

〈研究ノート〉

身体拘束廃止に関する一考察 —その経過・現状・今後—

Discussion about the physical restraint — The current status, progression and perspective —

石 川 秀 也

1. 本論のねらい

2001年11月2日、札幌市において「第3回全国抑制廃止研究会」が開催され、シンポジウムの中でシンポジストの一人、西澤寛俊氏（北海道老人保健施設協議会会長・医療法人恵和会理事長）が、介護保険上、身体拘束が原則的に禁止されたことに触れ¹⁾、「法律上の禁止規定が先行したことは極めて残念であった。われわれが先に気づき、主体的に身体拘束の廃止を先駆けて取り組むべきであった」と強く主張していた。正にこれは、専門職としての怠慢もしくは無自覚を自戒する、真摯な実践者としての誠実な意見表明であろう。

厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議（後述）」は、身体拘束を行うことの問題点として、①身体的弊害、②精神的弊害、③社会的弊害、④拘束が拘束を生む悪循環の4点を掲げ²⁾、さらに「身体拘束は、人権擁護の観点から問題があるだけでなく、高齢者のQOL（生活の質）を根本から損なう危険性を有している」とし、高齢者ケアの世界から身体拘束を根本的に排斥する必要性を訴えている。

一方で、後述するように、高齢者ケアの現場からは様々な“現実的な”意見が述べられている。例えばそれは、①四肢をベッドに縛り付けるといった過激なものではなく、ベッドサイドレールを付設する程度のことは“身体拘束”とはいえないのではないかといった定義解釈論、②ベッドや車椅子

子からの転落・転倒を防ぐなどの安全策としてやむを得ないのではないかとといった安全確保論、③被拘束者本人が痴呆などで意思確認が困難な場合は、家族の同意を得られれば拘束を実施してもよいのではないかというインフォームド・コンセント論、④身体拘束を行わないように見守りを恒常化させたいが、職員配置基準が脆弱でスタッフ数が少ない現状で、とくに夜間帯などでは“理想論”的な対応は不可能であるとするマンパワー不足論、⑤経管栄養カテーテル、点滴や胃ろう、中心静脈栄養のチューブの自己抜去防止や、胃ろうボタン周辺部の汚染・感染防止のためといった、医療的必要論（自己抜去による受傷予防という安全確保論も含む）、⑥同施設・医療機関の他の入所（院）者の面前で、自分で着衣やオムツを剥ぎ取るなどの行為を防ぐためというプライバシー保護論、⑦他人に暴力をふるうなどの行動を制限するために、個室に入室させ施設するといった他者迷惑予防論、⑧掻痒症などによるかきむしりを防ぐためという自傷予防論などであり、一定の条件内での身体拘束はやむを得ないものとする主張である。

この両者の主張をみると、前者はいわば人権擁護論であり、後者は現実論といえよう。

身体拘束をめぐる、この両論はしばしば対立構造を見せている。むしろ、現実論者の中には人権擁護論の理念を理解しつつも、日々のケア現場の中で、誠実なケア実践の過程において、真にやむを得ない手段として身体拘束を施行していると理解している介護者・看護者等が少なくないであ

ろう。一方で、あまりにも安易に身体拘束を選択し、十分な検討や秩序立った手順を踏むことなく、身体拘束を行っている施設・医療機関があることも否定できない。

「身体的自由 (liberty of the person)」という考え方がある。これは、“身体を拘束されない自由”のことで、その起源は「マグナ・カルタ (1215年)」にあるといわれ、周知のとおり、「人及び市民の権利宣言 (1789年)」、「世界人権宣言 (1948年)」、「ヨーロッパ人権条約 (1950年)」などにもその理念が盛り込まれており、日本国憲法第3章「国民の権利と義務」の中でも表明されている。とくに、世界人権宣言を法的拘束力をもった条約として具体化した「国際人権規約 (1966年採択)」の「市民的及び政治的権利に関する規約 (B規約)」では、思想・言論・集会・結社の自由、身体的自由と安全、移動の自由、差別の禁止、法の下での平等などをうたい、わが国も1979年に批准している。むしろこの身体的自由 (人身の自由ともいう) ないし身体的自由 (physical freedom) という理念は、不当な逮捕や公判前の拘禁、奴隷的拘束・苦役・残虐などからの解放といった視点からの成立であり、本論で検討しようとする高齢者ケア現場等での身体拘束とはそぐわないようにとらえられるかもしれない。しかし、その根源的に意味するところ、すなわち、身体的自由は、自由な人間の第一条件であり、人間としての普遍的な権利であるとするならば、“身体的自由”は高齢者ケア現場等での身体拘束を考える重要な一淵源であるとみなすこともできよう。

そこでこの小論では、人権擁護論と現実論の対立構造を意識しつつ、介護保険施設をその検討対象として、①身体拘束廃止に向けてのこれまでの各種の取り組み、②実態調査からみる介護保険施設での身体拘束実施の現状、それらをふまえて、③身体拘束廃止に向けての若干の提言を行うこととしたい。

2. 身体拘束廃止に向けてのこれまでの経過

現在までの身体拘束廃止に向けての経過につい

ては、表1に詳しいが、主な点についてその足跡を概略的に振り返っておきたい。なお、本節においては“抑制”という表現がたびたび現れるが、身体拘束を医療機関においては伝統的に“抑制”という呼称を用いているからで、“身体拘束”と“抑制”は同義であると了承されたい。

1. 上川病院での取り組み

1986年12月、東京都八王子市にある上川病院で、身体拘束廃止運動が始まった。それまで同院でも身体拘束は行われており、多難な時期を乗り越えるためには、同院の吉岡充理事長と田中とも江総婦長の献身的な努力があったといわれる。この運動に取組む理念や経緯等については両氏の編著による『縛らない看護 (1999年9月15日、医学書院)』に詳しく触れられているので割愛するが、ここでは、同書で阿部が触れている「なぜ上川病院で抑制がなくなったか」について紹介しておきたい³⁾。

阿部は、それを四つの理由にまとめている。第一は“リーダーシップ”、すなわち吉岡、田中両氏の決断と行動力である。第二は、“施設方針”であり、抑制フリーを掲げ、第一のリーダーの方針と完全に合致して進めていったことである。第三は、“スタッフ教育”であり、身体拘束をしないでケアを行う方法や、看護者等の価値観の獲得への努力である。さらに第四は、“上川病院の組織文化としての倫理環境”であり、組織が一丸となって拘束は必要ないという強烈な倫理のもとでの実践である。

この四つの理由は、後に紹介するように、その後の身体拘束廃止運動に少なからず影響を与えていったといつてよい。

2. 全国抑制廃止研究会の設立

上川病院での取り組みは、吉岡、田中両氏による実践、研究をもとにした各種の研究会等での講演などにより、徐々にではあるが斯界に影響を及ぼしていった。とくに、いくつかの新聞や関係雑誌での特集記事などにより、そうした運動への応援が見られたことも特筆される。

その後の経過において注目されるのは、1998年

表1 身体拘束廃止に向けてのこれまでの経過

年 月	全国・他都府県での取組み	北海道での取組み
1986.12	・上川病院（八王子市）で拘束廃止問題に取組み始める	
1994. 6	・第2回老人ケア研究会「疾患患者への抑制を解き放して」	
1995.12	・朝日新聞「看護婦さんの誇りを信じていますー抑制廃止への応援メッセージ」	
1996.11	・第1回老年看護学会シンポジウム「抑制のない看護の実践」	
1997. 2	・雑誌「エキスパートナース」『抑制はナースのジレンマ』特集	
6	・福岡介護力強化病院研究会「抑制廃止のために」	
1998.10	・介護療養型医療施設全国研究会「抑制廃止福岡宣言」	
1999. 3	・厚生省例において身体拘束禁止を規定	
6	・老人の専門医療を考える会・全国シンポジウム「抑制を考えるⅠ」（札幌）	
7	・老人の専門医療を考える会・全国シンポジウム「抑制を考えるⅡ」（東京）	
10		・花川病院（石狩市）抑制廃止宣言 ・定山溪病院（札幌市）抑制廃止宣言 ・第1回北海道抑制廃止研究会（代表・中川 翼定山溪病院院長） ・抑制廃止セミナー（1999.11～2000.2：道内5箇所）
12	・老人の専門医療を考える会・全国シンポジウム「抑制を考えるⅢ」 ・日本看護協会「介護保険施設で身体拘束をしないために」発表	
2000	・東京都高齢者施策推進室「指定事業者業務のガイドライン」で、サービス利用契約書に拘束廃止を具体的に盛り込む	
2	・丸の内ワークショップ「抑制チェック項目、抑制が許される場合」を検討	・第2回北海道抑制廃止研究会
3	・全国抑制廃止研究会設立 ・神奈川県福祉部高齢者施設課・拘束なき介護検討プロジェクトチーム「かながわ拘束のない施設づくりガイドラインー試案」発表	
4	・厚生省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」発足	・北海道にて「抑制廃止相談ネットワーク」発足 ・第3回北海道抑制廃止研究会
6	・財団法人日本訪問看護振興財団「高齢者虐待防止とサポートマニュアル」発表	
2000. 6	・社団法人采け老人をかかえる家族の会「医療・福祉施設における痴呆の人の拘束を廃止する条件に関する調査研究」調査報告書	
10	・第2回全国抑制廃止研究大会開催	・北海道身体拘束ゼロ作戦推進会議発足
11		・第4回北海道抑制廃止研究会 ・北海道老人福祉施設協議会「身体拘束に関するアンケート調査」実施 ・北海道老人福祉施設協議会「拘束廃止に向けての調査研究報告書」
2001. 2	・全国老人福祉施設協議会「拘束ゼロへの誓い」を宣言	
3	・厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」作成・配布 ・全国老人保健施設協会「身体拘束ゼロシンポジウム」開催	
6	・厚生労働省「身体拘束ゼロに役立つ福祉用具・居住環境の工夫」作成・配布	
8		・北海道身体拘束ゼロ作戦推進会議・北海道保健福祉部介護保険課「身体拘束に関する調査結果報告書」公表
11	第3回全国抑制廃止研究大会in北海道(札幌)	

10月の介護療養型医療施設全国研究会による「抑制廃止福岡宣言」である。これは、前年に福岡県介護療養型医療施設連絡協議会での吉岡、田中両氏の講演が契機となって研究や実践が盛んになり、上川病院での宿泊研修などを経て、同宣言へと結実していったのである。同宣言は、「人に自由と誇りと安らぎを」をスローガンに、①抑制とは何かを考える、②縛る、抑制をやめることを決意し、実行する、③継続するために院内を公開する、④抑制廃止運動を全国に広げていく（「抑制」は病院スタッフの威圧的な言動などの「目に見えない抑制」をも含む）というものであり、全国のいくつかの病院が実際に抑制廃止宣言を行うなど、その後の運動の高まりに大きな影響を与えていったといえる。

その後、老人の専門医療を考える会・全国シンポジウムなどを経て、2000年3月には全国の身体拘束廃止運動に賛同する医療関係者を中心に「全国抑制廃止研究会」が設立されたのである。

また、全国老人福祉施設協議会が「拘束ゼロへの誓い」を2001年2月に宣言し、同年3月には全国老人保健施設協会が「身体拘束ゼロシンポジウム」を開催するなど、介護療養型医療施設だけではなく、他の介護保険施設である、介護老人福祉施設、介護老人保健施設の中にも運動が高まっていった。

3. 身体拘束に関する研究活動の高まり

こうした実践レベルでの取組みの一方、身体拘束に関する調査・研究活動も行われるようになった。そのいくつかを紹介すると次の通りである。

1. 日本看護協会「介護保険施設で身体拘束をしないために」

1999年4月、日本看護協会は、身体拘束が禁止されることは、利用者の人権擁護の観点のみならず、拘束が身体機能や心理状態を悪化させかねないことから当然のことである。しかし現場では、この基本は理解していてもなかなか実践が難しく、ケア提供者の間のジレンマでもあったとして、まず身体拘束をしないための基本的事項の3点（①

十分なマンパワーを確保する、②責任者が決意し、全員で実行する、③拘束が必要な状態かどうかを再検討する）を主張し、身体拘束をしない取組みの困難さを意識しつつも、専門職にふさわしい知識と技術と倫理をもって身体拘束のない看護への努力を訴えたのである。

2. 拘束なき介護検討プロジェクトチーム・神奈川県福祉部高齢者施設課「かながわ拘束のない施設づくりガイドライン(試案)」

この取組みは、神奈川県福祉部高齢者施設課が事務局となり、特別養護老人ホーム職員らによる「拘束なき介護検討プロジェクトチーム」を発足させ、県指導監査での調査結果と一部の特別養護老人ホームの事例を検討する中で、試案としてガイドラインを作成したもので、2000年3月に発表されている。拘束廃止の指標として、①施設の運営方針として「拘束をしない介護」を明確にする、②「拘束等の行動制限」をしないための基本的な介護サービスの充実や環境の整備に取り組む、③まず、拘束をしない介護方法を考える、④「拘束等の行動制限」は必要最小限とする、⑤「拘束等の行動制限」を行うに当たっては、関係者の納得・共通理解を前提とする、という5点に集約した整理を行っている。

3. 財団法人日本訪問看護振興財団「高齢者虐待防止とサポートマニュアル」

この研究は、平成11年度厚生省老人保健事業推進費等補助金の助成を受け、「在宅老人看護ケアのマニュアル作成事業：高齢者及びそのケア提供者に特徴的に起こる症状への対応及び身体拘束を予防するケアのあり方についての検討」を実施したもので、2000年6月に公表されている。基本的には施設や在宅における高齢者虐待の予防サポートのマニュアルとカリキュラムを作成することを目的としたものであるが、特徴的なのは、高齢者虐待の定義の中に身体拘束を盛り込み、事例研究などを通して、高齢者虐待の視点から身体拘束の問題を扱っていることである。とくに、虐待予防のための介入のポイントについて言及しているほ

か、高齢者虐待防止の教育・研修プログラムの作成をも試みている点に注目される。

この研究は、次のような意味において示唆的である。すなわち“高齢者虐待の定義の中に身体拘束を盛り込んだ”という点であり、例えば、米国においては、高齢者虐待の定義の中に身体拘束（薬物による拘束も含めて）を含めることが少なくなく⁴⁾、高齢者虐待の知見から身体拘束の問題も包括的に捉えようとする点である。

4. 社団法人呆け老人をかかえる家族の会「医療・福祉施設における痴呆の人の拘束を廃止する条件に関する調査研究」

同会は、この調査研究に先立ち、1997年に「保健・医療・福祉サービスにおける不適切なケア」について介護家族の立場からの調査を行い、拘束の実態を少なからず認め、さらに同様の調査を翌年にも行い、本研究（調査対象は会員であり、1999年10月が調査時期）へとつながっていったものである。

最終的な提言として、①「拘束」とは何であり、痴呆の人になぜ好ましくないかを話し合い、介護家族、医療・福祉サービス関係者達で合意を得るように努めること、②痴呆の人の「拘束」をどのような形にせよ原則的に認めないことを介護家族、医療・福祉サービス関係者達が持つこと、③「拘束」を避けられるものであり「拘束」しなくてもすむようなさまざまな介護上の工夫を試みること、④医療・福祉サービス関係者の増員と関係者への痴呆の人の理解を深める教育を行うこと、⑤病院・施設の構造上の工夫をし、探知機などの機器を設置などすること、⑥病院・施設全体として「拘束」についての考えを統一し、可能な限り「拘束」を行わないことを職員全員で確認し、それにそった対応をとること、⑦介護家族は医療・福祉サービスの利用に際し痴呆の人についての情報を的確に提供すること、⑧介護家族やボランティアを積極的に病院・施設に導入し、病院・施設を開放的にすると共に、「拘束」をなくすため病院・施設、介護家族、ボランティアらが共同して取り組むこと、⑨「拘束」をなくす全国各地での取り組みについて情報交換をすること、⑩「拘束」について

の介護家族や職員からの相談の窓口を設けること、⑪「拘束」に関する実効性のある制度や法的規制を行うことの11項目を掲げている。

4. 身体拘束ゼロ作戦の推進

厚生労働省は、2000年に「身体拘束ゼロ作戦」を提唱し、6月9日、有識者らによる「身体拘束ゼロ作戦推進会議」を発足させるとともに、当面の取組みとして、都道府県における推進体制（推進会議、身体拘束相談窓口など）の整備、「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（以下『ゼロへの手引き』という）」の作成・配布（2001年3月）、「身体拘束ゼロに役立つ福祉用具・居住環境の工夫―『生きる意欲』を引き出す環境づくり（以下『ハードマニュアル』という）」の作成・配布（2001年6月）などを行っている。

さらに同省は、2002年度の概算要求において身体拘束廃止推進事業の一環として、家族等に対して身体拘束ゼロの重要性を理解してもらうための講習会や説明会等の開催を盛り込み、一層の運動の推進に努力している。また、2001年中に相談窓口に寄せられた相談事例について分析し、都道府県にフィードバックするための「相談支援分科会」を新規に立ち上げることとしている。

なお都道府県の取組みについては、表2に掲げており、未設置の都道府県についても大半が2001年度中に設置予定である。

3. 北海道における介護保険施設での身体拘束の実態

本節では、北海道身体拘束ゼロ作戦推進会議・北海道保健福祉部介護保険課が公表した「身体拘束に関するアンケート結果調査報告書・2001年8月（以下『北海道調査』という）」の概要を紹介しながら、本道における介護保険施設での身体拘束の実態を探りたい。

なお、調査結果は膨大なものであるが、紙面の関係上、次の3項目のみを紹介するにとどめておきたい。

表2 身体拘束ゼロ作戦推進状況(2001年12月現在)

都道府県名	推進会議を設置している都道府県 設置年月日	開催回数	相談窓口を設置している都道府県 設置年月日	相談受付件数	都道府県名	推進会議を設置している都道府県 設置年月日	開催回数	相談窓口を設置している都道府県 設置年月日	相談受付件数
北海道	12.10.19	6	12. 4.25	14	滋賀県	13. 7. 6	2		
青森県	13.10.12	1	13.11.30	0	京都府	13. 9.11	1		
岩手県	13. 8.30	1	13.12. 4	0	大阪府	13. 3.23	2	13. 7. 2	16
宮城県	13. 7.27	1	13.10. 5	12	兵庫県	13. 7. 4	2		
秋田県	13. 7. 2	1			奈良県	13. 5.31	3	13. 7. 3	1
山形県	13. 9.21	1			和歌山県			13. 4. 1	0
福島県	12.11. 2	6	13. 4. 1	31	鳥取県	13. 6. 1	1	13. 8.27	0
茨城県	13. 8. 2	2			島根県	13. 7. 2	2	13. 9. 3	0
栃木県	13.10.29	1			岡山県	12.12.20	5	13. 8. 6	14
群馬県	13. 3.29	3			広島県	13. 5.21	2		
埼玉県	13. 2.16	2	13. 5.10	10	山口県	13. 9. 7	2		
東京都	13. 2.14	3	13.12. 1	0	徳島県	13. 4. 1	1	13.10. 1	2
新潟県	13.12. 1	0	13.12. 1	0	愛媛県	13. 5.11	2		
富山県	13. 9.10	1			高知県	13. 7.12	2		
石川県			13. 9. 3	0	福岡県	13. 6.21	3	13.10. 2	9
福井県	13.10.30	1	13.11. 1	2	佐賀県	13. 9.10	2		
山梨県	12.12.26	4	13. 4. 1	3	長崎県	13. 5.31	3		
長野県	13. 6.19	1	13.11. 1	2	熊本県	13. 7.25	1		
岐阜県	13.12. 4	1	13. 4. 1	13	宮崎県	13.11. 8	1	13.11.26	0
静岡県	13. 9. 1	1	13.12. 3	2	鹿児島県	13.11.26	1	12. 4.22	4
愛知県	13. 8.17	1	13.10. 1	2	沖縄県	13. 4. 1	0	13.12. 4	0
三重県	13. 9. 6	2	13.10.10	1					

出所：厚生労働省「第3回身体拘束ゼロ作戦推進会議資料（平成13年12月17日）」より作成。

1. 身体拘束の行為実態

【北海道調査】によると、何らかの身体拘束を行っている施設は、痴呆対応型共同生活介護施設で18.5%と少なく、逆に指定介護療養型医療施設・病院で93.2%、指定介護老人福祉施設で92.1%、介護老人保健施設で82.8%と高い割合を示している（表3参照）。

この“何らかの身体拘束を行っている施設”というのは、施設内で1人の利用者のみに身体拘束を行っているという施設でも1施設としてカウントされるという意味であり、実際の被拘束者の割合は、表4にあるように、全体として高くないといえよう。全体でみると、最も被拘束者率が高いものでも「ベッド柵を4本つけベッドを囲む」で7.6%、以下、被拘束者率が比較的高いものでも、「ベッド柵を2個使用し、取り外しができないように固定する。あるいは高いベッド柵をつける」が2.6%、「車椅子や椅子からずり落ちないようにY字型抑制帯をつける」2.4%、「脱衣・おむつはずしのある人に介護衣（つなぎ）を着せる」

2.1%などとなっている。

一方、「徘徊しないように車椅子（椅子）やベッドに胴や四肢を縛る」についてみると、指定介護老人福祉施設で実施施設率10.3%・被拘束者率0.3%、介護老人保健施設でそれぞれ8.8%・0.3%、指定介護療養型医療施設でそれぞれ8.7%・0.9%となっているほか、「転落・転倒しないようにベッドに胴や四肢を縛る」では、指定介護老人福祉施設で実施施設率6.0%・被拘束者率0.2%、介護老人保健施設でそれぞれ0.9%・0.04%、指定介護療養型医療施設でそれぞれ9.0%・0.7%、痴呆対応型共同生活介護施設でそれぞれ3.8%・0.4%となっており、“過激な”印象のある拘束も高率ではないが報告されている。

2. 身体拘束と判断するか否かの意識

表5は、調査への回答者がそれぞれの項目について、“身体拘束であると思う”“どちらともいえない”“身体拘束とはいえない”という選択肢から回答したものの集計である。

表3 身体拘束実施施設の状況

区 分	拘束なし施設数 a	拘束実施施設 b	回 答 数 c	利用者なし施設数 d	拘 束 実 施 率 b/c-d
痴呆対応型共同生活介護	44	10	56	2	18.5%
指定介護老人福祉施設	17	198	215	0	92.1%
介護老人保健施設	20	96	116	0	82.8%
指定介護療養型医療施設	53	161	246	32	75.2%
(病 院)	(11)	(150)	(170)	(9)	(93.2%)
(診療所)	(42)	(11)	(76)	(23)	(20.8%)
計	134	465	633	34	77.6%

表4 項目別にみた身体拘束の実施施設率と被拘束者率

(単位：%)

区 分	痴呆対応型 共同生活介護		指定介護老 人福祉施設		介護老人保 健施設		指定介護療 養型医療施設		全 体	
	実 施 施設率	被拘束 者 率	実 施 施設率	被拘束 者 率	実 施 施設率	被拘束 者 率	実 施 施設率	被拘束 者 率	実 施 施設率	被拘束 者 率
①徘徊しないように車椅子(椅子) やベッドに胴や四肢を縛る	0.0	0.0	10.3	0.3	8.8	0.3	8.7	0.9	8.5	0.5
②転落・転倒ないようにベッド に胴や四肢を縛る	3.8	0.4	6.0	0.2	0.9	0.04	9.0	0.7	6.3	0.3
③点滴・中心静脈栄養・経管栄養 チューブを抜かないようにミ トン型の手袋をつける	0.0	0.0	28.8	0.7	9.8	0.2	42.9	3.1	29.6	1.2
④点滴・中心静脈栄養・経管栄養 チューブを抜かないように上 (下)肢を縛る	0.0	0.0	17.7	0.4	8.0	0.2	25.6	1.8	18.2	0.7
⑤車椅子や椅子からずり落ちない ように腰にベルト(ひも)をつける	1.9	0.2	41.4	2.3	22.1	0.9	20.8	2.0	26.1	1.8
⑥車椅子や椅子からずり落ちない ようにY字型抑制帯をつける	1.9	0.2	51.2	2.2	38.8	1.4	25.9	3.9	34.3	2.4
⑦車椅子や椅子からずり落ちない ように車椅子や椅子にテー ブルをつける	3.8	0.4	10.7	0.3	26.5	0.8	11.3	0.5	13.1	0.5
⑧車椅子や椅子から立ち上がら ないように腰にベルト(ひも)をつ ける	1.9	0.2	20.5	0.8	11.5	0.6	6.1	0.2	11.3	0.6
⑨車椅子や椅子から立ち上がら ないようにY字型抑制帯をつける	1.9	0.2	30.7	1.1	31.3	0.9	12.3	1.1	20.6	1.0
⑩車椅子や椅子から立ち上がら ないように車椅子や椅子にテー ブルをつける	1.9	0.2	9.8	0.4	19.5	0.7	8.8	0.4	10.4	0.5
⑪脱衣・おむつはずしのある人に 介護衣(つなぎ)を着せる	0.0	0.0	47.9	2.1	31.6	0.7	37.2	3.5	36.8	2.1
⑫ベッド柵を2個使用し取り外し ができないように固定する。あ るいは高いベッド柵をつける	0.0	0.0	29.3	1.7	34.2	2.7	28.9	4.1	27.7	2.6
⑬ベッド柵を4本つけベッドを囲む	0.0	0.0	62.6	8.4	51.8	4.0	51.4	10.4	51.0	7.6
⑭必要以上(食事もできなくなる ほどの眠気や脱力、精神作用 を減退させる向精神薬の使用	0.0	0.0	1.4	0.1	0.0	0.0	3.1	0.3	1.8	0.1
⑮鍵のかかる部屋(病室)に利用者 を入れる	0.0	0.0	1.4	0.0	2.6	0.0	1.4	0.1	1.5	0.0

注1：「実施施設率」とは、各々の身体拘束を行っている施設数/回答施設数。

注2：「被拘束者率」とは、身体拘束をされている入所者数/総入所者数。

注3：回答施設数は、痴呆対応型共同生活介護54カ所、指定介護老人福祉施設215カ所、介護老人保健施設116カ所、指定介護療養型医療施設214カ所である。

注4：総入所者数は、痴呆対応型共同生活介護498人、指定介護老人福祉施設14,705人、介護老人保健施設9,510人、指定介護療養型医療施設9,340人である。

注5：網掛け欄は、全体の実施施設率が3割以上の項目。

“身体拘束とはいえない”という回答が比較的多かったものとしては、「車椅子や椅子からずり落ちないように車椅子や椅子にテーブルをつける」20.0%、「ベッド柵を4本つけベッドを囲む」16.2%、「車椅子や椅子からずり落ちないように腰にベルト（ひも）をつける」15.9%、「点滴・中心静脈栄養・経管栄養チューブを抜かないよう

にミトン型の手袋をつける」15.6%などであり、いわゆる安全確保上、やむを得ないという理由により身体拘束を行うもので、しかも“見た目”がそれほど過激でないようなものについては、身体拘束とは考えない回答者が多かったものと推測できる。

表5 項目ごとの身体拘束と判断するか否かの意識

(単位：%)

区 分	痴呆対応型 共同生活介護			指定介護老人 福祉施設			介護老人 保健施設			指定介護療養 型医療施設			全 体		
	拘束 である	どちら とも	拘束 でない	拘束 である	どちら とも	拘束 でない	拘束 である	どちら とも	拘束 でない	拘束 である	どちら とも	拘束 でない	拘束 である	どちら とも	拘束 でない
①徘徊しないように車椅子(椅子)やベッドに胸や四肢を縛る	92.4	3.8	3.8	92.6	6.5	0.9	94.0	4.3	1.7	85.2	11.8	3.0	89.6	8.2	2.2
②転落・転倒しないようにベッドに胸や四肢を縛る	88.5	7.7	3.8	96.8	2.3	0.9	93.1	6.0	0.9	84.2	10.8	5.0	90.0	7.1	2.9
③点滴・中心静脈栄養・経管栄養チューブを抜かないようにミトン型の手袋をつける	57.7	26.9	15.4	53.5	31.6	14.9	59.1	32.2	8.7	51.5	29.6	18.9	53.9	30.5	15.6
④点滴・中心静脈栄養・経管栄養チューブを抜かないように上(下)肢を縛る	76.9	19.3	3.8	75.8	19.5	4.7	80.0	16.5	3.5	76.1	16.2	7.7	76.7	17.5	5.8
⑤車椅子や椅子からずり落ちないように腰にベルト(ひも)をつける	69.8	20.8	9.4	71.6	20.7	7.8	71.6	20.7	7.8	55.9	23.9	20.2	61.8	22.3	15.9
⑥車椅子や椅子からずり落ちないようにY字型抑制帯をつける	67.9	26.4	5.7	76.7	18.1	5.2	76.7	18.1	5.2	58.5	24.3	17.2	63.1	23.8	13.1
⑦車椅子や椅子からずり落ちないように車椅子や椅子にテーブルをつける	58.5	26.4	15.1	56.3	30.7	13.0	59.5	26.7	13.8	42.8	28.9	28.3	51.1	28.9	20.0
⑧車椅子や椅子から立ち上がらないように腰にベルト(ひも)をつける	84.9	13.2	1.9	82.3	15.4	2.3	87.8	10.4	1.8	74.0	18.2	7.8	79.8	15.6	4.6
⑨車椅子や椅子から立ち上がらないようにY字型抑制帯をつける	81.1	17.0	1.9	82.8	14.9	2.3	85.4	12.9	1.7	73.4	18.9	7.7	79.0	16.4	4.6
⑩車椅子や椅子から立ち上がらないように車椅子や椅子にテーブルをつける	67.9	22.7	9.4	75.8	20.0	4.2	71.3	22.6	6.1	59.0	26.1	14.9	67.1	23.3	9.6
⑪脱衣・おむつはずしのある人に介護衣(つなぎ)を着せる	75.5	11.3	13.2	66.5	25.6	7.9	69.0	22.4	8.6	50.3	28.4	21.3	60.6	25.1	14.3
⑫ベッド柵を2個使用し取り外しができないように固定する。あるいは高いベッド柵をつける	62.3	28.3	9.4	59.6	28.7	11.7	69.8	22.4	7.8	46.6	34.8	18.6	55.9	30.2	13.9
⑬ベッド柵を4本つけベッドを囲む	66.0	22.7	11.3	58.7	24.9	16.4	72.4	17.2	10.4	59.3	21.4	19.3	61.9	21.9	16.2
⑭必要以上(食事でもできなくなるほど)の眠気や脱力、精神作用を減退させる向精神薬の使用	86.8	7.5	5.7	91.1	6.6	2.3	84.5	12.9	2.6	77.5	17.5	5.0	83.7	12.5	3.8
⑮鍵のかかる部屋(病室)に利用者を入れる	90.4	3.8	5.8	92.1	6.5	1.4	95.7	2.6	1.7	87.5	9.1	3.4	90.6	6.7	2.7

注1：回答施設数は、表4に同じ。

注2：網掛け欄は、全体で「拘束である」と認識している割合が7割以上の項目。

3. 身体拘束の必要性に対する考え方

身体拘束の区分ごとに、その身体拘束が必要か否かについてまとめたものが表6である。必要でないと解答があったもののうち、①「徘徊しないように車椅子（椅子）やベッドに胴や四肢を縛る」、②「転落・転倒しないようにベッドに胴や四肢を縛る」、③「必要以上（食事でもできなくなるほど）の眠気や脱力、精神作用を減退させる向精神薬の使用」、④「鍵のかかる部屋（病室）に利用者を入れる」というものについては、5割強から約7割という高率で“必要でない”と考えている回答者が多かった。

このことを、前項の拘束か否かという判断との関連でみると、“身体拘束であると思う”という回答が、①89.6%、②90.0%、③83.7%、④90.6%と高く、不必要であるという認識との関連があるように思われる。“身体拘束の必要性”と“身体拘束か否かの判断”とのクロス集計が示されていないので判然としないが、単純集計上の数字だけから判断すると、“身体拘束である”と判断する割合が高い項目については、“その身体拘束は必要ではない”と考えている回答者が多いように思われる。そのことを表4に示した“実施施設率”との関連でみると、それぞれ①8.5%、②6.3%、③1.8%、④1.5%と、実際にそれらの行為を行っている施設は少ない。反対に“身体拘束ではない”と判断する割合が比較的高い項目（ア、車椅子や椅子からずり落ちないようにテーブルをつける20.0%、イ、ベッド柵を4本つけベッドを囲む16.2%、ウ、車椅子や椅子からずり落ちないように腰にベルトをつける15.9%、エ、点滴等を抜かないようにミトン型の手袋をつける15.6%）について、その行為が“必要でない”という回答は、それぞれア、32.7%、イ、18.7%、ウ、27.6%、エ、15.0%と、前者より圧倒的に低くなっていることが分かる。同様に実施施設率をみると、それぞれア、13.1%、イ、51.0%、ウ、26.1%、エ、29.6%と前者に比べて高い割合で実施していることが分かる。

このことから、多少乱暴な推論であるが、“身体拘束である”と判断する回答が多い項目につい

てはその必要性も実際に実施している割合も低く、逆に、“身体拘束ではない”と判断する回答が多い項目については、その必要性も実施率も高いといえ、身体拘束を行う動機として、その“理由”もさることながら、その行為が身体拘束であるか否かについての認識が影響しているかもしれない。このことについては、身体拘束の定義との関連で次節において検討してみたい。

4. 身体拘束の定義をめぐって

1. いくつかの身体拘束の定義から

冒頭に述べたように、身体拘束の定義をめぐり解釈についての議論がある。表7は、わが国における身体拘束等に関する定義、さらには米国を中心とした定義（Office of the Public Guardianのみオーストラリア）を整理したものである。これによると、もっとも顕著な違いは、行動制限の内容の区別の有無である。厚生省告示第129号（昭和63年4月8日）及び「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究」では、隔離と身体拘束を区別し、HCFAでは身体拘束と薬物による拘束、さらには隔離を区別し、CMEOHHSでは身体的拘束と化学的拘束を区別しているという点である。また薬物による拘束や隔離を除く身体拘束の手段についてみると、表7に示したわが国における三つの定義によると、“衣類、綿入り帯、マグネット式拘束具”による拘束方法が記述されているのに対し、NHISでは、“ベスト、ジャケット、ベルト、geri-chair、車椅子用パー、膝用枕、シート”、さらにFDAは、“腕輪、足枷、手袋、つなぎ服、皮ひも”などの、より具体的な表示も見られ、HCFAやCMEOHHSでは、“物理的・機械的器具、用具、装具の装着”といった表現を用いている⁵⁾。

一方、「ハードマニュアル」では、身体拘束を「徘徊、他人への迷惑行為等のいわゆる問題行動などを防止するために、車いす、いすやベッドに拘束するという、高齢者の行動の自由そのものを奪うこと。車いすやいすからのずり落ちや転倒、ベッドからの転落、車いすとベッドとの間を移乗する際の転倒等といった事故を防止するために、

表6 項目ごとにみた身体拘束を必要とするか否かに対する認識

(単位: %)

区 分	痴呆対応型 共同生活介護			指定介護老 人福祉施設			介護老 人施設			指定介護療養 型医療施設			全 体		
	必要 である	場合 による	必要 でない	必要 である	場合 による	必要 でない	必要 である	場合 による	必要 でない	必要 である	場合 による	必要 でない	必要 である	場合 による	必要 でない
①徘徊しないように車椅子(椅子)やベッドに胴や四肢を縛る	0.0	21.2	78.8	3.3	41.4	55.3	2.6	35.7	61.7	4.4	53.5	42.1	3.4	44.2	52.4
②転落・転倒しないようにベッドに胴や四肢を縛る	0.0	34.0	66.0	3.3	33.0	63.7	2.6	27.2	70.2	5.0	51.8	43.2	3.7	40.4	55.9
③点滴・中心静脈栄養・経管栄養チューブを抜かないようにミトン型の手袋をつける	1.9	63.5	34.6	14.4	76.3	9.3	7.1	69.9	23.0	13.4	73.8	12.8	11.8	73.2	15.0
④点滴・中心静脈栄養・経管栄養チューブを抜かないように上(下)肢を縛る	1.9	54.7	43.4	8.8	65.6	25.6	4.4	60.2	35.4	12.0	60.3	27.7	9.0	61.5	29.5
⑤車椅子や椅子からずり落ちないように腰にベルト(ひも)をつける	5.6	47.2	47.2	14.0	64.6	21.4	4.4	59.3	36.3	10.7	63.9	25.4	10.3	62.1	27.6
⑥車椅子や椅子からずり落ちないようにY字型抑制帯をつける	1.9	50.9	47.2	14.0	66.0	20.0	7.0	62.6	30.4	9.7	62.9	27.4	10.0	62.9	27.1
⑦車椅子や椅子からずり落ちないように車椅子や椅子にテーブルをつける	3.8	47.2	49.0	7.5	59.5	33.0	7.1	58.4	34.5	9.8	61.3	28.9	8.1	59.2	32.7
⑧車椅子や椅子から立ち上がらないように腰にベルト(ひも)をつける	0.0	35.8	64.2	4.7	60.9	34.4	4.4	53.1	42.5	4.0	58.2	37.8	4.0	56.5	39.5
⑨車椅子や椅子から立ち上がらないようにY字型抑制帯をつける	1.9	41.5	56.6	6.0	61.4	32.6	5.2	55.7	39.1	5.4	55.7	38.9	5.3	56.4	38.3
⑩車椅子や椅子から立ち上がらないように車椅子や椅子にテーブルをつける	1.9	41.5	56.6	4.7	58.1	37.2	6.1	53.9	40.0	4.7	60.9	34.4	4.7	57.4	37.9
⑪脱衣・おむつはずしのある人に介護衣(つなぎ)を着せる	1.9	35.8	62.3	10.2	59.6	30.2	7.0	46.9	46.1	14.7	60.1	25.2	11.0	55.8	33.2
⑫ベッド柵を2個使用し取り外しができないように固定する。あるいは高いベッド柵をつける	5.6	47.2	47.2	10.7	67.4	21.9	10.6	67.3	22.1	12.8	69.0	18.2	11.2	66.5	22.3
⑬ベッド柵を4本つけベッドを囲む	7.7	40.4	51.9	14.0	72.0	14.0	13.2	65.8	21.0	15.8	68.7	15.5	14.2	67.1	18.7
⑭必要以上(食事もできなくなるほど)の眠気や脱力、精神作用を減退させる向精神薬の使用	1.9	13.2	84.9	3.7	25.6	70.7	7.0	22.6	70.4	2.7	36.9	60.4	3.7	29.1	67.2
⑮鍵のかかる部屋(病室)に利用者を入れる	3.8	26.9	69.3	3.7	30.7	65.6	7.0	18.2	74.8	5.0	35.7	59.3	4.9	30.5	64.6

注1: 回答施設数は、表4に同じ。

注2: 網掛け欄は、全体で「拘束することが必要ではない」と認識している割合が5割以上の項目。

これらの用具に拘束するという、福祉用具の間違った利用」とし、さらに介護保険下での身体拘束禁止の対象となる具体的行為として、「ゼロへの手引き」において、表8にあるように、いわゆる身体に直接的に行動制限を行うものと、向精神薬の服用という薬物による拘束、ないしは化学的拘束、さらには隔離について一括して整理されている。わが国において“公的な”身体拘束の定義は、表7にあるように、「身体拘束とは、衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう」というものであり、これは、精神保健・精神障害者

福祉の領域で用いられてきたもので、必ずしも高齢者ケアの領域から生み出されてきたものではない。したがって、この定義が介護保険制度下の“身体拘束原則禁止”規定における“公的な身体拘束の定義”としても用いられているとは理解しがたく、「ハードマニュアル」での身体拘束の定義や、表8に示されている身体拘束とされる具体的な行為は、隔離や薬物による拘束も含め、より現実的な視点でまとめあげたものと解釈することができるかもしれない。ただ実際には、先に見たように、全国抑制廃止研究会などの先行実践があり、その実践過程で検討、整理されてきたものを

表7 いくつかの身体拘束の定義の比較

区 分	身 体 拘 束 の 手 段 等	行動制限内 容 の 区 別	禁忌条件等
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第3項の規定に基づき、厚生大臣が行動の制限を定める件（昭和63年4月8日・厚生省告示第129号）	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の隔離＝内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ1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 ・身体拘束＝衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限 	隔離と身体拘束を区別	隔離については、12時間を超えるものをいう
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の2の2第3項の規定に基づき厚生大臣が定める行動の制限（平成12年3月28日・厚生省告示第96号）	身体的拘束＝衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限	区別なし	なし
平成11年度厚生科学研究受補助金（障害保健福祉総合研究事業、浅井邦彦ほか「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究—精神障害者の行動制限と人権確保のあり方」（平成12年4月）	<ul style="list-style-type: none"> ・隔離とは、保護室、個室、あるいは多床室に患者1名を入室させて施設することによる行動の制限 ・身体拘束とは、医療的な配慮がな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である。 <p>注： 衣類および綿入り帯などによる身体拘束が最も一般的であるが、確実性・安全性のみならず行動制限の最小化という視点からはマグネット式の製品が推奨される。マグネット式の製品は身体各部位の可動域を調節できるため、患者の苦痛を可能な限り最小限に緩和することができる。さらに、着脱が容易であるため、1肢のみの拘束中断や時間限定の中断といったような身体拘束の部分的な中断を促すことができる。このようにマグネット式の拘束用具の使用は身体拘束を段階的に解除することを容易にするため、行動制限の最小化に繋がる。</p>	隔離と身体拘束を区別	患者2名以上を入室させて施設することは危険であるため行うべきではない
Health Care Financing Administration (HCFA) < http://www.dhfs.state.wi.us/r1_DSL/Hospital/Hosp00-035.htm >	<ul style="list-style-type: none"> ・患者は、抑圧、制裁、勝手な都合、報復といった手段をスタッフによって押し付けられるような、いかなる隔離や拘束をされない権利を持っている。この「拘束」という用語には、身体的拘束や、拘束のために用いられる薬物によるものの両方を含んでいる。 ・身体的拘束は、あらゆる人間的な方法であり、患者が行動の自由や普通に自分の身体に触れることを制限し、容易に移動できないように、物理的・機械的器具、用具、装具を装着させたり、そばに置くことである。 ・薬物を使って行われる拘束は、行動をコントロールしたり、患者の自由な運動を制限することである。 ・隔離は、そこから逃げられないように個室や区画に自発的でない拘禁をすることである。 	身体拘束、薬物による拘束、隔離を区別	薬物を使って行われる拘束は、患者の医学的、精神医学的状态に対して行われる通常の治療ではない。
The Commonwealth of Massachusetts, Executive Office of Health and Human Services, Department of Public Health (CMEOHHS) < http://www.state.ma.us/dph/rstraint.htm >	<ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束とは、身体的な拘束を行うことであり、用具は、次の二つの規準を満たさなければならない。 1. 用具は、実際に入所者の体の移動や接触の自由を制限するものであること。 2. 意図的な使用は、様々な方法で入所者の行動を制限するものであること。 ・化学的拘束とは、化学的な拘束を行うことであり、精神科薬は、次の規準を満たさなければならない。 1. 精神科薬は、一定の行動を抑制するために、制御したり便利なるものであること。 2. その薬物は、医学的症状を治療するのに必要なものではないこと。 	身体的拘束と化学的拘束を区別	なし
The Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) < http://www.qiproject.org/PublicData/LTC/IndicatorLTC06/Index.asp >	一般的には、身体拘束は、人間の運動、身体行動、当り前に自分の体に触れることの自由を、物理的に制限するあらゆる方法である。	区別なし	なし

区 分	身 体 拘 束 の 手 段 等	行 動 制 限 内 容 の 区 別	禁 忌 条 件 等
NURSING HOME INFORMATION SITE (NHIS) < http://members.tripod.com/~volfangary/restraints.html >	身体拘束は、あらゆる人力による方法や、物理的あるいは機械的器具、用具、装具を患者の体に取り付けたり近くに置いたりするもので、個人が簡単には移動できなくなり、運動の自由や普通に自分の体に触れることを制限するものである。それはとくに限定されるものではなく、脚の拘束、腕の拘束、ベストやジャケットによる拘束、胸に付けるベルト、geri-chairs、手袋、車椅子安全バー、膝用枕などが含まれる。当センターでは、拘束の定義の中に、患者が動けないようにしっかりとシーツに包み込むこと、患者が立ち上がらないようにするためのベッドサイドレールや椅子、患者が固定された車椅子を、立ち上がれないように壁に接近した場所に置くことも含めている。 注：geri-chairとは、前に大きなトレイがあり、通常は両脚が上がった状態の、高齢者用の高いタイプの椅子である。そこに座った人は、自分自身では動くことができない。 (http://www.elite.net/~tjohnson/index1.htm)	区別なし	なし
The Food and Drug Administration (FDA) < http://www.fda.gov/cdrh/beds/hcfa_hospital_bed_letter.html >	保護的抑制＝医療的な目的や、治療、検査、患者の保護など、必要に応じて患者の動きを制限する、腕輪、足枷、ベスト、手袋、つなぎ服、身体や四肢の支持器、あるいは別のタイプの皮ひもなどを含むあらゆる工夫。	区別なし	なし
Office of the Public Guardian (OPG) < http://www.lawlink.nsw.gov.au/opg.nsf/pages/policies5 >	拘束は、医学的あるいは行動的な目的のために、用具や薬物、あるいは物理的な力を用いて、人間の運動や行動を制限することである。拘束には、シートベルト、テーブルの面などによる拘束、ベッドサイドレール、ウォーターチェア、深い椅子、薬物が含まれる。	区別なし	なし

身体拘束とされる具体的な行為として収斂していったものと考えるべきであろう。

2. 拘束をどうとらえるかー基本的な人権侵害である

身体拘束がなぜ、問題とされるのであろうか。先行研究の中では、抑制に伴う障害として、①行動制限することでADLの低下をもたらすこと、②ストレスと精神活動の低下を引き起こしていること、③縛られた紐が首に巻きついて死亡した実例もあることといった指摘があり⁶⁾、やや大胆に述べると、身体拘束をするということは、被拘束者の自らの意思による自由な動きを制限し、行動範囲を抑制することにつながり、そしてそのことは、当然にその被拘束者の生活関係や主体的な生き方を制限することになり、まさに人権侵害、人間性の否定ともいえる行為であるといわざるを得ない。したがって、後に述べるように、本当の意味で“緊急やむを得ない場合”にのみ身体拘束を行うとしても、完全に人権侵害という側面を払拭することはできないという認識に立つべきであろう。

また、もしその拘束が、援助者など拘束者側が拘束をせずに援助しようという工夫や努力をせず、“安全確保”の名目だけで拘束するという、管理上あるいは拘束者側の都合によるものであるとするならば、さらにその問題の深刻さは深まっていくであろう。

いずれにしても、拘束は基本的な人権侵害であり、社会福祉や医療の現場においては、原則として拘束を解消していく努力が厳に求められよう。

3. 利用者の行動を制限する行為は、理由を問わず身体拘束である

拘束の定義については、前節で紹介してきたように、身体拘束か否かという設問に対して、回答者によって大きく意見が分かれているし、その判断基準によって実際に行われている拘束行為の実施率とも関連がありそうである。また、前節で触れた『北海道調査』に寄せられた自由記述においても、深刻なケア状況が紹介され、ほかに手段がなく、とくに安全確保のために利用者の行動を制限せざるを得ない状況が、現場スタッフの苦悩と共に記載されている。

表8 身体拘束禁止の対象となる具体的な行為

「ゼロへの手引き」が示している行為 ¹⁾	「全国抑制廃止研究会」が示している行為 ²⁾
1. 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。	1. 徘徊しないように、車椅子やベッドに胴や四肢を縛る。
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。	2. 転落・転倒しないように、ベッドに胴や四肢を縛る。
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。	12. ベッド柵を2個使用し、とりはずしができないように固定する。 13. ベッド柵を4本つける。
4. 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。	4. 点滴・中心静脈栄養・経管栄養のチューブを抜かないように、上肢を縛る。
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トン型の手袋等をつける。	3. 点滴・中心静脈栄養・経管栄養のチューブを抜かないように、ミトン型の手袋をつける。
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。	5. 車椅子からずり落ちないように、腰ベルト（ひも）をつける。 6. 車椅子からずり落ちないように、Y字型抑制帯をつける。 7. 車椅子から立ち上がらないように、腰ベルト（ひも）をつける。 8. 車椅子から立ち上がらないように、Y字型抑制帯をつける。 9. 車椅子からずり落ちないように、車椅子テーブルをつける。 10. 車椅子から立ち上がらないように、車椅子テーブルをつける。
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。	11. 脱衣・おむつはずしのある人に介護衣（つなぎ）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。	14. 必要以上（食事もできなくなるほど）の眠気や脱力、精神作用を減退させる向精神薬の使用。
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。	15. 鍵がかかる部屋（病室）に患者さんを入れること。

出所1：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」2001年3月、p7。

出所2：中川 翼（定山溪病院院長・北海道抑制廃止研究会会長）「身体をしぼることは人間性をもしぼる―抑制廃止に取り組む現場から」『健康ななかまサラ』医療法人溪仁会広報部、2000年5月、pp.1-4。各項目の番号は、この論文に記述されているもの。

しかし、先に紹介した定義に共通しているのは、“身体拘束”の内容をその行為を行う“理由”については触れず、何らかの手段で人間の自由な行動を制限することとしていることである。つまり極論すると、生命の危険があり、他に方法がなく、関係者はもちろん第三者的にも行動を制限せざるを得ないと判断される場合の“身体拘束”であろうと、本来は拘束の必要はないが、スタッフの安易な姿勢による行動制限であろうと、現象面としては“身体拘束”であるということである。すなわちその行為自体を客観的にとらえたとき、そしてそれを“用語”として表現したとき、それは“身体拘束”とよぶべきなのである。したがって、「安全確保上、やむを得ず、ほかに方法がない場合は身体拘束とはいえない」という現実論からの主張は、心情的には理解できることであるが、利用者の行動を制限するという客観的状況としては“身体拘束”なのである。

こうした現実論からの主張の背景には、“拘束”は、援助者側の理念や技術などの実践水準の未成熟さがもたらす絶対的悪行を意味するという思想があるのではないだろうか。しかし、こうした主張を行う真摯な実践者たちは、誠実な援助場面の中で、ほかに手段がなく、しかも利用者の生命・身体を保護するための安全を確保するために、本意ではないが緊急避難的にやむを得ず行動制限を行っているのであり、安易な悪行とは根本的に異なるのだという認識をもっているものと推測される。このこと自体は完全に誤った認識とはいえないが、後に触れるように、“拘束を行わざるを得ない、やむを得ない状況とは、どういう状況なのか”という問題を考えるときに、極めて重要な鍵となろう。

そうした意味では、具体的行為としての拘束の範囲、さらには“安易な身体拘束”と“誠実な身体拘束”とを区別して定義するといった可能性は否定できないであろうし、未だ身体拘束の定義が明確ではなく、今後、議論を深めていくべきであるという主張もある中で⁷⁾、今後の実践・研究の過程で、ネーミングを含めて、新たな定義が行われる可能性があることは指摘しておきたい。

身体拘束の定義をめぐって、いま一つ注目しておかなければならないのは、“本人が望む場合”の位置付けである。例えばそれは、「布団がベッドから落ちるので、あるいはベッドから転落しそうなので、あるいは起き上がりの際につかまるために、ベッドにサイドレールをつけてほしい」とか、「身体が自由が利かず、車椅子からずり落ちそうなので、ベルトで身体を車椅子に固定してほしい」といった、利用者自らの訴えに応じて対応した場合である。こうした行為は、“身体拘束”とはいえないであろう。なぜなら、既述した「かながわ拘束のない施設づくりガイドライン（試案）」の身体拘束の定義にあるように⁸⁾、“本人の意思に反して、様々な方法により行動を制限すること”ではないからである。この場合、“本人の意思に反して”というのは、本人が拒否する場合はもちろん、本人の意思を確認できない場合も含まれると解釈すべきであろう。さらに付言すれば、「本人が望む場合」という場合は、当然に本人の判断能力が明瞭であるという前提が求められるし、“本人の意思を確認できない場合”という視点からは、本人の意思が確認できず家族の判断によるものは、「本人が望む場合」の範疇に含めることができないという認識に立つべきであろう。しかしこの“本人が望む場合”でも、そうした行為をしないでも済むケアへの努力はなされるべきで、例えば「転落する不安があるのでベッドにサイドレールをつけてほしい」というものについては低床ベッドを使用したり、「体幹を固定するため車椅子に固定してほしい」というものについては、車椅子の工夫、すなわち規格が一律の車椅子を提供するのではなく、個々の利用者の身体状況に適した車椅子を利用する⁹⁾などの方策が考えられる。

5. 身体拘束廃止に向けてのいくつかのポイント

前節までの身体拘束廃止に向けての動向や定義をめぐる検討をふまえ、本節では、次の4点について検討していきたい。

1. 身体拘束廃止は絶対的に困難なのか

「ゼロへの手引き」は、身体拘束が安全確保のために本当に必要なものなのかという問いかけを行っている。それによると、身体拘束によって無理に立ち上がろうとして車いすごと転倒したり、ベッド柵を乗り越え転落するなど事故の危険性が高まることが報告されていることを指摘している。また最近では、東京都にある精神科でベッドからずり落ちるような格好で患者の首に抑制帯が引っかけられ、死亡した事故が報道されている¹⁰⁾。つまり、身体拘束をしたことによって、転倒や転落による危険性が、より高まる可能性を認識すべきであろう。

また、スタッフの不足が原因で十分な見守りなどができなく、安全確保のためにやむを得ず身体拘束をせざるを得ないという意見に対して「ゼロへの手引き」は、同じ職員数でも身体拘束を減らしている医療機関・施設等があることから、取り組みへの姿勢・方法への工夫と努力の必要性を訴えている。

2. 身体拘束廃止のために必要な要件

1. 五つの方針

「ゼロへの手引き」は、“身体拘束廃止に向けてまずなすべきこと”として、五つの方針（①トップが決意し、施設や病院が一丸となって取り組む、②みんなで議論し、共通の意識をもつ、③まず、身体拘束を必要としない状態の実現をめざす、④事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援体制を確保する、⑤常に代替的な方法を考え、身体拘束するケースは極めて限定的に）を掲げている。これは、先に紹介した上川病院が“抑制ゼロ”を実現した四つの理由（リーダーシップ、施設方針、スタッフ教育、組織文化としての倫理環境）との深い関係があるものと考えられる。

1) リーダーシップ

“トップが決意し、施設や病院が一丸となって取り組む”という意義は、まさにリーダーシップそのものである。リーダーの考え方がどうであるかというのは極めて重要な問題で、例えば、特別養護老人ホームにおいて一人のケアワーカーが身体拘束に問題を感じ、施設内で廃止に向けての取

組みを行おうとしても、他のスタッフ、とくに施設長はもちろん、ケアワーカーを統括している現場責任者の意識が伴わないとすれば、一人のケアワーカーだけで実現を図ることは相当に困難である。そういう意味では、トップ（現場責任者も含めて）の強力な意識付けと組織を牽引する行動力が不可欠となってくるであろう。

2) 施設方針

“五つの方針”全体に関わることであるが、“身体拘束は行わない”という絶対的な方針を組織全体で共有することであり、一丸となって取り組む上での必要条件であろう。“柔軟な応援体制を確保する”という方針についてみると、ケア現場の職員だけが関わるのではなく、例えば必要に応じて事務職員らの応援を得るなど、組織全体での取り組みが必要となってくるであろう。

3) スタッフ教育

“みんなで議論し、共通の意識をもつ”“まず、身体拘束を必要としない状態の実現をめざす”“常に代替的な方法を考え、身体拘束するケースは極めて限定的に”を実現するためには、教育が不可欠であり、それを通して前述の施設方針の組織全体での獲得、共有を図っていくべきであろう。しかもそれは、単に“誰かに教えてもらう”だけではなく、実践の中での試行錯誤を重ね、スタッフ自らの工夫が盛り込まれるべきであることはいうまでもない。

4) 組織文化としての倫理環境

利用者の人権尊重などの強固な倫理獲得を初め、前述してきたリーダーシップ、施設方針、スタッフ教育を通して、醸成していくことが期待される。

2. 身体拘束ゼロのための三つの原則

「ゼロへの手引き」が主張する“身体拘束ゼロのための三つの原則”とは、①身体拘束誘発の原因の探求と除去、②基本的ケアの徹底、③身体拘束廃止を契機としたより良いケアの実現という三つの原則である。この基本的な主張は、「身体拘束をしないケア現場の実現」である。とくに基本的ケアの徹底について一例を上げると、例えば「経管栄養のチューブを自己抜去するので四肢をベッドに縛る」という身体拘束は、“経口摂取が

できない”から経管栄養になるのであるが、安易に「この人は口から食べることができない」と判断を下すのではなく、入念な食事介助や、咀嚼力などの身体機能のチェックを十分に行うことにより、経口摂取が可能となる場合もあろう。つまりこうした身体拘束をしないケアを徹底することは、“より良いケア”を提供することにつながる人が多いといえよう。

したがって、“より良いケア”に努めることは、決して“身体拘束をしないための代替策”ではなく、むしろケア現場の実践水準を高めることにつながるという意識化が重要ではないだろうか。

3. 緊急やむを得ない場合をどうとらえるか

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準／第12条4（平成11年3月31日・厚生省令第39号）によると、「指定介護老人福祉施設は、指定介護老人福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行ってはならない」とあり、同様に介護老人保健施設、介護療養型医療施設、短期入所生活介護、痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護についても規定化されている。この場合の“当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合”をどうとらえていくべきなのだろうか。

前節で検討したように、“身体拘束をしないケア”という大前提があり、それはより良いケアに努力していくことにつながるとすれば、こうした規定が法定化されたから身体拘束を廃止するという姿勢は望ましいことではない。つまり、基本的に医療機関内や施設内で身体拘束はゼロなのだという原則を確立した上で、もし真にやむを得ない状況下で身体拘束をせざるを得ないとしたら、極めて例外的、限定的にそれは行われるべきであるという視点が求められる。したがって、“緊急やむを得ない場合”を厳密に設定することが必要となる。

「ゼロへの手引き」は、“緊急やむを得ない場

合の対応”として、三つの要件（①切迫性、②非代替性、③一時性）をすべて満たすことが必要であるとしている。この要件の趣旨は同感できるものではあるが、次のような問題があることも指摘しておきたい。

すなわちそれは、その三要件の客観的・科学的な証明が得られるかという点である。先にみたように、同じ職員数でも身体拘束が少ない施設もあれば、多い施設もある。つまり、個々の施設なり病院等のケアの実践水準の違いによって、こうした施設間格差が生まれてくるのであろう。例えば、切迫性という問題について、同様の困難な状況があった際に、A施設は“生命が危険にさらされる”と判断し、B施設はそう判断しないのかもしれないのである。非代替性についても、身体拘束をしないケアを徹底している施設等は、拘束なしのケアへの工夫を濃密に行っているであろうし、安全確保のためにはベッドに縛り付けるという手段を主たる対応として選択している施設等では、そうした工夫が行われているとは考えにくい。まして一時性については、ケースごとに状況が異なるので単純な時間設定は困難なことであり、どのくらいの時間が一時的であるのか判然としない。こうして考えてみると、介護保険施設である介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設という類型によってもその基準が異なるであろうし、具体的基準作成のための作業は困難であると思われるが、先駆的な取り組みを行っている施設・病院等の実績・知見に学びつつ、この三要件の具体化された客観的、科学的な基準の作成が望まれよう。

ちなみに米国・イリノイ州の「ナースিংホーム・ケア法」によると、次のような場合のみに身体拘束を行う可能性があるとしている¹¹⁾。

- 1) 入所者、後見人、指定代理人に対するインフォームド・コンセントが行われること。
- 2) 入所者のもっとも高いレベルの実現可能な身体的、精神的、心理社会的なウェル・ビーイング（必要不可欠な短時間の救命治療を含む）を達成、維持させるために最小限の拘束を必要とすること。

- 3) 作業療法士、理学療法士といった適当な医療専門職との協議を経ていること。
- 4) 抑制の程度が極めて小さい拘束を試行的に行ってみたが、その方法では入所者のもっとも高いレベルの実現可能な身体的、精神的、心理社会的なウェル・ビーイングの達成、維持の実現ができないと判断されること（筆者注：より抑制の程度が大きい拘束を行わざるを得ないと判断される）。
- 5) 入所者に救急治療が必要なケースは、その治療に対して入所者があらかじめ正当な拒否をし、そのことを施設側が承知している場合を除いて、その治療が認められる短時間のみ、拘束が行われることがある。

なおその前提として、医師が、そうした拘束や隔離が必要であると当該する入所者の診療記録に記載し、指示していることが不可欠であるとしている¹²⁾。

この規定も、完全に“身体拘束が許される場合”を具体化しているものとは言い切れないし、生や死、あるいは人間の権利、尊厳に対する国民性、医療制度、社会福祉制度などが異なることから、単純にわが国に導入できるものとは思えない。しかし、少なくとも法律的に位置付けている点は注目すべきであるし、わが国においても先に述べた客観的、科学的な基準の作成への努力とともに、法律的な整備も課題として提起しておきたい。

4. 身体拘束を行わざるを得ない場合の手順

早くから拘束廃止に取り組んでいる中川翼（定山溪病院長、北海道抑制廃止研究会会長）も、「…略…それでも落ち着かず他の患者さんに迷惑をかけるならば、軽いう精神薬や抑制をも含めた対策を講じます。目をつりあげてなにがなんでも抑制ゼロにするのが目的ではありません。できないケースもあります。重要なのは、その判断をあくまで患者さんの側に立つて行うことです。管を抜かれると命にかかわる場合は、抑制せざるを得ない場合もあるでしょう。しかし、それ以外ではその治療が本当に必要なのかという根本から考えていくという姿勢です」と述べており¹³⁾、先駆的に取

組んでいる医療機関においても、完全廃止は現実として困難であることを紹介している。

しかも前項の三要件への判断が個々の施設等での実践水準の違いにより、非標準化ないし不統一という現実からみると、原則として身体拘束廃止を掲げつつも、実際に身体拘束を行わざるを得ない不可避な場面を想定しておかなくてはならない。そこで本項ではこのことを考えるために、1993年に英国で発表された「精神障害高齢者の入所施設ケア基準」における主張を参考に¹⁴⁾、これまで指摘してきた点をあまえて身体拘束を行わざるを得ない場合に留意すべき手順について整理しておく。

1. サービス利用契約以前の説明・明示

施設の援助方針として、原則的に拘束は行わないが、真にやむを得ない場合には拘束せざるを得ないケースがあるということを、利用者本人や家族などにサービス利用以前に示しておくべきである。とくに介護保険制度下においては、拘束を行う場合の条件、説明、協議、同意を含めた手順等について、サービス利用契約書や重要事項説明書などに明示しておくべきである。

2. 身体拘束をせざるを得ない理由の明確化

身体拘束せざるを得ない理由を明確に整理する。その場合、その理由に該当するような現象がないままに、「この利用者は、きっと、こうするだろう」とか「その可能性がある」という見込みだけをもって拘束に踏み切るべきではない。例えば、経管栄養を施さなければならない重度の痴呆症状を有する患者に対して、チューブの自己抜去が行われてもいないのに、「この患者はチューブを抜いてしまいそうだから、あらかじめ拘束しておこう」という安易な発想は厳に慎まなければならない。

したがって、本当に拘束せざるを得ない状況に陥るまでは、既述の通り身体拘束は行わないという前提のもと、見守りを含む他の援助方法を工夫すべきである。

3. 身体拘束の方法の研究

拘束の方法はどのようなものであるか。当然、その方法は、被拘束者にできるだけ苦痛を与えない

いものにすべきであり、真剣な検討が不可欠である。また同時に、拘束する時間は、必要最小限に限定されるよう検討すべきである。

4. 決定過程への慎重な努力

決定過程において、本人、家族、友人、知人を初め、関係スタッフも含めて詳細な説明と協議を行い、さらに同意を得るよう努めるべきである。すなわち、関係する人々、スタッフとのチーム実践で対応すべきである。その中で、だれが拘束について同意し、だれが同意しなかったかについて、その理由も含め、正確に記録されるべきであるし、併せて、最終決定責任者を明確にしておくべきである。ただ実際には被拘束者本人がその説明を受け、理解することが困難な場合が多いことから、家族等への入念な説明と、第三者にも説明可能な水準の記録の整備が必要である。

5. 身体拘束実施後の点検

実施された拘束については、定期的に点検を行い、その拘束は廃止できるか、時間はどうか、代替策はないかなどについて、身体拘束廃止に向けて継続的に検討されるべきである。その作業過程で身体拘束が不必要とされた場合は、直ちに解除すべきことはいうまでもない。さらに、必要に応じて、例えば精神科医など、外部の専門家のアドバイスを也得るべきである。

6. ケアプランの策定と記録の整備

身体拘束をせざるを得ないとされる場合は、先の協議過程などを踏まえ、その対象となる利用者本人の立場に立ったケアプランの一環として位置付けるべきである。

さらにこれらの一連の手順については、明確に記録が行われ、それは、社会的に容認される水準、様式、内容でなければならない。例えば、その協議を行ったカンファレンスの記録には、①日時・場所、②出席者、③利用者のフェイスシート、④身体拘束を検討するに至った個別の状況、⑤身体拘束を行うか否かのチェックポイント（例えば、前述の切迫性、非代替性、一時性）ごとに検討する項目、⑥身体拘束の方法・時間、⑦開始時期と解除時期、⑧身体拘束を行うスタッフ、⑨外部の専門家のアドバイス、⑩特記事項などが整理され

るべきであるし、併せて利用者本人や家族に対する説明書なども用意されるべきであろう。

6. 総括

身体拘束は、利用者への重大な権利侵害であり、優れた福祉実践、医療実践を傷つけるものである。したがって、“施設や病院内に身体拘束は存在しない”という大前提に立ち、身体拘束という手段はとらないという強い意識付けが不可欠である。しかし一方では、身体拘束を喜んで行うスタッフはいないはずであり、脆弱な職員体制など厳しい条件の中で、やむを得ず拘束せざるを得ない場面が生じている場合もあろう。そういう意味では、原則的に拘束は廃止されるべきであるが、現状では、やむを得ない場合もありうるという立場に立たざるを得ない。したがって、その極めて限定的で例外的な場合＝“緊急やむを得ない場合”について、関係者の工夫と実践の中で、この明確で具体的な範囲について、さらに研究していくことが不可欠である。同時に、身体拘束を必要としないケアのあり方についても、工夫と実践の交流が図られる機会を増やすべきである。

身体拘束をめぐる問題は、とりもなおさずケア実践そのものに大きくかわる課題である。そのためには、自立支援と安心・快適で自由な生活を援助するため、利用者の状態を適切に観察・評価し、その状態と利用者の気持ち、願いにそった援助方法を編み出す、より高度な専門的力量が必要である。そのためにも、濃密で豊かな実践への努力と探求による実践水準の向上と学習が不可欠であり、これは個々の施設等での取組みを基盤として、それらの経験と叡智を結集していく努力が必要である。一方では、身体拘束に関する対応はもとより、災害対策や日常の介護実践の中での事故対策を含め、高齢者ケアを担う施設等として、体系的なリスクマネジメントに積極的に取り組むべきである。

これまで述べてきたように、職員配置が少ないことのみをもって身体拘束廃止が不可能だという主たる理由にはならないが、現実として職員配置

基準が脆弱であることも否定できない。したがって、単純に身体拘束を廃止するために職員増を図るというのではなく、より高度で濃密なケア実践を図る観点から、職員配置基準の改善に併せて、建物・設備の充実など、制度として改良が必要な点については、身体拘束廃止への誠実な努力と共に、われわれ自身によるソーシャルアクションが必要であると考えらるものである。

また、ともすれば身体拘束のような施設等にとつてはネガティブな内情については、公表することに抵抗があるかもしれないが、社会に広くその実態の公開と情報を提供し、正しい理解を得られるような努力が求められよう。

<注>

- 1) 「指定介護老人福祉施設は、指定介護老人福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行ってはならない。」指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準／第12条4（平成11年3月31日・厚生省令第39号） ※介護老人保健施設、介護療養型医療施設、短期入所生活介護、痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護についても同様の規定がある。
- 2) 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」2001年3月、p6において、①身体的弊害については、ア、関節の拘縮、筋力低下などの身体機能の低下、圧迫部位の褥瘡の発生、イ、食欲低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下、ウ、車椅子からの無理な立ち上がりによる転倒事故、ベッド欄からの転落事故、拘束具による窒息などをもたらすとし、②精神的弊害については、ア、不安、怒り、屈辱、あきらめなどの精神的苦痛と、人間としての尊厳の侵害、イ、さらに痴呆が進行し、せん妄の頻発、ウ、家族への精神的苦痛＝親や配偶者の拘束を見、混乱、後悔、罪悪感、エ、看護・ケアスタッフが、自らのケアに誇りをもてなくなり、安易な拘束が士気の低下をもたらすとし、③社会的弊害については、ア、介護保険施設等に対する社会的不信、誤解を生む、イ、身体拘束→心肺機能の低下→さらなる医療的処置→医療保険財政の逼迫をもたらすとし、④拘束が拘束を生む悪循環については、ア、痴呆や体力が低下している高齢者→拘束→さらに体力低下と痴呆の進行→せん妄、転倒などの二次的・三次的障害→さらなる拘束、イ、一時的であったはずの拘束が、常時の拘束→場合によっては、身体機能の低下とともに、死期を早める可能性すらあるとしている。
- 3) 阿部俊子「海外『抑留』事情—文献からみた抑留フリー—」、

吉岡充・田中とも江編著『縛らない看護』、1999年9月15日、医学書院、pp197-200。

- 4) 例えば、「高齢者虐待法律センター（Elder Abuse Law Center）」の高齢者虐待の定義によると、「身体的虐待は、身体的暴力の不適当な行使であると定義され、それは、可能性として、あるいは結果として肉体的危害、傷害、身体的苦痛、個人への抑制をもたらす」とし、その具体的内容として、①身体的な折檻、②殴打、③暴行、④突く、⑤平手打ち、⑥つねる、⑦やけどをさせる、⑧蹴る、そして⑨身体的または化学的（薬物による）拘束を上げている。なお、原文については、下記で入手できる。

<<http://www.elder-abuse.com/whatiselderabuse.htm#PhysicalAbuse>>

また、わが国においても、「拘束が虐待と言えるかどうかは現実に即して考えるに微妙な問題を含んでいる」としながら、「施設内虐待」の定義に拘束を含めている指摘がある（市川和彦「施設内虐待—なぜ援助者が虐待に走るのか」2000年4月15日、誠信書房、pp9-12）。

- 5) FDA（The Food and Drug Administration）は、身体拘束用具の安全な使い方について、「最近の役立情報」として公開している。なお、原文については、下記で入手できる。
<<http://www.fda.gov/opacom/backgrounders/safeuse.html>>
- 6) 財団法人日本訪問看護振興財団「高齢者虐待防止とサポートマニュアル・概要」平成12年6月9日、p8。
- 7) 三宅貴夫「医療・福祉施設における痴呆の人の拘束を廃止する条件に関する調査研究—介護家族の立場から」社団法人痴呆老人をかかえる家族の会、2000年6月、pp25-26。
- 8) 拘束なき介護検討プロジェクトチーム・神奈川県福祉部高齢者施設課「かながわ拘束のない施設づくりガイドライン（試案）」平成12年3月、p6。
- 9) 厚生労働省・身体拘束ゼロ作戦推進会議「身体拘束ゼロに役立つ福祉用具・居住環境の工夫—『生きる意欲』を引き出す環境づくり」2001年6月pp8-14を参考とされたい。
- 10) 2001年12月26日、朝日新聞。
- 11) Illinois Compiled Statutes, Health Facilities, Nursing Home Care Act, Article II: Rights and Responsibilities, Part I. Resident Rights, 210ILCS 45/2-108(c)。
- 12) ibid (b)
- 13) 中川翼「抑制廃止に取り組む現場から」医療法人漢仁会広報部『健康なかまサラNo82』2000年5月、p2。
- 14) Social Services Inspectorate, Inspecting for Quality Standards for The Residential Care of Elderly People with Mental Disorders, HMSO, 1993, pp15-19。