

身体拘束等の最小化に関する指針

1. 札幌循環器病院（以下「当院」）における身体拘束等の最小化に関する基本方針

身体拘束は患者の人権、自己決定権の無視、療養生活の自由を制限するものであり、患者の尊厳ある生活を阻むものである。当院は、患者の尊厳と主体性を尊重し、身体拘束を安易に正当化することなく、職員一人一人が、身体的・精神的弊害を理解し、身体拘束廃止に向けた意識を持ち、緊急やむを得ない場合を除き、原則として身体拘束をしないケアを提供する。

【基本的な考え方】

- (1) 身体拘束は廃止すべきものと認識する
- (2) 「やむを得ない」を理由に身体拘束を行わない
- (3) 身体拘束を許容する考え方はしない
- (4) 身体拘束を行わないために、あらゆる方策の創意工夫を行う
- (5) 患者の人権を第一優先に考慮する
- (6) 患者の人権を第一に考慮する
- (7) 身体拘束を行った場合、常に廃止する努力を怠らない
- (8) 身体拘束を行う場合は確実に患者の安全を確保する

身体的拘束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抑制装具等で縛る。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢を抑制装具等で縛る。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドの四方を柵（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、四肢を抑制装具等で縛る。
- ⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かない、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抑制装具等をつける。
- 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。
- 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抑制装具等で縛る。
- 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 鍵をかけるなど自分の意志で開ける事のできない居室等に隔離する。

（身体拘束ゼロへの手引き：平成 13 年 3 月厚生労働省 「身体拘束ゼロ作戦推進会議」発行より）

【身体拘束等禁止の対象としない具体的な行為】

肢体不自由や体幹機能障害があり残存機能を活かすことができるよう、安定した体位を保持するための工夫として実施する行為については、その行為を行わないことが、かえって虐待に該当するとみなす。

- (1) カテーテル治療後の止血に伴うシーネ固定および四肢伸展固定
- (2) 乳幼児（6歳以下）及び重症心身障がい児（者）への事故防止対策
 - 1) 転落防止のためのサークルベッド・4点柵使用
 - 2) 点滴時のシーネ固定
- (3) 自力座位を保持できない場合の体幹固定などを目的とした車椅子ベルト
- (4) 身体拘束等をせずに患者を転倒や離院などのリスクから守る事故防止対策
 - 1) 離床センサー類
 - 2) 監視カメラ（使用は複数名で検討し、事前に本人またはご家族の承諾を得て看護記録に記載）
 - 3) 所在確認装置（使用は複数名で検討し、事前に本人またはご家族の承諾を得て看護記録に記載）

【向精神薬等使用上のルールについて】

当院は、不穏時の薬剤指示については、原則、院内統一約束指示にて対応している。

2. 身体拘束を行わずにケアするための原則

身体拘束を行う必要性を生じさせないために、日常的に以下のことに取り組むこと。

(1) 身体拘束を誘発する原因を探り除去する

(2) 以下の5つの基本的ケアを実行し、点滴をしなければならない状況、転倒しやすい状況を作らない。

1) 起きる

人間は座っているとき、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。食べることはケアの基本である。

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。オムツに便が付いたままになっていると気持ち悪く、「おむついじり」などの行為につながる。

4) 清潔にする

きちんと風呂やシャワーに入ることが基本である。皮膚が不潔なことがかゆみの原因になり、そのために大声を出したり、夜眠れずに精神不穏になったりすることになる。皮膚をきれいにしておけば、本人も快適になり、また、周囲も世話をしやすくなり、人間関係も良好になる。

5) 活動する

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。具体的には、音楽、工芸、ゲーム、体操、テレビなどが考えられる。言葉によるよい刺激もあれば、言葉以外の刺激もあるが、いずれにせよ、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) 身体拘束は極力避けることを組織的に発信し、病院職員共有の意識を持ち対応する。

(4) 事故発生予防のための環境づくりと応援体制を構築していく。

(5) 身体拘束最小化をきっかけに「よりよいケア」の実現を目指す身体拘束最小化の取り組みは、当院におけるケア全体の質の向上や患者の療養環境の改善のきっかけとなる。「身体拘束廃止」がゴールではなく、身体拘束廃止を実現していく過程で提起される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。

3. 身体拘束発生時の対応に関する基本方針

身体拘束を行わないことが原則であるが、緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録する。身体拘束による心身の障害よりも、拘束をしないリスクの方が高い場合で、切迫性、非代替性、一時性の3要件のすべてを満たした場合のみ、本人・家族への同意を得て行う。また、身体拘束解除に向けたカンファレンスを行い、早期に身体拘束を解除すべく努力する。

(1) 言葉の定義

身体拘束とは、「衣類または綿入り帯を使用して一時的に該当患者の身体を拘束し、その運動を制限する行動の制限をいう」(昭和63年4月8日厚生省告知第129号における身体拘束の定義)

(2) 適応

患者の身体拘束は以下の1) 2) に適応とする。

1) 患者本人又はほかの患者等の生命及び身体を保護する目的である。

2) 緊急やむを得ない場合(一時的に発生する突発的な事態)。

(3) 適応時の要件

短期的又は緊急やむを得ない場合「切迫性」「非代替性」「一時性」の以下の要件を満たしていること。

切迫性

患者の生命あるいはほかの患者等の生命・身体・権利が危険にさらされる可能性が高い

『身体拘束を行うことの弊害を鑑みてもそれを上回るほどの危険が及ぶ可能性が高いと判断される場合』

非代替性

身体拘束を行わないあらゆる手段を検討したが他に方法が見つからない

『本人の生命・身体を保護するうえでほかに方法がないことを複数の医療従事者で確認する必要がある』

一時性

身体拘束や行動制限が一時的なものであること

『患者の状態に応じて最も短い時間・期間で実施しなければならない』

(4) 適応要件の確認及び承認、指示

医師・看護科長（代理主任）・担当看護師が適応要件から協議し主治医が決定する。休日や夜間においては当直医、リーダー看護師とする。

- 1) 医師は身体拘束の指示を出し、医師又は看護師はその経緯（やむ得なかった理由）を診療録又は看護記録に必ず記載する。

(5) 患者及び家族への説明

- 1) 主治医はあらかじめ身体拘束のリスクが高い（認知症、せん妄など精神不安定リスク等）場合は入院時などに状況や「身体拘束に関する説明同意書」を用いて患者本人または家族、キーパーソンへ説明する
- 2) 基本的に身体拘束を行う場合は、主治医はその目的、理由、身体拘束の方法と時間、期間等をできるかぎり詳細に患者本人または家族、キーパーソンに説明し同意を得る。

※説明時は「身体拘束に関する説明同意書」を用いて説明し同意が得られたら署名を求める。

※緊急時に行う場合は電話にて説明し承諾を得る。承諾者の氏名と続柄を診療録に記載する。（後日同意書に署名を求める）

(6) 身体拘束の対象となる具体的な行動（やむを得ない状況）

- 1) 意識障害、興奮性があり身辺の危険を予知できない
- 2) 治療上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、他害の危険がある
- 4) 安静指示が守れず激しい体動により転倒、転落の危険が高い
- 5) 皮膚掻痒、病的反射などがあり、意思で体動を抑えられない

(7) 抑制の種類と具体例

拘束はフィジカルロック（身体拘束）、ドラッグロック（薬物拘束）、スピーチロック（言葉による拘束）がある。

1) フィジカルロック（身体拘束）

ミトン装着、抑制帯の四肢の拘束、体幹ベルトやY字ベルトによる体幹拘束、ベッド周囲を4点柵で囲い込む、つなぎ型介護着の着用

2) ドラッグロック（薬物拘束）

向精神薬、鎮静剤を投与し強制的に意識レベルを下げる

3) スピーチロック

行動を制御・制限するような命令を出す

(8) 離床センサーの考え方

離床センサーは使用方法によっては身体拘束に該当する場合がある。たとえば、何らかのニードをもって行動化した患者の離床センサーが反応する。駆けつけた看護師が患者のニードを満たさないまま行動を制止し、ベッドへ戻るよう促す。このようなケースは、対象者の行動のみを制限しており、スピーチロックに該当すると考えられる。なお、離床センサー反応後、看護師が一方的に制止せず、患者ニード実現を援助した場合、身体拘束には該当しない。

(9) 4点柵の考え方

4点柵で囲い降りられなくする方法は拘束となる。4点の一つがアームバーの場合、昇降は患者の自由意志であり拘束とはならない。

(10) 身体拘束を行うことの弊害

身体拘束を行うことで起こりうる弊害を次のように分類している。患者に害が及ぶことのみならず関連する人々への弊害もあることを理解する。

【身体的弊害】

- ・ 外的弊害：関節の拘縮、筋力低下、圧迫部位の褥瘡およびスキンテア、深部静脈血栓症
- ・ 内的弊害：消化機能の低下、心肺機能の低下、感染症への抵抗力の低下

【精神的弊害】

- ・ 患者：人間の尊厳の侵害、退行現象、抑うつ、認知症の進行、せん妄の誘引、精神的苦痛（不安・怒り・屈辱・あきらめ）
- ・ 家族：混乱、後悔、罪悪感

【社会的弊害】

職員の士気の低下、過剰な医療行為の誘引、社会的信用の失墜、長期入院による経済的損失

4. 身体拘束時の看護

(1) 身体拘束の計画立案

- 1) 身体拘束を実施する場合は必ず看護計画『身体拘束』を立案する
- 2) 看護計画に基づかない身体拘束は行わない。緊急の場合は事後に立案する。身体拘束による弊害を早期に発見し適切に対応する。
- 3) 身体拘束解除の取り組みを毎日朝、主治医、看護科長（代行主任）、担当看護師（またはリーダー看護師）でカンファレンスを実施し検討する
- 4) 身体拘束を継続する場合は日々テンプレート『身体拘束チェックリスト』に継続の必要性を入力する
- 5) 問題行動の原因や根拠を明確にする
- 6) 二次的な弊害を予防する（循環障害・神経障害・皮膚障害の観察と心身の状況の観察と記録）
- 7) 必要性がなくなったと判断した場合は速やかに解除する。解除した旨は家族、キーパーソンへ連絡する
- 8) 患者あるいは家族に患者の身に起こる危険について丁寧に説明する。また拘束することで起こりうる危険についても具体的に説明する。
- 9) 拘束部位にあった身体拘束用具を選択し正しく装着する。身体拘束具の装着は、関節可動性を残して固定し圧迫部分は必要に応じて皮膚を保護する。
- 10) 身体拘束具の装着時は、効果や二次的障害・安全性に問題がないか、各勤務で確認する。
- 11) ナースコールを患者の手元に設置する。
- 12) 観察を定期的・必要に応じて行い異常の早期発見と苦痛の緩和に努める。

(2) 観察のポイント

1) 観察のタイミング

勤務交代時、巡回時、拘束部位への外的要因（処置、強い可動など）があったとき

2) 観察項目

患者の体動状態・身体拘束部位の可動域状態や皮膚の状態、神経障害や循環障害の有無、患者の訴え（疼痛・搔痒感など）や精神状態（恐怖・不安・不眠・など）

(3) 看護記録のポイント

- 1) 身体拘束が必要と判断した評価と参加者氏名の記録
- 2) 身体拘束を開始した時間・部位・使用用具等
- 3) 看護計画に基づく経時的な観察記録
- 4) 身体拘束の解除の取り組みや終了の記録

(4) 身体拘束を解除するとき

- 1) 主治医、看護科長（代行主任）、担当看護師（またはリーダー看護師）で拘束解除について評価検討する。
- 2) 解除が望ましいと判断された場合は主治医（夜間は当直医）に解除指示を受ける。
- 3) 指示を受けたら、患者にその旨を伝え、速やかに拘束解除を行う。

- 4) スタッフで評価・検討した内容（拘束解除の根拠など）をカルテに記載する。
- 5) 身体拘束解除後は、身体の安全が守られているかを観察する。

5. 身体拘束するうえでの留意事項

(1) プロセスの重要性

身体拘束をしたか、しないかという結果ではなく、患者の身体状況や意識レベル、認知機能や安全を保つことができない場合のリスク等を総合的に勘案した上で、身体拘束の3要件「切迫性・非代替性・一時性」について、チームで判断するプロセスがとても重要である。つまり、身体拘束をしない場合の安全上のリスクが非常に高く、身体拘束以外に患者又は利用者等の安全を確保する方策がないと判断された場合には、必要最低限の期間のみ身体拘束を行うことはやむを得ないとする。

(2) 医療チームで判断することの重要性

医療機関の看護職には、刻々と変化する患者又は利用者の状態を適切にアセスメントし、医療安全上のリスクや対応策について判断する高い能力が求められている。最適な判断を行うためには、看護師が1人で判断するのではなく、多職種からなるチームで判断を行うことが必要である。患者又は利用者等に関わる全ての看護職が、医療安全上どのようなリスクがあるのか、なぜ身体拘束が必要なのか、どのような方法が適切なのかについて、説明できるようチームで話し合いを重ねるとともに、身体拘束を実施する期間を最小限とするよう工夫できることはないかを話し合うことで、医療安全と尊厳の保持についての葛藤は軽減できるといえる。

6. 身体的拘束最小化チーム

身体的拘束最小化チームを立ち上げ、以下の活動を行う。

- (1) チーム構成員：副院長、看護部長、病棟科長、薬剤科長、リハビリテーション科長
- (2) 3カ月に1度委員会を開催する（4月、7月、10月、1月）
- (3) 身体拘束実施状況の把握を行う
- (4) 身体拘束最小化のための職員教育・研修を行う
 - 1) 定期的な教育研修を、年1回以上実施すること
 - 2) 新入職者に対する身体拘束最小化の研修を入職者研修にて実施すること
 - 3) その他必要に応じ、教育・研修を実施すること

7. その他身体拘束最小化推進のために必要な基本方針

身体拘束をしないケアを提供していくためにケアに関わる職員全体で、以下の点について、十分に議論して共通認識を持ち、身体拘束をなくすよう取り組んでいく

- (1) 人員不足を理由に、安易に身体拘束等を行っていないか
- (2) 事故発生時の法的責任回避のために、安易に身体拘束等を行っていないか
- (3) 高齢者は転倒しやすく、転倒すれば大けがになるという先入観だけで安易に身体拘束等を行っていないか
- (4) 認知症であるということで、安易に身体拘束等を行っていないか

8. 患者等による当該指針の閲覧に関する基本方針

当該指針は誰でも閲覧できるようホームページに掲載する

引用文献

身体拘束ゼロへの手引き：平成 13 年 3 月厚生労働省 「身体拘束ゼロ作戦推進会議」

身体拘束の定義：昭和 63 年 4 月 8 日 厚生省告知 第 129 号

参考文献

身体拘束等の最小化に関する指針：社会医療法人熊谷総合病院

身体拘束予防ガイドライン：2015 年 8 月 31 日 日本看護倫理学会

「抑制に関する基本方針」から 2025 年 2 月 1 日より改訂