

身体的拘束最小化のための指針

<身体的拘束最小化に関する基本的な考え方>

- ・ 当院では、患者の尊厳と権利を尊重し、安全で安心できる医療・介護を提供することを基本理念としています。
- ・ 身体的拘束は、身体的・精神的苦痛を与え、人間としての尊厳を損なうおそれがあるため、原則としてこれを行いません。
- ・ 当院は「身体的拘束を原則行わない」を目標とし、緊急やむを得ない場合を除き身体的拘束を行わない医療・ケアの提供に努めます。

<身体的拘束の定義>

身体的拘束とは、患者の意思に反して身体の一部を制限する行為をいい、厚生労働省が定める身体的拘束に該当する行為をさします。

1. 身体的拘束最小化に向けての基本方針

(1) 身体的拘束最小化の原則禁止

当院においては、原則として身体的拘束を行うことを禁止とする。この方針でいう身体的拘束は、拘束等患者の身体または衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を拘束する行動の制限をいう。

(2) 緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合

患者または他の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を行う場合は、切迫性・非代替性・一時性の3原則全てを満たした場合のみ、本人・家族への説明同意を得て行う。

① 切迫性

患者または他の患者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。

- ▶ 「切迫性」の判断を行う場合には、身体的拘束を行うことにより本人の日常生活等に与える影響を勘案

し、それでもなお身体的拘束を行うことが必要となる程度まで患者本人等の生命または身体が危険にさらされる可能性が高いことを、確認する必要がある。

② 非代替性

身体的拘束を行う以外に代替法がないこと。

- ▶ 「非代替性」の判断を行う場合には、いかなるときでも、まずは身体的拘束を行わずに対応するすべての方法の可能性を検討し、患者本人等の生命または身体を保護するという観点から、他に代替手法が存在しないことを複数のスタッフで確認する必要がある。また拘束の方法自体も、本人の状態等に応じて最も制限の少ない方法により行わなければならない。

③ 一時性

身体的拘束が一時的なものであること。

- ▶ 「一時性」の判断を行う場合には、本人の状態等に応じて必要とされる最も短い拘束時間を想定する必要がある。

(3) 身体的拘束の具体的な行為

- ① 徘徊しないように車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等でしばる。
- ② 転落しないように、また他人への迷惑行為を防ぐ為に、ベッドに体幹や四肢をひも等でしばる。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを4点柵又は壁付け2点柵で囲みすべてひも等でしばる。
- ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等でしばる。

- 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 車椅子・椅子からずり落ちたり立ち上がったたりしないように、腰ベルトで固定したり、オーバーテーブルでふさぐ。
- ⑦ 脱衣やオムツ外しを制限する為に、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- ⑧ 行動を落ち着かせるために、向精神病薬を過剰に服用させる。
- ⑨ 自分の意志で開けることのできない居室に隔離する。

「身体拘束廃止・防止の手引き」2025年3月 厚生労働省老健局より一部抜粋

（４）身体的拘束にあたらぬ具体的な行為

入院患者の特徴を踏まえ、早期に生活の場へ退院できるように転倒等の事故を未然に防ぐ目的として実施する行為については、身体抑制(拘束)の対象としないこともある。

- ① 整形外科治療で用いるシーネ固定等。
- ② 処置時・点滴実施時のシーネ固定。
- ③ 転倒予防用に使用する離床センサー等。
- ④ 患者の動作により容易に外れ自発的な運動を制限することはないセンサークリップ等のみを使用する。

（５）身体的拘束実施により起こりうる弊害

身体的拘束には、患者本人に心身への苦痛を与えるだけでなく、家族やスタッフ、病院に大きな影響を与え、ADL（日常生活動作）低下やQOL（生活の質）の低下等の弊害を引き起こすリスクがある。

●身体的弊害

- ・ 関節の拘縮や筋力低下、褥瘡の発生、血行障害など。
- ・ 食欲や心肺機能の低下。
- ・ ベッドや車いすからの転落や無理な立ち上がりによる転倒、ひもや抑制帯による窒息などの重大事故のリスク。

●精神的弊害

- ・ 怒りや不安、諦め等の精神的苦痛、認知症の進行、せん妄等。
- ・ 家族が身体的拘束をされている様子を目の当たりにすることで不安や後悔、罪悪感を抱く。
- ・ 医療者は自らのケアに誇りを持たない。

●社会的弊害

- ・ 病院への信頼低下、偏見。
- ・ 医療者の仕事へのモチベーションの低下、看護観の揺らぎ。
- ・ 職場への不信感や将来への不安。

（６）向精神薬等の鎮静を目的とした薬剤使用のルール

- ① 検査・治療時における薬剤添付文章に基づく向精神薬投薬は、身体的拘束（ドラックロック）に該当しないものとする。
- ② 不眠・不穏時の向精神薬投与については、「認知症ケアマニュアル」に基づき使用し、過剰な投与を前提としていないため身体拘束には該当しないものであるが、患者の病態に応じて医師・看護師、必要時は薬剤師等と協議した上で使用する。
- ③ せん妄状態に対しては非薬物的対応を前提とし、薬剤を使用する場合は、精神症状が軽減し安心して治療が受けられるように適切な薬剤を最小限使用する。

※非薬物的対応とは...せん妄の促進因子に対する薬物使用以外の介入。

2. 身体的拘束最小化のための体制

（１）身体的拘束最小化委員会および身体的拘束最小化チームの設置

身体的拘束最小化のために、身体的拘束最小化委員会および身体的拘束最小化チームを設置する。

（２）身体的拘束最小化委員会の構成員

医師（専任）、看護部長、医療安全管理者、看護師（専任）、病棟看護師、外来看護師、理学療法士、薬剤師、事務職員

（３）活動内容

①身体的拘束最小化委員会の活動

- ・ 1 回/2 ヶ月第 3 火曜日 13：30～委員会を開催。
- ・ 身体的拘束に関する職員研修の企画・実施。
- ・ 身体的拘束最小化のための指針の見直し。

②身体的拘束最小化チームの活動

- ・ 1 回/週、身体的拘束の状況を把握し、適正に実施されているかを確認。
- ・ 身体的拘束を実施した場合の代替案および抑制解除に向けて検討する。

4. 身体的拘束最小化のための研修

医療・ケアに関わる全職員に対して、身体的拘束最小化のための研修を 2 回/年実施する。尚、他の研修プログラムにおいて身体的拘束最小化についての内容が含まれている場合は、本研修を実施したものとする。

参考：厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」2001

日本看護倫理学会 臨床倫理ガイドライン検討委員会：身体拘束予防ガイドライン 2015

【改訂】

- ・ 2026 年 6 月：「身体抑制（拘束）適正化委員会」より名称を「身体的拘束最小化委員会」に変更。

身体抑制（拘束）適正化委員会

2024 年 6 月作成

2025 年 4 月改訂

身体的拘束最小化委員会

2026 年 6 月改訂