

2016.8.18 09:17

【ゆうゆうLife】「私、猿じゃないわ」 病院の身体拘束、どう減らすか 医師らの実践レポート

ベッドから転落しないよう四肢を縛る、点滴を抜かないようミトン型手袋をはめる。身体拘束は介護施設では原則禁止されているが、患者の状態が重く、治療を優先させる病院では「致し方ない」とされがちだ。だが、高齢患者には、身体拘束自体が元の生活への復帰を難しくする。減らそうと努める病院取材した。（佐藤好美）



猿じゃない

東京都調布市の調布東山病院（83床）が、身体拘束を減らそうと意識し始めたのは3年前。医療安全推進室長の大熊るり医師は「ある高齢の入院患者の一言がカルテに記載されていた。病棟でそれを共有したのが、一つのきっかけだった」と振り返る。

認知症で足腰のおぼつかない女性患者が1人で歩かないよう、ベッドの四方はぐるりと柵（サイドレール）で囲われていた。「四点柵」と呼ばれる身体拘束の一つ。ある夜、その中で、患者が看護師につぶやいた。「私、猿じゃないわ」

同院は、緊急に治療の必要な患者を受け入れ、早期に退院させる「急性期」の病院。急性期の病院は、平均入院日数も短い。短期間に治療を優先するため、身体拘束もやむを得ないとされがちだ。同院も認知症患者が増加。治療の意味が伝わらず、四点柵やミトン型手袋の利用が珍しくなくなっていた。

身体拘束を「やむを得ない」とする医療職は多い。24時間の見守りはできない。だから、転倒防止のためベッドを柵で囲い、管を引き抜かないようミトンをはめる。しかし、別の危険もある。ケガや病気は治っても、拘束で身体機能が低下すれば、患者は元の暮らしに戻れなくなる。

同院は「拘束の必要性」を見直すことから始めた。例えばベッドに柵をしても、乗り越えればむしろ危ない。ベッドを低くし、落ちて軽いダメージで済むようにした。

院内にワーキンググループを作って認知症ケアを学んだ。患者がどう呼ばれたいか、どんな音楽が好きかを聞き取り、元教師の患者には「先生」と呼びかけ、演歌のCDを用意。ベッド脇に家族の写真を貼るスペースを確保し、自分の居場所だと感じてもらえるようにした。

認知症ケアの技法「ユマニチュード」も導入した。「見つめる」「触れる」「話しかける」「立たせる」を基本とするケア。発語のなかった患者に表情が生まれ、患者が治療に協力的になった。

情報共有の効果

電子カルテの導入で情報共有が進んだ効果もあった。看護師が医師の治療意図を理解しやすくなり、「先生、だいぶ食べられるようになったので点滴を外せませんか」などと提案するようになった。医師も「抑制せずに済む治療」を意識し始めた。

リハビリ職は「もう、口から食べさせても大丈夫」「トイレに誘導してください」など、点滴のやめどきや介助のタイミングを現場に伝えた。

四点柵やミトンは今もゼロではない。だが、格段に減った。転倒事故はほぼ横ばい。小川聡子（としこ）理事長はこの間を振り返り、（1）看護職が知識を得てケアを変更し、患者が落ち着いた（2）スタッフが「なるべく早く患者を元の生活に戻す」という目的を共有し、発言しやすい関係ができたなどを挙げる。「看護師の提案を受けて、医師がちょっとした変更をし、患者さんの状態が良くなると、看護師がどんどん考える。『現場の気付き』に勝るものはない。そういう風土ができたことが大きい」と話している。



リスクゼロは生活の質失う

在宅ケア移行支援研究所の宇都宮宏子さんの話「転倒をゼロに近づけるために、抑制や拘束が長期化する傾向がある。患者は尊厳を奪われて意欲が低くなり、身体機能も低下しがちだ。医療事故の防止と、高齢者が転ばないようにする管理を、同じ視点で考えていいか疑問がある。人は生きている限り転ぶことはあり、リスクをゼロにはできない。起きうるリスクを、病院だけが背負うのではなく、本人や家族など周囲の人も背負いながら、それでも生活の質を保障することが大切ではないか」



中小病院の努力、地域医療の質を決める

厚生労働省の「身体拘束ゼロ作戦推進会議」は平成13年、「身体拘束ゼロへの手引き」を作成。介護施設で原則禁止される11の具体例や、「やむを得ない」3要件として、（1）本人や他の利用者に命の危険がある（切迫性）（2）他に方法がない（非代替性）（3）一時的である（一時性）-を示した。医療や介護の現場では、今もこれが指針になっている。

病院が身体拘束をするのは、どんなときか-。その分析を試みた調査がある。民間の中小病院を中心とする「全日本病院協会」は今年3月、調査研究報告書「身体拘束ゼロの実践に伴う課題」を公表した。病院や介護施設など計712カ所から得た調査結果によると、11の拘束のうち1つ以上を「行うことがある」としたのは、病院（医療保険適用）では90%以上。入院日数の短い「急性期」か、長い「慢性期」かで大きな差はなかった。介護施設では50%未満にとどまった。

さらに、患者・入所者の17の症状を挙げ、症状別に拘束の状況を聞いたところ、「点滴などを抜去しようとする」場合には、（1）ミトンの着用（2）四点柵の使用（3）四肢をひもで縛る-が多く、「転倒の恐れがある」場合には、（1）四点柵の使用（2）抑制帯や腰ベルトの使用（3）向精神薬



患者の身体拘束を減らすため、落ち着ける場所を増やそうと、ナースステーションのカウンターには塗り絵や写真を並べた=東京都調布市の調布東山病院

の多剤併用が多かった。介護施設と比較すると、症状の数が同じでも病院の身体拘束が多かった。

報告書の作成に参加した上智大学総合人間科学部の栃本一三郎教授（社会福祉政策）は「医療機関は容体の重い患者が多いため拘束も致し方ないとされてきた。だが、どんな患者を、どう拘束しているかは不明だった。その詳細が分かった意義は大きい。また、患者の状態像が同じでも、病院の方が施設よりも拘束する割合が高く、拘束が患者の容体が重いためとばかりは言えないことも分かった。今後の課題だ」と指摘する。

身体拘束を減らそうとする病院は増えているが、取り組みはまちまちだ。栃本教授は「身体拘束イコール悪ではないが、病院は真剣に代替手段を考える必要がある。地域に密着する中小病院がどんな医療をするかは、地域医療の質を左右する」と話している。

©2016 The Sankei Shimbun & SANKEI DIGITAL All rights reserved.