　「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：東京都立松沢病院

▼１．はじめに：最小化の理念

・拘束の意味

・拘束に対する意識

・最小化の目的

・医療安全と行動制限

・最小化できない理由を探らない

・看護とは何か

・モデル病棟

・治療開始時の拘束の是非

・ドラッグ・ロックと拘束の関係

▼２．身体拘束の動機と対策

・治療者側の倫理、正当化

→3-③トップが責任を示す

・「自分たちの責任だ……」

→4.拘束しない同意書

・事故防止の倫理

→1医療安全と行動制限

3-③インシデントレポート

・訴訟という言葉が脳裏をよぎる

→3-⑤見えないリスク

・業務優先の組織風土

→3-④見える化

・速度優先の組織風土

→1.看護とは

・業務量の増加

→3-③記録の重複確認

・「人手がない、時間がない……」

→1.看護とは、3-①ホール番

・治療方針に関する対話がない

→3-②治療方針の壁

・心理的安全性が低い

→3-⑤カンファレンス

・精神科患者へのスティグマ

→1.拘束の意味

▼３．最小化を実現する方法

①モデル病棟になろう

・受け持ちを持たない「ホール番」

・ホール番の人員確保の検討

・患者さんのQOLを考えた治療・看護

・早期リハビリ

②多職種連携・急性期からの最小化

・治療方針の壁を乗り越える

・倫理委員会との連携を可能にする

・治療開始時に身体拘束はしないという治療方針を定着すること

・「話せば通じる」という意識で内服を勧める

③最小化を推進するマネジメント

・インシデントレポートの提出を推奨

・現場を委縮させないリスクマネジメント

・何があっても現場が責められないという空気を作る

・不安を訴えるスタッフには個別対応

・記録に重複した内容がないか検討

④意識改革の工夫

・ホワイトボードに書き出す

・3原則のラベルを貼る

・情報開示

・拘束が始まったら病院トップが来る

⑤教育・研修

・見えないリスクの重大性を伝える

・患者さんの目線に立った研修を開催

・カンファレンスで発言を促す

・大丈夫だった成功体験を積み重ねる

▼４．代替方法の検討

▽点滴

・血栓リスクを評価したうえで、下肢からルートを確保する

・注意を促す文字を包帯に貼付する

・自己抜針予防のためのシーネの導入

・点滴自己抜去防止クリップの利用

・点滴が視界に入らない工夫

・ルート類の必要性を的確に判断する

・点滴自体を壁にガムテープで貼る

・常時観察できる時間の留置を検討

▽経管栄養・点滴・CV・Ba

・経口摂取をできるだけ継続する

・経口摂取の併行、回復を目指す

・本人が食べ（飲み）たい時に補給

・フェイスタオルを巻きテープで固定

・BaカテのDIBキャップを使用する

▽褥瘡予防

・ポリウレタンフィルム等で保護

・身体拘束を開始した時点から保護

▽最小化

・拘束感が少ないミトンを選ぶ（

・入眠している時間や、ケア時に外す

・まずは短時間解除

・点滴を夜間に行い日中は解除する

▽危険行動・転倒リスク

・低床ベッド、床マット

・ポータブルトイレを室内に設置

・壁付け

・ベッド柵

・点滴を夜間に行い日中は解除する

▽危険行動・転倒リスク

・低床ベッド、床マットを敷く

・ポータブルトイレへの排泄を目指す

・壁付け

・ベッド柵等にカバーを利用

・部屋にマットを敷く

・スポンジを敷き詰めた部屋

・ホールでその人のタイミングでトイレ誘導

・ナースステーションの近くに移動

・希望でベッドをホールに出し入眠

・ホテルのような快適さを与える

・前兆があれば早めに関わり、頓服を

・部屋入口にフットセンサーを設置

▽被害妄想、BPSD

・内服は決まったジュースで飲む

・信頼している人を探す。医師など

・自室に花のマークを表示

・病棟のあちこちに座り心地の良い椅子を配置

▽自傷・暴力

・致命的な自傷行為以外は取合わない

・拒薬の理由を知り、意向に沿った処方に切り替える。確実に服薬できる時間にずらす

▼５．委員会が取り組むべきこと

・身体拘束をしない同意書の導入

・第三者評価制度（巡回）

・外部の目を入れ、内部から情報発信

・一定の基準を示す

・ポスター

▼６．医療安全委員会の機能強化

・ヒヤリの増やし方

・ハインリッヒの法則に基づいた検討

・リスクマネジメント機能の強化

・評価機会の強化

▼７．おわりに

▼１．はじめに：最小化の理念

・拘束の意味：人として尊重するのであれば縛るのは論外（直接引用p43）。刑務所の中でも人を縛らないのに、病院で縛っていいわけがない（齋藤正彦：都立松沢病院院長p129）。「自分たちは人生の最後の部分をお預かりしている」と考えてかかわることが大事（直接引用p129）。

・拘束に対する意識：拘束をする業務と、拘束をせずに患者さんの対応をするのと、どちらが大変だろうか。都立松沢病院 精神科認定看護師の中田は、拘束していた時の方が大変と述べる。たとえば、モニタリング、皮膚剥離や褥瘡の管理、医師の指示チェックなど、それだけれ超勤になっていたという。また、拘束を外すことは、患者さんにも自分たちにもプラスになるという（間接引用p175）。

・最小化の目的：「ゼロ」が目的となってはいけない。本当の目的は「患者さんの幸福」である（間接引用p24）。「身体拘束ゼロ」という標語にも落とし穴がある。「身体拘束ゼロ」を優先して治療を拒否する時、身体拘束最小化はもはや患者のためではない。また、身体拘束の減少は、最適な医療の結果として起こるものでなければならない。つまり、われわれは急性期治療期間の短縮を目指す必要があり、症状が緩和される時期＝身体拘束を解除する時期（間接引用p93-94）、その見通しを共有する必要がある（間接引用p148）。したがって、患者さんの人生にとって必要だと判断したならば、身体拘束が必要になるときもあるし、逆を言えば、患者さんの人生にとって必要だと判断したならば、患者さんのQOLの向上、患者さんが幸せになることを目的として、身体拘束最小化を目指すこともある。結論として、「最小化」は手段であり、目的ではない。患者さんのQOLの向上が目的である（間接引用p103）。

・医療安全と行動制限：「医療安全」が患者さんのためであるという原点に立ち戻れば、「医療安全」と「人権・倫理」は対立するものではなく、協調し合うものだと理解できます（直接引用p32）

・最小化できない理由を探ってはならない：転倒させない看護を考えるのではなく、その人が安心して過ごせるには何が必要なのかを考える必要がある（直接引用p139）。なお、全国には身体拘束を実施しない病院・病棟がある。そこは公的病院と比べて、人や物が足りているわけではない（間接引用p100）。

・看護とは何か：看護は、非侵襲的・非侵襲的・非効率的なものである（阿保順子：北海道家用大学特任教授）。

また、看護とは、手と目で見て観察し、状態が悪化しないように事前に予防しながら患者を援助するということを意味している。したがって、人員を捻出してホール番を置き、患者さんの話を聞いて歩み寄る対応を可能にすること、また、他の患者さんは残りのスタッフでカバーすることは、看護の質を高め、患者のQOLを向上させることに繋がるだろう（間接引用p174）。しかし、このやり方は容易ではない。急患や重篤な状態の患者がいる場合、他の患者への対応が遅れる可能性がある。そのため、効果的なチームワークと優先順位付けが必要となるであろう。

・モデル病棟：認知症病棟は、2012年に病院が身体拘束最小化の方針を打ち出した時にモデル病棟となり、真っ先に身体拘束最小化に向けて始動した病棟です（直接引用p81）。認知症病棟のはじめの一歩は、「身体拘束をしない」同意書の導入、受け持ちを持たない「ホール番」をの導入、認知症機能訓練が取り上げられています（間接引用p29-31）。また、取り組みを始めて４か月ほどで身体拘束がゼロになり（間接引用p85）、他病棟に大きな影響を及ぼしたとされています（間接引用p83）。一方、身体合併症病棟は、身体拘束を減らすのが最も難しい病棟の１つと言われています（間接引用p143）。

・治療開始時の拘束の是非：入院後数日はBPSDが出て当たり前。ここでの身体拘束を避ける（間接引用p135）。

・ドラッグ・ロックと拘束の関係：薬を増やすことで拘束を減らしているのではないかと想像されることがあるが、逆に、拘束が減ることで、鎮静薬が有意に減ったことが明らかになっている。これは、薬で拘束を代替したのではないという事を示している（間接引用p172）。

▼２．身体拘束の動機と対策

・治療者側の倫理、正当化（間接引用p3）。

→3-③トップが責任を示す

・「自分たちの責任だ……」と感じてしまう（直接引用p53）「転倒したら家族から責められるのではないか」「上司から咎められるのではないか」（直接引用p87）。

→4.拘束しない同意書

・事故防止の倫理（p4）。

→1医療安全と行動制限、3-③インシデントレポート

・訴訟という言葉が脳裏をよぎる（間接引用p57）。

→3-⑤見えないリスク

・業務優先の組織風土：マニュアルにしたがって正しい手続きを踏んでいるということや、記録に残しているということが、しばることへの本来のためらいを薄め、私たちの倫理観を無視している（間接引用p3）。→3-④見える化

・速度優先の組織風土：食事の時間に食べ終わらないと、「この患者さんは経口摂取が無理」と判断されがちだ。しかし、1人1人の患者さんに合わせて時間と手間をかけることを忘れてはいけない（直接引用p165）。→1.看護とは

・業務量の増加：Drコール、CT検査、ヒヤリハット、1時間毎のバイタルサイン測定、重複した記録、家族連絡などの業務がのしかかり、現場はできるだけ転倒させたくない（職員の声）、「自分の勤務の時に転倒させてはいけない」と思うようになり、その結果、対策として「身体拘束をしっかり行う」（直接引用p53）。→3-③記録の重複確認

・「人手がない、時間がない……」（直接引用p101）。

→1.看護とは、3-①ホール番

・治療方針に関する対話がない：身体科医と精神科医の間に対話がなかったり、看護師と医師の関係も、対話だけでなく指示出しがあるだけで、互いに要望を共有していない状況がある（間接引用p143）。→3-②治療方針の壁

・心理的安全性が低い：若手看護師がカンファレンスで発言できない組織風土があるために、斬新なアイデアが提案できない（間接引用p71）。→3-⑤カンファレンス

・精神科患者へのスティグマや、予測不可能なことに対する恐怖を無意識的に排除しようとする（間接引用p187-188）。→1.拘束の意味

▼３．最小化を実現する方法

① モデル病棟になろう

・受け持ちを持たない「ホール番」（直接引用p29）：日中はホール番制度を設け、1日じゅうホールで患者さんを選任で見守る役割を作る。これにより、日中ホールで過ごす患者さんの車いすベルトを解除することを可能にする（間接引用p83）。ホール番は、話はしなくてもそっと横に並び、隣に座っているだけでいい（間接引用p86）。何か行動があれば、スピーチロックをするのではなく、「何がしたいですか？」と聞く（間接引用p132）。また、患者さんは何がしないのか、なぜ転ぶのかを推測する。そのためにも、もっと動いてもらい（間接引用p126）、こだわりの裏にあるルールを把握する（直接引用p137）。

・ホール番の人員確保の検討：確かに、精神科病棟では精神科特例が適用されスタッフの人員が限られる。また、民間病院は公的病院と違い、より高度なコスト削減が求められる。これらは、認知症治療病棟や合併症病棟でホール番制度を導入することが困難であることを仄めかす。しかし、本当に導入できないのであろうか。以前、認知症治療病棟において、人員不足で専従ができないから一律にしない、という意見があった。しかし、午後にあると職員に余裕ができる日もあった。また、外国人介護人材受入れが始まってから、余裕があるのに職員が詰所にこもっている状況が顕著になることもあった。看護師は、医療倫理に4原則に従い、患者への無危害、医療資源の公正配分に努める責務がある。この問題を解決する方法として、まず、ホール番を行う基準を設定し、可能な日に行うこととする。つぎに、リスクのある患者さんは午前中に入浴とOT参加を集約させてもらい、午後13:45～16:45はホール番が見守る。さらに、これ以降は遅出が責任を持つ。こうすれば人員が捻出できないだろうか。さらに人員の効率を求めるならば、ナーシングワゴンを活用してホールで記録してもらう方法が4原則に則った対策になると考える。これにより、人員を最小限におさえつつ、患者さんの動きを素早く察知し、行動を予測しながらケアを行うことも可能となる（写真あり、間接引用p141）。結論として、公的病院と違い人員不足なので一律にできない、とするのではなく、医療倫理の4原則に従い、民間病院として最善の代替方法を模索することが、患者の利益につながるだろう。

・患者さんのQOLを考えた治療・看護（直接引用p28）：患者さんとコミュニケーションを深め（直接引用p47）、患者さんの行動を問題行動と捉えずに「困っているサイン」と捉える（直接引用p80）。認知症の患者さんは、本人の意思に沿ったかかわりをすれば落ち着かれる（直接引用p127）。表現することのできない患者さんはどうすればいいのか。本人がどう過ごしたいか、どう考えているかを知ることができない場合、受け持ち看護師による働きかけへの反応から、どうしたいのかを想像し、多職種で話し合い、自分ならどのように最後を迎えたいのかを考えることになる（間接引用p158）。その際、相手が何を考え感じているかを、相手の立場になって想像するためには、患者さんがわずかに見せる苦痛の表情や発語から感じているものを想像する必要がある（間接引用p161）

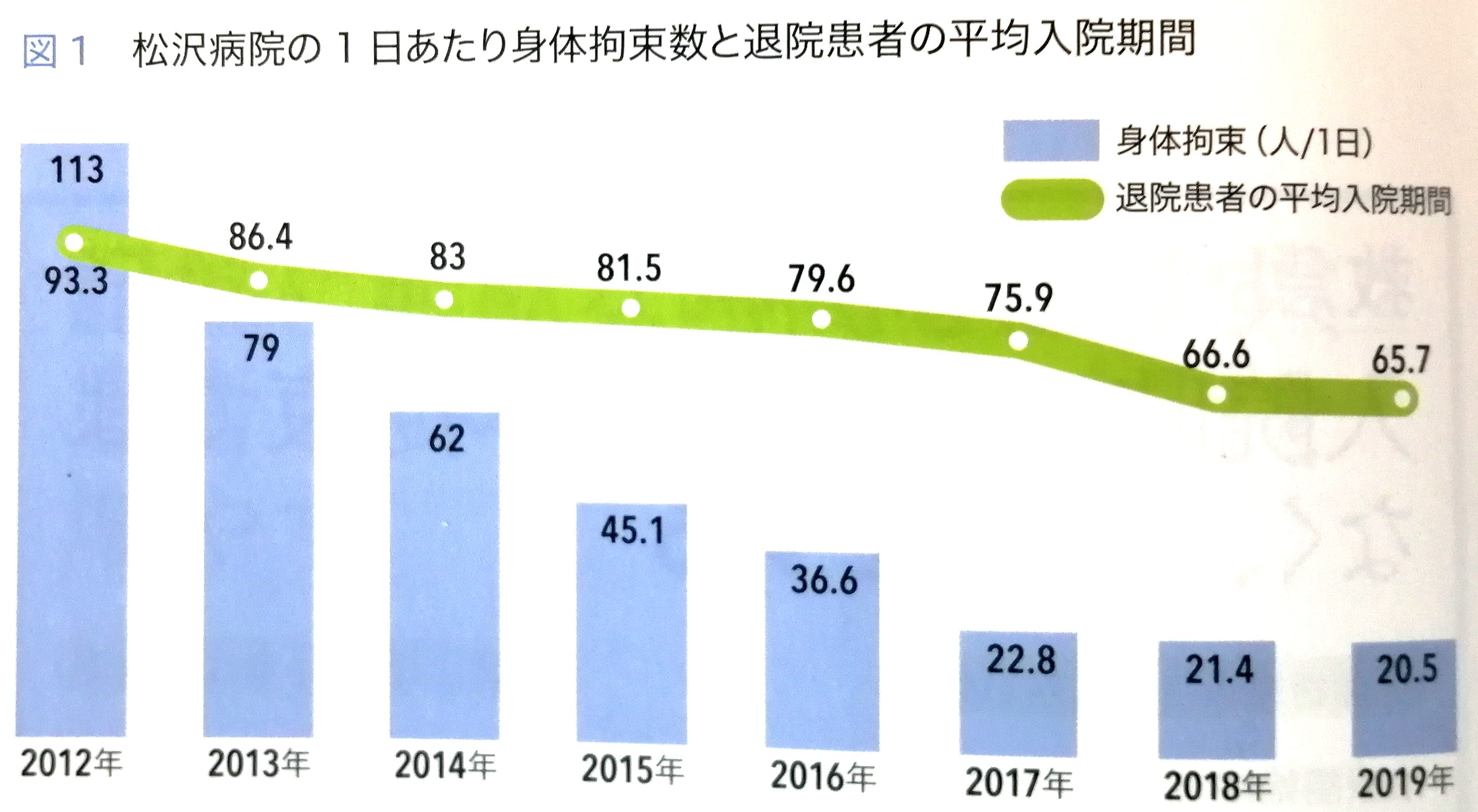
・早期リハビリ（直接引用p28）：昼食前の嚥下体操、午前・午後の５分程度のラジオ体操、ラジオ体操後のエビカニクスダンス、できるだけトイレで排泄してもらう排泄援助（間接引用p31）

② 多職種連携・急性期からの最小化

・治療方針の壁を乗り越える（直接引用p32）：身体科医には、生命優先に配慮しつつ、できる限り行動制限が最小となるよう指示・処方を検討してもらう必要がある（間接引用p90）。一方、身体科医と精神科医の間に対話がなかったり、看護師と医師の関係も、対話だけでなく指示出しがあるだけで、互いに要望を共有していない状況が見受けられる（間接引用p143）。他方、精神科医が身体科治療の方針決定にも深く関与した結果、身体拘束の削減、期間短縮につながったとされる（間接引用p48）。また、成功事例では医師が「スタッフは何か困っているの？」「患者さんは何が怖いと言っているの？」というように看護師の不安を聞き、気がねなく相談できる関係性をつくり、患者さんの元に一緒に行って説明や説得をしてくれるようになったのが大きいと言われている（間接引用p171）。したがって、困難事例であればあるほど、多職種でカンファを開き（間接引用p61）、患者さんのゴールを共有する（間接引用p145）ことが有効であろう。

・倫理委員会との連携を可能にする：QOLを左右するような治療を選択せざるを得ない時は、患者さん・家族・医療者とで十分な話し合いを行う。患者さんの意思が確認できない時は、多職種で話し合い、場合によっては院内の倫理委員会にかけたうえで治療を決定する（間接引用p98）。

・治療開始時に身体拘束しないという治療方針を定着する（間接引用p27）：身体拘束の削減に伴い、かえって平均在院日数も減少したことが示されている（図1）（間接引用p74）。また、治療開始時のラポール形成に役立っているとされる（間接引用p176）。さらに、外来である程度の要望を聞いて、納得を得ると、鎮静せずに病棟へ上がってもらえる例が出てきているとのこと。具体的には「仕事の電話をかけたい」という方が多いそうである。したがって、治療開始時にできるだけ身体拘束を防ぐには、入院に際して心配なことは１つ１つ消していける対応や、こちらが可能な限り引いて、患者さんの怒りを増幅させない接遇の努力が求められる。また、ギリギリまで鎮静薬を使わず対応できるように、外来の診察室のバックヤードや待合室など、どこにいてもポンと押せる緊急コールを増やすことも有効である（間接引用p173-174）。さらにこの取り組みを推進するならば、外来で薬を飲んでもらう方法もある。たとえば、医師が患者さんに、過去に飲んで落ち着いた経験のある薬などを聞いて、看護師が声かけをバックアップする。それでも反発が大きい時は、説得できる別のスタッフに交代したり、医師を呼んで事情を聴いてもらう。このような努力により、拘束されることなく病棟に歩いて入院される方が増えているとのことである（間接引用p174）。



「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,東京都立松沢病院,医学書院,2019,p74より引用

・「話せば通じる」という意識で内服を勧める：そばに寄り添い、目線を合わせ、声のトーンを下げ「少し落ち着かないようなので、安心のために今のうちに薬を飲みましょうか」と声をかけると、内服してもらえた体験が語られている。興奮状態を看護師がアセスメントし、鎮静薬の内服指示を看護師が提案することも有効（間接引用p178）。

③ 最小化を推進するためのマネジメント

・インシデントレポートの提出を推奨し、事故のリスクを管理する：違法性や重大な不注意がない場合には担当者の責任を問わない事、重大な事故の責任は病院管理者が負うことを徹底し、ⅠAレポートの提出を推奨（直接引用p46）

・現場を委縮させないリスクマネジメント：インシデントレポートの振り返りは「絶対に転ばせないように」ではなく、「なぜ転ばせたのか」「今後転ばせないためにどうするか」に焦点を当てて検討する。（直接引用p53）

・何があっても現場が責められないという空気を作る：最小化を推進するための前提として「看護管理者が最終責任を負う覚悟をもたなければ、現場の看護師は安心してチャレンジすることができないし、信頼してついていくこともできない（三浦紀子：都立松沢病院 前看護部長、直接引用p188）」、「現場だけで拘束を減らすのは難しい。病院のトップにその意向がないと無理だ（菊池ひろみ：都立松沢病院PSW、直接引用p128-129）」と言われている。また、「身体拘束をなくすために最善を尽くすことができるのは、もし事故が起こった時に、管理者が私たちを守ってくれるかどうかにかかっている（中田信江：都立松沢病院 精神科認定看護師、直接引用p54）」ともされている。さらに、管理者が、組織トップの２人（病院長と看護部長、）が方針と責任（いざという時に責任を負う覚悟があること）を明言する、その他、師長は不安の声を吸い上げる中間の立場になって病棟を支える、リスクマネジャーは現場を委縮させないリスクマネジメント（前述）を行い、チームを組織として支える、不安を成果に変えていけるように、組織がしっかりする（間接引用p42-43）、といった方法が必要であること示されている。

・不安を訴えるスタッフには個別に対応：リスクマネジャーは責任追及をせず、守られていることを実感させる。そのうえで、拘束をしないで患者さんに何かあったら責任を取るけど、必要のない拘束をして何かあった時は責任を取らない方向を共有する。加えて、拘束の３条件である緊急性、非代替性、一時性を満たしているのであれば、当直医と相談してやむを得ない場合は拘束してもいいということを伝える。（間接引用p41）

・記録に重複した内容がないか検討：記録に時間を割くよりも、できる限り患者さんのそばで寄り添い、身体拘束が解除できるよう時間をつくり出す（間接引用p72）

④ 意識改革の工夫

・ホワイトボードに書き出す：まず初めに、可視化することで、自分たちが安全に看られる範囲を確認しながら進める（完成引用p83）。具体的には、身体拘束患者全員の氏名、拘束部位、拘束時間を書き出し、1人ずつアプローチ（直接引用p83）する。

・3原則のラベルを貼る：身体拘束具を病棟から減らし、1組だけお守りとして、ロッカーにしまい、これを開ける時は緊急性、非代替性、一時性の３原則に照らし合わせ、やむを得ない事態が発生した時とする（間接引用p86）。

・情報開示：家族に病棟に入ってもらい、年間の事故件数を説明し、ホームページにも出し、学会発表でも報告する。また、軽微な転倒が何度かあることも多いので、リスクをご家族に理解してもらう。そのうえで、転倒があった場合は即座に連絡する。医師の方々には、事故が起きた場合は夜間でもすぐに家族に連絡してもらう。（間接引用p40）

・拘束が始まったら病院のトップが来る：電子カルテで拘束されている患者さんをすぐキャッチできるようにし、院長が病棟に来て、拘束中の患者さんの所に行って、「この拘束は妥当か」「外せるなら外してください」と医師や看護師とディスカッションする。現場も次第に、毎回院長がやってきて拘束を外すことになるなら、最初から拘束しないようにしようという感じになっていく（間接引用p170）。

⑤ 教育・研修

・見えないリスクの重大性を伝えていく（間接引用p57）：身体拘束をしないことによる弊害（例：転倒が増える、ルート自己抜去が増える、訴訟のリスクがある）だけでなく、しないことによるメリット（廃用症候群による誤嚥性肺炎や寝たきりによる褥瘡が予防でき、身体管理、食事介助などのケアが減る（間接引用p86）、平均在院日数が減少する（間接引用p73）、ラポール形成に役立つ（間接引用p176）、看護師がやりがいを感じる（間接引用p120）… ）や、することによる弊害（ADL低下、褥瘡、食欲不振、誤嚥、肺機能低下、便秘、精神症状増悪、次の施設で受け入れてくれない）、抑制死（『縛らない看護』,吉岡・田中著,医学書院,1999）という負のスパイラルにも目を向ける。

・患者さんの目線に立った研修を開催：カンフォータブルケア、認知行動療法、動機づけ面接法などの精神科看護技術の研修は「それは身体拘束する理由になるのか？」と常に自問自答できる問題意識の醸成に役立つ（間接引用p59）。また、CVPPP（包括的暴力防止プログラム）の知識・技術の向上による暴力防止（直接引用p27）については、患者さんの怒りに関する考え方を統一し、接遇の質を上げることで、身体拘束を減少させる狙いもある。さらに、CVPPPの研修を経て、お互いの安全を守るため「〇〇に行くので誰か付いてきてください」とか、医師にも「1人で行かないでください」と言うようになることで、チームワークの向上（間接引用p171）に関連して、さらなる身体拘束最小化につながるだろう。これは、職員が暴力を受けなければ、患者さんが身体拘束を受けることが回避できるという考え方である（間接引用p185）。

・カンファレンスで発言を促す：まず、身体拘束の選択という思考から離れ、どうしたら身体拘束をせずに対応できるかを検討し続けることが必要である（間接引用p184）。つぎに、身体拘束の3原則（切迫性、非代替性、一時性）に立ち返り、事例を考えることも有効である（間接引用p153）。さらに、発言が少ない若手看護師を中心に斬新なアイデアが提案されるように、病棟長が前向きな意見はなるべく取り入れ、１つ１つ是認することで、組織風土の改善を目指すことが求められる。しかし、チームで活動する以上、多数決の原理が働く場合が多い（間接引用p188）。もし、”解除慎重派” に傾いてしまった場合は、行動制限委員会が病棟委員会に参加し、「転倒してしまっても委員会の助言だったから」と理由づけできるようにする方法もある。委員会が病棟内の対立を回避する役割を取ることで、病棟全体が慎重派に傾くという悪循環を防ぐことができる（間接引用p62-65）。

・大丈夫だった成功体験を積み重ねる（直接引用p37）：まず「あなたの受け持ち患者さんは拘束を外せますか」と看護師１人１人にヒアリングしていく（直接引用p37）。つぎに、精神面、身体面を含めた総合的なアセスメント（直接引用p28）を行い、拘束解除を目指した看護計画を立ててもらう。観察項目を設定して細やかに状況を把握することが、拘束解除検討の根拠となるからである（間接引用p119）。小さな成功体験を積み重ねながら、徐々に職員1人1人の内発的動機づけに変換していく（間接引用p188）。

▼４．代替方法の検討

▽点滴

・血栓リスクを評価したうえで、下肢からルートを確保する（写真あり、直接引用p156）。

・注意を促す文字を包帯に貼付（写真あり、直接引用p164）。

・自己抜針予防のためのシーネ（写真あり、間接引用p66）

・点滴自己抜去防止クリップ（写真あり、直接引用p157）

・ルートを足元から出したり、点滴台が視界に入らない車いすの後ろなど配置にする（間接引用p147,写真ありp163）

・ルート類の必要性を的確に判断する（間接引用p28）、点滴でない方法はないか（間接引用p155）。

・点滴台が倒れて患者さんがケガをする危険があれば、点滴自体を壁にガムテープで貼るという方法がある。この方法も危険行動や自己抜去のリスクがあるが、リスクゼロを目指すと拘束せざるを得なくなるので、ゼロは目指さない。また、自己抜去リスクが高ければ、心機能・腎機能などを評価したうえで、最小限の時間で点滴が終了するように低下数を調整する（写真あり、間接引用p180-182）。なお、事故になりそうな場合は、事前に医師と相談して、可能な限り早めに点滴を抜いて終了することで、事故はおこらなかったとされる（間接引用p171）。

・常時観察できる時間の留置を検討（間接引用p155）：たとえば、自己抜去防止を目的として人目のあるホールで看護師の見守りのもと注入や点滴を実施（間接引用p157）。その際、看護師がそばで会話したり、レクをすることで、ルート類から気をそらす（写真あり、間接引用p163）。

▽経管栄養・点滴・CV・Ba

・経口摂取をできるだけ継続する（直接引用p157）

・経口摂取の回復を目指す（間接引用p163）。注入による栄養摂取と並行して経口摂取を開始し、単品食から徐々に食形態を上げる。入院45日目にCV抜去、50日目に経管栄養終了の事例もある（間接引用p152）。

・決まった時間での食事摂取だけでは1日に必要な栄養・水分が摂れない場合、点滴を実施するのではなく、本人が食べたい（飲みたい）時に栄養・水分を補給する工夫をする。夜中にジュースや栄養補助食品で栄養を補うことも可とする。ただし、誤嚥・窒息には細心の注意を払う。このようなケースでは、家族に本人が好きな食べ物を持ってきてもらい、面会時に少量ずつ摂取すてもらう方法もある（間接引用p164）。

・CVは頸部にフェイスタオルを巻きテープで固定することで、刺入部に触れることができないよう保護する（写真あり、直接引用p150）

・膀胱留置カテーテルの長さを短くして目に触れないようにし、DIBキャップを使用する（間接引用p155）。

▽褥瘡予防

・拘束部位に著しく外力が生じる場合は、早期よりポリウレタンフィルム等で保護を行う（間接引用p167）

・身体拘束を開始した時点からドレッシング材による保護を行う。なお、拘束帯の圧迫や摩擦、ずれにより発生した医療関連機器圧迫創傷は、褥瘡に属する（間接引用p168）。

▽最小化

・拘束感が少ないミトンを選ぶ（写真あり、間接引用p160）。

・入眠している時間や、看護師がケアを行っている時には積極的にミトンを外す（間接引用p160）。

・まずは昼間に職員が付き添って短時間解除し、それを見てアセスメントし直そう（直接引用p56）

・点滴治療は日中（間接引用p89）だけでなく、夜間に行うという方法もある。これにより、10時～16時は身体拘束を解除して隔離にすることで最小化を図ることができる（間接引用p166）。

▽危険行動・転倒リスク

・低床ベッドの高さを一番低くし、ベッド横に床マットを敷く（間接引用p113, 写真ありp140）

・ポータブルトイレを室内に設置し、オムツではなくそこで排泄してもらことを目指す（間接引用p109）

・壁付け（間接引用p147）。

・ベッド柵カバーを利用（間接引用p155）したり、ベッドボード、ベッドの角ばった所をクッション材でカバーし、頭部外傷などを予防する（写真あり、間接引用p140）

・部屋にマットを敷く。マットはズレたりせず、汚染時は洗えるものとする（間接引用p109）。

・スポンジを敷き詰めた部屋（間接引用p80）

・基本的にはホールでゆっくり過ごしてもらい、その人のタイミングで、トイレ誘導する（間接引用p127）。

・ナースステーションの近くに移室する（間接引用p118）

・本人の希望でベッドをホールに出し、看護師がそばに付き添うことで入眠できるようにする（直接引用p139）。

・いつでも好きなだけ絵が描けるようにする、好きな音楽が自分のタイミングで聞けるよう小型ラジオを購入する、壁に好きな俳優の写真を貼るなどし、ホテルのような快適さを与え、穏やかな入院生活を目指す（間接引用p116）。

・不穏の前兆行動をアセスメントして看護師が把握し、不穏が増強する傾向があれば早めに関わり、頓服を使用して精神安定を図る（間接引用p115-116）。

・他患の経鼻チューブを抜く場合、他の患者さんの部屋入口にフットセンサーを設置する（間接引用p131）

▽被害妄想、BPSD

・内服は決まったジュースで飲む（直接引用p138）。

・信頼している人を探す。医師など（間接引用p138）。

・花のマークを表示し、自室をわかりやすくする（写真あり、間接引用p141）。

・病棟のあちこちに座り心地の良い椅子やソファを配置し、夜景などを眺めてもらってゆったりしてもらう（写真あり、間接引用p142）。

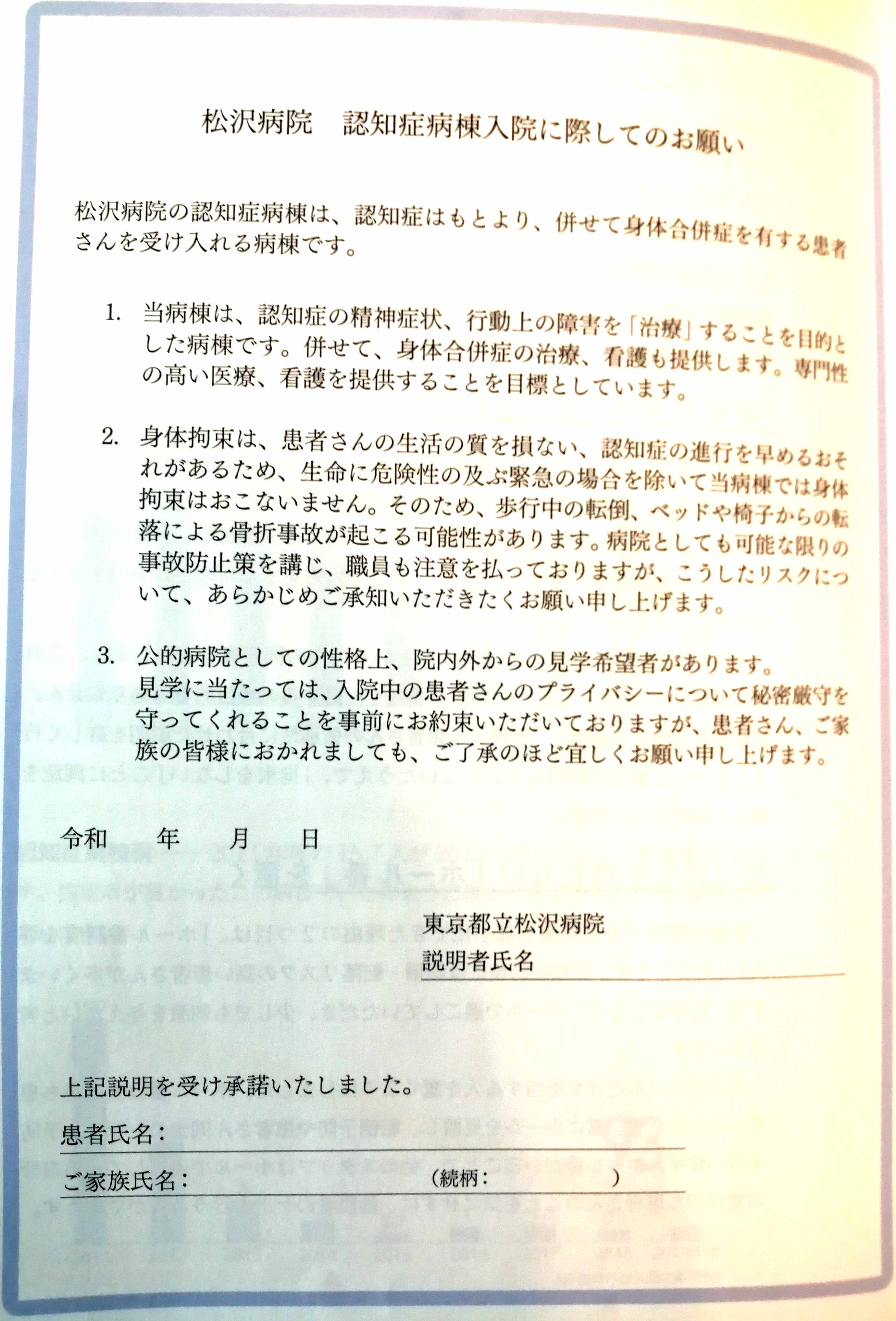
▽自傷・暴力

・致命的な自傷行為以外は取り合わないようにする、そして夜間の不穏に対しても、事象をほのめかした交渉事には薬物でしか対応しないと対応を統一（直接引用p122）。

・拒薬・暴力：①できる限り患者さんの意向に沿った処方に切り替える。そのためには、本人がなぜ薬を拒むのかの情報収集とアセスメントを行う。たとえば、子供を授かることを諦められなかったことや、副作用で太ることへの抵抗かあることなどが分かってくる。そこで、医師が薬剤をできる限り調整する。また、②服薬時間を職員数に余裕がある時間にずらし、確実な与薬を目指す。さらに推進するならば、10時と16時に与薬のために保護室へ入室する旨を事前にアナウンスし、職員を招集した。それでも拒薬が続けば、③内服か筋肉注射かの希望を聞く。事例では、当初はどちらも拒否し、本人へ最善の選択肢であることを説明しながら、複数の職員で筋肉注射することを繰り返した。その結果、徐々に落ち着きを取り戻したとされている。その後も④「治療に必要な最低限の薬剤であること」「意向をできる限り考慮した薬剤であること」を説明し続ける必要がある（間接引用p183-185）。

▼５．行動制限最小化委員会が取り組むべきこと

・身体拘束をしない同意書（図2）の導入（間接引用p29）：まず、病院として身体拘束最小化に取り組んでいることを公表する。同意書に納得いただければ、サインをいただいてから入院となる（間接引用p58）。同意書を用いる最大の目的は、家族への丁寧な説明を行う際の補助ツールとしての機能である（直接引用p87）。また、患者さんの尊厳を再確認する作業でもある（間接引用p88）一方、同意書に法的効力などない。家族が同意していたからといって、医療者の過失が大きければ責任を問われるだろう。ゆえに、同意書があれば観察や対策を怠ったりできるといったものでは決してない。他方、同意書は医療者側の不安を大きく低減され、家族も我々の方針を支持してくれているという安心感のもと、正しいと信じる医療を行う自信を高め（直接引用p87）得るであろう。図2 「身体拘束をしない」ことを家族に了承してもらうための同意書



「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,東京都立松沢病院,医学書院,2019,p30より引用

・第三者評価制度（巡回）を通して、行動制限最小化委員会が現場で解除を推進する：委員会が監督機関になるのではなく、現場の味方になることで、職員の行動の後ろ盾になる（間接引用p62）。困難事例については、委員会メンバーが病棟に出向き、委員が直接、患者さんや職員の思いを聞いたり、病棟構造を見る。その後、委員会という外部の視点から、病棟カンファに直接参加したり、評価レポートを通して、他の病棟でうまくいった代替手段などを提案する。また、”解除推進派”と”解除慎重派” が膠着している事例では、解除後に転倒してしまった場合に「委員会の助言だったから」と理由づけできるようにし、委員会が病棟内の対立を回避する役割を取ることで、病棟全体が慎重派に傾くという悪循環を防ぐ（間接引用p62-65）。

・外部の目を入れ、内部から情報発信する：患者さんや家族、保健医療費を担う国民の評価を積極的に受け入れるために患者・家族アンケートを定期実施する。研修・見学者を積極的に受け入れる。PSWを含めた第三者評価制度（巡回 前述）の導入。評価レポートの作成と病棟カンファの連携（前述）。病院幹部を含めた医療安全合同の年度末ディスカッション。行動制限に関するデータを師長会で公表し、学会、論文執筆、HPへ発信する。（間接引用p47）

・看護の基準としてでもいいので、一定の基準を示す：身体固定の法的根拠として、告示130号に対する2000.7.31の疑義照会に、①車椅子移動の際の転倒防止を目的とした安全ベルトによる固定、②就寝時にベッドから転倒を防止するための短時間の身体固定、③身体疾患に対する治療行為としての一時的な点滴中の固定は指定医の指示が必要な行動制限とはしない、と回答された。これに対し、病院の理念や身体拘束の定義と照らし合わせ、身体拘束に関する基準（4時間以上は身体拘束とする）を明確に示すことが、患者や職員を守ることにつながる（間接引用p21-22）。

・ポスター：拘束解除できた事例のポイントについて、委員会が職員に広報する（写真あり、間接引用p111）。退院患者、在院患者アンケートの自由記載欄を読むことは、隔離・拘束の削減に大きな力があった（直接引用：p6）

▼６．医療安全委員会の機能強化

・ヒヤリの増やし方：レポートの報告が容易くなるよう電子カルテを工夫する。小さなインシデントであればごくごく簡単な報告でよい、法令違反や重大な怠慢がない限り報告者の責任を問わない、という方針を徹底する。結果、軽微なインシデントの報告数が増えた。（間接引用p4-5）

・ハインリッヒの法則に基づいた検討：インシデント：アクシデント比を確認する。３：１といった比率ではではインシデントが上げられていない。（間接引用p39）

・リスクマネジメント機能の強化：専従リスクマネジャーに求められる役目は、事故が起こった時に張り切って調査に入り、責任の追及することではない。何もない時にⅠAレポートを集め、分析し、大きな事故の兆しを察知し、それを避けることである。事故は必ず起こる。事故の責任は、当事者だけでなくそれを防げなかったリスクマネジャーのものである。そうして最後は、看護部長、病院長が責任を負う覚悟を示すことが、職場の安心を高める（直接引用p5）。また、リスクマネジャーが「なぜ転ばせてしまったのか」と個人を責めるのではなく、見守るという対応、「次にどうしていくか」「これからどうしていくか」という話し合いが、本当に守られていると実感することにつながる（間接引用p39, p127）。さらに、「たとえ転倒したとしても重症化しなければよいのではないか」という考えは、次の安全対策を施すきっかけになる（間接引用p109）。

・評価機会の強化：面会に来られた家族を可能な限り病棟内に導き、職員の緊張を高めることで看護の質向上に結び付けるとともに、厳しい現場を理解してもらう。院外からの研修、見学等を積極的に受け入れる。第三者評価制度（巡回）の導入。評価レポートの作成と病棟カンファの連携。病院幹部を含めた医療安全合同の年度末ディスカッション。学会、論文、講演、HPへの発信。（間接引用p5-6）

▼７．おわりに

・入院の１事例：入院時に主治医から家族に対し治療の説明を行った際、妻より「先生､拘束をしていただいてかまいません。以前の病院でもしていました。わかっています……」と表出があった。主治医より「当院は生命の危険性に及ぶ緊急時を除いては、身体拘束はしない方針です。そのため転倒や転落、場合によっては骨折事故などにつながる場合もあるかもしれませんが、職員一同事故防止に充分な注意を払っていきますので、ご理解をいただきたいです」と説明を行った。すると妻の表情が一転し、「本当ですか。 ありがとうございます。本当は私、主人が拘束されているのがつらくて、つらくて……。先生よろしくお願いします」と涙ぐんでいた（直接引用p134）。毎日の積み重ねの結果、Kさんがスプーンをもって自分で食べることができた時は、看護師みんなで声を上げて喜んだ。その様子を見た妻は「こんな日がくるなんて、ほんとに思っていませんでした」と涙ぐんでいた（直接引用p165）。

・肥前精神医療センターは極めて高コストな病院であり、その赤字はほとんど公費で補填される。この状況を正当化するためには、一般納税者を含むすべての利害関係者を納得させるだけの精神利用を展開しなければならない。民間病院の依頼を断らないことで、収支に合わない手間のかかる患者は肥前が引き受けるという方針を徹底することは、税金を使う大義になり、精神医療全体の治療の質の向上にも資するだろう。