

## 特集

## 身体拘束最小化を実現した東京都立松沢病院の転倒予防

堀口 法子

地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立松沢病院

## キーワード

転倒予防 身体拘束最小化

## I はじめに

精神科病院において患者への行動制限は、精神保健福祉法に則り精神保健指定医の診察の下、必要と判断された場合にのみ行われる。しかしそれは、行動を制限されている理由の理解や状況判断の難しい人にとっては一方的に与えられる苦痛でしかない。この当たり前のことをわれわれが自分ごととして考えることができるまでには相当な時間を要した。

当院では2012年以降、行動制限最小化として身体拘束削減に努めてきた。その過程では「身体拘束をしない」病院方針という強力で重大な決定から始まり、患者に向き合う現場職員が試行錯誤しながら得た小さな成功体験の積み重ねと、患者を中心とした医療の提供について考える職場風土への時間をかけた定着により、一人ひとりの内発的な動機づけの変化があった。結果的に拘束数の減少という結果は得られているが、それよりも重要な成果は、目の前の患者が今、感じている「苦痛」について考えられる職場風土の醸成であると考えている。今回は当院の行動制限最少化の取り組みの実際について紹介したい。

## II 病院の概要

東京都立松沢病院は東京都区西南部に位置し、2024年に創立145年を迎える日本最古の精神科専門病院であり、精神科救急・急性期医療、認知症医療、身体合併症医療、思春期・青年期医療、依存症医療など専門性の高い精神科医療を提供している。許可病床数は898床、外来規模450人/日、敷地面積は東京ドーム4個分と東京中心部にあって緑豊かな環境を有している。心身および

社会的にも重症度が高く、他病院では受け入れ困難な患者、精神科救急・急性期の入院患者が多く、非同意入院率が高いという特徴がある。

## III 身体拘束最小化の取り組みについて

2012年新病院への移転と同時に、病院長より患者中心の精神科医療の推進のため「身体拘束最小化を目指す」という方針が示され、改革がスタートした。

2011年までには転倒予防、身体管理、不穏・興奮という理由での行動制限（身体拘束、隔離、車いすベルトの使用）が日常的に行われていた。重症患者を次々と受け入れている現場で、患者の安全を守るためにやむを得ず行動制限を行ってきたとの思いがあったため、この方針が示された当初、身体拘束削減は容易ではないだろうと多くの職員が考えていた。

この方針を実現するために、病院の管理者からは次の4つの対策が提示され、研修などを通して繰り返し職員に伝えられた。

## 1. 事故のリスクを管理する

取り組みの1つ目として、事故のリスクを管理するために、事故そのものを責めるのではなく、インシデントレポートの提出が推奨された。

行動制限を行う一番の理由が事故防止である。事故を完全に防ぐことは不可能であるが、被害を最小にする努力は重要である。大きな事故が起こる前に軽微なヒヤリハット、インシデントの報告を簡便にし、違法性や重大な不注意がない場合は担当者の責任を問わないことを徹底し、インシデントレポートの提出を推奨した。これにより事故発生時の報告も、それまでのなるべくなら報告

連絡先：地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立松沢病院 堀口法子

〒156-0057 東京都世田谷区上北沢2-1-1

TEL：03-3303-7211 E-mail：noriko\_horiguchi@tmhp.jp

受理日：2024. 10. 29

したくない「転ばせてしまいました、申し訳ありませんでした」というものではなく、発生した事象と患者の状態や対応についての報告を迅速、簡潔に行うのみとなった。

転倒などのインシデント発生時のリスクマネジャーの対応は、職員をねぎらい、事故を繰り返さないために一緒に備える関わりが変わったことで、次第に現場で実際に起こっている軽微な事故の情報が増え、インシデントの段階で分析してアクシデントを防ぐという考えが浸透していった。また、事故の責任は当事者だけでなく、リスクマネジャー、看護部長、病院長が最後に責任を負う方針だと示されたことで、職場の安心を高めることにつながった。病棟でのインシデントの振り返りでも「誰かが悪かったからこうなった」という反省会ではなく、この事象が起きた原因は何だったのか、次にどうしていくかという話し合いを行い、どのような危険があるのかりスク情報を職員で共有するという概念が根付いた。

## 2. 外部の目を入れ、内部から情報発信する

取り組みの2つ目として、認知症病棟内での家族の面会が開始された。それまで閉鎖病棟では治療環境上の理由や他患者への影響、安全管理上などの理由で、病棟内で家族面会が行われることはなかった。外部の目が入ることで職員の緊張感が高まり、結果として医療・看護の質の向上に結び付くと同時に、病棟での職員の多忙さ、厳しい状況を家族に理解してもらうことが期待された。

実際に病棟での看護師の業務を目の当たりにした家族から「職員の人数が少なすぎますよね」などの言葉が聞かれ、職員が24時間自分の家族だけを見ているのではないことを実感してもらう機会となった。家族に病棟の中に入って見てもらうことは「病院が絶対に安全な場」ではないこと、さまざまな人からなる集団生活の場であることへの理解を促し、治療の協働の一助となった。このことは事故発生時の家族の気持ちにも少なからず影響があると考えられる。

また、第三者評価や研修・見学者を積極的に受け入れること、患者・家族アンケートで声を聞くことが行われた。開かれた病院づくりに向けて継続的に取り組み、現在に至るまで積極的に学会発表や地域向けのイベントや発信を行っている。

## 3. 患者とのコミュニケーションを大切にする

患者の不穏や興奮を予防し、身体拘束をしない治療を遂行するために最も有効な方法は、患者とのコミュニケーションを深めることである。

取り組みの3つ目として、医師や看護師に「スタッフ

ステーションのカウンター越しに話をしない」「病室、ホールではできるだけ座り、誠実に話をする」「隔離・拘束されている患者の傍に座って話を聞く」などの実践が職員に促された。しかし忙しい臨床現場においては、患者の横に座ってゆっくり話を聞くことでさえ、それが正しいこととは分かっているにもかかわらず優先して時間を確保することが難しい状況があった。

このため病院発信でコミュニケーション時間を確保する取り組みとして、ほんの少し、しばらくの意味を持つ「たまゆら」タイムが作られ、全病棟で午後3時に、数分でも患者のそばに座って話を聞く機会が設けられた。この時間には当時の看護科長も病棟に来て患者の横に座っている姿が見られた。取り組みを通して、職員が患者の話を聞くことの治療的効果や、その人となりを知る重要性に気付くことができるとともに、患者の傍に座ってコミュニケーションを取ることで相互の心の安寧に寄与する結果となった。

## 4. 身体治療時の治療コンセプトを転換する

身体治療では命を助ける治療のために身体拘束を行わざるを得ないことがあり、それは患者にとってのメリットが身体拘束をしないデメリットを上回るからこそ実施される。しかし治療することだけを目的として、その結果その人の生活の質が損なわれるようなことがあってはならない。

4つ目の取り組みとして、身体治療に伴う身体拘束に関しても、身体科医師だけでなく精神科医師、看護師、精神保健福祉士など多職種がチームで関わり、治療方針決定の際に患者の生活の質の観点からも検討され始めた。身体治療を優先する時期と元の生活に戻るための支援を行う時期を見定める必要があるため、医療チーム内で十分な対話が行われるようになった。

病院全体で身体拘束最小化に取り組んだ結果、2011年以前の1日平均身体拘束者数130人から2019年には20.5人に減少した。また、車いすベルト使用による身体拘束者数は80人以上だったが、2017年以降は院内から車いすベルトがなくなった。危惧されていた事故の件数は軽微な転倒が多少増えたのみで、大きく変化しなかった。この間、職員間での衝突もありながらも試行錯誤を繰り返し、次第に「身体拘束をしない」ための工夫が浸透し、身体拘束をするかしないかではなく、どのように身体拘束以外の方法で対応するかの話合いが行われるようになった。

始まりは身体拘束を減らすことが目標となっていたが、人と人との関係性の中で身体拘束をしないことは当たり前であるという風土が時間をかけ醸成され、今に至

る。何を大事にするのか、何を目指すのかという目標や価値観を、トップと現場が一致させること、何のための身体拘束最小化なのかを共有できたことが取り組みの成功の鍵と考える。

#### IV 認知症病棟での身体拘束最小化の取り組みの実際

認知症病棟は身体拘束最小化モデルケースとして、一番初めに取り組みがなされた。認知症病棟は、自宅や地域、施設や他の病院で認知症の行動・心理症状により介護困難となった患者が多く入院し、院内でも拘束率が高い病棟であった。平均年齢は80歳代で移動時の見守りや車いす操作など介助が必要であり、転倒転落のリスクの高い患者が多かった。

##### 1. 2010年以前

身体拘束が行われる主な理由は転倒予防であり、行動の予測がつかないなど転倒リスクがあると判断された患者の多くが、医師の指示の下ベッド臥床時は身体拘束、車いす乗車時は車いすベルトを装着していた。そのためオムツでの排泄が多く、汚染があるとつなぎ服を着用し、ほぼ一律な対応で一斉にケアを行っていた。夜間、患者に拘束を外してほしいと頼まれても、解除時間までは勝手に外すことはできないと謝る対応をするなど、身体拘束が転倒予防のために必要であると職員間での共通認識になっていた。

##### 2. 2012年取り組み当初

認知症病棟の身体拘束をゼロにするという病院の方針が打ち出されたとき、安全のために必要だと考えていた職員の動揺は大きく、理想論だ、転倒や事故が増える、患者からの攻撃的行動が増える、怖い、訴えられる、無理だなど反発の声も多くあり、やらされ感が強かった。また、身体拘束解除後も、転倒させてしまうのではないかと不安から患者に動かないでほしいと思い、センサー類を多用し「座っててください」などのスピーチロックが増え、患者を見守るのではなく緊張しながら見張る気持ちが強くなった。このため患者も身体拘束はされていないが自由に動けるわけではなかった。

##### 3. 取り組みの実際

はじめに、看護師長から職員一人ひとりのヒアリングが行われた。職員が不安に思っていることは、事故発生やその際の責任の所在であり、取り組みについて何が大事なのかを整理し、患者の尊厳を守るための取り組みであること、安全を守ること、必ず職員を守ることにについて共有された。

次に、身体拘束をしない同意書を医師と協働し作成した。入院時「当院はできる限り身体拘束を行いません。

それによる転倒のリスクがあります」との説明と身体拘束をすることによって起こりうるリスクについて説明し、納得を得てから入院してもらう流れが作られた。

同意書によって事故発生時に病院が法的な責任を免れるわけではないが、病棟の決意表明を家族に伝えるものとなった。完全な転倒防止は困難であること、転倒防止を目的とした身体拘束は患者の生活の質に大きな不利益となることに同意を取るとは、治療の協働という点でも家族の支持を得ている安心につながり、職員の不安を大きく低減させた。患者の尊厳のために身体拘束をしないという説明をすることは、職員にとっても何のための医療なのかという根本的問題に立ち返るものとなった。

さらに、拘束具が撤廃された。物理的に実施できないことで、どうしたらよいか職員が皆で考えだすようになった。また、日中は担当患者を持たずにホールで見守る看護師を1名配置し、転倒予防や患者間トラブルなど、患者が危険につながる行動をとる前にさりげなく声を掛け寄り添い、ニーズを捉えることが可能になった。

また、患者の身体活動性を上げる取り組みも進められた。新棟移転に伴い、座り心地の良いソファが導入され、車いすで過ごすのではなく椅子やソファに座ること、おむつを外しトイレへ行くこと、ふらつきがあっても看護師が支えて機会のあるごとに歩くこと、体操やレクリエーションなど筋力維持への支援を行った。またリハビリ科職員やボランティアの参加により、音楽活動、ゲーム、ヨガなど余暇活動が充実した。これにより昼夜のリズムが作られ、活動と休息への支援につながった。

行動制限最少化カンファレンスでは、ホワイトボードに誰が・いつ・何のために行動制限をしているのかについて明示し、患者の状態を運動機能、感覚機能、精神状態、身体状況、使用薬剤など多角的にアセスメントを行い、どうなれば行動制限が減少できるかについて毎日多職種で話し合った。その際には話し合うだけでなく、まず短時間でも外してみても、結果どうだったのか評価することで、不安に思っていた職員が実際に外してみたら大丈夫だったなどの小さな成功体験を積み重ねることができた。

当日その場にいる皆で検討して決めるということが、職員全員が当事者としてタイムリーに取り組む姿勢づくりに役立った。身体拘束を減少させるための話し合いは、次第に患者の個性に合わせたケアや環境の工夫などさまざまなアイデアを誰もが自由に発言できる場になっていった。

##### 4. 取り組み後

さまざまな対策をした上での転倒事故については「本

当に責めを負わない」という経験が職員の安心となり、ケアの創意工夫とルールに縛られない柔軟なケアにつながった。その患者の生い立ちやそれまでの暮らし方、何を大事にして生きてきたかなど、その人に関する情報が職員の会話の中に増え、その人のニーズに合わせたケアの工夫について検討するようになった。食べられないときは好きなものを本人のタイミングに合わせて提供することや、眠れないときは温かいお茶を飲んで一緒に過ごすなどが自然に行われるようになった。職員はスタッフステーションにおらず、ホールに座って患者と会話をしながら記録業務などをするようになった。

転倒発生時も、きれい好きだからごみを拾おうとしていたのではないかと、寝るときはいつも暗いのが好きだから電気を消したかったのではないかなど、転倒する行動につながった本人の思いや行動の理由について考え、ケアを先回りして行うことができるようになった。さらに対策を取っていても転倒することはあるため、転倒しても大きな事故につながらないような工夫（大腿骨パッド、帽子の着用）がなされるようになり、次第に転倒予防のための身体拘束はしないことが当たり前となった。

## V 転ばれることへの怖れを乗り越え、認知症の人をどのように支えるか

認知症を有する人は言うまでもなく認知機能に障害がある。それは記憶障害だけではなく見当識の障害や空間の認識、状況の理解や判断、自分の意思の伝達にも困難さを抱えやすいということである。このため、不安や混乱に陥りやすく、一般的に適切とされる行動をとれずに危険回避が難しくなることが起こりうる。ケアを考えたときには、これら認知症の人の困難さや抱える不安を想像して関わるのが重要となる。行動制限を転倒予防の対応策とせず、認知症の人を支えるための実践として以下4つが考えられる。

### 1. その人の理解を得るための説明と同意

認知機能の障害によって時間的な見通しが持てない、記憶が続かないことなどにより、周囲が当たり前とする認識を他者と共有することが難しい場合がある。このため、ケアを提供する側と本人の感じている認識のずれがある可能性を踏まえて、丁寧な説明をすることが必要となる。さらに説明に対して本人の理解や同意が得られているのか、その人に合った方法で行えているのかを確認してからケアなどを進める。混乱や恐怖を感じると、防衛のための行動を起こし危険行動に結びつく可能性があるため、どのように感じているかをその都度確認し、不安や混乱の軽減と本人の納得が得られるように努めるこ

とが安全につながる支援となる。

### 2. チームでの協力体制

ゆっくりゆったり本人のペースを尊重して対応するためには、手間も時間もかかる。しかしケア提供者の時間的制約に対する焦りや、言うことを聞いてほしいという思いは相手に伝わり、余計にスムーズにいかないことがある。このため、転倒しやすい人の行動支援などで今ここに労力をかけることが必要と判断したら、チームで協力し、業務を分担する。チームで助け合って関わることで認知症の人のニーズが満たされ、その後の時間を落ち着いてすごせるなど、結果的に時間短縮につながる。

### 3. 効果的な対策の検討

効果的な対策を行うためには、なぜこういう言動・行動をしているのかのアセスメントが重要になる。身体面、心理面、社会面、環境面など多方面から情報を得て、その人が何を望んでいるのか、どのような援助が必要かをチームで考える。行動には本人なりの理由があるため、その人に合った関わりが見出せれば、行動を予測しながらチームで効果的なケアを継続して提供できる。

### 4. 事故は起こるものという考え・風土

認知症という疾患の特性や加齢現象を踏まえ、どこにいても転ぶことはあるとの認識を共通して持つ必要がある。重大事故などの認知症の人の不利益にならないような対策をするとともに、何を大事にするのかを本人、家族とも共有しながら、組織としても事故防止だけを目標にしないことが大切である。

行動制限が行われる最大の理由は事故防止である。「転倒したら重大事象につながる」という心配から身体拘束が選択されることがある。しかし一度開始すると、転倒のリスクが少しでもある場合、もっと言えば「絶対に」転倒しないとさえ言えない限り身体拘束は続き、長期化してしまう。さらに身体拘束による患者の精神状態の増悪やADL低下などの影響で、ますます解除できない状況が生まれる。その時に必要なのは、何よりも意識の転換である。現場がなんとか頑張って「転倒を予防する」のではなく、共通認識として「転倒は起こりうる」から始まるのが重要である。でなければ転倒をさせないためには動かないでもらうことがその職場での解決策となってしまう。拘束以外の方法に目を向け認知症の人を支えるためには、対策をとっていたならば現場が責められないという確信が必要である。チームで協力し安心して働くことができる職場環境のもと、自発的な工夫や柔軟な発想とその人に合った対策、重大事象につながるリスクを回避するための検討ができると考える。

## VI おわりに

これまで当院の身体拘束最小化の取り組みについて紹介してきたが、これは自分自身の意識の変遷でもある。認知症病棟に配属された当時、身体拘束によって患者の行動を制限することに対する自分の認識は「本当は良くないことだけれど転んでしまうから仕方ない」であった。転倒予防のための身体拘束は職場の「対策」であり、どこか他人事であったように思う。それから12年を経て、職員たちが日々どうしたら行動制限を減らせるかという話し合いにおいて、患者の気持ちに寄り添った発言

をし、さまざまな意見を出し合っているのを見ると、いかに当時の自分が思考停止していたのかが分かる。

2024年1月に共生社会の実現を推進するための認知症基本法が施行された。認知症は誰もがなりうる病気であり、認知症があっても尊厳と希望を持って暮らせるようにすることがうたわれている。医療においても、安全を守るという名のもとに、他者の尊厳を奪うようなことがあってはならない。そのためには、私たち医療従事者こそ「この当たり前のこと」を行動し続けなければならない。