

身体的拘束適正化のための指針

1. 身体的拘束の適正化に関する考え方

- (1) 職員全員が、基本的に身体的拘束は行わないことを認識する
- (2) 常に患者の尊厳を守り、行動の自由の拡大を視野に入れたサービスの提供に努める
- (3) やむを得ず身体的拘束を行う場合は、適応基準に基づき、医師の指示のもと、本人・家族への十分な説明を行い、同意を得てから行う
- (4) 患者の状態に合わせアセスメントをし、適切な方法で手順をもとに実施する
- (5) 身体的拘束を行った場合は、目的、理由、拘束の方法、拘束時間などを説明し記録する
- (6) 身体的拘束実施後の観察、評価を必ず行ない、早期解除に取り組む

2. 基本方針

当院は身体的拘束を行わない方針であるが、患者の生命または、身体を保護するために緊急やむを得ない場合のみ実施し、患者の尊厳を尊重した関わりができるように努める

3. 身体的拘束等適正化のための体制

- (1) 身体的拘束の適性化を図るために、身体的拘束の最小化に向けて委員会を設置。委員会会議は、3ヶ月に1回以上開催する。活動は、「身体的拘束最小化チーム」と称して（以下、「チーム」という）、指針に基づき活動する。
- (2) チーム構成は、認知症・せん妄ケアチーム・転倒転落事故防止対策チームにて構成する
職種は、医師・看護師・コ・メディカル・事務職などの多職種で構成する（メンバーは、別紙参照）
- (3) チームの役割
 - ① 身体的拘束の実施状況（取り組み・実施率の推移など）を把握し、職員に周知する
 - ② 身体的拘束実施事例の最小化に向けた医療・ケアをカンファレンスおよびラウンドにて検討する
 - ③ 定期的に本指針・基準など見直し、職員へ周知し活用する
 - ④ 身体的拘束最小化のための職員研修を開催し（年2回程度）、記録する

4. 適応基準

- (1) 緊急やむを得ない場合の例外3原則（切迫性、非代替性、一時性）に準ずる
 - 【切迫性】行動制限を行わない場合、患者の生命または身体が危険にさらされる可能性が高い（意識障害、説明理解力低下、精神症状に伴う不穏、興奮）
 - 【非代替性】行動制限以外に患者を確保する方法がない（薬剤の使用、病室内環境の工夫では対処不能、継続的な見守りが困難など）
 - 【一時性】行動制限が一時的なものである
- (2) 身体的拘束の必要性をアセスメントする
 - ① 対象者の生命に及ぼす危険性を評価する
 - ② 原因を探る：（背景・身体状況・環境・治療などの側面）など
 - ③ 原因除去の対応ができていないか（恐怖を与えないような対応はできているか。睡眠状態、苦痛症状のコントロール、面会、気分転換できているか）
 - ④ 回避・軽減（代替）方法の検討
 - ・点滴は必要か
 - ・注射は内服に変更できないか
 - ・胃管カテーテルは必要か
 - ・尿道留置カテーテルの必要性
 - ・安静度は拡大できないか
 - ・病室の移動はできないか

- ・生活のリズム確立のためにどんなケアができるか

上記①～④の検討をしても改善が望めない場合、看護管理者・チームスタッフと共に考える

以下の場合などが対象となる可能性が高い

- ・転倒・転落などの危険性がある場合
- ・点滴ルート、挿管、ドレーン類などの医療器具を触るなど自己抜去する恐れがある場合
- ・必要な治療、手術、検査、医療ケアを拒否される場合
- ・体動によって患者自身の安静または患部の安静が保てない場合
- ・患者の創部汚染が予測される場合
- ・認知機能の低下などで徘徊があり病室に戻れなくなる或いは行方不明になる場合
- ・不穏、興奮で自傷行為があり安静が保てない場合
- ・不穏、興奮状態で周囲への迷惑行為が見られる場合
- ・機能回復目的、向精神薬服用中の患者で姿勢が崩れ、体位保持が困難である

(3) 具体的抑制内容

- ①自分で降りられないようにベッド柵を設置する（乗り越えて転落する可能性のある患者は不可）
- ②車椅子からずり落ちたり、立ち上がったたりしないように安全ベルト（Y字型）を使用する
- ③体動が激しく転落しないようにベッドに体幹や四肢を抑制帯などで固定する
- ④点滴・経管栄養・気切部カニューレ等を抜去しないようにミトン等を装着する
- ⑤脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ）を着用する
- ⑥手術・検査・治療などの際に常にスタッフが観察している場合の一時的な四肢及び体幹の「固定」であり、行動制限に当たらないために「身体拘束」としない。（アンギオ・TACE・内視鏡など含む）手術室から帰室後、継続して抑制が必要な場合は、医師の指示の元「身体拘束開始」とする
- ⑦整形外科疾患などの治療や点滴などのシーネ固定等は「身体拘束」としない
- ⑧薬剤による行動制限は身体拘束に該当しないとすが、患者・家族などに説明を行い同意を得て使用する

生命維持装置装着中や検査時など、薬剤による鎮静を行う場合は鎮静薬の必要性和効果を評価し、必要な深度を超えないよう適正量の薬剤使用とする

行動を落ち着かせるために向精神薬などの使用時は、患者に不利益が生じない量を使用する

5. 適応基準の確認

医師・看護管理者・受け持ち看護師など多職種が上記「適応基準」に該当するかを協議し、医師が決定する医師は、同意書「生活上の安全対策（行動制限 抑制・拘束）」を作成して指示を出し診療録に身体的拘束が必要な状況等を必ず記載する

夜間・緊急性のある場合、看護師の判断にて身体的拘束を行い、早急に医師へ報告し患者家族に説明、同意を得、その経過を記録する

6. 患者本人及び家族への説明と同意

身体的拘束を行う場合、医師・看護管理者・受け持ち看護師は身体的拘束の目的・理由・具体的な内容・実施時間・時間帯・期間などをできる限り詳細に患者及び家族に説明し同意を得る

生命の危険が回避できるまでは身体的拘束の同意を得る

家族の協力があれば可能な限り身体的拘束は行わない

7. 具体的運用手順

(1) 手順

- ①患者の病状と認知行動、必要な抑制方法や適応基準などを用い十分アセスメントする

※ 医療安全管理マニュアル資料⑫【行動制限・拘束の手順】参照

- ②身体的拘束を行う際は、医師が診察のうえ指示を出し、身体的拘束の内容、身体的拘束を行う目的理由・実施時間・時間帯・期間などをできる限り詳細に記録し、医師名を必ず診療録に記載する
- ③「生活上の安全対策（行動制限 抑制・拘束）」の同意書を出し、患者及び家族に説明する説明時は看護師が同席し、患者及び家族に説明後同意書サインをもらう
原紙は電子カルテにスキャナーで取り込みをして病院で保管、もう一枚は患者及び家族に渡す説明内容を診療録に記載する
- ④ 転倒転落危険度レベルⅡ・Ⅲ、認知症高齢者の日常生活自立度判定などの結果、事故防止計画及び認知症や日常生活レベルに応じた看護計画を立案する。患者及び家族に説明し同意を得る
医師、看護師、多職種で共有する
- ⑤ 拘束方法・拘束用具の選択と正しい技術で装着を行なう
- ⑥ 行動制限中の患者に対し医師による診察・看護師による観察を行う
主治医または担当医師は、身体的拘束を行っている患者を診察し、その所見および身体的拘束の要否を必要に応じて診療録に記載する
- ⑦ 身体的拘束の継続の必要性や回避する方策について常に医療スタッフ間でカンファレンスを行い、1日1回評価し記録する
- ⑧拘束用具は、一元管理として倉庫に保管する。各病棟に保管せず必要時借用し解除後返却し適正使用されているか管理する

(2) 留意事項

- ① 拘束用具による神経障害・循環障害・褥瘡等の予防対策に努める
 - ・ 同一体位の持続による局所の圧迫と循環障害によって、関節の機能障害が現われ拘縮が生じる。また圧迫部位に発赤・摩擦による皮膚損傷が発生しやすい。上肢においては、橈骨神経麻痺、尺骨神経麻痺に留意する
- ② 抑制の部位や時間は最小限にとどめる
- ③ 抑制開始 30 分後に観察記録し、その後患者の状態に合わせて適宜経過観察・記録を行う
※身体抑制・拘束チェック表（テンプレート 216：身体抑制・拘束観察チェック表）を利用して観察を行う
※腎センターは、腎センター用チェック表を用いて観察を行う
- ④ 最低 2 時間毎の体位変換を行う
- ⑤ 必要に応じ、マッサージや清拭、四肢の自動・他動運動を行う

8. 解除基準

- (1) 主治医または担当医は、身体的拘束適応基準に該当しないと判断した場合には、速やかに身体的拘束を解除し、解除した内容、年月日・実施時間・時間帯・期間などを診療録に記載する
- (2) 身体的拘束解除に向けた方法
 - ①身体的拘束中、毎日、必要性をアセスメントする
(テンプレート 327 身体抑制・拘束アセスメントシート利用)
 - ②身体的拘束の継続をアセスメントした経過をカルテに記載する
 - ③身体抑制開始後、最低週 1 回カンファレンスで行動制限回避、軽減、解除を検討する

2004 年 2 月 18 日作成 2005 年 11 月 4 日改訂

2018 年 11 月 26 日改訂 2019 年 12 月 16 日改訂

2024 年 6 月 13 日改訂 2025 年 5 月 16 日改訂

2026 年 4 月 28 日改訂

【 行動制限・拘束の手順 】

