

【資 料】

精神科に入院中の高齢者への身体拘束に対する看護師の認識と 取り組みに関する文献検討

Literature Review of Recognition and Efforts of Nurses to Prevent Physical Restraint of the Elderly Patients with Mental Disorders in Psychiatry

山内 彩香, 瓜崎 貴雄, 荒木 孝治

Saika Yamauchi, Takao Urizaki, Takaharu Araki

キーワード：高齢者，身体拘束，精神看護

Key Words : elderly, physical restraint, psychiatric nursing

I. はじめに

わが国における高齢化は著しく進行しており、2019年に65歳以上の人口は、3,589万人となり高齢化率は28.4%となった（内閣府、2020）。そして、65歳以上の高齢者の認知症患者が増加し、2025年には約700万人に達することが推測されている（二宮、2015）。精神科医療においてもその傾向は例に漏れず、精神疾患を有する入院患者数は減少傾向である一方、年齢別では65歳以上の入院、疾患別では認知症の入院が増加していることが報告されている（厚生労働省、2020a）。また、疾患別にみると統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害といった統合失調症圏の入院が最も高く（厚生労働省、2019）、現在まで地域移行支援や退院促進などさまざまな策は講じられてきているが、高齢の統合失調症患者は精神医療の中心的課題の1つであり（精神保健医療福祉白書、2019）、身体合併症や認知症を併発する患者も増加することが予測される。

厚生労働省は団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいるが（厚生労働省、2020b）、高齢者を取り

巻く介護・医療現場における課題の1つとして身体拘束がある。身体拘束は転倒・転落防止やカテーテル類の自己抜去防止などの目的、また、精神科医療においては、精神症状の急激な悪化による自傷他害を防ぐ目的でも隔離や身体拘束が行われている。精神科医療における身体拘束の歴史は長く、ピネル（P.Pinell）が18世紀末に「精神病患者の鎖からの解放」を唱えて以来約200年経た現在でも議論は継続している。精神科医療における行動制限には通信・面会の制限、隔離、身体的拘束（身体拘束）、任意入院患者の解放処遇があるが、本来ならば許されないはずの行動制限が許容されるには、一定の手続きを踏み、ルールを順守することが前提となる（天賀谷他、2007）ため、行動制限については精神保健福祉法第36条・37条に規定され、行動制限基準については告示128号、129号、130号によって示されている。また、2004年の診療報酬改定で「医療保護入院等診療料」が新設され、病院内に「行動制限最小化委員会」の設置が義務付けられ、各病院において行動制限最小化に向けて取り組みが行われている（天賀谷他、2007）。しかし、加藤他（2020）は

「精神保健福祉資料 (630調査)」から精神科病院の身体拘束実施状況を調査した結果、身体拘束実施者数は2018年度630調査において全国で11,362人であり、2003年度と比べ約2.2倍に増加していること、 χ^2 検定において特に75歳以上の患者の身体拘束実施率が有意に高く、診断名では「精神遅滞 (知的障害)」「アルツハイマー病型認知症」「血管性認知症」などが有意に高かったことを明らかにしている。

身体拘束は筋力低下、皮膚障害、急性肺血栓塞栓症、屈辱感、無力感など高齢者の心身にさまざまな弊害を生じさせ、人間としての尊厳と誇りの喪失や身体拘束に起因した死を、看護師には看護実践の専門性・主体性・自律性の喪失を引き起こすといわれている (鈴木他, 2020)。また、身体拘束をすることによって高齢者の身体機能や認知機能が一層低下し、その結果、転倒やせん妄などの二次的・三次的な障害が生じ、その対応のためにさらに拘束を必要とするという悪循環がおきる (厚生労働省, 2001)。介護現場においては、2000年にスタートした介護保険制度に伴い身体拘束が原則禁止されて以降、「身体拘束ゼロ作戦」として身体拘束のないケアに向けてさまざまな取り組みが進められている (厚生労働省, 2001)。また医療現場においても2016年に診療報酬改定で「認知症ケア加算」が新設され、身体疾患のために入院した認知症患者のケアの質向上を図るため、病棟での取り組みや多職種チームによる介入を評価することや、身体拘束を実施した日は100分の60に減算されるといった要件があり (中西, 2019)、行政レベルでも認知症高齢者へのケアの質向上と身体拘束の防止の促進が図られているといえる。その他の指針としては、日本看護倫理学会が2018年に「医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン」「身体拘束予防ガイドライン」の2部構成で看護倫理ガイドラインを発刊している (日本看護倫理学会, 2018)。

ライフステージの総まとめの段階にある高齢者が最後までその人らしく尊厳をもって生きることができるよう支援していくことが必要である。先行研究では精神科に入院中の高齢者への身体拘束に関しての実態調査はみられなかったが、精神科に入院し

ている高齢者への身体拘束に対する看護師の認識と身体拘束早期解除に向けての取り組みに関する8件の報告があった。そこで、本研究では、精神科に入院している高齢者への身体拘束に対する看護師の認識と取り組みについて先行文献の知見を整理し、今後精神科における高齢者への身体拘束を最小化するための支援について示唆を得ることを目的とした。

Ⅱ. 方法

1. 用語の定義

- 1) 精神科とは、精神科病院、もしくは精神科病棟とした。
- 2) 身体拘束とは、厚生省告示第129号に倣い、衣類または綿入り帯等を使用して、一時的に患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限とした。
- 3) 高齢者とは、65歳以上の精神疾患患者とした。

2. 文献検索方法および選定

医学中央雑誌Web版、CINAHL Plusを用いて原著論文に限定してデータベース検索を行った (2020年9月)。医学中央雑誌Web版では、キーワードを「高齢者」「身体拘束」「精神病院 or 精神科病棟」とし検索をしたところ23件、「高齢者」「身体拘束」「精神看護」で検索したところ66件であった。CINAHL Plusでは、キーワードを「elderly」「physical restraint」「psychiatric hospital or psychiatric ward」で検索すると11件、「elderly」「physical restraint」「psychiatric nursing」とすると6件であった。以上の文献の中から、抄録のない文献、レビュー文献、日本語もしくは英語以外の文献、高齢者の身体拘束に対する精神科看護師の認識、または取り組みについて具体的な記載のない文献を除外し、さらに重複した文献を除いた結果、最終的に国内文献7件、国外文献1件の8文献が本研究の分析対象となった。

3. 文献の整理と分析方法

各文献の著者名、発行年、研究方法 (①研究目的、②研究対象、③研究デザイン)、高齢者への身体拘束に関する結果の概要を要約し、マトリックスシートを作成した。精神科に入院中の高齢者への身体拘

束に対する看護師の認識と取り組みについては、各文献を精読し、身体拘束に関する看護師の認識と取り組みについてのサブカテゴリー、またはサブカテゴリーがない場合は具体的に記述されている個所を抜粋しコード化した。そして類似するものを集約してカテゴリー化した。拘束という用語以外に行動制限や抑制という用語が使用されている記述については、各文献の行動制限の定義の中に身体拘束が含まれている場合や、内容を精読した結果、身体拘束を意味する場合は該当箇所として抜粋した。

分析は共同研究者で行い、内容の解釈が恣意的にならないように配慮した。

Ⅲ. 結果

1. 精神科に入院中の高齢者への身体拘束に対する看護師の認識と取り組みに関する研究の概要

対象文献の概要を表1-1, 1-2に整理した結果、自

記式質問紙調査の自由記載の分析が1件 (No.1)、質的研究が3件 (No.2, 3, 5)、事例研究が3件 (No.4, 6, 7)、民俗学的研究が1件 (No.8) であった。また、事例研究 (No.4, 6, 7) の対象者の身体拘束の状況 (身体拘束の原因、または目的、部位、期間、疾患名、年齢、性別) について表2に整理した。身体拘束の原因、または目的については、多動、ベッドからの転落防止 (No.4)、ドア叩き、暴力行為、拒薬・拒食 (No.6)、カテーテル類の自己抜去防止、転倒・転落防止 (No.7) が挙げられていた。身体拘束の種類については2件のみ記載されており、四肢拘束と胴拘束 (No.6)、両上肢拘束と体幹拘束 (No.7) であった。疾患名は認知症が1件 (No.4)、統合失調症が1件 (No.6)、認知症と統合失調症が1件 (No.4)、老年期精神病と認知症が1件 (No.7) であった。年齢は全員が70代であった。拘束期間については、最短でも1カ月以上 (No.6)、最長では1年6カ月 (No.7) であった。

表1-1 対象文献一覧

番号	著者	研究方法 発行年 ①研究目的 ②研究対象 ③研究デザイン	結果の概要
1	松下他 (2019)	①精神科病棟の中でも行動制限を要する急性期患者に頻回に対応する精神科スーパー救急病棟の看護師の、拘束と虐待についての認識を明らかにする。②30施設の精神科スーパー救急病棟の看護師 55名 ③自記式質問紙調査の自由記載の分析	『高齢者の人権を守るという観点からの拘束や行動制限に対する考え』として【必要があつての拘束】【拘束する上での留意点】【拘束せざるを得ない現状】【拘束が全ての人権侵害なのか】の4つのカテゴリーが見出された。高齢者への拘束に関するその他の考えとして「施設と精神科病院では異なる拘束の意味合い」も挙げられていた。
2	山岡他 (2018)	①精神科病院における看護師の高齢精神患者への行動制限に関する倫理的ジレンマを明らかにする。②A 精神科病院の看護師 5名、准看護師 2名 ③質的帰納的研究デザイン	高齢精神患者への行動制限に関する看護師の倫理的ジレンマは、【行動制限を受ける患者の苦痛を感じ、申し訳ないと思う】【行動制限はしないようにしているが、必要であり仕方がない】【行動制限の知識を学ぶことにより縮小できることがうれしい】の3つのカテゴリーで構成された。
3	山岡他 (2016)	①急性期高齢精神疾患患者への行動制限を行う看護師の体験により、急性期高齢精神疾患患者への行動制限に関する看護実践を明らかにすること及び今後の課題を示唆する。②精神科病院の急性期精神科病棟勤務の看護師 5名 ③質的帰納的研究デザイン	急性期高齢精神疾患患者への行動制限に関する看護師の体験は、【精神症状が悪化している患者の治療や看護には行動制限は必要である】【行動制限を受ける患者の苦痛を想定する】【精神症状が悪化した患者に行動制限を行う看護師の葛藤】【行動制限の縮小に取り組む】の4つのカテゴリーで構成された。

表1-2 対象文献一覧

番号	著者	研究方法 発行年	結果の概要
		①研究目的 ②研究対象 ③研究デザイン	
4	大西他 (2015)	①パーソン・センタード・ケアを取り入れた事例からスタッフの認知症ケアに対する意識が変化することにより、身体的拘束をしない援助が可能になった変化について考察する。②認知症治療病棟に入院中の70代女性の脳血管性認知症患者、70代女性の統合失調症・認知症状態の患者、パーソン・センタード・ケアを行った中心メンバーの看護師1名、准看護師2名、看護助手2名③事例研究、看護師の意識変化については自由記載の分析	パーソン・センタード・ケアの導入にあたり、以下の8項目(①～⑧)を実施した結果、患者2名とも拘束を解除できた。①患者を呼ぶときは○○さんと正しく呼ぶ②声をかけるときは「～ですか?」「～しませんか?」など患者が自分で決定できる言葉で声かけをする③自分たちのスケジュールに患者を合わせない④認知症ケアの模範となる病院の見学をする⑤自分たちに何ができるのか意見を出し合い実施する⑥毎日話し合う時間をもつ⑦認知症ケアの注意点、怒らない、制止しない、命令しない、無視しない、説得しないの5項目を見やすい位置に張り出す⑧定期的に認知症ケアの勉強会を行う。その後、スタッフのモチベーションが高まり、身体拘束に対する考え方も変化し、病棟の身体拘束患者数も減少した。
5	松下他 (2014)	①精神科療養病棟に勤める看護師の高齢者虐待や拘束に関する認識を明らかにする。②関東圏内の精神科病院2病院の高齢者が多い精神科療養病棟で就業中の看護師9名③質的記述研究デザイン	高齢者虐待、身体拘束、虐待やそのリスクに関する情報や経験の有無、高齢患者のQOLや生きがい、高齢者精神科看護等について半構造化面接を実施した結果、【誰でも加害者になり得る高齢者虐待】【高齢者虐待は別のこと】【アンビバレントな拘束観】【拘束の背景にある患者層と病院体制の相違】【人権意識をめぐる葛藤と了解】【認識の背景にある看護の専門性とやりがい】の6カテゴリーが見出せた。
6	竹下 (2007)	①長期に行動制限の処遇を受けている患者に対して、早期の行動制限解除に向かうために有効な関わりを明らかにする。②医療保護入院中の70代男性の統合失調症患者③事例研究	信頼関係構築のため、痛みを伴わない処置への変更、暴力に対する勉強会を実施した。粗暴行為が長期の拘束による過剰な防衛反応の結果と考え、拘束解除に向け主治医と検討した。拘束解除により精神状態が落ち着き、看護師への拒否行動が減少した。隔離解除後も患者の自己決定を尊重し、患者自らが服薬や食事摂取をするまで「待つ」ことを心掛けたことで患者自身から服薬希望が聞かれるようになった。
7	岡本他 (2007)	①認知症患者の身体抑制に対し、抑制方法の工夫ではなく、抑制解除の工夫により抑制を解除することで、患者の人間としての尊厳を取り戻す。②老年期精神病、認知症で内科合併症病棟に入院中の70代女性で、経鼻胃管、膀胱バルーンカテーテルを挿入中の患者③事例研究	カテーテルの自己抜去とベッドからの転落防止目的で抑制の指示が出ている患者に対し、抑制解除に向けて抑制目的を一つずつ整理しカンファレンスで検討した結果、経鼻胃管は注入時のみ挿入、膀胱留置カテーテルは医師と検討の上で抜去、転倒転落時の事故防止対策により、抑制を解除することができた。
8	Chien (1999)	①高齢患者に対する身体拘束の使用において精神科看護師の判断を決定づけるものが何かを調査する。②香港の一施設の老年精神医学病棟の看護師8名③民俗学的研究	半構造化面接、観察、臨床記録の調査の3つのデータ収集方法による結果を比較することによって、身体拘束使用における看護師の判断に関して「身体拘束の理論的根拠」「代替方法の検討」「悪影響についての検討」「倫理的配慮」「身体拘束の方針と記録」の5つのメインテーマが特定された。

表2 身体拘束の原因, 又は目的, 部位, 期間, 疾患名, 年齢, 性別

身体拘束の原因, 又は目的	部位	期間	疾患名	年齢 性別	文献
多動, ベッドからの転落防止	記載なし	約9カ月	脳血管性認知症	70代 女性	4
多動, ベッドからの転落防止	記載なし	記載なし	統合失調症, 認知症	70代 女性	4
昼夜問わず病室の窓や病棟入り口のドア 叩き, 物を盗られたといった被害妄想, 看護師への暴力行為, 拒薬, 拒食	四肢拘束 胴拘束	1カ月以上	統合失調症	70代 男性	6
カテーテル類の自己抜去防止 転倒・転落防止	両上肢拘束 体幹拘束	1年6カ月	老年期精神病, 認知症 神経因性膀胱	70代 女性	7

2. 精神科に入院中の高齢者への身体拘束に対する 看護師の認識

精神科に入院中の高齢者への身体拘束に関する看護師の認識は, 8件すべての文献から抽出され, 48コード, 8サブカテゴリー, 4カテゴリーに集約された(表3)。以下, カテゴリーは【】, サブカテゴリーは〈〉, コードは「」, 各文献の具体的な記述は『』で示す。

【身体拘束の必要性の認識と仕方がないという思い】は, 〈身体拘束は患者を守るために必要〉〈安全確保や治療のために身体拘束はやむを得ない〉の2サブカテゴリーで構成された。このカテゴリーは, 精神状態の悪化によるさまざまな危険から患者自身を守り精神状態の安定を図る目的での身体拘束の意義と, 安全確保や治療のため身体拘束以外の術がなくやむを得ず行っているという看護師の複雑な思いを示している。〈身体拘束は患者を守るために必要〉には, 「精神症状が落ち着くには制限が必要」「危険から守るため必要」などが含まれた。〈安全確保や治療のために身体拘束はやむを得ない〉には, 「リスク予防のために行動制限は仕方がない」「身体拘束解除によるデメリットの方が大きい」「仕方がないという考えとともにやり切れなさを感じる」などが含まれた。【身体拘束には患者以外の要因も影響している】は, 〈身体拘束の背景には医療者側の要因もある〉〈身体拘束の背景には組織的な要因もある〉

の2サブカテゴリーで構成された。このカテゴリーは, 医療者側の防衛的姿勢や行動制限に対する技術不足, 精神科の治療環境, 人員不足という組織的な要因が身体拘束に影響しているという看護師の認識を示している。〈身体拘束の背景には医療者側の要因もある〉には, 「医療者の安心のために身体拘束をしている」「看護師の技量も含めて身体拘束をする体制になっていない」「何かあったら責任が問われる」などが含まれた。〈身体拘束の背景には組織的な要因もある〉には, 「身体拘束の背景にある人員配置上の問題」「病棟の特徴も身体拘束に影響している」「精神科での身体拘束の状況に対する違和感」という, 人員配置不足や病棟の患者層や治療方針が身体拘束に影響していること, 過去勤務していた病院と比較し精神科では違和感なく身体拘束が行われていると認識していることが含まれた。【身体拘束に倫理的葛藤を感じる】は, 〈患者の苦痛に対する罪悪感〉〈看護師としての責任と身体拘束に対する疑問〉の2サブカテゴリーで構成された。このカテゴリーは, 患者の人権と安全の保護という異なる倫理的価値観の対立による戸惑いや身体拘束に対するスタッフ間での意見の相違という看護師の困難感を示している。〈患者の苦痛に対する罪悪感〉には, 「隔離や身体拘束には精神的・身体的苦痛があると思う」「身体拘束を受ける患者に申し訳ないと思う」「つらい気持ちを抑えて行動制限をし

表3 精神科に入院中の高齢者への身体拘束に対する看護師の認識

カテゴリー	サブカテゴリー(コード数)	コード (抜粋)	文献
身体拘束の必要性の認識と仕方がないという思い	身体拘束は患者を守るために必要(9)	精神症状が落ち着くには制限が必要	3
		急性期精神科患者の点滴時、身体拘束が必要	3
		危険から守るため必要	4, 5, 8
		命を守ることが最優先	5
		安全確保や治療のために身体拘束はやむを得ない(7)	1, 5
	身体拘束はやむを得ない(7)	治療のためにやむを得ない身体拘束	1, 7, 8
		リスク予防のために行動制限は仕方がない	2
		身体拘束解除によるデメリットの方が大きい	5
		仕方がないという考えとともにやり切れなさを感じる	6
身体拘束には患者以外の要因も影響している	身体拘束の背景には医療者側の要因もある(4)	何かあったら責任が問われる	4, 5
		医療者の安心のために身体拘束をしている	5
		看護師の技量も含めて身体拘束をする体制になっていない	5
		精神科に移動後の身体拘束に対する意識の変化	5
	身体拘束の背景には組織的な要因もある(5)	施設と精神科病院では異なる身体拘束の意味合い	1, 5
		身体拘束の背景にある人員配置上の問題	1, 5
		病棟の特徴も身体拘束に影響している	5
		精神科での身体拘束の状況に対する違和感	5
身体拘束に倫理的葛藤を感じる	患者の苦痛に対する罪悪感(4)	隔離や身体拘束には精神的・身体的苦痛があると思う	2, 3, 4
		身体拘束を受ける患者に申し訳ないと思う	2
		行動制限を受ける患者がかわいそうだと思う	3, 5
		つらい気持ちを抑えて行動制限をしている	3
	看護師としての責任と身体拘束に対する疑問(5)	身体拘束への抵抗感と看護師としての責任	5
		身体拘束継続に関する迷いと意見の違い	5
		医療者側の要因による身体拘束に対する疑問	5
身体拘束最小化における看護の専門性とやりがい	身体拘束は必要最小限で行われるべき(8)	最小限度でなされるべき身体拘束	1
		身体拘束以外の対応や手段も考えるべき	1, 5
		カンファレンスや上司から行動制限の知識を得ている	2
		カンファレンスで学ぶ	3
		チームで取り組む	3
	身体拘束最小化の取り組みにおける精神看護の専門性とやりがい(6)	行動制限の知識や学習が必要	3
		身体拘束の解除には看護師の判断が重要であり精神看護の専門性である	5
		身体拘束を要するような状況も看護師の関わり次第	5
		人生の最後なので、楽しく嫌な思いはできるだけしないでほしい	5
		身体拘束をしないための工夫を話し合い実践していくことでやりがいを感 じる	4
		患者のよい反応がうれしく、やりがいを感 じる	4

ている」など、患者の精神的・身体的苦痛を想像し罪悪感を感じながら身体拘束を行っているという内容が含まれた。〈看護師としての責任と身体拘束に対する疑問〉には、「身体拘束への抵抗感と看護師としての責任」「身体拘束継続に関する迷いと意見の違い」「医療者側の要因による身体拘束に対する疑問」という身体拘束は不自然でありかわいそうだが、患者に納得してもらえようにするのが看護師の役割という認識、身体拘束は医療者の安心のために行われているのではないかという疑問、身体拘束継続についてスタッフ間で意見の相違があり迷いを感じていることが含まれた。【身体拘束最小化における看護の専門性とやりがい】は、〈身体拘束は必要最小限で行われるべき〉〈身体拘束最小化の取り組みにおける精神看護の専門性とやりがい〉の2サブカテゴリーで構成された。このカテゴリーは身体拘束を最小化するために代替方法など創意工夫する過程において、チームで協働することや身体拘束解除後の患者の心身状態が改善することに対して看護師が喜びややりがいを感じていることを示している。〈身体拘束は必要最小限で行われるべき〉には、「身体拘束以外の対応や手段も考えるべき」「カンファレンスで学ぶ」「チームで取り組む」「行動制限の知識や学習が必要」など、身体拘束を最小化するために、代替方法を検討したり、カンファレンスや行動制限の学習を通してチームで協働しているということが含まれた。〈身体拘束最小化の取り組みにおける精神看護の専門性とやりがい〉には、「身体拘束の解除には看護師の判断が重要であり精神看護の専門性である」「身体拘束を要するような状況も看護師の関わり次第」「身体拘束をしないための工夫を話し合い実践していくことでやりがいを感じる」「患者のよい反応がうれしく、やりがいを感じる」など、身体拘束を最小化するうえで、患者への関わり方やアセスメント力といった看護の専門性が求められること、身体拘束を最小化する取り組みをチームで協力して行っていく過程でやりがいを感じられること、身体拘束解除後の患者の心身の状態の改善に対して喜びを感じるということが含まれた。

3. 精神科に入院中の高齢者への身体拘束最小化に向けた取り組み

精神科に入院中の高齢者への身体拘束最小化に向けた取り組みは、7文献 (No.2-8) から抽出され、50コード、15サブカテゴリー、5カテゴリーに集約された (表4-1, 4-2)。以下、カテゴリーは【】, サブカテゴリーは〈〉, コードは「」, 各文献の具体的な記述は『』で示す。

【患者の在り方を尊重する】は、〈患者の人としての尊厳を守る〉〈患者の自己決定を尊重する〉〈患者のペースを尊重する〉の3サブカテゴリーから構成された。このカテゴリーは、患者の人としての尊厳を守り、患者の自己決定や自由意思に基づく行動を支援することを示している。〈患者の人としての尊厳を守る〉には、「患者の立場に立って考え、対応する」「患者を呼ぶときは〇〇さんと正しく呼ぶ」など、加齢や精神症状によって認知機能やコミュニケーション力が低下している患者に対して、「人」としての尊厳を守り大切な存在として接することが含まれた。〈患者の自己決定を尊重する〉には、「患者が自分で決定できる言葉で声かけをする」「執拗に促さず機会をみて接する」など、患者自身の決定を支え、無理強いをしない働きかけが含まれた。〈患者のペースを尊重する〉には、「徘徊、不眠がみられても他患者の迷惑にならないければ自由に過ごしてもらう」「患者のペースに合わせてスタッフが動く」など、患者を焦らせず、患者のペースで行動できるように環境調整したり、ゆとりをもって関わるということが含まれた。【患者の安心感が高まるように関わる】は、〈患者の言動の意味を理解しようとする〉〈入院や治療の必要性を患者自身が感じられるように丁寧に関わる〉〈患者の苦痛が軽減するように治療方法を検討する〉〈患者が安心できるように支持的・受容的に関わる〉の4サブカテゴリーで構成された。このカテゴリーは、患者の安心感が高まるように、言語化しづらい患者の思いをくみ取ってニーズを満たしたり、苦痛の少ない治療方法を検討したり、入院や治療の必要性を理解できるように患者に丁寧に説明したり、支持的・受容的に関わるという援助を示している。患者の言動の意味を理解しよう

表4-1 精神科に入院中の高齢者への身体拘束最小化に向けた取り組み

カテゴリー	サブカテゴリー	コード (抜粋)	文献
患者の在り方を尊重する	患者の人としての尊厳を守る (3)	患者の立場に立って考え、対応する	4
		どうしたら患者が喜んでくれるか考える	4
		患者を呼ぶときは〇〇さんと正しく呼ぶ	4
	患者の自己決定を尊重する (2)	患者が自分で決定できる言葉で声かけをする	4
		執拗に促さず機会を見て接する	6
	患者のペースを尊重する (3)	徘徊、不眠がみられても他患者の迷惑にならないければ自由に過ごしてもらう	4
		自分たちのスケジュールに患者を合わせない	4
		患者のペースに合わせてスタッフが動く	4
患者の安心感が高まるように関わる	患者の言動の意味を理解しようとする (4)	患者の思いを想像し、認知症ケアの注意点を意識してかかわる	4
		「患者の行動には意味がある」という考え方が根付き患者の苦痛を考える	4
		不潔行為があっても、どうして触るのか理由を考え、個々にあった対応をする	4
		患者の言動や表情などの反応の観察を行う	6
	入院や治療の必要性を患者自身が感じられるように丁寧に関わる (4)	看護師が味方であるということを繰り返し伝える	6
		服薬の必要性を状態に応じて説明し促す	6
		処置の必要性と、服薬で辛さが軽減することを説明し続ける	6
		精神状態が安定した際に入院中であることを再度説明する	6
	患者の苦痛が軽減するように治療方法を検討する (2)	過鎮静を含めた薬の効果を観察する	6
		本人の負担を軽減するように主治医と共に治療方法を検討する	6
	患者が安心できるように支持的・受容的に関わる (5)	声を荒げていると気づいたら傍に行き話をして手を握る	5
		安心できるよう支持的・受容的に接し穏やかな統一した言動を心がける	6
		治療的コミュニケーションをはかり信頼関係を構築する	6
		セルフケア行動が拡大した喜びを患者と共有する	6
		横に座りタッチングを行いながらコミュニケーションをはかる	6
身体拘束解除に向けて家族を含めたチームで協働する	身体拘束の目的となつてい事項について対策を検討する (2)	安全ベルトを使用しても様子を見ながら看護師、看護助手で話し合い少しずつフリーにしていく	4
		身体拘束の目的を一つずつ整理し、カンファレンスで検討する	7
	身体拘束解除に向けて多職種で密に連携する (10)	看護師、看護助手で何ができるのか意見を出し合い実践する	4
		看護師、看護助手全員で見守る	4
		治療方針、治療方法、行動制限解除の可能性について主治医と検討する	6
		主治医を交えたカンファレンスを毎日計画し、精神状態に合わせたケアやかかわり方について確認する	6
		看護師、看護補助、担当医師、内科医師、栄養士でカンファレンスを繰り返し行い身体拘束解除の検討をする	7
		家族に身体拘束解除によるリスクを説明する	4
		家族に外傷防止に努めることとその対策を説明し身体拘束解除に対する同意を得る	4

表4-2 精神科に入院中の高齢者への身体拘束最小化に向けた取り組み

カテゴリー	サブカテゴリー	コード (抜粋)	文献
疾患別の特性や	認知症ケアについて意識	認知症ケアの模範となる病院の見学をする	4
対処方法、行動	付けや学習機会を設ける	認知症ケアの注意点を見やすい位置に張り出す	4
制限について学	(3)	定期的に認知症ケアの勉強会を行う	4
習する	暴力防止対策について学	包括的暴力防止プログラム(CVPPP)の伝達を行う	6
	習機会を設ける(1)		
	行動制限について指導を	カンファレンスや上司の指導により行動制限の知識を得ている	2
	受ける(1)		
患者にとって心	患者の行動を制限せずに	ベッド周囲の環境を整え、転落時のリスクを軽減する	4, 7, 8
地よく安全に過	安全に過ごせる環境を作	安全に心地よく過ごせる場所を提供する	4, 7
ごせる環境作り	る(5)	チューブの位置を変えるなど患者の動きに合った工夫をする	5
に取り組む		酸素を外していても気づいた時につける	5
		混乱した患者の病床を詰め所の近くに配置する	8
	心地よく過ごせる環境作	ゆっくり入浴できる方法、落ち着かない患者への対応についてさまざまな提	4
	りに前向きに取り組む	案をする	
	(3)	身体拘束をするデメリットを考え(身体拘束をしない看護を)やってみよう	4
		という前向きな気持ちになる	
		快適に過ごせるように環境整備から荷物の整理整頓まで行う	5

とする〉には、「不潔行為があっても、どうして触るのか理由を考え、個々にあった対応をする」「患者の言動や表情などの反応の観察を行う」など、患者の言動には必ず意味があると考え、その背景にある患者の思いに心を配りながらニーズを満たす工夫が含まれていた。〈入院や治療の必要性を患者自身が感じられるように丁寧に関わる〉には、「処置の必要性和、服薬で辛さが軽減することを説明し続ける」「看護師が味方であるということを繰り返し伝える」など、安全感が脅かされている患者に対し、今いる場所が安全であることや患者自身が感じている苦しさや辛さが治療によって軽減するということを患者の反応を確認しながら丁寧に伝え続けるという関わりが含まれていた。〈患者の苦痛が軽減するように治療方法を検討する〉には、「過鎮静を含めた薬の効果を観察する」「本人の負担を軽減するように主治医と共に治療方法を検討する」など、主治医と苦痛が少ない治療方法について検討することが含まれた。〈患者が安心できるように支持的・受容

的に関わる〉には、「声を荒げていると気づいたら傍に行き話をし手握る」「安心できるよう支持的・受容的に接し、穏やかな統一した言動を心がける」など、穏やかな言動、タッチング、傾聴などの言語的・非言語的コミュニケーションを工夫しながら患者が安心感を感じられるように関わっていることが含まれた。【身体拘束解除に向けて家族を含めたチームで協働する】は、〈身体拘束の目的となっている事項について対策を検討する〉〈身体拘束解除に向けて多職種で密に連携する〉〈家族の理解が得られるように説明する〉の3サブカテゴリーで構成された。このカテゴリーは、多職種と家族で協働しながら身体拘束解除に向けて取り組むことを示している。〈身体拘束の目的となっている事項について対策を検討する〉には、「身体拘束の目的の一つずつ整理し、カンファレンスで検討する」など、拘束の目的となっているカテゴリーの自己抜去防止や転倒・転落防止という事項について一つずつ整理し、多職種カンファレンスで治療方法や介入方法につい

て検討し、患者の反応を確認しながら実施、評価、修正を繰り返していくことが含まれた。〈身体拘束解除に向けて多職種で密に連携する〉には、「主治医を交えたカンファレンスを毎日計画し、精神状態に合わせたケアやかかわり方について確認する」「看護師、看護補助、担当医師、内科医師、栄養士でカンファレンスを繰り返し行い身体拘束解除の検討をする」など、身体拘束解除に向けて、患者の状態像、治療、介入方法について日々相談したり、カンファレンスで話し合うことを通して密に連携をしていることが含まれた。〈家族の理解が得られるように説明する〉には、「家族に身体拘束解除によるリスクを説明する」「家族に外傷防止に努めることとその対策を説明し身体拘束解除に対する同意を得る」という身体拘束の解除におけるリスクや事故防止対策を説明し、家族の理解や協力が得られるように努力をしていることが含まれた。【疾患別の特性や対処方法、行動制限について学習する】は、〈認知症ケアについての意識付けや学習機会を設ける〉〈暴力防止対策について学習機会を設ける〉〈行動制限について指導を受ける〉の3サブカテゴリーから構成された。このカテゴリーは、身体拘束最小化のために精神科の高齢者に多くみられる疾患別の特性に応じた対処方法や行動制限について学習することを示している。〈認知症ケアについての意識付けや学習機会を設ける〉には、「認知症ケアの注意点を見やすい位置に張り出す」「定期的に認知症ケアの勉強会を行う」など、疾患特性に応じた関わり方について理解を深めたり、チームの意識を高める工夫が行われていることが含まれた。〈暴力防止対策について学習機会を設ける〉には、「包括的暴力防止プログラムの伝達を行う」という精神科における身体拘束の主要な原因の1つである暴力によって患者と看護師双方が不利益を被らないように対処行動について勉強会を開催していること、〈行動制限について指導を受ける〉には、「カンファレンスや上司の指導により行動制限の知識を得ている」ことが含まれた。【患者にとって心地よく安全に過ごせる環境作りに取り組む】は、〈患者の行動を制限せずに安全に過ごせる環境を作る〉〈心地よく過ごせる環境作

りに前向きに取り組む〉の2サブカテゴリーで構成された。このカテゴリーは、身体拘束を行わずに患者が心地よく安全に過ごせるための環境作りを創意工夫しながら行っていることを示している。〈患者の行動を制限せずに安全に過ごせる環境を作る〉には、「ベッド周囲の環境を整え、転落時のリスクを軽減する」「安全に心地よく過ごせる場所を提供する」など、ベッドを低くする、ベッド横やホールにマットを敷くといった工夫を行い、患者の自由に動きたいという自然な欲求を制限せずに患者が安全に過ごせる環境を整えていた。〈心地よく過ごせる環境作りに前向きに取り組む〉には、「ゆっくり入浴できる方法、落ち着かない患者への対応についてさまざまな提案をする」「身体拘束をするデメリットを考え（身体拘束をしない看護を）やってみようという前向きな気持ちになる」など、実際に創意工夫した結果、身体拘束を解除できた成功体験に支えられ、身体拘束をせずに患者が心地よく過ごせる環境作りに前向きに取り組んでいることが含まれた。

IV. 考察

1. 精神科における高齢者への身体拘束に関する状況

3件の事例研究の対象者の疾患をみると、認知症、統合失調症、統合失調症と認知症の併発、老年期精神病と認知症の併発であり、精神科医療における身体拘束の対象者の多様性を示していると考えられる。それに伴って身体拘束の目的も一般病院や介護現場で多くみられる転倒・転落防止、カテーテル類の自己抜去防止に加え、精神科で発生しやすい精神症状の悪化に起因する暴力行為が挙げられていた。転倒・転落防止やカテーテル類の自己抜去防止目的の身体拘束と精神運動興奮状態による暴力行為に対する身体拘束は緊急度や対処方法も異なるため、精神科の臨床では対象や状況に応じて個別的に対応しなければならない複雑さがあると推察される。拘束の部位については、2件にのみ記述されていた。四肢拘束と胴拘束（No.6）、両上肢拘束と体幹拘束（No.7）が1件ずつ報告されており、ひとえに身体拘束といっても拘束部位が増えるほど自由に動ける範囲が限定され、身体的・精神的苦痛は増幅すると考えら

れる。そのため、やむを得ず身体拘束に至ったとしても、目的と合致した身体拘束となっているのか、その妥当性について日々検討し、拘束部位や拘束期間が最小限となるような倫理的視点に基づいた配慮が必要であると考え。拘束期間については、最短でも1カ月 (No.6)、最長で1年6カ月 (No.7) にも及んでいた。No.7の事例では、看護師は身体拘束が患者にとって必要だと考え長期間実施していたが、縛らない (身体拘束をしない) 看護の考え方に触れ、身体拘束解除に向けての対策を検討しようと視点を変え実践したことが報告されていた。そのため看護師の意識や姿勢が身体拘束の実施に大きく影響し、看護師の意識や行動によっては、数年にわたり身体拘束が継続されてしまうことが懸念される。一時的な精神運動興奮状態であれば、適切な薬剤と関わりを通して精神状態が安定すれば身体拘束は解除できるが、転倒・転落予防目的の身体拘束は、一度身体拘束をしてしまうと明確な目標、介入、評価がない限り、解除可能かどうかの判断が出来ずに長期化してしまうと考えられる。転倒・転落予防目的の身体拘束の効果についてはエビデンスがないことが報告されている (Evans et al., 1990)。そのため、リスク予防目的の身体拘束は治療方法の見直しや代替方法を検討することによって防止する努力が必要である。リスク予防目的の身体拘束を防ぐ工夫については「身体拘束ゼロへの手引き」(厚生労働省, 2001)「看護倫理ガイドライン」(日本看護倫理学会, 2018)に具体的に記載されている。精神科での身体拘束の実態調査としては現行の630調査があるが、2017年から調査方法が変更となり、それまでの隔離・身体拘束患者数のみの把握から患者属性 (年齢・主診断・病棟入院料など)も紐づけられるようになった (精神保健医療福祉白書, 2019)。しかし、身体拘束の目的、部位、期間、取り組みの詳細については調査されていない。そのため、それらを含めた詳細な調査を行い高齢者への身体拘束の取り組みの実態、身体拘束の妥当性、取り組みの効果判定を行うことが肝要である。また、事例研究を除く研究の対象者はすべて看護師であったため、今後は患者の精神状態を含め倫理的側面に十分配慮したうえで、患

者や家族を対象とした研究も行っていく必要があると考える。

2. 精神科における高齢者への身体拘束に対する看護師の認識と取り組み

【身体拘束の必要性の認識と仕方がないという思い】では、『精神症状が悪化した急性期の患者は自分でもどうにも抑えられない』『急性期の精神科患者にとって優先順位を考えると拘束は必要』(No.3)などの記述より、精神科においては、患者の精神状態の急激な悪化によって命の危険と隣合わせの緊急の状態が発生しやすく、そのような状況においては患者の生命を守り精神状態の安定化をはかるという患者にとっての身体拘束の意義を精神科看護師が感じていると推測される。一方で、『転倒・点滴自己抜去・盗食等の予防のため行動制限は仕方がない』(No.2)『酸素マスクを外すため仕方がないから拘束する』(No.4)という記述からは、他に代替方法がないため仕方がないと消極的な姿勢で身体拘束を行っている状況があることも窺える。後者の状況のように患者にとっての身体拘束の意義を看護師が認識しづらい状況においては、【身体拘束に倫理的葛藤を感じる】ことが多いと考えられる。患者に『申し訳ない気持ち』(No.3)『自由に動けることが当たり前なのに行動制限が患者にとっていいことなのか』(No.3)『(身体拘束解除に対して)なかなかみんな慎重』(No.5)『安心というのは医療者の安心』(No.5)という記述から、看護師として安全を守る責任と人権を守る責任という異なる価値観の狭間で自問自答したり、身体拘束の是非や継続についてスタッフと意見の相違があったりと看護師が身体拘束に関してさまざまな倫理的葛藤を抱いていることが推察された。倫理的葛藤自体はネガティブな側面だけでなく、看護師が自身の倫理的感受性を大切にし、葛藤を感じた段階でスタッフに相談したり話し合うことができれば、身体拘束最小化に向けての原動力になり得るが、相談できずに葛藤状態が長引くと自己の実践に自信がもてずに不全感を感じてしまったり、防衛的になって葛藤を抑圧することで倫理的感受性が低下し機械的に身体拘束を行うようになる危険性も懸念される。また、看護師が倫理的葛藤を感じる背景

には、【身体拘束には患者以外の要因も影響している】という認識も影響していると考えられる。『転落したらその責任はどうなるのか』『向精神薬でふらふらして転倒するからという理由で拘束している』『(精神科では)違和感なく拘束が行われている』(No.5)などの記述より、事故があった際に責任を問われてしまうかもしれないという医療者の不安に起因した身体拘束、向精神薬の使用の多さや身体拘束の日常化という精神科での治療環境が背景にある身体拘束に対し、看護師が違和感を感じていると推察される。精神科における身体拘束は精神保健福祉法において基本的考え方、対象者、遵守事項が定められているが、実際の臨床場面においては判断に迷う場面が多い(中田他, 2019)。例えば、精神科病院では高齢の認知症患者らが増え、介護保険施設同様に車椅子での安全ベルトの使用、点滴時の身体拘束の頻度も高くなっているが、厚労省と日精協との間に合意事項が成立されているとされ、精神保健指定医の診察を必要とする通常の身体拘束とは区別されている(天賀谷他, 2007)。具体的な例としては、①点滴・鼻注などの生命維持に必要な医療行為のための短時間の身体固定、②寝たきり予防や食事のために車椅子に移乗させたり、車椅子での移動の際の転落・ずり落ち防止のためのベルト等による固定は指定医の診察を必要とする身体的拘束(身体拘束)には当たらないとされている(高柳他, 2015)。しかし「短時間」という表現は漠然としており、上記の行為を身体拘束とみなすかどうかは各施設の判断に任される。一方で、介護現場や一般病院でガイドラインとして用いられる「身体拘束ゼロへの手引き」(厚生労働省, 2001)においては、上記の行為は身体拘束禁止の対象となる具体的な行為として明記されており、身体拘束をやむを得ず行う場合は、「切迫性」「非代替性」「一時性」の3つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られている。これらのことから、「身体拘束」の概念は、精神科医療の内・外に渡り定義と適応範囲の不明瞭さの課題があり、そのことが個人や組織において身体拘束についての認識や取り組みに差が出ている一因ではないかと推

測される。また、患者の立場からすれば、自分が現在置かれている場所によって拘束をされたりされなかったりする状況があることになり、高齢者の生活の場が多様化していることや身体拘束が高齢者に及ぼす侵襲度の大きさに鑑みると改善が肝要な事項であると考ええる。精神科看護師は身体拘束に対して倫理的葛藤状態を抱きながらも、『身体拘束をしないための工夫を話し合い、考え、実践していくことでやりがいを感じた』(No.4)『拘束を要するような状況も看護師のかかわり次第』『拘束の解除についてはやはり看護師の判断が重要で、その点は精神看護の専門性』(No.5)という記述にみられるように、身体拘束最小化をめざしチームで協働したり創意工夫する過程に、【身体拘束最小化における看護の専門性とやりがい】を感じていると推察された。

今回の文献検討で看護師がさまざまな倫理的葛藤を感じながら身体拘束を行っていることが明らかとなったが、身体拘束が及ぼす悪影響の具体的な記述としては、『同一体位による関節の拘縮の痛みがあると思う』(No.3)『拘束部位の擦り傷や軽度の痣』(No.8)のみであった。このことから、成人に比べて心身が脆弱である「高齢者」に対して身体拘束を行うことのリスクを看護師が十分認識できていないことが推測される。高齢者は、心身機能が低下し廃用症候群が生じて、寝たきりになり身体拘束に起因した死を引き起こすこともある(鈴木, 2020)。そのため、高齢者への身体拘束の実施は成人よりも一層慎重になる必要がある。看護師が高齢者に対して身体拘束を実施することのリスクを認識しにくい背景として、精神科では精神保健福祉法の下で身体拘束の実施が認められているため、身体拘束を安易に選択してしまうことが一因ではないかと考える。精神状態の安定を目的とする「治療的な意味の拘束」だけでなく、転倒・転落防止目的やカテーテル類の自己抜去防止などのリスク予防目的の「防ぐことのできる身体拘束」までもが現法の下で漫然と行われることがあってはならない。そのため、医療者1人1人が身体拘束の悪影響について学ぶ機会を設けることや、身体拘束を実施する前にガイドライン(厚生労働省, 2001: 日本看護倫理学会, 2018)が示す

工夫や手順を踏み、本当に必要な拘束かどうかを家族を含めた多職種チームで慎重に検討することが肝要である。

精神科における高齢者への身体拘束に関する看護師の取り組みについて、患者と看護師の関係、チーム医療の視点で考察する。まず患者と看護師の関係の視点で【患者の在り方を尊重する】【患者の安心感が高まるように関わる】について考察する。この2つのカテゴリーは文献4・6に多く見られ、文献4は認知症患者に対する看護実践の報告、文献6は統合失調症患者に対する看護実践の報告であるが、どちらの文献でも看護師の基本的な姿勢として『患者が自分で決定できる言葉で声かけをする』(No.4)『執拗に促さず機会をみて接する』(No.6)『患者のペースに合わせてスタッフが動く』(No.4)という患者の人としての尊厳を守り患者の自己決定やペースを大切に【患者の在り方を尊重する】関わりが行われていた。また、『生活背景を考え患者の思いを想像し、(中略)何が原因であるのかを考える』『不潔行為があっても、どうして触るのか理由を考え、(中略)個々に合った対応を行う』(No.4)『安心できるように支持的・受容的に接し穏やかな統一した言動を心がける』『尿器を使用できるようになったことや、食事量が増加したことの喜びを共有した』(No.6)など患者の言動をその人なりの表現として捉えて言語化しづらい思いをくみ取りニーズを満たすことや、支持的・受容的関わりを通して患者の力になろうとしている姿勢を示し【患者の安心感が高まるように関わる】働きかけが行われていた。身体拘束の対象となる高齢者は、精神障害や自我機能の低下により基本的安全感が低下し、自分自身の心身の安全を保つ行動がとりにくい状態にあると考えられる。河合(1969)はKlopferの自我機能発達の図式を用い、自我が健全な発達をとげるためには母親の胎内に保護されているような心理的な安全性である“基本的安全感”を必要とすること、基本的安全感が現実吟味(現実検討力)と情緒の統合性に影響を与えていること、現実吟味の能力が低下するような状態のときは自我が相当弱まっていることを示している。このことを踏まえると、身体拘束の対象

となる高齢者は、基本的安全感が低下することで現実を判断する現実検討力も低下し、不安や緊張が高まることで、外界からの刺激を一層侵襲的に感じやすい状態にあると考えられる。そのような状態の高齢者にとって身体拘束は著しく侵襲的な処置であり、身体拘束時の医療者の関わり方によっては、恐怖体験にもなりえる。そのため、疾患によらず、高齢者への身体拘束最小化を進めるうえでは、患者が看護師との関係性を通して「ここにいてもよい」という安全感、安心感を感じられるように関わり、それを土台として現実検討力を高めるような【患者の在り方を尊重する】【患者の安心感が高まるように関わる】という支援が重要であると考え。文献4ではパーソン・センタード・ケアを導入したことで、『どうかかわれば患者が自分らしく生活することができるのかを常に考えスタッフ間で共有し、さまざまな取り組みを行った』結果、『業務中心のかかわりから患者中心のかかわりに変化した』『患者が自由に自分の感情を表出するようになり、病棟のあちらこちらでスタッフと笑顔で話す光景が見られるようになった』『患者のよい反応をうれしいと感じ、やりがいを感じ、スタッフが生き生きした』ことを報告している。患者と看護師は相互に影響し合っており、患者と看護師の関係を基盤にして身体拘束が最小化されることで看護師も喜びややりがいを感じ、【身体拘束に倫理的葛藤を感じる】状況を乗り越えることに繋がると考える。

次にチーム医療の視点で、【身体拘束解除に向けて家族を含めたチームで協働する】【疾患別の特性や対処方法、行動制限について学習する】【患者にとって心地よく安全に過ごせる環境作りに取り組む】について考察する。【身体拘束解除に向けて家族を含めたチームで協働する】については、文献4・6・7にみられた。文献6では『治療方針を確認するとともに、苦痛を伴わない治療方法、向精神薬の点滴内混注や行動制限解除の可能性について主治医と検討した』『主治医を交えたカンファレンスを毎日計画し、精神状態に合わせた具体的なケアやかかわり方について確認する』『穏やかな統一した言動を心がける』など、医師を交えこまめにカンファレ

ンスを行ったことで、看護師の苛立ちや焦りの軽減につながり、患者に対する対応が統一できたことが報告されていた。文献7ではカテーテルの自己抜去防止、転倒・転落防止という身体拘束の目的を1つずつ整理し、看護師、看護補助、担当医師、内科医師、栄養士でカンファレンスを繰り返し行い、対策、評価、修正を繰り返すことで、最終的に身体拘束を解除できたことが報告されていた。治療方針、治療方法、介入方法について多職種で密に連携をとり多面的に検討することで文献6・7のような身体拘束解除が一見困難に見える事例においても解除できるということが示唆された。また、先行研究においても、作業療法士による車椅子からのずり落ち防止のための座位評価や座位保持訓練、夜間良眠を目的としたレクリエーションの促しなどが報告されており（野原，2003）、自分自身で安全が保ちにくい高齢者について多職種で情報共有することで、少ないマンパワーでも病棟スタッフ全体で見守り声をかけあう工夫が行えるのではないかと考える。一方、患者と医療者以外で身体拘束最小化に大きな影響を与えるのが家族の存在である。家族は患者自身が意思決定する能力が低下した場合に患者の代弁者として治療や療養に関する事柄について決定することがあるため、患者の生命の安全を守りたいという思いで身体拘束に同意することが多い。しかしそのような決断をしたことを後で後悔したり、患者が亡くなった後も「窮屈だったろう」と自責の念を抱いている家族がいることが報告されている（厚生労働省，2001）。また、家族は身体拘束の代替方法についてほとんど知識がないため、安全のために身体拘束は必要だと考えてしまうということも報告されている（Gagnon et al., 2013）。文献4では『転落により骨折や頭部打撲等が発生する恐れがあること』『防止するためにベッドを低くし、万が一転落してもできる限りけがの防止に努めること』を家族に説明し解除の同意を得ており、身体拘束最小化に向けて、行動制限を行うこと、行わないことのリスク、代替方法についての情報提供と説明を丁寧に行い、チーム医療の一員として家族の理解と協力を得ていく必要があると考える。【疾患別の特性や対処方法、行動制限につい

て学習する】は、文献4・6に多くみられた。『認知症ケアの注意点、怒らない、制止しない、命令しない、無視しない、説得しないの5項目を見やすい位置に張り出す』『定期的に認知症ケアについての勉強会を行う』（No.4）、『包括的暴力防止プログラム（CVPPP）の伝達を行う』（No.6）、『カンファレンスや上司の指導により行動制限の知識を得る』（No.2）などの取り組みが行われていた。一方、これらの勉強会は、病棟レベルで行われており、組織における標準的な暴力防止対策、行動制限についての学習会や研修の報告はみられなかった。また今回検討したすべての文献において行動制限最小化委員会についての記述がみられなかった。本委員会は2004年の診療報酬改定で「医療保護入院等診察料」が新設され、その算定要件として病院内に設置が義務付けられたが、「現状を確認するだけで、形骸化している」といった声も聞かれる（中田他，2019）。身体拘束最小化を進めるうえで、行動制限最小化委員会は身体拘束の現状把握に加え、研修会や事例検討会の開催、代替方法の提案、取り組みの効果判定など現場での身体拘束最小化を支える支援を行う必要があると考える。【患者にとって心地よく安全に過ごせる環境作りに取り組む】は、文献4に多くみられた。『徘徊、不眠などに対して他の患者の迷惑にならないように自由で過ごしてもらう』『冬は畳エリアに設置したコタツで寝てもらう』（No.4）『ホールで過ごす時には危険のない場所にホール専用マットを敷いて、そこで過ごせるように対応した』（No.7）『ゆっくり入浴できるにはどうすればよいか、落ち着かない患者にはどう対応したらよいかなど様々な提案ができる』（No.4）ようになるなど、患者の欲求を制限せずに心地よく安全に過ごせる環境作りを創意工夫していた。精神科病棟の看護師に『精神科病棟における隔離・身体拘束最小化のための看護介入内容』について調査した先行研究（川内他，2014）では、【患者を知るための関わり】【協働関係を目指した関わり】【患者に自分や周りの状況への気づきを促す関わり】【他のスタッフと共に行動制限解除の可能性を拡大する】【患者の人権を尊重した関わり】がカテゴリとして抽出されてお

り、患者との信頼関係を築くことやチームの多職種と協力することなどは、本研究の結果と一致している。一方で、環境に関する内容は『ベッドの位置を調整する』『ベッドをトイレの近くに作る』というベッド周囲の環境整備に関する記載のみであり、【患者にとって心地よく安全に過ごせる環境作りに取り組む】ことは、「高齢者」に対する身体拘束最小化のための支援の特徴ではないかと考えられる。認知機能が低下した高齢者は、今いる環境や状況が理解できず、言葉での説明、説得や、実際に行動を制止されることは耐えがたい苦痛となり、その苦痛や不快感、葛藤が認知症患者のBPSDを悪化させる大きな要因となる(南, 2014)。そのため、【患者にとって心地よく安全に過ごせる環境作りに取り組む】ことは、高齢者への身体拘束最小化において重要であると考ええる。臨床において「安全」と「自由」は対立する価値観として語られることが多いが、人が人として生きていくためにはどちらも必要な権利であり、ニーズである。どちらか一方でも欠けてしまえば、それは「人間らしさ」が奪われてしまうことになる。患者が自分自身でニーズを満たすことができない場合、看護師が代わりに権利擁護する必要があるが、「安全」か「自由」かではなく、安全を優先しなければならない状況において、いかに患者の自由が保てるように関わるのか、逆に患者の自由を尊重しながら安全を保つためには、どのような工夫が行えるだろうか、そのような視点も必要であると考ええる。

今回対象とした文献の中では、身体拘束最小化に向けての組織のトップの取り組みについての報告はなかったが、身体拘束最小化を目指すうえで病院長や看護部長などがまず決断することが重要であると報告されている(厚生労働省, 2001; 中田他, 2019)。精神科医療では民間病院が多いため、組織のトップの判断と決断がより一層大きな影響力をもつと推測され、トップが決断し責任を取るという姿勢が示されれば、病棟においても身体拘束を防ぐ環境作りに創意工夫がしやすくなると考えられる。

スーパー救急や急性期の病棟を抱える精神科病院であっても身体拘束最小化を実現した病院もある(中田他, 2019)。そのため、「安全を保つためには

身体拘束は避けられない」という前提ではなく、ライフステージの総まとめの時期にある高齢者が、最後までその人らしく尊厳をもって生きていけるように身体拘束最小化をめざす組織風土を醸成することが重要であると考ええる。

3. 精神科における高齢者への身体拘束最小化に対する課題と方策

精神科における高齢者への身体拘束最小化に対する課題は大きく3点あると考ええる。1点目は精神科において医療者1人1人の身体拘束の知識と倫理的感受性を高める支援である。これに対しては、臨床倫理や行動制限に関する勉強会や研修会の開催、身体拘束に対する葛藤や身体拘束を防ぐうえでうまくいったケアの工夫についてカンファレンスを通して密に多職種で話し合うことが有効であると考ええる。2点目は組織のトップの身体拘束最小化に向けたリーダーシップである。組織のトップである病院長、看護部長が身体拘束最小化を決意し、現場をバックアップする方針を徹底することがまず重要である。そして、下部組織である行動制限最小化委員会の活動を活性化させ、身体拘束の現状把握に加え、研修会や事例検討会の開催、代替方法の提案、取り組み効果判定など現場での身体拘束最小化を支える支援を行うことが重要であると考ええる。3点目は、行政レベルでの取り組みである。今後高齢化が進み高齢者の生活の場も多様化することに鑑み、精神科医療と一般病院・介護現場における身体拘束の概念の定義と適用範囲の齟齬に対して、整合性を図るための施策を検討する必要があると考ええる。また、精神科医療での身体拘束に関し、身体拘束の目的、部位、期間、妥当性、取り組みの効果についてより詳細な調査も肝要であると考ええる。

本研究の限界と課題

文献数が少ないため、結果を一般化するには限界がある。また、本研究では組織内での行動制限最小化委員会の活動については明らかにできなかったため、今後は、行動制限最小化委員会がどのように機能しているかについて明らかにしていくことが課題であると考ええる。

V. 結論

高齢者への身体拘束に対する精神科看護師の認識と取り組みに関する8件の文献を整理した結果、精神科看護師は高齢者への身体拘束に対して【身体拘束の必要性の認識と仕方がないという思い】【身体拘束には患者以外の要因も影響している】【身体拘束に倫理的葛藤を感じる】【身体拘束最小化における看護の専門性とやりがい】という認識を抱いており、高齢者への身体拘束への取り組みとして、【患者の在り方を尊重する】【患者の安心感が高まるように関わる】【身体拘束解除に向けて家族を含めたチームで協働する】【疾患別の特性や対処方法、行動制限について学習する】【患者にとって心地よく安全に過ごせる環境作りに取り組む】という実践を行っていることが明らかとなった。高齢者への身体拘束最小化に向けて、医療者の身体拘束の知識と倫理的感受性の向上、組織のトップのリーダーシップ、行政の身体拘束の施策の見直しと実態調査の実施の必要性が示唆された。

文献

- 天賀谷隆, 遠藤淑美, 末安民夫, 他(編)(2007): 実践精神科看護テキスト 第10巻 行動制限最小化看護, 精神看護出版, 東京都.
- Gagnon M-P, Desmartis M, Dipankui MT, et al. (2013): Alternatives to Seclusion and Restraint in Psychiatry and in Long-Term Care Facilities for the elderly: Perspective of Service Users and Family Members, Springer International Publishing, 6(4), 269-280.
- 加藤博之, 長谷川利夫 (2020): 「精神保健福祉資料」(630調査) から考える精神科病院の身体拘束実施状況, 川崎市立看護短期大学紀要, 25(1), 1-14.
- 河合隼雄 (1969): 臨床場面におけるロールシャッハ法, 岩崎学術出版社, 東京都.
- 川内健三 (2014): 精神科病棟における隔離・身体拘束最小化のための看護介入内容, 日本精神保健看護学会誌, 23(1), 51-60.
- 厚生労働省 (2001): 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, https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/gyakutai/torikumi/doc/zero_tebiki.pdf (2020年10月20日)

- 厚生労働省 (2019): 平成29年 (2017) 患者調査の概況, https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/1_7/dl/kanja.pdf (2020年12月5日)
- 厚生労働省 (2020a): 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き (2019年度版), https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/guide/r0_1-cccsguideline-all.pdf (2020年10月20日)
- 厚生労働省 (2020b): 地域包括ケアシステムの実現に向けて, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000078375.pdf> (2020年10月20日)
- Evans LK, Strumpf NE, (1990): Myths about Elder Restraint, State of the Science, 124-128.
- 松下年子, 宇賀神恵理 (2014): 精神科病院療養病棟の看護師が捉える高齢者虐待と身体拘束: 面接調査の結果より, 高齢者虐待防止研究, 10(1), 162-174.
- 松下年子, デッカー清美 (2019): 精神科スーパー救急病棟における身体拘束と虐待に対する認識-看護師を対象としたアンケート調査-, アディクション看護, 16(1), 89-96.
- 南 敦司 (2014): 精神科病院に入院が必要となる認知症者に対する行動制限への一提言, 精神科看護, 41(7), 19-25.
- 内閣府 (2020): 令和2年版高齢社会白書, 令和2年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況, 第1節 高齢化の状況, https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf (2020年12月7日)
- 中西三春 (2019): 一般急性期病院における認知症ケア, 老年看護学, 23(2), 44-48.
- 中田伸枝, 大場直樹, 佐伯昌彦, 他 (2019): 松沢病院が身体拘束最小化を実現した25の方法, 精神看護, 22(3), 228-255.
- 日本看護倫理学会 (2018): 看護倫理ガイドライン, 看護の科学社, 東京都.
- 二宮利治 (2015): 日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究, <file:///C:/Users/chaki/Downloads/201405037A0001.pdf> (2020年10月20日)
- 野原久美, 柴 貴志, 武田徳則 (2003): 身体拘束への作業療法士の関与, 下呂病院年報, 30, 36-39.
- 岡本由紀子 (2007): 認知症患者の抑制解除に向けて 抑制する看護から抑制しない看護へ取り組みの1例, 日本精神科看護学会誌, 50(2), 665-669.
- 大西 恵, 北村直也 (2015): 認知症治療病棟におけるパーソン・センタード・ケアの取り組み-取り組みによるス

タッフの変化と身体拘束の変化ー, 日本看護学会論文集:
精神看護, 123-126.

精神保健医療福祉白書編集委員会 (2019): 精神保健医療福祉白書 2018/2019 多様性と包括性の構築, 中央法規出版, 東京都.

鈴木みずえ, 黒川美知代 (編) (2020): 認知症plus 身体拘束予防, 日本看護協会出版会, 東京.

高柳 功, 山本紘世, 櫻木章司 (編) (2015): 三訂 精神保健福祉法の最新知識, 中央法規出版, 東京都.

竹下保稔 (2007): 早期の行動制限解除に向けたかかわりについて, 日本精神科看護学会誌, 50(2), 246-250.

山岡八千代, 藤野文代 (2016): 精神科病院の急性期高齢精神患者への行動制限に関する看護師の体験, ヒューマンケア研究学会誌, 8(1), 85-90.

山岡八千代, 藤野文代 (2018): 精神科病院入院中の高齢精神患者への行動制限に関する看護師の倫理的ジレンマ, ヒューマンケア研究学会誌, 9(2), 71-74.