

身体拘束最小化のための指針

令和7年 3月

医療法人 総心会 長岡京病院

はじめに

身体拘束とは、「本人の行動の自由を制限すること」である。身体拘束は、本人の行動を、当人以外の者が制限することであり、当然してはならないことである。緊急やむを得ない場合であっても、当人以外の者が、本人に対して、非常に強い権限を行使する重みを理解し、本人の尊厳を守るために、適正な手続きを極めて慎重に行う必要がある。

(令和 3 年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業「介護現場における適切なシーティングの実施に係る事例 及び研修に関する調査研究事業(高齢者の適切なケアとシーティングに関する手引き(追補版))」より一部改変)

「身体的拘束等」とは、介護保険法に基づいた運営基準上、「身体的拘束その他入所者(利用者)の行動を制限する行為」であり、入所者(利用者)の「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」行ってはならず、原則として禁止されている。

介護保険法に基づいた運営基準上の「身体的拘束等」と「身体拘束」を同義として用いている。なお、「緊急やむを得ない場合」の適正な手続きを経ていない身体的拘束等は、原則として高齢者虐待に該当する行為とされており、本人の居住地自治体に相談・通報が必要である(厚生労働省「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」より一部改変)。

身体拘束はなぜ問題なのか

身体拘束廃止・防止を実現していく第一歩は、ケアにあたる職員のみならず施設・事業所の管理者を含めた組織全体および保険者等の関係機関が、身体拘束は高齢者の尊厳を害し、その自立を阻害する等の多くの弊害をもたらすことを認識し、常に意識することが重要。

それには、身体拘束による「悪循環」を認識する必要がある。認知症があり体力も低下している高齢者を拘束すれば、ますます体力は衰え、認知症が進む。その結果、せん妄や転倒等の二次的・三次的な障害が生じ、その対応のために更に拘束を必要とする状況が生み出されるのである。最初は「一時的」として始めた身体拘束が、時間の経過とともに、「常時」の拘束となってしまう、そして、場合によっては身体機能の低下とともに高齢者の死期を早める結果にもつながりかねない。身体拘束の廃止は、この「悪循環」を、高齢者の自立促進を図る「よい循環」に変えることを意味しているのである。

1. 身体拘束の最小化に関する基本的な考え方

身体拘束の最小化に関する基本的な考え方 身体拘束は患者の自由を制限するのみならず、患者の QOL を根本から損なうものです。また、身体拘束により、身体的・精神的・社会的な弊害を伴います。当院では患者の尊厳と主体性を尊重し、拘束を容易に正当化することなく、職員 1 人ひとりが拘束による弊害を理解し、拘束廃止に向けた強い意志をもち、身体拘束をしない医療・看護の提供に努めます。

2. 基本方針

(1) 身体拘束の原則禁止

当院では医療の提供にあたって、身体拘束を原則禁止としています。

(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の使用や、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

- ①一人歩きしないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢を紐等で縛る。
- ②転落しないように、ベッドに体幹や四肢を紐等で縛る。
- ③自分で降りられないように、ベッドを綱(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、四肢を紐等で縛る。
- 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装等をつける。
- 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字型拘束帯や腰ベルト、車イステーブルを付ける。
- 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、ベッド等に体幹や四肢を紐等で縛る。
- 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自分の意思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）
 - ・赤外線センサー、徘徊センサー、センサー付きベッド
- ②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

4. 向精神薬の使用について当院のルール

当院では神経内科医の指導などを適切に使用されるよう神経内科医や認知症ケアチームの医師から各主治医へ伝達している。薬は、過剰な投薬を前提としていないため身体拘束には該当しないが、使用する際は医師・看護師、必要があれば薬剤師等と協議したうえで使用する。また、向精神薬の使用にあたっては、必ず非薬物的対応を前提とし、精神症状が軽減し安心して治療が受けられるために、適切な薬剤を最小限使用する。

5. 身体拘束による弊害

（身体的影響）

- ・外傷：抑制帯を外そうとして、皮膚の紫斑や裂傷などを起こす場合がある
- ・筋力の低下：廃用症候群のため筋力低下が起こる
- ・心身機能の低下・循環不全：行動制限することで著しく廃用症候群が進行する
- ・深部静脈血栓・肺血栓：血液がうっ滞し、凝縮しやすくなり血栓ができやすくなる
- ・褥瘡・MDRPU：高齢者の場合、皮膚が脆弱なため皮膚トラブルを起こしやすい
- ・せん妄や混乱を引き起こす ・食欲の低下や便秘など

（心理的影響）

- ・尊厳の侵害：自由に行動できる権利（自律尊重原則）が侵害される
- ・長時間の身体拘束は不安や苦痛などを増強させる
- ・周囲の人を敵と感じたり、人体実験をされているような恐怖感を覚える
- ・医療者との信頼関係を崩壊させる
- ・あきらめ、無力感、生きる意欲の低下

（認知症への影響）

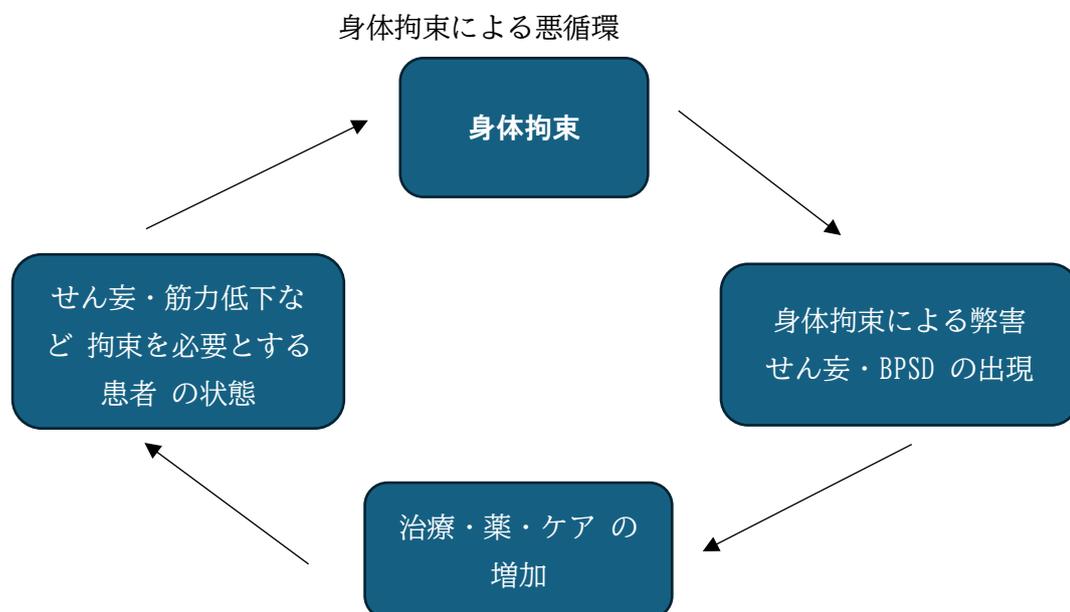
- ・混乱や興奮の増大による認知機能低下
- ・うつ・無力感の増大による認知機能低下

（医療者に及ぼす影響）

- ・患者の尊厳を保てないことによるジレンマ・身体拘束を解除してほしいという患者の気持ちや苦痛に対する心理的苦痛
- ・拘束することによってますます拘束せざるを得ない状況を作り出してしまう

拘束が拘束を生む悪循環

身体拘束による「悪循環」を認識する必要がある。認知症があり体力も低下している高齢者を拘束すれば、ますます 体力は衰え、認知症が進む。その結果、せん妄や転倒等の二次的・三次的な障害が生じ、その対応のために更に拘束を必要とする状況が生み出されるのである。最初は「一時的」として始めた身体拘束が、時間の経過とともに、「常時」の拘束となってしまう、そして、場合によっては身体機能の低下とともに高齢者の死期を早める結果にもつながりかねない。身体拘束の廃止は、この「悪循環」を、高齢者の自立促進を図る「よい循環」に変えることを意味しているのである。



6. 緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合

身体拘束は、本人の行動を、当人以外の者が制限することであり、当然してはならないことである。運営基準上、「当該入院患者(利用者)又は他の入院患者(利用者)等の生命又は身体を保護するため 緊急やむを得ない場合」の適正な手続きを経た身体的拘束等は認められている。この適正な手続きは、あくまでも「本人の尊厳を守るため」に行うものです。適正な手続きとは、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件を満たすかどうかを組織等で話し合い、かつ、それらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこと。

「緊急やむを得ない場合」の対応とは、これまでにおいて述べたケアの工夫のみでは十分に対処できないような、「一時的に発生する緊急事態」のみに限定される。

当然のことながら、安易に「緊急やむを得ない」ものとして身体拘束を行うことのないよ

う、次の要件・手続に沿って慎重な判断を行うことが求められる。

(1) 緊急やむを得ず身体拘束を行う要件 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の措置として、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、次の要件をすべて満たした場合に限り、必要 最小限の身体拘束を行うことができる。

◎切迫性：患者本人または他の患者等の生命または身体が危険にさらされる可能性があり緊急性が著しく高いこと。

「切迫性」の判断を行う場合には、身体拘束を行うことにより本人の日常生活等に与える悪影響を勘案し、それでもなお身体拘束を行うことが必要となる程度まで本人等の生命または身体が危険にさらされる可能性が高いことを、確認する必要がある。

◎非代替性：身体拘束を行う以外に代替する治療・看護方法がないこと。

➤ 例えば、点滴を自分で抜いてしまう方に対して、点滴が視界に入らないように位置を工夫する、かゆみを減らすためにガーゼの種類を工夫する、といった方法が考えられる。

➤ 認知症の行動・心理症状がある場合も、そこには何らかの原因があるため、身体拘束を行わずに介護する すべての方法の可能性を検討することが重要である。・また、拘束の方法自体も、本人の状態像等に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならない。・身体拘束を行わない方法について事前に研修等で検討や、外部の有識者等からの助言を得たりすることも有用である。代替方法を考えるスキルを事業所全体で高めあうことが重要となる。・介護に関する専門的知識を有していないことが多い家族が介護を担うことが多い在宅においては、専門職であれば可能な代替方法であっても家族には実施できない場合があることに留意したうえで、家族でも可能な代替方法について提案または助言することが重要となる。また、家族による介護の限界にも留意し、状況に応じて、介護サービスの追加または変更について提案または助言することも必要である。

◎一時性：身体拘束が必要最小限の期間であること。

「一時性」の判断を行う場合には、本人の状態像等に応じて必要とされる最も短い拘束時間を想定する 必要がある。

(2) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の説明と同意 上記 3 要件については医師・看護師を含む多職種で検討し、医師の指示のもと、患者・家族等への説明と同意を得て行うことを原則とする。

(3) 身体拘束を実施する場合は、当院の「身体抑制ガイドライン」に準じて行う。

本人の尊厳を守るために、切迫性、非代替性、一時性をすべて満たす状態であることを、本人・家族、本人に関わっている関係者・関係機関全員で検討、確認し、記録しておくことが求められる。

(4) 緊急やむを得ない場合に求められる手続き

手続きの面でも慎重な取り扱いが求められる。本人・家族、本人にかかわる関係者・関係機関全員での検討が必要である。

- 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断は、担当個人(または数名)では行わず、部署全体としての判断が行われるように、あらかじめルールや手続きを定めておく。
- 「緊急やむを得ない場合」の要件に該当しなくなった場合の解除についても組織として取り決めをしておくことが重要である。
- 特に、施設内の「身体的拘束最小限チーム」といった組織において事前に手続き等を定め、具体的な事例についても関係者が幅広く参加したカンファレンスで判断する体制を整える。

(5) 本人や家族に対する詳細な説明

- 本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう努める。
- その際には、施設長や医師、その他現場の責任者から説明を行う等、説明手続きや説明者について事前に明文化しておく。
- 仮に、事前に身体拘束について施設としての考え方を本人や家族に説明し、理解を得ている場合であっても、実際に身体拘束を行う時点で、必ず個別に説明を行う。

7. 三つの要件の再検討および該当しなくなった場合の解除

- 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合について、「緊急やむを得ない場合」の三つの要件に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除することが重要である。
- 身体拘束を実施している時間帯において、本人の様子を定期的・継続的に観察する。
- 実際に身体拘束を一時的に解除して、本人の状態を観察し、身体拘束の継続が本当に必要なのか、慎重に検討する。
- 一時的に身体拘束を解除して要件に該当しなくなった場合の解除の要件について、事前に本人・家族、本人に関わっている関係者・関係機関全員で、事前に話し合っておくことが有用となる。

8. 緊急やむを得ない場合に記録すべき内容

身体拘束に関する記録が義務づけられている

緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、その態様および時間、その際の本人の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しなければならない。

記録はアセスメントからはじまる。まずはアセスメントを行った内容を記録したうえで、日々の心身の状態等の観察、拘束の必要性や方法にかかわる再検討を行うごとに逐次その記録を加えるとともに、それについて情報を開示し、職員間、施設全体、家族等関係者の間で直近の情報を共有する。身体拘束に関する説明書・経過観察記録は、施設・事業所において保存する。記録は、行政担当部局の運営指導や監査が行われる際に提示できるようにしておく必要がある。また、身体的拘束等の適正化のための指針を整備することが求められているサービス種別においては、指針も記録の一つである。また、家族への説明の確認は、同意ではないことに留意する。家族の同意は、身体拘束を認める根拠にはならない。

・身体拘束最小化のための体制 院内に身体拘束最小化に係る身体拘束最小化チーム（以下「チーム」）を設置する。（１）チームの構成 チームは医師、看護師、薬剤師、作業療法士、MSW、公認心理師 管理栄養士、医療安全専門員、事務員をもって構成する。（２）チームの役割 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する。②身体拘束の最小化に向けたケア計画の立案及び指導を行う。

8. 身体拘束最小化のための活動 身体拘束最小化チーム

（１）身体拘束ラウンド チームメンバー、病棟看護師長、病棟看護師が、拘束患者のベッドサイドをラウンドしながら、多職種の視点から拘束解除に向けた検討を行う。

（２）身体拘束最小化のための研修

①定期的な教育研修（年１回）の実施

②必要な教育・研修の実施および実施内容の記録

（３）身体拘束の実施状況の報告

月１回の委員会において拘束率などを報告する。

（４）身体的拘束最小限チームの議事録

身体的拘束採最小化チームの議事録についても作成・保存する必要がある。議事録には、主に下記の内容を記載する。・開催日時、参加者、議題、議事概要等・（身体拘束を行っている入居者がいる場合）その人数や三つの要件の確認とその判断理由、解除の是非等

・（身体拘束を開始する検討が必要な入居者がいる場合）切迫性の確認とその判断理由、非代替性の確認とその判断理由（代替案の列举）、一時性の確認とその判断理由等

・（緊急やむを得ず身体拘束が必要であるという判断をした場合）本人、家族、関係者、関係機関との意見 調整の進め方、身体拘束開始日・解除予定日等

認知症ケア委員会（身体拘束最小化チーム）

- (1) 身体拘束体験 医師・看護師などがシナリオに沿って身体拘束を実施することで、拘束による弊害を体験し拘束をしない看護の必要性を体験する。
- (2) 倫理カンファレンス 倫理的視点にたち身体拘束の実施や解除について多職種で検討する倫理カンファレンスを定期的を開催する。

9. 身体拘束をしないための考え方

身体拘束を必要としないためには、身体拘束を行わざるを得なくなる要因を特定し、その要因を改善することが求められる。こうした取り組みによって、施設・事業所等のケアの質の向上や生活環境の改善が図られていくことが期待される。

- (1) 身体拘束を必要とする要因を探り、その要因を改善する

身体拘束をやむを得ず行う理由として、次のような状況を防止するために「必要」といわれることがある。

- 一人歩きや興奮状態での周囲への迷惑行為
- 転倒のおそれのある不安定な歩行や、胃ろう・経鼻経管栄養・点滴等のチューブ類の抜去等の危険な行動
- かきむしりや体をたたき続ける等の自傷行為
- 姿勢が崩れ、体位保持が困難であること

これらの状況には必ずその人なりの理由等の要因があり、職員のかかわり方や環境に課題があることも少なくない。したがって、その人なりの理由等の要因を徹底的に探り除去あるいは改善する工夫が必要であり、そうすれば身体拘束を行う必要もなくなる。身体拘束を行う前に、工夫できることはたくさんある。本人がどのような生活をしたいか、本人とともに考えていく必要がある。

こうした基本的事項について、一人一人の状態に合わせた適切なケアを行うことが重要である。また、これらのケアを行う場合には、一人一人を見守り、接し、触れ合う機会を増やし、伝えたくてもうまく伝えられない気持ちやサインを受け止め、不安や不快、孤独を少しでも緩和していくことが求められる。また、生活リズムを整えることに加えて、健康状態を整えることも重要である。医療専門職と連携しながらアセスメントを行い、本人に応じた最適なケアを行う。

- (3) 身体拘束廃止・防止をきっかけに「より良いケア」の実現を

このように身体拘束の廃止・防止を実現していく取り組みは、施設・事業所におけるケアの質の向上や生活環境の改善のきっかけとなりうる。「身体拘束廃止・防止」を最終ゴールとせず、身体拘束を廃止していく過程で提起されたさまざまな課題を真摯に受け止め、よりよいケアの実現に取り組む。

「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」)
一部改変

10. 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医療安全マニュアルに綴り、職員が閲覧可能とする。

この指針は令和7年4月1日より施行する。

制定：令和7年3月1日