

## そ の 他

# 病棟看護師チームの高齢者への身体拘束回避・解除に至る意思決定プロセス

Decision-making process of nursing teams in avoiding physical restraints for older adults

石政 結子<sup>1)</sup>, 北村 言<sup>2)</sup>, 大橋 史弥<sup>2)</sup>, 紺家 千津子<sup>2)</sup>

Yuiko Ishimasa<sup>1)</sup>, Aya Kitamura<sup>2)</sup>, Fumiya Oohashi<sup>2)</sup>, Chizuko Konya<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 石川県立看護大学大学院看護学研究科, <sup>2)</sup> 石川県立看護大学

<sup>1)</sup> Graduate School of Nursing, Ishikawa Prefectural Nursing University

<sup>2)</sup> Ishikawa Prefectural Nursing University

### キーワード

意思決定プロセス, 身体拘束, 看護師チーム, 複線径路・等至性モデル

### Key words

decision-making process, physical restraint, nursing team, trajectory equifinality model

## 要 旨

本研究は、病棟看護師チームの高齢者への身体拘束の回避・解除に関する意思決定のプロセスを明らかにすることを目的とした。研究方法として、高齢者への身体拘束についてアセスメントを行った経験を有する病棟看護師長を対象に、半構造化面接を実施し、複線径路・等至性モデルを参考にして分析した。2名に面接を行ったところ、両者のチームで共通して、《患者の入院または状態の変化：必須通過点》《患者の危険行動の理由を明確にする：分岐点》《身体拘束を実施しない、または完全に解除する：等至点》が抽出された。身体拘束を回避・解除するため、チーム全体で患者の行動について話し合うことで、患者の行動の理解が深まり、効果的な代替ケアの実施が可能となっていた。

### はじめに

我が国では高齢化が急速に進行し、2023年の高齢化率は29.1%<sup>1)</sup>と、総人口の約3割を高齢者が占める状況となっている。看護の現場において、

ケア対象者の尊厳を守ったかわりを行うことは大前提である。しかし入院中の高齢者に対して、転倒・転落やルート類の自己抜去の危険性が高いことを理由に、身体拘束の実施を選択している臨

---

連絡先 (Corresponding author)：北村 言  
石川県立看護大学  
〒929-1210 石川県かほく市学園台1-1

床現場があることも事実である。現に、身体拘束の実施割合は、認知症が疑われる高齢入院患者の44.5%にも及ぶと報告されている<sup>2)</sup>。

身体拘束とは、抑制帯等、患者の身体または衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限のことをいうとされている<sup>3)</sup>。身体拘束は、ケア対象者の安全を守りながら、確実に治療を実施する目的で行われているが、拘束を実施することにより、関節拘縮、四肢の廃用症候群、身体機能の低下といった身体的障害、認知症の進行やせん妄の頻発を招く等の精神的障害を及ぼすことが分かっている<sup>4) 5)</sup>。

身体拘束を減らす取り組みとして、1999年の介護保険制度開始に先立ち、厚生労働省令により介護保険施設等では身体拘束は原則禁止とされ、2001年には「身体拘束ゼロへの手引き」が発行された<sup>6)</sup>。病院では、2016年度の診療報酬改定で身体拘束が行われた日には認知症ケア加算が減算されることが示された。2024年には、身体拘束最小化の義務化を規定する旨の内容が示され<sup>3)</sup>、身体拘束最小化への取り組みが強化されている。これらにおいて、やむを得ず身体拘束が実施される場合には、切迫性、非代替性、一時性の3要件を満たしていることが条件とされている<sup>3)</sup>。しかし、どのような状態が「やむを得ない」のかの判断は臨床現場に委ねられている状態である。そのため、その場にいる医療者の考え方や経験によって、判断基準が異なる可能性がある。つまり、本来ならば身体拘束をしなくても治療・療養できたはずの高齢者が、身体拘束を受ける恐れがあるとも考えられる。身体拘束の最小化を図るには、現場で働く医療者すべてが、高齢者に対し適切な視点を持ってアセスメントを行えるようになることが求められると言える。

我が国における先行研究において、身体拘束の最小化について、看護師個人が身体拘束の必要性や回避をどのように判断しているかを報告した研究<sup>7)</sup>や看護管理実践に着目した研究<sup>8)</sup>はあるが、病棟看護師チームがどのように身体拘束を回避・解除する判断を下すのかに着目した研究報告はない。身体拘束の実施は、看護師個人の判断で決定されることはなく、病棟看護師チームで話し合い決定されることが一般的である。そのため、身体拘束の回避・解除について、病棟看護師チームの判断・行動のプロセスを明らかにすることは、身体拘束最小化に行き詰まっている病棟看護師チー

ムの一助となる。

そこで、本研究の目的は、病棟看護師チームの高齢者への身体拘束の回避・解除に関する意思決定のプロセスを明らかにすることとした。先行研究より、身体拘束の必要性を判断した理由として、ルート類の自己抜去や転倒・転落のリスクがあることが高い割合を占めていることから<sup>9)</sup>、本研究では、ルート類の自己抜去と、転倒・転落予防を目的とした身体拘束に関する病棟看護師チームでの意思決定による実践を対象とした。実践プロセスを明らかにするにあたり、時間経過や意思決定を促進／阻害する要因を含めて捉えることで、研究結果を臨床へ応用しやすくなると考えた。また、入院後も変化し続ける高齢者の状態に対応しながら、病棟看護師チームがどのようなプロセスを経て意思決定を行っているかを可視化することが重要であると考え、本研究ではそれらを含めたプロセスを捉える手法である、複線径路・等至性モデル (Trajectory Equifinality Model: TEM) を参考にして分析を行うこととした<sup>10)</sup>。

## 研究方法

### 1. 研究デザイン

研究デザインは質的研究とし、分析はTEMを参考にした。TEMは、等至点という研究者が関心をもった現象に至るまでの人間の発達や変容を、時間の経過と外的要因の影響を捨象せずに捉える手法である<sup>10)</sup>。個人を対象とした研究だけでなく、チームを対象とした分析にも用いられている<sup>11)</sup>。

### 2. インタビュー対象者

包含基準は、①病棟看護師長の経験を有する者、②入院中の高齢者への身体拘束についてアセスメントを行った経験を持つ者、の全てを満たす者とした。精神科領域以外での看護師長経験を有しない者は除外した。インタビュー対象者は、病棟看護師チームとしての実践を把握している者である必要があり、看護師長が最も適切であると判断した。精神科領域における身体拘束は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律により定められているため除外した。

インタビュー対象者は、機縁法によりリクルートした。

### 3. 調査方法

インタビュー対象者に対し、研究者2名による半構造化面接を2回実施した。メインのインタビューは、看護学部生であったため、共同研究者である指導教員が同席し、適宜質問の補足を行っ

た。面接は、対面またはオンラインで個別に行い、高齢者への身体拘束に関して質問した。インタビューの内容を表1に示した。初めに、今回の身体拘束回避・解除の実践対象となる高齢者の特性が、施設間で相違がないかどうかを確認するため身体拘束の話し合いの対象となる高齢者の特徴について確認した。その後は研究者からの質問を軸とし、インタビュー対象者には自身が所属する病棟看護師チームの経験と、経験を経て形成された考えの双方を自由に語ってもらった。その際、経験と考えを区別して話してほしいこと、経験にはインタビュー対象者が直接経験したこと以外に、カンファレンスや部下から聞いたこと・見たことも含め病棟看護師チームとしての経験を話してほしいことを伝えた。また、病棟において身体拘束に関する話し合いを日常的に行うチームの単位が病棟看護師チームであるかを確認し、看護師以外の職種を含む場合にはその職種と関わり方を確認した。面接内容はICレコーダーに録音し、音声から逐語録を作成した。調査期間は2024年9月～11月で

あった。

4. 分析方法

逐語録を精読し、身体拘束を回避、または解除する決定に至るまでのチームの思考と行動を表わす最小単位の切片を区切り、各切片を表わすコードをつけた。TEM図を作成するにあたり、コードを時系列に並べ、一人のインタビュー対象者内で同じ意味を持つコードが複数存在する場合には、それらを表わす親コードをつけた。親コードは、インタビュー対象者が面談の中で同一の出来事を繰り返し述べたために出現したものであり、概念レベルを上げるものではない。また、思考や行動が現れた時間に留意し、異なる時間に現れたコードを統合しないようにした。表2に、TEMの主要概念と本研究における意味を示す。コードから、TEMの主要概念にあたる等至点、両極化した等至点、必須通過点、分岐点、社会的方向付け、社会的助成を特定し、各インタビュー対象者の所属するチームのTEM図を作成した。

2回目の面接では、分析の妥当性を示すために、

表1 インタビューの内容

| 転倒・転落予防/ルート自己抜去予防の2点について聴取 |                                                                                                                      |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                          | 身体拘束の話し合いの対象となる高齢者の特徴を挙げてください。                                                                                       |
| 2                          | 病棟看護師が身体拘束を必要と考えた場合、チームでの検討はどのように進められますか。                                                                            |
| 3                          | 身体拘束をしない対応を検討するときに必要な情報には、どのようなものがありますか。<br>それらの中で、病棟（施設）看護師が情報収集において困難とを感じるものは何ですか。<br>また、アセスメントにおいて困難とを感じるものは何ですか。 |
| 4                          | 身体拘束をしないという意思決定に至る議論の過程で、スタッフによって意見がわかれやすいポイントはありますか。それらはどのように意思決定に至りますか。                                            |

表2 TEM (Trajectory Equifinality Model) の概念と本研究における意味

| 用 語                                      | 概念の意味                              | 本研究における意味                                     |
|------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 等至点: EFP<br>(Epuifinality Point)         | 本研究において着目する出来事や経験                  | 「身体拘束を実施しない、または完全に解除する」                       |
| 両極化した等至点: P-EFP<br>(Polarized EFP)       | 等至点の対となる出来事や経験                     | 「身体拘束の実施」                                     |
| 分岐点: BFP<br>(Bifurcation Point)          | 行動が多様に分かれていくポイント                   | 「身体拘束を実施しない、または完全に解除する」という決断に至る経路に影響を与える思考や行動 |
| 必須通過点: OPP<br>(Obligatory Passage Point) | 等至点に至るうえで必ず通るポイント                  | 「患者の入院または状態の変化」                               |
| 社会的方向付け: SD<br>(Social Direction)        | 等至点に至る個人の行動や選択に抑制的にかかっていく文化的・社会的な力 | 「身体拘束を実施しない、または完全に解除する」という決断にネガティブな影響を及ぼす要因   |
| 社会的助成: SG<br>(Social Guide)              | 等至点に至る個人の行動や選択を後押しするような援助的な力       | 「身体拘束を実施しない、または完全に解除する」という決断にポジティブな影響を及ぼす要因   |

メンバーチェックを行った。各TEM図をインタビュー対象者に見せ、インタビュー対象者の語りと研究者の理解に齟齬がないか、TEM図の径路が対象者個人ではなく病棟看護師チームとしての経験を表しているかを確認し、各TEM図を修正した。

身体拘束の話し合いの対象となる療養者の特性に関する語りからは、療養者の特性を示す最小単位の切片に区切り、各切片を表わすコードを付けた。コード全体を確認し、対象者の特徴をまとめたカテゴリーを抽出した。

分析は、老年看護学を専門とする者を含む看護学研究者3名と看護学部生1名の計4名で複数回の議論を重ねた。

### 倫理的配慮

インタビュー対象者には、説明文書を用いて研究説明を行い、同意を得た。また、面接開始前に録音についても説明し、了承を得た。インタビュー対象者に対し、話したくないことは話さなくてもよいこと、語る内容に個人が特定される内容(固有名詞等)は含まないようにすることを伝えた。本研究は、石川県立看護大学倫理委員会の承認を得て行った(2024-58-2)。音声データ、逐語録は研究用IDを付して、語りの中に病院名等の個人の特定につながりうる情報が含まれた場合は、それらは伏せ字にし、研究者のみがアクセス可能なクラウドに保管した。

### 結 果

2名の病棟看護師長に面接を行った。インタビュー対象者の所属は、大学病院、一般病院が各1名ずつであった。看護師経験年数及び管理者経験年数はそれぞれ、ID1では32年、7年、ID2では26年、6年であった。面接時間(1回目/2回目)は、ID1(70分/23分)、ID2(45分/33分)であった。

身体拘束の話し合いの対象となる者の特性として、[認知機能・判断力の低下等により、危険性を理解し、予防行動をとることができない者][ルート類の自己抜去や転倒・転落が生じた際、本人に重大な影響が及ぶと予測される者]が挙げられた(表3)。

病棟において身体拘束に関する話し合いを日常的に行うチームの単位は、どちらのインタビュー対象者においても、病棟看護師チームであることを確認した。

2名の病棟看護師チームのTEM図を図1に示した。結果を述べるにあたり、カテゴリーを《 》、(親)コードを< >で示す。(親)コード内の一部のフレーズを本文中に用いる場合には、「 」で表した。インタビュー対象者の実際の語りは、斜体で示す。

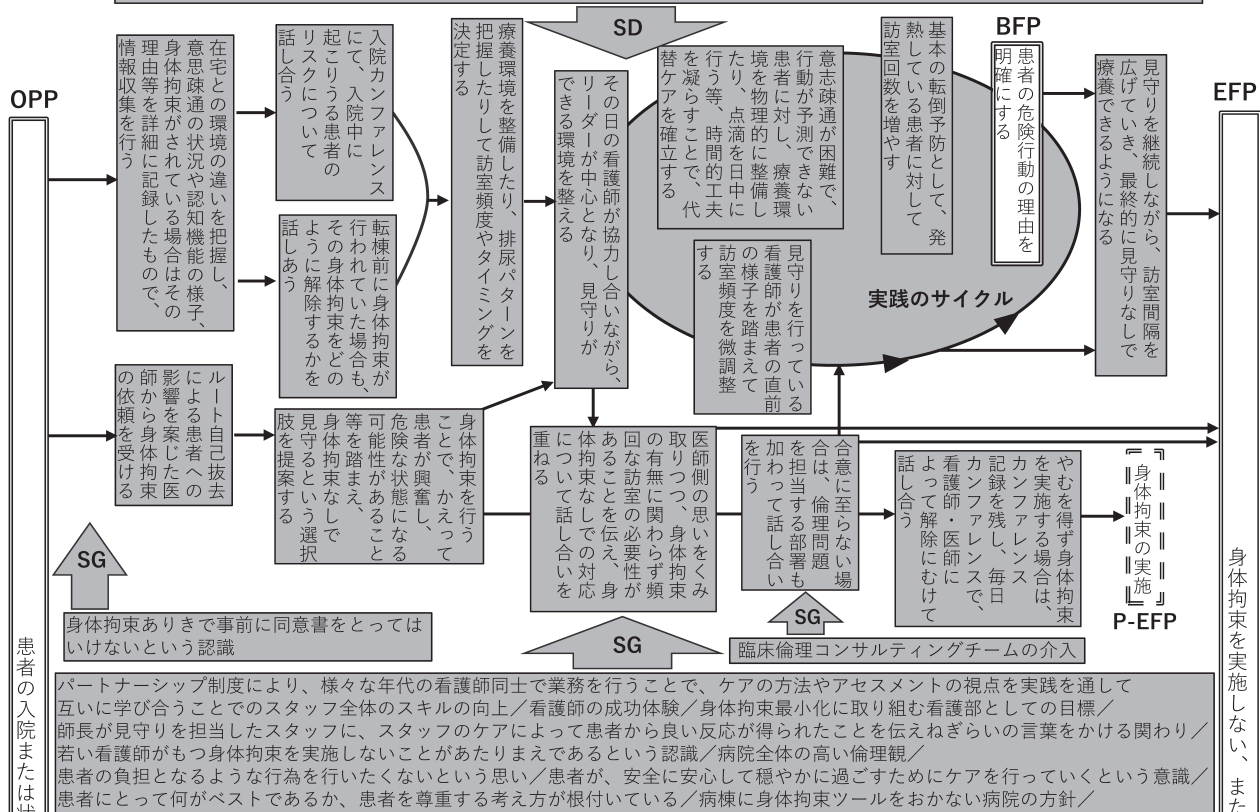
ID1では、入院後すぐに<在宅との環境の違い>を把握し、意思疎通の状況や認知機能の様子、身体拘束がされている場合はその理由等を詳細に記録したもので、情報収集を行(う)>い、入院カンファレンスにて、自己抜去や転倒・転落のり

表3 身体拘束の議論の対象となる者の特性

| カテゴリー                                  | コード                                                               | インタビュー対象者 |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| 認知機能・判断力の低下等により、危険性を理解し予防行動をとることができない者 | 自己抜去を繰り返す患者                                                       | ID1       |
|                                        | 認知機能低下やせん妄等により、状況や伝達内容の理解が困難な患者                                   | ID1       |
|                                        | 術後せん妄や環境変化によるせん妄、高次脳機能障害等、自己抜去の危険性やルートの必要性を理解できない、また判断力の低下がみられる患者 | ID1/ID2   |
|                                        | 言動と行動が一致しないような患者                                                  | ID2       |
|                                        | 自分の実際のADLを理解できない患者                                                | ID2       |
|                                        | 精神的に興奮状態にある患者                                                     | ID2       |
| ルート自己抜去や転倒が生じた際、患者に重大な影響が及ぶと予測される者     | ルート抜去が重大な影響を及ぼすと考えられる患者                                           | ID1       |
|                                        | せん妄や認知機能障害、脳転移等、心身の制御がうまく行えない場合や、転倒すると重大な障害を受ける可能性が高い患者           | ID1       |
|                                        | 経管栄養目的のチューブが入っている患者                                               | ID1       |

## 【ID1】

医師は、患者の治療に対する全責任を負う立場にあり、場合によっては身体拘束を行った方がいいと考える場合もあること／身体拘束がもたらす悪循環の認識が十分でないスタッフの意見／見守りのための頻回な訪室は困難であるという看護師の声／身体拘束に関する、医師との意見の対立／



## 【ID2】

身体拘束解除後に転倒が起きた場合に、看護師が責められるのではないかと恐怖感／患者の行動に関する情報が少ないこと／危険予測による自己抜去や転倒への不安／

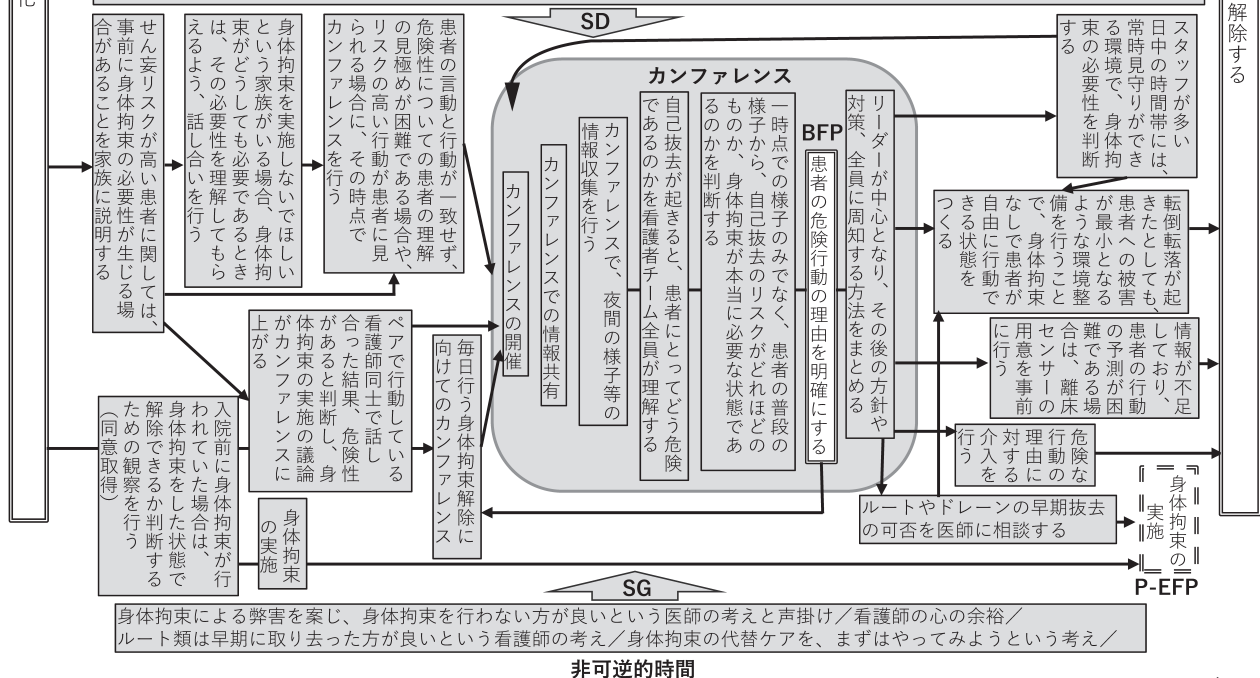


図1 身体拘束回避・解除に至るプロセス

等至点 (EFP) は「身体拘束を実施しない、または完全に解除する」、両極化した等至点 (P-EFP) は「身体拘束の実施」、必須通過点 (OPP) は「患者の入院、または状態の変化」、分岐点 (BFP) は「患者の危険行動の理由を明確にする」となり、二重線で示した (両極化した等視点のみ破線の二重線)。社会的方向付け (SD) は△が付いた図形、社会的助成 (SG) は◇が付いた図形で示した。

リスクが高い者に対しては「入院中に起こりうる患者のリスク」について話し合いが行われていた。

「転棟前に身体拘束が行われていた場合も、その身体拘束をどのように解除するか」という視点で話し合いが行われていた。その後、＜療養環境を整備したり、排尿パターンを把握したりして訪室頻度やタイミングを決定（する）：分岐点＞し、＜その日の看護師が協力し合いながら、リーダーが中心となり、見守りができる環境を整える＞といった実践に繋げていた。日々のケアの実践として、＜見守りを行っている看護師が患者の直前の様子を踏まえて訪室頻度を微調整する＞ことや、＜意思疎通が困難で、行動が予測できない患者に対し、療養環境を物理的に整備したり、点滴を日中に行う等、時間的工夫を凝らすことで、代替ケアを確立する＞という流れを繰り返していた。そして、＜見守りを継続しながら、訪室間隔を広げていき、最終的に見守りなしで療養できるようになる＞り、身体拘束の回避を可能としていた。＜ルート自己抜去による患者への影響を案じた医師から身体拘束の依頼を受ける＞場合には、看護師が医師に対し＜身体拘束を行うことで、かえって患者が興奮し、危険な状態になる可能性があること等を踏まえ、身体拘束なしで見守るという選択肢を提案（する）＞し、＜医師側の思いをくみ取りつつ、身体拘束の有無に関わらず頻回な訪室の必要性があることを伝え、身体拘束なしでの対応について話し合いを重ねる＞ことで、身体拘束回避を図っていた。話し合いを進める中で、＜合意に至らない場合は、倫理問題を担当する部署も加わって話し合いを行（う）＞い、慎重に決断を下していた。

ID1の社会的方向付けには、＜医師は、患者の治療に対する全責任を負う立場にあり、場合によっては身体拘束を行った方がいいと考える場合もあること＞や＜見守りのための頻回な訪室は困難であるという看護師の声＞が、社会的助成には、＜身体拘束最小化に取り組む看護部としての目標＞、＜病棟に身体拘束ツールをおかない病院の方針＞や＜臨床倫理コンサルティングチームの介入＞が抽出された。

ID2では、＜患者の言動と行動が一致せず、危険性についての患者の理解の見極めが困難である場合や、リスクの高い行動が患者に見られる場合に、その時点でカンファレンスを行う＞、＜ペアで行動している看護師同士で話し合った結果、危険性があると判断し、身体拘束の実施の議論が

カンファレンスに上がる＞等、患者に危険行動が見られた時点でカンファレンスの開催に至っていた。また、入院時すでに身体拘束が実施されていた患者に対しては＜身体拘束の実施＞を継続しながらも、＜毎日行う身体拘束解除に向けてのカンファレンス＞で話し合っていた。カンファレンスでは、患者の夜間の様子等の情報収集を行うことで、＜一時点での様子のみでなく、患者の普段の様子から、自己抜去のリスクがどれほどのものか、身体拘束が本当に必要な状態であるのかを判断する＞方向性で、＜患者の危険行動の理由を明確にする：分岐点＞ために話し合いが進められていた。カンファレンスの結果、患者の行動の理由が明確になれば、「その行動の理由に対する介入」や＜転倒・転落が起きたとしても、患者への被害が最小となるような環境整備を行うことで、身体拘束なしで患者が自由に行動できる状態をつくる＞等の対応を行い、身体拘束の実施を回避していた。カンファレンスによって、＜情報が不足しており、患者の行動の予測が困難である場合は、離床センサーの用意を事前に行う＞ことや、＜スタッフが日中の時間帯には、常時見守りができる環境で、身体拘束の必要性を判断（する）＞していた。

ID2の社会的方向付けには、＜身体拘束解除後に転倒が起きた場合に、看護師が責められるのではないかという恐怖感＞や、＜患者の行動に関する情報が少ないこと＞が、社会的助成には、＜身体拘束の代替ケアを、まずはやってみようという考え＞や＜ルート類は早期に取り去った方がよいという看護師の考え＞が抽出された。

2つのチームの径路において、必須通過点、分岐点、等至点は類似しており、＜患者の入院または状態の変化：必須通過点＞＜患者の危険行動の理由を明確にする：分岐点＞＜身体拘束を実施しない、または完全に解除する：等至点＞が特定された。分岐点＜患者の危険行動の理由を明確にする＞の生データとして、

家と環境が違うからこうしないといけないねとか、やっぱりトイレに近い部屋がいいねとか、（省略）動線危なくないよとか、（省略）排尿パターン掴んでナースコールがない人ならば、それを掴んで見に行かないといけないねとか（省略）

[ID1]

アセスメントする時には抜こうとしている患者さんだったりとか、なぜ抜こうとしているのか、ということだと思うんですよ。本当に判断がで

きない人なのか、たまたまかゆくて搔いていたことがその抜去につながったのかというところの、その抜去に至る要因だったことは何かという（省略）やっぱり日々の様子とかですかね（省略）たまたまだったのか（省略）危ない行動をとったような人がいれば、その時その場でも（話し合いを）やったりしますし、（省略）（身体拘束を実施している人に対しても）継続する必要性があるのか、また新たなことがあるのか、解除ができるかということは必ず毎日カンファレンスしています〔ID 2〕といった語りが聞かれた。

## 考 察

本研究は、病棟看護師チームにおける高齢者への身体拘束の回避・解除に関する意思決定のプロセスを初めて明らかにした。分岐点《患者の危険行動の理由を明確にする》が2つのチームで共通しており、チーム全体で患者の行動について話し合うことで、患者の行動の理解が深まり、効果的な代替ケアの実施が可能となっていた。このような患者の危険行動の理由を明らかにする取り組みは、先行研究において、熟練した看護師が身体拘束回避の判断をする際の視点と同様である<sup>7)</sup>。しかし、一人の看護師が患者に関わる時間は勤務時間に限られ、患者の状態も時間帯や日によって異なるため、看護師が個々にアセスメントを行うことには限界がある。また、経験の浅い看護師の場合には、熟練した看護師と同様のアセスメントを行うことは難しいことが考えられる。今回対象となった2つのチームでは、定期的なカンファレンスの開催に留まらず、日々、必要時に病棟看護師チームによる話し合いの場が持たれていた。そして、ケアの方針や対策を病棟看護師チーム全員で共有し、環境調整や必要に応じて業務調整が行われていた。このように、病棟看護師チームとして患者の情報を統合しアセスメントできること、アセスメントに基づいたケアを病棟看護師チーム全体で実践することが、身体拘束を実施しない、または解除するという意思決定に至る重要な通過点であることが示された。

2つのプロセスを比較すると、分岐点《危険行動の理由を明確にする》は一致していた。しかし、分岐点が現れるタイミングは、ID 1 は実践サイクル内であるのに対し、ID 2 はカンファレンス中に位置している。このことについて、ID 1 は、社会的助成に＜身体拘束最小化に取り組む看護部としての目標＞、＜病棟に身体拘束ツールをおか

ない病院の方針＞とあるように、病院の取り組みとして、身体拘束のない看護の実践が推進されている環境が醸成されており、身体拘束を回避・解除するために、常に患者の状態に応じてケア方法を工夫するプロセスが確立していたと推察される。それゆえに、実践サイクルの中で、看護師同士が頻回に話し合いの場を持ち、《患者の危険行動の理由を明確にする》という分岐点を経て、ケアを行っていく過程が可視化されたと考えられる。一方ID 2 では、径路の中に、＜ペアで行動している看護師同士で話し合った結果、危険性があると判断し、身体拘束の実施の議論がカンファレンスに上がる＞とあり、ペア単位で動く看護師が、患者の危険行動を察知したことをきっかけに、カンファレンスが開催されていた。病棟看護師チームで開かれるカンファレンスの中で、《患者の危険行動の理由を明確にする》話し合いが実施され、その後のケア方針を統一するプロセスを経て、実践に繋がっていた。2つの病棟看護師チームそれぞれの看護ケアの在り方によって、分岐点が現れるタイミングは異なるものの、どちらの径路においても、《患者の危険行動の理由を明確にする》ことで、身体拘束回避・解除に向けた効果的なケアの実施に進むことが示された。

ID 1 では、プロセス内に、看護師が医師に対し＜身体拘束を行うことで、かえって患者が興奮し、危険な状態になる可能性があること等を踏まえ、身体拘束なしで見守るという選択肢を提案（する）＞し、＜医師側の思いをくみ取りつつ、身体拘束の有無に関わらず頻回な訪室の必要性があることを伝え、身体拘束なしでの対応について話し合いを重ねる＞といった医師とのやり取りを認めたこと、社会的方向付けに＜身体拘束に関する、医師との意見の対立＞が抽出されたことから、身体拘束の回避・解除の意思決定には、医師側の要因が関連することが示唆された。しかし、医師の指示のみで決定されるわけではなく、看護師チームから身体拘束なしで見守るという選択肢を提案したり、倫理部門が介入することで、身体拘束を回避・解除することに向かっていた。また、社会的助成として、＜病院全体の高い倫理観＞＜患者にとって何がベストであるか、患者を尊重する考え方が根付いている＞等が挙げられ、病棟看護師チームの意識が、身体拘束回避の判断にポジティブな影響をもたらすことが示唆された。急性期病院において、身体拘束を最小化するために行われている看護管理の実践内容を調査した研究では、

「身体拘束実施を検討するためのベースとなる看護観・倫理観の涵養」が、実践の一つとして報告されている<sup>13)</sup>。本研究の結果は、インタビュー対象者のチームに、このような看護観や倫理観が根付いていることで、身体拘束回避に向かって話し合いが繰り返し行える風土が形成されていたことを示している。

ID 2 では、入院時すでに身体拘束が実施されていた患者に対しては〈身体拘束の実施〉を継続しながらも、〈毎日行う身体拘束解除に向けてのカンファレンス〉で話し合っていた。入院時には情報が限られる中、入院以前の身体拘束が転院先の施設での身体拘束に繋がることが示された。退院直前であっても、解除可能な身体拘束が解除されることの重要性和、やむを得ず身体拘束が解除できなかった場合には、身体拘束に関連する詳細な情報を転院先へ情報提供することの必要性が示唆された。

病棟において身体拘束に関する話し合いを日常的に行うチームの単位は、どちらのインタビュー対象者においても、病棟看護師チームであった。2つのプロセスには、看護師以外の職種と意見が対立する場合や看護師以外も含めたスタッフとの情報共有が含まれていたが、病棟看護師チームとして意思決定をし、それらを必要時には他の職種へ示していた。

今回の研究結果に基づく看護実践への示唆として、身体拘束回避・解除を目的とした話し合いの場を継続的に持てる環境を整えることの重要性が挙げられる。本研究の結果で、病棟看護師チームが高い倫理観を持ち、患者を尊重する考え方に基づいて、カンファレンス等の場で情報共有と話し合いを重ねていくことで、患者理解が深まり、身体拘束を回避・解除するという判断に至ることが示された。そのため、病棟看護師チームが身体拘束の回避を達成するためには、チーム全体が身体拘束最小化に対する意識を常に持ち、身体拘束回避・解除に向けた話し合いが習慣となることが望まれる。

本研究には限界がいくつか存在する。1つ目は、病棟看護師チームの意思決定プロセスを看護師長のみの語りから描いた点である。本研究では、病棟看護師チームの経験や思考を語るには、チーム全体を捉えられている者である必要があり、看護師長が最適と考えインタビュー対象者とした。面談にあたり、インタビュー対象者個人の考えと、病棟看護師チームとしての行動や思考プロセスは

区別して話してもらうように依頼し、2回目の面談の際には、TEM図がチームとしてのプロセスを描いているかを確認した。2つ目は、インタビューの対象者が2名であり、径路の多様性を描いているとは言えない点である。本研究では、2つのチームの径路を描いたところ、結果的に両者の病棟看護師チームの必須通過点、分岐点、等至点は共通していたが、他の病棟看護師チームにも同じことが言えるとは限らない。3つ目に、メインのインタビュアーは看護学部生であり、インタビューの経験が乏しいことが挙げられる。しかし、インタビュアーは研究前にインタビューのトレーニングを受け、質的研究の経験を持つ看護研究者である共同研究者の同席のもとインタビューを実施した。

## まとめ

病棟看護師チームにおける高齢者への身体拘束の回避・解除に関する意思決定のプロセスを、TEMを参考にして分析したところ、2つのチームで共通して、〈患者の入院または状態の変化：必須通過点〉〈患者の危険行動の理由を明確にする：分岐点〉〈身体拘束を実施しない、または完全に解除する：等至点〉が抽出された。身体拘束を回避・解除するため、病棟看護師チーム全体で患者の行動について話し合うことで、患者の行動の理解が深まり、効果的な代替ケアの実施が可能となっていた。

## 利益相反

利益相反該当無し。

## 文 献

- 1) 内閣府：令和6年版高齢社会白書（全体版），[オンライン，[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/06pdf\\_index.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/06pdf_index.html)]，令和6年版高齢社会白書（全体版）（PDF版）（3. 31. 2025）
- 2) Nakanishi M, Okumura Y, Ogawa A: Physical restraint to patients with dementia in acute physical care settings: effect of the financial incentive to acute care hospitals, *International Psychogeriatrics*, 30(7), 991–1000, 2018. doi:10.1017/S104161021700240X (3. 27. 2026)
- 3) 厚生労働省：令和6年度診療報酬改定の概要【重点分野Ⅱ（認知症、精神医療、難病患者に

- 対する医療)】，[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001238907.pdf>]，令和6年度診療報酬改定の概要（3. 31. 2025）
- 4）厚生労働省：介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き，[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001248430.pdf>]，介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き（3. 31. 2025）
- 5）Chou MY, Hsu YH, Wang YC, et al.: The adverse effects of physical restraint use among older adult patients admitted to the internal medicine wards: A hospital-based retrospective cohort study, *The Journal of nutrition, health and aging*, 24(2), 160–165, 2020. doi:10.1007/s12603-019-1306-7（4. 1. 2026）
- 6）厚生労働省：身体拘束ゼロへの手引き－高齢者ケアに関わるすべての人に－，[オンライン，[https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/gyakutai/torikumi/doc/zero\\_tebiki.pdf](https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/gyakutai/torikumi/doc/zero_tebiki.pdf)]，身体拘束ゼロへの手引き－高齢者ケアに関わるすべての人に－（3. 31. 2025）
- 7）牧野真弓，加藤真由美：一般病棟の認知障害高齢者へ身体拘束回避で転倒を予防する熟練看護師の思考と実践のプロセス，*看護実践学会誌*，31(2)，48–58，2019
- 8）菅野真綾，叶谷由佳：急性期病院における身体拘束を軽減するための看護管理に関する文献検討，*日本看護管理学会誌*，25(1)，129–138，2021
- 9）柴田明日香，佐々木八千代，白井みどり：看護師が一般病院で身体拘束を行う理由と高齢者の特徴，*大阪市立大学看護学雑誌*，17，1–10，2021
- 10）サトウタツヤ，安田裕子，木戸彩恵，他：複線径路・等至性モデル－人生径路の多様性を描く質的心理学の新しい方法論を目指して－，*質的心理学研究*，5，255–275，2006
- 11）小原由紀，枝広あや子：厚生労働省科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）分担研究報告書複線経路等至性アプローチ（TEA）を用いた要介護高齢者の経口摂取支援多職種チームの発展経過プロセス，[オンライン，[https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2017/172071/201715008A\\_upload/201715008A0010.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2017/172071/201715008A_upload/201715008A0010.pdf)]，厚生労働科学研究成果データベース（11. 4. 2024）
- 12）荒川歩，安田裕子，サトウタツヤ：複線径路・等至性モデルのTEM図の描き方の一例，*立命館人間科学研究*，25，95–107，2012
- 13）南崎真綾，土肥真奈，叶谷由佳：身体拘束の廃止・軽減に成功した急性期病院の看護管理実践，*日本看護研究学会雑誌*，45(5)，905–914，2022