

1. 身体拘束適正化に関する基本的な考え

当院での身体拘束や抑制は、患者様の生命の危機と、身体的損傷を防ぐために必要最小限に行うもので、患者様の人権を尊重し、安全を優先させる場合のみ実施することとし基本的には行わない方針とする。

〈身体拘束の定義〉

「衣類または綿入り帯などの使用にて一時的に当該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」

昭和63年4月8日厚生省告示 第129号における身体拘束の定義

2. 身体拘束を行わずにケアを行うために

身体拘束等をせずにケアを行うためには、身体拘束等を行わざるを得なくなる原因を特定し、その原因を除去するためにケアを見直すことが求められている。

1) 身体拘束等を誘発する原因の特定と除去

必ずその人なりの理由や原因があり、ケアをする側のかかわり方や環境に問題があることも少なくない。そのためその人なり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つの基本的ケアの徹底

① 起きる

人間は座っているとき、重力が上からかかることにより覚醒する。目が開き、耳が聞こえ、自分の周囲で起こっていることが分かるようになる。これは仰臥して天井を見ていたのではわからない。起きるのを助けることは人間らしさを追求する第一歩である。

② 食べる

人にとって食べることは楽しみや生きがいであり、脱水予防、感染予防にもなり、点滴や経管栄養が不要になる。食べることはケアの基本である。

③ 排泄する

なるべくトイレで排泄してもらうことを基本に考える。おむつを使用している人については随時交換が重要である。おむつに排せつ物が付いたままになっていると気持ち悪く「おむついじり」などの行為につながる。

④ 清潔にする

きちんと風呂に入ることが基本である。皮膚が不潔なことが痒みの原因になり、そのために大声を出したり、夜眠れずに不穏になったりすることになる。皮膚をきれいにすることで本人も快適になり、周囲もケアしやすくなり人間関係も良好になる。

⑤ 活動する（アクティビティ）

その人の状態や生活歴に合った良い刺激を提供することが重要である。その人らしさを追求するうえで心地よい刺激が必要である。

3) より良いケアの実現を目標とする

身体拘束等廃止を実現していく取り組みは、院内における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、より良いケアの実現に取り組んでいくことが期待される。

3.緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合の対応

1) 身体拘束の三原則

身体拘束等を行わないことが原則であるが、当該入院患者またはほかの利用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等を行う場合がある。「緊急やむを得ない」理由とは、身体拘束等を行わずにケアを行うための3つの原則の工夫のみでは十分に患者の生命や身体を保護できないような、一時的に発生する突発的事態のみに限定される。安易に「緊急やむを得ない」ものとして身体拘束等を行うことの無いよう以下の**三原則を基準**として判断する。

【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の安全を確保する方法がない

【一時性】

行動制限は一時的であること

2) 緊急やむを得ない場合に該当するか検討を必要とされる患者の状態・背景

(1) 基本的に多職種間で協議する

- ① 気管切開・気管内挿管チューブ、中心静脈カテーテル、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機および治療上著しい不利益が生じる場合
- ② 精神運動興奮（意識障害、認知障害、見当識障害、薬物依存、アルコール依存、術後譫妄など）による多動・不穏が強度であり、治療に協力が得られない、自傷・他傷などの害を

及ぼす危険性が高い場合

- ③ 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
- ④重症心身障がい児（者）等における行動障害（自傷行為や異食など）が頻回かつ切迫している場合
- ⑤検査・手術・治療で抑制が必要な場合
- ⑥その他の危険行動（自殺・離院・離棟の危険性など） 以上いずれかの状態であり、且つ上記の3要件を全て満たすもの

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、経管栄養の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字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを防げるような椅子を使用する
- ⑧ 脱衣やおむつ外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向精神薬を過剰に服用させる
- ⑩ 自分の意志で開けることのできない居室等に隔離する

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出来るよう、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その行為を行わないことがかえって虐待に該当するとみなす。

- ① 整形外科疾患の治療であるシーネ固定
- ② 乳幼児（6歳以下）及び重症心身障害児（者）等への事故防止対策
 - ・転落防止のためのサークルベッド、4点柵使用
 - ・点滴時のシーネ固定
 - ・自力在位を保持できない場合の車椅子ベルト
- ③ 身体拘束等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

4.身体拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針

1) 身体拘束の開始時の手順

- ① 拘束対象患者について「身体拘束フローチャート」に沿って医師と看護師が話し合い患者様の状況を評価したうえで実施する。
- ② 医師は患者様及びご家族に身体拘束の必要性・方法・予測期間等を説明し同意を得るとともにその内容を拘束指示書に記載する。
- ③ 抑制開始後看護師は、看護介入にて身体拘束時の観察項目に基づき定期的に観察し入力する。
- ④ 緊急時・夜間帯で拘束を行った場合は、医師より家族等へ翌日身体拘束の必要性・方法の妥当性・具体的機関の説明と同意を得てサインしていただく。そのうえで指示書に記載する。

2) 身体拘束前もしくは身体拘束中に検討されるべきこと

- ① 点滴は必要か、外せないか
- ② カテーテル類の留置意義について
- ③ 安静度は拡大できないか
- ④ 注射は内服に変更できないか
- ⑤ 病室は変更できないか

3) 医師による評価と指示

- ① 拘束対象者について、身体拘束フローチャートに基づき十分に話し合い、拘束について検討する。
- ② 患者様とご家族・患者様の代理人などに医師から身体拘束の必要性・妥当性・期間について説明し、拘束の同意を得てサインをいただき、拘束指示書に記載する。(同意書は、一部コピーし患者様またはご家族か代理人等に渡す) 看護師は拘束指示書をもとに指示受けし、サインをする。
- ③ 緊急時・夜間帯で抑制を行った(看護師が判断した)場合は、看護記録に状況と緊急を要した理由を記載し、翌日医師より家族等へ身体拘束の必要性・方法の妥当性・具体的期間の説明と同意を得てサインしていただいたそのうえで、身体拘束指示書に記載する。
- ④ 毎日の身体拘束カンファレンスに参加し、評価とサインを行う。(参加できない場合はこれに限らない)

4) 身体拘束等の方法

- ① 体幹抑制
- ② 四肢抑制、部分抑制（上肢、下肢）
- ③ ミトン
- ④ 車椅子 Y 型抑制帯
- ⑤ 4 点柵ベッド、サークルベッド
- ⑥ ベッドを壁付けにしてベッド昇降ができる側を 2 点柵にした場合は身体拘束等と位置付ける
- ⑦ 抑制衣（つなぎ服）

5) 身体拘束時の観察項目

※看護介入を利用して毎日 2 時間ごとにチェック（介入→その他→抑制）

- ① 抑制の有無
- ② 抑制の方法
- ③ 抑制部位の循環状態（末梢動脈蝕知・冷感・皮膚色・浮腫・痺れ）
- ④ 意識障害の有無と意識レベル

6) 注意事項

- ① 拘束による二次的障害（褥瘡・脱臼・骨折・機能障害など）に注意を払う。
- ② 誤嚥・窒息などの不慮の事態に注意する。
- ③ 緊急かつ安全性を要する場合は、2 人以上の看護師が協力して実施する。

7) 身体拘束の評価と解除

- ① 体拘束の検討・評価は、「身体拘束検討カンファレンスシート」を基に、最低 1 回/日医師と看護師等がカンファレンスを実施し経過を記録する。
- ② カンファレンスシートの病状経過については、医師が記載する
- ③ 拘束解除の場合、医師は「身体拘束検討カンファレンスシート」に日付と解除時の理由を記載し、その内容を拘束指示書に記載する。
- ④ 看護師は拘束指示書にて解除の指示を受け看護介入のチェックを中止する。
- ⑤ 入院時の D P C 入力には必ず【病棟、入院日、認知症自立度、身体拘束の有無、拘束開始日、拘束終了日、退院日】が記載されていることを確認し、毎週金曜日に更新すること。ただし、金曜日以外に内容に変更があった場合はその都度更新すること。同時に認知症自立度に変更のある患者については患者状況の認知症自立度も更新すること。

8) 鎮静を目的とした薬物の適正使用について

陳製薬の必要性を評価し、必要な深度を超えないよう、適正量の薬剤を使用する。

患者の鎮静及び不眠に対する適正使用については認知症ケアマニュアル「6. ガイドラインの沿った認知症高齢者の鎮静」に基づき使用の適否を判断した上で、適正に使用する。

9) 身体拘束指示・観察シート出力方法

- ① 認知症ケアマニュアルにある身体拘束フローチャートに沿って身体拘束が必要となった際、【文章作成】→【看護師】→【入院】→【身体拘束カンファレンスシート】を選択し、用紙を出力する。毎日担当看護師と、主治医のサインが必要。
- ② 【看護介入】→【セット】→【その他】→【抑制】から看護介入を入力し、各勤務帯実施入力を行う。

10) ラウンド

- ① 毎週月曜日、15:00 からラウンドを実施。
- ② 身体拘束構成メンバー（認知症せん妄ケア委員会規定参照）で各病棟を回り、身体拘束が行われている患者がいる場合、それが適正に行われているか、また十分にカンファレンスを行ったうえで実施されているものを監査する。
- ③ 認知症自立度Ⅲ以上の患者に対し、身体拘束が行われている人数を把握しデータ化して保存する。（MIRAI' s 院内共有→看護部→★身体拘束率）

2011年11月 改訂

2014年7月 改訂

2019年10月 改訂

2024年1月 改訂

2024年10月 改訂

2025年4月 改訂

2025年12月 改訂