

## 臨床現場における身体拘束、抑制の実態と実施基準に関する研究

<sup>1)</sup> 鳥取大学医学部保健学科看護学専攻4年次学生

<sup>2)</sup> 鳥取大学医学部保健学科地域・精神看護学講座（主任 吉岡伸一教授）

石倉未沙絵<sup>1)</sup>，鹿田和樹<sup>1)</sup>，杉本英里華<sup>1)</sup>，中島奈都美<sup>1)</sup>，吉岡伸一<sup>2)</sup>

## Prevalence of Physical Restraint of Patients and Factors Influencing the Decision to Use Physical Restraint in General Hospitals

Misae ISHIKURA<sup>1)</sup>，Kazuki SHIKADA<sup>1)</sup>，Erika SUGIMOTO<sup>1)</sup>，  
Natsumi NAKASHIMA<sup>1)</sup>，Shin-ichi YOSHIOKA<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> *Fourth grade, Major in Nursing, School of Health Science, Faculty of Medicine, Tottori University, Yonago 683-8503, Japan*

<sup>2)</sup> *Department of Nursing Care Environment and Mental Health, School of Health Science, Faculty of Medicine, Tottori University, Yonago 683-8503, Japan*

**ABSTRACT**

The purpose of this study was to investigate the prevalence of physical restraint in general hospitals and the factors involved in the decision to use physical restraint. A questionnaire was sent to the nursing ward managers of 10 hospitals and responses were obtained from 36 nursing ward managers of 8 hospitals. In 34 wards, physical restraint had been used during the previous month. Documentation of physical restraint in the nursing clinical record was carried out in 32 wards, but was not performed in two wards. The decision to initiate physical restraint was made by both the nurses and doctors in 26 wards, which was the most common method. In contrast, the decision to release patients from restraint was made by a nurse in 19 wards, which was the most common method. Physical restraint was performed according to the original criteria of the hospital or ward in 89% of the wards where it was used, while such criteria were not applied in the remaining wards. When physical restraint was used, preventing the withdrawal of treatment was the most common reason. It was found that 78% of nurses hesitated when making a judgment to initiate physical restraint. The present results suggest that it is necessary to develop unified criteria for all hospitals and wards for the regulation of physical restraint.

(Accepted on March 6, 2015)

**Key words :** physical restraint, hospital, nurse, criteria

## はじめに

身体拘束は、精神保健福祉法第36条第3項の規定により、精神障害のため患者の生命に危険が及ぶ恐れがある場合に限定して、精神保健指定医の診察のもとで実施される行動制限のことを指す<sup>1)</sup>。また、身体抑制は、それ以外の一般病院や施設で実施される行動制限のことを指す場合がある<sup>2)</sup>。精神保健福祉法、介護保険指定基準では、本人又は他者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合、身体拘束・抑制が認められ<sup>3)</sup>、その判断基準として切迫性・非代替性・一時性の3つが挙げられている。現在の日本では、精神科以外の病棟における身体拘束・抑制を開始・解除する指標は厳格には定められておらず、業界団体、関連学会、厚生科学研究の出した基準、ガイドラインなどにに基づき、それぞれの病院が独自に行動制限マニュアルを作成し、また病院によっても基準が異なっている<sup>3)</sup>。また、身体拘束・抑制は、その時点で病院が考える基準に該当していたとしても、どの時点で該当要件を満たさなくなり、拘束・抑制を解除すべきなのかについての判断は簡単でなく<sup>1)</sup>、予防的抑制が多用され、継続されやすい傾向にある<sup>4)</sup>。これらの原因として、身体拘束・抑制の開始・解除の基準が定められていないことのほかに、看護師の人員不足なども指摘されている<sup>5)</sup>。

身体拘束・抑制は、生命の安全のために行われるものであるが、これらの行為によって体力の低下などの2次的、3次的障害を招くことが多いとされる。そのため、2000年4月の介護保険法の実施に伴う身体拘束の禁止規定の通達や2001年3月には身体拘束ゼロへの手引きが厚生労働省によって発行された。しかし、患者の生命の安全、尊厳を守るという両者の間で、患者の一番身近で実際に身体拘束・抑制を実施する看護師の思いは揺れているという報告がある<sup>6)</sup>。そこで、本研究では、病院（精神科を含む）における身体拘束・抑制が適正に行われるための予備的示唆を得ることを目的とし、鳥取県西部地区の病院を対象に質問紙調査を実施し、身体拘束・抑制の実施基準や実態、さらにそれに対する看護師の思いについても検討した。

## 対象及び方法

### 1. 対象

対象は、鳥取県西部地区にある病院10施設（52病棟）である。

### 2. 調査方法

無記名自記式アンケートを用いた質問紙調査を実施した。はじめに各病院の管理者または看護部長に、調査の趣旨や目的、倫理的配慮などが記載された調査票と研究協力承諾書を返信用の封筒とともに配布した。研究協力への同意の得られた病院に直接出かけるか、あるいは郵送にて、看護師長又は副看護師長に対して調査票と研究協力の依頼文を配布した。研究協力が得られた施設より記載された調査票を郵送にて回収した。

### 3. 調査内容

調査票に記載されている調査項目は、(1) 回答者の所属する病棟の属性（病棟、診療科、患者・看護師の比率）、(2) 身体拘束・抑制の実態（有無、件数、判断基準、観察頻度）、(3) 身体拘束・抑制についての看護師の思い（身体拘束・抑制の必要性、医師と看護師間の判断基準の相違、開始時の迷い、罪悪感の有無、人員不足と身体拘束・抑制の関係性、など）である。

### 4. 分析方法

調査票に記載されている調査項目は、診療科、看護師・患者比率、身体拘束・抑制の有無、身体拘束・抑制の開始・解除の基準・看護師の思いについてなどである。

調査票を回収した後、調査票の結果をコーディングし、磁気媒体にデータとして入力した。データの解析には、SPSS ver.18.0を用いて統計処理を行った。統計学的検定には、 $\chi^2$ 検定、Fisherの直接法、Kruskal-Wallis検定を用いた。なお、有意水準は5%とした。

### 5. 倫理的配慮

対象者に対して、研究の参加は任意であり、拒否権があること、研究に協力しないことによる不利益がないこと、プライバシーへの配慮、研究データの使用と分析終了後の破棄の方法などについても十分に説明し、アンケート記載・提出により、同意が得られたものとした。同意書提出後に研究への協力を撤回したい場合、同意撤回書をもってすべての調査記録を破棄するよう説明し、承諾を得た。また、回収した調査票はプライバシーを保

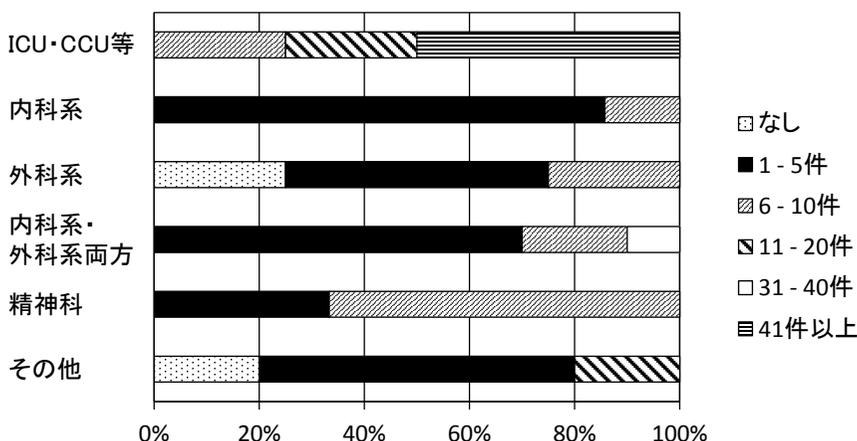


図1 診療科と身体拘束・抑制の件数との関係

診療科で過去1ヶ月間に行われた身体拘束・抑制件数を示す。過去1ヶ月の件数が41件以上と回答した病棟は、ICU・CCU等のみであった。

護するため無記名とし、個人が限定されない内容とした。なお、本研究は鳥取大学医学部倫理審査委員会の承諾（承認番号2157）を得て実施した。

## 結 果

鳥取県西部地区の10施設に依頼し、8施設より調査票の回答が得られた。8施設の対象病棟は41病棟で、そのうち36病棟より調査票の回答が得られた（病棟からの調査票の回収率88%）。

### 1. 病棟・診療科の機能

回答の得られた病棟は、急性期病棟11病棟（31%）、一般病棟17病棟（47%）、その他8病棟（22%）であった。主たる診療科（複数回答）は、ICU・CCU等4（11%）、内科系7（19%）、外科系8（22%）、内科系・外科系の両方10（28%）、精神科3（8%）、その他5（14%）であった。看護師1人当たりの患者数の平均値は昼6.0人（1 - 15人）、準夜16.2人（2 - 47人）、夜16.8人（2 - 47人）であった。

### 2. 病棟内の身体拘束・抑制について

#### 1) 身体拘束・抑制の実態

これまでに身体拘束・抑制が行われたことのある病棟は、34病棟（94%）であった。過去1ヶ月の間の件数は、「なし」3病棟（8%）、「1 - 5件」21病棟（58%）、「6 - 10件」5病棟（14%）、「11 - 20件」4病棟（11%）、「31 - 40件」1病棟（3%）、「41件以上」2病棟（6%）であった。

診療科と身体拘束・抑制の件数との関係を図1に示す。過去1ヶ月の件数が「41件以上」と回答した病棟は「ICU・CCU等」のみであった。「内科系」、「外科系」、「内科系・外科系の両方」及び「その他」では「1 - 5件」と回答した病棟が多かったが、「精神科」では「6 - 10」件と回答した病棟が多かった。

看護師1人当たりの患者数と過去1ヶ月間の身体拘束・抑制件数との関係を図2に示す。昼においては看護師1人当たりの患者数と過去1ヶ月間の身体拘束・抑制件数との間に有意差がみられた（ $p = 0.044$ ）。しかし、準夜・夜においては有意差が見られなかった（準夜： $p = 0.274$ 、夜： $p = 0.108$ ）。

#### 2) 身体拘束・抑制の実施について

身体拘束・抑制時の患者又は家族への説明は、「口頭」1病棟（3%）、「書面」30病棟（83%）、「口頭・書面の両方」4病棟（11%）であり、「説明なし」はなかった。診療科と身体拘束・抑制のカルテ記載の有無との関係を表1に示す。身体拘束・抑制のカルテ・看護記録への「記載している病棟」は32病棟（89%）で、「記載していない病棟」は2病棟（6%）であった。カルテへの記載を行っていない病棟は急性期病棟のみであった。

身体拘束・抑制を実施する場合と解除する場合の判断を行う者を表2に示す。実施する場合には、「看護師と医師の両方」が26病棟（72%）と最も

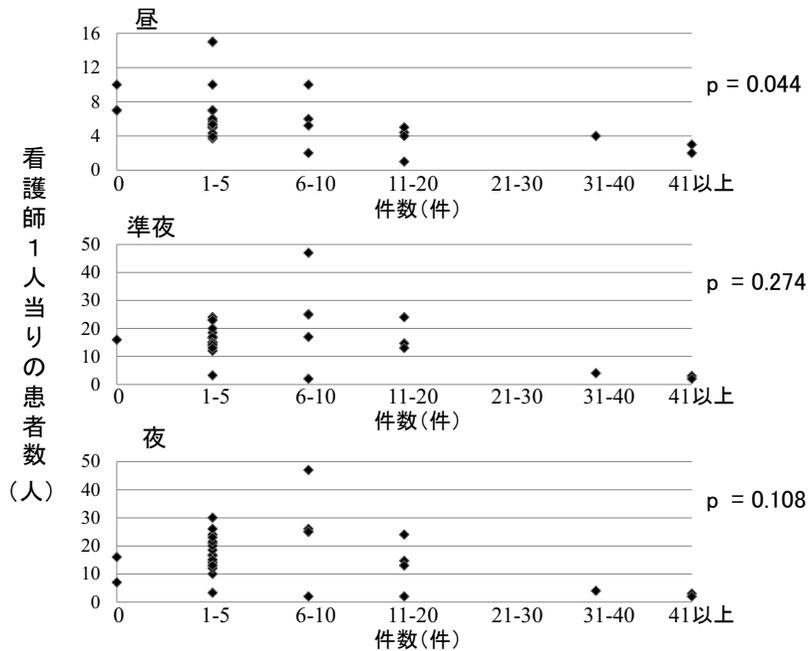


図2 看護師1人あたりの患者数と過去1ヶ月間の身体拘束・抑制の関係

昼、準夜、夜ごとに、過去1ヶ月間の身体拘束・抑制件数と看護師1人あたりの患者数との関係を示す。昼のみ、身体拘束・抑制件数と患者数との間に有意差が認められた (Kruskal-Wallis検定)。

表1 病棟別身体拘束・抑制のカルテへの記載

病棟	あり	なし	不明
急性期病棟	9 (28%)	2 (100%)	2 (100%)
一般病棟	15 (47%)	0 (0%)	0 (0%)
その他	8 (25%)	0 (0%)	0 (0%)
計	32	2	2

多く、解除する場合は「看護師」が19病棟 (53%) と最も多く、次いで「看護師と医師の両方」が10病棟 (28%) の順であった。

身体拘束・抑制を行う際のマニュアル化された基準 (複数回答) は、「精神保健福祉法」4病棟 (11%)、「介護保険指定基準」1病棟 (3%)、「病院・病棟独自の基準」31病棟 (89%)、「その他」1病棟 (3%) で、「マニュアルなし」はなかった。

看護師の勤務人数が少ないと身体拘束・抑制の頻度が増えるに対して、「はい」という回答は18病棟 (50%) で、「いいえ」という回答も18病棟 (50%) であった。

診療科と身体拘束・抑制のマニュアル化された判断基準との関係を図3に示す。精神科以外の病棟は「病院・病棟独自の基準」で身体拘束・抑制を行っているが最も多かった。精神科では「精神保健福祉法の基準」で行っているが最も多く、次いで「介護保険指定基準」「病院・病棟独自の基準」であった。

### 3) 身体拘束・抑制を行う状況

身体拘束・抑制を行う場面 (複数回答) について、「自己抜去の危険性」が32病棟 (89%) と最も多く、次いで「転倒・転落」23病棟 (64%)、「自傷他害」11病棟 (31%)、「認知症症状」9病棟 (25%)、

表2 身体拘束・抑制の開始・解除の判断を行う職種

職種	開始	解除
看護師	5 (14%)	19 (53%)
医師	3 (8%)	6 (16%)
看護師と医師の両方	26 (72%)	10 (28%)
その他	1 (3%)	0 (0%)
無回答	1 (3%)	1 (3%)

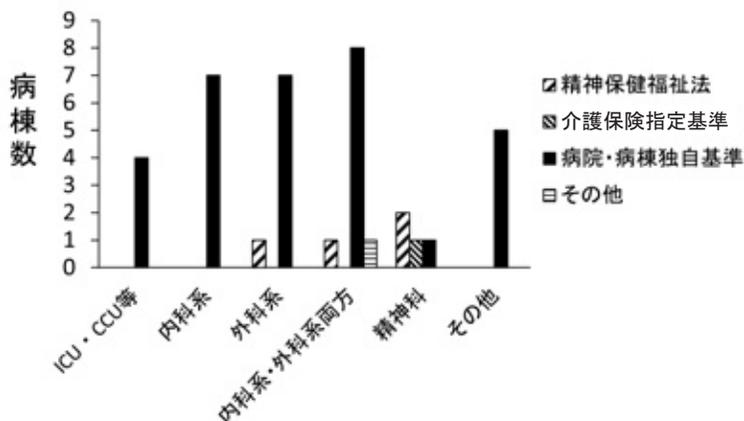


図3 診療科と身体拘束・抑制のマニュアル化された判断基準との関係

診療科で身体拘束・抑制を行う際に使用される判断基準別の病棟数を示す。精神科以外の病棟では病院・病棟独自の判断基準で行っているが最も多かった。

表3 診療科別身体拘束・抑制を行う場面の比較（複数回答）

診療科	自己抜去の危険性	転倒・転落	自傷他害	認知症症状	その他	計
ICU・CCU等	4 (50%)	1 (12.5%)	2 (25%)	1 (12.5%)	0 (0%)	8 (100%)
内科系	6 (37.5%)	4 (25%)	2 (12.5%)	4 (25%)	0 (0%)	16 (100%)
外科系	8 (45%)	5 (28%)	4 (22%)	1 (5%)	0 (0%)	18 (100%)
内科系・外科系の両方	9 (45%)	8 (40%)	1 (5%)	2 (10%)	0 (0%)	20 (100%)
精神科	2 (29%)	3 (43%)	0 (0%)	1 (14%)	1 (14%)	7 (100%)
その他	4 (45%)	3 (33%)	2 (22%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (100%)
計	33	24	11	9	1	78

「その他」1病棟（3%）であった。身体拘束・抑制の行われている時間の頻度が高いものは「24時間以内」9病棟（25%）、「1-3日」8病棟（22%）、「1週間以内」7病棟（19%）、「1週間以上」が9病棟（25%）、「不明」3病棟（8%）であった。

診療科と身体拘束・抑制を行う場面との関係（複数回答）を表3に示す。身体拘束・抑制を行う場面で最も多かったのは「自己抜去の危険性」であり、精神科を除くすべての診療科において最も多かった。次に多かったのは、「転倒・転落」であ

表4 診療科別身体拘束・抑制が行われる期間の比較

診療科	24時間以内	1 - 3日	1週間以内	1週間以上	計
ICU・CCU等	2	1	0	1	4
内科系	0	1	5	0	6
外科系	2	3	1	1	7
内科系・外科系の両方	3	3	0	4	10
精神科	0	0	0	3	3
その他	2	0	1	1	4
計	9	8	7	10	34

表5 身体拘束・抑制中の観察頻度

観察頻度	医師	看護師
3時間に1回	0 (0%)	16 (44%)
1日に2回	10 (28%)	2 (6%)
1日に1回	18 (50%)	2 (6%)
2日に1回	0 (0%)	0 (0%)
その他	6 (16%)	14 (38%)
不明	2 (6%)	2 (6%)

た。「自傷他害」は、精神科ではみられなかった。

診療科と身体拘束・抑制を行う期間との関係を表4に示す。「ICU、CCU等」では、「24時間以内」が2件と最も多く、「内科系」では「1週間以内」が5件と最も多かった。「外科系」では、「1 - 3日以内」が3件と最も多く、「精神科」では「1週間以上」が3件と最も多かった。「内科系・外科系の両方」では、「1 - 3日以内」は6件、「1週間以上」が4件であった。

身体拘束・抑制を実施中の、医師と看護師の観察頻度を表5に示す。医師は「1日に1回」が18病棟（50%）で最も多かった。看護師は「3時間に1回」が16病棟（44%）と最も多く、次いで「その他」14病棟（38%）の順であった。なお、「その他」について、「2時間に1回」が4病棟（12%）で最も多かったが、「15分毎」、「30分毎」、「1時間毎」という回答もみられた。

### 3. 身体拘束・抑制の判断について

身体拘束・抑制は「必要である」との回答は29人（81%）であった。「必要でない」という回答は1人（3%）であり、「どちらでもない」という回答は6人（17%）であった。

身体拘束・抑制開始の判断が看護師間で「異な

ると感じたことがある」のは24人（67%）、「異なると感じたことがない」のは12人（33%）であった。身体拘束・抑制開始の判断が医師と看護師間で「異なると感じたことがある」のは25人（69%）、「異なると感じたことがない」のは11人（31%）であった。身体拘束・抑制開始の判断に「迷うことがある」のは28人（78%）、「迷うことがない」のは8人（22%）であった。

身体拘束・抑制の判断（看護師間、医師と看護師間）について表6に示す。「身体拘束・抑制の判断が看護師間で異なると感じたことがある」と回答した24人中22人が「身体拘束・抑制開始の判断に迷う」と回答した。「身体拘束・抑制の判断が看護師間で異なると感じたことはない」と回答した12人中6人が「身体拘束・抑制開始の判断に迷う」と回答し、6人が「身体拘束・抑制開始の判断に迷わない」と回答した。また、「身体拘束・抑制の判断が医師と看護師で異なると感じたことがある」と回答した25人中23人が「身体拘束・抑制開始の判断に迷う」と回答した。「身体拘束・抑制の判断が医師と看護師で異なると感じたことがない」と回答した11人中5人が「身体拘束・抑制開始の判断に迷う」と回答し、6人が「身体拘

表6 身体拘束・抑制開始の判断（看護師間，医師と看護師間）

		身体拘束・抑制の判断が異なる					
		看護師間		p値 <sup>1)</sup>	医師と看護師間		p値 <sup>1)</sup>
		はい	いいえ		はい	いいえ	
身体拘束・抑制開始の判断に迷う	はい	22	6	0.009*	23	5	0.005*
	いいえ	2	6		2	6	

1) Fisherの直接法. \* :  $p < 0.05$ .

表7 身体拘束・抑制の考え方と実際に行われた行為との比較

身体拘束・抑制に関する行為	身体拘束・抑制と 思う行為	病棟で実際に行われた行為
徘徊しないよう車椅子やベッドに紐で縛る	26 (72%)	7 (19%)
転倒しないよう車椅子やベッドに紐で縛る	25 (69%)	12 (33%)
ベッドを柵で囲む	23 (64%)	26 (72%)
点滴などを抜かないよう手足を紐で縛る	26 (72%)	25 (69%)
四肢の機能を制限するミトン型手袋をつける	30 (83%)	31 (86%)
立ち上がれないような椅子を使う	22 (61%)	1 (3%)
立ち上がれないよう椅子やテーブルにとりつける	23 (64%)	5 (14%)
つなぎ服を着せる	23 (64%)	22 (61%)
迷惑行為を防ぐため車椅子やベッドに縛る	25 (69%)	2 (6%)
行動を落ち着かせるため過剰に向精神薬服用	17 (47%)	2 (6%)
自分の意思で開けられない居室隔離	25 (69%)	1 (3%)

束・抑制開始の判断に迷わない」と回答した。「身体拘束・抑制開始の判断に迷う」と「看護師間，医師と看護師間で身体拘束・抑制の判断が異なる」との間に有意差がみられた（看護師間： $p = 0.009$ ，医師と看護師間： $p = 0.005$ ）。

#### 4. 身体拘束・抑制に関する行為について

身体拘束・抑制への考えと実際に行われたかどうかをまとめたものを表7に示す。身体拘束・抑制であると思われる行為の中で最も多いものは「四肢の機能を制限するミトン型手袋などをつける」であり30人（83%）、次いで「徘徊をしないよう車椅子やベッドに紐などで縛る」と「点滴などを抜かないように手足を紐で縛る」で26人（72%）であった。これまで病棟内で実際に行われた行為の中で最も多いものは「四肢の機能を制限するミトン型手袋などをつける」で31人（86%）、次に多いものは「ベッドを柵で囲む」が26人（72%）、3番目に多いものは「点滴などを抜かないように手足を紐で縛る」が25人（69%）で

あった。反対に少なかった行為は「立ち上がれないような椅子を使う」が1人（3%）、「自分の意思で開けることができない居室に隔離」が1人（3%）、「迷惑行為を防ぐため車椅子やベッドに縛る」が2人（6%）、「行動を落ち着かせるため向精神薬を過剰服用」が2人（6%）であった。

身体拘束・抑制であると思われる行為の中で実際頻回に行われたものは、「ベッドを柵で囲む」、「点滴などを抜かないよう手足を紐で縛る」、「四肢の機能を制限するミトン型手袋などをつける」、「つなぎ服を着せる」であった。一方、身体拘束・抑制であると思われる行為の中で実際にはほとんど行われなかった行為は、「立ち上がれないような椅子を使う」、「迷惑行為を防ぐため車椅子やベッドに縛る」、「自分の意思で開けることができない居室に隔離」であった。

#### 5. 身体拘束・抑制に対する考え方について

身体拘束・抑制に対する考え方と感じ方を図4に示す。人員不足など看護師の都合で身体拘束・

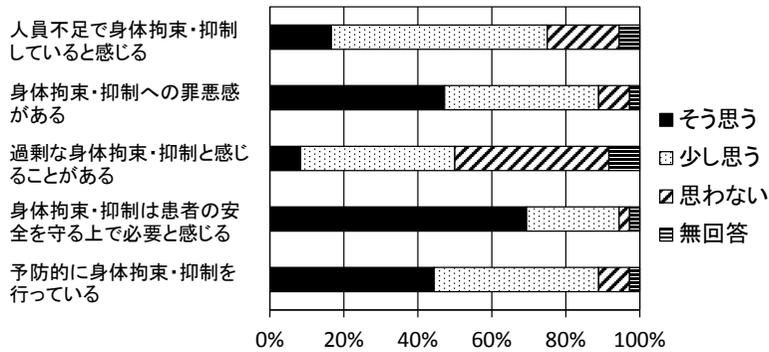


図4 身体拘束・抑制に対する考え方と感じ方

身体拘束・抑制に対する考え方別に、看護師がどのように感じているかを示す。

表8 身体拘束・抑制への罪悪感と考え方との関連

		身体拘束・抑制への罪悪感がある			p値 <sup>1)</sup>
		ある	少しある	ない	
人員不足で身体拘束・抑制していると感じる	そう思う	5	1	0	0.003*
	少し思う	9	12	0	
	思わない	2	2	3	
過剰な身体拘束・抑制だと感じる可能性がある	ある	3	0	0	0.022*
	少しある	10	5	0	
	ない	3	9	3	
身体拘束・抑制は患者を安全を守る上で必要	そう思う	10	12	3	0.477
	少し思う	6	3	0	
	思わない	1	0	0	

1)  $\chi^2$ 検定. \* :  $p < 0.05$ .

抑制していると感じるかという間に「思う」と「少し思う」の回答の合計は27人（75%）であり、身体拘束・抑制への罪悪感が「ある」と「少しある」の回答の合計は32人（89%）であった。過剰な身体拘束・抑制だと感じるものが「ある」と「少しある」という回答の合計は18人（50%）で、身体拘束・抑制は患者の安全を守る上で必要かという間に「思う」と「そう思う」という回答の合計は34人（94%）であった。身体拘束・抑制をしないことで患者が自己抜去や転倒など起こしたことがあり、予防的に身体拘束・抑制を行っているかという間に「そう思う」と「少し思う」という回答の合計は32人（88%）であった。

身体拘束・抑制への罪悪感と考え方との関連を表8に示す。人員不足で身体拘束・抑制をしていると感じるかという問への回答と身体拘束・抑制

への罪悪感と考え方との有無には有意差がみられた ( $p = 0.003$ )。また、過剰な身体拘束・抑制だと感じる可能性があるかという問への回答と身体拘束・抑制への罪悪感の有無にも有意差がみられた ( $p = 0.022$ )。身体拘束・抑制は患者の安全を守る上で必要であるかという問への回答と身体拘束・抑制への罪悪感の有無には有意差はみられなかった ( $p = 0.477$ )。

看護師1人当たりの患者数と人員不足により身体拘束・抑制をしていると感じるかについての回答との関係を図5に示す。人員不足など看護師の都合で身体拘束・抑制していると感じるという問に対し「少し思う」と回答した人が最も多く、「そう思う」と回答した人と合わせると約8割であった。人員不足で身体拘束・抑制していると感じるという回答と看護師1人当たりの患者数との間に

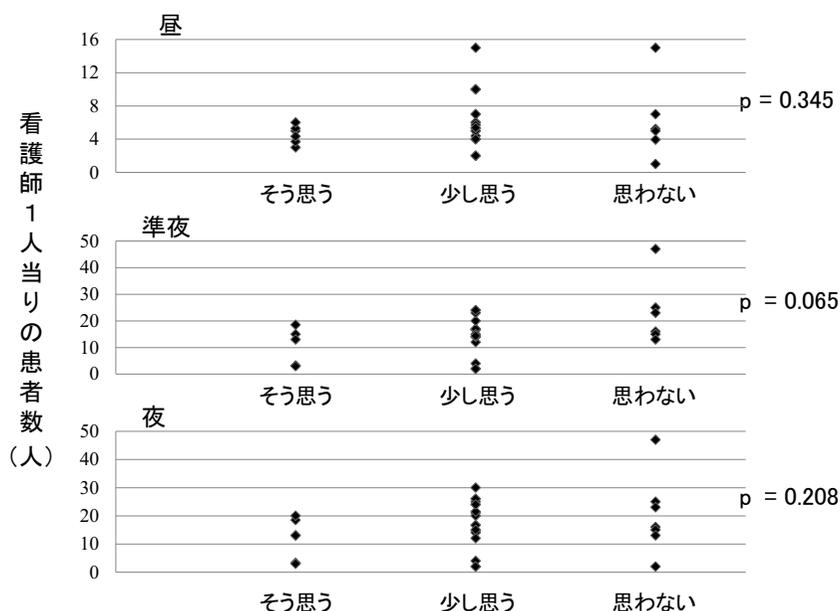


図5 看護師1人当たりの患者数と身体拘束・抑制に対する看護師の感じ方の比較

看護師の都合で身体拘束・抑制をしているかどうかの感じ方と看護師1人あたりの患者数との関係を示す。感じ方と患者数との間にいずれの時間帯も差は認められなかった (Kruskal-Wallis検定)。

は有意差はみられなかった (昼:  $p = 0.345$ , 準夜:  $p = 0.065$ , 夜:  $p = 0.208$ )。

### 考 察

今回、鳥取県西部地区の病院を対象に身体拘束・抑制の実施基準に関する病棟間の違いについて検討した。

#### 1. 診療科と身体拘束・抑制の実態について

診療科と身体拘束・抑制の件数及び行う場面についての関係をみた結果、ICU・CCU等では過去1ヶ月の件数は40件以上と回答した病棟が最も多かった。

林ら<sup>7)</sup>は、急性期病棟においては患者の安全確保、安静保持、生命の維持・回復に必要な治療の遂行目的として、身体の抑制や行動制限を要することがあると述べているように本研究でも、特に生命の維持に関わるICU・CCU等では、身体拘束・抑制が頻繁に行われていた。看護師1人当たりの患者数と身体拘束・抑制件数との関係をみると、昼で抑制件数と患者数との間に有意な関係が認められた。ICU・CCU等は看護師1人当たりの患者数が最も少ないことが反映されていたと考えら

れる。

身体拘束・抑制が行われる場面としては「自己抜去の危険性」が最も多く、次に転倒・転落が挙げられた。また、精神科以外のどの診療科においても身体拘束・抑制を行う場面として「自己抜去の危険性」が最も多く、次いで「転倒・転落」が挙げられた。これらの場面では身体損傷のリスクの軽減を目的として、身体拘束・抑制が頻繁に行われていると考えられる。したがって全ての診療科において、身体拘束・抑制は危険防止のために必要な行為として行われていると思われる。

身体拘束・抑制の開始・解除の判断について、今回の調査では、身体拘束・抑制の開始の判断は72%が医師・看護師の両方で行っていたが、解除の判断は53%が看護師だけで行っていた。また、身体拘束・抑制中の観察頻度は医師よりも看護師の方が上回っていた。看護師の方が医師よりも患者の現在の状態を把握しているため、解除の判断は看護師だけで行っていたと示唆される。精神科病棟で行われる身体拘束・抑制について、日精看の看護管理者を対象とした調査によると、看護師が行動制限の解除をすることについて賛成するも

のは37%であったと報告されている<sup>8)</sup>。また、館農ら<sup>9)</sup>は、行動制限の解除については医師に報告することを条件として、看護師の判断に委ねることに賛成している若手精神科医は14.2%にとどまり、看護師のみで解除の判断をすることに賛成するものは少なかった。吉川<sup>10)</sup>も、精神科病棟では看護者の判断を医師に伝え双方で行うという意見が多かったと述べているように、看護師が解除可能であると判断した後に、看護師が医師に報告し、医師が患者を観察し状態を把握した上で最終判断を行うことが必要と思われる。精神科に限らず、他の診療科においても身体拘束・抑制の解除の判断は開始の判断と同様に医師・看護師の両方で行うほうが望ましいのではないかと考える。

身体拘束・抑制の記録について、身体拘束・抑制を行った際、カルテや看護記録への記載は89%の病棟が記載を行っていた。しかし、6%の病棟は記載がなく、それは全て急性期病棟であった。急性期病棟では患者の状態の変化は著しく、短時間の身体拘束・抑制であるためカルテへの記載が行われていないと推測される。また、記載を行っていない病棟は病院独自の基準を用いて身体拘束・抑制を行っていた。カルテ・看護記録への記載がない理由として、病院・病棟独自の基準には記載が定められていないためと考えられる。しかし、カルテへの記載が行われないと身体拘束・抑制の継続や解除の判断が難しくなるため、カルテへの記載は必要不可欠であると考えられる。

## 2. 身体拘束・抑制に対する看護師の思い

看護師間、医師と看護師間共に身体拘束・抑制開始の判断が異なると感じていたのは69%であった。さらに、身体拘束・抑制開始の判断に迷う人が78%であった。森岡と前原<sup>11)</sup>は、抑制開始の判断が看護師間で異なると答えた看護師は57.7%であり、抑制開始の判断に迷うと答えた看護師は57.7%であったと述べている。今回の調査と同様に多くの看護師が身体拘束・抑制開始の判断が異なると感じ、また判断に迷っていた。今回の調査で身体拘束・抑制の件数が最も多かったICU・CCU等について、篠原ら<sup>12)</sup>は、ICU看護師は抑制に対する迷いや後ろめたさ、事故予防の重積など身体的・精神的に強いストレスを感じながら抑制を実施していると述べている。これらのことから、看護師間、医師と看護師間で身体拘束・抑制開始の判断が異なるため迷いが生じ、ジレンマを感じ

ていると考えられる。また、本研究から身体拘束・抑制を人員不足によって行っている、あるいは過剰だと感じている意識と罪悪感に関連性があることが認められた。梶原ら<sup>13)</sup>は、身体拘束解除に対する看護師の迷いを分析し、【倫理的葛藤】【危険行動の回避】【責任による重圧】【危険因子の減弱】【周囲からの評価】の5つの因子が抽出され、看護師は身体拘束を行う場面において患者の人権を尊重したいという思いとの間でジレンマを感じていると述べている。看護師が感じるこのような迷いを減弱するため、身体拘束・抑制の基準を統一したマニュアルを導入・活用することで、身体拘束・抑制の開始・解除を迷うことなく判断でき、さらに患者の安全を守るために必要な措置を実施できるようになるとと思われる。

本調査では、介護保険指定基準において禁止の対象となっている具体的な行為<sup>3)</sup>のうち、身体拘束・抑制であると考えられているが実際にはほとんど行われていないものとして、「立ち上がれないような椅子を使う」、「迷惑行為を防ぐため車椅子やベッドに縛る」、「自分の意思で開けることができない居室に隔離」が挙げられた(図4)。上記行為は、身体拘束・抑制という認識があるため、実際には行われていないと考えられる。また、身体拘束・抑制であると思うが実際、頻回に行われた行為として、「ベッドを柵で囲む」、「点滴などを抜かないよう手足を紐で縛る」、「四肢の機能を制限するミトン型手袋などをつける」、「つなぎ服を着せる」が挙げられた。また、「行動を落ち着かせるために向精神薬を過剰服用」は身体拘束・抑制であると思う人は17人であり、全体の半数以下であった。吉川<sup>10)</sup>は、通常は身体拘束・抑制とみなされない「ベッド柵4本をつける」、「必要以上の眠気・脱力・精神作用を減退させる向精神薬の使用」について、割合は少ないが身体拘束・抑制と認めている精神科に勤務する看護師が一部で存在していたと報告している。何を身体拘束・抑制であるかについて、看護師の認識は必ずしも一定していないと考えられる。また、介護保険指定基準において禁止の対象となっている行為であるが、看護師が身体拘束・抑制とみなしていない行為もあった。したがって、看護師が身体拘束・抑制であると認識せずにこのような行為を実施することによって、カルテへの記載が無い、医療者間での情報共有がなされない、など患者の

安全・安楽を妨げてしまう可能性が考えられる。今後、全ての病棟や診療科において、患者の安全・安楽のために医療者間での身体拘束・抑制の基準や認識を統一する必要があると考える。

### 結 語

鳥取県西部地区の8病院（36病棟）を対象に、身体拘束・抑制に関する実施状況、判断基準、また看護師の考え方などについて調査し、これらの調査項目の関連性について比較検討した。身体拘束・抑制の実施基準として、介護保険指定基準や精神保健福祉法が用いられていた病棟もあったが、多くは病院・病棟独自の基準を元に行っていた。また、身体拘束・抑制の開始・解除、カルテへの記載の有無などの基準は統一されていなかった。身体拘束・抑制の開始の判断が看護師間、医師と看護師間で異なり、迷うと感じたり、また、罪悪感を抱く人も多かった。身体拘束・抑制を実施する際、病院独自の基準ではなく、全ての病院・病棟で使用可能な統一された基準が必要と思われる。

本研究を行うにあたり、調査にご協力いただきました病院職員の皆様に深謝いたします。なお、本研究は、平成25年度鳥取大学医学部保健学科看護学専攻課題研究として行った。

### 文 献

- 1) 日本総合病院精神医学会，教育・研究委員会（主担当：八田耕太郎）．身体拘束・隔離の方針．日本総合病院精神医学開治療方針3．東京，星和書店．2007．
- 2) 水澤亜紀子．法律家が教える救急医療と法律の関係 事実から分かる 救急医療の「やってはいけない！」NG行為 救急看護をめぐる訴訟．EMERGENCY CARE 2010; 23(9): 891-896．
- 3) 吉浜文洋．解放観察，包括的指示，ミトン裁判……多様化した患者層を抱える精神科病棟の隔離・拘束問題．精神科看護 2009; 36(12) : 9-16．
- 4) 谷本優子，西本愛，平井有美，香川尋子，藤

本俊一郎．急性期病棟における身体抑制適正化への試み—身体抑制基準・解除手順の導入—．医療マネジメント学会雑誌 2005; 6(3) : 564-567．

- 5) 古橋知子，加藤郁子，中嶋由美子，佐藤幸子，渡部ますい，牧野恵子，大川貴子，中山洋子，北原和子．看護職員の増員（7対1入院基本料導入）が看護の質にもたらす変化—有害事象の発生率を指標としたアウトカム調査—．福島県立医科大学看護学部紀要 2011; 13: 31-41．
- 6) 水澤久恵．病棟看護師が経験する倫理的問題の特徴と経験や対処の実態及びそれらに関連する要因．生命倫理 2009; 19(1) : 87-97．
- 7) 林周児，大谷悦子，谷本優子，田辺共子，香川尋子，中川実，藤本俊一郎．急性期病棟における身体抑制基準の導入．医療マネジメント学会雑誌 2003; 4(3) : 371-376．
- 8) 早川幸男．データでみる行動制限最小化の現状：「行動制限に関する実態調査」より．精神科看護 2009; 36(12) : 30-34．
- 9) 館農勝，JYPO行動制限班．急性期統合失調症に対する初期治療と行動制限について—若手精神科医を対象とした意識調査から—．精神誌 2010; 112(1) : 49-53．
- 10) 吉川広子．精神科における身体拘束の看護ケアに対する看護者の意識調査．医療 2003; 57(1) : 40-46．
- 11) 森岡五月，前原知恵．【身体拘束・抑制はしなくたっていい！】（第3回）身体拘束・抑制を実施しないための取り組み（ケース3）「抑制を開始する看護師の判断状況」の意識調査を実施．ナーシング 2010; 30(7) : 106-109．
- 12) 篠原弘枝，塩原まゆみ，宮沢育子，畔上真子．ICUにおける抑制開始時の看護師の思考と行動の内容分析．甲信救急集中治療研究 2004; 20(1) : 17-23．
- 13) 梶原美帆，井上美紀，中込彩子．身体拘束解除に対する『看護師の迷い』に関する研究．日本看護学会論文集 看護総合 2013; 43: 199-202．