

## ICUにおける開心術後の患者の上肢抑制の検討

奈良県立医科大学医学部看護学科<sup>1)</sup>小河 育 恵<sup>1)</sup>福井循環器病院<sup>2)</sup>佐藤 小百合<sup>2)</sup> 吉田 早織<sup>2)</sup>Evaluation of Upper Limbs Restriction in Patients After Open Heart Surgery  
in The ICUIkue Ogawa<sup>1)</sup>*1)Nara Medical University School of Nursing*Sayuri Satou<sup>2)</sup> Saori Yoshida<sup>2)</sup>*2)Fukui Circulatory Organs Hospital*

## 要旨

1990年代より身体拘束は廃止・禁止の気運が高まる中で、急性期の看護では身体拘束（抑制）を患者の安全性確保に必要不可欠とされてきた。心臓外科治療を受ける高齢者の増加傾向にある中、回復過程をも考慮した上で抑制を検討すべき時期にきている。本研究は、集中治療病棟（Intensive Care Unit）看護師の開心術後患者に対する身体抑制の判断について検討をおこなった。その結果、対象とした看護師は抑制を必要と捉えていた。しかし、患者の上肢抑制持続時間は、看護師によって差を認めた。ICUの勤務経験が短い看護師は、経験年数の長い看護師よりも抑制継続時間が長い傾向にあった。その背景に、ICUの勤務経験が短く・年齢の若い看護師は、開心術後に患者の安全を確実にするために、上肢抑制が通例となっていた。開心術後の高齢患者に対する抑制継続時間は長かった。医療事故発生の高いリスク状況を考慮し、未経験の看護師に客観的判斷できる臨床教育の必要性和抑制の再検討が示唆された。

キーワード；抑制・心臓手術後・ICU

## I. はじめに

拘束および抑制は、広義に通信・面会、隔離を含む、対象の行動制限である。しかし、それらの語句は主として物理的、機械的な身体拘束として表現されてきた（医療法 36 条、昭和 63 年厚生省告示 128 号、129 号、130 号）。1991 年国連の決議、1996 年 WHO 基本 10 原則において、精神保健において最小規制の原則が謳われた。また、1998 年抑制廃止福岡宣言に代表される患者の拘束からの開放運動を機に、1999 年厚生労働省により介護保険施設等の「身体拘束禁止」省令が発令され、施設入所者の

拘束の作戦が推進されてきた（厚生労働省 2001）。この抑制廃止の流れは、看護の臨床現場においても注目され、身体拘束についての再検討（阿部 2001、吉田 2001、田上 2001、ストリー 1999、道又 1999）がなされてきた。一方、看護基礎教育においては、抑制（氏家 1994）は看護技術のひとつとして、意識障害や自制のきかない患者の事故防止、安静を保つ等の目的（嶋森 2001）が必要であるとされ、基礎看護技術教育がなされてきた（ストリー 1999）。すなわち、急性期にある患者における抑制の目的（阿部 2001、

嶋森 2001, 道又 1999, 山内 2000)の多くは, 患者の安全性確保, 治療効果を確実にするために非代替性(吉田 2001, 田上 2001, ストリー 1999)であると考えられ, 看護基礎教育および臨床現場で指導されてきた。しかし, 抑制廃止=拘束禁止という流れと共に, 急性期患者の身体拘束(抑制)廃止が可能かという論議(田上 2001, ストリー 1999, 道又 1999)の中で, 臨床現場ではガイドラインづくり(嶋森 2001, 道又 1999, 阿部 2001)を目指し, 身体拘束禁止の方向に進展してきた(嶋森 2001, 阿部 2001, 宮下 1999, 井上 1999, Evans 1989)。

本研究は, A病院集中治療病棟(Intensive Care Unit 以下 ICU と記す)にて実施されている全身麻酔使用による開心術術後, ICU 入室した患者の覚醒前ドレーン類抜去等予防としての上肢抑制について, 受け持った看護師の判断との関連について検討をおこなった。

## II. 研究方法

### 1. 対象

A病院 ICU 看護師 24 名(内訳;女 23 名, 男 1 名)。対象者の年齢は 23~47 歳であった。また, 対象者の ICU 経験年数は 0.75~22 年, 平均年数 6.56 年±6.05S.D であった。

### 2. 調査期間:2002 年 8 月~12 月

### 3. ケース患者

①開心術直術後,A病院 ICU 室に入室した成人期の患者ケース。

②患者は, 比較的手術後の経過が安定し,術後第1病日以内に気管チューブが抜管された 27 名。

### ③患者の受けた主たる術式

冠動脈バイパス術 15 名, 弁置換術 4 名, 人工血管置換術 3 名, 心内修復術 4 名, その他 1 名

### 4. 調査項目

①看護師の抑制に関する内容 20 項目(知識, 判断基準, 抑制開始・解除の判断理由等)

②開心術直術後に ICU に入室した成人期患者における上肢抑制に関する情報 3 領域 23 項目(患者属性, 患者状態, 抑制時間, 担当看護師等)。

### 5. 調査方法

#### 1)上肢抑制状況調査

対象患者が, ICU 入室から気管チューブ抜管までの期間, 抑制実施状況に関する調査票をベッドサイドに常置し, 患者を受け持った看護師による記載を行った。抑制判断に関する情報が不明な場合は, ケース患者を担当した看護師に, 抑制に関する内容のインタビューを実施した。

#### 2)看護師の抑制に関する知識

看護師の抑制に関する調査票 20 項目を自記式で行い,回収箱による回収を行った(回収率 100%)。

#### 3)倫理的配慮

①看護師および患者に研究の主旨の説明を行い, 同意の得られた看護師, 患者とした。

②対象者の調査に不参加による不利益を被らないこと, いつでも参加の中止ができることを説明した。

③抑制については, 患者に手術前患者訪問時に, 必要に応じて上肢の抑制を行う趣旨を伝え, 承諾を得た。

④看護師, 患者が特定できないように, 統計的に処理をおこなった。

⑤研究成果の発表について了承を得た。

#### 6. 分析方法

基本統計量, クロス集計を統計パッケージ SPSS Ver.11.5 を用いた。

#### 7. 操作的定義

抑制: 譫妄や不穏状態や麻酔覚醒期において, ドレーン類の自己抜去予防のために, 全身または部分的に体位を固定することし, 身体拘束=抑制とした。また, 本稿では上肢抑制に限定し, 抑制帯を両手関節部に使用して, ベッド柵に固定することとした。

中堅者:ICU 経験年数 2 年以上で, かつリーダーとしての業務的役割を果たす看護師とした。

## III. 結果

### 1. 抑制に対する看護師の判断理由

A病院 ICU に所属する看護師の抑制に対する回答は, 過去 1 年間の抑制に対する体験を基とした。

対象とした看護師 24 名の抑制に関する知識では, 日頃から抑制について関心をもち「文献を読んで知っている」2 件, 「知っているが詳しくない」17 件,

「よく知らない」5件であった。さらに具体的な身体拘束に関する情報については、省令や福岡宣言、上川病院の抑制廃止活動について「全く知らない」とする看護師は24名中13名であった。「よく知っている」とする看護師は、抑制のガイドライン作成に関心をもっている者であった(表1)。

表1 省令・福岡宣言、上川病院の抑制廃止活動を知っているか n=24

抑制廃止活動	件数
よく知っている	3
知っている	8
全く知らない	13
合計	24

開心術後患者の上肢抑制の必要に関する看護師の意見は、24名中21名が「患者の状態によって必要性が異なる」としていた。一方、「上肢抑制は全く必要ではない」1名であった。抑制を「必要である」とする2名を含めると、対象看護師は、上肢抑制を「必要なもの」として捉えていた(表2)。

表2 手術後患者の上肢抑制の必要性 n=24

上肢抑制の必要か	件数
必要である	2
患者の状態による	21
必要でない	1
合計	24

さらに、開心術後患者以外のICU入室患者の上肢抑制に関する意見としては、抑制廃止について「患者の状態による」20名、「不可能である」3名であり、「可能である」1名であった。すなわち、このことは

表3 ICUでの抑制廃止は可能か n=24

抑制廃止	件数
可能である	1
患者の状態による	20
不可能である	3
合計	24

開心術後患者の上肢抑制と、ICUにおける上肢抑制とほぼ同様の結果であった。したがって、対象の看護師の抑制に関する回答は、ICUにおける上肢の抑制よりも、現在所属している循環器疾患患者、とくに開心術後患者の上肢抑制に限定されたものであった(表3)。

対象とした看護師が、開心術後患者で、かつ上肢抑制の必要とする患者とは、どのような状態であると考えているのかでは「不穏・譫妄状態である」13件、「生命リスクを回避するため」17件、「他の手段がない」8件(重複回答あり)であった。

2. 開心術後患者の上肢抑制状況

1) 上肢抑制開始状況

開心術直後患者の看護は、生命維持のために非常に重要なルートを患者によって抜去されないように安全確保という理由で、A病院ICUでは、病棟の責任者によって新人看護師は気管チューブ抜管まで抑制継続をするように指導され、抑制が実施されていた。

研究の対象としたケース患者は、ICU入室時の意識は未覚醒26件、半覚醒1件であったが、入室後の27件中26件はプロポフォールによる鎮静(うち1件は麻薬併用)、鎮静剤未使用者1名であった。それらの上肢の抑制は25件に実施され、抑制をしないケースは2件であった。25件のうち19件は気管チューブ抜管前5分まで抑制が持続され、3件は抜管前

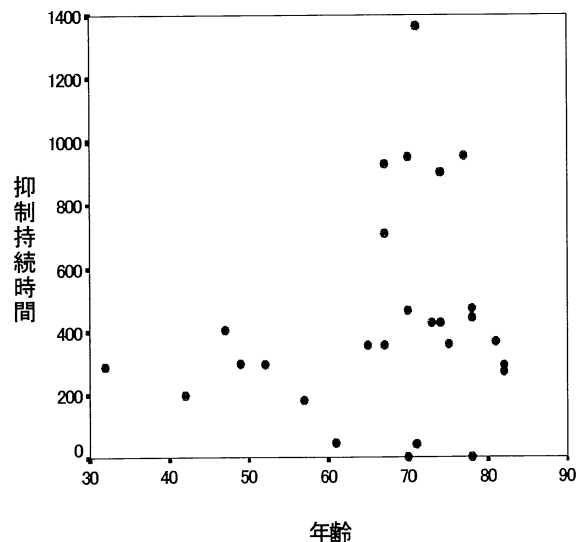


図1 ケースの年齢と抑制持続時間

30分に解除, 3件は抜管120分以前に抑制を解除された。すなわち, 患者の抑制持続時間は45分~1365分であり, 平均持続抑制時間は471分±320.79 S.D だった。また, 抑制の持続時間は, 術式や, 病理的なレベルとは関連なく, 抑制時間が600分以上であった患者は65歳以上であった(図1)。さらに, 抑制開始時における患者の麻酔覚醒状況は, 未覚醒10件, 半覚醒7件, 全覚醒8件であった。

担当看護師による抑制開始時の患者の状態は, 「患者が手を動かした」13件, 「咳き込んだ」7件, 「開眼した」, 「不穏状態」の順であった(表4)。

表4 抑制開始時の患者の状態 n=27

抑制開始理由	件数
患者が手を動かす	13
チューブ類に手が触れた	4
咳き込む	7
開眼した	4
不穏状態	1

重複回答あり

また, 看護師の抑制を開始する理由となる不穏・譫妄の判断基準は, 「知識として基準を知っている・使用している」者は1件であり, 「知っているが詳しくは知らない」4件, 「知らない」19件であった。つまり, 対象者は不穏・譫妄の判断基準を明確にもっているわけではなく, 一定の判断基準を活用されていなかった。

一方, 患者の不穏・譫妄発生時の看護記録の記載については, 判断後に「必ず記載する」とした者は16件, 「判断するが記載はしていない」としたのは8件であった。

また, 抑制を開始した時点の看護師自身の判断した理由は「事故・チューブ等の抜去防止」21件, 「看護師にとって抑制した方が安心できる」7件, 「ベッドサイドに居ることができない」7件, 「抑制基準がない」4件, 「生命を守る義務がある」3件, 「指導されたから」2件, 「担当する患者数が多い」2件, 「医師の指示である」1件の順であった(表5)。

なお, 抑制解除について開眼後, 患者に「抑制したことを説明した」17件, 「抑制したことを説明しな

かった」8件であった。

表5 看護師側の抑制開始理由 n=27

抑制開始理由	件数
事故・チューブ等の抜去防止	21
看護師にとって安心できる	7
ベッドサイドに居ることができない	7
抑制基準がない	4
生命を守る義務がある	3
指導された	2
担当患者が多い	2
医師の指示	1

複数回答あり

## 2) 上肢抑制解除

抑制解除時の患者の状態は, 「気管チューブが抜管された」22件, 「処置, 看護に対する説明に対して理解する反応があった」3件, 「体動が落ち着いた」2件, 「患者が眠った」1件であった(表6)。

表6 抑制解除判断した患者の状態 n=27

抑制解除した患者状態	件数
気管チューブの抜管	22
説明に理解がある	3
体動が落ち着く	2
眠った	1

重複回答あり

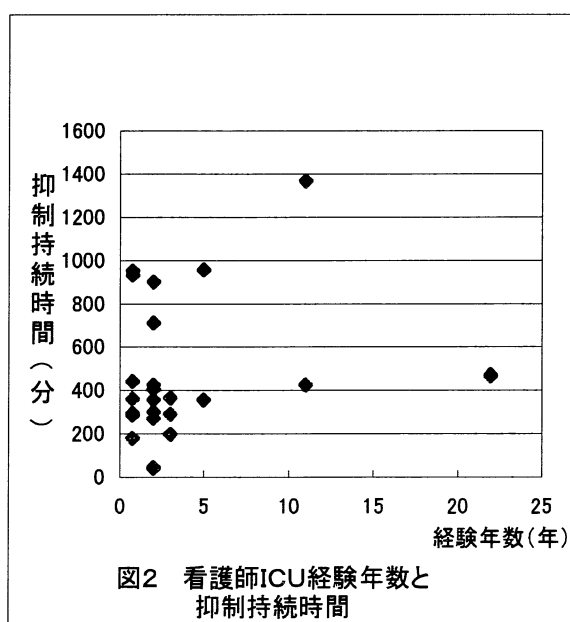
また, 患者からは「抑制の解除を望むような意思表示はみられなかった」18件, 「抑制の解除を望むか意思表示が不明」7件であった。対象としたケース27件の患者から明らかな抑制拒否の反応は認められなかった。さらに, 患者側からの抑制に対する反応患者側の抑制に対する反応は明確に記録されていなかった。看護師の抑制解除を判断の根拠とした記述内容・インタビュー内容は3カテゴリー分類された。1つは, 患者の状態を観察し「対処可能である」に関するもので「自己抜去されないと判断した」8件, 「傍で観察しているから」の2つのサブカテゴリーに分類できた。2つ目のカテゴリーとして「抑制の影響を軽減したい」に関するもので「抑制は患

表7 看護師の抑制解除の根拠 n=27

抑制解除の根拠	サブカテゴリー	件数
対処可能である	患者に自己抜去されないと判断できた	8
	患者の傍で観察できる	5
抑制の影響を軽減したい	抑制は患者にとって苦痛である	15
	抑制時間を短縮したい	2
家族への配慮	家族に抑制は見られたくない	3

者にとって苦痛である」15件、「抑制は苦痛であるから抑制時間を短縮したい」2件の2つのサブカテゴリーに集約された。「抑制は患者にとって苦痛である」が、対象看護師の約56%の発言にあった。3つ目は、患者の家族に関するもので、その内容として「患者の家族に見られたくない」を判断根拠としたものは3件であった。そのことは、患者の家族の反応に「後ろめたさ」を感じているためと推測された。したがって、抑制が必要不可欠であるかについて再検討を要すると思われる。一方、抑制は患者にとって苦痛な出来事であるという認識の下に、抑制を実施していない看護師は1名であった。

次に、抑制を解除した看護師のICU経験年数と抑制時間の関連は $r = -0.84$ であり、経験年数が短い看護師は、抑制時間が長かった(図2)。



つまり、このことは単にICUでの看護の経験年数と反比例しているだけではなく、抑制についてのICUにおける看護方針や臨床での教育にも関連していると考えることができた。A病院ICUにおいては、一部の看護師を除いて、新人にはICU入室した患者に抑制を施行することを指導されており、強い意志をもっている看護師以外は、指導に従っていることも考慮する必要があった。

さらに、患者の状態、手術との関連も想定されたが、術式および麻酔時間等と、抑制との関連は認められなかった。

過去1年以内に、担当する患者にチューブ類の自己抜去をされた体験では「体験あり」13件「自己抜去されそうになった、あるいは受け持ち患者以外の患者が自己抜去するのを見た」8件、「体験なし」3件であった。さらに、抑制を必要とするような状況下において、その原因となる要因を取り除くような努力をしているかという問いに、「要因を除去する努力を実施していない」とするのは、ICU経験0.9年以下の

表8 抑制の原因となる要因の除去 n=24

ICU 経験年数	原因の除去			合計
	必ずする	患者状態で	していない	
0.9年以下	0	0	4	4
1~4年	1	12	0	13
5年以上	0	6	1	7
合計	1	18	5	24

Cramer = 0.635 p=0.001

者4名,5年以上で1名あった。したがって,1年以上のICU経験者18名は,患者の状態に合わせて,影響すると予測される要因を除去する努力を行っていた(表8)。なお,抑制中の患者に30分毎に抑制状態の観察を実施するかという問いに「患者に応じて行なう」3件,「行っていない」21件であった。さらに,抑制を開始後2時間以内に抑制解除をしているかという質問に「必ず行なう」2件,「患者の状態に応じて行なう」6件,「解除しない」12件であった。

## V. 考察

### 1. 抑制の必要性

1970年代後半より看護においても身体拘束について論議が紛糾し,検討とともに,「縛る」「身体拘束」「抑制」という表現についても論議がなされてきた。施設基準に関する規定,通達においては「拘束」を用いられているが,ここでは,看護の一般に用いられている「抑制」という語句を用いている。

また,一般病院で「抑制」という表現が好んで用いられるのは,やむを得ず行なう医療者の後ろめたさがある(阿部 2001, ストリー 1996, 嶋森 2000)のではないかという報告もあった。

老人医療においては,抑制完全廃止に向けて動き出しているが,急性期医療では老人医療のように症状の安定している患者を対象としているわけではなく,同列に考えられなかった。さらに従来から,点滴・チューブ類の抜去防止,転落防止等を理由とされる抑制を,積極的に用いたくないが患者の安全対策上,やむを得ないことである(田上 2001, 深谷 1999)としてきた。

一方,患者にとって抑制は,縛られることになりなく,患者の自尊心を傷つける,不安や絶望感の増強,状況によっては状態の悪化ともなるのではないかと(佐々木 1999)という意見もあった。

法的側面では,憲法第11条「基本的人権の享有」,第12条「自由・権利の保持とその濫用の禁止」,第34条「拘留・拘禁の要件,不法拘禁に対する保証」,人身保護法第2条「違法拘束救済の請求権」等の法的責任も考慮していくこと重要である。このことは,医療者の立場から発想である抑制を患者の人権擁護,人間の尊厳の尊重の見地からも検

討し,回避できないとするならば抑制以外の方法を検討すべきである。

しかし,これまで抑制することの長所として,転倒・転落の防止,事故防止,必要な治療を行なう事ができる,患者の安心感,安全の確保があげられてきた(道又 1999, 山内 2000)。反対に抑制を実施よる発生するリスクについても報告があった(井上 2000, 山口 2000)。つまり,単に抑制禁止と叫ぶだけではなく,抑制の本来の必要性や意味を検討すべきではなかろうか。一方,対象とした看護師からは,抑制開始時期および抑制持続の判断基準が判らないとする回答もあった。

患者の回復過程においては,カテーテル1本にそれぞれ重要な意味をもち,それ自体によって生命維持に関わる場合もある。したがって,救命センターのような極めて修復不可能な事故を起こす可能性が高い場合には,完全に廃止できないと考えられてきた(嶋森 2001, 阿部 2001)。

### 2. 開心術後患者の抑制

本研究の対象とした看護師は,開心術後患者の抑制開始時期の判断に差があることがわかった。しかしながら,患者の抑制時間は,術式や入室の時間・意識レベルではなく,年齢に伴い65歳以上の患者の場合は,抑制時間が長いことが判明した。また,抑制を開始する時期は,患者の覚醒状況のみの判断ではなかった。

抑制された患者の方が観察時間が長い,年齢を重ねた看護師ほど,抑制に対して肯定的に捉えていると報告(Hawes 1993)があった。本研究対象者は,受け持ち看護師の体験した術後経過に基づく推測も加味されていた。さらに,対象とした看護師においては,ICUの経験が短い看護師は,抑制するように指導を受けており,抑制しない方法の選択が考えられる状況ではないことも,抑制の継続時間が長くなったことに関連したと考えられる。

道又(1993)は,抑制せざるをえない場合や抑制の基準の明確,ガイドライン作成を提唱した。今後は,開心術後患者の抑制開始と解除の基準を確立していく必要がある。さらに基準に合わせることは,看護の質の向上としては重要ではあるが,そのことと共に,各看護師が,根拠に基づいて看護を実施でき

るような教育の必要があることが示唆された。

本研究の対象である ICU 看護師の抑制に関する情報や抑制に対する関心は、抑制の関する知識の状況から、必ずしも高くはないことが解った。ICU での抑制の必要性、術後患者の抑制の必要性、抑制廃止の可能性とともに、患者の状態次第という結果が多く、今後の課題として残った。

一方、対象とした看護師の全てが、不穏・譫妄を起こしているかの判断を実施したと回答していた。しかしながら、不穏・譫妄のスケールを用いているわけではなかった。また、抑制開始のカルテ記載・抑制実施後に行う抑制部位の観察等のプロトコルを知らないとする看護師が多数存在した。すなわち、客観的な患者の状態ではなく、主観的な体験に伴う判断に従っていた。したがって、今後の課題として、看護師の知識の拡大・深化、価値観が抑制に関連することを踏まえて、客観的に、科学的に根拠に基づいた判断ができるような教育が必要である。

抑制開始の判断時、対象看護師の過半数は、患者によるチューブ類の自己抜去された体験を有し

てたり、その当事者の体験はないが、過去に他の看護師が受け持った患者によるチューブ類の自己抜去を見た体験から、抑制の利点と欠点を考え、ジレンマを感じながらも実施していた。あるいは、ICU における新人が抑制開始を指示・指導された手順に従って実施しているように、状況判断の結果としての抑制ではない場合もあった。つまり、看護師の抑制開始・解除過程を図式化すると図3のとおりであった。

抑制解除は、抑制持続時間を気にしながらも、患者の兆候から自己抜去されないだろうということ判断の根拠にしていた。しかし、抑制を全く実施しなかった看護師1名の行動は、今後、注目していく必要がある。また、本研究の対象者は3交替勤務のため、抑制開始した看護師と解除した看護師が同一でない場合もあった。そのため、抑制の持続時間、開始時期、解除時期だけでは中堅者が最小限の抑制をしているかどうかは判別できなかった。しかしながら、抑制解除した看護師の ICU 経験年数が短期であるほど、抑制時間は長かった。これは、中堅者が患者の状況判断だけでなく、状況の予測に伴

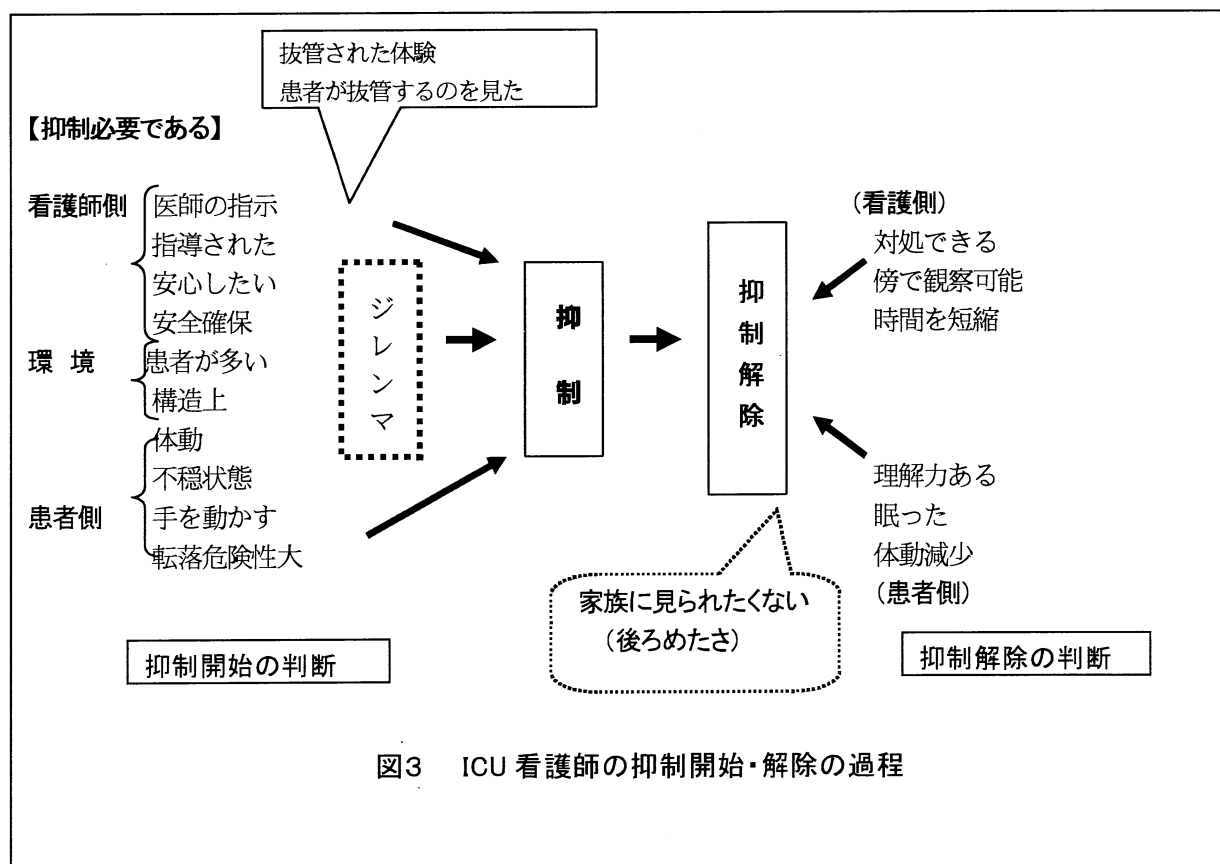


図3 ICU 看護師の抑制開始・解除の過程

う判断、過去の体験などで適切に対処できると推測していた。一方、中堅者は受け持ち患者の看護の業務をしているのではなく、ICU 全体の管理業務あり、業務全体の状況を判断して抑制を行っていた。そのため、ベッドサイドを離れる場合には抑制を持続しており、結果として抑制時間は延長となった。さらに、ICU 経験年数1年未満の看護師1名は、ICU での抑制は必要ないと答えていた。また、当看護師は過去の体験において、患者によるドレーン・チューブ類の自己抜去の経験や、それに伴う患者の容態急変の体験もしていなかった。そのことは、抑制を全く施行しない看護師は管理的業務がないため、ベッドサイドから離れる機会は少なかったことも関連したと推測された。

なお、本研究の対象ケースに高齢手術患者が多数いた。さらに、それらの患者は平均して抑制持続時間が長かった。小林らは、高齢者における術後せん妄発生が年齢と相関し、予後に影響を与えることを指摘している。それらを踏まえて、開心術後の高齢者の抑制が回復過程に、どのように影響するかを考慮して検討すべきであることが示唆された。

本稿においては、抑制を身体拘束とくに上肢の抑制に限定して検討を行ったが、本研究対象となったケースの患者はプロポフォールによる鎮静(うち1件は麻薬併用)を投与されており、薬剤による抑制の影響についても検討すべきである。

ICU 等の緊急性が高い看護状況においては、抑制を用いない援助には、かなりの努力と改善策を要するであろう。しかし、抑制開始・解除の判断の根拠を分析した結果、患者の安全確保を優先としているが、その反面、環境の課題や看護師の安心感を重視していることも明らかとなった。さらに、抑制開始の理由に「医師の指示」「病棟責任者に指導された」とする ICU 看護の新人の行動は、今後の臨床教育における課題となろう。

## VI. おわりに

厚生労働省による「身体拘束ゼロへの手引き」において緊急やむをえない状態として①切迫性、②非代替性、③一時性と断定しての3点は例外を認めている。

ICU でのクリティカルケアは、切迫性に該当し、最も恐れるべき状態としては、気管チューブ・点滴ライン・ドレーン等を患者自身に抜去され、患者の生命および身体が危険にさらされることである。また看護師は、同時に多くの業務をこなしているため、ベッドサイドを離れる機会もあり、抑制をしないための代替行為ができない。しかし、抑制以外の援助方法がないか等の検討が必要である。単に、抑制禁止という社会的な流れとして受け入れる前に、何故、抑制する必要があるのか、検討することが重要であろう。ともすれば、患者の生命を守るという命題のもとに抑制がおこなわれてきたが、その行為には看護者の人間観、価値観、看護観が現われるものである。集中治療・急性期病棟での抑制廃止には、瞬時に判断を必要とされるものであり、看護の在り方とともに、病棟看護師数、組織として取り組みなどの看護管理上の課題、医療者間の連携、経済効率などの課題が残されている。

本研究では次の8点が明らかになった。

1. ICU 病棟の看護師は、開心術後患者の抑制を必要なものとして捉えていた。
2. ICU 経験が短期間の看護師は、経験年数が長期の看護師よりも、抑制持続時間が長い傾向にあった。
3. ICU 新人看護師は、開心術後患者に患者の安全確保の手段として上肢抑制を臨床指導されていたことが、結果に影響を与えていた。
4. 看護師の抑制開始・解除の判断の根拠に、患者の安全確保を優先としているが、その反面、環境の課題や看護師の安心感に基づいていた。
5. 看護師は抑制開始時には利点と欠点を考えてジレンマを感じ、抑制解除には患者家族に抑制していることを見られたくないという感情を持ち合わせていた。
6. 抑制に関する動向等について、関心が低い。しかし、患者の安全性、抑制の適応などについては、現実の問題として捉えていた。
7. 高齢の心臓手術患者は、抑制時間が長かった。これらの患者は、抑制の影響を考慮して検討すべきである。
8. 抑制の必要性の是非についての検討が必要で



あり、抑制について客観的、根拠をもった判断ができるように臨床での教育が必要である。

### 謝辞

本稿を終るにあたり、研究にご協力を戴いた看護師の皆様へ深謝いたします。

### VII. 文献

阿部俊子(2001)抑制をする／しないは医療者の「知識」にかかっている, Expert Nurse,17(12),30-38  
 阿部俊子(2001)身体抑制, EB Nursing,1(1), 49-55  
 Evans ,L.K. & Strumpf , N.E. (1987) Patterns of restraint; A cross cultural view Gerontologist,23(3), 2723-2726  
 深谷翼(1999)「抑制廃止」をめぐる法律上の問題点, 看護,51(14),124-129  
 花崎美和(2001)抑制に対する看護婦の思い, 第32回日本看護協会看護総合,145-147  
 井上弘子(1999)高度先進医療と“抑制”,看護,51(14),44-48  
 ジャクリーヌ・M・ストリー,竹山満智子訳(1999)患者を抑制から解放するには.看護,51(14),92-98  
 厚生労働省(2001)身体拘束ゼロへの手引き  
 小林三佳,岩本英美子,前田京子,小河育恵(2004)消化器疾患術後患者のせん妄発症要因の検討,消化器外科 NURSING,9(8),101-107

宮下多美子(1999)抑制・拘束の適応に至る要因の考察—急性期重症患者の抜管防止をめぐって,看護.5(14),35-41  
 道又元裕(1999)ICU 病棟における抑制—抑制の基準の必要性—,看護管理,9(10),759-763  
 中原孝子(2001)抑制基準作成後の変化と課題,看護技術,47(9),44-48  
 日本看護協会(1996)臨床に役立つ倫理的諸問題のキーワード;11 拘束・抑制,インターナショナルナーシングレビュー,9(6),537-542  
 Phillips, D. F., Hawes, C. & Fries(1993)Reducing the use of physical restraints in nursing home; Will it increase costs? ,American Journal of Public Health,83,342-348  
 Patricia Benner(1992)看護論—達人ナースの卓越性とパワー,医学書院  
 佐々木小奈江, 寺師榮(1999)ICU における抑制,看護,51(14),53-56  
 嶋森好子(2001)急性期における抑制を考える,看護技術,47(9),17-20  
 田上しのぶ(2001)倫理の時代の抑制,看護技術,47(9),31-35  
 氏家幸子(1994)基礎看護技術 I .第4版.医学書院,129-130  
 山口奈鶴子,中谷茂子(2001)物品の工夫によるリスク軽減への取り組み,看護技術,47(9),61-70  
 山内桂子・山内隆久(2000)医療事故,80-81,朝日新聞社  
 吉田薫(2001)抑制しない看護確立へのアプローチ,Nurse data,22(12),70-73