

転倒事故などの法的責任についての考え方

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

1 身体拘束をしなかったことを理由に事故責任を問われるのか

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

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

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

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

2 ケアのマネジメント過程においてどのような点に注意すべきか

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

■転倒を未然に防ぐためのアセスメント例

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

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

③ 事故が発生した場合、どのような対応が必要か

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

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

■身体拘束と事故責任の関係を考えるうえで参考になる裁判例

(東京地裁平成8年4月15日判決・判例時報1588号117～123頁)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1 あなたは「車いす」に、一日中座れるだろうか

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

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

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

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

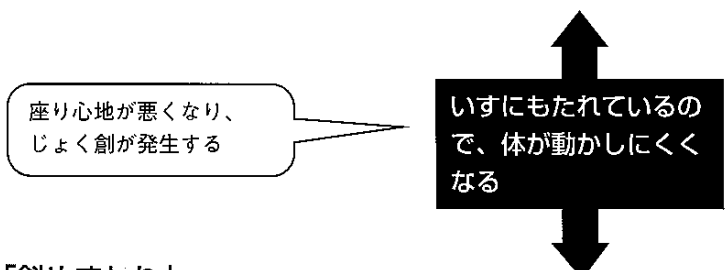
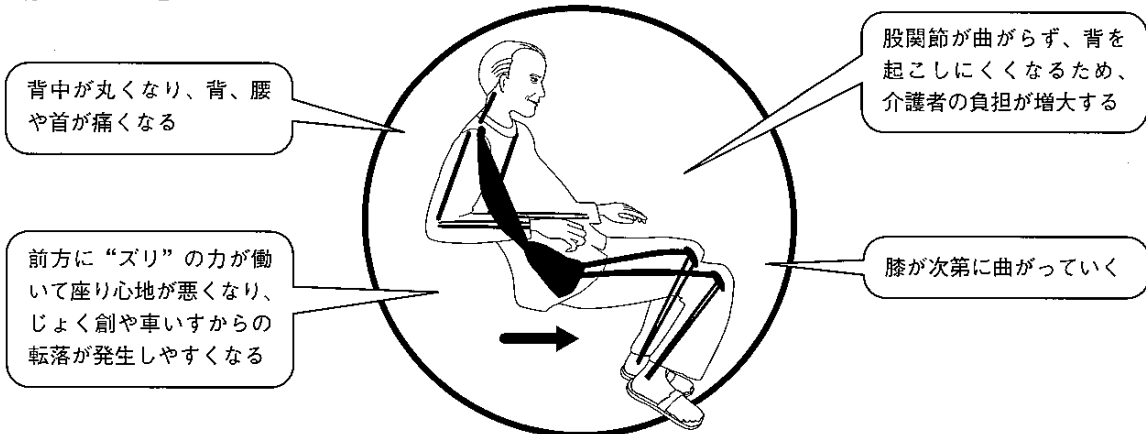
残念ながら、現在の車いすの多くは、こうした条件を満たしていない。したがって、高齢者の身体機能の状況に応じて車いすといすを使い分け、例えば、移動は「車いす」で行い、食事などはしっかりした「いす」に座って行うことを考えるべきである。食事をしっかりした「いす」に座って行うことにより、食事動作の自立度が高まることも多い。

●「滑りすわり」と「斜めすわり」

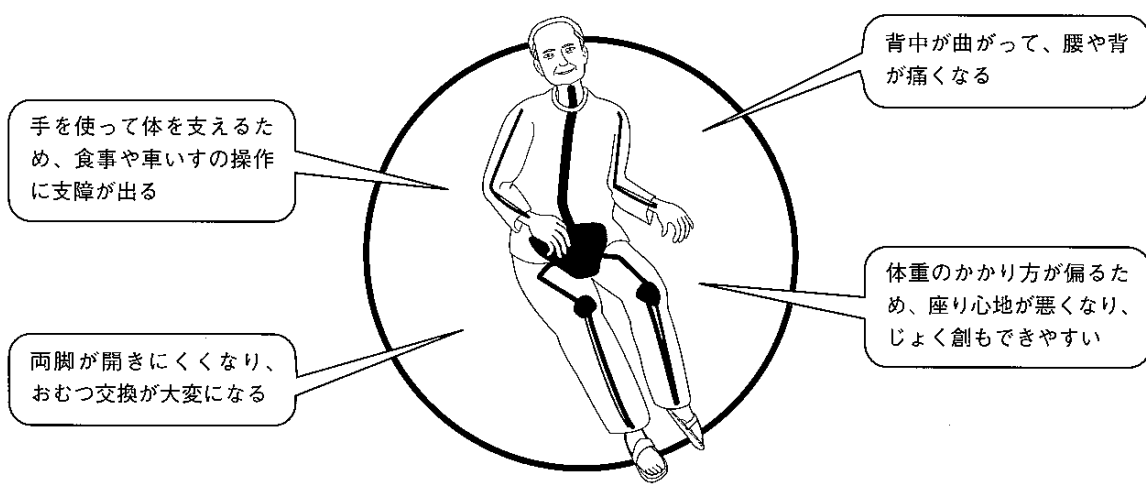
介護保険施設等でよく見かける姿勢は、「滑りすわり」と「斜めすわり」である。人間が座るときに重要なのは、骨盤の位置である。「滑りすわり」は骨盤が後方に傾斜した姿勢、「斜めすわり」は骨盤が横に傾斜した姿勢である。アームレスト（肘掛け）をしっかり握っているような場合は「斜めすわり」になっている。

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

「滑りすわり」



「斜めすわり」



2 「座位保持」の重要性

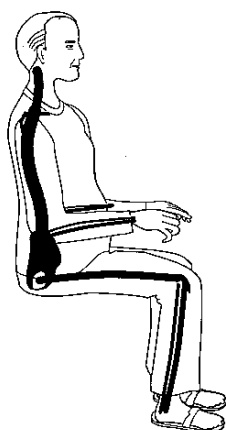
(1)長時間座るような車いすやいすに求められるのは、高齢者が座ったときの姿勢をしっかりと保持する（座位保持）機能である。

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

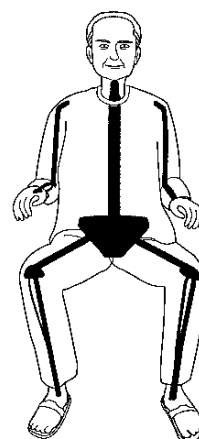
最近では、臀部のみならず大腿部でも適度の支持ができるように設計段階から座圧分布を考慮した立体的な形状に進化しており、しかもクッションの硬さも十分吟味されるようになってきている。こうした「バックレスト」や「座面」の工夫により、「滑りすわり」や「斜めすわり」のような骨盤の滑り出しや異常な傾きを防ぎ、長時間安定した快適な座位の保持が可能となる。

「基本姿勢」と「基本いす」

●基本姿勢：めざすべき基本的な姿勢



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



●基本いす：座位保持に基本的に必要な機能を備えた「いす」

(必要な機能)

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

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

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

●「座位保持」において留意すべきこと

<車いすの寸法>

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

<ベッドのギャッジアップと座位の関係>

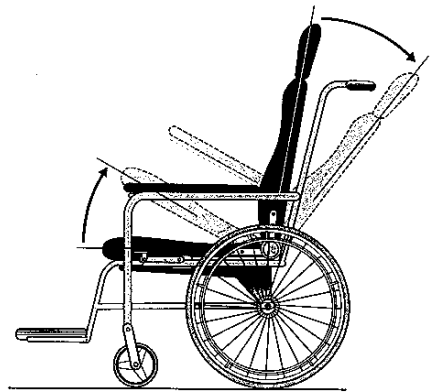
車いすでの食事等に困難がある場合、ベッド上で食事や排せつを行うことがある。こうした場合には、ベッドのギャッジアップを利用して座位を保とうとすることが見受けられる。

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

<ティルト機能について>

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

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

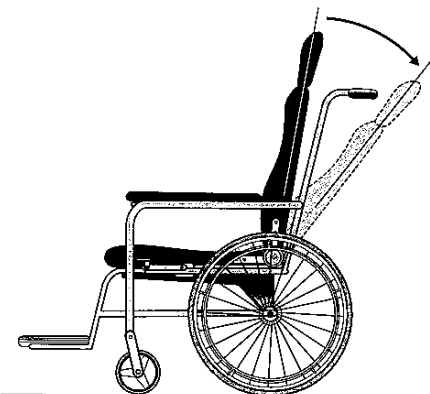


<リクライニング機能について>

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

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

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



③ 「座る能力」に応じた座位保持の方法

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

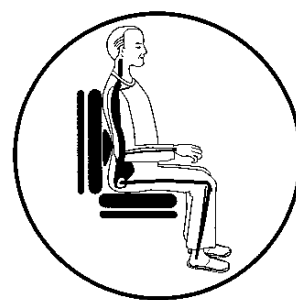
(1) 座位に問題がないケース

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

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

<基本いす>

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



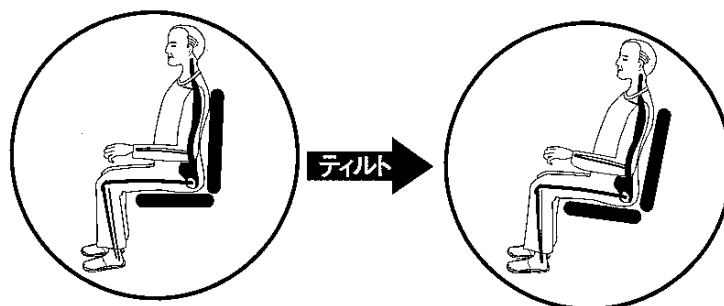
(2) 座位に問題があるケース（「滑りすわり」や「斜めすわり」）

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

- 自立を可能とするための座位保持と安楽性が重要である。

「滑りすわり」が見られる場合

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



滑りすわり

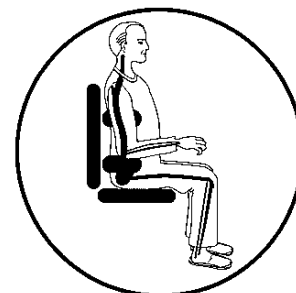
1. 基本いす
2. わずかなティルト

「斜めすわり」が見られる場合

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

斜めすわり

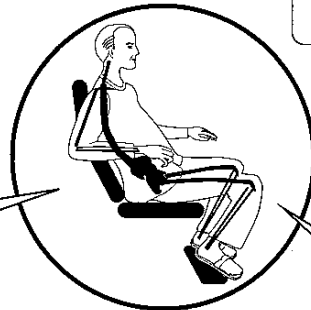
1. 基本いす
2. 左右からの体幹の支え



変形がある場合

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

背もたれは背の曲がりに合わせ、顔が上向きになるようにする



変形

基本いすを目標とするが、安楽性を優先

膝の曲がりに合わせる足部への対応も必要

(3) 座位がとれないケース

(例) ・座ると頭や体がすぐに倒れる

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

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

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

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

参 考

■車いすの調整を行い、拘束を解除した例

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

施設内は車いすでの移動可能。

◎車いす調整前の状態

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

◎車いすの調整とその効果

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

◎生活内容の変化

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

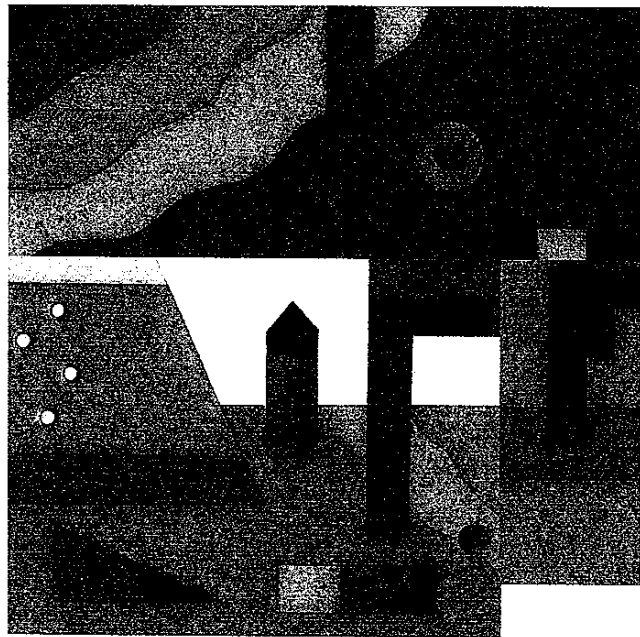
参考文献

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

事例編



身体拘束ゼロに取り組む 病院や施設



縛らない看護で病院改革 — 拘束廃止を決意・実行

東京都八王子市 上川病院

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

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

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

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

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

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

責任者が責任をとると宣言した

その上川病院で、縛らないケアを可能にしたものは、

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

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

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

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

五つの基本的ケアを徹底することで拘束の85%は防ぐことができる

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

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

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

同じことを繰り返さないために考える

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

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

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

縛らない看護で病院改革 — 拘束廃止を決意・実行

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

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

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

縛らないケアを徹底することで院内外に変化が起きた

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

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

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

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

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

拘束の例外がはじめにあってはならない—厚生省令による身体拘束禁止—

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

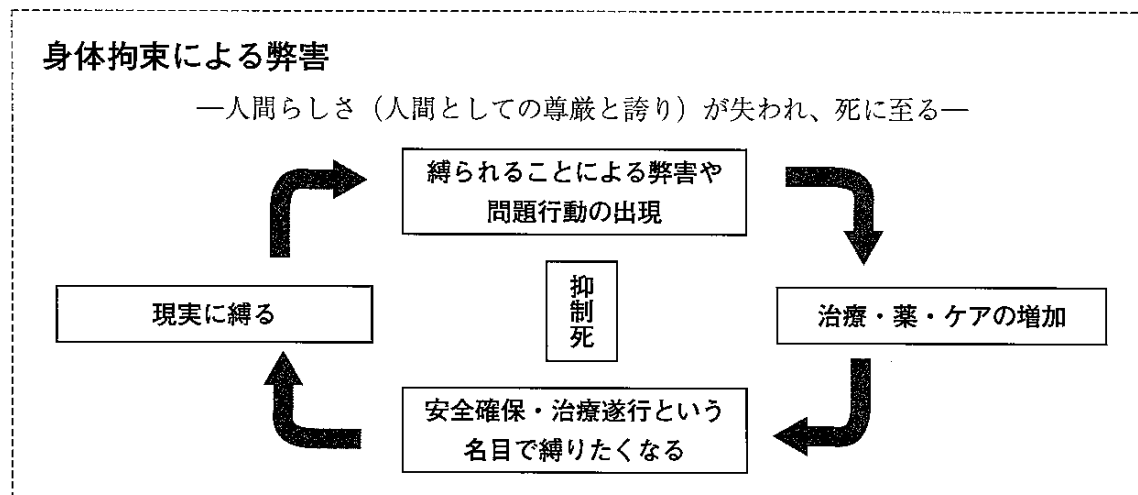
1999年3月には、介護保険において身体拘束を禁止する厚生省令が出されていたが、この仲間たちで2000年3月1日に全国抑制廃止研究会を立ち上げ、抑制廃止のスタンダード（丸の内ワークショップにおける「抑制チェック16項目」及び「抑制が許される場合」）を提示した。

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

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

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

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



現場での議論、工夫の積み重ねによる廃止

福岡県宮田町 有吉病院

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

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

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

身体拘束廃止のきっかけ

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

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

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

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

取り組むにあたって効果的だったことは、

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

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

実践の報告

(1)つなぎ服からの解放——「おむつはずし委員会」の発足

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

当院での排せつケアも段階的に進めていった。

①排せつ後のおむつ交換は速やかに行う

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

②個別の排せつパターンをつかむ

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

③日中のトイレ誘導を習慣化する

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

④個別に応じたおむつを選ぶ

日中はトイレでの排せつ、夜はぐっすり眠れる吸収のよいおむつを使用すること。

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

コスト面ではひと月に20万円程度のおむつ

代の減額につながっている。

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

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

毎日の入浴で皮膚をきれいにし、軟膏を塗布する。

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

(2)ベッド柵の使用——業務内容の見直し、見守り強化等に対応

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

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

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

入院時に「ベッドから降りないようにしっか

現場での議論、工夫の積み重ねによる廃止

り柵をしてください」と希望する家族もまれにいる。

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

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

①入院時の定期処方の見直しをする

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

②長期にわたる漫然とした投薬を避けるため、むやみに定期処方しない

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

③効果と副作用を正しく確認する

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

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

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

終わりに

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

身体拘束ゼロの特養ホームを設立

東京都北区 特別養護老人ホーム清水坂あじさい荘

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

入居者への事前調査

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

150名から120名に絞り込むにあたっては、ま

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

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