

身体拘束廃止の取組み事例集 (第2版)



財団法人東京都福祉保健財団
高齢者権利擁護支援センター

拘束の事例と廃止の取組み事例 (国および都道府県とタイトル)

- 1 厚生労働省 『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～』 身体拘束ゼロ作戦推進会議
- 2 岩手県 『身体拘束廃止に取り組んだ個別事例集』 岩手県身体拘束ゼロ作戦推進会議
- 3 福島県 『福島県身体拘束ゼロの手引き～高齢者の人間らしさをとわに保つために～』
福島県保健福祉部高齢保健福祉課 福島県身体拘束ゼロ作戦推進会議
- 4 東京都 『身体拘束廃止に向けての実践事例』
『身体拘束のない介護をめざして～続・身体拘束廃止に向けての実践事例～』 東京都身体拘束廃止推進会議
- 5 千葉県 『報告書「身体拘束廃止に向けて(第2)」』 静岡県身体拘束ゼロ作戦推進協議会
- 6 静岡県 『身体拘束ゼロをめざして』 静岡県身体拘束ゼロ作戦推進会議
- 7 京都府 京都府ホームページ身体拘束廃止事例 (<http://www.pref.kyoto.jp/kaigo/13800009.html>)
- 8 岡山県 『身体拘束の廃止に向けた取組みの事例集～身体拘束のないケアの実現に向けて～』
岡山県保健福祉部長寿社会対策課
- 9 愛媛県 『身体拘束ゼロ作戦の目指すもの』 愛媛県身体拘束ゼロ作戦推進会議
- 10 佐賀県 『身体拘束廃止のための実践計画』 佐賀県身体拘束ゼロ推進会議
- 11 長崎県 『身体拘束ゼロに向けての事例集』 長崎県福祉保健部長寿介護政策課 長崎県身体拘束ゼロ作戦推進会議

高齢者の身体状況と拘束廃止の対応事例

	高齢者の身体状態	身体拘束廃止の対応	都道府県	ページ	事例	施設種別	備考
1	認知症・入浴一部介助	排泄パターンの把握・トイレ誘導・向精神薬中止	厚生労働省	p62	3	福祉施設(介護老人福祉施設)	
2	認知症・視力低下・つたい歩き可	トイレ誘導・車椅子中止	厚生労働省	p63	4	福祉施設(介護老人福祉施設)	
3	四肢麻痺・不随意運動・食事と排泄全介助	向精神薬中止・見守り強化・車椅子クッション等調節	厚生労働省	p64	5	医療施設	
4	認知症・食事一部介助・車椅子自走・その他全介助	車椅子クッション等調節・全職員でケア共有	岩手	p16	1	福祉施設(介護老人福祉施設)	
5	右上肢麻痺・車椅子自走・食事以外全介助	車椅子クッション等調節・見守り強化・ケアの記録	岩手	p19	4	医療施設(介護療養型医療施設)	
6	認知症・立位不安定	見守り強化・一人の職員でケア担当	岩手	p20	5	医療施設(介護療養型医療施設)	
7	両下肢麻痺・知覚障害・下肢浮腫・座位保持困難	下肢筋力強化	岩手	p21	6	医療施設(介護療養型医療施設)	
8	食事と排泄一部介助・車椅子自走	車椅子クッション等調節・見守り強化	福島	p31	5	福祉施設(介護老人福祉施設)	
9	認知症・車椅子自走	見守り強化	福島	p32	6	福祉施設(介護老人福祉施設)	
10	認知症・昼夜逆転・車椅子座位不可	見守り強化・巡回記録作成・車椅子調整	福島	p33	7	福祉施設(介護老人福祉施設)	
11	認知症・左半身麻痺	車椅子調整・見守り強化・コミュニケーション増	福島	p34	8	福祉施設(介護老人福祉施設)	
12	認知症・車椅子上座位不可	車椅子調整	福島	p35	9	福祉施設(介護老人福祉施設)	
13	左半身麻痺	車椅子クッション調整	福島	p36	10	福祉施設(介護老人福祉施設)	
14	認知症・車椅子全介助	車椅子クッション調整	福島	p37	11	福祉施設(介護老人福祉施設)	
15	左半身麻痺・車椅子自走	車椅子調整・車椅子クッション調整・見守り強化	福島	p38	12	福祉施設(介護老人保健施設)	
16	認知症・車椅子自走	車椅子クッション調整	福島	p39	13	福祉施設(介護老人保健施設)	
17	認知症・両下肢筋力低下	両下肢筋力強化・歩行訓練	福島	p40	14	福祉施設(介護老人保健施設)	
18	認知症・左半身麻痺	見守り強化・食事自力摂取に変更	福島	p41	15	医療施設(介護療養型医療施設)	
19	認知症	低床マットに変更・眠剤中止・見守り強化	福島	p42	16	医療施設(介護療養型医療施設)	
20	認知症・車椅子自走	見守り強化・立ち上がりパターンの把握	福島	p43	17	福祉施設(特定施設入所者生活介護事業所)	
21	認知症・右半身麻痺・胃ろう	生活リハビリ・経口摂取	福島	p48	22	福祉施設(介護老人保健施設)	
22	認知症・車椅子自走	見守り強化・ケアの見直し	福島	p50	24	福祉施設(介護老人福祉施設)	
23	認知症・車椅子自走	トイレ誘導・立ち上がりパターン把握・レクリエーション	福島	p51	25	福祉施設(介護老人保健施設)	
24	認知症・食事以外全介助	見守りと付き添い強化・排泄パターン把握	福島	p52	26	福祉施設(介護老人福祉施設)	
25	認知症・全介助	車椅子クッション等調節	福島	p58	32	福祉施設(介護老人福祉施設)	
26	認知症・左半身麻痺・上肢拘縮	かゆみの除去・畳に変更・車椅子クッション等調節	福島	p59	33	福祉施設(介護老人福祉施設)	
27	パーキンソン病・歩行不安定・一部介助	見守りと付き添い強化・	福島	p62	36	福祉施設(介護老人福祉施設)	
28	認知症・移動全介助	コミュニケーション増・車椅子調整	福島	p63	37	福祉施設(介護老人福祉施設)	
29	認知症・歩行困難	見守りと付き添い強化	福島	p64	38	福祉施設(介護老人福祉施設)	
30	認知症・身体硬直状態	車椅子上離床時間調整・車椅子調整	東京	p21	-	-	
31	認知症・立位と歩行困難	トイレ誘導・下肢筋力強化・レク参加・散歩	東京	p23	-	福祉施設(介護老人保健施設)	
32	認知症・車椅子全介助・立位困難	声かけと見守り強化・車椅子クッション等調節	東京	p30	1	福祉施設(介護老人福祉施設)	
33	パーキンソン病・変形性脊椎症	歩行訓練・声かけと見守り強化・言語療法訓練・レク参加	東京	p31	3	福祉施設(介護老人福祉施設)	
34	認知症・歩行一部介助	排泄パターン把握・トイレ誘導・畳に変更	東京	p36	7	福祉施設(介護老人福祉施設)	
35	認知症・経管栄養	経口摂取・車椅子クッション等調節	東京	p38	9	福祉施設(介護老人福祉施設)	
36	認知症・暴力行為	見守りと声かけ強化・歩行訓練・排泄パターン把握	東京	p21	2章1	福祉施設(介護老人保健施設)	
37		ケアの見直し・車椅子クッション等調節・見守り強化・筋力強化・座位保持確保	東京	p23	2章3	福祉施設(介護老人保健施設)	
38	認知症・右下肢機能障害・車椅子全介助	ケアの見直し・リハにて歩行訓練・車椅子クッション等調節	東京	p27	2章6	福祉施設(介護老人保健施設)	
39	認知症・右半身麻痺・車椅子全介助	見守り強化・車椅子とクッション等調節・車椅子上離床時間調整	東京	p30	2章7	医療施設(介護療養型医療施設)	
40	認知症・歩行不安定・食事一部介助・その他全介助	歩行訓練・見守り強化・トイレ誘導	東京	p31	2章8	福祉施設(介護老人保健施設)	
41	認知症・食事自力摂取・その他一部介助	見守り強化・トイレ誘導	東京	p36	2章10	福祉施設(介護老人保健施設)	
42	認知症・左半身麻痺	レクリエーション参加・車椅子クッション等調節	東京	p37	2章11	福祉施設(介護老人福祉施設)	
43	相談事例	相談事例	東京	p44	3章2	医療施設(介護療養型医療施設)	

1車いすベルト・安全ベルト・車いすテーブル等

高齢者の身体状況と拘束廃止の対応事例

1車いすベルト・安全ベルト・車いすテーブル等	44	認知症・下肢筋力低下	不穏原因の除去・付き添い強化	静岡	p34	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	45	認知症・車椅子一部介助・下肢筋力低下	下肢筋力強化・付添い強化・車椅子クッション等調整	静岡	p36	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	46	左半身麻痺・食事以外全介助	下肢筋力強化・車椅子クッション等調整	静岡	p38	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	47	認知症・歩行不可・食事以外一部介助	生活パターン把握・車椅子クッション調整・低床ベッドに変更	静岡	p39	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	48	認知症・歩行不安定	レク参加・見守りと傾聴強化	静岡	p41	-	福祉施設(介護老人保健施設)	
	49	認知症・歩行不安定	歩行訓練	静岡	p43	-	福祉施設(介護老人保健施設)	
	50	認知症・歩行不安定・昼夜逆転	生活パターンの把握	静岡	p45	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	51	認知症・歩行不安定	車椅子変更・家族のコミュニケーション増	静岡	p48	-	福祉施設(介護老人保健施設)	
	52	右半身麻痺・ほぼ全介助	家族コミュニケーション増・リハ参加・トイレ誘導・民剤中止	静岡	p49	-	福祉施設(介護老人保健施設)	
	53	左側半盲・経管栄養	嚥下訓練・レク参加・トイレ誘導・経口摂取	静岡	p70	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	54	認知症・歩行不安定・暴力行為	付添い強化・日中離床時間増・レク参加・環境作り	京都	p1	4	-	事例集
	55	認知症・上半身に傾きあり	見守り強化・離床時間の調整	京都	p1	5	-	
	56	認知症・全盲・下肢筋力低下・歩行不安定	見守と声かけ強化・レク参加	京都	p1	6	-	
	57	認知症・下肢筋力低下	低床ベッドと緩衝マットの導入・声かけ強化	京都	p1	7	-	
	58	認知症・昼夜逆転	日中離床時間増・付添いと身もまり強化・布団に変更	京都	p1	9	-	
	59	認知症・左半身麻痺	車椅子クッション等調整	京都	p1	10	-	
	60	認知症・拘縮	車椅子クッション等調整・車椅子上離床時間調整	京都	p1	11	-	
	61	認知症・歩行不可	車椅子上離床時間調整	岡山	p13	13	福祉施設	
	62	左半身麻痺・座位保持困難	車椅子クッション等調整	岡山	p14	14	福祉施設	
	63	認知症・座位保持困難・左上下肢感覚障害	座位保持訓練・車椅子クッション等調整・見守り強化	岡山	p15	15	福祉施設	
	64	認知症・歩行やや不安定	見守り強化・歩行訓練・付添い強化	岡山	p16	16	福祉施設	事例集
	65	認知症・腰と股関節の屈曲困難・座位保持困難	車椅子クッション等調整	岡山	p17	17	福祉施設	
	66	認知症・食事以外ほぼ全介助	見守り強化・身体機能維持訓練・生活リズムをるける	岡山	p18	18	医療施設	
	67	認知症・食事以外全介助・下肢筋力低下	下肢筋力強化・歩行訓練	岡山	p19	19	医療施設	
	68	認知症・両下肢骨折	声かけと見守り強化・日中離床時間増・レク参加・散歩・かゆみの除去	愛媛	p29	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	69	認知症・車椅子自走・左半身麻痺	日中離床時間増・見守り強化	愛媛	p31	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	70	認知症・右半身麻痺	見守り強化・レク参加	愛媛	p33	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	71	認知症・左半身麻痺・車椅子自走	ケアの見直し・様子観察・座位保持	愛媛	p39	-	福祉施設(介護老人保健施設)	事例集
	72	認知症・下肢筋力低下・歩行困難・車椅子自走	レク参加・見守り強化・全職員でケア共有	愛媛	p41	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	73	認知症・暴力行為	レク参加・散歩・トイレ誘導・量に変更・歩行訓練	愛媛	p43	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	74	認知症・座位保持困難・昼夜逆転	レク参加・車椅子クッション等調整・日中離床時間増	愛媛	p45	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	75	認知症・食事以外半介助・膀胱カテーテル・不随意運動	トイレ誘導・見守り強化	愛媛	p47	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	76	認知症・座位保持困難・左半身麻痺・昼夜逆転	日中離床時間増・レク参加・かゆみの除去・コミュニケーション増	愛媛	p53	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	77		低床ベッドに変更・見守り強化	愛媛	p55	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	78	認知症・下肢筋力低下・車椅子自走	車椅子クッション等調整・付き添いと声かけ強化・レク参加	愛媛	p57	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	79	認知症・両下肢筋力低下	車椅子クッション等調整	佐賀	p83	-	福祉施設(介護老人保健施設)	
	80	認知症・両下肢運動障害・暴力行為	車椅子調整・車椅子クッション調整	佐賀	p84	-	福祉施設(介護老人保健施設)	
81	認知症・座位不安定	車椅子調整	佐賀	p87	-	福祉施設(介護老人保健施設)		
82	認知症・車椅子自走・両下肢筋力低下	コミュニケーション増・レク参加・見守り強化	佐賀	p88	-	医療施設(介護療養型医療施設)		
83	認知症	付添い強化・レク参加	佐賀	p89	-	医療施設(介護療養型医療施設)		
84	認知症・全盲・立位不安定	車椅子クッション等調整	佐賀	p103	-	福祉施設(介護老人福祉施設)		
85	認知症・歩行不安定	様子観察・見守り強化	佐賀	p105	-	福祉施設(介護老人福祉施設)		
86	認知症・左半身麻痺・食事一部介助以外全介助	下肢筋力強化・車椅子クッション等調整	長崎	p22	5	福祉施設(介護老人福祉施設)		
87	認知症・歩行不安定・昼夜逆転	見守り強化・軽作業提供	長崎	p23	6	福祉施設(介護老人保健施設)		

高齢者の身体状況と拘束廃止の対応事例

1車いすベルト	88	認知症・手引き歩行可	コミュニケーション増・声かけ強化・トイレ誘導・車椅子上離床時間調整	長崎	p24	7	福祉施設(介護老人保健施設)	
	89	認知症・下肢筋力低下	精神安定剤中止・下肢筋力強化	長崎	p26	8	福祉施設(介護老人保健施設)	
	90	認知症・下肢に不随意運動・歩行不安定・食事と排泄一部介助	歩行訓練・下肢筋力強化・排泄自立	厚生労働省	p58	1	医療施設	
	91	認知症・移乗と移動全介助	日中離床時間増・低床ベッドに変更	岩手	p17	2	医療施設(介護療養型医療施設)	
	92	認知症・車椅子自走	畳に変更・日中離床時間増	岩手	p18	3	医療施設(介護療養型医療施設)	
	93	認知症・立位可・歩行困難	歩行訓練に・下肢強化・付き添い	福島	p27	1	福祉施設	
	94	認知症・車椅子全介助	ベッドから畳に変更・見守り強化	福島	p28	2	福祉施設	
	95	認知症・車椅子自走	精神薬減量・歩行訓練・ベッド周辺環境整備	福島	p29	3	福祉施設	
	96	認知症・排泄介助	立位保持訓練・日中離床時間増	福島	p30	4	福祉施設	
	97	認知症・食事一部介助・車椅子座位可	見守り強化・低床ベッドに変更・眠剤中止	福島	p42	16	医療施設	
98	認知症・全介助	車椅子クッション等調整	福島	p58	32	福祉施設		
99	認知症・左半身麻痺・上肢拘縮	かゆみの除去・畳へ変更・車椅子クッション等調整	福島	p59	33	福祉施設		
100	右半身麻痺・失語症	居室変更・見守り強化・生活行動パターン把握・トイレ誘導	福島	p60	34	福祉施設	事例集	
101	認知症・全介助	低床ベッドに変更・レク参加・日中離床時間増	福島	p61	35	福祉施設		
102	認知症・下肢筋力低下・立位不安定	行動パターン把握・見守り強化・低床ベッドに変更	東京	p25	-	-		
103	食事以外ほぼ全介助	低床ベッドに変更・床にマット等を敷く・見守り強化	東京	p33	4	福祉施設(介護老人福祉施設)		
104	認知症・歩行一部介助	排泄パターン把握・トイレ誘導・畳に変更	東京	p37	7	福祉施設(介護老人福祉施設)		
105	認知症・食事以外全介助	見守り強化・排泄パターン把握・床にマット等を敷く	東京	p38	8	医療施設(介護療養型医療施設)		
106	認知症・車椅子全介助	適切なアセスメント・トイレ誘導	東京	p22	2章2	福祉施設(介護老人福祉施設)		
107		適切なアセスメント・車椅子クッション等調整・見守り強化・リハ強化	東京	p23	2章3	福祉施設(介護老人保健施設)		
108	認知症・車椅子自走数メートル	レク参加・低床ベッド床にマット等を敷く・見守り強化	東京	p25	2章4	福祉施設(介護老人福祉施設)	事例集	
109	認知症・左半身軽度麻痺	ケアの見直し・見守り強化・全職員でケア共有	東京	p26	2章5	福祉施設(介護老人保健施設)		
110	認知症・左半身麻痺・車椅子全介助	レク参加・車椅子クッション等調整・かゆみの除去	東京	p37	2章11	福祉施設(介護老人福祉施設)		
111	相談事例	相談事例	東京	p43	3章1	福祉施設(介護老人福祉施設)		
2ベッド柵	112	歩行不安定・ほぼ全介助	ベッドセンサー使用・日中離床時間増	千葉	p5	-	福祉施設(介護老人保健施設)	
	113	認知症・車椅子全介助・歩行不可	ユニットケアにて夜勤者1名増・センサーマット使用	静岡	p27	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	114	認知症・下肢筋力低下・立位不安定	低床ベッドに変更・センサーマット使用・見守り強化・コミュニケーション増	静岡	p28	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	115	車椅子自走	畳に変更・様子観察	静岡	p30	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	116	認知症・歩行不安定	トレイ誘導・コミュニケーション強化・環境作り・散歩	静岡	p31	-	福祉施設(介護老人保健施設)	事例集
	117	両上肢運動障害・知覚障害	畳に変更・夜間様子観察	静岡	p33	-	福祉施設(ショートステイ)	
	118	認知症・下肢筋力低下	低床ベッドに変更・床にマット等を敷く・声かけ強化	京都	p1	7	-	
	119	認知症・歩行自立	レク参加・リハ参加・日中離床時間増	京都	p1	8	-	
	120	認知症・胃ろう・歩行不安定	歩行訓練	岡山	p2	2	福祉施設	
	121	認知症	夜勤者1名増・見守り強化・ベッドの下に畳を敷く	岡山	p3	3	福祉施設	
	122	下肢筋力低下・介助にて歩行数メートル可	畳に変更	岡山	p4	4	医療施設	
	123	認知症・全介助	家族コミュニケーション増・日中離床時間増	岡山	p26	26	医療施設	
	124	認知症・膀胱カテーテル	かゆみの除去・付添い強化・コミュニケーション増	岡山	p27	27	医療施設	
	125	認知症・全介助	ベッド付近にソファを置く・かゆみの除去	岡山	p28	28	医療施設	
	126	認知症・昼夜逆転・暴力行為・バルーンカテーテル	見守り強化・下肢筋力強化	愛媛	p21	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	127	認知症・右半身麻痺	排泄パターン把握・床にマット等を敷く・コミュニケーション増	愛媛	p23	-	福祉施設(介護老人保健施設)	
	128	認知症・バルーンカテーテル・歩行困難	日中離床時間増・トイレ誘導・低床ベッド・コミュニケーション増	愛媛	p25	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	129	認知症・下肢筋力低下	日中離床時間増・トイレ誘導・見守り強化	愛媛	p27	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	130	認知症・食事以外全介助	日中離床時間増・トイレ誘導・コミュニケーション増・声かけ強化	愛媛	p35	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	131	認知症・車椅子自走・昼夜逆転	床にマット等を敷く	愛媛	p37	-	福祉施設(介護老人保健施設)	
	132	認知症・座位保持困難・左半身麻痺・昼夜逆転	日中離床時間増・レク参加・かゆみ除去・コミュニケーション増	愛媛	p53	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	133		低床ベッドに変更・見守り強化	愛媛	p55	-	医療施設(介護療養型医療施設)	

高齢者の身体状況と拘束廃止の対応事例

2 ステップ 冊	134	認知症・下肢筋力低下・車椅子自走	車椅子クッション等調整・付き添いと声かけ強化・レク参加	愛媛	p57	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	135	ほぼ全介助・暴力行為	畳に変更・床にマット等を敷く	佐賀	p86	-	福祉施設(介護老人保健施設)	
	136	認知症・両下肢筋力低下と拘縮	日中離床時間増・コミュニケーション増・レク参加・散歩	佐賀	p96	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	137	認知症・食事以外全介助	眠剤中止・低床ベッドに変更・車椅子クッション等調整・レク参加・散歩	佐賀	p98	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	138	認知症・立位不可	低床ベッドに変更	佐賀	p101	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	139	認知症・全盲・立位可	トイレ誘導・コミュニケーション増	佐賀	p103	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	140	認知症・左半身麻痺・食事一部介助・その他全介助	散歩・ケアの見直し	長崎	p21	4	福祉施設(介護老人福祉施設)	
3 ミニ 型手袋	141	左半身麻痺・生活動作全介助・膀胱カテーテル	かゆみの除去	厚生労働省	p60	2	医療施設	事例集
	142	左半身麻痺・胃ろう・ほぼ全介助	かゆみの除去	岩手	p30	2	医療施設(介護療養型医療施設)	
	143	認知症・鼻腔栄養	経口摂取に変更	福島	p44	18	福祉施設	
	144	胃ろう・膀胱カテーテル	付き添い・コミュニケーション増	福島	p45	19	福祉施設	
	145	認知症・胃ろう・全介助	嚙下訓練・経口摂取に変更・散歩・レクに参加	福島	p46	20	福祉施設	
	146	認知症・経鼻管栄養	付き添い強化	福島	p47	21	医療施設	
	147	認知症・排泄介助	排泄パターン把握・生活リズムの改善	福島	p49	23	福祉施設	
	148	食事以外全介助	かゆみの除去	福島	p56	30	福祉施設	
	149	認知症・全介助	車椅子クッション等調整	福島	p58	32	福祉施設	
	150	左半身麻痺・鼻腔栄養	見守り強化・かゆみの除去・声かけ強化・音楽	東京	p29	-	-	
	151	認知症・経管栄養	経口摂取に変更	東京	p32	2章9	医療施設(介護療養型医療施設)	
	152	認知症・左半身麻痺	レク参加・車椅子クッション等調整	東京	p37	2章11	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	153	右半身麻痺・鼻腔栄養・座位不可	座位保持・見守りと声かけ強化	静岡	p54	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	154	認知症・パーキンソン病・経管栄養	コミュニケーション増・マッサージにて関節可動域の拡大・新聞や雑誌の提供	静岡	p56	-	福祉施設(特定施設入所者生活介護事業所)	
	155	認知症・点滴	ケアの見直し	静岡	p58	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	156	左側半盲・経管栄養	嚙下訓練・レク参加・トイレ誘導・経口摂取に変更	静岡	p70	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	157	認知症・経管栄養・左半身麻痺	経口摂取に変更	京都	p1	12	-	事例集
	158	認知症・全介助・鼻腔栄養	かゆみの除去・コミュニケーション増	京都	p1	13	-	
	159	認知症・右上下肢機能全廃・鼻腔栄養	声かけと強化・コミュニケーション増・付添い強化	岡山	p11	11	福祉施設	
	160	認知症・全介助・経管栄養	付添い強化	岡山	p12	12	医療施設	
161	認知症・全介助	ベッド付近にソファを置く・かゆみの除去	岡山	p28	28	医療施設		
162	右半身麻痺・全介助・経管栄養	かゆみの除去	愛媛	p17	1	福祉施設(介護老人福祉施設)		
163	認知症・座位保持困難・左半身麻痺・昼夜逆転	日中離床時間増・レク参加・かゆみ除去・コミュニケーション増	愛媛	p53	-	医療施設(介護療養型医療施設)	事例集	
164	認知症・右半身麻痺・経管栄養	経口摂取に変更	愛媛	p61	-	医療施設(介護療養型医療施設)		
165	認知症・両下肢拘縮・経管栄養	かゆみの除去	愛媛	p63	-	医療施設(介護療養型医療施設)		
166	認知症・全介助・経管栄養	経口摂取に変更・音楽・コミュニケーション増	佐賀	p92	-	医療施設(介護療養型医療施設)		
167	認知症・経管栄養・バルーンカテーテル	声かけ強化・ケアの見直し・コミュニケーション増	長崎	p19	2	医療施設(介護療養型医療施設)		
4 介護衣() なぎ服・ 保護着・ 改善着()	168	左半身麻痺・経管栄養・全介助	排泄パターンの把握・かゆみの除去・付き添い強化	厚生労働省	p66	6	医療施設	
	169	認知症・下肢筋力低下	下剤調整	岩手	p27	1	医療施設(介護療養型医療施設)	
	170	認知症・車椅子自走・その他一部介助	トイレ誘導	岩手	p28	2	医療施設(介護療養型医療施設)	
	171	認知症・右半身麻痺・経管栄養	生活リハビリ・経口摂取に変更	福島	p48	22	福祉施設	
	172	認知症・食事以外全介助	見守り強化・付き添い強化・排泄パターン把握	福島	p52	26	福祉施設	
	173	車椅子自走	レク参加・日中離床時間増	福島	p53	27	福祉施設	
	174	人口肛門・入浴一部介助	普通の衣服に変更	福島	p54	28	福祉施設	
	175	認知症・左半身麻痺・車椅子自走	様子観察・声かけ強化・トイレ誘導	福島	p55	29	福祉施設	事例集
	176	認知症・食事以外一部介助	軽作業提供	福島	p57	31	福祉施設	
	177	認知症・左半身麻痺・上肢拘縮	かゆみの除去・畳へ変更・車椅子クッション等調整	福島	p59	33	福祉施設	
	178	認知症・食事一部介助・その他全介助	排泄パターン把握・トイレ誘導・かゆみの除去	東京	p27	-	-	
	179	認知症・両膝変形性関節症・食事以外全介助	かゆみの除去・車椅子クッション等調節・レク参加	東京	p34	5	福祉施設(介護老人福祉施設)	

高齢者の身体状況と拘束廃止の対応事例

4 介護衣（つなぎ服・保護着・改善着）	180	左半身麻痺・歩行困難・ほぼ全介助	排泄パターン把握・トイレ誘導・かゆみの除去	東京	p35	6	福祉施設(介護老人保健施設)	
	181	認知症・右半身麻痺・車いす移乗以外自立	日中離床時間増・レク参加・排泄パターン把握・床にマット敷く	東京	p38	8	医療施設(介護療養型医療施設)	
	182	認知症・情緒不安定・暴力行為	見守りと声かけ強化・歩行訓練・排泄パターン把握	東京	p21	2章1	福祉施設(介護老人保健施設)	
	183	認知症・経管栄養	経口摂取・かゆみの除去	東京	p38	2章12	医療施設(介護療養型医療施設)	
	184	認知症・車椅子自走	かゆみの除去・排泄コントロール(薬変更にて)	東京	p39	2章13	福祉施設(特定施設入所者生活介護事業所)	
	185	相談事例	相談事例	東京	p47	3章5	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	186	相談事例	相談事例	東京	p48	3章6	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	187	相談事例	相談事例	東京	p49	3章7	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	188	認知症・歩行困難	日中離床時間増・レク参加・排泄パターン把握・トイレ誘導・かゆみの除去	静岡	p51	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	189	認知症・歩行不安定	かゆみの除去	静岡	p53	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	190	認知症・右上下肢機能全廃・左下肢機能低下		京都	p1	1	-	
	191	認知症・失語症	排泄パターンの把握・不快感の除去	京都	p1	2	-	
	192	認知症	様子観察	京都	p1	3	-	
	193	認知症	かゆみの除去・見守り強化	岡山	p20	20	福祉施設	
	194	認知症・ほぼ全介助	日中離床時間増・コミュニケーション増	岡山	p21	21	福祉施設	
	195	認知症・車椅子自走可	トイレ誘導・排泄パターン把握・見守り強化	岡山	p22	22	福祉施設	
	196	認知症	家族コミュニケーション増・レク参加・見守り強化	岡山	p23	23	福祉施設	
	197	右半身麻痺	かゆみの除去・排泄パターン把握	岡山	p24	24	医療施設	
	198	認知症・車椅子歩行可	レク参加・歩行訓練・日中離床時間増	岡山	p25	25	医療施設	事例集
	199	認知症・膀胱カテーテル	かゆみの除去・付添い強化・コミュニケーション増	岡山	p27	27	医療施設	
	200	認知症・全介助	ベッド付近にソファを置く・かゆみの除去	岡山	p28	28	医療施設	
	201	車椅子使用	排泄パターンの把握・日中離床時間増・歩行訓練	愛媛	p17	2	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	202	認知症・右半身麻痺	排泄パターン把握・床にマット等を敷く・コミュニケーション増	愛媛	p23	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	203	認知症・両下肢骨折	声かけと見守り強化・日中離床時間増・レク参加・散歩・かゆみの除去	愛媛	p29	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	204	認知症・車椅子自走・左半身麻痺	日中離床時間増・見守り強化	愛媛	p31	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	205	認知症・食事以外全介助	日中離床時間増・トイレ誘導・コミュニケーション増・声かけ強化	愛媛	p35	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	206	認知症・暴力行為	レク参加・散歩・トイレ誘導・量に変更・歩行訓練	愛媛	p43	-	福祉施設(介護老人保健施設)	
	207	認知症・食事以外半介助・膀胱カテーテル・不随意運動	トイレ誘導・見守り強化	愛媛	p47	-	福祉施設(介護老人保健施設)	
208		低床ベッド・見守り強化	愛媛	p55	-	医療施設(介護療養型医療施設)		
5 おむつテープ等	209	認知症・食事以外全介助	見守り強化・音楽・ケアの見直し	愛媛	p59	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	210	認知症・右半身麻痺・経管栄養	経口摂取に変更	愛媛	p61	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	211	認知症・暴力行為	コミュニケーション増・散歩	佐賀	p100	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	212	認知症・右半身麻痺	トイレ誘導	長崎	p18	1	医療施設(介護療養型医療施設)	
	213	認知症	排泄パターン把握・トイレ誘導	愛媛	p49	-	福祉施設(介護老人保健施設)	事例集
6 抑制帯 上肢抑制	214	中心静脈栄養・鼻腔栄養	コミュニケーション増・様子観察	岩手	p24	3	医療施設(介護療養型医療施設)	
	215	認知症・点滴	ケアの見直し	岩手	p25	4	医療施設(介護療養型医療施設)	
	216	鼻腔栄養・全介助	経口摂取に変更・筋力強化訓練・コミュニケーション増	岩手	p26	5	医療施設(介護療養型医療施設)	
	217	認知症・経管栄養	経口摂取に変更・車椅子クッション等調節	東京	p38	9	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	218	認知症・経管栄養	経口摂取・かゆみの除去	東京	p38	2章12	医療施設(介護療養型医療施設)	
	219	左側半盲・経管栄養	嚥下訓練・レク参加・トイレ誘導・経口摂取に変更	静岡	p70	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	220	経管栄養	見守り強化・経口摂取に変更	岡山	p5	5	福祉施設	
	221	経管栄養	散歩・レク参加・栄養注入中の環境整備・見守り強化	岡山	p6	6	福祉施設	
	222	認知症・鼻腔栄養	栄養注入中の環境整備・経口摂取訓練・口腔ケア・コミュニケーション増	岡山	p7	7	医療施設	
	223	認知症・経管栄養	ケアの見直し	岡山	p8	8	医療施設	
	224	認知症・点滴	見守り強化・様子観察	岡山	p9	9	医療施設	事例集
	225	認知症・鼻腔栄養	見守り強化・嚥下訓練・経口摂取に変更	岡山	p10	10	医療施設	事例集

高齢者の身体状況と拘束廃止の対応事例

四 7 肢抑制帯	231	認知症・点滴・右手拘縮	食事自力摂取・肘間接可動域訓練・日中離床時間増	長崎	p20	3	福祉施設(介護老人保健施設)	
	232	認知症・下肢筋力低下・歩行困難	見守りと付き添い強化・手作業を提供・外出増	岡山	p1	1	医療施設	事例集
	233	認知症・昼夜逆転・暴力行為・膀胱カテーテル	見守り強化・下肢筋力訓練	愛媛	p21	-	福祉施設(介護老人福祉施設)	
胴 8 体抑制帯	234	認知症・立位不可	トイレ誘導・車椅子使用時間調整・車椅子クッション等調整	東京	p31	2	福祉施設(介護老人福祉施設)	
	235	認知症・情緒不安定・暴力行為	見守りと声かけ強化・歩行訓練・排泄パターン把握	東京	p21	2章1	福祉施設(介護老人保健施設)	事例集
	236	左側半盲・経管栄養	嚥下訓練・レク参加・トイレ誘導・経口摂取に変更	静岡	p70	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
頭 9 部抑制帯	237	認知症・右半身麻痺・経管栄養	経口摂取に変更	愛媛	p61	-	医療施設(介護療養型医療施設)	事例集
1 0 施錠・監視	238	認知症・短期記憶に問題・その他ほぼ自立	コミュニケーションの増・安定剤中止・全職員でケア共有・トイレ誘導	厚生労働省	p72	9	医療施設	
	239	認知症・暴力行為	ケアの見直し・全職員でケア共有・一人で過ごす時間を作る	福島	p65	39	福祉施設	
	240	相談事例	相談事例	東京	p46	3章4	福祉施設(介護老人保健施設)	
	241	認知症・歩行自立	レク参加・見守り強化	京都	p1	事例16	-	
	242	認知症・歩行自立	自由に外に出られるようにした	岡山	p29	29	福祉施設	
	243	認知症・見守りにて全て自立	行動パターン把握・見守り強化	岡山	p30	30	医療施設	事例集
1 1 行動抑制・監視	244	認知症・入浴半介助・その他ほぼ自立	コミュニケーション増・ケアの見直し	静岡	p64	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	245	認知症・歩行自立	声かけ強化・コミュニケーション増	静岡	p66	-	福祉施設(グループホーム)	
	246	認知症・歩行自立	レク参加・グループワークにて他の利用者とのコミュニケーション増	京都	p1	14	-	事例集
	247	認知症・昼夜徘徊	軽作業提供	京都	p1	15	-	
	248	認知症・左半身麻痺・経管栄養	見守りと声かけ強化	佐賀	p102	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	249	認知症・歩行不安定	ケアの見直し・付き添い強化	長崎	p27	9	福祉施設(介護老人保健施設)	事例集
1 2 向精神薬の使用	250	認知症・食事以外はほぼ全介助	コミュニケーションの見直し・安定剤の中止	厚生労働省	p68	7	医療施設	
	251	認知症・立位可・歩行困難	排泄パターンの把握・トイレ誘導・ケアの見直し	厚生労働省	p70	8	医療施設	
	252	認知症	向精神薬の中止・コミュニケーションとケアの見直し	静岡	p60	-	福祉施設(グループホーム)	
	253	認知症	向精神薬の中止・音楽療法や回想療法の参加	静岡	p61	-	医療施設(介護療養型医療施設)	
	254	認知症・食事以外はほぼ全介助	コミュニケーション増・レク参加・散歩	静岡	p63	-	福祉施設(特定施設入所者生活介護事業所)	事例集
	255	認知症・手引き歩行可	コミュニケーション増・声かけ強化・トイレ誘導・車椅子上離床時間調整	長崎	p24	7	福祉施設(介護老人保健施設)	
	256	認知症・下肢筋力低下	精神安定剤中止・下肢筋力強化	長崎	p26	8	福祉施設(介護老人保健施設)	事例集

目 次

1 . 車いすベルト・安全ベルト・車いすテーブル等	...1
京都府 p1 事例 4 「車いすベルト 」	...2
岡山県 p16 事例 16 「車いすでの抑制 (その 4)」	...4
愛媛県 p39 「左マヒがあり、車椅子座位がとれず、ズリ落ちやすいが自力駆動するケース」	...5
2 . ベッド柵	...7
福島県 p60 事例 34 「ベッドからの転落・転倒防止のベッド柵について」	...8
東京都 p25 2 章 4 「アセスメントを通じて利用者と職員との距離が縮まったケース」	...9
静岡県 p31 「【ベッド柵】傾聴によるアイコンタクト」	...10
3 . ミトン型手袋	...11
厚生労働省 p60 事例 2 「カテーテル抜去防止のミトン型手袋について」	...12
京都府 p1 事例 12 「チューブ抜去予防」	...14
愛媛県 p53 「介護保険対応病棟に転入後、拘束廃止に向けての関わり」	...16
4 . 介護衣 (つなぎ服・保護着・改善着)	...19
福島県 p55 事例 29 「物の詰め込み防止のつなぎ服について」	...20
岡山県 p25 事例 25 「介護衣 (つなぎ服) (その 6)」	...21
5 . おむつテープ・カバー等で固定	...23
愛媛県 p49 「オムツいじりの原因を明らかにして精神的拘束廃止	...24
6 . 抑制帯 (上肢抑制)	...25
岡山県 p9 事例 9 「チューブ抜去防止のための上肢の抑制 (その 5)」	...26
岡山県 p10 事例 10 「チューブ抜去防止のための上肢の抑制 (その 6)」	...27
7 . 抑制帯 (四肢抑制)	...29
岡山県 p1 事例 1 「危険行為防止のための四肢の抑制」	...30
8 . 抑制帯 (胴体抑制)	...31
東京都 p21 2 章 1 「拘束を解除して褥瘡が完治したケース」	...32
9 . 抑制帯 (頭部抑制)	...33
愛媛県 p61 「経管栄養に対する拒否的行動のケース (経管栄養から経口で)」	...34
1 0 . 施錠・隔離	...37
岡山県 p30 事例 30 「居室の施錠」	...38
1 1 . 行動抑制・監視 (言葉での拘束含む)	...39
京都府 p1 事例 14 「徘徊の予防」	...40
長崎県 p27 事例 9 「言葉による行動抑制について」	...42
1 2 . 向精神薬の使用	...43
静岡県 p63 「【向精神薬の投与】信頼する人の面会による精神安定」	...44
長崎県 p26 事例 8 「車いす抑制 (薬剤の使用) について 」	...45

1 . 車いすベルト・安全ベルト・車いすテーブル等

事例 4 : 車椅子ベルト

対象者の状況

- ➡ 92歳、女性 要介護度4、寝たきり度C2、認知症高齢者の日常生活自立度
- ➡ 施設に入所する前から、歩行器での歩行も可能であったが、歩行が不安定な状態であり、車椅子を使用していた。
- ➡ 歩行が不安定なことに加え、暴力行為も見られた。

身体拘束の状況

歩行不安定であるが歩行行為があり、すぐに車椅子から立ち上がり転倒の危険が大きいとして車椅子ベルトを使用していた。

家族もこのような状況を理解されており、車椅子ベルトの使用となっていた。

対応方法の検討

立ち上がって歩こうとしたり暴力行為が現れたりするのには、何らかの原因があるのではないかと考え、行動が不穏な時の介護の記録や夜間の状況の記録などを確認していった。

その結果、暴力行為があったり、立ち上がって歩こうとするのは、不眠時の翌日によく起こっていることが見てとれた。

対 応

重度の認知症の症状があるが、希望される時には職員がマンツーマンで介助歩行を行った。このような介助歩行を3ヶ月程度続けると、徐々に歩行が安定した。

暴力行為がある場合も、他の利用者の方に危険がない場所で過ごしていただくようにした。施設内の喫茶スペースや寮母室などで、お茶を飲みながら職員とゆっくり話ができるような環境を作ることによって、精神的にも落ち着きが見られるようになった。

夜間に睡眠時間が十分に取れるように、日中、アクティビティプランを取り入れて実践している。

経 過

生活のリズムが安定し、車椅子への拘束も不要となり、車椅子ベルトを外すことができた。

しかしながら、時として興奮状態となり暴力行為が生じることもあるので、さらにこの原因を考え、精神的な落ち着きを求めていくことが必要であると考えている。

【着眼点（ポイント）】

問題行動が生じるには何らかの原因があると考え、アセスメントにより、本人の状況をよく観察し、暴力行為や歩行行為の原因究明ができています。

一般的には、生活のリズムを整えるため薬剤を使用することもあるが、不必要な薬剤に頼らず、日中にアクティビティプランを取り入れ、本人の満足感を満たしつつ、生活リズムを整えることができた事例。

事例 16 車いすでの抑制（その４）

【介護老人保健施設における取組みの事例】

事例の区分（改善がみられた事例）・改善困難であった事例）

（以下は提供のあった事例について、その内容をおおむね原文のまま記載したものです。）

（１）対象者の概況（年齢、性別、診断症状、既往歴、痴呆老人自立度、ADLの状況、拘束の状況、拘束の開始時期など）

88歳、男性。老人性痴呆で、後縦靭帯骨化症があり、既往症歴として胃ガンあり。
痴呆性老人自立度： b。ADLの状況：生活全般において何らかの介助が必要。
入所時より、車いす抑制帯にて拘束を行っていた。

（２）拘束にいたった経緯

車いすにて入所するも、手をつなぐなどすれば自力でも歩行可能であった。しかし、足元が非常に不安定で、急に立ち上がり歩き始めることがあり、転倒することが多くみられた。（職員が見守りでできていないときに事故が発生したことがある。）

（３）取組みの経過

車いすにつけていた抑制帯をはずし重点的に見守り行う。それと同時に足の訓練も兼ねて普通の車いすへの乗り換えを開始。その後、徐々に歩行訓練も兼ねてトイレへ行く時の介助歩行を行いつつ、その距離をのばしていく。現在では歩行がかなりしっかりしてきており、介助にて機械浴から一般浴への移行が実現している。

（４）取組上の問題点と解決策

対象者のその日の状態に応じた対応を要する。（気分のムラがあり、良いときと悪いときの差が激しい。）対応するのが困難な場合があった。
決して無理強いすることなく本人のペースに合わせていった。

（５）改善できた点

歩行状態が改善され、定期的に外泊している時、自宅での生活がしやすくなった。「介助するのが楽になった」と家族から言われるようになった。
施設での生活でも、表情も次第に豊かになりつつあり、発語も増えた。

（６）利用者・家族への説明

面会時、家族に対し、直接、状況の報告を行うとともに、交換ノートをつくり、施設での日々の状況を報告した。

（７）今後の課題

現状を維持する。

項 目 名	左マヒがあるが、車椅子で徘徊するため、安全ベルトで縛る
表 題	左マヒがあり、車椅子座位がとれず、ズリ落ちやすいが自力駆動するケース
施 設 名	老人保健施設『たかのご館』（介護老人保健施設）

1 利用者の状況

【病名（既往症）及び病状】

H9/8/1頃より、痴呆症状みられ、徘徊して家に帰れなくなる事があった。

H9/12/17に脳梗塞にて、左半身マヒ（左空間失認による左半身の無視）にて車椅子使用となる。

2 施設内の生活における現状や課題

【身体的な状況】

●左半身マヒで歩行は不能であり、トランスファーは一部介助である。

【痴呆の状況】

●記名力低下、見当識障害、昼夜逆転あり HDS-R 4/30点

3 拘束に至った経過や原因と考えられるもの

昼夜逆転によるベッドからの転落の危険性があり、夜間の良眠を促すための離床を行う。日中車椅子で過ごす機会が増えるが、左片マヒ自力駆動による車椅子からのズリ落ち、転倒、左足の無視による車椅子のまき込みが頻発するため、車椅子座位安全ベルト、スベリ止めマットを使用した。

4 ケアカンファレンスでの意見や協議内容

●本人にとって安全ベルトは必要か。精神的苦痛はないか。・座位の姿勢について・健足側のマットレスは必要か。（時々フットレストによるけががある。）・マヒ足の固定について（マヒ足が、フットレスから落ちることがある）・家族の希望（縛って移動させてほしい）・リハビリスタッフによる立位訓練などを検討する。

5 拘束廃止に取り組んだ過程や取り組み状況

安全ベルトを使用することにより「虫がくいついている」と言われる事があり、自力駆動している車椅子の安全ベルトをはずしてソファへの移乗を促すと「わしの楽しみをうばうつもりか」と言葉を発せられるため、その精神的苦痛をどのように考慮することが課題となった。安全ベルトをはずし、車椅子を自力駆動する時座位姿勢がどのくらい保っているかを観察して座位姿勢が、くずれる時に姿勢を正すことにした。

また、右足と右手で駆動するため、フットレスによる創傷がみられ、右フットレストは除去した。左足はフットレスから落ちないように固定した。また、家族との話し合いを持ち、理解を得た。

6 改善の成果

車椅子での自力駆動することによって、本人の自力で移動する楽しみを継続でき、精神的苦痛が緩和された。座位姿勢の確保と障害物の除去により、安全な車椅子駆動が行え、安全ベルトなしでも車椅子からのズリ落ちがなくなった。

7 担当職員の感想、意見

安全ベルトがすべて安全ではなく、一人一人の職員が利用者の存在を認めたことで必要なベルトが取れた事が介護の質を上げた。

2 . ベッド柵

ベッドからの転落・転倒防止のベッド柵について

桜美苑（介護老人保健施設）

利用者の状況

年齢：80代	性別：男性	要介護度：5
病名：脳梗塞後遺症（右不全麻痺、失語症）		既往症：脳梗塞、3年後再発
ADL：食事 自力摂取可(食べこぼしあり)		
排泄 日中リハビリパンツ、トイレ誘導、夜間おむつ使用		
入浴 個別浴		移動 車いす自走可 移乗、起居 一部介助
医療処置状況：内服薬（降圧剤）		

拘束に至った経過

入所時はつかまり立ち可能であるが不安定であり失語症と理解能力低下があり、ベッドよりの転落、転倒の危険性が高いため床にマットで対応していた。カ・テンやタンスなどにつかまり自ら立つような動作が頻回にあり、何度か転倒された。転倒し骨折の危険性も高いため、マットよりベッド対応とし、ベッド柵を使用し様子観察した。その後もベッド柵はずして起きようとして転倒する事故があり、家族の同意を得てベッド柵をひもで固定する対応をとった。

廃止に至るまでの取組みと効果

ベッド柵をひもで固定する対応をしたが、夜間の体動が激しく柵につかまりベッド上に起座位になっていることが多く、危険性はあまり変わらなかった。対応策として次の4点を実施した。

日中、夜間行動パターンを把握するために行動記録を詳細にとる。

居室をステーションの近くに変え見守りをする。

一人で移動することのないよう職員が同行し見守り移乗介助する。

ベッド柵に鈴を取りつけはせず行動を早期に発見し対応する。

実施の結果、臥床時に柵をはずし起き上がる行動は排泄と密接な関係があり、夜間もおむつからトイレ誘導への対応で昼夜逆転も減少し夜間も良眠するようになった。

の効果により転倒も減少した。

その後の経過

家族の方の面会も多くなり、失語症はあったが好きなカラオケでは歌を歌うまでに回復した。この事例を通して、失語症や意思疎通が困難な場合でも行動パターンを把握することで危険因子を減少させることができることを実感した。

ワンポイントアドバイス

身体拘束によって必ずしも転倒・転落を防止することはできません。転倒の評価を行う場合立ち上がりの理由 転倒しやすい理由の二点から考えます。突然の立ち上がりや予想外の行動の原因に排尿・排便等の不快刺激があります。今回のケースの場合、行動パターンから排泄との関係がわかり拘束廃止につながりました。ベッドからの転倒・転落は極めて危険ですが、マットの使用で対処しました。マット使用に変更した時点で排泄とアクティビティの取組みがあると早めの拘束廃止になったと思います。

【事例 4】

アセスメントを通じて利用者と職員との距離が縮まったケース

～ 介護老人福祉施設から ～

【利用者の状況】 76歳女性 要介護度4 入所：H 14.8 拘束開始：H 14.11
 痴呆の程度：HDS-R5～8点程度 診断名：脳梗塞後遺症、骨粗鬆症
 【ADL等の状況】 移動：車椅子自乗教メートル可 排便：終日オムツ使用（尿・便意なし）
 食事：自力摂取可（粥、きざみ食） コミュニケーション：意思疎通は時折可能だが、声かけには
 無言のことが多い 行動の特徴：入所前から臥床を好む傾向あり
 【拘束の種類】 ベッド柵

拘束を開始した経過・理由

10月中旬に2度ベッドから転落。その時は痛み・外傷はなかった。11月、日中、ベッド柵を外して転落。前頭部2箇所より出血し、右前胸痛もあったため、医務にて処置し、理由を聞いたところ、「泥棒が入ってきたので、捕まえようとした」とのこと。

施設としての、拘束廃止に向けた意識・取組が不十分で、拘束もやむを得ないという考えに流れてしまった所があり、家族に連絡して今後の相談をした結果、4本柵を使用することとなった。

拘束廃止に向けた取組経過

転落の多い時間と理由を解明

拘束廃止に向け、転落事故の多い時間帯とその理由の分析を行った結果、転落がいずれも日中の特定の時間帯だったことから、この時間をレクリエーション、リハビリ等に充てた。これにより、利用者と職員とのコミュニケーションが増え、利用者を理解することにつながった。

骨折しない環境の整備

転落しても骨折等をしない環境を整備するため、衝撃緩和マットを施設で購入し、臥床時はベッドの両側の床に常時マットを敷いた。このほか、低床ベッドの導入や、床に直接マットレスを敷く等の案も検討した。見守りの強化も行い、日中・夜間とも観察・巡回を増やした。

このケース以外にも職員が安易に拘束を行っているケースが多かったため、施設全体で職員の意識改革に取り組み、各フロア・部署に委員をおき、平成14年12月に拘束廃止委員会を立ち上げた。

取組の成果・今後の課題

取組の当初は職員間に不安があったが、様々な工夫を行うことにより、徐々に不安は軽減された。また、職員と利用者との距離が縮まり、コミュニケーションの機会が増え、利用者の表情が伝わってきた。

拘束の件数はかなり減少したが、職員の意識にはまだ差がある。拘束廃止だけでなくケア全体の向上に取り組み、介護のあり方や個々の利用者を見つめることの大切さに各職員が気づくことが今後の課題である。

ワンポイント・アドバイス

拘束が必要と思ってしまうケースでは、事故を防止するためと考えるのが大半だと思いますが、動き出してしまう原因がわかってくると、それに対応できることで拘束をしなくて済みます。

今回のケースを通して、今後ケアの向上に取り組んでいくことで、おのずと拘束も廃止していけると思います。成功ケースが増えて職員の意識も向上し、個別ケアの大切さに気づいていくのではないのでしょうか。頑張ってください。

【ベッド柵】傾聴によるアイコンタクト

(施設種別：老健)

利用者の状況

利用者	84歳 男性
診断名	アルツハイマー型痴呆
既往症	頭部打撲
ADL状況	理解乏しく生活面全てにおいて介助が必要、簡単な会話はできる 中程度の痴呆
医療処置	向精神薬と睡眠導入剤服用(入眠前のみ)

入所時の状態と拘束に至った経過

他施設のショートステイ利用後、当施設の初利用で長期入所となる。

入所当初は、ふらつきながら徘徊もあり、一時も目の離せない状況だった。何度か転倒することもあったが、大きなけがには至っていない。不穏になることもあったため、精神安定剤を日中服用していたが不穏が増すため、日中は服用せず、夜間入眠前だけとした。椅子、テーブルを動かしたり、他者がそれに触れると喧嘩や口論になることもあり、できるだけマンツーマンでケアをしたり、職員の目の届く所で一緒に行動していただき、天気の良い日は散歩に出掛けたり、時間をみてトイレ誘導したり、家人に面会に来ていただくなどした。また、臥床時、足をベッド柵に挟むことや柵の乗越し等があり、けがのリスクも高かった。ベッド柵をカバー付に変更したり、毛布でカバーを作る等の工夫やベッド下にマットを敷くこと等も行った。縛る等の拘束はないが、柵の3本囲い込みはあった。

ケアの工夫と効果

ベッド上での体動が激しく、ベッド柵に手や足を入れたりしてすり傷を作ったり、柵の乗り越しや他者に対する暴言暴力や、ふらついて転倒を繰り返すため、以下の目標を設定し援助した。

ベッド柵をカバー付や包布付ベッド柵に変更

柵をカバー付にしたことで、けがやすり傷はなくなったが、シーツをはずしたり包布をはずす等の行為が見られるようになった。そのため、完全に眠ってしまうまでは自由にはずしていただき、その後にシーツを整理したり包布を入れる等を行った。

体動時はトイレ介助や夜間にパットを交換

体動のある時は、何のサインかを読み取りトイレ誘導やオムツパット交換を行った。また、淋しさを訴える時は、手を握ったり背中をさすったり、目と目を合わせ「傍にいるからね、大丈夫ですよ」と安心感を与える等を行った。

できるだけマンツーマンにて対応

ふらつきながらも自力歩行をされるため、傍について見守ったり、必要に応じて手引きや、長い距離は車いすの使用も行った。日中は低いソファと一緒に腰をかけて、昔の戦争話や家族、兄弟の話や聴いたり、時にはお茶を飲んでいただいたり、菓子やふかし芋を食べていただき、リラックスできる環境を作った。

散歩や家人面会にて気分転換

天気の良い日や人手がある時は、できるだけ外に散歩に出掛け、コミュニケーションを図りながら気分転換を行った。花が好きで、野花など一緒に摘んだり花の名前を一緒に考えたり、生活の中では見られない一面も覗かせた。また、週に一回のペースで家人も面会に来ていただいたため、お互いの情報交換(施設での様子やこの方の生活歴)を行った。

3 . ミトン型手袋

カテーテル抜去防止の ミトン型手袋について

患者	80歳 男性
診断名	脳梗塞、慢性腎不全、高血圧、慢性皮膚炎、不整脈、神経因性膀胱
既往歴	1991年に脳梗塞、1992年に左腎を腫瘍のため全摘出
ADL状況	脳梗塞後遺症による左不全麻痺。起居、移動、更衣、整容、食事、入浴などすべて全介助。寝たきり度C2。要介護度5。座っているときは体幹の保持ができないため背もたれが必要である。排せつはおむつを使用。膀胱ろうを設置し留置カテーテルを挿入している。単純な会話によるコミュニケーションはできるが、記憶力、理解力に問題があり、視覚や聴覚機能の障害もあるため認知機能の低下が見られる
医療処置	内服薬の服用、慢性皮膚炎のため軟膏を塗布している。3週間ごとに膀胱ろうのカテーテルを交換している

■ 入院時・転棟時の状態と拘束に至った経過

1997年、当病院に3度目の入院。慢性腎不全により透析の対象ではあるが、体動が激しいため透析時の安定が保てず、内服薬のみで対応している。慢性皮膚炎による全身掻痒感があり、特に臀部には絶えず掻き傷ができて処置をしている。

1999年、神経因性膀胱による排尿困難及び留置カテーテル挿入困難となり、膀胱ろうが設置された。尿路感染と思われる発熱が時折あり、ベッド上での生活が多い。

また、おむつカバーの中に手を入れ、膀胱ろう部の留置カテーテルを頻繁にひっぱる動作も見られた。そのため、膀胱ろう部の安全確保のために健側にミトンを着用することとした。

■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

院内では、身体拘束廃止の取り組みの最中であり、胃カテーテル挿入患者のミトン除去、車いす乗車時の安全帯除去など、身体拘束「ゼロ」へ向けて試行錯誤を繰り返しながらも順調に成果をあげているところであった。しかし、この事例に関してはカテーテル抜去が生命の危険性を伴うことであり、当初ミトンはず

すことは難しいと考えた。だが、アセスメントし、検討した結果、全身に掻痒感があり、特に掻痒の強い臀部周囲をかきむしるうちに、膀胱ろうを設置したところへ手がいき、触れたカテーテルを抜去する可能性が高いのではないかと判断した。

① かゆみの問題を解決

毎日の入浴で皮膚の清潔を保ち、入浴後に軟膏を塗り、抗ヒスタミン剤を内服した。むれることがかゆみをより強くすると考えられるため、ラバーシートとおむつカバーを取りはずした。おむつカバーの代わりにさらしを使用し、排便のときのみおむつカバーを用いた。

② 膀胱ろうの留置カテーテルは、直接手に触れないように固定位置を大腿部の内側とした。股引きの着用により股引きのすそからカテーテルに連結したチューブを出すことができた。

③ 着用していたミトンは、まず、看護婦が病室にいる間だけははずすことから始め、次に日中だけ除去と段階的に進めて、トラブルがない日が続いたため、夜間の除去になった。除去後、特にトラブルはない。

■ その後の経過

慢性皮膚炎は徐々に改善されて、皮膚損傷も以前に比べ少なくなっている。かゆみの問題は、慢性腎不全とその治療のための内服薬による副作用との関連もあり、今後も継続して対策を考えなければならない。

カテーテル抜去による危険性の問題を含め、患者の状況とミトン着用の必要性を家族に説明したときの「いって聞かせてもわからないですものね」の言葉から、納得せざるを得ない状況にあったとうかがえる。拘束除去のために、おむつカバーからさらし使用への変更を説明をしたときは、家族は積極的に準備をしていた。妻にとってかけがえのない夫であり、今、元気でいてくれることを望んでいると感じられた。

身体拘束廃止の機運が高まり、介護保険施設では、さまざまな工夫や努力がなされている現在、今まで「安全確保」の意味で行われていた拘束を除去するという事は、ある意味では勇気のいることである。拘束しないで患者に事故が起きたらどうしようという不安がある。しかし、拘束には身体的、精神的機能の低下を含め「人権侵害」という大きな問題を伴うことも承知している。

拘束の必要性に出くわしたとき、まず考えなければならないことは「危険があるから拘束」という考えの前に、「なぜこうなるのか」と原因をアセスメントし、「どうしたら危険を回避することができるか」を検討することである。

拘束のないケアによって患者が生き生きとして見え、ケア提供者も暗い気分にならず明るい気持ちで患者に接することができると思う。

事例 12 : チューブ抜去予防

対象者の状況

- ⇒ 69歳、男性 要介護度4、寝たきり度C1、認知症高齢者の日常生活自立度
- ⇒ 左半身麻痺、両眼視力障害、構意障害、嚥下障害にて平成12年10月から入院

身体拘束の状況

入所当初から、上半身に慢性的な湿疹ができており、常時掻痒感があるため、かき傷も多く、なかなか治りにくい状態であった。

また、経管チューブを挿入されており、不快感があるのかチューブを自己抜去してしまう。

上記のことから、かき傷防止と経管チューブ自己抜去による事故防止のため、右手に手袋を使用していた。

対応方法の検討

入院後にアセスメントを行った結果、以下のことが確認された。

- ・ 本人の意識が清明である
- ・ 簡単な意思表示がある
- ・ 流延がなく、むせない
- ・ 口唇は閉じられる

舌の動きにも機能回復が望め、上を向いて重力を利用しなくても、喉まで食物が落としこめると判断した。

対 応

摂食機能訓練を取り入れ、五分粥のペースト食から始め、経過を見ながら看護師や栄養士等で検討を加えながら、食種の変更をおり交せて忍耐強く続けていった。その結果、約4ヶ月後には全粥、きざみ食が食べられるようになり、経管チューブは完全に抜去することができた。

摂食機能訓練を行うに当たっては、スタッフ一同で勉強会を行い、忍耐強く訓練を行うことでできる動作も多くなり、摂食機能の改善につながり、それが身体拘束の廃止にもつながることを確認しながら実施していった。

経 過

経口食へ移行できたことにより、経管チューブを自己抜去することによる誤嚥への危険が回避でき、身体拘束の廃止につながった。

本人にとって、食べる事への楽しみもわき、レクリエーション活動や他の分野におけるADLや意欲の向上にも大いに影響している。発語も受け応えもしっかりし、表情が生き生きとしてきた。

御家族も、身体拘束については「生命の危険を伴うから仕方ない」と諦めておられたが、なんとか食事摂取ができればとも望まれていた。本人が少しずつ食事を摂れるようになる様子を見て、面会に来られる楽しみも増えたようである。

【着眼点（ポイント）】

アセスメントがしっかり行えており、スタッフ間で共通の問題意識が持てている。このように、スタッフが共通の認識を持つことが拘束をなくしていく大きな力となる。

身体拘束を行っていた根本的な原因を考え、「経管チューブを抜かないこと」から、「経管チューブそのものを使用しないこと」へ、発想の転換を図ることができた。

また、身体拘束は仕方ないと諦めておられた御家族にとっても、拘束廃止が大きな喜びとなっている事例である。

項 目 名	ベッド柵、Y字帯、ミトン使用中
表 題	介護保険対応病棟に転入後、拘束廃止に向けての関わり
施 設 名	松山リハビリテーション病院（介護療養型医療施設）

1 利用者の状況

88歳 男性 要介護度5 痴呆性老人の日常生活自立度M

【病名（既往症）及び病状】

主病名 右被殻出血、左片麻痺（H12.2） 既往症 62歳頃 尿路結石
71歳頃 クモ膜下出血クリッピングOP

2 施設内の生活における現状や課題

【身体的な状況】

- 入院時、左片麻痺、麻痺レベル 左上下肢 0/ 右上下肢 3-4/、左上肢手指関節拘縮あり、左下肢関節拘縮あり寝たきり状態。摂食・嚥下障害あり、胃瘻造設。ADL全介助
- トランスファー全介助 坐位保持不安定
- 摂食機能障害のため、胃瘻栄養中（併用ゼリー 1個/日摂取）
- 喀痰吸引 5~6回/日行っているが、呼吸器合併症の危険性がある。
- 発語に乏しいが、調子の良い時は、単語レベルの発声程度である。

【痴呆の状況】

- HDS-R 測定不可
- 昼夜逆転がみられる。
- 意志の疎通が困難で常に介護を必要とする状態。

3 拘束に至った経過や原因と考えられるもの

H14.1 介護保険病棟へ入院。以前より、全身掻痒強く、皮膚の掻破傷を頻回に起こしていたため、清拭、軟膏塗布を行う。また、掻破予防のため、健側にミトンを使用するほか、体動も激しく転落などの事故防止と安全確保のため、4本柵を使用。車椅子移動中もバランスを崩すことがあり、やむを得ずY字帯を使用していた。

4 ケアカンファレンスでの意見や協議内容

- 車椅子坐位時において、Y字帯・ミトン除去への試み
- 2回/日、約1時間程度、車椅子坐位。その間、職員が見守り、テーブル使用にて書字を行う。（事務職に就いていたため、書字は好んで行っていた。）
- 掻痒感軽減に向けてのケアと評価。
- 日常生活にメリハリをつけ、昼夜逆転の軽減（活動と休息のバランス）への試み
- 家族への現状説明、（家族は拘束ミトン使用を希望されているが、全廃に向けて努力する。）

5 拘束廃止に取り組んだ過程や取り組み状況

H14.1 介護保険病棟へ入院する。拘束廃止についてのカンファレンスを行い、ベッド柵・Y字帯除去、車椅子坐位でのミトン除去、掻痒の軽減について取り組んだ。

ベッド柵は、麻痺側（左）の2本を1本とし、訪室回数を多くして、その都度姿勢を整えてるようにした。又、健側（右）のベッド柵の隙間に下肢が入り込むことがあり、ベッド柵にカバーを取りつけ、クッションを敷くことで転落や損傷も見られなくなった。

Y字帯については、車椅子坐面に三角クッションに滑り止めを付け、カットテーブルを使用することにより、取り除くことにした。患者の興味のある慣れ親しんでいる書字を行うことによって、その間はミトンを外せるようになった。

昼夜逆転については、日中の活動量増加目的のため、9時30分~11時、16時~17時の2回/日、車椅子坐位として、坐位の時間延長を図った。朝は書字、夕方はレクレーシ

ンに参加し、職員や他患者との交流を図り刺激を与えるようにした。結果、夜間の喀痰量も減少し、適度な疲労感もあるためか、よく眠れるようになった。

掻痒感の軽減については、以前より種々の軟膏塗布等を行っていたが、掻痒感がとれず、2回/日乾燥防止のため、オリーブ油希釈したお湯での清拭を行ってみた。しかし、あまり効果がみられず、鎮痒ローションを2回/日塗布した。掻痒感は、やや軽減されていたが、塗布部の紅斑、角化みられたため、中止。白色ワセリン3回/日塗布等、ステロイド内服開始にて現在、軽減の傾向にあり、経過観察中である。

6 改善の成果

ベッド柵については、4本からロング1本、ショート1本となったが、掻痒感の軽減により体動も減少し、転落の危険性は少なくなったと思われる。又、ベッド柵にカバー・クッションを併用する事により、外傷は見られなくなった。

Y字帯・ミトンについては、書字を行う事により、スタッフとの関わりが多くなり、坐位になることで本人への刺激となり、発語も増え、表情も豊かになった。ミトンは、薄いタオル地の手袋にし、書字の時は取り外している。掻痒感軽減の傾向にあるため、経過を見て手袋も廃止の予定である。

7 担当職員の感想、意見

取り組んでみて、職員の拘束廃止の意識、目的等を改めて学び、意識改革が図れたように思う。そこから職員間の情報交換・声掛け・申し送り・記録が徹底され、ケアの統一が行えるようになった。

このケースの場合、掻痒感を軽減させるために気を紛らわせるような何かがあれば、痒みを忘れる事ができ、転倒の危険性のあるような激しい体動を無くせるのではないだろうか考える。問題行動には必ず原因や理由があり、そういった原因を除去するケアを行うことで拘束を最小限に若しくは拘束をする必要がなくなるのではないかとと思われる。しかし、現状では、まだ完全に原因となる掻痒感をなくすことができていないので、転倒・転落の危険性等考えられるため、不安が残る。

今後もより人権を尊重した生活が送れるようスタッフ全員が常に抑制廃止に向けての意識を持ち、改善に努めることを続けていきたいと思う。

4 . 介護衣（つなぎ服・保護着・改善着）

物の詰め込み防止のつなぎ服について

小名浜ときわ苑（介護老人保健施設）

利用者の状況

年齢：80代	性別：男性	要介護度：3
病名：脳梗塞後遺症左片麻痺、言語障害、痴呆		既往症：脳梗塞
ADL：移動 車いす（自走可）、立ち上がり 一部介助、		
排泄 日中はトイレにて一部介助（尿とりパット・訓練パンツ使用）		
医療処置状況：		

拘束に至った経緯

脳梗塞発症の半年後、リハビリ目的で入所。入苑当初より尿意があいまいで本人の訴え時と定時のトイレ誘導を行っていたが、尿とりパットの汚染が頻回であったり、定時の誘導では排尿が見られないこともあった。入所1ヶ月後より、放尿やお絞り・ティッシュを陰部に詰め込む行為が目立つようになり、衣類の汚染も増加した。衣類交換をすることでスタッフの負担・家族への洗濯物の負担が増し、本人からも「汚れてしまって恥ずかしい」と話があるなど本人のストレスにもつながった。そこで家族の承諾を得、放尿や陰部にお絞りを詰め込まないよう、ズボンを前後にはかせ、ズボンの紐を結ぶ拘束を開始した。

廃止に至るまでの取組みと効果

抑制をしないスタッフもありそのスタッフより「放尿や、物を詰め込む行為があるということは、はっきりした尿意があるのではないか。しかしそれをうまく伝えられないための行動ではないか」という意見があり、本人の排泄パターンを把握するケアプランを挙げ、まず2日間の尿量測定を開始した。しかし放尿やおむついじりのため、排尿時間や量が把握できずデータを出すことが出来なかった。だがアセスメントの中で、陰部いじり・トイレ周囲の徘徊などの行動があることが分かり実際にその行為のある時にトイレ誘導すると、排尿がみられた。そこで排尿のサインを読み取るプランを挙げ、観察を進めていくうち次のようなサインを出していることが分かった。

トイレ周囲を徘徊する。

陰部をいじる。

スタッフに声をかけそばから離れない。

これらのサインがスタッフに伝わらなかったために、放尿やお絞りを詰め込む等の行動につながっていったと考えられる。ケアプランとして以下のことを挙げた。

行動を観察しサインを探る。サインと思われる行動時のトイレ誘導。

こまめなトイレへの声かけと排泄後その時間帯と状態などの情報を記入。

トイレ誘導時、必ず同じ場所・車いすの向きにする。

次第に排尿のサイクルやシグナルを把握出来本人もトイレの場所を認識出来るようになった。上記のような問題行動がなくなりトイレで排泄できるようになり拘束は行われなくなった。

その後の経過

身体拘束を廃止しよう、という特別な働きかけがなくても職員の意識が徐々に変化し、結果として身体拘束が行われなくなった。これまで問題行動だけにとらわれたケアが行われていたが、問題行動そのものをなくすことよりも、その背後にあるものは何かを考え、対応することにより問題行動を軽減できることが分かった。また「問題行動 即拘束」という安易な対応ではなく、アセスメントの重要性を再認識できた。これからもケアの質の向上をはかると共に、利用者一人ひとりの個別性を重視した対応をしていきたい。

ワンポイントアドバイス

問題行動には、本人なりの理由が必ずあります。陰部に物を詰め込むと聞くと、とんでもないことと考えてしまいがちですが、「本人の汚れてしまって恥ずかしい」また、抑制をしないスタッフからの意見を聞き取り、排泄パターンからすべての行動を判断するのではなく、アセスメント（よくかかわるからこそ、その方の介助から読みとれる）から尿意のサインであると考え実行されたことが、工夫につながりつなぎ服除去に至った。結果として、職員の意識改革につながり根拠に基づいたこのような事例を元に、さらなる努力を積み重ねていただきたい。素晴らしい内容であります。

事例 25 介護衣(つなぎ服)(その6)

【介護療養型医療施設における取組みの事例】

事例の区分 (改善がみられた事例) ・ 改善困難であった事例)

(以下は提供のあった事例について、その内容をおおむね原文のまま記載したものです。)

(1) 対象者の概況 (年齢、性別、診断症状、既往歴、痴呆老人自立度、ADLの状況、拘束の状況、拘束の開始時期など)

95歳、女性。 診断：第3腰椎圧迫骨折、変形性両膝関節症、歩行不全、吐血、下血。
ADLの状況：C1。車いす歩行。尿、便意なくオシメ使用。
拘束の状況：夜間徘徊、不潔行為激しく、H11年3月頃から、ベッド4本柵、拘束衣を着用する。

(2) 拘束にいたった経緯

入院当初より安静を強いられ、徐々に痴呆が進行する。尿意・便意の訴えがなくなり、オシメ適用となる。安静時からリハビリ期へ移行時には、痴呆が激しく、不潔行為、夜間徘徊が頻繁となり、拘束衣、ベッド柵を開始する。

(3) 取組みの経過

H12年4月から、療養型医療導入に伴い、食堂への食事、レクリエーションの参加等、離床時間を延長し、痴呆進行の予防に努める。徐々に無関心だったポータブルトイレへの排泄を行うようになる。

リハビリにも積極的に参加し、車いす歩行から歩行器歩行へと自信をつけた頃に、尿意・便意が見られ、拘束衣を中止する。

(4) 取組上の問題点と解決策

以前から、尿意・便意が曖昧だったが、拘束衣の着用により、全く尿意・便意を訴えなくなり、ポータブルトイレへの移行は安易なものではなかった。吐血、下血があり、安静を強いられることが度々あり、精神的な看護も重要となる。

何事にも無関心だったが、レクリエーション参加や食堂へ出ることで徐々に関心を示すようになり、定期的にポータブルトイレに座ることも嫌がらずに行うようになる。

(5) 改善できた点

関心を示すことで外の世界が広がり、自分に自信を持つようになると、ポータブルトイレへの移行はスムーズにできるようになった。

生活リズムを整えることにより、夜間徘徊も減少している。

(6) 利用者・家族への説明

拘束衣を使用する際、現状の説明をし、理解と了解を得て、開始した。

週2回の面会を求め、来院の度に現状を説明し、家族への理解と協力を求めた。

(7) 今後の課題

痴呆症状のある方の身体拘束廃止への取組みには、根気と危険を伴い、徐々に職員の意欲低下を招くおそれが強く、常にカンファレンス等により足並みをそろえることは難しい。また、家族と密に連絡をとり、理解と協力を得なければ、効果を得ることはできにくい。

5 . おむつテープ・カバー等で固定

項 目 名	頻繁なオムツいじりによる失禁に対して手が入らないようなテープ止めオムツを使用する。
表 題	オムツいじりの原因を明らかにして精神的拘束廃止
施 設 名	老人保健施設『たかのご館』（介護老人保健施設）

1 利用者の状況

【病名（既往症）及び病状】
多発性脳梗塞・高血圧症

2 施設内の生活における現状や課題

【身体的な状況】
 ●尿意・便意は不明確、日中紙パンツにパット使用。ADL 一部介助、杖歩行
 【痴呆の状況】
 ●見当職障害、記名力低下あり、 痴呆ランク

3 拘束に至った経過や原因と考えられるもの

日中と同じく紙パンツとパット使用していたが自分で手を入れることにより夜間の失禁が頻繁にみられたので手が入らないようテープ止めオムツを使用し固定した。(外すことは可能)

4 ケアカンファレンスでの意見や協議内容

●排泄による不快感があるのではないか、痴呆のためによるものか、オムツの素材に問題はないか、オムツの重ね付けをしていないか、皮膚に異常がないかなど、排泄ケアの課題を検討する。

5 拘束廃止に取り組んだ過程や取り組み状況

日中は声かけにより、時間毎のトイレ誘導を実施する。夜間はポータブルトイレを設置し、テープ止めオムツカバーをやめポータブルトイレにし時間毎に座ってもらう。夜間の睡眠を考慮し可能な限りの時間延長（ポータブルトイレに座る間隔を延長）を試みた。本人の排尿パターンを把握するため、根気よく対応していく。

6 改善の成果

オムツいじりの回数が少なくなり、夜間もぐっすり眠るようになってきた。

7 担当職員の感想、意見

安易に職員サイドでオムツの使用を決定するのではなく、原因を明らかにして、本人の精神的な関わりを理解し受容する事が大切だと思った。

6 . 抑制帶（上肢抑制）

事例 9 チューブ抜去防止のための上肢の抑制（その 5）

【介護療養型医療施設における取組みの事例】

事例の区分（改善がみられた事例）・改善困難であった事例）

（以下は提供のあった事例について、その内容をおおむね原文のまま記載したものです。）

（ 1 ）対象者の概況（年齢、性別、診断症状、既往歴、痴呆老人自立度、ADL の状況、拘束の状況、拘束の開始時期など）

73 歳、男性。発熱症状。
痴呆性老人自立度： a。 ADL の状況： A1
入院時に点滴治療していたため、施設への転床後も固定のため上肢抑制帯を使用。

（ 2 ）拘束にいたった経緯

本人に説明しても理解できないため、抑制する。
オシメ使用。ベッド柵を固定。

（ 3 ）取組みの経過

家族に説明すると「いいようにしてください、お任せします」との返事であった。

（ 4 ）取組上の問題点と解決策

抑制帯を自分で外し、針を抜去する。オシメを外して床に投げる。ベッド柵もはずして投げている。
よく観察すると、身体状況が改善したので元気が出てきたものと見受けられた。
家での生活状況について、妻と地域の保健師から情報収集した。

（ 5 ）改善できた点

院内で自由に過ごしてもらい、見守りに重点をおいて、経過観察することとした。
当初は問題行動も見受けられたが、看護・介護者側が落ち着いて接していくうちに、畳からベッドの生活が可能になり、トイレ歩行ができるまでになった。（ADL：J2、痴呆性老人自立度：までに改善した。）

（ 6 ）利用者・家族への説明

在宅復帰は無理であると家族も決め、施設入所手続きをしていたが、状況説明を繰り返し行い、外出・外泊を行い、自宅へと退院できた。

（ 7 ）今後の課題

高齢者は心身が表裏一体のため、見きわめと判断が重要である。
家での生活状況の把握、その人の生きてきた歴史を把握することが重要である。
家族に十分伝えていく、地域との連携を密接にしていくことが必要である。
医療機関内で安全に治療することの大切さ、困難さを痛感している。

事例 10

チューブ抜去防止のための上肢の抑制（その6）

【介護療養型医療施設における取組みの事例】

事例の区分（改善がみられた事例・改善困難であった事例）

（以下は提供のあった事例について、その内容をおおむね原文のまま記載したものです。）

（1）対象者の概況（年齢、性別、診断症状、既往歴、痴呆老人自立度、ADLの状況、拘束の状況、拘束の開始時期など）

88歳、女性。脳梗塞、脳血管性痴呆
痴呆性老人自立度：b。ADLの状況：C1
14年1月末から経鼻経管栄養開始後、ミトン手袋両手着用。
14年6月、注入時のみ手を抑制。

（2）拘束にいたった経緯

極度の食欲不振により経口摂取不可能となり、経管カテーテルを挿入。
鼻先に手を持っていき常にカテーテルを引っ張るため危険なので、ミトン手袋、流動注入時の抑制をしていた。

（3）取組みの経過

療養病棟への移動とともに、ミトン手袋を中止し、流動注入時のみ手を抑制していた。抑制している手先に頭をつける等してカテーテル抜去等が見られ、抑制している手首に内出血がみられるようになる。
頻回な訪室、食事の都度カテーテル挿入、胃ろうについて家族と話し合い。嚥下テストにより嚥下能力に問題なしとの判断が出て、経口に切り替える。

（4）取組上の問題点と解決策

注入時の抜管により誤嚥性肺炎が発生したらとの戸惑いがあった。
経口で必要なカロリーが補えるか。
嚥下テスト、訓練により、自力摂取の能力を上げる。

（5）改善できた点

徐々にではあるが、経口に切り替えることができた。

（6）利用者・家族への説明

胃ろう造設も考慮に入れ、経口テストを施行した。嚥下可能であるため、徐々に経口に切り替えることができた。

（7）今後の課題

再度経口摂取が不可能になった場合、抑制が繰り返されることになるのではないかとの懸念がある。

7 . 抑制帶（四肢抑制）

事例 1 危険行為防止のための四肢の抑制

【介護療養型医療施設における取組みの事例】

事例の区分（改善がみられた事例）・改善困難であった事例）

（以下は提供のあった事例について、その内容をおおむね原文のまま記載したものです。）

（１）対象者の概況（年齢、性別、診断症状、既往歴、痴呆老人自立度、ADLの状況、拘束の状況、拘束の開始時期など）

82歳、男性。交通事故による脳挫傷、多発性骨折で手術後3ヶ月で当施設に入院。
一般病棟では痴呆性老人自立度は b。
入院時から、不穏状態にて四肢体幹の拘束を受ける。

（２）拘束にいたった経緯

ベッドからの転落、下肢筋力低下による歩行困難があるにもかかわらず、立ち上がろうとして転倒することが頻回にあり、危険性が高く拘束となる。

（３）取組みの経過

受傷後6ヶ月で一般病棟から療養病棟に転棟する。常に観察が必要なため、ナースステーションの前の病室とする。ベッド柵を乗り越えたり間から足を出す等危険度が高いのでベッドを2台並べたり、ナースステーションで過ごしたり、常に傍らにスタッフがいて対応できるようにするとともに、ヘッドギアを装着する。

（４）取組上の問題点と解決策

問題点としては、車いすで自由にエレベーターで病棟外に出ること。対応としては、

- ・全職員に知らせ連絡体制をとる
- ・車いすに連絡先を表示しておく。できるだけ自由に行きたい所に行ってもらい見守る。
- ・気分転換に手作業をスタッフと共にし、役割意識を持ってもらう。

（５）改善できた点

歩行可能となった頃より階段を降りることがあり益々危険となったが、本人の目的が家に帰りたいとのことであったため、家族の協力を得て半日外出して以降は、階段を降りることはなくなった。

（６）利用者・家族への説明

家族に対し繰り返し説明し、本人の目的を伝え実現できた後は本人の精神状態も安定しリハビリにより下肢筋力もアップし、バランスも良くなり、いずれは在宅介護を考えてもらえることとなる。

（７）今後の課題

制止（「してはダメ」）としている時よりも自由に動くことができるようになってから日増しに安定された。見守りと本人の目的を模索し対応することが有効であった。院内全体に周知し、今後の指標としたい。

8 . 抑制帶（胴体抑制）

【事例 1】

拘束を解除して褥瘡が完治したケース

～ 介護老人保健施設から ～

身体抑制

車いすベルト

つなぎ服

【利用者の状況】 88歳男性 要介護度5 入所：H 15.3 拘束開始：H 15.3
痴呆の程度：Ⅲa 診断名：視野狭窄（脳梗塞後遺症）、褥瘡あり
【ADL等の状況】 排泄：おむつ使用 移動：車椅子 食事：粥・きざみ食を自力摂取
入浴：中間浴 コミュニケーション：会話は困難 行動の特徴：情緒不安定、暴力・暴言あり
【拘束の種類】 車いすY字ベルト、夜間つなぎ服・胴抑

拘束を開始した経過・理由

入所時より情緒不安定で、体動が激しく、暴力、不穏、不潔行為もあったことから、家族に説明を行い、同意の上で、日中は車いすY字ベルト、夜間はつなぎ服とベッドに身体抑制を行った。

拘束廃止に向けた取組経過

褥瘡の完治を目標に

入所時から褥瘡があったため、これを治すことをフロアの目標として、少しずつ拘束をはずすことを検討し、7月初旬から、以下の取り組みを開始した。

- 職員の目のある時間帯に、少しずつY字ベルトをはずす時間を作る。
- 夜間はステーション前にベッドを移動し、常に見まもり、声かけをすることで胴抑をはずす。
- OTと連携をとり、フロアの廊下を利用して歩行のリハビリを実施し、介護スタッフもその方法を覚えて、不穏時等には気分転換を兼ねて手引き歩行等を行う。
- 就寝時間を本人のペースに合わせ、他の入所者が居室に戻ったあとも、眠くなるまでテレビを見るなどして過ごしてもらう。

つなぎ服もはずす

これらに加え、排便コントロールで日中に便が出るように努めた結果、夜間良眠できるようになったため、8月下旬、つなぎ服を廃止した。

取組の成果・今後の課題

取り組みを進める中で、施設やスタッフにも慣れ、落ち着いて過ごせる時間が増え、ベルトをはずせる時間が増え、つなぎ服は完全に廃止できた。

しかし、家族の面会のあと等、寂しさからか不穏になることがあるため、その時だけはベルトを付けて対応せざるを得ない状況であった。

現在は退所されているが、それまでに褥瘡が完治したことと、このケースへの取り組みを通じて職員が達成感を体験し、意識が高まったことが何よりの成果である。

ワンポイント・アドバイス

褥瘡を治そうとの目標を持って、職員ら全員が協力して拘束解除に取り組めたことで、今後も同様の事例があった時には、経験を生かしてもう一歩進んだケアができると思います。また、日中排便があるようになったのは、利用者の非排泄リズムをつかめた結果ですね。

誰でも、その環境に慣れてくると次第に落ち着きますから、あせらず取り組むことです。今後の事例についてもがんばってください。

9 . 抑制帶（頭部抑制）

項目名	左手を紐等で縛る 車椅子移乗時Y字ベルト、頭部の固定 つなぎ服
表題	経管栄養に対する拒否的行動のケース（経管栄養から経口へ）
施設名	南高井病院（介護療養型医療施設）

1 利用者の状況

70代 男性 要介護度5 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）C1 痴呆性老人の日常生活自立度 b

【病名（既往症）及び病状】

- 脳梗塞後遺症（左内頸動脈完全閉塞）右片麻痺 失語症
- 糖尿病
- 心房細動
- 病院からの入院 入院時、食事経口で自立していたが、嚥下不良、誤嚥性肺炎の発症にて、2ヵ月後に経管栄養となる。

2 施設内の生活における現状や課題

【身体的な状況】

- ADL 全介助、左大転子部褥創、喀痰 MRSA（+） M チューブ自己抜去頻回にあり、肺炎を繰り返す。拘束による皮膚のピラン、表皮剥離、数箇所に見られる。

【痴呆の状況】

- 失語症にて意思疎通困難、表情表出に乏しい。オムツいじり、体動激しいなど介護に対する抵抗あり。

3 拘束に至った経過や原因と考えられるもの

失語症にて意思疎通困難な事から、経管栄養など治療に対して本人の理解が得られない事

4 ケアカンファレンスでの意見や協議内容

- 経管栄養
車椅子移乗にてデイルームで行う 拘束はせず見守りで対処
- 経口摂取への試み
とろみ水、ゼリーにて摂食訓練 摂取状態良ければ経口へ

5 拘束廃止に取り組んだ過程や取り組み状況

M チューブの自己抜去など経管栄養に対する拒否的行動があり、左手ミトン、ひも等で縛る。車椅子移乗時体動激しくY字ベルト、頭部の固定、オムツいじりに対し、つなぎ服着用など様々な身体拘束を実施していたが、拘束による皮膚のピランや表皮剥離著しいため、なるべく拘束せず、見守りにて対処する事とする。しかし、夜間など見守りが充分にできない時は、Y チューブの自己抜去頻回にみられる。他患者の食事している姿をうらやまし気に見られたり、診察時経口摂取への強い意志表示みられるため、とろみ水、ゼリーで摂食訓練開始、摂取状態良好にて、Dr から家族にムンテラ、経口摂取を了解され、全ミキサー食での経口摂取開始となる。

6 改善の成果

経口開始になってからも誤嚥することなく、摂取状態良好、初めは全介助であったが、すぐに自力摂取となる。それに伴って表情も豊かになり、笑顔もよくみられるようになった。身体的にも拘束による皮膚のピラン、褥創の治癒、肺炎を発症する事もなく安定した状態を継続している。

7 担当職員の感想、意見

今回、身体拘束廃止にむけとりくんだ中で、これまで以上に患者について色々な角度から観察し関わることができ、その結果失語症の方が訴えていることを理解し受容すること

ができたと思う。身体拘束をなくすことより、なくすためにどうすればよいか考え、工夫していくなかで、これまで見えてなかった患者個々のことが見えてくる。そのことでより人間らしく生活していけるよう介護の充実が図られるようになることが重要だと思う。もちろん今回のケースのようにうまくいくケースばかりとは限らないが、身体拘束をなくす、口から食べるなど、より人間らしく生活していけるような介護を目指していくことを主眼においていきたい。

1 0 . 施錠・隔離

事例 30 居室の施錠

【介護療養型医療施設における取組みの事例】

事例の区分 (改善がみられた事例) ・ 改善困難であった事例)

(以下は提供のあった事例について、その内容をおおむね原文のまま記載したものです。)

(1) 対象者の概況 (年齢、性別、診断症状、既往歴、痴呆老人自立度、ADLの状況、拘束の状況、拘束の開始時期など)

88歳、女性。 心不全。

痴呆性老人自立度： b。 ADLの状況：見守りと、時にアドバイスがあれば自立。

(2) 拘束にいたった経緯

部屋から出て、考えられないような場所に入りこみ、出られなくなる。

見守りができにくく、夜勤の時間帯の見まわり時のみ、部屋にロックをする。

(3) 取組みの経過

行動パターンを見ると、階段・エレベーターは使用しないことが分かり、同じ階なら危険度が少ないと判断。

(4) 取組上の問題点と解決策

行動の範囲が広がってきた。他の患者さんと接触される機会が増え、痴呆症状のある方に対しては見守りを行うことにより対応する、とのパターンが作れた。

(5) 改善できた点

他の患者さんから本人に痴呆症状があるとの認識が少しずつ得られ、協力が得られるようになった。

(6) 今後の課題

共同使用の冷蔵庫の中の他人の物を自由に食べてしまうので、対応を検討する必要がある。

1 1 . 行動抑制・監視（言葉での拘束含む）

事例 14 : 徘徊の予防

対象者の状況

- ⇒ 79歳、女性 要介護度4、寝たきり度A、認知症高齢者の日常生活自立度M
- ⇒ 徘徊、盗癖がひどく、職員が注意をし、そばにいても人の物を物色したりさわったりし、他の利用者からも良く思われていないような状態であった。

身体拘束の状況

寝たきり度がAと、歩行も可能な状態であり、安全ベルト等による身体拘束は行っていなかった。

居室に隔離することはしていないが、施設内を自由に動くとしても職員が声をかけて止めてしまったり、見守りをしている職員の仕事の都合（動き）にあわせて、本人の動きを制限したりするなど、常に相手の行動を職員が目届く範囲内でコントロールしがちであった。

職員が当番を決め、他のことをしながら見守るが、ほんの少しの間にいなくなったりするため、どうしても本人の自由を取り上げてしまいがちである。

対応方法の検討

職員のペースに合わせてもらうのではなく、職員の側ができるだけ本人のペースに合わせた対応ができないか、検討を行った。

対 応

施設内の空室スペースに週3回程度、1回1～2時間の時間を設け、認知症や徘徊の方（10名ほど）に集まっていただき、話をしたり、ティータイム、小レクリエーション等のグループワークを行っている。

本来ならば、マンツーマンでの対応を行いたいが、できる範囲のことを考え、なるべく自由に過ごされる時間を多く持つるように、他にも徘徊しがちの方と一緒に、別のことに集中できる時間を作っている。

経 過

グループワークの中では、触られて怒る人もなく、食べることも自由に過ごせる。出ていこうともせず、笑顔も見え、おだやかな表情で過ごしておられる。今後もこのような日を増やす予定である。

【着眼点（ポイント）】

職員の動きに合わせて一緒に動いてもらったりすることで本人の自由を取り上げていると感じ、物理的な拘束だけではなく、本人の意に反した行動をとってもらうことも身体拘束のひとつと考えて、対応している点に注目したい事例である。

言葉による行動抑制について

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

□拘束に至った経緯

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

□身体拘束廃止への取り組みと効果

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

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

□その後の経過等

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

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

1 2 . 向精神薬の使用

【向精神薬の投与】信頼する人の面会による精神安定

(施設種別：特定施設)

利用者の状況

利用者	77歳 男性
診断名	脳梗塞後遺症(構音障害) 意志疎通困難(簡単なことのみ)
既往症	腎臓癌(左腎摘出) 腸閉塞 OP 前立腺肥大 OP 神経因性膀胱 高血圧 不整脈
A D L 状況	食事：ミキサー食 自立 排泄：尿・便意(-) オムツ使用 移動：介助 洗面：介助 着脱：介助 保清入浴：介助
医療処置	血圧降剤、血行をよくする薬、脳の働きをよくする薬、興奮を鎮める薬、胃薬、便秘薬の処方 水分尿量記録

入所時の状態と拘束に至った経過

入所時、外に出たがり、外来者に混れて一緒にエレベーターに乗り、施設外に出てしまわれた。エレベーター暗証ボタンを覚えてしまうので、時々番号を変更。

手術前、前立腺肥大に伴う、尿道カテーテルを歯で噛み切ろうとしたり、引っ張ったりして抜いてしまう。興奮すると、歯ぎしり・怒鳴り声で顔相変化、他入所者の不安、驚怖心をおおる。

上記により、薬での安定剤使用。

ケアの工夫と効果

ストレスを溜めないよう、声掛け、散歩等を行う。信頼している方の面会で、穏やかになれるので、なるべく来ていただき、散歩・買い物等していただく。言葉でうまく表現できないので、ストレスが溜まると考えられるが、何を欲しているか察するのが難しい。発病前、数学教師・陶芸の先生をしていたことがあるので、数学・陶芸の話をしたり、実際に焼いた陶器を持ってきて、見ていただいたりしている。

その後の状況

不穏時も、信頼している方の面会により、平穏になる。しかし、帰られた後、エレベーター前で、外に出るチャンスを伺う行動多発。現在、尿意カテーテルも抜け、少し煩わしさがなくなった分、ストレス減少になったと思われる。

ポイント(取組みの中で特に苦労したこと、他の施設の参考になるようなこと)

信頼する方の面会に加え、ストレスの分散、興味の湧く話題づくりによる気分転換が効果的であった。

車いす抑制（薬剤の使用）について②

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

□拘束に至った経緯

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

□身体拘束廃止への取り組みと効果

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

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

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

□その後の経過等

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

編集執筆者一覧

池田恵利子	東京都福祉保健財団 高齢者権利擁護支援センター
川端 伸子	東京都福祉保健財団 高齢者権利擁護支援センター
菊地 和則	東京都健康長寿医療センター（東京都老人総合研究所）
青木 史歩	いけだ後見支援ネット

本誌は厚生労働省、都道府県のホームページ上で公表されていた事例集等を再編したものです。

身体拘束廃止の取組み事例集

2008年10月22日 初版
2008年11月11日 第2版

作成：東京都健康長寿医療センター（東京都老人総合研究所）
〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2

発行：東京都福祉保健財団 高齢者権利擁護支援センター
〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸1-1 セントラルフラザ 14F
TEL:03-5206-8740 FAX:03-5206-8748
E-mail:kenriyogo@fukushizaidan.jp
