

視点が変わると一気に現場が変わる

2025年2月7日

理事長・院長 北島 明佳

自己紹介

経歴

- 1977年 東京都出身
- 2002年 東邦大学医学部卒業、順天堂医院精神科勤務
- 2006年 順天堂大学大学院卒業、元気会横浜病院理事長
- 2011年 東京都メトロポリタン経営品質協議会共同代表幹事
- 2017年 横浜市緑区医師会理事
- 2021年 東本郷地域ケアプラザ協力医
全日本病院協会若手経営者育成事業委員会副委員長

資格

医学博士、精神保健指定医、精神科専門医・指導医
日本老年精神医学会専門医・指導医(認知症専門医)
経営品質協議会認定セルフアセッサー



1. 当院の紹介



元気会グループ



● 横浜病院

内科・精神科・リハビリテーション科

医療療養病床220床

認知症治療病棟50床

介護医療院56床



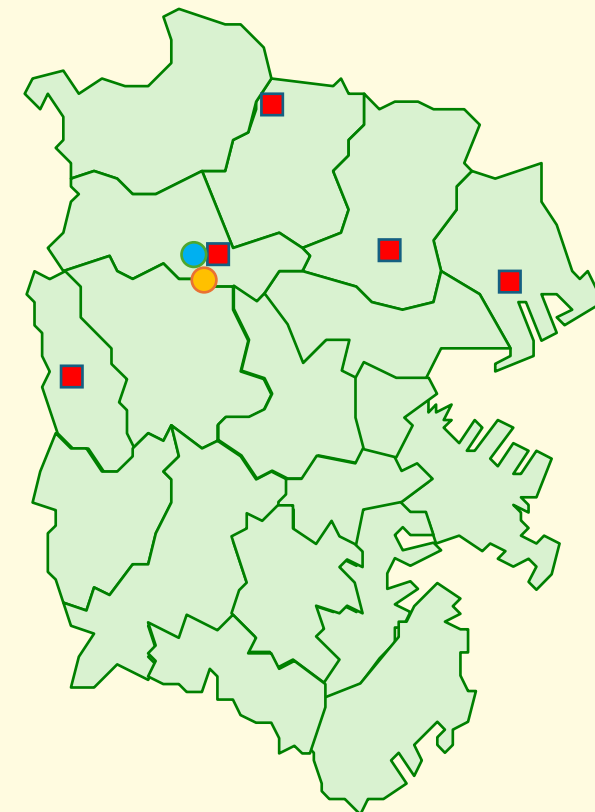
● 元気ホームクリニック（訪問診療）

内科・精神科・皮膚科

■ 元気訪問看護リハステーション

中山・中川・新横浜・鶴見・瀬谷

NPO法人ワッツアップ



神奈川県横浜市

面積：437.4km²

人口：3,749,929人

高齢化率：24.70%

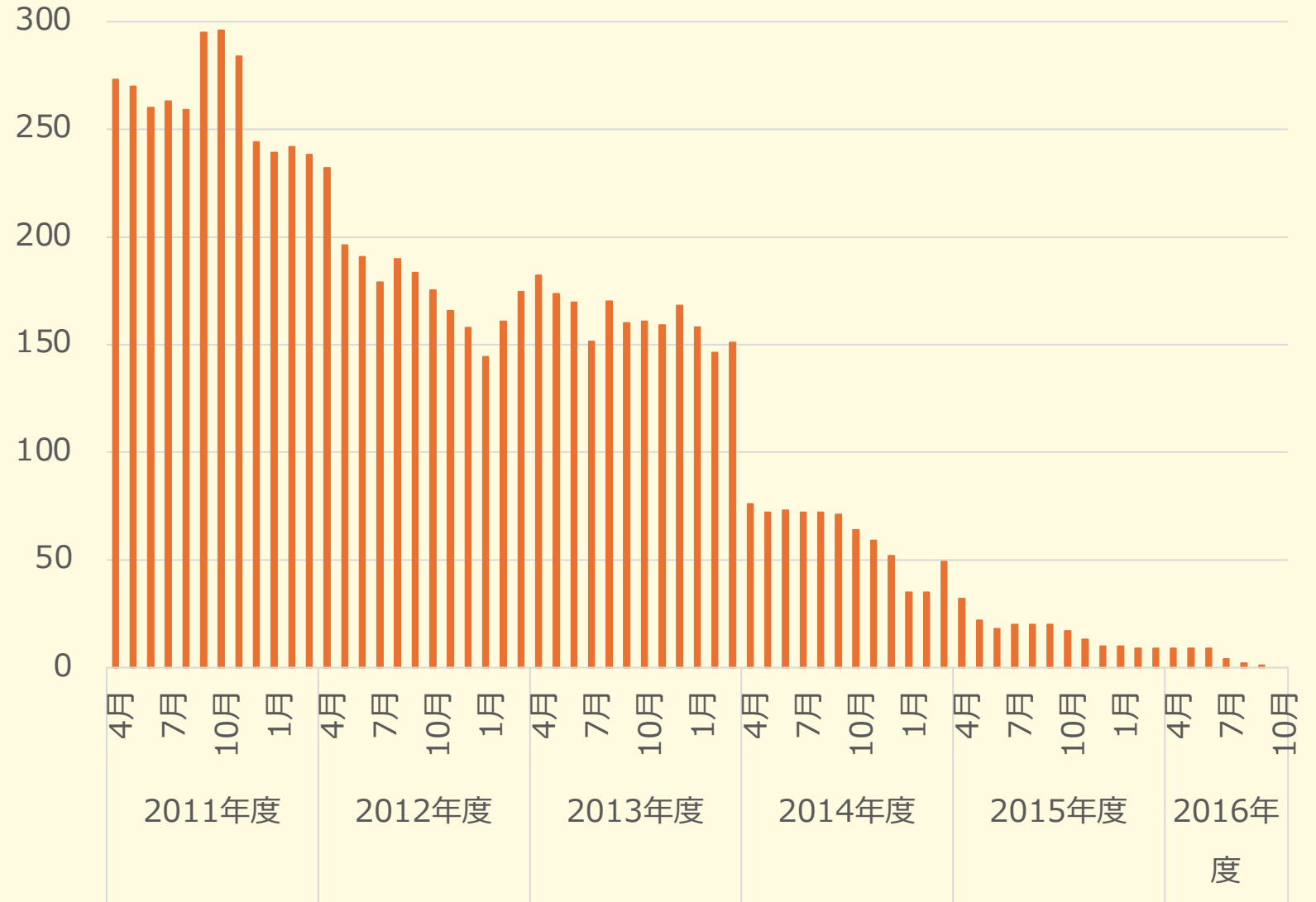
医療提供体制 (2024年4月1日現在)



職員数名334名

医師：6名、看護職員106名、薬剤師6名、介護福祉士68名、介護職員43名、理学療法士5名、作業療法士5名、言語聴覚士1名、管理栄養士10名、放射線技師2名、社会福祉士6名、精神保健福祉士3名、介護支援専門員4名

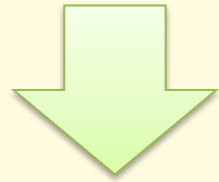
2.当院の身体拘束 ゼロに向けた歩み



身体拘束ゼロ活動への取り組みのきっかけ

「なぜ身体拘束をしなくてはいけないのですか？」

(新卒2年目の介護職員)



2012年4月全職員に対して**5年以内**に身体拘束を
ゼロにすることを宣言



身体拘束廃止機関の設置



- メンバー：理事長、看護師長、介護職、セラピスト等
- 会議：毎週火曜日、30分～1時間
解除に向けた作戦を練る
- 全てが手探り状態
- 身体拘束ゼロになるまで解散なし！

身体拘束廃止宣言



- 毎年開催される経営計画発表会で理事長から全職員に向けて身体拘束廃止宣言



- 全職員に配布される経営計画書に記載
- 有言実行で背水の陣を敷く

身体拘束ゼロの病院に見学

学んだこと

- 身体拘束のもつ副作用と弊害、身体拘束のたどる悪循環いわゆる 抑制死という考え
- 身体拘束が必要となるかもしれない状態、治療の機会を減らす
- 一人ひとりにきめ細かく関わり、患者の持っている能力をより積極的に発揮してもらう環境をつくる



インシデント・アクシデントレポートの刷新

- インシデント、アクシデントのデータベースを作成
- チェック式の用紙に変更し収集する情報の統一化を図った
- 事故の責任を追及するのではなく、事故の再発防止や特色を調べるために使用することを院内全体に周知した

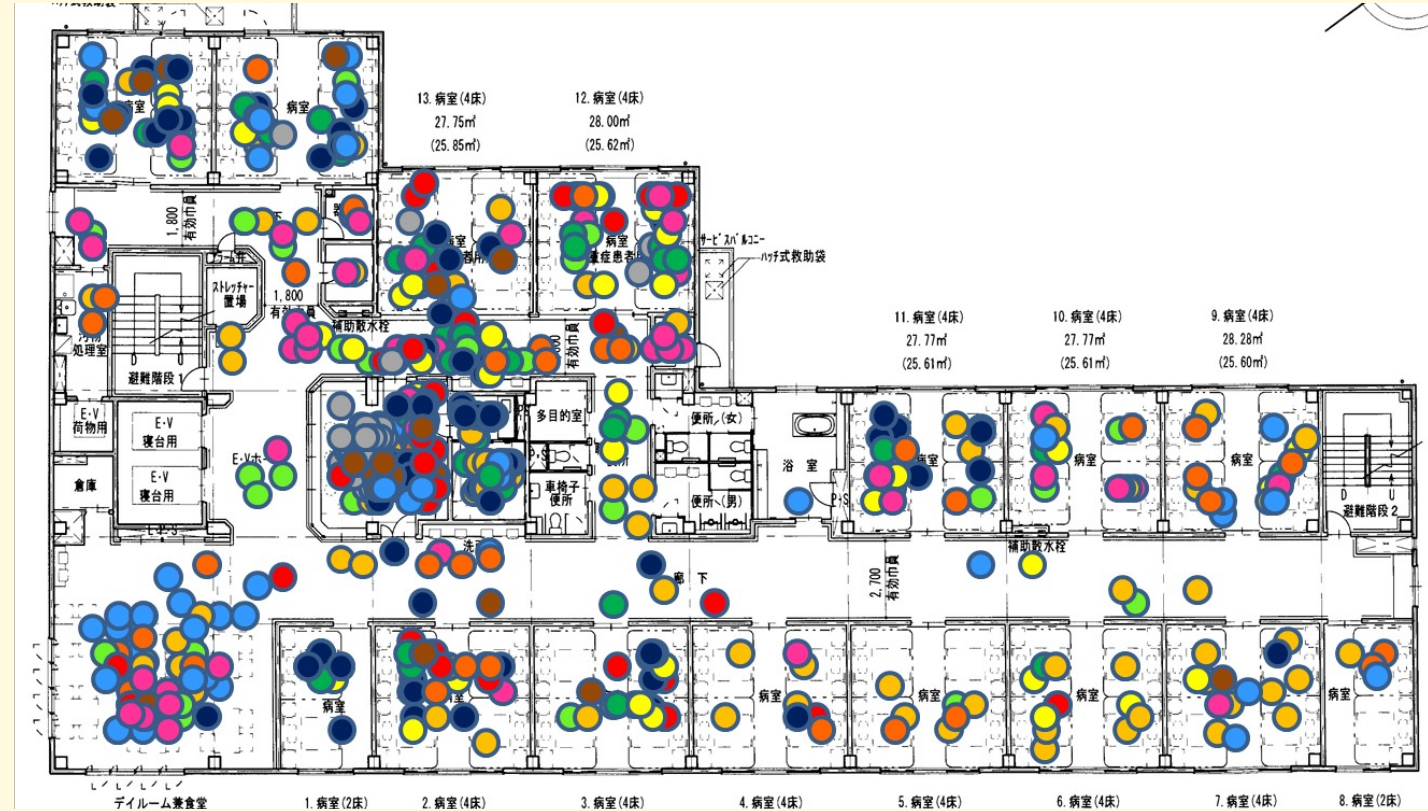
インシデント・アクシデントレポート		報告年月日	H 24 年 1 月 20 日 (金)	所属	所属長	
報告者名	横浜 元子	所属	1号館8階	職種	介護 主治医 中松	
患者様名	中山鉄男	経歴年数	□1~3年未満 □3~5年以内 □6~9年以内 □10年以上			
患者様影響レベル	<input type="checkbox"/> 0	ミスがあったが、患者様への実害はなかった				インシデント
	<input type="checkbox"/> 1	ミスによって、患者様への経過観察の強化が必要となった				
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	事故により患者様への検査の必要性が生じ、実施した				アクシデント 裏に詳細を記入!
	<input type="checkbox"/> 3a	事故のため、簡単な処置や治療を要した(消毒液、湿布、鎮痛剤の投与など)				
	<input type="checkbox"/> 3b	事故のため、濃厚な処置や治療を要した(手術、骨折、転院など)				
<input type="checkbox"/> 4	事故により患者様への障害が一生続く					
<input type="checkbox"/> 5	事故が患者様の死因になった					
いつ	H 24 年 1 月 20 日 (金) □AM・PDM 10: 30 頃					
どこ	病室(号室) / 廊下 / テイルーム / <u>トイレ</u> / ナースステーション / 浴室 / 階段 / 医局 / お世話課 / 総務課 / 栄養課 / 薬剤課 / リハビリ課 (OT室・リハビリ室) / 放射線 / 設備用度課 / エレベーター / 屋外 / 内視鏡室 / その他及び補足()					
誰が	患者様	中山鉄男	様	もしくは職員	が	
年齢	77 歳	性別	男	意識	覚醒: □良好 □不良 □条件付きで可(変動あり) <u>簡単な疎通のみ</u>	
	移動	□常時臥床 → 移乗: □全介助 □一部介助 □見守り □自立	排尿	□全介助 □一部介助 □見守り □自立	備考	
何	転倒	□歩行中 □移乗中 □車いす乗車中 □臥床中 □入浴中 □診療・検査・処置中 □リハビリ中	転落	□排便・排尿中 □不明 □手すり外し □その他()	備考 ※インシデントのみ記載	
	食事	□誤嚥 □誤配膳 □未配膳 □遅配膳 □異物混入 □食べ物や飲み物を患者様にこぼした	調理	□期限切れ □誤燃 □食中毒 □誤形態 □その他()		
発生原因	接	□離床・離院 □盗難・紛失 □自傷 □暴行 □罵言 □自殺未遂・自殺	その他	□器具設備の破壊 □診療中トラブル □クレーム(対面 / 電話)	備考 ※インシデントのみ記載	
	情報漏えい	□その他()				
1. 不適切な指示	□□頭指示・指示変更等の間違い □伝票・ラベル等の誤記 □その他()					
2. 確認不足	□指示・処方箋確認せず □ラベル確認せず □患者様の確認をせず □ダブルチェックせず □疑問に思ったが確認せず □思い込み・間違い □知識不足 □その他()					
3. 指示の見落とし等	□指示の見落とし □指示の見取り □その他()					
4. 患者様の観察不足	□処置・検査中あるいは前後の状態 □投薬後の状態 □生活状況の把握 □見守り不十分					
5. 説明不足	□説明不足					
6. その他						
患者様影響レベル0~1 (インシデント) はここまで!						

患者様影響レベル2以上(アクシデント)は記載してください

発生時の状況を詳細に記入		状況図
状況	H24年 1 月 20 日 (金) AM 10:30 頃 病棟トイレに患者様を誘導し、便座に座って頂いた。 始めは横で見守りをしていたが、途中他職員に呼ばれた。 患者様に排泄後呼んで頂く様声掛けをしその場を離れた。 5分後トイレに戻ると便器と車いすの間に左側臥状態で倒れているのを見つけた。すぐに他職員を呼び、車いすに移した。	
バイタル・意識	血圧 135 / 86 mmHg 脈拍 65 回/分 呼吸 あり 意識消失・昏濁	
発生後の対応	疼痛・視診 無 / 右 部位(左臀部) 発赤 / 腫脹 / 擦過傷 / 表皮剥離 / 他() Dfへの連絡 担当医に転倒直後にすぐに連絡する。 ご家族様への連絡 無 / 有 (直後 / 当日中) 登日 電話 来院 記録 無 / 有 □看護記録 □カルテ(診療録) 検査・治療 無 / 有 □造影剤 □その他検査 □経過観察 治療()	
再発防止策	どのように対処したのか記載 事故直後バイタルのチェックを行うが、特に問題みつめられず。発赤はないが、ご本人が「腰が痛い」と訴えられたため腰椎・股関節部のレントゲン撮影を実施。レントゲン上骨折は認められなかった。疼痛の訴えのある部位をクリーニングし経過観察とした。 ご家族様への対応を記載 転倒後レントゲンを撮影する旨のご連絡を1回行った。その際に事故の事実関係をご説明し、了承が得られた。レントゲンにて骨折等の異常が認められなかったことについて2回目のご連絡にて説明を行った。 ADL状況の把握、見守りの徹底を図る。失語症等で理解が難しい方であり、突発的な状況の変化に対応できない可能性が高いため、本患者様のトイレ動作がすべて完了するまで傍を離れない。 職員がトイレ誘導中など、人手が足りなくなった際のフォロー態勢を考慮する。	
報告書確認	理事長 / 院長 / 委員長 / 事務長 / 主治医	
備考	□要経過記録 □記載不備あり	

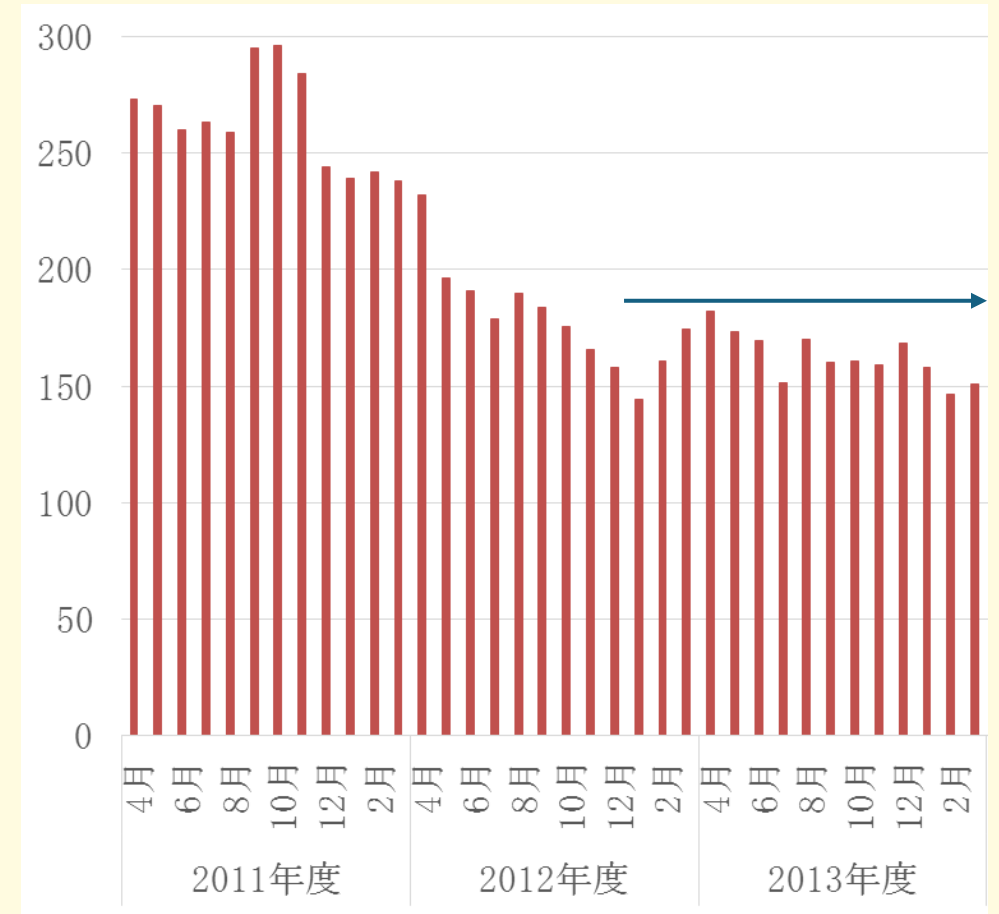
動線調査(看護師)

- 7時から19時までの看護師、介護職員の動きをプロット
- 看護師は重症部屋かスタッフステーションにしか行かず、身体拘束されている方でも介護職員しか見ていない事実が判明



長い混迷期から転換期へ

- 1年以上身体拘束が減らない状態が継続
- 毎週、ミーティングを行いどうすれば身体拘束が外れるか検討
- 現場に赴いたり、師長にミーティングに参加してもらい、意見を聞く
- 一例ずつどうやったら外れるか地道に試行錯誤



モジュラー型車椅子・超低床ベッドの導入



- 通常型車椅子は移動用長時間の座位には適していない
- 多くの患者は退屈だったり、何かしようと思って立ち上がる
- ベッドから降りたいのであれば自由に降りてもらえばいい
- ベッドから這い出しても良しとする
- 自由に動いてもらったらいつの間にか歩けるようになった



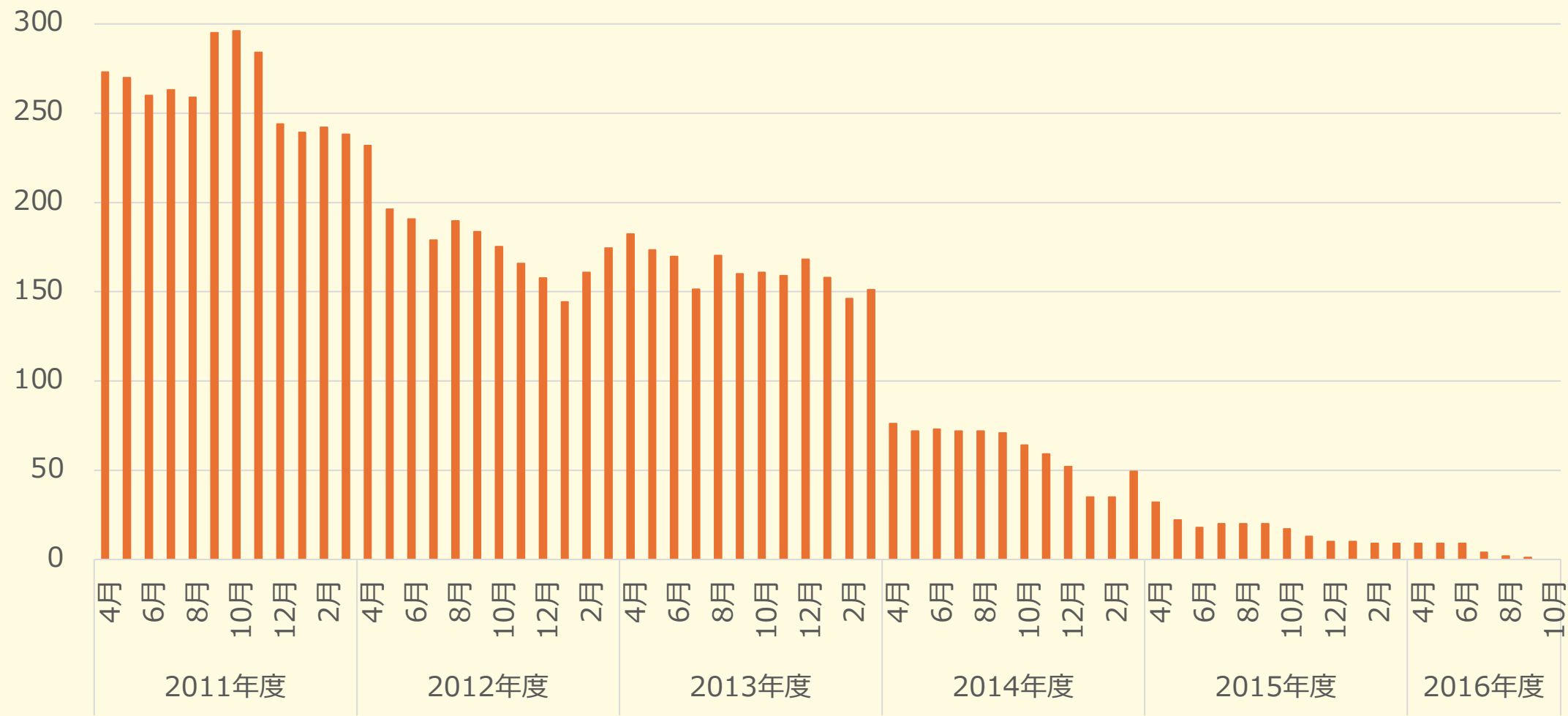
拘束を外すことを目的化しない!!



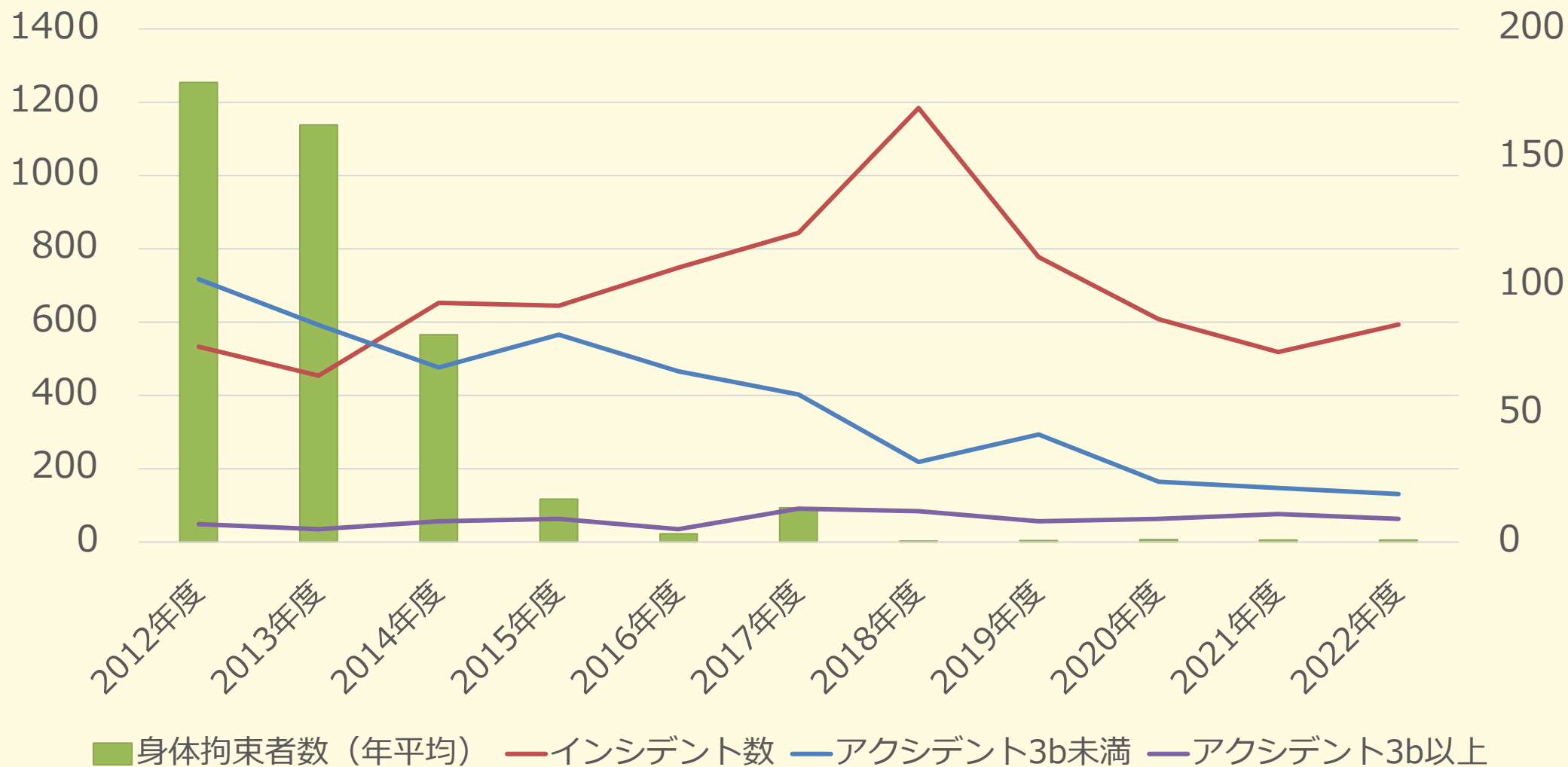
ある時、転機は突然訪れた!!

- 拘束を外すことが目的化していた
- 患者がどうすれば穏やかな生活を送れるかを考えてみた
- すると、こうしてみようというアイデアが生まれるようになった

身体拘束数



インシデント・アクシデント発生割合



3. 身体拘束ゼロに 向けての考え方



身体拘束ゼロになった時の考え方：発想を転換する

1. 患者の立場に立つ
2. 事故に対する考え方
3. 業務優先から患者優先へ
4. 当たり前前のごことを実践する
5. できない理由を言うのではなく、できる方法を考える

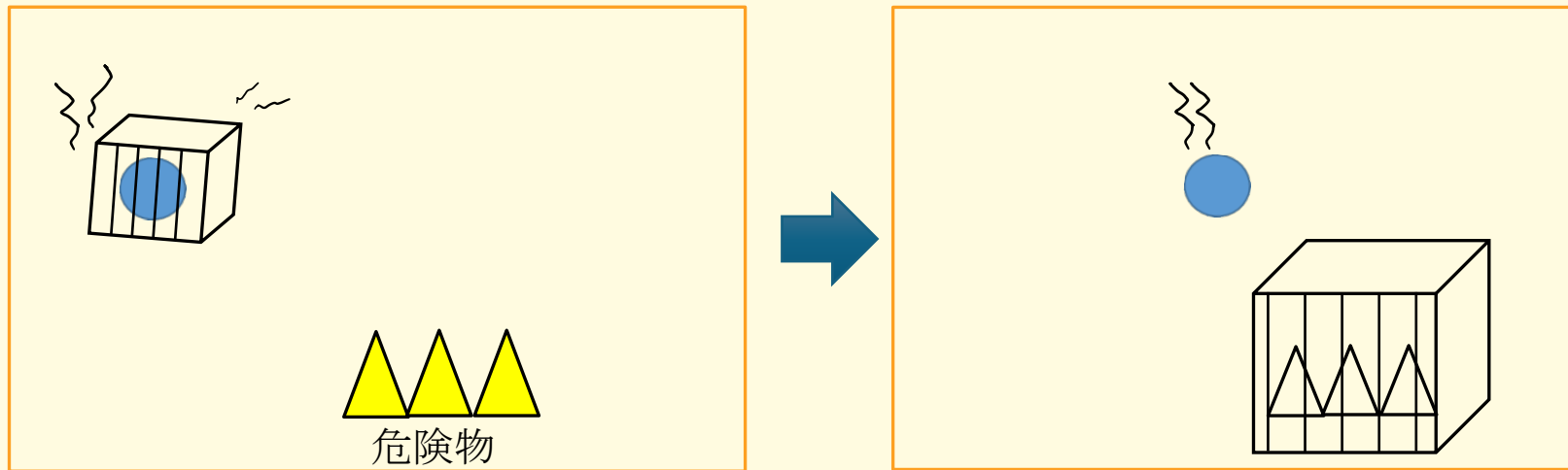
1.患者の立場に立つ

- 認知症の方は、辛さや苦しさを言葉で伝えられない
- 困った患者と捉えるのではなく、その方がなぜそのような行動をとるのか、原因を探る
- 自分に置き換えて、患者の状況を考える



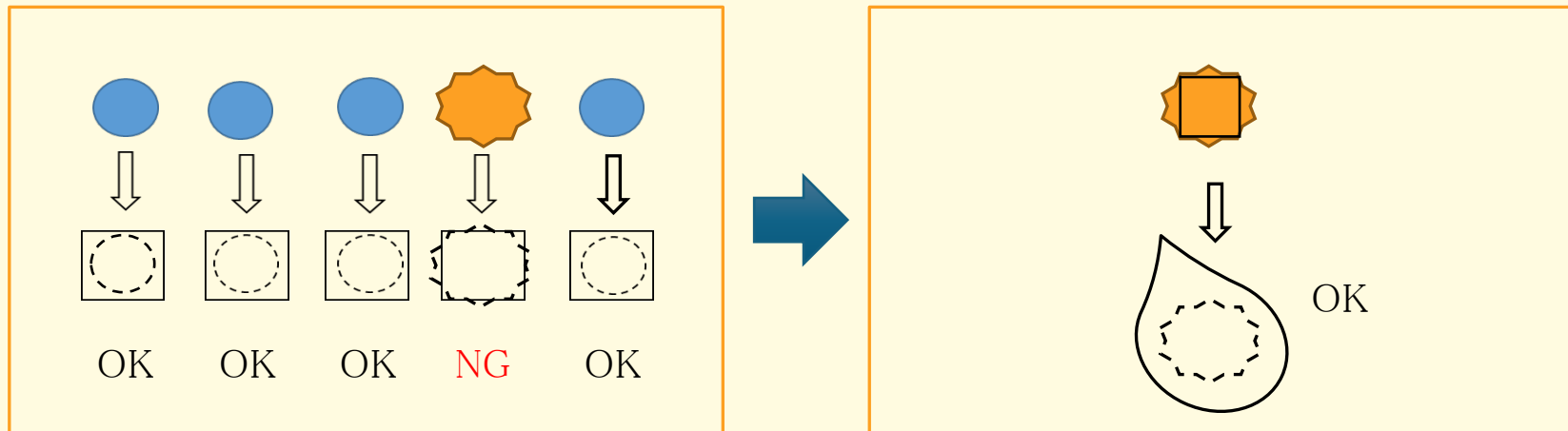
2.事故に対する考え方

- 事故はゼロにならない！ 最小限に、
- 人間は動くし、動けばケガをするので、大きなケガや事故にならないようにする
- 患者の周りの危険を減らして、事故が起きてもいかに軽微にするかを考える



3.業務優先から患者優先

- 「患者をどうにかする」という考えをやめてみる
- 働く側の都合ではなく、患者の都合に合わせて
- 自分たちが足を使って患者のもとに行く



4. 当たり前前のごことを実践する

- 患者の行動を24時間・毎日観察し、いつどのような行動をしているのかを知る。そのために**患者のところに行く**
- 身体拘束の状況を把握し、全員で共有する
- **多職種**で話し合い、プランを策定し、それぞれの役割を確認して実践する

5.できない理由を言うのではなく、できる方法を考える

できない理由は売るほど出てくる

- 療養と急性期は違う
- 生命の危険がある
- 家族の理解が得られない
- 平均在院日数が長くなってしまおう
- 人が足りない、時間がない、いそがしい
- 先生がダメと言ったから

→ 1～4をとにかく実践する

できない理由はやらないための言い訳になっていませんか

たとえば身体拘束をすべて解除できなくても、

1日5分でいいから全員外す時間を作る

4.まとめ



身体拘束ゼロになってわかったこと

身体拘束解除がゴールではない

身体拘束を解除することは

一人ひとりに合わせたケアをするための

一つの目標に過ぎない

身体拘束を解除するための一番大きな壁

身体拘束を解除できないと思い込んでいる

私たち医療従事者の思考

ご静聴ありがとうございました