

介護保険指定特定施設における 身体拘束廃止のための行動計画モデル

— サービスの質向上を目指して —

平成 15 年 3 月 31 日

社団法人全国有料老人ホーム協会

はじめに

平成14年度、有料老人ホームのサービスの質向上を目指す一環として「介護保険指定特定施設における身体拘束廃止のための行動計画モデル」事業をおこないました。

社会福祉法、消費者契約法、介護保険法等が制定・施行されるなど、少子高齢化への施策は大きなうねりとなって、既存の福祉を変えてきております。有料老人ホームは、これらの動きの一歩先を歩いてまいりました。しかしながら、こと身体拘束の問題については、積極的に取り組まれてきたとは言い難い点があります。

有料老人ホームは、その仕組み上、かかる費用の多くが利用者負担となり、そのことからもサービスの質の高さが要求されます。

本事業では「利用者へのサービスの質向上」という観点から、介護保険指定特定施設における身体拘束等の実態を調査するとともに、身体拘束廃止に取り組む具体事例を調査、これらを踏まえ、指定特定施設が拘束廃止に向けて組織的に取り組むための行動計画を策定いたしました。

本報告書を参考に、利用者の尊厳・自立支援の観点から、組織的に身体拘束廃止に向けた取り組みをおこなうことで、サービスの質の向上を目指していただきたいと強く願います。

最後になりますが、今回調査にご協力くださいましたホームの皆様に心からの御礼を申し上げます。

身体拘束廃止検討委員会
委員長 橋本 泰子

【平成 14 年度身体拘束廃止検討委員会 委員名簿（敬称略・五十音順）】

委員長 橋本 泰子 大正大学人間学部教授
厚生労働省「身体拘束ゼロ推進会議」委員
委員 池田 敬緯子 株式会社創世
聖ハートフルケア福島「十字の園」園長
勝又 三千子 主婦連合会参与
社団法人全国有料老人ホーム協会理事
田中 とも江 拘束廃止研究所所長
厚生労働省「身体拘束ゼロ推進会議」分科会委員
福山 宣幸 株式会社ベターナーシング代表取締役
ベターライフ・ノア 21 施設長
藤原 康人 パラマウントベッド株式会社
マーケティング室室長
松岡 昭任 社団法人全国有料老人ホーム協会顧問
松本 トミ子 ベルジ株式会社
ベルジ箕輪施設長
山崎 國治 済上医療福祉専門学校講師
社団法人全国有料老人ホーム協会理事
吉田 勘 吉田法律事務所所長
吉田 守孝 株式会社光風苑代表取締役
社団法人全国有料老人ホーム協会理事

目 次

A. 身体拘束廃止の理念-----	1
1. 身体拘束がもたらす弊害を強く認識する必要性がある -----	2
2. 「身体拘束禁止」の対象となる具体的行為とは-----	3
3. 介護保険制度・サービス基準の規定-----	3
4. 「緊急やむを得ない場合」が、常態化していないか -----	4
5. 記録の必要性 -----	5
B. 身体拘束廃止に向けた組織的な取り組み -----	6
1. 組織的な取り組みに当たって -----	6
2. 取り組みの方法 -----	7
(1)トップの決断と組織への支援表明	
(2)検討委員会の設置・運営	
(3)職員の意識改革	
(4)家族等の理解	
(5)法的責任について	
3. 介護のマネジメント -----	13
(1)アセスメント上の問題－事例の検討・分析	
(2)ケアプラン上の問題－代替方法の検討	
(3)「緊急やむを得ない場合」の手続き	
4. ホームにおける実際の取り組み -----	25
C. 調査結果に見る取り組み状況-----	37
1. 基礎調査票の分析結果 -----	37
2. 個別調査票の分析結果 -----	47
(1)調査票に見られる傾向	
(2)個別データに見る拘束行為の実施理由と廃止のため の方向付け	
(3)拘束事例に対する廃止検討の考え方	
(4)身体拘束疑問事例	

A. 身体拘束廃止の理念

平成12年4月に施行された介護保険制度により、従来は施設ごとの考え方で提供されてきた介護サービスについて、取り組みの方針、介護計画、利用者の同意要件などが示され、一定のルールのもとで提供されることとなった。

有料老人ホームを主とする介護保険指定特定施設（以下、「ホーム」という。）は、介護保険制度施行を機にホーム数が急増している。入居金も、一時金方式から賃貸方式まで多様化し、自立者向けホームから要介護状態で入居できるホームまで、利用者の選択肢が多様化したことは歓迎すべきである。

他方、介護サービス、特に身体拘束については、入居者の「安全」が何よりも大切、拘束しなければ大きな事故につながる、という誤った安全神話から、「やむを得ず」身体拘束する状況が続いてきたと考えられる。身体拘束は、入居者の身体や心を蝕む行為であり、非人間的な行為であり、事業者がこれを「安全」のためとして日常的な介護行為の一つと考えるのは、全くの誤りである。

いま、事業者には、入居者の尊厳を守る介護サービスが求められている。すなわち、入居者がどのような状態になろうとも、入居者とサービスを扱う者との関係は全く対等であつて、「安全」の視点からだけではなくその人らしい生活が継続されるように支え続けなければならない。

事業者は身体拘束を廃止するための理念を高く掲げ、拘束ゼロへ向かって積極的に組織的に取り組むことが必要である。

他方、介護保険制度の施行後、各都道府県では「身体拘束廃止推進会議」等を設置し、所管する介護保険指定事業者に対する各種調査や研修事業などをスタートさせた。また、介護老人福祉施設等では事業者団体などが中心となって、実態調査の実施や身体拘束廃止への具体的な取り組みを行なっている。しかし、制度施行4年目を迎える現在、当初ほど身体拘束廃止に向けた機運の高まりが見られなくなったのが状況である。

そこで、平成14年度、社団法人全国有料老人ホーム協会では、社会福祉・医療事業団の長寿社会福祉基金の助成を得て、指定特定施設が身体拘束廃止に向け組織的に取り組むための手引きとなる行動計画のモデルを策定した。以下は、その検討結果をまとめたものである。

1. 身体拘束がもたらす弊害を強く認識する必要性がある

身体拘束廃止を実現していく第一歩は、介護に当たる職員のみならず指定特定施設の責任者・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

①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。

- ・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褥瘡の発生などの外的弊害をもたらす。
- ・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。
- ・車いすに拘束している例では無理な立ち上がりによる転倒事故、ベッド柵の例では乗り越えによる転落事故、さらには拘束用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、本来の介護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まねく恐れがある。】

②精神的弊害・・・身体拘束は精神的にも多くの弊害をもたらす。

- ・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。
- ・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恐れもある。
- ・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される家族が多い。
- ・さらに、看護・介護する職員も、自らが行なう介護に対して誇りを持てなくなり、安易な拘束が士気の低下を招く。

③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・介護職員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。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い、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。

2. 「身体拘束禁止」の対象となる具体的行為とは

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、「身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為」である。

具体的行為の例として、以下の 11 項目が挙げられている。

- ① 徘徊しないように、車いすや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、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。
- ⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型拘束帶や腰ベルト、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。

上記はあくまでも例である。この他にも、心理的拘束（メンタルロック）や言葉による拘束（スピーチロック）など、入居者の行動を制限したり尊厳を傷つける行為がある。ホームは、これまでのサービスの提供方法を振り返り、どのような行為が拘束に当たるかを掘り下げて検討しなければならない。

3. 介護保険制度・サービス基準の規定

介護保険事業者の指定基準でも、「身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為」は禁止されている。

省令 37 号(サービス基準)

第 184 条（指定特定施設入所者生活介護の提供の取扱方針）第 4 項

指定特定施設入所者生活介護事業者は、指定特定施設入所者生活介護の提供に当たっては、当該利用者又はその他の入所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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行ってはならない。

老企 25 号（省令 37 号の解釈通知）

第 13 条 特定施設入所者生活介護

3 運営に関する基準(7) 指定特定施設入所者生活介護の提供の取扱方針

基準第 184 条第 4 項において、当該利用者又は他の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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行ってはならない旨を定めたところであるが、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、緊急やむを得なかつた理由を記録しなければならないものとする。

4. 「緊急やむを得ない場合」が、常態化していないか

上記の指定基準では、「緊急やむを得ない場合」について、「切迫性」「非代替性」「一時性」という3つの条件をすべて満たした上で例外的に認めている。しかし、当委員会が先般実施した、身体拘束廃止への取り組み状況調査で回答のあった個別事例を見る限り、身体拘束が一時的ではなく日常的に行われていることが見てとれる。

生活の場としてのホームにおいて、拘束に関し、代替方法を構じられない状況はごく稀なはずであり、職員の連携や痴呆症への専門的な対応、発想の転換が、大部分の身体拘束を廃止する。

下記に参考として「緊急やむを得ない場合」の定義を示すが、身体拘束廃止に向けた取り組みにおいては、「緊急やむを得ない場合」を逃げ道にしない決意が必要である。

※「緊急やむを得ない場合」

介護保険指定基準上、当該利用者または他の利用者等の「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つの要件をすべて満たし、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、介護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的な事態」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なうことのないよう、次の要件・手続きに沿って慎重な判断を行なうことが求められる。

- ①切迫性・・・利用者本人又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。
- ②非代替性・・・身体拘束その他の行動制限を行なう以外に代替する介護方法がないこと。
- ③一時性・・・身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

* 「切迫性」の判断を行なう場合には、身体拘束を行な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な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」の判断を行なう場合には、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、他に代替方法が存在しないことを複数の職員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

行なわれなければならない。

- * 「一時性」の判断を行なう場合には、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。

要件を満たす場合であっても留意すべき点

- ①「緊急やむを得ない場合」かどうかを施設全体として判断すること。またそのためのルールや手続きを定めておくこと。
- ②緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合でも、「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。
- ③利用者本人や家族に対し、実際に身体拘束を必要とする時点で、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を詳細に説明し、十分な理解を得るよう努めること。またそのための説明者や説明手続きについて定めておくこと。

5. 記録の必要性

緊急やむを得ず身体拘束等を行なう場合には、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、今後の検討材料とともに、利用者本人、家族、及び都道府県等より開示を求められたときには速やかに開示できるよう保存しておかなければならない。

B. 身体拘束廃止に向けた組織的な取り組み

1. 組織的な取り組みに当たって

ホームが身体拘束を廃止するための取り組みを実施する場合、まず、組織自身が取り組むべき内容と、利用者の状態等に特化して検討すべき内容に整理する必要がある。検討項目が決まった段階で、廃止までの行動計画のスケジュールを作成する。

以下はそのモデルである。

		15年度	16年度	17年度
01	廃止に向けた理念構築			
02	検討委員会の設置・運営			
03	職員の意識改革（研修等）			
04	家族への説明と理解			
05	事例の検討	原因分析		
06		介護方法見直し		
07		ケアプラン作成		
08		緊急時対応		
09	諸記録様式の作成			
10	組織風土の醸成			
11	困難事例の検討			
12	損害賠償保険			
13				
14				
15				

身体拘束廃止に向けて、組織を挙げて取り組むために重要なことは、トップから一人ひとりの職員に至るまで全員が身体拘束を廃止する、という決意をもって、モチベーションを高め、そのために必要な様々な取り組みを行なうことである。

他方、利用者に関しては、施設内の身体拘束事例を再検証し、代替方法を検討するなど、介護サービスの提供方法そのものを見直すことが重要である。

以下、上記モデルの主な点について解説する。

2. 取り組みの方法

(1) トップの決断と組織への支援表明

今回、各ホームの協力を得て実施した、「身体拘束廃止への取り組み状況調査」において、身体拘束を廃止できない理由として多く挙げられたのは、

- ・ 事故の危険が大きいから
- ・ 職員が付き添えない時間帯があるから
- ・ 家族の理解が得られないから 等であった。

これらの理由はある意味で組織の「事情」であり、介護の本質や利用者保護の点からは容認できない。入居者に対する身体拘束の実態を職員一人ひとりは、自分の身に置き換えて、抜本的に介護のシステムを見直す必要がある。

身体拘束廃止に向けた組織的な取り組みの第一歩は、法人の代表者が強い意志を持って取り組む姿勢を、すべての関係者に宣言することである。その上で、廃止のための組織作りを主導し、組織への支援を約束しなければならない。実際に取り組む過程では作業が行き詰まることもあり、その際にも代表者がリーダーシップを発揮できるかどうかが鍵となる。

ホームの実際の取り組みの中から、以下に例示する。

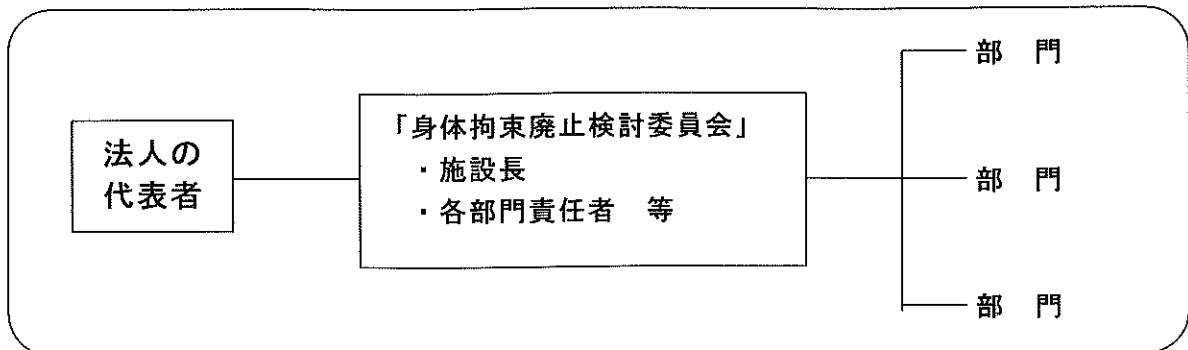
- ・ 拘束による身体拘束、薬物による拘束、暴言による拘束はすべて禁止、という基本方針に沿って運営している。
- ・ 入居者一人ひとりが入居前どおりの生活を送っていただくためのお手伝いをさせていただく、という考え方であるため、そもそも身体拘束という概念が存在しない。
- ・ ホーム開設当初より、身体拘束は行わない、という方針を打ち出している。
- ・ 会社の基本方針・理念に明記している。
- ・ 介護サービス基準表や介護業務マニュアルに明記している。
- ・ ホーム内に【入居者の権利】として掲示している。
- ・ 周知文書を作成した。「私たちはサービスの提供に当たり、入居者の生命、身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束及び入居者の行動を制限する行為はいたしません。」

(2) 検討委員会の設置・運営

身体拘束廃止に具体的に取り組む上で、最も重要な要素が、代表者より一定の権限を付与された「身体拘束廃止検討委員会」の設置及びその運営である。ここでは、身体拘束廃止に必要な業務、スケジューリングや拘束事例の分析及び代替策の検討、事故防止策の検討などを行なう。

特に、事故防止策の観点では、平成13年度に社団法人全国有料老人ホーム協会が社会福祉・医療事業団の助成金事業として取りまとめたケアリスクマネジメントハンドブック

に示す「事故防止委員会」との連携や双方を結合した組織づくりも考えられる。
委員会は、施設長及び各サービス提供部門の責任者が構成員となる。



当該委員会において、身体拘束廃止に関する実施計画、職員の研修活動、事例検討などを行なう。

(3) 職員の意識改革

「身体拘束廃止検討委員会」が活動を行なう中で、職員自身が漫然と拘束行為を行なつていたり、拘束を行なわないことによる危険への不安など、職員の意識に十分留意しなければならない。身体拘束を行なう事による弊害や利用者保護の意味などを、研修会の実施やOJTなども活用しながら、拘束廃止に向けすべての職員がモチベーションを持てるような仕組みを検討する必要がある。

特に、職場に新しく配置される職員などについては、採用時・採用後研修のカリキュラムの一つとして位置付けたい。拘束廃止に向け努力しているホームでは、新任職員自身に「身体拘束」という考え方がないことが分かる。

実際の活動では、以下のような取り組みが見られる。

- ・ 厚生労働省『身体拘束ゼロの手引き』を基に研修し、その後毎月の職員研修で職員の意識の徹底化を図っている。
- ・ 月1回のカンファレンスの際、事例ごとに拘束かどうかを検証している。
- ・ 外部研修会を活用している。
- ・ 都道府県の相談窓口を訪問し、他施設の取組内容の情報収集を行なう。
- ・ 入社直後の研修で他の方針と共に説明、その後も随時実施している。
- ・ 朝・夕礼時、身体拘束をしないための事例検討会を実施している。
- ・ 毎月の職員研修時に、職員への意識の徹底（アンケート、フリートーキング、禁止事項の確認等）を図っている。
- ・ 看護職員の勉強会（1時間×5回／年）、外部研修に参加した職員による伝達講習、フォローアップ研修（30分×3回／年）、参考図書の継続読み合わせなどを行っている。

(4) 家族等の理解

前述の「取り組み状況調査」で、「拘束をしないと家族が不安がるから」「拘束を廃止したいが家族に拒否される」など、廃止できない理由を家族に求める例が目立った。

たしかに、廃止への取り組みが進んでいるホームでもなお、このような理由で身体拘束を廃止できない事例がある。もし、家族に不安があるとすれば、そこには拘束をすれば事故はおきず「安心」であるという漠然とした思いこみがあるだけで、ホームの介護技術の適否を指摘しているものではない。

むしろ、施設側が介護のプロとして、事故のリスクを含む廃止に向けた具体的な取り組みの方向性や、利用者の尊厳を守る決意を明確に示し、その上で家族の理解を得るために十分な話し合いを行なうことで上記のような理由は減少すると考えられる。

家族の理解を得るための取り組みの例：

- ・ 法的に廃止の方向になっている旨を説明し、理解いただいている。
- ・ 入居にあたって説明を行ない、理解は得られている。その上で日常的にも常時説明している。
- ・ 代替方法を家族と一緒に検討し、安全面が確認された段階で実施、家族にも経過観察をしていただいている。
- ・ 入居者の現状を詳細に説明し、拘束をしないことによる事故の危険性と、ご本人の回復の可能性及び尊厳を説明し、事故の危険性についてはホーム側の対策・方法を提示し、理解していただいて実行する。それでも理解していただけない場合には、他のケースの取り組みを説明し、理解いただく。
- ・ ホームの努力を見せてことで、これまでに家族に理解されなかったことはない。
- ・ 日常的に入居者の生活状況を家族に説明し、理解を得ることが重要。時間経過の中で入居者が変化していく姿を理解していただくこと以外にない。

しかしながら、拘束廃止に至っていないホームの意見として、次のような声も挙がっている。

- ・ 家族が夜間のベッド柵の使用を強く希望される為、やむを得ず使用している。
- ・ 説得しているが、家族の承認を得られない。
- ・ 病院からの退院直後には特に家族から拘束の要望が強い。

「病院からの退院直後」では、経過的な治療施設である医療機関と、生活の場であるホームの差異を家族に理解していただく必要がある。

家族の理解を得るためにには入居前からの説明や日常的なコミュニケーション、ホームの理念等を真摯に伝えていくことが基本である。特に指定特定施設の場合は、入居者の意思表示の可否や身体状況が異なるため、家族との対応をきめ細かく行なう必要がある。

身体拘束廃止へのホームの姿勢を的確に家族に伝え、信頼関係を醸成するための考え方として、あるホームの取り組みを紹介したい。

ご家族から事故を防止するため、時として「ベッドに縛りつけてください。」等の激しい言葉が出る場合があるが、

- ・ 私ども介護を行なう者として、人権を無視したそのような行為は絶対にできない。

- ・危険な行動をされるその原因(不安要因等)を探り、事故を未然に防ぐ方法を工夫する。
- ・事故を心配するより、拘束されない自由な個々の人格を維持していただくことの大切さ

等を説明し、理解を得たいと考える。

また、事故が起こってしまった場合でも、日常行なっている介護の内容や事故に至った経緯について隠さず報告・説明し、取り組んでいる拘束廃止の工夫を真摯な態度で説明し、理解を得る。

(5) 法的責任について

一般的にホーム内で発生するサービス提供上の事故の法的責任については、次のように考えられる。

① ホームの法的責任

高齢者向け施設における事故に係る訴訟は、過去においては極めて少ない。例えば、食事中に食べ物が喉に詰まったが、施設が緊急対応を行わなかった特別養護老人ホームでの過失責任による有罪判決、同様の状況で発生後に職員による緊急対応が行われたことにより棄却された事例、隔離された痴呆症の利用者が窓から転落死した老人保健施設の管理責任に対する有罪判決などがある。しかし、ホームのサービス提供にかかる責任そのものを追求する裁判が最近では微増している。

上記の判例は民法第415条並びに同第715条に係るものだが、ホームと利用者の法的責任の関係は、おおむね次のような内容と考えられる。

◎管理責任（安全配慮義務に基づく）

◎民事責任（債務不履行責任と不法行為責任など。被害者の金銭的救済を目的とする。）

◎刑事责任（業務上過失傷害罪など。刑事処罰を目的とする。）

他方、ホームにおける具体的な民事責任としては、

a. 法人→利用者

－債務不履行責任（民法第415条）

入居契約上の義務の不履行または不完全履行によるもの

－使用者責任（民法第715条1項）

職員が故意または過失（不法行為責任）により損害を与えた場合、使用者も同一の損害賠償責任を負うもの

－土地工作物責任（民法第717条）

土地工作物の安全性の欠如により入居者に損害を与えた場合に負うもの

b. ホーム管理者→利用者

－代理監督者責任（民法第715条2項）

職員の使用者である法人に代わって事業を監督する者（ホーム長等）も損害賠償責任を負うもの

c. 職員→利用者

－不法行為責任（民法第709条）

故意または過失により違法に損害を与えたことによるもの

－過失行為責任（民法第709条）

ホームが利用者の監護を怠ったなどの過失があることによるもの

など、立場と関係によってその責任範囲が異なる。

②安全配慮義務

事故に伴う事業者の責任範囲を考えるときに問題となるのは、ホームの入居者に対する「安全配慮義務」についてであろう。

職員の過失で利用者に損害を与えた場合のみならず、例えば、自立した入居者が夜間、居室で事故を起こすなど、直接職員が係わっていない場合でも、ホームとしてはどこまでを「安全配慮義務」として責任を負うのか、などといった問題である。

ホームと入居者は、入居契約を締結することで、法律上の契約関係が成立し、債権債務を負うものである。これによりホームは約したサービスを利用者に提供する義務を負い、利用者はそのサービスを受ける権利を持つことになる。ただし、ホームには必ずしも契約書に規定がなくても、利用者を守るために信義上の義務を負い責任をもつ。

昭和56年2月、最高裁判所は次のような判例を示している。

『ある法律関係に基づいて特別な社会的接触関係に入った当事者間においては、一方が他方にその生命及び健康を危険から保護するよう配慮する義務(注:安全配慮義務)を信義則上負っていると解するべきである。』

契約書に規定されていなくても、当該契約の付随義務として、ホームは利用者の「生命」及び「健康」等を「危険」から保護する義務を負っているのである。実際の裁判では個々の事案内容に応じてホームの安全配慮がどこまでいきわたっていたかが、個別に問われることになる。

ホームが具体的に安全配慮義務を尽くしていたかどうかの判断根拠は、一つは事故の「予見の可能性」、もう一つは「回避の可能性」がポイントとなる。ホームは当該事故の発生を予測することができていたか、さらに事故を回避するためにどのような手段を講じたかであり、これらを行わなかった場合、ホームの過失責任は重く問われることとなる。また、職員においても、専門職として相応の高度な注意力が求められる。そもそもホームには事故の危険があり、そこへ入居する高齢者への介護サービス提供者には専門的な知識や技術が求められているのである。「業務上過失」責任等の刑事責任でいう「業務上」は、ある一定の資格や能力を持つ者の行動を示している。つまり、ホーム及び職員には、入居者の生活上、発生し得る危険を予測し、事故に至らないための方策を積極的に実践することが求められているのである。

また、職員が事故を起こした場合の過失認定に際しては、同じ職業や社会的地位にある通常人と比較して、客観的にその水準を満たしていたかどうかを問うのが一般的である。

他方、被害者である入居者の過失責任は上記の逆で、「本人に危険を予見する可能性があったか」「本人に事故を回避する能力があったか」という点において過失を判断することとなる。

さらに、職員体制についても考える必要がある。前述の、損害賠償請求が棄却された事例においては、入居者の誤飲事故の際に介護職員がタッピングすると同時に、そばにいた看護職員が指で異物を搔き出し、吸引機による吸引を行ない、速やかに医療機関へ搬送したことが結果的にホームの過失を否定することとなった。この事例から考えなければならないのは、昨今問題になっている、介護職員が医療との関係性でどこまで緊急対応に関与できるか、といった問題と、3食の食事時間帯等における看護職員の配置の問題である。

人員配置が十分に行なえないため、「拘束」が安全配慮義務に伴う責任と安易にむすびつき、むしろ「拘束」を廃止することでどのような事故が発生しても、すべての責任がホー

ムに負わされる、という誤解が根強く、拘束を行なう言い訳の一つとなっている。仮に居宅の場合、高齢者本人や家族が日常的に注意を払っていたとしても転倒による骨折などは防止できない。しかし、ホームにおける介護に対して「100%事故が起こってはならない」という完全さへの期待が、入居者やその家族にあるとしたら、ホームが介護のマネジメントの中で、利用者ごとに事故リスクのアセスメントを的確に行ない、必要な代替ケアを提供し、安全対策も講じている、といった通常考えられる取り組みを行ない、そのことを家族に十分に説明し、納得してもらう一方、ホーム側も他のホームと比較した上でそこに妥当性があるかどうかを常に検証する。そのような行為が日常的に行なわれているかどうかが、仮に訴訟問題に発展した場合に過失責任を問われるか否かの重要なポイントであると考えられる。

3. 介護のマネジメント

個々の利用者に対する拘束行為の原因分析、代替方法をケアプラン上に具体的に記載する必要がある。

つまり、特定施設サービス計画書の目標設定として当該拘束行為の廃止を記載し、そのための具体的な取り組みを他の介護サービス同様に記載していく作業である。

身体拘束の弊害は、利用者の行動を無理に抑え込むことで、正確なニーズの把握やアセスメントができなくなるところにもある。

(1) アセスメント上の問題－事例の検討・分析

身体拘束の廃止にまず必要なのは、拘束行為そのものの再検討である。拘束がなぜ必要と考えられ実施されているのかを客観的に分析する必要がある。

ここでは、協会が平成13年度に実施したケアリスクマネジメント事業から、【S H E L】モデルを用いて例示する。

(例)「夜間、ベッドから転落する危険性があるので、ベッドの周囲に柵を設置している。」

		拘束を行なう理由	障害の除去
S	ソフトウェア	夜間の巡回頻度が少ない	効率的な巡回方法の検討
H	ハードウェア	ベッドと床面の段差が大きい	衝撃吸収材の検討、低床ベッドの導入
E	生活環境	痴呆症で徘徊が頻回	日中の活動時間を増やし、夜間の安眠を検討
L 1	利用者や家族	家族から拘束の希望あり	拘束廃止への理解を促す
L 2	職員やホーム	夜間対応が難しい	人員増、センサー設置による集中管理

このようにS H E Lでは、それぞれに拘束を行なってもやむを得ない、とホームが考える【根拠】を浮き彫りにし、さらにこれを解消するための具体策を廃止委員会で検討するなど、障害を除去する作業を行なう。

ホームが身体拘束を行なうのには、漫然と行われている場合は論外として、S H E L項目で見た場合に、必ず原因となる状況が存在する。これらについて一つひとつ除去策を検討する。

この際、利用者ごとの心身特性に応じた検討が必要であるが、組織的な対応の観点から、前述の11項目の具体的身体拘束行為ごとに一定の考え方を検討することも重要である(後述)。ただし、この11項目に該当しないからといって拘束にあたらない、と判断しないよう留意したい。

(2) ケアプラン上の問題－代替方法の検討

①個別分析の結果に基づき、拘束を廃止する介護方法を検討する。

痴呆症の利用者の場合、食事中に椅子からずり落ちる、徘徊する、自傷行為がある、歩行中に転倒の危険がある、など様々な行動となって表われる。まず、個別の事例ごとにアセスメントを行なうことで、その原因と代替方法を考える。

「予測される事故を未然に防止するため」と称して拘束を行なっている場合。仮に【ずり落ち】を防止するならば、車いすのフィッティングなど、ハード面からのアプローチが必要であり、また夜間のトイレへの移動時に発生しやすいベッドからのずり落ちであれば失禁ケアを実施し、夜間のトイレ誘導のタイミングを作ることで、従来以上に夜間職員数を増やすとも対応できるなど、創造性を持った代替方法を検討したい。

また、つなぎ服の着用であれば、原因が身体をかきむしることにあるならば、皮膚疾患の治療、抜管防止のためのミトン手袋であれば栄養注入中は付き添ってコミュニケーションをとったり、管を目につれないよう工夫するなど、個々の利用者にあった対応方法を検討する。

代替方法を検討する上で注意したいことは、例えば「離床」というケアプラン上の目標が「車いすで生活していただくこと」などにすりかわっていないか、といった点である。車いすはそもそも移動の手段であることを認識する必要がある。また、調査結果でベッド柵について「ベッドが壁に接しており、2本柵だが拘束にあたるか。」といった疑問が提起されているが、柵数の多寡と拘束廃止の議論は根本的に次元が異なる。

従来の「介護の常識」を脱却し、利用者の生活の視点が求められる。

ケアプランは実施前に利用者又は家族の同意を要する書面であり、廃止に向けたホームの決意を家族に直接示すための資料でもある。

ホームが行おうとする代替方法の実施経過は、専用の経過記録書に記載し、これについては適時カンファレンス等で評価を実施、効果が得られない場合にはさらに代替方法を検討するなど、介護のマネジメントの一環として地道な努力が求められる。

これらの作業で最も留意すべきことは、身体拘束廃止のための代替方法の検討が、「危険の回避」に力点が置かれるのではなく、対象者の生活の質を落とすものであってはならない、ということにある。行動を制限せずに入居者の活動性をどう確保するか、人間性からのアプローチが、介護の専門職に求められるのである。

参考までに、ホームにおける実際の取り組みの中から、代替方法等にかかる工夫を紹介する。

- ・つなぎ服を着用し退院して来た方に対し、介護職員、看護職員が生活状況について話し合いながら、通常のパジャマや衣服に変更していく。
- ・要介護の入居者及び家族に身体拘束や言葉での拘束も含め、説明し理解を求めている。また、リスクに関する説明も行ない、リスク同意書の提出もお願いしている。
- ・健常者の方々にも、月1回の会合で理念、介護方針を説明している。
- ・日常、情緒不安定にならないための優しい声掛けとスキンシップに心掛け、個人のニーズや心配事は瞬時に解決、解消するよう努めている。
- ・体動の大きい入居者の夜間・日中対応を巡回、スタッフの配置を含めプランに組み込んでいる。
- ・ベッドからの転落防止に、低床マットを敷く。
- ・車いすからのずり落ち防止には、ずり落ち防止クッションを利用。
- ・リクライニング式の車いすで、前のめりでの転落防止（座位保持安定する）を行なう。
- ・徘徊、車いすの急な立ち上がり対策には、レクリエーション参加により意識づけを行なう。
- ・自由な徘徊を認め、的確な職員配置による見守りを行なう。
- ・ハード面の工夫では、フロア等のスペースの改善を行なう。
- ・おむつ外しには、排便のチェック表作成、排泄パターンにあわせトイレ誘導、又おむつ交換の実施。
- ・徘徊にはマンツーマン対応を行なう。
- ・不穏状態の伝染防止には、グループでのアクティビティを活用する。
- ・低床ベッドの導入、ジョイントマット、転倒防止用マットをベッドサイドに敷く。車いすにクッションを敷く等、ハード面での整備も同時に行っている。
- ・椅子で座位をとっている方のずり落ち防止の為に、太ももの下にバスタオルを使用して、太ももを少し上げている。
- ・ずり落ち防止のために車いすにベルトをしていたが、チルト機能のある車いすに交換し、ベルトをはずすなどしている。
- ・離床センサー、フットセンサーを活用して、拘束の回避をはかっている。
- ・拘束対象者の夜間状況の把握の為、1時間毎の状態にて記録を行っている（拘束時間の短縮を図るため）。

②医師の関与

特に痴呆性の入居者の場合、治療、向精神薬の問題等を含め、ホームの協力医やかかりつけ医が「拘束廃止」というホームの理念・方針を共有できるかどうかが重要となる。

向精神薬を使用する目的が生活のリズムを作るきっかけにあるなど、入居者の状態改善のためのものであり、単に行動を制限するだけのものであってはならない。

ホームと共通の理念や考え方をもつ専門医の関与が求められる。

③ハード面の工夫としては、座位保持の問題が大きい。

まず、毎日の生活リズムや行動パターンを把握し、起こりうる事故の危険性によって、居住環境の工夫を検討する。

また、福祉用具についても、入居者ごとに検討が必要となる。

ア. 車いすの検討

現在使用している車いすの仕様が、利用者の体格に合っているか、折りたたみ式の場合にスリングシートが滑りやすくないか、などのアセスメントを行なう必要がある。

さらに、利用者の加齢に伴い再アセスメントを実施する必要がある。このように、車いすのフィッティングを行なうことで、拘束帯を外せることとなった事例は多い。

座位保持における基本的な留意点は、

- 寸法・・・座幅と奥行きが身体に合っているか
- ティルト機能・・・肢位を維持したまま全体として角度を変えられるか
- リクライニング機能・・・背面が後方へ傾き座面との間の角度を変えられるか

である。

ただし、ハード面の工夫においては、ずり落ち、転落、立ち上がりなど、その行動自体がどのような原因で起きたか、利用者の精神的な要因もアセスメントすべきである。

座位保持のための道具選びについて、以下に例示する。

車いす

- ..歩行は困難だが車いすの自操が可能な方（片手片足駆動、両上肢駆動、足こぎ等）
- ..歩行は困難だが、精神状態が不安定で移動の欲求が強い方や一定時間以上その場に居られない方
- ..移乗動作や介助の回数が増えることで、不安や怒りが生じやすい方
- ..移乗動作や介助の回数が増えることで、疼痛や脱臼などの機能障害を引き起こす可能性が高くなる方
- ..現行では、車いすのサイズにバリエーションがある為、より適合するものを選びやすい

特殊車いす

- (コンフォート・リクライニング)
- ..頭部の保持ができない方
 - ..座位保持ができない方
 - ..不随意運動がある方
 - ..耐久性がない方
 - ..リクライニング機能を用い、食事などの介助が安全・快適に行えるようになる方

椅子

- ..座位保持が可能な方
- ..立って歩く方
- ..歩行は困難だが立てる方
- ..移乗することに負担の少ない方

ソファー

- ..休息や安楽を必要とする方

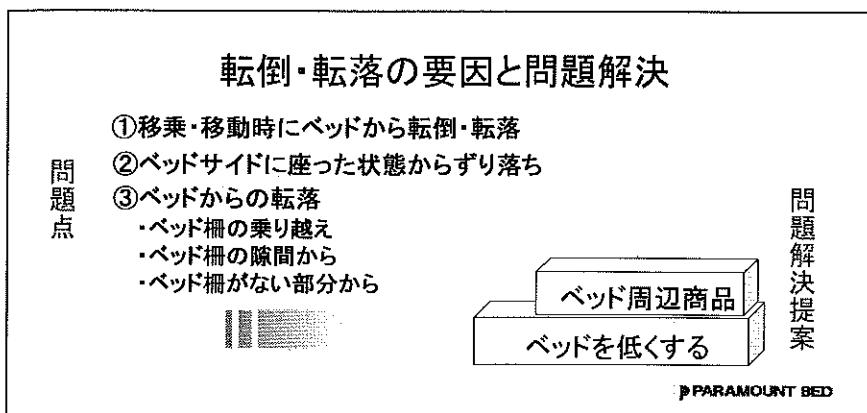
イ. ベッドの検討

ベッドからの転落防止については、ベッドメーカーの調査と商品開発の結果を例示する。
(資料提供：パラマウントベッド株式会社)

転倒・転落を含む事故の発生状況には「移乗・移動時にベッドから転倒する」「ベッドサイドに座った状態からずり落ちる」「ベッドから転落する」といったものがある。

このような問題に対し、床（ゆか）からボトム面（マットレスを乗せる面）までの高さを25cmとした「低床タイプ電動ベッド」とその周辺商品での対応策を紹介する。

ベッドを低くすることは、かかとを床（ゆか）につけて安定した端座位が取れる点、万が一の転落時にもその衝撃を緩和できる点で転倒・転落に有効である。

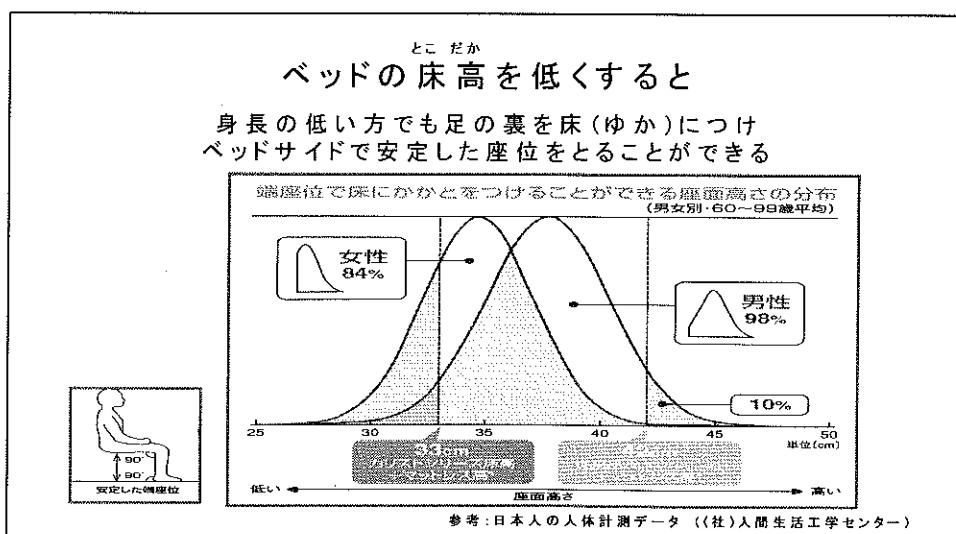


a. 低床タイプ電動ベッド

60歳以上の日本人の座面高さのデータ¹⁾によると、座面高さが従来のベッドと同じ42cm以上ある方は、60歳以上の日本人の約10%にすぎない。

しかし、33cm²⁾になると女性で約84%、男性で約98%が含まれ、これだけの方がかかとを床につけて安定した端座位を取れるようになる計算になる。

なお、ベッドが本来持つべき快適性・安全性への製品的配慮も必要である。



1)『日本人の人体計測データ Japanese body size data 1992-1994』(社)人間生活工学研究センター より
パラマウントベッド社にて算出

2) ボトム高さ 25cm のベッドに高さ 8cm のマットレスをのせた場合

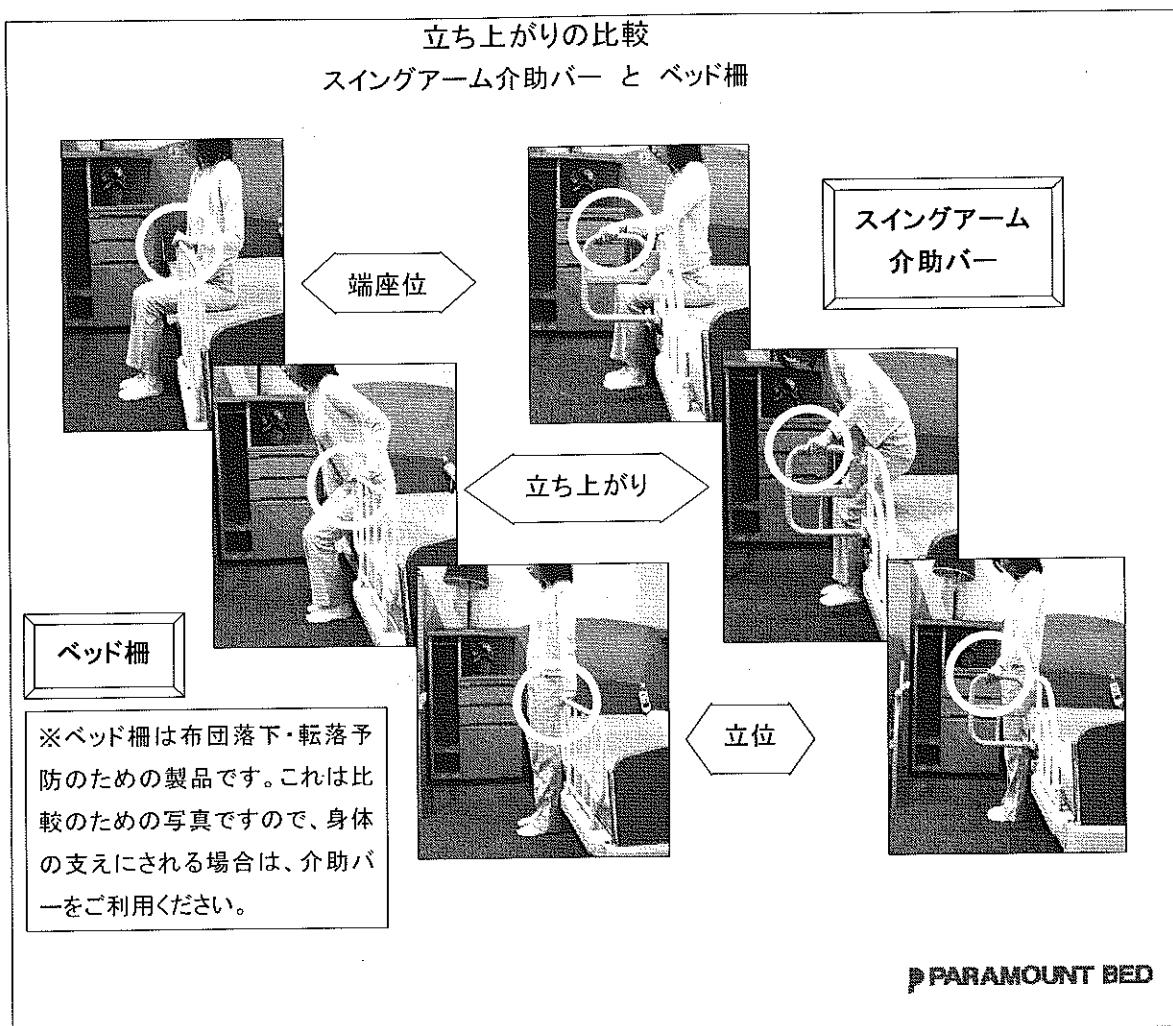
b. 低床タイプ電動ベッドとオプション製品での解決提案

ベッドは単体よりも、併用する商品との組み合わせでより有効に活用できる。低床タイプ電動ベッドと次に紹介するオプション商品でベッド周りの転倒・転落の解決提案を行なう。

(1) ベッドからの転倒への解決提案

i) 介助バー

ベッドに取り付けて使用する手すり機能を持つ介助バーは、身体の前方向を掴むことで安定した端座位を持続させたり、立ち上がりの際の支えにしたり、立位姿勢で身体を支持したりすることが可能であり、ベッドからの移動や移乗時の転倒予防に有効である。



(2) ベッドからの転落への解決提案

i) サイドサポート

これは、ベッドサイドが若干立ち上がる程度の拘束感の少ない形状と柔らかい素材を採用した、ベッド柵の代わりに設置する商品である。柵に囲まれているという精神的拘束感を低減し、かつ、ベッドの端を認識させられる形を追求している。

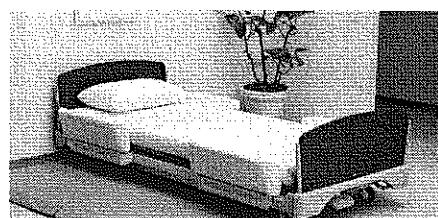
拘束感が要因でベッド柵を乗り越えたり、少しの隙間から出ようとしてしまうとすれば、サイドサポートの使用により、その要因は取り除くことが可能と想定できる。

ii) 衝撃緩和マット

これは、ベッドの横に敷き、万が一転落した際の衝撃を緩和するマットである。歩行や車いすの乗り上げが行いやさしいよう端面を斜めにカットし、視認性を高めるため灰色で縁取りしている。

裏面には床（ゆか）面に対する滑り止めを設け、使用しない時は折りたたんで、ベッドのヘッドボードに引っ掛け、格納することもできる。

このように、転倒・転落への対策としてまずベッドを低くすること、さらに使われる方の状態に応じてベッド以外の商品の組み合わせで、問題解決を図ることが可能である。



衝撃緩和マット

①ベッドサイドに敷く

②端面は斜めにカット

③滑り止め付

④ヘッドボードに格納

▶ PARAMOUNT BED

**低床ベッドと
周辺商品での問題解決**

転倒転落への対策として
まずベッドを低くする

使われる方の状態に応じて
ベッド以外の商品の組み合わせで
新たな問題解決

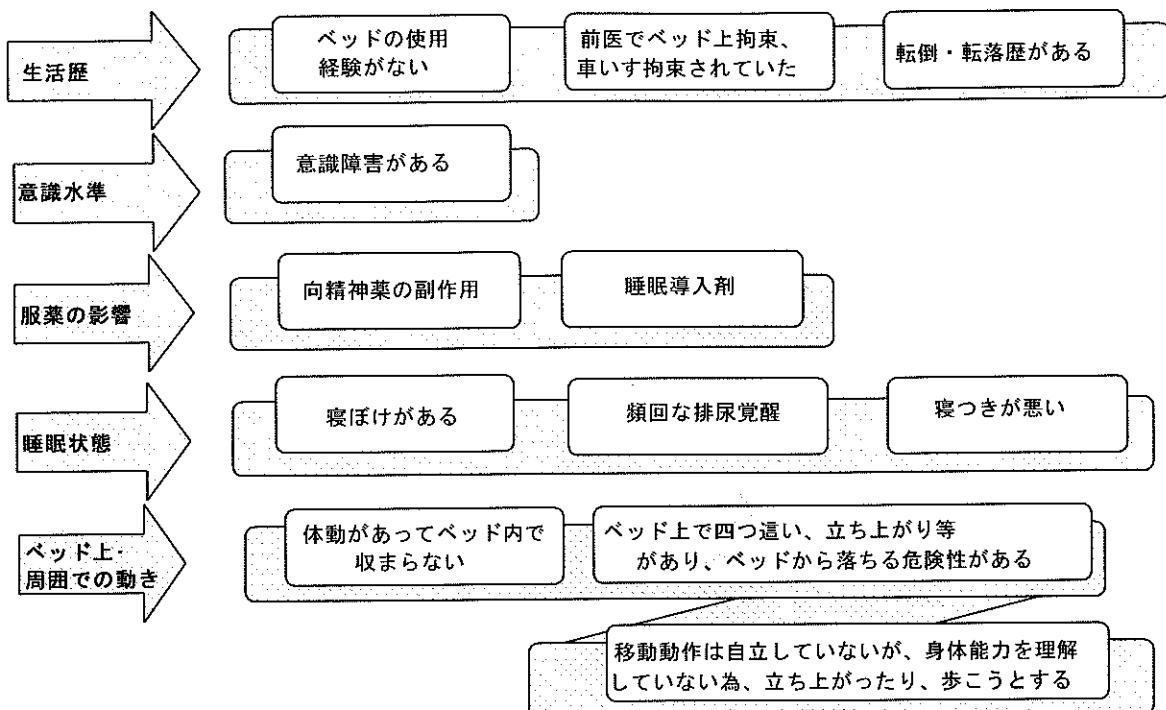
▶ PARAMOUNT BED

車いすのフィッティング同様、ベッドについても個々の利用者に合った製品の導入が求められる。

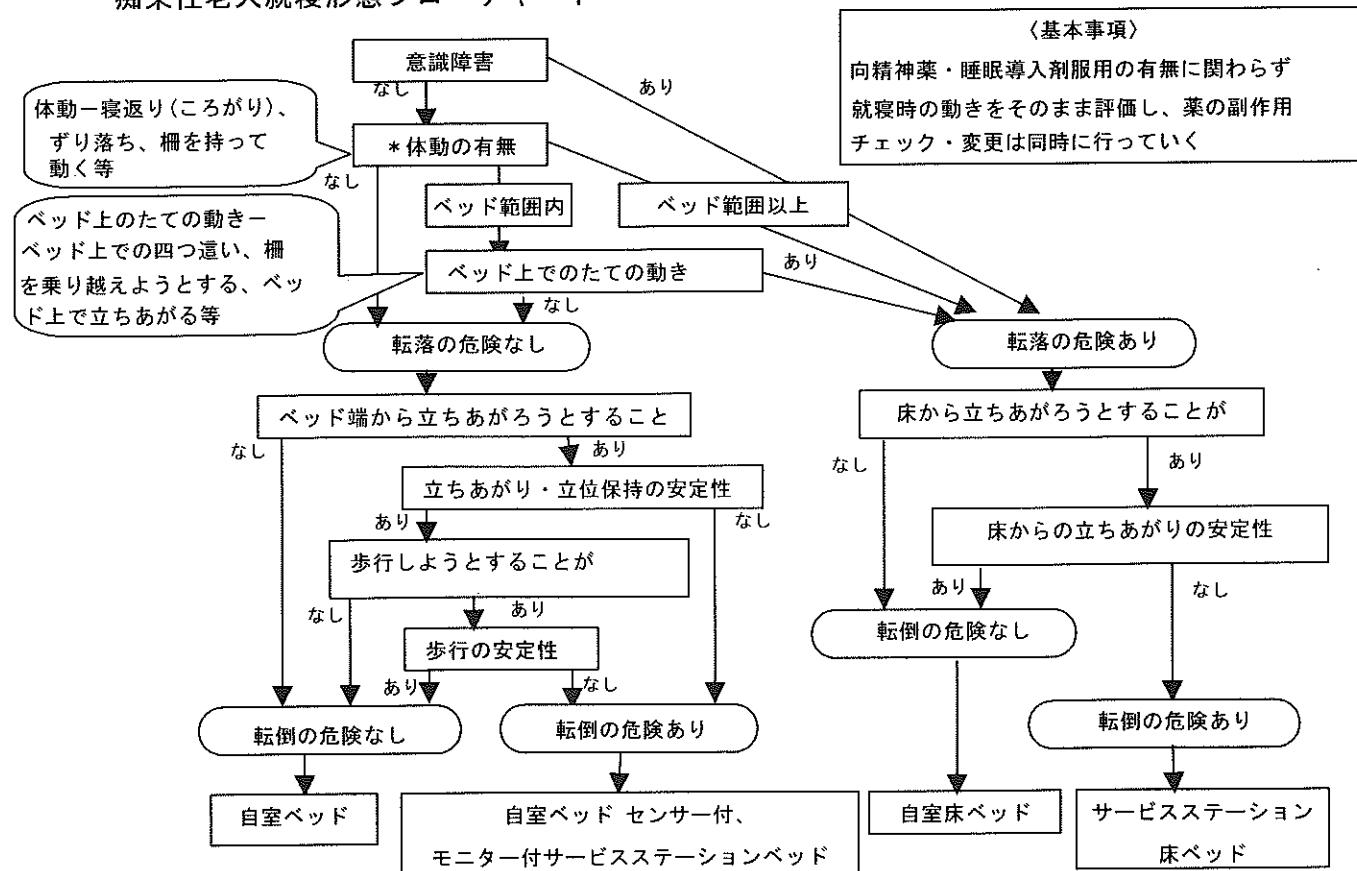
参考までに、ベッドに関するアセスメント、及び痴呆性高齢者の就寝形態のフローチャートを例示する。(資料提供：田中とも江委員)

床ベッドのアセスメント

ベッドからの転落・転倒の危険要因



痴呆性老人就寝形態フローチャート



(3) 「緊急やむを得ない場合」の手続き

前述の、「緊急やむを得ない場合」の3つの要件（切迫性、非代替性、一時性）については、ホームとして具体性を持たせる必要がある。この要件も具体事例においては判断が分かれるところであり、身体拘束をせざるを得ないとホームが考える事例は、すなわちホームの介護の限界点である。

「緊急やむを得ず」身体拘束を実施する場合の各種手続きについては、「身体拘束廃止検討委員会」において慎重に検討し、設置要綱に基づく規定としてマニュアルを作成する。

手続マニュアル内容例：

- ①「緊急やむを得ない」場合の認定手続き（検討機関、決定者 等）
- ②家族への説明と同意（説明書・同意書等の様式作成 等）
- ③拘束の経過と再評価（介護記録、カンファレンスでの代替策検討 等）
- ④拘束中止の判断基準

様式例

(資料提供: 株式会社太平洋シルバーサービス)

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書

様

1. 様の状態が下記の 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小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なうことを約束いたします。

記

- | |
|--|
| A 入居者（利用者）本人又は他の入居者（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なう以外に代替する看護・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	月 月	日 日	時から 時まで

上記のとおり実施いたします。

平成 年 月 日

シルバーシティ石神井 代表者
記録者

印
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)

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

シルバーシティ石神井

月日/時	日々の心身の状態等の観察・再検討結果	カンファレンス参加者	記録者印

身体拘束廃止に向けての説明書

様

シルバーシティ石神井

1. 様の精神的負担が大きく、身体拘束その他の行動制限に代替する看護・介護方法で対応できると思われるため、下記の方法と時間帯等において最小限度の身体拘束にとどめ、全面廃止に向け実施いたします。
2. ただし、解除することのリスクはあると思われますが、最大限の協力をなうことをお約束いたします。

記

個別の状況による拘束廃止 が必要な理由	
現在の身体拘束の方法（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	
拘束解除の予定	月 日 時までに

上記のとおり実施いたします。

平成 年 月 日
シルバーシティ石神井 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 (本人との続柄) 印
)

4. ホームにおける実際の取り組み

ここでは、身体拘束廃止に向けての取り組みを行なっているホームの中から、3ホームについて、具体的な内容を紹介する。

a. シルバーシティ石神井(東京都練馬区)

1. ホームの概要

・類型 介護付終身利用型

・職員体制（平成14年7月1日現在）

要介護者等の人数 39人

直接処遇職員の人数（常勤換算）36.1人 （職員割合 1.1:1）

2. 介護の理念

高齢者のお客様に尊敬の念を持って接し、ご家族に代わって一人一人のニーズにあつたきめ細かいサービスを提供することにより、いつまでも快適なシニアライフをお過ごしいただく。

3. 身体拘束廃止に向けた取り組みの流れ

時 期	内 容
平成12年3月	介護保険発足を前に、身体拘束廃止に向け現状の見直しを行った結果、不必要的拘束が行われていたことに気づき、職員の目をそこに向けた。（ベッド4点柵、Y字安全ベルト等は、危険であろう、あつた方が安心という中での拘束であった。） 介護保険の説明を施設長が行なう中、介護現場の職員は入居者個々の身体状況・生活状況をチェックし、家族に説明し理解を求め拘束を解いた。
平成12年4月	1か月見直しの結果、ベッド4点柵 5名、Y字ベルト 5名であった。 施設側の身体拘束廃止に対する方針を再度説明した。 ケアプランの見直し、人員配置、期間設定など内容をご家族はもちろん職員にも再度理解を求め、日々変わり行く入居者の表情・施設内のハード面、ソフト面を見ていただき、一人に3か月をかけ確実に廃止した。 *初めは家族の猛反対にあったが、3か月かけて表情等をみてもらった。また、ヘルパーの配置を替え、見守り巡回を頻回にした。
平成12年10月	K様 Y字帯が外れていたが大腸癌のため入院し、人工肛門造設手術を行い、その際認知能力低下の為、タッチガード（ベッドマットにベルト固定、体位交換・座位可能）・不動手袋（ミトン型手袋を使用の上、動かないように体につける）を使用した為に精神状態が不安定になり、毎日施設から病院に職員が出向き、日中の見守り介助を行った（日中は拘束解除・夜間のみ拘束）。

平成13年2月	K様 室内にて転倒 左大腿部頸部骨折 手術不可の為、自然治癒、認知能力低下により安静不可の為、医師の指示に基づき車いすY字ベルト使用、ご家族に説明、様子観察のもと2か月使用する。その後は声かけ・見守りにより拘束なしにて安全に過ごしている。
平成13年7月	O様 誤嚥性肺炎の為入院、7月16日胃ろう造設、自己抜去防止の為、手の拘束が病院にて始まる。
平成13年8月	O様 退院自己抜去継続との申し送りあり、経管栄養中は様子観察の為、ヘルパーが居室内にて見守り対応（手遊び人形を作り、意識をそらす）、その他の時間は頻回訪室により、声かけ・見守りを行なう。 *胃ろう抜去に苦労している。今後、図書室にビデオ等を設置し、ヘルパーとお茶飲みでもしながらの、食事をする雰囲気を楽しんでもらえるよう、検討している。
平成14年6月	S様 室内杖歩行の方、トイレ移動中、転倒。左大腿部頸部骨折、入院中不穏体動激しく拘束ベルト使用、自己にてハサミでベルトを切ってしまった。また、不潔行為があり、つなぎ服を着せられ、6月29日退院となる。ご家族に理解を求め普通のパジャマに替え、巡回を頻度に行い、その都度清潔にした結果、落ち着きを取り戻した。 *立ちあがりブザーは付けていない。機械は使わないようにしている。各階待機をして対応。
平成14年11月	H様 自力歩行の方、室内にて転倒。右大腿骨転子骨折 点滴抜去・体動激しく四肢拘束不穏の為、食事拒否、施設側より食事介助に出向き、食事を口にするようになる。 11月29日退院後も頻回な訪室、声かけ、見守りにより拘束なく過ごしている。
平成15年1月	A様 入居時付き添い者同行、ベッド4点柵・柵縛り・向精神薬依存がみられた。一つひとつご家族と確認し3日、1週間、1か月と時間をかけ拘束はなくなった。 *退院後に入居した方。病院からつなぎをされた状態で退院。向精神薬は本人の安定のため必要な量だけに減らしてもらった。また1週間、柵4点を3点にして様子を見させてもらう。排便リズムを1週間でつかみ、誘導を行なう。

4. 身体拘束についてのホームの基本的な考え方

身体拘束は、人権擁護の観点からの問題があるだけでなく、高齢者のQOLを根本から損なう危険性を有している事や、人間としての尊厳も侵される、身体拘束の問題は、高齢者ケアの基本的なあり方として、重要課題と位置付けている。

5. 廃止に向けたホームの方針の公表

東京都の「身体拘束のない介護」ポスター掲示・入居者懇談会での廃止推進委員会設置の説明や相談窓口の掲示、また、ご家族の個別相談等実施。

6. 検討委員会の設置・活動内容

名 称：「身体拘束を考える委員会」

構 成 員：常勤者 4 名（園長、ヘルパー長、主任、生活リハビリ担当者）

非常勤 4 名（日勤 2 名、夜勤 2 名）

活動内容：月例委員会 月 1 回、必要に応じて随時開催

*できるだけ多くの人が参加できるようにミーティングの都度開催。

7. 職員への研修活動

1) 職員の意識改革・意思統一として、研修会の実施

2) 各種会議 月 1 回（社員・日勤・夜勤・ナース・フロント）他随時開催
社員ミーティング、日勤帯ミーティング、夜勤帯ミーティング等

3) 具体的事例の発表（事故報告書・事例共有・記録作成）

内容：①拘束が心身に及ぼす影響 ②廃止に向けて対策・工夫
③実例についての研究 ④職員配置の工夫

4) 東京都の研修会の参加、身体拘束廃止推進員となっている

8. 介護のマネジメント上の取扱い

個人記録作成。アセスメント実施。

*排便チェック表（個人表と一覧表あり）

9. 家族とのコミュニケーション

①ご家族へ個別に「健康面の経過観察報告」・「身体拘束廃止説明」を随時行なう。

②月 1 回発送の便りに、施設の行事お知らせや個別近況をお知らせする。

③事情で来館できないご家族へは、都度電話や手紙また、管理者が宅訪をして、健康状態・
状況説明をする。

10. 身体拘束廃止成功事例（代替方法、ハード面の工夫等）

ハード面の改善 平成 12 年 4 月・5 月

① 館内 1・2・3 階共有スペース・廊下・居室トイレ手摺取り付け

② 居室トイレ段差解消ラバー取り付け

③ 代替ケア・・・事例

*拘束を廃止することで、個別ケアが見えてくる。

トイレ誘導を頻回にしたことで、おむつ使用量が 1/3 減少。

重度介護の人が多いが、生活リハビリテーションとしてトイレ誘導だけしている。

11. 廃止困難事例

※モーニングケア時、ドアが少々開いていると、徘徊者が他の居室に入室する為、他の入居者が恐怖を覚えることがある。介護終了後、施錠して移動することが稀にある。

※室内での転倒事故

12. 現状の課題

経管栄養の方が増え、1対1の人員配置が困難になり、ワンルーム多人数の形態を考慮中。
向精神薬の服用法の検討。

高齢者の実態の再確認（お風呂の入り方、A D L の低下によりどのような変化があるか）。
現状をスタッフ全員で把握し、ケアプランに組み入れる。

「やって差し上げる」という意識が強い。ケアはそれだけではないことを認識する。

b. 聖ハートフルケア福島「十字の園」(福島県福島市)

1. ホームの概要

- ・類型 介護付終身利用型
- ・職員体制 (平成14年11月1日現在)
 - 要介護者等の人数 64人
 - 直接処遇職員の人数 29人
 - 職員割合 2. 2 : 1

2. 介護の理念

「十字の園」という意味は、2000年の昔、人類の救い主イエス・キリストが人類の罪の身代わりとなって十字架についてくださった、愛の心で運営する施設というもの。お元気な方から介護の必要な方まで、ご入居されている皆様やご家族様に「愛と安らぎ、安心と快適」な生活をお過ごしいただくため、お一人お一人にきめ細やかな処遇とまごころの介護を提供させていただく。

3. 身体拘束廃止に向けた取り組みの流れ

時 期	内 容
平成11年10月	安全ベルト10名（転倒防止のため実施）、介護用つなぎ7名（弄便行為等のある方に対して実施）の廃止に向けての取り組みの開始と同時に廃止。
平成12年4月	介護保険施行に伴う身体拘束の廃止
	身体拘束検討委員会の設立
	職員研修会の実施（月1回）
平成13年3月	身体拘束廃止ふくしま宣言の策定に伴い、より一層取り組んでいく。

4. 身体拘束についてのホームの基本的な考え方

入居者の人権と尊厳を尊重し、安心した生活を送っていただく為、身体拘束をせず、問題行動の把握と代替ケアを考え実施していく。また、身体拘束廃止に向けての家族の理解を得ることで迅速な廃止を実行していく。

5. 廃止に向けたホームの方針の公表

福島県「身体拘束0（ゼロ）運動のポスター」の掲示、個別相談の実施、入居者懇談会での拘束廃止の公表。身体拘束廃止ふくしま宣言を全職員に配付し、朝礼で読み合わせ、ケアナースステーションに掲示している。

6. 検討委員会の設置・活動内容

名称：「身体拘束検討委員会」

構成員：園長、看護婦長、ケアサービス課長、ケアリーダー（3名）、担当職員

活動内容：必要に応じて隨時開催、月1回委員会主催の研修会開催

7. 職員への研修活動

- ・「介護技術勉強会」を月1回、2時間程度実施し、職員全体の介護知識と技術の向上と身体拘束防止への取り組みや方法を検討していく。
 - ・車いすに実際に乗って、入居者の1日を追ってみる。
 - ・おむつをして、排尿してみる。
 - ・特浴に実際に入ってみる。
- ・福島県主催の研修会に出席。

※実際の目で感じることが大事。自分が介助される体験をすることが、意識改革、レベルアップにつながっている。

8. 介護のマネジメント上の取扱い

- ・アセスメントの実施（「アセスメント項目」設定有り）
 - ・施設サービス計画書作成
- その他、「排泄表」、「痴呆型生活状況調査」、「基本的生活能力調査表」、「ケア日誌」

9. 家族とのコミュニケーション

- ・ご家族へ手紙又は電話で月に1度、ご本人の身体状況や生活状況をお知らせする。
- ・ケアプランの送付（更新認定ごと）
- ・ハートフル便り（園の情報誌）を送付し、園内の行事や出来事・情報をお知らせする。
- ・お客様の状態の変化については、その都度電話・手紙・電子メールにてお知らせする。

10. 身体拘束廃止成功事例（代替方法、ハード面の工夫等）

平成11年9月頃まで車いす上にて経過中に危険の可能性のあるお客様（歩行による転倒、車いす上からのずり落ちによる事故等）に安全対策という視点から、「安全ベルト（キーパー）」と、おむついじりをするお客様に対し「介護用つなぎ」を使用していたが、平成11年10月に拘束を廃止した。

- ・「安全ベルト（キーパー）」について

① 歩行し転倒のおそれのある入居者に対し

→職員完全付き添いのもと、車いす上にて過ごしていただき、歩行動作を行なう際の時間・理由（主にトイレ）等を把握し、徐々に完全付き添いの時間を短くした。また、全職員（介護・看護・介助員）に申し送ることにより、ほぼ完全に近い状態で見守りを行った。また、歩行による転倒の危険性を根気よく説明し、理解を得ようと転倒を防止した。

その結果、転倒はほとんどなかった。また、予想以上に立ちあがろうとする入居者も以外に少なかつたり、痴呆と思われ意思疎通・理解不可能と思われた入居者も転倒に対する危険性を理解した場合もあった。

（過剰に危険を防止する気持ちで拘束をしてしまっていた。生活状況を見直し、排泄も定時である必要はないと考え、対応した。）

② ずり落ちの危険のある入居者に対し

→車いすの座面上に、滑り止めマット（元々は、乗用車を使用し荷物を運ぶ業者が、運搬中に荷物の動きを防止する為に使用するもの）を敷き、ずり落ちを防止した。又、車いすの座面を多少の傾斜をつけることで、入居者が前傾姿勢になるためのずり落ちがなくなった。

【平成11年10月まで 使用者10名 → 平成15年3月現在 使用者0名】

・「介護用つなぎ」について

→おむついじりをするお客様に対し、現行為をした際の状態観察を行い、現行為の原因として、おむつに排便があり不快な為、いじるのでは？との予測のもと、本人の状況（臭い等）、排便リズムを把握し、早めのおむつ交換を行った。なお、排便リズムに限っては、下剤（ラキソベロン）を使用し排便コントロールを行った。また、定時の排泄介助のほかに排尿・排便の間隔が短い方には、その都度合わせた排泄介助時間を設定し、対応に当たった。

その結果、介護用つなぎの使用はなくなったが、時々、2名の入居者が弄便行為をすることがあり、ご本人の身体や、ベッド中便で汚れていることもあったが、その都度、対応し、入居者が不快を感じないようにケアさせていただいているが、現在は、1名の方がたまにおむつを外す行為が見られるが特に問題はない。

（特定保健用食品認定のヨーグルトを毎日出した結果（入居者の提案による）、

自然に排便があるようになったという人が多く、それもあり下剤の使用も減少した。）

（手が汚れたらきれいに洗えばよいという意識に変化し、特に問題視はしていない。）

【平成11年2月まで 使用者7名 → 平成15年3月現在 使用者0名】

事例①

女性、当時87歳

A D L 歩行：車いす自走、歩行も介助にて可能。排泄：おむつ使用（定期的にトイレ誘導）。食事：見守り。入浴：機械浴。着脱：一部介助。痴呆：中度。

性 格 頑固

問題行動 自力歩行が可能な為、ふらつきあるも、一人で立ち上がり歩行してしまう。

事 例 定期的に移乗・排泄・リハビリ等で職員が見守り介助のもと、歩行は行っていたが、ふらつきがあり転倒のおそれがあった。この為、安全面を考慮し、安全ベルト（キーパー）を使用していた。

対 応 本人の立ち上がり動作の理由としてトイレ、食事に行くなどの理由が考えられた為、本人の生活リズム（トイレ、食事等）を把握した上で、安全ベルトを外し、職員（介護・看護・介助員）が見守りし、定期的にトイレ誘導、食事誘導を行った。

結 果 生活リズムを把握し、トイレ・食事誘導することで、一人での立ち上がり動作自体が少なくなり、安全ベルト（キーパー）なしでも、転倒は防げた。

事例②

女性、当時92歳

A D L 歩行：車いす、排泄：おむつ、食事：見守り、入浴：機械浴、着脱：一部介助、痴呆：中度

病 歴 うっ血性心不全、低酸素血症、（ペースメーカー使用）

性 格 穏やか

問題行動 車いす上の経過時、ずり落ちる危険性がある。

事 例 本人の体力と座位保持能力の低下により、時間と共に車いす上からずり落ちてしまい、転倒の危険性がある為、安全面を考慮し安全ベルト（キーパー）を使用していた。

対 応 車いすの座面上に、滑り止めマットを敷き、ずり落ちを防止した。また、本人の体力を考慮し車いす上の経過時間を短くした（食事、行事等で離床する

際)。

事例③

女性、当時 86 歳

A D L 歩行：車いす、排泄：おむつ、食事：見守り、入浴：機械浴、着脱：一部介助、痴呆：重度

性 格 穏やか、頑固な面もあり

問題行動 おむついじりをしてしまう。（弄便行為）

事 例 本人、おむついじりがあり不衛生となる為、介護用つなぎを使用した。

対 応 おむつに排便があり不快な為、いじるのでは？との予測のもと、本人の状況（臭い等）排便リズムを把握し、早めのおむつ交換を行った。尚、排便リズムに限っては、下剤（ラキソベロン）を使用し排便コントロールを行った。

結 果 介護用つなぎの使用はなくなつたが、時々、ベッド中が便で汚れていることがあったが、その都度、対応した。

事例④

女性、当時 84 歳

A D L 歩行：可、排泄：全介助、食事：一部介助、入浴：清拭（全介助）、着脱：全介助、離床：可

病歴 両手指間疥癬、水虫、老人性乾皮症、老人性痴呆

性 格 穏やか

問題行動 ①徘徊（他の居室に入ることもあった）

事 例 老人保健施設より入所するが入居時より全身の搔痒感が強く、疥癬等の可能性があるのではないかと考え、入居したその日にすぐ皮膚科を受診し、疥癬の診断を受けた（入居時の診断書には疥癬の記入はなかった）。本人が痴呆により、居室内外へ徘徊し、他入居者への感染の危険があった為、活動範囲は居室内に制限（拘束）された（治療改善まで）。

対 応 定期的に訪室し、身体状況、精神状況の把握を行い、活動不足による身体機能の低下、活動範囲制限による精神的ストレス等が見られた場合に職員介助による、他者への感染の少ない場所（園の周囲）での散歩、歩行訓練を行った。この結果、他者への感染はなく、本人の身体機能、精神状態の著しい低下は見られなかつたが、他の入居者の方との接触は殆どなく、自室にこもらせてしまう結果となつた。その後 2 ヶ月で疥癬は治療改善され、他の入居者とのコミュニケーションも図れるような状態となつた。

11. 廃止に至るまで困難を伴った事例

男性、65歳

A D L 歩行：基本的に可能だが日によってふらつき有り、転倒の可能性あり
排泄：おむつ使用（排尿便の訴え時々あり）

食事：基本的に自力摂取可能だが嚥下障害ある為、職員介助とする

入浴：機械浴 着脱：一部介助 記憶：極短期記憶可能

病歴 交通事故による頭蓋骨骨折・頭部外傷性痴呆

性格 事故前：穏やか、朗らか、真面目で仕事熱心（瓦職人）

事故後：落ち着きがない、暴力的、自己中心的

問題行動 ①暴力行為

②徘徊

③大声・奇声

事例 入居当時（平成13年1月）より廊下や他入居者居室への徘徊あり、落ち着きなく行動し、突発的に他入居者・職員への暴力行為（殴る、蹴る、つばを吐く等）や、物へ当たる行為（壁や窓を叩く）や、大声を出す行為あり。

問題点 入居当時より、突発的な暴力行為があり職員・入居者に対して殴る、蹴る等の行為が見られた、その後も状態が安定することがなく、歩行可能なため職員が目を離したときに歩行移動し他の入居者に対して暴力行為を行なうことが多かった。しかし、本人はその行為自体に理由はなく突発的に行なう様子であった。

対応 徘徊時に他の入居者に対して暴力行為が見られたため、介護職員を不穏状態の時には必ず1人つけ対応を行った。
主治医精神科医へ暴力行為を軽減する為の相談を家族を含めて行い精神薬の調整を行った。

結果 職員マンツーマン体制での人手不足があり、暴力行為は軽減したが直接的に防止する事ができなかった。

精神薬服薬による副作用があり身体機能とA D L の低下がみられ、一時的に寝たきりに近い状態となった。

その後も、夜間徘徊し、他入居者（女性）の居室に入り、入居者のベッド上にて跨り、首を絞めようとしていた（軽度痴呆の当事者の話。確認はできず）行為や、夜間徘徊時転倒による打撲が多くなった、又、脳障害による機能低下により慢性気管支炎となり血中酸素の欠乏の為、在宅酸素を使用することとなり常時見守りが必要な状況となった。現在は、介護職員による24時間付き添い介助を行なう。

*他者への暴力があった時、居室への施錠をすることも頭に浮かんだが、それが解決にはならないので行わなかった。この事例により、心からのケアをすれば何とかなるというスタッフの自信と、ケアの向上につながった。

12. 現状の課題

1・2Fフロアは痴呆徘徊者対応でご入居していただいているが、なかには痴呆のない方もご入居していただいており、痴呆の方がその方の居室に入ってしまう為、自分の部屋に入らないように「鍵をかけてほしい」との申し出がある。できれば1Fは痴呆のない方で、身体虚弱な方、2Fは痴呆の方に分けたいと考えている。

c. ベターライフ・ノア21(福岡県飯塚市)

1. ホームの概要

- ・類型 介護専用型
- ・職員体制 (平成14年11月1日現在)
 - 要介護者等の人数 43人
 - 直接処遇職員の人数 (常勤換算) 22人
 - (職員割合 1.95 : 1)

2. 介護の理念

- 【経営理念】 「We Deliver The Best」**
 　「高齢社会に対して、福祉の精神を持って貢献する」
【運営基本方針】 「入居者本位」「融和と信頼」

3. 身体拘束廃止に向けた取り組みの流れ

時 期	内 容
平成12年12月	第1回身体拘束廃止委員会開催。 委員会設置主旨の説明と身体拘束廃止規定を確認。
平成14年 1月	第2回委員会開催。 実態調査の報告および対策の検討。 緊急やむを得ない場合のルールの作成① <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">ベッド4点柵使用：2件、Y字ベルト使用：3件、 拘束衣着用：1件、ベルト使用：1件 計7件</div>
平成14年 2月	第3回委員会開催。 第2回の検討事例の経過報告と今後の対策。 緊急やむを得ない場合のルールの作成② 事故への対処および賠償保険の確認。 <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">ベッド4点柵使用：1件廃止、Y字ベルト使用：1件廃止、 拘束衣着用：1件廃止、ベルト使用：1件廃止 計4件改善</div>
平成14年 4月	第4回委員会開催。 A様の行動パターンの実態把握と今後の方向性の検討。 B、C様の対策の状態把握と分析。
平成14年 5月	第5回委員会開催。 A様の実態調査に基づくデータの分析と問題点の抽出および対策の検討。 A様のデータ収集①。家族に拘束廃止計画の報告と理解を得る為、面談を行なう。 B、C様の現状確認。
平成14年 6月	第6回委員会開催。 A様における緊急やむを得ない場合の対処方法の確認。 A様のデータ収集②。
平成14年 8月	第7回委員会開催。

	A様の対策後の状態把握と分析。 A様のアクティビティ強化方法の検討。 A様の拘束時間短縮。居室での生活へ向けて働きかけ。
平成14年10月	公開セミナー「身体拘束ゼロに向けて」受講（委員会職員3名）。
平成14年11月	第8回委員会開催。 A様への対応方法の結果報告および今後の方針についての検討。 B様の安全確保の現状と今後の課題。 ホーム内の身体拘束廃止に向けての取り組み方針の再検討。
平成15年 2月	第9回委員会開催。 A、B、C様の現状と解決方法の検討。 宮田町「有吉病院」の活動内容のヒアリングおよび見学（委員会職員4名）

4. 身体拘束についてのホームの基本的な考え方

身体拘束ゼロを本年の主目標に掲げ、身体拘束廃止委員会を設け、月1回（定例会）を開き、施設長を委員長に、全職員で身体拘束ゼロ推進運動を展開している。
当初7件の拘束対象者が現在2件となり、活動の成果である。この2件についても検討を加え、拘束ゼロに向けて運動を進めたい。

5. 廃止に向けたホームの方針の公表

- ・「入居者の権利」を掲示し、身体拘束をしないことを明記している。
- ・運営懇談会において報告、各家族に書面により匿名にて内容を公表。

6. 検討委員会の設置・活動内容

名 称：身体拘束廃止委員会
構 成 員：施設長、介護職員、看護職員、機能訓練指導員、計画作成担当者、事務職員
活動内容：月1回定例会開催。

7. 職員への啓発活動

- ・委員会定例会後、カンファレンスにて全職員に委員会の決定事項を発表、説明を行い、活動の統一を図っている。
- ・県の相談窓口を訪問し、他施設の取り組み内容の情報収集を行なう。（1回）
- ・県の福祉施設身体拘束ゼロ推進講習会受講。（1回）
- ・公開セミナー「身体拘束ゼロに向けて」受講。（1回）

8. 介護のマネジメント上の取扱い

個人記録 介護部、看護部、アセスメント実施
排便チェック表（個人表と一覧表あり）

9. 家族とのコミュニケーション

- | | |
|-------|---|
| 毎 月： | <ul style="list-style-type: none"> ・健康状態、回診結果を書面にて報告。 ・介護については、生活状況、ADLの状態を報告。 ・行事計画、実施内容、結果について、家族への参加伺いを込めて報告。 |
| 3カ月毎： | 季刊紙発行、行事計画、報告事項等を家族に送付している。 |

10. 身体拘束廃止成功事例（代替方法、ハード面の工夫等）

①事例 1

朝・昼食事時、胃ろうにて注入の際、車いすY字ベルト使用していたが、頭部ハイバック設置いすに替え、拘束廃止成功。

②事例 2

夜間のみおむつ使用。夜間覚醒時、不潔行為の予防に拘束衣を使用していたが、2時間毎に排尿誘導することで、不潔行為がなくなり、拘束廃止成功。

③事例 3

胃ろう注入時、車いす使用。ずり落ち防止にベルト拘束していたが、起座位訓練装置にて起座位が保てるようになり、拘束廃止成功。

11. 廃止に向けて取り組み中の事例

B様の例

痴呆強度、膝関節拘縮あり。起立不安定、歩行不能。情緒不安定で感情の起伏が著しく、易怒的。意思疎通が取り難く、多動である。注意して観察し、介護に当たっているが、他の入居者への対応のため離れた時に転倒し、顔面前額部を打撲している。

覚醒時は常時車いすにY字帯による拘束を行っていたが、検討の結果、アクティビティの強化でマンツーマン対応の時間を設け、抑制を解いて観察を行なう。

日常生活の行動パターンをグラフ化し、興奮や刺激的行動を起こす原因追究を試みるが、原因の把握に至らなかった。

終日の観察が必要なため、観察が行き届くロビーのコーナーにソファーベッドを設置し、食事及び興奮時の車いす対応。それ以外はソファーベッドで対応した。

その結果、平穏な時間が多くなってきた。それにより、平穏時及び睡眠時は、自室ベッド上にて安静を保っている。

胃ろうを設置しており、栄養注入時、興奮時の抑制施行。夜間は自室ベッドにて就寝。途中覚醒され、体動が活発時、観察を行い、危険な状態に入った時の車いすにY字帯抑制。その回数も以前に比べると非常に少なくなっている。

家族に情況説明を行い、同意を得て身体拘束廃止委員会で検討の結果、代替方法を試み、拘束廃止に取り組んでいる。

現在のところ拘束時間の短縮化に目標をおいている。

12. 現状の課題

- ・家族の理解を得ること、協力を得ること。信頼関係の確立と維持。
- ・ますます介護度が進む中で、順応できる職員のスキルアップ。
- ・自施設内にとどまらず、他施設の見学や研修等の学習を重ね、レベルアップを図る。

C. 調査結果に見る取り組み状況

本事業では、全国の指定特定施設を含む有料老人ホームを対象に、身体拘束廃止に向けた取り組み状況の調査を行った。以下は、その概要である。

調査対象：全国の有料老人ホーム 395 事業所
調査方法：郵送による調査票送付・回収
調査期間：平成 14 年 11 月～12 月
調査票：（後掲）
回 収：149 事業所【回収率 38%】
* 協会加盟 106 事業所、非加盟 43 事業所

回収した調査票について、まず基礎的な解析を行った。本事業の目的が拘束廃止に向けた行動計画の策定にあることから、ホームの取り組み状況ごとにグルーピングし、実態を把握する方法を探った。

具体的には調査票の設問 9. 【身体拘束廃止への取り組み】の 3 つの回答選択肢のグループ、また無回答のグループを加え、4 つのグループのデータの特性を探った。

なお、本調査結果については、全体で 62% の事業者の回答が得られていない。特に協会非加盟事業所の回答が低いことから、これらの拘束廃止に向けた取り組みがどのような状況にあるか等、今後留意する必要がある。

1. 基礎調査票の分析結果

拘束廃止の取り組みの結果、廃止できた	A グループ
廃止に向けて取り組んでいる	B グループ
取り組んでいない	C グループ
取り組みについて無回答	D グループ

1. 回収ホーム数

グループ	A	B	C	D	合 計
ホーム数	33	92	11	13	149
割合 (%)	22.1	61.7	7.4	8.7	100.0

2. グループごとの類型(割合 : %)

類型	グループ	A	B	C	D
1. 介護付終身利用型		76.0	67.0	45.4	38.4
2. 介護付終身利用(提携ホーム)型		0.0	5.0	9.1	7.7
3. 限定介護付利用権存続型		0.0	0.0	9.1	23.1
4. 限定介護付利用権解約型		0.0	0.0	0.0	0.0
5. 健康型		0.0	0.0	18.2	15.4
6. 介護専用型		24.0	28.0	18.2	15.4
計		100.0	100.0	100.0	100.0

3. 入居者の状況

① 要介護度(割合 : %)

要介護度	グループ	A	B	C	D
自立		50.9	49.1	69.3	60.9
要支援		4.7	4.9	5.6	9.6
要介護度 1		12.5	11.9	11.3	16.4
要介護度 2		9.8	9.4	5.2	5.4
要介護度 3		7.6	8.2	3.7	3.5
要介護度 4		8.1	8.4	3.0	2.5
要介護度 5		6.4	8.1	1.9	1.7
計		100.0	100.0	100.0	100.0

② 平均年齢

要介護度	グループ	A	B	C	D
自立		79.2	79.6	74.9	78.4
要支援		82.2	82.8	80.3	80.9
要介護度 1～5		80.2	85.1	82.4	84.0
平均		80.5	82.5	79.2	81.1

上記で見る限り、拘束廃止への取り組みと入居者の状況には特に有意性は見られない。C 及び D のグループにおいて、要介護度の高い入居者が低めの状況にある。

4. 職員配置(平均)

類型 \ グループ	A	B	C	D
1類型	1.9:1	1.7:1	1.5:1	1.6:1
2類型	-----	1.6:1	0.6:1	1.2:1
3類型	-----	-----	4.6:1	3.0:1
4類型	-----	-----	-----	-----
5類型	-----	-----	-----	-----
6類型	1.9:1	1.7:1	3.0:1	2.4:1
総平均	1.9:1	1.7:1	2.0:1	2.1:1

指定特定施設における要介護者への職員基準配置は3:1である。上記データでは、基準を超える配置を行なっていることが分かる。ただし、身体拘束を廃止したグループとそれ以外で数値上の有意性は見られない。このことから、職員の手厚さが直接の廃止理由、廃止できない理由にはならないと推察できる。

また、今回の調査では夜間の直接処遇職員配置について、平均で12:1というデータが出ている。

5. 「身体拘束廃止が介護保険法上で原則禁止とされていること」について職員への周知状況 (割合 : %)

項目 \ グループ	A	B	C	D
全職員に周知している	87.0	57.6	27.3	44.5
大半の職員が知っている	10.0	39.1	9.1	33.3
一部の職員が知っている	3.0	3.3	45.5	11.1
知らなかった	0.0	0.0	18.2	11.1
合計	100.0	100.0	100.0	100.0

「廃止できた」とするグループ(A)では、職種に係らずすべての職員に対する周知が行われているが、取り組みの度合いにより周知の対象職員が狭まっていることが分かる。

6. 厚生労働省作成の「身体拘束ゼロへの手引き」の取り扱いについて

(割合 : %)

項目	グループ	A	B	C	D
職員へ配布・回覧し、内容について話し合った		60.0	31.9	18.2	0.0
職員へ回覧した		19.0	22.0	36.4	44.5
閲覧できるよう保管している		19.0	41.8	27.3	44.5
入手したが見ていない		2.0	1.1	0.0	11.0
入手していない		0.0	3.3	18.2	0.0
合 計		100.0	100.0	100.0	100.0

7. 身体拘束廃止に向けての取り組み

次の 6 つの選択肢について、どの内容について取り組んだかを回答（重複）

1. 拘束廃止に取り組むことをホームの方針とし明文化、公表している
2. 拘束廃止の検討会を設置している
3. 研修会・勉強会を実施している
4. 外部の研修会に参加している
5. ケアアセスメント・ケアプラン上に反映させている
6. その他の取り組み

(割合 : %)

重複選択項目数	グループ	A	B	C	D
1 項目を選択		21.1	25.0	9.1	0.0
2 項目を選択		9.1	20.7	0.0	0.0
3 項目を選択		15.2	19.6	0.0	0.0
4 項目を選択		18.2	14.1	0.0	0.0
5 項目を選択		15.2	8.7	0.0	0.0
6 項目を選択		12.1	2.2	0.0	0.0
無回答		9.1	9.8	90.9	0.0
合 計		100.0	100.0	100.0	0.0

拘束廃止への取り組みについては、A グループでも上記に掲げる 6 項目の手続きをすべて行なっているケースは少ない。組織的な取り組みを行なう上で留意する必要がある。

7. 調査時点での身体拘束実施状況

①身体拘束実施状況

項目	グループ	A	B	C	D	合計
自立者を除く入居者数		620	4902	371	0	5893
身体拘束実施者数		14	441	14	0	469
実施者割合 (%)		2.3	9.0	3.8	0.0	8.0
(拘束行為数)		15	488	16	0	-----

今回調査結果は 194 事業所・入居者 12,065 名が対象であるが、このうち、自立者を除く要介護者等は 5,870 名 (48.6%) で、さらに何らかの方法で身体拘束が実施されているのは 519 名 (要介護者等の 8.8%) である。

②具体的な行為内容

拘束行為	グループ	A	B	C	D
抜管・皮膚をかきむしらないようミトン手袋をはめる		33.3	0.4	12.5	0
つなぎ服を着せる		26.7	1.0	0	0
ベッドを柵等で囲む		26.7	44.4	37.5	0
車いすテーブルをつける		13.3	1.6	31.3	0
徘徊防止で、車いす（いす）、ベッドにひも等で縛る		0	5.1	0	0
転落防止で、ベッドにひも等で縛る		0	23.6	0	0
抜管しないようにひも等で縛る		0	1.3	18.7	0
立ち上がりれないような椅子を使用する		0	9.0	0	0
迷惑行為防止でベッド等に体幹や四肢をひも等で縛る		0	0	0	0
向精神薬の服用		0	12.3	0	0
居室等に隔離する		0	1.3	0	0
合計		100	100	100	0

ここでは、A グループにおいてなお残る拘束行為の割合を軸に、他グループの行為の傾向との差を見たが、特段の有意性は見られていない。

全グループ共通して多い行為は、【ベッドを柵等で囲む】であり、B グループでは【向精神薬の服用】が多いのが特徴である。

拘束を行なう場合の手続きについて（重複回答：%）

具体的手続き内容	グループ	A	B	C	D
1. 緊急やむを得ず拘束を実施する場合の取り決めを作成している		13.7	8.4	6.7	0.0
2. 事前に複数の職員により個別ケースを検討し、全職員に周知している		14.5	16.1	6.7	0.0
3. 拘束を行なう場合の最終判断者を決めている		12.8	14.0	0.0	0.0
4. 医師の意見を聴く		13.7	13.4	6.7	0.0
5. 入居者・家族に対し詳細に説明し、理解を得られるよう努めている		21.4	22.7	20.0	0.0
6. 常に経過観察を行い、「緊急やむをえない場合」に該当するか再検討		17.9	19.3	13.3	0.0
7. 手続きは特に定めておらず、担当者の判断で実施		0.0	4.0	6.7	0.0
8. 無回答		6.0	2.2	40.0	0.0
上記1.～6.まですべて選択した事業所数		7(21%)	11(12%)	0(0%)	0(0%)

Aグループでは例外的に、B・Cグループではおそらく常態として拘束を実施する場合に、施設側としてどのような手続きを行っているか、の設問である。

全グループ共通して【入居者・家族への説明】が比較的高いが、Aグループにおいても、上記7. 同様に手続き面では対応に粗さが目立つ。(Aグループで上記の手続きをすべて踏んでいる事業所は21%)

拘束を行った場合の記録方法について（重複回答：%）

内容	グループ	A	B	C	D
拘束の方法を記録している		17.8	21.7	20.0	0.0
拘束の時間を記録している		19.2	19.3	0.0	0.0
拘束を行った際の利用者の心身状況		16.4	19.8	10.0	0.0
緊急やむを得なかつた理由		17.8	22.2	0.0	0.0
記録していない		0.0	7.1	10.0	0.0
拘束を行っていない		28.8	9.9	60.0	53.8

参考：

身体拘束廃止に向けての取り組み状況調査 調査票

※時期の指定のないものについては、平成14年11月1日現在で記入してください。

※該当するものに○を付ける場合は、数字を○で囲んでください。

ご記入に関わる方の職種を全て選択してください。

記入者 職名	1 施設長 2 介護職員 3 看護職員 4 生活相談員 5 計画作成担当者 6 その他 ()
-----------	--

1. ホームの類型について、該当するものに○を付けてください。

(平成10年4月施行の指導指針によります。)

1 介護付終身利用型	2 介護付終身利用（提携ホーム）型	3 限定介護付利用権存続型
4 限定介護付利用権解約型	5 健康型	6 介護専用型

2. 入居者数を記入してください。

男 性	女 性	合 計
人	人	人

3. 入居者の要介護度等について人数を記入してください。

自立 (非該当)	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合 計
人	人	人	人	人	人	人	人

4. 入居者の年齢構成について記入してください。(平均年齢は、小数点以下第1位を四捨五入)

	65歳未満	65~74歳	75~84歳	85~94歳	95歳以上	合 計	平均年齢
自立	人	人	人	人	人	人	歳
要支援	人	人	人	人	人	人	歳
要介護 1~5	人	人	人	人	人	人	歳

5. 職員体制について記入してください(重要事項説明書の記載に合わせてください)。

職員名	職員数(うち非常勤)	常勤換算後の人数		夜間勤務職員数	備考
		うち自立者対応	うち介助者対応		
施設長					
生活相談員					
直接処遇職員					
介護職員					
看護職員					
機能訓練指導員					
計画作成担当者					

医師 *ホーム職員の場合に限る。					
栄養士					
調理員					
事務職員					
その他職員					
合 計					

介護にかかわる職員体制（要介護者等に対する直接処遇職員体制）の状況（平成14年11月1日現在）

要介護者等の人数	人
指定基準上の直接処遇職員の常勤換算後の人數	人
ホームに配置する直接処遇職員の常勤換算後の人數(自立者対応の人数を除く)	人
要介護者等の人数に対する直接処遇職員の人數の割合	: 1

6. 身体拘束についてのホームの基本的な考え方を記入してください。

7. 身体拘束が「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）」で原則禁止されていることについて、該当するものに○を付けてください。

1 全ての職員に周知されている
2 大半の職員が知っている
3 一部の職員が知っているにとどまっている
4 知らなかった

8. 厚生労働省作成の「身体拘束ゼロへの手引き」について、該当するもの全てに○を付けてください。

1 ホーム内職員に配布・回覧し、中身について話し合った
2 ホーム内で職員に回覧した
3 職員がいつでも閲覧できるよう、関係部署に保管されている
4 届いたが、見ていない
5 届いていない

9. 身体拘束廃止への取り組みについて、該当するものに○を付けてください。

1	身体拘束廃止に取り組んだ結果、廃止できた
2	身体拘束廃止に取り組んでいる
3	身体拘束廃止には取り組んでいない

10. 9で、1(身体拘束廃止に取り組んだ結果、廃止できた)または2(身体拘束に取り組んでいる)を選択した場合は、その取り組み状況について、該当するもの全てに○を付けてください。

1	身体拘束廃止に取り組むことをホームの方針とし、明文化および公表している →具体的に記入してください
2	身体拘束廃止の検討会を設置している →メンバー構成を教えてください (メンバーに含まれる職員に○を付けてください) ・施設長　・生活相談員　・介護職員　・看護職員　・機能訓練指導員 ・計画作成担当者　・事務職員　・その他 ()
3	職員の意識改革のためのホーム内の身体拘束廃止に関する研修会・勉強会を実施している →内容や実施回数を具体的に記入してください
4	自治体や外部の団体等が実施する身体拘束廃止に関する研修会に職員を参加させている →内容や実施回数を具体的に記入してください
5	身体拘束廃止の観点で入居者のアセスメントを行い、代替方法をケアプランに組み入れている
6	その他 →具体的に記入してください

11. 下記の1から11までの行為について、平成14年11月1日現在の該当者数を記入してください (同じ入居者に複数の行為をしたときは、それぞれに記入してください)。

また、実入居者数を記入し、その個々の事例についての具体的な内容を、添付の「入居者別シート」に記入してください。

	行為の内容	該当者数
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	人
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	人
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	人
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	人
5	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	人
6	車いすやいすからずり落ちたり、立ちあがったりしないように、Y字型拘束帶や腰ベルト、車いすテーブルをつける	人
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	人
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	人

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	人
10	行動を落ち着かせるために、向精神薬を服用させる	人
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	人
1～11 の行為に該当した実入居者数		人

12. 身体拘束を行なう場合の手続きについて、該当するもの全てに○を付けてください。

1	緊急やむを得ず身体拘束を行なう場合の取り決めを作成している
2	事前に複数の職員により個別ケースを検討し、全職員に周知している
3	拘束を行なう場合の最終判断者を決めている（職名は→）
4	医師の意見を聞く
5	入居者・家族に対し詳細に説明し、十分な理解を得るよう努めている
6	常に経過観察を行い、緊急やむを得ない場合に該当するかを再検討する
7	手続きは特に定めておらず、担当者の判断で行っている

13. 家族に身体拘束廃止の理解が得られなかった場合の対応について、具体的に記入してください。

14. 身体拘束を行った場合の入居者別の記録について、該当するもの全てに○を付けてください。

1	記録をしていない	
2	記録をしていない	身体拘束の方法
3	記録をしていない	身体拘束の時間
4	記録をしていない	身体拘束を行った際の利用者的心身の状況
5	記録をしていない	緊急やむを得なかつた理由
6	身体拘束は行っていない	

15. 身体拘束にあたるかどうか疑問に思われる事例について具体的に記入してください。

最後に、ホーム名を記入してください。（＊委員会以外には一切使用いたしません。）

ホーム名	記入者 職名・氏名
------	--------------

ご協力ありがとうございました。

記入スペースが足りない場合は、別の紙等に記入して、添付してください。

なお、設問11で該当事例がある場合は「入居者別シート」の記入もあわせてお願ひいたします（枚数が不足する場合は、恐れ入りますがコピーしてご使用ください）。

2. 個別調査票の分析結果

本調査では上記の内容とは別に、調査時点(平成14年11月1日現在)時点での身体拘束事例について、個別票による調査も実施した。回収数で185事例が寄せられており、この内容についての掘り下げを行った。

(1) 調査票に見られる傾向

①要介護度

重度の「要介護5」「要介護4」が全体の81.0%を占めている。

要介護度	該当者数(人)	割合 (%)
要介護5	85	45.9
要介護4	65	35.1
要介護3	24	13.0
要介護2	7	3.8
要介護1	1	0.5
要支援	0	0.0
申請中	1	0.5
不明	2	1.1
計	185	100.0

②痴呆性老人自立度判定基準

意思疎通に困難さが現れ、介護が必要となる「Ⅲ」「Ⅳ」の比率は、全体の67.6%となっている。

判定基準	該当者数(人)	割合 (%)
正常	2	1.1
I	2	1.1
II a	6	3.2
II b	13	7.0
III a	29	15.7
III b	27	14.6
IV	69	37.3
M	16	8.6
不明	21	11.4
計	185	100.0

③排泄の状況

おむつ使用が全体のうちの昼間で 69.7%、夜間で 81.6%を占めており、昼夜の比較では、トイレに誘導する人数が 63 人から 27 人と 42.6%減少する一方、おむつ使用が 129 人から 151 人に増加する。

ア. 昼間

(人)

	おむつ	トイレに誘導	トイレに誘導、おむつ	その他	計
随時	35	24	6	4	69
定時	38	7	4	9	58
定時、随時	2	4	4	4	14
不明	25	8	4	7	44
計	100	43	18	24	185

イ. 夜間

(人)

	おむつ	トイレに誘導	トイレに誘導、おむつ	その他	計
随時	41	6	4	13	64
定時	57	5	1	6	69
定時、随時	4	1	2	4	11
不明	27	3	2	9	41
計	129	15	9	32	185

※「安易なおむつ使用の弊害」

A D L の低下：着用による行動制限：尿もれ防止の為に重ねあてすると歩きにくくなる、濡れたおむつの重さによりバランスがくずれる、寝返りがうてなくなる。またそれらによって活動性が低下する。

Q O L の低下：生きる力の荒廃「生きていたくない」「死んだ方がまし」

身体に及ぼす害：食欲低下、かゆみ、皮膚障害、腫炎・尿路感染症、褥創の要因、感染症への抵抗力低下がおこる。

おむつはずし防止の為のつなぎ、ミトンの着用は拘束になる。

介護量の増大：随時交換は一見介助が増えてしまうが、実際は介護量の増加を生み出している。しかし排泄パターンや生活リズムをつかみ一人ひとりに合ったケアをすることで、本人が落ち着きを取り戻し、ひいては介護量の低下につながる。

スタッフのQ O L 低下：介護量の増加に伴い、スタッフが利用者とコミュニケーションがとれなくなる。結果、ゆとりがなくなりスタッフの表情も険しくなり、大声を出すなどしてかえって疲労が蓄積する。またケアはスタッフの一方的なものとなり、それが利用者にも悪影響を与え、悪循環に陥る。しかし個別ケアを通して利用者との良い関係が生まれれば、利用者の表情も良くなり、スタッフにも心にゆとりが生まれ、施設全体の雰囲気も変わっていく。

コストの増大：おむつ代の増加（平均要介護度3・1日5回交換で平均1万円／月）。感染症等の発生による医療費の増大。ごみ処理のコストの増大。

環境問題：増え続けるおむつ量（23億枚／年：平成12年度調べ）、紙パルプ資源の浪費、ゴミの増大、紙おむつポリマー処理に伴う害、処理に伴うダイオキシンの発生。

④入居者が受けている医療

身体拘束を招く可能性のある医療行為を受けている入居者は、全体の17.8%となっている。

医療	該当者数(人)	割合(%)
経管栄養	11	5.9
胃ろう	10	5.4
留置カテーテル	5	2.7
その他	7	3.8
非該当	152	82.2
計	185	100.0

⑤身体拘束をしている時間

身体拘束をしている時間帯は、「夜間の6時間以上」が77人(41.6%)と最も多く、次に「1日中」が53人(28.6%)となっている。

(夜間・昼間は重複あり)

時間帯	該当者数(人)
1日中	53
夜間	97
昼間	89

(夜間・昼間の内訳) (人)

時間	夜間	昼間
6時間以上	77	27
5~6時間程度	3	19
3~4時間程度	5	20
1~2時間程度	4	17
1時間程度	2	6
6時間以上*	1	0
就寝前に服用	2	0
就寝中	1	0
不明	4	0
計	97	89

*夜間6時間以上(つなぎ服)及び
夜間3~4時間程度(車いすテープル)

(夜間・昼間のクロス集計)

(人)

昼間 夜間	6 時間 以上	5~6 時間 程度	3~4 時間 程度	1~2 時間 程度	1 時間 未満	拘束 なし	計
6 時間以上	17	6	9	7	2	36	77
5~6 時間程度			1			2	3
3~4 時間程度		1	4				5
1~2 時間程度		2		2			4
1 時間未満		1		1			2
6 時間以上*						1	1
就寝前に服用						2	2
就寝中	1					2	2
不明							
拘束なし	9	9	6	7	4		35
計	27	19	20	17	6	43	132

*夜間 6 時間以上(つなぎ服)及び夜間 3~4 時間程度(車いすテーブル)

⑥身体拘束について（時間帯別の対象者数）

夜間「ベッドを柵で囲む」が最も多く61人(32.9%)、次に昼間「車いすにY字型拘束帶等をつける」が47人(25.4%)に対して行われている。

行 為	時間帯	計
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	1日中	0
	夜間	4
	昼間	4
	計	8
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	1日中	1
	夜間	3
	昼間	0
	計	4
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	1日中	25
	夜間	61
	昼間	23
	計	109
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	1日中	5
	夜間	3
	昼間	5
	計	13
5 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	1日中	13
	夜間	7
	昼間	8
	計	28
6 車いすやいすからずり落ちたり、立ちあがったりしないように、Y字型拘束帶や腰ベルト、車いすテーブルをつける	1日中	7
	夜間	6
	昼間	47
	計	60
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	1日中	0
	夜間	0
	昼間	3
	計	3
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	1日中	8
	夜間	23
	昼間	3
	計	34
10 行動を落ち着かせるために、向精神薬を服用させる	1日中	3
	夜間	8
	昼間	4
	計	15

(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」及び「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」は該当者なし。)

⑦要介護度との関係

身体拘束の行為	要介護5	要介護4	要介護3	要介護2	要介護1	要支援	(非該当)	自立	申請中	無記入	計
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	6	0	0	0	0	0	0	0	0	8
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。	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	4
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。	52	35	13	6	0	0	0	1	2	109	
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。	7	5	1	0	0	0	0	0	0	0	13
5 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。	23	5	0	0	0	0	0	0	0	0	28
6 車いすやいすからずり落ちたり、立ちあがったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテープルをつける。	22	28	9	1	0	0	0	0	0	0	60
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。	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3
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。	16	11	5	0	1	0	0	0	0	1	34
10 行動を落ち着かせるために、向精神薬を服用させる。	5	4	5	1	0	0	0	0	0	0	15
計	129	97	34	9	1	0	0	1	3	274	

⑧身体拘束の行為ごとの排泄の状況

身体拘束の行為	おむつ	トイレに誘導	カテーテル等	尿瓶	トイレ使用	ポータブル	自分でできる	不明
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	7	2	0	0	0	0	0	0
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	18	9	1	1	4	0	2	
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	86	19	4	4	16	0	0	
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	9	0	3	0	1	0	1	
5 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	24	1	5	0	0	0	2	
6 車いすやいすからずり落ちたり、立ちあがったりしないように、Y字型拘束帶や腰ベルト、車いすテーブルをつける	43	28	1	2	1	0	0	
7 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるよういすを使用する	1	2	0	0	0	0	0	
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	32	2	1	0	1	0	0	
10 行動を落ち着かせるために、向精神薬を服用させる	12	6	2	1	1	0	0	
計	232	69	17	8	24	0	5	

⑨身体拘束の行為ごとの入居者の医療の状況

身体拘束を招く可能性のある医療行為を受けている入居者の割合は、「チューブを抜かないようにひも等で縛る」が最も多く76.9%、次に「手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける」が67.9%となっている。

身体拘束の行為	胃ろう	経管栄養	留置カテーテル	気管カニューレ	人工肛門	中心静脈栄養	点滴	腸ろう	腎力テール	(非該当者数)	医療を受けて いる割合
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0.0
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0.0
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	8	2	3	0	0	1	1	0	0	94	13.7
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	0	6	2	0	0	1	1	0	0	3	76.9
5 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	4	9	3	1	0	0	0	2	0	9	67.9
6 車いすやいすからずり落ちたり、立ちあがったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける	1	0	1	0	0	0	0	0	0	58	3.3
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.0
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	5	2	0	0	1	0	0	0	1	25	26.5
10 行動を落ち着かせるために、向精神薬を服用させる	2	0	2	0	0	0	0	0	0	11	26.7
計	20	19	11	1	1	2	2	2	1	215	—

⑩身体拘束の行為ごとの実施理由（上位回答）

「転倒・転落等の事故を防ぐ必要があるから」を挙げた回答が最も多く計 167 件(41.6%)、次に「常時見守りが困難だから」が 121 件(30.2%)となっている。

(理由の選択肢)

ア	転倒・転落等の事故を防ぐ必要があるから
イ	入居者・家族からの希望が強かったから
ウ	常時見守りが困難だから
エ	職員の配置が少ないから
オ	自傷行為があるから
カ	他害の虞があるから
キ	入居して間もなく、状態を把握できていないから
ク	ホームの取り組みがまだ十分でないから
ケ	この行為が身体拘束だと思っていないから
コ	緊急やむを得ない場合だったから
サ	廃止に向けて取り組みをしているが、まだ完全に廃止できる状態でないから

a. 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。(109人)

	ア	ウ	イ	サ	ク	該当者数
1日中	27	5	6	3	0	25
夜 間	54	26	6	9	9	61
昼 間	14	4	3	2	3	23
計	95	35	15	14	12	109

b. 車いすやいすからずり落ちたり、立ちあがったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。(60人)

	ア	ウ	サ	イ	ク	該当者数
1日中	5	3	0	2	0	7
夜 間	6	5	4	1	0	6
昼 間	41	18	13	11	4	47
計	52	26	17	14	4	60

c. 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。(34人)

	ウ	サ	ア	イ	力	該当者数
1日中	4	0	1	4	0	8
夜 間	12	9	7	1	1	23
昼 間	0	2	1	0	1	3
計	16	11	9	5	2	34

d. 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。(28人)

	ウ	オ	コ	ア	サ	該当者数
1日中	10	4	2	2	3	13
夜間	3	3	1	1	1	7
昼間	5	5	2	1	0	8
計	18	12	5	4	4	28

e. 行動を落ち着かせるために、向精神薬を服用させる。(15人)

	ウ	ア	イ	カ	サ	該当者数
1日中	1	1	0	2	0	3
夜間	6	4	2	0	3	8
昼間	2	2	1	1	0	4
計	9	7	3	3	3	15

f. 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。(13人)

	ウ	サ	イ	カ	カ	該当者数
1日中	5	2	1	2	1	5
夜間	2	2	0	0	0	3
昼間	4	2	1	0	0	5
計	11	6	2	2	1	13

g. 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。(8人)

	ア	ウ	イ	該当者数
1日中	0	0	0	0
夜間	4	2	1	4
昼間	2	1	1	4
計	6	3	2	8

h. 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。(4人)

	ア	イ	サ	該当者数
1日中	1	0	0	1
夜間	2	1	1	3
昼間	0	0	0	0
計	3	1	1	4

i. 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。(3人)

	ア	ウ	イ	カ	ク	該当者数
1日中	0	0	0	0	0	0
夜間	0	0	0	0	0	0
昼間	3	3	1	1	1	3
計	3	3	1	1	1	3

(2) 個別データに見る拘束行為の実施理由と廃止のための方向付け

ここでは、身体拘束 185 事例を【11 項目】の拘束行為ごとに分類し、ホームがなぜ拘束を実施しているかの理由を列挙、これに対する本委員会としての見解や廃止に向けた方向付けについて整理を行った。

全体的には、職員の意識改革が大前提として必要と考えられる。拘束を外す方向で検討を行い、代替方法を実施し、入居者の状態変化を把握するなど、全職員が同じ目標意識をもって取り組むことが重要である。

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。(8人)

1. アルツハイマー型痴呆の進行により、徘徊が 1 日中続く。玄関から訪問客が帰る際、一緒に出て行き、行方不明になることもあり、介護職員の目の届かない時間帯のみ車いすに安全ベルト装着に至っている。また最近、異食行為も出始め、花や石鹼類などを口に入れることがある。
2. 左半身麻痺、右手で柵を持ち転倒の危険がある。本人の意思ははっきりしている。3 点の柵でも良いが、家族の強い希望があり、本人も同意し行っている。
3. 大腿骨骨折により、医師より歩行禁止の指示があるため。
4. 本人に自覚症状なく、歩行しようとするため。
5. 痴呆で、徘徊行為があり歩行時ふらつき常時見守りが必要。以前より転倒が頻回で特に夜間の発生が多く、家族より申し出があったため。

〈委員会のコメント（下記番号は上記の番号に対応している）〉

1. 徘徊センサーを使用してみるなどし、できるだけ自由に徘徊してもらう。お花、石鹼などは周囲に置かないように工夫する。
2. 本人の意思がはっきりしているのであれば、拘束がかなり苦痛であるはず。家族との話し合いを持ち、理解していただくことが必要。見守り、声がけで十分対応できるケースではないか。
3. 医師が本人の状況を把握し、いつまで歩行を禁止し、いつからリハビリを行なうのかなどの指示を受けること。
手術していない場合は、骨が結合するまでは歩かせないようにする。そのため、拘束具で放置せず、そばにいて見守ること。行動を制御しない方が本人は満足する。いつまで行なうのか、その期間を設定し、理解してもらうこと。
4. 職員が連携しあい、目配り、気配りをする。見守りの方法を考えること。
5. 家族との信頼関係の構築が重要。家族の申し出は拘束の理由にはならない。ケアプランに基づくサービスの結果として起きたことは、大きな事故とは見なさないような考えをもつべき。

* 全体的に、痴呆症への正しい理解が必要ではないか。徘徊には拘束を行わずに対応する。徘徊を止めようとするから不穏になる。時には、徘徊に時間をかけて深く付き合い、危険を伴う場合は対応する、などの検討が必要。

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。(4人)

1. ベッドサイドからの転落により大腿骨頸部骨折、入院。歩行不安定で日夜尿意がある。痴呆のためナースコールが理解できない。再度転落の危険性あり。家族の希望により夜間帯のみ拘束帯（タッチガード＝ベッドマットにベルト固定、体位交換、座位、可能）使用。

〈委員会のコメント（下記番号は上記の番号に対応している）〉

1. 生活援助を行なう。家族の希望、は理由にならない。認識を共有して、拘束しない方向にもっていくこと。日夜尿意があるのであれば、排泄のコントロールが必要。
また、転落を予防するために拘束帯を使用するのではなく、代替方法を検討する。見守り、巡回の回数を増やすことで予防できることもある。

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。（109人）

1. ベッドより転落しそうになるため。
2. 寝たきりになって腰部に発赤が見られるようになり、側臥位をとるために柵につかまる必要があった。体が大きく、転落した場合の介護者の負担等を考えてしまった点も否めない。また足を動かした際、布団のずり落ちを防ぐ目的もあった。
3. 精神状態からくるのか、筋の硬直が強く、座位バランスも悪い状態で、日中からベッド中心の生活を行っている状況で、また体動も激しい為に転落の危険性が高い。
4. 立位不安定であるのに、ベッドから床へ1人で下りようとする行動がある。転倒防止の為、サイドレール使用となる。工夫として綺麗な布カバーをかける事により、抵抗感を軽減している。
5. 退院間もないため、状態を把握できていない。体動はないものの、筋力低下により体を支えられず、ベッドからの転落の可能性がある。
6. サイドレールで囲む必要性はないと説明するが、家族より要望が強く、夜間の就寝時のみ使用で説得、了解を得る。（定期巡回で安全確認している）
7. 下肢筋力低下が顕著で、立位保持や歩行が不可能であるが、認知低下のためベッドから下りようとし、転落することが何回か続いた。介護職員が常時見守るわけにもいかず、頻繁に様子をうかがうにも限界がある。今後再転落・事故防止を図るという理由で実施に至った。
8. 老年性痴呆症で発語意思表示が困難な方で、歩行不能・起立不能で終日臥床、車いすで移動の方。四肢、特に下肢の不随意運動があり、そのため身体移動がある。夜間就寝時間帯にベッドより転落し顔面を打撲、皮下出血をおこし、紫斑を併っている。家族への状況説明を行なうが、それ以来ベッド柵の使用を強く希望される。事故後、特に夜間の観察を密に行ない、再発防止に努め、以後事故は起きていないが、最初の転落が家族に強烈に印象されているので、柵を除くことができない。今後も家族の理解・協力を得るため努力していきたい。
9. 両下肢の動きが活発で、ベッドからの転落の危険性が高い。和式の布団に替えてみたが、布団から飛び出してしまうので柵の使用となった。
10. 重度痴呆の為、意思の伝達難しく、車いすからずり落ちても戻ろうとしなかったり、ベッドから下りようとする行為あり、家族に確認したところ絶対に転倒をさせないでくれとのことで、拘束を行っている。
11. 妄想、幻覚があり説明しても納得されず、混乱がひどい時は1人でベッドから下りようとする事があり、転落防止のため柵を4本使用することになった。
12. 重度痴呆、膝関節拘縮あり、起立不安定・歩行不能・情緒不安定で感情の起伏が著しく、

易怒的、意志疎通が取り難く、多動である。注意して観察し介護に当たっているが、他の入居者への対応の為に離れた時に転倒し、顔面前額部を打撲している。家族に状況説明を行ない、同意を得て身体拘束廃止委員会で検討の結果、代替方法を試み、拘束廃止に取り組んでいる。現在のところ拘束時間の短縮化に目標をおいている。今後も拘束廃止に向けて、活動を継続していきたい。

〈委員会のコメント（下記番号は上記の番号に対応している）〉

1. 「転落しそう」といったレベルであれば、サイドレール以外の対応方法を考える。例えば、クッション材の活用や、生活パターンの把握など。まだ改善できる余地があると思われる。
2. 櫃は4点必ず必要なだろうか。声かけ、見守りで対処できる可能性があると思われる。
*ベッドの工夫を行なうことで、改善できるケースが多い。櫃をすることで不穏になり、乗り越えようとすることもある。

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。（13人）

1. 鼻腔チューブの抜去が頻回で再挿入が難しい入居者であった為、その都度嘱託医へ依頼していたが、対応しきれないので絶対抜かないよう拘束するよう指示があった。
2. 重度の痴呆があり、皮膚の搔きむしりはあったが、特に拘束は行っていなかった。食事の経口摂取が不可能となり、医師の指示による中心静脈栄養の開始に伴い、チューブを抜かないよう右手を常時拘束することとなった。（左手は拘縮により動きに制限あり）
3. 慢性硬膜下出血腫にて入院。経口摂取困難にて退院後、右鼻腔より経管栄養行なうことになった。しかし本人の理解が得られず、何度も自己抜去しようとすることがあり、職員が見守りできない状況の時に抜去の可能性が非常に高いと考えられる。自己抜去してしまった場合、施設での再挿入は不完全な留置となってしまう可能性あり。病院受診での再挿入となり、本人の負担が生じてしまう。（スタッフが付添い見守り可能な時は拘束せず）
4. 留置カテーテルを自力で抜いてしまい、出血のため、外来受診。命にかかることなので上肢拘束の指示があり、職員の見守りのできない時間帯のみ施行。
5. 酸素吸入時、カニューレをとるため、効き手をベッド櫃に紐で拘束する。
6. 痴呆があり、点滴チューブを抜く行為あり、家族からの強い要望もあったため。

〈委員会のコメント（下記番号は上記の番号に対応している）〉

2. 患部を固定し、見えないようにするなど、ベッドのまわりの装飾、環境を工夫しＩＶＨより関心をそらす。
4. 特に男性の場合は、カテーテルを抜管すると壊死してしまうことがあり、危険はある。チューブを外す方向のケアが必要（細菌感染の原因になる）。留置カテーテルが本当に必要なのかを検討し、外せるのなら外す、どうしても必要ならば見守る。本人の気持ちを受け止めること。「職員の見守りができない時間帯」とはどのような場合か。対応策を検討すること。
5. 苦しいときに無理やり付けるとよけい嫌がる。落ち着いてから酸素吸入を行なう。長くやり過ぎない。

*スタッフが医師にADL、精神状態、生活状況を具体的に説明し、理解を求めるこ

*抜管しないために見守りをする。抜かなければ縛る必要はない。ずっと横に付いているこ

とで代えられないか。
*声かけ、見守りを多くし、点滴や経管のチューブより関心を他に向けることが大切。

5. 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。(28人)

1. 気管切開部を搔いてしまう。また、切開口に当てているガーゼを口の中に入れ、飲み込んでしまうため、ミトン型の手袋を使用している。
2. 胃ろうを造設した為、胃ろう部を必要以上に触れるおそれを防ぐ為、ミトンを着用し始めた。
3. 身体のかきむしりが常時あり、出血が見られるため。
4. 3年に亘り、肺炎症状を繰り返しており、口内酸素濃度が低下してしまう為、1年前より24時間在宅酸素療法を受けている。が、酸素チューブを無意識のうちにとってしまわれる為、又、骨張った手でご自分の身体を搔きむしってしまう事があり、ミトン型手袋を使用している。
5. 皮膚を搔きむしる行為があり、皮膚科・精神科にも受診し薬を使用しているが改善されない。脳梗塞後、半身麻痺で健側の手で皮膚を搔きむしる行為があり、手が絶えず動く。衣類の着脱のわずかな時でも、ミトンを外すと出血するまでひっかく。
6. 天疱瘡の後の強い搔痒感と胃ろう造設のため、出血するほどの搔き傷がみられ、チューブ抜去の危険もあるやむを得ずミトンをつけている。搔痒感軽減の為、皮膚科診等で薬物の検討もしているが、あまり効果はない。家族の同意、医師の意見・説明・毎月の検討や拘束状況報告書等の取り組みは行っている。
7. かゆみ止めがきかず、皮膚をかきむしるのでやむなくミトンをつけている。ミトンをつけるまでは、完治寸前に何度もかきこわしてしまった。
8. 鼻腔チューブの自己抜去が頻回で、再挿入による本人への負担を軽減する為、医師指示にて実施となった。
9. 経管栄養移行するが、体動・抜去多い。頸部が後傾しており、看護職員2名で対処してもMTの挿入困難、主の負担もおおく、ミトン装着に至る。
10. 腸ろう部のチューブの入れ替えが大変困難なので、医師からくれぐれもチューブを抜かないよう、注意するように指示があった為。老人性搔痒感でつねに皮膚を搔こうとする行為がある。

〈委員会のコメント（下記番号は上記の番号に対応している）〉

1. 気管切開などの対応は介護では不安で困難であろうと推察する。日中は起こして1人にしないこと。まわりに人がいれば、目が他に向くことで、搔いたり、口に入れる行為はなくなる。搔く理由をアセスメントし、他に関心を向けること。
2. 胃ろう部が見えない工夫をしてみてはどうか。また、「おそれ」だけで判断するのはどうか。
3. 搔痒感の原因を突き止める。入浴の頻度、皮膚科の受診などの対応がなされているのか。
4. 落ち着いている時間ははずす。徐々に時間を短縮していく。

*皮膚の清潔の状態、搔痒の原因を把握する。

*職員が一度体験してみる。介護の質が向上すれば、必要なくなる。

- *見守り観察で対処する。
- *あると使ってしまうため、ミトンを捨てること。本人の状態をよく観察すること。
- *きれいに洗っているつもりでも、薬が残っていることがあるので、丁寧に洗浄すること。
強く洗うのではなく、包み込むように洗うこと。

6. 車いすやいすからずり落ちたり、立ちあがったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。(60人)

1. ベッドから転落したり車いすから転落したりと入居1年目頃から上半身をコントロールできなくなり、車いすに座っていても体が左・右・前にと揺れ、支えがないと食事もとれないとになったため、車いすテーブルを使用する。
2. 精神科病棟からの退院後にホームでの生活がスタートした。ベッド上で生活を中心であったが、座位が保持できるようになった為、車いすを利用し始める。ずり落ち防止のためベルトを使用。本人はベルトがあると安心できるため、現在も継続利用している。
3. なるべく職員がつきそうようにしていたが、24時間そばにいることはできない為、車いすに座っている時、ずり落ちたり立ち上がり転倒する事があった。家族・医師と相談し、車いすに座っている時で不穏で落ちつかない時で、かつ職員が側にいる事ができない時に拘束を行なうこととした。(1~2時間/日程度)
4. 座位困難の為、車いすよりずれ落ちる。家族よりズレ落ちる位なら拘束をしてでも安全を優先してほしいと要望があり。安全を確保できる範囲で拘束を解除している。そのほかは安全の確保、見守り困難な時は拘束している。
5. 1人でいる際、車いすより立ち上がり転倒するという事故が1週間の間に2回あり、怪我をされてしまう。今後も同じ状況になってしまふことが予測される為。(車いすに取り付けてあり、腰から下腹部にかけてベルトをかけています)
6. 重度痴呆の為、意思の伝達難しく、車いすからずり落ちても戻ろうとしなかったり、ベッドから下りようとする行為あり、家族に確認したところ絶対に転倒をさせないでくれとの事。家族の希望により拘束を行なっている。
7. 右大腿骨頭部骨折し、本人に自覚がなく車いすより立ちあがったりずり落ちてしまった為、家族との相談の上、車いす補助具使用となる。
8. 昼夜問わず、不穏時は多動となり、職員の制止も受け付けず、転倒・負傷が頻回に起きた為。
9. 脳梗塞再発後、車いすよりずり落ちたり立ちあがったり(立位不可)した為、家族との相談の上、車いす補助具使用となる。
10. 歩行困難でありながら立ち上がり転倒の危険があり、車いすからずり落ちたりする為。精神遅滞の為、意思の疎通がない。
11. 車いすにて経過時、長い時間坐位を保つことが難しいことと、両膝の拘縮から車いすのフットレストに両足で踏ん張る事が難しい為と本人から希望もあり、Y字型拘束帯を使用している。
12. 本人の体型(抑臥位になるとまるで起き上がりこぼし状態と言っていいほどの極度の円背)と活動性(立てない・歩けない身体状況だが、体幹の動きが活発)のため、車いすのシーティング改善では転落防止が十分と言えず、代替ケアに至っていない。
13. 変形性頸椎症・頸髄症のため、寝たきりの状態。バイタルに異常がない限り、離床に心掛けている。食事はラウンジにて摂取、リクライニング車いすを使用、首にはギブスを離床時

には装着、両下腿、膝にかけて屈曲が不可能でのばしたままの座位なため、ずり落ちる危険大。過去に2回ほど落下もあり、幸い経過観察で大事に至っていない。

14. 身体能力の低下により歩行中の転倒を繰り返す為、車いす移動の生活訓練及び見守りを続けたが、自己の身体能力の低下を理解できず、職員の目の届かない場所で歩行し転倒されていた。年齢的にも体力向上は難しく、頸椎変形症もある為、大きな衝撃は致命傷となる可能性がある。

〈委員会のコメント（下記番号は上記の番号に対応している）〉

1. 座位保持訓練を行い、安楽に座れるようにすることが優先されることと思う。
2. 「ずり落ち防止のため」→実際に何度もずり落ちたのか。車いすはクッションを傾斜のついたものを使用し、ずり落ちないで、安心して利用できることを理解していただく。
3. 本人が不穏となる状況を再度把握する必要がある。他の入居者とのコミュニケーションをはかるよう関わりを持たせる。
11. 足の長さとフットレストが合っていないことが多い。車いすは生活のためではなく、移動のためにあるのだから、床に足を置けばよいのではないか。
12. 背中に合わせて車いすの背部分を切り穴を開け、枠を付ける、等の工夫で対応できないか。

*家族の希望、家族と相談の上、というのは、拘束の理由にならない。家族とコミュニケーションを図り、信頼関係のもと、ケアを行なうことが原則。

*長時間の座位保持が困難であれば、時間を工夫し、車いすは移動時のみ使用する。車いすの工夫。本人に合ったものを選択する。

*車いすのフィッティングは介護の重要な仕事である。車いすメーカーやPTなどの協力を得る。

*車いすから普通のいすに替えるという考え方少ない。

*車いすは生活のためでなく、移動のためという意識を持つこと。

7. 立ちあ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。（3人）

1. 入居時歩行可能であったが、転倒し大腿骨を骨折。家族の希望で手術せず。歩行不能になることを承知で自然治癒を目指すことになる。本人は自分の身体状況の認識がなく、立ち上がり歩こうとする。
2. 転倒を何度も繰り返し、頭部を打撲した為、硬膜下血腫除去手術を受け、その後歩行が困難となり始めた。手術後は、転倒を防ぐため、一人で立ち歩かないよう、日中は低めのソファに座り、テーブルの前に居ていただいている。
3. 右膝骨折による関節の硬縮があり（可動域屈曲40度前後）立ち上がる時はほぼ左足の力のみで行なうことになる。自力での立ち上がりは難しく職員の介助が必要。しかし本人は一人で立ち上がるし、歩くこともできると思っている。実際にひとりで立ち上がりうとして転倒するということを繰り返している。車いす使用。（自走可）

〈委員会のコメント（下記番号は上記の番号に対応している）〉

1. 身体を動かさないようにすることで、かえって不穏になるため、見守り対応すること。拘束をされなければ心が解き放されるから、表情も良い状態へ変わっていく。

2. 状態が落ち着かない時には、ずっとそばについて見守り対応をすることで、ゆとりが生まれる。

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。（34人）

1. 体を強く搔きむしるため、傷が絶えない。又、排便後すみやかにおむつ交換するよう努めているが、間に合わないとろう便行為がみられてしまう為に、つなぎ型のアンダーウェアを使用している。
2. おむつに排泄があると自分でおむつを破り取ってしまう。またその尿や便で汚れた手を顔や頭などにもっていき大変不衛生であった。夜間排泄がある時間の平均を出して対応したりしたが、決まった時間に排泄があるわけではなく、排泄時間を予測するのは難しい。本人は、意志の疎通も高年齢と痴呆が重なり困難であるため、不衛生の予防の為、つなぎの下着を使用することとなる。
3. おむつの中に手を入れ、便をさわった手を顔や口の中に入れ不衛生だった。ご本人の痴呆の状態から意志疎通は難しく、定時以外におむつ交換を行ってみても決まった時間に排泄があるわけではないので、予測できない。家族に現状を説明し、不衛生予防のためにつなぎの下着を使用することになった。
4. 便いじり（不潔行為）をされる為、会議の結果を家族に知らせ了解をもらってから実施、また夜間おむつ交換時寒さが厳しいので、風邪を引かないように素早く行いたい。また、拘束寝巻は腰や腹部が出ないため、保温性もある。
5. 不潔行為が有り、常時見守り困難。
6. 痴呆があり、胃ろうを抜くおそれがある。
7. 夜間、おむついじり、便こねをする為、以前はつなぎを使用せずその都度対応していたが、家族よりおむつの使いすぎなので枚数を減らすよう言われ、やむを得ずつなぎを使用している。
8. 24時間、付添がいる（ご家族が依頼の方）が、胃ろうで抜管してしまう為、つなぎ服を使用、夜間のみ行っている。
9. 入居前（医療機関へ入院中）よりおむつ外し、搔きむしり（老人性皮脂欠乏症）あるため介護衣を着用していた。ホーム入居に際しても、家族の強い希望により、介護衣着用を継続している。
10. 健常型で入居。加齢によりADLの低下がみられ、寝たきりの状態となる。痴呆症状により室内を這い回る、おむつ外し等が顕著となる。家族が自室での介護を希望されており、常時の見守りが困難な為、介護衣を着用していただく。
11. 胃ろう造設の入居者、健康時の仕事が手仕事だったらしく、手先が器用。当施設利用前は、つなぎ服、ミトン手袋、その手を紐で拘束、尿留置カテーテルが挿入され意志の疎通は困難で要介護5。当施設入居後は、検討会を重ね、約1ヶ月かけてミトン手袋、紐による拘束、尿留置カテーテルを抜去したが、その後より胃ろうを自己抜管し続けている。（どんなにしても、器用に抜くので対策をさらに検討中）
12. 夜間、脱衣やおむつはずしが頻回なため、つなぎ服着用。

〈委員会のコメント（下記番号は上記の番号に対応している）〉

1. 搔痒感の原因を突き止める。入浴の頻度、皮膚科の受診などの対応を再度点検してみてはどうか。

- 2・3. 生活パターンを詳細にチェックする。短時間の居室訪問など何らかの対応が可能と思うが。
4. 拘束寝巻が保温性に貢献するという考えは捨てること。保温は代替手段で確保する。
5. 不潔行為の原因是。排泄のタイミングを掴む努力をしてはどうか。
6. 胃ろう部が見えないような工夫をしてみてはどうか。また「おそれ」だけで判断するのはどうか。
7. おむつの枚数制限は、トイレ誘導で解決できないか。
8. 24時間付き添いがいる状況で、つなぎ服をなぜ使用しなければならないのかを再検討する必要あり。胃ろう部を隠すなど工夫が必要。つなぎ服は不要。
10. 寝たきりなのに、痴呆症状で室内を這い回ることがあるのか。
トイレ誘導をどのようにするのか。ポータブルに座ってもらってはどうか。おむつ外しの原因を検討する。自室での介護が本当によいのかの検討も必要。本人の状況の把握ができているのか。
- * 介護衣を使用しない方法を検討すること。

10. 行動を落ち着かせるために、向精神薬を服用させる。(15人)

1. 転倒し、大腿部骨折したことで、立位が不可能となった。他者への暴言、つねる、叩く等の暴力行為があり、一緒に入居している娘の希望で向精神薬を服用することとなる。主な介護者は娘であり、介護に対する決定権を持っている。
2. 昼夜逆転状態があり、大声を発する為、投薬でコントロールをしている。
3. 入居時は自立歩行可能であった。しかし他の入居者を叩く、車いすの方を突然動かしてしまうなどの行動が見られた。さらに使用済みのおむつを口にしてしまうなどの行為あり。突発的な行為かと様子観察を行なうが、暴力行動は減少せず。この間ご家族へは、電話・手紙で随時状況報告の連絡行なう。その結果として精神薬の使用を開始。服用量は医者に一任せす、様子を随時医師にも伝え薬の量を調整した。その後、暴力行動はなくなり、安定した生活を送るが、自分から立ち上がろうとする行為がなくなり、車いすでの生活となる。前かがみになり、転倒することも多々あるため、現在は転倒すり落ち防止のため車いすでの生活時はひもでずり落ちを予防している。
4. 職員の配置の少ない夜間帯、不穏状態になり、他居室へ入室したり怒りっぽくなったり、杖を振り回して暴力行為に及んだため。
5. 昼夜逆転により、夜間徘徊、他室のドアをたたいたり、入室したりと、他の入居者より苦情があり。夜間、夜間態勢人数により常時見守りが不可能。
6. 他入居者への暴言・暴力の為、家族同意のもとに医師に相談し、落ち着くまでの間、向精神薬の服用。
7. 入居間もなくから、老人性痴呆症が現れ、妻や職員に暴力をふるう、家に帰ると言い外に飛び出しがふらつきが見られ転倒する等から精神科医に相談し、向精神薬を服用していただく。
8. 夜間不眠不穏が続き、精神科医の診断により向精神薬の処方となった。

〈委員会のコメント（下記番号は上記の番号に対応している）〉

1. 娘さんへ向精神薬の危険性、副作用について理解を求める。職員の娘さんに対してのメンタルケアが必要かと思う。主な介護者を娘さんではなく、職員が少しづつ関わるように対応していく。暴力行為を行わなければならない理由、何を訴えようとしているのかを酌みとる。
 1. 同じような事例が当ホームでもあった。今は向精神薬により活気がなくなってしまい、落ち着いて生活しているが、これで良かったのではないと思っている。とても対処困難な事例。現場では想像以上に悩んで対応している。
 1. 日中の過ごし方、介護の関わり方が影響していることもある。夜間なぜ不穏になるのか。その原因を考える必要がある。
 2. 「昼夜逆転」一日中は、刺激を受けるように工夫し、なるべく起きているように、睡眠のコントロールをはかるようにする。薬は体内に蓄積され、状態低下につながる
 3. 薬の量が少し多いのではないか。便いじりについても排泄介助を定時から隨時に変えると改善されないか。
- *日中他人との関わり合いを持たせること。
*状態観察すること。

参考：個別調査票

入居者別事例シート（各項目について、該当するものを選択してください）								
要介護度	自立（非該当） 要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5							
痴呆の程度	正常	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
排泄の状況	夜間	A. 自分でできる B. トイレに誘導 C. ポータブルトイレ使用 D. 尿瓶 E. おむつ F. カテーテル等						a. 定時 b. 隨時
	昼間	A. 自分でできる B. トイレに誘導 C. ポータブルトイレ使用 D. 尿瓶 E. おむつ F. カテーテル等						a. 定時 b. 隨時
入居者が受けている医療	A. 点滴 B. 経管栄養 C. 胃ろう D. 中心静脈栄養 E. 気管カニューレ F. 留置カテーテル							
身体拘束をしている時間 (1日中・夜間・昼間のうち、該当する時間帯に○を付け、さらに夜間・昼間にについては、A～E から時間を選択して○を付けてください)	1日中		夜間			昼間		
			A. 6時間以上 B. 5～6時間程度 C. 3～4時間程度 D. 1～2時間程度 E. 1時間未満			A. 6時間以上 B. 5～6時間程度 C. 3～4時間程度 D. 1～2時間程度 E. 1時間未満		
	1 2 3 4		1 2 3 4			1 2 3 4		
	5 6 7 8		5 6 7 8			5 6 7 8		
	9 10 11		9 10 11			9 10 11		
身体拘束をしている理由 (* 2から選択して、記号に○を付けてください)	ア イ ウ エ		ア イ ウ エ			ア イ ウ エ		
	オ カ キ ク		オ カ キ ク			オ カ キ ク		
	ケ コ サ		ケ コ サ			ケ コ サ		
<p>* 1 (身体拘束の例) (複数選択可)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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、立ちあがったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける
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

* 2 (身体拘束をしている理由) (複数選択可)

ア. 転倒・転落等の事故を防ぐ必要があるから	キ. 入居して間もなく、状態を把握できていないから
イ. 入居者・家族からの希望が強かったから	ク. ホームの取り組みがまだ十分でないから
ウ. 常時見守りが困難だから	ケ. この行為が身体拘束だと思っていないから
エ. 職員の配置が少ないとから	コ. 緊急やむを得ない場合だったから
オ. 自傷行為があるから	サ. 廃止に向けて取り組みをしているが、まだ完全に廃止できる状態でないから
カ. 他害の虞があるから	

やむを得ず身体拘束に至った状況・理由を具体的に記入してください

身体拘束に対する入居者・家族の意見とそれに対するホーム側の対応

身体拘束廃止への取り組みの状況と効果(拘束廃止が困難な場合は、その理由を記入してください)

現在の入居者の状況

今後の目標(新たな問題点が出てきている場合は、あわせて記入してください)

(3) 拘束事例に対する廃止検討の考え方

前述の身体拘束事例のうち7件のデータについて、委員会としての廃止に向けた考え方を示す。

事例 1

入居者別シート (各項目について、該当するものを選択してください)							
要介護度	自立(非該当) 要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5						
痴呆性老人自立度判定基準	正常	I	II a	II b	III a	III b	IV M
排泄の状況	夜	A. 自分でできる C. ポータブルトイレ使用 E. おむつ	B. トイレに誘導 D. 尿瓶 F. カテーテル等	a. 定時 b. 隨時			
	昼	A. 自分でできる C. ポータブルトイレ使用 E. おむつ	B. トイレに誘導 D. 尿瓶 F. カテーテル等	a. 定時 b. 隨時			
入居者が受けている医療	A. 点滴 B. 経管栄養 C. 胃ろう D. 中心静脈栄養 E. 気管カニューレ F. 留置カテーテル						
身体拘束をしている時間	1日中	夜間			昼間		
		A. 6時間以上			A. 6時間以上		
		B. 5~6時間程度			B. 5~6時間程度		
		C. 3~4時間程度			C. 3~4時間程度		
		D. 1~2時間程度			D. 1~2時間程度		
	E. 1時間未満			E. 1時間未満			
身体拘束の例	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11			
身体拘束をしている理由	ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ コ サ	ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ コ シ	ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ コ シ	ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ コ シ			
* 1 (身体拘束の例) 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 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							
* 2 (身体拘束をしている理由) ア.転倒・転落等の事故を防ぐ必要がある サ.廃止に向けて取り組みをしているが、まだ完全に廃止できる状態でないから							
身体拘束に至った状況・理由を具体的に記入してください 痴呆強度、膝関節拘縮あり、起立不安定、歩行不能。情緒不安定で感情の起伏が著しく、易怒的。意思疎通が取り難く、多動である。注意して観察し、介護に当たっているが、他の入居者への対応のため離れたときに転倒し、顔面前額部を打撲している。家族に状況説明を行い、同意を得て、身体拘束廃止委員会で検討の結果、代替方法を試み、拘束廃止に取り組んでいるが、現在のところ拘束時間の短縮化に目標をおいている。今後も拘束廃止に向けて活動を継続していきたい。							

身体拘束に対する入居者・家族の意見とそれに対するホーム側の対応

家族は、拘束はやむを得ないと考えておられたが、廃止に向けての取り組みに対し、理解をしていただき、計画に努力を得られている。

身体拘束廃止への取り組みの状況と効果（拘束廃止が困難な場合は、その理由を記入してください）

覚醒時は常時車いすにY字帯による拘束を行っていた。検討の結果、アクティビティの強化でマンツーマン対応の時間を設け、拘束を解いて観察を行なう。

日常生活の行動パターンをグラフ化し、興奮や刺激的行動を起こす原因追及を試みるが、原因の把握に至らなかった。

終日の観察が必要なため、観察が行き届くロビーのコーナーにソファーベッドを設置し、食事及び興奮時のみ車いす対応、それ以外はソファーベッドで対応した。

その結果、平穏な時間が多くなってきた。それよりロビーより平穏時及び睡眠時は、自室ベッド上にて安静を保っている。

現在の入居者の状況

胃ろうを設置しており、栄養注入時、興奮時のみ拘束施行。夜間は自室ベッドにて就眠。途中覚醒され、体動が活発時、観察を行い、危険な状態に入った時の車いすにY字帯拘束。その回数も以前に比べると非常に少なくなっている。

今後の目標（新たな問題点が出てきている場合は、あわせて記入してください）

完全に拘束廃止は難しいが、活動持続していきたい。

委員会コメント

- ・拘束廃止に向けて、計画的に取り組んでいる事例。時間も徐々に短くなってきており、継続して廃止に向けて頑張ってほしい。

事例2

入居者別シート (各項目について、該当するものを選択してください)												
要介護度	自立(非該当) 要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 <input checked="" type="radio"/> 要介護5											
	正常	I	II a	II b	III a	III b	<input checked="" type="radio"/> IV	M				
痴呆性老人自立度判定基準	夜間	A. 自分でできる <input checked="" type="radio"/> C. ポータブルトイレ使用 <input checked="" type="radio"/> E. おむつ	B. トイレに誘導 D. 尿瓶 F. カテーテル等	a. 定時 b. 隨時								
	昼間	A. 自分でできる <input checked="" type="radio"/> C. ポータブルトイレ使用 <input checked="" type="radio"/> E. おむつ	B. トイレに誘導 D. 尿瓶 F. カテーテル等	a. 定時 b. 隨時								
排泄の状況	入居者が受けている医療	A. 点滴 B. 経管栄養 <input checked="" type="radio"/> C. 胃ろう D. 中心静脈栄養 E. 気管カニューレ F. 留置カテーテル										
	身体拘束をしている時間	1日中	<input checked="" type="radio"/> 夜間				<input checked="" type="radio"/> 昼間					
身体拘束の例 (*1)	1	2	3	4	1	2	<input checked="" type="radio"/> 3	4	1	2	<input checked="" type="radio"/> 3	4
	5	6	7	8	<input checked="" type="radio"/> 5	6	7	8	<input checked="" type="radio"/> 5	6	7	8
	9	10	11		9	10	11		9	10	11	
身体拘束をしている理由 (*2)	ア	イ	ウ	エ	<input checked="" type="radio"/> ア	イ	<input checked="" type="radio"/> ウ	エ	<input checked="" type="radio"/> ア	イ	<input checked="" type="radio"/> ウ	エ
	オ	カ	キ	ク	オ	カ	キ	ク	オ	カ	キ	ク
	ケ	コ	サ		ケ	コ	サ		ケ	コ	サ	
* 1 (身体拘束の例)												
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												
5. 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												
* 2 (身体拘束をしている理由)												
7. 転倒・転落等の事故を防ぐ必要がある												
9. 常時見守りが困難だから												
身体拘束に至った状況・理由を具体的に記入してください												
胃ろうを造設したため、胃ろう部を必要以上に触れるおそれを防ぐため、ミトンを着用しはじめている。また、柵を自分で外し、ベッドより転落する危険の状況があつたため、サイドレールを使用し、常時柵が外れないよう対応している。												
身体拘束に対する入居者・家族の意見とそれに対するホーム側の対応												
入居者本人より、ミトン型拘束帯を「外してほしい」と言われることが多いと感じている。その際、ホーム側より「胃ろう部のチューブを引っ張り、壊してしまうと身体に栄養が入れられなくなってしまう」と説明し、納得していただけるよう、努めている。家族にも説明し、理解していただいている。												

身体拘束廃止への取り組みの状況と効果（拘束廃止が困難な場合は、その理由を記入してください）

ミトンの代用として人形を握っていただいたりしたが、自分でパジャマを脱ぎ、胃ろう部のチューブを抜去したため、再挿入の手術をしている。そのようなことを何度も繰り返さない手段として現在思案中。

現在の入居者の状況

日中、車いすリクライニング上でミトン着用で過ごしている。夜間・睡眠中はミトンを外し、ベッド上にて過ごしている。

今後の目標（新たな問題点が出てきている場合は、あわせて記入してください）

ベッド柵とミトンの使用時間をできるだけ短縮すること。

委員会コメント

- ・胃ろう注入時は誤嚥の危険性もあるので職員の見守りが必要であり、また胃ろう注入時は本人がチューブやイルリガートルが目に入らないようなところから行えば事故は予防できる。
- ・胃ろう部位のボタンは痴呆の方は無意識に抜去し、医師による再挿入が必要となるが、これはある程度仕方ないと考えて、協力先の病院および医師の理解と協力が得られるようにしておく。
- ・本人の観察とコミュニケーションを頻繁に行い（現状より更に頻度多く）、本人の要求を満たす方向に持って行く。
- ・ミトンは施設から無くした方がよいのでは？⇒あれば使いたくなるのでは？
- ・根気よく本人の生活パターンや要求を探し当てる努力が必要。（今よりもっと）
- ・胃ろう部付近を、タオル、スキントンポア等で保護するなど、方法を考えたらどうか。柵使用の場合、昼間は車いすやいすに座っていただき、コミュニティに关心をもっていただく方法をとるなど、ベッドで過ごす時間を短くし、いすに座っている間はミトンを外す方向で実施してはどうか。

事例 3

入居者別シート (各項目について、該当するものを選択してください)								
要介護度	自立(非該当)	要支援	要介護1	要介護2	要介護3			
	要介護 4	要介護 5						
痴呆性老人自立度判定基準	正常	I	II a	II b	III a	III b	IV (M)	
排泄の状況	夜間	A. 自分でできる C. ポータブルトイレ使用 E. おむつ	B. トイレに誘導	D. 尿瓶 F. カテーテル等	a. 定時 b. 隨時			
	昼間	A. 自分でできる C. ポータブルトイレ使用 E. おむつ	B. トイレに誘導	D. 尿瓶 F. カテーテル等	a. 定時 b. 隨時			
入居者が受けている医療	A.点滴 B.経管栄養 C.胃ろう D.中心静脈栄養 E.気管カニューレ F.留置カテーテル							
身体拘束をしている時間	1日中 車いすに座っている時で、不穏で落ち着かない時で、職員がそばにいることができない時 1~2 時間程度 / 日				夜間	昼間		
					A. 6時間以上 B. 5~6時間程度 C. 3~4時間程度 D. 1~2時間程度 E. 1時間未満	A. 6時間以上 B. 5~6時間程度 C. 3~4時間程度 D. 1~2時間程度 E. 1時間未満		
身体拘束の例 (* 1)	1	2	3	4	1	2	3	4
	5	6	7	8	5	6	7	8
身体拘束をしている理由 (* 2)	ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク
	ケ	コ	サ		ケ	コ	サ	
* 1 (身体拘束の例)								
6. 車いすやいすからずり落ちたり、立ちあがったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける								
* 2 (身体拘束をしている理由)								
7. 転倒・転落等の事故を防ぐ必要がある ウ. 常時見守りが困難だから								
身体拘束に至った状況・理由を具体的に記入してください								
なるべく職員が付き添うようにしていたが、24時間そばにいることはできないため、車いすに座っている時、ずり落ちたり、立ち上がり、転倒することがあった。家族、医師と相談し、車いすに座っている時で不穏で落ち着かない時で、かつ職員がそばにいることができない時に拘束を行なうこととした。								

身体拘束に対する入居者・家族の意見とそれに対するホーム側の対応

入居者：不穏が強いときは「はずしてー！」と訴えている。

家族：転倒して痛い思いをさせたくないで、必要な拘束は仕方ないと思っている。

ホーム：不穏が強いとき、ずっと職員がそばにいられない時は安全のために必要最小限の拘束は仕方ない。

身体拘束廃止への取り組みの状況と効果（拘束廃止が困難な場合は、その理由を記入してください）

痴呆等による不穏の方に、そういう時に常時1対1の対応ができないため。

また、不穏が強い時、職員等がそばに行くことでより不穏が強くなることがあるため。車いすから降りて、畳等の上で自由にしていただくということも試みたが、立ち上がってしまう。

現在の入居者の状況

1日に1回程度、不穏になる時がある。そういう時はずり落ちたり、職員に暴言、暴行がある。それ以外の時間は眠っていること、穏やかに過ごしていること、何か食べていることが大半を占めている。

今後の目標（新たな問題点が出てきている場合は、あわせて記入してください）

少しずつ不穏な時間は減少しているように思われる。本人が落ち着いて生活ができるようケア等について検討を重ねて、拘束なく安全に生活できるように考えていきたい。

委員会コメント

- ・一時的にマンツーマンの対応ができない場合は三原則に基づく拘束はやむを得ないと思うが、三原則が免罪符になってはいけない。マンツーマンの対応ができない時間帯を減らす工夫が必要と思う。
- ・不穏が強いときの原因（空腹、おむつ、寂しいなど）を探し当てる。職員に対しての暴力は人によりけりか、全職員かによるが根気よくコミュニケーションをとることで改善するケースもあるので粘り強くアプローチしてみてはどうか。
- ・車いすからのずり落ちを防止するため、傾斜の付いた車いす、リクライニング式を利用する。不穏時は落ち着くように寄り添い、声かけをする。不穏になる原因を探ることも大切です。

事例 4

入居者別シート (各項目について、該当するものを選択してください)								
要介護度	自立(非該当) 要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5							
痴呆性老人自立度判定基準	正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M							
排泄の状況	夜間	A. 自分でできる C. ポータブルトイレ使用 E. おむつ	B. トイレに誘導 D. 尿瓶 F. カテーテル等	a. 定時 b. 隨時				
	昼間	A. 自分でできる C. ポータブルトイレ使用 E. おむつ	B. トイレに誘導 D. 尿瓶 F. カテーテル等	a. 定時 b. 隨時				
入居者が受けている医療	A. 点滴 B. 経管栄養 C. 胃ろう D. 中心静脈栄養 E. 気管カニューレ F. 留置カテーテル							
身体拘束をしている時間	1日中	夜間			昼間			
		A. 6時間以上 B. 5~6時間程度 C. 3~4時間程度 D. 1~2時間程度 E. 1時間未満			A. 6時間以上 B. 5~6時間程度 C. 3~4時間程度 D. 1~2時間程度 E. 1時間未満			
身体拘束の例 (* 1)	1 5 9	2 6 10	3 7 11	4 8	1 5 9	2 6 10	3 7 11	
	身体拘束をしている理由 (* 2)	ア オ ケ	イ カ コ	ウ キ サ	エ ク サ	ア オ ケ	イ カ コ	ウ キ サ
	* 1 (身体拘束の例)	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						
* 2 (身体拘束をしている理由)	1. 入居者・家族からの希望が強かったから 2. 常時見守りが困難だから							
身体拘束に至った状況・理由を具体的に記入してください								
おむつの中に手を入れ、便をさわった手を顔や口の中に入れ、不衛生だった。本人の痴呆の状態から意思疎通は難しく、定時以外におむつ交換を行ってみても、決まった時間に排泄があるわけではないので、予測できない。家族に現状を説明し、不衛生予防のために、つなぎの下着を使用することになった。								
身体拘束に対する入居者・家族の意見とそれに対するホーム側の対応								
本人との意思疎通は困難。ホームとしては、家族(身元引受人)に判断をお願いしている。 家族には隨時連絡を行い、つなぎの下着を購入する時も購入許可を頂いた。家族は、自分の親が便を口にしてしまったことが非常にショックで、衛生的に穏やかな生活をしてほしいと願っている。								

身体拘束廃止への取り組みの状況と効果（拘束廃止が困難な場合は、その理由を記入してください）

おむつの中に手を入れてしまうのは、ベッドに寝ている夜間に多い。定時（4時間毎）のおむつ交換の外に、巡回の時間におむつ交換を試みた。2時間おきのおむつ交換を行っても排泄の時間は安定せず、頻繁に身体を動かすことは本人にとっても苦痛だと考えた。

日中は離床しているので、夜間は睡眠時間とし、生活のリズムを整えている。

現在の入居者の状況

つなぎの下着を使用しているため、おむつの中に手を入れる不潔な行為はなくなった。しかし、おむつ交換時に、臀部や陰部に触れることがあるので、手に物をもってもらって対応している。

今後の目標（新たな問題点が出てきている場合は、あわせて記入してください）

自力で動くことができない（移動などヘルパーの全介助）ため、腸の動きが悪く、便も自力で排出できないことが多いため、摘便を行っている。便が詰まっている感覚で不快な思いをされていると思うので、下剤調整を行いつつ、早めのおむつ交換を心がけて行く。

委員会コメント

- ・夜間おむつを触る行為をすることは入眠していないか、浅い状態と考えられるため、眠っていたくための睡眠のサイクルを構築する必要がある。日中の生活の中で、コミュニケーションや体操等で活動を無理のないように増やし、夜間の睡眠につないではどうか。

事例 5

入居者別シート (各項目について、該当するものを選択してください)												
要介護度	自立(非該当) 要支援 要介護 1 要介護 2 要介護 3 要介護 4 要介護 5											
痴呆性老人自立度判定基準	正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M											
	排泄の状況	夜間	A. 自分でできる B. トイレに誘導 C. ポータブルトイレ使用 D. 尿瓶 E. おむつ F. カテーテル等				a. 定時 b. 隨時					
昼間		A. 自分でできる B. トイレに誘導 C. ポータブルトイレ使用 D. 尿瓶 E. おむつ F. カテーテル等				a. 定時 b. 隨時						
入居者が受けている医療	A. 点滴 B. 経管栄養 C. 胃ろう D. 中心静脈栄養 E. 気管カニューレ F. 留置カテーテル											
	身体拘束をしている時間	1日中		夜間			昼間					
		A. 6時間以上 B. 5~6時間程度 C. 3~4時間程度 D. 1~2時間程度 E. 1時間未満			A. 6時間以上 B. 5~6時間程度 C. 3~4時間程度 D. 1~2時間程度 E. 1時間未満							
身体拘束の例 (* 1)	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8
	9	10	11		9	10	11		9	10	11	
身体拘束をしている理由 (* 2)	ア	イ	ウ	エ	7	イ	ウ	エ	ア	イ	ウ	エ
	オ	カ	キ	ク	オ	カ	キ	ク	オ	カ	キ	ク
	ケ	コ	サ		ケ	コ	サ		ケ	コ	サ	
* 1 (身体拘束の例)												
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												
* 2 (身体拘束をしている理由)												
9. 常時見守りが困難だから												
身体拘束に至った状況・理由を具体的に記入してください												
おむつに排泄があると、自分でおむつを破り、取ってしまう。また、その尿と便で汚れた手を顔や頭などに持っていき、大変不衛生であった。夜間、排泄がある時間の平均を出して対応したりしたが、決まった時間に排泄があるわけではなく、排泄時間を予測するのは難しい。本人は、意思の疎通も高年齢と痴呆が重なり困難であるため、不衛生の予防のため、つなぎの下着を使用することとなる。												
身体拘束に対する入居者・家族の意見とそれに対するホーム側の対応												
高齢と痴呆のため、本人との意思の疎通は難しい。職員は毎回おむつを外さないでほしいということを伝えるも、次に居室に伺うと、おむつの中に手を入れようとしていることが多い。												
家族への連絡は、隨時行っている。下着のつなぎも家族より購入許可をいただき、購入・使用を開始している。衛生的に安楽に生活してほしいという事が家族の希望である。												

身体拘束廃止への取り組みの状況と効果（拘束廃止が困難な場合は、その理由を記入してください）

おむつ外しは夜間に特に多く、2時間毎の巡視では対応が遅れてしまう。排泄が多い時間の平均から事前のおむつ交換を行なうも、排泄の時間が安定せず、おむつを外されてしまう。また毎回ナースコールを押すように声かけも続けるが、理解不能であった。

現在の入居者の状況

年齢が高くなつたため、自動は少なくなつてきている。しかし、手はまだ動くので、おむつの中に手を入れようとする行為はまだまだ見られている。

今後の目標（新たな問題点が出てきている場合は、あわせて記入してください）

理解は難しいかもしれないが、おむつの中に手を入れると不衛生であるという声かけは引き続き行っていく。また、排泄時間は今後ともチェックを行い、事前の対応を心がける。

委員会コメント

- ・ 排泄は平均的な時間で対応しても意味がない。粘り強く排泄のタイミングを掴むように努力すること。
- ・ 夜間2時間毎のおむつ交換では間に合わないのであれば、訪室の頻度をあげて排泄のタイミングを探る。
- ・ おむつ交換時に清拭や陰洗など汚物が皮膚に付着していないような状況を作ることで不快感をなくすようにしてはどうか。
- ・ おむつに手を入れる行為は本人がおむつに手を入れたいという要求がある（不快、痒い）ので一度皮膚科受診や入浴時のチェックなど細かく観察してみてはどうか。
- ・ おむつに手を入れてしまうことから関心を他に向けるようにする。ベッドまわりの環境や、手に何か持たせる。人形やぬいぐるみを抱かせる等。また、日中はなるべくコミュニティでの過ごし方を工夫する。

事例 6

入居者別シート (各項目について、該当するものを選択してください)												
要介護度	自立(非該当) 要支援 要介護1 要介護2 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5											
痴呆性老人自立度判定基準	正常 I IIa IIb IIIa IIIb <input checked="" type="checkbox"/> IV M											
排泄の状況	夜間	A. 自分でできる C. ポータブルトイレ使用 <input checked="" type="checkbox"/> E. おむつ						B. トイレに誘導 D. 尿瓶 F. カテーテル等			a. 定時 b. 隨時	
	昼間	A. 自分でできる C. ポータブルトイレ使用 <input checked="" type="checkbox"/> E. おむつ						B. トイレに誘導 D. 尿瓶 F. カテーテル等			a. 定時 b. 隨時	
入居者が受けている医療	A. 点滴 B. 経管栄養 C. 胃ろう D. 中心静脈栄養 E. 気管カニューレ F. 留置カテーテル											
身体拘束をしている時間	1日中			<input checked="" type="checkbox"/> 夜間				夜間 A. 6時間以上 B. 5~6時間程度 C. 3~4時間程度 D. 1~2時間程度 E. 1時間未満				A. 6時間以上 B. 5~6時間程度 C. 3~4時間程度 D. 1~2時間程度 E. 1時間未満
身体拘束の例 (* 1)	1 5 9	2 6 10	3 7 11	4	1 5 9	2 6 10	3 7 11	4	1 5 9	2 6 10	3 7 11	
身体拘束をしている理由 (* 2)	ア オ ケ	イ カ コ	ウ キ サ	エ ク サ	ア オ ケ	イ カ コ	ウ キ サ	エ ク サ	ア オ ケ	イ カ コ	ウ キ サ	
* 1 (身体拘束の例)												
10. 行動を落ち着かせるために、向精神薬を服用させる												
* 2 (身体拘束をしている理由)												
イ. 入居者・家族からの希望が強かったから												
身体拘束に至った状況・理由を具体的に記入してください												
転倒し、大腿部骨折をしたことで、立位をとることは不可能になった。他者への暴言、つねる、叩く等の暴力行為があり、一緒に入居している娘の希望で、向精神薬を服用することとなる。主な介護者は娘であり、介護に対する決定権を持っている。												
身体拘束に対する入居者・家族の意見とそれに対するホーム側の対応												
「親の介護」に関しては強固な意向があり、担当医との話し合いも娘のみで行っている。そのため、ホーム側としては、できる限り娘の意向に合わせ、介護に当たっている。												

身体拘束廃止への取り組みの状況と効果（拘束廃止が困難な場合は、その理由を記入してください）

娘としては、向精神薬の服用を「拘束」とは捉えていないようである。家族が側にいて「精神面のケア」をしていくことが「最良な介護」であると考えているため、「身体的介護」のみ任されている。向精神薬を服用している現在でも、暴言・暴力等、家族に対しても、職員に対しても見られるため、服用を中止することは考えていないようである。娘と離れてこちらで過ごす時や、他の娘（妹）が来て介護されている時等、比較的穏やかでいることが多いことから考えると、問題行為が側にいる娘の精神状態を敏感に受け、生じていると推測される。このことを娘に伝えてはあるが、なかなか理解していただけない状況である。

現在の入居者の状況

娘への依存心が強く、娘から離れるときしばらくの間は娘の名前を大声で呼び続けている。しかし、しばらく経つと穏やかになり、他入居者とのコミュニケーション、職員とのコミュニケーションもスムーズに行える。娘に対して厳しく当たり、職員・他入居者には笑顔で接することが多くなっている。

今後の目標（新たな問題点が出てきている場合は、あわせて記入してください）

娘と話し合い、コミュニケーションを多くとり、本人にとって最良のケアをしていきたいと思っている。現在、この先も、向精神薬の服用が必要なのかをホーム側としても、担当医の意見を聞いたり考えている。

委員会コメント

- ・ 向精神薬の服用には副作用（デメリット）があることを客観的に正確に娘に伝える。
- ・ 他者への暴言、暴力はスタッフがコミュニケーション、きめ細かい対応（他者に近づけない）を行なうことできちんと予防できる。
- ・ 娘さんへの依存度が高い場合は、面会頻度を変えてみる。（長短）
- ・ 娘さんに向精神薬の危険性、副作用について理解を求める。
- ・ 介護職員の、娘さんに対するメンタルケアが必要かと思う。
- ・ 主な介護者を娘さんではなく、職員が少しずつ関わるように対応していく。
- ・ 暴力行為を行わなければならない理由、何を訴えようとしているのかをくみ取る。

事例 7

入居者別シート (各項目について、該当するものを選択してください)								
要介護度	自立(非該当) 要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5							
痴呆性老人自立度判定基準	正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M							
排泄の状況	夜間	A. 自分でできる C. ポータブルトイレ使用 E. おむつ	B. トイレに誘導 D. 尿瓶 F. カテーテル等			a. 定時 b. 隨時		
	昼間	A. 自分でできる C. ポータブルトイレ使用 E. おむつ	B. トイレに誘導 D. 尿瓶 F. カテーテル等			a. 定時 b. 隨時		
入居者が受けている医療	A.点滴 B.経管栄養 C.胃ろう D.中心静脈栄養 E.気管カニューレ F.留置カテーテル							
身体拘束をしている時間	1日中		夜間		昼間			
			A. 6時間以上 B. 5~6時間程度 C. 3~4時間程度 D. 1~2時間程度 E. 1時間未満			A. 6時間以上 B. 5~6時間程度 C. 3~4時間程度 D. 1~2時間程度 E. 1時間未満		
身体拘束の例 (* 1)	1 5 9	2 6 10	3 7 11	4 8	1 5 9	2 6 10	3 7 11	4
身体拘束をしている理由 (* 2)	ア オ ケ	イ カ コ	ウ キ サ	エ ク サ	ア オ ケ	イ カ コ	ウ キ サ	エ ク サ
<p>* 1 (身体拘束の例) (複数選択可)</p> <p>6. 車いすやいすからずり落ちたり、立ちあがったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける</p> <p>10. 行動を落ち着かせるために、向精神薬を服用させる</p>								
<p>* 2 (身体拘束をしている理由) (複数選択可)</p> <p>ア. 転倒・転落等の事故を防ぐ必要がある カ. 他害の虞があるから</p>								
<p>身体拘束に至った状況・理由を具体的に記入してください</p> <p>入居時は自立歩行可能であった。しかし、他の入居者を叩く、車いすの方を突然動かしてしまう等の行動が見られた。さらに使用済みのおむつを口にしてしまう等の行為あり。突発的な行為かと様子観察を行なうが、暴力行動は減少せず。この間、家族へは電話・手紙で随時状況の連絡を行なう。その結果として、向精神薬の使用を開始。服用量は医師に一任せせず、様子を随時医師にも伝え、薬の量を調整した。その後、暴力行動はなくなり安定した生活を送るが、自分から立ち上がろうとする行為がなくなり、車いすでの生活となる。前屈みになり転倒することも多々あるため、現在は、転倒・ずり落ち防止のため、車いすでの生活時はひもでずり落ちを予防している。</p>								

身体拘束に対する入居者・家族の意見とそれに対するホーム側の対応

入居者からは拒否の訴えはない。家族も身体拘束に至るまでの経緯は随時連絡を行っていたので、納得している。面会時にも現在の様子はご覧になっており、以前面会時は、便いじりをされている姿もご覧になり、本人の身体状況も理解されている。

ホームとしても、今後も生活状況は、随時電話や手紙で伝えていき、必要以上の身体拘束は行わないよう努める。緊急時を除き、向精神薬の増量や拘束時間の延長などは、家族の了承のもとに行なうこととしている。

身体拘束廃止への取り組みの状況と効果（拘束廃止が困難な場合は、その理由を記入してください）

他の入居者への暴力行為は認められない。突然興奮され、相手を叩く、突き飛ばすなどの行為はヘルパーの見守りがない、ほんの一瞬の中で起こり得る行為であり、重大な怪我が起こるときには死亡事故を引き起こす可能性が高い。そのため向精神薬の服用を続けている。一時、向精神薬の服用を中止し、様子観察を行ったが、その時は薬が切れるとともに暴力行為が見られていた。

現在の入居者の状況

車いでの生活だが、安定した毎日を送っている。入居者や職員に向かって手を振るなど、笑顔も多く見られ、食事も自力で召し上がっている。

体力面では、自立歩行しない分、体力は落ちている。疲れてくると体の傾きがみられたり、熱が出たりするので、その時は部屋に誘導し、休んでいただいている。

今後の目標（新たな問題点が出てきている場合は、あわせて記入してください）

車いでの生活が続いているので、下半身の筋力の低下をできる限り減らしたい。トイレ誘導時はヘルパーの介助により、立位を保てるようにする。

また、食事を手づかみで召し上がることがあるので、食事前の手洗いは毎回実施し、衛生的な生活が送れるようにお手伝いを行っていく。

委員会コメント

- 突然興奮するという現象についても、何らかの要因、原因があるはずで、本人や家族とよくコミュニケーションをとって原因を類推する。
- 立位訓練が可能であれば、リハビリを行い、本人に目標を持たせる。
- おむつに手を入れる行為は本人がおむつに手を入れたいという要求がある（不快、痒い）ので、一度皮膚科受診や入浴時のチェックなど細かく観察してみてはどうか。
- 他者への暴言、暴力はスタッフがコミュニケーション、きめ細かい対応（他者に近づけない）を行なうことでおとんど予防できる。要は職員が見ていないようでも、しっかりと観察するという緊張感が大切。
- 同じような事例が当ホームでもあった。今は向精神薬により活気はなくなってしまい、落ち着いては生活しているが、これで良かったのではないと思っている。とても対処困難な事例。現場では想像以上に悩んで対応している。

(4) 身体拘束疑問事例

調査票の自由意見の中で、ホームが拘束に当たるかどうか疑問と考える事例が挙げられている。これらを拘束行為ごとに整理し、委員会としてのコメントを付す。

行為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。

- ・ベッド柵（4本）。片側を壁につけており、反対側に危険な方にはベッド柵2本使っている（隙間はある状態）。
- ・夜間、不穏状態が続き、立ち上がり動作（常時行動）のため1対1の対応をしていた。他の方の緊急受診のため看護職員が対応できず、大きなソファを2台つけて、その中で過ごしてもらった。

【委員会コメント】

- ・ベッド柵は普通の生活ではないものだから、あると取りたくなる。
- ・落下の危険がある人には、低床ベッドの使用も検討すべきである。
- ・柵2本使用は介助バーの考え方=移動の安全のため。
- ・3点柵+介助バーは、安全に降りられる場所が確保できれば、拘束ではない。
- ・ベッド柵は使い方次第で拘束となることを認識する。
- ・動作分割をして、利用者がどういう動きをするのかを理解、アセスメントを行なう。
利用者の状態観察により、拘束をはずせる。
- ・体位交換後など、どの位置に寝ているのかを確認する。中央であれば落下の危険は少なくなる。
- ・拘束のように見えるが、1つ1つの要因を分析すると、拘束でないケースもある。

行為6. 車いすやいすからずり落ちたり、立ちあがったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。

- ・車いすにテーブルをつける。
- ・入居者の家族からの要望で車いすに安全ベルトをつける。
- ・入浴時のシャワーチェア（車いす等）にベルトがついている場合、事故防止のためすべきかなのか、身体拘束防止の観点からしないべきか。

【委員会コメント】

- ・「ベルトが付いているからつける」という発想があるから、まずベルトを取ることから考へてはどうか。
- ・車いすをテーブルに寄せて座ってもらう行為は、目的によっては拘束となる。職員の目が届かないからというのであれば拘束となる。食事の時に寄せるのは、生活場面上は普通ではないか。
- ・リクライニング式固定ベルトは、体位を保てないほど倒すから、ベルトを付けてしまう。10度程度であれば必要ない。
- ・入浴時の車いすベルトは拘束とは別の考え。身体が浮くのを押さえるため（安全確保のため）であって、行動を制限するのとは異なる。利用者が安心して快適な入浴ができるよう心がける。
- ・シャワーチェア付属のベルトは、痛みもあり、つける必要がない。しっかり目配りをしていれば、事故防止につながる。なぜ必要なのか、必要なのかの勉強会が必要。
- ・家族は24時間見ていられないから、安心のために使用を希望する。利用者の満足度は家族の満足度では測れないでの、施設の方針を納得するまで根気よく話し合う。信頼を得て、認識を共有することが必要。
- ・フットレストから足がずり落ちるケースは、座らせ方の問題。フットレストを置く位置で解決できないか。（フィッティングと用具選定）
- ・ケアプランを立てて、介護をしている時に起きた事故は、どこでも起き得ること。利用者・家族との話し合いが必要。本人が快適であることが大事。スタッフが家族ではなく、利用者本人にどう生きてもらうかを考える。
- ・移動時のみのベルト使用については、移動時でも拘束せずにできるケースは多い。施設側の安心のために付けていいいか。
- ・食事のために車いすテーブルを、テーブル代わりに付けるのは、テーブルを用意できるのであれば、るべきではない。

行為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。

- ・介護衣について、痴呆があり、便をいじられ口元へ持っていかれる為、衛生上やむを得ず夜間のみ介護衣にさせていただいているがどうか。
- ・胃ろうを、どんな対策を立案しても、自己抜管される入居者への対応。つなぎ服の場合、時間的に実施してみたが、24時間体制でも睡眠中でも無意識に抜管される。
- ・陰部搔痒症の入居者で、つなぎ服着用。出血するまでかきむしらないと気がすまない。どんな軟膏処置も効果がなく、強酸性水噴霧でかすかな効果が出現したが、24時間ほとんど陰部に手が入っている。
- ・チューブ抜去のおそれがある為、手をミトンでくるむよりつなぎ服の方が自由があると考え使用している。

【委員会コメント】

- ・身体に差し込まれるものは不快なものであり、外そうとすることは当然の行為。たとえ自覚症状があったとしても外そうとする。本当に食事をとれない人など、生活状況の見直しをしてみることが必要。
- ・おむつの中に手を入れる行為については、なぜおむつに手を入れるのかを考え、そこから外す方向にもっていく。トイレ誘導ができているのかなどのチェックが必要。
- ・異食行為があり、衛生上やむを得ず使用する場合、「衛生上やむを得ない」ではなく、コミュニケーション不足、排便コントロールが出来ていないことに要因。現象にだけ目がいって、そもそもの原因が考えられていない。
- ・胃ろうの抜管行為は、なぜ胃ろうとなったのか。胃ろうでなければならないのかを検討し、閉じられる方向にもっていく。胃ろうは食事ができ、いつかは外せるという概念をもつことが必要。あわせて食事介助の技術向上も必要。
- ・陰部搔痒症で24時間ほとんど陰部に手が入っている場合、清潔保持が第一。真菌症はないか、しっかり洗ってあるのかを確認する。

行為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。

- ・暴力行為のある重度痴呆症者の移動（ベッドから車いす）の介助時、介助する側が痛みを軽減する為、介助時のタオルをにぎらせる。両手にタオルをかぶせる、手袋をつけさせる、両手をヘルパーが押さえる…などの様な対策はどこまで拘束にあたるのか。

【委員会コメント】

- ・なぜ暴力行為があるのかの原因が分かっているのか。どういう時に叩くのかのアセスメントができているのか。（痴呆の人は身体に触れられるのを嫌がる。）

行為 10. 行動を落ち着かせるために、向精神薬を服用させる。

- ・常に激昂し、常に不穏な表情で激しく動くという状態の方に対し、援助や働きかけをした上で、精神科医と家族が相談し、向精神薬を投与する場合があるが、拘束にあたるのか。
- ・気性が強くどなつたり夜間独語などもある為、夕方にのみ軽い安定剤を服用し、夜間良眠されている。
- ・生活リズム改善を目的とする期間限定の医師の指示による向精神薬の使用はどうか。

【委員会コメント】

- ・日常の介護で服用量を減らすことはできる。副作用の弊害を押さえておくことで、薬の使いすぎを予防する。
- ・生活リズム改善を目的として医師の指示により服用する場合、この目的であれば、拘束とはならない。

行為 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。

- ・ホーム内は自由に動けるが、玄関は車道に面していることもあり、スタッフによるボタン操作によって開錠することとしている。入居者の9割は何らかの痴呆症を有しており、危険への判断力が低下しているので、外に行きたいとの明確な意思を持たないまま館外へ出てしまわれ、事故に至ることも考えられる。そこで外出にはスタッフあるいは家族が付き添って行かせていただくことを原則としている。この施錠が拘束にあたるのか迷うところである。
- ・夜間居室内を歩き回り、歩行不安定の為転倒してしまう方を、見守りしやすいフロアにギリギリの時間まで起きていてもらい、居室に行きたがる所をひきとめることはどうか。
- ・痴呆棟で医療処置（吸引器、在宅酸素、点滴等）を受けている入居者の居室に他の方が入らないように施錠（戸じまり）すること。
- ・ある程度の空間（介護居室、ディルーム、トイレ等）の範囲は日中、夜間を問わず自由に動くことが可能だが、どの範囲以下とすると拘束にあたるのか（当然そのスペースを越える範囲は、夜間は自分の意思では出られない）
- ・歩行練習時、下肢筋力の低下の強い人は腰に晒を巻き、晒を持って練習を行っている。
- ・離床センサーについて、速やかに対応し、転倒防止を図るために利用しているが、職員の対応の仕方によっては、行動を制限する結果になることもある。例えば、起きて歩行したい入居者に対し、再び横臥するように関わる場合、拘束に当たるのではないかと考えてしまう。
- ・歩行不安定な入居者で徘徊時、介護者がすぐに気づくよう、家族同意の上、飾りの一部として鈴のついたサンダルを使用していただく方がいる。徘徊に気づいた際への対応として、居室誘導する事もある。行動制限になるか。
- ・大腿骨骨折で人工骨頭のため、脱臼しないよう足を組む癖のある人に対し、股間にクッションをはさんだりしていること。（痴呆があり理解力がない）
- ・ベッド付近にセンサーを設置し、動きがある都度、職員が対応しているが結果的には行動を拘束していることになる。
- ・痴呆症状のある方が外出しようとするとき、暗に外出を止める様な声かけをする。
- ・膝が変形し曲がらない方の車いすに大腿部を支える板を取り付けている。（立位をとることはできる）

- ・片麻痺でも介護度の低い人はおむついじり（不潔行為）があったり、ベッドの柵を下げて転倒したり、病気を持っている方（特に自分の病気を理解していない方）がベッドの柵や角にぶつてしまることがあり、一概に拘束を禁止するのはいかがなものか疑問に思う。入居者の安全対策に対して具体例を教えてほしい。

【委員会コメント】

- ・玄関の施錠は、精神科以外は禁止されている行為。改築時に見直してみてはどうか。
- ・医療処置を受けている入居者の居室に他の入居者が入らないように施錠している事例については、本人・家族の了解を得ているかどうか。入居者の安全という名目で、職員の都合でやっていないか。むしろ、他の居室に入りかねない入居者の行動を見守ることが必要ではないか。
- ・行動を制限する範囲についての疑問は、危険物のあるところは施錠管理する必要があるが、他は自由に行動できるものではないか。
- ・痴呆症状のある人が外出しようとするときに、暗に外出を止めるような声かけをする場合、言葉掛けにより気を落ち着かせることは問題ない。行こうとするのを無理やり引っ張って押さえことや、怒るのは拘束になる。
- ・歩行練習時に腰に晒を巻くこと、人工骨頭のため脱臼しないよう股間にクッションをはさむこと、膝が変形し曲がらない人の車いすに大腿部を支える板を取り付けることについては、医療処置・リハビリと拘束行為とを分けて考える。医師や理学療法士、作業療法士の指示がある（処方箋のもとで）一時期に限られるのであれば、拘束とはならない。一時期でなく継続してしまうと、立位ができなくなるため、その次の段階も検討しておく。
- ・起きて歩行したい入居者に、再び横臥するように関わる行為について、起きた場合は起きた理由があるのでから、それにも関わらず横臥させるのは行動制限になる。

介護保険指定特定施設における
身体拘束廃止のための行動計画モデル
——サービスの質向上を目指して——

平成15年3月

発行：社団法人 全国有料老人ホーム協会
東京都中央区八重洲2-10-12 国際興業第二ビル3F
TEL. 03-3272-3781（代表）

Copyright 有老協 2003.
発行者の許可なく本書の内容を複製したり、出版物
等に無断転載することを禁じます。