

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

卒業研究抄録集(看護学科) (2019.12) 令和元年度:35-36.

一般病棟の高齢者に対する身体抑制廃止に向けた組織的取り組みの現状についての文献検討

高野 光希, 西田 直生, 林 綾乃

一般病棟の高齢者に対する身体抑制廃止に向けた組織的取り組みの現状についての文献検討

高野光希 西田直生 林綾乃
(指導：児玉真利子)

緒言

高齢者の認知症を有する確率は年齢とともに増加している(厚生労働省, 2015)。また、高齢者の手術件数は増加傾向にあり、複数の疾患を持つことや脳機能の変調のため、せん妄を発症するリスクが高いと言われている(今村, 2009)。認知症や転倒歴のある高齢者は、入院中に身体抑制を使用される率が高い(大山ら, 2010)。

現在の日本では、精神科以外の病棟における身体抑制を開始・解除する指標は厳格には定められておらず、ガイドラインなどに基づき、それぞれの病院が独自に行動制限マニュアルを作成している。また、身体抑制解除の判断は簡単でなく、予防的抑制が継続されやすい傾向にある(石倉ら, 2015)。山岡ら(2016)は、一般病棟における高齢患者の身体抑制について文献検討しているが、身体抑制廃止の取り組みに焦点を当てた文献検討はない。

本研究では、一般病棟の高齢者に対する身体抑制廃止に向けた組織的取り組みの現状を明らかにすることを目的とした。

方法

研究対象: 医中誌 web を使用し、「身体拘束ゼロ作戦」が開始された 2000 年以降の看護文献を対象とした。検索キーワードを「身体拘束/身体抑制」「高齢者」not「精神科」、「身体拘束/身体抑制」「廃止」not「精神科」として得られた計 281 件から、介護施設や精神科病棟など一般病棟以外での研究を除外し、身体拘束/抑制の「最小化」や「廃止」に向けた取り組みに関する研究 26 件を入手し精読した。更に、選定基準を①一般病棟、②身体抑制廃止に向けた取り組み、③取り組みの評価、④独自の用具使用を除く、として合致した 6 文献を対象とした。

分析方法: 谷津(2015)の内容分析を参考にし、各文献で述べられている身体抑制廃止に向けた取り組みに関するデータをコード化し、類似性に沿ってサブカテゴリ化、カテゴリ化した。

倫理的配慮: 引用・参照した際は、先行研究の文献の出典を明示した。

結果

6 件の対象文献の中から 69 件のコード、15 件のサブカテゴリ、6 件のカテゴリを抽出した(表 1 参照)。カテゴリは【 】、サブカテゴリは〈 〉で表記する。

【身体抑制廃止に向けた病院管理者のリーダーシップ】は、〈病院管理者による身体抑制廃止に向けた方針の決定・推進〉、〈病院の方針に基づく看護部目標の設定〉で構成された。病院管理者が身体抑制廃止に向けた方針を決定・推進することで、組織として身体抑制廃止に向けた活動を支援して

いた。

【身体抑制廃止に向けた組織体制づくり】は、〈身体抑制廃止に向けた委員会等の設置〉、〈リーダーの任命・育成〉で構成された。身体抑制廃止や看護倫理に関する委員会を設置するなど、身体抑制廃止に向けた組織体制を整備していた。

【身体抑制に関する知識の習得と情報の共有】は、〈学習機会の提供〉、〈知識や情報の共有〉で構成された。研修会や講演会を実施し、抑制の有害性や人の尊厳などについて医療者が学習する機会を提供していた。

【身体抑制廃止に向けたチームでの話し合い・判断】は、〈カンファレンスでの身体抑制解除等の判断〉、〈抑制解除困難事例の検討〉、〈多職種カンファレンスの実施〉で構成された。多職種やチームで身体抑制解除等を検討し、個々が判断し責任を負うのではなく組織としての対応方法を判断していた。

【身体抑制しないためのケアの検討・実施】は、〈ケアの充足、代替案についての検討〉、〈危険行動を回避するケアの実施〉、〈身体抑制用具の使用や供給体制の見直し〉で構成された。身体抑制の代替案を考え抜くことや、抑制を実施する前に患者が動こうとする理由を知ろうと努力し、それらの理由にケアを実施していた。また抑制用具を廃棄することで身体抑制ができない環境づくりをしていた。

【身体抑制状況のモニタリングと評価】は、〈抑制状況のモニタリングと可視化〉、〈身体抑制事例・取り組みの評価〉、〈身体抑制に関する調査〉で構成された。身体抑制実施状況のモニタリング・可視化を行うことで取り組みを客観的に評価し、身体拘束廃止に活用していた。

表 1 一般病棟の高齢者に対する身体抑制廃止に向けた組織的取り組みの現状

カテゴリ	サブカテゴリ (コード数)
身体抑制廃止に向けた病院管理者のリーダーシップ	病院管理者による身体抑制廃止に向けた方針の決定・推進(2)
	病院の方針に基づく看護部目標の設定(1)
身体抑制廃止に向けた組織体制づくり	身体抑制廃止に向けた委員会等の設置(7)
	リーダーの任命・育成(3)
身体抑制に関する知識の習得と情報の共有	学習機会の提供(12)
	知識や情報の共有(3)
身体抑制廃止に向けたチームでの話し合い・判断	カンファレンスでの身体抑制解除等の判断(3)
	抑制解除困難事例の検討(5)
	多職種カンファレンスの実施(2)
身体抑制しないためのケアの検討・実施	ケアの充足、代替案についての検討(9)
	危険行動を回避するケアの実施(5)
	身体抑制用具の使用や供給体制の見直し(5)
身体抑制状況のモニタリングと評価	身体抑制状況のモニタリングと可視化(5)
	身体抑制事例・取り組みの評価(5)
	身体抑制に関する調査(2)

計69コード

考察

介護の現場では2001年に厚生労働省により「身体拘束ゼロへの手引き」が取りまとめられた。医療・看護の現場においても「身体拘束予防ガイドライン」(日本看護倫理学会 2015)(以下、ガイドライン)が作成され、「身体拘束ゼロへの手引き」と同様の5つの方針が示されている。

本研究において、対象文献から効果が得られた具体的な取り組みを抽出した結果、ガイドラインの5つの方針と共通した内容が多くみられた。以下に、5つの方針に基づき検討する。

ガイドラインの方針1「トップ(経営者・院長・看護部長)が決断し、施設や病院が一丸となって取り組む」については、カテゴリのうち【身体拘束廃止に向けた病院管理者のリーダーシップ】、【身体抑制廃止に向けた組織体制づくり】が対応していた。これは組織のリーダーが現場を支援し、事故やトラブルの際は組織として責任を引き受ける姿勢を示していると考えられる。

方針2「みんなで議論し、共通の認識をもつ」については、【身体抑制廃止に向けたチームでの話し合い・判断】が対応していた。チーム全体が身体抑制に対する共通した認識をもち、多職種でのカンファレンス等で身体抑制解除等の判断をしていると考える。

方針3「まず、身体拘束を必要としない状態の実現を目指す」、方針4「事故の起さない環境を整備し、柔軟な応援体制を確保する」、方針5「常に代替的な方法を考え、身体拘束をする場合は極めて限定的にする」については、【身体抑制しないためのケアの検討・実施】が対応していた。方針4のうち「柔軟な応援体制を確保する」に類似するコードは抽出されなかった。星野ら(2004)は、身体抑制廃止に至らない要因としてマンパワー不足をあげている。このことから、柔軟な応援体制を確保するためにはマンパワー不足への対応等も含めた【身体抑制廃止に向けた組織体制づくり】を進めていくことが重要であると考えられる。方針5は、研修会への参加等から身体抑制廃止に向けた情報を入手し参考にするという内容も含まれているため、【身体抑制に関する知識の習得と情報の共有】も対応していると考えられる。

抽出されたカテゴリとガイドラインの方針は共通点が多かったことから、ガイドラインの方針に沿った取り組みは身体抑制廃止に効果的であると考えられる。しかし、多くの医療機関では身体抑制廃止に至っていない現状がある。その背景として、梶原ら(2013)は、看護師は患者の安全を守りたいという思いと患者の人権を尊重したいという思いとの間でジレンマを感じ、身体抑制解除の判断に迷っている。また、患者に事故があったとき、責任を問われるのではないかという不安から身体抑制解除の判断ができないうことを明らかにしている。【身体拘束廃止に向けた病院管理者のリーダーシップ】、【身体抑制廃止に向けたチームでの話し合い・判断】を行うことで、看護師個人の身体抑制解除の判断に対する

重圧が軽減される。それに伴い【身体抑制しないためのケアの検討・実施】により、患者の安全を守り人権を尊重した看護ができると考える。

患者の安全、人権尊重の看護を促進する要因として、【身体抑制に関する知識の習得と情報の共有】が重要であると考えられる。〈学習機会の提供〉は、全ての文献からコードが抽出され、人の尊厳や抑制の有害性以外にも認知症高齢者の看護に関する内容があった。大山ら(2010)は、認知症高齢者は入院中に身体抑制を使用される率が高いと述べており、認知症高齢者が年々増加していることから認知症高齢者の看護(ユマニチュードなど)に関する〈学習機会の提供〉が重要であると考えられる。

本研究ではガイドラインの5つの方針と共通するカテゴリの他に、【身体抑制状況のモニタリングと評価】が抽出された。定期的に抑制状況をモニタリングし、評価することでPDCAサイクルを回し抑制廃止に取り組むことが重要であると考えられる。

結論

一般病棟の高齢者に対する身体抑制廃止に向けた取り組みは「身体拘束予防ガイドライン」に沿うことが効果的である。特に【身体拘束廃止に向けた病院管理者のリーダーシップ】、【身体抑制廃止に向けたチームでの話し合い・判断】、【身体抑制に関する知識の習得と情報の共有】を基盤とし、【身体抑制しないためのケアの検討・実施】と【身体抑制状況のモニタリングと評価】が重要であることが示唆された。

引用文献

- 1) 星野典子, 中尾久子(2004): 高齢者の抑制廃止の取組みに関する研究-既に取組んでいる施設の調査を通して-, 山口県立大学看護学部紀要, 8: 69-74.
- 2) 梶原美帆, 井上美紀, 中込彩子(2013): 身体拘束解除に対する『看護師の迷い』に関する研究, 日本看護学会論文集看護総合, (43): 199-202.
- 3) 厚生労働省(2015): 患者調査(受療率). <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/>, 2019. 4. 27.
- 4) 日本看護倫理学会 臨床倫理ガイドライン検討委員会(2015): 身体拘束予防ガイドライン, 日本看護倫理学会.
- 5) 今村仁美, 松本美枝子, 光本薫他(2009): 整形外科病棟の高齢患者における術後せん妄発症要因の検討, 神戸大学大学院保健学研究科紀要, 25: 17-28.
- 6) 大山奈緒美, 鈴木孝樹, 小竹恵子他(2010): 脳血管障害患者における転倒予防のための抑制実施判断および抑制解除判断基準の要因分析, Brain Nursing, 26(1): 105-114.
- 7) 石倉未沙絵, 鹿田和樹, 杉本英里華(2015): 臨床現場における身体拘束、抑制の実態と実施基準に関する研究, 米子医学医誌, 66(2-3): 36-46.
- 8) 山岡八千代, 藤野文代(2016): 一般病棟の高齢患者への身体拘束を対象とした看護研究の動向, ヒューマンケア研究学会誌, 7(2): 67-72.

対象文献

- 1) 小藤幹忠(2018): 高度急性期医療の場での抑制しない看護へのチャレンジ, 看護, 70(2): 70-75.
- 2) 倉田貞美, 牧野公美子, 村上静子(2014): 一般病棟における認知症高齢者への不必要な身体拘束防止の取り組み, 日本認知症ケア学会雑誌, 12(4): 763-772.
- 3) 奈良由美, 白澤政和(2014): 一般病棟における身体拘束廃止のプロセスに関する質的研究, 老年学雑誌, 5: 39-54.
- 4) 西嶋梓, 千葉由美, 佐々木晶世(2009): 都内医療機関における身体抑制 現状と関連要因の検討, 高齢者虐待研究, 5(1): 94-102.
- 5) 太田恵美(2011): 身体拘束廃止にむけた組織的取り組み, 日本慢性期医療協会機関誌, 19(1): 106-111.
- 6) 竹内真奈美, 小泉美佐子, 原等子(2017): 障害者病棟における身体拘束を減少させる看護ケア改善の取り組み, 高齢者虐待防止研究, 13(1): 66-76.