

身体拘束最小化のための指針

1 身体行動制限（抑制）に関する基本方針

身体行動制限（抑制）は人間の行動を制限する行為であり、人間の尊厳に関わる重大な問題である。当院では、原則身体行動制限（抑制）は行わないことを基本方針とする。

1.1 身体行動制限（身体抑制）の定義

身体行動制限（身体抑制）とは、「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（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）。

当院では、身体拘束のことを身体行動制限（抑制）と表し、以下「抑制」と記す。

1.2 倫理的配慮

本基準に則り、抑制についての正しい知識と技術を持った複数の医療スタッフで行う。

抑制実施後は観察を怠らず抑制によって生じる二次的な障害を防止する。また、実施された抑制を早期に解除する努力をしなければならない。

1.3 抑制の対象となる具体的な行為

（日本看護倫理学会：「身体拘束予防ガイドライン」、厚生労働省：「身体拘束ゼロ作戦推進会議」2001より）

- 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 自分の意志で開けることのできない居室等に隔離する。
- ⑫ 不穏行動の鎮静目的で使用する、過剰な向精神薬投与（検査・治療時の鎮静目的の使用は、除く）

【当院で対象となる抑制の方法】

固定用用具（通称）	商品名
体幹ベルト	セグフィックス保護ベルト®腹部用)
車椅子ベルト	
抑制着	フドー®ねまき
抑制用ミトン①	プライムペリカンくんⅡ®
抑制用ミトン②	プライムクッションひらい手®
四肢抑制ベルト①	プライム予防バンドⅡ®
四肢抑制ベルト②	抑制帯®（型番：2520）
ベッド柵で四方を囲む	

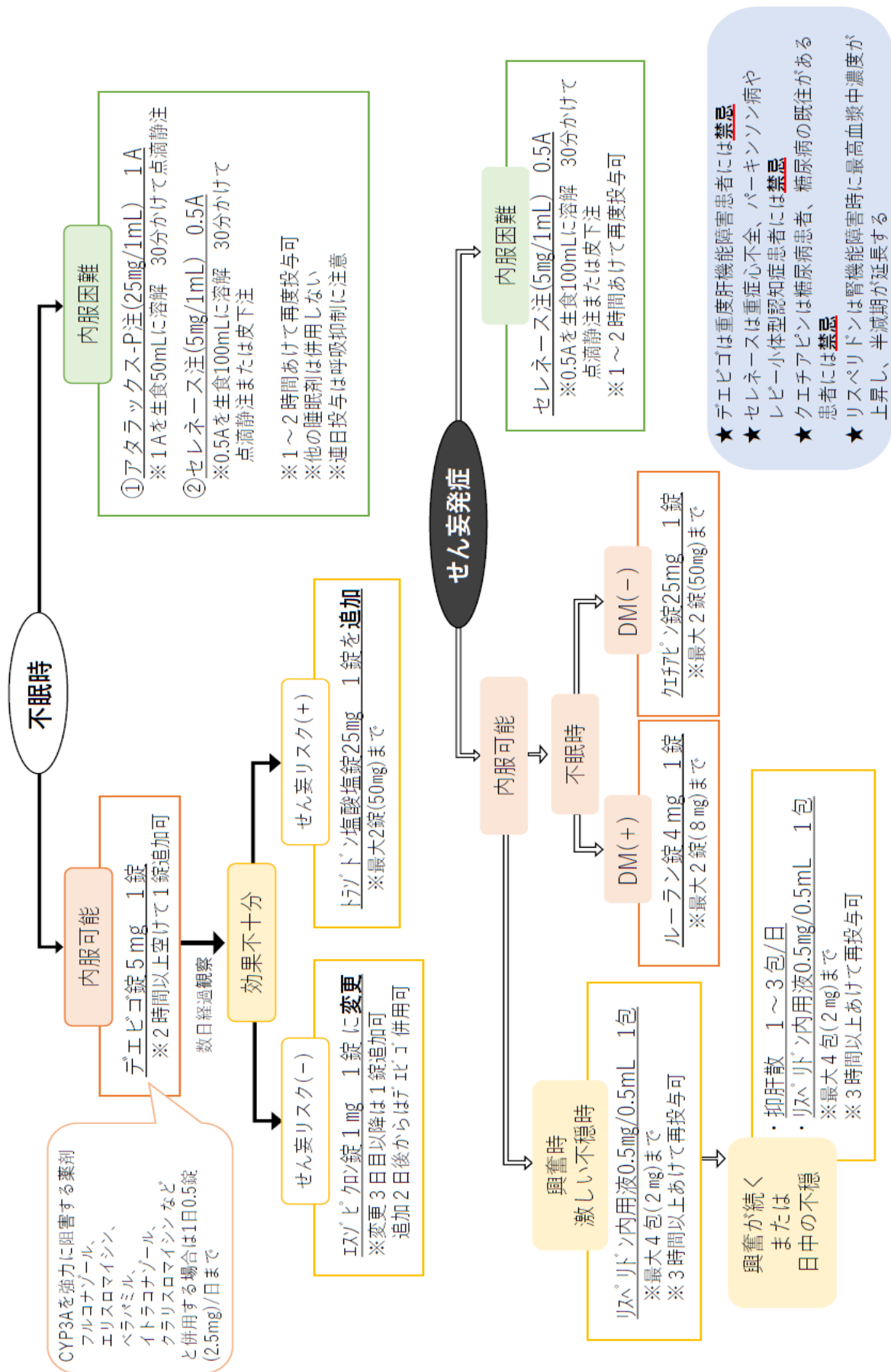
1.4 抑制の対象とならない方法

方法	使用物品
間接的監視用具の使用	ベッド用離床センサー（通称：おきたくん）
	ベッドサイドマットセンサー（通称：まったくん）
衝撃吸収マットの使用	衝撃吸収マット
四方を囲まないベッド柵の使用	3点柵、2点柵（レバー柵の混合使用を含む）、片側だけの使用
小児用（6歳以下）への事故防止対策	サークルベッド、術後ベッド

1.5 せん妄ケアアルゴリズム

不眠時やせん妄発症時の薬剤使用は、せん妄ケアアルゴリズムに準ずることとする。

	内服可能時	内服困難時
睡眠導入や不眠時対策	①デエビゴ錠 5mg 1錠 ＊効果不十分の時は2時間あけて1T追加可 ＊CYP3Aを強力に阻害する薬剤(フルコナゾール、エリスロマイシン、ベラパミル、イトラコナゾール、クラリスロマイシンなど)と併用する場合は1日0.5錠(2.5mg)/日まで 数日しても効果不十分の場合 ・せん妄リスク(－) <u>デエビゴ錠から変更して</u> ②エスゾピクロン錠 1mg 1錠 ＊効果不十分であれば3日目以降は1錠追加可 さらに2日後からはデエビゴとの併用も可 ・せん妄リスク(+) <u>デエビゴ錠に追加して</u> ②トラゾドン塩酸塩錠 25mg 1錠 ＊最大2錠(50mg)まで	①アタラックス-P注射液(25mg/1mL) 1A ＊1Aを生食50mLに溶解 30分かけて点滴静注 ②セレネース注(5mg/1mL) 0.5A ＊0.5Aを生食100mLに溶解 30分かけて点滴静注または皮下注 ＊1～2時間あけて再度投与可 ・他剤併用はしない ・連日投与は呼吸抑制に注意
	内服可能時	内服困難時
せん妄発症後の睡眠導入や不眠時対策	・DM(－) クエチアピン錠 25mg 1錠 ＊最大2錠(50mg)まで ・DM(+) ルーラン錠 4mg 1錠 ＊最大2錠(8mg)まで	セレネース注(5mg/1mL) 0.5A ＊0.5Aを生食100mLに溶解 30分かけて点滴静注または皮下注 ＊1～2時間あけて再度投与可
興奮が強い時 激しい不穏時	リスペリドン内用液 0.5mg/0.5mL 1包 ＊最大4包(2mg)まで ＊3時間以上あけて再度投与可	セレネース注(5mg/1mL) 0.5A ＊0.5Aを生食100mLに溶解 30分かけて点滴静注または皮下注 ＊1～2時間あけて再度投与可
興奮が続く or 日中の不穏時	抑肝散 1～3包/日 リスペリドン内用液 0.5mg/0.5mL 1包 ＊最大4包(2mg)まで ＊3時間以上あけて再度投与可	セレネース注(5mg/1mL) 0.5A ＊0.5Aを生食100mLに溶解 30分かけて点滴静注または皮下注 ＊1～2時間あけて再度投与可



1.6 抑制がもたらす弊害

抑制を行うことにより、身体的、精神的、社会的な弊害（ダメージ）を、行動制限を受ける患者または家族に与えること。

1.6.1 身体的な弊害

本来のケアにおいて追及されるべき「機能回復」という目標とまさに正反対の結果を招くおそれがある。

① 外的弊害

- a. 関節拘縮、筋力低下といった身体機能の低下
- b. 固定されることにより局所が圧迫されて褥瘡発生、など

② 内的弊害

- a. 動けないことにより食欲が低下
- b. 心肺機能の低下や感染症への抵抗力の低下、など

③ 重篤な事故を発生させる危険性

- a. 車椅子に抑制されているケースでは「無理な立ち上がりによる転倒事故」
- b. ベッド柵を使用しているケースでは「乗り越えによる転落事故」
- c. さらに抑制用具による窒息、など

1.6.2 精神的な弊害

- ① 不安や怒り、屈辱、あきらめといった多大な精神的苦痛と人間としての尊厳の侵害
- ② 精神的苦痛を継続的に与えられることにより、認知力低下の進行やせん妄症状頻発リスクの増大
- ③ 家族への大きな精神的苦痛

1.6.3 社会的な弊害

- ① 抑制をする看護・介護スタッフなどの「士気の低下」・・・自らが行うケアに対して誇りが持てなくなる。
- ② 施設に対する社会的な不信、偏見の発生
- ③ 本来不要であった医療的処置の必要性和経済的な影響
抑制によって、行動制限を受ける側の患者（およびその家族）のQOLが低下するだけでなく、本来不要であった医療的処置を施す必要性が出てくることで、個人経済や、社会経済にも影響を及ぼす。

2 身体行動制限（抑制）最小化のための体制

2.1 身体拘束最小化チームの設置および定例会の開催

身体拘束最小化チームを設置し、身体行動制限（抑制）適正化に向けた取り組みの確認、改善等を検討する。

2.2 チームの構成員とその役割

1) チームリーダー：医師

- ① 身体拘束最小化チームの責任者

- ② 身体行動制限（抑制）適正化の検討に関わる責任者

2) チームメンバー：医師、看護師、医療技術部門、事務部門

- ① 身体行動制限（抑制）適正化に向けた取り組みの検討及び実施、評価
- ② 身体行動制限（抑制）適正化に関する職員教育
- ③ 記録の整備

2.3 定例会の検討項目

- ① 身体行動制限（抑制）適正化に関する指針等の見直し
- ② 身体行動制限（抑制）の実施状況についての検討及び確認
- ③ 身体行動制限（抑制）等の代替案、解除に向けての検討
- ④ 職員全体への教育、研修会の企画・実施

2.4 記録及び周知

定例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。また、必要に応じて職員へ周知する。

3 身体行動制限（抑制）適正化のための基本方針

3.1 抑制の適応要件

- 1) 抑制を行う場合は以下の**3要件**をすべて満たしていること

- ① **切迫性**：患者本人又は他の患者の生命又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**：抑制以外に代替する方法がないこと
- ③ **一時性**：抑制が一時的なものであること

- 2) 切迫性要件の具体例 **【STEP 1 切迫性の評価】**

- ① 意識障害、興奮状態がある、あるいは発達段階により身体の危険を予知できない場合。
 - (a) 意識障害、興奮状態のため患者が生命に関わるラインやチューブを抜こうとする。
 - 循環に関わるもの：心臓補助循環チューブ、動脈ライン、CVライン、透析・血液浄化ライン
 - 呼吸に関わるもの：気道確保チューブ、人工呼吸器、酸素マスク
 - 手術等の操作が必要で再挿入困難：脳室ドレーン、胸腔・腹腔・消化管ドレーンなど
 - (b) 認知能力の低下、あるいは発達段階により状況を理解できない。
 - (a)の行動をとるあるいはラインやチューブに関係なく行動する。
 - 自分の置かれている状況を判断できず、ベッドから転落や転倒する危険性がある。
- ② 自傷、自殺行為や他人に危害や迷惑を与える可能性が高い場合。
- ③ 治療上必要な体位や安静が保持できない場合。
- ④ 皮膚掻痒、病的反射などがあり、患者本人の意思で体動を抑えることができない場合。
- ⑤ その他、診療に支障を来す場合。

- 3) 非代替性要件の具体例 **【Step 2 切迫性・非代替性の検討】**

- ① ラインやチューブ類の固定方法、挿入部位の変更を試みる。（手が届かない部位や位置）
- ② ラインやチューブ類が見えないように位置や衣類で工夫する。
- ③ 着衣を工夫する。（着衣に手が入らないようテープで病衣の合わせを固定する）
- ④ 見守りを十分に行う。（部屋をスタッフステーションの近くに移動、勤務者の協力）
- ⑤ 家族に協力を依頼し、ベッドサイドでの見守りを家族と共に試みる。
- ⑥ 基本的状態（食べる、排泄する、清潔にする、活動する、寝るなど）を整えるようにする。
など

4) 一時性要件の具体 **【Step 3 一時性の確保】**

- ① 抑制の必要性を毎日評価し、抑制が必要とされる最も短い期間であることを示す。
- ② 毎日の評価を記録に残す。

3.2 抑制の実施及び解除 （※具体的な手順は、「4. 抑制の実施及び解除の手順」参照）

- 1) 抑制の実施及び解除は、医師の判断・指示に基づいて実施することを原則とする。
- 2) 但し、緊急を要する患者に看護師が暫定的に抑制を代行することもあり得る。
- 3) 看護師が抑制を代行した場合、速やかに医師に連絡し、指示を受ける。
- 4) 医師は実施された抑制の妥当性を可能な限り迅速に検討し、必要性を指示する。
- 5) 医療者は、抑制を実施する場合は、患者及び家族にその必要性を説明する。
- 6) 担当医師は、抑制中の患者の診察を毎日行い、抑制の適応を評価し、適応要件が改善した場合は、直ちに解除を指示する。
- 7) 看護師は、抑制中の患者を定期的に観察し、記録する。

3.3 患者本人及び家族への説明と同意書

- 1) 抑制の説明は、原則として担当医師が実施する。
ただし、緊急及び夜間帯は看護師が代行して説明することも可能とする。
- 2) 医師または看護師は、抑制の理由・方法・時間・予定期間を患者本人・家族に説明を行い、理解と同意を得る。
- 3) 説明同意書は、別紙に定める「身体行動制限（抑制）に関する説明同意書」を使用する。

（※別紙：記入例を参照）

- ① 説明同意書の項目に沿って、該当する項目のチェックボックスにレ点☒を記入する。
- ② 抑制の目的、具体的な方法、期間等について説明したスタッフが、説明者記入欄に署名する。
- 4) 緊急に抑制の必要性が生じた場合は、事後に説明を行い、同意書を得る。
- 5) 予測できる場合は、事前にその可能性について説明しておく。

3.4 抑制中の観察・評価・記録

- 1) 医師は抑制が漫然と行われることがないように、抑制の適応について毎日患者の状態反応を看護師と共に評価し、診療記録にその状態を記載する。
- 2) 医師、看護師は、可能な限り早期に抑制を解除するための援助を行う。
- 3) 抑制用具による窒息、肺梗塞の監視目的で、心電図モニター等の使用も検討する。
- 4) 患者の症状、状態、逸脱行為の内容、抑制をしない場合の予測される問題などを診療記録に明

示する。

5) 看護記録（身体行動制限実施記録テンプレート）には、抑制の方法（抑制部位）、抑制開始年月日・時刻、抑制解除年月日・時刻を記載する。

6) 抑制中は、患者の状態観察に努める。身体行動制限実施記録で3原則に則っているか評価し、ケア予定から抑制具を選択し、それに応じた観察項目に沿って評価する。

- ① 阻血の防止
- ② 誤嚥の防止
- ③ 深部静脈血栓、肺塞栓の防止
- ④ 不適切な抑制による、カテーテル・ドレーン類の自己抜去の防止
- ⑤ ストレス潰瘍発生の防止

3.5 小児の抑制について

- 1) 小児も例外ではなく人権を考慮し、安全を確保するために必要最小限度の実施に努める。
- 2) 抑制の必要要件も同様とする。
- 3) 患児の理解度に応じた説明、及び家族に説明を行い、同意及び同意書を得る。

3.6 その他

患者の行動を早期に把握しようとして間接的監視用具（センサー類）を用いた場合、対応によっては、患者の行動を制限している拘束とも受け取られる場合もある。センサー類使用時も、患者・家族に必要性を十分説明し、理解を得る。医療者は、対応の仕方を考慮し、間接的監視用具を患者の自立支援の用具として活用する。

4 抑制の実施及び解除の手順

<STEP1 切迫性の評価>

1) 【患者アセスメント】

- ① 看護師は、患者入院時、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」判定結果と患者の状態や入院時の家族等からの情報から抑制の必要性についてアセスメントをする。
- ② 「転倒転落、身体行動制限リスクアセスメント(入院日)」テンプレートを使用し記録する。
- ③ 「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」ランクがⅢ、Ⅳ、Ⅴに該当した場合、汎用オーダーの認知症ケア加算Ⅱにチェックをする

《記入例》

*8. 入院1	*9. 入院2	*10.
★死後処置		
死後の処置		
★文書		

せん妄ハイリスク患者ケア加算
★認知症ケア加算
認知症ケア加算Ⅱ
認知症ケア加算(身体的拘束)Ⅱ
★終了★身体拘束終了選択してください。

<STEP2 切迫性・非代替性の検討>

2) 【ケア計画立案・実施】

- ① 「患者アセスメント」項目に一つでも該当する場合は、「認知症せん妄ケア標準看護計画」に基づきケア計画を立案する。
- ② ケア計画をもとに、行動の原因を推察し、原因除去に向けた抑制代替の援助を行う。

3) 【ケア計画の評価】

- ① 計画立案・実施翌日に、ケア計画実施の効果について複数人で評価する。

4) 【抑制についての検討と準備】

- ① 援助を行っても効果がなく、看護師が抑制の必要性を判断した場合は、医師に状態を報告する。
※医師不在時は、暫定的に必要性の説明と抑制を実施し、事後報告を行う。

《暫定的に開始した場合の情報伝達方法》

(ア) 抑制の開始を暫定的に判断し実施した場合、看護師は電子カルテにて医師宛に指示コメントを送る。

【指示コメント作成手順】(右図参照)

1. 「オーダー2」をクリック
2. 「指示コメント」をクリック
3. 該当診療科、主治医または担当医を選択
4. 指示内容に抑制を開始した事を記載する
5. 確定

- ② 医師は、患者の状態を診察後、抑制の必要性を判断し、抑制する場合は、抑制開始指示を記載する。
※指示コメントに入力する。
- ③ 医師は患者及び家族に、抑制の開始時期、抑制の必要性、抑制方法の妥当性、抑制の予定期間を説明し、同意を得て説明同意書にサインを得る。
- ④ 同意書は、文書サマリから「身体行動制限(抑制)に関する説明書及び同意書」を作成し、診療記録に保管する。
※暫定的に看護師が、説明し、同意を得る場合は、説明者の署名を説明者署名欄に記載する。
- ⑤ 看護師が緊急を要する患者に暫定的に抑制を行った場合、医師は、説明書記載内容、および実施状況を確認し事後に説明を行う。
- ⑥ 抑制の実施に対し同意が得られない場合は、実施しないことによるリスクについて十分説明しリスク発生の可能性について理解を得る。同意が得られない理由・状況を診療記録に記録する。
- ⑦ 抑制開始時はテンプレートの「医療チームカンファレンス」を選択し開始理由を記録する。
- ⑧ 日々の抑制実施記録はテンプレートの「身体行動制限実施記録」を選択し記録する。
- ⑨ 抑制を開始した場合、入院時の「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」ランクがⅢ、Ⅳ、Ⅴ に該当している場合、汎用オーダーの認知症ケア加算(身体的拘束)Ⅱにチェックをする

《記入例》

<STEP3 一時性の確保>

5) 【抑制の実施】

- ① 選択した身体抑制の方法、用具を、適切に使用し実施する。
- ② 該当する身体行動制限の項目をケアセットから選択する。

6) 【抑制の観察・記録・評価】

- ① 看護師は抑制中の患者の状況を定期的に観察し、抑制により生じる弊害の発生を防止する。
- ② 看護師は、抑制の解除、軽減、回避に向けた取り組みを実施する。
- ③ 各勤務、抑制実施中の観察を行う。
- ④ 観察はケア予定に記入する。
- ⑤ 日勤者はテンプレートを選択し、「身体行動制限実施記録」に評価し記録する。
- ⑥ 医師と看護師は、毎日複数人で身体抑制の継続性について評価し診療記録に記録する。

※看護師は「身体行動制限実施記録」に抑制を継続する場合は主治医または担当医の氏名を該当欄に入力する。

《記入方法》

抑制継続時に使用

《記入方法》

抑制開始時にケアセットより選択する

7) 【抑制の解除】

- ① 適応要件が改善した場合（継続性の評価項目のうち1つでも該当する場合は、直ちに抑制を解除する。
- ② 抑制解除時は、看護師は、診療記録に解除時刻や患者の状態など評価内容を記録する。
※医療チームカンファレンスに解除理由を記載する。
- ③ 医師は抑制解除指示を記載する
- ④ 医師の抑制制限解除指示の有無を看護師は確認する
- ⑤ 抑制解除時は併せてケア予定の該当する項目も修正・終了する
- ⑥ 抑制を解除した場合、入院時の「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」ランクがⅢ、Ⅳ、Ⅴに該当している患者は、汎用オーダーの認知症ケア加算「★終了★身体拘束終了を選択して下さい。」にチェックをする
- ⑦ 抑制を解除後も、定期的に患者の行動を観察し安全性を評価する。

＜記入例＞

＊8. 入院1	＊9. 入院2	＊10.
★死後処置		
死後の処置		
★文書		

★認知症ケア加算
認知症ケア加算 Ⅱ
認知症ケア加算(身体的拘束) Ⅱ
★終了★身体拘束終了を選択して下さい。

2017 年 6 月 15 日 認知症認定看護師、看護リスクマネジメント委員会 作成

2020 年 5 月 15 日 医療の質管理室 第 2 版 改訂

2020 年 5 月 27 日 病院安全管理委員会 第 2 版 承認

2023 年 2 月 1 日 看護リスクマネジメント委員会 第 3 版 改訂

2023 年 2 月 15 日 病院安全管理委員会 第 3 版 承認

2023 年 10 月 25 日 看護せん妄認知症ケア向上委員会 第 4 版 改訂

2023 年 11 月 15 日 病院安全管理委員会 第 4 版 承認

2024 年 10 月 8 日 身体拘束最小化チーム 改訂

2024 年 10 月 16 日 病院安全管理委員会 承認

2024 年 11 月 12 日 身体拘束最小化チーム 改訂