

身体抑制に関する基準

身体拘束の法令・省令等（1999年身体拘束禁止の省令）に基づき身体抑制に関して東京医科大学茨城医療センターとして、以下に基準を定める。

1. (定義)

身体抑制とは「衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制することをいう」（昭和63年4月8日厚生省告知第129号における身体拘束の定義）

2. (適応)

患者の身体抑制制限は、以下の1) 2) に適応とする

- 1) 患者本人又は他の患者等の生命及び身体を保護するため
- 2) 緊急やむを得ない場合（一時的に発生する突発事態）

3. (適応時の要件)

身体抑制適応時は、緊急やむを得ない場合「切迫性」の要件を満たしている場合と、「非代替性」「一時性」を加えた3つの要件を満たしている場合とする。

- 1) 切迫性とは、患者本人又は他の患者の生命及び身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
気管（切開）チューブ・中心静脈カテーテル・動脈カテーテル等の処置が行われている場合
- 2) 非代替性とは、身体抑制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。
- 3) 一時性とは、身体抑制その他の行動制限が一時的なものであること。

4. (適応要件の確認と承認)

医師・看護師長・担当看護師が「適応の要件」から協議し、医師が決定する。

（夜間・休日においては医師・担当看護師とする）

医師は、身体抑制の指示を出し、診療録にも必ず記載する。

5. (患者本人及び家族への説明)

身体抑制を行う場合、医師（主治医又はその他の医師）または、看護師長（看護師）は、身体抑制の目的、理由、内容、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に患者本人又は家族に説明し同意を得る。但し、3. 1) の場合は生命の危険が回避できるまでは身体抑制の同意を得る。

- * 説明時は「身体抑制に関する説明同意書」に従って説明し、患者本人又は家族の理解と同意を得る。
- * 緊急に身体抑制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を得る。

6. (計画・立案)

計画に基づかない身体抑制は行なわない。但し、緊急の場合は事後直ちに立案する。

- ・代替ケア・方法がなくやむを得ない場合、身体抑制制限のケア方法・時間などについてケアプランを立案する。
- ・患者・家族に緊急やむを得ない経過・身体抑制の方法・時間・期間などについてケアプランを基に説明し、理解・納得を得て患者本人または家族の同意を得て実施する。

7. (記 録)

緊急でやむを得ず身体抑制を行なう場合には、その状態および時間・患者の心身の状況、緊急かつやむを得なかった理由を記録しなければならない。

- ・身体抑制状況における日々の心身の状態を観察し記録する。
- ・身体抑制の時間、時間帯は明確に記載すること。
- ・身体抑制の必要性を常にカンファレンス等で検討し、検討内容を記録する。

(「身体抑制使用開始指示書 観察・再評価シート」を用いる)

- ・記録内容は、スタッフ間・家族等関係者間で情報を共有する。
- ・身体抑制の開始、終了の記録は常に行う。
- ・身体抑制の必要な状況が解消した場合、速やかに解除しその状況を記録する。

8. (身体抑制の対象となる具体的な行為)

以下の具体的な行為は、3 1) の適応要件を満たしているため協議は必要としない。

- ① 気管(切開)チューブ・中心静脈カテーテル・動脈カテーテル等を抜かないように四肢のすべてまたは一部、体幹に安全帯を使用する。

以下の具体的な行為は身体行動制限と定義し、実施に際しては適応要件を満たしているかの協議を必要とする。

- ① 点滴・経管栄養などのチューブを抜かないように、四肢のすべてまたは一部に安全帯を使用する。
- ② 点滴・経管栄養などのチューブを抜かない、または皮膚を掻きむしらないように、ミトン型の安全帯を使用する。
- ③ 行動を落ち着かせる為の薬剤投与。

以下の行為は、いかなる理由があっても行なわない。

- ① 徘徊・転落しないように、車椅子や、ベッドに体幹や四肢を紐等で縛ったり、ベッドから転落しないようにベッド柵を紐で固定する。ベッド全体を柵で囲む(サークルベッド)。
- ② 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。
- ③ 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紐で縛る。
- ④ 自分の意思で開くことができない部屋等に隔離する。

(厚生労働省身体拘束ゼロ作戦推進会議：「身体拘束ゼロへの手引き」)

9. (身体抑制廃止のための取り組み)

- ① 身体抑制廃止に向けて、組織的に対応すること。
- ② 病院職員共通の意識を持ち対応すること

- ③ 身体抑制をしないために、原因・誘引の除去に努力する。
- ④ 事故発生予防の環境作りと応援体制を行う。
- ⑤ 代替策を常に検討していく。

10. (解除)

身体抑制を行なった場合、常に観察・再検討を行い、適用要件が改善した場合は直ちに解除し、主治医は家族にその旨を説明し、診療録に記録する。看護師は、看護計画に評価記録する。

(「身体抑制使用開始指示書 観察・再評価シート」を用いる)

- ・ 治療，処置が終了して危険が回避できたとき
- ・ 治療やケアの方法を変更して危険が回避できたとき
- ・ 患者の状態が落ち着いたとき
- ・ 手術，検査の終了

11. (その他)

* 「身体抑制に関する説明書・同意書」について

病院/診療録控を カルテに保管する

患者様控を患者及び家族へ渡す

平成 30 年 6 月 1 日一部変更

身体抑制の手順

1. 目的

病院が定める「身体抑制に関する基準」を厳守した上でやむを得ず身体抑制を必要とする時医師が判断した場合以下の方法とする。

2. 身体抑制の種類と必要物品

	抑制の部位・目的		方法・必要物品
体幹	全身的に安静を必要とする場合		磁石付き安全带
部分拘束	上肢	手関節：前腕の動きを抑制する	スポンジの安全带 ミトン
	肢	肘関節：肘の屈曲を制限し、上肢を伸展位に保つ	磁石付き安全带
	下肢	足関節：下肢の動きを制限する	スポンジの安全带
	肢	膝関節：膝の屈曲を制限し、下肢を伸展位に保つ	磁石付き安全带
	上半身	肩関節：起座位にならない 上半身の動きを抑制する	磁石付き安全带
	下半身	股関節：腰部・臀部・大腿部の動きを抑制する	スポンジの安全带 磁石付き安全带
その他	離床センサー：患者の病衣後ろの襟周囲にセンサーを装着し、起き上がり動作を感知して、ナースコールやセンサー自身が作動する		あゆみちゃん うーご君 起きた君

3. 留意事項

1) 神経障害や循環障害、褥瘡を予防する

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。

2) 抑制の部位や時間は最小限にとどめる。

3) 抑制中は、最低2時間で抑制具を除去（継続的に必要な場合も）し、観察と記録をする。

4) 最低2時間毎の体位交換を行う。

5) 血行改善の目的で抑制具を一時解除する時は、一部位ごと交互に行う。

6) 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。

7) 災害発生時など緊急時に、結び目が解きやすいように結ぶか、チューブ鉗子を使用する

8) ベッド柵は固定をしない限り、身体抑制とはしない

「身体抑制使用開始指示書 観察・再評価シート」使用基準

- 1、 身体抑制の説明・同意があり、安全带使用開始（身体抑制）の指示が黄伝等にあることを確認する。
- 2、 シート使用開始時に、「身体抑制開始」の□にチェックし、使用開始日時を記入する。
- 3、 身体抑制が継続されている間は、毎日 医師・看護師で観察評価を行いシートに記載する。
シートの「医師」以外の項目のチェックは、医師でも看護師でもよい。
- 4、 身体抑制継続・中止等の評価に関しては、回診時・申し送り時・情報交換時等を活用すること。
- 5、 チェックシートへの記載・評価は、1日1回行う。（あえて時間帯は定めない）
- 6、 サインは、自筆又は印鑑とする。
- 7、 離床センサー使用時は、「安全带使用方法」□その他にチェックし、下の空欄に「離床センサー」と記載する。

平成 23 年 10 月 17 日作成

平成 23 年 11 月 1 日一部変更

平成 30 年 6 月 1 日一部変更

安全管理室

身体抑制使用開始指示書 観察・再評価シート

患者氏名

生年月日

患者ID

- 身体抑制使用時は、医師から指示があることを確認し記入する。
- 医師は毎日診察して、その必要性を検討して記入する。
- 担当看護師（担当チーム）は常にカンファレンス等で検討し、確認・記入する。

□身体抑制開始 (20 / / 時 分) 指示医 () 指示受サイン ()

	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日					
医師	<input type="checkbox"/> 症状改善なし <input type="checkbox"/> 依然必要 <input type="checkbox"/> 解除を検討 <input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 症状改善なし <input type="checkbox"/> 依然必要 <input type="checkbox"/> 解除を検討 <input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 症状改善なし <input type="checkbox"/> 依然必要 <input type="checkbox"/> 解除を検討 <input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 症状改善なし <input type="checkbox"/> 依然必要 <input type="checkbox"/> 解除を検討 <input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 症状改善なし <input type="checkbox"/> 依然必要 <input type="checkbox"/> 解除を検討 <input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> その他 ()					
継続・解除の理由	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> チューブ・ライン類 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> 体動 <input type="checkbox"/> 自傷・他者行為の危険 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> チューブ・ライン類 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> 体動 <input type="checkbox"/> 自傷・他者行為の危険 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> チューブ・ライン類 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> 体動 <input type="checkbox"/> 自傷・他者行為の危険 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> チューブ・ライン類 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> 体動 <input type="checkbox"/> 自傷・他者行為の危険 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> チューブ・ライン類 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> 体動 <input type="checkbox"/> 自傷・他者行為の危険 <input type="checkbox"/> その他 ()					
身体抑制部位	<input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 上肢 (R・L) <input type="checkbox"/> 下肢 (R・L) <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 上肢 (R・L) <input type="checkbox"/> 下肢 (R・L) <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 上肢 (R・L) <input type="checkbox"/> 下肢 (R・L) <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 上肢 (R・L) <input type="checkbox"/> 下肢 (R・L) <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 上肢 (R・L) <input type="checkbox"/> 下肢 (R・L) <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> その他 ()					
身体抑制方法	<input type="checkbox"/> 安全帯 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 車椅子安全帯 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 安全帯 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 車椅子安全帯 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 安全帯 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 車椅子安全帯 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 安全帯 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 車椅子安全帯 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 安全帯 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 車椅子安全帯 <input type="checkbox"/> その他 ()					
身体抑制時間	<input type="checkbox"/> 24時間継続 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 処置時 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 24時間継続 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 処置時 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 24時間継続 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 処置時 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 24時間継続 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 処置時 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 24時間継続 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 処置時 <input type="checkbox"/> その他 ()					
サイン	医師	看護師	医師	看護師	医師	看護師	医師	看護師	医師	看護師

身体抑制使用開始指示書 観察・再評価シート

- 身体抑制使用時は、医師から指示があることを確認し記入する。
- 医師は毎日診察して、その必要性を検討して記入する。
- 担当看護師（担当チーム）は常にカンファレンス等で検討し、確認・記入する。

□身体抑制開始（20 / / 時 分） 指示医（ ） 指示受サイン（ ）

	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
医師	<input type="checkbox"/> 症状改善なし <input type="checkbox"/> 依然必要 <input type="checkbox"/> 解除を検討 <input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 症状改善なし <input type="checkbox"/> 依然必要 <input type="checkbox"/> 解除を検討 <input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 症状改善なし <input type="checkbox"/> 依然必要 <input type="checkbox"/> 解除を検討 <input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 症状改善なし <input type="checkbox"/> 依然必要 <input type="checkbox"/> 解除を検討 <input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 症状改善なし <input type="checkbox"/> 依然必要 <input type="checkbox"/> 解除を検討 <input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> その他 ()
継続・解除の理由	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> チューブ・ライン類 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> 体動 <input type="checkbox"/> 自傷・他者行為の危険 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> チューブ・ライン類 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> 体動 <input type="checkbox"/> 自傷・他者行為の危険 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> チューブ・ライン類 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> 体動 <input type="checkbox"/> 自傷・他者行為の危険 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> チューブ・ライン類 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> 体動 <input type="checkbox"/> 自傷・他者行為の危険 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> チューブ・ライン類 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> 体動 <input type="checkbox"/> 自傷・他者行為の危険 <input type="checkbox"/> その他 ()
身体抑制部位	<input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 上肢（R・L） <input type="checkbox"/> 下肢（R・L） <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 上肢（R・L） <input type="checkbox"/> 下肢（R・L） <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 上肢（R・L） <input type="checkbox"/> 下肢（R・L） <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 上肢（R・L） <input type="checkbox"/> 下肢（R・L） <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 上肢（R・L） <input type="checkbox"/> 下肢（R・L） <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> その他 ()
身体抑制方法	<input type="checkbox"/> 安全帯 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 車椅子安全帯 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 安全帯 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 車椅子安全帯 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 安全帯 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 車椅子安全帯 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 安全帯 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 車椅子安全帯 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 安全帯 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 車椅子安全帯 <input type="checkbox"/> その他 ()
身体抑制時間	<input type="checkbox"/> 24時間継続 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 処置時 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 24時間継続 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 処置時 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 24時間継続 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 処置時 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 24時間継続 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 処置時 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 24時間継続 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 処置時 <input type="checkbox"/> その他 ()
サイン	医師 ()	看護師 ()	医師 ()	看護師 ()	医師 ()