

身体拘束予防とシーティング

-高齢者・障害者虐待防止法の中で-

(元) 国立障害者リハビリテーションセンター 廣瀬秀行
特別養護老人ホーム浅草 古賀 洋
鹿教湯三才山リハビリテーションセンター 馬場孝浩 古田大樹 青木克久
戸田中央リハビリテーション病院 小峰隆弘
神奈川リハビリテーション病院 森田智之
九州保健福祉大学保健科学部作業療法学科 押川武志
埼玉県総合リハビリテーションセンター 清宮清美 杉山真理 鈴木康子 井上悦男
文京学院大学保健医療技術学部作業療法学科 宮寺亮輔
リハビリテーション天草病院 川崎圭太
群馬大学大学院保健学研究科 亀ヶ谷忠彦

1. はじめに

1) 身体拘束の経緯

平成 12 年の介護保険制度施行後、平成 13 年に『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』が発表された。

その後、虐待が注目され、高齢者虐待防止法が平成 18 年に施行され、「身体的虐待」の中の暴力的行為と同じ文章のなかに身体拘束や抑制が入った。

また、平成 24 年には障害者虐待防止法が施行され、「障害者の身体に外傷が生じ、若しくは生じるおそれのある暴行を加え、又は正当な理由なく障害者の身体を拘束すること」という同じ定義となった。

2) 定義

身体拘束（しんたいこうそく）とは精神科入院中の患者に対して、精神保健福祉法第 36 条第 3 項の規定により行われる行動制限である。

また、老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準・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（以下「身体的拘束等」という）を行ってはならない。

これらより身体拘束は行動制限を指すことになる。

3) 当協会の活動

平成 20 年度に「(車)いす上での身体拘束廃止具体的方策普及事業」として、当協会は e-ラーニングコンテンツを開発・公開した。しかし、現在まで大きな進展がないまま過ごしている。一方、カナダでは進んだ対応がなされていることが 2012 年の報告で分かった。

高齢者施設での身体拘束はベルトやテーブルが装着されていれば身体拘束、そして虐待になっている。24 年の障害者虐待防止法が始まることで、障害者への影響を及ぼすことは必須であり、シーティングによる障害者への恩恵を減じることになりかねない。

そこで、学術局としては身体拘束とシーティングについて再度検討すべきと考え、2 年間をかけ、会員の協力を得ながら、調査を進めてきた。

第8回シンポジウムでの身体拘束予防とシーティングでは、身体拘束に関する比較（国内とMDS）、海外文献のレビュー、協会会員を対象とした実態調査、身体拘束に関する提案を行い、参加者との意見交換を行った。

第9回シンポジウムでは、8回で提案した4項目、テーブル、ベルト、ティルト・リクライニング、車椅子整備を専門家グループ討議、学術全体討議によって骨格を作り、そしてシンポジウム参加者と意見交換を行った。

今回、2回の意見交換や最新の情報を踏まえ、当協会として最終的に身体拘束に対する対応について提案をする。

2. 身体拘束（身体抑制）に関する比較（国内の手引きとMDS）

1) 身体拘束ゼロへの手引き¹⁾

(1) 『身体拘束ゼロへの手引き』とは

介護保険法の施行（2000年）に伴い、身体拘束が原則として禁止された。本手引きは、厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦進会議」に置かれた分科会において作成され、各都道府県及び関係団体宛てに送付された。身体拘束廃止の趣旨や具体的なケアの工夫事例等が盛り込まれている。

(2) 厚生労働省が身体拘束としてあげている行為

- ・徘徊しないように、車椅子やいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ・転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ・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。
- ・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。

- ・点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、又は皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- ・車椅子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字型抑制帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- ・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。
- ・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。
- ・他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ・行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ・自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

(3) 身体拘束を認める例外：『緊急やむを得ない場合の対応』

以下の三つの要件をすべて満たすことが必要。

- ・切迫性：利用者本人または他の利用者等の生命または危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
- ・非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法が無いこと。
- ・一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

※以下の点に留意

- ・「緊急やむを得ない場合」の判断は、施設全体として行う。
（「身体拘束廃止委員会」設置）
- ・利用者本人、家族への説明と同意（身体拘束の内容、目的、拘束の時間、時間帯、期間等）
- ・要件に該当しなくなった場合は直ちに解除すること。
- ・緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、

その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しなければならない。

2) 『精神保健福祉法』(『法』)²⁾、『身体拘束・隔離の指針』(『指針』)³⁾

(1) 『精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)』とは

精神保健と精神障害者福祉について規定した日本の法律。目的は、精神障害者の医療・保護、その社会復帰の促進・自立と社会経済活動への参加の促進のための必要な援助、その発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進により、精神障害者の福祉の増進・国民の精神保健の向上を図ることにある(1条)。

(2) 『身体拘束・隔離の指針』とは

中間法人日本総合病院精神医学会による身体拘束・隔離に関する公式な指針。身体拘束や隔離は、救急の現場や緊急事態発生時において安全確保のために実施される必要不可欠な対処法であり、その手順や手続き、判断の仕方、用具の使用法ほか、その最良の実施法を解説。

(3) 身体拘束の定義(『法』より)

- ・指定医が必要と認める場合でなければできない行動の制限。
- ・衣類または綿入り帯などを使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限。
- ・できるかぎり早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならない。
- ・実施の判断は指定医に限定、解除は指定医・当直医が行う。行動制限をするときには、当該利用者に行動制限の根拠、内容、見込まれる期間を十分に説明し、利用者の同意を得ること。また、家族や身元引受人に対しても十分に説明し、このやりとりについて記録を確実に作成することが必要。

(4) 身体拘束の適応

① 『法』より

- ア) 自殺企図または自傷行為が著しく切迫している場合。
- イ) 他動または不穏が顕著である場合。
- ウ) ア) またはイ) の他、精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合。

② 『指針』より

- ・自殺、自傷の危険性の切迫。
 - ・他害、器物損壊の危険性の切迫。
 - ・身体的問題の管理→点滴ライン抜去、不潔行為、認知症高齢者の筋力低下による転落防止。
- (5) 身体拘束を行わない工夫(『精神保険福祉法の運用マニュアル』より)

① ベッドからの転落防止については、ベッドの高さの調整、マットや畳を使用する。

② 症状の不安定な患者については、きめ細やかな観察など十分なコミュニケーションをとる。

③ 点滴等の抜去防止については、カテーテル・チューブ等の挿入部位等を工夫する。

特に、行動の制限が必要と思われる症状の不安定な患者については、行動の制限の回避方法について、医療スタッフ間で検討することも必要である。

(6) 身体拘束にあたらぬ場合(『指針』より)

旧厚生省と日本精神病院協会との協議により、以下の場合には、身体拘束にあたらぬと解釈されることになった(2000年)。

① 点滴・経鼻栄養・処置などの医療固定中の身体固定は、短時間であれば身体拘束にあたらぬ。長時間にわたり継続する場合は身体拘束とみなす。短時間・長時間の明瞭な基準は示されていない。

② 食事・レクリエーション・散歩などの際の

車椅子からの転落防止を目的とした安全ベルトによる固定。この際の安全ベルトによる固定は、乗り物や遊具の座席ベルトと同質である。

3) MDS3.0^{4, 5)}

(1) MDS とは

米国で開発された施設・在宅におけるケアプラン作成のための、アセスメント方式（課題分析手法）のひとつ。アセスメント表としてのMDS（Minimum Data Set）と、ケアプラン作成上の検討指針～施設版ではRAPs（Resident Assessment Protocols）、在宅版ではCAPs（Client Assessment Protocols）～で構成されるアセスメント・ケアプラン作成ツール。

(2) MDS3.0における身体拘束（抑制）の定義

利用者の体に接するあらゆる物理、機械、道具、徒手での方法、設備で、簡単に自分で外せず、動きの自由を制限し、体に普通で触ることができなくするもの。

（例）

- ・ベッド柵
- ・体幹部の拘束：ベスト、ウェスト抑制帯、車椅子ベルト。
- ・四肢の拘束：上肢・下肢の抑制、手袋（ミトン）。
- ・立ち上がりを防ぐ椅子、クッション・・・大腿の上を覆う机がついた椅子。
- ・利用者を臥位にする椅子、ソフトで低すぎる椅子、柔らかくて床に置く椅子（ビーズクッションなど）。

(3) MDS3.0における身体拘束（抑制）の条件

- ・内科医の指示（医療的に必要）
- ・利用者、家族、代理人の了承
- ・施設側の身体拘束（身体抑制）解除への評価、努力。
- ・入居者の運動能力を改善し、抑制することの

効果を持つ機器の使用

- ・動けない人への機器の使用

（例）

移乗不可の対象者へのジェリチェア提供は身体拘束（抑制）ではない。他の椅子からは移乗可能でジェリチェアからの移乗が不可になる場合、ジェリチェア使用は、身体拘束（抑制）となる。

※機器使用によって有効な動き、活動を制限する、器具を自分で外せない、自分の体に普通に触れなくなる場合は身体拘束（抑制）となる。※機器使用での利用者への影響（効果）で身体拘束（抑制）かどうか判断する。ポジショニングの機器にもなるし拘束器具にもなる。

※例外：医療治療用カテーテル、キャスト、装具類、牽引、ドレーンチューブ、包帯、腹部を縛るもの。

3. 海外文献の検索

PubMed でキーワードを“wheelchair”、“physical restraint”と入力し検索した結果、26件の論文が抽出された。そのうち、直接シーティングと関係のないまたは自動車での輸送に関する論文を除外し、6件を抄読した。抄読した論文の概要を下表に示す（表1）。身体拘束ありとなしの症例を比較した研究では、移乗や歩行が不安定であること、認知機能が低下していることが拘束をしている原因であるとの報告があった。ベルトの効果と危険性に関しては3つの論文で報告があり、不適切な使用により死に至るケースもあるため、使用には注意が必要であるとまとめられている。ベルト以外のシーティングパーツに関する効果の検証については、症例報告があったもののまだまだ論文が少なく今後の研究が必要である。

表1 PubMedでの論文検索結果

著者	年	デザイン	内容
Herzberg	1993	記述研究 (症例報告やケースシリーズ)	症例は、脳血管障害などを有する93歳の女性で、車いすに乗車時には、滑り落ちる危険があり、ベルトによる拘束と頻回に姿勢修正をすることが必要であった。また、不良姿勢によって食事中的食べこぼしやむせが見られ、大声で叫ぶこともあった。OTが、フットサポートや座クッションを変更した結果、ベルトは外れなかったが、姿勢の崩れ、食べこぼし、むせ、大声を出すことが減少し、雑誌を楽しむなどの変化が認められた。また、職員の介護負担や精神安定のための服薬も減少した。
Schnelleら	1994	分析疫学的研究:症例対照研究,横断研究	ナーシングホーム在住の虚弱高齢者を対象として、身体拘束有り群(108名)と身体拘束無し群(111名)で移乗と歩行の安全性を点数で評価するSafety assessment for the frail elderly (SAFE)と認知機能を評価するMini-Mental State Examination (MMSE)に差があるか比較した。結果、SAFEとMMSEともにグループ間の差が有意に認められ、身体拘束有り群が移乗、歩行の安定性、認知機能ともに低かった。拘束を無くすためにも、SAFEで問題がある項目を治療やリハビリテーションによって解決することが重要である。
Curtisら	1995	分析疫学的研究:症例対照研究,横断研究	胸髄損傷患者7名と健常者9名を対象として、それぞれ車いす上にてベルトなし、胸ベルト装着、大腿ベルト装着の3条件でリーチ範囲を比較した。結果、健常者は水平面・矢状面ともリーチ範囲が減少した。胸髄損傷患者は、矢状面のリーチ範囲は胸ベルト装着時が大腿ベルト装着やベルトなしと比較して約1.5倍の増加が得られた。水平面のリーチ範囲は、損傷高位が第7胸椎より高い方は低下し、低い方は増加した。
Chavesら	2007	システムティックレビュー	車いす上でのラップベルトの利点と危険性に関する文献を、1966年~2006年の期間で検索し、最終的には25文献に絞り込み分析した。結論としては、ラップベルトは車いす使用者の外傷や転落のリスクを減少させるための機器として役立つが、不適切な使用は傷害や死亡さえも引き起こすので注意が必要である。また、ラップベルトは身体拘束として使用されることもあるが、まずベルトありきでは無く車いす全体を調整した中で補助的に使用されるべきである。
Fonadら	2009	分析疫学的研究:症例対照研究,横断研究	認知症病棟と身体障害者の病棟の二つのケアユニット内の転倒を過去4年間遡って調査し、転倒と骨折、転倒リスク、身体拘束(車いす上、ベッド柵)、薬物使用との相関を見ている。結果、認知症病棟での転倒では、骨折、薬物の使用、転倒リスクに加えて、身体拘束との間に相関があった。
Berzlanovichら	2012	分析疫学的研究:症例対照研究,横断研究	1997年から2010年までの期間で、ドイツにある研究所に検死された27353件のうち身体拘束下での死亡は26件あり(そのうち車いす上は2件)、3件が裁判で看護師または医師の過失があったとして有罪判決が下っている。直接の死因としては、絞殺、胸の圧迫、頭部下垂が挙げられた。車いす上では腹部や大腿を固定するベルトが緩かったとの報告があり、対策として適切な使用方法の確認と見回りをする時間短縮の必要性が報告されている。

WWW から高齢者車椅子と抑制というキーワードで得られた各国の4つのガイドラインを見

つけた (表 2)。その中で cms では車椅子は適合
や整備されたものを使うようにと述べており、

不適切な車椅子に乗車させることが移動を制
限する身体拘束になることを意味している。

表 2 WWW から得られた各国の対応の現状

題目	発行年	国	内容	機関	www
権利、リスクと抑制。高齢者介護における抑制使用の検討	2007	英国	車椅子上での拘束例 (部屋に閉じ込める)	Commission for Social Care Inspection	www.csci.org.uk/professional
抑制の減少、評価と選択	1998	米国	環境配備の方法 (よく修理された車椅子)	the Colorado Foundation for Medical Care	www.cms.gov
抑制について話し合いましょう	2008	英国	拘束の例	the Royal College of Nursing,	www.rcn.org.uk
アイルランドでの高齢者入所施設基準	2009	アイルランド	高齢者施設建築 (車椅子や電動車椅子でアクセスできること)	Health Information and Quality Authority	http://www.hiqa.ie/publication

4. 現状調査

平成 24 年の当協会の実態調査では『この 1 年間であなたがシーティングを行う中で、「これは身体拘束になってしまうのではないか?」と悩んだ事例はありますか?』という質問に 58.9% (53 名) の方が「はい」と回答した。つまり、日本シーティング・コンサルタント協会会員の 6 割の方が臨床の場面でシーティングを行いながら、身体拘束と向き合っているという事がわかった。

具体的な事例については、車椅子テーブルやベルト、抑制帯の記載が多く見られた。またその他には、抑制に関わる様な機器は用いていないが、スタッフが監視し、立ち上がろうとするとそれを制止する事 (スピーチロック) や、それが頻回な場合に投薬にてコントロールする事 (メディスンロック) は抑制になるのではないかという意見が多数あった。

身体拘束となる可能性のあるシーティング

機器の中で、体幹ベルトや骨盤ベルトを使用した事があるのは全体の約 30%にとどまり、さらに使用していない約 70%の内の半数近くが「使おうとしなかった」と回答した。約 20%の人は「抑制になってしまうと思った」と回答した。それとは対称的にティルト・リクライニング機構については、90%以上の方が使用したと回答した。また使用しない理由について「抑制になってしまうと思った」と回答した人は一人もいなかった。

車椅子テーブルについては、約 60%の人が使用したと回答した。そして、使用しなかった人の内、約 30%の人が「抑制になってしまうと思った」と回答した。

上記の事からベルトやテーブルに対しては、身体拘束に対しての配慮をしなければならぬという認識が強い一方で、ティルト・リクライニング機構についてはその様な認識をあまり持っていないという事が伺える。

この実態調査から、会員の多くが、シーティングを行う上で身体拘束というものを何らかの形で意識している事がわかった。実際の身体拘束はその内容や目的ではなく、使用している物や機器に目が向けられてしまっている。それが適切なシーティング機器を使用できない環境を作り出し、結果として利用者の能力や行動範囲を狭めてしまっている事もあるのではないかと思う。

以下にシーティングと判断するための条件と、身体拘束となる場合とを提示する。

5. 提案する身体拘束防止とシーティング

1) ティルト・リクライニング

(1) シーティング

A) 車椅子や一般の椅子など、他の椅子で立ち上がれない場合。

B) Hoffer 座位能力分類 (JSSC 版)3 の方。

C) 立ち上がれる方や Hoffer 座位能力分類 (JSSC 版)1, 2 の方で、適切な評価や目的設定が行われた場合。

D) 自分で操作できない場合、ケアプラン、看護計画、介護・看護・家族にその説明ができていている場合。

E) ティルト・リクライニング車椅子を使用することで機能、ADL 能力、生活の質が向上する場合。

(2) 身体拘束

A) ティルト・リクライニングを使用することで機能、ADL 能力、QOL が低下する場合。

B) 立ち上がりを防止する場合。

(3) シーティング症例紹介

① 症例 1

60 歳代、女性、多系統委縮症、左被殻出血、右片麻痺、両変形性股関節症、股関節屈曲:右 60° 左 90°、Hoffer 座位能力分類 3、

起居・移乗:全介助。起立・歩行不能。

使用中のリクライニング型車椅子 (図 1)

- ・下肢痛に配慮し、安楽な位置で保持できるようエレベーター機構を採用。
- ・骨盤後傾をサポートする機能を備えたバックサポート。
- ・電動ユニットを付け左側ジョイスティックで操作。



図 1 リクライニング型車椅子



図 2 介入後座位

院内移動が自立し移乗さえ介助してもらえば売店も訓練室も一人で行くことが出来るようになった。また褥瘡のリスクを考慮し、看護部と協議をし、2 時間おきの乗車とした (図 2)。

② 症例 2

40 歳代、女性、脊髄損傷 (C5 不全麻痺 C6 以下完全麻痺)、殿裂部に 3cm×1.5cm の褥瘡あり、感覚:中等度から軽度鈍麻、基本動作:全介助。



図3 ベッド上座位

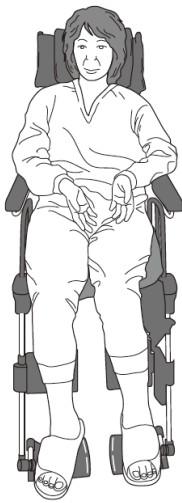


図4 介入後座位

ベッドマットはオムニマットを使用し、食事姿勢でのヘッドアップ位では、尾骨周囲で体圧が130mmHgと高値であった。また姿位からズレのリスクが高いことが予想された。ティルト・リクライニング車椅子を使用した食事姿勢を提案した。食事では、軽度ティルト・リクライニングをかけ、ポータブル・スプリング・パラソナーを使用し一部介助にて摂取可能となった。ティルト・リクライニング機構による定期的姿勢変換を看護部と取り決めた。その結果、殿裂部の褥瘡も治癒した。今後はティルト式電動車椅子の使用を考慮する。

(4) 参加委員

栗木淳子（鹿教湯三才山リハビリテーションセ

ンター PT)

高野利彦（熊谷総合病院）

増尾明（てつく訪問看護ステーション OT）

井上悦男（埼玉県総合リハビリテーションセンター PT）

川崎圭太（リハビリテーション天草病院 PT）

2) テーブル

テーブルは、姿勢の改善、食事、学習場面等で使用する。

(1) シーティング

A) 車椅子や一般の椅子などで立ち上がれない場合。

B) Hoffer 座位能力分類（JSSC 版）3 の方。

C) 立ち上がれる方や Hoffer 座位能力分類（JSSC 版）1, 2 の方で、適切な評価や目的設定が行われた場合。

（Hoffer 座位能力分類（JSSC 版）：当協会が Hoffer 座位能力分類を基に信頼性を確認した分類。

http://seating-consultants.org/top/200408a/a_05.html を参照。以下 Hoffer と略す）

D) 時間や場面に応じてテーブルの使用することで生理的、日常生活、生活の質の向上が確認できる場合。

E) 使用・取り外し方法が説明済みで、ケアプラン、看護計画などに取扱いが明確にされ、本人・介護・看護・家族にその説明がされている場合。

(2) 身体拘束

A) 立ち上がりの抑制やずり落ち防止など本人の動作を抑制し、安全確保のみを理由に使用する場合。

B) 目的が確認できない場合。

(3) シーティング症例紹介

① 症例 1

頸髄損傷（C4）、感覚：C4 レベル以下脱失、P-ROM 制限あり（端坐位には問題なし）、幼少期に突発性側彎があり、コルセット装着していた経過があるが、現在は特に問題なし、ADL：全介助、起立不可、Hoffer3 相当。

上肢を膝の上に置いていると肩に痛みが生じ、視界に入らないことで不安感があった（図5）。座位姿勢の検討とともに、テーブルでの上肢の支持を検討した。テーブル使用により、1時間半、車椅子座位をとっても痛みが出現しなかった（図6）。



図5 介入前座位



図6 介入後座位

② 症例2

脳炎、四肢麻痺、目的のある随意運動不可、不随意運動あり、ADL：全介助、起立不可、Hoffer3。

座位保持装置付きの車椅子処方の相談があった。上肢を膝の上に置くと、手が車椅子の脇に落ちタイヤに挟まる危険があるため、テーブ

ルを設置することにした。しかし、テーブルの上からも落ちることが予測された。そこで、テーブルの形状を検討することとした。テーブルより、手が落ちないように縁を立ち上げた。（図7,8）不随意運動があり、縁を乗り越えることやぶつけることも予測された。縁の高さを10cm程度必要と判断し、厚みをもたせクッション素材を選択した。縁のクッションと机は、マジックテープで脱着可能とした。上肢は、テーブルから落ちなくなり、タイヤに挟まるなどの危険性がなくなった。



図7 介入後座位（前面）



図8 介入後座位（上面）

(4) 参加委員

佐野博一（のびっこらんど OT）

田村亮（リハビリテーション天草病院 PT）

鈴木康子（埼玉県総合リハビリテーションセンター OT）

3) ベルト

(1) シーティング

- A) 身体前方に着脱部があり、一般人が座った状態で容易に外せるもの、または、厚生労働省座位保持装置完成用部品ベルト部品を使用すること。
- B) 日常生活、生活の質の向上が確認できる場合。
- C) 自分で脱着できない場合、ケアプランや診療計画、または介護・看護・家族にその操作の説明ができる場合。

(2) 身体拘束

- A) 後ろでの脱着、特殊な鍵、かた結びを行っている場合。
- B) 立ち上がりの防止を目的とした場合。

(3) シーティング症例紹介

① 症例1

頸髄損傷、C6B2、40才代、男性。

常に伸展痙性が強い状態であり、車椅子走行困難、後方転倒・前方落下あり。日常生活は全介助（図9）、起立不可。



図9 介入前座位

骨盤ベルトにて股関節の伸展を抑制し、下腿ベルトして下肢の伸展痙性を抑制した。骨盤ベルトは完成用部品を使用し、下腿ベルトはクッ

ションとベルクロを用いて作成した。伸展痙性を抑制することで、座位保持が可能となり、車椅子駆動が自立した（図10）。



図10 介入後座位

さらに、褥瘡予防の観点から、接触圧計測を行いながら除圧動作指導を行い、自力動作が可能であることを確認した。自力脱着は不可であるが、本人の声掛けによる他者の脱着は可能である。

② 症例2

50歳代、男性脳幹出血、四肢・体幹失調、右片麻痺。

左下肢のみで車椅子を駆動する。四肢・体幹失調により、駆動時の体幹の前後動揺が大きく、体幹の回旋および骨盤の側方偏位が生じる。さらに、右下肢の伸展痙性が増強され、フットプレートから下肢が落下しやすい状況であった。落下した下肢を修正することは困難であり、車椅子駆動は介助を要していた（図11）。

股関節屈曲位、体幹前傾位とすると、体幹の前後動揺と下肢の伸展痙性が抑制されるため、体幹ベルトを使用して姿勢保持を試みた（図12）。



図 11 介入前座位



図 12 介入後座位

5m 走行速度は 16 秒から 15 秒とわずかながらに短縮された。さらに、右下肢の伸展痙性が抑制されたため、フットプレートから落下することがなくなり、棟内車椅子駆動が自立した。自力での脱着は可能。

(4) 参加委員

多良麻由美 (永生病院 OT)

芳澤松根 (大西病院 PT)

亘理克治 (嶋崎病院 PT)

杉山真理 (埼玉県総合リハビリテーションセンター PT)

4) 整備と管理

(1) シーティング

A) フレーム、シート、アームサポート、

フットサポート、ブレーキ等が適切に整備され、活動のしやすい状態。

B) タイヤの空気圧、溝、車軸、キャスト等が適切に整備され、車椅子走行が行いやすい状態。

C) 車椅子の整備や管理について記したマニュアルがあり、これに基づいて車椅子の整備と管理が行われている場合。

D) 個別のシーティングが必要な入所者・利用者・入院患者等に対し、十分な台数の車椅子で個別対応ができていている場合。

※後半 2 項目については医療・介護・福祉施設を想定

(2) 身体拘束

A) 整備が不十分なため、活動の制限につながっている状態。

B) 整備が不十分なため、車椅子の走行を妨げ、活動を制限している状態。

C) マニュアルがなく、整備や管理が体系立てて行われていない場合。

D) 個別のシーティングが必要な入所者・利用者・患者等に対し、少ない車椅子を共用し、個別のシーティングが提供できていない状態。

※後半 2 項目については医療・介護・福祉施設を想定

(3) シーティング症例紹介

① 症例 1

80 代女性、廃用症候群、脳梗塞左不全麻痺。

特別養護老人ホームに入所時、車椅子のサイズは身体寸法に対して大きく、円背に対する背もたれの張り調整も行われていなかった。また、フットサポートの長さも短く、車椅子での移動には介助を要した (図 13)。



図 13 介入前座位



図 14 介入後座位

身体計測に基づき、施設内の別の車椅子に変更し、背もたれの張り調整等各所の調整を行った（図 14）。

これにより、両上肢駆動による車椅子移動が可能となり、施設内を自立して移動できるようになった。その後、駆動速度の低下や移動範囲の狭小化を認め、マニュアルに基づいて車椅子を点検したところ、タイヤの空気圧低下を認めた。すぐに空気圧の調整を行い、再び上肢駆動が効率的に行えるようになった。その後も車椅子の整備を定期的に行い、活動性を維持した。その結果、10m駆動に要する時間は 85 秒から 58

秒に短縮し、移乗や立ち上がり動作が自立し一時帰宅することも可能となった。

②症例 2

70 代女性、脳梗塞左麻痺。

同居の夫は日中は不在であり、ほとんどの時間を車椅子で過ごしていた。車椅子を点検したところ、ブレーキの調整がされておらず、移乗時に車椅子が動いてしまうため、一人で車椅子から立ち上がることができず、仕方なく長時間車椅子に座っていることが分かった。ブレーキの調整を行うことで、安心して移乗が行えるようになり、疲労時はベッドで休むことができるようになった。

（4）参加委員

吉村憲人（別府リハビリテーションセンター PT）

美谷島直行（特別養護老人ホーム アンミッコ OT）

中村智也子（鹿教湯三才山リハビリテーションセンター PT）

古田大樹（鹿教湯三才山リハビリテーションセンター PT）

6. おわりに

この身体拘束を検討する中で、我々シーティングを実施する側に対して、「ベルトやテーブルのようにすでに禁止されていることを不思議に思わず受け入れている疑問」と同時に、「テイルトやリクライニング、または車椅子整備のように疑問もない状態が身体拘束にあたる場合もあるのではないかという疑問」も投げかける必要があった。

また、身体拘束が行動制限であるなら、拘束を外したことが行動制限となる場合もあることも検討した。

これは機器を選択・制作する側がその機器の効果や正当性を説明できることが必要であり、それがシーティングの質を示すことになる。

同時に、座位能力分類や機器の有効性などシーティング・コンサルタントの役割の重要性も今後の課題となる。

その上で、

- 1) 車椅子の利用環境を考慮すべきという報告もあり、議論を行ったが、今回はシーティングから外した。使用目的に合わせた生活環境が提供できていない場合、身体拘束になる。
- 2) 自分の意思でベルトやテーブルの取り外し、またはティルト・リクライニングが操作できれば（例えば電動によって）、身体拘束ではない。
- 3) 電動車椅子では動ける方が手動車椅子に乗って移動できない場合、身体拘束になりうるか。
- 4) 整備することが重要であるが、対応は施設に任せる。
- 5) 拘束とシーティングは日本だけの問題ではない。欧米と協調しながら進める必要がある。

最後に、本テーマを完成するにあたり、日本シーティング・コンサルタント協会会員の皆様、大阪市立大学 白井みどり教授に感謝いたします。

引用文献

- 1) 『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』, 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」, 2001
- 2) 『精神保健福祉法第37条第1項の規定に基づく厚生大臣が定める処遇の基準』

<http://www.hosp.go.jp/~kamo/pdf/shogukij.pdf#search='精神保健福祉法%20身体拘束'>
(2012/6/12 アクセス)

3) (編集) 日本総合病院精神医学会 教育・研究委員会『身体拘束・隔離の指針 日本総合病院精神医学会治療指針3』, 星和書店, 2009

4) CMS' s RAI MDS 3.0 Manual CH 3: MDS Items [P] P0100: Physical Restraints , http://www.aanac.org/docs/reference-documents/11131_mds_3-0_chapter_3_-_section_p_v1-04_sept_2010.pdf?sfvrsn=2 (2012/6/30 アクセス)

5) Betty Keen, July, 2008 Restraint Use & MDS Coding File Format: PDF/Adobe Acrobat, <http://www.colorado.gov/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=Content-Type&blobheadervalue1=inline%3B+filename%3D%22MDS+2.0+Coding+-+Restraints+-+Item+P4.pdf%22&blobheadervalue2=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1251810028574&ssbinary=true> (2012/6/30 アクセス)

6) Herzberg SR. :Positioning the nursing home resident: an issue of quality of life. Am J Occup Ther, 47(1): 75-7, 1993.

7) Schnelle JF, et al. : Safety assessment for the frail elderly: a comparison of restrained and unrestrained nursing home residents. J Am Geriatr Soc , 42(6) :586-92, 1994.

8) Curtis KA, et al. : Functional reach in wheelchair users: the effects of trunk and lower extremity stabilization. Arch Phys Med Rehabil, 76(4): 360-7, 1995.

9) Chaves ES, et al. : Review of the use of physical restraints and lap belts with wheelchair users. Assist Technol, 19(2):

94-107, 2007.

10) Fonad E, et al. : Falls in somatic and dementia wards at Community Care Units.

Scand J Caring Sci, 23(1): 2-10, 2009.

11) Berzlanovich AM, et al. : Deaths due to physical restraint. Dtsch Arztebl Int

, 109(3): 27-32, 2012.