

# 身体拘束ゼロへの手引き

## ～高齢者ケアに関わるすべての人に～

平成13年3月

厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」

### はじめに

#### 身体拘束ゼロの時代へ

老後生活の最大の不安である介護を社会全体で支え、高齢者の自立を支援することを目的とした介護保険制度が、平成12年4月にスタートした。それに伴い高齢者が利用する介護保険施設等では身体拘束が禁止され、介護の現場では、「身体拘束ゼロ作戦」として身体拘束のないケアの実現に向け、様々な取り組みが進められている。

身体拘束は、人権擁護の観点から問題があるだけでなく、高齢者のQOL（生活の質）を根本から損なう危険性を有している。身体拘束によって、高齢者の身体機能は低下し、寝たきりにつながるおそれがある。さらに、人間としての尊厳も侵され、時には死期を早めるケースも生じかねない。

それ故に、身体拘束の問題は高齢者ケアの基本的なあり方に関わるものであり、関係者が一致協力して身体拘束を廃止しようとする取り組みは、我が国の高齢者ケアの転換を象徴する画期的な出来事であると言える。

#### 身体拘束は「やむを得ない」のだろうか

そもそも身体拘束は、医療や看護の現場では、援助技術の一つとして、手術後の患者や知的能力に障

害がある患者の治療において、安全を確保する観点からやむを得ないものとして行われてきている。高齢者ケアの現場でも、その影響を受ける形で、高齢者の転倒・転落防止などを理由に身体拘束が行われてきた。そして、現場のスタッフは、身体拘束の弊害を意識しながらもなかなか廃止できないジレンマの中で、「縛らなければ安全を確保できない」と自らを納得させることにより、身体拘束への抵抗感を次第に低下させているのではなかろうか。

実態を見るならば、介護保険施設等では真に「緊急やむを得ない場合」として身体拘束を行っているケースは少なく、むしろ身体拘束に代わる方法を十分に検討することなく、「やむを得ない」と安易に身体拘束を行っているケースも多いのではないだろうか。

#### 身体拘束を許容する考え方を問い直そう

身体拘束を行う理由として、高齢者の家族の同意により許容されるという意見がある。確かに、家族が施設や病院側の説明を聞き、身体拘束に同意する場合もあるだろう。しかし、その同意は家族にとって、他に方法のないやむを得ない選択であったこと、そして縛られている親や配偶者を見て、家族が混乱し、苦悩し、後悔している姿を、我々は真剣に受け止めなければならない。

また、身体拘束が廃止できない理由として、「スタッフの人数不足」をあげる意見もある。明らかな

人員不足は解消しなければならないが、現実には現行の介護体制で、様々な工夫をしながら身体拘束を廃止している施設や病院はあるし、一方で、それを上回る体制にありながら身体拘束をしている施設や病院も少なくない。スタッフの人数をめぐる議論はかつて欧米でもあったと聞く。身体拘束をすることによって高齢者の状態がより悪化し、より人手が多くかかる」という識者の意見も傾聴に値するのではなからうか。

#### 全員の強い意志で「チャレンジ」を

もちろん身体拘束の廃止は容易なことではない。

身体拘束廃止の取り組みは、職種を問わず保健医療福祉分野に関わるすべての人々に対して、「ケアの本質とは何か」を問いかけ、発想の転換を迫る。現場のスタッフのみならず、施設や病院の責任者や職員全体が強い意志をもって、今までのケアのあり方を見直し、これまでの考え方を根本から変えなければならないこともあり得る。まさしく「チャレンジ」といって過言ではない。身体拘束を「事故防止対策」として安易に正当化することなく、高齢者の立場に立って、その人権を保障しつつケアを行うという基本姿勢が求められるのである。

そして、身体拘束をしないケアの実現にチャレンジしている看護・介護の現場を見ると、スタッフ自身が自由さを持ち、誇りとやりがいをもってケアに取り組んでいる姿に出会う。身体拘束をしないことにより「自由」になるのは高齢者だけではない。家族も、そして、現場のスタッフ自身も解放されるのである。

#### 「身体拘束ゼロ」を現実のものに

この手引きは、身体拘束のないケアの実現を支援していくため、介護保険施設等の現場で直接にケアに携わる担当者や研究者などが共同して作成した。実際の研究に役立つよう、身体拘束をせずにケアを行うための基本的な考え方を紹介するとともに、廃止を実現した具体的な事例を数多く盛り込んでいる。

この手引きは、介護の現場に関わるすべての人たちに向けたものである。様々なケアの現場で本冊子

が活用され、全国の介護現場から一日も早く身体拘束がなくなることを心から望む次第である。

## 身体拘束はなぜ問題なのか

身体拘束廃止を実現していく第一歩は、ケアにあたるスタッフのみならず施設・病院等の責任者、職員全体や利用者の家族が、身体拘束の弊害を正確に認識することである。

### 1 身体拘束がもたらす多くの弊害

**身体的弊害** 身体拘束は、まず次のような身体的弊害をもたらす。

1. 本人の関節の拘縮、筋力の低下といった身体機能の低下や圧迫部位のじょく創の発生などの外的弊害をもたらす。
2. 食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下などの内的弊害をもたらす。
3. 車いすに拘束しているケースでは無理な立ち上がりにより転倒事故、ベッド柵のケースでは乗り越えによる転落事故、さらには抑制具による窒息等の大事故を発生させる危険性すらある。

このように、本来のケアにおいて追求されるべき「高齢者の機能回復」という目標とまさに正反対の結果を招くおそれがある。

**精神的弊害** 身体拘束は精神的にも大きな弊害をもたらす。

1. 本人に不安や怒り、屈辱、あきらめといった大きな精神的苦痛を与え、そして人間としての尊厳を侵す。
2. 身体拘束によって、痴呆がさらに進行し、せん妄の頻発をもたらすおそれもある。
3. また、本人の家族にも大きな精神的苦痛を与える。自らの親や配偶者が拘束されている姿を見たとき、混乱し、後悔し、そして罪悪感にさいなまれる家族は多い。
4. さらに、看護・介護スタッフも、自らが行うケアに対して誇りを持ってなくなり、安易な拘束が士気の低下を招く。

社会的弊害 こうした身体拘束の弊害は、社会的にも大きな問題を含んでいる。身体拘束は、看護、介護スタッフ自身の士気の低下を招くばかりか、介護保険施設等に対する社会的な不信、偏見を引き起こす恐れがある。そして、身体拘束による高齢者の心身機能の低下はその人のQOLを低下させるのみでなく、さらなる医療的処置を生じさせ経済的にも少なからぬ影響をもたらす。

## 2 拘束が拘束を生む「悪循環」

身体拘束による「悪循環」を認識する必要がある。痴呆があり体力も弱っている高齢者を拘束すれば、ますます体力は衰え、痴呆が進む。

その結果、せん妄や転倒などの2次的、3次的な障害が生じ、その対応のために更に拘束を必要とする状況が生み出されるのである。

最初は「一時的」として始めた身体拘束が、時間の経過とともに、「常時」の拘束となってしまう、そして、場合によっては身体機能の低下とともに高齢者の死期を早める結果にもつながりかねない。

身体拘束をやめることは、この「悪循環」を逆に、高齢者の自立促進を図る「良い循環」に変えることを意味している。

### 介護保険指定基準において 禁止の対象となる具体的な行為

介護保険指定基準において禁止の対象となっている行為は、「身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為」である。具体的には次のような行為が挙げられる。

1. 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
2. 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
3. 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
4. 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
5. 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、又は皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。

6. 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったしないように、Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
7. 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
8. 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
9. 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
10. 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
11. 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

### ◎ 身体拘束について家族の声

（「呆け老人をかかえる家族の会」アンケート調査結果より抜粋）

- アルツハイマーの夫について「点滴をはずしたら困るから両手を縛ってもいいでしょうか」と医師に言われ、そうしました。「かわいそうだ」と言ってナースのひとりが自由にしたところ、重ねて縛られていた両手をさすっている夫の姿を見て、思わず泣きました。
- 私の父は、夫婦部屋に入ったにもかかわらず、4年前に徘徊したばかりに別々にさせられ、何もない4人部屋で車いすのベルトをさせられた。家族がきて職員が「いいですよ」と言わない限り、母のところへも連れて行くこともできず、泣く泣く帰ったことがある。
- つなぎ服については、私も同じようなことをした経験があるので、介護のひとつの手段として選ばざるを得ないが、亡くなった今は窮屈だったろうと自責の念が残っています。
- 入院当初、家に帰りたがるために入り口を錠剤し薬でおとなしくさせるなど、病院に入れて病人をひどくさせたようで淋しく後悔したが、入院を頼んだため、病院のやり方が不満でも致し方なかった。
- 「治療のため」といいますが、そればかりとは思えません。病院の職員はそれが当然のごとく振る舞い、できれば取り外してあげようという態度は見られません。また点滴なども取り外せないような位置をもっと真剣に考え

れば工夫できると思います。

- (身体拘束禁止は、) 人権尊重を考えれば当然と思いますが、働く方々の意識を変えていかねば、たとえ禁止令が出たとしても、なくなることはないと思います。

## 身体拘束は本当になくせないのか

身体拘束については介護現場を含めて様々な固定観念があり、それが廃止への取り組みを阻害してはいないだろうか。その代表的なものは「身体拘束は本人の安全確保のために必要である」とか、「スタッフ不足などから身体拘束廃止は不可能である」という考え方である。しかし、こうした考え方は、介護現場での実践の積み重ねにより、多くは誤解を含んだものであることが明らかになってきている。

### 1 身体拘束は安全確保のために本当に必要なのか

身体拘束の理由としては、しばしばあげられる「本人の転倒、転落事故を防ぐ必要がある」を考えてみよう。

身体拘束による事故防止の効果は必ずしも明らかでなく、逆に、身体拘束によって無理に立ち上がろうとして車いすごと転倒したり、ベッド柵を乗り越え転落するなど事故の危険性が高まることが報告されている。そして、何よりも問題なのは、身体拘束によって本人の筋力は確実に低下し、その結果、体を動かすことすらできない寝たきり状態になってしまうことである。つまり、仮に身体拘束によって転倒が減ったとしても、それは転倒を防止しているのではなく、本人を転倒すらできない状態にまで追い込んでいるからではなかろうか。

事故は防ぐ必要がある。しかし、本当に身体拘束しか方法がないのだろうか。

まず第一は、転倒や転落を引き起こす原因を分析し、それを未然に防止するよう努めることである。例えば、夜間徘徊による転倒の危険性のある場合に

は、適度な運動による昼夜逆転の生活リズムを改善することによって夜間徘徊そのものが減少する場合も多い。

第二は、事故を防止する環境づくりである。例えば、入所者の動線にそって手すりを付ける、足元に物を置かない、車いすを改善する、ベッドを低くするなどの工夫によって、転倒、転落の危険性は相当程度低下することが明らかになっている。

### 2 身体拘束の廃止は本当に不可能なのか

また、身体拘束を廃止できない理由として「スタッフの不足」をあげる意見もよく聞く。しかし、現実には現行の介護体制で身体拘束を廃止している施設や病院も多い。そうした介護現場では、食事時間を長くして各人のペースで食べられるようにして、自力で食べられる人を増やす、トイレ誘導を行いオムツを減らす、交換作業に時間がかからないようにシーツを改善するなど様々な工夫によってケアの方法を改善し、身体拘束廃止を実現しているのである。逆に、基準を上回る介護体制にありながら、身体拘束を行っているところが少なくないのも事実である。

確かに介護現場から言えば、人手は多ければ多い方がよい。しかし、まず何よりも重要なことは、どのような介護を目指すのかを具体的に明らかにし、身体拘束廃止に果敢に立ち向かう決意を施設の責任者、職員全体で行うことである。

## 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のである。

## 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、みんなで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う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当か、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
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の工夫によって、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（緊急やむを得ない場合の対応参照）、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。

## 身体拘束をせずにケアを行うために-3つの原則

身体拘束をせずにケアを行うためには、身体拘束を行わざるを得なくなる原因を特定し、その原因を除去するためにケアを見直すことが求められる。そのための原則と、「介護保険指定基準」で禁止されている身体拘束の具体的な行為ごとに、配慮すべきポイントを紹介する。

こうした取り組みによって、介護保険施設等のケア全体の向上や生活環境の改善が図られていくことが期待される。

### 1 身体拘束を誘発する原因を探り除去する

身体拘束をやむを得ず行う理由として、次のような状況を防止するために「必要」と言われることがある。

- 徘徊や興奮状態での周囲への迷惑行為
- 転倒のおそれのある不安定な歩行や点滴の抜去などの危険な行動
- かきむしりや体をたたき続けるなどの自傷行為
- 姿勢が崩れ、体位保持が困難であること

しかし、それらの状況には必ずその人なりの理由や原因があり、ケアする側の関わり方や環境に問題があることも少なくない。したがって、その人なりの理由や原因を徹底的に探り、除去するケアが必要であり、そうすれば身体拘束を行う必要もなくなるのである。

### 2 5つの基本的ケアを徹底する

そのためには、まず、基本的なケアを十分に行い、生活のリズムを整えることが重要である。①起きる、②食べる、③排せつする、④清潔にする、⑤活動する（アクティビティ）という5つの基本的事項について、その人に合った十分なケアを徹底することである。

例えば、「③排せつする」ことについては、ア、自分で排せつできる、イ、声かけ、見守りがあれば排せつできる、ウ、尿意、便意はあるが、部分的に介助が必要、エ、ほとんど自分で排せつできないといった基本的な状態と、その他の状態のアセスメントを行いつつ、それを基に個人ごとの適切なケアを検討する。

こうした基本的事項について、入所者ひとりひとりの状態に合わせた適切なケアを行うことが重要である。また、これらのケアを行う場合には、一人一人を見守り、接し、触れあう機会を増やし、伝えたくてもうまく伝えられない気持ちやサインを受けとめ、不安や不快、孤独を少しでも緩和していくことが求められるのである。

### 3 身体拘束廃止をきっかけに「よりよいケア」の実現を

このように身体拘束の廃止を実現していく取り組みは、介護保険施設等におけるケア全体の向上や生活環境の改善のきっかけとなりうる。「身体拘束廃止」を最終ゴールとせず、身体拘束を廃止していく過程で提起された様々な課題を真筆に受け止め、よりよいケアの実現に取り組んでいくことが期待される。また、身体拘束禁止規定の対象になっていない行為でも、例えば、「言葉による拘束」など虐待的な行為があってはならないことは言うまでもない。

## 具体的な行為ごとの工夫のポイント

## 緊急やむを得ない場合の対応は どうすればいいか

介護保険指定基準上、「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」には身体拘束が認められているが、これは、「切迫性」「非代替性」「一時性」の3つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られる。

- 「緊急やむを得ない場合」の対応とは、これまで述べたケアの工夫のみでは十分に対処できないような、「一時的に発生する突発事態」のみに限定される。当然のことながら、安易に「緊急やむを得ない」ものとして身体拘束を行うことのないよう、次の3つの要件に沿って慎重な判断を行うことが求められる。

（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。

### 1 3つの要件をすべて満たすことが必要

以下の3つの要件をすべて満たす状態であることを「身体拘束廃止委員会」等のチームで検討、確認し記録しておく。

**切迫性** 利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。

- 「切迫性」の判断を行う場合には、身体拘束を行うことにより本人の日常生活等に与える悪影響を勘案し、それでもなお身体拘束を行うことが必要となる程度まで利用者本人等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が高いことを、確認する必要がある。

**非代替性** 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。

- 「非代替性」の判断を行う場合には、いかなる場合でも、まずは身体拘束を行わずに介護するすべての方法の可能性を検討し、利用者本人等の生命又は身体を保護するという観点から他に代替手法が存在しないことを複数のスタッフで確認する必要がある。

また、拘束の方法自体も、本人の状態像等に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならない。

**一時性** 身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

- 「一時性」の判断を行う場合には、本人の状態像等に応じて必要とされる最も短い拘束時間を想定する必要がある。

### 2 手続きの面でも慎重な取り扱いが求められる

仮に3つの要件を満たす場合にも、以下の点に留意すべきである。

1. 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断は、担当のスタッフ個人（または数名）では行わず、施設全体としての判断が行われるように、あらかじめルールや手続きを定めておく。特に、7ページの1で述べたような、施設内の「身体拘束廃止委員会」といった組織において、事前に手続等を定め、具体的な事例についても関係者が幅広く参加したカンファレンスで判断する体制を原則とする。
2. 利用者本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得よう努める。その際には、施設長や医師、その他現場の責任者から説明を行うなど、説明手続や説明者について事前に明文化しておく。  
仮に、事前に身体拘束についての考え方を利用者や家族に説明し、理解を得ている場合であっても、実際に身体拘束を行う時点で、必ず個別に説明を行う。
3. 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合についても、「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除する。この場合には、実際に身

身体拘束を一時的に解除して状態を観察するなどの対応をとることが重要である。

### 3 身体拘束に関する記録が義務づけられている

1. 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。

(参考) 介護保険指定基準に関する通知

「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。」

2. 具体的な記録は、別紙のような「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」を用いるものとし、日々の心身の状態等の観察、拘束の必要性や方法に係る再検討を行うごとに逐次その記録を加えるとともに、それについて情報を開示し、ケアスタッフ間、施設全体、家族等関係者の中で直近の情報を共有する。

この「身体拘束に関する説明書、経過観察記録」は、施設において保存し、行政担当部局の指導監査が行われる際に提示できるようにしておく必要がある。

### 転倒事故などの法的責任についての考えればよいか

介護保険施設等の中には「理念としては身体拘束廃止に賛成だが、現実の問題として、もし、転倒事故などが発生すれば、『身体拘束をしなかったこと』を理由として、損害賠償等の事故責任を問われるのではないか」という不安をもつ施設もあるが、事故の法的責任については、次のような考え方を基本とすべきである。

- 1 身体拘束しなかったことを理由に事故責任を問われるのか
1. 介護保険制度においては、介護サービスを提供

する際の基本的な手順としてアセスメントの実施から施設サービス計画等の作成、サービスの提供、評価までの一貫したマネジメントの手続きを新たに導入するとともに、他方では、身体拘束を原則禁止している。これは、基本的に身体拘束によって事故防止を図るのではなく、ケアのマネジメント過程において事故発生防止の防止対策を尽くすことにより、事故防止を図ろうとする考え方である。

2. したがって、こうした新たな制度の下で運営されている施設等においては、仮に転倒事故などが発生した場合でも、「身体拘束」をしなかったことのみを理由として法的責任を問うことは通常は想定されていない。むしろ、施設等として、利用者のアセスメントにはじまるケアのマネジメント過程において身体拘束以外の事故発生防止のための対策を尽くしたか否かが重要な判断基準となると考えられる。
3. 具体的には、身体拘束は、他の事故防止の対策を尽くした上でなお必要となるような場合、すなわち前述した3つの要件を満たす「緊急やむを得ない場合」にのみ許容されるものであり、また、そのようなごく限定された場合にのみ身体拘束をすべき義務が施設等に生ずることがあると解される。

なお、身体拘束自体によって利用者に精神的苦痛を与えたり、身体機能を低下させ、その結果転倒・転落等の事故などを招いた場合には、「身体拘束をしたことを理由に、損害賠償等の責任を問われることもある」ことに留意した上で、身体拘束を行う場合には必要最小限度とする配慮も必要である。

### 2 ケアのマネジメント過程においてどのような点に注意すべきか

1. ケアのマネジメント過程で注意すべき点は何か。  
まずは、利用者それぞれに、転倒事故などの可能性や要因をアセスメントする必要がある。その上で、事故の要因が把握された場合には、ケアプランの内容を工夫することとなるが、その際には、利用者の尊厳の保持を基本に、生活や行動の自由、自立の促進といった価値と、身体の安全という価値のバランスをきめ細かくとるという観点が重要



である。また、必要に応じて再アセスメントを行い、新たな事故発生要因の発見に常に努めることも重要である。

(参考)

転倒を未然に防ぐためのアセスメント例

- ・視覚（視力、視野など）、聴覚、バランス感覚などの低下はどの程度か。
  - 拘縮、麻痺などによる運動機能の低下はどの程度か。
  - 起居・移動動作はどのように行っているか。
  - 体調（低血圧、めまい、発熱など）、パーキンソン病や痴呆症などの疾病の状況はどうか。
  - 転倒を起こすような薬（催眠剤、降圧剤、抗うつ剤、狭心症治療剤など）は使用していないか。
  - 生活環境（床照明、段差、手すりなどの施設、設備環境や、介護用具、衣服、履き物など）はどうか。
  - 転倒したことがある場合、いつ、どのような状況で、何が原因で転倒を起こしたのか。
2. 事故の可能性や要因をアセスメントする際には、利用者の状況だけでなく、居室の床や廊下の凹凸、照明の配置や明るさなど施設の設備・構造面のアセスメントも不可欠である。
  3. 利用者や家族は、ケアを提供する上でのマネジメントの目的や意義、重要性を十分に理解していないこともあるから、施設等において説明を十分に行い、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に利用者や家族の参加を促すことが必要である。サービス提供に至るまでの過程と根拠が不明確ならば、利用者や家族としては、事故という結果をもってサービスを評価せざるを得ないのである。
  4. したがって、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ついての記録を整え、サービス提供の過程と根拠を常に確認できるようにしておくことも必要である。
  5. 上記のような利用者それぞれに対する対応のほか、施設全体として、□どのような場合に、どのような事故が起きやすいのか、そのパターンの把握に努め、事故防止を図る、□緊急時の対応マニ

アルを作成し、かつ、実際に対応できるよう訓練しておく、口損害保険に加入し、その内容を十分確認しておくなどの事前の対策を講じておくことが最低限必要である。

### 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上で、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上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。

その上で、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、□予測される結果の重大性、□結果発生の蓋然性、□結果発生を防止する措置の容易性、□有効性、□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の自由を拘束し、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。）

本件は、下級審の一判決にすぎず、介護保険施設の事実でもない。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、身体の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、安易に抑制帯の使用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。