

## 特別養護老人ホームサニーポート小名浜 身体拘束廃止の指針

### (総則)

第1条 この指針は特別養護老人ホームサニーポート小名浜及び短期入所生活介護事業所サニーポート小名浜と通所介護事業所サニーポート小名浜（以下、「特別養護老人ホームサニーポート小名浜」という）が施設一丸となって利用者に対する身体拘束を廃止し、もって利用者の人権および尊厳を守るための以下の諸活動を定めることを目的とする。

- (1)身体拘束の理解
- (2)身体拘束の防止
- (3)身体拘束の廃止

### (身体拘束の定義)

第2条 厚生労働省の「身体拘束ゼロへの手引き」では以下のような11の行為を身体拘束にあたるとしている。

- ①徘徊しないように、車椅子やいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
  - 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・経管栄養のチューブを抜かないように、又は皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋をつける。
  - 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字型抑制帯や腰ベルト、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自分の意志で開けることのできない居室等に隔離する。
- ただし、当施設では上記の行為以外にも利用者の意思に反する、あるいは利用者の意思が確認できないまま行われる行動制限のための行為はすべて身体拘束とみなすものとする。
- ⑫医療器械の使用時にマスクやチューブ等はずさない為に四肢をひも等で縛ったり、ミトン型の手袋をつける。

### (身体拘束廃止の根拠)

第3条 以下の見地にたち、特別養護老人ホームサニーポート小名浜では身体拘束廃止に向けて取り組むものとする。

- (1)「指定介護老人福祉施設の人員、設備および運営に関する基準」第11条4項

「指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者または他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはなら

ない。」

(2) 「指定介護老人福祉施設の人員、設備および運営に関する基準」第11条5項  
「指定介護老人福祉施設は、前項の身体的拘束等をおこなう場合には、その様態及び時間、その際の入所者の心身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。」

(3) 基本的人権は、全ての利用者に保障されている権利であり、身体拘束を行うことはその基本的人権を侵害することである。

(役割)

第4条 身体拘束廃止について施設を挙げて取り組むため、各職種が以下のような役割を負う。

(1)施設長

身体拘束廃止を当施設運営の重要課題として位置づけ、実現に向け強い決意を表明しリーダーシップを発揮していく。

(2)生活相談員

身体拘束廃止に向けての情報収集および体制作りをおこなう。

(3)ユニットリーダー

身体拘束廃止に向けて現場で発生する問題や課題の解決にあたる。

(4)介護職員

身体拘束廃止についての施設の方針を理解し、積極的に取り組む。課題が発見されたら適切な情報収集の後、ユニットリーダーに相談する。

(5)看護職員

身体拘束廃止について、看護面から関与をおこなう。日常の看護業務から身体拘束廃止に必要な情報を集約し他職種と共有する。

(6)機能訓練指導員

身体拘束廃止に向けて、機能訓練・PT面からの関与をおこなう。適切な車椅子、ベッド、ポータブルトイレおよびそれらの周辺環境の整備をおこなう。

(委員会の設置)

第5条 身体拘束廃止について施設を挙げて取り組むため、当施設に「身体拘束廃止委員会」(以下「委員会」という。)を設置する。

(1)委員会は次に掲げるもので構成する。

ア 施設長

イ 看護職員

ウ 介護職員

エ 介護支援専門員

オ 生活相談員

カ 機能訓練指導員

キ その他、施設長が必要と認めた職員(外部の専門職も含む)

(2)施設長は上記職種より委員長を任命することができる。

(3)委員会は委員長が召集し、議論すべき事項は、委員にあらかじめ通知する。

- (4) 委員長の判断により開催する。
- (5) 委員会は身体拘束対象者が発生した場合、ワーキングチームとしてケース会議(メンバー：施設長・看護師・介護員・機能回復訓練員・栄養士・介護支援専門員)を内部に設ける。(拘束対象者の経過及び対応策の検討を随時行う)

(委員会の任務)

第6条 委員会は下記の業務を行う。

- (1) 身体拘束の問題提起に至る経過の確認
- (2) 代替案についての多面的な検討をして、決定する
- (3) 心理面・社会面・環境面等からの多面的なアセスメント
- (4) 身体拘束廃止についての施設内研修を実施し、啓蒙する
- (5) 外部で開催される身体拘束廃止についての研修に職員を派遣する。派遣された職員は施設内で伝達研修をおこなう

(その他の活動)

第7条 身体拘束廃止に向けて恒常的に次の活動をおこなう。

- (1) 契約書・重要事項説明書に当施設の方針を明示する。
- (2) 半年に1回、当施設の身体拘束廃止への取り組みについて家族懇談会等で報告する。

(具体的な対応)

第8条 <新規入所利用者>

(1) 入所前の環境における情報収集

生活相談員は入所前面接時、身体拘束を受けているかどうか確認し、受けているという情報を得た場合、できる限りその入所希望者のところに赴き、以下の情報を収集する。

- (ア) どのような種類の身体拘束を受けているか。
- (イ) どのような理由で身体拘束を受けているか。
- (ウ) どのような時間帯に身体拘束を受けているか。
- (エ) いつごろから身体拘束を受けているか。
- (オ) これまで身体拘束を廃止しようとする試みはあったか。あったとしたらその経過。
- (カ) 身体拘束を受けていることで入所希望者にどのような影響がでているか。
- (キ) 身体拘束についての本人や家族の意向。

(2) 当施設の身体拘束廃止についての方針を説明

入所希望者が入所前の環境において身体拘束を受けている、いないにかかわらず、当施設の身体拘束廃止についての方針を利用者および家族に説明する。現在、身体拘束を受けている入所希望者には特に念入りに説明する。

(3) 身体拘束廃止に向けた検討会議

生活相談員は身体拘束廃止に向けた検討会議を開催し、(2)で得た情報を関係する職種に伝え、身体拘束廃止のための具体策について検討する。

#### (4)入所

入所時面接において、上記の検討会議で検討された内容と身体拘束廃止に向けての取り組みを利用者および家族に説明し、身体拘束廃止に向けた取り組みを開始する。

入所と同時に身体拘束廃止をおこなうことが困難な場合は、次項に準ずる。

(具体的な対応)

#### 第9条 <すでに入所している利用者>

##### (1)問題提起

ある利用者について身体拘束が必要と判断された場合は、ユニットリーダーを經由してケース会議で話し合い施設長に報告する。施設長は実施の前に必ず委員会を開催し、その妥当性を検討する。

##### (2)身体拘束の可否の決定

上記のプロセスを経て、身体拘束をおこなうかどうか施設長が決定する。

(身体拘束を実施する場合の手続き)

#### 第10条 身体拘束を実施する場合の手続きは以下のとおりとする。

##### (1)委員会にて「切迫性」「非代替性」「一時性」の3つの要素を確認する。

生活相談員は「身体拘束に関する説明書」を作成し、利用者・家族に説明し同意を得る。

##### (2)介護職員は身体拘束をおこなっている期間中、「緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録」に記入する。予め定められた頻度で再検討をおこなう。

(身体拘束の期間)

#### 第11条 原則1か月として、拘束・行動制限の必要な理由、身体拘束の方法、拘束の時間帯等を家族に説明する。「身体拘束に関する説明書」に確認の署名をもらう。(疾病によっては3か月とする)

(記録の保管)

#### 第12条 委員会の審議内容等、施設内における身体拘束に関する諸記録は利用終了後5年間保管する。

(指針等の見直し)

#### 第13条 本指針等は委員会において定期的に見直し、必要に応じて改正するものとする。

以 上

平成27年4月1日制定

## 身体拘束に関する説明書・経過観察記録（例）

### 緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書

1 \_\_\_\_\_様の状態が下記の ABC 全てを満たしているため、緊急やむを得ず下記の方法と期間等において最少限度の身体拘束を行います。

2 ただし、解除することを目標に鋭意検討を行うことを約束いたします。その際の検討内容につきましても、どうぞ一緒にご相談にのって頂けますようお願い致します。

### 記

- A ご利用者ご本人、又は他のご利用者の生命、身体が危険にさらされる可能性が著しく高い
- B 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
- C 身体拘束その他の行動制限が一時的である

個別の状況による拘束の必要な理由	入所時、全盲・認知症・難聴による介護拒否・被害妄想・脱衣行為・不穏・多動・拒否・睡眠障害顕著。精神科医との連携及び本人との介護者のコミュニケーションと信頼関係を築く過程で、身体拘束の必要なく生活ができるようになった。しかし、向精神薬の蓄積が見られ始め、精神科医との連携の上、段階的に減薬調整。H○. ○. ○に全面休薬となってから、入所当時の諸所の問題行動が復活。一分たりとも目を離せぬ多動行為が見られ始め、車椅子からの転落や車椅子ごとの転倒が起こり、安全策として一時的に車椅子上でのテーブル使用が必要と判断したため。
------------------	---

そこまでに至った 実施アセスメント内容 (PT・OT 評価含)	別紙ケース記録参照。
身体拘束の方法 (場所・行為(部位・内容))	車椅子上にいる時の車椅子テーブルの着用。 (身体拘束ではないが)車椅子上に座していられぬほどの多 動となったら個室に移動し、そこで自由に動き回ってもらう ように対応する。
拘束の時間帯及び時間	排泄介助の下記の時間帯はどうしても職員が手薄なため、設 定。 9 : 00～10:00、16:00～18:00 18 : 00～20:00 (昼食後はベッドか個室の布団にて着床)
拘束開始及び解除の予定	H○年○月○日から H○年○月○日まで (次回精神科医師来園日まで)
再アセスメント予定日	H○年○月○日(○/○精神科医との連携後の様子観察期間必 要なため)

平成○年○月○日

○○○ホーム 施設長 ○○ ○○ 印  
記録者 ○○ ○○ 印

前記の件について説明を受け、確認いたしました。

平成○年○月○日

氏名 ○○ ○○  
(本人との続柄 ○)

## 身体拘束に関する説明書・経過観察記録

### 緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書、および同意書

1 \_\_\_\_\_様の状態が下記の ABC 全てを満たしているため、緊急やむを得ず下記の方法と期間等において最少限度の身体拘束を行います。

2 ただし、解除することを目標に鋭意検討を行うことを約束いたします。その際の検討内容につきましても、どうぞ一緒にご相談にのって頂けますようお願い致します。

### 記

- A ご利用者ご本人、又は他のご利用者の生命、身体が危険にさらされる可能性が著しく高い
- B 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
- C 身体拘束その他の行動制限が一時的である

個別の状況による拘束の必要な理由	
------------------	--

そこまでに至った 実施アセスメント内容 (PT・OT 評価含)	
身体拘束の方法 (場所・行為(部位・内容))	
拘束の時間帯及び時間	
拘束開始及び解除の予定	
再アセスメント予定日	

上記のとおり実施いたします

平成 年 月 日

特別養護老人ホームサニーポート小名浜 施設長

印

記録者

印

上記の件について説明を受け、確認の上、同意します。

平成 年 月 日

氏名

印

(本人との続柄

)



【記録1】

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書、および同意書

様

- 1 あなたの状態が下記のABCをすべて満たしているため、緊急やむを得ず、下記の方法と時間等において最小限度の身体拘束を行います。
- 2 ただし、解除することを目標に鋭意検討を行うことを約束いたします。

記

- A 入所者（利用者）本人又は他の入所者（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
- B 身体拘束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 身体拘束その他の行動制限が一時的である

個別の状況による拘束の必要な理由	
身体拘束の方法 〈場所、行為(部位・内容)〉	
拘束の時間帯及び時間	
特記すべき心身の状況	
拘束開始及び解除の予定	月 日 時から 月 日 時まで

上記のとおり実施いたします。

平成 年 月 日

特別養護老人ホームサニーポート小名浜 施設長 \_\_\_\_\_ 印  
記録者 \_\_\_\_\_ 印

(利用者・家族の記入欄)

上記の件について説明を受け、確認の上、同意します。

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(本人との続柄 \_\_\_\_\_ )

医師	施設長	事務長	介護支援専門員	看護師	相談員

### ご利用者の行動制限に伴う経過記録・再検討記録（例）

ご利用者氏名 \_\_\_\_\_ 殿      男      女      歳

実際に行動制限を実施した期間

平成      年      月      日より平成      年      月      日まで

日時	ご利用者の行動制限に伴う経過記録・再検討記録
平成    年    月    日	現在はソファ離床を実施中です。ご本人様は、ご自分の認知症状に対して病識がないことから、離床時には独りで歩き出すことが多く、その度に職員が止めており危険な状況です。特にこのところ、頻繁に歩き出し危険です。今回検討の結果、離床時の転倒事故から保護する必要性が高いことと、他に抑制的でない方法が困難なことから、行動制限の申請に至りました。その旨を、長女の夫に連絡し、ご同意をいただきました。 (担当ケアワーカー〇〇・〇〇・主任生活相談員)
平成    年    月    日	ご本人の状況に、変化はみられません。ご自分の認知症状に対して病識がないことから、離床時には独りで歩き出すことが多く、車椅子で安心ベルトを使用し、身体拘束をされた生活を余儀なくされています。今回検討の結果、離床時の転倒事故から保護する必要性が高いことと、他に抑制的でない方法が困難なことから、引き続き次回の行動制限の継続申請に至りました。 (担当ケアワーカー〇〇・〇〇・主任生活相談員)

医師	施設長	事務長	介護支援専門員	看護師	相談員

ご利用者の行動制限に伴う経過記録・再検討記録

ご利用者氏名 \_\_\_\_\_ 殿      男      女      歳

実際に行動制限を実施した期間

平成      年      月      日より平成      年      月      日まで

日時	ご利用者の行動制限に伴う経過記録・再検討記録
平成      年      月      日	
平成      年      月      日	
平成      年      月      日	
平成      年      月      日	