

身体的拘束最小化のための指針

医療法人弘遠会 天竜すずかけ病院

目次

1. 身体的拘束最小化のための指針に沿った基本的考え方	… P 1
(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	… P 2
(2) 身体拘束を行う基準について	… P 3
(3) 日常的支援における留意事項	… P 4
(4) やむを得ず身体拘束を行う場合	… P 4
2. 身体的拘束最小化に向けた体制	… P 5
(1) 身体的拘束最小化チームの設置	
3. 身体的拘束発生時の報告・対応に関する基本方針	… P 7
① カンファレンスの実施	
② 利用者本人や家族に対する説明	
③ 記録と再検討	
④ 拘束の解除	
⑤ 鎮静を目的とした薬剤の適正使用（別資料）	
⑥ 身体拘束廃止に向けた各職種の役割	
4. 身体拘束廃止に向けた各職種の役割	… P 9
5. 身体拘束等の適正化のための職員研修に関する基本指針	… P 11
6. 入院患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針について	… P 11
※別紙資料 鎮静を目的とした抗精神薬の適正使用	… P 12
7. 身体拘束用具の管理	… P 17

1. 身体的拘束最小化のための指針に沿った基本的考え方

身体拘束とは、利用者の意思に関わらず身体的・物理的な自由を制限し、行動を抑制または停止させる行為を指す。障害者虐待防止法では、正統な理由なく身体を拘束することは身体的虐待に該当するとされ、原則として禁止されている。身体拘束は利用者の生活の自由や尊厳を阻害するため、利用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、緊急時やむを得ない場合を除き、身体拘束をしないサービスの実施に努める。

(1) 身体的拘束及びその他の行動を制限する行為の原則禁止

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「身体拘束等」という。）を禁止する。対象となる具体的な高行為は以下の通り。サービスの提供にあたっては、当該利用者又は他の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を除き、身体拘束を含むその他の利用者の行動を制限する行為を禁止する。

- ① 徘徊しないように、車椅子や椅子・ベッドにおいて体幹や四肢を紐等で縛る
- ② 転落しないように、ベッドにおいて体幹や四肢を紐等で縛る
- ③ ベッドから自力で降りられないように、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、または皮膚を掻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装着する
- ⑥ 車椅子・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、車椅子テーブルを装着する
- ⑦ 立ち上がる能力のある者において、当該行為を妨げるような椅子を使用する
- ⑧ 脱衣やオムツ外しを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着用させる
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッド等において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 扉・ドアを自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する

(2) 身体拘束を行う基準について

やむを得ず身体拘束等を行う場合には、次の「切迫性」、「非代償性」、「一時性」の3つの要件全てを満たす必要がある。その場合であっても、身体拘束等を行う判断は組織的かつ行うものとします。利用者個々の心身の状況を勘案し、疾病・障害を理解した上で身体拘束を行わないケアの提供をすることが原則である。しかしながら、例外的に以下の3つの要素の全てを満たす状態にある場合は、必要最低限の身体拘束を行うことがある。

なお、肢体不自由、特に体幹機能障害がある利用者が、残存機能を活かせるよう、安定した着座位姿勢を保持するための工夫の結果として、ベルト類を装着して身体固定をする行為は、その行為を行わないことがかえって虐待に該当するため、「やむを得ない身体拘束」には該当しない。

緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合の3要件

【切迫性】

利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険に晒される緊急性が著しく高いことを要件とする。身体拘束を行うことにより本人の日常生活等の生命、身体、権利が危険にさらされる可能性が著しく高いことを要件とする。身体拘束を行うことにより本人の日常生活等に与える影響を勘案し、それをして尚身体拘束を行うことが必要な程度まで利用者本人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し切迫性を判断する。

【非代替性】

身体拘束その他の行動制限以外に代替法が無いことを要件とする。

まず、身体拘束を行わずに支援する全ての方法の確認を検討し、利用者本人等の生命または身体を保護するという観点から、他に代償方法が存在しないことを複数名で確認し非代償性を判断する。

また、拘束の方法についても、利用者本人の状態に応じて最も制限の少ない方法を選択する。

【一時性】

身体拘束その他の行動性が一時的なものであること本人の状態像に応じて必要とされる最も短い時間を想定し一時性を判断する。

※身体的拘束を行う場合には、以上の3つの要件を全て満たすことが必要

(3) 日常的支援における留意事項

身体拘束を行う必要性を生じさせないために、日常的に次のことに取り組む。

- ① 利用者主体の行動・尊厳のある生活に努める。
- ② 言葉や対応等で利用者の精神的な自由を妨げないよう努める。
- ③ 利用者の思いをくみ取る、利用者の意向に沿った支援を提供し、多職種協働で個々に応じた丁寧な対応をする。
- ④ 利用者の安全を確保する観点から、利用者の自由（身体的・精神的）を安易に妨げる様な行動はしません。やむを得ず安全確保を優先する場合は、身体拘束廃止・身体拘束等最小化委員会において検討する。
- ⑤ 「やむを得ない」と拘束に準ずる行為を行っていないか、常にふりかえながら利用者に主体的な生活をしていただけるよう努める。

(4) やむを得ず身体拘束を行う場合

本人又は他の利用者の生命又は身体を保護するための措置として、緊急のためにやむを得ず身体拘束を行う場合は、切迫性・非代替性・一時性の3要件全てを満たした場合のみ、本人・家族への説明及び同意を得て行う。

また、身体拘束を行った場合は、身体的拘束最小化チームを中心に十分な観察を行うとともに、その処遇の質の評価及び経過を記録し、早期に拘束を解除すべく努力する。

2. 身体的拘束最小化に向けた体制

(1) 身体的拘束最小化チームの設置

当施設では、身体拘束廃止委員会内に身体的拘束最小化チームを設置する。

①設置目的

- 施設内での身体拘束廃止に向けての現状把握及び改善についての検討
- 身体拘束を実施せざるを得ない場合の検討及び手続き
- 身体拘束を実施した場合の解除の検討
- 身体拘束廃止に関する職員全体への啓発

②身体拘束最小化チームの構成員

- ア) 医師
 - イ) 看護職員
 - ウ) 介護士職員
 - エ) 薬剤師
 - オ) 管理栄養士
 - カ) 療法士
 - キ) その他委員会の設置趣旨に照らして必要と認められる者
- ※この委員会の委員長は地域包括ケア病棟看護師課長とする

③身体的拘束廃止チーム会議の開催

定期開催（1ヶ月に1回）とし、必要時は随時開催する。

例外として、利用者の生命・身体の安全を脅かす緊急時（数時間以内に身体拘束を要す場合）では、他職種協働での委員会を開催できない事が想定される。そのため、可能な範囲で他職種の意見を収集し、最善の方法で安全を確保し、その経緯と結果を記録する。その後、速やかに当会議を開催し、承認を得る。承認を得られない場合は、速やかにその処置を解除する。

3. 身体拘束発生時の報告・対応に関する基本方針

本人又は他の利用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、以下の手順に従って実施します。

① カンファレンスの実施

緊急やむを得ない状況になった場合、身体的拘束最小化チームを中心として、各関係部署の代表者が集まり、拘束による利用者の心身の損害・拘束をしない場合のリスクについて検討し、身体拘束を行うことを選択する前に切迫性・非代替性・一時性の3要件の全てを満たしているかどうかについて確認する。

カンファレンスで確認した内容を身体的拘束最小化チーム会に報告し、身体拘束を行う選択をした場合は、拘束の内容・目的・理由・実施時間・実施時間帯・実施期間等について検討し、本人や家族等に対する同意書を作成する。②利用者本人や家族に対しての説明

身体拘束の内容・目的・理由・実施時間又は実施時間帯・実施期間・改善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。

また、身体拘束の同意期限後に、更に拘束を要する場合については、事前に本人や家族等と締結した内容と方向性及び利用者の状態等を説明し、同意を得た上で実施する。

③ 記録と再検討

法律上、身体拘束に関する記録は義務付けされており、専用の様式を用いて、その対応及び時間・日々の心身の状態等の観察・身体拘束の実施につきやむを得なかった理由等を記録する。

身体拘束の早期解除に向けて、拘束の必要性や方法を随時検討する。その記録については保存期間を5年間とし、行政担当部局の指導・監査が行われる際に掲示できるようにする。

④ 拘束の解除

上記③の記録と身体的最小化チームでの再検討の結果、身体拘束を継続する必要が無くなった場合は、速やかにこれを解除する。その場合は、本人や家族等に報告する。

⑤ 鎮静を目的とした薬剤の適正使用（別資料※1）

薬剤による行動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) 検査等、薬剤による鎮静を行う場合は鎮静薬の必要性和効果を評価し、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しようする際には、患者に不利益が生じない量を使用する

4. 身体拘束廃止に向けた各職種の役割

身体拘束廃止に向け、各職種の専門性に基づくアプローチから、チームケアを行うことを基本とし、それぞれの果たすべき役割に責任を持って対応する。

【病院長】

- ①身体拘束における諸課題の最高責任者
- ②身体拘束廃止委員会の総括責任者
- ③ケア現場における諸課題の最高責任者

※ただし、上記②・③については、病院長の判断する者に代理をさせることができることとする。

【医師】

- ①医療行為への対応
- ②看護職員との連携

【病棟責任者】

- ①身体拘束廃止に向けた職員教育
- ②医療機関や家族等との連絡調整
- ③家族の意向に沿ったケアの確立
- ④施設のハード面・ソフト面の改善
- ⑤チームケアの確立
- ⑥記録の整備

【看護職員】

- ①医師との連携
- ②施設における医療行為の範囲を整備
- ③重度化する利用者の状態観察
- ④記録の整備

【管理栄養士】

- ①経鼻・経管による栄養摂取から経口による栄養摂取への取り組みとマネジメント
- ②利用者の状態に応じた食事の工夫

【介護職員】

- ①拘束がもたらす弊害を正確に認識する
- ②利用者の尊厳を理解する
- ③利用者の疾病・障害等による行動特性の理解
- ④利用者個々の心身の状態を把握し、基本的なケアに努める
- ⑤利用者とのコミュニケーションを十分による
- ⑥利用者に係わることは、正確かつ丁寧に記録する

【リハビリ療法士】

- ① 看護・介護職との連携
- ② 利用者の ADL の把握と情報共有
- ③ 利用者の疾病・障害等による行動特性の理解

5. 身体拘束等の適正化のための職員研修に関する基本指針

医療に携わる全ての従業員に対して、身体拘束廃止と人権を尊重したケアの励行を図り、職員教育を行う。

- ① 定期的（年2回）な教育・研修の実施
- ② 新入職員に対する身体拘束廃止のための研修の実施
- ③ その他必要な教育・研修の実施

6. 入院患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針について

当該指針は公表し、入所者本人・入所者の家族・当施設職員が自由に閲覧することができる。

鎮静を目的とした向精神薬^{*}の適正使用

※向精神薬（抗認知症薬、抗精神病薬、抗うつ薬、気分安定薬、抗不安薬、睡眠導入薬など）

①非薬物的介入を最優先する。

出現時間、誘因、環境要因などの特徴を探り、その改善を探る。

②確認要件

他に身体的原因はない（特に、感染症、脱水、各種の痛み、視覚・聴覚障害など）

以前からの精神疾患はない（あれば精神科受診が望ましい）

服用中の薬物と関係ない

激越、攻撃性、妄想、抑うつ、錯乱、せん妄等の精神症状は服薬中の薬剤で引き起こされる可能性もある
特に抗認知症薬、H2 ブロッカー、第一世代抗ヒスタミン薬
ベンゾジアゼピン系薬剤、三環系抗うつ薬、その他の抗コリン作用のある薬剤。

幻覚、妄想、焦燥、攻撃性

抗認知症の副作用を否定した上で、保険適用上の最大用量以下もしくは未服用の場合には、メマンチンやコリン分解酵素阻害薬の増量もしくは投与開始を検討可能だが、逆に増悪させることもあるので注意が必要。これらにより標的症状が改善しない場合は、その薬剤は減量・中止の上、抗精神病薬、抑肝散や気分安定薬の使用を検討する。なお抗認知症薬は重症度によって保険適用薬が異なるので注意。

不安、緊張、易刺激性

抗精神病薬、抗不安薬、抗うつ薬の有効性が示唆されているが、抗不安薬は中等度以上の認知症で使用しない。

睡眠障害

睡眠覚醒リズムの確立のための環境調整を行ったうえで、病態に応じて睡眠導入薬/抗うつ薬/抗精神病薬の使用を検討する。

過食、異食、徘徊、介護への抵抗

向精神薬の有効性を示唆するエビデンスは不十分で科学的根拠に乏しい。



③低用量で開始し、症状をみながら漸増する

④日常生活のチェック

- 日中の過ごし方の変化
- 昼間の覚醒度の変化、眠気の有無
- 夜間の睡眠状態(就眠時間、起床時間、夜間の徘徊回数など)の変化
- 水分の摂取状況
- 食事の摂取状況
- 排尿や排便の変化
- パーキンソン症状の有無(振戦、筋強剛、小刻み歩行、前傾姿勢、仮面様顔貌など)
- 転倒傾向の有無

抗認知症薬

保険適用:アルツハイマー型認知症にはコリン分解酵素阻害薬およびメマンチン
レビー小体型認知症にはドネペジル

【有効性の評価】

- コリン分解酵素阻害薬は、抑うつ、アパシー・意欲低下、不安、幻覚、妄想、興奮・攻撃性、易刺激性などに有効であったとの報告があるが、科学的根拠は不十分。症例ごとに効果を評価する必要がある。重症度(病期)によって使えるコリン分解酵素阻害薬に違いがある。
- メマンチンは、興奮・攻撃性、易刺激性、行動変化・異常行動、妄想に有効であったとの報告があるが科学的根拠が不十分。
- レビー小体型認知症の BPSD に対するドネペジルの有効性は確認されていないが、レビー小体型認知症では抗精神病薬などへの過敏な反応(少量でも重篤な副作用が出やすい)が懸念されることから、非薬物的介入のみでは改善しない場合、選択肢の一つとして検討可能。ただし、ドネペジルにより逆に症状を悪化させることもあるのでその際は減量あるいは中止する。

【留意点】

- 高齢、低体重、肝・腎機能低下、過敏などの状況を勘案し、添付文書の最高用量を超えないこと。
- 投与後に活動性増加や易怒性などで介護負担がむしろ増大する場合は中止し、他剤に切り替える。
- 薬物相互作用に注意する。
コリン分解酵素阻害薬ではコリン作動性薬剤との併用による相互の作用増強、抗コリン薬による相互の作用減弱に注意する。

メマンチンはドパミン作動薬の作用を増強する可能性がある。アマンタジンとメマンチンは相互に作用を増強する可能性がある。

□減量・中止に関しては、進行性疾患であることを鑑み、また中止後に認知機能障害が増悪したとの報告もあることから、専門医へのコンサルテーションおよびご家族の同意のもとに行う。

抗精神病薬

認知症疾患に対する抗精神病薬の使用は適応外使用であり、患者のリスクベネフィットを考慮し、十分なインフォームドコンセントを行って使用する。有効性の評価を行い、常に減薬、中止が可能か検討する。

【有効性の評価】

○幻覚・妄想に対して、リスペリドン、オランザピン、アリプラゾールなどの使用を推奨する。クエチアピンの使用を検討してもよい。

○レビー小体型認知症の BPSD に対して、クエチアピンとオランザピンの使用を考慮しても良い。

○不安に対して、リスペリドン、オランザピンの使用が推奨され、クエチアピンの使用を考慮してもよい。

○焦燥性興奮にはリスペリドン、アリプラゾールの使用を推奨する。オランザピンについては使用を検討してもよい。

チアプリドも興奮や攻撃性に対する有効性が報告され、脳梗塞後遺症に伴う精神興奮・徘徊・せん妄に保険適応もあるため考慮してもよい。

○暴力や不穏に対して抗精神病薬の使用を考慮してもよい。

○徘徊に対するリスペリドンの使用や性的脱抑制に抗精神病薬を考慮してもよいが、科学的根拠は不十分。

【副作用】

・高齢認知症患者への抗精神病薬投与により死亡率が 1.6～1.7 倍高くなる。

・転倒や骨折のリスクが高まるので注意する。

・眠気、ふらつき、過鎮静、歩行障害、嚥下障害、構音障害、寡動、振戦、起立性低血圧、食欲低下など。

【留意点】

□抗精神病薬の併用(2 剤以上)は避ける。

□2 週間位の時間をかけて薬効を評価する。症状を完全に消退させるまで増量するのではなく、QOL の確保の観点から非薬物療法との併用のもと維持用量を検討する。

作用機序	薬剤名	対象となる BPSD の症状	注意点	半減期（時間）	用量（mg）
セロトニン受容体・ドパミン受容体遮断	リスペリドン	・幻覚 ・妄想 ・焦燥 ・興奮 ・攻撃	高血糖あるいは糖尿病を合併している場合にも使用可能。パーキンソン症状に注意。	20-24	0.5-2.0
	クエチアピン		高血糖あるいは糖尿病では禁忌。DLB に対して使用を考慮しても良い。鎮静・催眠作用あり。	6-7	25-100
	オランザピン		高血糖あるいは糖尿病では禁忌。DLB に対して使用を考慮しても良い。鎮静・催眠作用あり。	22-35	2.5-10
ドパミン受容体部分刺激	アリピプラゾール		高血糖あるいは糖尿病では慎重投与。鎮静・催眠作用が弱い。	47-68	3-9

抗うつ薬

認知症疾患に対する抗精神病薬の使用は適応外使用であり、患者のリスクベネフィットを考慮し、十分なインフォームドコンセントを行って使用する。有効性の評価を行い、常に減薬、中止が可能か検討する。

【有効性の評価】

○抑うつ状態に対して、SSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬)や SNRI(セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬)の使用を考慮してもよい。

○抑うつとアパシーの鑑別は難しい場合も少なくなく、アパシーは SSRI により悪化するリスクも報告されているので、必要に応じて適切な医療連携を推奨。

【副作用】

・抗うつ薬全般の副作用は、てんかん発作閾値の低下、緑内障の悪化、心血管疾患の悪化である。

・SSRI で頻発する副作用は、嘔気下痢などの消化器症状であり、多くは開始直後に認められる。食直後に服用する、

ゆっくりと漸増するなどに対応する。

- ・転倒のリスクがある。

抗不安薬

認知症疾患に対する抗精神病薬の使用は適応外使用であり、患者のリスクベネフィットを考慮し、十分なインフォームドコンセントを行って使用する。有効性の評価を行い、常に減薬、中止が可能か検討する。中等度以上の認知症患者の不安症状にはベンゾジアゼピン系抗不安薬は推奨しない。

【有効性の評価】

○レビー小体型認知症のレム睡眠行動異常に対してクロナゼパムの使用を考慮してもよい。

【副作用】

- ・75 才以上の高齢者、中等度以上の認知症患者には副作用が発現しやすく、せん妄、過鎮静、運動失調、転倒、認知機能低下のリスクが高まるため、使用は推奨しない。

【留意点】

- 一時的に使用し、長期もしくは定期的に使用しない。
- 多くのベンゾジアゼピン系薬物は肝臓で代謝されるため、高齢者では常用量より少ない量から開始する。

睡眠薬

非薬物療法的介入(日光浴、日中の離床やレクリエーションなどの環境調整)を試みる。患者のリスクベネフィットを考慮し、十分なインフォームドコンセントを行って使用する。

【有効性の評価】

- 高齢者では睡眠薬の半減期が延長するため超短時間作用型の非ベンゾジアゼピン系睡眠薬であるゾルピデム、ゾピクロン、エスゾピクロンを考慮してもよい。
- ベンゾジアゼピン系睡眠薬が無効な時に、増量することは推奨しない。

【副作用】

- ・鎮静作用や筋弛緩作用からふらつきやすく、転倒や骨折のリスクが高くなるので、夜間のトイレなどには注意する。

【留意点】

- 少量投与に留め、漫然と長期に投与せず減量・中止を検討する。
- 従来から既にベンゾジアゼピン系睡眠薬を使用している場合には、注意深く観察しながら漸減するか、ゾルピデム、ゾピクロン、エスゾピクロンへ切り替えることを考慮する。

参照)厚生労働省 かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン(第2版)

7. 身体拘束用具の管理（院内）

用具 : ミトン、つなぎ

管理場所 : 1階倉庫（棚）

●付則

2018（平成30）年10月1日より、施行する。

2024年7月1日改訂

2025年6月11日改訂

2026年4月1日改訂