

身体抑制に関する指針

【当院の指針】

身体抑制は患者の人権を侵害するものであり、原則として実施しない方針である。しかし、下記の基準を満たした場合に限り実施可能とする。実施にあたっては、患者の状態について十分なアセスメントを行い、患者および家族の理解と承諾を得ることを前提とし、必要最低限かつ早期解除の方向で関わる事とする。

【定義】

身体抑制とは「患者の自由な行動を制限するために行われるあらゆる方法であり、用具や薬剤、あるいは物理的な方法を含む」ものである

※以下は厚生労働省『身体拘束ゼロへの手引き』より

- 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転倒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りにしないように、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(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

【抑制基準】

下記の抑制三原則をすべて満たしているかについて検討したうえで、やむを得ない場合のみ医師の指示のもとに実施すること。また、患者および家族の理解と承諾を得ることを前提とする。

【切迫性】身体抑制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

意識障害、理解力低下、精神症状に伴う不穏、興奮など

【非代替性】身体抑制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など

【一時性】身体抑制は一時的であり解除基準を定めていること

【実施手順】

- (1) 身体抑制が必要と考えられる場合、相当チームで検討する。担当スタッフが不在である場合や緊急時(夜間帯・休日等)は1名以上のスタッフに相談する
 - ・対策が必要と判断される患者の状況をカルテに記載すること

- (2) 合意された場合には、必ず主治医の指示を得ること
 - ・主治医は身体抑制の指示をカルテに記載する
 - ・夜間や休日の場合は主治医が出勤した際に状況を説明し指示を得る

- (3) 「身体抑制に関する説明・同意書」の内容(抑制が必要な理由、方法と時間、予定する期間)を記載し、本人・家族に説明し同意を得る
 - ・予定する期間については最長で1か月を限度とする
 - ・説明を行った医師・同席スタッフは、説明の内容や患者・家族の反応をカルテに記載すること

- (4) 「安全対策評価表」の記入
 - ・身体抑制の開始日、開始状況、評価担当者(2名以上)、次回評価日の記入を行う
 - ・具体的な対策の記入

- (5) 「身体抑制 検討・観察チェック表」の記入
 - ・毎日、各勤務帯で身体抑制の状況・観察を行い、身体抑制の必要性について検討・評価を行う
 - ・異常があれば看護記録に詳細を記載する
 - ・主治医は「身体抑制 検討・観察チェック表」を確認しサインする

- (6) カンファレンスの実施
 - ・1週間に1度カンファレンスを行い、評価する
 - ・カンファレンスの内容は「安全対策評価表」の評価欄に検討結果・日時・参加者名を記載すること

- (7) 身体抑制が解除できると評価された場合は、主治医に報告し指示を得る
 - ・主治医は身体抑制解除の指示をカルテに記載する
 - ・担当スタッフは本人・家族に説明を行い同意を得る

(8) 身体抑制の継続が必要となった場合は、再度「身体抑制に関する説明・同意書」を作成し、本人・家族へ説明し同意を得る

【解除基準】

抑制の3原則「切迫性」「非代替性」「一時性」のいずれかを満たさなくなった場合

【付則】

この指針は、2022年12月1日から施行する。

身体抑制に関する説明・同意書

患者氏名 _____ 様

当院では原則として抑制は行わない方針です。しかし、身の安全を確保するために必要があると判断したため、下記の方法と時間等において最小限度の身体抑制を行います。実施後は定期的にその必要性和リスクについて評価し、早期に解除できる方法を検討いたします。

- ① 身体抑制を行わない場合生命のまたは身体に危険がさらされる可能性が高い
- ② 身体抑制以外に安全を確保する方法がない
- ③ 身体抑制は一時的であり解除できる

1. 抑制理由

- ベットからの転落の危険性が高い
- 目的とした治療に支障をきたす場合
- その他(_____)

2. 抑制方法と実施期間(対策)

(_____)

3. 予定期間

_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記について説明いたしました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師

同席スタッフ

上記について説明を受け (同意します 同意しません)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名

同意者

(本人との続柄 _____)

なお、この同意書に署名した後でも同委の変更は可能です
ご不明な点がございましたら遠慮なくお申し出ください。

医療法人真正会 霞ヶ関南病院

2022年 12月