参考様式①

身体拘束適正化検討委員会議事録(作成例)

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿

【１　開催概要】

○開催日時　令和○年○月○日(＿＿)　＿＿：＿＿～＿＿：＿＿

○参加者(※施設の状況に応じて修正ください)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表 |  | 管理者 |  | サービス管理責任者 |  |
| 職業指導員 |  | 生活支援員 |  | 看護職員 |  |
| その他 |  | 記録担当 |  |  |  |

○議題(※イメージです。施設の状況に合わせ検討ください(“必須”は原則必須項目))

①前回の振り返り “必須”

②３要件（切迫性、非代替性、一時性）の再確認“必須”

③（身体拘束を行っている利用者がいる場合）

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いる場合）

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“必須”

⑦今後の予定(研修・次回委員会) “必須”

⑧今回の議論のまとめ・共有“必須”

【２　議事概要】（※“必須”は原則必須項目です）

⑴前回の振り返り“必須”

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する。

⑵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

※事例を参考に施設において適宜情報を収集・追加されてください

⑶（身体拘束を行っている利用者がいる場合）

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＿＿＿＿＿人

ⅱ　各人別の身体拘束解除に向けた検討(※欄は適宜追加して使用ください)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。）

⑷（身体拘束を開始する検討が必要な利用者がいる場合）

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 | *(※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)* | | | | |
| 非代替性 | *(※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)* | | | | |
| 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 | *(※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)*  開始予定　令和○年○月○日○時　～解除予定　令和○年○月○日○時まで  拘束が必要となる時間　○時～○時(※または「入眠時のみ」など) | | | | |
| 適正化策 |  | | | | |

⑸（今後やむを得ず身体的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。

①医師・家族との意見調整を進める担当者＿○○○○＿

②身体拘束開始日　令和○年〇月〇日・身体拘束解除日　令和○年〇月〇日

③いつ、どのような拘束を実施するのか　＿○時～○時、＿＿○○を実施＿＿

④留意事項・その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑹意識啓発が必要な事項の見直し“必須”（特に上記③・④の対象が居ない場合）

身体拘束適正化のための指針、研修等の中で周知が必要な部分（理解が弱いと感じる部分（現在のケアの再確認・見直し等を含む）、今後の方針等）を確認し、今後の職員への意識啓発のための方針を決定する。

⑺今後の予定（研修・次回委員会） “必須”

①身体拘束適正化に関する研修について確認 （※年複数回）

　※開催日時、内容、担当者、資料作成進捗等

②次回委員会の日時・場所について（三カ月に一回以上の頻度）

⑻議論のまとめ・共有“必須” ※記録を職員（介護職員その他の従業者）に回覧する

（※直近で取り組むべきことやその進め方、期間をまとめ、本様式に記録する）

各職員回覧確認欄(氏名・確認日記入)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 役職 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| チェック |  |  |  |  |  |  |  |  |

参考様式②

緊急やむを得ない身体的拘束に関する説明書（作成例）

○○○○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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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） |

記

上記のとおり実施致します。

令和　　　年　　　月　　　日

法人代表（役職名○○○○）　　○○○○　印

記録者（役職名○○○○）　○○○○　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

入居者　○○○○　　　　　印

対応者氏名（本人との続柄）　　○○○○　　印

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(参考例)

○○○○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(作成例)

介護等の現場で身体拘束の必要性が懸念される事態発生

利用者・ご家族への説明・参考様式②への記名・押印

身体拘束の実施・日々の態様の確認・記録（参考様式③）

委員会で定めた期間の経過ほか状況の変化など必要に応じて再度委員会で検討

必要性が懸念される（委員会検討事項）

必要性が認められない（介護の見直し）

施設長・主任職員等で身体拘束実施が必要と懸念されるか判断

介護職員への伝達

＜身体拘束適正化検討委員会＞

参考様式①に記録し保管ください（拘束実施に至った場合２年間保存）

利用者・家族への説明内容（参考様式②説明欄の確認） ・説明者の確認

○入居者の態様の確認

○身体拘束必要性（３要件について個別具体的に）判断

切迫性、非代替性、一時性（特に非代替性）

必要性が認められない（介護の見直し）

○職員伝達事項確認

○職員伝達者確認

緊急やむを得ない身体拘束の必要性が認められた場合

○拘束実施方法の検討

○拘束実施時間・期間の検討（具体的に検討・明記すること）

（※必要性があると判断された場合でも必要最小限度に限る）

施設長・主任職員等に報告

緊急的に施設の緊急時対応マニュアルで対応び突発的・緊急的な事態

夜間及び突発的・緊急的な対応が必要