

身体拘束最小化のための指針

I. 身体拘束等の適正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、職員全員が身体的・精神的弊害を理解し、拘束廃止に向けた意識をもち、緊急やむを得ない場合を除き身体拘束をしない医療・看護の提供に努める。

〈身体拘束の定義〉

身体拘束とは「衣類または面入り帯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

1) 身体拘束に該当する具体的な行為

介護保険指定基準及び診療方針に係る法令において身体的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、車椅子やイス、ベッドに体幹や四肢を拘束帯等で縛る行為
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢を拘束帯等で縛る行為
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵で囲む行為
- ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢を拘束帯等で縛る
- ⑤ 点滴・経管栄養等チューブを抜かないように、または皮膚を掻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字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルを付ける
- 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 脱衣やオムツはずしを制限ために、介護衣(つなぎ服)を着せる
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐ為に、ベッド等に体幹や四肢を拘束帯等で縛る
- 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 自分の意志で開けることのできない部屋等に隔離する

「身体拘束ゼロの手引きより」

2) 身体拘束の種類

- ① 抑制帯(手・足)
- ② ミトン
- ③ 4点柵
- ④ 安全ベルト

II.身体拘束の原則禁止

原則として身体拘束およびその他の行動制限を禁止する。

当院では、患者の尊厳及び自立支援を最優先とし、原則として身体拘束その他の患者の行動を制限する行為を行わない。また、直接的な身体拘束(ミトンや抑制帯等の使用)の禁止にとどまらず、「身体拘束以外の手段(向精神薬・睡眠薬の過剰投与による化学的拘束、言葉によるスピーチロック*、環境や設備による実質的な制限)によって患者の行動を制限する行為についても、代替行為とならないよう、その最小化に向けた取り組みを徹底する。

*：スピーチロック：言葉による拘束のことで「ちょっとまって!」「～しないで!」など、相手の行動を制限する言葉。

III.身体拘束に該当しない行為

1)整形外科疾患の治療であるシーネ固定等

2)身体拘束等をせずに患者を転落や離院などからリスクを守る行為

① センサーマット ②センサーベッド

3)患者の行動を制限していないつなぎ服

4)衣服に触れるものの、患者の動作により容易に外れ、患者の自発的な行動を制限することはない状況で用いられるもの

①どうち君 ②エアコール

5)処置時や移動時に、患者本人またはその患者の同意を得た上で、安全確保のための短時間固定ベルトを使用する場合であって、使用している間、常に職員が介助等のために当該患者の側に付き添っており、処置や移動の終了時に確実に介助している場合。

6)患者が訓練のために自由に車椅子を操作できる状態であって、患者本人はその家族の同意を得た上で、車いす操作による訓練の時間中のみ安全確保のために固定ベルトを使用する場合(車いすの前にオーバーテーブルを設置する、車いすをロックする等の方法により、患者本人の活動を制限している場合は該当しない)

IV.やむを得ず制限を行う場合

患者また他の患者の生命又は身体を保護するために措置として緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、身体拘束委員会(以下委員会という)を中心に十分に検討を行い、身体拘束による心身の損害よりも、拘束をしないリスクの方が高い場合で、以下の3つの要素を満たした場合のみ、医師・看護師を含む多職種で検討し、医師が指示し、病棟としての判断をお

こなった後、患者・家族への説明と同意を得て行うことを原則とする。また、身体拘束を行った場合はその状況についての経過記録の整備を行い、できるだけ早期に拘束を解除すべき努力をする。

1. 切迫性：患者又は他の患者等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
2. 非代替性：身体的拘束その他の行動制限を行う意外に代替する介護方法がないこと
3. 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

V 身体拘束等適正化のための体制

以下の取り組みを継続的に実施し、身体拘束等の適正化のための体制を維持・強化する。

1. 身体拘束委員会の設置

- 1) 定期委員会の開催：委員会は1カ月に1回開催し、下記のことを検討する。
- 2) 身体的拘束が発生した場合、委員会で検討を行い、適性に行われているか確認する。
- 3) 院内でのケアの見直しを行い、患者に対して適切なケアが実施されているか検討する。
- 4) 患者に対して身体的拘束をすることがないように、安全な環境を目指して施設の整備・システムの見直しを図っていく。
- 5) 身体的拘束0を目指し、職員全体研修を年2回企画・実施する。
- 6) マニュアル等の見直しを行なっていく。
- 7) 身体拘束最小化チームによる病棟の巡回を定期的に行い、病棟スタッフとともに「身体的拘束が行われている患者の解除や代替策の導入」に向けた具体的な検討を積極的に行う。
- 8) 委員会議事録は5年間保存する。

2. 臨時委員会

患者に拘束の必要が生じた場合、患者の生命、身体の安全を脅かす急な事態では、委員会を開催できないことが想定される。その為、可能な範囲での委員の意見を収集、最善の方法で安全を確保し、その経緯と結果を記録し、その後速やかに臨時委員会を開催し、委員会の承認を得ます。承認をえられない場合は、速やかにその処置を解除する。議事録は5年間保存する。

3.委員会の構成表 別紙参照

- ① 委員長：副院長
- ② 委員：薬剤師、理学療法士課長、医療安全委員長、医事課クラーク
看護部長、副看護部長、介護医療院4階看護師長、介護医療院3階看護師、
南5階病棟看護師、5階病棟看護師、4階病棟看護師、3階病棟看護師、外
来看護師（委員会構成表は別紙参照）

4.身体拘束等の適正化のための職員研修

すべての職員に対して、身体拘束0と人権を尊重したケアの施行を図り、職員教育を実施する。

- ① 全体研修(年2回以上)の実施と記録
- ② 新任者に対する研修
- ③ その他

研修にあたっては実施日・実施場所・実施方法・内容等記を記載した記録を作成する

VI鎮静作用をもつ代表的な薬剤

1) 鎮静作用を持つ薬剤の適正使用について

「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こと」は身体抑制禁止の対象の1つとされる。

当院において向精神薬をはじめとした鎮静作用を持つ薬剤を使用する際は、患者の尊厳が保持されるよう、多職種が連携し薬剤の適正使用に努めることが重要である。

薬剤による行動の制限は身体的拘束には該当しないが、患者・家族に説明を行い、同意を得て使用する

- ① 検査時等、薬剤による鎮静を行う場合は鎮静薬の必要性和効果を評価し、必要な深度をこえないよう、適正量の薬剤を使用する。
- ② 行動を落ち着かせるために抗精神薬等を使用する場合は、薬剤の必要性和効果を評価し、適正量の薬剤使用を検討する。必要時には、専門診療科の受診を検討し、患者に不利益が生じない量を使用する。

2)多職種連携による薬剤の適正使用

医師は鎮静作用を持つ薬剤を患者に使用する際、鎮静状態を定期的を確認するとともに、治療対象となる症状が改善した場合は、速やかに薬剤の減量・中止を検討すること。看護職員、薬剤師、リハビリスタッフ（PT、OT、ST）、栄養士、その他スタッフは鎮静作用をもつ薬剤を服用中の患者に過鎮静症状（日中の過眠、ふらつき、意識レベルの低下等）を確認した際には、速やかに医師・看護師など部署スタッフに情報提供し、過鎮静症

状が速やかに軽減されるように努めること。

2) 鎮静作用を持つ代表的な薬剤について

①睡眠薬

睡眠薬は一般に睡眠状態改善のために用いられ、ベンゾジアゼピン受容体作動薬、オレキシン受容体拮抗薬、メラトニン受容体作動薬等に大別される。特にベンゾジアゼピン受容体作動薬は強力な鎮静作用や筋弛緩作用を有するものが多く、特に高齢者において過鎮静や転倒骨折の発現頻度が高いことが知られている。また、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の多くは依存性を有するため、短期間の使用が望ましい。

一方でオレキシン受容体拮抗薬、メラトニン受容体作動薬は依存性や筋弛緩作用を有さないため一般に安全性の高い薬剤として扱われるが、各薬剤とも過鎮静等の副作用の発現には十分に注意する必要がある。

②抗うつ薬・抗不安薬

抗うつ薬、抗不安薬は一般に抑うつ症状や不安・焦燥感の改善のために用いられるが、一部の鎮静性抗うつ薬は、せん妄ハイリスク患者への睡眠状態改善や認知症周辺症状の症状緩和を目的に使用されることもある。鎮静作用を有する抗うつ薬・抗不安薬には、ベンゾジアゼピン系抗不安薬、三環系抗うつ薬、四環系抗うつ薬、トラゾドン、ミルタザピン等がある。

③抗精神病薬

抗精神病薬は一般に統合失調症の症状コントロールのために用いられるが、一部の薬剤はせん妄治療や認知症周辺症状の緩和、抗がん薬による嘔気の予防等を目的として使用される。抗精神病薬の中でもオランザピン、クエチアピン、ハロペリドール、リスペリドン等は鎮静作用を有するため、過鎮静の発現に注意する必要がある。また、認知症周辺症状に対して非定型抗精神病薬を使用する場合、死亡率や脳血管障害のリスクが高まることが報告されているため、可能な限り低用量、短期間での使用が望まれる。加えて抗精神病薬の代表的副作用である錐体外路症状（特に振戦、歩行障害、ジストニア、ジスキネジアは患者の行動を制限する可能性があり、錐体外路症状の発現が患者の苦痛とならないよう、注意が必要である。

4) その他の薬剤

抗認知症薬、抗ヒスタミン薬、抗てんかん薬、鎮痛薬の一部には鎮静作用を有するものがある。これらの薬剤を服用中に鎮静症状が見られた場合は、対象薬剤の減量・中止、または多剤への変更を検討する必要がある。

参考

- ・市立札幌病院身体抑制最小化委員会；身体抑制最小化のための指針（2024年10月作成）
- ・日本赤十字社 大分赤十字病院ホームページ

VII.拘束を最小化するための医療・ケア

1. 身体拘束を必要としないための3つの原則

身体拘束をせずにケアを行うためには、身体拘束を行わざるを得なくなる原因を特定し、その原因を除去するためにケアを見直すことが求められる。

1) 身体拘束を必要とする要因を探り、その要因を改善する

その人なりの理由等を徹底的に探り、除去あるいは改善する工夫が必要で、そうすれば身体拘束を行う必要もなくなる可能性がある。

2) 5つの基本的ケアを徹底する

まずは基本的なケアを十分に行い、生活のリズムを整えることが重要

①食べる③排泄する④清潔にする⑤活動する(アクティビティ)という5つの基本的事項について、その人にあった十分なケアを徹底する。

3) 身体拘束以外の方法を検討し実施

VIII.本指針の閲覧について

当院での身体拘束最小化のための指針は当院マニュアルに綴り、この指針はいつでもだれでも閲覧することができるようにする。

改正：令和8年5月 身体拘束最小化委員会