

# 身体拘束最小化に関する指針

(第1版 2025年3月26日作成)

## 1. 身体拘束に関する基本的考え方

身体拘束やその他の行動制限（以下「身体拘束等」という）は、患者の行動の自由を制限することであり尊厳ある生活を阻むものである。そのため、身体的・精神的に弊害をもたらすおそれのある身体拘束等は、緊急やむを得ない場合を除き原則として実施しない。

## 2. 基本方針

### 1) 身体拘束の原則禁止

身体拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為

- ① 一人歩きしないように、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・経管栄養等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装等をつける。
- 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 脱衣やオムツ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、ベッド等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。

当院は、患者または他の患者の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等の実施を禁止する。

この指針でいう身体拘束等は、

- ・抑制帯など患者の身体または衣服に直接触れる用具を使用し、身体を拘束すること
- ・転落防止のためのベッド柵（4点柵）を実施すること
- ・ベッドを壁に付けたり、オーバーテーブルを固定して使用するなどで患者の行動を制限すること
- ・記録室に移動させ観察等を行うこと

これらのことをいう。

## 2) 離床センサー類に関する考え方

当院では、離床センサー類（体動コールも含む）は安全目的や ADL 低下防止のためであり、行動を制限するための使用ではないため、身体拘束器具の対象としない。

## 3) 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合の3要件

以下の3つの要件を全て満たした場合に限り、必要最低限の身体拘束等を行うことができる。

- (1) 切迫性：患者本人または、他の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こと。
- (2) 非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する方法がないこと。
- (3) 一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的であること。

## 4) 身体拘束等に取り組む姿勢

- (1) 患者等が問題行動に至った経緯をアセスメントし問題行動の背景を理解する。
- (2) 身体拘束等が必要か複数名で評価し、身体拘束等をせずに対応できないかを検討する。
- (3) 鎮静を目的とした薬物の適正使用や、身体拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化についても検討する。
- (4) 身体拘束等は一時的に実施するものであり、毎日カンファレンスを行い、身体拘束等の解除に向けて取り組む。

## 3. 身体拘束を最小化するための体制

### 1) 身体拘束最小化チーム

#### (1) 身体拘束最小化チーム構成員

医療安全管理部長 1 名、医師 2 名、診療看護師 1 名、看護師長 1 名、認知症看護認定看護師 1 名、医療安全担当者 1 名（必要に応じて、薬剤師やリハビリテーション科も招集する）

#### (2) 身体拘束最小化チーム活動

1~2 か月に 1 回開催し、議事録を作成する。評価依頼があった場合は臨時開催する。

#### (3) 身体拘束最小化チーム活動内容

- ① 身体拘束等の最小化に向けて現状把握及び改善についての検討をする。
- ② 身体拘束最小化チームでは、直接身体に触れる用具を使用している患者を対象とする。
- ③ 緊急やむを得ず身体拘束等を実施している場合、安全かつ適正に抑制が実施されているか検討する。
- ④ 身体拘束等を実施した場合の代替案、拘束解除の検討をする。
- ⑤ 患者のカルテに検討内容を記入する。
- ⑥ 身体拘束最小化に関する指針の作成、改訂をする。

## 2) 身体拘束最小化のための研修

医療・ケアに携わる職員全員に対して、身体拘束最小化のための研修を実施する。

- (1) 定期的な教育研修（年1回）の実施。
- (2) その他、必要な教育・研修の実施、院外での研修会などの情報提供。

## 4. 身体拘束を行う場合の対応

### 1) 危険行動の評価

患者の被害を最小にするためには、患者の状態を適切に評価するとともに、身体拘束・鎮静を含めた予防あるいは抜去後の対処を適切に行う必要がある。

- ・緊急やむを得ず身体拘束等を実施する際は、身体拘束基準スコアを用いて患者のアセスメント（認知・行動）を行い評価する（点数は関係ない）。
- ・チューブ類の自己（事故）抜去は場合によっては生命に危険を及ぼす可能性があることを認識し評価する。

### 2) 身体拘束までの手順

- (1) 身体拘束が必要かどうかのアセスメントをする。(5-17-3 身体拘束基準スコアを使用)
- (2) 原因へのアプローチ（身体拘束に代わる方法の実施）をする。
- (3) アプローチ介入の効果がなく、緊急やむを得ない場合の3つの要件（切迫性・非代償性・一時性）すべてに3つの要件に該当している場合は、身体拘束を開始する。

※医師あるいは看護師は単独で判断せず、複数の関係者が検討したうえで判断するカードカルテの身体拘束の開始・継続・軽減・解除に関する検討の開始にチェックする

- (4) 患者または家族へ説明と同意、同意書の取得（原則として、主治医・担当医が行う）
  - ①医師は患者の状況、理由、時間、期間等を別紙の「身体拘束（抑制）に関する説明と同意書」に従って説明し、同意を得る。
  - ②同意書1枚は、本人あるいは家族に渡し、1枚は白カルテに保管する。
  - ③医師は説明した内容と同意を得たことを電子カルテのICノートに記録する。

### (5) 身体拘束の実施

※夜間や緊急に身体拘束の必要性が生じた場合も、手順の(1)～(3)に沿って行う。カルテ記録に残し、身体拘束開始後なるべく早くに医師による説明を行い、同意を得る。

### 3) 身体拘束施行中の手順

#### (1) 身体拘束の方法

- ①看護手順「行動制限・身体」に基づいた方法で実施する。
- ②最低2時間毎に拘束具の解除し、観察と圧迫の除去を行う。

#### (2) 実施中の観察と記録

- ①看護計画立案

②身体拘束基準スコア観察・記録（8時間ごと）

③身体拘束実施時は身体拘束部位の観察と記録を2時間毎に行う

神経麻痺発症の危険性、皮膚障害等の危険性、血行障害の危険性等の有無

（3）カンファレンスの開催

カンファレンスを毎日開催し、身体拘束（行動制限）の継続、軽減、解除に関する検討を行い記録する。

4）身体拘束（抑制）解除の手順

身体拘束（抑制）を解除する場合にも、適用要件が改善したことを医師から患者と家族に説明し、その旨をICノートへ記録する。

#### <参 考>

令和6年3月身体拘束廃止・防止の手引き

平成13年厚生労働省「身体拘束ゼロ作成推進会議」発行

提言 チューブ類挿入患者の自己（事故）抜去の防止対策

（日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議 処置・チューブトラブル部会）