

一般病院における高齢者への身体拘束縮小に向けた効果的方策の解明

Elucidation of effective strategies for reduction of physical restraint

for elderly patients in acute hospitals

【博士論文要約】

2018 年

千葉大学大学院看護学研究科

住谷ゆかり

I. 研究の動機と背景

2015 年に高齢化率 26.7%となった日本では、医療の高度化を背景に高齢者が病院に入院する割合が国際的にも高い（内閣府，2015）。入院治療を受ける高齢者は、疾患や治療による侵襲、生活環境の変化により、認知機能や身体機能の低下をきたしやすく、医療装置の自己抜去や転倒・転落等の事故リスクが高くなる。さらに、認知症をもつ高齢者の入院数も増加している中で、疾患の治療が優先される急性期病院では、高齢者への安全対策として身体拘束が実施されやすい現状がある（Evans & FitzGerald, 2002；倉田他，2014）。

身体拘束は、患者の安全を守る援助技術として国内外で広く用いられてきた。しかし、身体拘束の有用性に関するエビデンスへの懐疑や身体拘束の弊害に関する知見の蓄積、高齢者の人権尊重という観点からの倫理的意識の高まり等により、諸外国では 1980 年代より「restraint-free care」を目指した取り組みが報告されている（Evans & Strumpf, 1989）。日本では、2000 年の介護保険導入に伴い介護保険施設における身体拘束は原則禁止となり、政策的な普及・啓発活動が推進されてきた。一方、病院では身体拘束に関する規制はなく、重症度の高い患者に迅速な治療を提供する急性期病院では身体拘束が必要な場合もあるという見解もあり（佐藤他，2003；倉田他，2014）、身体拘束の廃止に関するコンセンサスは確立していない。臨床で働く看護師は、身体拘束の是非をめぐる論争の中で、様々な葛藤を抱きながら身体拘束実施の判断を迫られている状況がある（山本・臼井，2004）。

今後、さらなる高齢化の進行により認知症高齢者の増加が見込まれている日本では、高齢者が疾病を抱えても住み慣れた場で自分らしい生活を継続していくための支援体制として、地域包括ケアシステムの構築が推進されている。このような中で、急性期病院では、高齢者の生命の回復・維持と同時に QOL の低下を予防し、治療後速やかに元の生活場所に戻れることを念頭においた医療の提供が求められており（湯浅，2013）、高齢者の心身および QOL に弊害をきたす身体拘束の実施は可能な限り回避していく必要がある。しかし、患者の高齢化に伴う医療安全への偏重や、医療事故に関する医療者個人または組織への責任追及に対する懸念等により、過剰で予防的な身体拘束が実施されやすいことも報告されている（西嶋他，2009；春田他，2012；玉山・小野，2017）。以上より、急性期病院では不要な身体拘束を見直し、身体拘束を縮小していくことが重要な課題であると考ええる。

先行研究では、身体拘束の実施には看護師関連の要因、身体拘束を受ける高齢者に関連する要因、治療やケア環境、組織等に関連した要因が複雑に絡み合いながら影響していることが明らかになっている。特に、組織の方針やリーダーシップ等の組織的特徴は身体拘束の重要な関連要因であり（吉岡・田中，1999；Bourboniere et al., 2003；山幡他，2014）、身体拘束を縮小していくためには clinical leader としての管理者の役割が大きく影響することが示唆されている（Park & Tang, 2007；Bradas et al., 2012）。本研究では、急性期医療を提供する一般病院における看護管理者の実践に焦点をあて、高齢者への身体拘束の縮小に向けた効果的方策を明らかにすることを目的とする。

Ⅱ．研究目的

急性期医療を提供する一般病院の一般病棟における看護管理者の実践に焦点をあて、高齢者に対する身体拘束の縮小に向けた効果的方策を明らかにする。

Ⅲ．研究の意義

一般病院等の医療施設における身体拘束の実態や要因については、限定された地域や病院を対象とした調査報告はあるが全国規模での調査は実施されておらず、一般病院の高齢者に焦点を当てた研究も少ない。また、介護保険施設での身体拘束廃止に向けた政策の推進や、身体拘束の実施が医療の質評価指標として認められてきたこと等を背景として、医療施設においても身体拘束の縮小が課題となり始め、身体拘束に関する基準やガイドラインの整備等、組織的な取り組みが実施されてきている。しかし、このような取り組みが身体拘束の縮小に結びついているのか実証的に明らかにした研究も少ない。

本研究では、全国の一般病院の一般病棟における高齢者への身体拘束の実施状況や身体拘束縮小に向けた病院・病棟での取り組みについて、看護管理者への質問紙調査とインタビュー調査を実施し、2つの研究結果を統合することにより、一般病院としての機能や特徴、ケアシステム上の課題、介護保険施設との相違点等を踏まえた身体拘束を縮小する効果的な方策に関する具体的示唆を得ることができる。さらに、身体拘束の縮小を目指した方策を明らかにすることは、看護の質の向上にも寄与できると考える。

Ⅳ．用語の定義

本研究における主要概念に関しては、以下のとおり定義する。

【身体拘束】

高齢者の身体や行動の自由を、高齢者の意思を考慮することなく故意に制限もしくはコントロールすることを目的とした機器、装置類の使用や、特定の場所に移動することで、身体抑制は同義語とする。なお、医師の処方等が関係する薬物による拘束（Chemical Restraint）は含めない。

【身体拘束縮小】

身体拘束の実施数を減らすことを目的とした介入により身体拘束率が減少すること。

【効果的方策】

身体拘束を縮小するために有効な対策や戦略。

【高齢者】

65 歳以上のもの。

V. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、第 1 段階として全国の一般病院一般病棟の看護管理者を対象とした質問紙調査を実施し、65 歳以上の高齢者に対する身体拘束の実施と身体拘束の縮小に向けた病院・病棟での取り組み状況を把握し、身体拘束に影響を与える要因と取り組みを明らかにする（研究 1）。第 2 段階では、質問紙調査の結果を踏まえて、様々な特徴をもつ一般病棟の看護管理者へインタビュー調査を行い、身体拘束縮小に向けた具体的な取り組み内容や方法、身体拘束縮小における促進要因、阻害要因を明らかにする（研究 2）。

最終的に、研究 1 の質問紙調査と研究 2 のインタビュー調査の結果を統合・解釈し、一般病院の一般病棟における身体拘束縮小に向けた効果的な方策についての具体的示唆を得ることを目的とした混合研究法の説明的順次的デザイン（explanatory sequential design）を用いた。

2. 混合研究法の説明的順次的デザインを用いる理由

混合研究法は、社会科学、行動科学、健康科学分野におけるアプローチで、研究者は量的データおよび質的データを収集して 2 つのデータを統合し、その後、研究問題を理解するためにデータを統合させた強みに基づく解釈を引き出す方法である（Creswell, 2015）。さらに、混合研究法のデザインの 1 つである説明的順次的デザインは、最初に実施する量的研究の結果を、続く質的研究によって深化することを目的としている（Creswell, 2015 ; 抱井, 2015）。

身体拘束の縮小に向けた介入に関する先行研究では、病院や病棟で実施している介入内容を質問紙調査で明らかにしている量的研究が多く、介入の具体的な内容や方法等については十分明らかになっていない。本研究では、第 1 段階として全国の一般病院への質問紙調査を行い、高齢者への身体拘束の実施と身体拘束の縮小に向けた病院・病棟での取り組み状況を把握し、身体拘束の実施に影響を与える要因と取り組みを明らかにする。第 2 段階では、質問紙調査で得られた身体拘束の実施率と身体拘束縮小に向けた取り組み数に基づいて分類した様々な特徴をもつ病棟の看護管理者にインタビューを実施し、研究 1 で得られた身体拘束縮小に向けた取り組みの具体的な内容や方法、看護管理者が認識している身体拘束縮小の促進要因、阻害要因等に関する質的データを得る。

最終的に、量的研究と質的研究の結果の統合・解釈として、質問紙調査結果で抽出された高齢者への身体拘束の実施に影響する身体拘束縮小に向けた病院・病棟での取り組みについて、さらに看護管理者を対象としたインタビュー調査で詳細を明らかにするとともに、

質問紙調査では得られなかった看護管理者の取り組みについても抽出し、身体拘束の実施に影響を与える要因や身体拘束縮小における阻害要因を踏まえて考察することで、一般病院における身体拘束縮小に向けた効果的な方策に関する示唆が得られると考えた。

VI. 研究 1 全国の一般病院を対象とした身体拘束に関する質問紙調査

1. 研究目的

全国の一般病院の一般病棟における高齢者への身体拘束の実施と身体拘束縮小に向けた病院・病棟での取り組み状況を把握し、身体拘束の実施に影響を与える要因と取り組みを明らかにする。

2. 研究方法

1) 質問紙の作成

一般病院の一般病棟における高齢者への身体拘束の実施と、身体拘束縮小に向けた病院・病棟での取り組み状況を調査する質問紙を作成した。調査内容は、身体拘束の実施（身体拘束率）に影響する要因として「看護管理者の要因」、「病院の要因」、「病棟の要因」、「身体拘束縮小に向けた病院・病棟での取り組み」を想定した概念枠組みを作成して検討した。

2) 調査対象者

東京大学公共政策大学院医療政策教育・研究ユニットとその業務委託を受けた株式会社ウェルネスが共同作成した「全国地域別・病床機能情報等データベース」を用いて、全国 47 都道府県 344 医療圏の 7,270 病院より「7 対 1 一般病棟入院基本料」を届け出ている 1,581 施設を抽出し、研究協力に同意が得られた施設の「7 対 1 一般病棟入院基本料」を申請している病棟の看護師長に、自由意思に基づく質問紙調査への協力と同封した返信用封筒での返送を依頼した。

なお、本研究の分析に必要なサンプルサイズを検定力分析ソフト **G*Power** で算出した。ノンパラメトリック検定を用いるときに、効果量 (effect size) 0.5、有意水準: $\alpha = 0.05$ 、検出力 (power 0.8) としたとき、サンプルサイズは 66 例ずつ計 132 必要であり、身体拘束に関する先行研究より回収率を 20~30% 程度と予測して 1,581 施設の各 2 病棟を調査対象とした。

3) 調査期間

2016 年 12 月~2017 年 2 月

4) データ分析方法

調査対象病院・病棟の特徴、看護管理者の管理経験年数、身体拘束の実施状況、実施理

由、実施期間の特徴については、記述統計を算出した。さらに、身体拘束実施の指標として身体拘束率（身体拘束を受けている 65 歳以上の入院患者数÷65 歳以上の入院患者総数）を算出した。

身体拘束縮小に向けた病院・病棟での取り組み 16 項目については、記述統計を算出して各項目の実施状況を把握した。次に、各取り組みの実施割合に基づいて分析対象となった病棟を分類し、身体拘束率、看護管理者および病院・病棟の特徴を比較した。

身体拘束率と各要因間の関連については、「看護管理者の要因」、「病院の要因」、「病棟の要因」、「身体拘束の縮小に向けた病院・病棟での取り組み」を想定した概念枠組みに基づいて、Spearman の順位相関係数、Mann-Whitney U 検定を用いて分析した。

最終的に、身体拘束率を従属変数、「病院の要因」、「病棟の要因」、「看護管理者の要因」を独立変数として、重回帰分析を実施した。

5) 倫理的配慮

(1) 研究の対象となる個人の人権擁護

質問紙は無記名調査とし、得られたデータは本研究以外の目的では使用しないこと、身体拘束を実施していない場合、もしくは該当する病棟がない場合に返信してもらう返信用用紙で得られたデータについても本研究以外の目的では使用しないことを、研究依頼書に明記した。さらに、質問紙の ID は研究 2 のインタビュー調査の依頼に使用するために記入しており、ID 番号を記載した病院リストは研究者以外が見ることがないことについても記載した。データ入力時には、所属病院・病棟に関するデータは記号化して入力し、結果は統計的に処理し、個人や所属病院が特定されないようにした。また、回収した質問紙、返信用用紙、ID を記載した病院リストや USB 等の電子データ媒体は、すべてパスワードでロックし、鍵のかかる場所に保管し、鍵は研究者が責任を持って管理した。データは 5 年間保存した後、紙媒体はシュレッダーにて裁断破棄し、電子媒体についてはデータを消去することを研究依頼書に明記した。

本研究の成果は、博士論文、学術集会、学術雑誌等で発表する予定であり、研究成果の公表にあたっては、個人や所属病院が特定できないように配慮すること、研究結果の送付を希望する場合には研究者に連絡してもらい、希望のあった病院、もしくは研究対象者に研究結果を送付することを研究依頼書にて説明した。

(2) 研究参加における対象者の意思決定の権利保障

調査への協力は対象者の自由意思であり、協力に同意しない場合でも、個人および所属病院が公表されることや不利益が生じることはないことを研究依頼書で説明し、質問紙への協力を得た。対象者の調査協力への意思決定においては、上司による調査協力への促がし等の強制力がはたらかないように、対象候補者（病棟）の選出を依頼する看護部長にも研究協力が対象者の自由意思に基づくものであることを看護部長宛の研究依頼書にて説明

した。また、質問紙の回収は、対象者の上司が関与しないよう郵送法とした。さらに、本調査に関する質問や問い合わせが自由にできるように、研究者の連絡先を文書に明記し、不利益に対する対応ができるようにした。

(3) 研究等によって生じる個人への不利益に対する配慮

質問紙調査への協力は文書にて行い、研究者が直接協力を依頼する行為は行わず、研究参加への任意性を保障し、所属病棟での身体拘束に関する実態や課題について回答することにより、精神的負担が生じないように留意した。質問紙調査への回答に伴う時間的拘束により、疲労が生じる可能性があるため、回答に要する時間を文書で説明するとともに、質問紙は事前にプレテストを行い、質問の意味がわかりにくい項目がないか等の妥当性を検討し、質問紙への回答に関する負担を軽減するよう努めた。

3. 結果

一般病院の看護師長を対象に、身体拘束の実施と身体拘束縮小に向けた病院・病棟での取り組みに関する質問紙調査を行い、279 病棟より回答が得られ、全国の一般病院における高齢者への身体拘束の実態が明らかになった。

また、身体拘束の実施に影響する要因を明らかにするために、身体拘束率と「病院の要因」、「病棟の要因」、「看護管理者の要因」、「身体拘束縮小に向けた病院・病棟での取り組み」の関連を分析した結果、身体拘束率に正の相関を示した 1 要因と、標準偏回帰係数が負の値であった 4 項目の取り組みが抽出された。これらの 5 変数を独立変数、身体拘束率を従属変数として重回帰分析を実施した結果、有意なモデルが得られた。

4. 考察

身体拘束の実態調査では、身体拘束の定義、調査対象者、データ収集方法、データ収集期間、分析方法等の調査方法が統一していないことが課題となっている (Laurin et al., 2004)。日本の病院における実態調査でも、身体拘束の具体的な行為が示されていないものや、統一された基準がないために介護保険指定基準の身体拘束禁止規定で明示されている 11 の具体的行為について調査している研究が多く、本研究で明らかになった身体拘束実施率を単純に比較することは難しい。しかし、急性期病院という場を考慮した 9 種類の身体拘束方法の実態について明らかにした本調査結果は、一般病院の現状を把握する有用な知見となったと考える。

また、身体拘束率に影響する身体拘束縮小に向けた病院・病棟での取り組みとして抽出された 4 項目の包括的な実施が、身体拘束の縮小において重要となる可能性が示唆された。

VII. 研究 2 一般病院の看護管理者へのインタビュー調査

1. 研究目的

一般病院の一般病棟における高齢者への身体拘束縮小に向けた取り組みの具体的な内容や方法、看護管理者が認識している身体拘束縮小の促進要因、阻害要因を明らかにする。

2. 研究方法

1) 調査対象者

研究 1 で実施した質問紙調査に回答し、インタビュー調査の同意を得られた 117 病棟の看護管理者を調査対象者としてインタビュー調査を依頼した。

2) 調査期間

2017 年 8 月～10 月

3) 調査内容

- ・身体拘束の縮小に向けた取り組み内容（質問紙調査で回答を得た 16 項目の取り組み内容の詳細とそれ以外に実施している取り組み）
- ・身体拘束縮小における阻害要因、促進要因
- ・急性期病院での高齢者に対する身体拘束縮小に向けた課題

4) 分析方法

インタビューより得られたデータを逐語録に起こし、質的内容分析の方法である conventional content analysis の手法を参考に、以下の通り分析を行った（Hsieh & shannon, 2005）。

5) 倫理的配慮

(1) 研究の対象となる個人の人権擁護

調査で得られたデータおよび個人情報については、本研究以外の目的では使用しないこと、データおよび研究成果の公表においては個人が特定できないように配慮すること、対象者の氏名や所属施設名等の固有名詞は個人が特定できないようにすべて記号化して用いることを研究依頼書および口頭で説明した。データを USB 等の電子媒体に保存する場合はすべてパスワードでロックをかけ、電子媒体のデータおよび回収された質問紙等の紙媒体のデータは、番号をつけてファイルに閉じ、鍵のかかる場所に保管し、鍵は研究者が責任を持って管理した。さらに、データは 5 年間保存した後、責任をもってデータの削除を行うことを研究依頼書と口頭で説明した。

研究成果については、国内外の学会や学術誌で発表する予定であることを研究協力者と

所属施設に研究依頼書で説明し、研究協力者には口頭でも説明をして承諾を得た。研究結果の開示については、同意書で希望の有無を示してもらい、希望される場合には研究結果を郵送すること、連絡先に関する情報は本研究の目的以外では使用せず、研究結果の郵送後、速やかに破棄することについても研究協力者に説明した。

(2) 研究参加における対象者の意思決定の権利保障

研究への参加・不参加は自由意思であり、不参加や途中辞退においても対象者やその所属施設に不利益が生じないことを研究依頼書および口頭で説明した。研究への同意を撤回される場合は、「同意撤回書」2部に署名していただき、研究者へ郵送してもらうことについても説明した。また、研究への協力が対象者にとって強制もしくは圧力とならないよう、対象者候補を紹介した看護部長への研究依頼書に明記した。さらに、対象者からの質問や疑問に対しては、いつでも応じることを文書および口頭で説明した。

(3) 研究等によって生じる個人への不利益に対する配慮

インタビュー調査では時間的拘束が生じるため、業務や日常生活に支障をきたさないよう、研究参加者の都合を優先してインタビュー日程を調整した。また、本研究は患者にとって弊害をもたらす可能性のある身体拘束に関するインタビューであるため、インタビューを受ける対象者の心理を考慮しつつ、インタビューにおいて、語りたくないことについては語る必要はないこと、途中中断がいつでも可能であることをインタビューの概要に記載し、インタビュー実施前にも口頭で再度説明した。インタビュー内容の録音やインタビュー中の対象者の反応等の記録については、対象者に同意を得て実施した。

3. 結果

一般病院9施設の10名の看護師長より協力が得られた。10名の看護師長の語りより、身体拘束縮小に向けた看護管理者の取り組みとして7カテゴリと23サブカテゴリが抽出された。

4. 考察

一般病院の一般病棟における高齢者への身体拘束縮小に向けた取り組みにおいて、病院組織の理念の具現化として身体拘束の縮小を位置づけ、推進する看護管理者の実践の重要性が示唆された。

VIII. 研究 1 と研究 2 の結果の統合

研究 1 の質問紙調査で得られた結果と、質問紙調査結果をさらに深めるために実施した研究 2 のインタビュー調査の結果の統合により、看護管理者がリーダーシップを発揮しながら病棟レベルで取り組むべき実践と、病院組織として取り組むべき実践が明らかとなった。これらの取り組みの包括的な実施が、身体拘束の縮小につながり得る可能性が示唆された。

IX. 研究の限界と今後の展望

本研究では、全国の一般病院における身体拘束と身体拘束の縮小に向けた取り組みの実施状況、看護管理者の具体的な取り組み内容に関する貴重な知見を得ることができたが、いくつかの限界がある。

まず、質問紙郵送数に対する有効回答率の低さに伴う研究結果の一般化に関する限界がある。身体拘束の実態に関する先行研究では、質問紙回収率が約 10～20%であったことから、本研究では質問紙の回収数を確保するために「7 対 1 一般病棟入院基本料」を届け出ている全国 1,581 病院への全数調査を実施した。しかし、身体拘束という倫理的問題を孕む調査であることが、質問紙の回答数に影響を与えていた可能性が考えられた。また、質問紙回収数に対する有効回答率も 52.6%であり、欠損値や誤回答が多かったことから、調査項目のわかりにくさや回答に係る負担等が大きかった可能性もある。

さらに、身体拘束率は患者状況やスタッフ状況によって影響を受けることが示唆されていることから、平日 1 日の 2 時点での調査を行ったが、横断的デザインによる調査のため身体拘束率と身体拘束縮小に向けた取り組みの因果関係は説明できない。病棟師長による自記式調査であることによる結果への影響等もある。身体拘束実施状況の継続的な調査を続けていくためには、有効回答率を高めていくための質問項目や回答方法の洗練やデータ収集方法等の検討が必要である。

実態調査における身体拘束率の算出に関して、研究者が身体拘束とみなした 9 つの行為に限定したことにより、先行研究との比較が困難であったことも限界として挙げられる。しかし、本研究では、一般病院において実施されることの多い身体拘束行為を調査項目としたことにより、一般病院の現状を把握する上で有用な知見が得ることができた。さらに、本研究の対象施設では、これから身体拘束縮小に向けて取り組もうとしている、もしくは取り組み始めている過渡期の病院が対象となっていたことが予測され、このような施設が分析対象となったことにより身体拘束縮小の取り組みにおける順序性についての示唆を得ることができた。

また、本研究は身体拘束を縮小もしくは廃止している病院に限定した調査ではなく、身体拘束を廃止している一般病院からの回答はなかった。インタビュー調査では、対象が身

身体拘束率の高い病棟に偏っていたことから、身体拘束率の高低を踏まえて身体拘束縮小に向けた病院・病棟での取り組みの特徴が比較できなかった。このような限界に対しては、今後、実際に身体拘束を縮小もしくは廃止している病院での取り組みとの比較や、身体拘束率の変化を追う縦断研究により本研究で明らかになった身体拘束縮小につながる可能性のある取り組みの効果を検証していくことが課題となると考える。

文献

- Bourbonniere,M.,Strumpf,N.E.,Evans,L.K.,&Maislin,G.(2003).Organizational characteristics and restraint use for hospitalized nursing home residents.*Journal of the American Geriatrics Society*,51(8),1079-1084.
- Bradas,C.M.,Sandhu,S.K.,&Mion,L.C.(2012).Physical restraints and side rails in acute and critical care settings.(In)Boltz,M.,Capezuti,E.,Fulmer,T.,&Zwicker,D.(editors). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*.4th Edition.New York, Springer Publishing Company,229-245.
- Creswell,J.W.(2015).*A Concise Introduction to Mixed Methods Research*. California, SAGE Publications,Inc.
- Evans,D.,& FitzGerald,M.(2002).Reasons for physically restraining patients and residents:A systematic review and content analysis.*Inter Journal Nursing Study*,39,735-743.
- Evans,L.K.,& Strumpf,N.E.(1989).Tying down the elderly: A review of the literature on physical restraint.*Journal of the American Geriatrics Society*,37(1),65-74.
- 春田佳代・山幡朗子・伊藤眞由美・城憲秀・榎原毅・久保智英・鈴木初子(2012).一般病院看護師の身体拘束の認識とその現状に関する研究. *愛知医科大学看護学部紀要*,(11),1-10.
- Hsieh,H.F.,& Sarah,E.S(2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis.*Qualitative Health Research*,15(9),1277-1288.
- 抱井尚子(2015).*混合研究法入門 質と量による統合のアート*.医学書院.
- 倉田貞美・牧野公美子・村上静子・國井雪絵・小杉山友里(2014).一般病院における認知症高齢者への不必要な身体拘束防止の取り組み 看護師の認識および身体拘束実施状況の変化に関する量的検討. *日本認知症ケア学会誌*,12(4),763-772.
- Laurin,D.,Voyer,P.,Verreault,R.,&Durand,P.J.(2004).Physical restraint use among nursing home residents:A comparison of two data collection methods.*BMC Nursing*,3(1),5.
- 内閣府(2015).*高齢社会白書 平成 27 年版*.日経印刷.
- 西嶋梓・千葉由美・佐々木晶世・山本則子(2009).都内医療機関における身体抑制 現状と関連要因の検討.*高齢者虐待防止研究*,5(1),94-102.
- Park,M.,&Tang,J.H.(2007).Evidence-based guideline changing the practice of physical restraint use in acute care.*Journal of Gerontological Nursing*,33(2),9-16.
- 佐藤美幸・堤雅恵・中村仁志・岩本テルヨ(2003).身体拘束に対する看護者の意識と経験. *山梨県立大学看護学部紀要*,7,127-131.
- 玉山清美・小野美喜(2017).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. *日本看護倫理学会誌*,9(1),31-37.
- 山幡朗子・春田佳代・伊藤眞由美・城憲秀・榎原毅・久保智英・鈴木初子(2014).看護師の身体拘束解除の判断内容と課題. *日本看護医療学会雑誌*,16(2),60-66.

山本美輪・臼井キミカ(2004).高齢者の身体的抑制に直面する病棟勤務看護職のジレンマの概要. *老年社会科学*,25(4),417-428.

吉岡充・田中とも江(1999). *縛らない看護* 医学書院.

湯浅美千代(2013). *看護師認知症対応力向上研修テキスト*. 東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課.