

身体的拘束最小化に向けた指針

笠間市立病院 身体抑制最小化チーム

令和7年4月作成

令和8年4月改定

令和8年6月改定

令和8年10月改定

1、目的

身体抑制は患者の尊厳や QOL を損なう可能性がある一方で、患者の生命および安全を確保するためにやむを得ず実施する場合がある。本マニュアルは、身体抑制の適性な実施および最小化を図り、患者の尊厳と安全を両立した医療・看護を提供することを目的とする。

2、基本方針

当院では患者の権利において、人権を尊重した医療を受ける権利を保障している。そのため患者または他の患者等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身体拘束に対しては、身体的拘束最小化チームを配置し、身体拘束を最小化する取り組みを行う。

認知症ケアチームと協働し、行動・心理症状のアセスメントおよびケアの妥当性を評価し。代替手段の検討とケアの実践を行う。また、看護師や多職種からの身体抑制代替手段に関する意見を積極的に取り入れ、組織的に身体抑制を最小化する体制を多職種と整備する。

当院では、身体抑制最小化において、患者・家族への説明責任を果たし、情報共有および共同意思決定を基本とする。身体抑制の適応に関しては、必要性・代替手段・リスクについて説明し同意の取得および継続的な説明・評価を行う。

3、身体的拘束の定義

身体拘束とは、抑制帯等、患者の身体または衣服に触れる何らかの器具を使用して、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制限をいう。当院の認知症ケア

加算 3 マニュアルでは身体抑制という言葉を使用する。

【対象例】

- ・ ミトン型手袋
- ・ 四肢抑制帯
- ・ 体幹抑制帯
- ・ 介護衣
- ・ 離床を妨げるテーブル固定
- ・ その他身体の自由を制限する器具

4、身体拘束禁止の対象となる具体的な行為

身体拘束を行ううえで、禁止対象となる具体的な行為は下記のとおりとする。2001 年厚生労働省「身体抑制ゼロ作戦推進会議」を引用。

身体抑制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つける。
- ⑥車椅子か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。

4、身体拘束には該当しない行為

当院では、以下の行為は身体拘束には該当しないものとする。

- (1) 整形外科疾患の治療であるシーネ固定、枕固定等

(2) 身体拘束をせずに患者の転倒や離院等のリスクから守る事故防止対策

- ・ 離床センサーの使用

(3) 処置時や移動時に、患者の同意を得た上で、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合。

(4) 患者が訓練のため自由に車椅子を操作することのできる状態であって、患者等の同意を得た上で、車椅子操作による訓練の時間中のみ安全確保のために固定ベルトを使用する場合。

5、鎮静を目的とした薬剤の適正使用

当院では、身体的拘束最小化チームの専任医師・薬剤師を中心として不眠時や不穏時の薬剤使用に関して適正化に向けた調整をすすめる。

(1) 不穏、せん妄患者に対する薬剤使用状況の評価

- ・ 毎週月曜日に、不穏・せん妄・興奮症状に対する頓用薬剤使用患者を抽出しナースカンファレンスを行う。

- ・ 特に以下の患者を重点対象とする。

- ・ 頓用薬剤を複数回使用している患者
- ・ 頓用薬剤使用後も症状改善が乏しい患者
- ・ 頓用薬剤の使用が常態化している患者

(2) 医師との連携

- ・ 毎週木曜日ナースカンファレンス時に、専任医師へ対象患者を報告する。
- ・ 必要に応じて専任医師から各主治医へ情報共有を行い、定期薬の導入や薬剤調整を含めた治療方針の見直しを検討する。

6、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の条件

身体拘束を行う場合には以下の3要件を満たすものとする。その場合であっても身体拘束を行う判断は組織的かつ慎重に行っていく。なお、身体的拘束を行う場合は、当院の「認知症ケア加算3マニュアル」に準ずる。

- ① 切迫性：本人や他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。
- 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。
- ③ 一時性：身体拘束など行動制限が一時的なものである。

7、身体拘束最小化に取り組む姿勢

身体拘束を実施している患者については、理由となった症状の改善状況などをアセスメントし、解除が可能か否かを毎日検討する。検討の際には、医師、看護師等、多職種で構成したチームでの検討を行う。ただし、解除のために家族の付き添いを強要することがあってはならない。

- ・毎週火曜日、診療カンファレンス時に抑制実施中患者を入院患者リスト内へ記載し、他職種間での情報共有を行う。看護ケア時や入院生活において危険行動のある場合や対応困難のある患者へ対して相談・報告を行う。

- ・身体抑制具を病棟外、医局前へ設置し管理ファイルで抑制具の管理を行う。

8、身体拘束を最小化するための体制

身体的拘束最小化チームを設置し、以下の取り組みを継続的にを行い、身体拘束を最小化するための体制を維持・強化する。

(1) 身体的拘束最小化チームの業務

身体的拘束最小化チームは、適宜会議を開催し以下の事を検討・協議する。

- 1、身体拘束最小化に向けた指針の作成と見直し
- 2、身体拘束最小化に向けた職員研修の企画・運営・評価
- 3、身体拘束の事例の集計・分析
- 4、身体拘束最小化に向けた取り組みと対策の検討
- 5、身体拘束を行った場合の適性な記録（時間・患者の心身の状態や様子・緊急やむを得ない理由）の監査
- 6、身体拘束最小化に向けた取り組み等の職員への周知

7、身体抑制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) 身体的拘束最小化チームの構成員

構成員は、専任医師を長とし、看護師長、専任看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、言語聴覚療法士、放射線技師、社会福祉士で構成する。

9、身体拘束最小化に向けた研修

当院では、全看護要員に対して身体拘束禁止と人権に尊重したケアの励行を図るために、以下の職員研修を行う。

(1) 身体拘束最小化にむけた取り組み等の研修を入院患者に係わる全職員に対して2回/年行う。

(2) 認知症チームワーキング内で院外研修に1回/年参加する。

※研修の実施内容については、研修資料・出席者等と記録し保存する。

10、身体拘束を行わざるを得ない場合の対応、報告

患者自身または他患者の生命または身体を保護するための措置として、身体拘束を行わなければならない場合は、病棟では以下の手順に従って行動する。

(1) はじめに

対象者の生命に及ぼす危険性（身体拘束3要件すべての該当があるか）を評価し、チームで身体拘束を要する状況となった原因をアセスメントし代替方法（回避・軽減方法）を検討する。

上記方法を検討しても状態の改善が望めない場合はチームカンファレンスを開き、身体拘束の目的、開始の判断について検討する。

身体拘束を実施している患者対象に、全身状態、精神状態、皮膚状態の観察、アセスメントを行い身体拘束の必要性を考え、看護介入していく。

開始前の確認事項

- ① 医師の指示：入院時指示を参照し身体拘束の指示があるか確認を行う。
- ② 主治医より患者本人、家族へ説明を行い同意を得る。説明および同意取得の内容は抑制カンファレンス、看護記録へ記録する。緊急時、夜間の場合は同意書の記入は後日記載いただく。
- ③ 身体抑制の必要性についてカンファレンスを行い開始する。カンファレンス内容は

看護記録へ記録する。

記録方法

- ④ 身体抑制・解除に関するカンファレンスを記載し診療録へ状況を記載する。
- ⑤ 身体抑制開始日、時間を記載する。また、身体抑制同意書の期間を確認する。
- ⑥ 抑制方法：温度板へ項目を追加し、患者に使用している身体拘束方法をチェックする。(複数チェック可)
- ⑦ 観察項目：項目に該当した場合、チェックする。(複数チェック可)
- ⑧ 睡眠剤、鎮静剤の使用：使用した時間にチェック、薬剤名を記載する。
- ⑨ 不穏：せん妄か認知症か区別がつかない場合にチェックする。
- ⑩ 認知症の既往、診断がない場合：高齢者自立度判定に該当する患者であれば、チェックする。
- ⑪ その他：転倒・転落、自己抜去等の身体損傷が発生した場合は、時間、内容を記載。また、抑制を追加した場合等、アセスメントし記録する。
- ⑫ デイリーカンファレンス：1日1回抑制カンファレンスを行い、身体抑制が継続、変更、解除なのか、アセスメントし記録する。カンファレンスは原則日勤帯で実施する。
- ⑬ カンファレンス実施後は、電子カルテ内の看護記録へカンファレンスを行った事実を記載する。
- ⑭ 身体抑制継続中の家族への説明内容を看護記録へ記載する。
- ⑮ 身体抑制解除時、患者本人および家族へ解除したことを主治医より説明し今後の対応について共有する。説明内容はカンファレンス用紙、看護記録へ残す。

11、身体拘束最小化推進体制加算に関する事項

当院では、身体的拘束最小化のため、以下の取り組みを実施しています。

・院長。看護部長が中心となり、身体的拘束の最小化に取り組むことを発信し、職員に周知しています。

・身体的拘束の最小化に関する講習会を年2回以上実施し、入職後1年が経過した全ての入院患者に係わる職員が受講しています。

・身体抑制最小化チームにより、用具一元管理されるとともに、使用状況に基づく介助の検討等がされています。

・身体抑制が行われている患者がいる場合、身体抑制最小化チームによる巡回が定期的に行われ、病棟職員らと共に解除に向けた具体的な検討が行われています。

- ・身体抑制を行わずにケアするための用具を職員から提案したり、提案を積極的に導入する仕組みを整備しています。

- ・院内の見やすい場所に、原則として身体抑制を行わない方針について提示しています。

- ・身体抑制の実施状況は病院 HP をご覧ください。

12、本指針の閲覧

本指針は病棟にファイリング、PC 内で掲示し閲覧できるようにする。

参考資料

(1) 厚生労働省：「身体拘束ゼロ作戦推進会議」2001

(2) 日本看護倫理学会 倫理ガイドライン検討委員会：身体拘束予防ガイドライン、2015.

(附則)

この指針は令和 7 年 4 月 1 日から施行する