

5

行動制限最小化

5

行動制限最小化

はじめに

厚生労働省が毎年6月30日時点の精神保健医療福祉の実態を把握するために実施している「精神保健福祉資料」(630調査)によると、精神科病院における隔離・身体拘束施行者数は2013年度に身体拘束者が、2014年度に隔離者がそれぞれ1万人をこえてその後も増加が続き、2017年度をピークに高止まりの状態となっている¹⁾。隔離・身体拘束者の増加要因については、入院患者の高齢化、認知症患者・強制入院者の増加、精神科救急入院料病棟の増加などの影響が指摘されてはいるものの、対象者の属性や施行期間などを詳細に分析できる全国規模のデータは整備されておらず、正確な実態の把握や要因の分析は困難である²⁾⁻⁶⁾。

精神科救急医療ガイドラインでは2009年度版より興奮・攻撃性への対応に含めて行動制限最小化を取り扱ってきたが、隔離・身体拘束の増加への対応が急務となっていることから、今回の精神科救急医療ガイドライン改訂において独立した章とすることとした。しかし、わが国の精神科臨床、とりわけ精神科救急・急性期における行動制限最小化は、単独の医療機関での実践報告が積み重ねられる段階にあり、多様な地域性・文化的・臨床的背景をもつ施設間において共通した最小化の成功要因は明らかとなっていない。そのため、日本精神科救急学会医療政策委員会では、委員の所属する11施設で精神科救急入院料1を算定する19病棟を対象に、隔離・身体拘束の実態ならびに行動制限最小化の取組みに関する予備的調査を行った。この調査では、精神保健指定医の指示を要する身体拘束の定義、隔離・身体拘束の開放観察指示方法、身体拘束の部位および制限緩和方法、行動制限最小化の取組みについていずれも施設間による違いがあることが判明したが、これは一部の施設で先進的な最小化の取組みが進んでいる可能性を示唆するものであった。ただし一方で、全国的な動向を考慮すれば、

均霑化を図りつつ行動制限最小化を推進することは依然必要と考えられる。

本章では、精神科救急・急性期病棟における隔離・身体拘束を削減するための基本的な考え方を整理し、すでに諸外国で成果をあげている行動制限最小化の方略とわが国への適用、隔離・身体拘束を使用するに際し有害事象を回避するために必要な対策を示す。行動制限最小化の取り組みは患者中心の治療・ケアを具現化するプロセスそのものであり、これを通じて精神科救急・急性期医療における質向上が図られることを願う。

本章に示されている行動制限最小化の包括的な方略、隔離・身体拘束の方法は、医療機関や従事者の業務内容、診療内容の責務を規定しようとするものではなく、臨床への適応に際しては常に現場の判断が優先されるべきである。本章の内容は今後臨床からのエビデンスと行動制限の動向を評価・検証し改訂されるものであり、必ず好ましい結果を保証するものではない。

I 定義

推奨

- 1) 隔離・身体拘束の定義は当該領域の法令などの定めによること。
- 2) 法令解釈に余地が残る部分については自施設のルールに従うべきである。
- 3) わが国にはケア領域によって隔離・身体拘束の定義・実施基準が複数存在することを認識し、ほかの領域の取り組みを参考に組織として隔離・身体拘束を行わない治療文化の確立を目指すことは有意義であるが、同時に安全性を確保しなければならない。

解説

精神科医療における行動制限には、精神保健指定医の判断が必要な隔離、身体拘束、非自発入院、任意入院者の開放制限処遇、医師の指示のもと行われる通信や面会の制限といった精神保健福祉法およびその基準で定義するもののほか、広義には持ち込み物品や行動範囲(病棟内、院内、敷地内など)の制限など、患者の自由意志を制限するあらゆる行為が含まれる。

精神病床における隔離・身体拘束の定義は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限(昭和63年4月8日厚生省告示第129号)」により、隔離は「内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する制限をいい、十二時間を超えるものに限る」、身体拘束は「衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限」と定義されている。また、点滴・鼻注などの医療行為中の一時的な身体の固定、老人等の車椅子における転落防止のためのベルトなどによる固定、夜間におけるベッドからの転落防止のための体幹拘束については身体拘束に当たらない見解(平成12年7月31日に厚生省事務連絡)が示されているが、医療機関によっては指定医・医師の指示を必要とする行為、身体拘束として扱う行為の定義・実施基準が異なる現状がある。

一方、精神病床をのぞく医療保険適用病床については身体拘束について法令による規定はないが、認知症ケア加算・急性期看護補助体制加算・看護補助加算の診療報酬算定に係る身体拘束は「抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限」と定義され、「身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断でなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討する」と定められている。したがって、精神病床において看護補助加算を算定する場合、精神保健福祉法および診療報酬算定要件の両方に従うこととなる。

また、介護福祉施設については介護保険指定基準において「当該利用者(又は入所者)又は他の利用者(又は入所者)の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者(又は入所者)の行動を制限する行為を行ってはならない」とされ、「身体拘束ゼロへの手引き」(厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議2001年3月発行)⁷⁾において、身体拘束禁止の対象となる11の具体的な行為が示されている。

このようにわが国では精神病床、特定の診療報酬を算定する病棟、介護福祉施設における身体拘束の根拠、定義、実施の判断の手続きが異なる(表1)。同時にケア環境としても、精神病床では医師資格に加え上位の専門資格である精神保健指定医の専門医学的判断を法で規定しているのに対し、一般病床では担当職員が複数で判断する割合も一定以上あるものの、医師による医学的評価が根拠となりえるといった違いがある。また、介護施設などでは専門職の在籍が医療機関とは異なり、緊急やむをえない場合に限られることから、会議・カンファレンスの開催や施設長の承認を得る

ことが多い⁸⁾。このような背景から、身体拘束実施に係る法的根拠が明確で適応の判断を専門的に判定できる精神科病院に身体拘束が必要と推定された患者あるいは利用者の受け皿として依頼される事態が発生している。

以上のことから、対象者・施設・設備や人員配置の異なる領域をこえて隔離・身体拘束に関する定義・運用基準を当てはめることは必ずしも適切ではなく、まずは当該領域の法令等の定めによるとの認識こそが最も重要である。そうしたうえで、精神科臨床においても患者中心の治療・ケアを実現するために、ほかの領域の取り組みを参考にし、組織として隔離・身体拘束を行わない治療文化の確立を目指すことは有意義と考えられる。なおその場合は、同時に患者と職員の安全性の確保について相応の対策を組織的に講じる必要があることは忘れてはならない。

表1 身体拘束の定義・運用の比較

根拠	対象	身体拘束となる行為
精神保健福祉法	精神病床	衣類または綿入り帯などを使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限。 【例外】点滴・鼻注などの医療行為中の一時的な身体の固定、老人等の車椅子における転落防止のためのベルトなどによる固定、夜間におけるベッドからの転落防止のための体幹拘束(事務連絡)。
診療報酬点数表(厚生労働省告示)	急性期看護補助体制加算・看護補助加算・認知症ケア加算を算定する病棟	抑制帯など、患者の身体または衣服に触れるなんらかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限。車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひもなどで縛るなどはすべて該当する。 【例外】移動時などに安全確保のために短時間固定ベルトなどを使用する場合については、使用している間、常に、職員が介助などのため、当該患者の側に付添っている場合。
介護保険指定基準・身体拘束ゼロへの手引き	介護保険施設等	1. 徘徊をしないよう車椅子やベッドに紐などで縛る。 2. 転落しないよう車椅子やベッドに紐などで縛る。 3. ベッドを柵で囲む。 4. 点滴などを抜かないよう手足を紐で縛る。 5. 手指の機能を制限するミトン型手袋などをつける。 6. 立ち上がれないような椅子を使う。 7. 立ち上がれないように椅子にテーブルを取り付ける。 8. つなぎ服を着せる。 9. 迷惑行為を防ぐため車椅子やベッドに紐などで縛る。 10. 行動を落ち着かせるため向精神薬を過剰に服用させる。 11. 自分の意思で開けることができない居室などに隔離する。 【例外】切迫性、非代替性、一時性の3つの要件をすべて満たしていること。

Ⅱ 基本的な考え方

推奨

- 1) 隔離・身体拘束は治療行為ではなく処遇、すなわち必要なケアを適切に提供するための環境設定の1つである。精神科救急・急性期医療に限らず、隔離・身体拘束の使用を回避・最小化するためにあらゆる方法が試みられなければならない。
- 2) 隔離・身体拘束の実施は、患者と職員にトラウマ体験を及ぼす可能性があり、時に治療の進行を妨げ、リカバリーへの道を閉ざす。特に身体拘束は死にいたる重大な身体の治療合併症を生じる可能性があり、最終手段としなければならない。

解説

精神科医療における隔離・身体拘束は、不穏や興奮、攻撃性・衝動性が強く、自傷・他害の切迫した状況などに対し、症状への対処、安全な治療環境の確保を目的に使用される。しかし同時に心理的副作用を有し、治療関係の構築にとって阻害因子となる可能性をはらみ、患者の人権と尊厳にかかわるきわめて重大な課題を内包する。また、隔離の実施では心理反応による精神症状の一時的悪化と、それに伴う種々の行動リスク、身体拘束の実施では、静脈血栓塞栓症、誤嚥性肺炎、廃用症候群、褥瘡、医療関連機器圧迫創傷、絞扼事故の発生リスクなど、種々の有害反応の可能性を伴う。身体拘束は「制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限である。できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならない」と厚生省告示第129号に明記されている。

したがって行動制限の基本的な考え方における決定的な特徴は、まずこれを行わないようにして、別の対処方法を試みること、つまりは1次予防を始点とする点である。あらゆる代替法が無効か、あるいは有害な場合に限り、適切なプロセスによって実施されなければならない。やむなく実施された場合には、入念な観察を行って継続的に適切性を保ち常に最小化されなければならない(2次予防)。また、実施された行動制限については、その後の適切な医療の実現に向けた事後検証が望ましい(3次予防)。なお、入院形態・病名・処置などの類型により隔離・身体拘束使用を前提として治療・ケア計画を標準化することはあってはならず、必ず現在の患者状態

に基づき適用が判断されなければならない。

Ⅲ 行動制限最小化の方法

推奨

- 1) 隔離・身体拘束最小化に取り組むにあたって、リーダーは基本となる考え方とすべての職員の役割と責任の骨子について明確な方向性を示すべきである。
- 2) 隔離・身体拘束の最小化の実効的な取り組みを目指すためには、根拠に基づく隔離・身体拘束使用防止のアプローチを採用し、自施設の個別の特性に合せた包括的な最小化計画を立案し、継続的な質改善を図るための体制を構築すべきである。

解説

1) コアストラテジー

行動制限最小化の課題は、古くはピネルの功績に見るように、精神医療にとって永続的なテーマである。あらゆる分野での医療知識や技術の近代化を経て今なお、それを行わないで済む状況には到達していない。しかし、身体拘束最小化への取り組みが世界各国で活発に行われており、特に米国から提唱された隔離・拘束使用防止のための包括的方策である6つのコアストラテジー (Six Core Strategies[®])⁹⁾⁻¹³⁾は、米国内だけでなくフィンランド^{14) 15)}、スペイン¹⁶⁾など異なる治療文化にも適応され身体拘束削減に効果を上げ、英国のREsTRAIN YOURSELF program¹⁷⁾、中国のCRCSE-based DE training programs¹⁸⁾などの新たなプログラムへと発展している。

コアストラテジーは隔離・身体拘束について、それらが経験的に有効であるとの認識に論理的脆弱性があることを指摘したうえ、公衆衛生学に基づいた1～3次といった予防モデルが有用であることを強調し、トラウマインフォームドケア、リカバリーモデルといった考え方を論理的な基礎として、6つの具体的な方略(ストラテジー)によって構成されている⁹⁾⁻¹³⁾。つまりは、最小化策の実践において、経験則ではなく論拠に基づき、当事者中心の考え方を念頭に行うべきという治療文化への転換を促すものである。

わが国の医療現場で本方策の実践を試みた検証においては、一部の方略が医療環境の相違などから現実的ではなかったものの、部分的な取り組みであっても一定の有効性が確認された¹⁹⁾。本指針では6つの具体的方略について、わが国における実現性^{20) 21)}とともに、精神科領域の救急医療における特性をふまえた本学会の見解・意見を加えて提示し、以下を推奨する。

(1) 組織改革のためのリーダーシップ

隔離・身体拘束の最小化は明確なリーダーシップのもと推進の中心となるコアグループを設立し、具体的なプランを立てることから始められるべきである。リーダーは、行動制限を最小化するために基本となる考え方(使命や信条)ととるべき行動(役割と責任の骨子)について明確な方向性を示すこと。施設や組織を代表するリーダー(病院長、看護部長など)が現場に立ち会うことを取り組みの核とすることが望ましい。リーダーは隔離・身体拘束の減少に向けたあらゆる活動において、患者、家族、権利擁護者を確実に引き込み最小化に向けて協働しなければならない。

(2) データ利用

隔離・身体拘束の期間や頻度について、データによる検証を行うことは、現状を把握し、今後とるべき行動の方向性を示すほか、どのような因子が影響するかについても判明し、隔離・身体拘束使用の最小化のための重要な情報をもたらす。各精神科医療機関は精神保健福祉法に関する通達により行動制限の一覧性台帳を作成しなければならない。これに含まれるデータを活用し、管理力を高めたり、知識を深めたりすることによって、最小化に役立てるべきである。隔離・身体拘束の実施数や施行期間、暴力事故の発生状況、患者と職員の満足度などの指標がモニタリングされ、患者・職員に対し指標の変化が分かりやすく示されるようにするのが望ましい。

(3) スタッフ力の強化

行動制限の最小化に適した治療環境を整えるために、関与するスタッフはその基本的論理を理解しなければならない。特に、公衆衛生学に基づく予防理論、トラウマインフォームドケア、リカバリーについて、知識を備えるべきである。スタッフは、行動制限のハイリスク者に対し、基本的な対応技術と、隔離・身体拘束が行われた場合その最小化のため

の治療計画立案の技術を有すること。また、そのための研修や教育の機会が与えられなければならない。

わが国においては認知症高齢者の身体拘束使用防止が重要な課題であり、精神科救急・急性期病棟で働く職員に対しても、認知症ならびにせん妄症状の理解を促進し、具体的なケア方法について習得するための教育プログラムが提供されるのが望ましい。

(4) 防止ツール^{19) 22) -25)}

行動制限の最小化には、多くのツールを必要とする。アセスメントツール、病歴や履歴を把握するための診療録におけるツールのような一般的な診療ツールのほか、ディエスカレーション、危機状況に対するケアプランと契約、施設環境の工夫、治療技法なども含まれる。

代替方法の検討は、隔離・身体拘束を実施するうえでの前提であり、必ず検討されるべきである。代替方法には種々のものが知られており、あらゆる方法を考慮されることが望ましい。そのために実施手順書や基準などに代替方法を例示しておくことが有用である。具体的には、環境調整、ディエスカレーション、タイムアウト、感覚調整室(スヌーズレン、コンフォートルーム)の活用、薬物による対応、チューブなどの必要性再検討、付き添いや見守りなど人的対応の可能性、病状確認による隔離・身体拘束の必要性評価、治療方針の再検討などが知られている。治療環境によっては、家族が付き添うといった方法がとられる例もある。隔離・身体拘束が実施されたあとも、常に最小化できるよう代替方法は継続的に模索されるべきである。

なお、わが国で行ったコアストラテジーの検証では、看護計画における個別の行動制限最小化方針の立案・策定に一定の評価が得られた。計画において、隔離・身体拘束によって防止すべき問題点に焦点化するだけでなく、個々のストレングスを評価していくことが有用であったと考えられている¹⁹⁾。

(5) 当事者の役割

本項目は、原典となるコアストラテジーにおいて、基本理論にあるリカバリーモデルを反映する重要項目として位置づけられている。当事者の役割を重視する米国では、病院組織のなかで当事者がさまざまな役割を担う例があり、原典のなかでその重要性はスタッフに明示されなければならないとされている。わが国の精神医療分野では長期入院者の地域移行・地域定着支援を中心にピアサポーターの活動が広がりを見せてお

り、今後、救急・急性期臨床においてもさらなる協働が期待される。当事者中心の考え方は常に重視されねばならず、隔離・身体拘束の最小化においても基本的な理念として位置づけられる。

(6) 事後検証

実施された隔離・身体拘束を分析することから知識を得て、その後の実施を最小化するための考え方、手順と実践の普及を目指すことが望ましい。事後検証のさらなる目的は隔離・身体拘束に関与した当事者・スタッフ双方の心理的副作用を和らげることにある。事後直後に行って治療環境を平常に復すためのものと、数日後にあらためて行うものがあり、それぞれの目的に沿って実施されることが望ましい(第3章 興奮・攻撃性への対応参照)。

2) 行動制限最小化委員会

行動制限最小化委員会の設置と会議の開催は、医療保護入院等の治療管理に関する診療報酬上の要件とされた経緯を経て、精神保健福祉法の施行規則における特定医師に関する施設側の要件として記載されている。これらの要件設定は精神科救急医療を想定しており、精神科救急を実践する各医療機関は、第三者評価機関としての行動制限最小化委員会を設置・開催するべきである。

本委員会の最小化の仕組みは客観的他者評価による適切性や妥当性の検討であるから、コアストラテジーにおける(3)最小化ツールとしての機能を持ち、外部委員(少なくとも病棟外、必要に応じ院外)の参加が望ましい。

IV 隔離・身体拘束の法的根拠と医学的根拠

推奨

隔離・身体拘束の対象となる患者として例示されている状態像について、法令に基づき、個々の症例の特性に照らし専門医学的見地から十分にその妥当性が検討されなければならない。

解説

わが国における行動制限の法的根拠は精神保健福祉法であり、同法は精

神病床に対する規定である。隔離・身体拘束は本法36条および37条に基づき厚生労働大臣が定める基準や告示によって規定されている。同基準には隔離・身体拘束を行う状態としての例示²⁶⁾(表2)があるが、実施に際しては個々の症例の特性に照らして、専門医学的見地から十分にその妥当性が検討されなければならないため、開始時点での精神保健指定医による判断と患者への告知、その後の診療録記載、観察、診察の義務などによって合法性と最低限の適切性を確保している。実施に際して法を遵守しなければならないことは言うまでもない。

一方、一般病床で行われる行動制限(おもに身体拘束であり「抑制」と称される)については、精神保健福祉法のような法的根拠を有さず、専ら医学的根拠によって実施されている。このため、家族などの代諾による説明と同意プロセスを厳密にして正当性を高めるべきである。さらには、最小化の手順を含んだ院内ルールを設けて適正化を図るべきである。

隔離・身体拘束の科学的根拠や医学的根拠は、おもに経験則による。医療の全領域で報告されている重大事故に、病院内の自殺、患者同士の暴力、転倒転落などがある。これらの医療事故の予防対策の一手段として行動制限が適用され、事故防止に一定の役割を果たしてきたのは確かである。ま

表2 隔離・身体拘束の法的根拠²⁶⁾

	目的	対象となる患者
隔離	患者の症状からみて、本人または周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法では、その危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療または保護を図る。	・他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪影響する場合。 ・自殺企図又は自傷行為が切迫している場合。 ・他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合。 ・急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合。 ・身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合。
身体拘束	当該患者の生命を保護することおよび重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限。代替方法が見出されるまでの間のやむをえない処置として行われ、できる限り早期にほかの方法に切り替えるよう努めなければならない。	・自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合。 ・多動又は不穏が顕著である場合。 ・その他精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合。

た精神科領域においては、ほかの患者との関係性を著しく損なう場合やほかの患者の治療の妨げになる場合、病的多飲などの場合にも適用されてきた。さらに、身体合併症治療や補液・栄養管理を行う際に、医療機器やチューブトラブルの防止を目的に身体拘束が実施されることがある。この場合はチューブ類が患者の生命に直結しているという認識の下、行わなければ生命を損なう危険が高いことが事由となっている。いずれも常に臨床的な判断であって、その必要性や妥当性については有害な影響も十分に考慮のうえ、医療者の倫理性によって継続的に考慮されなければならない。

V 隔離

推奨

- 1) 隔離を開始しないための代替方法を必ず多職種で検討しなければならない。
- 2) 隔離要件となった状態像からの改善が得られた場合、すみやかに解除されなければならない。
- 3) 隔離にあたっては、患者に対し目的を明確に文書・口頭で告知するとともに、解除となる状態像について分かりやすく説明するのが望ましい。
- 4) 隔離室以外の一般病室での隔離は避けるのが望ましい。
- 5) 開放観察が漫然と行われることのないよう目的を明確化して患者に説明し、実施後は患者とともに評価を行うことが望ましい。
- 6) 隔離中に患者が職員とのコミュニケーションを維持するための方法を確保し、患者に説明しなければならない。
- 7) 隔離室内における事故を予防するため、専用の寝具を使用し、危険物や許可されていない物品が不用意に持ち込まれることのないよう入退室のたびに点検しなければならない。
- 8) 隔離中の患者の所持品などの点検が人権とプライバシーの保護に配慮した手続きのもとに行われ、貴重品などの財産が確実に保護されるよう、各医療機関において明確な管理規程を定めるべきである。
- 9) 隔離中においても洗面、入浴、寝具交換、更衣などの清潔ケアが行われるようにすべきであり、患者状態により実施が困難な場合は代替方法を検討する。
- 10) 隔離室は患者の尊厳を損なうことのないよう室内の清潔と換気を保

ち、臭気のない状態が維持されるようにしなければならない。

- 11) 隔離室には見当識や生活機能を維持するため、採光に配慮し、患者が見やすい位置に時計とカレンダーを設置すべきである。
- 12) 映像モニター装置、集音マイクを設置している病室を使用するにあたっては、事前に文書および口頭で説明を行うとともに、映像や音声の関係者以外に視聴されることのないよう、プライバシーの保護に十分配慮するべきである。

解説

隔離室の構造は興奮や破壊の行動といった症状に耐用できなければならない。設備や家具が危険行為に用いられることのないような配慮が必要である。一般病室では病室や設備の破壊、無断退去、自殺企図などの事故を誘発する可能性があるため隔離に使用することは慎重にすべきである。隔離室の安全と患者の尊厳を損ねないようなアメニティの確保は二律背反の特徴があるが、近年の建築技術はそれを克服しつつあり、構造的な改善への努力が望ましい。精神科急性期の回復過程について多くの研究・観察から、回復を促進援助するために数段階の個室群の活用が有用であるとされている¹⁹⁾。急性期治療のためにはこのような疾患プロセスに見合った数種類の個室が整備されるべきである(第1章 総論 IV-1-3)病棟部門参照)。

隔離室に持ち込みが許容される物品は確実に把握され、管理されなければならない。鋭利な刃物・火気を生じる恐れのある物・破損する恐れのある物・紐類などの危険物、その他許可されていない物品が不用意に持ち込まれていないか点検する。身に着けた物品を確認するための入室時(開放観察中も含む)のボディチェックは、あらかじめ患者に目的と方法を説明し同意を得るように努めなければならない。点検は患者と同性の職員1名を含む複数の職員で、人権やモラル・品行・礼儀などに十分配慮したうえで確実に行うこと。安全性に問題のない信仰や文化的に重要な所持品の隔離室への持ち込みは許可されるべきである。隔離室に持ち込むことができない患者の私物、貴重品などの管理責任は各医療機関にあるため、所持品の点検手順を含めた明確な管理規程を定めるべきである。

隔離下での開放観察(部分開放)を行うことの意義は、閉鎖的空間での処遇に伴う心理的圧迫や拘禁反応などの緩和、回復程度や適応的行動に関する評価目的、急激な環境変化を避け段階的な移行を目指す目的などであり、あらゆる事例において積極的に試みられるべきであるが、漫然と行われることのないよう目的を明確にし、患者とともに評価を行い最小化計画

に反映するのが望ましい。

隔離におけるおもな有害反応は、心理的副作用である。刺激の除去・低減により感覚遮断、孤立、衝動コントロールの悪化を生じ、長期化による拘禁反応のほか、不本意な感情反応が生じやすく、特に入室時に激化しやすい。これらの心理反応や精神症状の一時的悪化に伴う種々の行動リスクについて、その可能性を評価し、おもな対策となる最小化以外にも共感的関与や可能な範囲での利便の検討、人権に配慮した対応など、個別の状況に応じた対策を講じるべきである。

VI 身体拘束

推奨

- 1) 身体拘束を開始しないための代替方法を必ず多職種で検討しなければならない。
- 2) 身体拘束の要件となった状態像からの改善が得られた場合、すみやかに解除されなければならない。
- 3) 身体拘束にあたっては、患者に対し目的を明確に文書・口頭で告知するとともに、解除となる状態像について分かりやすく説明するのが望ましい。
- 4) 身体拘束は各医療機関において承認された身体拘束専用の器具を、整備点検したうえで適切に用いなければならない。
- 5) 拘束方法・部位はできるだけ制限の少ない方法を選択する必要があるが、胴拘束の単独実施は原則的に行うべきではない。
- 6) 身体拘束の方法は精神保健指定医の指示によって決められるべきであり、看護師等の判断で拘束部位の追加や使用する器具を変更すべきではない。
- 7) 身体拘束はロビーや通路などアクセス制限のない空間や多床室で実施すべきではない。
- 8) 開放観察が漫然と行われることのないよう目的を明確化して患者に説明し、実施後は患者とともに評価を行うことが望ましい。
- 9) 身体拘束中に患者が職員とのコミュニケーションを維持するための方法を確保し、患者に説明しなければならない。ナースコールを設置する場合は実際に作動することを患者自身が確認できるようにすべきである。

- 10) 身体拘束中の事故を予防するため、危険物や許可されていない物品を患者が所持していないか点検し、患者の頭部、四肢が届く範囲に物品が配置されないよう調整しなければならない。
- 11) 身体拘束中の患者の所持品などの点検が人権とプライバシーの保護に配慮した手続きのもとに行われ、貴重品などの財産が確実に保護されるよう、各医療機関において明確な管理規程を定めるべきである。
- 12) 身体拘束を行うすべての患者について、静脈血栓塞栓症、褥瘡の発生リスクを評価し予防対策を講じるべきである。数時間以上続いた身体拘束の解除に際しては、転倒・転落リスクを再査定し必要な事故防止と事故発生時の受傷緩和策を講じるべきである。
- 13) 身体拘束が数時間以上に渡る場合は、拘束具による血行・神経障害、皮膚損傷などの二次障害や廃用症候群を防止するため、最低2時間に1回拘束具を解放し他動または自動運動、体位の調整を行わなければならない。
- 14) 身体拘束中においても洗面、入浴、寝具交換、更衣などの清潔ケアが行われるようにすべきであり、患者状態により実施が困難な場合は代替方法を検討する。
- 15) 身体拘束中でもオムツや床上での排泄を強要すべきではない。患者の協力が得られ拘束の一時中断が可能と判断された場合は、トイレでの排泄を行うのが望ましい。

解説

身体拘束に用いる器具は、合併症の発生を最小限に抑えられるような、専用に開発された器具を用いること。四肢・体幹ではマグネットタイプのものが比較的安全である。胴拘束の単独実施は頸部・体幹部の圧迫や、拘束帯からの離脱による重大な事故を引き起こす可能性があるため、やむをえず実施する場合は拘束帯からのすり抜けやずり落ちを防止するための器具の併用を検討する。拘束器具は定期的に整備点検を行い、緊急時でも正しい手順で行えるよう、マニュアルの整備と研修会など学習の機会を設けること。

身体拘束下にある患者が他者からの攻撃や有害な干渉から保護されるよう保障するため、ロビーや通路などアクセス制限のない空間や、多床室での身体拘束は実施すべきではない。ただし、病棟構造的な事情や搬送・移送での例外は考えられる。その場合、常時視野内以上の観察レベルによっ

て、他者からの保護を確実に保障したうえでなければならない。

鋭利な刃物・火気を生じる恐れのある物・破損する恐れのある物・紐類などの危険物、その他許可されていない物品を患者が所持していないか、身体拘束開始時(緊急時は拘束帯装着後)だけでなく一時中断や開放観察のたびに点検しなければならない。点検手順、患者の私物、貴重品などの管理に関しては隔離実施時と同様の対応が必要となる。また、患者の頭部、四肢が届く範囲に点滴スタンドやカテーテル・チューブ類、家具などの物品が配置されないよう調整する。

身体拘束の実施では、心理的副作用(不本意や不自由に伴う苦痛な感情反応)のほか、静脈血栓塞栓症、誤嚥性肺炎、廃用症候群、褥瘡、医療関連機器圧迫創傷、絞扼事故の発生など、種々のリスクを伴う。静脈血栓塞栓症や褥瘡については、発生する可能性を評価するために、個々に定型のアセスメントを行ったうえ、適合する対策を講じるべきである。その他の考える有害反応についても発生可能性を評価し、適合する精神医学的対策を講じるべきである。

VII 観察と記録

推奨

- 1) 隔離・身体拘束中の観察はケアの一部であり監視ではない。隔離・身体拘束中は対面での臨床的観察を原則とし、患者の体位、心身の状態変化、食事・水分摂取、排泄、服薬のニーズを把握し必要なケアを提供しなければならない。身体拘束中は観察ごとに拘束具の固定・装着状態、拘束部位の異常の有無について直接確認すべきある。
- 2) 隔離中の患者の体位に2時間変化が見られない場合、身体合併症の併発リスクが高まっているため、ただちに身体観察を行わなければならない。
- 3) 隔離・身体拘束中の観察と記録は、精神保健福祉法に基づく基準に明記された法的義務を有す医療行為であり、必ずこれを行わなければならない。
- 4) 行動制限中には、実施している行動制限の継続必要性和その医学的根拠、行動制限によって生じた有害な反応の有無について経時的に記載されなければならない。専用の観察シートなどを用いて、これら必須の観察記録事項が遅滞や記入漏れなく記録されることが望ましい。

解説

観察に関して一般に隔離では1日最低1回の診察、身体拘束であれば頻回の診察が必要とされている。看護師の観察について法的に明確な回数の設定はないが(隔離では定期的、身体拘束では常時観察を行うとある)、諸外国の基準では常時帯同による観察から特定の時間ごとの具体的な観察頻度を明示しているものもある。隔離・身体拘束中は向精神薬による過鎮静が生じやすく、静脈血栓塞栓症、褥瘡、誤嚥性肺炎等の身体合併症を併発するリスクがある。隔離中も患者の体位の変化・体動に注意し、2時間体位の変化が見られない場合はただちに身体診察を行わなければならない²⁷⁾。

行動制限の開始時に記録されなければならない事項は以下の通りである。

- ・どのような症状があり
- ・どのような目的で
- ・どのような内容の行動制限を
- ・誰が判断し
- ・誰が告知(説明)して
- ・いつ(年月日と時刻)開始(解除)したのか

当然最終判断者は精神保健指定医である(12時間をこえない場合は非指定医も有りうる)。

また以下についても記載が考慮されるべきである。

- ・代替方法が検討されたかの経緯
- ・告知時の患者の反応
- ・家族への報告と説明の経緯
- ・同意の有無

文献

- 1)厚生労働省：2001年度～2020年精神保健福祉資料。
- 2)野田寿恵，安齋達彦，杉山直也，他：精神保健福祉資料(630調査)を用いた隔離・身体拘束施行者数の分析。精神医学，54：317-323，2012。
- 3)浅川佳則，三宅美智，大谷須美子，他：精神科病院における身体拘束施行数の増加の要因分析(第1報)精神科病棟に認知症患者の入院が増えていることに着目して。日本精神科看護学術集会誌，58：31-39，2015。
- 4)三宅美智，西池絵衣子，大谷須美子，他：精神病床における拘束に関する15年間の変化。日本精神科看護学術集会誌，60：129-133，2018。
- 5)山之内芳雄：精神病床における行動制限に関する検討。令和元年度厚生労働行政推進調査事業費

- 補助金 障害者政策総合研究事業(精神障害分野)医療計画, 障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究 分担研究報告書, 2020.
- 6) 有我譲慶: 矛盾だらけの「医療保護入院」をどうする? 医療保護入院はなぜ増えたのか 精神医療政策の視点, 病院・地域精神医学, 62: 98-102, 2020.
 - 7) 厚生労働省: 「身体拘束ゼロ作戦推進会議」: 身体拘束ゼロへの手引き 高齢者ケアに関わるすべての人に, 2001.
 - 8) 全日本病院協会: 身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査研究事業報告書, 2016.
 - 9) Kevin Ann Huckshorn: Six core strategies to reduce the use of seclusion and restraint planning tool, National technical assistance center for state mental health planning, 2005.
 - 10) Huckshorn KA (吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵 訳): 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化—使用防止のためのコア戦略—, 翻訳にあたって, 精神科看護, 37(6): 52-56, 2010.
 - 11) Huckshorn KA (吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵 訳): 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化—使用防止のためのコア戦略— 第一部, 精神科看護, 37(7): 54-57, 2010.
 - 12) Huckshorn KA (吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵 訳): 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化—使用防止のためのコア戦略— 第二部, 精神科看護, 37(8): 49-53, 2010.
 - 13) Huckshorn KA (吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵 訳): 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化—使用防止のためのコア戦略— 第三部, 精神科看護, 37(9): 65-73, 2010.
 - 14) Anu Putkonen, Satu Kuivalainen, Olavi Louheranta, et al: Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. Psychiatr Serv, 64: 850-855, 2013.
 - 15) Jaana Asikainen, Olavi Louheranta, Katri Vehviläinen-Julkunen, et al: Use of coercion prevention tools in Finnish psychiatric wards. Arch Psychiatr Nurs, 34: 412-420, 2020.
 - 16) Jose Guzman-Parra, Carlos Aguilera Serrano, Juan A García-Sánchez, et al: Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward. J Am Psychiatr Nurses Assoc, 22: 233-241, 2016.
 - 17) Joy Duxbury, John Baker, Soo Downe, et al: Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme ('REsTRAIN YOURSELF'). Int J Nurs Stud, 95: 40-48, 2019.
 - 18) Junrong Ye, Zhichun Xia, Chen Wang, et al: Effectiveness of CRSCE-Based De-escalation Training on Reducing Physical Restraint in Psychiatric Hospitals: A Cluster Randomized Controlled Trial. Front Psychiatry, 12: 576662, 2021.
 - 19) 杉山直也: 行動制限最小化に関する研究の報告. 厚生労働科学研究費補助金, 障害者対策総合研究事業, 精神科救急医療における適切な治療法とその有効性等の評価に関する研究 (H23-精神—一般-008) (研究代表者: 伊藤弘人) 平成25年度総括・分担報告書, 2014.
 - 20) 浅井邦彦, 五十嵐良雄, 久保田巖, 他: 精神科医療における行動制限の最小化に関する研究—精神障害者の行動制限と人権確保のあり方—. 平成11年度厚生科学研究(障害保健福祉総合研究事業)報告書, (主任研究者: 浅井邦彦), 2000.
 - 21) 八田耕太郎: 精神科医療における隔離・身体拘束に関する研究. 精神経誌, 105: 252-273, 2003.
 - 22) Allen MH, Forster P, Zealberg, Currier Glenn: Report and Recommendations Regarding Psychiatric Emergency and Crisis Service. A Review and Model Program Descriptions. APA Task Force Report on Psychiatric Emergency Services. American Psychiatric Association, 2002.

- 23) Allen MH, Currier GW, Carpenter D, et al : Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies. J Psychiatr Pract, 11 : 5–108, quiz 110–112, 2005.
- 24) Zusman J : Restraint & Seclusion (third edition). Understanding the JCAHO standards and federal regulations. Opus communications, 2001.
- 25) Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B : Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. Br J Psy, 191 : 298–303, 2007.
- 26) 厚生省：告示第130号，精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準，1998.
- 27) Government of South Austraria : Restraint and Seclusion in Mental Health Services Policy Guideline. 2015.