葵会仙台病院 医療法人社団 葵会
AOIKAISENDAI HOSPITAL

身体的拘束最小化のための指針

身体的拘束最小化委員会

身体的拘束最小化マニュアル改訂履歴

日時	改訂内容
2024 年6月1日	「身体的拘束適正化のための指針」作成
2025 年 10 月 1 日	「身体的拘束最小化マニュアル」に改定
2026 年 4 月 20 日	「身体的拘束最小化マニュアル」～身体的拘束適正化のための指針～　へ名称を改定 **Ⅰ　身体的拘束等適正化に関する指針** 4. 当院における身体的拘束の基準 2)身体的拘と行動制限 ⇒「患者の動きを観察するため、見守りの目的でのセンサー類の使用は行動把握とする。ただし、本人、家族へ説明し同意をいただく」追加 **Ⅱ　身体的拘束等適正化のための組織体制** 「身体拘束最小化チームの設置」 ⇒「身体的拘束最小化委員会」設置　へ改定
2026 年 7 月 1 日	「身体的拘束最小化のための指針」へ名称を改定 **Ⅲ. 身体的拘束を最小化するための職員研修に関する基本方針** **Ⅵ. その他身体的拘束等適正化推進のために必要な基本方針** **Ⅶ. 身体的拘束最小化・解除に向けたケアマニュアル** 以上を追加、修正する

身体的拘束最小化マニュアル改訂履歴

目次

Ⅰ. 身体的拘束最小化に関する基本的な考え方　・・・・・・・・・・P1
1. 身体的拘束を最小化のための指針
2. 身体拘束とは
3. 身体的拘束等禁止の対象となる具体的行為
4. 身体的拘束と行動制限
5. 鎮静を目的とした薬物の適正使用

Ⅱ. 身体的拘束を最小化するための体制の整備　・・・・・・・・・・P3
1. 身体的拘束最小化委員会の設置及び開催
2. 委員会の構成員とその役割
3. 委員会の検討項目
4. 身体拘束用具の管理体制

Ⅲ. 身体的拘束を最小化するための職員研修に関する基本方針　・・・・・・・・・P6

Ⅳ. 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合の対応に関する基本方針　・・・・・P7
1. 緊急やむを得ない場合に該当するか検討を必要とされる患者の状態・背景
2. 身体拘束等の対象となる具体的な行為
3. 適応要件の確認と承認
4. 患者本人及び家族への説明と同意
5. 同意書管理方法
6. 解除基準

Ⅴ. 身体的拘束等に関する報告方法等の基本方針　・・・・・・・・・・P9

Ⅵ. その他身体的拘束等適正化推進のために必要な基本方針　・・・・・・・・・・P10
1. 身体的拘束等の開始手順
2. 身体的拘束等の実施中の注意事項
3. 身体的拘束等の評価及び記録
4. 入院患者および家族への身体的拘束および行動制限に関する説明

Ⅶ. 身体的拘束最小化・解除に向けたケアマニュアル　・・・・・・・・・・P12
1. 身体的拘束の種類:導入意図・起きやすい問題・代替案の方向性
2. 代替案は、目的(何を止めたいのか)⇒原因(なぜ起きるのか)⇒置換(どこを変えるか)の順で、短い言葉にして提案する
3. 現場に潜む魔の 3 つのロック

Ⅷ. 患者等に対する当該マニュアルの閲覧に関する基本方針　・・・・・・・・・・P15

Ⅸ. 指針の改訂について　・・・・・・・・・・P15

Ⅰ．身体的拘束最小化に関する基本的な考え方

1.　身体的拘束最小化のための指針

身体的拘束は、患者の多くの弊害を生む。安易に選択されるものではなく、身体的拘束以外に方法がないかを十分に検討した結果、患者の生命の危機と身体損傷を防ぐために最小限に行うもので、患者の人権を尊重し、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、身体的拘束の廃止に向けた意識を持ち、身体的拘束等をしないケアの実施に務める。

（病院長・看護部長）

2.　身体拘束とは

身体拘束とは**「本人の行動の自由を制限すること」**である。

令和３年度厚生労働省　老人保健健康増進等事業「介護現場における適切なシーティングの実施に係る事例及び研修に関する調査研究事業高齢者の適切なケアとシーティングに関する手引き（追補版）」より一部改変

当院では、身体拘束と行動制限を同義語として使用することとする。

3.　身体的拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為

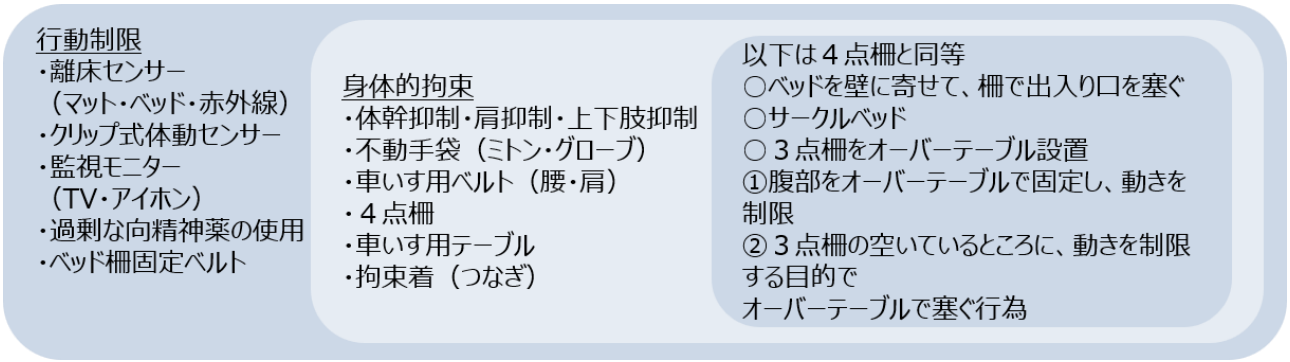
1）徘徊しないように、車いすやいす、ベッドの大幹や四肢をひも等で縛る
2）転落しないように、ベッドに大幹や四肢をひも等で縛る
3）自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む
4）滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢を紐等で縛る
5）滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける
6）車イスやいすからずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y 字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける
7）立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する
8）脱衣やおむつ外しを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる
9）他人への迷惑行為を防ぐために、ベッド等に大幹や四肢をひも等で縛る
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

「身体拘束ゼロへの手引き」（平成 13 年 3 月厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」）より

4.　身体的拘束と行動制限

身体的拘束及びその他の行動制限をする行為（以下「身体拘束等」という）を原則禁止とする

1）身体的拘束と行動制限の関係



２）身体的拘束等禁止の対象とはしない具体的な行為

（1）自力座位を保持できない場合の車いすベルト

※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を保持するための工夫として実施する行為

（2）整形外科疾患の治療であるシーネ固定

（3）CT 撮影上、撮影室に付き添えないため、撮影台のベッドに患者をベルト固定する行為

（4）内視鏡検査など本人の希望及び処置等を安全に行うために説明および同意書の記載があるときに鎮静目的で鎮静剤を使用する行為

3）離床センサー・クリップ式体動センサー（見守りあゆみちゃん）の使用について

当院では、離床センサー・クリップ式体動センサーは、転倒・転落防止や離棟・離院防止のために患者の行動をいち早く把握し、患者の安全とニーズを満たすケアにつなげるために使用する。ただし、使用の際は本人、家族へ説明し同意をいただく。

（「身体的拘束および行動制限に関する説明と同意書」を使用し説明）

5.　鎮静を目的とした薬物の適正使用

向精神薬の過剰投与は行わない。安易な使用には十分注意し、適切な薬剤を最小限に使用する。

内視鏡検査の際に鎮静目的で薬剤を使用する際は、本人（または、家族）へ「内視鏡検査に関する説明と同意」の書面を使用し同意を得た際に使用できるとする。

薬剤に関する詳細は、「認知症ケアマニュアル」を参照

Ⅱ. 身体的拘束を最小化するための体制の整備

1. 身体的拘束最小化委員会の設置及び開催

当院は、身体的拘束の適正化、「0」をすることを目的として、身体的拘束最小化委員会を設置する(「身体的拘束最小化委員会規約」作成、詳細を記載)

【委員会の開催】

4 月・7 月・10 月・1 月の第4火曜日 17:00～

2. 委員会の構成とその役割

1) 病院長は、委員会の最高責任者とし委員長とする
2) 委員会の副委員長は、認知症看護認定看護師とする
　委員長がその任務を遂行できない場合は、副委員長がその職務を代行する
3) 委員会の委員は、事務長、医師(1名)、看護部長、各病棟師長、薬剤師(1名)、リハビリ科(1名)

各職種は専門とする知識・視点で身体的拘束「0」に向けた意識を持ち意見する。各部署で日常的にケアをモニタリングし、患者の人権を尊重した積雪なケアが実施されているか確認する

3. 委員会の検討項目

1) 身体的拘束最小化に関する指針・マニュアルの見直し
2) 院内の身体的拘束の実施状況を把握し、発生した身体的拘束について、身体的拘束マニュアルに沿って適切な手続き、方法で行われているかを確認
3) 身体的拘束の解除に向けて、環境調整などで必要な物品等の採用、購入検討

【解除に向けて必要な物品等の採用、購入検討】
各部署より、意見を募る
(各部署責任者、認知症ケア委員会リンク Ns がとりまとめをする)
↓
認知症ケア委員会で一次検討
↓
当委員会で審議決定

4. 身体拘束用具の管理

身体拘束用具は、2F 医在庫の 1 カ所で管理を行う。物品管理は、当副院長（認知症看護認定看護師）が管理を行う。使用時には、貸借表に記載し、不要になったら早急に返却をする。

物品管理者は、毎週火曜日に貸借管理表を確認し院内の身体的拘束用具の使用状況を把握する。

ベッドセンサー、クリップセンサーの管理については、各病棟師長に一任する

拘束用具の種類と管理個数

拘束用具	個数
ミトン	13組（2 つ 1 セット）
大幹抑制（抑制帯 1 個・黒ボタン 3 個・赤鍵 1 個）	6 セット
車いすベルト	11個
四肢抑制帯	12個
四肢抑制の鍵	8個
車いすテーブル	8個
ベッド柵固定ベルト（鍵 1 個付き）	20セット

5. 身体的拘束最小化チーム

1）身体的拘束最小化委員会内に身体的拘束最小化チームを設置する

業務内容

① 身体的拘束の実施状を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底する（毎月、責任者会議・認知症ケア委員会・師長会にて報告、当院ホームページにも掲載）

② 身体的拘束最小化するための指針を作成し、定期的な見直しを行う（当院、ホームページにも掲載）

③ 日常的ケアをモニタリングし、入院患者の人権を尊重した適切なケアが行われていることを確認する

④ 当院職員全員を対象とした、身体的拘束最小化に関する研修に開催

2）チームリーダー：認知症看護認定看護師

3） チームメンバー：医師、薬剤師、リハビリスタッフ、医療安全管理者
病棟看護師、リンク看護師、病棟（対象患者）担当看護師

4） 身体的拘束最小化チームラウンド：月2回（第2，4火曜日、14；30～）
病棟師長、リンク看護師、病棟担当看護師は
自部署のみラウンドに同行する

5）対象：身体的拘束を実施している患者
　　身体的拘束の解除後の患者のフォローアップ支援

6）ラウンド内容

（1）身体的拘束患者における日常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行われているかを確認する

（2）主治医、看護師等を踏まえた、身体的拘束の代替案、早期解除に向けた検討を行う

（3）身体的拘束実施患者の「身体的拘束および行動制限に関する説明と同意書」の確認、開始記録、解除に向けての毎日のカンファレンス記録、医師記録の確認

以上を中心に行う

Ⅲ. 身体的拘束を最小化にするための研修会に関する基本方針

当院では、年間計画に沿って、全ての職員に対して、身体的拘束を含むすべての行動制限の最小化の実施、人権を尊重したケアの実施を図るために、以下の職員教育を行う

1） 現任者には、定期的（年2回）に「認知症とせん妄」「身体的拘束・行動制限防止研修」を実施する
2） 新規採用者には、入職時に「認知症とせん妄」「身体的拘束・行動制限防止研修」を実施する
3） その他、必要な教育・研修を定期的に実施する

Ⅳ. 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合の対応に関する基本方針

患者または、他の患者等の生命または身体の保護をするため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならない。緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合は、その様態および時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由、その他必要な事項を記録しなければならない。

緊急やむを得ない場合とは、切迫性・非代替性・一時性の 3 要件をすべて満たすことである

【切迫性】患者本人またはほかの患者の生命・身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
【非代替性】身体拘束、その他の行動制限を行う以外に代替する看護（介護）方法がないこと
【一時性】身体拘束等が一時的なものであること

1. 緊急やむを得ない場合に該当するか検討を必要とされる患者の状況・背景

① 気管切開・気管内挿管チューブ、中心静脈カテーテル、経管栄養チューブ、膀胱留置カテーテル、各種ドレーン等を抜去することで、患者自身に生命の危機および治療上の著しい不利益が生じる場合
② 精神運動興奮（意識障害、認知障害、見当識障害、薬物依存、アルコール依存、術後せん妄など）による多動・不穏が強度であり、治療に協力が得られない、自傷・他傷などの害を及ぼす危険性が高い場合
③ ベッド・車椅子からの転倒・転落の危険性が著しく高い場合
④ その他の危険行動（自殺・離院・離棟の危険性など）

以上の①～④の状況・背景から、対策を講じたが結果、危険性が軽減しなかったなど対応が困難である場合

2. 身体的拘束の対象となる具体的な行為

① ミトン（メガホン型・タオルで手指等を全体的に覆う場合も含む）
② ベッド 4 点柵
③ ベッドを壁付けにして昇降側を 2 点柵にした場合
④ ベッド柵がないところに、患者が降りることができないように意図的にテーブルを設置した場合
⑤ 拘束着
⑥ 車椅子ベルト
⑦ 体幹抑制
⑧ 四肢拘束
⑨ 車椅子テーブル

以下の項目は、予防策としての行動制限とみなす具体行為

① あゆみちゃん
② ベッドセンサー
③ センサーマット
④ ベッド柵固定ベルト

3. 適応要件の確認と承認

医師・看護師長・チーム看護師が適応の要件(3 要件)から検討・アセスメントし、医師が決定し身体的拘束の指示を入力する(時間外・休日においては、日当直医・リーダー看護師・担当看護師とする)

4. 患者本人及び家族への説明と同意

① 身体的拘束を行う場合は、医師(主治医または当直医)または、看護師長(看護師)は、身体的拘束の目的・理由・手段・拘束の時間・時間帯・期間等をできるだけ詳細に患者本人または家族に説明と同意を得る
② 説明時は、当院書式の「身体的拘束を含む行動制限に関する説明と同意書」(以下、同意書とする)に沿って説明し、患者本人または家族の理解と同意を得る
③ 緊急に身体的拘束等の必要性が生じた場合は電話にて説明し承諾を得る(承諾を得る際、承諾者の氏名・続柄をカルテに記載する)後日書面にて同意を得る
④ 夜間、緊急的に身体的拘束が必要となった際は、翌朝にご家族への説明と承諾を得ることになることを「入院のご案内」にて説明する

5. 同意書の管理方法

同意書は医師・同席者のサインと患者および家族(およびキーパーソン)のサインをもらったうえで電子カルテ内にスキャナで取り込む。スキャンした同意書は患者へ渡す

6. 解除基準

① 身体的拘束に必要な 3 要件を満たさない場合
② 身体的拘束の影響から身体的侵襲が出現した場合
③ 治療・処置が終了またはケア方法を変更して危機が回避できた場合

身体的拘束を実施している患者に対し、毎日朝、ウォーキングカンファレンスで早期解除に向けての検討をおこなう。また、カンファレンスの結果を看護記録に記載する。

カンファレンス記録記載内容

① 実施している身体的拘束の用具
② 拘束時間(例:終日、経管栄養中のみ、夜間のみ)
③ 二次的合併症の有無
④ 身体的拘束 3 要件について
⑤ 継続、解除について
⑥ カンファレンス参加者名

Ⅴ．身体的拘束等に関する報告方法等の基本方針

緊急やむを得ない理由により、身体的拘束等を実施した場合、担当看護師は、身体的拘束最小化委員会（認知症看護認定看護師）へメールにて報告する。

身体的拘束最小化委員会メンバーが初回訪問をし、適正に実施されているか、また解除に向けた対策について看護師長、病棟看護師と確認を行う。

医療安全管理者、病棟師長、認知症看護認定看護師にて看護記録を確認する

Ⅵ. その他の身体的拘束等の適正化推進のために必要な基本方針

1. 身体的拘束等の開始手順

① 医師、看護師をはじめとする多職種で身体的拘束等の必要性をアセスメントする。身体的拘束の目的、手段、期間等についてチーム内での合意が必要である
話し合いの結果、身体的拘束が必要と判断されれば、医師が指示を入力する(身体的拘束等には医師の指示があることが原則である)

② 患者本人・家族の意思を尊重した十分な説明を行い、同意書にて同意を得る
※緊急時の対応は、「Ⅳ. 緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合の対応に関する基本方針」4-③参照

③ 身体的拘束の二次的合併症予防のために、身体的拘束実施時の手段、ケア方法・観察時間などを含む看護計画を立案し、患者本人および家族へ説明し同意を得て実施する。また、1 週間毎に計画評価し予防に最善をつくす

④ 身体的拘束用具、およびベッド柵固定ベルトは、2 階医材庫の個室の 1 カ所で管理をする。貸借表に使用する部署名、患者名、使用用具、持ち出し日、返却日、持ち出し者名を記載する。管理責任者は、身体的拘束最小化委員会副委員長(認知症看護認定看護師)とする。

2. 身体的拘束等実施中の注意事項

身体的拘束等実施中は、患者の安全確保への責任義務および身体的拘束等による事故への注意義務を遂行し、十分な観察・ケアを行いその内容を記録する

① 医師の指示入力を確認

② 原則として身体的拘束開始直後、15 分後、その後は状況に応じて観察を行う。拘束開始後は、各勤務に二次的合併症その他の危険はないかを観察、記録へ記載する

③ 身体的拘束による二次的合併症(褥瘡、脱臼、骨折、機能障害、循環障害、神経麻痺等)に注意し、観察を怠らない(看護計画を立案し、チーム内で統一したケアを行う)

④ 誤嚥や窒息などの不慮の事態に備え、対策を考慮する

⑤ 必要時に看護師を呼べる体制を整え、看護師の目の届く範囲に部屋の位置を考慮する

⑥ 制限の部位や期間は最小限にとどめるよう観察とアセスメントを行う

⑦ 可能な限り身体的拘束をしなくても良い方策や早期に解除できる方策を検討し、身体的拘束が恒常化しないようにする

3. 身体的拘束に関する評価及び記録

① 医師は、身体的拘束が開始される際には必ず指示を記録する

② 身体的拘束を実施中は、毎日解除に向けたカンファレンスを看護師、可能であればリハビリスタッフ等で実施し記録を記載する
③ 身体的拘束実施中は、必ず各勤務、経過表の身体拘束シートに観察し記載をする
また、その他の必要な記録は経過記録に記載する
④ 緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合には、その状態および時間・患者の心身状況、緊急かつやむを得なかった理由を記録しなければならない
⑤ 記録内容は、スタッフ間・家族党関係者間で情報を共有する
⑥ 身体的拘束（および他行動制限）の必要な状況が解消した場合は、速やかに解除し、その状況を記録する

4. 入院患者および家族への身体的拘束および行動制限に関する説明

入院時、身体拘束が行われる可能性のある全ての患者に対し、病院として身体的拘束を原則行わない方針であることや、身体的拘束を行うリスクと行わないリスク等について説明し、患者及び家族の意向を十分に聴取すること

以上の説明を「入院のご案内」に記載し、医師、病棟師長及び担当看護師は、入院時に説明をする

Ⅶ. 身体的拘束最小化・解除に向けたケアマニュアル

1. 身体的拘束の種類：導入意図・起きやすい問題・代替案の方向性
以下の内容から、解除に向けてのカンファレンスを実施する

用具・行為	実施の意図	起きやすい問題	代替案の方向性	解除のための観察項目
ミトン	チューブ抜去の抑制	皮膚トラブル・手関節の拘縮・怒り、抵抗の増加	ライン整理、固定の見直し、疼痛、せん妄要因の介入	触る時間帯、疼痛、覚醒、手の動きの目的行動は何か
抑制帯・腰ベルト	転落/抜去/立ち上がりの抑制	皮膚トラブル、筋力低下、呼吸・循環の負荷、ケア抵抗	見守り設計、センサー併用、離床計画、座位環境の再設計	以上能力、立位保持、ふらつき要因、夜間行動
四点柵	転落予防/離床抑制	乗り越え転落・挟み込み、活動量低下	低床+床マット、部分柵、動線整理、夜間刺激調整	離床パターン、排泄前後の行動、眠前後の混乱
車いすテーブル	立ち上がりの抑制	不良姿勢の固定、股関節の拘縮、皮膚トラブル	シーティング、座面高調整、排泄・疼痛・不安への介入	立ち上がりの理由、座位保持、ずり落ちの有無
拘束着（つなぎ）	脱衣/オムツ外しの抑制	不安・羞恥心の増大、皮膚トラブルの見逃し	スキンケア、オムツ設計、トイレ誘導、衣類選択	皮膚所見、排泄タイミング、温熱、衣服やおむつの素材の違和感

2. 代替案は、目的（何を止めたいのか）⇒原因（なぜ起きるのか）⇒置換（どこを変えるか）の順で、短い言葉にして提案する

◆ ミトン：チューブを“触る理由”を先に検討

ミトンは、短期的に自己抜去を減らしても、怒りや抵抗が増えると、別の制限が重なりやすくなる。先に見るべきは「なぜ、触るのか」をアセスメントする必要がある。

ミトンの代替案：原因4類型⇒先に出す手

原因の型	よくある所見	先に出す代替案	解除を詰める観察
せん妄・見当識低下	夜間に集中、状況理解が揺れる	刺激量の調整、昼夜リズム、見守りの集中配置	時間帯の偏りが減るか
疼痛・違和感	体位変換で増悪、表情のこわばり、拒否	疼痛評価、体位・固定方法の見直し	疼痛が下がると触る頻度が減るか
ライ配置の問題	目立つ位置、引っかかる、触れやすい	ライン整理、固定方法の見直し、ルート変更	触り始める場面が消えるか
不安・退屈	手持ち無沙汰、同じ動きを反復	短時間の離床、作業・活動の導入、安心材料の提示	活動量が上がると落ち着くか

ミトン解除の観察セット:観察⇒解除条件⇒段階的緩和

観察する軸	見るポイント	解除条件に変換する例	段階的緩和の例
行動	触る“時間帯”と“場面”が偏るか	日中は触らない/夜間のみ触る	夜間のみ⇒片手のみ⇒なし
せん妄・見当識	混乱、注意の散漫	指示が通る時間が増え、混乱が落ち着く	見守りを強める時間を決めて解除にトライする
疼痛・違和感	表情、拒否、体位変換での増悪	疼痛が軽減すると触る頻度が減る	固定・体位・疼痛介入を先に実施
ライン要因	ラインが目立つ/邪魔/引っかかる	整理後に触り始める場面が消える	ライン変更後に再評価

◆ 体幹抑制・腰ベルト:解除は“機能情報”を短文にすることで進みやすい

「最後の手段」になりやすく、解除の議論も止まりがちになりやすい。PT、OT などが持っている機能情報を解除に使える言葉に変える

例)「移乗が見守りで成立」「立位保持が 30 秒以上可能」「夜間離床が0」のように、行動と機能を 1 行につなげることで、目標が定まりやすい

体幹抑制・腰ベルト解除の観察セット:観察⇒解除条件⇒代替運用

観察する軸	見るポイント	解除条件に変換する例	代替運用の例
移乗能力	介助量、立位保持、方向転換	移乗が見守りまたは軽介助で成立	センサー＋見守り強化へ移行
立ち上がりの理由	排泄、疼痛、不安、眠気、退屈	理由が特定でき、対策後に立ち上がりが減少	排泄タイミング固定/疼痛介コントリール介入
循環・ふらつき	起立時ふらつき、疲労、夜間せん妄	立位が安定し、ふらつきが減る	短時間×回数の離床で慣らす
座位環境	座面高、骨盤支持、足底接地	座位が安定し、ずり落ちが減る	シーティング調整への置換

◆ ベッド高柵・四点柵:転落減らすのは“柵”ではなく“環境設計”

高柵・四点柵は「安全のため」の名目で使われやすい一方、実際には乗り越えや挟み込み、活動量低下の問題が出やすい用具である。解除への考え方はシンプルに高柵、四点柵が必要な人を探すより、高柵・四点柵が不要になる環境を作ることが大切

高柵・四点柵の観察セット:観察⇒置換条件⇒環境置換

観察する軸	見るポイント	置換条件に変換する例	環境置換の例
離床パターン	夜間・排泄前後など“いつ”立つか	離床の主因が排泄で説明できる	トイレ導線と誘導タイミング固定
端坐位・起き上がり	端坐位の安定、ふらつき	端坐位が安定し、見守りで保持可能	部分柵＋低床＋床マットへ
乗り越え	柵を掴んで立つ、跨ぐ動き	跨ぐ動きが減り、代替導線で動ける	四点柵⇒部分柵⇒低床へ
環境刺激	騒音、照明、不安、夜間覚醒	夜間覚醒や呼び出し回数が減る	照明・睡眠・安心材料を調整

◆ 車いすテーブル:立ち上がる“理由”を先に見る

車イステーブルや立ち上がり難い椅子は、食事や作業の補助として一時的に使うのか、立ち上がりを止めるために固定しているのかで意味が変わります。立ち上がりの背景に

は、排泄、疼痛、刺激過多、座位不良などが隠れやすいため、まずはその理由を聞いていく必要がある

⇒シーティングの再設計では、座面高、フットサポート、骨盤支持、足底接地の 4 点を見直すだけでも、落ち着いて座れる条件が整うことがある。止める前に“座りやすい条件”を作れるかを検討する

◆ 拘束着（つなぎ）：不快の原因を先に整える

拘束着は、脱衣やオムツ外しを減らすために選ばれやすい一方で、不快や羞恥心が残ると抵抗が強くなりやすい用具である。特に、皮膚トラブル、排泄のずれ、温熱、素材の違和感を放置したまま着せ続けると、帰って問題が長引くことが多い

⇒まずは、スキンケア、オムツ設計、トイレ誘導、衣類素材、着脱のしやすさを検討する。拘束着を着用する前に、不快の原因を減らすケアを考える

引用・参考

・身体拘束の種類と使い分け,https://rehabilikunblog.com/physical-restraint-devices-types/（検索日：2026，7，1）（一部改訂）

3. 現場に潜む魔の 3 つのロック

①フィジカル・ロック（身体的拘束）

②ドラッグ・ロック（薬剤による拘束）

向精神薬や睡眠薬などを過剰、あるいは不適切に投与し、薬の力で患者の行動を抑制したり、眠らせたりする行為

⇒過剰な鎮静は、転倒のリスクを高めるだけでなく認知機能を急激に低下させる

向精神薬の使用に関しては、必要性を十分に検討し、日常生活への影響、リハビリの状況など医師、看護師だけではなく、薬剤師、ナースエイド、リハビリスタッフなど多職種で評価をしていく必要がある

③スピーチ・ロック（言葉による拘束）

椅子から立ち上がろうとする患者へ「立たないで、座っていて」「動かないで」など患者自身の意思を確認せずに動きを制限する言葉がけ

自分たちの意識から直ぐに辞めることができる、行動制限の 1 つ

Ⅷ. 患者等に対する、当該指針の閲覧に関する基本方針

本指針は、パソコン上のエントランス、《各種マニュアル》に格納し、職員が閲覧可能にする。また、当院のホームページに掲載し、患者および家族が閲覧できるように配慮する

Ⅸ. 指針の改定について

同指針の改定は、身体的拘束最小化委員会において審議、承認を得る