

富良野協会病院 身体的拘束最小化のための指針

制定 2024 年 4 月 25 日

改訂 2026 年 5 月 15 日

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、患者さんの自由を制限することであり、尊厳ある生活を阻むものです。当院では、患者さん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、職員一人ひとりが拘束による身体的・精神的弊害を理解し、原則廃止に向けた意識を持ち、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緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束をしない診療および看護の提供に努めます。また、こうした組織風土の醸成に努めます。

2. 身体的拘束最小化のための体制

1) 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、身体的拘束最小化チームを設置し、月に一度、委員会を開催します。

(1) チームの検討事項

- ・院内での身体的拘束最小化に向け現状把握および改善についての検討をします。
- ・身体的拘束を実施せざるを得ない場合の状況を検討します。
- ・身体的拘束を実施した場合の代替案、拘束解除の検討をします。
- ・身体的拘束発生の要因、結果をまとめて当該拘束事例の最小化対策を検討します。

(2) 身体的拘束最小化チームのメンバー

名取医師、星副院長、福浦医師

8F 西村師長、手術室 松山師長、5F 久保副師長

4F 前多看護師、辻澤看護師、上田看護師

5F 丹代看護師、近藤看護師

6F 平泉看護師、梨本看護師

8F 平澤看護師、東看護師

外来 三浦看護師、田中看護師、石塚看護副部長、沼田師長

透析 佐々木看護師、橋本師長

退院支援 大津副師長、児島看護師、福澤看護師、西野保健師

所 MSW、吉田 MSW

中山リハビリ科長、加藤理学療法士、犬伏理学療法士、本間理学療法士

近藤薬剤科長、鷹嘴臨床工学技士

米村医療安全管理者、渡邊医事課長

3. 身体的拘束最小化に向けての基本方針

1) 身体的拘束の定義

医療サービスの提供にあたって、患者さんの身体を拘束しその行動を抑制する行為とします。身体的拘束その他、入院患者さん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「身体的拘束ゼロへの手引き」（平成13年3月）に掲載されている行為を下記に示します。

1. 徘徊しないように、車いすや椅子・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、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点柵で囲み、柵をすべてひも又はストッパーで固定する。
4. 点滴・栄養管理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・栄養管理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. 車いす・椅子からずり落ちたり立ち上がったりにしないように、Y字型抑制帯や腰ベルトや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椅子を使用する。
8. 脱衣やオムツ外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、ベッド等に体幹や四肢をひも等でしばる。
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. 自分の意志で開けることのできない居室等に隔離する。

2) やむを得ず身体的拘束を行う場合

患者さんまたは他の患者さんの生命または身体を保護するための処置として、以下の3つの要素の全てを満たす状態にある場合は、患者さん・ご家族への説明同意を得た上で、例外的に必要な最低限の身体拘束を行うことがあります。

- ① 切迫性：患者さんまたは他の患者さんの生命又は身体を危険にさらさないこと。
- ② 非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替法がないこと。
- ③ 一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

3) 身体的拘束の対象とはしない具体的な行為

当院では、肢体不自由や体幹機能障害があり残存機能をいかすことができるよう、安定した体位を保持するための工夫として実施する行為については、身体的拘束の対象とはしないこともあります。

（複数人で検討した上で目的を明確にして、看護記録に記載します）

- ① 整形外科治療で用いるシーネ固定
- ② シャント肢の手術後に用いるNEホルダー
- ③ 転落防止のため、やむを得ず一時的に4点柵を使用
- ④ 自力座位を保持できない場合の一時的な車いすベルト

- ⑤ 検査時に使用する鎮静剤
- ⑥ 麻酔下における体位保持のための固定
- ⑦ 点滴時のシーネ、透析時の屈曲防止のためのシーネ固定など
- ⑧ 身体的拘束をせずに患者さんを転倒や離院などのリスクから守る事故防止対策（センサーベッド・センサーマット・離床センサー、センサークリップなど）
- ⑨ ナースコールを押せない、認識できない場合のセンサーベッド・センサーマット・離床センサー、センサークリップなど

4) 身体的拘束を行う場合の対応

緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合は、医師をはじめ身体的拘束最小化チームを中心に十分な観察を行うとともに経過記録を行い、できるだけ早期に拘束を解除するように努力します。

具体的には以下の手順に従って行います。

- ① 専用のテンプレートを用いて、その状態及び時間・日々の心身の状態等の観察したことを記録します。
- ② 患者さんやご家族に対し説明を行います。
 - ・身体的拘束の内容、目的、理由、拘束時間または時間帯・期間、改善に向けた取り組み方法を説明し、十分な理解が得られるように努めます。
 - ・身体的拘束の同意期限を超えて、なお拘束を必要とする場合については、看護師が事前にご家族に患者さんの状態等を説明します。
 - ・身体的拘束要件に該当しなくなった場合は、速やかに拘束を解除する。
- ③ 病棟カンファレンスを実施します。
 - ・病棟職員が集まり、①切迫性②非代替性③一時性の3要件の全てを満たしているかどうかについて確認します。
 - ・他診療科医師と情報を共有して連携を行い、必要時に診察をします。
 - ・拘束による患者さんの心身の弊害や拘束を実施しない場合のリスクについて検討し、身体的拘束を行う場合の、拘束の内容、目的、理由、時間帯、期間等について検討します（認知症：身体拘束の記録で可能とする）。
 - ・早期の拘束解除に向けた取り組みの検討会及びカンファレンスを行います。
- ④ 身体的拘束最小化チーム、病棟職員による病棟の巡回を実施します(1回/週)。
巡回を定期的に行い、都度解除や代替策にむけた具体的な検討を行います。

担当医師：4F、5F 福浦医師、6F 名取医師、8F 星副院长

4F、5F → 毎週木曜日 14時頃（内科退院支援カンファレンス後）

5F→4F の順で実施。

6F → 毎週水曜日 9時30分 回診時に実施

8F → 毎週木曜日 14時 回診時に実施

巡回した内容を全体で共有：症例検討会

5) その他の日常ケアにおける基本指針

身体的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みます。

- ・患者さん主体の行動、尊厳を尊重します。
- ・言葉や応対などで、患者さんの精神的な自由を妨げないよう努めます。
- ・患者さんの思いをくみとり、患者さんの意向に沿った医療サービスを提供し、多職種で協力し丁寧な対応に努めます。
- ・身体的拘束を誘発する原因の特定と除去に努めます。
- ・5つの基本的ケアを徹底します。

①起きる ②食べる ③排泄する ④清潔にする ⑤活動する

6) 向精神薬等の使用上のルールについて

当院では、不眠時や不穏時の薬剤指示については、院内統一指示にて対応しています。(別紙：当院の睡眠導入剤・せん妄治療薬の必要時指示について)

4. 身体的拘束最小化、改善のための職員教育

医療に携わる全ての職員に対し、身体的拘束廃止と人権を尊重したケアの励行を図り、職員教育を行います。

- ・患者の尊厳保持の重要性及び身体的拘束の最小化に向けた具体的な方策や好事例の紹介を含む内容の研修を年2回以上実施します。

第一回研修：2026年7月予定

第二回研修：2026年11月予定

- ・新任者に対する研修を実施します。
- ・新規採用時に身体的拘束廃止および改善のための研修を実施します。

5. この指針の閲覧について

身体的拘束最小化のための指針は、身体的拘束最小化マニュアルとして綴り、職員が電子カルテ内で閲覧可能とするほか、入院患者さんやご家族の求めに応じて、施設内で閲覧できると共に当院のホームページに掲載します。

身体的拘束カンファレンス実施基準

1, 目的

身体的拘束を実施している患者に対し、身体的拘束を行わずに診療・ケアを行う方法について看護チームで検討し、患者が安全で尊厳のあるケアを受けられるように評価・改善を行う。

2, カンファレンスの実施方法

- ・メンバー：チーム別、または受け持ち看護師を含めた3名以上
- ・時期：各病棟で毎日実施する。その他、入院・転入時、状態変化時に実施する。
- ・チームに関わらず抑制用具使用患者の状況を共有する。

3, カンファレンスの内容

- ・三要件が満たされているか評価・再評価
- ・抑制用具の必要性和患者の状況に応じた抑制用具を選定したアセスメント
- ・抑制用具の使用状況と評価
- ・早期解除に向けたアセスメント

4, 記録

- ・看護記録のテンプレート「身体拘束カルテ記載」に添って記載する。
患者の状態、アセスメント内容、看護実践を必ず記載する、

身体的拘束最小化のための巡回基準

1, 目的

身体的拘束を実施している患者に対し、身体的拘束を行わずに診療・ケアを行う方法について多職種で検討し、患者が安全で尊厳のあるケアを受けられるように評価・改善を行う。

2, 巡回の実施方法

- ・メンバー：病棟看護師、身体的拘束最小化チームのメンバー最低2名（担当医師とメンバーから1名）の3名以上
- ・時期：週1回

3, 多職種検討の内容

① 身体拘束の必要性の再評価

現在の身体的拘束が本当に必要か、あるいは代替手段（他のケアや環境調整）がないかを多職種で評価。

② 適正な実施状況の確認

物理的な拘束が定められた手順や方法（切迫性・非代替性・一次性の三原則）に沿って適切に行われているか。

③ リスクの低減

長期間の拘束による身体機能の低下（拘縮）や精神的な苦痛、自己などの二次的被害を未然に防ぐ。

④ 早期解除に向けた対策、代替案の検討

病棟スタッフとチームが協力し、拘束を最小化・解除するための具体的なケアプランを練る。

4, 記録

- ・看護記録のテンプレート「身体拘束カルテ記載」の「身体拘束最小化チームによる巡回」の欄に内容を記載する。

睡眠導入剤の必要時指示について

令和 8 年 5 月 18 日

薬剤科 DI 室

分類	薬剤名	特徴
オレキシン受容体拮抗薬	デエビゴ錠 2.5mg デエビゴ錠 5mg	CYP3A を阻害する薬剤との併用で、デエビゴの血中濃度が上昇する場合があります。(慎重投与) 必要時登録の際は、確認お願い致します。 ・ CYP3A を中等度又は、強く阻害する薬剤（フルコザール、エリスロマイシン、ペラパミル、イトコザール、クリスロマイシン等）を服用中→投与の可否を判断し、併用する場合は <u>2.5mg</u> ・ 上記以外、 5mg (MAX10mg) ・ 粉砕可能
メラトニン	ラメルテオン錠 8mg	・ 即効性に乏しい（定期投与が推奨） “過鎮静”・“眠気の持ち越し”が問題となる場合は積極的使用もある
非ベンゾジアゼピン	エスゾピロン錠 1mg (超短時間型)	・ $\omega 1$ 受容体に選択的に作用、筋弛緩作用や依存性が少ない。 ・ 苦味がある（翌朝まで残ることもある） ・ 禁忌：急性閉塞性緑内障
非ベンゾジアゼピン	ゾルピデム錠 5mg (超短時間型)	・ $\omega 1$ 受容体に選択的に作用、脱力や転倒が少ない、 ・ 苦味がある（翌日まで残ることがある） ・ 禁忌：急性閉塞性緑内障
ヒスタミン（H1）受容体拮抗薬	アタラックス P 注 50mg	・ 抗アレルギー性精神安定剤、中枢抑制作用あり→適応症（神経症における不安・緊張・抑うつ） ・ 筋注時に注射部位を揉むことによって、皮内又は皮下に薬液漏出し、壊死、皮膚潰瘍、疼痛等の注射部位反応を起こすことがあるので、注射後、強く揉まずに軽く押さえる程度にとどめること。

参考：今日の治療薬

添付文書

当院のせん妄治療薬について

令和 8 年 5 月 18 日

薬剤科 DI 室

分類	薬剤名	特徴
非定型抗精神病薬	クエチアピ ン錠	・ 禁忌：糖尿病 ・ 催眠作用強い。抗幻覚妄想効果弱い。 ・ 錐体外路症状のリスク少ない
	リスペリド ン内用液	・ 催眠作用弱い。抗幻覚妄想作用は強い。 ・ 錐体外路症状を来しやすい。
	オランザピ ン錠	・ 禁忌：糖尿病 ・ 鎮静作用が強い。気分安定化効果あり。 ・ OD 錠のため唾液のみで服用可。拒薬傾向の患者に有効。
	ロナセンテ ープ	・ 鎮静作用は弱い ・ 錐体外路症状を来しやすい。 ・ 経口困難な場合にも使用可能
漢方薬	抑肝散	・ 低カリウム血症に注意、心不全患者に注意。（甘草含有） ・ いらいらに対して頓用・定期的に使用。
定型抗精神病薬	ハロペリド ール注	・ 禁忌：パーキンソン病、レビー小体型認知症、重度の心不全 ・ 抗幻覚妄想作用は強い。催眠作用は期待できない
BZ 系	サイレース 静注	・ 禁忌：急性閉塞性隅角緑内障、重症筋無力症 ・ 強力な睡眠作用あり。
抗ヒスタミン薬	アタラック スP注	・ 抗アレルギー性精神安定剤、中枢抑制作用あり→適応症（神経症における不安・緊張・抑うつ） ・ 筋注時に注射部位を揉むことによって、皮内又は皮下に薬液漏出し、壊死、皮膚潰瘍、疼痛等の注射部位反応を起こすことがあるので、注射後、強く揉まずに軽く押さえる程度にとどめること。

参考：今日の治療薬

添付文書