

身体拘束最小化のための指針

目次

I. 身体拘束に関する指針

1. 身体拘束に関する基本的な方針
2. 身体拘束最小化のための体制整備
3. 身体拘束をせずに行うケア ～3つの原則～
4. 身体拘束の実施基準
5. 身体拘束の解除基準
6. 身体拘束の実施・継続・解除の手順
7. 身体拘束実施中の留意事項
8. 転倒転落防止のための対策について
9. 身体拘束実施・解除フロー
10. 同意書
11. 鎮静を目的とした薬物使用について

II. 身体拘束をしないためのケアの見直し

III. 身体拘束代替案

I. 身体拘束に関する指針

1. 身体拘束に関する基本的な方針

1) 身体拘束の定義

身体拘束とは、抑制帯等、患者の身体または衣服に触れるなんらかの器具を使用して、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。

(令和6年6月診療報酬改定 身体拘束を最小化する取り組みの強化より)

2) 方針

身体拘束は、患者の人権と尊厳に十分配慮された上で 必要最小限の範囲で行われるべきものであり、その適応は慎重に行われなければならない。

当院の患者へのサービス提供においては、患者または他の患者等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、身体拘束を行ってはならない。

上記の「緊急やむを得ない場合」とは、身体拘束の3要件（後述）全てを満たす場合をいう。

尚、状態が改善し身体拘束が不要となった場合、3要件を満たさない場合は速やかに解除する。

3) 身体拘束に該当する具体的な行為

①徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢を紐等で縛る。

②転落しないようにベッドに体幹や四肢を紐等で縛る。

③自分で降りられないように、ベッドを壁に寄せる、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、四肢を紐等で縛る、あるいは抜管・抜針予防用シーネを使用する。

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に、手指の機能を制限するミトン型の手袋等を付ける。

⑥車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型抑制帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。

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椅子を使用する。

⑧脱衣やオムツ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、ベッドなどに体幹や四肢を紐などで縛る。

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自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

4) 身体拘束具の種類

①拘束帯（肩・手・足・大腿・体幹・車椅子ベルト）

②ミトン型手袋

③抜管・抜針予防用シーネ（ソフトシーネ、エルボーフィックスなど）

④介護衣（つなぎ服） ※必要時購入してもらう

⑤高柵

5) 身体拘束に該当しない行為

①離床センサー。

②点滴刺入部や創保護目的等でアームカバーやソフトシーネ等を使用し関節の運動を妨げない場合。

③小児について、点滴時のシーネ固定、サークルベッドの使用、ベッドを4点柵で囲む行為は小児科領

域診療において頻用されている手技・方法であるため除外する。

④治療目的での関節の固定は除外する。

例) 整形外科治療で用いる装具、牽引 など。

⑤座位保持が不安定な患者に対し転落防止のために車椅子安全ベルトを使用する。

⑥患者移送中の4点柵、車椅子安全ベルトの使用。

⑦4点柵を患者や家族が希望する場合。

6) 身体拘束の弊害について

① 身体的弊害

皮膚障害、関節拘縮、筋力低下、循環障害、知覚障害、神経障害、食欲低下等

② 精神的弊害

人間の尊厳の侵害、認知症の進行、家族の罪悪感、職員の士気の低下等

③ 社会的弊害

病院等に対する社会的な不信、偏見等

2. 身体拘束最小化のための体制整備

身体拘束を最小化するための取り組みを強化するため、院内の体制を整備し以下を継続的に実施する。

1) 身体拘束最小化チーム（以下チーム）の設置及び開催

当院の身体拘束等の適正化を目指すための取り組み等の確認、改善を検討する。

チーム会議は2ヵ月毎に開催する。（偶数月の第3木曜日）

2) 構成員

責任者：委員長1名、副委員長1名。チームの責任者及び諸課題の総括責任を担う。

構成員：医師2名、薬剤師1名、リハビリテーション科1名、看護部課長2名、医事課1名、社会福祉士1名、認知症看護認定看護師（人数は在籍状況により変動）

3) チームの役割

①身体拘束が適正に実施されているか、最小化に向けた取り組みがなされているかなどを確認、改善を検討する。

②身体拘束最小化に関する職員教育。

③身体拘束に関する相談・対応。

4) チームの主な業務

①身体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。

周知方法は・・・2ヵ月毎（会議開催月）、方法は院内メール、医事課メンバーが担当。

②身体拘束を最小化するための指針の作成と院内への周知。

指針の定期的な見直しを行う（年1回）。

指針には鎮静を目的とした薬物の適正使用や身体拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に関わる内容についても盛り込む。

院内メールや勉強会などを通じて職員に周知する。

③入院患者に関わる職員を対象に、身体拘束の最小化に関する研修を年1回は実施する。

④身体拘束の代替案の検討。

5) 記録および周知

会議での検討内容・結果については議事録を作成し所定の場所へ格納する。

議事録をもって職員へ周知する。

状況に応じ院内メール等を通じて職員に周知する。

3. 身体拘束をせずに行うケア～3つの原則～

身体拘束をせずにケアを行うためには、身体拘束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る。

1) 身体拘束を誘発する原因を探り、除去する。

その人なりの理由や原因を徹底的に探り、除去するケアが必要である。

2) 五つの基本的ケアを徹底する。

①起きる、② 食べる、③ 排せつする、④ 清潔にする ⑤ 活動する（アクティビティ）という五つの基本的事項について、その人に合った十分なケアを徹底する。

3) 身体拘束最小化をきっかけに「よりよいケア」の実現を。

身体拘束の最小化を実現していく取り組みはケア全体の向上や生活環境の改善のきっかけとなりうる。

4. 身体拘束の実施基準

身体拘束は、「**緊急やむを得ない場合の3要件をすべて満たすときのみ**」実施できる。

「緊急やむを得ない場合」とは、ケアの工夫のみでは十分に対処できないような「一時的に発生する突発事態」のみに限定される。安易に「緊急やむを得ない」ものとして身体拘束を行うことのないよう、要件、手続きに沿って慎重な判断を行うことが求められる。

1) 緊急やむを得ない場合に該当する3要件

身体拘束を実施する場合は、**以下の3要件を全て満たしている事が必須**である。

①**切迫性**：身体拘束を行わなかった場合、患者本人又は他の患者等の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。

②**非代替性**：身体拘束やその他の行動制限を行う以外に患者の安全を確保する代替の方法・手段がない。

③**一時性**：身体拘束やその他の行動制限は一時的なものである。

身体拘束ゼロへの手引きでは、「切迫性」の判断を行う場合には、身体拘束を行うことにより本人の日常生活に与える影響を勘案し、それでもなお身体拘束を行うことが必要となる程度まで利用者本人等の生命または身体が危険にさらされる可能性が高いことを、確認する必要があると述べられている。これらを十分に検討し3要件に該当するか判断する。

2) 緊急やむを得ない場合に該当する患者の状態像

※該当するかは医師・看護師等の複数の職員で検討する。

①気管切開、気管内挿管チューブ、中心静脈カテーテル、PICC（末梢留置型中心静脈カテーテル）、

Aライン、生命維持に必要な機器類の装着、経鼻胃管（栄養剤投与中、ドレナージ目的など）、膀胱留

置カテーテル、各種ドレーン等で抜去することで患者自身に生命の危機および治療上著しい不利益が生じる場合。

ネイザルハイフロー、酸素マスク、酸素カニューラ（外れた場合に重篤な状態に陥る可能性が高いと予測される場合）。

- 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、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検査・手術・治療に必要な体位や安静の保持が困難で抑制が必要な場合。
- ⑤自殺・離院・離棟の危険性がある場合。
- ⑥その他

末梢ラインや経鼻胃管（栄養剤を投与していない状態）は、患者の状態や治療内容を鑑み、抜去することで患者自身に生命の危機および治療上著しい不利益が生じる場合は検討する。

4) 身体拘束実施までに検討すべきこと

※医師・看護師（病棟課長を含む）等の複数の職員で以下について検討する。

- ① 対象者の生命に及ぼす危険性（緊急やむを得ない場合か）を評価する。
- ② 原因を探る：年齢、身体状況、環境、治療の側面
- ③原因の除去に努める。

（恐怖を与えないような対応、体動を制限する要因を可能な限り早期に取り除く、睡眠確保、苦痛症状コントロール、家族や友人等の面会、気分転換、リラクゼーション、必要時薬剤使用などを行う。）

④ 回避・軽減（代替）方法を検討する

- ・点滴は必要か？
- ・注射は内服に変更できないか？
- ・胃管留置の必要性は？
- ・尿道カテーテル留置の必要性は？
- ・安静度は拡大できないのか？
- ・病室の移動はできないか？
- ・生活のリズム確立のためにできるケアはないか？

上記①～④までの方法を検討しても、対象者の状態に改善が望めない場合は、⑤⑥に進む。

⑤カンファレンスを開き、身体拘束の目的、開始の判断について検討する。

- ・身体拘束の目的、方法、期間についての合意が必要である。
- ・上記の判断については、最終的に医師が判断し指示を出す。
- ・医師・もしくは病棟課長は身体拘束実施、継続の判断についてスタッフと共に考える。
- ・看護職だけの判断ではなく、患者の日常生活をよく理解している多職種の意見も取り入れることが必要である。
- ・身体拘束に関する患者と家族の思いをよく聞く。

⑥ 必要に応じて心療内科、認知症ケアチーム、身体拘束最小化チームへコンサルトする。

5. 身体拘束の解除基準

※身体拘束の3要件（切迫性・非代替性・一時性）を一つでも満たさない場合は身体拘束を解除する。
以下のような状況が想定される。

- 1) 認知障害やせん妄による興奮状態が落ち着き協力が得られるようになった、点滴やチューブ類の抜去などの危険行動がなくなったと判断される時。
- 2) 治療・処置が終了、または方法を検討して危機が回避されたとき（挿管チューブやIVHなど抜去されると危険なカテーテル類がなくなったなど）。
- 3) 病状悪化または病状回復に伴い、転倒・転落の危険がなくなった場合。
- 4) 自傷他害等の危険がなくなった場合。
- 5) 検査・手術・治療などによる安静保持の必要がなくなった場合。
- 6) 回避・軽減(代替)方法が実施された場合。
- 7) 身体拘束の影響から身体的侵襲が出現した場合（皮膚損傷、せん妄や認知症症状が悪化したなど）。

6. 身体拘束の実施・継続・解除の手順

- 1) 身体拘束を実施するかどうかは、開始基準に照らし合わせ、職員個々の判断ではなく当該患者に関わる医師・看護師等の複数の職員でカンファレンスを実施し検討し看護記録に残す。

※夜間・休日等で医師が不在の場合は看護師のみでの判断も可とするが、翌日以降に医師に報告し妥当性を検討する。

- 2) 身体拘束を開始する場合、医師は電子カルテの医師指示「身体拘束指示」を入力する。

※身体拘束指示は開始した日から入力する。

※緊急の場合や医師が入力できない場合は、看護師による「身体拘束指示」の代行入力も可とする。

- 3) 身体拘束が必要と判断した場合は、医師または病棟課長または看護師が患者本人または家族に同意書をもとに説明し承諾を得る。

※緊急の場合には生命を優先し、実施が説明よりも先行することがあるため、説明の職種は必ずしも医師に限るものではなく、医師の指示のもとで看護師が説明する事も可とする。

※夜間や休日などは、一病日中に看護師から家族に説明し誰に承諾を得たか記録に残し、後日承諾書をとる。

- 4) 同意書の「病院控え」は画像取り込みまわし、「患者控え」は患者・家族に渡す。

- 5) 身体拘束実施中は医師・看護師等の複数の職員で身体拘束解除に向けたカンファレンスを1日1回（日勤帯）必ず実施し看護記録に残す。

- 6) 身体拘束を解除するかについては、解除基準に照らし合わせ、職員個々の判断ではなく当該患者に関わる医師・看護師等の複数の職員でカンファレンスを実施し検討する。

※夜間・休日等で医師が不在の場合は看護師のみでの判断も可とするが、翌日以降に医師に報告し妥当性を検討する

身体拘束を中止する場合、医師は電子カルテの「身体拘束指示」を中止する。

※緊急の場合や医師が入力できない場合は、看護師による「身体拘束指示」の中止入力も可とする。

- 7) 身体拘束実施中は、多職種によるカンファレンスを少なくとも週1回は実施し記録に残す。

- 8) 患者・家族の不安の軽減への配慮。

身体拘束実施者である当該職員は、身体拘束・行動制限が人間の尊厳に関わる重大な問題であることを認識したうえで、安全確保のためにやむを得ず実施することを患者や家族が納得できるよう説明す

る必要がある。また、実施中の患者・家族の思いを受け止めるような態度や言動が求められる。解除に向けたカンファレンスでは、患者・家族の不安を受け止めた内容の検討が必要である。

9) 記録について

身体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。

①勤務帯に関わらず開始時・解除時、継続中の日勤帯の記録に関しては、電子カルテのテンプレート「身体拘束・転倒転落予防フロー記録」を使用する。

②継続中の夜勤帯の記録は、電子カルテに患者の状態や拘束方法を記載する。

③身体拘束を開始したら経過表の観察項目に「抑制時の圧迫」「抑制時の発赤」を追加し、各勤務帯で観察結果を入力する。

10) 身体拘束指示の実施登録について

実施した日は実施登録する。

未実施の日は未実施で登録する。

7. 身体拘束実施中の留意事項

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・ケアを行う。

特に、抑制帯による体幹・上肢・下肢等の抑制、ミトン型手袋、車椅子ベルト使用中は以下の点を留意する。

1) 身体拘束方法

①拘束部位に応じた抑制用具を選択し、必要部位にしっかり装着する。

②拘束具装着に緊急かつ安全性を要する場合は2人以上の看護師が協力して行う。

2) 観察とケア

①実施中は患者の状況に応じ適宜、観察を実施する（2時間を超えない）。

・拘束帯の紐やミトン型手袋などが緩んでないかチェックする。

・拘束部位及び周辺の循環状態、神経障害の有無、皮膚状態。

・患者の精神状態や体動。

②ケア

・拘束中は最低2時間毎に拘束具を除去し、拘束部位の観察と記録を行う。

・最低2時間毎の体位変換を行う。

・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。

・拘束によって興奮が増した場合や、一般状態に変化が生じるようであれば中止する。

③その他

・拘束具の複数使用や拘束時間は最小限にする。

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

・身体拘束実施時は、一時的でも解除するよう努める。

8. 転倒転落防止のための対策について

1) 転倒転落リスクのある患者においては、入院時、状態変化時、転倒転落アセスメントスコア評価時などに「転倒転落予防フローチャート」を用いて離床センサー（離床 CATCH 機能）の設定やベッド柵の選定を行い転倒転落防止に務めるとともに、センサー類の適正使用を心がける。

詳細は「転倒転落予防フローチャート」参照。

2) 離床センサーは患者の行動を把握し見守るための機器として活用する。

そのためセンサーが作動した際は速やかに患者を訪問し行動を支援する。

患者に行動の理由を確認せず安易に行動を制限するような声かけをしないよう心がける。

9. 身体拘束開始・継続・解除フローチャート

身体拘束を実施するまでに以下を検討する

1. 対象者の生命に及ぼす危険性（緊急やむを得ない場合か）について評価する

医師・看護師（病棟課長を含む）等の複数の職員で検討する。

「緊急やむを得ない場合」に該当する3要件をすべて満たしているか検討する。

①切迫性…利用者本人又は他の利用者の生命、身体、権利が危険にさらされる可能性が著しく高い。

②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方法がないこと。

③一時性…身体抑制その他の行動制限が一時的であること。

2. 原因を探る

身体的状況、環境、治療的側面、年齢など

3. 原因を除去する（抑制以外の対策を検討する）

恐怖や不安を与えないような対応、体動を制限する要因を可能な限り早期に取り除く、睡眠の確保、苦痛の緩和、家族や友人等の面会、気分転換、必要時薬物療法などを行う。

4. 身体拘束を回避するための方法（代替案）を検討する

点滴が必要か、注射を内服に変更できないか、胃管や尿道カテーテルの留置は必要か、安静度は拡大できないか、病室の移動はできないか、生活リズム確立のためにできるケアはないかなど。

1～4までを検討しても対象者の状態に改善が見込めない場合は下記に進む

5. カンファレンスで身体拘束開始の判断について検討する

身体拘束開始の妥当性について多職種で検討する。

やむを得ず看護師のみで判断した場合は、翌日以降に主治医へ報告し妥当性を再検討する。

実施する場合は医師が電子カルテで「身体拘束指示」を入力する。*看護師代行入力可。

医師または病棟課長または看護師が同意書を用いて患者・家族へ必要性を説明する。

6. 身体拘束実施中

身体拘束の継続・解除・最小化の検討（毎日）。

医師・看護師（病棟課長を含む）等の複数の職員で検討。

身体拘束実施中の観察。

記録に残す。

多職種カンファレンス

週1回実施。

記録に残す。

7. 解除基準を満たす場合は身体拘束を解除する

やむを得ず看護師のみで判断した場合は、翌日以降に主治医へ報告し妥当性を再検討する。

医師は電子カルテで「身体拘束指示」を中止する。*看護師代行入力可。

看護師は記録に残す。

10. 同意書

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書・承諾書

(病院控え)

様

* 患者様の状態が下記をすべて満たしているため、緊急やむを得ず、下記の方法と時間等において
最小限度の身体拘束を行ないます、又は行なわせて頂きました。

記

- ・ 本人または他の入院患者などの生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い
- ・ 身体拘束その他の行動制限を行なう以外に代替する看護方法がない
- ・ 身体拘束その他の行動制限が一時的である

身体拘束の方法 場所、行為(部位・内容)	四肢、体幹の拘束
拘束の時間帯及び時間	看護師、家族が付き添えない場合
特記すべき心身の状況	せん妄を引き起こす可能性があります。
拘束開始及び解除の予定	から 拘束が必要なくなるまでの予定

上記のとおり実施いたします。

記載日		
担当医		印
病棟課長		印
担当看護師		印

上記の件について説明を受け、承諾いたしました

年 月 日

氏名

印

(本人との続柄

)

11. 鎮静を目的とした薬物使用について

せん妄・不眠時プロトコル参照。

II. 身体拘束をしないためのケアの見直し

患者に危険と思われる症状が出現した時、身体拘束をせずに、症状の原因を考え、安全策を講じながら、ケアを見直す必要がある。

ここでは身体拘束の要因となる以下の症状への対応について述べる。

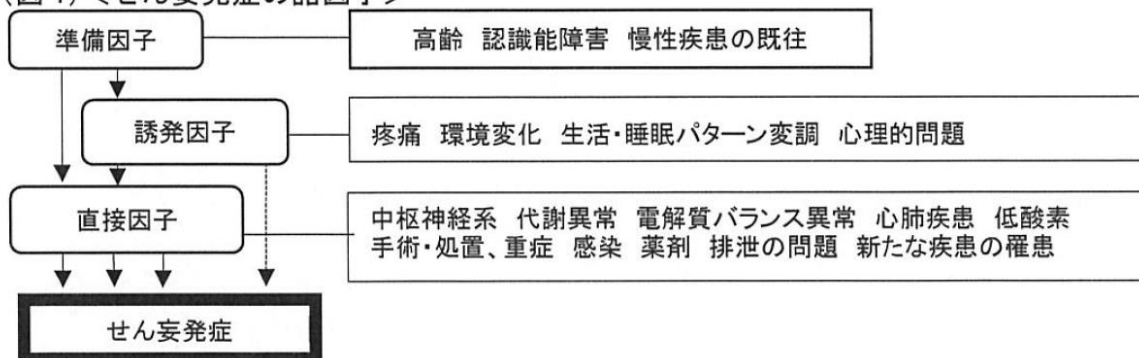
- 1) せん妄について
- 2) 転倒、転落の危険性が高い
- 3) チューブを抜いてしまう
- 4) 攻撃的な行為がある
- 5) ケアに抵抗する
- 6) 大声で叫ぶ
- 7) オムツを外してしまう
- 8) 衣類を脱いでしまう

1) せん妄について

せん妄とは、脳機能の失調によって起こる注意の障害を伴った軽い意識のくもり（意識混濁）を基盤とする症候群である。落ち着きのなさ、不安、易怒性（些細なことで怒りやすい）、注意散漫、睡眠障害などの前駆症状から、次第に注意障害、記憶障害、見当識障害、言語障害、知覚・思考障害、精神運動・情緒障害、睡眠覚醒周期障害などの症状が出現する。

患者の身体内部変化（疾患や手術侵襲など）によって認知機能や情報処理能力が低下したところに不慣れでストレスの高い環境（入院や治療）が加わり不適応反応を起こしている状態である。通常、症状は1週間程度で消失するが、高齢者の場合は遷延化しやすく、回復の遅延や廃用症候群が進行し、その後の生活に多大な影響を及ぼすという悪循環に陥ることもある。また、認知症高齢者の場合には、環境への適応が困難なために一時的に認知症の症状が悪化する「リロケーション・ショック」と呼ばれる状態になることを免れるのは難しい。更に、脳機能の脆弱性からせん妄は必発するものと考えてよい。せん妄の特徴である「発症が急激」「症状の動揺」「可逆性」について十分に理解して、せん妄の早期発見・早期対応に努める。またせん妄を誘発させる因子を調整して予防策を実践することが重要である。せん妄の発症機序は図1参照。

(図1) <せん妄発症の諸因子>



せん妄ケアの手順：

①入院時はせん妄スクリーニングシートを用いてリスク患者を抽出する。

せん妄ハイリスク患者は看護計画に準じて予防的ケアを実施する。

②直接因子(身体要因)がある場合、それを取り除き全身状態を整える。

脱水を予防し、水分出納のバランスを保つ。

電解質バランスを保つ。

低酸素状態にならないように、正常な循環動態を保つ。

対象者の排泄パターンを保つ。(利尿剤・持続点滴の調整、苦痛を感じない排泄方法)

活動と休息のバランスを保つ。

せん妄の発症要因となる薬剤を投与している場合) 投与後の効果をモニターする。直接因子に身体要因がある場合

③促進因子がある場合、それを取り除き、心地よい環境に整える。

見当識を維持する刺激を整える。(カレンダー、時計など)

感覚障害を補い適正な感覚刺激を保つ。(眼鏡 補聴器 騒音排除 音楽 TV、照度など)

身体拘束を取り除く。(チューブ・ライン類の早期抜去、早期離床)

疼痛を取り除く。

環境変化を最小限にする。(病室の変更は最小限、できるだけ同じスタッフが関わる)

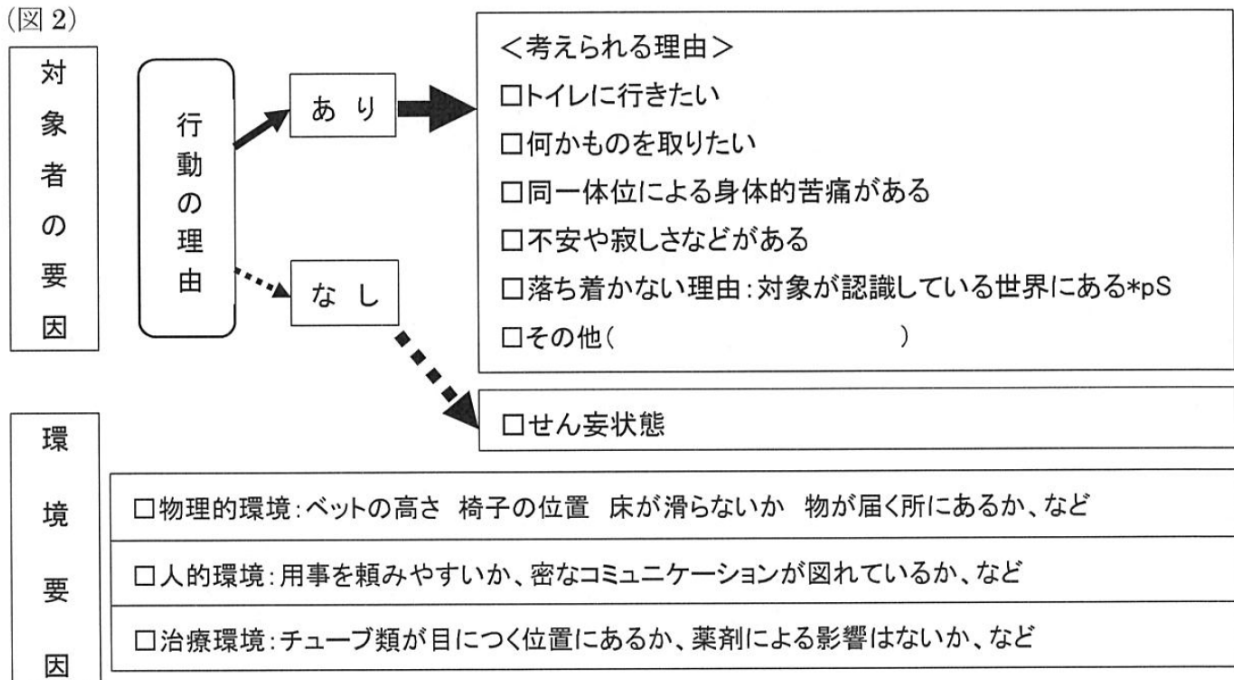
④必要に応じて心療内科等へのコンサルトを検討する。

2) 転倒・転落の危険性が高い

①基本的な考え方：対象者が転倒・転落するとき、せん妄状態にない限り、その多くは対象者なりの行動の理由(例えば「トイレに行きたい」「落とした物を取りたい」「長時間座っていてお尻が痛かった」など)がある。対象者によっては、認知症等により行動理由の言語化が難しい場合、そのことを看護職が察知する必要がある。対象者の行動を予測して、事前に適切な対応や環境を整えていくことが転倒・転落の予防につながる。

②アセスメントの視点:アセスメントに際しては、「対象者側の要因」と「環境要因」の両方から行う。

(図2)



③転倒転落の予防的なケア

- 対象者の行動の理由をスタッフが受け止める。
 - まずは対象者の認識している世界を理解し、受け止める。
 - スタッフが認識している現実と違うことを語っても、決して否定や説得をしない。
 - 「家に帰りたい」という場合には、さらにその理由（真意）を確かめる。
- 自立的な動作を支援する環境づくりをする。
 - 対象者が使用するものは手の届く位置、目に見える位置に配置する。
 - ベッドの高さや車いすの位置など対象者が移動しやすい環境に整える。
 - 床が濡れていないなど、安全に配慮した環境を整える。
 - 安静や長時間の同一体位による苦痛のサインを把握する。
 - 廃用症候群を予防する活動プログラムを実施する。
 - 必要に応じて防護具(サポーター、帽子、プロテクターなど)を活用する。
 - 夜間帯には適度な照明をつける。
 - 薬剤によってふらつきやせん妄などが出現していないか検討する。
- 排泄ケアを配慮して行う。
 - 排泄の間隔を把握し、先取りして排泄ケアを行う。
 - 膀胱留置カテーテルが挿入されている場合には自排尿の可能性がないか探求する。
 - 利尿剤の使用や過剰な水分量などにより過活動膀胱となり、頻尿となっていないか確認する。
 - 下剤の使用等により排便がコントロールされていない状態になっていないか確認する。
- 心理面への対応とコミュニケーションを良好にする。
 - 対象者が用事を頼みやすいよう信頼関係を構築する。(遠慮させない)
 - 不安や寂しさなどがいないか観察やコミュニケーションによって対象者の心理面を確認する。
 - 対象者の生活史や価値観を踏まえて、言葉の真意をくみ取る。
- 生活リズムの調整をする。
 - 夜間不眠など睡眠障害を把握し、日中の活動を検討する。
 - 覚醒状況に応じて、ADLの介助量を調整する。
 - 睡眠導入剤を使用時は、生活リズムへの影響と適切性について再確認する。

3) チューブ類を抜いてしまう

チューブ類：輸液ルート、CVカテーテル、経鼻胃管、胃瘻、バルンカテーテル等

①基本的な考え方

対象者が医療行為の必要性を認知できない場合、チューブ類は不快や苦痛をもたらすもの、行動時に邪魔になるものとして認知して、チューブ類を抜去したり、はさみで切ったりするかもしれない。まずは対象者の視点に立ちなぜチューブ類を抜くのかを考え、どのように環境を整えていくことが必要なのかチームで検討してみる。

②アセスメントの視点

患者は、チューブ類について、どのように認識しているか

- チューブ挿入による痛みや不快感はないか？
- 固定部位の皮膚の痒みや引きつりはないか？
- 対象者は、チューブが入っていることをわかっているか？
- ルートが目障りになったり、行動を制止したりしていないか？

- 寝たきり、活動不足、低刺激の状態ではないか?
- 発熱や脱水などせん妄を引き起こすような要因はないか?

③予防的なケア

- チューブ挿入による苦痛の緩和をする。
 - 対象者にとって苦痛の少ないチューブの種類やサイズを選択する。
 - 痛みや不快感のサインを把握する。(顔をしかめている、不機嫌、うめき声、大声、泣く、努力呼吸、緊張、そわそわしている、拳を握っている、怒りの表出)
 - 痛みがある場合は、医師と鎮痛剤投与を検討する。
 - 固定部位の観察と清潔の保持を適宜行う。
 - 皮膚に負担の少ないテープ類を使用する。
- 環境の調整をする。
 - 対象者にチューブ挿入について適宜わかりやすく説明を行う。
 - 対象者の理解度に応じてチューブに注意が向かないよう視界に入らない調整をする。
 - チューブ挿入によって行動の妨げにならないようにする。
 - 対象者にとって関心を寄せられる活動を取り入れ、無為に過ごす時間を減らす。
 - 食べる、トイレで排泄することを目標に多職種でアセスメントし介入を検討する。
- チューブ類の早期抜去に向けた介入を行う。
 - チューブの挿入目的を明確にして、どうなれば抜去できるのかを検討する。
 - チューブ類の早期抜去を目標にして、多職種とのカンファレンスを行う。

4) 攻撃的な行為がある

①基本的な考え方

攻撃とは、怒り、敵意、憎悪、不安などに基づき、他者や自己、またはその他の対象に損害や恐怖などを引き起こす行動である。自分の感情を制しきれず物を投げたり、激しい言葉を使ったり、暴力を振るうことがある。こうした行動は身体的な病気が原因になるとともに、ケアの不足、医療行為に影響する。また不快感、心細さ、孤独、不安などの気持ち、自分の思うようにならず、自分が他者から正当に認められない時に生じる葛藤やフラストレーションにより引き起こされる。

身体的な病気による症状は、医師と相談しながら治療を進めることが必要であるが、ケアや環境を調整・工夫することで、容易に症状の改善や軽減を図ることができる。逆に対象者の状況を理解できないスタッフの対応により、症状を悪化させてしまうことがある。従って、心身のアセスメントと同時に関わり方のアセスメントを行いケアの工夫をすることが重要となる。

②アセスメントの視点

- 対象者
 - 身体的病気の進行や発熱、痛み、不快感、かゆみなどはないか?
 - 視聴覚の低下、思い違い、頻尿や残尿はないか?
 - 今までできていた事ができない、身体に障害が生じた等の戸惑いや焦りはないか?
 - 排泄の失敗による混乱はないか?
 - 夕暮れや夜に不安や淋しさがつづき、家に帰ろうとしていないか?
 - 環境の変化による混乱や周囲の状況に変化はないか?
 - 安易におむつなどを使用して自尊心を傷つけていないか?

・看護職等

- 言葉遣いや対応が乱暴、押しつけ、せかすなどの不快や興奮を助長する傾向はないか?
- 対象者の思い違いや興奮に対して、スタッフが否定していないか?
- 生活環境に閉そく感や、見慣れないものはないか?
- 室内の照明は適度に調整されているか?
- 使用している薬の副作用を正しくモニタリングしているか?

・予防的なケア

- あいさつ、スキンシップ、声かけ、身体面のケアを通して、なじみの関係を築く。
- 関わる時は「否定しない、議論しない」優しく声をかけ、叱ったり行動を制止しない。
- 食事、排泄、清潔への介助を適切に行い、いらいらや不快の原因をつくらない。
- 発熱、痛み、不快感の有無を観察して、早期に症状の緩和を図る。
- 帰宅願望が募る時間（夕暮れ時）には一緒に過ごし和める時間を作る。
- 混乱しているときには、きちんと話を聞き、対象者の行動につきあう。

5) ケアに抵抗する

①基本的な考え方

対象者の身体に触る、声をかけることで、身体が緊張してこわばり、ケア(介護・看護・治療)に対して拒否的なしぐさや言動を示すことがある。これは対象者にとって、ケアする側の関わりが不快・苦痛と感じるあらわれである。「何が苦痛になっているか」という視点で身体的、心理的、社会的な要因を探ることが必要となる。対象者にとって安心できる環境と信頼される関係を築き、必要なケアの実践に努める。

②アセスメントの視点

- 身体に触る、声をかけることで身体が緊張していないか?
- ケアをしようとする怒りやいらつきの表情や言動はないか?
- 身体的に痛みや創傷などはないか?
- 対象者の言動に変化はないか?
そのきっかけとなるようなイベント事はないか?
- 対象者の自尊心を尊重せずに自分たちの業務を優先してケアを進めていないか?

③予防的なケア

- ケアの必要性をあらかじめ対象者にわかりやすく伝える。
- 表情や態度をよく観察してケアするタイミングを選ぶ。
- 痛みや不快感などの症状がある場合は、苦痛症状の緩和を図ってからケアを実施する。
- ケアに抵抗する傾向がある場合は、可能な限り2人で効率的にケアを行う。
- 患者にとって「快」の刺激になるケアを積極的に取り入れる。(生活歴を知り患者が好む話題を提供する・緊張緩和を図るマッサージ・好きな音楽など)
- 視線を同じ高さにして、近い距離から見る。
- やさしくケアをしながら説明するように話しかける。
- 言葉をかけながら静かに触れる。

6) 大声で叫ぶ

①基本的な考え方

叫ぶという行為は基本的に誰かに助けてもらいたいことがあり人を呼ぶという行為である。対象者に

とって、表現しがたい不安感や恐怖心、被害的な妄想などを体験していることのあらわれである。助けてもらいたい内容は身体的・心理的・社会的な要因などから起こっており、一見して理解できるものではないかもしれない。また対象者にとっても、自分自身の状況を認知することができないため非常に苦痛な体験となっている。

②アセスメントの視点

- 生理的苦痛(痛みや痒み、尿意 便意、失禁による不快感、口渇等)はないか?
- 生活リズムが整えられているか?
- 活動不足によるストレスはないか?
- 不安や孤独、怒りなどの感情を抱えていないか?
- 社会的な事柄(経済的・家族関係など)で困っていることはないか?
- 尿路感染や肺炎による発熱や脱水はないか?
- 周囲の状況や自分の状況がわからない等の意識障害の症状はないか?
- 時間や場所を間違える、いない人や虫が見える等の認知機能障害はないか?
- 一日の中での症状出現にむらがあり、夜間に悪化していないか?

③予防的なケア

- ・対象者の行動の理由を看護職が受け止める。
 - まずは対象者の認識している世界を理解し、受け止める。
 - つじつまが合わない時は決して否定せずに、話につき合い、安心できるような会話をする。間違いを正すことは対象者を傷つけることになる。
 - 対象者が叫ぶ理由や気がかりを知り理解することに努める。
- ・苦痛や不快感の原因となる身体症状の緩和を図る。
 - 口腔内、陰部、手足、頭皮、全身の清潔を保つ。
 - 痛み、かゆみ、便秘、口渇などの症状緩和を図る。
 - 口渇感がなくても水分補給を行う。
- ・昼夜の区別をつける。(夜間は過度に暗くならないように明りを工夫する)
- ・夜間睡眠を確保する。睡眠を障害する行為やケアはさける。薬剤による睡眠確保は時に鎮静作用をもたすことがある。日中に眠気が残りADL低下を招く事がないよう注意する。
- ・不必要なモニターやラインを外す。
- ・馴染んだ衣服、時計、日用品、小物類、家族の写真などを整え安心感をもたらす環境を作る。
- ・困難事例は症状出現の早期から医療チーム内で話し合い必要な治療やケアを開始する。

7) オムツを外す

① 基本的な考え方

オムツの装着は決して心地よいものではない。対象者がオムツを外すときは、不快感を伴っている。看護職は、排泄のアセスメントを通して失禁を予防することができないかケアを工夫し、できるだけオムツを装着しない状況を作り出していく必要があるとともに、失禁が改善しない場合でも、オムツ内の汚染が長時間にならないように、排泄のタイミングを見逃さず、対象者の不快な状況を減少させる必要がある。

② アセスメントの視点

- 尿失禁・便失禁による不快感はないか? 腹部不快感や残便感はないか?
- オムツ装着による違和感はないか? 陰部や皮膚の搔痒感はないか?

下剤や浣腸によって腹痛や便意をもよおしていないか？

部屋の室温や湿度は快適であるか？

③ 予防的なケア

・排泄のアセスメントを行う。

時間、量、性状などを記載する排尿・排便日誌などを活用し排泄障害の原因を探る。

排泄間隔を把握し、失禁する前に排泄行動へ誘導する。

利尿剤や下剤など薬剤の影響がないか確認する。

・尿意 便意のサインを見逃さない。

認知症がある場合、尿便意を訴えず、行動が落ち着かない、そわそわする、焦ってどこかに行こうとしている等の行動で示すことがあるため、そのサインを読み取る。

便意は我慢すると消失するため、我慢させない。

起きることが刺激となり、腸蠕動を誘発するため、積極的に離床をすすめる。

長期間安静にしていた場合は座位訓練からはじめ洋式トイレに座ることを目標にする。

・オムツ装着による不快感をなくす。

オムツは体にフィットするよう装着する。尿とりパットなど必要以上にあてすぎない。

オムツのサイズ、材質にも配慮し不快感がないものを選ぶ。

オムツに排泄後は、すぐに取り替えて清潔にする。

・スキンケアを丁寧に行う。

高齢者の場合、皮膚のバリア機能が低下し尿中のアンモニアや便中の酵素、カンジダなどで皮膚炎を起しやすいため、排泄物を拭き取る際は強くこすらず、やさしく拭き取る。

発赤がみられる場合は石けん刺激を避ける。スキントラブル時は皮膚保護剤を使用する。

通気性のよいオムツを使用する。

全身の乾燥が強い場合は保湿剤を使用する。

・快適な環境づくりをする。

対象者にとって心地よく感じられる温度・湿度に調整する。

8) 衣類を脱いでしまう

① 基本的な考え方

対象者が脱衣を繰り返す場合の原因としては、次の2つが考えられる。1つは基本的なケア不足により不快を感じて衣類を脱いでしまうこと、次に生活に刺激がなく周囲に関心を向ける機会がないため自分自身に関心が向いてしまう結果、衣類を脱ぐ状態になることが挙げられる。衣類を脱いでしまうことによる大きな害はないが、患者の尊厳やプライバシーに関わることなので「何度も脱いでしまうからこのままでよい」と諦めずに、必要なケアの充足を図る必要がある。

② アセスメントの視点

皮膚搔痒感やスキントラブルはないか？

衣類やオムツ装着による不快感はないか？

部屋の室温・湿度は快適であるか？

幻覚などの精神症状がみられていないか？

③ 予防的なケア

・スキンケア（十分な保湿）を丁寧に行う。

入浴後や清拭後に保湿剤を塗布する。

- 乾燥が強い場合は、こまめに保湿剤を使用する。
- 7) オムツを外すの項も参照。
- ・着心地の良い衣類の選択をする。
- 対象者にとって肌触りのよい衣類を選択する。
- 病衣などの場合は、普段対象者が着ているものを着用してもらう。
- サイズが大きい場合、襟元や袖口などが気になり脱いでしまう場合もあるので、できるだけ身体にフィットするものを着用してもらう。
- ・生活リズムを見直す。(活動性の低下はないか)
- 対象者にとって安静時間が多く、することがない場合に衣類を脱ぐことがある。今までの生活習慣や生活歴を考慮して、できる活動はないかを考える。
- 対象者が何をしたいと思っているのか確認する。
- 臥床時間が長い場合は、起立性低血圧に注意しながら座位訓練を開始する。
- 座位がとれる場合は、食事はベッドサイドもしくは食堂、排泄はトイレなど生活機能の拡大が図れるよう援助する。
- 対象者の言葉で今感じていること等を確認しコミュニケーションの充足を図る。

Ⅲ. 身体拘束代替案

ここでは身体拘束の代替案について紹介する。患者 1 人 1 人にあった方法を検討し、日々試行錯誤していく必要がある。

また、代替案が患者にとって苦痛な場合もある。身体拘束ではないからよいとするのではなく、この代替案が実施されることにより“苦痛は生じていないか” “何が予防できているのか”ということ十分に検討することが重要である。

代替案が効果的に行われるためには、看護師のみならず患者に関わる全ての職種で共有する必要がある。

1) 末梢ライン

- ① 上腕で確保し、穿刺部位が視界に入りにくくする
- ② 穿刺部位を包帯やアームカバーで保護する



注意) 毎勤務で皮膚の観察、まき直しが必要

- ③ 寝衣の首もしくは裾からラインを出す

※末梢ライン確保の時は、興奮することなどを想定し最初から複数名でいくのではなく、最小限の人数で患者のもとに行く(不安や恐怖を与えないため)。今から行うことや痛みがあることを繰り返し説明し、了承を得てから行うようにする。

※患者に点滴していることを隠すのではなく、本人が理解出来るように何度でも繰り返し説明する。

※穿刺部を触る時は、痛みや痒みなど触る原因を特定し対応することが重要である。

2) CV ライン

〈内頸の場合〉

- ① スカーフやタオルを巻く。
- ② ネックウォーマーを活用する。

〈鼠径部の場合〉

- ① シャツやパジャマをズボンに入れる。
- ② ズボンの裾からラインを出す。
- ③ 浴衣とズボンを組み合わせて着用する。

※穿刺部を触る時は、痛みやかゆみがある場合が多いため、触る原因を特定し対応することが重要です。

3) 経鼻栄養チューブ

- ① マスクを着用する。
- ② ループを小さめにする
- ③ テープと皮膚の接着面を広くするなど固定方法を工夫する。

4) 胃瘻

- ① 腹帯を着用

5) ドレーン

- ① 浴衣とズボンを組み合わせて着用する。
- ② 腹帯を着用する。
- ③ ドレーンバックをS字フックで柵に掛けて、体動による抜去を予防する。