

身体的拘束等最小化および適正化のための指針

1. 身体的拘束最小化に関する基本的な考え方

身体的拘束は患者の生活の自由を制限するものであり、患者の尊厳ある生活を阻むものである。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、拘束最小化に向けた意識を持ち、身体的拘束をしない支援の実施に努める。

(1) 身体的拘束の原則禁止

原則として、患者の身体に触れる身体的拘束を禁止とする。

(2) 身体的拘束を行う基準

やむを得ず身体的拘束を行う場合には、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、身体的拘束等を行う判断は組織的かつ慎重に行う。

①切迫性

患者本人また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

身体的拘束等を行う以外に代替する方法がないこと。

③一時性

身体的拘束が一時的であること。

(3) 拘束の種類（3 ロック）

①フィジカルロック

- ・身体的拘束：体幹抑制、ミトン、車椅子体幹ベルト、つなぎ
- ・行動制限：ベッド4点柵、離床センサー

②ドラッグロック

- ・抗精神病薬や向精神薬の使用による鎮静

③スピーチロック

- ・患者の行動を制限する言葉（例：「座ってください。」等）

(4) 鎮静を目的とした薬物の適正使用

抗精神病薬

- ・定型抗精神病薬…昔から使用されている抗精神病薬

錐体外路系の副作用が出現しやすいことに注意する。

※陽性症状(攻撃性、興奮、幻覚/妄想などの過活動状態)に有効

- ・非定型抗精神病薬…比較的新しい抗精神病薬

定型に比べ、錐体外路系の副作用は出現しにくい。

※陽性症状、陰性症状(抑うつ、意欲低下、アパシーなどの低活動状態)に有効

- ・焦燥性興奮／幻覚・妄想：有効性が実証されており、その使用が推奨される薬剤

リスペリドン（リスペリドン） 0.5 mg～2 mg

セロクエル（クエチアピン） 12.5 mg～25 mg

ジプレキサ（オランザピン） 5 mg～10 mg

エビリファイ（アリピプラゾール） 10 mg

※非定型抗精神病薬は適用外使用であり本人や家族に十分に説明して、有害事象に留意しながら使用する。

(5) 身体的拘束代替手段を含む日常的支援における留意事項

身体的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を取り組む。

- ①患者主体の行動・尊厳ある生活に努める。
- ②言葉や応対等で患者の精神的な自由を妨げないように努める。
- ③患者の思いをくみ取る、患者の意向に沿った支援を提供し、他職種協働で個々に応じた丁寧な対応をする。
- ④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）を安易に防げるような行動は行わない。
- ⑤万一やむを得ず安全確保を優先する場合、身体的拘束最小化チームカンファレンスにおいて検討する。
- ⑥「やむを得ない」と安易に拘束に準ずる行為を行っていないか、常に振り返り、患者が主体的な生活が行えるよう努める。
- ⑦認知機能低下によりナースコールが正しく活用出来ない場合は、離床センサーを活用し見守り体制を整える。

(6) 情報開示

本指針は公表し、患者等からの閲覧の求めには速やかに応ずる。

2. 身体的拘束等最小化に向けた体制

(1) 身体的拘束最小化チームおよび身体的拘束最小化委員会の設置

身体的拘束の廃止に向けて身体的拘束最小化チームおよび身体的拘束最小化委員会を設置し、毎月月末に委員会を開催する。また、委員会内においてカンフ

ァレンスを行い、その結果について院内職員へ周知徹底を図る。

① 設置目的

- (ア) 院内身体的拘束等最小化に向けての現状把握および改善についての検討
- (イ) 身体的拘束等を実現せざるを得ない場合の検討および手続き
- (ウ) 身体的拘束等を実施した場合の解除の検討
- (エ) 身体的拘束等最小化に関する職員全体への指導

② チームおよび委員会の構成員

認知症ケアサポートチーム（DST）兼務とする。

医師、看護師、MSW、リハビリ、薬剤師、管理栄養士

チームおよび委員会は上記職種による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 チームの業務

- (ア) 身体的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徹底する。
- (イ) 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用する。
尚、(ア)を踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行う。また、当該指針には、沈静を目的とした薬物の適正使用や身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係わる内容を盛りこむ。
- (ウ) 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行う。

(2) やむを得ず身体的拘束等を行う場合の対応

本人または他患者の生命また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、以下の手順をふまえて行うこととする。

(ア) 入院前

- ① 事前の情報で緊急やむを得ず身体的拘束等を医師の指示のもと行い、解除のためのアセスメントを同日より開始すること。
- ② 身体的拘束等の内容、時間等について、患者および家族に対し現場職員が説明を行い、「行動制限に関する説明・同意書」（様式1）を以て同意を得る。

(イ) 入院時

入院中の経過から緊急やむを得ず身体的拘束等を必要とする場合、身体的拘束最小化委員会において実施件数の確認と身体的拘束等をやむを得ず実施している場合（解除も含む）については毎月月末にカンファレンスにおいて協議検討し、記録に残す。

(ウ) 身体的拘束等の継続と解除

- ①身体的拘束等を行っている間は日々経過観察を行い、電子カルテ評価アプリ「身体的拘束評価」（様式 2）を用いて、身体的拘束発生時にその態様および時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録する。
- ②身体的拘束最小化委員会において協議し、解除に向けた検討を行う。
- ③身体的拘束等継続の場合は引き続き日々の観察を行い「身体的拘束評価」に記録する。
- ④身体的拘束解除の場合は即日、現場職員より家族に身体拘束等解除について説明し同意を得る。

(エ) 緊急時

- ①緊急やむを得ず身体的拘束を行うときは、医師・看護師等で協議し医師の指示のもと緊急やむを得ない理由を「身体的拘束評価」に記録する。その後は身体的拘束最小化チームを加え身体的拘束解除に向け協議する。
- ②家族への説明は翌日までに現場職員が行い、同意を得る。

3. 身体的拘束等に向けた各職種の役割

身体的拘束等の最小化のために各職種の専門性に基づくアプローチから、他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。

(院長)

身体的拘束最小化および適正化の検討にかかわる全体責任者

(管理者)

- ① 身体的拘束最小化委員会の統括管理
- ② 支援現場における諸課題の統括管理
- ③ 身体的拘束等最小化に向けた職員教育

(現場責任者)

- 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

(従業者)

- 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を理解する
- 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十分にとる
- ⑥ 記録は正確かつ丁寧に記録する。

4. 身体的拘束等最小化および適正化のための職員教育・研修

患者に関わるすべての職員に対して、身体的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。

- ①年間研修計画に基づく定期的な教育・研修（年1回以上開催）の実施
- ②新人職者オリエンテーション内で、新入職者のための身体的拘束等最小化および適正化研修を実施。
- ③その他必要な教育・研修の実施
- ④上記教育研修の実施内容については記録を残す。

附則

この指針は、令和6年6月1日より施行する。

千葉西総合病院 身体拘束最小化チーム

作成日：2024.6

改訂日：2025.12

改訂日：2025.4

最終改訂日：2026.4

(様式 1)



行動制限に関する説明・同意書

1. 行動制限(身体拘束・牽制による制限)の目的・必要性について

1) 身体生命維持のため(治療上必要事項)

- ☐ チューブ・ドレーン類の自己脱落が予測
- ☐ 体位や安静が保持できない
- ☐ 必要な検査が行えない
- ☐ 生命の危険・病状の悪化を来す恐れがある

2) 身体安全確保のため

- ☐ ベッド、車椅子等からの転落
- ☐ 自傷行為や他者に危害を及ぼす可能性がある
- ☐ 離脱・離脱の可能性がある

3) その他

2. 行動制限に関する内容

詳細内容	
行動制限の方否	安全具を用いた身体拘束・牽制による行動制限
身体拘束の部位	身体・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他()
拘束の方否	ベッド4点鎖・拘束帯・ミトン・車椅子用安全帯・その他()
月 日～ 月 日	
拘束期間	早期離脱を目的に随時検針を行います。主訴状態により身体拘束の方否・期間を変更することがありますのでご了承下さい。

3. 約束事項(実施に当たり以下に留意します)

- 1) 2時間毎に、臨床状態、皮膚トラブル、循環障害、痙攣、四肢の感覚機能の観察。
- 2) 定期的に、医師を含めたカンファレンスを行い、看護介入の検針を行う。

千葉西総合病院

内科

2025年4月17日

説明医師

看護師

上記の説明を受け、行動制限についての内容を理解しましたので
同意します。

202 年 月 日 時 分

患者氏名

同意者氏名
(患者との続柄)

テンプレート選択

せん妄
DELTA
DST
認知症ケア評価
身体的拘束評価

1. 治療内容及び患者状態

- ☐ 治療に必要な医療器具が継続的に使用されている
- ☐ 気管挿管、カニューレ挿入
- ☐ 人工呼吸器を装着している
- ☐ 点滴ルート・ドレーン・カテーテル・体外循環装置が装着されている
- ☐ 使用薬剤の影響や副作用がある（降圧剤・昇圧剤など）
- ☐ その他 W
- ☐ 認知症やせん妄等のため体位保持や安静保持が困難な状態
- ☐ 自傷行為（自己の生命、身体を害する行為）のある状態
- ☐ 他害行為（傷害、暴行、器物破損など他者に害を及ぼす行為）のある状態
- ☐ その他 W

2. 身体的拘束を必要とする患者の具体的危険行為

- ☒ 具体的危険行為 例：気管カニューレを手で触って、カニューレが抜けかけた

3. 身体的拘束の3原則

- ☐ 切迫性：行動制限を行わない場合、患者の生命または身体が危険にさらされる可能性が高い（意識障害、説明理解力低下、精神症状に伴う不穏・興奮）
- ☐ 非代替性：行動制限以外に患者の安全を確保する方法がない（薬剤の使用、病室内環境の工夫では対処不能、継続的な見守りが困難など）
- ☐ 一時性：行動制限は一時的であること
- ☐ 対象外（身体的拘束） ← 切迫性・非代替性・一時性の3項目のうち1つでも該当しない
- ☐ 対象（身体的拘束） ← 切迫性・非代替性・一時性の3項目すべてに該当する

6. 方針の決定

- ☒ 上記に該当するため加ワルシを行う

《参加者》 医師 W

看護師 W

その他 W

加ワルシ内容 （身体的拘束解除に向けた取り組みや解除予定日など）

上記により医師の指示のもと身体的拘束を ☐ 開始する ☐ 継続する ☐ 解除する

7. 身体的拘束の説明に対する同意書の取得（本人・家族・代諾

- ☐ あり
- ☐ なし（緊急のため口頭同意を得る、後日書面にて署名を得る）

4. 身体的拘束時の使用物

- | 身体的拘束物品 | その他の行動制限物品 |
|-------------------------------------|--|
| ☐ 安全ベルト（肩） | ☐ 離床センサー |
| ☐ 安全ベルト（体幹） | ☐ クリップセンサー |
| ☐ 安全ベルト（手） | ☐ ベッド柵追加 |
| ☐ 安全ベルト（足） | ☐ その他の使用物品 <input type="text"/> W |
| ☐ 車椅子安全ベルト | |
| ☐ ミトン | |
| ☐ 抑制衣・介護用つなぎ | |
| （鍵の有無は関係なし） | |

※身体的拘束物品を使用した場合は、当日より「認知症ケア加算（拘束有）」に変更してください。

※身体的拘束物品を解除した場合は、翌日より「認知症ケア加算（拘束無）」に変更してください。

※赤字は入院基本料減算対象物品（該当物品へチェックが入ると医事コスト画面へ反映されます）

※身体的拘束物品使用時のみ経過表の観察項目を観察する（注意：標準設定項目以外追記しない）

5. 身体的拘束時間帯及び時間

- ☐ 24時間継続
- ☐ 日中のみ W まで 左記外枠に拘束時間「〇時〇分～〇時〇分」も記載して下さい
- ☐ 夜間のみ W まで
- ☐ 一時的 W まで
- ☐ 処置時のみ W まで