

転倒転落予防マニュアル



特定医療法人 新生病院
安全対策委員会

転倒転落予防マニュアル

目次

- I. 基本方針
- II. 目的
- III. 転倒転落予防における身体拘束の適用基準
 - 1. 身体拘束（抑制）の定義
 - 2. 転倒転落予防における身体拘束基準
 - 3. 緊急やむを得ない場合とは
 - 4. 転倒転落予防における身体拘束をする時の手順
身体拘束をする時の手順（フローチャート）
 - 5. 転倒転落予防における身体拘束施行時の記録のポイント
 - 6. 医師の指示
 - 7. 転倒転落予防における身体拘束の評価
- IV. 転倒転落予防における身体拘束の解除基準
 - 1. 解除基準
 - 2. 転倒転落予防における身体拘束を解除する手順
- V. 転倒・転落アセスメント評価と手順



I. 基本方針

2003年9月19日作成

当院においては、看護、介護行為に伴う「身体拘束」は、患者の生命・身体・人格を尊重し、厚生労働省の方針に基づき人権擁護の観点から原則的には行なわない。

しかし、患者の安全を確保する上で緊急やむを得ず行なう拘束については、主治医の判断により家族の同意を得た上で行なう。

ただし、やむを得ず実施する場合でも、その実施状況を確認し解除することを目標に努力する。

II. 目的

患者等の生命、又は身体が危険にさらされる状況を回避する。

III. 転倒転落予防における身体拘束の適用基準

1. 身体拘束（抑制）の定義

（厚生省告示第129号「身体拘束の定義」4,8,1988）

「身体拘束（抑制）とは、衣類または綿入り帯など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。」をそのまま用いる。

2. 転倒転落予防における身体拘束基準

患者の安全を確保する上で、緊急やむを得ず行なう場合は、拘束の適用基準に沿う。

3. 緊急やむを得ない場合とは

切迫性・・・患者本人または他者の生命又は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・・・身体拘束またはその他の行動制限を行なう以外に代替する看護・介護の方法が無いこと

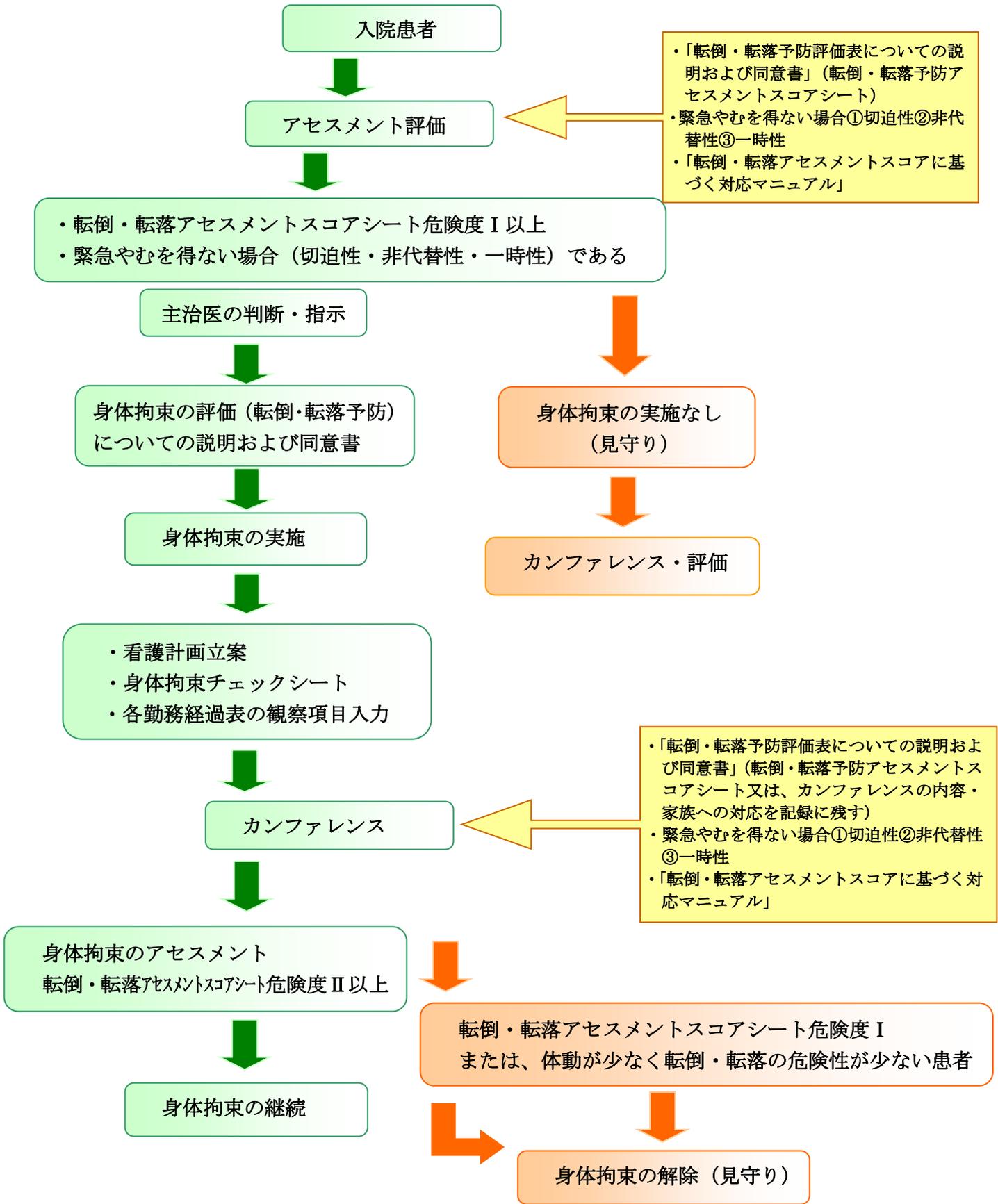
一時性・・・身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

4. 転倒転落予防における身体拘束をする時の手順

- 1) アセスメント評価・・・①入院時（転棟時）、全患者（SAS 検査入院患者を除く）に「転倒・転落アセスメントスコアに基づく対応マニュアル」「転倒・転落アセスメントスコアシート」を用いて評価する。

- ② 患者の安全性を確保する上で、緊急やむを得ない場合（切迫性・非代替性・一時性）のいずれかであることを判断し、身体拘束が必要と評価した患者には危険度に関わらず看護計画を立案する。
- 2) 危険度と切迫性・非代替性・一時性についてカンファレンスで検討し、拘束用具・方法について計画、実施する。
- 3) 主治医の判断・指示
- 【身体拘束の理由】 a. 転倒、転落により外傷のおそれがある。**
- 4) やむを得ず身体拘束が必要と判断した場合は、主治医は電子カルテに根拠となる理由を残し、身体拘束指示を出す。
- 5) 拘束の説明と同意・・・アセスメントと主治医の判断により拘束の必要性がある場合は、患者・ご家族に「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」に基づき説明し同意を得る。
- a. 口頭での説明と同意（インフォームドコンセント）はもちろん、「転倒・転落予防評価表についての説明および同意書」（転倒・転落予防アセスメントスコアシート）を作成し、同意を得る。
- b. 同意書一部を作成し、コピーを家族に渡す。原本は電子カルテに残す。
- c. 十分に説明しても本人、家族のどちらからも同意が得られない場合、身体拘束を施行してはならない。
- d. 同意が得られない場合、危険性をきちんと説明し、説明した内容、家族の氏名、説明者名を電子カルテに残す。
- e. 例外的に同意書にて患者・家族に説明と同意を得る前に緊急時実施した場合は、口頭で同意を得た上で、後日文章で患者・家族に説明を行い同意を得る。
- 6) 身体拘束が必要な場合は看護計画を必ず立案する。
- 7) 定期的（原則毎日）に身体拘束が必要かアセスメントを行い、看護記録またはカンファレンス用紙に記録する。危険度 I 以上で、拘束が適応と考えられない場合は、拘束を行わないことを記録する。
- 8) 正しい身体拘束方法およびほかの解決策があるか、多職種（看護師・リハビリ・薬局）等とカンファレンスしながら身体拘束用具の種類や使用方法と効果、注意点等について協議検討し使用し評価していく。
- 9) 記録類（「転倒・転落予防評価についての説明および同意書」（様式例 1）「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」「身体拘束同意書」（様式例 2）は電子カルテに保管する。

身体拘束をする時の手順（フローチャート）



5. 転倒転落予防における身体拘束施行時の記録のポイント

- 1) 身体拘束中の観察とケア、記録（身体拘束チェックシートへの入力）
＜身体拘束中のアセスメントの視点＞
 - ①「いつ」その行動が起こったか（日時）、どのような行動が観察されたか、どこで起こったか、その行動の原因・誘因と考えられることは何か、それに対して誰がどのように対処したか対処に対して患者はどのように反応したか
 - ②意識状態、見当識の程度、循環・呼吸状態、また、抑制用具の位置、動き、身体拘束を行なっている四肢の感覚機能、拘束部位の血行障害が無いこと、拘束用具が効果的であること、安楽な体位であること、水分補給・排泄のニーズが満たされていること、睡眠状態、不穏の状態、苦痛の有無（疼痛、かゆみ、頻尿など）など
 - ③最低でも120分毎に観察する。
 - ④2時間毎に水分、排泄、運動のニーズをチェック、体位の補整などを行なう。
 - ⑤薬剤の副作用等の徴候や症状を観察したことを詳細にアセスメントし記録する。

- 2) 身体拘束をする時は以下の内容を電子カルテ、看護記録に記録をする。
 - ①身体拘束が臨床的に妥当なものであるということ
 - ②身体拘束以外の方法をあらかじめ試みたということ
 - ③患者の状態を十分に検討（アセスメント）したということ
 - ④患者への説明（メリットとリスクの説明）は誰がどのように行なったか、どのように反応したか
 - ⑤家族への説明（メリットとリスクの説明）は誰がどのように行なったか、どのように反応したか
 - ⑥身体拘束を行なう同意を患者または家族から得たこと
 - ⑦施行した身体拘束方法、開始日時、中止日時
 - ⑧身体拘束が中止となった理由（誰がどのように判断したかの根拠を記入）
 - ⑨中止時の神経障害の有無、患者の反応など

6. 医師の指示

- ・医師の指示のもとに施行することを原則とする。
- ・身体拘束開始前に指示を受けることが原則。→代行入力（看護師）
- ・例外的に、緊急やむを得ない場合は医師の指示は身体拘束後早期に受けることとする。

7. 転倒転落予防における身体拘束の評価

- 1) 定期的に身体拘束を行なった患者全体の振り返りを行なう。（月に一回以上）
 - ①アセスメントは適切であったか
 - ②身体拘束基準との整合性はあったか
 - ③身体拘束に替わる方法の実施内容は適切であったか、他の方法はなかったか

- ④説明と同意は患者・患者家族が納得できる内容であり、協力が得られていたか
 - ⑤医師の指示は適切であったか
 - ⑥観察と記録は十分できていたか
 - ⑦身体拘束用具の選択・使用法は適切であったなど
- 2) 身体拘束の解除・中止・転倒・転落予防評価表に基づき該当なしとなった場合

IV. 転倒転落予防における身体拘束の解除基準

1. 解除基準

患者の安全を確保する上で身体拘束の該当がない場合は、解除の基準に沿い、解除・中止する。

2. 転倒転落予防における身体拘束を解除する手順

1) アセスメント評価

身体拘束を実施している患者については、定期的に身体拘束が必要かどうかのアセスメントを行い、記録する。

2) 評価方法

①転倒・転落予防評価（アセスメントスコアシート）に基づく。

②危険度に関わらず、体動が少なく転倒・転落の危険性が少ない患者について、身体拘束の継続が必要かどうかを判断する。

a. 転倒・転落予防アセスメントスコアシートの項目

年齢・既往・認知・活動領域・感覚・排泄・薬剤・病状の変化等の予測

b. 切迫性（患者本人または、他者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）、非代替性（身体拘束または、その他の行動制限を行なう以外に代替する看護・介護の方法がないこと）、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）について、評価し該当外であること。

c. a、b含めて身体拘束の継続・解除の有無について評価

d. 継続必要な場合は、評価と具体的な計画を立案する。

※見守り可能な時間帯（例：日常のケア、面会など）の解除など

3) 主治医の判断・指示

主治医の判断とカンファレンス評価により身体拘束が解除できると判断した場合は、医師が電子カルテの指示を解除し記録する。医師が解除することが困難な場合は、医師の代行として看護師が身体拘束指示を解除する。

4) 解除の説明と同意

患者・家族に「行動制限（身体抑制・拘束）に関する説明と同意書」において、同意取得時に、同意を取るのと同時に状態が安定し必要が無くなった場合は、家族との相談・申し入れ等により速やかに解除することを説明し同意を得ておく。

a 「行動制限（身体抑制・拘束）に関する説明と同意書」は、コピーをスキャンして原本を家族に渡しておく。

b. 必要が無くなり次第迅速に解除し、それに伴う危険の有無を評価・記録する。

身体拘束解除に伴う危険に対して家族の同意が得られない場合は、その経過と対応を記録する。

- c. 退院の場合は、アセスメントし「身体拘束退院のため解除」と記録する。在宅で拘束が必要と考えられる患者に関しては、身体拘束の経過をアセスメントし家族に説明する。その旨を看護サマリーに記載し退院後の生活の参考とする。
- 5) 身体拘束解除について、評価した場合、また、解除できると判断した場合は、看護計画を必ず修正、立案する。

V. 転倒・転落アセスメント評価と手順

1) アセスメント評価

全入院患者を対象に入院時、転倒・転落アセスメントスコアをとる。

その際、安全対策委員会にて作成された以下の書類を用いる。

- ・「転倒・転落アセスメントスコアに基づく対応マニュアル」（資料2）
- ・「転倒・転落アセスメントスコアシート」（様式例1）

なお、入院中、患者カンファレンス等によって、部署内で関連職種が患者の状態が変化していると判断した場合、アセスメントスコアを取り直す。又は、カンファレンスの内容を記録に残す。

2) 手順

A. 法人看護局

- ① 入院時（転棟時）、全患者（SAS 検査入院患者を除く）に転倒・転落アセスメントスコアシートを用いて、患者または家族へ説明し同意を得、実施する。
- ② 危険度に基づく対応策を看護計画に立案する。
転倒・転落アセスメントスコアに基づく対応マニュアルを参照する。
- ③ 一週間後、再評価し看護計画の修正、追加をする。
- ④ その後は、転倒・転落または、転倒・転落が予測される時は、スコアの再評価をし、看護計画立案、修正を行う。

B. 通所リハビリテーション

- ① 通所リハビリテーション利用開始時、全利用者に、通所リハビリ担当看護師が転倒・転落アセスメントスコアシートを用いて利用者または家族へ説明、同意を得て実施し、危険度を把握する。
- ② 危険度に基づく対応策を通所リハビリテーション計画に立案し、危険度スコアも記載する。通所リハビリテーション計画が立案できたら、利用者または家族へ説明し、同意のサインをもらう。
※対応策は、転倒・転落アセスメントスコアに基づく対応マニュアルを参照、またはチームカンファレンスにて検討し決定する。
- ③ アセスメントスコアシートは、ADL 確認表の次に開綴じこむ。
- ④ 利用から1カ月以内に再評価し、必要に応じて通所リハビリテーション計画の修正、追加をする。
- ⑤ その後は定期的に行なわれるチームカンファレンス（1ヶ月または3ヶ月）

月) ごと、転倒・転落時、転倒・転落が予測されるときは、スコアの再評価をし、通所リハビリテーション計画立案、修正を行う。

- ⑥ 危険度Ⅱ以上の場合、身体拘束が必要となる可能性がある判断した場合、十分な説明をした上で同意を得て、身体拘束同意書の記入を依頼する。通所リハビリ担当医の指示による実施が原則である。
- ⑦ 身体拘束が必要であると判断し同意が得られた場合、拘束用具・開始・解除を通所リハビリテーション記録に記載する。なお、拘束理由、根拠を明確に記載する。
- ⑧ カンファレンスやリハビリテーションの介入などにより転倒・転落予防、拘束解除に向け積極的に事例検討等を通じて検討していく。

附則

この指針(マニュアル)は 2003 年 9 月 19 日より施行する。

この指針の改廃については「諸規程等の制定に関する規程」に基づいて行う。

本マニュアルの取扱いは、安全対策委員会とする。

付録

2003 年 9 月 19 日	初版	
2004 年 1 月	一部改正	第 2 版
2005 年 2 月	一部改正	第 3 版
2005 年 8 月 26 日	一部改正	第 4 版
2007 年 3 月 8 日	一部改正	第 5 版
2009 年 4 月 9 日	一部改正	第 6 版
2019 年 2 月 7 日	一部改正	第 7 版
2025 年 6 月 30 日	一部改正	第 8 版