

土浦協同病院 身体的拘束最小化のための指針

1. 目的

本指針は、患者の基本的人権を尊重し、尊厳を守り、安全で安心な医療を提供するため、身体的拘束の最小化に関する基本的な考え方及び運用方法を定めることを目的とする。

2. 基本方針

身体的拘束は、患者の自由や尊厳を制限する行為であり、身体機能の低下、せん妄の悪化、精神的苦痛等を引き起こすおそれがある。

当院は、身体的拘束を行わない医療・ケアを基本とし、患者の安全確保と身体的拘束最小化の両立を目指す組織風土の醸成に取り組む。

ただし、患者本人又は他の患者・医療従事者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合に限り、必要最小限の範囲で実施する。

実施した場合は、継続の必要性を繰り返し評価し、可能な限り早期解除に努める。

3. 身体的拘束実施の要件

身体的拘束は、次の3要件をすべて満たす場合に限り実施する。

(1) 切迫性

患者本人又は他者の生命若しくは身体に重大な危険が切迫していること。

(2) 非代替性

身体的拘束以外に安全を確保できる有効な方法がないこと。

(3) 一時性

必要最小限の期間に限定し、解除を前提として実施すること。

4. 身体的拘束の定義

身体的拘束とは、患者の身体又は衣服に接触する器具等を用いて身体の自由な動きを制限する行為をいう。対象となる主な例は以下とする。

- 抑制帯
- ミトン型手袋
- 介護衣(つなぎ服)
- 車椅子安全ベルト
- ベッド柵等により患者の行動を著しく制限する環境(4点柵など)

なお、安全確保を目的とした離床センサー等、身体の自由な運動を直接制限しない機器は身体的拘束には含まれない。

5. 身体的拘束を回避するための取り組み

身体的拘束を検討する前に、患者の状態を総合的に評価し、身体的拘束以外の方法を優先する。

具体的には、次のような対応を積極的に実施する。

- せん妄の予防及び早期介入(せん妄ガイドライン参照)

- 疼痛、低酸素、脱水、便秘、尿閉等の身体的要因の改善
- 睡眠・昼夜リズムの調整
- 環境整備（低床ベッド、離床センサー等）
- 家族の協力や付き添い
- リハビリテーションによる早期離床
- 医療機器・ルート類の固定方法や配置の工夫
- 認知症ケア及びコミュニケーションの工夫

6. 身体的拘束実施時の対応

身体的拘束を実施する場合は、院内手順に基づき以下を行う。

- ① 医師・看護師を含む多職種で必要性を検討する。
- ② 医師は、実施理由、方法、対象部位、開始時刻、解除条件を明確に指示する。
- ③ 患者又は家族等へ身体的拘束の必要性及び解除に向けた方針を説明し、緊急時を除き同意を得る。
- ④ 実施理由、実施内容、観察結果及び再評価内容を診療録へ記録する。
- ⑤ 身体的拘束中は患者状態の変化時に継続の必要性を評価する。
- ⑥ 身体的拘束の必要性が消失した場合は速やかに解除する。

7. 薬物療法の適正使用

身体的拘束の代替として、患者の行動を制限することのみを目的とした過剰な鎮静や不適切な向精神薬の使用（いわゆるドラッグロック）は行わない。

せん妄が疑われる場合は、原因検索及び非薬物的介入を優先し、当院 QI センターが作成した「せん妄対策フローチャート」に基づき適切な対応を行う。

薬物療法が必要な場合は、その適応、有効性及び安全性を十分評価し、必要最小限の使用に努める。
また、患者に対して威圧的な言動や不必要な指示等により行動を制限する、いわゆるスピーチロックを行わないよう努める。

8. 身体的拘束最小化のための体制

当院は、身体的拘束最小化委員会を設置する。病院長は身体的拘束最小化に関する最終責任者として、必要な組織体制の整備及び継続的改善を推進する。

身体的拘束最小化委員会は、医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション部門、医療安全管理部門等の多職種で構成し、3 か月に 1 回開催する。

委員会は、身体的拘束の実施状況、課題及び改善策を検討し、本指針の見直し、教育計画及び院内への周知を行う。

身体的拘束最小化チームは、必要に応じて病棟巡回を実施し、又は多職種による症例検討を通じて身体的拘束解除及び代替手段の導入を支援する。

9. 教育・研修

身体的拘束最小化に関する知識及び実践能力の向上を目的として、全職員を対象とした研修を年 2 回以上実施する。

研修内容には、身体的拘束最小化の理念、せん妄対策、認知症ケア、代替手段、薬物療法の適正使用及び

虐待防止等を含め、身体的拘束を行わない組織風土の醸成を図る。

10. 指針の周知及び閲覧

本指針は全職員に周知するとともに、患者及び家族並びに地域住民が閲覧できるよう病院ホームページに掲載する。

院内せん妄ガイドライン フローチャート

鎮静/せん妄アセスメント（適宜再評価）
〈参考資料1〉

疼痛アセスメント（適宜再評価）
〈参考資料2〉

疼痛あり

[疼痛管理方法]
・日本緩和医療学会ガイドライン、日本ペインクリニック学会ガイドライン参照のこと
〈参考資料4〉
・フェンタニル 25-50 μ g/hr
中毒症状（散瞳、発汗、嘔吐、頻脈、発熱など）に注意
・硬膜外麻酔、その他

非薬物的治療（早期離床、明るさ等環境整備、睡眠管理）
せん妄誘発薬剤の回避（離脱予防・治療にはベンゾジアゼピン系が必要）

せん妄活動型分類
〈参考資料3〉

過活動/混合型

内服可

内服不可

興奮性強

クエチアピン25-30mg
（糖尿病患者禁忌）
リスペリドン0.5-2mg
（Cr Clearance <30は減量考慮。）

興奮性許容範囲内

トラゾドン25-50mg
レンボレキサント 2.5-5mg
スボレキサント 15-20mg

挿管なし

ハロペリドール2.5-5mg
（QT延長症候群に注意）
ヒドロキシジン25mg
フルニトラゼパム2mg
デクスメトミジン
（ローディング不要）

挿管あり（上記で不十分な場合）

プロポフォール
（無効時はミダゾラム併用）

低過活動

内服可

内服不可

ラメルテオン 8mg
レンボレキサント 2.5-5mg
スボレキサント 15-20mg

ハロペリドール2.5-5mg
（QT延長症候群に注意）

注意事項：内服可否をしっかりと判断してください。

令和8年度 身体拘束の実施割合

