

「身体的拘束最小化」に関する指針・取り組み

1. 当院における身体拘束最小化に関する基本的考え方

身体拘束は入院患者の生活の自由を制限することであり、患者の尊厳ある生活を阻むものです。浦河赤十字病院では、入院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、拘束廃止の意識を高め、身体拘束をしない支援・看護を実践するための取り組みを行っています。

令和7年度の身体拘束実施割合は1.5%である。

2. 身体拘束の定義

1) 身体的拘束の定義

患者様に安全な医療を提供するために、やむを得ず一時的に身体の行動の制限を行うことをいう

2) 身体拘束等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字型抑制帯や腰ベルト、車イステーブルをつける。
- 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、向精神病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。

(厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」2001)

3) 身体拘束がもたらす3つの弊害

①身体的弊害

- ・身体機能の低下や拘束している部分が圧迫されて褥瘡が発生してしまう可能性がある。
 - ・食欲低下、心肺機能の低下、免疫力の低下などの内的な弊害がもたらされる可能性がある。
 - ・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。
- 本来のケアにおいて追求されるべき「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恐れがある。

②精神的弊害

- ・本人や家族等に不安や怒り、屈辱、諦め等の精神的苦痛、さらに人間としての尊厳を侵すことになる。
- ・身体拘束により認知症が悪化してせん妄などを併発させる可能性がある。
- ・看護・介護する職員が、自ら行うケアに対して誇りをもてなくなり、ケアに対するやりがい低下する。

③社会的弊害

- ・当院に対する不信感や偏見をもたらす恐れがある。
- ・本人の心身機能が著しく低下した場合、QOLの低下を招くだけでなく、これまで以上に医療的処置が必要となり、家族への経済的負担にも影響をもたらす。

3. 身体拘束最小化のための体制

1) 身体拘束最小化・認知症対策委員会の設置

人権を尊重し身体拘束を最小化する取り組みを強化し、安全で質の高いケアを提供することを目的とする

2) 委員会の構成

身体拘束最小化のためには、認知症・せん妄に対する医療の質向上が必要である。そのため、委員会は身体拘束最小化・認知症対策委員会とする。

メンバーは医師、看護師、薬剤師、理学（作業）療法士、社会福祉士、事務員で構成される。

4. 身体拘束最小化のための職員研修に関する基本方針

1) 医療・ケアに携わる職員に対して身体拘束最小化のための研修を実施する

（年に2回以上の実施）

5. 身体拘束を行わずケアを行うために《3つの原則》

身体拘束等をせずにケアを行うためには、身体拘束等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ている。そのため《3つの原則》に取り組む

1) 身体拘束等を誘発する原因の特定と除去

必ずその人なりの理由や原因があり、ケアする側の関わり方や環境に問題がある事も少なくない。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つの基本的ケアの徹底

基本的なケアを十分に行い、生活のリズムを整える。

① 起きる

② 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)

3) よりよいケアの実現を目標とする

身体拘束廃止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生活環境の改善のきっかけとなりうる。「身体拘束廃止」を最終ゴールとせず、身体拘束を廃止していく過程で提起されたさまざまな課題を真摯に受け止め、より良いケアの実現に取り組んでいくことが期待される。

6. 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の対応

身体拘束は行わないことが原則であるが、当該入院患者または他の患者の生命または身体を保護するためなど、緊急やむを得ない理由により身体拘束を行う場合がある。

「緊急やむを得ない」理由とは、身体拘束を行わずにケアを行うための3つの原則の工夫のみでは十分に患者の生命や身体を保護できないような、一時的に発生する突発的自体のみに限定される。安易に「緊急やむを得ない」ものとして身体拘束を行うことのないよう、以下の要件・手続き等に沿って慎重な判断を行う。

1) 緊急やむを得ない場合に該当する3要件の確認

以下の3つの要件を全て満たしていることが必要である

- 【切迫性】患者本人または他の患者の生命・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】身体拘束、その他の行動制限を行う以外に代替する看護(介護)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) 緊急やむを得ない場合に該当するか検討を必要とされる患者の状態・背景

(1) 基本的に多職種間で協議する

- ① 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、認知障害、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・他傷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)等における行動障害(自傷行為や異食など)が頻回かつ切迫している場合
- ⑤ 検査・手術・治療で抑制が必要な場合
- ⑥ 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要件をすべて満たすもの

3) 身体拘束等の種類

- (1) 体幹抑制
- (2) 四肢抑制、部分抑制(上肢・下肢)
- (3) ミトン
- (4) 車椅子抑制帯

(5) 4点ベッド柵、サークルベッド

※ベッドを壁付けにしてベッド昇降ができる側を2点柵した場合は身体拘束等と位置付ける

(6) 抑制衣(つなぎ服)

(7) 体動センサー (ウーゴ君)

4) 適応要件の確認と承認

身体拘束等は極めて非人道的な行為であり、人権侵害、QOL低下を招く行為であることを考え、患者の生命または身体を保護するためのやむを得ない場合に限り、医師、看護師長、担当看護師(夜間・休日においては医師・担当看護師)など、複数の担当者で適応の要件を検討、アセスメントし、医師が決定する。医師は身体拘束(身体抑制)の指示を出し、診療録(「身体拘束等開始時のアセスメント」)に記載する。

5) 患者本人及び家族への説明と同意

- (1) 身体拘束等の必要性がある場合、医師は本人または家族の意思を尊重した十分なインフォームドコンセントを行い「身体拘束等に関する同意書」に沿って身体拘束等の必要性・方法・身体拘束等による不利益等を患者・家族等へ説明し同意書を得る。
- (2) 緊急に身体拘束等の必要性が生じた場合は電話にて説明し承諾を得る。(承諾を得る際、承諾者の氏名・続柄をカルテに記載しておく)後日、説明し同意書を得る。
- (3) 緊急やむを得ず身体拘束を開始した後は「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し3要件に該当しなくなったら、直ちに拘束を解除する。

7. 身体拘束最小化推進のために必要な基本方針

1) 身体拘束の開始時の手順

- (1) 医師、看護師をはじめとする多職種で身体拘束の必要性をアセスメントする
「身体拘束開始時のアセスメントシート」「身体拘束フローシート」を使用
- (2) 身体拘束が必要と判断されれば、医師が指示を記載する
医師の指示があることが原則
- (3) 本人または家族等の意思を尊重した十分なインフォームドコンセントを行い、「身体拘束に関する同意書」にて同意を得る。
※緊急時の対応は 5) 患者本人及び家族への説明と同意(2)参照
- (4) 身体拘束実施時のケア方法・観察時間などについて看護計画を立案し、患者本人・家族へ説明を行い実施する。(緊急で開始した際は、後日立案・説明を行う)

2) 身体拘束の実施中の留意事項

身体拘束実施中は「患者の安全確保」への責任義務及び「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・下肢等の抑制、ミトン使用、車椅子抑制帯使用中は以下の点を留意する。

(1) 抑制方法

- ① 抑制部位に応じた抑制用具を選択し、必要部位にしっかり装着する

② 抑制具装着に緊急かつ安全性を要する場合は二人以上の看護師が協力して行う

(2) 観察

① 抑制実施中は患者の状況に応じ適宜観察を実施する(2 時間を超えない)

- ・抑制が確実に行えているか
- ・抑制部位および周辺の循環状態、神経障害の有無、皮膚状態
- ・患者の精神状態、体動状態

※同一部位の持続による局所の圧迫と循環障害によって機能障害が現れ屈曲しにくくなる。また圧迫部位に発赤・摩擦による皮膚損傷が発生しやすい。上肢においては橈骨神経麻痺、尺骨神経麻痺に留意する。

3) 看護

- (1) 抑制の部位や時間は最小限にとどめる。
- (2) 抑制中は最低 2 時間毎に抑制具を除去(継続的に必要な場合も)し、観察と記録を行う。
- (3) 最低 2 時間毎の体位変換・体位調整を行う。
- (4) 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。
- (5) 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。

4) 身体拘束の評価

- (1) 毎日身体拘束等の必要性をアセスメントする。身体拘束による障害がないか観察し、カンファレンスで評価を行い、その結果をカルテに記録する

5) 身体拘束の解除基準

- (1) 身体拘束に必要な 3 要件を満たさない場合
- (2) 身体拘束の影響から身体的侵襲が出現した場合

6) 身体拘束に関する記録

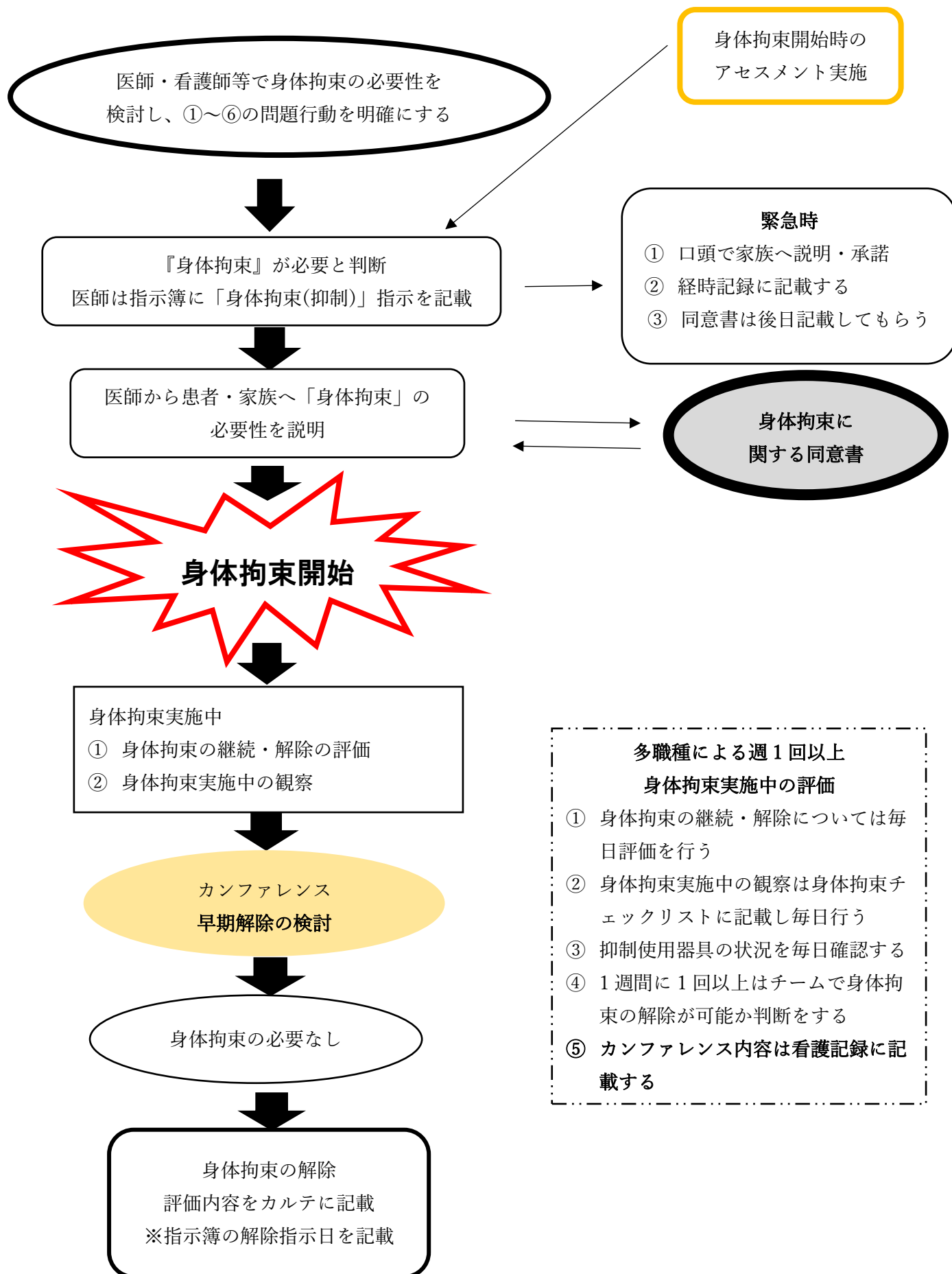
- (1) 医師は身体拘束を開始する前にカルテ指示簿に必ず指示を記載する。
- (2) 身体拘束の必要性及び実施中のアセスメントを記録に記載する。

8. 身体拘束実施・早期解除フローチャート

身体拘束は患者の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合には認められる。

患者に以下に示すような状態があり、且つ、身体的拘束が認められる 3 つの要件(切迫性・非代替性・一時性)のすべての要件を満たす場合に限り、下記のフローチャートに沿って判断・実施する。

- ① 治療上でチューブ・カテーテル・ドレーン等の管理が必要であるが、自己抜去等により生命の危機及び治療上著しい不利益が生じる場合
- ② 精神運動興奮による不穏が強度で治療に協力が得られない、自傷・他傷の危険性が高い場合
- 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 行動障害が頻回且つ切迫している場合
- ⑤ 検査・手術・治療で抑制が必要な場合
- ⑥ その他の危険行動(自殺・離院・離棟等の危険性がある)

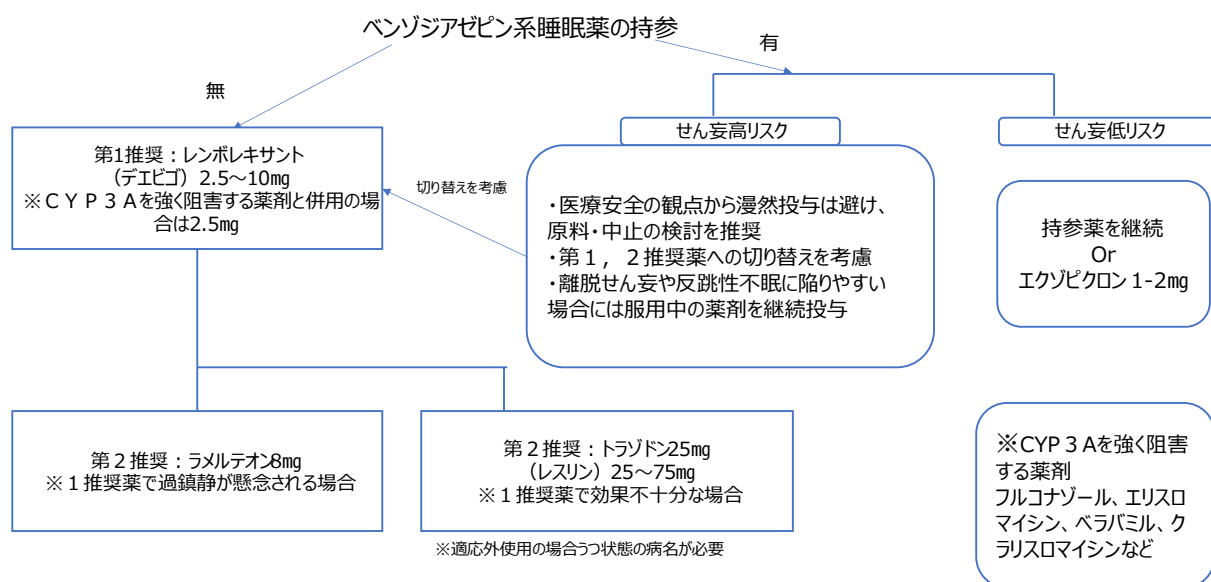


9.鎮静を目的とした薬物の適正使用

70 歳以上の高齢者の増加に伴い、高齢者に対する薬物療法の需要はますます高まっている。一方、加齢に伴う生理的な変化によって薬物動態や薬物反応性が一般成人とは異なることや複数の併存疾患をそれぞれ治療するために投与された薬物同士で薬物相互作用が起こりやすく、薬物有害事象が問題となりやすい。同時に、生活機能や生活環境の変化により薬剤服用にも問題を生じやすい状況がある。当院の入院患者は高齢者が大半を占めており、せん妄ハイリスク者が多く入院している。そのため鎮静を目的とした薬物の適正使用についてここに示す。

- 1) 加齢により睡眠時間は短縮し、また睡眠が浅くなることを踏まえて、薬物療法の前に、睡眠衛生指導を実施する。必要に応じて睡眠導入剤・抗不安薬が用いられるが、ベンゾジアゼピン系薬剤は、高齢者では有害事象が生じやすく、依存を起こす可能性もあるので、特に慎重に投与する。

睡眠薬導入フローチャート



- 2) 認知症者の BPSD の原因となりうる心身の要因や環境要因を検討し、対処する。薬剤が BPSD を引き起こすこともするため、関連が疑われる場合、まずは原因薬剤の中止を検討する。これらの対応で十分な効果が得られない場合は薬物療法を検討する。
- ・定型抗精神病薬(ハロペリドール、クロルプロマジン、レボメプロマジンなど)の使用はできるだけ避ける。非定型抗精神病薬(リスペリドン、オランザピン、アリピプラゾール、クエチアピンなど)は必要最低限の使用に留める。