

伊勢市社会福祉協議会 身体拘束等の適正化のための指針

(身体拘束等の適正化に関する基本的な考え方)

第1条 社会福祉法人伊勢市社会福祉協議会(以下「本会」といいます)においては、以下の考え方に基づき身体拘束等の適正化に取り組みます。

◇身体的拘束の原則禁止

身体的拘束は利用者の生活の自由を制限することで重大な影響を与える可能性があります。本会は、利用者一人一人の尊厳に基づき、安心・安全が確保されるように基本的な仕組みをつくり、事業を運営します。

身体的・精神的に影響を招く恐れのある身体的拘束は、やむを得ない場合を除き原則として実施しません。

◇身体的拘束に該当する具体的な行為

身体的拘束に該当する具体的な行為は、以下の通りです。

- 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、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)
- 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自分の意志で開くことの出来ない居室等に隔離する。

〈「身体拘束ゼロへの手引き」(平成13年3月厚生労働省)より〉

(※1)身体拘束は、本人の身体の機能や行動を制限する目的で行われる各種の行為である考えるのが適当です。そのため、座位保持装置等の障害者の身体状況に合わせて安全かつ安楽な姿勢が取れるようにオーダーメイドされた物や、病状等の進行や疼痛を防止する目的、変形や拘縮を防止し体幹を安定させることで活動性を高める目的で使用されるベルトやテーブルについては、一律に身体拘束と判断するのではなく、目的に応じて適切に判断することが求められます。

〈障害者福祉施設等における障害者虐待の防止と対応の手引き(令和2年10月厚生労働省)より〉

>

◇目指すべき目標

切迫性、非代替性、一時性の全てに該当すると判断された場合、本人、又は家族への説明、確認を得て拘束を実施する場合がありますが、その場合も利用者の状態や介護の見直し等により、拘束の解除に向けて取り組みます。

切迫性:利用者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

非代替性:身体的拘束を行う以外に代替する介護方法がないこと

一時性:身体的拘束が一時的なものであること

(身体拘束適正化検討委員会の組織に関する事項)

第2条 本会では、身体拘束等の廃止に努める観点から、「身体拘束適正化検討委員会」を組織します。

(1) 身体拘束適正化検討委員会は、本会が運営する障害福祉サービス事業所、指定計画相談支援事業所(一体的に運営する指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所を含む)、及び日中一時支援事業くじらキッズ(以下「障害福祉サービス事業所等」といいます)の虐待防止責任者を委員とし、総務経営企画課事業推進係を事務局とします。

(2)身体拘束適正化検討委員会は虐待防止委員会と一体的に行う場合があります。

(3)身体拘束適正化検討委員会は、年に1回以上、開催します。

(4)身体拘束適正化検討委員が、身体拘束適正化検討委員会に参加することが難しい場合は、同一事業所の他の職員を身体拘束適正化検討委員代理として参加させることができるものとします。

(5)身体拘束適正化検討委員会では、次のような内容について協議するものとします。

①身体拘束適正化検討委員会その他本会の組織に関すること

②身体拘束等の適正化のための指針の整備に関すること

③身体拘束等の適正化のための職員研修の内容に関すること

④身体拘束等について、職員が相談や報告できる体制整備に関すること

⑤職員が身体拘束等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること

⑥身体拘束等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること

⑦再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

(身体拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針)

第3条 職員に対する身体拘束等の適正化のための研修の内容は、身体拘束等に関する基礎的内容等の適切な知識を普及や啓発するものであるとともに、本指針に基づき、身体拘束等の適正化を徹底します。

障害福祉サービス事業所等では、年1回以上身体拘束等の適正化のための研修を行います。

また、障害福祉サービス事業所等において、新規に職員を採用した時には概ね3ヶ月以内に研修を実施します。ただし、本会の他部署で同等の研修を受けたことがある者については、研修受講済みとし新規採用時の研修を免除します。

身体拘束等の適正化のための研修は、虐待防止研修と一体的に行う場合があります。

研修の実施内容については、記録を5年間保存します。

(本会で発生した身体拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針)

第4条 身体拘束等の事案については、その全ての案件を身体拘束適正化検討委員会に報告するものとします。

この際、障害福祉サービス事業所等の虐待防止責任者が、定期開催の身体拘束適正化検討委員会を待たずして報告を要すると判断した場合は、臨時的に同委員会を招集するものとします。

(身体拘束等発生時の対応に関する基本方針)

第5条 利用者又は他の利用者等の生命、身体を保護するための措置として、緊急やむを得ず身体拘束等を行わなければならない場合、以下の手順に従って実施します。

①組織による決定と記録

◇個別支援計画がある事業(就労継続支援B型、生活介護、居宅介護)の場合

やむを得ず身体拘束等を行うときには、担当職員又は関係者で身体拘束等の必要性や原因・解決方法を検討し、個別支援会議において組織として慎重に検討・決定します。

身体拘束等を行う場合には、個別支援計画の備考欄に身体拘束等の態様及び時間、緊急やむを得ない理由を記載します。

◇個別支援計画が無い事業(短期入所、計画相談、日中一時支援事業くじらキッズ)の場合

やむを得ず身体拘束等を行うときには、担当職員又は関係者で身体拘束等の必要性や原因・解決方法を検討し、支援会議において組織として慎重に検討・決定します。

身体拘束等を行う場合には、支援経過に身体拘束等の態様及び時間、緊急やむを得ない理由を記載します。

前記の内容にかかわらず、緊急性が高く、利用者又は他の利用者の生命を保護するために必要な場合には、身体拘束等を行う場合があります。

その場合、担当職員は、対応内容を虐待防止責任者に報告し、状況が落ち着いてから、改めて個別支援会議又は支援会議(以下「個別支援会議等」といいます)で、検討・決定します。

②本人・家族への十分な説明

身体拘束等を行う場合には、手続きの中で、利用者や家族に十分に説明をし、了解を得ます。

様式1「身体拘束等に関する説明・同意書」に、個別状況による身体拘束等が必要なその理由、方法、時間帯及び時間、その際の利用者の特記すべき心身の状況並びにその他必要な事項を記

載し、利用者等に説明と同意を得ます。

③行政への相談、報告

身体拘束等を行う場合、市町村の障害者虐待防止センター等に相談・報告します。

なお、伊勢市の障害者虐待防止センターは、伊勢市福祉生活相談センターです。

④必要な事項の記録

身体拘束等を行った場合には、様式2「身体拘束等に関する経過観察・再検討記録」にその態様及び時間、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等を記録します。

また、継続して身体拘束等の原因となる状況の分析を徹底的に行い、身体拘束等の解消に向けた取組方針や目標とする解消の時期などを統一した方針の下、利用者個々人のニーズに応じた個別の支援を検討します。身体拘束等の観察と検討の結果、身体拘束等を解除した場合、直近の個別支援会議等で報告します。

(本指針の公表に関する基本方針)

第6条 本指針を障害福祉サービス事業所等で閲覧することが出来るようにするとともに、本会のホームページで公開します。

附則

この指針は、令和4年4月1日より施行します。

身体拘束等に関する説明・同意書

様

1 下記のABCのすべてを満たしているため、緊急やむを得ず、下記の方法と時間等において、必要最小限の身体拘束、その他行動を制限する行為を行います。

ただし、身体拘束その他の行動制限を解除することを目標に、必要性や方法について再検討を行います。

A利用者本人又は他の利用者の生命、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手段がない。

C身体拘束その他の行動制限が一時的なものである。

ただし、必要性がないと判断された場合若しくはご本人から使用中止の申し出があった場合、には、速やかに中止します。

対応の概要

| | |
|-----------------|----------------------|
| 個別の状況による理由 | |
| 方法（場所、行為、部位、内容） | |
| 時間帯及び時間 | |
| 特記すべき心身の状況 | |
| 開始及び解除の予定 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |

上記のとおり対応します。

年 月 日

施設名：

代表者氏名：

印

説明者氏名：

印

上記の件について説明を受け、同意しました。

年 月 日

利用者氏名：

印

家族又は代理人：

印

身体拘束等に関する経過観察・再検討記録

様

| 月日 | 時間 | 日々の心身の状態等の 観察・再検討結果 | 支援決定会議 参加者名 | 記録者サイン |
|----|----|------------------------|----------------|--------|
| / | | | | |
| / | | | | |
| / | | | | |
| / | | | | |
| / | | | | |
| / | | | | |
| / | | | | |
| / | | | | |