

平成29年度

滋賀県身体拘束実態調査
結果報告書

滋賀県 健康医療福祉部 医療福祉推進課

はじめに

平成12年4月の介護保険法の施行時から、介護保険施設・事業所においては「緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行ってはならない」と省令により規定されたところであり、介護の現場において身体拘束をしないケアの実現に向け、様々な取り組みが進められています。

県では、身体拘束の実態を把握し、今後の身体拘束の廃止に向けた取り組みにつなげるため、身体拘束実態調査を平成13年度以降7回実施してきましたが、このたび、平成27年度に実施した前回の調査から2年が経過したことから、再び実態調査を行い、その結果を取りまとめました。

身体拘束は、「切迫性」「非代替性」「一時性」の3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場合に限り認められています。今回の調査結果では、「過去1年間に身体拘束を行った事例が一切なかった」と回答した施設・事業所が76.1%であり、平成25年度調査の70.1%、平成27年度調査の73.5%よりも改善していますが、改善傾向はこれまでに比べ鈍化しています。

身体拘束廃止に向けた取り組みは着実に進んできておりますが、スピーチロック（言葉による拘束）や、電子機器の使用による新たな形の身体拘束も出てきており、人としての尊厳の保持という本来の目的に照らして考えていく必要があります。

また、身体拘束の廃止は、施設や事業所がそれぞれのケアの見直しをするだけでなく、在宅における家族の理解や協力、医療関係者や介護支援専門員等との連携など、地域全体としての取り組みが必要です。

県においても、身体拘束廃止に向けた取り組みを支援するため、毎年、「権利擁護推進員（身体拘束廃止に向けた推進員）養成研修」、「身体拘束ゼロセミナー」などを実施するとともに、県民向けの「高齢者虐待防止セミナー」の開催や、関係機関との連携を図る「滋賀県高齢者虐待防止推進会議」の開催など、高齢者の権利擁護の推進に向けて取り組みを進めているところです。

また、巻末には、高齢者虐待に関する県内各市町の相談・通報窓口の一覧を掲載しておりますので、ご参考としてください。

身体拘束廃止は、拘束をはずすことが目的ではなく、よりよいケアを提供し、ケア全体の質を向上させるために欠かせない課題です。今後とも各施設・事業所においてサービスの質の向上に向けた更なる取り組みを進めていただきますよう、お願い申し上げます。

最後になりましたが、今回の実態調査の実施にあたり各施設・事業所の職員の皆様方にご協力をいただきましたことに対しまして、厚くお礼申し上げます。

平成29年12月

滋賀県 健康医療福祉部 医療福祉推進課長

目 次

身体拘束実態調査結果報告書

I	調査の概要	1
II	調査結果の概要	2
III	個別調査結果	6
IV	参 考	
	平成29年度滋賀県身体拘束実態調査について	32
	高齢者虐待に関する市町の相談・通報窓口	37

身体拘束実態調査結果報告書

I 調査の概要

1 調査の目的

この調査は、県内介護保険施設・事業所における身体拘束の実態を把握し、今後の身体拘束の廃止に向けた取り組みに資するため、実施したものである。

2 調査の対象

次の施設・事業所を対象とし、平成 29 年度から※の事業所を追加した。

介護保険施設

- (1) 介護老人福祉施設
- (2) 介護老人保健施設
- (3) 介護療養型医療施設

指定居宅サービス事業所

- (4) 短期入所生活介護
- (5) 短期入所療養介護
- (6) 特定施設入居者生活介護

地域密着型サービス事業所

- (7) 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- (8) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- (9) 小規模多機能型居宅介護※
- (10) 看護小規模多機能型居宅介護※
- (11) 地域密着型特定施設入居者生活介護※

3 調査内容等

- (1) 調査基準日は、平成 29 年 8 月 1 日とする。
- (2) 調査対象は、平成 29 年 4 月 1 日現在において介護保険事業の指定を受けており、かつ、調査基準日において開設している介護保険施設・事業所とする。

4 調査の方法

- (1) 県内の調査対象施設・事業所の全てに調査票を直接郵送し、しがネット受付サービスを経由し、調査票（エクセル様式）を回収する。
- (2) 記名調査とする。

5 留意事項

- (1) 原則として、記入内容に従って集計することとし、明らかに記入誤りであると判断されるものについてのみ修正を加えた。
- (2) 複数回答の質問では、比率の合計が 100%を超える場合がある。
- (3) 認知症対応型共同生活介護は「グループホーム」と記載した。
- (4) 介護保険施設・事業所は「事業所」と記載した。

II 調査結果の概要

1 回答率

調査対象522事業所のうち、469事業所から回答があり、回答率は89.8%であった。

2 身体拘束の内容

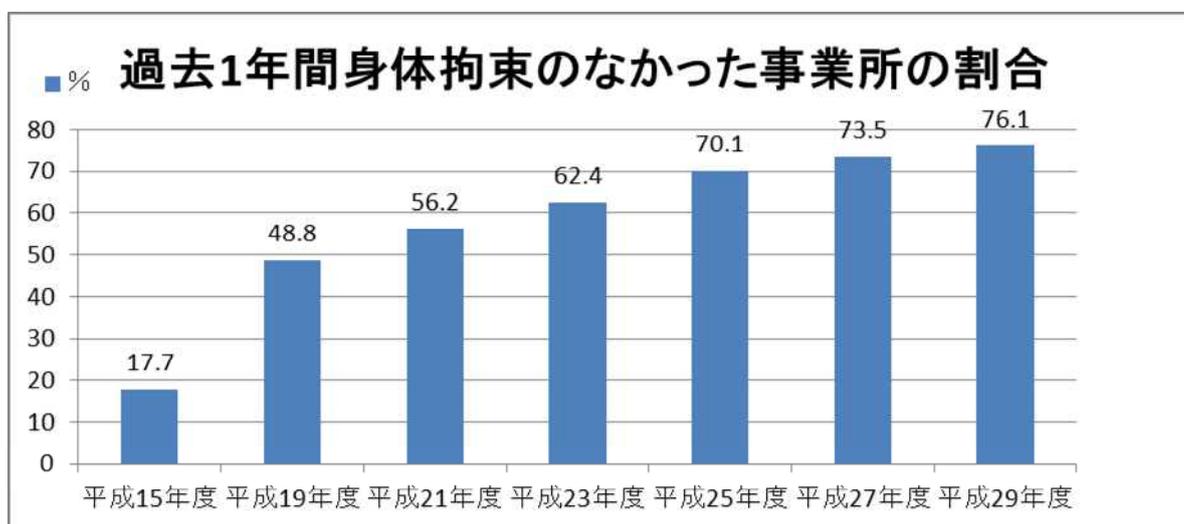
(1) 過去1年間の身体拘束の実施状況について

- ・調査基準日（平成29年8月1日）を起点として「過去1年間、身体拘束を行った事例が一切なかった」と回答した事業所は、469事業所※のうち357事業所（76.1%）であり、身体拘束が行われていたのは、112事業所（23.9%）であった。
- ・身体拘束の内容は、「ベッド柵」が179人と最も多く、次いで「車椅子に拘束」が72人、「ミトン・手袋」が61人であった。
- ・スピーチロックについて「ある」と回答した事業所は、134事業所（28.6%）、「ない」と回答した事業所は84事業所（17.9%）あったが、「わからない」、空白等の回答が半数あった。

(2) 前回調査（平成27年度）との比較について

- ・前回調査と比較して、「過去1年間、身体拘束がなかった」と回答した事業所は、286事業所（390事業所のうち73.5%）から357事業所（469事業所のうち76.1%）に増加した。前回の調査対象である介護保険サービスの事業所で比較しても、305事業所（406事業所のうち75.1%）に増加した。

（参考）



*平成17年度は調査の実施なし

- ・身体拘束の全体の人数は、前回よりも減っているが、内容別にみると、「つなぎ服（28人→46人）」、「隔離、出入り口等の施錠（27人→43人）」が増加している。また「その他（44人→52人）」も増加しており、センサー等の使用等があげられていた。

- ・前回調査時と比べ、回答事業所数は増加（390事業所→469事業所）し、入所（利用）者数も増加（12,160人→13,851人）しているが、拘束事例の延人数は、ほぼ横ばい（463人→457人）となっている。

（3）身体拘束の理由について

- ・年間457人の身体拘束の延人数のうち、理由や状態について回答のあった296人（64.7%）の状態像は、要介護度4（36.1%）と5（34.5%）が多く、認知症高齢者の日常生活自立判定度のⅢ（56.1%）、移動の状況は車椅子介助移動（61.1%）が過半数であった。排泄については、おむつの使用（45.9%）やトイレ誘導（37.1%）が多かった。
- ・拘束の理由については、ベッドや車椅子への拘束、センサー設置については、「転落や転倒予防のため」、つなぎ服やミトンについては、「チューブ抜去、搔きむしりやおむつ外しの予防」、隔離等については、「感染予防」といった理由が多く、「家族、本人の希望」といった理由もあった。
- ・また、夜間の職員が少なく常時の見守りが困難といった「人員不足」も理由にあげられていた。

3 身体拘束の有無、日数および時間数

（1）過去1か月の身体拘束の有無について

- ・調査基準日を起点として「過去1か月間（平成29年7月1日～7月31日）において、身体拘束を行った事例があった」と回答した事業所は、469事業所のうち、80事業所（17.1%）で、その間の身体拘束の人数は、242人であった。
（前回調査時は、390事業所のうち67事業所（17.2%）、人数198人）
- ・「過去1か月間は身体拘束を行っていないが、過去1年間まで遡ると身体拘束の事例があった」と回答した事業所は、32事業所（6.8%）であった。
（前回調査時は、390事業所のうち36事業所（9.2%））

（2）身体拘束の日数について

- ・身体拘束が行われていた入所（利用）者について、1か月あたりの拘束日数をみると、「毎日行われていた」が183人（75.6%）と最も多かった。
（前回調査時も「毎日」が最も多く、146人（73.7%））

（3）身体拘束の時間数について

- ・身体拘束が行われていた入所（利用）者について、1日あたりの拘束時間数をみると、「1日中」が113人（46.7%）で最も多く、次いで「夜間のみ（半日）」が70人（28.9%）であった。
（前回調査時は、「1日中」が93人（46.3%）、「夜間のみ（半日）」が55人（27.4%））であった。

4 身体拘束の手続き

（1）手続きについて

- ・身体拘束の実施について、「身体拘束に関するマニュアルを策定して基本的な対応を施設内で合意して」いるのは、365事業所であった。また、「施設長の承認を得て対応」しているのは357事業所、「処遇検討会議での検討結果に基づいて」いるのは、292事業所であった。一方、「担当者の判断で対応」しているところは、45事業所あり、うちグループホームが12事業所であった。
- ・身体拘束の記録について、「ケース記録に経過を記載」と回答のあった業所は、373事業所（79.4%）あり、「身体拘束に関する経過記録を別に記載」しているところは、147事業所（31.1%）であった。

（２）同意の方法について

- ・身体拘束をする場合、「事前に本人・家族の同意を得ている（得ることにしている）」のは、419事業所（89.3%）であり、その中で、文書による同意を得ているのは、381事業所（81.2%）であり、文書による説明も実施しているのは、269事業所（57.4%）であった。

（３）記録内容について

- ・ケース記録に経過を記載していると回答のあった事業所の中で、最も記録されている内容は「身体拘束の時間帯（361事業所）」「身体拘束の方法（352事業所）」「心身の状況（334事業所）」であった。ケース記録とは別に記載している場合では、「身体拘束の方法（285事業所）」「身体拘束の時間帯（283事業所）」「身体拘束の理由（279事業所）」を記録しているところが多かった。

５ 身体拘束廃止の取り組み

（１）取り組み状況について

- ・身体拘束廃止に向けた取り組みに、「取り組んでいる」のは、415業所（88.5%）であり、「今後取り組む予定」は16事業所（3.4%）、「過去に取り組んだ」は11事業所（2.3%）であった。一方、「取り組む予定はない」と回答した事業所は、9事業所（1.9%）であった。
- ・身体拘束の有無による事業所別に、身体拘束廃止の取り組み状況を比較すると、【過去1年間に身体拘束あり】の112事業所の中で、102事業所であり、【過去1年間に身体拘束なし】の356事業所の中では、313事業所であった。身体拘束廃止の有無に関わらず、約9割の事業所が身体拘束廃止に向けた取り組みを実施していた。
- ・また、業種別に取り組み状況を比較すると、医療系の介護サービス事業所は、身体拘束の実施率も高く、廃止に向けての取り組みの実施率も低かった。また、グループホームや小規模多機能型居宅介護事業所において、身体拘束廃止に向けての取り組みの実施率が、他事業所より低かった。

（２）取り組み内容について

- ・「マニュアル等の作成」は409事業所、「事業所内研修実施」は397事業所、「事業所外研修」は308事業所、「身体拘束廃止委員会」等の設置は286事業所で取り組まれており、事業所外研修では、県と県社協

で開催している滋賀県身体拘束ゼロセミナーや権利擁護推進員養成研修の参加をあげているところが多かった。

6 まとめにかえて

- ・今回の調査では、過去1年間に身体拘束を行った事例が一切なかったと回答した施設・事業所が、前回調査の73.5%から76.1%へ増加しており、改善率は鈍化しているものの、身体拘束廃止に向けての意識が浸透し、その実践に向けた取り組みが実践されているものと思われる。
- ・身体拘束は「緊急やむを得ない場合」について、一時的なものとして、手続等をきちんとふまえて、行われることのみが認められているが、身体拘束が実施状況は、「毎日」、「1日中」が最も多くなっている。また、「身体拘束廃止ゼロへの手引き」が作成された2001年以降、身体拘束の内容も多様化しており、その他として記載されているセンサーによる身体拘束が増加し、目に見えない拘束としてのスピーチロック（言葉による拘束）の関心も高くなっている。
- ・自由記述の中では、医療現場と介護現場との身体拘束の考え方の違いや、介護人材が不足する中、事故防止の観点から高齢者と介護者を守る視点でのセンサー等の利用などを行っている現状などが記載されており、身体拘束廃止に向けて介護現場で苦慮されている状況なども本調査から明らかになっている。
- ・身体拘束は、拘束された人の機能低下をもたらす身体的弊害、拘束された人だけでなく拘束に関与した人にもたらす罪悪感などの精神的弊害、事業所のケアに対する低評価など社会的弊害をもたらすものである。また、身体を直接拘束することだけが身体拘束としてとらえるのではなく、相手の立場になって、それらの行為が、権利侵害になっているのではないかと常に意識していただくことが重要である。
- ・迷ったときは、原点に立ち返り、現場のスタッフ等で検討や思考を重ね、身体拘束の廃止に向けた挑戦をし続けていただき、個人個人に寄り添った質の高いケアの実践に繋げていただきたい。

Ⅲ 個別調査結果

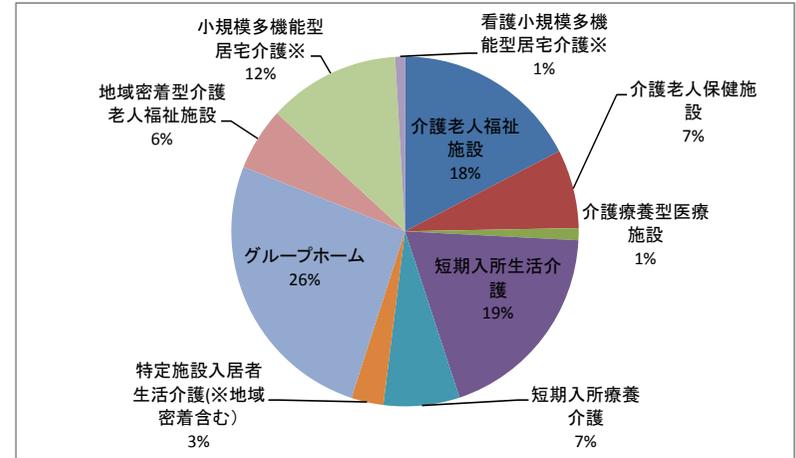
集計結果と質問項目の関連表

集計結果	質問項目	
1. 回答率		
2. 身体拘束の未実施の状況	問2	
3. 定員および入所(利用)者数・要介護度別人数	質問1-②	質問1-③
4. 認知症高齢者日常生活自立度判定基準別入所(利用)者数	質問1-④	
5. 身体拘束の実施状況	質問2	質問2-①
6. 身体拘束の実施内容	質問2-①	
7. 過去2回分の調査との比較	質問2-①	
8. 身体拘束の日数	質問2-③	
9. 身体拘束の時間数・時間帯	質問2-④	
10. 身体拘束個別ケースごとの状況(296人)	質問2-②	
11. 身体拘束の説明・同意について	質問3	
12. 身体拘束の判断について	質問3	
13. 記録内容	質問3	
14. 身体拘束廃止に向けた取組状況	質問4-①	
15. 取組の内容について	質問4-②	
16. 事業所種別ごとの取組内容について	質問4-②	
17. 取組状況と身体拘束の有無	質問4-②	
18. 過年度の取組状況の比較	質問4-②	
19. 過去1年間の事故の状況	質問5	
20. 身体拘束に関する意見等(自由記載)	質問6	

1. 回答率

(参考)

	対象事業者数	回答事業者数	回答率	全体での回答割合	H27回答事業者数	H27回答率
介護老人福祉施設	85	82	96.5	17.4	77	97.5
介護老人保健施設	35	34	97.1	7.3	32	91.4
介護療養型医療施設	5	5	100	1.1	5	100
短期入所生活介護	101	90	89.1	19.1	93	97.9
短期入所療養介護	39	33	84.6	7.1	34	89.5
特定施設入居者生活介護(※地域密着含む)	14	14	100	3	14	100
グループホーム	140	122	87.1	26	114	86.4
地域密着型介護老人福祉施設	27	27	100	5.8	21	95.5
小規模多機能型居宅介護※	72	58	80.6	12.3	—	—
看護小規模多機能型居宅介護※	4	4	100	0.9	—	—
合計	522	469	89.8	100	390	92.9
※を除く合計	445	406	91	—	390	92.9

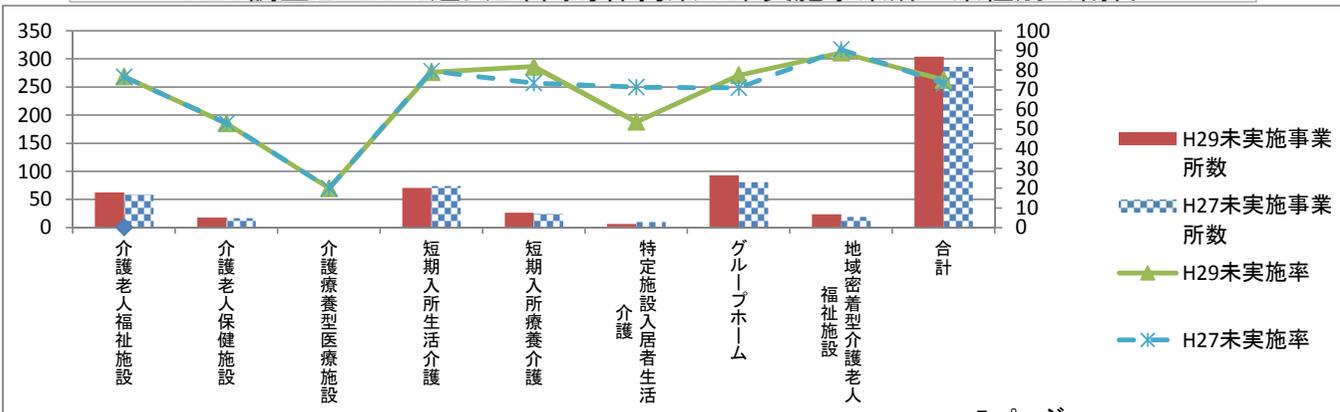


2. 身体拘束の未実施の状況

	未実施事業所	未実施率 (%)	H27未実施事業所数	H27未実施率 (%)
介護老人福祉施設	63	76.8	59	76.6
介護老人保健施設	18	52.9	17	53.1
介護療養型医療施設	1	20	1	20
短期入所生活介護	71	78.9	74	79.6
短期入所療養介護	27	81.8	25	73.5
特定施設入居者生活介護(※地域密着含む)	8	53.8	10	71.4
グループホーム	94	76.9	81	71.1
地域密着型介護老人福祉施設	24	88.9	19	90.5
小規模多機能型居宅介護※	49	84.5	—	—
看護小規模多機能型居宅介護※	2	50	—	—
合計	357	76.1	286	73.3
※を除く合計	305	75.1	286	73.3

- 回答のあった短期入所療養介護事業所33のうち、利用者がいない事業所は、13事業所であり、利用者がある20事業所のうち未実施事業所は14事業所(70%)。
- 医療系の事業所の未実施率が低くなっている。
- H27調査と同じ事業所形態による比較では、回答のあった406事業所のうち未実施は305事業所で未実施率は75.1%となっており、前回調査よりも増えている。

H27調査とH29の過去1年間身体拘束の未実施事業所の業種別の割合

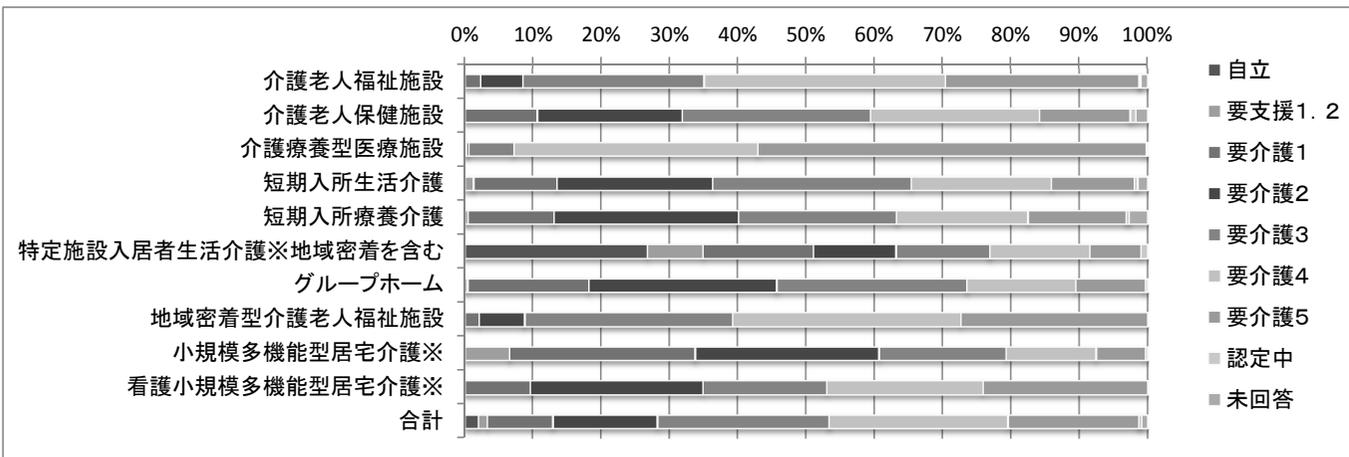


- 前回調査と比較して、未実施事業所数も未実施率も微増、ほぼ横ばいの状況であるが、特定施設入居者生活介護の未実施率が低下している。

3. 定員および入所(利用)者数・要介護度別人数

※短期入所療養介護の定員は、介護老人保健施設および介護療養型医療施設に含まれる。短期入所生活介護の定員の中には、入所施設の定員と重複するものも含まれる

	定員	入所・登録利用者数	自立	要支援1.2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	認定中	未回答	計	要介護者の平均介護度	(参考)H27 要介護者の平均介護度
介護老人福祉施設	5,131	5,005	0	0	113	312	1,328	1,768	1,417	12	55	5,005	3.8	3.7
			0.0%	0%	2.3%	6.2%	26.5%	35.3%	28.3%	0.2%	1.1%	100.0%		
介護老人保健施設	2,809	2,517	0	0	267	533	694	622	335	20	46	2,517	3.1	3.2
			0.0%	0.0%	10.6%	21.2%	27.6%	24.7%	13.3%	0.8%	1.8%	100.0%		
介護療養型医療施設	357	347	0	0	1	1	23	124	197	1	0	347	4.5	4.5
			0.0%	0.0%	0.3%	0.3%	6.6%	35.7%	56.8%	0.3%	0.0%	100.0%		
短期入所生活介護	1,835	1,274	0	16	155	291	371	261	155	6	19	1,274	3.0	3.0
			0.0%	1.3%	12.2%	22.8%	29.1%	20.5%	12.2%	0.5%	1.5%	100.0%		
短期入所療養介護	—	182	0	1	23	49	42	35	26	1	5	182	3.0	3.3
			0.0%	0.5%	12.6%	26.9%	23.1%	19.2%	14.3%	0.5%	2.7%	100.0%		
特定施設入居者生活介護(※地域密着含む)	1,273	1,024	273	84	165	124	141	150	77	10	0	1,024	2.8	1.8
			26.7%	8.2%	16.1%	12.1%	13.8%	14.6%	7.5%	1.0%	0.0%	100.0%		
グループホーム	1,628	1,589	0	6	283	437	443	252	162	6	0	1,589	2.7	2.8
			0.0%	0.4%	17.8%	27.5%	27.9%	15.9%	10.2%	0.4%	0.0%	100.0%		
地域密着型介護老人福祉施設	698	682	0	0	14	46	207	228	187	0	0	682	3.8	3.6
			0.0%	0.0%	2.1%	6.7%	30.4%	33.4%	27.4%	0.0%	0.0%	100.0%		
小規模多機能型居宅介護※	1,451	1,148	0	76	311	309	214	150	83	5	0	1,148	2.4	—
			0.0%	6.6%	27.1%	26.9%	18.6%	13.1%	7.2%	0.4%	0.0%	100.0%		
看護小規模多機能型居宅介護※	112	83	0	0	8	21	15	19	20	0	0	83	3.3	—
			0.0%	0.0%	9.6%	25.3%	18.1%	22.9%	24.1%	0.0%	0.0%	100.0%		
合計	15,294	13,851	273	183	1,341	2,125	3,480	3,611	2,661	61	125	13,851	3.3	3.3
			2.0%	1.3%	9.7%	15.3%	25.1%	26.1%	19.2%	0.4%	0.9%	100.0%		
(参考)H27	12,810	12,160	233	114	1,011	1,844	3,119	3,182	2,552	60	45	12,160		
			1.9%	0.9%	8.3%	15.2%	25.6%	26.2%	21.0%	0.5%	0.4%	100.0%		

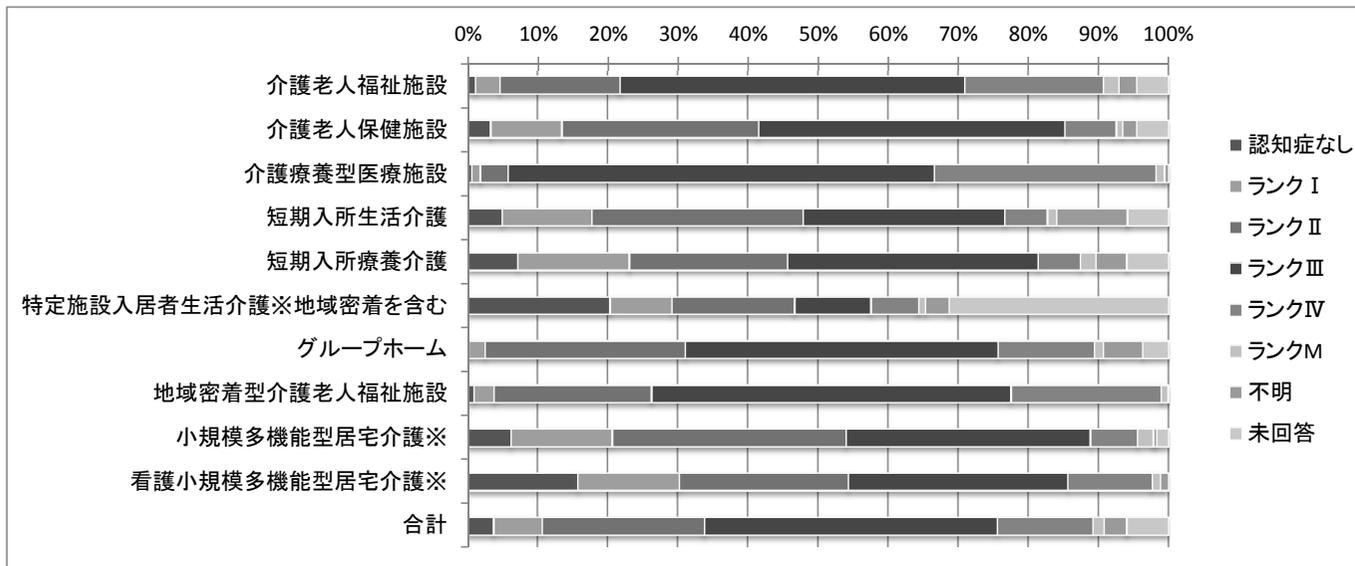


●介護老人福祉施設は「要介護4(35.3%)、5(28.3%)」が多く、介護老人保健施設は、「要介護3(27.6%)、4(24.7%)」が多い。また、介護療養型医療施設は「要介護5(56.8%)」が過半数を占めている。

●前回調査と比較して、入所別の平均介護度はあまり変動がないが、特定施設入居者生活介護の平均介護度があがっている。(1.8→2.8)

4. 認知症高齢者日常生活自立度判定基準別入所(利用)者数

	認知症なし	ランクⅠ	ランクⅡ	ランクⅢ	ランクⅣ	ランクⅤ	不明	未回答	合計
介護老人福祉施設	53	176	863	2460	985	115	125	228	5005
	1.1%	3.5%	17.2%	49.2%	19.7%	2.3%	2.5%	4.6%	100.0%
介護老人保健施設	82	255	707	1099	184	23	50	117	2517
	3.3%	10.1%	28.1%	43.7%	7.3%	0.9%	2.0%	4.6%	100.0%
介護療養型医療施設	2	4	14	211	110	4	2	0	347
	0.6%	1.2%	4.0%	60.8%	31.7%	1.2%	0.6%	0.0%	100.0%
短期入所生活介護	62	163	384	366	78	17	129	75	1274
	4.9%	12.8%	30.1%	28.7%	6.1%	1.3%	10.1%	5.9%	100.0%
短期入所療養介護	13	29	41	65	11	4	8	11	182
	7.1%	15.9%	22.5%	35.7%	6.0%	2.2%	4.4%	6.0%	100.0%
特定施設入居者生活介護※地域密着を含む	208	90	179	112	70	10	35	320	1024
	20.3%	8.8%	17.5%	10.9%	6.8%	1.0%	3.4%	31.3%	100.0%
グループホーム	1	38	454	708	220	19	90	59	1589
	0.1%	2.4%	28.6%	44.6%	13.8%	1.2%	5.7%	3.7%	100.0%
地域密着型介護老人福祉施設	6	20	153	349	146	7	1	0	682
	0.9%	2.9%	22.4%	51.2%	21.4%	1.0%	0.1%	0.0%	100.0%
小規模多機能型居宅介護※	71	165	383	400	77	26	6	20	1148
	6.2%	14.4%	33.4%	34.8%	6.7%	2.3%	0.5%	1.7%	100.0%
看護小規模多機能型居宅介護※	13	12	20	26	10	1	1	0	83
	15.7%	14.5%	24.1%	31.3%	12.0%	1.2%	1.2%	0.0%	100.0%
合計	511	952	3198	5796	1891	226	447	830	13851
	3.7%	6.9%	23.1%	41.8%	13.7%	1.6%	3.2%	6.0%	100.0%
(参考)H27	461	834	2958	5079	1778	232	267	551	12160
	3.8%	6.9%	24.3%	41.8%	14.6%	1.9%	2.2%	4.5%	100.0%



●介護老人福祉施設、介護老人保健施設は、「ランクⅢ(49.2%、43.7%)」が多い。また、介護療養型医療施設は「ランクⅢ(60.8%)、Ⅳ(31.7%)」が多い。
●特定施設入居者生活介護や看護小規模多機能居宅介護は「認知症なし(20.3%、15.7%)」が多い。
●全体で「ランクⅢ(41.8%)」が最も多く占める。
●前回調査の分布状況とほぼ同様の状況である。

5. 身体拘束の実施状況

	過去1年間の有無			過去1か月の有無		スピーチロックの有無				
	未実施事業所	実施事業所	人数	実施	人数	ある	ない	わからない	その他	無回答
介護老人福祉施設	63	19	58	12	33	28	15	7	4	28
介護老人保健施設	18	16	94	10	18	12	3	1	1	17
介護療養型医療施設	1	4	97	4	82	1				4
短期入所生活介護	71	19	48	11	17	28	20	6	3	33
短期入所療養介護	27	6	39	5	9	6	6	1	1	19
特定施設入所者生活介護 ※地域密着を含む	8	6	23	4	12	5	2			7
グループホーム	94	28	67	24	56	32	22	2	1	65
地域密着型介護老人福祉施設	24	3	10	1	2	6	6	2	1	12
小規模多機能型居宅介護※	49	9	19	7	11	14	10	5	2	27
看護小規模多機能型居宅介護※	2	2	2	2	2	2				2
合計	357	112	457	80	242	134	84	24	13	214
	76.3%	23.9%		17.1%		28.6%	17.9%	5.1%	2.8%	45.7%

●身体拘束について、過去1年間に実施したことがある事業所は112事業所(23.9%)、過去1か月に実施したことがある事業所は80事業所(17.1%)

●スピーチロックについて、無回答、わからないが過半数を占めるが、「ある」と回答した事業所は、133事業所(28.4%)あった。

6. 身体拘束の実施内容

	①ベッドに拘束	②車椅子に拘束	③つなぎ服	④ミトン、手袋	⑤四肢をひもで固定	⑥便器への拘束	⑦薬物の過剰投与	⑧隔離・出入り口等の施錠	⑩その他	合計(人)
	人数	人数	人数	人数	人数	人数	人数	人数		
介護老人福祉施設	10	14	9	7	1	0	0	9	8	58
介護老人保健施設	57	7	6	6	0	0	0	18	0	94
介護療養型医療施設	38	14	8	35	1	0	0	1	0	97
短期入所生活介護	18	6	12	4	1	0	0	0	7	48
短期入所療養介護	18	18	2	1	0	0	0	0	0	39
特定施設入所者生活介護 ※地域密着を含む	10	2	2	3	0	0	0	2	4	23
グループホーム	22	6	4	3	0	0	1	3	28	67
地域密着型介護老人福祉施設	0	2	0	1	0	0	0	7	0	10
小規模多機能型居宅介護※	5	3	2	1	0	0	0	3	5	19
看護小規模多機能型居宅介護※	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
合計	179	72	46	61	3	0	1	43	52	457

●内容別には、「ベッドに拘束(179人)」が最も多く、次いで、「車椅子に拘束(72人)」「ミトン、手袋(61人)」の順に多かった。
●1年間の拘束人数では、介護療養型医療施設(97人)人数、介護老人保健施設(94人)、グループホーム(67人)の順に多かった。

<その他の内容>

窓に補助施錠、自宅送迎時につなぎ着用、自宅ベッドに4点柵を設置、夜間のみ影センサーの使用、掃出し口に施錠、2点柵のベッド使用、窓にブザーを設置、上下の下着にひもをつけつなぎ等 ※ベッドサイトや足元にセンサーマットを使用するという内容が多く記載されていた。

7. 過去2回分の調査との比較

※H25.27の「ベッド柵」「ベッド固定」は「ベッドに拘束」、「ベルト1」「ベルト2」「車椅子テーブル」は「車椅子に拘束」としてまとめている。

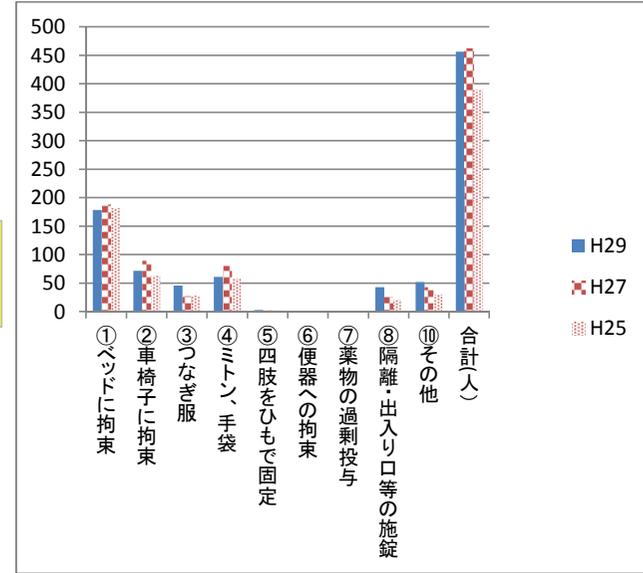
①人数

	①ベッドに拘束	②車椅子に拘束	③つなぎ服	④ミトン、手袋	⑤四肢をひもで固定	⑥便器への拘束	⑦薬物の過剰投与	⑧隔離・出入り口等の施錠	⑩その他	合計(人)
H29	179	72	46	61	3	0	1	43	52	457
H27	189	90	28	81	3	1	0	27	44	463
H25	183	64	29	59	3	0	1	21	31	391

●前回調査と比べて、1年間の拘束人数は、若干減少し(△6人)、実施内容の割合は、ベッドや車椅子に拘束、ミトン手袋(△10人、△18人、△20人)が減少し、その他(+8人)が増えた。

②全体における割合

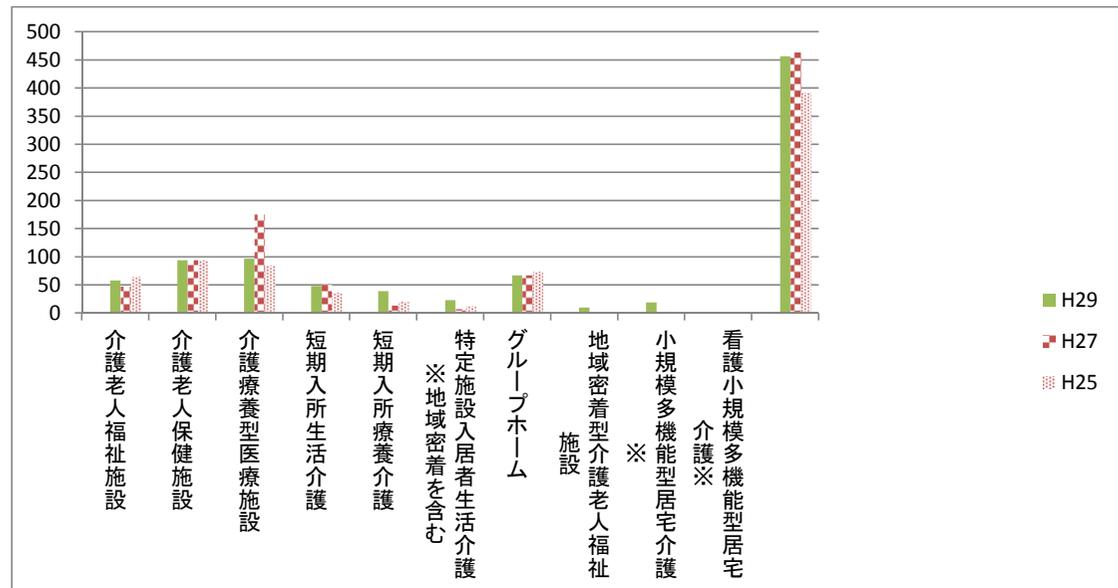
	①ベッドに拘束	②車椅子に拘束	③つなぎ服	④ミトン、手袋	⑤四肢をひもで固定	⑥便器への拘束	⑦薬物の過剰投与	⑧隔離・出入り口等の施錠	⑩その他	合計(%)
H29	39.1	15.8	10.1	13.3	0.7	0	0.2	9.4	11.4	100
H27	41	19.4	6	17.5	0.6	0.2	0	5.8	9.5	100
H25	46.7	16.4	7.4	15.1	0.8	0	0.3	5.4	7.9	100



③業種別の実施状況

施設名	H29	H27	H25
介護老人福祉施設	58	48	65
介護老人保健施設	94	95	95
介護療養型医療施設	97	176	85
短期入所生活介護	48	52	37
短期入所療養介護	39	14	21
特定施設入居者生活介護 ※地域密着を含む	23	8	13
グループホーム	67	68	74
地域密着型介護老人福祉施設	10	2	1
小規模多機能型居宅介護※	19	—	—
看護小規模多機能型居宅介護※	2	—	—
合計(人)	457	463	391

●前回調査と同様、介護療養型医療施設(97人)、介護老人保健施設(94人)での実施人数が多かった。また前回調査と特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設が増加している。(+15人、+8人)

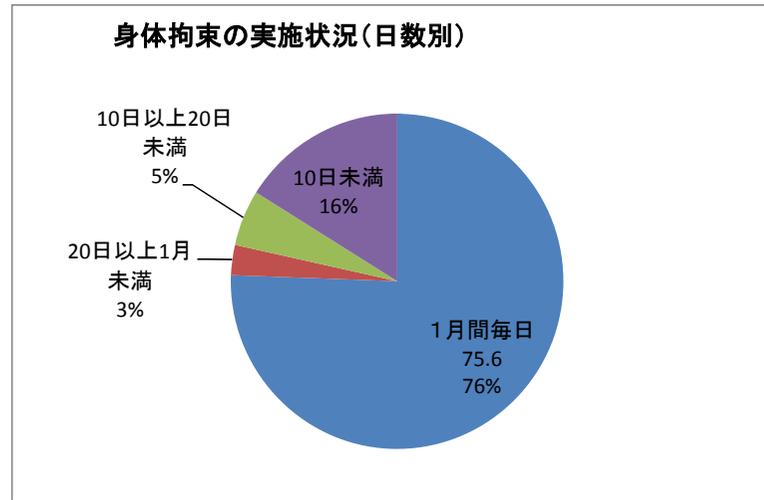


8. 身体拘束の日数

施設名	1月間毎日	20日以上1月未満	10日以上20日未満	10日未満
介護老人福祉施設	26	2	0	5
介護老人保健施設	12	1	2	3
介護療養型医療施設	76	0	3	3
短期入所生活介護	0	0	4	13
短期入所療養介護	0	0	0	9
特定施設入居者生活介護※	10	2	0	0
グループホーム	51	1	2	2
地域密着型介護老人福祉施設	1	0	1	0
小規模多機能型居宅介護※	6	1	1	3
看護小規模多機能型居宅介護※	1	0	0	1
合計(人)	183	7	13	39

<全体における割合(%)>

	1月間毎日	20日以上1月未満	10日以上20日未満	10日未満
H29	75.6	2.9	5.4	16.1
H27	73.7	2.5	10.6	13.1
H25	60.5	17.6	5.7	16.2



9. 身体拘束の時間数・時間帯

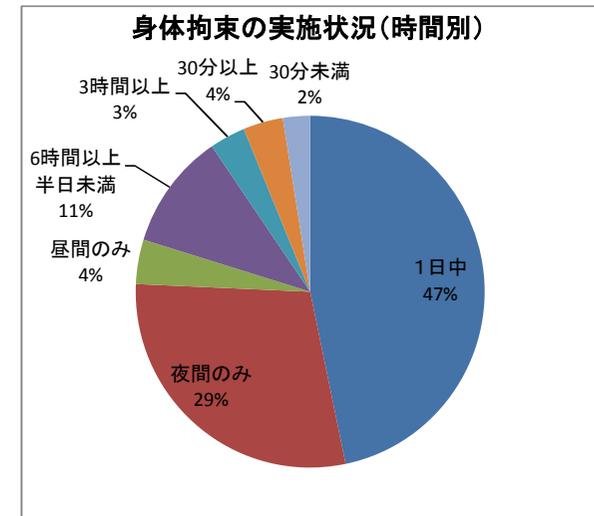
施設名	1日中	夜間のみ	昼間のみ	6時間以上半日未満	3時間以上	30分以上	30分未満
1 介護老人福祉施設	12	5	3	5	3	3	2
2 介護老人保健施設	6	9	0	3	0	0	0
3 介護療養型医療施設	67	1	0	9	2	2	1
4 短期入所生活介護	7	5	1	1	0	1	2
5 短期入所療養介護	5	2	0	2	0	0	0
6 特定施設入居者生活介護※	4	5	1	0	1	1	0
7 グループホーム	8	37	2	6	1	2	0
8 地域密着型介護老人福祉施設	0	0	2	0	0	0	0
9 小規模多機能型居宅介護※	3	6	1	0	0	0	1
10 看護小規模多機能型居宅介護※	1	0	0	0	1	0	0
合計(人)	113	70	10	26	8	9	6

<全体における割合(%)>

	1日中	夜間のみ	昼間のみ	6時間以上半日未満	3時間以上	30分以上	30分未満
H29	46.7	28.9	4.1	10.7	3.3	3.7	2.5
H27	46.3	27.4	8.5	6.5	2	7	2.5
H25	56.2	25.7	5.7	5.7	2.9	1.9	1.9

(参考)

	1か月の拘束人数(人)
H29	242
H27	198
H25	210



- 過去1か月の身体拘束の日数と時間数について、「1か月毎日(75.6%)」「1日中(46.7%)」が最も多かった。
- 前回調査と比較すると、過去1か月の拘束人数が増加している。(+44人)

10. 身体拘束個別ケースごとの状況(296人)

	①ベッドに拘束	②車椅子に拘束	③つなぎ服	④ミトン手袋	⑤四肢をひもで固定	⑥便器への拘束	⑦薬物の過剰投与	⑧隔離・出入り口等の施錠	その他			
									センサー設置	連絡コール外し	掃出し口施錠等	その他
人数	101	44	38	34	1	0	0	30	28	6	10	4
	34.1%	14.9%	12.8%	11.5%	0.3%	0.0%	0.0%	10.1%	9.5%	2.0%	3.4%	1.4%

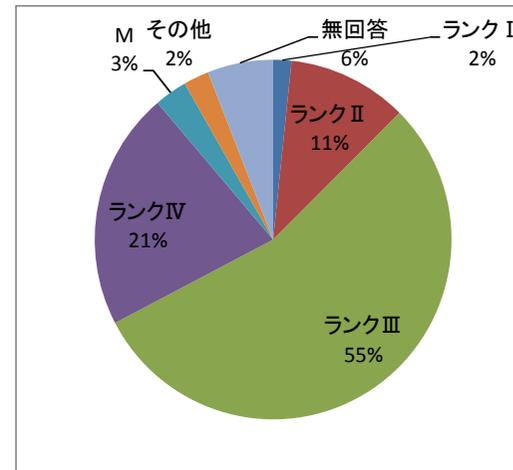
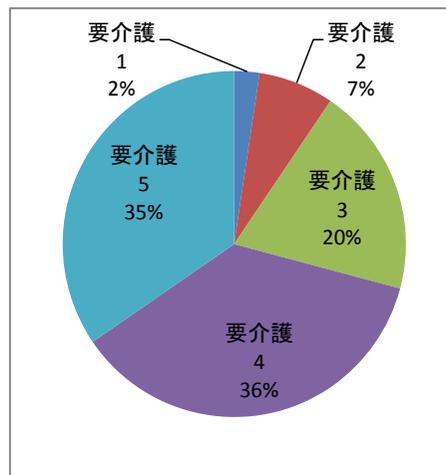
①要介護度

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
人数	7	21	58	107	102	0
	2.4%	7.1%	19.6%	36.1%	34.5%	0.0%

②認知症高齢者の日常生活自立判定度

判定度	ランクI	ランクII	ランクIII	ランクIV	M	その他	無回答
人数	5	33	166	65	9	7	18
	1.7%	11.1%	56.1%	22.0%	3.0%	2.4%	6.1%

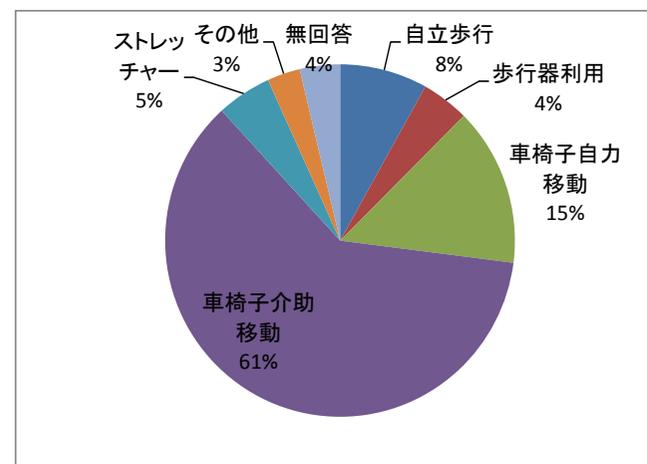
●身体拘束の対象者は、要介護4(36.1%)、5(34.5%)が多く、認知症高齢者の日常生活自立判定度のランクⅢ(56.1%)が過半数を占める。



③移動の状況

	自立歩行	歩行器利用	車椅子自力移動	車椅子介助移動	ストレッチャー	その他	無回答
人数	24	13	43	181	15	9	11
	8.1%	4.1%	14.5%	61.1%	5.1%	3.0%	3.7%

●移動の状況は、車椅子介助移動(61.1%)が過半数を占め、車椅子での移動を行う者(75.6%)が7割以上であった。



④ 日常の状況

	居室外で過ごすことが多い	居室内で過ごすことが多い	常時寝たきり	その他	無回答
人数	116 39.2%	120 40.5%	38 12.8%	4 1.4%	17 5.7%

● 日常の状況としては、居室外で過ごす人(39.2%)と居室内で過ごす人(40.5%)がほぼ同数であった。

⑤ 医療の状況

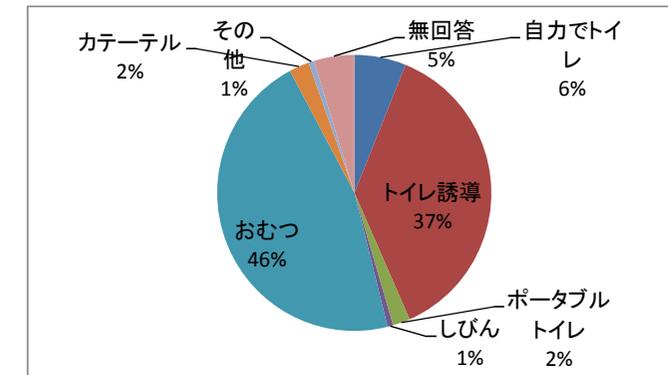
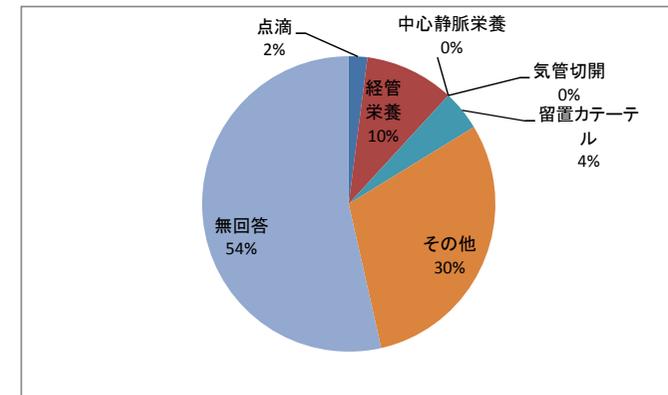
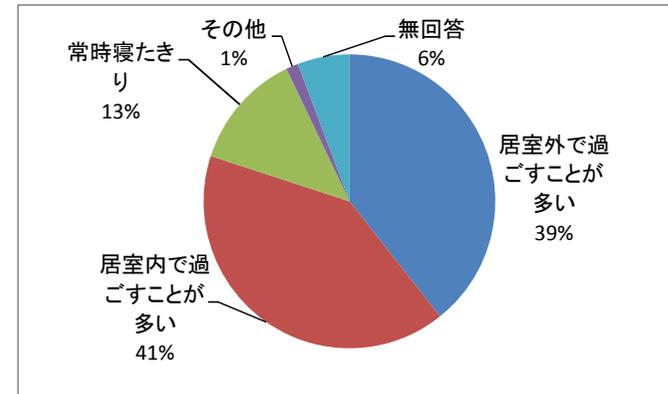
	点滴	経管栄養	中心静脈栄養	気管切開	留置カテーテル	その他	無回答
人数	6 2.0%	29 9.8%	0 0.0%	0 0.0%	13 4.4%	89 30.1%	158 53.4%

● 医療の状況としては、選択項目の中では、経管栄養(9.8%)が多かったが、大半は回答がなかった。

⑥ 排泄の状況

	自力でトイレ	トイレ誘導	ポータブルトイレ	しびん	おむつ	カテーテル	その他	無回答
人数	18 6.1%	110 37.1%	6 2.0%	2 0.7%	136 45.9%	7 2.4%	2 0.7%	14 4.7%

● 排泄の状況は、「おむつ(45.9%)」「トイレ誘導(37.1%)」が多かった。



⑦上位5つの拘束内容ごとによる状況(ベッド101・車椅子44・つなぎ38・ミトン34・隔離30)

<要介護度別>

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
ベッドに拘束	0 0.0%	3 3.0%	13 12.9%	49 48.5%	36 35.6%	0 0.0%
車椅子に拘束	0 0.0%	1 2.3%	12 27.3%	14 31.8%	17 38.6%	0 0.0%
つなぎ服	0 0.0%	0 0.0%	9 23.7%	12 31.6%	17 44.7%	0 0.0%
ミトン手袋	0 0.0%	0 0.0%	3 8.8%	12 35.3%	19 55.9%	0 0.0%
隔離等	4 13.3%	6 20.0%	8 26.7%	8 26.7%	4 13.3%	0 0.0%

<移動状況>

	自立歩行	歩行器利用	車椅子自力移動	車椅子介助移動	ストレッチャー	その他	無回答
ベッドに拘束	1 1.0%	3 3.0%	18 17.8%	69 68.3%	7 6.9%	2 2.0%	1 1.0%
車椅子に拘束	1 2.3%	3 6.8%	15 34.1%	24 54.5%	1 2.3%	0 0.0%	0 0.0%
つなぎ服	2 5.3%	0 0.0%	4 10.5%	27 71.1%	2 5.3%	3 7.9%	0 0.0%
ミトン手袋	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	27 79.4%	5 14.7%	2 5.9%	0 0.0%
隔離等	5 16.7%	4 13.3%	2 6.7%	14 46.7%	0 0.0%	2 6.7%	3 10.0%

<医療の状況>

	点滴	経管栄養	中心静脈栄養	気管切開	留置カテーテル	その他	無回答
ベッドに拘束	2 2.0%	6 5.9%	0 0.0%	0 0.0%	6 5.9%	31 30.7%	56 55.4%
車椅子に拘束	0 0.0%	2 4.5%	0 0.0%	0 0.0%	2 4.5%	9 20.5%	31 70.5%
つなぎ服	0 0.0%	5 13.2%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.6%	12 31.6%	20 52.6%
ミトン手袋	1 2.9%	16 47.1%	0 0.0%	0 0.0%	2 5.9%	8 23.5%	7 20.6%
隔離等	3 10.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	14 46.7%	13 43.3%

<認知症高齢者の日常生活自立判定度>

判定度	ランクⅠ	ランクⅡ	ランクⅢ	ランクⅣ	M	その他	無回答
ベッドに拘束	1 1.0%	8 7.9%	58 57.4%	21 20.8%	4 4.0%	4 4.0%	5 5.0%
車椅子に拘束	0 0.0%	6 13.6%	24 54.5%	11 25.0%	2 4.5%	1 2.3%	0 0.0%
つなぎ服	1 2.6%	4 10.5%	22 57.9%	8 21.1%	2 5.3%	1 2.6%	0 0.0%
ミトン手袋	0 0.0%	0 0.0%	17 50.0%	14 41.2%	1 2.9%	0 0.0%	2 5.9%
隔離等	1 3.3%	8 26.7%	20 66.7%	1 3.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

<日常の状況>

	居室外で過ごすことが多	居室内で過ごすことが多	常時寝たきり	その他	無回答
ベッドに拘束	30 29.7%	49 48.5%	16 15.8%	1 1.0%	5 5.0%
車椅子に拘束	19 43.2%	20 45.5%	4 9.1%	1 2.3%	0 0.0%
つなぎ服	10 26.3%	22 57.9%	5 13.2%	0 0.0%	1 2.6%
ミトン手袋	7 20.6%	14 41.2%	10 29.4%	1 2.9%	2 5.9%
隔離等	20 66.7%	7 23.3%	0 0.0%	0 0.0%	3 10.0%

<排泄の状況>

	自力でトイレ	トイレ誘導	ポータブルトイレ	しびん	おむつ	カテーテル	その他	無回答
ベッドに拘束	2 2.0%	31 30.7%	1 1.0%	1 1.0%	56 55.4%	4 4.0%	2 2.0%	4 4.0%
車椅子に拘束	0 0.0%	29 28.7%	1 1.0%	0 0.0%	13 12.9%	1 1.0%	0 0.0%	0 0.0%
つなぎ服	0 0.0%	9 8.9%	0 0.0%	0 0.0%	28 27.7%	1 1.0%	0 0.0%	0 0.0%
ミトン手袋	0 0.0%	5 5.0%	0 0.0%	0 0.0%	26 25.7%	1 1.0%	0 0.0%	2 2.0%
隔離等	7 6.9%	16 15.8%	0 0.0%	0 0.0%	4 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 3.0%

- 「ベッドに拘束」は、要介護4(48.5%)、5(35.6%)が多く、車椅子に拘束、つなぎ服は要介護3(27.3%、23.7%)、4(31.8%、31.6%)、5(38.6%、44.7%)に多く、「隔離等」は介護度が分散していた。
- 「ベッドに拘束」「つなぎ服」「ミトン手袋」は、居室内で過ごすことが多い人が多く(48.5%、45.5%、57.9%)、「隔離等」については、教室外で過ごす人が多かった(66.7%)。

⑧身体拘束の理由

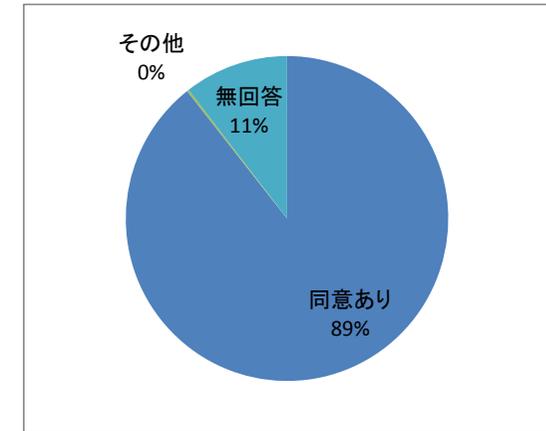
拘束内容	理由	具体的な内容
ベッドに拘束	転落防止	ベッドからの転落防止のため ベッドからの転落・転倒の恐れ 入院中柵を外しベッドからの転落あり、様子観察のため 認知症により転落・転倒の危険があるため 夜間不穏で体動激しく転落の危険性が大きい 多動のため、ベッドより転落の危険性があるため
	転倒防止	起居動作可能で立位不可でコール使用不可のため 立ち上がり転倒防止 本人自らベッドを降りるが、立位が不可能昼夜問わず転落を繰り返されるため 口腔癌にて腫瘍が増大し出血があるご自身の手で触ってしまい出血を繰り返していたため ベッドから自力で降りようとする 左大腿骨骨転子部骨折術後、退院し、その怪我の理解が難しく安全確保として使用する 高次機能障害により転落・転倒の危険があるため 骨折後、歩行が難しくなっているが、本人は歩けると思っているため、転倒のリスクが高い又、右側臥位で寝られているため 体が柵よりになってしまい転落のリスクも高い 夜間せん妄 肺がん末期・骨転移あり、激しいせん妄あり、ベッドから転落される危険があるため、壁にベッドをつけて2点柵とした 転倒の可能性が大きい 歩行器を使わず、ベッドより歩き転倒される
	その他	家族からの申し出による 経管栄養中に抜去の危険がある 本人希望により柵を立位時使用するため 入所初めなので様子観察のため 入所時、骨折後老健でも4点柵使用家族希望アセスメント実施中において使用 ご本人の希望
車椅子に拘束	転落防止・転倒防止	転倒防止 車椅子からの転落防止 体幹保持が困難で転落の危険性が高いため、送迎時のみ車イスベルトをご本人希望で使用 転倒事故後の外傷が治るまでの期間の安全確保 ハンチントン病による突発的な不随運動により、車椅子から転落する恐れがあるため 転倒の危険性、他者への暴力行ため 大腿骨骨折され退院されたばかりで再度、転倒されないように 車いす乗車中に体幹が崩れてしまう 左大腿骨骨転子部骨折術後、退院し、その怪我の理解が難しく安全確保として使用する 送迎時に車椅子から転落する危険があるため 車椅子からずり落ち防止のため 体動激しく座椅子からの転落の危険がある 右大腿骨転子部骨折術後、退院し、その怪我の理解が難しく車椅子での姿勢保持が困難であるため 車椅子での自操可能で、日中他者の居室に入られたりと多動過去に車いすからの転落事故にて骨折歴あり職員体制が手薄で1対1で対応できないため
	立ち上がり防止	歩行できないが立ち動くため 立ち上がりが頻回で転倒リスク高い状態常に見守りが必要な状態職員体制が手薄な時に1対1での対応ができないため 車椅子自走、急な立ち上がりで転落防止のため 4月に転倒骨折され手術をして帰苑、病院から退院後は下肢への荷重は不可との申し送りあり本人は、急に立ちあがりを試みられることがあるので、ご家族と相談して、ベルトでの抑制を実施して安全を図った 自力での歩行が困難であるが、危険認識が無く、急に立ち上がる行たためがあり、極めて転倒リスクが高いため、職員がマンツーマンで見守れる体制が作れないため

車椅子に拘束	立ち上がり防止	立位不安定、急な立ち上がりあり 車椅子乗車時立ち上がる 日中不穏症状や立ち上がり頻回にあり、職員が1対1での対応ができない時間帯があるため 認知症による不穏症状あり、歩行困難で何度も転倒歴あり特に夕方や朝方の職員が手薄な時間帯での見守りができないため 車いすより立ち上がり行ためがあり、転倒の危険性があるため 車椅子から急な立ち上がりや歩行が不安定で転倒リスクがあるため
	その他	在宅サービス利用、家人の希望により送迎時のみ使用 家人希望のため 尿道カテーテルを引き抜こうとされるので、その防止のため御家族とも相談し、ベルトでの抑制を実施して安全を図った 家人希望のため
つなぎ服	掻きむしり予防	類天疱瘡治療中患者の期間入所受け入れ 掻痒による自傷行ためから症状悪化を繰り返しているため 常に全身を掻きむしるためがあり身体が危険にさらされる危険性が著しく高いため ストマをすぐ剥がしてしまう又掻きむしるため 痒みがありかかれるため在宅等より着用ほかの方法もなく着用 体を掻いて出血するため 全身かかれ、感染症の危険あり 掻きむしり予防のため
	不潔予防	オムツ外し、つなぎ服でないと不穏になる 夜間帯におむつをずらして排泄したり、陰部をかきむしり傷ができたため おむつ外しや経管栄養チューブを抜く事の防止のため 陰部や臀部に常に手が行き、激しく掻いたり使いじりがあるため オムツいじり、不潔行ため、かきむしり 不潔行ためが頻回にみられる オムツ触り頻回で尿汚染がひどい
	医療的配慮	胃ろうチューブ抜去の危険あり バルーンカテーテル留置されており、管の抜去行ためあり、医療的な面での管理が困難なため 胃瘻チューブを抜去される危険性が著しく高いため 骨折後の治療 腰椎の圧迫骨折改善 脱衣行ためによる怪我を防ぐため 臥床時におむつを破りポリマーを出されており、異食される危険性が高かったため
	その他	異食行ため(オムツを食べる) 異食による誤嚥性肺炎の危険性があるため 掻きむしり傷を防ぐために、家族が希望 紙パンツ内を触るため、家族の希望によりオーバーオールを着用 サ高住を利用しており、そこからの希望自施設内では衣服に更衣して過ごされているため、送迎時のみ着用 在宅サービス利用、家人の希望により送迎時のみ着用自施設内では衣服に更衣して過ごされている
ミトン手袋	掻きむしり予防	類天疱瘡治療中患者の期間入所受け入れ 掻痒による自傷行ためから症状悪化を繰り返しているため 口腔癌にて腫瘍が増大し出血があるご自身の手で触ってしまい出血を繰り返していたため 皮膚の掻きむしり防止 全身に痒みが強く傷が絶えずあり、新しくできるため治癒する事がない 胸部かきむしりによる皮膚トラブルの予防 傷口を自分で触り、傷が治らないため
	抜去予防	バルーンカテーテル留置されており、管の抜去行ためあり、医療的な面での管理が困難なため 鼻腔栄養のチューブを手指で抜去されるため 経管栄養チューブを抜き再挿入時に出血があり、身体的危険があるため EDチューブ抜去予防

ミトン手袋	抜去予防	経管栄養チューブの自己抜去防止 NGチューブ自拔行ため 注入中の抜去予防 カテーテルを引き抜くため 胃ろうチューブ抜去 PEG造設の抜去 チューブ抜去、皮膚掻きむしり、点滴自己抜去のため ペグ周りを触られる 注入接続外し回避
	その他	移乗介助時に職員を引っ掻く等の行ためがある
四肢をひもで固定する		出血部を更に掻きむしられるため
隔離等	感染予防	肺結核疑い ノロウイルスに感染、他利用者への感染防止のため インフルエンザ発症 通常疥癬の診断を受け、感染防止のため
	迷惑行為	異性の居室へ入室し関わる 大声で叫ばれ他者から苦情がある 焦燥感からくる徘徊、他者への感情的な行動
	徘徊予防	転倒を繰り返しも徘徊をする ベランダから外に出て段差から転落の恐れ 帰宅願望のあるときに一旦外に出てしまわれると、戻るとい説得がきかなくて歩き続けるため危険であるため
その他	センサー設置	ベッドからの転落防止 夜間就寝時 一人での歩行はふらつきがみられ、転倒のおそれがあるため 離設 転倒防止 身体に危険が及ぶため 夜間の転倒防止 日中・夜間の転倒防止 以前に転倒骨折の経験があり、今も歩行にふらつきがあるため 端座位から立ち上がり歩こうとされるが転倒のリスクが高い 骨折により患部(左足首骨折)への負荷が×(主治医指示)だが、歩行しようと立ち上がりがあるため、病院・家族からの希望あり 端座位より前方への転落が前施設で発生しており家族の希望があったため
	掃出し口施設等	居室や非常口横の窓を開けて乗り越えようとするため 1回、長男様の自宅まで帰ってしまった 離園リスクが高いため 真っ暗で足元も悪く危険なため 外への離設 夜間帯に居室の窓より外へ出ていかれるため 日中夜間ともに多動 こまめな見守りできない
	連絡コール外し	立位困難のため、コールボタン認識不可 認知症により、コールのコードを絞首する可能性が高く、生命の危険が予測するため 「死にたい」という思いから、絞首のための紐を探す行ためがあり、生命の危険が予測されるため
	その他	「ちょっと待って」等言ってしまった 自宅への送迎時につなぎ服を着用 自宅ベッドに4点柵を使用

11. 身体拘束の説明・同意について

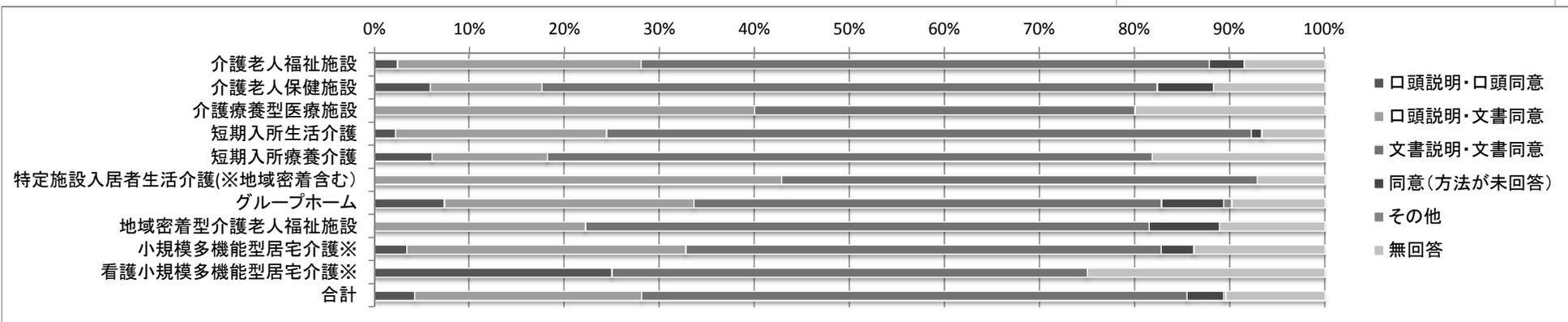
	口頭説明・ 口頭同意	口頭説明・ 文書同意	文書説明・ 文書同意	同意(方法 が未回答)	その他	無回答	合計
介護老人福祉施設	2 2.4%	21 25.6%	49 59.8%	3 3.7%	0 0.0%	7 8.5%	82 100.0%
介護老人保健施設	2 5.9%	4 11.8%	22 64.7%	2 5.9%	0 0.0%	4 11.8%	34 100.0%
介護療養型医療施設	0 0.0%	2 40.0%	2 40.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 20.0%	5 100.0%
短期入所生活介護	2 2.2%	20 22.2%	61 67.8%	1 1.1%	0 0.0%	6 6.7%	90 100.0%
短期入所療養介護	2 6.1%	4 12.1%	21 63.6%			6 18.2%	33 100.0%
特定施設入居者生活介護(※地域密着 含む)		6 42.9%	7 50.0%			1 7.1%	14 100.0%
グループホーム	9 7.4%	32 26.2%	60 49.2%	8 6.6%	1 0.8%	12 9.8%	122 100.0%
地域密着型介護老人福祉施設		6 22.2%	16 59.3%	2 7.4%		3 11.1%	27 100.0%
小規模多機能型居宅介護※	2 3.4%	17 29.3%	29 50.0%	2 3.4%		8 13.8%	58 100.0%
看護小規模多機能型居宅介護※	1 25.0%		2 50.0%			1 25.0%	4 100.0%
合計	20 4.3%	112 23.9%	269 57.4%	18 3.8%	1 0.2%	49 10.4%	469 100.0%



●「同意あり」と回答した事業所は419事業所(89.3%)であり、文書による説明と同意を行っているところは、57.4%(前回 187事業所56.7%)であり、文書による同意を行っているところは、81.3%だった。

●介護老人保健施設、短期入所生活介護、短期入所療養介護などは文書による説明を行っているところが多い(64.7%、67.8%、63.6%)。

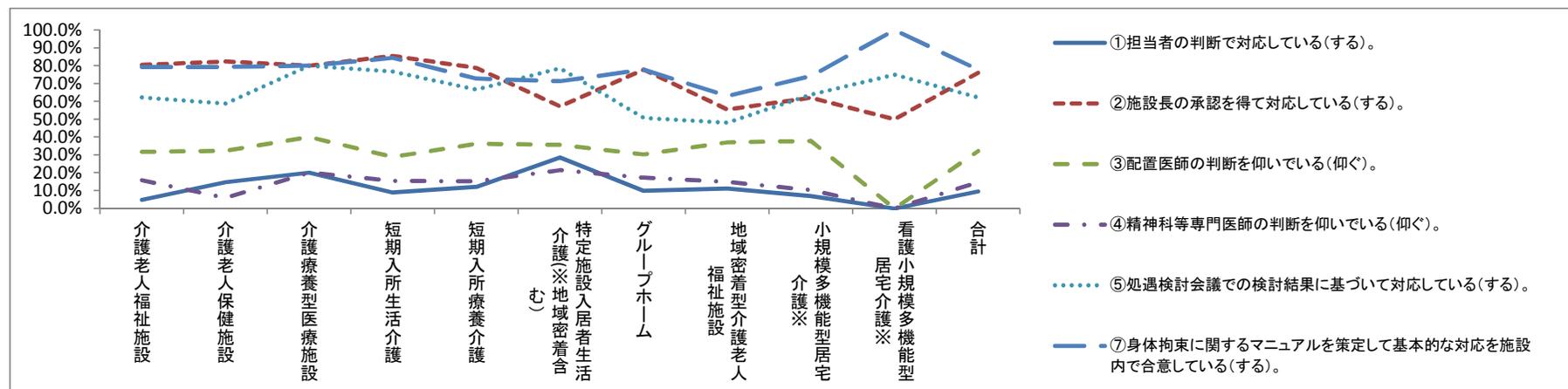
「その他」:いかなる場合も身体拘束しないということで「その他」を選択



12. 身体拘束の判断について

	①担当者の判断で対応している(する)。	②施設長の承認を得て対応している(する)。	③配置医師の判断を仰いでいる(仰ぐ)。	④精神科等専門医師の判断を仰いでいる(仰ぐ)。	⑤処遇検討会議での検討結果に基づいて対応している(する)。	⑦身体拘束に関するマニュアルを策定して基本的な対応を施設内で合意している(する)。
介護老人福祉施設	4 4.9%	66 80.5%	26 31.7%	13 15.9%	51 62.2%	65 79.3%
介護老人保健施設	5 14.7%	28 82.4%	11 32.4%	2 5.9%	20 58.8%	27 79.4%
介護療養型医療施設	1 20.0%	4 80.0%	2 40.0%	1 20.0%	4 80.0%	4 0.8
短期入所生活介護	8 8.9%	77 85.6%	26 28.9%	14 15.6%	69 76.7%	76 84.4%
短期入所療養介護	4 12.1%	26 78.8%	12 36.4%	5 15.2%	22 66.7%	24 72.7%
特定施設入居者生活介護(※地域密着を含む)	4 28.6%	8 57.1%	5 35.7%	3 21.4%	11 78.6%	10 71.4%
グループホーム	12 9.8%	95 77.9%	37 30.3%	21 17.2%	62 50.8%	95 77.9%
地域密着型介護老人福祉施設	3 11.1%	15 55.6%	10 37.0%	4 14.8%	13 48.1%	17 63.0%
小規模多機能型居宅介護※	4 6.9%	36 62.1%	22 37.9%	6 10.3%	37 63.8%	43 74.1%
看護小規模多機能型居宅介護※	0 0.0%	2 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 75.0%	4 100.0%
全体合計	45 9.6%	357 76.1%	151 32.2%	69 14.7%	292 62.3%	365 77.8%

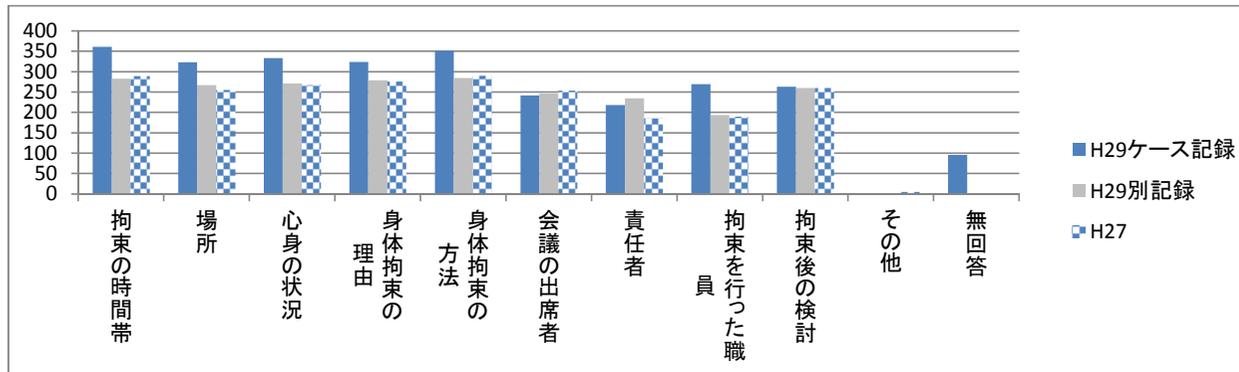
●身体拘束の判断について、施設長の承認を得ての対応(76.1%)や、マニュアルを策定し、その対応を施設内で合意しているところ(77.8%)が多かった。



13. 記録内容

ケース記録に記載	拘束の時間帯	場所	心身の状況	身体拘束の理由	身体拘束の方法	会議の出席者	責任者	拘束を行った職員	拘束後の検討	その他	無回答
介護老人福祉施設	64	59	61	53	66	37	33	57	41	0	14
介護老人保健施設	29	22	23	26	27	21	19	18	20	0	6
介護療養型医療施設	2	1	2	2	2	2	1	1	2	0	3
短期入所生活介護	75	66	71	65	74	45	41	67	52	0	13
短期入所療養介護	25	21	20	25	25	19	16	16	18	0	7
特定施設入居者生活介護(※地域密着を含む)	12	11	10	12	12	10	10	11	12	0	2
グループホーム	90	85	87	83	86	63	60	58	68	0	28
地域密着型介護老人福祉施設	22	19	21	19	21	17	14	18	17	0	5
小規模多機能型居宅介護※	41	39	38	38	38	28	24	23	33	0	16
看護小規模多機能型居宅介護※	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	2
合計	361	323	334	324	352	242	218	270	263	0	96
参考)H27 合計	289	255	267	276	290	254	186	190	260	5	0

ケース記録とは別に記載	有	拘束の時間帯	場所	心身の状況	身体拘束の理由	身体拘束の方法	会議の出席者	責任者	拘束を行った職員	拘束後の検討	その他
介護老人福祉施設	21	57	52	54	53	58	51	47	38	53	0
介護老人保健施設	7	24	24	24	24	26	22	20	14	22	0
介護療養型医療施設	2	2	1	0	1	2	1	0	1	1	0
短期入所生活介護	28	58	53	55	55	57	49	48	45	54	0
短期入所療養介護	11	21	21	20	21	22	15	17	12	15	0
特定施設入居者生活介護(※地域密着を含む)	4	11	11	10	11	11	11	9	10	11	0
グループホーム	42	63	60	60	66	62	55	52	43	59	0
地域密着型介護老人福祉施設	8	19	18	17	18	19	17	17	14	18	0
小規模多機能型居宅介護※	22	27	26	29	29	27	25	24	16	26	1
看護小規模多機能型居宅介護※	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0
合計	147	283	267	271	279	285	247	235	194	260	1



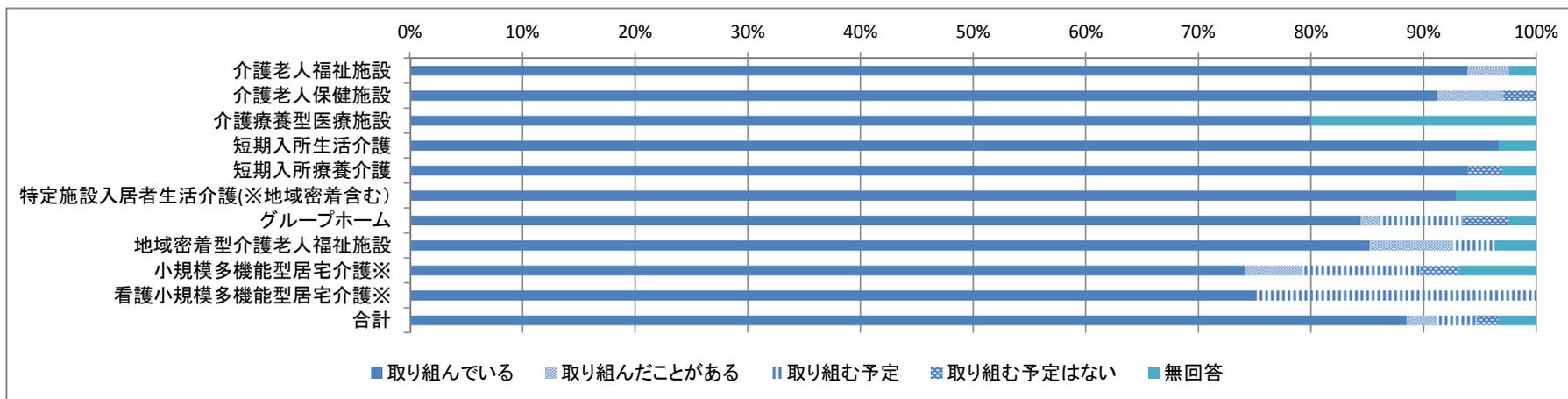
その他: 日々のケース記録には記載しないが、毎月末のモニタリング時にモニタリング報告書に記載し家族にも開示し、捺印貰っている

●記録内容について、前回調査と比べて、拘束の時間帯や拘束の方法などを記載する事業所が増えているが(+72、+62)、拘束後の検討の記載はほぼ同数である(+3)。

14. 身体拘束廃止に向けた取組状況

	取り組んでいる	取り組んだことがある	取り組む予定	取り組む予定はない	無回答
介護老人福祉施設	77 93.9%	3 3.7%	0 0.0%	0 0.0%	2 2.4%
介護老人保健施設	31 91.2%	1 2.9%	0 0.0%	1 2.9%	1 2.9%
介護療養型医療施設	4 80.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 20.0%
短期入所生活介護	87 96.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 3.3%
短期入所療養介護	31 93.9%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.0%	1 3.0%
特定施設入居者生活介護 ※地域密着含む	13 92.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 7.1%
グループホーム	103 84.4%	2 1.6%	8 6.6%	5 4.1%	4 3.3%
地域密着型介護老人福祉施設	23 85.2%	2 7.4%	1 3.7%	0 0.0%	1 3.7%
小規模多機能型居宅介護※	43 74.1%	3 5.2%	6 10.3%	2 3.4%	6 10.3%
看護小規模多機能型居宅介護※	3 75.0%	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%
合計	415 88.5%	11 2.3%	16 3.4%	9 1.9%	20 4.3%
(参考)H27の合計	326 92.9%	6 1.7%	7 2.0%	12 3.4%	

●身体拘束廃止に向けた取組について、取り組んでいるところが415事業所(88.5%)あり、前回調査で取り組む予定はないと回答した事業所の割合が減っている(3.45→1.9%)



15. 取組の内容について

	マニュアル作成	施設内研修	施設外研修	委員会等設置
介護老人福祉施設	79 96.3%	77 93.9%	69 84.1%	75 91.5%
介護老人保健施設	30 88.2%	26 76.5%	24 70.6%	27 79.4%
介護療養型医療施設	4 80.0%	3 60.0%	3 60.0%	2 40.0%
短期入所生活介護	88 97.8%	86 95.6%	72 80.0%	77 85.6%
短期入所療養介護	30 90.9%	23 69.7%	22 66.7%	26 78.8%
特定施設入居者生活介護(※地域密着を含む)	12 85.7%	14 100.0%	9 64.3%	12 85.7%
グループホーム	95 77.9%	98 80.3%	61 50.0%	32 26.2%
地域密着型介護老人福祉施設	24 88.9%	23 85.2%	20 74.1%	25 92.6%
小規模多機能型居宅介護※	43 74.1%	43 74.1%	28 48.3%	8 13.8%
看護小規模多機能型居宅介護※	4 100.0%	4 100.0%	0 0.0%	2 50.0%
合計	409 87.2%	397 84.6%	308 65.7%	286 61.0%

●取組内容について、「マニュアル作成」が一番多く(87.2%)、「施設外研修」(65.7%)「委員会等設置」(61.0%)が少なかった。

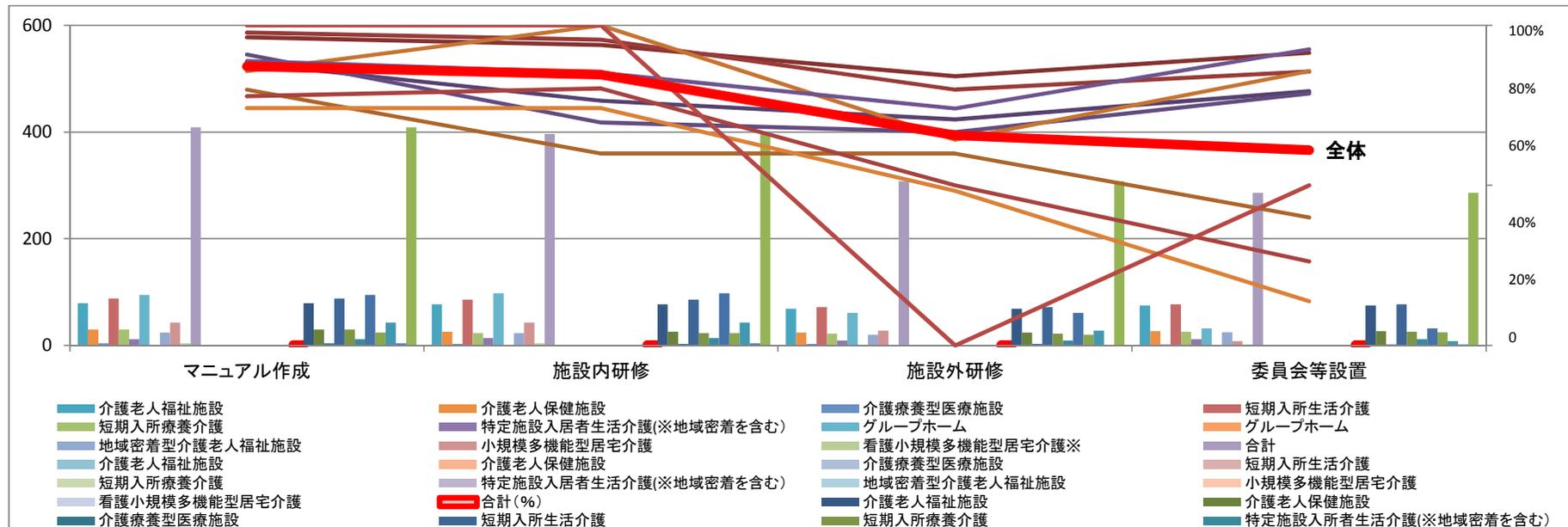
主な施設外研修

- ・滋賀県身体拘束ゼロセミナー
- ・権利擁護推進員養成研修
- ・高齢者虐待防止セミナー
- ・野洲市高齢者虐待事例勉強会 等

委員会

- ・人数:2人~15人
- ・構成メンバー:理事長、施設長、相談員、介護職の部門長、事務長、介護スタッフ 等

16. 事業所種別ごとの取組内容について



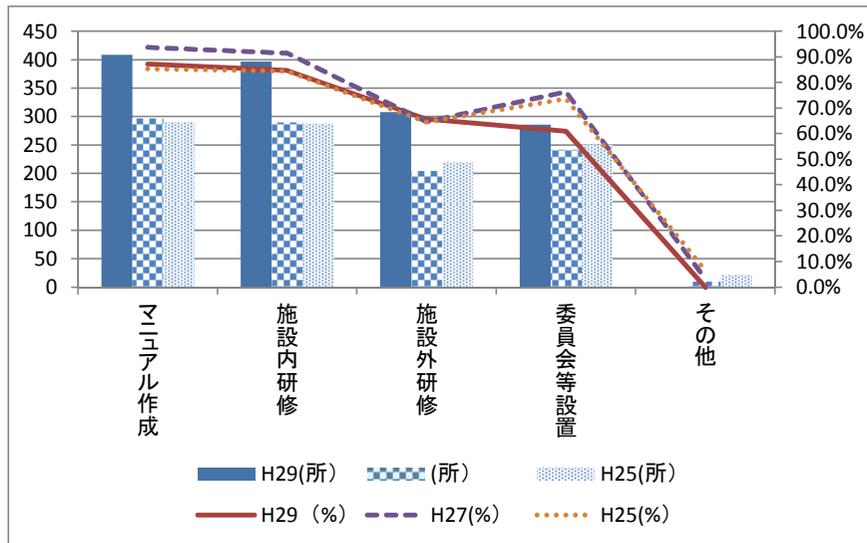
17. 取組状況と身体拘束の有無

★過去に取り組んだと今後取り組むが2事業所あり(重複)

	取り組んでいる	過去に取り組んだ★	取り組む予定★	取り組む予定なし	無回答	合計
	415	11	16	9	20	471
過去1か月身体拘束あり事業所80	72	0	3	2	3	80
	90.0%	0.0%	3.8%	2.5%	3.8%	100.0%
過去1か月身体拘束なし、過去1年あり事業所32	30	2	0	0	0	32
	93.8%	6.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
過去1年間身体拘束なし事業所357	313	9	13	7	17	359
	87.2%	2.5%	3.6%	1.9%	4.7%	100.0%

18. 過年度の取組状況の比較

	マニュアル作成	施設内研修	施設外研修	委員会等設置	その他
H29	409	397	308	286	22
	87.2%	84.6%	65.7%	61.0%	6.5%
H27	297	290	205	242	10
	93.7%	91.5%	64.7%	76.3%	3.2%
H25	291	288	220	251	22
	85.3%	84.5%	64.5%	73.6%	6.5%



●前回調査と比較して、「委員会等設置」に取り組む事業所は少なくなっている。(76.3%→61.0%)

19. 過去1年間の事故の状況

	① ベッドからの転落	② 車椅子からの転落	③ 施設内での歩行の際での転倒	④ 施設内での階段からの転落等	⑤ 自傷や他人からの暴力行為	⑥ 徘徊や無断外出による施設外での事故(交通事故、転落事故等)	⑦ その他	合計(人)	
介護老人福祉施設	1,248	1,245	1,617	18	146	20	4,982	9,276	
介護老人保健施設	1,213	1,006	1,362	1	66	0	1,051	4,699	
介護療養型医療施設	163	308	29	0	3	0	2	505	
短期入所生活介護	361	260	602	7	90	11	944	2,275	
短期入所療養介護	449	616	468	1	51	2	233	1,820	
特定施設入居者生活介護(※地域密着を含む)	237	148	437	1	16	9	160	1,008	
グループホーム	252	146	866	18	30	22	567	1,901	
地域密着型介護老人福祉施設	144	135	238	0	13	2	972	1,504	
小規模多機能型居宅介護※	77	44	134	1	5	28	94	383	
看護小規模多機能型居宅介護※	5	3	11	0	0	0	0	19	(参考)利用者数
合計	4,149	3,911	5,764	47	420	94	9,005	23,390	13,851 (H29)
	17.7%	16.7%	24.6%	0.2%	1.8%	0.4%	38.5%	100.0%	
H27の合計	3,372	3,168	5,733	59	442	100	8,039	20,913	12,160 (H27)
	16.1%	15.1%	27.4%	0.3%	2.1%	0.5%	38.4%	100.0%	
H25の合計	3,390	3,341	5,314	28	277	130	7,794	20,274	10,954 (H25)
	16.7%	16.5%	26.2%	0.1%	1.4%	0.6%	38.4%	100.0%	

⑦その他:
服薬ミス、内出血・外傷、骨折、窒息、バイタル忘れ、異食、施設外に出る等

- 事故の形態は、事故の発生割合も前回調査とほぼ同様であり、その他を除くと、歩行器転倒が最も多かった。
- 時代や施設によって、事故のとらえ方が異なるため、単純に数値の比較はできないが、前回調査と比べ、利用者も増加にともない、(12,160→13,851 1691人(1.13倍))、事故件数も増えていた(20,913→23,390 2,477人(1.11倍))。特に、「ベッド転落」「車椅子転落」が増えている。

20. 身体拘束に関する意見等(自由記載)

老人福祉施設	
1	特別養護老人ホームと病院、老健との考え方の違いなのか、老健に面接に行くのと「痒がられて、オムツ外しをされるので、繋ぎを来ていただいています。」とか病院へ行くのと「搔かれるのでミトンしています」という方「導尿を抜かれるのでミトンしています」という方がおられたり、「生命を優先していますので、必要なことです」とおっしゃられます。福祉の現場と医療の現場の違いなのでしょうが、身体拘束にしても、他の施設ですが、歩行の出来ない認知症の利用者の方に立ち上がりはかなり頻回に有り、職員が常に見ていられない場合にはY字拘束帯をつけることは身体拘束に当たりますが、代替案としても中々対処のしようがなく、職員が見守りが出来ない時間帯以外Y字拘束帯を付けるしかないということを知ることがあります。職員も体制的に多くに人材がいるわけではなく、今後増え続けるであろう認知症の高齢者に人権を守りながらどのように転倒のリスクを抑えていくことができるかが重要ではないでしょうか。
2	・身体拘束と考えるその他の事例で回答したような事例(センサーマット、エレベーター・非常口の施錠など)は施設によって定義が異なるため、統一した見解が出来るのであれば検討してもらえたら、と思う。(施設によって身体拘束では?と思われる事例として、 ・センサーマットで行動を見守り行っている。/エレベーターはテンキー方式のため、数字がわからないと自由にエレベーターを使えない。/各フロアの非常口は認知症の方が一で出ると危険な為施錠している。など)
3	フジカルロックは見られないが、スピーチロックについて課題であるとする。「待ってください」「座ってください」等の声掛けは実際現場で聞かれる。利用者に尊敬の念を持ち寄り添った対応を説くが、それが難しい。人材不足と利用者の重度化がある。現場職員だけに負担がかかるような体制は利用者にとってもマイナスである。しっかりと利用者を見ていけるような体制作りを全体で考えていかなければならない。
4	毎年必ず職場内研修を行い、外部研修にも参加して人権に関する正しい知識を身に付け、実践することに取り組んでいます。しかし、現場においては“つい、思わず”という場面があることも事実です。その時、どれだけ早く、自分で気づくことができるかが大切であるとも思います。そのための意識付けを継続して行っていく必要があります。要介護度が重度の利用者が増える一方で、職員の数も劇的に増えることはありませんし、今後も望めません。人手不足を介護ロボットなどの機器を使ってしのがなくてはならない状況において、離床センサーの使用が増えているのが現状です。しかしこれも広義では行動制限と捉えられる場合があります。機器の使用は必要ですが、ひとつひとつのケースを適切にとらえた判断をチームで行っていけるような体制づくりと教育、職場環境をよくする全国的なバックアップが必要であると考えます。
5	①～⑧の身体拘束は過去をさかのぼり、対象ケースはない状況ではありますが、スピーチロックはラインも難しく、施設内の課題であると認識します。コミュニケーション等の工夫により身体拘束につながらないように努めているところです。
6	認知症のケースで車いすで自走され、ユニット外へ散歩に行かれる事は、良い事ですが、ユニット間連携が図り難しく、できるだけユニット内で過ごして頂けるよう工夫をしている現状があります。どこまでを身体拘束とするのかという判断になりますが、可能な限り自由に過ごして頂けるよう、環境づくりに努めております。ベッドからの転落予防にセンサーマットの設置を行う事がありますが、このセンサーが身体拘束とならないか(呼んでもいないのに職員が駆け付ける)、疑問に思う意見があります。
7	介護保険法で例示された「身体拘束」は、以前は食事摂取困難者が鼻注食→胃瘻に移行する過程や、鼻注食しかできない利用者の安全確保のための「ミトン装着」の事例がほとんどでした。昨今は、鼻注食や胃瘻を希望される利用者やご家族がなく、「身体拘束」の事例はその他も含めて当施設では、3年以上ありません。しかしながら、介護老人福祉施設が重度の受け入れ対象となったことや、慢性的な介護士不足から、介護現場では心身ともにストレスを抱えながら「介護」がおこなわれている実態があります。介護士不足は、介護の質の低下にも及んでおり、「利用者本位」という介護保険が目指す目的に至らない事例も見聞します。そこには介護士数の不足と「介護」に適さない人材も登用せざるを得ない現場の実態があります。スピーチロックに代表される「言葉遣い」も、慢性的な介護士の疲労と「個人のもつ問題」がリンクしていることが多いように思います。昨今取りざたされる介護士による「虐待」事例は他人ごととは思えません。次々に新しい施設が建っていきますが、介護士の確保はできているのでしょうか。介護サービスの「需要」と「供給」のバランスが崩れていることも原因のひとつではないのでしょうか。今後少子化が進み、働く人は全産業で縮小していきます。私たちの現場の力だけでは、賸りきれない課題だと思います。
8	介護施設においては、身体拘束は完全悪であるとされています。同じ方が利用者(介護施設)から患者(医療施設)になった途端に拘束されている場面をよく目の当りにします。施設介護で平穏な暮らしをされている方が、医療施設で拘束され、不穏や褥瘡を作って帰ってくるということは介護施設の職員であれば共通の認識であると思います。医療施設での安易な身体拘束に対しても厳しく指導されることを願います。身体拘束を肯定するつもりは毛頭ありませんが、介護職員の確保には相当の労力がかかります。明らかな行動障害があり、本人がけがをしたり、職員に危害を加えるような状態にはある程度の柔軟に抑制は必要ではないでしょうか。身体拘束をしない代償として事故が増え、利用者及びその親族からの非難は介護施設での職員全体のモチベーションを下げ、ますます手がいなくなると思います。
9	特養などの入所施設においての身体拘束とは利用者の尊厳、自由を奪うあってはならない行為である事は理解している所ではあるが、居宅サービスにおいては未だに在宅で当たり前のように身体拘束をされておられる要介護者が多いように思う。在宅においては介護者が常に見守り等の支援をすることが困難でやむを得ない事も理解できるが、以前にサービス担当者会議において居宅ケアマネージャーが介護者に対してツナギ服や4点柵などの身体拘束を安易に進めている場面に何度か遭遇した事がある。専門職が集まっているにも関わらず、何のための会議なのか分からない事があった。在宅サービスと入所サービスの身体拘束に関する温度差が大きいと感じる。
10	事故予防対策として、損害軽減対応を可能な範囲で検討しています。転倒の可能性のある方にはクッションパットの使用や歩行リハビリを勧めるようにしています。しかし、歩行ができないが、動こうとされる、同時に認知症による安全配慮が難しい場合に、ずっと付き添い困難なときの対応に迷います。個別ケアにおいて、安楽やお話等のケアも行います。排泄のタイミングも見ながら誘導します。しかし、穏やかにすごすことと動かないことは同列ではないために、転倒されることがあります。特に、骨折事故後の対応として、身体拘束をせざるを得ないことがスタッフも心苦しい中、対応していることが辛い現状です。
11	安全性の確保と身体拘束はしない考え方の両面で何が可能なかを日々葛藤の中で介護にあたっています。

12	<p>身体拘束廃止に向けた取り組みと、事故予防の対策は両方のバランスがとても大切だと思われる。どちらか一方に意識が偏ってしまうと、身体拘束廃止または事故予防の対策に何かしらの悪影響が出てくる事が考えられる。</p> <p>身体拘束で、まず頭に浮かぶのは拘束帯などを使って直接行動を抑制する(フィジカルロック)があるが、この様な目に見える拘束については、明らかに拘束しているという事が理解できる為、殆どの施設で実施されなくなってきているのではないと思われる。しかし、薬(ドラックロック)や、言葉(スピーチロック)などの拘束は、薬を服用している時や、会話しているその時に拘束をしているという事が判りづらい事と、認知症の理解なども乏しい事から、より理解しづらくなっているのだと思われる。この様な状態のなか、人材不足で身体拘束とはどの様な事なのかを知らない職員もたくさんいるという事も、原因の一つとなっていると思われる。この対策として研修などを行い理解を深めていく方法などがあるが、なかなか追いついていないのが現状である。</p>
13	<p>現在身体拘束を行っておらず、職員も身体拘束を行った事がない職員も多い。毎年研修を行っているが、どこまで具体的に理解できているのかと思うことがある。</p>
14	<p>事故検討、研修を行うことにより現場職員の意識の向上は進んでいると思いますが、慢性的な人員不足や利用者の重度化もあり、センサーの使用等が増えています。今後も高齢者介護施設の職員としての意識向上は継続し、それぞれが人権等に対しての意識を更に高めていかなければと思いますが、今以上に進んだ高齢者社会への抜本的な対策を国を挙げて行っていく必要を感じています。将来的には自分自身も高齢者になることを考え、国民ひとり一人が他人事ではない、その安心で幸せな暮らしに向けて考えていかなければと思います。</p>
15	<p>実際には、身体拘束を実施しているケースはありませんが、身体拘束廃止委員会で、人感センサーやタッチコールの継続について、十分な検討を重ねていく必要があると思われます。</p>
16	<p>不適切な介護について話し合いを持ち、身体拘束や虐待等に繋がらないよう努力している。</p>
17	<p>身体拘束は人の尊厳にかかわる重要な事と認識はしているが、経管栄養の利用者の方には安全を確保するためと自拔がある度に病院での処置に関わる本人の苦痛、通院時間を考えると、ミトン装着は廃止できないのが実状です。このことは、施設のみで考えるのではなく、経管栄養を希望する家族にPEGの話もしっかりして頂き経管栄養の大変さもしっかり説明して頂きたいと考えます。</p>
18	<p>身体拘束の範囲は広大で物理的な事から精神的な事まで、施設側からの判断だけでは計り知れない。あらゆる分野からの判断や助言が必要と思われる。専門分野からの研修会等の開催が今後も必要と考える。拘束される側の立場を検討し、快適で充実した施設生活を目指していきたい。</p>
<h2 style="background-color: #e1eef6; padding: 5px;">短期入所生活介護</h2>	
1	<p>・病院内で身体拘束(4点柵)をしていたもののほぼ動きが無い方がショートステイをご利用。退院後のショートステイご利用にあたってベッド上での大きな動きはないとの病院からの情報と命に伴うような危険行為もない方であったため、身体拘束の3原則を説明した上で身体拘束は出来ない旨を説明し、納得の上ショートステイをご利用してもらった。しかしショート利用中に骨折されてしまい、骨折したことで身体拘束が出来ない理由は理解はしたが、それでも骨折という結果から身体拘束をしてもらいたかったと後で家族から言われた。上記のことから施設での身体拘束廃止の説明には限界を感じた。病院で身体拘束が行われている以上、利用者家族にも特養などの社会福祉施設での身体拘束廃止の理解を拡げていってもらえる取り組みがあれば、と思う。</p>
2	<p>在宅では介護体制が脆弱なため、つなぎ服や4点柵等の対応をされている場合があるが、「当施設では身体拘束を行わない」旨説明し、予防的な介護の方法や転倒予防策を説明し、ご理解いただいている。在宅のケアマネジャーも以前に比べて理解や協力いただけるようになり、家族も比較的スムーズにご理解いただけるようになったと思う。安全策を講じていても、夜間20人を一人で介護するユニットタイプなので、職員の責任は大きく、負担感は大い。在宅との往復は、利用者にとっても環境変化というリスクがあり、職員にとっても継続して状態がつかめず、思いもよらない行動をされる場合があるので、常に緊張が付きまとう。家族の要望も多い。力量のある介護士を配置しないと、事故のリスクが高くなる。昨今は「虐待」の事件もある。他の事業所をみても、ショートステイの部署の介護士の離職率は高いように思う。介護士不足が進む中、「拘束をせざるに介護したい」という思いと体制や基準が整わない現実とのほざまで、個々の介護士が悩み苦しんでいるという現実を知ってほしい。</p>
3	<p>特養などの入所施設においての身体拘束とは利用者の尊厳、自由を奪うあってはならない行為である事は理解している所ではあるが、居宅サービスにおいては未だに在宅で当たり前のように身体拘束をされておられる要介護者が多いように思う。在宅においては介護者が常に見守り等の支援をすることが困難でやむを得ない事も理解できるが、以前にサービス担当者会議において居宅ケアマネジャーが介護者に対してツナギ服や4点柵などの身体拘束を安易に進めている場面に何度か遭遇した事がある。専門職が集まっているにも関わらず、何のための会議なのか分からない事があった。在宅サービスと入所サービスの身体拘束に関する温度差が大きいと感じる。</p>
4	<p>利用者の自発的な行為、排せつのための行動時の動き出すときや移乗動作の時に転倒されることが多い。立ち上がりやすい環境整備等に配慮し、事故予防に努めて行動制限を行うことがないよう努めていきたい。また、生活上の制限や防ぐべき事故と防ぐことが難しい事故等、現状をご家族や介護支援専門員と共有していきたい。また、居宅の介護支援専門員に短期入所生活介護利用の目的を明らかに居宅サービス計画書に位置付けていただき、事故防止や拘束等を行うことがなく、ご利用者の尊厳の保持と自立支援に向けたケアサービスの提供を続けていきたい。</p>
5	<p>現在、身体拘束を実施しているケースはありませんが、短期入所生活介護の利用者で、転倒のリスクが高い方などに人感センサー等を設置し、行動把握に努めるケースが多くなってきています。支援をしていく中で、身体拘束廃止の観点からできる限りセンサーを使用しないで、支援できるように努め工夫していますが、難しいケースが多々あります。今後も、身体拘束の廃止に向けて、利用者の方にとってより良い支援ができるように研修等で学んでいきたいと考えております。</p>

6	<p>在宅で身体拘束が行われているケースもあり、施設利用時には身体拘束にあたるのでできないということを説明し、代替策の提案をしている。ただ、利用者家族から自宅と同じようにしてほしいと言われた時に困る事がある。代替策を提案して納得して下さるかどうか、というところでもあるが、身体拘束はなぜしてはいけないのかという理解も促す必要があると思う。同時に懸命に介護をしておられる家族を追い詰めないかという不安もある。</p>
7	<p>現在、身体拘束を実施しているケースはありませんが、短期入所生活介護の利用者で、転倒のリスクが高い方などに人感センサー等を設置し、行動把握に努めるケースが多くなってきています。支援をしていく中で、身体拘束廃止の観点からもできる限りセンサーを使用しないで、支援できるように努め工夫していますが、難しいケースが多々あります。今後も、身体拘束の廃止に向けて、利用者の方にとってより良い支援ができるように研修等で学んでいきたいと考えております。</p>
8	<p>スピーチロックの基準が分からない。</p>
9	<p>ショートステイ利用中は、身体拘束と呼ばれるものをしないように対応を考えていますが、自宅で4点柵やつなぎ服の使用をされている方はショートステイ中もしてほしいと言われる方もおられます。自宅では、夜間の見守りが出来ない為安全の為に身体拘束をされる事もありますが、施設でもしてほしいと希望され夜間も職員がいるのでと伝えても不安からなかなかご理解を得られない事が多いのですが、他施設ではどのように説明や対応をされているのか伺いたい。</p>
<h3>地域密着型介護老人福祉施設</h3>	
1	<p>厚生省が定める定義以外にも、ご利用者様の意思に反すること、自由を制限することは、身体拘束に繋がることを研修やカンファレンス等を通じて徹底して理解してもらうよう努めています。実際には、ユニット型で職員も少人数のため、スピーチロックを行う事例が発生していますが、実践的な指導(具体的な声掛けの方法や他の介助方法等の検討)を行う機会を設けています。施設内外の研修参加と現場での実践的取り組み、職員のメンタルヘルス等、多角的な取り組みが必要と感じています。</p>
2	<p>自法人では委員会を設置して定期開催しており事例などを検証していますが、身体拘束に該当するケースは発生していません。しかし身体拘束を広義で捉えたり権利擁護という観点から、高齢者虐待や不適切ケア、プライバシーの侵害、スピーチロックと言われるものには密接な関連性があるとしています。これらは身体拘束に繋がるものとして、委員会を主体に取り組みや啓発活動を進めています。</p>
3	<p>当施設では、委員会の活動を通して職員に対し、身体拘束に対する理解の徹底を図る事によって、日常的に行われている行為の中で入居者さんに精神的及び身体的ストレスを掛けていないかの検証を行う事により、身体拘束に対する意識を図り実践できるよう努めています。基本的には、自分が受けたい介護を入居者さんに来るようにしていく啓発活動を心掛けています。また、入居者さんからお願されたことで約束したことについては直ぐに出来なくても必ず形にすることも大切だと考えており、日々の生活の中に、当法人の大切な考え方である『あなたがいてくれてよかった』の理念こそ身体拘束などない展開と考えています。今後も入居者さんの目線を大切にして、身体拘束ゼロへ向け取り組みます。そのためにも身体拘束廃止へとつながる研修をより多く開催していただきたいと望んでいます。その際には是非当施設も参加をさせていただきたいと考えています。</p>
4	<p>身体拘束廃止に向けた取り組みと、事故予防の対策は両方のバランスがとても大切だと思う。どちらか一方に意識が偏ってしまうと、身体拘束廃止または事故予防の対策に何かしらの悪影響が出てくる事が考えられる。</p> <p>身体拘束で、まず頭に浮かぶのは拘束帯などを使って直接行動を抑制する(フィジカルロック)があるが、この様な目に見える拘束については、明らかに拘束しているという事が理解できる為、殆どの施設で実施されなくなっているのではないと思われる。しかし、薬(ドラックロック)や、言葉(スピーチロック)などの拘束は、薬を服用している時や、会話しているその時に拘束をしているという事が判りづらい事と、認知症の理解なども乏しい事から、より理解しづらくなっているのだと思われる。この様な状態のなか、人材不足で身体拘束とはどのような事なのかを知らない職員もたくさんいるという事も、原因の一つとなっていると思われる。この対策として研修などを行い理解を深めていく方法などがあるが、なかなか追いついていないのが現状である。</p>
5	<p>身体拘束はしない。してはいけない。職員全員、理解して共有していると思います。</p> <p>その中で、なぜ、身体拘束の必要性が出てくるのか。 1.入所者さんの安全確保 2.見守り職員の不足 3.ケガさせられない、ケガした場合、言い訳はできない。といったところから出てきます。入所者さんの中には、個性豊かであり、危ないという理解が少ない方もおられます。</p> <p>転倒等の事故は、職員の見守りができていない、居室内、トイレ内、廊下等というところで発生しており、転倒骨折後の帰施設も、抜糸後すぐの退院となり、下肢への荷重不可とのことで、対応に苦慮するということもあり、こういったことから、全ベルトの着用といった身体拘束の不可避の場合が出てきます。こういう場合は、どのように対応すればいいのか、指導をお願いします。</p>
6	<p>スピーチロックの基準が分からない。</p>
7	<p>当施設では、自立歩行され転倒リスク高い方や他害のリスクある方へは、職員が見守り強化しています。転倒は、不意の立ち上がりされる時に発生しています。処遇会議の際、認識のない職員から「身体拘束・虐待」に当たる行為の提案が上がることもありましたが、都度共通認識を行うことで、現在は殆どありません。どのように見守るのかについての検討を重ねています。</p>

8 専門職としての倫理・専門性が近年欠落しているように感じる。介護職員が不足する中、倫理なく採用し現場で業務を行うと身体拘束や事故・人権侵害が増大するものと考えている。しかし、介護現場のみの課題だけでなく、家族からの要望によりつなぎ服を着せてほしい、病院よりミトンをはめさせてほしい(無くてもいいがリスクが大)等、どうしても身体拘束を撤廃することが困難な場合がある。上司は身体拘束はしないでください、そして事故も起こさないでください、でも介護職員は増えない…介護の現場の専門的倫理と現実があていないように感じています。

介護老人保健施設・介護療養型施設

1 身体拘束廃止、高齢者虐待に関する研修は年間で定めて実施、禁止用語集や接遇に関する月間目標等、啓発は行っておりますが、日常業務において、スピーチロックに関する徹底が図れていないのが現状です。24時間の内、朝夕、深夜帯等の物理的な業務量の多い時間帯での運営の工夫等、好事例があればお教えいただきたく思います。

2 厚労省が定める「身体拘束」の定義以外にも、身体的、精神的にご利用者様の自由を制限するものは全て身体拘束に当たると考えている。日々のケアの中で、職員が身体拘束への意識を高め、ご利用者様の尊厳と倫理を第一義と考えられるよう、研修やカンファレンス、勉強会など多くの機会を設けるようにしている。また、「これは身体拘束では？」と疑問を持った際に躊躇なく問題提起でき、検討できる組織風土作りを心がけたい。

3 法人では、身体拘束については、基本行っていない、過去10年でも2～3件だったと記憶している。行ったケースも家族の強い希望で実施している。しかし、安全面の事を考えると身体拘束についても仕方がない場合もあると思われる。利用者の尊厳も大事と思うが、安全と尊厳、難しい問題である。職員の意識がしっかりあれば、問題はなくなると思われる。

4 当施設は、H18年より身体拘束は行わないという方針で運営していますが、それでも過去2名(短期間で解除)実施しました。ただ、医療機関では、車椅子の固定ベルトなど、シートベルトのような取り扱いで実施されていることも多く、高齢者施設と医療機関の間では、身体拘束の一部についての認識に相違があるように思います。例えば子供用の安全ベルトと高齢者用の安全ベルトではどのように違うのでしょうか。高齢者の行動を抑制するような使い方は全く違います。実際に医療機関で安全ベルトとして使用されていた方が、介護施設でどこも受け入れてもらえないという現状もあります。

5 身体拘束をしなければいけないケースに遭遇しておりません。

6 病院から入所される認知症の方で、オムツ外し等の不潔行為がある方に関しては、介護服を着用されている場合が多い。洗濯をされる家人にとっては洗濯物が少なくなり助かると同時に、高い値段の介護服の購入を依頼され、それが老健入所になったら不必要になり、洗濯物が増えるという事態に陥ってしまうという矛盾が発生しているのが現状である。老健では介護服を使用せずに、いかに汚染を少なくするかを利用者の視点において実施しているが、職員不足の中で厳しい状況を強いられている。ただ職員は、拘束はしてはいけないという観点から日々介護に取り組んでいるので、様々な工夫をこらして身体拘束0を維持している。

7 当施設は、H18年より身体拘束は行わないという方針で運営していますが、それでも過去2名(短期間で解除)実施しました。ただ、医療機関では、車椅子の固定ベルトなど、シートベルトのような取り扱いで実施されていることも多く、高齢者施設と医療機関の間では、身体拘束の一部についての認識に相違があるように思います。例えば子供用の安全ベルトと高齢者用の安全ベルトではどのように違うのでしょうか。高齢者の行動を抑制するような使い方は全く違います。実際に医療機関で安全ベルトとして使用されていた方が、介護施設でどこも受け入れてもらえないという現状もあります。

特定施設入居者生活介護

1 認知症の方で、立位も歩行も不可の方が、ベッドからずり落ちたり、車椅子から立ち上がろうとして転倒・転落されるケースが多い。職員の指示が入らない為、転倒・転落防止に苦勞している。当施設においては、原則身体拘束はしない介護をしている。センサーマット対応。頻回の居室訪問による見守り。不穩で多動時は、車椅子に乗車して頂き、ベルトなどの拘束はせず、職員が車椅子で同行して、他の入居者の対応にあたっている。夜間帯は介護職員室に居て頂き見守っている。ベッドの4点柵あるいは車椅子での安全ベルトを検討していたが、身体拘束にあたる為、実行していない。逆に4点柵にして柵を乗り越えての転落や車椅子に安全ベルトで拘束した場合、車椅子ごと転倒されるリスクもあり、大きな事故につながる可能性もある。また、下肢筋力低下により、ベッドと車椅子間の移乗時にしりもち転倒されるケースが多い。センサーマット対応しているが、同時に3～4人反応する場合があります。どうしても転倒を防ぎきれないのが現状である。

2 身体に行う拘束は原則として行っていないが、職員の人員不足によって入居者の訴えや要望に対して、対応が出来ずに『ちょっと待って』と、使う場面が多々ある。入居者の転倒予防による行動を制限する声掛けを行う事については、認知症のある入居者に対しての知識や支援という観点から教育や指導不足に感じる事がある。

3 当施設は病院ではないので、ミトンや車イスに固定するためのベルトなどは使用していない分、車イスに座ったまま、下に落ちたものを取ろうとして転倒されるケースもよくある。立ち上がり時の転倒予防だけでなく、筋肉の低下から足折れによる転落も転倒に含まれている。同じ入居者が同じケースで転倒を起こしているのが目についている。転倒されるのが認知症から来るものでないこともあり、パーキンソンから来る不随意運動の場合もある。いろんなケースの転倒があるが、見守りしていないからでないかというイメージにとらわれてしまい、介護者は心を痛めることがある。身体拘束は当事者を守るだけでなく、介護者も守られなければならないと思う。ゼロを目指す取り組みの背景には、医療(病院)と生活の場(施設)との違いはないと思うが、実際はセンサーくらい使用してもいいのではないかなと思う。

4	<p>身体拘束については、基本行ってはいけないという認識のもとで利用者へのケアが行われていますが、どこまでが身体拘束にあたるのか、明確な判断基準がないため、職員同士で意見がぶつかり対応に迷いが生じることがよくあります。各施設での事情もあり、なかなか同一の対応というのは難しいかもしれませんが、集団指導等で具体的な事例を挙げ、こういう場合は拘束にあたるのでこういう対応をすれば良い、といった指導をして頂く、または身体拘束に関して電話相談等で具体的な助言を受けることができる窓口を設けて頂くなど配慮頂ければ幸いです。</p>
<h2>グループホーム</h2>	
1	<p>人権の尊重を基本とし、身体拘束がもたらす弊害を認識「身体拘束ゼロ」を推進します。</p>
2	<p>玄関の施錠を夜間のみしていますが、日中してはいけない理由を何度説明を受けても理解できません。出て行きたい時に職員が把握した上で出て行ってもらうことでどうしていけないのでしょうか？たい時に職員が把握した上で出て行ってもらうことでどうしていけないのでしょうか。利用者を預かっている立場で、知らないうちに出て行かれると責任問題にもなり、もし一人で出て行かれて事故等に合われたら本人、家族が困ると思います。認知症があり一人で自立した生活ができないからグループホームに入所されていると思うので、ある程度管理は必要だと思います。</p>
3	<p>身体拘束0を目指し、施設内研修を重ねていきます。</p>
4	<p>日頃の生活の中で、歩行可の人へでも、自席を立ち上げられるとすぐ「どこへ行くんですか？」とか「トイレはこっちですよ」とか大勢の中で大きな声でスタッフに言われることに利用者さんは不自由さを感じておられるだろうと思う。外に出るにはいろいろ規制があるのは仕方ないが、スタッフの都合で理由づけするのを心苦しいと思っています。</p>
5	<p>職員の説得に応じられないまま外に出ていかれると、施設の前の道は道幅が狭い割には交通量が多く危険です。思いに添えるよう職員が同伴したこともありましたが、信号無視で横断したり、横断歩道のないところを確認もせず渡ろうとしたり危険でした。今は帰宅願望が出る前に定期的な一時帰宅の支援をしているのが現在の取り組みです。最近、障害者施設が襲われたという事件がありました。自宅にいても鍵をかける時代です。犯罪から身を守るためにも身体拘束とは別の意味の玄関の施錠が必要な時代なのではないでしょうか？</p>
6	<p>玄関の施錠について、当施設は、玄関からすぐリビングに続いており、利用者の出入りがしやすい構造になっています。職員が気づかないうちに出て行かれる危険性があり、推進委員会で民生委員から「玄関から車道が近いので利用者が出てきて車で引く恐れがあるので対策してほしい」という要望がありました。そのため、昼間、開錠する時間帯もありますが、施錠しており、施錠がすべて身体拘束になることに疑問を感じている。</p>
7	<p>家族からは、転倒や転落による怪我をできる限り未然に防ぐことを期待し、身体拘束することを望まれる声は聞かれる。施設としては、基本として身体拘束は行わないことを説明し、必要に応じてセンサー等を利用し、できる限り迅速に動きたい時には、介助のもと安全と一緒に動けるように対応している。夜間帯は、ユニットに1人の夜勤者という配置により、他利用者の対応と重なったりして、センサーがなっても間に合わず、転倒などにつながるケースも少なくないが、待つことができる方とそうでないリスクの高い方との対応の迅速さを求められる優先度を意識し、支援している。</p>
8	<p>身体拘束としてではなく、要介護度2から5の4人の方に、不審者の出入り防止、夜間、離設による事故防止のため、家族に同意を得て、玄関にセンサーを使用している。且つ、徘徊による事故防止の為、夜間など一人になる場合はセンサーを使用し離設や転倒防止に努めている。</p>
9	<p>ベッドからの転倒、転落防止のため、夜間就寝時のみの拘束4本柵を行っている。転落により、骨折を防ぐためと思っているが、本来であればしない方がよいこともわかってはいても夜勤者が一人ということもあり、家人様に説明した上で行っているのが実情。</p>
10	<p>夜間やむを得ず、片面壁に接して、片面に2点(介助バー、柵)を取り付けています。以前、ベッドから自身で起きられてようとされ、転倒、圧迫骨折されたことがあり、その後、家族の希望で介助バー(自費レンタル)+柵の使用となっています。ご家族とは何度か話し合いをして、柵の使用を検討しましたが、「今の母に一番大切なことは、安全で痛みのない生活」という家族の気持ちは変わらず現在に至っています。</p>
11	<p>どこまでが身体拘束であるのかないのか調べれば調べるほどわからなくなってしまう。本人を動けなくする拘束はいけないが玄関の施錠(スタッフの人数が少ない場合)はどういう感じなのか、はっきりいけないことは明記してもらわないと難しい。</p>

当施設に於いては身体拘束は行っていません。緊急かつその他に対応手段のない場合におきましては必ずご家族様に文章による同意を得てからとなっておりますが、今のところ事例はありません。また、ご入居前の見学時に玄関の施錠はもとより安全上問題がある場合に於いても緊急性、非代替性、ご家族の同意がなければ身体拘束は行わない旨のご説明をさせていただき、同意いただける方のみご入居いただいております。また、例年(本年度は人材不足のためやむを得ず非参加)身体拘束廃止セミナーに複数の職員を派遣しております。個人的にはスピーチロックに関しての基準の曖昧さ、グレーゾーンの離床センサーに対して、明確な基準等を設置すべきかと思えます。スピーチロックに該当する発言がなければ、非言語で態度でやってしまうのは問題ないのか?等各人、各施設により判定基準が曖昧すぎるかなと思います。スピーチロック等を誘発する根本的な要因となってしまうのはその職員の倫理観もありますが、一番は人手不足により余裕が無いことだと思います。今後の超高齢化社会に向け、行政側が本気になって介護職を生業とする人が増えるような梃子入れ(処遇改善手当ての増額等)しないと、各職場で人材が不足→完全にNGな人材も使わないと回せない→サービスの質の低下→一生懸命やっている職員のやる気が低下 という負のスパイラルから抜け出せないと思います。私共の職場に於いても悩んでいる職員は全てやる気のある、心根の優しい職員です。

13 認知症ケアに携わる職員は、もっと認知症についての知識を高めていく必要があると思います。しかし、介護職員の数にゆとりがなく、研修参加の機会が確保しにくい状況になっています。

小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護

1 基本的に身体拘束はいけないことという認識を施設全体で持つ必要がある。
特に現場だけの判断で行わないことが最重要と感じる。合わせて、施設全体での取り組みとして、管理者および施設長が率先して取り組む必要がある。

2 身体拘束ゼロについて全職員がしっかりと意識を持ち実践していくようにする。また、やむを得ず拘束する場合の一時性、緊急性、非代替性ということについてもしっかりと意識を持つように職員の中に浸透していくことが大事であり、実践につなげていく心がけていく

3 現段階では身体拘束を必要としている方がいないが、もし仮に身体拘束の必要性があっても事業所としては身体拘束については慎重に検討していく方針である。家族から夜に動くために4点柵にしてほしいなどの依頼もあるが拘束することで余計に無理な出方をしたり、乗り越えて転落したりというデメリットもあることなど話して身体拘束が禁止されていることという認識を持ってもらう事も必要だと思う。その中で改善策が本当になくて拘束が必要な場合は本人、家族の同意を得た上で事業所内でのどのような取り決めであるのか具体策をしっかりと決めてならする可能性がないとは言えない。また、スピーチロックについても安易にしてしまう傾向があるので事業所全体で取り組みを検討していきたいと思う。

4 今年度は外部研修に参加の予定はありませんが次年度の取り組みで研修計画にあげていきたいと思っています。また内部研修の中で今年度取りくみたい再確認したいと思っています。

5 事業所において、身体拘束はしてはならないと徹底して利用者支援を行っているが、利用者宅においても、身体拘束が起きないように、利用者家族支援(自宅での生活実態・介護者の悩み相談)を行っている。過去の例として、緊急性を要する場合、関係機関の迅速な対応をお願いしたい。(たてまえ論に終始)

6 帰宅願望の強い利用者についてはつい言葉で行動制限をしてしまいがちである。必ず一人の職員が付き添うようにしているが、その人の気持ちを理解して寄り添うというより、何とか動かさないように頑張っている感じが否めない。身体拘束についての研修は行っているが、マニュアルの見直し等行いながら具体的に考えながら理解していきたい。

7 会社としても虐待、拘束に対しては厳しく管理している。内部研修も行い、職員間では浸透した意識として認識している。ただ、スピーチロックについては、受け取る側によりニュアンスが変わり、言葉遣いは勿論その状況にや個々の性格等によっては、スピーチロックになりかねないことに注意している。基本的には、方針、理念としてトップダウンによる徹底が重要と考える。拘束に繋がる備品、用具を持たないことから始まると思う。

8 家人による身体拘束をされた方は10年以上前におられました。自宅にて、家人就寝中に口に出る物を探し、冷蔵庫前に座り込み調味料、冷凍品等々を口にされた為、動くことを規制するためベッドに手足を拘束されました。翌日来所された折手首の痕跡により気づきました。家人には、「ひもを直にするのではなくクッションになるものを何か巻いていただけませんか?」と声をかける事が精一杯でした。その後入院され他施設に移られました。又、家人に対し80歳を超えた女性が暴言、暴力を振るい抵抗する事も出来ず2階に逃げる事が精一杯と悩まれ、医師に相談、投薬を次々と強くすることを要求され病院を変え、最後は頭をうなだれ、手を引いてもらい一歩ずつ歩みを進める状態でした。大好きなご飯にも関心を示さず本当に前の姿はどこにも存在しませんでした。家人は「現在の状態が自分たちにとっては一番幸せです。」と笑顔で言われました。その頃の私たちは本当にどうする事も出来ず、その方が次の施設に行かれるのを見送るだけでした。このような経験から身体拘束は絶対に避けなければならない、認知症と言う病気に効く薬は存在しませんが、出来る限り本人の声を聴き、家人の苦労を軽減できるように対処法を考えました。その場しのぎの対処法で本当の対応ではなかったかもしれませんが共に悩み考えました。現在も同様の考えで対応し、現状一件の身体拘束も行っていません、今後身体拘束を行う考えはありません。

9 スピーチロックなど、身体拘束は勉強不足だと感じている。急ぎ研修を積み、全職員で取り組んでいきたい。目に見えない拘束の啓発をもっとしてほしい。

10 身体拘束が利用者様(高齢者)によい影響を与えない、ということがよく分かっているが、利用者様本人を取り巻くすべての方に抑制をしてはならないという考え方は浸透しないものとする。利用者様自身の問題となっている行動を抑えなければ在宅生活の継続は難しく、主治医(精神科医等)に相談しても結果として家族の意向に沿う形で進まざるを得ないのが現状とらえる。身体拘束をしてはならない、という第三者的意見ばかりではなく、身体拘束をせざるを得ない家族の気持ちも汲むべきである。かつ、それにそった施設に対しての罰則的な意味合いは「利用者の受け入れ先を無くす」ことも十分に考慮すべきと考える。

IV 参 考

平成29年度滋賀県身体拘束実態調査について

I 調査目的

県内の介護保険施設等における身体拘束の実態を把握し、今後の身体拘束廃止に向けた取り組みに資するため、実施しています。

平成15年から隔年に実施(ただし、平成17年は未実施)

II 調査対象

介護保険法等の運営基準に身体拘束禁止規定のある介護保険施設、認知症対応型共同生活介護事業所、特定施設入居者生活介護事業所、短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所を対象とします(介護予防を含む)。

III 調査票及び調査方法

調査票による調査を行います。

しがネット受付サービスに調査票の様式を掲載しています。

なお、本調査内容について、施設名を公表することはありません。

ご協力をお願いいたします。

IV 調査票の回収方法

しがネット受付サービスから調査票をダウンロードいただき、入力後、しがネット受付サービスで送信ください。ご利用できない場合等不明な点があれば下記までご連絡ください。

V 提出期日

平成29年9月6日(水)17:00

VI 問い合わせ先

滋賀県健康医療福祉部 医療福祉推進課 認知症施策推進係

TEL (077)528-3522

FAX (077)528-4851

平成29年度 滋賀県身体拘束実態調査票

施設運営を掌握している、責任ある立場の方が回答してください。

※以下、各質問についての調査基準日は、【平成29年8月1日】とします。

施設名		電 話	
回答者	職 名	氏 名	

質問1-① 該当する施設の種別をプルダウンから選んでください

施設種別	
------	--

質問1-② 入所定員および平成29年8月1日現在の入所者(利用者)数は何人ですか。

定員 (登録者数)		実際の入所者・利用者数	
--------------	--	-------------	--

※上記の「実際の入所者」数と、本ページの各「合計」欄の人数は一致させてください。

※小規模多機能型居宅介護事業所および看護小規模多機能型居宅介護事業所の場合は、定員に登録者数、利用者数には、訪問、通い、泊まりをすべて含めた利用者数を記載ください。

質問1-③ 8月1日現在における入所者(利用者)の「要介護度区別の人数」を記入してください。

要介護区分	自 立	要支援1・2	1	2	3	4	5	認定中等	合 計
人 数									0

質問1-④ 8月1日現在における入所者(利用者)の「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準別の人数」を記入してください。

自立度区分	認知症なし	ランクⅠ	ランクⅡ	ランクⅢ	ランクⅣ	ランクⅤ	不明	合 計
人 数								0

※「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」のランク別に記入してください。

質問2 過去1年間(平成28年8月1日から平成29年7月31日)、過去1ヶ月間(平成29年7月1日～7月31日)に身体拘束を行った人数をお答えください。身体拘束を行ってない場合は、0人と記入ください。

	過去1年間(H28.8.1～H29.7.31)	過去1か月(H29.7.1日～H29.7.31)
身体拘束を行った人数		

※身体拘束の行為については、質問2-①を参照し、施設内では身体拘束でない判断している場合でも、行為があれば、記入ください。

※原則、過去1年間については、質問2-①、過去1か月については、質問2-③、2-④の合計数と一致します。

質問2-① 過去1年間の身体拘束について、該当する方の人数を記載してください。

拘束項目	身体拘束の態様	人 数
①ベッドに拘束	転落防止のための4本柵(全面柵)やベルトや腰ひもでベッドに固定する	
②車椅子に拘束	ずり落ち防止、立ち上がり防止として、ベルトやY字抑制帯、テーブルで固定する	
③つなぎ服	オムツいじり・はずし、脱衣、不潔行為、掻きむしりの防止のためつなぎ服を着せる	
④ミトン、手袋	皮膚の掻きむしり防止や、点滴・経管栄養チューブを抜かないように、ミトン、手袋をつける	
⑤四肢をひもで固定	皮膚の掻きむしり防止や、点滴・経管栄養チューブを抜かないように四肢をひもで固定する	
⑥便器への拘束	便器からの立ち上がり、転倒防止のためベルト、テーブル等で固定する	
⑦薬物の過剰投与	妄想・暴力、徘徊を防止するため、必要以上の向精神薬を投与する	
⑧隔離・出入り口等の施錠	徘徊・他人への暴力等の防止や感染症の感染防止として、居室等に隔離する	

⑩その他	事例を記入してください		
合 計		人	追加項目のその他の場合↓
(追加項目) ・言葉で相手の行動を抑制し、制限する「スピーチロック」について 右のプルダウン(ある、ない、意識したことがない・わからない、その他)から選んでください			

※ ひとりの方に複数(例えば、ベッド柵+つなぎ服)の拘束を行った場合は、各々にカウントしてください。
 ※ 上記の①～⑨以外で身体拘束と考える行為を行った事例があれば、「⑩その他」欄に記入してください。

質問2-② 質問2-①で回答のあった事例について、やむを得ず身体拘束をした理由等について記入してください。

	拘束項目	理 由	拘束者の身体等の状況(※については、以下のプルダウンから選択)						
			要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	移動の状況	日常の状況	医療の状況	排泄の状況	
1					移動の状況 ①自立歩行②歩行器利用③車椅子移動④車椅子介助⑤ストレッチャー⑥その他				
2					日常の状況 ①居室外で過ごすことが多い②居室内で過ごすことが多い③常時寝たきり④その他				
3					医療の状況 ①点滴②経管栄養③中心静脈栄養④気管切開⑤留置カテーテル⑥その他				
4					排泄の状況 ①自力でトイレ②トイレ誘導③しびん④おむつ⑤カテーテル⑥				
5									
6									
7									
8									

質問2-③ 過去1ヶ月間(平成29年7月1日～7月31日)における、日数別の身体拘束の実人数を記入してください。

日 数	1ヶ月間毎日	20日以上1月未満	10日以上20日未満	10日未満	合 計
実人数(人)					0

※「合計」欄は、質問2の「実人数」と一致します。
 ※ 入所期間が1月に満たない場合においても、実際に身体拘束を行った日数で回答してください。

質問2-④ 過去1ヶ月間(平成29年7月1日～7月31日)における、時間別の身体拘束の実人数を記入してください。

時間数	1日中	夜間のみ	昼間のみ	6時間以上半日未満	3時間以上	30分以上	30分未満	合 計
実人数(人)								0

※「合計」欄は、質問2の「実人数」と一致します。
 ※ 日によって身体拘束の時間数が異なる場合は、最も長い時間数の日を選択してください。
 ※ 1人に対して複数の身体拘束の行為を行っている場合は、1日のうちでその人が何らかの身体拘束を受けている時間で計算してください。
 ※【例】1日のうち、ある拘束を9時～11時、別の拘束を10時～12時、さらに、16時～18時にも拘束した場合は、9時～12時の3時間と16時～18時の2時間を合計して、5時間としてください。

質問3 やむを得ず身体拘束をするときは、どのような手続き、対応をしておられますか。該当するものに○印をつけてください。（複数回答可）

※身体拘束を行っていない事業所においても、今後、行った場合のことについて記載してください。

手続き等		○印							
①担当者の判断で対応している(する)。									
②施設長の承認を得て対応している(する)。									
③配置医師の判断を仰いでいる(仰ぐ)。									
④精神科等専門医師の判断を仰いでいる(仰ぐ)。									
⑤処遇検討会議での検討結果に基づいて対応している(する)。									
⑥事前に家族・本人の同意を得ている(得る)。(同意方法について右のプルダウンからチェック)									
その他	(その他の場合はここに記入ください)								
⑦身体拘束に関するマニュアルを策定して基本的な対応を施設内で合意している(する)。									
⑧ケース記録に経過を記載している(する)。									
複数回答可	拘束の時間帯	場所	心身の状況	身体拘束の理由	身体拘束の方法	会議の出席者	責任者	拘束を行った職員	拘束後の検討
	その他 (その他の場合はここに記入ください)								
⑨身体拘束に関する経過記録を別に作成している(する)。記録内容を以下にチェック									
複数回答可	拘束の時間帯	場所	心身の状況	身体拘束の理由	身体拘束の方法	会議の出席者	責任者	拘束を行った職員	拘束後の検討
	その他 (その他の場合はここに記入ください)								
その他	(その他の場合はここに記入ください)								

質問4-① 施設として身体拘束廃止に向けての取り組みを行っていますか。該当するものに○印を付けてください。

取り組みの有無	○印	開始日 (○年○月○日)	終了日
①取り組んでいる			
②今後取り組む予定である			
③過去に取り組んだことがある			
④取り組む予定はない			

※③が該当する場合は終了日も入力してください

質問4-② 質問5-①で「①取り組んでいる」「②今後取り組む予定である。」「③過去に取り組んだことがある」に○印をつけた施設に質問します。具体的にどのような取り組みを行っていますか（または行う予定ですか）。該当するものに○印をつけてください。

(複数回答可)

取り組みの内容	○印
①身体拘束に関するマニュアル等の作成	
②施設内研修の実施	
③施設外研修等に参加	
※研修等名	
④「身体拘束廃止委員会」等の設置	
名称	
設置時期	
メンバー構成	人数
	職名等
・開催状況(最近1年程度)	
⑤その他	

質問5 過去1年間(平成28年8月1日～29年7月31日)に、貴施設において発生した事故の件数を内容別に記載してください。その他の場合は、具体的に記入してください。

※ 把握可能な範囲で記載願います。

事故の態様	件数
① ベッドからの転落	
② 車椅子からの転落	
③ 施設内での歩行の際での転倒	
④ 施設内での階段からの転落等	
⑤ 自傷や他人からの暴力行為	
⑥ 徘徊や無断外出による施設外での事故(交通事故、転落事故等)	
⑦ その他	
合計件数	0

質問6 身体拘束廃止に関するご意見、またその他ご意見がありましたらご自由にお書きください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

高齢者虐待に関する相談窓口等

37/2

H29年7月

市町名	相談窓口	担当区域	相談窓口の電話番号	夜間・休日の電話番号
大津市	和邇地域包括支援センター	小松・木戸・和邇・小野	077-594-2660 077-594-2727	077-523-1234 (コールセンター・守衛室)
	堅田地域包括支援センター	葛川・伊香立・真野・真野北・堅田・仰木・仰木の里・仰木の里東	077-574-1010 077-574-1080	
	比叡地域包括支援センター	雄琴・日吉台・坂本・下坂本・唐崎	077-578-6637 077-578-6692	
	中地域包括支援センター	滋賀・山中比叡平・藤尾・長等・逢坂・中央	077-528-2003 077-528-2006	
	膳所地域包括支援センター	平野・膳所・富士見・晴嵐	077-522-8867 077-522-8882	
	南地域包括支援センター	石山・南郷・大石・田上	077-533-1332 077-533-1352	
	瀬田地域包括支援センター	上田上・青山・瀬田・瀬田南	077-545-3918 077-545-3931	
	瀬田第二地域包括支援センター	瀬田東・瀬田北	077-545-5760 077-545-5762	
	長寿政策課	大津市全域	077-528-2741	
草津市	長寿いきがい課	市全域	077-561-2362	077-561-2499 (守衛室)
	高穂地域包括支援センター	志津・志津南・矢倉	077-561-8143	
	草津地域包括支援センター	草津・草津第二・渋川	077-561-8144	
	老上地域包括支援センター	老上・老上西	077-561-8145	
	玉川地域包括支援センター	玉川・南笠東	077-561-8146	
	松原地域包括支援センター	山田・笠縫	077-561-8147	
	新堂地域包括支援センター	笠縫東・常盤	077-568-4148	
守山市	地域包括支援センター	守山・吉身・小津・玉津学区	077-581-0330	077-583-2525 (代表)
	北部地区地域包括支援センター	河西・速野・中洲学区	077-516-4160	
栗東市	栗東市地域包括支援センター	栗東・栗東西中学校区	077-551-0285	077-553-1234 (市役所宿直・日直)
	葉山地域包括支援センター	葉山中学校区	077-552-5280	
野洲市	高齢福祉課	野洲市全域	077-587-6074	077-587-1121 (市役所宿直)
	野洲市地域包括支援センター	野洲市全域	077-588-2337	
甲賀市	長寿福祉課(地域包括ケア推進課)	甲賀市全域	0748-65-0699	0748-65-0650 (市役所水口庁舎宿直)
	水口地域包括支援センター	水口町	0748-65-1170	0748-65-0650 (市役所水口庁舎宿直)
	土山地域包括支援センター	土山町	0748-66-1610	0748-66-1101 (土山地域市民センター宿直)
	甲賀地域包括支援センター	甲賀町	0748-88-8136	0748-88-4101 (甲賀大原地域市民センター宿直)
	甲南地域包括支援センター	甲南町	0748-86-8034	0748-86-4161 (甲南第1地域市民センター宿直)
	信楽地域包括支援センター	信楽町	0748-82-3180	0748-82-8065 (信楽地域市民センター宿直)
湖南市	湖南市地域包括支援センター	湖南市全域	0748-71-4652	0748-72-1290 (市役所宿直)

高齢者虐待に関する相談窓口等

市町名	相談窓口	担当区域	相談窓口の電話番号	夜間・休日の電話番号
近江八幡市	東部地域包括支援センター	金田・馬淵・武佐・安土・老蘇	0748-34-7355	
	西部地域包括支援センター	桐原・桐原東・北里	0748-36-2205	
	中北部地域包括支援センター	八幡・島・岡山・沖島	0748-31-1970	
	長寿福祉課	近江八幡市全域	0748-31-3737	0748-33-3111 (市役所宿日直)
東近江市	福祉総合支援課	東近江市全域	0748-24-5641	0748-24-1234 (守衛室)
日野町	日野町地域包括支援センター	日野町全域	0748-52-6001	
竜王町	福祉課	町内	0748-58-3704	0748-58-3700 (代表:宿直室)
彦根市	介護福祉課	彦根市全域	0749-23-9660	0749-22-1411 (市役所宿日直)
	彦根市地域包括支援センターひらた	金城・平田	0749-21-3555	
	彦根市地域包括支援センターすばる	鳥居本	0749-21-5412	
		城東・佐和山	0749-24-0494	
	彦根市地域包括支援センターハピネス	城西・城北	0749-27-6702	
	彦根市地域包括支援センターゆうじん	城南・高宮・旭森	0749-21-3341	
	彦根市地域包括支援センターきらら	城陽・若葉・河瀬・亀山	0749-28-9323	
	彦根市地域包括支援センターいなえ	稲枝東・稲枝北・稲枝西	0749-43-7616	
愛荘町	地域包括支援センター	愛荘町全域	0749-42-4690	0749-42-4690
	長寿社会課	愛荘町全域	0749-42-7694	0749-42-7694
豊郷町	保健福祉課	豊郷町全域	0749-35-8116	0749-35-8111(代) (役場宿日直)
	豊郷町地域包括支援センター	豊郷町全域	0749-35-8057	
甲良町	保健福祉課	甲良町全域	0749-38-5151	0749-38-3311
多賀町	多賀町地域包括支援センター	多賀町全域	0749-48-8115	0749-48-8111 (役場宿直室)
長浜市	高齢福祉介護課	市全域	0749-65-7841	0749-62-4111(代)
	南長浜地域包括支援センター	長浜・六荘・西黒田・神田	0749-65-8352	
	神照郷里地域包括支援センター	神照・南郷里・北郷里	0749-65-8267	
	浅井びわ湖姫地域包括支援センター	浅井・びわ・虎姫	0749-73-2653	
	湖北高月地域包括支援センター	湖北・高月	0749-85-5702	
	木之本余呉西浅井地域包括支援セン	木之本・余呉・西浅井	0749-82-3570	
米原市	くらし支援課	山東・伊吹	0749-55-8110	0749-55-8110 (山東庁舎当直)
	米原近江地域包括支援センター	米原・近江	0749-51-9014	
高島市	高島市地域包括支援センター	高島市全域	0740-25-8150	0740-25-8000 (代表:市役所宿日直)

平成29年度滋賀県身体拘束実態調査結果報告書

平成29年12月

滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課

大津市京町四丁目1番1号

TEL 077-528-3522

FAX 077-528-4851