

身体拘束最小化のための指針

令和 7 年 5 月

岩手県立高田病院

1、身体拘束最小化に関する基本的な考え方

身体拘束は患者の自由を制限するのみならず、患者のQOLを根本から損なうものである。また、身体拘束により、身体的・精神的・社会的な弊害を伴う。一方で認知症患者は「転倒しやすい」「協力を得られない」「ケアの必要性を理解してもらえない」などの理由から、やむを得ず行動の制限という方法が選択されることも少なくない。中には、認知症患者のためと行動制限を安易に正当化している現状もあり、これが認知症患者の尊厳を無視し予後を悪化させることもある。

当院では患者の尊厳と主体性を尊重し、拘束を容易に正当化することなく、職員1人ひとりが拘束による弊害を理解し、拘束廃止に向けた強い意志をもち、身体拘束をしない医療・看護の提供に努める。

2、基本方針

(1) 身体拘束の原則禁止

当院では、医療の提供にあたって、身体拘束を原則禁止とする。

(2) 身体拘束の定義

「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

3、当院での身体拘束の基準

(1) 身体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椅子、ベッドに体幹や四肢を紐等で縛る。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢を紐等で縛る。
- 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、四肢を紐等で縛る。
- 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、手指の希望を制限するミトン型の手袋等をつける。
- ⑥ 車椅子や椅子から落ちたり、立ち上がったたりしないように、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、ベッドなどに体幹や四肢を紐等で縛る。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に投与する。
- ⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等

（厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」2001）

（2）身体拘束の対象とはしない具体的な行為

- ① 身体拘束に代わって患者の安全を守りADLを低下させないために使用するもの
 - ・ 離床センサー（クリップセンサー、フットセンサー、タッチセンサー）
 - ・ 赤外線センサー、徘徊センサー、センサー付きベッド
- ② 検査・治療などの際にスタッフが常時そばで観察している場合の一時的な四肢および体幹の固定
- ③ 小児科で使用しているシーネ

4、向精神薬の使用についてのルール

- （1） 不眠時や不穏時の薬剤指示については、医師・看護師、必要時には薬剤師と協議し、対応する。
- （2） 行動を落ち着かせるために向精神病薬を使用する場合は、必ず非薬物的対応を前提とし医師・看護師等で協議を行い、患者に不利益が生じない量を使用する。
- （3） 生命維持装置装着中や検査等、鎮静を行う場合は、薬剤の必要性と効果を評価し、必要な深度を超えない適正な量を使用する。

5、身体拘束による弊害

（身体的影響）

- ・ 外傷：抑制帯を外そうとして、皮膚の紫斑や裂傷を起こす場合がある
- ・ 筋力の低下：廃用症候群のため筋力の低下が起こる
- ・ 心身機能の低下・循環不全：行動制限することで著しく廃用症候群が進行する
- ・ 深部静脈血栓・肺血栓：血液がうっ滞し、凝縮しやすくなり血栓ができやすくなる

- ・褥瘡・MDRPU:高齢者の場合、皮膚が脆弱なため皮膚トラブルを起こしやすい
- ・せん妄や混乱を引き起こす
- ・食欲の低下や便秘など

(心理的影響)

- ・尊厳の侵害：自由に行動できる権利（自律尊重原則）が侵害される
- ・長時間の身体拘束は不安や苦痛などを増強させる
- ・周囲の人を敵と感じたり、人体実験をされているような恐怖感を感じる
- ・医療者との信頼関係を崩壊させる
- ・あきらめ、無力感、生きる意欲の低下

(認知症への影響)

- ・混乱や興奮の増大による認知機能低下
- ・うつ・無力感の増大による認知機能低下

(医療者に及ぼす影響)

- ・患者の尊厳を保てないことによるジレンマ
- ・身体拘束を解除してほしいという患者の気持ちや苦痛に対する心理的苦痛
- ・拘束をすることによってますます拘束せざるを得ない状況を作り出してしまう。

(下図)

(鈴木みずえ：認知症plus転倒予防, 日本看護協会出版会, 2019より一部変更・追加)

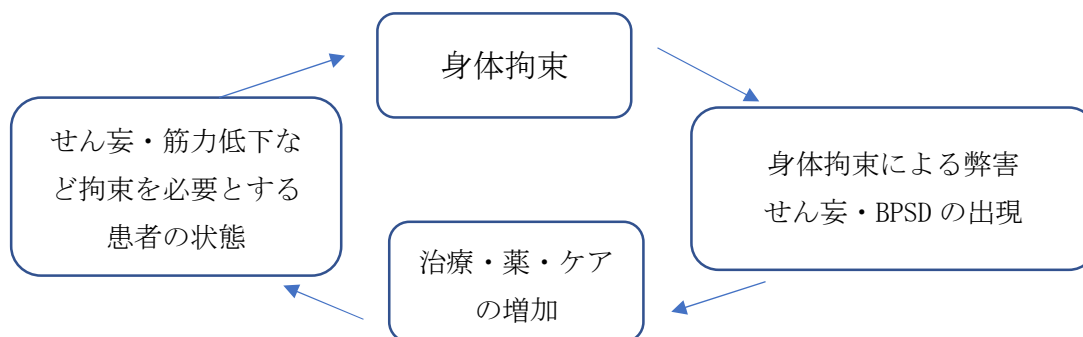


図:拘束が拘束を生む悪循環

6、身体拘束最小化のための体制

院内に身体拘束最小化に係る身体拘束最小化チーム（以下「チーム」）を設置する。

(1) チームの構成

医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養管理士、臨床検査技師、事務部門

(2) チームの設置目的

- ① 院内での身体拘束状況を把握し、身体拘束最小化に向けて対策を検討する。
- ② 身体拘束を実施せざるを得ない場合の最小化策の検討を行う。

- ③ 身体拘束を実施した場合の早期解除に向けて必要性や方法を評価、検討を行う。
 - ④ 身体拘束最小化に向け職員・管理者職員へ周知、指導を実施する。
 - ⑤ 身体拘束最小化に向けた研修を行う。
- (3) チームの役割
- ① 身体拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的（1回/月）に周知する。
 - ② 身体拘束最小化に向けたケア計画の立案及び指導を行う。
 - ③ 定期的（1回/月）なラウンドを行い、多職種の視点から身体拘束実施事例の拘束解除に向けた医療・ケアを検討する。
 - ④ 定期的（1回/年以上）に本指針・マニュアルを見直し、職員に周知活用する。
 - ⑤ 院内の職員を対象に身体拘束最小化に関する定期的（1回/年以上）な教育研修を実施および実施内容の記録をする。

7、身体拘束をしないための考え方

- (1) 身体拘束を誘発する原因の特定と除去
- 身体拘束を誘発する状況には、必ずその人なりの理由や原因があり、医療者の関わり方や環境に問題があることも少なくない。そのため、その人なりの理由や原因を徹底的に探り、除去するケアが必要である。
- (2) 5つの基本的ケアを徹底する
- ① 起きる
人は座っているとき、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、臥床して天井を見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。
 - ③ 排泄する
なるべくトイレで排泄してもらうことを基本に考える。オムツを使用している人については、随時交換が重要である。オムツに排泄物がついたままになっていると気持ち悪く、「オムツいじり」などの行為につながることもある。
 - ④ 清潔にする
きちんと入浴することが基本である。皮膚が不潔なことが痒みの原因になり、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がある。

皮膚をきれいにしておけば、患者も快適になり、また周囲もケアをしやすくなり、人間関係が良好になる

⑤ 活動する（アクティビティー）

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。その人らしさを追求するうえで心地よい刺激が必要である。

(3) 身体拘束廃止をきっかけに「よりよいケア」の実現を目指す。

身体拘束最小化を実現していく取り組みは、院内におけるケア全体の向上や入院環境の改善のきっかけとなりうる。「身体拘束最小化」を最終ゴールとせず、身体拘束を最小化していく過程で提案された様々な課題を真摯に受け止め、よりよいケアの実現に取り組んでいくことが期待される。

（厚生労働省：身体拘束ゼロへの手引きより一部改変）

(4) 身体拘束しないための具体的看護方法は、「身体拘束ガイドライン」「認知症看護マニュアル」に準じて実施する。

8、緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合

(1) 緊急やむを得ず身体拘束を行う要件

患者または他の患者等の生命又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拘束を行う場合は、次の要件をすべて満たした場合に限り、必要最低限の身体拘束を行うことができる。

◎**切迫性**：行動制限を行わない場合、患者の生命または身体が危険にさらされる可能性が高い

◎**非代替性**：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する治療・看護方法がないこと

◎**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

(2) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の対応

① 患者の生命に及ぼす危険性を評価する

② 原因を探る：必ず、医師、看護師、チームメンバー間で原因について検討する（年齢、身体状況、環境、治療の側面）

③ 原因の除去に努める（恐怖を与えないような対応、体動を制限する要因を可能な限り早期に取り除く。睡眠確保、苦痛症状コントロール、家族や友人等の面会、気分転換、リラクゼーション、必要時薬剤使用） 症状別ケア参照

④ 回避・軽減（代替）方法を検討する 症状別ケア参照

・点滴は必要か？

・注射は内服に変更できないか？

・胃管留置の必要性は？

- ・膀胱留置カテーテル留置の必要性は？
- ・安静度は拡大できないのか？
- ・病室の移動はできないか？
- ・生活のリズム確立のためのどんな看護援助ができるか？

⑤ 上記①～④までの方法で患者の状態改善が望めない場合、身体拘束の目的を明確にして、身体拘束開始判断を行う。

- ・必ず身体拘束実施理由、方法、期間について医療チーム内での合意が必要である。
- ・看護師だけの判断ではなく、患者の日常生活をよく理解している多職種の意見も取り入れることが必要である。
- ・身体拘束に関する患者と家族の思いをよく聞く。

⑥ 「緊急やむを得ない身体抑制に関する説明書・同意書」の記載（P16. 別紙1）

(3) 身体拘束を実施する場合は、当院の「身体拘束ガイドライン」に準じて行う。

- ① 身体拘束中でも、毎日、必要性をアセスメントする。
- ② 身体拘束の継続をアセスメントした経過を医師へ報告し、医師が継続有無に関する指示をカルテに記録する。
- ③ 身体拘束開始後、最低週1回カンファレンスで行動制限回避、軽減、解除を検討する。
- ④ 必要がなくなり次第迅速に解除し、それに伴う危険性の有無を評価する。

9、この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認知症看護マニュアルに綴り、職員が閲覧可能とするほか、当院のホームページに掲載し、いつでも患者・家族及び地域住民が閲覧できるようにする。

（付則）この指針は令和7年5月1日より施行する。