

身体拘束ゼロを目指して Part2

～身体拘束マニュアルの紹介～

平成29年2月発行

高齢化に伴い入院患者の年齢層が高くなっているとともに、認知症の方の入院も増えていきます。現場では転倒・転落やチューブトラブル等の予防のため、様々な対応を行っていますが、有効な対策につなげることは難しく、日々苦慮しているのが現状です。時に患者の安全を優先するが故に、「身体拘束」をせざるを得ない場合もあるのではないのでしょうか。しかしながら「身体拘束」は、人権や人間の尊厳にかかわることから、慎重な判断のもとに実施されることが求められます。身体拘束3原則である「切迫性」「非代替性」「一時性」の要件がすべて満たされ、かつそれらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースのみに限られています。各医療機関においては、マニュアルの整備や多職種で構成された専門チームを立ち上げななどの体制整備が進められています。今年度の診療報酬改定で「認知症ケア加算」が新設されたことにより「身体拘束」に関する手順等の見直しを始めたところもあると思います。そこで今回は、自施設の体制の見直しの参考にしていただければと考え、すでに進められている取組みを紹介します。

【身体拘束禁止の対象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。
- 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、立ち上がったりにしないように、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 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

(厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」2001)

CONTENTS

- 1 身体拘束の基本的な考え方（済生会横浜市東部病院／北里大学東病院）…………… P2
- 2 身体拘束実施の判断について（菊名記念病院）…………… P3
- 3 身体拘束時の観察と記録について（日本医科大学武蔵小杉病院）…………… P4
身体拘束軽減に向けた取組み（日本医科大学武蔵小杉病院）…………… P6
- 4 身体拘束廃止に向けてのチェックポイント…………… P11
- 5 あとがき…………… P12

身体拘束の三原則について

- 【切迫性】 行動制限を行わない場合患者の生命または身体が危険にさらされる可能性が高い
(意識障害、説明理解力低下、精神症状に伴う不穏、興奮)
- 【非代替性】 行動制限以外に患者の安全を確保する方法がない
(薬剤の使用、病室内環境の工夫では対処不能、継続的な見守りが困難など)
- 【一時性】 行動制限は一時的であること

* 言葉の定義 *

行動制限⇒患者の行動を制限すること全般

①身体抑制衣類または綿入り帯等を使用して、一次的に当該患者の身体を抑制し、その運動を抑制する行動制限。

②身体拘束精神保健福祉法第36条第3項の規定による、行動制限のひとつ。(①と区別)

※資料における身体拘束、身体抑制等の表現は各施設のオリジナルなので、言葉の統一はしていません。

1 身体拘束の基本的な考え方

済生会横浜市東部病院

医療を行うにあたり患者の人権は最大限に尊重されなければならない。一般病棟においては、身体抑制を実施しないことを原則とする。しかし、安全で高度な医療を提供する上で、本人の意思に反して身体抑制を要することがある。身体抑制は患者の生活の質を根本から損なう危険性を有していることから“生命または身体を保護するためにやむを得ない場合”に限り行ない、常にアセスメントを繰り返す必要がある。また、身体抑制の実施にあたっては、患者の安全確保に関する対策委員会で作成した身体抑制に関する手順に基づいて行う。尚、行動制限において、一般病棟における身体抑制と精神科病棟における精神保健福祉法第36条第3項の規定により精神科入院中の患者に対して行われる身体的拘束とは区別して定義する。精神科病棟においては、法律を遵守し、隔離を実施するが、一般病棟においては、施設による隔離は実施しない。

【参考文献：「身体拘束ゼロへの手引き」（厚生労働省 2001年）、身体拘束予防ガイドライン（日本看護倫理学会）
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律】

北里大学東病院

医療を行うにあたり患者の人権は最大限に尊重されなければならない。しかし、安全で高度な医療を提供する上で、やむを得ず抑制を要することがある。抑制は患者のQOLを根本から損なう危険性を有していることから“生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合”に限り行うことを共通認識し、常にアセスメントを繰り返す必要がある。

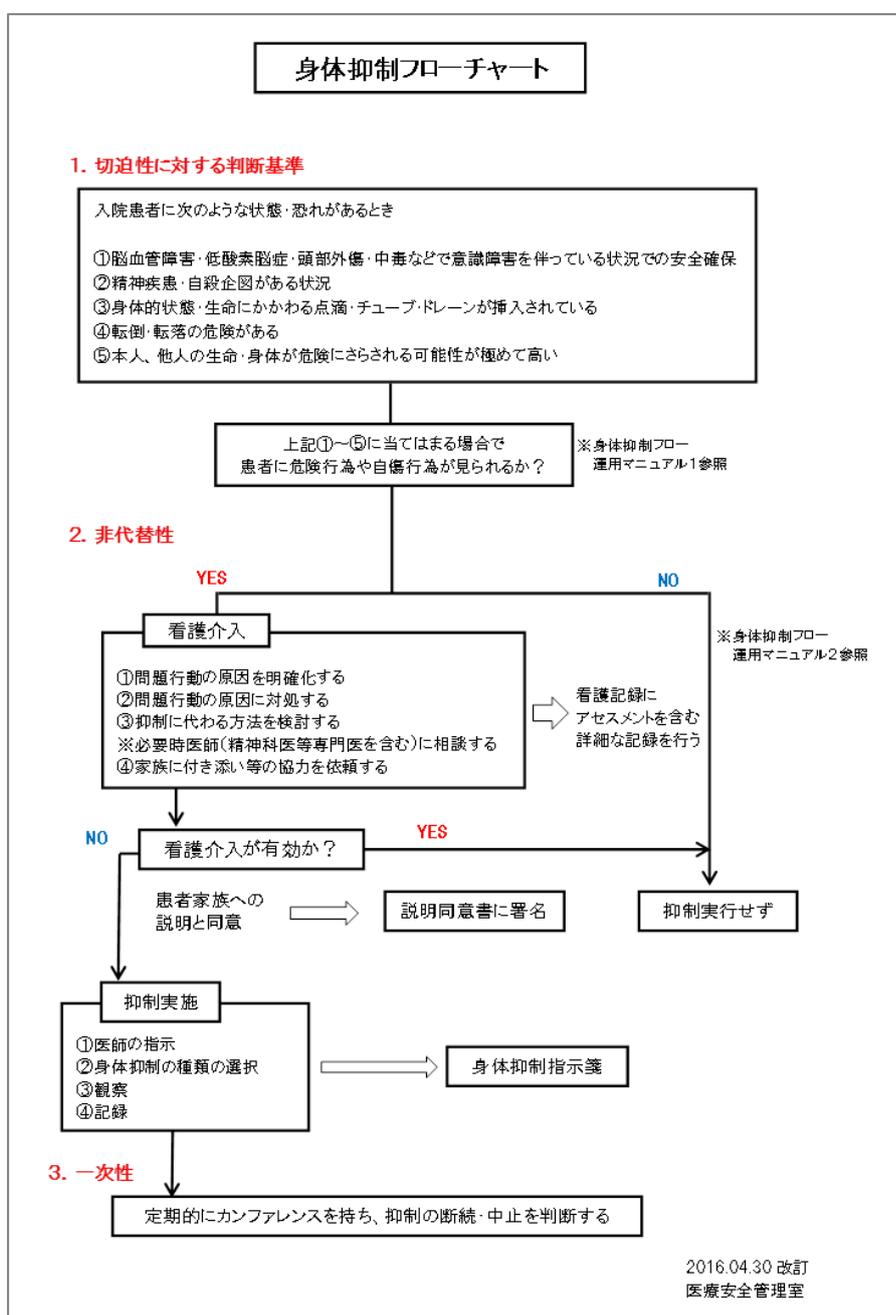
精神神経科における身体拘束については、別途定める精神保健福祉法に準拠した基準に基づいて行う。抑制の実施にあたっては、担当者個人が判断せず医療チームメンバーで協議し、本人および家族へのインフォームドコンセントを十分に行う。

【参考文献：「身体拘束ゼロへの手引き」（厚生労働省 2001年）、「身体拘束ゼロ作戦推進会議」】

2 身体拘束実施の判断について

本来は身体拘束を必要としない状態の実現をめざすべきではありますが、患者の安全を最優先に考えた時、やむを得ず身体拘束を実施する場合は、3つの要件を満たしているか、チームでしっかりと判断しなければなりません。その際、スタッフが判断しやすいように、3つの要件を踏まえ順番に判断しやすいようなフローチャートなどを作成しておくことも必要です。

また身体拘束を実施する上で、患者本人や家族に対して、「身体拘束の内容、理由、拘束の時間、時間帯、期間等」をできる限り詳細に説明し、十分な理解のもと同意を得ることが大切です。実施する場合は、必ず同意書の確認を行いましょう。仮に入院時すぐに身体拘束の説明、同意が得られていたとしても、実際に身体拘束を行う時点で、再度説明を行う必要があるので気をつけましょう。



3 身体拘束時の観察と記録について

「安全対策査定シート」を用いて、アセスメントを行っています。身体抑制が必要となった場合は、身体抑制に関する説明と同意書を医師が説明し、同意を得ます。そして、身体抑制指示書を用いて毎日、医師の指示の下、身体抑制を実施し、毎日、複数の看護師でアセスメントした結果を記録します。また、抑制の原則がなくなった場合や身体抑制に伴う合併症が出現した場合、医師に報告し、医師の指示のもと速やかに身体抑制の解除を行います。

身体抑制を実施している患者さんの日々の観察は、「患者ラウンドフローシート」（使用基準参照）を用いています。一日に少なくとも計5回観察し記録します。ただし、抑制部位に循環障害や皮膚障害を生じている場合は、2時間ごとに観察し記録します。

患者ラウンドフローシート使用基準

目的：心電図またはサチュレーションモニター監視、痰の吸引、体位変換、抑制実施中の患者の状態等、看護実践結果を【患者ラウンドフローシート】に記載する。

1. “身体抑制の使用目的”の該当項目の□にチェックを入れる。
2. 看護実践した日付、時間を記載する。
3. モニター欄に、観察した時の心拍数やサチュレーション値などの実測値を記載する。
4. 吸引欄に、吸引した場所（気管、鼻腔、口腔）に○印する。
5. 体位変換欄に、体位変換したときの体位（R=右側臥位、L=左側臥位、仰=仰臥位）に○印する。
6. 抑制実施時の観察項目と実施内容
 - ①日勤帯は勤務開始時と終了時の2回、夜勤帯は準夜勤務の開始時と深夜勤務の開始時と終了時の3回に、循環障害の有無、皮膚障害の有無、関節運動実施、意識レベル、ベッドへの固定、巻直しの実施、抑制の種類を記載する。
 - a.循環障害の観察；皮膚色、爪甲色、痺れ、麻痺、感覚障害等
 - b.皮膚障害の観察；皮膚色、発赤、水泡、びらん、潰瘍、擦過傷等
 - c.関節運動実施；抑制している部位の関節の自動、他動運動を行う。
 - d.意識レベル；観察時の意識レベルの状態を記載する。
 - e.ベッドへの固定；抑制帯のベッド柵等への固定にゆるみがないことを確認する。
 - f.巻直し；勤務開始時と終了時に抑制帯の巻直しを行い、循環障害、皮膚障害の有無を観察する。
 - g.抑制の種類；現行の抑制帯の種類を○印する。
 - ②循環障害や皮膚障害を生じている場合は、その部位を2時間毎に観察し、記載する。
 - ③患者の栄養状態やせん妄、認知症の程度により、適宜観察し、記録に残す。
7. 特記欄に、その他の患者の状態を記載する。

例）入眠中、点滴ラインを触っている、家に帰ると言いベッドから降りようとする、呼吸困難なし、尿器で排尿する、付き添い歩行でトイレに行く等

患者ラウンドフローシート

【身体抑制の使用目的(該当項目の口にチェックをする)】

- 病状により自傷、他傷の恐れがある
- 意識障害、興奮性があり、身の危険を自身で回避できない
- 病状により転倒、ベッドや車椅子から転落の可能性がある
- 安全が必要だが協力が得られず、病状の悪化を招く恐れがある
- 治療に必要なライン類やドレーン、挿管チューブを抜く恐れがある
- その他()

【抑制実施時の観察項目と実施内容】

- ① 日勤帯は勤務開始時と終了時の計2回、夜勤帯は準夜勤務の開始時と深夜勤務の開始時と終了時の計3回、観察する。
- ② 循環障害の有無、皮膚障害の有無、関節運動の実施、意識レベル、ベッドへの固定の確認、巻直しの実施、抑制の種類を記載する。
- ③ 循環障害や皮膚障害を生じている場合は、その部位を2時間毎に観察し、記載する。
- ④ 患者の栄養状態やせん妄、認知症の程度により、適宜観察し、記録に残す。

日付	時間	モニター	吸引	体位 変換	抑制実施時						抑制の種類	特記	サイン
					循環 障害	皮膚 障害	関節 運動	意識 レベル	ベッド 固定	巻直し			
	:		<input type="checkbox"/> 鼻 気管	R・L 仰	有 無	有 無	済		済	済	ミトン(R・L)抑制着 抑制帯 (上肢・下肢・肩・体幹) 転倒むし センサー(ベッド・マット)		
	:		<input type="checkbox"/> 鼻 気管	R・L 仰	有 無	有 無	済		済	済	ミトン(R・L)抑制着 抑制帯 (上肢・下肢・肩・体幹) 転倒むし センサー(ベッド・マット)		
	:		<input type="checkbox"/> 鼻 気管	R・L 仰	有 無	有 無	済		済	済	ミトン(R・L)抑制着 抑制帯 (上肢・下肢・肩・体幹) 転倒むし センサー(ベッド・マット)		
	:		<input type="checkbox"/> 鼻 気管	R・L 仰	有 無	有 無	済		済	済	ミトン(R・L)抑制着 抑制帯 (上肢・下肢・肩・体幹) 転倒むし センサー(ベッド・マット)		
	:		<input type="checkbox"/> 鼻 気管	R・L 仰	有 無	有 無	済		済	済	ミトン(R・L)抑制着 抑制帯 (上肢・下肢・肩・体幹) 転倒むし センサー(ベッド・マット)		
	:		<input type="checkbox"/> 鼻 気管	R・L 仰	有 無	有 無	済		済	済	ミトン(R・L)抑制着 抑制帯 (上肢・下肢・肩・体幹) 転倒むし センサー(ベッド・マット)		
	:		<input type="checkbox"/> 鼻 気管	R・L 仰	有 無	有 無	済		済	済	ミトン(R・L)抑制着 抑制帯 (上肢・下肢・肩・体幹) 転倒むし センサー(ベッド・マット)		
	:		<input type="checkbox"/> 鼻 気管	R・L 仰	有 無	有 無	済		済	済	ミトン(R・L)抑制着 抑制帯 (上肢・下肢・肩・体幹) 転倒むし センサー(ベッド・マット)		

日本医科大学武蔵小杉病院 平成 25 年 3 月改訂

取組み 紹介

身体拘束軽減に向けた 認知症ケアチームの活動

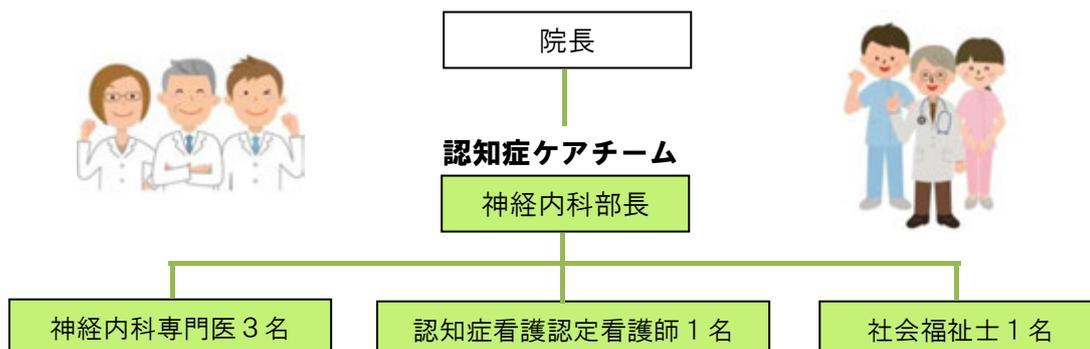
高齢者は入院を契機に認知症症状が出現したり、悪化する場合があります。それにより、やむを得ず身体拘束を実施しなければならない状況になることも多々あると思います。そこで身体拘束を軽減するためには、認知症症状に対するケアも重要となってきます。実際に専門チームを立ち上げ、取り組みを進めている施設があるのでご紹介したいと思います。施設において身体拘束軽減への取り組みを進めていく上で、参考にさせていただければと思います。

日本医科大学
武蔵小杉病院

(1) 認知症ケアチームの活動状況

認知症の患者さんも、がんや肺炎の治療で入院したり、転倒による骨折で救急搬送されたりします。しかし、入院を契機に認知症症状が悪化したり、患者さんとスタッフでのコミュニケーションがうまくいかず身体疾患の治療を円滑に受けられなかったりすることがよくありました。そこで日本医科大学武蔵小杉病院では、平成28年5月に、神経内科専門医・認知症看護認定看護師・社会福祉士で構成される「認知症ケアチーム」を創設しました。「認知症ケアチーム」は、病棟と連携し、認知症症状の悪化の予防・入院生活の環境整備・認知症患者とスタッフの円滑なコミュニケーション方法に介入します。定期的なカンファレンスを実施し、各病棟を回診して、認知症ケアの実施状況を把握するとともに、患者家族・病院スタッフに助言します。

【認知症ケアチーム】



(2) 回診の方法

認知症またはその疑い、あるいはせん妄がある患者が入院されたら、病棟看護師は日常生活自立度（ランクⅢ以上）を判定し、主治医に認知症ケアチームの介入依頼を確認します。その後、各病棟の責任者が毎週月曜日の朝までに、回診該当患者のリストを提出します。回診は毎週25～30人程度行い、チームカンファレンスを開催します。その結果をもとに、治療・対応への提案を報告書としてまとめ、診療科、病棟へフィードバックします。



回診の様子

〇〇さんが安心できる環境を整え、身体抑制を解除していきましょう。
(認知症看護認定看護師)

場所の見当障害による不安から落ち着かないようです。
(神経内科医)

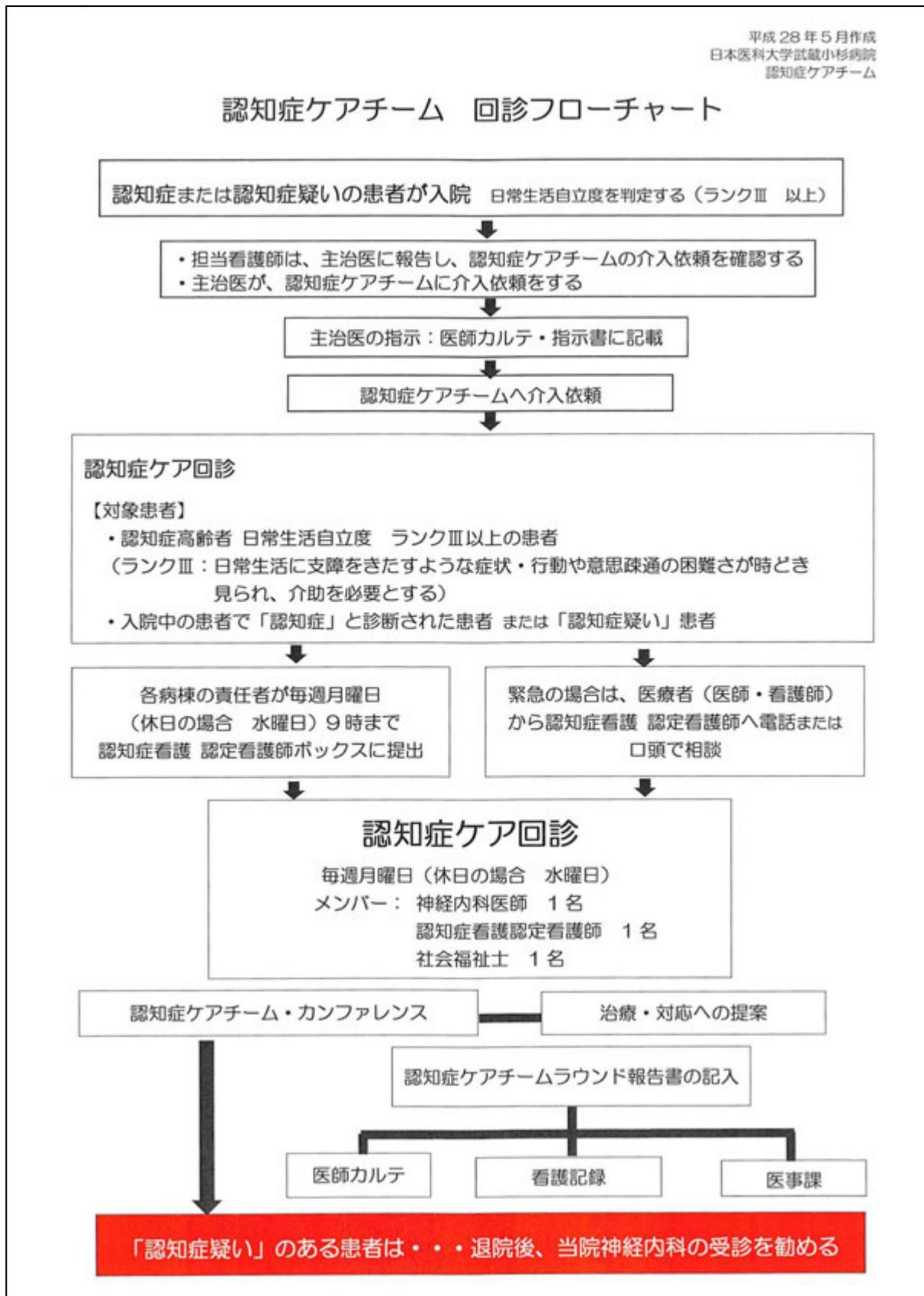


多職種による認知症ケア回診運用の会議 (医師、看護師、社会福祉士、事務員)



今月の認知症ケア加算の対象患者数は〇〇人でした。
(医事課担当者)

【認知症ケアチームフローチャート】



(3) 事例紹介 *個人が特定されないよう一部修正しています。

①患者さんの背景

- ・手術のために入院した 70 歳代、男性の A さん。
- ・アルツハイマー型認知症と診断され、内服治療を行っている。
- ・妻と二人暮らしで、妻の声かけがあれば、自分で身のまわりの事はできる。
- ・日常生活自立度；Ⅲa（日中を中心として日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする）
- ・臨床認知症評価法日本語版（CDR-J）；2（中等度；重度の記憶障害と時間的見当識障害があり、社会的判断の障害がみられる。家庭外において自立して機能するようには見えず、身の回りの世話において手伝いが必要な状態）
- ・アルツハイマー型認知症の重症度 FAST；5（中等度；介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときもなんとか、なだめすかして説得することが必要なときもある）



②入院初日の A さんの様子



妻が帰宅すると、A さんはベッドに横になったり腰かけたりして落ち着きがなくなった。看護師がナースコールの方法について説明したが、押す事を忘れてしまい、一人で廊下に出てきていた。安全対策のため、センサーマットを使用し、夜間から体幹抑制を実施した。夜間、ほとんど眠る事ができなかった。

③認知症ケアチーム介入からの A さんの様子（入院 2 日目～）

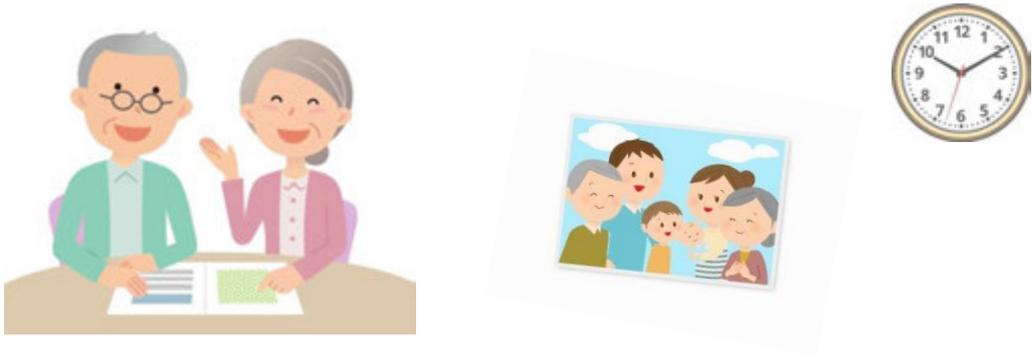
点滴中で、両手にはミトンをつけていた。A さんの表情は硬く、身体が思うように動かない事にいらだっていた。時々ベッド柵を叩く動作が見られ、「なんなんだ！」と独り言を言って混乱している様子だった。日時、入院の目的や点滴の理由などを説明すると、「わかった」と言い、30 分後に同様に説明すると、「そうなんだ、わかった」と理解している様子だった。



Aさんは、短期記憶障害や見当識障害はみられるが、説明すると理解できると考えた。そこで、点滴の刺入部に「大事な物、とらないで」とマジックで書き説明した。病棟看護師と身体抑制について話し合い、ミトンはずし、看護師がそばにいる時は体幹抑制をはずすことにした。Aさんは「よかった」と言い、表情が和らいだように見えた。ベッドサイドには時計を設置し、病院名を書いたカレンダーを壁にかけ、時間・場所の見当識障害の改善を試みた。



看護師には、訪室の度に点滴刺入部の注意書きを説明すること、意図的に病院名や日時を伝え、見当識を補う会話を持つように提案した (reality orientation)。場所の案内表示として、病室の入り口に飾り付けを行い、トイレにはイラストを貼った。また、家族にはAさんが普段使用している物 (ひげそり、ブラシ、鏡)、家族写真などを持参してもらい、できる限りの面会を依頼した。家族や病棟看護師の協力があり、無事に手術を受けることができた。入院時に見られた混乱や不安な表情はなくなり、認知症の周辺症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD) の出現は消失した。



(4) 今後の課題

認知症の患者さんの徘徊などの行動には理由があります。家族の協力や地域と連携しながら、入院前の生活状況を把握し、安心できる療養環境を整えていくことが大切です。安全に治療を受けていただくために、やむを得ず「身体抑制」を施行します。不必要な身体抑制廃止に向けた検討会を病院組織全体で取組み、専門家として認知症ケアチームが参加し進めていく事が今後の課題です。

4 身体拘束廃止に向けてのチェックポイント

【身体拘束廃止を進めるための18のチェックポイント】

1	「身体拘束」をトップ（経営者・院長・看護部長）が決意し責任を持って取り組んでいるか	
2	「縛らない医療と看護」の推進チームを作るなど体制作りをしているか	
3	各部署の看護師長がプロ意識を持ってチームを引っ張り、具体的な行動をとっているか	
4	「身体拘束とは何か」が明確になっており職員全員がそれを言えるか	
5	「なぜ身体拘束がいけないか」の理由を職員全員が言えるか	
6	身体拘束によるダメージ、非人間性を職員が実感しているか	
7	個々の拘束に関して、医療者側の理由か、患者側の必要性かについて説明できる	
8	全職員が医療や看護の工夫で身体拘束を招く状況（転びやすさ、おむつはずし等）をなくそうとしているか	
9	最新の知識と技術を職員が学ぶ機会を設け、積極的に取り入れているか	
10	患者の不安や訴え等のサインに気付く観察技術を高めていくための取り組みを行っているか（観察による気づきの話し合い、観察記録の工夫）	
11	各看護師が看護の工夫に取り組み、職種を超えて活発に話し合っているか	
12	決まった指針や看護ケア内容を看護計画として文章化しそれを目標に全員で取り組んでいるか	
13	必要な用具（体に合った車イス、マット等）を取り入れ、個々の患者に活用しているか	
14	患者と関わる時間を増やすために業務の見直しを常に行っているか	
15	患者との関わりを行い易くするために環境の点検と見直しを行っているか	
16	「インシデント」についての考え方や対応ルールを明確にしているか	
17	家族に対して「身体拘束廃止」の必要性和可能性を説明した上で協力関係を築いているか	
18	身体拘束廃止の成功体験（職員の努力）を評価し成功事例と課題を明らかにしているか	

高齢者認知症介護研究・研修東京センター（厚生労働省老人保健健康増進等事業）ビデオ「身体拘束」より改変身体拘束予防ガイドライン P19



**あなたの組織で、
まだできることがありますか？**



あしがき

身体拘束はやむを得ない場合を除き行すべきではないと認識していても、実際の現場では、難しい現状もあるのではないのでしょうか？何度も車イスから立ち上がったたり、ベッドから降りようとする患者の行動を見て、身体拘束実施の判断に至ってしまうケースもあると思われます。しかしまずは患者がなぜそのような行動に至るのかアセスメントし、要因の除去に努めることが大切です。時に患者に接する医療者側の言動が、不穏行動に大きく影響していることもあります。「さっきトイレに行ったばかりですよ」「立ち上がらないで」「～しちやだめ」「がまんして」「何回も言いましたよね」など指示を強い口調で伝えることは、患者の精神的な負担となり、さらなる不穏行動を引き起こすことに繋がります。またこのように指示などを抑圧的に伝えることは、近年、高齢者福祉保健施設では“言葉による拘束”と捉えられ身体拘束の一部と見なされています。高齢者福祉保健施設のみならず医療施設に於いても、医療者が患者に接する時の言葉かけなど、十分に配慮していくことが必要です。これらのことを踏まえながら各施設で検討していただき、身体拘束ゼロを目指すための取り組みを進めていただければと思います。（神奈川県看護協会医療安全情報検討ワーキンググループ）



◆引用・参考文献◆

*身体拘束予防ガイドライン

2015年8月31日発行

編集：日本看護倫理学会 臨床倫理ガイドライン検討委員会発行

*神奈川県看護協会患者安全警報 No.19 「身体拘束ゼロを目指して」



公益社団法人神奈川県看護協会