



## 身体抑制

身体抑制は、患者の自由な行動を制限するものであり、近年では患者の人権に配慮し、多くの施設で原則禁止されています。しかし、患者の病態等によっては、抑制・拘束しなければ、

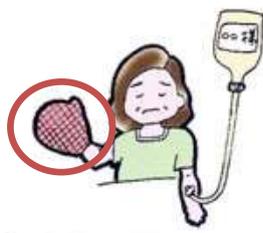
- 1.チューブ・ドレーン等を自己抜去するおそれがある
- 2.転倒・転落等のおそれがある

などの理由により患者自身の生命が危険にさらされる可能性のある場合には、やむを得ず抑制・拘束が検討されることもあります。その際には、抑制・拘束が必要であるという明確な根拠と正当性が必要であり、たとえ明確な根拠と正当性が認められる場合でも、できる限り抑制・拘束をせずに済む方法を考えることが重要です。

<当院で定義している身体拘束の種類>



車椅子ベルト



抑制手袋・ミトン



抑制着



ベッド4点柵

\*この他にもセンサーマットや向精神薬利用の際にも、必要性の有無の評価を実施しています。

当院では高齢の患者が多く、その患者の認知機能の低下に伴う危険行為の増加から、抑制件数は他院と比較してやや多い傾向にあります。

2016年度より当院では抑制における検討、判定、患者・家族同意の手順を見直し、入院時にリハビリ職員と看護師、医師にて評価を行い、患者家族説明の上、実施。その後、週1回の見直し評価を行ってその有用性を評価しています。

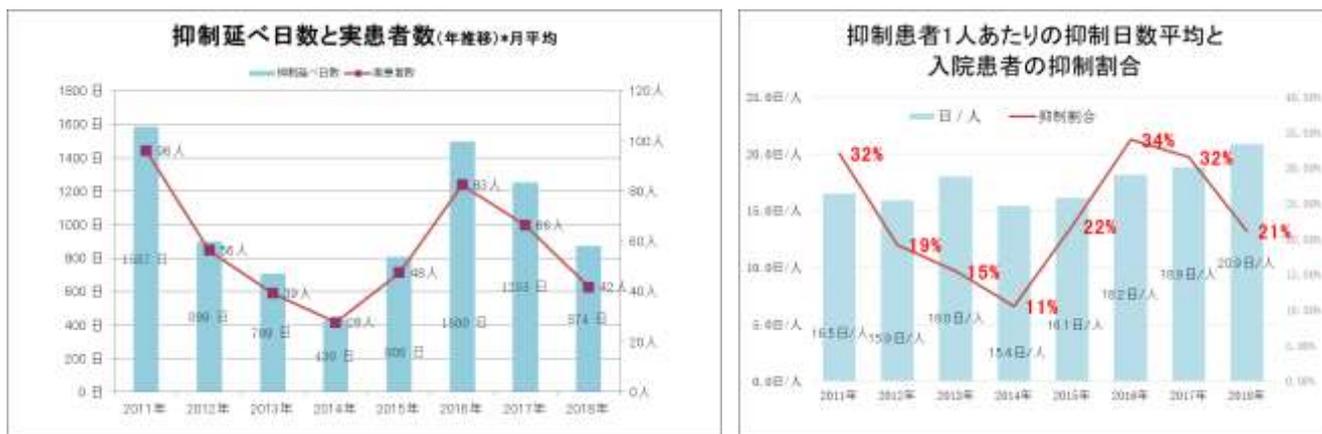
2018年は抑制延べ日数・患者数共に減少し、入院患者の抑制割合は低下しました。

身体抑制割合

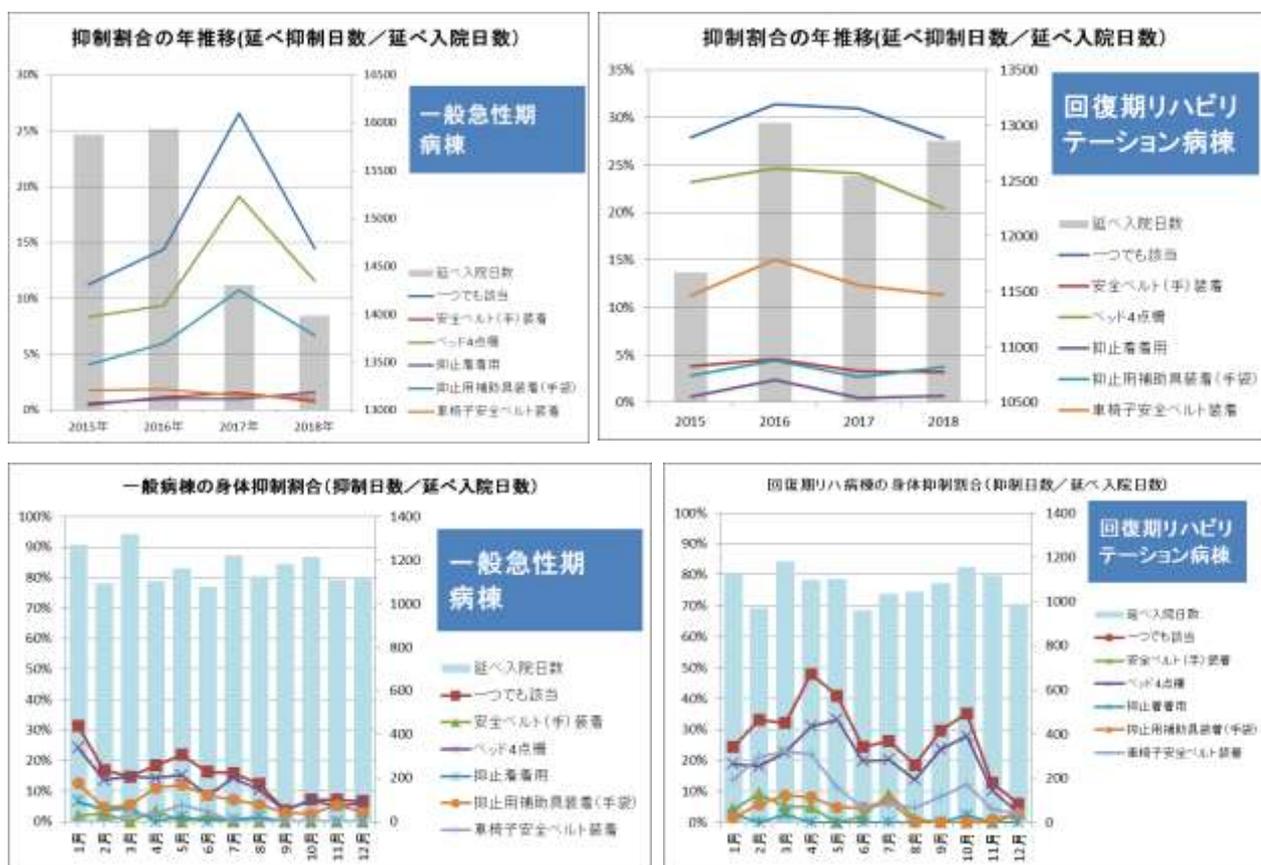
分子	抑制を行った日数の総和
分母	入院延べ日数

表示：%

ただし、抑制患者1人あたりの平均抑制日数は増加しました。



また、病棟別・項目別にみると一般病棟・回復期病棟共に抑制割合が低下していました。特に、3F病棟では抑制手袋以外の項目が大きく減少しています。



本年の月変化をみても、年の前半と比較して後半のほうが、ほぼ全ての抑制項目において、減少傾向がみられました。

2017年月推移では、下半期精神科カンファレンスを週1回復期リハビリ病棟にて実施し、薬剤調整等を行った結果、認知症に伴う問題行動が減少し、結果として抑制割合が減少しています。