

整形外科疾患をもつ高齢者に対する 身体抑制開始時の判断要件

*Requirements of the nurse's judgment against the restraint
for the elderly with the orthopedic disease*

玉山 清美¹ 小野 美喜²

Kiyomi TAMAYAMA

Miki ONO

キーワード：高齢者、身体抑制、看護師、整形外科領域、判断要件

Key words : elderly, restraint, nurse, orthopedic territory, judgment requirement

本研究は、整形外科の臨床場面で個人に委ねられている身体抑制を開始する際の判断基準の曖昧性を改善し、不必要な身体抑制をなくす対応を検討する際の基礎データを得るため、整形外科疾患をもつ高齢者に看護師が身体抑制を開始する際にどのような要件を判断材料としているのかを明らかにすることを目的とする。研究方法は、整形外科病棟に勤務している看護師に、無記名自記式質問紙調査による横断調査を実施した。身体抑制を行う際の悩みの程度で「高悩む群」と「低悩む群」に分類し、Mann-Whitney *U*検定で2群比較を行った。身体抑制の判断要件は「点滴・ドレーン類を自己抜去する」「ベッドから転落する」「尿留置カテーテルを自己抜去する」であった。「低悩む群」は、予防的に身体抑制を行う傾向にあった。点滴やドレーン類、尿留置カテーテルを早期に抜去し、せん妄や転倒転落ガイドラインでアセスメントを強化することが、身体抑制をなくす対応につながると示唆された。

I. はじめに

高齢者は、骨粗鬆症を有する者が多く、転倒により5~8%は骨折する (p. 288)¹。その中でも大腿骨近位部骨折の患者数は2020年に25万人、2042年には32万人と年々増加する傾向が推測され (p. 193)²、高齢者の大きな社会的問題になっている。整形外科手術を受ける高齢者は、認知症も含めてせん妄発症要因が多く³、手術前から出現する危険行動により、患者の安全のためやむを得ず身体抑制が必要になるケースがある。身体抑制を行うことで精神的苦痛を強いられるだけでなく、身体機能が低下し廃用症候群につながるといふ悪循環をもたらす。さらに、人権擁護の観点から高齢者のQOLや尊厳を考えると、不必要な身体抑制は避けられるべきである。しかし、多くの看護師は、人権を考え身体抑制に否定的な思いをもっている一方で、安全や治療、生命を優先するという判断のもと身体抑制を行っている実態があり⁴、身体抑制の根拠が

曖昧なまま、経験判断や価値観に基づいて行われている (p. 40)⁵。

厚生労働省から発表された「身体拘束ゼロの手引き」⁶では、身体抑制のないケアの実現に向け、身体抑制を必要としない状態を作り出す方法を追求していくことが重要であるとしている。看護の臨床現場においても、身体抑制を最小限にとどめる試みとして、ICU抑制判断基準見直しからの発見⁷や脳外科・神経内科病棟における身体拘束について⁸など、さまざまな分野で研究されているが、整形外科分野において身体抑制基準の整備は遅れている。

そこで、本研究では看護師個人に委ねられている身体抑制を開始する際の判断基準の曖昧性を改善し、不必要な身体抑制をなくす対応を検討する際の基礎的データを得るため、整形外科疾患をもつ高齢者に看護師が身体抑制を開始する際にどのような要件を判断材料としているのかを明らかにすることを目的とする。

1 大分県立病院 Oita Prefectural Hospital

2 大分県立看護科学大学 Oita University of Nursing and Health Sciences

II. 用語の定義

厚生労働省の「身体拘束ゼロの手引き」には、「身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為」としており、具体的な行為として11項目が挙げられている。本研究で用いる「身体抑制」とは、この厚生労働省の示す身体拘束と同意味と定義づける。

III. 研究方法

1. 調査対象者

A市内の第二次救急指定病院7カ所に協力を得て、整形外科病棟に勤務している看護師200名を対象者に無記名自記式質問紙調査による横断調査を実施した。

2. 調査期間

2015年6～9月に実施した。

3. 調査方法

対象者の所属する病院の看護部長を通し、研究の趣旨、目的、方法を記載した説明文書と無記名自記式質問紙の配布を依頼した。回答後は質問用紙を封入し、病棟内に設置した回収箱に投函してもらった。回収箱は2週間設置し、研究者が回収した。

4. 調査内容

以下の4点について質問をした。

1) 基本属性

看護師経験年数、整形外科所属経験年数、性別、職位について調査した。

2) 過去の身体抑制に関する体験について

①身体抑制を行った体験について「よくある：4点」、「時々ある：3点」、「たまにある：2点」、「まったくない：1点」、②身体抑制を行うときに悩んだ体験について「よく悩む：4点」、「時々悩む：3点」、「たまに悩む：2点」、「まったく悩まない：1点」、③身体抑制を判断する際に相談した体験について「よくする：4点」、「時々する：3点」、「たまにする：2点」、「まったくしない：1点」とし、点数が高いほど体験が多いとした。

3) 身体抑制に至る看護師の判断要件

質問内容は、身体抑制が「やむを得ない」とされている緊急性に対する判断内容を問うものとした。設問は「身体拘束ゼロの手引き」⁶と「身体拘束予防ガイドライン」⁹、急性期整形外科病棟における認知症¹⁰、せん妄に関する文献¹¹⁻¹³に記載されている場面を参考に、整形外科病棟において身体抑制の場面によく生じられると思われる判断要件を研究者間で検討した。①認知症の有無・せん妄②転倒転落③点滴・ドレーン管理④排泄行動⑤過去の危険行動の5項目を大項目とし、それぞれ具体的な34の判断要件を質問項目として用

いた。質問紙の構成は①認知症の有無・せん妄：10項目、②転倒転落：10項目、③点滴・ドレーン管理：8項目、④排泄行動：3項目、⑤過去の危険行動：3項目とした。回答方法は「よくある：4点」、「時々ある：3点」、「たまにある：2点」、「まったくしない：1点」とし、点数が高いほど身体抑制を開始する際の判断要件として用いる経験が多いとした。大項目のクロンバック α 係数は0.90～0.91であった。

5. データの分析方法

対象者の基本属性を項目ごとに、また身体抑制に関する体験については経験年数ごとに記述統計で示した。次に、大項目5項目と具体的な小項目34項目については平均値と標準偏差を算出し、これを身体抑制に至る看護師の「身体抑制判断得点」とした。さらに身体抑制に至る判断要件として対象者が最も強く悩んでいる内容を抽出するため、悩むことが「よくある」と回答したものを「高悩む群」、「時々ある：たまにある：まったくない」と回答したものを「低悩む群」とし、「身体抑制判断得点」についてMann-Whitney U 検定で2群比較した。有意水準は P 値が5%以下とし、統計解析にはSPSSver.22を用いた。

IV. 倫理的配慮

研究協力を依頼する病院の看護部長に文書、口頭で説明した。研究対象者には調査協力依頼文書に、調査への協力は自由意思によるものであること、研究目的

表1 対象の基本属性

項目	人 (%)
看護師経験年数	
1年未満	13 (8)
2～3年	26 (15)
4～10年	52 (31)
11年～	78 (46)
整形外科所属経験年数	
1年未満	30 (18)
2～3年	48 (28)
4～10年	75 (44)
11年～	15 (9)
無回答	1 (1)
職位	
師長	6 (4)
副師長	5 (3)
主任	10 (6)
看護師	146 (86)
無回答	2 (1)
性別	
男性	21 (13)
女性	145 (86)
無回答	2 (1)

外では使用しないこと、調査用紙は無記名とすること、調査用紙は特定されないように封筒に入れること、参加の有無にかかわらず不利益が生じないことへの保障、匿名性の保持に努めることを明記し、回答をもって研究協力の同意とした。本研究は、大分県立看護科学大学の倫理安全委員会の承認を得た。

V. 結果

1. 対象者の基本属性

調査票の総配布数は221部で、回収数169部（回収率76%）すべてを研究対象とした。対象者の基本属性を表1に示す。看護師経験年数11年以上の看護師が最も多く78人（46%）、次いで4～10年が52人（31%）

であった。

1) 身体抑制を行った体験（図1）

「整形外科疾患をもつ高齢者に身体抑制を行ったことがあるか」という問いの回答は、「よくある」が72人（43%）、「時々ある」が70人（42%）、「たまにある」が25人（15%）であり、「まったくない」と答えている看護師はいなかった。

2) 身体抑制に対する悩んだ体験（図2）

「整形外科疾患をもつ高齢者に身体抑制をするか否か悩んだことがあるか」という問いの回答については、「よく悩む」が47人（28%）、「時々悩む」が82人（49%）、「たまに悩む」が36人（22%）、「まったく悩まない」は3人（2%）であった。看護師経験年数では11年以

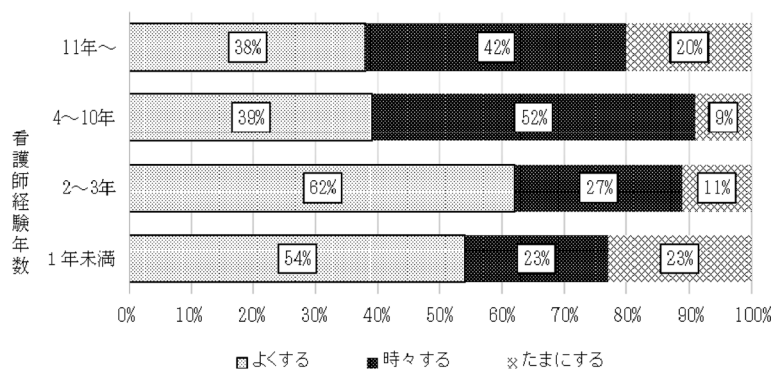


図1 看護師経験年数と身体抑制を行った体験

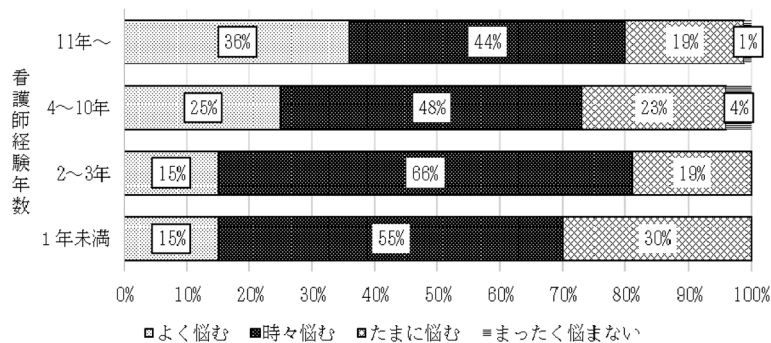


図2 看護師経験年数と身体抑制の際に悩んだ体験

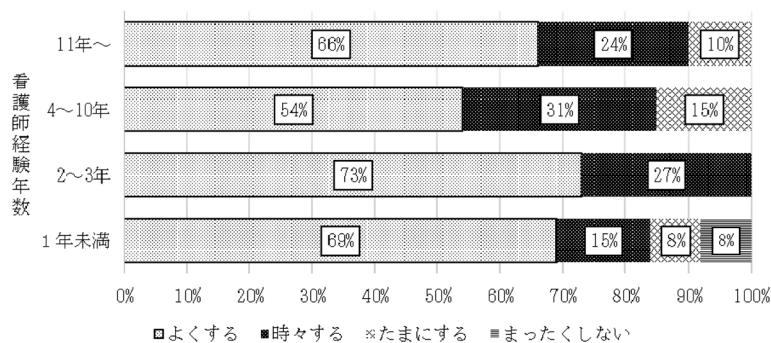


図3 看護師経験年数と身体抑制を判断する際に相談した体験

上が悩んだ体験が最も多く28名(36%)であった。

3) 身体抑制を判断する際の相談体験(図3)

「身体抑制を判断する際に誰かに相談するか」という問いの回答について、「よく相談する」が107人(63%)、「時々相談する」は43人(26%)、「たまに相談する」が17人(10%)、「まったく相談しない」が1人(1%)であった。看護師経験年数では2~3年の相談体験が最も多く28名(73%)であった。

「身体抑制を行う際に誰に相談するか」(複数回答可)という問いの回答は、同僚が一番多く43%、次いで上司が35%、カンファレンスが13%であった。

2. 整形外科疾患をもつ高齢者の身体抑制に至る判断要件について

1) 看護師が身体抑制に至る判断要件

判断要件ごとの看護師の「身体抑制判断得点」を表2に示す。整形外科疾患をもつ高齢者の身体抑制に至る判断となる要件は高い順に、「点滴・ドレーン管理」、「過去の危険行動」「転倒転落」「排泄行動」「認知症の有無・せん妄」であった。

2) 悩む程度別の身体抑制判断得点の違い

判断要件ごとに、「身体抑制判断得点」を「高悩む群」と「低悩む群」で2群比較した「悩む程度別の身体抑制判断得点の差」を表3に示す。身体抑制に対して

表2 「身体抑制判断得点」

	判断要件	平均SD (n)	大項目の平均SD
認知症の有無・せん妄	年齢が高齢である	1.81±0.85 (166)	2.24±0.93
	名前日付場所が覚えられない	1.83±0.85 (166)	
	骨折したことを覚えていない	2.19±0.91 (166)	
	暴力をふるう	2.95±1.03 (166)	
	危険に認識が得られない	2.98±0.92 (166)	
	幻聴、幻覚がある	2.54±1.00 (166)	
	向精神薬を内服している	1.84±0.78 (166)	
	大声で叫ぶ	2.11±1.05 (166)	
	看護援助を拒否する	1.88±0.93 (165)	
	そわそわして落ち着きがない	2.23±0.93 (166)	
転倒転落	ベッドから降りようとする	3.18±1.01 (168)	2.74±0.94
	ベッドから起き上がろうとする	2.72±1.03 (166)	
	ベッドでの体動が多い	2.46±1.01 (167)	
	ベッドから転落する	3.55±0.82 (168)	
	ベッド柵を自分で外す	3.15±0.96 (167)	
	ベッドの間から手足を出す	2.58±0.98 (167)	
	患肢を動かす	1.92±0.85 (166)	
	周りの物を取ろうとする	1.75±0.84 (165)	
	車いすから立ち上がろうとする	2.84±1.02 (167)	
	安静が守れず徘徊する	3.22±0.92 (168)	
点滴・ドレーン管理	点滴やドレーン類を触る	3.10±0.97 (169)	2.96±0.89
	点滴やドレーン類を自己抜去	3.64±0.71 (169)	
	創部を触る	3.17±0.89 (167)	
	医療機器を外そうとする	2.71±0.97 (166)	
	医療機器を外す	2.99±0.94 (166)	
	尿留置カテーテルを触る	2.81±0.99 (166)	
	尿留置カテーテルを自己抜去	3.47±0.80 (168)	
	ルート類、尿留置カテーテルの違和感	1.82±0.87 (165)	
排泄行動	おむつや衣服を脱ぐ	2.59±1.01 (167)	2.68±1.03
	おむつを脱いで失禁する	2.78±1.06 (165)	
	おむつに手を入れるなどの不潔行動	2.67±1.02 (165)	
過去の危険行動	転倒転落したことがある	2.81±1.04 (167)	2.82±1.01
	不穏せん妄を起こしたことがある	2.73±0.97 (167)	
	点滴・ドレーン類を自己抜去したことがある	2.92±1.01 (169)	

N=169

「高悩む群」と「低悩む群」の両群とも3.0以上を示し、身体抑制を行うと判断した要件は、「ベッドから転落する」「点滴やドレーン類を自己抜去する」「尿留置カテーテルを自己抜去する」の3項目であった。「低悩む群」のほうが有意に身体抑制判断得点が高かった項目は、認知症の有無・せん妄に関する2項目、転倒転落に関する4項目、点滴・ドレーン管理に関する3項目であった。排泄行動と過去の危険行動では、すべての項目において「低悩む群」のほうが身体抑制判断得点が高かった。

VI. 考察

1. 整形外科疾患を高齢者に関する看護師の身体抑制の現状

整形外科疾患をもつ高齢者に身体抑制をしていることが「よくある」「時々ある」看護師が全体の8割以上を占めていた。整形外科看護師の臨床判断には、認知症高齢者がいつ危険な行動を起こし、転倒転落するかわからないという不安や危機的感情が影響している¹⁰ことから、身体抑制を行うことが多いと考える。身体抑制について悩んだ体験では、看護師経験年数11年

表3 悩む程度別の身体抑制体験得点の差

	判断要件	高悩む群平均±SD (n)	低悩む群平均±SD (n)	P値
認知症の有無・せん妄	年齢が高齢である	1.54±0.67 (46)	1.91±0.89 (120)	0.110
	名前日付場所がいえない	1.66±0.79 (46)	1.89±0.86 (120)	0.347
	骨折したことを覚えていない	2.00±0.95 (47)	2.25±0.89 (119)	0.323
	暴力をふるう	2.59±1.14 (47)	3.09±0.95 (119)	0.029
	危険に認識が得られない	2.68±0.96 (47)	3.09±0.88 (119)	0.038
	幻聴、幻覚がある	2.27±0.95 (47)	2.64±1.00 (119)	0.147
	向精神薬を内服している	1.63±0.80 (47)	1.92±0.77 (119)	0.067
	大声で叫ぶ	1.88±0.95 (46)	2.20±1.07 (120)	0.116
	看護援助を拒否する	1.85±0.96 (45)	1.89±0.92 (120)	0.934
	そわそわして落ち着きがない	1.98±0.94 (45)	2.33±0.91 (121)	0.083
転倒転落	ベッドから降りようとする	2.88±1.14 (47)	3.29±0.93 (121)	0.133
	ベッドから起き上がろうとする	2.39±1.05 (46)	2.85±1.01 (120)	0.027
	ベッドでの体動が多い	2.15±0.91 (46)	2.58±1.02 (121)	0.081
	ベッドから転落する	3.41±0.89 (46)	3.60±0.79 (122)	0.427
	ベッド柵を自分で外す	2.78±0.96 (47)	3.29±0.92 (120)	0.002
	ベッドの間から手足を出す	2.24±1.02 (46)	2.71±0.94 (121)	0.020
	患肢を動かす	1.09±0.83 (47)	1.93±0.86 (119)	0.620
	周りの物を取ろうとする	1.71±0.93 (46)	1.77±0.81 (119)	0.619
	車いすから立ち上がろうとする	2.59±1.14 (47)	2.94±0.96 (120)	0.093
	安静が守れず徘徊する	2.88±1.01 (47)	3.35±0.85 (121)	0.009
点滴・ドレーン管理	点滴やドレーン類を触る	2.85±1.17 (47)	3.19±0.87 (122)	0.260
	点滴やドレーン類を自己抜去する	3.46±0.84 (47)	3.71±0.64 (122)	0.235
	創部を触る	2.09±0.83 (46)	3.27±0.90 (121)	0.015
	医療機器を外そうとする	2.39±0.10 (46)	2.83±0.94 (120)	0.008
	医療機器を外す	2.76±0.99 (46)	3.08±0.91 (120)	0.086
	尿留置カテーテルを触る	2.54±1.00 (46)	2.91±0.96 (120)	0.037
	尿留置カテーテルを自己抜去する	3.27±0.90 (47)	3.55±0.75 (121)	0.076
	ルート類、尿留置カテーテル違和感	1.66±0.76 (46)	1.88±0.90 (119)	0.204
排泄行動	おむつや衣服を脱ぐ	2.15±1.06 (46)	2.75±0.94 (121)	0.002
	おむつを脱いで失禁する	2.39±1.07 (46)	2.93±1.02 (116)	0.011
	おむつに手を入れるなど不潔行動	2.32±0.96 (46)	2.80±1.01 (119)	0.016
過去の危険行動	転倒転落したことがある	2.37±1.04 (47)	2.97±1.00 (120)	0.004
	不穏せん妄を起こしたことがある	2.32±0.99 (47)	2.88±0.93 (120)	0.003
	点滴・ドレーン類を抜去したことがある	2.46±1.12 (47)	3.09±0.91 (122)	0.007

Mann-Whitney U検定、N=169

以上がもっとも多かった。経験年数が長い看護師は身体抑制という場面を通し何度もジレンマを感じているという報告があり¹⁴、経験年数を経ても身体抑制を行う判断は極めて難しいと考える。身体抑制の判断を相談する際の相手は、同僚が最も多く、次いで上司、カンファレンスであり、病院内スタッフと情報共有も含めて相談していることが明らかになった。看護における倫理的問題の多くが、看護ケアに関わるものであり、また臨床状況に直結した問題であるために、同じ状況を理解し合える同僚が相談相手として選ばれることが多い¹²とされ、先行研究の結果と同じであった。

2. 看護師が身体抑制に至る判断要件

整形外科疾患をもつ高齢者の身体抑制に至る判断となる要件は高い順に、「点滴・ドレーン管理」「過去の危険行動」「転倒転落」「排泄行動」「認知症の有無・せん妄」であった。これらは実際に患者の身体に危険が及ぶ行動と判断できるものであり、緊急やむを得ず身体抑制を行っていることが多いと考えられる。精神科以外のどの診療科においても身体拘束・抑制を行う場面として「自己抜去の危険性」がもっとも多く、次いで「転倒転落」が挙げられている¹⁵。整形外科領域においても、患者の行動が生命に直結するこれらの場面では、生命維持・安全確保のために身体抑制が必要と判断されている。身体抑制をなくすためには、早期に点滴やドレーン類、尿留置カテーテルを抜去することが対応策となる。また、身体抑制に対し「低悩む群」では、認知症の有無・せん妄に関する2項目、転倒転落に関する4項目、点滴・ドレーン管理に関する3項目と排泄行動、過去の危険行動のすべての項目において有意に身体抑制判断得点が高かった。これらの行動は直接患者への生命維持に影響を及ぼすことが少ない場面であり、危険回避のため予防的に身体抑制を行うといえる。「低悩む群」のほうが予防的な身体抑制を必要と判断する傾向があり、予防的抑制かつ不必要な身体抑制を減らすことの検討が必要である。日本看護倫理学会臨床倫理ガイドライン検討委員会の身体拘束予防ガイドラインでは、「患者に危険と思われる症状の背景にはせん妄症状が潜んでいる場合が多いため、すべての患者において、せん妄症状のアセスメントを必ず行う」ことが必須とされている⁹。認知症やせん妄の発症率が高い整形外科分野において、身体抑制を判断するうえで転倒転落やせん妄ガイドラインでアセスメントし、適切な判断を行い予防的な身体抑制をなくしていく必要があると考える。悩みの程度はあるが、身体抑制を行うかどうか悩んでいる看護師が多かった。脳、神経系病棟では倫理的問題の8割が身体抑制の悩みを抱えており、看護師間のサポート体制を整えること重要である¹⁶としている。整形外科領域においても、悩んでいる看護師は身体抑制に対してジレ

ンマを感じていることが考えられた。身体抑制を行うか否かは、経験判断や価値観に基づいて行われており(p. 40)⁵、判断に悩むため同僚や上司に相談している看護師が多いと考えられる。個々で曖昧な判断をするのではなく看護師間や他職種と連携を深めるとともに、カンファレンスで話し合いの場を設け、本当に身体抑制が必要かどうか検討することが重要である。

VII. 結論

整形外科疾患をもつ高齢者の身体抑制に至る判断となる要件は高い順に、「点滴・ドレーン管理」「過去の危険行動」「転倒転落」「排泄行動」「認知症の有無・せん妄」であった。身体抑制を行う際に悩みの程度が低い看護師は、予防的に身体抑制を行う傾向にあった。これらの結果から、整形外科領域では点滴やドレーン類、尿留置カテーテルを早期に抜去し、せん妄や転倒転落ガイドラインでのアセスメントを強化することが身体抑制をなくす対応につながる。

VIII. 研究の限界と課題

本研究には三つの限界がある。一つ目として身体抑制に関する質問紙調査に関して、リッカート法で回答を求めたが、一定の法則に従っておらず、実施回数や体験の期間を限定しておらず明確でないため、看護師個々の認識の相違により歪みが生じている可能性が考えられる。二つ目は、身体抑制に至る場面として、多くが悩ましいと思う状況を抽出するため、悩むことが「よくある」と回答したものを「高悩む群」とし、「時々ある：たまにある：まったくない」と回答したものを「低悩む群」に分類したが、2群比較でないため結果に偏りが生じている可能性がある。三つ目として、看護師経験年数により、身体抑制に対する多くの葛藤を生じる経験を積んでおり、経験値の差異により、回答が異なる可能性があることから、データの信頼性は十分とは言いがたい。最後に、今回A市内の第二次救急指定病院に限局されているため、対象者が少なく、本研究を一般化するには限界がある。整形外科疾患をもつ高齢者に身体抑制を行う要因において、さらに質問内容を検討し見直したうえで、調査対象を増やしていく必要がある。

謝 辞

今回の研究の実施にあたり、研究の主旨をご理解いただき質問紙調査にご協力いただいた対象病院の看護部、ならびに病棟管理者や看護師の皆様に感謝申し上げます。

助 成

本研究はどの機関からも研究助成を受けていない。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

1. 小立鉦彦. 看護学テキストNiCE 老年看護学技術—最後までその人らしく生きることを支援する—. 東京：南江堂；2011.
2. 日本整形外科学会, 日本骨折治療学会監修. 大腿骨頸部骨折／転子部骨折診療ガイドライン. 改訂第2版. 東京：南江堂；2011.
3. 中田真衣. 整形外科病棟における高齢者の術後せん妄予防に関する考察. 北海道文教大学研究紀要. 2013；38：1-9.
4. 藤嶋良恵, 福田貴子. 抑制を行うときの看護師の判断過程. 日本看護学会論文集 老人看護. 2001；32：62-64.
5. 高橋修一. 最新 転倒・抑制防止ケア. 東京：昭林社；2002.
6. 身体拘束ゼロ作戦推進委員会. 身体拘束ゼロの手引き. 厚生労働省 [インターネット]. 2001：99-108. [検索日2016年8月2日] <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/shiryoku/syakai/fukushi/854.pdf>
7. 小坂貴子, 清水裕子, 江口久美. ICU抑制判断基準見直しからの発見. 日本看護学会論文集 成人看護Ⅰ. 2012；42：54-57.
8. 荒井昭子, 新美梓, 白川敦子, 中神さゆり, 平原広登, 赤峰真理子. 脳神経外科・神経内科病棟における身体拘束について. 名古屋市私立大学病院看護研究集録；2005：67-72.
9. 日本看護倫理学会臨床倫理ガイドライン委員会. 身体拘束予防ガイドライン. [インターネット]. 2015：1-23. [検索日2016年8月2日] http://www.jnea.net/pdf/guideline_shintai_2015.pdf
10. 油野規代, 泉キヨ子, 平松知子. 認知症を伴う大腿骨頸部骨折患者に関わる整形外科看護師の対応困難な場面における臨床判断. 金沢大学つるま保健学会誌. 2010；34(1)：91-99.
11. 田中美恵子, 濱田由紀, 嵐弘美, 小山達也, 柳修平. 精神科看護師が倫理的問題を体験するときの頻度と悩む程度, および倫理的問題に直面した時の対処行動. 東京女子医科大学看護学会誌. 2010；5(1)：1-9.
12. 黒田真吾, 宮本むつみ, 杉村知子, 有馬由佳, 野村典子, 長岡早苗. 整形外科病棟における術後せん妄ケアに対するスタッフの意識の変化. 東邦看護学会誌. 2014；11：21-29.
13. 小日向真衣, 服部ユカリ. 整形外科病棟における高齢者の術後せん妄予防看護計画の効果. 日本老年看護学会誌. 2011；16(1)：111-118.
14. 山本美輪. 看護系経験年数による高齢者の身体抑制に対する看護師のジレンマの差. 日本看護管理学会誌. 2005；9(1)：5-12.
15. 石倉未沙絵, 鹿田和樹, 杉本英里華, 中島奈都美, 吉岡伸一. 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. 2015；66：36-46.
16. 境美穂子, 工藤せい子. 脳・神経系病棟に勤務する看護師の倫理的問題に関する研究. 日本看護倫理学会誌. 2013；5(1)：63-70.