

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 27 年 6 月 22 日現在

機関番号：32651

研究種目：研究活動スタート支援

研究期間：2013～2014

課題番号：25893254

研究課題名(和文)クリティカルケア領域における看護師の身体抑制に埋め込まれた臨床の「知」

研究課題名(英文)Practical knowledge in a physical restraint by experienced nurses in the critical field

研究代表者

中野 真理子(NAKANO, Mariko)

東京慈恵会医科大学・医学部・講師

研究者番号：60712312

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 1,200,000円

研究成果の概要(和文)：クリティカルケア領域における身体抑制に関するベテラン看護師の看護実践には、患者理解の深さと看護の方向性は常に抑制解除に向かっているという特徴があった。

家族への看護実践の特徴は、患者の不安の軽減や闘病意欲の維持のために家族サポートを取り込みながら、同時に患者の回復を願う家族が何もできないという無力感を抱かないように、役立てているという実感から、さらに自信へとつながるように働きかけ家族との相互作用を促進させていた。

研究成果の概要(英文)：Characteristics observed in nursing practices by experienced nurses included their deep understanding of patients and their nursing policy that always aimed at physical restraint removal.

Experienced nurses encouraged patient's family to support treatments aiming at reducing patient's fear and maintaining patient's motivation to fight against disease. They also promoted an interaction of a family by helping the family, who hoped recovery of the patient, have a confidence to think that they were helpful in the treatment rather than helpless.

研究分野：看護師の臨床知

キーワード：身体抑制 クリティカルケア 看護師 臨床知 暗黙知

1. 研究開始当初の背景

(1) クリティカルケア領域は、健康状態が急激に悪化した人々を救う場所であり、人々が自分の、そして大切な人の命を託す最終的な拠り所である。意識障害を伴い、全身状態が悪く気管内挿管による呼吸器管理や多くの点滴ラインからの薬剤投与にて生命を維持しているこの時期、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、身体抑制が行われている現状がある。

身体抑制は、患者の自由を奪い強い不安や屈辱を与え、痛みや循環障害による浮腫や関節拘縮など身体的な苦痛をも与える非人道的な行為であるばかりでなく、事故や急激な病気の発症によって危機的状況に陥っている家族にとっても、大切な人が「縛られている姿」は二重の苦しみを与える。家族の思いとして「仕方がない」と医療者側に理解を示す言葉が聞かれるが、苦しみの底から発せられる諦めの言葉に看護者は甘えてはならないと考える。

2000年厚生労働省により「身体拘束ゼロ作戦推進会議」が設置され、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)が、クリティカルケア領域では未だ「必要悪」として行われているのが現状である。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。

(2) 一方で、身体抑制を実施する看護師のジレンマが強いことも報告されており、井上ら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、抑制に対する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、クリティカルケア領域で働く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(井上, 矢富, 佐々木, & 川本, 2008)。

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や、バーンアウトにもつながると考える。

(3) 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。

2. 研究の目的

(1) 身体抑制を実施する際の適用基準や解除基準、実施中の観察や基準看護などが作成され、適切な判断で抑制が行われるような取り組みが行われている。しかしながら、実際の臨床の場においては、抑制が必要か否かは基準に照らすことだけで判断しているのではなく、看護師が1つ1つの状況下で、患者の状況により判断しており、その判断や看護実践は看護師によって異なっている。ペナー(2005)は中堅看護師の特徴として、状況を全体として捉え格率に導かれて実践を行うことと「早期警告徴候」の高まりを挙げている。ベテラン看護師の身体抑制に関する看護実践の中に埋め込まれている臨床の「知」を形式知として可視化することを目的とする。

(2) 知識創造理論の権威である野中(2006)は、暗黙知と形式知を変換していく共同化、表出化、連結化、内面化の4つの知識変換モードを説明している。暗黙知のままの知識は、熟練技能の伝承経過からも想像されるように非常に限られた範囲の人々の間でしか共有できないため、暗黙知を第三者にもわかりやすいように言葉に変換していくことが重要であり、それが行われる表出化は、個人の知である暗黙知を参加しているメンバー全員で共有化し、集団知として発展させていくために不可欠であると述べている。

ベテラン看護師はどのように考え、判断し身体抑制に関する看護を実践しているのか。その実践に埋め込まれた暗黙知である臨床の「知」が、言葉化され他者に伝わることで、チーム全体の看護の質が上がり、患者および家族に対してより質の高い看護を提供することが期待できると考える。

3. 研究の方法

(1) クリティカルケア領域での臨床経験6年以上の看護師10名に身体抑制に関する看護実践エピソードを中心にそのときの臨床判断、ケア、患者・家族に対する思いなどを語ってもらう半構造的面接を行った。面接時間は一人90分前後であった。

(2) 分析には、主に修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた。結果の記述は、経験豊かな質的研究者2名によるスーパーバイズと、質的研究者によるピアグループで意見交換し偏った解釈にならないように配慮した。

4. 研究成果

研究成果は、大きく3つに分かれる。1つはベテラン看護師の身体抑制が必要な患者に対する看護実践のプロセス、次に、身体抑制を必要とする患者の家族に対する看護実践のプロセス、最後に、抑制解除判断に関する主観的にのみ妥当する実践的原則(規則)である格率についてである。

(1) ベテラン看護師の身体抑制に関する看護実践プロセスは、分析の結果 35 の概念が生成され、14 のサブカテゴリー、7 つのコアカテゴリーが抽出された。

表 1. クリティカルケア領域におけるベテラン看護師の身体抑制に関する看護の実践プロセス

コアカテゴリー	カテゴリー	概念	
私の信念	命を守るというゆるぎない信念	生きたいと願っている、その命を守りたい	
		私を突き動かすこだわり	
痛み・葛藤	葛藤する	葛藤の中の抑制解除 患者に利が多ければ、抑制に躊躇はない	
	インシデントに心を痛める	「傷む者は抜かれる」と叩き込まれた教え インシデントをおこすと葛藤えられる	
ベテラン看護師としての責任を果たす	看護師としての責任	必ず自分で、五感で感じ判断する 「命を守るため」を痛にしたいくない	
		言葉で動かし、動きを察し、よくわからない人に仕立て上げているのは私たち 治療優先の医師に向って向から挑む	
役割の使命を果たす	自分を託して役割を果たす	後輩の看護実践モデルとしての自分 リーダーの時は安泰を最優先してしまう	
		私が外さない、抑制しつづけていってしまう	
深い患者の理解と抑制解除に向かう看護実践	人としての捉えの深さ	今までの経過そしてこれからの予測の中で、今のその人捉える 今は自分で自分のことを守れない状況にある人という捉え	
	語れない患者の内側で起こっていることの理解	不可解な動き・行動の意味を読み取る 皮膚の内側に入り込み、患者の気持ちを読み取る	
		葛藤レベルスコアのその先の変化を捉える 一方では、抑制が必要ない状況になるよう力を尽す 決して抑制が第一選択ではない 抑制を外す10分を語り出す	
	抑制をしない・するの理由や意味づけへのアプローチ	抑制はやむを得ないから、せめてストレスを減らす 胸が痛れていようような認識を助ける 「抜いてしまふから、ではなく、「そうすることがよいこと」を伝える 一瞬の油断から生じる抑制の二次的障害から守る 外せざる、大丈夫だ！ 確信する瞬間	
		独自の指標による判断	わかっていない、法理のあわない会話を抑制が必要だと判断する 抑制は時間稼ぎ、本意を出せば読める 暮れるエネルギーをいっせいで抜くか再び抑制か、天秤にかける 大丈夫には2つの条件、患者さんの大丈夫と私が看れるか
		患者との相互作用	とてつもない感覚 関わり、知、 患者と心通うひと時
			理不尽さへの怒り
	これで良いという満足はない	さらに良い看護を追求 チームワークでさらに守れる	

ベテラン看護師の看護実践には、患者理解の深さと看護の方向性は常に抑制解除に向かっているという特徴があった。確固たる、命を守るというゆるぎない『私の信念』に突き動かされ、五分五分の安全と安楽の狭間で葛藤やインシデントに心を痛めるといって『痛み・葛藤』を感じながら『ベテラン看護師としての責任を果たす』と同時に先輩、リ-ダ-などの『役割の使命を果たす』ことをしながら『深い患者の理解と抑制解除に向かう看護実践』を行っていた。

その看護実践の構造は<人としての捉えの深さ><語れない患者の内側で起こっていることへの理解>をしながら<微細な変化の察知><独自の格率による判断><抑制をしない・するの理由や意味づけへのアプローチ>を円環的に行い、『患者との相互作用』を感じながらも『これで良いという満足はない』とさらに質の高い看護を追求していた。患者理解の深さとは、それまでの経過と今後の予測から今の患者を捉え、患者が感じていることを感じたいと皮膚の内側に入り込み察知し、それに応えるケアが行われていた。抑制による二次的障害予防や心身の苦痛を緩和すると同時に、看護の方向性は常に病状の回復でもある抑制解除へと定まっていた。

ベナー(2005)は熟練した実践には理論的知識と実践的知識を併せ持つことが必要と述べているが、ベテラン看護師の語りから多くの暗黙知である実践的知識が明らかとなっ

た。また、熟練した実践の変化が見られる領域として「無関係な観察者から責任ある当事者になる」ことを挙げているが、ベテラン看護師は、後輩に対してはロールモデルとしての自分を意識した行動を選択し、リーダーの時は全体を考え安全を最優先していた。また、チームでさらに守れることを実感し、チーム全体に働きかけるなど病棟全体の看護の責任を持つ当事者としての行動をとっていた。

(2) クリティカルケア領域における身体抑制を必要とする患者の家族に対するベテラン看護師の看護実践プロセスとして、18 の概念が生成され、6 つのカテゴリーが抽出された。

表 2. クリティカルケア領域における身体抑制を必要とする患者の家族に対するベテラン看護師の看護実践プロセス

カテゴリー	概念
家族の思いを推測	突然襲いかかった二重三重の苦しみ 医療機器に囲まれ変わり果てた姿に愕然 家族にとってのその人の像が崩れるショック
	「驚かれましたね」と共感する 心の準備を手伝う まずは家族のショックを吸収する キーパーソンとなれそうな人を探す
家族のショックを吸収	抑制するメリットが伝わるように必要性・安全について話す 一時的であることと今後の見通しを話す 縛りばなしでないことを説明する
	時には暴れるところを見てもらう荒治療 家族の事情や理解状況を把握する 面会時間には抑制を外し患者と家族を見守る
ケアへの巻き込み	家族が巻き込んで患者を説得 家族ができるケアへの参加を促す
貫く信念	「わかりました」と抑制を受け入れざるを得ない 「抜くと怖いから抑制しといてください」家族の言葉に甘えない
"尻込み"から"前向き"	状況から抑制の必要性を家族自身で判断している

看護師は<突然襲いかかった二重三重の苦しみ><医療機器に囲まれ変わり果てた姿に愕然><家族にとってのその人の像が崩れるショック>という『家族の思いを推測』し、<「驚かれましたね」と共感する><心の準備を手伝う>など、まず『家族のショックを吸収』することを行っていた。次に<抑制するメリットが伝わるように必要性・安全について話す><一時的であることと今後の見通しを話す>などや<時には暴れるところを見てもらう荒治療>も選択しながら『抑制について理解を促す』ことに重きを置いていた。そしてだんだんと<面会時間には抑制を外し患者と家族を見守る><家族ができるケアへの参加を促す>ことなどを実施しながら『ケアへの巻き込み』を進め、家族が『尻込み』から『前向き』になれるよう支援的に関わっていた。その実践プロセスに通底するものは、<「わかりました」と抑制を受け入れざるを得ない>家族の理解と<「抜くと怖いから抑制しといてください」という家族の言葉に甘えない>という『貫く信念』であった。

ベテラン看護師は、患者の不安の軽減や闘病意欲の維持のために家族サポートを取り込みながら、同時に患者の回復を願う家族が何もできないという無力感を抱かないように、役立てているという実感から、さらに自

信へとつながるように働きかけ家族との相互作用を促進させていた。

(3) 格率(Maxime)とは、辞書によると世間で広く認められている行為の基準。また、それを簡潔に表した言葉とあり、ベナー(2005)は、達人看護師同氏はお互いにやりとりできる「格率」から多くの情報を得られるが、部外者や達人レベルに達していない看護師も臨床知識、とりわけ「格率」のなかに潜んでいる直感的知識のヒントを得ることができるとし、臨床判断の領域を明確にする出発点として「格率」の収集を示唆している。

身体抑制については、ルートやチューブの事故抜去等の危険性から守るために抑制を行う、開始する判断よりも、その危険性がある中で抑制を解除する判断は難しく、看護師自身もとまどい、患者の安全と安楽や人権擁護の狭間でジレンマを感じる行為である。ベテラン看護師の語りを質的記述的に分析した結果、抑制解除判断の「格率」には、「視線」「開眼のタイミング」「目つき」「笑顔」「頷きや手を握り返すタイミング」「意図性」「記憶力」「注意力」があった。

ベテラン看護師はそれまでの蓄積された経験をもとに各自の格率から抑制解除の判断を行っていた。まず、まなざし、視線などの「まなこ」とおして、その奥にある意識レベルスコアでは表現されない細微な変化を捉えていた。さらに、開眼や問いかけに対する反応の仕方とそのタイミング、表情、何気ない動作の中に意図性、記憶力、注意力を査定していた。

今後も、ベテラン看護師のより多くの臨床知や格率を明らかにし、より質の高い看護の追求と確からしい臨床判断に寄与したい。

<引用文献>

パトリシア・ベナー. (2005). ベナー看護論新訳版-初心者から達人へ- (井部俊子, Trans.): 医学書院.

井上智子, 矢富有見子, 佐々木吉子, & 川本祐子. (2008). 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), 45-51.

福世太一. (2008). 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), 30-36.

野中郁次郎, & 竹内弘高. (2006). 知識創造企業 (梅本勝博, Trans.): 東洋経済新報社.

5. 主な発表論文等

[学会発表](計 2 件)

中野真理子 菊池麻由美 高島尚美
クリティカルケア領域における身体抑制を要する患者の家族に対するベテラン看護師の看護実践プロセス
日本看護学教育学会第 25 回学術集会
2015

中野真理子 菊池麻由美 高島尚美
クリティカルケア領域におけるベテラン看護師の身体抑制に関する看護の実践プロセス
日本看護研究学会第 41 回学術集会
2015

6. 研究組織

(1)研究代表者

中野 真理子 (NAKANO Mariko)
東京慈恵会医科大学・医学部看護学科・講師
研究者番号：60712312

(2)研究協力者

菊池 麻由美 (KIKUCHI Mayumi)
東京慈恵会医科大学・医学部看護学科・准教授
研究者番号：50320776

高島 尚美 (TAKASHIMA Naomi)
東京慈恵会医科大学・医学部看護学科・教授
研究者番号：00299843