

令和6年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

介護施設・事業所等における高齢者虐待防止・
身体拘束廃止の取組推進に向けた調査研究事業

報 告 書

公益社団法人 全日本病院協会

2025 年 3 月

介護施設・事業所等における高齢者虐待防止・身体拘束廃止の取組推進に向けた調査研究事業 報告書（概要）

1. 調査研究の目的

身体拘束の廃止・防止の取組をさらに推進することが不可欠であり喫緊の課題と捉えており、昨年度当協会において施設系・居住系調査への調査を行った。また、養護者及び養介護施設従事者等による高齢者虐待の相談・通報・判断件数は、依然として増加傾向にあり、身体的虐待に該当する適正な手続きを経していない身体拘束についても継続して発生している現状がある。今年度は、厚生労働省とともに在宅系・多機能系まで対象を広げ身体拘束廃止、高齢者虐待防止について調査研究を行う。

本研究により、サービス提供の違いによる身体拘束となる利用者の状態像を把握するとともに、身体拘束を防ぐための工夫や不足する社会資源等を調査研究することを目的としている。

また、昨年度の「身体拘束ゼロの実践に向けて介護施設・事業所における取組手引き」に引き続き、高齢者介護施設・事業所等における身体拘束廃止・防止、虐待防止に関する周知ツールを作成する。

2. 調査研究の方法

本調査研究では、全国の居住系サービス（認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護）、多機能系サービス、在宅系サービス（訪問看護、居宅介護支援）の中からそれぞれ無作為に抽出した計 2,400 機関を対象とするアンケート調査を実施し、うち 746 機関（回収率 31.1%のうち 2 件 属性無回答）から回答を得た。また、各事業種別を対象としたインタビュー調査を実施した。

居住系、多機能系、在宅系の 3 種の調査票を作成、それぞれ施設管理者等が回答する施設調査票と身体拘束に該当する利用者すべてを記入する利用者調査票の 2 タイプの調査票にて調査を行った。

3. 調査研究の主要結果

(1) 身体拘束の実施状況

身体拘束を実施している事業所割合（利用者調査回答割合）は、多い順に短期入所生活介護（16.1%）、居宅介護支援（15.5%）、特定施設入居者生活介護（12.3%）、訪問看護（12.1%）の順であった。定員に対する身体拘束者数割合は、認知症対応型共同生活介護（以降、グループホーム）が最も多く 11.5%、次いで短期入所生活介護が 9.7%、看護小規模多機能型居宅介護が 8.2%、その他事業では、5.0%以下であった。

(2) 在宅系の傾向

在宅系では、サービス担当者会議で状況を把握するものの、本人家族への説明はケアマネジャーではなく、サービス提供事業所が行う場合が多い傾向にあった。短期入所生活介護においては施設で承認後、ケアマネジャーへ報告する流れであった。このことから複数の事業所が関与していても特定のサービス提供事業所の判断が大きく影響している可能性のあることが推察される。

図表 1 身体拘束の実施承認を行う体制（在宅系）

■ 訪問看護、居宅介護支援

(当てはまる番号全てに○)	訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業 所	
	事業所数	割合	事業所数	割合
①サービス担当者会議で身体拘束に関する「切迫性」「非代替性」「一時性」を確認している。	85	75.9%	69	88.5%
②身体拘束等適正化検討委員会で確認をしている。	45	40.2%	34	43.6%
③医師から「切迫性」「非代替性」「一時性」の判断を得ている。	55	49.1%	34	43.6%
④専用の記録用紙（態様（状態、様子）、時間、心身の状態、緊急やむを得ない理由）を用いている。	43	38.4%	25	32.1%
⑤本人・家族に身体拘束に関する説明は、主にサービス提供事業所が行い、同意を得ている。	75	67.0%	42	53.8%
⑥本人・家族に身体拘束に関する説明は、主にケアマネジャーが行い、同意を得ている。	37	33.0%	28	35.9%
⑦緊急やむを得ない場合で身体拘束を行う場合は、専用の記録用紙を用いて記録している。	32	28.6%	31	39.7%
無回答	12	10.7%	5	6.4%
合計	384	342.9%	268	343.6%
有効回答事業者数	112	100.0%	78	100.0%

■ 短期入所生活介護

1) 身体拘束の実施承認における居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャーとの連携体制

(当てはまる番号全てに○)	短期入所生活介護 (単独)	
	事業所数	割合
①他事業所での実施状況を担当ケアマネジャーから聴取してその内容をもとに承認している。	47	40.2%
②担当ケアマネジャーからの意見を事前に聴取してその内容をもとに承認している。	65	55.6%
③担当ケアマネジャーに委員会や会議へ参加してもらい協議をして承認している。	31	26.5%
④事前に利用者・家族に説明・同意後に施設で承認し、その後、担当ケアマネジャーへ報告をしている。	90	76.9%
⑤他事業所でも実施しているため、承認する際には担当ケアマネジャーへの報告はしていない	1	0.9%
無回答	44	37.6%
合計	278	237.6%
有効回答事業者数	117	100.0%

(3) 身体拘束をしないための工夫

居住系では傾向が類似しており、⑥見守りしやすい場所に移動してもらう、③床マットや超低床ベッドの利用、⑪排せつリズムの把握、⑫ベッド周辺へのセンサー導入が上位を占める。居住系での工夫で上位にあげられるものに対して、在宅系に照らしたときの問題

点を以下に整理した。在宅介護においては、居住環境や介助できる時間帯、金銭面の負担などの判断は、各家庭の環境や判断が大きく影響することから、一律に同じ工夫を用いることは現実的ではなく、さらなる創意工夫が求められる。

訪問看護では、ミトン（75.0%）、Y字型抑制帯や腰ベルト（49.2%）、つなぎ服（64.5%）についてやむを得ない場合のみ許容されうらと思う行為として挙げており、他種別より顕著に高い傾向が表れている。安全を重視し工夫の一つと捉えている可能性がある。

また、身体拘束及び虐待を防止するうえで不足していると考ええる社会資源としては、見守りボランティア、住民参加の必要性があげられるとともに、金銭面によるサービスを控える場合もあり、金銭面への相談窓口の必要性や介護者へのメンタルヘルスサービスがあげられている。

■身体拘束を避けるために行うことがある工夫

居住系の上位	在宅系に照らしたときの問題点
⑥見守りのしやすい場所に移動してもらう	主たる介護者不在の場合があり、常時見守りができない状況では、見守りしやすい場所への移動は在宅系では根本的な解決にはなりにくい。
③床マットや超低床ベッドを用い、万一のベッドから転落ダメージを減らす	在宅系では、床マットや超低床ベッドにした場合の介護者の身体面への負荷や導入にあたり金銭面への負荷や搬入時の環境整備への負担感などが生じる。
⑪排せつリズムの把握	在宅系では、介護者不在時の排せつタイミングの確認や記録を求めることが難しい。定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスが想定されるが、全国的にも事業所数が少ない。
⑫ベッド周辺へのセンサー導入	導入にあたり金銭面の負担と家屋の違いによる設置場所の問題がある。また、家族などの同居者を含めたプライバシーの確保が問題となる。

(4) 身体拘束に至る理由としての家族からの訴えなど（在宅系）

居宅介護支援では、④利用者の認知症の行動・心理症状による理由が最も多く 70.9%、訪問看護でも 49.2%であった。次いで、①主たる介護者等からの意向による理由が居宅介護支援と訪問看護ともに 40%以上であった。また、居宅介護支援では、⑩介護者や家族が身体拘束や虐待の定義を知らず安全が優先されてしまうことが理由も 40%近くであった。

図表2 身体拘束に至る理由としての家族からの訴えなど

	訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	事業所数	割合	事業所数	割合
(当てはまる番号全てに○)				
①主たる介護者等からの意向による理由	49	40.8%	35	44.3%
②主たる介護者や本人等の意向によりサービス提供時間や回数を増やすことができないことが理由	15	12.5%	14	17.7%
③利用者の身体状況による理由	38	31.7%	25	31.6%
④利用者の認知症の行動・心理症状による理由	59	49.2%	56	70.9%
⑤利用者の認知症以外の症状による理由	15	12.5%	8	10.1%
⑥在宅でやむを得ず身体拘束であることを理由に受入可能な病院や施設がないことが理由	2	1.7%	2	2.5%
⑦サービス提供をしている事業所がやむを得ず身体拘束が必要と判断をしたことが理由	9	7.5%	7	8.9%
⑧気軽に見守りを頼める家族、知人等がないことが理由	21	17.5%	18	22.8%
⑨主たる介護者等のストレスを解消するための手段が不足していることが理由	19	15.8%	20	25.3%
⑩介護者や家族が身体拘束や虐待の定義を知らず安全が優先されてしまうことが理由	26	21.7%	31	39.2%
⑪身体拘束を防ぐための環境整備等の工夫に主たる介護者等が納得しないことが理由	13	10.8%	10	12.7%
⑫その他	3	2.5%	3	3.8%
無回答	28	23.3%	13	16.5%
合計	297	247.5%	242	306.3%
有効回答事業者数	96	100.0%	70	100.0%

(5) 身体拘束実施時期を判断した時期

約 36.6%は入所前の情報もしくは入所時の情報に伴い判断している。特に特定施設入居者生活介護では、半数以上が該当する。入院先や在宅介護において身体拘束をしていた場合は、入所時も身体拘束で対応するケースが多いことがうかがえる。

図表3 サービスごとの利用者の身体拘束対象者の傾向
(入所者の身体拘束実施を判断した時期)

	全体		特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%
入所前の情報もしくは入所時の情報に伴い判断	70	36.6%	23	54.8%	0	0.0%	26	35.1%
入所後概ね1週間以内に事前の情報との乖離があり判断	22	11.5%	9	21.4%	1	14.3%	11	14.9%
入所者の状態変化に伴い判断	71	37.2%	8	19.0%	2	28.6%	32	43.2%
医療機関から退院後、状態変化に伴い判断	20	10.5%	1	2.4%	1	14.3%	4	5.4%
無回答	8	4.2%	0	0.0%	3	42.9%	0	0.0%
合計	191	100.0%	41	97.6%	7	100.0%	73	98.6%

	小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%
入所前の情報もしくは入所時の情報に伴い判断	1	33.3%	1	7.1%	14	40.0%	5	26.3%
入所後概ね1週間以内に事前の情報との乖離があり判断	0	0.0%	0	0.0%	1	2.9%	0	0.0%
入所者の状態変化に伴い判断	2	66.7%	11	78.6%	10	28.6%	6	31.6%
医療機関から退院後、状態変化に伴い判断	0	0.0%	0	0.0%	7	20.0%	7	36.8%
無回答	0	0.0%	1	7.1%	3	8.6%	1	5.3%
合計	3	100.0%	13	92.9%	35	100.0%	19	100.0%

(6) サービスごとの利用者の身体拘束対象者の傾向(世帯構造)

家族同居あり(介護可能)な場合で36.6%が身体拘束を行っている。次いで独居が21.1%である。身体拘束に至る理由として「主たる介護者等からの意向」が最も高いことを鑑みると家族の意向が身体拘束実施の判断に影響していることが推察される。

図表4 サービスごとの利用者の身体拘束対象者の傾向(世帯構造)

	全体		小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護	
	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%
独居	15	21.1%	0	0.0%	5	35.7%
家族同居あり(日中独居)	7	9.9%	0	0.0%	2	14.3%
家族同居あり(介護できない)	14	19.7%	1	33.3%	4	28.6%
家族同居あり(介護可能)	26	36.6%	2	66.7%	3	21.4%
わからない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
無回答	9	12.7%	0	0.0%	0	0.0%
合計	71	100.0%	3	100.0%	14	100.0%

	訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	利用者数	%	利用者数	%
独居	6	17.1%	4	21.1%
家族同居あり(日中独居)	3	8.6%	2	10.5%
家族同居あり(介護できない)	6	17.1%	3	15.8%
家族同居あり(介護可能)	11	31.4%	10	52.6%
わからない	0	0.0%	0	0.0%
無回答	9	25.7%	0	0.0%
合計	35	100.0%	19	100.0%

（７）虐待を防止するために実施している取組

介護保険上は高齢者虐待に対して全ての介護サービス事業者を対象に、虐待の発生・再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることが規定されている。今回の調査では、多機能系、在宅系について要件の実施状況を確認した。事業種別ごとの実施率は、居住系と小規模多機能型居宅介護で80%台、在宅系と看護小規模多機能型居宅介護で70%台であった。

在宅系では、委員会結果の従事者への周知が約50%と他事業種別と比較してやや低く、看護小規模多機能型居宅介護では、担当者の設置が54.7%と今回の調査対象事業種別では最も低かった。

図表５ 虐待を防止するために実施している取組

(※) 実施率：
平均実施回答数÷有効回答事業所数

(当てはまる番号全てに○)

	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
①虐待防止のための対策検討委員会の実施	99	94.3%	109	87.9%	135	86.0%
②委員会結果の従業者への周知	84	80.0%	90	72.6%	119	75.8%
③虐待防止のための指針の整備	89	84.8%	104	83.9%	136	86.6%
④虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者の設置	78	74.3%	75	60.5%	110	70.1%
⑤研修の実施	102	97.1%	115	92.7%	135	86.0%
無回答	1	1.0%	2	1.6%	4	2.5%
合計	453	431.4%	495	399.2%	639	407.0%
実施率 (※)		86.9%		80.8%		83.0%

有効回答事業者数	105	100.0%	124	100.0%	157	100.0%
----------	-----	--------	-----	--------	-----	--------

(当てはまる番号全てに○)

	小規模多機能型居宅介護		看護小規模多機能型居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
①虐待防止のための対策検討委員会の実施	45	81.8%	43	81.1%	72	63.7%	56	70.9%
②委員会結果の従業者への周知	34	61.8%	32	60.4%	57	50.4%	42	53.2%
③虐待防止のための指針の整備	47	85.5%	41	77.4%	80	70.8%	59	74.7%
④虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者の設置	39	70.9%	29	54.7%	73	64.6%	51	64.6%
⑤研修の実施	50	90.9%	50	94.3%	88	77.9%	68	86.1%
無回答	3	5.5%	0	0.0%	11	9.7%	4	5.1%
合計	218	396.4%	195	367.9%	381	337.2%	280	354.4%
実施率 (※)		82.7%		73.6%		72.5%		73.6%

有効回答事業者数	55	100.0%	53	100.0%	113	100.0%	79	100.0%
----------	----	--------	----	--------	-----	--------	----	--------

4. まとめと提言

①まとめ

身体拘束の弊害などを説明し、なおも本人・家族が身体拘束を要請する場合に身体拘束を行うと回答している事業所は、訪問看護、居宅介護支援、短期入所生活介護では約 30～40%存在している。また、在宅系では、約 40%が主たる介護者などからの意向によると回答しており、その背景として虐待の定義を知らず転倒・転落など事故を防ぐことが優先されてしまうことが理由として挙げられている。また、介護力のある家族の方が要請する傾向が表れている。

その他、身体拘束を実施している利用者の約 40%は入所前の情報もしくは入所時の情報に伴い身体拘束に至っており、入院中の情報が継続され特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、訪問看護などで身体拘束の判断がなされる傾向がある。時には退院時に医療機関から家族が申し送りを受け行っている場合もある。

身体拘束を行わないことによる訴訟への不安は、事業種別により異なるものの、約 30～50%の事業所が抱えている。家族や地域住民が身体拘束の弊害を知らないために、事故リスクにのみ視点が向いていることが、身体拘束を行わないことによる事故発生時の訴訟リスクの不安を拡大する要因の一つであると考えられる。

また、身体拘束及び虐待を防止するうえで不足していると考ええる社会資源は、在宅介護における狭間サービスを埋める役割を担う見守りボランティアなど住民参加が求められ、家族を含む住民や関係機関の身体拘束に関する弊害への理解が求められる。それとともに在宅でのサービス利用を控えることを防ぐためなど、金銭的な問題への相談窓口の必要性があげられている。その他、介護者のためのメンタルケアが不足とされている。

②提言

在宅介護では、主たる養護者が介護の中心を担っている。そのため、24 時間専門職である介護職員が常駐している施設とは異なり、専門職の関与は限定的となる。また、個々の家庭によって介護できる環境、また、養護者の生活の保持と両立できる介護量、時間帯などが異なってくる。さらに、身体拘束に対する養護者の認識や理解も異なっている。

施設系、居住系事業では、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、三要件である『切迫性』、『非代替性』、『一時性』に基づき、家族を含めた関係者の協議のうえ慎重に判断を行い“緊急やむを得ない場合”と判断された場合、その態様及び時間、利用者の心身の状況と理由を記録し、利用者・家族に文章で同意を得、経過観察記録により再検討を行い、三要件が解消された場合、身体拘束が解除となる。施設系、居住系では、必要に応じて 24 時間で状態観察を行い、施設によっては日々のカンファレンスにより判断しながら速やかな身体拘束の解除に向けた協議を行うことが可能な環境である。判断の下支えとなるものは、身体拘束ゼロに対する明確な方針であり、統一した姿勢の周知が重要である。

高齢者介護分野では、適切な手続きを経ず身体拘束の行為を行った場合は、高齢者虐待に該当すると定義されている。しかし、在宅での介護においては、同じ尺度で解釈することが難しい環境がある。

在宅における介護は、多様な事業所が原則ケアプランに位置付けられた時間を中心に状態観察を行い、独居の場合はその狭間の時間を埋める養護者さえ存在しない状況がある。養護者がいる場合のやり取りは必ずしも対面でできるとは限らずノートや電話、メールなどで行われる。また、独居で認知機能に問題がある場合などは、事業所間のみのやり取りとなる可能性さえある。そのため、事業所の関与の無い時間帯の安全確保が重要な判断基準ともなり得る環境にある。

在宅介護においては、点滴など処置時間に限定される場合は一時性の判断がしやすいが、転倒・転落、外出（徘徊）、抜去等によるリスクが予想される状態では、養護者のみの時間帯、もしくは養護者さえ不在の時間帯の対応まで、事業所従事者が責任を負うことは困難である。そして、養護者自身の生活を保持し、養護者自身の尊厳を尊重することも重要な視点となる。身体拘束三要件に照らした適切な手続きがなくても、介護負担を緩和する工夫の一つとして個々の家庭の中で、時には身体拘束に該当する行為が存在していることも事実である。

居宅介護支援では身体拘束対象者の半数以上は、介護可能な家族が同居しているケースであった。施設系の考え方を杓子定規に照らして、身体拘束 11 禁止行為の是非を問うことは、時には却って養護者を追い詰め誰もが望んでいない結果を招きかねない。

しかしながら、今回の調査では、身体拘束の必要性が判断された時期は、入所（利用）前の情報に基づくものが 40% 近くであった。インタビューにおいても身体拘束と退院時に病院から必要事項として身体拘束と判断される行為を伝えられたり、養護者が身体拘束との理解がなく実施しているケースが存在していることが複数あげられていた。退院時カンファレンスにおいて、本人家族とともに関係する職種が協働で、自宅での身体拘束の必要性が少しでも少なく済む方法を追求しつつ本人家族の尊厳が守られていく社会になることを願う。

身体拘束が高齢者の心身に与える影響は、施設であろうが、在宅であろうが同様に生じ、高齢者自身の生きる意欲を極度に低下させる結果を招くことには、変わりはない。養護者の心身のバランスが保てた状態で継続して在宅介護ができる環境を、介護事業者は、協力して、個々の異なる家庭環境においても多様な可能性を模索しながら保持していけるよう、支援をすることが介護事業の専門職としてあるべき姿であると考えます。

それが実現しやすくなるためには、介護にかかわる関係機関だけでなく、地域住民や警察、消防署なども含めて地域の関係者が身体拘束の弊害を理解し、利用者の尊厳を重視した考え方が浸透していくことが求められる。そして、社会資源として見守りボランティアが増え、障害福祉サービスのように状態に応じた短時間、頻回の見守りのための報酬体系なども養護者を支えるための方策として今後の検討事項といえる。

在宅での介護では、利用者一人ひとりの支援のために選定された多様な関係機関が集まり、サービス担当者会議で身体拘束の実施の有無を検討する流れである。その際、見えていない時間帯の状態も可能な限り把握及び推察し、本人及び養護者の状態を勘案し、慎重な判断にて対応方法が協議され、身体拘束ゼロ化が少しでも実現できていくことを期待する。

－ 目 次 －

第 1 章 身体拘束および虐待防止に関する状況	1
第 2 章 調査の目的と方法	4
第 3 章 アンケート調査結果	7
第 4 章 インタビュー調査結果	59
第 5 章 まとめと考察・提言	67
附録 1 調査票	72
事業実施体制	114

第1章 身体拘束および虐待防止に関する状況

1. 身体拘束をめぐる社会状況

(1) 身体拘束に関する各種制度の方向性

前回の調査では、介護施設において医療知識の不安などからミトン型の手袋等やチューブ類の抜去に対する身体拘束が行われるケースがあった。認知症対応型共同生活介護（以降、グループホーム）では、夜間帯の職員配置や専門職の関与範囲、専門職の知識や経験の違いが“緊急やむを得ない場合”の判断に影響しているケースが見受けられた。2015年度調査と比較すると介護施設では身体拘束廃止に向けた取組が浸透し、組織的対応により訴訟や事故等への不安も緩和されてきていた。

しかし、介護施設において、適正な手続きを経ていない身体拘束が例年2割～3割発生し続けており、2024年度診療報酬・介護報酬改定では、医療機関においても報酬上に身体拘束最小化が盛り込まれ、介護事業においても在宅系まで記録の具備が義務化されるに至っている。2024年度には、2001年度に作成された「身体拘束ゼロへの手引き」が改定され在宅系サービスにおける身体拘束廃止・防止のあり方が盛り込まれた。

各サービス種別における身体的拘束等に関する規定（介護報酬）

			身体的拘束等の原則禁止や記録に関する規定	
			あり	なし
身体的拘束等の適正化のための措置に関する規定	あり	▲10%	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 介護医療院 （介護予防）特定施設入居者生活介護 （介護予防）認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
		▲1% （新設）	（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）小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	
	なし		訪問介護 （介護予防）訪問入浴介護 （介護予防）訪問看護 （介護予防）訪問リハビリテーション （介護予防）居宅療養管理指導 通所介護 （介護予防）通所リハビリテーション （介護予防）福祉用具貸与 （介護予防）特定福祉用具販売 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 地域密着型通所介護 （介護予防）認知症対応型通所介護 居宅介護支援 介護予防支援	

【参考】2024 年度介護報酬改定 身体拘束等の適正化の推進 省令改正

- 短期入所系サービス及び多機能系サービスの運営基準に以下の措置を講じなければならない旨を規定する。
 - ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。
 - ・身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
 - ・介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的を実施すること。
- 訪問系サービス、通所系サービス、福祉用具貸与、特定福祉用具販売及び居宅介護支援の運営基準に以下を規定する。
 - ・利用者又は他の利用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、身体的拘束等を行ってはならないこと。
 - ・身体的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並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。

【参考】介護報酬 身体拘束廃止未実施減算 要件

- 身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置が講じられていない場合
 - ・身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。
 - ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。
 - ・身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
 - ・介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的を実施すること。

【参考】2024 年度 介護報酬改定 身体拘束等の適正化の推進 行政対応

- 全ての施設・事業所で身体的拘束等の適正化が行われるよう
 - ・2024 年度中に小規模事業所等における取組事例を周知する。
 - ・介護サービス情報公表システムに登録すべき事項に身体的拘束等の適正化に関する取組状況を追加する。
 - ・指定権者に対して、集団指導等の機会等にて身体的拘束等の適正化の実施状況を把握し、未実施又は集団指導等に不参加の事業者に対する集中的な指導を行うなど、身体的拘束等の適正化に向けた取組の強化を求める。

（２）高齢者虐待防止に関する各種制度の方向性

2006 年度に施行された「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成 17 年法律第 124 号）では、国民全般に高齢者虐待に係る通報の努力義務が課せられ、福祉・医療関係者に高齢者虐待の早期発見等への協力を求められている。厚生労働省の調査では、2023 年度の高齢者虐待の相談・通報件数は、養護者による高齢者虐待の相談・通報件数は、40,386 件（対前年度比 5.5%増）であり、そのうち 17,100 件が虐待と判断されている。また、養介護施設従事者等による高齢者虐待の相談・通報件数は、3,441 件（対前年度比 23.1%増）であり、そのうち 1,123 件が虐待と判断され、年々増加している。また、介護施設・事業所において、適正な手続きを経ていない身体的拘束等を含む不正によって、人格尊重義務違反により指定取消等の処分に至っている施設・事業所が例年一定数存在し、高齢者虐待の防止が求められている。

2022 年度には、各自治体の未然防止、早期発見、迅速かつ適切な対応、再発防止を促す「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」（国マニュアル）が改定され、2024 年度の介護報酬改定では、全サービス（居宅療養管理指導、特定福祉用具販売を除く）において、高齢者虐待防止措置未実施減算が設けられた。

【参考】介護報酬 2024 年度改定 高齢者虐待防止措置未実施減算

入所者・利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない旨を運営規程に定めておかなければならない。

○ 虐待の防止のための措置に関する事項

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備すること。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- (4) 上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

第2章 調査の目的と方法

1. 本研究の目的

身体拘束の廃止・防止の取組をさらに推進することが不可欠であり喫緊の課題と捉えており、昨年度当協会において施設系・居住系調査への調査を行った。また、養護者及び養介護施設従事者等による高齢者虐待の相談・通報・判断件数は、依然として増加傾向にあり、身体的虐待に該当する適正な手続きを経していない身体拘束についても継続して発生している現状がある。今年度は、厚生労働省とともに在宅系・多機能系まで対象を広げ身体拘束廃止、高齢者虐待防止について調査研究を行う。

本研究により、サービス提供の違いによる身体拘束となる利用者の状態像を把握するとともに、身体拘束を防ぐための工夫や不足する社会資源等を調査研究することを目的としている。

また、昨年度の「身体拘束ゼロの実践に向けて介護施設・事業所における取組手引き」に引き続き、高齢者介護施設・事業所等における身体拘束廃止・防止、虐待防止に関する周知ツールを作成する。

2. 研究方法

(1) 調査の構成

本調査研究では、全国の居住系サービス（認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護）、多機能系サービス、在宅系サービス（訪問看護、居宅介護支援）の中からそれぞれ無作為に抽出した計 2,400 機関を対象とするアンケート調査を実施した。また、各事業種別を対象としたインタビュー調査を実施した。

(2) アンケート調査

①アンケート調査の対象

アンケート調査の対象は、以下の通りである。

調査対象	抽出方法
A) 居住系サービス 認知症対応型共同生活介護 (400 施設) (以降、グループホーム) 特定施設入居者生活介護 (400 施設) 短期入所生活介護 (500 施設)	介護保険事業は、厚生労働省「介護サービス情報公表システム」から無作為に抽出した。 今回、人員基準等の影響を含め調査する目的から次のサービスは、対象を絞って行った。
B) 多機能系サービス 小規模多機能型居宅介護 (250 施設) 看護小規模多機能型居宅介護 (150 施設)	特定施設入居者生活介護は、介護付き有料老人ホームのみを対象とした。 短期入所生活介護は、単独型を中心とし、一部併設型、空床型を含んだ。
C) 在宅系サービス 訪問看護ステーション・訪問看護 (400 施設) 居宅介護支援 (300 施設)	訪問看護は、訪問看護ステーションを中心とし、一部訪問看護を含んだ。

②アンケート調査票の構成

本アンケート調査は、前回調査との比較のため、前回調査に準じ「どのような事業所等において、身体拘束等が行われているのか」を把握することを主目的とした『事業所調査』と、「どのような状態の利用者が身体拘束の対象となりやすいのか」を把握することを主目的とした『利用者調査』の2種類の調査で構成した。それぞれの調査では、下表のように、“居住系用”と“多機能系用”、そして“在宅系用”で調査票を分ける形で、計6種類の調査票を用いた。

今回の調査では、回答する事業所が任意で調査日を設定し、身体拘束に該当する利用者すべてについて、記入する形式とし、該当がなければ提出しないこととした。

調査種類	事業所調査	利用者調査
A) 居住系用	事業所調査票 (グループホーム・ 特定施設入居者生活介護・ 短期入所生活介護)	利用者調査票 (グループホーム・ 特定施設入居者生活介護・ 短期入所生活介護)
B) 多機能系用	事業所調査票 (小規模多機能型居宅介護・ 看護小規模多機能型居宅介護)	利用者調査票 (小規模多機能型居宅介護・ 看護小規模多機能型居宅介護)
C) 在宅系用	事業所調査票 (訪問看護・居宅介護支援)	利用者調査票 (訪問看護・居宅介護支援)

③アンケート調査票の発送・回収方法

本アンケート調査では、2024年11月上旬に、郵便により調査票を発送・返信用封筒にて回収する方法をとった。

方法	内 容
配布方法	郵送にて調査票（記入要綱含む）を送付 ※施設調査は施設長、管理者、責任者等、 利用者調査は、できるだけ利用者の担当者が回答する形式とした。
回収方法	回答した調査票を返信用封筒にて回収した。
回収期限	2024年11月24日（12月10日まで延長） ※はがきによる督促を1回実施

第3章 アンケート調査結果

1. 調査票の回収状況

回収数は、居住系が 417 通（回収率 32.1%）、多機能系が 111 通（回収率 27.8%）、在宅系が 216 通（回収率 30.9%）の計 744 通（他事業種別無記入 2 通あり、回収率 31.1%）であった。

事業所調査のうち短期入所生活介護は単独型が回答数の 87.0%、訪問看護は、訪問看護ステーションが 93.2%であったため他の選択肢と人員体制等が異なることから短期入所生活介護は、単独型のみ、訪問看護は訪問看護ステーションのみに限定して分析を行った。

（以降、短期入所生活介護は、短期入所生活介護（単独型）を示し、訪問看護は、訪問看護ステーションを示す。表内の特定施設は、特定施設入居者生活介護を指す。）

利用者調査は「身体拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為」の 11 行為（※1）¹を実施している利用者を対象に記載する形式であったが、有効回答割合は全体の 17.1%であった。求める回答以外の利用者はグループホームで特に多く、設問に合致した利用者数はわずか 2.3%であった。今回は調査項目の主旨から 11 行為を実施している利用者のみに限定して分析を行った。

なお、今回の調査では、身体拘束実施に際して適正な手続きを実施したうえでの実施か否かの確認までは行っていない。

図表 1 回収率 事業種別ごと

a) 事業所調査

（事業所調査）調査票	A				B		C			A	ABC
事業種別	特定施設 入居者生 活介護	認知症対 応型共同 生活介護	短期入所 生活介護	うち短期 入所生活 介護 （単独）	小規模多 機能型居 宅介護	看護小規 模多機能 型居宅介 護	訪問看護	うち訪問 看護ス テーショ ン	居宅介護 支援	無記入	合計
配布数	400	400	500	-	250	150	400	-	300		2,400
回答数	106	126	185	161	58	53	133	124	83	2	746
回答率	26.5%	31.5%	37.0%	(87.0%)	23.2%	35.3%	33.3%	(93.2%)	38.2%		31.1%

b) 利用者調査

利用者調査	特定施設 入居者生 活介護	認知症対 応型共同 生活介護	短期入所 生活介護	うち短期 入所生活 介護 （単独）	小規模多 機能型居 宅介護	看護小規 模多機能 型居宅介 護	訪問看護	うち訪問 看護ス テーショ ン	居宅介護 支援	合計
（利用者人数（回答数））	125	311	326	299	164	62	129	127	77	1,194
（回答事業所数）	24	40	66	58	16	15	33	32	29	223
※11項目実施の有効回答割合（利用者人数）	33.6%	2.3%	25.8%	24.7%	1.8%	22.6%	27.1%	27.6%	24.7%	17.1%
（うち利用者人数（11項目実施あり））	42	7	84	74	3	14	35	35	19	204
（うち事業所数（11項目実施あり））	13	4	29	26	3	6	15	15	13	83
11項目実施あり事業所割合（事業所調査回答）	12.3%	3.2%	15.7%	16.1%	5.2%	11.3%	11.3%	12.1%	15.5%	11.1%

※1) 「身体拘束ゼロへの手引き」（平成 13 年 3 月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」）記載の身体拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為（例）の 11 行為を本調査では、「身体拘束 11 禁止行為」と表記する。

2. 回答施設の基本属性

① 法人格

事業種別ごとの法人格は、全事業種別において、株式会社が最も多く特定施設入居者生活介護で 68.9

%、短期入所生活介護で 58.4%、訪問看護で 49.2%であった。

グループホーム、小規模多機能型居宅介護は、ともに株式会社と社会福祉法人が 30%程度であった。看護小規模多機能型居宅介護は、株式会社 26.4%、社会福祉法人 22.6%、医療法人 18.9%と分散している。また、居宅介護支援も分散しており、株式会社 30.1%、医療法人 24.1%、社会福祉法人 19.3%であった。

図表 2 基本属性（法人格） 事業種別ごと

法人格	全体		特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
	事業所数	%	事業所数	%	事業所数	%	事業所数	%
医療法人	115	14.3%	8	7.5%	17	13.5%	30	18.6%
社会福祉法人	117	16.5%	19	17.9%	34	27.0%	9	5.6%
財団法人・社団法人	13	0.5%	0	0.0%	1	0.8%	1	0.6%
株式会社	332	53.5%	73	68.9%	45	35.7%	94	58.4%
有限会社	73	11.0%	3	2.8%	19	15.1%	22	13.7%
NPO法人	16	2.4%	0	0.0%	8	6.3%	2	1.2%
その他	42	1.7%	3	2.8%	2	1.6%	2	1.2%
無回答	3	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%
合計	711	100.0%	106	100.0%	126	100.0%	161	100.0%

法人格	小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	事業所数	%	事業所数	%	事業所数	%	事業所数	%
医療法人	5	8.6%	10	18.9%	25	20.2%	20	24.1%
社会福祉法人	20	34.5%	12	22.6%	7	5.6%	16	19.3%
財団法人・社団法人	0	0.0%	2	3.8%	7	5.6%	2	2.4%
株式会社	20	34.5%	14	26.4%	61	49.2%	25	30.1%
有限会社	9	15.5%	4	7.5%	5	4.0%	11	13.3%
NPO法人	1	1.7%	2	3.8%	2	1.6%	1	1.2%
その他	3	5.2%	7	13.2%	17	13.7%	8	9.6%
無回答	0	0.0%	2	3.8%	0	0.0%	0	0.0%
合計	58	100.0%	53	100.0%	124	100.0%	83	100.0%

② 職員体制

前回調査において、施設系では夜間帯の不安を要因の一つとして身体拘束廃止に踏み切れない意見があった。今回調査の職員配置、夜勤職員配置は、以下の通りである。夜勤職員は特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護では、16名～21名で1人、グループホームでは8名で1人であった。

その他、職種別の体制は図表4の通りである。

図表 3 基本属性（夜勤職員配置） 事業種別ごと

	特定施設	グループホーム	短期入所生活介護 (単独)	小規模多機能型居宅 介護	看護小規模多機能型 居宅介護
(常勤換算職員数 平均)					
夜勤職員配置	2.8 名	1.9 名	1.7 名	1.3 名	1.3 名
うち看護職員	1.9 名	0.7 名	0.8 名	0.8 名	0.8 名
うち介護職員	2.3 名	2.0 名	1.7 名	1.8 名	1.4 名
夜勤職員配置 (定員÷夜勤職員)	21.8 名	8.0 名	16.1 名		

図表 4 基本属性（職員配置） 事業種別ごと

	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)		小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護	
	定員÷介 護看護常 勤換算職 員数	介護職員 率	定員÷介 護看護常 勤換算職 員数	介護職員 率	定員÷介 護看護常 勤換算職 員数	介護職員 率	登録定員 ÷介護看 護常勤換 算職員数	介護職員 率	登録定員 ÷介護看 護常勤換 算職員数	介護職員 率
平均人員配置 (定員÷介護看護常勤換算職員数)・介護職員率 (介護職員÷介護看護職員)	2.7	80.2%	1.2	96.3%	2.1	82.0%	1.5	86.1%	1.3	62.8%

	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
(常勤換算職員数 平均)	常勤	非常勤職員	常勤	非常勤職員	常勤	非常勤職員
看護師	2.2	1.1	0.3	0.2	1.2	0.6
うち認知症認定看護師	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
准看護師	1.1	0.6	0.2	0.1	0.8	0.5
介護職員	13.9	5.1	9.4	2.9	8.2	2.8
うち介護福祉士	8.4	2.7	6.2	1.4	5.0	1.1
うち認知症介護実践者研修受講者	1.3	0.4	2.6	0.4	0.8	0.3
うち認知症介護実践リーダー研修受講者	0.3	0.0	0.9	0.1	0.3	0.0
うちEPA/技能実習生/特定技能実習生/在留資格【介護】	1.2	0.3	0.4	0.0	0.6	0.1
医師	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.3
PT/OT/ST	0.3	0.1	0.0	0.0	0.3	0.1

(常勤換算職員数 平均)	小規模多機能型居宅介護		看護小規模多機能型居宅介護		訪問看護(ステーション)		居宅介護支援事業所	
	常勤	非常勤職員	常勤	非常勤職員	常勤	非常勤職員	常勤	非常勤職員
看護師	0.8	0.3	3.0	1.4	4.0	1.6	0.0	0.0
うち認知症認定看護師	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0
准看護師	0.9	0.3	0.8	0.3	0.2	0.2	0.1	0.0
介護職員	7.1	3.9	7.3	2.3	-	-	-	-
うち介護福祉士	4.9	2.0	5.0	1.5	-	-	-	-
うち認知症介護実践者研修受講者	2.1	0.3	1.7	0.5	-	-	-	-
うち認知症介護実践リーダー研修受講者	0.5	0.0	0.4	0.1	-	-	-	-
うちEPA/技能実習生/特定技能実習生/在留資格【介護】	0.4	0.0	0.3	0.1	-	-	-	-
医師	-	-	-	-	-	-	-	-
PT/OT/ST	-	-	-	-	-	-	-	-
介護支援専門員	1.1	0.1	0.9	0.2	0.6	0.0	2.4	0.7
うち主任介護支援専門員	0.2	0.0	0.1	0.1	0.3	0.0	1.5	0.3
保健師	-	-	-	-	0.1	0.1	0.0	0.0
リハビリ職	-	-	-	-	1.9	0.6	0.0	0.0
うち理学療法士	-	-	-	-	1.2	0.5	0.0	0.0
うち作業療法士	-	-	-	-	0.8	0.2	0.0	0.0
うち言語聴覚士	-	-	-	-	0.1	0.1	0.0	0.0

③ 平均要介護度

平均要介護度は、短期入所生活介護、看護小規模多機能型居宅介護が最も高く 3.0 であった。次いでグループホーム (2.6)、特定施設入居者生活介護 (2.5)、小規模多機能型居宅介護、訪問看護が 2.3、居宅介護支援が 2.0 であった。

図表 5 平均要介護度 (事業所あたり) 事業種別ごと

平均	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護(単独)	
	人数平均	人数割合	人数平均	人数割合	人数平均	人数割合
1) - i 入所者の内訳 ※短期入所の場合、調査日に入所している利用者のみ						
要支援 1	2.8	5.3%	0.0	0.1%	0.1	0.4%
要支援 2	2.9	5.5%	0.2	1.0%	0.3	1.4%
要介護 1	11.2	21.4%	3.4	21.5%	3.0	12.2%
要介護 2	9.7	18.5%	4.0	25.8%	5.0	20.3%
要介護 3	8.4	16.0%	3.9	24.6%	7.9	31.8%
要介護 4	9.7	18.4%	2.4	15.1%	5.6	22.7%
要介護 5	6.4	12.3%	1.6	10.2%	2.7	10.9%
入院中	1.4	2.6%	0.3	1.8%	0.1	0.4%
合計	52.4	100.0%	15.7	100.0%	24.7	100.0%
平均要介護度	2.5		2.6		3.0	

平均	小規模多機能型居宅介護		看護小規模多機能型居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
1) - i 入所者の内訳 ※短期入所の場合、調査日に入所している利用者のみ	人数平均	人数割合	人数平均	人数割合	人数平均	人数割合	人数平均	人数割合
要支援 1	0.8	4.1%	0.0	0.1%	2.8	5.3%	5.6	5.1%
要支援 2	1.0	5.0%	0.0	0.1%	5.0	9.5%	10.3	9.4%
要介護 1	5.5	26.9%	3.6	17.6%	10.9	20.8%	28.2	25.7%
要介護 2	4.3	21.0%	4.4	21.5%	11.0	21.0%	23.1	21.1%
要介護 3	3.6	17.6%	3.7	17.9%	7.2	13.6%	26.5	24.2%
要介護 4	2.9	14.1%	4.1	20.0%	7.2	13.7%	7.9	7.2%
要介護 5	1.6	7.9%	4.1	19.8%	5.9	11.2%	5.0	4.6%
入院中	0.7	3.3%	0.6	2.9%	2.5	4.8%	2.9	2.6%
合計	20.4	100.0%	20.7	100.0%	52.5	100.0%	109.5	100.0%

平均要介護度	2.3	3.0	2.3	2.0
--------	-----	-----	-----	-----

※平均要介護度＝

(要介護 1 × 1 + 要介護 2 × 2 + 要介護 3 × 3 + 要介護 4 × 4 + 要介護 5 × 5 + 要支援 1 ・ 2 × 0.375) ÷ 利用者数

④ 認知症高齢者日常生活自立度

認知症高齢者日常生活自立度は、訪問看護では 29.7%、居宅介護支援では 20.1%、特定施設入居者生活介護では 8.0%が自立であった。グループホーム、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護では、自立は、2 名以下であった。

図表 6 認知症高齢者日常生活自立度（事業所あたり平均人数） 事業種別ごと

平均	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
2) 認知症高齢者の日常生活自立度（もしくは同様の状態に該当する利用者数）	人数平均	人数割合	人数平均	人数割合	人数平均	人数割合
自立（認知症の症状や精神症状は特にない）	4.3	8.0%	0.1	0.4%	1.6	6.4%
I（何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している）	8.1	15.0%	1.3	7.3%	3.6	14.1%
II（たばこに迷う、服薬管理ができない、金銭管理や買い物等これまでできたことにミスが目立つ）	17.0	31.2%	5.3	30.7%	6.8	26.8%
III（着替え、食事、排便、排尿が上手にできない。徘徊、失禁、火の不始末、不潔行為等がある）	13.9	25.6%	6.7	39.1%	7.2	28.3%
IV（日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする）	8.5	15.6%	3.2	18.4%	4.8	19.0%
M（せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等）	2.5	4.7%	0.7	4.0%	1.3	5.3%
合計	54.4	100.0%	17.2	100.0%	25.2	100.0%

平均	小規模多機能型居宅介護		看護小規模多機能型居宅介護		訪問看護（ステーション）		居宅介護支援事業所	
2）認知症高齢者の日常生活自立度（もしくは同様の状態に該当する利用者数）	人数平均	人数割合	人数平均	人数割合	人数平均	人数割合	人数平均	人数割合
自立（認知症の症状や精神症状は特にない）	1.3	6.6%	1.6	8.0%	13.3	29.7%	16.6	20.1%
I（何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している）	2.8	13.5%	2.9	14.7%	11.0	24.6%	19.9	24.1%
II（たびたび道に迷う、服薬管理ができない、金銭管理や買い物等これまでできたことにミスが目立つ）	6.7	32.5%	6.2	30.9%	9.5	21.1%	26.7	32.3%
III（着替え、食事、排便、排尿が上手にできない。徘徊、失禁、火の不始末、不潔行為等がある）	6.2	30.4%	5.7	28.8%	6.4	14.3%	13.6	16.5%
IV（日常生活に支障を来するような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする）	2.9	14.0%	3.2	16.0%	3.8	8.4%	4.4	5.4%
M（せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等）	0.6	3.1%	0.3	1.5%	0.9	1.9%	1.3	1.6%
合計	20.5	100.0%	19.9	100.0%	44.8	100.0%	82.5	100.0%

⑤ 身体拘束廃止未実施減算

身体拘束廃止未実施減算（居住系、多機能系のみ）に関してはグループホームで 11.1%と最も高く、次いで短期入所生活介護の 7.5%、小規模多機能型居宅介護が 6.9%。特定施設入居者生活介護が 4.7%、看護小規模多機能型居宅介護が 3.8%であった。

※回答にあたって、1 年間の経過措置がある短期入所生活介護においても、減算の有無に関わらず要件を満たしていない場合は「2：該当」として回答した。主な要件は、委員会実施、指針整備、研修実施であり、必ずしも身体拘束を実施しているとは限らない。

今回の該当事業所においても身体拘束の実施との直接的な関係は見られなかった。また、身体拘束廃止未実施減算「該当」事業所においては、「指針無し」がグループホームで 1 件、その他は「指針あり」であり、かつ、「研修」は実施している。そのため委員会が行われていないことが減算対象であると回答したと推察される。

図表 7 基本属性 身体拘束廃止未実施減算 事業種別ごと

	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護（単独）		小規模多機能型居宅介護		看護小規模多機能型居宅介護	
	事業所数	回答割合	事業所数	回答割合	事業所数	回答割合	事業所数	回答割合	事業所数	回答割合
非該当	95	89.6%	99	78.6%	141	87.6%	50	86.2%	47	90.4%
該当	5	4.7%	14	11.1%	12	7.5%	4	6.9%	2	3.8%
無回答	6	5.7%	13	10.3%	8	5.0%	4	6.9%	3	5.8%
合計	106	100.0%	126	100.0%	161	100.0%	58	100.0%	52	100.0%

⑥ 身体拘束実施割合

身体拘束を実施している事業所割合（利用者調査回答割合）は、短期入所生活介護（16.1%）、居宅介護支援（15.5%）、特定施設入居者生活介護（12.3%）、訪問看護（12.1%）、看護小規模多機能型居宅介護（11.3%）、小規模多機能型居宅介護（5.2%）、グループホーム（3.2%）であった。

定員に対する身体拘束者数割合は、グループホームが最も多く、11.5%、次いで短期入所生活介護が9.7%、看護小規模多機能型居宅介護が8.2%、その他事業では、5.0%以下であった。

図表 8 基本属性（身体拘束施設実施割合、身体拘束人数等） 事業種別ごと

11行為実施利用者のみ	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
	数	%	数	%	数	%
利用者数（身体拘束に該当する）	42	31.6%	7	5.3%	74	55.6%
事業所数	13	28.3%	4	8.7%	26	56.5%
（全事業所数と利用者調査回答割合）	106	12.3%	126	3.2%	161	16.1%
1 実施事業所あたり身体拘束者数	3.2 名		1.8 名		2.8 名	
定員（平均）	64.1 名		15.3 名		29.5 名	
定員に対する身体拘束者数割合	5.0%		11.5%		9.7%	

11行為実施利用者のみ	小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	数	%	数	%	数	%	数	%
利用者数（身体拘束に該当する）	3	17.6%	14	82.4%	35	64.8%	19	35.2%
事業所数	3	33.3%	6	66.7%	15	53.6%	13	46.4%
（全事業所数と利用者調査回答割合）	58	5.2%	53	11.3%	124	12.1%	84	15.5%
1 実施事業所あたり身体拘束者数	1.0 名		2.3 名		2.3 名		1.5 名	
定員（平均）	27.7 名		28.3 名		75.1 名		84.6 名	
定員に対する身体拘束者数割合	3.6%		8.2%		3.1%		1.7%	

4. 方針と組織

① 身体拘束ゼロ化の方針

訪問看護、居宅介護支援ではそれぞれ20%以上が“特段の取組なし”であった。

図表9 身体拘束ゼロ化の方針

	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
①事業所としてゼロ化を打ち出している	90	84.9%	100	79.4%	130	80.7%
②現場レベルでゼロ化に取り組んでいる	16	15.1%	25	19.8%	28	17.4%
③特段の取組なし	0	0.0%	1	0.8%	2	1.2%
無回答	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%
合計	106	100.0%	126	100.0%	161	100.0%

	小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
①事業所としてゼロ化を打ち出している	52	89.7%	38	71.7%	52	41.9%	43	51.8%
②現場レベルでゼロ化に取り組んでいる	3	5.2%	11	20.8%	40	32.3%	19	22.9%
③特段の取組なし	3	5.2%	3	5.7%	28	22.6%	18	21.7%
無回答	0	0.0%	1	1.9%	4	3.2%	3	3.6%
合計	58	100.0%	53	100.0%	124	100.0%	83	100.0%

② 身体拘束ゼロ化に向けたケアの工夫等をまとめたマニュアル等

訪問看護、居宅介護支援ともにマニュアルがない事業所割合が10%以上であった。

図表10 身体拘束ゼロ化に向けたケアの工夫等をまとめたマニュアル等

	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
①マニュアル等の資料を配布し、職員間で読み合わせをしている	70	66.0%	70	55.6%	105	65.2%
②マニュアル等の資料を配布しているが、読み合わせは行っていない	25	23.6%	30	23.8%	35	21.7%
③マニュアル等の資料の配布は行っていない	7	6.6%	19	15.1%	16	9.9%
④マニュアル等はない	4	3.8%	4	3.2%	4	2.5%
無回答	0	0.0%	3	2.4%	1	0.6%
合計	106	100.0%	126	100.0%	161	100.0%

	小規模多機能型居宅介護		看護小規模多機能型居宅介護		訪問看護（ステーション）		居宅介護支援事業所	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
①マニュアル等の資料を配布し、職員間で読み合わせをしている	30	51.7%	28	52.8%	38	30.6%	34	41.0%
②マニュアル等の資料を配布しているが、読み合わせは行っていない	15	25.9%	16	30.2%	30	24.2%	19	22.9%
③マニュアル等の資料の配布は行っていない	10	17.2%	8	15.1%	33	26.6%	18	21.7%
④マニュアル等はない	3	5.2%	0	0.0%	20	16.1%	9	10.8%
無回答	0	0.0%	1	1.9%	3	2.4%	3	3.6%
合計	58	100.0%	53	100.0%	124	100.0%	83	100.0%

③ 身体拘束実施の要件・手続等を定めたガイドライン（指針）等の運用

訪問看護、居宅介護支援ではそれぞれ20%前後、ガイドライン・規程（指針）等はないと回答している。

図表 11 身体拘束実施の要件・手続等を定めたガイドライン（指針）等の運用

	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護（単独）	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
①実施要件・実施時の手続きの両方を定めたガイドライン・規程（指針）等がある	98	92.5%	100	79.4%	124	77.0%
②実施要件のみを定めたガイドライン・規程（指針）等がある	7	6.6%	16	12.7%	17	10.6%
③実施時の手続きのみを定めたガイドライン・規程（指針）等がある	0	0.0%	4	3.2%	8	5.0%
④ガイドライン・規程（指針）等はない	1	0.9%	4	3.2%	2	1.2%
無回答	0	0.0%	2	1.6%	10	6.2%
合計	106	100.0%	126	100.0%	161	100.0%

	小規模多機能型居宅介護		看護小規模多機能型居宅介護		訪問看護（ステーション）		居宅介護支援事業所	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
①実施要件・実施時の手続きの両方を定めたガイドライン・規程（指針）等がある	44	75.9%	42	79.2%	51	41.1%	42	50.6%
②実施要件のみを定めたガイドライン・規程（指針）等がある	10	17.2%	7	13.2%	20	16.1%	13	15.7%
③実施時の手続きのみを定めたガイドライン・規程（指針）等がある	3	5.2%	3	5.7%	17	13.7%	9	10.8%
④ガイドライン・規程（指針）等はない	1	1.7%	1	1.9%	33	26.6%	15	18.1%
無回答	0	0.0%	0	0.0%	3	2.4%	4	4.8%
合計	58	100.0%	53	100.0%	124	100.0%	83	100.0%

④ 身体拘束を実施する前に、拘束を避けるためのケアの再検討の実施

身体拘束を実施する前に、拘束を避けるためのケアの再検討を行うことがほとんどしない事業所も少数ではあるものの、短期入所生活介護、訪問看護、居宅介護支援で散見される。

図表 12 身体拘束を実施する前に、拘束を避けるためのケアの再検討の実施

	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
①必ず再検討する	98	92.5%	114	90.5%	130	80.7%
②再検討することが多い	6	5.7%	9	7.1%	18	11.2%
③再検討することもある	1	0.9%	3	2.4%	5	3.1%
④再検討をほとんどしない	0	0.0%	0	0.0%	3	1.9%
無回答	1	0.9%	0	0.0%	5	3.1%
合計	106	100.0%	126	100.0%	161	100.0%

	小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
①必ず再検討する	49	84.5%	48	90.6%	87	70.2%	58	69.9%
②再検討することが多い	5	8.6%	3	5.7%	18	14.5%	6	7.2%
③再検討することもある	2	3.4%	2	3.8%	7	5.6%	7	8.4%
④再検討をほとんどしない	0	0.0%	0	0.0%	8	6.5%	4	4.8%
無回答	2	3.4%	0	0.0%	4	3.2%	8	9.6%
合計	58	100.0%	53	100.0%	124	100.0%	83	100.0%

⑤ やむを得ない場合のみ許容されうるとする行為

身体拘束 11 禁止行為のうち、やむを得ない場合のみ許容されうる行為としては、5) ミトンが最も高く、特に短期入所生活介護や在宅系（居宅介護支援、訪問看護）、医療系（訪問看護、看護小規模多機能型居宅介護）で高い傾向がある。

在宅系では、6) Y字型抑制帯や腰ベルトが 30%以上、特に訪問看護では 49.2%がやむを得ない場合のみ許容されうる行為として回答している。また、訪問看護では、8) つなぎ服についても約 65%がやむを得ない場合のみ許容されうるとする行為として挙げており、他種別より顕著に高い傾向が表れている。

その他、12) 三方柵、14) 鈴などの活用なども訪問看護が高い傾向となっており、安全を重視し工夫の一つとして捉えている可能性がある。

身体拘束 11 禁止行為について、やむを得ない場合のみ許容されうる行為と回答した平均値の割合は、事業種別で多い順に訪問看護が 32.8%、居宅介護支援が 25.2%、看護小規模多機能型居宅介護が 22.0%、短期入所生活介護が 21.7%、グループホームが 20.9%、特定施設入居者生活介護が 14.3%、小規模多機能型居宅介護が 14.1%であった。この数字は、身体拘束ゼロに向けた意識レベルの水準を示す一つの目安と捉えられる。

図表 13 やむを得ない場合のみ許容されうらと思う行為

特定施設	グループホーム		短期入所生活介護 (単独)		小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。	6	5.7%	11	8.7%	13	8.1%	3	5.2%	6	11.3%	24	19.4%
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。	9	8.5%	12	9.5%	17	10.6%	4	6.9%	7	13.2%	21	16.9%
3) 自分で降りられないように、ベッドの四方を柵（サイドレール）や壁で囲む。	18	17.0%	36	28.6%	51	31.7%	11	19.0%	19	35.8%	51	41.1%
4) 点滴・経管栄養等のチューブ類を抜かないように、四肢をひも等で縛る。	17	16.0%	38	30.2%	42	26.1%	14	24.1%	12	22.6%	29	23.4%
5) 点滴・経管栄養等のチューブ類を抜かないように、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。	42	39.6%	62	49.2%	89	55.3%	27	46.6%	33	62.3%	93	75.0%
6) 車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がったりに、Y字型抑制帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。	19	17.9%	30	23.8%	57	35.4%	12	20.7%	13	24.5%	61	49.2%
7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子（車椅子含む）を使用する。	6	5.7%	22	17.5%	20	12.4%	3	5.2%	9	17.0%	33	26.6%
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。	19	17.9%	27	21.4%	45	28.0%	10	17.2%	10	18.9%	80	64.5%
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。	7	6.6%	15	11.9%	11	6.8%	1	1.7%	5	9.4%	20	16.1%
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。	17	16.0%	27	21.4%	28	17.4%	5	8.6%	11	20.8%	17	13.7%
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。	6	5.7%	9	7.1%	12	7.5%	0	0.0%	3	5.7%	18	14.5%
12) ベッドの三方を柵（サイドレール）や壁で囲む。	29	27.4%	48	38.1%	70	43.5%	16	27.6%	20	37.7%	70	56.5%
13) 自分の意思で出ることのできないフロアに滞在させる。	17	16.0%	14	11.1%	25	15.5%	6	10.3%	12	22.6%	36	29.0%
14) 鈴などの音の出る装置を体に装着し、徘徊や転落を察知する。	28	26.4%	43	34.1%	54	33.5%	9	15.5%	14	26.4%	64	51.6%
15) ベッドの周囲に離床を検知するマットセンサーや赤外線センサー等を設置し、徘徊や転落を察知する。	56	52.8%	77	61.1%	86	53.4%	36	62.1%	34	64.2%	77	62.1%
16) 部屋の出入口に通過を検知するマットセンサーを設置し、徘徊や転落を察知する。	52	49.1%	72	57.1%	79	49.1%	30	51.7%	26	49.1%	73	58.9%
17) テレビ監視モニターを用いて、徘徊や転落を察知する。	41	38.7%	56	44.4%	75	46.6%	26	44.8%	21	39.6%	65	52.4%
身体拘束・禁止行為に対する許容されうる割合		14.2%		20.9%		21.7%		14.1%		22.0%		32.8%
												25.2%

『3：許容されると思う』を選んだ方のみ、許容されると考える状況についての具体的回答は、以下の通りである。（生成A I による要約）

（A）居住系（特定施設入居者生活介護、グループホーム、短期入所生活介護）

1. 高齢者虐待防止と身体拘束廃止の取り組み
 - ・生命や身体の危険が高い場合、代替法がない場合、一時的な行動制限が許容されることがある。
 - ・利用者や家族の同意がある場合に限り、行動制限が認められることがある。
2. センサーやモニターの活用
 - ・転倒や転落のリスクが高い利用者に対して、センサーやモニターの設置が推奨される。
 - ・センサーは拘束ではなく、自立支援や安全確保のために使用されるべきとされる。
3. 夜間の対応
 - ・夜間に職員が少ない場合、センサーやモニターの活用が不可欠とされる。
 - ・夜間の転倒リスクを減らすために、センサーの設置が許容される場合がある。
4. 利用者の安全確保
 - ・転倒や事故を防ぐために、利用者の行動を把握し、必要に応じてセンサーを設置することが重要とされる。
 - ・利用者の同意を得た上で、センサーの設置が行われるべきとされる。
5. 職員の負担軽減
 - ・人手不足の解消や生産性向上のために、センサーやモニターの活用が推奨される。
 - ・センサーの活用により、職員の負担を軽減し、利用者の安全を確保することが目指される。

（B）多機能系（看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護）

1. 自傷行為や他者への危害
 - ・ケアの工夫では解決しない場合、一時的な対策としてセンサーやモニターの使用が検討されている。
2. 命の危険がある場合
 - ・生命の危険がある場合には、センサーやモニターの使用が許容されると考えられている。
3. 夜間の見守り
 - ・夜勤で職員が少ない場合、センサーやモニターの使用が安心感を提供する。
4. 転倒防止
 - ・転倒のリスクが高い利用者に対して、センサーを使用して早期に察知し、事故を防ぐことが重要とされている。
5. 家族の同意
 - ・センサーやモニターの使用については、必ず家族の説明と同意を得ることが求められている。
6. 利用者の負担軽減
 - ・利用者の負担にならない範囲で、生命に関わる状況であればセンサーの使用が許容されるべきとされている。

(C) 在宅系（訪問看護、居宅介護支援）

1. 身体拘束の許容条件
 - ・転倒や転落のリスクが高い場合が該当する。
 - ・認知症などで意思疎通が困難な場合が該当する。
 - ・生命の危険がある場合が該当する。
2. センサーやモニターの使用
 - ・転倒防止や早期発見のために使用している。
 - ・利用者の負担を最小限にするための手段として評価する。
3. 家族や介護者の意見
 - ・家族の希望や介護者の負担軽減のために身体拘束が許容される場合がある。
 - ・介護者の人権も考慮されるべきとの意見がある。
4. その他の安全対策
 - ・カメラの設置や見守りを強化する。
 - ・福祉用具の活用による事故防止を行う。

⑥ 身体拘束等追加項目

■身体拘束の禁止事項に追加した方が良いと考える行為（生成A Iによる要約）

（A）居住系（特定施設入居者生活介護、グループホーム、短期入所生活介護）

1. スピーチロック：大声で威圧する、脅す行為が含まれる。
2. 抗精神病薬の使用：安易な使用が問題視されている。
3. 身体拘束の具体例：車イスに座らせてブレーキをかける、紐で縛るなど。
4. プライバシーの侵害：TVの監視モニターが個人の居室内に設置されることが問題とされている。
5. 職員の権利：禁止事項が多すぎると働き手がいなくなる懸念がある。
6. 薬の使用：睡眠導入剤や抗精神病薬の過剰使用が問題視されている。

（B）多機能系（看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護）

1. 言葉で威圧することや安易に抗精神病薬を使用することが問題視されている。
2. 薬の過剰投与や車イスの固定など、身体拘束に関する具体的な事例が挙げられている。
3. 向精神薬の使用については、過剰使用が問題とされている。
4. 四肢を紐で縛るや部屋への閉じ込めなどの行為は、危険な場合を除き避けるべきとされている。
5. 身体拘束の禁止事項に追加すべき行為についての意見が求められている。

（C）在宅系（訪問看護、居宅介護支援）

1. 向精神薬の安易な使用：暴言などの理由で向精神薬を安易に使用することが問題視されている。
2. 高圧的な態度：高圧的な態度で動かないよう指示する行為が報告されている。
3. 強引な態度や行為：虐待の一環として強引な態度や行為が含まれる。
4. 睡眠薬の使用：睡眠薬や強い抗精神病薬の使用が問題視されており、これにより高齢者が一日中傾眠状態になることがある。
5. 身体拘束：徘徊や転落を防ぐためにベッドに縛る行為が報告されている。

⑦ グレーゾーンへの不安

「身体拘束に該当するか否かのグレーゾーンがあり、そのような行為を実施したことが後に、本人・家族との紛争や行政指導を招くのではないか」の設問では、居宅介護支援が他種別と比べて最も不安に思う割合が高く（『非常に不安に思う』と『不安に思う』合わせ36.1%）、『あまり不安に思わない』割合が低かった（54.2%）。居宅介護支援ではグレーゾーンの判断に不安を抱えながら対応している割合が高い傾向がある。

図表 14 グレーゾーンの行為による本人・家族との紛争や行政指導への不安

(いずれか1つ)	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
1：非常に不安に思う	11	10.4%	9	7.1%	12	7.5%
2：不安に思う	19	17.9%	27	21.4%	37	23.0%
3：あまり不安に思わない	73	68.9%	83	65.9%	105	65.2%
無回答	3	2.8%	7	5.6%	7	4.3%
合計	106	100.0%	126	100.0%	161	100.0%

(いずれか1つ)	小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
1：非常に不安に思う	2	3.4%	6	11.3%	7	5.6%	9	10.8%
2：不安に思う	15	25.9%	4	7.5%	25	20.2%	21	25.3%
3：あまり不安に思わない	36	62.1%	41	77.4%	81	65.3%	45	54.2%
無回答	5	8.6%	2	3.8%	11	8.9%	8	9.6%
合計	58	100.0%	53	100.0%	124	100.0%	83	100.0%

『非常に不安に思う・不安に思う』回答者の不安な行為の例は、以下の通りである。スピーチロックなど精神的な面やセンサーの利用に関するプライバシーの面でグレーと捉えているとともに、家族の理解のずれや心境変化による訴訟リスクの不安や同意書の効力、その他運営指導の判断などがあげられている。(以下、生成A Iによる要約)

(A) 居住系（特定施設入居者生活介護、グループホーム、短期入所生活介護）

- 身体拘束の実施状況
 - 多くの施設が身体拘束を行っていないが、グレーゾーンの行為が存在する。
 - 身体拘束を行う場合、家族への説明と同意が求められる。
- 家族とのコミュニケーション
 - 家族の理解と施設の対応方法にズレが生じることがある。
 - 家族からの苦情やトラブルが発生することがある。
- 具体的な身体拘束の例
 - 車椅子の使用やセンサーマットの活用などが挙げられる。
 - 認知症の方への対応や転倒防止のための措置が含まれる。
- 職員の不安
 - 身体拘束が虐待と見なされるリスクや行政指導への不安がある。
 - 職員の声かけや対応が問題視されることがある。
- 改善の提案
 - 身体拘束を行わないための代替手段の検討が求められる。
 - 家族や関係者とのコミュニケーションを強化する必要がある。

(B) 多機能系（看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護）

1. 薬を食べ物に混ぜる行為や利用者を子供扱いする行為などが報告されている。
2. 身体拘束の説明が契約時に行われるが、実際に拘束が必要になった際の家族への説明に不安がある。
3. スピーチロックや「ちょっと待ってね」などの行為が身体拘束のグレーゾーンとされ、介護現場での難しい問題とされている。
4. ベッドの柵や車イスの安全带などの使用について、家族の理解や同意書の効力に不安がある。
5. 玄関の施錠やカメラでの監視など、利用者の安全確保のための措置が取られているが、家族の理解が得られない場合がある。

(C) 在宅系（訪問看護、居宅介護支援）

1. 身体拘束の理由と懸念
 - ・ベッドからの転倒防止や事故防止のために身体拘束を行うが、家族間のトラブルや責任問題が懸念される。
 - ・身体拘束の必要性和家族の希望が一致しない場合、誤解や不満が生じる可能性がある。
2. 家族とのコミュニケーション
 - ・身体拘束の実施について家族に十分な説明を行っても、後から不満が出ることもある。
 - ・家族が身体拘束を望む場合でも、他のリスクを説明して納得してもらうことが難しい場合がある。
3. 身体拘束の判断基準
 - ・身体拘束が必要かどうかの判断が難しく、グレーゾーンが存在する。
 - ・身体拘束を行わない方針であっても、事故が発生した場合の責任問題がある。
4. リスクと対策
 - ・身体拘束による精神的虐待やスキントラブルのリスクがある。
 - ・センサーマットの設置や他の工夫で事故防止を図るが、完全には防げない場合がある。
5. 行政指導と法的問題
 - ・身体拘束の実施が行政指導や法的問題を招く可能性がある。
 - ・記録の不備や説明不足が紛争の原因となる場合がある。

⑧ 身体拘束未実施による事故への不安

「身体拘束を行わず、万一骨折等の事故が起こった場合、本人・家族との紛争を招くのではないか」の設問では、不安に思う（『非常に不安に思う』と『不安に思う』合わせた）割合について短期入所生活介護が最も高く、半数（50.9%）を超えている。次いで、看護小規模多機能型居宅介護（43.4%）であった。事故への不安が多いほど、身体拘束の判断の際、事故の不安が優先されていないか懸念が残る。

図表 15 身体拘束を行わず事故が起こった場合の本人・家族との紛争への不安

(いずれか1つ)	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
1：非常に不安に思う	14	13.2%	6	4.8%	23	14.3%
2：不安に思う	25	23.6%	38	30.2%	59	36.6%
3：あまり不安に思わない	65	61.3%	75	59.5%	71	44.1%
無回答	2	1.9%	7	5.6%	8	5.0%
合計	106	100.0%	126	100.0%	161	100.0%

(いずれか1つ)	小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
1：非常に不安に思う	5	8.6%	2	3.8%	11	8.9%	10	12.0%
2：不安に思う	15	25.9%	21	39.6%	29	23.4%	22	26.5%
3：あまり不安に思わない	36	62.1%	28	52.8%	72	58.1%	43	51.8%
無回答	2	3.4%	2	3.8%	12	9.7%	8	9.6%
合計	58	100.0%	53	100.0%	124	100.0%	83	100.0%

『身体拘束を行わず、万一骨折等の事故が起こった場合、本人・家族との紛争例』は、以下の通りである。(以下、生成A Iによる要約)

(A) 居住系（特定施設入居者生活介護、グループホーム、短期入所生活介護）

1. 家族との紛争
 - ・家族との紛争が発生する可能性がある状況や具体例が多数報告されている。
 - ・特に、転倒や骨折などの事故が発生した際に、家族からの責任追及やクレームが多い。
2. 身体拘束の問題
 - ・身体拘束を行わない方針の施設が多いですが、その結果として事故が発生した場合の責任問題が懸念されている。
 - ・身体拘束を行わないことで、家族からの理解を得るのが難しい場合がある。
3. リスク説明と家族の理解
 - ・事前にリスク説明を行っても、実際に事故が発生した際に家族が納得しないケースが多い。
 - ・家族の中でも意見が分かれることがあり、全員の理解を得るのが難しいことが報告されている。
4. 施設の対応
 - ・施設側は事故防止策を講じているものの、全てのリスクを完全に防ぐことは難しいとされている。
 - ・事故発生時の迅速な対応や家族への説明が重要視されている。
5. 法的問題
 - ・事故が発生した際の賠償責任や訴訟リスクについての懸念が多く報告されている。

(B) 多機能系（看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護）

1. 責任の所在
 - ・事故が発生した際の責任問題についての懸念が多く挙げられている。
2. 事前説明と同意
 - ・転倒や骨折のリスクについて事前に説明しているが、実際に事故が起こると家族が納得しない場合がある。
3. 家族とのコミュニケーション
 - ・家族との信頼関係が重要であり、日々のコミュニケーションが大切とされている。
4. 身体拘束の実施
 - ・身体拘束を行わない方針であるが、事故が発生した場合のリスクと家族との紛争の可能性についての不安がある。
5. 事故対応
 - ・事故が発生した際の対応や説明が重要であり、家族の理解を得ることが求められている。

(C) 在宅系（訪問看護、居宅介護支援）

1. 家族とのコミュニケーションの重要性
 - ・家族全員が施設の方針を理解していることは少なく、事故が起きた際に意見がまとまらないことがある。
 - ・家族の気持ちは時間とともに変化し、認識の違いが紛争を招くことがある。
2. 身体拘束に関する不安
 - ・身体拘束を行わずに事故が発生した場合、家族との紛争を招く可能性がある。
 - ・家族の意向による拘束を行わなかったことで事故が発生した場合の不安がある。
3. 事故予防と対応
 - ・転倒や誤嚥による事故のリスクが高く、事故が発生した際の対応が重要である。
 - ・事故予防のための情報共有と信頼関係の構築が必要である。
4. 家族からのクレーム
 - ・家族からの過剰な治療や治療費の請求、訴訟のリスクがある。
 - ・事故後に家族からの不満やクレームが発生することがある。
5. 専門職の責任
 - ・事故を予防する義務は専門職にあり、万が一事故が発生した場合の対応が求められる。

⑨ 身体拘束の実施承認を行う体制 ※事例がない場合も発生した場合を想定して記入

身体拘束の実施承認（身体的拘束等の適正な手続き）を行う体制は、居住系と多機能系では、ともに専門委員会やカンファレンスでの承認、もしくは施設長が承認する場合のいずれかであり、現場トップが承認したり、担当職員個人での判断はごく少数であった。

図表 16 身体拘束の実施承認を行う体制（居住系、多機能系）

	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)		小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
(当てはまる番号全てに○)										
①専門の委員会を開催して承認する。	83	79.8%	88	70.4%	112	70.9%	40	69.0%	32	60.4%
②専門の委員会以外の会議・カンファレンス等を開催して承認する。	62	59.6%	74	59.2%	86	54.4%	41	70.7%	34	64.2%
③施設長（施設管理者）が承認する。	64	61.5%	74	59.2%	98	62.0%	33	56.9%	29	54.7%
④施設長以外の医師が承認する。	21	20.2%	22	17.6%	11	7.0%	8	13.8%	8	15.1%
⑤現場のトップが承認する。	10	9.6%	15	12.0%	26	16.5%	7	12.1%	10	18.9%
⑥担当職員個人が判断する。	3	2.9%	2	1.6%	2	1.3%	1	1.7%	1	1.9%
⑦専門の委員会に第三者や外部の専門家が関与する。	7	6.7%	10	8.0%	10	6.3%	10	17.2%	5	9.4%
無回答	2	1.9%	1	0.8%	3	1.9%	0	0.0%	0	0.0%
合計	252	242.3%	286	228.8%	348	220.3%	140	241.4%	119	224.5%
有効回答事業者数	104	100.0%	125	100.0%	158	100.0%	58	100.0%	53	100.0%

在宅系では、サービス担当者会議で状況を把握するものの、本人家族への説明はケアマネジャーではなく、サービス提供事業所が行う場合が多い傾向にあった。短期入所生活介護においては施設で承認後、ケアマネジャーへ報告する流れであった。このことから複数の事業所が関与していても特定のサービス提供事業所の判断が大きく影響している可能性のあることが推察される。

図表 17 身体拘束の実施承認を行う体制（在宅系）

■ 訪問看護、居宅介護支援

	訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業 所	
	事業所数	割合	事業所数	割合
(当てはまる番号全てに○)				
①サービス担当者会議で身体拘束に関する「切迫性」「非代替性」「一時性」を確認している。	85	75.9%	69	88.5%
②身体拘束等適正化検討委員会で確認をしている。	45	40.2%	34	43.6%
③医師から「切迫性」「非代替性」「一時性」の判断を得ている。	55	49.1%	34	43.6%
④専用の記録用紙（態様（状態、様子）、時間、心身の状態、緊急やむを得ない理由）を用いている。	43	38.4%	25	32.1%
⑤本人・家族に身体拘束に関する説明は、主にサービス提供事業所が行い、同意を得ている。	75	67.0%	42	53.8%
⑥本人・家族に身体拘束に関する説明は、主にケアマネジャーが行い、同意を得ている。	37	33.0%	28	35.9%
⑦緊急やむを得ない場合で身体拘束を行う場合は、専用の記録用紙を用いて記録している。	32	28.6%	31	39.7%
無回答	12	10.7%	5	6.4%
合計	384	342.9%	268	343.6%
有効回答事業者数	112	100.0%	78	100.0%

■ 短期入所生活介護

1) 身体拘束の実施承認における居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャーとの連携体制

(当てはまる番号全てに○)	短期入所生活介護 (単独)	
	事業所数	割合
①他事業所での実施状況を担当ケアマネジャーから聴取してその内容をもとに承認している。	47	40.2%
②担当ケアマネジャーからの意見を事前に聴取してその内容をもとに承認している。	65	55.6%
③担当ケアマネジャーに委員会や会議へ参加してもらい協議をして承認している。	31	26.5%
④事前に利用者・家族に説明・同意後に施設で承認し、その後、担当ケアマネジャーへ報告をしている。	90	76.9%
⑤他事業所でも実施しているため、承認する際には担当ケアマネジャーへの報告はしていない	1	0.9%
無回答	44	37.6%
合計	278	237.6%
有効回答事業者数	117	100.0%

2) 身体拘束の実施中の居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャーとの連携体制

(当てはまる番号全てに○)	短期入所生活介護 (単独)	
	事業所数	割合
①専門の委員会に担当のケアマネジャーにも参加してもらっている。	14	12.2%
②専門の委員会以外の会議・カンファレンス等に担当のケアマネジャーにも参加してもらっている。	14	12.2%
③施設長（施設管理者）から担当のケアマネジャーへ定期的に状況を報告している。	42	36.5%
④現場のトップから担当のケアマネジャーへ定期的に状況を報告している。	22	19.1%
⑤生活相談員から担当のケアマネジャーへ定期的に状況を報告している。	97	84.3%
⑥担当職員個人から担当のケアマネジャーへ定期的に状況を報告している。	4	3.5%
無回答	46	40.0%
合計	239	207.8%
有効回答事業者数	115	100.0%

⑩ 身体拘束の継続／終了を判断するタイミング

身体拘束の継続／終了を判断するタイミングについての回答は、以下の通りである。居住系では医師を含めた判断、多機能系では看護職員や介護職員、在宅系では家族の存在が大きく影響し判断を行っている。また、判断の頻度は事業所により異なる。居住系や多機能系では24時間シートなども用いて状態確認をしている。在宅系では、サービス担当者会議により判断される場合が多い。(以下、生成AIによる要約)

(A) 居住系（特定施設入居者生活介護、グループホーム、短期入所生活介護）

1. 身体拘束の判断基準
 - ・多くの施設が、利用者の生活リズムや安全性を考慮して身体拘束の継続や終了を判断している。
 - ・家族や医師とのカンファレンスを通じて判断するケースが多い。
2. 身体拘束の廃止に向けた取り組み
 - ・身体拘束を行わない方針を掲げている施設が多く、代替手段を模索している。
 - ・定期的な会議やカンファレンスを通じて、拘束の必要性を再評価し、可能な限り早期に解除する努力がされている。
3. 具体的な対応方法
 - ・24時間の観察記録を基に、利用者の状態を評価し、拘束の継続や終了を判断している。
 - ・拘束を行う場合でも、短時間での解除を目指し、職員間での情報共有や意見交換が行われている。

(B) 多機能系（看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護）

1. 身体拘束の継続／終了の判断方法
 - ・多くの施設が定期的なカンファレンスや会議を通じて判断している。
 - ・状態変化に応じて随時評価を行う施設も多い。
2. 判断に関与する職種
 - ・看護師、介護者、リーダー、管理者など複数の職種が協力して判断する。
 - ・家族への説明や同意を得ることも重要視している。
3. 身体拘束の代替方法
 - ・転落防止のために床に布団を敷くなどの工夫をしている。
 - ・拘束を最小限にするためのリスク管理を行っている。
4. 身体拘束の廃止目標
 - ・拘束の必要性を定期的に見直し、廃止に向けた計画を立てる。
 - ・身体拘束防止委員会の設置や定期的な会議開催する。
5. 利用者の状態観察
 - ・24時間の様子を観察し、必要に応じて会議で継続／終了を判断する。
 - ・日中や夜間の記録をもとに判断する施設も多い。

(C) 在宅系（訪問看護、居宅介護支援）

1. モニタリングと会議
 - ・多くの事業所が月1回のモニタリングや担当者会議を通じて、身体拘束の必要性を判断している。
 - ・一部の事業所では、週1回の検討や随時の評価を行っている。
2. 家族や専門家との連携
 - ・家族やケアマネジャー、医師と相談しながら判断を行う事業所が多い。
 - ・専門的な意見を取り入れ、拘束の継続や終了を決定するケースもある。
3. 身体拘束の実施状況
 - ・一部の事業所では、身体拘束を行っていない、または過去に行ったことがないと回答している。
 - ・身体拘束が必要な場合でも、できるだけ早く解除する方法を模索している。
4. 定期的な評価と見直し
 - ・定期的な会議やカンファレンスを通じて、身体拘束の必要性を継続的に評価し、見直しを行っている。
 - ・状況に応じて、随時評価を行い、必要に応じて拘束を解除する方針を持つ事業所もある。
5. 利用者の状態確認
 - ・訪問時に利用者の状態を確認し、家族や他の関係機関と情報を共有しながら判断を行う事業所が多い。

⑪ 取組や組織の状況

取組や組織の状況について利用者調査回答（身体拘束 11 禁止行為に該当する利用者が存在する）事業所とそれ以外の事業所とを比較し、回答割合を比較したものが図表 18 である。プラスの場合（青）は、身体拘束実施事業所が実施している割合が多く、マイナスの場合（赤）は、身体拘束実施事業所の方が実施している割合が少ないことを意味する（以降、「分析手法①」とする）。

種別による母数が異なり、一定の母数のある短期入所生活介護、訪問看護、居宅介護支援の 3 種別が分析の中心となり、その他は参考値となる。なお、利用者調査（身体拘束実施事業所）回答数の全体に占める事業種別の割合は、訪問看護と短期入所生活介護で約 75 %を占めている。そのため在宅系の傾向が大きく影響している点は、留意が必要である。

事業種別にかかわらず、身体拘束 11 禁止行為実施事業所の取組や組織の状況は、第三者の眼の入る機会や職員同士の相互相談できる職場環境が弱い傾向がある。事業別の傾向は以下の通りである。

■ 短期入所生活介護

研修等を行っているものの、①経営層自らの倫理・理念への実践、②稼働率など業績向上への意識が弱い傾向がある。また、⑥チームケア、⑰職員が相談できる体制の実施割合が低い。このことからトップの方針が不明瞭で管理が不十分な可能性が推察される。

■ 訪問看護

⑮虐待（⑯委員会含む）や身体拘束、⑬認知症研修や⑪効率化などが行われている割合が高いことから、法令順守の意識が高いことがうかがえる。そのためリスク回避を重視した対応である可能性がある。

■ 居宅介護支援

⑬認知症理解や⑭倫理教育が行われている状況であるが、若干、⑳職員同士が相談する機会が少ない傾向がある。そのため個人の判断が重視され他事業所とのチームの方針統一まで至っていない可能性がある。

図表 18 取組や組織の状況（身体拘束 11 禁止行為実施事業所の傾向）

全体	特定施設	グループホーム	短期入所生活介護 （単独）	小規模多機能型居宅 介護	看護小規模多機能型 居宅介護	訪問看護 （ステーション）	居宅介護支援事業所
割合（拘束有り・全体）	割合（拘束有り・全体）	割合（拘束有り・全体）	割合（拘束有り・全体）	割合（拘束有り・全体）	割合（拘束有り・全体）	割合（拘束有り・全体）	割合（拘束有り・全体）
①経営陣自らが倫理・理念の実践に向け取り組んでいる。	-4.6%	7.7%	-8.4%	5.9%	-11.9%	4.7%	9.5%
②判断基準の最優先事項は業績向上（稼働率向上など）である。	-4.5%	0.6%	-8.3%	8.6%	-5.7%	-3.1%	-2.6%
③経営陣自らが虐待や身体拘束に関する理解や認識を深めるよう取り組んでいる。	-3.1%	2.9%	-4.6%	3.7%	17.3%	-0.1%	8.6%
④経営陣は現場の実態に即した判断を行っている。	3.4%	19.0%	6.8%	6.9%	-16.7%	-2.8%	8.7%
⑤利用者へのアセスメントの重要性を理解した支援を行っている。	0.5%	5.9%	-3.4%	0.7%	14.0%	-0.8%	10.2%
⑥チームケア・多職種連携（外部専門家を含む）で多角的視点で支援を行っている。	6.2%	4.5%	-9.4%	2.8%	22.6%	4.6%	10.2%
⑦支援内容の変更が浸透し確実に実践できるよう職員教育を行っている。	-2.7%	2.3%	10.0%	16.9%	-5.4%	7.8%	2.4%
⑧第三者（住民、ボランティア、評価など）の目が入る機会を設定し開かれた事業所運営を行っている。	13.1%	42.4%	3.5%	5.9%	-31.8%	1.4%	-3.9%
⑨感染予防の観点からご家族や業者の出入りを禁止している。	2.0%	-8.9%	0.4%	3.4%	10.5%	-1.7%	4.2%
⑩事故や苦情が発生した場合、委員会で要因分析をし、解決結果を共有している。	-5.7%	5.3%	4.7%	25.5%	-7.0%	-4.5%	-4.4%
⑪ムリ・ムラ・ムダを浸透させ業務効率のための見直しを継続で行っている。	-2.6%	-0.5%	-1.1%	1.4%	-34.0%	13.2%	0.0%
⑫職員の業務負担の偏りを改善している。	-3.1%	6.3%	6.1%	8.3%	-25.3%	-0.5%	4.9%
⑬職員の高齢者介護や認知症ケア等に関する知識・技術不足を高めている。	-1.1%	16.1%	-5.8%	2.8%	-0.3%	12.8%	13.2%
⑭職員の倫理観・理念に基づく判断を浸透している。	-0.6%	15.8%	1.3%	3.1%	24.3%	-0.1%	11.6%
⑮職員の虐待や権利擁護、身体拘束に関する知識・認識を深めている。	1.5%	15.3%	7.7%	2.8%	-12.7%	13.6%	2.6%
⑯担当者を決め、虐待防止委員会を設置し検討結果の共有をしている。	0.5%	10.8%	0.2%	0.7%	-14.6%	17.1%	1.8%
⑰職員が相談できる体制を構築し、相談しやすいよう見直しを行っている。	-5.7%	9.9%	-10.9%	2.1%	-21.3%	3.0%	0.2%
⑱職員のストレス・感情コントロールを適正に行えるよう工夫している。	2.2%	8.8%	3.2%	4.8%	-30.2%	6.8%	9.5%
⑲職員の性格や資質の問題を把握し対応している。	0.3%	5.3%	2.9%	8.1%	-22.4%	8.2%	4.5%
⑳職員同士が相互に声をかけあう（挨拶や注意など）職場環境になるよう取り組んでいる。	-9.2%	-5.4%	-6.6%	4.6%	-20.2%	5.2%	-5.7%
㉑その他	0.3%	10.3%	1.8%	0.0%	0.0%	-1.7%	1.7%
無回答	0.9%	-1.6%	-1.9%	0.0%	0.0%	2.1%	0.8%
回答事業所数（11行為実施事業所数）	138	7	32	5	7	37	34
%	100.0%	5.1%	23.2%	3.6%	5.1%	26.8%	24.6%
回答事業所数割合（11行為実施事業所数÷全事業所数）	19.8%	5.6%	20.3%	8.6%	13.2%	30.8%	43.0%
回答事業所数（全事業所）	697	105	158	58	53	120	79

5. 工夫と対策

① 身体拘束を避けるために行うことがある工夫

居住系では傾向が類似しており、⑥見守りしやすい場所に移動してもらう、③床マットや超低床ベッドの利用、⑪排せつリズムの把握、⑫ベッド周辺へのセンサー導入が上位を占める。看護小規模多機能型居宅介護、訪問看護は、①②のチューブ類に関する工夫の実施割合が他種別より高い傾向がある。小規模多機能型居宅介護や訪問看護では、⑧リスクの高い入所者に対して見守りや付添いの当番をおく（訪問看護の場合は、定期的巡回担当（家族、住民含む）を設ける）の実施割合が他事業種別より高い傾向がある。

また、訪問看護と居宅介護支援は、⑨リスクの発生しやすい時間帯を見越したサービス提供の工夫（他種別では、勤務表の工夫）が他事業種別より高い傾向がある。

訪問看護は、⑬座位保持のための訓練の実施、⑮薬剤調整の実施割合が他事業種別より高い傾向がある。

居住系での工夫で上位にあげられるものに対して、在宅系に照らしたときの問題点を以下に整理した。在宅介護においては、居住環境や介助できる時間帯、金銭面の負担などの判断は、各家庭の環境や判断が大きく影響することから、一律に同じ工夫を用いることは現実的ではなく、さらなる創意工夫が求められる。

■身体拘束を避けるために行うことがある工夫

居住系の上位	在宅系に照らしたときの問題点
⑥見守りのしやすい場所に移動してもらう	主たる介護者不在の場合があり、常時見守りができない状況では、見守りしやすい場所への移動は在宅系では根本的な解決にはなりにくい。
③床マットや超低床ベッドを用い、万一のベッドから転落ダメージを減らす	在宅系では、床マットや超低床ベッドにした場合の介護者の身体面への負荷や導入にあたり金銭面への負荷や搬入時の環境整備への負担感などが生じる。
⑪排せつリズムの把握	在宅系では、介護者不在時の排せつタイミングの確認や記録を求めることが難しい。定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスが想定されるが、全国的にも事業所数が少ない。
⑫ベッド周辺へのセンサー導入	導入にあたり金銭面の負担と家屋の違いによる設置場所の問題がある。また、家族などの同居者を含めたプライバシーの確保が問題となる。

図表 19 身体拘束を避けるために行うことがある工夫

	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)		小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
(当てはまる番号全てに○)														
①点滴等の部位を工夫し、管が入所者の目に触れないようにする。	55	52.4%	24	19.0%	37	23.1%	7	12.7%	33	62.3%	105	89.7%	29	40.8%
②経管栄養にあたり、鼻腔チューブや胃ろうの管が入所者の目に触れないようにする。	44	41.9%	5	4.0%	45	28.1%	6	10.9%	27	50.9%	91	77.8%	24	33.8%
③床マットや超低床ベッドを用い、万一のベッドからの転落ダメージを減らす。	96	91.4%	92	73.0%	127	79.4%	37	67.3%	40	75.5%	88	75.2%	58	81.7%
④ヒッププロテクター等の骨折のリスクを減らす用具を用いる。	11	10.5%	6	4.8%	4	2.5%	3	5.5%	2	3.8%	10	8.5%	7	9.9%
⑤車椅子に長時間座るのを避け、居心地の良いソファ等に乗り換えてもらう。	34	32.4%	73	57.9%	67	41.9%	32	58.2%	22	41.5%	30	25.6%	26	36.6%
⑥見守りのしやすい場所に移動してもらう。	97	92.4%	105	83.3%	150	93.8%	45	81.8%	45	84.9%	58	49.6%	40	56.3%
⑦見守りのしやすい時間帯に処置等を行う。	55	52.4%	45	35.7%	66	41.3%	18	32.7%	29	54.7%	52	44.4%	25	35.2%
⑧リスクの高い入所者に対し、見守りや付添いの当番をおく。	26	24.8%	34	27.0%	49	30.6%	27	49.1%	13	24.5%	54	46.2%	27	38.0%
⑨リスクの発生しやすい時間帯を見越した勤務表の工夫を行う。	23	21.9%	22	17.5%	24	15.0%	18	32.7%	8	15.1%	57	48.7%	36	50.7%
⑩24時間シートなどを活用した生活リズムの把握	24	22.9%	36	28.6%	32	20.0%	11	20.0%	2	3.8%	17	14.5%	15	21.1%
⑪排せつリズムの把握	77	73.3%	97	77.0%	96	60.0%	37	67.3%	22	41.5%	64	54.7%	34	47.9%
⑫ベッド周辺へのセンサー導入	78	74.3%	97	77.0%	134	83.8%	32	58.2%	29	54.7%	25	21.4%	39	54.9%
⑬座位保持等のための訓練の実施	29	27.6%	16	12.7%	27	16.9%	7	12.7%	7	13.2%	49	41.9%	19	26.8%
⑭2人介助等介助方法の見直し	72	68.6%	65	51.6%	95	59.4%	29	52.7%	24	45.3%	42	35.9%	22	31.0%
⑮薬剤調整	54	51.4%	57	45.2%	59	36.9%	15	27.3%	18	34.0%	69	59.0%	32	45.1%
⑯その他	5	4.8%	7	5.6%	8	5.0%	1	1.8%	3	5.7%	8	6.8%	3	4.2%
無回答	1	1.0%	0	0.0%	1	0.6%	3	5.5%	0	0.0%	7	6.0%	12	16.9%
合計	781	743.8%	781	619.8%	1,021	638.1%	328	596.4%	324	611.3%	826	706.0%	448	631.0%

有効回答事業所数	105	100.0%	126	100.0%	160	100.0%	55	100.0%	53	100.0%	117	100.0%	71	100.0%
----------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	----	--------	----	--------	-----	--------	----	--------

※訪問看護（ステーション）、居宅介護支援事業所の場合の設問の選択肢

⑧リスクの高い利用者に対し、見守りや付添いなど定期的な巡回担当（家族、住民含む）を設ける。

⑨リスクの発生しやすい時間帯を見越したサービス提供の工夫を行う。

② 本人・家族から身体拘束の要請がある場合の対応

（貴事業所側は拘束の必要はないと判断している場合）

居住系（短期入所生活介護除く）、多機能系は、①本人・家族の要請にかかわらず、原則として拘束は行わないが 70%以上であるが、在宅系（短期入所生活介護含む）は 50% 前後であり、かつ、在宅系（短期入所生活介護含む）では、②身体拘束の弊害等を説明し、なおも拘束を要請する場合には拘束を行うが 30%～40%ある。介護者への弊害を説明しながら、介護者が理解できなければ、介護者が中心となる在宅介護においては、やむを得ないという対応に至っている状況がうかがえる。

図表 20 本人・家族から身体拘束の要請がある場合の対応

（貴事業所側は拘束の必要はないと判断している場合）

	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
①本人・家族の要請にかかわらず、原則として拘束は行わない	79	74.5%	89	70.6%	94	58.4%
②身体拘束の弊害等を説明し、なおも拘束を要請する場合には拘束を行う	19	17.9%	27	21.4%	48	29.8%
③本人・家族の要請がある場合は、それによって拘束を行う	1	0.9%	0	0.0%	7	4.3%
④入所を断る	5	4.7%	5	4.0%	7	4.3%
無回答	2	1.9%	5	4.0%	5	3.1%
合計	106	100.0%	126	100.0%	161	100.0%

	小規模多機能型居宅介護		看護小規模多機能型居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
①本人・家族の要請にかかわらず、原則として拘束は行わない	42	72.4%	38	71.7%	53	42.7%	41	49.4%
②身体拘束の弊害等を説明し、なおも拘束を要請する場合には拘束を行う	11	19.0%	12	22.6%	50	40.3%	26	31.3%
③本人・家族の要請がある場合は、それによって拘束を行う	0	0.0%	1	1.9%	4	3.2%	3	3.6%
④入所を断る	0	0.0%	0	0.0%	2	1.6%	4	4.8%
無回答	5	8.6%	2	3.8%	15	12.1%	9	10.8%
合計	58	100.0%	53	100.0%	124	100.0%	83	100.0%

※訪問看護（ステーション）、居宅介護支援の場合の選択肢 ④利用を断る。

③ 身体拘束に至る理由としての家族からの訴えなど（在宅系）

居宅介護支援では、④利用者の認知症の行動・心理症状による理由が最も多く 70.9%、訪問看護でも 49.2%であった。次いで、①主たる介護者等からの意向による理由が居宅介護支援と訪問看護ともに 40%以上であった。また、居宅介護支援では、⑩介護者や家族が身体拘束や虐待の定義を知らず安全が優先されてしまうことが理由も 40%近くであった。

図表 21 身体拘束に至る理由としての家族からの訴えなど

	訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	事業所数	割合	事業所数	割合
(当てはまる番号全てに○)				
①主たる介護者等からの意向による理由	49	40.8%	35	44.3%
②主たる介護者や本人等の意向によりサービス提供時間や回数を増やすことができないことが理由	15	12.5%	14	17.7%
③利用者の身体状況による理由	38	31.7%	25	31.6%
④利用者の認知症の行動・心理症状による理由	59	49.2%	56	70.9%
⑤利用者の認知症以外の症状による理由	15	12.5%	8	10.1%
⑥在宅でやむを得ず身体拘束であることを理由に受入可能な病院や施設がないことが理由	2	1.7%	2	2.5%
⑦サービス提供をしている事業所がやむを得ず身体拘束が必要と判断をしたことが理由	9	7.5%	7	8.9%
⑧気軽に見守りを頼める家族、知人等がないことが理由	21	17.5%	18	22.8%
⑨主たる介護者等のストレスを解消するための手段が不足していることが理由	19	15.8%	20	25.3%
⑩介護者や家族が身体拘束や虐待の定義を知らず安全が優先されてしまうことが理由	26	21.7%	31	39.2%
⑪身体拘束を防ぐための環境整備等の工夫に主たる介護者等が納得しないことが理由	13	10.8%	10	12.7%
⑫その他	3	2.5%	3	3.8%
無回答	28	23.3%	13	16.5%
合計	297	247.5%	242	306.3%
有効回答事業者数	96	100.0%	70	100.0%

④ 身体拘束を避けるために行うことがある工夫

(身体拘束 11 禁止行為実施事業所の傾向分析手法①)

身体拘束を避けるために行うことがある工夫について身体拘束 11 禁止行為に該当する利用者が存在する事業所とそれ以外の事業所とを比較した。身体拘束 11 禁止行為実施事業所の傾向は以下の通りである。

■ 短期入所生活介護

②チューブが目につれないようにしたり、⑮薬剤調整などを実施している事業所割合が高い。医療的な対応が多い状況がうかがえる。

■ 訪問看護

②チューブが目につれないようにしたり、⑭2人介助にするなどを実施している事業所割合が高く、⑪排せつリズムの把握などの実施している事業所割合が低い傾向がある。

■ 居宅介護支援事業所

ケアプラン上にて⑭2人介助、⑧見守りや巡回担当の設置、⑨リスクの発生しやすい時間帯を見越したサービス提供などを実施している事業所割合が高く、③超低床ベッドなどを実施している事業所割合が低い傾向がある。このことから人の対応のみに視点が偏っており、実際には十分な見守り迄至っていない状況であったり、抜本的な対応策に至っていない可能性がある。

図表 22 身体拘束を避けるために行うことがある工夫（身体拘束 11 禁止行為実施事業所の傾向 分析手法①）

特定施設	グループホーム		短期入所生活介護 (単独)		小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合
(当てはまる番号全てに○)												
①点滴等の部位を工夫し、管が入所者の目に触れないようにする。	22.6%	-19.0%		11.3%	-12.7%		9.2%		-0.3%			-0.2%
②経管栄養にあたり、鼻腔チューブや胃ろうの管が入所者の目に触れないようにする。	20.6%	-4.0%		25.0%	9.1%		-8.1%	6.4%			3.7%	
③床マットや超低ベッドを用い、万一のベッドからの転落ダメージを減らす。	8.6%	-1.6%		-1.3%	-27.3%		24.5%	1.1%			-6.7%	
④ヒッププロテクター等の骨折のリスクを減らす用具を用いる。	2.0%	-4.8%		0.6%	-3.5%		-3.8%	-3.3%				-0.5%
⑤車椅子に長時間座るのを避け、居心地の良いソファ等に乗り換えてもらう。	-1.1%	-0.8%		-7.5%	-38.2%		-27.2%	-7.2%			4.0%	
⑥見守りのしやすい場所に移動してもらう。	-4.9%	-11.9%		6.3%	-27.8%		15.1%	5.7%			6.2%	
⑦見守りのしやすい時間帯に処置等を行う。	-2.4%	21.4%		-6.9%	-12.7%		-11.9%	-5.0%			-0.8%	
⑧リスクの高い入所者に対し、見守りや付添いの当番をおく。	0.2%	-12.7%		-8.8%	10.9%		-24.5%	-1.4%			12.0%	
⑨リスクの発生しやすい時間帯を見越した勤務表の工夫を行う。	3.1%	-17.5%		0.6%	-12.7%		-15.1%	1.3%			18.0%	
⑩24時間シートなどを活用した生活リズムの把握	-4.1%	-14.3%		8.1%	0.0%		-3.8%	-1.4%			0.7%	
⑪排せつリズムの把握	7.9%	23.0%		11.9%	-47.3%		-27.2%	-7.3%			2.1%	
⑫ベッド周辺へのセンサー導入	-5.5%	8.7%		-2.5%	1.8%		-11.9%	4.9%			1.3%	
⑬座位保持等のための訓練の実施	-2.6%	1.6%		-4.4%	-12.7%		-13.2%	0.2%			1.4%	
⑭2人介助等介助方法の見直し	-6.1%	19.8%		6.3%	-32.7%		40.4%	6.2%			9.6%	
⑮薬剤調整	11.1%	-16.7%		13.1%	-7.3%		-5.4%	-3.7%			-1.3%	
⑯その他	1.5%	-5.6%		-1.9%	-7.8%		8.6%	1.1%			5.1%	
無回答	-1.0%	0.0%		-0.6%	-3.5%		0.0%	-3.4%			-4.4%	
合計	49.9%	-34.1%		49.4%	-216.4%		-54.2%	-6.0%			50.3%	

※訪問看護（ステーション）、居宅介護支援事業所の場合の設問の選択肢
 ⑧リスクの高い利用者に対し、見守りや付添いなど定期的な巡回担当（家族、住民含む）を設ける。
 ⑨リスクの発生しやすい時間帯を見越したサービス提供の工夫を行う。

⑤ 医療機関との連携内容（居住系、多機能系のみ）

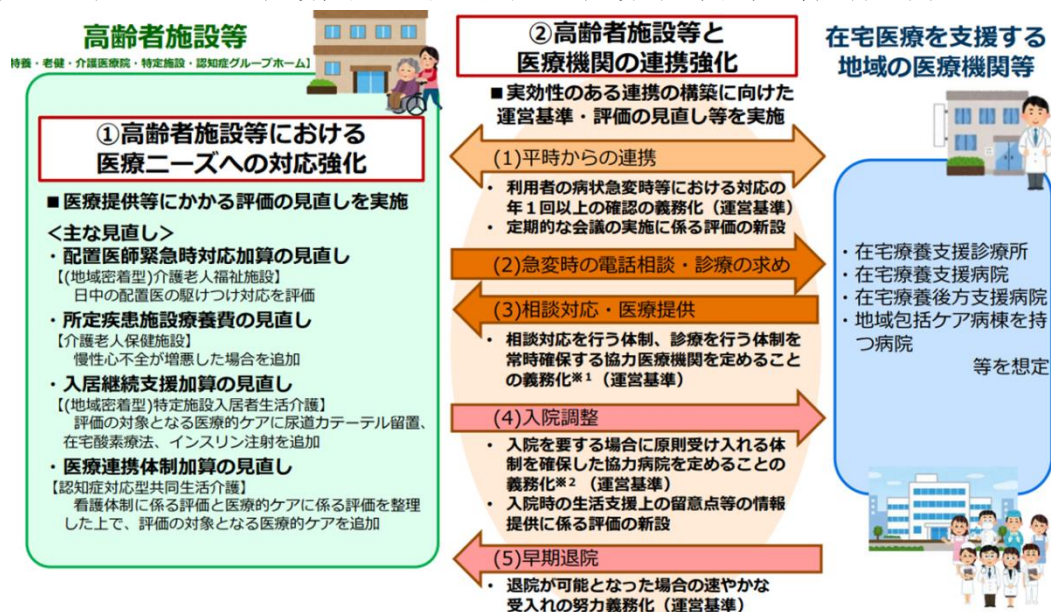
居住系事業の中でも短期入所生活介護は、④診療が可能な体制は33.8%、⑤緊急時の原則入院できる体制までの確保は20.4%で、他の居住系（④は約60%、⑤は約40%）と比較して低い傾向であった。

図表 23 医療機関との連携内容

(当てはまる番号全てに○)	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)		小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護	
	事業所数	回答割合	事業所数	回答割合	事業所数	回答割合	事業所数	回答割合	事業所数	回答割合
①入所者の診療（外来）の受入が確保されている	73	68.9%	110	87.3%	93	59.2%	41	71.9%	39	75.0%
②入所者の往診に来てくれる体制が確保されている	100	94.3%	113	89.7%	102	65.0%	32	56.1%	40	76.9%
③入所者の急変時等に、医師又は看護職員が夜間休日を含め相談対応する体制が確保されている	99	93.4%	113	89.7%	102	65.0%	30	52.6%	43	82.7%
④診療の求めに対して、夜間休日を含め診療が可能な体制が確保されている	69	65.1%	77	61.1%	53	33.8%	17	29.8%	26	50.0%
⑤緊急時に原則入院できる体制が確保されている	44	41.5%	56	44.4%	32	20.4%	11	19.3%	22	42.3%
⑥入所者が死亡した場合の死亡診断書の発行が確保されている	96	90.6%	95	75.4%	47	29.9%	25	43.9%	34	65.4%
⑦身体拘束の実施における判断に関わる助言及び支援を行う体制が確保されている	74	69.8%	81	64.3%	68	43.3%	13	22.8%	27	51.9%
⑧いずれの対応も確保されていない	0	0.0%	2	1.6%	9	5.7%	5	8.8%	4	7.7%
合計	555	523.6%	647	513.5%	506	322.3%	174	305.3%	235	451.9%
有効回答事業者数	106	100.0%	126	100.0%	157	100.0%	57	100.0%	52	100.0%

【参考】協力医療機関連携加算創設・運営基準改定（介護報酬）

※施設系（特別養護老人ホーム（地域密着型含む）、介護老人保健施設、介護医療院）、居住系（認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護（地域密着型含む））対象



出典：https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001300143.pdf 2025/3/5 アクセス

⑥ 身体拘束を解除するに至ったケース、もしくは身体拘束の実施を防げた対応策

居住系では、見守り強化や低床ベッド、センサー利用などの他、医療との連携があげられている。多機能系では、家族との関係作りが重要であり、状態把握により早期解除を行っている。具体的には、センサーや拘束表などで安全な時間帯を調査する取組などがあげられている。訪問系では、地域との協力や家族の負担軽減のためのレスパイトなどがあげられている。具体的には、ズボン握る代わりに本人を支えるなど家族に適切な介助方法を助言するなどがあげられている。(以下、生成AIによる要約)

(A) 居住系（特定施設入居者生活介護、グループホーム、短期入所生活介護）

1. 見守りの強化と職員配置の変更
 - ・転倒リスクの高い利用者に対して、見守りを強化し、職員配置を見直すことで身体拘束を回避している。
2. 身体拘束の代替策
 - ・ベッド柵やミトンの使用を避けるために、低床ベッドやクッションの設置、センサーマットの導入などの工夫が行われている。
3. 家族との協力
 - ・家族からの要望に応じて、安全ベルトやベッド柵の使用を検討し、必要に応じて解除するための説明と同意を得ている。
4. 医療との連携
 - ・医師と相談し、薬物療法の見直しや病状の安定を図ることで、身体拘束を必要としないケアを実現している。
5. 利用者の状態変化に対応
 - ・利用者の体力や病状の変化に応じて、身体拘束を解除するケースが多く報告されている。

(B) 多機能系（看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護）

1. 職員の配置と見守り
 - ・職員が見守りをしやすいように配置を検討している。
 - ・ベッドセンサーの活用で事故を未然に防止している。
2. 身体拘束の解除と代替策
 - ・抑制帯の使用を減らし、センサーや拘束表で安全な時間帯を調査している。
 - ・滑りにくい座布団や低床ベッド、衝撃吸収マットの使用で拘束を回避する。
3. 家族との関係構築
 - ・ご家族との良好な関係性づくりが重要である。
4. 利用者の状態把握と対応
 - ・利用者の状態を把握し、早期に解除できる対策を実施している。
 - ・認知症や寝たきりの利用者に対する個別対応している。
5. 環境の整備
 - ・見守り体制の確保や動線の整備をしている。
 - ・低床ベッドや畳と布団での対応を行っている。

(C) 在宅系（訪問看護、居宅介護支援）

1. 地域の協力
 - ・近隣住民や地域の店舗、警察との連携による徘徊高齢者の早期発見体制の重要性である。
2. 家族とのコミュニケーション
 - ・家族からの指示に対する適切な説明と対応例があげられている。（例：ズボンを握る代わりに利用者本人を支える）
3. 身体拘束の事例と対策
 - ・ミトンの使用や低床ベッドの利用など、身体拘束を避けるための具体的な事例とその解除方法を検討する。
4. 介護者の負担軽減
 - ・通所や泊まりのサービスを利用して介護者の負担やストレスを軽減する取り組みを行う。
5. リスク管理
 - ・転落リスクや事故リスクに対する具体的な対策をする（例：低床ベッドやクッションの配置）。

6. 研修等

① 身体拘束を避けるための研修・学習として実施している取組

居宅介護支援は、⑥認知症高齢者の家族の思いを傾聴するなど在宅介護の精神状況や環境理解を深める研修を約 50%が実施している。訪問看護でも約 30%であり、居住系や多機能系（10%台）と比較すると実施している事業所割合が高い状況にある。短期入所生活介護は、在宅の利用者を受け入れているが、施設系・居住系と類似傾向にある。居宅介護支援や訪問看護は、①拘束を避けるためのケアの工夫に関する施設内研修の定期的な開催、④新規採用時のカリキュラムとしての実施が他事業種別と比較すると低い傾向がある。

図表 25 は、身体拘束 11 禁止行為実施事業所（分析手法①）では、種別による母数が異なるため、一定の母数のある短期入所生活介護、訪問看護、居宅介護支援の 3 種別が分析の中心となる。身体拘束 11 禁止行為実施事業所では、事業種別にかかわらず共通して③身体拘束を行ったケースに関する事後的なケース検討を行っている割合が多い。

■ 短期入所生活介護

④新規採用時のカリキュラムとして身体拘束の研修を実施しているケースが少ない。

■ 訪問看護

⑩身体拘束を避けるための研修・学習の機会について適正な手続きをしない場合虐待になることの理解を促す研修、①ケアの工夫について研修している事業所割合が高いものの、⑦他法人や過去の考察などの学習機会を設けている事業所割合が低い傾向がある。

■ 居宅介護支援

④新規採用時のカリキュラムとして身体拘束の研修を実施している事業所割合が低く、⑥認知症高齢者の家族の思いを傾聴するなど理解を深める研修機会を設けている事業所割合が低い傾向がある。このことは、介護支援専門員資格を有した経験者の採用であることから事業所としての姿勢を伝える機会が少ない可能性が考えられる。

図表 24 身体拘束を避けるための研修・学習として実施している取組

(当てはまる番号全てに○)	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)		小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
①拘束を避けるためのケアの工夫に関する施設内研修の定期的な開催など ②認知症や認知症ケアに対する認識を深めるための施設内研修の定期的な開催など ③拘束を行ったケースに関する事後的なケース検討会の実施など ④新規採用時のカリキュラムとして実施など ⑤身体拘束を体験するなどの実践形式の研修など ⑥認知症高齢者の家族の思いを傾聴するなど在宅介護の精神状況や環境理解を深める研修など ⑦他法人や過去の自法人の事例研究(身体拘束に関わる)の考察学習など ⑧身体拘束をテーマとし、職責等を勘案した階層別研修の実施など ⑨全人的苦悩の理解、意思決定支援の積極的導入など、利用者中心のケアの実現のための研修など ⑩身体拘束が適正な手続を実施しない場合虐待になることの理解を促す研修など ⑪その他 無回答	91	87.5%	108	86.4%	136	85.5%	46	80.7%	41	78.8%	49	47.6%	45	61.6%
	85	81.7%	115	92.0%	123	77.4%	47	82.5%	40	76.9%	65	63.1%	56	76.7%
	28	26.9%	31	24.8%	50	31.4%	5	8.8%	6	11.5%	28	27.2%	13	17.8%
	57	54.8%	47	37.6%	58	36.5%	23	40.4%	16	30.8%	28	27.2%	18	24.7%
	7	6.7%	11	8.8%	15	9.4%	1	1.8%	6	11.5%	5	4.9%	6	8.2%
	11	10.6%	20	16.0%	29	18.2%	6	10.5%	9	17.3%	33	32.0%	34	46.6%
	21	20.2%	21	16.8%	19	11.9%	7	12.3%	5	9.6%	15	14.6%	13	17.8%
	9	8.7%	13	10.4%	19	11.9%	6	10.5%	5	9.6%	11	10.7%	4	5.5%
	11	10.6%	19	15.2%	34	21.4%	13	22.8%	4	7.7%	20	19.4%	21	28.8%
	73	70.2%	83	66.4%	114	71.7%	34	59.6%	32	61.5%	53	51.5%	45	61.6%
	4	3.8%	2	1.6%	3	1.9%	0	0.0%	1	1.9%	3	2.9%	0	0.0%
2	1.9%	1	0.8%	2	1.3%	1	1.8%	1	1.9%	21	20.4%	10	13.7%	
合計	399	383.7%	471	376.8%	602	378.6%	189	331.6%	166	319.2%	331	321.4%	265	363.0%

図表 25 身体拘束を避けるための研修・学習として実施している取組

(身体拘束 11 禁止行為実施事業所の傾向 分析手法①)

	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)		小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	割合 (拘束有り-全体)	割合 (拘束有り-全体)	割合 (拘束有り-全体)	割合 (拘束有り-全体)	割合 (拘束有り-全体)	割合 (拘束有り-全体)	割合 (拘束有り-全体)	割合 (拘束有り-全体)	割合 (拘束有り-全体)	割合 (拘束有り-全体)	割合 (拘束有り-全体)	割合 (拘束有り-全体)	割合 (拘束有り-全体)	割合 (拘束有り-全体)
(当てはまる番号全てに○)														
①拘束を避けるためのケアの工夫に関する施設内研修の定期的な開催など	5.8%		-0.7%		-7.4%		19.3%		-7.4%		11.3%		-2.3%	
②認知症や認知症ケアに対する認識を深めるための施設内研修の定期的な開催など	-8.4%		8.0%		7.0%		-2.5%		-34.1%		-1.3%		-1.7%	
③拘束を行ったケースに関する事後的なケース検討会の実施など	13.1%		18.1%		31.1%		11.2%		31.3%		14.0%		4.1%	
④新規採用時のカリキュラムとして実施など	-14.8%		-9.0%		-11.5%		-0.4%		-2.2%		-0.7%		-9.0%	
⑤身体拘束を体験するなどの実践形式の研修など	6.6%		-8.8%		-6.3%		-1.8%		2.7%		-1.9%		4.3%	
⑥認知症高齢者の家族の思いを傾聴するなど在宅介護の精神状況や環境理解を深める研修など	-3.9%		26.9%		-5.7%		9.5%		-17.3%		0.3%		-9.1%	
⑦他法人や過去の自法人の事例研究 (身体拘束に関わる) の考察学習など	-0.2%		11.8%		0.6%		-12.3%		-9.6%		-11.6%		-2.2%	
⑧身体拘束をテーマとし、職責等を勘案した階層別研修の実施など	-8.7%		3.9%		-5.7%		-10.5%		4.7%		1.1%		3.9%	
⑨全人的苦悩の理解、意思決定支援の積極的導入など、利用者中心のケアの実現のための研修など	-3.9%		-15.2%		-5.8%		17.2%		-7.7%		1.2%		-3.8%	
⑩身体拘束が適正な手続きを実施しない場合虐待になることへの理解を促す研修など	-10.2%		5.0%		6.4%		0.4%		-33.0%		13.2%		-2.3%	
⑪その他	2.8%		-1.6%		1.2%		0.0%		-1.9%		3.0%		0.0%	
無回答	4.7%		-0.8%		-1.3%		-1.8%		-1.9%		-5.7%		-1.2%	
合計	-17.0%		37.5%		2.6%		28.4%		-76.4%		22.8%		-19.3%	
有効回答事業者数	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%	

7. 虐待防止

① 虐待を防止するために実施している取組

介護保険上は高齢者虐待に対して全ての介護サービス事業者を対象に、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生・再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることが規定されている。未実施の場合、高齢者虐待防止措置未実施減算が適用される。今回の調査では、多機能系、在宅系について要件の実施状況を確認した。事業種別ごとの実施率は、居住系と小規模多機能型居宅介護で80%台、在宅系と看護小規模多機能型居宅介護で70%台であった。在宅系では、委員会結果の従事者への周知が約50%と他事業種別と比較してやや低く、看護小規模多機能型居宅介護では、担当者の設置が54.7%と今回の調査対象事業種別では最も低かった。

図表 26 虐待を防止するために実施している取組

(※) 実施率: 平均実施回答数÷有効回答事業所数 (当てはまる番号全てに○)	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
①虐待防止のための対策検討委員会の実施	99	94.3%	109	87.9%	135	86.0%
②委員会結果の従業者への周知	84	80.0%	90	72.6%	119	75.8%
③虐待防止のための指針の整備	89	84.8%	104	83.9%	136	86.6%
④虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者の設置	78	74.3%	75	60.5%	110	70.1%
⑤研修の実施	102	97.1%	115	92.7%	135	86.0%
無回答	1	1.0%	2	1.6%	4	2.5%
合計	453	431.4%	495	399.2%	639	407.0%
実施率 (※)		86.9%		80.8%		83.0%

有効回答事業者数	105	100.0%	124	100.0%	157	100.0%
----------	-----	--------	-----	--------	-----	--------

(当てはまる番号全てに○)	小規模多機能型居宅介護		看護小規模多機能型居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
①虐待防止のための対策検討委員会の実施	45	81.8%	43	81.1%	72	63.7%	56	70.9%
②委員会結果の従業者への周知	34	61.8%	32	60.4%	57	50.4%	42	53.2%
③虐待防止のための指針の整備	47	85.5%	41	77.4%	80	70.8%	59	74.7%
④虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者の設置	39	70.9%	29	54.7%	73	64.6%	51	64.6%
⑤研修の実施	50	90.9%	50	94.3%	88	77.9%	68	86.1%
無回答	3	5.5%	0	0.0%	11	9.7%	4	5.1%
合計	218	396.4%	195	367.9%	381	337.2%	280	354.4%
実施率 (※)		82.7%		73.6%		72.5%		73.6%

有効回答事業者数	55	100.0%	53	100.0%	113	100.0%	79	100.0%
----------	----	--------	----	--------	-----	--------	----	--------

② 研修実施の対象

身体拘束廃止や高齢者虐待防止に関して、周知徹底には、経営者の明確な方針が必要となる。今回の調査では、従事者への研修だけでなく、管理者や経営者への研修について、実施状況を確認した。管理者への研修は、60～70%の事業所で実施、経営者への研修は、10～30%であった。

図表 27 研修の実施の対象
(図表 26 の⑤研修の実施回答者のみ)

(当てはまる番号全てに○)	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
経営者への研修実施	20	19.8%	15	13.0%	34	25.4%
管理者への研修実施	67	66.3%	71	61.7%	82	61.2%
従業者への研修実施	101	100.0%	112	97.4%	134	100.0%
無回答	1	1.0%	0	0.0%	1	0.7%
合計	189	187.1%	198	172.2%	251	187.3%

有効回答事業者数	101	100.0%	115	100.0%	134	100.0%
----------	-----	--------	-----	--------	-----	--------

(当てはまる番号全てに○)	小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
経営者への研修実施	15	30.0%	9	18.4%	25	28.4%	18	26.5%
管理者への研修実施	35	70.0%	32	65.3%	60	68.2%	44	64.7%
従業者への研修実施	50	100.0%	48	98.0%	80	90.9%	62	91.2%
無回答	0	0.0%	1	2.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	100	200.0%	90	183.7%	165	187.5%	124	182.4%

有効回答事業者数	50	100.0%	49	100.0%	88	100.0%	68	100.0%
----------	----	--------	----	--------	----	--------	----	--------

③ 身体拘束や虐待等の相談等

虐待（適正な手続きを経っていない身体拘束含む）と思われる状況を確認した際の相談等に関して、居宅介護支援では、②市区町村や地域包括支援センターの相談窓口相談・通報したと約 50%が回答している。居宅介護支援は、日常的に市区町村や地域包括支援センターとの接点が多いことから通報しやすい関係性ができていることが推察される。

その他サービスでは、②市区町村や地域包括支援センターへの相談・通報より、①組織内部の上司、同僚等に相談・報告をした方が多い。このことは第一報として組織内に相談報告し、組織的対応や判断により対応していることが推察される。

図表 28 身体拘束や虐待と思われる状況を確認した際の相談等
(適正な手続きを経ていない身体拘束)

(当てはまる番号全てに○)	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
①組織内部の上司、同僚等に相談・報告をした。(あなたが責任者の場合は、相談又は報告を受けた。)	49	48.0%	41	33.6%	76	50.0%
②市区町村や地域包括支援センターの相談窓口相談・通報した。	11	10.8%	8	6.6%	12	7.9%
③相談・通報いずれもしなかった。	0	0.0%	1	0.8%	3	2.0%
④そのような状況は確認したことがない。	54	52.9%	80	65.6%	73	48.0%
⑤その他	1	1.0%	0	0.0%	5	3.3%
無回答	4	3.9%	4	3.3%	9	5.9%
合計	119	116.7%	134	109.8%	178	117.1%
有効回答事業者数	102	100.0%	122	100.0%	152	100.0%

(当てはまる番号全てに○)	小規模多機能型居宅介護		看護小規模多機能型居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
①組織内部の上司、同僚等に相談・報告をした。(あなたが責任者の場合は、相談又は報告を受けた。)	15	29.4%	13	24.5%	43	37.4%	27	35.5%
②市区町村や地域包括支援センターの相談窓口相談・通報した。	14	27.5%	9	17.0%	31	27.0%	37	48.7%
③相談・通報いずれもしなかった。	3	5.9%	1	1.9%	2	1.7%	1	1.3%
④そのような状況は確認したことがない。	32	62.7%	35	66.0%	63	54.8%	32	42.1%
⑤その他	1	2.0%	2	3.8%	5	4.3%	1	1.3%
無回答	7	13.7%	0	0.0%	9	7.8%	7	9.2%
合計	72	141.2%	60	113.2%	153	133.0%	105	138.2%
有効回答事業者数	51	100.0%	53	100.0%	115	100.0%	76	100.0%

④ 虐待を防止するため工夫している内容

居住系、多機能系では、職員の研修や意識向上、情報共有やストレス管理があげられている。在宅系では、家族との関係や関係機関との連携や相談できる環境づくりなどがあげられている。在宅系では、一人ひとりの利用者によって関係機関が異なることからそれぞれ関係機関に配慮していることがうかがえる。(以下、生成A Iによる要約)

(A) 居住系（特定施設入居者生活介護、グループホーム、短期入所生活介護）

1. 不適切ケアのチェック
 - ・定期的に不適切ケアのチェックを行い、職員に公表する。
 - ・毎月のフロア会議で利用者の状況を把握し、適切なケアを行っているかチェックする。
2. 職員の研修と意識向上
 - ・市の研修に参加し、職員の研修参加を促す。
 - ・虐待防止や身体拘束廃止に関する研修を定期的実施し職員全員に周知する。
3. 職員間のコミュニケーション
 - ・職員同士が相談しやすい雰囲気作りを行う。
 - ・職員間で声掛けを多くし、ケアに困った時やストレスを軽減できるようにする。
4. 利用者の権利尊重
 - ・朝礼などで人権について話し合い、利用者の権利や自由について考える場を設ける。
 - ・利用者の気持ちを尊重し、適切なケアを提供する。
5. ストレス管理
 - ・職員のストレスを理解し、ブレイクや配置の配慮を行う。
 - ・職員のストレスを軽減するためのアンガーマネジメント研修を実施する。

(B) 多機能系（看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護）

1. 職員のストレス管理
 - ・職員のストレス感の把握と定期的なチェックを行う。
 - ・職員同士の声かけやコミュニケーションの重要性を大切にしている。
2. 虐待防止の取り組み
 - ・虐待防止のための委員会設置と定期的な会議開催をしている。
 - ・虐待防止に関する研修の実施とマニュアルの作成している。
3. 身体拘束の廃止
 - ・身体拘束防止のための教育と意識向上を図る。
 - ・不必要な身体拘束を避けるための職員間のチェック体制を設けている。
4. 利用者とのコミュニケーション
 - ・利用者の状態把握とアセスメントの徹底を図る。
 - ・利用者や家族との良好な関係構築を図る。
5. 研修と教育
 - ・定期的な研修の実施と職員の知識向上を行っている。
 - ・虐待防止や身体拘束廃止に関する具体的な事例の共有している。

(C) 在宅系（訪問看護、居宅介護支援）

1. 定期的な研修の実施
 - ・従業者全員に虐待防止の知識を周知し、定期的に確認を行う。
 - ・実際の事例を用いた研修や事例検討会を開催する。
2. 家族への支援
 - ・介護者の負担軽減のため、ショートステイの利用やストレス軽減策を提案する。
 - ・家族の話聞き、ストレスを緩和するためのサービスを提供する。
3. スタッフ間の情報共有
 - ・介護者の負担や利用者の状況を把握し、スタッフ間で情報を共有する。
 - ・ミーティングやカンファレンスでの情報共有を徹底する。
4. 虐待防止のための環境整備
 - ・話しやすい職場環境を整え、相談しやすい体制を構築する。
 - ・虐待が疑われるケースの報告と対応を迅速に行う。
5. 多職種連携
 - ・ケアマネジャーや他の専門職との連携を強化し、利用者の尊厳を守る。
 - ・関係機関との連携を図り、包括的な支援を提供する。

⑤ 虐待を防止するために最も必要な取組とその内容

居住系では、組織としての倫理観の統一が重要であり、そのために委員会での決定事項の周知が重要であることがあげられている。多機能系では、限られた職員の中での倫理観の醸成や教育による意識改革などの重要性があげられている。また、訪問系では、家族や地域を含めた理解促進や体制整備などがあげられている。(以下、生成A Iによる要約)

(A) 居住系（特定施設入居者生活介護、グループホーム、短期入所生活介護）

1. 職員の共通認識とケアの統一
 - ・職員全員が同じ認識を持ち、統一されたケアを提供することが重要とされている。
2. 虐待防止のための研修と倫理観の統一
 - ・虐待の定義や理由を理解するための研修が行われ、倫理観の統一が図られている。
3. 職員間のコミュニケーションとサポート
 - ・職員同士のコミュニケーションを深め、孤立させないようにする取り組みが強調されている。
4. 業務改善とメンタルヘルスケア
 - ・職員の負担軽減のための業務改善やメンタルヘルスへの取り組みが行われている。
5. 定期的な委員会の開催
 - ・虐待防止委員会や身体拘束廃止委員会が定期的に行われ、職員への周知が徹底されている。
6. 人員増加と労働環境の改善
 - ・ゆとりを持った介護ができるように人員を増やし、労働環境の改善が課題とされている。

(B) 多機能系（看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護）

1. 虐待防止の知識と理解
 - ・虐待に対する知識や理解を深めるための研修を実施する。
 - ・職員間でのコミュニケーションと意見交換する。
2. 職員のストレス軽減
 - ・職員のストレスケアや休息の確保をする。
 - ・業務の簡素化と分散する。
3. 高齢者の安全確保
 - ・高齢者の心理や認知症に対する理解を深める。
 - ・適切な医療との連携と多職種へ相談する。
4. 倫理観の醸成
 - ・虐待防止の倫理観を全職員が持つことの重要性を浸透する。
 - ・日々のアセスメントとスタッフ同士の意見交換をする。
5. 研修と教育
 - ・定期的な研修や勉強会の実施をする。
 - ・職員の知識向上と意識改革する。

(C) 在宅系（訪問看護、居宅介護支援）

1. 虐待防止の重要性
 - ・虐待の定義や事例を含めた研修の義務付けをする。
 - ・利用者・本人・家族へ情報共有する。
2. 家族と介護者の理解促進
 - ・認知症高齢者に対する適切なケア方法を周知する。
 - ・家族・介護者への虐待のリスクを説明する。
3. スタッフの教育とサポート
 - ・スタッフのストレス軽減と精神的サポートする。
 - ・虐待防止に向けた研修や勉強会を実施する。
4. 情報共有と連携
 - ・スタッフ間や行政との迅速な情報共有をする。
 - ・定期的な会議やモニタリングを実施する。
5. 地域での取り組み
 - ・地域全体での虐待防止体制を構築する。
 - ・多職種連携による支援体制を強化する。

8. 不足する社会資源

① 身体拘束及び虐待を防止するうえで不足していると考える社会資源

ボランティア、住民参加の必要性があげられるとともに、在宅系では、金銭面によるサービスを控える場合もあり、金銭面への相談窓口の必要性や介護者へのメンタルヘルスサービスがあげられている。その他、公的支援としての研修の必要性があげられている。

(以下、生成AIによる要約)

(A) 居住系（特定施設入居者生活介護、グループホーム、短期入所生活介護）

1. ボランティア不足
 - ・見守りや傾聴ボランティアの必要性が強調されている。
2. 家族や職員の負担軽減
 - ・善意やオーバーワークに頼らない体制の構築が求められている。
3. 地域住民の参加
 - ・一般地域住民の参加が重要視されている。
4. 医療機関の受診
 - ・精神状態が悪化している方がすぐに受診できる医療機関の必要性が指摘されている。
5. 人材と資金の不足
 - ・介護職員の採用や研修、設備の導入に必要な資金が不足している。

(B) 多機能系（看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護）

1. 人材不足
 - ・介護業界の慢性的な人員不足が強調されている。
 - ・賃金や待遇の改善が求められている。
2. 地域との関わり
 - ・地域住民や行政との連携の重要性が指摘されている。
3. 身体拘束の問題
 - ・身体拘束を控えるべきだが、代替手段が不足しているとの意見がある。
4. 法整備と研修
 - ・尊厳死を含む法整備や、介護職員の質向上のための研修の必要性が挙げられている。
5. 家族支援
 - ・家族が介護を担うという社会的な認識が強く、家族支援の必要性が強調されている。
6. 社会資源の不足
 - ・身体拘束や虐待防止のための社会資源が不足しているとの指摘がある。

(C) 在宅系（訪問看護、居宅介護支援）

1. 金銭的な問題
 - ・虐待のケースでは金銭的な問題が多く、介護者の支援には金銭的な相談先が必要である。
2. 人員不足
 - ・介護施設や訪問介護での人員不足が深刻で、ボランティアの活用が求められている。
3. メンタルヘルスサービス
 - ・介護者のためのメンタルヘルスサービスが必要である。
4. 経済的支援
 - ・サービス利用や入所を控える方への経済支援が重要である。
5. 地域社会の支援
 - ・地域社会のネットワーク作りやボランティアによる支援が必要である。
6. 身体拘束・虐待防止
 - ・身体拘束や虐待を防止するための公的な指針や研修が求められている。

9. 身体拘束 11 禁止行為実施事業所の傾向（利用者調査結果）

① 身体拘束 11 禁止行為を実施している事業種別ごとの傾向

身体拘束 11 禁止行為実施と回答した事業所割合は、短期入所生活介護で 16.1%、次いで居宅介護支援 15.5%、特定施設入居者生活介護 12.3%、訪問看護 12.1%、看護小規模多機能型居宅介護 11.3%の順であった。

身体拘束 11 禁止行為を実施している事業所では、定員に対する身体拘束者数の割合は、グループホームで 11.5%、次いで短期入所生活介護で 9.7%、看護小規模多機能型居宅介護 8.2%の順であった。

図表 29 身体拘束 11 禁止行為を実施している事業種別ごとの傾向

11行為実施利用者のみ	特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
	数	%	数	%	数	%
利用者数（身体拘束に該当する）	42	31.6%	7	5.3%	74	55.6%
事業所数	13	28.3%	4	8.7%	26	56.5%
（全事業所数と利用者調査回答割合）	106	12.3%	126	3.2%	161	16.1%
1 実施事業所あたり身体拘束者数	3.2 名		1.8 名		2.8 名	
定員（平均）	64.1 名		15.3 名		29.5 名	
定員に対する身体拘束者数割合	5.0%		11.5%		9.7%	

為実施利用者のみ	小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	数	%	数	%	数	%	数	%
利用者数（身体拘束に該当する）	3	17.6%	14	82.4%	35	64.8%	19	35.2%
事業所数	3	33.3%	6	66.7%	15	53.6%	13	46.4%
（全事業所数と利用者調査回答割合）	58	5.2%	53	11.3%	124	12.1%	84	15.5%
1 実施事業所あたり身体拘束者数	1.0 名		2.3 名		2.3 名		1.5 名	
定員（平均）	27.7 名		28.3 名		75.1 名		84.6 名	
定員に対する身体拘束者数割合	3.6%		8.2%		3.1%		1.7%	

② サービスごとの利用者の身体拘束対象者の傾向（要介護度）

身体拘束 11 禁止行為実施対象者は、前述の事業種別ごとの平均要介護度（参照 10 ページ）と比較すると平均要介護度が高い傾向がある。しかし、要介護 1 でも特定施設入居者生活介護、グループホーム、短期入所生活介護では実施しているケースがあげられている。また、短期入所生活介護は、ほぼすべての要介護度において該当者が存在し、他種別と比較し要介護度にかかわらず、身体拘束を行っているケースが多い傾向がある。

図表 30 サービスごとの利用者の身体拘束対象者の傾向（要介護度）

	全体		特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%
要支援 1	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
要支援 2	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
要介護 1	7	3.6%	2	4.8%	1	14.3%	4	5.4%
要介護 2	23	11.9%	4	9.5%	0	0.0%	10	13.5%
要介護 3	31	16.0%	11	26.2%	0	0.0%	10	13.5%
要介護 4	54	27.8%	10	23.8%	2	28.6%	25	33.8%
要介護 5	77	39.7%	15	35.7%	4	57.1%	24	32.4%
未認定・申請中	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
非該当	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
無回答	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.4%
合計	194	100.0%	42	100.0%	7	100.0%	74	100.0%
平均要介護度（施設調査票との差）	3.9	1.5	3.8	1.3	4.1	1.5	3.8	0.8
参考 施設調査票 平均要介護度	2.4		2.5		2.6		3.0	

	小規模多機能型居宅介護		看護小規模多機能型居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%
要支援 1	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
要支援 2	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
要介護 1	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
要介護 2	0	0.0%	1	7.1%	4	11.4%	4	21.1%
要介護 3	0	0.0%	2	14.3%	4	11.4%	4	21.1%
要介護 4	1	33.3%	3	21.4%	9	25.7%	4	21.1%
要介護 5	1	33.3%	8	57.1%	18	51.4%	7	36.8%
未認定・申請中	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
非該当	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
無回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	3	100.0%	14	100.0%	35	100.0%	19	100.0%
平均要介護度（施設調査票との差）	4.5	2.2	4.3	1.2	4.2	1.9	3.7	1.7
参考 施設調査票 平均要介護度	2.3		3.0		2.3		2.0	

③ サービスごとの利用者の身体拘束対象者の傾向（認知症高齢者日常生活自立度）

身体拘束禁止 11 行為実施対象者のうち、36.6%は、Ⅳ（常に介助が必要な方）、次いでⅢ a（日中に介助が必要な方）であった。短期入所生活介護では、未調査が 16.2%、自立が 4.1%であり、認知機能に支障がなくても身体拘束の対象となっている。

図表 31 サービスごとの利用者の身体拘束対象者の傾向
（認知症高齢者日常生活自立度）

	全体		特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 （単独）	
	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%
未調査	13	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	12	16.2%
自立	3	1.5%	0	0.0%	0	0.0%	3	4.1%
Ⅰ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Ⅱ a	12	6.2%	4	9.5%	1	14.3%	5	6.8%
Ⅱ b	12	6.2%	4	9.5%	1	14.3%	3	4.1%
Ⅲ a	49	25.3%	12	28.6%	1	14.3%	17	23.0%
Ⅲ b	17	8.8%	3	7.1%	0	0.0%	10	13.5%
Ⅳ	71	36.6%	14	33.3%	4	57.1%	21	28.4%
M	15	7.7%	5	11.9%	0	0.0%	1	1.4%
無回答	2	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.7%
合計	194	100.0%	42	100.0%	7	100.0%	74	100.0%

	小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護		訪問看護 （ステーション）		居宅介護支援事業所	
	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%
未調査	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
自立	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Ⅰ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Ⅱ a	0	0.0%	2	14.3%	0	0.0%	0	0.0%
Ⅱ b	0	0.0%	2	14.3%	2	5.7%	0	0.0%
Ⅲ a	1	33.3%	2	14.3%	10	28.6%	6	31.6%
Ⅲ b	0	0.0%	0	0.0%	2	5.7%	2	10.5%
Ⅳ	1	33.3%	7	50.0%	18	51.4%	6	31.6%
M	0	0.0%	1	7.1%	3	8.6%	5	26.3%
無回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	3	100.0%	14	100.0%	35	100.0%	19	100.0%

④ サービスごとの利用者の身体拘束対象者の傾向（退院・退所を求められた経緯）

短期入所生活介護では、他で退院・退所を求められ、貴施設に移った経緯がある割合が 28.4%であり、受入先がない方を受け入れていることが推察される。

図表 32 サービスごとの利用者の身体拘束対象者の傾向
（他で退院・退所を求められた経緯 居住系のみ）

	全体		特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 （単独）	
	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%
他で退院・退所を求められ、貴施設に移った経緯がある	23	18.7%	2	4.8%	0	0.0%	21	28.4%
他で退院・退所を求められて貴施設に移った経緯はない	77	62.6%	36	85.7%	1	14.3%	40	54.1%
わからない	13	10.6%	2	4.8%	0	0.0%	11	14.9%
無回答	10	8.1%	2	4.8%	6	85.7%	2	2.7%
合計	123	100.0%	42	100.0%	7	100.0%	74	100.0%

⑤ サービスごとの利用者の身体拘束対象者の傾向（行っている挿管・点滴等）

チューブ、カテーテル類の使用なしが、全体の約半数（46.5%）を占める。事業種別では該当者数が多い順に、グループホーム、居宅介護支援、看護小規模多機能型居宅介護、短期入所生活介護、訪問看護の順であった。

次いで、鼻腔栄養を行っているケースが多く、特に特定施設入居者生活介護や短期入所生活介護で実施している割合が高い傾向がある。前述の設問（④サービスごとの利用者の身体拘束対象者の傾向（退院・退所を求められた経緯））からも他で敬遠する対象者を受け入れていることが要因の一つと考えられる。

次に、膀胱カテーテルを行っている場合が多く、鼻腔栄養と同様、多い順に特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護、訪問看護であった。

図表 33 サービスごとの利用者の身体拘束対象者の傾向（行っている挿管・点滴等）

	全体		特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%
挿管チューブ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
気管切開チューブ	4	2.3%	3	7.3%	0	0.0%	0	0.0%
鼻腔栄養	42	24.4%	15	36.6%	0	0.0%	21	31.3%
経腸栄養	11	6.4%	4	9.8%	0	0.0%	2	3.0%
中心静脈栄養	5	2.9%	1	2.4%	0	0.0%	0	0.0%
腎ろう	10	5.8%	4	9.8%	0	0.0%	3	4.5%
ドレーン	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
膀胱カテーテル	32	18.6%	6	14.6%	0	0.0%	13	19.4%
点滴	8	4.7%	3	7.3%	0	0.0%	0	0.0%
その他のチューブ、カテーテル類	12	7.0%	3	7.3%	0	0.0%	2	3.0%
チューブ、カテーテル類の使用なし	80	46.5%	13	31.7%	4	100.0%	34	50.7%
合計	204	118.6%	52	126.8%	4	100.0%	75	111.9%
無回答	22	12.8%	1	2.4%	3	75.0%	7	10.4%
有効回答利用者数（利用者-無回答）	172	100.0%	41	100.0%	4	100.0%	67	100.0%
	小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%
挿管チューブ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
気管切開チューブ	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%
鼻腔栄養	0	0.0%	0	0.0%	4	13.3%	2	14.3%
経腸栄養	0	0.0%	1	7.7%	3	10.0%	1	7.1%
中心静脈栄養	1	33.3%	2	15.4%	1	3.3%	0	0.0%
腎ろう	0	0.0%	2	15.4%	1	3.3%	0	0.0%
ドレーン	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
膀胱カテーテル	1	33.3%	2	15.4%	8	26.7%	2	14.3%
点滴	0	0.0%	1	7.7%	3	10.0%	1	7.1%
その他のチューブ、カテーテル類	1	33.3%	2	15.4%	3	10.0%	1	7.1%
チューブ、カテーテル類の使用なし	1	33.3%	8	61.5%	11	36.7%	9	64.3%
合計	4	133.3%	19	146.2%	34	113.3%	16	114.3%
無回答	0	0.0%	1	7.7%	5	16.7%	5	35.7%
有効回答利用者数（利用者-無回答）	3	100.0%	13	100.0%	30	100.0%	14	100.0%

⑥ サービスごとの利用者の身体拘束対象者の傾向（薬剤の投与）

約 45%（44.2%）は、高血圧・糖尿病薬を使用、また、6 剤以上の薬の使用も同程度で、直接的な要因との関係までは不明であるが、6 剤以上の薬の使用者が多い傾向にある。

特に短期入所生活介護では、抗不安薬・睡眠薬も約 41.5%が使用、抗精神病薬・抗うつ薬も 26.2%で使用している。居宅介護支援においても、抗精神病薬・抗うつ薬の使用割合が 35.7%と高めな傾向がある。

図表 34 サービスごとの利用者の身体拘束対象者の傾向（薬剤の投与）

	全体		特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%
抗精神病薬・抗うつ薬	30	21.7%	5	18.5%	0	0.0%	17	26.2%
抗不安薬・睡眠薬	47	34.1%	6	22.2%	2	50.0%	27	41.5%
抗てんかん薬	8	5.8%	3	11.1%	0	0.0%	2	3.1%
その他の中枢神経系用薬	7	5.1%	2	7.4%	2	50.0%	1	1.5%
麻薬および類似品	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
高血圧・糖尿病薬	61	44.2%	12	44.4%	3	75.0%	23	35.4%
骨粗しょう症に対する薬	12	8.7%	2	7.4%	1	25.0%	4	6.2%
6 剤以上の薬の服用	60	43.5%	12	44.4%	2	50.0%	34	52.3%
合計	225	163.0%	42	155.6%	10	250.0%	108	166.2%
無回答	56	40.6%	15	55.6%	3	75.0%	9	13.8%

有効回答利用者数（利用者-無回答）	138	100.0%	27	100.0%	4	100.0%	65	100.0%
	小規模多機能型居宅介護		看護小規模多機能型居宅介護		訪問看護（ステーション）		居宅介護支援事業所	
	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%
抗精神病薬・抗うつ薬	0	0.0%	0	0.0%	3	17.6%	5	35.7%
抗不安薬・睡眠薬	1	50.0%	5	55.6%	3	17.6%	3	21.4%
抗てんかん薬	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	21.4%
その他の中枢神経系用薬	0	0.0%	1	11.1%	1	5.9%	0	0.0%
麻薬および類似品	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
高血圧・糖尿病薬	1	50.0%	4	44.4%	11	64.7%	7	50.0%
骨粗しょう症に対する薬	0	0.0%	2	22.2%	0	0.0%	3	21.4%
6 剤以上の薬の服用	1	50.0%	4	44.4%	3	17.6%	4	28.6%
合計	3	150.0%	16	177.8%	21	123.5%	25	178.6%
無回答	1	50.0%	5	55.6%	18	105.9%	5	35.7%

有効回答利用者数（利用者-無回答）	2	100.0%	9	100.0%	17	100.0%	14	100.0%
-------------------	---	--------	---	--------	----	--------	----	--------

⑦ サービスごとの利用者の身体拘束対象者の傾向（行動症状・事象）※分析手法①

身体拘束対象利用者は、事業種別にかかわらずベッド・車いすからの転落の恐れが最も高かった。特にグループホームでは実際に転倒・転落したことがある割合が高い傾向がある。

次いで点滴・チューブ類を抜去しようとするが高く、特に特定施設入居者生活介護で高い傾向がある。また、短期入所生活介護では、転落やチューブ類抜去のほか、脱衣やおむつはずしをしようとする行動症状の割合が高い傾向にある。訪問看護や居宅介護支援においてもおむつはずしは、行動症状として高い傾向がある。在宅系では介護者負担を考慮しての対応の可能性がある。

図表 35 サービスごとの利用者の身体拘束対象者の傾向（行動症状・事象）

	全体	特定施設	グループホーム	短期入所生活介護 (単独)
	割合（拘束有り-全体）	割合（拘束有り-全体）	割合（拘束有り-全体）	割合（拘束有り-全体）
せん妄状態にある	11.4%	6.8%	-5.5%	15.5%
点滴・チューブ類を抜去しようとする	24.2%	50.8%	-1.0%	28.4%
実際に点滴・チューブ類を抜去したことがある				
徘徊の恐れがある	-0.2%	-1.4%	7.2%	-1.3%
ベッド・車椅子等からの転落の恐れがある	35.4%	32.4%	19.7%	41.2%
かきむしり・自傷行為がある	16.3%	17.6%	-2.6%	20.1%
弄便・不潔行為がある	12.2%	11.6%	8.5%	18.3%
異食行為がある	-0.3%	-1.1%	-4.0%	1.5%
椅子・車椅子からずり落ちがある	10.6%	10.5%	8.5%	9.1%
椅子・車椅子から不意に立ちあがろうとする				
立ち歩くと転倒の恐れがある	3.9%	11.5%	-2.2%	6.6%
実際に転倒・転落したことがある	10.7%	21.3%	26.4%	16.1%
脱衣やおむつはずしをしようとする	14.5%	3.5%	8.0%	19.9%
暴力行為がある	4.1%	3.5%	-3.0%	6.9%
暴言がある	5.5%	2.8%	-6.6%	11.1%
性的逸脱がある	-0.7%	-0.2%	-1.1%	-0.3%
睡眠障害や不穏症状がある	7.9%	7.7%	-12.6%	15.0%
看護や介護に対して抵抗する	7.6%	8.4%	-8.8%	6.5%
自殺企図がある	-0.7%	-0.1%	-0.1%	-0.2%
本人・家族からの身体抑制の要請がある	14.1%	14.4%	-0.1%	14.2%

11項目実施利用者数	193	41	7	74
施設調査回答利用者数合計	27,491	5,490	1,868	3,785

	小規模多機能型居宅 介護	看護小規模多機能型 居宅介護	訪問看護 (ステーション)	居宅介護支援事業所
	割合（拘束有り-全体）	割合（拘束有り-全体）	割合（拘束有り-全体）	割合（拘束有り-全体）
せん妄状態にある	29.0%	25.1%	2.0%	23.9%
点滴・チューブ類を抜去しようとする	31.5%	14.7%	6.1%	13.8%
実際に点滴・チューブ類を抜去したことがある				
徘徊の恐れがある	-6.3%	9.6%	-1.1%	8.1%
ベッド・車椅子等からの転落の恐れがある	60.9%	30.9%	38.1%	34.2%
かきむしり・自傷行為がある	31.9%	19.3%	13.1%	14.2%
弄便・不潔行為がある	63.3%	12.6%	5.1%	3.5%
異食行為がある	-2.7%	-1.4%	-0.2%	3.9%
椅子・車椅子からずり落ちがある	29.5%	1.9%	14.8%	23.7%
椅子・車椅子から不意に立ちあがろうとする				
立ち歩くと転倒の恐れがある	-13.8%	-4.3%	3.7%	20.3%
実際に転倒・転落したことがある	-13.8%	-4.3%	12.3%	4.5%
脱衣やおむつはずしをしようとする	-3.0%	4.1%	24.7%	19.1%
暴力行為がある	31.5%	5.9%	2.3%	3.4%
暴言がある	29.3%	11.1%	7.3%	-2.9%
性的逸脱がある	-0.5%	-0.6%	-0.3%	3.4%
睡眠障害や不穏症状がある	23.2%	6.5%	5.1%	7.5%
看護や介護に対して抵抗する	27.5%	30.9%	4.1%	17.7%
自殺企図がある	-0.2%	0.0%	-0.1%	-1.2%
本人・家族からの身体抑制の要請がある	0.0%	7.0%	19.7%	19.8%

11項目実施利用者数	3	14	35	19
施設調査回答利用者数合計	1,083	1,056	5,566	8,643

⑧ サービスごとの利用者の身体拘束対象者の傾向

(入所者の身体拘束実施を判断した時期・世帯構造)

入所者の状態変化に伴い判断したケースは、特に多機能系や在宅系（短期入所生活介護、居宅介護支援、訪問看護）で多い傾向がある。

約 36.6%は入所前の情報もしくは入所時の情報に伴い判断している。特に特定施設入居者生活介護では、半数以上が該当する。入院先や在宅介護において身体拘束をしていた場合は、入所時も身体拘束で対応するケースが多いことがうかがえる。

図表 36 サービスごとの利用者の身体拘束対象者の傾向

(入所者の身体拘束実施を判断した時期)

	全体		特定施設		グループホーム		短期入所生活介護 (単独)	
	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%
入所前の情報もしくは入所時の情報に伴い判断	70	36.6%	23	54.8%	0	0.0%	26	35.1%
入所後概ね1週間以内に事前の情報との乖離があり判断	22	11.5%	9	21.4%	1	14.3%	11	14.9%
入所者の状態変化に伴い判断	71	37.2%	8	19.0%	2	28.6%	32	43.2%
医療機関から退院後、状態変化に伴い判断	20	10.5%	1	2.4%	1	14.3%	4	5.4%
無回答	8	4.2%	0	0.0%	3	42.9%	0	0.0%
合計	191	100.0%	41	97.6%	7	100.0%	73	98.6%

	小規模多機能型居宅 介護		看護小規模多機能型 居宅介護		訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%
入所前の情報もしくは入所時の情報に伴い判断	1	33.3%	1	7.1%	14	40.0%	5	26.3%
入所後概ね1週間以内に事前の情報との乖離があり判断	0	0.0%	0	0.0%	1	2.9%	0	0.0%
入所者の状態変化に伴い判断	2	66.7%	11	78.6%	10	28.6%	6	31.6%
医療機関から退院後、状態変化に伴い判断	0	0.0%	0	0.0%	7	20.0%	7	36.8%
無回答	0	0.0%	1	7.1%	3	8.6%	1	5.3%
合計	3	100.0%	13	92.9%	35	100.0%	19	100.0%

世帯構造の傾向では、家族同居あり（介護可能）な場合で 36.6%が身体拘束を行っている。次いで独居が 21.1%である。前述（参照 34 ページ）の身体拘束に至る理由として「主たる介護者等からの意向」が最も高いことを鑑みると家族の意向が身体拘束実施の判断に影響していることが推察される。

図表 37 サービスごとの利用者の身体拘束対象者の傾向（世帯構造）

	全体		小規模多機能型居宅介護		看護小規模多機能型居宅介護	
	利用者数	%	利用者数	%	利用者数	%
独居	15	21.1%	0	0.0%	5	35.7%
家族同居あり(日中独居)	7	9.9%	0	0.0%	2	14.3%
家族同居あり(介護できない)	14	19.7%	1	33.3%	4	28.6%
家族同居あり(介護可能)	26	36.6%	2	66.7%	3	21.4%
わからない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
無回答	9	12.7%	0	0.0%	0	0.0%
合計	71	100.0%	3	100.0%	14	100.0%

	訪問看護 (ステーション)		居宅介護支援事業所	
	利用者数	%	利用者数	%
独居	6	17.1%	4	21.1%
家族同居あり(日中独居)	3	8.6%	2	10.5%
家族同居あり(介護できない)	6	17.1%	3	15.8%
家族同居あり(介護可能)	11	31.4%	10	52.6%
わからない	0	0.0%	0	0.0%
無回答	9	25.7%	0	0.0%
合計	35	100.0%	19	100.0%

第4章 インタビュー調査結果

1. インタビュー調査の実施概要

事業種別	施設名（法人名）	インタビュー回答者	施設概要
訪問看護	訪問看護ステーション グラーチア （公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院）	管理者	群馬県 利用者数 250 名／月 職員数 25 人 内訳 看護師 12 人 理学療法士 6 人 作業療法士 3 人 言語聴覚士 2 人 事務 2 人
居宅介護支援	居宅介護支援事業所 みはら （公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院）	管理者	群馬県 利用者約 200 名 （入院者数月 20 名程度） 職員数 6 人（うち主任介護支援専門員 2 人） 特定事業所加算Ⅰ算定
特定施設入居者生活介護（軽費老人ホーム）	ケアハウス 笠松の郷 （社会福祉法人 笠松会）	施設長	福岡県 定員 50 床 （特定施設入居者生活介護） 平均介護度 1.6 認知症対応型共同生活介護 18 名、短期入所生活介護 10 名併設
認知症対応型共同生活介護	グループホーム 笠松の郷 （社会福祉法人 笠松会）	管理者	福岡県 定員 16 名 満床 平均介護度 3.3 ケアハウスで認知症が進んだ利用者を受け入れている。
看護小規模多機能型居宅介護事業所	複合型サービスじゃんけんぼん 観音寺 （NPO 法人じゃんけんぼん）	部長 看護師	群馬県 定員（登録 29 名、通い 18 名、泊り 9 名） 訪問看護ステーション併設 他にグループホームや小規模多機能など認知症に関する事業を複数経営
短期入所生活介護	リフシア 鶴沼海岸 （株式会社 リフシア）	管理者 サービス推進担当者	神奈川県 定員 20 名（単独型）デイサービス併設 他小規模多機能居宅介護等運営

②主なインタビュー内容

- 現在、身体拘束ゼロへの取組について、貴事業所ではどのような取組をしていますか。
- 身体拘束 11 禁止行為を行わずに、実際の利用者の安全確保への独自の取組についてお伺いします。
- 施設賠償は転倒、転落に代表される介護事故によるものがほとんどですが、入所後・利用開始時に事故リスクについてご家族にどのように説明、同意を得ていますか。
- 在宅生活での身体拘束を防ぐための課題、不足する社会資源があればお知らせください。
- 在宅支援におけるケアマネジャーや他事業所との連携において、身体拘束廃止や虐待防止で方針統一するうえで難しい場合は、どのようなケースですか。また、身体拘束を解除、もしくは防ぐことができたケースは、どのような取組を行いましたか。
- 身体拘束廃止や虐待防止に向けて家族や地域住民が理解を深めたほうが良い点は、どのような点がありますか。（在宅介護において家族による虐待について通報したことはどのようなケースですか）
- 今後、介護施設において身体拘束ゼロを達成する為に何が必要かご意見をお伺いします。

2. インタビュー調査結果

インタビュー項目	訪問看護	
	訪問看護ステーショングラーチア	
1. 現在、身体拘束ゼロへの取組について、貴事業所ではどのような取組をしていますか。	当訪問看護ステーションでは、身体拘束ゼロを実現するため利用者の尊厳を最優先に考えた対応を行っている。具体的な取り組みとしては、 ①個別ケアの実施。利用者一人ひとりの状態や生活環境を理解し、個別のニーズに応じたケアを提供している。これにより、身体的な拘束を避ける方法を検討し、安全を確保している。②コミュニケーションの強化。利用者とそのご家族と十分なコミュニケーションを取り、ケアの方針について共有している。これにより家族の理解と協力を得ることで、無理のないケアが実現できている。③職員教育の充実。スタッフ全員が、身体拘束の最小化に向けて最新のケア技術や認知症ケア、アクシデントの防止に関する研修を定期的に受けている。これにより、状況に応じた柔軟で適切な対応ができるよう努めている。④代替手段の模索。身体的拘束を行うことなく、適切な代替手段を探し、環境の調整など利用者が安全かつ安心して過ごせるようにしている。 これらの取り組みによって、利用者の尊厳を守りつつ、身体拘束の最小化に向けた看護実践を日々努めている。	
2. 身体拘束禁止11項目を行わずに、実際の利用者の安全確保への独自の取り組みについてお伺いします。	①個別のアセスメントの実施。利用者一人ひとりの状態に応じたアセスメントを行って予測されるリスクを事前に把握し、身体的拘束を回避するための対策を実施している。 ②環境整備と安全対策。利用者が安全に生活できるように自宅環境を整備している。移動に関しても、必要な支援を行い、無理のない範囲で移動を促している。③心理的サポートとコミュニケーション。認知症をはじめ精神的なサポートが必要な利用者に対しては、スタッフとの信頼関係を築くことを最優先に考え、穏やかな言葉かけや安心感を与えるよう心がけている。④代替方法の導入。身体拘束の代わりに、リハビリテーションや認知症ケアを積極的に取り入れている。また、身体的な拘束を避けるために、介助方法の工夫や、必要に応じて最新の支援機器を導入している。⑤定期的なモニタリングと対応。利用者の状態を定期的にモニタリングし、急変や異常が見られた場合には、主治医に連絡するなど、迅速かつ適切に対応している。⑥家族への教育。家族に対しては、利用者のケアについての理解を深めてもらい、協力を依頼、安全を確保している。また自宅できる予防策や支援方法についても積極的に指導を行っている。	
3. 施設賠償は転倒、転落に代表される介護事故によるものがほとんどですが、入所後・利用開始時に事故リスクについてご家族にどのように説明、同意を得ていますか。	①初回面談時にリスク説明。利用者のご家族との初回面談時に、訪問看護サービスにおける事故リスク、特に転倒や転落の可能性について説明している。利用者一人ひとりの状態に応じたリスクについても、具体的に説明し、どのようなリスクが考えられるかを明確に伝えている。②事故防止対策の共有。転倒や転落を防止するために取り組んでいる予防策についても、具体的に説明している。例えば、利用者の生活環境の整備や、転倒防止のための移動支援などについて共有し、事故防止に対する取り組みを説明している。	
4. 在宅生活での身体拘束を防ぐための課題、不足する社会資源があればお知らせください。	①介護者の負担とスキルの向上。在宅でのケアは、介護者に大きな負担がかかることが多い。身体拘束を避けるためには、利用者の状態に応じた柔軟で専門的なケアが必要であるが、介護者がそのスキルを十分に持っていない場合、ケアが難しくなり、結果として拘束の必要性が生じることがある。②介護支援の人手不足。訪問介護スタッフの定期的なケアが十分に提供できないことがある。訪問頻度が低いと、リスク管理が難しく、事故や身体拘束が避けられない状況になることもある。③必要な社会資源。訪問介護サービスの充実には介護スタッフの確保、そのための待遇改善が求められる。④安全な環境作りのための支援。住宅改修の支援や助成金などが不足している。在宅での生活環境が整っていないと転倒や事故のリスクが高まる。家屋のバリアフリー化や、転倒防止のための設備が不十分な場合、身体拘束を回避するための工夫が難しくなるケースがある。⑤医療と介護の連携の強化。在宅でのケアを行う際には、医療と介護が密に連携し、利用者の状態に合わせた対応が求められる。医療と介護の連携が不十分だと、必要な支援が遅れ、身体拘束に頼ることが少なくない。医療と介護の連携を深めるための制度改革、地域ごとの包括的な支援体制の構築などが求められる。	
5. 在宅支援におけるケアマネジャーや他事業所との連携において、身体拘束廃止や虐待防止で方針統一するうえで難しい場合は、どのようなケースですか。また、身体拘束を解除、もしくは防ぐことができたケースは、どのような取組を行いましたか。	ケアマネジャーや他事業所との方針統一が難しいケースとして、①利用者様の状態が急速に変化する場合。利用者の身体的な状態が急速に悪化した場合、ケアの方向性を柔軟に変更することが求められるが、急激な変化に対して、ケアマネジャーや他事業所が迅速に対応できず、身体拘束を避けるための対応に時間がかかることがある。このような場合、方針の統一が遅れ、身体拘束が一時的に必要とされることもある。②家族の理解不足や抵抗がある場合。身体拘束廃止や虐待防止の方針について、家族の理解が不足していたり、拘束が必要だと感じている場合、その考え方をケアマネジャーや他事業所と統一することが難しくなることがある。家族とのコミュニケーション不足や価値観の違いが、方針統一の障害となることもある。③他事業所間での情報共有不足。ケアマネジャーや訪問介護スタッフ、訪問看護師など複数の事業所が関わる場合、情報共有や連携が不十分な場合がある。特に、緊急時の判断において連携が取れず、身体拘束を避けるための適切な対策が遅れることがある。 身体拘束を解除、もしくは防ぐことができたケース ①環境の見直しと安全対策。ある利用者は、転倒のリスクが高かったため、初期の段階で身体拘束が提案されたケースがあったが訪問介護スタッフとケアマネジャーが協力し、環境の見直しを行った。具体的には、部屋のレイアウトを変更し、床の段差をなくし、移動時の手すりを設置するなどの対策を取ることで、転倒リスクを減少させた。この結果、身体拘束を使用せずに安全に生活を続けることができた。②家族との連携強化。身体拘束を防ぐためには、家族の協力が不可欠であり、家族と密に連携し、身体拘束を避ける方法について共有した。例えば、転倒リスクを減らすために、家族が日常的に見守りを行い、歩行時の補助を行うことに合意し家族に対しても認知症ケアや事故防止の方法を指導し、家族が積極的にケアに参加することで、身体拘束なしでの生活が実現できた。	
6. 身体拘束廃止や虐待防止に向けて家族や地域住民が理解を深めたほうが良い点は、どのような点がありますか。（在宅介護において家族による虐待について通報したことはどのようなケースですか）	身体拘束廃止や虐待防止に向けて家族や地域住民が理解を深めるべき点として、①尊厳と自立の重要性。身体拘束を廃止し、虐待を防ぐためには、利用者の尊厳を守ることが何より重要であり、家族や地域住民が、利用者が可能な限り自立した生活を維持できるよう支援することが大切であると理解することが必要である。特に、身体拘束が使用される理由やその影響についての理解を深めることが重要である。②代替手段の理解と実践。 身体拘束を防ぐためには、代替手段を用いることが大切である。家族や地域住民が、例えば環境整備やリハビリ、心理的サポートの重要性を理解し、特に、介護者がどのような工夫をすれば安全を確保できるのか、どのような道具や支援が必要かを理解することが重要である。③虐待の予防と早期発見。家族や地域住民が虐待の兆候を早期に発見することも重要である。虐待はしばしば隠されがちで、周囲が気づかないうちに進行することがある。家族や地域住民が虐待の兆候を知り、早期に適切な対応をとることで、問題が大きくなる前に対処することができる。また、家族自身が介護負担からストレスを感じ、虐待に繋がるケースもあるため、支援体制やリソースを理解することが予防に繋がる。④地域コミュニティとの連携。地域住民の理解が深まることで、地域全体での見守りや支援が強化される。例えば、地域での見守り活動や介護者のサポートが強化されることで、在宅介護を行っている家族への精神的なサポートが増え、虐待を防ぐための早期の相談が可能になる。 ・家族の虐待により通報したケースについては経験はない。	
7. 今後、介護施設において身体拘束ゼロを達成する為に何が必要かご意見をお伺いします。	身体拘束の最小化に向けて、職員の意識改革、環境整備、個別のケアプラン作成、家族や地域との連携、テクノロジーの活用、そして継続的な評価と改善が不可欠である。これらを組み合わせることで、利用者の尊厳を守りつつ、安全で質の高いケアを提供することが可能となると考える。	

インタビュー項目	居宅介護支援
	居宅介護支援事業所みはら
1. 現在、身体拘束ゼロへの取組について、貴事業所ではどのような取組をしていますか。	身体拘束を伴う支援が行われているケースを発見した際は、速やかに管理者へ報告し、対応策を検討する仕組みとしている。検討内容としては身体拘束を行っている具体的な状況の確認、その必要性についてアセスメントを深めている。そのうえで、拘束時間を減らすことはできないか、代替手段がないか検討し担当者会議を開催して関係事業所全体で協議を行っている。また、家族の理解と協力を得るために身体拘束の弊害などについて説明を丁寧に行い、適切な支援へとつなげるように取り組んでいる。 教育計画に基づき、全スタッフを対象に3か月に1回、身体拘束の最小化に向けた研修を実施している。研修では、認知症ケアの方法やICTを活用した福祉用具の活用、アクシデント発生時の対応方法などを学び、適切な支援ができるように取り組んでいる。
2. 身体拘束禁止11項目を行わずに、実際の利用者の安全確保への独自の取り組みについて伺います。	ケアマネジャーの訪問は最低月1回と決められているが、身体拘束や虐待リスクが高いケースでは訪問頻度を多く設定し、通常1名で対応しているケアマネジャーを2名で対応する独自の取り組みを行っている。関係事業所との情報共有も迅速に行われるようにしており、変化に対し速やかな対応ができるように取り組んでいる。
3. 施設賠償は転倒、転落に代表される介護事故によるものがほとんどですが、入所後・利用開始時に事故リスクについてご家族にどのように説明、同意を得ていますか。	サービス提案をする際、ケアマネジャーが家族に対して、環境の変化により不安定な精神状態になりやすいことや、一人で動き出してしまうなど転倒・転落などの事故リスクが高まりやすいことを丁寧に説明している。そのうえで、利用者の身体・精神状態に適した事業所を選択し、提案を行っている。選択した事業所との契約時には、ケアマネジャーも同席し、利用者の身体・精神状態および予測される事故リスクについて事業所側と共有している。また、サービス利用時における事業所側の見守り体制などの事故防止対策について説明し書面で同意を得ている。
4. 在宅生活での身体拘束を防ぐための課題、不足する社会資源があればお知らせください。	身体拘束を防ぐためには、継続的な見守りや適切なケアが求められる。しかし、現行の制度では訪問介護は「見守りのみ」を目的とした利用が認められておらず、十分な支援を提供することが難しい状況がある。そのため、家族の負担が増加し、結果として身体拘束に頼らざるを得ないケースが生じる可能性がある。 いわゆる「動ける認知症」の方は、転倒や徘徊のリスクがあるにもかかわらず、介護度が低い場合が多く、必要なサービスを十分に利用できないケースが見受けられる。特に、一定の認知機能低下があっても身体機能が維持されている場合、サービスの供給量が制限されるため、家族の負担が増し、適切なケアが困難になることがある。 現状では、見守りを含めた柔軟な訪問介護の提供、夜間対応の充実、介護度に拘わらず利用可能な支援サービスの拡充が求められる。また、認知症高齢者を対象としたデイサービスや短時間のレスパイトケアの選択肢を増やすことで、家族介護者の負担を軽減し、身体拘束を防ぐ環境を整えることが重要と考える。
5. 在宅支援におけるケアマネジャーや他事業所との連携において、身体拘束廃止や虐待防止で方針統一するうえで難しい場合は、どのようなケースですか。また、身体拘束を解除、もしくは防ぐことができたケースは、どのような取組を行いましたか。	サービス事業所によっては、身体拘束に対する理解が不足し利用者の転倒・転落などの事故が発生した際の責任問題を憂慮し、安全確保を理由に過度な身体拘束を求めてくることがある。家庭においては転倒・骨折の不安や24時間体制での介護により、身体的、精神的負担が大きく、過度な身体拘束を強く求めてくることがあるため、統一が難しいことがある。 家族に対し認知症の病態やBPSDについて冊子を用いて説明を行い、理解を得る取り組みを行った。また、取り組んだことにより解除することができた。見守りシステムやセンサーなどICTを活用した福祉用具の活用例を示しながら積極的に情報を提供し、理解が得られるように取り組み、拘束時間を最小化することができた。
6. 身体拘束廃止や虐待防止に向けて家族や地域住民が理解を深めたほうが良い点は、どのような点がありますか。（在宅介護において家族による虐待について通報したことはどのようなケースですか）	1.認知症のある方が徘徊や妄想で地域住民とトラブルになると、在宅介護に対する先入観からハードルの高さを感じる。認知症の方は記憶障害や判断力の低下はあるが、人としての尊厳は変わらないことなど、認知症についての正しい理解や適切な接し方などの知識を深めたほうがよいと考える。 2.虐待に発展したケースはないが、家族が地域住民とのトラブルを気にし、本人を強く叱責する場面を目にしたことがある。家族の心理的負担が背景にあり、地域住民やサービス事業所は、家族の在宅介護の負担感や心理についても理解を深めたほうがよいと考える。
7. 今後、介護施設において身体拘束ゼロを達成する為に何が必要かご意見をお伺いします。	認知症のある方を支えるために身体拘束に頼らないケアの選択肢を増やすことが必要である。身体拘束ゼロの啓発活動を強化し、厳格なルールの運用を行っていく必要がある。そのうえで施設の人員配置加算の拡充や見守り強化のための助成制度などの財政的支援が不可欠である。また、保険外サービス（自費ヘルパー、見守り支援、テクノロジー活用など）を充実させ利用者一人ひとりにあった選択ができることが必要と考える。

インタビュー項目	特定施設入居者生活介護
	ケアハウス笠松の郷(介護付き)
1. 現在、身体拘束ゼロへの取組について、貴事業所ではどのような取組をしていますか。	法人として統一されている。年に2回法人として虐待、身体拘束についての研修を実施している。委員長は主任クラスである。全員参加だが、参集できない場合は録画研修を実施して教育の統一を図る。24時間シートの活用をしている。
2. 身体拘束禁止11項目を行わずに、実際の利用者の安全確保への独自の取り組みについて伺います。	看護職と認知症症状について観察。通常のケアでは対応が難しい状態の場合は精神科医師へ相談をする。2階からのエレベーターのボタンに工夫をしている。前年度の末に見守り機器導入し、動向を観察している。状態によっては短期入居を早めに切りあげることもある。
3. 施設賠償は転倒、転落に代表される介護事故によるものがほとんどですが、入居後・利用開始時に事故リスクについてご家族にどのように説明、同意を得ていますか。	ケアマネジャーが作っている冊子を活用してリスク説明している。
4. 在宅生活での身体拘束を防ぐための課題、不足する社会資源があればお知らせください。	介護は他人だからこそできる部分もある。家族は感情が追いつかない場合もある。施設入居サービスは使う事に引け目を感じる傾向にあると思う。理由としては家族が楽をしていると感じるようだ。施設利用は時間をかけて利用者が慣れていくことも、丁寧に説明していく。施設が閉塞的なイメージがあるようだ。
5. 在宅支援におけるケアマネジャーや他事業所との連携において、身体拘束廃止や虐待防止で方針統一するうえで難しい場合は、どのようなケースですか。また、身体拘束を解除、もしくは防ぐことができたケースは、どのような取組を行いましたか。	特に入居前の取組としては、関わりの事例は少ない。(在宅の様子をうかがう機会)ネグレクトと思われる利用者を受けた経験があったが、事業所発信でケアマネジャーに報告した。
6. 身体拘束廃止や虐待防止に向けて家族や地域住民が理解を深めたほうが良い点は、どのような点がありますか。(在宅介護において家族による虐待について通報したことはどのようなケースですか)	経済的な事よりも罪悪感の方が施設利用などを控える理由ではないかと感じる。配偶者、女性、姪、甥によって負担に感じる部分が異なるようだ。自宅の場合経済的な余裕があるない等、身体拘束の原因は多岐にわたる。
7. 今後、介護施設において身体拘束ゼロを達成する為に何が必要かご意見をお伺いします。	人手の問題ではないと考える。しちやいけない事は理解している。どうしようもないと思う原因は何か考える事が大切。職員、家族が精神科のイメージを正しく理解することも利用者のためになる。

インタビュー項目	グループホーム
	グループホーム笠松の郷
1. 現在、身体拘束ゼロへの取組について、貴事業所ではどのような取組をしていますか。	委員会が存在している。身体拘束を利用者の尊厳の面から考えている。レイアウトや環境整備、職員の教育に力を入れている。どうして身体拘束しようと考えてしまうのかを掘り下げる。認知症ケアアドバイザーからの助言が学びになった。
2. 身体拘束禁止11項目を行わずに、実際の利用者の安全確保への独自の取り組みについて伺います。	施設からの外出リスクはチャイムなどの活用で動向把握をしている。クッション材などでだけが防止策を講じている。レイアウト見直し、目が届くような配置にしている。利用者の状態を職員間で共有し、必要に応じ主治医への相談を実施する。施錠がないので、玄関前の事務所に「声をかけてください」と利用者にわかるように張り紙でアナウンスして、離脱防止につなげる工夫をしている。補助金を活用して見守りセンサー導入した。ベッドから長時間離れるとチャイムが鳴る。
3. 施設賠償は転倒、転落に代表される介護事故によるものがほとんどですが、入居後・利用開始時に事故リスクについてご家族にどのように説明、同意を得ていますか。	入居リスク口頭で説明している。特に資料はない。自宅でのリスク、施設でのリスク。口頭での同意を得ている。
4. 在宅生活での身体拘束を防ぐための課題、不足する社会資源があればお知らせください。	認知症や高齢者の行動パターンを知識として知ることが大事。認知症の周辺症状の理解が重要である。病院にそのような機能（認知症に対する知識習得の場）があると家族はつながりやすいとおもう。記録の書き方も、事実を正しく記載することも医療機関とのやり取りで効果的と考える。
5. 在宅支援におけるケアマネジャーや他事業所との連携において、身体拘束廃止や虐待防止で方針統一するうえで難しい場合は、どのようなケースですか。また、身体拘束を解除、もしくは防ぐことができたケースは、どのような取組を行いましたか。	環境の変化が引き金になることもある。体調不良で入院したが、入院の際に拘束され、普段は穏やかな利用者が叫んでしまった。薬の調整で落ち着いた。
6. 身体拘束廃止や虐待防止に向けて家族や地域住民が理解を深めたほうが良い点は、どのような点がありますか。（在宅介護において家族による虐待について通報したことはどのようなケースですか）	認知症についての理解が必要である。介護保険サービスや認知症について子ども（男女問わず）のころから理解を深める事も大切ではないかと考える。
7. 今後、介護施設において身体拘束ゼロを達成する為に何が必要かご意見をお伺いします。	職員には身体拘束の弊害についての理解を、繰り返し学ぶことが大切。利用者の対応をかわってもらいなど、身体拘束行為に至る手前で止められるように、別手段を講じる工夫する。認知症ケアアドバイザーからの助言が有効であり、実際のケアに役に立った。

インタビュー項目	看護小規模多機能型居宅介護事業所
	複合型サービス じゃんけんぼん観音寺
1. 現在、身体拘束ゼロへの取組について、貴事業所ではどのような取組をしていますか。	法人全体で身体抑制はない。身体拘束の介護用具は置いていない。施設も夜間のみである。法人の考えとして身体拘束はゼロである。病院で身体拘束されてきた利用者を多数受け入れている。ご家族の考えの切り替えに時間をかける事がある。座卓で実際にはミトンなどもしないし、必要となってしまう状況を回避する方法を考えましょうという事になっている。管理者は法人歴が長く、考えを浸透しやすい。利用者の行動にあわせる為に、施設での時間の余裕を生む必要がある。その為に時間で予定を立てないようにする。
2. 身体拘束禁止11項目を行わずに、実際の利用者の安全確保への独自の取り組みについてお伺いします。	ケアマネジャーが理解が深い人が多いかもしれない。入院中に拘束されていたかは病院からのサマリーとかでは拾いきれない。実態は家族から聞くと長期間身体拘束されていたということもある。人手不足で大変だからというものもある。認知症であって、足腰が元気な方の利用が多い。職員間助け合いがうまくできると良い。
3. 施設賠償は転倒、転落に代表される介護事故によるものがほとんどですが、入所後・利用開始時に事故リスクについてご家族にどのように説明、同意を得ていますか。	過去の事例を伝え、リスクを伝える事が多い。最初の契約時に説明する。転倒のリスクは自宅にいても同様である、注意しても発生してしまうと伝える。転倒時の怪我の低減の工夫をするようにする。家族は身体拘束をやらない方向という事は理解していることが多い。
4. 在宅生活での身体拘束を防ぐための課題、不足する社会資源があればお知らせください。	在宅で身体拘束の事例よりも、病院での身体拘束の事例のイメージがある。病院では家族の理解も十分でない。迷惑をかけていることに対する罪悪感に対して、専門職が許容（共感）することが大切ではないか。一方ネグレクトが発生しているなどの、家族の生活にも影響している場面では伝え方に困る。利用者本人は変わることができないので、周囲が変わって本人の行動に合わせるしかない。職員には近隣の方が外にでていたら挨拶するよう指導している。（信頼関係の構築）
5. 在宅支援におけるケアマネジャーや他事業所との連携において、身体拘束廃止や虐待防止で方針統一するうえで難しい場合は、どのようなケースですか。また、身体拘束を解除、もしくは防ぐことができたケースは、どのような取組を行いましたか。	病院からの退院の場合、「ミトンをするものだ」のように身体拘束をしなくてはいけないものと考えている家族もいる。認知症による行動は情報共有して対応する。本人は変わることができないがこちらが変わるしかない。身体拘束をしなくて済む工夫は、時間通りにやろうとしない事もポイントである。予定は立てない事にする。時間で焦らないように。点滴を抜去したりする場合には、本当にその点滴が必要か、経口摂取できないか考えたりする。
6. 身体拘束廃止や虐待防止に向けて家族や地域住民が理解を深めたほうが良い点は、どのような点がありますか。（在宅介護において家族による虐待について通報したことはどのようなケースですか）	地域では認知症になったら共助姿勢が崩れている事が多い。新聞受けがたまっているときも地域の方はなかなか入りにくい。職員には専門職ではなく住民の一人として関わるよう働きかける。時間がかかる構築方法であるが、地域からの情報をもらう事に有効である。ご家族が介護しているケースで地域包括支援センターに協力を仰ぎ、情報共有して見守った事例がある。介護事業所が変更になっても、近隣のつながり、地域との連携を心掛けている。
7. 今後、介護施設において身体拘束ゼロを達成する為に何が必要かご意見をお伺いします。	看護師も介護職の業務を行い、職種で分けて訪問をしていない。SWから看護師の配置の評価での紹介あり。やんわりとでもスピーチロックしてしまっていることに既存職員が気が付くことが大切。人材確保が追い付かず人員基準に満たない事業所の乱立も良くない。職員に責任を押し付けてしまうと無理が生じる。誰かが個別対応をしていますが、他の職員も協力する体制づくりが効果ある。

インタビュー項目	短期入所生活介護
	リフシア鶴沼海岸
1. 現在、身体拘束ゼロへの取組について、貴事業所ではどのような取組をしていますか。	スピーチロックに注意している。利用前に拘束を受けていた場合は、至った理由を確認し、介護ケアで対策できることを提案し、ご家族に共有している。在宅では4点柵、拘束ベルトが多い。滑り落ち予防、介護者がいないことが理由である。
2. 身体拘束禁止11項目を行わずに、実際の利用者の安全確保への独自の取組についてお伺いします。	短期入所では事故のリスクは伝える。本人の拘束がない状態で期待できる心身変化も併せて伝えている（向精神薬服用しないも含め）。個別ケア・非常口センサーで離接予防・居室レイアウト工夫にて転倒防止・死角になっている場所を作らない工夫し、職員の情報共有を行っている。相談員が家族とケアマネジャーを通して医師とも情報共有を図る。一人で見守りの場合には隣接ユニットにヘルプを依頼する。一般の鍵を使用しているが、設置の位置に工夫している。事務所職員も利用者の動きに注意している。
3. 施設賠償は転倒、転落に代表される介護事故によるものがほとんどですが、入所後・利用開始時に事故リスクについてご家族にどのように説明、同意を得ていますか。	起こりえる事を予測し最善のケアを努める事を前提に、契約書類にある同意書を用いてリスク共有をしている。契約締結時には信頼関係はない。コミュニケーション取りながら細かく様子を伝える。
4. 在宅生活での身体拘束を防ぐための課題、不足する社会資源があればお知らせください。	ご家族の拘束している人は介護に熱心な方が多い。担当ケアマネジャーを中心にもう少し家族の介護に踏み込むほうがよいとおもう。そうせざるを得ない孤立感に目を向けることが重要。
5. 在宅支援におけるケアマネジャーや他事業所との連携において、身体拘束廃止や虐待防止で方針統一するうえで難しい場合は、どのようなケースですか。また、身体拘束を解除、もしくは防ぐことができたケースは、どのような取組を行いましたか。	施設での取り組みを伝えることで、安心して頂けるよう努めている。居宅介護事業所はけがをさせないでほしいというのが一番の優先事項である。問い合わせの際に、身体拘束はしない旨、はっきり伝えている。ケアマネも家族もけがに対しては慎重であるが、ケアマネの方がサービス利用中のケガについてはシビアである。実際排便コントロールがうまくいかない場合、在宅で排泄の始末一つとっても施設とは違う。
6. 身体拘束廃止や虐待防止に向けて家族や地域住民が理解を深めたほうが良い点は、どのような点がありますか。（在宅介護において家族による虐待について通報したことはどのようなケースですか）	拘束も、虐待も介護を懸命にしている人がおおい。いらだち、孤立を本人に向けてしまうという負の連鎖がある。支えている家族のコミュニティをつながりも有効では。支え手を守る仕組み。助けをも困っている事かと思いとかはない。認知症の方の世界観、リスクを研修で学ぶ。職員の介護負担も業務改善を進めることが必要、アセスメントは日々変わる。
7. 今後、介護施設において身体拘束ゼロを達成する為に何が必要かご意見をお伺いします。	本人の尊厳、意思。一人で支えるということの否定。在宅では変化してから動く、結果サービス介入が遅くなる。

第5章 まとめと考察・提言

1. まとめと考察

①在宅系の身体拘束の傾向など

身体拘束の弊害などを説明し、なおも本人・家族が身体拘束を要請する場合に身体拘束を行うと回答している事業所は、訪問看護、居宅介護支援、短期入所生活介護では約30～40%存在している。また、在宅系では、約40%が主たる介護者などからの意向によると回答しており、その背景として虐待の定義を知らず転倒・転落など事故を防ぐことが優先されてしまうことが理由として挙げられている。また、介護力のある家族の方が要請する傾向が表れている。

その他、身体拘束実施している利用者の約40%は入所前の情報もしくは入所時の情報に伴い身体拘束に至っており、入院中の情報が継続され特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、訪問看護などで身体拘束の判断がなされる傾向があり、時には退院時に医療機関から家族が申し送りを受け行っている場合もある。

【家族が身体拘束を要請する理由（想定）】

- 身体拘束の弊害を知らない。
- 退院時の申し送りから必要と認識している。
- 見守りができないことから、事故や転落、徘徊などを危惧している。
- 事故や転落などが発生した場合、罪悪感に苛まれ一生後悔すると考えている。
- 介護量が増えることへの不安による。
- 予測ができない不安から現状維持を望む。
- 自己の生活とのバランスが崩れることに不安がある。
- 代替策がわからない。
- 近隣に迷惑をかける。
- 近隣や警察、消防等から迷惑といわれるなどが想定される。

身体拘束を行わないことによる訴訟への不安は、事業種別により異なるものの、約30～50%の事業所が抱えている。家族や地域住民が身体拘束の弊害を知らないために、事故リスクにのみ視点が向いていることが、身体拘束を行わないことによる事故発生時の訴訟リスクの不安を拡大する要因の一つであると考えられる。

以下に居住系、多機能系と在宅系の身体拘束に影響する環境の違いを整理した。

視点	居住系	多機能系	在宅系
主な支援者	介護職員等	介護職員等、家族	家族、もしくは不在
主な支援者の専門性	介護福祉士等介護職員＋研修	介護福祉士等介護職員＋研修	無し (身体拘束の弊害を知らない、緊急性の判断基準が低め、代替性は考えられない、専門的観察力は持っていない。)
主な支援者のストレスコントロール	自己コントロールの学習 職員同士の会話・職員交代	自己コントロールの学習 職員同士の会話・職員交代	ショートや通所事業の利用、家族の会など。 地域に不足
支援可能な時間帯	24 時間	24 時間	家庭により異なる。 ケアプランによる専門職の支援 ※24 時間の状態観察や柔軟なカンファレンスの開催がしにくい。
費用負担（センサー導入）	補助金等事業所負担	補助金等事業所負担	福祉用具貸与（認知症老人徘徊感知機器）もしくは自費
費用負担（見守り）	介護報酬など利用料に包括	介護報酬など利用料に包括	24 時間定期巡回サービス、民間・インフォーマルサービス 地域に不足
身体拘束ゼロに向けた意識（やむを得ない場合のみ許容される行為の水準）	特定施設（14.2%） グループホーム（20.9%） 短期入所生活介護（21.7%）	小規模多機能型居宅介護（14.1%） 看護小規模多機能型居宅介護（22.0%）	訪問看護（32.8%） 居宅介護支援（25.2%）
方針統一	事業所単位	事業所単位	複数事業所や住民・警察等各種関係機関が関係する。 (指針・マニュアルは事業所単位、住民や警察等は理解が十分ではない。) ※訪問系では身体拘束ゼロ化に向けた取組は約 20%が実施していない。
家族の生活様式への影響	限定的	限定的	影響が大きい

在宅生活の場合は、サービス担当者会議で身体拘束に至った場合の状況を共有しており、利用者・家族への説明はサービス提供事業所などが実施している。このことから実態としては、サービス提供にかかわる事業所が協力してモニタリングを行うのではなく特定の事業所が中心で行っている可能性がある。

また、特に在宅系（訪問看護、居宅介護支援）では、“やむを得ない場合のみ許容される行為”と捉えられる割合が高い傾向がある。

②不足する社会資源

在宅では、施設などと異なり、独居など介護者が不在の場合の見守りが不足する時間帯を担うボランティアや近隣住民の参加が必要とされるとともに、介護度に拘わらず状態に応じた柔軟な支援サービスが不足している。その他、認知症高齢者を対象としたデイサービスや短時間のレスパイトケアなど多様な選択肢が不足している。介護者へのメンタルヘルスサービスや身体拘束に関する理解を深める公的研修などがあげられている。また、金銭面の問題によりサービスの利用を抑えることを避けるためにも金銭面への相談窓口が求められている。

③身体拘束実施時期を判断した時期（医療機関との連携）

身体拘束 11 禁止行為実施対象者のうち、約 40%は入所前・利用前の情報に伴い判断している。入院先や在宅介護において身体拘束をしていた場合は、入所や利用開始時から身体拘束で対応することが多い傾向があった。また、身体拘束 11 禁止行為を退院時の申し送りとして適正な理解の無いまま家族に伝えられる場合も生じている。

④身体拘束 11 禁止行為実施事業所の傾向（適正な手続きの実施の有無は未確認）

身体拘束 11 禁止行為実施事業所の傾向について、一定母数のある 3 事業種別の特徴は以下の通りである。

■短期入所生活介護

研修などは行っているものの、経営層自らの倫理・理念への実践が弱く、チームケアや多職種での多角的視点での支援や職員が相談できる体制が弱い傾向があった。また、新規採用時のカリキュラムとして身体拘束の研修を実施しているケースが少ない。工夫として排せつリズムの把握などまでは至っていない。

このことから、トップの方針が不明瞭で管理が統一されていないことから、全職員に方針が伝わっていない状態であり、支援内容の情報共有は行っているものの、多職種で視野を広げたり多様な視点での工夫を考える場が少なく、全体にコミュニケーションが不足している可能性がある。

短期入所生活介護では、要介護度や認知症日常生活自立度にかかわらず身体拘束が行われる場合が他事業種別より多く、その要因として鼻腔栄養、膀胱カテーテルなど受け入れが難しいケースを受けていることが影響していると考えられる。また、半数はチューブ類等が無いケースであり、訴訟リスクを伴う転倒・転落の懸念によるものと推察される。

■訪問看護

在宅生活において排せつリズムの把握などが弱く、拘束を避けるためのケアの工夫に関する施設内研修の定期的な開催、新規採用時のカリキュラムとして実施が低く、他法人や過去の考察などの学習機会が少ない傾向がある。このことからリスク回避を重視した対応であり、全身管理の予測に基づく支援が弱い可能性がある。

訪問看護ステーションでは、身体拘束 11 禁止行為実施の有無にかかわらず“やむを得ない場合のみ許容されうらと思う行為”として、Y字型抑制帯や腰ベルトが約 50%、つなぎ服も約 65%の事業所が回答している。医療職における安全性とのバランスの判断の難しさが見えてくる。

■居宅介護支援

拘束を避けるためのケアの工夫に関する施設内研修の定期的な開催、新規採用時のカリキュラムとして実施が低い傾向がある。また、倫理観や高齢者介護、認知症ケアなどの知識を高めているものの、職員同士が相互に声をかけあう職場環境になるよう取り組んでいる割合が低い傾向がある。また、身体拘束を避けるために行うことがある工夫は、見守りの強化や2人介助など人力による対応に視点が偏っている傾向がある。

介護支援専門員資格を有した経験者の採用であることから事業所としての姿勢を伝える機会が少なく、個人の判断が重視されて他事業所とのチームの方針統一まで至っていない状態であり、担当者によって支援の工夫について視点が限定している可能性がある。

2. 提言

在宅介護では、主たる養護者が介護の中心を担っている。そのため、24 時間専門職である介護職員が常駐している施設とは異なり、専門職の関与は限定的となる。また、個々の家庭によって介護できる環境、また、養護者の生活の保持と両立できる介護量、時間帯などが異なってくる。さらに、身体拘束に対する養護者の認識や理解も異なっている。

施設系、居住系事業では、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、三要件である『切迫性』、『非代替性』、『一時性』に基づき、家族を含めた関係者の協議のうえ慎重に判断を行い“緊急やむを得ない場合”と判断された場合、その態様及び時間、利用者の心身の状況と理由を記録し、利用者・家族に文章で同意を得、経過観察記録により再検討を行い、三要件が解消された場合、身体拘束が解除となる。施設系、居住系では、必要に応じて 24 時間で状態観察を行い、施設によっては日々のカンファレンスにより判断しながら速やかな身体拘束の解除に向けた協議を行うことが可能な環境である。判断の下支えとなるものは、身体拘束ゼロに対する明確な方針であり、統一した姿勢の周知が重要である。

高齢者介護分野では、適切な手続きを経ず身体拘束の行為を行った場合は、高齢者虐待に該当すると定義されている。しかし、在宅での介護においては、同じ尺度で解釈することが難しい環境がある。

在宅における介護は、多様な事業所が原則ケアプランに位置付けられた時間を中心に状態観察を行い、独居の場合はその狭間の時間を埋める養護者さえ存在しない状況がある。養護者がいる場合のやり取りは必ずしも対面でできるとは限らずノートや電話、メールなどで行われる。また、独居で認知機能に問題がある場合などは、事業所間のみのやり取りとなる可能性さえある。そのため、事業所の関与の無い時間帯の安全確保が重要な判断基準ともなり得る環境にある。

在宅介護においては、点滴など処置時間に限定される場合は一時性の判断がしやすいが、転倒・転落、外出（徘徊）、抜去等によるリスクが予想される状態では、養護者のみの時間帯、もしくは養護者さえ不在の時間帯の対応まで、事業所従事者が責任を負うことは困難である。そして、養護者自身の生活を保持し、養護者自身の尊厳を尊重することも重要な視点となる。身体拘束三要件に照らした適切な手続きがなくても、介護負担を緩和する工夫の一つとして個々の家庭の中で、時には身体拘束に該当する行為が存在していることも事実である。

居宅介護支援では身体拘束対象者の半数以上は、介護可能な家族が同居しているケースであった。施設系の考え方を杓子定規に照らして、身体拘束 11 禁止行為の是非を問うことは、時には却って養護者を追い詰め誰もが望んでいない結果を招きかねない。

しかしながら、今回の調査では、身体拘束の必要性が判断された時期は、入所（利用）前の情報に基づくものが 40% 近くであった。インタビューにおいても身体拘束と退院時に病院から必要事項として身体拘束と判断される行為を伝えられたり、養護者が身体拘束との理解がなく実施しているケースが存在していることが複数あげられていた。退院時カン

ファレンスにおいて、本人家族とともに関係する職種が協働で、自宅での身体拘束の必要性が少しでも少なく済む方法を追求しつつ本人家族の尊厳が守られていく社会になることを願う。

身体拘束が高齢者の心身に与える影響は、施設であろうが、在宅であろうが同様に生じ、高齢者自身の生きる意欲を極度に低下させる結果を招くことには、変わりはない。養護者の心身のバランスが保てた状態で継続して在宅介護ができる環境を、介護事業者は、協力して、個々の異なる家庭環境においても多様な可能性を模索しながら保持していけるよう、支援をすることが介護事業の専門職としてあるべき姿であると考えている。

それが実現しやすくなるためには、介護にかかわる関係機関だけでなく、地域住民や警察、消防署なども含めて地域の関係者が身体拘束の弊害を理解し、利用者の尊厳を重視した考え方が浸透していくことが求められる。そして、社会資源として見守りボランティアが増え、障害福祉サービスのように状態に応じた短時間、頻回の見守りのための報酬体系なども養護者を支えるための方策として今後の検討事項といえる。

在宅での介護では、利用者一人ひとりの支援のために選定された多様な関係機関が集まり、サービス担当者会議で身体拘束の実施の有無を検討する流れである。その際、見えていない時間帯の状態も可能な限り把握及び推察し、本人及び養護者の状態を勘案し、慎重な判断にて対応方法が協議され、身体拘束ゼロ化が少しでも実現できていくことを期待する。

附錄 1 調查票

厚生労働省 令和6年度老人保健健康増進等事業【調査実施機関：全日本病院協会】

介護施設・事業所等における高齢者虐待防止・身体拘束廃止の取組推進に向けた調査研究事業
介護施設等調査票（特定施設入居者生活介護・グループホーム・短期入所用）

※11月25日（月）までに利用者調査票と合わせてご回答・ご返送ください。

※貴施設のうち、施設の責任者の方がご記入ください。

問1 貴施設の名称と定員数、もしくは該当の数字をご記入ください。

- 1) 施設名
- 2) 施設種別 ※短期入所で併設と空床がある場合は、併設についてご記入ください。
(1: 特定施設、2: グループホーム、3: 短期入所（単独）、4: 短期入所（併設）、5: 短期入所（空床）)
- 3) 定員数 人
- 4) 法人格
(1: 医療法人、2: 社会福祉法人、3: 財団法人・社団法人、4: 株式会社、5: 有限会社、6: NPO法人、7: その他)
- 5) 回答者名 6) 連絡先電話番号

問2 令和6年9月1日における貴施設の体制をご記入ください。

1) 常勤換算職員数（小数点第2位を四捨五入）

	看護師 うち		准看護師	介護職員 うち					医師	PT/OT /ST
		認知症認定看護師			介護福祉士	認知症介護実践者研修受講者	認知症介護実践リーダー研修受講者	EPA/技能実習生/特定技能実習生/在留資格【介護】		
常勤職員数	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
非常勤職員数	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

1) - i 認知症ケア専門士の配置人数 ※常勤職員のうちの資格者（実人数）

人 看護職員（看護師・准看護師）

人 介護職員

人 その他 （その他の職種）

2) 1日当たり平均夜勤職員配置 ※常勤換算職員 人 ―― うち看護職員 人 介護職員 人

3) 協力医療機関との連携内容（当てはまる番号全てに○）

☐	①入所者の診療（外来）の受入が確保されている
☐	②入所者の往診に来てくれる体制が確保されている
☐	③入所者の急変時等に、医師又は看護職員が夜間休日を含め相談対応する体制が確保されている
☐	④診療の求めに対して、夜間休日を含め診療が可能な体制が確保されている
☐	⑤緊急時に原則入院できる体制が確保されている
☐	⑥入所者が死亡した場合の死亡診断書の発行が確保されている
☐	⑦身体拘束の実施における判断に関わる助言及び支援を行う体制が確保されている
☐	⑧いずれの対応も確保されていない

問3 令和6年7月1日～9月30日（3カ月分）における、貴施設の入所・退所者数、入所延べ数（合計）をご記入ください。（数え方についての詳細は、記入要領をご覧ください。）

1) 新規入所者数 人 2) 入所延べ数 人 3) 退所者数（死亡退所含む） 人
※請求延べ人数（3カ月利用の場合は、3）

4) 身体拘束廃止未実施減算（どちらかに○をしてください） 1:非該当 ・ 2:該当 要件：委員会実施、指針整備、研修実施
※短期入所は1年間の経過措置があり現在の減算の有無に関わらず要件を満たしていない場合は「2：該当」とする。

5) 拘束が必要という理由で受入を断った件数 人

◆問4～問6は、貴施設にて任意の1日を調査日として設定し、調査日欄に日付をご記入の上、その日の状況について、ご回答ください。

調査日： / （記入例：10/10）

問4 調査日における貴施設の入所者数をご記入ください。

人	1) 調査日において入所している者の数（調査日に退所または死亡した者を除く）
↓	1) - i 入所者の内訳 ※短期入所の場合、調査日に入所している利用者のみ
	要支援1 人 要介護1 人 要介護3 人 要介護5 人
	要支援2 人 要介護2 人 要介護4 人 入院中 人

2) 1) のうち認知症高齢者の日常生活自立度（もしくは同様の状態に該当する利用者数）

①自立（認知症の症状や精神症状は特にない）	人
②Ⅰ（何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している）	人
③Ⅱ（たびたび道に迷う、服薬管理ができない、金銭管理や買い物等これまでできたことにミスが目立つ）	人
④Ⅲ（着替え、食事、排便、排尿が上手にできない。徘徊、失禁、火の不始末、不潔行為等がある）	人
⑤Ⅳ（日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする）	人
⑥Ⅴ（せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等）	人

問5 調査日における下記の状態にある入所者数をご記入ください。

(複数項目に該当する入所者は、各項目にカウントしてご記入ください。)

人	1) ドレーン、点滴、チューブ類またはカテーテルを設置している。
人	2) せん妄状態がある。
人	3) 徘徊することがある。
人	4) ベッド・車椅子等からの転落することがある。
人	5) かきむしり・自傷行為がある。
人	6) 弄便・不潔行為がある。
人	7) 異食行為がある。
人	8) 椅子・車椅子からのずり落ちがある。
人	9) 椅子・車椅子から不意に立ち上がりがある。(もしくは立ち上がろうとすることがある。)
人	10) 立ち上がりや歩行時に転倒することがある。
人	11) 脱衣やおむつはずしがある。
人	12) 暴力行為がある(他害リスク)。
人	13) 暴言がある。
人	14) 性的逸脱がある。
人	15) 睡眠障害や不穏症状がある。
人	16) 介護(看護)に対して拒否することがある。
人	17) 本人や家族から身体抑制の要請がある。
人	18) 過去に認知症の周辺症状によって転院や介護施設等からの退所を求められ貴施設に移った経緯がある。
人	19) 自殺企図がある。

問6 調査日における緊急やむを得ず行っている身体拘束や状況把握についてご記入ください。

(a) 身体拘束の禁止行為

実施の有無 実施人数 ※実施の有無のいずれかに○を付け、実施人数を記載してください。

1:無・2:有	人	1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
1:無・2:有	人	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。
1:無・2:有	人	3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)や壁で囲む。
1:無・2:有	人	4) 点滴・経管栄養等のチューブ類を抜かないように、四肢をひも等で縛る。
1:無・2:有	人	5) 点滴・経管栄養等のチューブ類を抜かないように、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。
1:無・2:有	人	6) 車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型抑制帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
1:無・2:有	人	7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子(車椅子含む)を使用する。
1:無・2:有	人	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。
1:無・2:有	人	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。
1:無・2:有	人	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。
1:無・2:有	人	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。

(b) 状況把握

- 1:無・2:有 人 12) ベッドの三方を柵（サイドレール）や壁で囲む。
- 1:無・2:有 人 13) 自分の意思で出ることのできないフロアに滞在させる。
- 1:無・2:有 人 14) 鈴などの音の出る装置を体に装着し、徘徊や転落を察知する。
- 1:無・2:有 人 15) ベッドの周囲に離床を検知するマットセンサーや赤外線センサー等を設置し、徘徊や転落を察知する。
- 1:無・2:有 人 16) 部屋の出入口に通過を検知するマットセンサーを設置し、徘徊や転落を察知する。
- 1:無・2:有 人 17) テレビ監視モニタを用いて、徘徊や転落を察知する。

問 7 a) 令和 6 年 9 月に、貴施設における発生した下記の事象の件数をご記入ください。

b) 令和 5 年 8 月～令和 6 年 9 月の間で損害賠償に発展した件数をご記入ください。

c) 令和 5 年 8 月～令和 6 年 9 月の間で治療費のみ負担した件数をご記入ください。

a 件数	b 賠償（保険適用）件数	c 治療費のみ負担件数
件 1) 転倒	件	件
件 2) ベッド・車椅子等からの転落	件	件
件 3) 転倒やベッド・車椅子等からの転落に伴う入所者の骨折	件	件
件 4) ドレーン、点滴、チューブ類、カテーテル等の自己抜去	件	件
件 5) 他の入所者や職員への暴力	件	件
件 6) 他の利用者や職員への暴言	件	件
件 7) その他、貴施設が事故と判断した事象	件	件

問8 身体拘束・抑制に関する下記の対応について、貴施設での実施状況をご記入ください。

1) 身体拘束ゼロ化の方針（いずれか1つ）

☐

- ①施設としてゼロ化を打ち出している
- ②現場レベルでゼロ化に取り組んでいる
- ③特段の取組なし

2) 身体拘束ゼロ化に向けたケアの工夫等をまとめたマニュアル等（いずれか1つ）

☐

- ①マニュアル等の資料を配布し、職員間で読み合わせをしている
- ②マニュアル等の資料を配布しているが、読み合わせは行っていない
- ③マニュアル等の資料の配布は行っていない
- ④マニュアル等はない

3) 身体拘束実施の要件・手続等を定めたガイドライン（指針）等の運用（いずれか1つ）

☐

- ①実施要件・実施時の手続きの両方を定めたガイドライン・規程（指針）等がある
- ②実施要件のみを定めたガイドライン・規程（指針）等がある
- ③実施時の手続きのみを定めたガイドライン・規程（指針）等がある
- ④ガイドライン・規程（指針）等はない

4) 身体拘束を実施する前に、拘束を避けるためのケアの再検討を行うか（いずれか1つ）

☐

- ①必ず再検討する
- ②再検討することが多い
- ③再検討することもある
- ④再検討をほとんどしない

5) 身体拘束を避けるために行うことがある工夫（当てはまる番号全てに○）

☐

①点滴等の部位を工夫し、管が入所者の目に触れないようにする。

☐

②経管栄養にあたり、鼻腔チューブや胃ろうの管が入所者の目に触れないようにする。

☐

③床マットや超低床ベッドを用い、万一のベッドからの転落ダメージを減らす。

☐

④ヒッププロテクター等の骨折のリスクを減らす用具を用いる。

☐

⑤車椅子に長時間座るのを避け、居心地の良いソファ等により換えてもらう。

☐

⑥見守りのしやすい場所に移動してもらう。

☐

⑦見守りのしやすい時間帯に処置等を行う。

☐

⑧リスクの高い入所者に対し、見守りや付添いの当番をおく。

☐

⑨リスクの発生しやすい時間帯を見越した勤務表の工夫を行う。

☐

⑩24時間シートなどを活用した生活リズムの把握

☐

⑪排せつリズムの把握

☐

⑫ベッド周辺へのセンサー導入

☐

⑬座位保持等のための訓練の実施

☐

⑭2人介助等介助方法の見直し

☐

⑮薬剤調整

☐

⑯その他

（その他の内容）

6) 身体拘束の実施承認を行う体制（当てはまる番号全てに○）

※事例がない場合も発生した場合を想定してご記入ください。

- | | |
|--|---------------------------------|
| | ①専門の委員会を開催して承認する。 |
| | ②専門の委員会以外の会議・カンファレンス等を開催して承認する。 |
| | ③施設長（施設管理者）が承認する。 |
| | ④施設長以外の医師が承認する。 |
| | ⑤現場のトップが承認する。 |
| | ⑥担当職員個人が判断する。 |
| | ⑦専門の委員会に第三者や外部の専門家が関与する。 |

7) 調査日における、緊急やむを得ないと判断して身体拘束を実施している利用者数の状態像
（複数項目に該当する利用者は、各項目にカウントしてご記入ください。）

- | | | |
|--|---|--|
| | 人 | ①ドレーン、点滴、チューブ類またはカテーテルを設置している。 |
| | 人 | ②せん妄状態がある。 |
| | 人 | ③徘徊することがある。 |
| | 人 | ④ベッド・車椅子等からの転落することがある。 |
| | 人 | ⑤かきむしり・自傷行為がある。 |
| | 人 | ⑥弄便・不潔行為がある。 |
| | 人 | ⑦異食行為がある。 |
| | 人 | ⑧椅子・車椅子からのずり落ちがある。 |
| | 人 | ⑨椅子・車椅子から不意に立ち上がりがある。（もしくは立ち上がろうとすることがある。） |
| | 人 | ⑩立ち上がりや歩行時に転倒することがある。 |
| | 人 | ⑪脱衣やおむつはずしがある。 |
| | 人 | ⑫暴力行為がある（他害リスク）。 |
| | 人 | ⑬暴言がある。 |
| | 人 | ⑭性的逸脱がある。 |
| | 人 | ⑮睡眠障害や不穏症状がある。 |
| | 人 | ⑯介護（看護）に対して拒否することがある。 |
| | 人 | ⑰本人や家族から身体抑制の要請がある。 |
| | 人 | ⑱過去に認知症の周辺症状によって転院や介護施設等からの退所を求められ貴施設に移った経緯がある。 |
| | 人 | ⑲自殺企図がある。 |
| | 人 | ⑳その他 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 400px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> |

8) 身体拘束実施中の一時的な解除 (いずれか一つ)

☐

- ① 身体拘束を実施中であっても、入所者の状態に応じてこまめに拘束を解除することがある
- ② 身体拘束を実施中は、拘束状態を維持し続けることがある
- ③ 身体拘束実施直後から、解除のための環境整備や人員や支援方法の見直しを行うことがある

9) 身体拘束の継続/終了を判断するタイミングについて貴施設の考えをご記入ください。

※例：「日中の12時間の様子をもとに担当者会議を行い、継続/終了の判断を行っている」など

10) 貴施設側は拘束の必要はないと判断しているが、本人・家族から身体拘束の要請がある場合の対応 (いずれか一つ)

☐

- ① 本人・家族の要請に関わらず、原則として拘束は行わない
- ② 身体拘束の弊害等を説明し、なおも拘束を要請する場合には拘束を行う
- ③ 本人・家族の要請がある場合は、それに従って拘束を行う
- ④ 入所を断る

11) 身体拘束を避けるための研修・学習として実施している取組 (当てはまる番号全てに○)

☐

- ① 拘束を避けるためのケアの工夫に関する施設内研修の定期的な開催など

☐

- ② 認知症や認知症ケアに対する認識を深めるための施設内研修の定期的な開催など

☐

- ③ 拘束を行ったケースに関する事後的なケース検討会の実施など

☐

- ④ 新規採用時のカリキュラムとして実施など

☐

- ⑤ 身体拘束を体験するなどの実技形式の研修など

☐

- ⑥ 認知症高齢者の家族の思いを傾聴するなど在宅介護の精神状況や環境理解を深める研修など

☐

- ⑦ 他法人や過去の自法人の事例研究 (身体拘束に関わる) の考察学習など

☐

- ⑧ 身体拘束をテーマとし、職責等を勘案した階層別研修の実施など

☐

- ⑨ 全人的苦悩の理解、意思決定支援の積極的導入など、利用者中心のケアの実現のための研修など

☐

- ⑩ 身体拘束が適正な手続きを実施しない場合虐待になることの理解を促す研修など

☐

- ⑪ その他 (その他の内容)

問9 下記の身体拘束や入所者の状況把握が許容されうるかについて、あなたの考えに最も近い番号1～3を選んでください。

- 【選択肢】
- 1：理由を問わず絶対に避けるべきだと思う
 - 2：やむを得ない場合のみ許容されうると思う
 - 3：許容されると思う

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。 |
| ☐ | 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) 自分で降りられないように、ベッドの四方を柵（サイドレール）や壁で囲む。 |
| ☐ | 4) 点滴・経管栄養等のチューブ類を抜かないように、四肢をひも等で縛る。 |
| ☐ | 5) 点滴・経管栄養等のチューブ類を抜かないように、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。 |
| ☐ | 6) 車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型抑制帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。 |
| ☐ | 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子（車椅子含む）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、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。 |
| ☐ | 10) 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。 |
| ☐ | 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。 |
| ☐ | 12) ベッドの三方を柵（サイドレール）や壁で囲む。 |
| ☐ | 13) 自分の意思で出ることのできないフロアに滞在させる。 |
| ☐ | 14) 鈴などの音の出る装置を体に装着し、徘徊や転落を察知する。 |
| ☐ | 15) ベッドの周囲に離床を検知するマットセンサーや赤外線センサー等を設置し、徘徊や転落を察知する。 |
| ☐ | 16) 部屋の出入口に通過を検知するマットセンサーを設置し、徘徊や転落を察知する。 |
| ☐ | 17) テレビ監視モニタを用いて、徘徊や転落を察知する。 |

◆1) ～17) の回答で「3：許容されると思う」を選んだ方のみ、どのような状況であれば許容されると思いますか。その理由を具体的にご記入ください。

◇1) ～11) の身体拘束の禁止事項に追加した方が良いと考える行為があれば、ご記入ください。
(例：安易に抗精神病薬を使用するなど)

問 1 0 入所（入所開始）時に本人家族に事故発生リスクに関して説明している内容をご記入ください。

- | | |
|--|---|
| | 1) 転倒リスク評価の結果 |
| | 2) 入所時および入所中の健康状態悪化や基本的な生活動作低下（食事・入浴・排尿・排便・移動・着替えなどの介助が必要）に伴う転倒の危険性 |
| | 3) 施設に移るという環境の変化による転倒の危険性の増大 |
| | 4) リハビリや治療に伴って運動機能が回復することに伴い転倒リスクが高まる例があること |
| | 5) 身体拘束（動けないようにしぼりつけたりすること）をしないこととその理由 |
| | 6) 施設内で実施している転倒防止対策 |
| | 7) 本人および家族に気を付けてほしいこと |
| | 8) 転倒の発生機序と転倒予防策を講じていても一定の確率で転倒が発生しうること（特に転倒リスクの高い人ではその可能性が高いこと） |
| | 9) 転倒に伴って骨折や頭蓋内出血などが発生して生活機能の低下や生命に影響を及ぼすことがあり得ること |
| | 10) 転倒発生時の施設の対応手順（頭部外傷時の CT 撮影の考え方、骨折時の対応など） |

問 1 1 身体拘束の実施・不実施に関して不安等を感じることがありますか。最も近い番号 1～3 をご記入ください。（いずれか 1 つ）

- 1) 身体拘束に該当するか否かのグレーゾーンがあり、そのような行為を実施したことが後に、本人・家族との紛争や行政指導を招くのではないかな。

	【選択肢】 1：非常に不安に思う 2：不安に思う 3：あまり不安に思わない
	1, 2 を選んだ方は、不安な行為の例をご記入ください。

- 2) 身体拘束を行わず、万一骨折等の事故が起こった場合、本人・家族との紛争を招くのではないかな。

	【選択肢】 1：非常に不安に思う 2：不安に思う 3：あまり不安に思わない
	1, 2 を選んだ方は、不安な紛争の例をご記入ください。

問 1 2 貴施設での取組や組織の状態についてご記入ください。（当てはまる番号全てに○）

☐	①経営層自らが倫理・理念の実践に向け取り組んでいる。
☐	②判断基準の最優先事項は業績向上（稼働率向上など）である。
☐	③経営層自らが虐待や身体拘束に関する理解や認識を深めるよう取り組んでいる。
☐	④経営層は現場の実態に即した判断を行っている。
☐	⑤利用者へのアセスメントの重要性を理解した支援を行っている。
☐	⑥チームケア・多職種連携（外部専門家を含む）で多角的視点で支援を行っている。
☐	⑦支援内容の変更が浸透し確実に実践できるよう職員教育を行っている。
☐	⑧第三者（住民、ボランティア、評価など）の目が入る機会を設定し開かれた施設運営を行っている。
☐	⑨感染症予防の観点からご家族や業者の出入りを禁止している。
☐	⑩事故や苦情が発生した場合、委員会で要因分析をし、解決結果を共有している。
☐	⑪ムリ・ムラ・ムダを浸透させ業務効率のための見直しを継続して行っている。
☐	⑫職員の業務負担の偏りを改善している。
☐	⑬職員の高齢者介護や認知症ケア等に関する知識・技術不足を高めている。
☐	⑭職員の倫理観・理念に基づく判断を浸透している。
☐	⑮職員の虐待や権利擁護、身体拘束に関する知識・認識を深めている。
☐	⑯担当者を決め、虐待防止委員会を設置し検討結果の共有をしている。
☐	⑰職員が相談できる体制を構築し、相談しやすいよう見直しを行っている。
☐	⑱職員のストレス・感情コントロールを適正に行えるよう工夫している。
☐	⑲職員の性格や資質の問題を把握し対応している。
☐	⑳職員同士が相互に声をかけあう（挨拶や注意など）職場環境になるよう取り組んでいる。
☐	㉑その他 (その他の内容)

問 1 3 適正な手続きを実施していない身体拘束や虐待と思われる状況を確認した際の相談等に関してご記入ください。（当てはまる番号全てに○）

※相談等については、「組織」や「個人」は問いません。

☐	①組織内部の上司、同僚等に相談・報告をした。（あなたが責任者の場合は、相談又は報告を受けた。）
☐	②市区町村や地域包括支援センターの相談窓口相談・通報した。
☐	③相談・通報いずれもしなかった。
☐	④そのような状況は確認したことがない。
☐	⑤その他 (その他の内容)

問 1 4 身体拘束や虐待の防止についてご記入ください。

1) 身体拘束を解除するに至ったケース、もしくは身体拘束の実施を防げた対応策を具体的にご記入ください。

--

2) 虐待を防止するために実施している取組（当てはまる番号全てに○）

--

①虐待防止のための対策検討委員会の実施

--

②委員会結果の従業者への周知

--

③虐待防止のための指針の整備

--

④虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者の設置

--

⑤研修の実施

◆ ⑤研修の実施に「○」をした方のみ（当てはまるものすべてに○）		
経営者への研修実施	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
管理者への研修実施	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
従業者への研修実施	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	

3) 虐待を防止するため工夫している内容を具体的にご記入ください。

--

4) 虐待を防止するために最も必要な取組とその内容を具体的にご記入ください。

--

5) 身体拘束及び虐待を防止するうえで不足していると考える社会資源があればご記入ください。

--

問 1 5 短期入所の方のみご記入ください。（当てはまる番号全てに○）

1) 身体拘束の実施承認における居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャーとの連携体制（当てはまる番号全てに○）

☐

①他事業所での実施状況を担当ケアマネジャーから聴取してその内容をもとに承認している。

☐

②担当ケアマネジャーからの意見を事前に聴取してその内容をもとに承認している。

☐

③担当ケアマネジャーに委員会や会議へ参加してもらい協議をして承認している。

☐

④事前に利用者・家族に説明・同意後に施設で承認し、その後、担当ケアマネジャーへ報告をしている。

☐

⑤他事業所でも実施しているため、承認する際には担当ケアマネジャーへの報告はしていない。

2) 身体拘束の実施中の居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャーとの連携体制（当てはまる番号全てに○）

☐

①専門の委員会に担当のケアマネジャーにも参加してもらっている。

☐

②専門の委員会以外の会議・カンファレンス等に担当のケアマネジャーにも参加してもらっている。

☐

③施設長（施設管理者）から担当のケアマネジャーへ定期的に状況を報告している。

☐

④現場のトップから担当のケアマネジャーへ定期的に状況を報告している。

☐

⑤生活相談員から担当のケアマネジャーへ定期的に状況を報告している。

☐

⑥担当職員個人から担当のケアマネジャーへ定期的に状況を報告している。

ご協力ありがとうございました。

厚生労働省 令和6年度老人保健健康増進等事業【調査実施機関：全日本病院協会】

介護施設・事業所等における高齢者虐待防止・身体拘束廃止の取組推進に向けた調査研究事業
介護施設等調査票（小規模多機能居宅介護・看護小規模多機能居宅介護用）

※11月25日（月）までに利用者調査票と合わせてご回答・ご返送ください。

※貴事業所のうち、事業所の責任者の方がご記入ください。

問1 貴事業所の名称と定員数、もしくは該当の数字をご記入ください。

- 1) 事業所名
- 2) 施設種別（1：小規模多機能型居宅介護、2：看護小規模多機能型居宅介護）
- 3) 登録定員 人
- 3-1) 通いサービス利用定員 人 3-2) 泊りサービス利用定員 人
- 4) 法人格
（1：医療法人、2：社会福祉法人、3：財団法人・社団法人、4：株式会社、5：有限会社、6：NPO法人、7：その他）
- 5) 回答者名 6) 連絡先電話番号

問2 令和6年9月1日における貴事業所の体制をご記入ください。

1) 常勤換算職員数（小数点第2位を四捨五入）

	看護師 うち		准看護師	介護職員 うち					介護支援 うち	
		認知症認定看護師			介護福祉士	認知症介護実践者研修受講者	認知症介護実践リーダー研修受講者	EPA/技能実習生/特定技能実習生/在留資格【介護】	専門員	主任介護支援専門員
常勤職員数	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
非常勤職員数	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

1) - i 認知症ケア専門士の配置人数 ※常勤職員のうちの資格者（実人数）

人	看護職員（看護師・准看護師）
人	介護職員
人	その他 （その他の職種）

2) 1日当たり平均夜勤職員配置 ※常勤換算職員 人 — うち看護職員 人 介護職員 人

3) 協力医療機関との連携内容（当てはまる番号全てに○）

- ☐ ①利用者の診療（外来）の受入が確保されている
- ☐ ②利用者の往診に来てくれる体制が確保されている
- ☐ ③利用者の急変時等に、医師又は看護職員が夜間休日を含め相談対応する体制が確保されている
- ☐ ④診療の求めに対して、夜間休日を含め診療が可能な体制が確保されている
- ☐ ⑤緊急時に原則入院できる体制が確保されている
- ☐ ⑥利用者が死亡した場合の死亡診断書の発行が確保されている
- ☐ ⑦身体拘束の実施における判断に関わる助言及び支援を行う体制が確保されている
- ☐ ⑧いずれの対応も確保されていない

問3 令和6年7月1日～9月30日（3カ月分）における、貴事業所の新規登録数・終了者数、

登録延べ数（合計）をご記入ください。（数え方についての詳細は、記入要領をご覧ください。）

1) 新規登録者数 人 2) 登録延べ数 人 3) 終了者数（死亡終了含む） 人

※請求延べ人数（3カ月利用の場合は、3）

4) 身体拘束廃止未実施減算（どちらかに○をしてください） 1:非該当 ・ 2:該当 要件：委員会実施、指針整備、研修実施

※減算は1年間の経過措置があり現在の減算の有無に関わらず、要件を満たしていない場合は「2：該当」とする。

5) 拘束が必要という理由で受入を断った件数 人

◆問4～問6は、貴事業所にて任意の1日を調査日として設定し、調査日欄に日付をご記入の上、その日の状況について、ご記入ください。

調査日： / （記入例：10/10）

問4 調査日における貴事業所の利用者数をご記入ください。

人

1) 調査日において利用している者の数（調査日に退所または死亡した者を除く）

1) - i 利用者の内訳（調査日時点で利用されている登録利用者の内訳をご記入ください。）

要支援1	人	要介護1	人	要介護3	人	要介護5	人
要支援2	人	要介護2	人	要介護4	人	入院中	人

2) 1) のうち認知症高齢者の日常生活自立度（もしくは同様の状態に該当する利用者数）

- | | |
|---|------------------------|
| ①自立（認知症の症状や精神症状は特にない） | <input type="text"/> 人 |
| ②Ⅰ（何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している） | <input type="text"/> 人 |
| ③Ⅱ（たびたび道に迷う、服薬管理ができない、金銭管理や買い物等これまでできたことにミスが目立つ） | <input type="text"/> 人 |
| ④Ⅲ（着替え、食事、排便、排尿が上手にできない。徘徊、失禁、火の不始末、不潔行為等がある） | <input type="text"/> 人 |
| ⑤Ⅳ（日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする） | <input type="text"/> 人 |
| ⑥Ⅴ（せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等） | <input type="text"/> 人 |

問5 調査日における下記の状態にある利用者数をご記入ください。

(複数項目に該当する利用者は、各項目にカウントしてご記入ください。)

	人	1) ドレーン、点滴、チューブ類またはカテーテルを設置している。
	人	2) せん妄状態がある。
	人	3) 徘徊することがある。
	人	4) ベッド・車椅子等からの転落することがある。
	人	5) かきむしり・自傷行為がある。
	人	6) 弄便・不潔行為がある。
	人	7) 異食行為がある。
	人	8) 椅子・車椅子からのずり落ちがある。
	人	9) 椅子・車椅子から不意に立ち上がりがある。(もしくは立ち上がろうとすることがある。)
	人	10) 立ち上がりや歩行時に転倒することがある。
	人	11) 脱衣やおむつはずしがある。
	人	12) 暴力行為がある(他害リスク)。
	人	13) 暴言がある。
	人	14) 性的逸脱がある。
	人	15) 睡眠障害や不穏症状がある。
	人	16) 介護(看護)に対して拒否することがある。
	人	17) 本人や家族から身体抑制の要請がある。
	人	18) 過去に認知症の周辺症状によって転院や介護施設等からの退所を求められ貴事業所に移った経緯がある。
	人	19) 自殺企図がある。

問6 調査日における緊急やむを得ず行っている身体拘束や状況把握についてご記入ください。

(a) 身体拘束の禁止行為

実施の有無 実施人数 ※実施の有無のいずれかに○を付け、実施人数を記載してください。

- | | | |
|---------|------------------------|---|
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 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。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）や壁で囲む。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 4) 点滴・経管栄養等のチューブ類を抜かないように、四肢をひも等で縛る。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 5) 点滴・経管栄養等のチューブ類を抜かないように、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。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 6) 車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型抑制帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子（車椅子含む）を使用する。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 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。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 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。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 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。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 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。 |

(b) 状況把握

- | | | |
|---------|------------------------|--|
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 12) ベッドの三方を柵（サイドレール）や壁で囲む。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 13) 自分の意思で出ることのできないフロアに滞在させる。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 14) 鈴などの音の出る装置を体に装着し、徘徊や転落を察知する。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 15) ベッドの周囲に離床を検知するマットセンサーや赤外線センサー等を設置し、徘徊や転落を察知する。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 16) 部屋の出入口に通過を検知するマットセンサーを設置し、徘徊や転落を察知する。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 17) テレビ監視モニタを用いて、徘徊や転落を察知する。 |

問7 a) 令和6年9月に、貴事業所における発生した下記の事象の件数をご記入ください。

b) 令和5年8月～令和6年9月の間で損害賠償に発展した件数をご記入ください。

c) 令和5年8月～令和6年9月の間で治療費のみ負担した件数をご記入ください。

a 件数	b 賠償（保険適用）件数	c 治療費のみ負担件数
件 1) 転倒	件	件
件 2) ベッド・車椅子等からの転落	件	件
件 3) 転倒やベッド・車椅子等からの転落に伴う利用者の骨折	件	件
件 4) ドレーン、点滴、チューブ類、カテーテル等の自己抜去	件	件
件 5) 他の利用者や職員への暴力	件	件
件 6) 他の利用者や職員への暴言	件	件
件 7) その他、貴事業所が事故と判断した事象	件	件

問8 身体拘束・抑制に関する下記の対応について、貴事業所での実施状況をご記入ください。

1) 身体拘束ゼロ化の方針（いずれか1つ）

☐

- ①事業所としてゼロ化を打ち出している
- ②現場レベルでゼロ化に取り組んでいる
- ③特段の取組なし

2) 身体拘束ゼロ化に向けたケアの工夫等をまとめたマニュアル等（いずれか1つ）

☐

- ①マニュアル等の資料を配布し、職員間で読み合わせをしている
- ②マニュアル等の資料を配布しているが、読み合わせは行っていない
- ③マニュアル等の資料の配布は行っていない
- ④マニュアル等はない

3) 身体拘束実施の要件・手続等を定めたガイドライン（指針）等の運用（いずれか1つ）

☐

- ①実施要件・実施時の手続きの両方を定めたガイドライン・規程（指針）等がある
- ②実施要件のみを定めたガイドライン・規程（指針）等がある
- ③実施時の手続きのみを定めたガイドライン・規程（指針）等がある
- ④ガイドライン・規程（指針）等はない

4) 身体拘束を実施する前に、拘束を避けるためのケアの再検討を行うか（いずれか1つ）

☐

- ①必ず再検討する
- ②再検討することが多い
- ③再検討することもある
- ④再検討をほとんどしない

5) 身体拘束を避けるために行うことがある工夫（当てはまる番号全てに○）

☐

①点滴等の部位を工夫し、管が利用者の目に触れないようにする。

☐

②経管栄養にあたり、鼻腔チューブや胃ろうの管が利用者の目に触れないようにする。

☐

③床マットや超低床ベッドを用い、万一のベッドからの転落ダメージを減らす。

☐

④ヒッププロテクター等の骨折のリスクを減らす用具を用いる。

☐

⑤車椅子に長時間座るのを避け、居心地の良いソファ等により換えてもらう。

☐

⑥見守りのしやすい場所に移動してもらう。

☐

⑦見守りのしやすい時間帯に処置等を行う。

☐

⑧リスクの高い利用者に対し、見守りや付添いの当番をおく。

☐

⑨リスクの発生しやすい時間帯を見越した勤務表の工夫を行う。

☐

⑩24時間シートなどを活用した生活リズムの把握

☐

⑪排せつリズムの把握

☐

⑫ベッド周辺へのセンサー導入

☐

⑬座位保持等のための訓練の実施

☐

⑭2人介助等介助方法の見直し

☐

⑮薬剤調整

☐

⑯その他

（その他の内容）

6) 身体拘束の実施承認を行う体制（当てはまる番号全てに○）

※事例がない場合も発生した場合を想定してご記入ください。

- | | |
|--|---------------------------------|
| | ①専門の委員会を開催して承認する。 |
| | ②専門の委員会以外の会議・カンファレンス等を開催して承認する。 |
| | ③事業所長（管理者）が承認する。 |
| | ④事業所長以外の医師が承認する。 |
| | ⑤現場のトップが承認する。 |
| | ⑥担当職員個人が判断する。 |
| | ⑦専門の委員会に第三者や外部の専門家が関与する。 |

7) 調査日における、緊急やむを得ないと判断して身体拘束を実施している利用者数の状態像

（複数項目に該当する利用者は、各項目にカウントしてご記入ください。）

- | | | |
|--|---|--|
| | 人 | ①ドレーン、点滴、チューブ類またはカテーテルを設置している。 |
| | 人 | ②せん妄状態がある。 |
| | 人 | ③徘徊することがある。 |
| | 人 | ④ベッド・車椅子等からの転落することがある。 |
| | 人 | ⑤かきむしり・自傷行為がある。 |
| | 人 | ⑥弄便・不潔行為がある。 |
| | 人 | ⑦異食行為がある。 |
| | 人 | ⑧椅子・車椅子からのずり落ちがある。 |
| | 人 | ⑨椅子・車椅子から不意に立ち上がりがある。（もしくは立ち上がろうとすることがある。） |
| | 人 | ⑩立ち上がりや歩行時に転倒することがある。 |
| | 人 | ⑪脱衣やおむつはずしがある。 |
| | 人 | ⑫暴力行為がある（他害リスク）。 |
| | 人 | ⑬暴言がある。 |
| | 人 | ⑭性的逸脱がある。 |
| | 人 | ⑮睡眠障害や不穏症状がある。 |
| | 人 | ⑯介護（看護）に対して拒否することがある。 |
| | 人 | ⑰本人や家族から身体抑制の要請がある。 |
| | 人 | ⑱過去に認知症の周辺症状によって転院や介護施設等からの退所を求められ貴事業所に移った経緯がある。 |
| | 人 | ⑲自殺企図がある。 |
| | 人 | ⑳その他 (その他の内容) |

8) 身体拘束実施中の一時的な解除（いずれか一つ）

- | | |
|--|--|
| | ①身体拘束を実施中であっても、利用者の状態に応じてこまめに拘束を解除することがある |
| | ②身体拘束を実施中は、拘束状態を維持し続けることがある |
| | ③身体拘束実施直後から、解除のための環境整備や人員や支援方法の見直しを行うことがある |

9) 身体拘束の継続/終了を判断するタイミングについて貴事業所の考えをご記入ください。

※例：「日中の12時間の様子をもとに担当者会議を行い、継続/終了の判断を行っている」など

--

10) 貴事業所側は拘束の必要はないと判断しているが、本人・家族から身体拘束の要請がある場合の対応

(いずれか一つ)

--

- ①本人・家族の要請に関わらず、原則として拘束は行わない
- ②身体拘束の弊害等を説明し、なおも拘束を要請する場合には拘束を行う
- ③本人・家族の要請がある場合は、それに従って拘束を行う
- ④利用を断る

11) 身体拘束を避けるための研修・学習として実施している取組（当てはまる番号全てに○）

--

①拘束を避けるためのケアの工夫に関する施設（事業所）内研修の定期的な開催

--

②認知症や認知症ケアに対する認識を深めるための施設（事業所）内研修の定期的な開催

--

③拘束を行ったケースに関する事後的なケース検討会の実施

--

④新規採用時のカリキュラムとして実施

--

⑤身体拘束を体験するなどの実技形式の研修

--

⑥認知症高齢者の家族の思いを傾聴するなど在宅介護の精神状況や環境理解を深める研修など

--

⑦他法人や過去の自法人の事例研究（身体拘束に関わる）の考察学習

--

⑧身体拘束をテーマとし、職責等を勘案した階層別研修の実施

--

⑨全人的苦悩の理解、意思決定支援の積極的導入など、利用者中心のケアの実現のための研修

--

⑩身体拘束が適正な手続きを実施しない場合虐待になることの理解を促す研修

--

⑪その他

(その他の内容)

問9 下記の身体拘束や利用者の状況把握が許容されうるかについて、あなたの考えに最も近い番号1～3をご記入ください。

【選択肢】 1：理由を問わず絶対に避けるべきだと思う
2：やむを得ない場合のみ許容されうと思う
3：許容されと思う

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。 |
| ☐ | 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) 自分で降りられないように、ベッドの四方を柵（サイドレール）や壁で囲む。 |
| ☐ | 4) 点滴・経管栄養等のチューブ類を抜かないように、四肢をひも等で縛る。 |
| ☐ | 5) 点滴・経管栄養等のチューブ類を抜かないように、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。 |
| ☐ | 6) 車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型抑制帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。 |
| ☐ | 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子（車椅子含む）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、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。 |
| ☐ | 10) 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。 |
| ☐ | 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。 |
| ☐ | 12) ベッドの三方を柵（サイドレール）や壁で囲む。 |
| ☐ | 13) 自分の意思で出ることのできないフロアに滞在させる。 |
| ☐ | 14) 鈴などの音の出る装置を体に装着し、徘徊や転落を察知する。 |
| ☐ | 15) ベッドの周囲に離床を検知するマットセンサーや赤外線センサー等を設置し、徘徊や転落を察知する。 |
| ☐ | 16) 部屋の出入口に通過を検知するマットセンサーを設置し、徘徊や転落を察知する。 |
| ☐ | 17) テレビ監視モニタを用いて、徘徊や転落を察知する。 |

◆1) ～17) の回答で「3：許容されと思う」を選んだ方のみ、どのような状況であれば許容され则认为ますか。その理由を具体的にご記入ください。

--

◇1) ～11) の身体拘束の禁止事項に追加した方が良いと考える行為があれば、ご記入ください。
(例：安易に抗精神病薬を使用するなど)

--

問 10 利用（利用開始）時に本人家族に事故発生のリスクに関して説明している内容をご記入ください。

- | | |
|--|--|
| | 1) 転倒リスク評価の結果 |
| | 2) 健康状態悪化や基本的な生活動作低下（食事・入浴・排尿・排便・移動・着替え等の介助が必要）に伴う転倒の危険性 |
| | 3) 事業所に移る（泊り）や人の出入り等の環境の変化による転倒の危険性の増大 |
| | 4) リハビリや治療に伴って運動機能が回復することに伴い転倒リスクが高まる例があること |
| | 5) 身体拘束（動けないようにしぼりつけたりすること）をしないこととその理由 |
| | 6) 事業所内で実施している転倒防止対策 |
| | 7) 本人および家族に気を付けてほしいこと |
| | 8) 転倒の発生機序と転倒予防策を講じていても一定の確率で転倒が発生しうること
（特に転倒リスクの高い人ではその可能性が高いこと） |
| | 9) 転倒に伴って骨折や頭蓋内出血などが発生して生活機能の低下や生命に影響を及ぼすことがあり得ること |
| | 10) 転倒発生時の事業所の対応手順（頭部外傷時の CT 撮影の考え方、骨折時の対応など） |

問 11 身体拘束の実施・不実施に関して不安等を感じることがありますか。最も近い番号 1～3 をご記入ください。（いずれか 1 つ）

- 1) 身体拘束に該当するか否かのグレーゾーンがあり、そのような行為を実施したことが後に、本人・家族との紛争や行政指導を招くのではないかな。

	【選択肢】	1：非常に不安に思う	2：不安に思う	3：あまり不安に思わない
	1, 2 を選んだ方は、不安な行為の例をご記入ください。			

- 2) 身体拘束を行わず、万一骨折等の事故が起こった場合、本人・家族との紛争を招くのではないかな。

	【選択肢】	1：非常に不安に思う	2：不安に思う	3：あまり不安に思わない
	1, 2 を選んだ方は、不安な紛争の例をご記入ください。			

2) 虐待を防止するために実施している取組（当てはまる番号全てに○）

☐
☐
☐
☐
☐

- ①虐待防止のための対策検討委員会の実施
- ②委員会結果の従業員への周知
- ③虐待防止のための指針の整備
- ④虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者の設置
- ⑤研修の実施

◆⑤研修の実施に「○」をした方のみ（当てはまるものすべてに○）

経営者への研修実施

☐

管理者への研修実施

☐

従業員への研修実施

☐

3) 虐待を防止するために工夫している内容を具体的にご記入ください。

4) 虐待を防止するために最も必要な取組とその内容を具体的にご記入ください。

5) 身体拘束及び虐待を防止するうえで不足していると考える社会資源があればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

厚生労働省 令和6年度老人保健健康増進等事業【調査実施機関：全日本病院協会】

介護事業所・事業所等における高齢者虐待防止・身体拘束廃止の取組推進に向けた調査研究事業
介護事業所等調査票（訪問看護・居宅介護支援事業所用）

※11月25日（月）までに利用者調査票と合わせてご回答・ご返送ください。

※貴事業所のうち、事業所の責任者の方がご記入ください。

問1 貴事業所の名称と定員数、もしくは該当の数字をご記入ください。

- 1) 事業所名
- 2) 事業所種別（1：訪問看護（みなし指定）、2：訪問看護（ステーション）、3：居宅介護支援事業所）
- 3) 法人格
（1：医療法人、2：社会福祉法人、3：財団法人・社団法人、4：株式会社、5：有限会社、6：NPO法人、7：その他）
- 4) 回答者名 5) 連絡先電話番号

問2 令和6年9月1日における貴事業所の体制をご記入ください。

1) 常勤換算職員数（小数点第2位を四捨五入）

	看護師	うち 認知症認定看護師	保健師	准看護師	リハビリ職	うち 理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	介護支援 専門員	うち 主任介護支援 専門員
常勤職員数	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
非常勤職員数	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

1) - i 認知症ケア専門士の配置人数 ※常勤職員のうちの資格者（実人数）

人 看護職員（看護師・准看護師）

人 介護職員

人 その他 （その他の職種）

問3 令和6年7月1日～9月30日（3カ月分）における、貴事業所の新規登録数・終了者数、
利用延べ数（合計）をご記入ください。（数え方についての詳細は、記入要領をご覧ください。）

※訪問看護の場合は、介護保険（医療保険併用含む）の利用者を対象としてご記入ください。

- 1) 新規登録者数 人 2) 利用延べ数 人 3) 終了者数（死亡終了含む） 人
※請求延べ人数（3カ月利用の場合は、3）
- 4) 拘束が必要という理由で受入を断った件数 人

◆問4～問6は、貴事業所にて任意の1日を調査日として設定し、調査日欄に日付をご記入の上、その日の状況について、ご記入ください。※調査日に登録している利用者を対象とする。

調査日： / （記入例：10 / 10）

問 4 調査日における貴事業所の利用者数をご記入ください。

※訪問看護の場合は、介護保険（医療保険併用含む）の利用者を対象としてご記入ください。

人	1) 調査日において利用している者の数（調査日に終了または死亡した者を除く）							
	1) - i 利用者の内訳（調査日時時点で利用されている登録利用者の内訳をご記入ください。）							
	要支援 1	人	要介護 1	人	要介護 3	人	要介護 5	人
	要支援 2	人	要介護 2	人	要介護 4	人	入院中	人

2) 1) のうち認知症高齢者の日常生活自立度（もしくは同様の状態に該当する利用者数）

- | | |
|---|---|
| ① 自立（認知症の症状や精神症状は特でない） | 人 |
| ② I（何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している） | 人 |
| ③ II（たびたび道に迷う、服薬管理ができない、金銭管理や買い物等これまでできたことにミスが目立つ） | 人 |
| ④ III（着替え、食事、排便、排尿が上手にできない。徘徊、失禁、火の不始末、不潔行為等がある） | 人 |
| ⑤ IV（日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする） | 人 |
| ⑥ M（せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等） | 人 |

問 5 調査日における下記の状態にある利用者数をご記入ください。

（複数項目に該当する利用者は、各項目にカウントしてご記入ください。）

人	1) ドレーン、点滴、チューブ類またはカテーテルを設置している。
人	2) せん妄状態がある。
人	3) 徘徊することがある。
人	4) ベッド・車椅子等からの転落することがある。
人	5) かきむしり・自傷行為がある。
人	6) 弄便・不潔行為がある。
人	7) 異食行為がある。
人	8) 椅子・車椅子からのずり落ちがある。
人	9) 椅子・車椅子から不意に立ち上がりがある。（もしくは立ち上がろうとすることがある。）
人	10) 立ち上がりや歩行時に転倒することがある。
人	11) 脱衣やおむつはずしがある。
人	12) 暴力行為がある（他害リスク）。
人	13) 暴言がある。
人	14) 性的逸脱がある。
人	15) 睡眠障害や不穏症状がある。
人	16) 介護（看護）に対して拒否することがある。
人	17) 本人や家族から身体抑制の要請がある。
人	18) 過去に認知症の周辺症状によって転院や介護事業所等からの退所を求められ貴事業所に移った経緯がある。
人	19) 自殺企図がある。

問6 調査日における緊急やむを得ず行っている身体拘束や状況把握についてご記入ください。

※訪問看護の場合は、介護保険（医療保険併用含む）の利用者を対象としてご記入ください。

(a) 身体拘束の禁止行為

実施の有無 実施人数 ※実施の有無のいずれかに○を付け、実施人数を記載してください。

- | | | |
|---------|------------------------|---|
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 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。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）や壁で囲む。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 4) 点滴・経管栄養等のチューブ類を抜かないように、四肢をひも等で縛る。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 5) 点滴・経管栄養等のチューブ類を抜かないように、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。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 6) 車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型抑制帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子（車椅子含む）を使用する。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 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。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 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。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 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。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 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。 |

(b) 状況把握

- | | | |
|---------|------------------------|--|
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 12) ベッドの三方を柵（サイドレール）や壁で囲む。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 13) 自分の意思で出ることのできないフロアに滞在させる。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 14) 鈴などの音の出る装置を体に装着し、徘徊や転落を察知する。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 15) ベッドの周囲に離床を検知するマットセンサーや赤外線センサー等を設置し、徘徊や転落を察知する。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 16) 部屋の出入口に通過を検知するマットセンサーを設置し、徘徊や転落を察知する。 |
| 1:無・2:有 | <input type="text"/> 人 | 17) テレビ監視モニタを用いて、徘徊や転落を察知する。 |

問7 a) 令和6年9月に、貴事業所における発生した下記の事象の件数をご記入ください。

b) 令和5年8月～令和6年9月の間で損害賠償に発展した件数をご記入ください。

c) 令和5年8月～令和6年9月の間で治療費のみ負担した件数をご記入ください。

a 件数	b 賠償（保険適用）件数	c 治療費のみ負担件数
件 1) 転倒	件	件
件 2) ベッド・車椅子等からの転落	件	件
件 3) 転倒やベッド・車椅子等からの転落に伴う利用者の骨折	件	件
件 4) ドレーン、点滴、チューブ類、カテーテル等の自己抜去	件	件
件 5) 他の利用者や職員への暴力	件	件
件 6) 他の利用者や職員への暴言	件	件
件 7) その他、貴事業所が事故と判断した事象	件	件

問8 身体拘束・抑制に関する下記の対応について、貴事業所での実施状況をご記入ください。

1) 身体拘束ゼロ化の方針（いずれか1つ）

☐

- ①事業所としてゼロ化を打ち出している
- ②現場レベルでゼロ化に取り組んでいる
- ③特段の取組なし

2) 身体拘束ゼロ化に向けたケアの工夫等をまとめたマニュアル等（いずれか1つ）

☐

- ①マニュアル等の資料を配布し、職員間で読み合わせをしている
- ②マニュアル等の資料を配布しているが、読み合わせは行っていない
- ③マニュアル等の資料の配布は行っていない
- ④マニュアル等はない

3) 身体拘束実施の要件・手続等を定めたガイドライン（指針）等の運用（いずれか1つ）

☐

- ①実施要件・実施時の手続きの両方を定めたガイドライン・規程（指針）等がある
- ②実施要件のみを定めたガイドライン・規程（指針）等がある
- ③実施時の手続きのみを定めたガイドライン・規程（指針）等がある
- ④ガイドライン・規程（指針）等はない

4) 身体拘束を実施する前に、拘束を避けるためのケアの再検討を行うか（いずれか1つ）

☐

- ①必ず再検討する
- ②再検討することが多い
- ③再検討することもある
- ④再検討をほとんどしない

5) 身体拘束を避けるために行うことがある工夫（当てはまる番号全てに○）

☐

- ①点滴等の部位を工夫し、管が利用者の目に触れないようにする。

☐

- ②経管栄養にあたり、鼻腔チューブや胃ろうの管が利用者の目に触れないようにする。

☐

- ③床マットや超低床ベッドを用い、万一のベッドからの転落ダメージを減らす。

☐

- ④ヒッププロテクター等の骨折のリスクを減らす用具を用いる。

☐

- ⑤車椅子に長時間座るのを避け、居心地の良いソファ等により換えてもらう。

☐

- ⑥見守りのしやすい場所に移動してもらう。

☐

- ⑦見守りのしやすい時間帯に処置等を行う。

☐

- ⑧リスクの高い利用者に対し、見守りや付添いなど定期的な巡回担当（家族、住民含む）を設ける。

☐

- ⑨リスクの発生しやすい時間帯を見越したサービス提供の工夫を行う。

☐

- ⑩24時間シートなどを活用した生活リズムの把握

☐

- ⑪排せつリズムの把握

☐

- ⑫ベッド周辺へのセンサー導入

☐

- ⑬座位保持等のための訓練の実施

☐

- ⑭2人介助等介助方法の見直し

☐

- ⑮薬剤調整

☐

- ⑯その他

6) 身体拘束の実施承認を行う体制（当てはまる番号全てに○）

※事例がない場合も発生した場合を想定してご記入ください。

- | | |
|--|--|
| | ①サービス担当者会議で身体拘束に関する「切迫性」「非代替性」「一時性」を確認している。 |
| | ②身体拘束等適正化検討委員会で確認をしている。 |
| | ③医師から「切迫性」「非代替性」「一時性」の判断を得ている。 |
| | ④専用の記録用紙（態様（状態、様子）、時間、心身の状態、緊急やむを得ない理由）を用いている。 |
| | ⑤本人・家族に身体拘束に関する説明は、主にサービス提供事業所が行い、同意を得ている。 |
| | ⑥本人・家族に身体拘束に関する説明は、主にケアマネジャーが行い、同意を得ている。 |
| | ⑦緊急やむを得ない場合で身体拘束を行う場合は、専用の記録用紙を用いて記録している。 |

7) 調査日における、緊急やむを得ないと判断して身体拘束を実施している利用者数の状態像

（複数項目に該当する利用者は、各項目にカウントしてご記入ください。）

- | | |
|---|--|
| 人 | ①ドレーン、点滴、チューブ類またはカテーテルを設置している。 |
| 人 | ②せん妄状態がある。 |
| 人 | ③徘徊することがある。 |
| 人 | ④ベッド・車椅子等からの転落することがある。 |
| 人 | ⑤かきむしり・自傷行為がある。 |
| 人 | ⑥弄便・不潔行為がある。 |
| 人 | ⑦異食行為がある。 |
| 人 | ⑧椅子・車椅子からのずり落ちがある。 |
| 人 | ⑨椅子・車椅子から不意に立ち上がりがある。（もしくは立ち上がろうとすることがある。） |
| 人 | ⑩立ち上がりや歩行時に転倒することがある。 |
| 人 | ⑪脱衣やおむつはずしがある。 |
| 人 | ⑫暴力行為がある（他害リスク）。 |
| 人 | ⑬暴言がある。 |
| 人 | ⑭性的逸脱がある。 |
| 人 | ⑮睡眠障害や不穏症状がある。 |
| 人 | ⑯介護（看護）に対して拒否することがある。 |
| 人 | ⑰本人や家族から身体抑制の要請がある。 |
| 人 | ⑱過去に認知症の周辺症状によって転院や介護施設等からの退所を求められ貴事業所に移った経緯がある。 |
| 人 | ⑲自殺企図がある。 |
| 人 | ⑳その他 (その他の内容) |

8) 身体拘束実施中の一時的な解除 (いずれか一つ)

☐

- ① 身体拘束を実施中であっても、利用者の状態に応じてこまめに拘束を解除することがある
- ② 身体拘束を実施中は、拘束状態を維持し続けることがある
- ③ 身体拘束実施直後から、解除のための環境整備や人員や支援方法の見直しを行うことがある

9) 身体拘束の継続/終了を判断するタイミングについて貴事業所の考えをご記入ください。

※例：「月1回担当者会議を行い、その際に継続/終了の判断を行っている」など

10) 貴事業所側は拘束の必要はないと判断しているが、本人・家族から身体拘束の要請がある場合の対応 (いずれか一つ)

☐

- ① 本人・家族の要請に関わらず、原則として拘束は行わない
- ② 身体拘束の弊害等を説明し、なおも拘束を要請する場合には拘束を行う
- ③ 本人・家族の要請がある場合は、それに従って拘束を行う
- ④ 利用を断る

11) 身体拘束を避けるための研修・学習として実施している取組 (当てはまる番号全てに○)

☐

- ① 拘束を避けるためのケア上の工夫に関する事業所内研修の定期的な開催など

☐

- ② 認知症や認知症ケアに対する認識を深めるための事業所内研修の定期的な開催など

☐

- ③ 拘束を行ったケースに関する事後的なケース検討会の実施など

☐

- ④ 新規採用時のカリキュラムとして実施など

☐

- ⑤ 身体拘束を体験するなどの実技形式の研修など

☐

- ⑥ 認知症高齢者の家族の思いを傾聴するなど在宅介護の精神状況や環境理解を深める研修など

☐

- ⑦ 他法人や過去の自法人の事例研究 (身体拘束に関わる) の考察学習など

☐

- ⑧ 身体拘束をテーマとし、職責等を勘案した階層別研修の実施など

☐

- ⑨ 全人的苦悩の理解、意思決定支援の積極的導入など、利用者中心のケアの実現のための研修など

☐

- ⑩ 身体拘束が適正な手続きを実施しない場合虐待になることの理解を促す研修など

☐

- ⑪ その他

問9 下記の身体拘束や利用者の状況把握が許容されうるかについて、あなたの考えに最も近い番号1～3を選んでください。

【選択肢】 1：理由を問わず絶対に避けるべきだと思う
2：やむを得ない場合のみ許容されうると思う
3：許容されると思う

- ↓
- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。 |
| ☐ | 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) 自分で降りられないように、ベッドの四方を柵（サイドレール）や壁で囲む。 |
| ☐ | 4) 点滴・経管栄養等のチューブ類を抜かないように、四肢をひも等で縛る。 |
| ☐ | 5) 点滴・経管栄養等のチューブ類を抜かないように、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。 |
| ☐ | 6) 車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型抑制帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。 |
| ☐ | 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子（車椅子含む）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、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。 |
| ☐ | 10) 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。 |
| ☐ | 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。 |
| ☐ | 12) ベッドの三方を柵（サイドレール）や壁で囲む。 |
| ☐ | 13) 自分の意思で出ることのできないフロアに滞在させる。 |
| ☐ | 14) 鈴などの音の出る装置を体に装着し、徘徊や転落を察知する。 |
| ☐ | 15) ベッドの周囲に離床を検知するマットセンサーや赤外線センサー等を設置し、徘徊や転落を察知する。 |
| ☐ | 16) 部屋の出入口に通過を検知するマットセンサーを設置し、徘徊や転落を察知する。 |
| ☐ | 17) テレビ監視モニタを用いて、徘徊や転落を察知する。 |

◆1)～17)の回答で「3：許容されると思う」を選んだ方のみ、どのような状況であれば許容されると思いますか。その理由を具体的にご記入ください。

◇1)～11)の身体拘束の禁止事項に追加した方が良く考える行為があれば、ご記入ください。

(例：安易に抗精神病薬を使用するなど)

問 1 0 利用（利用開始）時に本人家族に事故発生のリスクに関して説明している内容

（当てはまる番号全てに○）

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | 1) 転倒リスク評価の結果 |
| ☐ | 2) 健康状態悪化や基本的な生活動作低下（食事・入浴・排尿・排便・移動・着替えなどの介助が必要）に伴う転倒の危険性 |
| ☐ | 3) 人の出入りなどの環境の変化による転倒の危険性の増大 |
| ☐ | 4) リハビリや治療に伴って運動機能が回復することに伴い転倒リスクが高まる例があること |
| ☐ | 5) 身体拘束（動けないようにしばりつけたりすること）をしないこととその理由 |
| ☐ | 6) 一般的に取組む転倒防止対策 |
| ☐ | 7) 本人および家族に気を付けてほしいこと |
| ☐ | 8) 転倒の発生機序と転倒予防策を講じていても一定の確率で転倒が発生しうること
（特に転倒リスクの高い人ではその可能性が高いこと） |
| ☐ | 9) 転倒に伴って骨折や頭蓋内出血などが発生して生活機能の低下や生命に影響を及ぼすことがあり得ること |
| ☐ | 10) 転倒発生時の事業所の対応手順（頭部外傷時の CT 撮影の考え方、骨折時の対応など） |

問 1 1 身体拘束の実施・不実施に関して不安等を感じることがありますか。最も近い番号 1～3 をご記入ください。（いずれか 1 つ）

- 1) 身体拘束に該当するか否かのグレーゾーンがあり、そのような行為を実施したことが後に、本人・家族との紛争や行政指導を招くのではないかな。

☐	←	【選択肢】 1：非常に不安に思う 2：不安に思う 3：あまり不安に思わない
1, 2 を選んだ方は、不安な行為の例をご記入ください。		

- 2) 身体拘束を行わず、万一骨折等の事故が起こった場合、本人・家族との紛争を招くのではないかな。

☐	←	【選択肢】 1：非常に不安に思う 2：不安に思う 3：あまり不安に思わない
1, 2 を選んだ方は、不安な紛争の例をご記入ください。		

問 1 2 貴事業所での取組や組織の状態についてご記入ください。（当てはまる番号全てに○）

☐	①経営層自らが倫理・理念の実践に向け取り組んでいる。
☐	②判断基準の最優先事項は業績向上（稼働率向上など）である。
☐	③経営層自らが虐待や身体拘束に関する理解や認識を深めるよう取り組んでいる。
☐	④経営層は現場の実態に即した判断を行っている。
☐	⑤利用者へのアセスメントの重要性を理解した支援を行っている。
☐	⑥チームケア・多職種連携（外部専門家を含む）で多角的視点で支援を行っている。
☐	⑦支援内容の変更が浸透し確実に実践できるよう職員教育を行っている。
☐	⑧第三者（住民、ボランティア、評価など）の目が入る機会を設定し開かれた事業所運営を行っている。
☐	⑨感染症予防の観点から外部との交流を限定するよう家族・利用者に伝えている。
☐	⑩事故や苦情が発生した場合、委員会で要因分析をし、解決結果を共有している。
☐	⑪ムリ・ムラ・ムダを浸透させ業務効率のための見直しを継続して行っている。
☐	⑫職員の業務負担の偏りを改善している。
☐	⑬職員の高齢者介護や認知症ケア等に関する知識・技術不足を高めている。
☐	⑭職員の倫理観・理念に基づく判断を浸透している。
☐	⑮職員の虐待や権利擁護、身体拘束に関する知識・認識を深めている。
☐	⑯担当者を決め、虐待防止委員会を設置し検討結果の共有をしている。
☐	⑰職員が相談できる体制を構築し、相談しやすいよう見直しを行っている。
☐	⑱職員のストレス・感情コントロールを適正に行えるよう工夫している。
☐	⑲職員の性格や資質の問題を把握し対応している。
☐	⑳職員同士が相互に声をかけあう（挨拶や注意など）職場環境になるよう取り組んでいる。
☐	㉑その他 (その他の内容)

問 1 3 適正な手続きを実施していない身体拘束や虐待と思われる状況を確認した際の相談等に関してご記入ください。（当てはまる番号全てに○）

※相談等については、「組織」や「個人」は問いません。

☐	①組織内部の上司、同僚等に相談・報告をした。（あなたが責任者の場合は、相談又は報告を受けた。）
☐	②市区町村や地域包括支援センターの相談窓口相談・通報した。
☐	③相談・通報いずれもしなかった。
☐	④そのような状況は確認したことがない。
☐	⑤その他 (その他の内容)

問14 在宅生活の中で発生する身体拘束や虐待についてご記入ください。

1) 在宅生活の中でやむを得ず身体拘束に至る理由として、今までのご経験やご家族からの訴えなどをもとにご記入ください。(当てはまる番号全てに○)

☐	①主たる介護者等からの意向による理由
☐	②主たる介護者や本人等の意向によりサービス提供時間や回数を増やすることができないことが理由
☐	③利用者の身体状況による理由
☐	④利用者の認知症の行動・心理症状による理由
☐	⑤利用者の認知症以外の症状による理由
☐	⑥在宅でやむを得ず身体拘束であることを理由に受入可能な病院や施設がないことが理由
☐	⑦サービス提供をしている事業所がやむを得ず身体拘束が必要と判断をしたことが理由
☐	⑧気軽に見守りを頼める家族、知人等がないことが理由
☐	⑨主たる介護者等のストレスを解消するための手段が不足していることが理由
☐	⑩介護者や家族が身体拘束や虐待の定義を知らず安全が優先されてしまうことが理由
☐	⑪身体拘束を防ぐための環境整備等の工夫に主たる介護者等が納得しないことが理由
☐	⑫その他

2) 身体拘束を解除するに至ったケース、もしくは身体拘束の実施を防いだ対応策を具体的にご記入ください。

--

3) 虐待を防止するために実施している取組(当てはまる番号全てに○)

☐	①虐待防止のための対策検討委員会の実施
☐	②委員会結果の従業者への周知
☐	③虐待防止のための指針の整備
☐	④虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者の設置
☐	⑤研修の実施

◆⑤研修の実施に「○」をした方のみ(当てはまるものすべてに○)

経営者への研修実施	☐
管理者への研修実施	☐
従業者への研修実施	☐

4) 虐待を防止するため工夫している内容を具体的にご記入ください。

--

5) 虐待を防止するために最も必要な取組とその内容を具体的にご記入ください。

6) 身体拘束及び虐待を防止するうえで不足しているとする社会資源があればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

利用 者 No	(1) 年齢	(2) 性別	(3) 利用年月日	(4) 認知症高 齢者 自立度	(5) 障害高齢 者 日常生活 自立度	(6) 要介護度	(7) 行っている挿 管・点滴等 (※複数選択 例 1.35)	(8) 挿管・点滴等の 除去の場合の リスク程度	(9) 薬剤の投与 (※複数選択 例 1.35)	(10) 行動状況・事象 (※複数選択 例 1.35)	(11) 世帯構 成	(12) 利用者の身体 拘束実施を判 断した時期	(13)身体拘束等の実施状況											
													※調査日における①～⑬の利用者の抑制や動静把握等について、 実施している期間を選択肢 (0～4) から選んで記入してください。 【選択肢】 0：実施なし、1：2時間未満実施、2：2～6時間実施、 3：6～24時間実施、4：24時間実施を継続											
													① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ㏀ ㏁ ㏂ ㏃ ㏄ ㏅ ㏆ ㏇ ㏈ ㏉ ㏊ ㏋ ㏌ ㏍ ㏎ ㏏ ㏐ ㏑ ㏒ ㏓ ㏔ ㏕ ㏖ ㏗ ㏘ ㏙ ㏚ ㏛ ㏜ ㏝ ㏞ ㏟ ㏠ ㏡ ㏢ ㏣ ㏤ ㏦ ㏧ ㏨ ㏩ ㏪ ㏫ ㏬ ㏭ ㏮ ㏯ ㏰ ㏱ ㏲ ㏳ ㏴ ㏵ ㏶ ㏷ ㏸ ㏹ ㏺ ㏻ ㏼ ㏽ ㏾ ㏿ 㐀 㐁 㐂 㐃 㐄 㐅 㐆 㐇 㐈 㐉 㐊 㐋 㐌 㐍 㐎 㐏 㐐 㐑 㐒 㐓 㐔 㐕 㐖 㐗 㐘 㐙 㐚 㐛 㐜 㐝 㐞 㐟 㐠 㐡 㐢 㐣 㐤 㐥 㐦 㐧 㐨 㐩 㐪 㐫 㐬 㐭 㐮 㐯 㐰 㐱 㐲 㐳 㐴 㐵 㐶 㐷 㐸 㐹 㐺 㐻 㐼 㐽 㐾 㐿 㑀 㑁 㑂 㑃 㑄 㑅 㑆 㑇 㑈 㑉 㑊 㑋 㑌 㑍 㑎 㑏 㑐 㑑 㑒 㑓 㑔 㑕 㑖 㑗 㑘 㑙 㑚 㑛 㑜 㑝 㑞 㑟 㑠 㑡 㑢 㑣 㑤 㑥 㑦 㑧 㑨 㑩 㑪 㑫 㑬 㑭 㑮 㑯 㑰 㑱 㑲 㑳 㑴 㑵 㑶 㑷 㑸 㑹 㑺 㑻 㑼 㑽 㑾 㑿 㒀 㒁 㒂 㒃 㒄 㒅 㒆 㒇 㒈 㒉 㒊 㒋 㒌 㒍 㒎 㒏 㒐 㒑 㒒 㒓 㒔 㒕 㒖 㒗 㒘 㒙 㒚 㒛 㒜 㒝 㒞 㒟 㒠 㒡 㒢 㒣 㒤 㒥 㒦 㒧 㒨 㒩 㒪 㒫 㒬 㒭 㒮 㒯 㒰 㒱 㒲 㒳 㒴 㒵 㒶 㒷 㒸 㒹 㒺 㒻 㒼 㒽 㒾 㒿 㓀 㓁 㓂 㓃 㓄 㓅 㓆 㓇 㓈 㓉 㓊 㓋 㓌 㓍 㓎 㓏 㓐 㓑 㓒 㓓 㓔 㓕 㓖 㓗 㓘 㓙 㓚 㓛 㓜 㓝 㓞 㓟 㓠 㓡 㓢 㓣 㓤 㓥 㓦 㓧 㓨 㓩 㓪 㓫 㓬 㓭 㓮 㓯 㓰 㓱 㓲 㓳 㓴 㓵 㓶 㓷 㓸 㓹 㓺 㓻 㓼 㓽 㓾 㓿 㔀 㔁 㔂 㔃 㔄 㔅 㔆 㔇 㔈 㔉 㔊 㔋 㔌 㔍 㔎 㔏 㔐 㔑 㔒 㔓 㔔 㔕 㔖 㔗 㔘 㔙 㔚 㔛 㔜 㔝 㔞 㔟 㔠 㔡 㔢 㔣 㔤 㔥 㔦 㔧 㔨 㔩 㔪 㔫 㔬 㔭 㔮 㔯 㔰 㔱 㔲 㔳 㔴 㔵 㔶 㔷 㔸 㔹 㔺 㔻 㔼 㔽 㔾 㔿 㕀 㕁 㕂 㕃 㕄 㕅 㕆 㕇 㕈 㕉 㕊 㕋 㕌 㕍 㕎 㕏 㕐 㕑 㕒 㕓 㕔 㕕 㕖 㕗 㕘 㕙 㕚 㕛 㕜 㕝 㕞 㕟 㕠 㕡 㕢 㕣 㕤 㕥 㕦 㕧 㕨 㕩 㕪 㕫 㕬 㕭 㕮 㕯 㕰 㕱 㕲 㕳 㕴 㕵 㕶 㕷 㕸 㕹 㕺 㕻 㕼 㕽 㕾 㕿 㖀 㖁 㖂 㖃 㖄 㖅 㖆 㖇 㖈 㖉 㖊 㖋 㖌 㖍 㖎 㖏 㖐 㖑 㖒 㖓 㖔 㖕 㖖 㖗 㖘 㖙 㖚 㖛 㖜 㖝 㖞 㖟 㖠 㖡 㖢 㖣 㖤 㖥 㖦 㖧 㖨 㖩 㖪 㖫 㖬 㖭 㖮 㖯 㖰 㖱 㖲 㖳 㖴 㖵 㖶 㖷 㖸 㖹 㖺 㖻 㖼 㖽 㖾 㖿 㗀 㗁 㗂 㗃 㗄 㗅 㗆 㗇 㗈 㗉 㗊 㗋 㗌 㗍 㗎 㗏 㗐 㗑 㗒 㗓 㗔 㗕 㗖 㗗 㗘 㗙 㗚 㗛 㗜 㗝 㗞 㗟 㗠 㗡 㗢 㗣 㗤 㗥 㗦 㗧 㗨 㗩 㗪 㗫 㗬 㗭 㗮 㗯 㗰 㗱 㗲 㗳 㗴 㗵 㗶 㗷 㗸 㗹 㗺 㗻 㗼 㗽 㗾 㗿 㘀 㘁 㘂 㘃 㘄 㘅 㘆 㘇 㘈 㘉 㘊 㘋 㘌 㘍 㘎 㘏 㘐 㘑 㘒 㘓 㘔 㘕 㘖 㘗 㘘 㘙 㘚 㘛 㘜 㘝 㘞 㘟 㘠 㘡 㘢 㘣 㘤 㘥 㘦 㘧 㘨 㘩 㘪 㘫 㘬 㘭 㘮 㘯 㘰 㘱 㘲 㘳 㘴 㘵 㘶 㘷 㘸 㘹 㘺 㘻 㘼 㘽 㘾 㘿 㙀 㙁 㙂 㙃 㙄 㙅 㙆 㙇 㙈 㙉 㙊 㙋 㙌 㙍 㙎 㙏 㙐 㙑 㙒 㙓 㙔 㙕 㙖 㙗 㙘 㙙 㙚 㙛 㙜 㙝 㙞 㙟 㙠 㙡 㙢 㙣 㙤 㙥 㙦 㙧 㙨 㙩 㙪 㙫 㙬 㙭 㙮 㙯 㙰 㙱 㙲 㙳 㙴 㙵 㙶 㙷 㙸 㙹 㙺 㙻 㙼 㙽 㙾 㙿 㚀 㚁 㚂 㚃 㚄 㚅 㚆 㚇 㚈 㚉 㚊 㚋 㚌 㚍 㚎 㚏 㚐 㚑 㚒 㚓 㚔 㚕 㚖 㚗 㚘 㚙 㚚 㚛 㚜 㚝 㚞 㚟 㚠 㚡 㚢 㚣 㚤 㚥 㚦 㚧 㚨 㚩 㚪 㚫 㚬 㚭 㚮 㚯 㚰 㚱 㚲 㚳 㚴 㚵 㚶 㚷 㚸 㚹 㚺 㚻 㚼 㚽 㚾 㚿 㞀 㞁 㞂 㞃 㞄 㞅 㞆 㞇 㞈 㞉 㞊 㞋 㞌 㞍 㞎 㞏 㞐 㞑 㞒 㞓 㞔 㞕 㞖 㞗 㞘 㞙 㞚 㞛 㞜 㞝 㞞 㞟 㞠 㞡 㞢 㞣 㞤 㞥 㞦 㞧 㞨 㞩 㞪 㞫 㞬 㞭 㞮 㞯 㞰 㞱 㞲 㞳 㞴 㞵 㞶 㞷 㞸 㞹 㞺 㞻 㞼 㞽 㞾 㞿 㟀 㟁 㟂 㟃 㟄 㟅 㟆 㟇 㟈 㟉 㟊 㟋 㟌 㟍 㟎 㟏 㟐 㟑 㟒 㟓 㟔 㟕 㟖 㟗 㟘 㟙 㟚 㟛 㟜 㟝 㟞 㟟 㟠 㟡 㟢 㟣 㟤 㟥 㟦 㟧 㟨 㟩 㟪 㟫 㟬 㟭 㟮 㟯 㟰 㟱 㟲 㟳 㟴 㟵 㟶 㟷 㟸 㟹 㟺 㟻 㟼 㟽 㟾 㟿 㠀 㠁 㠂 㠃 㠄 㠅 㠆 㠇 㠈 㠉 㠊 㠋 㠌 㠍 㠎 㠏 㠐 㠑 㠒 㠓 㠔 㠕 㠖 㠗 㠘 㠙 㠚 㠛 㠜 㠝 㠞 㠟 㠠 㠡 㠢 㠣 㠤 㠥 㠦 㠧 㠨 㠩 㠪 㠫 㠬 㠭 㠮 㠯 㠰 㠱 㠲 㠳 㠴 㠵 㠶 㠷 㠸 㠹 㠺 㠻 㠼 㠽 㠾 㠿 㡀 㡁 㡂 㡃 㡄 㡅 㡆 㡇 㡈 㡉 㡊 㡋 㡌 㡍 㡎 㡏 㡐 㡑 㡒 㡓 㡔 㡕 㡖 㡗 㡘 㡙 㡚 㡛 㡜 㡝 㡞 㡟 㡠 㡡 㡢 㡣 㡤 㡥 㡦 㡧 㡨 㡩 㡪 㡫 㡬 㡭 㡮 㡯 㡰 㡱 㡲 㡳 㡴 㡵 㡶 㡷 㡸 㡹 㡺 㡻 㡼 㡽 㡾 㡿 㢀 㢁 㢂 㢃 㢄 㢅 㢆 㢇 㢈 㢉 㢊 㢋 㢌 㢍 㢎 㢏 㢐 㢑 㢒 㢓 㢔 㢕 㢖 㢗 㢘 㢙 㢚 㢛 㢜 㢝 㢞 㢟 㢠 㢡 㢢 㢣 㢤 㢥 㢦 㢧 㢨 㢩 㢪 㢫 㢬 㢭 㢮 㢯 㢰 㢱 㢲 㢳 㢴 㢵 㢶 㢷 㢸 㢹 㢺 㢻 㢼 㢽 㢾 㢿 㣀 㣁 㣂 㣃 㣄 㣅 㣆 㣇 㣈 㣉 㣊 㣋 㣌 㣍 㣎 㣏 㣐 㣑 㣒 㣓 㣔 㣕 㣖 㣗 㣘 㣙 㣚 㣛 㣜 㣝 㣞 㣟 㣠 㣡 㣢 㣣 㣤 㣥 㣦 㣧 㣨 㣩 㣪 㣫 㣬 㣭 㣮 㣯 㣰 㣱 㣲 㣳 㣴 㣵 㣶 㣷 㣸 㣹 㣺 㣻 㣼 㣽 㣾 㣿 㤀 㤁 㤂 㤃 㤄 㤅 㤆 㤇 㤈 㤉 㤊 㤋 㤌 㤍 㤎 㤏 㤐 㤑 㤒 㤓 㤔 㤕 㤖 㤗 㤘 㤙 㤚 㤛 㤜 㤝 㤞 㤟 㤠 㤡 㤢 㤣 㤤 㤥 㤦 㤧 㤨 㤩 㤪 㤫 㤬 㤭 㤮 㤯 㤰 㤱 㤲 㤳 㤴 㤵 㤶 㤷 㤸 㤹 㤺 㤻 㤼 㤽 㤾 㤿 㥀 㥁 㥂 㥃 㥄 㥅 㥆 㥇 㥈 㥉 㥊 㥋 㥌 㥍 㥎 㥏 㥐 㥑 㥒 㥓 㥔 㥕 㥖 㥗 㥘 㥙 㥚 㥛 㥜 㥝 㥞 㥟 㥠 㥡 㥢 㥣 㥤 㥥 㥦 㥧 㥨 㥩 㥪 㥫 㥬 㥭 㥮 㥯 㥰 㥱 㥲 㥳 㥴 㥵 㥶 㥷 㥸 㥹 㥺 㥻 㥼 㥽 㥾 㥿 㦀 㦁 㦂 㦃 㦄 㦅 㦆 㦇 㦈 㦉 㦊 㦋 㦌 㦍 㦎 㦏 㦐 㦑 㦒 㦓 㦔 㦕 㦖 㦗 㦘 㦙 㦚 㦛 㦜 㦝 㦞 㦟 㦠 㦡 㦢 㦣 㦤 㦥 㦦 㦧 㦨 㦩 㦪 㦫 㦬 㦭 㦮 㦯 㦰 㦱 㦲 㦳 㦴 㦵 㦶 㦷 㦸 㦹 㦺 㦻 㦼 㦽 㦾 㦿 㧀 㧁 㧂 㧃 㧄 㧅 㧆 㧇 㧈 㧉 㧊 㧋 㧌 㧍 㧎 㧏 㧐 㧑 㧒 㧓 㧔 㧕 㧖 㧗 㧘 㧙 㧚 㧛 㧜 㧝 㧞 㧟 㧠 㧡 㧢 㧣 㧤 㧥 㧦 㧧 㧨 㧩 㧪 㧫 㧬 㧭 㧮 㧯 㧰 㧱 㧲 㧳 㧴 㧵 㧶 㧷 㧸 㧹 㧺 㧻 㧼 㧽 㧾 㧿 㨀 㨁 㨂 㨃 㨄 㨅 㨆 㨇 㨈 㨉 㨊 㨋 㨌 㨍 㨎 㨏 㨐 㨑 㨒 㨓 㨔 㨕 㨖 㨗 㨘 㨙 㨚 㨛 㨜 㨝 㨞 㨟 㨠 㨡 㨢 㨣 㨤 㨥 㨦 㨧 㨨 㨩 㨪 㨫 㨬 㨭 㨮 㨯 㨰 㨱 㨲 㨳 㨴 㨵 㨶 㨷 㨸 㨹 㨺 㨻 㨼 㨽 㨾 㨿 㩀 㩁 㩂 㩃 㩄 㩅 㩆 㩇 㩈 㩉 㩊 㩋 㩌 㩍 㩎 㩏 㩐 㩑 㩒 㩓 㩔 㩕 㩖 㩗 㩘 㩙 㩚 㩛 㩜 㩝 㩞 㩟 㩠 㩡 㩢 㩣 㩤 㩥 㩦 㩧 㩨 㩩 㩪 㩫 㩬 㩭 㩮 㩯 㩰 㩱 㩲 㩳 㩴 㩵 㩶 㩷 㩸 㩹 㩺 㩻 㩼 㩽 㩾 㩿 㪀 㪁 㪂 㪃 㪄 㪅 㪆 㪇 㪈 㪉 㪊 㪋 㪌 㪍 㪎 㪏 㪐 㪑 㪒 㪓 㪔 㪕 㪖 㪗 㪘 㪙 㪚 㪛 㪜 㪝 㪞 㪟 㪠 㪡 㪢 㪣 㪤 㪥 㪦 㪧 㪨 㪩 㪪 㪫 㪬 㪭 㪮 㪯 㪰 㪱 㪲 㪳 㪴 㪵 㪶 㪷 㪸 㪹 㪺 㪻 㪼 㪽 㪾 㪿 㫀 㫁 㫂 㫃 㫄 㫅 㫆 㫇 㫈 㫉 㫊 㫋 㫌 㫍 㫎 㫏 㫐 㫑 㫒 㫓 㫔 㫕 㫖 㫗 㫘 㫙 㫚 㫛 㫜 㫝 㫞 㫟 㫠 㫡 㫢 㫣 㫤 㫥 㫦 㫧 㫨 㫩 㫪 㫫 㫬 㫭 㫮 㫯 㫰 㫱 㫲 㫳 㫴 㫵 㫶 㫷 㫸 㫹 㫺 㫻 㫼 㫽 㫾 㫿 㬀 㬁 㬂 㬃 㬄 㬅 㬆 㬇 㬈 㬉 㬊 㬋 㬌 㬍 㬎 㬏 㬐 㬑 㬒 㬓 㬔 㬕 㬖 㬗 㬘 㬙 㬚 㬛 㬜 㬝 㬞 㬟 㬠 㬡 㬢 㬣 㬤 㬥 㬦 㬧 㬨 㬩 㬪 㬫 㬬 㬭 㬮 㬯 㬰 㬱 㬲 㬳 㬴 㬵 㬶 㬷 㬸 㬹 㬺 㬻 㬼 㬽 㬾 㬿 㭀 㭁 㭂 㭃 㭄 㭅 㭆 㭇 㭈 㭉 㭊 㭋 㭌 㭍 㭎 㭏 㭐 㭑 㭒 㭓 㭔 㭕 㭖 㭗 㭘 㭙 㭚 㭛 㭜 㭝 㭞 㭟 㭠 㭡 㭢 㭣 㭤 㭥 㭦 㭧 㭨 㭩 㭪 㭫 㭬 㭭 㭮 㭯 㭰 㭱 㭲 㭳 㭴 㭵 㭶 㭷 㭸 㭹 㭺 㭻 㭼 㭽 㭾 㭿 㮀 㮁 㮂 㮃 㮄 㮅 㮆 㮇 㮈 㮉 㮊 㮋 㮌 㮍 㮎 㮏 㮐 㮑 㮒 㮓 㮔 㮕 㮖 㮗 㮘 㮙 㮚 㮛 㮜 㮝 㮞 㮟 㮠 㮡 㮢 㮣 㮤 㮥 㮦 㮧 㮨 㮩 㮪 㮫 㮬 㮭 㮮 㮯 㮰 㮱 㮲 㮳 㮴 㮵 㮶 㮷 㮸 㮹 㮺 㮻 㮼 㮽 㮾 㮿 㯀 㯁 㯂 㯃 㯄 㯅 㯆 㯇 㯈 㯉 㯊 㯋 㯌 㯍 㯎 㯏 㯐 㯑 㯒 㯓 㯔 㯕 㯖 㯗 㯘 㯙 㯚 㯛 㯜 㯝 㯞 㯟 㯠 㯡 㯢 㯣 㯤 㯥 㯦 㯧 㯨 㯩 㯪 㯫 㯬 㯭 㯮 㯯 㯰 㯱 㯲 㯳 㯴 㯵 㯶 㯷 㯸 㯹 㯺 㯻 㯼 㯽 㯾 㯿 㰀 㰁 㰂 㰃 㰄 㰅 㰆 㰇 㰈 㰉 㰊 㰋 㰌 㰍 㰎 㰏 㰐 㰑 㰒 㰓 㰔 㰕 㰖 㰗 㰘 㰙 㰚 㰛 㰜 㰝 㰞 㰟 㰠 㰡 㰢 㰣 㰤 㰥 㰦 㰧 㰨 㰩 㰪 㰫 㰬 㰭 㰮 㰯 㰰 㰱 㰲 㰳 㰴 㰵 㰶 㰷 㰸 㰹 㰺 㰻 㰼 㰽 㰾 㰿 㱀 㱁 㱂 㱃 㱄 㱅 㱆 㱇 㱈 㱉 㱊 㱋 㱌 㱍 㱎 㱏 㱐 㱑 㱒 㱓 㱔 㱕 㱖 㱗 㱘 㱙 㱚 㱛 㱜 㱝 㱞 㱟 㱠 㱡 㱢 㱣 㱤 㱥 㱦 㱧 㱨 㱩 㱪 㱫 㱬 㱭 㱮 㱯 㱰 㱱 㱲 㱳 㱴 㱵 㱶 㱷 㱸 㱹 㱺 㱻 㱼 㱽 㱾 㱿 㲀 㲁 㲂 㲃 㲄 㲅 㲆 㲇 㲈 㲉 㲊 㲋 㲌 㲍 㲎 㲏 㲐 㲑 㲒 㲓 㲔 㲕 㲖 㲗 㲘 㲙 㲚 㲛 㲜 㲝 㲞 㲟 㲠 㲡 㲢 㲣 㲤 㲥 㲦 㲧 㲨 㲩 㲪 㲫 㲬 㲭 㲮 㲯 㲰 㲱 㲲 㲳 㲴 㲵 㲶 㲷 㲸 㲹 㲺 㲻 㲼 㲽 㲾 㲿 㳀 㳁 㳂 㳃 㳄 㳅 㳆 㳇 㳈 㳉 㳊 㳋 㳌 㳍 㳎 㳏 㳐 㳑 㳒 㳓 㳔 㳕 㳖 㳗 㳘 㳙 㳚 㳛 㳜 㳝 㳞 㳟 㳠 㳡 㳢 㳣 㳤 㳥 㳦 㳧 㳨 㳩 㳪 㳫 㳬 㳭 㳮 㳯 㳰 㳱 㳲 㳳 㳴 㳵 㳶 㳷 㳸 㳹 㳺 㳻 㳼 㳽 㳾 㳿 㴀 㴁 㴂 㴃 㴄 㴅 㴆 㴇 㴈 㴉 㴊 㴋 㴌 㴍 㴎 㴏 㴐 㴑 㴒 㴓 㴔 㴕 㴖 㴗 㴘 㴙 㴚 㴛 㴜 㴝 㴞 㴟 㴠 㴡 㴢 㴣 㴤 㴥 㴦 㴧 㴨 㴩 㴪 㴫 㴬 㴭 㴮 㴯 㴰 㴱 㴲 㴳 㴴 㴵 㴶 㴷 㴸 㴹 㴺 㴻 㴼 㴽 㴾 㴿 㵀 㵁 㵂 㵃 㵄 㵅 㵆 㵇 㵈 㵉 㵊 㵋 㵌 㵍 㵎 㵏 㵐 㵑 㵒 㵓 㵔 㵕 㵖 㵗 㵘 㵙 㵚 㵛 㵜 㵝 㵞 㵟 㵠 㵡 㵢 㵣 㵤 㵥 㵦 㵧 㵨 㵩 㵪 㵫 㵬 㵭 㵮 㵯 㵰 㵱 㵲 㵳 㵴 㵵 㵶 㵷 㵸 㵹 㵺 㵻 㵼 㵽 㵾 㵿 㶀 㶁 㶂 㶃 㶄 㶅 㶆 㶇 㶈 㶉 㶊 㶋 㶌 㶍 㶎 㶏 㶐 㶑 㶒 㶓 㶔 㶕 㶖 㶗 㶘 㶙 㶚 㶛 㶜 㶝 㶞 㶟 㶠 㶡 㶢 㶣 㶤 㶥 㶦 㶧 㶨 㶩 㶪 㶫 㶬 㶭 㶮 㶯 㶰 㶱 㶲 㶳 㶴 㶵 㶶 㶷 㶸 㶹 㶺 㶻 㶼 㶽 㶾 㶿 㷀 㷁 㷂 㷃 㷄 㷅 㷆 㷇 㷈 㷉 㷊 㷋 㷌 㷍 㷎 㷏 㷐 㷑 㷒 㷓 㷔 㷕 㷖 㷗 㷘 㷙 㷚 㷛 㷜 㷝 㷞 㷟 㷠 㷡 㷢 㷣 㷤 㷥 㷦 㷧 㷨 㷩 㷪 㷫 㷬 㷭 㷮 㷯 㷰 㷱 㷲 㷳 㷴 㷵 㷶 㷷 㷸 㷹 㷺 㷻 㷼 㷽 㷾 㷿 㸀 㸁 㸂 㸃 㸄 㸅 㸆 㸇 㸈 㸉 㸊 㸋 㸌 㸍 㸎 㸏 㸐 㸑 㸒 㸓 㸔 㸕 㸖 㸗 㸘 㸙 㸚 㸛 㸜 㸝 㸞 㸟 㸠 㸡 㸢 㸣 㸤 㸥 㸦 㸧 㸨 㸩 㸪 㸫 㸬 㸭 㸮 㸯 㸰 㸱 㸲 㸳 㸴 㸵 㸶 㸷 㸸 㸹 㸺 㸻 㸼 㸽 㸾 㸿 㹀 㹁 㹂 㹃 㹄 㹅 㹆 㹇 㹈 㹉 㹊 㹋 㹌 㹍 㹎 㹏 㹐 㹑 㹒 㹓 㹔 㹕 㹖 㹗 㹘 㹙 㹚 㹛 㹜 㹝 㹞 㹟 㹠 㹡 㹢 㹣 㹤 㹥 㹦 㹧 㹨 㹩 㹪 㹫 㹬 㹭 㹮 㹯 㹰 㹱 㹲 㹳 㹴 㹵 㹶 㹷 㹸 㹹 㹺 㹻 㹼 㹽 㹾 㹿 㺀 㺁 㺂 㺃 㺄 㺅 㺆 㺇 㺈 㺉 㺊 㺋 㺌 㺍 㺎 㺏 㺐 㺑 㺒 㺓 㺔 㺕 㺖 㺗 㺘 㺙 㺚 㺛 㺜 㺝 㺞 㺟 㺠 㺡 㺢 㺣 㺤 㺥 㺦 㺧 㺨 㺩 㺪 㺫 㺬 㺭 㺮 㺯 㺰 㺱 㺲 㺳 㺴 㺵 㺶 㺷 㺸 㺹 㺺 㺻 㺼 㺽 㺾 㺿 㻀 㻁 㻂 㻃 㻄 㻅 㻆 㻇 㻈 㻉 㻊 㻋 㻌 㻍 㻎 㻏 㻐 㻑 㻒 㻓 㻔 㻕 㻖 㻗 㻘 㻙 㻚 㻛 㻜 㻝 㻞 㻟 㻠 㻡 㻢 㻣 㻤 㻥 㻦 㻧 㻨 㻩 㻪 㻫 㻬 㻭 㻮 㻯 㻰 㻱 㻲 㻳 㻴 㻵 㻶 㻷 㻸 㻹 㻺 㻻 㻼 㻽 㻾 㻿 㼀 㼁 㼂 㼃 㼄 㼅 㼆 㼇 㼈 㼉 㼊 㼋 㼌 㼍 㼎 㼏 㼐 㼑 㼒 㼓 㼔 㼕 㼖 㼗 㼘 㼙 㼚 㼛 㼜 㼝 㼞 㼟 㼠 㼡 㼢 㼣 㼤 㼥 㼦 㼧 㼨 㼩 㼪 㼫 㼬 㼭 㼮 㼯 㼰 㼱 㼲 㼳 㼴 㼵 㼶 㼷 㼸 㼹 㼺 㼻 㼼 㼽 㼾 㼿 㽀 㽁 㽂 㽃 㽄 㽅 㽆 㽇 㽈 㽉 㽊 㽋 㽌 㽍 㽎 㽏 㽐 㽑 㽒 㽓 㽔 㽕 㽖 㽗 㽘 㽙 㽚 㽛 㽜 㽝 㽞 㽟 㽠 㽡 㽢 㽣 㽤 㽥 㽦 㽧 㽨 㽩 㽪 㽫 㽬 㽭 㽮 㽯 㽰 㽱 㽲 㽳 㽴 㽵 㽶 㽷 㽸 㽹 㽺 㽻 㽼 㽽 㽾 㽿 㿀 㿁 㿂 㿃 㿄 㿅 㿆 㿇 㿈 㿉 㿊 㿋 㿌 㿍 㿎 㿏 㿐 㿑 㿒 㿓 㿔 㿕 㿖 㿗 㿘 㿙 㿚 㿛 㿜 㿝 㿞 㿟 㿠 㿡 㿢 㿣 㿤 㿥 㿦 㿧 㿨 㿩 㿪 㿫 㿬 㿭 㿮 㿯 㿰 㿱 㿲 㿳 㿴 㿵 㿶 㿷 㿸 㿹 㿺 㿻 㿼 㿽 㿾 㿿 㠀 㠁 㠂 㠃 㠄 㠅 㠆 㠇 㠈 㠉 㠊 㠋 㠌 㠍 㠎 㠏 㠐 㠑 㠒 㠓 㠔 㠕 㠖 㠗 㠘 㠙 㠚 㠛 㠜 㠝 㠞 㠟 㠠 㠡 㠢 㠣											

事業実施体制

「介護施設・事業所等における高齢者虐待防止・身体拘束廃止の取組推進に向けた調査研究事業」

【事業検討委員会】

委員長	美原 盤	公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院 院長
副委員長	進藤 晃	医療法人財団利定会 大久野病院 理事長
委員	江澤 和彦	倉敷スイートホスピタル 理事長
委員	木下 毅	医療法人愛の会 光風園病院 理事長
委員	田中 圭一	医療法人笠松会 有吉病院 理事長
委員	土屋 繁之	医療法人慈繁会 土屋病院 理事長
委員	仲井 培雄	医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院 理事長
委員	中村 万理	医療法人財団正友会 中村記念病院 院長補佐
委員	本庄 弘次	医療法人弘生会 本庄内科病院 理事長・院長
特別委員	栃本 一三郎	放送大学 客員教授
特別委員	池上 直己	慶応大学 名誉教授
外部委員	吉川 久美子	公益社団法人 日本看護協会 常任理事
オブザーバー	吉川 悠貴	認知症介護研究・研修仙台センター
乙幡 美佐江		厚生労働省老健局高齢者支援課 高齢者虐待防止対策専門官
大西 一輝		厚生労働省老健局高齢者支援課高齢者虐待防止対策係 係員

【業務一部委託先】

株式会社川原経営総合センター 経営コンサルティング部門
シニアコンサルタント 田中 律子
コンサルタント 金沢 幸蔵
コンサルタント 紺野 智子

【事務局】

公益社団法人全日本病院協会 企画業務課 久下 友和
山崎 奈々
飯村 栄美子

【事業検討委員会開催日時】

第1回	2024年7月8日(月)	14時00分～16時00分
第2回	2024年9月5日(木)	17時00分～19時00分
第3回	2024年10月7日(月)	17時00分～19時00分
第4回	2025年2月4日(火)	17時00分～19時00分
第5回	2025年3月25日(火)	18時00分～20時00分

不許複製 禁無断転載

2024 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）
介護施設・事業所等における高齢者虐待防止・
身体拘束廃止の取組推進に向けた調査研究事業

発行日 2025 年 3 月

発行者 公益社団法人全日本病院協会

住 所 〒101-0061

東京都千代田区神田三崎町 1-4-17 東洋ビル 11 階

電話 03-5283-7441（代）