

身体的拘束最小化のための指針

社会医療法人北晨会 恵み野病院 身体的拘束最小化チーム

2024年：6月作成
2024年：11月改定
2025年：7月改定
2026年：6月改定

1. 身体的拘束最小化に関する基本的な考え方

身体的拘束は患者の自由を制限することであり、尊厳ある生活を阻むものである。当院では患者の尊厳と主体性を尊重し、拘束を安易に正当化することなく、職員一人ひとりが身体的・精神的弊害を理解し、拘束廃止に向けた意識を持ち、緊急やむを得ない場合を除き、原則として身体的拘束をしない医療・看護の提供に努めていく。

2. 基本方針

1) 身体的拘束の原則禁止

当院においては、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に緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束の実施を禁止する。

2) やむを得ず身体的拘束等を行う場合

① 緊急やむを得ない場合の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」を全て満たした場合に限り、本人・家族への説明・同意を得て必要最低限の身体的拘束を行う。また、身体的拘束を行った場合は、その状況について観察および記録を行い、できるだけ早期に拘束を解除できるよう努力を行う。

《緊急やむを得ない場合の3要件》

【切迫性】

行動制限を行わない場合に患者や他の患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】

身体的拘束その他の行動制限を行う以外に患者の安全を確保する代替方法がないこと

【一時性】

身体的拘束その他の行動制限が一時的なものであること

② 説明と同意

緊急やむを得ない場合の3要件について、医師・看護師または多職種で検討し、アセスメントを行い医師の指示のもと、患者・家族等への説明と同意を得て実施することを原則とする。

③ 実施時の手順

身体的拘束を行う場合は「身体的拘束マニュアル」に準ずる。

④ 記録の作成

1日1回の身体的拘束カンファレンスでは、3要件が全て満たすかどうか必ず記録として残す必要がある。

※3要件の確認は、本人の尊厳を守るプロセスである。

記録はアセスメントから始まる。アセスメントを行った内容を記録した上で、日々の心身の状態等の観察、拘束の必要性や方法にかかわる再検討を行うごとに逐次その記録を加えるとともに、それについて情報を開示し本人に関わりのある者の間で情報の共有をする。家族の同意は身体的拘束を認める根拠にはならない。

3. 身体的拘束の定義

1) 用語の定義

「衣類または綿入り帯等を使用して一時的に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をいう」

昭和63年4月8日厚生省告示第129号における身体拘束の定義

身体的拘束禁止の対象となる具体的な行為

- 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）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、手指の運動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（厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」2001）

2) 当院における身体的拘束器具

ミトン・車椅子ベルト・4点柵・体幹ベルト

事故防止帯（右上肢・左上肢・両上肢・右下肢・左下肢・両下肢）

3) 身体的拘束等の禁止の対象としない具体的な行為

固定そのものが治療となる行為

例) 整形外科治療でのシーネ固定など

身体的拘束をせずに患者様を転倒転落などのリスクから守る事故防止対策

例) 離床センサー・クリップセンサー・センサー付きベッド・

訓練のために自由に車いすを操作できる状態の際患者の同意を得て、訓練中のみの安全確保のための固定ベルト

4) 鎮静を目的とした薬物の適正使用について

・認知症状がある場合は、身体的・環境的要因が関与することもあり、原則、対応の第一選択は非薬物療法であり、非薬物療法の効果を優先して検討し、その効果が十分でない場合、薬物療法を考慮すること。過剰な向精神薬の服用により、精神的、身体的な機能が低下し、廃用症候群やせん妄症状が出る可能性を十分に考慮すること。

①薬物療法（主に抗精神病薬）を使用するときには、向精神薬を用いることの目的と副作用について、主治医から本人あるいは介護者・家族へ十分な説明を行い、同意を得ること。

②投与時は効果や副作用の観察を行うこと。歩行障害、嚥下障害、過鎮静などの副作用が見られた場合は速やかに医師に報告し、薬の減量や中止を検討すること。観察を行うポイントは、日中の過ごし方の変化、パーキンソン症状の有無、夜間の睡眠状態、転倒リスク、服薬状況、食事摂取の状況、昼間の覚醒状態や眠気の程度である。

③向精神薬については、下記の副作用等の発言がないかを確認すること。

・抗精神病薬：幻覚・妄想、焦燥性興奮、暴力に使用することが多い薬剤。低用量で開始し、症状を見ながら調整していくこと。主な副作用は眠気・ふらつき・過鎮静・嚥下障害。

・抗うつ薬：かかりつけ医のためのBPSDに対する向精神薬使用ガイドラインでは、抑うつ状態に対してSSRIやSNRIの使用を考慮してもよいとの記載がある。基本的な使用法は抗精神病薬と同様。主な副作用としては、てんかん発作閾値の低下、緑内障の悪化、心血管疾患の悪化。NSAIDsや抗血小板薬との併用は頭蓋内出血のリスクを上昇させるため、注意を要する。

・抗不安薬：現在使用されている抗不安薬のほとんどが、ベンゾジアゼピン系抗不安薬であるが、副作用が発現しやすいため、75歳以上の高齢者や中等度以上の認知症患者に対しての使用は推奨しない。使用前には十分な検討を行い、使用するときは一時的な使用にし、長期、もしくは一時的な使用にとどめる。

・睡眠薬：ベンゾジアゼピン系睡眠薬が広く使用されてきたが、高齢者では副作用が発現しやすい為、安易な導入は避ける。非ベンゾジアゼピン導入薬についてもベンゾジアゼピン同様の副作用があるため、使用するとき少量にとどめ、漫然と使用しない。

※ 睡眠薬に関しては、当院のフローにあるオレキシン受容体拮抗薬である、レボレキサント（レンボレキサント）を使用第一選択薬として使用すること。レボレキサントは、薬剤による転倒や耐性が低く高齢者に安全とされていること、他の薬剤を治療上変化させてもレボレキサントが使用できない状況になりにくく、安全性を考慮し、レボレキサントを第一選択薬としている。

※ 認知症ケアマニュアルにある「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神病薬使用ガイドラインも参照。

5) 緊急やむを得ない場合に該当するか、検討を必要とする患者の状態

① 透析、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、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、認知機能低下、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 重度心身障がい児（者）などにおける行動障害（自傷行為や異食など）が頻回かつ切迫している場合

⑤ 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

6) 患者の行動を制限する行為の最小化

当院では、患者の行動を制限する行為とは、患者の生活に対し、不便さを用いて拘束に近い環境にする行為とする。この行為は、拘束器具を使用しておらず、動こうと思えば動ける状態だからと判断し実施されることが予測されるが、生活の不便さや動きにくさは、患者の精神状態に悪影響を及ぼすことが考えられる。認知症高齢者であれば、BPSDのきっかけになりうる。

患者の今までの生活背景や癖、いつもの習慣などを考慮し、行動の先読みをすることで安全な環境へと変化させ安全な療養環境を提供する必要がある。そのためには患者・家族・医療者間での有益な情報共有が重要である。

行為の例)

- ・片麻痺の方の健側をあえてバスタオルなどで包み、自分ですぐにはほどけないような対応をすることで看護師が訪室するまでの時間稼ぎを行う。
- ・下肢の筋力が低下した患者に対し、立ち上がりにくいほどベッドを低床にし、立ち上がることにに対して困難な状況に置く

等

7) 身体的拘束の解除基準

- ①身体的拘束等に必須な3要件を満たさない場合
- ②身体的拘束等の影響から身体的侵襲が出現した場合

4. 身体的拘束最小化のための組織体制

1) チームの設置と目的

- ① 院内に身体的拘束最小化チーム（以下「チーム」という）を設置する。
- ② 身体的拘束最小化対策に協同して取り組み、身体拘束の最小化を図るとともに、患者の人権擁護およびQOLの維持・向上を目指すことを目的とする。

2) 構成員

チームは、院長の指名により、以下から構成される

- ① 身体的拘束最小化に係る専任の常勤医師
- ② 身体的拘束最小化に係る専任の常勤看護師
- ③ 必要に応じて、上記以外の看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等

3) チームの役割

- ① 身体的拘束の実施割合の集計を行い実施状況の把握をし、管理者を含む職員に対し定期的な周知徹底
- ② 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員へ周知する
- ③ 定期的に当該指針の見直しを行う
- ④ 入院患者に関わる職員に対し、身体的拘束の最小化に関する研修の実施
- ⑤ 地域包括ケア病棟の身体的拘束用具の病棟外の1か所で管理しチームでの一元管理
- ⑥ 地域包括ケア病棟へ入院や転棟する際の身体的拘束を行うリスク・行わないリスクなどについて、説明書類の作成と説明に当たる職員への指導、調整、説明後の患者・家族の意向を記録するよう周知する
- ⑦ 身体的拘束実施者の身体的拘束最小化チームでの巡回を実施し、解除の検討や用具など代替策導入の具体的検討を複数人の病棟職員とで協働して実施
- ⑧ 身体的拘束を原則行わない方針であること、身体的拘束の実施状況（実施割合等）について院内掲示及びウェブサイトへの掲載の実施
- ⑨ 身体的拘束最小化チームの委員会を月に1回開催し、上記①～⑧の取り組みについて報告と検討、実施を行う

4) 職員教育・研修

医療・ケアに関わる職員に対して、身体的拘束最小化のための研修を実施する

- ① 定期的な研修 2回/年
- ② その他、必要な教育・研修を実施する

5. 身体的拘束における問題点

1) 身体的弊害

- ① 本人の関節の拘縮、筋力の低下といった身体機能の低下や圧迫部位の褥瘡発生などの外的弊害をもたらす。
- ② 深部静脈血栓塞栓症に起因する急性肺血栓塞栓症による死亡事故をもたらす。
- ③ 食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下などの内的弊害をもたらす。
- ④ 車椅子に拘束しているケースでは無理な立ち上がりによる転倒事故、ベッド柵のケースでは乗り越えによる転落事故、さらには拘束具による窒息等の大事故を発生させる危険性すらある。このように本来のケアにおいて追及されるべき「高齢者の機能回復」という目標とまさに正反対の結果を招くおそれがある。

2) 精神的弊害

- ① 本人に不安や怒り、屈辱、あきらめといった多大な精神的苦痛を与えるばかりか人間としての尊厳をも侵す。
- ② 身体拘束によって、さらに認知症が進行し、せん妄の頻発をもたらすおそれもある。
- ③ また、家族にも大きな精神的苦痛を与える。自らの親や配偶者が拘束されている姿を見たとき、混乱し、後悔し、そして罪悪感にさいなまれる家族は多い。
- ④ さらに、看護・介護するスタッフも自らが行うケアに対してジレンマを抱え、誇りをもてなくなり、安易な拘束が士気の低下を招く。

3) 社会的弊害

身体的拘束は、看護・介護スタッフ自身の士気の低下を招くばかりか、介護保険施設等に対する社会的不信、偏見を引き起こす可能性がある。また、身体的拘束による高齢者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、さらなる医療的処置を生じさせ、経済的にも少なからず影響をもたらす。

～拘束が拘束を生む悪循環～

身体的拘束による「悪循環」を認識する必要がある。認知症があり体力も弱っ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、せん妄や転倒などの二次的・三次的な障害が生じ、その対応のために更に拘束を必要とする状況が生み出されるのである。

最初は「一時的」として始めた身体拘束が、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。

身体的拘束の廃止は、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する。

(厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」より)

4) 身体的束縛をせずに行うケア～3つの原則

- ① 身体的拘束の誘発する原因を探り、除去する
- ② 5つの基本的ケアを徹底する（下記に表記あり、参照）
- ③ 身体的拘束廃止をきっかけに「よりよいケア」の実現

5つの基本的ケア

- 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。これは臥床して天井をみ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 排せつする
なるべくトイレで排せつしてもらうことを基本に考える。おむつを使用しているひとについては、随時交換が重要である。おむつに排せつ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」などの行為につながるようになる。
- ④ 清潔にする
きちんと風呂に入ることが基本である。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。皮膚をきれいにしておけば、本人もかいてきになり、また、周囲も世話をしやすくなり、人間関係も良好になる
- ⑤ 活動する
その人の状態や生活歴に合ったよい刺激を提供することが重要である。具体的には、音楽、工芸、園芸、ゲーム、体操、家事、ペット、テレビなどが考えられる。ことばによるよい刺激もあれば、言葉以外の刺激もあるが、いずれにせよ、その人らしく追求するうえで、心地よい刺激が必要である。

（厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」より）

6. 倫理的視点を考える

身体的拘束を行うのは誰の為なのか。

患者の立場から医療のあり方を考え、尊厳を守る医療提供方法を考える事が重要である。そのためにも倫理検討カンファレンスや認知症ケアカンファレンスなどで患者個人の価値観や尊厳を守るケアを提供できるよう、日々のケアを振り返るきっかけが重要である。

患者のためと言いつつ、医療者側の都合で身体拘束が外せないという状況は身体拘束を行う理由にならない。

7. 「尊厳を保持」するケア

尊厳を保持するケアとは、本人の自立したその人らしい生活を支えるケアを確立すること。

「高齢者がたとえ介護を必要とする状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とすること」としている。そのためにも、年齢に関係なく患者一人一人が意思の形成・意思の表明・意思の実現を行っていくことが重要であり、それを支援する権利擁護の視点が身体的拘束最小化には重要である。

8. 指針の閲覧について

本指針は、全ての職員が閲覧可能とするほか、当院ホームページに掲載し、いつでも患者・家族等が閲覧可能です。