

身体拘束廃止に向けた介護保険施設等の取り組みと展望
—介護保険施設等職員に対する調査より—

2015年9月

九州保健福祉大学大学院
(通信制) 連合社会福祉学研究科
社会福祉学専攻
博士(後期)課程

D311205 清水 径子

The efforts of facilities, including long-term care insurance facilities, for the abolishment of physical restraint, and its outlook.

— Based on surveys of staff members at long-term care insurance facilities

Key words : physical restraint, long-term care insurance facilities, verbal suppression

We put together a list and conducted surveys in order to clarify the current situation and issues regarding physical restraint. We conducted the surveys with facility staff members on not only the long-term care insurance facility's internal regulations on restraint, but also on other items that they might regard as physical restraint and think need reviewing. In addition, we have investigated the recognition of verbal suppression (speech lock), which is considered a form of physical restraint. Based on these results, we will discuss how to perform care while respecting the resident's personality.

The research consisted of the following two methods: one was literature research, including the background of the abolition of physical restraint and the situation after its abolishment. The other was a questionnaire survey targeting staff members who were taking care of the elderly in long-term care insurance facilities.

The mail-in questionnaire survey was sent to 800 facilities all over Japan, and it regarded the situation of physical restraint and its recognition in 5 long-term care insurance facilities. We performed a chi-square test and residual analysis, and text mining.

In addition, we conducted a mail-in questionnaire survey regarding staff members' recognition of verbal suppression (speech lock) in 2500 nursing care homes all over Japan. For the analysis, we performed simple aggregation using status recognition data, gave an initial code in the free description contents, categorized them based on the similarities of the contents, and examined any associations.

The results showed the following points:

- 1) The following correlations were found in actions that are considered to be restraint: the rate and necessity of the implementation of restraint, the rate and recognition of restraint, the recognition and the necessity of restraint. Since service is different in each facility, the implementation of physical restraint varies depending on the procedures of each facility.
- 2) As "the current status of physical restraint and their initiatives", the following seven items were derived: emotional reaction and a proactive approach; the restriction of movement and countermeasures; risks on the bed and countermeasures; staff members' dilemmas and countermeasures; explanation, consent and cooperation; situations where abolishment is unsuccessful and individual attitude towards abolishment; and facility's philosophy and their creative efforts. Diverse efforts against restraint were shown.

3) Regarding the recognition of nursing care home staff members of verbal suppression (speech lock), it was suggested that not only physical restraint, but also the compensation packages of the caregivers, abuse from caregivers, and staff member attitudes were also recognized as elements which were related to the wide range of the problems. In addition, we clarified the situations and the psychological states of staff members when "speech lock" was induced.

In the future, it will be required to examine efforts for the abolishment of physical restraint, both in the facility and outside the facilities, depending on the situation of the facility and the residents. In order to provide better service, each facility will be required to show creative efforts and measures, including overcoming the lack of staff members, and encouraging cooperation among the staff, family members and the residents. Abolishment of physical restraint must be overcome in order to realize a better way of care, and it will be a step towards improving the quality of care.

目次

序論	3
第1章 研究の背景	3
I. 身体拘束の現状	3
II. 身体拘束の概念規定	3
III. 身体拘束廃止の概念と先行研究の現状と課題	4
第2章 研究目的と研究方法	7
I. 論文の構成	7
II. 研究目的	7
III. 研究方法	7
本論	9
第I部 身体拘束の実態について	9
第3章 「身体拘束ゼロへの手引き」発行までの経緯	9
I. はじめに	9
II. 研究目的	9
III. 縛らない看護・介護の実践過程	9
IV. 身体拘束ゼロへの手引きができるまで	11
V. 考察	11
VI. まとめ	13
第4章 介護保険施設等での身体拘束廃止の実態	14
I. はじめに	14
II. 研究目的	14
III. 身体拘束の実施及び職員の意識に関する実態調査	14
IV. 身体拘束廃止の新たな課題	15
V. 考察	16
VI. まとめ	16
第II部 身体拘束廃止の取り組みと現状	18
第5章 介護保険施設等における身体拘束実施状況の特徴 —5種類の施設の比較を通して—	18
I. はじめに	18
II. 研究目的	18
III. 研究方法	18
IV. 結果	20
V. 考察	31
VI. まとめ	32
第6章 身体拘束に対する専門職の認識	34
I. はじめに	34
II. 研究目的	34

III. 研究方法.....	34
IV. 結果.....	35
V. 考察.....	38
VI. まとめ.....	39
第7章 身体拘束廃止に向けた介護保険施設等の現状と取り組み—テキストマイニング による自由記述回答の分析—	40
I. はじめに.....	40
II. 研究目的.....	40
III. 研究方法.....	40
IV. 結果.....	43
V. 考察.....	48
VI. まとめと今後の課題	50
第III部 身体拘束に関する将来的課題	52
第8章 言葉による抑制に関する介護老人福祉施設職員の認識について	52
I. はじめに.....	52
II. 研究目的.....	52
III. 研究方法.....	52
IV. 結果.....	53
V. 考察.....	58
VI. まとめ.....	59
終論 総括.....	61
I. 本研究のまとめ	61
II. 本研究から導き出された基本的課題	61
III. 身体拘束廃止に向けた今後の取り組み	63
IV. 「言葉による抑制(スピーチロック)」廃止に向けた施設の取り組みと今後の展望	64
V. 本研究の限界と今後の課題.....	65

資料

序論

第1章 研究の背景

I. 身体拘束の現状

全国的な身体拘束廃止に向けた取り組みは、2000年（平成12年）介護保険制度の制定により原則禁止となったことが契機となり開始された。厚生労働省より身体拘束ゼロへの手引きが発行され（2001）、その手引きを基準として介護保険施設等において身体拘束を廃止する本格的な動きが開始された。

各都道府県で身体拘束廃止委員会が設置され、調査や指導が行われる中で、身体拘束は減少してきた。しかしながら身体拘束廃止への取り組みから10数年が経過し、施設の人手不足や利用者の介護度の重度化などから、介護の質はもちろんのこと、身体拘束についても新たな問題が出てきている（三浦ら2012）。また、三浦ら（2012）は身体拘束の行為について、「身体拘束ゼロへの手引きに記載されている身体拘束禁止規定の対象となる具体的行為のみが身体拘束であるという誤った解釈がされ、結果的には別の形で利用者に身体拘束をしている」と提言している。これらのことから、施設での身体拘束全廃には至っていない現状がある。

II. 身体拘束の概念規定

介護保険法上では身体拘束禁止規定が1999年3月に「施設の人員、設置及び運営に関する基準（以下、運営基準）」の中で提示され、介護保険施設等において「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、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならない。」と規定された。対象事業は、介護保険施設（介護老人福祉施設・介護療養型医療施設、老人保健施設）、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護である。

また、厚生労働省（2001）が提示した「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～」が、現在の身体拘束の一般的な解釈として周知されており、「身体拘束禁止規定の対象となる具体的行為（表1-1. 以下、11項目）」は、各施設で身体拘束として原則禁止とされている。

表1-1. 身体拘束その他入所者(利用者)の行為を制限する行為

- ①徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る.
- ②転倒しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る.
- ③自分で降りられないように、ベッド柵(サイドレール)で囲む.
- ④点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る.
- ⑤点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける.
- ⑥車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける.
- ⑦立ち上がり能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する.
- ⑧脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる.
- ⑨他人への迷惑行為を防ぐために、向精神薬を過剰に服用させる.
- ⑩行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる.
- ⑪自分の意思で開けることのできない居室などに隔離する.

(出所:厚生労働省(2001). 身体拘束ゼロへの手引き. 第1版. p7)

Ⅲ. 身体拘束廃止の概念と先行研究の現状と課題

1) 身体拘束による弊害

身体拘束による弊害について吉岡ら(1999)は、上川病院での身体拘束廃止を実践するため「抑制死」という弊害(図1-1)を挙げている。「多くのケースでは抑制してすぐ死亡するわけではなく、全身の衰弱後、感染などでなくなっていくことがほとんどである。したがって、抑制の弊害については、意識して推測し考慮しないと見過ごされることが多い。抑制をしなくても肺炎になる可能性もあり因果関係がはっきりしているわけではないが、専門家たちはその可能性が強いことをよく知っている」と抑制死について説明している(吉岡, 1999)。

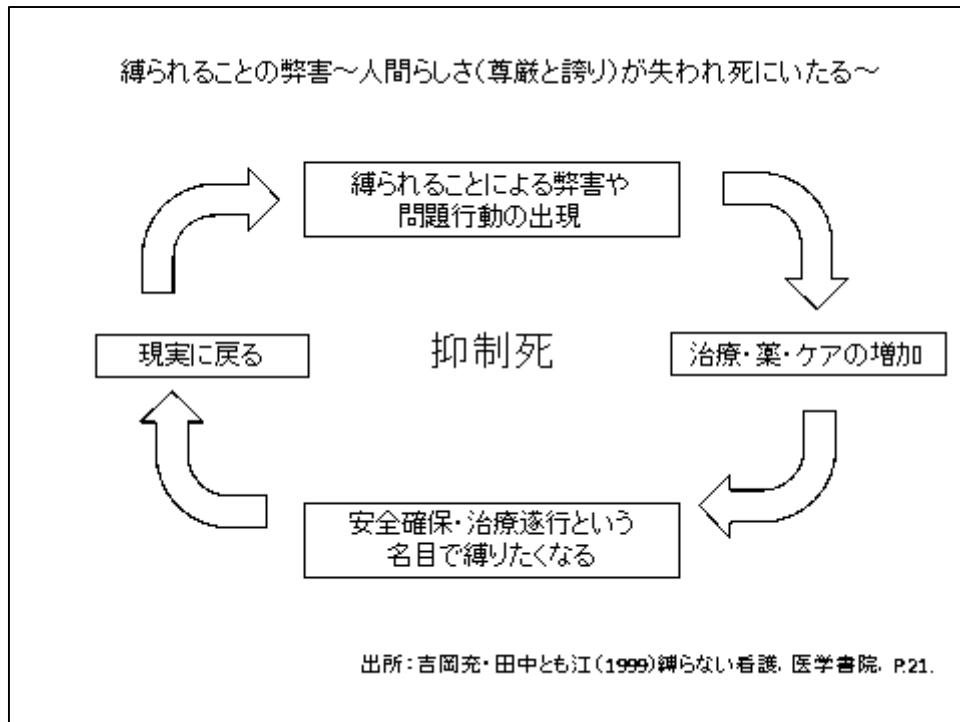


図1-1. 「抑制死」の考え方

また、身体拘束ゼロへの手引き（2001）にも以下のように、身体拘束による3つの弊害が挙げられている。

- ① 身体的弊害：関節の拘縮，筋力の低下，身体機能の低下や圧迫部位の褥創の発生，食欲の低下，心肺機能，感染症への抵抗力の低下，抑制具による窒息等の事故等がある。
- ② 精神的弊害：意思に反して行動を抑制されることによる屈辱，あきらめ，怒り等により，せん妄等認知症症状の悪化，精神的苦痛，尊厳の侵害を伴う事や，家族への精神的ダメージにより，入所させたことに対する罪悪感，怒り，後悔を生む。また，安易な拘束が常態化することによる介護従事者の士気・対応スキルの低下により，介護の質が低下する。
- ③ 社会的弊害：介護保険事業所，施設等に対する社会的な不信，偏見を引き起こす恐れもあり，社会的にも大きな問題を含んでいる。

2) 緊急やむを得ない場合の対応

運営基準の身体拘束禁止規定には「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，身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならない。」とあり，緊急やむを得ない場合については，ケアの工夫のみでは十分に対処できないような一時的に発生する突発事態のみに限定される。安易に身体拘束を行うことのないよう，三つの要件・手続きに沿って慎重な判断を行うことが求められている。身体拘束ゼロへの手引きによると，「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件を満たし，かつ，それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られている（厚生労働省 2001）。

- ① 切迫性とは，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であり，判断については，身体拘束を行うことにより本人の日常生活等に与える悪影響を勘案し，それでもなお身体拘束を行うことが必要となる程度まで利用者本人等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が高いことを，確認する必要がある。
- ② 非代替性とは，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であり，判断については，いかなる時でも，まずは身体拘束を行わずに介護するすべての方法の可能性を検討し，利用者本人等の生命又は身体を保護するという観点から，他に代替手法が存在しない事を複数のスタッフで確認する必要がある。また，拘束の方法自体も，本人の状態像等に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならない。
- ③ 一時性とは，身体拘束その他の行動制限が一時的なものであることであり，判断については，本人の状態像等に応じて必要とされるもっとも短い拘束時間を想定する必要がある。

3) 医療モデルと生活モデルの違いによる仮説

広井（2000）は医療モデルと生活モデルの目的を対比し，疾病の治癒，救命を医療モデル，生活の質（QOL）の向上を生活モデルと表している（広井 2000）。加藤ら（2006）の調査によると，「介護保険施設（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

設)の看護師の認識として、施設別では介護老人保健施設が介護療養型医療施設に比べて優位に生活モデル指向であり、介護療養型医療施設が他の施設に比べ、生活モデル指向が低い認識であること」が示されている(加藤ら 2006)。

吉村ら(2002)の施設別での意識調査の結果からは、「介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設の順で拘束認知の割合が高かった」と報告されている(吉村ら 2002)。加藤らは「介護老人保健施設は病状が安定期にあり、自宅復帰を目指したリハビリテーションや看護・介護を必要とする要介護者が対象であること」や「介護療養型医療施設は安定期の長期療養者で常時医学的管理が必要な要介護者を対象にしている」ことを挙げ、対象者の違いを示していた(加藤ら 2006)。これらの結果を踏まえ、施設別に医療モデルと生活モデルの目的の違いによりケアに対する意識の違いがあるという仮説を立てた。

また、職業別についても、医療職と福祉職(介護職・相談援助職)の目的の違い、つまり治療か生活支援かという職種内容の違いで、ケアに対する意識の違いがあると仮定する。

4) 身体拘束の課題

現場において身体拘束は治療のためや利用者(患者・被介護者)を守るためにやむをえず必要となる場合もある。身体拘束の実施・認識・必要性に関しては、その場の状況で判断せざるをえないという側面が大きい。

身体拘束ゼロへの手引きに記載されている 11 項目は「身体拘束禁止の対象となる具体的な行為」として、どの施設でも介護保険運営基準で取り上げられている(厚生労働省 2001)。それ以外の項目は現場では判断の難しい曖昧な身体拘束行為と捉えられているため、身体拘束の定義まで遡り、基準の再検討が必要である。

<引用文献>

広井良典(2000)『ケア学—越境するケアへ—(第1版)』医学書院。

加藤基子・丹治優子・廣田玲子(2006)「介護保険施設における看護職員の看護活動と看護に対する認識」『老年看護学』10(2), 92-102。

厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」(2001)『身体拘束ゼロへの手引き(第1版)』厚生労働省, 7-21。

三浦智章・福崎径子・稲田弘子ほか(2012)「身体拘束の現状と職員の意識に関する研究」『リハビリテーション連携科学』13(2), 98-104。

吉岡充・田中とも江(1999)『縛らない看護』医学書院。

吉村洋子・寺島喜代子・観篤子ほか(2002)「老人介護施設における身体拘束に関する認識」『福井県立大学論集』21, 105-117。

第2章 研究目的と研究方法

I. 論文の構成

本論文の構成は図 2-1 の通りである。

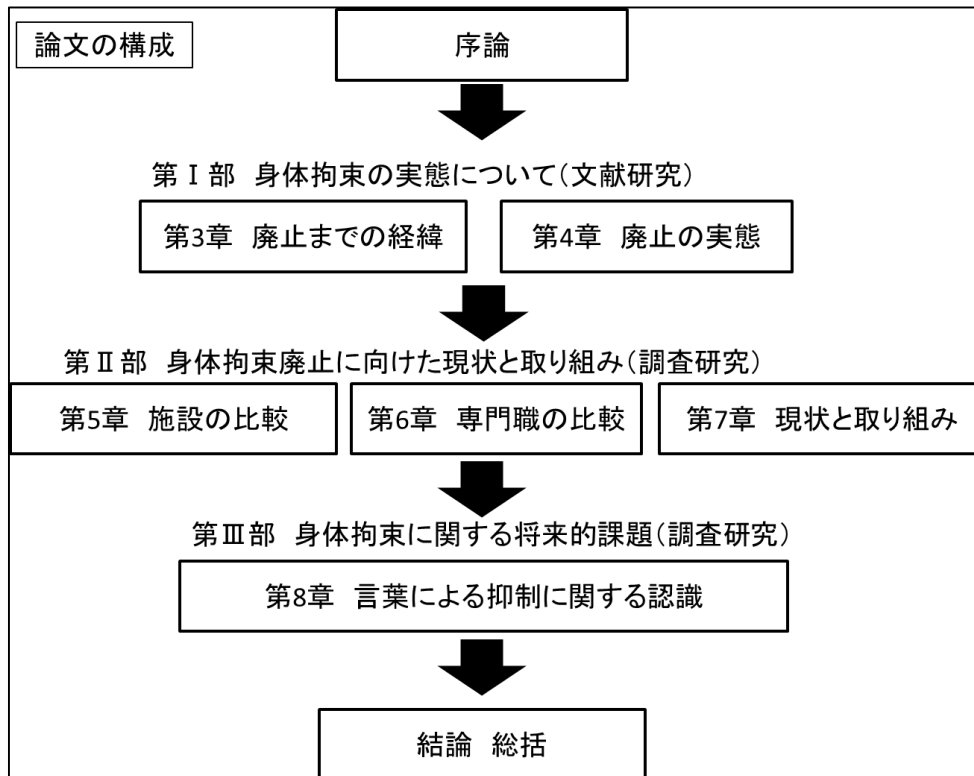


図 2-1.論文の構成

II. 研究目的

本研究の目的は、以下の4点とする。

目的 1：身体拘束廃止に関する先行研究の調査結果を通して現状を明らかにし、項目を整理する。

目的 2：11項目に限らず、身体拘束の定義を広く捉え、廃止に関する現状を明らかにする。

目的 3：身体拘束廃止へ向けた施設での取り組み方法について具体的内容を明らかにする。

目的 4：言葉による抑制（スピーチロック）に関する施設の認識を明らかにする。

本研究では身体拘束の現状と課題を明らかにするため、施設職員に対し、11項目に限らず身体拘束と思われる項目についての認識や必要性について調査を実施した。また、言葉による抑制（スピーチロック）の現状を調査し、それらの結果を踏まえて、「身体拘束」とは何かを考究し、今後の取り組み課題から身体拘束廃止に向けた展望について考察することが目的である。

III. 研究方法

1) 第3章及び第4章では、身体拘束ゼロ宣言までの経緯及び身体拘束廃止の実態について先行研究及び文献をまとめ、整理した。

- 2) 第 5 章では、平成 24 年 8 月 29 日～9 月 28 日に介護保険施設等の 5 施設の身体拘束実施状況及び認識状況等について、質問紙郵送調査により全国 800 ヶ所の施設を対象に実態調査を実施した。5 種類の施設、各種別の施設 160 ヶ所を無作為抽出し、職員 4 名の 3200 名に調査を依頼した。
- 3) 第 6 章では、第 5 章の実態調査より得られた内容を基に、職種別に見た身体拘束の認識を明示した。
- 4) 第 7 章では、第 5 章の実態調査より得られた自由記述内容をテキストマイニングによる手法にて、まとめることで身体拘束廃止に向けた取り組みについて具体化した。
- 5) 第 8 章では、平成 26 年 7 月 7 日～8 月 31 日に言葉による抑制（スピーチロック）についての職員の認識を質問紙郵送調査により全国 2500 ヶ所の施設職員を対象に調査を行い、職員が認識している言葉による抑制の具体的内容を明示した。

本論

第 I 部 身体拘束の実態について

第 3 章 「身体拘束ゼロへの手引き」発行までの経緯

I. はじめに

身体拘束廃止は日本における認知症ケア推進の大きな一歩であると捉えられる。1960年代～1970年代は「ケアなきケアの時代」と言われ、特別養護老人ホームや老人病院、精神病院では認知症ケアの理念や方法論もないまま、身体拘束や投薬による抑制、言葉による抑制が標準的に実施されていた時代であった（岩尾 2009；新村 2002）。この時代は、認知症高齢者（当時、痴呆老人）に対するマイナスイメージがあり、病院や施設は閉鎖的であった。病院や施設へ収容された高齢者は、行動を制限され会話の機会を奪われ、認知症の進行を早め、寝たきりになり機械的に食事や排泄、褥瘡の手当てを受ける身であった（新村 2002）。本章では、このような時代から身体拘束が問題視された経緯や廃止に向けた取組みの動向を探る。

II. 研究目的

日本での身体拘束廃止がどのように進められ、どのような有益性と課題が存在していたのかなど、身体拘束廃止に向けた経緯を理解することで、身体拘束廃止の本質を知るための手掛かりを探ることを目的とし、1986年～2001年までの身体拘束ゼロへの手引きが発行されるまでの経緯を調べることにした。

III. 縛らない看護・介護の実践過程

1986年に東京都八王子市にある上川病院において、日本で初めて身体拘束廃止の取り組みとなる「縛らない看護」が行われた（石川、2002）。当時の老人病棟において、「抑制を「縛る」と表現し、抑制帯を捨てること」が抑制廃止運動の始まりである。吉岡は1994年の「痴呆性老人の人権に関する研究」の中で、「老人医療の現場から医師の立場で、抑制の弊害、抑制を廃止した症例報告とその為の工夫、科学的な抑制を回避するための処方例など、具体的で実践的な報告を行った。また、同年6月には、田中が全国老人ケア研究会で看護者の立場で、抑制廃止への取り組みを発表した。しかしながら、全国の病院では身体拘束廃止に対して否定的な意見もあり、現場はジレンマに陥っていた」（吉岡ら、1999）。

1998年10月、福岡市で開かれた介護療養型医療施設の全国大会で「抑制廃止福岡宣言」が発表された。吉岡・田中の講演が契機となり、実際に現場で抑制廃止に取り組もうという機運が高まり、福岡県内の10の病院（南小倉病院、北九州湯川病院、遠賀いそべ病院、有吉病院、北九州古賀病院、正信会水戸病院、原土井病院、松尾内科病院、水城病院、大牟田共立病院）が宣言に参加した（東 2001）。

抑制廃止福岡宣言（表 3-2）は、全国へ向けた宣言として、「反響も大きく各現場スタッフに自分たちも抑制廃止ができるのではないかとという目覚めをもたらし、実行に踏み切る現場も増えた」（吉岡ら 1999；大熊 2009）。

その後介護保険施設等の運営基準として身体拘束を禁止する厚生省令（1999年3月31日）、介護保険法（2000年）、「身体拘束ゼロ作戦推進会議」の発足、「身体拘束ゼロへの手

引き」の発行（2001年）へと結びついている（表3-1.参照）。

年 月	身体拘束廃止に関する取り組み
1986 12	上川病院(八王子市)で拘束廃止問題に取り組み始める
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	厚生省令において身体拘束禁止を規定
5	熊本抑制廃止宣言
6	九州・山口・沖縄抑制廃止宣言 福岡で抑制廃止継続のため、オンブズマン発足 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) 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)
7	北海道抑制廃止宣言
10	北海道抑制廃止研究会設立
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」(東京) 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 特別養護老人ホームによる抑制廃止宣言(大阪)
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禁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
3	全国抑制廃止研究会設立 神奈川県福祉部高齢者施策課・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	介護保険制度(身体拘束禁止規定)施行 厚生省令「身体拘束ゼロ作戦推進会議」発足
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 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」調査報告書
10	第2回全国抑制廃止研究大会開催
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

石川(2002)・厚生労働省(2001)より抜粋, 筆者作成

表3-2.抑制廃止福岡宣言

抑制廃止福岡宣言 老人に、自由と誇りと安らぎを ① 縛る、抑制をやめることを決意し、実行する ② 抑制とは何かを考える ③ 継続するために、院内を公開する ④ 抑制を限りなくゼロに近づける ⑤ 抑制廃止運動を、全国に広げていく 1998.10.30

出所:東大作(2001)縛らぬ介護. 葦書房.

IV. 身体拘束ゼロへの手引きができるまで

「身体拘束ゼロへの手引き」は、厚生労働省が2001年に作成、配布したものである。

『1999年1月、老人保健福祉局審議会での介護保険制度の運営基準に「抑制禁止規定」を入れるかどうか長時間の会議の末、指定基準案に拘束禁止が盛り込まれた。厚生省老人保健課の森山美和子専門官、老人福祉計画課長山崎史郎氏、日本看護協会会長見藤隆子氏、介護対策検討会に関わる橋本康子氏が拘束禁止を強く要望し、支持した』ことが大熊(2009)により記されている。

『当時、日本看護協会政策企画室長の石田昌宏氏は、審議会を通るやいなや、実践例を豊富に盛り込んだ「拘束ゼロの手引き」を作って配布した。看護協会は全面支持に回り、その後の運動の中心になった』(大熊2009)。

しかしながら、『身体拘束禁止の規定が介護保険指定基準に盛り込まれたものの、医療・看護・介護の現場に反対論が根強かったため、どう広げていくかが死活的な課題であった。そこで、身体拘束ゼロ作戦推進会議と並行して「身体拘束ゼロへの手引き」の作成を行った』(大熊2009)。『行政では通常、法令を現場に周知する場合、通達を出すのみだが、それだけでは形骸化するおそれがあったとされている。「手引き」のねらいは、『①この問題を医療・看護・介護の現場が真剣に自らの問題として捉える姿勢をもってもらうこと、②例外3要件(切迫性、非代替性、一時性)の厳しい運用を貫くこと、③その一方で、拘束をしないで済むような現場の工夫や取り組みを紹介すること。』の3点である。何度も推敲を重ね、現場の人たちの心に届くものを書いた』と伝えられている(大熊2009)。このように身体拘束ゼロへの手引きは、行政と看護協会、専門家が集まり作成したものであり、15年が経過した現在でも、全国に身体拘束廃止を訴える資料としての役割を果たしている。

V. 考察

ここでは、身体拘束廃止への歴史から当時の課題と有益性について考察する。

1. 身体拘束廃止に向けた課題

高崎(2000)は、「身体拘束ゼロの実現のためには多くの困難がある。例えば、明確なケア基準や行動指針の欠如、人員の不足とケア体制の不備、事故の発生、告訴に対する施設長やスタッフの恐れ、規定や強制による圧力からくるストレスの増強、経験の欠如、ケアに関する新しい理念や基準の実行に対する抵抗感、スタッフの高い転職率、家族の無理解など、数え上げればきりが無いほどである。」と記載し、身体拘束廃止の課題としている。

(高崎 2000). これらの課題を一つ一つクリアしていくことが身体拘束廃止に向けた方策ともとれる.

1998 年の福岡抑制廃止宣言時に田中らは, 抑制する理由を 10 病院より調査し, 表 3-3 に示す結果を報告した (田中ら 2000). そこには, 転倒するおそれがあるからやベッドから落ちるからなどが挙げられており, 当時の病院の身体拘束の実態を表していた.

表3-3.抑制する理由

1 転倒するおそれがあるから. 事故が起るから. ベッドから落ちるから. 2 バルーン, 胃チューブ, 点滴などのライン抜去予防. 3 事故を起こすと家族からクレームがつくから. 責任者として責任を追及されると困るから. 4 他の患者の部屋に入り, 物に触ったり持ち出したりして, 迷惑になるから. 5 オムツをはずすから(不潔行為) 6 暴力行為があるから(他害・不穏) 7 自傷行為があるから(皮膚をかきむしるなど) 8 簡単容易だから. 問題解決の先送り. 9 即座に業務の目的が達成できるから	(理由としてあげられた項目を多い順に並べた) 調査時点: 1998年10月「抑制廃止福岡宣言」時
--	---

出所: 末安民生・南裕子・田中とも江(2000). 新春鼎談抑制廃止と看護介護保険施設での「縛らない看護」をめざして. 週刊医学界新聞2373.

これらの資料からみても, 当時は現場での身体拘束に対する認識は低く, 職員が抱える課題が多かったと推察される.

『抑制を「縛る」と表現することにより, 悪いことであるという事を強調した田中とも江氏だが, 初めての取り組みにより, 安全面, 家族からのクレーム等の不安が強く, 専門職からの反発も大きかった』(大熊 2009). しかしながら, 表 3-3 に示すような『「抑制する理由」を挙げた病院も, 抑制廃止福岡宣言後に抑制をなくすことができた』と報告している (末安ら, 2000). このように抑制ゼロを実現した病院がリーダーシップを取り, 課題を一つ一つ解決する取り組みが行われていた.

2. 身体拘束廃止の有益性

上川病院において, 抑制がなくなった 4 つの理由が「縛らない看護 (1999)」の中で記されている。「身体拘束廃止を進めるにあたっては, 上川病院の理事長である吉岡充氏と総婦長の田中とも江氏の強いリーダーシップがあったこと, 施設の方針とリーダーの方針を一致させ進めた事, スタッフ教育を行ったことである」とされている (吉岡ら, 1999). 「抑制帯などの用具をすべて捨て, 組織環境とリーダーシップ, スタッフの動機づけが一体化し, 縛らない病院が誕生したのである. また, その運動が福岡県内の 10 の病院にも福岡抑制廃止宣言として広まったことから, さらに全国への広がりをもせた」(吉岡ら, 1999).

さらに, 『厚生労働省が介護保険指定基準に「身体拘束禁止規定」を盛り込んだことは, 当時としては画期的な一歩であった. 特に介護保険施設の職員は, 厚生労働省からの通達とあって, 現場では困難だとする批判も多い中のスタートであった. しかしながら, 全国の施設に身体拘束廃止を進める効果的な基準であった』(末安ら, 2000).

転倒や不潔行為, 自傷行為等, 職員が困る事例に対して安易に身体拘束という選択をしないことが打ち出されたことが, 人権を守ること, 高齢者の QOL の向上, 介護の質の向上, 個別ケアの推進等において高齢者に有益であった.

VI. まとめ

本章では、身体拘束禁止規定の成立過程、上川病院の小さな取り組みから全国へと展開された経緯について、関係資料を基に記述した。

1960年代～1970年代の日本では、身体拘束廃止は前例もなく、認知症ケアに関する知識も技術も理解されていなかった（岩尾 2009；新村 2002）。現場の職員も転倒するおそれがあるからや事故が起るから等の安全面に不安を抱え、廃止は困難と思われてきた。しかし、拘束を「縛る」と表現し、抑制帯を捨てることで、拘束廃止をするという強い意思を持つ職員によって成果を上げ、介護保険指定基準に法制化されたことで、全国的に身体拘束廃止へのスタートを切ることができた（末安ら 2000）。

第4章では、身体拘束が廃止された現在においての実態をまとめるとともに、新たな課題を抽出する。

<引用文献>

東大作（2001）『縛らぬ介護』葦書房。

石川秀也（2002）「身体拘束廃止に関する一考察—その経過・現状・今後—」『北星学園大学大学院論集』（北星学園大学大学院）5, 55-73.

岩尾貢（2009）『新介護福祉士養成講座 12 認知症の理解』中央法規, 20-27.

厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」（2001）『身体拘束ゼロへの手引き（第1版）』厚生労働省, 7-21.

新村拓（2002）『痴呆老人の歴史—揺れる老いのかたち』法政大学出版社。

大熊由紀子（2009）「介護保険物語第六十二話「身体拘束ゼロ基準」前夜」『介護保険情報』10(6), 76-79.

末安民生・南裕子・田中とも江（2000）「新春鼎談抑制廃止と看護介護保険施設での「縛らない看護」をめざして」『週刊医学界新聞』2373.

高崎絹子（2000）「高齢者ケアの理念と「身体拘束ゼロ」の課題」『老年看護学』5(1), 4-6.

吉岡充・田中とも江（1999）『縛らない看護』医学書院。

第4章 介護保険施設等での身体拘束廃止の実態

I. はじめに

介護保険制度が2000年より施行され、介護保険施設等での身体拘束が原則禁止となった。その後、身体拘束を廃止するための委員会の設置や研究会の調査も全国で行われてきた。しかしながら、現時点についても身体拘束が全廃されているわけではなく、施設や病院で工夫しながら身体拘束廃止を進めている（全国抑制廃止研究会2015）。

II. 研究目的

本章では身体拘束が原則禁止となった現在においての実態をまとめるとともに、新たな課題を抽出し、2000年以降の身体拘束廃止に関する諸調査結果を基に、現在の身体拘束廃止に関する実態及び課題をまとめ、より質の高いケアの実現に向けた方策を考察する。

III. 身体拘束の実施及び職員の意識に関する実態調査

先行研究では、認知症介護研究・仙台研修センター（2005）の調査の結果、施設における身体拘束実施率は5%未満であり減少傾向にあるものの、全廃には至っておらず、施設によっても認識や取り組みが異なっている現状が報告されている。身体拘束が実施された場合の被拘束者の属性として、年齢が高く、男性で、要介護度が高く、認知症が重症で、寝たきり度が高いほど、身体拘束を受けるリスクは高まることが調査結果から示唆されていた。身体拘束の行為種別では、ベッド柵やY字型拘束帯・腰ベルト等などの行為が多くみられた。

吉村ら（2002）の研究によると、施設別（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）の拘束認知度に違いがあることが明らかとなっている。『身体拘束の11項目において「拘束だと思う」との拘束の認知が施設間で最も高いのは老健（77.3%）で、次いで特養（69.3%）、療養型（62.7%）の順に高い』と報告している（吉村ら2002）。

中尾ら（2005）の調査では、「身体拘束を全面廃止することは困難であるが、廃止に取り組むことで、利用者の変化、家族およびスタッフの利用者への対応時間の増加、利用者との介護・看護者の関係の良好化などの肯定的な変化が得られることや、身体拘束廃止の取り組み前後では、事故件数の差はみられなかったこと」が明らかとなっている（中尾ら2005）。

また、神奈川県保健福祉部高齢福祉課（2008）及び滋賀県健康福祉部元気長寿福祉課（2012）等の自治体においても身体拘束の現状調査が実施されており、身体拘束禁止の対象となる具体的な行為（11項目）についての詳細なデータが示されている。神奈川県保健福祉部高齢福祉課（2008）による調査結果からは、「身体拘束の実施施設の割合は、平成17年度よりも10.1%、拘束を受けていた利用者の割合も2.5%減少した」ことが示されていた（神奈川県保健福祉部高齢福祉課2008）。また、身体拘束の行為別の状況は、ベッド柵で囲む（43.2%）、車いすにベルト等をつける（24.9%）、ミトン型の手袋をつける（14.6%）で、この3つの行為で全体の82.7%を占めていたことが報告されていた（神奈川県保健福祉部高齢福祉課2008）。次に滋賀県健康福祉部元気長寿福祉課（2012）の調査結果からは、「身体拘束の実施状況についてベッド柵が最も多く、次いでミトン手袋、つなぎ服の順に多かった。取り組み内容としては、マニュアル等の作成が各施設で多いこと」が示され

ていた（滋賀県健康福祉部元気長寿福祉課 2012）。

IV. 身体拘束廃止の新たな課題

全国抑制廃止研究会（2015）の行った調査によれば、「介護保険施設及びグループホーム従事者による高齢者虐待が毎年約 2000 施設で発生している可能性がある」ことを述べている（全国抑制廃止研究会 2015）。また、「近年の現場の環境は厳しさを増しており、要介護度の重度化や認知症高齢者、医療処置対象者などの増加がみられ、看護・介護職員の人員体制も利用者の重度化に対応できていない施設が多数を占めている」（全国抑制廃止研究会 2015）。同調査では、『介護職の責任や労働量が「余裕がある、適正である」としたところは 34.4%であり、その他の施設では「厳しい、あるいは過酷といえるほど厳しい」という回答であった』と示されている（全国抑制廃止研究会 2015）。また、身体拘束廃止に向けたさまざまな取り組みが行われているが、その中で新たな拘束が生まれているのではないかと指摘もある（三浦ら、2012）。

神奈川県保健福祉部高齢福祉課（2008）による調査では、「身体拘束」か「身体拘束でないか」の線引きが難しいとされる上位 3 項目に『自分で降りられないようにベッドを柵で囲む（25.5%）』、『行動制限をするためミトン型手袋をつける（18.0%）』、『ずり落ち防止のため、Y字型拘束帯等を使う（16.0%）』を挙げている。さらに、同調査では、線引きに苦慮している主な具体例を項目ごとに挙げている。例えば、線引きが難しいとされた『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。』行為については、以下の具体例が挙げられ、具体的な身体拘束項目についても線引きに苦慮している様子が示された（神奈川県保健福祉部高齢福祉課 2008）。

- ・ ベッドを囲む事がポイントなのか。
- ・ 点柵でも中央が開いていればよいのか。
- ・ 1点柵で中央設置はどうなのか。
- ・ ベッドが壁に寄っている場合、どれ位間が開いていれば良いか。
- ・ 本人希望で「物が落ちないように柵をしたい」と言われる方等への対応をどうすればよいか。
- ・ 夜間帯寝ている状態で、寝返りによる転落防止との線引きはどこにあるのか。
- ・ 夜間対応として、ベッドを居室から出して見守りを行う。壁際にベッドを設置した場合の 3点柵の使用はどうか。
- ・ 全盲の方が恐怖感から自ら柵の設置を希望した場合の対応をどのように捉えるのか。
- ・ 不随意運動があり、少しずつ身体がずれて転落の危険がある方への対応として身体拘束をすることはどうか。
- ・ 体位交換の掴まり等のため、ベッド柵を 2本使用したり、食事テーブルを乗せる。
- ・ 短いサイドレールで四方を囲む対応はどうか。
- ・ 本人が手すりの代わりに両方の柵を使う場合、降りる側に 2つ柵を使う。
- ・ 転落防止が緊急やむを得ない場合に該当するか判断が難しい。
- ・ 骨折治療後、歩こうとする認知症の方に対し、夜間対応として、サイドレール及びセンサーマット等で対応する。
- ・ 自分で降りられるスペースを設けた上での 2点柵はどうか。

さらに、三浦ら（2012）は、身体拘束と同じような弊害を与える行為であると推察される、あるいは実際に施設で行われている行為を 8 項目挙げ、表 4-1 の項目を身体拘束として掲げた（三浦ら 2012）。

1	徘徊する人にコールセンサーを設置し、行動を監視する。
2	ベッドからの転落を防止するために、起き上がりセンサーを使用し、監視する。
3	転倒しないように常に目の届く場所でベッドに寝かせて行動を監視する。
4	テーブルと壁で四方を囲み行動を監視する。
5	車いすや椅子から立ち上がる度に座ることを強要する。
6	「待って」「座って」「どこに行くの？」等の言葉かけを特定の利用者に対して頻繁に行い、行動を制限する。
7	常にワンピースを着せる。またはシートで体幹を包んだり必要以上の服を重ねさせ行動を制限する。
8	昼夜逆転傾向の人に、昼間居室で寝られないように施錠し、自室に入れないようにする。

出所：三浦ら(2012)身体拘束の現状と職員の意識に関する研究。リハビリテーション連携科学, 13(2), p100. 表1より

V. 考察

施設を取り巻く環境は 2000 年を境として大きく変化している。利用者の重度化や職員の不足等は前項の通りである。しかしながら、身体拘束廃止に関する実態調査をみると、身体拘束の数は減少傾向もしくはある一定の水準を維持している。

身体拘束の具体例の中でも最も実施されている項目は、ベッドサイドの 4 点柵・サイドレール。（点滴等抜去防止の）ミトン、車いすベルト（Y 字拘束帯）の使用の 3 項目である（神奈川県保健福祉部高齢福祉課 2008；滋賀県健康福祉部元気長寿福祉課 2012）。この 3 項目は、どの調査においても実施の割合が高く、神奈川県保健福祉部高齢福祉課（2008）による調査でも、線引きに苦慮している項目としても高率を示していた。これらのことは安全面や類似した項目がどこまで身体拘束になるのかという判断が施設により統一されていないことが原因と推察できる。

新たな課題は、身体拘束と考えられるものとしてセンサーマットを使用することや必要以上の監視、行動制限、言葉による抑制（スピーチロック）などの項目が挙げられている。しかしながら、これらの項目は一部の調査対象のみで調査が行われており、一般的に身体拘束ゼロへの手引き（2001）に明記されているものではなく、現場での判断を要する項目である。このような身体拘束廃止を実施して行く上で新たに発生している課題を整理し、職員が同じ認識を持ち、質の高いケアを行っていく必要がある。

VI. まとめ

第 4 章では、2000 年以降の身体拘束廃止に関する実態調査を概観した。その結果、身体拘束実施項目は、ベッドサイドの 4 点柵・サイドレール。（点滴等抜去防止の）ミトン、車いすベルト（Y 字拘束帯）の使用の 3 項目が多いことが示され、横断的な研究でさほど変化していないことが明らかになった。身体拘束廃止の取り組みの中で 11 項目の代替として生まれる新たな拘束を現場がどう認識しているのか、身体拘束がどのような状況あるいは範囲で実施されているのかについては明らかにされていない。しかしながら、身体拘束廃止を進めていくにあたっては、線引きに苦慮している現場の声が明らかになった。

第 II 部では、11 項目とそれ以外の項目についても調査を行い、身体拘束の現状と取り組

みを調査する。

<引用文献>

- 神奈川県保健福祉部高齢福祉課（2008）「平成 19 年度身体拘束に関する実態調査報告書」39-41.
- 中尾久子・佐藤美幸・澄川桂子ほか（2005）「高齢者施設における身体拘束廃止の取り組みと事故に関する研究」『九州大学医学部保健学科紀要』6, 1-8.
- 認知症介護研究・研修仙台センター（2005）「介護保険施設における身体拘束状況調査」141-163.
- 三浦智章・福崎径子・稲田弘子ほか（2012）「身体拘束の現状と職員の意識に関する研究」『リハビリテーション連携科学』13（2）. 98-104.
- 滋賀県健康福祉部元気長寿福祉課（2012）「平成 23 年度滋賀県身体拘束実施調査結果報告書」22-27.
- 吉村洋子・寺島喜代子・観篤子ほか（2002）「老人介護施設における身体拘束に関する認識」『福井県立大学論集』21, 105-117.
- 全国抑制廃止研究会（2015）「厚生労働省平成 26 年度老人保健健康増進等事業介護保険関連施設等の身体拘束廃止の追跡調査及び身体拘束廃止の取組や意識等に関する調査研究事業報告書」（<http://yokuseihaishi.org/index.php?FrontPage>, 2015.5.9）.

第Ⅱ部 身体拘束廃止の取り組みと現状

第5章 介護保険施設等における身体拘束実施状況の特徴 —5種類の施設の比較を通して—

Ⅰ. はじめに

身体拘束廃止に向けた各自治体での実態調査や研究は第4章でも触れたように、これまでも多数実施されているが、認知症介護研究・研修仙台センター(2005)や中尾ら(2005)、赤松ら(2004)の調査をみても、身体拘束11項目(厚生労働省「身体拘束ゼロ推進会議」(2001)による)に限られたものがほとんどである。

また、2000年に福井県で行われた吉村ら(2002)の調査では、身体拘束11項目に対する拘束認識状況は、施設間において違いがあることが明らかになっている。

しかしながら5施設(特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設、認知症対応型共同生活介護)に対し、身体拘束の各項目について比較検討した報告はない。

Ⅱ. 研究目的

本研究では身体拘束実施率および必要性、認識状況について検討するため、身体拘束と考えられる具体的行為38項目の身体拘束における実施率および必要性、認識状況が、施設種別により差があるかを調査した。「身体拘束と考えられる38項目」に関しては、厚生労働省(2001)が発表している「身体拘束の手引き」の中の「身体的拘束その他入所者(利用者)の行動を制限する行為」である11項目(以下、11項目)に加えて、三浦ら(2012)の身体拘束と推認される具体的行為、及び滋賀県健康福祉部元気長寿福祉課(2012)、神奈川県保健福祉部高齢福祉課(2008)による実態調査報告書から、身体拘束との線引きに苦慮している27項目(以下、27項目)を追加し、合計38項目を設定した。その調査結果に基づいて、施設種別毎の特徴を明らかにすることで、施設毎の現状を明らかにし、施設の特徴に合わせた身体拘束廃止に向けた方策を構築するための基礎的研究とした。

Ⅲ. 研究方法

1. 調査の概要

介護保険施設等の5施設として、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム、以下特養)、介護老人保健施設(以下、老健)、介護療養型医療施設(以下、療養型)、特定施設、認知症対応型共同生活介護事業所(以下、グループホーム)に勤務している、高齢者とかかわりのある各施設の職員4名を対象とした。1施設につき4名を対象とした理由は、介護職のみでなく看護職、相談員、介護支援専門員、リハビリ専門職等の多職種へ調査するためである。対象施設はWAM-NETの施設一覧より各施設160ヵ所を無作為抽出し、全国800ヵ所3200名に質問紙郵送調査を実施した。実施期間は平成24年8月29日～9月28日とした。

調査項目は、回答者の基本属性、施設の属性、研修制度の有無、身体拘束と考えられる行為である38項目(表2)について、「(項目に記載されている行為が)身体拘束を実施しているか(以下、実施率)」、「身体拘束が必要であるか(以下、必要性)」、「身体拘束であると考えているか(以下、認識状況)」、身体拘束全廃についての考え、施設での身体拘束

への取り組みの 6 項目とした。

アンケートでは身体拘束と考えられる具体的行為 38 項目について、最近 1 か月間で該当する項目を選択するよう求めた。実施率は「常時実施している」「時々実施している」「実施していない」から回答を求めた。また、必要性和認識状況については「はい」「いいえ」「わからない」の 3 件法で回答を求めた。

2. 倫理的配慮

回答者の匿名性の確保、回答の有無による不利益が生じないこと、回答は ID で管理し、調査で得られた情報は統計的に処理され、個人や施設名が特定されることはないことを明記し、回答をもって調査協力への同意とみなした。調査データは施錠できる場所に保管し、適切に管理した。

3. 回収状況

3200 票中 707 票（回収率 22.1%）を回収した。そのうち欠損値の多いものを除いた 638 票（有効回答率 19.9%）を有効回答とした。対象者の基本的属性を表 5-1 に示す。

		度数	%
性別	男性	184	28.8
	女性	454	71.2
年齢 (平均 41.97歳±10.88歳) 20歳～70歳	20歳代	87	13.6
	30歳代	203	31.8
	40歳代	166	26.0
	50歳代	143	22.4
	60歳代以上	34	5.3
	不明	5	0.8
施設種別	介護老人福祉施設	199	31.2
	介護老人保健施設	132	20.7
	介護療養型医療施設	101	15.8
	特定施設	90	14.1
	認知症対応型共同生活介護	93	14.6
	その他	17	2.7
	不明	3	0.5
職種 (複数回答)	介護職	282	44.4
	相談援助職	136	21.4
	医療職	184	29.0
	事務職	5	0.8
	その他	41	6.5

4. 分析方法

身体拘束と考えられる具体的行為（38 項目）について、類似する行為とみなされるものをカテゴリ化し、大きく 7 つに分類した。それらのカテゴリは〈四肢をひも等で縛る〉、〈サイドレールで囲む〉、〈車いすや椅子に固定する〉、〈介護衣を使用する〉、〈ミトン型の手袋をつける、または手が入らないようにする〉、〈隔離する〉、〈その他〉と命名した。次に、

身体拘束と考えられる具体的行為（38項目）は①施設で実施しているか（以下、実施率）、②施設内で必要か（以下、必要性）、③身体拘束とみなすか（以下、認識状況）についてそれぞれを集計した（表 5-2）。カテゴリごとにより実施率、必要性、認識状況についてイエーツ補正カイ二乗検定を使用した。

さらに、それぞれの身体拘束項目の実施の有無（実施率）と介護保険施設等の施設種別（特養、老健、療養型、特定施設、グループホーム、その他）についてクロス集計を行い、項目ごとにカイ二乗検定及び残差分析を行った。残差分析では、両側検定を用い、調整済み残差が、 $|r| > 2.58$ の場合は $p < 0.01$ 、 $|r| > 1.96$ の場合は $p < 0.05$ を検定の限界値として使用した。郷式（2008）によるクロス集計表に対する統計分析の手法を参考に検定を行った。統計処理には SPSS(ver.21)を使用した。

また、38項目の実施率・必要性・認識状況の平均値を用いてピアソンの相関係数を用い相関係数を算出した。

IV. 結果

身体拘束項目の具体的行為（38項目）について、類似する行為とみなされるものをまとめ、7つのカテゴリに分類した。本研究における「身体拘束と考えられる具体的行為（38項目）」についてカテゴリに分類した要素は〈 〉、項目は『 』にて囲み区別した。

1. 身体拘束項目における、実施率及び必要性、認識状況の比較

表 5-2 より、身体拘束項目を行為別に 7つのカテゴリに整理し、イエーツ補正カイ二乗検定をすると、カテゴリごとの実施率・必要性・認識状況にそれぞれ有意差が認められた（ $p < 0.01$ ）。

それぞれのカテゴリより、実施率が高いものを挙げる。〈四肢をひも等で縛る〉では、『点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように』が実施率 26.3%、必要性 22.9%、認識状況 87.8%となっている。〈車いすや椅子に固定する〉では、『ずり落ち、転落防止のためリクライニング車いす等で傾斜をつける』が実施率 46.5%、必要性 52.8%、認識状況 25.5%であった。〈介護衣を使用する〉では、『脱衣やおむつ外しを制限するため』は、実施率 20.8%、必要性 20.0%、認識状況 86.9%であった。『胃ろうチューブ等を自己抜去するため』は、実施率は 11.2%であるが、必要性が 27.5%あり、認識状況は 66.6%であった。『弄便による感染症等の影響を考慮し、…』は、実施率は 12.0%であるが、必要性が 25.5%あり、認識状況は 68.2%であった。〈ミトン型の手袋をつける、または手が入らないようにする〉では、『点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように…』が実施率 35.5%、必要性 42.3%、認識状況 78.1%であった。『胃ろうチューブを抜かないよう、腹巻等で腹部を覆う』は、実施率 33.1%、必要性 53.4%、認識状況 25.4%であった。〈その他〉については、『夜間対応として、センサーマットを使用する』が実施率 63.6%、必要性 74.0%、認識状況 19.9%であった。また、『スピーチロック（言葉による抑制）を行い、行動を制限する』は、実施率 40.6%、必要性 20.6%、認識状況 69.7%であった。

また、実施率・必要性・認識状況の間にはそれぞれ相関関係が認められた。①38項目の実施率と必要性の間には強い正の相関が認められた。（ $p < 0.01$, $r = 0.738$ ）

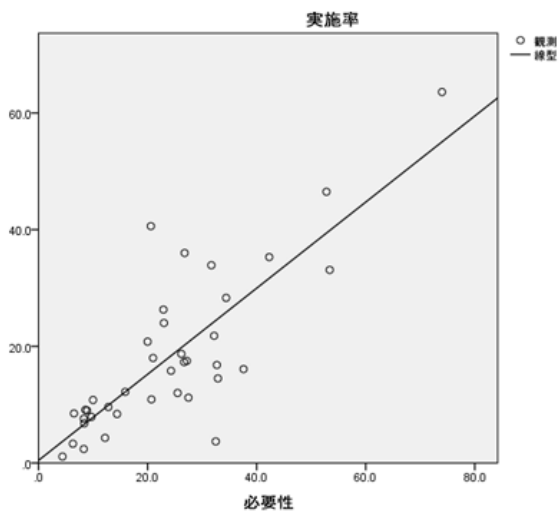


図 5-1.38 項目における実施率と必要性の相関図

②38 項目の実施率と認識状況の間には弱い負の相関が認められた。($p < 0.01$, $r = -0.299$)

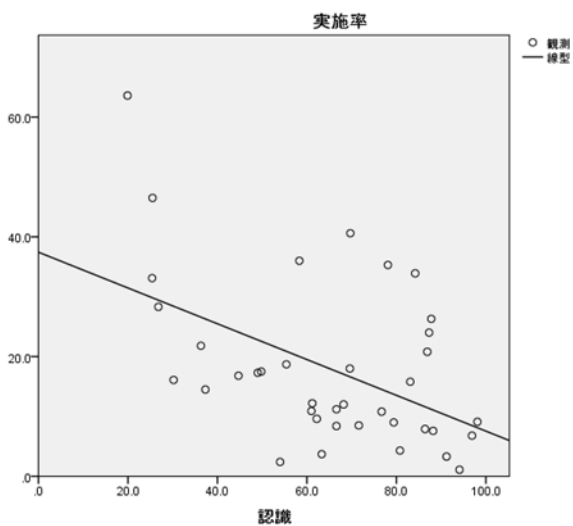


図 5-2.38 項目における実施率と認識状況の相関図

③38 項目の必要性と認識状況の間に中程度の負の相関が認められた。($p < 0.01$, $r = -0.500$)

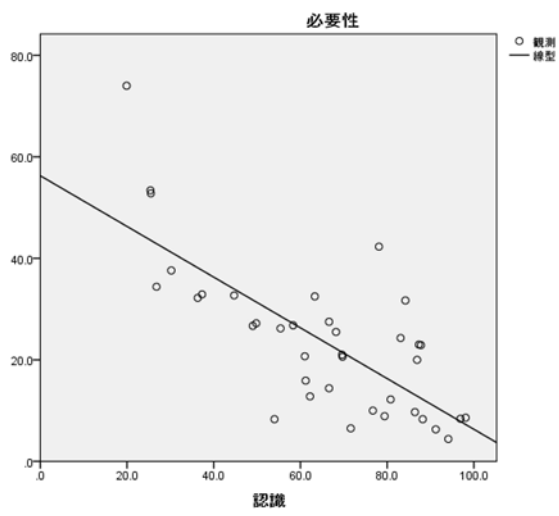


図 5-3.38 項目における必要性と認識状況の相関図

表5-2. 身体拘束項目の実施状況と必要性と認識状況

項目	「身体拘束項目の実施状況」			「必要である」の回答率			「身体拘束になる」の回答率		
	N ^{a)}	度数	%	N ^{b)}	度数	%	N ^{c)}	度数	%
n=638 「常時、時々実施している」の回答率									
身体拘束項目の身体的行為(38項目)									
項目1	634	58	9.1	629	54	8.6	633	621	98.1
項目2	637	43	6.8	634	53	8.4	635	615	96.9
項目4	636	167	26.3	630	144	22.9	633	556	87.8
項目9	632	7	1.1	630	28	4.4	629	592	94.1
項目19	635	50	7.9	632	61	9.7	631	545	86.4
項目3	634	215	33.9	634	201	31.7	634	534	84.2
項目16	628	113	18.0	623	131	21.0	624	434	69.6
項目6	633	152	24.0	630	145	23.0	631	551	87.3
項目7	635	48	7.6	627	52	8.3	629	555	88.2
項目12	638	101	15.8	634	154	24.3	633	526	83.1
項目13	634	27	4.3	632	77	12.2	631	510	80.8
項目14	608	51	8.4	598	86	14.4	602	401	66.6
項目23	636	107	16.8	633	207	32.7	631	282	44.7
項目24	636	180	28.3	630	217	34.4	630	169	26.8
項目25	634	295	46.5	631	333	52.8	631	161	25.5
項目26	630	227	36.0	626	168	26.8	626	365	58.3
項目27	636	61	9.6	626	80	12.8	625	389	62.2
項目28	636	57	9.0	630	56	8.9	630	500	79.4
項目29	630	77	12.2	621	99	15.9	621	380	61.2
項目8	635	132	20.8	634	127	20.0	633	550	86.9
項目31	634	71	11.2	626	172	27.5	625	416	66.6
項目32	633	76	12.0	628	160	25.5	628	428	68.2
項目35	635	15	2.4	626	52	8.3	628	339	54.0
項目5	634	224	35.3	631	267	42.3	634	495	78.1
項目18	631	209	33.1	631	337	53.4	626	159	25.4
項目20	628	91	14.5	621	204	32.9	622	232	37.3
項目21	630	23	3.7	627	204	32.5	629	398	63.3
項目22	634	69	10.9	632	131	20.7	629	384	61.0
項目30	634	102	16.1	628	236	37.6	626	189	30.2
項目33	629	110	17.5	622	169	27.2	620	309	49.8
項目34	637	110	17.3	630	168	26.7	626	307	49.0
項目36	636	54	8.5	626	41	6.5	626	448	71.6
項目11	637	21	3.3	635	40	6.3	635	579	91.2
項目37	632	118	18.7	625	164	26.2	624	346	55.4
項目15	634	138	21.8	628	202	32.2	623	226	36.3
項目17	629	400	63.6	627	464	74.0	628	125	19.9
項目10	632	68	10.8	633	63	10.0	634	486	76.7
項目38	631	256	40.6	627	129	20.6	628	438	69.7

注)大文字は身体拘束の手引き「身体拘束その他入所者(利用者)の行為を制限する行為」(11項目)
 a)回答者638人のうち、回答なしを除いた「常時実施している」「時々実施している」「実施していない」の回答者数の合計
 b)必要性の有無について回答なしを除いた「はい」「いいえ」「わからない」の回答者数の合計
 c)認識の有無について回答なしを除いた「はい」「いいえ」「わからない」の回答者数の合計
 (編修径子、栗根照雄他:身体拘束廃止に向けた介護保険施設の実状と取り組み、千キストマインニングによる自由記述回答の分析、最新社会福祉学研究、第9号、31-41(2014)、表2より筆者改変)

2. 施設種別間における身体拘束実施率の比較

1) <四肢等をひも等で縛る>の各施設種別における実施率の比較

表 5-3-1 より、<四肢等をひも等で縛る>の全体の項目の結果を見ると、療養型での実施率が有意に高い結果となった。理由別にみると、老健では『転倒しないように』、『点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように』の項目が有意に高い結果となった。また、特養、特定施設、グループホームは、実施率が老健よりも有意に低かった。

2) <柵で囲む>の各施設種別における実施率の比較

<柵で囲む>の全体の項目の結果については、療養型での実施率が有意に高く、特養、グループホームが有意に低かった。理由別にみると『自分で降りられないように』は、療養型、老健が有意に高かった。

3) <車いすやいすに固定する>の各施設種別における実施率の比較

<車いすやいすに固定する>については、全体的に老健の実施率が有意に高かった。理由別にみると、『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』では、療養型、老健の実施率が有意に高く、グループホーム、特定施設、特養の実施率は有意に低かった。『立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げる』では、老健が有意に高く、特養、グループホームは有意に低かった。療養型、特定施設では有意差は認められなかった。『歩行能力のない人が立ち上がって転倒したり、ずり落ちないために』では、療養型、老健が有意に高く、グループホーム、特定施設、特養は有意に低かった。『徘徊等、利用者が自由に移動できるように』では、療養型、老健が有意に高く、グループホーム、特定施設、特養は有意に低かった。『車いす上の姿勢保持（傾斜）を目的として』では、療養型、老健が有意に高く、グループホーム、特定施設は有意に低かった。特養では有意差は認められなかった。『リクライニング車いすを使用し、フラットの状態でフロアで見守る』では、老健が高く、グループホームが有意に低かった。特養、療養型、特定施設では有意差は認められなかった。『ずり落ち、転落防止のためリクライニング型車いすで傾斜をつける』では、老健、特養が有意に高く、グループホーム、特定施設は有意に低かった。療養型では有意差は認められなかった。『車いすでの自走不可の方にテーブルについてもらう』、『立ち上がれないように軟らかいソファ、座面が上がる車いすを使用する』、『一人で立ち上がれないよう、低いベッドやリクライニングチェアを使用する』では、老健が有意に高く、グループホームは有意に低かった。特養、療養型、特定施設では有意差は認められなかった。『机と壁の狭いスペースに通常の椅子を配置し、立ち上がりを妨げる』では、老健が有意に高く、特養、グループホームが有意に低かった。療養型、特定施設では有意差はみられなかった。

4) <介護衣を使用する>の各施設種別における実施率の比較

表 5-3-2 より、<介護衣を使用する>については、『夜間の体温保持のため、介護衣を使用する』には有意差は認められなかった。他の3項目は、療養型の実施率が有意に高かった。次いで老健が高く、特養、特定施設、グループホームの順に有意に低かった。

5) <ミトン型の手袋をつける, または手が入らないようにする>の各施設種別における実施率の比較

<ミトン型の手袋をつける, または手が入らないようにする>は, 全体的にみると療養型の実施率が高く, 他の施設と比較した場合, 特養のみに有意差がなかった. 理由別に見ると, 『点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように, または皮膚をかきむしらないように』では, 療養型に次いで, 老健が有意に高かった. 特養及び特定施設は低く, グループホームは有意に低かった. 『胃ろうチューブを抜かないよう, 腹巻等で腹部を覆う』, 『胃ろうチューブや導尿カテーテルが気にならないように, 長い下着や腹帯(ひも付き)を使用する』, 『おむつ外し等を制限するために, 介護衣以外で対応する』では, 療養型, 老健では有意に高く, 特定施設, グループホームでは有意に低かった. 『かきむしり等防止のため, 腹帯を使用する』, 『入浴中にミトンを使用し, 傷つきにくくする』, 『ズボンに手が入らないように, 腹巻や腰巻を使用する』では, 療養型は有意に高く, 特定施設, グループホームは有意に低かった. 『手が入らないようにするため, ズボンの紐をきつく縛る』では, 老健が有意に高く, グループホームは有意に低かった. 特養, 療養型, 特定施設では有意差はみられなかった.

6) <隔離する>の各施設種別における実施率の比較

<隔離する>は, 全体的にみると老健の実施率が有意に高かった. 理由別にみると『フロア全体に施設の戸締りとして, 電気錠をする』は, 老健が有意に高く, グループホーム, 療養型が有意に低かった. 特養, 特定施設では有意差はみられなかった.

7) <その他の項目>の各施設種別における実施率の比較

<その他の項目>として 4 つの項目があるが, 『夜間対応として, ベッドを居室から出して見守りを行う』は, 老健の実施率が有意に高く, 特定施設, 療養型, グループホームが有意に低かった. 『夜間対応として, センサーマットを使用する』は特養, 老健の順で有意に高く, グループホームは有意に低かった. 『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』, 『スピーチロック(言葉による抑制)を行い, 行動を制限する』は, 老健が有意に高く, グループホームは有意に低かった. 特養, 療養型, 特定施設では有意差は認められなかった.

表5-3-1 施設種別群と項目別の実施数

項目	特徴	老健	療養型	特定施設	グループホーム	その他	合計	X 値	p値
項目1	徘徊しないように、車いすやベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。	6(3.0%)	16(12.1%)	30(29.7%)	2(2.2%)	0(0.0%)	58(9.1%)	78.633	***
		-3.6	1.4	7.9	-2.4	-3.3	1.4		
項目2	転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。	3(1.5%)	14(10.6%)	21(20.8%)	0(0.0%)	1(1.1%)	43(6.7%)	58.940	***
		-3.5	2.0	6.1	-2.8	-2.4	2.1		
項目4	点滴・経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	14(7.0%)	32(24.2%)	35(34.7%)	4(4.4%)	1(1.1%)	91(14.3%)	74.962	***
		-3.5	3.7	6.4	-2.9	-3.9	1.0		
項目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。	0(0.0%)	0(0.0%)	6(5.9%)	0(0.0%)	1(4.3%)	7(1.1%)	29.776	***
		-1.8	-1.4	5.1	-1.1	-1.1	1.5		
項目19	四肢全てではなく片方の上肢のみ紐等で縛る。	7(3.5%)	8(6.1%)	31(30.7%)	1(1.1%)	0(0.0%)	50(7.8%)	93.175	***
		-2.7	-9	9.3	-2.6	-3.0	9		
項目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。	46(23.1%)	56(42.4%)	67(66.3%)	25(27.8%)	12(12.9%)	215(33.7%)	82.344	***
		-3.8	2.4	7.6	-1.3	-4.6	6		
項目16	短いサイドレールで四方を囲む。	23(11.6%)	24(18.2%)	37(36.6%)	14(15.6%)	7(7.5%)	113(17.7%)	41.507	***
		-2.7	2	5.4	-6	-2.8	2.2		
項目6	車いすやベッドからずり落ちたり、立ち上がったりに、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いす用テーパーを使用する。	27(13.6%)	53(40.2%)	50(49.5%)	11(12.2%)	4(4.3%)	152(23.8%)	94.388	***
		-4.1	4.9	6.6	-2.8	-4.8	8		
項目7	立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げようないすを使用する。	8(4.0%)	24(18.2%)	5(5.0%)	8(8.9%)	2(2.2%)	48(7.5%)	30.458	***
		-2.3	5.2	-1.1	5	-2.1	-6		
項目12	歩行能力のない人が立ち上がって転倒したり、ずり落ちないように安全ベルト等で車いすに固定する。	13(6.5%)	32(24.2%)	44(43.6%)	6(6.7%)	2(2.2%)	101(15.8%)	96.999	***
		-4.3	3.0	8.3	-2.6	-3.9	2		
項目13	車いす上で食事をする時、座位保持が不可能で、ずれ落ち防止のために紐等で縛る。	3(1.5%)	5(3.8%)	16(15.8%)	2(2.2%)	0(0.0%)	27(4.2%)	42.305	***
		-2.3	-3	6.3	-1.0	-2.2	0		
項目14	徘徊等、利用者が自由に移動できるように車いす用テーパー等を利用する。	9(4.5%)	18(13.6%)	20(19.8%)	2(2.2%)	1(1.1%)	51(8.0%)	38.667	***
		-2.2	2.7	4.8	-2.2	-2.7	-7		
項目23	車いす上の姿勢保持(傾斜)を目的として、車いす用テーパーを使用する。	32(16.1%)	35(26.5%)	30(29.7%)	6(6.7%)	0(0.0%)	107(16.8%)	46.477	***
		-3	3.4	3.8	-2.8	-4.7	1		
項目24	リクライニング車いすを使用し、フラットの状態でフロアで見守る。	66(33.2%)	61(46.2%)	22(21.8%)	24(26.7%)	1(1.1%)	180(28.2%)	59.561	***
		1.9	5.2	-1.6	-4	-6.3	-2		
項目25	ずり落ち、転落防止のためリクライニング型車いすで傾斜をつける。	113(58.6%)	91(68.9%)	45(44.6%)	30(33.3%)	7(7.5%)	295(46.2%)	98.944	***
		3.6	5.9	-4	-2.6	-8.1	-7		
項目26	車いすでの自走可能な方にテーパーについてもらうことにより、行動を制限する。	72(36.2%)	72(54.5%)	38(37.6%)	29(32.2%)	9(9.7%)	227(35.6%)	48.862	***
		2	5.1	5	-7	-5.6	-5		
項目27	立ち上がれないように軟らかいソファアー、座面が上がる車いすを使用する。	19(9.5%)	27(20.5%)	5(5.0%)	8(8.9%)	1(1.1%)	61(9.6%)	29.113	***
		0	4.8	-1.7	-2	-3.0	-9		
項目28	机と壁の狭いスペースに通常の椅子を配置し、立ち上がりを妨げる。	9(4.5%)	30(22.7%)	8(7.9%)	8(8.9%)	0(0.0%)	57(6.9%)	44.880	***
		-2.6	6.2	-4	0	-3.3	0		
項目29	一人で立ち上がれないよう、低いベッドやリクライニングチェアを使用する。	27(13.6%)	27(20.5%)	8(7.9%)	11(12.2%)	1(1.1%)	77(12.1%)	21.419	***
		8	3.3	-1.4	0	-3.5	1		

注)太字は身体拘束の手引き「身体拘束の他人所者(利用者)の行為を制限する行為」(11項目) ***p<0.001

表5-3-2 施設種別群と項目別の実施数

項目	介護衣を使用する	特養	老健	療養型	特定施設	グループホーム	その他	合計	X ² 値	p値
項目8	脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。	25 (12.6%) -3.4	36 (27.3%) 2.1	55 (54.5%) 9.1	9 (10.0%) -2.7	1 (1.1%) -5.1	6 (26.1%) 7	132 (20.7%)	110.153	***
項目31	胃ろうチューブ等を自己抜去してしまつたために、介護衣を使用する。	11 (5.5%) -3.0	20 (15.0%) 1.7	34 (33.7%) 7.8	3 (3.0%) -2.5	0 (0.0%) -3.7	3 (13.0%) 3	71 (11.1%)	77.592	***
項目32	弄便による感染症等の影響を考慮し、介護衣を使用する。	13 (6.5%) -2.8	20 (15.0%) 1.3	37 (36.6%) 8.4	4 (4.4%) -2.4	0 (0.0%) -3.8	2 (8.7%) -5	76 (11.9%)	83.220	***
項目35	夜間の体温保持の為、介護衣を使用する。	3 (1.5%) -0.9	4 (3.0%) 0.6	5 (5.0%) 1.9	2 (2.0%) -1	1 (1.1%) -0.9	0 (0.0%) -8	15 (2.4%)	5.074	n. s.
項目5	点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手相の褥瘡を制限するミトン型の手袋等をつける。	60 (30.2%) -1.8	61 (46.2%) 3.0	70 (69.3%) 7.8	24 (26.7%) -1.8	1 (1.1%) -7.4	8 (34.8%) 0	224 (35.1%)	111.234	***
項目18	胃ろうチューブを抜かないよう、腹巻等で腹部を覆う。	71 (35.7%) 1.1	58 (43.3%) 3.1	53 (52.5%) 4.6	20 (22.2%) -2.3	1 (1.1%) -7.0	6 (26.1%) -1.4	209 (32.8%)	73.469	***
項目20	かきむしり等防止のため、腹帯を使用する。	31 (15.6%) 6	24 (18.2%) 1.4	29 (28.7%) 4.5	6 (6.7%) -2.2	0 (0.0%) -4.3	1 (4.3%) -1.4	91 (14.3%)	40.715	***
項目21	重度認知症の方へのストマはがし予防の為、ミトンを使用する。	3 (1.5%) -1.9	6 (4.5%) 0.7	9 (8.9%) 3.1	3 (3.3%) -1	0 (0.0%) -2.0	2 (8.7%) 1.3	23 (3.6%)	16.250	**
項目22	入浴中にミトンを使用し、傷つきにくくする。	19 (9.5%) -1.7	15 (11.4%) 0.2	30 (29.7%) 6.7	4 (4.4%) -2.1	0 (0.0%) -3.6	1 (4.3%) -1.0	69 (10.8%)	53.791	***
項目30	胃ろうチューブや導尿管カテーテルが気がならないように、長い下着や腹帯(ひも付き)を使用する。	26 (13.1%) -1.4	35 (26.5%) 3.7	29 (28.7%) 3.8	8 (8.9%) -2.0	2 (2.2%) -3.9	2 (8.7%) -1.0	102 (16.0%)	41.878	***
項目33	オムツ外し等を制限するために、介護衣以外で対応する。	26 (13.1%) -1.9	33 (25.0%) 2.6	41 (40.6%) 6.8	5 (5.6%) -3.2	1 (1.1%) -4.5	4 (17.4%) 0	110 (17.2%)	72.250	***
項目34	ズボンに手が入らないように、腹巻や腰巻を使用する。	37 (18.6%) 6	28 (21.2%) 1.4	35 (34.7%) 5.0	7 (7.8%) -2.6	1 (1.1%) -4.5	2 (8.7%) -1.1	110 (17.2%)	47.034	***
項目36	手が入らないようにするため、ズボンの紐をきつ縛る。	15 (7.5%) -6	23 (17.3%) 4.2	10 (9.9%) -6	5 (5.6%) -1.1	0 (0.0%) -3.2	1 (4.3%) -7	54 (8.5%)	24.253	***
項目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。	1 (0.5%) -2.7	13 (9.8%) 4.7	1 (1.0%) -1.4	2 (2.2%) -6	1 (1.1%) -1.3	3 (13.0%) 2.7	21 (3.3%)	33.002	***
項目37	フロア全体に施設の戸締りとして、電気錠をする	38 (19.1%) 3	52 (39.4%) 6.9	3 (3.0%) -4.4	15 (16.7%) -5	6 (6.5%) -3.2	4 (17.4%) -1	118 (18.5%)	63.607	***
項目15	夜間対応として、ベッドを居室から出して見守りを行う。	37 (18.6%) -1.3	70 (53.0%) 9.8	13 (12.9%) -2.3	11 (12.2%) -2.3	2 (2.2%) -4.9	5 (21.7%) 0	138 (21.6%)	107.948	***
項目17	夜間対応として、センサーマットを使用する。	155 (77.9%) 5.3	101 (76.5%) 3.7	55 (54.5%) -1.9	51 (56.7%) -1.3	24 (25.8%) -8.0	14 (60.9%) -2	400 (62.7%)	88.896	***
項目10	行動を著ら着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。	16 (8.0%) -1.4	24 (18.2%) 3.1	16 (15.8%) 1.8	9 (10.0%) -2	1 (1.1%) -3.2	2 (8.7%) -3	68 (10.7%)	21.232	***
項目38	スピーチロック(言葉による抑制)を行い、行動を制限する。	82 (41.2%) 4	78 (59.1%) 5.0	33 (32.7%) -1.7	35 (38.9%) -3	22 (23.7%) -3.5	6 (26.1%) -1.4	256 (40.1%)	34.638	***

注) 太字は身体拘束の手引き「身体拘束その他入所者(利用者)の行為を制限する行為」(11項目) ***p<0.001 **p<0.01

表5-4. 施設種別と身体拘束の具体的行為及び身体拘束と考えられる具体的行為についての平均実施率 (%)

	身体拘束の 具体的行為 (11項目)	身体拘束と考えられる 具体的行為 (27項目)	11項目及び27項目を合 わせた38項目
特養n=199	9.4	17.9	15.5
老健n=132	22.7	28.0	26.4
療養型n=101	32.0	26.4	28.0
特定施設n=90	9.5	13.2	12.1
グループホームn=93	2.4	3.6	3.2

注) 平均実施率は各項目の実施数の合計を施設種別の回答数で割った平均値(%)を表示した。

3. 施設種別と身体拘束具体的行為及び身体拘束と考えられる行為についての実施率

施設種別の各項目の実施数を 11 項目と 27 項目、38 項目全ての 3 つに分類し、実施率とそれぞれの施設種別の回答数の平均を比較した。その結果、実施率に違いが認められた(表 5-4)。

11 項目を施設種別での実施率と比較すると、最も実施率が高いのは、療養型 (32.0%) であり、次いで老健 (22.7%)、特定施設 (9.5%)、特養 (9.4%)、グループホーム (2.4%) であった。27 項目については、最も実施率が高いのは、老健 (28.0%) であり、次いで療養型 (26.4%)、特養 (17.9%)、特定施設 (13.2%)、グループホーム (3.6%) であった。

4. 施設種別間における身体拘束認識状況の比較

身体拘束と考えられる具体的行為 38 項目の認識状況を施設種別で比較した。結果、38 項目の平均は特養 69.3%、老健 62.7%、療養型 55.6%、特定施設 63.9%、グループホーム 65.4% となり、全体の認識状況に有意差は認められなかった。しかし、項目別に施設種別の認識状況をみると、11 項目中では 7 つの項目、27 項目では 21 の項目に有意差が認められた。有意差のあった 28 項目を表 5-5 に示した。

11 項目中の項目の認識状況の結果について、『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』では、老健 93.9%、特養 93.0%、特定施設 87.8%、グループホーム 73.1% の順で認識状況が高かった。『点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける』では、老健 84.8%、特養 84.4% と有意に高く、グループホーム 67.7%、特定施設 70.0%、療養型 73.3% の順であった。『車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y 字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける』では、特養 91.0%、老健 90.9%、グループホーム 84.9%、特定施設 82.2%、療養型 77.2% であった。『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』では、特養 92.5%、グループホーム 89.2%、老健 86.4%、特定施設 83.3%、療養型 79.2% であった。『脱衣やおむつ外しを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる』では、老健 91.7%、特養 90.5%、特定施設 83.3%、グループホーム 80.6%、療養型 76.2% であった。『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』では、特養 83.4%、特定施設 76.7%、グループホーム 75.3%、老健 73.5%、療養型 69.3%であった。『自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する』では、特養 94.0%、老健 91.7%、特定施設 85.5%、グループホーム 85.2%、療養型 80.8%であった。

27 項目の認識状況の結果について、7つのカテゴリーに集約して、施設種別ごとに比較した。

<四肢等をひも等で縛る>では、『四肢全てではなく片方の上肢のみ』について、認識状況が特養 88.9%、老健 88.6%、グループホーム 86.0%、療養型 80.2%、特定施設 76.7%であった。<車いすやいすに固定する>では、10の項目で有意差が認められた。<ミトン型の手袋をつける、または手が入らないようにする>では、7つの項目で有意差が認められた。<隔離する>では、1つの項目に有意差がみられた。<その他>では、2つの項目に有意差がみられた。<柵で囲む>及び<介護衣を使用する>では、いずれの項目でも有意差は認められなかった。

表5-5. 施設種別群と項目別の認識状況

項目	身体拘束項目の具体的行為(38項目のうち、有意差がある28項目) n=638	特養 n=199		老健 n=132		療養型 n=101		特定施設 n=90		グループホーム n=93		X ² 値	p値
		認識状況 調整済差	185(93.0%) 3	124(93.9%) 2.6	83(82.2%) -1.6	79(87.8%) 0.2	68(73.1%) -4.4	33.646	***				
項目4	点滅・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。	認識状況 調整済差	168(84.4%) 2.8	112(84.8%) 2.2	74(73.3%) -1.1	63(70.0%) -1.9	63(67.7%) -2.5	20.619	***				
項目5	点滅・経管栄養等のチューブを抜かないように、手足の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。	認識状況 調整済差	181(91.0%) 2.3	120(90.9%) 1.7	78(77.2%) -2.9	74(82.2%) -1.2	79(84.9%) -0.4	14.78	**				
項目6	車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がりやすさを妨げるように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。	認識状況 調整済差	184(92.5%) 2.8	114(86.4%) -0.2	80(79.2%) -2.5	75(83.3%) -1.1	83(89.2%) 0.7	12.589	**				
項目7	立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるよういすを使用する。	認識状況 調整済差	180(90.5%) 2.1	121(91.7%) 2	77(76.2%) -3.2	75(83.3%) -0.9	75(80.6%) -1.7	19.537	***				
項目8	脱衣やおむつはしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。	認識状況 調整済差	166(83.4%) 2.9	97(73.5%) -0.8	70(69.3%) -1.8	69(76.7%) 0.1	70(75.3%) -0.2	11.925	**				
項目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。	認識状況 調整済差	187(94.0%) 1.9	121(91.7%) 0.4	80(79.2%) -4.4	84(93.3%) 0.9	87(93.5%) 1	20.601	***				
項目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。	認識状況 調整済差	177(88.9%) 1.7	117(88.8%) 1.2	81(80.2%) -1.6	69(76.7%) -2.5	80(86.0%) 0.2	11.439	**				
項目19	四肢全てではなく片方の四肢のみ紐等で縛る。	認識状況 調整済差	177(88.9%) 2.9	115(87.1%) 1.6	77(76.2%) -1.8	71(78.9%) -1	67(72.0%) -2.9	18.231	***				
項目12	歩行能力のない人が立ち上がりやすさを妨げるために安全ベルト等で車いすに固定する。	認識状況 調整済差	179(89.9%) 4.3	97(73.5%) -2.1	70(69.3%) -2.9	74(82.2%) 0.6	71(76.3%) -0.9	24.127	***				
項目13	車いす上で食事をする時、座位保持が不可能で、ずれ落ち防止のために紐等で縛る。	認識状況 調整済差	149(74.9%) 4.2	87(65.9%) 0.8	47(46.5%) -3.7	56(62.2%) -0.1	49(52.7%) -2.2	28.89	***				
項目14	徘徊等、利用者が自由に移動できるように車いすベルト等を利用する。	認識状況 調整済差	110(55.3%) 3.8	43(32.6%) -3	36(35.6%) -1.9	42(46.7%) 0.5	41(44.1%) 0	20.356	***				
項目23	車いす上の姿勢保持(傾斜)を目的として、車いす用テーブルを使用する。	認識状況 調整済差	58(29.1%) 1	25(18.9%) -2.2	17(16.8%) -2.4	29(32.2%) 1.3	35(37.6%) 2.6	17.141	***				
項目24	リクライニング車いすを使用し、フラットの状態でフロアで車守る。	認識状況 調整済差	51(25.8%) 0.2	27(20.5%) -1.4	18(17.8%) -1.9	24(26.7%) 0.3	36(38.7%) 3.2	13.754	**				
項目25	ずり落ち、転落防止のためリクライニング型車いすで傾斜をつける。	認識状況 調整済差	111(55.8%) -0.5	73(55.3%) -0.5	49(48.5%) -1.9	53(58.9%) 0.3	67(72.0%) 3.1	12.182	**				
項目26	車いすでの自走不可な方について車いすに傾斜をつける。	認識状況 調整済差	124(62.3%) 0.5	77(58.3%) -0.7	42(41.6%) -4.4	60(66.7%) 1.2	72(77.4%) 3.5	28.289	***				
項目27	立ち上がれないように軟らかいクッション、座面が上がる車いすを使用する。	認識状況 調整済差	161(80.9%) 1	109(82.6%) 1.3	59(58.4%) -5.3	72(80.0%) 0.4	85(91.4%) 3.3	39.463	***				
項目28	机と壁の狭いスペースに通常の椅子を配置し、立ち上がりを妨げる。	認識状況 調整済差	131(65.8%) 2.2	71(53.8%) -1.5	40(39.6%) -4.5	55(61.1%) 0.3	72(77.4%) 3.8	35.493	***				
項目29	一人で立ち上がれないよう、低いベッドやリクライニングチェアを使用する。	認識状況 調整済差	89(44.7%) 3.0	43(32.6%) -1.0	28(27.7%) -2.0	34(37.8%) 0.3	32(34.4%) -0.4	11.389	**				
項目20	かきむしり等防止のため、履帯を使用する。	認識状況 調整済差	138(69.3%) 2.4	83(62.9%) 0.1	62(61.4%) -0.2	56(62.2%) 0.0	44(47.3%) -3.2	13.25	**				
項目21	重篤認知症の方へのストマはがし予防の為、ミトンを使用する。	認識状況 調整済差	142(71.4%) 3.9	77(58.3%) -0.5	51(50.5%) -2.2	54(60.0%) 0.0	47(50.5%) -2.1	18.254	***				
項目22	入浴中にミトンを使用し、傷つきにくくする。	認識状況 調整済差	75(37.7%) 3	34(25.8%) -1.1	21(20.8%) -2.1	28(31.1%) 0.3	24(25.8%) -0.9	11.686	**				
項目30	胃ろうチューブや尿管カテーテルが気がならないように、裏下着や履帯(ひも付き)を使用する。	認識状況 調整済差	145(72.9%) 2.7	95(72.0%) 1.8	58(57.4%) -1.8	60(66.7%) 0.3	45(48.4%) -3.7	22.945	***				
項目31	胃ろうチューブ等を自己抜去してしまわないように、介護衣を使用する。	認識状況 調整済差	107(53.8%) 1.9	62(47.0%) -0.3	29(28.7%) -4.3	44(48.9%) 0.2	57(61.3%) 2.8	25.973	***				
項目34	ズボンに手が入らないように、履帯や履帯を使用する。	認識状況 調整済差	146(73.4%) 1.2	94(71.2%) 0.3	55(54.5%) -3.8	66(73.3%) 0.7	74(79.6%) 2.1	19.376	***				
項目36	手が入らないようにするため、ズボンの紐をきく縛る。	認識状況 調整済差	115(57.8%) 1.2	54(40.9%) -3.4	49(48.5%) -1.3	48(53.3%) -0.2	66(71.0%) 3.5	22.716	***				
項目37	フロア全体に施設の戸締りとして、電気錠をかける	認識状況 調整済差	81(40.7%) 1.9	25(18.9%) -4.4	33(32.7%) -0.6	40(44.4%) 1.9	37(39.8%) 1	23.066	***				
項目15	夜間対応として、ベッドを居室から出して車守りを行う。	認識状況 調整済差	149(74.9%) 2.3	84(63.6%) -1.4	61(60.4%) -1.9	58(64.4%) -0.9	71(76.3%) 1.7	11.745	**				
項目38	スピーチロック(言葉による抑制)を行い、行動を制限する。	認識状況 調整済差											
その他	項目が「身体拘束」になる」と答えた回答者数、割合は、施設種別の全体の回答者数を分母とした割合を表している。												

注: 認識状況は、項目が「身体拘束」になる」と答えた回答者数、割合は、施設種別の全体の回答者数を分母とした割合を表している。

V. 考察

身体拘束と考えられる具体的行為 38 項目のうち、類似する行為とみなされる身体拘束行為を 7 つのカテゴリに大別し、実施率・必要性及び認識状況についてイエーツ補正カイ二乗検定を行い、比較検討を行った（表 5-2）。その結果、「ひもで縛る」という同じ行為ではあるが、『徘徊しないように』や『チューブを抜かないように』などの「縛る」理由によって実施率・必要性・認識状況に有意差があることが明らかになった（ $p < 0.01$ ）。さらに、実施率が高いほど必要性も高くなることや、実施率が高いほど認識状況が低いこと、必要性が高いほど認識状況が低くなることが示唆された。身体拘束は、切迫性や非代替性、一時性の 3 原則を満たすものであればやむを得ないとみなされる場合もあり、実施率と必要性との相関があるのもこれらの理由によると考えられた。身体拘束であるとの認識が高い項目は実施率・必要性とともに低くなることから、身体拘束であるという認識を持つことが廃止に向けた方策の一つとなることが推察された。また、必要性が低いほど、身体拘束であるという認識状況が高くなることから、安全性や治療の必要性が重要視される場面があることも推察された。

さらに、各施設種別と実施率（表 5-3-1, 表 5-3-2）について比較検討を行った結果、特養ならびに老健では、実施率が高いものとして、『ずり落ち、転落防止のためリクライニング型車いすで傾斜をつける』、『夜間対応として、センサーマットを使用する』の 2 項目が挙げられた。この項目は、身体拘束であるかという認識状況（表 5-2）についてみると、『ずり落ち、転落防止のためリクライニング型車いすで傾斜をつける（25.5%）』、『夜間対応として、センサーマットを使用する（19.9%）』と、全体の認識状況の平均 65.0% よりも低い数値となっており、施設側はずり落ち・転落・転倒を防止する安全策として捉え、身体拘束として捉えていないことが示唆された。

老健で実施率が高いものは、38 項目中 25 項目（うち、6 項目は身体拘束 11 項目中のもの）で実施率の平均値は 26.4% であった（表 5-4）。身体拘束基準となっている 6 項目の実施率が他の施設に比べ高く、11 項目の中でも療養型に次いで高い 22.7% という結果になった。項目により実施率に違いはあるが、同施設は、服部ら（2002）の調査結果からも、病状が安定した利用者への維持的リハビリテーションを行う施設という性格から、事故発生リスクを防ぐため、より安全に配慮するという目的で行為が実施されていると考えられた。

次に、療養型の実施率については、38 項目中 21 項目が高く（うち、7 項目は 11 項目中のもの）、『フロア全体に施設の戸締りとして、電気錠をする』のみ、実施率が低かった（表 5-3-2）。老健と比較して療養型の実施率は、11 項目では最も高い 32.0% であり、全体的な実施率は療養型が最も高い 28.0% であり、実施率が高い項目が多く認められた（表 5-4）。その理由として、医療依存度が高い療養型で、太田ら（2003）の調査からも、安全確保目的や不潔行為抑止等による職務上の責任感から事故予防的身体拘束を行っていることが報告されており、身体拘束廃止を推進することの困難さが他の施設に比べ大きいことが考えられた。

特養、老健、療養型の 3 施設に共通していることは、いずれも身体拘束廃止への意識は低くないことから、医療的安全性と利用者の主体性尊重の間において、職員が葛藤している状況が推察された。箕岡（2011）が述べているように、「個人の自由」と安全性という

「善行の原理」に遡って、さらに考究する必要があると考えられた。

特定施設での実施率は、38項目中19項目が低いという結果であった(表 5-3-1, 表 5-3-2)。居宅サービスの一つである特定施設では、介護が外部サービスとなる施設も多く、重度の認知症利用者が少ないことを含めて、身体拘束を必要とする場面が他の施設と比べて少ないことがその要因であると推察された。

グループホームでは、他の施設と比較して、全体の身体拘束実施率は 3.2%と低く、利用者への身体拘束はゼロに近いという結果となった(表 5-4)。さらに、身体拘束が必要であると回答している割合は、療養型 37.4%が最も高く、次いで老健 28.4%, 特定施設 19.3%, 特養 17.5%であり、グループホーム 16.7%が最も低い数値であった。

グループホームが他の施設と比較して実施率、必要性共に低い結果を示した。これはグループホームの設置理由である利用者が少人数であることや、家庭的な雰囲気有していることなどがその原因と考えられる。しかしながら、これらのことが身体拘束実施率の低さに直接的に関与するか否かは本調査の結果のみでは不明であり、今後の詳細な検討が必要であろう。

本研究では、従来の 11 項目よりも広い範囲(38 項目)で身体拘束の実施率・必要性・認識状況を明らかにした。その結果、施設種別により、身体拘束の実施率・認識状況は異なるという現状が明らかになった。このことは、身体拘束の基本的定義に基づいて対処するだけでなく、施設ならびに利用者の特徴及び状態に応じた判断基準を各施設で考え、実施することが重要であることを示唆している。したがって身体拘束を、現在より少しでも減少させるためには、一概に統一した見解や方針を当てはめるのではなく、利用者の特徴に合せた判断が現場で求められることが示唆された。

VI. まとめ

本研究の結果から、以下の 4 点が明らかとなった。

- 1) 身体拘束と考えられる具体的行為には、実施率・必要性・認識状況それぞれに相関関係があり、項目ごとに相互に関係があることが明らかになった。
- 2) 介護施設の種別により身体拘束の各項目の実施率に違いがあった。老健及び療養型では、他の施設に比べ、実施率が高い項目が多く、特定施設及びグループホームでは、多くの項目で実施率が低い結果となった。
- 3) 施設種別によって、サービス内容や目的が異なることから、38 項目の実施内容に差異が生じることが明らかになった。療養型では〈四肢等をひも等で縛る〉、〈柵で囲む〉、〈介護衣を使用する〉、〈ミトン型の手袋をつける、または手が入らないようにする〉のカテゴリにおいて実施率が有意に高かった。これは事故予防的な観点から身体拘束廃止への難しさがあることが考えられた。老健についても、〈車いすやいすに固定する〉、〈隔離する〉のカテゴリにおいて実施率が高かった。老健、特養においても医療的安全性と利用者の主体性尊重の間において職員が葛藤している状況が推察された。
- 4) 11 項目及び 27 項目についての調査より、施設種別によって身体拘束の項目に対する実施率の違いや認識状況の違いが明らかとなった。認識状況が低い項目ほど実施率も高い項目もあり、各施設が利用者の状況に応じて身体拘束廃止に向けた正しい認識を持ち、具体的な取り組みについて施設内外で検討し、よりよいサービスを実施していく方策を導き出すことが今後の課題となる。

<引用文献>

- 赤松公子・河野保子（2004）「介護施設における身体拘束の実態と職種による認識の比較」『日本看護学会誌』13(2), 10-19.
- 郷式徹（2008）「クロス集計表に対する統計分析の手法—カイ二乗検定と Fisher の直説法および残差分析と多重比較による下位検定—」『心理科学』28(2), 56-46.
- 服部聡・近藤浩太郎・斉藤ゆかりほか（2002）「身体拘束に関する老健看護・介護職員の意識と実際」『理学療法学』29, 166.
- 神奈川県保健福祉部高齢福祉課（2008）「平成 19 年度身体拘束に関する実態調査報告書」39-41.
- 厚生労働省身体拘束ゼロ作戦推進会議（2001）「身体拘束ゼロへの手引き（第 1 版）」7-21.
- 箕岡真子（2011）「認知症ケアの倫理（第 1 版）」ワールドプランニング, 143-147.
- 三浦智章・福崎径子・稲田弘子ほか（2012）「身体拘束の現状と職員の意識に関する研究」『リハビリテーション連携科学』13(2), 98-104.
- 中尾久子・佐藤美幸・澄川桂子ほか（2005）「高齢者施設における身体拘束廃止の取り組みと事故に関する研究」『九州大学医学部保健学科紀要』6, 1-8.
- 認知症介護研究・研修仙台センター（2005）「介護保険施設における身体拘束状況調査」141-163.
- 太田節・門田季香・石黒英子ほか（2003）「療養病床における身体拘束の実態—看護・介護職員の身体拘束実施経験と判断—」『看護管理』34, 448-450.
- 滋賀県健康福祉部元気長寿福祉課（2012）「平成 23 年度滋賀県身体拘束実施調査結果報告書」22-27.
- 吉村洋子・寺島喜代子・観篤子ほか（2002）「老人介護施設における身体拘束に関する認識」『福井県立大学論集』21, 105-117.

第 6 章 身体拘束に対する専門職の認識

I. はじめに

第 5 章まで、施設種別での身体拘束状況を通して施設の現状を明らかにしてきた。特に介護保険施設の中で介護療養型医療施設や介護老人保健施設において、身体拘束の実施率が高い結果となった。エコロジカルアプローチとして、家族や人間関係、環境などを留意した「生活モデル」の考え方があがるが、病院などでは利用者の否定的な側面を診断・治療していく「医学モデル」の考え方があがる。身体拘束ゼロに向けたケアをする場合には、医学的側面と生活的側面の両側面を考えたケアが必要である。第 5 章に示したように、施設の種類上、施設ごとに身体拘束に対する実施率や認識状況に違いがみられた。

同様に職種によっても、医療職（看護職）と福祉職（介護職および相談援助職）との間には、身体拘束に対する認識や研修の有無等に何らかの違いがある。そこで、専門職の身体拘束に関する認識の違いを調査することとした。

II. 研究目的

本調査は、職種別に見た身体拘束の認知度、施設内外での研修の参加率、身体拘束の認識率、身体拘束項目についての意見、身体拘束全廃が可能であるか等の認識の違いを明らかにし、専門職種により意識や考え方に差異があるかを明らかにする。それにより、介護職が身体拘束廃止について学ぶことの必要性を考察する。

III. 研究方法

第 5 章と同様の調査用紙を用いた調査・分析である。介護保険施設等の 5 施設として、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム、以下特養）、介護老人保健施設（以下、老健）、介護療養型医療施設（以下、療養型）、特定施設、認知症対応型共同生活介護事業所（以下、グループホーム）に勤務している、高齢者とかかわりのある各施設の職員 4 名を対象とした。対象施設は WAM-NET の施設一覧より各施設 160 ヲ所を無作為抽出し、全国 800 ヲ所 3200 名に質問紙郵送調査を実施した。実施期間は平成 24 年 8 月 29 日～9 月 28 日とした。

調査項目は、回答者の基本属性、施設の属性、研修制度の有無、身体拘束と考えられる行為である 38 項目について、「(項目に記載されている行為が) 身体拘束を実施しているか (以下、実施率)」、「身体拘束が必要であるか (以下、必要性)」、「身体拘束であると考えているか (以下、認識状況)」、身体拘束全廃についての考え、施設での身体拘束への取り組みの 6 項目とした。

身体拘束廃止に向けた取り組みの中で、項目に対する専門職別の認識率をクロス集計し、カイ二乗検定を行い分析した。

また、専門職種については複数回答であったため、複数回答している場合は、職業・所有資格より最も代表的な職種とし、判断がつかないものについてはその他とした(表 6-1)。介護職は、主に介護福祉士や介護職員であり、相談援助職は、生活相談員や介護支援専門員、社会福祉士にあたる。医療職は、医師、看護師、准看護師、作業療法士、理学療法士等にあたる。その他については、施設長、事務職員及び上記 3 職種の兼務などを含むその他の職種を指す。

表6-1.職種(n=638)

	度数	%
介護職	282	44.2
相談援助職	130	20.4
医療職	183	28.7
その他	43	6.7

IV. 結果

1) 職種別にみた身体拘束の認知度

職種（介護職・相談援助職・医療職・事務職・その他）と身体拘束を聞いたことがあるかについてのクロス集計を行い、職種別に身体拘束の認知度を比較したところ、職種によって差異はほとんどなく、それぞれの職種では、88.0%～95.4%の職員が身体拘束を聞いたことがあると答えていた（表6-2）。

	度数(%)			合計
	はい	いいえ	無記入	
介護職	253(89.7)	22(7.8)	7(2.5)	282(100)
相談援助職	124(95.4)	4(3.1)	2(1.5)	130(100)
医療職	161(88.0)	17(9.3)	5(2.7)	183(100)
その他	39(90.7)	3(7.0)	1(2.3)	43(100)

2) 職種と施設内研修の参加状況について

職種と施設内研修の参加状況について比較したところ、参加していると答えた職種は、相談援助職が74.6%、介護職が70.2%、医療職が63.9%であった（表6-3）。

	度数(%)					合計
	参加している	時々参加している	参加していない	研修制度がない	無記入	
介護職	198(70.2)	75(26.6)	4(1.4)	4(1.4)	1(0.4)	282(100)
相談援助職	97(74.6)	30(23.1)	1(0.8)	1(0.8)	1(0.8)	130(100)
医療職	117(63.9)	56(30.6)	4(2.2)	4(2.2)	2(1.1)	183(100)
その他	30(69.8)	12(27.9)	0(0.0)	1(2.3)	0(0.0)	43(100)

3) 職種と職場外研修の参加の有無について

職種と職場外研修の参加では、その他が48.8%、相談援助職が43.8%、医療職41.0%、介護職34.4%となった。職場外への研修は、職場内研修と比較しても参加している人数が少ない傾向を示した（表6-4）。

	度数(%)			合計
	はい	いいえ	無記入	
介護職	97(34.4)	182(64.5)	3(1.1)	282(100)
相談援助職	57(43.8)	69(53.1)	4(3.1)	130(100)
医療職	75(41.0)	102(55.7)	6(3.3)	183(100)
その他	21(48.8)	22(51.2)	0(0.0)	43(100)

4) 職種と身体拘束禁止規定の考え方について

「職種」と「身体拘束の具体的行為」について項目を増やすべきか、減らすべきかに関して調査したところ、項目の無記入データを除いた職種と項目の増減についてのイエーツ補正カイ二乗検定の結果、危険率 5%未満で有意差があり、職種により身体拘束項目の増減の意識に違いがあることが示された（表 6-5）。

さらに残差分析を行った結果、「項目を増やすべきだ」とする相談援助職 29 名（22.3%）は、調整済み残差 $r=2.2$ ($p<0.05$) となり他の職種と比べ高く、医療職 21（11.5%）は、 $r=-2.0$ ($p<0.05$) で有意に低い結果であった。

また、「項目を減らすべきだ」とする医療職 31 名（16.9%）は $r=2.4$ ($p<0.05$) となり、有意に低い結果であった。「現状のままでよい」とするその他の職種は 24 名（55.8%）であり、 $r=2.5$ ($p<0.05$) となり有意に高かった。その他の項目に関しては、有意差は認められなかった。

	度数(%)					合計
	項目を増やすべきだ	現状のままでよい	項目を減らすべきだ	よくわからない	無記入	
介護職	49(17.4)	100(35.5)	30(10.6)	90(31.9)	13(4.6)	282(100)
相談援助職	29(22.3)	51(39.2)	14(10.8)	30(23.1)	6(4.6)	130(100)
医療職	21(11.5)	71(38.8)	31(16.9)	55(30.1)	5(2.7)	183(100)
その他	3(7.0)	24(55.8)	2(4.7)	13(30.2)	1(2.3)	43(100)

イエーツ補正カイ二乗値=17.3394 P<0.05

また、身体拘束を全廃すべきであるかについて、職種間で意識に差があるかを調査した結果、「全廃すべきだ」と答えた職員は 104 名（16.3%）であり、その他 10 名（23.3%）、介護職 46 名（16.3%）、相談援助職 26 名（20.0%）、医療職 22 名（12.0%）の順であった。「廃止できない」と答えた職員は 410 名（64.3%）であり、医療職 128 名（69.9%）という結果であった（表 6-6）。

表6-6.職種と全廃に関する意識

度数(%)

	全廃すべきだ	廃止できない	わからない	無記入	合計
介護職	46(16.3)	177(62.8)	47(16.7)	12(4.3)	282(100)
相談援助職	26(20.0)	80(61.5)	22(16.9)	2(1.5)	130(100)
医療職	22(12.0)	128(69.9)	30(16.4)	3(1.6)	183(100)
その他	10(23.3)	25(58.1)	8(18.6)	0(0.0)	43(100)

さらに身体拘束廃止の取り組みを行う上で、悩んだ経験があるかについて調査した結果、悩んだ経験があると答えた職員は 431 名（67.6%）であり、職種別では医療職が 133 名（72.7%）、相談援助職 86 名（66.2%）、介護職 183 名（64.9%）であった（表 6-7）。

表6-7.職種と悩んだ経験の有無

度数(%)

	はい	いいえ	よくわからない	無記入	合計
介護職	183(64.9)	44(15.6)	39(13.8)	16(5.7)	282(100)
相談援助職	86(66.2)	21(16.2)	15(11.5)	8(6.2)	130(100)
医療職	133(72.7)	20(10.9)	17(9.3)	13(7.1)	183(100)
その他	29(67.4)	5(11.6)	7(16.3)	2(4.7)	43(100)

廃止できないと答えた職員に複数回答により理由を聞くと、有効回答数は 422 票であり、安全のため 357 名、生命維持のため 276 名、治療のため 198 名、家族からの要望があるため 140 名、介護者の業務が増えるため 47 名、その他 34 名の順であった（表 6-8）。

表6-8.廃止できない理由(複数回答)

度数(%)

	安全のため	介護者の業務が増えるため	家族からの要望があるため	治療のため	生命維持のため	その他	合計
介護職	155(84.7)	15(8.2)	56(30.6)	79(43.2)	112(61.2)	12(6.6)	183
相談援助職	62(75.6)	10(12.2)	35(42.7)	36(43.9)	58(70.7)	9(11.0)	82
医療職	122(93.1)	20(15.3)	40(30.5)	72(55.0)	85(64.9)	12(9.2)	131
その他	18(69.2)	2(7.7)	9(34.6)	11(42.3)	21(80.8)	1(3.8)	26
合計	357	47	140	198	276	34	422

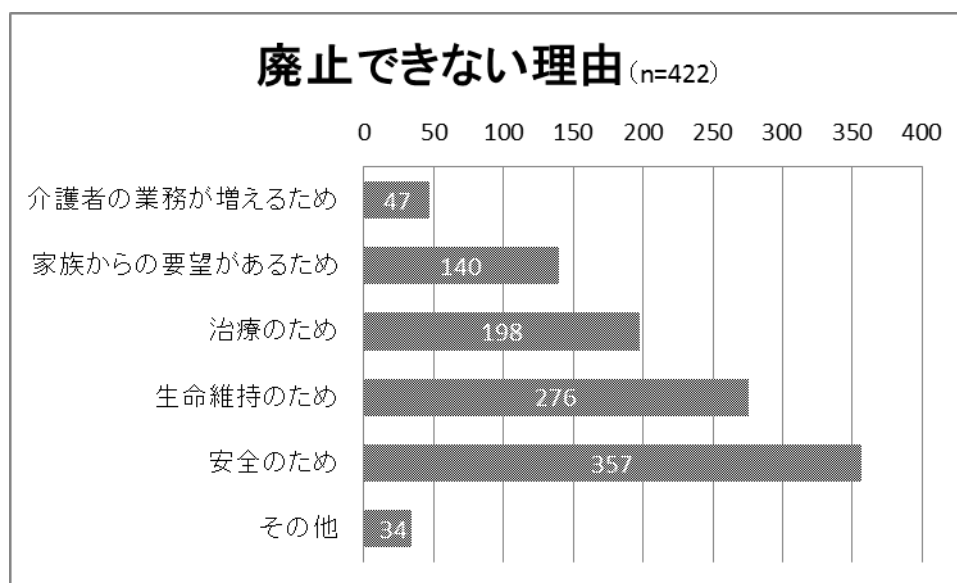


図 6-1. 廃止できない理由

職種別にみた身体拘束の認知度（表 2-6-2）、職種と施設内研修の参加状況（表 2-6-3）、職種と職場外研修の参加の有無（表 2-6-4）、身体拘束を全廃すべきか（表 2-6-6）、身体拘束廃止の取り組みの中で悩んだ経験の有無（表 2-6-7）、身体拘束を廃止できない理由（表 2-6-8）の項目は、カイ二乗検定の結果、職種別に有意差は認められなかった。

V. 考察

職種別について、医療職（看護職）と福祉職（介護職・相談援助職）との医学的側面か生活的側面かで、ケアに対する意識に違いがあるという仮説を立て検証したが、ほとんどの項目で差は見られなかった。医療職と介護職、相談援助職では、考え方に差がないことが示された。これにより職種に関係なく、身体拘束廃止についての認識が統一されていることが示された。

しかしながら、身体拘束の具体的行為の項目を増やすべきか、減らすべきかという身体拘束項目の増減については、職種によって意見が分かれた。項目を増やすべきだという相談援助職は、権利擁護などの視点から身体拘束をなくしたいという思いが推察された。

浜端（2002）は、1990年代に抑制帯を実際に使用する臨床看護師が多くの問題と直面していたこと、教育関係者は教科書や看護書が示すように「患者の安全を守るために使用するもの」とし、抑制帯を看護技術として捉え、抑制法の技術教育を続けてきた背景があると述べている（浜端 2002, 阿部 1999）。また近年では、習田ら（2003）により、抑制に関する教育は身体拘束を推進するものではなく、それぞれの養成施設において尊厳の保持や人権を尊重する視点を持った人材育成のため、身体拘束の弊害に関する教育もおこなわれていることが述べられている（習田ら 2003）。

これらのことから、1990年代までは安全のためや生命維持、治療のために抑制帯が使用され、1993年の医療法改正や抑制廃止宣言により「生命の尊重と個人の尊厳」が提唱され、看護師は抑制についてのジレンマを抱えている（浜端 2002, 山本 2005）。項目を減らすべきだという医療職においては、安全のためや生命維持、治療のためという抑制廃止の判断

が難しい現状にあることが推察された。

しかしながら、志自岐ら（2004）は、抑制を行わない看護を可能にした共通要因として高齢者施設では、1) 組織の理念とリーダーシップ、2) 組織のシステム、3) 看護実践の3つを挙げており、組織のシステムからは、〈教育・学習の機会〉、〈看護のマンパワー〉、〈事故対策システム〉、看護実践からは、〈抑制に替わる看護技術〉、〈家族の納得〉が抽出されている（志自岐ら 2004）。本調査で「廃止できない理由（図 6-1）」として挙げられた安全のためや生命維持のため、治療のため、家族からの要望があるため、介護者の業務が増えるため身体拘束が廃止できないとされた項目は、組織のシステムの改善や実践の取り組みにより身体拘束廃止を実現するための手がかりとなりうる。

VI. まとめ

身体拘束廃止についての認識や職場内外研修の参加の有無について、身体拘束を全廃すべきかという認識、身体拘束廃止についての悩んだ経験の有無、身体拘束を廃止できない理由がそれぞれの職種においての意識に差がないことが明らかとなった。

また、身体拘束の具体的行為の項目を増やすべきか、減らすべきかという身体拘束項目の増減については、項目を増やすべきだという相談援助職と項目を減らすべきだという医療職との間で有意差が認められた。

<引用文献>

阿部俊子（1999）吉岡充・田中とも江編『縛らない介護』医学書院．188.

浜端賢次・藏野ともみ・兼光洋子ほか（2002）「「抑制帯」研究の傾向－データベース医学中央雑誌における 1988 年～1999 年の文献から－」『川崎医療福祉学会誌』12（2），439-444.

志自岐康子・城生弘美・恵美須文枝ほか（2004）「抑制しない看護を可能にした要因－高齢者施設の場合－」『日本看護管理学会誌』8（1）．5-13.

習田明裕・勝野とわ子・志自岐康子ほか（2003）「抑制に関する教育の実態－基礎看護学領域および高齢者看護学領域における調査－」『東京保健科学学会誌』6（1），53-61.

山本美輪（2005）「看護系経験年数による高齢者の身体的抑制に対する看護師のジレンマの差」『日本看護管理学会誌』9（1），5-12.

第7章 身体拘束廃止に向けた介護保険施設等の現状と取り組み—テキストマイニングによる自由記述回答の分析—

I. はじめに

第5章では、身体拘束及び身体拘束と思われる行為についての施設種別での実施率、必要性、認識状況について、第6章では、職種別からみた身体拘束に対する認識について調査・分析を行った。それぞれの章において身体拘束の現状が示されたが、第5章同様に第7章では身体拘束禁止の対象となる具体的な行為（11項目）だけでなく、拘束か否かの線引きに苦慮する項目についても調査し、身体拘束廃止に向けた介護保険施設等での取り組みと現状を明らかにすることによって、身体拘束を更に減らすための方策について検討する。

II. 研究目的

本報告ではアンケート調査の一部である身体拘束廃止に向けた介護保険施設等での現状と取り組みの具体的な内容を自由記述回答より明らかにし、廃止に向けた具体策を提言することが目的である。

III. 研究方法

1. 調査の概要

介護保険施設である介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設、認知症対応型療養生活介護事業所（グループホーム）の5施設で勤務している高齢者とかかわりのある職員4名を対象とした。対象施設はWAM-NETの施設一覧より各施設160カ所を無作為抽出し、計全国800カ所3200名に質問紙郵送調査を実施した。実施期間は平成24年8月29日～9月28日とした。

調査項目は、①回答者の基本属性、②施設の属性、③研修制度の有無、④身体拘束の具体的行為である38項目（表2参照）について、「身体拘束を実施しているか（実施状況）」、「身体拘束が必要であるか（必要性）」、「身体拘束であると考えているか（認識状況）」、⑤身体拘束全廃についての考え、⑥施設での身体拘束への取り組みの6項目とした。④の身体拘束の具体的行為に関しては、厚生労働省（2001）が発表している「身体拘束の手引き」の中の「身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為」である11項目に加えて、三浦ら（2012）の身体拘束と思われる具体的行為、及び滋賀県健康福祉部元気長寿福祉課（2012）、神奈川県保健福祉部高齢福祉課（2008）による実態調査報告書から、身体拘束との線引きに苦慮している27項目を追加し、合計38項目を設定した。各項目について、最近1か月間で該当する項目を選択するよう求めた。実施状況は「常時実施している」「時々実施している」「実施していない」から回答を求めた。また、必要性和認識状況については「はい」「いいえ」「わからない」の3件法で回答を求めた。③の研修の有無では、研修に参加した回答者に対して研修を受講して感じた事について自由記述で回答を求めた。また、⑤と⑥について「施設での取り組み方法」「施設で実践していること」「身体拘束に関して悩んだ事例」「悩んだ事例についての対応や工夫」をそれぞれ自由記述で回答を求めた。

2. 倫理的配慮

回答者の匿名性の確保, 回答の有無による不利益が生じないこと, 回答は ID で管理し, 調査で得られた情報は統計的に処理され, 個人や貴施設名が特定されることはないことを明記し, 回答をもって調査協力への同意とみなした. 調査データは, 施錠できる場所に保管し, 適切に管理している. 調査終了後 5 年以内に書類はシュレッダーにて物理的に裁断し, データはデジタルシュレッダーにて適切に処理する.

3. 回収状況

707 票 (回収率 22.1%) を回収した. そのうち調査時に欠損値の多いものを除いた 638 票を有効回答とした.

4. 対象者の属性

表7-1. 調査対象者の基本属性 (n=638)

		度数	%			度数	%
性別	男性	184	28.8	施設種別	介護老人福祉施設	199	31.2
	女性	454	71.2		介護老人保健施設	132	20.7
年齢 (平均 41.97歳)	20歳代	87	13.6	介護療養型医療施設	101	15.8	
	30歳代	203	31.8	特定施設	90	14.1	
	40歳代	166	26.0	認知症対応型共同生活介護	93	14.6	
	50歳代	143	22.4	その他	17	2.7	
	60歳代以上	34	5.3	不明	3	0.5	
	不明	5	0.8	入所者数	20名未満	117	18.3
保有資格 (複数回答)	介護福祉士	330	51.7	(平均 59.16名)	20名以上40名未満	85	13.3
	社会福祉士	59	9.2	最小1名	40名以上60名未満	135	21.2
	介護支援専門員	224	35.1	最大317名	60名以上80名未満	95	14.9
	看護師	112	17.6		80名以上100名未満	94	14.7
	准看護師	70	11.0		100名以上	92	14.4
	作業療法士	17	2.7		不明	20	3.1
	理学療法士	12	1.9	職場の経験年数	3年未満	180	28.2
	ホームヘルパー(1・2・3級)	181	28.4	(平均 7年)	3年以上6年未満	151	23.7
	その他	62	9.7	最小2か月	6年以上9年未満	113	17.7
	資格なし	14	2.2	最大40年5か月	9年以上12年未満	75	11.8
職種 (複数回答)	介護職	282	44.4		12年以上15年未満	49	7.7
	相談援助職	136	21.4		15年以上18年未満	27	4.2
	医療職	184	29.0		18年以上21年未満	16	2.5
	事務職	5	0.8		21年以上24年未満	8	1.3
	その他	41	6.5		24年以上	11	1.7
役職	施設長	16	2.5		不明	8	1.3
	役職(主任・リーダー)	264	41.4	職種 of 経験年数	3年未満	52	8.2
	正規職員	322	50.5	(平均13年10か月)	3年以上6年未満	78	12.2
	嘱託職員	16	2.5	最小4か月	6年以上9年未満	89	13.9
	パート・アルバイト	12	1.9	最大53年	9年以上12年未満	114	17.9
	その他	8	1.3		12年以上15年未満	71	11.1
					15年以上18年未満	54	8.5
					18年以上21年未満	46	7.2
					21年以上24年未満	24	3.8
					24年以上	101	15.8
				不明	9	1.4	

回答者の属性を表 7-1 に示した。性別は男性 184 人 (28.8%)、女性 454 人 (71.2%) であり、年齢は 20~70 歳 (平均 42.0±10.9 歳) であった。施設種別は、介護老人福祉施設 (以下特養) が 199 人 (31.2%) と最も多く、次いで介護老人保健施設 (以下老健) は 132 人 (20.7%)、介護療養型医療施設 (以下療養型) は 101 人 (15.8%)、認知症対応型共同生活介護 (以下 GH) は 93 人 (14.6%)、特定施設は 90 人 (14.1%) であった。入所者数は、40 名以上 60 名未満が 135 人 (21.2%) と最も多かった。保有資格および職種は介護福祉士・介護職が最も多く、現在の職場の経験年数は 3 年未満が 180 人 (28.2%) と最も多かった。また、回答者自身の職種の経験年数は 9 年以上 12 年未満が 114 人 (17.9%)、24 年以上 101 人 (15.8%) が多かった。

5. 分析方法

身体拘束全廃へ向けた取り組み方法に関する自由記述回答の分析には、テキストマイニングを用いた分析を行った。テキストマイニングでは、記述されたテキストの分かち書き処理を行い文法的に意味づけが可能な最小単位である形態素単位に分解 (形態素解析) し、形態素一つひとつを変数とみなすことで、数量データと同様に多変量解析などの分析を行う分析方法である。テキストと属性等を組み合わせた分析が可能となる利点があるが、大島ら (2012) による自由記述回答を分析した研究では、複雑な文脈を持つ自由記述を分析する場合、形態素の組み合わせを考慮した分析の必要性や、分析前の原文に戻りながら分析を進めること等の課題が指摘されている。

これを踏まえ、本研究では形態素の組み合わせを用いた分析を行った大島ら (2012) の研究を参考に形態素の組み合わせを一つの変数とみなした分析を行った。

本研究では 5 つのカテゴリごとに自由記述回答を求めており、複数の自由記述回答が記載されている。「身体拘束全廃に向けた取り組みと現状」に関する自由記述回答は 638 人分 3078 件となった。

まず、3078 件の自由記述を Microsoft Excel に入力した。入力した 3078 件の自由記述を形態素解析による分かち書き処理により分解した。分析にあたっては形態素解析ソフトである KHcoder (Ver.2. Beta.30c, フリーソフト) を使用した。次に、分かち書き処理がなされた形態素のうち、名詞、形容詞、動詞を抽出し、単独では意味をもたない句読点、記号、助詞などを除外した。「つなぎ」と「服」など自由記述上では別々の形態素として分解されたものなどについては形態素の統合を行った。類似語・同義語を統一し、漢字・仮名表記の違いや、同義語や同類語についても統一、置換を行った。

次に、構成要素の組み合わせの作成を行った。出現頻度が 5 以上の構成要素について、形態素解析を行う前の自由記述と対応するように並び替えた。例えば、「身体拘束をすることは仕方がない」という文章については、[身体|拘束|仕方|ない]という構成要素の組み合わせを作成した。

構成要素の組み合わせの中には、同義の意味内容が解釈できる組み合わせも多数含まれていた。そこで、共通の意味内容をもつ組み合わせをグループ化し、グループを表すキーワードを付与した (表 4)。

上記の作業により、構成要素の組み合わせができた時点で、キーワードと施設種別の属性に関するデータを統合した。そして、グループごとによる類似度から Ward 法によるクラスター分析を行った。各クラスターを表す名前を付与し、本研究における「身体拘束廃

止に向けた取り組みの現状と方法」と位置付けた。また、施設種別を「行」、キーワードを「列」としたクロス集計表を作成した。

IV. 結果

1. 身体拘束項目の実施状況と必要性と認識状況

実施状況については、「常時実施している」「時々実施している」と答えた回答を併せた度数を表示した（表 7-2）。実施状況の上位 3 項目は、「項目 17. 夜間対応として、センサーマットを使用する。（63.6%）」、「項目 25. ずり落ち、転落防止のためリクライニング型車いすで傾斜をつける。（46.5%）」、「項目 26. 車いすでの自走不可な方にテーブルについてももらうことにより、行動を制限する。（36.0%）」であった。また、各項目について必要性があると回答した方の上位 3 項目は、「項目 17. 夜間対応として、センサーマットを使用する。（74.0%）」、「項目 25. ずり落ち、転落防止のためリクライニング型車いすで傾斜をつける。（52.8%）」、「項目 18. 胃ろうチューブを抜かないよう、腹巻等で腹部を覆う。（53.4%）」であった。さらに、38 項目について身体拘束であるという認識があるかという認識状況をみると、認識状況が低い 3 項目は、「項目 17. 夜間対応として、センサーマットを使用する。（19.9%）」、「項目 18. 胃ろうチューブを抜かないよう、腹巻等で腹部を覆う。（25.4%）」、「項目 25. ずり落ち、転落防止のためリクライニング型車いすで傾斜をつける。（25.5%）」であった。

身体拘束項目の具体的な行為(38項目)	n=638 「常時・時々実施している」の回答率			「必要である」の回答率			「身体拘束になる」の回答率		
	n ^{a)}	度数	%	n ^{b)}	度数	%	n ^{c)}	度数	%
身体拘束その他人所者(利用者)の行為を制限する行為(11項目)									
項目1 徘徊しないように、車いすやベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。	634	58	9.1	629	54	8.6	633	621	98.1
項目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。	637	43	6.8	634	53	8.4	635	615	96.9
項目3 自分で降りられないように、ベッドを欄(サイドレール)で囲む。	634	215	33.9	634	201	31.7	634	534	84.2
項目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。	636	167	26.3	630	144	22.9	633	556	87.8
項目5 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。	634	224	35.3	631	267	42.3	634	495	78.1
項目6 車いすやベッドからずり落ちたり、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。	633	152	24.0	630	145	23.0	631	551	87.3
項目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。	635	48	7.6	627	52	8.3	629	555	88.2
項目8 脱衣やおむつはしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。	635	132	20.8	634	127	20.0	633	550	86.9
項目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。	632	7	1.1	630	28	4.4	629	592	94.1
項目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。	632	68	10.8	633	63	10.0	634	486	76.7
項目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。	637	21	3.3	635	40	6.3	635	579	91.2
11項目には含まれない身体拘束と思われる行為(27項目)									
項目12 歩行能力のない人が立ち上がって転倒したり、ずり落ちないために安全ベルト等で車いすに固定する。	638	101	15.8	634	154	24.3	633	526	83.1
項目13 車いす上で食事をとる時、座位保持が不可能で、ずり落ち防止のために紐等で縛る。	634	27	4.3	632	77	12.2	631	510	80.8
項目14 徘徊等、利用者が自由に移動できるように車いすベルト等を利用する。	608	51	8.4	598	86	14.4	602	401	66.6
項目15 夜間対応として、ベッドを居室から出して見守りを行う。	634	138	21.8	628	202	32.2	623	226	36.3
項目16 短いサイドレールで四方を囲む。	628	113	18.0	623	131	21.0	624	434	69.6
項目17 夜間対応として、センサーマットを使用する。	629	400	63.6	627	464	74.0	628	125	19.9
項目18 胃ろうチューブを抜かないよう、腹巻等で腹部を覆う。	631	209	33.1	631	337	53.4	626	159	25.4
項目19 四肢全てではなく片方の上肢のみ紐等で縛る。	635	50	7.9	632	61	9.7	631	545	86.4
項目20 かきむしり等防止のため、腹巻を使用する。	628	91	14.5	621	204	32.9	622	232	37.3
項目21 重度認知症の方へのストマはがし予防の為、ミトンを使用する。	630	23	3.7	627	204	32.5	629	398	63.3
項目22 入浴中にミトンを使用し、傷つきにくくする。	634	69	10.9	632	131	20.7	629	384	61.0
項目23 車いす上の姿勢保持(傾斜)を目的として、車いす用テーブルを使用する。	636	107	16.8	633	207	32.7	631	282	44.7
項目24 リクライニング車いすを使用し、フラットの状態でフロアで見守る。	636	180	28.3	630	217	34.4	630	169	26.8
項目25 ずり落ち、転落防止のためリクライニング型車いすで傾斜をつける。	634	295	46.5	631	333	52.8	631	161	25.5
項目26 車いすでの自走不可な方にテーブルについてももらうことにより、行動を制限する。	630	227	36.0	626	168	26.8	626	365	58.3
項目27 立ち上がれないように軟らかいソファ、座面が上がる車いすを使用する。	636	61	9.6	625	80	12.8	625	389	62.2
項目28 机と壁の狭いスペースに通常の椅子を配置し、立ち上がりを妨げる。	636	57	9.0	630	56	8.9	630	500	79.4
項目29 一人で立ち上がれないよう、低いベッドやリクライニングチェアを使用する。	630	77	12.2	621	99	15.9	621	380	61.2
項目30 胃ろうチューブや導尿カテーテルが気にならないように、長い下着や腹帯(ひも付き)を使用する。	634	102	16.1	628	236	37.6	626	189	30.2
項目31 胃ろうチューブ等を自己抜去してしまうために、介護衣を使用する。	634	71	11.2	626	172	27.5	625	416	66.6
項目32 弄便による感染症等の影響を考慮し、介護衣を使用する。	633	76	12.0	628	160	25.5	628	428	68.2
項目33 オムツ外し等を制限するために、介護衣以外で対応する。	629	110	17.5	622	169	27.2	620	309	49.8
項目34 スポンに手が入らないように、腹巻や腰巻を使用する。	637	110	17.3	630	168	26.7	626	307	49.0
項目35 夜間の体温保持の為、介護衣を使用する。	635	15	2.4	626	52	8.3	628	339	54.0
項目36 手が入らないようにするため、スポンの紐をきつく縛る。	636	54	8.5	626	41	6.5	626	448	71.6
項目37 フロア全体に施設の戸籍として、電気錠をする。	632	118	18.7	625	164	26.2	624	346	55.4
項目38 スピーチロック(言葉による抑制)を行い、行動を制限する。	631	256	40.6	627	129	20.6	628	438	69.7

a)回答者638人のうち、回答なしを除いた「常時実施している」「時々実施している」「実施していない」の回答者数の合計
 b)必要性の有無について回答なしを除いた「はい」「いいえ」「わからない」の回答者数の合計
 c)認識の有無について回答なしを除いた「はい」「いいえ」「わからない」の回答者数の合計

2. 自由記述回答による分析

構成要素の出現状況について 3078 件の自由記述の分かち書き処理を行った結果、76,400 語・4,659 種類の形態素に分割された。名詞、形容詞、動詞を抽出し、句読点、助詞、記号等を除き（除去後は、34,451 語・4,152 種類）、同義語・類義語の編集（編集後は 20,748 語・2,415 種類）を行った。表 7-3 に示す通り、最も出現頻度の高い構成要素は「拘束」となり全体の 34.2%を占めた。次いで「身体」が 20.8%、「職員」が 12.0%、「行う」が 11.3%であった。

次に、類似する構成要素の組み合わせのグループ化を行った（表 7-4）。そのグループの組み合わせ数が 7 個以上のもの 51 グループを採用した。その結果、最も多い構成要素の出現状況は「身体拘束はやむを得ない（度数 347）」となり、[身体 | 拘束 | やむを得ない][行動 | 抑制 | 仕方 | ない]等の身体拘束実施についての記述を半数の回答者が言及していることが明らかとなった。2 番目に多い状況は、「フィジカルロック（度数 265）」となり、[身体 | 拘束 | 実施]等の組み合わせが含まれていた。

さらに、グループ化したキーワードごとによる類似度を求め、クラスター分析を行った。Jaccard 距離を基準として Ward 法を用いたところ、図 7-1 に示すように、7 クラスターを見出した。本研究では、これを「身体拘束廃止に向けた取り組みの現状と方法」と位置付けた。クラスターに含まれるキーワードから各クラスターを解釈しクラスターの特徴を表す名称を付与した。

第 1 クラスターは、[身体拘束はやむを得ない][フィジカルロック][研修等で身体拘束について学ぶ]の 3 つのキーワードが含まれていたため、〈感情的反応と積極的な取り組み〉と命名した。第 2 クラスターは、[電気錠をする][車いすの方への配慮][椅子にテーブルをつける][ドラッグロック][抑制帯・ベルト等での拘束]等が含まれており、〈移動に関する拘束と対応策〉と命名した。第 3 クラスターは、[センサーマットを使用][床マット及び低床ベッド使用][ベッドからの転落]が含まれており、〈ベッド上のリスクと対応策〉と命名した。第 4 クラスターは、[スピーチロック][生命に関わる][医療行為][見守り等を増やす]等が含まれており、〈職員の葛藤と対応策〉と命名した。第 5 クラスターは、[家族への説明と同意][本人への説明と同意][他職種連携][カンファレンスで対応策の検討][職員への教育][家族の協力を得る]等が含まれており、〈説明と同意及び連携〉と命名した。第 6 クラスターは、[人権の尊重][原因を追究する姿勢][意思に沿った支援][弊害][現実のむずかしさ][身体拘束をしない]等が含まれており、〈廃止できない現状と廃止に対する個人の姿勢〉と命名した。第 7 クラスターは、[虐待につながる][権利擁護][マンパワー不足][環境整備][尊厳を守る][トップの意思表示]が含まれており、〈施設の理念と工夫〉と命名した。

また、施設種別を「行」、キーワードを「列」としたクロス集計表を作成し、キーワード毎、自由度 5 のカイ二乗検定を行ったところ、[身体拘束はやむを得ない][身体拘束をしない][尊厳を守る][虐待につながる][電気錠をする]の 5 つのキーワードについて施設種別における有意差が認められた（表 7-5）。

表7-3. 抽出層の出現状況

抽出層	度数	%	抽出層	度数	%	抽出層	度数	%	抽出層	度数	%	抽出層	度数	%	抽出層	度数	%	抽出層	度数	%															
1 物東	826	34.2	151 立ち	20	0.8	201 去る	16	0.7	251 範囲	12	0.5	301 ダメ	10	0.4	351 代替え	8	0.3	401 臥床	7	0.3	451 福祉	6	0.2	501 観点	5	0.2	551 漏く	5	0.2						
2 身体	502	20.8	152 心	19	0.8	202 多く	16	0.7	252 保護	12	0.5	302 別入	10	0.4	352 不運	8	0.3	402 臥床	7	0.3	452 慶慶	6	0.2	502 観点	5	0.2	552 探子	5	0.2	552 探子	5	0.2			
3 職員	290	12.3	153 トイレ	20	0.8	203 場面	15	0.6	253 食事	12	0.5	303 入る	10	0.4	353 仲間	8	0.3	403 精神	7	0.3	453 慶慶	6	0.2	503 車手	5	0.2	553 重労働	5	0.2	553 重労働	5	0.2			
4 行方	273	11.3	154 悪化	19	0.8	204 意味	15	0.6	254 献一	12	0.5	304 悩心	10	0.4	354 仲間	8	0.3	404 精神	7	0.3	454 自決	6	0.2	504 言動	5	0.2	554 当てはまる	5	0.2	554 当てはまる	5	0.2			
5 利用	267	11.1	155 回復	19	0.8	205 余味	15	0.6	255 謝罪	12	0.5	305 付添添う	10	0.4	355 カンゴ	8	0.3	405 経歴	7	0.3	455 余裕	6	0.2	505 口調	5	0.2	555 動行	5	0.2	555 動行	5	0.2			
6 考え	258	10.7	156 仕事	19	0.8	206 解決	15	0.6	256 判断	12	0.5	306 防く	10	0.4	356 重直	8	0.3	406 考案	7	0.3	456 影響	6	0.2	506 最小限	5	0.2	556 無くす	5	0.2	556 無くす	5	0.2			
7 対応	203	8.4	157 休職	19	0.8	207 活動	15	0.6	257 不足	12	0.5	307 骨	10	0.4	357 給動	8	0.3	407 骨折	7	0.3	457 改善	6	0.2	507 事前	5	0.2	557 下	5	0.2	557 下	5	0.2			
8 研修	189	7.8	158 重直	19	0.8	208 共有	15	0.6	258 困難	12	0.5	308 休	10	0.4	358 管理	8	0.3	408 考案	7	0.3	458 外出	6	0.2	508 自決	5	0.2	558 奈	5	0.2	558 奈	5	0.2			
9 研修	186	7.7	159 重直	19	0.8	209 不運	15	0.6	259 不安	12	0.5	309 テーブル	10	0.4	359 考案	8	0.3	409 考案	7	0.3	459 外出	6	0.2	509 重点	5	0.2	559 指	5	0.2	559 指	5	0.2			
10 施設	177	7.3	160 取く	19	0.8	210 呼び	15	0.6	260 不快	12	0.5	310 フラッシュ	10	0.4	360 給動	8	0.3	410 補進	7	0.3	460 集中	6	0.2	510 重度	5	0.2	560 重度	5	0.2	560 重度	5	0.2			
11 介護	145	6.0	161 個別	16	0.7	211 強心	16	0.7	261 過す	12	0.5	311 手袋	9	0.4	361 給動	8	0.3	411 処処	7	0.3	461 信頼	6	0.2	511 人格	5	0.2	561 人格	5	0.2	561 人格	5	0.2			
12 家族	130	5.4	162 キーボード	18	0.7	212 取る	15	0.6	262 懸念	12	0.5	312 対象	9	0.4	362 感感	8	0.3	412 動作	7	0.3	462 技術	6	0.2	512 専門	5	0.2	562 専門	5	0.2	562 専門	5	0.2			
13 本人	125	5.2	163 キーボード	18	0.7	213 取る	15	0.6	263 懸念	12	0.5	313 対象	9	0.4	363 管理	8	0.3	413 考案	7	0.3	463 技術	6	0.2	513 他人	5	0.2	563 他人	5	0.2	563 他人	5	0.2			
14 必要	125	5.2	164 介助	18	0.7	214 取る	15	0.6	264 懸念	12	0.5	314 対象	9	0.4	364 管理	8	0.3	414 考案	7	0.3	464 入浴	6	0.2	514 程度	5	0.2	564 程度	5	0.2	564 程度	5	0.2			
15 見守る	120	5.0	165 飯子	18	0.7	215 目指す	15	0.6	265 キーボード	11	0.5	315 目標	9	0.4	365 導入	8	0.3	415 懸念	7	0.3	465 負担	6	0.2	515 程度	5	0.2	565 程度	5	0.2	565 程度	5	0.2			
16 人	113	4.6	166 飯子	18	0.7	216 日常	14	0.6	266 キーボード	11	0.5	316 部分	9	0.4	366 導入	8	0.3	416 懸念	7	0.3	466 負担	6	0.2	516 程度	5	0.2	566 程度	5	0.2	566 程度	5	0.2			
17 行動	111	4.6	167 理念	18	0.7	217 夜間	14	0.6	267 リズム	11	0.5	317 方向	9	0.4	367 下り落ちる	8	0.3	417 懸念	7	0.3	467 歩行	6	0.2	517 名子	5	0.2	567 名子	5	0.2	567 名子	5	0.2			
18 ベッド	107	4.4	168 既歴	18	0.7	218 既歴	14	0.6	268 既歴	11	0.5	318 方針	9	0.4	368 既歴	8	0.3	418 大受	7	0.3	468 既歴	6	0.2	518 既歴	5	0.2	568 既歴	5	0.2	568 既歴	5	0.2			
19 感じ	101	4.2	169 既歴	18	0.7	219 既歴	14	0.6	269 一つ	11	0.5	319 目的	9	0.4	369 既歴	8	0.3	419 既歴	7	0.3	469 安定	6	0.2	519 既歴	5	0.2	569 既歴	5	0.2	569 既歴	5	0.2			
20 自分	94	3.9	170 既歴	18	0.7	220 既歴	14	0.6	270 間わり	11	0.5	320 目標	9	0.4	370 既歴	8	0.3	420 既歴	7	0.3	470 既歴	6	0.2	520 既歴	5	0.2	570 既歴	5	0.2	570 既歴	5	0.2			
21 ケア	91	3.8	171 予防	18	0.7	221 既歴	14	0.6	271 技術	11	0.5	321 立ち上がり	9	0.4	371 既歴	8	0.3	421 既歴	7	0.3	471 既歴	6	0.2	521 既歴	5	0.2	571 既歴	5	0.2	571 既歴	5	0.2			
22 生活	89	3.7	172 介助	18	0.7	222 既歴	14	0.6	272 人員	11	0.5	322 閉鎖	9	0.4	372 既歴	8	0.3	422 既歴	7	0.3	472 既歴	6	0.2	522 既歴	5	0.2	572 既歴	5	0.2	572 既歴	5	0.2			
23 使用	85	3.5	173 既歴	18	0.7	223 既歴	14	0.6	273 体制	11	0.5	323 共通	9	0.4	373 既歴	8	0.3	423 既歴	7	0.3	473 既歴	6	0.2	523 既歴	5	0.2	573 既歴	5	0.2	573 既歴	5	0.2			
24 声	84	3.5	174 既歴	18	0.7	224 既歴	14	0.6	274 サービス	11	0.5	324 既歴	9	0.4	374 既歴	8	0.3	424 既歴	7	0.3	474 既歴	6	0.2	524 既歴	5	0.2	574 既歴	5	0.2	574 既歴	5	0.2			
25 安全	83	3.4	175 既歴	18	0.7	225 既歴	14	0.6	275 決定	11	0.5	325 既歴	9	0.4	375 既歴	8	0.3	425 既歴	7	0.3	475 既歴	6	0.2	525 既歴	5	0.2	575 既歴	5	0.2	575 既歴	5	0.2			
26 理解	77	3.2	176 既歴	17	0.7	226 既歴	14	0.6	276 向上	11	0.5	326 既歴	9	0.4	376 既歴	8	0.3	426 既歴	7	0.3	476 既歴	6	0.2	526 既歴	5	0.2	576 既歴	5	0.2	576 既歴	5	0.2			
27 修正	75	3.1	177 既歴	17	0.7	227 既歴	14	0.6	277 既歴	11	0.5	327 既歴	9	0.4	377 既歴	8	0.3	427 既歴	7	0.3	477 既歴	6	0.2	527 既歴	5	0.2	577 既歴	5	0.2	577 既歴	5	0.2			
28 重直	71	2.9	178 既歴	17	0.7	228 既歴	14	0.6	278 既歴	11	0.5	328 既歴	9	0.4	378 既歴	8	0.3	428 既歴	7	0.3	478 既歴	6	0.2	528 既歴	5	0.2	578 既歴	5	0.2	578 既歴	5	0.2			
29 虐待	68	2.8	179 既歴	17	0.7	229 既歴	14	0.6	279 既歴	11	0.5	329 既歴	9	0.4	379 キーボード	8	0.3	429 既歴	7	0.3	479 既歴	6	0.2	529 既歴	5	0.2	579 既歴	5	0.2	579 既歴	5	0.2			
30 委員	67	2.8	180 既歴	17	0.7	230 既歴	14	0.6	280 既歴	11	0.5	330 既歴	9	0.4	380 既歴	8	0.3	430 既歴	7	0.3	480 既歴	6	0.2	530 既歴	5	0.2	580 既歴	5	0.2	580 既歴	5	0.2			
31 意識	65	2.7	181 既歴	17	0.7	231 既歴	14	0.6	281 既歴	11	0.5	331 既歴	9	0.4	381 キーボード	8	0.3	431 既歴	7	0.3	481 既歴	6	0.2	531 既歴	5	0.2	581 既歴	5	0.2	581 既歴	5	0.2			
32 認知	63	2.6	182 既歴	17	0.7	232 既歴	14	0.6	282 既歴	11	0.5	332 既歴	9	0.4	382 キーボード	8	0.3	432 既歴	7	0.3	482 既歴	6	0.2	532 既歴	5	0.2	582 既歴	5	0.2	582 既歴	5	0.2			
33 尊重	60	2.5	183 既歴	17	0.7	233 既歴	14	0.6	283 既歴	11	0.5	333 既歴	9	0.4	383 ホーム	7	0.3	433 キーボード	6	0.2	483 既歴	5	0.2	533 既歴	4	0.2	583 既歴	4	0.2	583 既歴	4	0.2	583 既歴	4	0.2
34 関心	60	2.5	184 既歴	17	0.7	234 既歴	14	0.6	284 既歴	11	0.5	334 既歴	9	0.4	384 キーボード	8	0.3	434 キーボード	6	0.2	484 既歴	5	0.2	534 既歴	4	0.2	584 既歴	4	0.2	584 既歴	4	0.2	584 既歴	4	0.2
35 重直	58	2.4	185 既歴	17	0.7	235 既歴	14	0.6	285 既歴	11	0.5	335 既歴	9	0.4	385 キーボード	8	0.3	435 キーボード	6	0.2	485 既歴	5	0.2	535 既歴	4	0.2	585 既歴	4	0.2	585 既歴	4	0.2	585 既歴	4	0.2
36 説明	58	2.4	186 既歴	17	0.7	236 既歴	14	0.6	286 既歴	11	0.5	336 既歴	9	0.4	386 キーボード	8	0.3	436 キーボード	6	0.2	486 既歴	5	0.2	536 既歴	4	0.2	586 既歴	4	0.2	586 既歴	4	0.2	586 既歴	4	0.2
37 検討	57	2.4	187 既歴	17	0.7	237 既歴	14	0.6	287 既歴	11	0.5	337 既歴	9	0.4	387 キーボード	8	0.3	437 キーボード	6	0.2	487 既歴	5	0.2	537 既歴	4	0.2	587 既歴	4	0.2	587 既歴	4	0.2	587 既歴	4	0.2
38 方法	56	2.3	188 既歴	17	0.7	238 既歴	14	0.6	288 既歴	11	0.5	338 既歴	9	0.4	388 既歴	8	0.3	438 既歴	6	0.2	488 既歴	5	0.2	538 既歴	4	0.2	588 既歴	4	0.2	588 既歴	4	0.2	588 既歴	4	0.2
39 マット	55	2.3	189 既歴	17	0.7	239 既歴	14	0.6	289 既歴	11	0.5	339 既歴	9	0.4	389 既歴	8	0.3	439 既歴	6	0.2	489 既歴	5	0.2	539 既歴	4	0.2	589 既歴	4	0.2	589 既歴	4	0.2	589 既歴	4	0.2
40 意識	55	2.3	190 既歴	17	0.7	240 既歴	14	0.6	290 既歴	11	0.5	340 既歴	9	0.4	390 既歴	8	0.3	440 既歴	6	0.2	490 既歴	5	0.2	540 既歴	4	0.2	590 既歴	4	0.2	590 既歴	4	0.2	590 既歴	4	0.2
41 行方	53	2.2	191 既歴	16	0.7	241 既歴	14	0.6	291 既歴	11	0.5	341 既歴	9	0.4	391 既歴	8	0.3	441 既歴	6	0.2	491 既歴	5	0.2	541 既歴	4	0.2	591 既歴	4	0.2	591 既歴	4	0.2	591 既歴	4	0.2
42 既歴	52	2.2	192 既歴	16	0.7	242 既歴	14	0.6	292 既歴	11	0.5	342 既歴	9	0.4	392 既歴	8	0.3	442 既歴	6	0.2	492 既歴	5	0.2	542 既歴	4	0.2	592 既歴	4	0.2	592 既歴	4	0.2	592 既歴	4	0.2
43 知る	52	2.2	193 既歴	16	0.7	243 既歴	14	0.6	293 既歴	11	0.5	343 既歴	9	0.4																					

表7-4. キーワードと構成要素の例示

1 *身体拘束はやむを得ない(347) 身体 拘束 やむを得ない 行動 抑制 仕方 ない	11 *現実のむずかしさ(67) 現実 不可能 理想 現実 困難 ギャップ	21 *職員への教育(41) 職員 認識 持つ 啓発 意見 情報 交換 職員 注意 認識 高める 職員 教える	31 *医療行為(31) 医療 行為 必要 点滴 必要 胃 チューブ 処置 必要 治療 必要	41 *マンパワー不足があり仕方ない(15) 職員 人数 確保 人員 配置 困難 職員 不足
2 *バイカルロック(265) 身体 拘束 実施	12 *スピネロロック(63) スピネー ロック 言葉 抑束 抑制 言葉 悪い	22 *センサーマットの使用(41) センサー マット 使用 センサー 対応 設置 産床 センサー 導入	32 *ベッドからの転落(30) ベッド 転落 床 転落	42 *制度(15) 介護 保険 制度
3 *研修等で身体拘束について学ぶ(176) 研修 知る 考える 学ぶ 勉強 理解 事例 検討	13 *コミュニケーション(54) 声 言葉 方法 話 仕方 言う 方法 コミュニケーション	23 *ベッド側の拘束(39) ベッド 柵 拘束	33 *身体拘束を介す(29) 拘束 廃止 取り組み 拘束 外す 取り組み 拘束 減らす 取り組み	43 *拘束帯・ベルト等での拘束(14) ベルト 使用 腹帯 腹巻 抑制
4 *認知症への対応(102) 認知 対応 問題 行動 対応 徘徊 対応	14 *被害(50) 身体 拘束 被害 精神 問題 人格 影響 認知 行動 問題 心 不穏 影響	24 *排油への対応(39) オムツ 交換 オムツ 外す 排泄 対応 トイレ 誘導	34 *夜間対応(26) 夜間 対応	44 *床マット及び低ベッド使用(12) 床 マット 使用 敷く ベッド 下 マット 敷く 転落 防止 マット 使用 床 ベッド 使用
5 *身体拘束をしない(88) 身体 拘束 廃止 全廃 禁止 拘束 禁止	15 *家族への説明と同意(50) 家族 説明 同意 家族 意見 確認	25 *環境整備(38) 環境 整える 気持ち 環境 作る 居室 配置 考える	35 *本人への説明と同意(21) 本人 説明 同意 利用 意思 確認	45 *外部研修への参加(11) 外部 研修 参加
6 *事故防止(86) 事故 防止 リスク 危険 意識 持つ 危険 回避 予測 リスク マネジメント	16 *意思に沿った支援(47) 意思 支援 本人 意思 意志 確認 本人 立場 立つ	26 *トップの意思表示(38) 施設 考え 意思 トップ 指針 倫理 施設 理念 方針	36 *一緒に過ごす(19) 一緒に 行動 一緒に 歩く	46 *生活のリズムを整える(11) 生活 リズム つける 生活 整える
7 *原因を追究する姿勢(82) 原因 観察 姿勢 行動 要因 把握 理由 考える 探す アセスメント 理解	17 *車いすの方への配慮(47) 車いす 転落 防止 車いす すり落ちる 車いす 立ち上がり	27 *個別ケア(35) 個別 ケア 実施	37 *見守り等を増やす(18) 見守る 増やす 強化 見守る 観察 巡回 増やす	47 *接遇研修(10) 接遇 研修 マナー
8 *安全確保(80) 安全 確保	18 *カンファレンスで対応策の検討(46) カンファレンス 話し合う 対応 検討 行う 会議 話し合う 実践	28 *尊厳を守る(33) 尊厳 守る 人間 尊厳 考える	38 *権利擁護(18) 権利 擁護	48 *ドラッグロック(10) 精神 薬 使用
9 *対応方法を構築する(76) 対応 方法 検討 対応 仕方 工夫 対策 検討	19 *委員会の検討(45) 委員 設置 検討 委員 開催	29 *生命に関わる(32) 生命 危険 関わる 生命 守る	39 *体験(16) 疑似 体験 感じる	49 *椅子にテーブルをつける(9) テーブル 椅子 付ける 使用 車いす テーブル 付ける 使用
10 *人権の尊重(75) 人権 尊重 意思 尊重 人生 先輩	20 虐待につながる(42) 高齢 虐待 虐待 感じる	30 *他職種連携(31) 他 職種 連携 職員 協力 チーム ケア 協力 看護 介護 職員 連携	40 *家族の協力を得る(16) 家族 協力 得る	50 *ミートンでの拘束(9) ミートン 手袋 着用 ミートン 使用
				51 *電気錠をする(7) 居室 施錠 施錠

注: キーワードの右端の()は、該当する組み合わせの総数を示している。

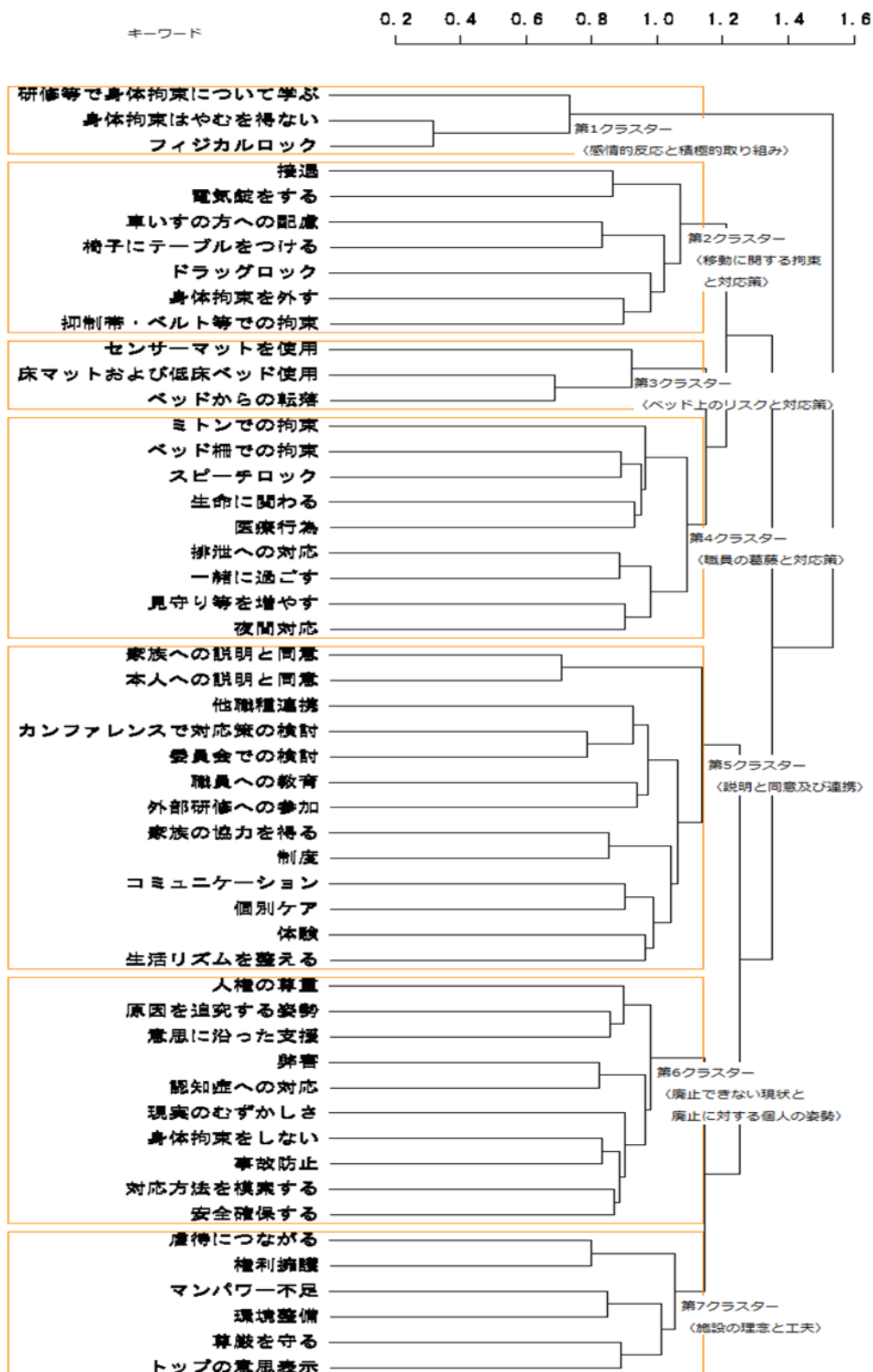


図 7-1. 身体拘束廃止に向けた取り組みの現状と方法

表7-5. 施設種別とキーワードによるクロス集計表

	*身体拘束は やむを得ない	*身体拘束を しない	*尊厳を守る	*虐待につな がる	*電気錠をす る
介護療養型医療施設	46 (45.54%)	10 (9.90%)	4 (3.96%)	1 (0.99%)	0 (0.00%)
介護老人福祉施設	124 (62.31%)	28 (14.07%)	5 (2.51%)	22 (11.06%)	2 (1.01%)
介護老人保健施設	75 (56.82%)	30 (22.73%)	12 (9.09%)	8 (6.06%)	1 (0.76%)
特定施設	49 (54.44%)	11 (12.22%)	8 (8.89%)	7 (7.78%)	0 (0.00%)
認知症対応型共同生活介護	42 (45.16%)	6 (6.45%)	4 (4.30%)	3 (3.23%)	4 (4.30%)
その他	11 (47.83%)	3 (13.04%)	0 (0.00%)	1 (4.35%)	0 (0.00%)
合計	347 (54.39%)	88 (13.79%)	33 (5.17%)	42 (6.58%)	7 (1.10%)
カイ2乗値	12.125*	14.574*	11.238*	13.768*	11.327*

*p<0.05

V. 考察

本研究では、介護保険施設 5 施設の職員による身体拘束に関する自由記述回答から、「身体拘束廃止に向けた取り組みの現状と方法」として、〈感情的反応と積極的な取り組み〉〈移動に関する拘束と対応策〉〈ベッド上のリスクと対応策〉〈職員の葛藤と対応策〉〈説明と同意及び連携〉〈廃止できない現状と廃止に対する個人の姿勢〉〈施設の理念と工夫〉を見出した。以下、本研究で得られた現状と取り組みについて、先行研究によって明らかにされた知見と本研究によって明らかにされた知見を区別するため、本研究における「身体拘束廃止に向けた取り組みの現状と方法」を構成する要素は〈 〉、キーワードは[]にて囲むこととした。また、先行研究の知見については『 』、本研究独自の知見については“ ”にて囲み両者を区別した。

1. 先行研究との比較

中尾ら（2005）の研究では、介護老人福祉施設と介護老人保健施設における身体拘束廃止への取り組みとして、『定期的なカンファレンスの実施』『外部の研修会参加』『家族・利用者への説明』を実施していることが明らかになっている。本研究でも、第 5 クラスター〈説明と同意及び連携〉の中に[カンファレンスで対応策の検討][外部研修への参加][家族・本人への説明と同意]が同様に抽出された。その他にも〈説明と同意及び連携〉として、[他職種連携][職員への教育][個別ケア][コミュニケーション]といった職員の専門性を向上させる取り組みの実践が抽出されている。特に、[体験]のキーワードは、施設内外の研修において職員が実際に身体拘束を模擬体験することにより意識の向上を図っていることが示された。

赤松ら（2004）の研究では、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において、身体拘束廃止に向かう主要概念として、『身体拘束廃止に対する積極性』『身体拘束廃止に関する感情的反応』『身体拘束廃止に関する人権的・教育的取り組み』『身体拘束廃止に対する管理姿勢』が示されている。本研究でも、〈感情的反応と積極的な取り組み〉〈説明と同意及び連携〉〈施設の理念と工夫〉の中で同様の概念が示された。

清塚ら（2006）の研究では、病棟責任者による身体拘束に関する取り組み姿勢について、『積極的取り組み』『ジレンマを抱えながらの取り組み』『取り組み自体に対して消極的』の 3 つに分類している。本研究では、〈説明と同意及び連携〉〈施設の理念と工夫〉が『積

極的取り組み』に該当すると考えられる。また、〈移動に関する拘束と対応策〉〈ベッド上のリスクと対応策〉〈職員の葛藤と対応策〉〈廃止できない現状と廃止に対する個人の姿勢〉が、安全面は確保したいが身体拘束はできないという『ジレンマを抱えながらの取り組み』に該当すると考えられる。特に、移動(車いす)・ベッド上に関する身体拘束については〈移動に関する拘束と対応策〉〈ベッド上のリスクと対応策〉に分けられ関心が高いという結果となった。これにより、事故防止に対する職員の思いと身体拘束廃止への取り組みとのジレンマを抱え対応していることが示唆された。さらに、〈感情的反応と積極的な取り組み〉の感情的反応は、『取り組み自体に対して消極的』に該当すると考えられる。以上から、本研究でも清塚ら(2006)の結果と同様に、取り組み姿勢がこれら3パターンに分類された。

2. 身体拘束廃止の現状と取り組み

キーワードより身体拘束に向けた取り組みを概観すると、図7-2のように、“身体拘束内容”と“職員の思い”，“身体拘束廃止に向けた取り組み”の3つに分類できた。身体拘束を何らかの形で実施している施設は、職員が【消極的な思い】を抱えながら実施していることが示唆された。また、職員の【積極的な思い】は、身体拘束廃止に向けた取り組みに大きく関与していることが示唆された。身体拘束廃止に向けた取り組みとしては、職員の【積極的な思い】【拘束を学ぶ】【対応方法の検討】【リスク管理】【支援のあり方】【工夫】【説明と同意】【連携】【施設の意思】の9項目に分類できた。この結果から、施設としての方針、個々の職員の姿勢、家族や他職種間の連携等における、全体的な共通認識を基盤として、その上で個々の状況に応じた取り組みの多様性を工夫することが必要であることが示唆された。

本研究において、「センサーマットの使用」は身体拘束廃止の工夫として捉えられていた。ベッドからの転落予防としてセンサーマットを使用していることが明らかとなったからである。本研究では、センサーマットの使用を身体拘束であると認識している職員は19.9%と他の項目と比べ最も低い数値を示した。しかしながら、齋藤ら(2007)及び加藤ら(2010)の報告では、病院におけるセンサーマットの使用は、患者のストレスになるため拘束になると言及している。また加藤ら(2010)は、センサーマット使用のメリットとデメリットについて家族へ説明し理解を得る必要があると考察している。

施設や職員の間で、「センサーマットの使用は拘束になり得る」という認識が最も低く、認識に反比例して実施率は高かった。このことは、身体拘束の考え方に差異があることが原因であると考えられるため、今後は身体拘束の定義や項目について再検討が必要であると考えられた。

また本研究では、表5に示す通り、5つのキーワードについて施設種別により有意差が認められた。義本(2008)の調査によると、施設の規模により身体拘束の意識に差があることが示されている。今回の研究結果と併せて考えると、今後、施設種別や施設の規模、保有資格等による認識状況、実施状況の差について分析していく必要があると考えられた。

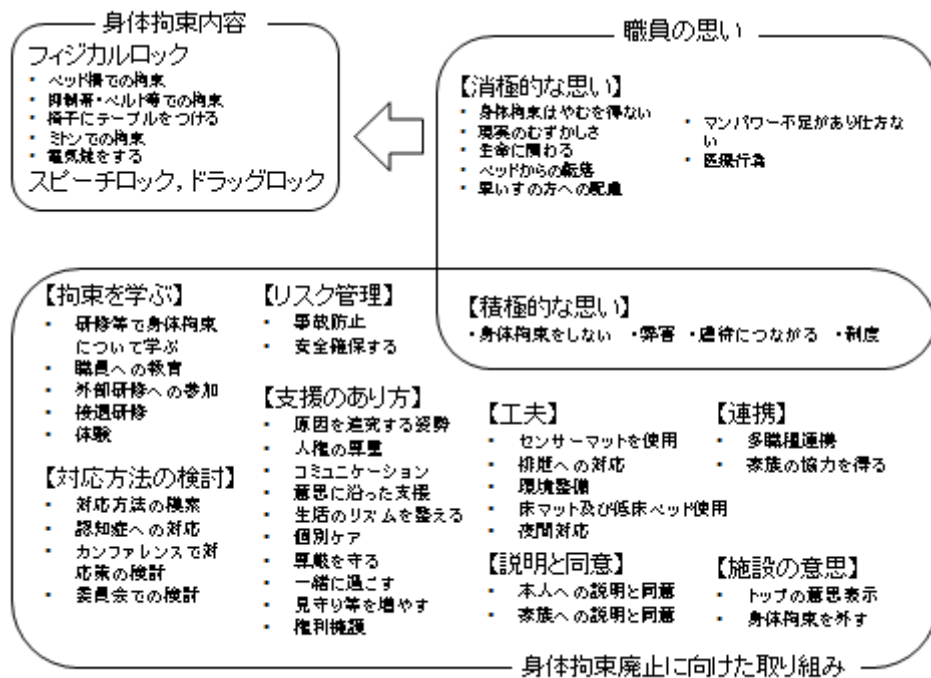


図 7-2. 身体拘束廃止の現状と取り組み

VI. まとめと今後の課題

身体拘束廃止に向けた取り組みの現状と方法について、アンケートの自由記述を分析した。その結果、以下のことが明らかとなった。

- 1) クラスタ分析を行い、〈感情的反応と積極的な取り組み〉〈移動に関する拘束と対応策〉〈ベッド上のリスクと対応策〉〈職員の葛藤と対応策〉〈説明と同意及び連携〉〈廃止できない現状と廃止に対する個人の姿勢〉〈施設の理念と工夫〉の7つのクラスターを見出した。
- 2) センサーマットの使用に関して、現場での実施率は高いものの、先行研究では「拘束に該当する」との見解も示されている。このように、1つの行為に対する認識が大きく乖離する背景には、拘束という言葉に対する理解の多様性が考えられる。すなわちこのような多義的言語に対し同一理解を得るためには、拘束という概念および利用者主体の介護に関する教育、研修などの一層の充実が必須であることが示唆された。
- 3) 身体拘束廃止に向けた取り組みとしては、職員の【積極的な思い】【拘束を学ぶ】【対応方法の検討】【リスク管理】【支援のあり方】【工夫】【説明と同意】【連携】【施設の意思】の9項目に分類できた。取り組みの多様性を認識すると同時に、施設全体、職員一人一人の認識や姿勢、家族との連携等ができるよう全体的な共通認識が必要である。

今後は、センサーマットやスピーチロック（言葉による抑制）等身体拘束 11 項目以外の項目に着目し、身体拘束の意義及び内容、施設種別や施設の規模、保有資格等による現状（意識の差や実施状況及び認識状況）と取り組みについて分析していく必要がある。

<引用文献>

- 赤松公子・河野保子（2004）「介護施設における身体拘束の実態と職種による認識の比較」『日本看護学会誌』13(2), 10-19.
- 義本純子（2008）「高齢者施設における身体拘束廃止に関する介護・看護職員の意識について（2）—施設の規模，施設の変化との関係—」『北陸学院大学・北陸学院短期大学部研究紀要』1, 209-219.
- 神奈川県保健福祉部高齢福祉課（2008）「平成19年度身体拘束に関する実態調査報告書」（<http://www.pref.kanagawa.jp/uploaded/attachment/48068.pdf>, 2012.3.19）.
- 加藤あゆみ・中市智恵・加納志保ほか（2010）「離床センサーマット使用中の患者及び家族への支援—家族の思いを分析して—」『第40回日本看護学会論文集（看護総合）』, 288-290.
- 清塚理江・鈴木春美・粟生田友子ほか（2006）「病棟責任者の身体拘束に関する取組み姿勢の構造とその要因—A県医療機関における実態調査より—」『第37回日本看護学会論文集（成人看護I）』, 249-251.
- 厚生労働省（2001）「身体拘束ゼロへの手引き」第1版，東京.
- 三浦智章・福崎径子・稲田弘子ほか（2012）「身体拘束の現状と職員の意識に関する研究」『リハビリテーション連携科学』13(2), 98-104.
- 中尾久子・佐藤美幸・澄川桂子ほか（2005）「高齢者施設における身体拘束廃止の取組と事故に関する研究」『九州大学医学部保健学科紀要』6, 1-8.
- 認知症介護研究・研修仙台センター（2005）「介護保険施設における身体拘束状況調査」（<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/051219/dl/5-12a.pdf>, 2012.3.19）.
- 大島千帆・児玉桂子（2012）「介護支援専門員のとらえる認知症高齢者への在宅環境配慮の効果—テキストマイニングによる自由記述回答の分析—」『老年社会科学』34(3), 335-349.
- 齋藤正恵・村田繭江・林田由香利ほか（2007）「身体拘束をうけた患者の家族の思い—センサーによる拘束に関する分析—」『第38回日本看護学会論文集（看護総合）』, 347-349.
- 滋賀県健康福祉部元気長寿福祉課（2012）「平成23年度滋賀県身体拘束実施調査結果報告書」（<http://www.pref.shiga.lg.jp/e/lakadia/files/h23sinntaikousokuzittaityousakekkahoukokusyo.pdf>, 2012.3.19）.
- 吉村洋子・寺島喜代子・観篤子ほか（2002）「老人介護施設における身体拘束に関する認識」『福井県立大学論集』21, 105-117.

第Ⅲ部 身体拘束に関する将来的課題

第8章 言葉による抑制に関する介護老人福祉施設職員の認識について

I. はじめに

第8章では、身体拘束に関する将来的課題として、言葉による抑制についての現状を調査した。

言葉による抑制（通称、スピーチロック）は、「身体拘束廃止」の中での広義の意味として、手足、体幹を紐等で縛る等の身体的な抑制（フィジカルロック）、向精神薬等の薬物を使用した抑制（ドラックロック）とともに身体拘束の一つとして認識されている。しかし、概念や定義として一定のものがあるわけではなく、施設ごとの解釈によって対応策を検討・実施している状況である。一般的に施設で認識されている言葉による抑制とは、言葉によって利用者の行動を抑制、制限したりする介護者の対応を指している。具体例として、「動かないで」、「立ったら駄目」や、「何でそんなことをするの」のような叱責の言葉が対象となる（原 2010）。高齢者虐待防止法では、第2条4項において「高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと」と表記されている。

また、「言葉による抑制は、身体拘束からの側面だけでなく、不適切なケアから高齢者虐待へとつながる可能性も否定できない（檜木 2012）」とされ、「○○ちゃんの呼称」や「無視の態度」についても言葉による抑制として含まれるケース（真田 2004）も報告されている。

このように言葉による抑制は多義的な意味を内包しているため、概念が明確になっておらず、そのため廃止に向けた取り組みについても、個別に認識され対応しているのが現状である。

そこで本研究では言葉による抑制に対する概念構築の一助となるように、介護現場における言葉による抑制の具体例を挙げ、各々のケースに対する職員の認識を明らかにすることとした。

II. 研究目的

言葉による抑制の具体例について職員の認識を明確化し、具体例が緊急性や話し方、説明の有無、謝罪の有無、利用者との関係性、利用者の様子等で該当するか否か、また、どのような場面で使用するのかを把握し、言葉による抑制の認識状況を明確化することで、何が「言葉による抑制」に該当するか判断できる視点を示すことである。

III. 研究方法

調査対象は、全国の介護老人福祉施設より、Wam-net を用いて無作為に 2500 施設を抽出し、1 施設より 2 名の職員（合計 5000 名）にアンケート調査を郵送法で依頼した。調査期間は、平成 26 年 7 月～8 月とした。

アンケート内容は、例えば「座っていて」という言葉が、どのような場面で言葉による抑制に該当するか、どのような場合に該当しないのかという認識状況について調査した。

「言葉による抑制」の例文は、施設単位でのマニュアルや研究発表事例より抽出し、18

の具体例を調査項目とした(檜木 2012; 真田 2004; 鳥越他 2012; 大野他 2011; 高橋 2013; 大西 2013).

さらに自由記述によって、施設内で言葉による抑制だと思われる言葉を使った、もしくは見聞きした場面を、対象者の行動・言動、ケア提供者の行った行動・言動、ケア提供者の心理状態、対象者の反応の4つに分けて明記し、言葉による抑制を使用しているとみなされる場面を調査した。

認識状況は単純集計を行い、自由記述については、①対象者の言動・行動及び②ケア提供者の心理状態の自由記述内容に初期コードを付し、①は介助場面ごと、②は心理状態の類似しているものに分類した。次に内容の類似性により整理し、カテゴリ化し、職員が抑制のための言葉を発した時の対象者の言動・行動、ケア提供者の心理状態をまとめ、カテゴリの関連性を検討した。

倫理的配慮として、各施設に本研究の趣旨、調査は任意であること、調査データを研究以外の目的で使用しないことを明記した調査説明書及び同意書を調査票に添えて郵送し、調査票及び同意書の返送をもって調査の同意を得た。なお、本研究は平成 26 年 6 月九州保健福祉大学倫理委員会の承認を得た上で実施した。

IV. 結果

964 票から回答を得た(回収率 19.3%)。そのうち、同意書の不備によるもの等を除いた 929 名を有効回答として調査に用いた(有効回収率 18.6%)。

調査対象者の基本属性は、表 8-1 の通りである。性別は、女性 565 名(60.9%)、男性 363 名(39.1%)であり、年齢は、18~65 歳(平均 38.5 ± 10.4 歳)であった。職種の経験年数については 1 年未満~39 年(平均 10.1 ± 6.4 年)であった。職種は、介護職が 756 名(82.5%)で、相談援助職が 101 名(11.0%)、看護職が 22 名(2.4%)、その他が 37 名(4.0%)であった。保有資格については、介護福祉士が 769 名(82.8%)、ホームヘルパー及び初任者研修受講者が 291 名(31.3%)、介護支援専門員が 230 名(24.8%)、看護師が 26 名(2.8%)、社会福祉士が 68 名(7.3%)、その他が 116 名(12.5%)、保有資格なしが 17 名(1.8%)であった。

表8-1. 回答者の基本属性(n=929)

属性	項目	度数	%
性別(n=928)	女	565	60.9
	男	363	39.1
年齢(n=929) 18~65歳 平均38.5±10.4歳	10代	3	0.3
	20代	211	22.7
	30代	303	32.6
	40代	245	26.4
	50代	151	16.3
	60代以上	16	1.7
職種の経験年数 (n=928) 0~39年 平均10.1±6.4年	5年未満	179	19.3
	5年以上10年未満	303	32.6
	10年以上15年未満	248	26.7
	15年以上20年未満	122	13.1
	20年以上	76	8.2
職種(n=916)	介護職	756	82.5
	看護職	22	2.4
	相談援助職	101	11.0
	リハビリ専門職	3	0.3
	その他	34	3.7
保有資格(複数回答)	介護福祉士	769	82.8
	ホームヘルパーもしくは初任者研修修了者	291	31.3
	看護師	26	2.8
	社会福祉士	68	7.3
	介護支援専門員	230	24.8
	作業療法士	1	0.1
	認知症ケア専門士	26	2.8
	保有資格なし	17	1.8
その他	116	12.5	

言葉による抑制（スピーチロック）の認識は、「知っている」が 398 名（42.8%）であり、「少しは知っている」が 223 名（24.0%）,「聞いたことはあるが、内容は知らない」が 134 名（14.4%）,「初めて聞いた・知らない」が 9 名（1.0%）であった。

言葉による抑制の項目については、18 の例文について、どのような場合に言葉による抑制に該当するかを複数回答にて調査した（表 8-2）。

表8-2. 言葉による抑制項目の認識

項目	いかなる場合 (状態)でも該 当	緊急性が高い 場合は非該当	言い方が優し ければ非該当	丁寧な言葉遣 いに変えれば 非該当	理由を説明す れば非該当	言葉の後に謝 罪があれば非 該当	関係性が良好 だと介護する 側が感じてい れば非該当	利用者が不機 嫌になつたり表 情が変わつた りしなければ非 該当	いかなる場合 でも非該当	その他
	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)
a 座っていて、立たないで、そこにいて	376(40.5)	424(45.6)	91(9.8)	141(15.2)	445(47.9)	115(12.4)	64(6.9)	57(6.1)	16(1.7)	40(4.3)
b 動かないで	387(41.7)	442(47.6)	70(7.5)	119(12.8)	384(41.3)	107(11.5)	54(5.8)	45(4.8)	18(1.9)	34(3.7)
c 待って	272(29.3)	361(38.9)	87(9.4)	211(22.7)	521(56.1)	135(14.5)	69(7.4)	47(5.1)	26(2.8)	39(4.2)
d あとで来ますから	185(19.9)	256(27.6)	81(8.7)	234(25.2)	577(62.1)	168(18.1)	67(7.2)	57(6.1)	42(4.5)	40(4.3)
e 早く〇〇して	672(72.3)	175(18.8)	48(5.2)	66(7.1)	144(15.5)	63(6.8)	47(5.1)	43(4.6)	27(2.9)	25(2.7)
f 静かにして	416(44.8)	197(21.2)	73(7.9)	132(14.2)	448(48.2)	84(9.0)	56(6.0)	46(5.0)	27(2.9)	28(3.0)
g やめて	365(39.3)	297(32.0)	65(7.0)	141(15.2)	423(45.5)	78(8.4)	54(5.8)	42(4.5)	28(3.0)	32(3.4)
h どこに行くの？	139(15.0)	155(16.7)	123(13.2)	443(47.7)	358(38.5)	56(6.0)	77(8.3)	93(10.0)	93(10.0)	44(4.7)
i どうしてそんなことするの？	390(42.0)	130(14.0)	92(9.9)	221(23.8)	299(32.2)	51(5.5)	52(5.6)	54(5.8)	60(6.5)	41(4.4)
j 〇〇たらダメ	515(55.4)	227(24.4)	46(5.0)	95(10.2)	344(37.0)	57(6.1)	48(5.2)	42(4.5)	21(2.3)	26(2.8)
k 同じことばかり言って	796(85.7)	52(5.6)	48(5.2)	47(5.1)	69(7.4)	41(4.4)	49(5.3)	40(4.3)	35(3.8)	23(2.5)
l ちがう	416(44.8)	109(11.7)	68(7.3)	128(13.8)	391(42.1)	56(6.0)	57(6.1)	51(5.5)	38(4.1)	36(3.9)
m 何をしているの？	175(18.8)	136(14.6)	169(18.2)	504(54.3)		64(6.9)	79(8.5)	100(10.8)	86(9.3)	55(5.9)
n また〇〇なの？	728(78.4)	61(6.6)	61(6.6)	87(9.4)		47(5.1)	54(5.8)	60(6.5)	38(4.1)	28(3.0)
o 無言で介助する	774(83.3)						46(5.0)	47(5.1)	43(4.6)	92(9.9)
p 〇〇ちゃんと呼ぶ	592(63.7)						103(11.1)	89(9.6)	51(5.5)	196(21.1)
q あだ名で呼ぶ	609(65.6)						104(11.2)	76(8.2)	47(5.1)	181(19.5)
r おじいちゃん、おばあちゃんと呼ぶ	553(59.5)						131(14.1)	102(11.0)	57(6.1)	164(17.7)

()内は度数を回答者数929で割った数値。

言葉による抑制の使用頻度については、「1日に何度も使用している」が333名(35.8%)、「1週間に数回程度使用している」が304名(32.7%)、「月に数回使用している」が109名(11.7%)、「3か月に数回使用している」が18名(1.9%)、「ほとんど使用していない」が85名(9.1%)、「その他」が30名(3.2%)であった。

言葉による抑制を廃止することはできるかについては、「不可能である」が30名(3.2%)、「なくしたいが難しい」415名(44.7%)、「代替りの言葉を使えば可能」403名(43.4%)、「廃止する必要はない」4名(0.4%)、「廃止することは可能」40名(4.3%)、「その他」19名(2.0%)であった。

自由記述からは、どのような場面で言葉による抑制を実施するのか、対象者の言動・行動について、分析・カテゴリ化しまとめた(表8-3)。また、ケア提供者の心理状態はどんなものがあるのかを分析・カテゴリ化しまとめた(表8-4)。

以下、カテゴリ名は【】、サブカテゴリ名は<>、コードは[]で表記した。

1. 言葉による抑制を使う場面の対象者の言動・行動

【疾病・障害等により何らかの介助や配慮が必要な利用者への介助場面】では、サブカテゴリが15群に分類された。表3にそれらのサブカテゴリ名と各群に該当するコードを示す。これらを文脈化すると、以下のようにまとめられた。

調査対象者は、認知症による認知機能の低下により徘徊或不潔行為等の言動・行動、老化などからくる筋力低下や脳梗塞等の後遺症による片麻痺で立位や歩行が不安定な方の言動・行動など、施設では日常的な介助場面で言葉による抑制を実施すると認識していることが示された。<移動に関する介助場面>や<徘徊等により見守りが必要な場面>では、利用者が移動する際に移動を制限する、もしくは移動を促すために言葉かけを行っていることが示された。<排泄に関する介助場面>、<不潔行為ととられる場面>では、尿意・便意を感じて排泄をし、排泄を終了するまでの排泄行為の一連の流れの中で何らかの介助を必要としており、その介助場面での言葉かけが主なものであった。<食事に関する介助場面>、<口腔ケアに関する介助場面>では、食事時に[手づかみで食べる]、[食べようとしない]、[こぼして食べていた]、[他者の食事等を食べる]等で職員が食事場面で常に配慮している項目や介助が必要な項目が挙げられた。

<医療的ケアに関する介助場面>、<搔痒のある方に対する場面>、<服薬に関する介助場面>では、医療的ケアに対する拒否的な態度や[痒みのある部位を強く掻き続ける]等の場面が挙げられた。

<更衣に関する介助場面>、<入浴に関する介助場面>では、[入浴拒否]や[衣類交換時]、場所を問わずに[脱衣行為]のある方への対応等が挙げられた。

<暴力に対する場面>、<その他、BPSD等に対する場面>、<場面を問わずケア提供者への訴えがある>、<利用者の呼び方>では、日常生活の中で生まれる場面へのとっさの対応として暴力やBPSD、利用者からの訴え、利用者との関係が挙げられた。

表8-3. 言葉による抑制を実施する場面の対象者の言動・行動

カテゴリ	サブカテゴリ	対象者の言動・行動（コード）
疾病・障害等により何らかの介助や配慮が必要な利用者への介助場面	移動に関する介助場面	下肢筋力が低下している方や片麻痺の方、立位困難・歩行不安定な方、転倒リスクが高い方が車いすや椅子、ソファなどから立ち上がろうとする・立ち上がり歩こうとする/床のものを取ろうとする/車いすのフットレストを開かず・ブレーキをかけずに立ち上がろうとする/ベッド・車いすから降りようとする/食事中に席を立つ/居室に戻ろうとする/不穩になり何度も立ち上がり転倒する/シルバーカーを押さずに歩き出す/車いすのブレーキをかけずに座ろうとする/一度に複数の利用者が行動した/トイレ誘導時なかなか(車イスから)立ち上がれないでいた/食後テーブルでじっとしていた/他利用者の車イスを押していた/早朝(起床時間よりも早く)起き上がる/センサーマットが鳴った
	徘徊等により見守りが必要な場面	利用者が一人でエレベーターに乗ろうとする/一人でフロアを出ていこうとした/居室からでて行こうとする/他のユニットへ行こうと歩き始める/他の方の面会者と一緒にエレベーターに乗ろうとした/一人で階段から降りようとしていた/玄関から外へ出ようとする/エスケープ/車いすを外に出ようとする/無断で外に出た/外の窓を少し開けて覗いていた/急に車いすで後ろに下がりがだした/車いすの自操/立ち上がりが頻回/ディルムから離れようとした/歩き回っている利用者/車いすでホールから廊下へ出ていこうとした/自由散歩/他者の居室に入る/他者の居室に入ろうとする/デイの帰りの送迎時に自分の順番になる前に玄関に向かって歩いて行った
	排泄に関する介助場面	排便後、すぐにトイレに行こうとした/頻回(数分おき)にトイレに行く/トイレに連れて行って/二人にトイレを頼まれた/トイレに割り込む/おむつをしているが、排尿の訴えがある。車いすに起き上がり行為あり。下肢筋力低下のため立位がとれないが自覚なし。/トイレ使用に介助が必要な方がトイレに一人で行くこととする/いつも入るトイレへ向かった。他者が入っている。 (その言葉が聞こえなかった) /おむつ交換の際排泄物を見て/便失禁していた/パンツを下げた瞬間に尿失禁/泥状便が床まで流れる/廊下・居室などで放尿する/トイレに行かれた後、ズボンをおろしたまま戻ってこられた。
	不潔行為ととられる場面	唾液をテーブルにつけていた/唾や痰を吐く/弄便/便で汚れた衣服を脱ごうとする/便失禁を自分で拭こうとする/排便の処理中に動く/パットを当てる際歩き出す/汚れた部位を触ろうとする/トイレにて便失禁。床・壁・靴の裏に便付着。/便を投げる/おむつの中に手を入れる/便を口の中に入れて/おむつを外す/便を顔に塗る・カーテンやベッド欄等に付着、隣のベッドに投げる/排泄後便器で手を洗おうとした/便器で汚れた紙パンツを洗っていた
	食事に関する介助場面	手づかみで食事を食べる/食べ物をはきだす/食べ物を目の周りにつける/血をなめる/エプロンをなめる/食事中に利用者の手が止まっている/食べようとしなない/介助中口を開けない/食事に時間がかかり、口に食べ物を含んだまま同じことを話す/味付けがうすいのでしようゆをかけてほしい(減塩食)/お菓子の食べ過ぎ(糖尿病)/食事をこぼして食べていた/お茶をこぼした/床にお茶をまく/他の方の食事・おやつを取って食べようとする/他の方の食事を食べた/床に落ちた食べ物を拾って食べていた/主食と副食を混ぜて食べる/コップに入っているお茶で手を洗っている/食事、おやつ提供直前に席を離れていく/水分摂取を拒む
	口腔ケアに関する介助場面	義歯を外してくれない
	医療的ケアに関する介助場面	リクライニング型車イスで経管栄養中に動こうとした/血圧測定している際に動かされた/両足リンパ性浮腫の方で両足挙上の指示あり。上げてもらうが1分もしないうちに足を下ろされてしまう
	搔痒のある方に対する場面	臀部等痒みのある部位を強く掻き続ける/便のついた手で皮膚を掻く
	服薬に関する介助場面	食後の与薬をジェスチャーで持って来てと伝えた/服薬をお願いすると顔をそむけられる。嫌そうな顔で頑な様子。
	更衣に関する介助場面	衣類交換時/脱衣行為がある/就寝前になかなか更衣しない
	入浴に関する介助場面	入浴日だがなかなか気が向かず「入らない」と言っている
	暴力に対する場面	他者(利用者)を叩いた/他者を叩こうとした/他者を殴ろうとした/利用者同士のけんか 介助時に職員をつねる
	その他、BPSD等に対応する場面	指しゃぶりをしていた/手をなめていた/夜勤時、最初のケアだけを伝え、途中で話しかけられる。/テーブルふき用でないふきんで机をふいていた/世話好きである利用者が掃除や洗濯たみをしようとする。(あまりきれいに掃除や洗濯たみでできずかえって介護者の二度手間になる事も)/食べ物ではないものを口に入れる・入れようとする(異食)/手をふくタオルペーパーを大量にとっていた(収集癖)/テーブルの上に靴を上げていた/他利用者の私物をとった/ほぼ自立の方が介助を要する他利用者を立たせ様としていた/職員の身体をさわる/テーブルを叩いて周囲の入所者が痛がっていた
	場面を問わずケア提供者への訴えがある	失語症の方が意味不明の泣き声/何度も同じことを繰り返し話す/「ちよっと〜」と訴えあり/職員を何度も呼ぶ/家へ帰る・お金を盗まれたと繰り返し訴えがある/夜間「助けてください」と訴え/多床室で支離滅裂な大声を繰り返す/認知症の方で「私、どうしたらいいがけ?どこ行くがけ?」と職員を呼び止めて聞かれた/大声で同じことを何度も言う/夜間に大声で職員を呼ぶ/大声を出す/何度もナースコールを押す/毎日何度も同じ事ばかり聞きにくる/「洗濯物たみを…」と忙しく立入禁止の洗濯室に向かわれた。杖歩行だが、洗濯物のことになると忘れやすい
利用者の呼び方	日常的な入所者との関わりの中で/椅子に座っている利用者に対して	

2. 言葉による抑制を実施した時のケア提供者の心理状態

言葉による抑制を実施した時のケア提供者の心理状態を分類すると、【リスクに対する不安】、【職員不足や仕事量の多さからくる心理状態】、【対象者に対する思い】、【関係性】の4群にカテゴリ化された。表8-4にカテゴリ名、サブカテゴリ名、各カテゴリ群に該当するコードを示す。カテゴリ名を使用しながらこれらを文脈化すると、以下のようにまとめられた。

調査対象者は、言葉による抑制を発した時の心理状態として、利用者に安全に快適に過ごせるよう改善したい、もしくは職員が与えられた業務を全うしたい、利用者への思いが伝わらない悩み、他者や職員と本人の関わりを大切にしたいという様々な思いが込められていた。

<リスクを回避したい>、<不快・不潔と感じる>では、カテゴリ名を【リスクに対する不安】とした。転倒や骨折、感染予防、離棟（その場から徘徊しいなくなること）、誤嚥、病気の悪化、衛生的にしてほしいという安全確保やリスク回避を念頭に置いた介護を心がける職員の気持ちが挙げられていた。

<ストレス等により感情的になる>、<驚き>、<業務に気を取られる>、<仕事が増える>、<合理的に仕事がしたい>、<職員不足で対応できない>にはカテゴリ名を【職員の感情的な焦燥や疲労など】とした。これは、[いらつき]、[うるさい]、[疲れる]、[めんどくさい]、[驚き]等で、仕事に対するストレスや疲弊によりイライラしていたり、とっさの出来事に驚く等の職員の気持ちが挙げられた。

<説明してもわからない>、<職員の願い>、<行動が間違っている>にはカテゴリ名を【利用者に対する思い】とした。これは、認知症のため何度説明しても理解してもらえない悩みや、もう少し待ってほしいなどの職員の願い、利用者の行動を正したいという思いが挙げられた。

<対象者との関係>、<他者の迷惑にならないよう配慮する>にはカテゴリ名を【関係性】とした。職員や利用者間の関係性を意識した心理状態であることが挙げられた。

表8-4. 言葉による抑制実施時のケア提供者の心理状態

カテゴリ	サブカテゴリ	ケア提供者の心理状態（コード）
リスクに対する不安	リスクを回避したい	転倒する可能性があり危険/転倒しては責任問題/けが・骨折をしてしまう/事故になるおそれ/行為に対して危険と感じた/転倒の危険/無断で外出する可能性/いなくなると危ない/熱中症の心配/他者につかり事故になってしまう/安全確保できない/表皮剥離・褥瘡のリスク/傷ができる/皮膚感染のリスク/指が炎症をおこしたら大変/転倒のリスクが高いと考えてとめることを優先した/通院中で危ない。物品も不十分/リビングでは不穩になるかもしれない/エレベーターに一人で入る可能性があり危険/けがをしてほしくない/外へ出てしまう/離棟の危険性を感じた/夕方に徘徊があり落ち着かない/どこに行くか分からず不安/ノロウイルス感染を予防したい/排泄物で滑って転倒しては危ない/やけどの心配/お茶で滑る/食事形態が異なるため何かあったら大変・危険（食事制限・誤嚥）/止めたいという焦り/食事制限があり健康を害する/誤嚥のリスク/どちらかがでもしたら大変/歩行不安定な為、立位時に「また」と思いながら危ないと感じた/行為に対して一日の水分量を飲んでもらえないと思った
	不快・不潔と感じる	不衛生と感じた/汚い・不潔/不快/手が汚れる/くさい/行儀が悪い/嫌悪感/行儀が悪い/不衛生だから口に入れないように急いで言わないといけないと焦った/衛生面上よくない/行為に対して汚いと感じた/テーブルが汚れてしまうと感じた
職員の感情的な焦燥や疲労など	ストレス等により感情的になる	いらつき/また出た/同じことの繰り返しでイライラ/気持ちに余裕がなく感情が先に出る/何度も言わせないで(ストレス)/うるさい/同じことを何度も言わないでほしい/イライラ/丁寧に対応する余裕がない/今は忙しいので、丁寧に対応する余裕がないと感じていた/どうしたらよいかわからない/とっさに準備できていない所に来て邪魔と感じていた/いつも立てるのにとイライラする/疲れる/何度も聞くことにつかれた/めんどくさい/たいした用事でもないのに呼ばないで/その都度対応することに疲れた。うんざり/介助が面倒/しつこい/忙しい、気ぜわしい/同じ訴えが続きストレス。対処療法もない/無意識/なんでそんなに時間がかかるのか/面倒
	驚き	いつもしない事をして驚いてしまった/驚き
	業務に気を取られる	他の業務ができない焦り/忙しい/面倒くさい/業務が進まない/他業務に追われるという苛立ち/業務が回らない/おむつ交換をしないといけない/掃除をしなきゃ/早くして次の業務をしたい/イライラ/時間までに終わりたい/業務を回すことで一生命になっている/他の方の食事介助もあり終わらない/片付けができない
	仕事が増える	早くトイレに行かないと失禁すると思った/本人を探ず仕事が増える/施設外に出ると報告書を書かないとダメだ/仕事が増える/今行ったばかり/行ったことを忘れてしまい同じことを言っているのが煩わしい/汚れが広がると後処理が大変/何ども見守りするのが大変/(汚れたら)掃除しなければならぬ/衣類が汚れて更衣になるのは面倒/手間がかかる/手間が増える/掃除、更衣が大変/まかせてもきれいにたためない
	合理的に仕事がしたい	居室に戻ると目が届かない/動かれると見守りができず困る/公平に順番に対応したい/合理的なトイレ誘導をしたい/介助の途中なのに(邪魔しないでほしい) /もうすぐで経管がおわるんだけど/正確な測定ができず困る/行っても排尿がない場合もあり無駄に感じる
	職員不足で対応できない	すぐに対応できない/一人で見守りできない焦りと不安/今は付き添いでいい/周りが騒がしく大変/他の方の対応中/他の利用者の対応中/職員不足/職員が少なく他者の事故が心配/他者の介助中/職員が少ない時間帯で大変/職員一人に対応すること、排便の度に考えると恐怖
利用者に対する思い	説明しても分からない	何度も転倒して理解してもらえない悩み/どうせわかってくれない/何度説明しても理解できない/さっきトイレに行ったばかり/いつものこと/何度も転倒しているので「何度、説明してもわからないかな?」と思った/何度説明しても分からない/腹が立ってくる、もう答えなくなってくる、無視したくなる/何度も説明したのに/いつものこと/またいつもの
	職員の願い	寝てほしい/ここにいて静かにしてほしい/その場においてほしい/静かに座っていてほしい/静かにしてほしい/早くトイレへ行ってほしい/残さず食べてほしい/早く食べてほしい/自分で食べていただきたい/もうわずかな時間で食事、おやつを提供準備ができるので席で待っていてほしい/ジュエチャーだけでは足りないので早く来てほしい/早く飲んでほしい/認知症で仕方ないと思っているが、触られると嫌と感じた/もう少し待てると思った/すぐに行きたいのに長時間待たせてしまった/待てないのか/おむつをしているから大丈夫
	行動が間違っている	名前を呼ばれていないのに玄関に行くのは違うと思った/よくない事だと思った/間違っている/暴力はいけない/使いすぎな為/ダメじゃないのと感じた
関係性	対象者との関係	対象者への愛着/普段からの呼び名で意識していない/なれ合いの関係
	他者の迷惑にならないよう配慮する	他者の居室のトイレへ行く可能性があった/他者の居室に入り物を盗ると困る/他者の居室には入って欲しくない/他者のものを荒らされる/その居室の方が嫌な思いをされ不穩になる/以前も他者とトラブルが起きたため、本当にやめて欲しい/他者の迷惑/他の利用者の対応に支障が出る/他者が(放尿を)みている/他の方とのトラブルになる/食事をとられた方は食事ができない/他人の私物に手を出して/周りの人(スタッフも含め)がうるさいと感じ、やめてほしいと思っていた

V. 考察

本調査から言葉による抑制（スピーチロック）の認識は、「言葉による抑制」だけでなく、「高齢者虐待」や「接遇」などの「不適切ケア」という意味も含まれていた。

言葉による抑制は、主に認知症高齢者への介護の中で日常的に起こる行動や言動に対する職員の対応の中で生まれている。「座っていて、立たないで、そこにいて」「動かないで」「待って」「やめて」「○○したらダメ」の言葉は、介助する中での転倒や不潔行為等の緊急性が高い場合によく使われることが明らかとなり、理由を説明すれば言葉による抑制に該当しないという認識を 37.0%～56.1%の職員がしていることが示された。

「早く○○して」の言葉は、主に食事や入浴の場面で使われることが明らかとなり、「早く食べてください」、「早く服を脱いでください」等と職員の焦りや時間に追われることからくる言葉であり、いかなる場合でも言葉による抑制に該当すると認識する職員が 72.3%

と、「座っていて、立たないで、そこにいて」「動かないで」「待って」「やめて」「〇〇したらダメ」の認識する率と比べて多いことが示された。「同じことばかり言って」「また〇〇なの？」では、何度もナースコールを押す利用者や何度もトイレに行きたい等、同じ訴えを繰り返す利用者に対する場面で使用されることが多い。これは業務に追われストレスを抱えた職員が口にする言葉であることが推察された。いかなる場合でも言葉による抑制に該当すると認識する職員が「同じことばかり言って」85.7%・「また〇〇なの」78.4%と、「座っていて、立たないで、そこにいて」などの項目と比べて多いことが示された。「無言で介助する」についても、職員の心理状態からの行動であることが分かり、いかなる場合でも言葉による抑制に該当すると認識する職員が83.3%と、「座っていて、立たないで、そこにいて」などの項目と比べて多いことが示された。

「言い方が優しくければ」や「言葉の後に謝罪を行う」、「利用者との良好な関係性」、「利用者の表情の変化」などの条件が付加されれば、どの項目を使用しても言葉による抑制には該当しないと考える職員が最大18.2%、最小4.3%であり、言葉による抑制に該当するか否かの材料判断にはなりにくいことが明らかとなった。

自由記述から言葉による抑制を使用する場面での職員の心理状態と対象者の言動・行動をカテゴリ化した。その結果、日常的な介助場面で言葉による抑制を無意識に実施している現状が示された。また、高橋（2013）が行った調査では、「不意の立ち上がり行動、連続ナースコール、終始訴えが多い利用者に対して、言葉による抑制をしてしまう傾向が見えてきた。」とあり、本調査の結果とも合致するものであった。

言葉による抑制の意識化や言葉の言い換えにより、言葉による抑制を減らす取り組みを行っている施設もある（真田2004、鳥越他2012、野末他2012、佐藤2004）。しかし今回の調査結果からは「いかなる場合でも非該当」と回答した職員がどの項目でも10%以下であったことから、様々な条件を付加しても抑制になると認識している職員が約90%であると推察された。このことから介護職員は、各々の場面や職員自身の心身状態により、とっさに抑制となり得る言葉を使用してはいるが、それらは自身が考える利用者の人権を尊重する介護とはならないことをある程度認識していることが示唆された。

今回の調査によって、職員が言葉による抑制をどのように捉えているかを明らかにしたことで、今後、どのような態度で職員が利用者と向き合えばよいのか、相互の関係性や場面に応じた関わり方を考える契機となり、更なる介護の質を向上させる手段として「言葉」を意識したケアを実施することの重要性が示唆された。

VI. まとめ

本調査からは、言葉による抑制の範囲が身体拘束問題の域を超えて、接遇面や虐待、職員の態度や認識等さまざまな場面に関連することや、言葉による抑制が実施される背景として、転倒や転落を防ぐ等の安全性の確保、不潔行為防止などによるとっさの言葉、業務過多から十分な対応ができなかった場合に無意識な発言として発せられることが明らかとなった。

今後は今回得られた結果を基盤として、言葉による抑制に対する適切な対応に向けたガイドラインを作成すべく、施設での取り組みや工夫、取り組みの中で明らかになった課題や改善例など、個別の事例調査を進める予定である。

本調査は、平成26年度「介護倫理からみたスピーチロック（言葉による抑制）廃止への

ガイドライン作成に向けた研究（課題番号 26780334）」の予備調査として科学研究費助成事業若手研究（B）の助成を受け実施した。

<引用文献>

- 原克行（2010）「スピーチロックの廃止に向けて「何げなく」使ってしまう言葉を見直そう」『高齢者安心安全ケア』14（2），31-39。（www.ituki.com/hara.pdf，2014.2.17）
- 野末博美，大川知子（2012）「スピーチロックに対する病棟の取り組み～現状把握と対策～」『日本慢性期医療学会大会抄録集』20，276.
- 大西国子（2013）「言葉の拘束スピーチロック研修会の実践を評価～アンケート調査を通して」『回復期リハビリテーション病棟協会研究大会プログラム抄録集』21，132.
- 大野美穂子他（2011）「スピーチロック廃止に向けての取り組み～ゆったりソフトににこやかに～」『社会福祉事業団職員実践報告・実務研究論文集』34，134-157.
- 佐藤裕邦（2004）「ケアに当たる職員の意識改革～「寝かせきり」と「無意識なスピーチロック」について～」『山形県国保地域医療学会学会誌』48，42-44.
- 真田豊子（2004）「言葉と行動の抑制ゼロをめざして」『ふれあいケア』10（7），6-9.
- 高橋尚子（2013）「「みえない拘束」廃止への取り組みスピーチロック廃止に向けての一報告」『認知症ケア事例ジャーナル』6（3），273-276.
- 鳥越寿子他（2012）「言葉の行動抑制（スピーチロック）廃止についてスタッフの意識改革への取り組み」『全国介護老人保健施設大会抄録集』23.
- 檜木博之（2012）「虐待になっていませんか？あなたの言葉遣い第2回スピーチロックの判断と改善」『高齢者安心安全ケア実践と記録』10（1），47-52.

終論 総括

I. 本研究のまとめ

本研究は身体拘束実施状況の特徴、専門職の認識、身体拘束廃止に向けた介護保険施設等の現状と取り組み、「言葉による抑制(スピーチロック)」の認識の4つの実態調査をまとめた研究である。

介護保険施設等における身体拘束実施状況の特徴に関する調査(第5章)では、身体拘束と考えられる項目には、実施率と必要性、実施率と認識状況、必要性と認識状況に相関関係が認められた。また各施設間の比較により、各施設における実施率に差があることが明らかとなった。これらの結果から、各施設ではサービス内容が異なるため、施設の特徴によって実施内容も変化することが示唆された。そのため、施設や利用者の状況に応じた身体拘束廃止への取り組みを施設内外で検討し、よりよいサービスの提供へと繋げていくという課題が選択された。

また、身体拘束に対する専門職の認識に関する調査(第6章)では、職種別に身体拘束項目を増やすべきか否かという調査項目のみに有意差が認められ、特に「項目を増やすべきだ」とする相談援助職が他の職種と比べ高く、医療職は低かった。また、「項目を減らすべきだ」とする医療職は他の職種と比べ低かった。これは、項目を増やすべきだという相談援助職と項目を減らすべきだという医療職の間に、権利擁護や治療といった視点において認識に差異があることによるものと推察された。

その他の参加率や認識率に関しては職種においての意識に差がないことが明らかとなった。

さらに、身体拘束廃止に向けた介護保険施設等の現状と取り組みに関する調査(第7章)では、身体拘束廃止に向けた各施設の重点的な取り組みとして、〈感情的反応と積極的な取り組み〉〈移動に関する拘束と対応策〉〈ベッド上のリスクと対応策〉〈職員の葛藤と対応策〉〈説明と同意及び連携〉〈廃止できない現状と廃止に対する個人の姿勢〉〈施設の理念と工夫〉の7つが抽出され、身体拘束への取り組みの多様性が示された。

利用者本位の支援を増進させるためには、施設・職員・家族の身体拘束に対する共通認識を高める必要があることが示唆された。

これらの結果から、今後の将来的課題として「言葉による抑制(スピーチロック)」を取り上げ、介護老人福祉施設職員の認識についての調査を行った(第8章)。その結果、施設において「スピーチロック」と表現されている「言葉による抑制」は、身体拘束の一つとして認識されており、施設によっては廃止に向けた取り組みが実施されている。しかしながらその定義が曖昧なことから、認識や対応は個々の職員や施設の方針に委ねられている。そこで今回、言葉による抑制の認識について介護老人福祉施設の職員を対象にアンケート調査を実施した。調査の結果、言葉による抑制は身体拘束の問題として捉えているのではなく、介護者の接遇や利用者虐待、職員の態度等、広範囲にわたる問題として認識されていることが示された。また、言葉による抑制を引き起こし易い場面や、その時の職員の心理状態の一端が明らかとなった。これらの結果から、職員自身が利用者とその置かれた状況を理解すること等、広い視野の中でケアを行っていく必要があることが示唆された。

II. 本研究から導き出された基本的課題

課題1. 身体拘束の定義を行うこと

身体拘束に関して判断しなければならない場合、拘束の意味を正しく理解し、常に対応策を検討する必要がある。

第3章で述べたとおり、「身体拘束の基準」としては、「身体拘束ゼロへの手引き」が一般的に周知されている。しかし、身体拘束の明確な定義は未だ存在していない。

高崎（2004）は、一般的に拘束とは、「何らかの器具を使用して、利用者の自由な動きや身体活動、あるいは利用者自身が自分の身体に通常の形で触るのを制限すること」と述べている（高崎 2004）。石川（2002）は、「拘束は基本的に人権侵害であり、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」と述べている（石川 2002）。

以上のことから、身体拘束の一般的な定義は、「何らかの器具を使用し、行動を制限すること」となるが、本研究の結果から、利用者と職員が置かれているその都度の状況も勘案した定義を立てる必要があることが示唆された。

課題2. ケアにおける支援と拘束との境界の検討

ケアの中で身体拘束を行う場面は現在でも存在する。「身体拘束ゼロへの手引き」の原則禁止規定中には例外があり、「切迫性」、「非代替性」、「一時性」のすべての要件に当てはまれば、本人や家族の同意の上で身体拘束ができるというものである（厚生労働省 2001）。つまり、身体拘束がケアにおける支援と捉えられるのは、この3要件を満たしていること、本人及び家族へのインフォームド・コンセント（説明と同意）がされていることが条件とされる。

「身体拘束ゼロへの手引き」の中にある身体拘束の具体的行為11項目は、ケアにおける支援か拘束かの境界を検討するための参考になる。身体拘束との線引きに苦慮している27項目（表9-1）は、身体拘束11項目には該当しないが、利用者の行動を制限するという意味においては同じである。したがって、これらの項目においても、本人への説明と同意が得られていること、「切迫性」「非代替性」「一時性」のすべての要件を満たしていることを確認する必要がある。

箕岡（2010）は倫理原則の視点から、動き回る認知症の人を、家族の要望に従って拘束する場合、本人の自由に動き回る権利を認める「自律尊重原則」と、転倒・骨折のリスクを減らすことを目指す「善行原則」は、対立することになると述べている。このことは、認知症の利用者の安全性を尊重しながら、利用者の意思が完全に無視されるようなケアは、利用者の尊厳を侵害する身体拘束となるケースもあることを意味している。したがって、利用者の尊厳を守りながら、そのつどの心身状態に応じた適切な介護ケアを行う体制を築くためには、職員全員が倫理原則に基づいた共通の倫理的価値観を持つことが求められる。

表9-1. 11項目には含まれない身体拘束と思われる行為(27項目)

項目12	歩行能力のない人が立ち上がって転倒したり、ずり落ちないために安全ベルト等で車いすに固定する。
項目13	車いす上で食事をとる時、座位保持が不可能で、ずれ落ち防止のために紐等で縛る。
項目14	徘徊等、利用者が自由に移動できるように車いすベルト等を利用する。
項目15	夜間対応として、ベッドを居室から出して見守りを行う。
項目16	短いサイドレールで四方を囲む。
項目17	夜間対応として、センサーマットを使用する。
項目18	胃ろうチューブを抜かないよう、腹巻等で腹部を覆う。
項目19	四肢全てではなく片方の上肢のみ紐等で縛る。
項目20	かきむしり等防止のため、腹帯を使用する。
項目21	重度認知症の方へのストマはがし予防の為、ミトンを使用する。
項目22	入浴中にミトンを使用し、傷つきにくくする。
項目23	車いす上の姿勢保持(傾斜)を目的として、車いす用テーブルを使用する。
項目24	リクライニング車いすを使用し、フラットの状態でフロアで見守る。
項目25	ずり落ち、転落防止のためリクライニング型車いすで傾斜をつける。
項目26	車いすでの自走不可な方にテーブルについてもらうことにより、行動を制限する。
項目27	立ち上がれないように軟らかいソファ、座面が上がる車いすを使用する。
項目28	机と壁の狭いスペースに通常の椅子を配置し、立ち上がりを妨げる。
項目29	一人で立ち上がれないよう、低いベッドやリクライニングチェアを使用する。
項目30	胃ろうチューブや導尿カテーテルが気にならないように、長い下着や腹帯(ひも付き)を使用する。
項目31	胃ろうチューブ等を自己抜去してしまうために、介護衣を使用する。
項目32	弄便による感染症等の影響を考慮し、介護衣を使用する。
項目33	オムツ外し等を制限するために、介護衣以外で対応する。
項目34	ズボンに手が入らないように、腹巻や腰巻を使用する。
項目35	夜間の体温保持の為、介護衣を使用する。
項目36	手が入らないようにするため、ズボンの紐をきつく縛る。
項目37	フロア全体に施設の戸締りとして、電気錠をする。
項目38	スピーチロック(言葉による抑制)を行い、行動を制限する。

出所：本論文表7-2より一部抜

Ⅲ. 身体拘束廃止に向けた今後の取り組み

第7章の結果を基に、身体拘束廃止に向けた今後の取り組みの課題について述べる。

1. 職員不足の解消

図7-1(p47)の身体拘束廃止に向けた今後の取り組みの現状と方法の中で、第7クラスター〈施設の理念と工夫〉の中に[マンパワー不足]というキーワードが見出された。

厚生労働省(2012)の調査によると、介護保険制度の施行後、介護職員数は増加し、12年間で約3倍となっているが、2025年には、237万人～249万人の介護職員が必要と推計されている。また、介護労働安定センターの介護労働実態調査(2014)によると、介護サービスに従事する従業員の過不足状況に関して、全体では「人手不足感(大いに不足・不足・やや不足)」が56.5%であることを示していた。不足している理由については、「採用が困難である」が68.3%、「事業拡大をしたいが人材が確保できない」が19.3%であった。今後はさらに職員数の確保が困難となり、身体拘束廃止に向けた取り組みにも少なからず影響するものと推定される。

同調査(2014)によると、介護の仕事を辞めた理由として最も多かったのは、「職場の人間関係に問題があったため」の24.7%であった。次いで、「法人や施設・事業所の理念や運営の在り方に不満があったため」の23.3%となっている。人間関係や施設の理念、運営の在り方について職員の満足度を上げる努力をすることも今後の課題である。

2. 職員間の連携

図7-1(p47)の身体拘束廃止に向けた取り組みの現状と方法の中で、第5クラスター〈説明と同意及び連携〉の中に[他職種連携]、[カンファレンスで対応策の検討]、[委員会での

検討]、[職員への教育]といった連携に関する項目が見出された。日本介護福祉士会倫理綱領（1995）においても、「総合的サービスの提供と積極的な連携、協力」の項目が挙げられている。

身体拘束廃止の対応策を職員間で検討することが、身体拘束に対する共通認識を持つことにも繋がり、支援のあり方を見直すことや身体拘束廃止のための対策を立てること、事故防止などのリスク管理を進めるなどの取り組みに通じている。

3. 介護の質の向上

日本介護福祉士会倫理綱領（1995）では、「利用者本位の立場から、自立支援を行うこと」や「専門的サービスの提供」などの項目が挙げられている。

図 7-2（p50）の身体拘束廃止の現状と取り組みにおいて、【支援のあり方】として、「個別ケアや原因を追究する姿勢」、「意思に沿った支援」、「人権の尊重」などが含まれていた。これらのことから、身体拘束廃止には、適切なアセスメントによる利用者理解とケアマネジメント過程が重要であることが示された。それはまた、利用者一人ひとりに対する介護の質の向上に直結している。「身体拘束ゼロへの手引き」（2001）の中で、特別養護老人ホーム清水坂あじさい荘の事例を挙げ、「身体拘束廃止は最終目的ではなく、どう介護するか of 明確な方針を打ち出し、それを具体化するうえで必然的に拘束がありえなくなること」につながることを指摘されている。身体拘束廃止は、介護の質を向上させる一つの契機であり、より良い介護の在り方を実現していくための乗り越えるべき課題であるとされている。

IV. 「言葉による抑制(スピーチロック)」廃止に向けた施設の取り組みと今後の展望

第 7 章の表 7-2 の中で、『「言葉による抑制(スピーチロック)」を行い、行動を制限する』は実施率 40.6%、必要性 20.8%、認識状況 69.7%という結果であった。実施率が必要性よりも高いというこの結果と、第 8 章の結果から、職員が「言葉による抑制」だと認識する範囲が身体拘束の域を超えた広範囲のものであることが明らかになった。

先行研究として、佐藤（2004）が施設において『「言葉による抑制」と思われる言葉を職員にアンケート調査し、言葉による抑制（スピーチロック）を自覚した上で職員の姿勢を正し、2 週間ケアを実施したところ、利用者の表情が明るくなった』ことを報告されている（佐藤 2004）。また、野末（2012）は、『多忙、習慣化による不適切な言動は専門職として容認できないが、個人の意識変容に任せているだけでは解決しない。心理的にゆとりがなく、感情のコントロールができないことの対策として、「10 秒待ち」と「言葉の言い換え」に取り組んだ結果、言動の変容に繋がった』と報告している（野末 2012）。

施設での取り組みの多くは、「言葉による抑制」に関するアンケート調査などを用いて意識化し、その言葉の言い換えを行い、研修等での周知、評価を行うという流れで行われていた（大筆ら 2012；山田ら 2011；中村ら 2010；野末ら 2012；本間ら 2008；佐藤 2004；梶本ら 2012；権田 2012；檜木 2012；竹村ら 2013；鳥越ら 2012；芹沢 2012；前山 2009；原 2010；大野ら 2011；高橋 2013）。

しかし、「言葉による抑制」に関する取り組みの報告は少なく、今後さらに調査を進めていく必要がある。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、施設の実態調査を主とした調査研究であり、質問紙郵送調査によって得られた調査票を分析したものである。調査は全国規模としたが、回収率が 22.1% および 19.3% と低く、身体拘束廃止を進めていない施設からの返送が少数だった可能性も否定できない。

今後の課題は、身体拘束廃止に向けた取り組みとして、身体拘束かどうかの線引きのための判断基準を探究し、明確化するための調査研究や、「言葉による抑制(スピーチロック)」に関する調査等を継続していきたい。

VI. 謝辞

本研究を実施するにあたり、調査にご協力いただきました介護保険施設（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）及び特定施設、認知症対応型共同生活介護事業所の職員の皆様方に感謝いたします。また、懇切丁寧にご指導いただきました九州保健福祉大学大学院の諸先生方、院生の皆様に御礼申し上げます。最後に、常に支えてくれた家族に深謝いたします。

<引用文献>

- 権田安子（2012）「見直そう！利用者・家族との言葉遣い。スピーチロック廃止への取り組みと実践」『高齢者安心安全ケア実践と記録』10（1），47-52.
- 原克行（2010）「スピーチロックの廃止に向けて「何げなく」使ってしまう言葉を見直そう」『高齢者安心安全ケア』14（2），31-39. (www.ituki.com/hara.pdf, 2014.2.17)
- 本間全代・山下恭子（2008）「スピーチロックに対する意識を高めるー接遇チェックリストにひと工夫ー」『日本療養病床協会全国研究大会抄録集』16，132.
- 石川秀也（2002）「身体拘束廃止に関する一考察ーその経過・現状・今後ー」『北星学園大学大学院社会福祉学研究科北星学園大学大学院論集』5，55-73.
- （公財）介護労働安定センター（2014）「平成 25 年度介護労働実態調査結果について」(http://www.kaigo-center.or.jp/report/h25_chousa_01.html, 2015.3.8)
- 梶本浩之・中田裕行・川上直美ほか（2012）「ストップザ言葉の拘束（スピーチロック）」『全国介護老人保健施設大会抄録集』23.
- 厚生労働省（2001）「身体拘束ゼロへの手引き（第1版）」.
- 厚生労働省（2012）「介護サービス施設・事業所調査. 医療・介護にかかる長期推計」.
- 前山朱美（2009）「スピーチロック減少の取り組みについて」『全国介護老人保健施設大会抄録集』20.
- 中村初美（2010）「身体拘束研究チームの活動報告ースピーチロック廃止継続に向けての取り組み」『日本慢性期医療学会大会抄録集』18, 231.
- 公益社団法人日本介護福祉士会（1995）「日本介護福祉士会倫理綱領」(<http://www.jaccw.or.jp/about/rinri.php>, 2015.8.24)
- 野末博美・大川知子（2012）「スピーチロックに対する病棟の取り組みー現状把握と対策ー」『日本慢性期医療学会大会抄録集』20，276.
- 大筆典也・作井佳奈子・奥田りつ子（2012）「スピーチロック廃止への第一歩」『全国介護老人保健施設大会抄録集』23.

- 大野美穂子他（2011）「スピーチロック廃止に向けての取り組みーゆったりソフトにこやかにー」『社会福祉事業団職員実践報告・実務研究論文集』34, 134-157.
- 佐藤裕邦（2004）「ケアに当たる職員の意識改革ー「寝かせきり」と「無意識なスピーチロック」についてー」『山形県国保地域医療学会学会誌』48, 42-44.
- 芹沢梨恵（2012）「『見えない拘束』への取り組みースピーチロック廃止に向けてのー報告ー」『全国介護老人保健施設大会抄録集』23.
- 高崎絹子（2004）『「身体拘束ゼロ」を創る患者・利用者のアドボカシー確立のための知識と技術』中央法規. 2-8.
- 高橋尚子（2013）「「みえない拘束」廃止への取り組みスピーチロック廃止に向けてのー報告」『認知症ケア事例ジャーナル』6（3）, 273-276.
- 竹村亮祐・宮川美由紀（2013）「分かっているでも使ってしまうスピーチロックを防ぐにはーマニュアルの作成ー」『全国介護老人保健施設大会抄録集』24.
- 鳥越寿子他（2012）「言葉の行動抑制（スピーチロック）廃止についてスタッフの意識改革への取り組み」『全国介護老人保健施設大会抄録集』23.
- 山田雅子・勝山奈々美・中川映里（2011）「言葉による抑制（スピーチロック）に対するの看護師の意識調査ーA病棟の看護師を対象とした調査を通してー」『日本農村医学会雑誌』60（3）, 434.
- 檜木博之（2012）「虐待になっていませんか？あなたの言葉遣い第2回スピーチロックの判断と改善」『高齢者安心安全ケア実践と記録』10（1）, 47-52.

資料

1. 身体拘束に関する調査
2. 「スピーチロック（言葉による抑制）」に関する職員の意識調査

身体拘束に関する調査

介護保険制度の制定後、「厚生労働省が示している身体拘束の具体例（11項目）」が打ち出され、全国的に身体拘束廃止への取り組みが始まりました。施設・事業所では、これまで身体拘束廃止に向けた様々な工夫や取り組みがなされていますが、一方で働く環境の問題点、安全面の確保、高齢者の権利擁護や倫理の側面等からも様々な議論がなされています。

そこで本調査は、**入所者に関わりのある職員**を対象に介護保険施設・事業所における身体拘束の状況と身体拘束に関する意識調査を実施し、身体拘束廃止の現状と認識状況を把握するために行うものです。

1. 調査の目的

本調査の目的は、現場で入所者と関わりのある多職種が、「身体拘束」について実施状況の把握をし、身体拘束の必要性を感じているのか。また、身体拘束をどう意識しているかを明らかにすることです。

2. 調査の方法

施設・事業所に郵送したアンケートに、本調査に同意をいただける職員の方にご記入をお願いいたします。設問へのご回答は、約15分程度かかります。選択肢がある場合はその番号に○をつけ、空欄の場合は適宜ご記入をお願い致します。自由記述式の質問に関しましては、ご自由にご記入をお願い申し上げます。

3. 回収の方法

ご記入いただいたアンケート用紙は、回答内容が第三者の目に触れぬよう、返信用封筒に入れて封をしていただき、**平成24年9月28日(金)まで**にご自身でポストに投函をお願い申し上げます(切手は不要です)。

4. 研究調査にあたっての配慮

研究調査へのご協力は決して強制ではありません。本調査にご同意いただける場合は、アンケートにご回答のうえ、返信用封筒にてご返信ください。返信をもって、本調査に同意いただいたものと致します。

アンケート調査は無記名で行います。回答はIDで管理し、調査で得られた情報は統計的に処理され、個人や貴施設名が特定されることはございません。ご協力、何卒よろしくをお願いいたします。ご不明な点がございましたら下記までご連絡ください。

2012年8月吉日

〒882-0000 宮崎県延岡市〇〇町△△-△
福崎 径子 TEL/FAX:(0000)00-0000
E-mail:000000@-----..jp

[基礎情報]

【問1】 年齢、性別をご記入下さい。

年齢 (歳) 性別 (男 ・ 女)

【問2】 役職について該当する番号を○で囲んでください。

1. 施設長 2. 役職 (主任・リーダー等) 3. 正規職員 4. 嘱託職員
5. パート・アルバイト 6. その他 ()

【問3】 職種について該当する番号を○で囲んでください。

1. 介護職 2. 相談援助職 3. 医療職 4. 事務職
5. その他 ()

【問4】 経験年数についてご記入ください。

①現在までの職種の合計経験年数

②現在の職場での経験年数

_____ 年 か月 _____ 年 か月

【問5】 福祉・医療等に関する保有資格について該当する番号すべてに○で囲んでください (複数回答可)。

1. 介護福祉士 2. 社会福祉士 3. 介護支援専門員 4. 管理栄養士
5. 看護師 6. 准看護師 7. 医師 8. 作業療法士
9. 理学療法士 10. 言語聴覚士 11. ホームヘルパー (級)
12. その他 () 13. 保有資格なし

【問6】 施設・事業所の種別について該当する番号一つに○で囲んでください。

1. 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) 2. 介護老人保健施設
3. 介護療養型医療施設 4. 特定施設入居者生活介護
5. 認知症対応型共同生活介護 6. その他 ()

【問7】 施設・事業所の入所者数についてご記入ください。

8月現在の入所者数 _____ 名

[研修制度について]

【問8】 職場内における研修制度についてお聞きします。

- ・研修に参加していますか。
 1. 参加している
 2. 時々参加している
 3. 参加していない
 4. 研修制度がない

- ・研修の中で「身体拘束」という言葉を聞いたことがありますか。
 1. はい
 2. いいえ

※「はい」と答えた方にお聞きします。その研修内容について該当するものを○で囲んでください。(複数回答可)

1. 新人研修
2. 定例研修
3. 介護技術等の研修
4. 事例検討
5. 権利擁護
6. 高齢者虐待
7. 介護保険制度等の法制度
8. 身体拘束
9. 接遇
10. その他 ()

- ・その研修を受けた際に感じた事をご記入ください。いくつかある場合は特に印象に残った研修についてご記入ください。

【問9】 職場外における研修についてお聞きします。

- ・貴施設・事業所外での「身体拘束に関する研修」に参加したことがありますか。
 1. はい
 2. いいえ

※「はい」と答えた方にお聞きします。その研修を受けた際に感じたことをご記入ください。

[身体拘束の意識について]

【問10】 以下の項目は厚生労働省が示している身体拘束の具体例（11項目）ですが、貴施設・事業所において①各行為を実施しているか（**常時**：常に実施している、**時々**：短時間のみ実施している。あるいは、理由がある場合のみ実施している、**実施していない**：その行為は行っていない）、また、あなたの考えでは②その行為をする必要があるか、③身体拘束と考えているか、それぞれあてはまるものを○で囲んでください。（※平成24年8月現在の状況）

行為の番号	身体拘束の具体的行為	実施している	必要である	身体拘束である
記入例	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。	常時 時々 <u>していない</u>	はい <u>いいえ</u> わからない	<u>はい</u> いいえ わからない
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。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
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。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
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。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
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。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
5	点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
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。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
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。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
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。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
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。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
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。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
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。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない

【問11】 以下の項目は【問 10】以外の項目ですが、貴施設・事業所において各行為を実施しているか、あなたの考えではその行為をする必要があるか、また身体拘束と考えているか、それぞれあてはまるものを○で囲んでください。

行為の番号	身体拘束11項目には含まれない具体的行為	実施している	必要である	身体拘束である
12	歩行能力のない人が立ち上がって転倒したり、ずり落ちないために安全ベルト等で車いすに固定する。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
13	車いす上で食事をする時、座位保持が不可能で、ずり落ち防止のために紐等で縛る。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
14	徘徊等、利用者が自由に移動できるように車いすベルト等を利用する。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
15	夜間対応として、ベッドを居室から出して見守りを行う。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
16	短いサイドレールで四方を囲む。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
17	夜間対応として、センサーマットを使用する。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
18	胃ろうチューブを抜かないよう、腹巻等で腹部を覆う。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
19	四肢全てではなく片方の上肢のみ紐等で縛る。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
20	かきむしり等防止のため、腹帯を使用する。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
21	重度認知症の方へのストマはがし予防の為、ミトンを使用する。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
22	入浴中にミトンを使用し、傷つきにくくする。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
23	車いす上の姿勢保持(傾斜)を目的として、車いす用テーブルを使用する。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
24	リクライニング車いすを使用し、フラットの状態でフロアで見守る。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
25	ずり落ち、転落防止のためリクライニング型車いすで傾斜をつける。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない

行為の番号	身体拘束11項目には含まれない具体的行為	実施している	必要である	身体拘束である
26	車いすでの自走不可な方にテーブルについてもらうことにより、行動を制限する。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
27	立ち上がれないように軟らかいソファ、座面が上がる車いすを使用する。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
28	机と壁の狭いスペースに通常の椅子を配置し、立ち上がりを妨げる。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
29	一人で立ち上がれないよう、低いベッドやリクライニングチェアを使用する。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
30	胃ろうチューブや導尿カテーテルが気にならないように、長い下着や腹帯(ひも付き)を使用する。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
31	胃ろうチューブ等を自己抜去してしまうために、介護衣を使用する。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
32	弄便による感染症等の影響を考慮し、介護衣を使用する。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
33	オムツ外し等を制限するために、介護衣以外で対応する。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
34	ズボンに手が入らないように、腹巻や腰巻を使用する。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
35	夜間の体温保持の為、介護衣を使用する。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
36	手が入らないようにするため、ズボンの紐をきつく縛る。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
37	フロア全体に施設の戸締りとして、電気錠をする。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない
38	スピーチロック(言葉による抑制)を行い、行動を制限する。	常時 時々 していない	はい いいえ わからない	はい いいえ わからない

【問16】 施設・事業所において「権利擁護を尊重すべき点として定めていること」や、「尊厳を守ろうとあなたが実践していること」はありますか。ありましたらできるだけ詳しくお書き下さい。

*

*

*

*

*

【問17】 身体拘束に関する事柄についてお聞きします。

- ・身体拘束に関して悩んだ経験はありますか。
1. はい 2. いいえ 3. よくわからない

※「はい」と答えた方にお聞きします。

- ・悩んだことはどのようなことですか。できるだけ詳しくお書き下さい。

- ・身体拘束をしないためにどのような対応や工夫をしましたか。

以上ですべての質問は終了です。

お忙しいところご協力いただき、誠にありがとうございました。

「スピーチロック（言葉による抑制）」に関する職員の意識調査

アンケート調査用紙

本調査は科学研究費助成事業（若手研究 B）より助成を受け、実施しております。

研究目的

この研究は、特別養護老人ホームに従事する職員に対し、身体拘束の一部として扱われている「言葉による抑制（以下、スピーチロック）」に関する意識を調査し、スピーチロックの定義を明らかにすることを目的としています。高齢者と関わりの多い施設職員が、スピーチロックに対してどのような認識をお持ちであるかを本調査により明確にし、スピーチロック廃止に向けた職員のあり方を考える貴重な資料とさせていただきます。

調査方法

ご協力いただける方は、アンケートにお答えください。所要時間は約30分です。お答えいただいた後、アンケート及び同意書を返信用封筒に入れ、平成26年8月31日までに、ご自身でポストへご投函下さい。協力いただけなくても不利益を受けることは全くありません。

個人情報とデータの取り扱い

取得したデータや個人情報は、研究目的以外には使用致しません。データには番号付けを行うとともに匿名化致します。専門学会、学術専門誌、学内研究会等を通じて研究発表する際も個人情報・施設名等が公表されることはありません。

調査対象者の権利について

この調査に協力するか否かは、回答者自身の自由意思で決定してください。また、一度同意した後でもいつでも同意を取り消すことができ、それによる不利益はありません。匿名化番号を破棄するとともに、それまでに得られたデータや解析結果を破棄し、それ以降の研究には一切使用致しません。ただし、取り消し要求された時点で公表済みの解析結果がある場合は、このデータを破棄できませんのでご承知おきください。詳細は、別紙の調査説明書をお読みいただければ幸いです。

本調査に関する連絡先

〒882-0000 宮崎県延岡市〇〇町△△-△

九州保健福祉大学

清水 径子（シミズ ミチコ）

電話：0000-00-0000 Email：000000@-----.---.jp

【スピーチロックの認識について】

問 1. 「言葉による抑制（スピーチロック）」について知っていますか。該当する番号に○印を付けてください。

1. 知っている
2. 言葉としては聞いたことがあり、少しは内容を知っている。
3. 言葉としては聞いたことがあるが、内容はほとんど知らない。
4. 初めて聞いた・知らない。
5. その他()

【スピーチロックの具体的な項目について】

問 2. 以下の言葉 a)～r)を利用者に使う場合、「言葉による抑制（スピーチロック）」に該当すると思いますか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。※看護職・介護職等を総称して「ケア提供者」としています。

a) 「座っていて、立たないで、そこにいて」

1. いかなる場合（状態）でも、これはスピーチロックに該当する
2. 緊急性が高い場合はスピーチロックにはならない
3. 言い方が優しければスピーチロックにはならない
4. 丁寧な言葉使いに変えればスピーチロックにはならない（座っていてください等）
5. この言葉を使う理由を説明すればスピーチロックにはならない（○○なので座っていて等）
6. この言葉の後に、謝罪の言葉があればスピーチロックにはならない（先ほどはすみません等）
7. 利用者とケア提供者との関係性が良好だと（ケアする側が）感じていればスピーチロックにはならない
8. 利用者がこの言葉で不機嫌になったり表情が変わったりしなければスピーチロックにはならない
9. いかなる場合（状態）でも、これはスピーチロックには該当しない
10. その他()

b) 「動かないで」

1. いかなる場合（状態）でも、これはスピーチロックに該当する
2. 緊急性が高い場合はスピーチロックにはならない
3. 言い方が優しければスピーチロックにはならない
4. 丁寧な言葉使いに変えればスピーチロックにはならない（動かないでください等）
5. この言葉を使う理由を説明すればスピーチロックにはならない（○○なので動かないで等）
6. この言葉の後に、謝罪の言葉があればスピーチロックにはならない（先ほどはすみません等）
7. 利用者とケア提供者との関係性が良好だと（ケアする側が）感じていればスピーチロックにはならない
8. 利用者がこの言葉で不機嫌になったり表情が変わったりしなければスピーチロックにはならない
9. いかなる場合（状態）でも、これはスピーチロックには該当しない
10. その他()

c) 「待って」

1. いかなる場合 (状態) でも、これはスピーチロックに該当する
2. 緊急性が高い場合はスピーチロックにはならない
3. 言い方が優しければスピーチロックにはならない
4. 丁寧な言葉使いに変えればスピーチロックにはならない (待っていてください等)
5. この言葉を使う理由を説明すればスピーチロックにはならない (〇〇なので待って等)
6. この言葉の後に、謝罪の言葉があればスピーチロックにはならない (先ほどはすみません等)
7. 利用者とケア提供者との関係性が良好だと (ケアする側が) 感じていればスピーチロックにはならない
8. 利用者がこの言葉で不機嫌になったり表情が変わったりしなければスピーチロックにはならない
9. いかなる場合 (状態) でも、これはスピーチロックには該当しない
10. その他 ()

d) 「あとで来ますから」

1. いかなる場合 (状態) でも、これはスピーチロックに該当する
2. 緊急性が高い場合はスピーチロックにはならない
3. 言い方が優しければスピーチロックにはならない
4. 丁寧な言葉使いに変えればスピーチロックにはならない (のちほど伺います等)
5. この言葉を使う理由を説明すればスピーチロックにはならない (〇〇なので、後で来ますから等)
6. この言葉の後に、謝罪の言葉があればスピーチロックにはならない (先ほどはすみません等)
7. 利用者とケア提供者との関係性が良好だと (ケアする側が) 感じていればスピーチロックにはならない
8. 利用者がこの言葉で不機嫌になったり表情が変わったりしなければスピーチロックにはならない
9. いかなる場合 (状態) でも、これはスピーチロックには該当しない
10. その他 ()

e) 「早く〇〇して」

1. いかなる場合 (状態) でも、これはスピーチロックに該当する
2. 緊急性が高い場合はスピーチロックにはならない
3. 言い方が優しければスピーチロックにはならない
4. 丁寧な言葉使いに変えればスピーチロックにはならない (早く〇〇しててください等)
5. この言葉を使う理由を説明すればスピーチロックにはならない (〇〇なので早くして等)
6. この言葉の後に、謝罪の言葉があればスピーチロックにはならない (先ほどはすみません等)
7. 利用者とケア提供者との関係性が良好だと (ケアする側が) 感じていればスピーチロックにはならない
8. 利用者がこの言葉で不機嫌になったり表情が変わったりしなければスピーチロックにはならない
9. いかなる場合 (状態) でも、これはスピーチロックには該当しない
10. その他 ()

f) 「静かにして」

1. いかなる場合（状態）でも、これはスピーチロックに該当する
2. 緊急性が高い場合はスピーチロックにはならない
3. 言い方が優しければスピーチロックにはならない
4. 丁寧な言葉使いに変えればスピーチロックにはならない（静かにしてください等）
5. この言葉を使う理由を説明すればスピーチロックにはならない（〇〇なので静かにして等）
6. この言葉の後に、謝罪の言葉があればスピーチロックにはならない（先ほどはすみません等）
7. 利用者とケア提供者との関係性が良好だと（ケアする側が）感じていればスピーチロックにはならない
8. 利用者がこの言葉で不機嫌になったり表情が変わったりしなければスピーチロックにはならない
9. いかなる場合（状態）でも、これはスピーチロックには該当しない
10. その他（)

g) 「やめて」

1. いかなる場合（状態）でも、これはスピーチロックに該当する
2. 緊急性が高い場合はスピーチロックにはならない
3. 言い方が優しければスピーチロックにはならない
4. 丁寧な言葉使いに変えればスピーチロックにはならない（やめてください等）
5. この言葉を使う理由を説明すればスピーチロックにはならない（〇〇なのでやめて等）
6. この言葉の後に、謝罪の言葉があればスピーチロックにはならない（先ほどはすみません等）
7. 利用者とケア提供者との関係性が良好だと（ケアする側が）感じていればスピーチロックにはならない
8. 利用者がこの言葉で不機嫌になったり表情が変わったりしなければスピーチロックにはならない
9. いかなる場合（状態）でも、これはスピーチロックには該当しない
10. その他（)

h) 「どこに行くの？」

1. いかなる場合（状態）でも、これはスピーチロックに該当する
2. 緊急性が高い場合はスピーチロックにはならない
3. 言い方が優しければスピーチロックにはならない
4. 丁寧な言葉使いに変えればスピーチロックにはならない（どこに行かれますか？等）
5. この言葉を使う理由を説明すればスピーチロックにはならない（〇〇ですが、どこに行くの？等）
6. この言葉の後に、謝罪の言葉があればスピーチロックにはならない（先ほどはすみません等）
7. 利用者とケア提供者との関係性が良好だと（ケアする側が）感じていればスピーチロックにはならない
8. 利用者がこの言葉で不機嫌になったり表情が変わったりしなければスピーチロックにはならない
9. いかなる場合（状態）でも、これはスピーチロックには該当しない
10. その他（)

i) 「どうしてそんなことするの？」

1. いかなる場合 (状態) でも、これはスピーチロックに該当する
2. 緊急性が高い場合はスピーチロックにはならない
3. 言い方が優しければスピーチロックにはならない
4. 丁寧な言葉使いに変えればスピーチロックにはならない (どうしてそんなことをするのですか?等)
5. この言葉を使う理由を説明すればスピーチロックにはならない (〇〇ですが、どうしてそんなことするの?等)
6. この言葉の後に、謝罪の言葉があればスピーチロックにはならない (先ほどはすみません等)
7. 利用者とケア提供者との関係性が良好だと (ケアする側が) 感じていればスピーチロックにはならない
8. 利用者がこの言葉で不機嫌になったり表情が変わったりしなければスピーチロックにはならない
9. いかなる場合 (状態) でも、これはスピーチロックには該当しない
10. その他 ()

j) 「〇〇したらダメ」

1. いかなる場合 (状態) でも、これはスピーチロックに該当する
2. 緊急性が高い場合はスピーチロックにはならない
3. 言い方が優しければスピーチロックにはならない
4. 丁寧な言葉使いに変えればスピーチロックにはならない (〇〇してはいけません等)
5. この言葉を使う理由を説明すればスピーチロックにはならない (危険ですから、〇〇してはダメ等)
6. この言葉の後に、謝罪の言葉があればスピーチロックにはならない (先ほどはすみません等)
7. 利用者とケア提供者との関係性が良好だと (ケアする側が) 感じていればスピーチロックにはならない
8. 利用者がこの言葉で不機嫌になったり表情が変わったりしなければスピーチロックにはならない
9. いかなる場合 (状態) でも、これはスピーチロックには該当しない
10. その他 ()

k) 「同じことばかり言って」

1. いかなる場合 (状態) でも、これはスピーチロックに該当する
2. 緊急性が高い場合はスピーチロックにはならない
3. 言い方が優しければスピーチロックにはならない
4. 丁寧な言葉使いに変えればスピーチロックにはならない (同じことばかり言わないでください等)
5. この言葉を使う理由を説明すればスピーチロックにはならない (何度も聞きましたよ。同じことばかり言って等)
6. この言葉の後に、謝罪の言葉があればスピーチロックにはならない (先ほどはすみません等)
7. 利用者とケア提供者との関係性が良好だと (ケアする側が) 感じていればスピーチロックにはならない
8. 利用者がこの言葉で不機嫌になったり表情が変わったりしなければスピーチロックにはならない
9. いかなる場合 (状態) でも、これはスピーチロックには該当しない
10. その他 ()

1) 「ちがう」

1. いかなる場合（状態）でも、これはスピーチロックに該当する
2. 緊急性が高い場合はスピーチロックにはならない
3. 言い方が優しければスピーチロックにはならない
4. 丁寧な言葉使いに変えればスピーチロックにはならない（違います等）
5. この言葉を使う理由を説明すればスピーチロックにはならない（〇〇だから、違います等）
6. この言葉の後に、謝罪の言葉があればスピーチロックにはならない（先ほどはすみません等）
7. 利用者とケア提供者との関係性が良好だと（ケアする側が）感じていけばスピーチロックにはならない
8. 利用者がこの言葉で不機嫌になったり表情が変わったりしなければスピーチロックにはならない
9. いかなる場合（状態）でも、これはスピーチロックには該当しない
10. その他（)

m) 「何をしてるの？」

1. いかなる場合（状態）でも、これはスピーチロックに該当する
2. 緊急性が高い場合はスピーチロックにはならない
3. 言い方が優しければスピーチロックにはならない
4. 丁寧な言葉使いに変えればスピーチロックにはならない（何をされているのですか？等）
5. この言葉の後に、謝罪の言葉があればスピーチロックにはならない（先ほどはすみません等）
6. 利用者とケア提供者との関係性が良好だと（ケアする側が）感じていけばスピーチロックにはならない
7. 利用者がこの言葉で不機嫌になったり表情が変わったりしなければスピーチロックにはならない
8. いかなる場合（状態）でも、これはスピーチロックには該当しない
9. その他（)

n) 「また〇〇なの？」

1. いかなる場合（状態）でも、これはスピーチロックに該当する
2. 緊急性が高い場合はスピーチロックにはならない
3. 言い方が優しければスピーチロックにはならない
4. 丁寧な言葉使いに変えればスピーチロックにはならない（また〇〇なのですか？等）
5. この言葉の後に、謝罪の言葉があればスピーチロックにはならない（先ほどはすみません等）
6. 利用者とケア提供者との関係性が良好だと（ケアする側が）感じていけばスピーチロックにはならない
7. 利用者がこの言葉で不機嫌になったり表情が変わったりしなければスピーチロックにはならない
8. いかなる場合（状態）でも、これはスピーチロックには該当しない
9. その他（)

o) 無言で介助する

1. いかなる場合（状態）でも、無言もスピーチロックに該当する
2. 利用者とケア提供者との関係性が良好だと（ケアする側が）感じていけばスピーチロックにはならない

3. 利用者が不機嫌になったり表情が変わったりしなければスピーチロックにはならない
4. いかなる場合（状態）でも、無言での介助はスピーチロックに該当しない
5. その他（)

p) 「〇〇ちゃん」と呼ぶ

1. いかなる場合（状態）でも、スピーチロックに該当する
2. 利用者とケア提供者との関係性が良好だと（ケアする側が）感じていればスピーチロックにはならない
3. 利用者が不機嫌になったり表情が変わったりしなければスピーチロックにはならない
4. いかなる場合（状態）でも、スピーチロックに該当しない
5. その他（)

q) あだ名で呼ぶ

1. いかなる場合（状態）でも、スピーチロックに該当する
2. 利用者とケア提供者との関係性が良好だと（ケアする側が）感じていればスピーチロックにはならない
3. 利用者が不機嫌になったり表情が変わったりしなければスピーチロックにはならない
4. いかなる場合（状態）でも、スピーチロックに該当しない
5. その他（)

r) 「おじいちゃん、おばあちゃん」と呼ぶ

1. いかなる場合（状態）でも、スピーチロックに該当する
2. 利用者とケア提供者との関係性が良好だと（ケアする側が）感じていればスピーチロックにはならない
3. 利用者が不機嫌になったり表情が変わったりしなければスピーチロックにはならない
4. いかなる場合（状態）でも、スピーチロックに該当しない
5. その他（)

問 3. あなたの施設内で、スピーチロックだと思われる言葉を自身で使った又は近くで耳にしたことがあれば、その場面を一つ思い浮かべ、対象者の行動・言動、ケア提供者のとった行動・言動、ケア提供者のその時の心理状態、対象者の反応に分け、できるだけ詳細に書いて下さい。

対象者の行動・言動	ケア提供者のとった行動・言動	ケア提供者の心理状態	対象者の反応
例) 食事を手づかみで食べていた	とっさに「あー、ダメダメ！」	行為に対して汚いと感じた	不機嫌な顔をされていた

【スピーチロックの使用について】

問 4. ケアをする中で利用者に対して、Q2 に記載した言葉や態度を、あなたが施設内で**使用している頻度**について、お尋ねいたします。最も近いと思われる番号に○をつけてください。

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 1. 一日に何度も使用している | 2. 1週間に数回程度使用している |
| 3. 月に数回使用している | 4. 3か月に数回使用している |
| 5. ほとんど使用していない | 6. その他 () |

問 5. スピーチロックを「ゼロにする」ことについて、あなたの考えと最も近い番号**1つ**に○を付けてください。

- | | |
|-----------------------------|------------------|
| 1. 不可能である | 2. なくしていきたいが難しい |
| 3. 代わりの言葉を使うことでゼロに近づけることは可能 | |
| 4. ゼロにする必要はない | 5. ゼロにすることは可能である |
| 6. その他 () | |

問 6. スピーチロックを減らそうとする場合、以下の1～9のうち、重要だと思われる番号**3つ**に○を付けてください。

- | | |
|--------------------------|------------------|
| 1. スピーチロックの定義を職員間で共有する | |
| 2. スピーチロック廃止マニュアルを作成する | |
| 3. その都度、話し合う | 4. 接遇について共通認識を得る |
| 5. 職員間で身体拘束についての正しい知識を学ぶ | 6. 介護倫理について学ぶ |
| 7. 高齢者虐待についての正しい知識を学ぶ | |
| 8. その他 () | |

問 7. 研修に参加したことがありますか。あてはまるものに○をつけてください。

- | | | | |
|-------|---|--------------|--------------|
| 施設内研修 | : | 1. 参加したことがある | 2. 参加したことがない |
| 施設外研修 | : | 1. 参加したことがある | 2. 参加したことがない |

問 8. 問 7 で**参加したことがある**と答えた方にお聞きします。あてはまるものに○を付けてください。

- | | |
|--------------------------------|--------------|
| 1) スピーチロックに関する研修に参加したことがありますか。 | |
| 1. 参加したことがある | 2. 参加したことがない |

2)スピーチロックに関する研修に参加したことがある方は、どのようなテーマの研修でしたか。

施設内研修：

1. 接遇
2. マナー
3. 介護技術
4. 介護倫理
5. 高齢者虐待
6. 身体拘束
7. 法制度について
8. その他 ()

施設外研修：

1. 接遇
2. マナー
3. 介護技術
4. 介護倫理
5. 高齢者虐待
6. 身体拘束
7. 法制度について
8. その他 ()

【介護倫理について】

問 9. 「**介護倫理**」について知っていますか。該当する番号に○を付けてください。

※介護倫理の4原則：自立尊重・善行・無危害・公正の原則 など

1. 知っている
2. 言葉としては聞いたことがあり、少しは内容を知っている。
3. 言葉としては聞いたことがあるが、内容はほとんど知らない。
4. 初めて聞いた・知らない。
5. その他 ()

【基本属性について】

問 10. あなたの性別を教えてください。

1. 女
2. 男

問 11. あなたの年齢を教えてください（このアンケートの記載当日）。

() 歳

問 12. 現時点でのあなたの**職種**の**経験年数**を教えてください。

() 年

問 13. あなたの職種を教えてください。主なもの一つに○をつけてください。

1. 介護職
2. 看護職
3. 相談援助職
4. リハビリ専門職
5. その他 ()

問 14. あなたの保有資格を教えてください。いくつでもあてはまるものに○をつけてください。

1. 介護福祉士
2. 初任者研修修了もしくはホームヘルパー（ 級）
3. 看護師
4. 社会福祉士
5. 介護支援専門員（ケアマネージャー）
6. 理学療法士
7. 作業療法士
8. 認知症ケア専門士
9. 保有資格なし
10. その他（ ）

以上でアンケートは終了です。ご多忙中、ご協力をいただき、誠にありがとうございました。貴重な資料とさせていただきます。