

急性期病院における看護師の身体拘束に対する判断時の「迷い」

| | |
|-----|---|
| 著者 | 水上 直子 |
| 雑誌名 | 大学院紀要 = Bulletin of the Graduate School, Toyo University |
| 巻 | 51 |
| ページ | 159-181 |
| 発行年 | 2014 |
| URL | http://id.nii.ac.jp/1060/00007305/ |

急性期病院における看護師の 身体拘束に対する判断時の「迷い」

福祉社会デザイン研究科福祉社会システム専攻修士課程修了
水上 直子

要旨

本研究は、急性期病院で働く看護師を対象に調査を実施し、看護師の日常業務における身体拘束の判断についての「迷い」を明らかにすることを目的としている。本調査では、急性期病院で働く看護師127名を対象に、急性期病院における身体拘束の経験の有無が、看護師の「迷い」にどのように関連しているのかを導き出すために意識調査を実施した。

その結果、意識調査からは身体拘束の「開始」「解除」を判断経験がある看護師は、判断の度に迷いが生じていること、身体拘束の判断経験が多い経験年数10年以上のベテラン看護師ほど、判断時の場面で迷いが生じていたことが明らかとなった。迷いの内容として「いつまで身体拘束を行うか」「家族が患者への身体拘束に対し納得されているか」「代替方法の可能性があるのでないか」の категорияが抽出された。

結論として、看護師は多くの業務経験を積むことで、経験値を生かし判断に「迷い」が軽減していく一方で、身体拘束に限っては、患者の状態は病気や年齢など多種多様であるため患者が替われば初めての事例として扱われ、経験を積むことによって逆に「迷い」が生じていたことが読み取れた。そして、看護師の迷いを軽減することができるのは、身体拘束のガイドラインから漏れる多様な事例をひとつずつ検討することが今後重要であると示唆された。

キーワード：身体拘束、看護師、迷い

1. はじめに

1-1 研究の背景と目的

身体拘束をめぐる近年の動向で特出すべきことは、指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たって、「身体拘束の禁止規定」（現厚生労働省:1999）が盛り込まれ、介護施設や指定居宅サービス等では、**身体拘束は原則禁止**となったことである。これ

は福祉分野の介護における規定であるが、同時に医療分野の看護にも大きな影響を与えた。本論文では、医療分野の看護、特に生命維持のために最も身体拘束の全廃が困難とされる急性期医療に焦点を当てて考察する。

医療分野の身体拘束に関する動きは1986年の上川病院（東京都八王子市）の試みにはじまり、1998年「抑制廃止福岡宣言」、続いて1999年の日本看護師協会「介護保険施設で身体拘束をしないため」が発表され、2001年に厚生労働省の「身体拘束ゼロの手引き」を受けて、拘束廃止の動きが活発化した。

具体的には、看護師を中心とした学習会や意見交換会の開催、監視システムの強化、点滴等のチューブ類の固定方法など、身体拘束をしないケアの実践に向けての取り組みがなされてきた。急性期病院においても、さまざまな取り組みが行われ、身体拘束を減らす代替案、病室環境の工夫、カテーテルやチューブ類の固定や刺入部の保護方法、自己抜去の危険度などの把握につとめ、各病院では「身体拘束のガイドライン」が作成されている。

このガイドライン作成の意味は、身体拘束を判断する医師や、特に看護師による判断の差異をなくし、看護師の主観によって左右されない統一した見解を示すことにあるが、介護分野の身体拘束禁止の規定でさえも、「原則禁止」であって「やむを得ない場合」が想定されているように、原則禁止の流れの中で急性期医療機関では、「やむを得ない場合」の判断を下さなければならないケースが他機関よりも多くあり、その「開始」や「解除」の判断は看護師に委ねられている。そこには当然のように看護師の迷いや葛藤があることが想定される。実際に、栗林清子（2006）によれば抑制開始の判断が看護師間で異なると感じている看護師が約6割もおり、看護師間のアセスメントの違いや判断能力の差により判断時の時期にやや開きがあるとされている（塩形:2010、深町:2005、佐藤小百合2005）。その違いを生むところには、どのような要因が存在するのか。

本研究の目的は、急性期病院で働く看護師を対象とし、対象者の日常業務における身体拘束の「開始」や「解除」についての「迷い」を明らかにし、「医療・看護」の立場から身体拘束に関する実態把握を試みることである。

1-2 急性期病院における身体拘束の問題

急性期医療を担う急性期病院では、身体拘束かつ治療を円滑に行うために必要な場合があり、ガイドライン（判断基準）を設けて実施している（臼井:2007）。身体拘束を「治療上やむなし」で行うのであれば、そこに医師の指示があってもよいのである。しかし、現実にはほとんどの場合身体拘束は、看護師の判断で行われている（田上:2001）。そのため、身体拘束を開始するときも解除するときもその根拠となっているガイドラインが明確にされていないと考える。そして身体拘束を実施する場合、その根拠の明確化、患者のアセスメントと身体拘束の種類・部位・時間の選定、身体拘束中の観察とケア、身体拘束による

リスクや2次障害（皮膚損傷、廃用性萎縮など）の予防、患者家族への説明と同意など、看護師の責任は重大であると推測される。そのため、身体拘束におけるガイドラインの修正と改定を再検討と、身体拘束の判断に関わる場面が多い看護師に対する意識調査をする必要がある。

急性期病院における身体拘束に関する看護師の意識調査の多くは、ガイドラインを導入前のものと導入後の調査であり、意識の変化や身体拘束に関する認識を調査するものであった。次に意識調査の中で、看護師のジレンマに関する研究も見られていた（千田:2003、山本:2005）。しかし、身体拘束の必要性に関するジレンマの調査がほとんどで、身体拘束の判断時や解除に限定するものは少なかった。ジレンマを抱きながら身体拘束を判断している状況は、ガイドラインの統一性がないと考えられ、修正・改定をしていく際も含め、看護師の身体拘束に対する判断時の意識に関して調査していく必要がある。

1-3 研究方法

そこで本研究では、急性期病院で働く看護師を対象にした意識調査（アンケート調査／「身体拘束の『開始』および『解除』判断をめぐる看護師の意識調査」）を実施し、ガイドラインを設けてもなお看護師個人個人の判断に左右され不必要な身体拘束が継続されている問題に着目し、その実態を分析する。

1-4 用語の定義

(1) 身体拘束

看護学大辞典（第6版:2013）で抑制法（restraints）は「患者の安全保持と治療、看護上の必要性による運動の制限の目的で柵およびカンバス布、シーツ、紐および帯類、抑制管、足押えなどを用いて行う方法である」とあり、看護技術としての方法が明記されている。そして厚生省告示（現厚生労働省）による身体拘束の定義では「身体拘束とは、衣類又は綿入り帯類を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動制限をいう」（第130号：1988）とあり、「抑制」と「身体拘束」という用語が同様の意味で使用されていることがわかる。看護教育の中で「抑制」や「身体抑制」は多く使用されているが、介護分野におけるような法的な制度は未だない。本研究では、1988年当時の厚生省が告示した内容をふまえ、身体拘束を「身体拘束とは、衣類又は綿入り帯類を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動制限をいう」と定義する。

(2) 看護師の「迷い」

身体拘束における看護師の「迷い」とは、梶原（2013）身体拘束を開始するか解除するか判断に迷いをもたらす看護師の思いのことである。それに対して山本（2005）は、「看護ジレンマ」と表現し、①相反すると思う2つの状況からどちらを選んでよいかわからない、

選んだ一方がよかったかどうかわからない、③選んだ一方が悪かったと思う、④よくないと思うほうを選ばなければならない、⑤よいと思うほうを選ぼうとしていると定義している。

本論文において、看護師の「迷い」は、「身体拘束を開始するか解除するかの判断に迷いをもたらす看護師の思いのこと」と定義する。

2. 身体拘束の「開始」および「解除」判断をめぐる看護師の意識調査

2-1 方法

(1) 対象

調査対象者は、東京都A区にある急性期病院（東京都二次指定医療機関）のE病院で働く看護師である。選定理由として、日本集中治療医学会の看護部会による「抑制のガイドライン」（2013）を参考に①二次指定医療機関以上であり、②身体拘束に対し独自のガイドラインを設けており、③身体拘束の最小化を見極めていてスタッフの意識が高く、④身体拘束実施後の定期的なカンファレンスや評価・観察・記録を積極的に行っていることを条件とした。そして、このE病院の中でも、特に生命を維持するための治療が行われており、急性期治療の一環として身体拘束を行う割合が高いのは次の12の病棟であった。本研究では、これらすべての病棟に調査依頼を行い、外科病棟、消化器内科（以下内科A病棟とする）、耳鼻咽喉科・内科（以下内科B病棟とする）、呼吸器内科・肺外科（以下内科外科混合病棟とする）の4病棟から協力を得た。なお、急性期の身体拘束が行われる病棟に精神科病棟も含まれるが、精神科は精神保健福祉法という特別法によって規制されており、急性期医療の期間や身体拘束の定義の内容が他の診療科と異なることにより、調査の対象から除いた。

調査協力の得られた上記の4つの病棟で働く看護師は130人で、このうち127人から協力の表明が得られた。

(2) 調査項目

調査に用いたアンケート票を表1に示す。身体拘束に関する項目は、中田ら（2004）と山本（2005）による調査項目の〈看護系経験年数〉、〈看護師のジレンマの差〉の分類を参考に著者が作成した。その他に年齢や勤務形態等の属性と、看護系教育機関、身体拘束に関する知識などを尋ねた。

表1 調査内容

| | |
|---|------------------------------|
| 1 | 身体拘束開始および解除の判断をする立場になった経験の有無 |
| 2 | 身体拘束開始および解除の判断時の迷い |
| ① | 身体拘束の必要性について |
| ② | 身体拘束する期間に対して |
| ③ | 身体拘束する部位に対して |
| ④ | 患者が納得して身体拘束に応じているかについて |
| ⑤ | 家族が患者への身体拘束に納得されているかについて |
| ⑥ | 代替方法の可能性について |
| ⑦ | 看護師間で開始および解除の判断が異なると感じるか |
| 3 | 基本的属性(性別・年齢・看護師経験年数など) |

(3) データ収集の方法

調査期間は2013年8月15日から9月13日までの約1ヶ月である。各病棟の看護責任者に本研究の目的・アンケート用紙の配布方法・回収方法・研究者の所在を記述した依頼文を配布または研究者自ら説明を行った。対象者個人宛てにも研究の目的、回答方法や回答期間、回答時間、そして研究者の所在について記述した依頼状を添付し、本研究協力への理解を求めた。回答後は事前に配布していた封筒に入れ対象者自身で投函してもらった。

以上の要領で調査を実施したところ、調査協力の表明のあった127人中調査回答者は86人(67.7%)で、有効回答数は85人(66.9%)でそれぞれの病棟における看護師の人数と回収数(率)を表2に示す。回収率が病棟によって異なる理由として、各病棟の責任者にアンケート用紙の配布方法・回収方法配布または研究者自ら説明を行ったが、配布方法にばらつきがあったため、調査期間内に回収できなかった。

表2 それぞれの病棟における看護師の人数と回収数(%) n=127

| | 病棟看護師数 | 回答数(%) | 検定 |
|----------|--------|-----------|-----------------------------------|
| 外科病棟 | 32 | 32(100%) | $\chi^2=55.12$ df=3 P<0.001 |
| 内科病棟 A | 32 | 20(62.5%) | |
| 内科病棟 B | 30 | 5(16.7%) | |
| 外科内科混合病棟 | 33 | 28(84.8%) | |

(4) 倫理的配慮

調査の依頼にあたり、回答者の匿名性を守ること、調査への協力は自由意志にもとづくものであり、回答をしなくても本人に不利益は生じないことを文章で説明した。また、本調査の実施に先立って、東洋大学大学院「研究等倫理委員会」の承認を得た。

(5) 分析方法

分析は、身体拘束の開始および解除を判断した経験の有無別に、看護師の属性や経験年数、身体拘束に対する考え方を比較した。

主な統計的手法として χ^2 検定、Mann-WhitneyのU検定、ロジスティック回帰分析を用いた。用いた検定法は、その都度本文あるいは表に示した。分析ソフトはSPSSを使用した。

2-2 結果

(1) 回収者の属性

回収者の属性を表3に示す。回収者の性別の大半は女性であり96.5%だった。年齢は、30～34歳、35～39歳の年齢層が最も多く、このふたつのグループが全体の48.3%を占めた。平均看護師経験は10.3年（1年～33年）だった。病棟の領域では、外科系病棟が最も多く32人（37.6%）、次いで外科系内科系病棟が28人（32.9%）、内科系病棟は25人（29.4%）であった。

卒業した看護系教育機関では「専門・専修学校」が最も多く58人（68.2%）、次いで「大学・大学院」が23人（27.1%）で、「短期大学」が4人（4.7%）だった。

看護系以外（高等学校以上）の教育を受けたことがある者は13人と、全体の15.3%を占めるにすぎなかった。その内訳で最も多かったのは「大学・大学院」9人だった。また「専門看護師・認定看護師」の資格を持つ看護師はいなかった。

勤務形態の内訳で最も回答数が多かったのは、交替制勤務者が58人（68.0%）、次に子育て中の看護師が多く属する主として日勤者が26人（30.5%）だった。夜勤専従の看護師は、調査対象病棟に所属している病棟と所属していない病棟があり、今回のアンケート調査から外した。

表3 対象の基本的属性 n=85

| | | 人(%) | S.D | 最小値 | 最大値 | 平均値 |
|---------|-------------|-----------|------------|-----|-----|-------|
| 看護師経験年数 | | 84(98.8%) | 7.062 | 1年 | 33年 | 10.38 |
| 無回答 | | 1(1.2%) | | | | |
| 性別 | 女性 | 82(96.5%) | | | | |
| | 男性 | 3(3.5%) | | | | |
| 年齢 | 21～24歳 | 16(18.8%) | | | | |
| | 25～29歳 | 12(14.1%) | | | | |
| | 30～34歳 | 22(25.9%) | | | | |
| | 35～39歳 | 19(22.4%) | | | | |
| | 40～44歳 | 12(14.1%) | | | | |
| | 45～49歳 | 3(3.5%) | | | | |
| | 50歳以上 | 1(1.2%) | | | | |
| 勤務形態 | 交替制勤務 | 58(68.2%) | | | | |
| | 主として日勤 | 26(30.6%) | | | | |
| | 夜勤専従 | 0 | | | | |
| | 無回答 | 1(1.2%) | | | | |
| 病棟の領域 | 外科系病棟 | 32(37.6%) | | | | |
| | 内科系病棟 | 25(29.4%) | | | | |
| | 外科内科混合病棟 | 28(32.9%) | | | | |
| 資格 | 専門・認定看護師 | もっている | 0 | | | |
| | | もっていない | 85(100.0%) | | | |
| 教育機関 | 看護系卒業 | 専門・専修学校 | 58(68.2) | | | |
| | | 短期大学 | 4(4.7%) | | | |
| | | 大学・大学院 | 23(27.1%) | | | |
| 育の有無 | 看護系以外の教育の有無 | ある | 13(15.3%) | | | |
| | | ない | 72(84.7%) | | | |
| 機関 | 看護系以外の教育機関 | 専門・専修学校 | 1(7.7%) | | | |
| | | 短期大学 | 2(15.4%) | | | |
| | | 大学・大学院 | 9(69.2%) | | | |
| | | 無回答 | 1(7.7%) | | | |

S.D: 標準偏差

(2) 看護師の迷いと身体拘束に対する考え方：身体拘束の「開始」を判断する立場になった経験の有無による検討

1) 身体拘束の「開始」判断における迷い

身体拘束の開始を判断する迷いを表4に示す。身体拘束の開始を判断するときに「身体拘束の必要性について判断時に迷うかどうか（以下：身体拘束の必要性）」という質問への回答に

ついて、「いつも」という回答は7人（8.3%）、「時々」は60人（71.4%）だったのに対し、「ほとんどない」は17人（20.2%）だった。「患者が納得して身体拘束に応じているか判断時に迷うかどうか（以下：患者の納得）」という質問については、「いつも」は14人（16.7%）、「時々」は48人（57.1%）だったのに対し、「ほとんどない」は22人（26.2%）であった。「家族が患者への身体拘束に対し納得されているか判断時に迷うかどうか（以下：家族の納得）」という質問については、「いつも」は34人（40.4%）、「時々」は42人（50.0%）だったのに対し、「ほとんどない」は8人（9.6%）だった。「代替方法の可能性があるのでと身体拘束の判断時に迷うかどうか（以下：代替方法の可能性）」という質問については、「いつも」は14人（16.7%）、「時々」は50人（59.5%）だったのに対し、「ほとんどない」は20人（23.8%）だった。以上のように、約80%の人が、身体拘束の「開始」の判断に迷いを感じたことがあった。

表4 身体拘束の「開始」を判断する迷い (n=85)

| | | | |
|--------|------------------------------|--------|-----------|
| 判断時の迷い | ①身体拘束の必要性について判断時に迷う | いつも | 7(8.3%) |
| | | 時々 | 60(71.4%) |
| | | ほとんどない | 17(20.2%) |
| | ②身体拘束する期間に対し判断時に迷う | いつも | 11(13.1%) |
| | | 時々 | 61(72.6%) |
| | | ほとんどない | 12(14.3%) |
| | ③身体拘束する部位に対し判断時に迷う | いつも | 8(9.5%) |
| | | 時々 | 57(67.8%) |
| | | ほとんどない | 19(22.6%) |
| | ④患者が納得して身体拘束に応じているか判断時に迷う | いつも | 14(16.7%) |
| | | 時々 | 48(57.1%) |
| | | ほとんどない | 22(26.2%) |
| | ⑤家族が患者への身体拘束に対し納得されているか判断時迷う | いつも | 34(40.4%) |
| | | 時々 | 42(50%) |
| | | ほとんどない | 8(9.6%) |
| | ⑥代替方法の可能性があるのでと身体拘束の判断時に迷う | いつも | 14(16.7%) |
| | | 時々 | 50(59.5%) |
| | | ほとんどない | 20(23.8%) |

(単位：人)

2) 身体拘束「開始」の判断経験の有無と迷い

身体拘束の開始を「判断した経験をしたことがある」と答えた看護師は74人（87.1%）で「判断した経験がない」は10人（11.8%）であった。身体拘束の開始を判断した経験の有無別に、判断時の迷いを比較した結果を表5に示す。

統計的な有意差が得られたのは「身体拘束する時間に対し判断時に迷う（以下：身体拘束時間）」(P<0.018)と「家族の納得」(P<0.000)、そして「代替方法の可能性」(P<0.017)であった。

「身体拘束時期間」、「家族の納得」、「代替方法の可能性」については、身体拘束開始の判断を経験した看護師では、全体の80%以上が「いつも」もしくは「時々」迷ったことがあると回答したのに対し、身体拘束開始の判断を経験していない看護師では、「いつも」という回答はゼロで、迷うことは「ほとんどない」という回答が全体の40%以上を占めた。このように、「開始」の判断の経験を有することが、「迷い」につながっていることがわかる。

表5 身体拘束の「開始」を判断する迷い

| | | 項目 | はい(n=74) | いいえ(n=10) | χ ² 検定 |
|--------|-------------------------------|--------|------------|-----------|---|
| 判断時の迷い | ①身体拘束の必要性について判断時に迷う | いつも | 7 (8.3%) | 0 (0%) | χ ² =3.344 df=2 P<0.188 |
| | | 時々 | 54 (64.2%) | 6 (7.1%) | |
| | | ほとんどない | 13 (15.5%) | 4 (4.8%) | |
| | ②身体拘束する期間に対し判断時に迷う | いつも | 11 (13.1%) | 0 (0%) | χ ² =8.054 df=2 P<0.018 |
| | | 時々 | 55 (65.5%) | 6 (7.1%) | |
| | | ほとんどない | 8 (9.5%) | 4 (4.8%) | |
| | ③身体拘束する部位に対し判断時に迷う | いつも | 8 (9.5%) | 0 (0%) | χ ² =5.377 df=2 P<0.068 |
| | | 時々 | 52 (67.9%) | 5 (6.0%) | |
| | | ほとんどない | 14 (16.7%) | 5 (6.0%) | |
| | ④患者が納得して身体拘束に応じているか判断時に迷う | いつも | 14 (16.7%) | 0 (0%) | χ ² =4.450 df=2 P<0.108 |
| | | 時々 | 43 (51.2%) | 5 (6.0%) | |
| | | ほとんどない | 17 (20.2%) | 5 (6.0%) | |
| | ⑤家族が患者への身体拘束に対し納得されているか判断時に迷う | いつも | 34 (40.5%) | 0 (0%) | χ ² =24.122 df=2 P<0.000 |
| | | 時々 | 37 (44.0%) | 5 (6.0%) | |
| | | ほとんどない | 3 (3.6%) | 5 (6.0%) | |
| | ⑥代替方法の可能性があるのでと身体拘束の判断時に迷う | いつも | 14 (18.9%) | 0 (0%) | χ ² =8.108 df=2 P<0.017 |
| | | 時々 | 46 (54.8%) | 4 (4.8%) | |
| | | ほとんどない | 14 (16.7%) | 6 (7.1%) | |

(n=84)

3) 身体拘束「開始」の判断経験の有無と属性

身体拘束の開始を判断した経験の有無別に、回答者の属性を比較した結果を表6に示す。統計的な有意差が得られたのは「性別」(P<0.03)、「年齢」(P<0.001)、「看護師経験年数」(P<0.000)、「勤務形態」(P<0.015)、「病棟の領域」(P<0.03)、「看護系卒業機関」(P<0.02)であった。

「性別」では、女性に判断経験をした回答者の割合多く、98.7%を占めた。

「年齢」においては、25歳以上の看護師では、95.4%が開始を判断経験があると答えており、40歳以上になると全員が開始を判断したことがあると回答している。「看護師経験年数」

では、1～3年目で身体拘束開始の判断をした経験がないと答えた看護師が最も多く80%にのぼった。一方3年目以上の看護師経験者では、身体拘束の開始を判断した経験は80%を越えていた。

表6 身体拘束を開始する判断経験と属性 (その1)

| 項 目 | | はい(n=74) | いいえ(n=10) | 検定 |
|---------|-----------|------------|-----------|----------------------------------|
| 性別 | 女性 | 73 (87.0%) | 8 (9.5%) | $\chi^2=8.896$ df=1 P<0.03 |
| | 男性 | 1 (1.2%) | 2 (2.4%) | |
| 年齢 | 21～24 歳 | 8 (9.5%) | 7 (8.3%) | U=137.000 Z=-3.286 P<0.001 |
| | 25～29 歳 | 12 (14.3%) | 0 (0%) | |
| | 30～34 歳 | 20 (23.9%) | 2 (2.4%) | |
| | 35～39 歳 | 18 (21.4%) | 1 (1.2%) | |
| | 40～44 歳 | 12 (14.3%) | 0 (0%) | |
| | 45～49 歳 | 3 (3.6%) | 0 (0%) | |
| | 50 歳以上 | 1 (1.2%) | 0 (0%) | |
| 看護師経験年数 | 1 年～3 年 | 13 (15.4%) | 8 (9.5%) | U=100.00 Z=-3.714 P<0.000 |
| | 4 年～8 年 | 14 (16.7%) | 0 (0%) | |
| | 9 年～13 年 | 18 (21.4%) | 1 (1.2%) | |
| | 14 年～18 年 | 18 (21.4%) | 1 (1.2%) | |
| | 19 年～33 年 | 10 (11.9%) | 0 (0%) | |

(n=84)

表6 身体拘束を開始する判断経験と属性 (その2)

| 項 目 | | はい(n=74) | いいえ(n=10) | 検定 |
|---------------|----------|------------|-----------|-----------------------------------|
| 勤務形態 | 交代制勤務 | 54 (73.0%) | 3 (30%) | $\chi^2=5.861$ df=1 P<0.015 |
| | 主として日勤 | 20 (27.0%) | 6 (60%) | |
| 病棟の領域 | 外科系病棟 | 32 (43.2%) | 0 (0%) | $\chi^2=7.013$ df=2 P<0.030 |
| | 内科病棟 | 20 (27.0%) | 5 (50%) | |
| | 内科外科混合病棟 | 22 (29.7%) | 5 (50%) | |
| 看護養成機関 | 専門・専修学校 | 56 (57.7%) | 2 (20%) | $\chi^2=12.927$ df=2 P<0.02 |
| | 短期大学 | 3 (4.1%) | 1 (10%) | |
| | 大学・大学院 | 15 (20.3%) | 7 (70%) | |
| 看護系以外の教育機関の有無 | はい | 13 (17.6%) | 0 (0%) | $\chi^2=2.078$ df=1 P<0.149 |
| | いいえ | 61 (82.4%) | 10 (10%) | |

(n=84)

4) 身体拘束「開始」判断経験の有無と迷い：属性とロジスティック回帰分析した場合

前章までの分析より、身体拘束の開始および解除の判断経験の有無と迷い、身体拘束の開始および解除の判断経験の有無と属性で関連が認められた。そして、身体拘束の判断時の迷いは、開始および解除の判断経験と属性での影響を分析する必要がある。そこで、判断時の迷いを開始の判断経験の有無と属性（表5と表6）から有意差の得られた項目をコントロールしロジスティック回帰分析を行った（表7）。目的変数は「身体拘束『開始』の判断についての迷いの有無」とし、独立変数は「開始の判断経験の有無」と「属性」である。「判断時の迷い」と「開始の判断経験の有無」をダミー変数にした。「判断時の迷い」の回答に対しては、「いつも」と「時々」を1、「ほとんどない」を0とした。「開始の判断経験の有無」ではありを1、なしを0とした。本研究において、「性別」は、回答者の96.5%が女性を占めていることから、女性回答者のみの対象とした。

属性をコントロールしたのちも身体拘束開始の判断経験の有無が有意な影響をもっていたのは、「身体拘束期間」と「家族の納得」と「代替方法の可能性」であった。

「身体拘束期間」では看護系卒業機関をコントロールすると身体拘束開始の判断経験の有無が有意な影響をもたなかった。一方、「勤務形態」と身体拘束開始の判断の有無を同時に投入した場合には、後者が有意な影響力を示した。このことより、「身体拘束期間」に影響を与えるのは、勤務形態ではなく身体拘束の開始経験によって生じる結果となった。

「家族の納得」では、いずれの属性をコントロールしても、身体拘束開始の判断経験の有無が有意な影響を示した。このことより、「家族の納得」は身体拘束開始の判断の経験によって生じている結果となった。

「代替方法の可能性」では、「看護系経験年数」と「看護系卒業機関」をコントロールすると、身体拘束開始の判断経験の有無が有意な影響を与えなかった。一方、「年齢」と身体拘束開始の判断の有無を同時に投入した場合は、前者が有意な影響力を示した。また、「病棟の領域」と身体拘束開始の判断経験の有無を同時に投入した場合には、後者が有意な影響力を示した。このことより、「代替方法の可能性」に影響を与えるのは、年齢と身体拘束開始の判断経験であった。

表7 身体拘束「開始」判断経験の有無と迷い：属性とロジスティック回帰分析した場合（その1）

| | 身体拘束の必要性を判断時に迷う | | 身体拘束する期間に迷う | | 身体拘束する部位に迷う | | 患者が納得して身体拘束に迷う | | 家族が患者への身体拘束に迷う | | 代替方法の可能性が迷う | | | | | | | |
|------------------|-----------------|-------|-------------|--------|-------------|-------|----------------|-------|----------------|--------|-------------|-------|----------|-------|--------|---------|-------|-------|
| | 回帰係数 | 標準誤差 | 回帰係数 | 標準誤差 | 回帰係数 | 標準誤差 | 回帰係数 | 標準誤差 | 回帰係数 | 標準誤差 | 回帰係数 | 標準誤差 | | | | | | |
| 年齢 | 0.288 | 0.216 | 1.334 | 0.158 | 0.262 | 1.171 | 0.188 | 0.205 | 1.207 | 0.025 | 0.188 | 1.025 | 0.751 | 0.418 | 2.12 | 0.437* | 0.214 | 1.548 |
| 身体拘束の開始判断経験の有無 | 0.7 | 0.784 | 2.013 | 1.606 | 0.852 | 4.984 | 1.163 | 0.763 | 3.199 | 1.169 | 0.756 | 3.218 | 2.327* | 0.953 | 10.246 | 1.167 | 0.769 | 3.211 |
| 定数 | -0.072 | 0.74 | 0.931 | 0.14 | 0.78 | 1.151 | -0.319 | 0.724 | 0.727 | -0.042 | 0.709 | 0.959 | -1.232 | 0.933 | 0.292 | -1.163 | 0.762 | 0.313 |
| F・X ² | 4.226 | | 5.796 | | 5.027 | | 2.997 | | 17.785*** | | 10.927* | | | | | | | |
| 自由度 | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| N | 85 | | 85 | | 85 | | 85 | | 85 | | 85 | | 85 | | 85 | | 85 | |
| 看護師経験年数 | 0.033 | 0.045 | 1.034 | 0.036 | 0.057 | 1.037 | 0.026 | 0.043 | 1.026 | -0.013 | 0.039 | 0.987 | 0.082 | 0.083 | 1.085 | 0.047 | 0.043 | 1.048 |
| 身体拘束の開始判断経験の有無 | 0.882 | 0.782 | 2.416 | 1.581 | 0.85 | 4.861 | 1.25 | 0.763 | 3.489 | 1.294 | 0.758 | 3.649 | 2.639** | 0.968 | 14.001 | 1.431 | 0.764 | 4.184 |
| 定数 | 0.286 | 0.666 | 1.331 | 0.276 | 0.678 | 1.318 | -0.095 | 0.653 | 0.91 | 0.048 | 0.649 | 1.049 | -0.296 | 0.704 | 0.744 | -0.581 | 0.67 | 0.559 |
| F・X ² | 2.865 | | 5.755 | | 4.437 | | 3.005 | | 14.821*** | | 7.481* | | | | | | | |
| 自由度 | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | |
| N | 85 | | 85 | | 85 | | 85 | | 85 | | 85 | | 85 | | 85 | | 85 | |
| 病棟の領域 | 0.706 | 0.398 | 2.026 | 0.211 | 0.454 | 1.235 | 0.07 | 0.341 | 1.073 | -0.279 | 0.316 | 0.756 | 0.035 | 0.613 | 1.036 | 0.337 | 0.345 | 1.401 |
| 身体拘束の開始判断経験の有無 | 1.688 | 0.811 | 5.409 | 1.999 | 0.831 | 7.381 | 1.501 | 0.735 | 4.486 | 1.047 | 0.712 | 2.85 | 1.187*** | 0.954 | 24.216 | 2.016** | 0.761 | 7.509 |
| 定数 | -1.347 | 1.18 | 0.26 | -0.121 | 1.302 | 0.886 | -0.176 | 1.061 | 0.839 | 0.699 | 1.014 | 2.011 | -3.098 | 1.659 | 0.915 | -1.252 | 1.083 | 0.286 |
| F・X ² | 5.912 | | 5.647 | | 4.211 | | 3.762 | | 13.866*** | | 7.391* | | | | | | | |
| 自由度 | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| N | 85 | | 85 | | 85 | | 85 | | 85 | | 85 | | 85 | | 85 | | 85 | |

注： * P<0.05 ** P<0.01 *** P<0.001

表7 身体拘束「開始」判断経験の有無と迷い：属性とロジスティック回帰分析した場合（その2）

| | 身体拘束の必要性を判断時に迷う | 身体拘束する期間に判断時に迷う | 身体拘束する部位に判断時に迷う | 患者が納得して身体拘束にに応じているか判断時に迷う | 家族が患者への身体拘束に対し納得されているか判断時に迷う | 代替方法の可能性があらざるのではと判断時に迷う |
|------------------|--------------------|---------------------|-------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------------|
| | 回帰係数 標準誤差 オッズ比 | 回帰係数 標準誤差 オッズ比 | 回帰係数 標準誤差 オッズ比 | 回帰係数 標準誤差 オッズ比 | 回帰係数 標準誤差 オッズ比 | 回帰係数 標準誤差 オッズ比 |
| 看護系卒業機関 | -0.549 0.316 0.577 | -0.456 0.385 0.634 | -0.431 0.309 0.65 | 0.008 0.314 1.008 | -1.079* 0.542 0.34 | -0.512 0.301 0.6 |
| 身体拘束の開始判断経験の有無 | 0.6 0.785 1.823 | 1.415 0.837 4.116 | 1.035 0.762 2.815 | 1.218 0.766 3.381 | 2.401** 0.934 11.03 | 1.297 0.764 3.657 |
| 定数 | 1.805 1.055 6.078 | 1.563 1.191 4.733 | 1.081 1.011 2.948 | -0.02 1.008 0.98 | 2.754 1.587 15.698 | 0.863 0.994 2.37 |
| F・X ² | 5.304 | 6.776* | 6.048* | 2.98 | 18.339*** | 9.192** |
| 自由度 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| N | 85 | 85 | 85 | 85 | 85 | 85 |
| 勤務形態 | 0.103 0.321 1.108 | 0.531 0.461 1.7 | 0.287 0.329 1.332 | 0.637 0.356 1.891 | 0.904 0.661 2.469 | 0.261 0.32 1.298 |
| 身体拘束の開始判断経験の有無 | 0.936 0.814 2.549 | 2.529** 0.937 12.55 | 1.476 0.798 4.377 | 1.57 0.843 4.805 | 3.875** 1.247 48.175 | 1.82 0.796 6.17 |
| 定数 | 0.455 1.023 1.575 | -1.008 1.274 0.365 | -0.443 1.02 0.642 | -1.256 1.087 0.285 | -1.88 1.724 0.153 | -0.836 1.015 0.433 |
| F・X ² | 1.237 | 7.785* | 3.46 | 5.614 | 12.935** | 5.393 |
| 自由度 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| N | 85 | 85 | 85 | 85 | 85 | 85 |

注: * P<0.05 ** P<0.01 *** P<0.001

(2) 身体拘束の「解除」を判断する立場になった経験のある看護師の場合

1) 身体拘束の「解除」判断における迷い

身体拘束の解除する「判断を経験したことがある」と答えた看護師は66人(79.7%)で、解除する「判断を経験したことがない」では19人(22.4%)であった。身体拘束の解除を判断するときに、「身体拘束の必要性」という質問については、「いつも」は7人(8.3%)、「時々」は61人(72.6%)だったのに対し、「ほとんどない」は16人(19.0%)だった。「身体拘束期間」という質問については、「いつも」は11人(13.1%)、「時々」は61人(72.6%)だったのに対し、「ほとんどない」は12人(14.3%)だった。「身体拘束する部位に対し判断時迷う(以下:身体拘束部位)」という質問については、「いつも」は8人(9.5%)、「時々」は57人(67.9%)だったのに対し、「ほとんどない」は19人(22.6%)だった。「患者の納得」という質問については、「いつも」は14人(16.7%)、「時々」は49人(58.3%)だったのに対し、「ほとんどない」は21人(25.0%)だった。「家族の納得」という質問については、「いつも」は34人(40.4%)、「時々」は43人(51.2%)だったのに対し、「ほとんどない」は7人(8.3%)だった。「代替方法の可能性」という質問については、「いつも」は14人(16.7%)、「時々」は51人(60.7%)だったのに対し、「ほとんどない」は19人(22.6%)だった。

2) 身体拘束「解除」の判断経験の有無と迷い

身体拘束の解除をする判断経験の有無と判断時の迷いを比較した結果を表8に示した。統計的に有意差が得られたのは、「身体拘束期間」($P<0.007$)と「身体拘束部位」($P<0.011$)、「家族の納得」($P<0.00$)、「代替方法の可能性」($P<0.01$)、「身体拘束を開始する判断が看護師によって異なると感じたこと」(0.02)であった。

3) 身体拘束「解除」の判断経験の有無と属性

身体拘束の解除を判断した経験の有無別に、回答者の属性を比較したものを表9に示す。統計的に有意差が得られたのは、「性別」($P<0.001$)、「年齢」($P<0.00$)、「看護師経験年数」($P<0.000$)、「病棟の領域」($P<0.022$)、「看護系卒業教育機関」($P<0.000$)であった。

4) 身体拘束「解除」判断経験の有無と迷い:属性とロジスティック回帰分析した場合

判断時の迷いを解除の判断経験の有無と属性(表8と表9)から有意差が得られた項目をコントロールしロジスティック回帰分析を行った(表10)。

属性をコントロールしても身体拘束解除の判断経験の有無が有意な影響力を維持していたのは、「身体拘束期間」、「身体拘束部位」、「家族の納得」、「代替方法の可能性」であった。

「身体拘束期間」の迷いでは、看護系卒業機関をコントロールすると、身体拘束解除の判断経験の有無が有意な影響をもたなかった。一方、「年齢」、「看護師経験年数」、「病棟の領域」と身体拘束解除の判断経験の有無を同時に投入した場合には、身体拘束解除の判断経験の有無が有意な影響力を示した。このことより、「身体拘束する期間」の迷いは、「年齢」、「看護師経験年数」、「病棟の領域」ではなく身体拘束解除の経験であること結果となった。

「身体拘束部位」の迷いでは、看護系卒業機関をコントロールすると、身体拘束解除の判断経験の有無が有意な影響をもたなかった。一方、「年齢」、「看護師経験年数」、「病棟の領域」と身体拘束解除の判断経験の有無を同時に投入した場合には、身体拘束解除の判断経験の有無が有意な影響力を示した。このことより、「身体拘束部位」の迷いは、「年齢」、「看護師経験年数」、「病棟の領域」ではなく身体拘束解除の経験であること結果となった。

「家族の納得」の迷いでは、いずれの属性をコントロールしても、身体拘束解除経験の有無が有意な影響を示した。このことより、「家族の納得」の迷いは、身体拘束解除の経験があることによって生じる結果となった。

「代替方法の可能性」の迷いでは、「年齢」、「看護師経験年数」、「看護系卒業機関」をコントロールすると、身体拘束解除の判断経験の有無が有意な影響をもたなかった。一方、「病棟の領域」と身体拘束解除の判断経験の有無を同時に投入した場合には、後者が有意な影響力を示した。このことより、「代替方法の可能性」の迷いは、「病棟の領域」ではなく身体拘束解除の判断経験であるという結果となった。

表8 身体拘束の「解除」を判断する迷い

| 項目 | | はい(n=65) | いいえ(n=19) | χ ² 検定 | |
|--------|-------------------------------|----------|------------|-------------------|------------------------|
| 判断時の迷い | ①身体拘束の必要性について判断時に迷う | いつも | 7 (8.2%) | 0 (0%) | χ ² =2.516 |
| | | 時々 | 47 (55.3%) | 14 (73.7%) | df=2 |
| | | ほとんどない | 11 (12.9%) | 5 (26.3%) | P<0.284 |
| | ②身体拘束する期間に対し判断時に迷う | いつも | 11 (12.9%) | 0 (0%) | χ ² =9.842 |
| | | 時々 | 48 (56.5%) | 13 (68.4%) | df=2 |
| | | ほとんどない | 6 (7.1%) | 6 (31.6%) | P<0.007 |
| | ③身体拘束する部位に対し判断時に迷う | いつも | 8 (9.4%) | 0 (0%) | χ ² =8.973 |
| | | 時々 | 47 (55.3%) | 10 (52.6%) | df=2 |
| | | ほとんどない | 10 (11.8%) | 9 (47.3%) | P<0.011 |
| | ④患者が納得して身体拘束に応じているか判断時に迷う | いつも | 13 (15.3%) | 1 (5.2%) | χ ² =2.302 |
| | | 時々 | 37 (43.5%) | 12 (63.2%) | df=2 |
| | | ほとんどない | 15 (17.6%) | 6 (31.6%) | P<0.316 |
| | ⑤家族が患者への身体拘束に対し納得されているか判断時に迷う | いつも | 31 (36.5%) | 3 (15.8%) | χ ² =23.198 |
| | | 時々 | 34 (40.0%) | 9 (47.4%) | df=2 |
| | | ほとんどない | 0 (0%) | 7 (36.8%) | P<0.00 |
| | ⑥代替方法の可能性があるのでとは身体拘束の判断時に迷う | いつも | 14 (16.5%) | 0 (0%) | χ ² =9.277 |
| | | 時々 | 41 (48.2%) | 10 (52.6%) | df=2 |
| | | ほとんどない | 10 (11.8%) | 9 (47.4%) | P<0.010 |

(n=84)

表9 身体拘束の解除する判断経験と属性 (その1)

| 項目 | | はい(n=66) | いいえ (n=19) | 検定 |
|---------|---------|------------|------------|------------------------------------|
| 性別 | 女性 | 66 (100%) | 16 (84.2%) | $\chi^2=10.802$ df=1 P<0.001 |
| | 男性 | 0 (0%) | 3 (15.8%) | |
| 年齢 | 21～24歳 | 5 (7.6%) | 11 (57.9%) | U=268.500 Z=-3.861 P<0.000 |
| | 25～29歳 | 9 (13.6%) | 3 (15.8%) | |
| | 30～34歳 | 20 (30.3%) | 2 (10.8%) | |
| | 35～39歳 | 18 (27.3%) | 1 (5.3%) | |
| | 40～44歳 | 11 (16.7%) | 1 (5.3%) | |
| | 45～49歳 | 2 (3.0%) | 1 (5.3%) | |
| | 50歳以上 | 1 (1.5%) | 0 (0%) | |
| 看護師経験年数 | 1年～3年 | 7 (10.6%) | 15 (78.4%) | U=207.500 Z=-4.392 P<0.000 |
| | 4年～8年 | 14 (21.2%) | 0 (0%) | |
| | 9年～13年 | 17 (25.8%) | 2 (10.5%) | |
| | 14年～18年 | 18 (27.3%) | 1 (5.3%) | |
| | 19年～33年 | 9 (13.6%) | 1 (5.3%) | |

(n=85)

表9 身体拘束を解除する判断経験と属性 (その2)

| 項目 | | はい(n=66) | いいえ(n=19) | 検定 |
|---------------|----------|------------|------------|------------------------------------|
| 勤務形態 | 交代制勤務 | 48 (72.7%) | 10 (52.6%) | $\chi^2=1.951$ df=1 P<1.162 |
| | 主として日勤 | 18 (27.3%) | 8 (42.1%) | |
| 病棟の領域 | 外科系病棟 | 30 (45.5%) | 2 (10.5%) | $\chi^2=7.667$ df=2 P<0.022 |
| | 内科病棟 | 17 (25.8%) | 8 (42.1%) | |
| | 内科外科混合病棟 | 19 (28.8%) | 9 (47.4%) | |
| 看護養成機関 | 専門・専修学校 | 53 (80.3%) | 5 (26.3%) | $\chi^2=21.789$ df=2 P<0.000 |
| | 短期大学 | 3 (4.5%) | 1 (5.3%) | |
| | 大学・大学院 | 10 (15.2%) | 13 (68.4%) | |
| 看護系以外の教育機関の有無 | はい | 10 (15.2%) | 3 (15.8%) | $\chi^2=0.005$ df=1 P<0.946 |
| | いいえ | 56 (84.8%) | 16 (84.2%) | |

(n=85)

表10 身体拘束「解除」判断経験の有無と迷い：属性とロジスティック回帰分析した場合

| | 身体拘束の必要性を判断時に迷う | | 身体拘束する期間に迷う | | 身体拘束する部位に迷う | | 患者が納得して身体拘束に迷う | | 家族が患者への身体拘束に対し納得されているか判断時に迷う | | 代替方法の可能性があるので身体拘束の判断時に迷う | | | | |
|--------------------|-----------------|-------|-------------|--------|-------------|-------|----------------|-------|------------------------------|--------|--------------------------|-------|-----------|-------|--------|
| | 回帰係数 | 標準誤差 | オッズ比 | 回帰係数 | 標準誤差 | オッズ比 | 回帰係数 | 標準誤差 | オッズ比 | 回帰係数 | 標準誤差 | オッズ比 | 回帰係数 | 標準誤差 | オッズ比 |
| 年齢 | 0.343 | 0.226 | 1.409 | 0.82 | 0.25 | 0.921 | 0.165 | 0.202 | 1.179 | 0.87 | 0.188 | 1.091 | 0.492 | 0.394 | 1.636 |
| 身体拘束の解除 判断経験の有無 | -0.31 | 0.705 | 0.97 | 1.610* | 0.766 | 5.001 | 1.274* | 0.63 | 3.575 | 0.238 | 0.635 | 1.269 | 3.012* | 1.204 | 20.337 |
| 定数 | 0.406 | 0.647 | 1.501 | 0.612 | 0.69 | 1.844 | -0.22 | 0.607 | 0.802 | 0.602 | 0.612 | 1.827 | -0.354 | 0.808 | 0.702 |
| F・X ² | 3.099 | | | 6.493* | | | 7.670* | | | 0.619 | | | 19.650*** | | |
| 自由度 | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | |
| N | 85 | | | 85 | | | 85 | | | 85 | | | 85 | | |
| 看護師経験年数 | 0.044 | 0.047 | 1.045 | 0.018 | 0.56 | 1.018 | 0.017 | 0.044 | 1.017 | 0 | 0.039 | 1 | 0.035 | 0.076 | 0.965 |
| 身体拘束の解除 判断経験の有無 | 0.144 | 0.693 | 1.154 | 1.587* | 0.781 | 4.887 | 1.365* | 0.64 | 3.915 | 0.346 | 0.638 | 1.414 | 3.383** | 1.214 | 0.034 |
| 定数 | 0.834 | 0.557 | 2.303 | 0.69 | 0.556 | 1.994 | 0.23 | 0.504 | 1.024 | 0.773 | 0.528 | 2.167 | 0.377 | 0.583 | 0.686 |
| F・X ² | 1.492 | | | 6.365* | | | 6.976* | | | 0.359 | | | 17.718*** | | |
| 自由度 | 1 | | | 2 | | | 2 | | | 1 | | | 2 | | |
| N | 85 | | | 85 | | | 85 | | | 85 | | | 85 | | |
| 病棟の領域 | 0.602 | 0.374 | 1.826 | 0.275 | 0.454 | 1.317 | 0.056 | 0.341 | 1.058 | -0.329 | 0.31 | 0.72 | 0.155 | 0.615 | 1.168 |
| 身体拘束の解除 判断経験の有無 | 0.841 | 0.671 | 2.318 | 1.892* | 0.742 | 6.632 | 1.535** | 0.597 | 4.64 | 0.201 | 0.592 | 1.223 | 3.725** | 1.179 | 41.482 |
| 定数 | -0.36 | 0.994 | 0.698 | 0.127 | 1.167 | 1.136 | -0.027 | 0.93 | 0.973 | 1.561 | 0.9 | 4.761 | 0.173 | 1.522 | 1.189 |
| F・X ² | 3.405 | | | 6.758* | | | 7.017* | | | 1.536 | | | 17.725*** | | |
| 自由度 | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | |
| N | 85 | | | 85 | | | 85 | | | 85 | | | 85 | | |
| 看護系卒業機関 | -0.661 | 0.337 | 0.516 | -0.298 | 0.409 | 0.743 | -0.371 | 0.323 | 0.69 | -0.092 | 0.319 | 0.912 | -0.735 | 0.558 | 0.479 |
| 身体拘束の解除 判断経験の有無 | -0.243 | 0.728 | 0.784 | 1.1417 | 0.798 | 4.126 | 1.126 | 0.653 | 3.082 | 0.267 | 0.666 | 1.306 | 2.956* | 1.2 | 19.216 |
| 定数 | 2.711 | 0.621 | 15.049 | 1.507 | 1.141 | 4.513 | 1.009 | 0.921 | 2.742 | 0.998 | 0.923 | 2.713 | 2.388 | 1.543 | 10.885 |
| F・X ² | 1.045 | | | 6.904* | | | 8.267* | | | 0.485 | | | 19.586*** | | |
| 自由度 | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | |
| N | 85 | | | 85 | | | 85 | | | 85 | | | 85 | | |

注: * P<0.05 ** P<0.01 *** P<0.001

3. 考察

3-1 属性と身体拘束の「開始」、「解除」判断経験について

急性期病院において身体拘束は、通常医師の指示で行われているが、医師不在時や夜間など身体拘束の「開始」を、看護師は判断しなければならない。日本集中治療医学会（2010）では、「患者の生命あるいは身体が危険にさらされている可能性が著しく高く、抑制（身体拘束）による行動制限を行う以外に代替する方法がない場合」とし、その方法に関しては、各施設の運用に則っている。

本調査で、身体拘束の開始判断を経験がある看護師は、「経験年数」3年目以上が9割で、「年齢」に関しては、25歳以上が9割と占めていたことから、身体拘束の「開始」判断には、患者の病状予測ができるアセスメント能力や疾患の十分な知識が必要であると考えられる。

「勤務形態」では、夜勤を含む交替制勤務で働いている7割看護師が、身体拘束の開始判断を経験していると答え、緊急時や夜間などに、身体拘束を判断する機会が多いことがわかった。また、「病棟の領域」に関しては、内科系より外科系の病棟に勤務する看護師の方が、身体拘束の開始判断を経験しており、手術後のチューブや点滴、創傷部の管理が多い外科病棟の業務を反映していた。

「看護系卒業機関」では、専門学校や大学の教育内容が、身体拘束の開始判断に影響をすると仮定したが、有意差がなかったことより、看護師の看護専門教育歴と学生時代に受けた身体拘束に関する教育内容の関連性はなかったことが明らかとなった。

一方、身体拘束の解除判断を経験した看護師は、「勤務形態」や「病棟の領域」、「看護師卒業機関」については、開始判断を経験した看護師を同様の結果となったが、「経験年数」では開始判断した看護師より経験が長く、4年目以上の割合が高かったことから身体拘束の解除判断には、看護師は開始判断と同様、今までの経験に基づき判断していることが明らかとなった。

よって、急性期病院において身体拘束は、外科や内科等に関わらず、治療上必要な行為であるとともに、看護師の業務においても位置づけが高い行為の一つだと言える。

3-2 身体拘束の「開始」および「解除」の判断経験と迷いについて

調査の結果、身体拘束の「開始」または「解除」を判断した経験がある看護師は、経験がない看護師より、いつもまたは時々迷うことがわかった。「開始」の判断した経験がある看護師の迷いで有意差があったカテゴリーは、「身体拘束期間」、「身体拘束部位」、「家族の納得」、「代替方法の可能性」の4つであった。一方、「解除」の判断した経験がある看護師の迷いも「開始」の判断経験の迷いと同様、4つのカテゴリーであった。看護師は「開始」または「解除」の判断をしなければならない時、そのタイミングやいつまで身体拘束するのかの「身体拘束する期間について」迷っていた。また、チューブや点滴の挿入部、創部の位置を

確認しながら、患者の手が届かないように、身体拘束する場所を決めていかなければならない。そのため、時には手や足、体幹部の3箇所を身体拘束の実施をしなければならず、「身体拘束部位」悩んでいたと考えられる。

身体拘束を開始する際、医師から家族にその必要性を説明し同意を得ることになるが、面会時等患者が身体拘束を受けている場面を見て、衝撃を受ける家族も少なくない。また、緊急時や夜間などは看護師が、家族に同意を得なければならない。孝田ら（2003）は、「看護師としての立場、家族の身になったときの気持ち、また自分の身近な人に置き換えた時の心情などに伴う葛藤である」と述べており、同意までの困難や「家族が身体拘束に対し納得されているか」に迷いを生じていたと考えられる。これらのことより、身体拘束は家族に対しても、理解を得ることが重要である一方、看護師は、患者とその家族に対しても罪悪感を抱いている可能性が示唆された。そのため、身体拘束を「開始」や「解除」を判断する際に、身体拘束以外の代替を考えていた「代替方法の可能性について」。これらの結果は、中田（2004）の調査と4つのカテゴリーは同様のものとなったが、中田の「再拘束に応じてもらえないかもしれない」に関しては、本調査では関連性は認められなかった。

患者が拘束を受けている状況に対して家族に、医師が先に説明と同意があったとしても、看護師は家族の理解度を確認しながら十分な説明が必要と考えられ、家族の心理面に配慮した言葉がけも不可欠であろう。看護師は、身体拘束を適切に判断できるように、医師・家族ともに、治療方針や今後の予定など交えて相談し、患者・家族との信頼関係を築いていくことの心がけが必要となると考えられた。

3-3 身体拘束の「開始」および「解除」判断の経験の有無と迷い：属性とロジスティック回帰分析した場合

判断時の迷いに影響を受けている要因を調べるために「開始」および「解除」の判断経験の有無と、統計的に有意差が得られた属性（年齢、看護師経験年数、勤務形態、看護師卒業機関）をロジスティック回帰分析で行った。その結果、「開始」および「解除」の判断経験があるに関して有意差がみとめられた。つまり、看護師の判断時の迷いは、経験年数や年齢、勤務形態等に対して関連はなく、身体拘束の判断経験があることが迷いを生じており、そして判断経験が増えるほど迷っていたことがわかった。そして、判断経験のある看護師の共通の迷いは、「身体拘束期間」、「家族の納得」、「代替方法の可能性」であった。また、「解除」に関しては「身体拘束部位」も関連性が認められた。つまり、看護師は患者の身体状況や家族への説明と同意に注意を払い、身体拘束に代わる方法を探していることが明らかになった

山本（2005）は「看護臨床経験が長い看護師は、身体抑制（身体拘束）という場面を通して何度もジレンマを感じている」と述べているが、今回の調査から看護師経験年数に限らないことが明らかになった。したがって、経験年数が浅い看護師も身体拘束の判断に迷いを感じ

ていることになる。経験年数が浅くても危機回避能力が要求されるため、看護師は周囲からのサポートを必要としている（梶原2013）。急性期病院において、看護師は身体拘束を瞬時に判断が求められる状況から、身体拘束の実施について再検討の必要性があげられた。

4. おわりに

4-1 急性期病院における身体拘束の今後の課題

東京都内にある急性期病院に勤務する看護師に、身体拘束の開始または解除の判断における看護師の意識や迷いを探るために、アンケート調査を行った。本調査では以下の4点が明らかになった。

- 1) 身体拘束の開始、解除の判断には、看護師の経験に基づいて行われていた。
- 2) 身体拘束を判断した経験があるほど看護師はいつも又は時々迷っていた。
- 3) 看護師経験年数や年齢等に対しては、判断時の迷いとの関連性はなく、身体拘束の判断経験があることが迷いを生じさせていた。
- 4) 開始、解除を判断した経験のある看護師の共通の迷いは、「身体拘束する期間に対して」、「家族が患者への身体拘束に対し納得されているか」、「代替方法の可能性があるのでないか」であった。

今回の調査で、看護師の身体拘束の判断に対する迷いから、急性期病院における身体拘束のガイドラインに統一性がなく、全ての患者にはあてはまらないものであった。細野（2007）は、「急性期病院において身体拘束を判断することは個々の看護師に任されているが、その決定までに苦悩することが多い」と述べており、本調査に参加した看護師たちの回答からも同様の意見であった。そもそもガイドラインは、同じ患者の病状のケースを新人看護師と経験の長いベテラン看護師で使用しても、その結果が合致するように設けられていると考えられていた。つまり、看護の質の保証であった。しかし、必要なことは、急性期という治療として侵襲性の高い医学的な処置という制限された状況の中で、患者の回復に向けどれだけ看護師がサポートできるかということであり、その機能が推奨されていないガイドラインでは意味がないのではないだろうか。そのため、身体拘束の判断時に看護師は、拘束する部位や期間、代替方法の可能性を探っていたと調査結果より推測される。今後は、ガイドラインの再検討ばかりでなく、身体拘束の判断に対して仕組み作りに対しても検討の必要性が示唆された。すなわち、今回調査対象のE病院では、判断基準の作成時に、身体拘束の判断経験をした看護師の経験が生かされてなかった可能性から、再検討の際には、そのような生かされた意見が反映されることが不可欠であると考えられた。

また、身体拘束の判断経験をすることで迷いが生じているという結果から、看護師は治療の円滑な遂行が重要とはいえ、積極的に患者を身体拘束の実施をしているのではなく、やむを得ず行っていることがわかった。つまり、看護師は患者の生命の安全と身体拘束の可否と

の狭間で、判断に迷いが生じていた。患者のみならず、看護師の精神的な弊害にもなり得るという視点（草地:2013）においても、急性期病院における身体拘束の現状を見直すことが今後求められるのではないだろうか。

急性期病院において身体拘束の必要性の位置づけは高く、また看護師による判断は重要である。しかし、患者の病態はさまざまであり、身体拘束ガイドラインはその複雑な疾患に網羅できていない。看護師の迷いを解決することは、身体拘束を判断していく以上で困難であると考えられるが、ガイドラインから漏れる多様な事例をひとつずつ検討していくことは今後重要であり、看護師の迷いを軽減することに寄与できるのではないかと考える。

引用・参考文献

- ・ 安部千絵 2001 「救急センターにおけるリスク軽減への取り組み—抑制のリスクを避ける—」看護技術 47 (9) pp.71-76
- ・ 早川公子 2004 「拘束に対する看護師の意識調査—意思決定の背景とその行動—」 34 pp.439-441
- ・ 深町典子 2005 「クリティカルケアにおける身体拘束解除にむけての取り組み」看護技術 51 (1) pp.55-56
- ・ 細野美穂子・野中ひろみ 2007 「急性期病棟の看護師が抑制を判断するときの思い」看護実践の科学 32 (1)
- ・ 梶原美帆・井上美紀・中込彩子 2013 「身体拘束解除に対する『看護師の迷い』に関する研究」に本看護学会論文集 看護総合 43 pp.199-202
- ・ 草地仁史・上田玲奈・山根俊恵・磯村聡子 2013 「身体抑制に抱く看護師の感情に関する研究—勤務場所により看護師の感情の特徴—」日本看護学会論文集 看護総合 43 pp.195-198
- ・ 栗林清子 2006 「看護師の抑制に対する判断とその時の思い」日本看護学会論文集看護総合 37 pp.286-288
- ・ 厚生省告示第130号 1988 「精神保健福祉法第37 条第1項の規定に基づく厚生大臣が定める処遇の基準」
- ・ 厚生労働省 2001 「介護保険 身体拘束ゼロへの手引き—高齢者ケアに関わるすべての人に—」
http://wwwcms.pref.fukushima.jp/download/1/koureif_sisetsu_kousokutebiki.pdf
- ・ 孝田明美 2004 「看護師の抑制に対する意識調査」日本看護学会論文集（成人看護）34 pp.36-38
- ・ 永井良三、田中やよひ 2013 『看護学大辞典』看 第6版 メヂカルフレンド社
- ・ 中田めぐみ 2004 「医師・看護師の身体拘束に関する意識調査—当院精神神経科におけるアンケート結果より—」日本精神科看護学会誌 47 (2) pp.206-210

- ・ 大谷春恵 2003「急性期一般型病棟における看護師の抑制解除に至る認識」日本看護学会論文集（看護管理）34 pp.445-447
- ・ 佐藤小百合 2005 「救命センターにおける開心術術後患者の上肢抑制の現状と今後の課題—抑制開始から終了までの時間測定と判断基準」看護技術 51（1） pp.67-70
- ・ 塩形美幸 2010 「上肢抑制解除の取り組み - 拘束解除フローチャートを作成・使用しての一考察 - 」中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌 6 pp.246-249
- ・ 高崎絹子 2004『身体拘束ゼロを創る—患者・利用者のアドボカシー確立のための知識と技術—』中央法規出版
- ・ 千田幸子 2003「抑制を行う際の看護師のジレンマの状況と関連要因の検討」日本看護学会論文集（看護管理）34 pp.445-447
- ・ 白井千津 2001「急性期の抑制」看護技術 47（9）
- ・ 吉岡充・田中とも江 1999『縛らない看護』医学書院
- ・ 山本美輪 2005「看護系経験年数による高齢者の身体的抑制に対する看護師のジレンマの差」日本看護管理学会誌 9（1） pp.5-12

Hesitation When Deciding to Use Physical Restraint in Nurses at Acute Care Hospitals

MIZUKAMI, Naoko

Abstract

Nurses working at acute care hospitals may encounter hesitation in the decision to use physical restraint in their daily work. This study aims to clarify that hesitation through an inquiry of such nurses. We conducted a survey on the attitude of 127 nurses working at acute care hospitals in order to elicit how their experience in terms of physical restraint at their workplace is related to their hesitation in its use.

The results of the attitude survey revealed that nurses who have experience with initiating and releasing physical restraint experience hesitation when making a decision on its use, and that veteran nurses who have more than 10 years of experience in making many decisions to use physical restraint encountered more hesitation when making such a decision. A sample of the types of hesitation included questions about how long to perform the physical restraint, whether the family agrees to the use of physical restraint on the patient, and whether alternative methods are possible.

In conclusion, while nurses can make use of their accumulated work experience to reduce their hesitation in making decisions for much of their work, when it comes to physical restraint, they treat each patient as their first case due the great variety in patients' conditions in terms of disease, age, etc., and their hesitation was conversely caused by their accumulation of experience. Thus, our results indicated that examining a variety of cases one at a time outside of physical restraint guidelines is important for the future reduction of nurse hesitation.

Keywords:

physical restraint, nurse, hesitation