［日付］

身体抑制等最小化のための指針

さぬき市民病院

身体抑制最小化プロジェクトチーム

目　次

Ⅰ　身体抑制等最小化に関する基本的な考え方……2
Ⅱ　基本方針
　1　身体抑制等の原則禁止……2
　2　緊急やむを得ず身体抑制等を行う場合……2
　3　緊急やむを得ない３要件……2
Ⅲ　身体抑制等最小化のための組織体制……3
　1　身体抑制最小化プロジェクトチームの設置……3
Ⅳ　身体抑制等最小化のための職員教育……3
Ⅴ　身体抑制等を行わない方針……3
　1　介護保険指定基準において禁止の対象となる具体的な行為……4
　2　身体抑制等の最小化に向けた日常ケアにおける留意事項……4
　3　身体抑制等最小化のために必要な職員の共通認識……4
Ⅵ　緊急やむを得ず身体抑制等を行わざる得ない場合の対応……5
　1　カンファレンスの実施……5
　2　患者や家族に対しての説明……5
　3　記録と再検討……5
　4　抑制の解除……5
Ⅶ　鎮静を目的とした薬剤の適正使用……5
　1　薬剤による抑制……5
Ⅷ　身体抑制にかわる代替案……6
　1　転倒転落の危険性が高い……6
　2　チューブ類を抜いてしまう……6
　3　攻撃的な行為がある……7

Ⅰ　身体抑制等最小化に関する基本的な考え方

身体抑制は、患者の自由を制限することであり、尊厳ある生活を阻むものです。

当院では患者の尊厳と主体性を尊重し、患者さんの安全を確保しつつ、身体抑制を安易に正当化することなく、職員一人ひとりが抑制による身体的・精神的弊害を理解したうえで、抑制廃止に向けた意識を持ち、緊急やむを得ない場合を除き原則として、抑制をしないチーム医療の提供に努めます。

Ⅱ　基本方針

1　身体抑制等の原則禁止

さぬき市民病院において、身体抑制等防止に関し次の基本方針に則り、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、原則として身体抑制及びその他の行動を制限する行為を禁止する。

(1) 患者の人権を最優先する
(2) 身体抑制は廃止するべきものである
(3) 職員全員で身体抑制ゼロに向けて常に努力する
(4) やむを得ない場合、患者・家族に丁寧な説明を行い、身体抑制を実施する

2　緊急やむを得ず身体抑制等を行う場合

患者又はほかの患者の生命又は身体を保護するための方法として、緊急やむを得ず身体抑制等を行う場合は、身体抑制による心身の損害よりも、抑制をしないことによるリスクが高い場合において「切迫性」・「非代替性」・「一時性」の３要件の全てを満たした場合のみ、本人・家族への説明及び同意を得て行う。

また、身体抑制を行った場合は、その状況について診療録・看護記録に記載する。また、身体抑制開始をした時は、電子カルテの伝達機能を利用して身体抑制最小化プロジェクトチームに周知する。当該部署のスタッフとプロジェクトメンバーで代替案と早期解除に向けた検討を行う。

3　緊急やむを得ない３要件

(1) 切迫性
患者本人または他者の生命もしくは身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと

(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なものであること

Ⅲ　身体抑制等最小化のための組織体制

1　身体抑制最小化プロジェクトチームの設置

1）設置目的及び開催

さぬき市民病院は、身体抑制の最小化を推進することを目的として、身体抑制最小化プロジェクトチームを設置する。

プロジェクト会議は、第２火曜日 14 時より開催する。

２）チーム構成と役割

ア　医師

身体抑制最小化プロジェクトチームの責任者

イ　認知症看護認定看護師

身体抑制実態把握、身体抑制最小化に向けて現場での課題の把握、身体抑制解除に向けたケアの提案

ウ　看護師

身体抑制解除に向けたケアプランの立案と評価、記録の評価、研修会の企画・運営

エ　薬剤師

薬剤使用の内容把握、睡眠薬・抗精神病薬等の使用のタイミングの提案

オ　リスクマネージャー

身体抑制実態把握、抑制中、抑制解除後のインシデントの状況把握

３）チームでの検討項目

（１）身体抑制が開始されれば、チームメンバーと当該部署のスタッフが、緊急やむを得ない 3 原則と、身体抑制最小化に向けた代替案の検討の実施。

（２）抑制実施患者のラウンドを行い、(1 回/2 ヶ月)、抑制実施状況の確認、療養環境と代替案（非薬物）と薬剤調整の検討の実施。

４）記録及び周知

身体抑制最小化プロジェクト会の議事録にて、所属長に周知する

５）抑制実施状況の周知

病棟看護師が、空床報告の【各部署抑制状況】に自部署の抑制状況入力。

平日のみ、ベッドコントローラーがイントラネットを使用し、空床報告と抑制実施状況を全職員に向け報告。

Ⅳ　身体抑制等最小化のための職員教育

１）入院患者に関わる全職員に向け、定期的な教育研修を 2 回/年実施する。

（研修内容、研修方法に関しては、職員の希望を確認しながら実施）

Ⅴ　身体抑制等を行わない方針

患者や他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、以下１に示すような身体抑制、その他の患者の行動を制限する行為を行わない。

1　介護保険指定基準において禁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れ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れないように又は皮膚を掻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) 車いす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) 自分の意思で開くことのできない居室等に隔離する

（厚生労働省の「身体抑制ゼロへの手引き」の例による）

2　身体抑制等の最小化に向けた日常ケアにおける留意事項

身体抑制等を行う必要性を生じさせないため、日常ケアにおいて以下のことに取り組む。

(1) 患者主体の行動・尊厳のある日常ケアに努める
(2) 言葉や態度等で、患者の精神的な自由を妨げないように努める
(3) 患者の思いをくみ取り、患者の意向に沿った看護を提供し、多職種で個々に応じた丁寧な対応を行う
(4) 患者の安全を確保する観点から、患者のADLを下げるような行為は行わない。万が一やむを得ず安全確保を優先する場合は、多職種で検討する
(5) 「やむを得ない」と抑制に準ずる行為を行っていないか、常に振り返りながら患者の主体的な療養が出来るように努める

3　身体抑制等最小化のために必要な職員の共通認識

身体抑制等を行わない看護を提供していくためには、患者に関わる職員全体で以下の点について、十分話し合い共有認識を持ち、抑制をなくしていくことが必要である。また、身体抑制等に準ずる行為と感じた場合においても、情報を公表することが職員として責務である。

(1) マンパワー不足を理由に、安易に身体抑制等を行っていないか
(2) 事故発生時の法的責任問題回避のために、安易に身体抑制等を行ってはいないか
(3) 認知症であるということで、安易に身体抑制等をしていないか
(4) 転倒しやすく、転倒すれば大怪我をするという先入観だけで、安易に身体抑制等を行っていないか
(5) 看護提供の中で、本当に緊急やむを得ない場合のみ身体抑制等を必要と判断しているか、ほかの方法はないのか。

Ⅵ　緊急やむを得ず身体抑制等を行わざる得ない場合の対応

（身体抑制に関するマニュアルに準ずる）

患者本人又は他の患者の生命又は身体を保護するための措置として緊急やむを得ず身体抑制を行わなければならない場合は、身体抑制解除に向けた取り組みも実施する。

1　カンファレンスの実施

(1) ３要件の検討・確認

緊急やむを得ない状況になった場合、認知症ケア・身体抑制最小化プロジェクトチームを中心として、各関係部署の代表が集まり抑制による患者の心身の損害や抑制しない場合のリスクについて検討し、身体抑制を行うことを選択する前に、「切迫性」・「非代替性」・「一時性」の３要件のすべてを満たしているかについて確認する。

(2) 具体的方法の検討

要件を検討・確認した上で、身体抑制を行うことを選択した場合は、抑制の方法、場所、時間帯、期間等について検討し本人・家族に説明書を作成する。

(3) 解除に向けた検討

身体抑制解除に向けた取り組みを検討し、実施に努める。

2　患者や家族に対しての説明

身体抑制等の内容・目的・理由・抑制時間又は時間帯・期間・解除に向けた取り組み方法を詳細に説明し、十分な理解が得られるように努める。身体抑制等の同意期間を越え、なお抑制を必要とする場合については、事前に患者本人・家族等に行っている内容、方向性、患者の状態などを説明し、同意を得たうえで実施する。

3　記録と再検討

法律上、身体抑制に関する記録は義務つけられており、看護記録に身体抑制の様子・心身の状況・やむを得なかった理由などを記録する。身体抑制の早期解除に向けて、カンファレンスを１回／日行う。

4　抑制の解除

記録と再検討の結果、身体抑制を継続する必要性がなくなった場合は、速やかに身体抑制等を解除する。

Ⅶ　鎮静を目的とした薬剤の適正使用

1　薬剤による抑制

(1) 薬剤を使用して患者の行動を制限する場合も、身体抑制の実施基準に準ずる

(2) 医師・看護師は抑制以外の看護介入をあらかじめ試みたことを記録する

(3) 薬剤の副作用などの徴候や症状を、詳細にアセスメントする

(4) 医師・看護師は薬剤の種類や薬剤による抑制を実施する理由、考えられる副作用や使用計画も記載しなければならない

(5) 記録を継続し、患者の行動に基づいて一定間隔で、薬剤の減少や抑制の中止などを、医師に報告・相談する

Ⅷ　身体抑制にかわる代替案

1　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・転落する時、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」「落としたものをとりたい」「長時間座ってお尻が痛かった」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。

(2) 転倒・転落の予防的なケア

①　対象者の行動の理由を看護職が受け止める

ア　まずは対象者の認識している世界を理解し、受け止める

イ　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

ウ　「家に帰りたい」という場合には、さらにその理由を確かめる

②　自立的な動作を支援する環境づくり

ア　対象者が使用するものは手の届く位置に配置する

イ　ベッドの高さや車椅子の位置など、対象者が移動しやすい環境に整える

ウ　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

エ　夜間帯は適度な照明をつける

オ　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

③　排泄ケアの配慮

ア　排泄間隔を把握し、先取りして排泄ケアを行う

イ　利尿剤の使用や過剰な水分量などにより過活動膀胱になり、頻尿になっていないか確認する

ウ　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

ア　不安や寂しさが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を確認する

イ　対象者の生活史や価値観を踏まえて、言葉の真意をくみとる

⑤　生活リズムを調整

ア　夜間不眠など睡眠障害を把握し、日中の活動を検討する

イ　覚醒状況に応じて、ADL の介助量を調整する

2　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、経鼻胃管カテーテル、胃瘻、膀胱留置カテーテル）

(1) 基本的な考え方

対象者が医療行為の必要性を認識できない場合、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、はさみで切るかもしれない。まずは、対象者の視点にたち、なぜチューブ類を抜くのかを考

え、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検討する。

① チューブ挿入による痛みや不快がないか？

② 固定部位の皮膚の痒みや引きつりはないか？

③ ルートが目ざわりになったり、行動を制止したりしていないか？

④ 寝たきり、活動不足、低刺激の状態ではないか？

⑤ 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

ア 対象者によって苦痛の少ないチューブの種類やサイズを選択する

イ 痛みや不快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、拳を握っている、怒りの消失)

ウ 痛みがある場合は、医師と鎮痛剤を検討する

エ 固定の部位の観察と清潔の保持を適宜行う

オ 皮膚に負担の少ないテープ類を選択する

② 環境調整

ア 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

イ 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行う

ウ 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

エ 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

オ 食べる、トイレで排泄することの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むけた介入を行う

ア チューブ挿入目的を明確にして、どうなれば抜去できるかを検討する

イ 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

(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。自分の感情を制止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ている。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工夫をすることが重要となる。

(2) 予防的なケア

① 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

② 関わる時は、「否定しない、議論しない」優しく声かけ、叱ったり行動を制止しない

③ 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

④ 発熱、痛み、不快感の有無を観察して、早期の症状の緩和を図る

⑤ 帰宅願望が募る時間には一緒に過ごし和める時間をつくる

⑥ 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

認知症ケア・身体抑制最小化プロジェクトチーム作成

令和６年７月１日　制定

身体抑制最小化プロジェクトチーム改訂

令和８年７月　　改定