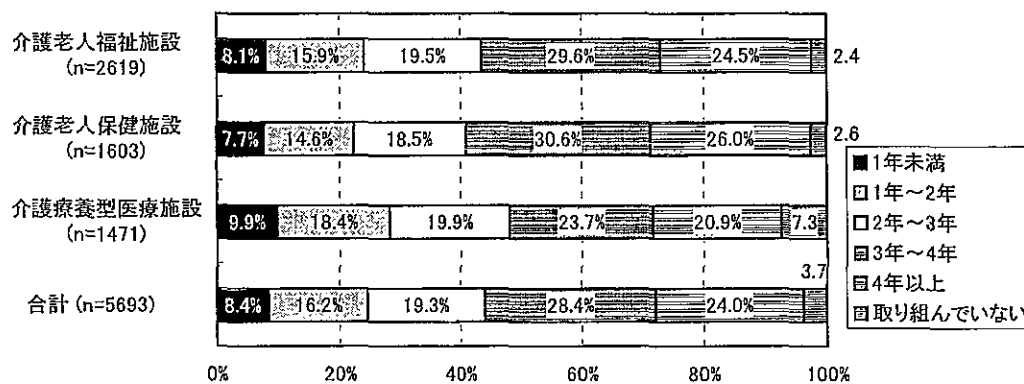


⑤身体拘束廃止に取り組んでからの経過年数

身体拘束廃止に取り組んでからの経過年数については、全体で「3年～4年」が28.4%と最も多く、次いで「4年以上」が24.0%、「2年～3年」が19.3%、「1年～2年」が16.2%、「1年未満」が8.4%の順であり、「取り組んでいない」が3.7%であった。(図14)

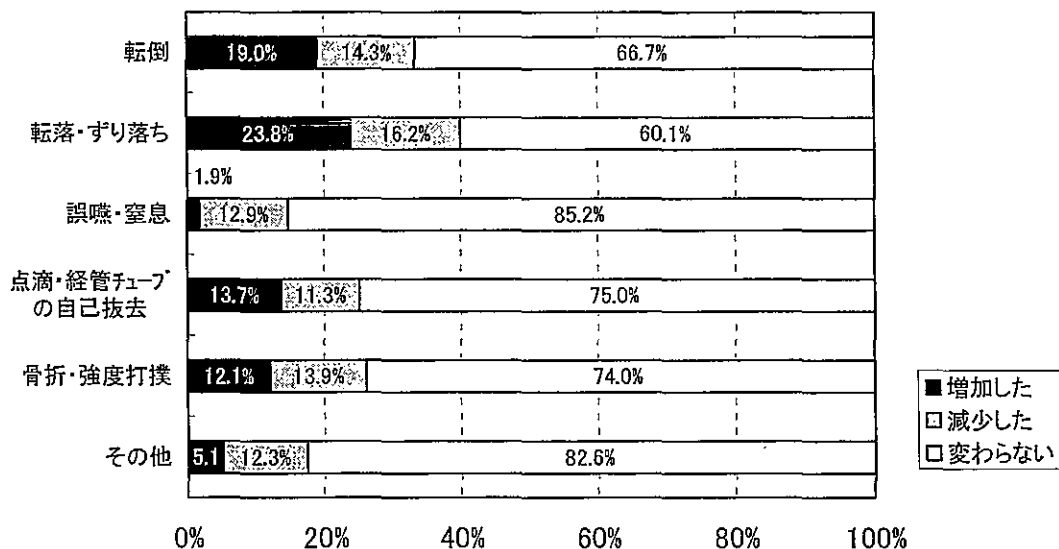
図14 身体拘束廃止に取り組んでからの経過年数



⑥身体拘束廃止に取り組んでからの介護事故の増減

身体拘束廃止に取り組んでからの介護事故の増減について、取り組み直前と調査時点での状況を比較したところ、事故の種別ごとに差はあるものの、6割から8割が「変わらない」と回答している。(図15)。

図15 身体拘束廃止に取り組んでからの介護事故の増減(全体)

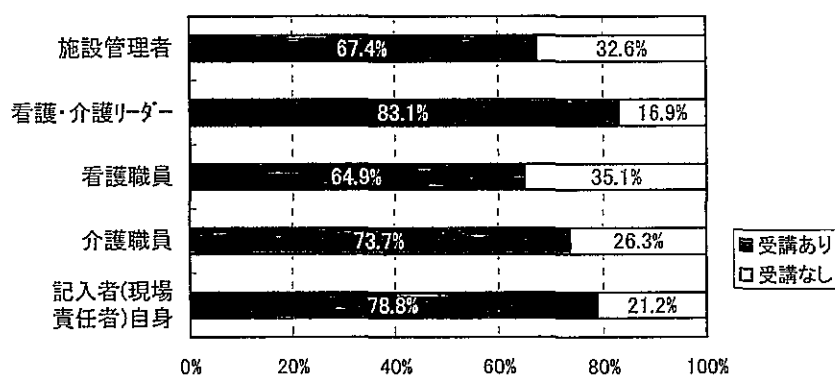


⑦身体拘束廃止に関する講習・研修等の受講状況及び学習状況

1) 講習・研修等の受講状況

身体拘束廃止に関する外部の講習・研修の受講状況については、施設管理者に受講経験がある施設は67.4%であった。また、看護・介護リーダーで受講したことがある人がいる施設は、管理者に比べてやや多く、83.1%であった。看護職員で受講したことがある人がいる施設は、リーダーに比べるとやや少なく、64.9%であった。介護職員で受講したことがある人がいる施設は73.7%であり、調査票記入者（現場責任者）で受講したことがある人がいる施設は、78.8%であった。（図16）。

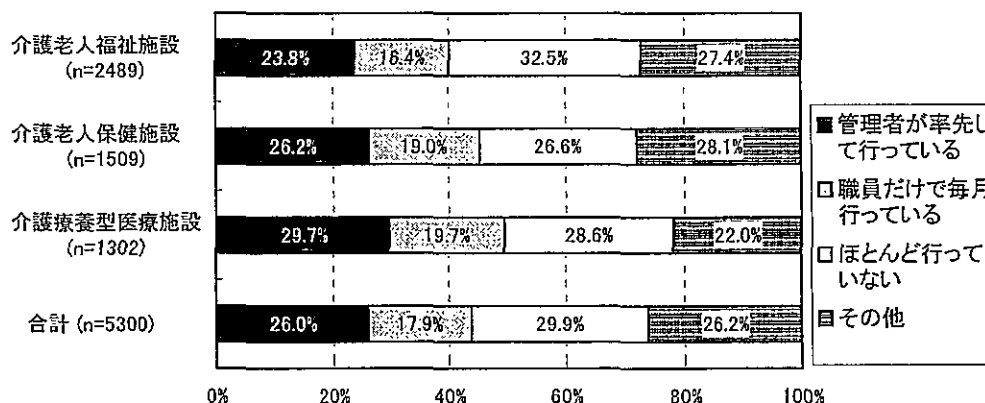
図16 講習・研修の受講状況(全体)



2) 学習状況

施設内で身体拘束廃止に関する勉強にどのように取り組んでいるかについて回答を求めたところ、「ほとんど行っていない」が29.9%と最も多く、「管理者が率先して行っている」が26.0%、「職員だけで毎月行っている」が17.9%であった。（図17）。

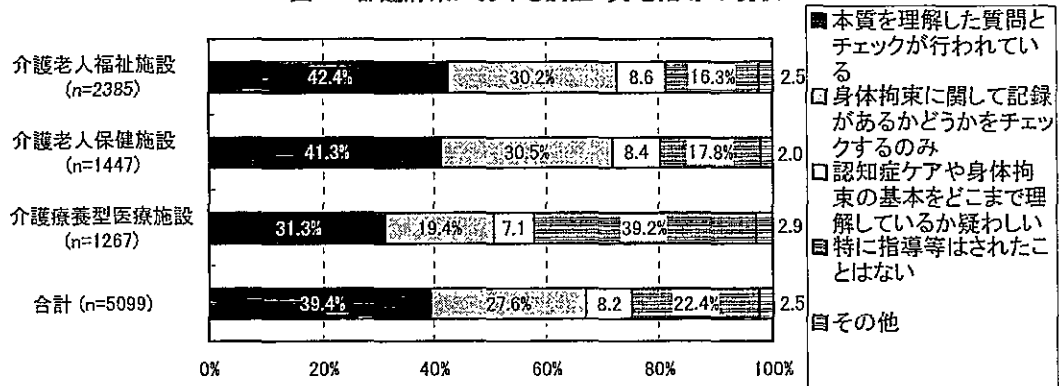
図17 学習状況



⑧都道府県における調査・実地指導の現状

都道府県等における実地指導時の身体拘束に関する調査・指導の状況については、「本質を理解した質問とチェックが行われている」が39.4%と最も多く、次いで「身体拘束に関して記録があるかどうかをチェックするのみ」が27.6%、「特に指導等はされたことはない」が22.4%、「認知症ケアや身体拘束の基本をどこまで理解しているか疑わしい」が8.2%であった。(図18)。

図18 都道府県における調査・実地指導の現状



### (3) 身体拘束廃止に向けての取組み等と拘束率との関係

#### ① 人員配置状況との関係

看護・介護職員を合わせた職員1人当たりの入所者（利用者）数（以下「人員配置状況」とする）は、全体では平均で2.0名であったが、介護老人福祉施設は平均2.2名、介護老人保健施設は2.1名、介護療養型医療施設は1.6名と差があり、かつその分布状況にも施設種別による差が見られた。そのため、施設種別ごとに、人員配置状況と5%刻みの施設拘束率区分によるクロス集計を行った。その結果、介護老人福祉施設では、人員配置と施設内拘束率との関連はほとんど見られなかった。一方、介護老人保健施設においては、人員配置が手厚い群では、身体拘束を行っていない施設の割合及び拘束率の低い施設の割合が高くなっていった。介護療養型医療施設では、人員配置状況と施設内拘束率との関連はほとんど見られなかった。（図19～21）。

図19 人員配置状況×施設内拘束率(介護老人福祉施設)

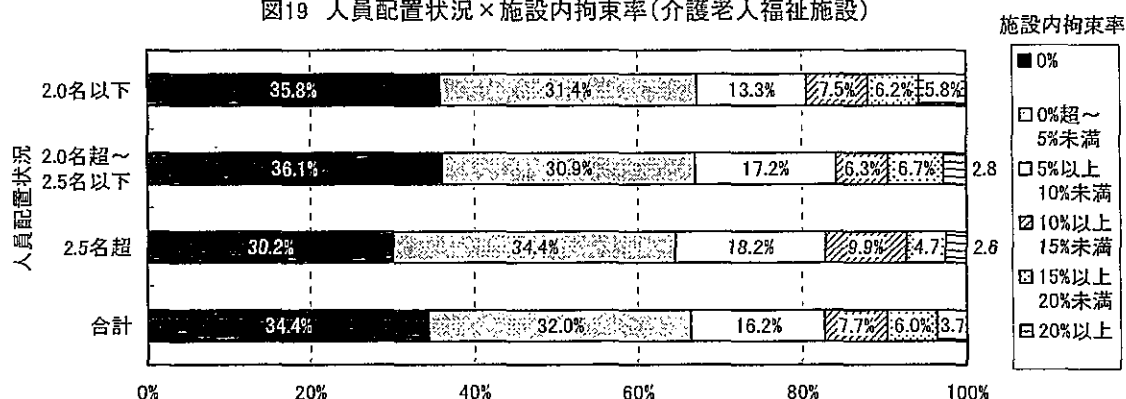


図20 人員配置状況×施設内拘束率(介護老人保健施設)

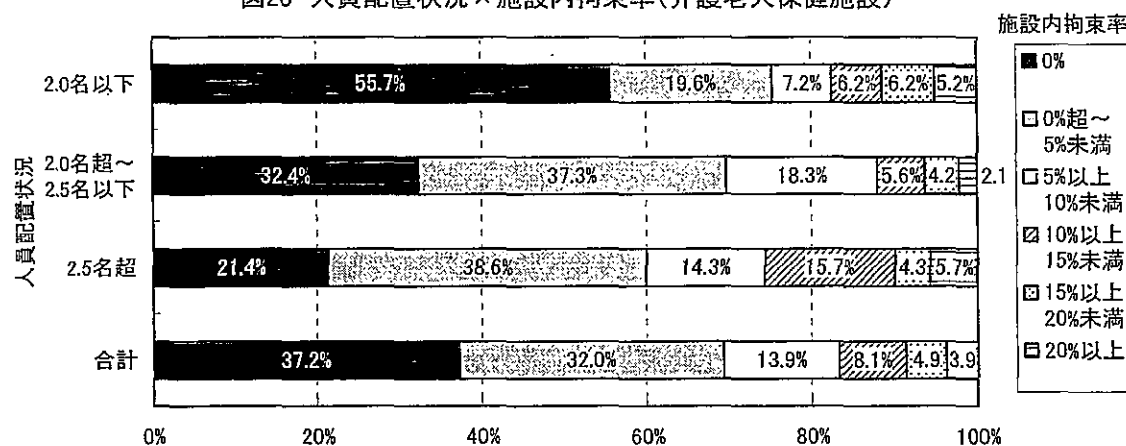
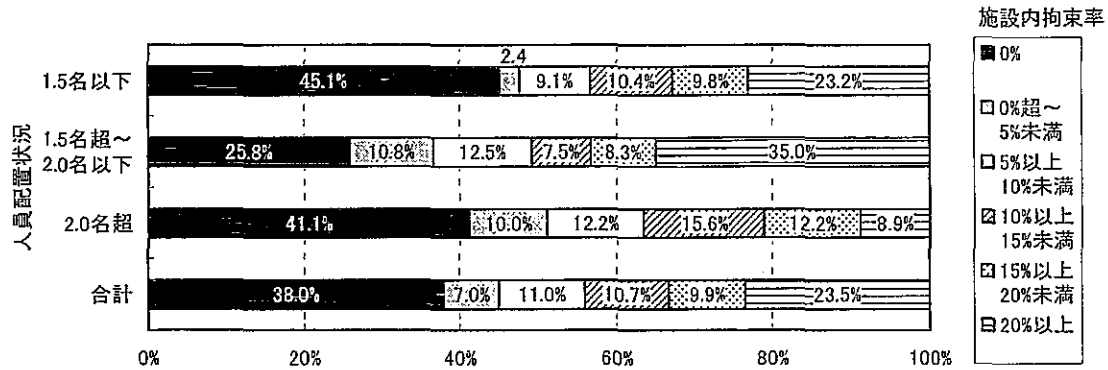


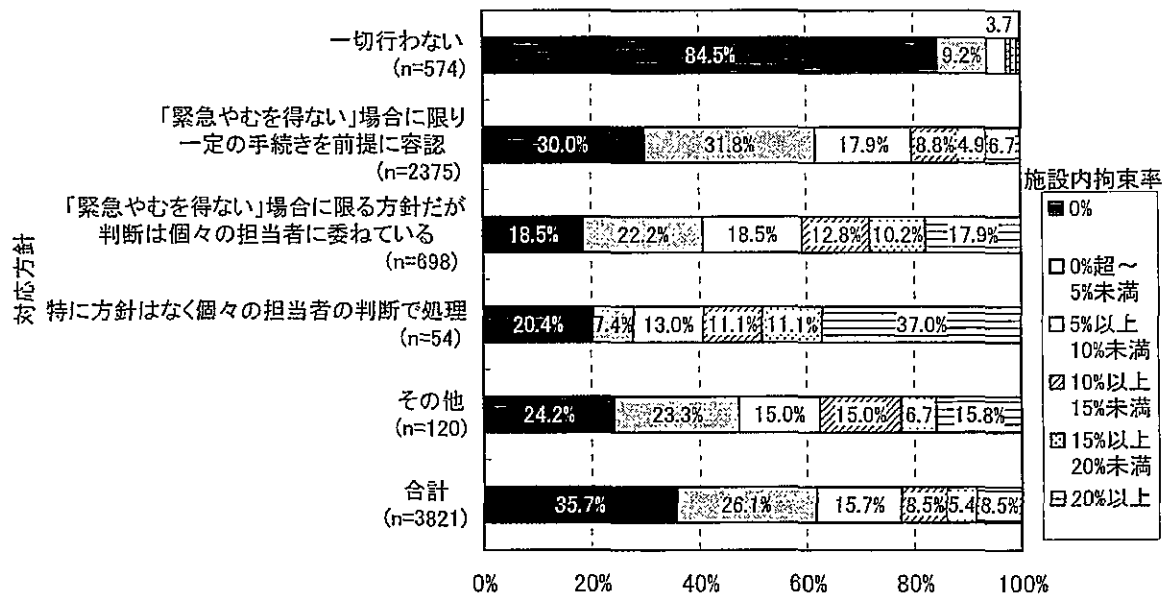
図21 人員配置状況×施設内拘束率(介護療養型医療施設)



②身体拘束に対する施設の対応方針との関係

身体拘束に対する施設の対応方針の別に、施設内拘束率の分布を求めた。その結果、「一切行わない方針である」と回答した施設の84.5%が拘束を全く行っていない。次いで「『緊急やむを得ない』場合に限り一定の手続きを前提に容認」、「『緊急やむを得ない』場合に限る方針だが判断は個々の担当者に委ねている」の順で、身体拘束を行っていない、もしくは施設内拘束率の低い施設の割合が高かった。それに対して、「特に方針はなく個々の担当者の判断で処理」と回答した施設では、拘束率20%以上の施設が多かった。(図22)。

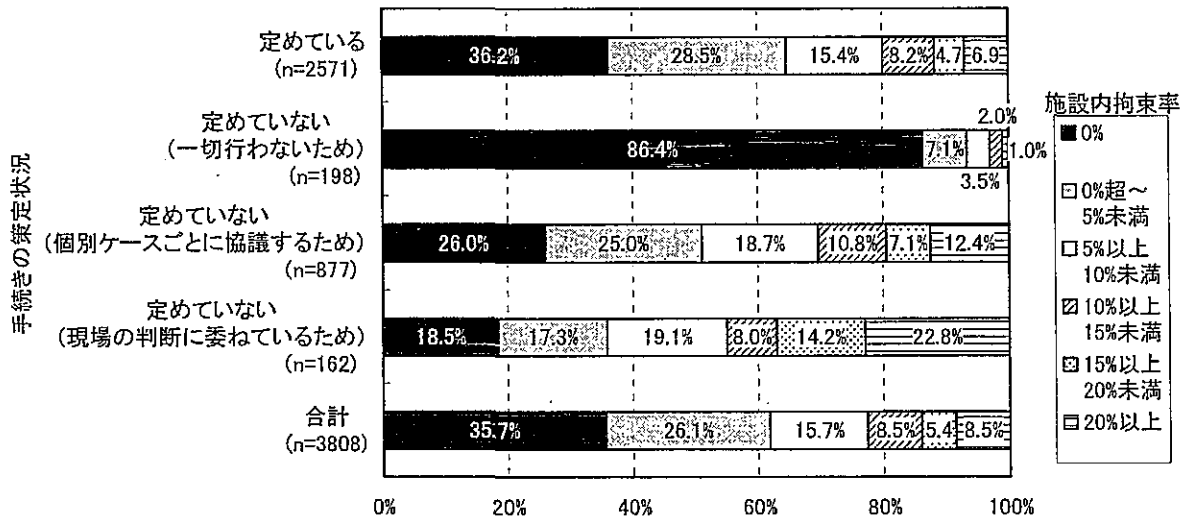
図22 身体拘束に対する施設の対応方針×施設内拘束率(全体)



③身体拘束を行う場合の手続きとの関係

身体拘束を行う場合の手続きの策定状況別に、施設内拘束率の分布を求めた。その結果、「定めていない(一切行わないため)」と回答した施設の8割以上が拘束を全く行っていないが、拘束を行っている施設も見られた。一方で、「定めていない(現場の判断に委ねているため)」と回答した施設では、拘束率が20%以上の施設が2割以上見られた(図23)。

図23 身体拘束を行う場合の手続きの策定状況×施設内拘束率(全体)



④身体拘束廃止に関する講習・研修等の受講状況及び学習状況との関係

1) 講習・研修等の受講状況

身体拘束廃止に関する外部の講習・研修の受講状況について、施設管理者及び看護・介護リーダーの受講経験の有無別に、施設内拘束率の分布を求めた。施設管理者については、受講経験が「ある」と回答した場合、全体で施設内拘束率0%の施設が38.3%(受講経験がない施設では31.8%)、0%~5%の施設が27.3%(同25.6%)であるなど、受講経験がある場合の方が施設内拘束率が低い施設の割合が高かった。看護・介護リーダーについても同様で、受講経験があるリーダーがいる施設では、全体で施設内拘束率0%の施設が36.5%(受講経験がない施設では31.3%)、0%~5%の施設が27.3%(同24.6%)であるなど、受講経験がある者のいる施設の方が施設内拘束率が低い傾向が見られた。(図24, 25)。

図24 講習・研修受講状況×施設内拘束率(施設管理者全体)

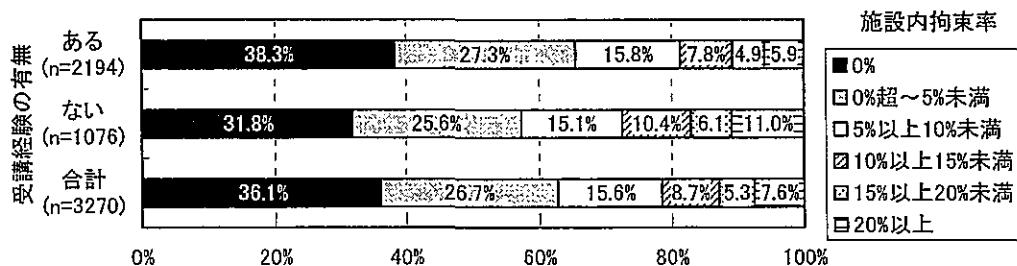
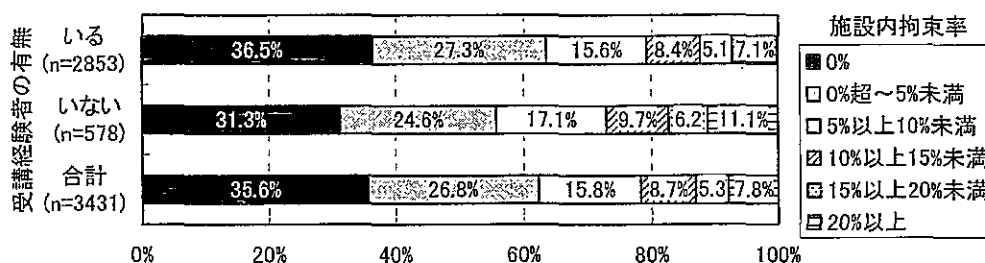


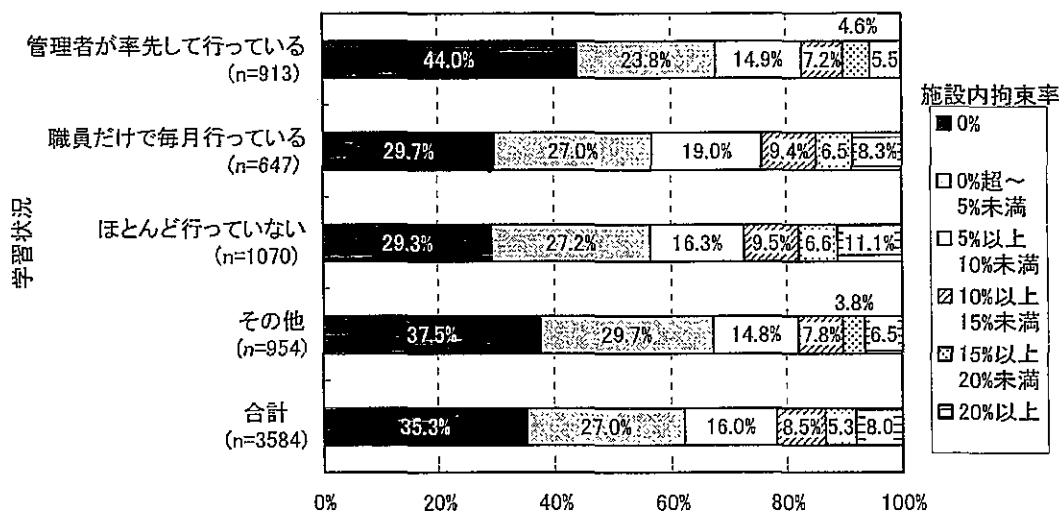
図25 講習・研修受講状況×施設内拘束率(看護・介護リーダー全体)



2) 学習状況

施設内での身体拘束廃止に関する学習状況別に、施設内拘束率の分布を求めた。その結果、「管理者が率先して行っている」場合は、施設内拘束率0%の施設が44.0%であるなど、施設内拘束率が低い傾向が見られた(図26)。

図26 学習状況×施設内拘束率(全体)



### Ⅲ. 調査結果の総括

#### (1) 身体拘束の現状

本調査では施設内拘束率の分布を示したが、これを見ると拘束率が5%未満の施設が多く、身体拘束の実施を完全に廃止するには至らないものの、それに近い状態に達している施設が相当数に上っている。

身体拘束が実施された場合の被拘束者の属性としては、①年齢が高く、②男性で、③要介護度が高く、④認知症が重症で、⑤寝たきり度が高いほど、身体拘束を受けるリスクは高まることが予想される。また、身体拘束の行為種別を見ると、ベッド柵やY字型拘束帯・腰ベルト等などの行為が多かった。

一方、主たる身体拘束の実施状況を見ると、「緊急やむを得ない」もので他に方策のない状況であることが多いことが示されている。家族への説明等も高い割合で実施されており、身体拘束を実施する際の判断や手続きは浸透しつつあるものと思われる。しかし、「緊急やむを得ない」場合に該当しない身体拘束が約3割あった点については、今後の改善課題といえよう。

#### (2) 身体拘束の廃止に向けての取組み状況

多くの施設において、身体拘束廃止委員会等の組織の設置や、家族への説明方法の整備、対応方針や手続きの策定といった身体拘束の廃止に向けた取組みが行われていた。介護事故なども全体としては特に増加はしておらず、施設外の研修等の受講なども含めた取組みが一定の効果をあげていると思われる。さらに、過半数の施設で身体拘束の廃止に向けて3年以上の継続的な取組みがなされている。その中で、具体的な手続きや判断方法の策定、施設内での学習体制が未整備な施設が認められたため、今後これらの実践を一段と推進するため、取組みが行われることが望まれる。また、このことを確かにするためにも、都道府県における実地指導時の調査・指導内容の一層の充実が期待される。

#### (3) 身体拘束の廃止に向けての取組み等と拘束率との関係

施設内拘束率の分布状況は、施設の対応方針や身体拘束を行う際の手続き、講習・研修等の受講状況や学習状況といった、身体拘束の廃止に向けた取組みの状況と関連しており、これらの取組みが十分に実施されている場合ほど、施設内拘束率の低い施設の割合が高いことが示された。これらの傾向は、身体拘束廃止の阻害要因として指摘されやすい人員配置状況に比べても関連性はより強い。また、身体拘束を一切行わない、あるいは行わざるを得ない場合でも一定の手続きを課すといった方針と手続きの策定、管理者やリーダーなどの業務に関する決定権者の学習状況と施設内での学習の実践といった、トップが決意し、施設全体へ浸透させるような取組みも効果をもたらしていると考えられる。従ってこれらの取組みが既に行われている施設では、これをさらに推進し、十分でない施設では今後早急に取り組むことが望まれる。



## 資 料

### 1. 身体拘束に関する規定等

平成 11 年 3 月 31 日、介護保険施設等の「人員、設備及び運営に関する基準」が定められ、いわゆる「身体拘束禁止規定」が示された。

<介護保険指定基準の身体拘束禁止規定>

「サービスの提供に当たっては、当該入所者(利用者)又は他の入所者(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、身体拘束その他の入所者(利用者)の行動を制限する行為を行ってはならない」

平成 12 年 3 月 17 日付の通知等により、下記のとおり「緊急やむを得ない」との除外規定が安易に適用されることを防止し、実際に行われた拘束の適切性を検証するための措置が講じられた。

<「緊急やむを得ない」場合に対する介護保険指定基準に関する通知>

「緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者(利用者、入院患者)の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しなければならない」

その後、厚生労働省ではこうした施策の趣旨を徹底し、その実効性を担保するため、平成 12 年 6 月に「身体拘束ゼロ作戦推進会議」を発足させ、「身体拘束ゼロ作戦」として、国庫補助制度を創設した上で推進会議の開催・身体拘束相談窓口の設置・相談員養成研修事業の実施(以上平成 13 年度より)・家族支援事業の実施(平成 14 年度より)からなる都道府県等における推進体制の整備、シンポジウムの開催、身体拘束廃止を支えるハード面の改善の推進などが図られた。その中で、平成 13 年 3 月、身体拘束廃止の趣旨や具体的なケアの工夫、実例等を盛り込んだ「身体拘束ゼロへの手引き：高齢者ケアに関わるすべての人に」がまとめられた。この「身体拘束ゼロへの手引き」では、例外的に身体拘束を行う「緊急やむを得ない」場合がどのような要件により判断され、かつどのような手段によりその判断が担保されるかについて示されている。具体的には、いわゆる「例外 3 原則」として、『切迫性』『非代替性』『一時性』の三つの条件が満たされ、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られる」とし、以下のような点が指摘されている。

<三つの要件をすべて満たすことが必要>

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

<手続きの面でも慎重な取り扱いが求められる>

- (1) 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断は、担当のスタッフ個人(または数名)では行わず、施設全体としての判断が行われるように、あらかじめルールや手続きを定めておく
- (2) 利用者本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできるだけ詳細に説明し、十分な理解を得よう努める
- (3) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合についても、「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除すること

<身体拘束に関する記録が義務付けられている>

- (1) 「緊急やむを得ない」場合に対する介護保険指定基準に関する通知(前掲)
- (2) 日々の心身の状態等の観察、拘束の必要性や方法に関わる再検討を行うごとに逐次その記録を加えるとともに、それについて情報を開示し、ケアスタッフ間、施設全体、家族等関係者間で直近の情報を共有する(「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」の例示あり)。この「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」は、施設において保存し、行政担当部局の指導監査が行われる際に提示できるようにしておく必要がある

また同「手引き」では、介護保険指定基準において禁止の対象となる具体的な行為として、以下の11種の行為を示している。

<身体拘束禁止の対象となる具体的な行為>

- (1) 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- (2) 転落しないように、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、ベッドを柵(サイドレール)で囲む
- (4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る
- (5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける
- (6) 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける
- (7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する
- (8) 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる
- (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

これに伴い、厚生労働省では平成13年5月に介護保険施設等の指導監査における着眼点を改正し、緊急やむを得ない場合に要する記録にあたって「身体拘束ゼロへの手引き」に例示されている「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」等を参考に適切な記録を作成し保存していること、施設の管理者及び従業者が身体拘束廃止を実現するために正確な事実認識を持っていること、施設管理者は「身体拘束廃止委員会」などを設置し施設全体で身体拘束廃止に取り組み改善計画を作成していること及び身体拘束に該当する具体的な行為11種を明示した。また介護保険施設等の「人員、設備及び運営に関する基準」を改正し、「緊急やむを得ず」身体拘束を行う場合にその態様及び時間、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し、当該の記録を2年間保存するという義務を明記した(平成15年4月より施行)。

【現場責任者用】

## 身体拘束状況調査票 I

記入者は、看護・介護現場において責任を担っている方にお願います。  
 (「回答用紙」の該当する箇所に必要事項を記載してください。回答が不明な場合は空欄で結構です。)

- 事業所番号
- 施設種別
- 施設名
- 開設年度

## 【施設に関する基礎情報】

問1 定員数(平成17年2月21日現在)

問2 入所者(利用者)数(平成17年2月21日現在)

※ 空床利用の短期入所生活介護または短期入所療養介護を含む。

問3 看護・介護職員体制についてご記入下さい。(平成17年2月21日現在)

- (1)看護職員数(常勤換算)
- (2)介護職員数(常勤換算)
- (3)夜間における看護・介護職員ごとの夜勤者配置状況
  - ① 夜間帯看護職員配置人員数
  - ② 夜間帯介護職員配置人員数
- (4)夜間勤務時間帯
- (5)人員配置に関する特別な工夫の有無及び内容

## 【入所者(利用者)に関する基礎情報】

問4 入所者(利用者)の状況(平成17年2月21日現在)

- (1)平均年齢
- (2)男女別人数
- (3)平均入居月数
- (4)要介護度別人数
  - (自立、要支援、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5)
- (5)認知症高齢者の日常生活自立度別人数
  - (自立、ランクⅠ、ランクⅡ、ランクⅢa、ランクⅢb、ランクⅣ、ランクⅤ)
- (6)障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)別人数
  - (自立、ランクJ、ランクA、ランクB、ランクC)
- (7)特殊治療を行っている人数
  - (0:なし、1:点滴、2:経管栄養(経鼻)、3:経管栄養(経胃ろう)、4:経管栄養(その他)、5:中心静脈栄養、6:気管切開、7:その他)
- (8)オムツ使用者数
  - (1:昼間は不要だが夜間は必要な者、2:昼夜を問わず必要な者)
- (9)皮膚疾患患者数(施設において治療中、又は治療のため通院中の者)

身体拘束状況調査票Ⅰの記入要領

- 1 事業所番号  
介護保険事業者として指定を受け、設定された介護保険事業所番号を記入してください。
- 2 施設に関する基礎調査
  - (1) 看護・介護職員数  
有給・無休を問わず2月21日現在に施設に在籍する職員数を職種別に計上してください。  
職員数には、2月21日の新規採用者及び休暇中の者（産前・産後休暇を含む）、欠勤者、育児休業の代替職員は含みますが、2月21日に退職した者及び休職・休業中（育児休業・介護休業）の者は含みません。  

【例】職員数に含む者と含まない者

    - 職員数に含む者：新規採用者、休暇中の者（産前・産後休暇を含む）、欠勤者、育児休業の代替職員、派遣職員、出向職員
    - 職員数に含まない者：退職した者、休暇・休業中（育児休業・介護休業）の者、業務請負の労働者、ボランティア
  - (2) 常勤者  
施設が定めた常勤の従事者が勤務すべき時間数（以下「施設の勤務時間数」という。）全てを勤務している者をいいます。（施設の勤務時間数の全てを勤務しているパートタイマーは、ここに含みます。）
  - (3) 専従  
施設内の他の職務及び併設施設・事業所等の他の職務に従事しない者をいいます。ただし、空床利用の短期入所生活介護または短期入所療養介護と兼務している場合は、専従として計上してください。
  - (4) 兼務  
施設内の複数の職務に従事する者または、併設施設・事業所等にも従事する者で、従事する複数の職務別に従事者数と換算数を計上してください。
  - (5) 非常勤  
常勤者以外の従事者（他の施設・事業所等にも勤務するなど収入及び時間的拘束の伴う仕事を持っている者、短時間のパートタイマー等）をいいます。看護・介護職員数と換算数を計上してください。
  - (6) 換算数  
「常勤者の兼務」、「非常勤者」について、その職務に従事した1週間の勤務時間

務時間を施設の通常の1週間の勤務時間で除した数値を、小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位まで計上してください。  
ただし、1週間に勤務すべき時間数が32時間未満となる施設の場合は、換算する分母は32時間としてください。  
得られた数値が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

【換算数の計算式】

$$\frac{\text{職員の1週間の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間}}$$

※1か月に数回の勤務である場合

$$\frac{\text{職員の1か月の勤務時間}}{\{\text{施設が定めている1週間の勤務時間}\} \times 4 \text{ (週)}}$$

【従事者数の計算例】

1週間の勤務時間を40時間と定めている施設の場合

【例1】介護職員3人について、1人は介護保険施設に専従、2人は他の事業所の介護職員を兼務している場合

- 専従の介護職員1人については、換算数は必要はありません。介護職員の「専従」の欄に計上してください。
- 兼務をしている2人について、2人とも1週間のうち介護保険施設に32時間、他の事業所に8時間、勤務した場合

介護保険施設の介護職員（32時間×2人）

$$64 \text{ 時間} \div 40 \text{ 時間} = 1.6 \text{ 人}$$

【例2】非常勤介護職員2人について、週2日（各日3時間）勤務の非常勤介護職員が1人と、週3日（各日5時間）勤務の非常勤介護職員が1人いる場合

$$\{ (3 \text{ 時間} \times 2 \text{ 日} \times 1 \text{ 人}) + (5 \text{ 時間} \times 3 \text{ 日} \times 1 \text{ 人}) \} \div 40 \text{ 時間} = 0.525 \rightarrow 0.5 \text{ 人}$$

【例3】看護師3人が、介護保険施設の入所者と、併設している短期入所生活介護事業所（空床利用を除く）の入所者に対して一体的に看護業務を行っている場合

「常勤者の兼務」について、併設施設・事業所と兼務を一体的に行っていることから、勤務時間による換算数が困難な場合は、利用者数により按分して換算数を計上してください。

介護保険施設の利用者数 80人  
 短期入所生活介護事業所の利用者数 20人 } 計100人

(介護保険施設の看護師)  
 $80人 \div 100人 = 0.8人$   
 $0.8 \times 3人 = 2.4人$

【記入例】

問3 (1) 看護職員数(常勤換算)

常勤者			非常勤者	
専従	兼務	換算数		換算数
	3	2.4		

例3

(2) 介護職員数(常勤換算)

常勤者			非常勤者	
専従	兼務	換算数		換算数
1	2	1.6	2	0.5

例1                      例2

- 3 入所者(利用者)に関する基礎情報  
 2月21日現在の入所者(利用者)の状況を記入してください。
- (1) 平均年齢  
 小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位まで計上してください。
- (2) 平均入居月数  
 小数点以下第1位を四捨五入した月数を記入してください。
- (3) 認知症高齢者の日常生活自立度別人数  
 「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日老健第135号)により計上してください。
- (4) 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)別人数  
 「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日老健第102-2号)により計上してください。