

身体拘束最小化のための指針

社会医療法人 志仁会

三島中央病院

2024年4月1日 作成

2025年5月 改訂

2026年5月 改訂

目次

1. 身体拘束最小化に関する基本的な考え方・・・・・・・・・・ P1
 - 1) 方針・・・・・・・・ P1
 - 2) 身体拘束の定義・・・・・・・・ P1
 - 3) 身体拘束等禁止の対象となる具体的な行為・・・・・・・・ P1
 - 4) 身体拘束等禁止の対象とはしない具体的な行為・・・・・・・・ P2
 - 5) 向精神薬等薬剤使用のルールについて・・・・・・・・ P2
2. 身体拘束等を行わないためのケア・・・・・・・・・・ P3
 - 1) 身体拘束等を誘発する原因の特定と除去・・・・・・・・ P3
 - 2) 5つの基本的ケア・・・・・・・・ P3
 - 3) よりよいケアの実現・・・・・・・・ P3
 - 4) 受け入れる環境の調整・・・・・・・・ P3
3. 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合の対応・・・・・・・・ P3
 - 1) 緊急やむを得ない理由に該当する要件・・・・・・・・ P3
 - 2) 適用基準・・・・・・・・ P4
 - 3) 身体拘束等の方法・・・・・・・・ P4
 - 4) 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合の開始時手順・・・・・・・・ P4
 - 5) 緊急時の対処（患者の理解が得られない、家族と連絡がとれない場合）・・ P5
4. 身体拘束等実施中の留意事項・・・・・・・・・・ P5
 - 1) 方法・・・・・・・・ P5
 - 2) 観察・・・・・・・・ P5
 - 3) 看護・・・・・・・・ P5
 - 4) 評価・・・・・・・・ P6
 - 5) 記録・・・・・・・・ P6
 - 6) 解除基準・・ P6
 - 7) 二次障害の予防・・ P6
5. 身体拘束最小化のための体制・・・・・・・・・・ P7
 - 1) 身体拘束最小化委員会の設置・・ P7
 - 2) 身体拘束最小化チームの設置・・ P8
6. 身体拘束最小化のための職員研修・・・・・・・・・・ P8
7. 本指針の閲覧・・・・・・・・・・ P8

1. 身体拘束最小化に関する基本的な考え方

1) 方針

身体拘束は患者の生活の自由を制限するものであり、患者の尊厳ある生活を阻むものである。三島中央病院運営理念である「患者さんの権利を十分尊重し、心のこもった安全な医療の実践」のもと、患者の尊厳と主体性を尊重し、身体拘束を安易に正当化することなく、職員一人ひとりが身体的・精神的弊害を理解し、身体拘束を最小化する体制を整備する。また、患者の人権を尊重するとともに、緊急やむを得ない場合を除いて身体拘束をしない医療・看護の提供に努める。

(厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議 「身体拘束ゼロの手引き」平成13年3月を規範とする)

2) 身体拘束の定義

「衣類または綿入り帯等を使用して一時的に該当患者の身体を拘束し、

その運動を抑制する行動の制限をいう」

精神保健および精神障害福祉に関する法律第36条第3項の規定に基づき

厚生労働大臣が定める行動の制限

昭和63年4月8日 厚生省告示

「本人の行動の自由を制限すること」

令和3年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業「介護現場における

適切なシーティングの実施に係る事例及び研修に関する調査研究事業

(高齢者の適切なケアとシーティングに関する手引き〈追補版〉)」

より一部改変

3) 身体拘束等禁止の対象となる具体的な行為

- (1) 徘徊しないように、車いすやいす、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・経管栄養チューブを抜かないように、また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字型拘束帯や腰ベルト、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) 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する

過剰な向精神薬の使用（ドラッグロック）、命令的口調（スピーチロック）なども含め、患者の行動を制限するすべてのことを禁止の対象とする

4) 身体拘束等禁止の対象とはしない具体的な行為

肢体不自由や体幹機能障害があり残存機能を活かすことができるよう、安定した体位を保持するための工夫として実施する行為については身体拘束等禁止の行為の対象とはしない

- (1) 整形外科疾患の治療であるシーネ固定等
- (2) 身体拘束をせずに患者を転倒や離院などのリスクから守る事故防止対策
 - ・ 離床センサー（センサーマット）
 - ・ 車椅子センサー
- (3) 手術時における安全確保のための拘束帯やベルト、支持具による固定

5) 向精神薬等薬剤使用のルールについて

- (1) 不眠時や不穏時の薬剤指示については、医師・看護師、必要時には薬剤師と協議し対応する
- (2) 行動を落ち着かせるために向精神薬等を使用する場合は、医師・看護師等で協議を行ない、患者に不利益が生じない量を使用する。また、薬剤の必要性と効果を評価し、必要な深度を超えないよう適正量の薬剤使用を検討する
- (3) 鎮静目的の薬物使用基準
 - ①鎮静目的の薬物使用は、非薬物療法によって患者の危険（転倒転落、カテーテル類の抜去、安静保持）や暴力等他の患者や医療者への危害が回避できない場合にのみ行う。使用時は最小使用量とする
 - ②使用中・使用後には、血圧・脈拍・呼吸回数・SPO2、呼吸様式、呼吸抑制の有無、チアノーゼの有無、鎮静剤の効果、意識レベルなどを観察し、記録する
使用30分後に観察を行い、記録する
 - ③救急物品を確認し、呼吸抑制による容態の急変に備える
 - ④使用時には、意識レベル低下によるベッドからの転落や転倒に注意する
 - ⑤使用翌日には、覚醒状態や食事量などを観察・アセスメントする。医師に報告し、使用量について検討する
 - ⑥副作用の有無や症状の観察を行ない、医師に報告する

2. 身体拘束を行なわないためのケア

1) 身体拘束を誘発する原因の特定と除去

身体拘束を行わざるを得ない状況には、必ず理由や原因があり、ケアする側の関わり方や環境に問題があることも少なくない。したがって、患者個別の理由や原因を徹底的に探り、除去するケアが必要である

2) 5つの基本的ケア

5つの基本的事項について患者個別に合ったケアを徹底する

起きる：正しい姿勢で椅子に腰掛け、両足を床につけることで心身を活性化させる

食べる：食事の時間を十分にとり、口から食べることを続ける

排泄：トイレを使うよう促し、オムツを使う場合は汚れたらすぐに取り替える

清潔：お風呂や清拭などで清潔を保つことは快適さだけでなく、合併症予防に繋がる

アクティビティ：良い刺激を与えること、患者個々に合った行動を促す

3) よりよいケアの実現

身体拘束最小化への取り組みは、ケア全体の向上や生活環境の改善のきっかけとなりうる。「身体拘束廃止」を最終ゴールとせず、身体拘束を廃止していく過程で提起されたさまざまな課題を真摯に受け止め、よりよいケアの実現に取り組んでいく。

4) 受け入れる環境の調整

(1) ユマニチュード実践：姿勢も言葉選びも患者目線を大切にする

(2) 患者のためのスペースを整える：必要なものを近くに用意する

3. 緊急やむを得ず身体拘束を行なう場合の対応

原則として身体拘束を行なわないが、患者または他の患者の生命または身体を保護するためなど、緊急やむを得ない理由により身体拘束を行なう場合がある。

身体拘束を行なわないためのケアでは、患者の生命または身体を十分に保護できない場合、以下の要件、適用基準に沿って慎重に判断し、行なう

1) 緊急やむを得ない理由に該当する要件

以下の3つの要件全てを満たした場合にのみ、患者・家族の同意を得た上で、必要最低限の身体拘束等を行なうことができる

- 【切迫性】 行動制限を行なわない場合、患者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い（意識障害、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、患者の安全を確保する方法がない（薬剤の使用、病室等の環境の工夫では対処不能、継続的な見守りが困難など）
- 【一時的】 行動制限は一時的であること

2) 適用基準

- (1) 気管切開・気管内挿管チューブ、中心静脈カテーテル、PICC、輸血セット、経管栄養チューブ、膀胱留置カテーテル、各種ドレーン等を抜去することで、患者自身に生命の危険および治療上著しい不利益が生じるなど、患者の危険が回避できない場合
- (2) 精神運動興奮（意識障害、認知機能障害、薬物依存、アルコール依存、術後せん妄など）による多動・不穏が強く、治療上著しい不利益が生じる、また自傷・他傷などの害を及ぼす危険性が高い場合
- (3) 術後安静が確保できず、治療上著しい不利益が生じるなど患者の危険が回避できない場合
- (4) ベッド・車椅子からの転倒・転落の危険性が著しく高い場合
- (5) 暴力等、他の入院患者や医療者に危険を及ぼす可能性がある場合

3) 身体拘束等の方法

- (1) 4点ベッド柵の使用
- (2) ミトン手袋の使用
- (3) 車椅子乗車の際の安全带
- (4) 四肢・体幹の抑制帯による拘束
- (5) 介護衣（つなぎ服）の着用
- (6) その他：ミトン付き着衣

4) 緊急やむを得ず身体拘束等を行なう場合の開始時手順

- (1) 身体拘束に代わる方法の実施に効果がなく、身体拘束なくしては患者または他の入院患者の安全が確保できないなど必要性を、医師、看護師をはじめとする多職種でアセスメントする
- (2) 緊急やむを得ない場合の要件全てを満たしている、且つ適用基準に該当していると認めた場合、医師は患者家族に十分な説明を行ない、同意を得て、身体拘束の指示

をする

- (3) 直ちに身体拘束を要する状況で、事前に同意を得ることが困難な場合は、身体拘束開始後に家族等に説明して同意を得る

4. 身体拘束等実施中の留意事項

身体拘束等実施中は、患者の安全確保への責任義務および身体拘束等による事故防止への注意義務を遂行し、十分な観察とケアを行なう

1) 方法

- (1) 拘束部位に適した拘束用具（体幹ベルト、拘束手袋、ミトン付き着衣、上肢・下肢の拘束帯、車椅子安全ベルト等）を選択し、必要部位にしっかり装着する
- (2) 拘束用具装着に緊急かつ安全を要する場合は、2人以上の看護師が協力して行なう
- (3) 体幹ベルト装着時にすり抜ける患者に対しては、ベッドのネームプレートやカーテン等に、緑色のリボンのシグナルを掲示し職員間で共有する

2) 観察

身体拘束等実施中は患者の状況に応じ、観察を実施する（2時間を超えない）

身体拘束等の観察チェックシート〈別添1〉を使用する

- (1) 拘束部位および周辺の循環状態、神経障害の有無、皮膚状態
- (2) 拘束が確実に行えているか
- (3) 患者の精神状態、体動状態

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、屈曲しにくくなる。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

3) 看護

- (1) 拘束部位や時間は最小限にとどめる
- (2) 身体拘束中は最低2時間毎に拘束具を除去する（継続的に必要な場合も）
- (3) 最低2時間毎の体位交換、体位調整を行なう
- (4) 必要に応じたマッサージや清拭、四肢の自動・他動運動を行なう
- (5) 可能な限り身体拘束等をしなくて良い方法や、早期に解除できる方法を検討し、身体拘束等が常態化しないようにする

4) 評価

- (1) 看護師は毎日身体拘束等の必要性をアセスメントする
- (2) 主治医は身体拘束等の適応と継続について評価し、その結果を診療録に記録する
- (3) 申請した期限に満たなくても、身体拘束等の必要が無くなった場合や退院された場合は、身体拘束等を中止・解除する。その際、主治医は診療録に身体拘束等中止・解除を記録する

5) 記録

- (1) 医師は身体拘束等開始および中止・解除した際は診療録に記録する
- (2) 身体拘束等の必要性およびアセスメント、方法を看護記録に記録する
- (3) 体幹ベルト、拘束手袋、車椅子安全ベルト、四肢拘束帯による身体拘束等の実施中は、患者の状況に応じ適宜観察を実施し、身体拘束等のチェックシートへ記載する（原則2時間を超えず観察）
- (4) 4点柵、柵固定、介護衣による身体拘束等の実施中は、各勤務帯で観察し看護記録に記録する

6) 身体拘束等の解除基準

- (1) 身体拘束等に必要となる3要件を満たさない場合
- (2) 身体拘束等の影響から身体的侵襲が出現した場合

7) 二次障害の予防

身体拘束を起因とした日常生活動作（ADL）・生活の質（QOL）の低下や褥瘡発生を予防するため、《身体拘束実施中の観察》に加え、リハビリテーションや関節可動域（ROM）訓練を実施する。

- (1) 主治医よりリハビリテーションの指示のある患者は理学療法士および作業療法士によるリハビリテーションを実施
- (2) リハビリテーションの指示のない患者に対しても、看護師が検温時など床上における関節可動域訓練を実施。また、安静制限のない患者は座位保持や車椅子乗車、立位・歩行訓練等を進める
- (3) 拘束手袋またはミトン付着衣を使用している患者に対し、手指の自動・他動運動を行い拘縮予防する。また適宜、手浴を行うなど清潔保持に努める
- (4) 1～3) 実施中はいずれも、職員の観察・見守り下において身体拘束を一時解除する
- (5) ベッド上、車椅子上において、適切なポジショニングおよびシーティングが図れるようケアを行う

5. 身体拘束最小化のための体制

1) 身体拘束最小化委員会の設置

(1) 設置

当院の身体拘束を最小化することを目的として、身体拘束最小化委員会を設置する

(2) 開催

3ヶ月ごとに開催

必要に応じて臨時会議を開催する

(3) 構成員と職務

委員長：身体拘束最小化チーム医師

委員：院長、医療安全管理室長、看護部長、看護師長、事務長、リハビリテーション課、
薬局、栄養課、身体拘束最小化チーム（社会福祉士、認知症看護認定看護師）

- ①身体拘束最小化に関する指針の改訂、承認
- ②身体拘束の実施状況についての評価と対応
- ③院内のハード・ソフト面の充足の決定
- ④職員への教育、研修会の状況確認・評価

(4) 記録および周知

委員会での検討内容及び結果については、議事録を作成し保管するほか、議事録をもって職員へ周知を行なう

2) 身体拘束最小化チームの設置

(1) 設置

当院は、身体拘束の最小化を推進することを目的として、身体拘束最小化チームを設置する。なお、身体拘束最小化チームは、身体拘束最小化委員会と連携を図る

(2) 開催

毎月第3火曜日に開催 必要に応じて臨時会議を開催する

(3) 構成員

医師、社会福祉士、認知症看護認定看護師（認知症ケアサポートチームが兼務）、必要に応じて多職種（理学療法士、薬剤師、管理栄養士）の職員で構成する

(4) 活動内容

- ①身体拘束が行われている病棟を定期的にラウンドし、病棟職員と協働し最小化を検討する
- ②身体拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知する
- ③身体拘束を最小化するための指針を職員に周知し活用する。なお、定期的に当該指針の見直しを行ない、委員会へ承認を依頼する
- ④日常的ケアをモニタリングし、患者の人権を尊重した適切なケアが行なわれているか確認する

- ⑤身体拘束最小化に関わる研修を身体拘束最小化委員会と連携し、企画・実施し、報告書を作成する
- ⑥院内のハード・ソフト面の充足の必要性検討

6. 身体拘束最小化のための職員研修

入院患者に係わる職員を対象として、身体拘束最小化のための研修を年2回実施する

7. 本指針の閲覧

本指針は当院マニュアルに綴り、職員が閲覧可能とするほか、入院患者、家族、地域住民が閲覧できるようにする