

資 料

回復期リハビリテーション病棟での身体抑制に対する認識調査 －看護師とセラピストの認識の違いを比較して－

Survey of Perceptions to Physical Restraint in a Convalescent Rehabilitation Ward
－ Comparison of Perceptions Between Nurses and Therapists －

安ヶ平才広¹⁾, 鳥谷部江理香¹⁾, 野里同²⁾

Takahiro Yasugahira, Erika Toriyabe, Hitoshi Nozato

キーワード：身体抑制, 回復期リハビリテーション病棟, 認識調査

Key words : physical restraint, convalescent rehabilitation ward, perception survey

要 旨

回復期リハビリテーション病棟に勤務する看護師とセラピストの身体抑制に対する認識の統一に向けてその認識を比較検討することを目的に、看護師とセラピストの身体抑制に対する認識についてJ-PRUQを用いて調査し分析を行った。

その結果、看護師とセラピストともに、治療の中断や生命の危機に関わる項目で抑制に対する認識が高いことが示唆された。また、全ての項目においてセラピストの方が抑制に対する認識が高く、「他人の物を取るのを防ぐために抑制する」、「危険な場所や物に近づくのを防ぐために抑制する」、「混乱して周りの人に迷惑をかけるのを防ぐために抑制する」、「スタッフや他の患者への身体的危害を防ぐために抑制する」の安全に生活できる環境の調整に関する4項目において有意差が認められた。これらのことから、安全に生活できる環境を調整することが重要であり、その対応策について検討する必要性が示された。

受付日：2022年11月4日 受理日：2023年1月17日

1) 栃内第二病院 Tochinai Daini Hospital

2) 岩手医科大学看護学部 School of Nursing, Iwate Medical University

I. はじめに

2000年に始まった介護保険法において身体拘束禁止規定が設けられ、介護施設では身体抑制は原則禁止となり、2001年には厚生労働省が「身体拘束ゼロへの手引き」を表明するなど、身体抑制が廃止されるように様々な取り組みが進められてきた。そして、2010年に日本集中治療医学会看護部会が「ICUにおける身体拘束（抑制）のガイドライン」（日本集中治療医学会看護部会，2010）、2015年に日本看護倫理学会が「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）を作成するなど、病院でも身体抑制の予防が進められるようにガイドラインが示された。

回復期リハビリテーション病棟（以下、回りハ病棟）では、急性期病棟より約3倍転倒発生率が高く（土田，2007）、転倒転落の防止など患者の安全を守るために抑制を行うことが少なくない。しかし、身体抑制は、生命の安全のために行われるものであるが、これらの行為によって体力の低下などの2次的、3次的障害を招くことが多いとされる（石倉ら，2015）。そのため、抑制を行わずに安全を確保する方策を検討することが重要となるが、その方策の一つとして、高齢者に安全な環境を確保できるよう組織内で意識を統一し、そのうえで多職種とも情報を交換・共有し、個々の高齢者のケアを粘り強く実践していくことが身体抑制の予防につながるといわれている（高崎，2004）。このことから、看護師だけではなく多職種で身体抑制に対する認識を統一し関わることで、身体抑制の削減につながるのではないかと考えたが、これまで身体抑制に対する認識の調査は看護師を対象とした報告（生野ら，2016；高田ら，2019）が多く、セラピストを対象とした調査は少ない。また、看護師を対象とした報告も一般病棟（刀柝ら，2013）や精神科病棟（三谷ら，2021）などを対象とした調査が多く、回りハ病棟を対象とした調査は十分に行われていない。これらのことから、回りハ病棟に勤務する看護師とセラピストの身体抑制に対する認識を調査し、比較検討することは回りハ病棟における多職種の身体抑制に対する認識の統一につながり、身体抑制の削減に寄与するのではないかと考えた。

II. 目的

回りハ病棟における多職種の身体抑制に対する統一した認識に向けて、看護師とセラピストの身体抑制に対する認識を調査し比較検討する。

III. 方法

1. 用語の定義

セラピスト：本研究では回りハ病棟に勤務する理学療法士、作業療法士、言語療法士、公認心理師をセラピストと定義する。

2. 調査期間

令和2年8月～9月。

3. 研究対象

A病棟の回りハ病棟に勤務する看護師15名、セラピスト26名の計41名。

4. データ収集方法

1) 調査内容

基本属性は、職種、年代、経験年数について調査を行った。そして、身体抑制の認識は、Strumpf & Evansが開発したPRUQ尺度を、赤嶺らが日本語版として翻訳した「日本語版身体抑制認識尺度（Akamine et al., 2003）」（以下、J-PRUQ）を使用し、調査を実施した。J-PRUQは、3因子17項目における抑制の必要性を、「1：全く必要でない」から「5：最も必要」の5件法で評価し、得点が低い程、身体抑制に対する認識が低いことを示すものである。

2) 調査方法

対象者へ研究の説明を記載した無記名自記式調査票を配布し、研究の参加に同意した対象者のみ病棟に設置した回収BOXへの投函を依頼した。

5. データ分析方法

看護師群とセラピスト群に分けて、基本属性は単純集計を行い、身体抑制に対する認識については、看護師群とセラピスト群のJ-PRUQの17項目の各得点をMann-WhitneyのU検定で比較検討した。データの統計解析についてはIBM SPSS Ver23.を用い、有意水準は $p < 0.05$ とした。

6. 倫理的配慮

対象者に対し、文書を用いて、研究の目的や方法などを説明し、その際、研究協力は対象者の自由意思であること、参加の有無によって生じる不利益は一切生じないことなどを説明した。調査票の回収にあたっては、A 病院に回収箱を設置し、調査票の投函によって調査の同意が得られたこととし、対象者の自由意思で回答がなされるようにした。

調査で得られたデータは、鍵のかかる棚に厳重に保管し、研究者以外が取り扱うことがないこと、研究後速やかに破棄もしくは消去することを、文書を用いて説明した。また、統計的に処理することから個人が特定されないように、個人情報の保護の配慮をすること、得られたデータは研究以外に使用しないことを文書で伝えた。

本研究は栃内第二病院の看護研究倫理審査会の承認を得て行った。

IV. 結 果

対象者 41 名に調査票を配布し、41 名（回収率 100%）から回収した。その中から、J-PRUQ の調査項目で欠損値を認めなかった 41 名（有効回答率 100%）を分析対象とした。

1. 基本属性（表 1）

各職種の年代は 20 代～30 代が看護師、セラピストともに一番多く、看護師が 53.3%、セラピストが 88.5%であった。経験年数は看護師が 12.7 ± 11.1 年で、セラピストは 6.0 ± 6.2 年と看護師の方が経験年数が高かった。

表 1 基本属性

| | 看護師 n = 15 | セラピスト n = 26 |
|-----------|-----------------|-----------------|
| 年代 | | |
| ・ 20～30 代 | 8 (53.3%) | 23 (88.5%) |
| ・ 40 代以上 | 7 (46.7%) | 3 (11.5%) |
| 経験年数 | 12.7 ± 11.1 | 6.0 ± 6.2 |

2. 回りハ病棟における看護師とセラピストの身体抑制に対する認識（表 2）

看護師の身体抑制の認識が高い項目は、「点滴チューブを抜くことを防ぐために抑制する」 3.66 ± 0.97 、「縫合を外すことを防ぐために抑制する」 3.66 ± 1.29 が最も高く、ついで「カテーテルを抜くことを防ぐために抑制する」 3.60 ± 0.98 であった。一方で身体抑制の認識が低い項目に関しては、「他人の物を取るのを防ぐために抑制する」 1.40 ± 0.50 が最も低く、ついで「動きすぎる高齢者を落ち着かせ休養を与えるために抑制する」 1.53 ± 0.63 であった。

セラピストの身体抑制の認識の高い項目は、「縫合を外すことを防ぐために抑制する」 3.92 ± 0.97 が最も高く、ついで「栄養チューブを抜くことを防ぐために抑制する」 3.80 ± 0.98 であった。一方で身体抑制の認識が低い項目は、「スタッフ不足のため抑制する」 2.23 ± 1.06 、ついで「動きすぎる高齢者を落ち着かせ休養を与えるために抑制する」 2.34 ± 0.89 であった。看護師とセラピストの身体抑制の認識の比較に関しては、全ての項目において看護師の方が抑制に対する認識が低く、「他人の物を取るのを防ぐために抑制する（ $p = 0.01$ ）」、「危険な場所や物に近づくのを防ぐために抑制する（ $p = 0.03$ ）」、「混乱して周りの人に迷惑をかけるのを防ぐために抑制する（ $p = 0.03$ ）」、「スタッフや他の患者への身体的危害を防ぐために抑制する（ $p = 0.03$ ）」の 4 項目において有意差が認められた。

V. 考 察

1. 回りハ病棟における看護師及びセラピストの身体抑制に対する認識

本研究において、回りハ病棟における看護師の身体抑制の認識が高い項目は「点滴チューブを抜くことを防ぐために抑制する」 3.66 ± 0.97 、「縫合を外すことを防ぐために抑制する」 3.66 ± 1.29 が最も高く、セラピストは「縫合を外すことを防ぐために抑制する」 3.92 ± 0.97 が最も高い結果となった。このように、チューブ類の抜去や縫合を外すなど治療の中断や生命に関わる項目に対して身体抑制の認識が高い傾向にあることは、先行研究でも同様の結果であった（牧野ら, 2021）。このことから、治療の中断や生命に関わる項目は病棟や職種に関係なく身体抑制に対する認識が高く、実際に抑制が行われていることが推測される。しかし、身体抑制された患者は、自己抜管率が高くなる

表2 回り八病棟における看護師とセラピストの身体抑制に対する認識

| | 看護師 n = 15 | セラピスト n = 26 | p 値 |
|-----------------------------|---------------|-----------------|-------|
| ベッドからの転落を防ぐために抑制する | 3.33±0.89 | 3.33±0.78 | 0.53 |
| 椅子からの転落を防ぐために抑制する | 3.20±0.94 | 3.23±0.65 | 0.58 |
| 不安定な歩行による転倒を防ぐために抑制する | 2.40±1.11 | 3.04±0.82 | 0.18 |
| 徘徊防止のために抑制する | 1.67±0.61 | 2.38±0.94 | 0.16 |
| 他人の物を取るのを防ぐために抑制する | 1.40±0.50 | 2.54±1.10 | 0.01* |
| 危険な場所や物に近づくのを防ぐために抑制する | 1.80±0.86 | 2.96±1.14 | 0.03* |
| 混乱して周りの人に迷惑をかけるのを防ぐために抑制する | 1.60±0.73 | 2.50±0.98 | 0.03* |
| カテーテルを抜くことを防ぐために抑制する | 3.60±0.98 | 3.76±0.99 | 0.43 |
| 栄養チューブを抜くことを防ぐために抑制する | 3.33±1.11 | 3.80±0.98 | 0.34 |
| 点滴チューブを抜くことを防ぐために抑制する | 3.66±0.97 | 3.73±1.00 | 0.79 |
| 縫合を外すことを防ぐために抑制する | 3.66±1.29 | 3.92±0.97 | 0.86 |
| 傷口のガーゼをとり外すことを防ぐために抑制する | 3.40±1.24 | 3.61±0.80 | 0.98 |
| 動きすぎる高齢者を落ち着かせ休養を与えるために抑制する | 1.53±0.63 | 2.34±0.89 | 0.08 |
| 判断力に欠ける高齢者の安全を確保するために抑制する | 2.26±1.09 | 2.61±0.89 | 0.74 |
| スタッフの不足のために抑制する | 1.80±0.67 | 2.23±1.06 | 0.72 |
| スタッフや他の患者への身体的危害を防ぐために抑制する | 2.46±0.51 | 3.26±1.00 | 0.03* |
| 興奮状態の高齢者を管理するために抑制する | 2.26±0.59 | 2.80±0.84 | 0.09 |

Mann-Whitney の U 検定 (* $p < 0.05$)

事例 (P M Atkins et al., 1997) も報告されていることから、治療の中断や生命の危機の予防のために行われている抑制は効果が認められないことも示唆されている。また、治療に関する項目以外では、「ベッドからの転落を防ぐために抑制する」が看護師 3.33 ± 0.89 、セラピスト 3.33 ± 0.78 であり、転落に関しても抑制に対する認識が高い傾向にあることがわかったが、身体抑制された患者は転落するリスクが高まる (Castle NG & J Engberg, 2009) ことが示唆され、身体抑制率が低下しても転倒転落率の増加は認められない (服部・片山, 2021) ことも報告されている。これらのことから、安全の確保のために実施されている身体抑制はその効果は認められない可能性があり、抑制を実施しなくとも安全を確保できることを認識する必要があると考える。そのため、今後は患者を常に観察・付添できる手厚い人員配置等の体制整備、家族との関わりを含めた療養環境の調整、生活者としての個人を尊重するケアの提供等の身体抑制の代替法 (河合ら, 2021) も検討する必要性が改めて示された。

2. 看護師とセラピストの身体抑制に対する認識の違い

本研究において看護師とセラピストの身体抑制に対する認識を比較した結果、看護師の方が全ての項目に対して身体抑制に関する認識が低い結果となった。これは、看護師は身体抑制の解除に向けたカンファレンスや勉強会 (小林, 2020; 杉山, 2021) など、抑制の必要性について検討する機会が多く設けられていることが影響しているのではないかと考える。この抑制の必要性を検討する機会に関しては毎日の多職種カンファレンスを継続することにより、身体抑制の必要性に関する認識が低下し、身体抑制率も低下することが報告されている (服部・片山, 2021)。このことから、看護職だけでなく、多職種で抑制に関するカンファレンスを行うことが重要であり、身体抑制に対する認識の統一につなげることができるのではないかと考える。

今回看護師とセラピストの抑制に対する認識で有意差が認められたのは「他人の物を取るのを防ぐために抑制する ($p = 0.01$)」、「危険な場所や物に近づくのを防ぐために抑制する ($p = 0.03$)」、「混乱して周りの人に迷惑をかけるのを防ぐために抑制する ($p = 0.03$)」、「スタッフや他の患者への身体的危害を防ぐために抑制する ($p = 0.03$)」の4項目であった。この4項目には「安全な環境を提供する」という点で共

通する因子である (牧野ら, 2021)。看護の実践の核となるケアリングの中に安心して療養できる環境の調整が含まれることから (重久, 2020)、日々の看護実践の中で環境の調整を行う看護師はセラピストより身体抑制に対する認識が低かったのではないかと考える。このことから、看護師が安全に生活できる環境を調整し、不必要な抑制が行われないようセラピストと情報共有する必要性が示された。そして、この環境の調整と情報共有が統一した抑制に対する認識につながり、抑制率の低下に寄与するのではないかと考える。

VI. 本研究の限界

本研究は一施設での調査であることから一般化には限界がある。また、抑制に対する認識は看護師の方が低い結果となったが、看護師の経験年数がセラピストより高いことから、経験年数が影響した可能性も考えられる。したがって、今後は多施設での調査を行い、セラピストと看護師の経験年数を同じ条件で検討する必要がある。

VII. 結 論

看護師とセラピストともに、治療の中断や生命の危機に関わる項目で抑制に対する認識が高いことが示唆された。また、全ての項目においてセラピストの方が抑制に対する認識が高く、「他人の物を取るのを防ぐために抑制する」、「混乱して周りの人に迷惑をかけるのを防ぐために抑制する」、「スタッフや他の患者への身体的危害を防ぐために抑制する」、「危険な場所や物に近づくのを防ぐために抑制する」の4項目において有意差が認められた。

利益相反：なし

引用文献

- Akamine Y, Yokota T, Kuniyoshi M, et al. (2003) : Reliability and Validity of the Japanese Version of Physical Restraint Use Questionnaire, *Ryukyu Med*, 22 (1,2) , 21-28.
- Castle NG, J Engberg (2009) : The Health Consequences of Using Physical Restraints in Nursing Homes. *Medical Care*, 47, 1164-1173.
- 服部洋美, 片山はるみ (2021) : 特定機能病院の精神科病床における身体拘束に関する毎日の多職種カンファレンスの継続による効果 - 身体拘束率の低下と参加者の気づき -, *日本看護科学会誌*, 41, 866-

- 875.
- 生野圭, 長山豊, 松平篤士, 他 (2016): 一般病棟での身体抑制の知識による看護介入への影響, 日本看護学会論文集: 精神看護, 46, 181-184.
- 石倉未沙絵, 鹿田和樹, 杉本英里華, 他 (2015): 臨床現場における身体拘束, 抑制の実態と実施基準に関する研究, 米子医学雑誌, 66 (2-3), 36-46.
- 河合佑亮, 山田亨, 山川一馬, 他 (2021): 集中治療室における身体的拘束 (身体抑制) に関する質的システマティックレビュー, 日本集中治療医学会雑誌, 28 (4), 277-286.
- 小林みゆき (2020): 一般病棟における身体拘束をしない看護の実現 入院患者 552 名の実態調査と質の高いケア事例から考える【実践報告 南奈良総合医療センターの取り組み 1 人ひとりの患者の持てる力を活かすケアが身体拘束減少を導く 勉強会とカンファレンスによる身体拘束解除に向けた取り組み, 看護管理, 30 (6), 534-537.
- 牧野真弓, 加藤真由美, 正源寺美穂 (2021): 認知障害高齢者における一般病院看護師の身体拘束の必要性認識の現状および拘束しない転倒予防の実施と影響要因についての多施設間横断研究, 日本転倒予防学会誌, 8 (1), 25-36.
- 三谷梨絵子, 伊東未代, 大森郁子, 他 (2021): A 大学病院精神神経科病棟における行動制限の実態調査 行動制限最小化委員会設置後 10 年間のデータを用いて, 日本精神科看護学術集会誌, 63 (2), 155-159.
- 日本看護倫理学会臨床倫理ガイドライン検討委員会 (2015): 身体拘束予防ガイドライン, Retrieved from: http://jnea.net/pdf/guideline_shintai_2015.pdf. (検索日: 2022 年 9 月 25 日).
- 日本集中治療医学会看護部会 (2010): ICU における身体拘束 (抑制) のガイドライン～全国調査を基に～, Retrieved from: <https://www.jsicm.org/pdf/gl-shintai-kosoku201012.pdf>. (検索日: 2022 年 9 月 25 日).
- P M Atkins, L C Mion, W Mendelson, R M Palmer, et al. (1997): Characteristics and outcomes of patients who self-extubate from ventilatory support: a case-control study, Comparative Study Chest, 112 (5), 1317-1323.
- 重久加代子 (2020): Rogers の概念分析法を用いた看護実践におけるケアリングの概念分析, 国際医療福祉大学学会誌, 25 (2), 51-61.
- 杉山茉莉菜 (2021): 抑制カンファレンス記録からみた身体拘束解除の要因, 日本看護学会論文集: 看護管理・看護教育, 51, 215-218.
- 高田摩由美, 辻千芽, 中尾弥生 (2019): 集中治療部で実施されている抑制の実態, 日本看護学会論文集: 看護管理, 49, 27-30.
- 高崎絹子 (2004): 「身体拘束ゼロ」を創る一患者・利用者のアドボカシー確立のための知識と技術, 中央法規出版, 東京.
- 刀祢優, 岡浦真心子, 生野圭 (2013): 安全な身体抑制の取り組み 一般科病棟における身体抑制の実態調査, 日本精神科看護学術集会誌, 56 (1), 60-61.
- 土田聖司 (2007): 当院における転倒・転落事故防止対策の現状報告 回復期リハビリ病棟と急性期病棟の比較, Osteoporosis Japan, 15 (2), 331-332.