

### 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。

## 参 考

### ■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を自由を拘束し、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、身体を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。



## 参考 身体拘束をなくすための「車いす」や「いす」

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。スリングシートの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。

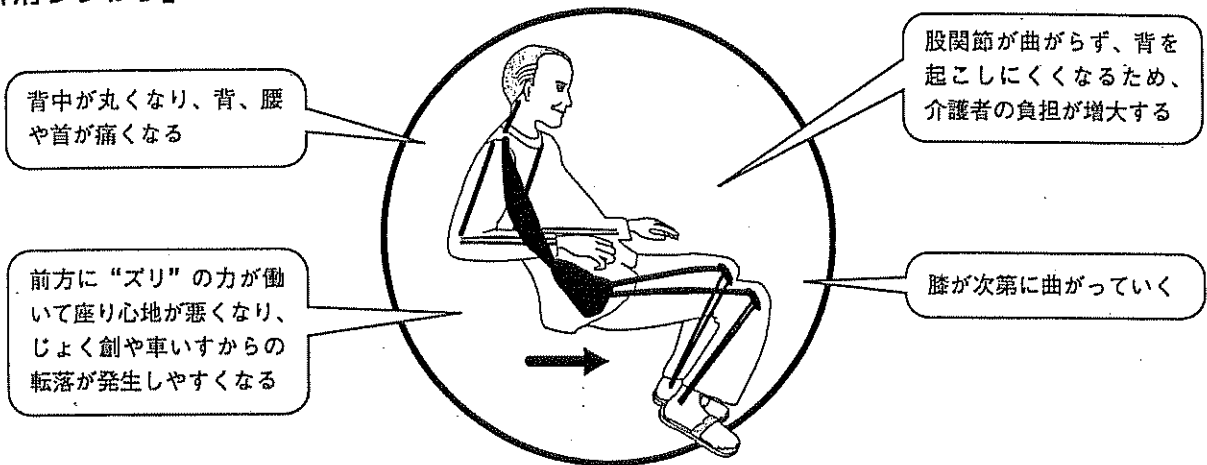
残念ながら、現在の車いすの多くは、こうした条件を満たしていない。したがって、高齢者の身体機能の状況に応じて車いすといすを使い分け、例えば、移動は「車いす」で行い、食事などはしっかりした「いす」に座って行うことを考えるべきである。食事をしっかりした「いす」に座って行うことにより、食事動作の自立度が高まることも多い。

## ●「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。

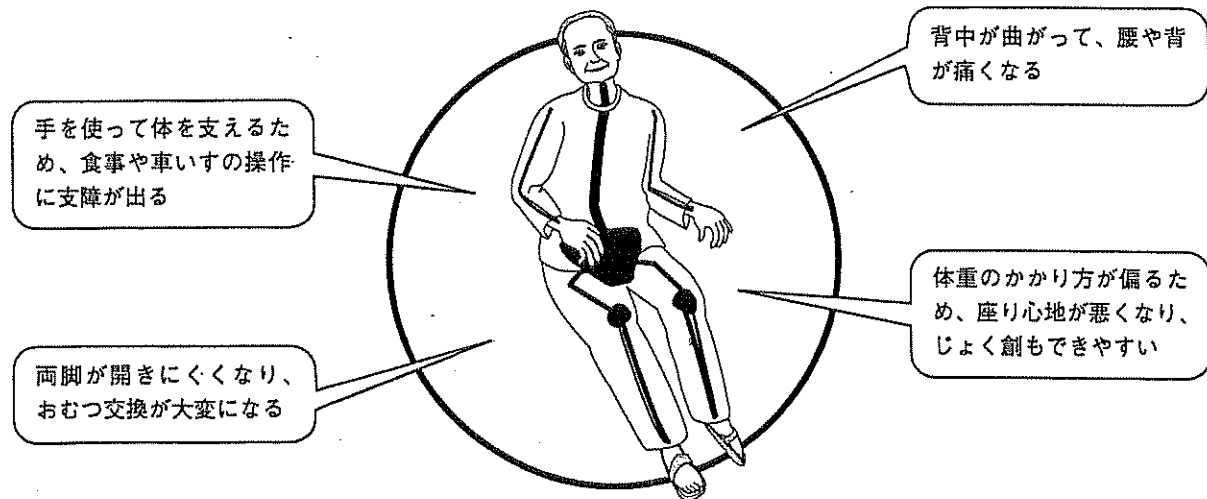
こうした姿勢を長時間続けると、高齢者にとって苦痛であるだけでなく、じょく創や拘縮の原因となったり、いすから転落する危険性が高い。

### 「滑りすわり」



いすにもたれているので、体が動かしくくなる

### 「斜めすわり」



## 2 「座位保持」の重要性

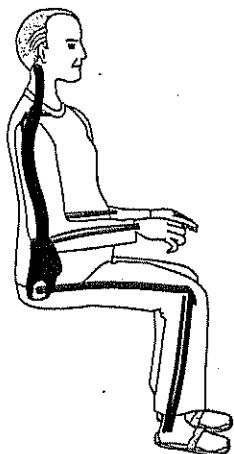
(1) 長時間座るような車いすやいすに求められるのは、高齢者が座ったときの姿勢をしっかりと保持する（座位保持）機能である。

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。

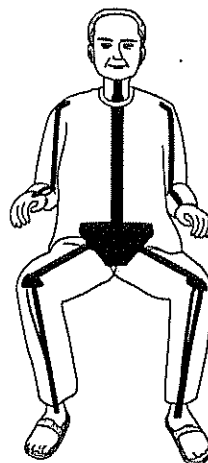
最近では、臀部のみならず大腿部でも適度の支持ができるように設計段階から座圧分布を考慮した立体的な形状に進化しており、しかもクッションの硬さも十分吟味されるようになってきている。こうした「バックレスト」や「座面」の工夫により、「滑りすわり」や「斜めすわり」のような骨盤の滑り出しや異常な傾きを防ぎ、長時間安定した快適な座位の保持が可能となる。

### 「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
肩甲骨	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>

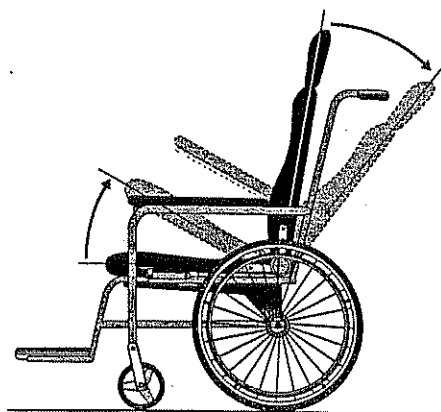
車いすでの食事等に困難がある場合、ベッド上で食事や排せつを行うことがある。こうした場合には、ベッドのギャッジアップを利用して座位を保とうとすることが見受けられる。

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。

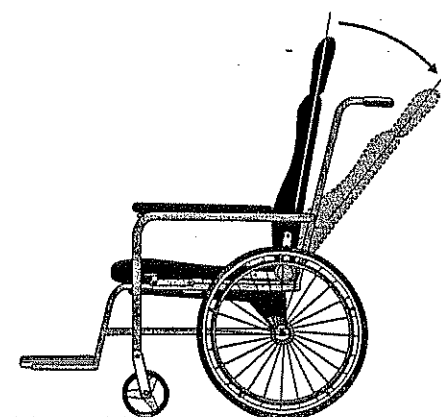


### <リクライニング機能について>

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。

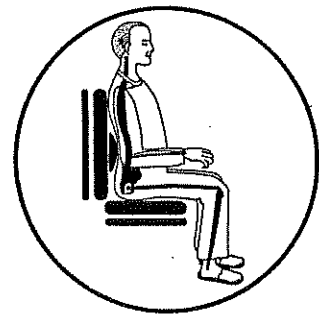
#### (1) 座位に問題がないケース

- (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



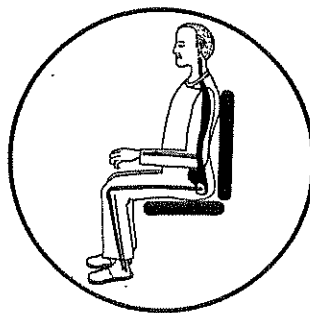
#### (2) 座位に問題があるケース（「滑りすわり」や「斜めすわり」）

- (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

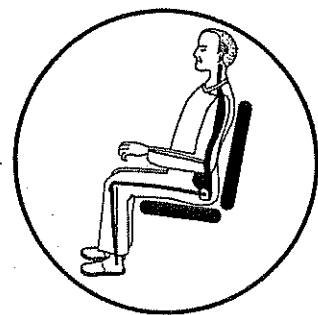
- 自立を可能とするための座位保持と安楽性が重要である。

##### 「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。



ティルト



滑りすわり

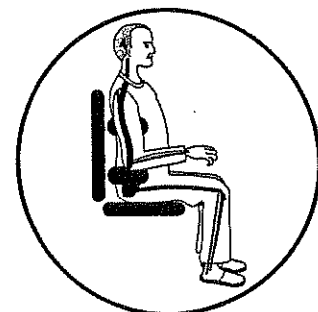
1. 基本いす
2. わずかなティルト

##### 「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。

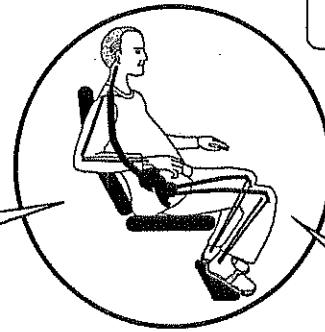
斜めすわり

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。



変形

基本いすを目標とするが、安楽性を優先

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

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

- じょく創や嚙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ィ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。



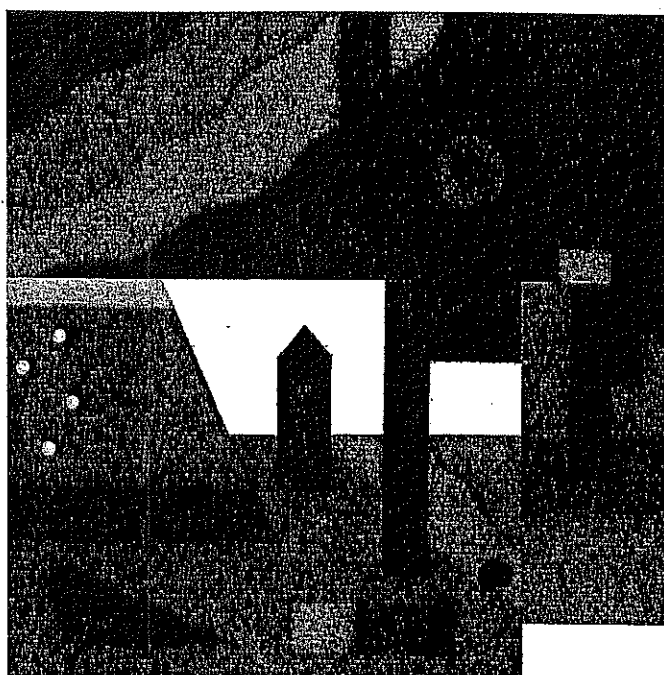
## 参考文献

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っよい。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ももてず、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
- 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々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。

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、けっ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。

