

身体行動制限廃止の指針

1. 趣旨

この規定は、院内における身体拘束の廃止を目的とし、患者や利用者の「人としての尊厳」と「自立」を尊重する真の利用者本位の看護・介護を目指すために必要な事項を定める。

2. 委員会の設置及び身体拘束廃止に関する責務等

前途の目的を達成するために、当院に『身体行動制限廃止委員会』（以下「委員会」）を設置する。

1) 身体行動制限廃止委員会

①委員会の委員長は池田院長とする

②委員会の委員は、医師、各病棟看護師・介護士、各事業所介護士または看護師、リハビリ職員、相談員とする。

③委員会は、2ヶ月に1回の定例会議を開催し、その他委員長の判断による臨時会議を開催することができる。

④掌握事項

- ・身体拘束の原因分析と日常業務の見直し
 - ・全員一致の態勢づくり
 - ・相談や情報の入手
 - ・身体拘束廃止におけるリスクマネジメント
 - ・やむを得ない身体拘束に対する取り組み
 - ・定期的な研修の開催
- 新規採用時には身体拘束に関する研修を実施

⑤委員会の任務

委員会は、院長の諮問に応じて、所掌事務について調査審議するほか、院長に建議することができる。また会議の結果については、院長に報告すると共に各部署に周知する。

3. 身体行動制限廃止に関する基本的な考え方

1) トップが決意し、病院が一丸となって取り組む。

- ①現場のトップである院長、そして看護師長、介護主任などの責任者が「身体行動制限廃止」を決意し、現場をバックアップする。
- ②事故やトラブルが生じた場合にトップが責任を引き受ける。

2) みんなで論議し、共通の意識をもつ

- ①身体拘束の弊害をしっかりと認識し、どうすれば廃止できるかを、スタッフ間で十分に論議し、みんなで問題意識を共有していく。
- ②利用者中心の考え方。消極的な人も一緒になって実践し、理解を進める。

3) まず、身体拘束を必要としない状態に実現を目指す。

- ①個々の高齢者について心身の状態を正確にアセスメントし、身体拘束を必要としない状態を作り出す方向を追究していくことが重要。
- ②問題行動がある場合も、そこには何らかの原因があるのであり、その原因を探り、取り除く。

4) 事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する。

- ①転倒や転落などが起きにくい環境づくり。(手すりをつける。足元に物を置かない。ベッドの高さを低くする等)
- ②スタッフ全員で助け合える態勢作りをする。

5) 常に代替的な方法を考え、身体拘束するケースは極めて限定的にする。

- ①身体拘束せざるを得ない場合についても本当に代替する方法は無いのかを真剣に検討する。
- ②問題の検討もなく漠然と拘束している場合は、直ちに拘束を解除する。
- ③解決方法が得られない場合には、外部の研修に参加したり、相談窓口を利用し、必要な情報を入手し、参考にする。

6) 鎮静を目的とした薬剤の適正使用を行う

- ①鎮静を目的とした薬剤使用の前に、不穏となっている背景因子を考え、原因の除去、代替法を検討する。
- ②不眠時や不穏時の薬剤使用は一時的なものとし、過鎮静とならない様、患者に合った適切な薬剤の選択、投与量、回数、服用のタイミングなどを適宜検討し、使用する。
- ③入院前より、向精神薬等を日常的に使用している場合には、本当に必要かどうかを適切な投与量であるか検討し、離脱に向けた取り組み、減量を行っていく。

4. 身体拘束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。胴抑制帯をつける。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵で囲む。壁付けにして2本柵をする。
- 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、立ちあ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 脱衣やオムツ外しを制限する為に、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る、または鍵付きのつなぎ服を着用させる。
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐ為に、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為に、向精神薬を過剰に服用させる。(過鎮静になっても服用を継続する)
- 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。部屋に鍵をかける。

参照：「身体拘束ゼロへの手引き」(平成 13 年 3 月厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」)

※座コール、センサーマット、ハイパーマット、タッチコール、離床センサー類、居室見守りカメラは身体拘束とは位置付けず、転倒・転落防止のための対策として使用し、身体拘束の定義から除外する。

※居室見守りカメラは、上記目的に加えて身体拘束や虐待に対する抑止力にもなると考えられる。居室での見守りが必要な入院患者やその家族・親族に対して同意を得てから設置、使用開始する。プライバシー保護の観点から、安全管理・臨床研究などの目的以外では使用しないこと、データの取り扱いについては個人情報保護方針に従うこととする。

2. 身体拘束を行う基準と手順

- ① 身体拘束が必要かどうかアセスメントを行い、身体拘束基準スコア表に記入する。
↓
- ② 原因へのアプローチ・・・3 点以上であれば、行動の原因アセスメントを行い、身体拘束に代わる方法を実施。
↓ *合計 2 点以下であれば、身体拘束はしない
 - ・緊急やむを得ない場合に該当
 - ・代替の方法を実施しても介入の効果が得られない。
 - ・身体拘束基準スコア表にて 3 点以上に当てはまる。↓
- ③ 医師の診察により医師の判断と指示をもらう。
 - ・担当医が不在の場合は、当直医に報告を行い、指示をもらう。↓
- ④ 患者または家族への説明と同意を得る。
 - ・口頭での説明と同意（インフォームドコンセント）はもちろん書面で同意を得、署名、捺印をもらう。
 - ・説明した内容、日時をカルテに記載する。
 - ・身体拘束を行う前に同意を得る。出来ない場合は、拘束開始後なるべく早く同意を得る。↓
- ⑤ 身体拘束の実施
 - ・身体拘束廃止委員会に報告する。↓
- ⑥ 身体拘束中の観察と経過の記録
 - ・看護師は、看護記録に身体拘束をするに至った経緯（患者の精神状態や客観的な状況）を記載し、身体拘束の開始時間、拘束方法、拘束直後の患者の反応を必ず記載する。↓
- ⑦ カンファレンスの開催
 - ・病棟スタッフ・担当医で毎日身体拘束カンファレンスを行い、身体拘束の必要性を検討する。
 - ・身体行動制限廃止委員会メンバー中心となり身体拘束カンファレンスを 1 週間に 1 回開催し、患者の精神・身体的な状態把握、また代替法がないかを再検討し、身体拘束の必要性や、また解除に向けた取り組みを話し合う。
 - ・身体行動制限廃止委員会（2 か月に 1 回）にて、身体拘束の実施状況把握や、身体拘束継続の必要性を検討する。



⑧ 記録類の保管

記録類（身体拘束基準スコアシート、同意書、身体行動観察記録、緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録）は電カル等に保管する。

3. 緊急やむを得ない場合の3原則

切迫性：利用者本人または他の利用者等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

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治療、看護方法がないこと

一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

※身体拘束を行う場合には、以上の3つの要件をすべて満たすことが必要。

4. 身体拘束基準スコア

認知・認識スコア	3：強い失見当識あり、説明しても理解できない。 妄想・幻覚あり。 不穏が強い。会話が成立しない状態。 強い興奮など 2：失見当識あり、説明すると理解できるが、またすぐに間違える。 1：一般的な失見当識 0：正常
行動・体動スコア	3：自傷行為、非常に激しい体動、攻撃的行動、押さえつける必要あり。 2：まとまりのない落ち着かない動き、身の回りのことを気にする。目を離すときには注意が必要。 1：問題なしと言えないが、危険動作はない。 0：問題なし

合計 2 点以下・・・身体拘束しない・解除

合計 3 点以上・・・行動アセスメントを行い身体拘束に代わる方法を実施する。

5. 身体拘束時の主な介入

身体的行動

1. 医師の指示

身体拘束が必要な時、医師の判断と、指示を得る。

2. 説明・同意

身体拘束を必要と判断した場合、患者とご家族に、根拠・手順・目的・期間を理解しやすい言葉で説明し、同意を得る。身体拘束および拘束解除の危険と利益について、患者および、家族に指導する。

3. 身体拘束中の観察・アセスメント

いつその行動が起こったか（日時）どのような行動が観察されたか、どこで起こったか、その行動の原因、誘因と考えられることは何か、それに対して誰がどのように対処したか、対処に対して患者はどのように反応したか、観察する。身体拘束部位の皮膚の状態を観察する。夜間および、日中の睡眠状態を確認する。

4. 身体拘束中の記録

身体拘束を行った場合には、以下の様な内容をカルテ、看護記録、身体拘束記録用紙等に記録する。

- 1) 身体拘束が、臨床的に妥当であるということ
- 2) 身体拘束以外の方法をあらかじめ試みたということ
- 3) 患者の状態を十分に、アセスメントをしたということ
- 4) 家族・患者への説明は誰がどのように行ったか
- 5) 身体拘束を行う同意を患者または家族から得たこと
- 6) 施行した身体拘束方法、開始時間、中止時間
- 7) 身体拘束中止となった理由
- 8) 中止時の患者の反応など、

これらを意識して、看護記録、カルテまたは、身体拘束記録用紙に残す

5. 身体拘束中の運動、気分転換活動

患者の見当識の状態、能力のレベルに合わせて移乗や運動を行う。

安楽を促進し、誤嚥や皮膚の破綻を予防する。体位の工夫を行う。拘束具使用中でも安全が許す限り、患者の四肢の動きを促す。

定期的な体位変換を行う。

付き添う程度で、身体拘束が解除できる場合、付き添う期間を多くとる工夫をする。

6. 身体拘束を早期に解除するための手順

- ① 医師、看護師は身体拘束中の状態や反応（行動）を常に観察し記録の継続を行い、カンファレンスを開催し拘束に代わる方法を検討する。



- ② 身体行動廃止委員会は日々身体の状態などを観察し、定期的にカンファレンスを開催し一日でも早く解除できるよう病棟スタッフへの助言や代替法を検討する。



- ③ 患者の行動に基づいて危険の可能性がないと判断した場合は医師の指示のもと判断のもと拘束解除を試みる。

拘束解除を試みる場合は本人、家族に口頭で説明し同意をもらう。

（同意書は必要なし）



- ④ 代替する方法を実施する場合は拘束を解除した場合は常に状態を観察し行動や反応を記録する。医師に報告し医師の判断で拘束解除（中止）となる。



- ⑤ 拘束解除（中止）に至ったら家族に口頭で説明を行い、看護記録に解除の記載を行う。

7. 身体拘束しないための具体的な看護ケア

以下の点は入院時から意識して施行する

【活動を高める】

- ① ADL 拡大を進め、離床を図る
- ② 寝たきり防止、車椅子座位保持良肢位保持、日中の活動
- ③ 面会やレクリエーションの工夫
- ④ できるだけ運動や歩行を心がける（患者に合わせた方法、量、時間）
- ⑤ 散歩 など

【経口から食べることを意識する】

- ① 経口摂取を促すことで、五感が刺激され脳神経機能が活性化され、意欲的になる
- ② 患者の食べやすいものの患者のペースで
- ③ 食事時間で一日のリズムとなる

【おむつを使わない排泄のケアを目指す】

- ① トイレ排泄は患者も目標としている
- ② やむをえずオムツを使用する場合は、時間でなく随時交換とする
- ③ オムツ使用の基準を作り安易にオムツを使用しない
- ④ オムツに排泄する気持ちを察し、人間らしさを損なわないような態度をとる

【清潔の保持】

- ① 臥床安静の患者およびオムツ使用患者の陰部ケアは毎日行う
- ② 四肢の清潔は保たれているか、嫌な匂いや汚れ、爪の伸びはないか。
- ③ 入浴可能なのに清拭でごまかしてはいけない・・・家庭では毎日入浴している

【精神・心理的な支援】

- ① 不安・心配を耳に傾ける
- ② 円滑なコミュニケーションを心がける（まずは笑顔と挨拶）
- ③ 人間的交流と行き届いた監督（患者と1：1によるケア、効果的な家族面会）

【夜間睡眠の確保】

- ① 睡眠状態のアセスメントと夜間睡眠の確保
- ② 不眠時医師と相談
- ③ 音・採光・室温の調節

【部署での意識改革】

- ① 「忙しいから」を理由にしない（忙しいは理由にならない、してはならない）
- ② 安全防止の対策検討と実施
- ③ 患者の全身状態、看護問題のアセスメント能力を高める（何が必要、何が不必要）
- ④ 医療倫理の意識（抑制と人権、転倒と医療事故、プライバシー、説明と同意）
- ⑤ 接遇の基本の理解（笑顔、挨拶、患者の立場で、言われる前に察する能力）
- ⑥ 患者の嫌がる治療・処置の減少・中止を検討する（輸液、処置、安静など）
- ⑦ 苦痛、痛みの除去
- ⑧ 患者の気持ちを引き出すため積極的に会話する
- ⑨ 独創的な方法を考案する

【暴力行為・興奮・大声を上げるケースへの対応】

- ① 暴力行為や興奮の原因を探る
- ② 意識の低下、障害はないか・・・患者との関係
- ③ 身体的な要因：せん妄、発熱の徴候、苦痛・痛みなど
- ④ 心理的な要因：環境の変化、不安・心配、理解不足など
- ⑤ 患者を説き伏せる会話をしない
- ⑥ 家族面会の配慮など

【点滴・チューブ類を触る、引っばるケースへの対応】

：抹消・中心静脈栄養点滴ライン、経管栄養、酸素マスク、尿管、ドレーン、創部ガーゼ、気管内挿管チューブなど

- ① 治療上の必要性を説明
 - ② 不要なルートの整理（経管栄養から経口へ、尿管から床上排泄へ）
 - ③ 固定の工夫：手の届かない部位、ロック式、しっかりした固定・テープ
 - ④ 時間の工夫：夜間には行わない、午前のみなど（輸液など）
 - ⑤ 胃ろうの場合、可能であれば早期に経口的な摂取をめざす。長期胃ろう検討。
 - ⑥ 寝衣などで覆い隠す工夫
 - ⑦ 輸液・機械、パックなどが患者の視線に入らないようにする
 - ⑧ 体動しても抜けない余裕のあるライン、チューブの使用
 - ⑨ 通常より頻回の巡視、意識的な視察
 - ⑩ 重要ライン（ライフライン）とそうでないラインの区別
 - ⑪ 注入中でなければまた入れればいいものは、重要ラインとして意識しない
- ：抹消点滴ライン、経管栄養注入のための胃管、胃ろうチューブなど

【徘徊をするケースへの対応】

- ① 徘徊行動の原因を探る
- ② 入院前の生活パターンを知る
- ③ 散歩などで気分転換を図る
- ④ 危険がない限り、ある程度見守ることを基本にした対応をする
- ⑤ 転倒予防・・・転倒転落アセスメントスコアの活用
- ⑥ 家族の協力を得る
- ⑦ 離床センサーの活用
- ⑧ 専門医の受診など

【失見当識（現状認識力の低下）】

- ① 失見当識の原因を探る：意識レベル評価、せん妄評価、認知症評価など
- ② 入院の目的、医療行為・看護行為の理解度に合わせた説明
- ③ 現実との接点を増やす（新聞、テレビ、家族の面会、カレンダー、時計など）
- ④ 現実への適応と心理社会的介入（現状の説明、不安、心配のアセスメントなど）
- ⑤ 関わりを多くし、コミュニケーションを図る
- ⑥ 患者のニーズの確認
- ⑦ 人的・物的環境整備：他部署の応援、ボランティアに面会や見守りを支援していただくなど

【ベッドから転落のおそれ】

- ① ベッドサイドの柵や台、ナースコールをいつも患者の手が届くところに置く
- ② ポータブルトイレ使用の場合位置を患者の使い勝手に合わせて工夫
- ③ 患者によっては患者が落下せずにベッドで動けるようにマットレスを床に置く
- ④ ベッド柵は片方を下げておくかあげておく（この方が転落を予防できる）
- ⑤ 必要に応じて低いベッド、小児用ベッドの使用
- ⑥ 必要に応じて体動センサーや体動マット、居室見守りカメラの使用
- ⑦ 排泄に伴う転倒を予防する為時間で排泄を促してみる
- ⑧ 必要に応じて車椅子の使用：運動、気分転換を兼ねる など