

- ①飯塚病院における行動制限最小化の取り組み
- ②私が考える行動制限最小化の2つのポイント

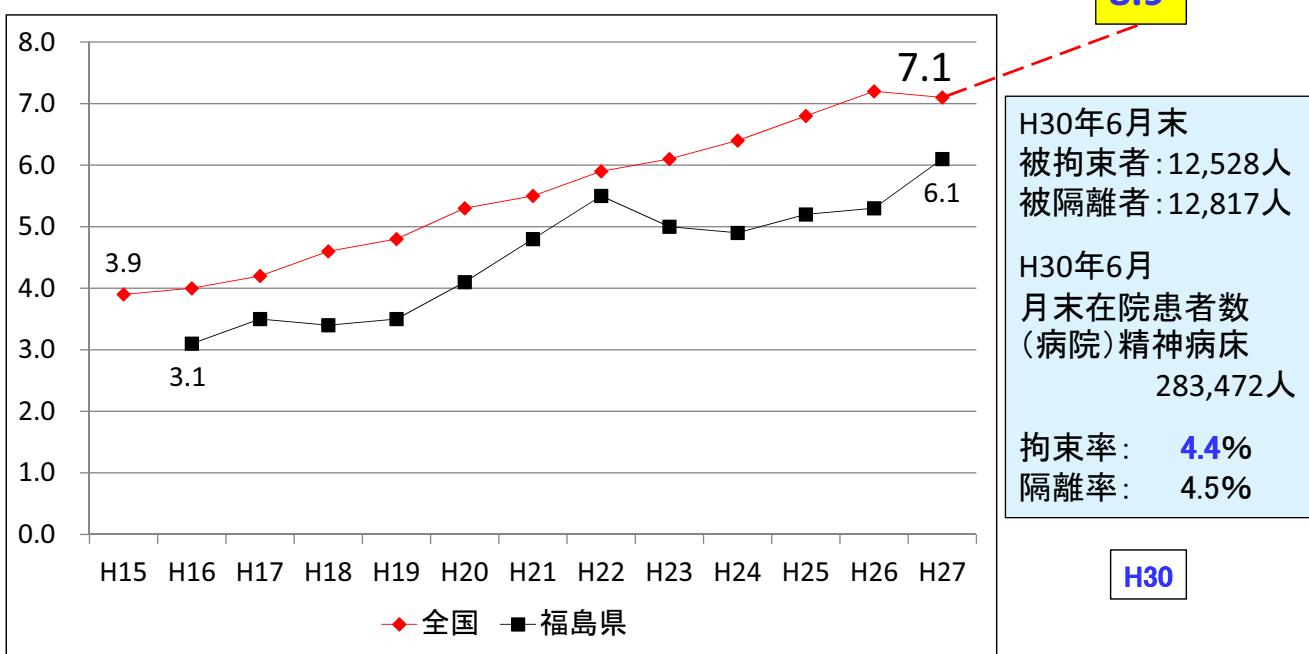


平成31年3月16日(土)

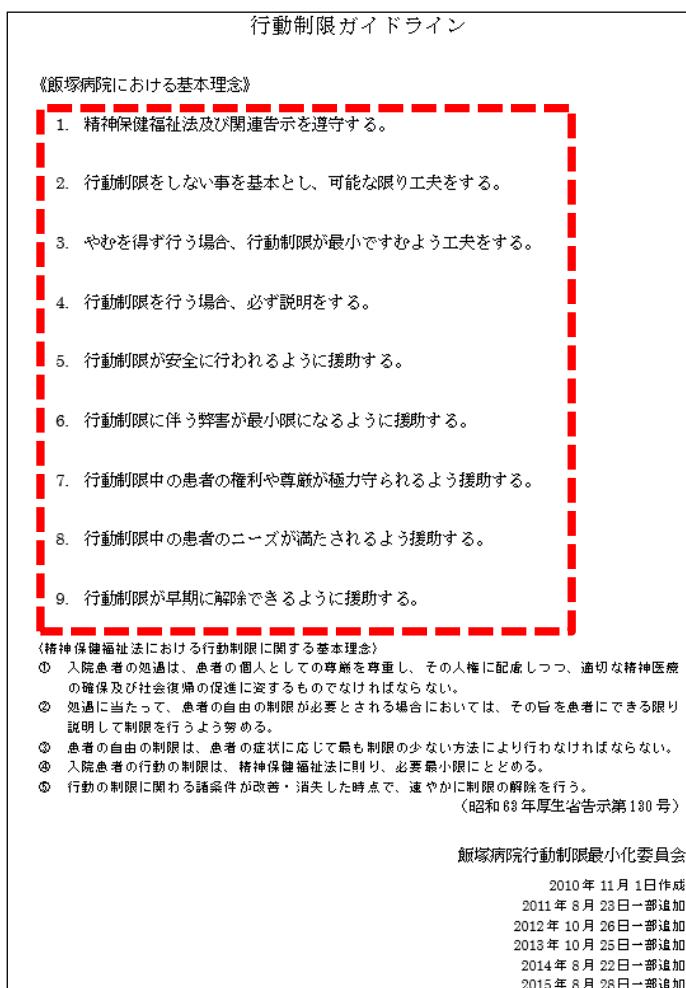
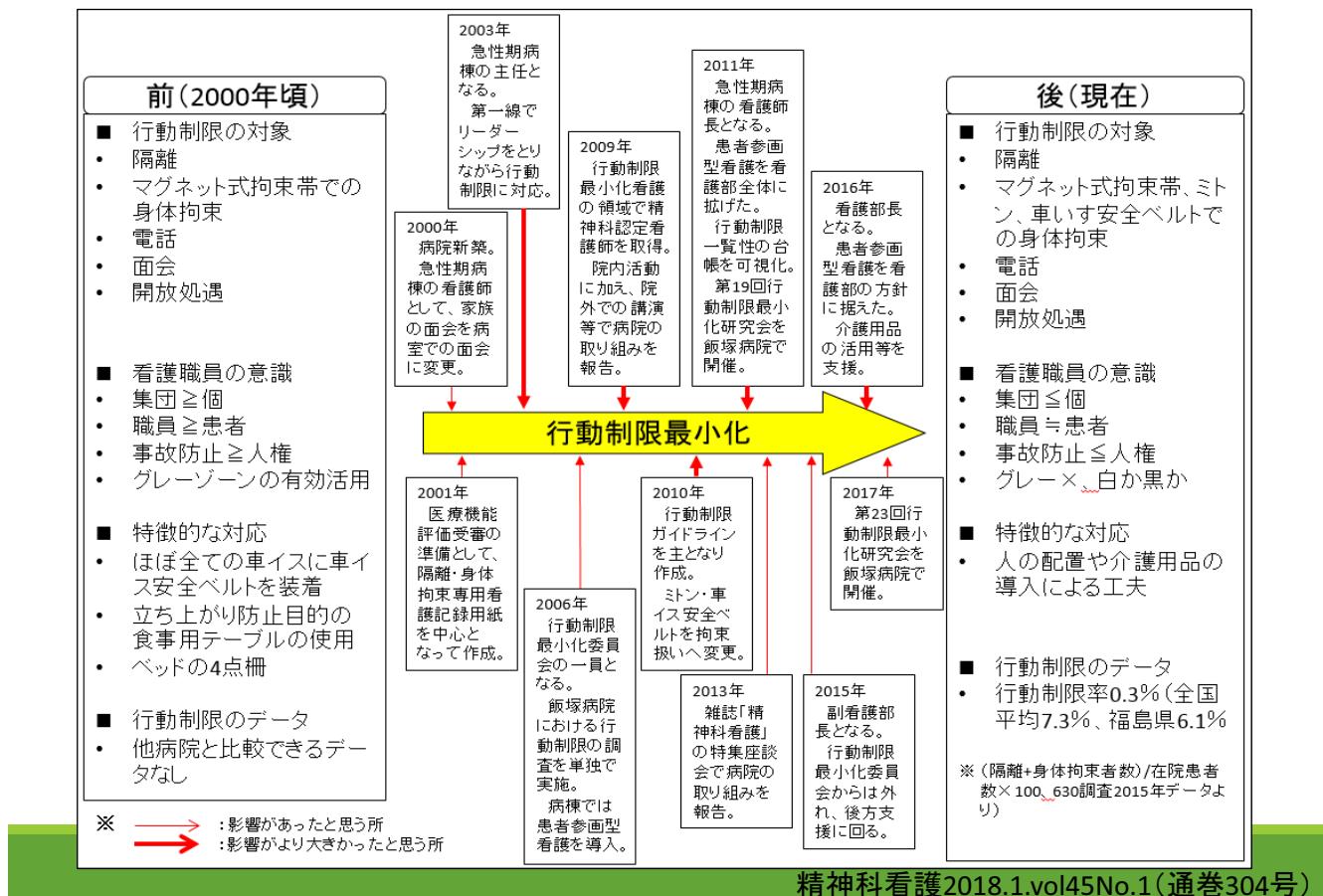
福島県 医療法人昨雲会飯塚病院

看護部長 湯田文彦  
(精神科認定看護師)

## 行動制限率 (630調査等より算出) (被隔離者数+被身体拘束者数) ÷ 在院患者数 × 100



# 飯塚病院の行動制限の組織変革と私の関わり



**行動制限ガイドライン(基本理念)**

**飯塚病院における**

**2010年**

目標を共有する事を目的とした取り組みの1つ

## 解除の日安を独自に追加

(本人控)

身体拘束を行うに当たってのお知らせ

様

身体拘束時の告知文書

平成 年 月 日

1 あなたの状態が、下記に該当するため、これから( 時 分)身体拘束をします。

2 下記の状態がなくなれば、身体拘束を解除します。  
具体的な解除の日安は、  
( ) です。

身体拘束時の看護記録用紙

様						年 月 日											
身体拘束開始日時: 月 日 時 分			身体拘束終了日時: 月 日 時 分														
身体拘束の理由: <input type="text"/>			マグネット式拘束帯及びミトン拘束指示部位			ミトン・車椅子安全ベルト 使用時の開放観察時間											
主な症状・行動: 拘束: <input type="text"/> ミトン: <input type="text"/>			口上肢(左・右) <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 口下肢(左・右) <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/>			( : ~ : )											
備考:																	
深夜～日勤																	
主な症状・行動	睡眠状態	拘束部位周辺の状態			拘束状態	心電図異常	ケ医療行為	サイン	主な症状・行動	睡眠状態	拘束部位周辺の状態			拘束状態	心電図異常	ケ医療行為	サイン
		しびれ 腫脹 痛み マヒ	皮膚 トラブル	血行 状態							しびれ 腫脹 痛み マヒ	皮膚 トラブル	血行 状態				
1:0 有・無	覚・眠 有・無	有・無 不・良 不・良 有・無	9:0 有・無	覚・眠 有・無	有・無 不・良 不・良 有												

2006年

行動制限の長期化を避ける為の方針・目標値について

1. 身体拘束

- マグネット式抑制帯使用時の開放観察は行わない。
- マグネット式抑制帯使用時の解除目標は 7 日以内とする。
- 車椅子安全ベルト・ミトン使用時の解除目標は 30 日以内とする。
- マグネット式抑制帯使用時で 30 日を超える場合、臨時で行動制限最小化委員会を開催し対策を講じる。臨時の委員会メンバーは院長、診療部長、担当医、行動制限最小化委員長、看護部長、当該部署の看護師長・委員、事務局など。
- 車椅子安全ベルト・ミトンの使用が 60 日を超える場合、臨時で行動制限最小化委員会を開催し対策を講じる。メンバーは上記同様。

2. 隔離

- 解除目標は 7 日以内とする。 7 日を超える場合、開放観察を開始できるよう対策を講じる。
- 開放観察を行う場合、1日1回以上は隔離室で診察を行う(制限の強い状況下での診察を行う)。  
※9時から17時まで開放観察を行う場合は、開放観察中に一度診察を行っていても、それ以外の時間にも診察を行う。

3. 電話・面会

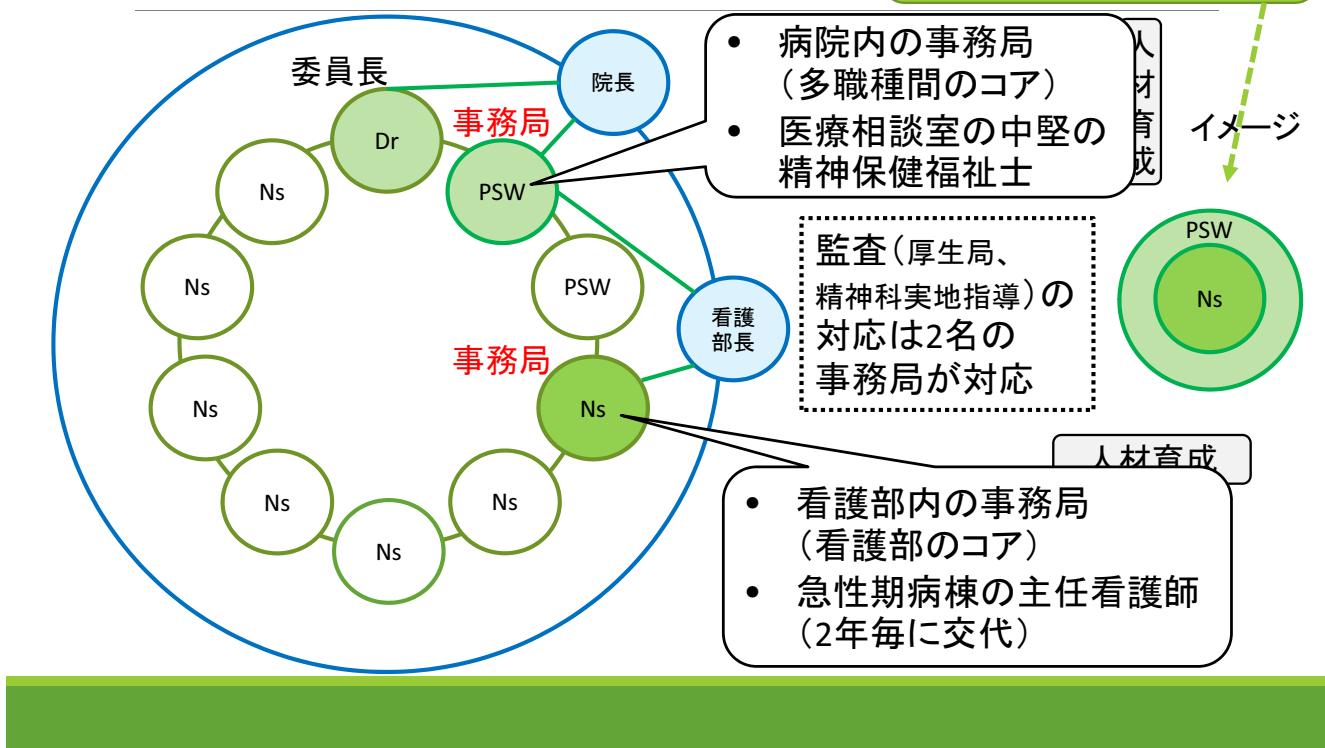
- 漫然と制限を継続しないよう解除目標は 60 日以内とする。
- 60 日で一旦解除し、フリーの状況下でアセスメントを行う。

行動制限の長期化を避けるための方針・目標値の導入

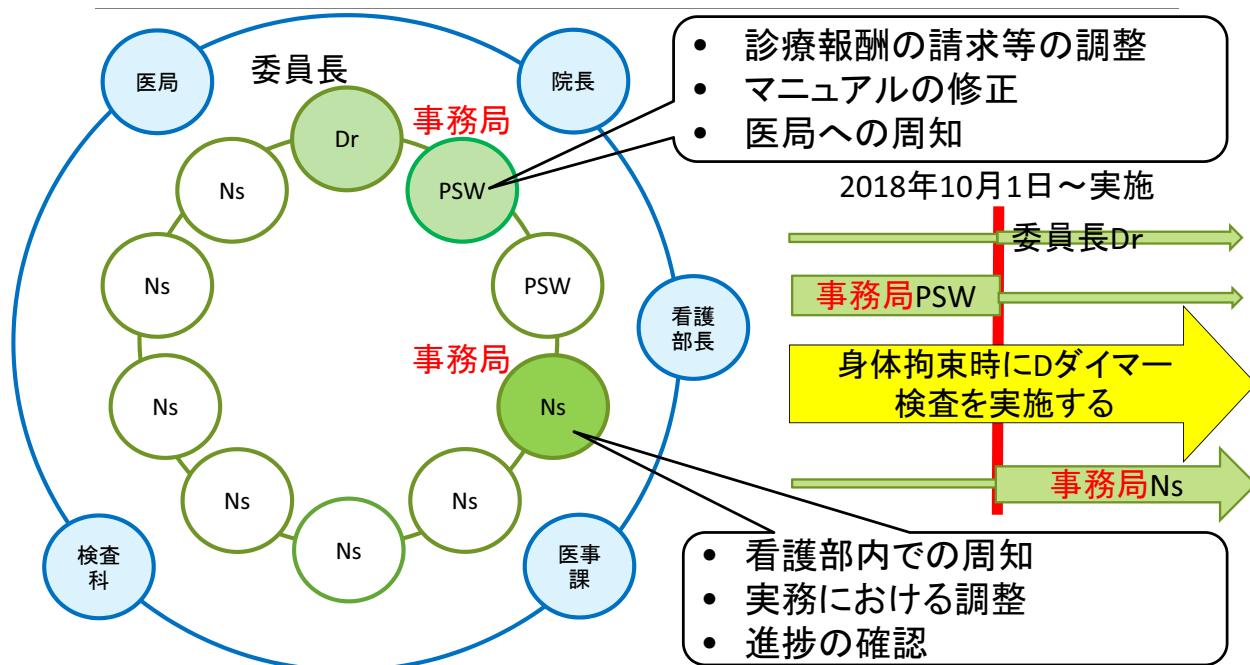
2012年

# 飯塚病院の行動制限最小化委員会の構成と関連・役割等

特徴は、ダブル  
(二重)事務局



## 飯塚病院での最近の活動の一端 身体拘束時にDダイマー検査を実施 する事による連携の実際



# 飯塚病院での最近の活動の一端 「身体拘束時にDダイマー検査を実施する事」 を、変革理論から考えてみる



## レビンの変化の3段階

レビンは「変革の成功には、現状の解凍(unfreezing)、新しい状態への変化(changing)、そして新しい変革を永久化するための再凍(refreezing)の3つの段階がある」<sup>1)</sup>と述べている。

1)井部俊子、中西睦子監修:看護管理学テキスト第2版第3巻看護マネジメント論2017年度版、日本看護協会出版会、p.22、2017。

## 行動制限最小化を進める為の 重要なポイントは2つの「きょうどう」

①行動制限最小化委員会と看護組織の  
「協働」

②患者と看護師の  
「協同」



## 2つの「きょうどう」

### ① 行動制限最小化委員会と看護組織の「協働」

#### ● 行動制限最小化委員会の形骸化の問題

行動制限最小化委員会の活動と、最前線で行動制限に直接携わる看護組織が噛みあっていない事が1つの要因ではないか？

行動制限は診療に直結することが殆どであり、病院全体の問題である事が多く、取り組みを進める為には相当なパワーが必要。

#### ● 行動制限最小化委員会だけで進めようとしても上手くいくはずはない。



精神科看護2015.1.vol42No.1(通巻268号)

## 2つの「きょうどう」

### ① 行動制限最小化委員会と看護組織の「協働」

行動制限最小化委員会は行動制限の適正化と最小化という目的を達成する為に多職種で構成する委員会である。実務に多く関係する職種は医師と看護師、その中でも被制限者とより多く関わるのは看護師である。

#### ● 看護師が所属する看護組織と行動制限最小化委員会の「協働」は必須。



イメージとしては、行動制限最小化委員会は院内のシステムを整える役割を担い、看護組織は最前線で患者様と直接関わる看護師の個別の関わりを強化する役割を担う事だと私は考えている。

精神科看護2015.1.vol42No.1(通巻268号)

## 2つの「きょうどう」

### ②患者様と看護師の「協同」

- 行動制限最小化を進める為には行動制限時に直接携わる看護師の関わりが重要。

看護師の関わりがプラスに働けば良いが、マイナスに働く場合も多々あり、行動制限最小化に及ぼす影響は大きい。



- 看護師の関わりをプラスのものにする為に必要な事は、個別の関わりを強化すること。

- その為に必要な考えが患者様と看護師の「協同」

その方法

### 患者参画型看護



精神科看護2015.1.vol42No.1(通巻268号)

#### 精從懇シンポジウム「精神保健従事者として身体拘束を考える」

（企画趣旨）

報道等により精神科医療における身体拘束が社会問題として提起されるなか、その実態や増加要因はまだ明らかになっていない。他に代替方法がない場合の緊急避難措置であるべき身体拘束については、行動制限最小化に向けた真摯な取り組みが各地から報告されている一方で、総体としては減っていない現状を私たち精神保健従事者はどう考えるのか。本来性善説で成り立っているはずの

医療ではあるが、**今後更なる法的規制の導入を必要としているのであろうか。** 本シンポジウムでは、精神医療現場で身体拘束と向き合わざるを得ない精神保健従事者の立場から、この問題をともに考え明日に向かう第一歩をしたい。

#### 私見

➤法的規制の前に、マンパワーと身体拘束の観点で診療報酬と併せて考える事が必要だろう。

#### ■50床の精神療養病棟の看護要員（最低基準）

●深夜勤：看護職員1人、看護補助者1人

●日 勤：看護職員3人、看護補助者3人

●準夜勤：看護職員1人、看護補助者1人

身体拘束時の観察（告示130号）

原則として常時の臨床的観察

※精神療養病棟入院料：看護要員（看護職員・看護補助者）15対1、  
その内50%が看護職員

※認知症治療病棟入院料1：看護職員20対1・入院料2：30対1

※人手の少ない病棟に身体拘束の最小化を望むのは酷。

➤一番の予防策は日常の関わりの質を上げる（見直す）事だろう。

・事故防止＝人権　・集団＝個　・職員＝患者