

市立野洲病院 身体拘束最小化のための指針

◇◆ 兼 身体拘束最小化のためのマニュアル ◆◇

市立野洲病院

令和 8 年 2 月 1 日

I. 総論〔指針編〕	4
1. 身体拘束に対する当院の基本的な考え方	4
2. 定義	4
3. 身体拘束の対象となる行為	4
1) 具体的な行為	4
2) 3つのロック	4
3) 身体拘束等禁止の対象とはしない具体的な行為	4
4) 向精神薬の適正使用	5
4. 院内で身体拘束とみなされる用具とそうでない用具	5
5. 身体拘束がもたらす弊害	5
1) 肢体的弊害	5
2) 精神的弊害	5
3) 社会的弊害	5
6. 身体拘束を適用できるケース	6
7. 身体拘束回避の工夫	6
1) 環境側面	6
2) 症状別の基本的な考え方	7
8. 身体拘束の解除基準及び早期解除に向けた手順	8
1) 解除基準	8
2) 開始後からの解除に向けた検討	8
3) 解除後の危険性の有無の評価	8
9. 身体拘束の最小化の推進方策	8
1) 「身体拘束最小化委員会」の設置と機能	8
2) 「身体拘束最小化委員会」の組織	8
II. 各論〔マニュアル編〕	9
1. すべての症状に共通する事項	9
2. 症状別 身体拘束を回避するための考え方	9
1) 転倒・転落の危険性が高い場合	9
2) チューブ類を抜去する可能性がある場合	11
3) 攻撃的な行為がある場合	12
4) ケアへの抵抗がある場合	13
5) 大声を発する場合	14
6) オムツを外す・衣類を脱いでしまう場合	15
3. 短期的に身体拘束をせざるを得ない場合の要件と実施の手順	17
1) 危険性の評価	17
2) 原因等のアセスメント	17
3) 原因等除去のための検討	17
4) 回避・軽減（代替）方法の検討	17
5) 回避等できない場合の身体拘束の検討	17

6) 身体拘束の実施・記録等	18
Ⅲ-1. 身体拘束実施・解除のプロトコール	19
Ⅲ-2. 身体拘束実施・早期解除に向けた流れ	20
Ⅳ. 参考となる考え方	21
1. 身体拘束の問題と基本的な考え方	21
2. 身体拘束廃止のために、まず、なすべきこと — 5つの方針	21
3. 身体拘束をせずにケアを行うために— 3つの原則	21
4. 身体拘束最小化を進めるための18のチェックポイント	22
[引用・参考文献]	22

I. 総論〔指針編〕

1. 定義

身体拘束とは抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何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。

2. 身体拘束に対する当院の基本的な考え方

身体拘束は人権に関わる治療行為であることを認識し、原則としては行わない。

ただし、患者の生命の危機と身体的損傷を防ぐためにやむを得ず行う場合がある。その場合は、本人及び家族に十分な説明を行い了解を得ること、早期解除に努めることを原則とする。実施中は、患者の権利を尊重し倫理綱領に基づいて、常に代替方法を検討し、二次的な身体障害や偶発症の発生を防ぐよう最大限の注意を払う。

3. 身体拘束の対象となる行為

1) 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抑制する。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢を抑制する。
- 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 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢を抑制する。
- 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つける。
- ⑥ 車椅子や椅子からずり落ちたり立ち上がったたりしないように、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 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着用する。
- 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抑制する。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用する。
- 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。

（厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議 2001」より）

2) 3つのロック

- ① フィジカルロック（身体的拘束）：身体を物理的に拘束して動けないように制限する。
- ② スピーチロック（言葉の拘束）：言葉によって身体的または精神的な行動を抑制する。
- ③ ドラッグロック（薬物拘束）：薬物の過剰投与や不適切な投与で、行動を抑制する。

3) 身体拘束等禁止の対象としない具体的な行為

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については、その行為を行なわないことがかえって虐待に該当することから、禁止の対象としないこととする。ただし、拡大解釈・運用は、これを厳に禁ずる。

- ① 整形外科疾患の治療であるシーネ固定等
- ② 乳幼児（6歳以下）および重症心身障がい児（者）等への事故防止対策

- ・ 転落防止のためのサークルベッド、4点柵使用
- ・ 点滴時のシーネ固定
- ・ 自力座位を保持できない場合の車椅子ベルト

4) 向精神薬等の適正使用について

別に定める「せん妄対策マニュアル」（監修・湖南病院 精神科 宮垣賢祐先生）に基づくものとする。

4. 院内で身体拘束とみなされる用具とそうでない用具

身体拘束とみなす用具	身体拘束とみなさない用具
抑制帯（四肢抑制、体幹抑制）	センサーマット・モニター等、各種センサー装置の類
ミトン	柵固定ベルト
4点柵	4点柵（意識がない患者等、自分の意思で降床しようとししない患者に適用する場合）
つなぎ服	
車いすベルト	

5. 身体拘束がもたらす弊害

1) 身体的弊害

- ① 関節の拘縮、筋力の低下といった身体機能の低下や、圧迫部位の褥瘡の発生などの外的弊害をもたらす。
- ② 食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下などの内的弊害をもたらす。
- ③ 車いすに拘束しているケースでは無理な立ち上がりによる転倒事故、ベッド柵の乗り越えによる転落事故、抑制具による窒息等の大事故を発生させる危険性がある。

2) 精神的弊害

- ① 本人に不安や怒り、屈辱、あきらめといった大きな精神的苦痛を与え人間として尊厳を侵す。
- ② 認知症の進行やせん妄を起こす恐れがある。
- ③ 本人のQOLの低下、家族にも大きな精神的苦痛を与える。
- ④ 看護者も自ら行うケアに対して誇りを持てなくなり、容易な拘束が士気の低下を招く。

3) 社会的弊害

- ① 介護保険施設等に対する社会的な不信、偏見を引き起こす。
- ② 更なる医療的措置を生じさせ入院期間の延長につながる。

6. 身体拘束を適用できるケース

下記1の①～⑦のいずれかの状態があり、かつ、2の三原則をすべて満たしている場合に限り、身体拘束を適用できるものとする。

1	① 意識障害・興奮状態があり、自ら身の危険が予知できない。 ② せん妄状態等により現状の理解ができず、必要な治療・処置に協力できない。 ③ 自己・他人の生命あるいは身体に危険が及ぶ可能性が高い。 ④ 皮膚のかゆみ、病的反射などがあり、自分の意思で体動を抑えられない。 ⑤ 治療上の必要な体位、安静が保たれない。 ⑥ 鎮静剤・睡眠剤の投与、麻酔の半覚醒状態などで、危険行動が予測される。 ⑦ 過去に生命に関わるような自傷行為があり、身体拘束により予防効果が期待できる。 具体例：ベッドからの転落・転倒、点滴ルート、各種ドレーン類、気管内挿管チューブ及び膀胱留置カテーテルの自己抜去、創部汚染、牽引
2	身体拘束の三原則 【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こと。（意識障害、説明理解力低下、精神症状に伴う不穏、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こと。（薬物の使用、病室内環境の工夫では対処不能、継続的な見守りが困難など） 【一時性】：行動制限は一時的であること。

7. 身体拘束回避の工夫

1) 環境側面

① 物理的環境

- ・ベッドの高さ、種類（L字柵など）の調整。衝撃マットの設置
- ・ベッドを壁に寄せて出入りを1方向にする。
- ・ベッド周囲の危険物の除去
- ・必要な物を手の届く場所に設置する。
- ・ナースステーションから近い病室の使用

② 人的環境

- ・訪床回数の調整
- ・家族の協力の依頼

③ 治療環境

- ・カテーテル類が患者の目に入らないようにする。
（襟元からルートを出す、ルート挿入部が見えないように包帯等で保護、カーテン類で点滴が見えない位置に調整する等）
- ・点滴ルート等の長さの調整（拘束感を軽減するため長めにする。）
- ・点滴時間の調整（夜間ロックなど）

2) 症状別の基本的な考え方

① 転倒・転落の危険性が高い場合

- ・せん妄状態にない限り、その多くは対象者なりの行動に理由があることを理解する。
- ・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しその人に合ったコミュニケーション方法を取る。
- ・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 チューブ類を抜去する可能性がある場合

- ・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なもの、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という対象者の心理を理解する。
- ・対象者の視点に立ち、なぜチューブ類を抜くのかを考え、それゆえに、どのような環境を整えていくことが必要なのかチームで検討する。

③ 攻撃的な行為がある場合

- ・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、暴力を振るうなどの行動は、怒り、敵意、憎悪、不安などに基づくことを理解する。
- ・不快感、心細さ、孤独、不安などの気持ちがあり自分が他者から正當に認められない時に生じる葛藤等により引き起こされることを理解する。
- ・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が、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ため信頼関係を構築することが重要である。

④ ケアへの抵抗がある場合

- ・対象者にとっては介護者のケアが不快・苦痛と感じ取っていることの表れであることと理解する。
- ・「何が苦痛になっているか」という視点で身体的、心理的、社会的な要因を探り、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。

⑤ 大声を発する場合

- ・対象者にとって、えも言われぬ不安感や恐怖心のあらわれであり、誰かに助けてもらいたいための行為であることを理解する。
- ・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、対象者の感じている世界を理解する。

⑥ オムツを外す・衣類を脱いでしまう

- ・オムツの装着は心地よいものではなく、対象者がオムツを外すときは、不快感を伴っていることを理解する。
- ・オムツ内の汚染が長時間にならないよう排泄のタイミングを見逃さず、不快な状況を減少させる必要がある。

⑦ 衣類を脱いでしまう

- ・不快を感じて衣類を脱いでしまうこと、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、衣類を脱いでしまうことがあることを理解する。

- ・ 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。

8. 身体拘束の解除基準及び早期解除に向けた手順

1) 解除基準

身体拘束三原則を満たさない場合には、身体拘束を解除する。

2) 開始後からの解除に向けた検討

- ① 身体拘束開始後から常に継続の必要性についてアセスメントを行い、各勤務帯で経過をカルテに記載する。
- ② 適時及び週 1 回、多職種でカンファレンスを行い、行動制限回避、軽減、解除について検討する。

3) 解除後の危険性の有無の評価

- ① 適用要件が改善した場合は直ちに解除する。
- ② 拘束を解除後も、患者の行動を観察し、安全性を評価する

9. 身体拘束の最小化の推進方策

1) 「身体拘束最小化委員会」の設置と機能

「身体拘束最小化委員会」は、当院における身体拘束の最小化の推進・促進のコア機構であり、次に掲げるタスクを企画し、及び実行する。

- ① 基本的な指針その他のプロトコルの運用に関すること。
- ② 状況の調査及び把握に関すること。
- ③ 困難な事案の検討又は検証に関すること。
- ④ 効果的な方策又は制度の企画、立案等に関すること。
- ⑤ 野洲病院の職員（以下単に「職員」という。）への啓発、研修等に関すること。
- ⑥ 前号に掲げるもののほか、身体拘束の最小化等の対策を進める上で必要なこと。

2) 「身体拘束最小化委員会」の組織

委員会の組織は、次の職員で構成し、リーダー（委員長）は、認知症ケアチーム員である医師とする。

認知症ケアチーム員：医師、看護師及び管理栄養士

医療安全推進委員会委員：医師及び薬剤師

医療安全推進室長

虐待防止委員会委員：リハビリ職員、社会福祉士及び事務職員

Ⅱ. 各論〔マニュアル編〕

1. すべての症状に共通する事項

危険と思われる症状の背景には、せん妄症状が潜んでいる場合が多いことから、すべての患者に対して、最初にせん妄症状のアセスメントを行う。（*せん妄アセスメントスコア 使用）

2. 症状別 身体拘束を回避するための考え方

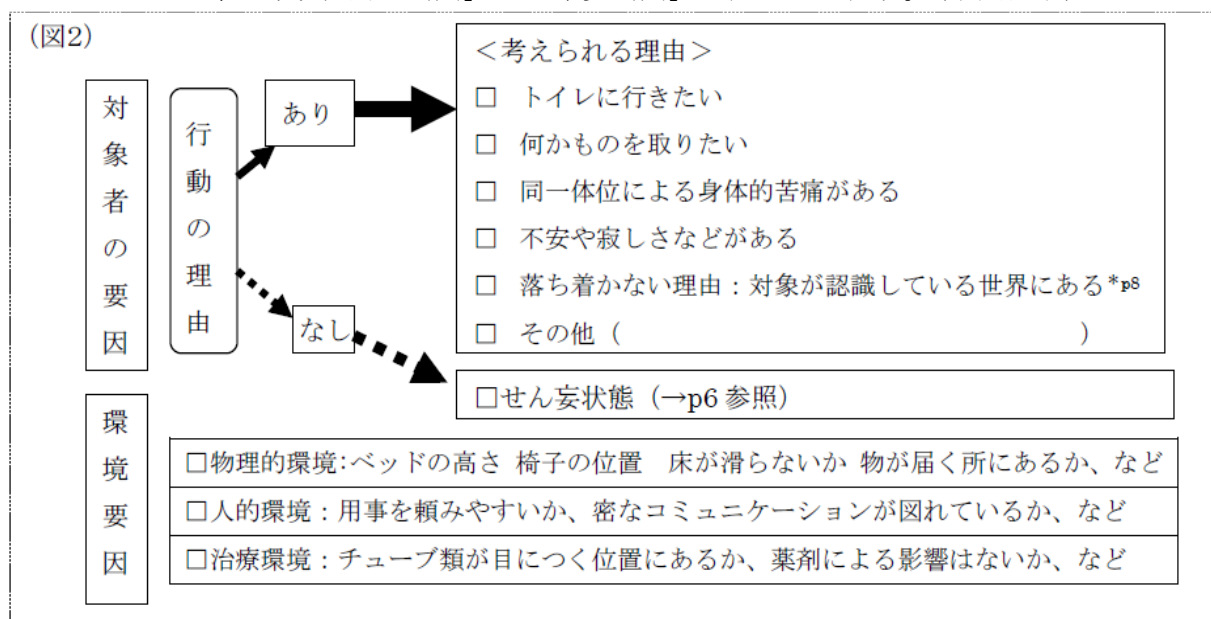
1) 転倒・転落の危険性が高い場合

(1) 基本的な考え方

- ① せん妄状態にない限り、その多くは対象者なりの行動に理由があることを理解する。（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）
- ② 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しその人に合ったコミュニケーション方法をとる。
- ③ 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

アセスメントは、「対象者側の要因」と「環境要因」の両方から行う。（下図参照）



注：対象者が認識している世界とは、認知機能の低下と環境変化なども相まって、例えば自分が勤務していた会社にいると認識しているために、会議資料が気になっている状況など。まず本人の認識している世界を理解することが最も大切になる。

（日本看護倫理学会 身体拘束予防ガイドライン）

(3) 予防的なケア

- ① 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。
 - ☐ 看護職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。
- ② 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取組を実施する。
 - ☐ 必要に応じて衝撃マットを活用する。
 - ☐ 夜間帯には適度な照明をつける。
 - ☐ 薬剤によるふらつきやせん妄などが出現していないか検討する。
- ③ 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。
- ④ 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。
 - ☐ 上記のことができる看護体制をとる
- ⑤ 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。

2) チューブ類を抜去する可能性がある場合

※チューブ類とは：輸液ルート・CV カテーテル・経鼻胃管カテーテル・胃瘻・
膀胱留置カテーテル

(1) 基本的な考え方

- ① 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なもの、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という対象者の心理を理解する
- ② 対象者の視点に立ち、なぜチューブ類を抜くのかを考え、それゆえに、どのような環境を整えていくことが必要なのかチームで検討する

(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

- ① 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。(顔をしかめる、不機嫌、うめく、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)
 - ☐ 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。
- ② 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。
 - ☐ 対象者が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、睡眠リズムをつけ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。
- ③ 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。

3) 攻撃的な行為がある場合

(1) 基本的な考え方

- ① 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、暴力を振るうなどの行動は、怒り、敵意、憎悪、不安などに基づくことを理解する。
- ② 不快感、心細さ、孤独、不安などの気持ちがあり自分が他者から正当に認められない時に生じる葛藤等により引き起こされることを理解する。
- ③ 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が、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り、信頼関係を構築することが重要である。

(2) アセスメントの視点

① 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、思い違いはないか。
- ☐ 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のり、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。

② 看護職

- ☐ 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。

(3) 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、馴染みの関係を築く。
- ☐ 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たりしない。
- ☐ 食事、排泄、清潔の介助を適切に行い、いらいらや不快の原因を作らない。
- ☐ 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。

4) ケアへの抵抗がある場合

(1) 基本的な考え方

- ① 対象者にとっては介護者のケアが不快・苦痛と感じ取っていることの表れであること理解する。
- ② 「何が苦痛になっているか」という視点で身体的、心理的、社会的な要因を探り、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とき怒りやいらつきの表情や言動はどのようなものであるか。
- ☐ 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事象はないか。
- ☐ 対象者の自尊心をよりも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。
- ☐ 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。
- ☐ 対象者の生活歴、生活習慣を理解し、対象者に合った方法を取り入れる

5) 大声を発する場合

(1) 基本的な考え方

- ① 対象者にとって、えも言われぬ不安感や恐怖心のあらわれであり、誰かに助けてもらいたいための行為であることを理解する。
- ② 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、対象者の感じている世界を理解する。

(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。
- ☐ 尿路感染や肺炎による発熱や脱水等の身体的苦痛はないか。
- ☐ 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。
- ☐ 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

- ① 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、話に付き合い、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。
- ② 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。
- ③ 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。）
- ④ 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らすことがある。日中に眠気が残り ADL 低下を招く事がないよう注意する。
- ⑤ 不必要なモニターやラインを外す。慣れ親しんだ衣服、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。
- ⑥ 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。

6) オムツを外す ・ 衣類を脱いでしまう場合

<-1 オムツを外す>

(1) 基本的な考え方

- ① オムツの装着は心地よいものではなく、対象者がオムツを外すときは、不快感を伴っていることを理解する。
- ② オムツ内の汚染が長時間にならないよう排泄のタイミングを見逃さず、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？陰部や皮膚の掻痒感はないか。
- ☐ 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

- ① 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。
- ② 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することを目標にする。
- ③ 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。
- ④ 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こしやすいので、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。
- ⑤ 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。

＜-2 衣類を脱いでしまう＞

(1) 基本的な考え方

- ① 不快を感じて衣類を脱いでしまうこと、生活に刺激がなく周囲に関心に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、衣類を脱いでしまうことがあることを理解する。
- ② 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

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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り、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検討する。
 - ☐ 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。

3. 短期的に身体拘束をせざるを得ない場合の要件と実施の手順

1) 危険性の評価

6. 身体拘束を適用できるケース、1、①～⑦を参考に、生命に及ぶ危険性を評価する。

2) 原因等のアセスメント

多職種でカンファレンスを行い、Ⅱ各論、2、1)～6)を参考に、原因及び誘因についてのアセスメントを行う。

3) 原因等除去のための検討

多職種カンファレンスにより、原因等除去のための工夫及び方法を検討する。

4) 回避・軽減（代替）方法の検討

（例）点滴は本当に必要か、注射を内服に変更できないか、チューブ類の留置は本当に必要か、病室の変更等は必要ないか、安静度は緩和できないかを検討する。

5) 回避等できない場合の身体拘束の検討

上記1)～4)までの方法を検討しても生命に及ぶ危険性がある場合は、次の手続きを行いながら、身体拘束を検討する。

(1) 患者及び家族への説明と同意

- ① 拘束の説明は、原則として医師が行う。
- ② 医師は、『治療上必要となる「身体抑制」にご理解をお願いします』を基に、拘束の理由、方法等を患者・家族に説明を行い、理解と同意を得、「身体抑制同意書」に署名をもらう。（ただし、緊急及び夜間帯は看護師が代行して説明することも可能とする。）
- ③ 緊急に拘束の必要性が生じた場合は、事後に説明を行い、同意を得る。
- ④ 予測できる場合は、事前に身体拘束の可能性について説明しておく。

(2) 当該身体拘束における基準の決定等

- ① 身体拘束の目的、方法、期間、時間帯、解除となる基準を、多職種によるカンファレンスで検討し決定する。
- ② 医師のタスク
 - ・「身体抑制指示簿・経過観察表」に身体拘束開始日時、方法を指示する。
 - ・拘束の実施及び解除について指示を行う。
 - ・必要に応じ精神科などの専門医に相談する。
- ③ 看護師のタスク
 - ・「抑制アセスメントチャート」を記載する。

(3) 部署責任者の役割

部署責任者は、身体拘束実施、継続の判断についてスタッフと共に考え、多職種の意見も取り入れる。

(4) アセスメントの継続

↓

毎日、身体拘束の必要性をアセスメントし、患者の様態を観察項目に記入する。

6) 身体拘束の実施・記録等

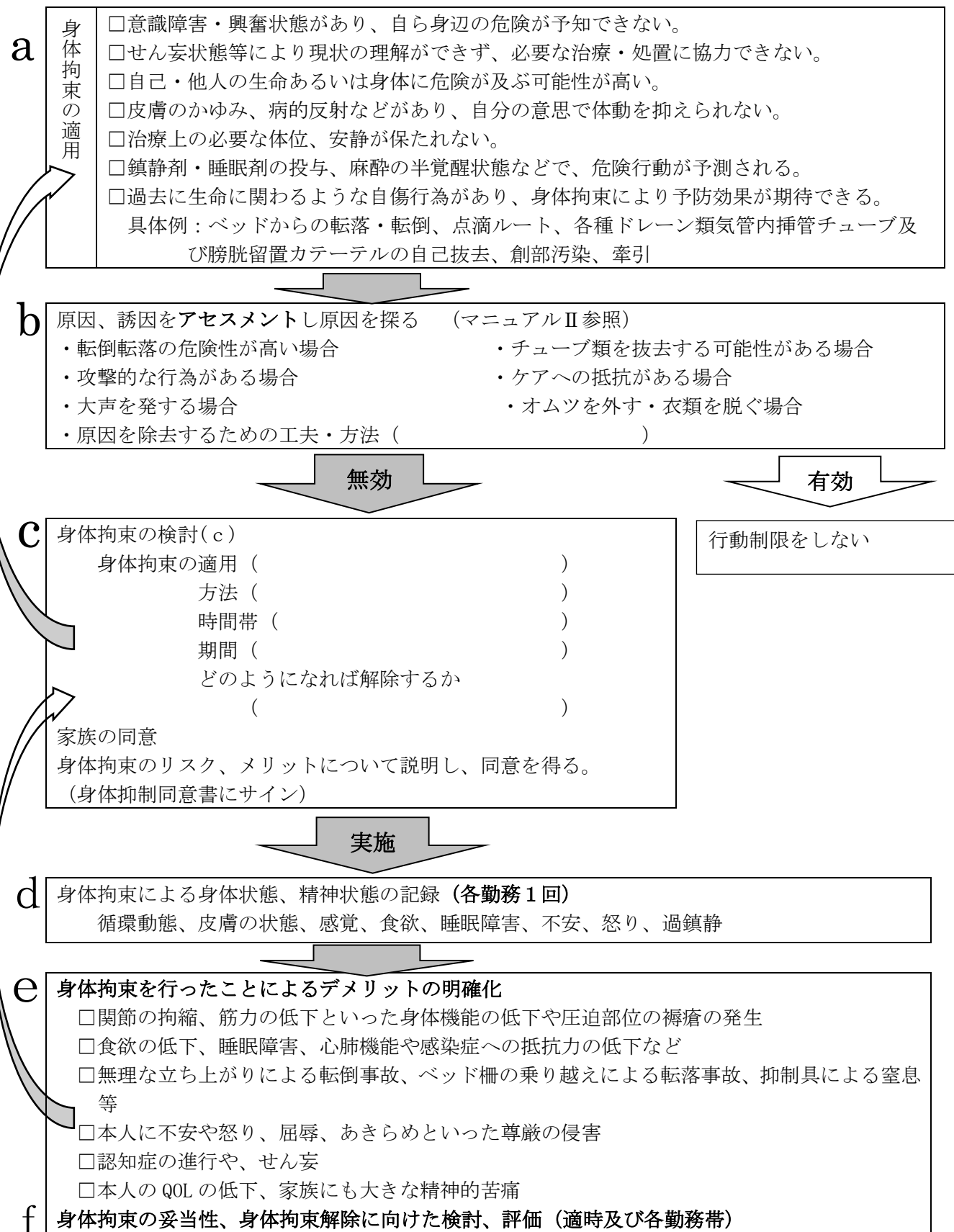
(1) 実施に関すること。

- ① 拘束の方法は、別に定める看護手順に従い、身体抑制の標準看護計画（SCP）に基づいて行う。
- ② 「身体拘束実施・解除のプロトコール」に基づき、多職種でカンファレンスを行う。
- ③ 拘束による二次的障害に留意し、患者の訴えに注意を払う。

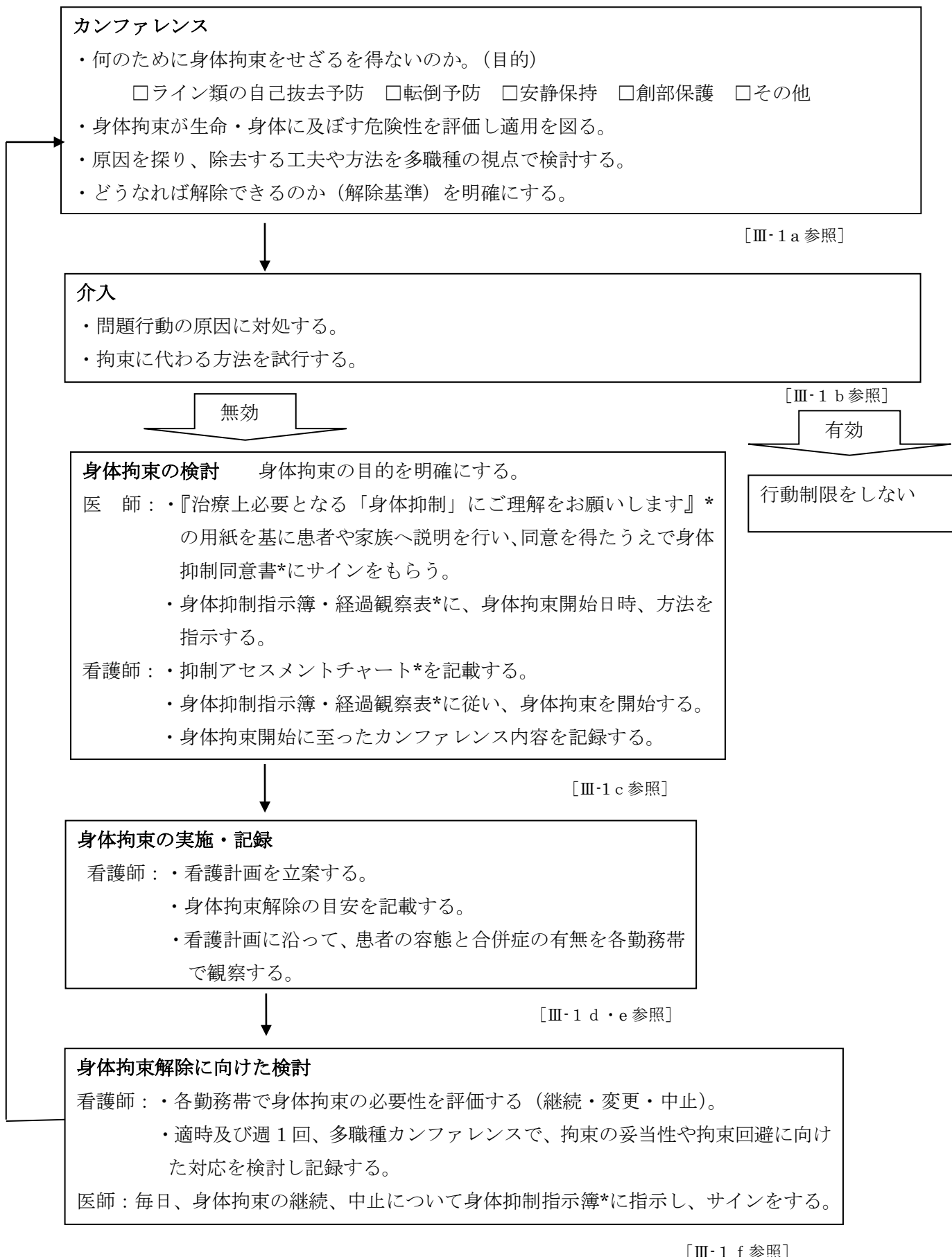
(2) 観察・記録・報告に関すること。

- ① 経過記録には、拘束に至るまでの状況、患者の状態、行動のほか、身体拘束の開始に至ったカンファレンスの内容を記載する。
- ② 拘束の内容（拘束部位）、拘束開始年月日及び時刻、拘束解除年月日及び時刻、抑制解除の目安についても記載する。
- ③ 看護計画に沿って、患者の様態と合併症を各勤務帯で記録する。
- ④ 観察は、原則として抑制直後 15 分時、その後 2 時間毎、状況に応じて観察し、必要な場合は記録に残す。
- ⑤ 観察事項は、次のとおりとする。
 - ・意識レベル・不穏行動・神経障害・皮膚障害・血行障害・睡眠状況・不明言動
- ⑥ 身体抑制を実施した場合、主治医又は病棟課長は身体抑制報告書を作成し、両者署名の上、退院時に病棟課長から病院長に報告する。なお、次の場合は、報告の対象外とする。
 - ・手術や処置、救急治療時、血管撮影、MRI、CT 検査等における身体抑制のみの場合
 - ・患者の生命及び身体の安全確保や治療を確実に遂行する上で、止むを得ず行う場合

Ⅲ-1. 身体拘束実施・解除のプロトコール



Ⅲ-2. 身体拘束実施・早期解除に向けた流れ



「*」については、別途用紙があり

IV. 参考となる考え方

1. 身体拘束の問題と基本的な考え方

日本国憲法に定められている国民の権利（第 11 条：国民は、すべての基本的人権の享有を妨げられない。第 25 条：すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。）や看護者の倫理綱領（日本看護協会、2003）が示すように、身体拘束は基本的人権や人間の尊厳を守ることを妨げる行為であることが大きな問題である。

身体拘束は基本的人権を侵害するものとして基本的に「してはいけない」行為であると思いつつ「患者の生命と安全を守る」「人員不足」「緊急やむを得ない状況」などという理由で、ジレンマに悩み苦しみながら身体拘束は行われているが、「やむを得ない状況」について、安易に身体拘束をするのではなく、それに代わる方法はないか十分に検討し、やむを得ない状況をなくすために何をすべきかを考えることが必要である。

身体拘束の原因となる対象者の症状には、必ずその人の理由があることを念頭にケアする側の関わり方や環境に問題がないか、対象者が感じている不快なことを理解し、予防的にケアすることが身体拘束を行わないことにつながる。患者の権利を尊重し身体拘束をなくすことをめざし、どのように考え、どのような行動をつるべきかを考えて対応する。

2. 身体拘束廃止のために、まず、なすべきこと — 5つの方針

- ① 病院の方針に則り、職員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当か、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。

（日本看護倫理学会 身体拘束予防ガイドライン）

3. 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。
 - i 起きる ii 食べる iii 排泄する iv 清潔にする v 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。

（日本看護倫理学会 身体拘束予防ガイドライン）

4. 身体拘束最小化を進めるための18のチェックポイント

1	「身体拘束」をトップ（管理者・病院長・看護部長）が決意し責任を持って取り組んでいるか
2	「拘束しない医療と看護」の推進チームを作るなど体制作りをしているか
3	各部所の看護師長がプロ意識を持ってチームを引っ張り、具体的な行動をとっているか
4	「身体拘束とは何か」が明確になっており職員全員がそれを言えるか
5	「なぜ身体拘束がいけないか」の理由を職員全員が言えるか
6	身体拘束によるダメージ、非人間性を職員が認識しているか
7	個々の拘束に関して、医療者側の理由か、患者側の必要性かについて説明できる
8	全職員が医療や看護の工夫で身体拘束を招く状況（転びやすさ、おむつはずし等）をなくそうとしているか
9	最新の知識と技術を職員が学ぶ機会を設け、積極的に取り入れているか
10	患者の不安や訴え等のサインに気付く観察技術を高めていくための取り組みを行っているか（観察による気づきの話し合い、観察記録の工夫）
11	各看護師が看護の工夫に取り組み、職種を超えて活発に話し合っているか
12	決まった指針や看護ケア内容を看護計画として文章化しそれを目標に全員で取り組んでいるか
13	必要な用具（体に合った車イス、マット等）を取り入れ、個々の患者に活用しているか
14	患者と関わる時間を増やすために業務の見直しを常に行っているか
15	患者との関わりを行い易くするために環境の点検と見直しを行っているか
16	「インシデント」についての考え方や対応ルールを明確にしているか
17	家族に対して「身体拘束廃止」の必要性和可能性を説明した上で協力関係を築いているか
18	身体拘束廃止の成功体験（職員の努力）を評価し成功事例と課題を明らかにしているか

高齢者認知症介護研究・研修東京センター（厚生労働省老人保健健康増進等事業）
ビデオ「身体拘束」より改変

【引用・参考文献】

- 1) 「身体拘束予防ガイドライン 2015」（日本看護倫理学会臨床倫理ガイドライン検討委員会）