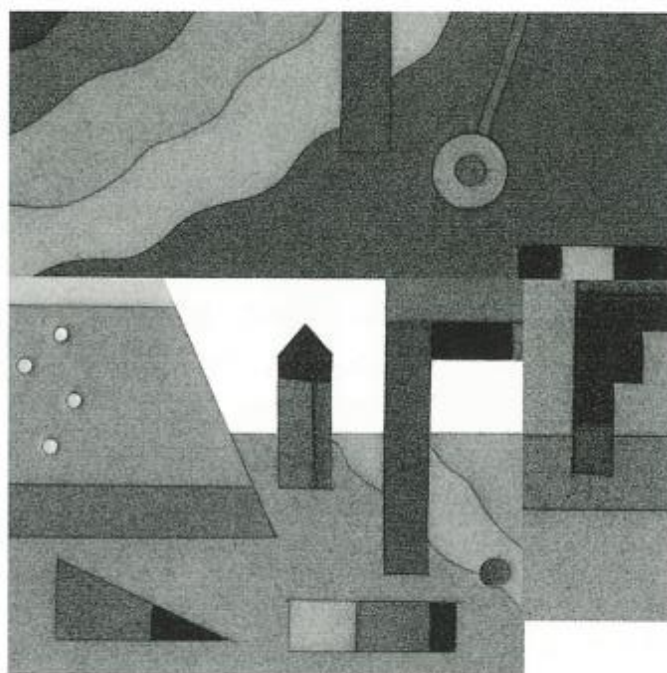


# 事例編



## 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）及びモラール（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。ついでにこう
- ・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、脱水予防にこまめに湯で水分摂取、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。あっ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。事後ではあっ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。看護婦としてやっ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

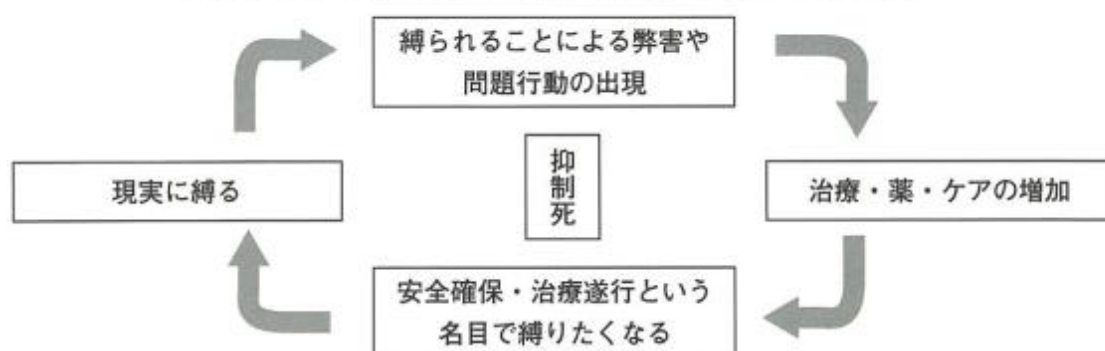
る。この意味を噛み砕きケアにあたる必要がある。私たちは、感覚や習慣として拘束する垢を身につけてしまっている。利用者の身に何が起ころうと、利用者に起きている状態をまず落ち着いて受け止め、アセスメントし、拘束を避けるためにあらゆる知恵をしまり、工夫していく。そうしていく中で、暴力や自傷行為の持続時間はそう長くないこともわかるはずである。まず拘束の例外があってはならない。行政の援護もあり拘束しないケアは確実に広まりつつある。日本の高齢者ケアは拘束の問題を避けては通れない。「抑制死」の概念は無残に亡くなっていった多くの高齢者たちから教えられたものであり、ケアに携わる者たちは、このことを教訓とし、決して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

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。

### 身体拘束による弊害

—人間らしさ（人間としての尊厳と誇り）が失われ、死に至る—



# 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年間は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、見守り強化等で対応

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に使用する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と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）時から現在まで朝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朝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。

## 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。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
- ・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時間でもズレる場合は、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められていることと、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ある。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、日中の死亡退所のときは、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、通常のものより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、フィットシーツ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。このときにシーツ交換をするにはフィットシーツタイプが一番よい。シーツは一般用・失禁用の2

種類を作製したため、ラバーシーツや横シーツも使っていない。これによりシーツ交換の時間は、従来のフラットシーツ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ないものもない。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ろうか。

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・介護職員によい意味の緊張感と、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、病院内はすべて施設をしていないので、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ので、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・人の流れにむだが多量に多い。

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」に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）

### 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、

「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いますと自負している。