

## **VII 平成21年度 実地指導の結果 (実施にあたっての留意事項)**

平成21年度 実地指導の結果  
(実施にあたっての留意事項)

Outline

平成21年度 実地指導件数(介護保険法第24条:特定施設)

備前県民局管内	備中県民局管内	美作県民局管内
2 施設	15 施設	3 施設

平成21年度 監査件数(介護保険法第76条:特定施設)



備前県民局管内	備中県民局管内	美作県民局管内
0 施設	0 施設	0 施設

平成21年度 立入検査件数(老人福祉法第29条:有料老人ホーム)

備前県民局管内	備中県民局管内	美作県民局管内
8 施設	20 施設	2 施設

平成21年度 実地指導の結果  
(実施にあたっての留意事項)

Outline

- ◎ 特定施設・・・ 実地指導 ・ 監査 ※営利法人監査は除く。
  - 養護老人ホーム・・・ 施設監査(一般監査・特別監査)
  - 軽費老人ホーム・・・ 施設監査(一般監査・特別監査)
  - 有料老人ホーム・・・ 立入検査
- ◎ 有料老人ホームの立入検査については、特定施設の実地指導と同日に行う場合がある。
- ◎ 養護老人ホーム及び軽費老人ホームの施設監査については、社会福祉法人の会計監査を同日に行うこともあり、特定施設の実地指導と同日には行っていない。
- ◎ 未届け有料老人ホーム   県又は市町村へ  
情報提供を！

平成21年5月7日

お知らせ  
(報道発表資料)

課名	長寿社会対策課
担当	西村、宮崎
電話	226-7325(内線2868)

### 未届け有料老人ホームの緊急点検結果について

群馬県渋川市の高齢者施設火災に端を発し、未届け有料老人ホームの緊急調査を行った結果、県内に20施設存在することが判明したため、県では関係市町村の参加を得て、福祉・消防・建築の連携によるプロジェクトチームを発足させ、これら施設の全てについて緊急点検を実施した。

#### 1. 緊急点検の結果

福祉・消防・建築の3部局が同時に施設に立ち入り、管理者からの聴取（高齢者の入居状況や食事等のサービス提供の有無）や施設内の設備等の現認を行い、有料老人ホームか否かを確認するとともに、消防や建築部門と共同で指導を行った結果は次のとおりであった。

・有料老人ホームであると判断し、届出を指導	16施設
・適合高齢者専用賃貸住宅と判断し、届出を指導	1施設
・その他（単なる賃貸住宅、事業実績がない等）	3施設
	計20施設

#### 2. 今後の取組

○プロジェクトチームで緊急点検結果の情報を共有し、継続して必要な指導を行う。

なお、福祉部門では、県民局、市町村とも連携しながら、有料老人ホームの届出指導などに取り組む。

○今後も、プロジェクトチームを活用して情報収集を行い、必要に応じて立入調査等を行う。

## ■ 無資格者の医療行為の禁止(1)

### 《ある施設で見られた事例》

- インシュリン注射について、朝・夕の時間帯は看護職員が配置されていない時間であるため、代わりに介護職員が注射を行っている。
- たん吸引や酸素吸入について、介護福祉士の資格があればできると思い、当該資格を持つ介護職員が行っている。

国では様々な議論を踏まえて、平成21年度から一部の特別養護老人ホームでモデル事業を行うなど何らかの方策を検討している段階ですが、現行の法令・制度では、ヘルパーが医療行為を行うことは禁止されており、罰則を伴います。

いずれにしても医師の指示が必要であることに注意してください。また、医師の指示のもと行うことができるのは、看護師又は准看護師であり、介護福祉士の資格を有しても、そのような効果はありません。

## ■ 無資格者の医療行為の禁止(2) (根拠条文)

### 医師法第17条

→「医師でなければ、医業をしてはならない。」

### 保健師助産師看護師法第31条

→「看護師でない者は、第5条に規定する業(療養上の世話・診療の補助)をしてはならない。」

- 介護の現場で「医療行為」と疑義が生じることの多い行為  
(医師、看護師等以外が行うことができる行為)

→「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」  
H17.7.28 老振発第0728001号を参照・・・介護報酬の解釈2 P.28～29

- **看護職員は医師の指示**があれば、診療の補助行為(点滴、注射等)は可能。

※介護保険の訪問看護等居宅サービスの実施は認められないが、**末期ガン・難病患者及び急性増悪等**の場合は医療保険での訪問看護は認められる。

→医療行為については個別具体的な判断が必要があり、県・国に問い合わせを

→看護職員不在時の「無資格者によるインシュリン注射」等を防止するには、**勤務配置**について配慮する必要がある。

## ■ 身体拘束廃止(1)

### 《ある施設で見られた事例》

- 家族の同意さえ取り付ければ、身体拘束を行うことができると考えている。

本人及び家族に説明し同意を得るのは、あくまでも3要件を満たし、施設内で十分な検討がされてはじめて行うものであり、同意が直接の要件ではありません。

### 《ある施設で見られた事例》

- 説明書の中で、拘束開始日時は記載されているが、解除予定日時がない。

3要件の一つである「一時性」を遵守していないことと同じです。身体拘束はあくまでも一時的なもので、漫然と行うものではありません。

## ■ 身体拘束廃止(2)

### 《ある施設で見られた事例》

- 日々の観察記録が不十分である。
- 毎月の身体拘束廃止委員会で、状態を記載しているものはあるが、日々の観察とまでは言えない。

身体拘束を行っている入居者の情報について、必ずしも専用のファイル又は記録を求めているわけではありませんが、基本的な考え方として、一刻も早く身体拘束を解除するためには、一般入居者以上に観察し、「代替方法はないのか。」「何が原因なのか。」を常に検討することが大切だと考えます。  
そのためには、日々の観察を一般入居者以上に行い、記録に残してください。



平成21年度 実地指導の結果  
(実施にあたっての留意事項)

Outline



動けないように、  
Y字拘束帯  
腰ベルト  
ヒモで縛る



自分で降りられないように、  
四方を柵で囲む

転落しないように又は  
点滴チューブを抜かないよ  
うに、ヒモで縛る

皮膚をかきむしらない  
ように又は点滴チューブ  
を抜かないように  
ミトン型の手袋をつける



脱衣やおむつを外  
さないように、  
介護服（つなぎ  
服）を着せる

身体的弊害

- ・筋力の低下など身体機能の低下、褥そう発生
- ・食欲の低下、感染症への抵抗力の低下
- ・窒息などの大事故の危険性

精神的弊害

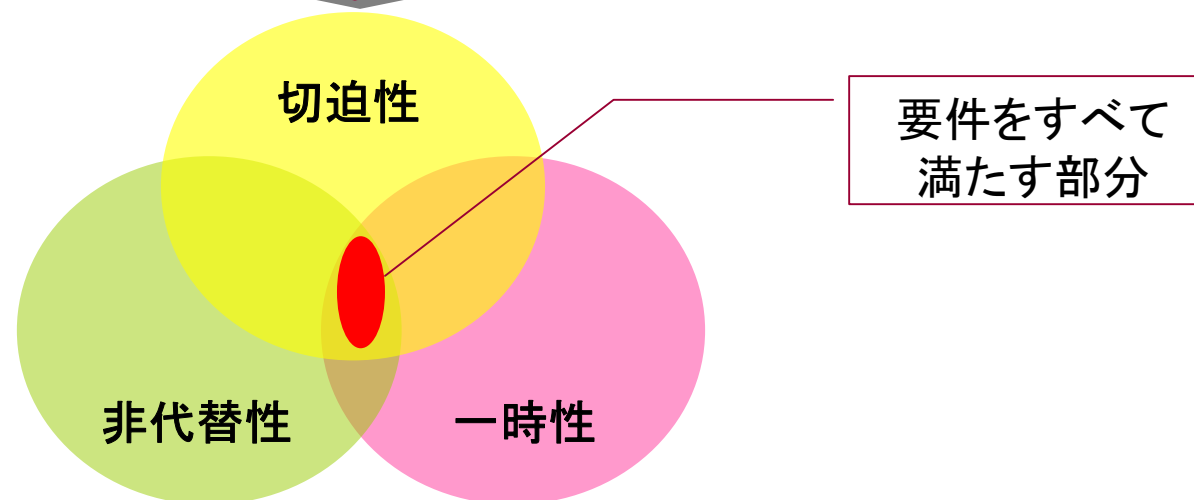
- ・不安、怒り、屈辱、あきらめ、認知症の進行
- ・家族への精神的苦痛、罪悪感、後悔
- ・スタッフが誇りを失い、士気が低下

社会的弊害

- ・スタッフのケア質が低下、社会的な不信、偏見
- ・本人の気力、残存能力の低下
- ・さらなる医療的処置のため、経済的にも影響

〈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



## ■ 特定施設サービス計画

### 《ある施設で見られた事例》

- 計画作成担当者が一人で原案を作成し、利用者に交付している。

基準省令第184条第3項に「他の特定施設従業者と協議の上」と明記されており、計画作成担当者が一人で作成しただけでは不適切です。

### 《ある施設で見られた事例》

- サービス提供開始後、特定施設サービス計画の作成、利用者の同意を得ている。

基準省令第183条第2項に「指定特定施設入居者生活介護は、・・・特定施設サービス計画に基づき」と明記されており、サービス提供開始前に必要な手続きを行ってください。特に個別機能訓練計画も含めている場合は算定できないケースも考えられ、アセスメント、課題分析等の一連のプロセスに注意してください。

## ■ 人員基準(1) ～生活相談員vol.1～

### 《ある施設で見られた事例》

- 生活相談員について、他職種との安易な兼務が見られる。

一般型の場合、介護職員と兼務しているケースが多いのですが、その場合は双方の職種とも常勤換算を行う必要があります。

外部サービス利用型の場合、一般型と違い、「常勤・専従」が要件であるので、1人配置の場合は支障がない場合を除き、原則として兼務できません。

生活相談員としての業務は施設で重要な位置を占めるものですが、その認識が低いように思われます。このことについては、あとで詳細な説明をします。

## ■ 人員基準(2) ～生活相談員vol.2～

(根拠条文:一般型)

**基準省令第175条第2項第1号他**

→「常勤換算方法で、利用者の数が100又はその端数を増すごとに1人以上」

**基準省令第175条第2項第4号他**

→「・・・生活相談員のうち1人以上は、常勤でなければならない。」

(根拠条文:外部サービス利用型)

**基準省令第192条の4第2項第1号他**

→「常勤換算方法で、利用者の数が100又はその端数を増すごとに1人以上」

**基準省令第192の4条第2項第5号他**

→「・・・生活相談員のうち1人以上は、専らその職務に従事し、かつ、常勤でなければならない。ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、当該特定施設における他の職務に従事することができるものとする。」

(根拠条文:一般型・外部サービス利用型)

**基準省令第187条**

→「・・・常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、その家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、利用者の社会生活に必要な支援を行わなければならない。」

## ■ 人員基準(3) ～その他～

### 《ある施設で見られた事例》

- 併設で介護サービス事業所を運営している場合、混在一体的な運営がなされている。

運営は全く別ものであり、それぞれの事業所が定められた人員基準(介護保険法、老人福祉法等)を満たす必要があります。

委託を行っている場合などを除き、特定施設の従業者自身が特定施設サービスを提供する必要があります。

委託を行っている場合であっても、指揮命令系統及び責任の所在を明確にしておく必要があります。

## ■ 設備基準 ～避難経路の確保～

### 《ある施設で見られた事例》

- 非常口等の避難経路について、段差があるため、車イスでの円滑な避難を行うことができない。

基準省令第177条第2項第3号において「円滑な避難が可能な構造」、同条第5項において「車椅子で円滑な移動することが可能な空間と構造」と規定されており、解釈通知で段差の解消等についての記載もあります。  
非常口等で段差がある場合は解消するようにしてください。

## ■ 個別機能訓練加算(1)

### 《ある施設で見られた事例》

- 看護師又は看護職員を専従の機能訓練指導員として配置した場合、看護職員について、基準上の人員を配置できていない。

まず、看護職員の人員配置基準を満たしているかどうかの検討が必要です。  
その上で、当該加算に係る専従の機能訓練指導員の配置を行ってください。



## ■ 個別機能訓練加算(2)

### 《ある施設からの質問》

- 利用者に対して、3月に1回以上、個別機能訓練計画を変更する必要があるのか、教えてほしい。

平成12年老企第40号通知で算定要件とされている、「④個別機能訓練を行う場合は、開始時及びその3月ごとに1回以上利用者に対して個別機能訓練計画を説明し、記録する。」では、計画の変更まで求めているわけではありません。

利用者に説明し、記録したものがケース記録等で確認できればよいこととなっています。

ただし、計画を変更することについて、必要に応じて実施いただいても構いません。

## ■ 個別機能訓練加算(3)

### 《ある施設からの質問》

- 個別機能訓練加算の算定や内容について教えてほしい。

平成12年老企第40号通知で算定要件とされている項目について、全て満たす必要があります。

入居期間のうち、機能訓練実施期間中において算定することができます。介護報酬の解釈 1にも新たなQ&Aが掲載されていますので、参考にしてください。

## ■ 個別機能訓練加算(4)

(参考:算定要件)

- ①常勤・専従の理学療法士等を1名以上配置し、計画的に行うもの
- ②機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員等が共同して、利用者ごとにその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて行った効果、実施方法等について評価等を行うもの(内容を特定施設サービス計画に記載することで、個別機能訓練計画の作成に代えることができる。)
- ③開始時及び3月に1回以上利用者に対して計画の内容を説明し、記録するもの
- ④個別機能訓練に関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は、利用者ごとに保管され、常に特定施設の個別機能訓練の従事者により閲覧可能であること

(参考：平成18年4月改訂関係Q & A (vol.3) )

- 従来機能訓練指導員配置することを評価していた体制加算を、その配置と共に、個別に計画を立て、機能訓練を行うことを評価することとしたもの
- 入居期間のうち機能訓練実施期間中において算定することが可能なもの
- 各利用者の心身状況等に応じて、必要な機能の改善又は減退を予防する訓練

## ■ 夜間看護体制加算(1)

### 《ある施設で見られた事例》

- 重度化した場合における対応に係る指針について、24時間連絡体制と混同している。

平成12年厚生省告示第26号で、「①常勤看護師の1名以上配置」、「②24時間連絡体制の確保」、「③重度化した場合における対応に係る指針を定め、内容の説明、同意」が算定要件とされており、内容は別のものです。

24時間連絡体制の内容については、平成12年老企第40号で示され、介護報酬の解釈1でも記載があるので既に御承知かと思いますが、「重度化対応指針」については、特に解釈通知等が存在しないため、グループホームにおける「医療連携体制加算」の「重度化対応指針」を参考に作成してください。(厚生労働省にも確認済み。特定協も同様の説明。)

## ■ 夜間看護体制加算(2)

(参考:グループホーム「医療連携体制加算」の重度化対応指針)

盛り込むべき項目として、例えば、

- ①急性期における医師や医療機関との連携体制
- ②入院期間中における特定施設における居住費や食費の取扱い
- ③看取りに関する考え方、本人及び家族との話し合いや意思確認の方法等の看取りに関する指針

を参考に作成すること。

→必ずしも①～③までの記載を求めているものではないが、重度化対応指針として、相応のものが必要である。

→指針を作成した後に、利用者又は家族に対し、説明を行った上、同意を得る必要がある。

## ■ 医療機関連携加算

### 《ある施設からの質問》

- 協力医療機関等との間で、予め定めておく様式があれば示してほしい。

予め定めておく様式(取り決めを行う契約書的なもの)等については、国や他都道府県にも確認しましたが、決められたものではありません。

当該加算のために新たに契約等を行わない場合は、これまでも必要であった協力医療機関との契約書の記載内容を工夫することや、情報提供に係る様式を使用し、何らかの形で取り決めを行い、各施設で準備しておいてください。

なお、情報提供の様式、同意書等については、(社)全国有料老人ホーム協会HPで参考のものが掲載されており、会員以外でもダウンロードできます。

## ■ 障害者等支援加算

### 《ある施設からの質問》

- 「医師により同等の症状を有するものと診断された者」の「診断」とはどのような形が必要と考えるか。

必ずしも診断書に限ったものではなく、知的能力判定、社会適応能力判定等から「療育手帳の交付」と同等の症状を有する、また、精神疾患(病名が必要)と能力障害の状態から「精神障害者保健福祉手帳」と同等の症状を有することを証明できる、個々人の態様に応じた何らかの書類が必要と考えます。

併せて、各手帳(期限切れ)の写しがあれば保存してください。

## ■ 運営規程

### 《ある施設で見られた事例》

- 混合型特定施設であるが、運営の方針の中で介護予防に関する記載がない。

混合型特定施設に対してではありますが、各施設とも運営規程で基本方針や運営方針について記載している中で、特定施設の内容だけではなく、介護予防特定施設についても内容を記載するようにし、要支援者に対する自立支援のサービスを行うよう配慮してください。



## ■ 特定施設サービス費の算定 ～入院中の外泊vol.1～

### 《ある施設で見られた事例》

- 特定施設に入居中のAさんが医療機関に入院したが、入院先から外泊許可を得て、5日間特定施設の部屋に戻ってきたため、サービスを行い、入居中と同じように5日間についても特定施設サービス費を算定している。

上記にケースでは、特定施設は特定施設サービス費を請求できません。

利用者が入院先から退院された場合は介護保険を適用することができますが、退院せずに外泊扱いで戻ってきた場合は、医療機関で「外泊」に関する費用を算定しているため、同時に介護保険を請求することはできません。

利用者に対しては、入居時に重要事項説明書等で、入院時の取扱いについて、説明を行っておくことが必要です。

## ■ 特定施設サービス費の算定 ～入院中の外泊vol.2～

(参考:介護報酬等に係るQ & A vol.2 (平成12年4月28日))

### I 介護報酬関係

#### (1) 在宅サービス

#### 4 【医療保険適用病床入院の外泊中における訪問通所サービスについて】

医療保険適用病床からの外泊中に、介護保険の給付対象である訪問通所サービスの利用は可能か。

(答) 医療保険適用病床入院からの外泊中に受けた訪問通所サービスについては介護保険による算定はできない。

(参考:介護報酬に係るQ & A (平成15年4月版))

### 12 施設サービス(共通事項)

#### (5) その他

#### Q13 施設入所(入院)者が外泊した場合の居宅サービスの算定について

A13 介護保険施設および医療機関の入所(入院)者が外泊時に利用した居宅サービスについては、外泊時費用の算定の有無にかかわらず、介護保険において算定できない。

参考資料（平成12年3月30日老企第52号）  
★特定施設入居者生活介護事業者が受領する  
介護保険の給付対象外の介護費用について

Outline

保険給付対象外の介護サービス費用を受領できる場合

※あらかじめ、**利用者又はその家族**に対して、当該サービスの内容、費用及び人員配置状況について**十分に説明**を行い、**利用者の同意**を得ることが必要である。

人員配置が手厚い場合の  
介護サービス費用

① 要介護者等が30人以上の場合

看護・介護職員の人数が、常勤換算方法で、要介護者等の数（前年度の平均値）が2.5又はその端数を増すごとに1人以上であること

② 要介護者等が30人未満の場合

看護・介護職員の人数が、居宅サービス基準等に基づき算出された人数に2人を加えた人数以上であること。

個別的な選択による  
介護サービス費用

① 個別的な外出介助

利用者の特別な希望により、個別に行われる買い物、旅行等の外出介助（当該特定施設の行事、機能訓練、健康管理の一環として行われるものは除く。）及び当該特定施設が定めた医療機関以外の通院又は入退院の際の介助等に要する費用。

② 個別的な買い物等の代行

利用者の特別な希望により、当該特定施設において通常想定している範囲の店舗以外の店舗に係る買い物等の代行に要する費用。

③ 標準的な回数を超えた入浴を行った場合の介助

利用者の特別な希望により、当該特定施設が定めた標準的な入浴回数を超えた回数（当該特定施設が定めた標準的な入浴回数が1週間に3回以上である場合には4回以上。）の入浴の介助に要する費用。 ※基準上、1週間に2回以上の入浴が必要であることに留意。

## **VIII 身体拘束廃止 (アンケート集計をもとに)**

■ アンケート結果

回答数→ 52施設

回答率→ 約59.8%

- ◎ アンケート用紙については、「その他参考資料」に添付している。
- ◎ 集計したものを次頁以下に示すので、特に「有効だったケアの工夫例」などを今後の参考してほしい。

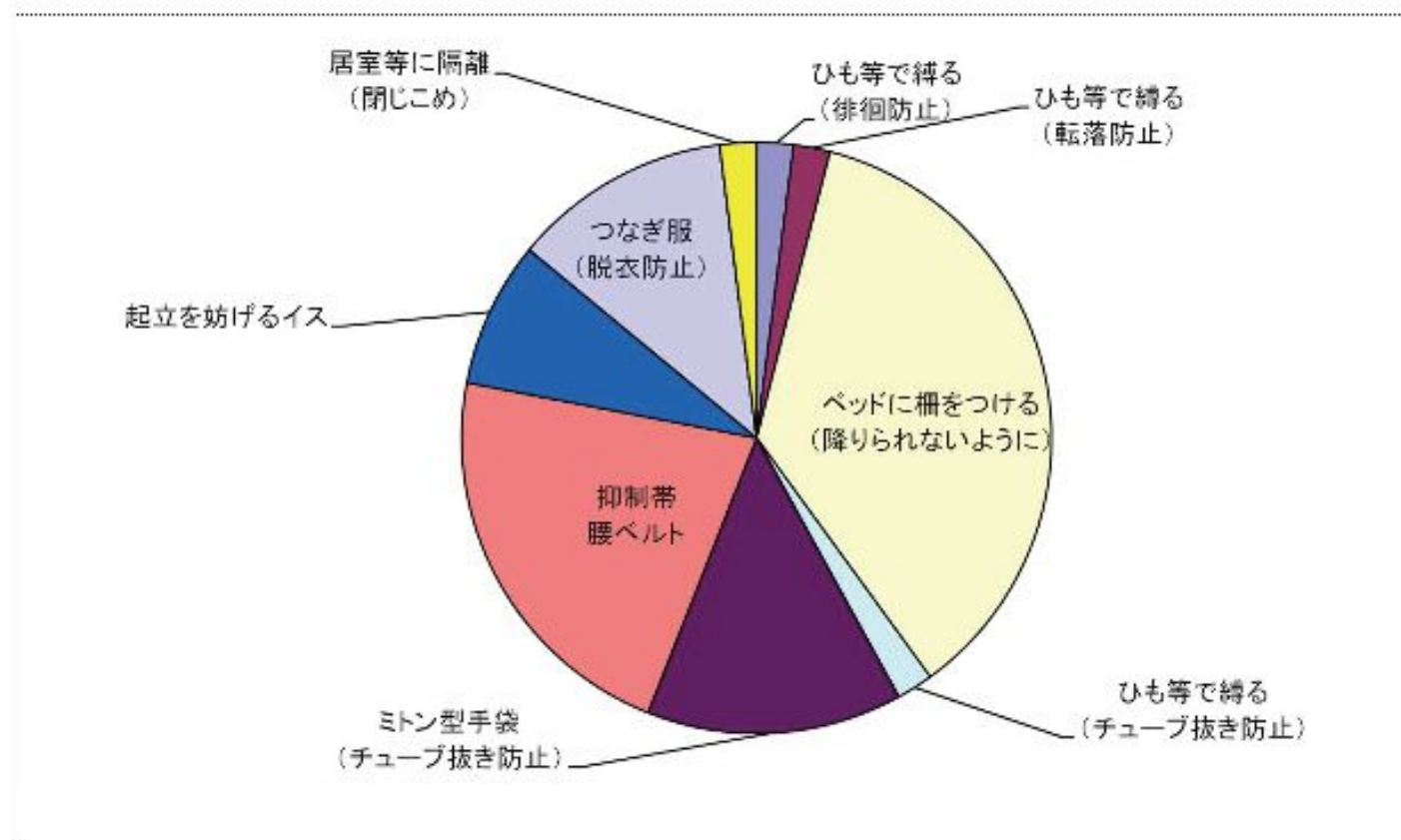
身体拘束廃止  
(アンケート集計をもとに)

■ アンケート結果 ～2. 行っている行為(過去含む。)vol.1～

問	ひも等で縛る (徘徊防止)	ひも等で縛る (転落防止)	ベッドに柵 をつける	ひも等で縛る (チューブ 抜き防止)	ミトン型手袋 (チューブ 抜き防止)	抑制帯 腰ベルト
回答数	1	1	18	1	7	11

問	起立を妨げる イス	つながり服	ひも等で縛る (迷惑行為防 止)	向精神薬	居室等に隔離
回答数	4	6	0	0	1

■ アンケート結果 ～2. 行っている行為(過去含む。)vol.2～

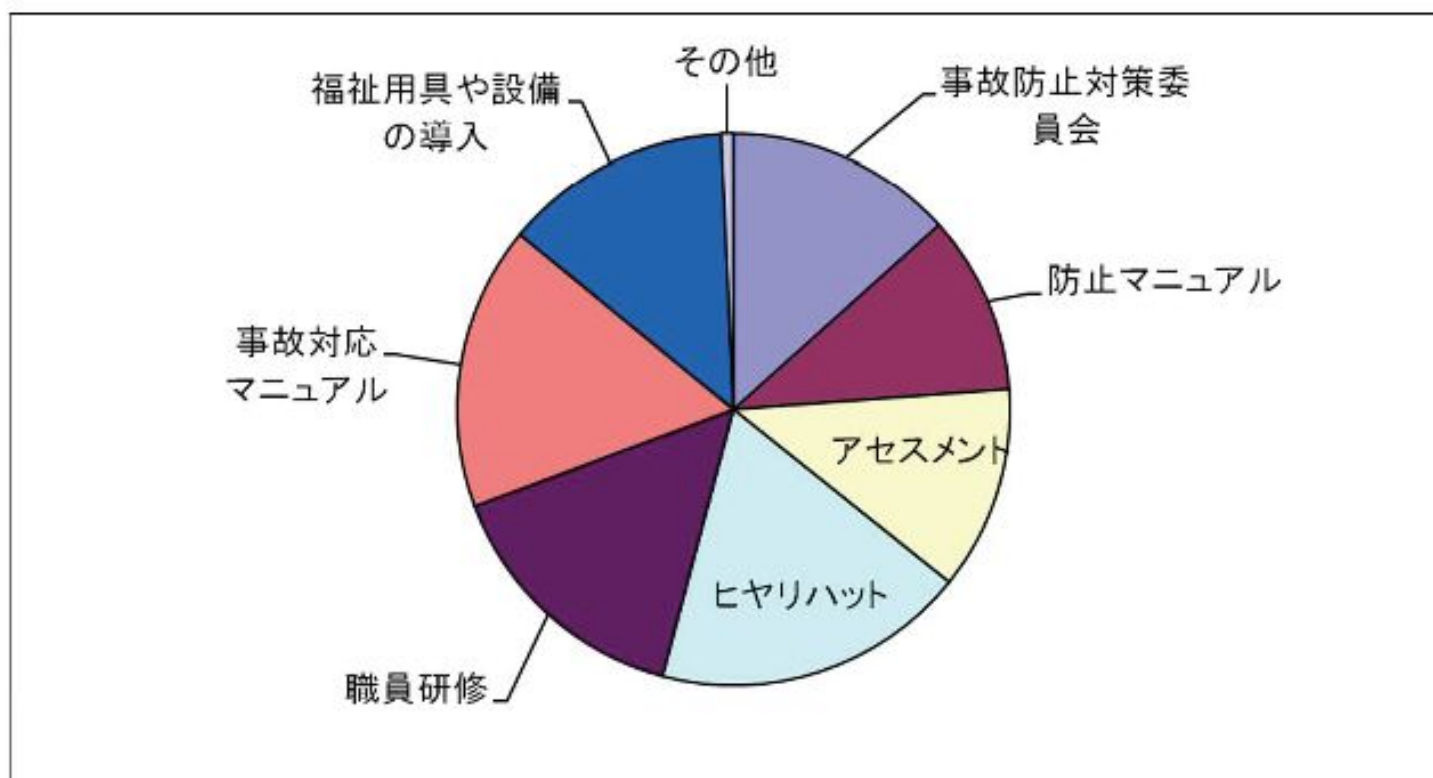


■ アンケート結果 ～3. 事故予防・発生時の対応vol.1～

問	事故防止 対策 委員会	防止 マニュアル	アセス メント	ヒヤリ ハット	職員研修	事故対応 マニュアル	福祉用具 や設備の 導入	その他
回答数	37	29	33	51	42	46	37	2



■ アンケート結果 ～ 3. 事故予防・発生時の対応vol.1～



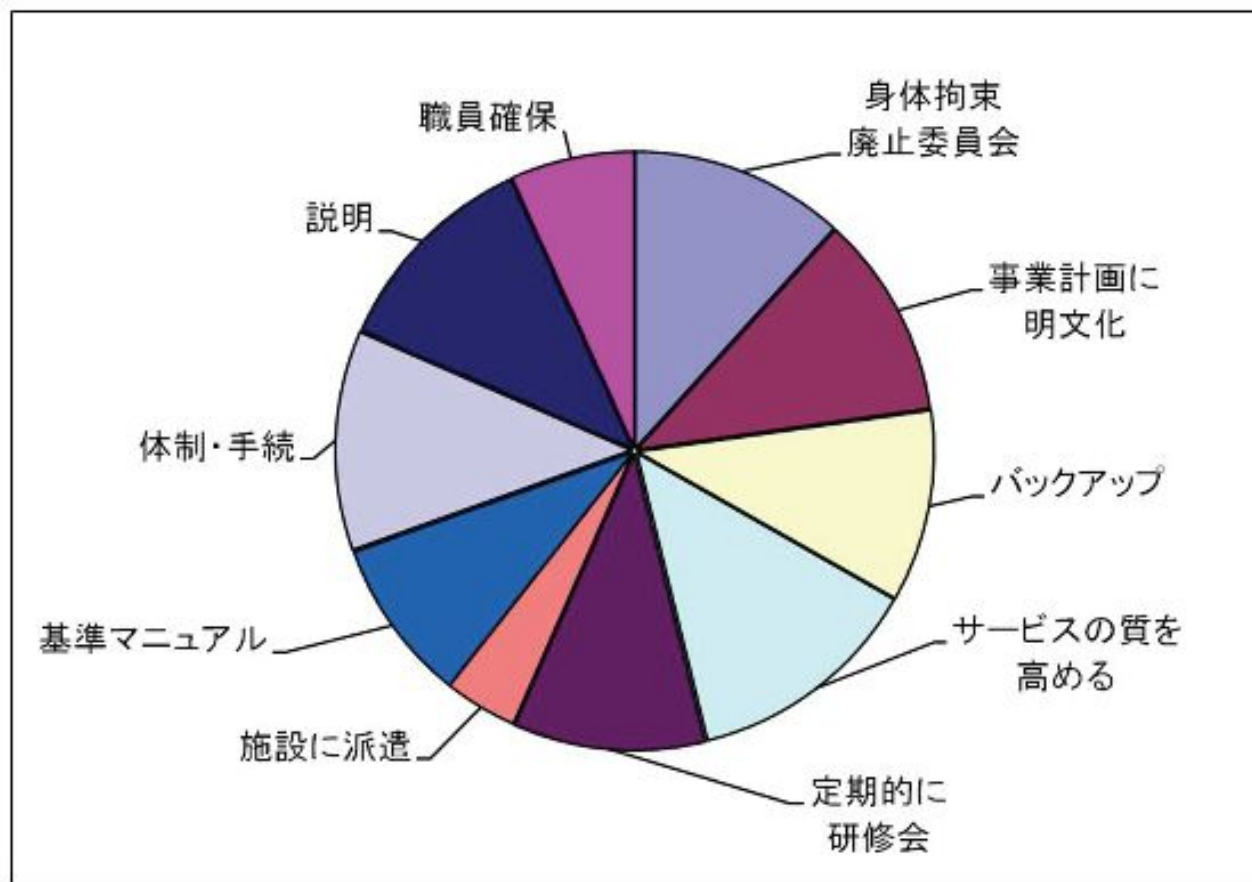
身体拘束廃止  
(アンケート集計をもとに)

■ アンケート結果 ～4. 取組状況vol.1～

問	身体拘束 廃止委員会	事業計画 明文化	バックアップ	サービスの 質を高 める	定期的に 研修会	施設に派遣
回答数	38	36	34	42	34	13

問	基準マニュアル	体制・手続	説明	職員確保	その他
回答数	29	39	38	22	0

■ アンケート結果 ～4. 取組状況vol.2～

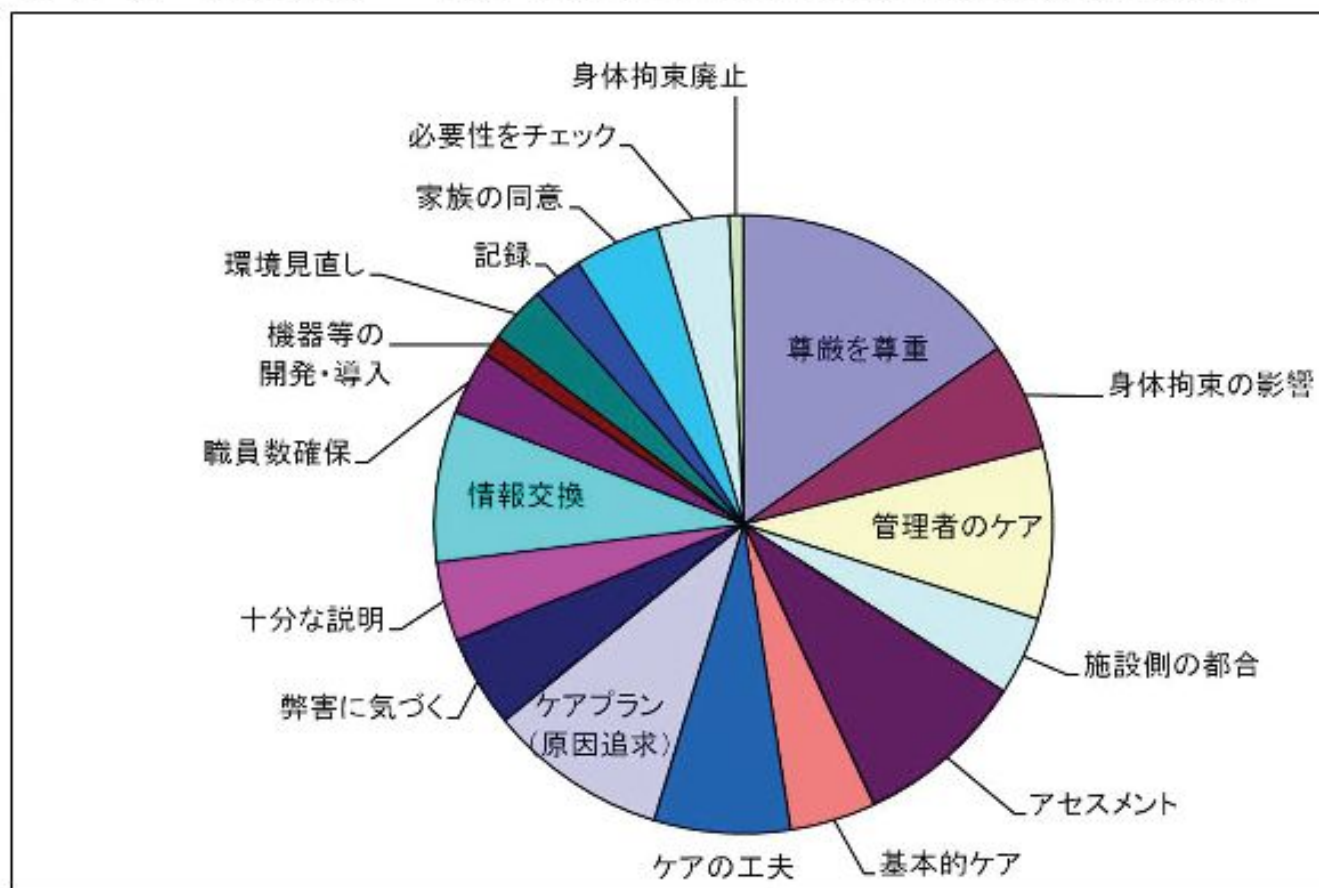


■ アンケート結果 ～5. 最も重要と思う5つの取組vol.1～

問	尊厳を尊重	身体拘束の影響	管理者のケア	施設側の都合	アセスメント	基本的ケア	ケアの工夫	ケアプラン(原因を探る)	弊害に気づく	十分な説明
回答数	41	15	24	11	24	12	19	25	13	11

問	外部公開	情報交換	職員確保	機器等の開発・導入	環境見直し	記録	家族の同意	必要性をチェック	身体拘束廃止	その他
回答数	0	21	9	3	8	7	12	10	2	0

■ アンケート結果 ～5. 最も重要と思う5つの取組vol.2～



## ■ アンケート結果 ～6. 有効だったケアの工夫例vol.1～

①徘徊しないように車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。

- ベッドを止めて布団に変えた。
- 日中はアクティビティの充実を図る。
- 安全に動けるように環境整備等を行う。
- 徘徊時は職員が付きそう。
- 居室に危険物を置かない。
- 徘徊理由の選出し、要因候補から消失可能なものへの対応を実施。
- 徘徊の原因追及。
- 日中はマンツーマン対応で歩いて運動し、夜間は眠れるようにする。
- 見守り態勢の工夫。
- 足下センサーを設置し、早めの対応ができるようにした。

## ■ アンケート結果 ～6. 有効だったケアの工夫例vol.2～

### ②転落しないようにベッドに体幹や四肢をひも等で固定する。

- ベッドの高さを低くする。
- 衝撃マットを床に敷く。
- 昼間の賀正時間を短くする。
- コールマットの使用
- 本人や家族の同意のもと、フロアから見守りやすい導線の居室へ移動する。
- 床での生活に切り替える。
- 畳の部屋にする。
- 十分な広さのあるベッドの使用
- 1～2時間後との訪室
- 足下センサーを設置し、早めの対応ができるようにした。
- ベッドを取り、マットと布団に変える。



## ■ アンケート結果 ～6. 有効だったケアの工夫例vol.3～

③自分で下りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。

- ベッドの下にマットや布団を敷く。
- ベッドの下に布団を敷いて、寝てもらう。
- 本人の欲求を傾聴し欲求を実現させる。
- 巡回を増やす。
- 自由に降りられるようにベッドを低くする。
- 下肢筋力低下防止のための運動をする。
- ベッドから降りようとしたら、体の一部にコールボタンが触れるようにセットする。
- 部屋に危険と思われるものは置かない。
- 畳の部屋にする。
- 足下センサーを設置し、早めの対応ができるようにした。



## ■ アンケート結果 ～6. 有効だったケアの工夫例vol.4～

④点滴・経管栄養のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。

- 胃瘻部分については腹帯を巻き、直接触れることを防ぐ。
- 接続チューブを上着の襟に沿わせて後ろに回し、視界から外す。
- 点滴のチューブが見えないよう、チューブのルートを掛け物で隠す。
- 胃瘻にする。
- 短時間で終わられるものに代替する。
- PEGの接続部分をボタン式の形状にする。

## ■ アンケート結果 ～6. 有効だったケアの工夫例vol.5～

⑤点滴・経管栄養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趣旨の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。

- 空調の調節、軟膏を使う回数を増やす。
- 常に爪は短くしておく。
- 掻痒感については、かゆみ止めの塗り薬で皮膚を保護する。
- 経過、記録を記入し、外せそうな時間帯は拘束具を外し様子を見る。
- 経管時はできるだけホールに出るようにし、見守る。
- 手の届かない上方へチューブを纏めている。
- 手の動きが鈍いときは、ミトンを外し様子を見る。
- 日中は離床、夜間のみミトン装着。
- 爪の長さを確認し、清潔保持に努める。
- 皮膚科受診
- 入居時は8Frのレビンチューブを違和感を緩和するために、8Frに変更。

## ■ アンケート結果 ～6. 有効だったケアの工夫例vol.6～

⑥車椅子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字型抑制帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。

- 車椅子で移動するときは安定も図れるのでパット(大)を使用する。
- 日中の過ごし方の工夫。スタッフの目の届くところで過ごす。
- 個別対応のリハビリへの取り組み。
- 日中はアクティビティの参加時間を増やし、座り心地の良い椅子を用意する。
- 車椅子でのレクを増やす等、個人にあったサービス計画を企てる。
- 円座クッション等を使用する
- ポジショニング、シーティング
- 見守り強化。
- 立ち入りの原因追求。
- 車椅子の検討
- 歩行練習、立位練習などを行い、筋力を強化し、転倒のリスク軽減に努めた。

## ■ アンケート結果 ～6. 有効だったケアの工夫例vol.7～

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(車椅子を含む)を使用する。

- 座位負担軽減のため、フロアのソファで対応する。
- 目的を持ってもらい、軽作業を行う(集団での見守り強化)。
- 補助具の変更。
- 帽子をかぶってもらう。
- 移動範囲の導線確保。
- 下肢の筋力向上。
- スタッフの目の届くところで過ごす。

## ■ アンケート結果 ～6. 有効だったケアの工夫例vol.8～

⑧脱衣やおむつはずしを制限知るために介護服(つなぎ服)を着せる。

- 不快感を取り除くよう、早めの排泄介助を行う。
- 排泄パターンを把握し、不快感を取り除く。
- 入居者の奥様が作ったつなぎ服をしようしている。(制限をさけるため、服にボタンをつけるだけ)
- 排泄チャート等によるアセスメントを行い、排泄管理を行う。
- つなぎを着せず、タオルを巻いた。
- おむつを脱いだり外したりすることの原因追及。
- 失禁アセスメント等。

■ アンケート結果 ～6. 有効だったケアの工夫例vol.9～

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。

- 行動傷害の原因を追及。
- スタッフの目の届くところで過ごす。

## ■ アンケート結果 ～6. 有効だったケアの工夫例vol.10～

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。

- 対話を増やす。
- 服薬実施の際には専門医へ受診し、適切な調整(服薬)していく。
- 日中の活動を増やしたり、興奮の原因を追及する。
- 医療機関の受診
- コミュニケーションや興味のもてる題材の提供により、安定を図る。

■ アンケート結果 ～6. 有効だったケアの工夫例vol.11～

⑪自分の意志で明けることのできない居室等に隔離する。

- 他人の居室に入るのを防ぐため、他人の居室に鍵を掛ける。
- 集団ケア



## ■ アンケート結果 ～6. 有効だったケアの工夫例vol.12～

### ⑫全般的な内容

- スタッフの意識改革(研修・カンファレンスの実施、身体拘束・環境設備の見直し)
- 見守りの重視
- 全てにおいて原因追及し、身体拘束をせず解決している。
- 問題の特定をし、アセスメントを行う。
- 問題視する場合は、本人に真意を考え、現象の起こる要因を検討し軽減に努める。
- 全てに置いて原因があることなので、薬、身体、精神、環境、心理と順を追ってアセスメントしていく。

## ■ アンケート結果 ～7. 具体的事例 vol.1～

- 対象者の状態（年齢、性別、既往症、要介護度、認知症判定、ADLの状況など）
  - 86歳 男性 肺気腫、胃切除術後、胸腰部圧迫骨折 要介護5 認知症判定5 座位保持20～30分程度 車椅子移動
- 拘束に至った状況・経緯
  - 入院中、オムツ外し、失禁、バルンを引っ張り外す。コルセットを外す等の行為あり、**入院中より、ツナギ服**を使用していた。
- 拘束の状況、拘束の開始時期
  - 平成21年7月27日入所、パジャマ無し、**ツナギ服**にて対応（夜間）
- 拘束廃止が困難な理由
  - **バット、オムツ外し、失禁（失辨）**があると、全更衣、及びシーツ交換等（定時に巡視）夜間の対応時、**不快感**を与えてしまう。
- 拘束廃止への取組状況
  - **日中、夜間と巡視を頻回**に行い、バット（失禁、失便）の有無の確認、トイレ誘導。入所され、間なしもあり、関係作り、**コミュニケーションを図り、真意を把握**。
- 検討した（考えられる）拘束廃止の方法
  - **巡視の徹底。バット装着の工夫**。不快感の解消。**排便**を日中に行える様**支援**。コミュニケーション、ご本人の訴え、思いを傾聴を繰り返す。
- 身体拘束廃止後の対象者の状況
  - バット外しの回数も減り、臥床している時間より、離床の時間が増え、車椅子での自走、杖歩行等、**ADLの向上**。自発的にコールを鳴らす様になり、現在はバットの使用率も減り、パジャマ、普段着での生活となる。コミュニケーションも図れ、**会話も弾み自宅より、すべて安心**と話す。

## ■ アンケート結果 ～7. 具体的事例 vol.2～

- 対象者の状態（年齢、性別、既往症、要介護度、認知症判定、ADLの状況など）
  - 91歳、女性、心筋梗塞（H19）・糖尿病、介護4、認知症（Ⅲa）、車椅子使用で立位は可能だが、ブレーキをせずに動かれるので転倒のリスクが高い。
- 拘束に至った状況・経緯
  - 車椅子のブレーキをかけることをせずに動かれることにより、臀部が前の方にいき、ずり落ち、転倒が多く、外傷もある為。
- 拘束の状況、拘束の開始時期
  - 車椅子にベルトをつけ、勝手に立ち上がる時ことによる骨折等のリスクの軽減をした。
- 拘束廃止が困難な理由
  - 認知症により、車椅子のブレーキをかけることができず、自由に立ち上がることが多く、転倒の危険が高いため。
- 拘束廃止への取組状況
  - フロアにおられる時は、ベルトを外して、見守る時間を増やしていった。車椅子、ベッドの移乗での転倒・転落があるので、ベッドをやめ、畳にしてみた。
- 検討した（考えられる）拘束廃止の方法
  - 日中、車椅子で動かれ、安全性の意識が本人は低い。リスクの軽減から考えていくこととした。
- 身体拘束廃止後の対象者の状況
  - 居室を畳にしたが、居室内で立ち上がられるので、手すりを取り付けてみた。その手すりを上手に使われ、安定もしていて、本人の自由も確保され、今は車椅子のベルトも使用していない。

## ■ アンケート結果 ～7. 具体的事例 vol.3～

- 対象者の状態（年齢、性別、既往症、要介護度、認知症判定、ADLの状況など）
  - 84歳、女性、要介護4、認知症（Ⅳ）、日常生活自立度（B2）
  - 既往症：尿道炎、胆石、左大転子部骨折（H17.8）、第三腰椎圧迫骨折（H15）、両手根部骨折（H16）、腸閉塞（H20.6）、鬱病、認知症
- 拘束に至った状況・経緯
  - ベッドから自力で降りられると思われ、ベッドから転倒され、**第三腰椎圧迫骨折**された。**ベッド柵を4本**使用させていただき、又、**ベッドの下に布団**を敷かせていただき**見守り、巡回を強化**した。しばらくは落ち着かれていたが、今度は**ベッド柵を乗り越え**床に転落され、**左大転子部を骨折**された。
- 拘束の状況、拘束の開始時期
  - 4本柵使用は、圧迫骨折後にご家族様とご相談の上、使用となった。
- 拘束廃止が困難な理由
  - **鬱病**による不穏状態、**認知症**があり物事の判断が困難な為。
- 拘束廃止への取組状況
  - **些細なことでもヒヤリ・ハットレポート**を提出し、**リスクマネジメント**を行い事故防止に取り組んだ。又、詳細を**ご家族様にご報告し、ご協力**をいただいた。
- 検討した（考えられる）拘束廃止の方法
  - 4本柵使用 → **ベッドの下に布団**を引く → ご家族様とご相談の上、居室内の**危険物を除去** → **畳部屋**に変更させていただき、又、**離床時間**を増やした。
- 身体拘束廃止後の対象者の状況
  - 時々、いざって居室から出られることがあったが、現在は落ち着いておられる。

## ■ アンケート結果 ～8. 自由意見(任意抽出)vol.1～

- 施設スタッフなどへの周知はできていると思うが、家族の理解は乏しく、勝手に身体拘束にあたる行為をされていたりすることがある。家族への交渉が大変。  
※他同様の意見3件
- 夜間職員1名では事故が起きても仕方がないとの諦めの雰囲気がある。  
※他同様の意見2件
- 4点柵＝拘束なのか、柵と柵との間が座位が取れる幅も拘束となるのか、ADL向上に繋がる立ち上がりの補助と考えられないか。4点柵について明確な基準はなく、自分で降りることができれば身体拘束ではないとの意見もあるのでは。  
※他同様の意見4件
- 身体拘束廃止に向けてスタッフの気持ちと廃止できにくい現実とのギャップに苦しむ。  
※他同様の意見1件



## ■ アンケート結果 ～8. 自由意見(任意抽出)vol.2～

- 身体拘束がなぜダメなのかをきちんと理解しない限り、無くならないと思う。「問題行動」というのは施設側の考えであって、本人にとっては「問題」ではないと思われる。この視点に立って考えると容易に身体拘束は行われたい。
- 身体拘束が起きるのは、認知症ケアへの理解が不十分だからである。認知症ケアの質を高める取組が求められる。身体拘束は本来あり得ないものとする。
- 身体拘束廃止委員会で検討したものを職員全員が理解、認識できるようなシステムで推進することが一番必要だと感じる。ただし、身体拘束はいけないと声高に言っても職員によっては思いとして理解できにくい様子が見受けられたため、しっかり根拠を持って入居者の尊厳・尊重とその行為が入居者の行動を制限して、ストレスに繋がるということを説明する必要がある。身体拘束という行われた事象だけで見てしまうと、取組は進まないと感じた。
- “施設側の理想”と思われがちなので、パンフレットなどがあればほしい。

■ アンケート結果 ～まとめ・感想～

- ◎ 家族への対応
- ◎ 認知症ケア・ケアプラン
- ◎ 入居者の真意
- ◎ 行動制限・目的
- ◎ 自分自身(自分の両親)に重ねてみる
- ◎ 第三者の視点を持つ
- ◎ 施設間の繋がり
- ◎ 管理者のリーダーシップ・決意・バックアップ

## ■ 身体拘束廃止をどう進めるか (厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」から)

- 1 トップが決意し、施設や病院が一丸となって取り組む。**
  - ・現場スタッフをバックアップ
  - ・事故やトラブルが生じた際にトップが責任を引き受ける姿勢
- 2 みんなで議論し、共通の意識を持つ。**
- 3 まず、身体拘束を必要としない状態の実現を目指す。**
  - ・利用者について、もう一度心身の状態を正確にアセスメントし、身体拘束を必要としない状態を追求していくことが重要。
  - ・問題行動がある利用者は、過去の生活履歴等にも関係するが、次のようなことが予想される。
    - ①スタッフの行為や言葉かけが不相当か、またはその意味が分からない場合
    - ②自分の意思にそぐわないと感じている場合
    - ③不安や孤独を感じている場合
    - ④身体的な不快や苦痛を感じている場合
    - ⑤身の危険を感じている場合
    - ⑥何らかの意思表示をしようとしている場合
- 4 事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する。**
  - ・ベッドから敷き布団へ変更、手すりを付ける等
- 5 常に代替的な方法を考え、身体拘束を行う場合は極めて限定的に。**
  - ・いかに解除するかを検討することから始める。



## ■ 身体拘束廃止の目指すもの (H18.12.22特別区職員研修資料から)

1 単に、身体拘束の件数をゼロにすることだけを、目指すものではない。利用者本位のケアのあり方を再認識し、拘束の必要のない、高いレベルの介護・看護を実現していくことが本来の目的である。

2 したがって、身体拘束廃止には、より良いケアを目指して改善していくプロセスが重要である。廃止が困難な事例について、

- ・常に利用者の立場で、拘束の弊害やケアのあり方を考える。
- ・「なぜ拘束がやめられないのか」、「やめるために必要な条件は何か」といった検証を継続し、職員が情報を共有する。
- ・拘束の状態やその理由などの記録を徹底する。
- ・家族に対して拘束の状況や今後の方針を説明する。

などが必要となる。

3 身体拘束を必要としないケアの実現のためには、スタッフが介護の技術や医療面についての知識をきちんと持つことが重要。その上で、利用者一人ひとりについて、適切なアセスメントやケアプランの見直しができる体制の整備が必要である。