

令和元年6月19日現在

機関番号：32202

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2015～2018

課題番号：15K11522

研究課題名(和文)身体抑制に関する教育実践モデルの構築

研究課題名(英文)Construction of the educational practice model about the physical restriction

研究代表者

中野 真理子 (Mariko, Nakano)

自治医科大学・看護学部・講師

研究者番号：60712312

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,200,000円

研究成果の概要(和文)：身体抑制と対峙する機会をつくることが重要である。基礎教育においては、抑制されている患者の身体的精神的苦痛、ご家族の苦痛にまで思いを馳せられるような発問や可能な限り演習として抑制される体験、人を縛る体験をとおして看護となる抑制について考える。臨地実習では見学や体験を言語化させ学生間で共有すること、抑制を解除し安全にかつ安楽を提供できたという体験は、将来看護師として身体抑制について考える布石を投じることになる。

継続教育においては、抑制が日常化し看護師が考えることをストップしないように身体抑制の必要性、解除や患者・家族の思いについてチーム内で盛んにコミュニケーションをもつことが求められる。

研究成果の学術的意義や社会的意義

必要悪として未だ行われている身体抑制は、非人道的な行為であり患者・家族に苦痛を与えることはもとより実施する看護師もジレンマに苦しんでいる。せん妄や意識障害がある場合に患者の安全をどう守るかはマニュアルどおりにはいかない。研究成果である教育モデルも明確に詳細を示すことは困難であり、身体抑制とは患者にとってどういうものであるかを知識として知り、自身の体験をとおして感じ、その上でどうあるべきかを考える。

看護師となっても一人ひとりの患者の身体抑制と対峙することが重要であるというこの研究で得られた知見は、看護だけでなく超高齢社会を迎えたわが国の福祉の領域にも大きく寄与できると考える。

研究成果の概要(英文)： It is important to create opportunities to confront physical restraints. Basic education asks questions that may affect the physical and mental pain of the patient being suppressed and the pain of the family. In addition, think about the suppression that becomes nursing as possible through the experience suppressed as exercises and the experience of tying people. In practical training, it is important to verbalize visits and experiences and share them among students.

The experience of releasing the patient's restraint and providing safety and security will be a basis for thinking about physical restraint as a nurse in the future. In continuing education, it is required for the team to actively communicate the necessity of physical restraint, cancellation, and thoughts of patients and families so that restraints become routine and nurses do not stop thinking.

研究分野：医歯薬学

キーワード：看護教育学 身体抑制 基礎看護教育 継続教育

1. 研究開始当初の背景

(1) 社会的な身体抑制の現状

身体抑制は、患者の自由を奪い強い不安や屈辱を与え、人間としての尊厳を奪うものである。また身体的には痛みや循環障害による浮腫や関節拘縮などの二次的障害を与える非人道的な行為であり、家族にとっても大切な人が「縛られている姿」は強い悲しみを感じ罪悪感にさいなまれることが多い。

我が国において、認知症患者や精神疾患を持つ患者への身体抑制は“やむを得ないもの”という認識から大きく変わったのは、1998年に福岡市で開催された介護療養型医療施設の全国研究会において、1.縛る、抑制をやめることを決意し、実行する。2.抑制とは何かを考える。3.継続するために、院内を公開する。4.抑制を限りなくゼロに近づける。5.抑制廃止運動を全国に広げていく。という5つのスローガンからなる「抑制廃止福岡宣言」が大きな役目を果たしている。それを受け全国的に抑制廃止の動きが強まり、2000年、高齢者に対する「身体拘束ゼロへの取り組み」が開始されている(厚生労働省,2001)。

医療の現場でも、(福世,2008)がまとめた2000~2006年の急性期医療における身体抑制に関する文献レビューでは、「抑制の廃止は困難であるが、不必要な抑制を減らしたい」という臨床看護師の努力から判断基準についての研究が始まったことを指摘している。

そんな中、2008年9月、A病院に入院した女性(当時80歳)が不必要な身体拘束で心身に苦痛を受けたとして、損害賠償を求めた訴訟の控訴審判決で名古屋高裁判決は「抑制は違法だった」として、介護施設や医療機関での身体拘束を違法とする初めての司法判断を下した。この判決をうけ、医療者側の一方的な判断で患者に苦痛を強いている施設に強く是正をせまったとの見解もある。

(2) クリティカル領域における身体抑制の現状

クリティカルケアの現場では、チューブやライン類の事故抜去は患者の死に直結するため、セーフティマネージメントの視点から、身体抑制が「必要悪」として未だ行われているのが現状であり、2010年には、日本集中治療医学会看護部会より「ICUにおける身体拘束(抑制)のガイドライン」が出され、抑制の判断基準、抜かれない・抜けないための抑制方法、抑制以外の対策が示されている。

福世(2008)以降のクリティカルケア領域における身体抑制の看護に関する文献レビューでは、看護師を対象にした16件の研究では、抑制判断基準、抑制解除基準、アセスメントスコアーなどのツールの導入あるいは改善し、その後アンケートやインタビューで成果を測定した量的研究と抑制に対する看護師の判断、行動、思い、認識などをインタビューにより質的に明らかにした研究(犬飼 & 兵藤,2009; 山川 et al.2007; 大坪 et al.2008 など)の2つに大きく分かれている。

ツールには、抑制の必要性を判断する基準、解除する基準、アセスメントスコアシートなどがあり、看護専門雑誌に特集されたクリティカルケアでの不穏・せん妄対策:鎮痛・鎮静、抑制でのICUの抑制判断基準とその使用法等を参考に導入したり、独自の工夫を加えている。チェック形式、記述式いずれもアセスメントシートやアセスメント基準を設けることで看護師の抑制が必要か否かの判断への迷いが軽減し、不安や葛藤が軽減したとの結果が得られている。また、アセスメントシートの作成過程をとおして看護の基本を振り返り、ICUでの抑制を考えるきっかけになったとの結果もあった。抑制基準の導入により過剰な抑制が減少したことや抑制解除が日勤、準夜、夜勤のどの勤務帯でも実施できるようになったなどの結果が得られている。

井上ら(2008)のクリティカルケア看護師149名を対象とした調査では、抑制実施の判断は担当看護師(48.3%)がもっとも多く、次いで担当看護師+リーダー看護師(15.4%)であり、抑制の目的は事故防止全般(53.2%)、装着物の保全(19.5%)、起き上がり・転倒防止(7.4%)で抑制実施に関しての基準などを有するのはわずか4.0%で、大多数が基準なし(80.5%)であったことを報告している。また、米国との比較では抑制への罪悪感や抑制患者へのメッセージ発信はわが国のほうが高く、クリティカルケア看護師が直面する抑制患者看護への苦悩を指摘している。このようなクリティカルケア看護師の抱くジレンマは、ストレスとして蓄積し看護への意欲低下や、バーンアウトにもつながると考察している。

(3) 海外の身体抑制に関する研究

国外では、アメリカ、英国やノルウェーなど身体抑制を禁止している国が多いと言われているが、文献ではやむを得ず身体抑制を実施しており、いかに身体抑制を行わない環境をつくるかという目標に向かって取り組んでいる研究が見られ(Mion LC.2008.) 他国でも本邦と同様に必要悪として実施されている現状がある(Kandee NA, Attia AK.2013. Martin Iglesias V.2012.)。

2. 研究の目的

本研究は身体抑制に関する教育実践モデルを構築することが目的であり、計画している具体

的な研究項目は、本邦における看護大学での身体抑制に関する教育内容および教授法を調査により明らかにする、身体抑制に関する教育の課題を明らかにする、身体抑制に関する教育内容と教授法を検討し教育実践モデルを構築するの3つである。

3. 研究の方法

本研究では身体抑制に関する教育実践モデルを構築にむけて、看護系テキストの内容分析、看護師へのインタビューから教育上の課題を明確にし検討を重ね教育実践モデルを構築することとする。

<第1段階>本邦における看護大学での身体抑制に関する教育内容および教授法をテキストによる内容分析で明らかにする。国内で発行されている8社の看護系テキスト(基礎看護学 成人看護学 老年看護学 精神看護学)から身体抑制に関する記述内容を抜粋して内容分析法で分析し、現状と課題に関するエビデンスを整理する。また海外の身体抑制の現状について視察を行う。

<第2段階>身体抑制に関する教育内容、教授方法の課題を分析と臨床の状況をインタビューから明らかにする。

<第3段階>第1段階と第2段階で得られた結果から、身体抑制に関する教育内容と教授法を検討し教育実践モデルを構築する。身体抑制が患者・家族に与える影響、身体抑制の弊害、安全な身体抑制技術、倫理的問題などについて教育内容の精選、教授法のモデルを構築する。

4. 研究成果

(1) 看護系テキストにおける身体抑制の取り上げ状況

主要な看護系テキストにおいて身体抑制がどのように取り上げられており、その教育内容はどのようなものであるかを調査した。看護学全書、看護学講座など体系的に看護学を網羅している出版社のテキストの基礎看護学、看護倫理、老年看護学、精神看護学と成人看護学における急性期看護あるいはクリティカルケア看護の5つの領域でさくいんを手立てに実施した。

基礎看護学では3社中2社には記載がなく、1社において看護学概論において倫理的意思決定の例として身体抑制を実施した事例を取り上げ、価値の対立、価値の重要性、価値の対立の意味するものはなにか、何をすべきかを学ぶ内容が5ページ取り上げられていた。看護倫理では上記テキストには身体抑制に関する記載は見られなかった。

老年看護学では5社中4社が身体抑制の定義や高齢者における身体抑制の具体的な内容、現状、問題点を取り上げているが、いずれも2から4ページの短い取り扱いであった。

精神看護学では、6社中4社が取り上げているが、いずれも1~2ページであり精神科領域における隔離や薬剤による身体拘束の一部として抑制が記載されている。

急性期看護、クリティカルケア看護領域では3社中1社のみ、クリティカルケア看護と倫理として、患者の権利と擁護の項目として身体拘束を取り上げ、弊害や不用意な身体拘束の防止について3ページにわたり記載されていた。

概観してみると、どの領域においても患者の権利や尊厳、身体抑制と法、身体拘束の弊害、観察等が浅く記載されているのみであり、身体抑制を行われる患者および家族の思い、様々な身体抑制の方法と適応、身体抑制が及ぼす弊害やその予防についての詳しい記載は見られなかった。このような内容のテキストの取り上げ方とこれまで研究者が実施した看護師のインタビューから鑑みても身体抑制は看護基礎教育において、深く触れられていない現状が明らかとなった。

テキストの内容、記載量から教授内容を推測すると患者の権利や尊厳、身体抑制と法律、身体抑制の弊害、観察などを理論的に学び、身体抑制がいかに悪であるかが強調されていると考えられる。このことから基礎教育を終えた新人看護師は、実際の身体抑制の方法や注意点、観察など具体的な知識は浅く、身体抑制は悪であるという考えを強くもって臨床現場の身体抑制が行われている患者に遭遇する、あるいは自分が患者の身体を縛るといった心の準備がないままに身体抑制を実施しなければならない状況に直面する。

患者はこのようなあいまいな知識、技術、身体抑制に対する考えが未熟な看護師に抑制されることとなり弊害のリスクは一層高くなり、また新人看護師は強いジレンマを抱くと予想される。

(2) 海外の身体抑制の現状 スペインの身体抑制の状況視察

身体抑制に関する研究を行っているスペインの看護師を訪ね、同看護師の勤める大学病院のICU、CCU、NICU、高齢者病棟の視察および看護師らと身体抑制について意見交換を実施した。

ICU の視察時、人工呼吸器装着していても意識が清明である患者には上肢抑制は実施していなかった。傾眠した時や自分の呼吸が人工呼吸器と同調せずむせたときに、苦しくて思わず挿管チューブをぬいてしまう自己抜管のリスクが高く、抑制が必要ではないかと思い質問したが、複数の看護師が自信を持って「大丈夫」と答えた。その理由を「十分な説明で患者が自分の状態や状況を理解している」と説明した。日本では「念のため」に抑制が行われるケースであると思うが、なぜスペインの看護師は自信をもち大丈夫だと言えるのか、患者のどのような反応で判断しているのか、判断の基準はなにか解明していく必要性を感じた。

看護学部での教育は、身体抑制に関しての単独の講義はなく、看護倫理の講義の中で触れることがあるとのことであり、ほぼ日本の現状と同様の感じであった。日本の演習室にあたる看護技術を習得する科目や演習はなく、そのかわりに臨地実習期間が長く on the job でさまざまな技術の見学や実施をとおして習得するとのことであった。

(3) 海外の身体抑制の現状 スペインの看護師の招聘講演、意見交換

同スペインの看護師を研究者の勤める大学へ招聘し、附属病院の ICU、CCU、一般病棟の視察と演習室を中心とした看護学部施設および成人看護学の講義の視察を行い、意見交換を実施した。また、「スペインにおけるクリティカルケア領域の身体抑制の実際と課題」というテーマで教員、大学院生、学部生、医療従事者を対象に講演を開催した。

スペインでは患者の尊厳と身体抑制実施による二次的障害を重視し、抑制をしない方向での取り組みが本国以上に行われている印象であった。来日した看護師の働く ICU では家族の面会を 24 時間フリーとしており、家族がそばにいて患者は精神的に落ち着き、また家族の存在は仕切りのない ICU では、他の患者の動きも視野に入り「監視する」一員としての機能も発揮しているとのことであった。

ICU 視察時、スペインの看護師は人工呼吸器を装着し上肢を抑制されている患者のベッドサイドを訪ね、抑制帯を外し 10 分程度患者と身振り手振りの会話をもった。私達はその場を離れるとき受け持ち看護師は再び抑制を行ったが、スペインの看護師は「彼には抑制は必要ない」と自信をもって言っていた。

これらの体験をとおし、我々の抑制実施には「念のため」という幅が大きいのではないかという気づきを得た。患者の安心や安楽よりも「もしも動いたら」「もし管が抜けたら」というリスクに備えていると考える。

(4) 学生、看護師の討議

看護大学の学生 5 名、新人看護師、ベテラン看護師それぞれ 1 名の合計 7 名で自身の実習や看護体験をもとに身体抑制に関して受けた講義、実習での教育内容とそれに対する思いについて討議を行った。

学生時代に看護演習で 5 分間の体幹抑制（胴体部分をベッドに縛る）と四肢抑制を体験した学生は「動けなくて、情けない気持ちになった」「火事とかあったら自分では逃げられないんだ」と恐怖を感じたことを話した。また、「自分が、患者さんを縛るなんてことするなんて想像もできない」と話した。学生にとって講義の内容と、臨地実習の場で実際に目にする身体抑制の状況や看護実践にギャップが大きく戸惑い、どうするべきかと考える機会を得られず、もやもやした思いを抱いたままになっているケースが多いことがわかった。学生は、臨地実習で身体抑制を行っている患者に対する看護実践を目の当たりにし、看護師にとっては患者を抑制するという行為が一連の作業のようになっていと感じ、憤りを覚えるが反論や疑問を口にすることなく、時間の経過とともに憤りも薄れていた。

討議に参加した看護師は、自身も学生時代には上記のような学生と同様の思いを持っていたが、複数患者を受け持つと自己抜管などのリスクのある患者を側で長時間見守ることはできず、その場を離れるときには抑制を行うようになり、気づけば安全のため、命を守るためリスクのある患者イコール抑制と日常化している自分に気づかされていた。

ベッドからの転落や転倒、生命に直結している管やドレーン、ルート類の屈曲、閉塞、自己抜去から患者を守るためには、現状では抑制は必要であるという状況もわかってきた。身体抑制を最小限にすることや抑制をゼロにするには、看護師の洞察力やアセスメント力、頻回な観察を要するため一人の看護師の取り組みでは困難であり、チームで一眼となり抑制を最小限とする、抑制解除を一刻も早く行うことなどを目標に計画性があり、実施、評価のプロセスを踏む取り組みが必要であると結論付けていた。

(5) 身体抑制に関する教育モデル

最終的に明らかになったことは、看護基礎教育においても継続教育においても看護学生、看護師が身体抑制と対峙する機会をつくることの重要性である。

基礎教育においては、倫理的問題について考え倫理的感性を高めることは重要である。しかし、看護は実践であり、実際に未だ多くの病院では身体抑制は存在しており、その状況の中で自分たちはどのように看護していく必要があるかまで考える機会を提供することが重要で

ある。また、抑制が行われやすい高齢者看護、精神看護、成人看護クリティカルケア領域ではそれぞれの対象の特徴を踏まえ身体抑制の目的、注意点などを学習する。

講義では、身体抑制を受けるとはどのようなことか、縛られる側の思いを患者、家族の声を通して疑似体験させる事ができる。健康な学生が患者の体験を更に深めるためには、患者の置かれている状況が想像でき、その状況で抑制される患者の身体的精神的苦痛、ご家族の苦痛にまで思いを馳せられるような発問、質問、事例作成を考慮する必要がある。

可能な限り看護演習として体験を入れることが効果的と考える。看護演習では、抑制される体験を中心に学生の気づきを期待する。加えて学生の体験は短時間であり、抑制は数分後には解除される予測があるが、患者は24時間続くこともあり、いつ解除されるのか予測すら持てないことなどのちがいにも気づくよう配慮する。演習時には、患者を縛る体験も入れ両方の体験から看護となる抑制について考える機会を提供することが効果的と考える。

臨地実習では身体抑制の現実を目の当たりにする、その体験を言語化させカンファレンスや臨床講義などの時間に学生間で共有し臨地指導者、教員の考えなどを交えて、学生の体験を「教材化」することが求められる。講義で学習した倫理的問題の所在、抑制の3原則は守られているかなどの知識の確認、看護演習において体験したときの感覚や思いを想起させる、学生自身の体験の想起にとどまらず、患者の身体的精神的苦痛に加えて、抑制されている患者の思いの理解、共感を促す。

受け持ち患者であれば、学生がそばにいる間僅かな時間でも抑制を解除し、患者の安全を守りながら安楽を提供できたという体験の機会を作るとは、学生に達成感をもたらすとともに、強く印象に残り、将来看護師として身体抑制について考える布石を投じることになる。

継続教育においては、身体抑制が日常化し看護師が考えることをストップしないようにひとり一人の患者について身体抑制の必要性、方法、解除や患者・家族の思いについてチーム内で問いかける、問いかけられることが盛んに行われるコミュニケーションが求められる。このようなチームであることが身体抑制について発言でき、考えることができ、行動化が期待できる。

また、身体抑制はルートやドレーン、チューブ類の誤抜去を予防するという患者の安全、患者の命を守るために行われる。そのため看護師は常に患者の安全と人としての尊厳を守ること、安楽を提供することのジレンマに苦しみながら身体抑制の実施、解除を判断している。誤抜去などのインシデントが生じたとき、「看護する」ことより「管理する」ことを優先した管理者から発せられる第一声「なぜ抑制をしていなかったのか」の一言は、それまでのチームや受け持ち看護師のより良い看護を提供したいと努力してきたことを認めていない言葉である。管理者も自身の看護観と対峙する必要がある。

<引用文献>

福世太一 急性期医療における身体抑制の研究動向と今後の課題について 2000～2006年の文献レビューからの考察 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録(33), 2008 30-36

井上智子, 矢富有見子, 佐々木吉子 クリティカル・急性期ケア看護師が認識する患者抑制の実際と抑制への思い 質問紙による研修会参加者への日米調査の比較から, 日本クリティカルケア看護学会誌, 4(2), 2008 45-51

犬飼智子, 兵藤好美 急性期病院における看護師からみた転倒リスク要因の分析 医療の質・安全学会誌, 4(Suppl), 2009 158

大坪朋香, 天野智佐, 楠瀬真代 ICUにおける抑制を助長する看護師の心理的要因, 国立高知病院医学雑誌, 16, 2008 51-55

山川雅子, 米沢真希子, 山田智代 経験年数3年未満の看護師の抑制に対する認識, 日本看護学会論文集: 看護総合(38), 2007 303-305

Martín Iglesias V, Pontón Soriano C, Quintián Guerra MT, Velasco Sanz TR, Merino Martínez MR, Simón García MJ, González Sánchez JA. Mechanical restraint - its use in intensive cares-, Enferm Intensiva, Oct-Dec;23(4) 2012 164-70 Spanish

Kandeel NA, Attia AK. Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. Nurs Health Sci. Mar;15(1) 2013 79-85

Mion LC Physical restraint in critical care settings - will they go away? Geriatr Nur. Nov-Dec;29(6) 2008 421-423

5. 主な発表論文等

[雑誌論文](計 0 件)

〔学会発表〕(計 0 件)

〔図書〕(計 0 件)

〔産業財産権〕

出願状況(計 0 件)

取得状況(計 0 件)

〔その他〕

ホームページ等 なし

6. 研究組織

(1)研究分担者 なし

(2)研究協力者 なし

科研費による研究は、研究者の自覚と責任において実施するものです。そのため、研究の実施や研究成果の公表等については、国の要請等に基づくものではなく、その研究成果に関する見解や責任は、研究者個人に帰属されます。