

身体拘束の現状と課題

～身体拘束の最小化を目指して～



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

理事 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市（人口約39万人）に立地
- 横須賀・三浦医療圏（4市1町）は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、
○ホスピス、東洋医学

■病棟構成

DPC病棟（50床）、地域包括ケア病棟（91床）、回復期リハビリ病棟（33床）、
ホスピス（緩和ケア病棟：20床）

■併設施設 老健（衣笠ろうけん）特養（衣笠ホーム）訪問診療クリニック 訪問看護ステーション
通所事業所（長瀬ケアセンター）など

■グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム



横須賀

衣笠病院グループ

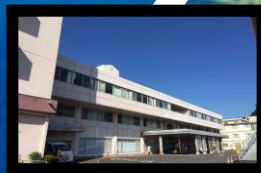


長瀬

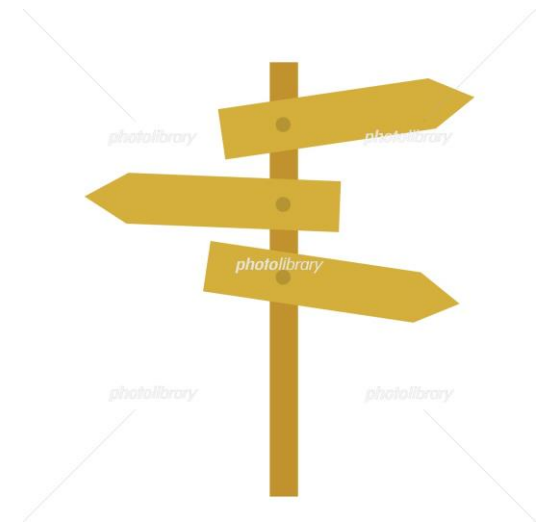
浦賀

ケアセンター

三浦



目次



- パート 1

- 急性期病棟の身体拘束の最小化

- パート 2

- 精神科病棟の身体拘束の最小化

パート 1

急性期病棟の身体拘束の最小化



身体拘束とは



• 身体拘束

- 「衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制することをいう」（昭和63年4月8日厚生省告知第129号における身体拘束の定義）

• 身体拘束の適応

- 患者本人又は他の患者等の生命及び身体を保護するための緊急やむを得ない場合である。適応の3要件とは「切迫性」、「非代替性」、「一時性」
- 「**切迫性**」
 - 患者本人又は他の患者の生命及び身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。たとえば気管（切開）チューブ・中心静脈カテーテル・動脈カテーテル等の処置を行われている場合
- 「**非代替性**」
 - 身体抑制その他の行動制限を行う以外に代替する看護（介護）方法がないとき
- 「**一時性**」
 - 身体抑制その他の行動制限が一時的なものであることである。

身体拘束の3要件

- ① 切迫性
- ② 非代替性
- ③ 一時性

緊急やむを得ない場合

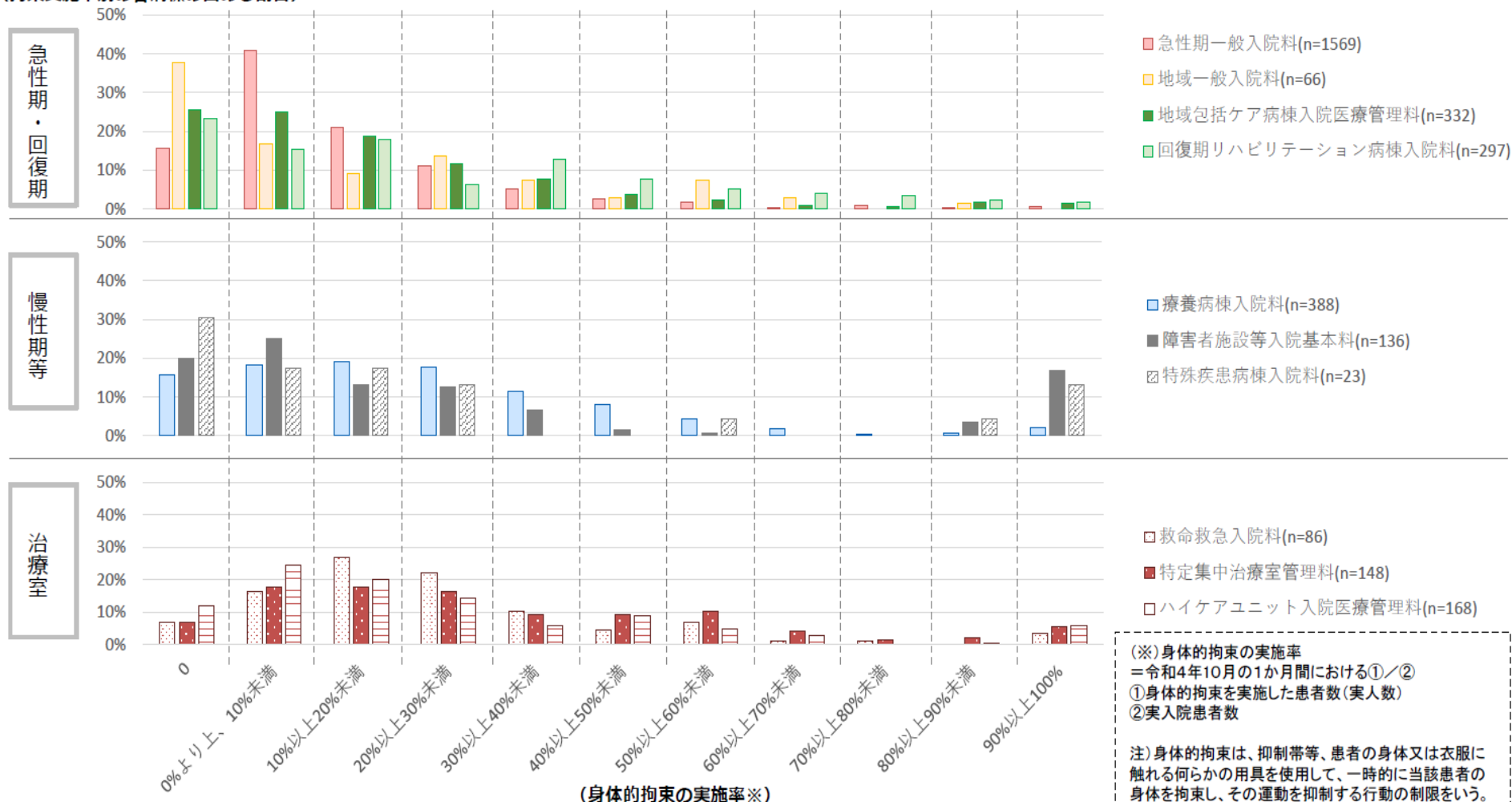
厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」より

身体的拘束の実施状況

- ほとんどの病棟・病室において、身体的拘束の実施率は0～10%未満(0%を含む)が最も多く、急性期一般入院料、地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料では約5割である。
- 一方で、身体的拘束の実施率が50%を超える病棟・病室も一定程度ある。

■入院料別の身体的拘束の実施率(※)

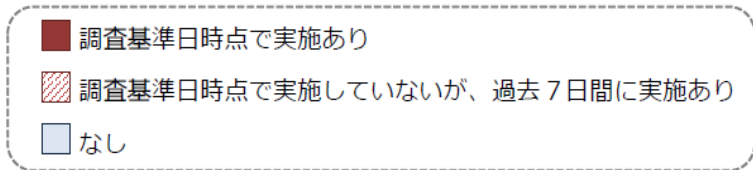
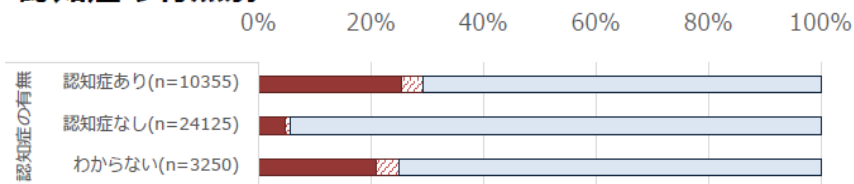
(拘束実施率別の各病棟の占める割合)



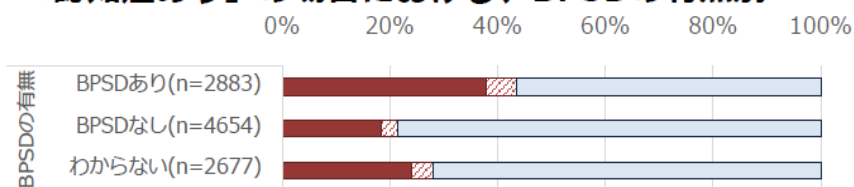
患者の状態別の身体的拘束の実施有無

- 患者の状態別の身体的拘束の実施状況は、「認知症あり」かつ「BPSDあり」の患者や、「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高かった。
- 要介護度別の身体的拘束の実施率に大きな差はないが、認知症高齢者の日常生活自立度別では、自立度が低いほど身体的拘束の実施率は高かった。

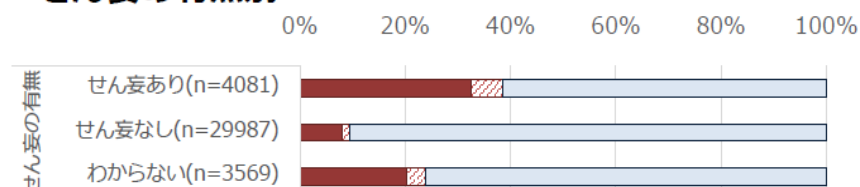
■ 認知症の有無別



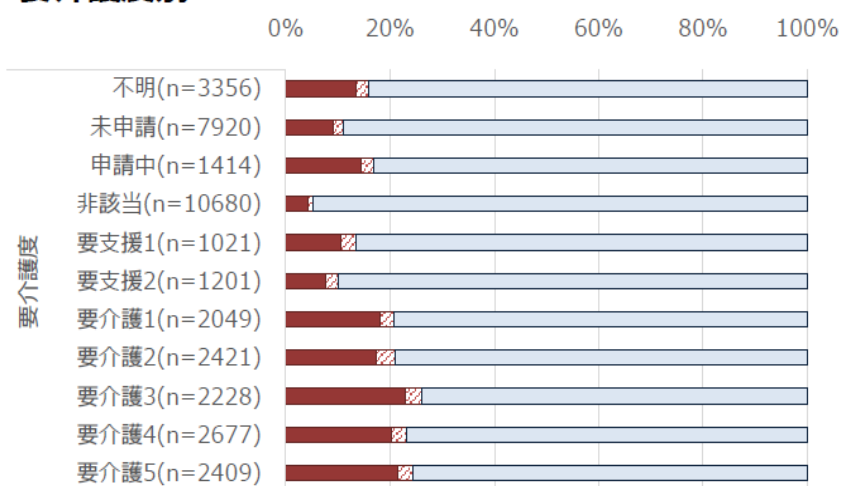
■ 「認知症あり」の場合における、BPSDの有無別



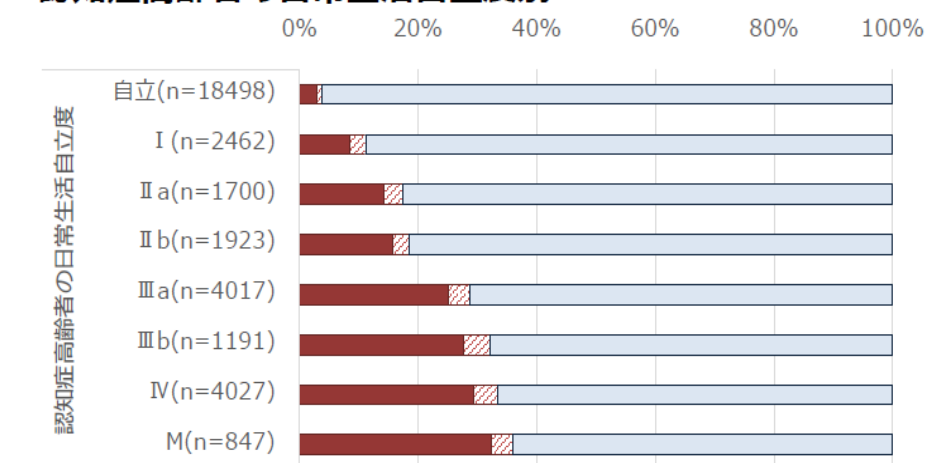
■ せん妄の有無別



■ 要介護度別



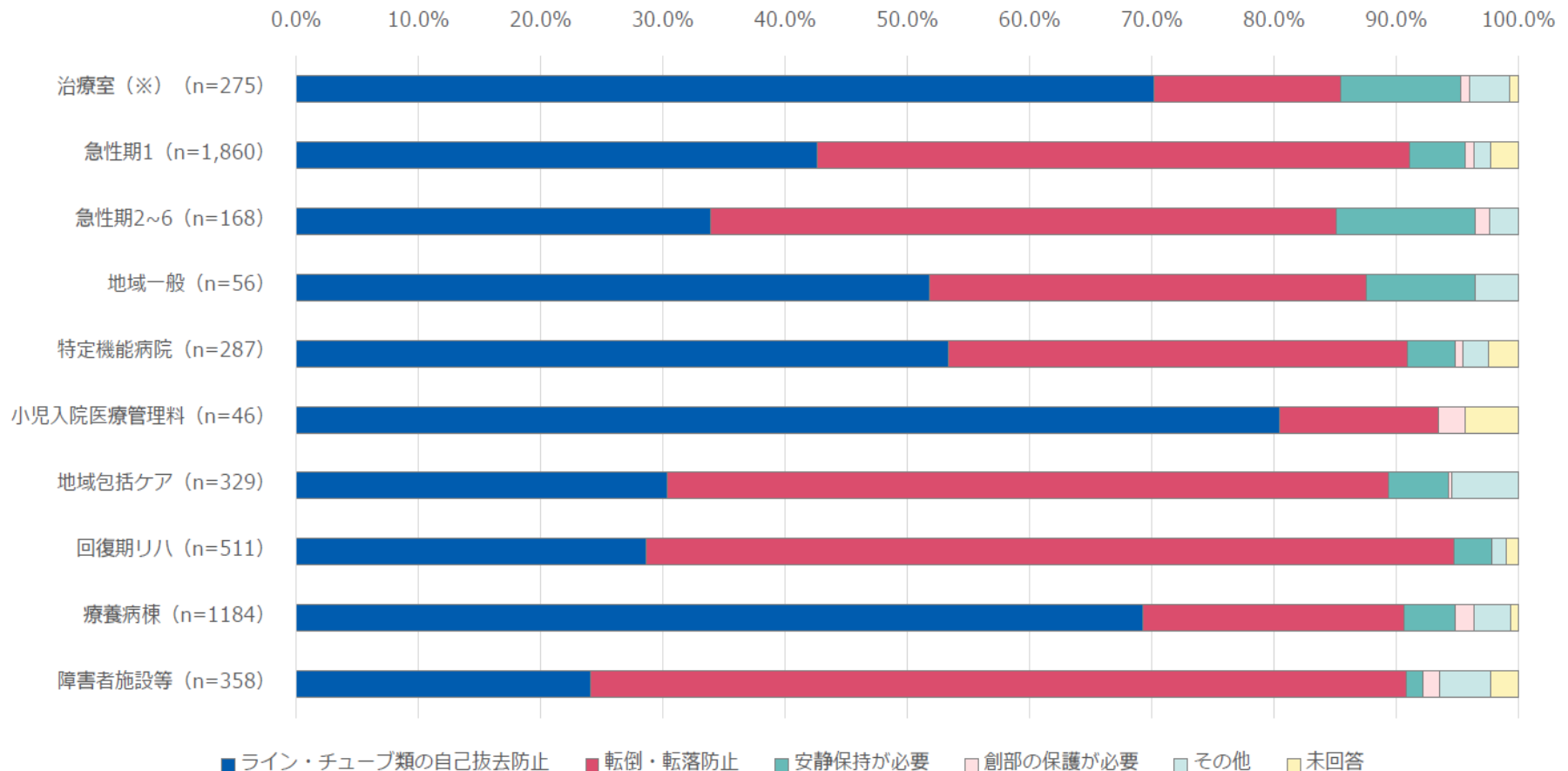
■ 認知症高齢者の日常生活自立度別



入院料別の身体的拘束の実施理由

- 身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、あわせて約9割を占めた。
- 小児入院医療管理料、治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」の割合が高かった。

■ 身体的拘束の実施理由（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）



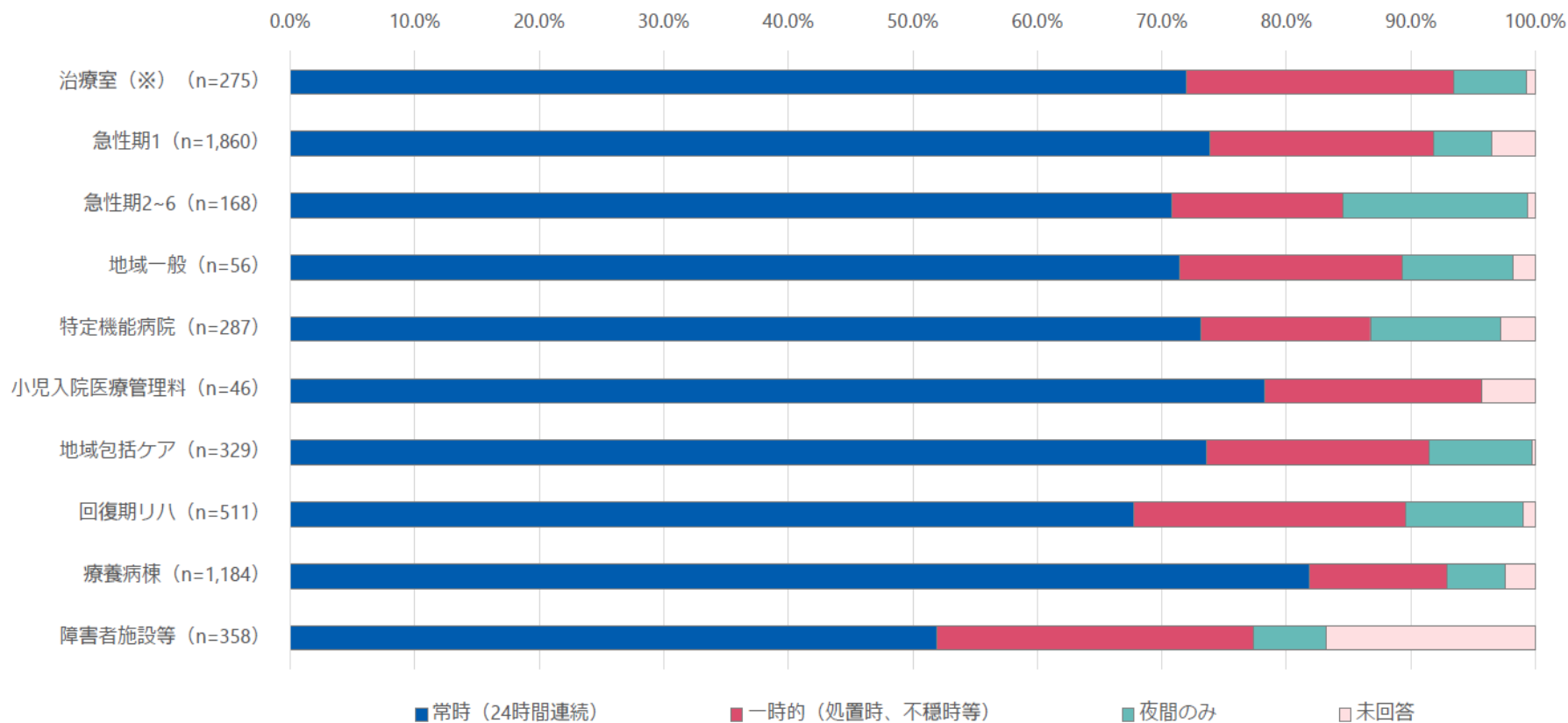
（※）治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

入院料別の拘束時間

- 身体的拘束を実施した患者について、身体的拘束を行った日の1日の拘束時間は、約7割が常時(24時間連続)拘束をしていた。
- 他の入院料を算定する患者に比べ、療養病棟の患者は常時(24時間)拘束している患者がやや多かった。

■ 拘束時間（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）

※過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の1日の状況について回答

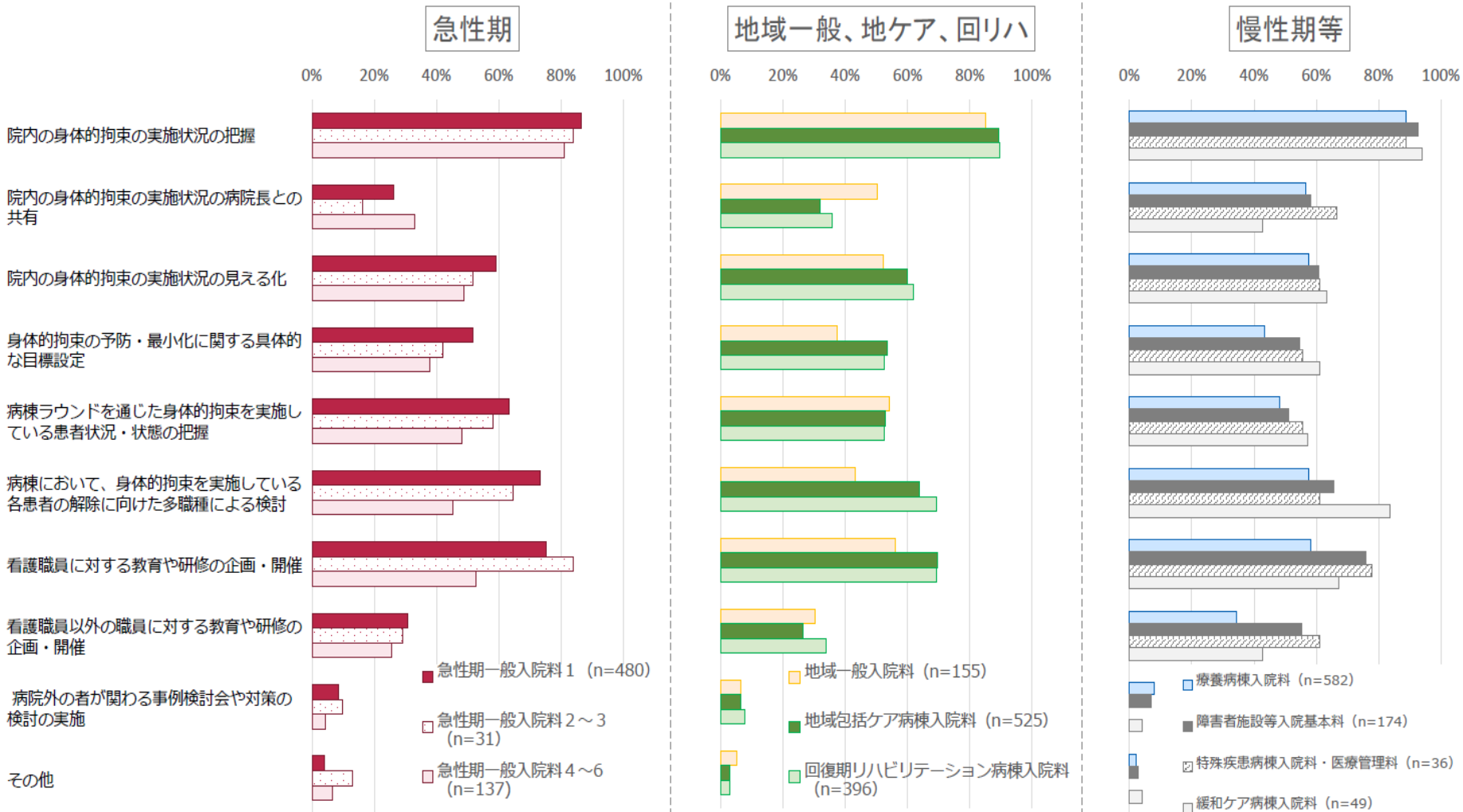


(※)治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容

- 入院料別の身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容は以下のとおり。
- 急性期一般病棟入院料届出病院では、「院内の身体的拘束の実施状況の病院長との共有」の実施率は約2割であり、他の入院料と比べて低かった。

■身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容（複数選択）



2024年診療報酬改定と 身体拘束の 最小化の取り組み



身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）（再掲）

身体的拘束を最小化する取組の強化

- 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、入院料の施設基準に、患者又は他の患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を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、医療機関において**組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備**することを規定する。

- ・ 精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。
- ・ 身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の所定点数から1日につき40点を減算する。



【身体的拘束最小化の基準】

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関において、**患者又は他の患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を除き、身体的拘束を行ってはならない**こと。
- (2) (1)の**身体的拘束を行う場合には**、その態様及び時間、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を**記録しなければならぬ**こと。
- (3) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時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いうこと。
- (4) 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される**身体的拘束最小化チームが設置**されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- (5) 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - ア 身体的拘束の**実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底**すること。
 - イ 身体的拘束を最小化するための**指針を作成**し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、**定期的に当該指針の見直しを行う**こと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や(3)に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
- (6) (1)から(5)までの規定に関わらず、**精神科病院**（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）**における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による**。

[経過措置] 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。

身体的拘束最小化基準

- (1) 当該保険医療機関において、患者又は他の患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を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。
- (2) (1) の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、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を記録しなければならないこと。
- (3) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時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いうこと。

身体的拘束最小化基準

- (4) 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- (5) 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - ア 身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること。
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や(3)に想定する身体的拘束以外の患者の行動を制限しうる行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。

身体的拘束最小化基準

- ウ 入院患者に係る職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。
- (6) (1) から (5) までの規定にかかわらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取り扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律123号）の規定による。

2024年診療報酬改定 身体拘束ゼロを目指して

- 施設基準に「患者、他の患者などの生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならない」こと、「身体的拘束の最小化の実施体制を整備する」ことを規定する
- 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。
- 身体拘束最小化に関しては1年間の経過措置が設けられている。（2025年5月31日まで）
- すべての病院・有床診療所において「身体拘束ゼロ」に向けた取り組みを今から進めることが重要。

② 入院基本料等の見直し

第1 基本的な考え方

40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として、入院基本料等の評価を見直す。

あわせて、退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。

また、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。

さらに、医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。

第2 具体的な内容

1. 入院基本料等の評価を見直す。

	改定後 点数	現行 点数
【一般病棟入院基本料】		
1 急性期一般入院基本料		
イ 急性期一般入院料 1	1,688 点	1,650 点

身体拘束に関する項目

- 入院基本料
- 看護補助体制充実加算
- 認知症ケア加算
- 訪問看護

看護補助者の配置に係る加算等において求める身体的拘束等の行動制限を最小化する取組

例：A214 看護補助加算

【算定留意事項(抄)】

(2) 看護補助加算を算定する病棟は、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。

ア 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整える。

イ 身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討する(精神病棟を除く。)

ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見いだされるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、可及的速やかに解除するよう努める。

エ 身体的拘束を実施するに当たっては、次の対応を行う。

- (イ) 実施の必要性等のアセスメント
- (ロ) 患者家族への説明と同意
- (ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
- (ニ) 二次的な身体障害の予防
- (ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討

オ 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行う。なお、身体的拘束を実施することを避けるために、ウ及びエの対応をとらず家族等に対し付添いを強要することがあってはならない。

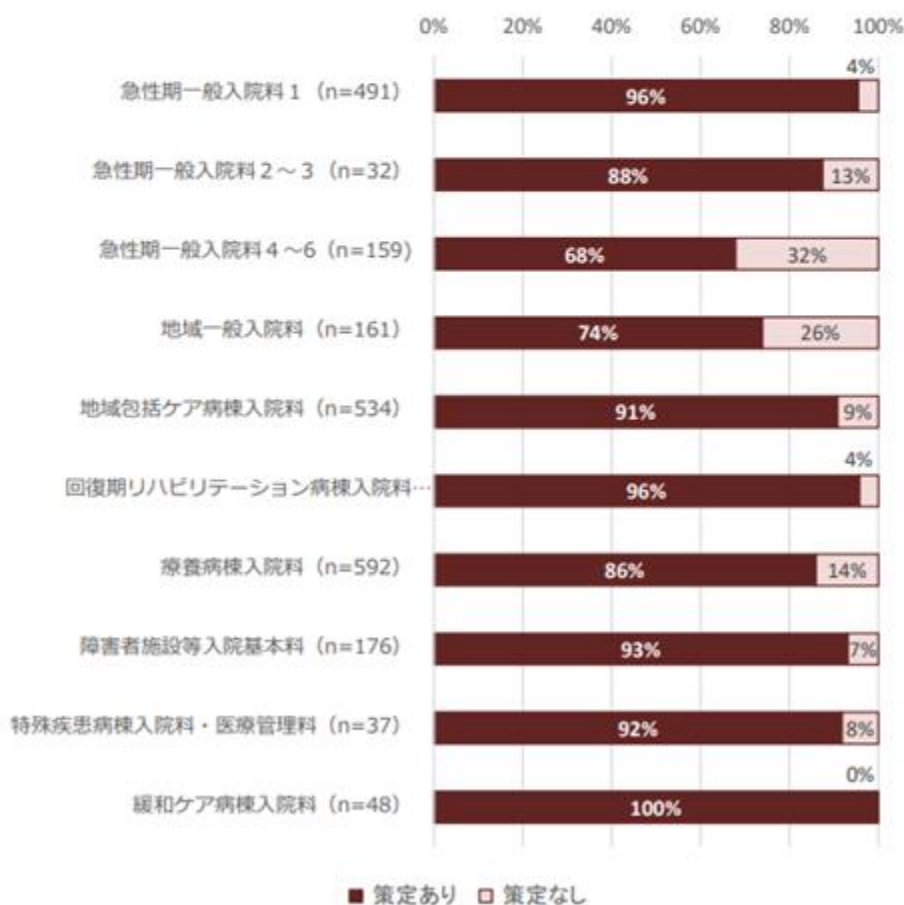
(※)看護補助者の配置に係る加算等

(A101 療養病棟入院基本料の注12)夜間看護加算／看護補助体制充実加算、(A106 障害者施設等入院基本料の注9)看護補助加算／看護補助体制充実加算、A207-3 急性期看護補助体制加算、A214 看護補助加算、(A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注4)看護補助者配置加算／看護補助体制充実加算、(A311 精神科救急急性期医療入院料の注5)看護職員夜間配置加算、(A311-3 精神科救急・合併症入院料の注5)看護職員夜間配置加算

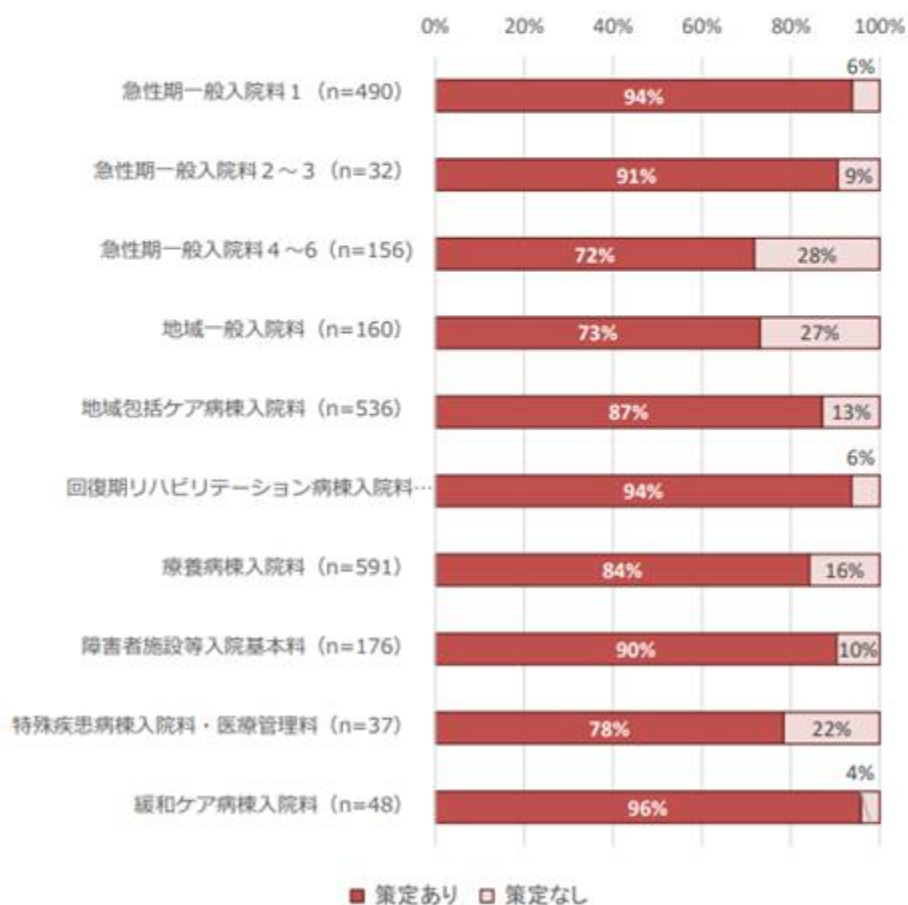
身体的拘束を予防・最小化するための医療機関の取組

○ 「身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等」又は「院内における身体的拘束の実施・解除基準」は、概ね9割程度の病院で策定されていたが、急性期一般入院料4～6と地域一般入院料を有する病院の策定率は約7割と低かった。

■ 身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等の策定（令和4年11月1日時点）



■ 院内における身体的拘束の実施・解除基準の策定（令和4年11月1日時点）



一般病棟における身体的拘束を予防・最小化するための取組事例

A病棟：「身体拘束をしない」病棟風土への変革

【病院概要】2019年度
病床数：934床 / 入院料：急性期一般入院料1など

➤ 身体拘束最小化に向けた目標と計画

目標	取組内容
1. 身体拘束が必要となる場面を減少させる	<ul style="list-style-type: none"> 専門看護師（CNS）による高齢者ケア、認知症ケアのモデル実践 CNSによる高齢者ケア、認知症ケアのスタッフ教育：勉強会、事例検討会、職場内教育（OJT） 術後せん妄予防のスタッフ教育：疼痛コントロール、早期離床、早期ルート・チューブ類の抜去 認知症ケア関連研修の受講や認知症ケア専門士取得促進
2. 多様な視点から身体拘束を検討する	<ul style="list-style-type: none"> 倫理係による勉強会、倫理事例検討会 身体拘束解除カンファレンス 認知症ケアチームへの相談、多職種カンファレンス
3. 患者の安全を守る	<ul style="list-style-type: none"> 入院時のリスクアセスメントによる環境調整：離床センター付きベッド、緩衝マットの活用 インシデント・アクシデント発生時の対応：予防策の実施状況の確認、行動の目的や意味について話し合い、対策を検討

➤ インシデント・アクシデント発生時の対応

- 転倒・転落やルート自己抜去が発生した場合、スタッフ個人の責任を追及するのではなく、予防策の実施の有無、患者の苦痛・不快の状況、行動の理由や意味についてスタッフと話し合う
- さらに、患者本人や家族と話し合い、情報を収集し、入院前の生活や行動パターンを踏まえたケア方法や環境調整を共に考え実施する

➤ 医師と看護師等との協働

- 身体拘束をしないことにより重大な事故は起きておらず、むしろ術後せん妄が遷延しないことや、早期離床による高齢者の順調な回復、早期膀胱留置カテーテル抜去により尿路感染の発生が少ないことなど、メリットを看護師長から医師へ共有

取組開始2年3か月後にA病棟の身体拘束はゼロ、身体拘束最小化の取組による転倒、転落、チューブ類自己抜去の増加はみられない

B病棟：認知症ケアチームを中心とした具体的な取組


【病院概要】2020年4月1日
病床数：464床（一般460床、感染4）、救命救急センター24床 / 入院料：急性期一般入院料1

➤ 見当識を補い、認知症の改善やせん妄予防にも効果があると言われている「リアリティ・オリエンテーション」の実施

- 認知症ケアチームは、「認知症ケアチーム通信」を用いた積極的な情報提供の実施、ホームページにリアリティ・オリエンテーションで使用するものを多数掲載し常時使用できるように整備
- 病棟では、
 - ✓ 日々のカンファレンスでせん妄スケールで評価を行いながら、テレビやカレンダー、時計を導入し、場所や注意を促す掲示物をベットサイドに掲示する
 - ✓ 気管切開チューブや人工呼吸器を装着している姿を鏡で見てもらう
 - ✓ リハビリテーション専門職などの協力も得ながら、日中は積極的に離床を図る 等

【注意を促す掲示物の一例】

うでに点滴をしています。
ここからくすりや栄養が入っています。
大事にしましょう。



身体拘束廃止のために、まず、なすべきこと — 5つの方針

1. トップ（経営者・院長・看護部長）が決断し、施設や病院が一丸となって取り組む。
2. みんなで議論し、共通の意識を持つ。
3. まず、身体拘束を必要としない状態の実現を目指す。
次のような患者の状況を解決することによって、身体拘束を必要としない環境を作る。
 - ・ スタッフの行為や言葉掛けが不適當か、またはその意味がわからない場合
 - ・ 自分の意思にそぐわないと感じている場合
 - ・ 不安や孤独を感じている場合
 - ・ 身体的な不快や苦痛を感じている場合
 - ・ 身の危険を感じている場合
 - ・ 何らかの意思表示を使用としている場合
4. 事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する。
5. 常に代替的な方法を考え、身体拘束をする場合は極めて限定的にする。

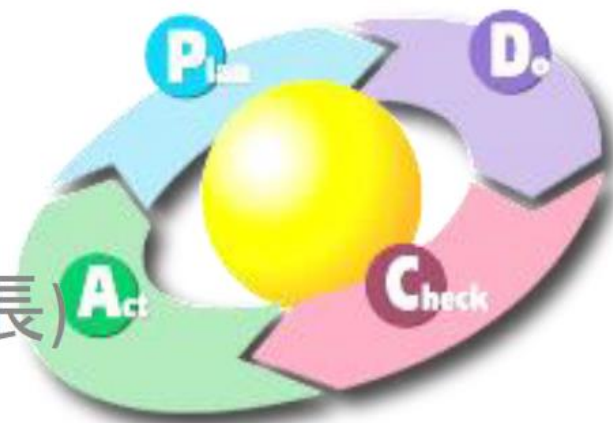
身体拘束をせずにケアを行うために — 3つの原則

1. 身体拘束を誘発する原因を探り除去する。
2. 5つの基本的ケアを徹底する。
①起きる ②食べる ③排泄する ④清潔にする ⑤活動する（アクティビティー）
3. 身体拘束廃止をきっかけに「よりよいケア」の実現をめざす。

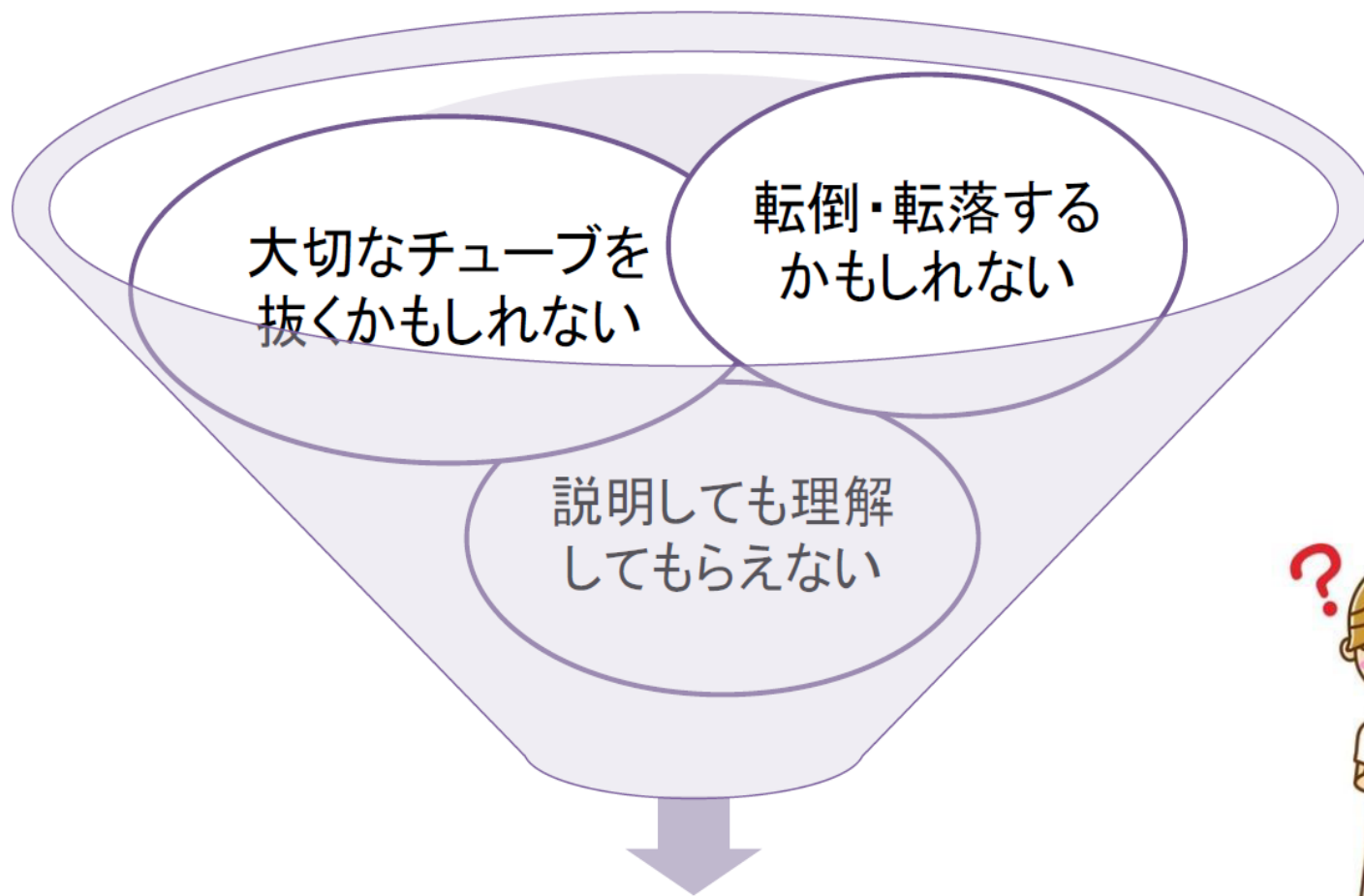
高度急性期医療の場での 抑制しない看護へのチャレンジ

金沢大学附属病院

小藤 幹恵 (前 副病院長 看護部長)



抑制は何のため？誰のため？



安全のため？安心のため？に抑制する



思いやりの心に深く根ざす看護を目指した部門目標
— 身体抑制激減の筋道として —

2014年

平成26年度 看護部目標

2. 1患者ごとの個別的なクオリティの高い看護を実践する
- 3) 不快、痛みを軽減する技術を高め、実践する
- 4) 抑制・束縛・禁止を減少させ、選べること、したいことを増加・支える実践をす

2015年

平成27年度 看護部目標

1. せん妄予防ケアを増やす
2. 臨床倫理カンファレンスを実施し、抑制という手段を用いることを激減させる
身体抑制 ・ 監視カメラ ・ センサーマット
4. 痛みを緩和させるケアを増やす
がん性疼痛 ・ 術後疼痛 ・ 処置・検査に伴う痛み

2016年

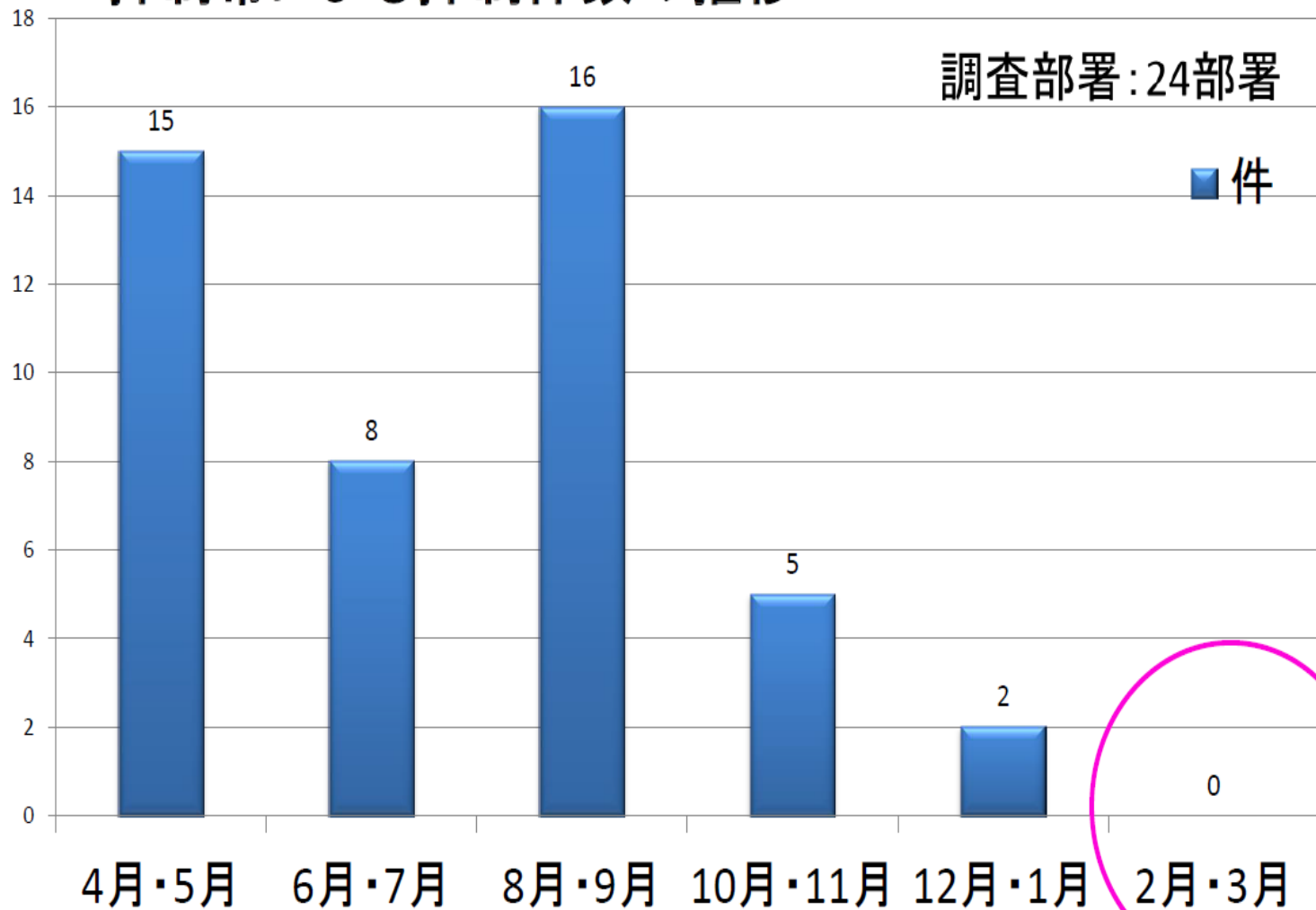
平成28年度 看護部目標

1. 尊厳ある方への看護であることを実践にあらわす
2. 患者の頭の中にある認識を大切に踏まえたケアを行う
3. 患者の歩みを知り、今からの歩みを一緒に描き、役割を発揮する

抑制帯 0 達成 2015年 平成27年度

一般病棟・精神病棟

抑制帯による抑制件数の推移



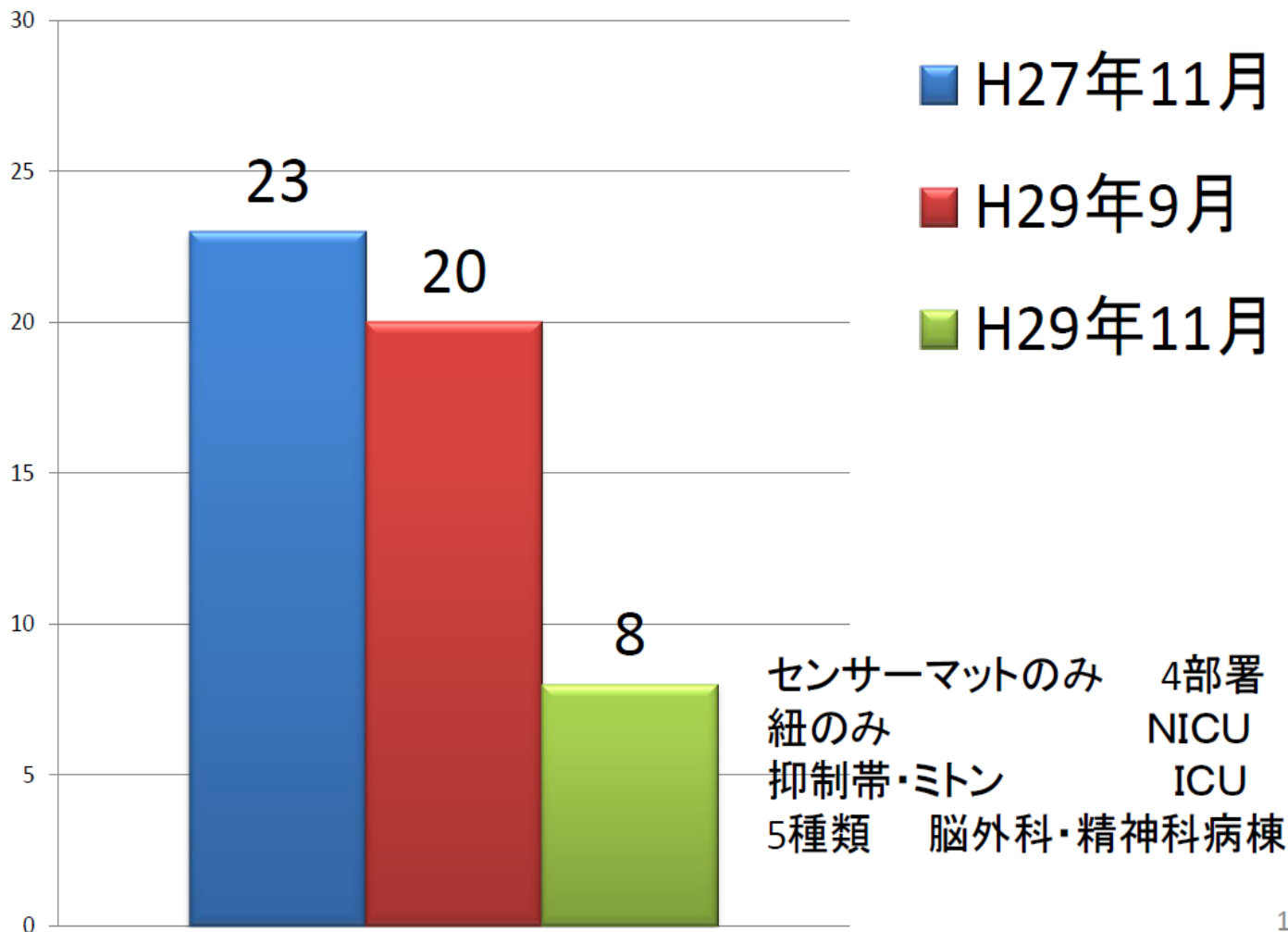
さらに取り組みを進めていく

実際の場の調整・改善

- せん妄ケアフロー スクリーニング抽出から全対象へ
- SPD物品 抑制帯・ミトンの配置供給徐々に中止
- 精神科病棟からの抑制帯貸し出し
 - 理由、状況の相談 使用の留意点
- センサーマットの貸し出し 問いかけ
- 患者情報の共有タイミング
 - 必要時院内関連部署関係者、多職種と、早期に
- あらかじめの抑制の同意書徐々に取りやめ
- 北陸認知症プログラム 全看護職員受講・修了
- ユマニチュード学習 全看護職員学習

院内の抑制用具保有部署数

2年間で1/3に減少全28部署



ICUの活動

1. よいケアを提供できた事例から
良いケアを振り返る

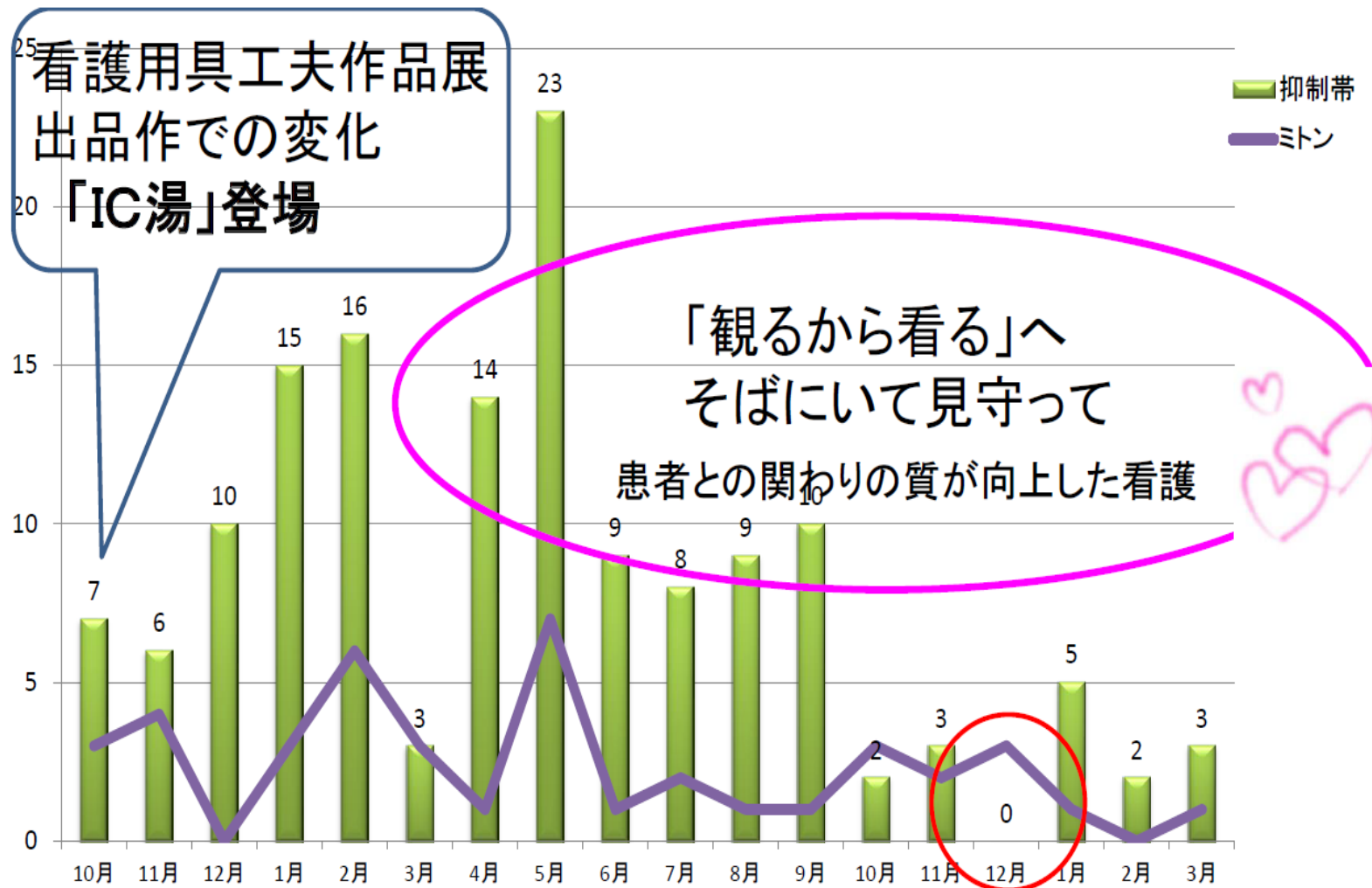
2. 実践したケア、継続されているケアが
記録から読み取れるように変化

3. 患者にとって最も良いことは何かを
多職種で検討できる体制整備

4. 環境調整・声かけ・タッチングの重要性
を再認識

ICUにおける抑制人数の月別推移

期間:平成27年10月～平成29年3月



身体拘束ゼロなんてムリ



- 「身体拘束ゼロなんて現場の厳しさを分かっていない」
- 「病棟は医療処置の多い高齢者ばかりだ。認知症の高齢者も増えている。こんななか夜勤2人で身体拘束なしではやってられない」
- 「人出不足で悪いとは思っても身体拘束をせざるを得ない」
- こうした声の中、実際に急性期病院でも身体拘束ゼロを実現している病院がすでにある。今はまだその数は少ない。しかしそうした成功事例から学ぶことが必要だ。

パート 2

精神科病棟の身体拘束の 最小化

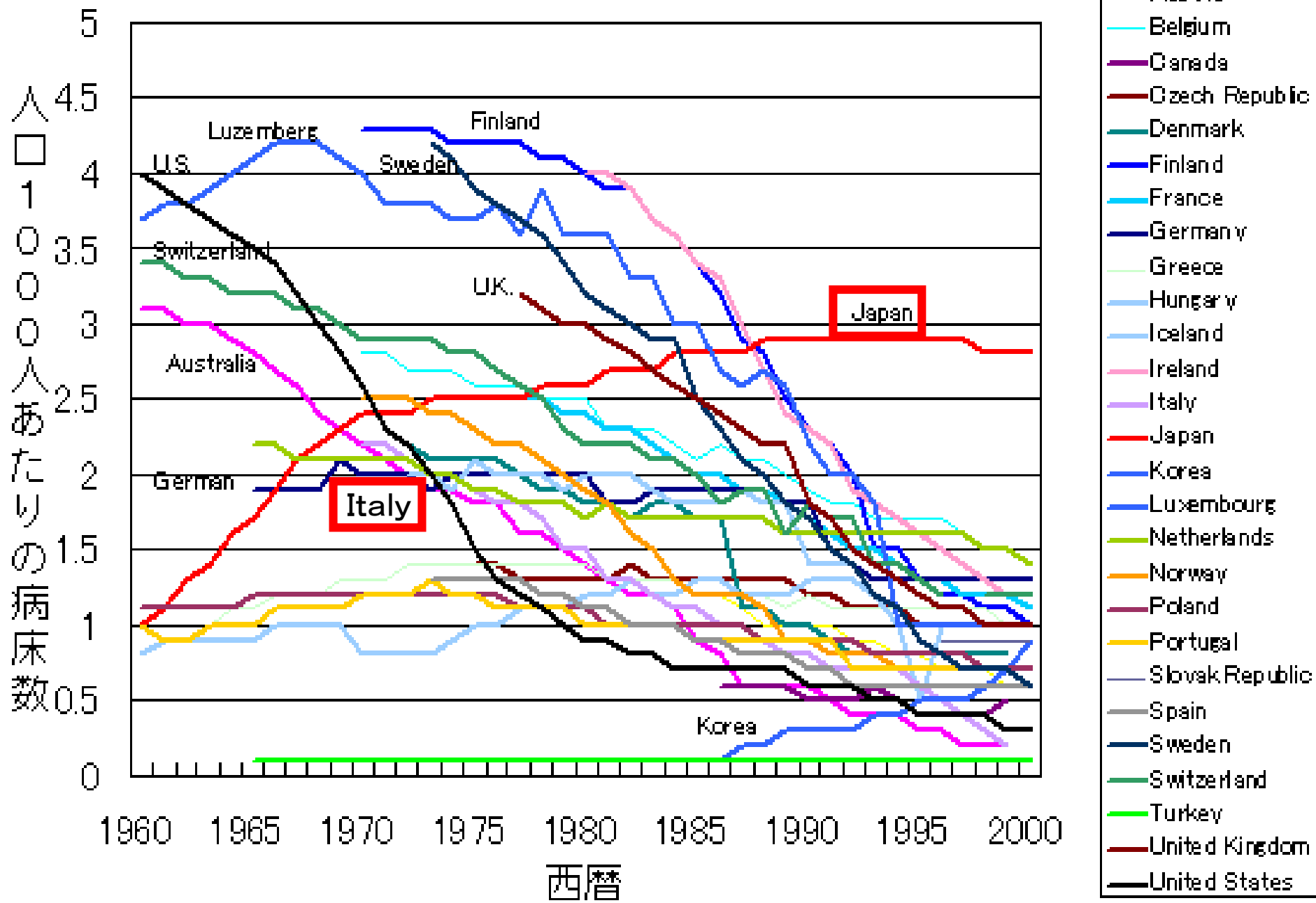


日本は世界一の 精神病床大国

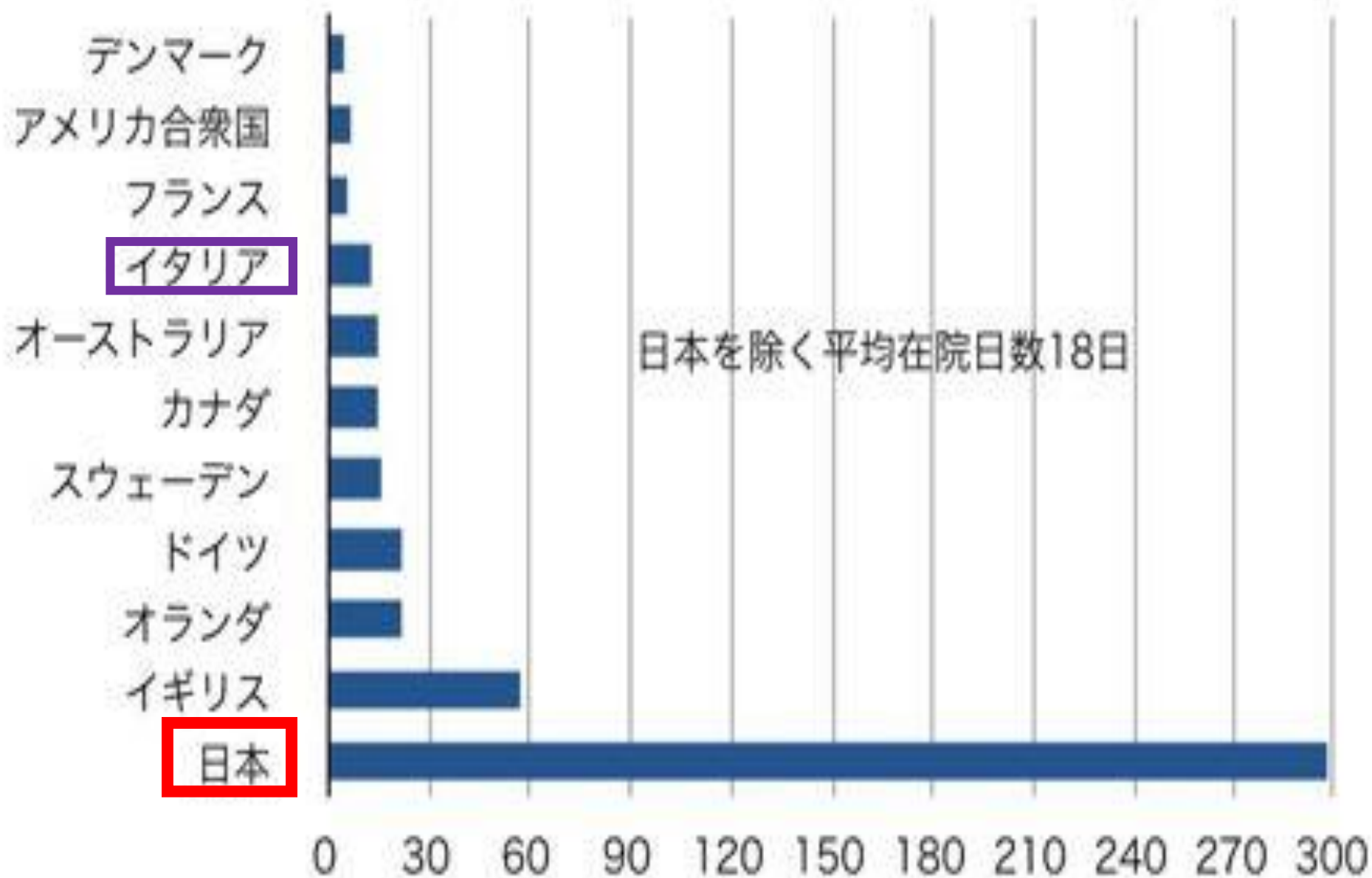


病床数、平均在院日数で金メダル

OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数



2005年退院者平均在院日数



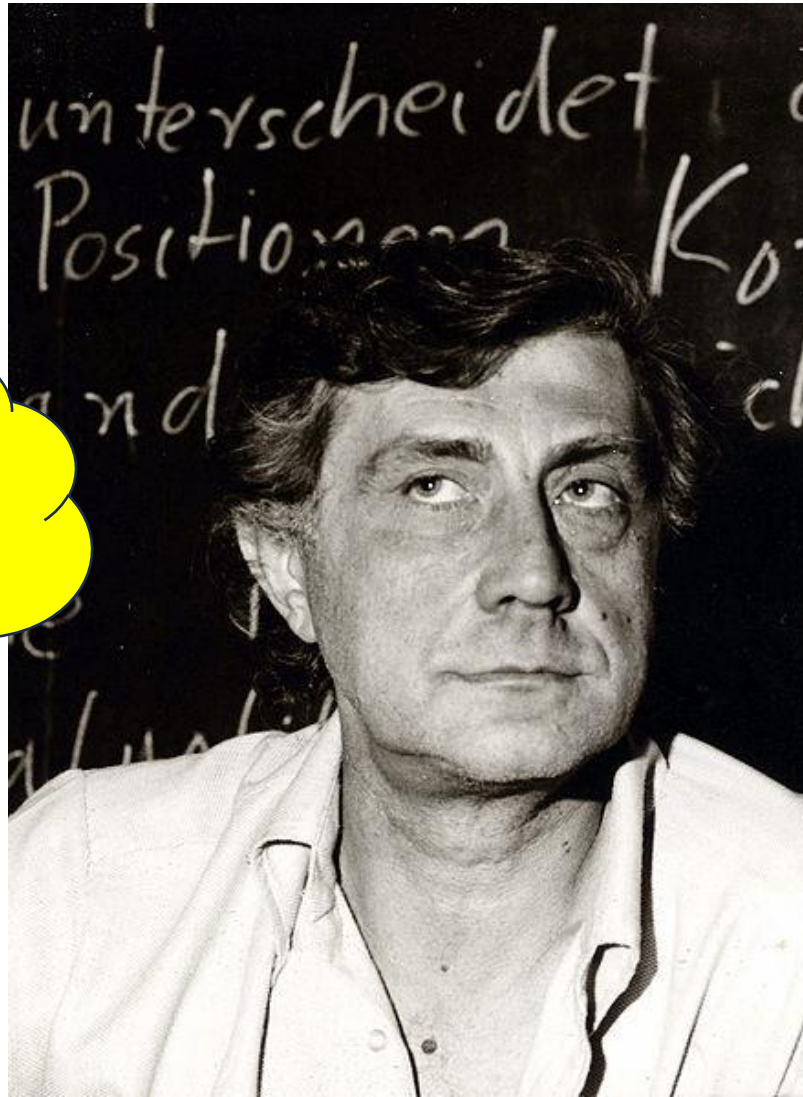
欧米では1970年代に
精神科病院改革が起きる

イタリアのバザーリア改革

フランコ・バザーリア

(Franco Basaglia) 1924年～1980年

La liberta' e'
terapeutica.
自由こそ治療だ！



北イタリアのゴリツィア県の精神科病院にバザーリアは赴任した





ゴリツィア県立精神病院の
現実・・・

バザーリア改革

• バザーリア法（180号法）

- 1978年5月に公布された世界初の精神科病院廃絶法
- 精神科病院の新設、すでにある精神科病院への新規入院、1980年末以降の再入院を禁止
- 予防・医療・福祉は原則として精神保健センターで行う
- 治療は患者の自由意志のもとで行われる
- やむを得ない場合のために一般総合病院に15床を限度に設置するが、そのベッドも精神保健センターの管理下に置く。

こうした欧米の精神
病院改革の一方・・・

日本ではその流れに逆行した！

ライシャワー事件 (1964年 昭和39年)

- ライシャワー事件
 - 駐日米国大使のライシャワーが統合失調症の生年に刺されて重症を負う
 - ライシャワー事件により、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となった。
- その結果、1965年（昭和40年）に「精神衛生法」が一部改正された。
 - 精神疾患患者の施設隔離が始まった

- ライシャワー駐日大使



1960年代より日本の精神病床が増え始める

• 1958年の精神科特例

- その下地を作ったのが1958年の厚生省次官通知の「精神科特例」
- 精神科の病床に必要な医師数は一般病床の3分の1，看護師・准看護師は3分の2の手薄な配置でもよしとした。

• 1960年の民間医療機関の長期低利融資の開始

- これによって民間の精神科病院が雨後の竹の子のように急増する。
- こうして日本は職員数が手薄な精神科病院が急増した。
- 精神科病棟の長期入院
 - 職員配置が少ない精神病床が増えたので、精神患者の長期入院という経営方針がまかり通った。
- 精神科病棟の長い平均在院日数
 - 日本では精神病床の平均在院日数は270日と諸外国の20日以下に比べて極端に長い在院日数となった。
- 精神科病床の身体拘束
 - 手薄い人員、多すぎる病床数、極端に長い在院日数のひずみの中で起きているのが精神科身体拘束だといえる。

精神科病院の隔離と身体拘束の推移

国の精神保健福祉資料から



各年6月30日現在。2016年までは隔離・拘束した人数。
17年以降は医師が隔離・拘束を指示した件数

精神科身体拘束の国際比較

- 杏林大学長谷川利夫教授らの国際共同研究、精神科身体拘束の国際比較
- 国際精神医学雑誌「エビデミオロジー・アンド・サイキアトリック・サイエンス」
- 精神科で身体拘束の人口あたりの頻度の国際比較
 - 日本の精神科における身体拘束の頻度
 - オーストラリアの約599倍
 - 米国の約266倍
 - ニューージーランドの2000倍以上

都道府県による拘束率の違い

(%)

埼玉	9.94
千葉	8.50
山形	8.39
神奈川	8.31
北海道	7.78

(%)

岡山	0.86
和歌山	0.93
香川	1.15
宮崎	1.22
鹿児島	1.43

$$\chi^2 = 4260.269$$

$$P < 0.01$$

ケリー・サベジ事件

- 2017年5月、ニュージーランド人のケリー・サベジさんが神奈川県内の病院で亡くなった。
- 当時27歳だったケリーさんは、前足240mmの手術を必要とするほど、さでに精神科を束状に急搬送された。搬送の際、搬送中に呼吸が止まり、心臓が停止した。搬送中に呼吸が止まり、心臓が停止した。



鹿児島県の志布志（しぶし）市で英語教師として働いていたケリー・サベジさん

ケリー・サペジ事件

- ケリー・サペジは、17歳の時に、日本の精神科病院に入院し、10日間拘束された。この間、彼は医師の診察を受けず、ベッドに横たわっていた。病室は狭く、換気も悪く、食事の量も制限されていた。彼は、この経験から、日本の精神科病院の状況について、多くの疑問を抱いた。
- ケリー・サペジは、17歳の時に、日本の精神科病院に入院し、10日間拘束された。この間、彼は医師の診察を受けず、ベッドに横たわっていた。病室は狭く、換気も悪く、食事の量も制限されていた。彼は、この経験から、日本の精神科病院の状況について、多くの疑問を抱いた。
- ケリー・サペジは、17歳の時に、日本の精神科病院に入院し、10日間拘束された。この間、彼は医師の診察を受けず、ベッドに横たわっていた。病室は狭く、換気も悪く、食事の量も制限されていた。彼は、この経験から、日本の精神科病院の状況について、多くの疑問を抱いた。

Young Kiwi tied to bed for 10 days

'Why did he die?'

Kelly Savage died in Japan after being restrained for 10 days in a mental health facility.

Tess Nicol

A young Kiwi living in Japan died after having his legs and waist strapped to a bed in a psychiatric ward for 10 days without release, his family say.

Kelly Savage died in Yamato City Hospital on May 17, a week after suffering a heart attack and more than two weeks after he was hospitalised for mental health issues.

The 27-year-old's family are fighting for access to his medical records, after hospital officials denied saying he had been restrained for so long.

His mother and brother, Martha and Pat Savage, have spoken to the *Herald* about his death in the hope international attention on Japan's use of restraint on mental health patients will help force change.

"They're sick, they're not criminals," said Martha. "They need care and help."

The Ministry for Foreign Affairs and Trade (Mfat) confirmed the New Zealand Embassy in Tokyo had been providing consular assistance to the Savage family.

Correspondence between Mfat and the family also showed Mfat offered to help where it could with access to Kelly's medical records.

Kelly, from Wellington, had a history of mental illness and had previously been hospitalised in New Zealand.

But he'd recovered, and was enjoying life in Japan as an English teacher, where he'd lived for nearly two years.

Then, in April this year Kelly began acting in a paranoid manner, lashing out and behaving in increasingly bizarre and concerning ways.

He went to stay with his brother Pat, who also lives in Japan.

Pat, 32, organised for Kelly to go into medical care in the hope it would be the first step to recovery. "I was really worried that something was going to happen to him, so I was trying to protect him and do what was best for him."

But on May 10 Kelly's heart stopped beating for nearly an hour.

He was rushed from Yamato Hospital, where he had been receiving psychiatric care, to Yamato City Hospital for treatment, but he never recovered from the extensive brain damage caused by the cardiac arrest.

A week later he suffered another cardiac arrest and died.

His cardiologist, Dr Kot Miyagishima, suspected the first heart attack was a result of a pulmonary embolism caused by deep vein thrombosis (DVT).

DVT is a common affliction of patients who have been restrained for long periods of time and can cause blood clots.

Although the autopsy was inconclusive, medical records seen by the *Herald* show Miyagishima suspected pulmonary embolism as a result of Kelly's long restraint, given several pieces of evidence including his blood pressure and oxygen levels.


In a meeting with Kelly's psychiatrists at Yamato Hospital after his death, Pat and Martha say they were told that, apart from releasing his arm restraints at meal times, Kelly was never fully unrestrained from the bed he was strapped to.

However, in a letter sent to the family by Kazuhiko Ishii, director at Yamato Hospital, and translated into English for the *Herald*, it was claimed "the physical restraint was stopped at suitable times, and it was limited to the times when physical restraint was necessary".

Ishii denied the hospital was responsible for Kelly's death.

The *Herald* has contacted both hospitals but had not received a response by edition time last night.

'Dream job' in Japan AJ



身体拘束最小化

～松沢病院で取り組んだ25の方法～

地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立松沢病院
精神科認定看護師

中田 信枝



中田信枝氏

本日の内容

- ・ 身体拘束の考え方
- ・ 松沢病院での身体拘束の基準と身体拘束の変化
- ・ 松沢病院が実践した25の方法より15の方法を紹介

身体拘束の考え方



【身体拘束とは】

身体拘束、身体的拘束、拘束、身体抑制、抑制、安全帯

等、施設によって表現は異なりますが
患者様・利用者様の行動を制限することです

施設によって身体拘束の考え方が異なります

精神保健福祉法

1988年

※医療又は保護に欠くことのできない限度において、必要な制限を行うことができる

※車椅子ベルト・ミトン・つなぎ服、身体管理目的の拘束などは、施設によっては精神保健指定医の指示を不必要としているケースもある

精神科
病院

一般病院

法令等なし



施設ごとの基準に沿って
実施されている

介護老人
保健施設
等

1999年 厚生省令

身体拘束ゼロへの手引き（厚労省）
介護保険指定基準の身体拘束禁止規定

2024年診療報酬改定
入院料通則の変更

身体拘束の考え方の違い

	精神科病院	一般病院	介護老人保健施設等
根拠としているもの	精神保健福祉法	法令等なし 通則	身体拘束ゼロへの手引き 厚生省令
基本的な考え方	医療又は保護に欠くことのできない限度において、必要な制限を行うことができる (36条)		身体拘束は原則禁止
身体拘束とは	衣類又は綿入り帯等を使用して、一時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		身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為
具体的な行為	施設ごとに解釈が異なる ※車椅子ベルト・ミトン・つなぎ服、身体管理目的の拘束などは、施設によっては精神保健指定医の指示が必要な身体拘束とはしていない		<ul style="list-style-type: none">・車椅子やベッドに体幹や四肢をひも等で縛る・ベッドを柵で囲む・ミトン型の手袋等をつける・車椅子ベルトやテーブル・立ち上がりを妨げるような椅子・介護衣（つなぎ服）・向精神薬を過剰に服用・隔離

身体的拘束

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(厚生省告示第百三十号))

1 基本的な考え方

- (1) 身体的拘束は制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。
- (2) 身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (3) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

2 対象となる患者に関する事項

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫

イ 多動又は不穏が顕著

ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれ

3 遵守事項

- (1) 身体的拘束に当たっては、当該患者に対して身体拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (2) 身体的拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。
- (3) 身体的拘束が漫然と行われる事がないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

松沢病院での
身体拘束の基準と
身体拘束の変化

松沢病院での身体拘束の基準

以下の3点について身体拘束とし、精神保健指定医の指示のもと
院内の基準・手順に基づき運用しています。



マグネット式拘束具



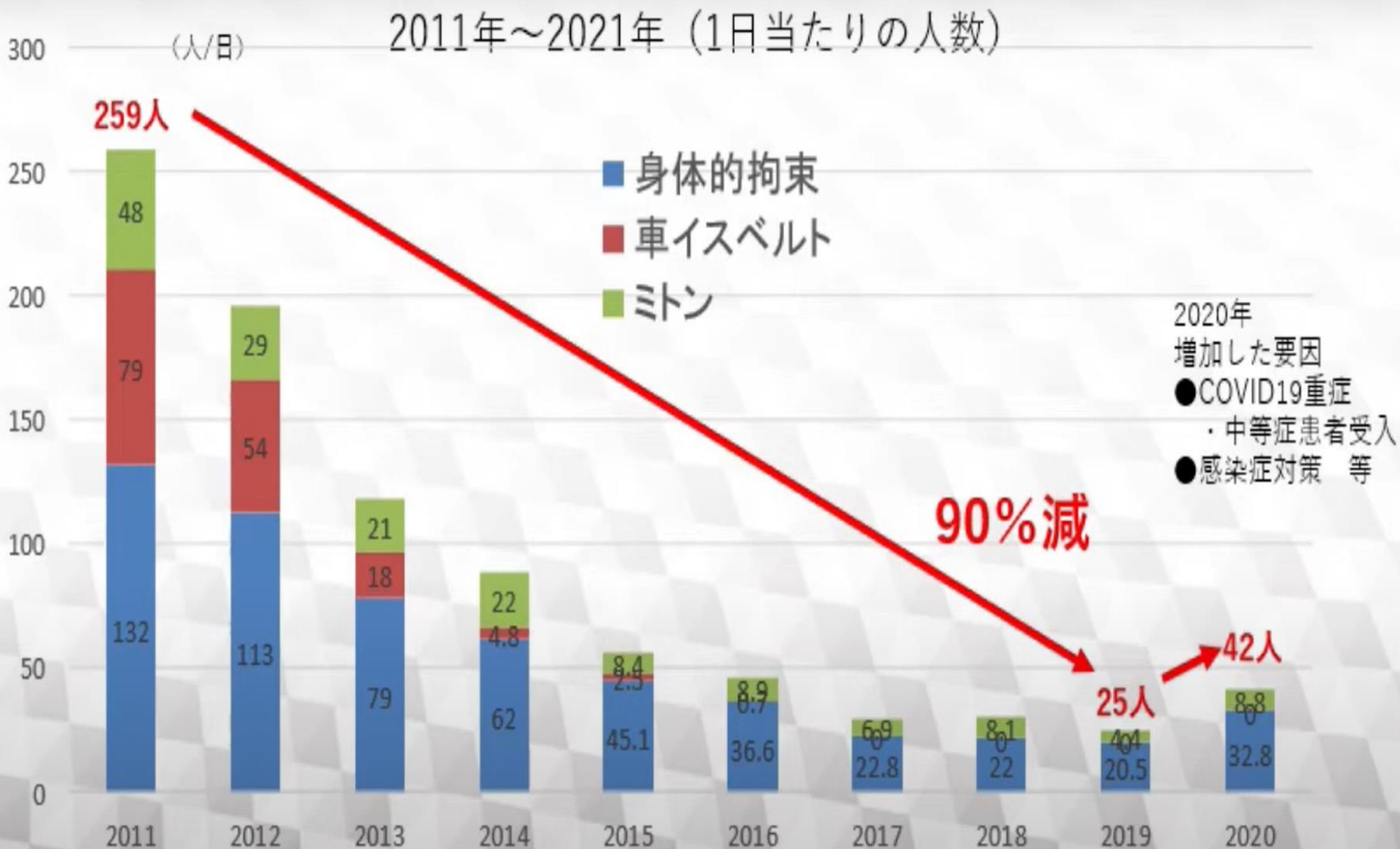
車椅子ベルト



ミトン

どんなに短時間であっても精神保健指定医の指示が必要

松沢病院における身体拘束の推移



松沢病院で身体拘束の多かったころを振り返る

2011年度 身体拘束の理由 (1日平均143人)



他：水中毒、せん妄、自傷・自殺企図

なぜ身体拘束をするのか？

医療者の立場から ⇒ 患者さんの**医療と保護**のため仕方なく

実際に医療者が感じていたこと

- ・ 患者さんとの信頼関係が築けない
- ・ 転倒予防といいながら、ADLは低下していく
- ・ 治療期間は長期化する
- ・ 常にジレンマを感じ、やりがいを喪失していく...

2012年

**身体拘束最小化へ
舵を切る**

3

身体拘束を最小化するために

松沢病院が実践した 25の方法

※今回は、25の方法の中から15の方法について紹介します

身体拘束を最小化するために立ちはだかった3つの壁

全画面表示を終了するには Esc キーを押してください



1.医療安全の壁

2.治療方針の壁

3.こころの壁

25の方法 ※今回は青文字の15の方法について説明します

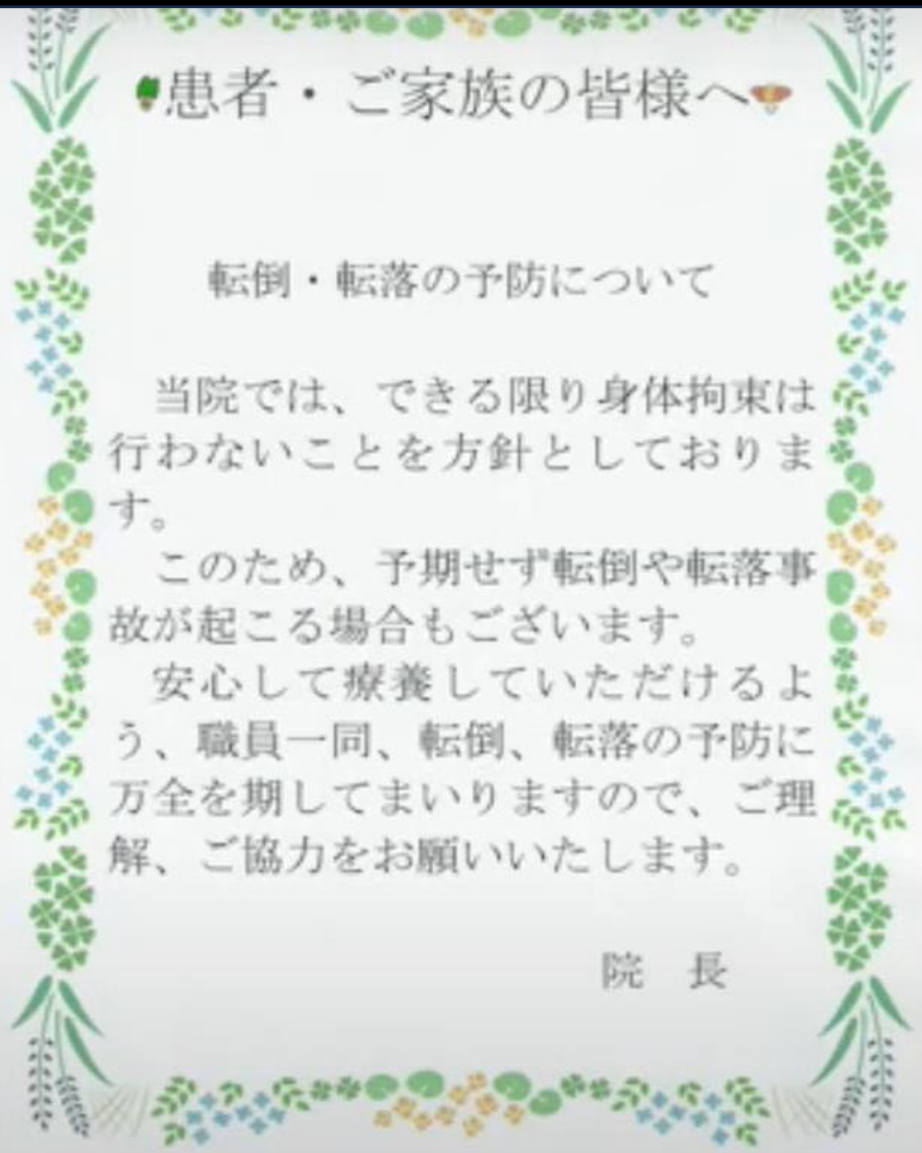
1. 病院としての考え方を職員へ明確に伝える
2. 可視化する
3. グレーゾーンを作らない
4. 医療安全との連携
5. “いざ”という時は管理者が責任を負う
6. 意識改革
7. 身体拘束の弊害を知る
8. 家族との協働
9. スタッフ教育
10. 多職種連携
11. 行動制限最小化委員会が牽引役となる
12. 行動制限カンファレンス

1. 病院としての考え方を職員へ明確に伝える

病院として**拘束を最小化する**というビジョンをもつ



人を『縛る』ことがどういうことかを真剣に考える！



●患者・ご家族の皆様へ●

転倒・転落の予防について

当院では、できる限り身体拘束は行わないことを方針としております。

このため、予期せず転倒や転落事故が起こる場合もございます。

安心して療養していただけるよう、職員一同、転倒、転落の予防に万全を期してまいりますので、ご理解、ご協力をお願いいたします。

院長

2. 可視化する



何が起きているのかを明確にすることで
何をすべきかが見えてくる

1. 各病棟毎に行動制限の種類、時間、理由別に集計し周知（院内）
2. ホームページで隔離・身体拘束のデータを公表（院外）

3. 医療安全との連携



現場を萎縮させないリスクマネジメント
“支えるリスクマネジメント”へ

医療安全は誰のためにあるのか？

1. 事故と拘束との関係を明らかにする

⇒ 拘束をやめれば転倒が増えるというエビデンスはない

- ・ 転倒予防の拘束は、転倒しやすい患者を作る
- ・ 興奮患者の隔離・拘束は患者を興奮させる
- ・ 拘束が減った前後で、重大な事故件数は変わらない
- ・ 事故防止の手段に、拘束を含めない

2. 肺塞栓に対する徹底した対策

4. “いざ”という時は管理者が責任を負う



事故が起こった時
管理者が責任を負う覚悟があるか？

1. スタッフが最善を尽くし、それでも事故が起こったら
⇒ 管理者が責任を負う覚悟を示す
2. 覚悟をスタッフへ示すことで、スタッフは安心して
最小化へ取り組める

トップ・管理者がなすべきことは、トップダウンではなく
一人ひとりのスタッフを支えること！

5. 身体拘束の弊害を知る



身体拘束をしないことによる弊害よりも
することによる弊害に目を向ける

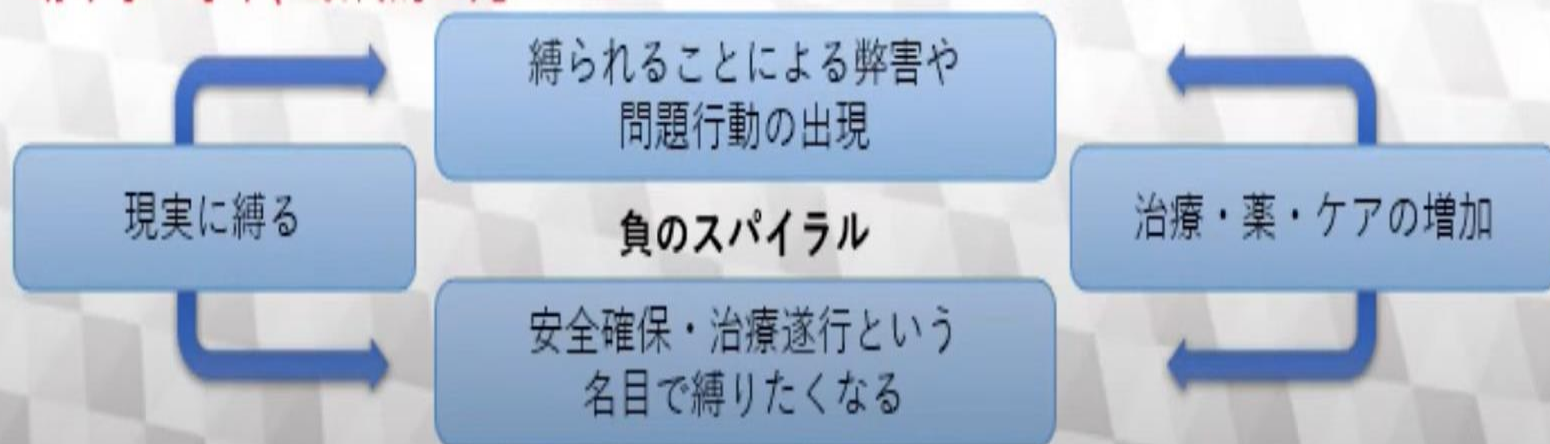
1. 見えないリスクに目を向ける

- ・見えるリスク……転倒転落・ルート抜去等
- ・見えないリスク…ADL低下、廃用性症候群、誤嚥、精神症状悪化、自尊心の低下等

2. 高齢者を身体拘束することによる負のスパイラル

⇒動けなくなり、最終的に死に至る

古岡充・田中とも江：「縛らない看護」：医学書院より



6. 家族との協働



- ① 家族に拘束をしないことによるメリットと
拘束をすることによるデメリットを理解してもらう
- ② 家族に自分たちの仕事を見ってもらう

～転倒に関する病院神話からの脱却～

家族：入院したら、転ばない

職員：入院したら、転倒させてはいけない



人は歩けば転倒することもある

行動制限ンカンファレンス



どうしたら最小化（解除）できるかの視点を持つ

1. 隔離・拘束実施者は毎日行動制限カンファレンスを行う
2. カンファレンスは「どうしたら最小化（解除）できるか」の視点を持つ

「〇〇だから継続」という視点からの脱却

身体拘束をしない方法を
絞り出す！



転倒させない⇒転倒しても怪我をしない部屋へ

発想の転換



- ・転倒による受傷予防のためにウレタンマットを敷く
- ・排泄の自立目的にポータブルトイレ設置

壁や突起物（酸素・吸引などのアウトレット等）をクッションパットでカバーする

ベッド柵にクッションパットを貼り転倒時の外傷予防



発想の転換の例

部屋の前にセンサーマット
を設置し、他患が入ったと
きにす ぐに気づく
(玄関マット作戦)



低床ベッド+マット
+センサーマット
(動いても大丈夫作戦)



点滴台が倒れると危険
なので、壁に直接点滴
ボトルを貼り付ける
(壁ドン作戦)



8. 認知症・高齢者の治療・ケア

全画面表示を終了するには、Esc キーを押してください



患者さんのQOL・人生を見据えた治療・看護

1. 「身体拘束をしない」同意書を入院時にかわす
2. ホール番制度（日中、ホールで患者を見守る）
⇒車椅子ベルトをなくす、患者のADL維持
3. ラジオ体操、OT活動など活動性の向上
4. 排泄援助⇒できる限りトイレで排泄
5. 点滴・経管栄養の実施については慎重に
⇒本人のQOLが向上するならば実施する
6. 多職種で支える

同意書

看護師から医師へ相談

「拘束をしなければ転倒
リスクが高くなります。
家族の理解と協力がなけ
れば私たちは不安です」



転倒危険 認知症高齢者（41歳）入院に際してのお願い

転倒危険の認知症高齢者（41歳）は、認知症により、併せて患者自身の意思を有する家族を本人を呼び入れる関係です。

1. 当病棟は、認知症の病棟施設、行動上の制限を「治療」することの目的とした病棟です。併せて、患者自身からの転倒、高体温予防します。病棟内の高い設備、看護士監視することをお勧めしています。
2. 患者様自身、患者さんの生活の質を高め、認知症の進行を遅らせるのが目的のため、生活に意図的の目的緊急の場合を除いては病棟で日常生活を過ごさないでください。そのため、歩行中の転倒、ベッドや椅子からの転倒による身体事故を防ぐための制限があります。併せても可能な限りこの事故防止を望む、職員も注意を払ってはおりますが、こうしたリスクについて、あらかじめご家族に伝えておくことをお勧めいたします。
3. 当該病棟としての性格上、患者様からの患者同意書が求められます。同意書に当たっては、入院中の認知症の高齢者について病棟内で生きていくことと事前に説明しておいておりますが、患者さんご自身の意思に反りながらも、ご家族の協力をお願い申し上げます。

平成 年 月 日

東京都立西病院 41歳

医師署名 _____

上記説明を受け承諾いたしました。

患者署名 _____

ご家族署名 _____ (関係) _____

入院時に
行動制限は行わない
同意書を使用
(家族の協力を得る)

9. 終末期医療を問い直す



あなたは、縛られたまま最期を迎えたいですか？

1. いかにか長く生きるかばかりに注目し、
いかにか死ぬかという視点が抜け落ちている
2. 「死」は負けですか？
3. 最期に直面したとき、できる限りの意味を考える
⇒出来る限りの処置
出来る限り生命を延ばす
出来る限り安らかに・・・
※何を優先するかで治療・ケアは大きく変わる

10. 小さな成功体験を積み重ねる



まずは一人から…

1. 最小化したい気持ちがあっても、病棟全体の空気が解除へ向かわないときは、まずは一人の最小化から始める
2. **小さな成功体験**を、スタッフみんなで喜ぶ
3. 最小化がすすむと、患者さんの笑顔が増える
⇒ スタッフの笑顔も増える
スタッフのやりがいへつながる

11. 最小化できない理由を探さない



最小化できない理由はいくらかでもある

最小化できない理由とは

- ・うちの患者は重症だから…
- ・医師・看護師が足りない…
- ・週末、主治医がいない…
- ・家族が転倒させないでと言う…
- ・物品が足りない
- ・私の勤務のときは転倒しないでほしい

12. 最小化は手間暇をかけなければならない



効率性を求めたら最小化はできない
なぜなら、最小化は個別性に応じた医療・ケアだから

- ・一つひとつの事例に対して、丁寧にアセスメントし
“考えて”いるでしょうか？
- ・効率性を求め、“考える”ことをスルーしてマニュアル通りに
動くことが医療者の仕事の仕方になっていないでしょうか？

患者さんのことを思い、丁寧に丁寧にアセスメントし、
手間暇かけていくことが、最小化への一番の近道

13. 自分たちの内なる“こころの壁”とは



自分たちが「不安」「恐怖」「危険」「偏見」を感じていることを自覚しよう

身体拘束をして守られているのは実は私たち？

「不安、恐怖、危険、偏見」を感じている
自分を認め、常に意識する

14. 最小化することを目的にしない



目的は患者さんのQOLの向上、
患者さんが幸せになること

1. 最小化すること(減らすこと) が目的になってしまうと減った増えたで一喜一憂し本質から離れていく
2. 患者のQOLが向上するならば、身体拘束が必要なときもある
3. 身体拘束は“善悪“の問題ではない
4. 患者がどこへ退院するのか…
患者にどう生きて欲しいのか…
患者のターミナルをどう支えるのか…

15. 常に悩み続け、諦めない姿勢



身体拘束に悩んだら、
自分が何を“**看ているのか**”を問いかける

1. 身体拘束をしなければできない治療とは何なのか？
2. 身体拘束をしなければできない看護とは何なのか？
3. その身体拘束は、**患者のQOLの向上**につながっているのか？
4. その身体拘束は、**患者の幸福**につながっているのか？

「身体拘束最小化」
を実現した松沢病院の
方法とプロセスを全公開

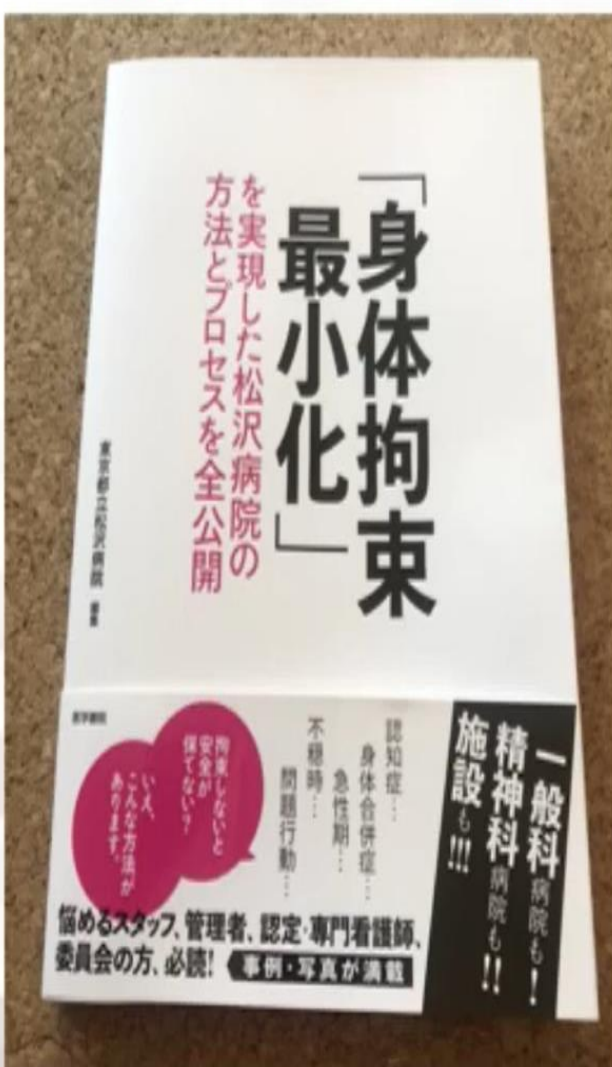
今回お話しした内容は、
『「身体拘束最小化」を実現した松沢病院の方法と
プロセスを全公開』（医学書院）
から抜粋したものです

良かったこと
悪かったこと
苦労したこと
スタッフの本音…座談会の中で語ってもらいました

事例もたくさん掲載し、写真を多く取り入れ
わかりやすくしています

もっと詳しく知りたい、自分の施設でも広めたい
と感じた方は、ご一報ください

出張ゼミナール
開催しています！



身体拘束「なぜ心が痛むの?」「地域で見守る?あんだ、できんの?」精神科病院協会・山崎学会長に直撃したら…

2023年7月7日 16時00分

身体拘束、なぜ
心が痛むの?



身体拘束について話す日本精神科病院協会の山崎学会長=東京都港区で

世界で最も身体拘束が行われている日本の精神科病院。厚生労働省では現在、拘束要件の見直しが不透明なまま進むが、精神科病院を束ねるドン・日本精神科病院協会（日精協）の山崎学会長（82）はどうとらえているのか。「こちら特報部」の単独インタビューに応じた山崎氏の言葉を詳報する。（木原育子）

（出典：東京新聞 2023年7月7日）

まとめ

- ・ 身体拘束は最も課題の多い医療の一つだ
 - ・ しかし時代は確実に変わりつつある
 - ・ 時代の変化を敏感に感じよう！
 - ・ まず現場から変わろう！
-
- ・ 「最も強いものが生き残るのではない。
最も変化に敏感なものが生き残る」
(チャールズ・ダーウィン)

そこが知りたい！ 入退院支援まるわかりガイド

これからの医療のキーワード“PFM”



- 監修 武藤正樹
- 編著：医療福祉連携士の会
- B5判、192頁、定価：3,080円（本体2,800円）
- 2024年4月22日発行
- 株式会社照林社

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトにて公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp