

2020 年 1 月 31 日

2019 年度聖路加国際大学大学院看護学研究科  
修士課程課題研究

クリティカルケア領域における身体拘束を必要最小限に  
するための実態や取り組みについての文献検討  
Use of Physical Restraints and Initiatives to Minimize it in Critical care;  
literature review

18MN302  
笹倉祐輔

## 目次

要旨 .....	1
第1章 序論 .....	4
I 研究の背景 .....	4
II 研究の目的 .....	6
III 研究の意義 .....	6
IV 用語の定義 .....	6
1. 身体拘束 .....	6
2. 実態 .....	7
第2章 文献の検討 .....	7
I 身体拘束を取り巻く環境 .....	7
1. 身体拘束とは .....	7
2. 身体拘束に関する憲法・法令・省令 .....	8
3. 身体拘束の実施状況 .....	9
4. 身体拘束の要因 .....	10
5. 身体拘束がもたらす弊害 .....	10
II 身体拘束の判断基準 .....	11
第3章 研究方法 .....	14
I 研究デザイン .....	14
II 文献検索方法 .....	14
1. 情報源 .....	14
2. 検索語の設定 .....	14
3. 倫理的配慮 .....	14
III 分析方法 .....	15
1. 対象文献の選定 .....	15
2. 記述内容の抽出方法 .....	15
3. 記述内容の要約 .....	15
4. 記述内容の統合 .....	15
第4章 結果 .....	16
I 文献検索の結果 .....	16

II 対象文献の選定結果.....	17
1. 記述内容の要約結果.....	17
2. 記述内容の統合結果.....	17
III 対象文献の概要と取り組みについて .....	23
1. 対象文献の概要 .....	23
2. 取り組みについて.....	23
第5章 考察 .....	26
I 患者アセスメントの視点 .....	27
II 身体的アプローチ .....	28
III 心理・社会的アプローチ .....	29
IV 組織へのアプローチ .....	29
V 倫理的問題へのアプローチ .....	30
VI 看護への示唆.....	30
VII 研究の限界と今後の臨床研究の課題.....	31
第6章 結論 .....	31
引用文献 .....	32
謝辞 .....	38

## 第1章 序論

### I 研究の背景

医療現場において、身体拘束は患者の身体を物理的に拘束して行動を制限する行為であるが、その実施に関して様々な課題があり、世界中で議論や検討がなされている。

我が国では1987年、老人の専門医療を考える会のワークショップ「老人の専門医療のガイドライン」の中で、初めて「身体抑制」(以下、身体拘束とする)についての議論が行われ、それを皮切りに1998年に第6回介護療養型医療施設全国研究会で発表された福岡県内の10病院が「縛る、抑制をやめる事を決意し、実行する」「抑制とは何かを考える」「継続するために、院内を公開する」「抑制を限りなくゼロに近づける」「抑制廃止運動を、全国に広げていく」の5箇条を「抑制廃止福岡宣言」として発表した(全日本病院協会, 2016)。その後、2000年にスタートした介護保険制度では、介護保険指定基準において「当該入所者(利用者)又は他の入所者(利用者)等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者(利用者)の行動を制限する行為を行ってはならない」旨の身体拘束禁止規定が厚生省令で基準が示された。さらに、2001年には厚生労働省に設置された身体拘束ゼロ作戦推進会議が「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」(以下、身体拘束ゼロの手引きとする)(厚生労働省身体拘束ゼロ作戦会議, 2001)を作成し、介護施設や病院等において身体拘束が認められる「緊急やむを得ない場合」にあたる3要件(切迫性、非代替性、一時性)を示すだけでなく、身体拘束をせずにケアを行うためには、身体拘束を行わざるを得なくなる原因を特定し、その原因を除去するためにケアを見直すことが求められると示した。

一方、米国で身体拘束について大きな変化をもたらすきっかけとなったのは、1990年に施行された連邦法規(1987年のOmnibus Budget Reconciliation Act:OBRA)であるとされており、OBRAは「問題とされる」行動の症状に対して、特に物理的抑制と精神作用薬を使用することに対して新しい実施基準を確立した(高崎, 2000)。

クリティカルケア領域ではその特殊性から、生命維持のための複数のチューブやライン類が挿入されており、医療安全の観点から患者自らこれらのチューブ類の抜去はあってはならない医療事故へつながり、患者の生命が最優先となるため、やむを得ず身体拘束を行っている現実がある。また、患者が不利益を被ることは看護師の責任であると見做されることがあり、予防的な抑制を実施するなどの行為は医療安全の名のもとに正当化されることがある(高

田, 2010)。よって、2007 から 2008 年にかけて全国の ICU 看護および身体拘束(抑制)実態調査を実施し、94.3%の施設で、抑制は必要に応じて行われており、また、抑制ガイドラインは多くの施設で作成されていたが、ICU 独自で作成されたものは少なく、抑制を回避する方法が記載されているガイドラインは少なかった。(日本集中治療医学会看護部会安全管理小委員会, 2014) また、その調査分析結果から「ICU における身体拘束(抑制)ガイドライン～全国調査を基に～」(日本集中治療医学会看護部会, 2010) (以下、身体拘束ガイドラインとする)を作成した。さらに、2015 年には日本看護倫理委員会から年齢・疾患を問わず、すべての患者を対象とした「身体拘束予防ガイドライン」(日本看護倫理学会臨床倫理ガイドライン検討委員会, 2015) が発表され今日まで至っている。

海外では、American College of Critical Care Medicine Task Force により作成されたガイドライン(Maccioli et al., 2003) では restraining therapy の実施に関する 9 つの推奨事項が策定されており、ICU における身体的抑制の実施に関しては、“clinically appropriate”な状況および代替療法の検討の必要性を強調している。米国集中治療医学会では、2013 年に「Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit」(Barr et al., 2013)(以下 PAD 管理ガイドラインとする)を発表したが身体拘束に関する記載はなかった。しかし、PAD 管理ガイドラインの改訂版である「Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU」(Devlin et al., 2018)(以下、PADIS 管理ガイドラインとする)を 2018 年に発表し、その中で Agitation/Sedation の項目の中で、身体拘束の使用と重症患者のアウトカムについて報告しているが、クリティカルケア領域における身体拘束の使用に関する有用性と安全性を示す明確なエビデンスや研究がまだ不足していると述べられている。

身体拘束は ICU 退室後の心的外傷後ストレス障害 posttraumatic stress disorder:PTSD (以下、PTSD とする)との関連する報告(Jones et al., 2007) や、身体拘束や行動制限するデバイス類の使用はせん妄を発症するという報告(McPherson et al., 2013; Van Rompaey et al., 2009) だけでなく、人権擁護の観点から倫理的な問題を含んでいる。そのため、身体拘束を必要最小限にするための取り組みが重要である。しかし、クリティカルケア領域の対象となる患者の身体拘束リスクを増加させる要因として、高齢(Choi et al., 2003; Minnick et al., 2007)、非昏睡レベルの覚醒状態、せん妄を含む神経疾患もしくは精神疾患(Mehta et al., 2015; Micek et al, 2005; Rose et al., 2016a; Rose et al., 2016b ; van der Kooi et al.,

2015)、鎮静薬の種類/戦略(Benbenbishty et al., 2010 ; Michaud et al., 2014 ; van der Kooi et al., 2015) 、人工呼吸器装着(Benbenbishty et al., 2010; Leith, 1999; van der Kooi et al., 2015)、侵襲的デバイスの使用(Choi et al., 2003; Kruger et al., 2013) 、看護師対患者の比率と仕事量の負担感(Mehta et al., 2015; Rose et al., 2016a; Yeh et al., 2004) 、1日の時間帯(Kandeel et al., 2013) などの患者要因に加え、身体拘束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(井上ら, 2008)なども、状況をさらに複雑にしている。

以上のことから、身体拘束ガイドラインが作成された 2010 年以降のクリティカルケア領域における身体拘束の実態や取り組みを、本研究は概観することを目的とした。

## II 研究の目的

本研究は、クリティカルケア領域における身体拘束を必要最小限にするために、その実態や取り組みについて文献を調査し、身体拘束を回避するためのケアの現状を明らかにすることを目的とする。

## III 研究の意義

身体拘束は、患者の行動を制限する行為であり、患者の尊厳、自律を侵害することにつながり、その使用に関して政策やガイドラインでは可能な限り行わない方針となっている。しかし、クリティカルな場面では、患者の生命を維持することが優先され、クリティカルケア領域特有な患者背景、管理上の問題などがあり、身体拘束を選択せざるを得ない状況がある。しかし、身体拘束使用に関する有用性と安全性を示す明確なエビデンスや研究が不足しており、身体拘束を必要最小限にしていくためには、多くの困難が存在していると考ええる。

従って、身体拘束を必要最小限にするための実態や取り組みの現状を明らかにし、整理することで、効果的な取り組みや問題点となる要素を抽出し、看護実践につなげていくための一助となると考える。

## IV 用語の定義

### 1. 身体拘束

何らかの用具(紐や帯、磁石式抑制具、ミトン型の装着手袋など)を利用して、患者の四肢や体幹などを縛る、または手指の運動を制限し、身体活動や行動を物理的に制限する

こととする。本研究では、薬剤による抑制は除外する。

## 2. 実態

身体拘束を必要最小限にするために、集団や組織内で行っている活動状況やその状態とする。

## 第2章 文献の検討

### I 身体拘束を取り巻く環境

#### 1. 身体拘束とは

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制限、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(井上ら, 2008)。一般的に「抑制」といった場合、以前は看護学の基礎看護技術のなかに含まれていたため、それによって用いられている傾向があり、看護師の手技によって、身体の動きや活動を抑えることを意味し、身体拘束や身体的拘束は、手技としての抑制を含めて、対象を取り巻く環境による活動自体の制限を含める意味合いが強い(栗生田, 2016)としているが、明確な基準はなく臨床の場や対象によって用いられ方が異なる。看護学大辞典によると、抑制(英:restraint)については“対象者の生命を保護する目的でなされる、強制的な行動制限のこと”であるとし、拘束(英:restraint)については“拘束用具により患者の体幹や四肢を固定すること”と説明されている(五十嵐ら, 2013)。また、抑制には薬理学的抑制(chemical restraint)と身体的抑制(身体拘束、physical restraint)があり(河野ら, 2014)、前者は薬物による鎮静を意味し、後者である身体抑制は、興奮状態やせん妄状態である患者に対し、主に何らかの用具を使用し単独もしくは鎮静剤と併用で行われるのが殆どである。

身体拘束や身体抑制も同義語として使われることが多いが(中野, 2018)、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十六条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限として、「患者の隔離」と「身体的拘束」が挙げられている。それによると、身体的拘束は、「衣類又は綿入り帯等を使用して、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の制限」(昭和 63 年厚生省告示第 129 号)と定義されている。ま

た、海外において身体拘束は、「患者自身が自由に動かすことができないよう、またその機能を制限する何らかの手法、物理的または機械的装置、器具、用具」(Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services, 2006) と定義されている。

## 2. 身体拘束に関する憲法・法令・省令

身体拘束が人権擁護の観点で問題があると言われる理由として、日本国憲法に定められている国民の権利について第 11 条では国民は、「すべての基本的人権の享有を妨げられない」、また、第 25 条では「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と示されている。さらに、看護者の倫理綱領(日本看護協会, 2003) も示すように、身体拘束は基本的人権や人間の尊厳を守ることを妨げる行為であることが問題であると述べられている(日本看護倫理学会臨床倫理ガイドライン検討委員会, 2015)。

次に、日本国憲法の第 31 条では「何人も、法律の定める手続きによらなければ、その生命もしくは自由を奪われない」と規定し、この法律で定める手続きが適法手続きと呼ばれている。現在、医療・保健・福祉の領域で身体拘束についての適法手続きがあるのは、精神保健福祉法の下で行われる精神病院における拘束のみである。精神保健福祉法は、その第三十六条において「精神病院の管理者は、入院中のものにつき、その医療又は保護に欠くことができない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる」と規定し、精神保健指定医が必要と認めなければ行うことができない行動の制限の一部に身体的拘束を挙げている。この中で、身体拘束については、特に「制限の程度が強く、また、二次的な身体障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでのやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならない」としている。

厚生省令による身体拘束禁止規定で述べられている身体拘束を含む行動を制限する行為を行ってはならない対象施設は、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、短期入所生活介護、短期入所療養介護、痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護と定められている。しかし、厚生省令で身体拘束禁止の対象になった介護保険施設には、身体拘束に関する適法手続きが存在しない。よって、改めて厚生省令で示されずとも、これらの施設で身体拘束を行うことは、緊急事態以外には容認されていなかった。つまり、この禁止令の対象施設として挙げられていない精神病



院以外の病院における身体拘束についても同様の見解である(小澤, 2001) とされる。

弁護士による身体拘束に関する精神保健福祉法の具体的解釈については、患者の拘束が精神医療上に特有の問題を内包していない場面では、高度の精神医学上の判断は不要であり、看護上の判断として精神保健福祉法の埒外においてなしうる。患者の医療または保護という目的に照らし、一連の医療行為は又は看護行為が全体として目的実現のために精神医療上有効であり、その過程においての拘束が全体としてみれば、患者の行動の自由にとって有用な場合は、法の予定する行動制限と見做す必要はない(木ノ元, 1999)と述べている。

### 3. 身体拘束の実施状況

「身体拘束ゼロの手引き」に記載されている身体拘束禁止の対象となる具体的な行為は、点滴・経管栄養等のチューブを抜去しないに、ベッドに体幹や四肢を紐で縛る、手指の機能を制限するミトン型の手袋を使用するなど、全部で 11 行為があるが、11 行為のうち 1 つ以上を行うことがあると回答した病棟・施設は、医療保険適用病床(一般病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟など)が約 90%以上であり、介護施設(介護老人保健施設、有料老人ホーム)等では 50%未満であり、一般的な病院の病棟における実施割合が高い(全日本病院協会, 2016)。また、2016 年度診療報酬改定に伴い「認知症ケア加算」が新設され、身体拘束縮小化を目指した認知症ケア加算の実施施設では、身体拘束率は 42%であり、実施病棟の方が有意に低いとする報告もある(Nakanishi et al., 2018)。

全国の ICU における身体拘束の調査では 94.3%の施設で抑制は必要に応じて行われており(日本集中治療医学会看護部会安全管理小委員会, 2014)、また、約 70%の施設で覚醒し、静穏で、指示に従える気管挿管患者の半数以上が身体拘束されており、挿管チューブの計画外抜管をする可能性が低いと思われる深鎮静の患者に対しても約 50%の施設で身体拘束を実施している。さらに、覚醒している挿管患者の半数以上に身体拘束を行うとした施設のうち 80%以上が深鎮静の患者に対しても同様に身体拘束を実施している(卯野木ら, 2014)。

身体拘束を実施する頻度は国によっても異なり、ポルトガルにおける 2 箇所の ICU および英国における 4 箇所の ICU では身体拘束は行われず、イタリアの 1 つの ICU では全症例実施し、スイスの 5 箇所の ICU、スペインの 2 箇所の ICU、フランスの 12 箇所の

ICU では 40～50%の患者において身体拘束が実施されている(Benbenbishty et al., 2010)。また、北米は 75%超(Devlin et al., 2018)、台湾は 55～82%(Chang et al., 2008)、韓国は 46%(Choi et al., 2003)、南アフリカは 48%(Langley et al., 2011a) と幅広い頻度の使用状況である。

#### 4. 身体拘束の要因

身体拘束ゼロの手引きによると、医療現場で身体拘束が認められるのは、切迫性、非代替性、一時性の 3 つの要件を満たす場合に、緊急やむを得ない場合のみに限られているが(厚生労働省身体拘束ゼロ作戦会議, 2001)、一般的に ICU のようなクリティカルケア領域に入室する患者は、意識障害や急性呼吸不全、急性循環不全など生命の危機的状況に直面している場合が多く、患者の安全を確保するために身体拘束を避けることは困難な状況にある。そのため、医療者は患者の安全性を高めるために、自己抜管やチューブの位置異常かつ/または医療機器の誤抜去の予防(Benbenbishty et al., 2010 ; Choi et al., 2003 ; Leith, 1999 ; Martin et al., 2005 ; Turgay et al., 2009)、患者の体動の制御(Kandeel et al., 2013; Turgay et al., 2009; Yönt et al., 2014)、攻撃的な患者からの医療者の保護(Leith, 1999)、転倒転落の防止(Benbenbishty et al., 2010 ; Leith, 1999 ; Yönt et al., 2014) などの要因があり、さらに、ICU における身体拘束の使用を正当化してきた歴史もその要因の一つとなっている(Benbenbishty et al., 2010 ; Kandeel et al., 2013 ; Langley et al., 2011b ; Leith, 1999)。

#### 5. 身体拘束がもたらす弊害

身体拘束によってもたらされる弊害について、身体拘束ゼロへの手引きによると、一般的な身体拘束によって生じる可能性がある弊害について、①身体的弊害、②精神的弊害、③社会的弊害の 3 つに分類されている(厚生労働省身体拘束ゼロ作戦会議, 2001)。また、緊急入院となる高齢者において、身体拘束が必要となり得る可能性は成人の患者より 3 倍も高くなり、これは予後不良の転帰と関連していると言われている(Said et al., 2013)。

身体的弊害については、身体機能の低下(関節拘縮、筋力低下など)や身体拘束の圧迫部位の褥瘡の発生、食欲低下、心肺機能低下、感染症への抵抗力の低下、転倒による骨折、拘束具による窒息や縊首などの事故を発生される危険性もあるとされる(Said et al.,

2013)。

精神的弊害については、不安や怒り、屈辱、諦めといった精神的苦痛を与え、そして人間としての尊厳を侵す(Mistraletti et al., 2012 ; Tolson et al., 2012)。また、身体拘束によって、痴呆がさらに進行し、せん妄の頻発をもたらすおそれや、本人の家族にも大きな精神的苦痛を与える(Said et al., 2013)。自らの親や配偶者が拘束されている姿を見たとき、混乱し、後悔し、そして罪悪感にさいなまれる家族は多く、さらに、看護・介護スタッフも、自らが行うケアに対して誇りを持てなくなり、ジレンマとなっている(松尾, 2011 ; 井出ら, 2017)。

社会的弊害については、身体拘束が患者にされることによって看護・介護スタッフ自身の士気の低下を招くばかりか、介護保険施設等に対する社会的な不信、偏見を引き起こす恐れがある(厚生労働省身体拘束ゼロ作戦会議, 2001)。また、患者は社会的孤立を生じ(Said et al., 2013)、さらに、身体拘束による心身機能の低下はその人の QOL を低下させるのみでなく、さらなる医療的処置を生じさせ経済的にも少なからぬ影響をもたらすとされている(厚生労働省身体拘束ゼロ作戦会議, 2001)。

## II 身体拘束の判断基準

日本集中医療学会看護部会では身体拘束の方針について、人権擁護の観点からだけでなく、quality of life: QOL の低下を誘発するため、原則としては行わないとしている。しかし、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、身体拘束(抑制)による行動制限を行う以外、代替する方法がない場合に一時的に身体拘束を行うと示している。また、全国 ICU の調査の結果では、抑制ガイドラインは多くの施設で作成されていたが、ICU 独自で作成されたものや抑制を回避する方法が記載されているガイドラインは少なく、ICU 独自の状況(治療面や環境など)に応じた抑制基準を明記した「身体拘束ガイドライン」(日本集中治療医学会看護部会, 2010)が作成された。

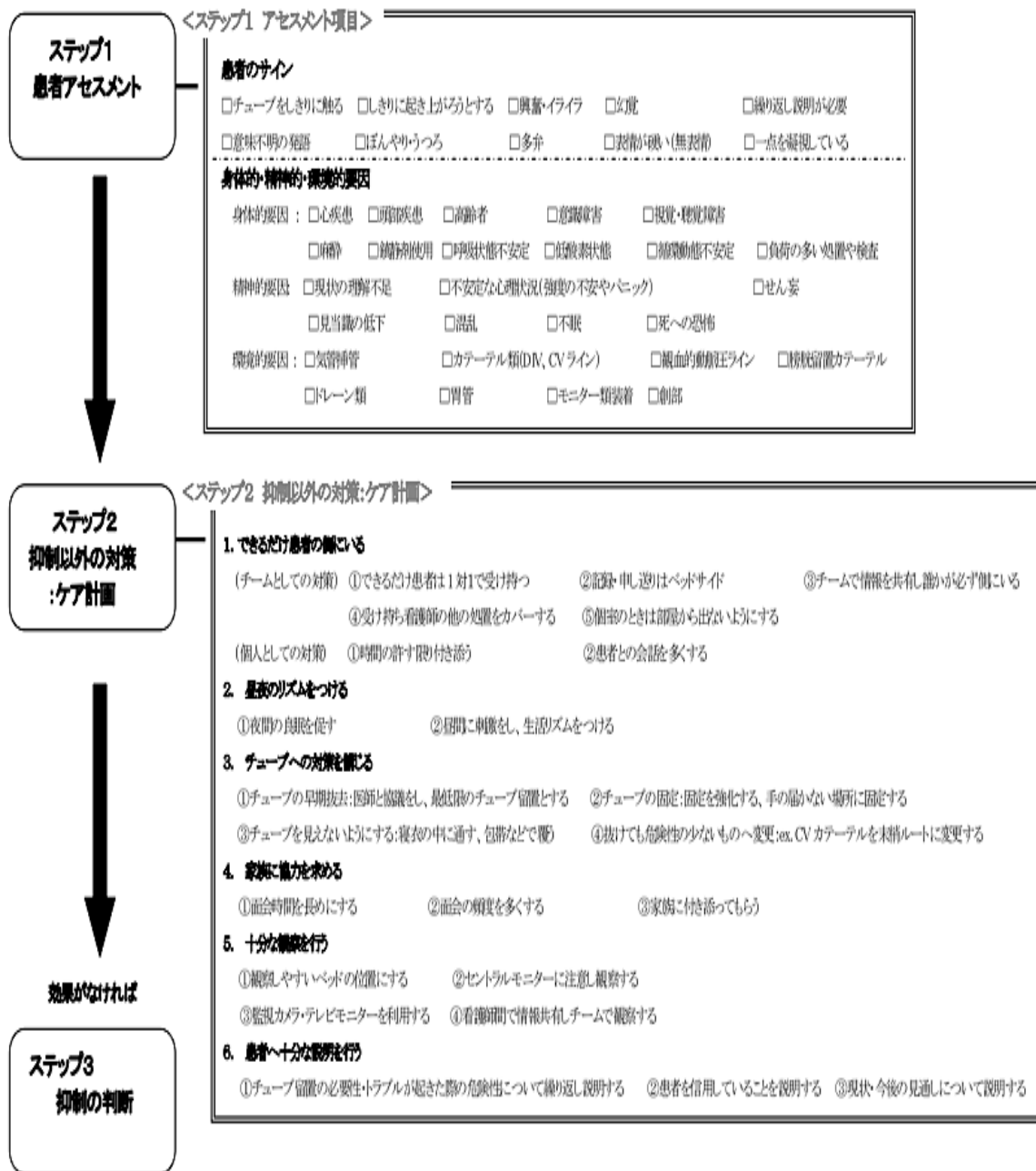
身体拘束ガイドラインのクリティカル領域における身体拘束の判断基準は、「身体拘束(抑制)判断基準フローチャート」(図 1)として明示されており、フローチャートは「ステップ 1 患者アセスメント」「ステップ 2 抑制以外の対策: ケア計画」「ステップ 3 抑制の判断」で構成されている。

ステップ 1 の患者アセスメントでは、対象患者において「心疾患」、「高齢者」、「鎮静剤使用」「低酸素状態」「循環動態不安定」などの身体的要因、「現状の理解不足」、「せん妄」、

「見当識の低下」などの精神的要因、「気管挿管」、「カテーテル類(DIV、CVライン)」、「モニター類装着」などの環境的要因の項目に加えて、身体拘束の実態調査で明らかになった抑制が必要と判断される患者の出すサインの「チューブをしきりに触る」、「幻覚」、「繰り返し説明が必要」などもアセスメント項目として挙げられている。

ステップ2の抑制以外の対策として、抑制を行わないための具体的なケア計画が挙げられており、「できるだけ患者の側にいる」、「昼夜のリズムをつける」、「チューブへの対策を講じる」、「家族に協力を求める」、「十分な観察を行う」、「患者へ十分な説明を行う」などがあり、これらは実態調査によって明らかになったケアについても記載されている。

ステップ3の抑制の判断については、抑制以外の対策を行っても、ライン類などの自己抜去などのリスクがある場合に、医師と看護師で抑制実施の判断を行うとし、抑制が開始された場合でも、抑制解除ができないか定期的にステップ1から3のアセスメントを再度行うことを奨励している。



医師と協議のもと、抑制を実施し記録する

抑制中は、毎日ステップ1にもどり医師と共に評価し記録する

図1. 身体拘束(抑制)判断基準フローチャート

出典：日本集中治療医学会看護部会 HP「様式1『身体拘束(抑制)判断基準フローチャート』」より転載

<https://www.jsicm.org/pdf/gl-shintai-kosoku201012.pdf>(2019年11月19日閲覧)

## 第3章 研究方法

### I 研究デザイン

本研究は、クリティカルケア領域における身体拘束を必要最小限にするための実態と取り組みに関して、文献レビューを行う記述的研究である。

### II 文献検索方法

#### 1. 情報源

文献検索は、国内文献は医学中央雑誌 Web 版(ver.5)を用い、海外文献は、PubMed、CINAHL、Cochrane Library を用いて行った。検索の対象とする年代は、国内においてクリティカル領域の身体拘束についてのガイドラインが発表された 2010 年から 2019 年 12 月までとした。海外文献についても同様とした。

#### 2. 検索語の設定

国内文献については、クリティカルケア領域における身体拘束についての実態や取り組みについて網羅できるように、検索語は研究目的に沿って設定したシソーラス用語を含むキーワードである、「身体拘束」「身体抑制」「抑制帯」「拘束具」「physical restraint」とクリティカルケア領域に関連する「クリティカルケア」「クリティカルケア看護」「ICU」「急性期病院」「急性期」「intensive care unit」「critical care」「acute care」「ccu」「熱傷ユニット」「stroke care unit」に設定した。絞り込み条件として、原著論文、解説とした。

海外文献についても、国内文献検索と同様に検索語は Mesh 用語を含む「physical restraint」「critical care/acute care」「acute phase/acute stage/acute period」「ICU/CCU/coronary care unit」に設定した。

#### 3. 倫理的配慮

文献調査に関しては、先行研究から課題研究・背景を調査することにより、その研究のオリジナリティや価値、位置づけなどの著者の意向に配慮し、論旨を尊重する。また、抽出された文献から得られたデータの分析に関しては、分析的バイアスが生じないように配慮し適正に実施し、そのうえで研究結果の信頼性の確保に努めた。

### III 分析方法

#### 1. 対象文献の選定

検索式によって抽出された、国内・海外文献についてタイトルレビューにて身体拘束に関するテーマ以外の文献は除いた。

次に、アブストラクトレビューにて①身体拘束に関する取り組みについて記載がないもの、②身体拘束の実態調査、③クリティカル領域でないもの、④英語・日本語以外は除外した。

最後にアーティクルレビューにて、入手可能である文献を精読し、本研究の目的に沿った情報が記載されていると判断するために、選定条件として身体拘束を必要最小限にするための実態や取り組みについて明確な記載がある文献を対象とした。

#### 2. 記述内容の抽出方法

分析対象として選定した文献について、「著者/発表年」「タイトル」「研究目的」「デザイン」「対象」「実態と取り組み」「取り組みの結果による影響や要因」「研究の限界や課題」に関する情報を全て抽出した。

#### 3. 記述内容の要約

各文献から抽出した項目についての記述を要約し、本研究の目的に沿って身体拘束を必要最小限にするための実態や取り組み、その結果による影響や要因に着目してまとめた。

#### 4. 記述内容の統合

それぞれの文献で抽出された身体拘束を必要最小限にするための取り組みに焦点を当て、それらを説明するために「身体拘束(抑制)判断基準フローチャート」(図1)(日本集中治療医学会看護部会, 2010)の判断基準における「患者アセスメント」「抑制以外の対策:ケア計画」を参考に整理・統合した。

## 第4章 結果

### I 文献検索の結果

検索式によって抽出された文献結果は、医中誌が 120 件であった。海外文献の検索結果は、PubMed が 429 件、CINAHL は 119 件、Cochrane Library は 46 件であった。

検索式によって抽出された国内・海外文献は重複した文献 96 件を除外すると、合計 618 件であり、タイトルレビューにて身体拘束に関する研究テーマではない文献 442 件を除外した。

次に、タイトルレビューで得られた 176 件についてアブストラクトを精読し、身体拘束に関する取り組みについて記載がないもの 40 件、身体拘束の実態調査 10 件、クリティカル領域以外 16 件、研究内容との関連がないもの 72 件(せん妄に関する調査 18 件、看護師のジレンマ 4 件、薬剤使用 3 件、その他 47 件)を除外し、38 件であった。

最後に、アーティクルレビューにて、入手可能である文献の本文を精読し、本研究の目的に沿ったクリティカルケア領域で身体拘束を必要最小限にするための実態や取り組みが明確に記載されていることを確認し、最終的に抽出された文献は国内文献が 5 件、海外文献が 8 件の合計 13 件を対象文献とした。対象文献の検索フローチャートを示す(図 2)。



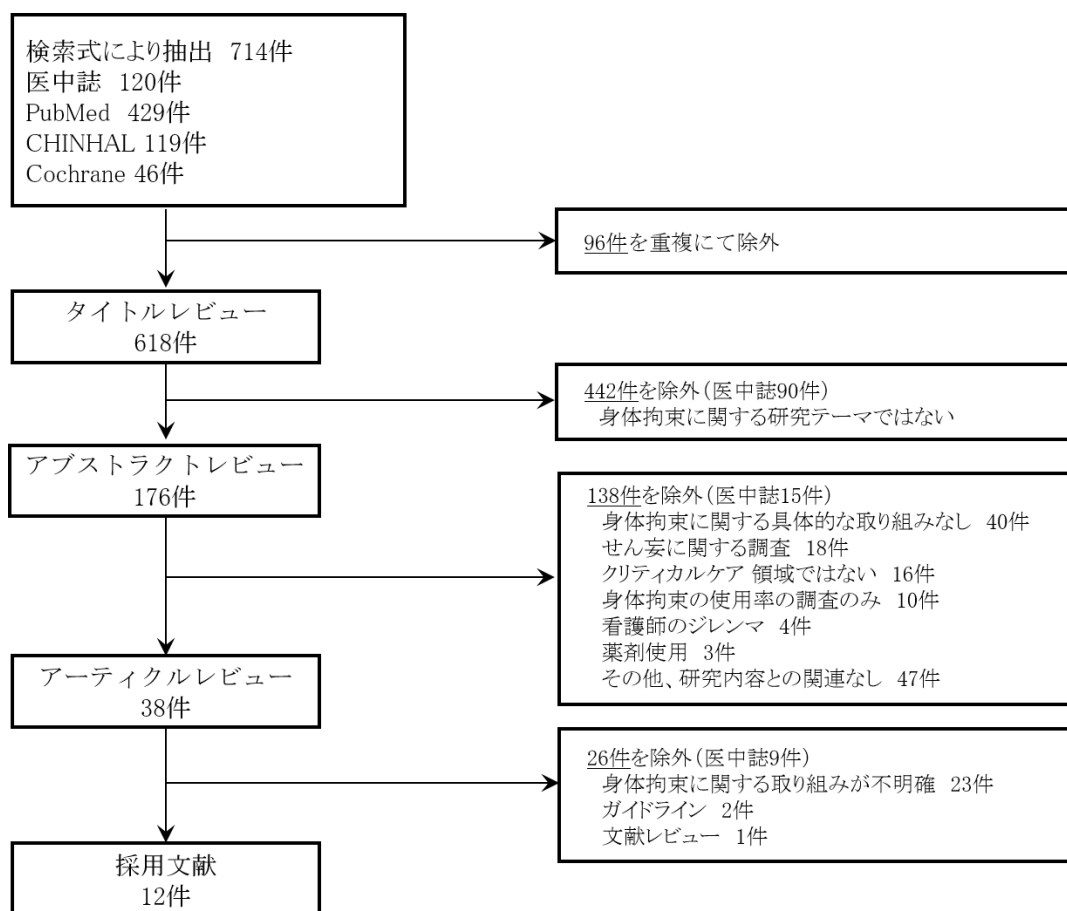


図 2. 対象文献の検索フローチャート

## II 対象文献の選定結果

### 1. 記述内容の要約結果

選定した対象文献について、「著者/発表年」「タイトル」「研究目的」「デザイン」「対象」「方法」「考察」「結果」「研究の限界や課題」に関する情報を全て抽出し、各文献から抽出した項目についての記述を要約し、身体拘束を必要最小限にするための実態や取り組みとその結果による影響や要因に着目してまとめた対象文献リストを示した(表1)。

### 2. 記述内容の統合結果

それぞれの文献で抽出された身体拘束を必要最小限にするための取り組みに焦点をあて、身体拘束の判断基準における「患者アセスメント」「抑制以外の対策:ケア計画」を参考にし、以下の内容について統合した。取り組みや影響している内容の部分を【】で示した(表2)。

表1. 対象文献リスト

著者名 (発表年)	タイトル	研究目的	デザイン	対象	実態と取り組み	取り組みの結果による影響や要因	研究の限界や課題
長谷川ら. (2012)	ICUにおいて抑制を受ける高齢患者に対する看護ケア (原著論文)	抑制を受ける高齢患者に対し、看護師が日常的に実践している看護ケアを明らかにすること	参加観察法および半構造的インタビュー調査	1施設のICU看護師 12名	・患者が現状を理解することを助ける ・患者が穏やかに過ごすことのできる環境を整える ・家族が抱く緊張感や恐怖感を緩和し、患者と家族のこれまでの関係を保つ	2つの主なテーマ ①高齢患者の生活機能を維持するための予防的ケア ②患者の回復への意欲を促し、高齢患者家族の思いの揺れに添ったケア	・1施設の看護師のみ の調査であり、患者や家族など対象者や対象施設を広げていく ・調査期間や時期への考慮
桑原 (2015)	ICU患者の身体抑制に影響する看護師の判断要因 (原著論文)	身体抑制に影響する看護師の判断要因を明らかにすること	参加観察法および半構造的インタビュー調査、記録調査	1施設のICU看護師 6名	・ライン抜去や転落につながる動きや曖昧な意識レベルの中での動き、予測できない変化していく動きの見極め ・病態を理解した対応 ・医師との話し合い ・時間配分をして側にいる ・複数の重症患者への対策 ・身体抑制に対する価値観	3つの身体抑制に影響している判断要因 ①患者の安全管理 ②ICU看護として ③複数の患者の管理	1施設の調査で看護師が関わった患者数も少なく、対象を広げていく
Johnson et al. (2016)	A non-pharmacologic approach to decrease restraint use (原著論文)	拘束を減らすための教育介入を評価し、拘束に関する看護師の認識を評価する	前後比較研究	1施設の外傷集中治療室の外傷看護師 57名	・非薬理学的介入が実践できるための教育 ・代替デバイスを使用した実践的デモンストレーション	・教育的介入の前後で、拘束使用に有意差あり	拘束具の使用を減らすことの費用対効果を、外傷や長期の合併症の費用と比較して調べる必要がある
Hevener et al. (2016)	Using a Decision Wheel to Reduce Use of Restraints in a Medical-Surgical Intensive Care Unit (原著論文)	外科集中治療室での拘束の使用を減らし、ベッドサイドの看護師が患者を拘束するかどうかを判断する際に意思決定支援ツールが役立つかどうかを判断する	前後比較研究/準実験的研究	1施設の外科集中治療室のベッドサイド看護師32名	ベッドサイドの看護師が患者を拘束するかどうかを判断する時に意思決定支援ツール(RDW <sup>※</sup> )を使用し判断する	・RDW使用後は拘束率が32%減少した。 ・拘束以外の代替としてミット(ミトン型拘束帯)が選択された	サンプル数のや対象施設の拡大による検証

※ RDW : Restraint Decision Wheel    NRS: Numerical Rating Scale

表1. 対象文献リスト(つづき)

著者名 (発表年)	タイトル	研究目的	デザイン	対象	実態と取り組み	取り組みの結果による影響や要因	研究の限界や課題
坂木 (2017)	クリティカルケア領域における 身体抑制と看護の実態 (解説・特集)	実際に使用しているプロトコ ルや事例を通して身体拘束につ いて検討する	事例検討	ICUへ入院中の患者 2名(急性大動脈解離 (NRS <sup>※</sup> 、CAM-ICU <sup>※</sup> 、 術後、食道癌術後)	・客観的評価によるアセスメント ICDSC <sup>※</sup> ) ・不要なライン類の整理、固定 確認などの基本的なことを行 なった上での患者の状況に合 わせた対応 ・TeamSTEPPS <sup>※</sup>	・身体抑制されることで安心する 患者もいるため患者との信頼関 係が必須である	身体拘束による問題は 個人の力には限界が あり、チーム・組織の問 題として捉え改善して いける風土を築く
Dolan et al. (2017)	Determinants of Nurses' Use of Physical Restraints in Surgical Intensive Care Unit Patients (原著論文)	外科的集中治療室患者の拘束 の開始と中止の看護師の決定 要因を明らかにする	半構造的インタビュー調 査	1施設の外科集中治 療室に勤務している 13名の看護師	・患者の特有の行動(見当識 や機能的能力による抑制の 判断 ・せん妄患者に対する慎重 な抑制の検討 ・患者への注意喚起できる 環境 ・専従看護師主導の関わり	3つの決定要因 ①患者の安全 ②患者の行動 ③非拘束的介入と代替案	・1施設の看護師のみ の調査であり、一般化 には対象を拡大してい く必要がある
Mitchell et al. (2018)	Reducing Use of Restraints in Intensive Care Units: A Quality Improvement Project (原著論文)	身体拘束の多施設協働型質改 善プロジェクトにより、5つのICU の身体拘束の実施率を全国平 均より低下させること	前後比較研究	同病院系列に関連す る5つのICU(一般、 外傷、心血管系、神 経系など)	臨床看護師、看護教育者、 臨床看護師の専門家、看護 師長からなる拘束委員会を 設置 ・自己抜管率を含む拘束 データのレビュー ・エビデンスに基づいた実践 との整合性を調査するため に、看護師からの聞き取り	プログラム開始より、おおよそ身 体拘束実施率を全国データベ ースの平均よりも低下	患者に対して身体的拘 束を実施することに よって、看護師は道徳 的苦悩を増大させる可 能性があるため、スタッ フの倫理的側面も調査 するために、プログラ ムの再検討が必要。
桑原ら (2018)	集中治療室における身体拘束 率に関連する要因 患者看護 師比と業務量に着目して (原著論文)	国内のICUにおける身体拘束率 を明らかにし、身体拘束率と患 者看護師比との関連を、看護業 務量を考慮して検討すること	横断調査/無記名自起式 調査票を用いた郵送法	特定集中治療室管 理料を算定している 全国の病院のうち、 周産期・小児専門病 院、精神病床・感染 症病床・結核病床を 除外し、回答が得ら れた調査票の114部	身体拘束率と有意に関連する 要因は人工呼吸患者割合およ び統一された身体拘束手順の 使用	・ICUにおける統一された身体拘 束手順の使用と身体拘束率の関 連した報告はないが、高齢者施 設においてはガイドライン使用に よって身体拘束率が低下している 報告あり	・身体拘束率と関連す る医療提供側の要因 はなにかを特定し、修 正していく。 ・身体拘束の手順を統 一できるような環境を 整える

CAM-ICU: Confusion Assessment Method for the ICU ICDSC: Intensive Care Delirium Screening Checklist. TeamSTEPPS: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety.

表1. 対象文献リスト(つづき)

著者名 (発表年)	タイトル	研究目的	デザイン	対象	実態と取り組み	取り組みの結果による影響や要因	研究の限界や課題
Hall et al. (2018)	Impact of a Restraint Management Bundle on Restraint Use in an Intensive Care Unit (原著論文)	身体拘束管理バンドルのプログラム実施後の品質と安全性の検証とともに、拘束の実態の調査すること	前後比較研究	12施設の集中治療室	身体拘束バンドル ・身体拘束が72時間以上の患者を把握 ・1日に2回の監査 ・Safety Partners ・勤務交代時の安全面についての確認 ・拘束を必要最小限にするための教育	・ICU滞在日数変化なし ・拘束された集中治療室患者の割合と拘束持続時間が著しく減少	拘束の使用に関連する患者と臨床の特性をより反映させるためにはより大きく、多様なサンプルが必要
工藤ら (2019)	事例にみるクリティカルケアにおける倫理的ジレンマ 患者の意向より安全管理を優先し抑制を実施するチーム (解説/特集)	身体拘束ガイドラインを参考しながら、患者への関わりを再検討する	事例検討	60歳代、男性、急性大動脈解離術後	・オリエンテーションを繰り返す ・苦痛への対応(予防的な薬剤投与、客観的な評価) ・環境への配慮 ・身体感覚へのサポート ・日々のカンファレンスで情報の共有 ・家族へ見守りの依頼 ・フローチャートに沿って評価し抑制の妥当性の確保	記載なし	身体拘束を当たり前だと思わず、倫理的な視点でも議論する機会が必要。
杉本 (2019)	実践報告 聖マリア病院の取り組み 集中治療室におけるユマニチュードの実践 (解説/特集)	ユマニチュードの哲学を理解し、ケアの矛盾に気がつき、ケアを変える力を持つ	事例検討	1施設の2つの集中治療室の看護師59名	ユマニチュードの哲学について学びそれをケアに応用する	抑制の実施率とせん妄発症率の低下	ユマニチュードの哲学に基づいたケアを誰もが実践できる風土を作る
Via-Clavero et al. (2019)	Analysis of a nurses' knowledge survey on the use of physical restraint in intensive care units (原著論文)	集中治療室における身体拘束使用の判断に関する看護師の知識レベルとその関連要因を特定する	多施設横断研究/質問紙調査	スペインの8施設の12の集中治療室における看護師354名	看護師の身体拘束選択的レベル ・身体拘束使用の判断に関する知識レベルは、看護師個人の背景(学歴・経験年数・勤務形態など)と関連なし	ケアが提供される職場環境、面会時の対応、身体拘束のインフォームドコンセントの要求、および看護師主体による鎮静管理は、知識レベルに大きく影響する	知識と実践のレベルを相関させることが重要
Tan et al. (2019)	Impact of a nurse engagement intervention on pain, agitation and delirium assessment in a community intensive care unit (原著論文)	地域集中治療室のPAD <sup>*</sup> 評価に対する多面的な看護師の関与の介入効果を評価すること	前後比較研究	レベル3の外科集中治療室の看護師	教育的介入 ①PADのスクリーニングと治療 ②ICUで一般的に使用される特定の薬剤の長所と短所 ③患者の転帰に対するせん妄の有害な影響 ④PADの管理に非薬理学的アプローチを使用する利点	身体拘束の使用率が低下、自己抜管率は変化なし	看護師だけでなく、医師・家族なども対象とした介入が必要

\*PAD : Pain, Agitation, and Delirium

表 2. クリティカルケア領域における身体拘束を必要最小限にするための取り組みについて

取り組み				その他
患者アセスメント	身体的アプローチ	心理・社会的アプローチ	組織へのアプローチ	倫理
<p>【ライン抜去や転落につながる動き】や【曖昧な意識レベルの中での動き】、【予測できない変化していく動き】の見極めと【病態を理解した対応】</p> <p>・指先で掻く動作や意識レベルが清明でなく、両手を組んだり伸ばしたりしてラインが引っ張られているなど患者の行動と病態の悪化や改善の双方からアセスメントを行い、リスクへの対応から抑制の判断をする(桑原, 2015)。</p> <p>【意思決定支援ツール(RDW)】</p> <p>・患者の行動のレベル、デバイスレベル、自立度の順番でアセスメントし、『抑制なし』、『代替』、『即時抑制』を最終的に評価する。しかし、RDWが拘束の選択の決定を下すのに役立つと同意したのはわずか 62%であり(ツール使用率 29%)、臨床経験がある看護師は自分の臨床判断に頼ることを好む傾向がある(Hevener et al., 2016)。</p>	<p>【患者が現状を理解することを助ける】</p> <p>・身動きが取れないことや意識の不安定さなどによって周囲の状況が困難な患者に、患者自身の治療状況や病状、今後の見通しなどについて理解を促すケア(長谷川ら, 2012)。</p> <p>【最小限の抑制を試みるための医師との話し合い】</p> <p>・不要だと考えるラインについては医師に確認後に抜去し、身体拘束が解除できるようにしたり、医師の指示があっても患者の理解力や動きを見て、ラインが守られそうなら指示変更の依頼をする(桑原ら, 2015)。</p> <p>【頻繁なコミュニケーション】、【患者の早期歩行】(Johnson et al., 2016)</p>	<p>【患者が穏やかにすごすことのできる環境を整える】</p> <p>・ICU という非日常の環境でも、患者の好みや普段の生活が感じられる環境調整</p> <p>【家族が抱く緊張感や恐怖感を緩和し、患者と家族のこれまでどおりの関係を保つ】</p> <p>・患者と家族を近づけるために家族が患者に触れやすい環境を整える</p> <p>・面会時に抑制を解除することが家族の不安や恐怖につながらないように家族の意向に添ったり、医療者側に気を遣わなくてもいいように声をかける(長谷川ら, 2012)。</p> <p>【時間配分をして側にいる試み】</p> <p>・他の患者の介助しながら、主に患者の側で観察する。</p> <p>【チームでの協力による試み】</p> <p>・抑制を解除する判断は迷うので、他の看護師に相談し、解除後には互いに患者の行動に注意する(桑原ら, 2015)。</p> <p>【患者への注意喚起できる環境】</p> <p>・1対1の患者を観察できる調整</p> <p>・患者観察に専門のスタッフの配置</p> <p>・重要なカテーテルやチューブを患者の視界から外す</p> <p>・テレビ、ゲーム、運動などで注意を逸らす</p> <p>・患者の家族による立ち会い</p> <p>・照明を暗くし、騒音を減らすなど病室の環境整備(Dolan et al., 2017)</p>	<p>【複数の重症患者への対策】医師や看護助手など、チーム全体で協力して役割を分担、業務調整を検討し、予防的な抑制を避けながら、安全に管理できる(桑原, 2015)。</p> <p>【非薬理学的介入の教育】、【代替デバイスを使用した実践的デモンストレーション】</p> <p>非薬理学的アプローチは、リスクが低く、非侵襲的で、有害な副作用がなく、看護師がベッドサイドで実施できる革新的な介入である。代替デバイスの使用を目的とした低リスクの教育的介入により、拘束の使用を減らすことができる。しかし、非薬理学的介入、教育および看護師の態度の欠如が、使用制限の代替案を実施する際の障壁となる(Johnson et al., 2016)</p> <p>【専従看護師の主導的な関わり】</p> <p>・頻繁な体位変換、痛みの治療への対策、統一したスタッフの割り当て(Dolan et al., 2017)</p> <p>【TeamSTEPPS】</p> <p>・身体拘束による問題は個人の力には限界があり、チーム・組織の問題として捉え改善していける風土を築く(坂木, 2017)</p> <p>【人工呼吸患者割合および統一された身体拘束手順の使用】</p> <p>・ICU における統一された身体拘束手順の使用と身体拘束率の関連した報告はないが、高齢者施設においてはガイドライン使用によって身体拘束率が低下している報告あり、施設ごとに身体拘束にあたって踏むべき手順を統一できるような環境を整える必要がある(桑原ら, 2018)。</p>	<p>【身体抑制に対する価値観】</p> <p>・患者を擁護したい思い(桑原ら, 2015)</p> <p>身体拘束を決定するために RDW のようなツールだけ使用するのではなく、患者の権利、拘束の適応、拘束の適切な代替案、身体拘束の同意に関する包括的な教育を受ける必要がある(Hevener et al., 2016)。</p> <p>看護師の認識、態度、信念を変えることは、身体的および心理的危害を最小限に抑えることにつながり、身体拘束を受けている患者の質と安全性を改善できる(Hall et al., 2018)。</p> <p>身体的拘束を実施することによって、看護師は道徳的苦悩を増大させる可能性があるため、スタッフの倫理的側面も調査し、プログラムの再検討が必要である(Mitchell et al., 2018)</p>

表 2. クリティカルケア領域における身体拘束を必要最小限にするための取り組みについて(つづき)

取り組み				その他
患者アセスメント	身体的アプローチ	心理・社会的アプローチ	組織へのアプローチ	倫理
<p>【患者の特有の行動による判断】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・落ち着きのなさ、混乱、不穏、せん妄など。</li> </ul> <p>【身体拘束を解除することが可能となる患者の行動】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者が治療装置の必要性を理解している</li> </ul> <p>【せん妄患者に対する慎重な抑制の検討】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・抑制の使用により混乱やせん妄、妄想が助長するため慎重な検討が必要である(Dolan et al., 2017)。</li> </ul> <p>【評価ツール(NRS、CAM-ICU、ICDSC)による客観的】な評価は、チームで患者の状態を共有しやすくなり早期に対策が打てるようになる(坂木, 2017)。</p> <p>【フローチャートに沿って評価し身体拘束の妥当性の確保】(工藤, 2019)</p> <p>【看護師の知的レベル】</p> <p>身体拘束使用の判断に関する知識レベルは、看護師個人の背景(学歴・経験年数・勤務形態など)と関連ないが、ケアが提供される職場環境、面会時の対応、身体拘束のインフォームドコンセントの要求、および看護師主体による鎮静管理は、知識レベルに大きく影響する(Via-Clavero et al., 2019)。</p>	<p>【不要なライン類の整理、固定確認などの基本的なことを行なった上での患者の状況に合わせた対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師の主観からではなく患者の側から見る視点で見える必要となる(坂木, 2017)。</li> </ul> <p>【オリエンテーションを繰り返す】、【苦痛への対応(予防的な薬剤投与)】(工藤, 2019)</p>	<p>【統一した看護師スタッフ対応】、【テレビで毎日のニュースの視聴】、【非言語音楽】、【視覚および補聴器の提供】、【馴染みのあるオブジェクトの持参】、【静かな時間の睡眠】、【日中の照明の点灯】、【夜間の消灯】、【過剰な騒音の抑制】(Johnson et al., 2016)</p> <p>【家族へ見守りの依頼】、【環境への配慮(時計、カレンダー、ベッド位置)、身体感覚へのサポート(補聴器、眼鏡)】(工藤, 2019)</p> <p>【ユマニチュードの哲学について学び】それをケアに応用する(杉本, 2019)。</p>	<p>【身体拘束管理バンドル】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・72 時間を超える拘束中の患者は病院の責任者にその都度報告する</li> <li>・医師の指示と看護記録を確認するために、1 日に 2 回の評価を実施</li> <li>・ベッドサイドに Safety Partners を配置する(利用可能な場合)</li> <li>・勤務交代時に安全面に関する問題についての申し送り</li> <li>・身体拘束を必要最小限にするための教育 (Hall et al., 2018)</li> </ul> <p>【臨床看護師、看護教育者、臨床看護師の専門家、看護師長からなる身体拘束に関する専門委員会を設置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自己抜管率を含む拘束データのレビュー</li> <li>・エビデンスに基づいた実践との整合性を調査するために、看護師からの聞き取り</li> <li>・新しい身体拘束代替製品の選択 (Mitchell et al., 2018)</li> </ul> <p>【教育的介入】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・PAD のスクリーニングと治療</li> <li>・ICU で一般的に使用される特定の薬剤の長所と短所</li> <li>・患者の転帰に対するせん妄の有害な影響</li> <li>・PAD の管理に非薬理学的アプローチを使用する利点 (Tan et al. (2019)</li> </ul> <p>【日々のカンファレンスでの問題共有】(工藤, 2019)</p> <p>【ユマニチュードの哲学に基づいたケアを誰もが実践できる風土を作る】(杉本, 2019)</p>	<p>身体拘束を当たり前だと思わず、倫理的な視点でも議論する機会が必要である(工藤, 2019)。</p>

- 1) 身体拘束の要因となる患者アセスメントについて
- 2) 身体拘束以外の対策としての身体的アプローチ
- 3) 身体拘束以外の対策としての心理・社会的アプローチ
- 4) 身体拘束以外の対策としての組織へのアプローチ
- 5) 倫理的問題へのアプローチ

### III 対象文献の概要と取り組みについて

#### 1. 対象文献の概要

対象文献の報告年度では 2015 年以降のものが 11 件と占めていた。研究方法別にみると、質的研究が 3 件、前向き調査研究が 5 件、事例報告が 3 件、横断調査研究が 2 件であった。文献の種類は原著論文が 10 件、解説は 3 件であった。

#### 2. 取り組みについて

##### 1) 患者アセスメント

患者アセスメントに関する文献は 6 文献あった。患者アセスメントにおいて、指先で掻く動作や意識レベルが清明でなく、両手を組んだり伸ばしたりしてラインが引っ張られているなどライン抜去や転落につながる動きや曖昧な意識レベルの中での動き、予測できない変化していく動きの見極めと病態を理解した対応によって、患者の行動と病態の悪化や改善の双方からアセスメントを行い、リスクへの対応から身体拘束の判断をしていた(桑原, 2015)。また、評価ツール(NRS、CAM-ICU、ICDSC)による客観的な評価は、チームで患者の状態を共有しやすくなり早期に対策が打てるようになった(坂木, 2017)。また、フローチャートに沿って評価することで身体拘束の妥当性の確保となった(工藤, 2019)。

身体拘束を判断するためのツールとして、意思決定支援ツール(Restraint Decision Wheel:RDW)があり、患者の行動のレベル、デバイスレベル、自立度の順序でアセスメントし、『抑制なし』、『代替』、『即時抑制』を最終的に判断するツールであるが、RDW が拘束の選択の決定を下すのに役立つと同意した看護師は 62%であり(RDW 利用率 29%)、臨床経験がある看護師は自分の臨床判断に頼ることを好む傾向があった(Hevener et al., 2016)。

身体拘束の判断基準として、患者の特有の行動とは落ち着きのなさ、混乱、不穏、せ

ん妄などであり、身体拘束を解除することが可能となる患者の行動とは、患者が治療装置の必要性を理解しているであった。また、身体拘束使用により混乱やせん妄、妄想が助長するため、せん妄患者に対する慎重な身体拘束の検討が必要であった(Dolan et al., 2017)。

身体拘束使用の判断に関する看護師の知識レベルは、看護師個人の背景(学歴・経験年数・勤務形態など)と関連はなかったが、ケア環境、面会時の対応、身体拘束のインフォームドコンセントの要求、および看護師主体による鎮静管理は、知識レベルに大きく影響する可能性があった(Via-Clavero et al., 2019)。

## 2) 身体的アプローチ

身体的アプローチに関する文献は5文献であった。身動きが取れないことや意識の不安定さなどによって周囲の状況が困難な患者に対し、患者自身の治療状況や病状、今後の見通しなどについて患者が現状を理解することを促す(長谷川ら, 2012)、頻繁なコミュニケーションや患者の早期歩行(Johnson et al., 2016)やオリエンテーションを繰り返す、予防的な薬剤投与による苦痛への対応(工藤, 2019)が述べられていた。

また、不要だと考えるラインについては医師に確認後に抜去し、身体拘束が解除出来るように配慮することや、医師の指示であっても患者の理解力や行動からラインが守られそうなら指示変更の依頼をするなど、医師との話しあいを持ち(桑原ら, 2015)、さらに、不要なライン類の整理、固定確認などの基本的なことを行なったうえで、看護師の主観からではなく患者の側から見る視点で患者の状況に合わせた対応を取る必要があった(坂木, 2017)。

## 3) 心理・社会的アプローチ

心理・社会的アプローチに関する文献は6文献であった。ICUという非日常の環境でも、患者の好みや普段の生活が感じられ、患者が穏やかにすごすことができるように環境を整え、また、家族が抱く緊張感や恐怖感を緩和し、患者と家族のこれまでどおりの関係を保つことで、家族が患者に触れやすくなり、面会時に身体拘束を解除することが家族の不安や恐怖につながらないように家族の意向に添ったり、医療者側に気を遣わなくてもいいように声をかけていた(長谷川ら, 2012)。

患者の側で観察できるように時間配分の調整やチームで協力するための試み(桑



原, 2015)や、患者への注意喚起ができるように1対1で患者を観察する、患者を観察するための専門のスタッフの配置する、重要なカテーテルやチューブを患者の視界から外す、テレビ・ゲーム・運動などで注意を逸らす、患者の家族による立ち会いを依頼するなど、環境調整を行っていた(Dolan et al., 2017)。

また、統一した看護師スタッフ対応、テレビで毎日のニュースの視聴、非言語音楽、視覚および補聴器の提供、馴染みのあるオブジェクトの持参、静かな時間の睡眠、日中の照明の点灯、夜間の消灯、過剰な騒音の抑制(Johnson et al., 2016)、時計、カレンダー、ベッド位置の調整(工藤, 2019)、ユマニチュードの哲学について学びそれをケアに応用していた(杉本, 2019)。

#### 4) 組織へのアプローチ

組織に関する文献は10文献であった。日々のカンファレンスで身体拘束に関する問題を共有していた(工藤, 2019)。また、チームで協力し役割を分担、業務調整を検討することによって、複数の重症患者に対して、予防的な抑制を避け安全に管理できる(桑原, 2015)。また、TeamSTEPPS(医療の成果と患者安全を高めるためにチームで取り組む戦略と方法)を導入することで、看護師個人の限界をチームでカバーすることができ、安全性が高まるだけでなく、チーム力の向上がもたらされている(坂木, 2017)。

専従看護師の主導的な関わり(Dolan et al., 2017)や、自己抜管率を含む拘束データのレビューやエビデンスに基づいた実践との整合性を調査するために看護師からの聞き取り調査を行う身体拘束に関する専門委員会を設置する(Mitchell et al., 2018)。

また、身体拘束管理バンドル(72時間を超える拘束中の患者は病院の責任者にその都度報告する、医師の指示と看護記録を確認するために、1日に2回の評価、Safety Partnersの配置(利用可能な場合)、勤務交代時に安全面に関する問題についての申し送り、拘束を必要最小限にするための教育を導入することによって、身体拘束された患者の割合と身体拘束持続時間が減少した(Hall et al., 2018)。さらに、身体拘束率と統一された身体拘束手順の使用は関連していた(桑原ら, 2018)。

教育的介入として、PADのスクリーニングと治療、ICUで一般的に使用される特定の薬剤の長所と短所、患者の転帰に対するせん妄の有害な影響、PADの管理に非薬理学的アプローチを使用する利点に関する教育(Tan et al., 2019)、非薬理学的介入の教育や代替デバイスを使用した実践的デモンストレーションの実施を行っていた

(Johnson et al., 2016)。

さらに、身体拘束による問題は個人の力には限界があり、チーム・組織の問題として捉え改善していける風土を築く(坂木, 2017)、誰もがケアを実践できる風土を作る(杉本, 2019)が述べられていた。

#### 5) 倫理的問題へのアプローチ

倫理的問題に関する文献は5文献であった。身体抑制に対する価値観として患者を擁護したい思い(桑原, 2015)があり、身体拘束を当たり前だと思わず、倫理的な視点でも議論する機会が必要である(工藤, 2019)。

また、身体拘束を決定するために RDW のようなツールだけ使用するのではなく、患者の権利、拘束の適応、拘束の適切な代替案、身体拘束の同意に関する包括的な教育を受ける必要がある(Hevener et al., 2016)。そして、看護師の認識、態度、信念を変えることは、身体的および心理的危害を最小限に抑えることにつながり、身体拘束を受けている患者の質と安全性を改善し(Hall et al., 2018)、さらに、身体的拘束を実施することによって、看護師は道徳的苦悩を増大させる可能性があるため、スタッフの倫理的側面も調査し、プログラムの再検討が必要である(Mitchell et al., 2018)ことが述べられていた。

## 第5章 考察

クリティカル領域における身体拘束を必要最小限にするために、実際、行われている取り組みは、身体拘束の要因となる患者のアセスメント、身体拘束以外の対策としての身体的アプローチ、心理・社会的アプローチ、組織へのアプローチが示された。また、身体拘束ガイドラインでは記載されていないが、身体拘束における倫理的問題へのアプローチが示された。

主な取り組みの結果として、身体拘束率を前後比較したときに取り組み後の身体拘束率が低下したと述べられている文献も散見されたが、サンプル数の少なさや研究デザインの困難さから一般化可能な取り組みについての報告は認められなかった。

また、先行研究において、身体拘束について国際的なコンセンサスやガイドラインが出る

2000 年以降の集中治療室における身体拘束の実施頻度は、7～17%と報告されている (Evans et al., 2002)。その後、行われた PADIS 管理ガイドラインの調査では、欧州においては、ポルトガルと英国における数か所の ICU では身体拘束は行われず、イタリアの 1 つの ICU では全症例実施し、スイス、スペイン、フランスでは 40～50%、北米の 75%超と幅広くなっている (Devlin et al., 2018)。国内において、2010 年に身体拘束ガイドラインが発表されてから約 10 年経過した後に調査した ICU の身体拘束使用率は 28.8%である (桑原ら, 2018)。

身体拘束使用率の算出に関して、条件が一定でないため一概にガイドライン発表前後で身体拘束使用率の高低を単純に比較することはできないが、身体拘束を必要最小限にする様々な取り組みが各施設でなされている。以上を前提とし、その効果や問題点について以下の考察を進める。

## I 患者アセスメントの視点

身体拘束が必要となる患者要因についてのアセスメントの視点は、ライン抜去や転落につながる動き予測できない変化していく動きの見極めや、落ち着きのなさ、混乱、不穏、せん妄など患者の特有の行動と、病態の悪化と改善の双方からアセスメントを行い身体拘束の判断を行っていた。

クリティカルケア領域の対象となる急性および重症患者の特徴として American Association of Critical Care Nurses: AACN では、患者の重症度が高いほど、非常に脆弱で不安定かつ、複雑化する可能性が高くなる患者であると述べている (AACN, 2015)。よって、クリティカルケア領域で身体拘束が必要となる患者も、行動や病態の進行も複雑化しており、身体拘束の判断にはより専門的な知識が必要であると考え。その一助となるように、ICU 独自の状況 (治療面や環境など) に応じた抑制基準を明記した「身体拘束ガイドライン」(日本集中治療医学会看護部会, 2010) が作成され、フローチャートに沿って評価することで身体拘束の妥当性を確保していた (工藤, 2019)。

一方で、身体拘束を判断するための意思決定支援ツール (Restraint Decision Wheel: RDW) を使用した看護師は少なく、その中で拘束の選択の決定を下すのに役立つと同意した看護師は約半数のみであり、臨床経験がある看護師は自身の臨床判断に頼ることを好む傾向があると研究では述べられていた (Hevener et al., 2016)。

上記でも述べたように、クリティカルケア領域の対象となる患者背景は、不安定で複雑化

している。特に、クリティカルケア領域にせん妄の発症率は 80%であり(Girard et al., 2008)、身体拘束もその促進因子とされている(Lipowski, 1987)。さらに、看護師がせん妄患者を正しくせん妄と判断する確率は 34.8%とする報告(Spronk et al., 2009) もあり、看護師の個人の主観による身体拘束の判断は、その妥当性にかける可能性が考えられる。ICU における身体拘束の判断基準や手順の使用と身体拘束率の関連する先行研究はみあたらないが、高齢者施設における無作為化比較研究ではガイドラインを作成・使用した介入による身体拘束率の低下が報告されている(Kopke et al., 2012)。よって、クリティカルケア領域においても身体拘束の適応や判断をアセスメントする視点やアセスメント方法を、科学的根拠にもとづいて記述した判断基準の作成をもとに看護師個人が主観に捉われず、客観的に評価していくことが身体拘束を必要最小限にするために必要であると考ええる。

## II 身体的アプローチ

身体拘束以外の対策としての身体的アプローチに関する取り組みは、患者自身の治療状況や病状、今後の見通しなどについて患者が現状を理解することを促すために、頻繁なコミュニケーションやオリエンテーションを繰り返す取り組みや予防的な薬剤投与による苦痛への対応がなされていた。

ICU の患者は、その特殊な治療環境下にあり不安や恐怖、疼痛、幻覚や妄想がみられ(Sessler et al., 2001)、重要患者における不安の解消、人工呼吸管理中のストレスの軽減、不穏に伴う有害事象の予防も目的として鎮静薬を投与している(Barr et al., 2013)。また、鎮静薬による影響によって、現状の認知やコミュニケーションを阻害されることが予測される。特に、人工呼吸器使用中の患者は、挿管チューブ挿入しており、誤抜去の予防の観点から身体拘束や鎮静薬による 2 つの抑制が選択されることがあり、患者自身の訴えをタイムリーに傾聴できない場合もある。

よって、患者の現状認知に対する査定を行い、必要があれば患者に治療状況や病状、今後の見通しなどについて理解を促すことで、誤抜去など危険を回避するための予防的な身体拘束は減らせる可能性があると考ええる。また、PADIS 管理ガイドライン(Devlin et al., 2018)では人工呼吸器管理中の成人重症患者では、浅い鎮静を用いることが提案されており、鎮静と同時に疼痛の管理も重要となる。患者が治療の重要性や現状認知できるように理解することができれば、身体拘束の必要性を医師に確認することで、必要最小限の身体拘束に抑えることができると考える。

### III 心理・社会的アプローチ

身体拘束以外の対策としての心理・社会的アプローチに関する取り組みは、患者と家族の関係性を保つことで家族が患者に触れやすくなり、面会時に身体拘束を解除することが家族の不安や恐怖につながらないようにすることが述べられていた。

クリティカルケアに関わる上級実践看護師が、家族へのケアの方法として、①家族が患者と一緒にいられることを保証すること、②家族に情報や援助を提供すること、③家族がケアに参加できるようにすることを述べている(Benner et al, 2015)また、ICU の看護師は患者の危機を捉え、ケアをしていく役割を担い、家族の危機の中で家族と良好な関係を構築し、ニーズを理解し、援助していく必要があるとも述べられている(渡辺, 2010)。

身体拘束(抑制)判断基準フローチャート(図1)の中でも抑制以外の対策の中に、「家族に協力を求める」と明記されているが、施設の方針として面会制限を設けている場合もあり、必ずしも家族に依頼できる状況下でない場合もある。また、身体拘束を受けることで安心感を得られるという報告(坪井ら, 2018)もあるため、一概に家族に対し協力を求めることは浅薄となる可能性がある。

よって、患者家族のニーズを見極め、家族が患者に付き添える環境を保証し、その上で家族が身体拘束の回避に向けてケアに参加できるように調整していく必要があると考える。

### IV 組織へのアプローチ

身体拘束以外の対策としての組織へのアプローチに関する取り組みは、業務調整や専門的な看護師の関わり、TeamSTEPPS、身体拘束管理バンドルなど病棟の範囲や、専門委員会の設置など病院組織全体として取り組みが実施されていた。

一般的に、複雑な問題を解決する際、その問題に関する要素を分けて、別々な問題として解決しようとするが、その問題は人間のみだけでなく、医療システムなどの環境とも相互作用していると AACN synergy model for patient care(Curley, 1998)では述べている。また、AACN synergy model for patient care の骨子として、患者の特性と看護師の能力の適正な組み合わせが相乗効果を生み、患者とその家族、看護師、システムに対して影響を与え、最適なアウトカムにつながると述べられている。そのため、看護師は一見、患者個人が抱えている問題であっても、システム全体を捉え働きかけていく必要があると考える。

また、身体拘束を減少させるための非薬理学的アプローチは、リスクが低く、非侵襲的で、有害な副作用がなく、看護師がベッドサイドで実施できる革新的な介入であり、代替デバイス

の使用を目的とした低リスクの教育的介入には、拘束の使用を減らすことができる(Johnson et al., 2016)とされている。

よって、対象となる患者への直接的な実践である身体的、心理・社会的アプローチと同時に、集団や組織に対して働きかけていくことも重要であると考ええる。

## V 倫理的問題へのアプローチ

身体拘束ガイドラインでは、『抑制に関する基本的な考え』の中に方針として、人権擁護の観点からの問題として身体拘束は原則行わないが、患者が生命や危険にさらされ抑制以外に代替する方法がない場合に一時的に行うものとする(日本集中治療医学会看護部会, 2010)と触れているが、看護師は身体抑制に対する価値観として患者を擁護したいと思う一方で、身体拘束を実施することにより道徳的苦悩が増大する可能性があり倫理的問題が生じていた。

先行研究では、多くの看護師が身体拘束はすべきではないと認識しながらも、せざるを得ない状況もあると考え、身体拘束を実施していることが明らかになっている(池添ら, 2011)。

また、身体拘束の判断に関して、臨床経験がある看護師は自身の臨床判断に頼ることを好む傾向がある(Hevener et al., 2016)とされているが、一方では、身体拘束使用の判断に関する知識レベルは、看護師個人の背景(学歴・経験年数・勤務形態など)と関連ない(Via-Clavero et al., 2019)とも言われている。

クリティカルケア領域では、患者の回復のために治療や看護を行わなければならない場面が多く、そういった多くの場面で身体拘束が必須な状況が生じてしまう。そのため、患者の予後と患者の尊厳を考慮したとき、倫理的価値の対立によって、看護師がジレンマを抱き、道徳的苦悩を増大させる可能性があると考ええる。

しかし、身体拘束使用の安全性と有用性に関する科学的根拠や、患者/家族の権利擁護がICUにおける身体拘束の使用頻度に与える影響も未だに解明されていない(Devlin et al., 2018)。よって、患者の尊厳や自律を尊重しながら身体拘束を回避できるような取り組みや研究について、さらなる調査が必要であると考ええる。

## VI 看護への示唆

本研究が看護に与える示唆は、統一された科学的根拠に基づいた身体拘束の判断基準は、身体拘束の実施率に関連すると言われているが、医師の許可のもと最終的な身体拘

束の判断し実施するのは看護師であり、看護師の裁量によって身体拘束の開始や中断といった判断が委ねられている。よって、身体拘束を必要最小限にするための重要な役割を担っているのは看護師であり、看護師の影響は大きいと示唆される。

よって、クリティカル領域における身体拘束を必要最小限にするための実践を通して、様々なアプローチの結果を積み重ねていき、科学的根拠に裏付けされたケアを導いていく必要があると考える。また、高度実践看護師として、対象者となる患者だけでなく、集団や組織、看護を提供するシステムまで包含し、変革していきながらケアの質を向上させていく必要があることが示唆された。

## VII 研究の限界と今後の臨床研究の課題

本研究の限界として、検索期間以前および本研究で用いたデータベース以外にのみ収載の論文は含まれていない。また、クリティカルケア領域における身体拘束を必要最小限にする取り組みについての文献検討であるが、クリティカルケア領域を外観したに留まっており、他の領域における身体拘束への取り組みからも示唆できる可能性がある。

今後は、身体拘束されている患者をケアする看護師の倫理的側面も踏まえながら、身体拘束を必要最小限にするための取り組みによって、どのような影響や効果が患者や組織全体を含めてアウトカムとして評価できるよう検討していく必要があると考える。

## 第6章 結論

本研究では、クリティカルケア領域における身体拘束を必要最小限にするための実態や取り組みについて文献検討し、その取り組みには、身体拘束の要因となる患者のアセスメント、身体拘束以外の対策としての身体的アプローチ、心理・社会的アプローチ、組織へのアプローチがあり、課題として身体拘束における倫理的問題があった。しかし、ケアを含めた取り組みの科学的根拠についてはまだ不十分であった。

今後は、身体拘束が抱える倫理的問題への対策と、身体拘束を必要最小限にするための取り組みについて、科学的根拠の蓄積が必要であることが示唆された。