

身体拘束を最小化するための指針

当院共通マニュアル「身体抑制について」を「身体拘束を最小化するための指針」として内容の改訂を行った。

I. 身体拘束の最小化に関する基本的な考え方

熊本セントラル病院は「患者さんの為の医療の実践」を病院理念としており、患者さん的人権を尊重し、安全で優しい医療・看護・介護を目指している。

そのため、身体拘束は患者の自由を制限し、基本的人権や人間の尊厳を守ることを妨げる行為であることを前提に、当院では原則として身体拘束を行わないこととする。また、職員一人一人が身体的・精神的弊害を理解し、身体拘束禁止に向けた意識を持ち、身体拘束をしない支援の実施に努める。

II. 基本方針

1. 身体拘束の原則禁止

当院は、患者または他の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を除き身体拘束の実施を禁止する。

この指針でいう身体拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、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。

1) 身体拘束禁止の対象となる具体的な行為

- ① 徘徊しないように車椅子や椅子、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袋等を付ける。
- ⑥ 車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型抑制帯や腰ベルト、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妨げるような椅子を使用する。
- 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。

(平成13年厚生労働省 身体拘束ゼロへの手引き 緊急やむをえない場合の対応)

2) 当院の身体拘束禁止の対象となる具体的な行為の基準

- ① 転倒予防の為、又は不適患者で自分で降りないようにベッド柵を4柵にすることは「身体拘束」である。
- ② 転倒防止の為にベッドを壁付けにし、ベッド柵を3柵にする。目的が「転倒防止」の為であり立ち上がる事を妨げていない為に「身体拘束」とはしない。但し、3柵にして降りる場所に椅子やオーバーテーブルを置き立ちあがったりしないようすれば「身体拘束」とする。
- ③ 転倒防止の為に離床センサーを使用する。センサーが感知して、患者の行動欲求を満たす為のケア（排泄誘導や、歩行介助）等を行い、結果転倒が防止されれば「身体拘束」とはしない。
- ④ 安静保時の為に離床センサーを使用する。ベッド上安静が必要であるが、自ら起き上がろうとする行為をキャッチするような離床センサーを使用している場合も、センサー感知時に患者の行動欲求を確認しそれを満たす為のケアを行う為「身体拘束」としない。
- ⑤ 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は、安全に手術や治療・検査を行なう為の「固定」であり、行動制限に当たらない為に「身体拘束」としない。（アンギオ・TACE・胃瘻造設など）
- ⑥ 手術の送迎時は安全性を考慮して、4柵対応とするがこれは「身体拘束」としない。
- ⑦ 手術室からの帰室後、継続して4柵が必要と判断した場合は、医師の指示の元「身体拘束開始」とする。
- ⑧ 自力体動が不可の患者でエアマット使用時、ベッドからの滑り落ちを防止する為の4柵は「行動制限」に当たらない為「身体拘束」としない。
- ⑨ 自力体動が可の患者、動く能力のある患者にエアマット使用した場合は、ベッドからの転落防止の為であっても、「行動制限」に当たる為「身体拘束」とする。
- ⑩ 整形外科疾患の治療であるシーネ固定等は「身体拘束」としない。

2. 身体拘束禁止に取り組む姿勢

- 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) 身体拘束以外の方法で問題行動を軽減できないか試みる。
- 3) 身体拘束を行う必要性を生じさせないために、日常的に以下のことに取り組む。
 - ① 患者主体の行動、尊厳を尊重する。
 - ② 言葉や応対などで、患者等の精神的な言葉を妨げない。
 - ③ 患者の思いを汲み取り、患者の意向に沿った医療・ケアを提供し、多職種協働で患者に応じた丁寧な対応に努める。
 - ④ 身体拘束を誘発する原因の特定と除去に努める。

- ⑤ 5つの基本的ケア(起きる・食べる・排泄する・清潔にする・活動する)を十分に行い、生活のリズムを整える。
 - ⑥ より良いケアの実現を目標とする。
 - ⑦ 薬物療法、非薬物療法による認知症ケアやせん妄予防により、患者の危険行動を予防する。
- 4) 薬剤による行動の制限は身体拘束に該当しないが、患者・家族等に説明を行い同意を得て使用する。
- ① 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とする。
 - ② 行動を落ち着かせるために向精神薬などを使用する際は、患者に不利益が生じない量を使用する。

3. 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の対応

1) 緊急やむを得ない場合に該当する3要件の確認

患者または他の患者の生命または身体を保護するための措置として、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、以下の「3要件」を全て満たした場合に限り、必要最小限の身体拘束を行うことが出来る。

【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
【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看護（介護）方法がないこと
【一時的】身体拘束、その他の行動制限が一時的なものであること

（平成13年厚生労働省　身体拘束ゼロへの手引き　緊急やむをえない場合の対応）

- 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 気管内チューブ・中心静脈カテーテル・経管栄養チューブ・各種ドレーンなどを抜去することで、患者自身に生命の危機及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・術後せん妄など）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 ベッドや車椅子からの転落・転倒の危険性が著しく高い場合
 - ④ 検査・手術・治療後で身体拘束が必要な場合
 - ⑤ その他危険行動（自殺・離院）

以上いずれかの状態であり、且つ3要件を全て満たすもの

- 3) 緊急やむを得ず身体拘束をせざるを得ない状態であるかを、医師と看護師を含む多職種によるカンファレンスで検討する。必要と認めた場合、医師は身体拘束の指示をする。(電子カルテ内医師指示「身体拘束開始」入力する。カンファレンス内容は、電子カルテ「初回身体拘束カンファレンス」パターンを使用し記載。
- 4) 本人・家族への説明と同意
- ① 身体拘束等の必要性があると決定した場合、医師は患者または家族の意思を尊重した十分なインフォームド・コンセントを行い「身体拘束に関する説明・同意書」に沿って説明し同意を得る。
 - ② 緊急に身体拘束等の必要性が生じた場合には、家族へ電話で説明し承諾を得る。その際は、承諾者の氏名・続柄をカルテに記載しておく。後日、説明し同意書を得る。
 - ③ 患者・家族の同意を得られない場合は、身体拘束をしないことで起こり得る不利益や危険性を説明し、記録に記載する。
- 5) 身体拘束の用具
- ① 4点柵
 - ② 体幹抑制
 - ③ 四肢抑制・部分抑制(上肢・下肢の抑制帶)
 - ④ ミトン・クリアミトン
 - ⑤ 車椅子 Y字帶
- 6) 身体拘束方法
- ① 患者状態・抑制部位に応じた抑制用具を選択する。
 - ② 正しい装着を行い良肢位を保持し、循環障害や神経障害が起きないように余裕を持たせ強く固定しない。
- 7) 身体拘束中の看護
- ① 身体拘束中は身体拘束の態様及び時間、その際の患者の心身の状態並びに緊急やむを得ない理由を記録する。最低2時間毎に抑制具を除去し、観察と記録を行う。各勤務帯で患者の状態を経過表の「身体拘束経過観察」に記録する。
 - ② 最低2時間毎の体位変換・体位調整を行う。
 - ③ 必要に応じマッサージや清拭、四肢の自動運動・他動運動を行う。
 - ④ 可能な限り身体拘束をしなくても良い方策や早期に解除できる方策を検討し、身体拘束等が恒常化しないようにする。

8) 評価

- ① 当該患者に「身体拘束が必要」と判断されるに至った要因によっては、患者の病状及び全身状態の安定を図ることで、安全な身体拘束の実施、早期解除に繋がる。多職種は、身体拘束における各々の役割を意識して治療・ケアに当たる。
- ② 身体拘束中は毎日、身体拘束の早期解除に向けて、多職種によるカンファレンスを実施する。カンファレンスでは、やむを得ず身体拘束を行う 3 要件を踏まえ、継続の必要性を評価する。身体拘束を継続する場合は、再度説明・同意書を発行する(最長 2 週間)
- ③ 医師は身体拘束等の適応と継続について、週 1 回以上カンファレンスに参加し評価。身体拘束の継続または解除の有無を指示する。

9) 身体拘束の解除基準

- ① 身体拘束に必要な 3 要件を満たさない場合。
- ② 身体拘束の影響から身体的侵襲が出現した場合。

カンファレンスにおいて身体拘束解除基準と判断した場合は、医師は電子カルテに「身体拘束中止」指示入力。看護師は、医師の指示に従い迅速に解除する。患者の状況と時間を記録する。解除後は、家族へ説明する。

III. 身体拘束最小化のための体制

1. 身体拘束最小化チームの設置

- 1) 院内に専任の医師、及び専任の看護師による身体拘束最小化チームを設置する。
- 2) チームの役割
 - ① 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徹底する。
 - ② 定期的な巡回を行い、拘束対象者の最小化への取り組みについて確認を行う。
 - ③ 院内の実施状況から定期的にマニュアル・指針の見直しを行い、職員に周知する。
 - ④ 入院患者に係わる職員を対象として、身体拘束最小化に関する研修を定期的に開催する。

IV. 身体拘束最小化の為の研修

医療・ケアに携わる職員に対して、身体拘束最小化の為の研修を実施する。

全職員対象とした教育研修 1 回/年・新採用者研修においては必ず実施する。

V. 本指針の閲覧

本指針は院内共通マニュアルに綴り職員が閲覧可能とする他、入院患者・家族・地域住民が閲覧できるようにホームページへ掲載する。

H14.10.30 作成

H15.10.10 改訂

H16.12.1 改訂

H19.5.1 改訂

H20.10.15 改訂

H26.1.9 改訂

2020.7.21 改訂

2022.9.26 改訂

2025.2.12

「身体拘束を最小化するための指針」として内容の改訂

身体拘束実施・早期解除フローチャート

患者アセスメント

緊急やむを得ない場合に該当するか検討～患者に以下の状態があり「切迫性」「非代替性」「一時性」の3要件を満たす場合に限り、下記のフローチャートに沿って実施。

- ① 治療の上でチューブ・カテーテル・ドレーン等の管理が必要であるが、自己抜去などにより生命の危機及び治療上著しい不利益が生じる場合。
- ② 精神運動興奮による不穏が強度で治療に協力が得られない、自傷・他傷の危険性が高い場合。
- 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 検査・手術・治療後で抑制が必要な場合。
- ⑤ その他危険行動がある（自殺・離院）

