

身体拘束等を最小化するための指針

枕崎市立病院

1. 身体拘束の最小化に関する基本的な考え方	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	
(2) 身体拘束等を行う基準	
(3) 日常的支援における留意事項	
(4) 情報開示	
2. 身体抑制等の定義	2、3
3. 身体拘束等廃止に向けた体制	4
(1) 身体拘束最小化チームの設置	
4. 身体拘束等に向けた各職種の役割	5
5. チームの活動内容	6
(1) 身体拘束の実施状況の把握	
(2) 具体的な活動	
(3) 身体拘束委員会	
6. 身体拘束等廃止・適正化のための職員教育、研修	7
7. 鎮静作用を持つ薬剤の適正使用について	8、9
8. やむを得ず身体拘束を行う場合の適応	10、11
9. 身体的拘束を解除する	12

1. 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ものであり、尊厳ある生活を阻むものである。

当院では、患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、身体拘束をしない診療・看護の提供に努める。

(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

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。）を禁止とする。

(2) 身体拘束等を行う基準

やむを得ず身体拘束等を行う場合には、以下の3要件を全て満たす必要があり、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慎重に行う。

- ①切迫性 患者本人又は他の患者等の生命、身体、権利が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
- ②非代替性 身体拘束等を行う以外に代替する方法がないこと。
- ③一時性 身体拘束等が一時的であること。

(3) 日常的支援における留意事項

身体拘束等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。

患者主体の行動、尊厳を尊重する。

言葉や応対などで、患者の精神的な自由を妨げないよう努める。

患者の思いをくみとり、患者の意向に沿ったサービスを提供し、多職種協働で個々に応じた丁寧な対応をする。

患者の安全を確保する観点から、患者の自由（身体的・精神的）を安易に妨げるような行動は行わない。「やむを得ない」と拘束に準ずる行為を行っていないか、常に振り返り患者に主体的な生活をしていただけるよう努める。

(4) 情報開示

当施設での身体拘束等を最小化するための指針は、当院の院内指針で管理し、職員が閲覧とする

2.身体抑制等の定義

厚生労働省による身体的拘束の定義 「身体的拘束は、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」(2024年3月5日厚生労働省発表)

身体拘束禁止の対象となる具体的な行為 「身体拘束ゼロの手引き」
(平成13年3月厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」改変)

- ・徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- ・転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- ・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
- ・点滴、経管栄養等のチューブ類を抜かないように、四肢をひも等で縛る
- ・点滴、経管栄養等のチューブ類を抜かないように、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
- ・車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける
- ・立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する
- ・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
- ・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
- ・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
- ・自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する

当院における身体抑制の定義を踏まえて、当院における身体抑制の定義は以下とする
「患者の自由を制限し、尊厳ある生活を阻み、身体的・精神的ならびに社会的な弊害をもたらす行為」

● 具体的な行為としては、

厚生労働省の定義に則り、当院では以下の用具を用いて患者の自由な行動を制限することを身体的拘束とし、医師の指示により実施する

- 1) ミトン型の手袋
- 2) 4点柵（自身で柵を下ろせない患者に対して）

● 身体的拘束に該当しない行為

- 1) 職員が常時観察している際の、検査、治療における一時的な四肢体幹の固定
- 2) 小児科等におけるシーネ固定
- 3) クリップセンサー（テントウムシ）
- 4) センサーマット ※但し 左記デバイスを使用中に患者の行動を制限しない場合に限る

3. 身体拘束等廃止に向けた体制

(1) 身体拘束最小化チームの設置

身体拘束の最小化のために、身体拘束等最小化チームを設置し、その結果について職員に周知徹底を図る。

①設置目的

(ア) 院内での身体拘束等廃止に向けての現状把握及び改善についての検討

(イ) 身体拘束等をせざるを得ない場合の検討

(ウ) 身体拘束等を実施した場合の代替案、解除の検討

(エ) 身体拘束等廃止に関する職員全体への指導・教育

②身体拘束最小化チームの構成員

専任医師 専任看護師 医療安全管理者 理学療法士 各病棟師長 医事係長

委員会は上記構成員をもって構成するほか、必要に応じてその他職種職員を参加させることができることとする。

③身体拘束最小チームの業務

(ア) 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。

(イ) 身体拘束等を最小化するための指針の作成し、職員に周知し活用する。

定期的に指針の見直しを実施する。

(ウ) 入院患者に係る職員を対象として、身体拘束の最小化に関する研修を定期的に行う。

4. 身体拘束等に向けた各職種の役割

身体拘束等の廃止のために、各職種の専門性に基づくアプローチから、多職種協働を基本とし、それぞれの果たすべき役割に責任を持って対応する。

●管理責任者 院長 身体拘束廃止・適正化の検討に係る全体責任者

●管理者 専任医師、専任看護師

- ①身体拘束最小化チームの統括管理
- ②各現場における諸課題のサポート
- ③身体拘束等廃止に向けた職員教育

●現場責任者

各病棟師長・副師長

- ①家族、相談支援専門員との連絡調整
- ②本人の意向に沿った支援の確立
- ③施設のハード・ソフト面の改善
- ④記録の整備

●職員

- ①拘束がもたらす弊害を正確に認識する。
- ②患者の尊厳を理解する。
- ③患者の疾病、障害等による行動特性の理解。
- ④患者個々の心身の状況を把握し基本的ケアに努める。
- ⑤患者とのコミュニケーションを充分にとる。
- ⑥記録は正確かつ丁寧に記録する。

5. チームの活動内容

(1) 身体拘束の実施状況の把握

① (日別、月別、年間、部署別) のデータ抽出

身体拘束開始時は、経過表上「身体的拘束の有無」、「身体的拘束(抑制具の種類)」の項目を追加し、担当看護師が身体的拘束の有無、抑制具の種類を各勤務帯で入力する。

抑制解除にした場合もその時点で身体拘束の「無」を入力する。

※身体的拘束中の観察項目を参照

専任看護師は、データ集計し、まとめる。

② 身体拘束が必要な患者への身体拘束に関する同意書の取得状況

身体拘束に関する同意書の取得状況を集計する。

身体拘束中の患者に同意書が取得されているか電子カルテ内で確認し集計する。

身体拘束の同意書が電子カルテ内にスキャン保存されている確認する。

専任看護師は、データ集計しまとめる。

(2) 具体的な活動

データを基に適切な拘束であるかの確認

● 身体拘束パトロールの実施

身体拘束の種類、マニュアル項目(身体拘束同意書・看護計画立案・看護計画評価)、カルテ記録(拘束をする根拠の記録、拘束中の観察記録、家族に承諾を得た記録)の内容をパトロールする。

● 現場の教育、指導の実施

(3) 身体拘束委員会

3 か月/1 回 身体拘束委員会を行う。

委員会で状況報告し、現場教育への指導・教育

6. 身体拘束等廃止・適正化のための職員教育、研修

全ての職員に対して、身体拘束等廃止と人権を尊重したケアの励行を図り、職員研修を行う。

年間研修計画に基づく定期的な教育・研修（年2回以上開催）の実施。

新任者採用時は、新任者のための身体拘束等廃止・適正化研修を実施。

その他必要な教育・研修の実施。

上記教育・研修の実施内容については記録を残す。

7. 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」は身体抑制禁止の対象の1つとされる
- 1) 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 医師は鎮静作用を持つ薬剤を患者に使用する際、鎮静状態を定期的に確認するとともに、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。看護職員、薬剤師、リハビリスタッフ、栄養士、その他スタッフ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・看護師など部署スタッフに情報提供し、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

- 1) 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、短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。
- 2) 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。

- 3) 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、短期間での使用が望まれる 2)。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。
- 4) 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、または多剤への変更を検討する必要がある。

8. やむを得ず身体拘束を行う場合の適応

身体拘束は、患者の生命及び身体を保護するため、緊急やむを得ない場合のみ適応する。

- ・脳の器質的疾患やその他の疾患による理解力低下、意識レベルの低下、せん妄や不穏、激しい体動などにより、必要な治療が継続できない状況で安全・危険防止の観点から、身体拘束以外に有効な方法がない場合。
- ・検査を安全に行うためにやむを得ない場合。

「緊急やむを得ない場合」の対応とは、あらゆる支援の工夫のみでは十分に対処できないような、「一時的に発生する突発事態」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を行うことのないよう、次の要件、手続きに沿って慎重な判断を行うことが求められる。

身体拘束開始前（事前）

事前の情報で緊急やむを得ず身体拘束等を必要とする場合は、身体拘束等の内容、時間等、患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の説明を行う。基本説明は、医師が行う。状況に応じては、現場が説明を行い、「身体拘束に関する説明書・同意書」にて同意を得る。

身体拘束実施中（身体拘束最小化チーム）利用中の経過から緊急やむを得ず身体拘束等を必要とする場合は、身体拘束最小化チームにおいて、実施件数の確認と身体拘束等をやむを得ず実施している場合（解除も含む）については、協議検討し記録を残す。

身体的拘束中の観察とケアを実施し、記録する

1) 抑制部位の観察（経過表に記載）

- (1) 抑制具の位置の確認（きつさや緩みはないか適切な位置に固定されているかなど）
- (2) 循環障害の有無（浮腫の有無、血流障害の有無など）
- (3) 神経障害の有無（痺れ、感覚鈍麻など）
- (4) 呼吸障害の有無（呼吸苦の有無、呼吸回数・パターンの変化など）
- (5) 皮膚障害の有無（損傷の有無、皮膚色変化の有無など）
- (6) 関節可動域制限の有無（関節拘縮の有無など）

2) 解除に向けた観察（身体的拘束解除に向けたアセスメント・フローシート）

- (1) 興奮と混乱状態が見られる
- (2) 見当識障害があり説明してもすぐに忘れてしまう
- (3) 落ち着きのない行動や、身の回りを気にする様子がある
- (4) 体動が激しい
- (5) チューブ類を引っ張るなどの行為がある

3) 懸念される行動(身体的拘束解除に向けたアセスメント・フローシート)

- (1) ライン類の自己抜去の危険
- (2) 転倒・転落の危険
- (3) 感染・損傷の危険
- (4) (1)～(3)以外の安静保持および安全の確保が困難

4) ケア上の注意点

- (1) いつでもナースコールができるようにする
- (2) 誤嚥や窒息などの不慮の事故に備え、対策を考慮しておく
- (3) 身体的拘束による二次的障害（褥瘡、脱臼、骨折、機能障害など）に注意し、必要に応じて固定の調節、体位交換を実施する

1 日 1 回以上、身体的拘束の解除の可否について複数の医師および看護職員、リハビリスタッフ、他科メディカル等による検討を行う

1) 身体的拘束フローチャートを用いて、再アセスメントをする

2) 早期に身体的拘束を解除する方法に焦点を当てて、

3 要件をすべて満たしているかを含めて「身体的拘束解除に向けたアセスメント・フローシート」を用いて検討する

緊急時

緊急やむを得ず身体拘束等を行うときは、職員同士で協議し緊急やむを得ない理由をケース記録に記録する。

担当医師へもその旨報告し記録する。

家族への説明は、速やかに現場担当者が行い、同意を得る。

9. 身体的拘束を解除する

- 1) 5の検討の結果、身体的拘束解除となった場合は家族（または、代諾者）に説明する
- 2) 医師不在の際に身体的拘束を解除した場合、事後担当医師に報告する

この指針は、2026年4月1日より施行する。