

身体拘束最小化のための指針

医療法人社団 三誠会 北斗わかば病院

2024年 5月14日作成
8月13日修正
2025年 3月 3日修正
2026年 5月11日修正

身体拘束最小化のための指針

目次

1. 身体拘束最小化に関する基本的な考え方

- 1) 身体拘束等禁止の対象となる具体的な行為
- 2) 身体拘束等禁止の対象とはしない具体的な行為
- 3) 鎮静作用を持つ薬剤の適正使用について

2. 身体拘束最小化のための体制

- 1) 身体拘束最小化委員会の設置及び開催
- 2) 委員会の構成員とその役割
- 3) 委員会の検討項目
- 4) 記録及び周知

3. 身体拘束最小化のための研修に関する基本方針

4. 身体拘束等を行わずにケアを行うために <3つの原則>

- 1) 身体拘束等を誘発する原因の特定と除去
- 2) 5つの基本的ケア
- 3) より良いケアの実現を目標とする

5. 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合の対応

- 1) 緊急やむを得ないに該当する3要件の確認
- 2) 緊急やむを得ない場合に該当するか検討を必要とされる患者の状態・背景
- 3) 身体拘束等の方法
- 4) 適応要件の確認と承認
- 5) 患者本人及び家族への説明と同意

6. 身体拘束等に関する報告

7. その他身体拘束最小化の推進のために必要な基本方針

- 1) 身体拘束等開始時の手順
- 2) 身体拘束等実施中の留意事項
- 3) 看護
- 4) 身体拘束等の評価
- 5) 身体拘束等の解除基準
- 6) 身体拘束等に関する記録
- 7) 身体拘束等「同意書」記載・管理方法

8. 身体拘束最小化に関する検討方法

9. 本指針の閲覧

1. 身体拘束最小化に関する基本的な考え方

北斗わかば病院の病院理念のもと「患者様の権利」において、人権が公平に尊重される権利を保障している。そのため、身体的・精神的に弊害をもたらすおそれのある身体拘束等は、緊急やむを得ない場合を除き、原則として実施しない。

<身体拘束の定義>

「衣類または綿入り帯等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をいう」

昭和 63 年 4 月 8 日厚生省告示 第 129 号における身体拘束の定義

1) 身体拘束等禁止の対象となる具体的な行為

- ① 徘徊しないように、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、4点柵（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 車いすやいすからずり落ちたり、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、車いすテーブルをつける
- 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

「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」）

2) 身体拘束等禁止の対象とはしない具体的な行為

肢体不自由や体幹機能障害があり残存機能を活かすことができるよう、安定した体位を保持するための工夫として実施する行為については、その行為を行わないことがかえって虐待に該当するとみなす。

(1) 整形外科疾患の治療であるシーネ固定等

(2) 認知症患者等への事故防止対策

- ① 点滴時のシーネ固定
- ② 自力座位を保持できない場合の車椅子ベルト

(3) 身体拘束等をせずに患者を転倒や離院などのリスクから守る事故防止対策

① 離床センサー

② 所在確認端末装置

(使用する際は複数人で検討したうえで目的を明確にし、看護記録に記載する)

3) 鎮静作用を持つ薬剤の適正使用について

① 鎮静作用を持つ薬剤の適正使用について

「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こと」は身体拘束の対象の1つとされる。

当院において向精神薬をはじめとした鎮静作用を持つ薬剤を使用する際は、患者の尊厳が保持されるよう、多職種が連携し薬剤の適正使用に努めることが重要である。

② 多職種連携による薬剤の適正使用

医師・看護師・薬剤師は、鎮静作用を持つ薬剤を患者に使用する際(増量・減量・中止も含む)、鎮静状態を定期的に確認するとともにカルテに記録し、治療対象となる症状が改善した場合は、速やかに薬剤の減量・中止を検討すること。

看護・介護職員、リハビリ職員(PT、OT、ST)、その他職員は、鎮静作用をもつ薬剤を服用中の患者に過鎮静症状(日中の過眠、ふらつき、意識レベルの低下等)を確認した際には、速やかに医師・看護師・薬剤師などに情報提供し、過鎮静症状が速やかに軽減されるように努めること。

③ 鎮静作用を持つ代表的な薬剤について

・ 睡眠薬

睡眠薬は一般に睡眠状態改善のために用いられ、ベンゾジアゼピン受容体作動薬、オレキシン受容体拮抗薬、メラトニン受容体作動薬等に大別される。

特にベンゾジアゼピン受容体作動薬は強力な鎮静作用や筋弛緩作用を有するものが多く、特に高齢者において過鎮静や転倒骨折の発現頻度が高いことが知られている。

また、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の多くは依存性を有するため、適切な期間の使用が望ましい。一方でオレキシン受容体拮抗薬、メラトニン受容体作動薬は依存性や筋弛緩作用を有さないため一般に安全性の高い薬剤として扱われるが、各薬剤とも過鎮静等の副作用の発現には十分に注意する必要がある。

・ 抗うつ薬・抗不安薬

抗うつ薬、抗不安薬は一般に抑うつ症状や不安・焦燥感の改善のために用いられるが、一部の鎮静性抗うつ薬は、せん妄ハイリスク患者への睡眠状態改善や認知症周辺症状の症状緩和を目的に使用されることもある。鎮静作用を有する抗うつ薬・抗不安薬には、ベンゾジアゼピン系抗不安薬、三環系抗うつ薬、四環系抗うつ薬、トラゾドン、ミルタザピン等がある。

・ 抗精神病薬

抗精神病薬は一般に統合失調症の症状コントロールのために用いられるが、一部の薬剤はせん妄治療や認知症周辺症状の緩和、抗がん薬による嘔気の予防等を目的として使用される。抗精神病薬の中でもオランザピン、クエチアピン、ハロペリドール、リスペリドン等は鎮静作用を有するため、過鎮静の発現に注意する必要がある。また、認知症周辺症状に対して非定型抗精神病薬を使用する場合、死亡率や脳血管障害のリスクが高まることが報告されているため、可能な限り低用量、適切な期間での使用が望まれる。加えて抗精神病薬の代表的副作用である錐体外路症状（特に振戦、歩行障害、ジストニア、ジスキネジア）は患者の行動を制限する可能性があり、錐体外路症状の発現が患者の苦痛とならないよう、注意が必要である。

・ その他の薬剤

抗認知症薬、抗ヒスタミン薬、抗てんかん薬、鎮痛薬等の一部には鎮静作用を有するものがある。これらの薬剤を服用中に鎮静症状が見られた場合は、対象薬剤の減量・中止、または他剤への変更を検討する必要がある。

* 当院は、不眠時や不穏時の薬剤指示については、院内統一指示にて対応している

2. 身体拘束最小化のための体制

以下の取り組みを継続的に実施し、身体拘束等の最小化のための体制を維持・強化する。

1) 身体拘束最小化委員会の設置及び開催

当院の身体拘束等の最小化を目指すための取り組み等の確認、改善を検討する。特に緊急やむを得ない理由から身体拘束等を実施した、またはしている場合の身体拘束等実施状況や適正性についての検討を行う。身体拘束最小化委員会は毎月開催する。

2) 委員会の構成員とその役割

- (1) 委員会は、医師、看護職員、介護職員、薬剤師、リハビリテーション職員をもって構成する。
- (2) 委員会は、身体拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員を置かなければならない。
- (3) 委員会に委員長を置き、委員の互選により選任する。
 - ① 身体拘束最小化に向けた実施状況の把握、改善
 - ② 身体的拘束を実施せざるを得ない場合の記録方法、手続き、解除方法
 - ③ 身体的拘束に関する指針の見直し、周知活用
 - ④ 身体拘束最小化に関する管理者を含む職員への指導、定期的周知
 - ⑤ 身体拘束最小化に関する研修会の定期開催
 - ⑥ その他身体拘束最小化に必要な事項
 - ⑦ 委員会は3か月に1回以上開催する
 - ⑧ 身体拘束最小化チームによる巡回を行い、チームの職員と病棟の職員が協働して検討

3) 委員会の検討項目

- (1) 委員会は、身体的拘束が起こらないよう事前の措置として、職員の身体的拘束最小化の意識の向上や知識を周知し、身体的拘束のない環境づくりを目指す。
- (2) 職員に身体的拘束及び身体的拘束につながる可能性があるときは、改善指導を行い、身体的拘束が最小化するよう支援する。

3. 身体拘束最小化のための職員研修に関する基本方針

- 1) 全職員対象とした身体拘束等に関する教育研修を定期開催する
(年2回以上：新採用者研修においては必ず実施する)
- 2) 研修にあたっては実施日・実施場所・方法・内容等を記載した記録を作成する

4. 身体拘束等を行わずにケアを行うために <3つの原則>

身体拘束等をせずにケアを行うためには、身体拘束等を行わざるを得なくなる原因を特定し、その原因を除去するためにケアを見直すことが求められている。そのための<3つの原則>に取り組む

1) 身体拘束等を誘発する原因の特定と除去

必ずその人なりの理由や原因があり、ケアする側の関わり方や環境に問題がある事も少なくない。そのためその人なりの理由や原因を徹底的に探り、除去するケアが必要である。

2) 5つの基本的ケアの徹底

基本的なケアを十分に行い、生活のリズムを整える。

(1) 5つの基本的ケア

① 起きる

人間は座っているとき、重力がうえからかかることにより覚醒する。目が開き、耳が聞こえ、自分の周囲で起こっていることがわかるようになる。これは仰臥して天井を見ていたのではわからない。起きるのを助けることは人間らしさを追求する第一歩である。

② 食べる

人にとって食べることは楽しみや生きがいであり、脱水予防、感染予防にもなり、点滴や経管栄養が不要になる。食べることはケアの基本である。

③ 排泄する

なるべくトイレで排泄してもらうことを基本に考える。おむつを使用している人については、随時交換が重要である。おむつに排泄物が付いたままになっていると気持ち悪く、「おむついじり」などの行為に繋がることになる。

④ 清潔にする

きちんと風呂に入る事が基本である。皮膚が不潔なことがかゆみの原因になり、そのために大声をだしたり、夜眠れずに不穏になったりすることになる。皮膚をきれいにする事で本人も快適になり、周囲もケアしやすくなり、人間関係も良好になる。

⑤ 活動する（アクティビティ）

その人の状態や生活歴にあったよい刺激を提供することが重要である。その人らしさを追求するうえで心地よい刺激が必要である。

3) よりよいケアの実現を目標とする

身体拘束等廃止を実現していく取り組みは、院内におけるケア全体の向上や生活環境の改善のきっかけとなりうる。「身体拘束等廃止」を最終ゴールとせず、身体拘束等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んでいくことが期待される。

5. 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合の対応

身体拘束等を行わないことが原則であるが、当該入院患者の生命または身体を保護するためなど、緊急やむを得ない理由により身体拘束等を行う場合がある。

「緊急やむを得ない」理由とは、身体拘束等を行わずにケアを行うための3つの原則の工夫のみでは十分に患者の生命や身体を保護できないような、一時的に発生する突発的事態のみに限定される。安易に「緊急やむを得ない」ものとして身体拘束等を行うことのないよう、以下の要件・手続き等に沿って慎重な判断を行う。

1) 緊急やむを得ない場合に該当する3要件の確認

以下の3つの要件を全て満たしている事が必要である

【切迫性】 患者本人またはほかの患者の生命・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、その他の行動制限を行う以外に代替する看護(介護)方法がないこと

【一時性】 身体拘束、その他の行動制限が一時的なものであること

2) 緊急やむを得ない場合に該当するか検討を必要とされる患者の状態・背景

(1) 基本的に多職種間で協議する

① 気管切開・気管内挿管チューブ、中心静脈カテーテル、経管栄養チューブ、膀胱留置カテーテル、各種ドレーン等を抜去することで、患者自身に生命の危機および治療上著しい不利益が生じる場合

② 精神運動興奮（意識障害、認知障害、見当識障害、薬物依存、アルコール依存、術後譫妄 など）による多動・不穏が強度であり、治療に協力が得られない、自傷・他傷などの害を及ぼす危険性が高い場合

- ③ ベッド・車椅子からの転倒・転落の危険性が著しく高い場合
 - ④ 認知症等における行動障害（自傷行為や異食など）が頻回かつ切迫している場合
 - ⑤ 検査・手術・治療で抑制が必要な場合
 - ⑥ その他の危険行動（自殺・離院・離棟の危険性など）
- 以上いずれかの状態であり、且つ上記の3要件を全て満たすもの

3) 身体拘束等の方法

- (1) 体幹抑制
- (2) 四肢抑制・部分抑制（上肢・下肢）
- (3) ミトン
- (4) 車椅子Y型抑制帯
- (5) 4点柵

* ベッドを壁付けにしてベッド昇降ができる側を2点柵した場合は身体拘束等と位置付ける

- (6) 抑制衣(つなぎ服)
- (7) ベビーモニター（患者の行動を確認して対応するために使用）

※ 身体拘束に該当しないが、プライバシーへの配慮の観点から、同様の位置づけとする。

4) 適応要件の確認と承認

身体拘束等は極めて非人道的な行為であり、人権侵害、QOL低下を招く行為である事を考え、患者の生命または身体を保護するためのやむを得ない場合に限り、医師、看護課長、担当看護師(夜間・休日においては医師・担当看護師)など、複数の担当者で適応の要件を検討、アセスメントし医師が決定する。医師は身体拘束(身体抑制)の指示を出し、診療録に記載する。

5) 患者本人及び家族への説明と同意

- (1) 身体拘束等の必要性がある場合、医師は本人または家族の意思を尊重した十分なインフォームドコンセントを行い「身体拘束同意書」(様式1)に沿って身体拘束等の必要性・方法・身体拘束等による不利益等を患者・家族等へ説明し同意書を得る。
- (2) 緊急に身体拘束等の必要性が生じた場合は電話にて説明し承諾を得る。(承諾を得る際、承諾者の氏名・続柄をカルテに記載しておく)後日説明し、同意書を得る。
- (3) 緊急やむを得ず身体拘束を開始した後は「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを、常に観察、再検討し3要件に該当しなくなったら直ちに拘束を解除する。緊急やむを得ず長期(医師の説明や予測した期限を超える場合)に及ぶ場合は、再度、患者・家族等の同意を得る。

(4) シーティングのための車椅子ベルト、起き上がり等に使用するための4点柵などを患者・家族が希望する場合には、シーティング等の指示書（兼）同意書への署名を得る。（患者署名が難しい場合には、家族の署名とする）また、医師は入院指示として、「シーティング指示書等」を入力する。

6. その他身体拘束等の最小化の推進のために必要な基本方針

1) 身体拘束等の開始時の手順

(1) 医師、看護師をはじめとする多職種で身体拘束等の必要性をアセスメントする。

対象となる部屋		201	号室～	203	号室															
対象患者	拘束時間	種類		身体状態と身体拘束を行う上でやむを得ない理由																今後の方針
[Blue Box]	24時間	4点柵		休勤多く、転落リスク高い。転落防止のため。																継続
	夜間帯	4点柵		夜間休勤多く、転落リスク高い。転落予防のため。																継続
	夜間帯、希望時	4点柵		転落予防のため。																継続

(2) 身体拘束等が必要と判断されれば、医師が入院指示に入力する。

※ 医師の指示があることが原則。夜間・休日等、やむを得ず身体拘束を実施した場合には、看護記録に記録すると共に、拘束の理由及び種類についてTODOする

(3) 本人または家族の意思を尊重した十分なインフォームドコンセントを行い、「身体拘束同意書」（様式1）にて同意を得る。

※ 急時の対応は、5. の 5) 患者本人及び家族への説明と同意（2）を参照

(4) 身体拘束等実施時のケア方法・観察時間などについて看護計画を立案し、患者本人・家族へ説明を行い実施する。（緊急で開始した際は、後日立案・説明を行う）

2) 身体拘束等実施中の留意事項

身体拘束等実施中は、「患者の安全確保」への責任義務および「身体拘束等による事故防止」への注意義務を遂行し、十分な観察・ケアを行う。

特に抑制帯による体幹・上肢・下肢等の抑制、ミトン使用、車椅子Y字帯使用中は以下の点を留意する。

(1) 抑制方法

- ① 抑制部位に応じた抑制用具を選択し、必要部位にしっかり装着する
- ② 抑制具装着に緊急かつ安全性を要する場合は他スタッフと協力して行う

(2) 観察

- ① 抑制実施中は患者の状況に応じ適宜、観察を実施する

・抑制が確実にできているか

- ・抑制部位及び周辺の循環状態、神経障害の有無、皮膚状態
- ・患者の精神状態、体動状態

* 同一体位の持続による局所の圧迫と循環障害によって、観察の機能障害が現れ屈曲しにくくなる。また圧迫部位に発赤・摩擦による皮膚損傷が発生しやすい。上肢においては橈骨神経麻痺、尺骨神経麻痺に留意する。

3) 看護

- (1) 抑制の部位や時間は最小限にとどめる。
- (2) 抑制中は、適宜抑制具を除去(継続的に必要な場合も)し、観察と記録を行う。
- (3) 最低2時間毎の体位変換・体位調整を行う。
- (4) 必要に応じマッサージや清拭、四肢の自動・他動運動を行う。
- (5) 可能な限り身体拘束等をしなくて良い方策や早期に解除できる方策を検討し、身体拘束等が恒常化しないようにする。

4) 身体拘束等の記録と評価

- (1) 医師は身体拘束等を開始する前に入院指示に指示を入力する。
- (2) 看護師は、身体拘束等の適応と継続について、毎日「身体拘束等(抑制時)チェック表」で評価すると共に、身体拘束等による障害がないか観察する。必要時「その他記録」に記録する。
- (3) 身体拘束等の必要がなくなった場合、評価の結果をカルテに記録し、身体拘束等を中止・解除する。その際、入院指示の「身体拘束(抑制)指示」中止する。
- (4) 「身体拘束等(抑制時)のチェック表」は記載終了後、電子カルテの患者ファイルへ取り込み、退院後は診療情報管理室にて保管する。

5) 身体拘束等の解除基準

- (1) 身体拘束等に必要な3要件を満たさない場合
- (2) 身体拘束等の影響から身体的侵襲が出現した場合

6) 身体拘束等の「同意書」記載・管理方法

電子カルテ内 → 文書作成 → 病棟 → 「身体拘束同意書」

「身体拘束同意書」説明・記載については医師が行う。(緊急の場合には、看護師)

- (1) 患者の安全を守るために、身体拘束等以外の方法をとっているが、身体拘束等をせざるを得ない状態であることを理解していただくとともに家族の協力も依頼する。
- (2) 3要件を満たした場合に限り身体拘束等を実施することを説明する。

- (3) 「身体拘束等の目的」「身体拘束等が必要な理由」「身体拘束等の方法」「身体拘束等の時間」は、電子カルテの診療予定の拘束の有無に基づき該当する項目を必ずチェックする。
- (4) 身体拘束等の開始日は、記載日を開始日として入力する。
- (5) 説明した医師の捺印、同席者の署名（印字の場合捺印まで）を行い、家族に同意書への署名を依頼する。
- (6) 同意書はコピーし原本を家族へ渡し、もう一部をカルテへ取り込む。
- (7) カルテ取り込み後は患者のファイルへ保管、退院後は診療情報管理室にて保管する。

7. 身体拘束最小化に関する検討方法

- 1) 多職種カンファレンスにおいて、対象病室の患者の中で、身体拘束を実施している患者について議題提案シートの「身体拘束について」の枠に、氏名、様態、拘束時間、患者の心身の状態及び拘束理由について、病棟スタッフが記入。

※ 薬剤による拘束を実施している場合には、主治医が記入

- 2) 多職種による検討を行い今後の方針を記入する

- 3) 検討内容は、多職種カンファレンスの議事録に含め、看護記録にも患者状況及び検討した内容と、今後の方針について記録する

- 4) 身体拘束実施している認知症患者について、毎日「身体拘束等（抑制時）チェック表」の項目に、沿って記録する。

- 5) 全病棟の身体拘束実施状況については、多職種カンファレンスで検討した内容を、毎月開催する。身体拘束最小化委員会の会議で確認・検討する。

8. 本指針の閲覧

本指針は当院院内規程関係に綴り、職員が閲覧可能とするほか、入院患者、家族、地域住民が閲覧できるようにホームページへ掲載する。