

# 役職者研修から「抑制廃止宣言」公表で 取り組みをスタート

北海道札幌市 定山溪病院

医療法人溪仁会定山溪病院は、札幌市南区の定山溪温泉街に位置する、366床全床が療養病床の病院である。入院患者の80%は、脳卒中後の方である。若い方も受け入れているので、平均年齢は71歳と比較的低い。

医師のうち、1人はリハビリテーション科の医師であり、また理学療法士（PT）9名、作業療法士（OT）14名、言語聴覚士（ST）4名が勤務し、総合リハビリテーション施設の承認を受けている。介護保険制度のスタートに伴い、2000年4月1日より介護保険対象5病棟（230床）、医療保険対象3病棟（136床）となった。2001年2月からは、医療保険対象の1病棟（46床）は特殊疾患療養病棟として機能している。

通所リハビリテーション事業所、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所を併設している。

なお、当院は1998年11月、(財)日本医療機能評価機構より長期療養の病院として全国で第1号の認定証を受け、また2001年1月、(財)日本規格協会よりISO9001に基づく品質システムの登録証を受領している。

## 病院の「役職者研修」が スタート

身体拘束回避への取り組みへの序章は、1997年10月の横浜市における第5回介護療養型医療施設全国研究会での上川病院による「抑制廃止」についてのパネル発表、1998年10月、福岡市における第6回介護療養型医療施設全国研究会での「抑制廃止福岡宣言」と、それを報道した西日本新聞の記事になろうか。

定山溪病院では1999年4月、1999年度の役職者研修のテーマに「抑制」を取り上げた。

身体拘束廃止への取り組みにおいて、この病院の職種をこえた共通認識をつくる場として1997年4月より始めた役職者研修のもつ意味は大きい。1997年度および1998年度は「ターミナルケア」に取り組んだが、この2年間で得られたことは非常に多い。

まず第一は、役職医師、役職看護婦を中心に全人的ケアの機運が高まったことである。第二に、担当医師、病棟スタッフ間でターミナル時のケアを検討し、方針を共有する機運が次第にできたこと、第三に、本人や家族への説明の機会が増え、互いの意思疎通も良好になってきたことがあげられる。第四は、この検討会を通して医師、役職看護婦の医療に対する互いの考えが明らかになり、病院内のあらゆる医療上の問題に対する討論を容易にする糸口になったことである。

この成果をもとに、1999年度のテーマとして「抑制」を取り上げ、2000年度も「抑制」のテーマで継続している。一つの組織において、ある問題をスムーズに周知徹底させるにはシステムが大切だが、この役職者研修が当院のシステム構築に果たしている役割は多大である。

## 身体拘束廃止への第一歩

1999年3月から6月にかけて、「老人の専門医療を考える会」の会員である60の病院を対象とした拘束についてのアンケートを実施、56病院の各病棟婦長の回答を得た。

内訳をみると、療養型病床群124病棟（6710

名)、介護力強化病棟88病棟(4817名)の計212病棟(11527名)の患者が対象となっている。ちなみに、対象の平均年齢は80歳(女性71%、男性29%)。痴呆スケールなどで中等度以上の痴呆の人5133名(45%)、点滴607名(5%)、経管栄養1569名(14%…内訳:経鼻73%、経胃ろう26%)、中心静脈栄養217名(2%)、気管切開275名(2%)である。病棟職員配置は177病棟(79%)で看護職員6:1、介護職員3:1の配置であった。

なお、このアンケートによると、拘束の総数は4025件であった。

1999年6月12日、札幌で開催された「老人の専門医療を考える会」主催のシンポジウム「抑制を考える」には、約250名の医療福祉関係者が集まり盛会であった。このシンポジウムが当院を含む北海道、特に札幌圏の医療福祉関係者に拘束廃止への関心を喚起する第一歩となったことは間違いない。

1999年6月、「拘束」15項目について改めて当院の各棟の婦長に件数を報告してもらったところ、計231件の拘束があった。とても多い数である。ベッドに縛る拘束はなかったが、車いす乗車時の拘束と、ベッド4本柵が非常に多かった。それ以来、毎月各病棟の婦長より件数を報告してもらい看護部で集計したものを、院内外にそのまま報告してきた。

## 「抑制廃止宣言」の公表

1999年7月29日、拘束除去に取り組もうと、当院で「抑制廃止宣言」を多少の緊張感をもって公表した。

その当時は拘束をどこまで減少できるか、本

当にゼロにできるのかという不安も若干あり、廃止宣言の三番目に掲げたのは「拘束抑制を限りなくゼロに近づけます」ではなく、「ゼロに近づけるように努めます」とした。

同時に看護・介護職員にこの抑制廃止宣言についてのアンケートを行ったところ、大半は前向きに拘束廃止に取り組んでいきたいという姿勢だったが、現状のマンパワーでは無理ではないかなど、悲観的な感想も一部に見られた。

1999年10月6日、まわりの人々の勧めもあり、「北海道抑制廃止研究会」をつくり、事務局を担当することになった。また、この研究会にかかわった看護職員が中心になり、院内に抑制廃止検討会が発足した。北海道抑制廃止研究会の運営にかかわるようになったことが、当院の職員の拘束除去への取り組みを加速させたことは明らかである。

## 拘束廃止の驚くべき結果

そして2000年12月には、身体拘束はベッド柵4本が3件のみになった。1999年6月の231件に比べ著しい減少であり、99%の拘束を除去できたことになる。この18カ月間、当院の看護・介護職員(3:1、6:1、計2:1+α)が中心になり日夜工夫に努めた結果であり、今後も努力を続けたい。

## 拘束廃止に取り組んで得られたこと

この18カ月で231件の拘束が3件に減るとは、想像もできなかったことである。まさに一種の奇跡のようにも思える。拘束の約50%は

## 役職者研修から「抑制廃止宣言」公表で取り組みをスタート

過剰予防といえる車いす乗車時などの拘束ではあったが、拘束はずしにいろいろ難渋した事例もある。

この結果は院長、看護部長をはじめ全職員が気持ちを一つにして取り組んだ結果であると強く感じる。拘束廃止に取り組んだことで、看護・介護全般に質の向上が図られたと考える。

具体的には以下のような変化が見られた。

- ①患者の表情が明るくなった
- ②最初は拘束をはずすことを拒否していた家族も、拘束がはずれ患者の表情が変わってくると喜び、明るい表情で患者に接するようになった
- ③拘束をはずすことにより、患者のもっている能力が見えてきた（患者が自分の力で何かをしようとする残存機能の発見につながった）
- ④看護婦は、拘束をしないためにはどうすればよいかを考えるようになり、アセスメント能力が向上した
- ⑤ケアプランに変化が見られるようになった（例えば車いす乗車時は「転倒防止のためY字拘束帯で安全を確保する」から「患者に付き添い見守る」「観察を密にする」などへの変化）
- ⑥拘束の原因の一つになる点滴などの医療処置の必要性が検討されるようになった
- ⑦拘束をはずすことで、看護・介護職員によい意味の緊張感と、さらに前向きな姿勢が見られるようになり、病棟が活性化された

めることの大切さを改めて実感することができたと考える。

拘束廃止の取り組みは、特に看護・介護職員にとってケアのあり方そのものを考えさせられる機会となった。また、患者の“個”を見つ

# 全職員の意識改革と環境整備から 取り組みを開始

熊本県中央町 温石病院

医療法人愛生会中央町温石病院は、指定介護療養型医療施設であり、内科、整形外科、リハビリテーション科に、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、居宅介護支援事業所を併設。デイケアサービスの他に、訪問リハビリ、訪問歯科などのサービスを提供している。ベッド数は155で、その多くは、脳血管障害、循環器障害、消化器疾患、あるいは骨折手術後のリハビリテーション、痴呆による入院者である。

## 身体拘束の状況と 廃止への取り組みの基盤

1999年4月時点で、当院における物理的拘束は8名、薬物による拘束は、新館病棟17名、2階病棟13名、3階病棟8名であった。身体拘束廃止に向けて、まず各科の代表者に病院としての方針をはっきりと伝え、廃止の必要性を説明した。さらに全職員の意識を高めながら取り組むための方法を話し合い、理解と納得を得ることから始めた。

まずはじめに「なぜ」拘束を必要とするのか、問題行動は「なぜ」起きているのかについてアセスメントを十分に行い、それによって現れてきた患者のニーズに対応するケアを提供するという取り組みを行ったのだが、看護・介護だけで身体拘束をやめようとする、マンパワーの問題が生じるため、全職員に理解してもらうことが重要になってくる。

例えば徘徊のある患者は、新しい環境に慣れ、落ち着きが出てくるまでに時間がかかるものだが、病院内はすべて施錠をしていないので、どこからでも出られてしまう可能性がある。そのような場合、全職員の協力を得ること

ができていれば、「今、この方が落ち着きません」と連絡しておけば、どこかで誰かの目が追っているので、正面玄関であれば受付であるとか、必ず職員の誰かがかかわって、その患者の担当病棟に連絡がいく。このような自然な関わりが、管理されているという空気を患者に感じさせずに、何気ないふわっとした生活感が漂う中での入院生活を可能にするのである。職員の意識もまた、環境に左右されやすいものであり、関係障害に陥りやすい老人のケアを行っている病院で働いているのだという自覚も生まれてくる。こうした職員の患者に対する日ごろの関わり方が、全職員にも行き渡ることになる。以上のような考え方が、当院における身体拘束廃止に向けた取り組みの基盤になった。

## 取り組み上の問題点と 解決策

まず身体拘束廃止を進めるにあたって、以下の6点が課題となった。

- ① 身体拘束廃止についての認識不足
- ② マンパワー不足
- ③ 不十分な環境整備
- ④ 不十分、不適切なインフォームド・コンセント
- ⑤ スタッフのアセスメント不足
- ⑥ 高齢者の特性に関する知識不足に起因するケア不足

それぞれの問題点については、以下のような方法で解決を図った。

- ① 身体拘束廃止についての認識不足
  - 1) 職員の意識改革のため、院内および院外研修を実施する。  
身体拘束についての研修会に積極的に参

## 全職員の意識改革と環境整備から取り組みを開始

加し、院内でも研修会を開催する。

- 2) 身体拘束を扱った情報誌を職員に配布し、認識を高める。
- 3) 当院における「身体拘束廃止」の方向性を全職員で決める。  
どんなことがあっても、リーダーは勝手に方向性を変えてはいけない。さまざまな意見の中にこそ良質の方法論が見えてくるのであり、全職員の理解を得られてはじめて看護・介護のケアにおける利用者主体のサポート体制ができるのである。
- 4) 医師の理解と協力を得る。

理事長および事務局長の理解と協力を得るために、話し合いの場をもち、納得できるまで話し合う。その際は、必要に応じて、拘束に関する資料や情報を使用する。理解してもらえない場合は、それを嘆くのではなく、なぜ理解してもらえないかを考え、再度チャレンジする。

医師に対しては、医局会で文書を提示する。取り組み開始後、数回にわたって身体拘束の指示が出されたが、その都度、主治医と検討を重ねて理解を得られるまで話し合った。また、点滴・中心静脈栄養（IVH）・薬の指示についても、十分な検討を行った。

当院でも従来は医師主導型で運営されていたため、看護・介護職のこうした行動は医師にとっては受け入れがたいものだったかもしれない。しかし、彼らの行動は、医師を責めるものでもなく、医師の方針を非難するものでもない。専門職として、患者の幸せを第一に考え、勇気をもって取り組んだことの表れである。現在も、この“患者が元気になるため”の検討会は

継続されている。

- 5) 身体拘束委員会の発足

トップダウンで「させられている」よりも「全員で取り組もう」という考えから、スタッフのケアに対する主体性を引き出しながら行うことが身体拘束廃止に向けたケアの継続性を確実に植えつけることにつながる。身体拘束委員会を発足させた。

### ② マンパワー不足

- 1) スタッフを増員するのではなく、まず現在の人員で行う。

身体拘束は、看護・介護職員のケア不足から起きている。看護・介護職員は、看護・介護の基本を学び、専門職としてこの職業についているのだから、人員を増やす前に、看護・介護職員のケアの基本、業務のあり方を見直すことが必要だと考えたのである。

- 2) 業務処理の一元化を図る。

施設の中には多くの業務があるが、トータルにマネジメントされていることは少なく、それぞれの責任者が中心となって行っているため、書類・伝票・物・人の流れにむだが非常に多い。

これを整理して、一元化する。

・ 院内の全職種各部門業務のあり方をアセスメントし、人・物の流れの効率をあげるための業務改善を行う。

これによって直接ケアにあたる人が患者に十分関わることができ、患者の満足度を引き出すことが、病院の評価につながる。患者のニーズにあった直接ケアが十分に行えるように、病院全体の業務の見直しを行った。

- ・ 医師記録、看護・介護記録、その他伝票書類関係の二重記録をなくす。
- ・ P P C (progressive patient care : 段階別患者看護) 方式を導入し、各病棟にそれぞれの看護・介護機能と役割を示した。

### ③ 不十分な環境整備

1) 2000年3月までは、与えられた環境を最大限に活かして患者の生活の質を守ることに重きを置き、「医療の現場にどのように生活を取り入れるか」という考えのもとに食堂、トイレ、浴室、居室の環境設定を行った。それと同時に療養型に向けての改築・新築が行われ、設計の段階から参加した。以下に、その際の留意点をあげる。

- ・ 直接ケアが十分に行えること。
- ・ 自立支援によって患者本人に主体性が生まれ、残された自分の能力で生活できることは、生きる意欲にもつながる。
- ・ 配置を考えると、スタッフはより効率のよい動線と環境を重視するが、患者にとっては自立を高められる動線と環境が重要な要素となる。また、具体的には、次のような配置を行った。
- ・ 安らぎを感じられるような設備として、老人と子どもの接点になりうる運動場を置く(当院は幼稚園に隣接している)。
- ・ 園芸療法、あるいは趣味活動のため、病棟のまん中に畑をつくる。
- ・ 一つの病棟にトイレ3カ所、浴室1カ所、食堂3カ所とする。
- ・ 浴室については、機械浴は全体で1カ所のみとし、他はすべて1人用浴槽と2～3人用浴槽を設置する。

### 2) 入院当日のアセスメント

患者のベッド周囲の動き、および院内生活の動きを理学療法士(P T)、作業療法士(O T)、ケアワーカー、ソーシャルワーカー、看護婦がアセスメントし、患者が安心できる環境設定を図った。自宅により近い物の配置、動き方を考慮して、予測される事故の防止を図ると同時に、その環境におけるスタッフの患者理解とケアの統一を行った。

④ 不十分、不適切なインフォームド・コンセント  
インフォームド・コンセントといわれるものの多くは理解・納得されたものではなく、「伝えた」「いった」とどまるものであったため、その充実を図る必要があった。

- 1) 本人および家族に医師が説明するときは、看護婦も必ず立ち会い、状況、内容、本人と家族の反応を看護記録に記載する。
- 2) 医局会にて、医師にインフォームド・コンセントのあり方について記した文章を配布して説明を行い、理解と協力を得る。
- 3) インフォームド・コンセントは、以下の手順で行う。
  - ・ インフォームド・コンセントの必要性、あり方、記録の方法についてスタッフを指導する。
  - ・ インフォームド・コンセントを行う前に、事前に打ち合わせを行っておく。
  - ・ インフォームド・コンセントを実施した後は、必ず検討会を行う。

### ⑤ スタッフのアセスメント不足

1) 身体拘束を行っている患者について、1病棟1例ごとに十分なアセスメントが行われるように、事前に各病棟の婦長と検討し、病棟で実践する。例えば、「なぜこの人は

## 全職員の意識改革と環境整備から取り組みを開始

拘束着を使用しているのか」→「おむつをはずすから」→「便をしているから・尿をしているから」→「気持ち悪いから」……というように、「それはなぜ、どうして」とケアの基本にまでさかのぼって主体的に気づくようにもっていく。これを1例ごとに毎回、ていねいに指導する。

2) アセスメントの項目を考える。

⑥高齢者の特性に関する知識不足に起因するケア不足

全職員をグループ分けし、月1回の勉強会を1年間実施した。その内容は、以下の通りである。

- 1) 高齢者の見方、考え方、とらえ方
- 2) 痴呆性高齢者について
- 3) 食事・排せつ・入浴・環境・整容について、利用者主体の自立支援とは何か（必要な道具から関わり方まで）

「スタッフの関わり方が違ってきただろう。あれだヨ！」という言葉が返ってきた。看護・介護職員のケア不足がどれだけ現場に蔓延していたことか。その結果として起きてくる問題に対し、かつての看護・介護職員は縛るという行為によって患者の安全を確保していると思っていたのだ。

この取り組みを通して気づいたのは、人との関係障害が問題行動を起こす原因になっているケースが非常に多いことだった。たとえどんなに忙しくても患者との関わりに手抜きをしないことを、スタッフ全員で再確認した。

現在では、「身体拘束」という概念はスタッフの認識から消滅している。たとえ患者が入院前に他の施設で身体拘束を受けていた人であったとしても、先入観なく、ごく自然に対応ができ、身体拘束を必要としないケアの提供ができていと自負している。

### 取り組みの効果

当初8例あった物理的拘束は、取り組み開始後1カ月ですべて廃止された。薬剤による拘束（安定剤、眠剤）も、1年を経過した段階で、新館病棟（痴呆対象）での使用はゼロ。2階病棟では安定剤1名と眠剤1名、3階病棟では眠剤1名となっている。また、排せつの自立にも著明な変化が見られた。当初おむつ使用者が6割、「昼：ポータブルトイレ+夜：おむつ使用」が2割であったが、現在はおむつ使用者が2割、「昼：ポータブルトイレ+夜：おむつ使用」が2割、自立が6割と逆転している。

あるとき、神経内科の医師に、眠剤・安定剤が必要でなくなった理由を尋ねたところ、