

身体的拘束等の適正化のための指針

広島県厚生農業協同組合連合会
尾道総合病院

1. 身体拘束に対する方針

当院では、患者の尊厳と主体性を尊重し、拘束を容易に正当化することなく、職員 1 人ひとりが拘束による弊害を理解し、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行わない医療・看護の提供に努める。

2. 身体拘束の定義

衣類または綿入り帯等を使用して一時的に該当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。

3. 身体拘束は「1)身体拘束が必要となる可能性のある患者の状態・背景」の(1)～(5)のいずれかの状態であり、かつ「2)緊急やむを得ない場合」をすべて満たす場合に実施する。

1)身体拘束が必要となる可能性のある患者の状態・背景

- (1)気管切開・気管挿管チューブ・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・各種ドレーンなどを抜去することで、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
- (2)精神運動興奮(意識障害、認知障害、見当識障害、薬物依存、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・治療で長時間拘束が必要な場合
- (5)その他の自傷行為(自殺・離院・離棟の危険性など)

2)「緊急やむを得ない場合」に該当する 3 要件

「緊急やむを得ない場合」とは、以下の 3 つの要件「切迫性」「非代替性」「一時性」をすべて満たしている場合をいう。

「切迫性」：身体拘束を行わない場合、患者の生命又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、精神症状に伴う不穏、興奮)。

「非代替性」：身体拘束以外に患者の安全を確保する方法がない。

(薬剤の使用、病室内環境の工夫では対処不能、継続的な見守りが困難)

「一時性」：身体拘束が一時的であること。

4. 身体拘束における弊害

1)身体拘束を実施することで起こりうる身体的・精神的・施設的弊害の内容

身体的弊害	・身体機能の低下 ・皮膚損傷 ・深部静脈血栓症
-------	-------------------------------

	・事故：嘔吐物による窒息 転倒・転落 抑制具による窒息
精神的弊害	・せん妄の頻発、認知症の進行、不眠と昼夜逆転 ・不安、怒りなどの精神的苦痛 ・生きる意欲の喪失、拒絶、諦め、抑うつ
施設の弊害	・職員のやる気低下、プライド低下、モラルの低下 ・アセスメント能力、個別的ケア能力の衰退 ・危機管理能力の衰退 ・家族が混乱、罪悪感を抱く ・患者・家族の不信と無理解の進行 ・相互的なコミュニケーションの停止

5. 身体拘束の基準

1) 身体拘束の具体的な行為

- (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ひも等で縛る。
- (2) 転落しないように、ベッドに体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) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- (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などをつける。
- (6) 車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- (7) 立ち上がる能力のある人に、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。

6. 身体拘束として除外する行為

- 1) 離床センサー
- 2) 離院センサー(ドアコール)
- 3) 窓ロック
- 4) 検査・治療の際に一時的に行う四肢および体幹の固定
- 5) 小児科などで使用するシーネ固定

7. 患者本人及び家族への説明

- 1) 身体拘束実施にあたっては、事前に患者・家族への説明が必要であり、患者本人の同意が得られない場合、「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明・同意書」(様式 1)を用いて、家族に同意を得る。
- 2) 同意書には説明した医師及び看護師の署名も必要であり、記載した同意書はスキャンでの取り組みを行う。
- 3) 同意書の期限は 2 週間とする。2 週間を過ぎた場合は、再度、同意書を交わす。

8. 身体拘束の解除基準

- 1) 身体拘束に必要な緊急やむを得ない場合の 3 要件を満たさない場合
- 2) 身体拘束の影響から身体的侵襲が出現した場合

9. 身体拘束実施にあたっての注意事項

- 1) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、医師の指示が必要となる。(夜間・緊急時は事後入力でも可)
- 2) 身体拘束開始・中止の判定については、医師もしくは看護師 2 名以上での話し合いのうえで決定する。また、その内容は身体拘束カンファレンス記録テンプレートを用いて記録に残す。
- 3) 看護計画を立案、評価する。
- 4) 身体拘束開始後は、定期的(少なくとも 2 時間毎)に一時解除を行い、皮膚状態や神経症状の観察を行う。(観察に関しては、ケアセットを活用する)
- 5) 身体拘束開始・継続から 24 時間以内に再評価を行い、該当から外れた場合には速やかに中止し、記録に残す。

10. 身体拘束最小化に向けた取り組み

- 1) 身体拘束最小化に向けて、組織的に対応する。
 - (1) 多職種で話し合いの場を持つ。
 - (2) カンファレンスでの内容は、他職種で共有できるよう記事に残す。
 - (3) 必要時、認知症ケアチーム・身体拘束最小化チームに相談する。
- 2) 身体拘束をしない為の、原因・誘因の除去に努める。
 - (1) 患者とコミュニケーションをとり、関係性を保つ。
 - (2) 患者の言動を基に拘束しないための方法を導き出す。
- 3) 事故発生予防の環境作りと応援体制を行う。
 - (1) 必要に応じて、多職種や認知症ケアチーム、身体拘束最小化チームに相談し、ケアの統一を行う。
- 4) 代替策を常に検討していく。
 - (1) 患者の QOL の維持・向上にむけた視点を持つ。
 - (2) 患者の治療・ケアが継続できるよう検討する。

11. 身体拘束最小化のための組織体制

1) 身体拘束最小化チームの設置

(1) 設置

院内に身体拘束を最小化することを目的として、身体拘束最小化チーム(以下、チームという)を設置する。

(2)開催と役割

チームとしての会議は毎月一回開催し、次のことを協議する。

- 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。
- ②医療安全管理委員会と連携をとり、身体拘束最小化を推進する。
- ③身体拘束最小化に係わる指針の見直しを行い職員に周知する。
- ④日常的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実施されているか確認する。
- ⑤職員対象に身体拘束最小化に係わる研修を実施する。

(3)チームの構成員

委員長:専任医師

委員:専任看護師4名、専任薬剤師1名、専任理学療法士1名、事務2名