

身体拘束適正化のための指針

I. 身体拘束に対する基本的な考え方

身体拘束は患者の生命の危機と身体的損傷を防ぐ為に必要最小限に行うもので、医師の指示のもと患者の人権を尊重し、安全を優先させる場合のみ実施する。

実施にあたっては患者や家族の同意を得、漫然と継続せず、また二次的な身体障害や偶発症の発生には十分注意する。

II. 身体拘束適正化のための体制

1. 身体拘束適正化委員会の設置

身体拘束適正化のために、身体拘束適正化委員会を設置し、3ヶ月毎に開催する。

1) 委員会の検討項目

- (1) 院内での身体拘束廃止に向けて現状把握及び改善について検討する。
- (2) 身体拘束を実施せざるを得ない場合の検討する。
- (3) 身体拘束を実施した場合の代替案、拘束解除の検討する。
- (4) 身体拘束廃止に関する職員全体への指導・教育する。
- (5) 発生原因、結果等を取りまとめ当該事例の適正化と適正化策を検討する。

2) 身体拘束適正化委員会の構成員

医療安全管理部会構成メンバー兼任とする。

III. 身体拘束廃止に向けての基本方針

1. 身体拘束の定義

身体拘束とは、患者の事故防止と安全確保のために安全带等を使用して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。

身体拘束その他、入院患者の行動を制限する具体的行為にあたるものとして、厚生労働省が「身体拘束ゼロへの手引き」（平成13年3月）の中であげている行為を以下に示す。

1. 徘徊しないように、車いすや椅子・ベッドに大患や四肢をひも等でしばる。
2. 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等でしばる
3. 自分で降りられないように、ベッドを4点柵で囲み柵をすべてひも等でしばる。
4. 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等でしばる。
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. 車いす・椅子からずり落ちたり立ち上がったりにしないように、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椅子を使用する。

8. 脱衣やおむつ外しを制限する為に、介護衣（つなぎ服）を着せる。
9. 他人への迷惑行為を防ぐ為に、ベッド等に体幹や四肢をひも等でしばる。
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。
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. 離床センサーやセンサーマット等を使用する。

2. 身体拘束に必要とされる3つの条件

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、次の3つの要素のすべてを満たす状態にある場合は、患者・家族へ説明同意を得た上で例外的に必要最低限の身体拘束を行うことがある。

- 1) 切迫性：患者または他の対象者など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) 非代償性：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) 一次性：身体拘束、その他の行動制限が一時的なものであること。

3. 身体拘束を考慮する状況

複数人で検討した上で目的を明確にし、看護記録に記載する。

- 1) 治療上必要な輸液、中心静脈栄養、末梢留置型中心静脈カテーテル、胃管、胃瘻、ドレーンなどの自己抜去に伴い、急変または状態の悪化が予測される場合
- 2) 気管内挿管、または人工呼吸器装着中で気管内挿管チューブや気管カニューレの自己抜去の可能性がある場合
- 3) 安静治療が必要であり、体動などにより病状悪化が懸念される状態、患者が安静の必要性を十分に理解できない場合
- 4) 認知症、意識障害を呈した患者、混乱状態の患者で患者の理解が得られず治療が困難な場合
- 5) 不随運動などにより安全が保たれない場合

4. 身体拘束を行う場合の対応

緊急・やむを得ず身体拘束を行う場合は、医師をはじめ医療安全管理部会構成員、看護安全対策委員、認知症ケア委員を中心に十分な観察を行うと共に経過記録を行い、できるだけ早期に拘束を解除するように努力する。

1) 実施手順

- (1) 拘束が必要と思われる患者について看護師はアセスメントし、医師へ報告後カンファレンスで検討し、医師が指示したら実施する。
- (2) 安全が確保され、かつ治療が有効に行えるような身体拘束で、個人の尊厳と人権には十分配慮する。

- (3) 医師は患者及び家族に対して治療上拘束が必要であることを説明し、了解と協力を得る。(同意書を記載) 夜間など緊急を要する場合は、電話など口頭で了解を得ることもある。また、記録に残し後日同意書をとる。(身体拘束の必要性、方法、期間等を説明する)
- (4) 主治医不在時は代理の医師、夜間休日は当直医師が指示する。

2) 看護

- (1) 身体拘束部位にあった用具を選択し、安全ベルトや紐など必要部位を上下関節をしっかりと装着する。
- (2) 安全ベルトは関節可動域を残して固定し、必要時はタオルなどで保護しベッド柵でなく、ベッドの枠に固定しスライドを予防する。
- (3) 拘束具装着に緊急かつ安全性を要する場合は2人以上の看護師で行う。

3) 観察

- (1) 観察期間
拘束直後、15分後、その後は各勤務及び状況に応じて行う
- (2) 観察項目
 - ①患者の精神状態
 - ②体動状況
 - ③拘束部位の皮膚の状況(発赤、水疱、色調、感覚など)
 - ④神経症状(麻痺の有無確認)
- (3) バイタルサイン測定
- (4) 各勤務で観察しチェックリストに記載する。異常時は医師へ報告し診察後拘束が必要か話し合う。

4) 記録

- (1) 身体拘束の目的、それに至るまでの患者の状況
- (2) 患者および家族への説明内容と同意の有無、説明した家族の続柄
- (3) 身体拘束開始時間、部位、使用物品
- (4) 観察事項、観察時間
別紙(身体拘束のチェック)
- (5) 身体拘束に関するカンファレンスは最低1回/週実施し記録に残す。

5) 注意事項

- (1) 医師の指示があることを確認する。
- (2) チューブ類に手が届かないことを確認する。
- (3) 拘束による二次的障害(褥瘡・脱臼・骨折・機能障害)に注意
- (4) 患者の訴えに注意を払う。
- (5) 誤嚥や窒息など不慮の事態に備え、対策を考慮しておく。
- (6) ナースコールを手元に設置する。

- (7) 拘束の部位や期間は最小限にとどめるよう、心身の観察とアセスメントを行う。
- (8) 勤務交代時、身体拘束を行っている患者の把握ができるよう誰にも分かるようにする。

6) カンファレンス、身体拘束解除

- (1) 医師と看護師は拘束回避の有無について検討し内容を記録に残す。
- (2) できる限り早期の解除をめざし、医師の指示のもと拘束を解除する。
- (3) カンファレンスは患者の状況によって日々検討する。

7) その他の日常ケアにおける基本方針

身体的拘束を行う必要性を生じさせないために、日常的に次のことに取り組む。

- (1) 患者主体の行動、尊厳を尊重する。
- (2) 言葉や対応などで、患者の精神的な自由を妨げないように努める。
- (3) 患者の思いをくみとり、患者の意向に沿ったサービスを提供し、多職種協働で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。

IV. 身体拘束廃止、改善のための職員教育

医療に携わる全ての職員に対して、身体拘束廃止と人権を尊重したケアの励行を図り、職員教育を行う。

- 1. 毎年研修プログラムを作成し、1年に2回以上の学習教育を実施する。
- 2. 新任者に対する身体拘束廃止、改善のための研修を実施する。
- 3. 新規採用時に研修を実施する。