

身体的拘束最小化のための指針

東京国際大塚病院

目次

I. 身体拘束の最小化に関する基本的な考え方.....	- 1 -
II. 基本方針	- 1 -
1・身体拘束の原則禁止	- 1 -
2・緊急やむを得ず身体拘束を行う場合.....	- 1 -
3・身体拘束禁止に取り組む姿勢.....	- 2 -
III. 身体拘束最小化のための体制.....	- 2 -
IV. 身体拘束最小化のための研修.....	- 3 -
V. 身体拘束を行う場合の対応.....	- 3 -
VI. 多職種による安全な身体拘束の実施および解除に向けた活動	- 3 -
●身体拘束時の鎮静について薬剤使用時の指針.....	-5-

I. 身体拘束の最小化に関する基本的な考え方

身体拘束は患者の権利である自由を制限するのみならず、身体的・精神的に弊害を伴う。したがって、身体拘束を行わないことが原則である。当院では、患者の人間としての本来の姿を重視しながらチームでディスカッションし、合意形成した方向性に基づいて医療安全対策を行うことで、緊急やむを得ない場合を除いて身体拘束をしない診療・看護の提供に努める。

II. 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。この指針でいう身体拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、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いう。

2. 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合

(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 3 要件をすべて満たした場合に限り、必要最低限の身体拘束を行う。

- ・切迫性：患者本人または他の患者の生命または身体が危険にさらされてい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切迫性を除く方法がないこと
- ・一時性：身体拘束が必要最低限の期間であること

(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、医師が指示し、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。

<身体拘束禁止の対象となる具体的な行為>

- 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 字型抑制帯や腰ベルト、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「身体拘束ゼロ作戦推進会議」2001)

3・身体拘束禁止に取り組む姿勢

- (1) 患者等が問題行動に至った経緯をアセスメントし、問題行動の背景を理解する。
- (2) 身体拘束をすぐに行う必要があるかを複数名で評価し、身体拘束をしなくてもよい対応を検討する。
- (3) 多職種によるカンファレンスを実施し、身体拘束の必要性や患者に適した用具であるか等々を評価する。
- (4) 身体拘束は一時的に行うものであり、期間を定め、アセスメントを行い、身体拘束解除に向けて取り組む。
- (5) 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む。
 - ① 患者主体の行動、尊厳を尊重する。
 - ② 言葉や対応などで、患者等の精神的な自由を妨げない。
 - ③ 患者の思いをくみとり、患者の意向に沿った医療・ケアを提供し、多職種協働で患者に応じた丁寧な対応に努める。
 - ④ 身体拘束を誘発する原因の特定と除去に努める。
 - ⑤ 薬物療法、非薬物療法による認知症ケアやせん妄予防により、患者の危険行動を予防する。
- (6) 身体拘束には該当しない患者の身体又は衣服に触れない用具であっても、患者の自由な行動を制限することを意図とした使用は最小限とする。
- (7) 薬剤による行動の制限は身体拘束には該当しないが、患者・家族等に説明を行い、同意を得て使用する。
 - ① 生命維持装置装着中や検査時等、薬剤による鎮静を行う場合は鎮静薬の必要性と効果を評価し、必要な深度を超えないよう、適正量の薬剤使用とする。
 - ② 行動を落ち着かせるために向精神薬等を使用する場合は、薬剤師と共同で、患者に不利益が生じない量を使用する。

Ⅲ. 身体拘束最小化のための体制

身体拘束最小化対策に係る身体拘束最小化チーム（以下、「チーム」という。）を設置する。

(1) チームの構成

チームは医師、看護師、薬剤師、MSW、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徹底する。
- ② 身体拘束実施事例の最小化に向けた医療・ケアを検討する。
- ③ 定期的に本指針を見直し、職員へ周知して活用する。
(※当該指針には鎮静を目的とした薬物の適正使用や身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。)
- ④ 身体拘束最小化のための職員研修を開催し、実施、記録をする。

IV. 身体拘束最小化のための研修

医療・ケアに携わる職員に対して、身体的拘束最小化のための研修を実施する。

- (1) 定期的な教育研修（年 1 回）実施
- (2) その他、必要な教育・研修の実施および実施内容の記録

V. 身体拘束を行う場合の対応

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わなければならない場合は、以下の手順に従って実施する。

- (1) 緊急やむを得ず身体拘束をせざるを得ない状態であるかどうかを、医師と看護師を含む多職種によるカンファレンスで検討する。必要と認めた場合、医師は身体拘束の指示をする。
- (2) 医師は同意書を作成し、事前に患者・家族等に説明して身体拘束開始の同意を得る。ただし、直ちに身体拘束が要する切迫した状況で、事前に同意を得ることが困難な場合は、身体拘束開始後直ちに家族等に説明して同意を得る。

説明内容：

- ① 身体拘束を必要とする理由
- ② 身体拘束の具体的な方法
- ③ 身体拘束を行う時間・期間
- ④ 身体拘束による合併症

- (3) 患者・家族等の同意を得られない場合は、身体拘束をしないことで起こり得る不利益や危険性を説明し、診療録に記載する。
- (4) 身体拘束中は身体拘束の態様および時間、その際の患者の心身の状態並びに緊急やむを得ない理由を記録する。
- (5) 身体拘束中は身体拘束の早期解除に向けて、他職種によるカンファレンスを実施する。カンファレンスでは、やむを得ず身体拘束を行う 3 要件を踏まえ、継続の必要性を評価する。
- (6) 医師はカンファレンスの内容を踏まえて身体拘束の継続または解除の有無を指示する。
- (7) 身体拘束を継続する必要がなくなった場合は、速やかに身体拘束を解除する。

VI. 多職種による安全な身体拘束の実施および解除に向けた活動

患者が身体拘束を行わざるを得ない状態である要因によっては、患者の病状および全身状態

の安定を図ることが安全な身体拘束の実施および早期解除につながる。各職種は、身体拘束における各々の役割を意識して患者にあたる。

(附則)

令和6年6月制定 東京国際大塚病院 身体的拘束最小化チーム

この指針は令和6年6月1日より施行する。

身体拘束時の鎮静について薬剤使用時の指針

● 非薬物療法の基本優先

- せん妄治療においては、まず環境調整や非薬物的介入（見当識の維持、適度な刺激、睡眠リズムの正常化など）を徹底する。
- 非薬物療法で効果が不十分な場合、または患者の安全確保のために薬物療法が必要と判断される場合に、薬剤投与を検討する。

● 薬物治療の基本方針

- **低用量から開始:** 薬剤は初めに低用量から開始し、患者の反応を観察しながら漸増させる。
- **単剤療法を原則とする:** 効果や副作用を見極めるため、まずは単剤での治療を試み、必要に応じて追加または併用を検討する。
- **患者・家族への説明と同意取得:** 薬剤の使用目的、副作用リスク、期待される効果について十分説明し、同意を得た上で投与する。

推奨される薬剤と具体的使用指針

● 抗精神病薬

① ハロペリドール（セレネース®）：注射

- **用量:** 点滴静注で 2.5～5mg（患者の体格や基礎疾患に応じ調整）。
- **注意点:** 錐体外路症状、過度の鎮静、呼吸抑制に注意。連続投与時は必ずモニタリングを行う。

② リスペリドン：内服

- **用量:** 0.5mg～1mg から開始し、効果と副作用を見ながら 1 日分割投与する。腎機能評価が必要。
- **注意点:** 用量増加による副作用（パーキンソニズム、QT 延長など）に留意。

③ ケチアピン：内服

- **用量:** 12.5mg～25mg から開始し、必要に応じて増量。
- **注意点:** 糖尿病患者には禁忌。

● ベンゾジアゼピン系薬剤：内服/注射

- **基本原則:** せん妄の治療においては、ベンゾジアゼピン系はせん妄の悪化要因となる可能性があるため、通常は併用を避け、必要最小限に留める。
- **例外:** ハロペリドールで効果が不十分な場合、注射時に短時間作用型（ミダゾラム（ドルミカム®）、フルニトラゼパム（サイレース®））を併用するケースもあるが、必ず呼吸・循環動態の厳重なモニタリングが必要。

● ヒドロキシジン（アタラックス-P®）：注射

- **用量:** 25mg を点滴静注し、効果と副作用を見ながら調整。
- **注意点:** せん妄の直接的エビデンスは限定的なため、あくまで補助的な使用とする。

投与手順とモニタリング

● 投与前の準備

- **患者評価:** バイタルサイン、意識レベル、既往歴、現在の服薬状況、基礎疾患の有無を確認する。
- **環境整備:** 非薬物療法として、照明、騒音、見当識を補助する時計やカレンダーの設置などを行

い、患者の混乱を軽減する。

● 薬剤投与中のモニタリング

- **呼吸・循環動態:** 薬剤投与後は、パルスオキシメーター、血圧計を用いて継続的に監視。
- **神経学的評価:** せん妄症状の改善または悪化の程度を定期的にチェックする。
- **副作用の確認:** 錐体外路症状、過度の鎮静、QT 延長、呼吸抑制等の兆候が現れた場合は速やかに投与量の調整または中止を検討する。

特殊な状況での対応

● 急性期の場合

- 急激な症状変動に対応するため、投与方法として静脈内投与を優先し、迅速な効果発現と安全なモニタリングを行う。
- 複数回の投与が必要な場合は、間隔や総用量に十分注意。

● 高齢者および認知症患者の場合

- 高齢者では、薬物の代謝・排泄機能低下により副作用リスクが高まるため、特に低用量開始と慎重な漸増を行う。
- 認知症患者では、既存の認知機能障害とせん妄との鑑別が難しいため、非薬物療法の充実と家族への説明が不可欠。

● 終末期・在宅療養の場合

- 終末期患者では、せん妄の治療目的が症状の緩和・QOL の向上にシフトするため、薬剤選択や用量調整に慎重な判断が必要。

令和7年 2月作成 薬剤部