

身体拘束最小化のための指針

目次

- I. 身体拘束の定義
- II. 基本方針
- III. 身体拘束がもたらす弊害
- IV. 身体拘束最小化のための体制

身体拘束最小化に向けた病院方針

当院では、患者さん一人ひとりの尊厳と人権を尊重し、安全で安心できる医療を提供することを基本理念としております。身体拘束は「緊急性」「非代替性」「一時性」の三要件を満たす場合に限り、必要最小限の実施とすることを原則とし、病院全体で身体拘束最小化に取り組みます。

【取組事項】

1. 患者さんの尊厳と権利を最優先に考えた医療・看護を実践します。
2. 身体拘束前に多職種で代替手段を十分に検討します。
3. 実施時は必要性を継続評価し、速やかな解除に努めます。
4. 身体拘束最小化委員会で継続的に検証・改善します。
5. 全職員への教育・研修を定期的の実施します。
6. 病院全体で身体拘束を行わないケアの質向上に努めます。

【職員の皆様】

患者さんが安心して療養できる環境を提供することは、私たち医療従事者全員の使命です。病院全体が一丸となって身体拘束最小化に取り組み、「身体拘束をしないためには何ができるか」を常に考え、患者さん中心の医療を実践してまいりましょう。皆様のご理解とご協力をお願いいたします。

帯津三敬病院
院長 増田俊和

I. 身体拘束の定義

身体拘束とは、道具または薬剤を用いて一時的に当該患者の身体を拘束しその運動・行動を抑制することをいう。

1. 身体拘束に対する考え方

身体拘束は、医療や介護の現場では援助技術の一つとして安全を確保する観点からやむを得ないものとして行われてきた経緯があるが、これらの行為は患者に不安・怒り・屈辱・あきらめといった精神的な苦痛を与えると同時に、関節の拘縮や筋力の低下などの身体的な機能をも奪ってしまう危険がある。また、拘束されている患者をみた家族にも混乱・苦悩・後悔を与えている実態がある。患者が他者からの不適切な扱いにより権利を侵害される状態や生命・健康・生活が損なわれるような状態に置かれることは許されるものではなく、身体拘束は原則としてすべて虐待に該当する行為と考えられる。

但し、患者本人や他者の生命または身体が危険にさらされる場合など、「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）において「緊急時やむを得ない場合」とされているものについては例外的に虐待に該当しないと考えられる。

2. 身体拘束と身体的拘束

- 身体拘束(厚生労働省:身体拘束ゼロ作戦推進会議より)身体拘束その他の患者の行動を制限する行為。※介護保険指定基準により禁止されている行為
- 身体的拘束(厚生労働省:年度診療報酬改定ガイドラインより)患者の身体または衣服に触れる何らかの器具を使用して、患者の身体を拘束し、その運動・行動を制限する行為。※ミトン・抑制帯・ワンタッチベルト・つなぎ服など

II. 基本方針

1. 身体拘束の原則禁止

当院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. 身体拘束に該当する行為

- 徘徊しないように、車椅子・椅子・ベッドに体幹や四肢を紐等で縛る
- 転落しないようにベッドに体幹や四肢を紐等で縛る
- 自分で降りられないようにベッドを柵で囲む
- 点滴・経管栄養のチューブを抜かないように四肢を紐等で縛る
- 点滴・経管栄養のチューブを抜かないように、または皮膚などをかきむしらないよう手指の機能を制限するミトン型の手袋をつける
- 車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
- 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

- 脱衣やオムツ外しを制限するために、介護着(つなぎ服)を着せる
- 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
- 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
- 自分の意志で開けることのできない居室などに隔離する

厚生労働省「身体拘束ゼロ」の手引きより引用

3. 身体拘束に該当しない行為

- 離床センサー
- 点滴刺入部や創保護目的等でアームカバーやソフトシーネ等を使用し関節の運動を妨げない場合。
- 治療目的での関節の固定は除外する。例)整形外科治療で用いる装具、牽引など。
- 座位保持が不安定な患者に対し転落防止のために車椅子安全ベルトを使用する。
- 患者移送中の4点柵、車椅子安全ベルトの使用。

III. 身体拘束がもたらす弊害

1. 身体的弊害

- 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
- 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
- 車椅子に拘束している場合では無理な立ち上がりによる転倒事故の発生
- ベッド柵の場合、乗り越えによる転落事故の発生
- 抑制帯などによる窒息など

2. 精神的弊害

- 不安・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も侵す
- 認知機能が低下しせん妄が頻発する
- 家族にも大きな精神的苦痛を与える
- 看護・介護するスタッフも自らがケアに対して誇りを持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

- QOL の低下を招く
- 原疾患以外の医療処置を生じさせ、経済的にも影響をもたらす
- 医療施設・介護施設などに対する社会的な不信感・偏見を引き起こす

IV. 身体拘束最小化のための体制

1. 院内に身体拘束最小化に係わる身体拘束最小化委員会を設置する

① 委員会の編成

委員は病院長・医師・看護師・薬剤師・理学療法士・事務員をもって構成する

② 委員会の役割

- 身体拘束の実施状況を把握し管理者を含む職員に周知する
- 身体拘束実施事例に最小化に向けた医療・ケアを検討する
- 本指針・マニュアルを活用できるように定期的に見直し、勉強会や掲示を通じて職員へ周知する

③ 委員会の主な業務

- 定期的な院内巡回を行い、身体拘束実施状況を把握し、管理者を含む職員に周知する。
- 入院患者に関わる職員を対象に、身体拘束の最小化に関する研修を年 1 回以上は実施する。
- 身体拘束の代替案、身体拘束を行わないケアの検討

④ 記録および周知

- 2 か月に 1 回会議を行い、会議での検討内容・結果については議事録を作成し所定の場所へ格納する。
- 議事録をもって職員へ周知し、状況に応じ掲示、配布文書を作成する。

2. 身体拘束をしないケア

① 身体拘束をしないことを前提に、身体拘束をする理由や原因を探求、解決に向け取り組む(日々観察・アセスメントの実施)

② 5 つ基本的な日常生活活動へのケアを実施する

- 活動・休息する:その人にとっての心地よい心身への刺激
- 食べる:楽しみ・生きがい
- 排泄する:トイレでの排泄
- 清潔にする:見だしなみ・入浴・かゆみや臭いがない
- コミュニケーション:他者との交流

3. 身体拘束廃止のための取り組み

- ① 身体拘束廃止に向けて、病院職員が一丸となる。
- ② みんなで議論し、共通の意識を持ち対応する。
- ③ 身体拘束をしないために、原因・誘引の除去に努力する。
- ④ 事故発生予防の環境づくりと柔軟な応援体制を行う。
- ⑤ 常に代替策を検討する。

4. 身体拘束の実施基準

身体拘束は、「緊急やむを得ない場合の 3 要件をすべて満たすときのみ」実施する。

- ① 意識障害、興奮性があり、身の危険を予知できない。(認知障害)
- ② 治療上の必要な体位を守れず、医療機器や、ライン類を抜去しようとする。
- ③ 自傷、自殺、他人に損傷を及ぼす危険がある。(破壊・粗暴行為)
- ④ 転倒・転落の危険性が高い。(転倒の危険)

⑤ 皮膚搔痒・病的反射などがあり、意思で体動を抑えられない。

緊急やむを得ない場合に該当する 3 要件

【切迫性】 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。

【非代替性】 身体抑制などの行動制限を行う以外代替する方法が見つからない。

【一時性】 身体抑制やその他の行動制限が一時的である。

① から⑤の状態であり、且つ 3 の要件をすべて満たすもの

身体拘束ゼロへの手引きでは、「切迫性」の判断を行う場合には、身体拘束を行うことにより本人の日常生活に与える影響を勘案し、それでもなお身体拘束を行うことが必要となる程度まで利用者本人等の生命または身体が危険にさらされる可能性が高いことを、確認する必要があると述べられている。

これらを十分に検討し 3 要件に該当するか判断する。

5. 身体拘束実施までに検討すべきこと

医師・看護師(病棟師長を含む等、複数の職員)で以下について検討する。

- ① 対象者の生命に及ぼす危険性(緊急やむを得ない場合かを評価する。)
- ② 原因を探る：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、必要時薬剤使用などを行う。)
- ④ 回避・軽減(代替)方法を検討する。
- ⑤ 点滴は必要か。
- ⑥ 注射は内服に変更できないか。
- ⑦ 胃管留置の必要性は。
- ⑧ 尿道カテーテル留置の必要性は。
- ⑨ 安静度は拡大できないのか。
- ⑩ 病室の移動はできないか。
- ⑪ 生活のリズム確立のためにできるケアはないか。

上記の方法を検討しても、対象者の状態に改善が望めない場合は、カンファレンスを開き、身体拘束の目的、開始の判断について検討する。医師、病棟師長は、身体拘束実施、継続についてスタッフと共に考え、最終的な判断をする。看護職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見解も取り入れる。

身体拘束に関する患者と家族の思いをよく聞く。

必要に応じて認知症ケアチームへコンサルトする。

6. 身体拘束の解除基準

身体拘束の 3 要件(切迫性・非代替性・一時性)を一つでも満たさない場合は身体拘束

を解除する。

以下のような状況が想定される。

- ① 認知症周辺症状やせん妄による興奮状態が落ち着き、点滴やチューブ類の抜去などの危険行動がなくなったと判断される時。
- ② 治療・処置が終了、または方法を検討して危機が回避されたとき。(抜去される危険なカテーテル類がなくなったなど)
- ③ 病状悪化または病状回復に伴い、転倒・転落の危険がなくなった場合。
- ④ 自傷他害等の危険がなくなった場合。
- ⑤ 検査・手術・治療などによる安静保持の必要がなくなった場合。
- ⑥ 回避・軽減(代替)方法が実施された場合。
- ⑦ 身体拘束の影響から身体的侵襲が出現した場合。(皮膚損傷、せん妄や認知症症状が悪化したなど)

7. 身体拘束の実施・継続・解除の手順

- ① 身体拘束を実施するかどうかは、開始基準に照らし合わせ、職員個々の判断ではなく当該患者に関わる医師(病棟師長)・看護師等の複数の職員でカンファレンスを実施し検討し看護記録に残す。カンファレンス参加者名も記録する。※夜間・休日等で医師(病棟師長)が不在の場合は看護師のみでの判断も可とするが、翌日以降に医師(病棟師長)に報告し妥当性を検討し看護記録に残す。

② 身体拘束を開始する場合

別紙「身体拘束に関する説明同意書」に従って、医師または病棟師長または看護師が患者や家族に説明し理解と同意を得る。

身体拘束実施者である当該職員は、身体拘束・行動制限が人間の尊厳に関わる重大な問題であることを認識したうえで、安全確保のためにやむを得ず実施することを患者や家族が納得できるよう説明する必要がある。

緊急の場合には生命を優先し、実施が説明よりも先行することがあるため、夜間や休日などは、一病日中に看護師から家族に説明し誰に承諾を得たか記録に残し、後日同意書をとる。

同意書の「病院控え」は画像取り込みにまわし、「患者控え」は患者・家族に渡す。

③ 記録について

- 勤務帯に関わらず身体拘束時は、看護記録に身体拘束実施時の態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむをえない理由を記録しなければならない。
- 身体拘束開始時・解除時、継続中は日勤帯で、身体拘束継続、解除について複数の職員で検討する。Exell チャートの「身体拘束開始指示書 観察・評価シート」を使用し、開始・解除・継続を検討した全スタッフ・病棟責任者・主治医名も記入する。具体的なカンファレンス内容で追記があれば看護記録に残す。
- 身体拘束開始指示書は開始した日から入力する。
- 継続中の夜勤帯の記録は、看護記録に患者の状態や拘束方法を記載する。

- 看護指示の身体拘束の実施・未実施欄を作成し実施した日は実施、実施していない日は未実施を登録する。
- 身体に装着する拘束具を使用しているときは、経過表の観察項目に「抑制時の圧迫」「抑制時の発赤」を追加し、各勤務帯で観察結果を入力する。身体拘束解除に向け、安全带などを1日のうち複数回一時解除している時は、観察項目に時間記載し、一覧出来るようにする。

④ 身体拘束実施中の留意事項

- 身体拘束等実施中は、「患者の安全確保」への責任義務および「身体拘束等による事故防止」への注意義務を遂行し、十分な観察・ケアを行う。
- 特に、抑制帯による体幹・上肢・下肢等の拘束、ミトン型手袋、車椅子ベルト使用中は⑤以降の点を留意する。

⑤ 身体拘束方法

- 拘束部位に応じた拘束具を選択し、必要部位にしっかり装着する。
- 拘束具装着に緊急かつ安全性を要する場合は2人以上の看護師が協力して行う。

⑥ 観察とケア

- 抑制帯の紐やミトン型手袋などが緩んでいないかチェックする。
- 拘束部位及び周辺の循環状態、神経障害の有無、皮膚状態部位及び患者の精神状態や体動をチェックする。
- 拘束中は最低2時間毎に拘束具を除去し、拘束部位の観察と記録を行う。
- 最低2時間毎の体位変換を行う。
- 必要に応じマッサージや清拭、四肢の自動・他動運動を行う。
- 拘束によって興奮が増した場合や、一般状態に変化が生じるようであれば中止する。

⑦ その他

- 拘束具の複数使用や拘束時間は最小限にする。
- 可能な限り身体拘束等をしなくて良い方策や早期に解除できる方策を検討し、身体拘束等が恒常化しないようにする。
- 身体拘束実施時は、一時的でも解除するよう努める。

⑧ 転倒転落防止のための対策について

- 転倒転落リスクのある患者においては、入院時、状態変化時、転倒転落アセスメントスコア評価時などに離床センサーの設置や部屋の家具の位置調整、ベッド柵の選定などを行い転倒転落防止に努める。
- 離床センサー、センサーマットは患者の行動を把握し見守るための機器として適正使用を心がける。
- センサーが作動した際は速やかに患者を訪問し行動を支援し、患者に行動の理由を確認せず安易に行動を制限するような声かけをしないよう心がける。

8. 薬剤による行動の制限の最小化

① 鎮静を目的とした薬物の適正使用

生命維持装置装着中や検査時等、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、必要な深度を超えないよう、適正量の薬剤を使用する。行動を落ち着かせるために向精神薬等を使用する場合は、患者に不利益が生じない量を使用する。

使用にあたり、継続して使うことによって蓄積されて鎮静が強くなることもあるので、慎重に症状を観察すること。ベンゾジアゼピン系の使用はさける。

1. リスペリドン OD 錠 0.5m g（リスペリドン内用液 0.5mL） 2 回まで
2. クエチアピン（25）1 錠 2 回まで（糖尿病では禁忌）
3. セレネース注（5）0.5A+生食 100mL 入眠するまで 2 回まで内服不可時

②睡眠薬の適正使用

高齢者では持ち越し効果（翌朝まで持続）や筋弛緩作用による転倒を減らすために作用時間の短いものを選択し、かつベンゾジアゼピン系の使用を可能な限り避けることが望ましい。

推奨

1. ロゼレム錠（8）1 錠
2. ベルソムラ錠（15）1 錠
3. デエビゴ錠（5）1 錠ないしは 0.5 錠

非推奨

※新規では可能な限り使わない方が望ましい。すでに長期連用されている場合には中止することで離脱せん妄のリスクがあるので注意を要する。

1. エチゾラム錠 0.5m g
2. ハルシオン錠 0.25m g
3. プロチゾラム OD 錠 0.25m g