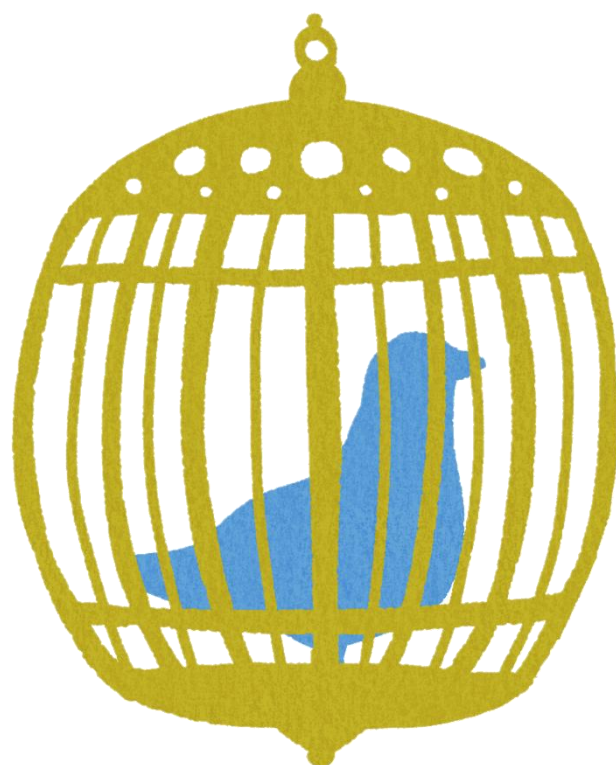


# 身体拘束最小化のための指針



公立置賜長井病院

## 1. 身体拘束最小化に関する基本的な考え方

身体拘束は患者の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。公立置賜長井病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身体的・精神的弊害を理解し、拘束廃止に向けた意識を持ち、身体拘束をしない支援の実施に努める。

### (1) 身体拘束及びその他の行動を制限する行為の原則禁止

生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、原則として身体拘束及びその他の行動を制限する行為（以下「身体拘束」という。）を禁止とする。

- ① 身体拘束は廃止すべきものである
- ② 身体拘束廃止に向けて常に努力する
- ③ 安易に「やむを得ない」で身体拘束を行わない
- ④ 身体拘束を許容する考え方はしない
- ⑤ 全員の強い意志でケアの本質を考える
- ⑥ 身体拘束を行わない創意工夫を忘れない
- ⑦ 患者の人権を最優先にする
- ⑧ 医療及び福祉サービス提供に誇りと自信を持つ
- ⑨ 身体拘束廃止に向けてあらゆる手段を講じる
- ⑩ やむを得ない場合、患者、家族に丁寧に説明し身体拘束を行う
- ⑪ 身体拘束を行った場合、廃止する努力を忘れず、常に身体拘束ゼロを目指す

### (2) 身体拘束を行う基準

やむを得ず身体拘束を行う場合には、以下の3要件を全て満たす必要があり、その場合であっても、身体拘束を行う判断は組織的かつ慎重に行う。

緊急・やむを得ない場合の3要件	
切迫性	患者本人又は他の患者等の生命、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	身体拘束を行う以外に代替する方法がないこと。
一時性	身体拘束が一時的であること。

### (3) 身体拘束について

- ア 身体的拘束は、抑制帯等、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行動の制限を行うこと。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 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。
  - (イ) 実施の必要性等のアセスメント
  - (ロ) 患者家族への説明と同意
  - (ハ) 身体的拘束の具体的な行為や実施時間等の記録
  - (ニ) 二次的な身体障害の予防
  - (ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討

認知症ケア加算で定義されている身体拘束とは、

「抑制帯など患者の身体または衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に該当患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限」であり、車イスやイス、ベッドに体幹や四肢をひもで縛ることなどはすべて該当する。

ただし、移動時などに、安全確保のために短時間固定ベルトなどを使用している間、常に職員が介助などのため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、身体的拘束としての点数減算は適用しなくて構わない。

離床センサーなどで、身体に触れていないタイプのもは、認知症ケア加算の身体拘束には含まれない。しかし、患者の行動を抑制したり、患者の心理的なストレスになる場合もあるため、本人や家族の理解が必要である。離床センサーでクリップタイプのもは、衣服に装着するので、認知症ケア加算でいう身体拘束に含まれる。

参考文献：鈴木みずえ「身体疾患を有する認知症の患者のケアの手引き」2017年2月

以上から、当院での認知症ケア加算において減算される行為を、体幹ベルト、ミトン、リムホルダー（上肢・下肢の拘束）、クリップセンサー、介護寝巻、車椅子キーパー（拘束を目的として使用した場合）としている。

## 2. 身体拘束を行わないためのケア・認識

### (1) 身体拘束最小化に向けた基本的ケア

身体拘束を行う必要性を生じさせないため、日常ケアにおいて以下のことに取り組む。

- ① 起きる  
座り重力がかかることにより人は覚醒する。目が開き、耳が聞こえ、周囲で起こっていることがわかるようになる。起きることを助けることが人間らしい第一歩である。
- ② 食べる  
食べることは楽しみや生きがいであり、点滴や経管栄養なども不要となる。食べることはケアの基本である。
- ③ 排泄する  
トイレで排泄することを基本と考える。オムツであれば排泄物が付いたままになっているとオムツいじりにつながる。随時交換が重要である。
- ④ 清潔にする  
皮膚が不潔なことがかゆみの原因となり、声出しや不眠につながることもある。
- ⑤ 活動する（アクティビティ）  
その人にあった刺激を提供することが重要であり、その人らしさにつながっていく。

### (2) 身体拘束最小化のために必要な職員の共有認識

身体拘束を行わない医療サービスを提供していくためには、サービス提供に関わる職員全体で以下の点について、十分話し合い共有認識を持ち、拘束を無くしていくことが必要である。

- ① マンパワー不足を理由に、安易に身体拘束を行っていないか。
- ② 事故発生時の法的責任問題回避のために、安易に身体拘束等を行っていないか。
- ③ 認知症であるということで、安易に身体拘束等をしていないか。
- ④ 転倒しやすく、転倒すれば大怪我をす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。
- ⑤ サービス提供の中で、本当に緊急やむを得ない場合のみ身体拘束を必要と判断しているか。他の方法はないのか。



### 3. 緊急やむを得ず身体拘束を行わざるを得ない場合の対応

患者本人又は他の患者の生命又は身体を保護するための措置として緊急やむを得ず身体拘束を行わなければならない場合は、以下の手順に従って実施し、解除に向けた取り組みも行う。

#### (1) 身体拘束実施・解除アセスメントシートによる必要性の検討

##### ① 3要件の検討、確認

緊急やむを得ない状況になった場合、医師、看護師を含めた関係多職種にて、拘束による患者の心身の損害や拘束をしない場合のリスクについて検討し、身体拘束を行う選択する前に、「切迫性」「非代替性」「一時性」の3要件全てを満たしているかについて確認する。

##### 【身体拘束の適応（原則）】

- ・ 治療に必要なチューブ、点滴、カテーテル、ドレーン類などが抜ける恐れや、損傷の危険性が高い場合
- ・ 転倒・転落などの危険がある場合
- ・ 治療に必要な体位の保持や安静が保てない場合
- ・ 認知力の低下などで、他人に危害が及ぶ恐れがある場合
- ・ 自傷行為や異食行為などが激しい場合
- ・ 精神運動興奮などによる多動、不穏がある場合

##### ② 具体的方法の検討

要件を検討・確認した上で、身体拘束を行うことを選択した場合は、拘束の方法、場所、時間帯、期間等について検討し、本人・家族に対する同意書を作成する。

#### (2) 患者本人や家族に対しての説明

身体拘束の内容・目的・理由・拘束時間又は時間帯・期間・場所・解除に向けた取り組み方法を詳細に説明し、十分な理解が得られるように努める。身体拘束等の同意期限を超え、なお拘束を必要とする場合については、事前に患者本人・家族等と行っている内容と方向性、患者の状態などを説明し、同意を得たうえで実施する。

#### (3) 身体拘束に伴い想定されるリスクと観察項目

- ・ 身体症状：血行障害（チアノーゼ、発赤、冷感、浮腫）、神経障害（しびれ）  
廃用症候群：関節機能障害、呼吸障害、括約筋障害皮膚障害：圧迫創、擦過傷、褥瘡
- ・ 精神的苦痛
- ・ 運動の阻害（良肢位の保持）
- ・ 創傷部位の保護、各種ラインの固定は十分か

- ・ 安楽な呼吸か
- ・ 同一体位による苦痛はないか
- ・ 口渴・尿意などの生理的欲求はないか
- ・ 保温・安楽は保たれているか

#### (4) 身体拘束に伴うリスクについての防止対策

- ・ やむを得ず拘束を行う場合は、本人と家族に拘束の理由、目的、方法、時間、期間等の詳細をわかりやすく説明し、十分な理解を得るように努め、本人と家族の同意を得て、同意書にサインを頂く。
- ・ 抑制帯の使用は最小限とする。
- ・ 抑制帯の使用方法は適切に行う。
- ・ 抑制帯使用時は、身体拘束に伴い想定されるリスクの観察を行い（原則2時間ごとであるが、状況に応じてさらに頻回に行い）記録する。
- ・ 廃用症候群防止のために、適宜リハビリや体を起こすなどの対策を実施する。
- ・ 不安や苦痛の訴えを傾聴する。

#### (5) 記録とカンファレンスにおいて再検討

法律上、身体拘束に関する記録は義務付けられており、患者の状態、心身の状況・やむを得なかった理由などを記録する。身体拘束解除に向けてカンファレンスを行い、身体拘束等の必要性や方法を検討する。

##### 【身体拘束解除に向けた方法】

- ① 身体拘束でも、毎日、必要性をアセスメントする。
- ② 身体拘束の継続性をアセスメントした経過をカルテに記録する。
- ③ 身体拘束開始後、最低週1回カンファレンスで行動制限回避、軽減、解除を検討する。
- ④ 必要がなくなり次第迅速に解除し、それに伴う危険性の有無を評価する。

#### (6) 身体拘束の解除

再検討の結果、身体拘束を継続する必要性がなくなった場合は、速やかに身体拘束を解除する。その場合には、本人・家族へ報告する。

#### (7) 身体拘束に伴うアクシデント発生時の対応

- ① 患者に重篤な状態が発生した場合は、医師に報告し救急蘇生を行う
- ② 医師の指示で関連する診療科の受診を行い、必要な検査、処置を行う。
- ③ アクシデントの説明を患者・家族に行い、不安の軽減に努める。
- ④ 「医療事故発生時の対応」を遵守する。

## 4. 鎮静を目的とした薬物の適正使用基準

### (1) せん妄に対する薬物療法

身体拘束最小化を図るうえでは、常にせん妄の予防、早期発見と早期治療を心掛けておく必要がある。まず、せん妄は予防が重要であるため、誘発因子（環境的要因：入院、騒音など、身体的要因：疼痛、脱水、低栄養など、感覚的要因：視力や聴力の低下など、精神的要因：心理的ストレス、不安など、睡眠関連要因；昼夜リズムの乱れなど）の除去を常に心がける。

予防としては、ラメルテオン（ロゼレム®）スボレキサント（ベルソムラ®）、レンボレキサント（デエビゴ®）を入院時より内服させることでせん妄発症率が低下したとの報告がなされており、使用を考慮してもよい。また、誘発因子の除去は出現したせん妄の治療にも有効である。また、直接因子（脳卒中、電解質異常、感染症、薬物服用、離脱など）が治療可能な場合にはこれを行う。

これらの治療を行ってもせん妄が改善しない場合には、非定型抗精神病薬による治療を考慮する。使用する薬剤としては、クエチアピン（セロクエル®）、ペロスピロン（ルーラン®）、リスペリドン（リスパダール®）、オランザピン（ジプレキサ®）が推奨される。対象は高齢者であり、半減期が短い薬剤が適当であるとの観点からは前者2者がより推奨される。後者2者はそれぞれ液剤、口腔内崩壊錠があることが利点である。経口内服が困難な場合はハロペリドール（セレネース®）の注射製剤を用いる。

★上記はすべて適応外使用となるため、使用する際には本人・家族に十分に説明し、有害事象に配慮することが必要である。

せん妄の薬物療法について（使用例）

薬品名	半減期	特徴	初期量	最大量
ラメルテオン (ロゼレム®)	1 時間	副作用が少ない	8mg/分 1 (就寝前)	
レンボレキサント (デエビゴ®)	6 時間	副作用が少ない	5 mg	10 mg
スボレキサント (ベルソムラ®)	10~12 時間	副作用が少ない	15 mg	15 mg
リスペリドン (リスパダール®)	4 時間、主 代謝物は 21 時間	主代謝物が長く 効く 液剤がある	0.5mg~1mg	2mg
ペロスピロン (ルーラン®)	2.3 時間	妄想に有効 半減期が短い	2mg/分 1	8 m g /分 2

クエチアピン (セロクエル®)	3.5 時間	糖尿病禁忌 半減期が短い パーキンソニズムが少ない	12.5m~25mg /分 1 (夕食後 ないしは就寝 前)	50mg/分 2
オランザピン (ジプレキサ®)	28 時間	糖尿病禁忌 鎮静作用が強い 口腔内崩壊錠がある	5mg	10mg
ハロペリドール (セレネース®)	1-2 日	強力に妄想を抑える	5mg+生理食塩液 100mL を ゆっくりと点滴静注	

また、せん妄や認知機能低下の原因となる可能性のある薬剤を以下に挙げる。複数剤使用により、せん妄を誘発するリスクが高く、中止も検討すべきである。

症状	一般名	製品名	分類
胃部不快感	ファモチジン・ラニチジン	ファモチジン	H2 受容体阻害薬
腹痛	ブチルスコポラミン	ブスコパン®	副交感神経遮断薬
掻痒	d-クロルフェニラミン	ポララミン®	抗ヒスタミン薬
筋肉痛	チザニジン	チザニジン	筋弛緩薬
風症状	合剤	PL 顆粒®	総合感冒薬

オピオイド、副腎皮質ホルモン、ベンゾジアゼピン系薬物の使用も危険因子として重要であり、減量・中止も検討すべきである。

## (2) 認知症周辺症状 (BPSD) に対する薬物療法

BPSD は多岐にわたるが、原則として症状が生じた理由や原因を考え、それが生じた理由や原因を考え、それを解決するように心がけることが重要である。そのうえで薬物療法が必要な場合、アルツハイマー型認知症に伴う興奮・不穏に対してはレキササルティ (ブレクスピプラゾール) の使用を検討する。焦燥性の興奮に対しては、リスペリドン、アリピプラゾール (それぞれ適応外使用) などの非定型抗精神病薬、及び抑肝散の有効性が示されており、検討してもよいと思われる。

### 【アルツハイマー型認知症に伴う興奮・不穏】

悪態をつく、言葉による攻撃、たたく (自分をたたく場合も含む)、何度も同じ行為を繰り返す、全般的な落ち着きのなさ、不満を訴える、拒絶する、唾を吐く、蹴る、人や物につかみかかる、押す、物を投げる、叫ぶ、噛む、ひっかく、物を壊す、徘徊する、不適切な着衣・脱衣 など

また、脳梗塞後遺症に伴う攻撃的行為、精神興奮に対しては保険適用も有するチアプリドの使用を考慮してもよいと思われる。

薬品名	特徴	初期量	最大量
ブレクスピプラゾール (レキサルティ®)	副作用が少ない	0.5mg	2 m g
リスペリドン (リスパダール®)	主代謝物が長く効く 液剤がある	0.5mg～ 1mg	2 m g
アリピプラゾール (エビリファイ®)	パーキンソニズムが出にくい	3mg/分 1	6mg/分 1
抑肝散	副作用が少ない (低 K 血症に注意)	7.5g/分 3 毎食前・適宜増減	
チアプリド (グラマリール®)	脳梗塞後遺症に適応がある	25mg/分 1 ～ 50mg/分 2	75mg/分 3

また、抗認知症薬自体の効果や副作用を把握し、必要時増量や減量・中止が有効である場合もある。容量や副作用を把握し、薬物選択・中止などの参考にする。

薬剤名	容量	特徴・副作用
ドネペジル (アリセプト®)	3mg/分 1・朝から開始 最大 10mg/分 1 まで増量可	・分 1 で可である点が利点 ・嘔気など消化器副作用
ガランタミン (レミニール®)	8mg/分 2・朝・夕から開始 最大 24mg/分 2 まで増量可	・脳血管病変の例に適する ・嘔気など消化器副作用
リバスチグミン (イクセロンパッチ®)	4.5mg～9mg/1 日 1 枚から 開始 18mg まで増量可	・貼付剤である利点がある ・皮膚障害に注意
メマンチン (メマリー®)	5mg/分 1 から開始 最大 20mg/日まで増量可	・鎮静の作用も期待できる ・腎機能障害に注意

### (3) 薬剤の副作用

過鎮静のような薬剤本来の作用の増強の他、抗コリン作用（認知機能低下、便秘、尿閉など）、精神症状（幻覚妄想など）、錐体外路症状（動作が緩徐になる、すくみ足、不随意運動など）、自律神経症状（頻脈、発汗、下痢など）が出現します。使用中の薬剤でどのような副作用がみられるか熟知する必要がある。

## 5. 身体拘束最小化のための職員教育、研修

支援に関わる全ての職員に対して、身体拘束最小化と人権を尊重したケアの励行を図り、職員研修を行う。

- ① 年間研修計画に基づく定期的な教育・研修（年1回以上開催）の実施
- ② その他必要な教育・研修の実施。
- ③ 上記教育・研修の実施内容については記録を残す。

### 附 則

この指針は、令和7年4月1日より施行する。  
令和8年3月16日 改定