

須崎くろしお病院	二次文書	第 8 版	使用開始：2024 年 8 月 20 日
----------	------	-------	----------------------

行動制限マニュアル

医療安全対策委員会	作成：医療安全管理者		
2000 年 12 月 10 日	制定	第 1 版	
2010 年 11 月 1 日	改訂	第 2 版	
2012 年 7 月 2 日	改訂	第 3 版	
2021 年 6 月 1 日	改訂	第 4 版	フォームの見直し、誤字修正
2021 年 11 月 15 日	追記	第 5 版	6.3) に 5.5) ①②の場合の記載追記
2023 年 9 月 22 日	改訂	第 6 版	<p>行動制限を「身体抑制」と「身体抑制以外の行動制限」に分けて記載を行った。</p> <p>「インフォームド・コンセントの受け方」「身体抑制時の看護」について注意点など追加し、明確にした。</p> <p>担当医師が不在時、夜間・休日の抑制開始についての記載を追加</p>
2024 年 6 月 17 日	改訂	第 7 版	<p>従来、精神保健法上の拘束と区別するため「身体的拘束」という用語を使用していたが、「身体的拘束」に用語を統一する。</p> <p>これまで身体的拘束以外の行動制限としていた「介護衣(つなぎタイプ)」「クリップコール」を身体的拘束と定義したため構成を変更した。</p> <p>3.4) 定義の整理及びスピーチロックを追加</p> <p>4. 身体的拘束の 3 要件の項を追加</p> <p>5. 表 1. を身体的拘束のみとし、「注意点」を新設</p> <p>9. 身体的拘束以外の行動制限の方法の整理</p> <p>10. 「鎮静を目的とした薬剤の使用について」を新設</p>
2024 年 8 月 19 日	改訂	第 8 版	<p>クリップコールをナースコールの代用として使用する場合の手順を追記</p> <p>介護衣(つなぎ服)であっても、患者が入院前より着用しているケースや、着脱可能なタイプの場合には身体的拘束としないことを身体的拘束の指針に追記したため表 1⑤を追記</p> <p>表 1⑤⑥※追記、</p>

			<p>9 (2) 追記</p> <p>9 (7) 以下を追記「(2) の場合や身体的拘束としない介護衣(つなぎ服)の着用であっても、その対応が「スピーチロック」に該当する場合には「身体的拘束」として取り扱うこととする。」</p>
--	--	--	--

1. 基本方針

身体的拘束は、憲法第 11 条「基本的人権の享有」、第 12 条「自由・権利の保持の責任、濫用の禁止」、第 34 条「抑留・拘禁の要件、不法拘禁に対する保障」、人身保護法第 2 条「違法拘束救済の請求権」に照らして、患者の人権を侵害しているという問題がある。

当院で定める「身体的拘束最小化のための指針」に則り、患者の安全を第一に考え、倫理に基づいた医療を提供し、患者の人権を尊重するために、適正な行動制限について規定し、特に身体的拘束については以下を基本方針とすることとする。

- ① 原則として、身体的拘束は行わないこと
- ② やむを得ない場合にのみ、医師の判断・指示のもとで身体的拘束を実施すること。また、必ず患者家族等に説明を行い、理解と同意を得なければならないこと
- ③ 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束の開始時間、心身の状況、やむを得なかった理由等を記録しなければならないこと
- ④ 患者の人権を尊重し、早期に身体的拘束の解除に向けた取り組みを開始すること

2. 行動制限の目的

一時的に身体活動を制限することで、患者本人または他の患者等の安全を確保することを目的とする。

3. 用語の定義

(1) 行動制限とは、患者の行動を制限すること全般をいう。

(2) 身体的拘束とは、拘束帯等、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、その運動を抑制する行動の制限をいう。

以下、厚生労働省「身体的拘束ゼロへの手引き」参照。

- 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 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、又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為、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、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。

(3) スピーチロックとは、言葉を使って患者の行動を制限すること。

4. 身体的拘束の3要件

患者または他の患者等の生命または身体を保護するための措置として、緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合は、次の3要件をすべて満たした場合に限り、医師・看護師で慎重に判断を行い、必要最低限の身体拘束を行うことができる。

① 切迫性

意識障害、説明理解力低下、精神症状に伴う不穏、興奮状態などによって、患者本人または他の患者等の、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 非代替性

薬剤の使用や病室環境の工夫では対処不能で、継続的な見守りが困難な状況にあるなど、身体的拘束以外に患者の安全を確保する方法がないこと

③ 一時性

身体的拘束は一時的であること

5. 身体的拘束の方法

■表1

目的	方法	注意点
① 安静が必要な場合 転落防止、すり抜け防止	【体幹拘束】 拘束帯（腹部用ベルト） 必要に応じて上半身ベルト、 手足用ベルトを組み合わせる	装着手順に従い2名のスタッフ で設置、装着を行い、チェック項 目の確認をする
② チューブ類の自己抜去防止	【ミトン】 （必要に応じて手用ベルト）	ベッド柵に手を固定する場合には、 腕の可動域を極端に制限しない ように注意する
③ 下肢の動きを制限	【足用ベルト】	安静目的以外の使用の場合には 長時間同じ体勢にならないよう に注意をする
④ 車椅子からの歩き出し、転 落防止	【車椅子用安全ベルト】	車椅子ごとの転倒リスクがある ので、必ず見守りが必要
⑤ オムツ外し、弄便、チュー	【介護衣（つなぎタイプ）】	着脱が安易ではないため、全身状

	ブ類抜去防止、創部の清潔保持他	※患者自身が脱衣可能なタイプは除外とする	態の観察がおろそかになる可能性があることを意識する
⑥	離床を感知し行動を制限する	【クリップコール】 ※ナースコールの代用として使用する場合を除く	訪室の度に装着状況を必ず確認する

6. 身体的拘束の手続き

(1) アセスメント

医師あるいは担当看護師は、身体的拘束を実施する前に、身体的拘束を回避できるように、治療処置の変更は可能か、などを含め身体的拘束の3要件に基づく検討をチームで行う。

(2) インフォームド・コンセントの手続き

- ① 原則として医師が患者家族等に説明し、文書にて同意を得ること。
- ② 文書での同意なく、緊急的に身体的拘束を開始する場合には患者家族等に連絡し、口頭で同意を得ること。夜間など家族に連絡が困難な場合には翌日に連絡し、身体的拘束に至った経緯を説明し、理解を得ること。この経緯は記録をする。その場合原則退院までに文書での同意を取得する。同意日は同意を得た実際の日にちを記載し、欄外に口頭同意を得た日にちを記載する。
- ③ 患者に同意能力がなく、家族等もない場合には、医師・看護師で患者の最善を考慮し、身体的拘束の実施の検討を行い、記録すること。
- ④ 患者家族等の同意を得られない場合、医師は危険を回避できないことがある旨を説明し、そのプロセスを記録すること。

(3) 医師は行動制限指示簿を作成する。

(4) 看護師は、医師の指示に基づき身体的拘束を実施し、その経過（抑制方法、開始時間・解除時間、患者の状況、観察項目等）を記録すること。

(5) 医師は、身体的拘束中の患者の様子、二次障害の有無について確認し記録をすること。

7. 身体的拘束時の対応について

身体的拘束を実施中は方法の特性に応じて以下を行う。

(1) 観察

- ① 身体的拘束開始から15分経過後に状況を観察すること。
- ② 体動を制限している拘束の場合は、原則1時間毎に観察すること。
- ③ 患者の言動や体動、意識障害の程度、せん妄状態、睡眠状態を観察すること。
- ④ 身体的拘束による二次的障害（呼吸・循環障害、発赤、腫脹、浮腫などの末梢循環障害、皮下出血、水疱、表皮剥離等の皮膚障害、痺れなどの神経障害、関節拘縮等）の有無を観察すること。

(2) 看護

- ① 拘束の部位や時間は最小限に留めること。
- ② 患者の状態の推移と身体的拘束による二次的障害の予防ケア。
- ③ 体動の制限がされている場合、2時間毎の体位交換の実施。
- ④ 身体的拘束解除中は患者の見守りを行うこと。
- ⑤ 車椅子用安全ベルトを使用して車椅子に乗車をしている場合には除圧を行うこと。
- ⑥ 患者・家族等の不安や抑制に対する気持ちを受け止め、精神的サポートを行うこと

(3) 注意点

- ① 患者はナースステーション近くの病室とすること。
- ② 身体的拘束の目的に適した用具を選択すること。
- ③ 用具に破損がないか、仕様前に必ず確認すること。
- ④ 設置・装着は、安全に実施するため、必ず2人以上の看護師によって行うこと。
- ⑤ 設置・装着は、「抑制用具取付け手順」を参照に行うこと。
- ⑥ 各勤務帯でも、適切に設置・装着がなされているかを確認すること。
- ⑦ 再設置・再装着の場合でも、③、④を実施すること。
- ⑧ ロック解除用ボタンは、必ず患者の手の届かないところに保管し、保管場所はスタッフで共有すること。
- ⑨ 必要に応じて見守り支援機器を設置すること。
- ⑩ 車椅子用安全ベルトを使用して車椅子に乗車している場合は、必ず見守りを行うこと。
- ⑪ クリップコール装着時は、紐の長さや患者への装着方法が適切であるか確認する。

8. 早期の身体的拘束解除に向けた取り組み

(1) 抑制解除に向けたカンファレンス

- ① 抑制カンファレンスは毎日開催すること。
- ② 抑制カンファレンスは、医師・看護師・理学療法士など、多職種が参加するものとし、拘束時間の最小化や早期解除に向けた検討を行うこと。
- ③ カンファレンスの結果、身体的拘束を解除する場合も継続する場合も、必ず医師の判断を仰がなければならないこと。
- ④ カンファレンス内容は、必ず記録すること。

(2) 身体的拘束の解除基準

抑制カンファレンスにおいて、身体的拘束の必要性が回避された場合や医師による解除の指示がなされた場合とする。

(3) 身体的拘束解除の手順

身体的拘束の解除は、以下に従って実施する。

- ① 医師は、患者の状態と解除の日時を行動制限指示簿に記載すること。
- ② 看護師は、患者の状態と解除の日時を経過記録に記載すること。
- ③ 解除後も患者の状況の観察を行うこと。

9. 身体的拘束以外の見守りまたは行動制限について

患者の安全を見守るための方法（クリップコール・センサーマット、見守りカメラ）などを使用する場合には以下に留意する。

- (1) 患者の状況に応じて、まず身体的拘束以外の見守りや、行動制限の方法を選択することとする。
- (2) 離床や転倒の検知、介助の目的で、クリップコールを使用する場合には身体拘束とせずにナースコールの代用として取り扱うこととする。
- (3) 見守り及び行動制限開始の判断及び患者または患者家族等へのインフォームド・コンセントの手続きは看護師でも可能とする。
- (4) センサーマットは、適切な位置への設置及び作動を確認する。
- (5) 見守りカメラは、落下などの危険がない場所に設置する。
- (6) 身体的拘束以外の行動制限を行う場合でも、早期に解除ができるように努める。
- (7) 言葉で患者の行動を制限する「スピーチロック」に該当するような行動を抑制する言い方を「質問」または「依頼」をするような言い換えにすることを習慣づける。なお、(2)の場合や身体的拘束としない介護衣（つなぎ服）の着用であっても、その対応が「スピーチロック」に該当する場合には「行動制限」または「身体的拘束」として取り扱うこととする。

10. 鎮静を目的とした薬剤の使用について

入院患者の鎮静を目的とした薬剤投与は、医師指示簿にて対応をする。鎮静目的の薬剤の特性を踏まえた上で投与後の患者観察を怠らない。なお、当院では原則向精神薬の過剰投与による身体的拘束は行わない。

- (1) 同意と説明
 6. (2) に準じて、患者・家族等に使用の可能性、危険性などを説明し、同意を得る。
- (2) 薬剤使用による鎮静を行った場合には、薬剤投与に至った理由、投与時間、患者の状態について観察を行い、記録をする。
- (3) 経口薬を用いての鎮静が困難な場合には、ハロペリドール注射液（セレネース）、フルニトラゼパム注射液（サイレース）などの投与時には以下の点に注意をする。
※各添付文書及び「内視鏡検査時のセデーションについて」（看護部 内視鏡室）参照
 - ① 使用時には急変に備えて以下の確認をする。
 - パルスオキシメーター、酸素、吸引が使用できる状況か。
 - 急変に備え救急カートが使用できる状況か。
 - 急変に対応できる医師がいる、また必要人員が容易に集まることのできる状況か。
 - ② 患者が覚醒し、鎮静前の状態に近づくまで患者の監視を継続する。静脈注射の場合は、鎮静効果が確認できれば中断（滴定静注）をし、流量の記録を行う。鎮静後は30分毎に血圧、SP02測定、鎮静～覚醒状態の監視を行う。
 - 意識レベル
 - 呼吸音やパターン

- ③ サイレースを使用する場合には原則心電図モニターを装着、拮抗薬であるアネキセートの配置の確認をする。
- (4) 監視終了の条件
- バイタルサインに異常を認めない（検査前の値に戻っている）
 - 意識状態が鎮静を行う前の状態に近づく
 - 努力呼吸や異常呼吸音を認めず、呼吸状態が安定している
 - 酸素投与や吸引などの処置を必要としない

※覚醒後も鎮静剤の影響が残っていることもあるので、引き続き見守りを行う