

身体拘束最小化のための指針

1. 身体拘束最小化に関する基本的な考え方

身体拘束は、患者さんの自由を制限することであり、尊厳ある生活を阻むものです。

当院では、患者さん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、職員一人ひとりが拘束による身体的・精神的・社会的弊害を理解し、身体拘束廃止に向けた意識をもち、緊急・やむを得ない場合を除き身体拘束をしない診療・看護の提供に努めます。

2. 身体拘束最小化のための体制

1) 身体拘束最小化委員会の設置

身体拘束最小化のために、身体拘束最小化ワーキングチームを設置し、3か月毎にカンファレンスを開催します。

(1) 検討項目

- ① 院内での身体拘束廃止に向けての現状把握および改善についての検討をします。
- ② 身体拘束を実施せざるを得ない場合の検討をします。
- ③ 身体拘束を実施した場合の代替案、抑制解除の検討をします。
- ④ 身体拘束廃止に関する職員全体への指導・教育をします。
- ⑤ 発生原因、結果等を取りまとめ当該事例の化と最小化策を検討します。

(2) 身体拘束最小化ワーキングチームの構成員

- ・ 医師
- ・ 認知症看護認定看護師
- ・ 看護師
- ・ 医事課職員
- ・ 薬剤師
- ・ 必要に応じてその他職員

3. 身体拘束廃止に向けての基本方針

1) 身体拘束の定義

医療サービスの提供にあたって、患者さんの身体を拘束しその行動を制限する行為とします。

身体的拘束その他、入院患者さんの行動を制限する具体的行為にあたるものとして、厚生労働省が「身体拘束ゼロへの手引き」（平成13年3月）の中であげている行為を下に示します。

1. 徘徊しないように、車いすや椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等でしばる。
2. 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等でしばる。
3. 自分で降りられないように、ベッドを4点柵で囲み、柵をすべてひも等でしばる。
4. 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等でしばる。
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. 車いす・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椅子を使用する。
8. 脱衣やおむつ外しを制限するために、介護衣（抑制衣、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しばる。
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等に隔離する。

2) やむを得ず身体拘束を行う場合

患者さんまたはほかの患者さんの生命または身体を保護するための措置として、以下の3点の要素のすべてを満たす状態にある場合は、患者さん・ご家族への説明同意を得たうえで例外的に必要な最低限の身体拘束を行うことがあります。

- 切迫性：患者さんまたはほかの患者さんの生命または身体を危険にさらされる状況にあること。
- 非代替性：身体抑制その他の行動制限を行う以外に方法がないこと。
- 一時性：身体抑制その他の行動制限が一時的なものであること。

3) 身体拘束禁止の対象とはしない具体的な行為

以下の行為については、身体拘束等禁止の行為の対象とはしないこととします。

1. 整形外科治療で用いるシーネ固定等
2. 小児科での採血や点滴穿刺の際に一時的に患児の身体を抑える行為
3. 点滴時のシーネ固定
4. 患者が移動しやすいように、または介助がしやすくなるようにベッドを壁際に寄せる
5. 自分でナースコールが押せない、押すことを忘れてしまう患者の意思をくみ取るための離床センサー等の設置

※5の離床センサーの使用に関しては、患者さんの意思のくみ取りや療養生活上の安全を配慮したうえで対応です。しかし、意図せず患者さんの行動の制限や監視等につながる可能性があるため、正しく使用できるようスタッフ教育に努め、さらに定期的にカンファレンスを行い、その対応の是非について常に検討していきます。

4) 身体拘束を行う場合の対応

緊急・やむを得ず身体拘束を行う場合は、医師、看護師を中心に十分な観察を行うとともに経過記録を記載し、できるだけ早期に拘束を解除するよう努力します。

具体的に以下の手順に従って実施します。

- (1) 専用の様式を用いて、対応や時間、日々の心身の状態等の観察および評価を記録します。
- (2) 患者さんやご家族への説明を行います。
 - ① 身体拘束の内容・目的・理由・拘束期間、改善に向けた取り組み方法を説明し、十分な理解が得られるように努めます。
 - ② 身体拘束の同意期限を越え、なお拘束を必要とする場合については、事前にご家族に患者さんの状態等を説明します。
 - ③ 身体拘束要件に該当しなくなった場合には、速やかに拘束を解除するとともにご家族にご報告します。
- (3) カンファレンスを実施します。
 - ① 身体拘束最小化ワーキングチームの構成員が集まり、(1) 切迫性 (2) 非代替性 (3) 一時性の3要件のすべてを満たしているかどうかについて確認します。
 - ② 当院他診療科医師と情報共有して連携を行い、必要時に診察を依頼します。
 - ③ 身体拘束による患者さんの心身の弊害や拘束を実施しない場合のリスクについて検討し、身体拘束を行う場合の、拘束の内容、目的、理由、時間帯、期間等について検討します。
 - ④ 早期の拘束解除に向けた取り組みの検討会を行います。

5) その他の日常ケアにおける基本方針

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みます。

- ① 患者さん主体の行動、尊厳を尊重します。
- ② 言葉や対応などで、患者さんの精神的な自由を妨げないように努めます。
- ③ 患者さんの思いをくみ取り、患者さんの意向に沿ったサービスを提供し、多職種協働で丁寧な対応に努めます。
- ④ 身体拘束に至る原因の特定と除去に努めます。

※身体拘束に至る主たる原因は、せん妄です。当院では、せん妄予防のために入院前からそのリスクについてアセスメントし、入院後はケアを徹底するように努めています。せん妄発症に対し薬物療法が必要となった際には、以下のアルゴリズムに則って最小限使用していきます。

せん妄に対する薬物療法

- ・過活動型せん妄、混合型せん妄の場合
 - 術後や状態悪化により内服が困難な場合は、ハロペリドール（セレネース注®）を使用
 - ハロペリドール（セレネース注®）は、副作用として錐体外路症状などが懸念されるため、パーキンソン症状のある患者、高齢者、腎機能低下の患者に使用する場合は最小投与量で開始する
 - ハロペリドール（セレネース注®）は2 mg以上の上乗せ効果はないとされている。1 mgを2回使用した後、効果が得られない場合はほかの方法を検討する
 - 内服可能な場合で、糖尿病の既往がない、また病態的に糖代謝異常がない場合は、クエチアピン 25 mgを第1選択として検討する
 - クエチアピンで効果不十分な場合、また興奮や焦燥が強い場合は、オランザピン（ジプレキサザイデイス®）を検討してもよい
 - 糖尿病がある、または病態的に糖代謝異常が懸念される場合は、リスペリドン（リスパダール®）を選択する。高齢者、腎機能低下の患者に対しては、0.5 mgから開始する
- ・低活動型せん妄の場合
 - 原則として、低活動型せん妄に対して薬物療法は行わずケアで対応する

（日本総合精神医学会：せん妄の臨床指針 第2版 星和書店,2015 より一部改変して作成）

4. 身体拘束廃止、改善のための職員教育

医療に携わるすべての職員に対して、身体拘束廃止と人権を尊重したケアの励行を図り、職員教育を行います。

5. 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、当院電子カルテに収載し、職員が閲覧可能とするほか、入院患者さん、ご家族の求めに応じて施設内で閲覧できるようにするとともに、当院のホームページへ掲載します。