

看護師が一般病院で身体拘束を行う理由と高齢者の特徴

Reasons for Physical Restraint and Characteristics of the Elderly in General Hospitals

柴田明日香¹⁾ 佐々木八千代²⁾ 白井みどり²⁾
Asuka Shibata Yachiyo Sasaki Midori Shirai

Abstract

This study investigated the reasons why nurses felt the need to use physical restraints on elderly restrained patients at general hospitals, and examined the relationship between these reasons and the characteristics and treatments of the elderly patients.

1. The subjects were 180 patients at 21 hospitals, 49% males, mean age of 81.3 ± 8.4 years, 89% with a Rank A and below in the 'independence degree of daily living for the disabled elderly' and 85% with a Rank I and below in the 'degree of independent living for the demented elderly' scale. A total of 27% of patients had a history of surgery and 46% were prescribed bed rest.
2. The reasons for physically restraining patients were as follows: 64% for removal of intravenous lines, 54% to prevent overturning and falling, and 40% to maintain bed rest.
3. Of the patients that required "removal of intravenous lines," a significantly large number of patients were Rank C or could not understand instructions or communicate their wishes. Among those who were at risk of "overturning and falling," a significantly large number of patients were Rank B and above or had a history of falling. Among those who could "not maintain bed rest," a significantly large number of patients were Rank B and above, experienced nocturnal awakening, could not understand instructions, had a history of surgery, or were prescribed bed rest.

Key Words : general hospitals, Characteristics of the elderly patients, physical restraints

要 旨

一般病院で身体拘束を受ける高齢者を対象に、看護師が身体拘束を必要と判断した理由と高齢者の特徴や治療などとの関連性を検討した。

1. 対象者は21病院180名で男性49%、平均年齢 81.3 ± 8.4 歳、障害老人の日常生活自立度ランクA以下89%、認知症高齢者の日常生活自立度I以下85%であった。手術あり27%、安静の指示ありは46%であった。
2. 身体拘束の理由は点滴などの抜去64%、転倒・転落54%、安静が守れない40%などであった。
3. 「点滴などの抜去」の該当者ではランクC、指示が通じない、他者への意思伝達ができないが有意に多かった。「転倒・転落」ではランクB以上、転倒歴ありが有意に多かった。「安静が守れない」ではランクB以上、夜間の中途覚醒があり、指示が通じない、手術あり、安静の指示ありが有意に多かった。

キーワード：一般病院、高齢者の特徴、身体拘束

I. はじめに

身体機能や認知機能が低下した高齢者では、自分が

いる場所やそこにいる理由など、自分の状況を理解できなかつたり、苦痛や不快を回避する行動をとることが困難になる (山田, 2020)。そのため慣れない環境

¹⁾ 関西医科大学附属病院

²⁾ 大阪市立大学大学院看護学研究科

* 連絡先：柴田明日香 〒573-1191 大阪府枚方市新町2丁目3番1号 n1a0n1a9ko@yahoo.co.jp

へ適応したり、自分で環境を整えることが難しい。高齢者における環境の変化として入院があり、入院患者の73.2%は高齢者で（平成29年度患者調査）ある。入院する高齢者は認知症やせん妄のリスクが高く、治療上必要なルート類を引っ張ったり、安静が守れずベッドからおりるなどの行動を認めることがあり、身体拘束を受けやすいと言われている（湯浅, 2017）。しかしながら、身体拘束は高齢者のQOLを根本から損なう危険性がある（厚生労働省, 2001）と言われており、その廃止に向けて努力する必要がある。海外でも身体拘束は倫理的に問題があることが指摘され、入院期間の長期化、高齢者の自立を妨げる要因になると言われている（Wang et al., 2005；Xue et al., 2014；Amira et al., 2017）。身体拘束はわが国でも同様に問題視され、2016年度の診療報酬改定により一般病院で認められた認知症ケア加算は、身体拘束実施日に60%に減算されることになっている（平成28年診療報酬改定）。また、2018年度の診療報酬改定では、身体拘束を必要としない状態となるように環境を整えることが算定要件として加えられた（平成30年診療報酬改定）。このように国をあげて身体拘束の防止にむけた取り組みが行われている。

わが国における身体拘束の報告は、一般病院での身体拘束については点滴抜去、危険行為、混乱、チューブ類の抜去などの理由が報告されており、（赤松ら, 2004；山下ら, 2006；丸井ら, 2007）、患者の生命の危機を回避し安全を確保するために行われていると考えられている（春田, 2012；田畑, 2019）。このように身体拘束を行う理由などの看護師側の判断について調査は行われているが、身体拘束を受ける高齢者の特徴などについては十分に明らかになっていない。介護保険施設では身体拘束を受ける高齢者の9割は75歳以上で、認知症の重症度や要介護度が高いものが多いなどの特徴が示されている（認知症介護研究・研修仙台センター報告2005年）。一般病院でも看護師側の身体拘束の理由だけに着目するのではなく、その理由とされる行動を引き起こす高齢者の特徴を明らかにする必要がある。この特徴が明らかになれば、それらに合わせたケアを考えることができ、身体拘束を最小限にとどめるための一助になると考える。そこで、一般病院において身体拘束を受ける高齢者を対象に看護師が身体拘束を必要と判断した理由と高齢者の特徴や治療などとの関連性を検討した。認知症ケア加算による身体拘束の実態の変化を検討する際の基礎データとして有用と考え報告する。

II. 方法

1. 調査期間

調査期間は平成27年8月から平成27年10月とした。

2. 対象施設、研究協力者、調査対象者

対象施設は大阪府内で平成27年高齢化率推計値が大阪府平均よりも高い北河内、中河内、南河内医療圏にある一般病院107施設とした。研究協力者は研究の同意を得られた施設に勤務する一般病床の看護責任者（病棟師長）とした。本研究での一般病院は医療法で定められた病床数が20床以上で、精神科病院（精神病床のみを有する病院）、結核療養所（結核病床のみを有する病院）以外の病院とした。また一般病床は医療法の病床区分に基づき、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床とした。調査対象者は2週間のデータ収集期間内に身体拘束を受けたすべての高齢者とした。なお、本研究における身体拘束は本人の意思に基づかない行動制限とし、ひもで縛る、柵を使用するなど物理的な手段を用いて拘束することとし、ことばや薬剤による拘束は除いた。

3. 調査方法

107施設の施設管理者（病院長または看護部長）に対し、研究概要を記した書面を郵送し、研究協力の意向を返信の書面にて確認した。その後、本研究への協力に同意した施設に訪問または郵送で調査票を配布した。調査は無記名自記式とし、2週間のデータ収集期間に身体拘束を受けた高齢者の特徴について研究協力者が記入した。回答は研究協力者から研究者宛てに直接返送してもらった。

4. 調査項目

一般病床の特徴については病床数、調査前月の平均在院日数、看護体制、病床の入院料などを回答してもらった。

身体拘束を受けた高齢者の特徴については性別、年齢、入院前から継続して使用している内服薬、障害老人の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、他者への意思伝達や指示が通じるかの可否、転倒歴などを回答してもらった。

身体拘束を必要と判断した時点での治療については手術、点滴、酸素吸入、心電図モニターなどの有無、安静の指示の有無、身体拘束が必要と判断した時点で高齢者が訴える夜間不眠や疼痛の有無、身体拘束が必

要と判断した時点で看護師が判断した夜間の中途覚醒や疼痛などの有無を回答してもらった。

身体拘束を必要と判断した理由については先行文献(赤松ら, 2004; 山下ら, 2006; 丸井ら, 2007)で身体拘束の理由に挙げられていたものを参考に「安静が守れない/守れない危険性がある(以下、安静が守れない)」「転倒・転落した/転倒・転落の危険性がある(以下、転倒・転落)」「点滴やカテーテルなどを抜去した(以下、点滴などの抜去)」など8項目を作成し、複数回答で尋ねた。身体拘束の種類については厚生労働省の身体拘束ゼロの手引きに記載されている身体拘束の具体的な行為11項目を参考とした。ただし「徘徊しないように車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る」や「転落しないようにベッドに体幹や四肢をひも等で縛る」は理由は異なるが同一手段のため1つの種類とみなし、本研究では手段のみで身体拘束の種類を尋ねることとした。「自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する」については一般病院で該当しない可能性のある項目と考え、また「行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる」については本研究での身体拘束はことばや薬剤を除き、物理的な手段を用いて行動制限をすることとしているため除外した。そのため「車いす・椅子・ベッドなどに体幹や四肢をひもなどで縛る」「ベッドを柵・柵で囲む」「ミトン型の手袋等をつける」など6項目を作成し、回答してもらった。

5. 分析方法

まず、対象施設の概要、対象高齢者の特徴、看護師が身体拘束を必要と判断した理由と身体拘束の種類、身体拘束を必要と判断した時点での高齢者の状態・治療について集計した。次に、身体拘束を必要と判断した理由で割合の多かったものについて、日常生活自立度、治療や安静の指示、訴えなどの特徴との関連性を χ^2 検定により検討した。その際に、障害老人の日常生活自立度は、1日中ベッド上で過ごす状態でない自立～ランクB、ほぼ寝たきり状態であるランクCの2群とした。認知症高齢者の日常生活自立度については日常生活の自立の程度を基準に、自立とほぼ自立のⅠ、見守りが必要であるⅡ・介助を必要とするⅢ、常に介助を必要とするⅣ・Mの3群とした。分析にはSPSS Statistics (Ver.22)を使用し、有意水準は5%未満とした。

6. 倫理的配慮

施設管理者に本研究の目的と方法、本研究への参加は自由意志に基づくなどの倫理的配慮を依頼書と口頭で説明し、同意書にて同意を得た。同意を得た施設管理者からすべての研究協力者に調査票と説明書を配布してもらい、自由意思に基づいて回答してもらった。

もし施設管理者から結果を求められた場合は、研究成果についての報告はするが協力施設や研究協力者が特定できない状態で報告することを事前に伝えた。不明な点があればいつでも連絡できることを説明し、研究に関する問い合わせ先については研究依頼書に明記した。

本研究は大阪市立大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認を得た(承認番号27-1-3)。

Ⅲ. 結果

1. 施設の概要

研究協力施設は同意を得た27病院のうち調査票を回収できた21病院(19.6%)64病棟であった。このうち身体拘束を受けた高齢者がいないと回答した病棟を除外し、58病棟を分析対象とした。事例は189事例で、このうち未記入の項目が多かった2事例、65歳未満の7事例を除外し、180事例を分析対象とした。

回答を得た病院の看護体制は7対1入院基本料算定病棟(以下、7対1)が36病棟(62.1%)、10対1入院基本料算定病棟(以下、10対1)が17病棟(29.3%)で、合わせると53病棟(91.4%)であった。病床数の平均値±標準偏差(以下、平均値)は42.0±9.2床、最少病床数19床、最多病床数68床で、そのうち7対1は43.9±8.3床、10対1は37.5±7.5床であった。本研究の対象施設の在院日数の平均値は20.5±15.7日、最短在院日数4.8日、最長在院日数80.7日で、7対1は15.6±7.5日、10対1は18.5±5.7日であった。診療科は消化器内科24病棟(41.3%)、整形外科20病棟(34.5%)、循環器内科18病棟(31.0%)などであった。

2. 高齢者の特徴

身体拘束を受けた高齢者の性別は男性89名(49.4%)、女性88名(48.9%)、年齢は65歳から102歳、平均値は81.3±8.4歳で75歳以上は75.0%であった(表1)。内服薬で最も多かったのは降圧剤68名(37.8%)、2番目は向精神薬39名(21.7%)であった。障害老人の日常生活自立度はC-2が最も多く46名(25.6%)、B-2が33名(18.3%)で、準寝たきりと寝たきりを

表1 高齢者の特徴

		n=180
項	目	人数 (%)
性 別		
	男性	89 (49.4)
	女性	88 (48.9)
転倒歴		
	あり	58 (32.2)
	なし	118 (65.6)
障害老人の日常生活自立度		
	J	20 (11.1)
	A	36 (20.0)
	B	52 (28.9)
	C	71 (39.5)
認知症高齢者の日常生活自立度		
	自立	27 (15.0)
	I	20 (11.1)
	II	34 (18.9)
	III	45 (25.0)
	IV	36 (20.0)
	M	10 (5.6)

無回答を除く

合わせると約9割が日常生活になんらかの介助が必要だった。認知症高齢者の日常生活自立度はIVが36名(20.0%)で最も多く、自立は27名(15.0%)と3番目に多いが8割以上が認知症高齢者であった。また入院に至った疾患としては脳卒中が38名(20.3%)、肺炎29名(15.5%)、腫瘍・癌が27名(17.2%)、骨折・関節疾患23名(12.3%)、認知症が理由で入院に至ったのは2名(1.1%)のみだった。

3. 看護師が身体拘束を必要と判断した理由と身体拘束の種類

身体拘束を必要と判断した理由と身体拘束の種類を表2に示す。看護師が身体拘束を必要と判断した理由で最も多かったのは「点滴などの抜去」で116名(64.4%)、「転倒・転落」97名(53.9%)、「安静が守れない」72名(40.0%)と続き、治療やそれに伴う安静、安全を守ることが上位であった。

身体拘束の種類で最も多かったのは「ミトン型の手袋等をつける」で79名(43.9%)、「ベッドを柵・柵で囲む」60名(33.3%)、「車いす・いす・ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る」39名(21.7%)と続いた。

4. 身体拘束を必要と判断した時点での日数と高齢者の状態・治療

身体拘束を必要と判断した時点は入院日から入院7

表2 身体拘束を必要と判断した理由と身体拘束の種類

		(複数回答) n=180
理 由	項 目	人数 (%)
理 由	点滴などの抜去	116 (64.4)
	転倒・転落	97 (53.9)
	安静が守れない	72 (40.0)
	おむつはずし	28 (15.6)
	生命にかかわる治療	23 (12.8)
	徘徊	16 (8.9)
	脱衣	14 (7.8)
	迷惑行為	11 (6.1)
	その他	13 (7.3)
	種 類	ミトン型の手袋等をつける
ベッドを柵・柵で囲む		60 (33.3)
車いす・椅子・ベッドに体幹や四肢をひもなどで縛る		39 (21.7)
介護衣(つなぎ服)を着せる		30 (16.7)
Y字型抑制帯・腰ベルト・車いすにテーブルをつける		29 (16.1)
立ち上がりを防ぐ椅子を使用する		3 (1.7)

日目までが141名(78.3%)であった。内訳は入院日から3日目までが112名(62.2%)、入院4日目から7日目が29名(16.1%)で、その中で最も多く身体拘束を必要と判断されたのは入院翌日76名(49.4%)であった。また入院後140日を超えてからの身体拘束実施事例も2事例あり、入院から身体拘束が必要となった日数の平均値は 8.0 ± 19.1 日で、最短0日目(入院当日)、最長では150日目であった。データ収集期間内に身体拘束が終了した事例の身体拘束施行日数の平均値は 13.2 ± 15.1 日、最短は1日、最長は94日で、50.0%は8日以内に終了していた。データ収集期間終了時点で身体拘束が継続されている事例は最短1日、最長149日で身体拘束継続日数の平均値は 29.5 ± 30.6 日であった。

身体拘束を必要と判断した時点での高齢者の状態・治療を表3に示す。手術を受けた高齢者は49名(27.2%)であった。身体拘束から手術までの日数の平均値は -1.1 ± 10.4 日で、手術当日は13名(27.1%)、手術前日は7名(14.6%)、手術翌日は5名(10.4%)と、この3日間で25名(52.1%)であった。日数の平均値がマイナスであるのは手術当日を0日目としているためマイナス表記は手術前ということを示している。実際手術日の46日前に実施されている事例から手術後23日目に実施されている事例があった。「安静の指示あり」は83名(46.1%)で「チューブ類や機器の装着あり」は144名(80.0%)であった。その中で最も多い治療行為は「点滴」128名(88.9%)で約9割が受けており、

表3 身体拘束を必要と判断した時点での高齢者の状態・治療

		n = 180
項	目	人数 (%)
治 療		
手術あり		49 (27.2)
安静の指示あり		83 (46.1)
チューブ類や機器の装着あり		144 (80.0)
高齢者の状態		
夜間の中途覚醒あり		99 (55.0)
疼痛あり		43 (23.9)
掻痒感あり		6 (03.3)
指示が通じる		
はい		51 (28.3)
いいえ		127 (70.6)
他者への意思伝達		
できる		39 (21.7)
できる時とできない時がある		110 (61.1)
できない		29 (16.1)

次いで「心電図モニター」71名 (49.3%)、「バルンカテーター」62名 (43.1%)、「経管栄養」40名 (27.8%) などであった。

身体拘束を必要と判断した時点での高齢者の状態は「夜間の中途覚醒あり」は99名 (55.0%)、「疼痛あり」は43名 (23.9%) で、「掻痒感あり」は6名 (3.3%) で掻痒感の訴えは極少数のみであった。「指示が通じる」が「はい」51名 (28.3%)、「他者への意思伝達」が「できる」39名 (21.7%)、でコミュニケーションを保っているのは3割に満たなかった。

5. 身体拘束を必要と判断した理由と高齢者の特徴、状態、治療

身体拘束を必要と判断した理由と高齢者の特徴、状態、治療の関連について表4、表5、表6に示す。「点滴などの抜去」で「あり」のものの割合をみると、「障

表4 点滴などの抜去と高齢者の特徴

	点滴などの抜去		p 値
	あり	なし	
障害老人の日常生活自立度 (n=179)			
自立～ランクB	56 (51.9)	52 (48.1)	.000
ランクC	59 (83.1)	12 (16.9)	
認知症高齢者の日常生活自立度 (n=172)			
自立・I	27 (57.4)	20 (42.6)	.479
II・III	50 (63.3)	29 (36.7)	
IV・M	32 (69.6)	14 (30.4)	
転倒歴 (n=176)			
あり	34 (58.6)	24 (41.4)	.231
なし	80 (67.8)	38 (32.2)	
夜間の中途覚醒 (n=177)			
あり	66 (66.7)	33 (33.3)	.378
なし	47 (60.3)	31 (39.7)	
指示が通じる (n=178)			
はい	24 (47.1)	27 (52.9)	.003
いいえ	90 (70.9)	37 (29.1)	
他者への意思伝達 (n=178)			
できる	14 (35.9)	25 (64.1)	.000
できる時とできない時がある	76 (69.1)	34 (30.9)	
できない	24 (82.8)	5 (17.2)	
手術 (n=166)			
あり	30 (61.2)	19 (38.8)	.726
なし	75 (64.2)	42 (35.9)	
安静の指示 (n=175)			
あり	58 (69.9)	25 (30.1)	.216
なし	55 (59.8)	37 (40.2)	
チューブ類や機器装着 (n=180)			
あり	97 (71.9)	19 (28.1)	.000
なし	14 (33.3)	50 (66.7)	

χ^2 検定、1セルが5未満の場合はFisherの正確確率検定
無回答を除く

表5 転倒・転落と高齢者の特徴

	転倒・転落		p 値
	あり	なし	
障害老人の日常生活自立度 (n=179)			
自立～ランクB	74 (68.5)	34 (31.5)	.000
ランクC	22 (31.0)	49 (69.0)	
認知症高齢者の日常生活自立度 (n=172)			
自立・I	23 (48.9)	24 (51.1)	.331
II・III	48 (60.8)	31 (39.2)	
IV・M	23 (50.0)	23 (50.0)	
転倒歴 (n=176)			
あり	41 (70.7)	17 (29.3)	.001
なし	53 (44.9)	65 (53.1)	
夜間の中途覚醒 (n=177)			
あり	60 (60.6)	39 (39.4)	.055
なし	36 (46.2)	42 (53.8)	
指示が通じる (n=178)			
はい	29 (56.9)	22 (43.1)	.668
いいえ	68 (53.5)	59 (46.5)	
他者への意思伝達 (n=178)			
できる	25 (64.1)	14 (35.9)	.177
できる時とできない時がある	60 (54.5)	50 (45.5)	
できない	12 (41.4)	17 (58.6)	
手術 (n=166)			
あり	24 (49.0)	25 (51.0)	.381
なし	66 (56.4)	51 (43.6)	
安静の指示 (n=175)			
あり	41 (49.6)	42 (50.6)	.277
なし	53 (57.6)	39 (42.4)	
チューブ類や機器装着 (n=180)			
あり	67 (49.6)	49 (50.4)	.053
なし	28 (66.7)	36 (23.3)	

χ^2 検定、1セルが5未満の場合はFisherの正確確率検定
無回答を除く

害老人の日常生活自立度」の「自立～ランクB」(51.9%)に比べて「ランクC」(83.1%)が有意に多かった(p<0.001)。また「指示が通じるもの」(47.1%)と比べて「通じないもの」(70.9%)が有意に多く(p<0.01)、「他者への意思伝達ができない」(82.8%)が最も多かった(p<0.001)。さらに、「チューブ類や機器装着なし」(33.3%)と比べて「あり」(71.9%)が有意に多かった(p<0.001)。

「転倒・転落」で「あり」のものの割合をみると、「障害老人の日常生活自立度」の「ランクC」(31.0%)に比べて「自立～ランクB」(68.5%)が有意に多く(p<0.001)、「転倒歴なし」(44.9%)と比べて、「あり」(70.7%)が有意に多かった(p<0.01)。

「安静が守れない」で「あり」のものの割合をみると、「障害老人の日常生活自立度」の「ランクC」(29.6%)に比べて「自立～ランクB」(46.3%)が有意に多

く(p<0.05)、「夜間の中途覚醒なし」(29.5%)に比べて「あり」(48.5%)が有意に多く(p<0.05)、「指示が通じるもの」(25.5%)に比べて「通じないもの」(44.9%)が有意に多く(p<0.05)、「手術なし」(33.3%)と比べて「あり」(51.0%)が有意に多く(p<0.05)、「安静の指示なし」(27.2%)に比べて「あり」(54.2%)が有意に多かった(p<0.001)。

IV. 考察

1. 対象施設の特徴

平成24年厚生労働省の「病棟単位で見た一般病床の現状」では、一般病院での平均在院日数は17.5日、そのうち7対1病床は16.7日、10対1病床は19.4日と報告されている。本研究の対象施設の平均在院日数は20.5日で、先述の報告と比較すると約3日長くなって

表6 安静が守れないと高齢者の特徴

	安静が守れない		p 値
	あり	なし	
障害老人の日常生活自立度 (n=179)			
自立～ランクB	50 (46.3)	58 (53.7)	.025
ランクC	21 (29.6)	50 (70.9)	
認知症高齢者の日常生活自立度 (n=172)			
自立・I	15 (31.9)	32 (68.1)	.138
II・III	38 (48.1)	41 (51.9)	
IV・M	16 (34.8)	30 (65.2)	
転倒歴 (n=176)			
あり	28 (48.3)	30 (51.7)	.132
なし	43 (36.4)	75 (63.6)	
夜間の中途覚醒 (n=177)			
あり	48 (48.5)	51 (51.5)	.010
なし	23 (29.5)	55 (70.5)	
指示が通じる (n=178)			
はい	13 (25.5)	38 (74.5)	.017
いいえ	57 (44.9)	70 (55.1)	
他者への意思伝達 (n=178)			
できる	11 (28.2)	28 (71.8)	.101
できる時とできない時がある	50 (45.5)	60 (54.5)	
できない	9 (31.0)	20 (69.0)	
手術 (n=166)			
あり	25 (51.0)	24 (49.0)	.033
なし	39 (33.3)	78 (66.7)	
安静の指示 (n=175)			
あり	45 (54.2)	38 (45.8)	.000
なし	25 (27.2)	67 (72.8)	
チューブ類や機器装着 (n=180)			
あり	52 (38.5)	64 (61.5)	.820
なし	17 (40.5)	47 (59.5)	

χ^2 検定、1セルが5未満の場合はFisherの正確確率検定
無回答を除く

いる。これは、本研究の研究協力施設に13対1、15対1の病棟が4病棟含まれており、またその中には平均在院日数が80日以上病棟が2病棟あったためと考えられる。厚生労働省の「病棟単位で見た一般病床の現状」の診療科目は内科、外科、整形外科、循環器内科、消化器内科等であった。本研究でも消化器内科、整形外科、循環器内科が主な診療科であったことから平均的な一般病棟であったと考えられる。

2. 身体拘束の日数・理由・種類

本研究では8日以上身体拘束を受けていた高齢者は5割で、データ収集期間中に身体拘束が終了した事例の身体拘束日数は1日から94日と幅が大きかった。データ収集期間中に身体拘束が終了しなかった事例の中には身体拘束日数149日以上の者があり、長期にわたり身体拘束が行われていた。一旦身体拘束を実施する

と継続される傾向や認知症を理由に予防的に身体拘束が実施されることが報告されているが(和田, 2019)、本研究においても身体拘束が開始されたら継続して身体拘束が行われる傾向や、指示が通じない、他者への意思伝達ができないなど認知機能の低下がある高齢者には継続的かつ予防的に、また認知症のないもの、指示が通じるもの、意思の伝達ができるものにも予防的に身体拘束が行われている傾向があると推察される。身体拘束はQOLを損ない、倫理的側面からも問題があるため、予防として行うことは適切でないと考え。またやむを得ない理由で身体拘束が行われたとしてもその期間を最小限にとどめているか、解除についての検討が行われているかが重要な視点になると考える。

本研究における身体拘束の理由は「点滴などの抜去」が最も多く、次いで「転倒・転落」であった。身体拘束の種類は「点滴などの抜去」に対しては「ミトン型

の手袋等をつける]、「転倒・転落」に対しては「ベッドを柵・柵で囲む]、「車いす・いす・ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る」等の対応が行われていたことがわかる。中西の全国調査(2019)では、身体拘束の理由として「転落のリスク」が最も多く、次いで「自己抜去のリスク」であり、身体拘束の理由とした項目の順が本研究の結果とは異なっていた。本研究の対象が一般病床のみであったことに対して、中西の調査では急性期および回復期の病床を対象にしていたが、上位項目は同じであった。そのため、調査期間や病床の特徴に関わらず、一般病院での身体拘束の理由は「点滴などの抜去]、「転倒・転落」は高齢者が身体拘束を受ける理由になりやすいことが明らかになった。

3. 身体拘束を必要と判断した時点での高齢者の状態

高齢者は入院による環境の変化により、せん妄のリスクが高まる(山田)、高齢者は認知症やせん妄などのリスクが高いことから身体拘束を受けやすい(湯浅)との報告から、高齢者というだけで入院するとせん妄を起こすという医療者の認識が推測される。本研究では認知症のないもの、指示が通じるもの、他者への意思伝達ができるものでも身体拘束を受けていたが、せん妄を生じていると考えにくい場合でもせん妄が生じるかもしれないという医療者の認識のもと、身体拘束を受けていた可能性は否定できないと考えられる。

4. 身体拘束を必要と判断した理由と高齢者の特徴との関連性

点滴などの抜去ありのものは、障害老人の日常生活自立度が低かった。一方、転倒・転落、安静が守れないものは、障害老人の日常生活自立度が高いものであった。身体拘束の理由の上位であった点滴などの抜去、転倒・転落、安静が守れないものは、いずれも日常生活自立度と関連があり、自立度の高い人は転倒・転落、自立度の低いものは点滴などの抜去を理由に身体拘束が行われていることが明らかになった。しかし身体拘束の理由と高齢者の特徴の関連を述べている先行研究がないため比較検討できないが、高齢者が身体拘束を受ける理由には日常生活自立度が関連する可能性が考えられる。

点滴などの抜去、安静が守れないものは、指示が通じないものが多かった。点滴などの抜去ありのものは、他者への意思伝達ができないものが多かった。対象者の8割以上に認知機能低下が認められたことから、自分の置かれている状況が理解できない、または周囲の

状況が理解できずどのように行動すればよいか判断がつかない(繁田, 2013; 熊澤, 2013)のではないかと考えられる。このような高齢者はコミュニケーションが困難であったり、その時々には理解できても記憶が残せない等の状態であることが多く、言語のみで説明して周囲の状況や必要な治療を理解してもらうことはコミュニケーションが困難な高齢者に対しては容易ではない。しかしながら声掛けはどのような場面でも必要であるため、言語的なコミュニケーションを丁寧に行うとともに、点滴や安静等の必要性を視覚的に理解できるような掲示物を貼る等の物理的な支援、見守りを多くするなど援助者による支援等、環境を工夫することが重要である。

点滴などの抜去を理由に身体拘束を受けていた高齢者はチューブ類や機器の装着があるものが多く、入院中には点滴やモニター等の治療上必要な処置や検査に伴って身体拘束を受ける可能性が大きいことが考えられた。また、転倒歴があると医療者は転倒・転落のリスクが高いと判断し、予防的に身体拘束を行うことが推察される。さらに、安静が守れないを理由に身体拘束を受けている高齢者では手術があるもの、安静の指示があるものが多かったが、手術後は安静の指示が追加されることもあり、両者の理由で身体拘束を受けやすいことも考えられる。

また、安静が守れないものは夜間の中途覚醒があるものが多かった。高齢者は加齢に伴う睡眠と覚醒のバランスが崩れ睡眠障害がみられ(荻野, 2014)、非認知症高齢者の約半数、認知症高齢者の約70%に睡眠障害が認められたという報告(河野ら, 2013)もあることから、夜間の睡眠状態を観察し、状況に応じて適切な支援を検討する必要がある。今回の結果では「安静が守れない」と夜間の中途覚醒関連は認められたが、夜間の不眠と中途覚醒の関連など夜間の睡眠状態について今後も検討する必要がある。

5. 研究の限界と今後の課題

本研究での対象施設・病床は全国の平均的な施設であったが、大阪府の一部の医療圏のみの結果である。調査は看護師による観察に基づいて回答してもらったため、認知機能の低下した高齢者では疼痛や搔痒感等の訴えを十分に把握できたとはいえない。また、身体拘束の定義について研究協力者の認識が異なる可能性も否定できないため、それをふまえて本研究の結果を見る必要がある。なお、本研究は身体拘束を受ける高齢者の特徴を把握することを目的としたため、研究協

力施設の身体拘束の実施率等を把握するまでには至らなかった。今後は認知症ケア加算導入後の身体拘束の実態について調査し、本研究の結果と比較したい。その際には入院する高齢患者の状態をより詳しく把握するとともに、病院や病棟の特徴とともに身体拘束の実施率等も検討したい。

6. 結論

一般病院で身体拘束を受ける高齢者を対象に、看護師が身体拘束を必要と判断した理由と高齢者の特徴や治療などとの関連性を検討した。

身体拘束の理由が多かったのは「点滴などの抜去」、「転倒・転落」、「安静が守れない」であった。

「点滴などの抜去」を理由に身体拘束を受けた高齢者は障害老人の日常生活自立度ランクC、指示が通じない、他者への意思伝達ができないが有意に多かった。「転倒・転落」を理由に身体拘束を受けた高齢者はランクB以上、転倒歴ありが有意に多かった。「安静が守れない」を理由に身体拘束を受けた高齢者はランクB以上、夜間の中途覚醒があり、指示が通じない、手術あり、安静の指示ありが有意に多かった。

引用文献

赤松公子, 河野保子(2004) : 介護施設における身体拘束の実態と職種による認識の比較, 日本看護学会誌, 13(2), 10-19.

Amira G. Eltaliawi, Mohamed El-Shinawi(2017) : Restraint use among selected hospitalized elderly patients in Cairo, Egypt, BMC Res Note.10. 633-641.

河野公範, 長浜道治, 堀口淳(2013) : 認知症にみられる睡眠障害, 老年医学, 51(11), 1179-1183.

厚生労働省 : 平成13年身体拘束ゼロ作戦推進会議. https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/gyakutai/torikumi/doc/zero_tebiki.pdf, 2020. 12. 14.

厚生労働省 : 平成24年第2回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会資料1「病棟単位で見た一般病床の現状について」. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002pgwk-att/2r9852000002ph0u.pdf>, 2015. 12. 1.

厚生労働省 : 平成28年度診療報酬改定について. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106421.html>, 2020. 10. 27.

厚生労働省 : 平成29年患者調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html>, 2020. 12. 12.

厚生労働省 : 平成30年度診療報酬改定について. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>, 2020. 10. 27.

熊澤輝人(2013) : 認知症ケアの実際Ⅱ : 各論 第4章 リハビリテーション, 第4版, 一般社団法人認知症ケア学会, 東京, 239.

春田佳代, 山幡朗子, 伊藤真由美ら(2012) : 一般病院看護師の身体拘束の認識とその状況に関する研究, 愛知医科大学看護学部紀要, 11, 1-10.

丸井明美, 関千代子, 堀内ふき, 他(2007) : 茨城県の一一般病院における高齢者に対する身体拘束の実施状況, 茨城県立病院医学雑誌, 25(1), 21-25.

中西三春(2019) : 一般急性期病院における認知症ケア, 老年看護学, 23(2), 44-48.

荻野悦子(2014) : 系統看護学講座 専門分野Ⅱ 老年看護学 第5章 高齢者の生活機能を整える看護の展開, 第8版, 医学書院, 東京, 207.

社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター : 平成17年度介護保険施設における身体拘束廃止の啓発・推進事業報告書. https://www.dcnnet.gr.jp/support/research/center/detail.html?CENTER_REPORT=119¢er=3, 2016. 1. 5.

繁田雅弘(2013) : 認知症ケアの実際Ⅱ : 各論 第2章 行動・心理症状(BPSD)とその対応, 第4版, 一般社団法人認知症ケア学会, 東京, 119. 146.

田畑亜希子(2019) : 認知症・高齢者の抑制ゼロを目指すICUでの挑戦, Nursing BUSINESS, 13(11), 20-23.

和田奈美子(2019) : 一般病院における身体拘束解除に向けた取り組み 医療安全管理者・老人看護専門看護師・病棟管理者・リンクナースとの協働・連携, 老年看護学, 24(1), 19-24.

山田律子(2014) : 系統看護学講座 専門分野Ⅱ 老年看護学 第1章 老いるということ, 老いを生きるということ, 第8版, 医学書院, 東京, 10.

山田律子(2020) : 系統看護学講座 専門分野Ⅱ 老年看護学 第6章 健康逸脱からの回復を促す看護, 第9版, 医学書院, 東京, 309.

山下真理子, 小林敏子, 松本一生, 他(2006) : 一般病院における認知症高齢者のBPSDとその対応, 老年精神医学雑誌, 17(1), 75-85.

湯浅美千代(2017) : 急性期病院における認知症高齢者

に関わる看護の課題, 老年看護学22(1), 10-13.
Xue Bai, Timothy C Y Kwok(2014) : Physical re-
straint use and older patients' length of hospital
stay, Health Psychol Behav Med, 2(1), 160-170.

Wang W. W., Moyle W. (2005) : Physical restraint
use people with dementia : A review of the litera-
ture. : Australian Journal of Advanced Nursing, 22
(4), 46-52.