

## 身体拘束等の適正化のための指針

社会福祉法人 伊佐市社会福祉協議会  
菱刈訪問介護事業所  
障害福祉サービス事業所  
い～さろんまごし  
居宅介護支援事業所

### 1 本指針の作成の目的（基本的考え方）

身体拘束は、利用者の生活の自由を制限することであり、利用者の尊厳ある生活を阻むものである。社会福祉法人伊佐市社会福祉協議会の運営する事業所（以下、「事業所」という。）は、障害者虐待防止法及び高齢者虐待防止法、児童虐待防止法の趣旨を理解し、職員一人ひとりが身体的・精神的弊害を理解し拘束廃止の意識を高め、身体拘束をしない支援・介護を実践するため本指針を作成する。

### 2 身体拘束防止に向けた取り組み

- (1) 利用者の理解と基本的なケアの向上により身体的拘束リスクを除く。利用者お一人お一人の特徴を日々の状況から十分に理解し、身体的拘束を誘発するリスクを検討し、そのリスクを除くため対策を実施する。
- (2) 施設内外の研修に参加する等、事業所全体の知識・技能の水準が向上する仕組みを作る。
- (3) 身体的拘束を防ぐため利用者本人にとってより居心地のいい環境・ケアについて話し合い、仮に利用者が身体的拘束を希望されても、そのまま受け入れるのではなく、身体拘束以外の対策について一緒に考えるものとする。

### 3 身体的拘束等適正化に向けた体制

身体拘束等の適正化を目的として虐待防止委員会（以下、「委員会」という。）を設置し、年1回以上定期的に開催する。

#### (1) 委員会の構成員

委員の構成員は事務局長、事務局次長、管理者、サービス提供責任者、サービス管理責任者、介護支援専門員、その他必要に応じ招集する。

#### (2) 検討内容

- ① 身体拘束が必要な状況を検証し、身体拘束の適切な手続き・適正な方法で行われているか確認する。
- ② 各事業所の年間研修計画に沿った研修及び必要な教育の実施状況を確認する。
- ③ 日常的な支援について利用者の人権を尊重した適切な支援が行われているか確認する。
- ④ 身体拘束の必要がある場合には、慎重に調査し検討及び対策を講じる。
- ⑤ 身体拘束が発生した場合、適切な手続きを・適正な方法で行われたかどうか確認する。

#### (3) 記録及び周知

委員会での検討内容の記録様式を定め、これを適切に作成・説明・保管するほか、委員会の結果について、職員等に周知徹底する。

#### 4 身体拘束等適正化のための研修に関する基本方針

- (1)身体的拘束適正化に向けて、基礎的内容の知識の普及・啓発を図ることを目的に実施する。
- (2)研修は年1回以上、全職員を対象に開催する。また、必要に応じて臨時開催する。

#### 5 身体拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針（身体拘束ゼロに向けて）

- (1)利用者が主体的に行動し、尊厳ある生活を送れるように支援する。
- (2)言葉や対応等で、利用者の精神的な自由を妨げない。
- (3)利用者の思いをくみ取り、利用者の意向に沿ったサービスを提供し、多職種協働で個々に応じた丁寧な対応に努める。
- (4)利用者の安全の確保を理由として、利用者の自由（身体的・精神的）を安易に妨げない。
- (5)「やむを得ない」と身体拘束につながる恐れのある行為を行っていないか常に振り返りながら、利用者に主体的な生活をしていただけるよう支援・介護する。

#### 6 緊急をやむを得ず身体拘束を行う場合の対応方針

利用者の個々の心身の状況を勘案し、疾病・障害を理解した上で、身体拘束を行わない支援・介護の提供をすることが原則である。しかしながら、以下の3つの要素のすべてを満たす状態にある場合は、必要最小限の身体拘束を行うことがある。

- (1)切迫性：利用者本人又は、他の利用者等の生命又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支援・介護方法等がないこと。
- (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。

緊急やむを得ず身体的拘束を行わざるを得ない場合、個別援助計画等への記載及び利用者・家族への十分な説明を行い、同意を得るとともに、必要な事項の記録及びモニタリングを徹底し早期の身体拘束解除を目指す。

#### 7 事業所内で発生した身体拘束等に関する報告

緊急をやむを得ない理由から身体拘束を実施している場合には、身体的拘束の実施状況や利用者の日々の態度を記録し、委員会で拘束解除に向けた確認を行う。

令和6年4月1日

身体抑制に関する説明・同意書

様

記

- A. 利用者本人、又は、他の利用者等の生命又は、身体が危険にさらされる危険性が著しく高い。  
B. 身体抑制その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない。  
C. 身体抑制、その他の行動制限が一時的である。

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 身体抑制の方法<br>(場所、行為(部位・内容)) |  |
| 抑制の時間帯及び時間                |  |
| 特筆すべき心身の状況                |  |

上記の通り実施いたします。

令和 年 月 日

社会福祉法人伊佐市社会福祉協議会

事業所名

管理者

同席者

- 私は、一時的身体抑制についての説明を受け、その内容を理解しましたので、必要時、抑制されることに同意します。  
 理解しましたが、同意いたしません。  
 同意能力がなく、身内のない方の場合は、事務局長の署名とする。

令和 年 月 日

本人署名

代理人署名

本人との関係 ( )