

抑制アセスメントシートによる看護師の意識の変化と課題

キーワード：抑制，抑制，不穏，せん妄，CCU

○諸永純子 森本智香 浅田陽子 隈澄子（西4階 CCU）

I. はじめに

CCUに入室する患者は、緊急入院・侵襲的な治療・特殊な環境などによるストレスの大きさから、せん妄・不穏が出現することがあり、危険防止や安全確保のために抑制が必要になることがある。しかし、抑制の判断が個人の能力に委ねられていることから、抑制の開始が遅れたことによるルート類の自己抜去や、抑制を実施しているが不適切な方法のために事故が発生している。反対に、意識レベルが低い患者に対しても不必要に抑制をしていることもある。このように、統一したケアが実施できておらず CCU のスタッフがどのような認識で抑制を行っているのか不明な点がある。

II. 目的

抑制の判断を統一するための抑制アセスメントシートを作成し、それを使用することで看護師の抑制に対する意識の変化を考察していく。

III. 用語の定義

行動制限（抑制・拘束）：医療上必要と思われる場合に拘束用具により、体幹・四肢あるいはその一部を拘束すること。

IV. 研究方法

1. 研究期間

平成21年9月1日～12月11日

2. 研究対象

- 1) 研究期間内に CCU に入室した全患者 104名
- 2) CCU 看護師 20名

3. 研究方法

- 1) 抑制アセスメントシートを石塚¹⁾の先行研究やプレテストの評価を参考に作成。
- 2) 1日3回の6・14・22時に危険度、RASS、抑制の有無をチェックシートに記入した。
- 3) チェックシートの集計を行い、抑制の有無と危険度の関連性を分析し抑制アセスメントシートの有用性を検討する。

4) 抑制アセスメントシート使用中の危険度と事故の関連性を検討する。

5) 小原¹⁾の先行研究を参考に CCU 看護師へ抑制に関するアンケートを行い、抑制アセスメントシート導入前後の意識の変化を比較する。

V. 実施・結果

1. 行動制限アセスメントシートについて

行動抑制アセスメントシートを当院の行動制限（抑制・拘束）基準の「治療・処置に必要な、チューブ・カテーテル類の抜去による生命への危険性がある場合」に適用したものを作成した。A項目には身体付属物として生命の危険性のあるチューブ・カテーテル類を4つに分類し、危険性の高いものに点数を高くした。B項目には松下²⁾の研究を参考にせん妄を起こすリスクの高いものに点数を高くした。A・B項目の合計点数により、危険度判定（図1）に基づいて3段階に危険度を分類しチェックシート（図2）に記入した。危険度2・3に分類された場合は、「急性混乱リスク状態」として標準看護計画を実施した。抑制の実施はRASSのレベルで判断した。

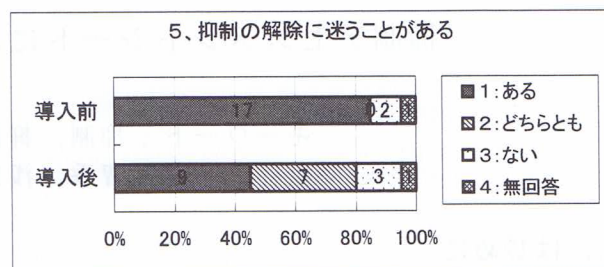
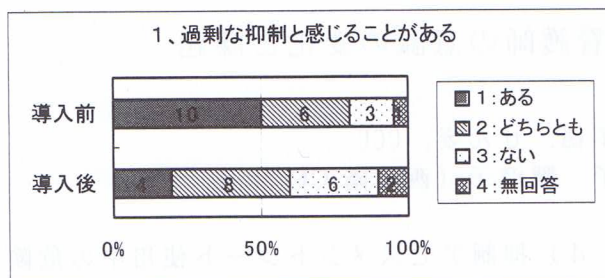
抑制アセスメントスコアシートの集計結果（全104例）は、CCU入室中の危険度1は56%、危険度2は14%、危険度3は30%であった。危険度と抑制の関連を比較すると、抑制の実施は危険度1が1%未満、危険度2は17.9%、危険度3は47%であった。

2. インシデント・アクシデントの結果

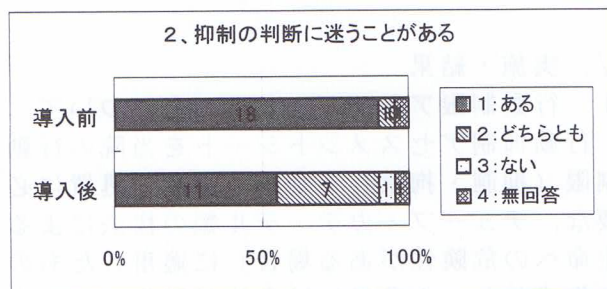
研究期間中の CCU 入室患者104人中の事故は4例であった。内容は胃管の自己抜去2例、動脈圧ラインの自己抜去が1例、心嚢チューブ抜去が1例であった。事故4例のうち、危険度2が3例で抑制は未実施であった。危険度3が1例で抑制は実施していた。

3. 看護師のアンケート結果について

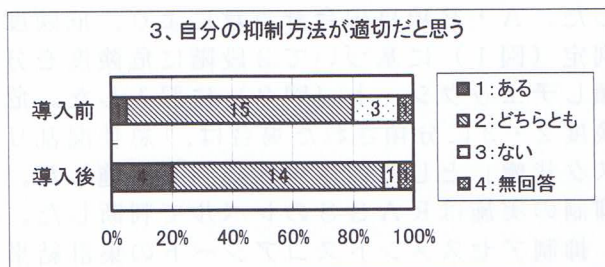
- 1) 「過剰な抑制と覚えることがある」は、30%減少した。



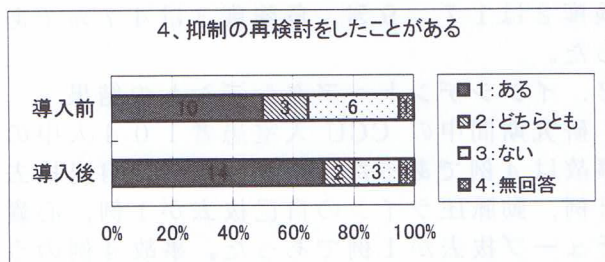
2)「抑制の判断に迷うことがある」は、35%減少したが、「どちらでもない」に35%移行している。



3)「自分の抑制方法が適切であると思う」は、15%増加した。「どちらでもない」は導入前後で70%と変化がない。



4)「抑制の再検討をしたことがある」は、20%増加した。



5)「抑制の解除に迷うことがある」は、40%減少したが、「どちらでもない」に35%移行している。

6) その他の意見

「抑制に対して意識が高まった」「危険度の高い低いが理解できた」「危険度で抑制の有無を判断しているわけではなかった」「抑制の解除の基準として使用できなかった」「RASSの判断に迷うことがあった」「危険度は高いが不穏のない場合に必ず抑制が必要なのか」「アセスメントシートがうまく活用できなかった」

VI. 考察

CCU入室患者104人中にルート類の自己抜去は4件起きている。その1つは、両上肢を抑制していたが、不穏が強く抑制帯を外そうとして一緒に動脈圧ラインも自己抜去されている。抑制の必要性はアセスメントできていたが、抑制の方法が適切ではなかったことがわかる。アンケートの「自分の抑制方法が適切だと思う」の結果より、「どちらでもない」が抑制アセスメントシートの導入前後で変化していない。これより、抑制アセスメントシートは実際の看護に活かされていない。危険度2・3に分類された場合は「急性混乱リスク状態」の標準看護計画を実施するようにしていた。しかし、抑制方法が適切に行えていないことから、アセスメントと看護の繋がりを強化する必要がある。また、統一した看護が行えるように、看護計画の検討も必要である。

その他の意見として「RASSの判断に迷うことがあった」「危険度は高いが不穏のない場合に必ず抑制が必要なのか」があり、抑制アセスメントシートの目的と使用法が看護師に十分理解されていないことがわかった。危険度2・3の場合はRASSにより抑制の有無を判断するようにしていた。RASSの判断方法は看護師全員に説明を行い、常に確認できるように掲示を行った。しかし、判断に迷うという意見より周知徹底ができていないことがわかる。RASSの説明には事例を用いた方法などの工夫が必要だった。

他の事故3例は危険度2で抑制を実施していなかった。その内の1例は、胃管を気にする素振りがなかったため、食注中のみ抑制を行っていた。しかし、抑制をしていない夜間に胃管を自己抜去されている。危険度は低く常時抑制は必要ないとアセスメントされていたが、RASSでは落ち着きのない状態を示していた。末梢ルートや胃管であっても、カテコラミン投与中や誤嚥のリスクが高い人にとっては生命に関わるルートであることを再認識し、危険度が低くても抑制の有無を再検討しなければならない。当初は危険度2・3を対象にRASSのスコアに応じて抑制の判断をするようにしていたが、研究結果では危険度2の抑制未実施の事故が生じている。「アセスメントシートがうまく活用できなかった」という看護師の意見から、アセスメントシートの危険度とRASSから抑制の有無の判断を導き出せるような内容の検討が必要である。危険度2でも生命に関わるルートがあり、危険度は「高い」と「低い」の2段階の分類が適切であった。

アンケートの結果より、アセスメントシート導入前後の抑制に対する看護師の意見はすべて良い方へ変化した。その中でも、1番変化がみられた項目は「抑制の解除に迷うことがある」で35%減少、2番目は「抑制の判断に迷うことがある」で30%減少していた。これより、抑制の判断基準として今回作成した抑制アセスメントシートは効果的であった。さらに、「抑制の再検討をしたことがある」が20%増加していることから、1日3回チェックシートを記入することで統一された再評価が行えたと考える。

「抑制に対しての意識が高まった」「危険度の高い低いを理解できた」という意見より、石塚は、スコアシートは経験の差に関わらず早期に危険行動を予測するための客観的判断ができる¹⁾と述べている。抑制アセスメントシートをCCU入室患者全員に記入したことで危険度の低い患者に対しても客観的に判断でき、意識の向上に効果があった。しかし、「抑制の解除に迷うことがある」と「抑制の判断に迷うことがある」においては「どちらでもない」に移行している。「危険度で抑制の有無を判断しているわけではなかった」「抑制の解除の基準として使用できなかった」という意見もあり、同じアセスメントシートを使用しても看護師間で抑制に対する評価が異なっていた。青山は、患者のそばに常について、

目のゆき届く環境が整ったうえで、患者が危険行動を起こさないという確信や安心感がないと抑制の回避や解除は至らない²⁾と述べている。このように、抑制の判断、解除において看護師の認識と知識の統一が必要であり、そのためのアセスメントシートの内容の検討が必要である。また、抑制は患者の権利や倫理問題が重要視され議論が重ねられている。特にクリティカルケアの領域においては、どうしても回避出来ない抑制が存在する。八木橋は、行動制限は医療者側の都合ではなく、安全確保のためのやむを得ない手段であることを認識しなければならない³⁾と述べている。このことを全員が認識し、CCUの状況に合わせて対策を考えていかなければならない。

VII. 結論

抑制アセスメントシートは看護師の抑制に対する意識の向上に効果があった。

VIII. おわりに

抑制アセスメントシートを作成したことにより抑制に対する認識や意識の違いがあることがわかった。そして、統一された看護と個別性を考慮した看護を提供するためには、抑制アセスメントシートは有効である。今後、実際の看護につながる抑制アセスメントシートの検討が必要である。

<引用文献>

- 1) 石塚洋恵：危険行動予測スコアシートの有効性の検討 看護管理 15(11) 923 - 927 2005
- 2) 青山裕子：ICUの抑制判断基準とその使用法 看護技術 51(1) 45 - 48 2005
- 3) 八木橋智子：クリティカルケア領域でのアセスメント能力を向上させるための取り組み 看護実践の科学 30(9) 40 - 43 2005

<参考文献>

- 1) 小原恵美：抑制基準作成による看護師の意識の変化と課題 盛岡赤十字病院紀要 13(1) 12 - 16 2004
- 2) 松下文子：せん妄の対策 HEARTnusing 15(3) 105 - 108 2002

(図1)

抑制アセスメントシート

ID :

氏名 :

生年月日 :

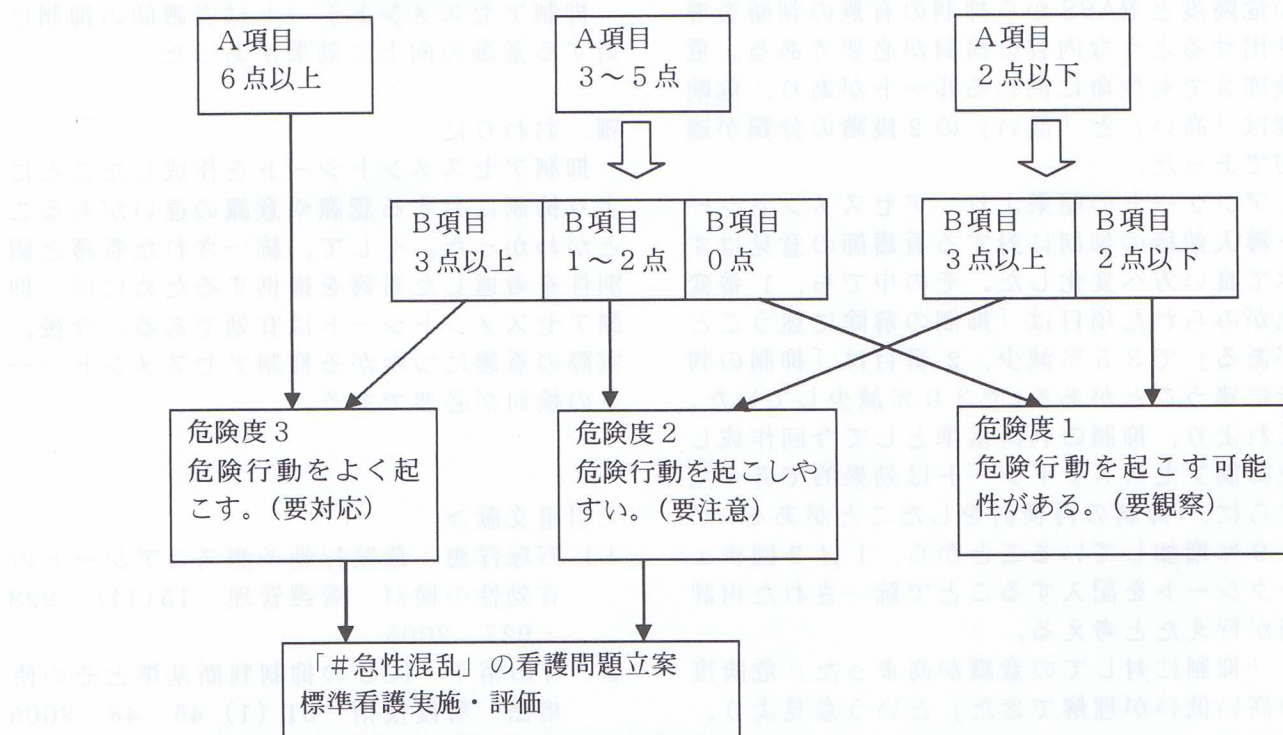
<A項目：身体付属物>

| | |
|-----|-------------------------------------|
| 各6点 | IABP・PCPS・S-G・気管内挿管 |
| 各3点 | 透析用カテーテル・シース・CVカテーテル・TPM・ドレーン類・Aライン |
| 各2点 | BiPAP |
| 各1点 | 尿留置・胃管・末梢ルート |

<B項目：せん妄発症の危険因子>

| | | | |
|----------------|----|------------|----|
| 年齢が65歳以上 | 1点 | せん妄・不穏歴がある | 2点 |
| ベッド上安静を強いられている | 1点 | 認知症の診断あり | 3点 |
| 持続する痛みがある | 1点 | 不眠や昼夜逆転がある | 3点 |

危険度判定



(図2)

危険度判定チェックシート

名前 ()

| 日付 | / () | | | / () | | | / () | | | / () | | | / () | | | / () | | |
|----------------|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|
| | 深 | 日 | 準 | 深 | 日 | 準 | 深 | 日 | 準 | 深 | 日 | 準 | 深 | 日 | 準 | 深 | 日 | 準 |
| A項目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B項目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 危険度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RASSスコア | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抑制の有無 (+/-) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |