

研究ノート

身体拘束・抑性のリスクと精神科医療における人権

The risk of physical restraint and human right on a mental hospital

小銭 寿子

名寄市立大学社会福祉学科

「研究紀要」第2号 抜刷

【2012年度】

身体拘束・抑性のリスクと精神科医療における人権

The risk of physical restraint and human light on a mental hospital

小銭 寿子

名寄市立大学保健福祉学部社会福祉学科 准教授

【要約】 2012年7月に実施したA精神科病院「行動制限最小化委員会」研修において、医療従事者の方々に伝えた「拘束・抑制と精神科医療における人権」について、統計的資料から精神科医療の現状、精神科病院の実態、身体拘束・抑制の実態を明らかにし、身体拘束に伴うリスク、薬物療法に伴うリスク、精神科医療の特徴を整理する。

精神科医療における人権について、IPW（専門職連携実践）時代の精神科医療とその支援について考察し、身体拘束に関する先行研究についてもふれる。

Key Words; 身体拘束・抑制、リスク、精神科医療、行動制限、人権

はじめに

北海道内の A 精神科病院の「行動制限最小化委員会」の委員である医療相談室・医療ソーシャルワーカーより、職員研修会の相談を受け、以前に実施した研修①身体拘束、②行動制限の資料等を参照し、拘束・抑制に関する意識の喚起を目的とした研修を 2012 年 7 月に実施した。病棟内の患者層の高齢化が進展しており、入院患者は 30 歳代～90 歳代まで、平均年齢 63.7 歳という状況にあるとのことであった。

筆者自身の精神科ソーシャルワーカーとして精神科診療所での臨床経験では、中高年のうつ症状の方々やご家族とのインテーク、簡易な心理検査の対応、初診時面接、家族面接の実施や、電気痙攣ショック療法（ETC）を医師の指示のもと看護師と対応したこと、認知症の寝たきり状態にある高齢者や重症心身障害者の方への往診に同行したり、アルコール依存症の本人や家族の方々と断酒会や AA（匿名性のアルコール依存症者の会）への参加、薬物依存や自傷ケースにも出会うこともあった。また、精神障害者の家族会で運営する作業所への訪問や保健所社会復帰学級の嘱託職員としても委嘱され、月 2 回の活動を一緒に体験させて頂いたこと、地域の医療ソーシャルワーカーや保健師、福祉施設相談指導員の方々と月 1 回の業務後の勉強会に参加し、院内でも非常勤の心理士の方々と院長（精神科医）と勤務後に勉強会も行っていた。

精神科病院での臨床経験では院内作業療法の確認調整、レクリエーションや各書類整理、アルコールミーティングの実施、地域断酒会への引率、歯科医院等他科受診同行、転入院や退院時の家族調整や連絡調整・同行、退院支援として不動産会社への同行や契約場面に同席といったものもあった。医療ソーシャルワーカー実践の際にも、有志の精神科ソーシャルワーカー達と精神保健ボランティア養成講座の企画運営実施、精神障害者作業所運営にも関わり、社会福祉士・精神保健福祉士の養成に関わる教員になってからも、市民公開講座で精神保健ボランティア講座を開催（紋別市・北広島市）、地域で心と福祉について語り合う座談会運営に関わり、精神保健福祉社に関する知識等の普及啓発に関わってきた。

本研究では、精神保健福祉士として、精神科領域における人権擁護の視点で、身体拘束・抑制のリスクについて、さらに医療従事者の専門性やスーパービジョン体制の必要性といった面についても考察していくことにする。

1. 精神科医療の現状

精神科医療においては隔離収容による治療が主流だった時代が長く、その隔離収容時代から脱施設化といった流れ（イリイチ,1976）から、ホスピタリズム・施設症の解消に向けて 1980 年代から当事者の保護とケアに重点が置かれるようになってきた。2006 年現在段階で全国の精神科病院の在院患者数 32 万人、隔離室 8567 人という状況である。

抑制という行動制限の持続による廃用性症候群に対する健康リスクの問題も指摘されている。また、寝かせたきりによる続発性のリスクとして「生活不活性病」が老年医学や介護分野でも重視されてきており、介護施設におけるケアの質との関連でも考える必要のある事態である。自傷他害行為を発現している精神科看護の急性期のケア実践の難しさもあり、精神科医療の特徴と拘束・抑制の必要性についての吟味が必要である。

日本における精神科事件史をみると 1984 年の宇都宮病院事件以降の 1985 年から 2008 年までの 18 年間で 105 件が全国各地で発生している（表 1；主な精神科病院における事件、

都道府県・主な事件内容)。事件内容の内訳（表2）では、拘束関連は16件（15.2%）、暴行・傷害関連22件（21.0%）、使役関連といった入院患者に直接関するものから、医療従事者の金銭搾取・横領13件（12.4%）、情報流出、無資格診療、感染症、不法行為といった内容がみられる。

表1 主な精神科病院における事件

年	発生した都道府県	件数	主な事件内容
1985	群馬・千葉・東京(2)	4	暴行・違法入院・無資格診療・着服
1986	東京(2)	2	使役・違法拘束・不法行為
1989	兵庫・福岡	2	着服・拘束
1992	福岡	1	不法行為
1993	大阪・兵庫	2	暴行(2)
1994	神奈川・山形	2	違法行為、火災
1995	福岡・山形・北海道・神奈川	4	不正受給(2)・着服・拘束死
1996	北海道・長野	2	無資格診療・着服・虐待
1997	愛知・茨城・高知・大阪	4	不正受給(2)・暴行(2)・拘束・使役
1998	香川・新潟・鹿児島・北海道	4	着服・拘束(2)・無資格診療・暴行死
1999	三重・福岡・秋田・福岡	4	使役・違法行為・感染症・不正受給(2)・不法行為
2000	佐賀・東京・福岡・埼玉(2)・山口 鹿児島・長崎・北海道・愛知	10	不法行為(3)・不正受給・着服(2)・不当徴収 横領・違法拘束・診療事故
2001	東京(2)・大阪(2)・福岡(2)・山口	7	拘束(3)・暴行・着服・不正受給・不法行為
2002	愛知・富山・和歌山・栃木・福島・東京	6	違法行為・無資格診療・暴行・感染症・不正請求・抑制
2003	福岡・山梨・福島・岐阜	4	違法拘束(2)・診療事故・使役
2004	茨城・高知・山形・東京・埼玉	5	着服・無資格診療・身体拘束・暴行・管理事故
2005	長崎・愛知・福岡・山口・大阪	5	暴行(2)・不当行為(2)・情報流出
2006	岡山・岩手(2)・宮崎・埼玉・東京(2) 京都・大阪・香川・新潟・千葉(2)・広島	14	使役・火災・暴行(2)・着服(4)・放火
2007	東京(5)・埼玉・宮城・香川・愛媛 山口・福井・三重・群馬	13	暴行(2)・情報流出・不正請求・抑制・診療事故
2008	富山・静岡・石川・千葉(2)・京都 鳥取・大阪(2)・東京	10	感染症・情報流出・火災・薬剤使途不明・診療事故
	合計	105	

表2 1985年～2008年の事件105件の主な内訳

内容項目	主な事件内容	件数	%
	暴行・傷害事件	22	21.0
	拘束関連	16	15.2
	金銭搾取・横領・着服関連	13	12.4
	医療行為に関する不法・不当行為	13	12.4
	不正請求	9	8.6
	施設管理関連	8	7.6
	医療従事者の無資格診療	7	6.7
	薬剤関係	4	3.8
	使役関係	4	3.8
	感染症関連	3	2.9
	個人情報流出	3	2.9
	その他	3	2.9
	合計	105	100

出典;原昌平「精神科事件史」
抽出;www.psy-jinken-osaka.org/jinkensi.htm
より、筆者が統計的に都道府県、事件内容を示した。

2. 精神科病院の実態

表3) 隔離室の隔離患者数

	2003年	2004年	2005年	2006年	増減[3年]	1000人当たり隔離患者
北海道	176	142	160	183	+7	14.4
札幌市	119	128	133	133	+14	19.4
全国	7741	7673	8097	8567	+826	26.7

表4) 身体的拘束を行っている患者数

	2003年	2004年	2005年	2006年	増減[3年]	1000人当たり拘束患者
北海道	213	123	148	270	+57	21.3
札幌市	158	90	81	118	-40	17.2
全国	5109	5242	5623	6008	+899	18.8

表5) 在院患者数

	2003年	2004年	2005年	2006年
北海道	13100	12787	12963	12688
札幌市	7055	6719	6936	6843
全国	329096	326125	324335	320306

○精神科病院における、隔離・拘束 14.575人/日、死亡退院 1.500人/月

○1ヶ月間の調査期間に退院した患者の内、1年以上入院していた患者 4158人

そのうち死亡退院は902人(約17%)

行動制限を原則禁止となっていない精神科病院では、行動制限を受けている患者が増えている実態・・・原因として①行政の指導力の低下、②医療従事者の質が下がり、安易な行動制限、③急性期患者の実数が増えている可能性が指摘されている。

3. 抑制・身体拘束の実態

精神科病院で身体的拘束を行っている患者数は2006年には6008人から2008年には8057人と増加傾向にあり(図1)、抗精神薬の服用量も増加傾向にある(図2)。

精神科病院の実態では、隔離室の隔離患者数の推移を全国・北海道・札幌市でまとめ、また、身体的拘束を行っている患者数、在院患者数も2003年から2006年までのデータについても表にした。(表3～表5)精神科病院における隔離・収容は一日に14575人、死亡退院は月に1500人である。1か月間の調査期間に退院した患者のうち、1年以上入院していた患者は4158人、そのうち死亡退院は約17%の902人である。行動制限を原則禁止となっていない精神科病院では、行動制限を受けている患者が増えている。

身体拘束により公になった平成12年から平成16年にかけて発生した事件例を表にした。(表6)この7件のうち4件は拘束により死亡にまで至っている。

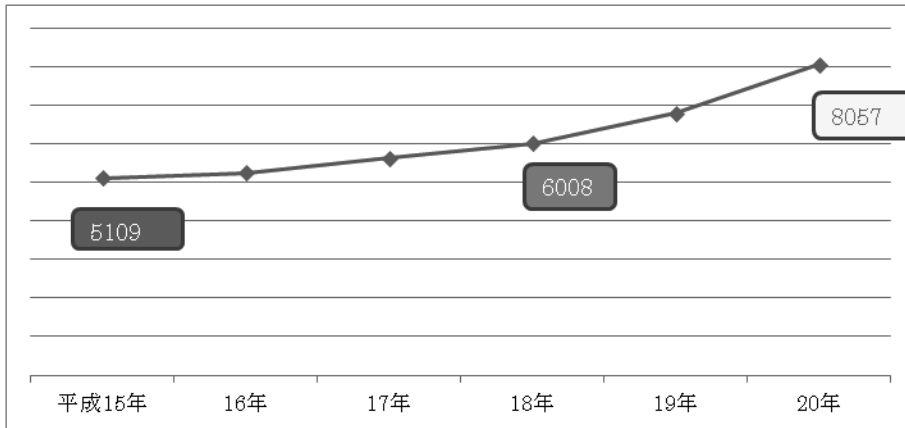
世界的にも市民の人権擁護の会国際本部(CCHR)による公式報告書「精神医学における「治療」と称した虐待」では、世界中の精神科医療施設において、医師が毎日注意深く見

ているにもかかわらず、死亡事故が水面下で多発していること、合衆国だけでも毎年 150 もの拘束死が説明義務もなく起きているという事実を摘発、その中には 6 歳の子どもの拘束死を含む 13 件の子ども事例が 2 年間であり、暴力的な拘束方法により窒息や心停止のための死亡も指摘されている。

隔離・身体的拘束時の事故事例として裁判事例から 3 件を例示、また、2010 年以降の精神科病院における違法な拘束の事例も示し、対策の必要性についても指摘されている。

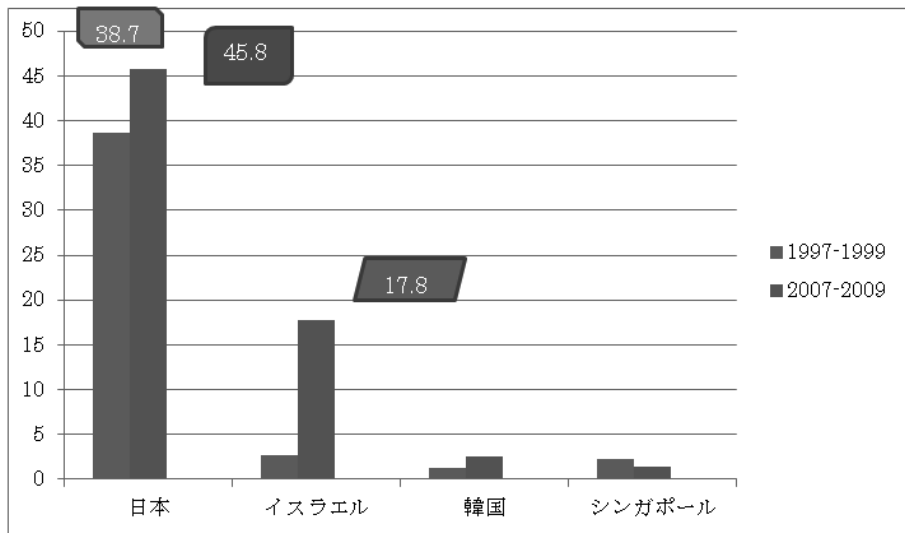
図 1 精神科病院における身体的拘束を行っている患者数

※加速している身体拘束の現実



(平成 20 年、厚生労働省「精神保健福祉資料調査」)

図 2 ベンゾジアゼピン処方の国際比較：アジア；1日に1000人当たりの服用状況
(抗不安薬・催眠鎮静剤) ・ ・ 日本での不適切な処方 ・ ・



(国際麻薬統制委員会(INCB) 報告書)

表6) 身体拘束により公になった精神科病院事件例

平成	精神科病院	対象・内容	拘束による死亡事件
12年	山口県立病院精和荘	統合失調症・女性・27歳	身体拘束・突然死
	大阪府・浜寺病院	男性・55歳	拘束帯による窒息死(解剖)
13年	東京都・井の頭病院	男性・57歳	抑制ベルトによる窒息死
14年	埼玉県・朝倉病院	違法な拘束	四肢拘束が常態化
15年	福島松ヶ丘病院	女性	逸脱した身体拘束；改善命令
16年	東京都・2精神科	長期間の身体拘束4人	肺塞栓症で突然死

○隔離・身体拘束時の事故事例

1) 四肢拘束と呼吸管理責任が問われた事例・・・アルコール依存症、医療保護入院
呼吸不全で死亡、妻らは唾液・痰の吸引できず（平成7年、平成14年判決）
医師らの過失に因果関係あり、病院の不法行為認め、約4400万円の賠償支払い
・・・臨床的観察は不可欠

2) 隔離室隔離の判断が問われた事例・・・統合失調症、希死念慮、病室施錠、朝食後
ライターによる自殺未遂、熱傷40%、四肢体幹機能障害の後遺障害
病院の過失、約5300万円の賠償支払い（平成9年、平成12年控訴後和解）
・・・午前が多忙時、引き継ぎ直前、常時監視や保護室への隔離すべき・・・

3) 抑制方法に過失があったとされた事例・・・うつ病、自殺念慮、自宅でガス自殺企図
入院中外出、看護師引率、ビル5階から飛び降り自殺未遂、保護室、鎮静剤注射
医師の指示で抑制帯、四肢を4本の抑制帯、さらに万歳の形で抑制し、体動を抑
えるためにシーツを腹部の上からベッド左右両側に回し、ベッド下部に結ぶ
看護師、両手首の血行障害と判断し、両手首の抑制帯を緩めた
本人目を覚まし、抑制帯をほどき、自殺を図るが、発見、心臓マッサージにより
蘇生、他病院に転院するが、死亡、父母に各350万円の賠償支払い
（平成4年、平成7年判決）

- ・・・拘束レベルの多様な選択、精神保健指定医と看護師のアセスメント
安全・効果的な拘束方法の選択、短時間で装着できるような訓練の必要性
- ・・・患者への説明内容、タイミング、拘束後の精神的苦痛のフォローも必要

藤野（2006）『裁判事例に学ぶ精神科看護の倫理と責任』精神看護出版

○2010年以降の精神科病院における違法な拘束の事件例

2011、大阪府貝塚市の精神科病院で男性患者がベッドに拘束され死亡

「精神保健指定医の指示を受けないまま拘束を行い、死亡させた結果は重大」

病院；虚偽記載⇒「病院の組織自体が抱えていた問題もある」（理事長命令での記録の改ざん）

<拘束中の窒息死で看護師が有罪判決・・・これに対するコメント>

①看護師が指定医の指示なく隔離、拘束すればその行為のみで刑事罰を受ける可能性あり

- ②遺族が病院に対して損害賠償訴訟を起こせば、損害を受けた病院が看護師に求償することもある
- ③看護師が隔離、拘束が必要な状況を医師に報告する場合は、症状と隔離、拘束が必要な要因、報告時間を看護記録に残し、看護師自身の専門性と役割を明確にする必要がある
- ④看護責任者は指定医と協議を重ね、隔離や拘束に至る看護師と指定医の役割をマニュアル化する必要がある
(元新潟大学医学部保健学科教授 藤野邦夫)

4. 身体拘束に伴うリスク；健康障害と予防

1) 深部静脈血栓の肺塞栓 (DVT・PE)

「エコノミークラス症候群」・「ロングフライト肺塞栓」とも呼ばれる病態は、身体拘束に伴う最も危険な続発症。中高年の肥満女性や4時間以上の拘束例、抗リン脂質抗体症候群 (APS)など、ハイリスク患者を迅速に識別し、下肢拘束の回避、補液、弾性ストッキングの着用、バイアスピリンの投与、下腿マッサージ器の装着などの**予防措置**を講ずる必要がある。これらを怠ってDVT・PEを来した場合には、民事責任を問われる可能性がある。

2) 閉塞性呼吸障害

拘束帯の**使用方法**が不適切であったり、**観察頻度**が不十分の場合、上半身がベッドからずり落ちたり、拘束帯が絡まるなどして、気道閉塞を来すことがある。拘束部位は最小限とすべきであるが、部分拘束がかえって物理的な事故のリスクを高めるという逆説的事態もある。

5. 薬物療法に伴うリスクとその予防

1) 中枢性呼吸・循環抑制

入院時の鎮静処置としてフルニトラゼパム (ロヒプノール) による静脈麻酔とハロペリドール (セレネース) の点滴注射が併用されるが、麻酔施行後少なくとも2時間は、心肺モニターによって中枢性の呼吸・循環抑制を監視する必要がある。モニターのない病院では、原則として静脈麻酔を回避すべきである。また、バルビタル製剤 (イソゾールなど) による静脈麻酔は、麻酔医が立ち会う修正型電気けいれん療法 (m-ECT) 以外では使用すべきではない。

2) 喉頭ジストニア

ハロペリドールなど抗精神病薬による錐体外路症状 (EPS) が声帯に強く現れ、閉塞性呼吸障害を来すことがある。呼吸苦の訴えに際してはこの病態を疑い、EPS に対処する必要がある。

3) コリン作動性クリーゼ

抗精神病薬による尿閉を改善する目的でウブレチドが投与されることがあるが、これが急激な気道分泌過剰による呼吸閉塞という致命的なコリン作動性クリーゼを誘発することがある。挿管しなければ救命できないことの多い危険な病態である。

4) 低体温

レボトミンなど鎮静作用の強い抗精神病薬の大量投与は、低体温 (直腸温 34 度以下) を来し、不整脈や心停止に至ることがある。冷房が完備した病院では、冬場に限ら

ない。アニメック輸液などで対処するが、手足をまめに触り、毛布などで暖めるという基本的看護が低体温事故防止の決め手となる。

5) 転倒・転落

精神科急性病棟における有害事象の中核群を形成する。眠剤服用後の保護帽の着用や防護マットの設置などの防護策を講じても、転倒による側頭部打撲による頭蓋骨骨折や急性硬膜外血腫から死に至るケースもある。

頭部打撲ケースでは、受傷後 6 時間は深夜帯でも揺り起して意識障害の有無の確認することをルーティン化することも必要である。睡眠剤服用後の徘徊するケースでは、入眠までの数時間に限定して、転倒・転落事故防止のために腰部と壁側の上下肢を拘束する「壁側 3 点抑制」という部分的拘束の行われる頻度が高くなっている。

6. 精神科医療の特徴

- ・医療の場におけるの隔離・拘束は患者の自己コントロール能力の低下により生命や安全が守られないと判断されたとき、必要最小限の行動制限として許される
- ・この隔離・拘束が十分なときは意義をもつ
- ・隔離・拘束が不十分なときは事故となる
- ・違法な隔離や過剰な拘束では**健康障害**や**人権侵害**となる
- ・精神医療の場では精神保健指定医の権限と責任の下で行われ、拘束の程度や時間は対象者の状況と看護師などの力量が深く影響する（同じ患者の状況下でも医師や看護師の対応能力が高ければ軽度の拘束と短時間ですむ）
- ・対象者の意思に反した入院、隔離・拘束が制度的に認められている
- ・目指すのは、**隔離・拘束が最小限**でかつ**安全で治療効果が高く**、**早期退院**できること
- ・向精神薬などを組み合わせた行動制限が多いほど、患者の苦痛を高め、不利益を生じさせる
- ・隔離、身体的拘束が不作為や注意義務違反として損害賠償請求に発展する例が増加している（元新潟大学医学部保健学科教授 藤野邦夫）

精神科急性期治療では**アメニティ（快適性）**・ **セキュリティ（安全性）**・ **ディグニティ（尊厳性）**の 3 点を確保しつつ、重症患者を迅速に治療する技術が要請される。

7. 精神医療における人権

精神医療における患者の人権として園田（1999）は、入院中心の施設内治療から地域精神医療を志向する社会内治療へ、患者の人権保護の強化による入院時告知・定期病状報告・患者の退院・処遇改善請求、第三者機関である精神医療審査会の設置などが法制度上明記され、患者は障害者基本法にある精神障害者として、ICF（国際生活機能分類）による環境要因による障害という位置づけもなされた事を指摘している。

さらに、精神医療の持つ潜在的な人権侵害の可能性への自覚と精神医療に介入する法的規制とその手続き違反である違法な処遇、行動の自由を強制的に奪う措置とそこに関与する医療従事者の意識と医療の質が問われていること、専断的医療行為（個人の承諾を欠く）の違法性と裁量範囲について考察する必要性を示している。

鈴木（2011）は、臨床家の仕事と専門的援助について、臨床家は悩み続ける、援助とは特殊なものではなく、人が生きていく営みの中に最初から組み込まれている行為であり、

臨床現場の中で「コレハイッタインナンノダ。コンナコトガアッテイイノカ。」という衝撃をもって、「なぜこの人がこんな目に遭わなければならないのか、あまりにも理不尽ではないのか」という現実を受け入れることができなければ一人前の臨床家になれないとすれば、必要な処置であってもそれがどこまで許されるのか、その線引きはいつもずっしりと重い仕事である。生活場面の中で行われる「無数の対立を含んだ共同作業」であり、専門的援助の不完全性とも言いえると指摘している。

8. IPW 時代の精神科医療

Interprofessional Work (IPW) では、専門職連携実践の二重構造として、1) 問題解決のサイクルとして、課題の発生から状況の発生、目標・計画から実施、評価の准カン構造と、2) チームのサイクルとして、チーム形成から情報の共有・アセスメントの共有、そして目標・計画の共有・合意形成から役割の遂行、評価の共有、チームの評価というサイクルとなる。IPW の基盤となる“ヒューマンケア”という目的概念・実践概念は、ケアを提供する相手の思いに寄り添って提供できる人間の行為であり、豊かな人間性と共生の思いに基づき提供され続ける行為である。地域連携で益々問われる、診療実態の情報公開と近隣地域との交流機会が連携時代の精神科医療においても重視されてくると考えられる。

1) 問われる日常的違和感の蓄積と検証

身体拘束・抑制という行為に関しても、チームカンファレンスにおいて、違和感に対する感性を磨き、平常時の観察と記録化、気づきを語り合える環境・雰囲気・時間的配慮が必要である。組織における管理的・教育的・支持的スーパービジョン機能、精神障害や精神疾患、精神科医療に対する理解・協力が得られる風土性、精神科病院の設立経緯や沿革から地域社会の中で精神障害者の排除や差別意識の存在といったものも反映する。

精神障害者の疾病・症状の中にある中途障害の苦悩、受容の困難性、当事者・関係者の理解のしづらさ、そして近年では当事者研究として当事者の強み（ストレングス）に焦点化した支援を検討する必要性が高まっている。

2) 管理と苦情解決責任の狭間で

職務と組織、専門性のジレンマと燃え尽きのなかで、ルーティンワーク化するなかでの感性のマヒ・鈍磨への警戒は必要である。指示命令系統と責任回避を補い合わない原則重視の姿勢、経験が逆機能しない責任と自省（省察する実践家）としての有りようが問われてくる。支援する人を支援し合う協働性の中でこそ、重い仕事に向き合う意味を深めるのである。

3) ケアの限界と職務の限度の自覚

精神科医療として、本人・家族・関係者に寄り添い続ける姿勢と精神科医療の現実、社会心理学的、経済的背景の関連性、環境の変化と介入の必要性という複合している支援の現場で、医療職として、所属機関の職務や使命、個人と組織上の役割と責務に関する倫理（権利の擁護）という限度を自覚してくるようになる。

ケアの限界と職務の限度や許容範囲の中で、スーパービジョンの必要性は増し、その中において人権侵害事態へのスタンスと問い続ける勇気も必要となる。身体的痛みと存在の痛みを併せ持つ場を理解すること、人間扱いされない痛みへの共感と強制力を行使する場の理解は不可欠であり、ジレンマを伴う臨床現場への意識と重要性を自覚する必要がある

と言える。

4) 人権といのち 命を奪わないケア

規則やルールに従えない状況にある人間存在への理解と力を持っている医療従事者の非対等性の無自覚さについては危惧する視点が必要である。制服や規則という権威や圧力、従わないからという罰に服従せざるを得ない構造、いい患者でないと退院させられないという、収容期限・刑期のなさ、「刑務所の方がいい（刑期があるから）」と話されたかつての患者の一言に象徴されるような構造があったのも確かではある。

攻撃性や不穏な状態、他害や自傷行為のおそれがある場での対応には、十分な観察と記録、申し送り、適切な介入、支援といのちの看取りという意識、さらに治療共同体というコミュニティミーティングによる対等意識の醸成も必要となる。

市民意識も変化しており、関心の深まりや開かれた医療といのちのケアが精神科医療の中でも浸透することが急務である。

9. 「行動制限最小化委員会」研修のアンケートから

研修終了後の4日後にはアンケートの集計結果の送付があり、コメントも頂いた。24名の参加で17件の回収(70.8%の回収率)であり、印象に残った点について以下に抜粋する。

- ・専門職として患者様に接することに慣れてしまうと思うので、常に対象者の気持ちになって考えていくことが必要と思った
- ・価値、倫理、姿勢、そういったものを忘れてはならないと強く感じた
- ・抑制についてあまり学んだことがなかったので勉強になった
- ・身体拘束による事故がこんなに多いとは思っていなかったのが驚いた
- ・医療従事者として考えなければならないことを再確認できた
- ・常に相手と同じ立場におく気持ちと想像力、家族と身内であったらと思える気持ちを持ち続けること、対等と治療者のバランスが難しい

拘束とそのリスクについて、精神科医療における看護や支援とその基盤となる人権の視点、職務やケア体制についての考察も含め、日常業務での疑問や今後の研修の要望など具体的なニーズが明確になっていた。研修を引き受け、その評価と効果を実感する機会ともなり、講義後の質疑応答においても意識や関心の高さを実感した研修であった。

10. 高齢社会における認知症ケアとしての拘束使用

精神科医療における先行研究として Pub med から、psychological medicine, restraint で661件該当した内、本研究に参考となる最新(2012)の研究報告を取り上げる。

認知症高齢者のケアにおいて、身体的拘束の削減が入院滞在期間を短くするといった研究(Kwok T, et al. 2012. HK)である。論文では、2000人の認知症エピソードがあり、ベースラインでは差が認められなかった対象者を2007年と2009年に回復期病院において10に認知機能エピソードがあった958人と988人に調査している。結果として、(表7)に示したように身体拘束の削減は、回復期医療における平均滞在期間を顕著に短縮しており、特に認知症患者について認められと述べており、認知症ケアについての拘束使用の意味を問い直す参考となる。

表 7) 身体拘束削減が高齢患者が多い病院の滞在期間に及ぼす効果

年	2007	標準偏差	2009	標準偏差	P 値
対象者	958 人		988 人		
拘束使用	13.3%		4.1%		
病院滞在期間	19.5 日	20.7 日	16.8 日	13.4 日	p < 0.001
他のグループ：認知症患者 の病院滞在期間	23.0 日	26.5 日	17.8 日	15.0 日	p < 0.001

おわりに

身体拘束・抑制についての研修をお受けした時期は筆者個人としても、ケアについて日々考えさせられる時と重なり、苦しい時期であった。家族が胃瘻をつけ、その管への対応の為にベッド周囲の 4 点柵と抑制帯・ミトンという状況をつぶさに見なければならぬ状況が 1 カ月以上続き、面会時には栄養注入後、数時間たっても抑制の状態は継続していた。さらにその対応として、今後 6 ヶ月後までの抑制に関する同意を求められたことがあり、「コレハナンナノカ」「この状態でのケアは人間として必要なことなのか」と自問する日々でもあった。

家族の思い、本人の思い、医療従事者のマンパワー不足や組織におけるケア体制が優先する医療状況がある現実の中で、真に必要なケアとはと痛感させられた時期であった。

精神科医療機関や一般医療機関、介護福祉施設等においても認知症高齢者のケアが多くなっていく状況であり、身体拘束や抑性の持続時間や観察、緊急性や必要性に対する状況や症状に応じた柔軟な使用をする必要があり、人権への意識を問い直す機会と所属機関で学び合うことの重要性を改めて感じさせて頂いた。

精神科医療における身体拘束・抑制、行動制限と人権について深める機会を頂いた A 病院「行動制限最小化委員会」、並びに受講して頂いた皆様に深く感謝申し上げます。

参考文献

- イリイチ (1979) 脱病院化社会—医療の限界—、晶文社
 シャイン (2009) 人を助けるとはどういうことか 本当の協力関係をつくる 7 つの原則、英治出版
 ショーン (2001) 専門家の知恵 反省的实践家は行為しながら考える、ゆみる出版
 埼玉県立大学編 (2009) IPW を学ぶ 利用者中心の保健医療福祉連携、中央法規
 鈴木啓 (2011) 子どものための小さな援助論、日本評論社
 園田寿 (1999) 精神医療における患者の人権、日本精神病院協会雑誌第 18 巻 5 号
 国立精神・神経センター精神保健研究所、「改革ビジョンホームページ」精神保健福祉資料調査 (平成 20 年) (<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/data.html#a1>)

藤野邦夫・藤野ヤヨイ（2006）裁判事例に学ぶ精神科看護の倫理と責任、精神看護出版

Kwok T, Bai X, Chui MY ,Lai CK, Ho DW, Ho FK, Woo J. Effect of physical restraint reduction on older patients hospital length of stay, .J Am Med Dir Assoc.2012 Sep;13(7):645-50