身体拘束最小化のための指針

1　身体拘束の最小化に関する基本的な考え方

身体拘束は患者の権利である自由を制限するのみならず、身体的・精神的に弊害を伴う。したがって、身体拘束を行わないことが原則である。

横浜掖済会病院では、職員一人ひとりが身体的・精神的弊害を理解し、患者の人間としての本来の姿を重視しながら多職種チームで話し合い、合意形成した方向性に基づいて医療安全対策を行うことで、緊急やむを得ない場合を除いて可能な限り身体拘束をしない診療・看護の提供に努める。

2　基本方針

1）身体拘束の定義

この指針でいう身体拘束は、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。

身体拘束その他、入院患者様の行動を制限する具体的行為にあたるものとして、厚生労働省が「身体拘束ゼロの手引き」の中で 11 点あげている不適切な行為を以下に示す。

（物理的身体拘束）

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
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

2）身体拘束の原則禁止

当院は、患者または他の患者等の生命または身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束の実施を禁止する。

3）緊急やむを得ず身体拘束を行う場合

（1）緊急やむを得ず身体拘束を行う要件

患者または他の患者等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拘束を行う場合は、次の３要件をすべて満たした場合に限り、必要最低限の身体拘束を行うことができる。

（３つの要件）

切迫性：患者本人または他の患者の生命また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：身体拘束を行う以外に切迫性を除く方法がないこと
一時性：身体拘束が必要最低限の期間であること

（2）緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の説明と同意

上記３要件については医師・看護師を含む多職種で検討し、医師が指示し、患者・家族等への説明と同意を得て行うことを原則とする。

（3）身体拘束を行う場合は、当院の「身体拘束マニュアル」に準ずる。

4）身体拘束最小化するための取り組み

（1）患者等が問題行動に至った経緯をアセスメントし、問題行動の背景を理解する。

（2）身体拘束をすぐに行う必要性があるかを複数名で評価し、身体拘束をしなくてもよい対応を検討する。

（3）多職種によるカンファレンスを実施し、身体拘束の必要性や患者に適した用具であるか等を評価する。

（4）身体拘束は一時的に行うものであり、期間を定め、アセスメントを行い、身体拘束解除に向けて取り組む。

（5）身体拘束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。

① 患者主体の行動、尊厳を尊重する。

② 言葉や応対などで、患者等の精神的な自由を妨げない。

③ 患者の思いをくみとり、患者の意向に沿った医療・ケアを提供し、多職種協働で患者に応じた丁寧な対応に努める。

④ 身体拘束を誘発する原因の特定と除去に努める。

⑤ 薬物療法、非薬物療法による認知症ケアやせん妄予防により、患者の危険行動を予防する。

（6）身体拘束には該当しない患者の身体又は衣服に触れない用具であっても、患者の自由な行動を制限することを意図とした使用は最小限とする。

（7）生命維持装置装着中や検査時等、薬剤による鎮静を行う場合は鎮静薬の必要性と効果を評価し、必要な深度を超えないよう、適正量の薬剤を患者・家族等に説明を行い、同意を得て使用する。

３　身体拘束最小化のための体制

院内に身体拘束最小化対策に係る身体拘束最小化チーム（以下、「チーム」という。）を設置する。

1）チームの構成

医師：３名（内科・外科・整形外科　各１名）　※３名の内１名が専任医師。

看護師：２名（各病棟から１名）　※２名の内１名が専任看護師。

薬剤師：１名

理学療法士：１名

MSW：１名

事務員：１名

医療安全管理者　※必要に応じて招集

その他病院長が必要と認める者

2）構成員の任命

構成員は，病院長が任命する。

3）構成員の任期

（1）委員会の任期は２年とし、再任を妨げない。

（2）委員に欠員が生じたときは直ちに欠けた委員の選出分野から補充し、任期は前任者の残任期間とする。

4）身体拘束最小化チーム長

（1）身体拘束最小化チームに、チーム長を置く。

（2）チーム長は，身体拘束最小化チーム構成員のうちから，病院長が指名する。

（3）チーム長は，最小化チームに関する業務の状況，検討結果等について必要に応じて病院長に報告の上，意見を具申する。

（4） チーム長が欠けたときなどは、あらかじめチーム長の指名する構成員がその職務を代行する。

5）組織構成

当院の組織図に準じる。

6）チームの役割

（1） 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徹底する。

（2） 定期的なラウンド（第2/第4火曜日)、チーム会議（月１回）を行い、 身体拘束実施事例の最小化、解除や代替策の導入に向けた医療・ケアを病棟職員と検討する。

（3） 各部署からの相談については各病棟のチーム看護師が窓口となり、迅速に対応し適切な助言を行う。

（4） 定期的に本指針・マニュアルを見直し、職員へ周知して活用する。

（5） チームで検討した内容等については記録し保存する。

（6） 身体拘束最小化のための職員研修を開催し、記録をする。

代替策

1 代替策の定義と目的

定義：代替策とは、目的を変えずに手段を置き換えることで、問題解決や目標達成を可能にする別の方法や手段のことである。

目的：身体拘束最小化における代替策は「拘束しないこと」自体が目的ではない。目的は、拘束に頼らずに安全を確保できる状態をつくることである。

2 代替策が求められる理由

・患者の尊厳と安心を守るため
・“安全の質”を上げるため（身体拘束を行うことで別のリスクが発生する可能性があるため）
・医療職の専門性とチーム力を高めるため

3 代替策の基本姿勢

・行動の背景を探る（痛み、排泄、不安、環境の不快、見通しのなさ）
・安心を増やす（説明、声かけ、関係性、予定の見える化）
・一時的に見守りを厚くする（チームで短時間集中）
・うまくいった工夫を“再現できる形”にする（記録・共有）

※非代替性（ほかの手段がない)」を検討する前に、代替策をどこまで深められるかを検討することが重要である。

4 代替策の定着

代替策は、職員１人の頑張りではなく「チームの仕組み」として取り組むことで定着する。

チーム間で以下のことを共有認識し、代替策を定着させていく。

・背景にある理由を探る（なぜその行動が起きているのかを多角的に観察する）
・うまくいった工夫を短く記録し、申し送りで共有する。
→誰がやっても同じケアができるように手順化する。
・「この場面ではこれを試す」という共通手順を作る。
・多職種で検討と振り返りの時間を短くても定期的に持つ。

５代替策

① 転棟・転落リスクへの代替策 「立たせない・歩かせない」ではなく、安全に動ける環境を作るアプローチ。	
ベッド高の調整	足がしっかりと床につく高さに下げ、立ち上がり時の転倒を防ぐ。 ●理学療法士などの助言のもと、立ち上がりに適した高さを選択する。
低床ベッド・衝撃吸収マットの活用	万が一の転落に備え、怪我のリスクを最小限に抑える。 ●当院導入のパラマウントベッド　低床：22 ㎝まで可能。 ●当院導入の衝撃吸収マット ・ころやわⅢ：10 台　・ハビナース　衝撃吸収マット：１台
離床ＣＡＴＣＨⅢ（ベッドセンサー）やその他センサー類の活用	動き出しを早期に検知し、職員がタイムリーに訪室・見守りを行う。 →職員間での周知 ●離床ＣＡＴＣＨⅢ（ベッドセンサー）を適切に設定 患者の動きの検知タイミング（機能設定）や体重設定を適切に設定し、都度見直しを行う。 検知タイミング：起き上がり・端坐位・離床・見守り メリット：患者に気づかれにくい、寝心地に影響なし デメリット：患者の動作や寝る位置などでは誤通知・不通知の可能性がある。 体重 30 キロ未満は対象でない。 ※）離床ＣＡＴＣＨⅢ基本操作マニュアル（簡易版） 離床ＣＡＴＣＨⅢ設定フロー　　作成中 離床ＣＡＴＣＨⅢの機能と患者適応例 ●床置き離床センサーを適切に設定 検知タイミング：ベッドから「足をおろして踏んだ」とき メリット：「少し体を起こしただけ」の起き上がりだけの誤報が少ない。 デメリット：設定していることが患者に気づかれやすい。 端坐位で過ごす患者に使用すると誤報が多い。 ベッドから「足をおろして踏んだ」ときに発報するためすでに転倒転落、離床している場合がある。 ●赤外線センサーを適切に設定　１台 検知タイミング：非接触で空間で患者をとらえる メリット：設置場所の選択が多い。病室の入口に設置するなどもできる。 デメリット：センサーの設置にコツが必要。 センサー前に物が置かれると検知ができなくなる。 赤外線内に対象が少しでも入り込むと誤報がみられる。 ●車椅子用離床センサー（座面マット型）を適切に設定　３台 検知タイミング：患者のお尻が浮いた（体重が抜けた）瞬間で検知 メリット：車椅子乗車時の転倒転落を直前に検知できる デメリット：本体から音が発報するタイプのため、ナースコールと連動していない。 電池切れ（乾電池）が知らない間に起こりやすい。

離床ＣＡＴＣＨⅢ（ベッドセンサー）やその他センサー類の活用	●その他、使用する出番はほぼないが、起き上がり用・ベッドサイド用のセンサーがある。
靴・履物の見直し（滑りやすさ、サイズ不適合）	履物の選択 ◎サイズ（つま先 5～10mm 程度余裕がある、踵フィット） ◎屈曲性 ◎重量バランス（軽い） ◎つま先部の高さ（先が高め） ◎靴底の減り具合 ×すべりやすい・つまずきやすい・ぬげやすい・バランスがとりにくい 当院のフットケアナースに依頼　※共有フォルダから予約 →外部の研究で月 1 回程度の継続で転倒率が約 30%低下する結果 ・足トラブルの改善、感覚の維持、血行促進と筋力維持を目的としたケア ・履物サイズ合わせの際の相談
環境の整理	導線からつまずきやすい物を排除し、夜間は適切な明るさの照明を確保する。 ●夜間、常夜灯で照明の確保 ●履物を訪室のたびに揃える（ナッジの考え方） 履物の向きなどで患者の行動を把握しそこから対策を講じることができ、履物が見当たらないと転倒リスクを高める可能性もあるため ●ルート類や延長コードなどの整理 ●病衣ズボンの裾が長すぎたら、折るなどし調整する ●オーバーテーブルなどの位置、動かないようにキャスターロック ●ベッドのキャスターロック 適切なベッド柵の位置、ベッド柵の選択 ●パラマウント標準のベッド柵使用。 ベッド柵を叩く・外すなどの危険行動などみられた際は、ベッド柵を紐でベッドにくくりつけた等しない。皮膚トラブルや損傷等の安全目的を優先とし、タオルやベッド柵カバーなどで柵を保護したりする。また患者が移動出来やすいような柵の位置、柵の種類を選定する。 ※ベッド柵カバー、ベッド柵Ｊ字型等購入検討中 患者の手の届きやすいところに必要なものを整える ●ナースコール、ゴミ箱、ティッシュ、テレビのリモコン、ベッドランプのスイッチ 患者の理解度に応じて→ベッドリモコン
定時巡視・声かけ・スキンシップ	「ひとりで動かなくていい」安心を増やす ●訪室頻度を明確にする（周知・ケアの統一のため）。 ●優しく安心感のある声掛けを心掛ける。 →スピーチロックを使わない（言葉によって患者の行動や意思表示を制限しない）。

「転倒予防体操パンフレッ」の活用	理学療法士作成による、当院においての「転倒予防体操パンフレット」を配布・用いて患者が自主的・他律的に実施する。 ●全ての入院患者に配布する。
理学療法士・作業療法士におけるリハビリの実施	筋力低下予防や、日中の活動を増やすため日常リハや作業療法などを取り入れる。
栄養状態の改善	筋力低下低下やせん妄など栄養状態なども要因になるため、医師・栄養士・薬剤師・検査技師・ST・看護師（必要時 NST 介入）が連携し改善を図る。

② 点滴・チューブ自己抜去への代替案 抜去を試みる背景には「痛み」「違和感」「不安」が隠れていることが多いため、これらを取り除く。	
視界から隠す	●点滴のラインを衣類やアームカバー、包帯などで覆い、本人の目に入らない工夫をする。 ※衣類や包帯で覆っても効果ない場合は、アームカバーを試してみる。 ※衣類の袖をテープで固定しない。 ●CV（鎖骨・鼠径部）はも同様に本人の目に入らない工夫をする。 ※肌着やショルダー型のバストバンドで覆うなどの工夫。 ※鼠径部は病衣のズボンで覆うなどの工夫。
固定方法・位置の見直し	●固定方法の工夫と観察 皮膚の引っ張りや不快感がないか確認し、体位や姿勢を調整して違和感を減らす。 チューブの種類や部位によって固定方法やテープ類の選定を行う。 ●挿入する部位の検討（留置針・PICC・CV） ●スタットロックの活用 当院においては、PICC 用と尿道カテーテル用のスタットロック採用。
安心感を高める声かけ	「何のための管か」を、本人が理解しやすい短い言葉で繰り返し説明する。
関心を他へ向ける	手が寂しくならないよう、触って安心できるクッションやぬいぐるみなどを持たせてみる。※家族等にも家から持参して頂く等協力をお願いする。 ●ドールセラピー（人形療法） 目的：「お世話をしなくては」という母性や責任感を呼び覚ましたり、抱きしめることで孤独感や不安を和らげたりする。 ●認知症マフ（ケアマフ、ツィドルマフ） →クッション・手袋型のケアアイテム 目的：手持ち無沙汰による不安を解消し、衣服の引っ張りや点滴などの管を抜いてしまうという行動を防止し、心を落ち着かせる効果がある。
点滴、経管栄養を行う場合、時間や場所、環境の適切な選定	点滴、経管栄養を行う場合、時間や場所、環境を選定し、適切な設定をする。 →医師や薬剤師、栄養士、看護師で検討。 特に経管栄養剤などは種類によって時間の短縮が可能である。
不要なチューブ等を外すことができないか医師と相談	●点滴、経管栄養に頼らず、口から食べられないか十分に検討する。 ●尿道カテーテルの早期抜去 おむつ装着、もしくは日中はトイレ誘導など行い活動を増やすことも検討。

皮膚のケア	皮膚をかきむしらないよう、常に清潔にし、かゆみや不快感を取り除く。 ●清拭や皮膚乾燥に対して保湿剤を使用する。 清拭やシャワー浴の頻度、保湿剤塗布の頻度も検討。 ●皮膚脆弱な患者に対しては、被膜材を塗布してからテープ貼付、固定テープの選定を行う。→褥瘡対策チームに相談可

③ 不穏・徘徊への代替案 徘徊などの行動には必ず本人なりの目的や理由がある。それを突き止めて満たすことが最優先である。	
身体的要因の確認	尿意・便意、どこかの痛み、喉の渇き、寒さ・暑さなどがないか確認。
生活リズムの安定	日中にしっかり活動（アクティビティ）してもらい、夜間の良眠を促す。
見通しの確保	不安から動こうとする場合、予定や「ここにいて大丈夫」という安心感を短い言葉で伝える。
付き添い・安全な見守り	無理に止めて興奮させるより、職員が一緒について歩き、満足したらベッドに戻れるよう誘導する。 ※必要時家族等の付き添いも検討する。

④ 車椅子やベッドでの姿勢崩れへの代替案 ずり落ち防止のためにベルトで縛る前に、身体を適切に支持する用具を取り入れる。	
ポジショニングの工夫	クッションやタオルを使い、骨盤や体幹が安定する位置を作る。 ※車椅子用体圧分散用具あるため活用。
適切な椅子の選択	座面の高さ、背もたれの角度、リクライニング機能付き車椅子を検討する。
こまめな体位変換	長時間同じ姿勢でいることによる疲労や痛みを防ぐため、短い間隔で姿勢を変える。 ※体位変換の頻度も共有する。

⑤ 脱衣やおむつはずしへの代替案 脱衣やおむつはずしの原因や目的を究明し、それを除くようにする。	
皮膚のケア	皮膚をかきむしらないよう、常に清潔にし、かゆみや不快感を取り除く。 ●清拭や皮膚乾燥に対して保湿剤を使用する。 清拭やシャワー浴の頻度、保湿剤塗布の頻度も検討。
衣類やおむつの選択	生活環境や本人の好み、気温などでも不快を感じて脱衣行為などがみられる ●病衣の選択 長衣や甚平型が良いのか、もしくは普段自宅で着用している寝間着が良いのかなど検討し、必要時家族等へ協力して頂く。 ●おむつの選択、おむつ交換頻度の検討 ・紙おむつ+パット、リハビリパンツ+パット、下着+パットなど検討してみる。 ・パットを当てすぎて厚さを感じ不快になっている場合もある。 ・排泄量が多くて、定時のおむつ交換では不快に感じている時間が長くおむつ外しをしていることもあるため排泄交換を個別に検討 ・する。
おむつに頼らない排泄をめざす	排泄パターンをアセスメントし、排泄方法を検討する。 例）日中トイレ誘導。夜間ポータブル+尿器など。

7）最小化チーム会議

当院の身体的拘束に関する事項を審議するため、横浜掖済会病院身体的拘束最小化チーム会議（以下「最小化チーム会議」という。）を置く。

（1） 最小化チーム会議の審議事項

最小化チーム会議は以下、身体拘束最小化するための取り組みに掲げる事項について審議する。

① 患者等が問題行動に至った経緯をアセスメントし、問題行動の背景を理解する。
② 身体拘束をすぐに行う必要性があるかを複数名で評価し、身体拘束をしなくてもよい対応を検討する。
③ 多職種によるカンファレンスを実施し、身体拘束の必要性や患者に適した用具であるか等を評価する。
④ 身体拘束は一時的に行うものであり、期間を定め、アセスメントを行い、身体拘束解除に向けて取り組む。
⑤ 身体拘束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。
（イ）患者主体の行動、尊厳を尊重する。
（ロ）言葉や応対などで、患者等の精神的な自由を妨げない。
（ハ）患者の思いをくみとり、患者の意向に沿った医療・ケアを提供し、多職種協働で患者に応じた丁寧な対応に努める。
（ニ） 身体拘束を誘発する原因の特定と除去に努める。
（ホ） 薬物療法、非薬物療法による認知症ケアやせん妄予防により、患者の危険行動を予防する。

（2）最小化チーム会議の構成

① 最小化チーム会議は、以下に掲げる者を持って構成する。
医師：３名（内科・外科・整形外科　各１名）　※３名の内１名が専任医師。
看護師：２名（各病棟から１名）　※２名の内１名が専任看護師。
薬剤師：１名
理学療法士：１名
MSW：１名
事務員：１名
医療安全管理者　※必要に応じて招集
その他病院長が必要と認める者
② 最小化チーム会議に議長を置き、チーム長をもって充てる。
③ 議長は、最小化チーム会議を招集し、その議長となる。
④ 議長が欠けたときなど、議長があらかじめ指名する構成員がその職務を代行する。

（3）最小化チーム会議の議事

① 最小化チーム会議は、原則として毎月１回開催するものとする。ただし、議長が必要と認めるときは、臨時に会議を招集することができる。
② 最小化チーム会議は、構成員の過半数の出席がなければ、議事を開き，議決することができない。
③ 最小化チーム会議の議事は、出席した構成員の過半数をもって決し、可否同数の場合は、議長の決するところによる。

（4）最小化チーム会議の議事の特例

議長が、定例的若しくは軽易な事項又は緊急その他やむを得ない事由であると認める場合で、最小化チーム会議を開催する必要があると認めるとき、議事を開き、議決することができる。

（5）最小化チーム会議の代理出席

議長は，構成員が都合により出席できないときは，構成員からの申出により，代理者の出席を認めることができる。

（6）構成員以外の者の出席

議長が身体的拘束に関し必要と認めるときは，構成員以外の職員を最小化チーム会議に出席させ，説明又は意見を聴くことができる。

4　各職種の責務

（1）病院長は身体拘束最小化に向けての諸課題における最高責任者である。

（2）医師は患者の状態に応じてまた、多職種からの情報を共有し総合的に判断した上で適切な方針を定める。患者の状態に変化がみられれば柔軟にかつ、迅速に身体拘束の方法を変更する。

（3）病棟所属長は患者の尊厳を尊重し、拘束がもたらす弊害を認識し患者個々の行動特性を理解する。患者の心身の状態を把握し、十分なコミュケーションを図りケアする。

（4）病棟看護職員は、個々の患者の思いや行動特性、心身の状態を観察し、医師との連携を図り多職種での共有に努める。また記録は正確かつ丁寧に記録する。

（5）看護補助者や委託職員などのケアサポーターは、看護職員の指示に従い基本的ケアの実施を行う。

（6）薬剤師は医師・看護職員と協力し効果的な薬物療法を行う。

（7）医療スタッフは、医師、看護職員等と連携を図り情報共有を図る。

5　身体拘束最小化のための研修

医療・ケアに携わる全ての職員に対して、身体的拘束最小化（拘束の代替等を含む）のための研修を実施する。

（1）定期的な教育研修（年２回）実施。

（2）新入職者・中途採用者に対する身体拘束最小化、改善のための研修を実施。

（3）その他、必要な教育・研修の実施および実施内容の記録。

6　身体拘束を行う場合の対応

患者等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拘束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する。

（1）　緊急やむを得ず身体拘束をせざるを得ない状態であるかどうかを、医師と看護師を含む多職種によるカンファレンスで検討する。必要と認めた場合、医師は身体拘束の指示をする。

（2）医師は同意書を作成し、事前に患者・家族等に説明して身体拘束開始の同意を得る。ただし、直ちに身体拘束が要する切迫した状況で、事前に同意を得ることが困難な場合は、身体拘束開始後直ちに家族等に説明して同意を得る。

説明内容
① 身体拘束しか手段がない理由
② 身体拘束の具体的な方法
③ 身体拘束を行う時間・期間
④ 身体拘束による合併症

（3）患者・家族等の同意を得られない場合は、身体拘束をしないことで起こり得る不利益や危険性を説明し、

診療録に記載する。

（4）身体拘束中は身体拘束の態様および時間、その際の患者の心身の状態並びに緊急やむを得ない理由を記録する。

（5）身体拘束中は毎日、身体拘束の早期解除に向けて、他職種によるカンファレンスを実施する。カンファレンスでは、やむを得ず身体拘束を行う３要件を踏まえ、継続の必要性を評価する。

（6）医師はカンファレンスの内容を踏まえて身体拘束の継続または解除の有無を指示する。

（7）身体拘束を継続する必要がなくなった場合は、速やかに身体拘束を解除する。

7　多職種による安全な身体拘束の実施および解除に向けた活動

患者が身体拘束を行わざるを得ない状態である要因によっては、患者の病状および全身状態の安定を図ることが、安全な身体拘束の実施、早期解除につながる。各職種は、身体拘束における各々の役割を意識して患者にあたる。

8　管理者を含む職員への定期的な周知方法

医療安全管理会議等を通じて全職員に周知徹底する。

9　この指針の閲覧について

当院での身体拘束最小化に関する指針は、電子カルテに掲示し院内で閲覧できるようにすると共に当院のホームページに公表し、いつでも患者様及びご家族が自由に閲覧できるようにする。

（附則）

この指針は 2024 年 12 月 1 日より施行する

2025 年　1 月 22 日　改訂

2026 年　6 月　1 日　改訂

2026 年 10 月 14 日　改訂