

2021年 1月 30日

2020年度聖路加国際大学大学院
看護学研究科修士論文

急性期一般病棟での身体拘束最小化のプロセスにおける
看護師個人の変容過程

Perception and Procedure Changes of Nurses
for the Minimization of Physical Restraint
in an Acute Care Ward

18MN307

宮元亜希子

要旨

「目的」：急性期病院で身体拘束を最小化するためには、ケアを提供する看護師を組織全体で支えるための組織体制づくりが重要である。本研究は、①身体拘束最小化に向かうプロセスにある急性期病棟において、看護師個人が身体拘束を行わないという選択に至るまでの変容過程とその過程に影響を与えた要因を知ること、②身体拘束を行わないことを選択する看護師を、組織はどのように支援していくのかという問いへの示唆を得ること、2点を目的として実施した。

「方法」：質的記述的研究にて、急性期一般入院料1または特定機能病院入院基本料7対1の届出をしている病院で勤務をしている病棟看護師で、過去1年以上身体拘束最小化への取り組みを行っている病棟で勤務した経験があり、かつ主任、師長などの役職についていない看護師10名を対象としてインタビューを実施した。収集したデータから看護師が、「身体拘束を行わない」ことを選択するに至った経緯と、その選択を促進した要因、阻害した要因について記述し、時系列に分析した。聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した（承認番号20-A044）。

「結果」：看護師の「身体拘束を行わない」ことを選択するに至った経緯に影響を与えた要因のうち、「身体拘束を行わないという選択を促進した要因」は18件あり、個人要因と組織要因に分けられた。一方、「身体拘束を行わない選択を阻害した要因」は8件あり、個人要因、組織要因、環境要因と患者の要因に分けられた。「看護師の身体拘束を行わないという選択を促進した要因」のうち、個人要因の多くは、入職した後の身体拘束に関連した経験を示していた。その他の組織要因、環境要因、患者の要因は、経験を生む契機となったり、影響を増幅させたりしていた。また、研究対象者の語りを経験した順序で概観したところ、身体拘束最小化に向けた考え方や行動が変化したプロセスには、概ね類似した流れが認められた。

「結論」：本研究の結果から、看護師は、患者や家族とのかかわりを中核とした経験を持つことで動機を生成し、対応できる知識や技術を習得することで行動を変化させていることが示唆された。看護管理者には、スタッフの身体拘束に関連した患者や家族の言動と変化に対する気づきを促すとともに、看護師の身体拘束に関する行動に組織が与える影響を認識し、患者の安全を確保する環境の調整に向けた役割や、身体拘束最小化に向けた柔軟な人員配置を確保する役割が求められる。

目次

第1章 序論	4
I. 研究の背景	4
II. 研究目的	2
III. 研究目標	3
IV. 用語の定義	3
V. 研究の意義	3
第2章 文献検討	3
I. 身体拘束最小化の歴史的背景	3
II. 認知症に関する施策と身体拘束	4
III. 身体拘束に関し急性期病棟の看護師が置かれている状況	5
IV. 身体拘束最小化に関する看護師の変容過程	6
第3章 研究方法	7
I. 研究デザイン	7
II. 研究対象	8
1. 選定基準と対象の人数	8
III. データ収集	8
1. データ収集期間	8
2. 研究参加者のリクルート方法	8
3. インタビュー方法	9
IV. データ分析方法	10
V. 研究の信用可能性と真実性	10
VI. 倫理的配慮	10
1. 研究協力に関する任意性の確保	10
2. 対象者の個人の人権擁護	11
3. 個人情報・プライバシーの保護	11
4. 研究参加に伴う利益と不利益	12
5. 利益相反	12
第4章 結果	12
I. 対象者の属性	13
II. 看護師が身体拘束を行わないことを選択するに至った経緯とその様相	13

1. 看護師が身体拘束を行わないことを選択するに至った経緯と影響した要因	13
2. 看護師の身体拘束を行わないという選択に影響した促進要因と阻害要因	58
3. 看護師が身体拘束を行わないことを選択するに至った経緯とその様相のまとめ	67
第5章 考察	68
I. 看護師の身体拘束を行わないという選択に影響した経験	68
1. 看護師の経験による熟達が生じた身体拘束最小化のプロセスに及ぼす影響	69
2. 看護師の身体拘束に関連した経験を看護管理者が支援する方法	71
II. 身体拘束最小化のプロセスにおける組織の役割	71
1. 看護師の身体拘束に関する行動に組織が与える影響と管理者の役割	71
2. 患者の安全を確保する環境の調整に向けた役割	72
3. 身体拘束最小化に向けた柔軟な人員配置を確保する役割	74
III. 研究における方法論上の問題と課題	74
第6章 結論	75

引用文献

資料

表目次

【表1】 研究対象者の看護師経験年数・属性・インタビュー時間	13
【表2】 看護師の身体拘束を行わないという選択に影響した促進要因と阻害要因	58
【表3】 看護師が身体拘束を行わないことを選択するに至った経緯とその様相	67

付録・資料

資料1	研究参加・協力のお願ひ
資料2	研究の説明書および参加・協力同意書
資料3	研究協力の同意撤回書
資料4	インタビューガイド

第1章 序論

1. 研究の背景

1986年に上川病院が高齢者患者の治療に伴う身体拘束の廃止に取り組んでから、1998年の身体拘束廃止「福岡宣言」や、2001年に厚生労働省が出した「身体拘束ゼロへの手引き」、2016年の診療報酬改定による認知症ケア加算の新設など、特に高齢者や認知症者をはじめとする患者に対して行われる身体拘束をなくす、あるいは最小化するという取り組みは、30年以上続いている。

療養上の安全を守るために拘束が行われることが多いのは、認知症や認知機能が低下した患者であるが、世界で最も高い高齢化率である日本において、65歳以上の7人に1人は認知症高齢者である（内閣府，2017）。このような社会背景のもと、「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能」を持つ急性期一般病院（以下、急性期病院）では、様々な疾患を抱える認知症高齢者が入院し、興奮やライン類の自己抜去に対応するため、身体拘束が今も行われている。中西（2019）によると、身体拘束の実施は患者の精神機能や身体機能を低下させ死亡リスクを上昇させる一方で、転倒・転落の予防効果はないとされているものの、2018年の調査では認知症ケア加算を算定している病棟であっても、認知症疑いの患者の42%が身体拘束をされていたことが報告されており、急性期病院において身体拘束をなくすことがいかに困難であるかがうかがえる。このような中、金沢大学附属病院が達成した身体拘束ゼロの取り組みは、日本全国の急性期病院に、困難ではあるが不可能ではないことを明示した。

湯浅（2017）は、急性期病院における認知症高齢者に関わる看護の課題を「身体拘束VS事故予防のジレンマ、基本的な看護実践の経験不足、アセスメント抜きの看護の常態化、座学の限界」とする。日向（2018）は、急性期病院における身体拘束の現状を「看護師が身体拘束を実施する場合、先輩・リーダー看護師へ相談したり、チームカンファレンスを開催して実施の判断を行っている状況」であり、「身体拘束を行うことになんの疑問も持たない看護師が多いと、“治療のため”と漫然と実施や継続がされてしまう可能性が高くなる」とする。こういった課題を克服し、身体拘束最小化を

実現するためには、ケアを提供する看護師を組織全体で支える必要がある。金沢大学附属病院の取り組みは、看護管理者が積極的に身体拘束を行わないという組織文化を醸成した事例であり、組織体制づくりがいかに重要であることを示している。

研究者が勤務している急性期病院においては、2014年より認知症ケアへの理解を深めるための取り組みを組織的に行い、患者の身体拘束数の減少につなげることができている。しかし、組織が提示した目標に看護師がすぐに賛同し、目標達成のための行動に至ることができたわけではなかった。開始後にこの取り組みに関するアンケートを実施したところ、最初の2年間は、認知症看護に対する前向きな感想が記載されていたが、3年目には「言われている内容は理解できるが、身体拘束の解除は安全管理上困難である場合も多い」といった意見があがるようになった。一方で、開始後に「患者の安全を守るためには身体拘束はやむを得ない」と回答していた看護師が、「身体拘束は患者の安全ではなく、医療者の安全を守るものではないか」と回答するようになる、緊急入院を受け入れる際、必ず抑制具の必要性について確認していた看護師が「抑制するとせん妄を悪化させるので様子を見ます」と答えるようになるといった変化があった。組織的な取り組みのなかで看護師個人の変化は一定ではなかったのである。個人は、組織の体制や組織が向かっている方向について疑問をもち、ときには批判、否定する行為をとることがあり、看護師が身体拘束をしないという選択に至るまでのプロセスにも様々な様相があると考えられる。組織が目標に向かって進むとき、スタッフの様々な考え方を理解し、支援することが必要である。特に、急性期病院で勤務する看護師が、看護師として守るべき倫理的な実践と安全管理の狭間で揺れ動く心理について述べた論文はあっても、身体拘束最小化のプロセスにおいて、看護師個人が身体拘束を行わないことを選択したその経緯を追った研究は見当たらなかった。

II. 研究目的

1. 身体拘束最小化に向かうプロセスにある急性期一般病棟において、看護師個人が身体拘束を行わないという選択に至るまでの変容過程と、その過程に影響を与えた要因を知る。
2. 急性期一般病棟において、身体拘束を行わないことを選択する看護師を、組織としてどのように支援していくのかという問いへの示唆を得る。

Ⅲ. 研究目標

1. 急性期病棟の看護師が、これまで身体拘束を行っていたような状況においても、「身体拘束を行わない」ことを選択するに至った経緯を記述する。
2. 「身体拘束を行わない」という選択を促進した要因、阻害した要因について記述する。
3. 上記を踏まえて、身体拘束を行わないことを選択した看護師個人の変容過程を考察し、身体拘束を行わないことを選択できる看護師を、組織としてどのように支援していくのかという問いへの示唆を得る。

Ⅳ. 用語の定義

1. 急性期一般病棟：厚生労働省が規定する病床機能報告における4医療機能において、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能を持つ病棟。
2. 身体拘束：身体抑制、身体的拘束と同義語。本稿では厚生労働省が示す「身体拘束ゼロへの手引き」が掲げる11行為とする。

Ⅴ. 研究の意義

本研究で、急性期病棟の看護師が「身体拘束を行わない」という選択をするまでの経緯やその阻害・促進要因が明らかになることは、急性期病院において身体拘束をなくすために、看護師個人の努力のみならず、組織として支えるための具体的な方策を検討するために資料を提供することができる。

第2章 文献検討

Ⅰ. 身体拘束最小化の歴史的背景

上川病院（当時；東京都八王子市、長期療養型病床、老人性痴呆疾患療養病棟（精神科）、119床）総婦長在職中の1986年から高齢者患者の治療に伴う身体拘束の廃止に取り組んだ田中（1997）は、身体拘束廃止に看護管理者が果たす役割や転倒防止策とともに、離床や経口摂取、清潔、排泄、アクティビティーという基本的な5つのケア

を徹底することの重要性を述べている。上川病院の取り組みは、1998年の身体拘束廃止「福岡宣言」や、全国的な身体拘束ゼロ運動に広がり、2000年に介護保険指定基準の身体拘束禁止規定として適用された。翌2001年に厚生労働省は「身体拘束ゼロへの手引き」を公表し、身体拘束がもたらす弊害や11の具体的な身体拘束にあたる行為を提示した。また、ケアの原則、緊急やむを得ない身体拘束が認められる3要件は「切迫性」「非代替性」「一時性」であることを明示している（厚生労働省、2001）。加えて、介護保険法に基づく指定介護老人福祉施設の運営基準（厚生労働省、2006）の中では、「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」とされ、身体拘束は原則禁止となっている（日向、2018）。

この流れを受け、2000年以降は急性期医療の現場においても身体拘束の判断基準やマニュアル作成への取り組み、実施状況の分析などが報告されている（長谷川、2012）。一方で「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能」を持つ急性期病院では身体拘束を規制する明確な指針はなく、全日本病院協会（2016）の報告でも、病棟・介護施設等全体の65.9%の機関が身体拘束ゼロを達成しておらず、施設の割合では医療保険適応病床が大きく、身体拘束11行為の被実施率では、チューブ類の抜去、手の動作による行動、転落の恐れありなどが高いという結果が出された。

そのような中、2017年1月号の看護管理【2025年に伝えたい看護】特集で、当時副病院長兼看護部長の小藤が「金沢大学附属病院において、7対1入院基本料の算定を開始してから8年の歳月を経て、2016年2月に一般病棟および精神科病棟で身体拘束（抑制帯の使用）がなくなった」と発表し、日本中の看護管理者の間で大きな話題になった。

II. 認知症に関する施策と身体拘束

2017年度の統計（内閣府、2018）によると、75歳以上が総人口に占める割合は13.8%であり、我が国は世界で最も高い高齢化率となっている。また、65歳以上の認知症高齢者数は、2012年は認知症高齢者数が462万人と、65歳以上の高齢者の約7人に1人（有病率15.0%）であったが、2025年には約5人に1人になるとの推計（内閣府、2017

）もある。このような人口構造のもと、2014年度の調査では、診療報酬上の7対1及び10対1看護配置を行う一般病棟において「認知症あり」の患者が2割程度入院していたことがわかっている（中医協，2014）。認知症を有する患者は、脳梗塞、肺炎、骨折・外傷、心不全、尿路感染症、片麻痺など様々な疾患で一般病棟に入院し、「興奮」「繰り返し尋ねる」といったBPSD（行動・心理症状）やライン類の自己抜去があるために高い看護提供頻度を要する。「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能」を持つ急性期病院では、BPSDが出現した患者に対して講じる対策として「見守り・付添」のほかに、「最小限の身体拘束」を行っている（中医協，2014）。2016年の調査では、身体拘束11行為を「行うことがある」と回答した7対1及び10対1看護配置を行う一般病棟の割合は93.1%であった（全日本病院協会，2016）。

2015年1月に「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」が発表され、身体合併症対応等を行う医療機関での認知症への対応力の向上を図る観点から、病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講による医療機関内等での認知症ケアの適切な実施とマネジメント体制の構築が政策としてあげられた。また、2016年の診療報酬改定では、認知症ケア加算が新設され、実施上の留意事項の中で身体拘束について明確に定義し、身体拘束の実施により加算取得点数を60/100に減算するといった政策がとられたが、中西ら（2018）の調査では、認知症ケア加算の算定がある病棟であっても認知症疑い患者の42%が身体拘束を実施されていたことが報告されている。

III. 身体拘束に関し急性期病棟の看護師が置かれている状況

急性期病棟の看護師が、身体拘束の実施についてジレンマを抱えていることは明らかになっている。細野ら（2007）は、急性期病棟の看護師が身体拘束を判断するときの思いを「患者の気持ちになって抑制したくない思いもあるが、自己抜去への恐怖、抑制する環境に慣れるあきらめ、家族よりも看護師の立場へのこだわり、自分を守ること」と表現している。また、小林（2019）は、「人としての尊厳や個々の価値観を侵害することなく、生命・安全を保障する環境の実現を目指すことは、看護の重要なゴールである」が、「医療の現場では、生命を保障するのか、それとも尊厳を保障す

るのかといった二者択一の選択を求められるような場合がある」とし、身体拘束に関して倫理的ジレンマと向き合う必要性を述べている。

急性期病院において、身体拘束患者に看護師がミトンを装着したことが不法行為および債務不履行にあたるとして、患者側が損害賠償を請求した最高裁判所平成22年1月26日判決（一宮裁判）では、一般病床での事例でありながら、裁判所は明らかに「手引き」の3要件に沿って事実関係を述べた。柏崎（2017）は、その判例評釈と、各医療施設の身体拘束ガイドラインの内容を比較検討し、一般病床で身体拘束を行う際の社会通念と看護水準として、「手引き」の3要件のほか、多くの手順が必要とされていることから、もはや安易な身体拘束はあり得ないと述べている。

一方、湯浅（2017）は、急性期病院における認知症高齢者に関わる看護の課題を「身体拘束VS事故予防のジレンマ、基本的な看護実践の経験不足、アセスメント抜きの看護の常態化、座学の限界」であるとした。日向（2018）は、急性期病院における身体拘束の現状を「看護師が身体拘束を実施する場合、先輩・リーダー看護師へ相談したり、チームカンファレンスを開催して実施の判断を行っている状況」であり、「身体拘束を行うことになんの疑問も持たない看護師が多いと、“治療のため”と漫然と実施や継続がされてしまう可能性が高くなる」と指摘している。

IV. 身体拘束最小化に関する看護師の変容過程

組織と個人の変化には、個人の知識・態度、次に個人行動、そして集団行動が変化する参画的変化サイクルと、上級マネジメントなど外部の何らかの力により、集団行動から変化する規制的变化サイクルがある。「変化が強制された場合、新行動が時に変化を支持する気持ちを生み出し、それが個人やグループを刺激し、規制的变化を参画的変化に似たものに変えてしまうことがある」（P.ハーシィ，2000）ことを踏まえると、個人の行動の変化には、個人の知識や個人を取り巻く集団の変化、組織の掲げる目標等、様々な要因が影響すると考えられる。急性期病棟における身体拘束最小化の取り組みでも、看護の基本である個人の尊厳を尊重することが重視されることから、個人の知識や態度の変化は起きやすいものの、上級マネジメントの力が大きく関与するだろう。ターミナルケアに携わる看護師の肯定的な気づきと態度変容の過程について、大西（2009）は、看護師が「患者や家族との相互関係から看護師自身がケアされるような経験でもある《肯定的な気づき》」は「《臨床での経験》や《教育的な

働きかけの享受経験》や《ライフヒストリーの経験》によって促されることが明らかになった」としている。「教育的な働きかけ」には、「先輩看護師の影響」が含まれており、個人の経験に組織内の上級者からの影響があることがわかる。

また、ジェイムス・プロチェスカのステージ変容理論（2005）では、個人の変容ステージを、自分を変えようとは思わない前熟考期、自分に問題があることを認め真剣に解決しようと考え始める熟考期、行動を変え始める前の最後の調整をする準備期、自分の行動や環境を明確に変える実行期、変容維持の期間である維持期と完了期とする。その上で、変容ステージの移行は単純なものではなく、行動変容のスパイラルモデルとして「行動変容に成功する人の多くは、行動変容のサイクルに達して、最終的にそのサイクルから抜け出るまで、3～4回同じステージを体験」していると述べている。梅垣（2018）も、遷延性意識障害高齢者のプラスの反応を引き出すケアをしている看護師が、「[義務的・機械的に看護する]時期があったが、[自己嫌悪を機に見つめ直す]ことで[人生経験、看護経験を手がかりに関わる]ようになり、患者や家族の力を目の当たりにして【患者の力をこの瞬間も信じる】」ようになっていた」と、変化する過程を明らかにしている。前述の大西（2007）の研究においても、看護師が「肯定的な気づき」促す態度変容過程では、死から逃げる態度と逃げない態度を何度か行ったりきたりするという変化があることがわかっている。

急性期病棟の看護師が身体拘束を行わないという選択を行うときにも、先に述べた倫理と安全管理のジレンマを感じ、組織からの様々な影響を受けながら、自身の行動変容のスパイラルモデルのサイクルの中を行き来している可能性がある。

第3章 研究方法

1. 研究デザイン

半構造化インタビューを用いた質的記述的研究である。事例ごとに時系列でまとめたうえで、全事例において共通する部分や類似する部分、異なる部分を統合する。

II. 研究対象

1. 選定基準と対象の人数

以下の1)～3)の要件を満たす者10名とした。

- 1) 急性期一般入院料1または特定機能病院入院基本料7対1の届出をしている病院で勤務をしている病棟看護師。小児病棟は除く。
- 2) 身体拘束最小化への取り組みを行っている病棟で、過去1年以上勤務した経験のある者。
- 3) 主任、師長などの役職についていない者。

III. データ収集

1. データ収集期間

2020年9月1日～2021年10月31日

2. 研究参加者のリクルート方法

- 1) 候補施設の選定：機縁法により、研究者のネットワークを用いて、上記の選定基準に合致するものの推薦を受けた。
- 2) 研究参加候補者への研究参加・協力の依頼：推薦者に対し「研究参加・協力のお願い」（資料1）をメールまたは郵便で送付し、研究参加候補者に転送または渡すよう依頼した。また、候補者に研究協力の意向がある場合のみ、研究者に直接電子メールで連絡するよう記載した。
- 3) 研究参加者への研究の説明と参加・協力意向確認：研究参加候補者から研究者がメールを受け取ったら、研究の概要・研究協力への自由意思・倫理的配慮を説明した上で、再度研究参加への意向を確認した。研究参加への意向を確認後、インターネット回線を用いたインタビューの日時について打ち合わせを行った。事前に研究者が署名した「研究の説明書および参加・協力同意書」（資料2）・「研

究協力の同意撤回書」(資料3)・切手貼付済みの封筒を研究参加者の指定した住所へ郵送した。

- 4) 研究参加・協力同意の確認：原則として、インタビュー予定日までに参加者が署名した同意書1部を研究者に返送するよう依頼した。インタビュー予定日までに同意書を郵送できなかった場合は、インターネット画面上に参加者が署名した同意書を提示してもらい承諾のうえで画像を保存し、インタビュー後に研究者へ返送するよう依頼した。インターネット回線を用いたインタビュー当日は、「研究の説明書および参加・協力同意書」(資料2)をもとに口頭にて研究の説明をし、最終的な研究参加への同意の確認を行った。事前に返送してもらった署名済みの同意書を画面上で確認し、研究参加に同意が得られたこととする。「研究の説明書および参加・協力同意書」は2部作成し研究参加者と研究者が1部ずつ保管している。

3. インタビュー方法

- 1) インターネット回線を用いたインタビューであったため、場所の選定は研究参加者に一任した。
- 2) 基本的属性として、看護師としての経験年数、現在の部署での経験年数、所属部署(病棟、ユニットなど)、所属病棟の主たる診療科、所属病棟の病床数、認知症または認知機能が低下している患者の割合はどのくらいか、病棟の看護体制(チームナーシング、PNSなど)、看護補助者はいるか、看護教育において身体拘束に関する教育を受けた経験があるか、所属している病院で身体拘束最小化の取り組みを始めたのはいつか、所属している病棟で身体拘束最小化の取り組みを始めたのはいつかを口頭で確認した。
- 3) 身体拘束最小化の取り組みについて、インタビューガイド(資料4)を用いて質問した。所属している組織が身体拘束最小化の取り組みをはじめると知ったときの思い、取り組みの経過のなかで、これまでは身体拘束を行っていた症例でも身体拘束を行わずに様子を見てみようと思ったときのエピソード、身体拘束を行わなくなった過程で、それに影響したと思うものについて聞いた。
- 4) 研究参加者の承諾を得て、インタビュー内容をICレコーダーに録音した。

IV. データ分析方法

1. 身体拘束最小化の取り組みに関するプロセスの記述：録音したインタビュー音声から逐語録をおこし、これまでは身体拘束を行っていた症例でも身体拘束を行わずに様子を見てみようと思ったときのエピソードから、看護師が所属した組織から目標として提示された身体拘束最小化をどのように個人の中に取り入れ、考え方や行動を変化させたかという過程に焦点を当て、内容を時系列に整理した。
2. 上記の過程の中で「身体拘束を行わない」という選択を促進した要因、阻害した要因を抽出し、事例に共通する項目、類似する項目、相違がある項目について統合した。

V. 研究の信用可能性と真実性

1. インタビューガイドの精錬ならびに研究者のインタビュー技術の向上のために、研究参加者と類似した経験のある看護師を対象にプレテストを実施した。
2. データ収集と分析の過程で、担当教員のスーパーバイズを定期的に受けた。

VI. 倫理的配慮

本研究は、聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号20-A044）を得て開始した。対象者への研究協力依頼と、収集したデータの取り扱いに関する倫理的配慮は以下の通りである。

1. 研究協力に関する任意性の確保

- 1) 研究依頼の際には、研究参加者へ文書および口頭にて、目的、方法、協力依頼内容、倫理的配慮、参加における利益と不利益を説明した。研究参加への意向がある場合のみ、研究参加候補者が直接電子メールにて研究者へ連絡するよう文書にて説明した。
- 2) 研究参加者に同意書に署名を得ることで研究協力の承諾とした。

- 3) 研究への参加、不参加はすべて自由意思によるものであり、研究参加を拒否しても、不利益を被ることは一切ないこと、同意書に署名後、インタビューの途中や後でも同意を撤回し研究協力を中止できること、その際にも不利益を被らないことを文書に明記し、研究参加者には口頭でも説明した。また、研究への参加同意書は2部作成し、研究参加者と研究者の双方で保管している。
- 4) 同意書署名時に研究協力の同意撤回書と切手貼付済みの封筒を郵送し、研究協力の同意撤回時には、研究者に送付するよう依頼した。また、個人の研究協力の諾否やインタビュー内容については、研究参加者を推薦した者、研究参加者の所属機関の施設長・看護部門責任者および関係者には報告しないことを、文書に明記し、研究参加者には口頭でも説明した。研究者が同意撤回を受領した時点で、修士論文や研究論文として公表していた場合や、分析のためにデータを統合していた場合には、データを破棄できないことがあることを説明した。

2. 対象者の個人の人権擁護

「ヘルシンキ宣言」「人を対象とする医学研究に関する倫理指針」に準じて人権擁護に配慮した。

3. 個人情報・プライバシーの保護

- 1) インターネット回線を用いたインタビュー調査となったため、場所の選定は研究参加者に一任した。
- 2) 研究参加者に、インタビューで話したくないことは話さなくてよいことを説明した。
- 3) インタビュー内容は、参加者の承諾を得てICレコーダーに録音した。
- 4) 参加者及び所属施設の匿名性を守るため、逐語録の作成段階から匿名で扱い、参加者のリストと基本属性記入用紙は、研究者のみ開錠できる聖路加国際大学内のロッカー内に保管し、研究完了次第シュレッダーを使用し破棄する。
- 5) 研究の説明書および参加・協力同意書は研究者のみ開錠できる場所に保管し、研究終了後5年間保管後、シュレッダーを使用し破棄する。

- 6) 本研究で知り得たすべての情報は、口外せず、研究目的以外には使用しない。個人情報を含む資料のうち、音声データは逐語録作成後に破棄した。電子データは2段階認証プロセスを使用したGoogle AppsのGoogleドライブに保存し、研究終了後5年間保管後、再現できないようにし研究者が責任をもって破棄する。
- 7) 研究参加者との連絡の際、E-mail等を使用した場合は、研究終了後に履歴を削除する。得られたデータを修士論文として大学へ提出する他、学会や誌上で発表すること、その際も参加者及びその所属組織が特定されないよう、匿名性を厳守することを保障する。

4. 研究参加に伴う利益と不利益

- 1) 調査によって研究参加者や所属施設が得られる利益は特段ないが、インタビューが参加者の看護師としての成長経験を振り返る機会になる可能性があった。研究参加による不利益は、インタビュー調査のための参加者の時間的な負担、および経験を語る中で困難を感じた場面を想起することによる心理的負担を伴う可能性があった。
- 2) 研究に参加した対象者に対する追加費用はないが、電話またはインターネット回線を用いたインタビューを実施した場合の通信料は対象者の負担となった。
- 3) 研究対象者等からの相談等への対応は、研究責任者が窓口となり対応する予定であったが、そのような相談はなかった。

5. 利益相反

本研究は研究者の私費により実施するため、開示すべき利益相反はない。

第4章 結果

I. 対象者の属性

対象となった看護師は女性のみで合計10名で、看護師の経験年数は4年から17年（平均9.4年）であった。インタビューはインターネット回線を用いて、ZOOM、LINEミーティング、Googleミーティング等のアプリケーションを利用して行った。インタビューの平均時間は 48分（41～55分）であった。（表1）

【表1】 研究対象者の看護師経験年数・属性・インタビュー時間

ID	看護師 経験年数	現所属部署の 所属年数	所属部署の 診療科	病床数	インタビュー時間
A	6年目	3年目	感染	30床	46分
B	15年目	3年目	内科系・外科系	46床	43分
C	4年目	1年目	内科系・外科系	46床	41分
D	17年目	3年目	内科系	50床	51分
E	14年目	4年目	内科系	45床	53分
F	5年目	5年目	内科系・外科系	50床	53分
G	4年目	4年目	外科系	33床	55分
H	16年目	3年目	内科系・外科系	46床	49分
I	8年目	8年目	外科系	35床	49分
J	5年目	2年目	ハイケアユニット	16床	44分

II. 看護師が身体拘束を行わないことを選択するに至った経緯とその様相

1. 看護師が身体拘束を行わないことを選択するに至った経緯と影響した要因

急性期病棟の看護師が、所属した組織から提示された身体拘束最小化を個人の中に取り入れる過程で考え方や行動を変化させ、身体拘束を行わないことを選択するに至った経緯と影響した要因を時系列に記述する。また、それらの影響要因が看護師の身体拘束を行わないという選択を促進または阻害したかについて記述する。

1) 看護師A

(1) Aの紹介

Aは看護師経験が6年目の看護師である。Aが初めて身体拘束を行う患者に出会ったのは、学生時代の実習でのことだった。しかし、このときは「(拘束帯により発生する)皮膚トラブルができるから(注意しなさい)位の教育」を受けただけで、倫理的な課題等については考えたことはなかった。Aは看護師経験が4年目のときに病棟を異動した。現在は新型コロナウイルス感染症に対応する30床の感染症病棟で、全診療科の患者に対応している。現在行われている組織的な身体拘束最小化の取り組みに、身体拘束に関するカンファレンスの開催がある。

(2) Aの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化と影響した要因

① 身体拘束最小化に向けた社会や組織の動き

Aが看護師となり2~3年目の頃、テレビで放映された身体拘束に関する番組が放映され、Aの所属する組織でも身体拘束最小化に向けた取り組みが始まった。それをきっかけに、Aは身体拘束の是非について病棟の看護師と話し、様々な考え方があることを知った。

〈A-1〉

2年目3年目のときにはそういった(病院として身体拘束を無くしていこうという)取り組みが(あった)。国自体で確か、その抑制をどうのこうのって言う番組がNHKかなんかでやっけていて。(Aの勤務する病院でも身体拘束の使用について)思うところがあっけていうので。病院の中で、雑談みたいな感じですけど、(身体拘束について)話したりとかって言うのはありました。(点滴や管類を)抜かれちゃ困るし、転ばれちゃ困るって言う人もいれば、ベテランになってくると、かわいそうだから外してもいいんじゃないって声を上げている方が多かったという印象はありました。

② 身体拘束を行っていない患者の挿入物の自己抜去や転倒に対する懸念

Aは患者の安全を確保するために、身体拘束を行わざるを得ない場面があると考えていた。そのため、組織が身体拘束を最小化するという方針を打ち出したとき、身体拘束を行わずに点滴類の自己抜去や転倒が発生し報告した場合、身体拘束を行わなかった看護師個人の責任が問われるのではないかという思いを抱いた。

〈A-2〉

(身体拘束で患者の安全を確保しないと) やっぱりどうしようもない場合があるので。それ(身体拘束)を一概に辞めていきましようって言われてしまうと、転倒だったり自己抜針だったり、私たちは事故として、インシデントとしてあげなきゃ(報告しなければ)いけないので、抑制を外した結果、自分たちに不利益が被ってくる。場合によっては、医療訴訟になりかねないと、そういう風に思いました。

③ 身体拘束を行ってほしくないと願う家族との出会い

身体拘束をやめていこうという組織からの通達があっても、Aは、身体拘束は行わざるを得ないと思っていた。そのようなとき、Aは患者Xの家族に、「入院中、Xに身体拘束を行わないよう頑張ってもらいたい」と依頼された。Aは、身体拘束に嫌悪感を持ち、実施しないでほしいという家族がいるのだと痛感した。

〈A-3〉

抑制はしないでほしい、うちのお母さんはそんなに(身体拘束が必要な状態ではない)って思う方がいらっしゃるのを痛感してから。どうにか(身体拘束を)しないように頑張ってくださいって家族の方から依頼されて、じゃあ(身体拘束をせずに)頑張りますっていうふうになった時。そのときは、自分の中で抑制がそこまで悪いことと思ってなくて。(中略)それでも(そのちに家族が身体拘束に同意しても)嫌々だったりとか、私(家族)がいるんで抑制外してくださいとか。やっぱり(自分の家族が身体拘束をされることに対して)嫌悪感はあるんだなっていうのは感じます。

④ 身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験

同じころ、Aは身体拘束をしたことにより患者の症状が悪化したケースを経験した。Aは、身体拘束が患者の不穏状態を増悪させることを、身をもって知り、患者の安全を確保する目的で一概に身体拘束を行うのは、良くないことなのだと思うようになった。

〈A-4〉

一概に抑制をして、例えば不穏で暴れている方を、縛り付けて余計に不穏を増強させるようなことも何件かあったので、まあ、一概に縛るっていうのは余り良くないのかなっていう。

⑤ 身体拘束を行わずに患者が安全に過ごせる看護実践についての知識の獲得

Aは、自己抜針を繰り返す患者に対して、身体拘束を行わずに患者をケアする方法をカンファレンスで検討し、実施した。その結果、身体拘束をしなくても患者が自己抜針をせずに過ごせた経験を持つことができた。それ以降、Aは、これまでに身体拘束を行っていたような症例であっても、身体拘束以外の方法を検討し実施するようになった。

〈A-5〉

(患者が) 何度か自己抜針を繰り返したあとに、じゃあどうすればいいのかっていうことでみんなで考えて。(中略) あまり、そのルート(点滴の管)が見えるところまで(寝衣の袖が)まくれないようにするっていうだけでも、結構自己抜針はしなくなったことはあったので。そこは(身体拘束を行わずに経過をみることができた経験として自分に与えた影響が)大きいんじゃないかなとは思っています。

⑥ 患者の退院後の生活を見据えてケアを検討した経験

Aは、1～3年目までは、目の前の業務を遂行するために、患者の転倒や自己抜去を予防することを優先して身体拘束を実施していた。看護師経験を積み重ねる中で、患者が退院した後の生活環境を見据えた介入方法を検討する機会が幾度もあった。そうした経験は、Aが、自己抜去や転倒などの事故防止よりも、患者の退院後の生活に身体拘束が及ぼす影響を考えるようになる過程に影響していた。

〈A-6〉

(看護師経験が) 1年目2年目3年目とあってまだ必死で、自分の事で精一杯で、患者さんとしっかり向き合うっていうか、(自己抜去や転倒などの)事故が無い(ことを優先する。しかし、経験を積むとそれ)っていうよりは、患者さんとかご家族とかのことを考えていけるようになる、患者さんの背景も考えられるようになったんじゃないかなとは思っています。以前、整形外科病棟だったので自宅退院される方が多くって。そこで、(患者が退院して生活する)家の状況。階段がある家なのかどうなのかって。そういった患者さんのご自宅の背景を考えながら、リハビリの程度とか、ソーシャルワーカーの介入が必要かっていうのを、(看護師間で)話し合う機会が多かったので。もともと歩いていた方が、勝手に歩いちゃいけないからって体幹抑制して歩く時間減らしたら、ADL下がっちゃうから(自宅に退院できなくなる)っていうのは考えるようになりました。

⑦ 習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス

Aは看護師経験4年目のときに病棟を異動した。そこでは、日勤帯で身体拘束に関するカンファレンスを毎日開催し、身体拘束の解除や種類の選択について検討していた。これによりAの病棟のスタッフは、不要な身体拘束を解除するようになっていく。

〈A-7〉

看護師全体で、病棟の日勤看護師で集まってカンファレンスをするときに、抑制の患者さん、新たに抑制が必要そうな患者さんのカンファレンスだったりとか、状態が落ち着いてきた患者さんの抑制解除の検討だったりとか、また種類変えるって検討だったりとかっていうカンファレンスは毎日やっています。(中略) (病棟のスタッフたちは身体拘束を) なるべく外そうとはしていると思います。

⑧ 余裕のある人員配置

Aは、これまでの経験を通して、患者に自己抜去や転倒のリスクがあっても身体拘束を行わない方法を検討することや、やむを得ず身体拘束を実施した場合は、解除する時間を設けていくことが必要だと考えるようになっていた。その上で、Aが身体拘束を解除するのは、十分な人員配置がある日勤帯であった。

〈A-8〉

(現在は) 簡単に、「(患者が) 動いたから抑制 (を開始する)」っていうふうにはなくなっていて。(身体拘束を) するかしないかっていうよりも、(やむを得ず身体拘束を開始した患者の) してる (身体拘束を行っている) 時間を短くするかっていうことの方が大事なんじゃないかなって思うようにはなりましたね。(中略) (その上で、身体拘束を解除するときの病棟の状況として) 誰かがいるから外すっていうよりは、日勤帯は人がいるから (身体拘束を) 外せる。

⑨ 夜間の照明の暗さ

Aは、夜間は照明も暗く、周囲の状況がわかりにくいいため、夜勤帯には身体拘束を行う必要があると考えていた。

〈A-9〉

夜中だと (患者が周囲の状況が) 分かんなくなってしまうと。暗いし。夜中だけ必要な人は (身体拘束を) したほうがいい。

⑩ 患者の睡眠薬の使用

Aは、夜間、睡眠薬を使用している患者についても、身体拘束を行った方が良いと考えていた。

〈A-10〉

夜中だと（患者が周囲の状況が）分かんなくなってしまうと。眠剤飲んでいる方もいるし。夜中だけ必要な人は（身体拘束を）したほうがいい。

（3）Aの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化に影響した要因のまとめ

Aの身体拘束最小化に向けた考え方や行動が変化する過程において、10件の要因が影響していた。このうち、Aの身体拘束を行わない選択を促進したのは、【身体拘束最小化に向けた社会や組織の動き】【身体拘束を行ってほしくないと願う家族との出会い】【身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験】【身体拘束を行わずに患者が安全に過ごせる看護実践についての知識の獲得】【患者の退院後の生活を見据えてケアを検討した経験】【習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス】【余裕のある人員配置】であった。Aの身体拘束を行わない選択を阻害したのは、【身体拘束を行っていない患者の挿入物の自己抜去や転倒に対する懸念】【夜間の照明の暗さ】【患者の睡眠薬の服用】であった。

2) 看護師B

（1）看護師Bの紹介

Bは看護師経験15年目の看護師である。入職以来、同じ病院で勤務している。3年前に現在勤務している46床の急性期病棟（内科・外科・整形外科・産科等、計9科）に異動した。Bが勤務する施設では、認知症看護認定看護師が在籍し、せん妄患者や認知症患者への対応に関するアドバイスが行われている。

（2）Bの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化と影響した要因

① 身体拘束最小化に向けた社会や組織の動き

Bが入職した頃、病院では身体拘束を最小化する具体的な取り組みは行われていなかったが、身体拘束の長期使用はやめようという方針を打ち出していた。Bは、病院

の方針に影響を受けて、身体拘束を継続して行っはいけないという認識を持つようになった。

〈B-1〉

就職したとき、身体拘束の患者さんを受け持ったときから、これは常時続けてはいけないものなんだっていう認識ではいました。(中略) 病院として、長期化はやめましょうということを言っていたからそう思ったかもしれないです。

② 身体拘束を行っていない患者の挿入物の自己抜去や転倒に対する懸念

Bは、身体拘束を継続して行っはいけないという認識は持っていたものの、患者の安全を確保するための身体拘束は解除できないと思っていた。入職後5年間ほどは、身体拘束をしていない患者の自己抜去や転倒に対する恐怖心が勝り、積極的に身体拘束を解除することはできずにいた。

〈B-2〉

(病院からは身体拘束の長期使用をやめるように言われていたが)、(自己抜去や転倒などの) 事故が怖くて、(身体拘束を) 外していいのではないかと思いつつも外したくないと思ってしまうことが、かなりありました。で、外す役目は、大体は私ではなくて、他のベテラン看護師がやってくれる。(中略) 自分が外す役ではなかったと思います。それはやっぱり、その後(身体拘束を解除した後、患者が) 転んでしまうのが不安だと思ったんですけど。(中略) 最初の5年間くらいは外せなかったですね。

③ 患者の安全や看護師にとっての効率性を優先するために身体拘束を行うことが通例となっている病棟

当時、Bが所属していた病棟では、身体拘束の長期使用の中止が求められていても、患者が転倒しないことやオムツを外させないことを優先し、リスクがあれば身体拘束を行うことが、看護師間の暗黙のルールとなっていた。

〈B-3〉

(この病棟では患者を) 転ばせない(こと)が一番(優先される)で、オムツを外させないことが一番。それをできないのであれば、退院時まで(身体拘束を) やりましょうっていうのが暗黙の了解になってしまったんです。(身体拘束を) 最小化しましょうとは言われますが、それはやっぱり(身体拘束を) 外してなんともない人だけ外せばいいっていう風になってしまっていて。

④ 身体拘束を解除した患者の好転

その後、Bは病棟を異動した。そこでは、以前いた病棟に比べて、患者に自己抜去や転倒のリスクがあっても、早期の段階で身体拘束を解除していた。Bは、身体拘束を解除した患者のADLが改善し退院する様子を見て、身体拘束の長期化が患者にとって悪影響を及ぼすことを改めて理解した。Bは、患者に転倒のリスクが多少あっても、身体拘束を早期に解除して患者が健康になるために支援する必要があると考えようになった。その結果、Bは、病棟内で話し合いを持ちながら、身体拘束を解除するようになった。

〈B-4〉

(身体拘束を)外した後のADLの改善だとか、おうちに帰られる方の自立度の高さだとか考えると、やはり(身体拘束の)長期化は悪影響なんだっていうことが分かって。(中略)(患者が)転んでしまう可能性はあるかもしれないけれども、やっぱり抑制を外して、体を元気にしていく必要があるっていうことを(患者や家族に)お伝えしてでも、(身体拘束を)外していくべきものなんじゃないかなと思って。そこからは自分でもタイミングを見て、カンファレンスをしながら必要性を感じなければ外すようにしています。

⑤ 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在(部署のスタッフ)

Bが異動した病棟で勤務する一般のスタッフは、身体拘束最小化に積極的に取り組んでいた。患者の状態によって身体拘束を行ってはいたが、できるだけ早期に解除しようとしていた。また、身体拘束を解除した患者が挿入物の自己抜去や転倒を生じたとしても、身体拘束によらないケアを検討していた。そういった病棟の雰囲気、Bが身体拘束を解除する際の後押しとなっていた。

〈B-5〉

病棟が変わったことで抑制に関する考えが結構変わったっていうのは、何か(転倒や自己抜去)があったとしても、まあ、(身体拘束を)外してしまったからしょうがないよね、もう一度カンファレンスをしようみたいな感じで。(中略)失敗してしまっても、また次、違うやり方でやってみようっていう考えを(スタッフが)持ってくれているので、そこらへんがだいぶ(身体拘束を解除することの)後押しをしてきているように思います。

⑥ 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（管理職）

異動後の病棟の看護師長は、身体拘束最小化への取り組みをスタッフに押し付けることはなく、身体拘束最小化に関するスタッフの決断が仮に身体拘束を「する」であった場合でも、その決断を受け入れていた。Bは、そのことが身体拘束最小化に取り組んでいるスタッフを支え、身体拘束を行った場合でも早期に身体拘束を解除することのできる、良い環境を作っていると考えていた。

〈B-6〉

上司（看護師長）で言うと、今の病棟は身体拘束に関して、何か指示されるっていうのではなく、お互いに相談しあって必要ならば（身体拘束を）やりましょうっていう、カンファレンスをしたうえでの決断っていう感じで、（看護師長が）受け入れてくださいます。逆に外すときも同様で。（中略）今の状況も、私としたら「（身体拘束を）無理やり外そう」にはなっていないけれども、スタッフみんなが外そうって思いでいられることを作ってくれている環境はすごくいいと思っている。

⑦ 習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス

Bが所属している急性期病棟では、身体拘束最小化を目的としたカンファレンスを毎日実施していた。Bは、カンファレンスを業務時間内に行う時間的な負担感はあるけれども、身体拘束を早期に解除するために実施すべきであると考えていた。

〈B-7〉

病院全体として抑制を最小化にしてほしいので、（身体拘束の使用数や最小化の目標値といった）数値は出していないけれども、日々カンファレンスをして、その抑制が適切であるか評価していただきっていうことは言われて、それは毎日時間を割いてやっています。それ（身体拘束に関するカンファレンス）が時間的に負担だっていうことはあっても、（カンファレンスの重要性を理解しているので）、やること自体は私たちにとって負担ではないです。

⑧ 身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態

ここまで積極的に患者の身体拘束最小化に取り組むBであるが、治療を行うために安全確保を優先すべきだと判断する急性状態の患者に対しては、身体拘束を行いたいと考えていた。

〈B-8〉

今でも急性期の治療を重要視したい段階では、一時的にはやっぱり（身体拘束を）使っ
てほしいとは思っている。

（3）Bの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化に影響した要因のまとめ

Bの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化には、8件の要因が影響してい
た。このうち、Bの身体拘束を行わない選択を促進したのは、【身体拘束最小化に向
けた社会や組織の動き】【身体拘束を解除した患者の好転】【身体拘束最小化に積極
的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（部署のスタッフ）】【身体拘束最小化
に積極的・協力的に取り組むスタッフの存在（管理職）】【習慣として定着した身体
拘束に最小化に向けたカンファレンス】であった。Bの身体拘束を行わない選択を阻
害したのは、【身体拘束を行っていない患者の挿入物の自己抜去や転倒に対する懸
念】【患者の安全や看護師にとっての効率性を優先するために身体拘束を行うことが
通例となっている病棟】【身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状
態】であった。

3）看護師C

（1）Cの紹介

Cは看護師経験5年目の看護師である。1年前に現在勤務している46床の急性期病棟
（内科・外科・整形外科・産科等、計9科）に異動した。Cが勤務する施設には、認知
症看護認定看護師が在籍し、職員を対象とした身体拘束に関する勉強会や、認知症患
者のケアに関する相談や助言、せん妄予防対策が行われている。

（2）Cの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化と影響した要因

① 身体拘束最小化に関連した職場内教育の受講

Cは現在勤務している病院に入職し、認知症看護認定看護師から、身体拘束が行わ
れることの多いせん妄や認知症に関する講義を受けた。また、院内のせん妄対策委員
より、身体拘束につながるせん妄を予防する方法を学んだ。Cは、そういった教育に
より、身体拘束を最小化することでせん妄症状を予防できると考えるようになったと
語っていた。

〈C-1〉

身体拘束になるまでの、せん妄だったり、認知症っていうところでは、(中略)認知症の認定看護師の方がいて、その方から講義を受けました。あと、(院内の)せん妄(対策)委員からそういう(身体拘束につながるせん妄を予防する方法について)説明があった。そのなかで、せん妄について知るようになったっていうのは(自分自身に与えた影響が)大きいかもしれないです。

② 習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス

Cは1年目の頃より、病棟で週1回行われていた身体拘束に関するカンファレンスにおいて、身体拘束を解除できると判断された患者を受け持った場合には、先輩看護師に相談したうえで、少しずつ身体拘束を外していた。

〈C-2〉

(患者の身体拘束を)外すっていうタイミングのところ、週1回(身体拘束を解除することが可能かどうかを検討する)カンファレンスを行っているんですけど。そこで(身体拘束を)どうしていくかっていうので、皆で決めているっていうのはあります。(中略)(カンファレンスで身体拘束を解除することになった患者の)受け持ちだった時には、リーダーに相談してから、昼間ちょっと外してみますって。それで、自分でその日の状況とかをその都度報告していました。

③ 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在(部署のスタッフ)

Cは、所属している病棟の看護師長や一般のスタッフとともに、Cが関わったインシデントの原因や対策と一緒に検討できており、話しやすい環境の中で働いていると感じていた。

〈C-3〉

(病棟師長は)、一緒に話し合いの中で、何が(インシデントの)原因だったのかとか、次どうしていったらいいのかっていうのは、一緒に考えてくださるし、そういう時間を持って下さるので、話しやすいと思います。(中略)(カンファレンスでは)インシデントで悩んでることだったり、話す機会もあったりするので。そこでみんなで共有して解決することもあるので。職場としては話しやすい環境かな。

④ 組織が身体拘束最小化に取り組むことへの了解

Cは、病棟のせん妄対策委員から、看護部においてせん妄の発症を予防するための取り組みを開始することやその方策について説明を受けた。Cは自分も含め、病棟の看護師がそのことを理解し、看護師が医師へ患者に挿入されている管類を減らせないかを打診できるようになったと感じていた。

〈C-4〉

(せん妄予防の)パンフレットができて、(病棟の)せん妄委員からそういう説明(せん妄の発症を予防するための取り組みを開始する旨)があつて。(中略)特に主治医に、こういう患者さん(せん妄を発症するリスクが高い患者)なので、なるべくドレーン類とか入れないで対応できるようにとか、点滴も夜間はロックできるようにとか、看護師たちも積極的に声をかけてるかなつていうのがあつて。

⑤ 身体拘束最小化を目的とした委員会への参加

Cは、看護師経験が3年目となった時に、せん妄対策委員となった。委員会では、せん妄症状が原因と考えられる患者の転倒や点滴の自己抜針などの事故が多く報告され、対策を検討した。そのなかで、Cは身体拘束がせん妄症状を悪化させる一因であることを学んだ。そこでCは、身体拘束によらずに患者の安全を確保する方法を考え、病棟で実践したり、後輩に伝えたりするようになった。

〈C-5〉

せん妄の委員会でも、よく出てくるインシデントで、患者さんの転倒だったり、点滴の自己抜針とか、たくさんインシデントがあがっていて、(それで身体拘束をすることが)せん妄の症状が原因だとかで、委員会の中であつて。(身体拘束以外の事故予防)対策として何かないかということ。(中略)私自身、後輩にも自分が分かる範囲での知識ですけど、患者さんがせん妄になりやすいときに、どれだけ抑制(身体拘束)をしないで、インシデントを無くして、看護ケアができるかっていうのを伝えて。(中略)実際、そこまで患者さんのそうなつた(せん妄症状を発症した)経緯を深く考えるようになったのは、(せん妄予防の)パンフレットが出来たり、せん妄委員に入ってから、病棟としてどうしていかなきゃいけないかっていうふうを考えるようになったのは、そこから。

⑥ 身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験

Cがせん妄対策委員となった頃、病棟では、身体拘束の長期使用が原因で、せん妄症状や認知症の周辺症状が悪化する症例や、ADLが低下して自宅退院が不可能となった症例を多く経験していた。こういった経験は、Cが、身体拘束が患者に及ぼす悪影響に気づき、身体拘束を最小化する取り組みを前向きに捉えるための要因となっていた。

〈C-6〉

抑制をずっとしてると、さらにせん妄の症状も進んだり、あと認知力の低下も進んで。他、ADLの低下もあったりして。家に帰るにも、今の状態だと（自宅には）帰せないってことで。さらに施設を探したりっていうことが多々あったので、抑制をなるべく減らしていくってというのは、私は前向きに考えていました。

⑦ 身体拘束を行わずに患者が安全に過ごせる看護実践についての知識の獲得

Cは、せん妄対策委員として、せん妄の原因となる身体拘束を最小化する取り組みを、病棟でどのように進めていくかを考えるようになった。そこで、点滴の自己抜去を予防する目的で上肢抑制を行っていたような症例に対し、病棟のカンファレンスで話し合うことにした。Cは話し合いの場で、看護師が多い時間帯（日勤・夜勤の交代時間）にその都度血管確保を行い、ナースステーションで点滴を行う方法を先輩看護師から学んだ。Cは、その方法を他の看護師の協力を得て、実践することができた。この症例をきっかけとして、Cは点滴の自己抜去を理由とした身体拘束は行わないようになった。また、せん妄症状の発症を予防し身体拘束を行わないようにすることを目的として、患者の療養環境を整えることを実践するようになっていた。

〈C-7〉

上肢抑制とかして、点滴とか自己抜去しないようにすることも多々あったんですけど。なるべく看護師が昼間、夜勤帯でかぶる（日勤・夜勤看護師両方が病棟にいる）時間帯に、先生には点滴を減らしてもらって、抗生剤だけにしてもらって。早めに投与できるように、患者さんを（ナース）ステーションまで連れてきて。見守りで点滴をつなげていってはどうかっていうのを、話し合いの中で上がったりして。それをどのスタッフにも周知できるように、申し送りとかして。（中略）そこから特に、自己抜針では（身体拘束を）しないようになったかなっていう経験があります。（中略）（せん妄予防対策として）、患者さんが普段の生活とは変わらないような状況を、環境を作るために、カレンダーだったり時計だったりとかっていうのを（家族に）持ってきていただくようにして。

⑧ 身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態

Cは、身体拘束最小化に取り組んでいるが、急性期病棟で患者の術後にドレーンや点滴を管理するためには身体拘束が必要であると考えていた。

〈C-8〉

どうしても急性期の病棟なので。術後、いろいろドレーンが入ってきたり、点滴はもちろんそうなんですけど。チューブ類とかもあって、どうしても（身体拘束は）必要なものになるので。

（3）Cの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化に影響した要因のまとめ

Cの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化には、8件の要因が影響していた。このうち、Cの身体拘束を行わない選択を促進したのは、【身体拘束最小化に関連した職場内教育の受講】 【習慣として定着した身体拘束に最小化に向けたカンファレンス】 【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（部署のスタッフ）】 【組織が身体拘束最小化に取り組むことへの了解】 【身体拘束最小化を目的とした委員会への参加】 【身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験】 【身体拘束を行わずに患者が安全に過ごせる看護実践についての知識の獲得】であった。Cの身体拘束を行わない選択を阻害したのは、【身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態】であった。

4）看護師D

（1）Dの紹介

Dは看護師経験17年目の看護師である。3年前に現在勤務している50床の急性期病棟（内科・循環器科）に異動した。Dが勤務する施設には認知症看護認定看護師が在籍し、認知症患者のケアに関する相談や助言を行っている。

（2）Dの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化と影響した要因

① 病院で身体拘束をしていることへの違和感

Dは社会人経験を経たのちに看護師となり、現在勤務している病院に入職した。そこで、Dは通常の生活ではあってはならないことである身体拘束が、病院で日常的に

行われていることに強い違和感を抱いた。Dは、現在でもその違和感を持ち続けており、病院管理者に身体拘束は行うべきではないと発信してほしいと思っている。

〈D-1〉

私自身、元々、看護師をしていなかったんですね。30（歳）から看護師になったので、病院に就職した時点で、なんで（患者を）縛ってるんだというか、そういうところはすごく不思議に思っていて。違和感にかなり思うことがあって。（人が、人を）縛るとか、拘束するって、普通の生活にはあってならないことじゃないですか。犯罪を起こした時に拘束するとか、そういうイメージしなくて。病院ってこういうこと普通にするんだって、違和感でしかなかったです。就職した時から、変だなあって思っていて。（中略）（身体拘束を無くすために）病院の上層部の方々から、身体抑制はなんで悪いかっていうところを病院全体に発信してもらいたい。

② 身体拘束最小化に消極的・否定的な周囲のスタッフの存在

Dは身体拘束を行うべきではないと思っていたが、看護師の経験年数が浅い時は、身体拘束が必要だと思っている先輩看護師に対して、身体拘束を行わないことへの協力を仰いだり、身体拘束を行っていることに対して意見を言ったりすることはできなかった。

〈D-2〉

やっぱり若い頃、新人で入ってきて数年目とか、あと部署を異動して数か月ってなると、やっぱり上の先輩に逆らえないっていうのがいっぱいあって。その先輩方に、やっぱり、（身体拘束最小化の）協力は上げない。ていうか、身体抑制をしないといけないと思っている先輩方には、その頃は逆らえない（と思っていた）。

③ 患者の安全や看護師にとっての効率性を優先するために身体拘束を行うことが通例となっている病棟

Dが以前勤務していた病棟では、以前から看護師間の明文化されていないルールに則って身体拘束を行っていた。そのため、Dが身体拘束を行わずに看護を提供したいと考えても、それを実践することはできなかった。Dは、せん妄症状のある患者に対し、周囲の看護師が身体拘束を行うのを止めることができなかった。そのことに罪悪感を抱き、患者に身体拘束を行わざるを得ないのであれば、患者に関わるのをやめようとするら思った。

〈D-3〉

その病棟の、元から（身体拘束を）やってた流れっていうのがやっぱり重要視されて。こういう場合（病棟の暗黙のルールがある場合）は（身体拘束を）やるんだよっていうのが（看護師が身体拘束を行う理由として）大きいような気がしますね。（中略）心に残っているのは、もともと身体抑制はしないで（看護したい）って思ってたけれども、前の病棟にいたときに、（せん妄症状によって）「火事だ（逃げろ）」っていう患者さんに対して、（病棟の看護師が）手足の抑制と体幹抑制を始めたときに、私、助けられなくて。（自分は深夜勤務のために帰宅しなければならず）目を背けて帰ってしまったっていうことがすごく心に残ってしまって、もう、ここで患者さんに関わるのはやめよう、認知症の患者さんには関わるのはやめようって、一時期ちょっと思ったときがあって。それがすごく心に残っていて。

④ 身体拘束を解除するという判断への確信

身体拘束をとめられなかった患者に対する罪悪感をもったDではあったが、それでも身体拘束最小化を実践していこうと考えられるようになった。そういった変化には、看護師経験を重ねたことで、自分で身体拘束が不要だと判断した患者の身体拘束を解除したり、意見を言ったりすることができるようになったことが影響していると感じていた。

〈D-4〉

やっぱり自分のやりたいこと（身体拘束を無くしていくこと）っていうか、そういう部分（身体拘束を行うべきではない）が言えるようになって、頑張っていきたいなあって思うようなところがありました。私も経験年数も上がってきたっていうこともあるから、自由にできる部分というのがあるのかなあっていう。（中略）今の部署にももう2年程度いるので、勝手についたらおかしいですけど。この場合、身体抑制っていらんんじゃないって私は思うからって、身体抑制外したからねって。ここでも、上の主任さんにも、身体抑制を外してきたので、あと様子見て下さいっていうか、そういうことを伝えることができるようになってきた。

⑤ 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（他職種）

身体拘束を無くしたいという思いを強くし、行動しはじめたDは、同僚の看護師が身体拘束をする理由として「脳梗塞発症後の患者には安静が必要であり、安静を守る

ために身体拘束を行わなければならない」と言っていたことに疑問を持った。そこで、脳神経外科医に確認したところ、身体拘束は必要ではないことがわかった。Dは、医師の見解を同僚の看護師に伝え、身体拘束の解除について検討するきっかけとした。

〈D-5〉

脳外科の先生（医師）には、本当にこれだけの身体抑制は必要なかなあっているところは確認させてもらって。（同僚の看護師に）脳梗塞で来た（入院した）患者さんは（体を）起こしちゃいけない（そのために身体拘束を行うことが必要である）とか、そんなことを言われて。でも、おかしくないかって思って。先生（医師）に、（脳梗塞を発症した患者は）、起きちゃダメなの？歩いちゃダメなの？って聞いて。（すると医師の回答は）「いや全然歩いても良いよ」って、「ただ転ばないようにだけ注意してもらえばいいよ」っていうところを聞いたので。もうその後から、（医師から）そこまでは（現在行っているような身体拘束は）いらねえっていうことを聞いたけれども（身体拘束を解除できないか）っていうところで、病棟を異動になってしまった。

⑥ 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（部署のスタッフ）

Dは患者の身体拘束を解除するためには、チームでケアの方向性について話し合うことが必要だと考え、それを実践するようになった。現在、Dは、身体拘束が必要であると考えた看護師はいるものの、身体拘束を解除してケアをすることに同意し実践する部署の看護師の協力により、総体として身体拘束最小化を推進できていると感じている。また、DにはYという親しい同僚がいる（Yは後に認知症看護認定看護師となる）。そのYとは、二人で「身体拘束を無くしたい」と話していた。Dは、自分と同じくする同僚がいることで身体拘束を無くしたいという思いを持ち続けることができた。

〈D-6〉

なるだけ身体抑制しないで（患者の）経過を見たいねってことはチームで話して。（中略）看護師によって、身体抑制しないでみってくれる看護師と、ダメって言って身体抑制を行う看護師が（身体拘束を）してっていう（状況ではある）。身体抑制を解除できる場面ってというのは、みんな同じ気持ちでその患者さんに向けて身体抑制を解除するならこうなるよってという話し合いがうまくできる場面なのかなあって思って。（中略）トータ

ルすると、身体抑制解除できるのが多くなってきたというところで、（身体拘束最小化に向かっているという）評価になるのかなあって。今は。（中略）私は、身体抑制を無くしたいんだよねっていう話も、彼女（Y；認知症看護認定看護師）にもしていたし。彼女（Y；認知症看護認定看護師）の意も汲んでいるように思っています。

⑦ 身体拘束が行われている患者への理解

Dは身体拘束を行われている患者の言動から、患者が抱える、縛られていることへの不安を解消して、患者に安心してもらいたいと思っていた。Dはそういった患者への思いが、身体拘束を最小化するための実践を支えていると感じていた。

〈D-7〉

（身体拘束を無くしたいと思う）私の背中を押してくれるもの。患者さんにとって、この患者さんが苦痛なく過ごしてもらいたいとか、安心してもらいたいって思うと、身体抑制ってやらない方がいいんじゃないかなって思うし。患者さんとしゃべっていると、やっぱり不安なんだろうな、縛られては不安だと思うから。

（3）Dの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化に影響した要因のまとめ

Dの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化には、7件の要因が影響していた。このうち、Dの身体拘束を行わない選択を促進したのは、【病院で身体拘束をしていることへの違和感】【身体拘束を解除するという判断への確信】【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（他職種）】【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（部署のスタッフ）】【身体拘束が行われている患者への理解】であった。Dの身体拘束を行わない選択を阻害したのは、【身体拘束最小化に消極的・否定的な周囲のスタッフの存在】【患者の安全や看護師にとっての効率性を優先するために身体拘束を行うことが通例となっている病棟】であった。

5) 看護師E

（1）看護師Eの紹介

Eは14年目の看護師である。看護師として4施設で勤務した後、4年前に現在勤務している病院に入職した。45床の内科病棟（呼吸器科、循環器科、消化器科、腎臓科、内

分泌代謝科、脳神経内科)で勤務している。Eが勤務する施設には、老人看護専門看護師と認知症看護認定看護師が在籍している。彼らを中心に、身体拘束に関連した勉強会の開催やせん妄・認知症患者のケアに対する相談や助言、医療安全と協力した身体拘束に関するシステム構築等が行われている。

(2) Eの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化に影響した要因

① 身体拘束によらないケア実践を知る経験

Eが以前に勤務していたどの病院でも、身体拘束は頻繁に行われており、Eは、「急性期病院では、身体拘束を行うことはやむを得ない」と思っていた。Eは、異動先の職場で身体拘束がほとんど行われていない様子を見て、身体拘束を行わなくてもケアができることを実感した。

〈E-1〉

私、今の病院に入る直前は、集中治療室にいたんですけども。身体拘束をすることは、超急性期なのでやむをえないことも多かったのです。(中略)一番最初に入った(Eが看護師となり最初に入職した)病院も内科病棟で、抑制ベルトとかを普通に使っていたんですけども。今では(現在勤務している病棟では)ほとんど使っていない状態になっているのです。(身体拘束を)使わなくてもできるんだなっていうこととかが、分かりました。勉強になったなど、最初の印象で思いました。

② 習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス

Eの働く病棟では、身体拘束に関するカンファレンスが毎日開催されている。そこで、個々の患者に行われている身体拘束が適切であるかが検討されており、Eは、習慣として定着したカンファレンスでの話し合いが、身体拘束最小化の取り組みを楽にすると述べていた。

〈E-2〉

(身体拘束の使用を)状態の変化によって変えていこうっていうのが、すごく分かりやすく、毎日昼のカンファで(話し合いが)行われて。初めてそういうカンファレンスがある病院に入って、(身体拘束最小化の)取り組みがあるんだなあっていうのをそこで実感して。(中略)カンファレンスで、毎日、車いすでは抑制ベルト使わなきゃいけないとか、評価をしているんですけども。習慣化すると、割と楽に、みんな評価とか取り組みができるんだなあって思ったり。

③ 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（専門・認定看護師）

Eが異動した職場では、専門・認定看護師が高齢者に優しい態度で接していた。また、身体拘束の使用状況を確認したり、具体的なケア方法をアドバイスしたりと、身体拘束最小化に取り組んでいた。Eは専門・認定看護師の姿勢や取り組みに良い影響を受けたと語っていた。

〈E-3〉

（認定・専門）看護師さんたち、すごくお年寄りに優しいんですよね。そういうところも、最初のころすごく影響を受けました。（現在勤務している病院に入職すると）、（認知症看護）認定看護師の方が、同じ病棟で働いていたんですけど、身体拘束をやめていこうみたいな活動をされていて。身体拘束を使っているのは何人であるとか、今もですけどチェックをされていて。（中略）（老年看護）専門看護師さんを中心として、ケアのチームが、週1回認知症高齢者のカンファレンスをしてくださるんですけど。（身体拘束によらないケアを提供するのに）こういう風に工夫したらいいんだとか、アドバイスをもらえたりして。良い取り組みだと思います。

④ 身体拘束を行わずに患者が安全に過ごせる看護実践についての知識の獲得

Eは、身体拘束に関するカンファレンスや専門・認定看護師によるアドバイスによって、患者の安全を確保する身体拘束以外の方法を知り、以前の職場で身体拘束を行っていたような状況の患者でも、身体拘束を行わずに経過をみることが増えたと感じていた。

〈E-4〉

転倒、転落とか危険がある感じの方ですね。以前（勤務していた病院）ですと、体幹抑制を使っていたと思うんですけど、今は、ベッドの内蔵センサーで対応できたりとかしているので、（体幹抑制は使わずに）みることできるかなとか。あとはミトンを使わなくても、例えば包帯で保護したりとか、寝衣を工夫したりとかですね。それで、点滴の自己抜去を防いだりとかっていう工夫などを、以前よりはできているかなという風に思います。

⑤ 身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験

Eは、身体拘束を解除できるようになってきたものの、患者の状態によっては、ミトンや四肢抑制といった身体拘束を行うこともあった。そうすると、患者の興奮が増強したり、皮膚トラブルが発生したりした。以前勤務していた病院でも同様の経験をしており、Eは、できるだけ身体拘束は行いたくないと思っていた。

〈E-5〉

(今の病院で身体拘束を解除してもケアが) うまくいったっていうのもありますが、(一方で、身体拘束をせざるを得ない状況で) ミトンとか、四肢の手足の抑制をしても、もっと興奮を招いちゃうとか。あとは、スキンケアとかを招いたりすることも多いなっていうのも、ICUでもそうだったんですけど、あったので。できるだけそういうような拘束はしたくないなっていうのもあったりします。

⑥ 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在 (管理職)

Eは、身体拘束を最小化する取り組みには、挿入物の自己抜去や転倒といったインシデントが伴うので、上司がスタッフをサポートすることが必要であると考えている。勤務している病棟の看護師長は、患者の状態や身体拘束の実施状況を把握し、身体拘束の最小化についてアドバイスしていた。Eは、そういった看護師長の言動はスタッフが身体拘束最小化に取り組むことに関心を寄せ、その活動をサポートするものだと感じていた。

〈E-6〉

(身体拘束を最小化する過程において) 自己抜去とか転倒とか起きてしまったときの報告を(上司に)したときも、こういう風にすれば良かったねとか、こういうところが惜しかったねとか、そういうサポートが、すごく現場には大事かなっていう風に思っ。身体抑制とか患者さんの細かな様態について、直属の看護師長は、割と把握しているので、身体拘束のカンファレンスでも、もっと意見を交わしましょうよって言ってくださったりするので、(スタッフの活動に) 関心を持ってもらえるっていうのはあり難いなって思います。

⑦ 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在 (他職種)

Eは、理学療法士による患者の転倒リスクに関するアセスメントや具体的なアドバイスも、身体拘束を行わない判断をするのに有用だと述べていた。

〈E-7〉

気づきとしてはPTさんとかの意見とか結構大きいかなあとと思いますね。この方はちょっと転倒しそうだよ、気を付けてとか、ここまで動けますとかっていう指標みたいなのを下さるので。(中略)そういう関わりの中で、こういうリハビリをしていって、こういう風に動いていますっていうことを教えてもらったりしているので。そういうところで、教えてもらったりとか、参考にしたりとかっていうことはあります。

⑧ 身体拘束最小化を目的とした評価システムの存在

Eの病院では、医療安全担当部門と看護部が連携して、看護記録に身体拘束の必要性の評価をチェックリスト形式で簡便に入力できる電子カルテシステムが構築されていた。Eは、看護師が手間をかけずに身体拘束の必要性を評価できることは、自分を含めた看護師の習慣となり、身体拘束最小化に取り組むことを支援していると考えていた。

〈E-8〉

(看護師が身体拘束最小化に取り組むことを電子カルテの)システムが支えているっていうのはあると思います。身体拘束の評価を記録のなかで、8時間ごと位にしてるんですけど。テンプレートがあって。チェックリストみたいになっているので。どうして必要なのかっていうのは入力しますが、そんなに手間がかからないでできるようになっているんですね。勤務の中で(身体拘束の必要性を)振り返ることができるっていうのは、習慣になると思うので。それは医療安全(担当部門)と連携してやっているんです。

⑨ 身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態

とはいえEは、患者が、静脈注射等を持続して行わなければならないような急性状態にある場合には、やむを得ず身体拘束を行わなければならないことがあると考えていた。

〈E-9〉

やはりどうしても、点滴で静注(静脈注射)でいかないといけない(投与しなければならない)ものとかは、どうしてもやむをえず、拘束しなくちゃいけないとかあるので。そこらへんが、急性期病院でもあるので、難しいところなんですけれども。

(3) Eの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化に影響した要因のまとめ

Eの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化には、9件の要因が影響していた。このうち、Eの身体拘束を行わない選択を促進したのは、【身体拘束によらないケア実践を知る経験】【習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス】【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（専門・認定看護師）】【身体拘束を行わずに患者が安全に過ごせる看護実践についての知識の獲得】【身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験】【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（管理職）】【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフ（他職種）】【身体拘束最小化を目的とした評価システムの存在】であった。Dの身体拘束を行わない選択を阻害したのは、【身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態】であった。

6) 看護師F

(1) 看護師Fの紹介

Fは看護師経験5年目の看護師で、50床の急性期病棟（呼吸器科）で勤務している。Fの施設には精神看護専門看護師・認知症看護認定看護師が在籍し、認知症やせん妄に関する勉強会の開催や、患者のケアに関する相談・助言が行われている。

(2) 看護師Fの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化に影響した要因

① 身体拘束の倫理的問題に関する看護基礎教育

Fは、学生時代に、身体拘束には倫理的な問題があるという教育を受け、患者の権利擁護のために使用しないほうがよいと学んだ。Fは、その教育が、身体拘束は「人間の尊厳や憲法に関わってくる」行為であり、最小化すべきであるという考えを形成したと考えていた。

〈F-1〉

学生の際は（身体拘束は）つけない方がいいっていう風に指導、教育されてきて。（中略）（同じ大学を卒業した看護師は）皆、最低限、最小限にするっていう認識のもと、価値観とか考え方を持っていると思います。身体拘束最小化は大前提としてしなければいけないことという教育を受けていますし、私自身も、人間の尊厳とか、憲法とかそういうところに関わってくると思うので、しないべきだと思っています。

② 身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態

Fが働き始めると、身体拘束を行わなければ患者の安全や生命を守ることができないような場面に遭遇した。新人看護師であったFは、身体拘束が必要か否かを判断できず、先輩看護師に相談し、身体拘束を行う方が良いという結論に達したら使用していた。Fは、学生時代に身体拘束は使用しないほうがよいと学んだものの、臨床現場では使用せざるを得ない状況があることに「リアリティショックを受けた」。Fは、現在、身体拘束最小化に取り組みつつも、患者の安全確保が優先される状況においては、身体拘束を行わざるを得ないと考えていた。

〈F-2〉

実際に入る（入職する）と、1年目2年目って、あんまり症例とか経験が無い私でも、患者さんを身体拘束しなきゃいけない場面を経験して。その時は、自分から（身体拘束を）したほうがいいんじゃないかっていうのは判断できなくて、先輩たちに相談して（身体拘束を）つけたほうがいいってなったときにつけてたっていうような状況だった。学生の時は権利擁護とか倫理的な教育を習ってきて、1年目2年目で実際の現場に立って（身体拘束を行わなければ患者の安全を守れない状況があることに）リアリティショックを受けた。患者さんの治療面での安全性とか生命を守るとか、入院中は大事だと思うので拘束してるんですけど。（中略）今後も私は、患者さんの安全性とか、生命の危機が及ばないようにするために、拘束は必要なときは最小限でするんですけど（急性状態のときは行わざるを得ない）、できるだけ（身体拘束を）解除するっていう取り組みをしていこうと思っています。

③ 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（部署のスタッフ）

Fは、先輩看護師が身体拘束最小化に取り組む様子も目にしていた。先輩看護師の実践を見て、Fは自分もこういったケアを行いたいと感じた。

〈F-3〉

（身体拘束をしないで過ごす）患者さんの様子と、先輩の関わりとかを見ていると、私もそういう関わりをしてあげたいなと思います。

④ 身体拘束を解除した患者の好転

先輩看護師が、患者の体幹抑制や安全ベルトを外し、正しい姿勢で食事ができるようにすると、患者の嚥下状態が良くなり食事量が増えていた。また、F自身が身体拘束を解除できるようになった後も、患者からの感謝の言葉やADLの向上が、Fの喜びであり、身体拘束を行わないという選択を支えていた。

〈F-4〉

先輩（看護師）が、患者さんの抑制を外して、正しい姿勢で、正しく食事を食べると、患者さんの嚥下にも影響が違ったり、食事の進み方も違いますし。顔つきが変わったりするので、そういうの（看護師のケアによって患者の状態が実勢に好転したこと）を見たりしてるのが大きいんですかね。（中略）（Fが身体拘束を最小化しようとすることへの）支えですよ。（身体拘束を）外してもらってありがたいって言ってくれる患者さんとかもいるので、自分の感情を揺さぶられる時があるというか。今まで体をいっぱい縛ってたけど、意識障害とかも戻ってきて（改善し、身体拘束を解除して）一緒に歩いたりしたときに、患者さんがすたすた意外に歩けたりとか、そういうのを見ると、「歩ける！」と思って。患者さんのADLの向上とか、そういうところにもつながってくるので、退院とか見えたりすると、自分も嬉しかったりしますね。

⑤ 身体拘束最小化に関連した職場内教育の受講

Fは、組織による集合研修で、認知症看護認定看護師からせん妄や認知症のある患者の対応について学んだ。そこで、学生時代に学んでいた身体拘束を行わないという選択を、改めて思い返すことができた。

〈F-5〉

（病院内で開催されるせん妄や認知症に関する）集合研修とかを受けたりしたときに、抑制をしないっていう選択を改めて思い返したりとかするので。（中略）（身体拘束を）最小化するにあたって、教育というのはすごく大事だと思う。

⑥ 身体拘束を解除するという判断への確信

Fは、看護師経験の積み重ねにより、看護師経験が2年目の終わりごろには、これまでの経験に基づいて身体拘束の必要性を検討し、身体拘束を解除しても患者が安全に過ごせると判断した場合に、身体拘束を解除するようになった。なお、Fが患者の身体拘束を解除する際のアセスメントの視点として重視していた患者の状態に、意識状態

が清明で会話が成立することや、入院して治療を受けているという状況を理解している、という点があった。

〈F-6〉

自分で、多重課題とか、優先順位とかを学んだうえで、患者さんの（状態を）アセスメントして。患者さんの抑制が必要ないと判断できたら外すようになってきて。（中略）大体、自分が2年目の終わり位になってから、この患者さんだったら、外しても大丈夫じゃないかって思うことがあって、外したりしたこともあります。（身体拘束をするかしないか決める）その時に思ったことは、患者さんの意識レベルが清明なのかとか、会話が成り立っていて自分の状況を分かっているらっしゃるかどうか。あと、見当識障害がないかっていうところを、何個か自分のなかで、何点か考えて。そこに該当しないようだったら（身体拘束を）外してみてもいい。

⑦ 余裕のある人員配置

さらに、Fが患者の身体拘束を解除する際のアセスメントの視点として重視したもう一つの視点に、病棟の人員配置が十分で、自分自身の業務に余裕があり、頻回に患者の様子観察ができるということがあった。

〈F-7〉

マンパワー不足とか病棟内ではあったりするので。自分の余裕があって、患者さんをよく、頻回に見に来られるようだったら（身体拘束を）外してっていうことはしていました。

⑧ 身体拘束が行われている患者への理解

Fは、身体拘束が行われている患者は、欲求を自分自身で満たすことのできない状況にあり、それは非常に辛いことだろうと想像し、そういった患者の苦痛を軽減するため身体拘束を解除するようになった。また、Fは、看護師としての経験年数を重ねるにつれて、学生時代に学んだ身体拘束が患者の人権を侵害する行為であることにも思いが及ぶようになったとも感じていた。

〈F-8〉

患者さんに対して思っていることは、身体拘束をしていると、患者さんも、自分の顔を自分の手でかけないとか、そういうの、すごく辛いと思うんです。（中略）患者さんの気持ち持ちは少しでも楽になればと思って、それ（身体拘束の解除）をするようにしています。

(中略) (学生時代に学んだ) 人間の基本的人権とか、倫理的なところも、経験を重ねていくと、これでいいのかなあと思うことも多くなるので。

⑨ 身体拘束を解除した患者が挿入物の自己抜去や転倒をした経験

Fには、身体拘束を解除した結果、患者が自己抜去や転倒した経験があった。その時には、自分自身のアセスメント不足を痛感し、患者に苦痛を与えることに対する申し訳なさを感じた。そういった思いが自己抜去や転倒への懸念となり、身体拘束を解除しようという気持ちが揺らぐこともあった。

〈F-9〉

(身体拘束を解除しようという気持ちが) 折れることもあったと思います。患者さんを拘束していて、自分で解除したあとに、挿入物とか取られたとか、患者さんが転んじゃったとかも、全く経験していない訳ではないので。そういうときには、自分のアセスメント力がまだまだだなという風に思いましたし、患者さんに身体的な侵襲がどうしても加わって、精神的にも2回目(の身体拘束)は苦痛というか、負担が多いと思うので申し訳ないなと思っていました。

⑩ 習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス

Fが勤務している病棟では、各勤務帯のはじめに身体拘束の必要性についてカンファレンスを行っていた。患者の安全性が担保できないという結論に達した場合にのみ、身体拘束を使用していたが、スタッフ全員が身体拘束を最少化したいという気持ちの中実施していた。

〈F-10〉

勤務帯毎に、日勤と夜勤の前に(身体拘束に関する)カンファレンスをしてるので。結果、(身体拘束を)外せないってなったときには、申し訳ないけどつけさせてもらうことはあるんですけど、でも(カンファレンスを実施していることで)みんな外してあげたいという風には思っていると思います。

⑪ 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在(管理職)

Fが勤務している病棟の管理職は、患者に身体拘束が必要となるようなケースには積極的に関わり、患者や家族への直接の対応や、経験の少ないスタッフへの情報提供を

行っている。Fはそのことが、スタッフが身体拘束最小化に取り組むことを支援していると感じていた。

〈F-11〉

身体拘束を始めるっていうときって、患者さんのせん妄がひどくなったときが多いと思うんです。そういうときは（上司自身が）何か異変に感じて、カンファレンスに立ちあってくれますので。その時に、師長とか係長とか経験年数が高いので、アドバイスしてくれたり。抑制をしてもこの時は外してあげようかとか。あと、ご家族に連絡しなければいけない時に、上司のほうから連絡してくれたり、患者さんもベッドサイドで直接見てくれますし、スタッフのほうにも関わってくれて話を聞いてくれたり、情報提供してくれるような関係になってます。（身体拘束を最小化するための）サポートになってくれていると思います。

⑫ 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（他職種）

Fは、医師からの提案によって、身体拘束を解除したこともあった。Fは、勤務している病棟では、身体拘束最小化についての医師との連携があると感じていた。

〈F-12〉

先生たちも、（中略）患者さんの権利擁護とか、そういうところを考えてくれて、この患者さん（身体拘束を）外せるんじゃないのって言われることもあるんです。その一言があって、（身体拘束を）外せるっていうこともある。

（3）Fの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化に影響した要因のまとめ

Fの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化には、12件の要因が影響していた。このうち、Fの身体拘束を行わない選択を促進したのは、【身体拘束の倫理的問題に関する看護基礎教育】【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（部署のスタッフ）】【身体拘束を解除した患者の好転】【身体拘束最小化に関連した職場内教育の受講】【身体拘束を解除するという判断への確信】【余裕のある人員配置】【身体拘束が行われている患者への理解】【身体拘束を解除した患者が挿入物の自己抜去や転倒をした経験】【習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス】【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（管理職）】【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在

【他職種】であった。Fの身体拘束を行わない選択を阻害したのは、【身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態】であった。

7) 看護師G

(1) Gの紹介

Gは看護師経験が4年目の看護師である。33床の脳神経外科を中心とした急性期病棟で勤務している。Gが勤務している施設では、身体拘束最小化を目的とした委員会を設置し、勉強会や病棟毎の事例発表会が開催されている。

(2) 看護師Gの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化に影響した要因

① 患者の安全や看護師にとっての効率性を優先して身体拘束を行うことが通例となっている病棟

Gが入職した頃、病棟にはミトンや四肢抑制具を使用している患者が多くいた。Gは、病棟スタッフの身体拘束を最小化しようといった意識は低いと感じた。Gが、身体拘束を解除したいと先輩看護師に相談すると、患者の安全を第一に考えなければならぬので身体拘束を行うようにと言われた。G自身も、病棟で勤務するにつれて、自己抜去や転倒を予防することを優先し、身体拘束を使用するようになった。

〈G-1〉

私が入職した1年目の時は、病棟的にも安全第一というか、身体拘束を減らしていこうという意識が、そんなに無かったのかなという印象で。入った(入職した)当初は、NG(胃管)チューブとかミトンとかつけている方(患者)もたくさんいて、四肢抑制の(使用されている)方(患者)もたくさんいて。結構、新人ナースとしてはジレンマというか、(身体拘束を)外してあげたいっていう気持ちの方が大きかったんですけど。先輩に相談した時に、安全第一だからすぐ着けてっていう感じの方針で。徐々に自分も、その方針というか、流れに乗ってしまった。

② 身体拘束最小化に消極的・否定的な周囲のスタッフの存在

組織による身体拘束最小化の取り組みが開始される以前は、Gが、身体拘束を行わなくてよいのではないかと思っても、リーダー看護師が身体拘束を使用した方がよいと判断すると、従わざるを得ない状況であった。

〈G-2〉

自分がスタッフで、（身体拘束を）やらなくていいんじゃないかって発信しても、その日のリーダーナースが身体拘束した方がいいって言う考え方だったらそうせざるを得ない。

③ 組織が身体拘束最小化に取り組むことへの了解

入職した頃から、身体拘束最小化を目指したいと思っていたGだが、目の前の業務を遂行することで精一杯という状況で過ごしているうちに、身体拘束を行うようになった。Gの看護師経験が3～4年目となった頃、業務に余裕が出てきたことで、身体拘束を減らしたいと思えるようになっていた。同じ頃、組織による身体拘束最小化の取り組みが開始された。そのため、Gは身体拘束最小化の取り組みを前向きに捉えることができた。組織が身体拘束最小化に取り組む前は、Gにとって、転倒転落の危険性がある患者に、安全ベルトを着けず車椅子に乗ってもらうことは勇気のいることであった。組織による身体拘束最小化の取り組みが開始されると、身体拘束最小化を推進するチームに所属する看護師が、安全ベルトを無くそうと病棟全体に発信した。Gは、そのことで、安全ベルトを着けずにいられるようになったと語っていた。

〈G-3〉

（身体拘束を解除したいけれどできないという）ジレンマを抱えながら1年目、2年目もやっていたんですけど。（中略）でも、3・4年目になってさらに（仕事の仕方に）余裕が出てきて。拘束を減らしたいなって自分の中ではずっと思っていた中で、院内でもそういう（身体拘束を最小化する）方針になったので、私的には良かった。前までは（車椅子で）ナースステーションで過ごすのにも、安全ベルトとかも、少し動ける方は着けるっていう風潮だったのを、（身体拘束最小化）チームの方々が安全ベルトを無くそうっていうことをおっしゃってくださって。安全ベルトを着けなくてナースステーションに過ごさせてもらうって、結構、勇気のいることだったんですけど、チームの方が病棟全体に発信してくれたことで、だいぶそういう（ベルトを外す）、皆が勇気を持つことができたというか。

④ 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（部署のスタッフ）

組織で身体拘束最小化の取り組みが開始されたとき、Gが勤務する病棟では、看護師長や経験年数の長いスタッフが中心となり、身体拘束最小化に向けた取り組みが始まった。また、取り組みにおいて、師長たちが直接身体拘束を外した患者を見守るなど、身体拘束最小化の推進を支援していた。こうした上司や経験豊富な同僚の実践が、Gを含む経験年数の少ない看護師の身体拘束を最少化する実践の契機となった。

〈G-4〉

(病棟) 師長も、ミーティングとかでも、拘束、減らせる人がいないかなという感じで。師長の方から積極的にスタッフの方に、そういうところ(身体拘束最小化)に重きが行くように持って行ってくれたように思います。(中略) 師長とか、結構上のほうの方々、ベテランの看護師の方が(身体拘束を)減らしてこうっていう意識があって。減らせないかっていうことを、後輩とか部下とかにも働きかけてたので。そういう先輩の考えとかを見て、下の方の看護師は学ぶというか、減らしていったいいんだという風に思っていた。(中略) ナースステーションに師長とかリーダーナースはいると思うんですけど、どうしてもミトンが外せない方だったら、ナースステーションに連れてきて(身体拘束を)外して、「(挿入物を)抜かないように見ておくよ」って言ってくださって、抑制を外す時間に協力してもらえた。

⑤ 身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験

Gは、身体拘束の使用が、患者の苦痛や表情に影響を及ぼしていると思っていた。身体拘束を行ったことにより、患者のせん妄症状が助長される印象があり、Gは、身体拘束を行わないことを選択するようになった。

〈G-5〉

(身体拘束を)着けてると着けてないのとでは、苦痛、表情とかも違うなっていう風に思うので。むしろ着けることで、逆にせん妄とかも助長してしまうような印象なので。やっぱり、(身体拘束を)着けてない時、(患者の)自然の姿を見れてるのが、一番自分の中で(身体拘束を解除することに対する)支えになってるかなと思います。

⑥ 身体拘束を解除した患者の好転

Gが、身体拘束を最小化することの意義を実感し、継続していきたいと思えた経験として語ったのは、苦しそうな表情をしていた患者が、身体拘束を解除すると安心した表情となり嬉しかったというエピソードであった。

〈G-6〉

失語で、自分で言葉を訴えることができない患者さんなんですけど。胃管チューブが入っていて、両手ミトンしている方がいて。いつも訪室すると苦しそう、辛そうな表情で（身体拘束を）外してってという感じで手を動かしてくる方がいて。でも、ミトンを外す時間は、すごいほっとしたような表情をするというか。（ナース）ステーションとかで、皆が見守る時間も作れて、外す時間を設けられたことで、患者さんの表情が安心した表情に徐々に変化したのが、自分の中では嬉しいというか良かったと思えたエピソードです。

⑦ 身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態

Gは、それでも、治療のための重要な管類が挿入されている患者に対しては、身体拘束最小化にも限界があると感じていた。

〈G-7〉

（身体拘束を最小化できるのは）病棟の状況によりけりというか。脳外（脳神経外科）だとやっぱり身体拘束が必要というか、挿入物が多い方が多いので。どうしてもそういう方（患者）がたくさんいらっしゃるの。（中略）その病棟の状況とかによって限界はあるのかなあというのは感じています。

⑧ 患者を見守る人員の不足

また、Gの病棟では、治療のための挿入物が入っているような患者の身体拘束を解除する場合、常に見守ることができる人がいるナースステーションで患者を見守っている。Gは、患者が挿入物を自己抜去したり、転倒したりしないよう、安全に留意して患者を見守ることができる人員がいないと、身体拘束最小化の達成は難しいと述べていた。

〈G-8〉

患者さんが少ないときは、ナースステーションとかにそういう方（管類が挿入されている患者）をお連れして見守るっていうことができるんですけど。それがたくさんの人数になってくると中々難しかったりもするので。（中略）（患者が自己抜去や転倒しないように）見守ってくれる人員が足りないの、ボランティアさんとか、誰でも良いんですけども、安全の中で、（身体拘束を）外せる時間を設けられるように見てくれる人っていうのが欲しいなっていうのは思います。

(3) Gの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化に影響した要因のまとめ

Gの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化には、8件の要因が影響していた。このうち、Gの身体拘束を行わない選択を促進したのは、【組織が身体拘束最小化に取り組むことへの了解】【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（部署のスタッフ）】【身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験】【身体拘束を解除した患者の好転】であった。Gの身体拘束を行わない選択を阻害したのは、【患者の安全や看護師にとっての効率性を優先するために身体拘束を行うことが通例となっている病棟】【身体拘束最小化に消極的・否定的な周囲のスタッフの存在】【身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態】【患者を見守る人員の不足】であった。

8) 看護師H

(1) Hの紹介

Hは看護師経験が16年目の看護師である。2年前に認知症看護認定看護師の資格を取得し、現在は46床の急性期病棟（循環器科・心臓血管外科）で勤務している。Hの施設には、精神看護専門看護師が在籍している。看護部の目標に身体拘束最小化を掲げ、専門・認定看護師による勉強会やケアの相談・助言が行われている。

(2) 看護師Hの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化に影響した要因

① 患者の安全や看護師にとっての効率性を優先して身体拘束を行うことが通例となっている病棟

Hが勤務する病院では、患者の胃管を挿入するのは医師であること、挿入した後は挿入位置の確認のためにX線撮影を行うことが院内の規則で決められていた。そのため、患者が胃管を自己抜去すると、看護師は、胃管の再挿入やレントゲン撮影を医師へ依頼しなければならなかった。看護師は医師へ依頼することを手間と感じており、胃管が挿入されている患者には当然のように身体拘束が行われていた。

〈H-1〉

（患者に）胃管を入れてしまうと、ミトンが当たり前のようにつけられてしまうんですけど。（中略）胃管を入れると、レントゲンを撮らないといけないっていうシステムになっているので、そこの手間とか。昔は、先生が（胃管を）入れないといけなかったので、

(もしも再挿入になると) 頼みづらいついていうのは病棟の風習としてあったので(身体拘束をしていた)。

② 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在(他職種)

Hは、患者の担当をする医師が、身体拘束によって患者のADLが低下することを危惧していると述べたのを聞いた。Hは、患者が胃管を自己抜去したことがあり予防のために使用していること、再挿入となった場合には、再挿入と胸部X線撮影の指示を医師に依頼しなければならないことを危惧していると伝えた。その上で、医師と、患者にとって何を優先すべきか話し合った結果、昼間は身体拘束を外すことができた。

〈H-2〉

胃管の話になるんですけど。抑制(するの)が当たり前になっていた。心臓血管外科の先生(医師)なんですけど、(身体拘束をしている)患者のADLが下がることを嫌がるので、「なんで抑制しているの?」みたいな感じで、つぶやきがあったんですね。(身体拘束を解除すると、患者が胃管を)抜いてしまうっていう事実があったので、抜けてもいいかって聞けたんですね。そうしたら、昼間だったら自分たち(医師)がいるのでいいよって言ってもらえて。自分の勤務の時に、(身体拘束を)外したっていう経緯が。結局は抜かれたんですけど。でも、先生(医師)が快く(胃管を)入れてもらえるので、その部分では外せたきっかけにはなったかな。先生との関係性っていうか。そこが、変化が持てた時期だったかなあとは思っています。

③ 身体拘束を行わずに患者が安全に過ごせる看護実践についての知識の獲得

Hは、認知症看護認定看護師の教育課程で得た知識をもとに、病棟の身体拘束最小化に取り組んだ。また、車いすの安全ベルトを装着することが当たり前となっている現状を変えたいと考え、背もたれ付きの椅子を利用して、患者に正しい姿勢で座ってもらうようにした。

〈H-3〉

車いす抑制(車いすに乗っている時に装着するベルト)が、当たり前のようにされてしまう。認知機能が落ちてくるから、ナースコールが押せないから、車いすに座らせたならベルトを着けるっていうのが、当たり前ようになっていた。そこを、背もたれ付きの椅子がうちの病棟にあるので、それを持ってきて、それに座っていただいていたみたいな感じで(車いすベルトをやめる方法を)やり始めたんですね。

④ 習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス

認知症看護認定看護師となったHが取り組んだ身体拘束最小化の取り組みのひとつに、看護師長へ身体拘束の必要性をスタッフで話し合うことの重要性を伝え、身体拘束に関するカンファレンスが実施されるようになったことがあった。Hは、カンファレンスを通して、スタッフが身体拘束の解除を検討できるようになったことは、自分が前向きに身体拘束最小化に取り組みたいという思いを強くしたと感じていた。

〈H-4〉

(身体拘束のカンファレンスを) 入力のみ (看護師個人が身体拘束の実施状況を電子カルテに入力するのみ) で、(身体拘束の必要性や解除の時期について) 話し合わなかった経緯があったんですね。それを去年から、必ず1週間に1回、せめては話し合おうっていう風に決めて、取り組み始めたっていうのは、ひとつあって。(中略) カンファレンスとかで(看護)記録を見たときに、(身体拘束を) 外せるんじゃないかみたいな感じの記載があったっていうのは、自分自身も(身体拘束最小化の取り組みを) 頑張っていかなきゃいけないんだなっていうのは感じましたね。

⑤ 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在 (部署のスタッフ)

Hは、身体拘束を解除するためのアドバイスをする中で、周囲のスタッフが身体拘束最小化を目指す様子を感じていた。そのことが、Hの身体拘束を最小化しようという動機を維持させていた。

〈H-5〉

認知症のラウンドで助言する中で、スタッフの受け入れ具合が少し変わったかなっていう。胃管とか入れてしまうと、ミトンが当たり前のようにつけられてしまうんですけど、そのコメントで最近ちょっと変化あったのかなって感じたのは、抜けてもいいじゃないっていう話をして。先生に許可もらえばって言ったら、じゃあそうしますみたいな反応もあったので。(今後も、身体拘束最小化の取り組みを) やっていききたいなっていうところですよ。

⑥ 身体拘束を解除した患者の好転

Hは、病棟内で認知機能が低下している患者を集めて、レクリエーションを行う病棟内デイケアを企画・開催した。そこでは、患者の身体拘束を解除でき、身体拘束を解除した患者の表情が変化したと感じている。また、そのことに周囲のスタッフが気づいたことも、デイケアを企画したHが、身体拘束最小化をすすめる動機となっていた。

〈H-6〉

(H自身が企画・開催した) 病棟内デイケアも、身体拘束が外せるんですね。たった1時間で短い時間ではあったんですけど、外せて、患者さんも変化が、表情が全然違うっていうことをスタッフが気づいてくれて。

⑦ 身体拘束が行われている患者への理解

Hは、身体拘束最小化の取り組みに対する周囲からの否定的な意見を聞くこともあったが、それでも取り組みを継続していきたいと思っている。Hを支えているのは、認知症看護認定看護師の知識に支えられた身体拘束が行われている患者への理解であった。

〈H-7〉

抑制体験って、患者さんがせん妄になっても覚えていらっしゃる(ことを認知症看護認定看護師の教育課程で学んだ)。抑制することによって、これ外してくれよっていう発言とか、身動きとれない状況の不快感っていうのを訴えると思う。(中略)人によっては、急性期だから(身体拘束を行うことは)しょうがないよねとか、自分自身が行っているデイケアも、なんで急性期でやる必要あるっていうコメントもいただいた経緯はあるので。倫理的な面で患者さんはどう思ってるのっていうところを感じてもらおうようにしていかないといけないんだなあっていう風に思っていますね。

⑧ 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在(管理職)

Hは、身体拘束に関するカンファレンスや病棟内デイケアなど、身体拘束最小化を目的とした部署全体での取り組みが必要な場合には、看護師長へ協力を依頼した。Hは、看護師長の支援が身体拘束最小化の取り組みを後押ししていると感じていた。

〈H-8〉

やっぱり、私一人が言っても難しいので、そこはトップダウンにしてもらったっていう経緯はありますね。だから、師長さんが言って、決めてもらって、繰り返してつなげてく、

それを浸透化していくみたい。形は、協力を仰ぎました。（中略）私自身が、やりたいって思っていることを（師長は）後押ししてくれてはいて。

⑨ 患者を見守る人員の不足

Hは、患者を見守る人員がいなければ身体拘束を解除することができない時があるため、組織として人員の確保に関する調整を行ってほしいと考えていた。

〈H-9〉

（身体拘束を最小化するためには）どうしても人っていうのが必要になってくる時って、あると思うんですね。（患者を）見守らなきゃいけないっていう状況があるので。（見守る人員の確保は）できるんだよっていう風に、助けられるよっていうのは、スタッフとしては欲しいなあっていうのはあるんですね。

（3）Hの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化に影響した要因のまとめ

Hの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化には、9件の要因が影響していた。このうち、Hの身体拘束を行わない選択を促進したのは、【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（他職種）】【身体拘束を行わずに患者が安全に過ごせる看護実践についての知識の獲得】【習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス】【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフ（部署のスタッフ）】【身体拘束を解除した患者の好転】【身体拘束が行われている患者への理解】【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（管理職）】であった。Hの身体拘束を行わない選択を阻害したのは、【患者の安全や看護師にとっての効率性を優先するために身体拘束を行うことが通例となっている病棟】【患者を見守る人員の不足】であった。

9) 看護師I

（1）Iの紹介

Iは看護師経験が8年目の看護師である。整形外科を中心とした35床の急性期病棟で勤務している。Iが勤務している施設では、身体拘束最小化を目的とした委員会を設置、勉強会や病棟毎の事例発表会が開催されている。

(2) 看護師Iの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化に影響した要因

① 身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験

看護師となり、Iが配属された病棟では、従来、身体拘束を行っている患者がほとんどいなかった。それでも、患者の安全を優先し、身体拘束を行わざるを得ない場面もあった。Iは、そういった場面で身体拘束を行った患者は、身体拘束への不快感から不穏になることが多いと感じていた。

〈I-1〉

実際、新人の頃から、身体拘束をしている場面をあんまり見たことが無くて。(それでも、挿入物の自己抜去を予防するための最終手段として)身体拘束していると、それによって不穏になるとかよくあると思うんですけども、すごくそれが気になってしまって落ち着かないとかっていう患者さんの状況だった。

② 組織が身体拘束最小化に取り組むことに対する了解

Iは新人看護師の頃、患者に挿入されている管類は治療上必要であり、自己抜去は予防しなければならないと思っていた。Iの看護師経験が5年目となる頃には、「胃管チューブや血管留置針を抜かれても医師と相談し必要であれば再挿入すれば良い」と思えるようになっていた。そのため、組織による身体拘束最小化の取り組みが開始されると聞いた時も、身体拘束を行わないと、自己抜去や転倒が予防できなくなるのではないかといった違和感はなく、患者の尊厳を守るうえで必要だと感じる事ができた。加えて、自分が身体拘束最小化に取り組んできた過程において、Iのような、身体拘束を解除したいという思いを持つ看護師が、周囲からの協力を得やすくなった要因であったとも感じていた。

〈I-2〉

(チューブ類を再挿入すればよいと思えたのは)5年目位かもしれないですね。新人の頃は、インシデントみたいな感じにやっぱりなりますし、(自己抜去は)とんでもないみたいな感じでしたけれども。整形外科っていう病棟の特徴もあるかと思うんですけど、そんなに大事な挿入物(気管チューブなど)が入っていないといえますか。万が一胃管チューブとか、静脈確保針とか抜かれても、必要だったら入れればいいし、必要がないんだったら医師と共有すればいいと思ったので、身体拘束を最少化していこうっていうのを聞いたときは、違和感がなかった。その人(患者)の尊厳とか考えたときに、組織として素敵な取り組みだなと思いました。(中略)組織からの後押しがあれば、(達成できる)スピ

ードってというのは、全然違ってきますし、自分がやろうとしていることが、組織の中で一致していると言いますか、それってすごく、自分が進めていくうえでも協力を得やすいと思うんですよね。

③ 身体拘束最小化に関連した職場内教育の受講

Iは、組織による身体拘束最小化を目的とした取り組みとして開催された勉強会に参加した。そこで、Iは、自分と同じある急性期病院で身体拘束ゼロを達成したことを知った。Iは、他の急性期病院で身体拘束を行わずに治療することができているのであれば、自分たちの病棟でも挑戦してみたいと思った。

〈I-3〉

(身体拘束最小化を達成した急性期病院の) 元部長さんが当院に来て話をしてくださったので、多分、そのあたりから病棟として、そういうような(身体拘束最小化の)ベースと言いますか、意識というのが芽生えたのかなっていうのがあります。(身体拘束最小化を) やれるというよりも、どっちかっていうと、やってみようみたいな、トライしてみようみたいな気持ちの方が強くって。それこそ、他の病院でできているんだったら、私たちもハナからできないじゃなくって、一回トライしてみて、またどうだったかをまた評価。できないときはもちろんあると思うので、とりあえずやってみようみたいな感じだったのはすごく覚えています。

④ 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在(部署のスタッフ)

Iは日頃から、自分が勤務している病棟では、看護師長や病棟看護師と一緒に、病棟の目指す方向性を話し合い、それを共有できていると感じていた。また、看護師長の目指す看護のあり方に共感していた。Iは、そういった背景が、身体拘束最小化に皆が協力してくれるという安心感につながったと感じていた。

〈I-4〉

日ごろから管理者とか他のスタッフとかと、カンファレンスを設けたりとか、管理者がどのような看護を大切にしたい病棟にしていきたいかっていうのが、とてもよく伝わる関係性であるかなと私は思っていますので。その看護観と、自分が大切にしたい看護観みたいなのがあり難いことに一致しているので、こうやりたいって言った時に、きっと反対され

ないっていったら変な言い方ですけど、そこに協力してくれるだろうなっていう安心感みたいなものがあったので、（身体拘束最小化を）やってみようって思えたと思います。

⑤ 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（他職種）

Iは、勤務する病棟の医師は看護師の役割を理解し、看護師が良いと思うことであれば任せるといった協力的な姿勢を持っていると感じていた。転倒を繰り返す患者に対し、身体拘束をせずに経過をみたいというIの意見を主治医が了解したことで、Iは身体拘束を行わないという選択ができたと感じていた。

〈I-5〉

私たちがすること（身体拘束最小化）に関して、「良いと思うんだったら（やって）いいよ」みたいな感じの協力的な医師が比較的多いので、（Iが身体拘束の解除に取り組んだ患者は）何回も転倒を繰り返していたので、医師としては（身体拘束を）してもいいんじゃないかって、最初、言ってたんですけども、私たちが一回やってみますみたいな感じで言うと、そうなんだみたいな感じで。絶対そんなこと（転倒のリスクがある患者に身体拘束を行わないこと）をしてはだめだみたいな感じはなかったので、そこはすごく協力を得やすかったなあって。

⑥ 身体拘束が行われている患者への理解

Iは身体拘束最小化に関する取り組みを通じて、患者が身体拘束を解除すると快適に過ごしていることを実感していた。また、高齢患者が残り少ない人生において行動を制限されることに疑問を感じ、患者の尊厳を守りたいという思いを強くしていた。

〈I-6〉

（身体拘束を）外していくことで、患者さん自身がそこ（身体拘束が行われていること）に気にならなくなって、快適に、過ごすことができてるっていうのはすごく感じます。（身体拘束を行われることが多い患者は）高齢ですし、残りの限られた人生を、こういう風な形（身体拘束が行われている状況）でいいのかなとか。その人を大切にしようっていう気持ちがすごく強くなったかなとは思っています。

⑦ 患者を見守る人員の不足

Iの病棟では、身体拘束最小化を達成するために患者の行動を見守っている。Iは、患者を見守る看護師は他の患者のもとへ行けず、一緒に勤務している看護師への負担

や、見守りをを行っている看護師のストレスとなるため、患者を見守る人員が必要だと感じていた。

〈I-7〉

(身体拘束最小化を達成するためには) 人の確保がすごく、大切になってくるなあと思いまして。最近も見守りをする事例があったんですけども。そこに一人が付き添う形になると、他の患者さんとかに、回らなくなったりとか、他のスタッフへの負担が大きなものになってくるなっていうのはすごく感じていて。特に夜勤とかですけれども。やはり人手が必要だなっていうのはすごく感じます。

(3) Iの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化に影響した要因のまとめ

Iの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化には、7件の要因が影響していた。このうち、Iの身体拘束を行わない選択を促進したのは、【身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験】 【組織が身体拘束最小化に取り組むことへの了解】 【身体拘束最小化に関連した職場内教育の受講】 【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（部署のスタッフ）】 【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（他職種）】 【身体拘束が行われている患者への理解】であった。Iの身体拘束を行わない選択を阻害したのは【患者を見守る人員の不足】であった。

10) 看護師J

(1) Jの紹介

Jは看護師経験5年目の看護師である。看護師経験が4年目のときに現在勤務する16床のHCUに異動した。Jの施設では各病棟の管理職が打ち出す方針によって、身体拘束最小化に取り組む状況は異なっている。

(2) 看護師Jの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化に影響した要因

① 組織が身体拘束最小化に取り組むことに対する了解

Jが入職した病棟には、3対1の看護配置であることを活かし、生命に関わる管が挿入されていない患者や離床できる患者は身体拘束を解除するという方針があった。Jは、その方針に則って身体拘束最小化に取り組んだ。

〈J-1〉

(身体拘束を)なるべく外そうって、(今の看護体制であれば患者の様子を)見れるからっていうところがすごく大きくなって。3:1(の看護配置)で。命にかかわるようなルート類が無ければ基本は外すっていう方針が大きくなって。(患者が)離床の(する)時に、自分(看護師)のそばに連れてきて、もう抑制はつけないっていう方針があって、なるべく身体拘束は外していた。

② 身体拘束に関連した職場内教育の受講

Jは、病棟の勉強会係が企画する身体拘束最小化を目的とした研修に参加した。そのなかで、自身がミトンを着けて眠る体験をし、「思ったように体が動かせず、とても辛い」と感じた。

〈J-2〉

1年目の頃に勉強会があって、抑制の種類(に関する説明)と、自分が実際に(身体拘束具であるミトンを着けることを)やってみて、その苦痛を味わうっていうのもありました。一晩、夜勤の仮眠の時に、ミトンをつけて寝てみるとかって、やったことがあって。思ったように(身体が)動かさないし、すごく嫌だなあって思った記憶はあります。

③ 身体拘束が行われている患者への理解

Jは、看護師経験が5年目となった今でも、患者が身体拘束を拒否した時には、身体拘束を着けて眠る体験を思い出し、患者が身体拘束によって身体を自由に動かすことのできない辛さに共感していた。

〈I-3〉

(身体拘束に対する)拒否が強い患者さんとかも多く目にしてきたので、そうだな、苦しい、しんどいよなと思いながら関わっています。

④ 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在(部署のスタッフ)

Jが2年目となった頃、副師長が、より強力に身体拘束最小化を推進したいと病棟スタッフへ提案した。そして、身体拘束を解除する患者を決めて、患者を見守る看護師を、周囲の看護師が支援するという取り組みが開始された。Jは、それまでも過剰な身

身体拘束はしていないと思っていたので、身体拘束最小化をよりすすめていくことに不安を感じたものの、実際は無理なく実践することができた。上司や先輩看護師が積極的に身体拘束最小化に取り組んでいたことが、Jが身体拘束最小化に取り組む動機となっていた。

〈J-4〉

今日は、この人の抑制を外していこうっていう運動があつて。(中略)副師長さんから、こういう運動をしていきますっていう提案があつて。それまでもなるべく(身体拘束を)外してはいたので、プラスで外すってなったら、ちょっと大変かもなつて思った記憶はあります。(実際には)今日は(身体拘束を)外せそうなこの人(患者)っていう風に(スタッフで協議して)決めてやってたので。その人(患者)のところになるべく付き添うとか、対応できたので。取り組み自体には、苦痛というか、しんどさは感じなかったかなと思います。(中略)上司が率先して、そういったことに取り組んでいると、意外とできるかもしれないという思いが出てくる。自分で(身体拘束を)外し始めるっていう勇気が、出ないこともあるんですけど。先輩がやってみて、大丈夫だったよっていう話を聞いたら、じゃあちょっとだったらやってみようかなっていう気持ちになるので。そういった雰囲気を作ってくれるのもいいことかなあと思います。

⑤ 身体拘束を解除した患者の好転

Jには、身体拘束を行ったことで状態が悪化した患者が、身体拘束を解除すると落ち着いたり、生き生きと話したりするようになったという経験があつた。Jは、身体拘束をしている患者を「自己抜去をする可能性がある患者」として見てしまうが、身体拘束を解除することで、一人の人間として向き合えると感じていた。

〈J-5〉

患者さんに(身体拘束を)外してとかは、いつも言われてしまうんですけど。特にグリップ(手首に着ける身体拘束具)とかを着けると、手をバタバタ動かして、暴れてっていう方がいて。(身体拘束を)外すとちょっと落ち着いて、自分で好きに手を動かしてはいるんですけども。(中略)やっぱり(身体拘束を)外してあげた方が、患者さん一人一人と向き合える気がして。外してる方が、患者さんも生き生きするし、お話とかもしてくださるので、向き合えるきっかけになるかなあと思います。

⑥ 患者の安全や看護師にとっての効率性を優先して身体拘束を行うことが通例となっている病棟

Jは4年目となり、現在勤務している病棟へ異動した。そこでは、患者が挿入物を自己抜去する可能性があれば、身体拘束を行っていた。以前いた病棟では、経管栄養を行っている最中でなければ、胃管が挿入されている患者の身体拘束は解除するように言われていたので、Jは部署による違いを痛感した。また、担当する患者が自己抜去した場合に周囲から責められたり、身体拘束最小化はスタッフが個人の責任において行わざるを得なかったりする雰囲気があると感じていた。Jは、そういった環境の中で、自己抜去や転倒を予防するために身体拘束を行わざるを得なくなっており、「看護師として良くないことだ」と思っていた。

〈J-6〉

今の部署に移ってからなんですけれども、自己抜去した歴があると、どうしても信用できなくて、つけざるをえないっていうことがすごく多いんですけれども。(中略)(以前所属していた病棟では身体拘束をしていなかったのと)同じようなルートが入ってても、抜かれちゃうでしょ、着けなさいっていうふうな考え。怪しいからつける、ちょっとでも危ないと思ったら、もうすぐにつけるっていう考えが、やっぱり大きくなって。前の部署だと、栄養中じゃなきゃ(経管栄養に使用する胃管を使用し栄養剤を注入している時でなければ)、(患者が)胃管抜いてもしょうがないっていうのがあったんで。その、部署の空気の差はすごく感じますね。(中略)(患者が管類を)抜いてしまったら(周囲から)責められる、そういった空気もあって。抑制を外すってなったら、自分の責任でやっていかなきゃいけないって。そこに責任を持ちきれなくて。ちょっと感覚が鈍ってきている自分もいて。それはすごく良くないなとは思いつつ働いています。

⑦ 身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態

Jは、現在の部署には、生命に関わる管が挿入されている患者が多くいるので、身体拘束を解除することができないと考えていた。

〈J-7〉

(身体拘束を)外してあげたいなっていう思いはすごくあるんですけど。命に係わるような管が入ってる方も多くって。これを抜かれちゃったらまずいっていうルート(点滴類)がとて多くって。外すっていう選択がちょっと狭まっちゃうというか。

⑧ 身体拘束最小化に消極的・否定的な周囲のスタッフの存在

患者に挿入されている管類の自己抜去が続いたときに、処置を依頼した医師が溜息をついたことがあった。Jは自己抜去を防止できずに医師へ管類の再挿入を依頼することを申し訳なく感じ、身体拘束を行っていた。

〈J-8〉

(中略) 繰り返し抜かれてしまうと。1回だったら先生もまあ、しょうがないっていう風に思って。例えば経鼻胃管とかも入れ直してくれるんですけど。2回目以降ってなると、ちょっとため息が出てきたりとか。(医師に対する) 申し訳なさを感じながら(身体拘束を) やってます。

⑨ 身体拘束を行わずに患者が安全に過ごせる看護実践についての知識の獲得

Jは、部署を異動した後も、その日の忙しさや目が届く患者の位置を考慮し、患者が自己抜去するような状態ではないと判断した場合に限って、身体拘束を解除していた。Jはこれまでの経験を通して、挿入物の自己抜去や転倒のリスクを考えられるようになったと感じていた。

〈J-9〉

その日の状況とか、あとはベッドの位置とかを見つつ、その本人もそんなにすぐに抜いてしまうような方ではないっていう。思えば、ちょっと昼間だけ外してみようかなとか。今までの経験を通して、こういう人は抜くとか、こういう人だったらちょっと外しても大丈夫だなあっていう、勘じゃないですけど。そういったところかなあと思います。

⑩ 患者を見守る人員の不足

Jは、現在は患者の安全を確保しながらケアすることができていないのは、患者を見守ることのできる人員が不足していることが要因であると考えていた。

〈J-10〉

(今の病棟で身体拘束を解除できない理由として) 忙しくて見きれない(患者の安全を確保できない) っていうのがすごく大きいんですけど。(中略) 周り(のスタッフ)も忙しくて。その人(患者)のことは見てあげられないし。(身体拘束を最小化するために必要なことは) 人員配置ですかね。マンパワーが足りないときは、外せるものも外せなくなってしまうかなあと思います。

(3) Jの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化に影響した要因のまとめ

Jの身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化には、10件の要因が影響していた。このうち、Jの身体拘束を行わない選択を促進したのは、【組織が身体拘束最小化に取り組むことへの了解】【身体拘束最小化に関連した職場内教育の受講】【身体拘束が行われている患者への理解】【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在（部署のスタッフ）】【身体拘束を解除した患者の好転】【身体拘束を行わずに患者が安全に過ごせる看護実践についての知識の獲得】であった。Jの身体拘束を行わない選択を阻害したのは、【患者の安全や看護師にとっての効率性を優先するために身体拘束を行うことが通例となっている病棟】【身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態】【身体拘束最小化に消極的・否定的な周囲のスタッフの存在】【患者を見守る人員の不足】であった。

2. 看護師の身体拘束を行わないという選択に影響した促進要因と阻害要因

研究対象者が、これまで身体拘束を行っていたような状況においても、「身体拘束を行わない」ことを選択するに至った経緯に影響を与えた要因を、研究対象者である10名の看護師のインタビューから抽出した。これらの要因を分類すると、「看護師の身体拘束を行わないという選択を促進した要因」が21件、「看護師が身体拘束を行わない選択を阻害した要因」が8件であった（表2）。各要因が身体拘束最小化に向けた考え方や行動の変化の過程で生じた順序には、研究対象者による相違が認められたものの、概ねそのプロセスには同じ流れが認められた。その流れに沿ったうえで、個人要因、組織要因、環境要因、患者の要因に分類し記述する。個人要因は研究対象者個人の経験やそれに伴う感情に関連するもの、組織要因は研究対象者が所属する組織の方針や方策、組織が有する人材に関連するもの、環境要因は療養環境に関連するもの、患者要因は患者の状態に関連するものとした。また、研究対象者間で共通する項目、類似する項目、相違がある項目について述べる。影響要因は【】で記述する。

【表2】 看護師の身体拘束を行わないという選択に影響した促進要因と阻害要因

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
1) 身体拘束を行わないという選択を促進する要因											
(1) 個人要因											計
① 身体拘束の倫理的問題に関する看護基礎教育						1					1
② 病院で身体拘束を行っていることへの違和感				1							1
③ 身体拘束を行ってほしくないと思う家族との出会い	1										1
④ 身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験	1		1		1		1		1		5
⑤ 身体拘束によらないケア実践を知る経験					1						1
⑥ 身体拘束を行わずに患者が安全に過ごせる看護実践についての知識の獲得	1		1		1			1		1	5
⑦ 患者の退院後の生活を見据えてケアを検討した経験	1										1
⑧ 身体拘束を解除するという判断への確信				1		1					2
⑨ 身体拘束が行われている患者への理解				1		1		1	1	1	5
⑩ 身体拘束を解除した患者の好転		1				1	1	1	1	1	6
(2) 組織要因											
① 身体拘束最小化に向けた社会や組織の動き	1	1									2
② 身体拘束最小化に関連した職場内教育の受講			1			1			1	1	4
③ 組織が身体拘束最小化に取り組むことへの了解			1				1		1	1	4
④ 身体拘束最小化を目的とした委員会への参加			1								1
⑤ 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在											
⑤-1 部署のスタッフ			1				1		1	1	4
⑤-2 管理職		1			1	1		1			4
⑤-3 専門・認定看護師					1						1
⑤-4 他職種				1	1	1		1	1		5
⑥ 余裕のある人員配置	1					1					2
⑦ 習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス	1	1	1		1	1		1			6
⑧ 身体拘束最小化を目的とした評価システムの存在					1						1
2) 身体拘束を行わないという選択を阻害した要因											
(1) 個人要因											
① 身体拘束を行っていない患者の挿入物の自己抜去や転倒に対する懸念	1	1									2
② 身体拘束を解除した患者が挿入物の自己抜去や転倒をした経験						1					1
(2) 組織要因											
① 患者の安全や看護師にとっての効率性を優先して身体拘束を行うことが通例となっている病棟		1		1		1	1	1		1	6
② 身体拘束最小化に消極的・否定的な周囲のスタッフの存在				1			1			1	3
③ 患者を見守る人員の不足							1	1	1	1	4
(3) 環境要因											
① 夜間の照明の暗さ	1										1
(4) 患者の要因											
① 患者の睡眠薬の使用	1										1
② 身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態		1	1		1	1	1			1	6
計	10	7	8	6	9	12	8	8	8	10	

1) 看護師の身体拘束を行わないという選択を促進した要因

(1) 個人要因

① 身体拘束の倫理的問題に関する看護基礎教育

【身体拘束の倫理的問題に関する看護基礎教育】は、Fの身体拘束を行わない選択を促進していた。研究対象者は、看護基礎教育において身体拘束は憲法にも関わる人間の権利擁護のために使用すべきではないと学び、働き始めたのちも身体拘束は最小化すべきであるという考えを持っていた。それでも、【患者の安全や看護師にとっての効率性を優先して身体拘束を行うことが通例となっている病棟】に所属し、【身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態】である場合には、身体拘束を行わざるを得ないと考えるようになっていた。

② 病院で身体拘束を行っていることへの違和感

【病院で身体拘束を行っていることへの違和感】は、Dの身体拘束を行わない選択を推進していた。研究対象者は、通常の生活ではあってはならない、人が人を縛る行為である身体拘束が、病院で日常的に行われていることへの違和感から、院内の身体拘束を無くしたいと思っていた。【患者の安全や看護師にとっての効率性を優先して身体拘束を行うことが通例となっている病棟】と【身体拘束最小化に消極的・否定的な周囲のスタッフの存在】の影響があり実践に移せずにいたが、【身体拘束を解除するという判断への確信】を得て、身体拘束最小化を実践できるようになっていた。

③ 身体拘束を行ってほしくないと思う家族との出会い

【身体拘束を行ってほしくないと思う家族との出会い】は、Aの身体拘束を行わない選択を推進していた。研究対象者は、身体拘束に嫌悪感を持ち身体拘束を行ってほしくないと思う家族との出会いと、【身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験】によって、「一概に身体拘束を行うのは良くない」と考えるようになっていた。

④ 身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験

【身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験】は、A・C・E・G・I 5名の身体拘束を行わない選択を促進していた。いずれの研究対象者も、身体拘束を行

ったことで患者の不穏や興奮状態が増強する、皮膚トラブルが発生する、ADLが低下する等、患者の状態が悪化する経験をしていた。そうした経験から身体拘束が患者に及ぼす悪影響を実感し、身体拘束は行わないほうが良いと考えるようになっていた。

⑤ 身体拘束によらないケア実践を知る経験

【身体拘束によらないケア実践を知る経験】は、Eの身体拘束を行わない選択を推進していた。研究対象者は、移動先の職場で身体拘束によらないケア実践を知ったことで、急性期病院では身体拘束を行うことはやむを得ないという思いを変化させ、身体拘束最小化に取り組むようになっていた。

⑥ 身体拘束を行わずに患者が安全に過ごせる看護実践についての知識の獲得

【身体拘束を行わずに患者が安全に過ごせる看護実践についての知識の獲得】は、A・C・E・H・J 5名の身体拘束を行わない選択を推進していた。研究対象者は、点滴の位置や固定方法、投与時間を調整して自己抜去を予防する、患者の療養環境を整えるといった具体的な看護実践についての知識を獲得したのちに、身体拘束最小化の実践を開始していた。このうち、知識を獲得した機会は、A・C・Eが身体拘束に関するカンファレンス、Hが認知症看護認定看護師の教育課程、Jが身体拘束最小化に積極的に取り組む病棟での看護実践であった。CとEは、カンファレンスに加え、Cは身体拘束最小化に関連した委員会、Eが専門・認定看護師によるアドバイスであった。

⑦ 患者の退院後の生活を見据えてケアを検討した経験

【患者の退院後の生活を見据えてケアを検討した経験】は、Aの身体拘束を行わない選択を推進していた。研究対象者は、患者の転倒や自己抜去を予防することを優先して身体拘束を実施していたが、患者が退院した後の生活環境を見据えたケアを検討することで、患者の退院後の生活に身体拘束が及ぼす影響を考えて身体拘束を早期に解除するようになっていた。

⑧ 身体拘束を解除するという判断への確信

【身体拘束を解除するという判断への確信】は、DとFの身体拘束を行わない選択を推進していた。研究対象者は、看護師経験を積み重ねたことにより、身体拘束が解除

できるという自分自身の判断に則って患者の身体拘束を解除したり、周囲のスタッフへ意見を言ったりするようになっていた。Dは【病院で身体拘束を行っていることへの違和感】、Fは【身体拘束の倫理的問題に関する看護基礎教育】の影響を受けて、入職時から身体拘束を最小化すべきであるという考えを持っていた。それでも、【患者の安全や看護師にとっての効率性を優先して身体拘束を行うことが通例となっている病棟】に所属することで、身体拘束を最小化するための実践ができずにいた。D・Fともに【身体拘束を解除するという判断への確信】を持ったことが行動を変容する契機となっていた。Fは身体拘束を解除すると判断する際に、患者の意識レベルが清明で見当識障害がないことをアセスメントの視点として重視していた。

⑨ 身体拘束が行われている患者への理解

【身体拘束が行われている患者への理解】は、D・F・H・I・J 5名の身体拘束を行わない選択を促進していた。研究対象者は、身体拘束が行われている患者の言動を理解し、患者の苦痛を和らげたいという思いから、身体拘束を解除していた。また、研究対象者が身体拘束最小化の行動を継続して実践する支えにもなっていた。このうちFは【身体拘束の倫理的問題に関する看護基礎教育】、Hは認知症看護認定看護師の教育課程、Jが【身体拘束最小化に関する職場内教育の受講】による教育の影響によって生起していた。

⑩ 身体拘束を解除した患者の好転

【身体拘束を解除した患者の好転】は、B・F・G・H・J 5名の身体拘束を行わない選択を推進していた。研究対象者は、身体拘束を解除した患者のADLが改善したり、安心した表情に変化したりする様子を見て、身体拘束が患者に及ぼしていた影響を理解し、身体拘束最小化の取り組みを継続していきたいと考えていた。5名全ての研究対象者に共通して影響した要因には、【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組むスタッフの存在】があった。このうち、Bは身体拘束に取り組む病棟への異動により【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組むスタッフの存在】を獲得していた。Hは、認知症看護認定看護師として主体的に身体拘束最小化に取り組む中で、周囲のスタッフが【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組むスタッフの存在】に変化したことも、取り組みを継続する動機となっていた。

(2) 組織要因

① 身体拘束最小化に向けた社会や組織の動き

【身体拘束最小化に向けた社会や組織の動き】は、A・B 2名の身体拘束を行わない選択を推進していた。研究対象者は、身体拘束最小化に向けた組織の方針に影響を受け、身体拘束のあり方を考えるようになっていた。しかしながら、A・Bともに、身体拘束を最小化することの意義よりも、【身体拘束を行っていない患者の挿入物の自己抜去や転倒に対する懸念】を強く持ったので、身体拘束を最小化の行動には至らなかった。また、Aの所属する組織では、テレビで放映された身体拘束に関する番組が、身体拘束最小化の方針を打ち出す契機となっていた。

② 身体拘束最小化に関連した職場内教育の受講

【身体拘束最小化に関連した職場内教育の受講】は、C・F・I・J 4名の身体拘束を行わない選択を推進していた。研究対象者は、せん妄症状や認知症の病態やケアの方法、身体拘束を行わないケア実践といった職場内教育を受講したことによって、身体拘束を最小化するべきであるという思いを持つようになっていた。職場内教育の講師は、C・Fが院内に在籍する認知症看護認定看護師、Iが身体拘束ゼロを達成した施設の元管理者、Jが病棟の勉強会係であった。

③ 組織が身体拘束最小化に取り組むことへの了解

【組織が身体拘束最小化に取り組むことへの了解】は、C・G・I・J 4名の身体拘束を行わない選択を推進していた。研究対象者は、組織による身体拘束最小化への取り組みやその方策を理解し、身体拘束最小化を実践するようになっていた。このうち、C・Jは、入職時から組織による取り組みに準じて、身体拘束最小化の取り組みを行っていた。Gは、【患者の安全や看護師にとっての効率性を優先するために身体拘束を行うことが通例となっている病棟】に所属し、身体拘束を解除したいという思いを持ちつつも実践に移せずにいたため、組織による取り組みを前向きに捉え実践していた。

④ 身体拘束最小化を目的とした委員会への参加

【身体拘束最小化を目的とした委員会への参加】は、Cの身体拘束を行わない選択を推進していた。研究対象者は、身体拘束最小化を目的とした委員会に参加したことで、身体拘束によらずに患者の安全を確保する方法を学び、病棟での実践方法を検討し実施するようになっていた。

⑤ 身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在

【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在】は、B・C・D・E・F・G・H・I・J 9名の身体拘束を行わない選択を推進していた。研究対象者は、身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフにより、身体拘束最小化に取り組む動機づけや、実践を継続することの支援となっていると感じていた。周囲のスタッフの中でも、所属する部署で勤務する同じ立場のスタッフナースや管理職、専門・認定看護師などが、それぞれ異なる影響を与えていた。

⑤-1 部署のスタッフ (B・C・D・G・F・H・I・J)

部署のスタッフには、一般のスタッフと管理職が含まれる。このうち、C・G・I・Jは、看護師長と一般のスタッフ、双方による影響について語っていた。C・Iは、看護師長や一般のスタッフと目標や問題を共有できているという安心感を持ち、身体拘束最小化に取り組んでいた。また、G・Jは、看護師長や経験年数の長いスタッフの積極的な身体拘束最小化への取り組みに影響を受け、経験年数が少ない看護師でも身体拘束最小化を実践できるようになっていた。

D・Hは、【患者の安全や看護師にとっての効率性を優先するために身体拘束を行うことが通例となっている病棟】や【身体拘束最小化に消極的・否定的な周囲のスタッフの存在】といった阻害要因があっても身体拘束の最小化に取り組む一般のスタッフの存在を、行動を開始・継続する動機としていた。Dは看護師経験を重ねた看護師として、Hは認知症看護認定看護師として主体的に身体拘束最小化に取り組む中で、一般のスタッフが身体拘束に積極的に取り組むようになったことを支えとしていた。

⑤-2 管理職 (B・E・F・H)

B・E・F・Hは、管理職独自の影響を語っていた。いずれの研究対象者も、身体拘束最小化に前向きに取り組むことのできる環境を管理職（看護師長や係長）が作り出

していると感じ、安心感を持って一般のスタッフとともに身体拘束最小化に取り組んでいた。看護師が支援を実感していた管理職の言動は、E・Fでは患者の状態や身体拘束の実施状況を把握し身体拘束の最小化についてアドバイスすること、Bでは身体拘束最小化への取り組みに関するスタッフの決断を尊重すること、Hでは身体拘束最小化を目的とした主体的な取り組みに協力することがあった。

⑤ - 3 専門・認定看護師 (E)

研究対象者は、専門・認定看護師の患者に対する態度を尊敬するとともに、身体拘束最小化に関するケア方法のアドバイスを参考にして身体拘束最小化に取り組んでいた。

⑤ - 4 他職種 (D・E・F・H・I)

研究対象者は、他職種による身体拘束最小化に関連したアドバイスを、身体拘束を行わないと判断する際の材料としていた。職種別では、D・F・H・Iが医師、Eが理学療法士であった。このうち、F・Hは身体拘束を解除した方が良いという医師からのアドバイスを受けて、身体拘束を解除していた。D・Iは、自身の身体拘束を解除したいという思いを実現するために、医師へ患者の安全を確保する方法を確認していた。

⑥ 余裕のある人員配置

【余裕のある人員配置】は、A・F 2名の身体拘束を行わない選択を推進していた。研究対象者は、身体拘束が行われている患者の身体拘束を解除する際に、病棟の人員配置が十分であることを条件としていた。

⑦ 習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス

【習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス】は、A・B・C・E・F・H 6名の身体拘束を行わない選択を推進していた。研究対象者は、身体拘束の解除や種類の選択について検討するカンファレンスを、身体拘束を最小化するための取り組みとして認識していた。かつ、カンファレンスによって所属する部署のスタッフに身体拘束を最小化したいという思いがあることを認識できていた。このうち、Cは看護師経験が1年目であっても、カンファレンスにおいて身体拘束を解除できると判断された

患者を受け持った場合に、身体拘束を外していた。また、Hは、認知症看護認定看護師として身体拘束を最小化させる取り組みのひとつとして、自らカンファレンスを習慣として定着させていた。

⑧ 身体拘束最小化を目的とした評価システムの存在

【身体拘束最小化を目的とした評価システムの存在】は、Eの身体拘束を行わない選択を推進していた。研究対象者は、医療安全担当部門と看護部が連携して構築した電子カルテシステムによって、身体拘束の必要性を簡便かつ定期的に評価できることが、身体拘束最小化に取り組むことを支えていると感じていた。

2) 身体拘束を行わないという選択を阻害した要因

(1) 個人要因

① 身体拘束を行っていない患者の挿入物の自己抜去や転倒に対する懸念

【身体拘束を行っていない患者の挿入物の自己抜去や転倒に対する懸念】は、A・B 2名の身体拘束を行わない選択を阻害していた。研究対象者は、【身体拘束最小化に向けた社会や組織の動き】により身体拘束のあり方を考える機会を得たものの、身体拘束を行わずに点滴類の自己抜去や転倒は予防できないと考えて、身体拘束を解除できなかった。

② 身体拘束を解除した患者が挿入物の自己抜去や転倒をした経験

【身体拘束を解除した患者が挿入物の自己抜去や転倒をした経験】は、Fの身体拘束を行わない選択を阻害していた。研究対象者は、身体拘束を解除した患者が自己抜去や転倒した経験によって、身体拘束を解除しようという気持が揺らいだと語っていた。

(2) 組織要因

① 患者の安全や看護師にとっての効率性を優先して身体拘束を行うことが通例となっている病棟

【患者の安全や看護師にとっての効率性を優先して身体拘束を行うことが通例となっている病棟】は、B・D・F・G・H・J 6名の身体拘束を行わない選択を阻害して

いた。研究対象者は、患者の安全と看護師の効率的な業務遂行を確保することを優先し日常的に身体拘束を行なっている病棟に所属していることで、身体拘束を最小化できずにいた。このうち、B・D・H・Jの病棟では、患者がオムツを外すことや胃管の再挿入に付随する看護師の手間を予防することが身体拘束の目的となっていた。また、D・F・H・Jには、入職や異動により身体拘束を使用することが通例となっている病棟に配属されたことで身体拘束をせざるを得なかった経験があった。

② 身体拘束最小化に消極的・否定的な周囲のスタッフの存在

【身体拘束最小化に消極的・否定的な周囲のスタッフの存在】は、D・G・J 3名の身体拘束を行わない選択を阻害していた。研究対象者は、【患者の安全や看護師にとっての効率性を優先して身体拘束を行うことが通例となっている病棟】に所属しており、身体拘束最小化が必要だと考えていても、身体拘束最小化に消極的・否定的な周囲のスタッフに協力を依頼できず、身体拘束を行わざるを得なくなっていた。研究対象者が語った対象となるスタッフは、D・Gが先輩看護師、Jが医師であった。

③ 患者を見守る人員の不足

【患者を見守る人員の不足】は、G・H・I・J 4名の身体拘束を行わない選択を阻害していた。研究対象者は、身体拘束最小化に向けた取り組みを実施・継続するためには、患者が挿入物を自己抜去したり、転倒したりしないようにするために患者を見守る人員が必要であるが、現状においてはその人員が十分ではないと感じていた。

(3) 環境要因

① 夜間の照明の暗さ

【夜間の照明の暗さ】は、Aの身体拘束を行わない選択を阻害していた。研究対象者は、昼間に身体拘束を解除できる患者であっても、夜間は照明が暗く周囲の状況がわかりにくいことから、転倒のリスクが高くなると考えて身体拘束を行うことがあった。

(4) 患者の要因

① 患者の睡眠薬の使用

【患者の睡眠薬の使用】は、Aの身体拘束を行わない選択を阻害していた。研究対象者は、昼間に身体拘束を解除できる患者であっても、夜間は睡眠薬を使用し、その作用によるふらつきや見当識障害による挿入物の自己抜去や転倒のリスクが高くなると考えて身体拘束を行うことがあった。

② 身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態

【身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態】は、B・C・E・F・G・J 6名の身体拘束を行わない選択を阻害していた。研究対象者は、身体拘束最小化に取り組んでいても、治療を行うために安全確保を優先すべきだと判断する急性状態の患者に対しては身体拘束を行っていた。患者の急性状態として研究対象者があげた例は、Cが患者の術後にドレーンや点滴が挿入されている場合、Eが静脈注射等を持続して行っている場合、FとGが治療のための重要な管類が挿入されている場合であった。

3. 看護師が身体拘束を行わないことを選択するに至った経緯とその様相のまとめ

看護師の身体拘束を行わないことを選択するに至った経緯において、研究対象者が影響を受けた要因の数や時期に違いはあったが、これらの要因が生起する順序は共通していた。研究対象者が身体拘束を行わないことを選択するプロセスには3段階の様相があり、第1段階では身体拘束を行うべきではないという考え方を形成し、第2段階では身体拘束を行わないことを選択するに至り、第3段階では身体拘束を行わない選択を継続していた（表3）。

【表3】看護師が身体拘束を行わないことを選択するに至った経緯とその様相

	身体拘束を行うべきではないという動機の生成	身体拘束を行わないという意識や行動の変化	変化した行動の継続	
A 経験年数	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に向けた社会や組織の動き</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を行っていない患者の挿入物の自己抜去や転倒に対する懸念</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を行ってほしくないという家族との出会い</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験</div> </div> <p style="text-align: center;">1~3年目</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を行わずに患者が安全に過ごせる看護実践についての知識の獲得</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">患者の退院後の生活を見過えてケアを検討した経験</div> </div> <p style="text-align: center;">3~5年目</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">余裕のある人員配置</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">病棟の照明の暗さ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">患者の睡眠薬の使用</div> </div> <p style="text-align: center;">4年目~現在 (6年目)</p>	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> 促進した要因 <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px; margin-left: 20px;"></div> 阻害した要因 <div style="border: 2px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px; margin-left: 20px;"></div> 個人要因 <div style="border: 2px dashed black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px; margin-left: 20px;"></div> 組織要因 <div style="border: 2px dashed gray; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px; margin-left: 20px;"></div> 環境要因 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px; margin-left: 20px;"></div> 患者の要因 </div>
B 経験年数	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に向けた社会や組織の動き</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を行っていない患者の挿入物の自己抜去や転倒に対する懸念</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">患者の安全や看護師にとっての効率性を優先するために身体拘束を行うことが適例となっている病棟</div> </div> <p style="text-align: center;">1~12年目</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を解除した患者の好転</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在 (部署)</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在 (管理職)</div> </div> <p style="text-align: center;">12~15年目</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態</div> </div> <p style="text-align: center;">現在 (15年目)</p>	
C 経験年数	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束最小化に関連した職場内教育の受講</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在 (部署)</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">組織が身体拘束最小化に取り組むことへの了解</div> </div> <p style="text-align: center;">1年目</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化を目的とした委員会への参加</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を行わずに患者が安全に過ごせる看護実践についての知識の獲得</div> </div> <p style="text-align: center;">3~4年目</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態</div> <p style="text-align: center;">現在(5年目)</p>	
D 経験年数	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">病棟で身体拘束を行っていることへの違和感</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束最小化に消極的・否定的な周囲のスタッフの存在</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">患者の安全や看護師にとっての効率性を優先するために身体拘束を行うことが適例となっている病棟</div> </div> <p style="text-align: center;">1~14年目</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を解除するという判断への確信</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在 (他職種)</div> </div> <p style="text-align: center;">14年目</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在 (部署)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束が行われている患者への理解</div> </div> <p style="text-align: center;">現在 (17年目)</p>	
E 経験年数	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束によるケア実践を知る経験</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在 (専門・認定)</div> </div> <p style="text-align: center;">10年目</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を行わずに患者が安全に過ごせる看護実践についての知識の獲得</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験</div> </div> <p style="text-align: center;">10~14年目</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化を目的とした評価システムの存在</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態</div> </div> <p style="text-align: center;">現在 (14年目)</p>	
F 経験年数	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束の倫理的問題に関する看護基礎教育</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在 (部署)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を解除した患者の好転</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に関連した職場内教育の受講</div> </div> <p style="text-align: center;">学生時代~2年目</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束を解除するという判断への確信</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">余裕のある人員配置</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束が行われている患者への理解</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を行っていない患者の挿入物の自己抜去や転倒をした経験</div> </div> <p style="text-align: center;">2年目~4年目</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在 (他職種)</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在 (管理職)</div> </div> <p style="text-align: center;">現在 (5年目)</p>	
G 経験年数	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">患者の安全や看護師にとっての効率性を優先するために身体拘束を行うことが適例となっている病棟</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に消極的・否定的な周囲のスタッフの存在</div> </div> <p style="text-align: center;">1~2年目</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">組織が身体拘束最小化に取り組むことへの了解</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に関連した職場内教育の受講</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を解除した患者の好転</div> </div> <p style="text-align: center;">3~4年目</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">患者を見守る人員の不足</div> </div> <p style="text-align: center;">現在 (4年目)</p>	
H 経験年数	<div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">患者の安全や看護師にとっての効率性を優先するために身体拘束を行うことが適例となっている病棟</div> <p style="text-align: center;">14年目</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在 (他職種)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を行わずに患者が安全に過ごせる看護実践についての知識の獲得</div> </div> <p style="text-align: center;">14年目</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在 (部署)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を解除した患者の好転</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束が行われている患者への理解</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に取り組む周囲のスタッフの存在 (管理職)</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">患者を見守る人員の不足</div> </div> <p style="text-align: center;">現在 (16年目)</p>	
I 経験年数	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験</div> <p style="text-align: center;">1~5年目</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">組織が身体拘束最小化に取り組むことへの了解</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に関連した職場内教育の受講</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在 (部署)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在 (他職種)</div> </div> <p style="text-align: center;">7~8年目</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束が行われている患者への理解</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">患者を見守る人員の不足</div> </div> <p style="text-align: center;">現在 (8年目)</p>	
J 経験年数	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">組織が身体拘束最小化に取り組むことへの了解</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に関連した職場内教育の受講</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束が行われている患者への理解</div> </div> <p style="text-align: center;">1年目</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在 (部署)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を解除した患者の好転</div> </div> <p style="text-align: center;">2~3年目</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">患者の安全や看護師にとっての効率性を優先するために身体拘束を行うことが適例となっている病棟</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">身体拘束最小化に消極的・否定的な周囲のスタッフの存在</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身体拘束を行わずに患者が安全に過ごせる看護実践についての知識の獲得</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">患者を見守る人員の不足</div> </div> <p style="text-align: center;">4年目~現在 (5年目)</p>	

第5章 考察

急性期病棟の看護師が、これまで身体拘束を行っていたような状況においても、「身体拘束を行わない」ことを選択するに至った経緯には、概ね3段階の様相があった。第1段階では身体拘束を行うべきではないという動機を生成し、第2段階では身体拘束を行わないという意識や行動の変化に至り、第3段階では変化した行動を継続していた。また、研究対象者によって生起する時期は異なるものの、「看護師の身体拘束を行わないという選択を促進した要因」のうち、個人要因の多くは入職した後の身体拘束に関連した経験を示していた。組織要因、環境要因、患者の要因は、経験を生む契機となったり、影響を増幅させたりしていた。看護師の身体拘束を行わないという選択に影響した身体拘束に関連した経験と、看護師の経験に影響を及ぼす組織のありかたについて考察する。

1. 看護師の身体拘束を行わないという選択に影響した経験

研究対象者は、身体拘束を行った患者の状態が悪化し、身体拘束を解除すると患者の状態が好転するという変化を経験することで、身体拘束の影響を実感し、「やはり身体拘束は行わないほうが良い」という考えを持って行動を変化させていた。このうち、【身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験】が生起したプロセスでは、予め持っていた身体拘束が患者に悪影響を及ぼすという知識を、経験によって実感できることで考え方や行動を変化させていた（C、E、G）。なかには、身体拘束は患者の安全を確保するために行っているという認識が、患者の変化や家族の希望によってはじめて変化し、動機を生成した研究対象者（A）もいた。【身体拘束を解除した患者の好転】が生起したプロセスでは、研究対象者が患者の好転を捉えて喜び、身体拘束を行わないことを継続する支えとしていた（B、F、G、H、I、J）。これまで身体拘束を行っていたような状況においても、身体拘束を行わないことを選択するという勇気ある決断によって得られた患者の好転は、看護師自身の選択を肯定できる機会となっていた。

1. 看護師の経験による熟達が身体拘束最小化のプロセスに及ぼす影響

身体拘束を行わない選択を促進した個人要因による変化の様相は、研究対象者の熟達過程によって異なっていたが、経験を積むことで変化するという点では共通していた。そこで、ベナーによる看護師の熟達プロセス（2015）に基づいて、身体拘束最小化における研究対象者の変容過程を概観する。新人看護師にとって、「臨床状況は、達成しなければならないタスク（課せられた仕事）のまとまりであり、タスクとして要求されるものが自分の仕事の中心」（ベナー，2015）である。研究対象者のうち5名の看護師（A、B、D、F、G）は、目の前の仕事を遂行することに精一杯で、自己抜去や転倒などの事故が無いことを優先しており、身体拘束を解除できずにいた。しかし、仕事に余裕が持てるようになったと自覚すると身体拘束が患者に及ぼす悪影響や退院後の生活を考えられるようになっていた。これは、一人前看護師になると、「組織化の能力と技術的スキルの改善によって、患者の状態に将来どのようなことが起きるか、そのシナリオを把握する力」（ベナー，2015）を持つようになると言われるように、看護師が身体拘束に関連した患者や家族の言動や変化に気付いていても、対応できる熟達過程にない場合には身体拘束を最小化できなかった可能性を示唆している。

ところで、こうした変化に要した期間は研究対象者によって異なっており、主体的に身体拘束を解除できるようになった経験年数では、2～12年目までの差異があった。動機の生成から行動の変化に至るプロセスで、5名の研究対象者（A、C、E、H、J）は、点滴の位置や固定方法、投与時間を調整して自己抜去を予防する、患者の療養環境を整えるといった具体的な看護実践についての知識を獲得するという経験をしたのちに、身体拘束最小化の実践を開始していた。経験につながる知識は、身体拘束に関するカンファレンス、身体拘束最小化に積極的に取り組む病棟での看護実践、身体拘束最小化に関連した委員会、専門・認定看護師によるアドバイスなどの機会に獲得していた。身体拘束に関連したカンファレンスは、6名の研究対象者（A、B、C、E、F、H）にとって身体拘束の継続や解除を決定する場となっていた。一方、研究対象者の中で、動機の生成から実践までに最も長い期間を要していたDは、知識があっても周囲からの支援が得られないと認識しており、自身の判断に則って患者の身体拘束を解除できるという確信を持てるようになるまでに時間がかかっていた。これらのことから、個人的に知識を習得するだけではなく、カンファレンス等により周囲

とともに知識や技術を習得したり、対応方法を検討したりすることで、身体拘束を行わない選択ができるまでの期間を短くできる可能性があると考えられる。

さらに、研究対象者のうち5名（D、E、F、H、I）は、他職種による身体拘束最小化に関連したアドバイスを、身体拘束を行わないと判断する際の材料としていた。このうち、他職種との話し合いができた研究対象者は、いずれも一人前レベル以上の経験を持っており、患者の身体拘束を解除するという目的をもって、他職種と交渉することができていた（D、E、H、I）。ベナー（2015）は、医師と看護師の間の交渉は、経験を通じて獲得できるスキルであり、交渉が行えるかは、看護師が臨床状況を把握していること、医師と信頼関係を構築していること、論拠と説得力ある説明のスキルがあることと述べている通り、ある程度の経験を積むことによりこうした交渉ができるようになると思われる。一方で、他部署での経験はあるものの、部署を異動して1年目のときに、患者に挿入されている管類の自己抜去があり、処置を依頼した医師が溜息をついたのを聞き、申し訳なく感じるようになったことが、身体拘束を行わないという選択を阻害した事例もあった（J）。つまりこれは、看護師としての経験を積むことだけでなく、その部署での経験を積んでいるということが、身体拘束最小化につながる他職種との関わりにおいて必要であるということを示唆している。

また、前提として看護師が倫理的な感性を持つことも必要である。倫理的態度を醸成するためには、看護教育課程から倫理教育を行うことの重要性も指摘されている（日本看護系大学協議会，2008）。今回の研究対象者で、身体拘束の倫理的問題に関する看護基礎教育を受けていたのは1名のみであったが、看護基礎教育において身体拘束は憲法にも関わる人間の権利擁護のために使用すべきではないと学んだFは、働き始めたのちも身体拘束は最小化すべきであるという考えを持っていた。一方で、社会人経験を経て看護師となったDは、【病院で身体拘束を行っていることへの違和感】を持ち、院内の身体拘束を無くしたいと思っていた。医療者が忘れがちな社会の常識を持った貴重な意見である。人が人を縛る身体拘束は日本国憲法にも関わる人権を侵害する行為であり、日常生活ではあり得ないと認識すること、そして、倫理教育を受けた看護学生や新人看護師による身体拘束への批判を受け入れる態度を持つことが必要である。

2. 看護師の身体拘束に関連した経験を看護管理者が支援する方法

看護師が身体拘束を行わない選択に至る過程において、患者や家族とのかかわりを中核とした経験を持つことで動機を生成し、対応できる知識や技術を習得することで行動を変化させることが分かった。このプロセスを支援する第一歩となるのは、看護管理者が、スタッフの身体拘束に関連した患者や家族の言動と変化に対する気づきを促すことだと考える。そのためには、看護管理者自身が、患者の変化を適切に捉え、それをスタッフに伝えることが必要となる。ただし、身体拘束の軽減は、法律やガイドラインの改訂、病院の方針、現職教育、個別ケア、老人看護の専門家の参加等、多くの要素が介入してこそ達成できる (Shao-Huan Lan.et al, 2017)。ドイツのナースィングホームで行われた大規模なRCTでは、勤務する看護師に身体拘束最小化を目指すことを目的とした教育的介入があっても、一定数の看護師は依然として身体的拘束が転倒や怪我を防ぐための有効な手段であると信じていたという報告がある (J. Abraham.et al, 2015)。患者の転倒や怪我といった事故や事故発生リスクへの対策がないまま、身体拘束最小化を目指す知識や技術についての教育をするだけでは、すべての看護師の身体拘束に関する認識を変えることは困難である。

II. 身体拘束最小化のプロセスにおける組織の役割

1. 看護師の身体拘束に関する行動に組織が与える影響と管理者の役割

前述のドイツの研究とも類似した結果が、本研究でも得られている。研究対象者のうち6名 (B、D、F、G、H、I) は、「身体拘束は行うべきではない」という考えを持っていても、患者の安全や看護師にとっての効率性を優先するために身体拘束を行うことが通例となっている病棟に所属していたり、身体拘束最小化に消極的・否定的なスタッフが周囲に存在していたりすることで、身体拘束を行っていた。しかし、一方で、身体拘束に積極的・協力的に取り組む上司や同僚のスタッフの存在によって、看護師経験1年目であっても身体拘束を解除していた事例 (C) や、身体拘束最小化に取り組んでいる病棟に異動したことで、身体拘束を解除できるようになった事例

(B) もあった。中西 (2019) は、一般急性期病院における身体拘束の実態を調査した結果、「病棟の変量効果が認められたことから、身体拘束を実施する傾向のある病

棟とない病棟とが存在しており、病棟の文化が身体拘束の実施に影響を及ぼしている可能性がある」としている。本研究においても、看護師は、所属する病棟の身体拘束に関する暗黙のルールや実践方法に影響を受け、身体拘束に対する考え方や行動を形成していた。

また、研究対象者のうち2名（A、B）は、組織による身体拘束最小化の動きを認識しても、患者の挿入物の自己抜去や転倒に対する懸念が優先し、身体拘束を最小化する行動には至っていなかった。しかし、組織の身体拘束最小化に向けた取り組みが契機となり、身体拘束最小化を実践することができるようになったものも4名（C、G、I、J）いた。前者との相違は、上司の言動や院内教育の受講によって、組織による取り組みやその方策を了解していた点であった。彼らは、「看護師長やスタッフは、一緒に点滴の自己抜去や転倒などのインシデントについて話し合う時間を設けてくれる、話しやすい環境」〈C-3〉、「看護師長やベテランの看護師に身体拘束を減らしていこうという意識があったことで、経験が浅い看護師も身体拘束を減らしていいと思えた」〈G-4〉、「上司が率先して身体拘束最小化に取り組んでいるとできるかもしれないという思いが出てくる」〈J-4〉と、特に管理者の積極的な姿勢が自らの実践を支援したと語っていた。臨床現場で勤務する看護師にとって、患者が治療に必要な管類を抜去したり、転倒したりして治療計画に影響を及ぼすことは避けたい事象である。「インシデントの報告に対して非難する文化は、人工呼吸器を装着している患者への身体拘束の実施と関連があった（Unoki, 2019）」という報告もある。研究参加者は、上司等の管理者の支持的な言動によって、「身体拘束を行っていない患者の自己抜去や転倒があったとしても、個人が責められることはない」という安心感を持ち、それが身体拘束をしないという行動につながったことが伺える。

2. 患者の安全を確保する環境の調整に向けた役割

研究対象者の身体拘束を行わない選択を阻害した要因のうち、個人要因、環境要因、患者の要因は、先行する桐山ら（2018）や齋藤ら（2019）の調査結果と類似していた。桐山ら（2018）は、肺炎などの内科治療目的で入院した高齢者が、点滴や安静などの治療を十分理解できない場合に身体拘束されている可能性があり、身体拘束を行っている患者の96.4%は看護師が身体拘束の開始を判断していたと報告している。また、齋藤ら（2019）によると急性期病院に入院している脳卒中患者の身体拘束実施

の要因は、認知機能低下・行動障害に加えて、治療上の留置チューブが存在する場合であると述べていた。本研究でも、身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態は、6名（B、C、E、F、G、J）の身体拘束を行わない選択を阻害していた。いずれの看護師も、身体拘束最小化に取り組んではいないものの、治療を行うために安全確保を優先すべきだと判断する急性状態の患者に対しては行わざるを得ないと考えていた。

他に、昼間には身体拘束を解除できる患者であっても、患者の睡眠薬の使用や夜間の照明の暗さが阻害要因となって身体拘束を行っている実態があった。田ヶ谷ら（2016）は、日本人の平均睡眠時間は7時間であるのに対し、病院では床上時間が約9時間と長過ぎることや、消灯時刻も21時頃と日本人成人の平均入床時刻より2時間早いことが、病院で多発する不眠の原因になっている可能性を指摘している。加えて、谷口（2019）は、身体拘束の対象となりやすい認知症の不眠および睡眠覚醒リズム異常には、有効かつ有害事象の少ない治療はないとする。つまり、看護師が夜間は身体拘束をせざるを得ないと判断する患者の中には、適切なアセスメントや診断のないまま、睡眠薬を使用し、それにより転倒リスクを高めている可能性があると言える。まずは、看護師が不眠や睡眠覚醒リズムについて学ぶこと、患者の普段の睡眠時間やルーティンを知ることが必要である。また、看護師のみならず、医師や薬剤師も同様に患者の状態を踏まえた睡眠薬の選択について学び、多職種で検討することで、身体拘束の最小化につながると考える。

さらに黒川（2018）は、入院中の転倒・転落事故の予防対策として、「患者自身が安定した行動が行える環境」「転倒しても大怪我をしない環境」を整え、医学的な視点と患者の生活の視点からケアを考える必要があるとしている。夜間の照明の暗さが患者の転倒リスクであるという指摘は、夜間の病棟の環境を知る看護師だからこそ気付くことのできる、生活の視点に立った意見である。患者の視力や聴覚、歩行機能、疾患の状態といった医学的な視点と合わせて、病棟内の明るさや過ごしやすさといった環境を整える必要がある。佐藤（2020）は、病棟の身体拘束最小化に向けた取り組みの初期に、身体拘束の原因となるせん妄が夜間に発症・悪化することが多いことから、夜勤リーダーへのせん妄予防ケアの教育を行っている。管理者が、自部署における身体拘束の実態を把握することで、効果的な取り組みができるだろう。

3. 身体拘束最小化に向けた柔軟な人員配置を確保する役割

研究対象者のうち、2名（A、F）は余裕のある人員配置を条件として身体拘束を解除していた。一方で、4名（G、H、I、J）が患者を見守る人員の不足によって、身体拘束最小化に向けた取り組みを実施・継続できないことがあると感じていた。身体拘束を行わずに患者の安全を確保する方法の一つが見守りである。しかしこれには十分な人員配置がないと困難であるという意見もある。しかし、身体拘束最小化に成功した金沢大学附属病院の取り組みでは、「身体抑制のない看護」を達成するプロセスにおいて、取り組みの初期段階には「見守る人員がいないと無理」という意見があったが、取り組みを続けていくうちに、見守りが必要な「看護業務の一つである」という考え方に変わり、単に人数が多い少ないというよりも、どのようにチームで協力して見守りを行っていくかという考え方にシフトしていた（小藤，2018）。新たに人材を増やすということは簡単にできることではない。既存の業務に見守りを追加するのではなく、見守りを含め、必要な看護業務を遂行するために定型的な業務の必要性を見直す必要がある。また、業務繁忙時間を明らかにしその時間にポイントで出勤する人員を配置するなど、柔軟な人員配置について検討する必要がある。また、亀井（2018）は、高齢者を対象として身体拘束から高齢者を解放するHospital Elder Life Program（HELP）を病院と大学が協働して導入した事例を紹介している。看護学生を見守りのボランティアとして採用することで、実習以外で病棟に出向く機会になり、過度な緊張をもたずに自己の持ち味を発揮してケアが提供できるのではないかと提案している。組織内における勤務調整はもちろん、外部のリソースにも目を向ける必要があるだろう。一方で、看護師数が限られている、看護実習を受け入れていないなど、施設によって抱える問題は様々であろう。身体拘束を行わずに、安全な看護ができる医療体制に必要な人員について、科学的な知見を積み重ねることも重要な課題である。

III. 研究における方法論上の問題と課題

まず、研究協力者は、機縁法により、研究者のネットワークを通じた看護師の推薦を受けた上で研究協力の同意が得られた者とした。その結果、今回の研究参加者は、急性期病棟の身体拘束最小化に協力的な姿勢を示している者が多かった。そのため多様な意見をもつ看護師の変容過程については言及できなかった可能性がある。今後は

身体拘束最小化に取り組んでいない施設などの看護師の語りについても記述することで、視野を広げて検討することができると思う。また、個人の変容過程には、組織による影響も大きくあることが分かった。今回は看護師個人の語りのみを検討したが、実際の取り組みについて組織の取り組みと、看護師個人の捉え方両方を確認することで、身体拘束最小化に向けた、さらなる知見が得られる可能性がある。

また、インタビューにおいては、身体拘束は行うべきではないという社会的な正しさの前提があり、研究対象者がもしも身体拘束は必要であるという考えをもっていたとしても、それを表明しにくかった可能性があった。

なお、本研究のインタビューは、新型コロナウイルスの感染状況が比較的落ち着いていた2020年8月～10月に実施した。感染者が入院する病棟で勤務していた研究対象者も、「業務には余裕があり、身体拘束への考え方に大きな影響はない」と話していた。ところが、その後の感染拡大によって、医療機関は逼迫している。この状況において、認知機能が低下している患者の見守りを、通常通りに行うことは難しいことは容易に予想でき、看護師は患者の尊厳と安全な医療の提供、そして自身が感染しないようにしなければいけないという状況の中で、ジレンマを抱えている可能性が高い。今後は本研究で得られた知見をもとに、コロナ禍の現場の中で何ができるか、臨床現場に戻り考えていきたい。

第6章 結論

急性期一般病棟での身体拘束最小化のプロセスにおいて、看護師の行動に影響を与えた要素を知り、身体拘束を行わないことを選択する看護師を、組織としてどのように支援していくのかという問いへの示唆を得ることを目的に研究を行った。急性期一般入院料1または特定機能病院入院基本料7対1の届出をしている病院で勤務をしている病棟看護師で、過去1年以上身体拘束最小化への取り組みを行っている病棟勤務した経験があり、かつ主任、師長などの役職についていない看護師10名に半構造的インタビューを実施したところ、以下の4点がわかった。

1. 研究対象者が、これまで身体拘束を行っていたような状況において、「身体拘束を行わない」ことを選択するに至った経緯に影響を与えた要因のうち、「看護師の身体拘束を行わないという選択を促進した要因」は、【身体拘束の倫理的問題に関する看護基礎教育】【病院で身体拘束を行っていることへの違和感】【身体拘束を行ってほしくないと思う家族との出会い】【身体拘束を行ったことにより患者の症状が悪化した経験】【身体拘束によらないケア実践を知る経験】【身体拘束を行わずに患者が安全に過ごせる看護実践についての知識の獲得】【患者の退院後の生活を見据えてケアを検討した経験】【身体拘束を解除するという判断への確信】【身体拘束が行われている患者への理解】【身体拘束を解除した患者の好転】【身体拘束最小化に向けた社会や組織の動き】【身体拘束最小化に関連した職場内教育の受講】【組織が身体拘束最小化に取り組むことへの了解】【身体拘束最小化を目的とした委員会への参加】【身体拘束最小化に積極的・協力的に取り組む周囲のスタッフの存在】【余裕のある人員配置】【習慣として定着した身体拘束に関するカンファレンス】【身体拘束最小化を目的とした評価システムの存在】の、18件であった。

2. 一方、「身体拘束を行わない選択を阻害した要因」は、【身体拘束を行っていない患者の挿入物の自己抜去や転倒に対する懸念】【身体拘束を解除した患者が挿入物の自己抜去や転倒をした経験】【患者の安全や看護師にとっての効率性を優先して身体拘束を行うことが通例となっている病棟】【身体拘束最小化に消極的・否定的な周囲のスタッフの存在】

【患者を見守る人員の不足】【夜間の照明の暗さ】【患者の睡眠薬の使用】【身体拘束の使用による事故防止が優先される患者の急性状態】の8件であった。

3. 「看護師の身体拘束を行わないという選択を促進した要因」は、組織要因、環境要因、患者の要因に分けられた。個人要因の多くは入職した後の身体拘束に関連した経験を示していた。組織要因、環境要因、患者の要因は、経験を生む契機となったり、影響を増幅させたりしていた。

4. 研究対象者の語りを経験した順序で概観したところ、各要因が影響し身体拘束最小化に向けた考え方や行動が変化したプロセスには概ね類似した流れが認められた。研究対象者が身体拘束を行わないことを選択するプロセスには3段階の様相があり、第1段階は身体拘束を行うべきではないという考え方を形成し、第2段階では身体拘束を行わないことを選択するに至り、第3段階では身体拘束を行わない選択を継続していた。