

身体拘束廃止のためにまずなすべきこと — 5つの方針

身体拘束を廃止することは決して容易ではない。看護・介護スタッフだけでなく、施設や病院全体が、そして本人やその家族も含め全員が強い意志をもって取り組むことが何よりも大事である。身体拘束廃止に向けて重要なのは、まず以下の5つの方針を確かなものにする事である。

1 トップが決意し、施設や病院が一丸となって取り組む。

組織のトップである施設長や病院長、そして看護・介護部長等の責任者が「身体拘束廃止」を決意し、現場をバックアップする方針を徹底することがまず重要である。それによって、現場のスタッフは不安が解消され安心して取り組むことが可能となる。さらに、事故やトラブルが生じた際にトップが責任を引き受ける姿勢も必要である。一部病棟のスタッフや病棟が廃止に向けて一生懸命取り組んでも、他の人や病棟が身体拘束をするのでは、現場は混乱し効果は上がらない。施設や病院の全員が一丸となって取り組むことが大切である。このため、例えば、施設長をトップとして、医師、看護・介護職員、事務職員など、全部門をカバーする「身体拘束廃止委員会」を設置するなど、施設・病院全体で身体拘束廃止に向けて現場をバックアップする態勢を組むことが考えられる。

2 みんなで議論し、共通の意識を持つ。

この問題は、個人それぞれの意識の問題でもある。身体拘束の弊害をしっかりと認識しどうすれば廃止できるかを、トップも入れてスタッフ間で十分に議論し、みんなの問題意識を共有していく努力が求められる。その際に最も大事なものは「入所者（利用者）中心」という考え方である。中には消極的になっている人もいるかも知れないが、そうした人も一緒に実践することによって理解が進むのが常である。本人や家族の理解も不可欠である。特に家族に対しては、ミーティングの機会を設け、身体拘束に対する基本的考え方や転倒等事故の防止策や対応方針を十分説明し、理解と協力を得なければならない。

3 まず、身体拘束を必要としない状態の実現を目指す。

まず、個々の高齢者についても一度心身の状態を正確にアセスメントし、身体拘束を必要としない状態を作り出す方向を追求していくことが重要である。問題行動がある場合も、そこには何らかの原因があるのであり、その原因を探り取り除くことが大切である。問題行動の原因は、本人の過去の生活歴等にも関係するが、通常次のようなことが想定される。

- (1) スタッフの行為や言葉かけが不適當か、またはその意味が分からない場合
- (2) 自分の意思にそぐわないと感じている場合
- (3) 不安や孤独を感じている場合
- (4) 身体的な不快や苦痛を感じている場合

◎身体拘束をめぐる看護・介護職員の声

- Aさんは車いすから滑り落ちないようにいつも安全ベルトをしたまま、ぼんやり会話もなく毎日過ごされていました。あるとき隣の幼稚園の園児の声が聞こえると、立ち上がろうとする素振りがあったので、なんとか幼稚園の近くまで行けるようにとケア目標を立てました。最初は立てなかったAさんが、リハビリをして今では、幼稚園の垣根まで杖で歩いていけるようになりました。ときどき笑顔で子供たちに声をかけながら目を細めている姿が、私たちのケアに対する大きな自信と励みになっています。
- 身体拘束をしないケアを心がけていますが、スタッフによって、どこまでが身体拘束か捉え方がまちまちです。多くのスタッフが、車いすのテーブルや安全ベルトが身体拘束になるとは思っていません。
お年寄りには急に立ち上がろうとすることがあるので、ちょっとその場を離れる場合にはやむを得ないと拘束します。骨折などの事故が起って、お年寄りに痛い思いをさせるよりは安全ベルトをする方がベターだと皆が言っています。私は、拘束するときいつもひとりで悩んでいます。
- 安全優先で、危機回避の方法として、不本意ながら拘束を行っていました。
ご家族からも「転倒させないで欲しい」ときつく言われていたからです。どう対応したらよいかスタッフ間で何回も話し合いを行ったのですが、「はずして転倒した場合に責任を誰がとるのか」と反対意見も多くてなかなかはずすことができませんでした。
だんだん無表情になっていくお年寄りを見ている自分がとてもつらいです。
- 夜間徘徊があるため睡眠剤を服用している患者さんが入所されざりました。歩行が不安定で転倒の危険があるため、当初は拘束せざるを得ませんでした。何か方策があるはずだと考え、又、自分がその立場だったらどんなに屈辱的なことかと思いました。
そこで、患者さんも交えて、看護・介護スタッフ、医師及び理学療法士でケアカンファレンスを持ちました。どんな治療とケアを行うかを話し合い、ケアプランを作成してその方針のもとにケアを行いました。何度か転倒もありましたが、患者さんの状態も1ヶ月半を過ぎると安定してきて成功を確信。失敗もありますがチームケアの成果を私たちの財産と思っています。
- 身体拘束をゼロにしようと、身体拘束を行っていない施設の見学に行きました。施設職員が、なんと明るく生き生きしていることか。また、お年寄りが穏やかで個性的なことか。施設全体の雰囲気から質の高いケア（縛るという発想のないケア）が提供されていると実感しました。

(5)身の危険を感じている場合

(6)何らかの意思表示をしようとしている場合

したがって、こうした原因を除去するなどの状況改善に努めることにより、問題行動は解消する方向に向かう。

4 事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する。

前に述べたように、身体拘束の廃止を側面から支援する観点から、転倒等の事故防止対策をあわせて講じる必要がある。

その第一は、転倒や転落などの事故が起きにくい環境づくりである。手すりを付ける、足元に物を置かない、ベッドの高さを低くするなど工夫によって、事故は相当程度防ぐことが可能となる。

第二は、スタッフ全員で助け合える態勢づくりである。落ち着かない状態にあるなど困難な場合については、日中・夜間・休日を含め施設・病院の全てのスタッフが随時応援に入れるような、柔軟性のある態勢を確保することが重要である。

5 常に代替的な方法を考え、身体拘束する場合は極めて限定的に。

身体拘束せざるを得ない場合についても、本当に代替する方法はないのかを真剣に検討することが求められる。「仕方がない」、「どうしようもない」とみなされて拘束されている人はいないか、拘束されている人については「なぜ拘束されているのか」を考え、まず、いかに解除するかを検討することから始める必要がある。

問題の検討もなく「漫然」と拘束している場合は直ちに拘束を解除する。また、困難が伴う場合であっても、ケア方法の改善や環境の整備など創意工夫を重ね、解除を実行する。解決方法が分からない場合には、外部の研究会への参加や相談窓口を利用し、必要な情報を入手し参考にする。

介護保険指定基準上「生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」は身体拘束が認められているが、この例外規定は極めて限定的に考えるべきであり（19ページ参照）、全ての場合について身体拘束を廃止していく姿勢を堅持することが重要である。

（参考）介護保険指定基準の身体拘束禁止規定

「サービスの提供にあたっては、当該入所者（利用者）又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為を行ってはならない。」

（対象）

指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設
短期入所生活介護、短期入所療養介護、痴呆対応型共同生活介護、
特定施設入所者生活介護

◎ 身体拘束廃止に向けて動く現場と行政

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

～老人に、自由と誇りと安らぎを～

- ① 縛る、抑制をやめることを決意し、実行する。
- ② 抑制とは何かを考える。
- ③ 継続するために、院内を公開する。
- ④ 抑制を限りなくゼロに近づける。
- ⑤ 抑制廃止運動を、全国に広げていく。

99年 3月 厚生省令において身体拘束禁止を規定
 5月 熊本抑制廃止宣言
 99年 6月 九州、山口、沖縄抑制廃止宣言
 福岡で抑制廃止継続のため、オンブズマン発足
 老人の専門医療を考える会シンポジウム「抑制を考
 える」<札幌>
 老人の専門医療を考える会シンポジウム「抑制を考
 える」<東京>
 7月 北海道における抑制廃止宣言
 10月 北海道抑制廃止研究会設立
 12月 老人の専門医療を考える会シンポジウム「抑制を考
 える」<東京>
 特別養護老人ホームによる抑制廃止宣言<大阪>
 2000年 3月 「全国抑制廃止研究会」発足
 4月 介護保険法(身体拘束禁止規定)施行
 6月 厚生省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」の開催

<身体拘束ゼロ作戦>

