

実践報告

わが病院看護自慢

「こころ」と「QOL」に着目した身体拘束最小化

中村 克仁

石川県立こころの病院

日 時：2025年3月10日(月) 15:00~16:30

開催方法：webによるオンライン開催

参加者：15名

内 容：1. わが病院の特徴と身体拘束最小化への取り組み自慢
2. 「こころ」と「QOL」に着目した身体拘束最小化の自慢事例紹介
3. 謝辞

1. わが病院の特徴と身体拘束最小化への取り組み自慢

わが病院は平成10年度より石川県精神科救急医療システムの基幹病院として、24時間365日体制で精神科救急患者を受け入れている。入院治療では早期退院を目指した集中的治療を実施し、退院後は地域の関係機関と連携しながら生活支援へつなげている。精神障害の有無や程度にかかわらず、地域で自分らしい生活を続けられる社会の実現に向け、厚生労働省は「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を理念として掲げている。当院もその理念を重視し、運用している。

わが病院は県立の精神科病院であるため、診療報酬上の認知症ケア加算などは対象外であるが、患者の人権を尊重し困難事例に対しても最良の医療や看護を提供することが常に求められている。

患者の人権を尊重した最良の医療や看護の提供を目指す上で、組織全体として身体拘束最小化を推進している点がわが病院の特徴であり自慢といえる。日本看護倫理学会の「身体拘束予防ガイドライン」では、「トップ（経営者・病院長・看護部長）が決断し、組織全体で取り組む」ことが身体拘束廃止の根幹であると示されている。その取

り組み自慢として、令和5年5月に病院長が「板テーブル廃止」を明確に宣言した。板テーブルは抑制具の中でも除圧困難や褥瘡リスク、尊厳の喪失など患者にとって多くの弊害があるためである。その決断は看護師長をはじめとするスタッフの安心感を生み、身体拘束最小化への意識を大きく強化した。そして令和5年10月1日、全病棟で板テーブルを完全に撤廃し、看護師長自らが焼却炉へ運搬し処分することで象徴的な決別の意思を示した。（写真①、②）このイベントは、単なる物理的撤去ではなく、「非人間的ケアからの脱却」を象徴するわが病院の身体拘束最小化への取り組みの重要な転換点となった。板テーブルの完全撤廃から現在は2年余り経過したが、私を含めたスタッフの身体拘束最小化への意識づけや、患者のQOLを最優先に考える身体拘束最小化支援がより一層強化された。

2. 「こころ」と「QOL」に着目した身体拘束最小化の自慢事例紹介

ここで、私が高齢者慢性期病棟で受け持ったA氏の事例を紹介する。A氏は70歳代女性で、中学卒業後の就労、結婚、子育てなど、社会的役割を経験してきた。昭和〇年頃より被害関係念慮が出

現し、平成△年には夫の病状悪化に伴うストレスからうつ状態、希死念慮がみられ当院へ初回入院となった。その後、幻聴や被害妄想が再燃して再入院を繰り返し、△+4年後には絞扼性イレウスで緊急手術を要した。薬物調整が難しい状況が続き、次第に認知機能低下 (MMSE 19点) がみられ、アルツハイマー型認知症の併発が疑われた。

認知症の進行とともに、幻聴や妄想、易怒性といった心身機能の障害が顕著となり、弄便・転倒などの活動の制限が生じた。また、他者との交流が減少し、病棟活動への参加も困難となるなど参加制約が強まった。肺炎や褥瘡などの廃用症候群も発生し、身体的にも精神的にも生活機能が大きく低下した。これらの複合的課題により、やむを得ずベッド4点柵やつなぎ服による身体拘束を断続的に行わざるを得ない状況となっていた。

私はまずA氏の行動背景にある「なぜ」を理解するため、ICFの視点から心身機能・活動・参加・環境因子・個人因子を総合的に捉えることを意識

した。

- 個人因子：A氏は人生歴から社会性が高く、他者との関わりを好む傾向があった
- 心身機能の障害：幻聴・妄想・認知機能の低下
- 活動の制限：排泄コントロール困難、歩行不安定、安静保持困難
- 参加の制約：病棟活動や集団療法への不参加、交流機会の喪失
- 環境因子：病棟内の安全確保、転倒リスク、褥瘡の発生、ケア提供体制

その中で、つなぎ服について、A氏は「息子から買ってもらった大切な服でとても気に入っている。」と話しており、これが心理的安定をもたらす環境因子として働いていた。このため、つなぎ服の使用が即「抑制度の高い行為で身体拘束にあたるからすぐに廃止すべきである」という画一的判断ではなく、A氏にとってのポジティブな環境因子として再評価した。抑制の解除そのものを目的とするのではなく、「環境因子の調整により活



写真①



写真②



写真③



写真④

動や参加をどう広げられるか」というICFの枠組みを基盤に考えた。褥瘡改善や身体機能維持のため、まずは活動（activity）として車いすで過ごす時間を拡大し、チームメンバーだけでなく、作業療法士・精神保健福祉士・主治医と有機的に連携し情報共有を行った。メンバーや多職種の「A氏が少しでもQOLが向上した生活を過ごしてほしい」という「ところ」は共通しており、その「ところ」を共有することで、治療や看護の方向性は自然と一致した。

A氏はつなぎ服のままでも多目的ホールや作業療法、音楽療法へ安全で意欲的に参加できていた。（写真③、④）参加（participation）が増えるにつれ、A氏の表情や会話が明らかに改善し、生活の広がりがみられた。日中の活動が増えることで夜間の睡眠も確保でき、精神症状も安定した。しばらくしてベッド柵による身体拘束は完全に解除され、A氏は「みんなと一緒にいれることが嬉しい。」と話すようになった。幻覚妄想や易怒性も目立たなくなって多床室で生活できるようになっ

た。その後も活動と参加を継続するうちに、つなぎ服を着用し続けることが恥ずかしいという「ところ」を再獲得し、つなぎ服も自然と解除するに至った。これは、ICFにおける参加の回復がA氏の生活機能とQOLの向上につながった例である。

現在私はA氏が所属する病棟の看護師長であるが、A氏は現在もつなぎ服を含めた一切の身体拘束はなく本人が望む活動や参加をしQOLを維持できている。今後も看護師長として身体拘束最小化のリーダーシップをしっかりと発揮し、患者一人ひとりの「ところ」に寄り添い「QOL」の維持・向上につなげていきたい。

3. 謝辞

今回の発表にあたり、看護実践学会「わが病院看護自慢」の開催にご尽力いただきました関係各位に深く感謝申し上げます。また、発表の機会と開催記事の執筆を賜りました学会事務局の皆様、ならびに日頃より温かいご支援とご指導いただきました石川県立こころの病院看護部の皆様に厚く御礼申し上げます。