

身体的拘束最小化のための指針

1. 身体的拘束最小化に関する理念

身体的抑制は、患者の生活の自由を制限することであり、患者の尊厳ある生活を阻むものです。当院では、患者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、職員一人ひとりが身体的・精神的弊害を理解し、拘束廃止に向けた意識をもち、身体的拘束をしないケアの実施に努めます。

1) 身体的拘束最小化の基準

医療サービス提供にあたって、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を除き、身体的拘束、その他の患者の行動を制限する行為をしません。

2) 緊急・やむを得ない場合の例外三原則

患者個々の、心身の状況を勘案し、疾病・障害を理解した上で身体的拘束を行わないケアの提供をすることが原則です。例外的に以下の3つの要素の全てを満たす状態にある場合は、必要最低限の身体的拘束を行うことがあります。

(切迫性) 行動制限を行わない場合患者の生命または身体が危険にさらされる可能性が高い

(意識障害、説明理解力低下、精神状態に伴う不穏、興奮)

(非代替性) 行動制限以外に患者の安全を確保する方法がない

(一時性) 行動制限は一時的であること。

2. 身体的拘束最小化に向けての基本方針

1) 当院においては、原則として身体的拘束及び行動制限をしません。

- ・言葉や対応で患者の精神的な自由を妨げないように努める。
- ・身体的拘束には該当しない患者の身体、または衣服に触れない用具（センサーや4点柵）であっても、患者の自由な行動を制限することを意図した使用は最小限にする。
- ・身体的拘束その他の入院患者の行動制限する行為に当たるものとして、厚生労働省が「身体拘束ゼロへの手引き」の中にあげている行為を示します。

(身体拘束に該当する基本的な行為)

- ・徘徊しないように、車椅子や椅子・ベッドに体幹や四肢を紐等で縛る。
- ・転落しないように、ベッドに体幹や四肢を紐等で縛る。
- ・点滴・経過栄養等のチューブを抜かないように、四肢を紐等で縛る。
- ・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。
- ・車椅子・椅子からずれ落ちたり、立ち上がったりにしないように、腰ベルト、車椅子テーブルを付ける。
- ・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。
- ・脱衣やオムツ外しを制限する為に、つなぎ服を着せる。
- ・他人への迷惑行為を防ぐ為に、ベッド等に体幹や四肢を紐等で縛る。
- ・行動を落ち着かせる為に、向精神薬を過剰に服用させる。
- ・自分の意志で開けることができない居室等に隔離する。

2) 身体的拘束禁止の対象としない具体的な行為

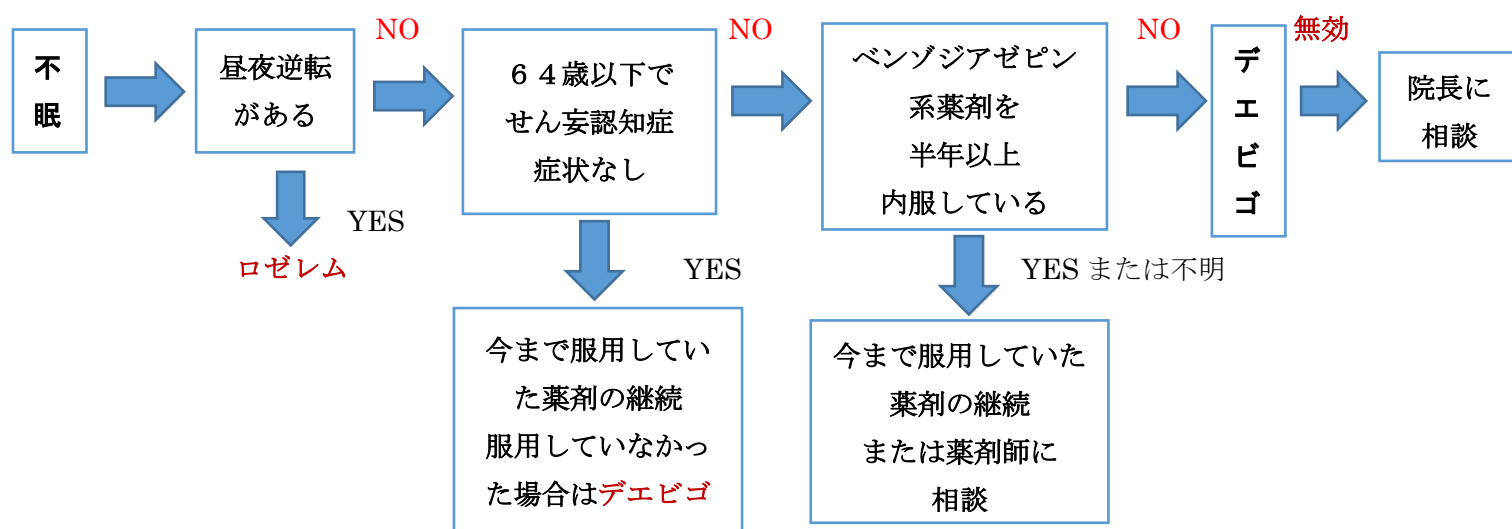
当院では肢体不自由や体幹機能障害があり残存機能を活かすことができるよう、安定した体位保持するための工夫として実施する行為については、身体的拘束禁止の行為の対象とはしないこともあります。

- (1) 検査・手術・処置で用いるシーネ固定等
- (2) 転落防止のための4点柵使用
- (3) 自力座位を保持できない場合の車椅子ベルト
- (4) 身体的拘束をせずに患者を転倒や離院などからのリスクから守る事故防止対策（離床センサー等）

3) 向精神薬など薬剤使用上のルール

- (1) 不穏時、行動を落ち着かせるための薬剤使用指示については、他職種が協議し適切な対応をする。
- (2) 薬剤の必要性と効果を評価し、適正な薬剤使用をカンファレンスで検討する。
- (3) 薬剤使用時は医師から患者、ご家族に十分な説明をし同意を得て実施する。
- (4) 当院の薬剤使用基準は下記に示す。（ガイドライン引用）

＊不眠時薬剤選択フロー



かかりつけ医のためのBPSDに対応するための 向精神病薬使用ガイドライン（第2版）

セロトニン受容体・ドパミン受容体遮断

○リスペリドン（用量0.5-2.0mg 半減期20-24時間）

高血糖あるいは糖尿病を合併している場合にも使用可能
パーキンソン症状に注意

○クエチアピン（用量25-100mg 半減期6-7時間）

高血糖あるいは糖尿病では禁忌
鎮静・催眠作用あり

○オランザピン（用量2.5-10mg 半減期22-35時間）

高血糖あるいは糖尿病では禁忌
鎮静・催眠作用あり

ドパミン受容体部分刺激

○アリピプラゾール（用量3-9mg 半減期47-68時間）

高血糖あるいは糖尿病では慎重投与
鎮静・催眠作用が弱い

せん妄の原因となる薬剤（当院採用）

種類	院内採用薬（内服、外用）
抗ヒスタミン薬	ロラタジン、ファモチジン、クロルフェニラミン、アタラックス-P
抗精神病薬	デパス、トラゾドン、トリプタノール、パロキセチン、リスペリドン、リーゼ、アリピプラゾール、リバスチグミンテープ、ドネペジル、メマンチン、ガランタミン、キューチアピン、ミルタザピン、炭酸リチウム
ベンゾジアゼピン受容体作用薬	セルシン、デパス、ネルボン、フルニトラゼパム、プロチゾラム、ワイパックス、ロフラゼプ、リーゼ、ゾルピデム、ゾピクロン、
抗パーキンソン病薬	セレギリン、ドパコール配合錠 LD、トリヘキシフェニジル、ビ・シフロール、マドパー配合錠、アマンタジン、ビペリデン
頻尿治療薬	ソリフェナシン
鎮痛薬	セレコキシブ、トラマール、トアラセット、オキノーム散、オキシコンチン、フェントステープ、
抗てんかん薬	アレビアチン、レベチラセタム、エクセグラン、デパケン、リボトリール、フェノバル、ヒダントール
消化器系薬	ブスコパン、ファモチジン
循環器系薬（降圧薬、抗不整脈薬）	ドプス、メチルドパ、ハーフジゴキシン、スピロノラクトン
副腎皮質ステロイド	デカドロン、プレドニゾロン
鎮咳薬	フスコデ
気管支拡張薬	テオロング、テオフィリン徐放 DS
免疫抑制薬	メトトレキサート
抗菌薬	ケフラール、ジスロマック、クラリスロマイシン、レボフロキサシン
抗真菌薬	フラジール、ポリコナゾール
抗ウイルス薬	オセルタミビル、ファムシクロビル
点眼薬	チモロール
その他	PL 配合顆粒、モンテルカスト

参考資料

- ・「本当にわかる 精神科の薬はじめての一步 改訂第3版」 せん妄の原因となりうる薬剤
- ・DI 参照より 副作用「せん妄」「譫妄」
- ・「重篤副作用疾患別対応マニュアル 薬剤性せん妄」 令和4年2月 厚生労働省

せん妄で用いる抗精神病薬の投与量と特徴（当院採用）

薬剤名 規格 分類	投与量の目安（1日）	特徴
セレネース注 5mg/ml (成分名：ハロペリドール) ブチロフェノン系抗精神病薬	1回5mg 1日1～2回 筋注内、または静脈内注射	・抗幻覚妄想作用は強いが錐体外路症状も生じやすいため注意 (錐体外路症状が悪化しやすいためパーキンソン病、レビー小体型認知症患者には禁忌) ・QTc延長による不整脈に注意 ・重症の心不全患者に禁忌（心筋に対する障害作用や血圧降下が報告されている。） ・内服できない場合に使用
チアプリド錠 25mg (先発名：グラマリール) ベンザミド系抗精神病薬	75～150mg	・せん妄に適応のある唯一の薬剤 ・鎮静作用は弱くあまり臨床では使われていない ・腎代謝型のため、腎機能低下患者では減量が必要
リスペリドンOD錠 0.5mg錠 (先発名：リスパダール) SDA	0.5mg～4mg	・第二世代向精神薬の中では錐体外路症状、高プロラクチン血症を生じやすい ・腎機能に注意（Ccr60以下では1回0.5mg～開始）
ペロスピロン錠 4mg (先発名：ルーラン) SDA	4～16mg	・半減期が短く、肝代謝型のため高齢者でも使いやすい ・鎮静作用は弱め ・空腹時で血中濃度低下するため、食後に内服
クエチアピン錠 12.5mg (先発名：セロクエル) MARTA	25～300mg	・糖尿病で禁忌 ・食欲増進、体重増加あり ・鎮静作用に優れる。気分安定効果あり ・錐体外路症状、抗プロラクチン血症の出現が少ない
オランザピン錠 2.5mg (先発名：ジプレキサ) MARTA	2.5～10mg	・糖尿病で禁忌 ・食欲増進、体重増加あり ・抗幻覚妄想作用、鎮静作用あり ・作用時間が長い
アリピプラゾール錠 1mg (先発名：エビリファイ) DPA	3～12mg	・体重増加や錐体外路症状のリスクは低い ・少量でもアカシジアが出現することあり注意 ・うつ病や強迫性障害の増強療法で用いられることがある。
その他薬剤		
薬剤名 規格	投与量の目安（1日）	特徴
トラゾドン錠 25mg (先発名：デジレル、レスリン)	25～100mg	・抗うつ薬 鎮静が強く適応外で不眠症に用いることが多い ・抑うつ症状を伴う場合に
バルプロ酸ナトリウム徐放錠A 100mg デパケン細粒40% 200mg/0.5g包	100～1000mg	・イライラ感や衝動性に効果 ・穏やかな鎮静効果もあり
γ/GABA抑制肝散 2.5g/包	7.5 g	・神経過敏で興奮しやすい人、怒り・イライラ、不眠症状に用いる
ラメルテオン錠 8mg (先発名：ロゼレム)	8mg	・ふらつき、認知機能への悪影響、依存や耐性リスクは低い ・フルボキサミン(デプロメル、ルボックス)と併用禁忌
デエビゴ錠 2.5mg (成分名：レンボレキサント)	2.5～10mg	・ふらつき、認知機能への悪影響、依存や耐性リスクは低い ・悪夢が出現することがある

※睡眠薬や抗不安薬などのベンゾジアゼピン系薬剤は、認知機能低下や脱抑制をきたし、それ自体がせん妄の直接因子となりうるため、使用は極力避ける。

4) その他の日常ケアにおける基本方針

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。

- (1) 患者主体の行動や尊厳ある生活に努めます。
- (2) 言葉や対応などで患者の精神的な自由を妨げないように努めます。
- (3) 患者の思いを汲み取り、患者の意向に沿ったサービスを提供し多職種協働で個々に応じた丁寧な対応をします。
- (4) 身体的拘束を誘発する原因の特定と除去に努めます。
- (5) 三原則を満たしているかどうか常に振り返りながら患者に主体的な入院生活をしていただくよう努めます。

3. 施設内の組織に関する事項

1) 委員会の設置

- (1) 設置目的

①院内での身体的拘束廃止に向けた現状把握及び改善について検討します。

②身体的拘束を実施せざるを得ない場合の検討。

③身体的拘束を実施した場合の解除の検討。

④困難事例の検討。

⑤身体的拘束廃止に関する職員全体への指導。

⑥身体的拘束最小化に向けた院内研修を年2回以上開催する。

※報告、改善の為の方策を定め周知徹底する目的は、身体的拘束適正化について院内全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり 職員の懲罰を目的としたものではありません。

(2) 委員会の構成員

院長・看護部長・診療技術部門および看護部各所属長

(3) 委員会 1 回/3 ヶ月実施

4、やむを得ず身体的拘束を行う場合（緊急時の対応・注意事項）

本人または他の患者の生命又は身体を保護するための指導として、措置として、やむを得ず身体的拘束を行わなければならない場合、当院医療安全マニュアルの身体的拘束実施手順に則り実施します。



本人または他の患者の生命又は身体を保護するため、三原則のすべてを満たし、やむを得ず身体的拘束を行わなければならない場合であっても、身体的拘束を行う判断は組織的かつ慎重に行う。

（手順）

①やむを得ず身体的拘束を行わなければならない状態にあるかどうかを、医師と看護職員を含む他職種で検討する。

②医師は患者並びに家族に身体的拘束について説明し、身体的拘束開始の理解と同意を得る。その内容をカルテに記載する。（切迫した状況で、事前に同意を得ることが困難な場合は、開始後速やかに家族に同意を得る。）

③身体的拘束を行う場合は、・態様 ・実施時間（開始時間および終了時間） ・患者の心身の状況 ・緊急やむを得ない理由 を記録する。

④病棟内の複数人の職員が、解除や代替策の導入に向けた具体的な検討を行う。

⑤身体的拘束は一時的に行う物であり、期間を決め、患者に適した方法であるかを評価し、早期解除に向ける。

5. 身体的拘束最小化に向けた各職種の責務及び役割

身体的拘束廃止に向け、各職種の専門性に基づくアプローチからチームケアを行うことを基本とし、それぞれの果たすべき役割に責任をもって対応します。

（院長）

・身体拘束最小化委員会の専任医師および責任者

（看護部長）

院内での身体的拘束廃止に向けての現状把握及び改善について検討、管理運営

・身体的拘束を実施せざるを得ない場合の検討、管理運営

・身体的拘束を実施した場合の解除の検討、管理運営

・身体的拘束廃止に関する職員全体への指導、管理運営

（看護師長）

・拘束がもたらす弊害を正確に認識する

・患者の疾病、障害等による行動特性の理解

・患者・家族とコミュニケーションを十分にとる

- ・患者個々の心身の状況を把握し、基本的ケアに努め身体的拘束をしないための指導
(医療職員)
- ・医師との連携
- ・患者の病状態観察
危険行動があった場合その経緯をアセスメントし、行動の背景を理解する
- ・身体的拘束を行わないための取り組み
組織が一丸となり取り組む
基本的ケアを徹底し、身体的拘束に頼らないケアを実践する
- ・記録の整理
- ・記録は正確かつ丁寧に記録する

令和 6 年 7 月 1 日 初版
令和 7 年 4 月 1 日 改訂
令和 7 年 12 月 3 日 改訂
令和 8 年 6 月 1 日 改訂