

【資料】

## 身体拘束最小化を目指したチーム医療に関する文献検討

### Literature Review on Team Approaches to the Reduction of Physical Restraint

山内 彩香<sup>1)</sup>, 瓜崎 貴雄<sup>1)</sup>, 小松 尚司<sup>2)</sup>, 荒木 孝治<sup>1)</sup>Saika Yamauchi<sup>1)</sup>, Takao Urizaki<sup>1)</sup>, Hisashi Komatsu<sup>2)</sup>, Takaharu Araki<sup>1)</sup>

キーワード：身体拘束，チーム医療，精神看護

Key Words : physical restraint, team approach, psychiatric nursing

#### I. はじめに

「精神保健福祉資料（630調査）」によると、2020年度のわが国の精神病床における身体拘束者数は10,995人であり増加傾向が続いている。その増加の要因の1つとして、精神科病院での認知症患者の受け入れの増加が関連している可能性が指摘されている（浅川他，2015）。また、精神科病院で身体拘束を受ける患者は、認知症患者だけでなく統合失調症患者も多い（厚生労働省，2020）。そのため、認知症高齢者の入院増加、統合失調症患者の高齢化や身体合併症の併発に伴い、精神病床での医療安全上の対応はより複雑になっていると考えられる。精神病床を有する精神科病院や総合病院精神科においては精神保健福祉法に則り、精神科医療が提供されている。身体拘束の基準も同法と厚生省告示によって規定されており、厚生省告示130号に「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おいた行動制限であり、代替方法が見いだされるまでの間にやむを得ない処置として行われる」ことが明示されている。身体拘束は通常であれば人権に反する行為であり、筋力低下、皮膚障害、急性肺血栓塞栓症、屈辱感、無力感などさまざまな弊害もある（鈴木他，2020）ため、心身機能が低

下している高齢者に対して実施される場合は、よりリスクが大きい。その心身への侵襲度の強さを鑑みると使用においては常に慎重を期すべきであり、漫然と行われることがあってはならない。

精神科医療に関する診療報酬改定では、2004年に「医療保護入院等診療料」が新設され、その算定要件として病院内に「行動制限最小化委員会」の設置が義務付けられた。行動制限最小化委員会の活動によって身体拘束者数の減少が期待されていたが、2003年の身体拘束者数は5109人（厚生労働省，2003）であり、その後も身体拘束者数が増加傾向となっている。2015年に浅川らが精神科病棟を対象に行った調査では、100施設のうち、行動制限最小化委員会を設置している施設が99施設（99%）、行動制限に関するマニュアル・ガイドラインが整備されている施設が95施設（95%）であった。以上を踏まえると、組織内に行動制限最小化委員会は整備されているものの期待どおりには機能していないことが窺える。

一般科の病院においても認知機能や身体機能が低下した高齢者に対して転倒転落の防止、点滴や経鼻経管栄養チューブの自己抜去等、治療の中断の防止目的で身体拘束が行われている。2016年には認

1) 大阪医科薬科大学看護学部, 2) 医療法人 稲門会 いわくら病院

知症高齢者へのケアの質の改善のために診療報酬改定で「認知症ケア加算」が新設された。2020年度の診療報酬改定で評価体系が3段階となり、「認知症ケア加算1」では、認知症患者に対する多職種チームによる介入が評価されるが、身体拘束を実施した日は100分の60に減算されることが規定されており、行政により認知症患者に対する身体拘束最小化の促進がはかられているといえる。

精神科医療では、身体拘束は精神保健福祉法で規定されているが、その他の病院では規定する法律がないため、指針として「身体拘束ゼロの手引き」(厚生労働省, 2001)、「身体拘束予防ガイドライン」(日本看護倫理学会, 2018)といったガイドラインが用いられている。精神科病院と一般科の病院で身体拘束の対象者や制度に違いはあるものの、身体拘束を最小化させる効果的な方策を見いだすことは共通した喫緊の課題である。

「身体拘束予防ガイドライン」(日本看護倫理学会, 2018)では、身体拘束の原因となる行動についての検討、身体拘束実施、継続の判断を多職種で行うことが推奨されている。精神科医療においても行動制限最小化委員会の組織人員に医師、看護師、精神保健福祉士を含めることが規定されているが(天賀谷他, 2007)、目下のところ身体拘束最小化の取り組みは功を成しているとは言い難い。

以上のことから、身体拘束最小化を目指したさまざまな臨床の場でのチーム医療の実践を整理することで、本邦の精神科医療において身体拘束最小化を促進するための効果的なチーム医療に必要な視点を検討することを目的に文献検討を行った。本研究の結果は、本邦の精神科医療において長年の課題である身体拘束を最小化させる方策を検討する上での一助になると考える。

## Ⅱ. 研究方法

### 1. 用語の定義

1) 身体拘束とは、拘束具を用いて患者の身体をベッドや車いすに固定したり、ベッドの四方を柵で囲い物理的に動けない環境を作ることで、その運動を抑制する行動の制限とした。

2) チーム医療とは、複数の専門職が連携して行う医療とした。

### 2. 文献検索方法および選定

医学中央雑誌Web版, CINAHL Plus, PubMed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(2021年9月)。医学中央雑誌Web版では、キーワードを「身体拘束」「チーム医療」とし検索をしたところ63件であった。CINAHL Plusでは、キーワードを「physical restraint」「team medical care」で検索すると0件、「physical restraint」「team approach」とすると9件であった。PubMedでは、キーワードを「physical restraint」「team medical care」で検索すると121件、「physical restraint」「team approach」とすると43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、身体拘束の最小化に向けたチーム医療の実践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5件、国外文献5件の10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、発行年、国、研究方法(①研究目的、②チームの活動場所、③対象者、④チームの構成)、身体拘束最小化を目指したチーム医療の実践の概要、実践の効果を要約し、マトリックスシートを作成した(表1)。また、身体拘束最小化を目指したチーム医療の実践を類似性の観点から抽象度を上げて整理した(表2)。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は、各文献の用語の定義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。

分析は主に第一著者が行い、分析結果について共同研究者とともに検討した。

## Ⅲ. 結果

### 1. 身体拘束最小化を目指したチーム医療に関する研究の概要

対象文献の概要を表1-1, 1-2, 1-3に整理した。国内の文献は5件(No.1, 2, 3, 6, 7)、国外の文

表1-1 対象文献一覧

番号	著者 発行年 国	研究方法 ①研究目的 ②チームの活動場所 ③対象者 ④チームの構成	身体拘束最小化を目指したチーム医療の実践の概要	実践の 効果
1	及川 他 2020 日本	①認知症ケアチーム活動により、入院患者の身体抑制（拘束）が減少したことを示す後ろ向き研究 ②地域医療を支える基幹病院③認知症ケア加算の対象となる日常生活自立度判定がⅢ以上の認知症高齢者とスタッフや家族から介入依頼があった患者④認知症ケアチーム：専任医師2名（精神科、総合診療科兼呼吸器内科）、認知症看護認定看護師、社会福祉士、薬剤師、管理栄養士、作業療法士、医療安全専門員、認知症リンクナース	チーム立ち上げと同時に身体抑制（拘束）をなくそうとの病院方針が打ち出された。入院時に病棟看護師と認知症リンクナースがスクリーニング評価を実施し、回診の対象者を選別した。薬剤・栄養・リハビリのチーム員は関連する情報があれば回診用テンプレートに情報を記載した。週1回の回診当日は、開始前に30分ほどカンファレンスにて情報共有と重点的に介入が必要な患者のケア方法や薬剤調整などを検討した。全ての病棟を回診し、事前の多職種カンファレンスで出された意見を病棟看護師に伝えながら、実践可能なケアを提案し協議した。患者の本来の生活像、減薬を考慮した薬剤調整、身体抑制（拘束）解除を重視して助言した。身体抑制（拘束）が行われている患者では代替案を提案し、現実見識訓練、ベッド周囲の環境整備、視線を合わせ触れながら行うコミュニケーション、チューブ類の固定方法、排尿誘導などを提案した。また、ケアの困難な部分に対する助言のみならず、病棟が主体的に行っている有効なケアや成功事例をポジティブフィードバックした。毎月1回、身体抑制（拘束）の調査を実施。院内研修は、全職員を対象に認知症の基礎知識、環境調整、コミュニケーション、パーソン・センタード・ケア、非薬物療法、高齢者疑似体験、転倒転落などの内容で実施した。	代表病棟（呼吸器内科）調査によると、回診導入後、2年半で身体抑制拘束（ゼロの日）は0日から1年後に124日となった。
2	仲 2020 日本	①身体行動制限（拘束）を実施した割合を経時的に比較し、認知症ケアチーム（Dementia Care Team、以下DCT）を中心とした取り組みを考察する②急性期病院③入院時スクリーニング「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」Ⅲa以上に該当する患者④認知症ケアチーム：神経内科医師、認知症看護認定看護師、社会福祉士、病棟看護師、薬剤師、事務	回診時は短時間で情報が得られるように情報シートを用いた。また、心理的安全となるよう話しやすい雰囲気を作った。身体行動制限中の患者やBPSD、せん妄のある患者への対応を中心に、睡眠や生活リズムの改善、環境調整などを検討した。身体行動制限中の患者に対しては、できる限り患者のベッドサイドに行きその状態を確認し、工夫している点は承認した。チーム活動を具体化するために、「身体行動制限減少チーム」「院内デイケアチーム」「認知症ケア実践チーム」の3つのチームに分けて到達目標を掲げチーム活動に取り組んだ。全職員を対象に「認知症対応力向上研修」「認知症看護」「BPSDに対する薬物療法」、新入職全職員を対象に認知症看護認定看護師が中心となり認知症サポーター研修を実施した。看護部（目標管理、離床への取り組み、看護職員教育、看護師長会・看護主任会）との協働や他部門（リハビリテーション科、薬剤部、栄養科、事務部）との連携も行った。事務職員が毎月当該患者数や身体行動制限数等をデータ集計しDCTメンバーに報告した。	はじめの1年間と多職種との連携を推進したそれ以降の7か月間で比較検討した結果、身体行動制限（拘束）実施割合は、29.6%から、25.0%まで有意に減少した。（カイ2乗検定。p<0.01）
3	佐野 他 2019 日本	①繰り返す頭部への自傷で20カ月にわたって身体拘束下にあった自閉症患者に対して医師と看護師が連携して行った応用行動分析学に基づくアプローチの報告 ②慢性期精神科病棟③頭部への自傷を繰り返す20代男性の自閉症患者④精神科医師、看護師、看護助手	精神科医師が主導し患者と関わりの深い看護師7名、看護助手1名を対象に、自傷の機能に関するインタビューを行った結果、自傷には主に関係者の注目を得る機能、指示動作を回避する、自己感覚を誘発するといった多様な機能が想定された。医師が医学的介入をしつつ、看護師も応用行動分析（applied behavior analysis）のツールを使った自傷の機能分析を学び、それに基づいて治療計画を実施した。具体的には、患者の行動を何日間か観察し、問題行動が起きた場合にあらかじめ決めておいたルールに従って、記号を記入していくスキャッタープロットや、問題行動が繰り返しみられたときに三項随伴性シート（ある【行動】を起こすことで【きっかけ】が【結果】のように変化することを随伴性があるという）を用いて随伴性を検証し、問題行動の機能を調べていった。看護師らがそれぞれの意見を明確化したり、分析の様式を整えたりして、問題を定式化する場を設けた。また、統一した関わりができるように分析結果をそれぞれの看護師から病棟カンファレンスで共有することで、対策も次々と挙げられ実行されるようになった。	介入後、3カ月で自傷は軽減し、3年間にわたり日常生活環境下で安定した院内療養が可能になり、退院に至った。

表1-2 対象文献一覧

番号	著者 発行年 国	研究方法 ①研究目的 ②チームの活動場所 ③対象者 ④チームの構成	身体拘束最小化を目指したチーム医療の実践の概要	実践の効果
4	Lin, et al. 2018 台湾	①神経学的集中治療室(以下, NICU)において, 関連因子をコントロールした上で, 多職種 の身体拘束削減プログラムの発生率, 月間の発生率, 24時間以上と24時間未満の発生率にそれぞれ及ぼす効果を検討する ②医療センターの3つのNICU病棟③3つのNICU病棟に24時間以上入院し, 身体拘束を受けた患者 ④NICUの看護師, 医師, 薬剤師, 呼吸療法士	NICUの患者が身体拘束を必要とする可能性のある13の状況・場面を「麻酔回復(A)」「行動予測不能(B)」「コミュニケーション困難(C)」「患者の安全への危険(D)」「抜管防止(E)」「侵襲的治療の円滑化(F)」の6つに分類した指標と身体拘束に至るまでの手順を示したフローチャートを作成した。ステップ1: プライマリナーナースがABCDEF指標のリストを参照し, 身体拘束の必要性を評価した。ステップ2: 身体拘束が必要な患者の場合, 代替方法の使用可能性を評価し, NICUの医師に同時に通知した。ステップ3: 身体拘束の必要性を確認するため, 医師, 看護師, 薬剤師, 呼吸療法士によるコンサルテーションを行った。薬剤師は麻酔薬の最適な効果を得るための時間経過や鎮静剤の薬物動態に関する情報を提供した。身体拘束が開始されると医師, 看護師, 呼吸療法士を含むコンサルテーションチームが患者の認知行動状態, 代替方法の実現可能性を各勤務帯で評価し, 指標を用いて身体拘束の適応を再確認した。ステップ4: 身体拘束中の患者のケアと, 24時間後の再評価を行った。24時間が経過した時点で, 身体拘束が継続している場合は, 身体拘束の評価プロセスをステップ1から再び開始した。	身体拘束の発生率は6.1%から3.2%, 月間の発生率は72.8回から36.2回, 24時間以上拘束された患者の割合は69.6%から34.1%に減少した。ロジスティック回帰モデルの結果, 24時間以上の拘束は導入期(OR=0.31), 中間期(OR=0.16), 維持期(OR=0.18)の介入後の段階で有意に減少した。
5	Enns, et al. 2014 カナダ	①急性期医療施設に入院している高齢者の身体拘束を減らすためにエビデンスに基づいた多要素戦略を実施し, 評価する ②急性期病院の4つの病棟③月1回の拘束監査の期間に4つの病棟に入院していた65歳以上の高齢者 ④品質向上チーム: 老年看護ナースプラクティショナー(以下, NP), 老年医学の医師, 品質向上の専門家の医師	病棟の看護師長と医療業務指導チームを含む看護師のリーダーシップに働きかけ, 身体拘束最小化の提案を支持することに同意を得た。介入が実施される前に病院組織から身体拘束最小化のために品質向上チームに協力するように各病棟にメールで通知がなされ, カルテエリアにも掲示された。医師を対象としたワークショップでは, 老年医学の専門家が拘束の使用とそれに伴う有害な結果に関するエビデンスを検討し, 身体拘束を最小限に抑えるための戦略を説明, 潜在的な障害を克服する方法について議論を行った。新しい病棟の看護師を対象に15~20分程度の教育セッションが行われ, 老年看護のNPが身体拘束の定義を確認し, 身体拘束に関する誤った信念と実際の結果を議論し, 代替となる看護戦略を説明した。身体拘束の理由と代替方法, ケアプラン等が記載されたポスターを掲示した。品質向上チームは週1回の回診を行い, 病棟の医療者と協力して身体拘束を受けている患者や危険の高い患者を特定して個別のケアプランを立てた。月1回の拘束監査でデータを収集した。	介入前の4つの病棟では, 13%~17%の患者が拘束されており, 身体拘束の大半はベッドレベルであったが, 介入後には7%~14%に減少した。介入により早朝(7時)の総拘束数の中央値が介入前(0.22)より介入後(0.06)に有意に減少した(p=0.01)。
6	服部 他 2014 日本	①米国で用いられているコア戦略に示される具体的な介入方法の隔離・身体拘束使用防止ツールとして行動制限最小化計画書を使用することによる行動制限量の変化を調査する ②単科精神科病院の2病棟③隔離・身体拘束が行われている患者 ④看護師, 医師, 作業療法士, 精神保健福祉士, 臨床心理士	多職種協働で, 隔離・身体拘束使用防止ツールとして行動制限最小化計画書を用い, 1事例につき10分から15分間のカンファレンスを毎日(土日祝日を除く)開催した。また, 精神保健福祉法における隔離目的の5項目, 身体拘束目的の3項目を提示し, 現在の隔離・身体拘束の目的を確認した。行動制限最小化計画書の内容は, 患者属性, 問題行動の具体的内容, 拘束の理由, 看護師が不安に感じることでおきる患者の不利益, ストレングス, 目標, プランとした。各事例において問題行動の具体的内容を提示し, 現在の隔離・身体拘束の目的を再確認し, ストレングスモデルも取り入れた行動制限最小化計画を立案した。カンファレンス開催後は行動制限最小化計画に基づき, 看護計画の評価と修正を行い, 計画書の内容は電子カルテに記録し情報共有を行った。	介入研究前後3カ月の比較による身体拘束施行割合は, A病棟0.011%減少, B病棟0.008%減少, 身体拘束のべ日数はA病棟4.3日, B病棟7.7日減少であった。

表1-3 対象文献一覧

番号	著者 発行年 国	研究方法 ①研究目的 ②チームの活動場所 ③対象者 ④チームの構成	身体拘束最小化を目指したチーム医療の実践の概要	実践の効果
7	久米 他 2013 日本	①認知症治療病棟における看護師と介護福祉士からなる行動制限最小化チームの活動開始前後1年間の行動制限状況の比較結果から取り組みの成果と今後の課題を考察し制限最小化の発展につなげる ②認知症治療病棟 ③身体拘束の行動制限を受けている患者④最小化チーム：看護師，介護福祉士	行動制限最小化委員会とは別に，病棟内での行動制限最小化を目指し看護師3名と介護福祉士2名で行動制限最小化チーム（以下，最小化チーム）を結成し，毎月1回，カンファレンスを開き，身体拘束者の現状の把握や解除に向けて個別計画の立案，前月の計画実施についての評価・修正を行った。カンファレンスの内容は病棟会議時に情報共有した。行動制限者に対し，開放観察時間の検討を行い，主治医の許可の下で開放中の経過を観察した。転落防止目的で行動制限を行っている患者には，歩行訓練を計画し実施した。日勤開始時に行動制限患者の計画を読み上げ，計画が確実に実施されるように各職員へ意識付けを行った。薬剤の影響が疑われる不安定な歩行状態の患者は主治医へ報告した。また，個別的な取り組みとして，転倒予防と精神状態安定のための取り組みを行った。	最小化チーム設置後は1週間未満の身体拘束者の比率が高くなった（設置前：1週間未満2名3.3%，3週間以上4名6.7%，設置後：1週間未満12名20%，3週間以上4名6.7%）。
8	Prescott, et al. 2007 アメリカ	①精神科急性期医療の現場で，機械的拘束（機械的装置を用いて人の動きを制限するもの）を減らすための緊急対応チームの活用について②非州立精神科病院③機械的拘束を受けている患者④身体拘束対応チーム：医務部長または医務部長補佐，臨床監督者，看護師長	機械的拘束が行われた場合には，実施されている部署の医務部長または医務部長補佐，臨床監督者（カウンセラー，ソーシャルワーカー），看護師長からなる身体拘束対応チームが，身体拘束後24時間以内に患者の主治医，担当看護師，臨床医で構成されるチームと面談した。面談では，「さらなる拘束が起こる可能性を減らすためにはどうしたらよいか」について話し合われ，身体拘束状況の簡単なレビュー，身体拘束に至った行動の原因に関する仮説の立案，さらなる身体拘束の可能性を減らすための仮説に基づく具体的な治療法の変更の特定を行った。身体拘束対応チームの医師は，希望に応じて投薬指示や治療計画の修正を行うことができた。受け持ち看護師または臨床医は，推奨される治療法の変更を専用のフォーマットに記録した。	機械的拘束の総数は，身体拘束対応チーム導入前の6週間（77件）からチーム導入後の6週間（49件）で36.4%減少した。
9	Hancock, et al. 2001 アメリカ	①急性期医療現場で身体拘束の使用を減少させるための多職種によるプロジェクトについて検討する②移行期ケア病棟③身体拘束を受けている患者④正看護師，准看護師，看護助手，看護管理者，薬剤師，作業療法士，理学療法士，専門看護師，看護研究者，看護教育者，精神科リエゾン専門看護師，ソーシャルワーカー，医師，ナースプラクティショナー	研究者は，教育，多職種による回診，拘束具使用のモニタリングという3つの段階からなる身体拘束最小化プロジェクトを立ち上げた。第1段階では，移行期ケア病棟で看護の研究者と教育者が非公式のミーティングを実施し，スタッフにプロジェクトの目的，代替方法，拘束具の適切な使用方法について説明した。第2段階では拘束具の使用を減らすことに焦点を当てた週1回の多職種による回診とカンファレンスが実施され，代替方法を検討した。翌週には提案した方法の有効性を検討した。グループで戦略を練ることで，創造的で効果的な解決策が生まれた。チームの多様性から患者の行動の生理的，精神的な原因を探ることができ，対策がとられた。申し送りの際に変更点を話し合うことや病棟の看護教育担当者による毎日のフォローアップも重要であった。家族も新しいアイデアの企画や実行に参加した。第3段階では，拘束具の使用状況を毎月モニタリングした。	プロジェクトの結果，転倒率は増加せず，拘束具の使用は83%減少した。
10	Mion, et al. 2001 アメリカ	①長期療養施設で採用されている多要素介入戦略が，病院環境での身体拘束の使用を安全に減らすことができるかどうかを判断すること②2つの急性期病院の14の病棟③身体拘束を受けている患者④多職種チーム：老年医学者，専門看護師（以下CNS）。	身体拘束最小化プログラムは，管理的，教育的，相談的，フィードバック的の4つのコアな要素を含み，管理的活動は，主要な臨床関係者と管理関係者の支持を得ることを目的とした。教育的活動は，医療スタッフと看護スタッフを対象としたグループ教育活動が実施され，身体拘束の使用につながることも多い症候群（転倒，せん妄，興奮）に焦点をあてた。相談的活動は，CNSが転倒防止対策，せん妄の評価・予防・管理，治療用機器の固定など具体的な対策を含めた個別ケアプランを作成し，実践の指針とされた。CNSとプライマリナースは毎日，老年医学者，CNS，病棟看護師は週2回回診を行い，患者の治療計画や経過を検討した。毎月身体拘束率が集計され，病棟の担当者と臨床医に提供された。	4つの非ICU病棟，2つのICU病棟では，身体拘束率が臨床的に重要な変化である20%以上減少したまた，それらの病棟では転倒や治療中断の発生率は増加しなかった。

献は5件 (No.4, 5, 8, 9, 10) であった。研究デザインは、事例研究が1件 (No.3) で、それ以外の9件は量的研究であった。チームの活動場所は、病院別では基幹病院が1件 (No. 1), 急性期病院が4件 (No.2, 5, 9, 10), 精神科病院が4件 (No.3, 6, 7, 8), 医療センターが1件 (No.4) であった。チーム活動では病棟の医師や看護師以外にも委員会やプロジェクト活動をとおして、さまざまな職種と家族 (No.9) が関わっていた (表1-1, 1-2, 1-3, 参照)。身体拘束最小化を目指したチーム医療の効果は、身体拘束率の低下 (No.1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10), 身体拘束時間の短縮 (No.4, 7), 長期にわたる身体拘束の解除 (No.3) 等、全ての文献で効果があったことが報告されていた。また、身体拘束の最小化に伴って転倒 (No.9) や治療中断 (No.9, 10) の発生率も増加しなかったことを報告している文献もあった。

## 2. 身体拘束最小化を目指したチーム医療の実践

身体拘束最小化を目指したチーム医療の実践を類似性の観点から抽象度を上げて整理した結果、「身体拘束に関する医療者のスキルアップ促進」「身体拘束に至る手順と適切性の明確化」「多面的なアセスメントによる治療・ケアの検討と継続的な実践」「身体拘束最小化を目指した取り組みの評価」「チーム医療を支える管理的支援」の5つに分類された (表2)。

### 1) 身体拘束に関する医療者のスキルアップ促進

身体拘束に関する院内教育・研修は、2文献 (No.1, 2) に記載されており、認知症の基礎知識、環境調整、コミュニケーション、パーソン・センタード・ケア (No.1), BPSDに対する薬物療法 (No.2) 等がテーマとなっていた。専門領域の高度な実践力を有する医療者からの教育的支援は、5文献 (No.2, 3, 5, 9, 10) に記載されており、医師によるABA (applied behavior analysis) のツールを用いた機能分析の指導 (No.3), 身体拘束の使用と有害事象に関するエビデンスの検討と戦略について老年医学者が主導した医師間の議論 (No.5), 老年看護ナースプラクティショナーによる身体拘束の定義の確認、身体拘束に関する誤った信念と実際の結果についての議論、代替となる看護戦略についての説明 (No.5) 等が挙げられていた。看護師のオピニオンリーダーの育成は、1文献 (No.5) に記載されていた。

### 2) 身体拘束に至る手順と適切性の明確化

入院時のスクリーニングの実施は3文献 (No.1, 2, 4) に記載されていた。認知症ケアチームが介入する対象者選定のための「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」を用いたスクリーニング (No.1, 2), NICU病棟 (神経学的集中治療室) において、身体拘束のハイリスク患者選定のためのABCDEF指標 (表1-2参照) を用いたスクリーニング (No.4) が

表2 身体拘束最小化を目指したチーム医療の実践

大項目	項目	文献番号
身体拘束に関する医療者のスキルアップ促進	・身体拘束に関する院内教育・研修	1, 2
	・高度な実践力を有する医療者からの教育的支援	2, 3, 5, 9, 10
	・看護師のオピニオンリーダーの育成	5
身体拘束に至る手順と適切性の明確化	・スクリーニングの実施	1, 2, 4
	・身体拘束に関するプロトコルの使用	4
	・身体拘束の適切性に関する多職種のコンサルテーション	4
	・法律に基づいた身体拘束の目的の確認	6
多面的なアセスメントによる治療・ケアの検討と継続的な実践	・カンファレンスの実施	全文献
	・回診の実施	1, 2, 5, 9, 10
	・身体拘束の原因となる行動を踏まえた介入の検討	全文献
	・情報共有の工夫	全文献
	・身体拘束最小化を日々意識した実践	4, 6, 7, 9, 10
	・他部門との連携	2
身体拘束最小化を目指した取り組みの評価	・チーム医療におけるコミュニケーションの工夫	1, 2
	・日々の患者の状態の評価	4, 6, 10
チーム医療を支える管理的支援	・身体拘束のデータの集計	1, 2, 5, 9, 10
	・組織的なサポート	1, 2, 5, 8
	・管理職への働きかけ	5, 10

行われていた。身体拘束の使用に関するプロトコルの使用と身体拘束の適切性に関する多職種のコサルテーションは、1文献 (No.4) に記載されており、身体拘束に至る手順を標準化し4つのステップに分けてフローチャートを作成し、看護師が指標を用いて身体拘束の判断を行った後、医師、看護師、薬剤師、呼吸療法士によるコンサルテーションが行われた。法律に基づいた身体拘束の目的の確認は1文献 (No.6) に記載されており、精神保健福祉法における身体拘束目的の3項目を提示し、現在の身体拘束の目的を確認したことが示されていた。

### 3) 多面的なアセスメントによる治療・ケアの検討と継続的な実践

情報共有の工夫、カンファレンスの実施、身体拘束の原因となる行動を踏まえた介入の検討は、全文献に記載があった。情報共有の工夫では、専用のフォーマット (No. 1, 2, 6, 8) やアセスメントシートの活用 (No.3)、身体拘束の理由、代替方法、ケアプランを含む情報が記載されたポスター掲示 (No.5) 等の方法が行われていた。カンファレンスの開催は、最多が週1回で3件 (No.1, 5, 9, 10) であり、最大頻度は毎日で2件 (No.6は休日以外、No.10は専門看護師と担当看護師のみ)、最小頻度は月1回で1件 (No.7) であった。回診の実施は、5件 (No.1, 2, 5, 9, 10) の文献に記載されていた。カンファレンスや回診では、病棟内外の多職種が身体拘束の原因となる行動の要因を多面的にアセスメントしたうえで治療・ケア方法を選択し実施していた。具体的な内容としては、薬剤検討 (No.1, 2, 7)、治療機器の管理 (No.1, 10)、環境整備 (No.1, 2)、歩行訓練 (No.7)、離床・活動の促し (No.1, 2, 7)、排尿誘導 (No.1) 等が挙げられていた。身体拘束最小化を日々意識した実践は、5文献 (No.4, 6, 7, 9, 10) に記載があり、毎日のカンファレンスで話し合う (No.6)、日勤開始時に行動制限患者の計画の読み上げ (No.7)、申し送り時に計画の変更点を話し合う (No.9) 等が行われていた。他部門との連携は、1文献 (No.2) に記載があり、日常生活動作の拡大、摂食・嚥下の評価・訓練の目的でリハビリテーション科、食事内容や食具の相談のため

栄養科などと連携したことが報告されていた。チーム医療におけるコミュニケーションの工夫は、2文献 (No.1, 2) に記載があり、心理的安全となるような話しやすい雰囲気を作ったり (No.2)、病棟が行っているケアに対して承認やポジティブフィードバック (No.1, 2) を行っていた。

### 4) 身体拘束最小化を目指した取り組みの評価

患者の状態の評価は、3文献に記載されており (No.4, 6, 10)、専門看護師とプライマリーナースによる毎日の回診 (No.10)、毎日のカンファレンス後に行動制限最小化計画に基づいて看護計画の評価と修正 (No.6)、多職種による継続的なモニタリングと身体拘束の適切性の評価 (No.4) が行われていた。No.4の文献では、多職種による継続的な患者のモニタリングと身体拘束の適切性の再評価について記載されていた。身体拘束のデータの集計は、5文献に記載されており (No.1, 2, 5, 9, 10)、毎月の該当患者数や身体行動制限実施患者数等をデータ集計し認知症ケアチームに報告 (No.2)、毎月病棟の担当者と臨床医個人に集計形式で提供 (No.10) 等が報告されていた。

### 5) チーム医療を支える管理的支援

組織的なサポートは、4文献 (No.1, 2, 5, 8) に記載されており、認知症ケアチーム立ち上げと同時に身体拘束最小化を目指した病院の方針を明確化 (No.1)、看護部との協働 (No.2)、身体拘束を最小化するために品質向上チームに協力するように組織から各病棟にメールで通知 (No.5) といったサポートが挙げられていた。看護部との協働では、「身体行動制限ゼロを目指す」という看護部の目標に沿った目標管理、病院のクリニカルラダーレベルへの「認知症看護」の研修の取り入れ等が行われていた。No.8の文献では、機械的拘束が行われた場合、実施されている部署の医務部長または医務部長補佐、臨床監督者、看護師長からなる身体拘束対応チームが身体拘束後24時間以内に患者の主治医、担当看護師、臨床医で構成されるチームと面談し対策について協議 (No.8) したことが報告されていた。管理職への働きかけは、2文献 (No.5, 10) に記載されており、多職種チームは身体的拘束最小化

に向けて管理職の支援・協力が得られるように、病棟の看護師長と医療業務指導チームを含む看護師のリーダーシップ (No.5)、管理関係者 (病院, 看護部, 法律関係者) (No.10) に働きかけていた。

#### IV. 考察

##### 1. 身体拘束最小化を目指したチーム医療に関する研究における今後の課題

量的研究が9件で質的研究が1件 (No.3) のみであった。これは、9件の量的研究の目的が身体拘束最小化を目指した委員会活動やプロジェクトの効果をみることであったことによると考える。質的研究が少なく、身体拘束最小化を目指して多職種がどのように連携を進めているのかという過程や、その中での各専門職の思い等を質的研究で明らかにしていくことも効果的なチーム医療への支援を考えるうえで重要である。また、行動制限最小化委員会が主体となって行っている活動報告は今回の文献検討の対象には含まれなかったため、今後は行動制限最小化委員会の活動におけるチーム医療について実態調査を進めていく必要がある。

##### 2. 精神科医療において身体拘束最小化を促進するための効果的なチーム医療

結果で明らかとなった身体拘束最小化を促進するチーム医療の5つの実践の「チーム医療を支える管理的支援」「身体拘束に関する医療者のスキルアップ促進」は組織の土台作りにあたる実践、「身体拘束に至る手順と適切性の明確化」「多面的なアセスメントによる治療・ケアの検討と継続的な実践」は対象者に対する実践、「身体拘束最小化を目指した取り組みの評価」は実践の評価である。これらの結果を踏まえて、本邦の精神科医療において身体拘束最小化を促進するための効果的なチーム医療に必要な視点について検討する。

###### 1) 組織の管理者の積極的関与

No.1の文献のように組織が身体拘束最小化を目指し方針を明確化することで下部組織も足並みを揃えて目標に向かって進んでいけるため、他部門や多職種との連携がとりやすくなることが推測される。また、No.2のように目標管理を利用して、組織の

身体拘束最小化の方針を踏まえて、看護部、部署、個人で目標をつなぐことで、身体拘束最小化に向けて一人ひとりの看護師が主体的に取り組むことができやすくなるを考える。隔離・身体拘束最小化に向けてアメリカの精神保健領域で推進されている6つのコア戦略は、「組織改革のためのリーダーシップ」「データ利用」「院内スタッフの強化」「隔離・身体拘束使用防止ツールの利用」「入院施設での患者の役割」「デブリーフィング」であり、「組織改革のためのリーダーシップ」では、経営幹部が「現場に立ち会うこと」が取り組みの核となるとしている (野田他, 2010)。文献検討の対象には、経営幹部である管理者のチームへの積極的関与について報告しているものはみられなかったが、管理者が身体拘束最小化を目指すチームの一員として実際に現場に足を運び、身体拘束を受けている患者の環境や治療・ケアについて他の医療者と話し合うことは、チームの士気を高め身体拘束最小化を促進する原動力になると考える。

###### 2) 高度な実践力を有する医療者からの教育的支援

医療者のスキルアップとして、院内研修で認知症、転倒転落、コミュニケーション等がテーマとして取り上げられており (No.1, 2)、身体拘束の対象となりやすい疾患の特性、対象者への関わり方についての基礎的な知識を学ぶ機会となっていると考えられる。一方で、身体拘束の背景には、医療者の「安全」を守ることへの強い責任感があり、患者に罪悪感をもちつつも安全のためには仕方がないとジレンマを抱えながら身体拘束を実施している看護師も少なくない (山岡他, 2018)。身体拘束を実施しない、または解除することで自傷他害、転倒転落、チューブ類の抜去等の医療事故が起きるかもしれないという不安を医療者が抱えていれば、身体拘束最小化に積極的になれないのは想像に難くない。認知症看護認定看護師、老年領域や精神領域の専門看護師・医師等、専門領域の高度な実践力を有する医療者が、病棟の医療者に身体拘束に伴うさまざまな弊害を説明したり、エビデンスに基づいた戦略について紹介したり、臨床の医療者が抱える懸念事項や対策について一緒に話し合う機会をもつことで、身体拘束に



頼らない質の高いチーム医療が提供できるようにサポートしていくことが重要である。

### 3) 予防的介入の視点

No.1・2の文献では認知症ケア加算の対象となる患者をチームが介入する対象者として選別しており、認知症高齢者の中でもとくに身体拘束のハイリスクな患者に焦点化して予防的介入をはかることが可能であったと考えられる。一方で、精神症状の急性増悪に伴い自他の安全を守ることが難しくなり身体拘束を受ける患者の場合は、認知症高齢者への対応のようにスクリーニングで選別することは難しい。そのため、日頃から患者の様子を細やかに観察し、変化が感じられたら身体拘束を避けるために予防的な視点をもって、チームでどのような対応ができるかを早期に検討していくことが必要であると考えられる。精神科病院で身体拘束を受ける患者は、認知症患者だけでなく統合失調症患者も多い(厚生労働省, 2020)。統合失調症患者の場合、認知症ケア加算のような「身体拘束実施日は100分の60に減算する」といった身体拘束最小化を促進するための診療報酬上の仕組みがなく、そのような経済的な事情も精神科医療において身体拘束最小化が進みにくい一因かもしれない。

### 4) 多職種による多面的なアセスメントと身体拘束の適切性の判断

「身体拘束予防ガイドライン」(日本看護倫理学会, 2018)では、No. 4の文献のように身体拘束の実施が決定するまでに代替方法の検討や多職種によるチームカンファレンスの開催など、複数のステップからなる手順が推奨されている。一方で精神科病院では、精神保健福祉法で精神保健指定医が身体拘束の実施・解除の判断を行うことが規定されている。臨床では主に病棟の看護師と医師が相談して実施の判断がなされているが、少数の職種から得られる情報やアセスメントの視点は限られるため、患者に関わる複数の多職種で身体拘束の適切性や、身体拘束を防ぐためのあらゆる方策を話し合うプロセスを踏むことが肝要であると考えられる。精神症状の急性増悪時など緊急性が高い時は、身体拘束開始後できるだけ速やかに多職種でのカンファレンスを開き、身体

拘束解除に向けた目標設定や治療・ケア方法について話し合うことは可能ではないだろうか。多職種でのカンファレンスは週1回が3件 (No.1, 5, 9) で最も多かったが、身体拘束はさまざまな弊害があり侵襲度の強い処置であるため、予防と早期解除を常に意識し、短時間でも多職種が集まり、日々の患者の状態や行っている治療・ケア方法の有効性、身体拘束の適切性について評価することが大切であると考えられる。看護師は医療安全の側面に十分注意しながらも、患者の生活環境を整えたり、セルフケアを援助したり、関係性を築いていく中で気づいた患者の思いや変化、ストレスを多職種と共有し、早期解除に向けた介入につなげていくことが重要である。

### 5) データの活用

5文献 (No.1, 2, 5, 9, 10) で身体拘束の実施率や期間に関するデータが集計されていたが、そのデータを医療者へフィードバックしているという報告は、2件 (No.2, 10) のみであった。アメリカの隔離・身体拘束最小化のためのコア戦略(野田, 2010)にも「データ利用」が含まれているが、身体拘束の最小化を目指して行った活動の効果がデータとして可視化されることで、活動が功を奏していればチームの自信やモチベーションにつながり、効果が出ていなければ、計画を迅速に修正することができる。そのため、事務部と連携し、身体拘束に関するデータをチームの医療者にタイムリーにフィードバックしていく仕組みが重要である。

## 本研究の限界と課題

文献数が少なく、国内と海外での医療システムや各専門職の役割・機能の違い、精神科病院とその他の医療施設での特性の違いの影響も考えられるため、結果を一般化するには限界がある。今後は、本研究で得られた身体拘束最小化を促進するためのチーム医療に関する知見の有効性について検討し、精神科病院において身体拘束最小化を促進するための支援について調査を重ねていくことが課題である。

## V. 結論

1. 身体拘束最小化を目指したチーム医療に関する

国内外の10件の文献を整理した結果、「身体拘束に関する医療者のスキルアップ促進」「身体拘束に至る手順と適切性の明確化」「多面的なアセスメントによる治療・ケアの検討と継続的な実践」「身体拘束最小化を目指した取り組みの評価」「チーム医療を支える管理的支援」という5つの実践が行われていることが明らかとなった。

2. 精神科医療において身体拘束最小化を促進するための効果的なチーム医療に必要な視点として、1) 組織の管理者の積極的関与、2) 高度な実践力を有する医療者からの教育的支援、3) 予防的介入の視点、4) 多職種による多面的なアセスメントと身体拘束の適切性の判断、5) データの活用、が示唆された。

## 利益相反

本研究による利益相反は存在しない。

## 文献

- 浅川佳則, 三宅美智, 大谷須美子, 他 (2015): 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), 日本精神科看護学術集会誌, 58(1), 31-39.
- 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.
- Enns E, Rhemtulla R, Ewa V, et al. (2014): A controlled quality improvement trial to reduce the use of physical restraints in hospitalized adults, *Journal of the American Geriatric Society*, 62(3), 541-545.
- Hancock CK, Buster PA, Oliver MS, et al. (2001): Restraint Reduction in Acute Care: An Interdisciplinary Approach, *The Journal of Nursing Administration*, 31(2), 74-77.
- 服部朝代, 吉本聖隆, 山下重矢子, 他 (2014): 行動制限最小化に関する研究 (第1報) —行動制限最小化計画書を用いて—, 日本看護学会論文集 精神看護, 44, 58-61.
- 久米光太郎, 土谷和也, 久保和弘, 他 (2013): 認知症治療病棟における行動制限最小化チームの取り組み, 日本精神科看護学術集会誌, 56(2), 271-275.
- 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.pref.osaka.lg.jp/attach/1695/00112128/zeroheNo.tebiki.pdf> (2021年10月1日検索)
- 厚生労働省 (2003): 2003年度精神保健医療福祉資料 630調査, <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/> (2021年10月1日検索).
- 厚生労働省 (2020): 2020年度精神保健医療福祉資料 630調査, <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/> (2021年10月1日検索).
- Lin YL, Chih C, Yu WP, et al. (2018): A Multidisciplinary Program Reduces Over 24 Hours of Physical Restraint in Neurological Intensive Care Unit, *The Journal of Nursing Research*, 26(4), 288-296.
- Mion LC, Fogel J, Sandhu S, et al. (2001): Outcomes Following Physical Restraint Reduction Programs in Two Acute Care Hospitals, *Journal on Quality Improvement*, 27(11), 605-618.
- 仲由紀子 (2020): 認知症ケアチームを中心としたチーム医療による身体行動制限最小化への取り組み, 多根総合病院医学雑誌, 9(1), 49-55.
- 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.
- 野田寿恵, 吉浜文洋, 杉山直也 (2010): 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化—使用のためのコア戦略 第三部, 精神科看護, 37(9), 73.
- 及川聡美, 森 信芳, 長谷川修, 他 (2020): 認知症ケアチーム活動が身体抑制の最小化に与える影響, 日本病院総合診療医学会雑誌, 16(5), 339-345.
- Prescott DL, Madden LM, Dennis M et al. (2007): Reducing Mechanical Restraints in Acute Psychiatric Care Settings Using Rapid Response Teams, *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 34(1), 96-105.
- 佐野 樹, 山本竜也, 坂井 誠 (2019), 繰り返す自傷のため長期にわたって身体拘束下にあった自閉症に対し病棟看護師らと連携して応用行動分析学に基づくアプローチを行った1例, 精神科治療学, 34(2), 223-230.
- 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.
- 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.