や精神状態に注意し、本人の訴えに傾聴する姿勢を持つよう心掛けた。また、職員間の連携を密にし、事故防止に努めた。</p> <p>ご家族には本人の精神状態の説明をし、できるだけ多く面会にきていただくよう協力を得た。ほぼ毎日面会に来ていただき、本人の精神状態も少しずつ安定してきている。</p>
--

【車いす拘束ベルト】クリニカルアウトカム（医療の結果）活動の実施

（施設種別：老健）

利用者の状況

利用者	58歳	男性
診断名	脳出血後遺症（右片麻痺）	
既往歴	脳梗塞 慢性関節リュウマチ 肝機能障害 肺結核	
ADL状況	排泄：全介助 入浴：全介助 更衣：全介助 移乗：一部介助 体位変換：介助 整容：全介助	
医療処置	下剤、向精神薬の服用	

入所時の状態と拘束に至った経過

脳出血を発症し、病院に約2ヶ月入院。その後リハビリテーションセンターに約3ヶ月の入院の後、当施設に入所となる。リハビリセンター入院中は、以下の状況。夜間不眠、不穏にて安定剤内服。ベッドからの転落頻回にて、ベッドセンサー設置。車いす乗車時はシートベルト装着し、立ち上がりの危険性があるため、両車輪に砂嚢を取りつけ転倒防止。排泄に関して夜間はつなぎ服、オムツ対応。水分にむせがあるため、とろみ剤を使用。

センター退院後、本人は家に帰れると思っていたらしく（家族は施設への入所を本人に話していなかった）当施設入所時は、壁を蹴る、立ち上がろうとする、叫ぶ等の激しい抵抗、帰宅願望がみられ、施設職員での対応は不可能と考え、家族の面会を依頼。その後少しずつ落ち着きを取り戻していった。家族帰宅後の対応を考慮し、抑制承諾書その時点で同意、署名してもらう。

ケアの工夫と効果

家族の頻回な面会を依頼し、精神的な安定を図る

家族の面会により、少しずつ安定してきたが、帰宅願望は継続。

尿意、便意に対する自発的発語がないため、時間でのトイレ誘導を試みる

排泄パターンの把握が困難のため、時間でのトイレ誘導を試みるが、誘導に対して拒否もしばしば見られる。特に便に関してはいろいろな場所での放便や不潔行為が継続する。

集団リハビリ、レクリエーションの参加による精神活動の活性化

集中力の欠如のため途中で飽きてしまい、車いすを自走して移動してしまう。強制を避け日を重ねるごとに徐々に最後まで参加が可能となる。2ヵ月後には「家に帰りたいからリハビリをやる」という言葉も見られるようになる。

出口のドアを開け階段から転落しそうになったため、ドアロックのかかるフロアーに移動し安全を確保

帰宅願望は継続的に見られ、出口を探す行動が目立つようになる。

覚醒レベル向上のため眠剤の中止

入所2ヵ月目にふらつき防止、覚醒レベル向上のため眠剤の定期処方中止し、不眠時のみの頓服とするが、しばらくは入眠までに時間を要した。

活動性の向上と筋力強化のため介助歩行の実施

集中力の低下、筋力低下、バランス感覚の低下があり、なかなか向上が見られない。

異食行動に対する環境整備

主食の増量による空腹感の回避、口に入る無駄な物の撤去を実施するが、紙を食べてしまったりと異食行動継続。

見守りの強化、声掛けの徹底

職員の意識にある「縛らないと危険」という概念の回避に努める。抑制の定義、必要性の条件の確認を実施し、意識改革。夜間2時間から1時間おきのラウンドに変更。

その後の状況

少人数のフロアーに移して、ある程度固定的な人間関係の中での生活が安定的になったこと、また、施設での環境に慣れてきたこと、抑制をはずしたことによる精神的な苦痛からの開放など、いろいろなことの積み重ねが総合的に利用者の精神を徐々に安定させていったように思われる。集団でのリハビリやレクリエーションへの参加も、波はあるが最後まで実施することができるようになり、また、集中してテレビの番組も好きなものは見れるようになっていった。職員との信頼関係が生まれたのか、自発的な発語も多く聞かれるようになり、空腹感や口渇感を訴えた折は適宜対応することにより、異食の頻度も減少していった。ベッドから車いすへの移乗は自立となり、指示もかなり入るようになっていった。日中は車いすを自走し、施設内を自由に移動し、日課への参加も拒否することも見られなくなっていった。しかし、レベルがアップすると自分の家に帰れないことへの思いも強く、帰宅願望は継続していた。8ヶ月の当施設入所後、家族の介護拒否により在宅への復帰は叶わず、指定介護療養型医療施設への転院となる。

ポイント（取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと）

当法人会の中では、ケアの質の向上を目的にクリニカルアウトカム（医療の結果）活動に取り組んでいる。当施設においては、抑制、事故、褥創をアウトカムと選定し、1ヵ月ごとの発生数、継続数、改善数を集計し、報告。また、各アウトカムに対するアセスメント、改善策を検討実施、報告し、抑制廃止に向け活動している。

今回の場合、職員のイメージが固定化していたことが、かなり大きな壁を作ってしまったように思われる。1つは、事前に公表される利用者情報からくるイメージ。1つは入所当日に前リハセンターから提供されるサマリーから来るイメージ。そして、入所日当日の強烈的な利用者の行動から来るイメージ。これらの情報から利用者を頭の中に作り上げ、固定化した観念を持って接してしまったように考えられる。情報を持つということは非常に大切なことであるが、情報に惑わされないことも同時に大切なことだと考えさせられた。

また、利用者の年齢が若かったことにより、「何とかできる」「何とかしてあげたい」という気持ちが職員の中に芽生えていったこと、職員の気持ちがまとまっていったことが大きかったと思う。チームケアは理論的にはわかっている実践していくのは難しいことだが、今回は「若い」がキーワードとなり、情熱や情報の共有によるチームケアが本質的にできていたような気がする。

【介護衣】ユニット方式及び個別リハビリの実施

(施設種別：特養)

利用者の状況

利用者	93歳	女性
診断名	アルツハイマー型痴呆	
既往症	胆のう炎 腰椎左迫骨折	
ADL状況	歩行：車いす 排泄：オムツ（日中は調子によりトイレ介助、夜間オムツ全介助）	
医療処置	かゆみ止め軟膏（湿疹）	

入所時の状態と拘束に至った経過

入所時は、歩行可能（つかまり歩行）であったが、入所後1ヶ月経過頃から、腰・足等の痛みの訴えがあり歩行が困難になる。歩行器・シルバーカー等を試してもらっても安定せず、車いす使用となる。排泄時はトイレ一部介助で行っていたが、自分でトイレに行こうとし、頻繁に転倒が見られる。常に多動で、離床時も目を離すことができず、この頃より職員の見守りが十分に行えない時間帯に限り、抑制ベルトを使用。

また、夜間も覚醒されていることが多く、多動でベッドより転落することが目立ち始める。4本柵対応したが、柵をはずしてしまうため、柵なしの低い畳ベッドで対応する。ベッドからの転落はなくなったが、夜間等いざって徘徊したり、オムツをはずし便汚染等の不潔行為が目立つようになり、介護衣の着用に至る。一時解除を試みたが、両腕に湿疹ができてしまい、それを掻きむしって皮がむけ、出血を繰り返してしまうため、現在も夜間に限定し介護衣を着用し治療している。

ケアの工夫と効果

夜間不眠によるオムツはずし、不潔行為（便汚染等）について

1. 夜間安眠できるよう、日中の離床に心掛け、行事、リハビリ、グループワーク等に積極的に参加してもらう。効果としては、比較的、良眠するようになったが、波があり生活のリズムが安定するまでに至らず。
2. 排便、排尿パターンを分析し、オムツ着用による不快感の減少を試みたが、本人に便意、尿意がなく、排便、排尿のある日や時間帯が限定できず。
3. 手持ち無沙汰や淋しさからの可能性も考え、ぬいぐるみやタオルを渡す等したが、思ったような効果は上がらず。
4. 個別リハによりオムツを解除し、トイレ介助へと移行を試みるも、尿意、便意パターンがつかみきれず、また93歳と高齢で本人への負担が大きいため、現在は行っていない。

皮膚疾患によるかゆみの改善と治療や対策について

1. 皮膚科受診し、かゆみ止め、軟膏、内服にて加療。当初、合う薬が見つからず、本人も掻いてしまうため思うように改善せず。
2. 日中も患部を掻いてしまう行為があるが、介護衣は夜間に限定したいため、日中は防止策として包帯を使用し保護を行う。包帯はずしが頻繁にあり、結び方や巻き方を工夫したがすぐにはずしてしまう。行事等への参加などで気持ちが違う方へと向くように援助する。見守り強化で事前に防止。

その後の状況

現在も夜間介護衣を解除するまでには至っていないが、様々な取組により、皮膚疾患はほぼ改善されつつある。夜間も波はあるものの比較的良眠することが多くなってきたため、皮膚疾患が完治されれば、様子を見ながら解除を行っていききたい。

ポイント（取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと）

利用者は93歳と高齢で、痴呆も重度であるため、本人の負担となる積極的な取組は行えないため苦労した。個別リハも何のために行うのか本人が理解できず、指示も思ったように通じないため成果が上がらず、年齢的なことも考えると、本人がストレスを感じることなく生活を送るためには何が本当に必要なことなのかを常に考えさせられ、その対応と改善の難しさを痛感した。

介護衣等の拘束をなくすため、様々な方法を考え取り組むが、時にはその取組自体が本人にとってストレスであり、精神的な拘束になりうる可能性も考えていかなければいけないと思う。拘束を行うにしろ、解除を行う過程にしろ、介護する側の押し付けであってはならず、利用者の状態やペースに合わせ、本人にとって一番良い方法を見極めることが重要だと考える。

【介護衣】個別ケアの実施

(施設種別：特養)

利用者の状況

利用者	81歳	女性
診断名	アルツハイマー型痴呆	
既往症	糖尿病 喘息(全身湿疹)	
ADL状況	食事、入浴、排泄：全介助 中程度の痴呆	
医療処置	喘息用テープ毎日貼布 気管支喘息 内服薬服用	

入所時の状態と拘束に至った経過

入所時はふらつきながら独歩、常時手引き介助にて移動。食事は手づかみのため見守り介助。喘息のため、痰がらみ多いが、痴呆症状にて自力で排痰できず、時々吸引施行。全身の湿疹状態ひどく掻きむしりのため臀部などより出血見られる。痒みのためかオムツはずし頻繁で、不潔行為が見られた。

不潔行為の原因である湿疹の完治を目標にして、つなぎ服を着用してもらうこととなる。

ケアの工夫と効果

入所前のデイサービスセンター利用期間中、湿疹の軽減が見られなかったため、ご家族に湿疹の治療を目的につなぎ服の着用を承諾していただく。対応については、介護員・看護師で情報交換を密にし、統一した対処を徹底することにした。

喘息のため痰がらみが見られるが吸引器の使用を強固に拒否されるため、洗面所にてうがいの介助をし、自力排痰を促すこととする。結果として、離床時間が増える。入浴時はもちろん排泄ケア時、就寝前に清拭と軟膏塗布実施する。

その後の状況

つなぎ服着用後、1ヶ月くらいで掻き傷が軽減してくる。つなぎ服を中止し、下着をTスーツに変更。軟膏も湿疹の塗り薬でなく、かゆみ止めへと変更していく。その後、Tスーツも中止とし、代替としてエプロンを掛けていただき、掻き傷を作らない方法をとっていく。全身にあった湿疹が半年経過し完治した。

完治後は時折保湿ローション、軟膏塗布によるかゆみ止め等の対応をしている。

ポイント(取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと)

ご本人が苦痛にしているかゆみを取り除くこと。その原因である湿疹を完治させることが、最も大切なことだと割り切って、つなぎ服、Tスーツを期間を限って使用した。 入浴時等で本人が全身を掻き始めた時などは、複数の職員で対応した。

【ミトン型手袋】経鼻胃管走行の工夫・注入の短時間化・観察・評価による必要以外の抑制解除

(施設種別：療養型)

利用者の状況

利用者	97歳 女性
診断名	脳出血
既往歴	特になし
A D L 状況	脳出血発症前は歩行可能であったが、脳出血後は意識レベルの低下(当初は JCS 200、現在は JCS 3 程度)と右片麻痺を認め、現在、寝たきり状態(ランク C2)で要介護 5 である。会話によるコミュニケーションは不可能であり、リハビリは継続しているが起座位の保持は困難で、食事は経鼻経管栄養、排泄にはオムツを使用している。
医療処置	降圧剤、利尿剤、気管支拡張剤を内服

入所時の状況と拘束に至った経過

平成 15 年 6 月 16 日に隣接する老健施設で脳出血を発症し、当院へ緊急入院となった。入院時は高度の意識レベルの低下がみられたが救命され、急性期から経鼻経管栄養が開始された。当初は 1 日 1 回(1 回 450ml)の間歇投与が行われたが、意識レベルの改善とともに経鼻胃管の自己抜去が頻回となった。そこで、ナースセンターの近くで見守りながら実施したり、胃管を左頬から左耳上に流れるように固定するなど工夫をしたが、鼻翼へのテープ固定部位から毎回引き抜くため、6 月 24 日、家族に対して「経管栄養施行時のみにミトン型手袋を着用する」ことの説明を行い身体拘束を開始した。

ケアの工夫と効果

当院では、原則として経管栄養では間歇的投与法を採用し、1 日 2 - 3 回の流動(+水分)の投与と午後または夜間の水分補給を行っている。流動の投与速度は個々の患者で若干調整するが、この事例では 400ml 前後を約 1 時間で投与し、それに伴うトラブルは認められなかった。経管栄養施行時にミトン型手袋を着用してから自己抜去はみられなくなったが、急性期を過ぎ経管栄養が 1 日 4 回(追加水分を含めて)となつてから、経管栄養が終了し、次の注入開始時までの間にミトン型手袋をはずし忘れることが数回あった。7 月 7 日に見舞いにきていた家族から「約束違反だ!」というクレームがあった。身体拘束をこまめに解除しなかった理由として、現場の担当看護師には、「毎回自己抜去され再挿入することが面倒だ」との思いや、「注入時刻の間隔が比較的短い時はそのままでも許容されるのでは」との思いがあった。家族からクレームがあったことをきっかけに、当院の「身体拘束をしない委員会」のメンバーで話し合いを行い、とにかく流動注入後は必ず手袋をはずすことにした。その結果、胃管の自己抜去回数は頻回となり、流動の注入直前に胃管を毎回再挿入することになった。また、以前より喘息様の徴候がみられていたが、頻回の胃管挿入で喘息発作が散発し、薬剤による治療を必要とした。喘息発作を予防し、胃管の頻回の挿入を避ける目的で、内視鏡的胃瘻(PEG)造設について家族への説明を行ったが、高齢であることを理由に拒否された。

上記のような経過、ならびに経口摂取を途中で試験的に実施したが不可能であったことから、今後も経鼻経管栄養の継続しか手段はないと最終的に判断した。8 月末頃よりリハビリが比較的安定して実施でき、リクライニングへの半座位がある程度可能となったことや、

顔の表情が豊かになり、時にうなづきがみられることなどを契機に、経管栄養施行時にミトン型手袋を着用せず徹底的に見守り強化する方針とした。その結果、経管栄養非施行時の自己抜去回数は次第に減少し、胃管を再挿入する機会も少なくなった。

その後の状況

経管栄養施行時の見守り強化と、見守り時の声掛け、励まし、興味をそらせる等の工夫により、本人の経鼻胃管の違和感は次第に減少したように思われる。原因は不明だが、身体拘束開始後の定期的評価において、8月末頃から非拘束時の自己抜去回数は著明に減少し、9月22日の時点で身体拘束を完全に終了・廃止できた。現在も流動の非注入時は、時に自己抜去がみられるが、現状において再度の拘束は必要ないと考えている。

ポイント（取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと）

- ・経鼻胃管の固定に関して患者の視野に入らないよう頭側へ向けるといった工夫は時として有効だが、鼻腔内の違和感はなかなかとれない。
- ・流動の投与速度は比較的早め（300 - 500ml/時間）でも問題は少ない。
- ・身体拘束実施時の説明書の内容は遵守すべきである（現場では情性的に事が運ばれやすい）。
- ・流動非注入時の自己抜去には寛容になる（現実的には忍耐が必要である）。
- ・内視鏡的胃瘻（PEG）造設は、自己抜去を頻回に行う患者に有効な手段と考えるが、強制はできない。
- ・長期的に経鼻胃管が挿入されていると、次第にチューブに手をもっていかないようになる。

【ミトン型手袋】周囲の係わり合いによる意識の安定化

(施設種別：特定施設)

利用者の状況

利用者	90歳 男性
診断名	パーキンソン病 アルツハイマー型痴呆
既往歴	右大腿部頸部骨折 反復性誤嚥性肺炎 神経因性膀胱 貧血 低血糖症 左大腿骨股関節骨折 頸椎症 脊髄症 小脳変性症
A D L 状況	両下肢屈曲硬縮により更衣、整容、排泄、入浴介助など全面介助 中程度の痴呆 寝たきり度 C1 経管栄養時の車いすによる座位保持は、体幹の保持ができないため、クッションによる補助が必要だが、上肢の機能は維持されており、車いすの操作を部分的ではあるがされている。認知能力の低下及び構音の面でも低下があり、コミュニケーションが図り辛い状況。
医療処置	経管栄養 内服薬の服用 吸引 皮膚疾患による軟膏の塗布

入所時の状態と拘束に至った経緯

平成 8 年 7 月に入居され、入居後平成 8 年 9 月にパーキンソン病を発病される。平成 11 年 4 月に転倒右大腿部股関節骨折入院されるまでは、時折居室での自炊と施設の食事提供サービスを利用されながら日常生活を確立されていたが、食に対する固執とご自分の考えを曲げられない性格で、そのことが痴呆症の進行に伴い介護拒否及び抑制に対する発生要因になったと思われる。平成 11 年頃から食事時の咽込みが頻繁に起きようになり、食事でも嚥下障害から吸引の対応なども生じていた。平成 11 年 7 月誤嚥性肺炎から経管栄養と OE 法(嚥下反射を利用して、パルーンカテーテルを飲み込み、喉頭付近でエアーを注入し嚥下反射と同時に引き抜く訓練を食前に行う)を併用する。平成 11 年 9 月に胃瘻造設後、食に対する執着がプラスに働き経管栄養をやめて、経口摂取に一時的に戻れるが、嚥下状況も日を追うごとに悪化され、平成 14 年 4 月左大腿部頸部骨折入院。

平成 15 年 4 月に誤嚥性肺炎になられ、経口摂取の限界の診断があり経管栄養となる。退院後は、経管時のマーゲンチューブ抜去を避けるために、身元引受人に身体拘束に関する 3 つの要件「切迫性・非代替性・一時性」により、身体拘束の同意を書面でいただきミトングローブの装着で対応するが、マーゲンチューブの抜去は、回数こそ減るが、完全に防ぐことはできない状態が続く中、再び平成 15 年 8 月に誤嚥性肺炎となり、入院される。退院後も抑制をせざるをえない状況が発生していたが、9 月のケアプラン会議において、誤嚥性肺炎を防ぐためのミトン型手袋による抑制が、精神的混乱を誘発し、この手袋の装着による不快感に因る取りはずし行為が、チューブに対する違和感を増大させている要因になっている可能性があり、抑制をはずし意識を別の行為に転嫁することで、誤嚥の危険性を回避できるのではないかと話し合いが持たれ、抑制を中止し、経管栄養を利用されるまでになられる。

ケアの工夫と効果

ケアプラン会議においての検討事項

- ・ マーゲンチューブの抜去がなくなるのか
- ・ 誤嚥性肺炎の発症をできるだけ低下できないか
- ・ 抑制によるマイナス要因の顕在化と潜在的要因はないか

課 題

- 1．抑制により誤嚥性肺炎を誘発しているのではないか、絶えず意識が抑制に対して働き、不快感による抑圧を受け、精神的混乱と回避をするための介護拒否などへの要因と病状の関係性の検討
- 2．抑制による行動抑制原因から意欲面の低下
- 3．関節拘縮の増悪の増大

対 応

- 1．パーキンソン症の内服薬の再検討
- 2．抑制による効果は人間としての尊厳すら危うくすることの共通の認識をスタッフ間で持ち対応する。具体的には、ア) 絶えず職員の視界に入る場所での経管栄養、イ) 意識をそらすためのスタッフ声掛け運動、ウ) 新聞、雑誌などの提供
- 3．抜去時の迅速な対応（医療支援）
- 4．マッサージによる関節の可動域の確保と拡大

以上の内容が話し合わせられチームアプローチが行われる。

その後の状況

周りでの係わりの時間が増え、本人の意識が別の関心事へと向けられるようになり、徐々に抑制時間が短縮されている反面、精神的に不穏になられることも多くあり、やむなくミトン型手袋による抑制をすることもあった。しかし、抑制時間が減るにつれて、スタッフ同士による意識をそらすためのコツの習得(声掛けとマッサージと経管の固定場所の変更)により、手がチューブに行く前に目の前にある物や、人に意識が向くようになる。9月下旬からは、日中夜間を通じて、ミトンの抑制がはずれ、精神的安定につながり笑顔が随所に見られるようになる。

この取組により職員間で、抑制をすることで更なる介護負担（時間）と医療的負担の増加を招くことを確認することができた。このことをきっかけに、ベッド柵等の抑制など介護者側からの視点で安易に抑制につながる可能性の項目があることもわかり、抑制問題に対する意識が芽生えた。

今福祉の現場では、サービス評価（第三者評価）による質の向上と選ばれるサービスの観点から、今後はサービス評価を視野に入れた取組を行う必要性があり、「サービス評価会議」を設置しサービスの見直しを進めることにしている。

ポイント(取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと)

今の対応をやめることで、更に介護時間が生じてしまうのではないかなど、新たな取組の発生に対しての打算的・否定的な考え方があった。新しい取組を行うことにかかる時間は、今までの介護に関連していた時間を集約することができ、結果的として介護負担の減少と二次的要因の防止につながることに気付き、見出すことが必要だと思う。

【ミトン型手袋】受入れと自尊心の尊重

(施設種別：療養型)

利用者の状況

利用者	78歳	女性
診断名	アルツハイマー型痴呆 脳出血後遺症	
既往症	脳腫瘍 転倒による圧迫骨折	
ADL状況	一部介助	見守り
医療処置	向精神薬	その他

入所時の状態と拘束に至った経過

高齢と多臓器機能低下にて肺炎合併。処置として必要な抗生剤中心に補液点滴を行いたかったが、本人が処置を拒否。ルート抜去等の行為が起ったため、家族に了解を得てミトン型手袋により拘束。特に意味不明な言動、行動があり、車いす移動に対してもムラがあり、日によって全介助レベル。

ケアの工夫と効果

異常行動を正常化しようとあせらずに待つ。まず、背景の情緒的不安定、痴呆化に対処することに目を向けるよう心掛ける。
まちがった言動があっても、頭から否定しないで、いったん受入れる。
叱らないで、自尊心を傷付けない。

その後の状況

肺炎症状改善とともに点滴を抜去。それに伴い、ミトン型手袋の使用も必要なくなったため行っていない。現在同じような事例はない。点滴抜去の危険に対しては、点滴中頻回に様子を見に行く、本人の目に付かないようにルートを固定、保護し対処している。

ポイント（取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと）

【 】M医師

(1) 身体の拘束に代わるべきもの

介護者チームの連携のある視線や聴覚による見守り体制を確実なものにする。
痴呆性老人や身体障害者に起こり得る危険を事前に察知する。同時に、素早く適切な対応をする。
グループホームケアのように、介護者がリーダーになって、同じレベルの痴呆患者の日常生活をさせることもよい。

(2) 老人のプライドを傷つける様な対応や取り扱いは不可。

痴呆老人も自尊心は強い。
自ら寝たきりになることを決意させてはならない。(一種の自殺行為)

(3) 本当の意味での安定確保のための拘束は縛ることではない。

介護者の努力と連携と愛情で安全を保つもの。
職員の能力開発が必要。
異常行動には必ず前駆症状動作、その他がある。それを知れば危険は防げる。
ア 痴呆老人でも、異常、問題行動には必ず理由、原因がある。
イ 人の個性、能力、心情を理解する。
ウ 根気強くよく話を聞いて、対人関係を好ましいものにする。

【 】W医師

- (1) 入所数日は、自宅の生活からの環境も生活リズム等すべて変化するので、慣れるまでは特に注意深く見守りが必要とみられるも、数日の短期の場合は、なかなかコミュニケーションをとる物理的時間もなく思われる。
- (2) 移動時(車いす ベッド)車いすでの転倒事故多いも、本来、標準型ですべての目的を果たしているので[身障者では個々の座高、脊柱、麻痺側で製作して使用していますが]身体拘束を主に考え、現場での安定性を考えると、車いすに一工夫しては如何かと考えます。(外国の例などをみると)
- (3) 目的により、ウォーカー、シルバーカーの利用は安全で便利な時あり。
- (4) 痴呆の程度にて、学習能力にも差があり、困難な例も少なからず症例としてある。

【向精神薬の投与】信頼関係の構築

(施設種別：グループホーム)

利用者の状況

利用者	92歳 女性
診断名	アルツハイマー型痴呆
既往症	多発性脳梗塞 狭心症
ADL状況	身体状況問題なし 更衣・整容・排泄・入浴動作等：声掛け、見守り必要 中程度の痴呆
医療処置	胃薬及び便通薬の処方、服用確認

入所時の状態と拘束に至った経過

在宅で娘夫婦と同居。娘も留守がちで、近所のデイケアやショートステイ等を利用。一人で家に居ることが多く、火が出るまで魚を焼いたり、買い物へ行っても支払いをしないで帰ったり、幻覚、被害妄想がひどくなる。娘も精神的に不安定になる。近所の病院へ相談。1日3回精神安定剤処方される。ふらつき、笑顔はなくなり会話もなくぼーっとすることが多くなった。

入居時、精神安定剤を服用していたため、ふらつきあり。帰宅願望も強く、毎日荷物をまとめて徘徊する。主治医、家族、スタッフとカンファレンスを行い、薬の調整（減らしていく）をしながら痴呆の進行を観察する。

ケアの工夫と効果

入居後1ヵ月程度のみ家族に面会を控えていただいた。その上で、職員との信頼関係の構築のためには、その場限りの適当な会話はせず、本人にわかる言葉で話しをした。また、職員と共に仕事をし、自尊心を取り戻すために常に「ありがとう」と言うよう心掛けた。

その後の状況

職員と1対1の対応を徹底し、共に行動し信頼関係づくりを継続。3ヶ月後職員を「姉さん」と呼ぶようになる。精神安定してきたことを主治医、家族に報告。少しずつ安定剤を中止にしていき、現在では必要なくなった。

ポイント（取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと）

入居して1年以上経ち、表情も穏やかになり、笑顔も増えた。娘たちの面会時も職員に「娘の です」と言えるようになった。自らトイレも行けるようになり（入居後半年間はトイレ誘導必要だった）、入浴拒否もなくなった（デイケアやショートステイ利用時は拒否強く、入浴できなかったとの情報あり）。入浴については、職員と1対1でゆっくりのんびり入浴できる。また、声掛けを工夫した。（例：日常生活で注意を喚起する意味で良く使う「～もったいない」という言葉を使う。「捨てるのは・・・」「流すのは・・・」）

また、日課の中に本人が職員とともに行えばできる仕事を混乱のないように一つずつ増やし、仕事を終えた度に「ありがとう」と職員が本人を認める作業を繰り返した。

【向精神薬の投与】音楽療法等リハビリテーション

(施設種別：療養型)

利用者の状況

利用者	78歳	女性
診断名	アルツハイマー型痴呆	
既往症	大腸腫瘍手術 (H9 頃)	
ADL 状況	歩行：可能 食事：拒食あり、落ち着きなく徘徊著明 排泄：時に便意失禁あり 入浴：一部介助	
	HDD - R	H15 1/10 6点 H15 7/19 8点
医療処置	生活機能回復訓練	

入所時の状態と拘束に至った経過

入所時、御飯が入らない、おしっこが出ない等の心氣的訴え多く徘徊著明。慣れないこともあり摂食不良。落ち着きなくズボンを脱いで下着のみで徘徊することもあり、転倒・骨折が予想されたため、向精神薬服用開始される。

処方内容：スルピリド (50) 3T } 3×
塩酸チアプリド (25) 2T }

しかし、この入所者の場合は状態変わらず、1ヶ月後より歩行時ふらつき出現。活気低下し、廊下に座り込みそうになることがあり、車いすにて安全ベルトの使用に至る。

車いす使用にて、ADLの低下をきたし、大声を出す等の不穏状態もみられた。

ケアの工夫と効果

1. 精神科医 (主治医) により、向精神薬中止の指示

中止になったことによりふらつきが消失し、ゆっくりだがしっかりと歩行できるようになり、同時に ADL の改善がみられた。向精神薬・行動制限は、せん妄・妄想・興奮時には効果がある場合がある。また、精神病院の機能としても必要なことである。しかし、人権を尊重し、極短期間にするのが望ましいと考えられる。

2. 生活機能回復訓練への参加を促す (音楽療法・回想療法など)

楽しそうにボール運動をしたり歌ったりできる。機能訓練の時間だけでも、ウロウロしないでじっと座っていられるようになってきた。スタッフ (看護師、ケアワーカー、作業療法士) の対応の仕方によっても興奮してしまうことがあるので、言葉使いやゆったりとした雰囲気を作ることを心掛ける。

その後の状況

現在も落ち着きなく、ズボンに手をいれ、便が出ないの御飯が入らないのと繰り返しながら徘徊している。そのことにより、他患とのトラブルも見られているが、生活機能訓練を始めると独語も、腹部の手もやめ、集中することができるようになってきている。

手をたたいて歌ったり楽しそうに参加しているが、終了すると、すぐ「入らないの」と始まってしまっている。

ポイント（取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと）

1．他者とのトラブル発生

他者の車いすのストッパーをはずして強引に移動したり、他者に無理やりお茶を飲ませたりすることが見られ、注意するとかん高い声で怒り出すことがあり、常に見守りが必要である。

2．生活機能訓練に対して、始めは参加意欲なく、座っていることも出来なかったが、無理強
いせず、個別対応ではなく集団対応をしていくことにより、徐々に慣れてきた。

【向精神薬の投与】信頼する人の面会による精神安定

(施設種別：特定施設)

利用者の状況

利用者	77歳 男性
診断名	脳梗塞後遺症(構音障害) 意志疎通困難(簡単なことのみ)
既往症	腎臓癌(左腎摘出) 腸閉塞 OP 前立腺肥大 OP 神経因性膀胱 高血圧 不整脈
A D L 状況	食事：ミキサー食 自立 排泄：尿・便意(-) オムツ使用 移動：介助 洗面：介助 着脱：介助 保清入浴：介助
医療処置	血圧降剤、血行をよくする薬、脳の働きをよくする薬、興奮を鎮める薬、胃薬、 便秘薬の処方 水分尿量記録

入所時の状態と拘束に至った経過

入所時、外に出たがり、外来者に混れて一緒にエレベーターに乗り、施設外に出てしまわれた。エレベーター暗証ボタンを覚えてしまうので、時々番号を変更。

手術前、前立腺肥大に伴う、尿道カテーテルを歯で噛み切ろうとしたり、引っ張ったりして抜いてしまう。興奮すると、歯ぎしり・怒鳴り声で顔相変化、他入所者の不安、驚怖心をおおる。

上記により、薬での安定剤使用。

ケアの工夫と効果

ストレスを溜めないよう、声掛け、散歩等を行う。信頼している方の面会で、穏やかになれるので、なるべく来ていただき、散歩・買い物等していただく。言葉でうまく表現できないので、ストレスが溜まると考えられるが、何を欲しているか察するのが難しい。発病前、数学教師・陶芸の先生をしていたことがあるので、数学・陶芸の話をしたり、実際に焼いた陶器を持ってきて、見ていただいたりしている。

その後の状況

不穏時も、信頼している方の面会により、平穏になる。しかし、帰られた後、エレベーター前で、外に出るチャンスを伺う行動多発。現在、尿意カテーテルも抜け、少し煩わしさがなくなった分、ストレス減少になったと思われる。

ポイント(取組みの中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと)

信頼する方の面会に加え、ストレスの分散、興味の湧く話題づくりによる気分転換が効果的であった。

【言葉の拘束】感謝や労いの言葉で対応

(施設種別：療養型)

利用者の状況

利用者	87歳 女性
診断名	アルツハイマー型痴呆 低血圧症
既往歴	右肺癌(73歳 肺陰影発見 77歳癌と診断される) 直腸脱(77歳 手術施行)
ADL状況	重度の痴呆 歩行：独歩 入浴：半介助 食事：自力 意思疎通：可能 排泄：自力(後始末確認)(リハビリパンツ着用)
医療処置	安定剤与薬 緩下剤 安定剤定時与薬 眠剤：屯用 肺癌は対症療法となるが現在は特に症状なし

入所時の状態と拘束に至った経過

長女に付き添われ、穏やかな笑顔で「よろしくお願ひします。ここはきれいな所ですね。」と話される。簡単な会話は理解できる。ホールで他患と一緒に昼食、その際近くの患者の体に触り、嫌がられる。他患の食事に手を出し食べようとする。自宅捜しもあるが他室に入り、物に触れたり、電気を消したりする。トイレに行き、排泄後の後始末を手で拭いたり、便器内の水で手を洗う。洗面所で手洗いを頻回にして周囲を水浸しにする。落ち着きなく徘徊する。

他患とのトラブルが予測されたのでナースステーションに近い2人室を1人で使用するようにした。消灯後も入眠せず、カーテンを引っぱったり、椅子を持ち込み高い所にある空気洗浄器を取りはずす。注意すると大声で怒る。高所に關心を示し、ベッド上にも立とうとする。眠剤与薬するも入眠できず、ドアやテーブルを叩く。転落、転倒の危険、他患への影響考慮し、車いす乗車でテーブル拘束をした。介助見守り、車いす乗車をしながら朝を迎えた。一睡もせず、翌日なんとか睡眠を確保しようと入眠まで胴抑制を試みたがはずそうとする強い抵抗、大声暴言があった。

ケアの工夫と効果

拘束はマイナスに働くだけである。もっと本人の意志を尊重するような方法で対応しなくてはいけないと気付いた。そこで「物理的拘束は勿論、言葉の拘束もやめよう！」と意志統一し、本院の理念を貫き“やさしさ”で接することにした。

<工夫>

- 1 “ダメ”は禁句。朝のミーティングで申し送る。お互いに注意し合う。
- 2 常に視界に入る見守りをし、名前を呼んだり声掛けで、一人ではないことを伝え、安心してもらおう。
- 3 職員の業務に「 さん手伝って下さいますか」「××へ一緒に行きましょう」と誘い、一緒に行動したら「助かりました。ありがとう」「お疲れ様」と感謝と労いの言葉を繰り返しかける。

- 4 「せんせい」「おばさん」など呼ばれたら大声にならないうちに対応する。ナースコールも悪戯と考えず、速やかに駆けつけ、笑顔で対応する。叱ることはせず、手助けする。
- 5 ナースステーションに近い部屋に移動し、夜間覚醒してもすぐ対応する。明るいので目標にもなる。
- 6 悪戯(コンセントカバーはずし、カーテンはずし)や室内での排泄には安全に留意し、見守りする。
- 7 絶対的なやさしさで包み込む人がいる(担当看護師・介護員)ことで一層安心する。

<効果>

10日位で生活リズムが整い、夜間眠そうにしたら「そろそろ寝ましょうか」と自床に誘導すると「悪いね」「先に寝ます」と就寝できるようになった。

夜間2回程覚醒されるが排泄欲求や職員を捜してのこととわかり、対応することにより自ら入眠されるようになった。

いつしか物へのこだわりもとれ、物損破壊も消失、排泄もトイレで殆ど失敗しなくなった。笑顔が素晴らしく、レクリエーション等にも積極的に参加できる。

その後の状況

時間の経過と共に職員の後追いをせず、徐々に落ち着きが出てきた。ホールでレクリエーションに参加し、手拍子している。ゲームに参加。食卓でも周囲の人と話をし、笑顔が見られる。夏の盆踊り大会では浴衣に着替え、嬉しそうに笑顔で踊る。また、落ち着いて筆を持ち、習字をする。展示してある作品や写真に関心をもって眺めている。面会の家族には遠くから手を振り迎え入れ、素直に喜びを表現している。生活リズムも整って悪戯は減った。

ポイント(取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと)

車いすごとの転倒、ベッドからの転落を防ごうと胴抑制を試みた。何とか睡眠時間を確保しようと床に直接マットレスを敷いてみたりと事故防止や安全の方法を先行させてしまった。しかし、それらに対する患者の強い抵抗に気付き、方法を変更した。

職員の人生観、看護観、経験年数など個人差があり、安全・事故防止や生活の価値観などについて意見交換の機会を持って、本音がなかなか出し切れなかった。事故になれば患者さん本人の苦痛、またスタッフもストレスになる。“待つこと”の時間の差もある。でもやまない雨はない。いつか必ずやむ。患者さんの行動も個人差はあるがいつかなくなる。基本に戻って言葉の拘束という抽象的で難しいものだったが“やさしさ”にこだわり、当院の理念の実践を統一して行ったことが効果的となった。当院の患者さんへの対応指針は、非5原則の 厄介視しない、迷惑視しない、叱らない、否定しない、拘束しない、そして褒める、感謝するを繰り返すことを守り、徹底してやさしさでつつみ込むことを優先させること、ひたすら患者さんの心にそうように務めることである。

【言葉の拘束】利用者優先の職員対応

(施設種別：グループホーム)

利用者の状況

利用者	81歳 女性
診断名	アルツハイマー型痴呆
既往症	C型肝炎 脳血栓症
ADL状況	排泄：ほぼ自立しているが、たまに失敗することあり 整容、入浴：声掛け、見守りが必要 食事、歩行：自立
医療処置	変形性膝関節症(右)にて整形外科に通院加療中なるも、医療処置を嫌い、外用、内服薬にて痛みを緩和するのみ

入所時の状態と拘束に至った経過

平成11年頃より忘れっぽさが目立つようになり、火の不始末、外出すると家に戻れなくなる、家族に対する暴言が多くなる等、痴呆による周辺症状の悪化に伴い、家族の介護負担の増加、今後への不安から平成14年12月1日、当グループホーム入居となる。

入居当初より、私は外に出たがりだからと御自分でおっしゃり、散歩、買い物等の外出はもちろんのこと、屋上、1F、2Fへと出掛け、居室フロアからスーッと消えていることが日に何回となくあった。

7月3日右膝痛出現。すぐ消失するもその後、週1回くらいの頻度で痛みの訴えが続いたため、整形外科への通院開始。処置を嫌がり、湿布と内服薬の対象療法のみで経過観察となる。

通院しながらも散歩、買い物と外出は続けておられたが疼痛が増強し、主治医より「歩行は室内のみ。階段の昇降もさせない。外は歩かせないように。」との指示が出たため、外出をしたがる利用者に対し、言葉での拘束が始まることとなる。

ケアの工夫と効果

歩いての外出が不可となったため、「ドライブに行こう」等の声を掛け、歩かずに外出できる機会を増やすも、他入居者と一緒なら嫌だと拒否されたり、皆が出掛けてしまうとやっぱり行きたかったと拗ねてみたり、スタッフの目をかいくぐって何とか外出しようと試みたりと、お互いに試行錯誤を繰り返す日々が続きヘトヘトになる。

外歩行が不可の分、建物内は自由に行き来してもらうよう心掛け、「天気が良いから、毛糸を持って屋上で編物してくれば?」「1Fでゲームをしている頃だから、エレベーターで降りて参加してきたら?」等、本人のアクションより先回りして声を掛け、行動が規制されているという意識を持たせないよう努力するものの、玄関先でおやつがなくなったからちょっと行ってくるとおっしゃる利用者と押問答になることもしばしばだった。屋上、1F、2Fへと出掛ける際は「いってらっしゃい。エレベーター使ってね。」と気持ち良く送り出し、「寒いからやめれば...」と声を掛けるスタッフの後ろから「寒いかどうか確かめて来て。ついでに乾いた洗濯物取り込んでもらえる?」と別のスタッフが送り出すなどするうち、外出に対する欲求に変化はないものの、建物内は「～へ行って来るよ。」と声を掛けてから出て行く姿が見られるようになってきた。

その後の状況

来訪する家族と話し合いを重ね、主治医にも伺い、どうしても場合は近所の店くらいまでなら歩いても構わないとの了承を取りつける。「絶対外を歩かせてはいけない」という禁が解けたため、対応するスタッフもゆとりができ、外出の訴えに対し言葉で説得しようとする姿勢から会話の中で話題を転換していき、結果外出しなくても良くなるという場面が増えていく。

現在も膝の痛みは日によって増減しているが、主治医より、膝の状態は現状維持が限度なので本人の希望が強ければ程々に外歩行しても良いとの許可をいただき、家族の同意も得られた。車で往復してのスーパーの買い物等外出の機会が広がったことで“説得”という名の言葉の拘束を行わずに済むようになる。外歩行禁止を忠実に守ろうとするあまり利用者とギクシャクしていたスタッフとも、仲良く出かけて行く姿が見られるようになっている。

ポイント（取組の中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと）

室内での趣味が編物だけと乏しく、外出に代替するものを見出すことが難しく、外を歩けないことで溜まっていく本人のイライラが解消できなかったこと。

施設方針である「本人の主体性を重んじ、入居者優先の介護を何よりも優先させることを共通認識とする」から自らがはずれた言動をとってしまい、スタッフの葛藤が募ることが多かった。

チームケアを行なう際に意思統一のための話し合いを持つものの、何故スタッフ各々が自分の考えで動こうとしてしまうのか、個別のケアに他にどんな可能性があるか等について、考え方に食い違いがあり、ケアの統一性を図ることが非常に難しかったケースだった。

(4) 利用者家族への対応

特別養護老人ホーム「晃の園」

コミュニケーションと理解

抑制のない介護・・・介護を提供する上で忘れてはならないのは、利用者はそこで「生活をしている」ということだと思います。介護の「現場」といわれた施設はいまや利用者の「住まい」であり、生活の質が問われています。

施設の利用申込みを受け付ける際には、ご家族がいらっしゃれば必ず施設にお越しいただき、ご本人が過ごすであろう施設での生活の様子を伝え、生活を支えるための介護が実施されていることを説明します。ご本人やご家族がそんな生活を望まれてこそ、はじめて申込みを受け付けるべきだと思います。

避難的な意味合いでとにかくどこか入居できるところを、とはいっても、サービスの利用内容をご理解いただければ、入居後にトラブルが発生することは容易に予測できます。

現実には在宅での介護が困難という家族の問題から施設利用に結びつくことが多いのですが、入居されてからは家族に向けた「入居させたい」というサービスは終了し、そこに住まう本人に向けた生活のためのサービスが展開されます。

身体拘束の廃止の背景には、当然のことですが利用者の人権の尊重があるのですが、本人の自己決定で入居された方は施設全体でみてもほんのわずかなものでしょう。せめて施設内での生活だけでもご本人の意思を尊重し、本人の代弁者としてご家族とコミュニケーションをとっていくことが大切であると考えます。

事故は起こるもの。こんな表現をしたら誤解を招くかもしれませんが、事故を完全に予防するために人権を無視した対応をするよりも、むしろその起こる可能性を把握し、その予防としての対応を考える姿勢が大切です。

万が一の事故発生時には状況等を踏まえ事細かにご家族に連絡説明し、必要があればその賠償を負うことも余儀ないでしょう。

何より、常日頃からのご本人の状況をご家族に理解・把握していただき、またお互いに信頼関係を結ぶことができているならば、大きな問題にまで発展することは滅多にありません。

施設と家族、二人三脚でご本人を支援する姿勢がなによりご本人の望む生活を提供できる第一歩であると考えます。

介護療養型医療施設「湖東病院」

医療・介護保険制度がめまぐるしく改正され、療養型医療施設である当院は、総合病院から直接入院されてくる患者様の受け入れが多くなっています。しかし、総合病院と当院との違いを理解されないまま入院に至り、治療目的から療養目的の入院に変わることを受け入れるまでに時間を要するケースが増えているのが現状です。

そこで当院では、入院についての相互理解を深めるため、入院前の相談手続きだけでなく主治医との面談を行っております。総合病院の医師から、どのような説明を受けているのか、また当院で実施できる治療はどのような内容であるか、また抑制をしている場合には抑制をしないために当院ではどのような対応をしているのか等を説明し、承諾された上で入院をしていただく体制をとっています。

しかし、今回の事例は、面談時に医師から抑制をしないために起こりうる転倒の可能性や、集団生活の中であるため必要に応じ薬剤の使用なども、やむを得ない場合もあることの説明を承諾した上での入院でしたが、御本人の病状をなかなか受け入れることができず、抑制はして欲しくはないが、転倒も心配という家族への関わりについて報告します。

<事例> 72歳 男性

*全体像（看護要約の一部抜粋）

右小脳梗塞にて意識障害悪化、後頭蓋窩減圧開頭術施行し、その後頭葉に脳梗塞出現左側半盲となる。

意識は簡単な会話は可能であるが、眩暈・嘔気・小脳機能障害による痴呆もあり、ほぼ寝たきり状態で車いすへは全介助で移乗し、経管栄養施行中。家族は経口で食事摂取できるようになることを希望し、ゼリーの経口摂取訓練を行ったが、これ以上の経口摂取は望めないと説明している。経管栄養の際は体動が激しく両上肢抑制とミトンを使用し、ベッド上では胴抑制、車いすではエプロン式抑制帯を使用し危険回避していた。

以上のような状態で、当院に入院され抑制をしないで様子を見ると、常時体動激しくベッドから転落の可能性が高く、危険防止のためにベッドからタタミに布団を敷いて対応することにしました。

しかし、じっとしていることがなく床や壁に頭をぶつける等の動作があり、衝撃緩和マットも使用したが傷を作ってしまうこともあり、昼夜常に目が離せない状態にありました。また、全裸になりオムツをはずし放尿・マーゲンチューブの自己抜去・ケアに対して抵抗する等の問題行動も多くあり、毎日面会にこられる妻に状態を頻回に説明し、

入院 3 日目に少量の安定剤を使用することになりました。

1 週間位で体動がやや減少し、閉眼はしているが声掛けには開眼される。その場限りではあるが、単語での会話も可能となり、職員には家族も理解され徐々に状態安定されてきたように見えていました。

しかし、毎日面会に来られる妻ではなく、息子さんが来院され主治医に「薬を減らして欲しい」と訴えられる。本人が母親に「手に力が入らない」と言ったが、薬のせいではないか？と心配されている。主治医から、病院は多くの患者様がおり、一人に常時付き切りでいることはできないこと、薬をやめることにより、体動も激しくなり傷や転倒の可能性が高くなり、現状では大きな事故になる可能性も高いこと、現在使っている薬は高齢者にも安心であることを説明するが、その後も面会に来られる妻から「本の字が読めなくなった」「けがをしたが大丈夫か？」等の言葉が聞かれ、納得しているとは言うものの不安な様子が伺える家族と話し合いを持つことにしました。

そこで、施設と在宅サービスの違いについて説明することにしました。施設においては、患者様の人数に合わせた職員で対応しているが、在宅の場合は、本人ひとりに対してのサービスになるため、施設にいるより危険は少ないと思うこと、リハビリも通所・在宅で個別対応が可能であること等も説明しました。

しかし、毎日面会に見える妻の言うことを聞いて状態を把握している息子と母親の情報交換ができておらず、できれば家に連れて帰りたと思う妻と、家族全員が仕事をしているため在宅介護は難しいという子供との家族関係があることがわかりました。

そこで、入院時ご家族から「食事が摂れるようになったら家に連れて帰りた」との希望を聞いていたこともあり、できれば在宅復帰に向けていくことが、家族の納得される介護に近づけていけるのではないかと、カンファレンスを行い取組が開始されました。

各職種の連携でリハビリ・嚥下訓練も強化し、病棟内においてはトイレ誘導やレク活動の参加を積極的に行い事故防止に努めた結果、徐々にではあるが動きが穏やかになってきました。

それまでの体動が抑制をはずそうとして起こっていたものであったのか、薬剤の使用で安定した状態となったためか、不可能と言われていた食事と言語療法士指導による嚥下訓練でゼリー状の物(1200 カロリー)ではあるが、7~8 割摂取できるようになり経管栄養も中止することができました。失禁はありますが、介助歩行でトイレ誘導も可能となりました。

そこで、主治医より「今が一番良い状態だと思います。通所リハビリ等を利用しての在宅介護も可能です」という説明をするまでに至りました。

しかし、退院の受け入れ準備ができていないということで、まず外泊からすすめていくよう家族に説得をしていくことにしました。外泊に向け食事もゼリー食からソフト食までに変更することもでき、家族の協力を得て年末年始に2泊3日の外泊をすることができました。

外泊後の家族の感想は、「なかなか大変でした」という言葉が聴かれました。家族からその感想を聴いた時、始めて職員の日々の努力が受け入れられたように感じました。

自宅に連れて帰ってあげたいが、もっと良くなってほしいと思う妻の思いからか、病院の現状は理解していると言っても、心配のあまりに職員に対して出てくる家族の不安な様子や言葉が相互の不信感につながってしまうように感じました。

そして、今回の在宅復帰を目的とした各職員の取組で、職員はこんなに努力しているのに家族に理解してもらえない！家族はこんな心配している気持ちを職員がわかってくれない！というように立場の違う状況下において相互理解を深めていくための関わりができたように思いました。

今回の事例から、施設内において抑制をしないために起こり得る危険性を、家族に理解していただくことは容易なことではないと痛感しました。

なぜなら職員にとっては、多くの中での一人の患者様であります。家族にとっては大切なたった一人の家族であることを、職員は理解していくよう努力する。そして、家族は患者様がどうして施設にいななければならないのか？ということ、家庭内の現状をも含めて理解していくことが信頼関係を構築していくためには必須であり、そこには時間も必要であると感じました。

今後も個々状況の違う患者様・ご家族との関わりの中に役立てていきたいと思っております。