研 究 報 告

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—

Critical/Acute Care Nurses' Recognition and Feeling about Patients' Restraint
—Comparison Study on Japan-U. S. Nurses who Enrolled Continuous Education Classes—

井上智子 矢富有見子 佐々木吉子 川本祐子
Tomoko Inoue Yumiko Yatomi Yoshiko Sasaki Yuko Kawamoto

我が国の急性期・クリティカルケア看護師の患者抑制に対する認識や抑制の実際について、全国規模の研修会参加者 231 名を対象に調査した。調査用具は、Scherer らが作成したものを、研究者らが翻訳、back translation したもので、「抑制患者への看護の実際」14 項目と、「抑制に対する看護師の認識・思い」11 項目からなる。回答者 149 名(回収率 64.5%)の分析結果より、抑制された患者へのきめ細かなケアの必要性は認識されており、抑制の原因は人手不足であることへの同意は少なかった。研究結果の日米の比較では、本邦対象者の結果のグラフは、米国での結果と比較的類似したパターンを描いてはいたが、抑制患者の家族の面会時には気まずい思いがする、への同意は日本のほうが高かった。クリティカルケアの場での抑制減少のためには、さらなる代替手段の開発推進や抑制解除基準設定の必要性などが示唆された。

キーワード：抑制、クリティカルケア看護、看護師の認識

Key words : restraint, critical care nursing, nurse's recognition

はじめに

医療現場において、患者の身体を物理的に拘束することや言語による体動の規制、身体不動性の確保を目的とした薬剤使用など、患者の意思に反して自発的な可動性を奪う行為は「抑制」と呼ばれているが、その実施に関しては問題や課題が多く、これまでにさまざまな議論や検討がなされてきた。

遡ること 1984 年に、米国の雑誌「Journal of Gerontological Nursing」に掲載された“看護師たちは、患者を縛ることを教わっているのか?”という記事¹⁾は大きな論議を巻き起こし、米国でのその後の抑制廃止運動への重要な一歩となった。我が国でも厚生労働省が

2000 年に「身体拘束ゼロ作戦推進会議」を設置し、特に高齢者領域を中心に「身体拘束ゼロへの取り組み」を開始した²⁾。それを受けて高齢者ケア領域ではいち早く「身体拘束ゼロ宣言」が複数の施設から相次いで出され、身体拘束のないケアの実現を目指してさまざまな活動が開始されている。

クリティカル・急性期領域(以下、クリティカルとする)の看護ケアは、高齢者ケア領域と並んで患者を抑制する頻度が高く、その判断、実施基準とともに患者擁護、医療者の倫理的姿勢などが、議論の対象となっている²⁾。しかし、クリティカルケア領域では、いまだ抑制全面廃止に向けた明確な意思表示には至っていない。クリティカルケアの対象となる患者は、意識レベルが変動しやすい、生命維持に直結する多数の医療器

機や身体装着物が存在するなどの患者要因に加え、抑制に代わる患者の安全確保のための代替手段の未開発、面会制限による家族の不在や、夜間などでは一人の看護師が複数の患者を担当するなどの管理上の問題が状況を複雑にしている。

一方で、抑制が事故防止や患者の安全確保にどれだけ役立ったのか、という実証的研究は少ない³⁾。その理由は、研究デザインでの倫理的問題に加え、そもそもライン類の抜去が未然に防げたことや過剰な体動が押さえられたことが、果たして抑制の効果なのか、抑制がなくても、あるいは抑制された苦痛があるにもかかわらず患者の自制や我慢によるものなのか、を見分けることは極めて難しい⁴⁾という現実があるからである。また抑制を実施する際の適用基準や実施中の観察内容と頻度、特に抑制解除のための指針を持つ施設は少なく、有していてもその設定や検証は施設内での検討にとどまっていることが多い。さらに、一度抑制された患者、特に自己抜管行為などを行った患者は、生命維持装置からの離脱やICU退室など、病状の大幅な回復や大きなきっかけがない限り抑制され続けてしまうという現状が存在する³⁾。

クリティカルケア領域での抑制実施に関しては、医師の指示とともに直接ケアに携わっている看護師の認識や判断が重要な役割を占めており、クリティカルケア領域での抑制を検討するにあたっては、看護師の認識・態度を知ることが極めて重要なことといえる。さらに、多くのクリティカルケア看護師は、抑制せざるを得ない状況や、抑制している患者やその家族へは複雑な思いを抱きながら接していることが報告⁵⁾されている。

そこで本研究では、全国規模の研修会に参加した本邦クリティカルケア看護師の抑制の実施の現状、抑制に対する認識や思いを、米国で開発された質問紙で調査し、結果の日米比較も含めた検討より、クリティカルケアの場での抑制を少しでも減少させるための示唆を得ることを目的とした。

I. 研究方法

1. 対象

全国規模の急性期・クリティカルケア看護師対象の卒後研修会3回(1998～2000年)の参加者計231名のうち、自由意思による調査参加者149名である。なお

研修会内容に抑制に関するものは含まれておらず、研修会への参加資格も特に設けられてはいない。

2. 調査方法

調査は、筆頭研究者がプログラムの一部を担当したクリティカルケア看護師を対象とした3回の研修会において、参加者に対し担当講義時間の最後に調査の主旨、方法などを説明した上で、自由意思での参加を依頼し、調査用紙を配布した。調査は無記名で、用紙の回収は研修会終了後の帰宅時に出口に設置した回収箱への投函を依頼した。

3. 調査内容

1) 調査用具

調査に用いたのは、Schererらが開発した「急性期看護師の抑制実施の現状と認識・態度」⁵⁾の日本語翻訳版である。オリジナル版は、文献より抽出した抑制に関する看護師の認識に関する「抑制患者への看護の実際」14項目、「抑制に対する看護師の認識・思い」10項目について、看護管理者3名、老人看護専門看護師1名、そして開発者である看護大学教員1名の計5名が内容妥当性を検討し、それを複数施設に勤務する10名の看護師へのパイロットスタディを経て修正したものである。米国調査での対象者は、卒後研修会に参加し、直接配布された調査用紙に回答した17州の235名の急性期・クリティカルケア看護師(平均年齢35歳、範囲20～69歳)である⁵⁾。

この調査票を筆者らが日本語表現に翻訳した後、米国で看護学修士と博士を取得した日本人看護師2名にback translationを依頼し、その結果を再度オリジナル版と突き合わせて検討した。調査項目は、オリジナル版に、“私は、患者には抑制を拒否する権利があると思う”を「抑制に対する看護師の認識・思い」に追加し計11項目とした。「抑制患者への看護の実際」では、それぞれの項目に対し“いつもそうである(思う)”5点から、“どちらとも言えない(時々そう思う)”3点、“全くない(思わない)”1点まで、「抑制に対する看護師の認識・思い」では、“思う”5点、“時々そう思う”3点、“思わない”1点の、それぞれ5段階(オリジナル版は3段階)のリカートスケールで回答してもらった。

オリジナル版のクロンバック α 信頼性係数は「抑制患者への看護の実際」が0.65、「抑制に対する看護師の認識・思い」が0.67⁵⁾、日本語版は0.67と0.71であつ

た．日本語版の内容妥当性は，クリティカルケア看護の経験を5年以上もつ看護師2名によって確認を得た．

なお本調査で用いた「抑制」の定義は、『用具あるいはガウンなどを用いた患者の自由な動きの阻害』とし，これにはベッドサイドレールを上げることは含まないものとした．

2) 基本的調査事項

対象者の基本情報として，①経歴(看護師歴，クリティカルケア病棟勤務歴，職位など)，②勤務部署の概要(主たる入室患者，スタッフ数など)，③勤務部署での抑制の実際(抑制患者の割合，抑制基準の有無，抑制実施の判断など)について，数値の記入あるいは多肢からの選択を求めた．

3) 分析

統計解析ソフト HALBAU ver4 を用いて項目ごとの平均得点，分散，標準偏差を算出し，さらに対象者の背景要因ならびに調査項目間での関連性についても分析した．また本研究結果と米国における調査結果⁵⁾との比較検討も行った．

4. 倫理的配慮

調査用紙は，研修会担当者の許可を得て配布した．研修会参加者には，調査は無記名であり参加は自由意思であること，結果はすべて数値で扱うこと，研究目的以外に使用しないことを伝えた．なお研究参加への同意は，回答用紙の提出によって得たものとした．

II. 結果

1. 対象者の背景と抑制の実施状況

1) 対象者の背景

研修参加者 231 名中 149 名(回収率 64.5%)の回答を得た．年齢分布は 20 歳代から 50 歳代までで，20 歳代が 57.0%，30 歳代が 31.5%であった．看護師経験年数は，5 年未満が 20.8%，5～9 年が 46.3%，10 年以上が 32.2%，クリティカルケア看護経験は，79.2%が 5 年未満であった．職位は 53.0%がスタッフ，26.8%がリーダー，主任・副師長が 16.8%であった．

対象者の勤務部署での患者が属する診療科(複数回答)は，循環器外科・内科(74.5%)，一般外科(64.4%)，脳外科(49.7%)など，病床数は 10 床未満(30.9%)が最も多かった．部署の看護スタッフ数は，20～29 人

表 1 回答者の背景(n=149)

項 目	n	%
年齢(歳)		
≤29	85	57.0
30-39	47	31.5
40-49	12	8.1
50-59	4	2.7
無回答	1	0.7
看護経験年数(年)		
<5	31	20.8
5-9	69	46.3
10-14	23	15.4
15-19	14	9.4
20≤	11	7.4
無回答	1	0.7
ICU・CCU 経験年数(年)		
0	54	36.2
1-4	64	43.0
5-9	24	16.1
10≤	3	2.0
無回答	4	2.7
役 職		
師長	3	2.1
主任・副師長	25	16.8
リーダー	40	26.8
スタッフ	79	53.0
その他	1	0.7
無回答	1	0.7
患者の診療科		
一般外科	96	64.4
脳外科	74	49.7
循環器内科・外科	111	74.5
熱傷	37	24.8
救急	67	45.0
内科	84	56.4
その他	50	33.6
病床数(床)		
<10	46	30.9
10-19	15	10.1
20-29	9	6.0
30-39	16	10.7
40-49	19	12.8
50-99	28	18.8
100≤	13	8.7
無回答	3	2.0
看護スタッフ数(名)		
<10	0	0
10-19	39	26.2
20-29	79	53.0
30-39	11	7.4
40-49	11	7.4
50≤	6	4.0
無回答	3	2.0

表2 回答者の所属病棟での抑制の実際(n=149)

項 目	n	%
入院患者に占める抑制患者の割合(%)		
0	6	4.0
0-10	65	43.6
10-30	42	28.2
30-50	16	10.7
50-70	10	6.7
70≤	8	5.4
無回答	2	1.3
抑制実施の決定者		
担当看護師	72	48.3
勤務帯のリーダー看護師	18	12.1
医師	3	2.0
担当看護師と医師	14	9.4
担当看護師とリーダー看護師	23	15.4
リーダー看護師と医師	7	4.7
担当看護師とリーダー看護師と医師	8	5.4
その他	2	1.3
無回答	2	1.3
抑制の目的		
装着物の保全	29	19.5
起き上がり・転倒防止	11	7.4
創部の清潔	1	0.7
事故防止全般	78	52.3
その他	2	1.3
無回答	28	18.8
抑制に関する看護(病棟)基準の存在		
基準がある	6	4.0
基準はない	120	80.5
存在の有無は不明	22	14.8
無回答	1	0.7

(53.0%)が最も多く、次いで10～19人(26.2%)であった。対象者の概要を表1に示す。

2) 抑制の実施状況

対象者が認識する勤務部署での抑制の実際について、結果を表2に示す。入室患者に占める抑制される患者の割合は、半数近い回答者(43.6%)が0～10%と回答している。また抑制実施の判断は、担当看護師(48.3%)が最も多く、次いで担当看護師＋リーダー看護師(15.4%)、リーダー看護師(12.1%)、担当看護師＋医師(9.4%)であった。抑制目的で最も多いのは、事故防止全般(52.3%)、装着物の保全(19.5%)、起き上がり・転倒防止(7.4%)であった。抑制実施に関して基準等を有するのはわずか4.0%で、大多数がなし(80.5%)と不明(14.8%)であった。

2. 「抑制患者への看護の実際」の結果と米国調査との比較

看護の実際についての項目ごとの平均得点のグラフを図1に示す。項目1～10は抑制実施時に不可欠なケアであるが、回答者の平均得点はすべて4点以上であった。最も得点が低かったのは、項目12：抑制以外の代替方法の検討(2.7点)で、次いで項目11：看護スタッフが少なく抑制患者が増加する(2.8点)、項目14：抑制よりは薬剤による鎮静を選ぶ(3.3点)であった。

図1の破線は米国調査での結果⁵⁾である。全般に本邦の結果よりは平均点数が高いが、グラフの線形は極めて類似している。その中で、項目11：看護スタッフが少なく抑制患者が増加する、への同意は、本邦対象者のほうが高かった。

3. 「抑制に対する看護師の認識・思い」の結果と米国調査との比較

項目ごとの平均得点のグラフを図2に示す。項目2～4は、抑制されることへの家族・看護師の拒否権(4点前後)で、項目6：患者が抑制される主原因は人手不足であるは、全項目中最低の2.8点であった。項目5, 7, 8, 10は、抑制された患者や家族に対する罪悪感や気まずさで、得点は3.8～4.2点で“そう思う”との同意率が高いといえる。しかし、項目11：抑制されている患者は人間としての尊厳が損なわれている、は3.5点で、罪悪感や気まずさより低得点であった。

同じく米国調査の結果を図2に破線で示した。米国の調査結果より本邦が高得点であったのは、項目2：家族は抑制を拒否する権利がある、項目10：抑制後に見当識障害が悪化すると気まずい思いがする、であった。一方、我が国の得点のほうが低かったものは、項目3：看護師には抑制を拒否する権利がある、項目4：私に抑制が行われるなら拒否する権利があるなどであったが、両国の平均得点に有意な差が見られたのは項目10のみ($p<0.05$)であった。

4. 対象者の背景要因による分析

対象の背景要因と質問項目との関連では、看護師経験年の長さ(年数)と、「看護の実際」の項目13：私の病棟では抑制帯は常に使用可能である、とに関連($r=-0.255$, $p<0.05$ & $r=-0.220$, $P<0.05$)が見られた。この看護経験年数と抑制用具準備との関連は、米国での調査でも同様の結果($r=-0.275$, $p<0.01$, & $r=$

図1 抑制患者への看護の実際(n=149)

-0.211, $p < 0.01$)⁵⁾が得られている。それ以外の他の項目間には関連は見られなかった。

5. 質問項目間での関連性

「抑制に対する認識・思い」の項目1：患者には抑制を拒否する権利がある、への回答を、3点以上の“同意グループ”と、1～2.9点までの“否定グループ”との2群に分け、他の項目との関連をみた。その結果、“同意グループ”は、項目3：看護師には患者の抑制を拒否する権利がある、項目4：私が患者で抑制されるなら拒否する権利がある、の2項目への同意する割合が、“否定グループ”に比べそれぞれ有意に高かった。患者の拒否権に同意しないグループは、看護師としての患者擁護や自身が患者になった際の拒否の明示には、あ

図2 抑制に対する看護師の認識・思い(n=149)

まり積極的ではない傾向があった。

Ⅲ. 考察

1. クリティカルケア領域での抑制の実際

本調査の対象者は、抑制される患者は約1割程度と捉え、実施の判断は看護師(担当ならびにリーダー)によって決定しているが、病棟に抑制実施に関する明確な基準はなく、抑制実施の目的は事故防止と装着物除去防止が大半としていた。

クリティカルケア領域での抑制の実態報告はさまざま^{5,6)}であり、抑制の捉え方や抑制実施基準なども施設独自のものが多く^{7,8)}。調査結果より、抑制されている患者に対しては、実施前に他の代替手段を検討したり、理由を確認するなどの注意を払い、実施中は患者への説明、頻回の観察や皮膚のケアなど、綿密なケアの必要性は認識されていた。しかし、実施されている「抑制」適用の見直しや、抑制解除の検討などの実施率は低く、クリティカルケア患者に実施される

抑制は、実施期間の見積もりや解除の検討が不十分であることが明らかになった。

2. 我が国と米国との調査結果の比較より

「看護の実際」に関する両国の結果図は、極めて似通っていた。特に項目 11：看護スタッフが少なくと抑制患者が増加する、項目 12：抑制以外の方法を検討している、項目 14：抑制よりは薬剤による鎮静を選ぶ、の 3 項目は、他の項目に比べ両国とも得点は低かったが、このことは患者抑制の現状を少しでも改善したいという思いの表れではないかと推察する。

また「抑制に対する認識・思い」も、両国のグラフの波形が類似する傾向にあったが、「看護の実際」よりは両国の相違が顕著となった。個人の権利意識に関して我が国より長い歴史と浸透度を持つ米国に比し、抑制に対する患者や家族の拒否権への同意は我が国のほうが高かった。一方看護師としての拒否権や、抑制対象者として自分を仮定した場合の拒否権は、米国のほうが高い。また抑制への罪悪感や抑制患者へのメッセージの発信は我が国のほうが高い。これらの結果に我が国のクリティカルケア看護師が直面する抑制患者看護での苦悩が伺われる。

我が国と米国では、医療システムや患者対看護師の比率など異なる点が多い。また両国の調査時期に最大 7 年の隔たりが存在していたが、全般的な結果は類似しており、クリティカルケア領域での抑制には国の文化や医療制度を超えた普遍の問題が横たわっていることが推察された。このことは、クリティカルケア領域での患者抑制が根深く容易には改善しにくい問題であることを突きつけている。また両国の回答者は、患者抑制の主原因はスタッフ不足である、という問いへの同意はいずれも 3 点以下であった。クリティカルケア領域での患者抑制は、人員増加だけでは解決しないさまざまな要因を内包しているとの認識が浮かび上がったといえる。

3. クリティカルケア領域での抑制がもたらしているもの

看護ケアにおいて患者に「抑制」を適用する際の伝統的な指針²⁾としては、1) 転落・転倒の防止、2) 治療の妨げとなる行為の防止、3) 自傷行為の防止、があげられてきた。その中で、クリティカルケアの領域での抑制理由は、1) 治療の妨げとなる行為の防止、具体的に

は気管チューブ、ライン類の抜去防止に尽きるといっても過言ではないだろう。

それでは抑制は事故防止の目的を達成しているのか。ベッドからの転落防止に抑制は役立っていないという報告⁶⁾、また患者による自己抜管を含む予定外抜管の要因を分析した報告⁷⁾によると、患者要因では男女比はほぼ同率、経口挿管：経鼻挿管の割合は 9：1、約 3 割は挿管後 24 時間以内の抜去であり、患者による自己抜去例の 81% での患者は、両手を抑制されていたという。また他の調査⁸⁾でも、10 例の患者自己抜去の原因として、抑制不備が 7 件、抑制を外した間 2 件、抑制なし 1 件と分析されていた。患者による自己抜管はむしろ抑制患者に起こっており、そのことがさらに抑制適応の拡大へとつながっていくのではないかと推察される。一方、患者による気管チューブの抜管経緯の調査⁶⁾では、半数が咳嗽や舌によって押し出されたと考えられ、明らかに患者の手で引き抜かれたものは 20% 以下であったという。報告者は、“いったい患者はどのようにしてチューブを抜去しているのだろうか”という困惑とともに、“我々は抜管を防ぐために抑制しているのだが、実際はそれを煽っているのかもしれない”とも述べている。

また抑制を実施すること、抑制されている患者をケアする看護師への心理的影響も無視できない。日米ともに、抑制患者や家族に対して看護師が抱く気まずさや罪悪感、ケア対象者との関係構築に決してプラスではなく、また知らず知らずのうちに看護師の内面に蓄積することで、ストレスや burn out につながるおそれ⁹⁾もある。

4. クリティカルケア領域での抑制削減に向けて

クリティカルケア領域での抑制の是非の論議では“必要悪”との意見が根強い。しかし、抑制それ自体が持つ危険性、すなわち“自由を奪うこと”“縛られているという思い”がもたらす負の効果、抑制用具による身体損傷、さらに看護師への心理的負担感を見極めた上で、アセスメント、リスク判定、適用指針などを慎重に開発する必要がある。さらに最も精力的に進めるべきことは、抑制を必要とする状況を作り出す要因、成因の特定とコントロールである。抑制のもたらす負の効果に目を向けて、抑制解除基準や代替手段の開発を推進する必要がある¹⁰⁾。

Ⅳ. 研究の限界と課題

本研究には、3つの限界が存在する。1つは質問紙調査であるため、現実の抑制の実態をどこまで反映させられたか、2つ目は質問項目が抑制の実施に関する positive side を問うたものが多かったこと、3つ目は米国・日本ともに対象者が研修会の参加者であり、抑制に関心のある人々からの回答を集約したものであるということである。今後は、抑制患者の体験や抑制する看護師の体験など、必要悪として明らかにされてこなかった部分にさらなる光を当て、ケアの場での実際の詳細を掘り起こしていく必要がある。

謝辞：本研究にご協力いただいた参加者の皆様に深謝いたします。本研究の一部は、The Fourth International Nursing Research Conference (Mie, 2001)で発表した。

文献

- 1) Burnside I. Are nurses taught to tie people down? *Journal of Gerontological Nursing*. 1984 ; 10 : 5.
- 2) 厚生労働省. 「身体拘束ゼロへの手引き」厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」. 2001.3
- 3) Taggart JA, Lind MA. Evaluating unplanned endotracheal extubations. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 1994 ; 13 (3) : 114-21.
- 4) 井上智子. 実りある看護研究のための倫理的配慮と倫理審査のあり方. *インターナショナル・ナーシングレビュー*. 2004 ; 27(2) : 28-30.
- 5) Scherer YK, Janelli LM, Wu YB, et al. Restrained patients ; An important issue for critical care nursing. *Heart & Lung*. 1993 ; 22 : 77-83.
- 6) Krinsley JS, Barone JE. Unplanned extubation in the ICU. *Chest*. 2005 ; 128 : 560-6.
- 7) 白井麻希, 関文恵, 西村シズ子, 他. ICUにおけるチューブ類の抜去事故の現状と対策. *ICU と CCU*. 1996 ; 20(9) : 797-800.
- 8) 佐々木小奈江. ICUにおける抑制. *看護*. 1999 ; 51(14) : 053-6.
- 9) Yeh SH, Lcc LN, T. H. Ho, et al. Implications of nursing care in the occurrence and consequences of unplanned extubation in adult intensive care units. *International Journal of Studies*. 2004 ; 41 : 255-62.
- 10) Scherer YK. The nursing dilemma of restraints. *Journal of Gerontological Nursing*. 1991 ; 17(2) : 14-7.
- 11) 原千鶴, 早坂百合子. 抑制ガイドラインの検討. *看護*. 1999 ; 51(14) : 049-62.
- 12) 宮下多美子, 木下真弓, 田口雅美, 他. 抑制・拘束の適応に至る要因の考察. *看護*. 1999 ; 51(14) : 035-41.
- 13) ジャクリーヌ・M・ストーリー(武山満智子訳). 患者を抑制から開放するには. *看護*. 1999 ; 51(14) : 092-105.
- 14) Moons P, Sels K, Becker WD, et al. Development of a risk assessment tool for deliberate self-extubation in intensive care patients. *Intensive Care Medicine*. 2004 ; 30 : 1348-55.
- 15) Powers J. A sedation protocol for preventing patient self-extubation. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 1999 ; 18 (2) : 30-4.
- 16) Mion LC, Fogel J, Sandhu S, et al. Outcomes following physical restraint reduction program in two acute care hospital. *Journal on Quality Improvement*. 2001 ; 27(11) : 605-18.
- 17) 松本喜代子. 損傷のリスクと抑制の関係. *看護*. 1999 ; 51 (14) : 057-62.