

## 隔離・拘束時の看護の実態

瀬野佳代<sup>1</sup> 宇都宮智<sup>2</sup> 松本賢哉<sup>2</sup>  
 青山廣子<sup>3</sup> 山口博子<sup>4</sup>

1 井之頭病院；〒181-8531 東京都三鷹市上連雀 4-14-1    2 国立看護大学校    3 国立精神・神経センター武蔵病院  
 4 国立精神・神経センター国府台病院  
 seno@inokashira-hp.or.jp

### Current Status of Nursing Practice when Patients are Isolated and Restricted

Kayo Seno\* Satoru Utsunomiya Kenya Matsumoto Hiroko Aoyama Hiroko Yamaguchi

\*Inokashira Hospital ; 4-14-1, Kamirenjaku, Mitaka-shi, Tokyo, 〒181-8531, Japan

**【Abstract】** This study aims to clarify the current status of nursing for patients who are restricted because of their behavior. Subjects for this study were patients from two hospitals whose behavior was restricted. Based on the patients' illness, age, and behavior restrictions, the study measured the number of times nurses provided assistance during a 24-hour period, with the attending nurse checking 31 support items every 15 minutes. The number of times assistance was provided was tabulated according to each support item. Isolation and restriction were compared every work hour (day, evening, and night shifts) (ANOVA). As a result, the number of patients whose behavior was restricted during the study period totaled 103 (isolation 57, restriction 43, both 3). Most of the assistance required was related to "observation," "comfort," "assistance with meals," and "assistance with elimination." When comparing the number of times assistance was provided for isolated and restricted patients, restricted patients needed more assistance in the following areas: "measurement of vital signs and observation of entire body" and "observation and inspection tour" during day shifts and "observation and inspection tour" during night shifts. In comparison of the number of times support was given by work-shift, "physic," "observation and inspection tour," "assistance elimination," "assistance in moving" show a significant difference. The percentage of bedridden patients among those restricted for their behavior was 12.5%, which was higher than the general percentage, but this was interpreted as a characteristic of the study's target hospitals. The reasons why restricted patients required more frequent assistance included: 46.5% of the patients who were restricted because of their behavior had restraints on their four limbs and torso; and 74.4% were always in restraints.

**【Keywords】** 援助回数 number of times providing assistance, 隔離 isolation, 拘束 restriction, 勤務帯 working time

### 1. はじめに

近年、精神科医療において患者の人権を守るという立場から行動制限を最小にする取り組みがなされている<sup>1)</sup>。しかしながら、最小にする取り組みがなされる一方で、病初期で自己コントロールが不十分な時期<sup>2)</sup>、攻撃性が高い患者<sup>3)</sup>、あるいは衝動性が強く、自殺の危険が高い患者<sup>4)</sup>、身体合併症のために治療を必要とする患者<sup>5)</sup>等があり、行動制限をせざるを得ない場合があることも事実である。

精神科医療における行動制限は、精神保健指定医の判断で行なわれる隔離と身体拘束(以下、拘束)がある。隔離は保護室、個室あるいは多床室に患者1名だけを入室させ、施錠することによる行動の制限である。拘束は医療的な配慮がなされた拘束用具により体幹や四肢の一部あるいは全部を拘束する行動の制限である。行動制限を受けている患

者は、精神症状が不安定なばかりでなく、セルフケアも十分にできず、基本的欲求の充足が制限されることになる。また行動制限を受けている患者はそれらを十分に訴えることも制限されるために、看護師のきめ細かな観察と援助が必要になる。

兵頭ら<sup>6)</sup>は保護室に入室した患者25名から聞き取り調査をした結果、患者が「話し相手がなく寂しい」あるいは「間食を食べさせて欲しい」などの意見を述べていたと報告している。また拘束を受けている患者は、恐怖感から医療者に対する不信感を抱いたり怒りから誤った罪悪感を抱いたりすることが認められると松本ら<sup>7)</sup>は述べている。これまでのところ、隔離、拘束を受けている患者に対する看護について個別的な援助の必要性を述べた研究<sup>8)</sup>や拘束の援助の基準を設けた試みに関する報告<sup>9)</sup>、隔離患者数名に提供された看護を看護記録から調査した研究<sup>10)</sup>も認められたが、行動制限を受けている患者すべてを対象としたもので

はなかった。

そこで本研究では、隔離あるいは拘束を受けている患者に提供されている看護の実態を明らかにすることを第1の目的とした。また患者の状態は不安定であるために、夜勤帯でも十分な援助がなされているのか、その実態を明らかにすることを第2の目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 調査対象者

精神科専門病床をもつ2病院14病棟(合計823床)で行動制限を受けている患者を看護した看護師143名である。

### 2. 調査期間

平成15年9月24日午前9時から25日午前9時までの24時間。

### 3. 調査方法

#### a. 内容

「平成11年度厚生科学研究：精神科医療における行動制限の最小化に関する研究」<sup>1)</sup>で使用した『個人調査票(C表)』と、「平成12年度厚生科学研究費補助金(精神保健福祉総合研究事業)精神科医療における行動制限の最小化に関する研究」<sup>2)</sup>で使用した『様式6 患者票』をもとに、研究者の承諾を得て、行動制限を受けている患者の特徴として、診断名、年齢、行動制限を受けている理由等を同一の調査用紙に盛り込み作成した(以下、個人調査用紙)。

行動制限を受けている患者に対する援助の調査内容は、事前に実施した援助内容の分析をもとに、実態に合わせ微調整を行ない、「看護婦業務指針 日本看護協会看護婦職能委員会編」<sup>3)</sup>看護婦業務区分表・看護行為分類Iを参考にした(以下、援助回数測定用紙)。その結果、援助内容は13カテゴリー、31項目とした。

#### b. 方法

個人調査用紙と援助回数測定用紙を使用し、担当看護師に記入してもらった。記入方法については事前に当該病院の看護部師長会議のなかで説明し、調査日当日は研究者が病棟を回って質問に応じる体制をとった。

#### 1) 個人調査用紙

日勤帯の担当看護師に記入してもらった。

#### 2) 援助回数測定用紙

援助回数測定用紙は、縦軸に時間軸を、横軸に31の援助項目と援助に関わった人数、行動制限の一時的解除に関する項目を設定し、援助回数の集計に当たっては15分間隔の1マスを1回とした。本稿の一時的解除は、看護援助による隔離・拘束の暫時の中断を示している。

日勤帯(9～17時)・準夜帯(17～1時)・深夜帯(1～9時)そ

れぞれ1枚ずつの調査用紙、計3枚を用意し、看護師が行動制限を受けている患者に関わった都度、記入する。その際に、行動制限が中断されている時間帯の援助は記入しないとした。本稿の中断は、精神保健指定医による治療計画にもとづき1日のうち一定の時間隔離または拘束を中断して症状を観察することを示している。

#### c. 分析方法

援助の回数を項目ごとに集計し、勤務帯ごとに隔離と拘束でも検定を行なった。さらに援助の項目ごとに勤務帯で1元配置分散分析を行ない、その後Bonferroni多重比較を行なった。

#### d. 倫理的配慮

対象となった病院の管理責任者の承諾を得た。また、調査日は病棟の責任者が調査用紙を管理し、調査用紙への記入は任意で無記名とした。また記入者および行動制限の対象者が特定されることのないよう配慮し、得られたデータについては研究以外には使用せず研究者が管理し、分析終了後に破棄した。調査対象者には、これらについて説明を行ない、承諾を得た。

## III. 結果

### 1. 行動制限を受けている患者の特徴

調査日に行動制限を受けている患者は103名で対病床数(823床)の12.5%であった。隔離されている患者は(以下、隔離)57名で対病床比率6.9%、拘束されている患者(以下、拘束)は43名で対病床比率5.5%、隔離し拘束を受けていた患者は3名であった。本研究では、隔離と拘束の違いをみるために、隔離され拘束を受けている患者3名のデータを分析の対象から除外した。

性別では、男性62名、女性38名であった。対象者全体の平均年齢は50.4(SD19.26)歳であった。隔離されている患者(男性38名、女性19名)の平均年齢は42.4(SD16.03)歳、拘束を受けている患者(男性24名、女性19名)では61.7(SD16.17)歳であった。

行動制限を受けている患者の診断名は、最も多かったのが統合失調症で65名、痴呆性疾患が9名であった(表1)。

入院期間は、1週間未満が12名、1週間以上1か月未満が17名、1か月以上3か月未満が12名、3か月以上6か月未満が8名、6か月以上1年未満が12名、1年以上が39名であった。

入院形態は、8名が措置入院で、92名が医療保護入院であった。

### 2. 行動制限の状況

#### a. 行動制限の理由(表2)

隔離を行なっている理由として最も多かったのは「精神

症状」で49名(86.0%)、「点滴などの医療行為」が2名(3.5%)で、「その他」が6名(10.5%)あった。

拘束の理由として最も多かったのは「精神症状」で20名(46.5%)、「点滴などの医療行為」が6名(14.0%)、「車椅子からの転倒などの安全の確保」が17名(39.5%)であった。

#### b. 行動制限の期間(表3)

隔離を行なっている期間は、1日が6名(10.5%)、2日以上1週間未満が10名(17.5%)、1週間以上2週間未満が7名(12.3%)、2週間以上3週間未満が3名(5.3%)、3週間以上1か月未満が8名(14.0%)、1か月以上が21名(36.8%)であった。

表1 行動制限を受けている患者の診断名；隔離と拘束の比較(n=100)

疾患名	隔離(%)	拘束(%)
痴呆性疾患	9 (3(5.3))	6(14.0)
統合失調症	65 (36(63.2))	29(67.4)
そううつ病	8 (5(8.7))	3(7.0)
その他の精神病	8 (5(8.7))	3(7.0)
中毒性精神障害	1 (1(1.8))	0
その他の脳器質性疾患	1 (0)	1(2.3)
人格障害	2 (2(3.5))	0
精神遅滞	2 (1(1.8))	1(2.3)
その他	4 (4(7.0))	0
合計	100 (57(100))	43(100)
平均年齢(range)	50.4 42.37(13-72)	61.67(18-90)

表2 行動制限の理由；隔離と拘束の比較(n=100)

	隔離(%)	拘束(%)
精神症状	49(86.0)	20(46.5)
点滴などの医療行為	2(3.5)	6(14.0)
車椅子からの転倒などの安全の確保	0	17(39.5)
その他	6(10.5)	0
合計	57(100.0)	43(100.0)

表4 行動制限の期間；診断名による比較

	隔離			拘束		
	統合失調症	痴呆性疾患	その他	統合失調症	痴呆性疾患	その他
1日	3	1	2	5		
2日以上1週間未満	6		4	4		1
1週間以上2週間未満	4		3	4		2
2週間以上3週間未満	3					2
3週間以上1か月未満	4		4		1	
1か月以上	16	1	4	16	5	3
不明		1	1			

拘束を行なっている期間は、1日が5名(11.6%)、2日以上1週間未満が5名(11.6%)、1週間以上2週間未満が6名(14.0%)、2週間以上3週間未満が2名(4.7%)、3週間以上1か月未満が1名(2.3%)、1か月以上が24名(55.8%)であった。

行動制限の期間を統合失調症、痴呆性疾患、その他の疾患の3つに区分してみると、隔離の場合、統合失調症は1か月以上が16名であり、統合失調症患者の44.4%であった。同様に拘束している患者をみると統合失調症は1か月以上の拘束が16名で55.2%であった。拘束をしている痴呆性疾患患者は3週間以上1か月以内、1か月以上で長期の者が多かった(表4)。

#### c. 行動制限の内容

隔離を行なっている場所は保護室が30名(52.6%)、個室が22名(38.6%)、その他の一般病室が3名(5.3%)であった。隔離を行なっている場所には、ナースコールとテレビモニターの両方が設置されているのが12箇所(21.1%)で、ナースコールのみが25箇所(43.9%)、テレビモニターのみが18箇所(31.6%)であった。

拘束を行なっている部位は、上肢または下肢のみが5名(11.6%)、体幹のみが18名(41.9%)、四肢および体幹が20名(46.5%)であった。

拘束を行なっている場所は、一般病室が20名(46.5%)、個室および保護室が15名(34.9%)、車椅子が5名(11.6%)、その他が3名(7.0%)であった。

表3 行動制限の期間；隔離と拘束の比較(n=100)

	隔離(%)	拘束(%)
1日	6(10.5)	5(11.6)
2日以上1週間未満	10(17.5)	5(11.6)
1週間以上2週間未満	7(12.3)	6(14.0)
2週間以上3週間未満	3(5.3)	2(4.7)
3週間以上1ヶ月未満	8(14.0)	1(2.3)
1か月以上	21(36.8)	24(55.8)
不明	2(3.5)	0
合計	57(100.0)	43(100.0)



拘束を行なっている場所には、ナースコールのみが37箇所(86.0%)、テレビモニターのみが5箇所(11.6%)設置されており、両方の設置が1箇所あった。

#### d. 行動制限の中断(表5)

隔離の中断状況を見ると、6名は中断時間がなく、51名は15分から8時間の中断が見られた。そのなかで中断時間が4時間を超えるものは35名で61.4%となっていた。

拘束の中断状況を見ると、11名(25.6%)は1時間から17時間の中断が行なわれ、32名(74.4%)は中断時間がなかった。拘束の中断が行なわれている11名のうち3名は8時間以上の中断が行なわれていた。

行動制限を一時的に解除して実施した援助回数を、統合失調症、痴呆性疾患、その他の疾患に区分し1人あたりの平均で比較したが、差異は認められなかった。しかし拘束を受けている統合失調症は平均一時的解除回数が1.3回であるのに対し、その他の疾患は2.3回、痴呆性疾患2.0回と有意な差が認められた( $F=27.3, p<0.05$ )。部分拘束を受けている患者の平均一時的解除回数には差異が認められなかった(表6)。

### 3. 行動制限時の援助内容

#### a. 援助総数

行動制限時の援助総数をカテゴリーごとにみると、最も多い援助は『観察』4,979回で、次に『安楽』526回、『排泄の世話』398回、『食事の世話』395回の順であった。

これらを各項目でみると、カテゴリー『観察』は、3項目で構成されているが、「観察・巡視」(3,923回)、「テレビモニターの観察」(908回)の2項目が圧倒的に多かった。カテゴリー『安楽』では「会話」328回、「ナースコールの対応」87回が多かった。カテゴリー『排泄の世話』は、「おむ

つ交換」(181回)、「排泄の介助」(176回)であった。カテゴリー『食事の世話』は項目「食事・間食の援助」が190回、「水分補給」は178回であった(表7)。

#### b. 隔離患者と拘束患者の比較

援助回数を隔離と拘束に分けて比較してみると、13のどのカテゴリーでも平均援助回数には差異は認められなかった。また項目ごとに隔離と拘束患者への平均援助回数で比較すると、「診療・治療の介助・処置」では、隔離1.94回、拘束5.60回( $t=2.09, p=0.044$ )、「呼吸・循環管理」では、隔離1.00回、拘束3.58回( $t=4.14, p=0.001$ )、「バイタルサイン測定・全身観察」では、隔離1.08回、拘束1.44回( $t=2.54, p=0.022$ )、「観察・巡視」では隔離13.8回、拘束17.2回( $t=3.38, p=0.001$ )で、共に拘束患者のほうが援助を多く受けていることが認められた。

カテゴリー『安楽』では「体位変換」(96回)のほとんどは拘束患者であった。また、カテゴリー『食事の世話』の項目「経管栄養」は27回で拘束患者のみに認められた。

しかし、その他の項目では隔離と拘束の平均援助回数を比較したが、差異は認められなかった。

#### c. 援助に関わった看護師の人数

調査の対象者である看護師143名は、日勤帯5~9名、準夜帯では2病棟、深夜帯では1病棟を除いた13の病棟で各2名ずつであった。準夜帯2病棟、深夜帯1病棟はそれぞれ3名ずつが援助に関わっていた。

1回の援助に関わった看護師の人数は、ほとんどが1名ずつであった。しかし項目「清拭・陰部洗浄」では2人以上に関わった援助回数が30回であり「清拭・陰部洗浄」全体の52.6%であった。また項目「シーツ交換」において2人以上に関わった援助は33.3%(11回)、項目「おむつ交換」では21.0%(39回)、項目「移乗」では20.3%(13回)、項目「診療・治療の解除・処置」では15.0%(34回)を占めており、これらの項目では援助を実施する際に2人以上の看護師が関わっていることが認められた。

#### d. 勤務帯による平均援助回数の比較

項目「与薬」において日勤帯での平均援助回数は1.19(SD 0.39)回、準夜帯1.76(SD 0.68)回、深夜帯1.22(SD 0.54)回であり、グループ間で差が認められた( $F=19.55, p<0.001$ )。その後、Bonferroniで多重比較をした結果、準夜帯が日勤帯、深夜帯に比べ有意に多いこ

表5 行動制限の中断時間；隔離と拘束の比較(n=100)

	隔離(%)	拘束(%)
0時間	6(10.5)	32(74.4)
15分以上4時間未満	16(28.1)	4(9.3)
4時間以上8時間未満	35(61.4)	4(9.3)
8時間以上	0	3(7.0)
合計	57(100.0)	43(100.0)

表6 一時的解除の平均回数；診断名による比較

	隔離		拘束	
	n	一時的解除回数	n	部分一時的解除回数 一時的解除回数
統合失調症	36	3.5	29	2.6 1.3
痴呆性疾患	3	3.0	6	2.0
その他	18	4.5	8	1.6 2.3

表 7 行動制限を受けている患者の援助総数；隔離と拘束の比較 単位：回

カテゴリー	項目	援助総数	隔離	拘束
合計		7,336	3,805	3,531
身体の清潔		219	89	130
	清拭・陰部洗浄	57	18	39
	洗面	118	54	64
	更衣	28	9	19
	入浴	16	8	8
与薬	与薬	244	129	115
排泄の世話		398	156	242
	排泄介助	176	124	52
	おむつ交換	181	30	151
	尿管の管理	41	2	39
食事		395	202	193
	食事・間食の援助	190	108	82
	水分補給	178	94	84
	経管栄養	27	0	27
環境		79	49	30
	室内の清掃	46	32	14
	シーツ交換	33	17	16
安楽		526	236	290
	会話	328	184	144
	ナースコール対応	87	46	41
	喫煙	3	3	0
	マッサージ	12	2	10
	体位変換	96	1	95
診療の介助・処置		311	37	274
	診療・治療の介助・処置	227	31	196
	呼吸・循環管理	71	3	68
	検査・手術(m-ECT など)	13	3	10
観察		4,979	2,879	2,100
	バイタルサイン測定・全身観察	148	56	92
	観察・巡視	3,923	2,002	1,921
	テレビモニター観察	908	821	87
移動		113	6	107
	車椅子の乗車	49	4	45
	移乗	64	2	62
問題行動の対処	問題行動の対処	60	14	46
通信・電話の援助	通信・電話の援助	1	1	0
外出		3	2	1
	付き添い散歩	3	2	1
	患者との買い物	0	0	0
家族の面接	家族の面接	8	5	3

とが認められた( $p < 0.001$ )。また、項目「排泄介助」において日勤帯での平均援助回数は2.24(SD 1.22)回、準夜帯1.85(SD 1.40)回、深夜帯1.39(SD 0.69)回でグループ間で差がみられ( $F = 4.67, p = 0.012$ )、Bonferroniで多重

比較をした結果、日勤帯が深夜帯に比べ有意に多かった。さらに項目「観察・巡視」における日勤帯での平均援助回数は12.40(SD 8.57)回、準夜帯16.10(SD 7.93)回、深夜帯16.45(SD 7.25)回でグループ間での有意差がみられた

表 8 平均援助回数の勤務帯による比較 Mean(SD) n=100

項目	日勤帯	準夜帯	深夜帯
与薬	1.19(0.39)	1.76(0.68)	1.22(0.54)
排泄介助	2.24(1.22)	1.85(1.40)	1.39(0.69)
観察・巡視	12.40(8.57)	16.10(7.93)	16.45(7.25)
テレビモニター観察	5.50(4.77)	15.14(10.30)	14.39(7.40)
移乗	2.25(1.65)	1.21(0.43)	1.00(0.00)

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

表 9 各勤務帯における平均援助回数；隔離と拘束の比較

	隔離	拘束
【日勤帯】		
バイタルサインの測定・全身観察	1.03(0.18)	1.66(1.40)
観察・巡視	10.32(8.17)	15.0(8.46)
【深夜帯】		
観察・巡視	14.93(6.76)	18.54(7.47)

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

(F=5.911, p=0.003)。その後、Bonferroniで多重比較をした結果、日勤帯に比べ準夜帯(p<0.05)および深夜帯(p<0.01)が有意に多く、準夜帯と深夜帯とでは有意な差はみられなかった。同様に項目「テレビモニター観察」においても、日勤帯での平均援助回数は5.50(SD 4.77)回、準夜帯15.14(SD 10.30)回、深夜帯14.39(SD 7.40)回でグループ間での有意差がみられ(F=6.04, p=0.004)、Bonferroniで多重比較をした結果、日勤帯に比べ準夜帯(p<0.01)および深夜帯(p<0.01)が有意に多く、準夜帯と深夜帯とでは有意な差はみられなかった。

項目「移乗」の平均援助回数は、日勤帯で2.25(SD 1.65)回、準夜帯1.21(SD 0.43)回、深夜帯1.00(SD 0.00)回でグループ間での有意差がみられ(F=5.58, p=0.007)、Bonferroniで多重比較をした結果、日勤帯に比べ準夜帯(p<0.05)および深夜帯(p<0.05)が有意に多かった(表8)。

e. 各勤務帯における隔離と拘束の平均援助回数の比較

日勤帯においては項目「バイタルサインの測定・全身観察」において、拘束1.66(SD 1.40)回、隔離1.03(SD 0.18)回であり、拘束のほうが有意に多いことが認められた(t=2.39, p=0.024)。また「観察・巡視」において、拘束

15.0(SD 8.46)回、隔離10.32(SD 8.17)回であり、拘束のほうが有意に多いことが認められた(t=2.33, p=0.023)。

準夜帯においては、拘束と隔離を比較したが、差のみられた項目はなかった。

深夜帯では「観察・巡視」において、拘束18.54(SD 7.47)回、隔離14.93(SD 6.76)回であり、拘束のほうが有意に多かった(t=2.45, p=0.017) (表9)。

隔離の一時的解除、あるいは拘束の部分一時的解除、拘束の一時的解除をした勤務帯をみると、隔離の一時的解除は日勤帯において31項目中の10項目で認められた。拘束の部分一時的解除は、日勤帯で11項目、深夜帯で12項目、同様に拘束の一時的解除は日勤帯、深夜帯で共に16項目に認められた(表10)。

IV. 考 察

1. 行動制限を受けている患者の特徴

「平成11年度厚生科学研究：精神科医療における行動制限最小化に関する研究」での病棟区分ごとの行動制限数において、対病床比率が最も高いのは公立病院の7.6%で、

表 10 各勤務帯における一時的解除の有無

カテゴリー	項目	隔離一時解除			拘束					
					部分一時解除			一時解除		
		日勤	準夜	深夜	日勤	準夜	深夜	日勤	準夜	深夜
身体の清潔	清拭・陰部洗浄	○			○		○	○		○
	洗面		○	○	○		○	○		○
	更衣							○		○
	入浴	○						○		○
与薬		○	○			○	○		○	
排泄の世話	排泄介助		○		○		○	○	○	○
	おむつ交換				○	○	○	○		
	尿管の管理									
食事の世話	食事・間食の援助	○	○			○	○	○		○
	水分補給				○					○
	経管栄養									
環境	室内の清掃	○			○			○		
	シーツ交換				○			○	○	○
安楽	会話								○	○
	ナースコール対応							○		
	喫煙	○								
	マッサージ									
診療・治療の介助	体位変換						○			○
	診察・治療の介助						○		○	○
	呼吸・循環管理						○			
観察	検査・手術							○		○
	バイタルサインの測定	○		○			○	○		○
	観察・巡視	○			○	○	○	○	○	○
移動	テレビモニターの観察									
	車椅子の乗車				○					○
移動	移乗				○	○			○	
	問題行動の対処						○		○	
通信・電話の援助	通信・電話の援助	○						○		
外出	付き添い散歩	○						○		
	患者との買い物									
家族の面接	家族の面接	○			○					
	一時解除項目合計	10	4	3	11	4	12	16	7	16

注) ○印は援助のために一時解除がなされた項目

国立病院・療養所は6.0%、全体では4.1%であった<sup>1)</sup>。今回の行動制限を受けている患者は対病床比率12.5%であり、平成11年度の調査に比べてはるかに高いことが認められた。

拘束理由の46.5%が精神症状、拘束を受けている部位では四肢および体幹が46.5%であった。拘束を受けている期間は、1か月以上に及ぶ患者が最も多く、拘束を受けている患者の55.8%となっている。さらに、拘束を受けている患者では中断時間のないものが72.1%を占めてい

た。また、隔離の理由では86.0%が精神症状であり、期間が1か月以上に及ぶ患者が36.8%であった。特に1か月以上の長期に隔離や拘束を受けている患者は統合失調症患者に多く認められた。また全体の数は少ないものの痴呆性疾患患者に1か月以上の長期拘束者が認められた。隔離・拘束の平均一時的解除回数も少なかった。宮本ら<sup>12)</sup>は、統合失調症患者は、入院日数の経過とケア時間の関連がなく、常に病状に応じた援助が必要であると述べている。

本研究における行動制限を受けている患者の特徴は精神



症状が不安定と考えられる統合失調症患者が多く、長期の行動制限が必要とされており、また、さまざまな援助を必要としている状況であると考えられた。しかし、本研究では精神症状の具体的な内容を調査していないため、明確にすることができなかった。

## 2. 隔離と拘束時の援助内容の比較

拘束と隔離を比較してみると、有意な差は認められなかったが、1人あたりが受ける援助回数が拘束のほうが多かった。拘束を受けている患者の46.5%が四肢および体幹の拘束を受けていることから、頻繁な観察が必要となり、「バイタルサインの測定・全身観察」が多くなっていると考えられる。また、隔離の61.4%に8時間以上の中断が見られるが、拘束の74.4%には中断時間がないことなども、拘束のほうが「観察・巡視」が多くなっている理由と考えられる。

隔離に比べて拘束は平均援助回数が多いものの、『観察』に関するものがほとんどであった。拘束を受けている患者の74.4%には、拘束の中断時間がないこと、また四肢および体幹の拘束を受けているものが46.5%であったため、肺動脈血栓塞栓症<sup>13)</sup>の予防である「体位変換」や「マッサージ」などの援助が多くなると予測された。しかし、「体位変換」は合計95回(1人平均2.2回)で、「マッサージ」は10回(1人平均0.2回)であった。また、「水分の補給」は合計84回(1人平均2.0回)である。これらのことから、近年警告されている肺動脈血栓塞栓症からの突然死の危険が高いと考えられた。肺動脈血栓塞栓症の予防には、早期拘束解除のほか、弾性ストッキングの着用、間欠的下肢圧迫療法などによる物理療法、理学療法<sup>14)</sup>などの援助が有効である。したがって看護師は、水分補給を行なうとともに、下肢の他動運動やマッサージなどの援助を行なうことが必要になると思われる。

## 3. 勤務帯による援助回数の比較

勤務帯による援助回数の違いをみると、日勤帯と準夜帯では項目「与薬」と「観察・巡視」が準夜帯で多く、「移乗」が日勤帯で多かった。準夜帯では夕食後薬と就寝前薬があるために、日勤帯と比べて多くなっているものと思われる。また、日勤帯では援助を行ないながら観察を実施しているために「観察・巡視」の回数が少なくなっているとも考えられた。「移乗」が日勤帯で多いということは、夜勤帯は患者を動かさないことを示しており、夜勤帯では勤務者数が少ないために、日勤帯にゆだねていると推察できる。また、これは患者の安全を確保するためにも必要なことであると思われた。

隔離を受けている患者が、隔離を一時的に解除して援助を受けるのは、日勤帯のほうが圧倒的に多かった。一方、

拘束を受けている患者では、一時的に解除している援助項目数が日勤帯と深夜帯では大きな差異が認められなかった。このことは、準夜帯では患者からの相談が多いとの指摘<sup>15)</sup>のとおり、準夜帯は隔離や拘束を受けている患者以外の患者への対応に追われているため、隔離や拘束を受けている患者への援助が少なくなったとも考えられる。また本来、深夜帯は患者が入眠している時間帯であるが、日勤帯と同様の援助回数を実施しているということは、深夜帯でも不安定な精神症状のためか、あるいは別のニーズがあるとも考えられた。また拘束を受けている患者は、拘束の援助を実施するための一時解除や多人数の看護師で関わる必要があるカテゴリー『身体の清潔』や『排泄の世話』等の日常生活上の援助の回数が多かった。これらのことから、深夜帯での業務は煩雑ではないかと推察された。

## V. おわりに

行動制限時の援助を24時間で測定した結果、カテゴリーでは『観察』に関するものが最も多く、次いで『安楽』『排泄の世話』『食事の世話』に関する援助総数が多かった。このことから行動制限を受けている患者に対しては基本的欲求に関する援助が提供されていることが明らかになった。しかし、一方では「体位変換」や「マッサージ」「水分補給」等の拘束時に必要と思われた援助が少ないことも明らかになった。また、現在の援助総数を考え合わせると1人あたりの平均援助回数が1回に満たない項目もあり、援助が十分になされているとは言い難いと思われた。

今回の調査では、隔離と拘束での援助回数の違いや各勤務帯での援助回数の違いが明らかになったが、援助の質の違いを明らかにするには至らなかった。また本研究では行動制限を受けている患者のニーズに基づいた調査ではなく、実際に行なわれている援助回数を測定したのみである。さらに隔離や拘束を受けている患者の行動制限の理由の記載が不十分であったために、援助回数の妥当性について検討を十分に行なうことはできなかった。これらが、本研究の限界であると考えられる。

今後は、隔離と拘束を選択する理由や、行動制限を受ける患者のニーズを明確にしながら、隔離と拘束の援助内容の質の違いを明らかにしていくことが課題である。

本研究の調査に協力していただいた皆様に深謝します。

## ■文献

- 1) 浅井邦彦：平成11年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)精神科医療における行動制限の最小化に関する研究 精神障害者の行動制限と人権確保のあり方、2000。



- 2) Kullgren G et. al: Practices and attitudes among Swedish psychiatrists regarding the ethics of compulsory treatment, *Acta Psychiatr Scand* 93, 389-396, 1996
- 3) Salib et al: Practice of seclusion; A five-year retrospective review in north Cheshire, *Med Sci Law*, 38, 321-327, 1998
- 4) 中村仁志, 久米和興, 赤荻由美, 他: 精神科看護技術に関する一検討; 保護室における看護技術について, 千葉県立衛生短期大学紀要, 9(1), 35-41, 2000.
- 5) 兵頭猪佐夫, 和田八重子, 佐野雅美, 他: 急性期治療病棟の保護室入室時の患者のニーズ; 保護室入室体験者の声, 日本精神科看護学会, 423-426,
- 6) 松本佳子, 桜井伸子, 大場美知子: 精神科入院患者にとつての身体拘束の体験; 患者と家族とのインタビューから, 日本精神保健看護学会, 11(1), 79-84, 2002.
- 7) 三谷裕美子: 保護室患者にも個別的継続的ケアを; 毎日向きあえば細かな変化が見えてくる, 精神科看護, 29(1), 14-19, 2002.
- 8) 辻脇邦彦: 抑制の目的と解除目標・時期を明確にする; 抑制時ケア基準作成への取り組み, 精神科看護, 28(6), 26-30, 2001.
- 9) 三原忠夫, 西村日出子, 片寄ゆかり, 他: 保護室入室患者の看護ケアに関する分析; 看護技術カテゴリを活用して, 日本精神看護学会, 51-53,
- 10) 浅井邦彦: 平成 12 年度厚生科学研究費補助金(精神保福祉総合研究事業)精神科医療における行動制限の最小化に関する研究, 2001.
- 11) 日本看護協会看護婦職能委員会編: 看護婦業務指針, 日本看護協会出版会, 1995.
- 12) 宮本有紀, 萱間真美, 沢田秋, 他: 精神科急性期看護のケア量の時期に応じた増減の特徴, 精神科看護, 30(11), 42-46, 2003.
- 13) 長嶺敬彦: 身体拘束と肺動脈血栓塞栓症, 精神科看護, 31(6): 44-48, 2004.
- 14) 原田貴史, 友竹正人, 小笠原一能, 他: 精神科臨床における下肢深部静脈血栓症, 臨床精神医学, 33(7), 939-946, 2004.
- 15) 北川明, 川崎長継, 稲沢哲三: タイムスタディを使用した精神科看護業務に対する特殊性; 他科との看護業務割合比較からの分析, 日本精神科看護学会誌 45(2), 197-201, 2002.

**【要旨】** 本研究の目的は、行動制限を受けている患者に提供されている看護の実態を明らかにすることである。2 病院で行動制限を受けている患者を対象に、病名・年齢・行動制限の内容と、1 日 24 時間に提供された看護の実態について調査した。提供された看護の実態は、31 の援助項目について看護師に 15 分間隔でチェックをする方法で測定した。分析方法は、援助項目ごとに援助回数を集計し、勤務帯(日勤, 深夜, 準夜)ごとに隔離と拘束を比較するために一元配置分散分析を行なった。その結果、調査日に行動制限を受けている患者は 103 名(隔離 57 名, 拘束 43 名, 隔離と拘束を共に受けているのは 3 名)で、対病床比率 12.5%であった。援助回数の多いものはカテゴリーでは『観察』『安楽』『排泄の世話』『食事の世話』であった。勤務帯ごとに隔離と拘束時の援助回数を項目ごとに比較すると、日勤帯の「バイタルサインの測定・全身観察」「観察・巡視」と、深夜帯の「観察・巡視」において隔離より拘束のほうが援助回数は多かった。勤務帯による援助回数の比較では、「与薬」や「観察・巡視」「排泄介助」「移乗」において有意な差が見られた。本研究で行動制限を受けている患者の対病床比率は 12.5%であり、平成 11 年度の研究に比べて高く、調査対象病院の特徴と推察された。隔離よりも拘束に援助回数が多かったのは、拘束されている患者の 46.5%が四肢と体幹の拘束を受けていたことと、74.4%の拘束患者には中絶時間がないことなどが理由と考えられた。