

< 原著論文 >

入院高齢者のせん妄症状に対する身体拘束をめぐる 看護師の困難とその対応策

Nursing difficulties and measures for physical restraints related to delirium symptoms in older patients

長谷川 真澄 (札幌医科大学)

Masumi Hasegawa (Sapporo Medical University)

要旨

高齢者人口の増加や医療技術の進歩にともない急性期治療を受ける患者の高齢化が進んでいる。急性疾患で入院治療が必要となった高齢者や認知症者が、入院後あるいは手術後にせん妄を発症することがある。せん妄により二次的に起こり得るルート類の予定外抜去や転倒・転落事故の予防策として実施されるのが身体拘束であり、看護師は、せん妄患者の医療処置の遂行と安全確保をどう両立するかという課題に直面する。看護師が直面する困難の背景として、1) 急性期領域の医療者にせん妄や認知症に関する知識・技術が十分、浸透していないこと、2) 急性期医療における身体拘束の規定が整備されていないこと、3) 在院日数の短縮化を求められる急性期病院における看護業務の変化が挙げられる。これらの課題への対応策として、日本看護協会や学術団体などでは身体拘束ガイドラインを作成する動きがある。また、専門看護師によるせん妄ケアの知識、技術に関するスタッフナースへの教育や、多職種チームによるせん妄患者への介入例が報告されている。さらなる高齢化の進展が予測されるわが国において、看護職として患者の人権を守るために、せん妄や認知症の症状を呈する患者への対応を組織としてどのように取り組んでいくのかを検討し、現場を変革していく必要がある。

Abstract

As the age of inpatients increase the incidence of delirium during hospitalization and after operation increase. When delirium develops in elderly patients, nurses experience the difficulty of not being able to effect a safe treatment of the patients. Nurses face the further difficulty that the problems arising from dilemmas posed by the physical restraints imposed by a precaution against potential accidents indirectly arising due to the delirium. The background to the difficulties faced by nurses include a lack of knowledge of and skills in the care for delirium patients, the absence of provisions for physical restraints in the general hospital setting, and changes in the nature of the duties necessary for acute care in hospitals. To resolve these issues, there are efforts to establish guidelines for physical restraints in the Japanese nursing association and other professional organizations. In addition, the findings suggest the necessity to provide nursing staff with training in and development of knowledge and skills to address the issues of delirium care by clinical nurse specialists, as well as intervention in dealing with delirium patients by interdisciplinary teams.

Keywords : delirium (せん妄)、physical restraints (身体拘束)、older patients (高齢患者)、nursing difficulties (看護師の困難)、acute hospital setting (急性期病院)

1. はじめに

高齢者人口の増加や医療技術の進歩にともない急性期治療を受ける患者の高齢化が進んでいる。2011年の患者調査¹⁾によると、入院患者の約7割、外来患者の約5割が65歳以上の高齢者で占められる。また、2013年6月に発表された厚生労働省の推計²⁾によると2012年時点で認知症は462万人、軽度認知障害(Mild Cognitive Impairment; MCI)と言われる認知症予備軍は400万人に上る。認知症の年代別有病率は74歳までは10%以下だが、85歳以上で40%超となる。このように、わが国の高齢化は単なる入院患者の高齢化をもたらすだけでなく、認知症者の増加という現実と直面している。

医療技術の進歩により、80歳代以上の高齢者でも手術を受ける機会が増えている。また、糖尿病や高血圧などの慢性疾患の増悪、感染症、心筋梗塞、脳梗塞、骨折などの急性疾患で入院治療が必要となる高齢者、認知症者も多い。これらの疾患で入院した高齢者や認知症者が、入院後、あるいは、手術後にせん妄を発症する場合がある。

せん妄は、急性で一時的な、中等度あるいは軽度の意識障害(意識混濁)にさまざまな精神症状を伴う状態(意識変容)である³⁾。それまで全く問題のなかった人が突然に落ち着きがなくなり、何度も同じ質問をしたり、入院していることがわからなくなったり、幻覚や妄想を伴って興奮状態になる。入院中にこのような症状があらわれると、治療やケアが困難となり、点滴チューブやドレーン類の抜去、転倒・転落などの事故の危険もあるため、患者の安全確保と医療処置の継続のために鎮静や身体拘束が行われる傾向にある。

不適切な鎮静や身体拘束は患者の自由な行動を制限するものであり、日本国憲法第31条「何人も、法律の定める手続きによらなければ、その生命若しくは自由を奪はれ、又はその他の刑罰に科せられない」という規定に反する行為といえる。

本稿では、このような急性期医療における高齢者のせん妄症状に対する身体拘束をめぐる看護師の困難とその対応策について概観する。

2. 高齢者や認知症者のせん妄について

せん妄は、高齢、認知症、脳神経疾患の既往などで脳機能が脆弱な人に、脱水、電解質異常、低酸素血症、感染症などの身体疾患や、薬物の副作用が引き金となって発症する。また、入院による環境変化、治療的安静指示による不動、疼痛、睡眠障害、無菌室などへの隔離、騒音・光などの過剰な感覚刺激、心理的ストレスなどもせん妄を誘発する。

入院患者のせん妄発症率は10～40%で、重症患者、終末期がん患者では、その頻度が更に高くなる⁴⁾。がん患者では亡くなる前の1週間以内に30～80%にせん妄を認めるという報告もある⁵⁾。また、認知症者のせん妄発症リスクは認知症のない人の5.2倍と報告されている⁶⁾。

認知症では、せん妄と類似した症状がみられるが、その病態は全く異なる。せん妄は突然に発症し可逆的であるのに対し、認知症は緩やかに漸進的に発症するため発症時期を特定することはできず、進行性である。しかし、普段のその人を良く知らない者がせん妄状態の人に遭遇すると認知症と思い込んだり、軽度の認知症を重度と誤認してしまい、せん妄の原因疾患の発見や治療が遅れる場合がある。Inouyeらの研究⁷⁾では、看護師の通常のアセスメントで正しく「せん妄である」と判定できたのはわずか19.3%であり、せん妄の見逃しに関連するリスク因子として、低活動型せん妄、80歳以上、視覚障害、認知症が挙げられている。つまり、せん妄は急性期医療を受ける高齢者や認知症者によく見られる症状であるが、その発症要因は多岐にわたり、看護師でもせん妄を見逃すことが多いという特徴がある。

せん妄はその原因となる身体疾患や薬物、誘発因子を特定し、それらを治療、除去、軽減する

ことで回復する。一方、認知症は症状進行を遅らせる薬剤が数種類認可されているのみで、未だ治療方法は確立されていない。認知症者は、記憶障害、見当識障害（日時、場所、人を正しく認識できない）、失認（視覚、聴覚などの感覚機能に障害がないのに対象物を認知できない）、失行（運動機能の障害がないのに合目的な運動・動作ができない）、実行機能障害（目的を達成するために作業を順序立てて行う能力の低下）といった中核症状により、今まで出来ていた日常生活全般が障害されるため、自信を喪失し、常に不安や怯えの中で生きているといわれる。認知症自体がせん妄のリスク因子であり、環境変化、心理的ストレス、不適切なケアにより種々の行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptom; BPSD）があらわれやすい。つまり、目の前の患者の症状が身体的・環境的要因によるせん妄なのか、認知症によるものなのかという医療者の判断如何により患者が適切な対応を受けられない可能性がある。

以上から、せん妄は1つの原因ではなく複数の要因が絡み合って発症すること、せん妄のリスク要因の一つである認知症と類似した症状がみられることが、専門職でもせん妄と認知症の鑑別が難しく見逃しやすいという特徴がある。また、せん妄と正しく判断できない場合は、当然、適切な治療やケアが提供されず、入院患者のせん妄からの回復を妨げる。さらに、せん妄と正しく判断できても、当該患者が保有する複合的要因へのアプローチが必要であること、そして、入院が必要となった疾患自体や治療処置がせん妄の発症要因になることが、せん妄の治療ケアを一層困難にさせるという特徴をもつ。

2. せん妄患者への医療処置の遂行と安全確保における看護師の困難

入院高齢者にせん妄が発症すると、患者との意思疎通が難しくなり治療ケアに関する指示や説明への理解も得られにくいいため、安全な治療処置の遂行が難しくなる。せん妄患者に対応する看護師の困難に関する研究⁸⁾では、転倒・転落などの事故のおそれ、せん妄症状が夜間に出現する、他の患者の迷惑になる、治療ケアへの拒否・抵抗、ケアに必要な人手の不足などが挙げられている。このように入院患者にせん妄が出現すると、看護師は、せん妄患者の医療処置の遂行と安全確保をどう両立するかという課題に直面する。

せん妄により二次的に起こり得るルート類の予定外抜去や転倒・転落事故の予防策として実施されるのが、身体拘束である。新谷らの研究⁹⁾では、術後せん妄患者への「身体拘束」に関するジレンマが46%にのぼり、そのジレンマの具体的内容は、安全確保のために身体抑制を行うこと、身体抑制の実施／中止するタイミング、身体抑制をした患者から「外してほしい」と言われることなどであった。また、これらのジレンマによる看護業務への支障は、せん妄患者と他の患者の複数のケアに追われ、看護業務が滞ること、看護師自身の気持ちの余裕がなくなることが挙げられている。

つまり、せん妄患者に対応する看護師は、せん妄症状により当初の入院目的である疾患の治療ケアの遂行が難しくなるという第1の困難に直面する。そして、せん妄による二次的事故的予防策として実施する身体拘束をめぐるジレンマから看護業務への支障が生じるという第2の困難にも直面する場合があるといえる。このようなせん妄患者への医療処置の遂行と安全確保における看護師の困難の背景として以下の3点が考えられる。

1 つ目は、急性期領域の医療者にせん妄や認知症に関する知識・技術が十分、浸透していないことである。看護基礎教育において老年看護の科目が初めて体系づけられたのが1989年であり、現在、臨床で働く看護師の中には老年看護や認知症看護に関する基礎教育を受けていない者も含まれる。現在、看護基礎教育で使用されている老年看護学の教科書においても、せん妄や認知症

についての解説は数ページに留まり、若い看護師も学生時代にせん妄や認知症のケアについて詳しく学習していないのが現状である。

また、これまでの認知症看護に関する研究は高齢者施設の利用者が中心で、急性期医療における認知症やせん妄患者への看護に関するエビデンスは集積の途上にあり、臨床に十分還元できていない現状がある。このような看護師のせん妄や認知症看護にかかわる知識・技術の未熟さが困難感の要因の一つと考えられる。

2つ目は、急性期医療における身体拘束の規定が整備されていないことである。身体拘束にかかわる法令等については、後述する。

3つ目は、膨張する医療費の抑制政策として、急性期病院に求められる在院日数の短縮化等のプレッシャーである。厚生労働省の調査¹⁰⁾における一般病床の平均在院日数は、2003年の20.7日が、2013年には17.2日まで短縮されている。かつては、手術1週間前に入院し、種々の術前検査を行い、手術後も数週間の回復期間をおいて退院という流れであった。しかし近年は、術前検査は全て外来で実施し、手術当日に入院、術後もすぐにリハビリテーションを開始し、数日で退院と手術を伴う入院経過も変化している。また、入院後に医療者が作成すべき記録類も膨大になっている。そのため、急性期病院の看護師は、短い入院期間中に患者の処置と記録に追われ、患者の入院前の生活状況を詳細に把握し、療養生活の援助を行うという看護本来の業務に割く時間が縮減されているという現状がある。このような看護本来の業務に専念しにくいという業務上の環境も看護師の困難の要因となっていると考える。

4. 一般病院における身体拘束の実態

2005年にA県の全医療機関148施設を対象に行われた実態調査¹¹⁾では、1病棟1日当たり最頻値1名に身体拘束が実際され、最も拘束者数の多い日は5～7名であったと報告されている。身体拘束実施の目的は、チューブ抜去の防止、転倒予防が7割を超えており、ベッド上や車椅子の患者の動きを制限するための様々な抑制帯、離床センサー、居室などの隔離、向精神薬の使用といった身体拘束は「よくする」「時々する」を合わせて約90%が実施していた。10年前の特定県下の実態ではあるが、医療機関において身体拘束が日常茶飯事として行われていることが垣間見える。このような状況を看護師はどのように認識しているのだろうか。

日本看護倫理学会が2003年に全国777名の看護師を対象に実施した調査¹²⁾によると、「抑制(身体拘束)せざるを得ない状況がある」と回答した者は98.8%にのぼり、実際に抑制を行った経験のある者は98.2%であった。抑制を行う理由は、「抜管・抜針の危険、治療処置等が妨げられる危険性があるため」が約9割を占め、次いで「治療目的として抑制は必要であるため」「安全を守るために、抑制以外に方法がないため」「患者が状況を理解できず入院生活を安全に過ごせないため」「抑制以外に選択肢が考えられないため」と続く。

日本集中治療医学会が2007年10月～2008年1月に全国のICUを有する病院493施設を対象に行った身体拘束(抑制)の実態調査¹³⁾では、94.3%が「必要と判断した場合に抑制を行う」と回答した。抑制の必要性を判断する基準は「患者の表情や言動によって判断」が89.1%であり、具体的な患者のサインとしては「チューブ類をしきりに触る」92.7%、「しきりに起き上がろうとする」85.4%、「興奮」76.3%、「多動」70.9%、「幻覚」44.1%、「繰り返し説明が必要になる」43.7%、「わけのわからない発語」43.0%などであった。また、抑制による傷害は、皮膚剥離58.2%、循環障害19.1%、神経障害7.5%、骨折・脱臼2.2%であり、「抑制の現状に満足していない」という回答は51.1%を占めると報告された。

これら2つの全国調査から、身体拘束は急性期治療を安全、スムーズに遂行する上でやむを得

ないものと認識している看護師が大半であることがわかる。また、身体拘束の必要性を判断する基準として、チューブ類抜去のおそれがある行動や、安静が守られない、興奮などにより、説明をしても理解されず危険行動を繰り返すなどが挙げられており、いわゆるせん妄症状の出現が身体拘束実施の判断基準の一つにされている実態が調査結果から読み取れる。

しかし、欧米の研究では、せん妄患者へ身体拘束を使用すると転倒リスクは約7倍に高まり¹⁴⁾、せん妄症状の遷延化につながる¹⁵⁾ことが報告されている。本邦において「抑制の現状に満足していない」看護師が半数を占めることは、せん妄患者への身体拘束が患者にとって最善の対応ではないことを認識しながらも、それ以外の方策をみつけられず拘束を行っている現状を示唆していると考ええる。

5. 医療・介護における身体拘束の規定

医療や介護において行われる身体拘束に関する法令・省令には、現在、精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）と介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令40号）がある。

精神保健福祉法および昭和63年厚生省告示第129号、第130号において、身体拘束とは「（精神保健）指定医が必要と認める場合でなければ行うことのできない行動の制限」であり、①自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合、②多動又は不穏が顕著である場合、③①又は②のほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合に該当する患者に対し、「身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するもの」とされている。

また、介護老人保健施設では、平成11年厚生省令40号において、身体拘束は緊急やむを得ない場合を除き全面禁止とされている。2001（平成13）年には「身体拘束ゼロへの手引き」¹⁶⁾が作成され、①切迫性（利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる危険が著しく高いこと）、②非代替性（身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと）、③一時性（身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること）の3要件すべてをみたした場合が、緊急やむを得ない場合とされた。さらに、これら3要件をチームで検討、確認し、利用者の心身の状況、やむを得なかった理由、身体拘束の様態と時間を記録することが義務付けられている。

一方、急性期医療を担う一般病院における身体拘束についての規定はわが国に存在しない。医療が高度化、複雑化する中、身体拘束のみならず、インフォームドコンセント、延命治療のあり方等、患者や医療者の権利と責務について法制化を求める動きもあるが、現段階において実現に至っていない。山本¹⁷⁾は、身体拘束問題に対する人権制約基準の導入や臨機応変な人権活用能力の育成を意識した体系的・理論的な研修の必要性を述べている。

6. せん妄患者への身体拘束に関する司法判断

一般病院のせん妄患者への身体拘束に関する判例としては、2010年1月の最高裁判所の判決が最初とされている¹⁸⁾。この事例は、入院中に看護師により不必要にミトンによる身体拘束をされ苦痛を受けたとして、80歳代の女性患者が病院に対し損害賠償を求めた訴訟である。患者は2003年11月、変形性脊椎症、腎不全、狭心症等で入院したが夜間せん妄となり、消灯後も頻繁にナースコールをしてオムツ交換を求めたり、車椅子を自走しナースステーションを訪れ大声で訴えるなどの症状がみられた。これに対し夜勤看護師は、約4時間にわたり患者の訴えに応じ

て汚染されていないオムツを交換したり、お茶を飲ませる等の対応を行ったが興奮が治まらず、繰り返しベッドから起き上がろうとしたため、ミトンで両上肢を抑制した。片方のミトンは患者が口でかじり外し、その後入眠したため、約2時間後にもう片方のミトンも解除したが、患者の右手首に皮下出血、下唇の擦過傷を認めた。

本事例について、一審の名古屋地方裁判所は損害賠償請求を棄却したが、二審の名古屋高等裁判所は2008年9月、「患者を拘束して身体的自由を奪うことは原則として違法」と指摘し、「ミトンによる抑制を行わなければ転倒、転落による重大な傷害を負う危険性は認められない」として病院に賠償金の支払いを命じ注目された。その後、最高裁は2010年1月、「ほかに転倒、転落の危険を防止する適切な代替方法がなかった」と一審を支持し、拘束は約2時間で「必要最小限度のものだった」と述べ、不法行為ではないと結論づけ、病院の逆転勝訴となった。

本判例に関する論考では、看護場面の拘束について看護の裁量の有無や可否・範囲について具体的に示されていないことが指摘されている¹⁷⁻¹⁹⁾。現段階において一般病院では、「身体拘束ゼロへの手引き」と本判例を参考にしながら個々の患者の状況を判断して身体拘束の必要性を判断していくしかないのが現状である¹⁸⁾。

7. 一般病院における身体拘束ガイドライン

一般病院における身体拘束規定が定められない中、日本看護協会や学術団体などではガイドラインを作成する動きがある。

日本看護協会のホームページ²⁰⁾では、看護倫理に関する看護実践情報として、前述の判例も引用しながら、各施設での抑制・拘束のあり方を見直し、患者の基本的な人権が十分に守られているかどうかを再確認するよう呼びかけ、認知症の術後患者を拘束せずに対応する事例を紹介している。

日本看護倫理学会は2014年11月「身体拘束予防ガイドライン(案)」²¹⁾を作成し、学会員からの意見を募集している。本ガイドライン(案)は、患者に危険と思われる症状が出現した時に身体拘束せずに症状の原因を考え、安全策を講じながら、ケアを見直す手順を示していることが特徴である。

また、日本集中治療医学会看護部会では、「ICUにおける身体拘束(抑制)ガイドライン」²²⁾を作成し、抑制の開始・中止基準、抑制を回避する方法、抑制についての適切な説明と同意の方法、目的に沿った具体的な抑制方法、抑制による傷害を回避する抑制方法などで構成している。ICUの患者は集中治療を必要とする身体状態にあり、人工呼吸挿管チューブ、観血的動脈圧ライン、循環系作動薬を投与する静脈ラインなど、生命に直結するチューブや機器を装着していることが多い。そのため、抑制が必要な患者と不必要な患者を判別すること、抑制の判断と実施の手順を明文化することで、倫理的判断に基づく身体拘束のガイドラインとしている。

これまで一般病院のせん妄患者の安全確保のケアを実施する際に拠り所となる法令や基準が未整備であった状況からすると、ガイドラインによる具体的な対応策の提示は一步前進と言えるだろう。

8. 急性期医療におけるせん妄対策の取り組み

看護師のせん妄や認知症の対応力を高めるために、各医療施設において現任教育の努力がされている。一般病院の看護師のせん妄予防ケアの適用の促進を目的に、病棟において予防ケアの推進役割を担う看護師を選定し介入活動を行うことで看護スタッフのせん妄に関する知識やアセスメント力の向上が報告されている²³⁻²⁴⁾。

また、老人看護専門看護師や認知症看護認定看護師のように老年看護や認知症看護の知識・技術を修めた看護師が、現場の複雑な看護問題をもつ患者のコンサルテーションを受けて問題解決を図ったり、患者への直接ケアを行ったり、倫理的課題について他職種を巻き込んで検討するなどしている²⁵⁾。

これらの看護師は、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供することを目的とする専門看護師制度、認定看護師制度のもと日本看護協会が資格認定を行っている²⁶⁾。専門看護師は看護系大学院修士課程修了者で日本看護系大学協議会が定める専門看護師教育課程基準の所定の単位を取得し、通算5年以上の実務研修（うち3年間以上は専門看護分野の実務研修）をうけ認定審査に合格した者である。認定看護師は、看護師免許取得後、通算5年以上の実務研修のある者が、6か月間、615時間以上の認定看護師教育機関（課程）を修了し、認定審査に合格した者である。2015年6月25日現在²⁷⁾、全国の老人看護専門看護師登録者数は79名、認知症看護認定看護師472名であり、他の専門領域よりも登録者数は少ない傾向にある。より専門性の高い人材の育成と、このような専門職の介入により、どのような効果をもたらすのかを客観的データで示していくことが、更なる普及において必要となるだろう。

一方、一部の大学病院やがん拠点病院などでは、リエゾンチームや緩和ケアチームが入院患者のせん妄に対応している。また、近年、せん妄に特化した多職種医療チームの活動が報告され、チーム発足後のせん妄誘発薬剤の使用の減少、身体拘束実施件数の減少、転倒・転落やルート誤抜去事故件数の減少、看護師のせん妄ケアに関する知識・意識の向上などの変化を報告している。²⁸⁻²⁹⁾ 国外では、高齢患者のせん妄や機能低下を予防するために開発された Hospital Elder Life Program (HELP) の導入効果が報告されている³⁰⁾。HELPは、老年科医、Elder Life Specialistと呼ばれるコーディネーターと看護師、コメディカルからなる多職種チームで対応することに加え、提供する予防援助プログラムに訓練を受けたボランティアを活用している点が特徴である。2000年にHELPが発表されて以降、米国はじめ欧州、オーストラリア、台湾などの病院で導入されており³¹⁾、近年、我が国の急性期病院でも導入例³²⁻³³⁾が報告されつつある。医療の高度化により増大する業務に対応しながら、医療ケアの安全性と質を保障するにはチーム医療が不可欠となってきた。全国どこの病院でもせん妄患者に対応する多職種チームが展開されるよう、チーム医療の更なる推進が必要と考える。

9. おわりに

本稿では、急性期治療を受ける高齢者のせん妄症状に対する身体拘束をめぐる看護師の困難とその対応策について、看護師の主観的認識、一般病院における身体拘束の実態、規定および司法的判断の現状、学術団体等による身体拘束ガイドライン、せん妄対策の取り組み例を紹介した。団塊世代が後期高齢者となる2025年には、65歳以上の高齢者は約3657万人に達し、認知症患者は700万人を超えると推計されている³⁴⁾。急性期病院におけるせん妄や認知症への対策は喫緊の課題である。高齢化という社会的課題を背負いながらも看護職として患者の人権を守るために、せん妄や認知症の症状を呈する患者への対応を組織としてどのように取り組んでいくのかを検討し、現場を変革していく必要がある。

引用文献

1. 厚生労働省 (2011) 平成 23 年患者調査. Retrieved 2015, May 25, from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/dl/01.pdf>
2. 朝田隆 (2013) 厚生労働省科学研究費補助金認知症対策総合研究事業 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応, 平成 23 年度～平成 24 年度総合研究報告書
3. 長谷川直 (2014) せん妄とは何か, 酒井郁子・渡邊博幸編, せん妄のスタンダードケア Q&A. 南江堂, p120.
4. 和田健 (2012) せん妄の臨床 リアルワールド・プラクティス. 新興医学出版, p28-29.
5. Centeno C, Sanz A, Bruera E (2004) Delirium in advanced cancer patients. *Pliat Med* 18 : 184-194.
6. Elie M et al. (1998) Delirium Risk Factors in Elderly Hospitalized Patients. *J Gen Intern Med*, 13 (3) : 204-212.
7. Inouye SK et al. (2001) Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. *Arch Intern Med*. ;161(20):2467-73
8. 長谷川真澄, 原田竜三, 中林雅子ほか (2005) 神奈川県における大腿骨骨折入院患者のせん妄ケアの現状と課題. *神奈川県立保健福祉大学誌* 2 (1) : 1-9.
9. 新谷裕子, 小川美香, 今井多樹子 (2014) 急性期・外科病棟における看護師のジレンマの内容とその対処行動－術後せん妄を起こした高齢患者の看護を通して－. 第 44 回日本看護学会論文集 老年看護 : 15-18.
10. 厚生労働省 (2014 年 9 月 2 日) 平成 25 年 (2013) 医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況. Retrieved 2015, June 23, from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/13/>
11. 粟生田友子 (2007) 認知症のある人に対する身体拘束 (抑制)－ケアをめぐる現状と課題－. *看護技術* 53 (12) : 107-113.
12. 池添志乃, 田井雅子, 中野綾美ほか (2011) 倫理的判断を基盤とした抑制についての調査－抑制実施時の倫理的判断と「説明」を重視する看護者の特徴－. *日本看護倫理学会誌* 3 (1) : 64-70.
13. 日本集中治療医学会看護部会安全管理小委員会 (2014) 「ICU における身体拘束 (抑制) ガイドライン」の作成の経緯－全国 ICU 看護および身体拘束 (抑制) 実態調査を基に－. *日集中医誌* 21 : 663-668.
14. Evans, D. et.al. (2003) Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *J Adv Nurs*, 41 (3) : 274-282.
15. Inouye SK et al. (1996) Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA* 275 (11) : 852-7.
16. 厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議 (2001) 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.
17. 山本克司 (2011) 医療・介護における身体拘束の人権的視点からの検討 一宮身体拘束事件判決を参考にして. *帝京法学* 27 (2) : 111-138.
18. 奥津康祐 (2014) 看護師による身体拘束に関する最高裁平成 22 年 1 月 26 日判決以降の民事裁判例動向. *日本看護倫理学会誌* 6 (1) : 61-67.
19. 竹田壽子 (2013) 一般病院でのミトン拘束裁判を通して看護の本質について考察する. *共創福祉* 8 (1) : 1～10.
20. 日本看護協会 看護実践情報 認知症の術後患者を抑制・拘束せず安楽に過ごさせるための看護師の挑戦 (コラム). Retrieved 2015, April 9, from <http://www.nurse.or.jp/rinri/case/challenge/column.html>

21. 日本看護倫理学会 臨床倫理ガイドライン検討委員会 (2014) 身体拘束予防ガイドライン (案). Retrieved 2015, June 13, from http://www.jnea.net/pdf/guideline_002.pdf
22. 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) ガイドラインー全国調査を基にー. Retrieved 2015, June 13, from http://square.umin.ac.jp/jsicmnd/icuguide_01.pdf
23. 長谷川真澄, 栗生田友子, 鳥谷めぐみほか (2013) 一般病院のせん妄ケア改善活動に対する看護師の評価 せん妄ケアリーダーを中心とする取り組みをとおして. 日本看護科学学会学術集会講演集 33 回 : 555.
24. 松岡千代, 濱吉美穂, 後藤小夜子 (2014) TRIP 介入モデルに基づくトランスレーショナルリサーチの効果 一般病院の高齢入院患者へのせん妄予防ケアをトピックとして. 佛教大学保健医療技術学部論集 8 : 47-58.
25. 森山祐美 (2011) 「せん妄回診」の実施とその効果, 看護管理 21 (3) : 224-227.
26. 日本看護協会 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者. Retrieved 2015, August 2, from <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/>
27. 日本看護協会 (2015 年 6 月 25 日) 専門看護師・認定看護師 都道府県別登録者数. Retrieved 2015, June 25, from <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>
28. 伊藤聡子, 伊藤篤, 毛利健太郎ほか (2012) 神戸市立医療センター中央市民病院でのせん妄ケアチームの試み. 総合病院精神医学 24 (2) : 146-154.
29. 赤井信太郎 (2012) せん妄対策チーム : 長浜赤十字病院. 看護 64 (4) : 70-74.
30. Inouye SK et al. (1999) A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Engl J Med, 340(9) : 669-676.
31. 本田美和子 (2011) 入院中の高齢者のせん妄をボランティアの介入で防ぐ HELP (Hospital Elder Life Program) を始めませんか?. 週刊医学界新聞第 2950 号 : 4. Retrieved 2015, August 2, from <https://www.igaku-shoin.co.jp/nwspapr/pdf/2950.pdf>
32. 西川雪乃 (2013) HELP プログラムの日本への導入報告 : 準備と現在の状況 , これから -HELP コーディネーターの立場から. 日本老年医学会雑誌 50 (5) : 647-650.
33. 落合甲太 (2013) HELP プログラムの日本への導入報告 : 準備と現在の状況 , これから -医師の立場から. 日本老年医学会雑誌 50 (5) : 644-646.
34. 厚生労働省老健局 (2015 年 1 月 27 日) 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)ー認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けてー. Retrieved 2015, June 13, from <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>