

障害のある人の尊厳を重んじた支援を目指して
～身体拘束・行動制限の廃止への手引き～

京 都 府
京都府身体拘束防止推進会議障害者部会

はじめに

障害者支援施設等における身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は、平成18年に施行された障害者自立支援法によって、緊急やむを得ない場合を除き、原則禁止とされ、また、やむを得ない場合も必要な記録が求められることが明記されました。

一方、施設においても、利用者の意向、適性、障害の特性その他の事情を踏まえ、利用者の意思及び人格が尊重されたサービスが提供されるよう、日々、利用者の立場に立った支援に取り組まれているところです。

しかしながら、京都府が施設の協力のもとに平成20年度に実施した身体拘束実態調査においては、実態として利用者の行動を制限する事例が依然としてあり、廃止に向けた取組に苦慮している施設が数多くあることが明らかになりました。

このため、京都府におきましては、施設で実際に支援に携わる方や学識経験者、当事者団体が協同して「京都府身体拘束防止推進会議障害者部会」を立ち上げ、身体拘束の廃止・最小化に向けた工夫などについて、府内の施設で先進的に取り組まれてきた実践事例等を紹介すべく、本冊子を作成しました。

事例には、各施設での身体拘束の廃止に向けた取組の参考としていただけるよう、行動制限がすべて廃止された成功事例ばかりではなく、現在も試行が継続されているものも紹介しています。

いうまでもなく、身体拘束の廃止は、廃止すること自体が目的ではありません。

廃止に向けた取組の過程の中で、利用者の尊厳を重んじ、利用者の尊厳にふさわしい生活が実現される契機となり、施設の支援の質の向上が図られ、もって利用者の生活の質の向上が図られることが本取組の目的であります。

様々な障害特性に配慮しながら身体拘束を廃止することは、決して容易ではなく、その実践には、各施設の管理者と従事者の日々の取組が欠かせません。本冊子が、その取組の一助となるよう深く願うものです。

平成23年3月

京 都 府
京都府身体拘束防止推進会議障害者部会

目 次

はじめに

目次	…… 1
障害者施設における身体拘束廃止に向けた取組方策	…… 3
身体拘束・行動制限の廃止に向けた取組	…… 9
障害福祉施設等における身体拘束状況調査結果について	…… 31
【資料】	
障害者身体拘束に関する調査研究（サービス実態調査）報告書	…… 41
身体拘束等の禁止に係る根拠規定	…… 91
【参考】	
介護保険身体拘束禁止規定等	…… 95
身体拘束に関する説明書・経過観察記録（参考例）	…… 99

障害者施設における
身体拘束廃止に向けた取組方策

障害者施設における身体拘束廃止に向けた取組方策

障害サービス分野においては、現在、身体拘束をはじめとする行動制限に係る定義や全国的に統一された考え方について示されたものはない。しかしながら、障害者施設における利用者の権利擁護といった点については、社会的な関心と注目が高まりつつあるところである。

本指針は、障害者基本法で規定する「すべて障害者は、個人の尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい生活を保障される権利を有する」との観点から、サービスの質の向上を目的とし、その取り組みの過程において、身体拘束のない支援の実現を目指すものである。

1 施設が取り組む5つの方針

身体拘束廃止に向けては、以下の5つの方針を基本とした取り組みについて、施設全体で支えていくことが何よりも重要である。

(1) 施設長が決意し、サービス管理責任者が中核となり、施設が一丸となって取り組む

- ・トップが現場をバックアップする姿勢を明確にする

一部の職員だけが実践しても、それが施設全体の取り組みでなければ、継続性や効果、意識の向上は期待できない。仮にやむを得ず事故が起きた際にも、個人でなく施設が責任を引き受けるという姿勢を示すことが重要である。組織の方針（又は理念）として確立することが必要。例えば、身体拘束廃止委員会を設置するなど組織的に体制を整備することを実践する。

(2) 多職種間での議論を活発に行い、共通の実践的意識を持つ

- ・身体拘束に対する考え方や対応方針について、皆で理解を進める

役職や職種、経験等にもよって、身体拘束に関する意識は様々。まずは、身体拘束による弊害について認識を深め、共通の問題意識を持つ。次いで、利用者が潜在的に望んでいる支援に、どのように施設として対応していくべきか、意見を交換することが必要。同様に、家族に対しても身体拘束についての認識を共有することも重要。施設の方針や事故の防止策等について十分説明し、理解を求める。

(3) 身体拘束を必要としない状態を常に意識し、その実現をめざす姿勢を示す

- ・アセスメントの見直しにより、問題行動の原因を探る

仮に、以前にカンファレンスを実施した結果、やむを得ないとの判断を行い、家族の同意を得たケースであっても、改めて多職種協働で心身の状態をアセスメントし直し、分析や原因追及を図る。既に作成された個別支援計画についても、多職種で多角的な見方を試みることが重要。問題行動が現れる条件や時間帯について意見を出し合う機会をつくる。

(4) 環境整備を図り、応援体制を確保する

- ・拘束廃止の取組を促進するため、事故防止対策と職員の応援体制を講じる

事故の発生を危惧するあまり、身体拘束の廃止を進めにくいケースも多い。拘束廃止を側面から支援するためにも、転倒等が起きにくい（転倒しても怪我が起きにくい）環境作りを講じる。事故発生対応マニュアルや事故防止委員会を整備している場合は、様々な想定訓練や見直しを定期的に行う。また、既存の人員配置についても検討し、必要な協力体制を話し合う機会をもつ。

(5) 常に身体拘束に代わる代替的な方法を考える

- ・「緊急やむを得ない場合」を極めて限定的に捉えなおし、いかに解除するかを検討する

身体拘束は真にやむを得ない場合にのみ許容されるものであることを再認識する。既に利用者や家族に説明し理解が得られているケースも含め、対症療法的な検討しか行われていない事例などがなにか点検する。なぜ拘束されているのか、拘束を解除するためには何が必要かを検討し、創意工夫を重ねる場を設ける。困難事例に対しても、部分的な解除が可能でないか、同様のアプローチを行う。

2 現場が取り組む3つの原則

法体系やサービス種別を問わず、職員の配置に関して、余裕のある体制を維持できている障害者施設は多くはないが、現場における創意や工夫によってより良いサービスを提供している施設は多い。

サービスの現場においては、以下の3つの原則に則り、より適切な支援を実践することが重要である。

(1) 身体拘束を誘発する原因を探り出し、除去する

- ・身体拘束を行わざるを得ない問題行動の原因を探り、その原因除去について検討する

どの利用者がどのような問題行動をとるかを十分に把握されている場合は多い。そうした観察・状況把握のノウハウや蓄積を更に進め、なぜそのような問題行動をとるかについて徹底的に原因を探り、原因を除去する取り組みが必要。家族や日中に利用する事業所等とも情報交換を図り、発生条件や回避方法の発見に繋がる情報共有を実現する。

(2) 日常生活における基本的な支援等を徹底する

- ・「起床する」「食べる」「排せつする」「清潔にする」「活動する」という事項等について、個々の利用者毎に状態像を把握し、その人に合った支援を徹底する

施設サービスを提供する上で最も基本的な5つの支援を中心に、利用者毎の適切なあり方を考える

ことが重要。機能的・能力的な「できる・できない」を把握するに留まらず、周囲の環境でそれらを阻害しているものがないか、どのような環境であれば可能となるかについても検討する。利用者の個々の生活リズムが反映できていないものがないかといった観点で点検してみることも有効。また、5つの支援の他に、ひろく「社会参加の機会」や「環境整備の向上」も念頭に入れた取り組みを行うことが重要である。

(3) 身体拘束廃止をきっかけに「より良い支援」の実現を

- ・身体拘束廃止の取組を通じて、個別支援の実践を継続する

身体拘束の廃止は目的ではなく、あくまで、よりよい個別支援を実践していくためのきっかけであり、中間目標。拘束解除を契機として、周囲のどのような要素が利用者のニーズを阻害しているか、或いはどのような支援によって生活機能が向上するかを継続して検討することが重要。仮に意思表示ができない利用者であったとしても、多職種で協働し、どのような支援が本人にとって最適であるか検討する。

3 緊急やむを得ない場合の対応

身体拘束をゼロに近づけるためには、障害特性を勘案して個々の支援計画を作成することが何より重要であるが、身体拘束を完全になくすことは容易ではない。

したがって、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の判断基準や手続きについて、以下のとおり定めておくことが必要である。

(1) 3要件をすべて満たす場合であることを確認する

①切迫性

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

まずは身体拘束を行うことにより本人の日常生活等に及ぼす悪影響を勘案する。それでもなお身体拘束が必要となる程度まで、生命又は身体が危険にさらされる可能性が高く、事態が切迫していることを確認する。

②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サービスの方法がないこと

代替性の検討は特定の職員だけで行うことなく、複数の職員で行うことが重要。また、拘束の方法についても、最も本人に負担・制限の少ないものを検討する必要がある。

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

例えば、「日中はすべて拘束」といった決定ではなく、「食事時」や「急変時」など可能な限り限定的に、最も短い時間帯での身体拘束を目指すことが重要。そのためには、利用者の生活のリズムを十分に把握することや職員配置の見直し・再検討を行う必要がある。

(2) 身体拘束をするようになった判断や手続きについて整理する

- ・個人でなく施設全体として判断するルールや手続きを定める
- ・利用者本人や家族に対して、個別に十分な説明を行うルールを確立する
- ・拘束実施中も、3要件に該当しているか引き続き観察する

例えば、「入所契約時にあらかじめ説明を行う」といった画一的な整理は不適切。やむを得ず拘束せざるを得ないと考えられる場面・状況を列挙した上で、十分な説明を行うことが必要。また、困難事例であっても拘束の終期は必ず設定することとし、定期的なカンファレンスが行われるよう担保すること。終期設定は、個別支援計画の見直しの時期等と乖離しないよう留意することが重要。

(3) 身体拘束を行ったことを記録する

- ・緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録しなければならない
- ・具体的な記録は別添の様式及び記載項目を参考とし、施設職員及び家族と情報を共有する

上記4項目は、運営基準上、施設管理者に記録が義務付けられているもの。法定項目であるからという側面も勿論あるが、本来は拘束解除、更にはよりよい支援に向けたカンファレンスに活用するためのものであることから、日々の経過観察や再検討の結果などについて、できるだけ多職種で協働して書き込むことが重要である。

身体拘束・行動制限の廃止に向けた取組

車いすベルト・車いすテーブル	知的障害者施設
----------------	---------

◆利用者の状況

利用者	64歳 女性 障害程度区分6 療育手帳A
診断名等	精神発達遅滞 てんかん 骨粗鬆症 糖尿病 独語
ADL等	全介助 日中は車いす生活 骨がもろく骨折しやすいので介助には注意必要
医療処置	糖尿食 キザミ食 精神病にて投薬あり

危険な行動	車いすからの立ち上がり・ずり落ち・ベルト外し
-------	------------------------

◆これまでの状況と拘束の経過

- 入所当初は何とか一人で歩いていたが、骨粗鬆症があり、転倒による骨折を何度か繰り返す中で全介助となった。車いすで日中を過ごすのが、ずり落ちることがたびたびある。
また、日中、何回か独語状態となるが、その際は本人への働きかけができない。そして無意識に立とうとしたり、ずり落ちたりすることが頻繁に起こる。
- 骨折の危険が高いため車いす腰ベルトを装着。また、独語状態の時には無意識に車いす腰ベルトをはずすことがあり、状況によっては車いすテーブルを使用することもあった。
- 当初は「独語状態でないときはベルトはしない」としていたが、独語の原因がつかめずタイミングが計れないことから「職員の見守りができないときはベルトを装着する」という運用になった。

◆身体拘束・行動制限の廃止に向けた取組

- 行動制限（身体拘束）の定義を学習をする中で施設内で意見交換。本ケースについて、身体拘束に該当するか否かといった議論もあったが、廃止の可能性について検討することを決めた。
- 精神科医と協力し投薬調整を繰り返すが、独語状態がなくなる。原因は未だ不明。次に、車いす腰ベルトに代わるものはないか検討をし、他の車いす利用者で座位を保つために使用しているものをヒントに車いす座面に発泡スチロールを固定する方法をとった。

◆その後の経過

- 骨粗鬆症であり、転倒や介助の仕方が悪いと骨折事故につながることから、これま

では車いすベルトは欠かせないものという認識であった。

- 座位の発泡スチロールによる固定を試行する中で、ずり落ち防止、立ち上がり防止となること、また本人にとって、車いすベルトよりも圧迫感がないことがわかった。その後、理学療法士とも相談し、さらに改良したものを使用している。車いすテーブルについても必要がなくなった。
- この取組によって、これまで、安全上絶対必要と思われていたが、車いすベルトと車いすテーブルの使用を廃止することができた。

着眼点	施設での取組・廃止への取組
-----	---------------

◆施設での取組

本ケースは、骨折のおそれが特に高い事例で、車いすベルト等の使用については、利用者・家族に従前から十分な説明を行っていたものである。しかしながら、こうした困難ケースについても例外とすることなく、施設内における全ての行動制限について、振り返る機会を持ったことは大変重要である。

◆廃止への取組

利用者の安全確保は大切なことであるが、それと引き替えに支援方法を振り返る機会を失うことは大きな損失である。原因の除去が難しい本ケースのような事例であっても、施設の取組と職員の工夫によって、利用者のQOLの向上に寄与することができた。



車いすベルト 1	身体障害者施設
-----------------	----------------

◆利用者の状況

利用者	52歳 男性 障害程度区分6
診断名等	脳性小児マヒによる両上下肢機能障害
A DL等	全介助 座位姿勢保持不可 臥床時以外は全て車いす
医療処置	人工呼吸器装着 気管カニューレ

危険な行動	車いすからの転落の危険
-------	-------------

◆これまでの状況と拘束の経過

9年前に入所する前から自宅でも寝たきりの状態。入所してからもほぼベッドで過ごす。本来は外出も好きで、車いすに乗ることも希望するが、筋力が弱く座位姿勢が保てず、前方への転落の危険性があることから恐怖心が強くなり、リクライニングを倒した状態で、さらに胸ベルト・足首ベルトの使用を希望する。

安心感を持ってもらうため使用し、併せて離床時間の延長や沈下性肺炎の予防を行う。

◆身体拘束・行動制限の廃止に向けた取組

転落することへの恐怖心からパニックをおこし過呼吸となり、呼吸状態が悪化したことがこれまでに数回あったことから、車いす利用時には、日常的に胸ベルト、足首ベルトを使用してきた事例。

施設で行った人権研修により、ベルトによる拘束をなくせないかとの議論の中で、施設内の車いすベルト使用例を見直すこととした。

ベルト以外の方法を検討するとともに、本ケースでは、主として、ベルトがなくても安心感が持てる対策が取れないかを検討し、以下の取組を行った。

- ①入所以来車いす使用を継続しており、ベルトがなくても転落の危険性が低いことは本人も自覚している。全体の筋力のアップなど、これまでのアセスメント結果を利用者に説明する。
- ②ベッド臥床時のフラットな体位から、車いすに乗った時の上半身の角度を上げることからくる恐怖心が強い。これを取り除くために、足首ベルトだけを外したり、胸ベルトだけを外したりしながら、職員が必ずそばに付き添い見守った。
- ③胸ベルトだけ若しくは足首ベルトだけで固定する状態で車いすから滑り落ちることがない状況を本人が納得した上で、食事時間にのみ、職員が横に付き添いながらベルトを全て外して様子観察をした。
- ④食事時間を安心して過ごせるようになった時点で、職員が付き添う時間を徐々に少なくし、ベルトなしでホールで過ごす時間を多く作っていった。
- ⑤外出時や受診のために車に乗車する時も、ベルトによる拘束を少なくしていき、シー

ベルト（腰ベルト）のみの対応とした。

◆その後の経過

当初は、利用者から「ベルトをしてほしい」との訴えも多かったが、職員が常に声掛けをしていくことで安心感が増していった。6ヶ月間ほどベルトを全て外し様子観察。現在、ベルトなしで車いすを利用できている。

◆その他

転落の危険性よりも、本人の気持ちの部分はどう和らげていくかに重点を置いた。

まず、改善している身体機能の現状を説明した。さらに、不安要因となるような声掛けは避けるようにし、安心できるよう、明るく、「大丈夫」という思いが前面に出るように話しかけを進めていった。その結果、拘束なしで車いすに乗れるまで利用者の気持ちに変化していった。

着眼点	支援の質の向上・支援方針
-----	--------------

◆支援の質の向上

利用者が自ら行動制限を望めば、取り組むべきことが全てなくなる訳ではない。利用者の意向に沿った支援をすることは前提ではあるが、同時に、施設には支援方法の質の評価を行い、常にその改善を図っていくことが求められている。

◆支援方針

本ケースは、「行動制限を廃し、別の方法で支援をしたい」という施設の支援方針を利用者に伝えるところから取組が始まったもの。行動制限に関するものか否かにかかわらず、施設の支援方針や個別支援計画を利用者に説明することは大変重要である。

車いすベルト 2	身体障害者施設
----------	---------

◆利用者の状況

利用者	46歳 男性 障害程度区分6
診断名等	脳性麻痺、視力障害2級、脳原性両上肢・移動機能障害1級
A D L等	ほぼ全介助、反射・緊張強く車いす上で飛び上がるような動作頻繁にあり
医療処置	仙骨部褥瘡あり

危険な行動	車いすからの転落の危険
-------	-------------

◆これまでの状況と拘束の経過

10年前に入所したときから車いす乗車時は胸と腰の2箇所をベルト固定していた。20代の頃にベルトをせずに車いすから転落し、前歯を折った経験があることから恐怖心が強く、ベルトの使用を強く希望する。

反射や緊張が強く入所後も何度か車いすを作り変えているが、2点のベルトは外せないでいた。今回、フットレストを大きくし、足で踏ん張れる工夫をし、反射による体のズレを小さくできる様に工夫した。

◆身体拘束・行動制限の廃止に向けた取組

- ①車いす乗車時は安定した座位を保つことは難しいが、両足で踏ん張ることは可能であるため、ずり落ちが生じた時に、少しでも踏ん張って体勢を立て直すように声掛けを続けた。
- ②緊張が強く膝が90度以上に曲がり、フットレストより奥に足が入り踏ん張ることができなかったので、フットレストの奥に足置きを付け踏ん張れるようにした。
- ③踏ん張れることで安心感ができた。ベルト2本では過剰ではないかと感じたが、反射の為に前に倒れることが考えられるので、ベルトなしにするのは危険性が高いと判断。
- ④胸のみ、もしくは腰のみの1点で乗車することを試みた。
- ⑤一番安心できるベルトの位置を本人と話し合い、胸ベルト1本で車いすに乗ることを続けた。

◆その後の経過

足が踏ん張れることにより、安心感ができ、胸ベルト1本での車いす乗車が可能になった。また、口癖のように発せられていた「怖い」の言葉が目に見えて減少した。

◆その他

ベルトの全てをなくすことはできなかったが、2本を1本にすることでも安心感が持てるようになり、行動制限の度合いが減少した。

着眼点	三要件の検証・利用者への説明
-----	----------------

◆三要件の検証

本ケースは、本人の希望やこれまでの転倒歴などによって、入所以来、車いすベルトの使用が続いていたもの。自力で姿勢を保持することができない利用者のケースでは、なんらかの支援が必要な場合がある。しかしその場合でも、三要件の見直しの機会が失われないよう留意する。

◆利用者への説明

強い拒否を示す利用者に対し、施設側が考えた支援方法を強制することは適切ではない。しかし、行動制限の最小化への検討や利用者本人への働きかけを継続することが不要になるわけではない。

本ケースでは、支援の趣旨と手法について丁寧に説明し、理解を求める働きかけを施設全体で行ったことが成功に繋がったといえる。

居室施設	知的障害者施設
------	---------

◆利用者の状況

利用者	30歳 女性 障害程度区分6
診断名等	重度精神遅滞 右上下肢機能障害 てんかん 強度行動障害
A D L等	概ね自立してできるが不十分なことが多い
医療処置	抗うつ剤を服用（デパケン・リスパダール・タスモリン散・ジルテック錠）

危険な行動	他害（噛みつき・髪掴み・物投げ）
-------	------------------

◆これまでの状況と拘束の経過

- 入所当初から、他者・物に対して強度の行動障害があり、特に噛み付きや髪掴みなどが頻繁に起きる状態であった。他害行為は突発的なものが多く、未然に予知し防ぐことは困難で、制止の際には複数の男性スタッフの応援が必要な状態であった。行動改善プログラムにより、頻度・程度は一定の改善が見られてはいるが、依然として物理的対応なしには、夜間帯も含めた全時間帯において、そうした行為を防止できないでいる。
- 行動制限の形態は居室施設。ユニット内において他利用者と生活空間を分離するというもので、扉も格子戸を使用している。また、居室とトイレ・洗面所等との行き来は可能とするなど、ゆるやかな行動制限に配慮している。

◆身体拘束・行動制限の廃止に向けた取組

- 施設時間の最小化と問題行動の未然回避について、それぞれ次のとおり実施した。
- ①従来の「問題行動のあった時点から終日自室で過ごす」という形から、「その活動自体を一旦中止し、その次の活動から参加」という形に移行した。
 - ②利用者との信頼関係を構築するために、特定のスタッフと共に取り組む時間を、毎日、一定時間設けることとした。

◆その後の経過

- 以前に検査を実施することにより、改めて利用者本人の持っている力や分かりづらさを把握した。これにより、問題行動が利用者本人にとっての「思いを伝える手段」であることを認識。これ以降、職員の問題行動への捉え方を意識的に変えていった。日々の取り組み、職員の接し方の変化によって、問題行動が一定減少し、日中活動時間においては約6ヶ月の間、問題行動がゼロという結果を得た。

しかしその後、利用者の担当職員が全て変わったことから、問題行動も徐々に増加。

それに伴い施錠時間も増加した。取り組みの方向性を変えたことも大きな原因だったと思われる。

(本人の思いに共感・理解し、問題行動自体に触れることはしていなかった→「思いは分かるが、問題行動自体はいけないことだ」と彼女に伝え始めた)

取組を継続し、新スタッフとの関係構築が進んできた現在は、問題行動は再び減少に転じている。

- 問題行動については「職員の関わり方が変われば問題行動自体は減少していく」ということは、これまでの取組で立証済みである。

また、問題行動自体に対するアプローチではなく、利用者自身の力を高め、自信を付け、自分の思いを表現する手段を身につけてもらうことへの取り組みを行うことによって、問題行動の減少は可能と考えられる。

◆その他

スタッフや他の利用者に対する他害行為はなくなっていないのが現状である。今後は、夜間帯をはじめとして、どの時間帯・状況であれば居室施錠の解除が可能であるか、ということも検討していく。

着眼点	最小化への取組・施設全体での取組
-----	------------------

◆最小化への取組

本ケースは、これまでも詳細に記録をとり続けているが、問題行動の発生原因・発生状況が未だ特定できていないもの。切迫性・非代替性において困難な事例ながら、一時性の検討を進めることは可能であり、本ケースでは、居室施錠をクールダウンのための一時的な取り扱いと認識することによって、長時間に及ぶ不要な居室施錠を廃した。

◆施設全体での取組

この施設には、利用者とスタッフとの関係作りによって問題行動の低減が実現した成功体験がある。時間を要することではあるが、こうした事例を一スタッフだけのものに終わらせることなく、施設の取組として続けていくことが重要である。

また、新たな取組方策として取り上げられた利用者本人のコミュニケーション能力を高める働きかけは、施設全体での実施が不可欠である。

夜間施設	知的障害者施設
-------------	----------------

◆利用者の状況

利用者	24歳 女性
診断名等	知的障害、てんかん（若年欠神てんかん）
A D L 等	日常生活に関することは概ね自立してできるが、清潔の意識が薄いため、排せつや歯磨き等に係る仕上げはスタッフ介助が必要
医療処置	抗てんかん剤を服用（ベンザリン、デパゲン）

危険な行動	戸を叩く、蹴るなどの器物損壊及び大声・大泣き、爪を食い込み、髪の毛を掴む、噛む、蹴るなどの他害行為
-------	---

◆これまでの状況と拘束の経過

- 主な介助者だった母が亡くなり、現在、平日はケアホームで過ごし、週末は父と妹がいる自宅に帰宅する生活をしている。自閉症傾向が見られ、見通しがないと落ち着けず、急なスケジュールの変更が苦手である。こだわりも強く、ひとつの作業への固執などがある。
- デイサービスでは本人専用の休憩室を設け、パニック時に誘導しクールダウンのエリアとしている。ケアホームでは、就寝後に1Fのリビングや玄関におりてきて自身の入眠を阻害する。強いこだわりにより声かけによる誘導が困難なため、寝室（2F）とトイレ（1F）の通路を残し夜間施設としている。

◆身体拘束・行動制限の廃止に向けた取組

- パニックとなる発生原因の検証を行っている。原因の特定には至っていないが、昨年死去した母を思いだしたときや、苦手な職員や他利用者の姿を目にすることでストレスが蓄積する傾向がある（人なつこい印象あるが同時に緊張もしている）。
また、急な予定変更への対応は難しい。パニック直前には、表情が硬くなり座り込んだりすることも見受けられる（本人が状況を理解しようとしているとき）。
不安定になった場合は、次に何をするかを簡潔に示したり、本人の気が紛れるような言葉かけや、物・場所を利用して切り替えを援助する。
あまり沢山の声かけは逆効果。カードや現物による必要最小限の情報提供により、次の行動への速やかな誘導に努める。
- 最近の環境の変化（ケアホーム引っ越しや新規スタッフとの交わり）により、本人に緊張が見られたことから、就寝時に添い寝をしたり、関わるスタッフを調整することによって、不穏原因を取り除いたり、徐々になじみの関係を築くよう取り組む。

◆その後の経過

- ケアホームでの夜間施錠については、添い寝の実施やスタッフの調整による取組を開始し、およそ1ヶ月で施錠の解除が実践できるようになった。その後も経過観察を続け、さらに2ヶ月経過後には完全に廃止することができた。
- 日中は、フラッシュバックによるパニックが引き続き見られる。原因特定の検証を続けるとともに、パニック発生時には速やかにクールダウンができるよう誘導していく。

◆その他

- 特定のスタッフへの苦手意識は完全にはなくなっていないが、少しずつ慣れだしているという感触はある。タイムアウト室内にある本人の好きな物を使い、一人で上手く切り替え（クールダウン）ができています。
- パニック時に、本人の機嫌をとるために安易にお菓子やジュース、楽しい予定の提供といった手法をとると誤学習のおそれがあるので、切り替え時・提供時のタイミング等については検討する必要がある。

着眼点	障害特性に配慮した取組・事業所間での情報の共有
-----	-------------------------

◆障害特性に配慮した取組

自傷や他害などの危険な行動がある利用者に対して、その原因を特定することは容易ではないが、本ケースは、そうした取り組みと並行して、危険な行動の発生を未然に回避する取り組みを行っているもの。

不穏の予兆やサインを職員が共有して認識するなど、利用者の障害特性に配慮した支援方法を検討していく過程で夜間施錠の廃止が実践できたものである。

◆事業所間での情報の共有

利用者の障害特性を理解し、支援方法を検討する際に、一事業所だけでは容易に対応策を見いだすことが困難な場合がある。本ケースのように、日中活動系サービスと居住系サービスの職員間で情報を共有し、利用者への関わり方など支援の方法についても話し合う機会をもつことは大変有効である。

高柵ベッド・固定いす	肢体不自由児施設
------------	----------

◆利用者の状況

利用者	9歳 女性
診断名等	両股関節脱臼 精神発達遅滞
A D L等	食事、排せつ、入浴、移動において一部介助 その他全てにおいて見守り必要
医療処置	—

危険な行動	自傷、他害（他児への噛みつき・つねる）、衣服破り、異食
-------	-----------------------------

◆これまでの状況と拘束の経過

精神発達遅滞によって自身及び他の児童への危険や痛みなどの認知に乏しく、異食、自傷行為、他の児童をつねるなどの危険行為をおこす。情緒不安定なときに、或いは夜間に覚醒して突発的に危険行為がおこり、発生時期については予測ができない。直ちに制止することができないことがあり、同室の他の児童の安全に影響がある。

危険行為が予測され、かつ、職員が付き添えないときは固定いすを、夜間は高柵ベッドを使用していた。ベッドを使用している間、隙間から手を出して他児に噛みついたり、指先の力があるため衣服やオムツなどを切り裂いてぼろぼろにしたり、車いすの一部をつかんでひっくり返すなどの危険行為は常にあり、職員の悩みであった。

◆身体拘束・行動制限の廃止に向けた取組

施設で人権擁護と個人の尊厳について考える機会があり、それを機に固定いすと高柵ベッドの廃止に取り組むこととした。

夜間の高柵ベッドについては、他の児童と同室とし、畳での入眠を試みた。取組に当たっては職員間で話し合い、寝つくまで職員が付き添う、周囲の危険物の排除、夜間の頻回の見守り、職員間同士の声かけと情報共有など、しっかりと連携を取るようにした。

日中の固定いすについては、見守りを常に行い、職員同士で声をかけ合い、職員目の届くところで過ごしてもらうようにした。

◆その後の経過

高柵ベッドを廃止したことで、児童も他の児童と同じ行動をとることができるのが嬉しい様子であった。畳での入眠までの付き添いは3か月ほど要した。取り組み開始から一度も元に戻ることなく完全廃止ができた。また、固定いすは、職員がマンツーマンで付き添うことで廃止が可能となった。

現在は、食事、排泄、睡眠など全てのADL面で行動制限のない生活ができている。しかし、一人でいると何をやるかわからない状況があることから、職員の連携の中で常に見守りを継続している。

◆その他

この取組の中では、危険な場面はたくさんあるという思いが職員全員にあり、安全を考えるとその分、児童に対して以前にも増した密な関わりをとる必要があった。皆に不安はあったと思うが、反対の声はなかった。

高柵ベッドを使用することによる安全面に安堵することなく、児童の人権を尊重する意識改革が成果につながったと考える。これまで職員は、児童の全ての行動が危険だととらえてしまっていたところがあり、制止することが児童にとっては余計にストレスになり、危険行為を増やす原因となっていたのではないかと推測できる。職員が連携をとり合い、対処方法を見出し、見守りを行ったこと、また、児童の成長発達により現在の状況に至ったと考えられる。

一方で、一人の職員がつきっきりとなるために、マンツーマンでの関わりを担当する者だけでなく、その者の業務をカバーする職員も大変であった。

着眼点	意識改革・三要件の検証
-----	-------------

◆意識改革

これまで是としてきた支援の方法を改めることを、日々の業務から発案することは大変難しい。

この施設では、高柵ベッドや固定いすを漫然と使用することは不適切なのではないかという外部の提言を受けたことを契機にし、それらを「使用しないことを前提とした支援」を考えていくことを、施設全体として決定した。

◆三要件の検証

やむなく行動制限を実施するときと同様に、廃止を検討するときにも、指針に掲げる3つの要件について、それぞれを満たしているかどうかを検証することから始めることが重要である。本ケースも、従来から実施してきた行動制限が、真にやむを得ない唯一の手法であるかどうか、改めて検証し試行することから廃止が実現したものである。

身体拘束・行動制限の廃止に向けた取組 7

紐付きシャツ・両手抑制・4点柵ベッドほか	重症心身障害児施設
----------------------	-----------

◆利用者の状況

利用者	33歳 女性 障害程度区分5
診断名等	重度精神発達遅滞、てんかん、甲状腺機能低下症、尿路感染症（反復性）低血糖症、高アンモニア血症、性腺機能低下症、アトピー性皮膚炎
A D L等	経管栄養、四つ這移動、日常の言葉かけは理解する、意思表示は指さし、首を振ることで「はい・いいえ」を表現
医療処置	膀胱尿管逆流現象による尿路感染症の為コラーゲン注入術、胃ろうチューブ留置

危険な行動	便捏ね、脱衣、胃ろうチューブ抜去ほか
-------	--------------------

◆これまでの状況と拘束の経過

- 便捏ね・脱衣があるため、裾の前後を股の下で結ぶ紐付きシャツを使用。また、靴下を脱いで足の指先を掻きむしり、出血してしまうために、袋口部分が結べるようにした紐付き靴下を使用している。さらに、チューブ抜去の恐れがあることから、両手を抑制していた。
- 注入前後、車いすを動かし、他の人のオモチャを持って投げたり、他の人のチューブを引っ張る恐れがあり、車いすを固定している。
- 棟内を自由に四つ這いで移動していた時は、発熱を繰り返していた。疲れるとその場で寝てしまう状況も見られたことから、廊下や床で体を冷やすことで体調を崩すのではないかと考え、ベッドで過ごし寝てもらうことにした。しかし、ベッド柵からの転落の危険があり、ベッド柵を上まで上げ、さらに腰抑制をした。結果として、発熱することは少なくなったが、職員の見守りができない時間帯をベッドで過ごしてもらうことが段々多くなり、現在では一日の大半をベッドで過ごしている。

◆身体拘束・行動制限の廃止に向けた取組

日常的に少量の排便が続き、便捏ねの対応として紐付きシャツを着用していたが、本人の不快感改善のため、2日に一度のグリセリン浣腸による排便管理を行い、紐なしシャツを試行する。紐付き靴下については、皮膚状態の改善を待って中止を試みる。両手抑制については、半固形注入食を使用することにより注入時間の短縮を図り、抑制の廃止を試みた。

◆その後の経過

紐付きシャツ：紐なしシャツを試行するも全裸になることが多く、紐付きシャツに戻す。

紐付き靴下 : 靴下を脱いでしまうことがあるが、掻きむしり、出血は見られない。
両手抑制 : 中止後、特に問題なし。

◆その他

車いすとベッドでの固定については、今後、生活全般の見直しと見守り体制の検討により、時間の短縮を検討する。特にベッドについては、当初は利用者の体調管理が目的であったが、現在は安全管理が主とした目的になっている。切迫性、非代替性及び一時性を再検討し、軽減廃止を図る。

着眼点	代替方法の検討と試行・三要件の検証
-----	-------------------

◆代替方法の検討と試行

危険な行動が多々あるために複数の行動制限を実施せざるを得ない事例は少なくない。そうした場合でも、個々に代替策を検討し試行することで、廃止・最小化に向けた成果が得られることもある。

◆三要件の検証

施設での生活が長く、健康状態や障害特性をよく把握できている利用者の場合であっても、三要件の再検討が不要な訳ではない。

本ケースは、両手抑制のように比較的スムーズに試行と成果が得られた事例であるのと同時に、利用者の日中の過ごし方や職員の見守り体制の整備など、一定の期間を要するものについても、検討の対象外とせずに取り組まれている事例である。



紐による手首固定	重症心身障害児施設
----------	-----------

◆利用者の状況

利用者	31歳 男性 障害程度区分6
診断名等	脊椎小脳変性 精神発達遅滞 四肢体幹機能障害
A D L等	全介助 ベッド上で寝たきりの状態 強度の緊張がたびたびある 右手の可動域は85度 常に肘を曲げた状態で伸びにくくなっている
医療処置	気管カニューレ 胃ろうチューブ留置

危険な行動	気管カニューレの抜管
-------	------------

◆これまでの状況と拘束の経過

- 入所当時から、手足の緊張が強く、手の緊張に対してはカニューレ自己抜管の危険が伴うため左手に安全帯(紐)をつけ、ベッド柵に固定している。1対1で関われる時間以外は、安全帯を外すことは危険であるため、終日実施となる。
- 5年前には、肘にドーナツ形のクッションをつけ、それをベッド柵に結んでいたが、力が加わるとクッションが動いてしまい効果がなかった。

【現況】

- 安全帯の使用により手首が圧迫され、左手首にむくみがみられる。
- ベッド柵からの距離を調整し紐を結んでも、緊張により身体がベッド柵側に傾き、結局、手がカニューレに近づく。2年前には、身体が左側に傾いた際に、利用者が左手小指を噛むことがあった。

◆身体拘束・行動制限の廃止に向けた取組

○代替性の検討

カニューレ抜管により呼吸不全のおそれがある中、現在まで、左上肢の緊張の原因はわからない。緊張が発生するタイミングも予測不可。ただし、肩をひろげている状態では緊張が緩んでくることが判明している。「紐で結ぶ」以外の手法により抜管の危険性を除去できないか検討することとした。

○車いすの活用

車いす利用時は、身体全体が多くの支持面で包まれるため、肩の反りがなく穏やかに過ごせることが多い。見守りが可能な場合は車いすに座り、安全帯を外す時間を増やしていく。個別活動などの時間帯は、職員が1対1で関わるため安全帯を外す。

○クッション等の活用

①抑制した手が緊張した時は、体幹が抑制した手に近づくことから、左手の小指を噛むに至った。ポジショニングを実施する中で、敷き布団を利用すれば腕の筋肉の動く方向を変えられる可能性があるのではないかと予測を立てた。

②姿勢は両側臥位で、肩を広げると緊張がゆるんでくるため、敷布団を利用すれば腕の筋肉の動く方向を変えられる可能性があるのではとの予測をたてた。右側臥位時と仰臥位時は、肩を広げると緊張がゆるんでくるため、そのまま腕を下に下げ、腰の上部に手を持ってくるようにする。その際に敷布団を利用し、その下に手を入れ、腕の筋肉が伸ばされている状態にする。

◆その後の経過

- ①現在使用しているクッションが柔らかい。もう少し硬いものに変えればどうか。（←今後検討）
- ②「抑制」という意識から脱却し、腕から肩のストレッチも兼ねて、上腕全体のポジショニングを実施。見守りの中、一日に1時間程度、安全带もつけながら実施した。緊張の高まりが見られず、ポジションから崩れることもないことから、引き続き延長することとした。今後は、実施時間を延長することも視野に入れ、取り組み期間を定めて観察を行っていく予定である。そのことで安全带の使用についての再検討が期待できる。（←引き続き観察）

◆その他

上腕のポジショニングの取り組みにより、右腋下の炎症、腕の引っ掻き傷の軽減が期待できる。

着眼点	多職種での取組・経過観察の重要性
-----	------------------

◆多職種での取組

この施設では、フロア内で多職種での協議により代替案を出し合い、取組を進めてきたもの。医学的なアプローチが困難な事例であっても、職員の気づきやアイデアを出し合い、どのような状況で改善が可能かを話し合える環境が望ましい。

◆経過観察の重要性

行動制限を廃止するための代替案がすぐにうまくいくとは限らないが、期間を定めて経過観察を行い、その都度検証を図ることにより、引き続き改善に向けて検討することができる。

また、本ケースのように、副次的な効果（腋下炎症軽減など）が得られたことも、経過観察に継続して取り組んだ結果といえる。

ミトン	重症心身障害児施設
-----	-----------

◆利用者の状況

利用者 37歳 女性 障害程度区分6
 診断名等 重度精神発達遅滞 脳性マヒ レット症候群
 ADL等 全介助 自力での座位保持可能
 医療処置 ー

危険な行動	自傷（歯で手を噛む）
-------	------------

◆これまでの状況と拘束の経過

- 常動行動により、口に手を入れ、歯で噛む行為が7歳頃から日常的に見られるようになる。周囲に気が向くと忘れることもあるが限定的。当初は、両手にタオルを巻いた上で手袋を着用していた（タオルを巻くと、指の動きがより制限されていた）。なお、行為は両手に見られるが、右手による頻度は少ない。
- 21歳のときから、キルティングのミトンを両手に着用するようになる。着用は終日で、1対1で関わるときはミトンを外していた。30歳のときに右手ミトンの廃止を試みる。ミトンを外し、玩具を持たせると、口に持っていくことをせずしばらくそのままのことから、握りやすい乳幼児用玩具（握り棒）を持たせることを試行した。しかし、材質が柔らかすぎ、平たくなるとすぐに手を離し口に手を持って行くことから断念。再度ミトンを着用することとなった。
- 以降、両手のミトン解除は、1対1で関われる時間帯、食事時及び夜間熟睡時。その他時間帯は常時着用。

◆身体拘束・行動制限の廃止に向けた取組

身体拘束廃止についての研修の機会があり、それを契機に施設内で取り組みを行うことを決定。

以前に試行・断念した事例であるが、本ケースにおいても、右手ミトンについて、廃止・最小化に向けた検討を図ることとした。

これまでの経験から、握った感触が長続きし、指を開いたときに滑り落ちない形状であれば有効なのではと考え、まず①の代替方法を実施。さらに、②の代替方法を試行した。

- ①右手を離した際に滑り落ちがないよう、ゴム状の輪がついた玩具を採用した。
- ②長細く折りたたんだバンダナを右手の甲に結ぶことにする。滑り落ちもせず、柔らかく安全。目立たず、柄により変化も自在である。

◆その後の経過

- 玩具もバンダナも安全で有効。いずれも滑り落ちがなく、右手を口に入れることがなくなった。
- 玩具はぬいぐるみがついているので、洗濯後乾きにくいという難がある一方、バンダナは洗濯しやすく安価で取り替えやすい。見た目も目立たず、柄を衣服に合わせてコーディネートしやすい（ミトンから玩具、さらにバンダナへと変更）。

着眼点	研修啓発・経過観察の重要性
-----	---------------

◆研修啓発

施設で長く生活されている利用者や、個別支援計画上の変更点に乏しい利用者の支援方法を改めることは難しい。本ケースも、過去に試行したことはあるが、残念ながらその時は改善に直結しなかったもの。しかしながら、施設で取り組む研修機会を活かし、既存の事例に再度向き合う体制を構築することで成功事例を獲得することができた。

◆経過観察の重要性

ある試行事例について、その後の状況を観察することは重要であるが、単なる記録に留まらず、複数で意見交換を行える環境があれば、試行案についてさらにアイデアが得られることもある。

つなぎ服	重症心身障害児施設
------	-----------

◆利用者の状況

利用者	49歳 男性 障害程度区分4
診断名等	精神遅滞、自閉症、骨折既往歴有
A D L等	行動障害判定基準15点（過去には20点超）。心身機能の低下・後退度高く、歩行不安定。座位姿勢をとる際、後方確認をせず倒れ込むように座るため、背中に傷を負いやすい。
医療処置	転倒による骨折、縫合の既往有り

問題行動	脱衣、放尿・放便
------	----------

◆これまでの状況と拘束の経過

- 上下衣では、ところかまわず衣類を脱ぎ、全裸になり過ごす。自ら尿をまき散らしたり、便をひねり出し壁にぬたくったりする。近年、機能低下が激しく、足元が弱くなっている。転倒して身体を床、壁に打ち付ける怪我（骨折、縫合を伴う）が多くなってきたため、つなぎ服の背部を厚くして怪我が軽くすむよう対応している。
- 施設内のあらゆる箇所に面取りを施行し、考えられる限り、転倒しても最低限の怪我ですむ工夫をしている。食事時間、車いす利用時、個別対応時、外出活動等の生活場面の切り替わりの際には、上下衣を着用するよう取り組んでいる。
- 上下衣を着用していてもすぐに脱衣動作に移るため、職員がそばにいないとできない。そのため、常に職員がそばにいるという状況ができ、本人にストレスが溜まってしまふ。着せることが強引となり、職員との関係が悪くなる。
- 全裸、怪我防止のため、家族よりつなぎ服着用の要望あり。

◆身体拘束・行動制限の廃止に向けた取組

生活の切り替わり場面を気分の切り替わりにできないかと、食事前、個別対応前、外出活動前、集団活動前など、上下衣に着替え過ごせるよう取り組んでいる。ただし、本人、職員との関係が悪くならないよう無理強いをしないように、常に職員間の確認作業を行っている。

脱衣行為を習慣づけないため、早めの対応を試みる。また、固執させないよう対応する。

◆その後の経過

- 長期間にわたる問題行動であり、一進一退を繰り返している。全ての職員が、「今のつなぎ服の対応をベストだとは思わない」ということを常に認識しながら、ちょっとした機会であっても上下衣を着用できないか、常に考え実行できるよう、担当者が

発信源となり伝えられるよう意識し、体制は整えてある。

- 食事時は終了が近づくと脱衣行為が見られ、終わりまでは着用できないことが多い。
- 着用時は全裸になる恥ずかしい姿から保護することができ、怪我也軽くすんでいる。

◆その他

- 家族には常に状況を連絡できるよう心掛け、体制も整えてある。対応方法に変更がある場合は、随時連絡している。
- 常に生活の質の向上を念頭におき、怪我から身を守り身体抑制・拘束の極力少ない生活を考え、担当者が発信でき、周辺職員が協力できるよう検討する機会を提供している。
- 怪我をしない環境整備に心掛けている。
- 全裸で過ごすことにおいては、人権擁護の面からも防いでいく必要がある。

着眼点	継続した取組・利用者の尊厳を考える
-----	-------------------

◆継続した取組

以前から習慣づいてしまった行動もあり、利用者のこだわりの障害特性から、容易には解決策がみつけれないケースである。しかし「有効な代替案がないから終日つなぎ服を着用する」と結論づけることはせず、複数職員での情報の共有を継続している。

◆利用者の尊厳を考える

利用者の希望やこだわりに配慮したとしても、施設内を全裸で過ごすことは尊厳を重んじた生活ではないとの認識を共有し、複数職員での対応に取り組んでいる。

障害福祉施設等における
身体拘束状況調査結果について

障害福祉施設等における身体拘束状況調査結果について

平成20年11月

調査目的	身体拘束の実態や廃止に向けての取り組み状況を明らかにするとともに、調査結果を分析し、身体拘束廃止に向けた啓発、支援を行うことを目的とする。
調査対象施設等	障害者支援施設、入所系障害福祉サービス事業所等（旧法指定施設を含む） 218箇所
調査基準日	平成18年4月1日以降の身体拘束の廃止に向けての取り組み状況
回収状況	有効回収数 208箇所（有効回収率 95.4%）

【調査結果の総括】

今回の調査は、障害者に対する身体拘束の定義付けや考え方の統一的基準がない状況の中で、全国的にも先進的な取組として調査を行ったものであり、廃止に向けた取組を一定程度しつつも、実際には身体拘束の廃止に対して苦慮している施設の現状が明らかになったところである。

なお、身体拘束の有無という点では、やむを得ない状況（緊急性、非代替性、一時性）及び適正な手続き（本人・家族の同意等）の有無にかかわらず、身体拘束があれば同様に一件として扱われるため留意を要する。

障害の態様、程度は様々であり、利用者等の安全確保の面（自傷、他傷リスク）等を考慮すると、すべての身体拘束の廃止は難しいところであるが、できるだけ身体拘束をゼロに近づけるために、拘束時間の短縮や代替方法の工夫などについて、施設全体で取り組むことが求められる。

あわせて、やむを得ず身体拘束を行う場合には、適切な判断（緊急性、非代替性、一時性）の元で適正な手続き（本人・家族の同意等）がなされている必要がある。

このため、京都府としても、身体拘束をゼロに近づけるため、拘束時間の短縮や代替方法の工夫などについて、施設全体で取り組むことが必要との観点から、次の取組を進める。

- ①関係団体とも協力しながら、身体拘束ゼロにむけた取組を推進
 - ・有識者等による検討の場（京都府障害者自立支援協議会の専門部会等）を今年度中に設置
 - ・京都知的障害者福祉施設協議会など関係団体の協力を得て、効果的な対応事例の収集・紹介等
- ②実地指導等における適正な対応の助言・指導
 - ・緊急やむを得ない理由により身体拘束を行う場合には、「切迫性」「非代替性」「一時性」の要件について検討し、説明・記録等適切に対応するよう指導

1 身体拘束の有無について

(1) 身体拘束を行った例のある対象施設等は69施設、調査有効回収施設の約3割(33.2%)であった。

施設種別ごとの内訳をみると、指定身体障害者施設において36.4%、指定知的障害者施設において85.0%、障害児施設において88.9%、その他事業所（短期入所、グループホーム等）において23.8%の施設で身体拘束が行われていた。

これらのうちの多くの施設では、身体拘束の廃止に向けた取り組みはなされているが、結果として有効な方策がなく、身体拘束を廃止できない状況にあると見られる。

(2) 有効回収施設等全体で976人に対し、身体拘束実施が確認された。

※平成20年3月1日～3月31日の1箇月間の状況

(3) 身体拘束の内容は以下のとおりであり、「Y字型拘束帯等の使用」、「ベッド柵の使用」、「居室の施錠」が多い。

(回答中、976人の内訳)

身体拘束の内容	人数 (%)
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	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	9 (0.9)
③ 自分で降りられないように、ベッド柵(サドル)で囲む	222 (22.7)
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 (—)
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	42 (4.3)
⑥ 車いすやいすからずり落ちたり立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテールをつける	506 (51.8)
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	10 (1.0)
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	25 (2.6)
⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッド等に体幹や四肢をひも等で縛る	0 (—)
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	15 (1.5)

(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	68 (7.0)
(12) その他	79 (8.1)

以下、身体拘束を行った例のある69施設等について

2 身体拘束を行う場合の手続について

- (1) 身体拘束を行う場合の手続等について定める規程（マニュアル、ガイドライン等）を定めている施設等は、42施設（60.9%）であった。
- (2) 本人や家族への説明を行って承諾を得ている施設等は、65施設（94.2%）。うち、入所時に前もって承諾を得ている施設等は、40施設（58.0%）。
- (3) 利用者の身体拘束の必要性の判断をどこで行っているかについては、
 - ① 施設内のケース会議等で判断しているとした施設数が最も多く、44施設（63.8%）。
 - ② 以下、現場の介護職員が判断しているとした施設等が、17施設（24.6%）、施設長や医師が判断しているとした施設等が、16施設（23.2%）。

3 身体拘束廃止への取り組み状況について

- (1) 身体拘束廃止の取組を実施している施設等は、48（69.6%）であった。
(H19年度回答施設数：48)

取組の具体的内容	施設数 (%)
① 外部研修会への参加	13 (27.1)
② 施設内での研修会の実施	28 (58.3)
③ 施設で身体拘束廃止に係る委員会を設置	16 (33.3)
④ 施設内でマニュアルを作成	27 (56.3)
⑤ その他	14 (29.2)

4 身体拘束の廃止が困難な理由について

- (1) 施設等が最も困難と感じている理由は、「結果として有効な方策がなく、廃止できない事例が残る」で、49施設（71.0%）となっている。
- (2) 他に多くの回答があったのは、「介護を担当する職員が少ない」（17施設（24.6%））、「その他」（18施設（26.0%））であった。

5 身体拘束廃止困難事例が発生した場合に選択した解決方法について

- (1) 「施設内のカンファレンス等を行う」が多く、45施設（65.2%）
- (2) 他に多くの回答があったのは、「施設内の身体拘束廃止委員会等で検討する」（13施設（18.8%））であった。

(H19年度回答施設数：69)

解決方法	施設数 (%)
① 施設内のカンファレンス等を行う	45 (65.2)
② 施設内の身体拘束廃止委員会等で検討する	13 (18.8)
③ 参考となる図書や事例集を活用する	11 (15.9)
④ 身体拘束相談窓口の利用	—
⑤ その他	8 (11.6)
⑥ 無回答	8 (11.6)

6 身体拘束廃止への取り組みを行った効果について

- (1) 利用者及び家族の理解については、「概ね理解を得られた」とするのが33施設（50.0%）「事故の心配から家族が拘束を希望する」とするのが6施設（9.1%）であった。
- (2) 廃止後の利用者の変化については、良い変化が見られたとするのが11施設（16.7%）であった。
- (3) 廃止後の職員意識の変化については、変化が見られたとするのが、27施設（40.9%）であった。

(別紙) 障害者施設における身体拘束に関する調査について

* 回答欄の中にご回答を記入してください。

「その他」欄についても具体例を記入してください。

法人名	
施設名	
施設種別	
施設所在地	
回答者名	
電話番号	

1. 身体拘束の有無について

(1) 貴施設では、身体拘束を行った例がありますか。

回答欄

- ① ある
- ② ない

(参考) 介護保険指定基準において禁止の対象となる具体的な行為

- ① 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、又は皮膚をかきむしらないように手指の機能を制限するミソ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字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧ 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

身体拘束を行った例がある場合は、以下の項目について回答をお願いします。

(2) 身体拘束の具体的内容について回答をお願いします(複数回答可)。

回答欄

- ① ベッド等に拘束(自分で降りられないようにベッドを柵で囲む等)。
- ② 車いす等に拘束(車いすからずり落ちたりしないように拘束帯や腰ベルト、テーブルをつける等)。
- ③ 介護衣(つなぎ服)を着せる。
- ④ 自傷行為を防ぐため、手指の機能を制限する手袋等をつける。
- ⑤ 居室に施錠する。
- ⑥ 行動を落ち着かせるために、向精神薬等薬物を過剰に投与する。
- ⑦ その他(①～⑥以外の利用者の身体に拘束や抑制を加える行為について、具体的内容をご記入ください)

(3) 身体拘束を行った理由及び人数等を記入してください。(平成20年3月1日～3月31日の状況についてご記入ください)

※ 行が不足する場合は別紙に記入してください。

身体拘束の態様・期間等	理由	実人員	延人員	備考

2. 身体拘束を行う場合の手続について

(1) 身体拘束を行う場合の手続等について明確に定める規程(マニュアル、ガイドライン等)がありますか。

回答欄

- ① ある。
- ② ない。

(2) 本人や家族への説明について。

回答欄

- ① 拘束を行う都度、本人又は家族に説明を行い、書面により承諾を得ている。
- ② 拘束を行う都度、本人又は家族に説明を行い、承諾を得ている。(書面なし)
- ③ 入所(サービス利用開始時又は拘束の必要が生じた時)に、前もって本人又は家族に説明を行い、書面により承諾を得ている。
- ④ 入所(サービス利用開始時又は拘束の必要が生じた時)に、前もって本人又は家族に説明を行い、承諾を得ている。(書面なし)
- ⑤ 説明等は行っていない。
- ⑥ 原則、説明を行い承諾を求めるが一部例外としている(例外があれば例外の具体例についてご記入ください)。

(3) <(2)で①、③を選択された場合のみ>本人や家族への説明書面の記載項目について(複数回答可)

回答欄

- ① 個別の状況による拘束の必要な理由
- ② 身体拘束の方法(場所、行為等)
- ③ 拘束の時間帯及び時間
- ④ 特記すべき心身の状況
- ⑤ 拘束開始及び解除の予定
- ⑥ その他(具体例をご記入ください。)

(4) 拘束の必要性の判断について。

回答欄

- ① 施設内のケース会議等で判断。
- ② 施設長や医師が判断。
- ③ 現場の介護職員が判断。
- ④ その他(具体例をご記入ください。)

(5) 身体拘束を行った場合の記録について。

回答欄

- ① 記録を書面で残している。
- ② 記録は行っていない。

3. 身体拘束廃止への取組について

(1) 取組み実施の有無

回答欄

- ① 何らかの取組みを行っている。
- ② 特別の取組みは行っていない。

(2) 取組みの具体的内容について

回答欄

- ① 外部研修会への参加。
- ② 施設内での研修会の実施。
- ③ 施設で身体拘束廃止に係る委員会を設置。
- ④ 施設内で身体拘束に係るマニュアルを作成
- ⑤ その他(具体的内容をご記入ください。)

(3) 身体拘束の廃止が困難な理由について

回答欄

- ① 家族からの苦情や損害賠償請求が心配なため。
- ② 介護を担当する職員が少ない。
- ③ 本人や家族から拘束廃止の理解が得られない。
- ④ 機器や設備の開発が進んでいない。
- ⑤ 結果として有効な方策がなく、廃止できない事例が残る。
- ⑥ その他(具体的内容をご記入ください。)

(4) 身体拘束廃止困難事例が発生した場合に有効と思われる解決方法について

回答欄

- ① 施設内のカンファレンス等を行う。
- ② 施設内の身体拘束廃止委員会等で検討する。
- ③ 参考となる図書や事例集を活用する。
- ④ 身体拘束相談窓口の利用。
- ⑤ その他

(5) 身体拘束廃止困難事例が発生した場合に実際に選択した解決方法について

回答欄

- ① 施設内のカンファレンス等を行う。
- ② 施設内の身体拘束廃止委員会等で検討する。
- ③ 参考となる図書や事例集を活用する。
- ④ 身体拘束相談窓口の利用。
- ⑤ その他

4. 身体拘束廃止への取り組みを行った効果について

回答欄

(1) 身体拘束廃止の取り組みを行った事例に係る利用者及び家族の理解について

- ① 概ね理解が得られた。
- ② 事故の心配から家族が拘束を希望する。
- ③ 施設まかせて無関心。
- ④ その他(複数項目に該当する場合は、具体例を含めて、以下にご記入ください。)

(2) 廃止後の利用者の変化について

回答欄

- ① 特に変化なし。
- ② 良い変化が見られた(具体的内容をご記入ください。)


(3) 廃止後の職員意識の変化について

回答欄

- ① 特に変化なし。
- ② 変化が見られた。(具体的内容をご記入ください。)

5. その他、身体拘束廃止についてのご意見があればお書きください。

また、身体拘束あるいは、利用者への虐待行為等に該当するか疑問がある事例に係る質問等についても、ご記入ください。



ご記入ありがとうございました。

別紙

※ 問1(3)について、身体拘束を行った事例等をご記入ください。

身体拘束の態様・期間等	理由	実人員	延人員	備考

障害者身体拘束に関する調査研究
(サービス実態調査)報告書

(有)自立生活問題研究所

この報告書は、京都府社会福祉施設サービス向上推進事業として、京都府の委託を受けて(有)自立生活問題研究所がとりまとめたものです。

はじめに

平成18年に施行された障害者自立支援法においては、身体拘束等の禁止に関する規定が明文化されました。これにより、障害者支援施設における身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は、緊急やむを得ない場合を除き、原則として禁止されることとなりました。

しかしながら、様々な利用者が生活する障害者支援施設にあつては、身体拘束をただちになくすことは決して容易ではなく、限られた体制の中でどのような支援を行えばよいのか、取り組みに苦慮しながら試行錯誤を続けている施設も多いところです。

京都府では、平成21年3月に「京都府身体拘束防止推進会議」が設置され、身体拘束を廃止するための方策や、府内の障害者支援施設が先進的に実践されてきた取組事例を紹介することなどに取り組まれています。

この取り組みの一環として、この調査研究事業では、府内障害者支援施設におけるサービス実態調査を実施しました。身体拘束というものがどの程度行われており、その防止に対しての取り組みをどのように行われているかを調査することにより、身体拘束の防止に係る実態や問題点を把握しようとしています。

身体拘束の廃止というものは、なくすことが最終的な目的ではありません。身体拘束をはじめとする様々な行動制限を最小化していき、廃止に向かって取り組まれていく過程の中で、施設利用者ひとりひとりの支援のあり方を見つめ直し、施設の支援と利用者の生活が共に向上していくことこそが、最大の目的であると考えています。

本事業が、そうした支援のきっかけとなり、一助となることを願ってやみません。

平成22年3月

(有)自立生活問題研究所
調査研究メンバー一同

目 次

はじめに

第 1 章 身体拘束の考え方と防止の意義	(鑑本 智昭) …… 4 5
第 1 節 「身体拘束」とは何か ～ 一般的な定義から ～	
第 2 節 医療分野における「行動制限」と「身体固定」について	
て	
第 3 節 「生活」と「介護（ケア）」、「介護関係」における身体拘束	
第 4 節 信用と信頼を基本にした身体拘束	
第 2 章 障害児者関連施設における身体拘束防止推進に関するアンケート調査と分析結果	
第 1 節 「障害者施設における身体拘束に関する調査」（介護・福祉事業課、H20）について	(武田 康晴) …… 5 5
～ 「介護保険指定基準において禁止対象となる具体的な行為」による分類とコメント ～	
第 2 節 「身体拘束に関するアンケート調査」の分析（1）	
1 アンケート調査の概要	(谷口 明広) …… 6 1
2 アンケート調査の結果分析	(武田 康晴) …… 6 1
第 3 節 「身体拘束に関するアンケート調査」の分析（2）	(笠原 千絵) …… 6 7
第 3 章 障害者の身体拘束防止への課題と今後の展望	(谷口 明広) …… 7 5
第 1 節 「障害者虐待防止法」が施行されない状況の中で	
第 2 節 身体拘束の実施に係る三要件から見た障害者問題	
第 3 節 「身体拘束」に関する本人同意と家族同意の重要性と差異	
【巻末資料】平成 2 1 年度調査票	…… 8 1

第1章 身体拘束の考え方と防止の意義

平成12(2000)年4月に介護保険制度がスタートしたとき、介護保険施設指定基準に身体拘束の禁止規定が盛り込まれ、社会福祉法に「福祉サービスは個人の尊厳の保持を旨とする」と規定され、厚生労働省から「身体拘束ゼロへの手引き」が作成、配布されたことにより、高齢者の介護施設や指定居宅サービス等では、身体拘束は原則禁止とされ、同時に身体拘束ゼロを目指す介護の見直しの取り組みが始まった。

高齢者分野のみならず、障害者分野においても、支援費制度、障害者自立支援法を通じて、利用者の人権と尊厳を守るため、利用者本位のサービス提供を目指し、各施設や事業所がさまざまな苦勞をし、工夫や努力を積み重ねながら取り組んできている。

本章では、身体拘束や行動制限に関する諸問題をさまざまな角度から概観して理解を深め、現場の課題解決の一助とすることを目的とするものである。

第1節 「身体拘束」とは何か ―― 一般的な定義から ――

「身体拘束ゼロへの手引き」によると、身体拘束の定義は「衣類や綿入り帯等を使って、一時的に「介護を受ける高齢者等」の身体を拘束したり、運動することを抑制する等、行動を制限すること」である。

厚生労働省は「身体拘束ゼロへの手引き」で、具体的かつ代表的な行為を以下のようにあげている。

- ①徘徊しないように、車いす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ②転落しないように、車いす、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、ベッドや柵(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、ベッドに体幹や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を付ける。
- ⑥車いすや椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、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椅子を使用する。
- ⑧脱衣やオムツ外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自分の意志で開けることのできない居室に隔離する。

また、身体拘束が禁止される理由について、本人に対し身体機能の低下や精神的苦痛、認知症の進行等をもたらすだけでなく、家族を精神的に傷つけたり、介護施設に対する社会的不信・偏見を生み出す等、様々な危険性を持っているとし、拘束が拘束を生む「悪循環」が起こるとされている。

一方、身体拘束は、例外として以下の3要件をすべて満たす場合は「緊急やむを得ない」ものとして認められることもあるとしている。

1. 切迫性 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。
2. 非代替性 他に代替する介護方法がない。
3. 一時性 行動制限が一時的なものである。

このとき、「身体拘束の方法」「拘束をした時間」「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、説明や同意の確認が書面によって必要とされている。

しかし、具体的な基準は示されておらず、今後の実践や研究データを重ねることが課題として残されていると「身体拘束ゼロへの手引き」の検討委員のひとりであった高崎絹子(2004 身体拘束ゼロを創る 中央法規)は指摘している。

高崎絹子(2004)によると、身体拘束とは一般に、

「何らかの用具を使用して、利用者の自由な動きや身体活動、あるいは利用者自身が自分の身体に通常の形で触るのを制限すること」と定義している。

着目しておくべき点は「“自由”な動き」という概念であるが、厚労省が示した「身体拘束ゼロへの手引き」における具体的かつ代表的な行為には、このような表現は明示されていない。

広辞苑によると「自由」とは

「(1) 心のままであること。思う通り。自在。古くは、勝手気ままの意に用いた。

(2) (freedom; liberty) 一般的には、責任をもって何かをすることに障害(束縛・強制など)がないこと。自由は一定の前提条件の上で成立しているから、無条件的な絶対の自由は人間にはない。自由は、障害となる条件の除去・緩和によって拡大するから、目的のために自然的・社会的条件を変革することは自由の増大である。この意味での自由は、自然・社会の法則の認識を通じて実現される。

(ア) 社会的自由。社会生活で、個人の権利(人権)が侵されないこと。

(イ) 「意志の自由」に同じ。自分の行為を自由に決定できる自発性があること。

(ウ) 倫理的自由

とされ、身体的な自由、心理的な自由、社会的な自由、等々、自らの主体性や選択や決定をはじめとする各種の権利、倫理など、幅広い概念が含まれていると考えられる。

一方、高崎絹子(2004)は、医療職が従来より行ってきた「手術後などの意識レベルの低い患者や、せん妄があったり、知的能力に支障がある患者の治療や安全を確保するための援助としてやむを得ないこととして行われてきた」身体拘束について、生活介護の現場に伝統的に引き継がれ導入されてきたことへの不適切さを指摘し、病院モデルから生活モデルへの転換の必要性を訴えている。

厚生労働省が例示した代表例としての11項目に注目が集まっているが、高崎絹子は、「単に、縛ることを止めることのみならず、高齢者の生活とケアの全般についての見直しを行うという発想の転換が必要」と述べ、職種を問わず、保健医療福祉に関わるすべてのものに、「ケアの本質を問いかけ、発想の転換を図ると同時に、真のニーズを知って、ケアの方法や体制を見直し、市民を含む利用者の参画も促す必要」について指摘している。

身体拘束の問題は、人権や虐待防止の視点、またコンプライアンス(法令・倫理遵守)の視点から論じられることが多い。

高崎絹子が指摘している、本来の目的としての、そして本質的な課題に肉薄していくべきものであろう。厚生労働省が示した身体拘束の代表例11項目はそのための出発点を提供したに過ぎず、これを一里塚として、ここから本質に迫っていく取り組みこそが求められていると理解するべきである。

第2節 医療分野における「行動制限」と「身体固定」について

高崎絹子(2004)は病院モデルから生活モデルへの転換の必要性を訴えているが、精

精神科救急などの“生命”と直接的に向き合う“医療”現場においては身体拘束や隔離、行動制限は慎重に議論しなければならない重大なテーマである。軽々に“生活”場面に敷衍化すべきではないことはよく理解されていることであるが、いま一度振り返ってみたい。

1998年に国立の病院で違法な隔離および身体拘束が長期間成されていたことが発覚した。このことを契機に、1999年、厚生科学研究「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究」が立ち上がり、2000年に報告書ができあがった経緯がある。

この報告書をもとに、日本総合病院精神医学会の教育・研究委員会は、現場の実態を考慮して「身体拘束・隔離の指針(2007 星和書店)」を作成している。

それによると、医療分野においても、「身体拘束や隔離は、患者側のみならず、医療側にとっても可能な限り避けたいと感じている手段であって、安全の確保のためにやむを得ず実施するというのが実際である」と述べている。

精神保健福祉法では、「衣類また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」と定義されている。

隔離は、「内側から患者本人の意志によっては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間を超えるものに限る」と定義されている。

前述の「身体拘束・隔離の指針（日本総合病院精神医学会）」によると、拘束用具の改良や使用方法の改善により、実務的には、

「身体拘束とは、医療的な配慮が成された拘束用具により体幹や四肢の一部あるいは全部を種々の程度に拘束する行動の制限」を定義として採用している。

また、日本精神科病院協会は旧厚生省との協議(2000年)により、「点滴、経鼻栄養、処置などの生命維持に必要な“医療行為”のための“身体固定”について、短時間であれば身体拘束にあたらなると解釈されることになった」としている。

また、「ただし、長時間にわたり継続する場合は身体拘束と見なす。なお、短時間、長時間の基準は示されていない」とされている。

この定義や協議から理解すべきことは、あくまでも“生命維持”の目的による“医療”の立場からの配慮、医療行為を最優先課題として採用し、“生活”的な配慮は別の課題となっている点に着目したい。

一方、「食事、レクリエーション、散歩などの際の車いすからの転落防止を目的とした安全ベルトによる固定も、同様の経緯で、身体拘束にあたらなると解釈されている」としている。

これについて日本精神科病院協会は、「身体的理由により歩行が困難な利用者等は、車いすを使用することで行動範囲を拡大することができ、この際の安全ベルトによる固定は乗物や遊具の座席ベルトと同質と解釈される」としている。

しかしながら、「どのような目的で、どのように行うのか、だれが、なにを選択し、意志決定するのか」が明確にされていない。また、生命維持のために緊急性はないのであれば医療職が決定権を持つのか、“生活”の主体はだれなのか、パターナリズム（父権主義）に陥っていないのかを問いかけることこそが、高崎絹子が指摘している「病院モデルから生活モデルへの転換」、「ケアの本質」へ通じる点ではなからうか。

医療分野においての身体拘束の実施にあたっては、代替方法がないこと、及び必要最小限であることが基本原則であるとし、指定医は身体拘束実施に関する専門的な医療判断が求められ、診療録への記載をはじめ、書面による告知や同意、常時の観察、漫然と行われることがないように頻繁に診察を行うことを厳しく義務づけている。

さらに、2004年4月の診療報酬の改訂にともなって、「行動制限最小化委員会」の設置が推奨されることとなり、必要性の検討、最小化の追求や代替手段の採用、早期に

制限を解除する努力を払うこと、治療環境の工夫や医療関係者の教育・研修を推進する体制の整備などが求められている。

これらのことは、医療現場が自らの医療行為を高い倫理と優れた技術のもとで、自らを厳しく律することが必然的に求められているということである。したがって、“医療行為”を行うという限定された場面で、慎重な配慮と細心の注意、丁寧な手続に基づいて、必要最小限の範囲において法令を遵守しつつ、やむを得ず実施している点を熟慮し、“生命”を救うことを最大の目的とする医療現場という特殊な状況での現実を、“生活”を援助する他分野に安易に拡大して解釈することは厳に慎むべきであろう。

第3節 「生活」と「介護(ケア)」、「介護関係」における身体拘束

1990年代に厚生労働省(当時、厚生省)が設置した「高齢者介護・自立支援システム研究会」は、その報告書(平成6年12月)でわが国の目指すべき高齢者介護について、「従来の高齢者介護は、どちらかと言えば、高齢者の身体を清潔に保ち、食事や入浴等の面倒をみるといった「お世話」の面にとどまりがちであった。今後は、重度の障害を有する高齢者であっても、例えば、車いすで外出し、好きな買い物ができる、友人に会い、地域社会の一員として様々な活動に参加するなど、自分の生活を楽しむことができるような、自立した生活の実現を積極的に支援することが、介護の基本理念として置かれるべきである」と方向付けた。ICFにおける「活動」「参加」の向上に合致した内容であり、単なる「お世話」からの脱皮を目指した点は評価されるものである。

三好春樹(2005 介護の専門性とはなにか)は高齢者介護・リハビリテーションの経験と視点から出発して、障害者にも共通する「介護(ケア)」について本質的かつ普遍的な展開を試みている。

三好によると、介護(ケア)は「生活」を文字通り、本来の「生き生き」とした生活にすること、つまり、「生活活性化にこそ、介護職の専門性がある」とし、「生活活性化阻害要因と戦うこともまた、介護の専門性に求められているもの」と述べている。

そして、「生活づくり」、「関係づくり」を重視し、「それまでの人間関係が消失し、介助されるという一方的関係でしかなくなってしまう状態を「関係障害」として捉え、豊かで相互的な関係をつくり出していく」、つまり、介護とは「人間関係が豊かになり、生活空間が広がる」こと、また「生活を豊かにし活動範囲を広げること」とであると具体的に定義している。

したがって、介護は、「一人の老化や障害に見合った生活を手作りする」ことが必要であると述べている。

さらに、「介護は介護力ではなく、介護関係」であり、「介護関係の作り方」の重要性を強く主張し、一方的関係であるパターンリズム(父権主義)からの離脱を強く勧めている。

一方、精神障害においても「妄想や幻覚には豊かな意味がある」ことを指摘している。

「問題」行動や「迷惑」行為は、誰にとって問題なのか、だれが困っているのか、このことが安易で短絡的に本人のせいになってしまっている。

三好春樹は、問題行動を薬物や「正しい関わり方」(※“正しい”とは三好春樹流の皮肉である)によって、単純に無くしてしまうべきではなく、「介護職の強みとはなにか。それは老人さんに“振り回される”こと」、「“振り回される”とはじつは老人が主体になること」と述べ、「よい介護とはなにかをすることではなく、老人の“受け止め手”になる」ことを目指すべきであるとし、「痴呆老人が徘徊したり奇声を発しているのは意味のないことなのだろうか。介護とはそれらをなくしてしまうことでは

い。そうした形で表さざるをえない痴呆老人の葛藤を、受け止めること」であると述べて、従来の介護観や介護方法の転換、リ・フレーミングを促している。

厚生労働省は「身体拘束ゼロへの手引き」で、具体的かつ代表的な 11 項目の行為を例示している。しかし、高崎絹子が指摘する「単に、縛ることを止めることのみ」に焦点を当てるのではなく、生活とケアの全般についての見直し」を行うことこそが本道であり、11 項目に縛られすぎて拘束され硬直化してしまつては本末転倒である。その背後にある「介護(ケア)」の本質を追究し、「介護関係」について考えることにより、単なる「お世話」から脱皮して質の高い「生活づくり」「関係づくり」、「人生の質」を追求する必要性を指し示している。

以下、「介護関係」とその周辺領域について、関連する事柄を概観し、身体拘束や行動制限の問題について、より深く掘り下げ議論の一助としたい。

(1) 「つきあい続ける」ということ

介護(ケア)における「生活づくり」、「関係づくり」の課題は、「リハビリテーション関係」の視点からも眺めてみるができる。

野中猛(2003 図説 精神障害リハビリテーション)は「リハビリテーションの効果は、人と人との関係によって明らかに差が出そうである」と述べ、「リハビリテーションスタッフには、障害に関する専門的理解、社会資源の詳細な知識、医学的・心理的・職業的・教育的な専門技能などがあればこしたことはないが、技術的な素人であってもリハビリテーション関係は有効となる。逆に、優秀な専門家が必ずしも適切なリハビリテーション関係を結ぶことができるとは限らない。体験的にも、茶道、華道、書道、絵画、運動などの講師の方々、ボランティアの方々との関係で助けられた利用者は数多い」、「各専門家、利用者仲間、家族、一般市民などとのさまざまな関係性を発見し、機会を提供することで、最終的に利用者自身が回復することができればよい」と、「関係性」と「機会」について、柔軟で包括的な提供を提言している。

そして、シカゴの Horowitz R. はリハビリテーション関係に関する経験知を資質群とし、「要は、①つきあい続けること、②希望を持ち続けること、③その中で織物が綴られるように影響し合うこと」、など単なる「お世話」から、「つきあい続ける」という「関係性」を重視した取り組みの大切さを紹介している。

(2) ケアの四原則

竹内孝仁(1998 介護基礎学 医歯薬出版)は、痴呆性老人のケアに関する教科書の「あるがままに受け入れること」「説得するよりも納得してもらうこと」だけでは、繰り返し行われる「異常行動」に対して無理があると率直に告白している。

「現実はこの教えのように試みはするが、それが根本的な問題解決にはならず、やがてはケアする側の諦めとともに、ますます異常行動が激しくなっていく」と述べている。

また、竹内孝仁(1998)は、「いわば一方的に“あるがままに受け入れよ”“納得より説得”というステレオタイプ(紋切り型的)なケアを強制することに無理があり、こうしたケアの「教え」そのものに、痴呆性老人のケアの不毛さがあると感じている」と指摘している。

そして、より具体的な方策として、「ケアの四原則」を示し、

「まず第 1 に、もっとも基本となるのは「共にある」とのケア側の決意と実行

第 2 に、「安定した関係」づくり

第 3 に、相手の「行動の了解」

第 4 に、「個々のタイプに応じたケア」

以上の四点を「背景として、そのおしえである“あるがままに”“説得より納得”が

行われないうち、実際にはなんの効果もないといっただろう」と述べている。

竹内孝仁の四原則のうち、第1と第2は、前述したシカゴの Horowitz, R. らのリハビリテーション関係に関する経験知から得られた知見と重なるものである。

「つきあい続ける」ということと「共にある」ということは一方的ではない関係を含む同質のものが内在し、「安定した関係」は“なじみの関係”でもあり、信頼の基礎となる重要なポイントのひとつでもある。

これらの視点と指摘は、高齢者介護のみならず、ソーシャルワークの基本的かつ普遍的なものであり、強度行動障害の介護（ケア）にも共通し、当然のことながら個別支援計画作成の重要なポイントでもある。

(3) 介護(ケア)とアディクション(共依存)

“介護関係”に着目すると、共依存やアディクションの問題も視野に入れて論じておく必要がある。そこには身体拘束の問題に隣接した「虐待」の問題も浮かび上がってくる。

すでによく知られていることではあるが、虐待をはじめ、依存症や嗜癖、ドメスティック・バイオレンス(DV)における基本的な発生機序について、アディクションや共依存の研究からながめると共通するものがある。

また、一般にはドメスティック・バイオレンス(DV)のような“激しい”虐待が想像されるが、実は「愛という究極の支配」や「権利の乱用」などの“静かな”虐待が、根深い課題を抱えて存在するといわれている。

この分野の専門家である信田さよ子(1999)によると、

「アディクション(addiction)とは嗜癖のことであり、依存症とほぼ同義」として捉えられる。

アディクションは

①物質嗜癖 アルコール依存症、薬物依存症、摂食障害、ニコチン依存症など

②プロセス嗜癖(行為嗜好) ギャンブル依存症、浪費癖、買い物依存症、繰り返される暴力、繰り返される性的逸脱行動など

③関係嗜癖 人との関係に嗜癖することである。異性との破滅的な関係を繰り返したり、他者の問題に関心を集中し、その人の人生に侵入し愛情という名で支配する。共依存ともいう。

信田さよ子(1999)は、アディクションと介護(ケア)について、次のように警告している。

「最大の快感は他者をコントロールできるという快感である。このことが世話をアディクションに転化していく。「私、介護って、究極の愛だと思うの。」というコピーがある。まさに名コピーである。つまり相手が無力化して、自分がいないと存在できないような状態になることが支配の極致であるとするならば、介護も無上の快感、支配であろう。支えることが愛だとすれば、愛情とは支配のことなのだろうか。支配の「支」は支えると読むではないか。」

と、たいへんにショッキングな、しかし相談支援や介護の現場でよく見受けられる現象を的確に指摘をしている。

福祉・保健・医療といったヒューマン・サービスにおいて重要なのは「介護関係」に関連した③の関係嗜癖であろう。

ヒューマン・サービスの現場の実践から体感的に理解をしていることであるが、福祉サービスにおける「保護」・「指導」・「愛情」そして「協力」はひとつましがえれば、「自立」支援とはまったく逆の「支配」となってしまう危険性を基本的に内在していることが、医療社会学におけるパターンリズム(父権主義)とあわせて、アディクションの研究

からも明らかに見えてくる。

さらに、これらのことを関係者が明確に意識して組織の管理運営をおこなっているか、サービス提供を行っているか否かは重要な分かれ目となる。

しかしながら、信田さよ子(2002)はDVや虐待の事例について、加害者も、そして被害者もともに他人事・よそ事のようにであると「当事者である自覚の欠如」を指摘し、最大の課題であり、もっとも困難なことは「当事者性の自覚」の形成であると述べており、相談支援や介護(ケア)など、福祉サービスを提供する現場や事業所、あるいは行政も含めて、真摯に受け止めるべき課題であろう。

これらのことは身体拘束を含む行動制限の問題、介護(ケア)の本質やあり方、具体的な個別支援計画作成について大きな示唆を与え、同時に警鐘をならすものである。

(4) ヒューマン・サービスの特徴と組織

「介護関係」に着目し関連する事柄について概観してきたが、社会心理学の分野から眺めてみたい。田尾雅夫(2001 ヒューマン・サービスの経営 白桃書房)はヒューマン・サービスについて、

「ヒューマン・サービスとは、人が人に対して、いわば対人的に提供されるサービス」であり、「その基本というべきところは対人関係によって成り立つ」とし、「そのサービスは、人と人が本来、相互に依存し合う関係であることを前提」とし、「互いに頼り頼られるという関係」であると述べている。

三好春樹が介護の専門性は“介護関係”にこそあると指摘しているが、田尾雅夫もまた“対人関係”、“相互に依存し合う関係”を指摘している。

また田尾雅夫(2001)は、ヒューマン・サービスの特徴について以下のように述べている。

「原則として対人的であるために、信用や信頼が、その可否や是非を決定する非常に重要な要素」であり、「人間的な要因、例えば、熱心や誠意、努力のようなものがサービスの量だけではなく質さえも決定」する。

田尾雅夫(2001)の指摘は、シカゴの Horowitz R らが、「要は、①つきあい続けること、②希望を持ち続けること、③その中で織物が綴られるように影響し合うこと」が関係性の要点であると述べている事柄に通じるものである。また、竹内孝仁がケアの四原則で示した事柄の根底に流れるものでもある。

一方、「ヒューマン・サービスの場合、社会的弱者をも含んだ、対等ではない関係の中にある顧客」であることが多く、「人が人に対してサービスを提供する場合、サービス資源を有する人が提供者、それに不足するか、全くない人が受給者という、送り手と受け手という一方的な関係として成り立つ」ことが多いとされ、「この関係は途中で交代することはまれで、サービスを受ける人、つまりクライアント(client:顧客)を支配する構造を、このサービスは必然としている」

ヒューマン・サービスと組織について田尾雅夫(2001)は、「サービスの送り手」と「サービスの受け手」の“相互作用”によって、組織の成果は作られ、「送り手が、サービス資源を独占しているので、クライアント支配という一方的な相互作用に至る、あるいはそれを制度化するような仕組みを成すことがないとは言えない」とし、また、心身の障害者や病的な高齢者、特に知的機能の低下した認知症の高齢者などは社会的弱者の立場におかれることが多く、「ヒューマン・サービスとは、そういう人に向けられ、さらにいえば、サービスの送り手はその資源を独占し、優位に立てるような文化的背景を有することで、受け手に依存心を抱かせるような管理方策を、むしろ組織として工夫することになる」としている。

ヒューマン・サービスの場合、サービス提供事業者という「組織」は一方的に、専門的な介護サービスや知識や技術をもって、サービスの「受け手」である利用者が

対等に対抗できる資源やパワーはほとんどないか乏しすぎる。

ヒューマン・サービスの提供にあたっては、多くの場合、組織的に、つまりサービス提供事業者という「組織」からサービスが提供されている。身体拘束や行動制限の問題を単純に介護(ケア)を行う一人の介護者の課題とするのではなく、サービス提供事業者という「組織」全体の課題として取り組むべきことを明確に指摘し、ヒューマン・サービスとその「組織」が本来的に内在する危険性について社会心理学における研究成果から重大な注意を喚起し、高度な倫理性や理念が求められている。

第4節 信用と信頼を基本にした身体拘束

これまで概観してきたように、広義の身体拘束とは、ヒューマン・サービスにおいて、物理的環境はもちろん、各種のレベルや方法による行動制限によって引き起こされる主体性の侵害を引き起こす行為であり、ICFにおける活動あるいは参加を阻害し、生活不活発化を引き起こし、介護関係の放棄につながる行為である。

身体拘束と介護(ケア)について、高崎絹子(2004)も「実践や研究データを重ねること」が課題であると、その合理性、信頼性について前述のとおり指摘している。

高齢者分野で始まった「身体拘束ゼロ」の取り組みは、その対象となっている利用者に、ADLや知的機能の低下した利用者が多く、高齢者の虐待防止と人権や尊厳の保持という視点からスタートした。そして困難な道の手を経て貴重な実践を今日まで積み上げてきている。

身体拘束や行動制限を廃止しようとする取り組みは、法令遵守や倫理的な課題のみではない。それは障害当事者とサービス提供の現状に真摯かつ謙虚に直視し向き合い、介護(ケア)の本質をあらためて問い直し、誠実に対応しようとするものであろう。

多くの先人が辛苦をしてわが国の福祉を築き上げてきた。いまもまた貴重な実践が多くの現場で積み上げられ、困難な課題に挑戦がなされている。援助を必要とする最後の一人を見捨てることなく、つきあい続け、客観的・科学的データに基づいて行動を了解し、生活を活性化し、安心・安全で安楽、そして豊かな人生を追求することは介護(ケア)の本来的目的である。

その目的を達成するため、「別な手段はないのか」、「もっと良い方法はないのか」と絶えず追求し、ひとりの人間とその生き様に向き合うための不断の取り組みが求められている。

巷間、「高齢者と障害者は違う」との言葉を耳にするが、確かに違いがある。しかし同じところもある。それを“ひとこと”で身体拘束と介護(ケア)の困難で長い道の手を歩まなければならない課題が全て“まるく”おさまるのだろうか。

今日、障害者自立支援法の廃止と障害総合福祉法(仮称)の制定が目前に迫り、障害者虐待禁止法も視野に入っている。

なにが同じで、なにが違うのかを明らかにすることこそが必要であり、そうでなければ教条主義に陥ってしまって、合理性の欠如は社会的信用・信頼をも失うことにつながろう。

多くのサービス提供事業者は崇高な援助の理念を掲げ、ヒューマン・サービスの提供現場には、日々、泣き笑い苦楽をともにする尊い介護(ケア)の実践があり、不断の努力、研鑽を行ってきた歴史ある。その積み上げを土台にすることはもちろん大切ではあるが、有名な禅の言葉に「百尺竿頭(ひゃくしゃくかんとう)に一歩を進む」というものがある。長さが百尺もある竹の先端という意味で上り詰めた頂点を意味している。進みようがないと思われる頂点に執着することなく、さらりと、そしてキッパリと前

進をせよというのだ。

田尾雅夫の指摘のとおり、信用や信頼こそがヒューマン・サービスの根幹となるものであるがゆえに、大所高所から微に入り細に入り、さまざまなレベルで、冷静かつ厳しく、丁寧に現状をアセスメントし、ともに振り回され、ともに悩み、ともに考え、ともに解決していく“プロセス”こそが、最も重要な「つきあい方」のように思えるが如何だろうか。

(鑑本 智昭)

第2章 障害児者関連施設における身体拘束防止推進に関するアンケート調査と分析結果

第1節 「障害者施設における身体拘束に関する調査」(介護・福祉事業課、H20)について「介護保険指定基準において禁止対象となる具体的な行為」による分類とコメント

ここでは、「障害者施設における身体拘束に関する調査」(介護・福祉事業課、H20年度実施、以下「調査」と表記)を先行研究調査として、「介護保険指定基準において禁止対象となる具体的な行為」(以下「指定基準」と表記)の11項目により分類し、分析を試みる。「指定基準」の11項目では、その多くに禁止対象となる「行為」に加え、その行為を行う「理由」が例示されている。「調査」に記入された「身体拘束の具体的な内容」及び「身体拘束の事例」について、「理由」と「行為」により分類する。また、利用者の障害像や頻度・基準等、特記すべき状況が明記されている事例については「備考」に記入する。ただし、今回は身体拘束の回数や頻度を見出すための整理ではないため、理由・行為とも重複する場合は、複数例あっても1つの例として分類する。尚、特に記述がないものについては空欄としている。

(1) 徘徊しないように、車いすやイス、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。

⇒「徘徊しないように」(理由)、「ひも等で縛る」(行為)

行為	理由	備考

◇コメント

「調査」では、この項目に関する事例は見られなかった。他項目を見ると「徘徊」は見られたが、徘徊を制限する理由による「ひも等で縛る」という行為は行われていないことが読み取れる。「ひも等で縛る」という行為は、身体拘束の体表的な行為(身体拘束と認識しやすい行為)であり「すべきでない」と認識されやすく、相当の理由がなければ実施されないという状況が予見できる。

(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。

⇒「転落しないように」(理由)、「ひも等で縛る」(行為)

行為	理由	備考

◇コメント

上記1同様、この項目に関する事例は見られなかった。項目3及び項目6に見られるように「理由」として「転落の防止」はあるが、それを「ひも等で縛る」という「行為」は行われていないことが読み取れる。

(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。

⇒「自分で降りられないように」(理由)、「ベッドを柵で囲む」(行為)

行為	理由	備考
高柵ベッドの使用		
柵の上にクッションで囲む	柵の隙間から転落するのを防止	
高柵ベッドの使用(4台)	就寝時に乗り越え・転落の防止	支え立ちができる利用者
2点柵、ベビーベッドの使用	転落の防止	転落の危険予測・認知ができない
※1点柵を使用	起き上がりの手すりとして使用 日用品を掛けておく	本人の強い希望
※2点柵を使用	伏臥時は転落防止 手すり、用品掛けとして使用	本人の強い希望

※3点柵を使用	伏臥時は転落防止 手すりとして使用	本人の強い希望
4点柵を使用	転落防止	
ベッド柵の使用	てんかん発作時の転落防止	

※印は、明らかに身体拘束を理由としないと考えられる行為に付記

◇コメント

この項目についての「理由」では、「指定基準」で示された自分で「降りる」というよりも「転落」の防止が多く示された。また、用品掛けや手すりの様に使用しているケースも見られたが、これのみの理由で柵を使用している場合は、身体拘束には当たらないという考え方もできる。さらに、「備考」にあるように、本人の希望による柵の使用、認知面の障害により危険の予知ができない場合などをどう評価するかが論点となろう。

(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。

⇒「チューブを抜かないように」(理由)、「四肢をひも等で縛る」(行為)

行為	理由	備考
四肢を縛る	点滴チューブを抜かないように	
車いす、ベッド上で抑制帯の使用	チューブ類の自己抜去を防止	顔を引っ掻くこともある

◇コメント

項目6に見られるように抑制帯等による拘束自体は多くの事例で見られるが、「指定基準」で示された理由により四肢を抑制する行為は多くは示されなかった。これは、施設利用者の中に点滴チューブを使用する利用者がそれほど多くはない状況によることが予想される。「指定基準」を障害者福祉領域の参考とする場合には、特に「理由」について利用者像を十分に想定することが必要不可欠であると考えられる。

一方、少数であったが「点滴チューブ等を抜かないように」という理由で、項目1項目2では見られなかった「ひも等で縛る」という拘束行為が見られた。これは「ひも等で縛る」という典型的な身体拘束行為も理由との関係で実施されるということを示している。つまり、行為と理由の関係から身体拘束をとらえていくことの重要性が示されているのである。

(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。

⇒「チューブを抜かないように」「皮膚をかきむしらないように」(理由)、「ミトン型の手袋等をつける」(行為)

行為	理由	備考
ミトン型手袋の装着	点滴チューブを抜かないよう 皮膚を掻かないよう	
※ガーゼ手袋等の使用	怪我の清潔保持	
ミトン(手指)の使用	自傷行為の防止 気管カニューレを抜かないよう	自傷行為の程度は、手指を噛む、出血でも継続、目を突く
夜間に手袋の着用	顔を引っ掻く等の自傷行為防止	
ミトン手袋の着用	頭髪を抜く行為の軽減	
ミトンの使用	擦過傷の防止	アトピーによる激しい掻痒感

※印は、明らかに身体拘束を理由としないと考えられる行為に付記

◇コメント

重複事例については整理したが、ミトン型手袋等の使用事例は非常に多く見られた。これは、行為としてのミトン使用が「身体拘束」とは認識されていない可能性を示していると考えられる。理由に多く示されているように、ミトン使用の多くが「利用者の身体的安全の確保」を目的としているからであると思われる。「指定基準」では理由として「皮膚をかきむしらない」ためのミトン使用も禁止事項とされているが、中には生命の維持に関わる場合もあり、理由や

「身体拘束の行為を行わないことで起こる可能性のある結果」についても吟味する必要がある。また、高齢者、障害者でなくても、重度のアトピーをもつ人の中には就寝時に自分の意思で手袋を着用している人もいることから、手袋の種類や本人意思の有無も検討する必要があると考えられる。

(6) 車いすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。

⇒「ずり落ちないように」「立ち上がらないように」(理由)、「Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける」(行為)

行為	理由	備考
車いすベルトの使用	車いすからずり落ちる	在宅時より継続使用
車いすテーブル、ベルトの使用	転落防止	動ける児童に使用
股ベルト・腰ベルトの使用		自宅より使用している場合のみ
移動時に腰ベルトを使用	てんかん発作による転落防止	てんかん発作は1日20回程度
安全ベルトの使用	利用者の安全のため	車いす付属の安全ベルト
手首、足首を固定	転落の防止	
体幹ベルトの使用	座位の安定	※本人の強い希望
車いすベルトでの拘束	突発的行動による転倒、転落防止	神経疾患と認知症の進行
食事時にテーブル、ベルト使用	転落防止、座位保持、誤嚥防止	
車いすベルトの着用	ずり落ちの防止	足に褥そうあり
車いすにテーブルの使用	座位の安定、食事の自立	

◇コメント

まずこの項目に関する「理由」について、「指定基準」では車いすから「ずり落ちたり、立ち上がらないように」とあるが、あえて「ずり落ちないように」と「立ち上がらないように」に分けた。それは、前者は本人の意思によらず、後者は本人の意思による場合が多いと考えられるからである。その上で「調査」にある事例を見ると、ずり落ちや発作による転落、身体構造による座位保持や誤嚥といった、本人の意思によらない「事故」や不具合を防止する理由によるベルト、抑制帯の使用が大半を占めている。

また、特筆すべきは、本人の強い希望によるベルトの使用、在宅時より継続使用等に見られるように、判定に基づく車いすの受注、制作時に安全ベルトや手足の抑制ベルト（マジックテープ等）が初めから装着されているケースがある点である。安全ベルトの装着を前提（条件）とする車いす使用の場合、ベルト等を使用しなければ車いすの利用自体が難しくなることも考えられるので、慎重な状況分析と理由・根拠の整理が必要であると考えられる。

(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イスを使用する。

⇒「明記なし」(理由)、「立ち上がりを制限するイスを使用する」(行為)

行為	理由	備考
食事前後と作業時に固定イス	他利用者とのトラブル防止	
食事、おやつ時に固定イス	物取り、トラブルの防止	
作業時間内に固定イスの使用	棟外飛び出しの防止	強い拘りがある マンツーマン対応できない
作業中に固定イスの使用	徘徊・物色・棟外飛び出し防止	

◇コメント

この項目について「指定基準」では、特に「理由」を設けていない。つまり、立ち上がる能力のある人の立ち上がりを制限することは、どんな理由があっても「禁止」と理解することができる。その上で「調査」の事例を見ると、食事時と作業時に固定イスの使用が見られ、食事時には他利用者とのトラブル防止が、作業時には棟外への飛び出し防止が理由として挙げられている。食事時は「物取り行為」が起こりやすく、また食器等の小物が多いため固定イスを使用していると考えられる。一方、作業時の固定イスについては、利用者に元々「作業する意思があるか」も含めて検討しなければならない。つまり、この項目に限らず、問題行動の原因を

究明せずに「問題行動があるので身体拘束は仕方ない」という論法には慎重にならなければならないと考えられる。

(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。

⇒「脱衣やおむつはずしを制限するために」（理由）、「介護衣を着せる」（行為）

行為	理由	備考
つなぎ服の使用	脱衣行為の防止 下着の異食を防止	
介護衣の使用	生理時の対応として	
ひも付きシャツの使用	不潔行為と掻きむしり防止	
就寝時に介護衣の使用	掻きむしり、弄便、異食の防止	
就寝時につなぎ服を使用	陰部への多触、弄便の防止	パジャマを改造（自宅でも使用）
つなぎ服の着用	脱衣の防止	脱衣した衣類を他利用者が異食
つなぎ服の着用	脱衣の防止	低体温で意識不明の経験が複数

◇コメント

この項目について「指定基準」では、おむつはずしの制限も「理由」として挙げているが、事例ではおむつはずしを理由とする介護衣の使用は見られなかった。その代わりに、生理時の対応、弄便の防止、陰部への多触などが理由として挙げられている。特に生理時の対応については、高齢者では想定しにくい理由であり、また、脱衣についても、脱衣した衣類を他利用者が異食、下着を本人が異食、低体温による生命の危険など、脱衣そのものよりも「脱衣の結果として生じる問題」に焦点が当たっていることで特徴づけられる。このように、制限の対象となる行動もさることながら、その行動によって生じる結果に注目することは重要であると考えられる。

(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。

⇒「他人への迷惑行為を防ぐために」（理由）、「ひも等で縛る」（行為）

行為	理由	備考

◇コメント

他項目では、他利用者の居室に無断侵入や他害といった迷惑行為の防止が「理由」として挙げられているが、項目12と同様、それを防ぐために「ひも等で縛る」といった拘束行為は見られなかった。

(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。

⇒「行動を落ち着かせるために」（理由）、「向精神薬を過剰に服用させる」（行為）

行為	理由	備考
※薬物の範囲内投与		事前に医師からの指示
※精神薬の使用	情緒不安定、不眠症状の改善	日常生活に支障のある興奮状態 医師の診断で調整（過剰でない）

※印は、明らかに身体拘束を理由としないと考えられる行為に付記

◇コメント

この項目について事例として挙げられたのは2ケースであった。そして、いずれも「医師の指示による」とあり、先の「ひも等で縛る」と同様、薬物での行動抑制は「すべきではない」という理解があると予見できる。

(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。

⇒「明記なし」（理由）、「自分で開けられない居室等に隔離する」（行為）

行為	理由	備考
自分で開けられない居室に隔離		
行動改善室（施錠）に入れる	他害行為から他児等の安全確保 クールダウン	他害行為のある児童 行動改善室は居室とは別
施錠つきの部屋を使用	環境制限を行う場合	行動障害のある利用者 トイレは利用可能なように工夫
居室に施錠	自傷他害の防止	情緒不安定で興奮する利用者
夜間に居室に施錠	無断外出による触法行為の防止	触法行為は車上荒らし、侵入、 恐喝、窃盗など
タイムアウト室の利用	他害行為の防止	職員や利用者を殴る、嘔む
静養室の施錠	安静と感染予防	インフルエンザ発症
居室の施錠	利用者の安眠を妨害	
居室の施錠	怪我の防止	てんかん発作をもち夜間徘徊 職員が充分に見守れない
居室の施錠	過度の水分摂取を防止	過度の水分摂取による発作あり
居室の施錠	転倒、骨折の防止	過去に夜間徘徊で骨折経験あり
居室に隔離	異食防止、危険防止	
不穏・興奮時に居室の施錠	興奮状態の改善、予防	医師の指示による
居室とフロアを夜間に限り施錠	器物破損、他害行為の防止	片時も目の離せない頻度で発生 窓ガラス 30 枚破損、頭部裂傷等
居室に施錠（共同生活介護）	コンビニでの窃盗行為を防止	
居室に施錠	転倒、他者や器具の引き倒し	四つ這い、膝立ちで移動
夜間に居室に施錠	徘徊と他害の防止	他者を起こして回る 施錠時は定期的に見回り
不穏時に居室に施錠	棟外飛び出し、フェンス越え防止	強い拘りあり
居室に施錠	多量飲水による水中毒の防止	

◇コメント

この項目に関しては、知的障害とりわけ自閉症をもつと見られる利用者について非常に多く挙げられている。そして、その理由としては、自傷他害行為の防止、転倒等による事故の防止がほとんどであり、そういった理由であれば「居室の施錠はやむを得ない」あるいは「(現に)当然実施している」「常態化している」行為として位置づけられている状況が読み取れる。しかしながら、例えば「タイムアウト」や「クールダウン」という手法が有効な方法として認知されている部分もあるが、問題行動即施錠ではなく、他の方法による改善の試み、隔離による効果の検証、隔離室内での事故防止など、問題行動から隔離までのプロセスの検討、手続き、効果測定といった、個別事例ごとに慎重な検討が行われなければならないと考えられる。

(12) その他（直接的な行動の制限、行動自体への制限）

行為	理由	備考
職員がマンツーマン対応	異性に対するいたずら防止 窃盗行為や怪我の防止	家族からの依頼
車いすを自分で使用できない場所に離して置く	深夜に異性その他の部屋に行く ことを防止	有事はナースコールで対応
居室前に車いす等障害物を置く	職員手薄な時間帯に徘徊を防止	出て行くまでの時間稼ぎ
機械浴時の安全ベルト	入浴時の危険防止、安全対策	
キャリアボックスで行動制限	落ち着く環境を設定 転倒、他害を防止	触れることのできる環境で安定
サークルで行動制限	集団行動時のトラブル防止	他者が近くにいるとトラブル
排泄時に抑制帯の使用	転倒の防止	てんかん発作
排泄時、入浴時に抑制帯の使用	転落の防止	粗大な不随意運動あり
入浴時に手首に抑制帯を使用	身体をひっ掻き傷付けないよう	
食事介助時に抑制帯の使用	怪我の防止	粗大な不随意運動あり
ベッド、車いすで抑制帯の使用	擦過傷を防止	搔痒感が激しい
ミトンの使用	他者の目を突くことを防止	マンツーマン対応できない場合

ポータブルトイレ使用時に拘束	転倒の防止	
隔離病室で高柵を使用	隔離病室内での危険防止	発熱、毛じらみ感染

◇コメント

この項目では、行為あるいは理由が「指定基準」に分類されなかった事例を整理した。まず行為については、障害物による行動制限、介助時に抑制帯等で行動制限といった高齢者福祉現場でも起こり得る行為が挙げられている。一方、理由では「異性の部屋へ侵入」「落ち着く空間の確保」や備考では「粗大な不随意運動」「てんかん発作」といった、どちらかという障害者福祉現場であるから生じ得る記述が見られた。身体拘束という「行為」だけでなく、その「理由」、さらにその理由（問題行動）を生じさせる障害特性に至るまで、障害像を想定した整理が求められると考えられる。

(13) その他（間接的な行動の制限、行動自体を監視）

行為	理由	備考

以上のように、平成 20 年度に、介護・福祉事業課が実施した先行調査研究におけるアンケート集計や事例研究の中から主要項目を抽出し、障害者関連施設における「身体拘束の現状」と「防止推進の方策」というものにスポットをあて、より深く実態を知るために必要とされる調査表を作成し、2010 年 1 月にアンケート調査を実施した。

(武田 康晴)

第2節 「身体拘束に関するアンケート調査」の分析（1）

1. アンケート調査の概要

この研究調査は、京都府障害者支援課より、(有)自立生活問題研究所が研究委託を受け、2010年1月にアンケートの郵送配布による量的調査を実施した。京都府下に存在する身体障害児・者と知的障害児・者を対象とする195カ所の関連施設へアンケート用紙を配布して、返信用封筒にて返送してもらうという方法を採用した。

アンケートの回収は、締め切りを大幅に過ぎた数カ所を対象外としたため、実数にして95カ所であり、49%の回収率であった。「障害児」、「身体障害者」、「知的障害者」の対象別にカテゴライズを試みたが、障害者自立支援法の影響により、対象を限定していない事業所が大半であり、事業所名との照合によって、大まかな対象者を限定させていただいた。また、返信をいただいた事業所は、62カ所が新体系への移行を済ませており、21カ所が旧体系であり、12カ所が無回答であった。

そして、運営法人としては、「公立公営」3カ所(3.2%)、「事業団」2カ所(2.1%)、「公立民営」1カ所(1.1%)、「社会福祉法人」68カ所(71.6%)、「NPO法人」10カ所(10.5%)、「民間企業」2カ所(2.1%)、「その他」3カ所(3.2%)であり、6カ所(6.8%)が無回答であった。このような概要の調査であり、答えられている内容は、信頼性の高いものであると感じられる。

(谷口 明広)

2. アンケート調査の結果分析

ここでは、表記「調査」結果について、主として項目I.「貴事業所における利用者の身体拘束（行動制限）の状況についてお尋ねします。（利用者によって対応が違ふと思いますが、事業所の基本的な対応としてあてはまる番号全てに○をつけてください。）」の回答について整理、分析していく。ただし、実際の調査では、身体拘束の種類ごとに有無、理由、手続き等の回答を求めている（巻末のアンケート用紙参照）が、ここでは、1) 身体拘束の有無、2) 身体拘束の理由、3) 身体拘束に係る手続き、4) 身体拘束への関与者、5) 身体拘束の経緯の順に集計し、種類ごとに比較検討する形で分析している。

尚、アンケート用紙では身体拘束の種類を「車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも・ベルト等で縛っている」「ベッドを柵（サイドレール）で囲んでいる」「手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつけている」「Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつけている」「立ち上がりを妨げるようないすを使用している」「介護服（つなぎ服）を着せている」「向精神薬を過剰に服用させている」「自分の意思で開けることのできない居室等に隔離している」としているが、それぞれ「ベルト等で固定（表中はベルト等）」「柵の使用（同、柵）」「ミトン手袋等の使用（同、ミトン等）」「Y字帯等の使用（同、Y字帯等）」「立ち上りの防止（同、立ち上り）」「介護服等の使用（同、介護服等）」「向精神薬の過剰服用（同、向精神薬）」「居室等への隔離（同、隔離）」と表記する。

1) 身体拘束の有無

まず「身体拘束の有無」であるが、有効回答のうち25%を超えた項目は「ベ

ルト等で固定」が 24 ケース (有効回答数 87 のうち 27.6%)、「Y 字帯等の使用」が 24 ケース (同 88 のうち 27.3%) で、「立ち上りの防止」が 4 ケース (同 86 のうち 4.7%) にとどまっていることを合わせると、肢体不自由をもつ人の座位保持、抑制に係る身体拘束が多いことが類推される。逆に 5 %を下回った項目は、先の「立ち上りの防止」および「向精神薬の過剰服用」が 3 ケース (同 87 のうち 3.4%) であるが、これは調査対象となった施設において、この項目に該当する利用者が少なかったことが想定される。また、「居室等への隔離」は 12 ケース (同 89 のうち 13.5%) であったが、知的障害や精神障害を伴わない身体障害をもつ人の場合では対象となりにくい項目であることを考えると、13.5%という数字からは一定程度の割合で「居室等への隔離」が行われていることが推測できる。

表1 身体拘束の有無 度数(%)

	ベルト等	柵	ミトン等	Y字帯等	立ち上り	介護服	向精神薬	隔離
有	24(27.6)	18(21.2)	10(11.5)	24(27.3)	4(4.7)	10(11.5)	3(3.4)	12(13.5)
無	63(72.4)	67(78.8)	77(88.5)	64(72.7)	82(95.3)	77(88.5)	84(96.6)	77(86.5)

2) 身体拘束の理由

次に身体拘束の理由であるが、理由別に見ていくと、まず「本人のため」という理由で身体拘束を行っている項目のうち 50%を超えるものは、「立ち上りの防止」が 3 ケース (対象回答数 4 のうち 75%)、「向精神薬の過剰服用」が 3 ケース (同 3 のうち 100%)、「居室等への隔離」が 9 ケース (同 12 のうち 75%) の 3 項目のみであり、本人のために身体拘束を行っているケースが少ないことは意外であった。一方、「事故防止」を理由としている項目のうち 50%を超えるものは「ベルト等で固定」が 21 ケース (同 24 のうち 87.5%)、「柵の使用」が 18 ケース (同 18 のうち 100%)、「Y 字帯等の使用」が 23 ケース (同 24 のうち 95%)、「立ち上りの防止」が 4 ケース (同 4 のうち 100%)、「向精神薬の過剰服用」が 3 ケース (同 3 のうち 100%) と、いずれも 80%を超える高い割合で 5 項目に渡っており、このうち「ベルト等」「柵」「Y 字帯等」は前項「身体拘束の有無」でも上位三項目に挙げられ、上記「本人のため」と合わせて考えると、もちろん事故の防止が結果的に本人のためになるとは考えられるものの、直接的に「本人のため」というよりも「事故防止」という施設運営管理上の事情を含む理由が高い割合を占めていると指摘できるのかもしれない。ただし、それはいわゆる「施設批判」ではなく、そのようにならざるを得ない、施設や利用者の実情に目を向けなければ「身体拘束を含む利用者の行動制限」という課題は前進しないという示唆である。

また、それら以外の理由について、身体拘束の種類別に高い確率となっているものを見ると、「ミトン等の使用」(対象回答数 10)では「自傷行為」が 7 ケース (70.0%)、「迷惑防止」「犯罪防止」「意識なし」がいずれも 8 ケース (80.0%)、「介護服等の使用」(同 10)では「他害防止」「犯罪防止」「意識なし」がいずれも 8 ケース (80.0%) で、この二つの種類には理由に共通点が多いこと、

いずれも他種では見られない「意識なし」の割合が高く、身体拘束であるという意識そのものが薄い中で「自然に」行われている可能性を指摘できる。さらに、「向精神薬の過剰服用」(同3)では「本人のため」「事故防止」「自傷防止」「迷惑防止」がいずれも3ケース(100%)であるが、同時に「治療に必要」も3ケース(100%)で重複しており、医師の判断に基づく服用であることが想定できる。また、「居室等に隔離」(同12)では「他害防止」が8ケース(66.7%)で「本人のため」(75.0%)に次いで高く、本人のためでもあるが同時に他の利用者の安全を確保する理由で身体拘束が行われている事情を読み取ることができる。

表2 身体拘束種の理由

	度数(%)							
	ベルト等	柵	ミトン等	Y字帯等	立ち上り	介護服	向精神薬	隔離
拘束あり	24(100)	18(100)	10(100)	24(100)	4(100)	10(100)	3(100)	12(100)
本人のため	8(33.3)	7(38.9)	4(40.0)	12(50.0)	3(75.0)	4(40.0)	3(100.0)	9(75.0)
事故防止	21(87.5)	18(100)	2(20.0)	23(95.8)	4(100.0)	2(20.0)	3(100.0)	6(50.0)
自傷防止	5(20.8)	1(5.6)	7(70.0)	0(0)	4(100.0) ※1	5(50.0)	3(100.0)	6(50.0)
他害防止	2(8.3)	1(5.6)	1(10.0)	0(0)	1(25.0)	8(80.0)	2(66.7)	8(66.7)
迷惑防止	2(8.3)	1(5.6)	8(80.0)	2(8.3)	0(0.0)	2(20.0)	3(100.0)	5(41.7)
治療に必要	1(4.2)	1(5.6)	4(40.0)	1(4.2)	0(0.0)	3(30.0)	3(100.0)	6(50.0)
犯罪防止	0(0)	0(0)	8(80.0)	0(0)	0(0.0)	8(80.0)	2(66.7)	1(8.3)
意識なし	0(0)	0(0)	8(80.0)	0(0)	0(0.0)	8(80.0)	0(0.0)	0(0.0)
その他	6(25.0)	1(5.6)	0(0)	4(16.7)	1(25.0)	3(30.0)	0(0.0)	2(16.7)

※1 実際の度数は9であるが、「拘束あり」を選択した4ヶ所を超える5ヶ所分を切り捨てた

3) 身体拘束に係る手続き

身体拘束に係る手続き、すなわち身体拘束を行う際に取りられる事前の契約、承諾、説明、会議といった措置や手続き、また、身体拘束を行っている過程における説明、会議、代替手段の検討といった措置や手続きについてであるが、「事前説明」および「ケース会議」については「ミトン等の使用」以外は50%を超えている。「ミトン等の使用」(対象回答数10)は共に5ケース(50%)で半数となっているものの、前項「身体拘束の理由」でも「意識なし」が高い割合(80%)であったことを合わせて考えると、やはり現場において「ミトン等の使用」は身体拘束であるという意識が薄い現状が推測できる。

また、「事前説明」および「ケース会議」についてさらに詳しく見ると、それらの手続きが取られていない割合が3割以上となるもの(70%以下のもの)は、「事前説明」では「ベルト等で固定」(対象回答数24)が9ケース(37.5%)、「柵の使用」(同18)が8ケース(44.4%)、「向精神薬の過剰服用」(同3)が1ケース(33.3%)であり、「ケース会議」では「ベルト等で固定」(同24)が9ケース(37.5%)、「Y字帯等の使用」(同24)が11ケース(45.8%)、「介護服等の使用」(同10)が3ケース(30.0%)、「向精神薬の過剰服用」(同3)が1ケース(33.3%)、「居室等への隔離」(同12)が4ケース(33.3%)となっ

ている。さらに他の手続き項目を見ると、手続きの実施が50%を超えているものは「向精神薬の過剰服用」が「代替手段検討」66.7%、「居室等への隔離」が「承諾書」66.7%となっているのみで、身体拘束を行うに際して十分な手続きが取られているとは言い難い現状が見受けられる。

表3 身体拘束に係る手続き 度数(%)

	ベルト等	柵	ミトン等	Y字帯等	立ち上り	介護服	向精神薬	隔離
拘束あり	24(100)	18(100)	10(100)	24(100)	4(100)	10(100)	3(100)	12(100)
入所時契約書	3(12.5)	2(11.1)	0(0.0)	2(8.3)	4(100.0) ※2	0(0.0)	1(33.3)	2(16.7)
承諾書	7(29.2)	4(22.2)	2(20.0)	8(33.3)	2(50.0)	2(20.0)	0(0.0)	8(66.7)
事前説明	15(62.5)	10(55.6)	5(50.0)	19(79.2)	4(100.0)	9(90.0)	2(66.7)	10(83.3)
事後説明	7(29.2)	5(27.8)	4(40.0)	8(33.3)	1(25.0)	4(40.0)	1(33.3)	6(50.0)
ケース会議	15(62.5)	13(72.2)	5(50.0)	13(54.2)	3(75.0)	7(70.0)	2(66.7)	8(66.7)
検討委員会	3(12.5)	4(22.2)	1(10.0)	7(29.2)	2(50.0)	2(20.0)	1(33.3)	4(33.3)
代替手段検討	7(29.2)	5(27.8)	4(40.0)	8(33.3)	2(50.0)	3(30.0)	2(66.7)	4(33.3)
期限の表示	3(12.5)	4(22.2)	4(40.0)	6(25.0)	1(25.0)	1(10.0)	0(0.0)	2(16.7)
意識なし	1(4.2)	1(5.6)	1(10.0)	1(4.2)	4(100.0) ※3	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
その他	8(33.3)	2(11.1)	1(10.0)	5(20.8)	0(0.0)	1(10.0)	1(33.3)	2(16.7)

※2※3 実際の度数は9であるが、「拘束あり」を選択した4ヶ所を超える5カ所分を切り捨てた

4) 身体拘束への関与者

身体拘束を行う際に関与する人の職責についてであるが、「向精神薬の過剰服用」(対象回答数3)が2ケース(66.7%)である以外は、「担当職員」かつ「複数の職員」が関与しているものが70%を超えている。そのほかでは、「サービス管理責任者」が「柵の使用」(同18)9ケース(50.0%)から「ミトン等の使用」(同10)8ケース(80.0%)までの割合で関与しており、「家族」が「ベルト等で固定」62.5%、「Y字帯等の使用」87.5%、「立ち上りの防止」100%、「介護服等の使用」70.0%、「向精神薬の過剰服用」100%、「居室等への隔離」91.7%で、8項目のうち6項目について家族が高い割合で関与していることが読み取れる。

一方、それ以外の関与者では、「事業所長」が「立ち上り」75.0%、「介護服等」60.0%、「向精神薬」66.7%、「隔離」75.0%と高くなっているが、先のサービス管理責任者に一任しているか、またはサービス管理責任者と事業所長が双方で関与している、あるいは事業所長がサービス管理責任者を兼任している場合が想定できる。

また、身体拘束への関与者について最も課題であると考えられるのは、事業

所長以下の職員、また家族の関与する割合が高いことと比較して、本人の割合が非常に低い点である。その割合が50%を超えるものは「立ち上りの防止」100%のみで、それに次ぐ「Y字帯等の使用」50%を含め、身体拘束の種類に関わらず半数以上で「本人」が関与していないものがほとんど全てであった。改めて「本人主体の支援」という議論を持ち出すまでもなく、特に本人の行動を制限することもある身体拘束というテーマだからこそ、本人の関与は重視されなければならないと考えられる。

表4 身体拘束への関与者 度数(%)

	ベルト等	柵	ミトン等	Y字帯等	立ち上り	介護服	向精神薬	隔離
拘束あり	24(100)	18(100)	10(100)	24(100)	4(100)	10(100)	3(100)	12(100)
事業所長	10(41.7)	5(27.8)	5(50.0)	11(45.8)	3(75.0)	6(60.0)	2(66.7)	9(75.0)
サビ管	15(62.5)	9(50.0)	8(80.0)	15(62.5)	3(75.0)	6(60.0)	2(66.7)	8(66.7)
担当職員	20(83.3)	14(77.8)	9(90.0)	21(87.5)	4(100.0)	10(100.0)	3(100.0)	12(100.0)
複数の職員	17(70.8)	17(94.4)	8(80.0)	18(75.0)	4(100.0)	10(100.0)	2(66.7)	10(83.3)
家族	15(62.5)	8(44.4)	5(50.0)	21(87.5)	4(100.0)	7(70.0)	3(100.0)	11(91.7)
本人	3(12.5)	7(38.9)	4(40.0)	12(50.0)	4(100.0) ※4	4(40.0)	1(33.3)	1(8.3)
医師	7(29.2)	3(16.7)	2(20.0)	3(12.5)	1(25.0)	1(10.0)	3(100.0)	2(16.7)
事業所外第三者	3(12.5)	1(5.6) (看護師)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
意識なし	1(4.2)	1(5.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
その他	8(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	2(8.3)	0(0.0)	1(10.0) (看護師)	1(33.3)	1(8.3)

※4 実際の度数は9であるが、「拘束あり」を選択した4ヶ所を超える5ヶ所分を切り捨てた

5) 身体拘束の経緯

最後に、身体拘束の経緯すなわち身体拘束を行うことを決定した後、どのような対応をしているかであるが、「経過観察」については全ての項目について約8割以上で実施されている。それ以外で50%を超えているものは、「立ち上りの防止」(対象回答数4)が「会議で検討」3ケース(75.0%)のほか、「向精神薬の過剰服用」(同3)および「居室等への隔離」(同12)が「会議で検討」「見直し」でそれぞれ2ケース(66.7%)と7ケース(58.3%)、3ケース100%と8ケース(66.7%)で50%を超えている。

ただし、これは先の「身体拘束の手続き」の項でも指摘したが、身体拘束を行うことが決まれば、経過観察はするものの、継続的な会議にかけて「見直し」を含む検討の対象となるものは多くないことを示しているとも考えられる。特に、会議等で「会議」「見直し」の確率が低いものは、「柵の使用」(同18)が5ケース(27.8%)と6ケース(33.3%)で、また、特に「介護服等の使用」(同10)が「意識なし」8ケース(80.0%)であり、これらは、一旦使用が始まれば検討や見直しの対象となりにくい傾向が強いと見ることができる。その時点で「やむを得ない」と判断されるものであっても、身体拘束が、少なからず利用者の行動を制限する要素を含んだ行為である以上は、最低でも全ての事

案について「検討する機会」が持たれなければならないのではないだろうか。

ここまで、我々が実施した「身体拘束に関するアンケート調査」の項目Ⅰについて解説と分析を加えてきた。質的分析を含む項目Ⅱ以降については次節に譲るが、数字を読み解く中でも、身体拘束をどのように捉えればよいのかという現場の迷い、これまで当然の処遇として行ってきたことを「身体拘束」と突き付けられている現場の戸惑い、利用者利益に資する「支援」が身体拘束と分類されてしまう矛盾、決して充分ではない資源の中で懸命に利用者へ実践しようとする現場の模索を感じ取ることができた。

表5 身体拘束の経緯 度数(%)

	ベルト等	柵	ミトン等	Y字帯等	立ち上り	介護服	向精神薬	隔離
拘束あり	24(100)	18(100)	10(100)	24(100)	4(100)	10(100)	3(100)	12(100)
会議で検討	12(50.0)	5(27.8)	5(50.0)	12(50.0)	3(75.5)	4(40.0)	2(66.7)	7(58.3)
経過観察	19(79.2)	16(88.9)	9(90.0)	20(83.3)	4(100.0)	9(90.0)	3(100.0)	11(91.7)
見直し	6(25.0)	6(33.3)	4(40.0)	10(41.7)	2(50.0)	4(40.0)	3(100.0)	8(66.7)
意識なし	5(20.8)	2(11.1)	1(10.0)	5(20.8)	0(0.0)	8(80.0)	0(0.0)	0(0.0)
その他	3(12.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)

少なくとも障害者福祉の領域においては、身体拘束の定義を定め、単にそれらを一律禁止にするだけでは、この課題に対する答えにはならないであろう。否、むしろそうすることが逆に、ある利用者にとっては、例えば「座位が安定しないので外出できない」といった新たな行動制限を生むことになるかもしれない。しかし、一方では、利用者の意に反して利用者の行動を制限するような処遇をするべきではないのも事実であろう。だからこそ、身体拘束にあたる「行為のみ」に注目するのではなく、本アンケートで焦点を当てたような理由（エビデンス）、手続き、関与者、その後の経緯などを重視することが不可欠なのである。それらを踏まえ、現場の「切実な声」を次節以降に述べていきたい。

(武田 康晴)

第3節 「身体拘束に関するアンケート調査」の分析（2）

以下では、自由記述の分析結果を示す。「 」は自由記述からの引用、（ ）内の番号は、各表に付した参照番号である。

1 現状の課題

「現状、課題、要望」についての自由記述は、大きく 5 つに分類することができた(表 1)。

第1に、最も多かったのは**拘束の必要性**に関する意見である。「座位を保つ手段」(1-1)、「車イスからのズリ落ち防止、ベッドからの転落防止など」(1-4)は、「拘束することで活動の幅が広がったり、安全を確保できたり」(1-3)するため、利用者の生活を広げるために不可欠である。そのため、「目的を理解し、時間を決めて、活動範囲を広げるために使っていることを理解してほしい」(1-2)という意見である。

第2は、身体拘束の**定義化の必要性**に関する記述である。支援者は「どこまでを認めるかがよくわからない」(1-5)、「本当の意味での身体拘束とは何ですか」(1-6)と悩みながらも必要性に迫られて拘束している。利用者の安全を守るため、生活の幅を広げるため「やむをえず行動制限をするのであって、見た目だけで、行動制限＝虐待と判断されるのはおかしい。早急にきちんと『行動制限』と『(障害)特性上の必要性』について、制度的・法的に定めていく必要があると思う」(1-8)という意見である。

第3は、これらの状況を裏付けるような、**対応への苦慮**、第4は**財源・人員配置の充実**に関する記述である。例えば、いつ発作がおきるかわからない利用者(1-11)、転倒事故による骨折(1-12)、外出後の行方不明と病院への搬送(1-13)といった例は、いずれの施設でも起こりうる。十分な職員配置があれば防げたかもしれないが、「現在の人員配置、居住環境では、明確なルールを作って、やむをえない場合は身体拘束を認めるほうが現実的」(1-14)といった消去法的な考えや、「利用者数が増加した時、人員配置が不可能となった時は対応をどのようにするか」(1-15)といった不安があることがうかがえる。

第5は、取組により何らかの改善が可能なのではないか、という**取組への期待**に関する記述である。アプローチの方法、とりわけ「就学期からの将来を見据えた関わり」(1-16)、「組織をあげた」取組(1-17)、「現実的な取組例」への期待(1-18)が挙げられ、後に4で示す研修への期待とも共通点がみられる。

表1 身体拘束に関する現状、課題、要望

	車イスやイスでの座位を保つ手段としてY字型ベルトや腰ベルトを使用する場合であっても「行動制限」の中に入ってしまうことに疑問を感じます。	1-1
拘束の必要性	障害児者の車椅子等には必要に応じてベルトがついているが全て「身体拘束ですよ」といわれ ては、外出することができなくなる。目的を理解し、時間を決めて、活動範囲を広げるために 使っていることを理解してほしい。	1-2
	身体障害の場合、その利用者がその人らしく生きていく上で、必要な拘束もあると思われる。 (拘束することで活動の幅が広がったり、安全を確保できたり)	1-3
	車イスからのズリ落ち防止、ベッドからの転落防止などのベルトや柵までも行動制限の範ちゆ うとしてとらえるのはどうかと思う。知的障害をもつ人達にはもっと様々な場面で行動制限が強 いられており、今回のアンケートに疑問を感じる。	1-4

	身体拘束の定義があいまい。どこまでを認めるかがよくわからない。	1-5
	本当の意味での身体拘束とは何ですか、ということをはっきりと明らかにしていただきたい。	1-6
定義化の必要性	どこの施設も安易に行動制限を実施しているとは思いませんが、マスコミ等での報道を見ると、世間の目や常識と福祉現場とのギャップが生じているのかもしれない。身体拘束や行動制限など、人権に関わる根本的な考え方の在り方を現場レベルでの確認作業を全体的に行う必要があるようにも思います。	1-7
拘束+定義化の必要性	健康者に行動制限をするのは、明らかな虐待だと思うが、障害があり、その障害からさらに二次的な障害を起こすおそれがあるから、やむをえず行動制限をするのであって、見た目だけで、行動制限＝虐待と判断されるのはおかしい。早急にきちんと「行動制限」と「(障害)特性上の必要性」について、制度的・法的に定めていく必要があると思う。	1-8
	重度の身体障害がある方へのサービスを提供する施設の立場から車椅子ベルト、Y字型抑制帯、車椅子テーブルなどそれぞれの使用理由は消えて行為だけが独り歩きして身体拘束であると決めつけられていると感じます。個々の生活の広がりや保障して行く上で必要な物としての認識です。そのへんを踏まえて身体拘束に対する取り組みやルール作りを行ってほしいと思います。	1-9
	ご利用者の安全を守る事が、行動制限につながっている現状ですので、改善策を打ち出すのに困難となっています。	1-10
	いつ発作がおこるか分からない利用者について、常に見守りは必要ですが、ウロウロとよく歩かれます。他の利用者の食介など介助に入っている際は見守り難しく「座っていて！」と伝えることがあります。自由に動いてはほしいですが、安全との天びんにかける様で迷います。	1-11
対応への苦慮	・転倒事故による股関節転子部の骨折?リハビリの拒否にて再歩行困難 ・車椅子使用中、股ベルト使用・臥床時向サイドベッド柵使用?転倒転落事故防止。 ・高齢、知的障害、右腕屈曲・硬直、発語無し、書字不可、こだわり強い等の状況あり。自らの危険回避能力が低い。自分の思い等を表現する際、急な伸び上がり・激しい体の動きを示される。転落転倒事故の危険性が非常に高い。他の利用者から、押ししたり、引っぱったりの危険な関わりも発生（ストレス発散等により弱者とみえる本人をねらう）	1-12
	行動制限を行っていないが、本人の意志を尊重しているが、外出したまま行方がわからなくなり、救急車搬送されていたなどの事例が起こっている。これは本人が一般病院へ入院することに対してあこがれがあり、必要もないのに自分で救急車を呼んでしまっていた。周囲にも多大な迷惑をかけるため、何か対策をしなければならぬが、ケアホームの性質上、施設は出入り自由であり、施設してしまうことはできない。今のところ面談で本人に言い聞かせているが、回数が増えてきており、どのように対処すべきか思案している。	1-13
財源・人員の充実	当施設では、やむをえず身体拘束を行う場合は、京都府の指導に基づいた手続きやルールを遵守しています。現在の人員配置、居住環境では、明確なルールを作って、やむをえない場合は身体拘束を認めるほうが現実的であると考えます。北欧の国々では身体拘束を認めないかわりに、行動障害のある人に対して、職員数人が交代で見守りを行うことのできる環境にあります。その代わり国民負担率は日本の1.5倍以上です。現在の我が国の国民負担率でこれを実現するのは困難です。障害福祉に北欧のような財源を確保できないのであれば、それに見合った方法を選択するべきです。職員の確保、施設整備に繋がる十分な財源を確保しない身体拘束を無くす取り組みを進めようとしている国や自治体の感覚は理解できません。もっと現場の実情を把握した上で、考えるべきです。もちろん施設側も安易に身体拘束を行うべきではありませんが、...	1-14
	状況：現在、軽度認知症で徘徊の症状がある。職員を一人配置することで対応。課題：今後、利用者数が増加した時、人員配置が不可能となった時は対応をどのようにするか。要望：行動制限について他の事業所はどのように対応されているのか？行動科学に基づくものは必要なのか学べたら良いと思います。	1-15
取組への期待	その人の障害に起因している行動もあると思うが、アプローチ方法によって生活しやすい状況に成り得ると考える。就学期から将来を見据えた関わりが必要と思われる。直接携わる者だけが大変な思いをすることなく、組織をあげてひとりひとりの認識の中で取り組む必要があると感じる。	1-16
	現実的などりくみ例など紹介頂ければありがたいです。・年々、高齢化と障害の進行により、入所されている皆さんの行動力がおちてきています。でも気持ちは別。みなさんに谷口先生の元気の出るお話を聞かせてあげたい！	1-18
非該当	当ホームは比較的自立度の高い方が入居されており、身体拘束・行動制限等の必要な方はおられません。当施設入所者・利用者に行動制限が必要なケースがありません。病状悪化時、受診や服薬でおさまらない場合は入院治療をすすめています。	1-19
	利用者が現在若い男性1名です。行動制限については、現在必要がなく考えていません。ただ、行動制限をしなければと対応に悩む利用者が入居されれば、苦慮する問題だと思います。アンケートつきましては、現在のところ対象にならないように思います。無回答ということでお願ひします。	1-20
		1-21
その他	アンケート結果を集約し、今後の障害者福祉に活かしていただけたら幸いです。	1-22
	権利擁護(障害者権利条約)等の学習・研修の推進	1-23
	行動制限をしないケアを提供することは当然であるとともにその人をよく知る必要性を感じています。また、家族との信頼関係を築くことも何より大切だと思います。	1-24

2 行動制限を減らすために必要なこと

身体拘束の減少に向け、支援者は何を求めているのだろうか。必要なことに関する記述は、大きく5つに分けることができた(表2)。

第1は、**組織的取組**の必要性である。支援者個人の努力、責任に負うのではなく、施設全体で組織的に取りくまなければ状況改善は難しいという観点から、様々な改善策が指摘されている。例えば拘束について「有期限の中でその必要を継続し検討し」(2-2)、「定期的に見直し」(2-1)ていくような取組、「マニュアル」(2-2, 2-4, 2-5)や『『切迫性』『非代替性』『一時性』の3つの要素に基づき検討を進める」(2-6)といった**判断基準の明確化**、「身体拘束防止委員会などの体制づくり」(2-2)の必要性である。これらは「新しい職員から意識を持ってやっていかないと、ベテラン職員はなかなか意識を変えられないと思う」(2-4)という指摘もある。また内部および外部を交えた、**体制整備**についての意見があった。「職場内での確認・検討会」「シフト体制の検討会」(2-7)、「職員のチームによる個人の観察、検討、評価」(2-8)に加え、「家族」(2-9)や「外部」(2-10)に「行っていることをオープンにすること」(2-11)で客観性を保とうとしていることが分かり、判断基準の明確化との共通点があるともいえる。

第2は、**人員配置の充実**の必要性である。まず、「人が対応したら制限は必要ないケースがほとんど」(2-15)、「常に見守りができる体制であり、ゆとりのある居住空間が確保されていれば行う必要性は全くありません」(2-17)など、マンパワーの充実を第一に挙げる意見があった。加えて、「十分な体制確保、関係者の意識改革」(2-21)、「それなりの職員の人員配置と専門的な関与」(2-23)、「配置人員の増数。ケース会議や個別支援会議、職員会議内での話し合い」(2-24)のように、人員配置とあわせて**職員の意識向上、学習、組織的取組**を指摘する意見もあった。

第3は、**環境整備**の必要性である。例えば「安全な環境づくりとスタッフのこまめな巡回」(2-25)、「環境を整えることで精神的に落ち着き、結果行動制限が減るということは考えられる」(2-26)、「利用者の行動観察→個別支援・環境設備の整備」(2-27)などである。加えて、「ハード面:最低基準の見直し、職員体制の抜本的な見直し等『利用者主体』…(略)ソフト面:職員研修の実施と充実」(2-31)、「利用者の方が安心して居ることができる場所、環境づくり、職員の人権尊重意識」(2-32)、「環境整備、利用者をより具体的に理解し支援に活かす事。楽しみややすらぐ事を知り日々の生活の中にどんどんとり入れていく事。声かけのタイミングやちょっとした配慮やかけひき」(2-32)のように、環境整備とあわせて**学習、職員の意識向上、支援の工夫**を指摘する意見もあった。

第4は、**支援技術向上**の必要性である。「個別対応の基本」(2-35)、「利用者が行動制限に至ってしまう以前に、利用者を安心(安定)させる技術」(2-36)、「行動制限、三要件の中の切迫性をしっかりとアセスメントする必要がある、代替手段が本当はないのか検討を定期的に行う。やむを得ない実施については、期間、時間を明確にしてPlan, Do, Check, Actの繰り返しを行うことが必要である」(2-38)のように、抽象的なものから、具体的なものまでさまざまな指摘があった。

第5に、**知識の獲得**に関する記述があった。例えば、「正しい知識と意識」(2-41)、「定期的研修を行う事で、身体拘束に対する正しい知識と意識の向上がまず第一」(2-42)、「行動制限と言う視点ではなく、その人の行動にどう寄り添うか、どの様にアプローチすべきか?という視点の方が大切なのではないか」(2-43)などである。

3 行動制限を減らすための関連機関との連絡・協議

現状に悩むばかりでなく、行動制限の改善や解消を目指して具体的な取組を始めている施設もある。後に4で示す研修への要望でも、他施設の取組状況を知りたいという意見が比較的多くみられた。以

表2 行動制限を減らすために必要なこと

	定期的見直し	2-1
	施設のマニュアル作成や身体拘束防止委員会などの体制作り	2-2
手続きの 明確化	行動制限に関する知識を共有し「危険だから」「しかたないから…」でなく、有期限の中でその必要を継続し検討していく	2-3
	職員や家族、その他の関係機関との意識統一のためにもしっかりとマニュアル作りが大切ですが、障害者の為のマニュアルが無い。・職員の意識改革の為に研修や勉強会を行うこと、特に新人には必要で、新しい職員から意識を持ってやっていかないと、ベテラン職員はなかなか意識を変えられないと思う。	2-4
	保護者への説明と理解・制限を行った場合の記録・制限を行うにあたってのマニュアル作成	2-5
	各施設で事例を「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要素に基づき検討を進める。	2-6
組織的 取組	職場内での確認・検討会・ハード面での工夫(シフト体制の検討会)	2-7
	職員のチームによる個人の観察、検討、評価を行う	2-8
外部を含 めた体制 整備	問題行動を起こす利用者側(家族含む)と、施設側が、行動制限をした場合としなかった場合のメリット・デメリットをよく話し合った上で、解決策を検討すること。	2-9
	制限の必要性についての、外部を交えた厳密な個別ケースの検討	2-10
	行っている事をオープンにし、本人、家族、職員の共通の理解とする。	2-11
その他	組織の決断	2-12
	本人の行動を制限するのは基本的に望ましいことではなく、安全を確保するための手段としてであれば止むを得ないと考えますが、行動制限を減らすためには、本人の意向の確認、安全管理の工夫・徹底、職員への研修、方針の統一が必要だと思ふ。	2-13
	職員を増やし見守りを強化する。	2-14
	十分な人員配置。人が対応したら制限は必要ないケースがほとんどです。	2-15
	ご本人及び共に暮らす周囲の他の利用者の行動の観察・把握。見守り体制の強化。	2-16
充実化	職員の絶対数を増やし、常に見守りができる体制であり、ゆとりのある居住空間が確保されていれば行う必要性は全くありません。充実した職員体制、ゆとりのある居住空間確保のための施設整備が行える報酬単価にしてから、行動制限の廃止を言うべきです。そうしないと職員に過度の負担がかかり、結果的に利用者に不利益が生じます。	2-17
	行動制限をせざるを得ない状況下に立たされている人員配置の厳しさや報酬単価の低さが背景にあることも忘れてはならないと思います。旧来からの構造的な問題を解決して、利用者が理解しやすい環境づくりや、支援力を高めるための職員の質の向上が必要であると思います、利用者の方々に対して余裕をもって見守りを実施できるようになれば、不必要な行動制限も減少していくのではないのでしょうか?そのためにもマンパワーの確保は欠かせないと思います。(付随して財源も)	2-18
人員配置の 充実	支援員の意識向上、体制面でのゆとり	2-19
	職員の意識を高めるため、勉強会等必要だと思いますが、現場の職員の心身の負担をもっと理解し、軽減できるような人員確保も必要だと思ふ。	2-20
	十分な体制確保、関係者の意識改革	2-21
	支援人員の充実、障害特性に関する研修会の充実	2-22
	それなりの職員の人員配置と専門的な関与が必要であると思ふ。心理的な背景を解きあかして、どのような対応をすればよいかなど具体的な対策の研修の機会を設けていただければと思ふ。	2-23
+意識向上	+組織的取組	2-24
	配置人員の増数。ケース会議や個別支援会議、職員会議内での話し合い。	2-24
環境の 整備	安全な環境づくりとスタッフのこまめな巡回。本人のニーズに合わせた計画と実行(個別ケア)	2-25
	他害行為、迷惑行為については、環境を整えることで精神的に落ち着き、結果行動制限が減ると言うことは考えられるが、生活施設(集団生活)の中では、その利用者のためだけに環境を変えるというのは実質的に難しい面も多い。	2-26
	・マンパワーの確保・病棟構造や環境の調整・研修等により、身体拘束について正しく理解し療育・看護を行う。	2-27
	利用者の行動観察?個別支援・環境設備の整備	2-28
環境の 整備	・加配できるだけの人員配置を可能とする報酬単価。・研修やロールプレイを行う機会。	2-29
	・環境整備・支援者の学習	2-30
	+学習	ハード面:最低基準の見直し、職員体制の抜本的な見直し等「利用者主体」実行性のあるものにする為にも必要不可欠であると思ふ。ソフト面:職員研修の実施と充実。人権、権利擁護について等、学ぶと共に徹底した「利用者主体」をつらぬけるものを身につけること。マニュアルの整備、統一した、徹底された支援対応、行動がもとめられると思ふ。上記とは矛盾しますが、緊急時や夜間・早朝等、職員の手薄な時間帯での対応は、職員にとっても不安感の強いところ。利用者の安全、生命を守る観点から、行動制限の必要性もあるのではないのでしょうか。その意味からも、マニュアルの整備は必要であると思ふ。
+意識向上	利用者の方が安心して居ることができる場所、環境づくり 職員の人権尊重意識	2-32
+工夫	・環境整備、利用者より具体的に理解し支援に活かす事・楽しみややすらぐ事を知り日々の生活の中にどんと入り入れていく事・声かけのタイミングやちょっとした配慮やかけひき	2-33

	技術の向上。自分がされたときどう思うかという感性	2-34
	個別対応の基本	2-35
	職員の自覚、連携。利用者が行動制限に至ってしまう以前に、利用者を安心(安定)させる技術	2-36
支援技術の向上	本来どうあるべきかを考え専門性に基づいた考案をし、現状と対比しながら最良の手段を模索していく努力	2-37
	行動制限、三要件の中の切迫性をしっかりとアセスメントする必要があり、代替手段が本当にないのか検討を定期的に行う。やむを得ない実施については、期間、時間を明確にしてPlan,Do,Check,Actの繰り返しを行うことが必要である。	2-38
	まず、一人一人がどの場合が行動制限なのか、どういう時が行動制限にかかるのか、しっかりと自覚をもつことも大切であり、また工夫や解決できる方法を検討する力を付けることが大切では？	2-39
	+意識 「やむを得ず」「減らしていく」という事を関わるそれぞれの職員が意識して支援にあたる。行動や制限を行わなくても良い方法状況を作り支援していく。	2-40
	正しい知識と意識	2-41
知識の獲得	定期的研修を行う事で、身体拘束に対する正しい知識と意識の向上がまず第一だと思います。	2-42
	行動制限と言う視点ではなく、その人の行動にどう寄り添うか、どの様にアプローチするべきか？という視点の方が大切なのではないか。	2-43
意識	職員のモラルや日々の研修	2-44
非該当	必要最低限の行動制限しかしていませんので必要だと思いません。	2-45
その他	わからない	2-46

下では、行動制限を減らすための工夫の一つとして、関連機関との連絡・協議の具体例についての結果を述べる(表3)。

まず、**連携する機関の種類**には、他施設、通所・居宅介護事業所、ヘルパー派遣事業所、ケアホーム、児童相談所、福祉事務所、療育センター、京都府障害者支援課、病院、協力医療機関などがある。また**連携の方法**には、情報交換、随時の協議、聞き取り、ケース会議、ノートでのやりとり、口頭での引き継ぎ、電話連絡、利用者アンケート、定期の連絡相談、不定期の検討会、嘱託医による行動制限理由書の確認などがある。そして**連携する職種**としては、(職場または法人内の)各部門、事務課、介護課、健康管理栄養課、施設協議会、OT、PT、ST、主治医、ケアワーカー、そして、職種ではないが家族も含む。

いずれにしても、判断プロセスを他機関、多職種といった複数の目で確認し、できるだけオープンにしていこうという意図があることがうかがえる。

4 研修への要望

最後にこれらを受け、支援者が求める研修についての自由記述、すなわち支援者が解決の糸口となると考える領域を整理する(表4)。

第1は、**具体的な支援の工夫**である。障害特性(4-1)、環境整備(4-2)、意識や工夫すること(4-3)といった比較的一般的なものに加え、行動制限をしないリスクを抑え、適応行動を増やすための行動療法や服薬管理(4-6~10)、介護技術(4-11)、支援プロセス(4-12)、環境(4-13)といった、より具体的かつ専門性の高い研修に期待していることが分かる。

第2は、行動制限や身体拘束の条件等、**身体拘束に関する知識**である。「行動制限について、意識の低い職員も多い為」(4-17)、「先ず、行動制限という事を知ること。施設の現状に応じて学ぶ」(4-15)ことや、「何が拘束にあたるのか『知る』こと。行動制限をあたり前と感じないように『考える』こと」(4-16)を求めている。1 **現状の課題**でも**身体拘束の定義化の必要性**に関する指摘があったように、支援者は何をもちいて拘束というのか、どのような手続きを踏むべきなのか、自分たちがしていることは拘束に該当するのか、迷いながら支援をしていることが読み取れる。

表3 行動制限を減らすための関連機関との連絡・協議

	アプローチ方法の情報交換をしたりと他機関と連携をとっている。	3-1
	児童相談所との随時の協議	3-2
	他施設の身体拘束廃止の取り組みを聞き取る。	3-3
	通所事業所とのケース会議 居宅介護事業所とのケース会議	3-4
他機関	通所先、ヘルパー派遣事業所、ケアホーム等で行っており、通所先とは日々連絡ノートでやりとりをし、ヘルパー派遣事業所とは訪問時に連絡ノートを見てもらったり、口頭で直接ひきつぎやTEL連絡でやりとりをしている。必要な場合は会議を開催している。	3-5
	年1回利用者アンケートを実施し、京都府障害者支援課にその結果を連絡、協議し、保護者に報告している。	3-6
	入居者とその関係機関との協議（医療・ヘルパー事業所等）	3-7
他機関、	嘱託医（精神科）や協力医療機関（担当医）との連絡相談を実施（月1回） ・ 他事業	
医療	所との連絡協議会において検討する機会をもつ（不定期）	3-8
	福祉事務所、病院（医師）	3-9
	療育センター講師による、専門的な支援サポートの添削。嘱託医による行動制限理由書のチェックと同意	3-10
多職種	各部門から拘束ゼロ委員会に参加し、報告やそうならないよう事例検討、勉強会の計画など ・ 他の地域の施設	3-11
	施設内各部署と共に研修会を行っている（事務課、介護課、健康管理課、給食栄養課）	3-12
多職種、	保護者・施設協議会 ・ 車椅子、座位保持椅子等を作るとき、家族、OT、PT、ST、病棟スタッフと話し合った。ベルトの必要性など検討。	3-13
医療	主治医、ケアワーカー等必要などときには合同で協議。相談有り。	3-14
医療	行動制限を行うにあたり、Drの指示書はいただいた。（その際、協議）	3-15
	精神科への受診、主治医の判断を仰ぐ	3-16
保護者	保護者との協議、連絡	3-17
非該当	行動制限を行っていないので、現在のところ連絡・協議はしていない。	3-18
	改善状況、改善方法等報告、改善状況の視察を受ける	3-19
	ケア会議の時に報告	3-20
その他	定期的ではないが、週1回程度は連絡や調整の話し合いはしています。	3-21
	転倒防止等のため特定の場面によっては拘束具（外出時の腰ベルト）が必要不可欠であるという認識。余暇支援	3-22

第3は、人権、権利についての学習である。「人権、個人の尊重」（4-26）、「職員の人権尊重意識の高揚」（4-28）、「人の自由さについての学習」（4-30）のように、身体拘束を人権侵害ととらえ、支援者の意識変容により減少を目指す考えである。第1の具体的な支援の工夫、身体拘束に関する知識に関する研修への希望より、若干少ないが、具体的な解決策にあわせ、支援者の意識や態度も重要な要素ととらえていることが分かる。

第4は、研修方法である。とりわけ他施設での成功例、困難事例などの具体的取り組みについての事例研究と（4-35～42）、外部講師を招いたり、一度に留まらずシリーズ化して行ったりするなど第三者・複合的視点（4-43～46）をもつ研修への期待があることが分かった。

表4 研修への要望

	障害特性を理解した支援の研修	4-1	
一般的	支援、介助内容や環境整備、声かけについての研修	4-2	
	意識や工夫することに関する勉強会	4-3	
	今後、行動制限具体的な例と対策について	4-4	
	具体的対応、対策	4-5	
支援の工夫	環境面での対応に転換できないかを、行動療法や投薬調整を含めた統合的な研修を行う。	4-6	
	ご本人主体の適応行動をふやしていく。自主性（自律性）をふやしていくためにはどうしたらよいかといったケース会議、スーパーヴィジョン等	4-7	
	行動療法、投薬調整	身体的なリスク等を最小限にする為、服薬管理、食事摂取、転倒等の事故等々	4-8
		向精神薬投与が結果的に行動制限に至ることもあり得るので、支援の工夫により問題行動を減らすことを研修のテーマに入れたと考えている。	4-9
		行動制限をとらない場合のリスクを本人・家族・施設側職員全てで分かった上で、どう向き合っていくかを話し合っていくこと。（行動制限をすることで起きる問題点と行動制限をしない状況で起こる問題点を明確にした上で対応策を両者（本人又は家族と施設者側）で検討していくこと）	4-10
	介護技術	身体拘束をとまなわない介護技術等（職員体制含）	4-11
	支援プロセス	単に行動制限がよくないではなく、経過過程等を検討し、定期的に見直しをし、どうすれば行動制限の時間を短くできるか等。	4-12
	環境	利用者の問題行動が劇的に変化する（無くなる）ケースを多数経験しています。利用者の生活環境の見直しが第一と考えています。	4-13
		どのようなケースであれば、行動制限を行うことが許されるのかを周知徹底する。	4-14
	身体拘束に関する知識（行動制限、身体拘束の条件等）	先ず、行動制限という事を知ること。施設の現状に応じて学ぶ。	4-15
		何が拘束にあたるのか「知る」こと。行動制限をあたり前と感じないように「考える」ことが必要と考えます。	4-16
		行動制限について、意識の低い職員も多い為、理解を深める研修から始めることが必要	4-17
		行動制限を減らす為にとりより身体拘束についての研修が必要だと思います	4-18
		スタッフが行動制限になる・拘束にあたる行為に対しての意識づけとなるもの・本人の安全対策と制限について	4-19
		身体拘束について等	4-20
			当共同生活援助事業所においては、現在、該当する方はおられません。今後、どのような場合において、身体拘束の可能性が出てくるのかを予測できるような内容。
		行動制限について施設に求められること・事例検討会	4-22
		啓発活動（何が身体拘束にあたるか？の意識付け）	4-23
		障害者向けの身体拘束の基礎、事例報告（身体拘束関連）	4-24
人権、権利についての学習	身体拘束を含め人権に関する学習	4-25	
	人権、個人の尊重	4-26	
	人権を意識づけるような内容の研修	4-27	
	職員の人権尊重意識の高揚 現状の見直し、改善	4-28	
	子どもの権利・「子ども主体」の生活づくり・施設で暮らす子どもの権利について	4-29	
	人の自由さについての学習	4-30	
	権利擁護の法律、事例検討	4-31	
	障害者権利条約の学習	4-32	
		身体的な拘束は当苑ではありませんが、言葉の暴力的なことはありえるような気がするので、言葉についての研修	4-33
		当苑に於ける、行動制限に関する振り返りを行う中での身体拘束に対する意識を高める。 ・ガイドライン(マニュアル、規定)の確認	4-34

	他施設の取り組み等 事例を聞ける場	4-35
	実際の成功例の検証	4-36
	行動制限をする代替として行った具体的な方策とその実施効果など全国各地での成功例を研修などで紹介。	4-37
事例研究	他施設での取り組みや実例を勉強し、本施設での支援方法について、具体的に見直す点を意識する	4-38
	色々な事例を良悪問わず見聞きする	4-39
研修方法	事例検討 ・行動制限による入所者の心身の状況変化を学ぶ ・行動制限と事故(リスク)の関連性	4-40
	困難ケース(本人及び周囲に危害が及ぶ可能性の高いケース)についての個別ケース検討	4-41
	事例検討や人権擁護に関する研修	4-42
	内部研修と外部専門家を招いての講演会(利用者支援の本質と職員の専門性について)	4-43
	・人権に関する研修 ・利用者支援(利用者主体)に関する研修 ・障害理解に関する研修 ・支援者個々の自己覚知に関する研修 など全てをシリーズ化して研修を実施することが必要となっているように思います。(支援員の質の向上が不可欠です)	4-44
第三者・複合的視点	園内研修、部署内学習会、リスクマネジメント委員会	4-45
	外部研修の参加等(グループホーム学会等)	4-46
	日々の会議の中で議題をあげ話し合う(常に意識する)	4-47
その他	どちらも選択できない。	4-48
	やむをえず、車イスベルト使用・一時的なミトン使用・夜間のみを中心とするつなぎパジャマ着用をしてもらっているが、その内容では拘束に当たらないと認識している。(それをしなければ、本人の安全・安心等が保障できないと考えられる。	4-49
	現状、行動制限などの必要な状況はない	4-50
非該当	行動制限をすることは考えていない。	4-51
	今のところ対象となる利用者がおられない為、必要ではない。	4-52

(笠原 千絵)

第3章 障害者の身体拘束防止への課題と今後の展望

第1節 「障害者虐待防止法」が施行されない状況の中で

障害者への身体拘束とは意味合いが異なるが、「児童虐待防止法」や「高齢者虐待防止法」は既に施行されているにも関わらず、障害者への虐待を防止するための法律が、未だ制定もされていない。2009年の春に「障害者虐待防止法」が与党（自民・公明）の議員立法として国会に提出され、通過して、施行の運びとなるはずであった。しかし、衆議院の解散に伴い、同防止法も廃案となった。政権交代となった後も、新しい与党である民主党から「障害者虐待防止法」が提出されると思っていたが、政局が不安定となり、未だ提出には至っていない。

「身体拘束」＝「虐待」という単純なものではない。しかし、障害者本人を思う気持ちから悪意がなく身体拘束になってしまったとしても、行き過ぎた行為は「虐待」と捉えられるのかも知れない。第1章でも述べているが、高齢者への身体拘束に関しては、ある程度きちんとした項目が整理され、防止方策も考えやすくなっている。障害者分野では、以前の知的障害者施設等においては、「体罰が教育方法」の一つとして認識されていたし、今も施設での虐待問題は後を絶たない。

法律で許されず、罰せられる可能性があるならば、もう少し真剣に捉えて、対策を考えるかも知れないが、現状のように、医療や福祉に携わる者の倫理や理念であるとか、人権意識、道徳意識のみで解決しようとするには限界がある。今も問題になっているが、医療現場では看護師の人員的不足状態が慢性化しており、福祉現場では「障害者自立支援法」がもたらした経済的困窮により、非常勤職員の増加や離職率の高騰が目立っている。また、地域生活支援においては、ホームヘルパー不足（特に若い男性）により、障害のある人たちの生活に支障を来している現実も見られている。

重度障害のある人たちに対して、市町村が多く介護時間数を支給決定しても、ヘルパー事業所が人員不足により、応えられないという現実をよく耳にする。障害のある人たちがより豊かな生活を求めるためにヘルパー派遣を希望しているのに、事業所が応えられない場合に、市町村によっては「その時間数で生きていけるのなら、支給している介護時間数を削減します」と判断に出る場合もある。「量的な充足を満たさない限りは、質的な追求は存在しない」と一般的に言われるように、地域生活を営んでいる障害のある人が人権侵害を受けたとしても、介護してくれるヘルパーがいなくて生活が成り立っていない。

私は、京都市内にある二カ所の「障害者地域生活支援センター」の運営委員長という役をいただいているが、ヘルパーへの苦情として「気管支に問題を持っているが、目の前でタバコを吸った」とか「冷蔵庫のジュースを勝手に飲んだ」という事柄があげられており、「男性ヘルパーが彼女を連れてきた」という事例も耳にしたことがある。身体的虐待ならば、明らかにされやすい事実であっても、現実として残りにくい「タバコを吸った」とか「ジュースを飲んだ」という限定された場面での行為や「彼女を連れてきた」という精神的な苦痛は、問題視されにくいし、注意を促す方法も見出しにくいものである。地域生活を営んでいる障害のある人たちが、「ヘルパーさんが来てくれるだけで、嬉しく思わないといけない」とか「安い報酬しか貰っていないと思うので、低質なのは仕方ない」と思うことなく、自分の思うような生活を作ることが大切である。「量的な充足を満たさない限りは、質的な追求は存在しない」という現実は存在するが、障害のある人たちの生活場面においては、人的資源が量的に少なくとも、質的追求を怠ってはならないと確信している。「量的に足りないので、質的な低下はやむを得ない」という考え方が「身体拘束」を容認し、強いては「虐待」へと展開していくのではないだろうか。

第2節 身体拘束の実施に係る三要件から見た障害者問題

厚生労働省は、やむを得ず「身体拘束」を実施する場合には、次の三種を理由とするものを認めている。まず、二人の対象者に対して、同時に複数の問題が勃発し、その場にいる支援者が一人という状況に置かれた時に、取り敢えず二人の安全を考え、一人を拘束しなければならないとする（1）切迫性。次に、他に方法が見付からないので、心苦しくも拘束しなければならなかったとする（2）非代替性。最後に、拘束にある状態が永続的に続く訳ではなく、対象者から離れる時間のみ安全性を高める意味で拘束しなければならなかったとする（3）一時性。この三要件を障害者福祉のフィールドで捉えると、次のような解説を加えることができる。

（1）切迫性

『切迫』という言葉の意味を辞書で調べると、① 期日などが間近に迫ること、② 緊張した状態になること。逃げ場のない追いつめられた状態になること、③ 呼吸や脈が、小刻みに速くなること、となっている。要するに、支援者が何等かの理由で、精神的に追い詰められ、他者の手助けを呼ぶこともできず、孤独感の中で「拘束」という行為に及ぶことはやむを得ないとされている。

例えば、障害児の通園施設において、昼休みの時間内で給食を終えなければならない時に、二人の多動な対象児を担当している支援員は、取りあえず、一人の安全を配慮して、他の一人を椅子にくくりつけておくような実態があるとしても、厚生労働省は、この行為を「拘束」とは位置付けない。障害児・者福祉関係施設や事業所の現状を見ると、予算が少なくなったことによる人員削減によって、「現場は常に切迫している」と言っても過言ではない。「切迫している場合は、やむを得ない」と単純に決めることには、大きな危険性を感じる。

「切迫する状況」を作り出しているのは、施設や事業所が持っている支援体制上の問題も懸念しなければならないが、基本的には支援員個人の問題処理能力や知識（工夫を含む）に根源があるのではないだろうか。同じ状況に置かれたとしても、切迫感を感じている者と感じていない者が存在する。要するに、支援員個人に対して、各種研修やOJT（On Job Training）を活用して、能力や技能を向上させることが「切迫する状況」を生み出さないことにつながると信じている。

（2）非代替性

この「非代替性」とは、他に代わる方法や処置が見付けられない時、厚生労働省は「身体拘束」をやむを得ないものとしている。例えば、医療的処置に必要な点滴を認知症にある高齢者が抜いてしまわないように、拘束帯を付けたり、拘束着を着せたりしている。支援員個人としては、この行為が拘束であると認識しているにも関わらず、「他の方法が見出せない」という理由で、心苦しく思いながらも行為に及んでいる。この「他に方法が見出せない」という見解は、その事業所内では見付けられないとか、先輩たちが見付けられなかったと言っているという言葉の中で、その行為が常態化していることも考えられる。代替する行為や技術を見出したり、開発する努力を怠っているのではないだろうか。

ある大企業が繁栄してくる経過で、仕事が忙しくなってくる際に、部下は社長に対して社員を増員してもらえるように要求した。その時、社長は「たくさんの部下を持つことと収入が増えることだったら、どちらを選びますか」という問い掛けをした。社長の下にいた幹部たちは、考えることもなく、収入の増加を求めたそうである。その後、その企業は年間で1,000億もの売り上げを伸ばし、社員も努力すれば年間8回の賞与が保障される。人員を増やせば解決する問題ではなく、人員が増えないとするならば、機械化を考えたり、支援体制を強化するような工夫が必要となってくるのである。

「非代替性」の判断は、確かに主体性に寄りどころなくてはならない。要するに、自分の持ち駒が少ないときに、「他の方法が見出せないので、拘束する」と言うことが多いと思われる。この観点から捉えると、支援員の資質によって、身体拘束に及ぶか否かが決定されると言えるのではないだろうか。厚生労働省は「支援員による処遇の標準化」ということ強調し、対象者に対して実施されるサービスの質が均一されたものになるように指導している。支援員が提供するサービスは、福祉的な知識や経験を基本としていることは事実ではあるが、最低限を保障するという考え方からは、「高質なる標準化」は考えにくく、「低レベルでの標準化」になってしまうのである。(1)の「切迫性」と同じように、支援員個々の研鑽により、この種の「身体拘束」も防止できると考えたい。

(3) 一時性

厚生労働省が認めている「一時性」とは、行動障害のある者などがパニック状態にあるときに、精神状態に落ち着きを取り戻すまで、一定の時間のみに限定して、拘束帯による縛り付けやベッドの高柵、個室の施錠による閉じ込め等を指している。このようなパニック状態にある者は、自分で自分を傷付けてしまう「自傷行為」、周りの人たちや物品を傷付けてしまう「他害行為」に及んでしまう危険性があるので、身体的に拘束することが許されている。

しかし、障害者関連施設の現場から聞こえてくる声は、「強度行動障害がある人たちは、いつパニック状態になるかが分からない」という訴えである。要するに、何が引き金になって、パニックになるか見当が付かないので、常に拘束した状態にしておかなければ、本人自身の安全さえ護ることが難しいということである。

「身体拘束」が常態的になっている施設などでは、この「一時性」という規定に対して、一時的なものが連続しているとして理解したい事例が存在する。一定の時間が経過すればリセットできる人たちであれば、「一時性」という規定は納得できるが、自傷や他害が突発的に起こるかも知れない状況において、この規定は説得力に欠けるとしか言えない。不可能なことかも知れないが、強度行動障害がある個人を深く理解した支援者が、絶え間なく付き添い、支援の手を緩めることがなければ、「身体拘束」が必要ではなくなる。しかし、このような手厚い支援は、障害者自立支援法での予算的にも、支援者個人の体力的にも限界を超えるものになることが明白である。

潤沢なる予算と豊富で高質な支援者が確保できるならば、「身体拘束」という非人道的な行為を実施するはずはなく、論議の話題にもあがらないであろう。上でも述べているが、高質な複数の支援者が確保できていれば、「身体拘束」に関する問題は解消する。このようなポイントこそ、「虐待」とは区別されるべきところである。「身体拘束」は、非人道的な行為であると認識を持ちながらも、対象者の健康や安全を考えた末に、やむを得ず実施に至るものである。それに対し、「虐待」とは、対象者に憎悪感や嫌悪感を持ち、健康や安全を危機にさらすような行為を持って、支援者の言いなりにさせようとするものである。要するに、「身体拘束」の主体は“対象者(障害のある人たち)”であり、「虐待」の主体は“支援者(障害者を取り巻く人たち)”というように規定すると理解しやすくなる。

対象者の健康や安全を考えた末に、やむを得ず実施している「身体拘束」は、許されて当然であるという考え方に、多くの疑問を感じる。厚生労働省が規定している「身体拘束の三要件」である「切迫性」「非代替性」「一時性」を考えても、支援者側の「言い訳」に過ぎないのではないだろうか。対象者である障害のある人たちが苦痛やストレスを訴えたとき、その行為が健康や安全性を優先させて実施されていたとしても、受けている者の理解がないならば、「虐待」として認識されるのが当然である。対象者本人の同意が得られない「身体拘束」は、非人道的な行為であり、人権侵害であると言っておきたい。対象者本人の同意を得ることが困難である重度知的障害のある人た

ちや重症心身障害者（児）に対しては、「家族の判断」があれば善しと規定している機関が多い。次節では「身体拘束」に関する本人同意と家族同意に関して論述したい。

第3節 「身体拘束」に関する本人同意と家族同意の重要性と差違

「身体拘束」という問題に限った訳ではなく、多くの場面で、本人の思いと家族の希望が相反することがよく見られる。近年、障害者福祉事業所(施設や日中活動)では「個別支援計画」を作成しなければならないが、本人の目標に即して作成した計画であっても、家族から強く変更を求められることがよくある。施設から地域社会へ飛び出し、ホームヘルパーの介護を受けて「自立生活」を営むことを目標とした計画であっても、家族は「やっと施設へ入れることができたのに、退所する計画は承認することができない」というような対立状態になることも少なくない。

以前に、熱中症と多臓器不全により、病院の受付で意識を失った私は、生死の境を彷徨うことになった。医師陣を始めとする医療関係者の手厚い処置により、一命を取りとめることができた。その直後から、治療を始めることになるが、人工透析の管、呼吸器のパイプ、膀胱カテーテルの管など、身体のような部位から“管”が出ている状態が10日間は続いた。私の記憶にはないが、最初の数日は、生命の危険性が高かったため、ベッドの周りには多くの計器が配置されていた。意識を無くしているとは言え、「脳性まひ」によるアテトーゼがある私は、自らの意思に関係なく、自分の身体から出ている管やパイプを抜いてしまうことが考えられた。これは直接に「死」を意味する。このような状況の中で、生まれて始めて「身体拘束」を実感することになる。もちろん、意識の無いところから始まったので、「身体拘束に関する同意書」に署名をしたのは、私の妻であった。医療ソーシャルワーカーの業務経験がある妻は、冷静にサインをしたと聞いている。私の意識が戻っていれば、私が同意しなければならないところであったが、妻のサインを基に「身体拘束」が実施されたのである。

私に意識が戻っていれば、私自身が「身体拘束」に同意していただろうかということを入院期間中に考えていた。意識が回復してからも、点滴の処置時や血中の酸素濃度測定、さらに採血や解熱に必要な注射の時には、多かれ少なかれ「身体拘束」が当たり前のように行われていた。どんな時にも「身体拘束」を実施する場合は、私に同意を求めてくれたし、私自身から「縛り付けてください」というお願いをしたこともあった。どうして自らが「身体拘束」を求めなければならなかったのであろうか。この件に関しては、自分の身体であっても自らがコントロールできない恐怖感があった。女性の看護師さんが二人がかりでも押さえておくことが難しい手足の動きは、拘束帯で縛ることにより制御することが可能になるし、また、看護師という人が押さえてくれるよりも、拘束帯という人格を持たないものの方が、気を遣うことなく、筋緊張も和らいでいくことが分かった。私自身は、このような理由から「身体拘束」を求めたし、限りある予算と限りある人員という環境において、自分の生命を護っていこうとするならば、その一つの方法として選んで当然であると考えている。

自分の事例をもって考えてみたが、やむを得ず「身体拘束」を実施する場合の基本は、言い尽くされた言葉かも知れないが、『本人同意』というものが第一義としてあげられる。しかし、その医療的処置や福祉的サービスの重要性を認知できなかったり、誤解を深めてしまったような場合には、必要な「身体拘束」を拒否することも考えられる。この「身体拘束」を拒否した場合には、彼らの「健康や安全を確保する」という原則に従って、『家族同意』により実施することも必要になってくるが、医師や看護師を始めとする医療関係者や社会福祉士や介護福祉士を始めとする福祉関係者の専門的見地によるアドバイスが不可欠になる。また、『家族同意』を取る時間もないくらいに緊急性を要する場合は、専門家の協議により実施しなければならないこともあると予想できる。このような専門家の協議による結果には、第三者評価的なものを必ず受

けておく必要がある。病院や施設、事業所という限られた空間の中で、固定された専門家による決定が正しい基準を守っているとは限らない。

いずれにしても、「身体拘束」とは、対象者（障害のある人たち）の「健康や安全を確保する」ために実施されなければならないし、究極的なところでは「生命を護るために実施される一種の介護行為」と規定できるのではないだろうか。介護行為の主体は、あくまでも障害のある人たちであり、彼らの生命を護るために実施されるものである。この原則が壊され、看護・介護者に主体が移り、生命の安全までも脅かすようになったときに「虐待」という言葉に変容するように思われる。

（谷口 明広）

身体拘束に関するアンケート調査

◇◇◇アンケート調査ご協力のお願い◇◇◇

いつも京都府における障害者福祉の向上に尽力していただき、ありがとうございます。心より感謝しております。障害者福祉が目まぐるしく変化する近年の状況におきまして、落ち着かない毎日と存じます。

本調査は、平成21年度に京都府障害者支援課が設置した「京都府自立支援協議会身体拘束防止推進部会」に基づき、京都府から研究委託を受け、「事業所における身体拘束（行動制限）の実態と防止推進の取り組みに関する調査研究」（研究代表者谷口明広）に基づいて行われるものです。

本調査は、多様化している障害者福祉事業所において、身体拘束というものが、どの程度行われており、その防止に対する取り組みを実施しておられるかを明らかにしようとしています。この調査を用いて、身体拘束を実施している事業所を問題視し、摘発するものではありません。身体拘束が良いことではないことを誰もが知っているはずですが、しかしながら、やむを得ず、身体拘束をしてしまう実態を知り、その防止に対する取り組みの実態を把握するために行われるもので、ご記入いただいた内容は、すべてコンピューターにより統計処理し、調査目的以外に使用することは一切ありません。なお、このアンケート調査項目は、厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」監修の『身体拘束ゼロの手引き』に記載されている内容を基本に作成しています。

ご多用のところ恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力くださいますようよろしくお願いいたします。

◇◇◇記入上の注意◇◇◇

- ・黒のボールペン等でご記入ください。
- ・番号を選ぶ質問については、あてはまる番号に○をつけてください。
- ・記述式のところでは、楷書で明確にご記入ください。
- ・お忙しいところまことに恐縮ですが、記入済みの調査票は同封の返信用封筒（切手不要）にて、
平成22年 1月29日（金曜日）までにご投函ください。
- ・利用者個々の対応については違いがあると思いますが、事業所全体の取組としてあてはまることを想定してお答えください。
- ・サービス管理責任者の方が代表でお答えください。もちろん職員会議等で検討してお答えいただいても構いません。
- ・事業所名をご記入いただきますが、分析、公表に際しては匿名を厳守します。

【調査実施主体】

この調査を実施させていただく主体は、愛知淑徳大学医療福祉学部教授ならびに（有）自立生活問題研究所所長である谷口明広が、京都府から研究委託を受け、「事業所における身体拘束の実態と防止推進の取り組みに関する調査研究」（研究代表者谷口明広）に基づいて、この取り組みに関心を持つ研究者等（京都府職員を含む）が集まった研究グループです。

我々は、障害をもつ人たちが日々の生活を営んでおられる事業所において、身体拘束というものが日常的にどの程度行われているかを知り、その行為を抑制しようとする取り組みを実施されているかを明らかにするために組織されました。高齢者に対する身体拘束の基準ではなく、我々が考えた障害のある人たちに対する「身体拘束の新しい基準」という仮説を確かめていくために調査研究を進めるものであります。

愛知淑徳大学医療福祉学部福祉貢献学科 谷口明広

7 代替手段の検討 8 期限の明示 9 特に意識したことがない 10 その他
()

1.4 「車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも・ベルト等で縛る」ことを決める際、誰が関わっていますか。あてはまる番号全てに○をつけてください。

1 事業所長 2 サービス管理責任者 3 担当職員 4 複数の職員
5 家族 6 本人 7 医師 8 事業所外部の第三者 (例：)
9 特に意識したことがない 10 その他 ()

1.5 「車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも・ベルト等で縛る」ことを決めた後、どのような経緯をたどっていますか。あてはまる番号の全てに○をつけてください。

1 会議で効果を検討する 2 経過観察を行っている
3 一定期間で見直しを行う 4 特に意識したことがない
5 その他 ()

2. 「ベッドを柵（サイドレール）で囲んでいる」ことについて

2.1 「ベッドを柵（サイドレール）で囲んでいる」にあてはまる利用者はいますか。

1 はい () 人) 2 いいえ

2.2 「ベッドを柵（サイドレール）で囲んでいる」理由は何ですか。あてはまる番号の全てに○をつけてください。

1 本人のため（精神的安定や活動の拡大等） 2 事故防止のため
3 自傷行為防止のため 4 他害行為防止のため 5 迷惑行為防止のため
6 治療に必要なため 7 犯罪抑止のため 8 特に意識したことがない
9 その他 ()

2.3 「ベッドを柵（サイドレール）で囲んでいる」ことを決める際、どのような手続きをとっていますか。あてはまる番号の全てに○をつけてください。

1 入所時の契約書に記載 2 承諾書を作成 3 事前の説明
4 事後の説明 5 ケース会議での検討 6 検討委員会での検討
7 代替手段の検討 8 期限の明示 9 特に意識したことがない
10 その他 ()

2.4 「ベッドを柵（サイドレール）で囲んでいる」ことを決める際、誰が関わっていますか。あてはまる番号全てに○をつけてください。

1 事業所長 2 サービス管理責任者 3 担当職員 4 複数の職員
5 家族 6 本人 7 医師 8 事業所外部の第三者 (例：)
9 特に意識したことがない 10 その他 ()

2.5 「ベッドを柵（サイドレール）で囲んでいる」ことを決めた後、どのような経緯をたどっていますか。あてはまる番号の全てに○をつけてください。

1 会議で効果を検討する 2 経過観察を行っている
3 一定期間で見直しを行う 4 特に意識したことがない
5 その他 ()

3. 「手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつけている」 ことについて

- 3.1 「手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつけている」にあてはまる利用者はいますか。
- 1 はい（ 人）
 - 2 いいえ
- 3.2 「手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつけている」理由は何ですか。
あてはまる番号の全てに○をつけてください。
- 1 本人のため（精神的安定や活動の拡大等）
 - 2 事故防止のため
 - 3 自傷行為防止のため
 - 4 他害行為防止のため
 - 5 迷惑行為防止のため
 - 6 治療に必要なため
 - 7 犯罪抑止のため
 - 8 特に意識したことがない
 - 9 その他（ ）
- 3.3 「手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつけている」ことを決める際、どのような手続きをとっていますか。あてはまる番号の全てに○をつけてください。
- 1 入所時の契約書に記載
 - 2 承諾書を作成
 - 3 事前の説明
 - 4 事後の説明
 - 5 ケース会議での検討
 - 6 検討委員会での検討
 - 7 代替手段の検討
 - 8 期限の明示
 - 9 特に意識したことがない
 - 10 その他（ ）
- 3.4 「手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつけている」ことを決める際、誰が関わっていますか。あてはまる番号全てに○をつけてください。
- 1 事業所長
 - 2 サービス管理責任者
 - 3 担当職員
 - 4 複数の職員
 - 5 家族
 - 6 本人
 - 7 医師
 - 8 事業所外部の第三者(例:)
 - 9 特に意識したことがない
 - 10 その他（ ）
- 3.5 「手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつけている」ことを決めた後、どのような経緯をたどっていますか。あてはまる番号の全てに○をつけてください。
- 1 会議で効果を検討する
 - 2 経過観察を行っている
 - 3 一定期間で見直しを行う
 - 4 特に意識したことがない
 - 5 その他（ ）

4. 「Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつけている」 ことについて

- 4.1 「Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつけている」にあてはまる利用者はいますか。
- 1 はい（ 人）
 - 2 いいえ
- 4.2 「Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつけている」理由は何ですか。
あてはまる番号の全てに○をつけてください。
- 1 本人のため（精神的安定や活動の拡大等）
 - 2 事故防止のため
 - 3 自傷行為防止のため
 - 4 他害行為防止のため
 - 5 迷惑行為防止のため
 - 6 治療に必要なため
 - 7 犯罪抑止のため
 - 8 特に意識したことがない
 - 9 その他（ ）
- 4.3 「Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつけている」ことを決める際、どのような手続きをとっていますか。あてはまる番号の全てに○をつけてください。
- 1 入所時の契約書に記載
 - 2 承諾書を作成
 - 3 事前の説明

- 4 事後の説明 5 ケース会議での検討 6 検討委員会での検討
7 代替手段の検討 8 期限の明示 9 特に意識したことがない
10 その他 ()

4.4 「Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつけている」ことを決める際、誰が関わっていますか。あてはまる番号全てに○をつけてください。

- 1 事業所長 2 サービス管理責任者 3 担当職員 4 複数の職員
5 家族 6 本人 7 医師 8 事業所外部の第三者(例:)
9 特に意識したことがない 10 その他 ()

4.5 「Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつけている」ことを決めた後、どのような経緯をたどっていますか。あてはまる番号の全てに○をつけてください。

- 1 会議で効果を検討する 2 経過観察を行っている
3 一定期間で見直しを行う 4 特に意識したことがない
5 その他 ()

5. 「立ち上がりを妨げるようないすを使用している」ことについて

5.1 「立ち上がりを妨げるようないすを使用している」にあてはまる利用者はいますか。

- 1 はい () 人 2 いいえ

5.2 「立ち上がりを妨げるようないすを使用している」理由は何ですか。

あてはまる番号の全てに○をつけてください。

- 1 本人のため(精神的安定や活動の拡大等) 2 事故防止のため
3 自傷行為防止のため 4 他害行為防止のため 5 迷惑行為防止のため
6 治療に必要なため 7 犯罪抑止のため 8 特に意識したことがない
9 その他 ()

5.3 「立ち上がりを妨げるようないすを使用している」ことを決める際、どのような手続きをとっていますか。あてはまる番号の全てに○をつけてください。

- 1 入所時の契約書に記載 2 承諾書を作成 3 事前の説明
4 事後の説明 5 ケース会議での検討 6 検討委員会での検討
7 代替手段の検討 8 期限の明示 9 特に意識したことがない
10 その他 ()

5.4 「立ち上がりを妨げるようないすを使用している」ことを決める際、誰が関わっていますか。あてはまる番号全てに○をつけてください。

- 1 事業所長 2 サービス管理責任者 3 担当職員 4 複数の職員
5 家族 6 本人 7 医師 8 事業所外部の第三者(例:)
9 特に意識したことがない 10 その他 ()

5.5 「立ち上がりを妨げるようないすを使用している」ことを決めた後、どのような経緯をたどっていますか。あてはまる番号の全てに○をつけてください。

- 1 会議で効果を検討する 2 経過観察を行っている
3 一定期間で見直しを行う 4 特に意識したことがない
5 その他 ()

6. 「介護服（つなぎ服）を着せている」ことについて

- 6.1 「介護服（つなぎ服）を着せている」にあてはまる利用者はいますか。
1 はい（ 人） 2 いいえ
- 6.2 「介護服（つなぎ服）を着せている」理由は何ですか。あてはまる番号の全てに○をつけてください。
1 本人のため（精神的安定や活動の拡大等） 2 事故防止のため
3 自傷行為防止のため 4 他害行為防止のため 5 迷惑行為防止のため
6 治療に必要なため 7 犯罪抑止のため 8 特に意識したことがない
9 その他（ ）
- 6.3 「介護服（つなぎ服）を着せている」ことを決める際、どのような手続きをとっていますか。あてはまる番号の全てに○をつけてください。
1 入所時の契約書に記載 2 承諾書を作成 3 事前の説明
4 事後の説明 5 ケース会議での検討 6 検討委員会での検討
7 代替手段の検討 8 期限の明示 9 特に意識したことがない
10 その他（ ）
- 6.4 「介護服（つなぎ服）を着せている」ことを決める際、誰が関わっていますか。あてはまる番号全てに○をつけてください。
1 事業所長 2 サービス管理責任者 3 担当職員 4 複数の職員
5 家族 6 本人 7 医師 8 事業所外部の第三者(例:)
9 特に意識したことがない 10 その他()
- 6.5 「介護服（つなぎ服）を着せている」ことを決めた後、どのような経緯をたどっていますか。あてはまる番号の全てに○をつけてください。
1 会議で効果を検討する 2 経過観察を行っている
3 一定期間で見直しを行う 4 特に意識したことがない
5 その他（ ）

7. 「向精神薬を過剰に服用させている」ことについて

- 7.1 「向精神薬を過剰に服用させている」にあてはまる利用者はいますか。
1 はい（ 人） 2 いいえ
- 7.2 「向精神薬を過剰に服用させている」理由は何ですか。あてはまる番号の全てに○をつけてください。
1 本人のため（精神的安定や活動の拡大等） 2 事故防止のため
3 自傷行為防止のため 4 他害行為防止のため 5 迷惑行為防止のため
6 治療に必要なため 7 犯罪抑止のため 8 特に意識したことがない
9 その他（ ）
- 7.3 「向精神薬を過剰に服用させている」ことを決める際、どのような手続きをとっていますか。あてはまる番号の全てに○をつけてください。
1 入所時の契約書に記載 2 承諾書を作成 3 事前の説明
4 事後の説明 5 ケース会議での検討 6 検討委員会での検討

- 7 代替手段の検討 8 期限の明示 9 特に意識したことがない
10 その他 ()

7.4 「向精神薬を過剰に服用させている」ことを決める際、誰が関わっていますか。
あてはまる番号全てに○をつけてください。

- 1 事業所長 2 サービス管理責任者 3 担当職員 4 複数の職員
5 家族 6 本人 7 医師 8 事業所外部の第三者(例:)
9 特に意識したことがない 10 その他()

7.5 「向精神薬を過剰に服用させている」ことを決めた後、どのような経緯をたどっていますか。あてはまる番号の全てに○をつけてください。

- 1 会議で効果を検討する 2 経過観察を行っている
3 一定期間で見直しを行う 4 特に意識したことがない
5 その他 ()

8. 「自分の意思で開けることのできない居室等に隔離している」ことについて

8.1 「自分の意思で開けることのできない居室等に隔離している」にあてはまる利用者はいますか。

- 1 はい () 人) 2 いいえ

8.2 「自分の意思で開けることのできない居室等に隔離している」理由は何ですか。
あてはまる番号の全てに○をつけてください。

- 1 本人のため(精神的安定や活動の拡大等) 2 事故防止のため
3 自傷行為防止のため 4 他害行為防止のため 5 迷惑行為防止のため
6 治療に必要なため 7 犯罪抑止のため 8 特に意識したことがない
9 その他 ()

8.3 「自分の意思で開けることのできない居室等に隔離している」ことを決める際、どのような手続きをとっていますか。あてはまる番号の全てに○をつけてください。

- 1 入所時の契約書に記載 2 承諾書を作成 3 事前の説明
4 事後の説明 5 ケース会議での検討 6 検討委員会での検討
7 代替手段の検討 8 期限の明示 9 特に意識したことがない
10 その他 ()

8.4 「自分の意思で開けることのできない居室等に隔離している」ことを決める際、誰が関わっていますか。あてはまる番号全てに○をつけてください。

- 1 事業所長 2 サービス管理責任者 3 担当職員 4 複数の職員
5 家族 6 本人 7 医師 8 事業所外部の第三者(例:)
9 特に意識したことがない 10 その他()

8.5 「自分の意思で開けることのできない居室等に隔離している」ことを決めた後、どのような経緯をたどっていますか。あてはまる番号の全てに○をつけてください。

- 1 会議で効果を検討する 2 経過観察を行っている
3 一定期間で見直しを行う 4 特に意識したことがない
5 その他 ()

2 いいえ、必要ではありません

1.6 行動制限を減らすために、どんなことが必要だと思いますか。意見を自由にお書きください。

1.7 その他、行動制限についての状況、課題、要望などについて自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。
この結果は、皆様にも「研究報告書」としてお返しする予定です。よろしく願いいたします。

* お問い合わせに関する連絡先

京都府健康福祉部障害者支援課（担当：山田）

TEL：075-414-4598 FAX：075-414-4597

Eメール：shogaishien@pref.kyoto.lg.jp

資 料

身体拘束等の禁止に係る根拠規定

1 身体拘束等の禁止

障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準(平成19年9月29日厚生労働省令第172号)

(身体拘束等の禁止)

第48条 指定障害者支援施設等は、施設障害福祉サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者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(以下「身体拘束等」という。)を行ってはならない。

2 指定障害者支援施設等は、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並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録しなければならない。

障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準について(平成19年1月26日障発第0126001号)

第三 指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準

3 運営に関する基準

(41)身体拘束等の禁止(基準第48条)

利用者又は他の利用者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、身体的拘束等を行ってはならず、緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合にあっても、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこととしたものである。

障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年9月29日厚生労働省令第171号)

(身体拘束等の禁止)

第73条 指定療養介護事業者は、指定療養介護の提供に当たっては、利用者又は他の利用者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(以下「身体拘束等」という。)を行ってはならない。

2 指定療養介護事業者は、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並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録しなければならない。

障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について(平成18年12月6日障発第1206001号)

第四 療養介護

3 運営に関する基準

(21)身体拘束等の禁止(基準第73条)

利用者又は他の利用者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、身体的拘束等を行ってはならず、緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合にあっても、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこととしたものである。

第73条の規定は、短期入所、共同生活介護、自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型及び共同生活援助の事業について準用

2 身体拘束等を行う際の手続

障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準(平成19年9月29日厚生労働省令第172号)

(運営規程)

第41条 指定障害者支援施設等は、次の各号に掲げる施設の運営についての重要事項に関する運営規程(第47条において「運営規程」という。)を定めておかなければならない。

一～十二(略)

十三 その他運営に関する重要事項

障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年9月29日厚生労働省令第171号)

(運営規程)

第67条 指定療養介護事業者は、指定療養介護事業所ごとに、次の各号に掲げる事業の運営についての重要事項に関する運営規程(第72条において「運営規程」という。)を定めておかなければならない。

一～九(略)

十 その他運営に関する重要事項

障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準について(平成19年1月26日障発第0126001号)

第三 指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準

3 運営に関する基準

(35)運営規程(基準第41条)

指定障害者支援施設等の適正な運営及び利用者に対する適切な施設障害福祉サービスの提供を確保するため、同条第1号から第13号までに掲げる事項を内容とする規程を定めることを指定障害者支援施設等ごとに義務づけたものであるが、特に次の点に留意するものとする。

①～⑧(略)

⑧ その他運営に関する事項(基準第41条第13号)

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に身体的拘束等を行う際の手続について定めておくなど苦情解決の体制等について定めておくことが望ましい。

障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について(平成18年12月6日障発第1206001号)

第四 療養介護

3 運営に関する基準

(16)運営規程(基準第67条)

指定療養介護事業所の適正な運営及び利用者に対する適切な指定療養介護の提供を確保するため、基準第67条第1号から第10号までに掲げる事項を内容とする規程を定めることを指定療養介護事業所ごとに義務づけたものであるが、特に次の点に留意するものとする。

①～④(略)

⑤ その他運営に関する重要事項(第10号)

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に身体的拘束等を行う際の手続及び苦情解決の体制等について定めておくことが望ましい。

参 考

介護保険身体拘束禁止規定等

身体拘束禁止規定

■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」

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の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。

〈三つの要件をすべて満たすことが必要〉

- ◆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
- ◆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
- ◆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

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

■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、その際の入所者(利用者)の心身の状況、並びに緊急やむを得ない理由を記載しなければならない」

身体拘束に関する記録の義務づけ

具体的な記録は「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・事業所全体、家族等関係者の間で直近の情報を共有する。

参 考

身体拘束に関する説明書・経過観察記録(参考例)

次頁でお示しする様式は、厚生労働省・身体拘束ゼロ作戦推進会議「身体拘束ゼロへの手引き●高齢者ケアに関わるすべての人に●」（平成13年3月）から引用したものです。

【記録1】

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書

〇〇〇〇様

- 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 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
 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)

【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

〇〇〇〇様

月日時	日々の心身の状況等の観察・再検討結果	カンファレンス参加者名	記録者 サイン

京都府身体拘束防止推進会議障害者部会委員(敬称略)

氏名	所属
○ 谷口 明広	愛知淑徳大学教授
樋口 幸雄	(福)京都ライフサポート協会 横手通り43番地「庵」施設長
矢野 隆弘	(福)松花苑 かしのき施設長
矢尾 和広	(福)福知山学園 第一翠光園施設長
伊藤 修	(福)花ノ木 花ノ木医療福祉センター療育部長
山本 裕	(福)京都太陽の園 こひつじの苑舞鶴施設長
森田 弘和	京都重症心身障害児(者)を守る会会長
岡 美智子	京都府自閉症協会副会長
弓削 マリ子	京都府中丹広域振興局健康福祉部長(中丹東保健所長)

○部会長

「障害者身体拘束に関する調査研究報告書(サービス実態調査)」については、下記の法人に事業を委託し、分析・執筆等のご協力をいただきました。

事業受託者	(有)自立生活問題研究所
主任研究者	谷口 明広(愛知淑徳大学教授)
分担研究者	鏡本 智昭((福)松友福祉会寿波苑)
分担研究者	武田 康晴(華頂短期大学准教授)
分担研究者	笠原 千絵(関西国際大学講師) (敬称略)