

# 身体拘束等適正化のための指針

—身体拘束ゼロをめざして—

目次

**1. 身体拘束等適正化に関する基本的な考え方**

- 1) 身体拘束等禁止の対象となる具体的な行為
- 2) 白十字病院における身体拘束、および行動制限、安全策 (用語の定義)
- 3) 身体拘束等禁止の対象とはしない具体的な行為
- 4) 向精神薬等使用のルールについて

**2. 身体拘束等適正化のための体制**

- 1) 身体拘束最小化チームの設置及び会議開催
- 2) チームの構成員 (メンバー)
- 3) チームの検討項目
- 4) 記録及び周知

**3. 身体拘束等適正化のための研修に関する基本方針**

**4. 身体拘束等を行わずにケアを行うために <3つの原則>**

- 1) 身体拘束等を誘発する原因の特定と除去
- 2) 5つの基本的ケアの徹底
- 3) より良いケアの実現を目標とする

**5. 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合の対応**

- 1) 緊急やむを得ない場合に該当する3要件の確認
- 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
- 3) 身体拘束等の方法
- 4) 適応要件の確認と承認
- 5) 患者本人及び家族への説明と同意

**6. 身体拘束等に関する報告**

**7. 身体拘束等適正化のための具体的な手順**

- 1) 身体拘束等開始時の手順
- 2) 身体拘束等実施中の留意事項
- 3) 看護
- 4) 身体拘束等の評価
- 5) 身体拘束等の解除基準
- 6) 身体拘束等に関する記録
- 7) 身体拘束等「同意書」記載・管理方法

別添1 白十字病院における薬剤による鎮静の考え方

## 1. 身体拘束等適正化に関する基本的な考え方

身体拘束は患者の権利である自由を制限するのみならず、身体的・精神的に弊害を伴う。したがって、身体的拘束を行わないことが原則である。白十字病院の病院理念のもと「医療を受ける人の権利」において、人権が公平に尊重される権利を保障している。緊急やむを得ない場合を除き身体拘束をしない医療・看護の提供に努める。

### <身体拘束の定義>

「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 号における行動制限の定義

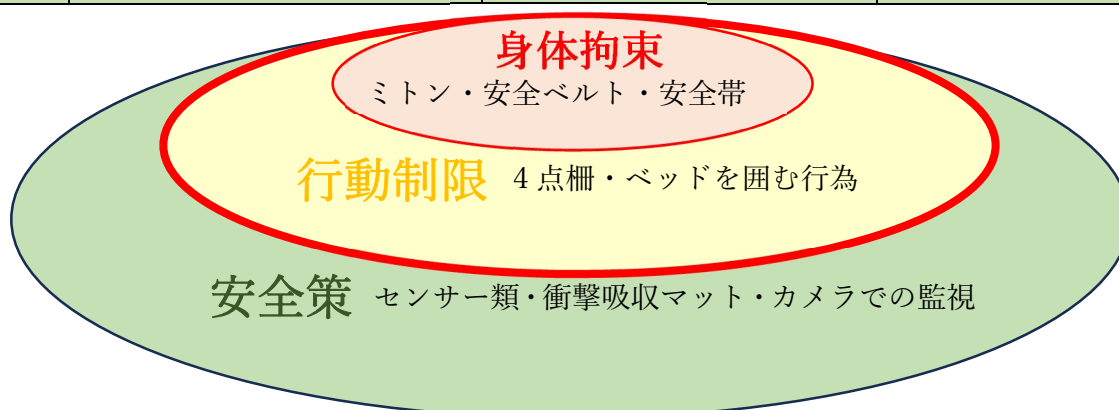
#### 1) 身体拘束等禁止の対象となる具体的な行為

- ① 徘徊しないように、車いすやいす、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 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
- ④ 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
- ⑤ 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける
- ⑥ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する
- ⑦ 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
- ⑧ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッド等に体幹や四肢をひも等で縛る

「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」から抜粋

#### 2) 身体拘束、行動制限、および安全策に関する用語の定義

用語	意味	当てはまる行為	備考
身体拘束	患者の身体また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、その運動を制限する	ミトン 安全ベルト 安全帯（抑制帯）	要対策 認知症ケア加算対象
行動制限	患者が動こうとすることに対し身体や衣服に触れないように用具を使用し、その行動を制限する	4点柵 壁付け2点柵、3点柵など ベッドを囲む行為	要対策
安全策	行動を制限せずに患者を転倒や離院などのリスクから守る、リスク防止策	クリップセンサー（ウーゴ君など） を含めたセンサー類 カメラでの監視	本人の行動の自由を直接制限するものではない



3) 身体拘束等禁止の対象とはしない具体的な行為

肢体不自由や体幹機能障害があり残存機能を活かすことができるよう、安定した体位を保持するための工夫として実施する行為については、その行為を行わないことがかえって虐待に該当するとみなす。

- ・整形外科疾患の治療であるシーネ固定等

4) 向精神薬等使用上のルールについて

- (1) 薬剤による鎮静の考え方 (別添1)

## 2. 身体拘束等適正化のための体制

取り組みを継続的に実施し、身体拘束等の適正化のための体制を維持・強化する。

1) 身体拘束最小化チームの設置及び会議開催

当院の身体拘束等適正化を目指すための取り組み等の確認、改善を検討する。特に緊急やむを得ない理由から身体拘束等を実施した、またはしている場合に実施状況や対策の適正性についての検討を行う。

2) チームの構成員 (メンバー)

『認知症ケア推進委員会』のメンバーが『身体拘束最小化チーム』を兼務する。

- (1) チームリーダー : 医師

- (2) メンバー : 医師 1名 看護師 2名 リハビリテーション部 1名 薬剤師 1名  
他、認知症ケア推進委員会メンバーとなった職員

3) チーム会議の検討項目

- (1) 身体拘束等適正化に関する指針等の見直し  
(2) 回診を通して「身体拘束等」の実施状況についての検討・確認  
(本指針に沿って実施しているか)  
(3) 身体拘束等の代替案、拘束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

4) 記録及び周知

チーム会議での検討内容・結果については議事録を作成・保管するほか、議事録を HOMES に掲載することで職員へ周知を行う。

## 3. 身体拘束等適正化のための職員研修に関する基本方針

- 1) 全職員対象とした身体拘束等に関する教育研修を定期開催する。  
2) 研修にあたっては実施日・実施場所・方法・内容等を記載した記録を作成する

#### 4. 身体拘束等を行わずにケアを行うための <3要件>

身体拘束等をせずにケアを行うためには、身体拘束等を行わざるを得なくなる原因を特定し、その原因を除去することが求められている。そのため 3要件（切迫性・非代替性・一時性）を踏まえて 取り組む。

##### 1) 原因の特定と除去

その人なりの理由や原因が必ずあり、ケアする側の関わり方や環境に問題がある事も少なくない。そのためその人なりの理由や原因を徹底的に探り、除去するケアが必要である。

##### 2) 5つの基本的ケアの徹底

下に示す5つの基本的なケアを十分に行い、生活のリズムを整える。

##### (1) 5つの基本的ケア

###### ①起きる

人は座ることにより重力がかかって覚醒し、目が開き、耳が聞こえ、自分の周囲で起こっていることがわかるようになる。これは仰臥して天井を見ていたのではわからない。起きるのを助けることは人間らしさを追求する第一歩である。

###### ②食べる

人にとって食べることは楽しみや生きがいである。食べることで脱水予防や感染予防にもなり、点滴や経管栄養が不要になる。食べることはケアの基本である。

###### ③排泄する

なるべくトイレで排泄してもらうことを基本に考える。おむつを使用している人については、随時交換が重要である。おむつに排泄物が付いたままになっていると気持ち悪く、「おむついじり」などの行為に繋がることになる。

###### ④清潔にする

きちんと風呂に入る事が基本である。皮膚が不潔なことがかゆみの原因になり、そのために大声をだしたり、夜眠れずに不穏になったりする。皮膚をきれいにする事で本人も快適になり、周囲もケアしやすくなり、人間関係も良好になる。

###### ⑤活動する

その人の状態や生活歴にあったよい刺激を提供することでアクティビティを保つことが重要である。その人らしさを追求するには心地よい刺激が必要である。

##### 3) よりよいケアの実現を目標とする

身体拘束等の廃止へ向けた取り組みは、院内におけるケア全体の向上や生活環境の改善のきっかけとなりうる。その過程で提起されたさまざまな課題を真摯に受け止め、よりよいケアの実現に取り組んでいくことが期待される。

#### 5. 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合の対応

身体拘束等を行わないことが原則であるが、当該入院患者の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない理由により身体拘束等を行う場合がある。「緊急やむを得ない」理由とは、身体拘束等を行わずにケアを行うための<3つの原則>の工夫のみでは十分に患者の生命や身体を保護できないような、一時的に発生する切迫した事態のみに限定される。安易に「緊急やむを得ない」ものとして身体拘束等を行うことのないよう、以下の要件・手続き等に沿って慎重な判断を行う。

1) 緊急やむを得ない場合に該当する3要件の確認

以下の3つの要件を全て満たしている事が必要である

- 【切迫性】 患者本人またはほかの患者の生命・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

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 気管切開チューブ、経管栄養チューブ、膀胱留置カテーテル、各種ドレーン等を患者自身が抜去することで、生命の危機および治療上著しい不利益が生じる場合
- ② 精神運動興奮や意識障害、認知障害、見当識障害、薬物依存、アルコール依存、などによる多動不隠が強度であり、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・車椅子からの転倒・転落の危険性が著しく高い場合
- ④ その他の危険行動（自殺・離院・離棟の危険性など）

以上いずれかの状態であり、且つ上記の3要件を全て満たすものを『緊急やむを得ない』状態とし、基本的に多職種間で協議する。

3) 身体拘束等の方法

- (1) 体幹抑制・四肢抑制・部分抑制（上肢・下肢）
- (2) ミトン
- (3) 車椅子安全ベルト

4) 適応要件の確認と承認

身体拘束等は極めて非人道的な行為であり、人権侵害、QOL低下を招く行為である事を考え、「緊急やむを得ない」状態に相当するのか、主治医、看護課長、担当看護師(夜間・休日においては当直医師・担当看護師)など、複数の担当者で適応の要件を検討、アセスメントし決定する。主治医は身体拘束の指示を出し、診療録に記載する。

5) 患者本人及び家族への説明と同意

- (1) 身体拘束等の必要性がある場合、医師は本人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「身体行動制限に関する説明・同意書」に沿って身体拘束等の必要性・方法・身体拘束等による不利益等を患者・家族等へ説明し同意書を得る。
- (2) 緊急に身体拘束等の必要性が生じた場合は電話にて説明し承諾を得る。承諾を得た際、承諾者の氏名・続柄をカルテに記載しておく。後日説明を行い、同意書を得る。
- (3) 緊急やむを得ず身体拘束を開始した後は「緊急やむを得ない場合」に該当したままであるかどうかを、常に観察、再検討し、3要件に該当しなくなったら直ちに身体拘束を解除する。医師の予測した期限を超えて長期に及ぶ場合は、再度、患者・家族等の同意を得なければならない。

## 6. 身体拘束等に関する報告

『緊急やむを得ない』理由により身体拘束等を開始した場合は、部署内に報告し情報を共有する。改めて主治医と看護師とそのほかの職種で話し合い身体拘束を解除できないか確認する。身体拘束最小化チームの回診において、適正に実施されているか検討し、身体拘束を最小化するアドバイスを行う。

## 7. 身体拘束等適正化のために必要な具体的な手順

### 1) 身体拘束等の開始時の手順（身体行動制限に関する看護基準・手順参照）

- (1) 多職種で身体拘束の内容を検討し医師が決定する。
- (2) 患者、または家族などに身体拘束に関して説明し、同意を得る。
  - ・電話で同意を得た場合、診療録もしくは看護記録に残し、後日同意書を取得する。
  - ・原則、同意書は必須である。同意書に記載のない内容の身体拘束はしてはならない。やむを得ず記載のない身体拘束を実施する場合は、電話で同意を得た上で、診療録もしくは看護記録に残す。夜間の場合は、翌朝ご家族へ電話説明をする。
  - ・緊急対応として夜間帯に身体拘束が必要だと医師と看護師等の2職種以上で判断した場合、翌朝までにご家族に連絡を取り、同意を得て継続するか、解除するか判断する。
- (3) 身体行動制限が必要と判断されれば医師は指示を記載する。
- (4) 看護師はカンファレンスの中で3要件（切迫性、非代替性、一時性）を満たしていることをアセスメントし記録する。

### 2) 身体拘束等実施中の留意事項

身体拘束等実施中は、「患者の安全確保」への責任義務および「身体拘束等による事故防止」への注意義務を遂行し、十分な観察・ケアを行う。特に抑制帯による体幹・上肢・下肢等の抑制、ミトン使用、車椅子安全帯使用中は以下の点に留意する。

#### (1) 拘束方法

- ①拘束部位に応じた拘束具を選択し、必要部位にしっかり装着する
- ②拘束具装着に際して、緊急かつ安全確保を要する場合は2人以上の看護師が協力して行う

#### (2) 観察（実施中は患者の状況に応じ適宜、観察を実施する）

- ・観察の間隔は2時間を超えない
- ・拘束が確実に行えているか確認する
- ・拘束部位及び周辺の循環状態、神経障害の有無、皮膚状態、患者の言動に注意する
- ・同一体位の持続による局所の圧迫と循環障害によって、関節の機能障害が現れ屈曲しにくくなる  
また圧迫部位に発赤・摩擦による皮膚損傷が発生しやすい。上肢においては橈骨神経麻痺、尺骨神経麻痺に留意する。
- ・患者の精神状態、体動状態にも配慮する

### 3) 身体拘束中のケア・記録

- (1) 医師（主治医）はカンファレンスで身体拘束が必要と判断した場合、指示簿に記載する。
- (2) 看護師はやむを得ず身体拘束を行う場合、指示に記載があることと同意書を確認する。  
当院の『看護基準・手順』に準じて行動する。
- (3) 看護師は看護計画を立案し、毎日身体拘束解除に向けたカンファレンスを2名以上で開催し、記録する。看護計画の評価、修正も行う。
- (4) 身体拘束の開始時と終了時は、その都度経時記録に記載する。

- (5) 身体行動制限を実施した場合、看護師は電子カルテ内の「患者管理」のなかにある『身体拘束観察シート』に毎日アセスメントと観察の項目をチェックし、医師（主治医）は開始・継続、終了をチェックする。
- (6) 看護師はハイパーパスの観察項目に拘束部（神経障害）と拘束部（発赤）を追加する。
- (7) 一般病棟は2時間ごと、ICU や SCU は常時観察し、1時間ごとに体位変換・体位調整を行う。  
必要に応じマッサージや清拭、四肢の自動・他動運動を行う。
- (8) 可能な限り身体拘束等をしなくて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。

#### 4) 身体拘束等の評価

- (1) 看護師は毎日身体拘束等の必要性をアセスメントする。身体拘束等による障害がないか観察し記録する。
- (2) 主治医は身体拘束等の適応と継続について、カンファレンスで評価し、その結果 をカルテに記録する。  
「身体拘束等」の必要がなくなった場合や退院された場合は、評価の結果をカルテに記録し、身体拘束等を中止・解除する。その際、指示簿の「身体拘束（抑制）指示」を必ず中止する。

#### 5) 身体拘束等の解除基準

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

#### 6) 身体拘束等に関する記録

- (1) 医師は身体拘束等を開始するにあたりカルテ指示簿に必ず指示を記載し、電子カルテにある『身体拘束観察シート』に毎日医師評価（開始・継続、終了）のサインを入力する。
- (2) 身体拘束等の必要性及び実施中のアセスメント（評価）は、『身体拘束観察シート』を用いて毎日記載する。必要性があるとアセスメントした場合は看護計画を立案する。
- (3) 身体拘束等を実施した際は、短時間であっても身体拘束の方法と、開始時と終了時の時間を経時記録に残す。
- (4) 体幹や四肢の抑制・ミトン・車椅子安全带等による身体拘束等の実施中の観察は、患者の状況に応じ適宜、観察を実施（原則2時間を超えない）し、ハイパーパスの観察項目に拘束部（神経障害）と拘束部（発赤）を記載する。一般病棟は2時間ごとに観察しハイパーパスに記載、ICU や SCU は常時観察し1時間ごとにハイパーパスに記載する。

#### 7) 「身体拘束に関する説明・同意書」の記載・管理方法

- (1) 身体拘束の同意に関しては「身体行動制限に関する説明・同意書」の書式を用い、その記載については医師が行う。
- (2) 患者の安全を守るために、身体拘束等をせざるを得ない状態であることを理解していただくとともに家族の協力も依頼する。
- (3) 3要件を満たした場合に限り身体拘束等を実施することを説明する。
- (4) 説明した医師の署名、家族に同意書へ署名をいただく。
- (5) 同意書の写しを家族へ渡す。原本はカルテへ取り込む。
- (6) カルテ取り込み後は患者のファイルへ保管、退院後は事務課にて保管する。

## 添 1 白十字病院における薬剤による鎮静の考え方

- ① 精神運動興奮（意識障害、認知障害、見当識障害、薬物依存、アルコール依存、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
- ② 自殺・離院・離棟などの危険行動が見られる場合

主治医は精神運動興奮や危険行動の要因を考察し、

1)せん妄の原因となりうる薬剤を可能な限り減量あるいは中止する。

（ベンゾジアゼピン系薬剤、抗てんかん薬、ステロイド、H2 ブロッカー、抗コリン薬、抗パーキンソン病薬、抗不整脈薬 など）

2)概日リズムを整え転倒リスクを上昇させない睡眠導入薬への変更を検討する

（レンボレキサント、エスゾピクロン、ラメルテオン など）

3)感情調整作用のある薬剤の導入を検討する

（抑肝散エキス、バルプロ酸ナトリウム、メマンチン など）

参考)せん妄の3つの因子

準備因子：高齢、認知症、脳神経疾患など

誘発因子：緊急入院、転室、心配事、ストレス、頭痛、睡眠障害、身体拘束など

直接因子：急性疾患、手術、感染症、糖代謝異常、電解質異常、薬剤など

※精神科医師や認知症ケアチーム 薬剤師へ相談可

看護師は精神運動興奮の要因の特定と除去、5つの基本的ケアの徹底を行う

### 5 つの基本的ケア

- ① 起きる（人間は座っているとき、重力がかかることにより覚醒する。目が開き、耳が聞こえ、自分の周囲で起こっていることがわかるようになる。これは仰臥して天井を見ていたのではわからない。起きるのを助けることは人間らしさを追求する第一歩である）
- ② 食べる（人にとって食べることは楽しみや生きがいであり、脱水予防、感染予防にもなり、点滴や経管栄養が不要になる。食べることはケアの基本である）
- ③ 排泄する（なるべくトイレで排泄してもらうことを基本に考える。おむつを使用している人については、随時交換が重要である。おむつに排泄物が付いたままになっていると気持ち悪く、「おむついじり」などの行為に繋がることになる）
- ④ 清潔にする（きちんと風呂に入る事が基本である。皮膚が不潔なことがかゆみの原因になり、そのために大声をだしたり、夜眠れずに不穏になったりすることになる。皮膚をきれいにすることで本人も快適になり、周囲もケアしやすくなり、人間関係も良好になる）
- ⑤ 活動する（その人の状態や生活歴にあったよい刺激を提供することが重要である。その人らしさを追求するうえで心地よい刺激が必要である）

5つの基本的ケアを徹底し改善するか観察する



緊急やむを得ない場合に該当する下記の3要件を確認する。

- 【切迫性】 患者本人またはほかの患者の生命・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】 抗精神病薬を使用する以外に代替する看護(介護)方法がないこと
- 【一時性】 抗精神病薬使用が一時的なものであること

上記、全て満たしている場合



医の指示に従い以下の薬剤を投与する。

- リスペリドン
- ハロペリドール
- クエチアピン
- オランザピン



看護師は、薬剤の効果や副作用を観察し、看護記録に残す。  
副作用出現時は、すぐに医師に報告する。

版数	改訂年月日	内容
1.0	2025年1月27日	策定
1.1	2025年5月22日	別添2、別添3 身体拘束最小化チーム 回診の流れ 削除
1.2	2026年1月8日	サブタイトル「身体拘束ゼロを目指して」追加