

身体拘束の指針

1. はじめに

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、身体的にも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。そのためには、職員全員が、患者が安全に医療を受けられるように、日常的に工夫と努力をしていかなければならない。しかしながら、身体拘束を行わないことによって患者本人や他の患者に危害が及ぶ場合等、やむをえず身体拘束を行わなければならない状態が発生することもある。本指針は、そうした場合の適切なプロセスを定めるものである。

2. 身体抑制の定義

この指針でいう身体拘束は「何らかの器具を使用して、患者の自由な動きや身体活動、あるいは患者自身が自分の身体に通常の形で触るのを制限すること」と定義する。

3. 身体拘束を行うことがやむをえない場合の要件

当院では身体拘束を行わないことが原則である。ただし、患者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に限り、例外的に次の3要件を全て満たす場合に限り、適切な方法で身体拘束を行う。

- (1) 切迫性： 患者本人または他の患者の生命や身体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： 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替手段がないこと
- (3) 一時性： 身体拘束その他の行動制限が必要最低限の期間であること

4. 身体拘束を行うことがやむをえない場合の判断

当院では、上記3要件については、医師と看護師を含む多職種で検討し、医師が指示簿に拘束の指示を記載する。なお、切迫性のある事態とは、以下のような場合である。

- (1) 患者が安静度の指示を理解できず、転倒・転落で受傷することが予測される場合
- (2) 制止にもかかわらず、他の患者へ危害を与えることが予測される場合
- (3) 点滴等のカテーテル類、気管内挿管チューブ、ドレーン等が挿入中で、自己抜去の結果重篤な健康被害が予測される場合
- (4) 患者が全身または局所の安静を保てないために、医学的に不可欠な検査や治療を行えない場合

5. 説明と同意のプロセス

- (1) 身体拘束を実施する時は、医師が患者本人に必要性を説明し、文書で同意を得る。
入院後のせん妄(環境の変化)等、身体拘束が必要になることが予測される場合においては、本人に事前に説明し、同意を得ておいてもよい。

- (2) 患者の意思決定能力がないと考えられる場合には、家族等の適切な代諾者から同意を得る。
- (3) 患者あるいは代諾者が身体拘束に同意しない場合は、身体拘束をしないことで起こりうる不利益や危険性を十分に説明した上で、身体拘束に同意しないことを記載してもらう。
- (4) 身体拘束を行わないことにより、患者本人や他の患者が重大な危害を被る可能性がある場合には、患者あるいは代諾者が同意しなくても、身体拘束を行うことができる。ただし、その場合には、身体拘束を行うに至った経緯を診療録ないし看護記録に詳細に記載するとともに、身体拘束を行う前に、倫理コンサルテーションを依頼することを原則とする。事前に依頼できなかったばあいでも、可及的速やかに倫理コンサルテーションを依頼し、身体拘束の継続の可否や行なった身体拘束の妥当性について検討する。
- (5) 意思決定能力のない患者で、直ちに身体拘束を行う必要があるにもかかわらず、適時に代諾者から同意を得ることができない場合、身体拘束を行うことができる。その場合、身体拘束を行うに至った経緯を診療録ないし看護記録に詳細に記載するとともに、可及的速やかに代諾者に説明し同意を得ることとする。
- (6) 意思決定能力のない患者で、家族等の代理承諾者が存在しない場合は、(4)の場合に準じて判断する。

6. 説明と同意のプロセス

- (1) 身体拘束を実施する時は、医師が患者本人に必要性を説明し、文書で同意を得る。
入院後のせん妄(環境の変化)等、身体拘束が必要になることが予測される場合においては、本人に事前に説明し、同意を得ておいてもよい。
- (2) 患者の意思決定能力がないと考えられる場合には、家族等の適切な代諾者から同意を得る。
- (3) 患者あるいは代諾者が身体拘束に同意しない場合は、身体拘束をしないことで起こりうる不利益や危険性を十分に説明した上で、身体拘束に同意しないことを記載してもらう。
- (4) 身体拘束を行わないことにより、患者本人や他の患者が重大な危害を被る可能性がある場合には、患者あるいは代諾者が同意しなくても、身体拘束を行うことができる。ただし、その場合には、身体拘束を行うに至った経緯を診療録ないし看護記録に詳細に記載するとともに、身体拘束を行う前に、倫理コンサルテーションを依頼することを原則とする。事前に依頼できなかったばあいでも、可及的速やかに倫理コンサルテーションを依頼し、身体拘束の継続の可否や行なった身体拘束の妥当性について検討する。
- (5) 意思決定能力のない患者で、直ちに身体拘束を行う必要があるにもかかわらず、適時に代諾者から同意を得ることができない場合、身体拘束を行うことができる。その場合、身体拘束を行うに至った経緯を診療録ないし看護記録に詳細に記載するとともに、可及的速やかに代諾者に説明し同意を得ることとする。

(6) 意思決定能力のない患者で、家族等の代理承諾者が存在しない場合は、(4) の場合に準じて判断する。

7. 身体拘束中の評価

身体拘束を行っている期間、担当の看護師は、各勤務帯に少なくとも 1 回は拘束部位等の異常の有無と危険行動の可能性を評価し、看護記録に記載する。看護師は、拘束部位の異常など身体拘束による合併症を認めた場合、身体拘束が不要と思われた場合には、すみやかに医師に報告する。医師は、原則として毎日診察し、拘束の要否について診療録に記載する。医師が拘束の継続を不要と判断した場合には、拘束の中止を指示簿に記載する。

8. 身体拘束の中止

- (1) 身体拘束が不要になった場合には、速やかに中止しなければならない。
- (2) 身体拘束を継続する必要があるにも関わらず、家族等から中止を求められた場合には、医師と看護師が協議の上、医師、看護師長、看護係長等が身体拘束を中止することの不利と考えられる危険性を十分に説明した上で、身体拘束への不同意の文書を作成する。
- (3) 身体拘束の中止が、患者本人や他の患者に重大な危害をもたらす可能性が高い場合には、身体拘束を中止する前に倫理コンサルテーションを依頼する。

9. 身体拘束最小化のための体制

(1) 身体拘束最小化リームの設置及び定例会の開催

身体拘束最小化チームを設置し、身体抑制適正化に向けた取り組みの確認、改善などを検討する

(2) チームの構成員とその役割

ア. リームリーダー：医師

(ア) 身体拘束最小化チームの責任者

(イ) 身体抑制適正化の検討に係る責任者

イ. チームメンバー：医師・看護師・ナースエイド（必要時、医療診療部門）

(ア) 身体抑制適正化に向けた取り組みの検討及び実施、評価

(イ) 身体抑制適正化に関する職員教育

(ウ) 記録の整備

(3) 定例会の検討項目

ア. 身体拘束の実施状況とモニタリング（現状把握）

(ア) 新規発生件数・継続件数の確認：直近期間中の新規拘束件数、解除件数、継続中のケースの把握。

(イ) 3 要件の再評価：継続中のケースについて「切迫性・非代替性・一時性」を満たしているか、要件が外れて解除・緩和できないかの検討。

(ウ) 拘束部位・時間・内容の適正性：拘束帯の使用、ベッド柵（4 本柵）の囲い込み、

ミトンの使用、離床センサー頼みの状態など、制限が過剰になっていないかの検証。

イ. 個別ケースの検討・代替案の立案

(ア)代替手段の検討: 転倒・脱落・抜管などのリスクに対し、環境調整（ローベッドの導入、センサーマットの見直し、体位保持用クッションの活用等）で防げないか。

(イ)原因分析とケア方法の修正: 精神的不穏や徘徊、行動障害が生じている根本原因（せん妄、痛み、便秘、認知症の周辺症状、環境刺激など）の分析と対策。

薬剤の見直し: 不眠や不穏に対する向精神薬・鎮静薬等の投薬内容が過剰でないか、原因薬剤が含まれていないかの確認（多職種・薬剤師との連携）。

(ウ)マニュアル・指針およびルールの見直し

身体拘束最小化指針の改定: 法律や診療・介護報酬改定、現場の実態に合わせた運用指針の見直し。

手順の標準化: やむを得ず拘束を行う場合のアセスメントシート、同意書の運用方法、記録の記載漏れ防止チェック。

エ. 職員教育・研修の企画・進捗管理

院内・施設内研修の計画: 新入職者向け・全職員向けの身体拘束最小化研修（年〇回など）の開催時期やテーマ決定。

意識啓発・ヒヤリハット共有: 「身体拘束にあたると知らずに行っていたケア（つなぎ服の使用、車いすからの自力立ち上がり制限など）」の事例共有と意識向上。

オ. 職場環境・福祉用具のハード面検討

環境整備・補助具の導入: 離床検知センサー、安全な低床ベッド、車いすのチルト機能など、拘束を回避するための機器や用具の導入・購入検討。

院内暴力への対応

明白な暴力行為である場合、疾患による症状であっても身体拘束を行うことで病院職員に重篤な危害が及ぶ恐れがある場合には、応援要請をすることができる。

院内応援要請：8：30～17：30 総務課(内線 102)

17：30～翌日 8：30 守衛室(内線 109)

あるいは、石川警察署（098-964-4110）に相談してもよい。

9. 参考情報

介護施設・事業所等で働く方々への「身体拘束廃止・防止の手引き」令和5年老人保健健康増進当事業

この指針の改廃

この指針は 2023 年 11 月 1 日に看護部が起案し、院内安全対策委員会と医局会議の協議を経て、2023 年 11 月 28 日に病院経営会議で承認された。

2023 年 11 月 28 日作成

2026 年 6 月 内容確認(改訂なし)

身体拘束最小化のためのマニュアル

1. 身体拘束をせずにケアを行うための取り組み

身体拘束等をせずにケアを行うためには、身体拘束等を行わざるを得なくなる原因を特定し、その原因を除去するためにケアを見直すことが求められている。そのための「3つの原則」に取り組む。

- (1) 身体拘束等を誘発する原因の特定と除去 必ずその人なりの理由や原因があり、ケアする側の関わり方や環境に問題がある事も少なくない。そのためその人なりの理由や原因を徹底的に探り、除去するケアを探る。
- (2) 5つの基本的なケアの徹底 基本的なケアを十分に行い、生活のリズムを整える。

【5つの基本的ケア】

- ①起きる・・・人間は座っているとき、重力が上からかかることにより覚醒する。目が開き、耳が聞こえ、自分の周囲で起こっていることがわかるようになる。これは仰臥して天井を見ていたのではわからない。起きるのを助けることは人間らしさを追求する第一歩である。
- ②食べる・・・人にとって食べることは楽しみや生きがいであり、脱水予防、感染予防になり、点滴や経管栄養が不要になる。食べることはケアの基本である。
- ③排泄する・・・なるべくトイレで排泄してもらうことを基本に考える。おむつを使用している人については、随時交換が重要である。おむつに排泄物が付いたままになっていると気持ち悪く「おむついじり」などの行為に繋がることになる。
- ④清潔にする・・・きちんと風呂に入ることが基本である。皮膚が不潔なことがかゆみの原因になり、そのために大声を出したり、夜眠れずに不穏になったりすることになる。皮膚をきれいにすることで本人も快適になり、周囲もケアしやすくなり、人間関係も良好になる。
- ⑤活動する・・・その人の状態や生活歴にあったよい刺激を提供することが重要である。その人らしさを追求するうえで心地よい刺激が必要である。

(3) よりよいケアの現実を目標とする

身体拘束等廃止を実現している取り組みは、院内におけるケア全体の向上や生活環境の改善のきっかけとなり得る。「身体拘束等廃止」を最終ゴールとせず、身体拘束等を廃止していく過程で、定期された様々な課題を真摯に受け止め、よりよいケアの実現に取り組んでいくことが期待される。

2. 身体拘束の定義

「患者の身体または衣服に触れる何らかの用具を使用して、一次的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限を言う」 身体的拘束その他入院患者等の行動を制限する

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）の中であげている行為を下に示す。

【身体拘束に該当する具体的な行為】

- ① 徘徊しないように、車椅子やいす・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（サイドレール）で囲む。
- ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひもなどでしばる。
- 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・いすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、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 脱衣やオムツ外しを制限するために、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 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

【抑制の対象とならない方法】

- *間欠的監視用具（離床センサー）
- *四方を囲まないベッド柵の使用（２点・３点柵）

3. 身体拘束の要件

入院患者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には身体拘束等が認められるが必要な要件を満たし、且つそれらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されている。

（１）適応例

身体拘束の切迫性・非代替性。一時性の３点が確認される以下の場合

ア. せん妄（麻薬せん妄や死線期せん妄など）によりドレーンや輸液ライン等を抜去の恐れがある場合

イ. 認知症や不穏状態のためベッドや車椅子から降りようとして転倒・転落の恐れのある場合や点滴を抜いてしまう恐れがあると判断される場合

ウ. 精神運動興奮による不穏が強度で治療に協力が得られない、自傷・他傷の危険性が高い場合

エ. 行動障害が頻回かつ切迫している場合

オ. 検査・治療で抑制が必要な場合 ⑥その他の危険行動（自殺・離院・離棟等の危険性が

ある場合)

(2) 身体拘束の方法例

ア. 体幹抑制

イ. 四肢抑制

ウ. ミトン型手袋

エ. 4点柵 (ベッドを壁付けにして2点柵をした場合は身体拘束と位置付ける)

オ. 抑制衣 (つなぎ服)

4. 患者本人及び家族への説明と同意

- (1) 身体拘束等の必要性がある場合、医師は本人または家族等の意思を尊重した十分なインフォームドコンセントを行い「身体拘束等行為に関する同意書」(様式1)に沿って身体拘束等の必要性・方法・身体拘束等による不利益を患者・家族等へ説明し同意書を得る。
- (2) 緊急に身体拘束等の説明の必要性が生じた場合は電話で家族等に説明し、承諾を得る。承諾を得る際、承諾者の氏名・続柄をカルテに記載しておく。後日説明を行い同意書にサインをもらう。
- (3) 緊急やむを得ない期間が長期(医師の説明や予測した期限を超える場合)に及ぶ場合は、再度患者・家族等の同意を得なければならない。同意期間は1か月とし、期間が終了した際は再度同意書の記載が必要となる。
- (4) 身体拘束等実施時は状況を細かく患者本人・家族等へ報告を行う。また、カンファレンス内容についても適宜説明を行う。
- (5) 身体拘束等が終了した場合は速やかに家族等へ説明を行う。

5. 身体拘束に関する報告

緊急やむを得ない理由により、身体拘束等を実施した場合は、病棟看護師(以下「業務リーダー」という。)が、翌日、各部署長・身体拘束最小化チームに報告を行う。カンファレンス内容については、継続時は週1回、解除時は早急に報告を行う。身体拘束最小化チームは、報告を受け身体拘束等が適正に実施されているか、また、拘束解除に向けた取り組みを検討しているかの確認を行う。

6. 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の身体拘束開始時の手順

身体拘束最小化のための指針(P3 参照) 当該マニュアル「身体拘束等実施・早期解除フローチャート」(図1)

- (1) 医師、看護師、メディカルソーシャルワーカー、介護福祉士等(夜間・休日については看護師、ナースエイド等)、多職種によるカンファレンスで身体拘束等の必要性をアセスメントする。その際は「身体拘束等開始時のフローシート」(様式2)を使用する。

- (2) 身体拘束等が必要と判断されれば、医師が指示を指示簿へ記載する。(医師の指示があることが原則)
- (3) 本人または家族等の意思を尊重した十分なインフォームドコンセントを行い、「身体拘束等行為に関する同意書」(様式1)を医師(医師の指示のもと看護師)が作成し患者本人・もしくは家族等に同意を得る。説明内容は、身体拘束最小化のための「指針8」に準じる。
- (4) 身体拘束等実施時のケア方法・観察時間などについて看護計画を立案し、患者本人・家族等へ説明を行い実施する。緊急で開始した際は、後日説明を行う。

7. 身体拘束等実施中の留意事項

身体拘束等実施中は、『患者の安全確保』への責任義務および『身体拘束等による事故防止』への注意義務を遂行し、十分な観察・ケアを行い継続の必要性について検討する。

(1) 身体拘束実施中の評価と記録

- ア. 日勤の受け持ち看護師、リーダー看護師は、各勤務毎「身体拘束等(抑制時)のチェック」を経過表へ記入し、身体拘束等の必要性の判断と身体拘束等による障害の有無を観察し記録する。
- イ. 身体拘束解除に向けて、身体拘束等の適応と継続について毎週、日勤帯で医師・看護師等の多職種によるカンファレンスを行い評価する。その結果を受け持ち看護師が「身体拘束等 実施中の評価」(様式3)へ記録する。医師は、その結果をカルテに記載する。
- ウ. 申請した期限に満たなくても「身体拘束等」の必要がなくなった場合や退院された場合、医師は指示簿の「身体拘束(抑制)指示」を必ず終了したことを、カルテにも記載する。

(2) 身体拘束の解除基準

- ア. 身体拘束等に必要な3要件を満たさない場合
- イ. 身体拘束等の影響から身体的侵襲が出現した場合

(3) 身体拘束実施中の観察・確認

- ア. 観察時間は概ね2時間毎に行うが、患者の状況に応じ適宜観察の強化を行う。
- イ. 観察内容
 - (ア) 抑制は確実に行えているか
 - (イ) 抑制部位及び周囲の環境状態、神経障害の有無、皮膚状態
 - (ウ) 患者の精神状態、体動状態

*同一体位の持続による局所の圧迫と循環障害によって、観察の機能障害が現れ屈曲しにくくなる。また圧迫部位に発赤・摩擦による皮膚損害が発生しやすい。上肢においては橈骨神経麻痺、尺骨神経麻痺に留意する。

(4) 身体拘束時のケア

- ア. 抑制中は最低2時間毎に一時的に拘束具を除去(継続的に必要な場合も)する
- イ. 最低2時間ごとの体位変換・体位調整を行う。
- ウ. 必要に応じマッサージや清拭、四肢の自動・他動運動を行う。

エ. 可能な限り身体拘束等をしなくて良い方法や早期に解除できる方法を検討し、身体拘束等が恒常化しないようにする。

8. 各様式の管理方法等

- (1) 「身体拘束等行為に関する同意書」(様式2)については医師が記載し説明を行い、患者本人もしくは家族等保護者のサインをもらう。
- (2) 身体拘束等の開始日を、電子カルテ内「患者状況」の身体拘束の欄に入力する。
- (3) 同意書はコピーし家族等へ渡す。原本はスキャンへ回し電子カルテに取り込み、「身体拘束同意書」ファイルに綴じる。
- (4) 「身体拘束等開始時のアセスメントシート」(様式1)、「身体拘束等(抑制時)のチェックシート」(様式4)、「身体拘束等実施中の評価」(様式5)については、クリップボードに挟んで、日勤時は受け持ち看護師(休日はリーダー看護師)、夜勤時はリーダー看護師が管理し、次の勤務者へ申し送る。
- (5) 身体拘束が終了した際は電子カルテ「患者状況」内の身体拘束欄へ入力を行う。「様式1」、「様式4」、「様式5」については、スキャンへ回し、電子カルテに取り込む。

9. このマニュアルの閲覧について

本マニュアルは、全ての従業員が閲覧可能にするほか、当院ホームページに掲載し、いつでも患者・家族等が閲覧できるようにします。

2024年6月6日作成

2026年6月 内容確認(改訂なし)

様式 1

病院控え

身体拘束に関する説明・同意書



患者番号： 99998888

テスト 有吉 様

リハビリ科

年 月 日 |

私は、テスト 有吉 様に、医療上の必要からやむを得ず身体拘束を実施することについて、以下の説明を行いました。

■ 身体拘束とは

患者様の不穏状態からせん妄、意識障害等により、安静が必要な時期に安静を保持できない場合や、ベッドからの転倒、転落などの危険性が高い場合、挿管チューブや点滴を自己抜去される危険性がある場合に、患者様の安全、安静保持を目的として行います。身体拘束以外の方法が見つかる場合には拘束以外の方法を優先いたします。また、拘束を行う場合も最小限とし、抑制が不要と医師が判断した場合には速やかに拘束を解除することをお約束いたします。

■ 身体拘束の必要性

- ☐ 転倒・転落を予防して安全を確保するため
☐ 挿管チューブや点滴等、医療機器を抜去する危険性があり、治療に必要な体位保持のため
☐ 安静を守っていただくため
☐ その他 ()

■ 身体拘束の部位

- ☐ 体幹 ☐ 手 (☐ 右 ☐ 左) ☐ 足 (☐ 右 ☐ 左)
☐ その他 ()

■ 身体拘束の方法

- ☐ 4点柵 ☐ ベッド柵固定 ☐ 抑制帯 ☐ ミトン ☐ つなぎ服
☐ 車椅子安全帯 ☐ 体幹ベルト

■ 拘束時間

- ☐ 24時間 ☐ 夜間のみ ☐ 一時的 ☐ 処置時 ☐ その他 ()

■ 拘束開始及び解除の予定

～ _____ まで (予定)

※ 緊急やむを得ない場合、予定と異なる期間に実施することがありますので、予めご了承ください。

説明者：

医療法人ユカリア沖縄 かな病院 病院長殿

年 月 日

私は、上記の内容について説明を受け、同意しました。

患者様署名：

同意書記載：

家族署名：

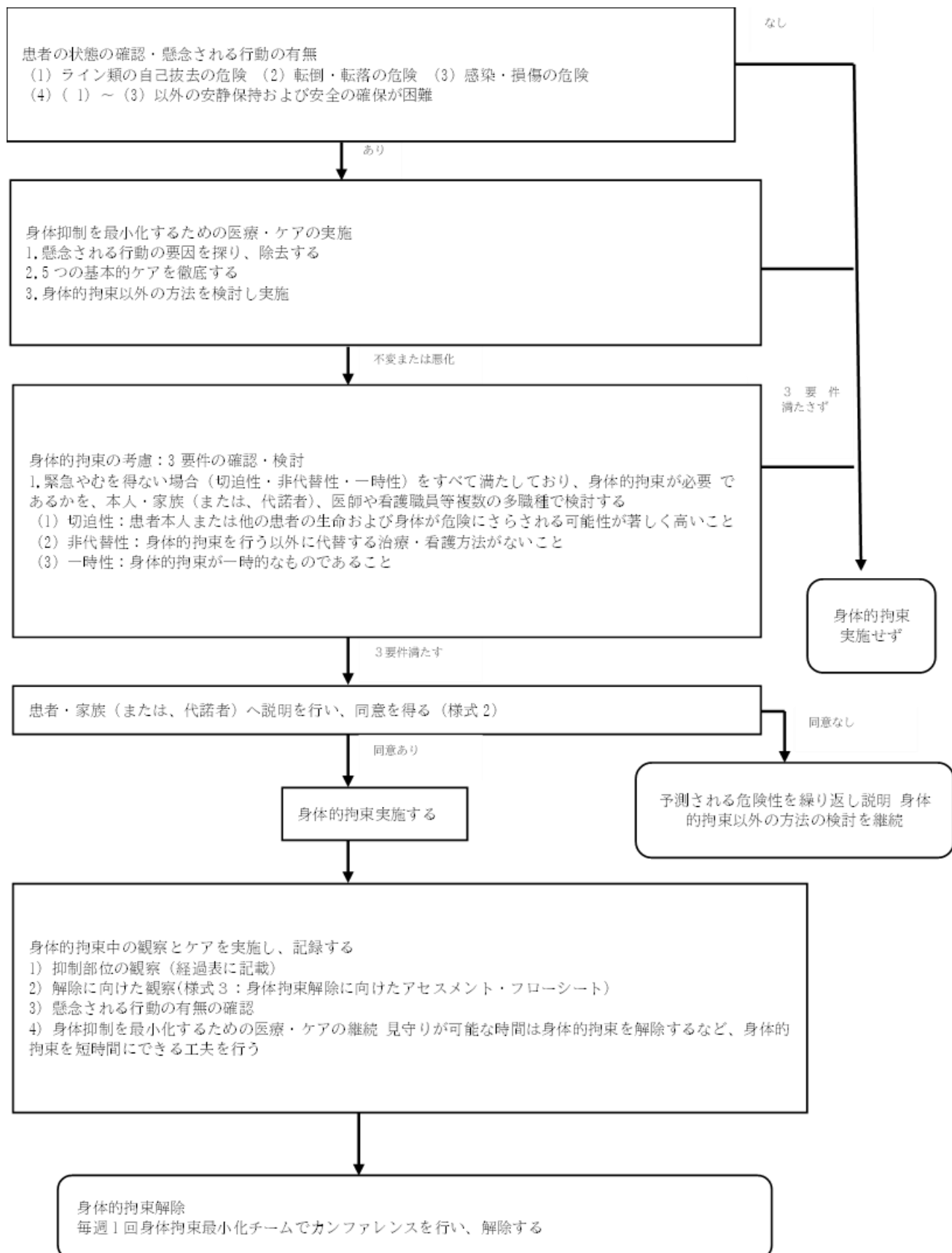
(続柄：)

注) 患者様本人が意識のない場合等同意書を記載できない場合は、ご家族の方が「同意書記載家族署名」欄に記載してください。

医療法人ユカリア沖縄 かな病院

身体拘束フローシート

様式2



身体抑制のフローチャート

図 1

対象に次のような状態・危機性がある時、身体抑制を検討する

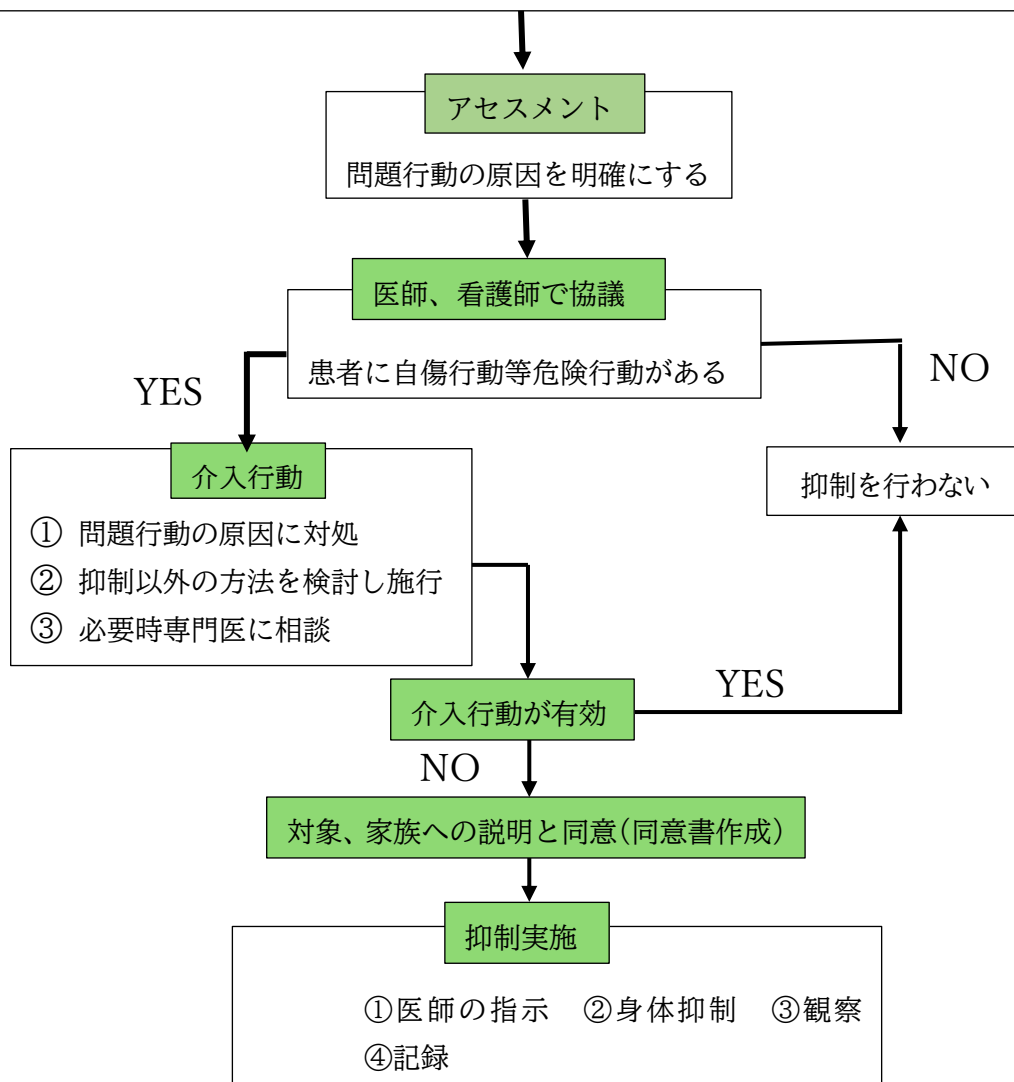
1) ～ 5) のいずれ科の状態であり、かつ、a) ～ c) の要件をすべて満たす場合にのみ実施する

1. 対象の状態

- 1) 意識障害、興奮性がり、身の危険を予知できない(認識障害)
- 2) 治療上の必要な体位を守れず、医療機器やライン類を抜去しようとする(治療が円滑にすまない)
- 3) 自傷、自殺、他人に損傷を与える危機がある。(破壊、粗暴行為)
- 4) 転倒・転落の危険が高い(転倒の危機)
- 5) 皮膚掻痒、病的反射などがあり、医師で胎動を抑えられない(その他)

2. 対象の置かれた状況

- a) 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(切迫性)
- b) 身体抑制などの行動制限を行う以外ほかの方法が見つからない(非代替性)
- c) 身体特性やその他の行動制限が一時的である(一時性)



身体拘束評価表

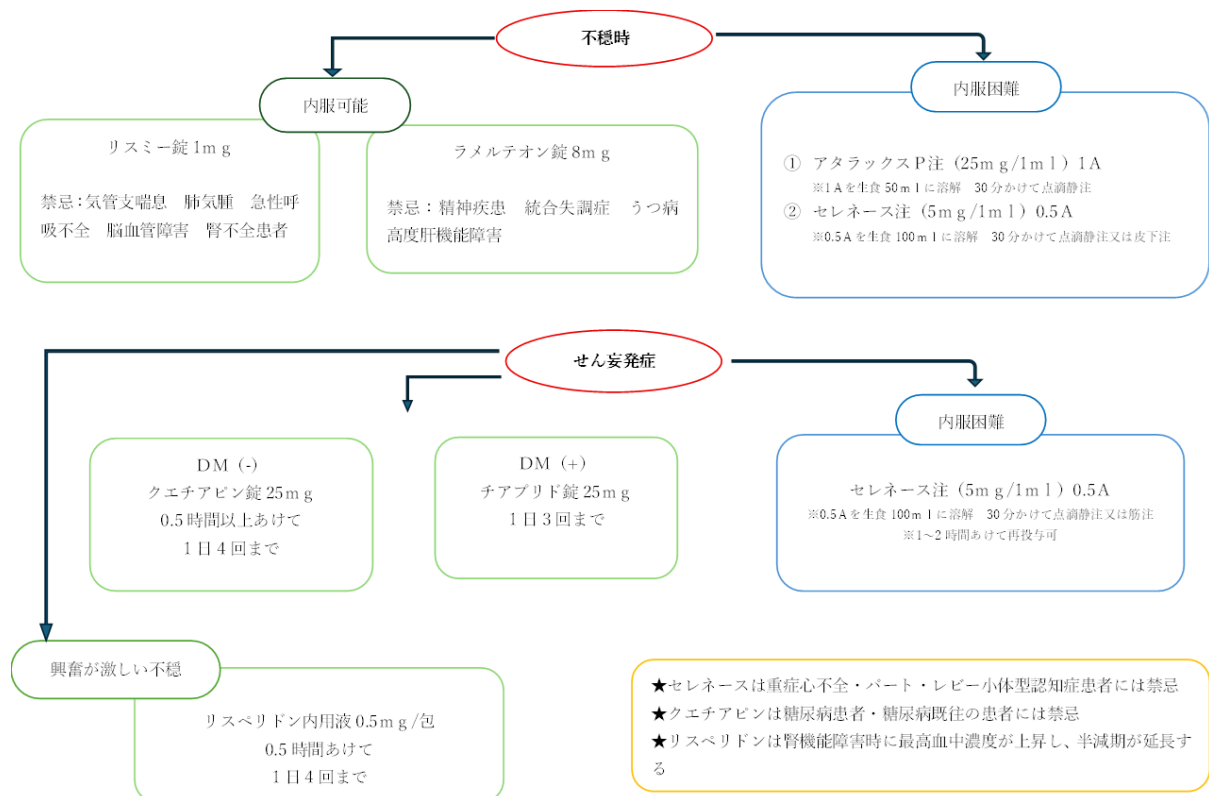
様式3

評価シート		基本シート							
<< >> 1回 ~ 8回		基準日 R7/09/17(水)		表示形式 ☐ 日数 ☒ 回数		☐ 引用モード ☐ オーダー表示			
	7/30(水) 16:39(1)	8/6(水) 16:22(2)	8/13(水) 17:08(3)	8/20(水) 14:23(4)	8/27(水) 14:28(5)	9/3(水) 13:45(6)	9/10(水) 13:37(7)	9/17(水) 15:04(8)	
1.抑制の理由	転倒・転落の防	転倒・転落の防	転倒・転落の防	転倒・転落の防	転倒・転落の防	転倒・転落の防	転倒・転落の防	転倒・転落の防	
2.医師の指示	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	
3.同意書	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	
4.抑制の部位	股関節	股関節	股関節	股関節	股関節	股関節	その他	その他	
5.抑制の器具	安全ベルト	安全ベルト	安全ベルト その他	安全ベルト その他	安全ベルト その他	安全ベルト その他	その他	その他	
6.使用薬剤	BZ系薬剤(睡眠) 非BZ系薬剤(睡眠)	BZ系薬剤(睡眠) 非BZ系薬剤(睡眠)	BZ系薬剤(睡眠) 非BZ系薬剤(睡眠)	BZ系薬剤(睡眠) 非BZ系薬剤(睡眠)	BZ系薬剤(睡眠) 非BZ系薬剤(睡眠)	BZ系薬剤(睡眠) 非BZ系薬剤(睡眠)	BZ系薬剤(睡眠) 非BZ系薬剤(睡眠)	BZ系薬剤(睡眠) 非BZ系薬剤(睡眠)	
7.抑制の時間	準深夜勤務帯(9時~17時)	日勤勤務帯(9時~17時)	日勤勤務帯(9時~17時)	日勤勤務帯(9時~17時)	日勤勤務帯(9時~17時)	日勤勤務帯(9時~17時)	日勤勤務帯(9時~17時)	日勤勤務帯(9時~17時)	
皮膚障害	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	
循環障害	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	
神経障害	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	
呼吸障害	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	
9.解除判断	【継続】転倒・転	【継続】転倒・転	【継続】転倒・転	【継続】転倒・転	【継続】転倒・転	【継続】転倒・転	【継続】転倒・転	【継続】転倒・転	
10.カンファレンス実施	カンファレンス	カンファレンス	カンファレンス	カンファレンス	カンファレンス	カンファレンス	カンファレンス	カンファレンス	
参加者	新垣・国吉・小	新垣・新里・若	新垣・国吉・上	上原・国吉・仲	新垣・国吉・鄭	比嘉・国吉・上	比嘉・上原・長	比嘉・上原・國	
内容	離床センサー	夜間離床セン	夜間離床セン	夜間離床セン	日中連日、昼	日中連日、昼	日中連日、昼	日中連日、昼	
医師名									
最終入力者									



患者属性		デンプレート選択		身体抑制チェックシート	
種別	抑制管理	身体抑制チェックシート		内科	
病名	右仙骨骨折 右恥骨骨折 両白蓋骨折			1.抑制の理由 ☒ 転倒・転落の防止 ☐ 危険行為 ☐ 治療の確保 ☐ 徘徊などを防ぐ ☐ その他	
入院病名	両側白蓋骨折、右仙骨			2.医師の指示 ☒ あり ☐ なし	
開始日	R7/07/30(水)			3.同意書 ☒ あり ☐ なし	
終了日				4.抑制の部位 ☐ 上肢 ☐ 下肢 ☐ 体幹 ☒ 股関節 ☐ 腰部 ☐ その他	
評価予定日	R7/10/01(水)			5.抑制の器具 ☒ 安全ベルト ☐ 体幹抑制 ☐ ミトン ☐ 抑制帯 ☐ 介護衣 ☐ ベッド欄の固定 ☐ その他	
進捗	評価管理中			6.使用薬剤 ☒ BZ系薬剤(睡眠導入,抗不安薬) ☐ 剤 ※BZはベンゾジアゼピン系の略 ☒ 非BZ系薬剤(睡眠導入,抗不安薬) ex.ロゼレム,デレコなど ☐ 抗精神薬 ex.リスパシル,エビリファンなど ☐ 抗P0薬 ex.メキソなどのレボドパミン製剤 ☐ 抗うつ剤 ex.デジレル,サバルなど ☐ 認知症治療剤 ex.ドネペジル,ヌリンなど ☐ その他中枢に作用する薬剤 ex.抗ヒスタミン剤,リカなど	
身長	142.5			7.抑制の時間 ☐ 日勤勤務帯(9~17時) ☒ 準深夜勤務帯(17~9時) ☐ 夜間離床時 ☐ ① 時~ 時 ☐ ② 時~ 時 ☐ ③ 時~ 時	
体重	37.5			8.抑制による障害の有無 皮膚障害 ☒ なし ☐ あり 循環障害 ☒ なし ☐ あり 神経障害 ☒ なし ☐ あり 呼吸障害 ☒ なし ☐ あり	
主治医	松岡 理奈			9.解除の判断 ☒ 【継続】転倒・転落の危険/危険行動/治療の確保/徘徊などカンファレンスの結果より抑制を継続する ☐ 【解除】転倒・転落の危険/危険行動/治療の確保/徘徊など全て解除されたため抑制解除とする	
診療科	内科			カンファレンス実施 参加者 内容	
BMI	18.5			医師 ☒ 松岡 政紀 ☐ 松岡 理奈 ☐ 宮城 一丈 ☐ 松本 直人 ☐ 与那覇 類 ☐ その他	
前回データ				次回評価予定日 評価終了 ☐	

薬剤による抑制



2024.12.1 作成

身体抑制をしないための工夫、取り組み

1. 観察の強化

- (1) ナースステーション近くの部屋へ移動する。
- (2) 離床センサーの活用
- (3) 車いすに移乗し目の届く範囲で観察する
- (4) 患者様のそばを離れるときは、スタッフ間で声をかけ注意する

2. ベッドを含めた病室環境の工夫

- (1) 転落の危険性がある場合、ベッドの高さは低くする
- (2) ベッド柵の周囲の隙間をクッションやカバー等で埋める
- (3) ベッド上及び周囲の整理整頓を行い、不必要なものを置かない

3. 静脈ルート・ドレーン・カテーテル類の固定方法の考慮、患者様の自己抜去防止

- (1) チューブ類は目や手の届かない位置に固定する。
- (2) 輸液ポンプ類は患者様の手の届かないところに設置する。また、必要時には患者様に見えないようにする。
- (3) 手袋、包帯、介護衣などを使用する
- (4) 点滴は刺入部位に直接手が届かないように包帯などで保護し、ルートは見えないよう寝巻の袖を通すなどの工夫をする。
- (5) 静脈ルートやドレーン類、膀胱留置カテーテルはできるだけ早期に抜去する。
- (6) ルート挿入中でも ADL 低下を防ぎ気分転換を図る。
- (7) 必要時には患者様の精神的安定を図るためご家族様（同意代行者）への協力を依頼する。

『身体抑制最小化チーム』の設置

設定

身体抑制の最小化を推進することを目的として、身体抑制最小化チームを設置する。

開催と役割

身体抑制最小化チームとして会議開催が必要な場合は毎月第2月曜日開催の医療安全管理委員会で協議する。

1. 身体抑制の実施状況を把握し、職員に周知する。
2. 身体抑制対策委員会との連携をとり身体抑制最小化を推進する。
3. 身体抑制最小化に係る指針の見直しを行い職員に周知する。
4. 日常的ケアをモニタリングし、患者の人権を尊重した適切なケアが実施されているか確認する。
5. 職員対象に身体抑制最小化に係る研修を高齢化対策（身体抑制最小化・転倒転落・認知症）委員会と連携し実施する。
6. 1回/週チームメンバーとカンファレンスを行う。

構成員

専任医師：名誉院長

専任看護師：各病棟師長

委員会・チームの構成メンバー及び、その他の職員の責務と役割

担当者	責務・役割
看護部長	高齢化対策（身体抑制最小化・転倒転落・認知症）委員会の統括責任者 身体抑制における諸課題の最高責任者
看護師長	現場における諸課題の統括責任者
看護師	身体抑制実施時の看護計画や評価、職員への指導、患者・家族等に対する説明
医師	医療的ケアに関する検討、助言
看護師、セラピスト、薬剤師、ナースエイド	専門性に基づく適切なケア、身体抑制実施時のモニタリングと評価

身体抑制最小化のための職員教育に関する基本方針

1. 当院では、滑他の職員に対して、身体抑制最小化と人権を尊重したケアの励行を図るために職員教育を行う
2. その他、状況に応じ必要な教育・研修を実施する
3. 研修に当たっては、実施日・実施場所・方法・内容等を記載した記録を作成する

2023 年 11 月 28 日 作成

2026 年 6 月 内容確認(改訂なし)