

## V. 行動制限（身体的拘束）について～身体的拘束最小化のための指針～

### 1. 行動制限（身体的拘束）の目的と考え方

行動制限とは、一般的に身体を強制的に抑える行為を指し、その第一の目的は患者の安全・保護、第二目的は治療上必要な体位を維持することにある。

足助病院は、患者の人権を最優先に考えた医療を提供している。しかし、当院においても、疾患の特徴や治療・年齢的なものから、患者の安全が確保できない状況が生じる可能性がある。患者の安全を守るため、やむを得ない場合のみ行動制限を行うが、**原則身体的拘束は行わないことを基本方針とする。**

### 2. 行動制限（身体拘束）の定義

「医療的配慮を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拘束する行動の制限」のことをいう。

### 3. 行動制限（身体拘束）の対象となる具体的な行為

（日本看護倫理学会：「身体拘束予防ガイドライン」、厚生労働省：「身体拘束ゼロ作戦推進会議」2001より）

- 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、経管栄養など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、経管栄養など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、車椅子テーブルなどをつける。
- ⑦立ち上がる能力のある人の立ち上がりを防げるような椅子を使用する。
- ⑧脱衣やオムツ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。
- 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自分の意志で開けることのできない居室等に隔離する。
- ⑫不穏行動の鎮静目的で使用、過剰な向精神薬投与（検査・治療時の鎮静目的の使用は除く）

【当院で対象となる身体拘束用具】

体幹・四肢・肩抑制帯、ミトン（ロック付き）、介護衣（ロック付き）、車いす安全ベルト（Y型、腰ベルト）、ベッド柵など（壁・テーブル含む）で四方を囲む

### 4. 身体拘束の対象とならない方法

以下の場合には身体的拘束を実施した日数には含めない。

- ①ベッド（離床）センサーや、センサーマットのみを使用する場合

※患者の自発的な運動を制限することはない状況に限る

- ②処置や検査時に、患者などの同意を得たうえで安全確保のために短時間固定ベルトを使用

※使用中は職員が介助のために常に当該患者のそばに付き添っており、処置や検査、移動の終了時に確実に解除している場合のみ

③患者が訓練のために自由に車いすを操作することのできる状態であって、患者等の同意を得たうえで、車いす操作による訓練の時間中のみ安全確保のために安全ベルトを使用する場合

※車いすの前にオーバーテーブルを設置する、車いすをロックする等の方法により、患者本人の活動を制限している場合は該当せず

【当院で身体拘束の対象とはならない方法】

- ・間接的監視用具の使用：ベッド離床センサー、サイドマットセンサー
- ・衝撃吸収マットの使用：ワンダーマット、ころやわマット
- ・四方を囲まないベッド柵の使用：降りられるスペースが常にあけられている状況

## 5. 身体拘束がもたらす弊害

身体拘束を行うことにより、身体的、精神的、社会的な弊害（ダメージ）を、行動制限を受ける患者または家族に与えること。本来のケアにおいて追及されるべき「機能回復」という目標とまさに正反対の結果を招くおそれがある。

### 1. 身体的な弊害

#### ●筋力低下・廃用症候群

四肢の自由が奪われることで活動量が著しく減少し、筋力低下、関節拘縮、歩行能力の喪失などの廃用症候群を引き起こす。

#### ●循環・呼吸機能の低下

長時間の拘束により胸郭の動きが制限され、呼吸効率が低下する。また、血流停滞により深部静脈血栓症（DVT）や肺塞栓のリスクが高まる。

#### ●褥瘡の発生・悪化

体位変換が困難となり、皮膚への持続的圧迫が生じることで褥瘡が発生しやすくなる。

#### ●排泄障害・便秘・尿路感染症

トイレへの移動が妨げられ、排泄リズムが乱れる。尿意・便意の抑制、オムツ使用の増加により尿路感染症や便秘が増加する。

#### ●誤嚥・摂食障害

姿勢不良や緊張の増加により、摂食・嚥下機能が低下し、誤嚥性肺炎のリスクが高まる。

#### ●外傷・窒息・死亡事故

拘束具への身体の挟み込み、転落、拘束具による圧迫などにより、骨折・皮膚損傷・窒息などの重大事故が発生する危険がある。

### 2. 精神的な弊害

#### ●強い恐怖・不安・屈辱感

身体の自由を奪われる体験は、強い恐怖や不安、屈辱感を生じさせ、心理的苦痛が大きい。

#### ●せん妄の誘発・悪化

拘束は環境刺激の遮断、身体的苦痛、睡眠障害を引き起こし、せん妄の発症・悪化につながる。

#### ●攻撃性・興奮の増強

拘束によるストレスや不快感が、暴言・抵抗・興奮などの行動症状（BPSD）を増悪させる。

#### ●抑うつ・意欲低下

自由を奪われた状態が継続することで、抑うつ状態や意欲低下が生じ、回復意欲が損なわれる。

#### ●睡眠障害

拘束による不快感や体位制限により睡眠の質が低下し、昼夜逆転や不眠を招く。

### 3. 社会的な弊害

#### ●人間としての尊厳の侵害

身体的自由を奪う行為は、患者の人格・尊厳を損ない、社会的存在としての価値を低下させる。

#### ●家族との信頼関係の毀損・医療スタッフの士気低下

家族が医療者への不信感を抱いたり、医療者が罪悪感から士気を保ちにくくなる。

#### ●社会的孤立の助長

拘束によりコミュニケーションや活動が制限され、社会的交流が減少することで孤立が進む。

#### ●回復・自立支援の阻害

拘束はリハビリテーションの妨げとなり、退院後の生活再建や自立支援を困難にする。

## 6. 行動制限（身体拘束）をしないケアの工夫

入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。

- (1) 実施の必要性等のアセスメント
- (2) 患者家族への説明と同意
- (3) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
- (4) 二次的な身体障害の予防
- (5) 身体的拘束の解除に向けた検討

1) 基本的ケア（起きる・食べる・排泄する・清潔にする・活動する）を十分に行い、生活のリズムを整える。

2) 有症状の緩和に努める。

3) チューブ類の自己抜去防止の工夫をする。

- ① 固定方法を工夫する。
- ② 固定部位が見えない工夫をする。
- ③ 輸液などの実施時間の工夫をする。
- ④ 輸液・機器などが視野に入らない工夫をする。

4) 転倒・転落防止の工夫をする。

- ① ベッドは低くし、患者に応じてベッド柵の使用方法を説明する。
- ② ナースコールは、患者のわかりやすい手の届く位置に置く。
- ③ 昼間の区別がつかない患者は、日中の声かけや適度な運動・散歩などを計画的に、生活パターンを整える。
- ④ 車椅子に腰掛けさせる時は、安定した位置にしっかりと座らせ、ずり落ちないように工夫し、長時間そのままにしない。

◎身体的拘束を実施することを避けるために、上記の対応をとらず家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならない。

## 7. 緊急時やむを得ない行動制限（身体拘束）の適応

### 1) 「緊急時やむを得ない場合」に該当する 3 要件

以下の 3 つの要件をすべて満たしている状態である場合にのみ対象となる。

- ① 切迫性：患者本人または他の患者などの生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い。
- ② 非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外代替する方法がない。
- ③ 一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的である。

### 2) 行動制限（身体拘束）は、主治医が必要と認める場合でなければ行うことができない。

## 8. 行動制限（身体拘束）の運用

### 1) 必要性の判断

行動制限（身体拘束）の必要性の判断\*は、2 名以上（医師/看護師/介護福祉士/リハビリスタッフ/ケアワーカー）で協議し決定する。

\*判断基準は、一定期間毎に部署スタッフで評価し、改善などを検討する。

### 2) 家族への説明と同意

初回行動制限（身体拘束）の適応と判断された場合は、医師はその必要性・方法・予測期間・弊害についてを患者および家族に説明し了解を得るとともに、所定の『行動制限に関する説明書』を用いて説明し、『行動制限に関する同意書』に署名を受ける。患者および家族に行動制限方法の変更や再度行動制限適応時などは、口頭で説明し同意を得るが、同意書による同意は一入院につき一回で良いこととする。

なお医師の指示がある場合に限り、『行動制限に関する同意書』については看護師が説明、同意を得ても良いこととする。医師からは後日説明、同意の確認が必要である。

### 3) 行動制限（身体拘束）実施

- ① 医師は患者・家族に対して患者の現状を正確に伝え、行動制限（身体拘束）を行わなければならないと判断した理由を十分に説明する。
- ② その際、行動制限（身体拘束）の内容、目的、予測期間、弊害とともに「部位、内容は患者の状態に合わせて対応する可能性もある」ことも説明し同意を得る。
- ③ 医師は、行動制限（身体拘束）の必要性、患者・家族へ説明した内容と同意を得た事についてなどカルテに記載する。
- ④ 看護師は、医師の指示を受け、同意を得た方法で行動制限（身体拘束）を開始し、開始する状況・開始時間を記録する。
- ⑤ 期間又は同意を得ていない方法を変更する場合は、患者・家族に再度説明し、同意を得て記録する。

### 4) 行動制限（身体拘束）記録

- ① 行動制限（身体拘束）が、開始されたら毎日スタッフ 2 名以上で検討し、行動制限テンプレートに沿って評価・観察をする。異常時は SOAP で記録する。
- ② 1 週間に 1 回は、スタッフ 3 名以上でカンファレンスを行い、その内容を記録（行動制限テンプレート）に残す。
- ③ 行動制限はあくまで一時的として、実施時間や解除時間を記録に残す。
- ④ 身体拘束施行中は各勤務帯で損傷の有無を確認し、異常時は SOAP に残す。継続実施中は

各勤務帯で異常の有無をテンプレートに残す。

5) 行動制限（身体拘束）の解除

スタッフ2名以上で評価し、解除の記録をする。

6) 行動制限（身体拘束）実施患者数を各責任者は把握を行い、行動制限（身体拘束）患者数を病棟日誌へ記録する。

7) 2025年度より身体拘束最小化チーム介入依頼を開始し、病院内全体で件数と状況を把握するとともに、DST委員会内で適性を協議できるようにする。

参考資料

|                      |       |
|----------------------|-------|
| 厚生省告示 第129号「身体拘束の定義」 | 1999年 |
| 厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」   | 2004年 |

## VI. 身体拘束最小化チーム

### 【目的】

当院における身体拘束を最小化にする取り組みを強化するため、組織的に働きかけができる体制の整備を行うこと。3要件を満たしていない身体拘束を除外していくこと。

### 【施設基準】

(1) 当該保険医療機関において、患者又は他の患者などの生命または身体を保護するため緊急やむをえない場合を除き、身体拘束を行ってはならないこと。

(2) (1)の身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。

(3) 身体的拘束は、抑制帯など、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制すること。

(4) 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されていること。なお、必要に応じて、薬剤師など入院診療に携わる多職種が参加していることが望ましい。

### 【運営メンバー】

認知症サポートチームメンバーが兼務、および医療安全管理責任者

### 【運営方法】

1) IVの行動制限マニュアルに則り行動制限が実施されている場合、適切に実施されているか確認する。

2) 「身体拘束最小化チーム介入依頼」から身体拘束実態数を把握、職員に周知徹底する。

3) 身体拘束を最小化とするため行動制限をしないケアの工夫について指導を行う。

4) 定期的に最小化のための指針見直しを行う。

5) DSTラウンド時と並行しチームラウンドを行い、病棟スタッフも含めた多職種の視点から拘束解除に向けた検討を行う。

6) 2回/年に入院患者に係る職員を対象として「身体拘束最小化」に関する研修会を開催。

7) 定例会1回/月やチームラウンドでの検討内容及び結果について議事録を作成し保管する。

8) 身体拘束用具は院内で一元的に管理する。