

身体拘束ゼロの特養ホームを設立

新規採用職員の研修

24時間の介護が必要な老人が、終いの住まいとして暮らす場所がホームである。そこで本人らしい暮らしを継続させるためには、老いや障害をありのままに認めることから始めなければならないと強く感じていた。それが冒頭で述べた「終いの住まい（暮らしの場）に管理は不要」である。しかし、これを掲げたものの具体的には漠然としたものであった。方針をつくりあげるのに役立ったのは採用職員の研修場面である。

採用職員人数は、看護・介護の直接処遇にあたる者50余名に加え、栄養士・マッサージ師・生活相談員・事務職員等で73名にのぼる。研修期間は約1カ月であったが、後半で「自分の身内を安心して託せる施設の条件をまとめる」と題し、8～9名でのグループ・ワークを実施した。2時間の話し合いの後、各グループで討議結果を紙に書いて張り出し、それをリーダーが発表する形式をとった。なお、直接処遇職として採用した介護職員の約半数は現場経験のある者であった。

各グループのまとめは驚くほど共通しており、その内容は以下のようなものである。

- ・生活習慣を大切にする。そのため酒もタバコも他人に迷惑にならない範囲でそれを妨げない
- ・食事がまずかったら出前がとれる。家族等が食物を持ち込んでくるのを制限しない
- ・買い物や飲食目的での外出や旅行もできる
- ・排せつはおむつでなく、便所かポータブルトイレで
- ・入浴の回数制限をせず自由に入れる
- ・面会は時間を決めずいつでも自由に
- ・子どもじみた遊びや作業をいっしょくたにして強制しない、等である

討議場面を見ていると、当然、介護現場で働いた経験のある者がリーダーとなっている。だからこそ彼らが経験して疑問に感じていたことや、いざ自分の身内だったらと考えた結果と推察した。そして、これらが本当に実現できれば、終いの住まいとしてのホームになれると確信したのである。

ホームの介護方針とその実際

職員研修で職員自身がまとめた共通項目を練り直した。“あじさい荘”の介護方針は次のようになっている。まず、介護の基本として食事・排せつ・入浴を人間らしくできるよう援助する。この3項目を柱とし、内容は以下の手法をとっている。

●食事

老人の暮らしでは食べたいときが食事どきだが、昼食数が200食を超える大型施設ではそれは困難である。そこで、食事時間を3食とも2時間に設定した。つまり、ゆっくりでも早くでも、その人のペースで食べられるようにした。決して、いっせいに始め、時間がきたらいっせいに終わる食事にしないということである。さみだれ式食事と称しているが、始まりも終わりもバラバラなので逆に食事介助がしやすい。なお、この2時間でもズれる場合は、各階のパントリー冷蔵庫に保管し、いつでも食べられるようにしておくのは当然である。主食はおひつに入れ、各自食べたいだけにするので、残ったごはんはおにぎりにできる。痴呆でまだ食べてないという入居者に、いつでもおにぎりが出せる利点があり、残ったごはんは次の食事では、おじやかお粥にしている。そのため主食は、ごはん・おじや(雑炊)・お粥・パンから本人の好みで選べる。

●排せつ

おむつ交換は排せつの介護ではない。それは

単なる後始末である。排せつは便所であるのが人間の本来の姿。そこで端座位のとれる人は、便所かポータブルトイレに誘導し、下着（Dパンツ・失禁パンツ・おむつ）の中に排せつさせない介護をめざす。

これは食事の終了がさみだれ式なので、排便反射が起きやすい食後に、順次便所（ポータブルトイレ）へ誘導することで可能になっている。たとえそこで排便がなくても排尿はあるため、それを基準にして次の誘導時間を決めている。また、おむつをあてると、便所での下着の脱着に手間どる。端座位可能での便所誘導は、結果的におむつをはずし、Dパンツか失禁パンツに尿とりパット併用になってきた。それは、施設としておむつ代の減額にもつながっている。

●入浴

浴槽は各階（ショートステイは2階、ホームは3～5階）に、1人用・3人用・端座位でのリフト浴槽・仰臥位で背中から浴槽に入る機械浴槽の4種類がある。週2回以上の入浴回数が決まっていることと、慣れないこともあり、各階とも週4回を入浴日とし、入居者の半数を1日で入れていた。つまり、「週2回以上」を「週2回でよし」としていたのである。しかし、この手法はかえって職員をも忙しくするとの理由で、現在では3～5階のホームは日曜日を除く毎日、2階は毎日入浴できるように変えた。そして、湯の温度も本人の好みに応じ、浴槽へのつかり方や入っている時間も当然本人の習慣に基づいたものになっている。

●面会時間および面会者の食物持ち込みに制限なし

面会者は1日30～50人程度、面会時間は仕事帰りに立ち寄るため夕方が多い。本人の好物を持参し、家族と一緒に食べる姿も珍しくない。ま

た、酒・タバコ類の制限はないが、火災予防のため喫煙場所は設けている。とくにライターだけは、本人の保管能力に応じた対応をしている。売店が施設内にあるが、ジュース類と酒・タバコの自販機も設置している。

以上が望ましい施設として職員から提案があった方針を具体化した主なものである。そして次のものは、方針検討で出てきた内容である。

●身体拘束を一切行わないこと

これは開設時から現在まで徹底して行ってきた。入居までは車いすベルトやつなぎ服着用といった者が珍しくなかったが、一切の身体拘束を行わない方針を、リスクも含めてまず家族に対して入居時に説明している。家族の反応は、「ぜひそうしてほしい、今までいえなかった」といったものであった。これにまつわるエピソードを2例紹介する。いずれも徘徊のある者を集めて入居させたフロアでの出来事である。

エピソード1：入居時の主治医意見書によると、コミュニケーション不能・暴言・暴力・不潔行為・徘徊といった問題行動が記載されている者が大部分を占める。その入居者につなぎ服をやめて最初に起きたことは、廊下への排尿便であった。逆に不潔行為は全くない。場所は幅木の辺りに集中した。これに対する職員の反応は当然といったもので、地図をつくり、「誰が何時ごろ、どこで」をチェックし、床清掃と便所誘導を試みていた。これができた理由は、研修の「痴呆への対応」で講師から、「廊下の幅木は色が濃ければ溝に見える。痴呆の人々がそこで排せつするのは当然」と、痴呆のバリアーについて講義されていたためと考える。なお、便所への排せつ誘導といっても、すぐに成功するわけでもない。臭気問題も出現したため、このフロアだけ月1回の床洗い（他のフロアは3カ月ごと）とした。そ

身体拘束ゼロの特養ホームを設立

して、2カ月を過ぎるころには、1名を除く31名が、便所への排せつ誘導にこぎつけることができた。

エピソード2：食堂テーブルに入居者の名前を張りたいという職員からの提案があった。食事場所を迷わせないためとのことである。これには、「どこで誰と食べるかは本人がきつと決めていくはず。2カ月、様子を見ることにしよう」とした。その結果は、おおよそ1カ月半で出た。それぞれの入居者が、誰とどこで食べるかが自然に決まってきたのである。もちろん、コタツやソファで一人で食べている者もいる。要は、落ちついて食べられる場所が決まればよい。

期せずしてこの時期と同じだったのが、顔面打撲による内出血の出現と消失である。初めての場所、しかも納得して入居したわけでないため、空間認知に時間を要するのか、顔面打撲が頻繁に起こった。しかも、転倒によるものではないのである。それが食事をとる場所が決まるころになくなっていった。振り返ると、彼らの住まいとしての“巣づくり期”であったと考えている。

●死を隠さない

病院の医療機器に囲まれた中でなく、畳の上で逝きたいという声がある。つまり、家で逝きたいということだが、ホームを入居者の住まいとすれば当然そこには死もある。また、老いの先に死があることもごく自然のことと、とらえている。

そのため、本人や家族がホームでの死を望めばそれに応じている。実際に開設から現在までに死亡退所した24名のうち、施設内みとりは12名である。しかも、開設年度に亡くなった3名は、すべて入院死亡だったが、昨年度は15名のうち9名を施設でみとっている。これは、亡くなっていく人のみとり状況を入居者や家族に特に隠さず、自然に見える形にしているためと考える。

入居者は入所してくるとき、正面玄関から入ってくる。だからこそ退所時も当然正面玄関から帰る。そして、日中の死亡退所ときは、全館放送で退所時間を知らせ、職員と入居者とで玄関で見送っている。たとえ、重度の痴呆と診断された者でも、職員と手をつなぎ列をつくり、遺体を前に手を合わせる。その姿に感動すら覚える。なお、みとりに際しては、家族が傍らに付き添うことが多い。その中には泊り込みを希望する家族もいるため、宿泊できる部屋も無料で用意している。

●給食委員会への入居者の参加

月1回それぞれのフロアから委員が出て、栄養士と調理側との話し合いを行っている。この会議には開設当初から、入居者代表委員(2名)も1年任期で参加している。なお現在の入居者代表委員は、かつて飲食店を営んでいた女性と、八百屋を営んでいたという女性2人(身体機能の障害はあるが口は達者)である。代表という動機づけをしているためか、委員の中でも一番辛らつな意見を述べる。

開設備品の選定

建物の設計施工についてはまったく関与していない。開設準備期間の主な業務は、入居者の選定から決定と、職員採用および研修、そして備品の準備である。備品選定に際しては、本人の能力を引き出せるものを、まず第一に考えた。主なものは、ベッドとその周辺の機器、ポータブルトイレ、食堂テーブルといすである。

ベッドはマットレス幅100cm(シングル用の布団の幅)を原則とした。療養型としているベッドマット83cm幅では、本人が身動きできず、結果的に体位交換と称する介護負担が増えるためである。体

位交換よりも、まず本人の“ガサゴソ”動ける幅と寝返りを優先した。83cm幅のマットのベッドはハイロー機能つきであるが、これは160台のうち30台である。ハイロー機能なしのベッドの高さは、本人の下肢長に合わせ36cmないしは42cmまでに入居時に設定したため、まちまちの高さになっている。

サイドレールは40本(20対)のみ、それに代わる奥行60cmの移動用バーを70本準備する。これによって、ベッドからの立ち上がりはたとえ介助を要する場合でも容易になった。なお、ベッド用のオーバーテーブルは1台も準備していない。

各居室に便所はあるものの、さみだれ式便所誘導時の不足と、ベッドサイドに、特に夜間必要になることを見込んで、70台のポータブルトイレを準備した。しっかりした肘かけつきの、高さの調整が可能なタイプのものである。木製であったことで、いすとして居室で使用している者もいるのは予想外だった。

既存の食堂テーブルといすでは適当なものがなく、テーブルの高さ63cmで天板に直接足がついた、まく板のない形のものを発注した。この高さは施設でよく使われているものより約7cm低い。低いからこそ、食事姿勢の基本である少し前傾した姿勢がとれる。いすも38cmの高さで、通常のそれより2cm低い。なお、これでは対応できない者のため、高さ調整機能つきのリハビリテーブルを40台準備した。このテーブルは現在、フルクライニング車いす利用者が主に利用している。テーブルといすを低くした効果は食事摂取の自立、すなわち介護軽減として現れている。

一方、介護の省力化を図るため、フィットシートを考案して業者に作製を依頼した。特にホームのような介護施設では、入浴や食事で必ず離床する。このときにシート交換をするにはフィットシートタイプが一番よい。シートは一般用・失禁用の2

種類を作製したため、ラバーシートや横シートも使っていない。これによりシート交換の時間は、従来のフラットシートでのそれと比較すると3分の1程度と、他の施設での経験がある職員は知っている。

身体拘束廃止は最終目的ではない

介護保険施行後、新たな業務としての保険請求や契約書の作成といった事務を除けば、施設として大きな変化はない。それは施設が新しいため、介護保険導入を踏まえた入居者決定を行えたことがまず第一にあらう。ちなみに、2000年4月時点での入居者の介護度は、要介護4・5で63%を占め、自立や要支援の者は1人もいない。

掲げている方針と実際の介護にしても、介護保険で見直さなければならぬものもない。遅すぎたとすら思えるが、厚生労働省は介護保険下にある施設での身体拘束を原則禁止とした。これを受けて施設はいかに拘束をはずすかを、あたかも介護の目的であるかのように始めている。しかし、身体拘束廃止は介護の最終目的ではない。どう介護するかのも明確な方針を打ち出し、それを具体化するうえで必然的に拘束がありえなくなる。それこそが重要なのだと考える。

措置から契約へと、利用者が在宅・施設いずれのサービスをも選べる時代になった。だが、その権利を市民が行使するためには、サービス内容が市民の知りたいレベルで具体的に情報公開される必要がある。それなしでは、市民は選ぶこともできない。情報公開と第三者評価、これによって、サービスは文字どおり選ばれる時代に入らう。そんな時代の施設のあるべき姿、それは決して専門家でなく、生活感覚豊かな普通の市民こそが描けるものかも知れない。

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

北海道札幌市 定山溪病院

医療法人溪仁会定山溪病院は、札幌市南区の定山溪温泉街に位置する、366床全床が療養病床の病院である。入院患者の80%は、脳卒中後の方である。若い方も受け入れているので、平均年齢は71歳と比較的低い。

医師のうち、1人はリハビリテーション科の医師であり、また理学療法士（PT）9名、作業療法士（OT）14名、言語聴覚士（ST）4名が勤務し、総合リハビリテーション施設の承認を受けている。介護保険制度のスタートに伴い、2000年4月1日より介護保険対象5病棟（230床）、医療保険対象3病棟（136床）となった。2001年2月からは、医療保険対象の1病棟（46床）は特殊疾患療養病棟として機能している。

通所リハビリテーション事業所、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所を併設している。

なお、当院は1998年11月、(財)日本医療機能評価機構より長期療養の病院として全国で第1号の認定証を受け、また2001年1月、(財)日本規格協会よりISO9001に基づく品質システムの登録証を受領している。

病院の「役職者研修」が スタート

身体拘束回避への取り組みへの序章は、1997年10月の横浜市における第5回介護療養型医療施設全国研究会での上川病院による「抑制廃止」についてのパネル発表、1998年10月、福岡市における第6回介護療養型医療施設全国研究会での「抑制廃止福岡宣言」と、それを報道した西日本新聞の記事になるうか。

定山溪病院では1999年4月、1999年度の役職者研修のテーマに「抑制」を取り上げた。

身体拘束廃止への取り組みにおいて、この病院の職種をこえた共通認識をつくる場として1997年4月より始めた役職者研修のもつ意味は大きい。1997年度および1998年度は「ターミナルケア」に取り組んだが、この2年間で得られたことは非常に多い。

まず第一は、役職医師、役職看護婦を中心に全人的ケアの機運が高まったことである。第二に、担当医師、病棟スタッフ間でターミナル時のケアを検討し、方針を共有する機運が次第にできたこと、第三に、本人や家族への説明の機会が増え、互いの意思疎通も良好になってきたことがあげられる。第四は、この検討会を通して医師、役職看護婦の医療に対する互いの考えが明らかになり、病院内のあらゆる医療上の問題に対する討論を容易にする糸口になったことである。

この成果をもとに、1999年度のテーマとして「抑制」を取り上げ、2000年度も「抑制」のテーマで継続している。一つの組織において、ある問題をスムーズに周知徹底させるにはシステムが大切だが、この役職者研修が当院のシステム構築に果たしている役割は多大である。

身体拘束廃止への第一歩

1999年3月から6月にかけて、「老人の専門医療を考える会」の会員である60の病院を対象とした拘束についてのアンケートを実施、56病院の各病棟婦長の回答を得た。

内訳をみると、療養型病床群124病棟（6710

名)、介護力強化病棟88病棟(4817名)の計212病棟(11527名)の患者が対象となっている。ちなみに、対象の平均年齢は80歳(女性71%、男性29%)。痴呆スケールなどで中等度以上の痴呆の人5133名(45%)、点滴607名(5%)、経管栄養1569名(14%…内訳:経鼻73%、経胃ろう26%)、中心静脈栄養217名(2%)、気管切開275名(2%)である。病棟職員配置は177病棟(79%)で看護職員6:1、介護職員3:1の配置であった。

なお、このアンケートによると、拘束の総数は4025件であった。

1999年6月12日、札幌で開催された「老人の専門医療を考える会」主催のシンポジウム「抑制を考える」には、約250名の医療福祉関係者が集まり盛会であった。このシンポジウムが当院を含む北海道、特に札幌圏の医療福祉関係者に拘束廃止への関心を喚起する第一歩となったことは間違いない。

1999年6月、「拘束」15項目について改めて当院の各棟の婦長に件数を報告してもらったところ、計231件の拘束があった。とても多い数である。ベッドに縛る拘束はなかったが、車いす乗車時の拘束と、ベッド4本柵が非常に多かった。それ以来、毎月各病棟の婦長より件数を報告してもらい看護部で集計したものを、院内外にそのまま報告してきた。

「抑制廃止宣言」の公表

1999年7月29日、拘束除去に取り組もうと、当院で「抑制廃止宣言」を多少の緊張感をもって公表した。

その当時は拘束をどこまで減少できるか、本

当にゼロにできるのかという不安も若干あり、廃止宣言の三番目に掲げたのは「拘束抑制を限りなくゼロに近づけます」ではなく、「ゼロに近づけるように努めます」とした。

同時に看護・介護職員にこの抑制廃止宣言についてのアンケートを行ったところ、大半は前向きに拘束廃止に取り組んでいきたいという姿勢だったが、現状のマンパワーでは無理ではないかなど、悲観的な感想も一部に見られた。

1999年10月6日、まわりの人々の勧めもあり、「北海道抑制廃止研究会」をつくり、事務局を担当することになった。また、この研究会にかかわった看護職員が中心になり、院内に抑制廃止検討会が発足した。北海道抑制廃止研究会の運営にかかわるようになったことが、当院の職員の拘束除去への取り組みを加速させたことは明らかである。

拘束廃止の驚くべき結果

そして2000年12月には、身体拘束はベッド柵4本が3件のみになった。1999年6月の231件に比べ著しい減少であり、99%の拘束を除去できたことになる。この18カ月間、当院の看護・介護職員(3:1、6:1、計2:1+α)が中心になり日夜工夫に努めた結果であり、今後も努力を続けたい。

拘束廃止に取り組んで得られたこと

この18カ月で231件の拘束が3件に減るとは、想像もできなかったことである。まさに一種の奇跡のようにも思える。拘束の約50%は

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

過剰予防といえる車いす乗車時などの拘束ではあったが、拘束はずしにいろいろ難渋した事例もある。

この結果は院長、看護部長をはじめ全職員が気持ちを一つにして取り組んだ結果であると強く感じる。拘束廃止に取り組んだことで、看護・介護全般に質の向上が図られたと考える。

具体的には以下のような変化が見られた。

- ①患者の表情が明るくなった
- ②最初は拘束をはずすことを拒否していた家族も、拘束がはずれ患者の表情が変わってくると喜び、明るい表情で患者に接するようになった
- ③拘束をはずすことにより、患者のもっている能力が見えてきた（患者が自分の力で何かをしようとする残存機能の発見につながった）
- ④看護婦は、拘束をしなないためにはどうすればよいかを考えるようになり、アセスメント能力が向上した
- ⑤ケアプランに変化が見られるようになった（例えば車いす乗車時は「転倒防止のためY字拘束帯で安全を確保する」から「患者に付き添い見守る」「観察を密にする」などへの変化）
- ⑥拘束の原因の一つになる点滴などの医療処置の必要性が検討されるようになった
- ⑦拘束をはずすことで、看護・介護職員により意味の緊張感と、さらに前向きな姿勢が見られるようになり、病棟が活性化された

拘束廃止の取り組みは、特に看護・介護職員にとってケアのあり方そのものを考えさせられる機会となった。また、患者の“個”を見つ

めることの大切さを改めて実感することができたと考える。

全職員の意識改革と環境整備から取り組みを開始

熊本県中央町 温石病院

医療法人愛生会中央町温石病院は、指定介護療養型医療施設であり、内科、整形外科、リハビリテーション科に、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、居宅介護支援事業所を併設。デイケアサービスの他に、訪問リハビリ、訪問歯科などのサービスを提供している。ベッド数は155で、その多くは、脳血管障害、循環器障害、消化器疾患、あるいは骨折手術後のリハビリテーション、痴呆による入院者である。

身体拘束の状況と廃止への取り組みの基盤

1999年4月時点で、当院における物理的拘束は8名、薬物による拘束は、新館病棟17名、2階病棟13名、3階病棟8名であった。身体拘束廃止に向けて、まず各科の代表者に病院としての方針をはっきりと伝え、廃止の必要性を説明した。さらに全職員の意識を高めながら取り組むための方法を話し合い、理解と納得を得ることから始めた。

まずはじめに「なぜ」拘束を必要とするのか、問題行動は「なぜ」起きているのかについてアセスメントを十分に行い、それによって現れてきた患者のニーズに対応するケアを提供するという取り組みを行ったのだが、看護・介護だけで身体拘束をやめようとする、マンパワーの問題が生じるため、全職員に理解してもらうことが重要になってくる。

例えば徘徊のある患者は、新しい環境に慣れ、落ち着きが出てくるまでに時間がかかるものだが、病院内はすべて施錠をしていないので、どこからでも出られてしまう可能性がある。そのような場合、全職員の協力を得ること

ができていれば、「今、この方が落ち着きません」と連絡しておけば、どこかで誰かの目が追っている、正面玄関であれば受付であるとか、必ず職員の誰かがかかわって、その患者の担当病棟に連絡がいく。このような自然な関わりが、管理されているという空気を患者に感じさせずに、何気ないふわっとした生活感が漂う中での入院生活を可能にするのである。職員の意識もまた、環境に左右されやすいものであり、関係障害に陥りやすい老人のケアを行っている病院で働いているのだという自覚も生まれてくる。こうした職員の患者に対する日ごろの関わり方が、全職員にも行き渡ることになる。以上のような考え方が、当院における身体拘束廃止に向けた取り組みの基盤になった。

取り組み上の問題点と解決策

まず身体拘束廃止を進めるにあたって、以下の6点が課題となった。

- ① 身体拘束廃止についての認識不足
- ② マンパワー不足
- ③ 不十分な環境整備
- ④ 不十分、不適切なインフォームド・コンセント
- ⑤ スタッフのアセスメント不足
- ⑥ 高齢者の特性に関する知識不足に起因するケア不足

それぞれの問題点については、以下のような方法で解決を図った。

- ① 身体拘束廃止についての認識不足
 - 1) 職員の意識改革のため、院内および院外研修を実施する。
 - 身体拘束についての研修会に積極的に参

全職員の意識改革と環境整備から取り組みを開始

- 加し、院内でも研修会を開催する。
- 2) 身体拘束を扱った情報誌を職員に配布し、認識を高める。
 - 3) 当院における「身体拘束廃止」の方向性を全職員で決める。
 どんなことがあっても、リーダーは勝手に方向性を変えてはいけない。さまざまな意見の中にこそ良質の方法論が見えてくるのであり、全職員の理解を得られてはじめて看護・介護のケアにおける利用者主体のサポート体制ができるのである。
 - 4) 医師の理解と協力を得る。
 理事長および事務局長の理解と協力を得るために、話し合いの場をもち、納得できるまで話し合う。その際は、必要に応じて、拘束に関する資料や情報を使用する。理解してもらえない場合は、それを嘆くのではなく、なぜ理解してもらえないかを考え、再度チャレンジする。
 医師に対しては、医局会で文書を提示する。取り組み開始後、数回にわたって身体拘束の指示が出されたが、その都度、主治医と検討を重ねて理解を得られるまで話し合った。また、点滴・中心静脈栄養（IVH）・薬の指示についても、十分な検討を行った。
 当院でも従来は医師主導型で運営されていたため、看護・介護職のこうした行動は医師にとっては受け入れがたいものだったかもしれない。しかし、彼らの行動は、医師を責めるものでもなく、医師の方針を非難するものでもない。専門職として、患者の幸せを第一に考え、勇気をもって取り組んだことの表れである。現在も、この“患者が元気になるため”の検討会は
- 継続されている。
- 5) 身体拘束委員会の発足
 トップダウンで「させられている」よりも「全員で取り組もう」という考えから、スタッフのケアに対する主体性を引き出しながら行うことが身体拘束廃止に向けたケアの継続性を確実に植えつけることにつながるとして、身体拘束委員会を発足させた。
- ② マンパワー不足
- 1) スタッフを増員するのではなく、まず現在の人員で行う。
 身体拘束は、看護・介護職員のケア不足から起きている。看護・介護職員は、看護・介護の基本を学び、専門職としてこの職業についているのだから、人員を増やす前に、看護・介護職員のケアの基本、業務のあり方を見直すことが必要だと考えたのである。
 - 2) 業務処理の一元化を図る。
 施設の中には多くの業務があるが、トータルにマネジメントされていることは少なく、それぞれの責任者が中心となって行っているため、書類・伝票・物・人の流れにむだが非常に多い。
 これを整理して、一元化する。
 ・ 院内の全職種各部門業務のあり方をアセスメントし、人・物の流れの効率をあげるための業務改善を行う。
 これによって直接ケアにあたる人が患者に十分関わることができ、患者の満足度を引き出すことが、病院の評価につながる。患者のニーズにあった直接ケアが十分に行えるように、病院全体の業務の見直しを行った。

- ・ 医師記録、看護・介護記録、その他伝票書類関係の二重記録をなくす。
- ・ P P C (progressive patient care : 段階別患者看護)方式を導入し、各病棟にそれぞれの看護・介護機能と役割を示した。

③ 不十分な環境整備

- 1) 2000年3月までは、与えられた環境を最大限に活かして患者の生活の質を守ることに重きを置き、「医療の現場にどのように生活を取り入れるか」という考えのもとに食堂、トイレ、浴室、居室の環境設定を行った。それと同時に療養型に向けての改築・新築が行われ、設計の段階から参加した。以下に、その際の留意点をあげる。
 - ・ 直接ケアが十分に行えること。
 - ・ 自立支援によって患者本人に主体性が生まれ、残された自分の能力で生活できることは、生きる意欲にもつながる。
 - ・ 配置を考えると、スタッフはより効率のよい動線と環境を重視するが、患者にとっては自立を高められる動線と環境が重要な要素となる。また、具体的には、次のような配置を行った。
 - ・ 安らぎを感じられるような設備として、老人と子どもの接点になりうる運動場を置く(当院は幼稚園に隣接している)。
 - ・ 園芸療法、あるいは趣味活動のため、病棟のまん中に畑をつくる。
 - ・ 一つの病棟にトイレ3カ所、浴室1カ所、食堂3カ所とする。
 - ・ 浴室については、機械浴は全体で1カ所のみとし、他はすべて1人用浴槽と2～3人用浴槽を設置する。

2) 入院当日のアセスメント

患者のベッド周囲の動き、および院内生活の動きを理学療法士(P T)、作業療法士(O T)、ケアワーカー、ソーシャルワーカー、看護婦がアセスメントし、患者が安心できる環境設定を図った。自宅により近い物の配置、動き方を考慮して、予測される事故の防止を図ると同時に、その環境におけるスタッフの患者理解とケアの統一を行った。

④ 不十分、不適切なインフォームド・コンセント

インフォームド・コンセントといわれるものの多くは理解・納得されたものではなく、「伝えた」「いった」とどまるものであったため、その充実を図る必要があった。

- 1) 本人および家族に医師が説明するときは、看護婦も必ず立ち会い、状況、内容、本人と家族の反応を看護記録に記載する。
- 2) 医局会にて、医師にインフォームド・コンセントのあり方について記した文章を配布して説明を行い、理解と協力を得る。
- 3) インフォームド・コンセントは、以下の手順で行う。
 - ・ インフォームド・コンセントの必要性、あり方、記録の方法についてスタッフを指導する。
 - ・ インフォームド・コンセントを行う前に、事前に打ち合わせを行っておく。
 - ・ インフォームド・コンセントを実施した後は、必ず検討会を行う。

⑤ スタッフのアセスメント不足

- 1) 身体拘束を行っている患者について、1病棟1例ごとに十分なアセスメントが行われるように、事前に各病棟の婦長と検討し、病棟で実践する。例えば、「なぜこの人は

全職員の意識改革と環境整備から取り組みを開始

拘束着を使用しているのか」→「おむつをはずすから」→「便をしているから・尿をしているから」→「気持ち悪いから」……というように、「それはなぜ、どうして」とケアの基本にまでさかのぼって主体的に気づくようにもっていく。これを1例ごとに毎回、ていねいに指導する。

2) アセスメントの項目を考える。

⑥高齢者の特性に関する知識不足に起因するケア不足

全職員をグループ分けし、月1回の勉強会を1年間実施した。その内容は、以下の通りである。

- 1) 高齢者の見方、考え方、とらえ方
- 2) 痴呆性高齢者について
- 3) 食事・排せつ・入浴・環境・整容について、利用者主体の自立支援とは何か（必要な道具から関わり方まで）

「スタッフの関わり方が違ってきただろう。あれだヨ！」という言葉が返ってきた。看護・介護職員のケア不足がどれだけ現場に蔓延していたことか。その結果として起きてくる問題に対し、かつての看護・介護職員は縛るという行為によって患者の安全を確保していると思っていたのだ。

この取り組みを通して気づいたのは、人との関係障害が問題行動を起こす原因になっているケースが非常に多いことだった。たとえどんなに忙しくても患者との関わりに手抜きをしないことを、スタッフ全員で再確認した。

現在では、「身体拘束」という概念はスタッフの認識から消滅している。たとえ患者が入院前に他の施設で身体拘束を受けていた人であったとしても、先入観なく、ごく自然に対応ができ、身体拘束を必要としないケアの提供ができておりと自負している。

取り組みの効果

当初8例あった物理的拘束は、取り組み開始後1カ月ですべて廃止された。薬剤による拘束（安定剤、眠剤）も、1年を経過した段階で、新館病棟（痴呆対象）での使用はゼロ。2階病棟では安定剤1名と眠剤1名、3階病棟では眠剤1名となっている。また、排せつの自立にも著明な変化が見られた。当初おむつ使用者が6割、「昼：ポータブルトイレ+夜：おむつ使用」が2割であったが、現在はおむつ使用者が2割、「昼：ポータブルトイレ+夜：おむつ使用」が2割、自立が6割と逆転している。

あるとき、神経内科の医師に、眠剤・安定剤が必要でなくなった理由を尋ねたところ、

事例編



身体拘束廃止に取り組んだ 個別事例



ベッドからの転落防止の ベッド柵等について

| | |
|-----------|---|
| 患 者 | 80歳 女性 |
| 診 断 名 | アルツハイマー型痴呆 |
| 既 往 歴 | 狭心症、高血圧症、肺炎 |
| A D L 状 況 | つかまり立ちは可能だが、ふらつきが著明。下肢に不随意運動があり、小刻み歩行で後戻りしやすく不安定であるため、常に介助が必要。食事は、かき込みや食べこぼしが多く、部分介助。排せつは、尿意がはっきりせず失禁が多いため紙おむつ使用。会話は成立するが、言葉に詰まることが多い |
| 医 療 処 置 | 薬物療法として降圧剤、向精神薬を投与 |

■ 入院時の状態と拘束に至った経過

夫と死別後、薬への依存傾向が強くなった。物とられ妄想があり、自分の思い通りにならないと暴力・暴言が出るのがしばしばあった。1998年より痴呆の診断を受ける。療養目的で入院中、スタッフへのまわりつき・暴言・他患者への干渉が頻回に見られた。2000年に肺炎を起こし、ベッド上での生活が続いて自立歩行ができなくなった。

ベッドからの転落・不意の立ち上がり防止のために、ベッド上拘束と車いす拘束を受けた。そのころより活気がなくなり、子どもたちのこともわからなくなってきた。拘束された姿を見るたびに「つらく思っていた家族が、身体拘束のない環境で生活させたい」と希望し、2000年、車いすで入院してきた。

■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

問題を分析し、ケアの方針を立て具体的ケアに取り組む。

問題点は、ベッド上での生活や拘束による廃用性症候群および不意の立ち上がりによる転倒・転落の危険の2点である。

ケアの方針は、1：自立歩行をめざした筋力の強化、2：転倒・転落予防、3：排せつの自立とした。

① リハビリスタッフと協力し歩行訓練を開始する

入院当初は介助なしでは歩行が困難だったが、筋力強化・歩行訓練により、歩行時の後戻りは減少し、立

位保持・歩行とも安定し、車いすを使用しなくても生活できるようになった。

② 担当スタッフを決め、立ち上がり時・歩行時の見守り、介助に努める

落ち着きがなく、立ち上がりや歩行が頻回なときは行動を制限せず、スタッフが必ず付き添って行動した。また歩行が安定してからは本人のいる場所を確認し、見守りを徹底した。

③ 夜間は床ベッドとし、ベッドからの転落を防止する

床ベッドからの転落は見られなかったが、覚醒時にマットの上に立ち上がることがあり、ベッド上での転倒の危険性があるため、ベッドからの立ち上がりの訓練を行い、日中・夜間とも見守りをした。

④ 日中2時間ごとのトイレ誘導で排尿パターンの確立をめざした

時間を決めてトイレ誘導することで、尿意もはっきりし、日中は失禁することがなくなり、布パンツに変更した。夜間は、熟睡しているときは失禁することもあるため、紙パンツを着用しているが、誘導により失禁の回数は減少した。

総体的には、入院時より立ち上がりが頻回であったため、自立歩行の確立で転倒の危険を少なくし、自由に動ける環境を作っていくことでADLは向上し、表情にも活気が見られるようになった。子どもたちのこともわかるようになり、家族も喜んでいる。

一方で、活動範囲が広がったことで従来からの自己中心的な性格が目立ってきた。空腹感の訴えが強く、やたらに人のものに手を出したり、ナースステーションの冷蔵庫を開けるなどの行動が多くなってきた。他の患者への干渉も多く、食事介助しようとすることもある。また、夜間覚醒し、暴力・暴言が見られることもあった。担当者を決めて、落ち着きがないときは散歩に行くなど気分転換をしたり、他の患者とトラブルにならないよう行動を常に見守り、すぐに対応できるようにしている。また、精神状態を細かく観察し、医師と連絡を取り、その日の状態に応じて日替わりメニューで向精神薬を使用している。

■ その後の経過

拘束されたことで活気がなくなり、家族の顔もわからなくなるという精神機能の低下を来したが、活動の増加に伴い回復した。

しかし、この患者の場合、本来もっていた性格も影響し、新たな問題が出ている。他の患者への干渉や、スタッフへのまわりつき・暴言・暴力などは、拘束をされていれば起こらないものである。しかし、看護する側の都合で安易に拘束することは、人としての尊厳を無視することになるのではないか。私たちは、患者がその人らしく生活できるように環境を整え、周囲と本人への危険を予測し、日々のケアを工夫すべきだと考えている。

カテーテル抜去防止の ミトン型手袋について

| | |
|-------|--|
| 患者 | 80歳 男性 |
| 診断名 | 脳梗塞、慢性腎不全、高血圧、慢性皮膚炎、不整脈、神経因性膀胱 |
| 既往歴 | 1991年に脳梗塞、1992年に左腎を腫瘍のため全摘出 |
| ADL状況 | 脳梗塞後遺症による左不全麻痺。起居、移動、更衣、整容、食事、入浴などすべて全介助。寝たきり度C2。要介護度5。座っているときは体幹の保持ができないため背もたれが必要である。排せつはおむつを使用。膀胱ろうを設置し留置カテーテルを挿入している。単純な会話によるコミュニケーションはできるが、記憶力、理解力に問題があり、視覚や聴覚機能の障害もあるため認知機能の低下が見られる |
| 医療処置 | 内服薬の服用、慢性皮膚炎のため軟膏を塗布している。3週間ごとに膀胱ろうのカテーテルを交換している |

■ 入院時・転棟時の状態と拘束に至った経過

1997年、当病院に3度目の入院。慢性腎不全により透析の対象ではあるが、体動が激しいため透析時の安定が保てず、内服薬のみで対応している。慢性皮膚炎による全身掻痒感があり、特に臀部には絶えず掻き傷ができて処置をしている。

1999年、神経因性膀胱による排尿困難及び留置カテーテル挿入困難となり、膀胱ろうが設置された。尿路感染と思われる発熱が時折あり、ベッド上での生活が多い。

また、おむつカバーの中に手を入れ、膀胱ろう部の留置カテーテルを頻繁にひっぱる動作も見られた。そのため、膀胱ろう部の安全確保のために健側にミトンを着用することとした。

■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

院内では、身体拘束廃止の取り組みの最中であり、胃カテーテル挿入患者のミトン除去、車いす乗車時の安全帯除去など、身体拘束「ゼロ」へ向けて試行錯誤を繰り返しながらも順調に成果をあげているところであった。しかし、この事例に関してはカテーテル抜去が生命の危険性を伴うことであり、当初ミトンをはず

すことは難しいと考えた。だが、アセスメントし、検討した結果、全身に掻痒感があり、特に掻痒の強い臀部周囲をかきむしるうちに、膀胱ろうを設置したところへ手がいき、触れたカテーテルを抜去する可能性が高いのではないかと判断した。

① かゆみの問題を解決

毎日の入浴で皮膚の清潔を保ち、入浴後に軟膏を塗り、抗ヒスタミン剤を内服した。むれることがかゆみをより強くすると考えられるため、ラバーシートとおむつカバーを取りはずした。おむつカバーの代わりにさらしを使用し、排便のときのみおむつカバーを用いた。

② 膀胱ろうの留置カテーテルは、直接手に触れないように固定位置を大腿部の内側とした。股引きの着用により股引きのすそからカテーテルに連結したチューブを出すことができた。

③ 着用していたミトンは、まず、看護婦が病室にいる間だけははずすことから始め、次に日中だけ除去と段階的に進めて、トラブルがない日が続いたため、夜間の除去になった。除去後、特にトラブルはない。

■ その後の経過

慢性皮膚炎は徐々に改善されて、皮膚損傷も以前に比べ少なくなっている。かゆみの問題は、慢性腎不全とその治療のための内服薬による副作用との関連もあり、今後も継続して対策を考えなければならない。

カテーテル抜去による危険性の問題を含め、患者の状況とミトン着用の必要性を家族に説明したときの「いって聞かせてもわからないですものね」の言葉から、納得せざるを得ない状況にあったとうかがえる。拘束除去のために、おむつカバーからさらし使用への変更を説明をしたときは、家族は積極的に準備をしていた。妻にとってかけがえのない夫であり、今、元気でいてくれることを望んでいると感じられた。

身体拘束廃止の機運が高まり、介護保険施設では、さまざまな工夫や努力がなされている現在、今まで「安全確保」の意味で行われていた拘束を除去するということは、ある意味では勇気のいることである。拘束しないで患者に事故が起きたらどうしようという不安がある。しかし、拘束には身体的、精神的機能の低下を含め「人権侵害」という大きな問題を伴うことも承知している。

拘束の必要性に出くわしたとき、まず考えなければならないことは「危険があるから拘束」という考えの前に、「なぜこうなるのか」と原因をアセスメントし、「どうしたら危険を回避することができるか」を検討することである。

拘束のないケアによって患者が生き生きとして見え、ケア提供者も暗い気分にならず明るい気持ちで患者に接することができると思う。

車いすの 腰ベルトについて

| | |
|-------|--------------------------------------|
| 入居者 | 80歳 男性 |
| 診断名 | アルツハイマー型痴呆 |
| 既往歴 | 特になし |
| ADL状況 | 身体状況は問題なし。更衣・整容・排せつ・入浴動作時は介助が必要。痴呆度Ⅳ |
| 医療処置 | 向精神薬の服用 |

■ 入居時までの状態

特別養護老人ホーム入居前は老人保健施設に6カ月入所。昼は徘徊防止のため車いすにベルトで固定。夜間はサイドレール4本を使用したベッドをステーションの前に移動。

車いすに座らされている本人の表情は硬く、目を閉じ眉間にたてじわを寄せている。目を開けるのは食事とタバコを喫うときのみであった。

■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

ホームに入ってきたときは、生活保護担当のケースワーカーと老人福祉担当の福祉事務所職員に両側から支えられ、おぼつかない歩行でボーッとしたりした表情をしていた。

- ① 嘱託医（内科）と精神科医もまじえたカンファレンスを行い、入所2週間目で向精神薬を中止する。表情が生き生きすることから本人の好きなものはタバコと甘い菓子であることがわかり、これらを刺激にするプランを立てる。
- ② 向精神薬の中止で表情が出てきた。入所から3週間ほどはベルトなしで車いすを移動手段にしていたものの、その後は歩行にふらつきはなく、応答も問題なくなってきたため、車いすは不要となった。
- ③ 食事の途中で突然箸をおき排便を伝えることもあるが、排せつパターンが見えてきた。トイレの位置や自分の部屋がわからず、誘導のタイミングを失敗すると放尿をしたり、他人のベッドで寝てしまうことがときどきあるものの、それを取りたてて問題にはしていない。

■ その後の経過

自分から人に話しかけることはない。ただし、ベッドにいるよりも談話コーナーの決まったいすに座って過ごす方が落ちつく様子である。スタッフは入居直後から「タバコはどうですか」と言葉がけをしていたが、なかなか応答しようとしなかった。ところが、4～5カ月すぎたころから、「いらねえ」と答えるようになっていった。話しかけるとムツとしたり、笑顔で返事が返ってきたりと、表情が入居時とは大きく変わり、コミュニケーションも成立する。

車いすも入居前はむしろ本人を固定して動けないようにするための手段として用いられ、本来は、車いすは不必要だったケースと判断する。

車いすの Y字型拘束帯について①

| | |
|-------|---|
| 入居者 | 84歳 女性 |
| 診断名 | 老人性痴呆 |
| 既往歴 | 緑内障 |
| ADL状況 | 失明による危険性あり。両上肢の機能障害はなく、つたい歩き程度は可能 痴呆度Ⅲ |

■ 入居時までの状態

特別養護老人ホーム入所までは老人保健施設に約1年半入所。立ち上がり、歩行の危険が大きいという理由で、日中は車いすでY字型拘束帯を使用。おむつはずしや弄便行為防止のためにつなぎ服を着用していた。

つなぎ服で入所。入所時の会議の席上、名前を呼びかけると「ハイヨ」と大声で応じる。施設では拘束を一切しない方針を娘に伝えたところ、「たとえ勝手に動いて骨折しても、縛られるよりずっとよい。今までそれがいえなかった」という反応。入所後、縛らない介護を望んでいたと手紙が届く。

■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

アセスメントの結果、ケアの方針にそって次のような取り組みを行った。

- ①入居と同時に車いすでのY字型拘束帯使用とつなぎ服着用を中止する。両眼の視力は明暗程度がわかる状況。部屋にいることを好まず、日中のほとんどを談話ロビーの畳台（高さ40cm・6畳大）に端座位です。姿勢保持もしっかりしている。近くに人がいることがわかると、大声で話しかけるが、内容はつじつまが合わない。
- ②入居時におむつはずしを失禁パンツに変え、2～3時間ごとの職員の手引き誘導でトイレですませる。
- ③食事は主食をおにぎりにして副食はスプーンに乗せると、自分で食べられる。副食の種類を説明すると「うれしいね。うまそうだね。あんた食べたのか」と、かみ合う反応を示すこともある。

■ その後の経過

歩行については、一人で立ち上がって歩き出すことは決してない。入所1カ月をすぎるところには、入居者の一人に手を引かれて二人で歩くようになる。入居時には車いすを移動の手段として使うつもりだったが、結果的には手引き誘導、その後、気の合う入居者と歩くように変わった。

この場合はもともと歩行能力もあり、車いすは不要だった事例と考えられる。

車いすの Y字型拘束帯について②

| | |
|-----------|---|
| 患 者 | 56歳 男性 |
| 診 断 名 | 蘇生後低酸素脳症 |
| 既 往 歴 | 1994年急性心筋梗塞で冠動脈バイパス手術を受ける。1996年地下鉄ホームで心臓発作を起こし、心停止。心肺蘇生が行われたが蘇生後低酸素脳症で重度障害となる |
| A D L 状 況 | 高次脳機能障害重度、注意散漫で認知・理解不能、発語なし、不随意運動が激しく、四肢麻痺、右上肢は伸展し下肢は屈曲状態であった。骨盤右回旋のため臥床時は右側臥位でいることが多い。寝返り・立ち上がりは不可。食事は全介助、排せつはおむつを使用。異食行動があり、すぐに物を口に入れてしまう |
| 医 療 処 置 | 利尿剤や向精神薬などの服用 |

■ 入院時・転棟時の状態と拘束に至った経過

1997年、長期療養を目的に当病院に入院し、1999年に当病棟に受け入れる。

異食行動があり、噛めるものはすべて口に入れるため、常時フェイスタオルをもたせていた。車いす（本人用）乗車時は、四肢麻痺と痙縮があり、常に体を左右に動かすため、上半身の安定が悪く、Y字型拘束帯、腰ベルト、胸ベルトで固定していた。また向精神薬を内服していた。就寝時は手から物がはずれるとおむつをいじり、食べようとするため、ズボンの上にTシャツ、さらにズボンと重ねていた。

■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

身体拘束を行わないケアをめざして、患者の状態を逐次アセスメントし、次のような工夫を重ねた。

① 転棟21日目

不穏状態や興奮が見られないため、医師に報告して向精神薬が中止となった。Y字型拘束帯、腰ベルト、胸ベルトの3カ所の固定が苦しそうのため、拘束の除去を検討したが、家族は除去することに不安が強くて拒否された。ただ、右にねじり滑り、右にずれるため、車いす乗車時は右脇に枕を使用した。

② 1カ月目

車いす乗車時に枕を胸にあてると安定したため、胸ベルトを緩めた。向精神薬を中止してから頭の動きが激しくなり、後頭部に脱毛と皮膚損傷ができたため、車いすに座る時間をより長くした（臥床時にはボンマットを使用）。しかし、座位時にも、頭の動きが激しかったので、スタッフ側が緩めた胸ベルトを来院した家族が縛りなおすこともあった。体動により安定性の悪い両下肢の安定性を保つため、足元に一般に使用される体位変換用の枕（足の形に合わせることができ、それによって体の安定を保つことができる）を置き、さらに見守りを強化した。

③ 1カ月と25日目

1週間前よりY字型拘束帯を時間を決めて除去し、観察した結果、Y字型拘束帯ではなく、車いすテーブルに変えた方が安定するのではないかと考えられたので、家族にも詳しく説明して了解を得た。Y字型拘束帯をはずし、車いすテーブルと腰ベルトに変更した。

また座位時、エアクッションの空気を調整し、30分ごとに臀部に合っているかを確認し、骨盤部が安定するようにした。右手はテーブルの端をつかむことが多くなった。

④ 2カ月と12日目

院内の研修会に抑制除去に難渋する事例として報告した。リハビリテーション科医師より、「エアクッションはない方が座位は安定するであろう。座位保持装置によるシーティングを応用した車いすを作成することで、ずり落ちは改善し、リクライニングにより腰ベルトは除去できるのではないか」との意見が出た。クッションははずし、車いすを改善することを家族へ説明して了解を得た。このころより本人は人の動きに目を向けるようになった。

⑤ 2カ月と27日目

車いす担当のリハビリテーション・エンジニアが来院。骨盤の位置をまっすぐにすることで、上半身をかなり支持、安定化できることがわかった。座位保持装置を備えた車いすの作成が始まった。

⑥ 7カ月と2日目

型合わせ、仮合わせで調整を行いながら、座位保持装置のついた車いすが完成。これを利用することで腰ベルトをはずすことができた。また、最後に残った車いすテーブルも右肘のみの小さな肘掛けテーブルを作成することではずすことができた。さらに、フットレストを右側に広げることで患者の右足がフットレストから落ちないようにした。

■ その後の経過

この事例では、拘束を除去することは困難のように思えた。また、家族も拘束除去には強い拒否反応を示していた。しかし、一つひとつ拘束がはずれていく過程で家族の了解が得られるようになった。座位保持装置付きの車いすができた時点では、肘掛けテーブルを小さくしてほしいと希望するまでに家族も変化した。

拘束除去の取り組み開始から完全に拘束がはずれるまで約6カ月を要したが、拘束をはずす段階で患者の表情は驚くほど変化した。患者は日ごとに人の動きに合わせるような動きを見せるようになり、「おはよう」と声をかけると「おは」と声を出す日も見られるようになった。また、激しく体をねじる動きも減少した。

その後、リハビリテーション・エンジニアも含め、月に1回、院内でシーティング委員会を開き、座位保持装置の必要な人を中心に事例検討を行っている。