

目次

身体拘束等最小化に関する基本的な考え方.....	3
1. 理念.....	3
2. 身体拘束廃止・防止に向けてなすべき4つの方針.....	3
1) 組織一丸となった取り組みの重要性.....	3
2) 身体拘束を必要としないケアの実現.....	3
3) 本人・家族・施設等での共通意識の醸成.....	4
4) 常に代替的な方法を考えることの重要性.....	4
3. 身体拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為（例）.....	4
4. 身体拘束廃止・防止の対象とはしない具体的な行為.....	5
1) 整形外科疾患の治療であるシーネ固定.....	5
2) 乳幼児（6歳以下）及び重症心身障がい児（者）等への事故防止対策.....	5
3) 身体拘束をせずに患者を転倒や離院などのリスクから守る事故防止対策.....	5
身体拘束等最小化に関する体制.....	6
1. 身体拘束最小化委員会の設置及び開催.....	6
2. 委員会の構成員とその役割.....	6
1) 委員長：脳神経内科部長.....	6
身体拘束等に伴う問題.....	7
1. 身体拘束による弊害.....	7
1) 身体的障害.....	7
2) 拘束が拘束を生む「悪循環」.....	7
身体拘束等最小化に関する職員研修の基本方針.....	8
身体拘束等を必要としないために.....	9
1. 身体拘束等を必要としないための3つの原則.....	9
1) 身体拘束等を必要とする要因を探り、その要因を改善する.....	9
2) 5つの基本的ケアの徹底.....	9
3) よりよいケアの実現.....	9
2. ケアの基本.....	10
1) ケアの基本は本人の意志の尊重.....	10
2) 5つの基本的ケア.....	10
3. 行動別の対策.....	11
1) 転倒・転落する可能性がある場合.....	11
2) 挿入物を引っ張ったり、事故抜去の可能性がある場合.....	11
3) 検査・手術後の安静が守れない可能性がある場合.....	12
4) 一人歩きをされる可能性がある場合.....	12
5) 離棟・離院の可能性がある場合.....	12
6) 不穏行動の可能性がある場合.....	12
緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合の対応.....	13
1. 緊急やむを得ない場合に該当する3要件の確認.....	13
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.....	13
3. 身体拘束の方法.....	13
4. 適応要件の確認と承認.....	14
5. 患者本人及び家族への説明と同意.....	14
6. その他の身体拘束等最小化に関する基本方針.....	14
身体拘束等実施中の注意事項.....	15
1. 拘束の方法.....	15
2. 観察.....	15
3. 看護.....	15
4. 身体拘束等の評価.....	15

5. 身体拘束の解除基準.....	15
6. 身体拘束等に関する記録.....	15
7. 身体拘束等の「同意書」記載・管理方法.....	16
8. 本指針の閲覧.....	16

身体拘束等最小化に関する基本的な考え方

1. 理念

医仁会武田総合病院の理念のもと「患者さんの権利の尊重」において、人格・価値観を尊重し医療を平等に提供することを保障している。そのため、身体的・精神的・社会的な弊害をもたらすおそれのある身体拘束は緊急やむを得ない場合を除き、原則実施しない。しかし、3要件を満たした場合に限りやむを得ず身体拘束等を行っている現状もある。このような状況を踏まえ、さらに身体拘束ゼロへ積極的に取り組むため、ここに身体拘束等最小化への基本方針を定める。

<身体拘束の定義>

「抑制帯など、患者の身体または衣類に触れる何らかの器具を使用したり、抗精神病薬等の過剰な投与により、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」

2. 身体拘束廃止・防止に向けてなすべき4つの方針

1) 組織一丸となった取り組みの重要性

組織のトップが決意し、施設が一丸となって取り組む

組織のトップである法人理事長や施設長、管理者等の責任者が「身体拘束廃止・防止」を決意し、職員をバックアップする方針を徹底することがまず重要である。それによって、職員は自分の責任となってしまう等の不安が解消され、安心して取り組むことが可能となる。

一部の職員が廃止に向けて一生懸命取り組んでも、他の職員が身体拘束をするのであれば、現場は混乱し、効果はあがらない。施設や事業所の全員が一丸となって取り組むことが大切である。そのためには、例えば、施設長や管理者をトップとして、医師、看護職員、介護職員、事務職員等、施設・事業所全体で、身体拘束等適正化検討委員会が適切に機能するように検討する等、身体拘束廃止・防止に向けて現場をバックアップすることが考えられる。

2) 身体拘束を必要としないケアの実現

まず、身体拘束を必要としないケアの実現をめざす

本人についてもう一度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ケアを作り出す方向を追及していくことが重要である。認知症行動・心理症状がある場合も、そこには何らかの原因があるのであり、その原因を探り、取り除くことが大切である。認知症の行動・心理症状の原因は、本人の過去の生活歴にも関係するが、次のようなことが想定される。

- (1) 職員の行為や言葉かけが不適切か、またはその意味が理解できない場合
- (2) 自分の意志にそぐわないと感じている場合
- (3) 不安や孤独を感じている場合
- (4) 身体的な不快や苦痛を感じている場合
- (5) 身の危険を感じている場合
- (6) 何らかの意思表示をしようとしている場合

したがって、こうした原因を除去する等の状況改善に努めることが重要である。

3) 本人・家族・施設等での共通意識の醸成

みんなで議論し、共通の意識をもつ

個人それぞれの意識の問題でもある。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、トップも含めた組織全体、そして本人家族、本人にかかわっている関係者・関係機関で十分に議論し、みんなで課題意識を共有し、チームケアを実現していく努力が求められる。

その際に最も大事なものは「本人中心」という考え方である。中には消極的になっている人もいるかもしれないが、そうした人も一緒に実践することによって理解が進むのが常である。本人や家族の理解も不可欠である。特に家族に対しては、ミーティングの機会を設け、身体拘束に対する基本的な考え方や事故の防止策や対応方針を十分説明し、理解と協力を得なければならない。

4) 常に代替的な方法を考えることの重要性

常に代替的な方法を考え、身体拘束を必要とするケースは極めて限定的に

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がないのかを常に検討することが求められる。「仕方がない」「どうしようもない」とみなされて拘束されていない、拘束されている人については「なぜ拘束されているのか」を考え、まず、いかに拘束を解除するかを検討することから始める必要がある。検討もなく「漫然」と拘束している場合は、直ちに拘束の解除を試みる。

また、身体拘束の解除に困難が伴う場合であっても、ケア方法の改善や環境の整備等創意工夫を重ね、解除を実行する。解決方法が得られない場合には、外部の研究会に参加したり、相談窓口を利用し、必要な情報を入手し参考にする。

運営基準上「生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」は身体拘束が認められているが、この例外規定は極めて限定的に考えるべきであり、すべての場合について身体拘束を廃止していく姿勢を堅持することが重要である。

3. 身体拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為（例）

- ①一人歩きしないように、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自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）等で囲む。
 - ④点滴、経管栄養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車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、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いすを使用する。
 - ⑧脱衣やオムツ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、ベッド等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。
- 「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」)

4. 身体拘束廃止・防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。

1) 整形外科疾患の治療であるシーネ固定

2) 乳幼児（6歳以下）及び重症心身障がい児（者）等への事故防止対策

(1) 転倒防止のためのサークルベッド・4点柵使用

テーブル設置のための4点柵使用

(2) 点滴時のシーネ固定

(3) 自力座位を保持できない場合の車椅子ベルト

3) 身体拘束をせずに患者を転倒や離院などのリスクから守る事故防止対策

(1) 行動把握のためのセンサー

(体動コール・徘徊コール・タッチコール・サイドコール)

4) 向精神病薬等使用のルールについて

※認知症せん妄対策委員会が院内統一の薬剤指示を作成し、適切に使用されるようメンバーから伝達している。作成した薬剤指示は過剰な投与を前提としていないため身体拘束には該当しない。コントロール困難時は認知症・せん妄対策チームもしくは精神科リエゾンチームへコンサルトを行うことで、適切な薬剤を最小限に使用できるようにする。

※非挿管患者に対する鎮静マニュアルに基づいた鎮静薬の使用を行う。

身体拘束等最小化に関する体制

以下の取り組みを継続的に実施し、身体拘束等最小化のための体制を維持・強化する。

1. 身体拘束最小化委員会の設置及び開催

当院の身体拘束等最小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を実施した、またはしている場合の身体拘束実施状況や最小化のための検討を行う。身体拘束等最小化委員会は 3 か月毎に開催する。

2. 委員会の構成員とその役割

1) 委員長：脳神経内科部長

2) 委員：

- ・ 認知症・せん妄対策委員会メンバー
脳神経内科医師
認知症看護特定認定看護師
薬剤師
社会福祉士
理学療法士
管理栄養士
- ・ 麻酔科医師
- ・ 医療安全対策室マネージャー
- ・ クリティカルケア特定認定看護師

3) 委員会の検討項目

- (1) 身体拘束等最小化に関する指針の見直し
- (2) 身体拘束等の実施状況についての確認
- (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

委員会での検討内容・結果については電子カルテシステムを用いワークフローにて議事録を作成、保管し、議事録をもって職員へ周知を行う。

身体拘束等に伴う問題

1. 身体拘束による弊害

1) 身体的障害

- (1) 関節拘縮、筋力低下、四肢の廃用症候群といった身体機能の低下や圧迫部位の褥瘡発生等の外的弊害
- (2) 食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下等の内的弊害
- (3) 拘束から逃れるために転倒や転落事故、窒息等の大事故を発生させる危険性

2) 精神的弊害

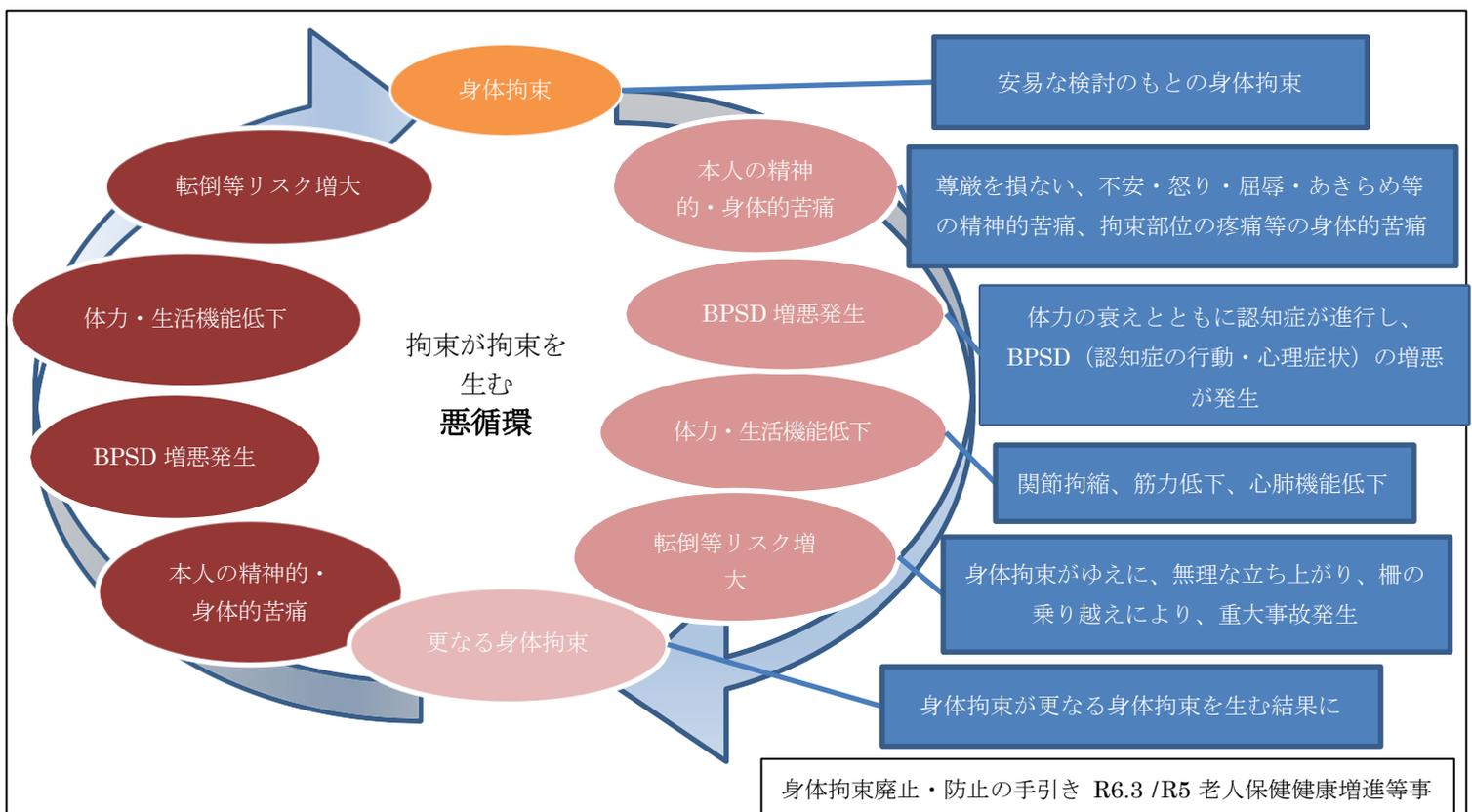
- (1) 本人は縛られる理由もわからず、人間としての尊厳を侵害
- (2) 不安、怒り、屈辱、あきらめ等の精神的苦痛、認知症の進行やせん妄の頻発
- (3) 拘束されている本人の姿を見た家族に与える精神的苦痛、混乱、罪悪感や後悔

3) 社会的障害

- (1) 看護・介護職員自身の士気の低下
- (2) 施設に対する社会的な不信、偏見を引き起こす
- (3) 身体拘束等による本人の心身機能の低下は、その人の QOL を低下させるだけでなく更なる医療的処置を生じさせ、経済的にも影響を及ぼす

2. 拘束が拘束を生む「悪循環」

身体拘束等による「悪循環」を認識する必要がある。認知症があり体力も低下している高齢者を拘束すれば、ますます体力は衰え、認知症が進む。その結果、せん妄や転倒等の二次的・三次的な障害が生じ、その対応のために更に拘束等を必要とする状況が生み出される。最初は「一時的」として始めた身体拘束等が、時間の経過とともに、「常時」の拘束となってしまう、そして、場合によっては身体機能の低下とともに高齢者の死期を早める結果にもつながりかねない。身体拘束等の廃止は、この「悪循環」を、高齢者の自立促進を図る「よい循環」に変えることを意味している。



身体拘束等最小化に関する職員研修の基本方針

1. 全職員対象とした身体拘束最小化等に関する教育研修を定期開催する
(年1回以上：新採用者研修においては必ず実施する)
2. 研修にあたっては実施日・実施内容・参加者数を作成し保管する

身体拘束等を必要としないために

1. 身体拘束等を必要としないための3つの原則

1) 身体拘束等を必要とする要因を探り、その要因を改善する

身体拘束等をやむを得ず行う理由として、次のような状況を防止するために「必要」といわれることがある。

- (1) 一人歩きや興奮状態での周囲への迷惑行為
- (2) 転倒のおそれのある不安定な歩行や、胃ろう・経鼻経管栄養・点滴等のチューブ類の抜去等の危険な行動
- (3) かきむしりや体をたたき続ける等の自傷行為
- (4) 姿勢が崩れ、体位保持が困難であること

しかし、それらの状況には必ずその人なりの理由等の要因があり、職員の関わり方や環境に課題があることも少なくない。したがって、その人なりの理由等の要因を徹底的に探り、除去あるいは改善する工夫が必要であり、そうすれば身体拘束等を行う必要もなくなる。

2) 5つの基本的ケアの徹底

まず、基本的なケアを十分に行い、生活リズムを整えることが重要である。

①起きる、②食べる、③排泄する、④清潔にする、⑤活動（アクティビティ）する

これらの5つの基本的事項について、その人に合った十分なケアを徹底することである。例えば、「③排泄する」ことについては、「自分で排泄できる」、「声かけ、見守りがあれば排泄できる」、「尿意、便意はあるが、部分的に介助が必要」、「ほとんど自分で排泄できない」といった基本的な状態と、その他の状態のアセスメントを行いつつ、それをもとに個人ごとの適切なケアを検討する。こうした基本的事項について、一人一人を見守り、接し、触れ合う機会を増やし、伝えたくてもうまく伝えられない気持ちやサインを受け止め、不安や不快、孤独を少しでも緩和していくことが求められる。

3) よりよいケアの実現

身体拘束廃止・防止を実現していく取り組みは、ケアの質の向上や生活環境の改善のきっかけとなりうる。「身体拘束廃止・防止」を最終ゴールとせず、身体拘束を最小化していく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重要である。

2. ケアの基本

1) ケアの基本は本人の意志の尊重

ケア決定と実施にあたっては、認知症の症状にかかわらず、本人には意思があり、意思決定能力を有することを前提にして、本人の意思決定を支援する必要がある。認知症の方や高齢者は、言語による意思表示が上手くできないことが多く想定されるため、意思決定支援者は、認知症の方や高齢者の身振り手振り、表情の変化も意思表示として読み取る努力を最大限に行うことが求められる。

「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」（厚生労働省）

2) 5つの基本的ケア

意思決定支援とともに、以下のケアを実行することにより、点滴をしなければならない状況や、転倒しやすい状況をつくらないようにすることが重要である。

(1) 起きる

人間は座っているとき、重力が上から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

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

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、そのために大声を出したり、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（アクティビティ）

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。

3. 行動別の対策

1) 転倒・転落する可能性がある場合

(1) ベッドからの転落

- ①ベッドを低くする
- ②床にマットを敷く
- ③ベッドストッパーのロックを確認する
- ④ベッド周囲の環境整備を行う
 - 使用しやすい手すりの設置（高さ・見やすい工夫）
 - 滑りにくい床（水滴除去・水分が床にこぼれない対策）
 - 歩きやすい環境（コード類の整理・椅子やテーブルの除去）
 - 明るい照明
 - 滑らない靴や靴下の使用
 - 場合により理学療法士や作業療法士と相談し環境を整える
- ⑤筋力低下防止（理学療法士や作業療法士と相談）
- ⑥生活リズムを整える（日中離床時間を増やす）

(2) 車椅子からの転落

- ①体に合った車椅子となるように工夫（足が床に着く）
- ②長時間同じ姿勢とならないよう工夫（定期的に除圧・姿勢を直す）

(3) 転倒

- ①体に合った履物の使用（滑りにくい・履きやすい・脱ぎやすい等）
 - ②杖や歩行器は手の届く場所へ設置
 - ③トイレ等、よく行く場所への常時点灯
 - ④筋力低下防止（理学療法士や作業療法士と相談）
 - ⑤安全な移動動作の指導
 - ⑥感覚障害の矯正（眼鏡・補聴器等）
 - ⑦生活リズムを整える（日中離床時間を増やす）
- ##### (4) 転倒・転落要因のアセスメントを行い予測し対策する
- ①排泄パターンの把握
 - ②眠剤使用の把握
 - ③不安や不快の除去
 - ④巡回回数を増やす

2) 挿入物を引っ張ったり、事故抜去の可能性のある場合

(1) 固定をしっかりと行う

- ①すぐに外れたり、剥がれたりしないようにする
- ②固定による不快感がないか確認（引っ張れたり、痒みがないか）

(2) 気にならないように工夫する

- ①見えない場所で管理する
- ②タオルで覆うなど

(3) 痛みや不快感がないか確認し、あれば除去する

(4) 見守りを頻回に行う

- ①見守りやすい場所へ移動する

(5) 必要性を主治医と検討しなおす

(6) 繰り返し説明する

①記憶障害がある場合は「大切なものです。触らないで下さい。」などを記入し目につく場所に張っておく。

3) 検査・手術後の安静が守れない可能性がある場合

- (1) 見守れる体制を工夫する
- (2) 安楽な体位の工夫をする
- (3) 疼痛などがある、あるいは予測される場合は鎮痛薬を使用する
- (4) 精神的に落ち着かない場合はご家族の協力を得る

4) 一人歩きをされる可能性がある場合

- (1) 要因を探る
- (2) できるなら要因を解決する（トイレに行きたい場合はトイレへ付き添う）
- (3) 解決できない要因の場合は気持ちをそらす（興味のある会話など）
- (4) ご家族の協力を得る（電話で話してもらい、面会を増やしてもらいなど）
- (5) 可能なら納得されるまで付き添う

5) 離棟・離院の可能性がある場合

- (1) 師長、管理師長と連携をとり、保安担当者へ連絡しておく
- (2) ご家族の協力を得る（電話で話してもらい、面会を増やしてもらいなど）
- (3) 入院期間の短縮を主治医と相談

6) 不穏行動の可能性がある場合

認知症ケアマニュアルⅢ-3 症状別対応参照

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、入院患者または他の利用者の生命または身体を保護するためなど、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入院患者または他の利用者の生命または身体を保護できないような一時的に発生する突発的事態のみに限定される。以下の要件・手続き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】患者本人または他の患者の生命・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】身体拘束を行う以外に代替する方法がないこと
- 【一時性】身体拘束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・気管内挿管チューブ、中心静脈カテーテル、経管栄養チューブ、膀胱留置カテーテル、動脈ライン、各種ドレーン等を抜去することで、患者自身に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（意識障害、認知障害、見当識障害、薬物依存、アルコール依存、術後せん妄など）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・他害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) 重症心身障がい児（者）・等における行動障害（自傷行為や異食など）が頻回かつ切迫している場合
 - 5) 検査・治療などで拘束が必要な場合
 - 6) 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

3. 身体拘束の方法

- 1) 4点柵< I-4 身体拘束禁止の対象とはしない具体的な行為参照 >
※ベッドを壁付けにしてベッド昇降ができる側を2点柵にした場合は
身体拘束と位置づける
- 2) 不動手袋 3) 抑制帯 4) 車椅子ベルト 5) つなぎ服
- 6) 過剰な向精神病薬の使用（院内ルールから逸脱する場合）

4. 適応要件の確認と承認

身体拘束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、患者の生命または身体を保護するためのやむを得ない場合に限り、医師、看護師長、担当看護師（夜間・休日においては医師・担当看護師）など、複数の担当者で適応の要件を検討、アセスメントし医師が決定する。医師は身体拘束等の指示を出し、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「緊急やむを得ない身体拘束等に関する説明書及び同意書」に沿って身体拘束の必要性・方法・不利益などを患者・家族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口頭にて説明し承諾を得る（承諾を得る際、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等を開始した後は「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを、常に観察、再検討し3要件に該当しなくなったら、直ちに拘束等を解除する。

6. その他の身体拘束等最小化に関する基本方針

- 1) 身体拘束等開始時手順（IX 身体拘束等実施・解除フローチャート参照）
 - (1) 医師、看護師をはじめとする多職種で身体拘束等の必要性をアセスメントする。「テンプレートの身体拘束等カンファレンス」を使用し記録する。
 - (2) 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、「緊急やむを得ない身体拘束等に関する説明書及び同意書」にて同意を得る。
 - (3) 身体拘束等実施時の観察や合併症予防について
 - ①身体拘束等の継続・解除について毎日評価を行う。
(テンプレートの身体拘束等カンファレンス用を使用)
 - ②実施中は経過表に使用項目を入力し合併症の有無や観察を行う。
 - (4) 緊急時もしくは可能性がある場合は
 - ①身体拘束等の使用に関して説明（緊急時は口頭で、あるいは入院時）
 - ②身体拘束等が必要となる可能性が高い方は同意書にサインをいただく
 - ③開始となれば、開始手順に準じて手続きを行う
(夜間は翌日に医師とカンファレンスを行う)
 - ④後日家族へ開始した説明を行い、同意書を仕上げ、スキャンし手渡す。

身体拘束等実施中の注意事項

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。

1. 拘束の方法

- 1) 身体拘束の部位に応じた用具を選択し、必要部位にしっかり装着する。
- 2) 身体拘束具装着に緊急かつ安全性を要する場合は2人以上の看護師が協力して行う。
- 3) エアーマット使用時の4点柵使用は、ベッドからの転落やギャツジアップ時の転落が起きないように状況に応じ対策を行う。
- 4) 体格のよい方への車椅子乗車中のベルト使用時は、車椅子ごとの転倒が起きないために状況に応じ対策を行う。

2. 観察

- 1) 身体拘束等実施中は経過表に項目を入力し、合併症の有無や観察を行う。
- 2) 同一体位の持続による局所の圧迫と循環障害によって、皮膚障害、循環障害が発生しやすい。上肢において橈骨神経麻痺、尺骨神経麻痺に留意し、必要に応じ解除を定期的に行うなどの対策を行う。

3. 看護

- 1) 身体拘束等の方法や使用時間は最小限にとどめる。
- 2) 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。
- 3) 可能な限り身体拘束をしなくて良い方法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) 毎日身体拘束等の必要性をアセスメント
(テンプレートの身体拘束等カンファレンスを使用)する。身体拘束等による弊害がないか観察する。

5. 身体拘束の解除基準

- 1) 身体拘束に必要な3要件を満たさなくなった場合 2)
身体拘束の影響から著しい身体的障害が出現した場合

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前にカルテ指示入力を行う。
- 2) 身体拘束等の必要性及び実施中の評価はテンプレートの身体拘束等カンファレンスを用いて記録する。
- 3) 身体拘束等を実施した際は、短時間であっても必ず経過表に使用項目と観察を記録する。

7. 身体拘束等の「同意書」記載・管理方法

電子カルテ→身体拘束等開始指示入力→同意書発行

(身体拘束等実施・解除フローチャート参照)

- 1) 患者の安全を守るために、身体拘束等以外の方法をとっているが、身体拘束等をせざる得ない状態であることを理解していただくとともに、精神的支援が必要な場合に限り家族の協力も依頼する。
- 2) 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。
- 3) 「身体拘束等が必要な理由」「身体拘束等の方法」「使用期間及び時間」について該当する項目を必ずチェックする。
- 4) 説明した医師の氏名、同席者の署名を行い、家族に同意書への署名をいただく。
- 5) 同意書はスキャンし、原本は家族へ渡す。
- 6) 緊急時は以下の手順で行う。
 - (1) 口頭で家族の承諾を得る
 - (2) 医師指示入力
 - (3) 看護記録に記録する
 - (4) 同意書は後日説明し取得

8. 本指針の閲覧

本指針は当院電子カルテ内のマニュアルに掲示し、職員が閲覧可能とする。

当院ホームページに掲載し、いつでも患者・家族及び地域住民が閲覧できるようにする。