

# 高齢者の尊厳を守るために

—— 身体拘束ゼロに向けての実践事例 ——



平成 1 7 年 3 月

沖縄県福祉保健部長寿社会対策室

沖縄県身体拘束ゼロ作戦推進会議

## は じ め に

平成12年4月の介護保険制度の施行により介護保険施設等では身体拘束が原則として禁止され、介護の現場においては身体拘束のないケアの実現をめざして様々な取り組みが行われてきました。現在、国においては平成17年度の通常国会で介護保険制度改革法案が上程され、審議が行われていますが、制度の基本理念である「高齢者の尊厳を支えるケア」を実現するためには、身体拘束廃止に向けた取り組みが今後ますます重要になってきます。

沖縄県においても、身体拘束ゼロ作戦推進会議を設置し事業の検討を行うとともに、身体拘束廃止に向けた相談窓口の設置や相談員養成研修の実施などをおして、介護保険施設等の取り組みを支援してきました。平成15年度には、身体拘束廃止の重要性を広く県民に周知するとともに、この間の取り組みを集約し新たな第1歩を築くものとして「沖縄県身体拘束ゼロシンポジウム」を開催し、「身体拘束ゼロおきなわ宣言」が採択されました。今回作成しましたこの身体拘束廃止事例集も、支援の一環として、各施設から提供頂いた身体拘束廃止の具体的な取組事例・工夫等を取りまとめたものです。介護の現場で日々身体拘束廃止に向けて御苦労されているスタッフの皆様が参考にして頂ければ幸いです。

「わが国の高齢化の進展は、人類社会が初めて経験する未知の領域である。」2015年には、このような超高齢社会を迎えます。「精神的な自立を維持し、高齢者自身が尊厳を保つ介護」、まさに**尊厳を支えるケア**を実現していくために、介護事業者、家族や県民、行政が手を携えて取り組み、身体拘束の廃止をめざしていきたいと考えています。

最後に、この事例集を作成するにあたり、多大な御協力を頂きました社団法人沖縄県看護協会、医療法人アガペ会北中城若松病院をはじめ、沖縄県身体拘束ゼロ作戦推進会議委員の皆様、身体拘束事例集等作成委員の皆様、並びに具体的事例の提供、検証を行って頂いた各施設の身体拘束廃止検討委員会の皆様には、あらためて厚く御礼申し上げます。

平成17年3月

沖縄県福祉保健部長  
稲福 恭雄

## 身体拘束ゼロおきなわ宣言

私たちは、身体拘束が高齢者の行動の自由を奪い、心と体を深く傷つけることを認識し、全ての高齢者の人間としての尊厳が守られ、生活の質が高められるようなケアを実現するため、身体拘束ゼロに向けて全力で取り組むことを宣言します。

平成16年1月28日

沖縄県身体拘束ゼロ作戦推進会議



# 目次

## 第1章 身体拘束廃止の考え方

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| 1 . 身体拘束をめぐる法律問題         | 1 |
| ひかり法律事務所                 |   |
| 弁護士 阿波連 光                |   |
| 2 . 家族とリスクを共有するために       |   |
| 利用者の家族から                 | 3 |
| 沖縄県呆け老人を抱える家族の会          |   |
| 世話人代表 喜瀬 久子              |   |
| 3 . 身体拘束とリスクマネジメント       | 6 |
| 沖縄県身体拘束ゼロ作戦推進会議          |   |
| 委員長 田頭 政三郎               |   |
| (沖縄県療養病床協会 医療法人アガペ会 理事長) |   |

## 第2章 事例編

- |                      |   |    |
|----------------------|---|----|
| 1 . 事例集の作成にあたって      | 8   |    |
| 2 . 身体拘束廃止に取り組んだ実践事例 |   |    |
| 実践事例 1               | わずかに動く右手でソケイ部を引っ掻き、傷が除々にひどくなり、夜間のみミトン使用していた。            | 10 |
| 実践事例 2               | 胃瘻造設、右上肢による経管栄養チューブ抜去恐れありミトン手袋を使用した。                    | 13 |
| 実践事例 3               | 夜間自分でベッドから降りないように、ベッド4点柵を使用するが、自力で柵を外し転倒するため柵をひもで縛る。    | 15 |
| 実践事例 4               | 前施設でベッドの4本柵使用の情報あり、下肢筋力強化に取り組み移乗の自立をめざした。               | 17 |
| 実践事例 5               | 自分でベッドを降りないようにベッド柵を4本にしたり、ベッドを壁にくっつけたりしていた。             | 19 |
| 実践事例 6               | 胃瘻造設、気管カニューレ挿入あり、自己抜去を繰り返す。また、体動活発、掻痒あり、ベッド柵、四肢拘束をしていた。 | 21 |
| 実践事例 7               | 大声での独語、暴言、体動の激しさ、目の前の物を投げる等、車椅子座位中に転倒の危険あり、腰ベルトをつける。    | 23 |

実践事例 8	車椅子からの立ち上がり頻回にあり、転倒の可能性が常に高く、家族から患部完治するまで腰ベルト使用の希望あり、車椅子離床時腰ベルトを使用した。	25
実践事例 9	胃瘻の自己抜去や全身の掻きむしりによる創傷を予防するため介護衣を使用。	27
実践事例10	何でも口に入れるため右手を縛る。また、おむつに手が届かないようにつなぎ服を着せる。	29
	「ワンポイントアドバイス」を終えて	31

### 第 3 章 実態調査結果 32

### 第 4 章 資料編

1 . 「身体拘束ゼロへの手引き」(抜粋)	49
2 . 沖縄県における身体拘束廃止推進事業の実施状況	67
沖縄県身体拘束ゼロ作戦推進会議設置要項	68
沖縄県身体拘束ゼロ作戦推進会議委員名簿	69
3 . 実態調査アンケート調査票	70
4 . 身体拘束廃止実態調査及び事例集等作成委員名簿	76

#### 【用語の説明】

- 1 . 文中「患者」、「療養者」、「本人」は「利用者」と同義語とする。
- 2 . 文中「痴呆」は「認知症」と同義語とする。

# 第1章 身体拘束廃止の考え方

# 1 . 身体拘束をめぐる法律問題

ひかり法律事務所

弁護士 阿波連 光

最近、「介護保険で身体拘束が禁止されたそうですが、拘束しないで事故が起こったときに裁判で責任を問われないんですか？」とか、逆に「介護保険で身体拘束は禁止されているので、拘束せずに事故が起こったとしても責任はないんですよ。」という質問を良く受けます。少し難しい話になりますが、この問題を考えてみたいと思います。

## 1 . 身体拘束禁止の意義

まず、なぜ身体拘束はいけないのでしょうか。あなたが突然他の人から拘束された場面を思い浮かべて下さい。おそらく、何をするんだと怒るでしょうし、そんなことが許されるべきではないと警察に駆け込むかも知れません。そのとおり、私たちの社会生活において、他人の身体を拘束し、自由を奪うことは許されていません。このような行為は、刑法上も逮捕罪（刑法220条）として処罰されることになっています。それはとりもなおさず、そのような行為が個人の自由、人権を損なう行為だからなのです。

これに対し、医師の医療や介護の場面においてなされる拘束は、正当な行為であるとして違法でないと考えられてきたのですが、近時、医師であっても、治療が押し付けることができるものではなく、あらゆる治療や介護も結局は患者自身の選択によってなされるものでなくてはならないと考えるようになってきました。これが患者の自己決定権と言われるものです。患者を治療の対象としてではなく人権をもった主体と考えるべきである以上、主体である患者の意思を無視することになる身体拘束が、基本的に許されないと考えるようになったのは当然の流れであると思います。

## 2 . 介護保険と身体拘束禁止

では、介護保険法において、身体拘束は具体的にどのような規定によって禁止されているのでしょうか。その規定をさがしてみても、介護保険法そのものには身体拘束を禁止する直接の規定はどこにも存在しません。身体拘束禁止規定は介護保険法第110条2項（指定介護療養型医療施設の基準）を受けて定められた厚生省令「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準」15条4項（平成11年厚生省令41号平成12年4月1日施行）の中にあります。そして、この規定は（指定介護療養型サービスの取り扱い方針）について定めたものです。

つまり、この介護保険法及び厚生省令はあくまで介護保険サービスを提供する施設のあり方として、身体拘束は行ってはならないという運営についての基準、或いはサービスの取り扱い方針をとっているということなのです。

### 3．民事賠償責任と介護保険法による身体拘束

これに対し、民事賠償責任は民法の不法行為或いは債務不履行責任として生じるもので、法律違反があれば、即損害賠償責任を認めるということではありません。あくまでも民法上の故意過失或いは債務不履行がなくてはならないのです。ですから介護保険における施設基準或いは方針に身体拘束の禁止に違反したからといって、そこから直ちに民事賠償の根拠となる過失などが導き出されるわけではありません。

施設には、その患者の具体的な状態に応じた適切な必要なサービスを提供しなければならない義務があると考えられます。ですから、拘束が不必要な患者に対して、身体拘束を行った結果として、何らかの悪い結果が生じれば、損害賠償責任を負うということになります。他方、緊急でやむを得ない場合（例えば、利用者や他人の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高く、これを予防するについて身体拘束以外に代替手段がない場合）には、施設には身体拘束を行うべき義務が生じ、これを行わない場合には損害賠償の対象となりえます。

この点が以前からとても私が気になっていたところで、民事法上の責任論と介護保険法上の身体拘束禁止がどうも混同して理解されているくらいがあったのではないかと考えています。

### 4．まとめ

私は、身体拘束はいいとっているわけではありません。身体拘束が、患者の人権上、問題のあることに間違いはなく、理由なく拘束すれば、刑法上の逮捕監禁罪に当たる可能性もありますし、民事上損害賠償責任が発生することがあります。

しかし、身体拘束は絶対に許されない悪ではないということです。患者の人権からそれはできるかぎり避けるべきものであるのですが、ある場面では取らざるを得ない場合もありうるということなのです。

結局は、ひとりひとりの患者に対して、どのような介護がその患者にとって、必要かつ適切であるかということは、施設としては、常に考えていなければいけないということなのです。



## 2. 家族とリスクを共有するために

### 利用者の家族から

平成15年度シンポジウムでの発表

沖縄県呆け老人を抱える家族の会  
世話人代表 喜瀬 久子

私は、沖縄県呆け老人を抱える家族の会の世話人をしております。喜瀬久子と申します。この度身体拘束ゼロシンポジウムに向けて介護者の立場から自分が体験した事を通して考えてみたいと思います。

私の夫は平成5年に糖尿病の合併症で脳内出血を致しまして北部病院に入院し、一ヶ月で退院致しましたが軽い脳障害が残りました。一見、手や足の麻痺もなく言語障害もないものですから、夫は脳障害であることをまったく自覚していませんでしたので、退院した翌日から車を運転するようになりました。

最初はスムーズに運転が出来ましたが、私は心配でしたので助手席に乗り、ドライブもしました。ところが4ヶ月すぎた頃から少しずつ方向感覚がおかしくなってきたのです。私は夫に運転を止めるよう説得しましたが、聞き入れてはくれませんでした。

そんなある日、もう少しで人身事故を起こしそうになりました。大型トラックの運転手が機転をきかせなかったら私達夫婦はこの世になかったと思います。そんなことがあってから私は主人の車に乗るのを止めました。夫は私が乗らないことに腹を立て、朝から一人で出かけるようになりました。私は心配で心配で食べ物がのどを通りませんでした。どうしていいのか分からず警察に行き、警察の力で運転が出来なくなるようお願いしたのですが、免許証は取り上げてもらえませんでした。

何処でどうぶつてくるのか車のバンパーは見る影もありません。それより人様をあやめたりしないかと大変心配でした。それが突如何があったのか知りませんが、運転を止めると云い出したのです。

私は天にも昇るような気持ちでした。車修理に出して即売ってしまいました。本当に運が良かったとしか云いようがありませんでした。

それからほっとしたのも束の間、今度は被害妄想が始まりました。私に対する嫉妬でした。家の中に男を引っぱり込んでと云いながら刃物を振り回しました。私はその事を認めるわけにはいきませんから反論すると、ものすごい形相で今にも切りつけんばかりにせまって来ますので、私は外に逃げ出すしかありませんでした。物陰に隠れて夫の行動が治まり、疲れて寝入るまで何時間も物陰にうずくまっておりました。

毎日が辛くて、夫の兄弟に相談して来てもらいましたが、兄弟の前では落ちついて話しをするものですから、兄弟は信用してくれませんでした。

一日中というわけではありません。夕食後から夜にかけて暴れるのです。毎日が辛くてストレスと、小さな物音にもおびえる日々でした。勇気を出して主治医に相談に行きました。

先生はそれは大変ですとおっしゃって、安定剤を二週間分出してくださいました。

一週間程して夫に変化が現れました。少しづつ力が弱くなり、動作がにぶくなってきたのです。私は薬の力にびっくりしました。夫の定期健診で病院に行った時、先生が「奥さん大丈夫ですか、薬を出しますか。」とおっしゃいましたが、慣れましたからもういいですとお断りしました。

それから夫の私に対する嫉妬も徐々に治まりましたが、ほっとする間もなく徘徊が始まり、今でも徘徊は続いています。それに失禁と大変ですが、平成12年に介護保険が始まり、要介護3でショートステイを利用しています。

いろいろ一人で悩んでいる時、呆け老人を抱える家族の会にめぐり会え、入会して本当に良かったと思っております。介護家族には、なんでも語り合えるいやしの場や学ぶ場が必要なのです。介護する方も介護される方も、安心して暮らせる事を家族会では望んでやみません。

私は介護する立場と致しましては、身体拘束は人権の尊重上許されないと 생각합니다。身体拘束されているのを見ると家族としては、見るに俣びないのです。

医療現場の厳しい現状は分からないわけではありませんが、これは医療機関だけでは解決できないことが多々あるのではないのでしょうか。国や県のバックアップも必要だと思います。

## 家族への説明（例）

### 施設入所時

入所時に家族等に対し施設の方針を説明する際には、当施設では基本的には身体拘束を行わない方針であること、さらにはその人の生き方や生活の質を高めるための支援であることを、身体拘束の事例やその弊害を交え、具体的にわかりやすく行う。特に、身体拘束を希望する家族に対しては、施設入所に際し骨折等の事故への不安が強いことから、例えば、転倒しやすい利用者に対して転倒防止に配慮したケアを実施するなど、一人一人の入所者のケアプラン実施時に注意を払うことを説明するとともに、拘束した場合、しなかった場合の事故の危険性（リスク）についても話し合い、それらをお互いに認識することにより、リスクを共有し、ケアの実践、評価、再検討を行っていくことを話す。

また、利用者の生活歴、職業歴、性格、行動パターン等を家族からできるだけ情報を収集するとともに、アセスメント（課題分析）やケアプラン作成時にも参加してもらい家族の理解を得るようにする。緊急時やむを得ず身体拘束を行う場合には、家族へ連絡、相談をすることも説明しておく。

### 面会時や他の機会に

家族の方はいろいろな思いで面会に来られる。本人に変わりはないか、何か困ったことはないか、迷惑をかけてはいないかなど、その時に一番知りたいことは何か、面会時には積極的にこちらから話しかけ、本人の様子や状態を家族に知らせ、実際にケアの現場もみてもらう。また、面会に来られない家族には、施設だよりや電話などで様子を知らせたり、緊急連絡時に家族との連絡がとれないことがないように、日頃から家族とのコミュニケーションを図り、何でも話し合いができるような関係をつくる。

利用者が心地よい環境で自由に暮らすことができれば、家族も安心し、信頼関係も深まっていくのである。

### 3 . 身体拘束廃止とリスクマネジメント

沖縄県身体拘束ゼロ作戦推進会議

委員長 田頭 政三郎

(沖縄県療養病床協会 医療法人アガペ会 理事長)

「身体拘束廃止」を掲げる時、いつも「リスクマネジメントはどうするの?」という言葉が返ってくる。「リスクマネジメント」とは医療・介護の世界においては、「医療及び介護事故を防ぐ」事とされているが、実際には、「危険を回避し、安全で安心できる状況を確保する。また一旦起こった事故に関して、マイナスを最小限に食い止めるための管理システムをつくる」ということである。一般的には、「身体拘束廃止」を提案する時には、拘束を行わない事によって発生する「転倒・転落」「異食」「引っかき傷」「チューブ抜去」などのリスクがすぐ頭に浮かぶのだが、実際には、「身体拘束」を行うことによって発生する以下のリスクも「回避すべき重要なリスク」と捉える必要がある。

身体的弊害：関節の拘縮、筋力低下、食欲低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下を引き起こす。

精神的弊害：本人に不安や怒り、屈辱、あきらめといった精神的苦痛を与えたり、痴呆の進行、生きる意欲の低下をもたらす。また、家族や介護するスタッフにも後悔、罪悪感などの精神的苦痛を与える。

社会的弊害：看護・介護スタッフの士気の低下や施設に対する社会的不信、偏見をもたらす。

つまり、「身体拘束廃止」と「リスクマネジメント」は相反するものではなく、「リスクマネジメント」の中に「身体拘束廃止」が入るのではないと思われる。

薬の問題を取り上げてみよう。ある人は「くすり」を逆から読むと「リスク」となり、「リスクのない薬はない」と言った。しかし、そのリスクを最小限にして薬を使用することで、医療は進歩し、平均寿命は延びてきたのである。西洋医学だけではなく、漢方や鍼灸、あるいは、化粧品などでも同じである。医師は、その効果がリスクを上回る場合にのみ薬剤を処方したり、手術を行ったりという最小限度の医療行為を行うのである。そして、一番大切なのは、そのような状況(病)をつくらない「予防策」である。

「年に一度の運動会で走って、アキレス腱を切った」「手術を行う」「手術に伴うリスクが生じる」という状況において、「なぜアキレス腱を切ったのか」と考え、「ストレッチが足りなかった」とか「日頃の運動不足」とか「無理をした」とかの原因を検討し、「手術を行わないで済む」ために「アキレス腱を切らない工夫」をし「ストレッチを充分にして走る」などという「予防策」を考えていくべきである。「もう二度と運動会で走らない」とか「走ったあなたが悪いのよ」と消極的な対応に走ったり、個人の攻撃に終始しても何の解決策にもならない。「身体拘束」に関しても同様である。

「身体拘束によるリスク」を回避するために「身体拘束」をしなくて済む状況を作るよう努力するのであって「身体拘束」をしなかったから「転倒してしまっても仕方が無い」とはい

えないのである。

以下は、「リスクマネジメントに関する考え方」である。

事故には防げる事故と防げない事故がある。

責任者は、その判断を的確にすることと同時に「防げない事故」の範囲を徐々に縮めていくことを考える。また現場と一緒に、「常に医療及び介護事故を絶対に防ぐのだ」という強い信念のもと療養者に信頼される医療及び介護サービスの提供と質の向上を求めていく。

自分たちの技術・能力（看護・介護技術及びリスク評価技術など）や様々な器具の開発によって防げる事故が増え、結果的に事故を減らす事ができる。

療養者の自由と生命の両方を守る事は、医療界及び医療人個人にとっても非常に大きな課題ではあるが、できるだけ多くの視点や知恵を活用する事によって医療やケアの質を高める事が期待されている。「無理だ」と言ってしまうならばその施設・事業所の成長は止まってしまう。

痴呆症の患者にとっては、「痴呆症」の治療の一環としての家庭的な環境を提供することや、人権を尊重し、本人の望む行動を出来る限り制限せず、療養生活を送っていただくことと、事故防止という相反することを同時に提供しなくてはならない。

事故が発生した時に、その事故の処理としての対応とその事故を教訓として次の事故を防ぐ為の検討の両方を行なう。

決して、当事者のみの責任を問う事はせず、システムとしてあるいは、管理・監督・指導義務（院長・看護部長・病棟課長・事故防止委員・リスクマネジメント委員・病棟医など）として、前向きに検討する。

本人・家族への情報開示・インフォームドコンセントを大切にし、お互いに良き信頼関係のもとで、協力し合って療養者中心の個別のケアがなされてゆくように努力する。

具体的なリスクマネジメントについての手法はその成書や講習会にゆだねるが、常に「身体拘束廃止検討委員会」と「事故防止委員会（安全対策委員会・リスクマネジメント委員会など）」・「教育委員会」は、密接に連携をとってバランスよく成長してゆくことが大切だと思われる。

## 第2章 事例編

— 身体拘束廃止に取り組んだ実践事例 —

## - 事例集の作成にあたって -

この事例集は、身体拘束廃止を推進するための取組の一環として、施設における実際の身体拘束の事例を紹介したものです。皆様の施設で身体拘束を廃止する際の参考として頂きたいと思います。

なお、各施設で事例を導入する際には、身体拘束を廃止することのみにとらわれず、個々の利用者について心身の状態をアセスメントし、その利用者にあった方法は何かを施設内で十分議論することをお願い致します。

### < 事例検討の流れ >

- 1 平成16年10月に県内の介護保険施設等へ「身体拘束廃止に関するアンケート調査」を実施した際、同時に「身体拘束廃止に取り組んだ個別事例」の提出を依頼。
- 2 提出があった50事例の中から10事例を選出し、身体拘束廃止検討委員会等の設置されている5施設の協力を得て、選出された事例について検討を行った。
- 3 5施設の身体拘束廃止検討委員会で検討した事例を、さらに北中城若松病院の涌波淳子先生よりワンポイントアドバイスを頂いた。

### < 各項目の説明 >

#### **実践事例**

介護保険施設等で実際に身体拘束廃止に取り組んだ個別事例

#### **実践事例の検討結果**

協力施設に設置されている身体拘束廃止検討委員会等で上記の「実践事例」について検討した内容

#### **ワンポイント・アドバイス**

「実践事例」及び「施設で取り組んだ事例検討会」についての解説及び指導・助言

< 事例検討の協力施設 >

- ( 1 ) 介護老人福祉施設
  - 特別養護老人ホームありあけの里
  - 特別養護老人ホームいとまん
- ( 2 ) 介護老人保健施設
  - 老人保健施設かりゆしの里
  - 老人保健施設オリーブ園
- ( 3 ) 介護療養型医療施設
  - 医療法人アガペ会 北中城若松病院

< 指導助言（ワンポイント・アドバイス） >

医療法人アガペ会 北中城若松病院  
院長・理事長代行 涌波淳子



## 実践事例 1

### 拘束の種類

わずかに動く右手でソケイ部を引っ掻き、傷が除々にひどくなり、夜間のみミトン使用していた。

施設等種別 介護老人保健施設

入居者 82歳 男性 要介護度5 痴呆性自立度 中度

入所年月日

診断名 両下肢機能障害 左方麻痺

既往歴 慢性硬膜下血腫（術後）

A D L 状況 食事：全介助 排泄：全介助 入浴：全介助

平成9年入所時寝たきりですべて他動的であった。

わずかに動く右手で掻痒部を掻いたり行為はあった。

### 拘束を開始した経過・理由

平成9年入所時は、食事・入浴・排泄すべて全介助。食事もミキサーにして注射器の先に管をつけたもので注入摂取していた。しかし、わずかに動く右手で、ソケイ部を引っ掻き、傷が徐々にひどくなったため夜間ミトンを使用していた。

### 拘束廃止に向けた取り組み経過及び結果

掻痒部について皮膚の保清を徹底し、あわせて軟膏塗布、抑制や声かけの言葉使い等注意して行い、ミトン、右手拘束を廃止した。

いつも介護士をにらみつける様な眼差しが徐々に緩和されにこやかな表情が見られるようになった。平成14年3月より右手で自力摂取が出来る様になり（一部介助）自発語も出来るようになった。平成15年頃には自力摂取が可能となり、長男、配偶者の名前が出るようになった。

### 取り組みの今後の課題

食事、自発語等増えたが、右手で夜間ベッド柵を抜いたりする行為も出てきたため、担当介護士、看護師、営繕、生活相談員と検討し、ベッドを低くし夜間のみ柵を抜き、転倒の危険性のある箇所に畳を敷くことにした。

他の入所者に比べA D Lの向上、コミュニケーションもかなりとれる様になった。

## 実践事例 1 の検討結果

1 . 事例検討会実施施設：介護老人福祉施設

2 . 検討会年月日（要した時間）：平成 1 6 年 1 1 月 3 0 日（ 1 時間程度）

3 . 参加者職種：介護係長・各チームの介護主任・生活指導員

4 . 拘束の種類：ミトン

### 5 . 検討結果

掻痒感を改善するための対策

- ・ 掻痒の原因究明のため、専門医を受診し、適切な処置を行う  
内服治療、軟膏塗布、清潔保持（毎日入浴、弱酸性水での患部洗浄、おむつ交換の個別化）、湿度等の調節、衣類の工夫（吸汗、圧迫除去など）、掻痒部を冷やす、おむつの素材の検討、排泄の代替ケアの検討、精神的なケア等
- ・ 掻痒部を掻くことにより傷をつくる、悪化させることに対する対策
- ・ 掻痒部を掻かないようにするための工夫  
ベッド上でのポジショニングの工夫、抱き枕の導入等
- ・ 傷をつくらない、悪化させないための工夫  
こまめに爪を切る、衣類の工夫（通気性のあるもの、患部を保護できるもの等）、患部を保護するためのシートの導入等
- ・ 時間帯や生活の様子からの対策
- ・ 夜間帯に右手で掻痒部を引っ掻く：夜間不眠による影響があるのではないか？  
夜間に良眠できるよう日課を工夫する（離床促進、アクティビティの導入等）、眠剤の必要性検討、良眠できる環境の整備（明るさ、音、温度、寝具等）
- ・ ベッド等で横になっているときに掻痒部を掻く：車椅子や椅子では掻かないのではないか？  
覚醒時には車椅子や椅子に座って過ごしてもらい、眠たくなってからベッドのリクライニングを調節する等
- ・ 何もやることがないと掻痒部を掻く：何かやることがあると掻かないのではないか？  
本人が感心を示すもの（テレビを見たり、ラジオを聞いたり、話したり等）を取り入れる
- ・ 認知証や精神的な要因がある場合の対策
- ・ 不安感や孤独感といった感情からソケイ部を掻くという行為が出現していると考えられる場合  
寄り添う、ゆっくり話す、きちんと説明する、手を握る、体をさする等

## ワンポイント・アドバイス

身体拘束の弊害（介護者への不信・敵意、A D Lの低下）が如実に改善したケース。原因検索（かゆみ） 対策（皮膚の保清、軟膏塗布など）をきちんと行い、「拘束を廃止する」と決断したことにより、成功したのだと思われます。身体拘束を廃止するためには、まず、決断、そして、原因検索が大切です。事例検討で挙げられているように、身体面から精神面までできるだけ多くの視点で考え個々の療養者の日常生活の中から多くの情報を集めることが成功の秘訣だと思います。また、A D Lが変化すると同時に問題点（課題）も変わってゆきます。この調子で次の課題も頑張ってください。（夜間ベッド柵を抜く目的は何でしょうね？）

## 実践事例 2

### 拘束の種類

胃瘻造設、右上肢による経管栄養チューブ抜去恐れありミトン手袋を使用した。

施設等種別	介護老人保健施設		
入居者	94歳	女性	要介護度5
入所年月日	4月7日		
診断名	慢性心不全・気管支喘息		
既往歴	肺炎・急性胃腸炎・胸水		
ADL状況	食事：全介助	排泄：オムツ全介助	移乗・移動：車椅子全介助
	入浴：ストレッチャー全介助		

### 拘束を開始した経過・理由

病院にて胃瘻造設、左上肢による経管栄養チューブ抜去が見られ、入院中に危険性安全面に対して家族へ説明しミトン手袋使用。(身体拘束承諾書記入)

当施設に入所後もチューブ抜去の恐れがある為、家族へ説明し安全確保に努める。

### 拘束廃止に向けた取り組み経過及び結果

家族面会時は、ミトン手袋を外し拘束を行わない時間帯を設ける。

経管栄養注入時間帯以外は、ミトン手袋はなるべく使用していない。見守り、観察、経管栄養チューブを抜去する様子も減ってきた為落ち着いている時は、経管栄養注入中であってもミトン手袋を外し対応する。(拘束するにあたって記録、チェックを行った)

状態も落ち着き安全性も確保できた為、5月26日家族へミトン手袋外しについて説明し、腹巻きを準備して頂き拘束外しにつなげた。

チューブ外し行為は無くなったが、ベッド柵へ手や腕をぶつけ打撲、怪我をするようになった。(以前も同様な行動があったが、ミトン手袋のおかげで打撲、怪我がなかったと考える)

### 取り組みの今後の課題

家族間でも2つの意見に分かれ、「打撲、怪我をするならミトン手袋つけたほうがいい。」「ミトン手袋は外して欲しい。」との意見の為、ベッド柵へ布団や枕、クッション等を使用し打撲、怪我防止に努め、今後も拘束をしないための対策や、家族の意見を取り入れ拘束をしないケアに取り組む。

## 実践事例 2 の検討結果

1. 事例検討会実施施設：介護老人保健施設
2. 検討年会年月日（要した時間）：平成16年11月30日（20分）
3. 参加者職種：医師・理学療法士・看護師・介護士・栄養士・施設ケアマネージャー・支援相談員・作業療法士
4. 拘束の種類：ミトン手袋

### 5. 検討結果

ミトン着用が必要時のみになったのは大きな前進だと思います。

局所管理（胃瘻挿入部の皮膚状態の改善）はどのような状況でしたでしょうか？胃瘻挿入部の皮膚状態は、本人の違和感へ繋がるようです。皮膚状態が良好になると上肢の動きが落ち着いてくるのではないのでしょうか。

当施設でチューブ類の自己抜去対策としては（本人の状況によりますが・・・）以下の事例がありました。

- ・枕を抱きかかえるようにしてカバーする。
- ・座位をとって注入する（チューブを本人の視界に入れない）
- ・手にリハビリ器具をもってもらう。
- ・チューブを下肢の方向に固定し、手が届かない状況をつくる。

等々で効果ありました。

柵にぶつける等の問題行為を抱える利用者は結構多いです。

当施設では、ぶつかることが予測できる箇所（ベッド柵・手すり・車椅子アームレスト等々）に、衝撃を和らげるようにタオルや梱包用材料（ビニール）を巻いて対応しています。

家族間調整は最もエネルギーを使いますが、当施設では、キーパーソンをお一人に決めてもらい、家族間の意見調整はキーパーソンで行ってもらいます。

## ワンポイント・アドバイス

「身体拘束廃止」を最終的な目的としながら、焦らず、段階を追いながらミトン廃止取り組み成功したケース。「家族面会時は外す」「経管栄養注入時以外は外す」

「全日廃止」と段階的にきちんと評価し、ステップを踏んだことは、事故防止の面でもご家族の安心感の面でも良かったのではないかと思います。ご家族も辛いのです。

「身体拘束はして欲しくない」でも「怪我をするくらいなら多少の身体拘束はやむを得ない。」どちら側の気持ちも暖かく受け止めながら共に考える。（悩む）姿勢は大切です。その調子で次の課題もクリアできるでしょう。

### 実践事例 3

#### 拘束の種類

夜間自分でベッドから降りないように、ベッド4点柵を使用するが、自力で柵を外し転倒するため柵をひもで縛る

施設等種別	介護老人保健施設		
入居者	93歳	女性	要介護度2 痴呆性自立度 a
入所年月日	平成13年11月8日		
診断名	老人性痴呆		
既往歴	右大腿骨頸部骨折術後		
A D L 状況	食事：自立	排泄：一部～全介助	入浴：一部介助
	整容：自立	更衣：一部介助	

#### 拘束を開始した経過・理由

常に帰宅要求が強く、歩行難があるにもかかわらず自力歩行があり、特に夜間帯での転倒を繰り返す。その為夜間四角柵を使用する。しかし、自力で柵を外し再度転倒。その為柵をひもでしばる様になってしまう。

#### 拘束廃止に向けた取り組み経過及び結果

本人の気持ちを受け入れる為に、話せる場、本人と向き合う事を行う。又、柵のかわりにセンサーコール（施設で作成）を取り付け、端座位時にすぐ対応できる様にする。

それらを家族と面談し、電話、面会等の協力依頼と本人の理解を促す。ハード面の対応を行った事で職員にもさらに余裕ができ、向き合う時間も増え現在はセンサーコールも外してます。代替えで車椅子への自動ブレーキシステムを導入しています。

この取り組みで一番大きな事は利用者への向き合い方やその姿勢が変化した事だと感じています。

#### 取り組みの今後の課題

今までの取り組みを他へ活かすのと同時に、上記の利用者へ現状対応を継続し、安心できる生活をサポートする。

### 実践事例3の検討結果

1. 事例検討会実施施設：介護老人保健施設

2. 検討会年月日（要した時間）：平成16年12月2日（30分）

3. 参加者職種：看護師・介護士

4. 拘束の種類：4本柵と柵をひもで固定

#### 5. 検討結果

夜間の転倒・予防に対して

家族の協力を得て、本人と向き合う時間を作る等メンタル面へのアプローチを中心に組みながら、センサーコール作成等工夫を行うことで一定の成果が出ていると思われる。車椅子ゴールと診断されても、認知症の多くの方は、元の状態（歩行レベル）に回復することがあるので、下肢筋力強化や歩行能力向上への取り組みも必要と思われる。

しばらくは1対1のケアで大変ですが、下肢筋力が向上すると、本人の自由な行動範囲も広がり介護負担の軽減にもなる。ご家族にはリハビリの効果によるADL向上と転倒のリスクの相関関係についても説明しておく必要がある。

- ・居室を詰所近くの部屋にするか、廊下にして、本人の動きを観察する。眠剤使用中なら中止してせん妄の改善を図る。
- ・日中の状態観察と活性化を図る。昼夜逆転なのかアセスメントが必要だと思う。
- ・常時車椅子をベッドサイドにつけて、本人が出入りできるように見守る。必要時一部介助を行う。

環境（物）を整備することも大切ですが、それに頼りすぎて職員の気がゆるんでしまうこともあるので、常に自分達のケアの質を振り返ることも大切である。

### ワンポイント・アドバイス

「ハード面の工夫（センサーコール）」と「職員の心構え（本人の気持ちを受け入れる。きちんと向き合う）」の両面の対応が功を奏したケース。ご家族とも問題の共有をはかり、協力を依頼することも良かったでしょう。終わりのない介護はありません。ただ、ご家族にもご家族の生活があることを受け止めた上で、言葉を選びできる範囲で介護に協力していただくことが、家族にも満足感のある介護につながることを伝えていきましょう。

現在は、センサーコールから車椅子の自動ブレーキシステムの導入へと変更されているとのこと、自力で車椅子への移乗ができるようになったのではないのでしょうか。痴呆症の方の中には、専門職の指示によりリハビリ訓練は理解できず、訓練自体はできなくても、「歩きたい」という自己の欲求の中で歩行を再獲得される方もいらっしゃいます。（身体拘束はそのチャンスをも奪ってしまいます。）限られたスタッフの中で見守ることは大変だとは思いますが、リスクを最小限に抑えた上で、自主リハビリへの協力を。

## 実践事例 4

### 拘束の種類

前施設でベッドの4本柵使用の情報あり、下肢筋力強化に取り組み移乗の自立をめざした。

施設等種別	介護老人保健施設
入居者	91歳 女性 要介護度4 痴呆性自立度 b
入所年月日	平成14年6月13日
診断名	喘息
既往歴	右大腿骨頸部骨折
A D L 状況	食事：声かけ（プライドが高く介助を嫌う） 排泄：日中トイレ、夜間布オムツにパット使用で誘導 車椅子駆動：夜間徘徊時のみ可

### 拘束を開始した経過・理由

前施設で、4本柵使用の情報があったが、下肢筋力強化に取り組み移乗の自立をめざした。

### 拘束廃止に向けた取り組み経過及び結果

夜間、帰宅要求時や、喘鳴ある時は臥床しない習慣あり、常時ベッドサイドに車椅子を固定した。好きな時に移乗して車椅子徘徊される。また、入所時に睡眠薬は効果なしと判断し中止する。

現在、時にずり落ちはあるものの自力移乗しA D L維持される。家族の夕方面会あり精神的にも落ち着いている。

### 取り組みの今後の課題

スタッフ（特に看護師）が入れ替わると「寝かさないとかわいそう」の発想で、投薬が増えていく傾向にある。看護者間の意識統一を図る。



## 実践事例 4 の検討結果

1. 事例検討会実施施設：介護老人保健施設
2. 検討会年月日（要した時間）：11月30日（20分）
3. 参加者職種：医師・理学療法士・看護師・介護士・栄養士・施設ケアマネージャー・支援相談員・作業療法士
4. 拘束の種類：4本柵・車椅子徘徊

### 5. 検討結果

精神面で落ち着くことは非常に重要です。家族の協力により成功されているので良かったと思います。

夜間の徘徊対策として、当施設では徘徊をとめさせるのではなく、見守っていくという姿勢で対応しています。また、日中の活動性低下がなかったかを確認し、「昼間の活動性を高める」関わりを行います。眠剤使用は、医師の指示が必要で、職員間の意思統一も必要です。ケアカンファレンス等により、看護師判断でさせていいのか、定期的に処方するのか、確認を行っています。

## ワンポイント・アドバイス

前施設の情報を鵜呑みにせず、目的をはっきりさせ（下肢筋力強化、移乗の自立）取り組んだことで成功したケース。「夜間は寝ないといけない」という常識に囚われず、「帰宅要求がある時」と「喘鳴時」は臥床しない習慣という観察及び評価のもとで睡眠薬の中止、移乗の自立、ベッドサイドへの車椅子固定により、QOLを確保できたのでしょうか。この間の検討した内容をしっかり記録することでスタッフが変わっても意識の統一が図れると思います。ただし、反対に「一回決めたから」とケアが硬直化しないように注意が必要でしょう。

「喘鳴時」は、「起座呼吸」による場合と「喘息治療薬による不穏状態」の場合もあります。医師との連携も大切です。

## 実践事例 5

### 拘束の種類

自分でベッドを降りないようにベッド柵を4本にしたり、ベッドを壁にくっつけたりしていた。

施設等種別 介護老人保健施設

入居者 92歳 男性 要介護度4

入所年月日 平成14年3月25日

診断名 老人性痴呆

A D L 状況 全介助 車椅子自力駆動 食事自力摂取

### 拘束を開始した経過・理由

入所した時よりベッドから降りる行為あり、2回程転落がありました。ベッド柵を4本にしたり、ベッドを壁にくっつけたりしました。

### 拘束廃止に向けた取り組み経過及び結果

拘束廃止委員会をその都度開催しました。見守りを多くする、居室をステーション近くにする、低床ベッドを造り試みる等色々な方法をためしました。

低床ベッドを使用する事により転落の危険性がより少なくなった感じがします。

現在良好

### 取り組みの今後の課題

マンパワーの確保が必要です。ボランティア等で利用者との見守りだけ、話し相手だけ・・・とかの役割があると利用者のストレスが少なくなるのではと感じています。

## 実践事例 5 の検討結果

1. 事例検討会実施施設：介護老人福祉施設
2. 検討会年月日（要した時間）：平成16年12月3日（1時間）
3. 参加者職種：生活相談員・介護支援専門員・看護師2名・介護福祉士6名  
ヘルパー3名
4. 拘束の種類：ベッド柵

### 5. 検討結果

ベッドより降りる行為多く転落

降りる意味を洞察する。

- ・排泄・食事・外出等、それらの確認ができれば各々に添った支援をしていく
  - ・環境を整えていく（ベッドの高さ・柵・採光）
  - ・身体的機能低下が起こらないよう観察し申し送りする。
  - ・居室は今まで通りステーション近くにする。
  - ・レクリエーション等に参加を促す（昼間離床させる）
- 若い頃の趣味等を家族から情報を得る
- ・転落事故防止の為に情報職員間で共有する。
  - ・他の利用者や職員も一緒に昼間で昼寝を行いコミュニケーションを図る。

## ワンポイント・アドバイス

「身体拘束廃止委員会」を開催することで、現場から一歩引いた視点で様々な方法を検討・実施することができたケース。

「身体拘束廃止」は、「身体拘束である」という認識と「利用者のQOLの改善をしたい」という熱意に支えられトライ＆エラー（あるいは、評価と実施）の繰り返しにより完成に近づくのだと思われます。

ただ、このケースは、症例の詳しい状況が分からないので、何とも言いにくいのですが、「ベッドから降りる行為の目的の検討や「ADL向上（車椅子への自力移乗自由に車椅子で移動する）」の可能性」の検討の結果は試されたのかが気になります。

## 実践事例 6

### 拘束の種類

胃瘻造設、気管カニューレ挿入あり、自己抜去を繰り返す。また、体動活発、搔痒あり、ベッド柵、四肢拘束をしていた。

施設等種別	介護療養型医療施設		
入居者	83歳	女性	要介護度5 痴呆性自立度
入所年月日	平成15年5月9日		
診断名	脳梗塞後遺症		
既往歴	気管支炎		
ADL状況	全介助		
医療処置	気管カニューレ挿入、胃瘻チューブ挿入		

### 拘束を開始した経過・理由

入院当時より胃瘻造設、気管カニューレ挿入、理解できず自己抜去を繰り返す。体動も活発、搔痒もあり搔き行為のため皮膚剥離を繰り返していた。四肢拘束

### 拘束廃止に向けた取り組み経過及び結果

#### カニューレ除去の為

離床促し痰喀出に努める。現在は抜去中

#### 搔痒の緩和

薬剤使用(一時的に)・スキンケア(ミノン ソフティソープへ)・爪切り

\* 搔痒感はあるが皮膚剥離は減少。現在臀部、陰部の剥離は繰り返している

#### 胃瘻抜去防止

体の前に枕を入れ防ぐ。枕のずれがあり効果は半分

病衣から私物(Tシャツ、ズボン)へ変更(Tシャツを股間で結びズボンの中に入れ、胃瘻に触れないようにすることでリラックスさせる)

#### ベッド・車椅子よりの転落

4本柵、車椅子時はY字型拘束帯

#### 柵取り行為の為のセンサー設置

見守り可能な場合はY字型拘束帯使用せず

遊びレクなどの参加で気分転換を図る

体動活発不穏が強い場合は早めのオムツ、痰、搔痒、便の確認をする。早期の対応でだいぶ落ち着く。

### 取り組みの今後の課題

Y字型拘束帯を使用せず車椅子離床がうまくいくよう検討していく。

Tシャツの結びをなくす事が可能か？

## 実践事例 6 の検討結果

1 . 事例検討会実施施設：介護療養型医療施設

2 . 検討会年月日（要した時間）：平成 1 6 年 1 1 月 2 6 日（ 3 5 分）

3 . 参加者職種：看護師・介護士

4 . 拘束の種類：ベッド柵・Y字帯・四肢拘束

### 5 . 検討結果

ベッド・車椅子から転落する件について

- ・本人に合った車椅子を使用しているのでしょうか。
- ・しっかりと床に足底をつけられる椅子に移しても良いと思います。
- ・そもそも、ベッド・車椅子から“降りる”には、何らかの理由があると思いますので根本的な理由を追及してみてもはどうでしょうか。
- ・ベッドからの転落防止は、床間に対応する事もひとつの手法だと思います。

胃瘻抜去について

- ・胃瘻チューブをボタン式に変更してはどうでしょうか。
- ・腹帯を使用してはどうでしょうか。

掻痒の緩和について

- ・皮膚科を受診してはどうでしょうか。
- ・臀部、陰部への細かいスキンケア。

Tシャツを股間で結びズボンの中に入れ、胃瘻に触れないようにする事でリラックスさせると書かれていましたが、本当にリラックスしていたのかが疑問です。

## ワンポイント・アドバイス

課題を整理して、一つ一つ検討し解決することで、相乗効果として改善しているケース。「不穏」「単なる問題行動」ととってしまうと「拘束」にしか繋がらないが、それを「何らかのサイン」ととるならば、「排泄・喀痰・掻痒などに対する早めの対応」という解決が生まれ、「尊厳をもったケア」につながる事を示した良い症例と思います。「まだ外せない」と落ち込まず、「一步一步進もう」という前向きであきらめない介護を期待しています。胃瘻は、ボタン式になっているのでしょうか。??

## 実践事例 7

### 拘束の種類

大声での独語、暴言、体動の激しさ、目の前の物を投げる等、車椅子座位中に転倒の危険あり、腰ベルトをつける

施設等種別 介護老人福祉施設

入居者 71歳 男性 要介護度 4

入所年月日 平成15年9月17日

診断名 精神発達遅延

A D L 状況 食事：自立 排泄：オムツ使用で全介助

歩行：歩行できず車椅子主体の生活（両下肢筋力低下）

医療処置 留置カテーテル

### 拘束を開始した経過・理由

入所時より大声での独語、暴言、体動の激しさ、目の前の物を投げる、便いじり等の行為が多く見られた。車椅子座位中落下の危険が多かったため腰ベルトを使用

### 拘束廃止に向けた取り組み経過及び結果

職員や他の入所者とのコミュニケーションを日中に多く取り、また、観賞用の魚へのえさを与える事を本人の日課とし、他の動物と触れ合う機会を作る等の工夫を行いながら様子観察、その後大声等が減少し、落ち着きを見せ腰ベルトを外し、現在は身体拘束はまったく行っていません。

### 取り組みの今後の課題

本人にとっては、接する事が一番の落ち着きを見せる為、様子観察を行いながら、コミュニケーションを多く取り状態の安定に向けて取り組んでいきたい。

## 実践事例7の検討結果

1. 事例検討会実施施設：介護老人福祉施設
2. 検討会年月日（要した時間）：平成16年12月3日（1時間）
3. 参加者職種：生活相談員・介護支援専門員・看護師2名・介護福祉士6名  
ヘルパー3名
4. 拘束の種類：車椅子ベルト

### 5. 検討結果

暴言・体動の激しさ・物を投げる行為

- ・観賞用の魚の餌を与える日課を継続していく。
- ・五感を取り入れた日常生活の中で興味を示すことを知る。
- ・不安感や恐怖感、自分の思いが通じなかったり（脱力感等）

職員からの声かけもわかり易い言葉にする。

不潔行為

- ・排便を訴えるサインとして捉える（排便日誌をつけてパターンを知る）
- ・定時・随時で誘導する。
- ・安心して排便できる環境を整える。
- ・オムツ類が適しているか（当て方も）

車椅子より転倒の恐れ

- ・ADLの状態をよく理解し車椅子を選ぶ
- ・クッション等で対応する
- ・職員間の声かけを多くし見守る
- ・好きな事に気を向けるように促す

動物の好きな職員とコミュニケーションをとり安定を図る

食事内容を栄養士と話し合う（好物を知る）

## ワンポイント・アドバイス

「精神発達遅延＋両下肢筋力低下による歩行困難」 「現状を理解できない上、気持ちを伝えられないためのイライラ」 「暴言・体動の激しさなどのいわゆる問題行動」 「身体拘束」という流れを遡って検討し解決したケース。

「要介護者」を「介護が必要で何もできない人」と断定せず、「できる役割」を見つけてあげることが社会性の維持に加え、「人の役に立ちたい」という人間の欲求を満たすことができる大切な介護ではないかと思えます。

GOOD JOB！！もし、可能なら歩行や立位への取り組みができるとまた、世界が広がります。（訓練期間中のリスク回避に注意ですが・・・）

## 実践事例 8

### 拘束の種類

車椅子からの立ち上がり頻回にあり、転倒の可能性が常に高く、家族から患部完治するまで腰ベルト使用の希望あり、車椅子離床時腰ベルトを使用した。

施設等種別	介護老人福祉施設		
入居者	83歳 女性	要介護度 3	痴呆性自立度 b
入所年月日	平成14年8月22日		
診断名	右大腿頸部骨折		
既往歴	糖尿病・老年期性痴呆		
A D L 状況	食事：見守り 排泄：日中トイレ誘導。夜間パンツ使用 移動・歩行：車椅子全介助。短い距離（トイレ誘導）介助歩行		

### 拘束を開始した経過・理由

入所当時は自立歩行（見守り）。平成15年12月19日施設内にて転倒（右大腿頸部骨折）、その後12月25日手術。平成16年3月4日退院、コミュニケーション可能も痴呆あり、理解力、危険認識弱く、車椅子からの立ち上がり頻回にあり転倒の可能性が常に高い。また、入院中の手術後も数回転倒があったということで、患部完治するまでは、腰ベルトを使用してほしいとの家人の希望もあった。

### 拘束廃止に向けた取り組み経過及び結果

平成16年4月より完全に拘束廃止せず、比較的取り外し可能な時間帯（見守りが出来る時間）、朝食時（7時30分～8時30分）、トイレ誘導が落ち着いた時間（10時～11時）、昼食時（12時～13時）、おやつ前（14時～15時）、以上の時間は取り外しを実施し、その他の見守りが不十分になる時間帯は、腰ベルトを使用。取り外し可能と定めた時間に何らかの理由（職員の欠勤等で人手不足、行事等のある場合）で取り外しが出来ない場合は、理由を記録した。4月～5月の2カ月間の経過をふまえて立ち上がりの頻度は少なくなり、精神的にも落ち着いてきていることから6月14日の会議にて完全に取り外し可能と判断し実施。

### 取り組みの今後の課題

この方以外にも同様の方がたくさんいらして、立位時は落ち着いてもらうよう声かけ等を行うのが精一杯で、その方達の立って歩きたいという気持ちに答えられない部分もあるのかなと思う。こういう方達のメンタル面でのケアが不十分のような気がします。ちなみに、リハビリ（平行棒歩行訓練）は参加していただいています。



## 実践事例 8 の検討結果

1 . 事例検討会実施施設：介護老人保健施設

2 . 検討会年月日（要した時間）：平成 16 年 11 月 30 日（20 分）

3 . 参加者職種：医師・理学療法士・看護師・介護士・栄養士・施設ケアマネジャー  
支援相談員・作業療法士

4 . 拘束の種類：車椅子離床時腰ベルト

### 5 . 検討結果

拘束の必要性について、その都度検証が行われているのは素晴らしいと思います。拘束時の記録徹底は、常に拘束廃止を意識している結果であり、拘束の恒常化に歯止めをかける有効な手段ですから、今後も継続されることを望みます。

利用者の変化が時間をかけて観察されており、拘束廃止の判断についても、合議のうえで検討・実施されているので順調に廃止できたのではないのでしょうか。一時的な状態変化や、個人判断での「拘束廃止」では、徹底されていないので、理想的だと思います。

立位時の欲求にどう対応するかは大きな課題です。1対1対応が迫られるため、意識的にその時間をつくるしかないのではないのでしょうか。当施設では、職員の休憩時間、オムツ交換巡回時、または他の業務を後回しにして一緒に歩く等々で対応してきました。

見守りが困難なときは、チリ紙たたみやおしぼりたたみを頼み、その行為に集中してもらうことも有効でした。

## ワンポイント・アドバイス

身体拘束をせざるを得ない時間を決めて、それ以外の時間は確実に取り外すことを決定した凛とした姿勢とどうしても取り外しできなかった場合には、その理由記録する取り決めという現場を配慮した柔軟性がうまく協働して成功したケース。

「拘束しなくてはならなかった理由」をはっきりさせ、記録することは、とても大切なことです。忙しい現場において、つい「なあなあ」になってしまう事を防いでくれます。一歩進めて、なぜ「立ち上がるのか」の原因検索をして、それに対するの対応をしないと今度は「言葉による拘束」になる可能性もあります。

「認知症の利用者さんの歩きたい欲求に十分応えられないという不完全燃焼感」は、多くの施設の悩みです。しかし、少々のスタッフの増加では解決しないと思います。また、解決するだけのスタッフを入れられるほど国（介護保険）の懐は豊かではありません。今の人数でどのように介護していくか、職員教育と業務改善、ボランティア（家族会も含む）の活用などが解決の糸口になるのではないかと思います。「できない」と言ってしまうと、それ以上の進歩はなくなります。焦らず、たゆまず、一歩ずつ。歩行訓練に関しては、「現在のその施設が持っている介護力」などにより、リハビリの目標が決定され（立位&歩行、車椅子への自力移乗のための立位、介助量軽減のための立位等）それに対するのリハビリ計画がたてられるべきと思います。この方にとっての平行棒歩行訓練の目的は何でしょうか。

## 実践事例 9

### 拘束の種類

胃瘻の自己抜去や全身の掻きむしりによる創傷を予防するため介護衣を使用

施設等種別	介護老人保健施設			
入居者	98歳	女性	要介護度4	痴呆性自立度
入所年月日	平成14年6月15日			
診断名	左右大腿骨頸部骨折			
既往歴	老人性痴呆・骨粗しょう症			
A D L 状況	全介助・胃瘻造設・終日オムツ使用・座位不可			
医療処置	胃瘻管理・全身の擦過傷処置			

### 拘束を開始した経過・理由

入所前よりつなぎ服使用（胃瘻自己抜去、全身の掻きむしりによる創傷予防の為）

### 拘束廃止に向けた取り組み経過及び結果

- ・排泄に関して  
オムツからリハビリパンツへ変更し、トイレでの排泄を試みる事で行動に落ち着きが見られるようになった。最終的には綿パンツを使用するまでに自立が促された。
- ・栄養に関して  
食への要求が見られた事から訓練食を開始し、要求を満足してもらおう事に努めた。経過順調で胃瘻から経口摂取へと完全に移行できた。
- ・掻痒に関して  
低刺激性石鹸の使用へ切り換え保湿剤を使用した。  
落ち着きがない状況が見られなくなりつなぎ服を中止することができた。

### 取り組みの今後の課題

排泄の失敗があると「洗濯物が増えて困る」とご家族からおしかりの言葉をいただいた。家族の意識改革に一番労力を取られたケースでした。

## 実践事例 9 の検討結果

1 . 事例検討会実施施設：介護老人保健施設

2 . 検討会年月日（要した時間）：平成 1 6 年 1 2 月 2 日（3 0 分）

3 . 参加者職種：看護師・介護福祉士

4 . 拘束の種類：つなぎ服

### 5 . 検討結果

- ・全介助で座位不可の方をトイレ誘導の際、どのように本人の意思をくみ取りながら現場スタッフの理解を得て負担軽減を図りながら導いていったのか参考にした事例である。事例の取り組みに対しては、理想的な経過である。
- ・在宅よりつなぎ服着用であったとみられるので、家族指導をどのように進めるかが課題だと思う。

高齢者の特性の理解及び介護指導を行う。

施設入所時から家族との関わりを持ち、在宅復帰に向けたプラン作成を一緒に行う。

施設での A D L ゴール（目標達成）ができたので、在宅でのプランに移行する際の家族の役割を一緒に考える。

## ワンポイント・アドバイス

9 8 歳、痴呆度、全介助、胃瘻栄養中の方に対し、トイレ排泄、経口食事訓練を試み、成功したことは賞賛に値します。医師、看護、介護、リハビリスタッフ、栄養士など多くのスタッフの協力（チームプレー）の勝利でしょう。きっと他の施設にとっても励みとなるケースだと思います。すべての症例がこのように成功はしないでしょうが、改善できるケースも埋もれさせないためにひとりひとりの療養者に対してきちんと検討がなされる必要があります。

急性期病院の在院日数が減少するにつれ、早い時期に胃瘻が造設され、介護療養型医療施設や介護老人保健施設、介護老人福祉施設などに送られてくるケースが目立ってきました。その中には、今回のケースのように落ち着いて経口摂取訓練を行うことにより、経口摂取へと移行できるケースもあれば、誤飲性肺炎を繰り返すために、経口摂取が危険と判断されたケースもあります。医師や S T の評価のもと「いったん経口栄養になったからそのまま」ではなく、その折々の療養者の能力をみながら、医療やケアの方向性をご本人・ご家族も含め検討することが大切だと思います。

一方、ご家族にとっての「介護」は、「理想」や「8 時間勤務内の生活」ではなく、「現実」であり、「2 4 時間休みなしの生活」であるという視点から、常に家族の思いを理解し、その上で療養者の Q O L を確保するためにどうしたらいいのかを共に考える姿勢が成功の秘訣でしょう。焦らずに。

## 実践事例 10

### 拘束の種類

何でも口に入れるため右手を縛る。また、おむつに手がとどかないようにつなぎ服を着せる

施設等種別 介護療養型医療施設

入居者 67歳 女性 痴呆性自立度 日常生活自立度 C2

入所年月日 平成13年6月6日

診断名 多発性脳梗塞（左半身マヒ）

既往歴 糖尿病

ADL状況 全介助

経鼻経管栄養カテーテル挿入中、1日5回車椅子移乗し、約40分

前後（1回の乗車で）ホールで過ごす。発語なし、右手は活発に動く。

### 拘束を開始した経過・理由

紙おむつをちぎって食べてしまう。身の回り、右手の届く範囲にあるものは何でも口に持って行ってしまう。ガーゼ保護（傷の）固定テープも食べてしまい、便に混ざって出てきた事もあった。当初は、布おむつを使用していたが仙骨部褥瘡を繰り返したため、吸湿性のよい紙おむつを使用すると同時につなぎ服を着せた。（平成15年5月12日）

### 拘束廃止に向けた取り組み経過及び結果

褥瘡予防対策を行う。まず褥瘡再発をくりかえさないための計画をたてた。（平成16年1月）

- ・上着はズボンの中にしっかりしまい込んで、ズボンの中に手を入れてもすぐにはおむつに手が届かないようにした。おむつもマジックの弱い物は使用しない。
- ・しっかりとおむつを固定し、カバーもゆるんだりしないように新しいものから選んで使う。
- ・経管栄養チューブは使用前に挿入し、栄養注入終了したらすぐ抜去する。注入中は常に見守りを行う。
- ・傷はテープではなく、オプサイトフィルムの透明なものを使用する。

### 取り組みの今後の課題

現在、上記の内容で続けています。機能レベル低下もあり、頻回に異食行為していたのが少なくなっています。褥瘡はなしです。平成16年1月よりつなぎ服は使用していません。右上肢ひもによる拘束は、経管栄養を開始した直後1週間程行っていたが見守りということで廃止した。

## 実践事例 10 の検討結果

1. 事例検討会実施施設：介護療養型医療施設

2. 検討会年月日（要した時間）：平成 16 年 11 月 26 日（20 分）

3. 参加者職種：看護師・介護士

4. 拘束の種類：つなぎ服・ヒモ

### 5. 検討結果

異食について

- ・「ガーゼを食べて便と混ざって出てきた事もある」と記入されている部分からでは、嚥下機能があると思いますので、主治医と相談して、オヤツだけでも経口からの摂取に取り組んでも良いと思います。

搔痒、オムツ除去について

- ・本人にとっては、オムツを着用している自体が嫌そうに伺えます。思いきってオムツを外してトイレ（ポータブル）誘導を始めてはどうでしょうか。

## ワンポイント・アドバイス

多発性脳梗塞後遺症で C2・状態にある 67 歳。糖尿病があり、仙骨部に褥瘡を繰り返している。認知症による異食、経管栄養チューブの自己抜去というリスクがある。経管栄養になってしまった経緯は文面からは分からない。今後施設での療養生活になる方（在宅介護ができない方）は、このように、ある程度の医療依存度があり、様々な要因が複雑に絡む場合がほとんどになると予測されます。全体を一気に仕上げようとする療養者・ご家族・スタッフともどもストレスがかかりすぎて、場合によっては、「仕方がない」と身体拘束に走ってしまう危険性があります。問題（課題）をひとつひとつ解きほぐしてゆくことが基本です。

今回のケースは、まず、褥瘡問題に取り組んだことが良かったと思います。文面からは良く分かりませんが、多分栄養状態の評価やオムツの交換回数、座位時のクッションなども検討されたのではないかと推察します。

上記の「経口摂取」への挑戦と同様、「紙オムツを食べてしまう 食べられないようにする」ではなく「オムツが嫌なら外してしまえないか検討し、トイレ誘導を試みる」という視点の展開も一度はチャレンジする価値はあると思います。（限られた職員数の中では大変だと思われるかもしれませんが、1ヶ月とか2ヶ月とか期間を限定して実行評価することが大切です。）

## 「ワンポイント・アドバイス」を終えて

特定医療法人アガペ会 北中城若松病院

院長 涌波 淳子

厚生労働省の「身体拘束禁止」を皮切りに、あちらこちらで「拘束廃止宣言」や「拘束ゼロ」という言葉を聞くとき私自身は、何となく居心地の悪さを感じます。確かに今までの安易な拘束は高齢者あるいは、認知症の方の人権侵害であり、ある面では、私たち医療者の努力放棄だったと思いますが、常に本質を見失わないようにしないと、「拘束ゼロ」という言葉のみが独り歩きして、形が変わった身体拘束になったり、事故の言い訳の隠れ蓑になったりする危険性があります。現に、当院でも、病衣のすそを結んで簡易のつなぎ服にしてしまっていたり、「ここで身体拘束ができないから、他の病院に転床させましょう」などという言葉が聞かれたりすることもあり、気を緩めることができません。また、「転倒させて欲しくないので、縛ってください」とご家族に言われ悩んでいる現場もあります。好き好んで「身体拘束」をする施設（職員）はいません。また、喜んで「身体拘束」をさせるご家族もいません。皆、「その高齢者の安全を守りたい」一心なのです。しかしながら、「身体拘束」は、高齢者の心と体の機能を低下させてしまいます。また、介護者との信頼関係も脅かします。身体拘束廃止の本来の目的である、「高齢者がたとえ、認知症などになっても、あるいは、自分で自分の体を支えられなくなっても、安全でそして、人間らしくよりよい日々の生活を営むことができるケアを行うことまたは、そのための努力をし続けること」を忘れないようにしないといけないと思います。たとえ高齢者であっても、急性期には身体拘束をしてでも行わなければいけない医療もあるといえるし、身体拘束してでも行わなければいけない医療やケアは本当に限定されるともいえると思うのです。「身体拘束しなかったから転倒して骨折した」のではなくアセスメントが不十分だったり、何かケアに問題があったのか、ご本人側の問題があるのか・・・その辺のところを混在させないように注意しなくてはならないと思います。

この「身体拘束」との戦いには、施設（職員）だけではなく、ご家族や行政、介護用品の会社など高齢者を取り巻く全ての人々の協力と努力が必要です。介護保険や医療保険制度下での限られた報酬、その上で限られた人手の数、物品。お互いの信頼関係と知恵と力がなくては、不可能なことだと思えます。自分が年を取ったときにどんなケアを受けたいのか、どんな生活をしたいのかを念頭におきながら、見た目だけの外見的な「身体拘束廃止」ではなく、「魂」のこもった「身体拘束廃止」に向けて、皆で取り組んでいきたいと思えます。

## 第 3 章 実態調査結果

## 調査の概要

### 1. 調査名称

「身体拘束廃止に関するアンケート調査」

### 2. 調査目的

県内の介護保険施設等の身体拘束廃止の実態を把握し、課題を明らかにすることで、今後の身体拘束廃止への取り組みに役立てることを目的とする。

### 3. 調査期間

平成16年10月5日～20日

調査基準

アンケートN01 平成16年9月30日現在

追加分 平成15年4月1日～平成16年3月31日

### 4. 調査対象

介護老人福祉施設

介護老人保健施設

介護療養型医療施設

痴呆対応型共同生活介護

特定施設入所生活介護

### 5. 調査方法

別添調査票を対象施設へ郵送し、各施設の身体拘束の実態について無記名で回答いただいた。

### 6. 回答結果

調査票発送数168施設

回答施設数 105施設 回収率62.5 %



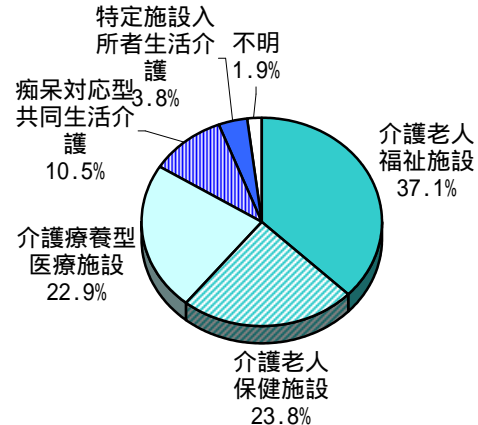
## 身体拘束廃止に関するアンケート調査集計結果

身体拘束廃止に関するアンケート調査を平成16年10月、168施設を対象に行い、105施設(62.5%)から回答を得た。施設別回収数は、介護老人福祉施設が39施設(37.1%)、介護老人保健施設が25施設(23.8%)、介護療養型医療施設が24施設(22.9%)、痴呆対応型共同生活介護が11施設(10.5%)等であった。

### 1. 回答集計結果

No	施設種別	対象施設	回答施設	調査時入所者数
1	介護老人福祉施設	54	39	2,605
2	介護老人保健施設	41	25	1,815
3	介護療養型医療施設	45	24	1,196
4	痴呆対応型共同生活介護	22	11	98
5	特定施設入所者生活介護	6	4	160
6	不明	0	2	97
	計	168	105	5,971

図1：回答集計結果

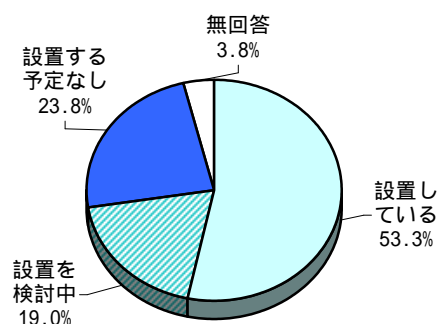


入所者数に関しては、介護老人福祉施設2,605名(46.3%)、介護老人保健施設1,815名(30.4%)、介護療養型医療施設1,196名(20.0%)等となっている。なお、入所者数については、未記入の施設が6施設あった。

### 2. 施設で身体拘束廃止検討委員会等を設置していますか。

No	施設種別	設置している		設置を検討中		設置する予定なし		無回答		合計	
1	介護老人福祉施設	20	51.3%	9	23.1%	9	23.1%	1	2.6%	39	100.0%
2	介護老人保健施設	18	72.0%	3	12.0%	4	16.0%	0	0.0%	25	100.0%
3	介護療養型医療施設	12	50.0%	6	25.0%	4	16.7%	2	8.3%	24	100.0%
4	痴呆対応型共同生活介護	3	27.3%	1	9.1%	7	63.6%	0	0.0%	11	100.0%
5	特定施設入所者生活介護	2	50.0%	1	25.0%	1	25.0%	0	0.0%	4	100.0%
6	不明	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	2	100.0%
	計	56	53.3%	20	19.0%	25	23.8%	4	3.8%	105	100.0%

図2：身体拘束廃止検討委員会の設置

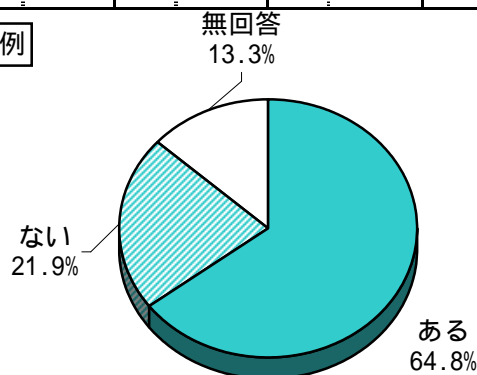


身体拘束廃止検討委員会を設置している施設は、56施設(53.3%)と最も多く、次いで設置する予定なしは25施設(23.8%)、設置を検討中は20施設(19.0%)となっている。

### 3. 身体拘束を廃止した介護・看護の工夫例がありますか。

No	項目	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	痴呆対応型共同生活介護	特定施設入所者生活介護	不明	合計
1	ある	30 76.9%	19 76.0%	17 70.8%	0 0.0%	1 25.0%	1 50.0%	68 64.8%
2	ない	8 20.5%	3 12.0%	5 20.8%	5 45.5%	2 50.0%	0 0.0%	23 21.9%
3	無回答	1 2.6%	3 12.0%	2 8.3%	6 54.5%	1 25.0%	1 50.0%	14 13.3%
	計	39 100.0%	25 100.0%	24 100.0%	11 100.0%	4 100.0%	2 100.0%	105 100.0%

図3：看護・介護の工夫例

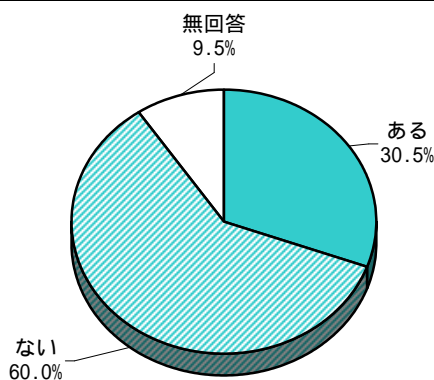


身体拘束を廃止した介護・看護の工夫例に関しては、あると回答した施設が68施設(64.8%)と最も多く、次いでないと回答した施設が23施設(21.9%)、無回答が14施設(13.3%)となっている。

### 4. 身体拘束廃止に向けた介護・看護のマニュアルがありますか

No	項目	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	痴呆対応型共同生活介護	特定施設入所者生活介護	不明	合計
1	ある	12 30.8%	7 28.0%	10 41.7%	1 9.1%	2 50.0%	0 0.0%	32 30.5%
2	ない	24 61.5%	15 60.0%	14 58.3%	8 72.7%	1 25.0%	1 50.0%	63 60.0%
4	無回答	3 7.7%	3 12.0%	0 0.0%	2 18.2%	1 25.0%	1 50.0%	10 9.5%
	計	39 100.0%	25 100.0%	24 100.0%	11 100.0%	4 100.0%	2 100.0%	105 100.0%

図4：看護のマニュアル

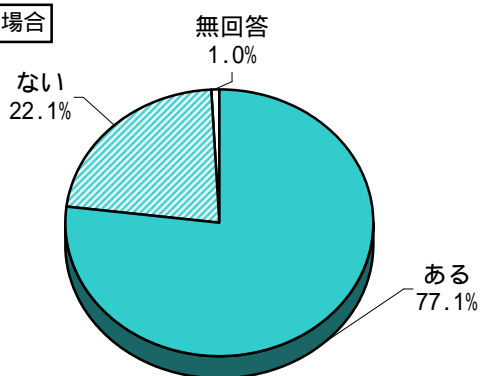


身体拘束廃止に向けた介護・看護のマニュアルに関しては、ないと回答した施設が63施設(60.0%)と最も多く、ついでであると回答した施設が32施設(30.5%)、無回答が10施設(9.5%)となっている。

## 5. 身体拘束をやむを得ず行う場合がありますか

No	項目	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	痴呆対応型共同生活介護	特定施設入所者生活介護	不明	合計
1	ある	33 84.6%	23 92.0%	21 87.5%	0 0.0%	3 75.0%	1 50.0%	81 77.1%
2	ない	6 15.4%	2 8.0%	3 12.5%	11 100.0%	1 25.0%	0 0.0%	23 22.1%
3	知らない	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
4	無回答	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	1 1.0%
	計	39 100.0%	25 100.0%	24 100.0%	11 100.0%	4 100.0%	2 100.0%	105 100.0%

図5：身体拘束をやむを得ず行う場合

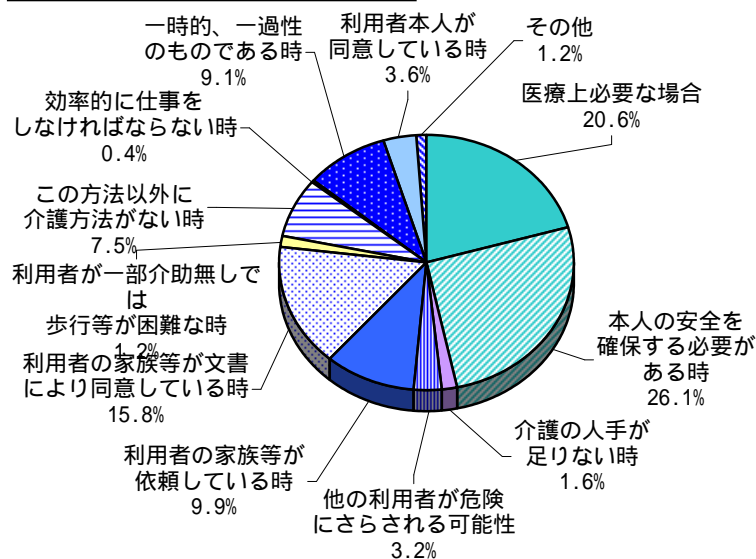


身体拘束をやむを得ず行う場合がありますかとの問いに、あると回答した施設が81施設(77.1%)と最も多く、次いでないと回答した施設が23施設(22.1%)となっている。

6. (問6であると回答した施設) やむを得ずとは、どの場合ですか(複数回答)

No	項目	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	痴呆対応型共同生活介護	特定施設入所者生活介護	不明	合計
1	医療上必要な場合	22 19.5%	10 15.4%	18 28.1%	0 -	1 12.5%	1 33.3%	52 20.6%
2	本人の安全を確保する必要がある時	28 24.8%	17 26.2%	17 26.6%	0 -	3 37.5%	1 33.3%	66 26.1%
3	介護の人手が足りない時	1 0.9%	1 1.5%	2 3.1%	0 -	0 0.0%	0 0.0%	4 1.6%
4	他の利用者が危険にさらされる可能性	5 4.4%	1 1.5%	2 3.1%	0 -	0 0.0%	0 0.0%	8 3.2%
5	利用者の家族等が依頼している時	12 10.6%	7 10.8%	3 4.7%	0 -	2 25.0%	1 33.3%	25 9.9%
6	利用者の家族等が文書により同意している時	19 16.8%	11 16.9%	9 14.1%	0 -	1 12.5%	0 0.0%	40 15.8%
7	利用者が一部介助無しでは歩行等が困難な時	0 0.0%	2 3.1%	1 1.6%	0 -	0 0.0%	0 0.0%	3 1.2%
8	この方法以外に介護方法がない時	7 6.2%	7 10.8%	5 7.8%	0 -	0 0.0%	0 0.0%	19 7.5%
9	効率的に仕事をしなければならない時	1 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 -	0 0.0%	0 0.0%	1 0.4%
10	一時的、一過性のものである時	11 9.7%	6 9.2%	5 7.8%	0 -	1 12.5%	0 0.0%	23 9.1%
11	利用者本人が同意している時	6 5.3%	3 4.6%	0 0.0%	0 -	0 0.0%	0 0.0%	9 3.6%
12	その他	1 0.9%	0 0.0%	2 3.1%	0 -	0 0.0%	0 0.0%	3 1.2%
13	無回答	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 -	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	計	113 100.0%	65 100.0%	64 100.0%	0 -	8 100.0%	3 100.0%	253 100.0%

図6：身体拘束をやむを得ず行う場合とは

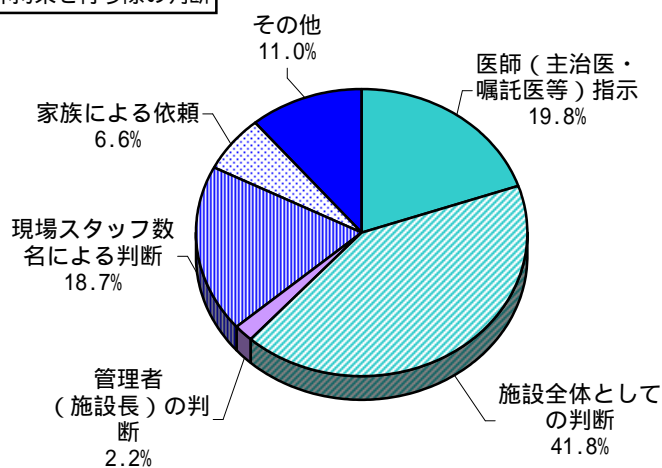


身体拘束をやむを得ず行う場合があると回答した施設の主な理由は、本人の安全を確保する必要がある時が66施設(26.1%)と最も多く、次いで医療上必要な時が52施設(20.6%)、利用者の家族等が文書により同意している時が40施設(15.8%)、利用者の家族等が依頼している時が25施設(9.9%)、一時的一過性のものである時が23施設(9.1%)等となっている。

7. (問6であると回答した施設) 身体拘束を行う際、その判断はどのように行われていますか(複数回答)

No	項目	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	痴呆対応型共同生活介護	特定施設入所者生活介護	不明	合計
1	医師(主治医・嘱託医等)指示	3 8.8%	5 19.2%	8 32.0%	0 -	1 25.0%	1 50.0%	18 19.8%
2	施設全体としての判断	21 61.8%	10 38.5%	6 24.0%	0 -	1 25.0%	0 0.0%	38 41.8%
3	管理者(施設長)の判断	0 0.0%	1 3.8%	0 0.0%	0 -	1 25.0%	0 0.0%	2 2.2%
4	現場スタッフ数名による判断	6 17.6%	4 15.4%	7 28.0%	0 -	0 0.0%	0 0.0%	17 18.7%
5	現場スタッフ個人による判断	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 -	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
6	家族による依頼	1 2.9%	1 3.8%	2 8.0%	0 -	1 25.0%	1 50.0%	6 6.6%
7	その他	3 8.8%	5 19.2%	2 8.0%	0 -	0 0.0%	0 0.0%	10 11.0%
8	無回答	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 -	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	計	34 100.0%	26 100.0%	25 100.0%	0 -	4 100.0%	2 100.0%	91 100.0%

図7: 身体拘束を行う際の判断

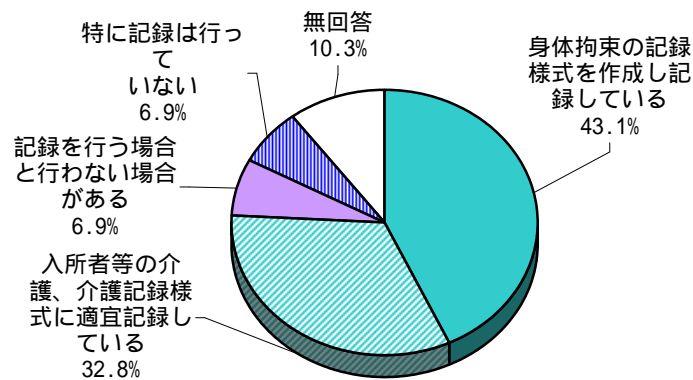


身体拘束をやむを得ず行う場合があると回答した施設で、身体拘束を行う際その判断は、施設全体としての判断が38施設(41.8%)と最も多く、ついで医師(主治医・嘱託医等)の指示が18施設(19.8%)、現場スタッフ数名による判断が17施設(18.7%)、その他が10施設(11.0%)等となっている。

8. 身体拘束を行った場合、記録していますか。(複数回答)

No	項目	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	痴呆対応型共同生活介護	特定施設入所者生活介護	不明	合計
1	身体拘束の記録様式を作成し記録している	17 39.5%	17 58.6%	14 51.9%	0 0.0%	2 40.0%	0 0.0%	50 43.1%
2	入所者等の介護、介護記録様式に適宜記録している	14 32.6%	8 27.6%	10 37.0%	5 50.0%	0 0.0%	1 50.0%	38 32.8%
3	記録を行う場合と行わない場合がある	3 7.0%	3 10.3%	0 0.0%	0 0.0%	2 40.0%	0 0.0%	8 6.9%
4	特に記録は行っていない	6 14.0%	1 3.4%	1 3.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 6.9%
5	無回答	3 7.0%	0 0.0%	2 7.4%	5 50.0%	1 20.0%	1 50.0%	12 10.3%
	計	43 100.0%	29 100.0%	27 100.0%	10 100.0%	5 100.0%	2 100.0%	116 100.0%

図8：身体拘束を行った場合の記録

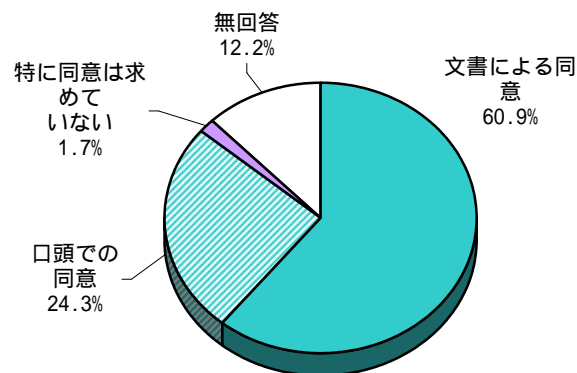


身体拘束を行った場合、記録していますかとの問いに、身体拘束の記録様式を作成し記録しているが50施設(43.1%)と最も多く、次いで本人入所者等の介護、介護記録様式に適宜記録しているが38施設(32.8%)、無回答が12施設(10.3%)、記録を行う場合と行わない場合があると特に記録は行っていないがそれぞれ8施設(6.9%)等となっている。

9. 身体拘束を行う場合、家族の同意を得ていますか。(複数回答)

No	項目	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	痴呆対応型共同生活介護	特定施設入所者生活介護	不明	合計
1	文書による同意	26 60.5%	23 82.1%	16 59.3%	2 18.2%	2 50.0%	1 50.0%	70 60.9%
2	口頭での同意	13 30.2%	5 17.9%	7 25.9%	3 27.3%	1 25.0%	0 0.0%	29 25.2%
3	特に同意は求めている	0 0.0%	0 0.0%	2 7.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.7%
4	無回答	4 9.3%	0 0.0%	2 7.4%	6 54.5%	1 25.0%	1 50.0%	14 12.2%
	計	43 100.0%	28 100.0%	27 100.0%	11 100.0%	4 100.0%	2 100.0%	115 100.0%

図9：身体拘束を行う際の家族の同意

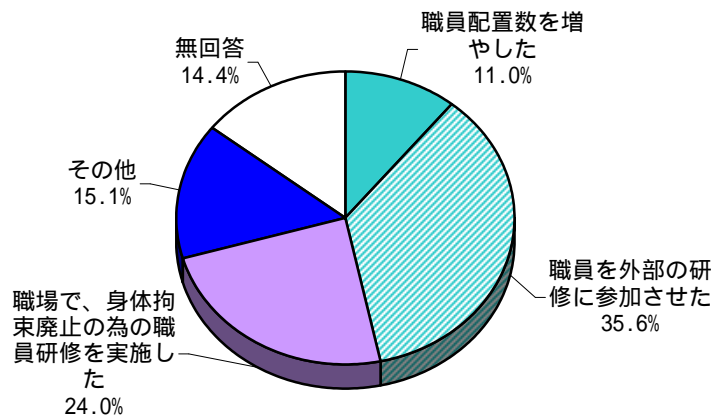


身体拘束を行う場合、家族の同意を得ていますかとの問いに、文書による同意が70施設(60.9%)と最も多く、次いで口頭での同意が29施設(25.2%)、無回答が14施設(12.2%)等となっている。

10. 身体拘束廃止の為の対応策として、行ったことはありますか。（複数回答）

No	項目	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	痴呆対応型共同生活介護	特定施設入所者生活介護	不明	合計
1	職員配置数を増やした	7 12.1%	6 17.1%	2 5.6%	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	16 11.0%
2	職員を外部の研修に参加させた	25 43.1%	12 34.3%	12 33.3%	2 18.2%	0 0.0%	1 50.0%	52 35.6%
3	職場で、身体拘束廃止の為の職員研修を実施した	13 22.4%	9 25.7%	11 30.6%	1 9.1%	1 25.0%	0 0.0%	35 24.0%
4	その他	7 12.1%	5 14.3%	8 22.2%	2 18.2%	0 0.0%	0 0.0%	22 15.1%
5	無回答	6 10.3%	3 8.6%	3 8.3%	6 54.5%	2 50.0%	1 50.0%	21 14.4%
	計	58 100.0%	35 100.0%	36 100.0%	11 100.0%	4 100.0%	2 100.0%	146 100.0%

図10：身体拘束廃止の為の対応策



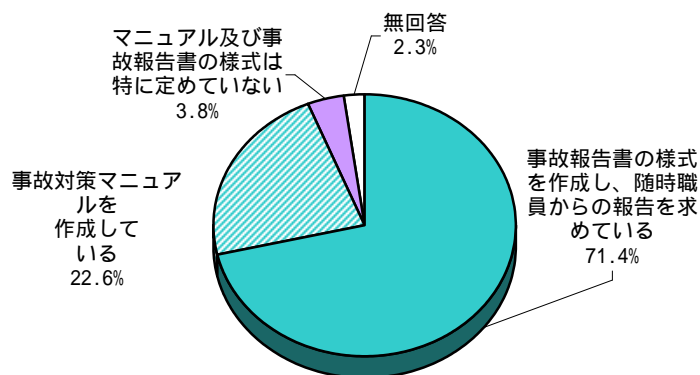
身体拘束廃止の為の対応策として行ったことはありますかとの問いに、職員を外部の研修に参加させたが52施設(35.6%)と最も多く、次いで職場で身体拘束廃止の為の職員研修を実施したが35施設(24.0%)、その他が22施設(15.1%)、無回答が21施設(14.4%)、職員配置数を増やしたが16施設(11.0%)となっている。



11. 事故発生時の対応について、施設においてマニュアル及び事故報告書を作成していますか。  
 (複数回答)

No	項目	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	痴呆対応型共同生活介護	特定施設入所者生活介護	不明	合計
1	事故報告書の様式を作成し、随時職員からの報告を求めている	39 76.5%	24 80.0%	18 54.5%	9 75.0%	4 80.0%	1 50.0%	95 71.4%
2	事故対策マニュアルを作成している	11 21.6%	6 20.0%	10 30.3%	2 16.7%	1 20.0%	0 0.0%	30 22.6%
3	マニュアル及び事故報告書の様式は特に定めていない	1 2.0%	0 0.0%	4 12.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 3.8%
4	無回答	0 0.0%	0 0.0%	1 3.0%	1 8.3%	0 0.0%	1 50.0%	3 2.3%
	計	51 100.0%	30 100.0%	33 100.0%	12 100.0%	5 100.0%	2 100.0%	133 100.0%

図11：事故発生時の対応

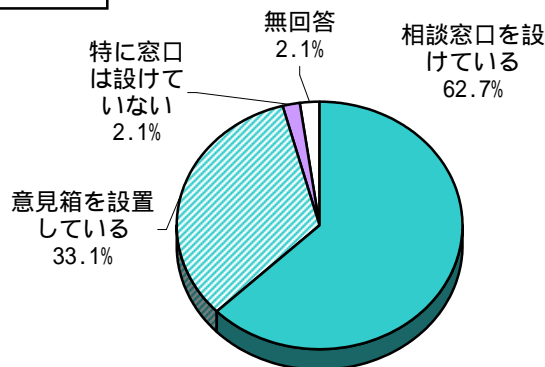


事故発生時の対応について、施設においてマニュアル及び事故報告書を作成していますかとの問いに、事故報告書の様式を作成し随時職員からの報告を求めているが95施設(71.4%)と最も多く、次いで事故対策マニュアルを作成しているが30施設(22.6%)、マニュアル及び事故報告書の様式は特に定めていないが5施設(3.8%)等となっている。

12. 入所者及び家族からの苦情相談窓口を設置していますか。(複数回答)

No	項目	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	痴呆対応型共同生活介護	特定施設入所者生活介護	不明	合計
1	相談窓口を設けている	39 68.4%	20 64.5%	19 57.6%	7 50.0%	4 80.0%	0 0.0%	89 62.7%
2	意見箱を設置している	18 31.6%	11 35.5%	10 30.3%	6 42.9%	1 20.0%	1 50.0%	47 33.1%
3	特に窓口は設けていない	0 0.0%	0 0.0%	3 9.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 2.1%
4	無回答	0 0.0%	0 0.0%	1 3.0%	1 7.1%	0 0.0%	1 50.0%	3 2.1%
	計	57 100.0%	31 100.0%	33 100.0%	14 100.0%	5 100.0%	2 100.0%	142 100.0%

図12：苦情相談窓口

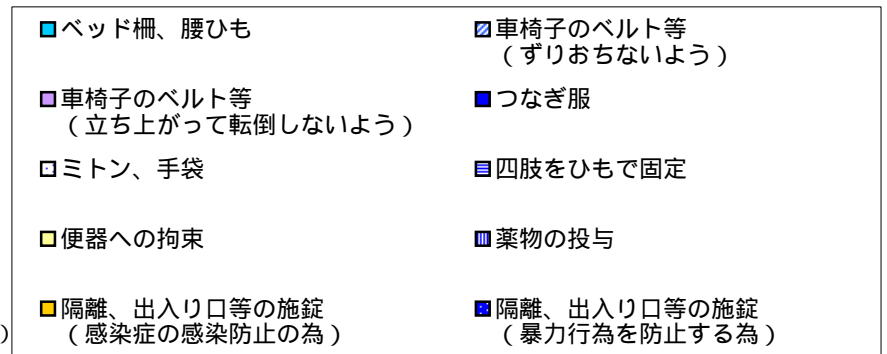
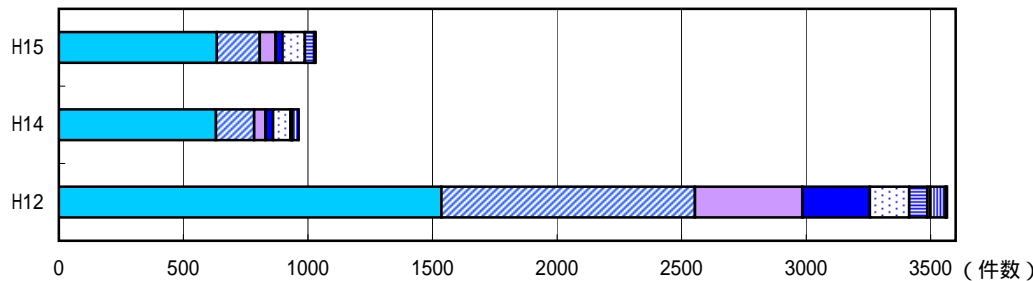


入所者及び家族からの苦情相談窓口を設置していますかとの問いに、相談窓口を設けているが89施設(62.7%)と最も多く、次いで意見箱を設置しているが47施設(33.1%)、特に窓口は設けていない、無回答がそれぞれが3施設(2.1%)となっている。

### 13. 各施設毎の身体拘束の様態とその件数

	介護老人福祉施設			介護老人保健施設			介護療養型医療施設			痴呆対応型共同生活介護			特定施設入所生活介護			合計			H12を100として対比した場合		
	H12	H14	H15	H12	H14	H15	H12	H14	H15	H12	H14	H15	H12	H14	H15	H12	H14	H15	H14	H15	
1	ベッド柵、腰ひも	689	289	295	527	238	141	320	96	162	0	8	21	0	0	15	1,536	631	634	41	41
2	車椅子のベルト等 (ずりおちないように)	644	105	91	209	21	10	165	27	56	0	0	8	0	0	8	1,018	153	173	15	17
3	車椅子のベルト等 (立ち上がって転倒しないように)	197	23	14	134	18	3	100	3	37	0	0	6	0	2	3	431	46	63	11	15
4	つなぎ服	121	5	8	69	1	2	81	23	17	0	0	1	0	1	0	271	30	28	11	10
5	ミトン、手袋	63	38	30	22	8	12	73	24	45	0	0	2	0	0	1	158	70	90	44	57
6	四肢をひもで固定	33	2	26	9	2	2	30	3	9	0	0	0	0	0	0	72	7	37	10	51
7	便器への拘束	11	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	1	1	8	8
8	薬物の投与	31	13	0	17	8	3	14	2	1	0	1	0	0	0	0	62	24	4	39	6
9	隔離、出入り口等の施錠 (感染症の感染防止の為)	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	33	0
10	隔離、出入り口等の施錠 (暴力行為を防止する為)	1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	33
合計		1,790	477	465	993	296	173	783	178	328	0	9	38	0	3	27	3,566	963	1,031	27	29

図13: 各施設毎の身体拘束の様態とその件数



身体拘束廃止の様態とその件数を年度ごとに比較してみると、介護保険施行当初の平成12年度は3,566件であるが、平成14年度では963件となっており、急激に減少している。平成15年度と比較すると、1,031件と若干増加している。  
平成13年度については、調査方法等に相違があった為、計上していない。

14. 平成14年度以前と比較して、平成15年度の身体拘束の変化について記入してください。

No	項目	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	痴呆対応型共同生活介護	特定施設入所者生活介護	不明	合計	平成14年度
1	減った	22 56.4%	11 44.0%	7 29.2%	0 0.0%	1 25.0%	2 100.0%	43 41.0%	53 55.8%
2	増えた	2 5.1%	1 4.0%	3 12.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 5.7%	4 4.2%
3	変わらない	11 28.2%	11 44.0%	9 37.5%	3 27.3%	2 50.0%	0 0.0%	36 34.3%	38 40.0%
4	無回答	4 10.3%	2 8.0%	5 20.8%	8 72.7%	1 25.0%	0 0.0%	20 19.0%	0 0.0%
	計	39 100.0%	25 100.0%	24 100.0%	11 100.0%	4 100.0%	2 100.0%	105 100.0%	95 100.0%

図14：身体拘束の変化(H14以前とH15の比較)

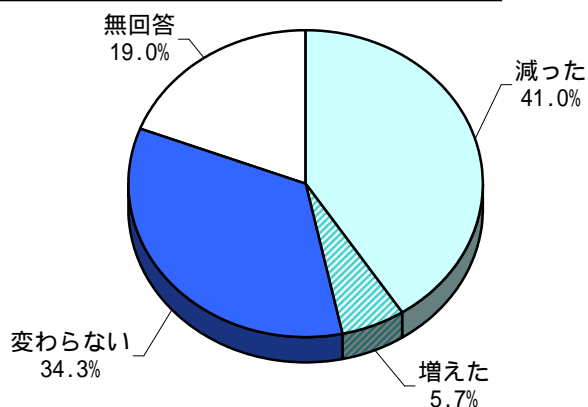
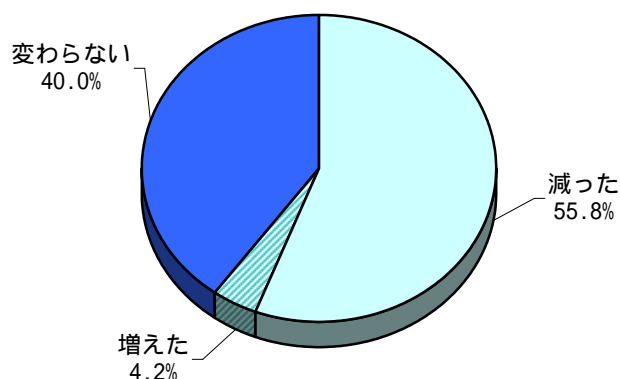


図14-2：身体拘束の変化(H12と14の比較)



15. 平成14年度以前と比較して、平成15年度の身体拘束の変化について記入してください。(件数)

No	項目	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	痴呆対応型共同生活介護	特定施設入所者生活介護	不明	合計
1	減った	250	56	54	0	2	33	395
2	増えた	14	3	4	0	0	0	21

平成14年度以前と比較して、平成15年度の身体拘束の変化についての問いに、減ったと答えた施設が43施設(41.0%)と最も多く、次いで変わらないが36施設(34.3%)、無回答が20施設(19.0%)、増えたが6施設(5.7%)となっている。平成14年度の身体拘束の変化(平成12年度と比較)と比べると、減ったが14.8%減、増えたが1.5%増、変わらないが5.7%減となっている。

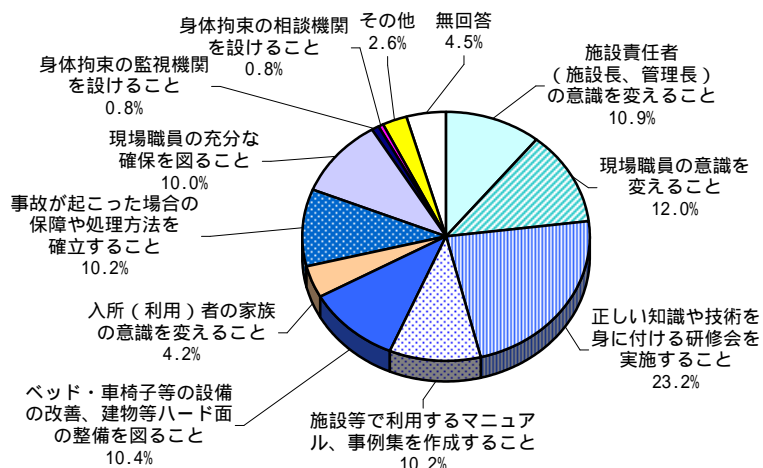
16. 具体的に身体拘束廃止に取り組む為には、どのような事が重要だと思われますか。(3項目まで選択して下さい。)

No	項目	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	痴呆対応型共同生活介護	特定施設入所者生活介護	不明	合計
1	施設責任者(施設長、管理長)の意識を変えること	13 11.0%	6 9.1%	7 13.2%	2 10.5%	1 16.7%	0 0.0%	29 10.9%
2	現場職員の意識を変えること	32 27.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	32 12.0%
3	正しい知識や技術を身に付ける研修会を実施すること	23 19.5%	16 24.2%	15 28.3%	4 21.1%	2 33.3%	2 50.0%	62 23.3%
4	施設等で利用するマニュアル、事例集を作成すること	6 5.1%	9 13.6%	9 17.0%	2 10.5%	1 16.7%	0 0.0%	27 10.2%
5	ベッド・車椅子等の設備の改善、建物等ハード面の整備を図ること	14 11.9%	9 13.6%	3 5.7%	1 5.3%	0 0.0%	1 25.0%	28 10.5%
6	入所(利用)者の家族の意識を変えること	2 1.7%	5 7.6%	3 5.7%	1 5.3%	0 0.0%	0 0.0%	11 4.1%
7	事故が起こった場合の保障や処理方法を確立すること	9 7.6%	8 12.1%	6 11.3%	4 21.1%	0 0.0%	0 0.0%	27 10.2%
8	現場職員の十分な確保を図ること	12 10.2%	8 12.1%	5 9.4%	1 5.3%	0 0.0%	1 25.0%	27 10.2%
9	身体拘束の監視機関を設けること	1 0.8%	0 0.0%	1 1.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.8%
10	身体拘束の相談機関を設けること	2 1.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.8%
11	その他	2 1.7%	3 4.5%	2 3.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 2.6%
12	無回答	2 1.7%	2 3.0%	2 3.8%	4 21.1%	2 33.3%	0 0.0%	12 4.5%
	計	118 100.0%	66 100.0%	53 100.0%	19 100.0%	6 100.0%	4 100.0%	266 100.0%

【その他の内訳】

1	平成12年以降、拘束はしないという方針で介護を行っているが、施設全体でその意識をもち続ける、職員が入れ替わった時も同じ意識で介護にいくことが大切だと思えます。上記もすべて大切ですが。
2	利用者の家族との事故が起こる可能性などの話し合い
3	介護は家族と共に取り組む。痴呆ケアは家族の協力がないと難しい事などを理解する必要があると思う。転倒は施設より家の中が安全、或いは対策が立てやすい事や痴呆症状の改善には在宅が一番であるということの理解が乏しいと思います。
4	身体拘束に関する事項を相談したくてもどこに相談して良いのか困っている。
5	院内外からのチェックか指導(具体的に必要)できる機関
6	各種センサー類の利用、工夫と業務改善

図16：身体拘束廃止に取り組む上で重要なこと



具体的に身体拘束廃止に取り組む為にはどのようなことが重要だと思われますかとの問いに、正しい知識や技術を身に付ける研修会を実施することが62施設(23.3%)と最も多く、次いで現場職員の意識を変えることが32施設(12.0%)、施設責任者(施設長、管理長)の意識を変えることが29施設(10.9%)、ベッド・車椅子等の設備の改善、建物等ハード面の整備を図ること28施設(10.5%)、施設等で利用するマニュアル・事例集を作成すること、事故が起こった場合の保障や処理方法を確立すること、現場職員の十分な確保をはかることがそれぞれ27施設(10.2%)等となっている。

## その他、身体拘束廃止についての意見、県に対する要望等

NO	
	<b>【研修について】</b>
1	抑制を強く希望する家族へ拘束廃止の方針を説明するが、理解を頂くのが難しい場合がある。実際に事故が発生した時に「抑制をしていないから」と言われる。事故への対処方法、責任問題等抑制廃止委員だけでは対応できないことがある。リスクマネジメントに関する研修を行って欲しい。・医師の身体拘束廃止について理解頂くのが難しい。
2	個別ケアの充実につながる研修の開催（身体拘束が減少すると思う。） アンケートの内容の開示が欲しい。（統計的な結果以外の各施設の意見等）
3	拘束について考える事で自分たちのケアを見直すこととなり、とても良かったと思っている。研修会をもっと多く持ち、老人についての知識を与える機会を持って欲しい。具体的なケースの紹介もあれば参考に出て来ると嬉しいと思う。
4	拘束を実施する側とされる側の認識にはかなりのズレがあるので、実際にする側とされる側を体験することでかなり減少するのではないかと思う。
5	勉強会や講演会の実施をして頂くと参加した職員の意識が高まりよいと思います。
6	勉強会を重ねるうち、車いすのベルト、ベッド柵・両手の拘束等廃止に向けて行動を起こす様になってきたが、安全につとめるには夜間の勤務等人員の問題がある。廃止について話し合いや機会を多く開催してほしい。
	<b>【マンパワー確保について】</b>
7	職員の意識が高まった。身体拘束の人数が減った。 やむを得ず行うケースがあるが安全確保のため見守り対応には現場職員の十分な確保が求められる。
8	安易に身体拘束する事は反対ですが、現状ではゼロにするのは現実的ではないと思われます。入院、入所されている方々のレベル、上司の意識・意見の問題、職員の意識、施設の作り、スタッフの数等をクリアしないとある程度の改善は望まれるかもしれませんがゼロにはならないと思います。
9	安全第一の考えで（責任を問われるのも怖い）特に夜勤は少人数で見ているので、頻回見廻りはできない。痴呆で予測のつかないことがおこりうる可能性が大きい。転倒リスクの少ないPTが、「夢見た。火事の夢を見た」とベッドの下に転倒してたことがあり、Drより責任を問われ、安全第一、4本柵必ず施行するように指示があり、拘束対策の話聞き入れてくれない。
10	現在の人員配置基準では、安全確保は困難。高齢者、特に痴呆のケアについて、十分な人員配置基準がなければ非常に難しい。また、家族側の意識改革も重要。「転ばれるより、拘束して」という家族の意向にどう対応するのか困る場合がある。
11	身体拘束廃止が叫ばれて数年以上は経過していると思いますが、現在も身体拘束をしている所があれば残念に思います。痴呆対応型共同生活介護の現場としてわずか9名の入居者ではありますが、介護に対する労力は特に夜間におきましては1人の夜勤者で排泄の世話、夜間せん妄に対する見守り等精神的ストレスを抱えながらの勤務であり、夜間の職員配置数を2人制にして欲しいとのスタッフの意見も多い。
12	身体レベルの低下、痴呆の増加等により現在の人員体制ではケアが困難になっている。拘束廃止の為にはマンパワーがどうしても必要になってくる。行政はそういう面を考慮する必要があるのでは？

13	特養における利用者の介護度が高くなり、それに伴い痴呆度も高くなっているため、見守り全介助の利用者が多くなり、職員の増員をしても間に合わない状況である。また、職員増については施設経営の面からも大幅な増員は難しい。
	<b>【委員会について】</b>
14	身体拘束廃止検討委員会の設置に関する資料があれば参考にして、早めに確実に実施したい。マニュアルおよび事故報告書の様式がほしい。
15	月1回の委員会を開催し検討しています。
	<b>【その他】</b>
16	現在身体拘束事例もなく苦情もありません。
17	最近、民間病院や公立病院からの転入院が増えています。その事例の殆どが車イスベルト、つな着、ミトン、上肢抑制等を継続したまま入院してきます。病院の役割として治療を主にしている事は理解できます。しかし、民間病院や公立病院で公然と行われている身体拘束がなぜ介護保険施設で厳しく問われているのか。調査の対象は一般病院までも広げなければ実態の把握は難しいと思っています。
18	身体拘束廃止に持っていきたいと常に心掛けてはいるが、特に経管栄養注入時等（常に10前後有り）自己抜去があれば肺炎や生命の危険等有り、患者様の安全管理上やむを得ず実施している現状がある。必要時の部分行動制限（抑制・拘束）については安全带として捉えた時もある。（保護帯）車運転中のシートベルトは安全確保。
19	身体拘束は基本的人権の侵害と認識すべきである。拘束は司法警察員の4に法的に許されている。医師・看護師・介護職員には身体拘束は許されていない。
20	定義をはっきりしていほしい。ある施設では4本柵ではなく2本にはしてあったが、結局長い柵を使用していたり、（2本）、ベッドの端から端までの柵があるためベッドから下りられない状況であったり、ふりこ型の車いすは、健康な人でさえ起き上がりができないし、どこまでの拘束なのでしょう
21	平成14年度に身体拘束廃止の活動をして現在、拘束はやっていませんが、立ち上がりの多い人、不穏、大声を出す人に対して、音楽を聴かせ少人数の対応でゆんたく、レクをしているのですが、痴呆が高度で10人以上になると見守りは厳しく、車椅子と机を並べてみたり、口調がきつく職員にもいらだちが見られます。
22	現在、当苑においては身体拘束を行っています。理由として、安全第一を考え他に方法がないと判断し、施設側よりご家族へ状況を説明した上で同意書を頂き、記録をとっています。拘束廃止委員会を設けて取り組んでいる中で万が一の転倒事故や転落事故にも対応できるように保険でのカバーも家族に説明しております。ご家族より事故が起きて（特に頭部打撲等）取り返しのつかない状況になった時、命は戻ってこないといわれた事があります。100%事故防止出来なかったら拘束もやむを得ない状況もあります。そういう方に対しての対応としてはどうしても同意書をもって身体拘束しているのが現状の方々です。そういう方に対してのも一方的に廃止してよいのですか。責任を含めて県としてコメントを頂きたいです。

## 身体拘束廃止に関するアンケート調査のまとめ

身体拘束廃止の様態とその件数のみに着目し、年度ごとに比較してみると、介護保険施行当初の平成12年度は3,566件であるが、平成14年度では963件となっており、急激に減少している。しかし、平成15年度と比較すると、1,031件と若干増加している。

施設側の意識としても、身体拘束が増えたとしている施設は、平成14年度は4.2%であるが、平成15年度は5.7%と平成14年度に比べて1.5%増加している。

その原因の一つとして考えられるのは、アンケート回答率の減少に見られるように、身体拘束廃止に対する関心が薄れてきており、取組自体が中だるみの傾向にあるのではないかということである。また、身体拘束廃止に積極的に取り組んでいる施設と積極的でない施設では温度差があり、積極的でない施設の身体拘束廃止が進んでいないことも考えられる。

では、今後身体拘束廃止への取組を進めていくために必要なことは何であるか。

アンケートでは身体拘束廃止に取り組むために重要なこととして、「正しい知識や技術を身につける研修会を実施すること」が全体の約4分の1を占めている。また、「現場職員の意識を変えること」「施設責任者（施設長、管理者）の意識を変えること」等の高齢者の介護に関わる人達の意識の問題だとしている意見も併せると、約半数が何らかの形で研修会・説明会等が必要だと考えていることがわかる。

また、自由意見で、「廃止に対する家族の理解を得ることが難しい」といった意見や、「事故が起こった際の責任問題に対する対応」を知りたいといった意見もあった。

今後の課題として、県の取組については、今回のアンケートの結果を踏まえて、直接高齢者のケアに関わっている職員に対する研修はもとより、施設責任者や家族に対しても身体拘束の定義や弊害等の基礎的な知識に関する研修会や勉強会などを行うことが必要であると考えている。

一番重要なことは、施設で身体拘束廃止に向けて積極的に取り組むことである。県で実施する各種研修会や本事例集などを積極的に活用し、身体拘束を廃止するという強い意志を持って取り組んで頂くことを期待するものである。



## 第4章 資料編

## 第4章 資料編

1. 「身体拘束ゼロへの手引き」(抜粋)  
(2001.3 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」発行)

身体拘束はなぜ問題なのか  
身体拘束は本当になくせないのか  
身体拘束廃止に向けてまずなすべきこと —— 五つの方針  
身体拘束をせずに行うケア —— 三つの原則  
緊急やむを得ない場合の対応  
身体拘束に関する説明書・経過観察記録

2. 沖縄県における身体拘束廃止推進事業の実施状況について

沖縄県身体拘束ゼロ作戦推進会議設置要項  
平成16年度沖縄県身体拘束ゼロ作戦推進会議委員名簿

3. 身体拘束廃止に関するアンケート調査票

4. 身体拘束廃止実態調査及び事例集等作成委員名簿

# 1. 「身体拘束ゼロへの手引き」(抜粋)

## 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。

### 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) 本人の間接の拘縮、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る転倒事故、ベッド柵のケースでは乗り越えによる転落事故、さらには拘束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** 身体的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、あきらめといった多大な精神的苦痛を与えるばかりか人間としての尊厳をも侵す。
- (2) 身体拘束によって、さらに痴呆が進行し、せん妄の頻発をもたらすおそれもある。
- (3) また、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・介護するスタッフも、自らが行うケアに対して誇りをもてなくなり、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、偏見を引き起こすおそれがある。また、身体拘束による高齢者の心身機能の低下は、その人のQOLを低下させるだけでなく、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。

### 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二次的・三次的な障害が生じ、その対応のためにさら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。

身体拘束の廃止は、この「悪循環」を、高齢者の自立促進を図る「よい循環」に変えることを意味しているのである。

## 身体拘束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、次のような行為があげられるが、このほかにも「言葉」による拘束など、虐待的な行為があってはならない。

また、「不必要なおむつ」が身体拘束につながることもあり、おむつが本当に必要かどうか高齢者の身になって考え、尊厳ある排せつケアを行うべきである。

徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。

転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。

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。

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。

点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、また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。

車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。

立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。

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。

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。

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。

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さまざまな固定観念があり、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」「スタッフ不足などから身体拘束廃止は不可能である」といった考え方である。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。

### 身体拘束は安全確保のために本当に必要なのか

身体拘束を廃止できない理由として、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」ということを考えてみよう。

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椅子ごと転倒したり、ベッド柵を乗り越えて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ということではないだろうか。

事故は防ぐ必要がある。しかし、その方法は身体拘束しかないのだろうか。

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に努めることである。例えば、夜間徘徊による転倒の危険性のある場合には、適度な運動によって昼夜逆転の生活リズムを改善することで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つける、足元に物を置かない、車椅子を改善する、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。

### 身体拘束の廃止は不可能なのか

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、食事の時間帯を長くすることで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、シーツ交換作業に時間がかからないようなシーツの改善などさまざま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いえば、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、「人手不足」を身体拘束を廃止できない理由とする前にどのような介護をめざ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。

## 身体拘束廃止に向けてまずなすべきこと ――― 五つの方針

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、まず以下の五つの方針を確かなものにするることである。

### 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、効果はあがらない。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整えることが考えられる。

### みんなで議論し、共通の意識をもつ

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、トップも含め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しれないが、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な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。

### まず、身体拘束を必要としない状態の実現をめざす

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つく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、またはその意味が理解できない場合
- (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。

## 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併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。手すりをつける、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対応が困難な場合については、日中・夜間・休日を含め施設・病院等のすべ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。

## 常に代替的な方法を考え、身体拘束するケースは極めて限定的に

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、いかに拘束を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。解決方法が得られない場合には、外部の研究会に参加したり、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）すべ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必要である。

## 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。」

- 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準  
（平成11年3月31日厚生省令第37号）
  - ・ 第128条（指定短期入所生活介護の取扱方針）第4項
  - ・ 第146条（指定短期入所療養介護の取扱方針）第4項
  - ・ 第163条（指定痴呆対応型共同生活介護の取扱方針）第5項
  - ・ 第183条（指定特定施設入所者生活介護の取扱方針）第4項
- 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準  
（平成11年3月31日厚生省令第39号）
  - ・ 第11条（指定介護福祉施設サービスの取扱方針）第4項
- 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準  
（平成11年3月31日厚生省令第40号）
  - ・ 第13条（介護保健施設サービスの取扱方針）第4項
- 指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準  
（平成11年3月31日厚生省令第41号）
  - ・ 第14条（指定介護療養施設サービスの取扱方針）第4項

### 身体拘束の定義

衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

（昭和63年4月8日厚生省告示第129号における身体拘束の定義）



## 身体拘束をせずに行うケア ————— 三つの原則

身体拘束をせずに行うためには、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3つの原則と、「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。

### 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」だといわれることがある。

- ・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、点滴の除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。

### 五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。起きる、食べる、排せつする、清潔にする、活動する（アクティビティ）という五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、「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、入所者一人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、一人ひとりを見守り、接し、触れ合う機会を増やし、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止め、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。

### 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さまざまな課題を真摯に受け止め、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いうまでもない。

## 五つの基本的ケア

以下の五つの基本的なケアを実行することにより、点滴をしなければならない状況や、転倒しやすい状況をつくらないようにすることが重要である。

### 起きる

人間は座っているとき、重力が上からかかることにより覚醒する。目が開き、耳が聞こえ、自分の周囲で起きていることがわかるようになる。これは仰臥して天井をみていたのではわからない。起きるのを助けることは人間らしさを追求する第一歩である。

### 食べる

人にとって食べることは楽しみや生きがいであり、脱水予防、感染予防にもなり、点滴や経管栄養が不要になる。食べることはケアの基本である。

### 排せつする

なるべくトイレで排せつしてもらうことを基本に考える。おむつを使用している人については、随時交換が重要である。おむつに排せつ物が付いたままになっていると気持ち悪く、「おむついじり」などの行為につながるようになる。

### 清潔にする

きちんと風呂に入ることが基本である。皮膚が不潔なことがかゆみの原因になり、そのために大声を出したり、夜眠れずに不穏になったりすることになる。皮膚をきれいにしておけば、本人も快適になり、また、周囲も世話しやすくなり、人間関係も良好になる。

### 活動する（アクティビティ）

その人の状態や生活歴に合ったよい刺激を提供することが重要である。具体的には、音楽、工芸、園芸、ゲーム、体操、家事、ペット、テレビなどが考えられる。言葉によるよい刺激もあれば、言葉以外の刺激もあるが、いずれにせよ、その人らしさを追求するうえで、心地よい刺激が必要である。

## 具体的な行為ごとの工夫のポイント

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。

### 身体拘束をしない工夫のポイント

徘徊そのものを問題と考えるのではなく、そのような行動をする原因・理由を究明し、対応策をとる。

- (例)
- ・例えば、心の中で描いている家に帰らなくてはと思い、夕方になると出かけようとする場合は、夕方寂しい思いをさせないように、一緒になじみの家具などの手入れをしたり、語りかけたりする。
  - ・歩き回っている高齢者の気持ちになって、一緒に歩いたり、疲れる前にお茶に誘うなどして本人を納得させる工夫をする。

転倒しても骨折やけがをしないような環境を整える。

- (例)
- ・敷物、カーペット類を固定したり、コード類などの障害物をできる限り居室や廊下などから移動させるなどしておく。
  - ・手すりなどのきめ細かな設置や、トイレなどの必要箇所の常時点灯など、転倒しにくい環境を整える。
  - ・弾力(クッション性)のある床材やカーペットを使用する。

スキンシップを図る、見守りを強化・工夫するなど、常に高齢者に関心を寄せておく。

- (例)
- ・目を見て話しかける、手を握るなどスキンシップを図り、情緒的な安定を図る。
  - ・不安や転倒の危険性があるときは付き添い、時折声をかける(遠いところや後方から声をかけると驚いて転倒したり、振り向き時に転倒したりするおそれがあるので、必ずそばで声をかけるようにする)。
  - ・目の届きやすいところにベッドを移動するなど、見守りができやすいように工夫する(ただし、排せつや更衣を行うときは別室に移動するなど、場所によってはプライバシーの保護に十分留意することが求められる。また、場所を移動することで不安や混乱を招かないよう、説明と安心できる環境づくりを工夫する)。
  - ・「ユニットケア」のように一定の場所で常時見守りと生活支援が行えるスタッフを要所要所に配置する。
  - ・夜間の観察や巡回の回数を増やす。そのために夜間のスタッフを増やすなどの応援態勢を組む。

-----  
**転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。  
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。**  
-----

身体拘束をしない工夫のポイント

**自分で動くことの多い時間帯やその理由を究明し、対応策をとる。**

- (例) ・例えば、昼夜逆転が起こり、夜中に起き出そうとする場合は、日中はベッドから離床するよう促すなど、一日の生活リズムを整える。
- ・昼夜逆転が起こらないよう、適切なケアと日中の適度な活動による刺激を増やしていく（老年期は夜間排尿回数が多いため、夜中に目が覚めて不眠となり、昼夜逆転が起こる場合や、向精神薬などにより睡眠時間が日中にずれ込む場合などがある）

**バランス感覚の向上や筋力アップのための段階的なりハビリプログラムを組んだり、また栄養状態の改善を図ることにより、全体的な自立支援を図る。**

**ベッドから転落しても骨折やけがをしないような環境を整える。**

- (例) ・ベッドの高さを調整し、低くする。
- ・ベッド脇に床マットを敷く。
  - ・ベッドの高さや幅を認識できない場合、清潔さに配慮したうえで、床に直接マットレスを敷き、その上で休んでもらう。
  - ・弾力（クッション性）のある床材やカーペットを使用する。

## 参 考

### 身体拘束をなくすためのベッド

身体拘束をなくすためには、ハード面での工夫がなされたベッドを導入することも考えられる。最近では、ベッドの高さを従来のものより著しく低くし、万が一転落した場合の衝撃を軽減することができるタイプのものが出てきている。また、介護の際に上半身を起こす等の高さ調節を行う機能や、背上げの繰り返しによる体のずれを低減して介護者の負担を軽減するような機能もつベッドも開発されている。

**見守りを強化・工夫するなど、常に高齢者に関心を寄せておく。**

- (例) ・ナースステーションの近くなど、目の届きやすいところにベッドを移動するなど見守りやすいように工夫する（ただし、排せつや更衣を行うときは別室に移動するなど、場所によってはプライバシーの保護に十分留意することが求められる。また、場所を移動することで不安や混乱を招かないよう、説明と安心できる環境づくりを工夫する）。
- ・「ユニットケア」のように一定の場所で常時見守りと生活支援が行えるスタッフを要所所に配置する。
  - ・夜間の観察や巡回の回数を増やし、そのために夜間のスタッフを増やすなどの応援態勢を組む。

.....  
**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。**

**点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、また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。**  
.....

#### 身体拘束しない工夫のポイント

**点滴、経管栄養等に頼らず、口から食べることができるかどうか十分に検討する。**

- (例) ・嚥下訓練を行いながら、1回に少しずつ口からの摂取を行い、徐々に回数を増やしていく(誤嚥しやすい場合は食後に咳払いをさせたり、食物を吐かないように注意して吸引を行う)。
- ・食物にとろみをつける、柔らかく煮るなど、飲み込みやすい工夫をする。
  - ・生活リズムを整えたり、食堂に連れ出ししたりすることで、本人の「食べたい」という意欲を引き出す。

**点滴、経管栄養等を行う場合、時間や場所、環境を選び、適切な設定をする。**

- (例) ・点滴や経管栄養をスタッフの目の届く場所で行う。
- ・処置中は会話やゲームなどをして患者の気を紛らわす。
  - ・点滴を入眠時間に行う。
  - ・点滴台を利用し、一緒に手をつないで歩くなど、利用者の行動に付き添う。

**管やルートが利用者に見えないようにする。**

- (例) ・ルートを襟から袖の中に通す。
- ・下肢を刺入部として、ルートをズボンの中に通す。
  - ・経管栄養のチューブが視野に入らないようにするため、鼻柱にそって額にテープで固定する、または横から出して耳にかける。

**皮膚をかきむしらないよう、常に清潔にし、かゆみや不快感を取り除く。**

- (例) ・内服薬、塗り薬の使用などにより、かゆみを取り除く。
- ・入浴の際は、皮脂を不必要に落とさないよう、石けんをつけすぎたり、皮膚をこすりすぎたりしないように注意する。
  - ・入浴後は保湿クリームを用いる。
  - ・かゆみを忘れるような活動(アクティビティ)で気分転換を図る。

.....  
**車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。**

**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。**  
.....

身体拘束しない工夫のポイント

**車いすに長時間座らせたままにしないよう、アクティビティを工夫する。**

**バランス感覚の向上や筋力アップのための段階的なりハビリプログラムを組んだり、栄養状態の改善を図ることなどにより、全体的な自立支援を図る。**

**立ち上がる原因や目的を究明し、それを除くようにする。**

(例) ・不安、不快症状を解消するため、排せつパターンを把握するなど、さまざまな観点から評価し、原因(車いすに長時間同じ姿勢で座っているため臀部が圧迫されている場合、車いすの座り心地が悪い場合、おむつが濡れたままになり不快なため何とかしようとする場合など)を発見する。

・昼夜逆転が起こらないよう、適切なケアと日中の適度な活動による刺激を増やしていく(老年期は夜間排尿回数が多いため、夜中に目が覚めて不眠となり、昼夜逆転がおこる場合や、向精神薬などにより睡眠時間が日中にずれこむ場合などがある)

**体にあった車いすやいすを使用する。**

(例) ・床に足がしっかりつくよう、体にあった高さに調整する。

・安定のよい車いすを使用する。

・ずり落ちないように、滑りにくいメッシュマットを使用する。

・適当なクッションを使用したり、クッションのあて方を工夫したりする。

**職員が見守りやすい場所ですごしてもらおう。**

(例) ・日中は極力ホールや食堂ですごしてもらおうなど、見守りやすいように工夫する。

・「ユニットケア」のように一定の場所で常時見守りと生活支援が行えるスタッフを要所要所に配置する。

---

**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。**

---

身体拘束しない工夫のポイント

**おむつに頼らない排せつをめざす。**

- (例)
- ・尿意のサインの有無、排尿回数、排尿間隔、失禁の状態などのチェックにより、排せつパターンを把握したうえで、適時のトイレ誘導を行う。
  - ・おむつをはずし、尿取りパットのみにするなど、個人にあった排せつ方法を検討する。
  - ・失禁があった場合は、簡単なシャワー浴などで清潔を保つ。

**脱衣やおむつはずし行為の原因や目的を究明し、それを除くようにする。**

- (例)
- ・肌着がごわごわしていないか、おむつの素材に問題はないか、排せつ物による不快感はないかなど、原因を究明する。
  - ・失禁の状態などから判断して、おむつからの離脱が困難な場合、排せつパターンに合わせた適時のおむつ交換を行う。

**かゆみや不快感を取り除く。**

- (例)
- ・内服薬、塗り薬の使用などにより、かゆみを取り除く。
  - ・入浴の際は、皮脂を不必要に落とさないよう、石けんをつけすぎたり、皮膚をこすりすぎたりしないように注意する。
  - ・入浴後は保湿クリームを用いる。
  - ・かゆみを忘れるような活動（アクティビティ）で気分転換を図る。

**見守りを強化するとともに、他に関心を向けるようにする。**

- (例)
- ・看護・介護職員室の近くなど、目の届きやすいところにベッドを移動するなど、見守りやすいように工夫する（ただし、脱衣が始まったときや、排せつや更衣を行うときは別室に移動するなど、場所によってはプライバシーの保護に十分留意することが求められる。また、場所を移動することで不安や混乱を招かないよう、説明と安心できる環境づくりを工夫する）。
  - ・「ユニットケア」のように一定の場所で常時見守りと生活支援が行えるスタッフを要所要所に配置する。
  - ・夜間の観察や巡回の回数を増やす。
  - ・会話や散歩などの活動を通して、他に関心を向ける。

---

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。  
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。  
自分の意志で開けることのできない居室等に隔離する。

---

身体拘束をしない工夫のポイント

迷惑行為や徘徊そのものを問題と考えるのではなく、原因や目的を究明し、それを取り除くようにする。

- (例)
- ・本人の状況や生活リズムを把握する。
  - ・迷惑行為や徘徊につながるストレスはなかったか(スタッフの関わり方、態度や言葉づかいなど)を検証し、不安、不快症状を解消する。
  - ・落ち着ける環境を整える。

見守りを強化・工夫するとともに、他に関心を向けるようにする。

- (例)
- ・看護・介護職員室の近くなど、目の届きやすいところにベッドを移動するなど見守りやすいように工夫する(ただし、排せつや更衣を行うときは別室に移動するなど、場所によってはプライバシーの保護に十分留意することが求められる。また、場所を移動することで不安や混乱を招かないよう、説明と安心できる環境づくりを工夫する)。
  - ・「ユニットケア」のように一定の場所で常時見守りと生活支援が行えるスタッフを要所要所に配置する。
  - ・夜間の観察や巡回の回数を増やす。
  - ・会話や散歩などの活動を通して、他に関心を向ける。



## 緊急やむを得ない場合の対応

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」の三つの要件を満たし、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、これまでにおいて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、次の要件・手続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」

### 三つの要件をすべて満たすことが必要

以下の三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** 利用者本人または他の利用者等の生命また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また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、いかなるときでも、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また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。

## 手続きの面でも慎重な取り扱いが求められる

仮に三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、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き等を定め、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態勢を原則とする。
- (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、十分な理解を得るよう努める。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、説明手続き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施設とし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と。この場合には、実際に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。

## 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) 具体的な記録は次頁のような「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関わ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、家族等関係者の間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。

## 身体拘束に関する説明書・経過観察記録（参考例）

### 【記録 1】

#### 緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書

様

- 1 あなたの状態が下記の ABC をすべて満たしているため、緊急やむを得ず、下記の方法と時間等において最少限度の身体拘束を行います。
- 2 ただし、解除することを目標に鋭意検討を行うことを約束いたします。

#### 記

- A 入所者（利用者）本人又は他の入所者（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
- B 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替える看護・介護方法がない
- C 身体拘束その他の行動制限が一時的である

個別の状況による 拘束の必要な理由							
身体拘束の方法 (場所、行為(部位・内容))							
拘束の時間帯及び時間							
特記すべき心身の状況							
拘束開始及び解除の 予定	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>月</td> <td>日</td> <td>時から</td> </tr> <tr> <td>月</td> <td>日</td> <td>時まで</td> </tr> </table>	月	日	時から	月	日	時まで
月	日	時から					
月	日	時まで					

上記のとおり実施いたします。

平成 年 月 日

施設名 代表者 印  
記録者 印

（利用者・家族の記入欄）

上記の件について説明を受け、確認いたしました。

平成 年 月 日

氏名 印  
(本人との続柄 )

【記録 2】

緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録

様

月日時	日々の心身の状態等の観察・再検討結果	カフアリス参加者名	記録者 サイン

## 2. 沖縄県における身体拘束廃止推進事業の実施状況について

### 1 事業の目的

平成12年度から介護保険法が施行され、身体拘束が原則として禁止されたことに伴い、その趣旨を徹底し実効をあげていくために、地域の実情に応じ相談体制等を整備するなど、介護現場における身体拘束廃止に向けた取組を支援していくことを目的とする。

### 2 実施主体 沖縄県

### 3 事業内容

#### (1) 身体拘束ゼロ作戦推進会議

身体拘束の廃止に向けた幅広い取り組みを進めるための協議を行うことを目的とし、学識経験者、介護保険施設関係者、利用者代表等で構成される会議を開催する。

年 度	会議開催回数	シンポジウム
平成13年度	2回(9月、12月)	2月(参加人数約500名)
平成14年度	1回(3月)	
平成15年度	2回(7月、10月)	1月(参加人数約500名)身体拘束ゼロおきなわ宣言
平成16年度	2回(9月、2月)	

#### (2) 身体拘束廃止相談窓口設置事業

介護保険施設等の介護・看護担当者や、利用者及び利用者の家族等の相談に応じ、拘束を廃止していくためのケアの工夫等について具体的な助言指導を行うための相談体制を整備する。

年 度	相談窓口委託施設名
平成13年度	介護老人保健施設 嬉野の園
平成14年度	北中城若松病院
平成15年度	北中城若松病院
平成16年度	

#### (3) 身体拘束廃止相談員養成研修事業

介護相談員や在宅介護支援センター職員等を対象とし、身体拘束廃止に関する基礎知識等に関する研修を行い、身体拘束廃止に向けた具体的な助言指導ができるような人材を養成する。

年 度	研修施設名	研修修了者数(人)
平成13年度	介護老人保健施設 嬉野の園	100
平成14年度	介護老人保健施設 嬉野の園	47
平成15年度	介護老人保健施設 嬉野の園	49
平成16年度	介護老人保健施設 嬉野の園	48

#### (4) 家族支援事業

身体拘束廃止に対する家族等の理解を促すために、家族向けの講習会や住民向けの説明会等を開催する。

年 度	内 容
平成14年度	特別養護老人ホームありあけの里へ委託(研修会・講演会の実施)
平成15年度	シンポジウム(平成16年1月28日)
平成16年度	

## 沖縄県身体拘束ゼロ作戦推進会議設置要項

### (目的)

第1条 介護保険法(平成9年12月17日、法律第123号)の施行により、介護保険施設等における身体拘束が原則として禁止されたことに伴い、その趣旨を徹底し、身体拘束の廃止に向けた幅広い取り組みを進めるための協議を行うことを目的として、沖縄県身体拘束ゼロ作戦推進会議(以下「推進会議」という。)を設置する。

### (事業内容)

第2条 推進会議は、次の事業を行う。

- (1) 身体拘束廃止に向けての身体拘束に関する意見や情報の交換
- (2) その他身体拘束廃止に向けて必要と認められる事項に関すること。

### (委員)

第3条 推進会議の委員は、次に挙げる者をもって構成する。

- (1) 学識経験者(大学関係者、弁護士等) 2名
  - (2) 介護保険施設関係者(沖縄県老人福祉サービス協議会、沖縄県老人保健施設協議会、沖縄県療養病床協会) 3名
  - (3) 介護保険サービス事業者等((社)看護協会、(福)市町村社会福祉協議会等) 2名
  - (4) 介護保険関係団体((社)沖縄県医師会、沖縄県理学療法士会、沖縄県介護福祉士会等) 3名
  - (5) 利用者代表(家族の会等) 1名
  - (6) 住民代表(介護相談員等) 1名
  - (7) 行政関係者(長寿社会対策室長) 1名
- 2 委員の任期は2年とする。但し、再任を妨げない。
  - 3 委員に欠員を生じた場合において、後任の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

### (会長及び副会長)

第4条 推進会議には、会長及び副会長を置き、それぞれ委員の互選で選出する。

- 2 会長は、推進会議の業務を統括する。
- 3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

### (推進会議)

第5条 推進会議は、会長が必要に応じて招集する。

- 2 推進会議は、専門的な助言や意見等を得るため、関係者の出席を求めることができる。

### (庶務)

第6条 推進会議の庶務は、沖縄県福祉保健部長寿社会対策室において処理する。

### (雑則)

第7条 この要項に定めるもののほか、推進会議の運営その他必要な事項については、別に定める。

### 附則

この要項は、平成13年4月1日から施行する。

この要項は、平成14年12月24日から施行する。

この要項は、平成15年3月10日から施行する。

この要項は、平成16年7月9日から施行する。

## 平成16年度沖縄県身体拘束ゼロ作戦推進会議委員名簿

	氏名	代表区分	所属団体・役職等
1	國吉 緑	学識経験者	琉球大学医学部保健学科 助教授
2	大城 宏子	学識経験者	大城宏子法律事務所 弁護士
3	大城 初美	介護保険施設関係者	沖縄県老人福祉サービス協議会 特別養護老人ホームいとまん 施設長
4	照屋 智恵	介護保険施設関係者	沖縄県老人保健施設協議会 介護老人保健施設かりゆしの里 看護師長
5	田頭政三郎	介護保険施設関係者	沖縄県療養病床協会 医療法人アガベ会 理事長
6	島村 枝美	介護保険サービス事業者等	沖縄県市町村社会福祉協議会連絡協議会 浦添市社会福祉協議会 総務課長
7	與儀とも子	介護保険サービス事業者等	社団法人沖縄県看護協会 常任理事
8	小渡 敬	介護保険関係団体	社団法人沖縄県医師会 常任理事
9	山城 幸信	介護保険関係団体	沖縄県理学療法士会 介護老人保健施設はまゆう 理学療法士
10	北田 恭子	介護保険関係団体	沖縄県介護福祉士会 ありあけの里デイサービスセンター ゆいポート生活相談員
11	堀川美智子	利用者代表	介護を考える女性の会 共同代表
12	内間 満子	住民代表	那覇市ちゃーがんじゅう課 市民介護相談員
13	長田 勉	行政関係者	沖縄県福祉保健部長寿社会対策室長

注 印は委員長、 印は副委員長

### 3. 身体拘束廃止に関するアンケート調査票

(NO. 1)

\*平成16年9月30日現在で記載して下さい。

1 該当する施設の種別に、印を付けてください。

- 1 介護老人福祉施設
- 2 介護老人保健施設
- 3 介護療養型医療施設
- 4 痴呆対応型共同生活介護
- 5 特定施設入所者生活介護

2 定員及び実際の入所者(9月30日現在)は、何人ですか。

定員 人、 実際の入所者 人

3 施設(又は法人)で、身体拘束廃止検討委員会等を設置していますか。

1 設置している。

委員会等の名称

実施主体 法人・施設・その他( )

回数 回 / 月・年

委員等職種

人数 人

設置年月 平成 年 月 日

\*委員会等の運営等について委員長のご苦勞話などがありましたら別紙にご記入ください。

2 設置していないが、設置を検討中

開催予定 平成 年 月 日

3 設置する予定はない。 \*理由をご記入ください。(理由 )

4 身体拘束を廃止した介護、看護の工夫例がありますか。

- 1 ある 差し支えなければ具体的な内容について別紙にご記入ください。
- 2 ない

5 身体拘束廃止に向けた介護、看護のマニュアルがありますか。

- 1 ある (作成時期 平成 年 月 日 )
- 2 ない

6 施設等において、身体拘束がやむを得ず行う場合がありますか。

- 1 ある 3 知らない
- 2 ない

7 質問6で1あると回答された施設 「やむを得ず」とは、次のうちどの場合ですか。下記項目より選び 印を付してください。(複数回答可)

- 1 医療上必要な場合
- 2 利用者本人の安全を確保する必要があるとき
- 3 介護の人手が足りないとき



- 4 他の利用者が危険にさらされている可能性があるとき
- 5 利用者の家族等が依頼しているとき
- 6 利用者の家族等が文書により同意しているとき
- 7 利用者が一部介助なしでは歩行が困難なとき
- 8 この方法以外に、介護方法がないとき
- 9 効率的に仕事をしなければならないとき
- 10 一時的、一過性のものであるとき
- 11 利用者本人が希望しているとき
- 12 その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

質問6で2ない又は3知らないと回答された施設「やむを得ず」とは、次のうちどの場合ですか。下記項目より選び 印を付してください。（複数回答可）

- 1 医療上必要な場合
- 2 利用者本人の安全を確保する必要があるとき
- 3 介護の人手が足りないとき
- 4 他の利用者が危険にさらされている可能性があるとき
- 5 利用者の家族等が依頼しているとき
- 6 利用者の家族等が文書により同意しているとき
- 7 利用者が一部介助なしでは歩行が困難なとき
- 8 この方法以外に、介護方法がないとき
- 9 効率的に仕事をしなければならないとき
- 10 一時的、一過性のものであるとき
- 11 利用者本人が希望しているとき
- 12 その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

8 質問6で1あると回答された施設：身体拘束を行う際に、その判断はどのように行われていいますか。最も事例の多いもの一つ 印を付してください。

- 1 医師（主治医、嘱託医等）指示
- 2 施設全体としての判断（検討委員会、ケース委員会等を設置）
- 3 管理者（施設長）の判断
- 4 現場スタッフ数名による判断
- 5 現場スタッフ個人による判断
- 6 家族による依頼
- 7 その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

質問6で2ない又は3知らないと回答された施設：もし身体拘束を行う際に、その判断はどうあるべきだとお考えですか。最も重視すべきと思われるもの一つに 印を付してください。

- 1 医師（主治医、嘱託医等）指示
- 2 施設全体としての判断（検討委員会、ケース委員会等を設置）
- 3 管理者（施設長）の判断
- 4 現場スタッフ数名による判断
- 5 現場スタッフ個人による判断
- 6 家族による依頼
- 7 その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

9 身体拘束を行った場合、記録していますか。

- 1 身体拘束の記録様式を作成し記録している。

- 2 入所者等の介護、看護記録様式に適宜記録している。
- 3 記録を行う場合と、行わない場合がある。
- 4 特に記録は行っていない。

1 0 身体拘束をやむを得ず行う場合、家族の同意を得ていますか。

- 1 文書による同意 (様式をご送付ください)
- 2 口頭での同意
- 3 特に同意を求めている

1 1 身体拘束廃止の為の対応策として、行ったことはありますか。

- 1 職員配置数を増やした  
(増員職種・人数 )
- 2 職員を外部の研修に参加させた  
(参加研修名)
- 3 職場で、身体拘束廃止の為の職員研修を実施した  
(開催年度 回数 )
- 4 その他 ( )

1 2 事故発生時の対応について、施設においてマニュアル及び事故報告書を作成していますか。

- 1 事故報告書の様式を作成し、随時職員からの報告を求めている
- 2 事故対応マニュアルを作成している
- 3 マニュアル及び事故報告書の様式は、特に定めていない

1 3 入所者及び家族からの苦情相談窓口を設置していますか。

- 1 相談窓口を設けている (相談担当者職種・人数 : )
- 2 意見箱を設置している
- 3 特に窓口を設けていない

1 4 その他、身体拘束廃止についてのご意見、県に対する要望等

身体拘束廃止に関するアンケート調査票（追加分）

1. 該当する施設の種別に、○印を付して下さい、

- 1 介護老人福祉施設
- 2 介護老人保健施設
- 3 介護療養型医療施設
- 4 痴呆対応型共同生活介護
- 5 特定施設入所者生活介護

2. 次の身体拘束を行っていましたか。該当する方の人数を記載してください。

1人の方について、複数の身体拘束を行った場合は、それぞれに記載して下さい。

（平成15年4月～平成16年3月の期間とする。）

人数	身体拘束の態様	
	1 ベット柵、腰ひも	転落しないよう4本柵（全面柵）にする。 ベルトでベットに固定。
	2 車椅子のベルト等	ずり落ちないように、ベルト、Y字抑制帯、テーブルを付ける。
	3 車椅子のベルト等	立ち上がって転倒ないように、ベルト、Y字抑制帯、テーブルを付ける。
	4 つなぎ服	おむついじり・外し、脱衣、不潔行為、掻きむしりの防止のため、つなぎ服を着せる。
	5 ミトン、手袋	皮膚のかき壊し防止や、点滴・警官栄養チューブをぬかないよう、ミトン、手袋を付ける。
	6 四肢をひもで固定	皮膚のかき壊し防止や、点滴・警官栄養チューブをぬかないよう、ミトン、手袋を付ける。
	7 便器への拘束	便器からの立ち上がり、転倒防止のため、ベルト、テーブル等で固定する。
	8 薬物の投与	妄想、暴力、徘徊を防止するため、必要以上の眠気、脱力、精神作用を減退させる向精神薬を投与する。
	9 隔離、出入り口等の施錠	感染症の感染防止のため、居室、便所、談話室等に施錠する。
	10 隔離、出入り口等の施錠	暴力行為を防止するため、居室、便所、談話室等に施錠する。
計		

3. 平成14年度以前と比較して、平成15年度の身体拘束の変化について記入して下さい。

1. 減った（                      件）
2. 増えた（                      件）
3. 変わらない

4. 具体的に身体拘束廃止に取り組むためには、どのようなことが重要だとおもわれますか。下記の該当欄に○印を付けて下さい。  
 (3項目まで選択してください)

○印	身体拘束に取り組む上で重要なこと
	1 施設の責任者(施設長、管理者)の意識を変えること。
	2 現場職員の意識を変えること。
	3 正しい知識や技実を身につける研修会を実施すること。
	4 施設等で利用するマニュアル、事例集を作成すること。
	5 ベット・車椅子等の設備の改善、建物等ハード面の整備を図ること。
	6 入所(利用)者の家族の意識を変えること。
	7 事故が起こった場合の保障や処理方法を確立すること。
	8 現場職員の十分な確保を図ること。
	9 身体拘束の監視機関を設けること。
	10 身体拘束の相談機関を設けること。
	11 その他(具体的に記入して下さい)

身体拘束廃止に取り組んだ個別事例

施設等種別 1 介護老人福祉施設    2 介護老人保健施設    3 介護療養型医療施設 4 痴呆対応型共同生活介護    5 特定施設入所者生活介護
施設名
記入者    職    氏名

入所者・患者	年齢	性別	入院月日
診断名	既往歴		
要介護度	痴呆性自立度		
A D L 状況			

拘束の種類	医療処置
拘束を開始した経過・理由	

拘束廃止に向けた取り組み経過 及び結果
---------------------

取り組みの今後の課題
------------

#### 4 . 身体拘束廃止実態調査及び事例集等作成委員名簿

委員名	職 場 名
佐久川 政吉	沖縄県立沖縄看護大学 老年保健看護 講師
照屋 智恵	介護老人保健施設 かりゆしの里 看護師長
宮城 和也	特定医療法人 アガペ会本部 人事考課担当 主任
儀間 奈美	沖縄県福祉保健部長寿社会対策室介護指導班 主任
福盛 久子	社団法人沖縄県看護協会 専務理事
與儀とも子	社団法人沖縄県看護協会 常任理事
名嘉地 静枝	社団法人沖縄県看護協会 理 事

#### 指導助言（スーパーバイザー）

身体拘束禁止とリスクマネージメント	沖縄県身体拘束ゼロ作戦会議委員長 沖縄県療養病床協会 医療法人 アガペ会 理事長 田頭 政三郎
身体拘束をめぐる法律問題	ひかり法律事務所 弁護士 阿波連 光
事例編 ワンポイント・アドバイス	特定医療法人 アガペ会 北中城若松病院 院長・理事長代行 涌波 淳子

高齢者の尊厳を守るために  
- 身体拘束ゼロに向けての実践事例 -

平成 17 年 3 月

沖縄県福祉保健部長寿社会対策室

沖縄県那覇市泉崎 1 丁目 2 番 2 号

TEL 098 - 866 - 2214

FAX 098 - 862 - 6325