

身体拘束最小化のための指針

済生会川俣病院

令和 6 年 10 月

1. 身体拘束の方針

精神保健福祉法第 37 条第 1 項の規定(昭和 63 年 4 月 8 日厚生省告示第 130 号 最終改正、平成 12 年 3 月 28 日厚生省告示第 97 号)に基づき、身体拘束は、患者の人権と尊厳に十分配慮された上で、必要最小限の範囲で行われるものであり、その適応は慎重に行われるべきである。

2. 令和 6 年度診療報酬改定における身体的拘束の定義

身体拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該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こと。

「医療的な配慮がなされた拘束用具により体幹や四肢の一部あるいは全部を種々の程度に拘束する行動の制限である」と定義されている¹。また、「身体拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療および保護を確保しなければならない¹」とされ、さらに「身体拘束が漫然と行われることがないように、医師は頻回に診察を行うものとする」とされている。やむを得ず身体拘束を行ったとしても、常に観察・評価し、すみやかに解除するよう努めなくてはならない。

身体拘束は患者の生命の危機と身体的損傷を防ぐために必要最小限に行うもので、患者の人権を尊重し、安全を優先させ他に代替手段がない場合のみに実施する。

その際、患者・家族に説明し二次的な身体障害や合併症が発生しないよう十分注意して、常に解除ができないか評価しながら行う必要がある。

3. 身体拘束の適応 3 要件

1) 緊急やむを得ない場合に施行するが、以下の 3 つの要件を満たす必要がある。

(1) **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(意識障害、説明理解力の低下、精神症状に伴う不穏興奮)

(2) **非代替性** : 行動制限以外に患者の安全を確保する方法が無い。(薬物の使用、病室内環境の工夫では対処不能、継続的な見守りが困難など)

(3) **一時性** : 行動制限は一時的なものであること

2) 具体的には以下のような場合に適応となる。

(1) 治療のためのチューブ類が挿入されている患者の事故防止・安全確保

(2) 不穏行動や危険行為が予測される場合

(3) 理解力低下があり安静が保てない場合

(4) 自傷行為、他害の危険がある場合

(5) 治療に協力が得られない場合

(6) 疾患の増悪、患者生命の危険がある場合

(7) 転倒、転落の危険がある場合

4. 判断実施基準

1) 患者の人権や尊厳を守れるようにする。

拘束は「身体拘束の方針」でも述べているように、人権の侵害であり、身体機能や心理状態を悪くする場合がある。身体拘束の適応 3 要件を満たし、診療上の安全を確保する目的で、緊急やむを得ず最小限度の身体拘束の方法であるか、患者・家族の同意を得ているか確認をして実施する。

2) 医師は必要性を確認し指示を出す。

患者または他患者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が高いと予測される場合は、患者の反応を見極めながら必要性を確認し、指示を出す。

3) 医師または2名以上の看護師で判断、実施する

継続的に行う必要があるのか、拘束具に代わる代替性はないのか常に検討していく。

5. 身体拘束禁止の対象となる具体的な行為

1) 物理的身体拘束

- ① 徘徊しないように、車いすやいす、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をつける。
- ⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、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、車いすテーブルをつける。
- 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いすを使用する。
- 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ひも等で縛る。

2) 物理的身体拘束には該当しないが、身体拘束の対象となる行為

- ①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。
- ②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) 川俣病院で身体拘束に該当する拘束具

両手抑制・片手抑制・両足抑制・片足抑制・車椅子乗車時の安全ベルト
体幹抑制ベルト・手袋・ベッド4点柵・抑制衣・背センサー

6. 身体拘束による患者への弊害 観察事項

- 1) 身体的弊害：皮膚障害、関節拘縮、筋力低下、循環障害、知覚障害、神経障害
食欲低下等
- 2) 人間の尊厳の侵害、認知症の進行、家族の罪悪感、職員の士気の低下
- 3) 施設に対する社会的な偏見や不信感。

7. 患者・家族へのインフォームド・コンセント

- 1) 身体拘束の適応と判断された場合は、その必要性・方法・予測期間、身体拘束による合併症、身体拘束をしなかった場合のリスク等を説明し、同意を得るとともに、その旨をカルテに入力する。
- 2) 夜間など緊急で拘束を行った場合は、翌日、家族に説明する。
- 3) 同意を得られない場合は、危険を回避できないことがある旨を説明し、カルテに入力する。
- 4) 患者に家族がいない場合で、本人に同意を得られる状況でない時は、カルテにその旨を入力し、医師・看護師で協議の上、身体拘束の実施を検討する。
- 5) 身体拘束中は、毎日身体拘束の早期解除に向けて評価をしていく。

8. 看護介入

- 1) 周辺症状の原因を明確にし、対応を実施する。
- 2) 身体拘束以外の方法を検討し、実施する。
- 3) 緊急やむを得ない場合、身体拘束の要件を満たすか評価する。
- 4) 患者、家族への説明と同意を得て身体拘束を実施する。
- 5) 看護計画を立案、記録する。
- 6) 拘束中は最低8時間ごとに抑制具を除去し観察する。
- 7) 観察した項目を記録する。
＜疼痛・チアノーゼ・冷感・関節拘縮など＞
- 8) 身体拘束の継続の有無や解除の評価を行い記録する。
拘束時間 <24時間持続・夜間のみ・一時的・処置時＞

9. 日常ケアにおける基本方針

日常的に以下のケアに取り組む。

- 1) 患者の尊厳を尊重する。
- 2) 言葉や対応などで患者の精神的な自由を妨げない
- 3) 患者の想いをくみ取り患者の意向に沿った支援を行い、他職種で丁寧な対応に努める
- 4) 身体拘束を誘発する原因がわかり、その除去に努める。薬物療法等による認知症ケアやせん妄予防により、患者の危険行動を予防する。

5) 薬剤による行動の制限は身体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、適正量の薬剤使用とする。

②行動を落ち着かせるために向精神薬を使用する場合は、患者に不利益を生じない量を使用する。

10. 身体拘束最小化のための体制

1) 身体拘束最小化チームの設置

身体拘束最小化に関わる「身体拘束最小化チーム」を設置する。

チームの組織的位置づけは、医療安全管理室の下部組織とし、下記メンバーを配置する。(別紙1 医療安全組織図・別紙2 身体拘束最小化チーム構成員)

① チームの構成

医療安全管理室委員：医師・看護師（医療安全管理者）・薬剤師・診療放射線技師・事務職員)

看護部認知症ケアリンクナース委員会メンバー

理学療法士

医事課

② チームの役割

・身体拘束廃止に向けて現状把握、及び改善について管理者を含む職員に定期的に周知徹底をする。

・身体拘束実施事例の最小化に向けた医療・ケアを検討する。

・定期的に本指針を見直し、職員へ周知して活用する。

・身体拘束最小化のための研修を実施し、記録しておく。

11. 身体拘束最小化のための職員研修

医療ケアに関わる職員に対して、身体拘束最小化のための研修を実施する。

研修の計画企画は看護部認知症ケアリンクナース委員会が担当する。

① 定期的な教育研修（年1回）の実施（新規採用はオリエンテーション時実施する。学研ナーシングサポート e-ラーニング)

② その他、必要な教育・研修の実施及び実施内容の記録