

# 身体的拘束最小化のための指針

愛媛生協病院 身体的拘束最小化委員会

## 1.はじめに

身体的拘束は、患者の自由を制限するものであり、基本的人権及び人間の尊厳を守ることを妨げる行為である。一方で、現場では患者の安全な医療提供のためとして身体的拘束が行われている現状がある。当院においても例外ではない。しかし、身体的拘束は、その場その時点での転倒・転落防止や治療の継続に有効に見える場合があっても、患者の身体機能や生活機能の低下、せん妄の悪化、精神的苦痛、尊厳の侵害をもたらす、時に生命に関わる重大な影響を及ぼすおそれがある。

当院は、患者の尊厳と主体性を尊重し、身体的拘束を安易に正当化することなく、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行わないことを基本方針とする。

本指針は、患者に関わるすべての職員が身体的拘束最小化の必要性を理解し、身体的拘束に頼らない医療・ケアの実践を推進するために定めるものである。

また、事業所全体で「身体的拘束をしない文化」を育て、安全性と倫理性の両立した医療・ケアを提供できる職員の育成につなげる。

## 2.身体的拘束の最小化に関する基本的な考え方

- 1) 身体的拘束は、患者の自由を制限することであり、基本的人権や人間の尊厳を損なう行為である。
- 2) 当院は、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行わない。
- 3) 身体的拘束を行う場合であっても、その必要性は厳格に判断し、可能な限り短時間とし、早期解除に向けた具体的な検討を継続する。
- 4) 身体的拘束最小化は、一部職種だけの課題ではなく、医師、看護師、薬剤師、リハビリ職、医療ソーシャルワーカー、事務職員等を含む、入院患者に関わるすべての職員が共有すべき課題である。
- 5) 当院は、身体的拘束を原則として行わないことを病院全体の方針として明確にし、その方針を管理者自らが発信し、組織風土として定着させる。
- 6) 入院時に予防的な「身体的拘束開始の同意書」は取得しない。身体的拘束を実施する場合は、緊急やむを得ない状況に限り、改めて説明と同意の手続きを行う。
- 7) 当院は、患者が安心して療養できる環境を整え、身体的拘束に頼らない医療・ケアの実現を目指す。

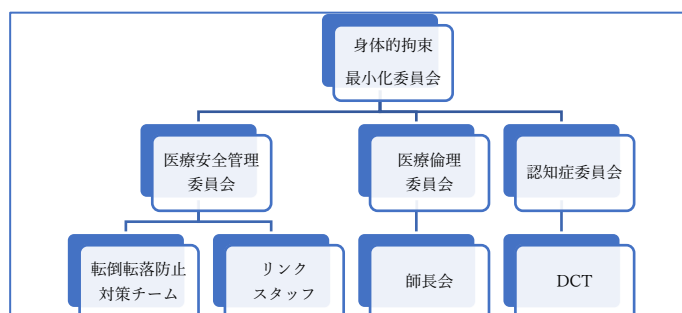
### 3-1 身体的拘束最小化委員会の設置

当院は、身体的拘束最小化を推進するため、身体的拘束最小化委員会を設置する。

本委員会は、身体的拘束最小化に関連する既存の委員会・組織と連携して活動する。

【連携する主な委員会・組織】身体的拘束最小化委員会の設置

- ・本委員会は、身体的拘束最小化においてのみ下部組織として3つの委員会を置き、連携をはかる。  
下部組織委員会：医療安全管理委員会・医療倫理委員会・認知症委員会
- ・本委員会は、少なくとも3カ月毎に開催する。



### 3-2. 委員会の構成

委員会の構成員は、以下を基本とする。

- 1) 委員長：医師（精神科部長）
- 2) 総看護師長又は看護管理者
- 3) 病棟看護師長
- 4) リハビリテーション部門職員
- 5) 医療ソーシャルワーカー
- 6) 医事課職員

その他、病院長が必要と認める者

※委員会の実際の構成員名は別に定める。

### 3-3. 管理者の責務

病院長、看護部長等の管理者は、身体的拘束最小化の方針、取組の意義及び目標を職員へ明確に発信し、職員が身体的拘束に頼らない医療・ケアに取り組めるよう、必要な人的・物的環境の整備に努める。

### 3-4. 身体的拘束最小化チーム

委員会の実働組織として、身体的拘束最小化チームを置く。

チームは、必要に応じて病棟を巡回し、身体的拘束の実施状況を把握するとともに、解除や代替策の導入に向けて病棟職員と協働して具体的な検討を行う。

### 3-5 委員会及びチームの役割

委員会及びチームは、次の役割を担う。

- 1) 身体的拘束最小化に関する指針の策定、見直し及び周知
- 2) 身体的拘束の実施状況の把握、集計及び評価
- 3) 身体的拘束が行われている患者・病棟に対する巡回、助言及びカンファレンス支援
- 4) 解除に向けた具体策及び代替策の検討
- 5) 身体的拘束を行わずにケアするためのハード・ソフト両面の環境整備の検討
- 6) 身体的拘束最小化に関する教育・研修の企画、実施、記録及び受講状況の管理
- 7) 家族・患者への説明方法や文書の整備
- 8) 身体的拘束に関連する事例の検討及び再発防止策の提案
- 9) 薬剤の適正使用の観点からの検討
- 10) 院内周知及び必要に応じた院外への情報発信

### 3-6 記録及び周知

- 1) 委員会の議事録は委員会事務局が作成し、保管する。
- 2) 委員会開催前に、関係部署及び下部組織の代表者と委員会事務局が、現状確認と課題整理を行い、議題を準備する。
- 3) 委員会での検討内容、決定事項、今後の課題は、必要に応じて院内へ周知する。

## 4.身体的拘束最小化に向けての基本方針

### 4-1. 身体的拘束の定義

身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を制限する行動の制限をいう。

不必要に実施される身体的拘束は虐待に相当する。

### 4-2. 身体的拘束の対象となる具体的行為

- 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・柵を縛る
- ④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
- ⑤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
- 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いすを使用する
- 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

「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」

対象となる拘束具は、原則として以下を含む。

- ・抑制帯 ・ミトン ・拘束衣 ・車椅子ベルト着用・4点柵（“足などが落ちないため”の補助か、“降りられないようにするため”の制限かで拘束に当たるかを判断する）

※その他、患者の行動を実質的に制限する用具・方法を含む。

### 4-3 身体的拘束の対象としない具体的行為

以下は、原則として身体的拘束には該当しない。

- 1) 乳幼児の転落・落下防止のためのサークルベッド使用
- 2) 点滴時のシーネ固定
- 3) 自力座位を保持できない方の車いすベルト
- 4) センサーマット、センサーベッド、クリップセンサー等の活用

ただし、これらについても、患者の自由を不当に制限することのないよう、目的と使用方法を適切に判断する。

### 4-4 身体的拘束を実施する場合の対応

緊急やむを得ず身体的拘束を開始する場合は、以下の手続きを経て開始する。開始後は医師・看護師を中心に十分な観察を行い、経過を記録し、できる限り早期に解除するよう努める。

#### 1) 開始前の判断

医師を含む複数の医療者により、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確認する。

判断に当たっては、患者の不安、疼痛、呼吸状態、排泄、睡眠、せん妄、認知機能、環境要因、家族支援状況等を評価し、身体的拘束以外の方法で対応できないかを十分に検討する。

開始を決定する場合は、「どのような状態になれば解除できるか」をあらかじめ明確にする。

## 2) 開始時の手続き

医師が電子カルテに指示を入力する。

看護師にて身体的拘束の内容、目的、理由、方法、開始時刻、想定される時間帯又は期間、解除に向けた対応を記録する。

患者本人に可能な限り説明し、あわせて家族等へ説明する。

## 3) 開始後の観察と再検討

身体的拘束中は、患者の心身の状態、苦痛の有無、循環障害・皮膚障害等の二次的身体障害の有無を観察し、記録する。

少なくとも毎日1回以上、身体的拘束以外の方法はないか、解除できないかについて、複数の医療者で検討し、記録する。

身体的拘束が行われている病棟では、必要に応じて身体的拘束最小化チームが巡回し、病棟職員と協働して解除や代替策導入に向けた具体的検討を行う。

身体的拘束は必要最小限とし、要件を満たさなくなった時点で速やかに解除する。

## 4) 診療録等への記載

診療録等には、少なくとも次の事項を記載する。

- ① 身体的拘束の態様
- ② 実施時間又は時間帯
- ③ 患者の心身の状況
- ④ 緊急やむを得ない理由
- ⑤ 家族等への説明内容及び同意の有無
- ⑥ 実施中の観察内容
- ⑦ 解除に向けた検討内容及び結果

## 5) 家族への説明

- ① 身体的拘束の内容、目的、理由、時間帯又は期間、解除に向けたケアの方法等を説明し、十分な理解が得られるよう努める。
- ② 同意が得られた場合は、「行動制限（身体拘束）に関する説明書および同意書」等の所定書式により記録する。
- ③ 身体的拘束開始後も、毎日1回以上、解除及び代替策について検討し、その内容を必要に応じて家族等へ共有する。

## 6) 身体的拘束の判断基準

切迫性	患者本人又は他の患者等への生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い
非代替性	身体的拘束その他の行動制限を行う以外に、代替する看護方法がない
一時性	身体的拘束その他の行動制限が一時的である

### 4-5 向精神薬等の適正使用

- 1) 身体的拘束最小化の観点から、薬物による過鎮静や実質的な行動制限を防ぐため、向精神薬その他の鎮静を目的とした薬剤は適正に使用する。

- 2) 薬剤使用に当たっては、せん妄、不穏、不眠等の原因検索と非薬物的介入を優先し、必要最小量・必要最短期間を原則とする。
- 3) 薬剤の選択、投与量、投与時間、効果、副作用、減量・中止の見通しを、多職種で共有する。
- 4) 詳細は、別に定める「薬剤の適正使用」に関する取り決めに従う。

#### 4-6 身体的拘束最小化は、家族と一緒に取り組む

入院前又は入院時より、本人・家族に対して以下の説明を行い、理解と協力を得る。

##### 1) せん妄予防について

入院は、生活環境の変化や治療に伴う苦痛等により、患者が混乱し、せん妄を発症しやすい状況となる。そのため、できるだけ普段の生活の延長線上に近い環境を整えることが、せん妄や転倒・転落の予防につながる。入院前の日常生活自立度、ADL、生活リズム、排泄習慣、睡眠状況、本人が安心できる物や関わり方などについて、家族等から情報を聴取し、病棟で共有してケアに活かす。

##### 2) 身体的拘束に頼らない医療・ケアについて

- ① 入院時に予防的に「行動制限（身体拘束）に関する説明書および同意書」への署名は求めない。
- ② 当院は、身体的拘束を原則として行わない方針であること、身体的拘束がもたらす弊害、身体的拘束を行うリスク及び行わないリスクについて説明する。
- ③ 身体的拘束を検討する可能性のある患者については、患者及び家族等の意向を十分に聴取し、身体的拘束に頼らない医療・ケアの実現に活かす。
- ④ 実際に身体的拘束を行う場合は、本指針 4-4 に従い、改めて説明と手続きを行う。
- ⑤ 日常のケアは、パーソン・センタード・ケアを基本とし、患者が安心して過ごせる環境づくりに努める。

### 5. 研修に関する基本方針

入院患者に関わるすべての職員を対象として、身体的拘束最小化に関する教育・研修を年2回以上実施する。新規採用者に対しては、入職時又は入職後早期に必ず研修を実施する。

研修内容は、次の事項を含む。

- 1) 身体的拘束が患者に与える身体的・精神的影響
- 2) 身体的拘束最小化の意義と基本方針
- 3) 身体的拘束の代替手段
- 4) せん妄予防、認知症ケア
- 5) パーソン・センタード・ケア
- 6) 脳活性化リハビリテーション5原則
- 7) コミュニケーション技術
- 8) 薬剤の適正使用
- 9) 事例検討

研修の実施記録及び参加状況は、委員会又は担当部署が管理する。

### 6. 日々のケアを見直す

～身体的拘束を行わずにケアを行うために〈3つの原則〉～

身体的拘束が、せん妄を起こした患者や認知症高齢者に対して行われやすい現状を踏まえ、日々のケアを見直し、せん妄を起こさせないケア、認知症高齢者が落ち着いて過ごせるケアの提供を追求する。

身体的拘束等を行わずにケアを実施するためには、身体的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必要である。

そのため、以下の3つの原則に取り組む。

原則1：身体的拘束等を誘発する原因の特定と除去

困ったように見える行動にも、その人なりの理由や原因がある。

ケアする側の関わり方や環境に問題があることも少なくない。

不安、疼痛、便秘、尿意、眠れなさ、騒音、照明、説明不足、慣れない環境など、多面的にアセスメントし、その原因の除去に努める。

原則2：5つの基本ケアを徹底する

基本的なケアを十分に行い、生活のリズムを整えることを優先する。

これだけで患者が落ち着くことも多い。

- ・起きる
- ・食べる
- ・排泄する
- ・清潔にする
- ・活動する（アクティビティ）

原則3：パーソン・センタード・ケアと脳活性化リハビリテーション5原則に基づいた関わりを見直す

相手が不安にならず、安心して過ごせる環境を整え、居場所をつくるのが関わりの基本である。

病院で働くすべての職員が、認知症高齢者を含め、困っている人が安心できる環境づくりに努める。

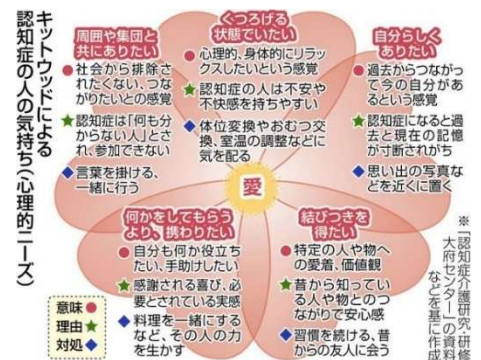
1. 脳活性化リハビリテーション5原則

- ・快刺激で笑顔になる
- ・ほめあうことでやる気が出る
- ・コミュニケーションで安心する
- ・役割を演じることで生きがい生まれる
- ・誤りを避ける学習で、正しい方法を習得する

2. パーソン・センタード・ケア

パーソン・センタード・ケアとは、年齢や健康状態にかかわらず、すべての人に価値があることを認め、尊重し、一人ひとりの個性に応じた関わりを行い、認知症をもつ人の視点を重視し、人間関係の重要性を強調したケアである。

認知症という疾患をもつ「ひとりの人」に焦点を当ててケアすることが大切である。



7. 実施状況の把握、評価及び周知

- ・当院は、病棟ごとの身体的拘束の実施状況を継続的に把握し、その推移を評価する。
- ・委員会は、身体的拘束の実施状況を踏まえ、最小化に向けた具体的な取組を検討する。
- ・必要に応じて、身体的拘束を原則として行わない方針、取組の内容及び実施状況について、院内掲示その他適切な方法により周知する。
- ・指針及び運用は、関係法令、診療報酬上の取扱い、院内実態等を踏まえ、適宜見直す。

## 8. 附則

本指針は、管理部会の承認を経て施行する。

改定又は見直しが必要な場合は、身体的拘束最小化委員会において検討し、所定の手続きを経て改訂する。

2025年3月31日 管理部会承認

2026年4月23日 改定