

身体拘束最小化のための指針

医療法人社団 聖愛会 ぎおん牛田病院

1. 身体拘束に関する基本的な考え方

身体拘束は、患者の生活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ある。当院では、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、職員一人ひとりが拘束による身体的・精神的弊害を理解し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束をしない医療・看護の提供に努める。

2. 基本方針

1) 身体拘束の原則禁止

当院は、患者または他の患者等の生命または身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束の実施を禁止する。

2) 身体拘束の定義

抑制帯等、患者の身体又は衣類に触れる何らかの用具を使用したり、向精神薬等の過剰な投薬により、一時的に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。

3. 当院での身体拘束の基準

1) 身体拘束の具体的な行為

- 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字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける
- ⑦ 立ち上がる能力のある人に、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（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

（厚生労働省 身体拘束ゼロへの手引きより）

2) 身体拘束の対象とはしない具体的な行為

- ① 身体拘束に替わって患者の安全を守り、ADL 低下させないために使用するもの
 - ・ 離床センサー（クリップセンサー、フットセンサー、タッチセンサー、車椅子センサー）
 - ・ 赤外線センサー（人感センサー）
- ② 整形外科疾患の治療であるシーネ固定等
- ③ 身体拘束をせずに患者を転倒や離院のリスクから守る事故防止策としての離院センサーの使用
- ④ 検査、治療などの際にスタッフが常時そばで観察している場合の一時的な四肢および体幹の固定

⑤鎮静を目的とした薬物は別紙「薬物の適正使用基準」に基づき対応する。

4. 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の対応

1) 緊急・やむを得ない場合の3要件

身体拘束は行わないことが原則であるが、患者の生命または身体を保するための措置として、身体拘束による心身の損害よりも、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要件をすべて満たし、緊急やむを得ないと認められた場合にのみ、本人・家族への説明、同意を得たうえで行うことができる。また、身体拘束を行った場合は、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を記録しなければならない。

緊急・やむを得ない場合の3要件	
切迫性	患者本人または他の患者等の生命又は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えるケアの方法がないこと
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

上記3要件については医師・看護師を含む多職種で検討する。

- 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及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、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検査・手術・治療で抑制が必要な場合
- ⑤その他の自傷行為（自殺・離院・離棟の危険性など）

以上、いずれかの状態であり、かつ上記の3要件をすべて満たすもの

3) その他の日常ケアにおける基本方針

- ①患者の療養内容を把握し、患者主体の行動、尊厳ある生活に努める。
- ②言葉や対応等で患者の精神的な自由を妨げないように努める。
- ③患者・ご家族の想い・意向を他職種で情報共有し対応する。
- ④本人の安全確保を優先する場合には、安易な対応でないか、常に振り返りながら十分な検討を行う。
- ⑤拘束等を回避することで生じる可能性に対しても、事故の起きない環境整備と柔軟な応援態勢の確保に努める。

5. 身体拘束最小化のための組織体制

1) 身体拘束最小化チームの設置

(1) 設置

院内に身体拘束を最小化することを目的として、身体拘束最小化チーム（以下、「チーム」という）を設置する。

(2) 開催と役割

チームとしての会議は毎月第3金曜日に開催し、次のことを検討、協議する。

- ①身体拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること。
- ②認知症ケア委員会と連携をとり、身体拘束最小化を推進する。
- ③身体拘束最小化に係わる指針の見直しを行い職員に周知すること。
- ④日常的ケアをモニタリングし、患者の人権を尊重した適切なケアが実施されているか確認する。
- ⑤職員対象に身体拘束最小化に係わる研修を実施する。

(3) チームの構成員

専任医師（副院長・管理者）

専任看護職員【2階病棟2名、3・4階病棟2名】

専任薬剤師

をもって構成する。なお、チームは必要に応じ、入院医療に携わる職員を招集する。

6. 身体的拘束最小化のための職員教育に関する基本方針

当院では、すべての職員に対して、身体的拘束と人権を尊重したケアの励行を図るために職員教育を行う。

- ①全職員対象とした身体拘束に関する教育研修を定期開催する（年1回以上）
- ②新規採用者には、入職時に「虐待防止・身体拘束等防止研修」を実施する。
- ③その他、状況に応じ必要な教育・研修を実施する。
- ④研修に当たっては実施日・実施場所・方法・内容等を記載した記録を作成する。

7. この指針の閲覧について

当院の身体拘束最小化に関する指針は、求めに応じて患者様、家族様、職員等がいつでも自由に閲覧できるように院内掲示するとともに、当院のホームページにも公表する。

附則 この指針は令和7年2月1日より施行する。

別紙) 鎮静を目的とした薬物の適正使用

● 精神科領域における過剰医療の適正化のために

アメリカ精神医学会 (APA) は Choosing Wisely を通して、抗精神病薬 (統合失調症の治療薬) の適正使用について提言している。

抗精神病薬だけでなく、抗うつ薬や抗不安薬にも類似する内容と考察する。

1. 適切な初期評価、経過観察が行われていない患者に対して抗精神病薬を処方してはいけない

抗精神病薬とは、主に統合失調症の治療薬のことを指す。

対象患者に慎重な診察・診断がなされ、定期的に評価する中で、必要があると判断される場合には抗精神病薬の投与に問題はない。

しかし、「漫然と」「止めるのも何となく不安だから」といった理由のみで抗精神病薬の投与が継続されることは適切ではない。

抗精神病薬は、病気によって生じた精神症状を抑える働きがあるが、反面で代謝系・神経筋や心血管に負担をかける。抗精神病薬を投与している患者は、投与していない患者と比べ、心筋梗塞や糖尿病、高脂血症などが起こりやすいことが知られている。

抗精神病薬の必要がない患者に投与を継続することは、副作用のリスクを増加させるだけである。最悪の場合、その副作用によって心筋梗塞、脳梗塞、糖尿病などの別の病気が発症しまうこともあり、かえって有害となる。

2. 2種類あるいはそれ以上の抗精神病薬をルーチン的に投与してはいけない

2種類以上の抗精神病薬を服用している患者は少なくない。

外来患者の4~35%、入院患者の30~50%にも上るとも指摘されている。

しかし、抗精神病薬を多剤投与したからといって、確実に治癒することはない。

多剤投与の有効性は限定的であるというのが現在の有力な見解である。

一方で、多剤投与の問題は多く報告されている。

薬物が相互作用することで副作用が増加し、服薬量が多くなることで服薬忘れが多くなる。

そのため、多剤投与が必要な場合は、慎重に投与すべきである。

一時的に増やした薬剤をそのまま漫然と投与し続けるべきではなく、定期的に減薬を検討する必要がある。

3. 認知症の心理的・行動的的症状に対して、抗精神病薬を第一選択としてはいけない

抗精神病薬には鎮静作用があるため、認知症の周辺症状 (不穏・暴力等) に有効なことがある。効果も得やすいため、安易に使用しがちだが、抗精神病薬は鎮静がかかる一方で錐体外路症状が惹起され、ふらつきや転倒を引き起こすことがある。

意識レベルを低下させて食事のむせこみや誤嚥性肺炎を誘発することもある。

また、代謝や脳血管・心血管系に負担がかかり、糖尿病や脳梗塞・心筋梗塞等の発症リスクを増加させる危険性もある。

認知症に対し抗精神病薬を使用することもあるが、高齢者への抗精神病薬の投与は、有益性よりも危険性が上回る事も多く、安易に投与していいものではない。

4.成人の不眠症に対して、治療の第一選択として抗精神病薬の処方を継続してはいけない

不眠症に対して抗精神病薬が使用されることがある。

例えば、オランザピン（商品名ジプレキサ）やクエチアピン（商品名セロクエル）などは鎮静させる力が強く、また深部睡眠を増加する作用も報告されているため、しばしば不眠症の治療に併用される。

しかし抗精神病薬は不眠症の治療薬ではなく、最初から不眠症の治療目的で投与するものではない。そのメリットとデメリットを的確に見極め、必要な時にのみ使用すべきである。

5.適応のない児童の精神障害の感情的・行動的症状に対して、抗精神病薬をルーチンの処方してはいけない

児童や青年の精神障害に対して、抗精神病薬が使われることがある。特に破壊的・衝動的な症状に対しては有効性が認められており、様々な疾患で使用されている。

しかし、慎重な評価・診断のもとで処方されるべきであり、処方後も副作用や合併症が生じていないか注意深く観察を続けなければならない。児童や青年に対しての抗精神病薬の投与は、極力最小限にすべきであり、出来る限り薬物以外の方法で治療を行うことが望まれる。

また未成年の場合は患者本人に薬剤の説明を行っても十分理解できていないことが多い。未成年患者に対しては、保護者とも薬剤の効果と副作用について必ず説明しなければならない。