

身体拘束適正化検討委員会議議題

施設名ホームヘルプサービスくるみ（高齢者訪問介護）

ホームヘルプサービスしらかば（障害者居宅介護）

【1 開催概要】

○開催日時 令和5年5月25日(木) 12時00分～13時00分

○開催場所 当法人事務所（佐賀管佐賀市新中町8番20号）

○参加者（※施設の状況に応じて修正ください）

| | | | | | |
|-------|------|------|-------|------|-------|
| 代表 | 横尾正文 | 管理者 | 副島かおり | | |
| 職業指導員 | | | | | |
| その他 | 横尾智子 | 石井有紀 | | 記録担当 | 川崎央里絵 |

○議題

①前回の振り返り

②3要件（切迫性、非代替性、一時性）の再確認

③（身体拘束を行っている利用者がある場合）

3要件の該当状況を個別具体的に検討し、併せて利用者の心身への弊害、拘束をしない場合のリスクを評価し拘束の解除に向けて検討する。

④（身体拘束を開始する検討が必要な利用者がある場合）

該当なし

3要件の該当状況、特に代替案について検討する。

⑤（今後やむを得ず身体拘束が必要であると判断した場合）

今後医師、家族等との意見調整の進め方を検討する。

⑥意識啓発が必要な事項の見直し

⑦今後の予定（研修・次回委員会）

⑧今回の議論のまとめ・共有

【2 議事概要】

(1)前回の振り返り

前回議事録や研修等の実施状況を確認し、委員会の決定が機能しているか確認

(2)該当する行為・やむを得ず身体的拘束を行う際の3要件の再確認

(3) (身体拘束を行っている利用者がある場合)

参考様式③「緊急やむを得ない身体拘束に関する利用者の日々の態様記録」等を参考に、3要件の該当状況を個別具体的に検討し、併せて利用者の心身への弊害、拘束をしない場合のリスクを評価し拘束の解除に向けて検討する。

- i 現在、身体拘束に該当する利用者数0人
- ii 各人別の身体拘束解除に向けた検討

| 居室 | 利用者氏名 | 現拘束の内容 |
|--------|-------|--------|
| 切迫性 | | 該当/非該当 |
| 非代替性 | | 該当/非該当 |
| 一時性 | | 該当/非該当 |
| 適正化の方針 | | |
| 期間(終期) | | |

(※「身体拘束解除」に向けて具体的な検討とその内容を記載ください。)

(4) (身体拘束を開始する検討が必要な利用者がある場合)

緊急やむを得ない身体拘束に該当するか3要件の該当状況を具体的に確認し、特に代替案について検討する。

| | 利用者氏名 | 3要件該当状況 | 該当/非該当 |
|------|--|-----------|--------|
| 切迫性 | <u>(※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が分かる具体的な状況を記載する)</u> | | |
| 非代替性 | <u>(※他の方法を検討した結果、それでもなお身体拘束を行う以外に代替する方法がないのであれば検討した代替方法とそれが対応策として不十分である理由を記載する)</u> | | |
| | 代替案1 | 代替案1 不可理由 | |
| | 代替案2 | 代替案1 不可理由 | |
| 一時性 | <u>(※身体拘束が一時的なものであり、利用者の状態等に応じて必要最小限の期間と最も短い拘束時間に設定されていることとその理由を記載する)</u> 開始予定 令和〇年〇月〇日〇時 ~解除予定 令和〇年〇月〇日〇時まで 拘束が必要となる時間 〇時~〇時(※または「入眠時のみ」など) | | |
| 適正化策 | | | |



緊急やむを得ない身体的拘束に関する説明書

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、下記の方法と時間帯において最小限度の拘束を行います。
- 2 ただし、解除することを目標に日々の態様を記録し、身体拘束適正化委員会で具体的に鋭意検討を行うことを約束致します。

記

| | |
|--|---|
| A 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 | |
| B 非代替性 身体拘束を行う以外に代替する介護方法がない | |
| C 一時性 身体拘束が一時的なものである | |
| 拘束が必要となる理由 (個別の状況) | |
| 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 (※具体的に記載してください) | |
| 拘束開始及び解除の予定 (※特に解除予定を記載) | 開始予定 令和 年 月 日 時 から 解除予定 令和 年 月 日 時 まで (※明示ください) |

上記のとおり実施致します。

令和 年 月 日

法人代表(理事長) 横尾 正文 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、確認しました。

令和 年 月 日

利用者名 _____ 印

対応者氏名(本人との続柄) _____ 印

緊急やむを得ない身体拘束に関する利用者の日々の様様記録

様

| 年月日時 (状況) | 日々の心身の状態等の観察 (文言) | 備考 (身体拘束・挙動等の 図・イラスト等) (※必要に 応じて使用) | 確認者 サイン |
|--------------|-------------------|---|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



身体拘束適正化 対応フロー図

