

身体拘束ゼロ
に取り組んだ
個別事例

拘束衣（つなぎ服）の使用について

- 入居者 年齢（72）性別（男）
- 診断名 糖尿病、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、多発性脳梗塞、狭心症、脳血管性痴呆、夜間せん妄
- 既往歴 網膜剥離、白内障、緑内障（手術）
- ADL状況 要介護度（5）、痴呆度（Ⅲ）、寝たきり度（B）
右片麻痺、独歩可能であるが視力障害あり、明暗はわかるが識別できない。転倒の危険大。
- 医療処置状況 糖尿検査（各食前、就寝前）、インスリン注射

□拘束に至った経緯

脳梗塞再発後より右片麻痺があり、痴呆症状の進行、夜間せん妄、夜間トイレに行くとき服を脱いでしまったり、失禁が目立ってくるようになって拘束衣着用となったと思われる。（当院入院当時すでに鍵付きの拘束衣を着用していた。）

□身体拘束廃止への取り組みと効果

この患者がどうして拘束衣を着用しなけりならなくなったのか入院後10日程度様子を見ることにした。拘束衣の鍵のはずし方は本人が知っており、意思の疎通も図れる状態であった。様子を見ていくうちに尿意・便意があることがわかった。また、排泄後気持ちが悪くて弄便にいたることもわかってきた。

拘束衣をやめパジャマの上下とし、パンツ式のおむつを着用とする。ゴミ箱に弄便したり、部屋の隅に放尿したりするようになったので、ポータブルトイレを設置しおむつ交換の時間に排泄を促し介助していった。頻回に訪室し、病室でゴソゴソしている状態を見かけたら声をかけポータブルトイレに誘導したり、廊下に出てゴソゴソしている場合にはトイレに誘導するようにした。

ポータブルトイレやトイレへの誘導を続けていくうちに自力でポータブルトイレが使用できるようになり、時々ではあるがトイレにも行くことができるようになった。

□その後の経過等

状況の維持はできていたが、糖尿病性腎症が悪化し、透析目的にて多院に転院した。

患者の状況や対処法を職員に説明し職員の意思統一と対処の徹底を図るが持続性がなく、ある程度の期間を過ぎると対応がバラバラになることがあり、その度に説明を繰り返し意思統一のための打ち合わせを繰り返した。患者も同様で、状況を説明するが持続させることが難しかった。それでも、職員の意思を統一して対処していくうちにナースコールができるようになり対応しやすくなった。

ミトンの使用について

- 入居者 年齢（90） 性別（女）
- 診断名 脳梗塞後遺症（右片麻痺）、失語症、心房細動、僧帽弁閉鎖不全、慢性心不全、老人性痴呆症
- 既往歴 高血圧症
- ADL状況 要介護度（5）、痴呆症（Ⅳ）、寝たきり度（C2）
寝たきりADL全介助、発語なし、認知、理解力不明
- 医療処置状況 処方 強心剤・アスピリン製剤・利尿剤・抗不整脈剤
ニトログリセリン貼布剤

□拘束に至った経緯

平成12年12月入院時より、胃瘻チューブ、バルンカテーテルが挿入されていた。左手の動きが激しく、胃ろうチューブやバルンカテーテルを引っ張る等の行為があり、時には経管栄養注入中に接続部より抜去されたこともあった。事故の危険性もあることから、ご家族の同意を得て左手にミトンを着用することとなった。

□身体拘束廃止への取り組みと効果

平成13年3月バルンカテーテル抜去をきっかけに、ご家族を含めミトンを外すことを検討した。意識を胃ろうチューブからそらすことを目的に、①病棟内レクリエーション等へ参加させる、②訪床毎に手に触れて声かけをする（ご家族にもお願いした）ことにした。また、③普段の手の動きにより、何かを手で握っていたほうが安心感があるのではないかと気づきにより、片手ですっぽり握れるくらいの大きさで、ソフトで吸湿性のあるもの、かわいらしいもの、洗濯可能なもの、等の条件をみたすものを探すことにした。

ご家族が、市販の小さな動物のぬいぐるみで条件に合うものを用意くださり、ご家族との話し合いで、左手にぬいぐるみを持たせ、特に経管栄養注入中は観察や声かけを多くすることでミトン外しを実行した。

その結果、患者様も気に入られたようで、胃ろうチューブを抜くこともなく笑顔がみられるなど精神的な面でも有効だったと思われる。また、ご家族との話し合いの中で、スタッフとの信頼関係も良くなり協力的に関わってくださったことが好結果につながった。

□その後の経過等

現在も睡眠されている時間を除きぬいぐるみを持ったりベッド柵を握ったりして過ごされている。ぬいぐるみは大切そうに持っておられ、褒めるとニコリされるなど優しい表情をされるようになった。ミトンの使用はまったくされていない。

上肢の抑制について

- 入 居 者 年 齢 (9 0) 性 別 (女)
- 診 断 名 膀 胱 結 石
- 既 往 歴 脳 梗 塞 後 遺 症 (左 片 麻 痺)
- A D L 状 況 要 介 護 度 (4) 、 痴 呆 度 (IV) 、 寝 た き り 度 (C 2)
- 医 療 処 置 状 況 膀 胱 結 石 に て 手 術 施 行 目 的 の た め K 病 院 へ 入 院

□拘束に至った経緯

手術後点滴や留置カテーテル抜去のおそれがあり右手を拘束されていた。

□身体拘束廃止への取り組みと効果

入院治療が終了し当施設に再入所して来られたが右手は拘縮をきたしており、食事も入院中は介助されていたとのことで本人も依存的になり介助を要求されたりした。痴呆があり本人の理解力が不十分なため、職員・PT等でカンファレンスを行い、自力摂取を目標として取り組んだ。職員間で言動一致を図り、本人の自力摂取を促し、肘関節の可動域訓練を行い、昼間は起こすことで活動を促し刺激を与えた。また、家族にも説明を行い、本人が食べさせてと意志を示しても自分で食べるよう促すように理解を得た。その結果、自力摂取可能となる。

その間、点滴治療が必要なときには下肢から刺入し、点滴ボトルやルートは本人の目に触れないようにカーテンに隠したり工夫した。また、抑制は絶対にしないことを職員間での約束とし、オムツはずし等もあったが抑制は絶対に行わず、じょく瘡も形成していたが治癒していった。

□その後の経過等

一時はこぼしもあるが全量自力摂取ができるようになった。再入所から1年後病状の変化がありD I V治療を行うがS病院へ入院となる。

ベッド4本柵の使用について

- 入居者 年齢（90） 性別（男）
- 診断名 アルコール依存症、脳血管性痴呆
- 既往歴 多発性脳梗塞、前立腺肥大、コルサコフ症候群、肺炎
- ADL状況 要介護度（5）、痴呆度（IV）、寝たきり度（C2）
食事→一部介助、その他ADL→ほぼ全介助。左上肢麻痺あり。
- 医療処置状況 皮膚剥離処置、抗精神病薬服用、抗うつ剤服用

□拘束に至った経緯

平成11年1月1日入所時、歩行不安定ながらも、徘徊がみられ、せん妄、時に興奮、他の入居者への粗暴行為がみられていたため、ベッドからの転落の危険性も考え、畳の個室での対応とする。その後も精神科受診・往診を続けながら粗暴行為が落ち着いてきたが、ADLの低下がみられ、また、肺炎様症状や脱水・尿路感染などの症状がある度に入退院を繰り返す。

平成12年1月4日、ベッドからの転倒を繰り返す他の入所者を畳部屋で対応する必要があり、立ちあがる行為がほとんど見られなくなり転倒の危険が少なくなったK氏の居室を変更することを検討した。しかし、畳の個室はすべて使用しており、畳の2人部屋を検討したが粗暴行為が気になったため、一般の居室のベッドで4本柵使用とし、夜間は介護者の目の届くホールでの対応とした。

□身体拘束廃止への取り組みと効果

ベッド柵4本使用にて対応することにしたが、体動がみられ、苛立ちはないが表情が陰しく危険と判断し、翌日には畳の2人部屋にて対応。時々、興奮があり、いざる姿がみられた。同室者との口論も聞かれたりしたが、現在は環境にも慣れ、自由にいざる範囲も増えたためか（ADL低下も加わってか）少し落ち着いている。

畳の個室が空いておらず2人部屋としたが、同室者が女性であり頑固で強気の方であるために、K氏の粗暴行為を誘発させてしまうのではないかと気がなったが、散歩に連れ出したりと、介護者が適度に介入することで打開できたのではないかと思う。

□その後の経過等

精神科からの薬は続けているものの、他は特に問題はなく過ごしている。

興奮がみられる時など、まず受容する態度でよく話を聞くことが大切。そうすると「なぜ」そのような行為になっているのか原因が分かることがある。そして、その原因除去などに努めることができる。

車いす抑制について①

- 入居者 年齢（82） 性別（女）
- 診断名 脳梗塞（左半身マヒ）、高血圧心疾患、老人性痴呆、
陳旧性心筋梗塞
- 既往歴 糖尿病、高脂血症、脳出血（開頭手術）
- ADL状況 要介護度（5）、痴呆度（IV）、寝たきり度（B2）
移乗・移動→全介助、食事→スプーン使用にて自力摂取（一部介助）
排泄→オムツ使用（尿意、便意なし）
- 医療処置状況 服薬：血圧降下剤、脳梗塞予防薬、狭心症薬、胃薬

□拘束に至った経緯

車イスでの座位がある程度できていたので食事、離床、クラブ等は車イス使用にて対応していた。背筋の「つっぱり」が強く、また、右下肢筋力低下もあり座位がズれることがあった。転落防止の為、やむを得ず安全ベルト使用にて様子をみていた。

□身体拘束廃止への取り組みと効果

右下肢筋力の強化を実施する。（リハビリ等にて）安全ベルト（T字帯）の使用中の姿があまり良くないという意見等があり代替に何かないか検討する。一応、全面部にバスタオル等を縫いつけて対応するも、本人が払いのけたり、姿がやはりあまり良くないという意見等が出てきて、再度、介護・看護職員等で話し合う。座布団に代わってすべらないものはないかと思い、キッチンマット・玄関マット等の下に敷くスベリ止めマット（樹脂製のメッシュ）を試しに使用してみたところ、座位のズレも少なく、姿勢も安定し、本人も喜ばれて改善できた。

□その後の経過等

スベリ止めマット使用開始で座位姿勢も安定し家族の方も安全ベルトが外れたことを喜んでおられます。現在もマット使用にて元気に生活されておられます。

以前は車いすに縛るという行為を「安全のために」と考え、職員に罪悪感があまりなかったのですが、身体拘束という言葉が出始めたころには職員の意識改革をすることが困難だった。しかし、介護保険導入や、新聞・テレビ等で身体拘束ということが報道されるようになってから徐々に「何とかして安全ベルト等を外せないか」という方向に職員の意識が変わってきたことがひとつの打開策になった。

車いす抑制について②

- 入居者 年齢（80）性別（女）
- 診断名 躁状態（疑い）
- 既往歴 虫垂炎（手術）、子宮外妊娠（手術）、白内障
- ADL状況 要介護度（1）、痴呆度（M）、寝たきり度（A）
- 医療処置状況 向精神薬服用

□拘束に至った経緯

入所時、昼夜逆転、躁状態、せん妄、多弁にて、精神的に不安定な状態だった。手引き歩行はできるが膝関節痛があり、歩行不安定なため車いすを使用していた。興奮が強く、車いすに座っていても暴れたり立ち上がろうとして転倒の危険性が高いため、車いす抑制を行った。

□身体拘束廃止への取り組みと効果

本人の状態など職員間で話し合い、常に職員の目の届くところで過ごしてもらい転倒防止につとめた。

本人の性格などを考慮し、洗濯物をたたんだり、お茶を配ってもらったりと、常に職員と行動し、本人に責任ある作業をしてもらうようにした。その結果、日に日に、明るい表情がみられるようになり、活気も出てきてリハビリにも積極的に参加されるようになった。歩行も安定し独歩可能となり、夜間も良眠されるようになる。

常に職員の目の届くところで過ごしてもらうことは、興奮状態が強いときなど、職員不足の関係もあり困難な面もあったが、常に行動をとることで対処できたと思う。

□その後の経過等

自分から進んで仕事を見つけて職員の手伝いをしてくださったり、リハビリ終了後は通所の方々とレクレーションを楽しんだりされた。現在、当施設は退所されグループホームにて過ごされている。

車いす抑制（薬剤の使用）について①

- 入居者 年齢（91）性別（女）
- 診断名 全身性動脈硬化症、変形性脊椎症、陳旧性心筋梗塞、高血圧症、老人性痴呆、多発性脳梗塞、高尿酸血症、心室性期外収縮
- 既往歴 一過性脳虚血発作、鉄欠乏症、不眠症
- ADL状況 要介護度（3）、痴呆度（IV）、寝たきり度（B）
食事→自力摂取可、排泄→常時おむつ、移動→手引き歩行可能
- 医療処置状況 利尿剤、抗不整脈剤、向精神薬、睡眠剤、虚血性心疾患治療剤、下剤

□拘束に至った経緯

病院入院中からベッド上での安静がなかなか保てず、常時動き回り（徘徊）、やむなく車いすに乗車するときは抑制帯を使用し、看護詰め所内に連れてきて見守り監視を続けていた。平成13年5月3日、当施設に入所となる。

帰宅願望が強く「家に帰る、家に帰る」といって徘徊する。ふらついて歩くのですぐ転倒する毎日であった。施設内では大声を上げ、他室に侵入し、放尿したり、車いすに座らせてもすぐ立ち上がろうとして転倒は必至とみて、このままではベッド上から転落することもあり得ると判断し、医師に上申し、ベッドに4本柵、車いすに乗る際は抑制帯の使用を行うこととした。

□身体拘束廃止への取り組みと効果

5月9日午前5時、転倒事故が起こる。拘束時、本人が「この紐でくくって死ぬ」という言葉を発したことや、はさみを探していたことも家族から聞いた。そこで、医師、看護・介護職員との協議の結果、車いす使用時の安全ベルトの使用やふらつきの原因となる睡眠剤の中止を決め、転倒への対応の検討を行い見守りをしていくことにした。

利用者がいかにすれば余生を楽しみながら人間らしく施設の生活をエンジョイしていけるかを協議した。

- ・まず、徘徊及び不意な立ち上がりの本人の目的を探るために観察を行う。
- ・家族に頻回に来所してもらい、利用者の安心感、家族と会える喜びを十分に味わっていただく。
- ・精神の不穏、不安感が増大した時は、温かいお茶・菓子などのサービス、声かけ、対話（意思疎通を図る）を行う。
- ・立ち上がりの原因が排泄のサインであることが分かり、その都度、排泄の有無を確認し、トイレへ手引き歩行で誘導する。

- ・外出・外泊の機会を多くする。
- ・夕方の面会を可能な限り推進する（夕方になると帰宅願望が強くなる。家族に会うと安心して入眠できる）。
- ・車いすで長時間の座位が苦痛になっていたため、食事はいす、通常はソファで過ごしてもらう。
- ・転倒時の適切な処置と直ちに受診の体制をとる。

5月10日、以上の状況を説明のため、医師が家族と面談し、原則として当施設では身体拘束は行わない方針であるが、やむを得ない場合に限り一定時間の範囲内で拘束は行いたい旨を説明し、その際の家族の協力も求めた。

拘束中止後は、精神的にも安定し昼夜逆転の状況も改善し、険しい表情も消え、笑顔もみられるようになった。施設と家族との施設サービスの方針も円滑に進むようになり、日中はリハビリパンツ、普通のパンツに変更可能になった。居室の環境設定でポータブルトイレの位置を再検討し、排泄の自立が可能となった。

しかしながら、利用者の24時間の見守りは現実的に困難で、転倒も3度発生、その都度病院受診を行い経過を見守ることとした。

□その後の経過等

平成13年10月、急性気管支炎及び慢性心不全の増悪により、入院となるまでは拘束を行うことなく経過した。

拘束をしない場合、転倒の危険が常にあり、職員がその利用者に関わる時間が増え、状態の観察や手をつなぎ歩くことなどで意思疎通が可能となった。逆に拘束している場合、関わりが薄く問題点を見いだす努力を忘れてしまう。

車いす抑制（薬剤の使用）について②

- 入居者 年齢（92）性別（女）
- 診断名 老人性痴呆
- 既往歴 高血圧症、虚血性心臓病、敗血症
- ADL 状況 要介護度（3）、痴呆度（Ⅲa）、寝たきり度（B1）
排泄→全介助、更衣→一部介助、食事→自立、移動→一部介助
- 医療処置状況 精神安定剤服用

□拘束に至った経緯

昼夜を問わず、下肢筋力低下に伴うふらつきが強度であるにもかかわらず、車いすからの立ち上がりが頻回にあり、職員の目が届かず転倒の可能性が大きく、車いすベルトで固定した。

□身体拘束廃止への取り組みと効果

車いすに安全ベルト固定をしても立ち上がろうとされ、大声等あり対応が難しく、職員間で協議し、抑制をしても同じならば、思い切って抑制をしない方が良い、という意見でまとまる。転倒・骨折の危険性は高いが、利用者は動きたいようであり、家族にリスクを説明したうえで抑制をはずすこととした。

家族に説明するが、家族は抑制を希望しており、1週間様子を見るということで決定する。1週間後、その間の状況について家族に説明し、車いすで傾眠されるのは薬剤の影響もあるのではないかと判断し、薬剤のコントロールも含め心療内科へ受診をすすめ、受診の結果、過鎮静の状態と判断され中止となる。

中止後は積極的に手をつないで歩き、昼間も覚醒され、会話もはずみ、楽しくなられた。リハビリでも下肢の筋力が付いたということで階段昇降を開始することになった。

□その後の経過等

リハビリでもうまくいき、心配したよりスムーズにレベルアップした。膝関節のガクガクした感じは続いたが転倒はなく、動きも活発となり、会話もはずみ、痴呆の程度も改善した。色々なことが鮮明な記憶として戻ってきて、家族の方もびっくりされ喜ばれた。「これならば一時在宅でも良い」というところまで家族の反応は良かった。

言葉による行動抑制について

- 入居者 年齢（80） 性別（女）
- 診断名 老人性痴呆（アルツハイマー型）
- 既往歴 バセドー氏病（15年前）
- ADL状況 要介護度（3）、痴呆度（IV）、寝たきり度（A2）、HDS-R（0点）
- 医療処置状況 現在服薬なし。週1回程度、座薬挿入にて排便コントロール施行

□拘束に至った経緯

入所時より落ち着きのなく、他者の部屋へ入られる、口におはじきを入れる、食事中に隣の方の食事を食べる等の行動があった。歩行もフラフラして転倒の可能性があった。椅子から立ち上がりウロウロすることで危険が生じると職員が思い、立ち上がろうとするとすぐに、「危なかけん、座っとってね」「ここに、おってね」など言葉による行動抑制、行動範囲の抑制が行われていた。

□身体拘束廃止への取り組みと効果

まず、職員の意識を「歩き回る＝危険」から「歩き回る＝欲求」と意識づけし、本人の行動を抑制せず、一緒に介助歩行してついてまわることから始めた。その結果、下肢筋力は強くなり、歩きまわる事はあっても転倒傾向はなくなり職員は割と遠くから見守りができるようになった。本人もやりたいことがやりたい時にできるようになり行動範囲も広がり、落ち着きを取り戻された。行動を観察していくと、他者のタンスの引き出しを開けて中の物を違う人の部屋に持っていっている行為も、断定は出来ないが、整理整頓を行っているものと思われる。

当初、職員が少ない時間帯は見守りが大変だったが、行動を抑制しないでやりたいことができるようになってからは落ち着かれている時間帯が増えた。その為、職員の見守りもさほど必要ではなくなった。

□その後の経過等

途中、隣の方の食事を取られることも少なくなったが、最近はまだ多くなった。まわりに人が多いと落ち着いて食事ができないとの理由から、多人数の食事ではなく療養棟で少人数で食べられている。現在も行動されるときは見守りが必要だが、職員の介護負担感の入所時と比べ、かなり軽減してきた。入所時、手間のかかる老人さんという見方が、最近では施設で生活されているおとなしい老人さんへと見方が変わってきた。

痴呆が重度で危険を伴う為、職員は行動を抑制していた。施設理念の一つでもある「行動を抑制しない」を徹底させることで、自立支援とQOLの向上が図れた。