

身体拘束最小化のための指針



令和6年8月

岩手県立中央病院

1. 身体拘束の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す。また、身体拘束により、身体的・精神的・社会的な弊害を伴います。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・看護の提供に努めます。

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しています。

(2) 身体拘束の定義

抑制帯等、患者の身体又は衣類に触れる何らかの器具を使用したり、向精神薬等の過剰な投薬により、一時的に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。

3. 当院での身体拘束の基準

(1) 身体拘束の具体的な行為

- ①徘徊しないように、車椅子・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、車椅子・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、ベッドに体幹や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をつける。
- ⑥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脱衣やオムツ外しを制限するために、介護服（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に隔離する。

(厚生労働省：身体拘束ゼロへの手引きより)

(2) 身体拘束の対象とはしない具体的な行為

- ①身体拘束に替わって患者の安全を守り ADL 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当院のルール

当院では認知症ケアチームが院内統一の薬剤指示を作成し、適切に使用されるようケアチームの医師から各科医師へ伝達している。ケアチームが作成した薬剤指示の向精神薬は、過剰な投薬を前提としていないため身体拘束には該当しないが、使用する際は医師・看護師、必要があれば薬剤師等と協議したうえで使用する。また、向精神薬の使用にあたっては、必ず非薬物的対応を前提とし、精神症状が軽減し安心して治療が受けられるために、適切な薬剤を最小限使用する。

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、皮膚の紫斑や裂傷などを起こす場合がある
- ・筋力の低下：廃用症候群のため筋力低下が起こる
- ・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

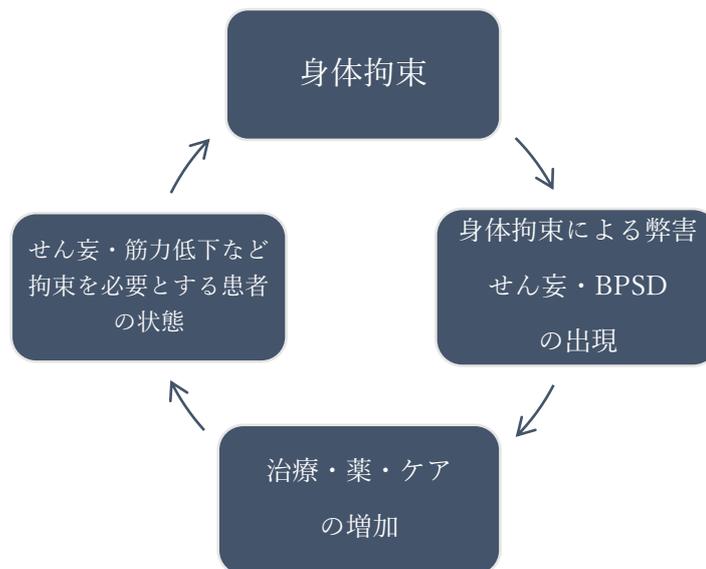
(認知症への影響)

- ・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 より一部改変・追加)



図：拘束が拘束を生む悪循環

6. 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、必要最小限の身体拘束を行うことができる。

◎**切迫性**：患者本人または他の患者等の生命または身体が危険にさらされる可能性があり緊急性が著しく高いこと。

◎**非代替性**：身体拘束を行う以外に代替する治療・看護方法がないこと。

◎**一時性**：身体拘束が必要最小限の期間であること。

(2) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の説明と同意

上記3要件については医師・看護師を含む多職種で検討し、医師の指示のもと、患者・家族等への説明と同意を得て行うことを原則とする。

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

7. 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

チームは医師、看護師、薬剤師、作業療法士、MSW、公認心理師、管理栄養士、医療安全専門員、事務員をもって構成する。

(2) 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に周知する。

②身体拘束の最小化に向けたケア計画の立案及び指導を行う。

③身体拘束最小化するための指針を見直し、職員に周知活用する。

④院内の全職員を対象に身体拘束の最小化に関する研修を定期的に行う。

(当院：身体拘束最小化チーム設置要綱より)

8. 身体拘束最小化のための活動

身体拘束最小化チーム

(1) 身体拘束ラウンド

チームメンバー、病棟看護師長、病棟看護師が、拘束患者のベッドサイドをラウンドしながら、多職種の見点から拘束解除に向けた検討を行う。

(2) 身体拘束最小化のための研修

①定期的な教育研修（年1回）の実施

②必要な教育・研修の実施および実施内容の記録

(3) 身体拘束の実施状況の報告

月1回の管理会議において拘束率などを報告する。

認知症ケアリンクナース委員会

(1) 身体拘束体験

医師・看護師・看護補助者などがシナリオに沿って身体拘束を実施することで、拘束による弊害を体験し拘束をしない看護の必要性を体験する。

(2) 倫理カンファレンス

倫理的視点にたち身体拘束の実施や解除について多職種で検討する倫理カンファレンスを定期的を開催する。

9. 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。これは仰臥して天井を見ているのではわからない。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。オムツに排泄物が付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」の実現をめざす。

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さまざま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な看護方法は、「身体抑制ガイドライン」「認知症ケアマニュアル」に準じて実施する。

10. 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医療安全マニュアルに綴り、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・家族及び地域住民が閲覧できるようにします。

(附則) この指針は令和6年8月1日より施行する。

制定：令和6年8月1日