

身体的拘束最小化のための指針

I. 基本方針

1) 身体的拘束等の原則禁止

当院では、身体的拘束防止に関し、次の基本方針のとおり、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、原則として身体的拘束及びその他の行動を制限する行為を禁止する。

1. 身体的拘束は廃止すべきものである。
2. 安易に「やむを得ない」で身体的拘束を行わない。
3. 身体的拘束を許容する考え方をしない。
4. 全員で強い意志を持ち、ケアの本質を考える。
5. 身体的拘束を行わないための創意工夫を忘れない。
6. 患者の人権を最優先にする。
7. やむを得ない場合は、医師をはじめとし病棟カンファレンスを開催する。十分な観察を行うとともに経過記録を行い、できるだけ早期に身体的拘束を解除するよう努める。また、家族への十分な説明を行う。

2) 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合

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的拘束等を行う場合は、身体的拘束最小化委員会において身体的拘束の適正化に関して十分に検討を行い、身体的拘束による心身の損害よりも、身体的拘束を行わないことによるリスクが高い場合で、「切迫性」「非代替性」「一時性」の3要件のすべてを満たした場合のみ、本人・家族へ説明し同意を得て行う。また、身体的拘束を行った場合は、その状況について看護記録等の整備を行い、できるだけ早期に身体的拘束を解除するよう努める。

緊急やむを得ない場合の3要件

要件	内容
切迫性	患者本人又は他の患者の生命又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	身体的拘束を行う以外に代替する方法がないこと
一時性	身体的拘束が一時的なものであること

II. 身体的拘束最小化のための体制

当院は、身体的拘束ゼロを目的として、身体的拘束最小化委員会において身体的拘束に関する検討を行う。

- 1) 構成員 医師、薬剤師、看護師、看護補助者で構成する。
- 2) 委員会の役割
 - ① 身体的拘束の実施状況を把握し、職員へ定期的に周知する。
 - ② 身体的拘束ゼロに向けた医療・ケアを検討する。
 - ③ 定期的に本指針及びマニュアルを見直し、職員へ周知する。
 - ④ 身体的拘束ゼロに向けた職員研修を行う。

Ⅲ. 身体的拘束最小化のための研修

医療・ケアに携わる職員に対し、研修を実施する。

1. 年2回、「身体的拘束防止・虐待防止」研修を実施する。
2. 新規採用者の入職時研修において、「身体的拘束防止・虐待防止」研修を実施する。
3. その他必要な教育・研修を実施する。

Ⅳ. 身体的拘束を行わないための方針

1. 身体的拘束の具体的な行為

患者又は他の患者の生命又は身体を保護するため、やむを得ない場合を除き、以下のような身体的拘束その他患者の行動を制限する行為を行わない。

- 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) 転倒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柵で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養など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・経管栄養などのチューブを抜かないように、又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使用する。
- 6) 車椅子や椅子から落ちたり、立ち上がったりにしないように腰ベルトや車椅子テーブルを使用する。
- 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) 脱衣やオムツ外しを制限するためにつなぎ服を着せる。
- 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使用する。
- 11) 自分の意思で開くことのできない居室等に隔離する。
- 12) 言葉や態度により患者の行動を制限する行為（スピーチロック）。

2. 身体的拘束ゼロに向けた日常ケアにおける留意点

- 1) 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努める。
- 3) 患者の思いをくみ取り、患者の意向に沿った医療・ケアを提供し、多職種協働で個々に応じた丁寧な対応を行う。
- 4) 患者の安全を確保する観点から、患者の自由（精神的・身体的）を安易に妨げるような行為は行わない。万が一、やむを得ず安全確保を優先する場合は、患者・家族の同意を得たうえで、医師の指示のもと身体的拘束を実施する。

3. 身体的拘束最小化のために必要な職員の共有認識

身体的拘束等を行わない看護・ケアを提供していくためには、看護・ケア提供に関わる職員全体で以下の点について十分に話し合い、共有認識を持ちながら身体的拘束ゼロを継続していくことが必要である。また、身体的拘束等に準ずる行為と感じた場合においても、情報を共有し改善に努めることを職員の責務とする。

- 1) マンパワー不足を理由に安易に身体的拘束等を行っていないか。
- 2) 事故発生時の法的責任問題回避のために、安易に身体的拘束等を行っていないか。

3) 認知症であるという理由のみで安易に身体的拘束等を行っていないか。

4) 転倒しやすく転倒すれば大けがをするという先入観だけで、安易に身体的拘束等を行っていないか。

V. 緊急やむを得ず身体的拘束等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的拘束等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を行う。

1. 3要件の検討・確認

1) 緊急やむを得ない状況となった場合、院長、医師、看護師長等が、身体的拘束による患者の心身の損害や、身体的拘束を行わない場合のリスクについて共同で検討する。

身体的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要件のすべてを満たしているかを確認する。

2) 解除に向けた検討

身体的拘束解除に向けて多職種で検討し、早期解除に努める。

3) カンファレンスの頻度

毎日、カンファレンスにおいて3要件の確認及び解除に向けた検討を実施する。

2. 患者本人や家族に対する説明

身体的拘束等の内容、目的、拘束時間帯、期間、場所、解除に向けた取り組み方法等を詳細に説明し、十分な理解が得られるよう努める。

3. 記録と再検討

身体的拘束に関する記録は法令等により義務付けられており、その定めに従って患者の心身の状態、やむを得なかった理由等を記録する。

身体的拘束の早期解除に向けて、カンファレンスを少なくとも毎日1回実施する。記録は5年間保存する。

また、身体的拘束実施中は、患者の状態観察を継続し、身体的・精神的苦痛の軽減に努める。

4. 身体的拘束の解除

記録と再検討の結果、身体的拘束等を継続する必要性がなくなった場合は、速やかに身体的拘束を解除する。その場合は患者・家族へ報告する。

VI. 身体的拘束の代替手段

1. 環境調整

1) 低床ベッドを使用する。

2) ベッド周囲にマットを設置する。

3) ベッドから転落の危険性が高い場合は、畳の使用を検討する。

2. 見守り・人的支援

1) ラウンド頻度を調整する（不安が強い時間帯に頻度を増やす）。

- 2) 声掛けによる予測的ケアを行う（動き出す前にアプローチする）。
- 3) 同行支援（歩行・トイレ・移動時の付き添い）を行う。

3. コミュニケーション・心理的支援

- 1) 不安の強い患者にはスローケアを行う（ゆっくり、穏やかに、視線を合わせる）。
- 2) タッチケアで落ち着きを促す。
- 3) 認知症患者にはバリデーションを用いて感情に寄り添う。
- 4) せん妄の疑いがある場合は、刺激（光・音・情報量）の調整を行う。

4. 生活リズム・活動支援

- 1) 日中の活動量を増やす。
- 2) 水分摂取を促す。
- 3) 排泄リズムの把握と誘導を行う。

5. 医療的アプローチ

- 1) 痛みの評価を行う。
- 2) 便秘・尿閉の確認を行う。
- 3) 低血糖・脱水の確認を行う。
- 4) 薬剤の副作用（ふらつき・せん妄等）の確認を行う。

6. 離床センサーの使用

必要に応じ、離床センサーの使用を検討する。

VII. 薬剤の適正使用について

1. 基本方針

- 1) 薬剤を身体的拘束の代替として使用しない。
- 2) 薬剤使用の目的は「症状の改善」であり、「行動を抑制するための使用」は行わない。
- 3) 最小限の量・最短期間での使用を原則とする。
- 4) 非薬物療法を優先し、薬物療法は最後の選択肢とする。

2. ケミカル・レストレイント（薬による拘束）の定義

本来の治療目的ではなく、患者の行動を抑制する目的で薬剤を使用すること。

例)

- ・不穏を理由に安易に抗精神病薬を投与する。
- ・転倒予防を理由に睡眠薬を増量する。
- ・点滴抜去防止を目的として鎮静薬を使用する。

3. 薬剤使用前のアセスメント

薬剤使用前に、以下について評価する。

- 1) 痛み
- 2) 便秘・尿閉

- 3) 脱水・低血糖
- 4) せん妄の有無
- 5) 環境要因（騒音・光等）
- 6) 心理的要因（不安・入院直後等）
- 7) 服薬中薬剤の副作用（ふらつき・眠気・せん妄等）

4. 薬剤選択の原則

第一選択は非薬物療法とする。

薬剤を使用する場合は、以下を原則とする。

- 1) 最小量から開始する。
- 2) 高齢者には特に慎重投与を行う。
- 3) 多剤併用を避ける。
- 4) 抗精神病薬・睡眠薬・抗不安薬は慎重に使用する。

5. 多職種連携

医師：処方 の 妥当性を評価する。

看護師：症状及び副作用を観察する。

介護職：生活状況及び行動変化を共有する。

薬剤師：相互作用及び副作用を確認する。

チームで薬剤使用の必要性を定期的に検討する。

6. 記録とモニタリング

- 1) 使用理由（治療目的）
- 2) 投与量・時間・期間
- 3) 効果の有無
- 4) 副作用の有無
- 5) 定期的な見直し結果

を記録し、継続的なモニタリングを行う。

附則

この指針は 2024 年 4 月 1 日から施行する。

この指針は 2026 年 4 月 1 日から一部改正し施行する。

身体的拘束実施状況（身体拘束率(%)）

2026 年 5 月 13 日

	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月
2 階病棟	0%	0%	0%	0%		
3 階病棟	0%	0%	0%	0%		
病棟合計	0%	0%	0%	0%		