安心して身体拘束最小化を実現する方法の検討

つなぎを外した初日から便の異食があり、その一瞬を予防する方法や看護が問われている。異食とは、食べ物以外のものを食べてしまうことを言い、 認知症のBPSD（行動・心理症状）の1つで、中核症状（認知機能の低下）に伴って引き起こされる。また、日精看のWeb研修会「認知症の理解とカンフォータブルケア」資料によると、患者さんに寄り添うことがBPSDの軽減につながるとされている。果たして、便の異食を予防する方法は、患者さんをしばることしかないのであろうか。

確かに、異食行為は生命のリスクがあり、医療安全の観点から保護することが望ましいと感じられる。しかし、患者さんをしばらなくてもいい方法があるのに、しばって管理することは、患者さんにとって不幸ではないだろうか。

以前、1病棟でホール係の新設が検討されたことがある。最初は、記録が滞るとか、人員不足との声が上がり、反対が多かったが、いざ行ってみると、転倒や奇異行動を予防でき、記録などの業務も却ってはかどるようになった。なにより最終的には、つなぎや三角ベルトによる身体固定の減少につながった。

患者さんをしばらない。行動制限最小化委員会がこの取り組みを支援する理由は、患者さんの幸せのためである。一方、医療安全の最終的な目的も、患者さんが幸せであってほしいことは同じではないだろうか。この双方の理念を実現する方法として、４病棟でもホール番を設定することが有効と考える。具体的には、Ｂリーダーに入浴などが未担当のＢサブがおり、Bリーダーがホールで記録できそうな日、介護士が協力できる日、誰かが入れる日は、ホール番に入る（ホワイトボードに枠を設ける）。それができないなら、その時はやむを得ないのだから、つなぎや三角ベルトを使用する。このように周知すれば、スタッフも安心して取り組める可能性がある。つぎに、リスクのある患者さんは午前中に入浴とOT参加を集約させてもらい、午後13:45～16:45はホール番が見守る。これ以降は遅出が責任を持つ。こうすれば人員が損なわれにくいだろう。

解説書：「身体拘束最小化」を実現した松沢病院の方法とプロセスを全公開 によれば、認知症治療病棟でホール番を設定したことが、院全体で最小化への分岐となり、実現につながったとされる。

もし、さらに具体的に最小化を推進するならば、ホール番の位置を402号の1や6に目が届く位置とし、臥床中に便を異食してしまう患者さんを同時に見守ることが有益であろう。一方、人員不足で専従が困難ならば、ナーシングワゴンを活用してホールで記録してもらい、患者さんの要求や小さな異常を発見したら自ら出向くのではなく、ほかのスタッフへ知らせるルールを設定することが最善ではないか。これに関しては、専従できないから一律にしない、という意見があるが、一番いい方法を模索することが医療倫理（患者への無危害、医療資源の公正配分の原則）に則っていると考えらないか。加えて、この取り組みには、ナーシングワゴンなどに電子カルテを置いて活用することで、詰所にこもらない習慣を風土化することも必要であろう。

結論として、無理のない範囲で行動制限最小化を推進するには、人がいないので一律に患者さんのそばに居れない、と結論づけるのではなく、ホール番という代替策を日勤帯で人が多い時に限定して、スタッフが安心して行える範囲で試行していくことが有効であろう。

2/23 ４病棟　牛根

代替策

・頻回におむつチェック（一瞬のスキで汚染するかも）

・テレミン後2時間したらトイレ誘導（2時間以内に出るかも）

・火、金をテレミンの日にしてコントロール

・火、金　GE

・食事量を増やす

・ホールで楽しめる活動を探す