

A病棟における看護師の身体拘束解除に対するアセスメント

3 階東病棟

○八巻 友香 壬生 真貴 久川 佐知枝 大崎 朋子
仙頭 理香 掛橋 香恵 森田 麻友

キーワード：身体拘束、身体拘束解除の指標、アセスメント

I. はじめに

療養型医療施設や介護福祉施設では、平成10年の「抑制廃止福岡宣言」をもとに、身体拘束廃止の取り組みを実施しており、一般病棟でも身体拘束廃止の動きが見られる。脳神経外科・消化器外科の急性期病棟であるA病棟では多数の持続点滴やドレナージ管理が必須である。また、麻酔からの覚醒段階にある患者や意識障害を伴うことで不穏状態に陥ることも多く、点滴やドレーンを抜去しようとする行動が見られることが多い。脳神経外科患者では、脳血管障害、脳腫瘍などによる認知障害や運動障害により危険行動や転倒転落のリスクが高い。看護師は患者の安全確保のために身体拘束を行うことが多い。

身体拘束に対する看護師の思いや認識、アセスメント内容は先行研究で明らかにされており、それに基づきガイドラインや身体拘束基準を作成している施設も多くなっている。また身体拘束基準やマニュアルを導入した効果も多く研究されている。しかし、拘束解除において解除の要素は抽出されているが基準作成のための指標はまだ明らかにされていない。

A病院においても身体拘束の基準は作成されているが、抽象的であり身体拘束の判断は個々の看護師に任されており、十分に活用されていない現状にある。そのため、看護師間のアセスメントの違いや判断能力の差により、いつ拘束開始や解除してよいのか自信が持てず必要以上に拘束を行っているのではないかと考えた。今回、身体拘束解除時における看護師個々のアセスメントについて調査し指標を明らかにすることで、A病棟における身体拘束解除基準を作成する手がかりにしたい。

II. 研究の背景

文献検討

大谷らは拘束解除時の看護師の認識についての研究で、拘束解除時の共通の観察ポイントとして「意識レベルの確認」「危険行動の有無」「危険認知・回避能力の有無」などを明らかにしている。しかし、看護師が元々もっている拘束解除に対する気持ちや倫理観などが影響し、観察ポイントは共通していても拘束解除の時期に開きが生じると述べている。そのため、個々の看護師が同じように判断できるように、点数化するなど共通の判断が出来るようにする必要があると考察している。さらに、身体拘束解除基準を作成するに当たり、鈴木らの研究では身体拘束解除の要素を明らかにしている。身体拘束解除の特徴として「患者側の要因」「環境要因」「治療」の3つのカテゴリーを抽出している。しかし、それぞれのカテゴリーが相互関係を有しており、得られた各要素はそのまま指標として用いるには至らず、今後は各要素の相互関係を明らかにしていくことが課題であると述べている。本研究では、身体拘束解除基準の作成に向け身体拘束解除の指標を明らかにしていく。

研究の意義

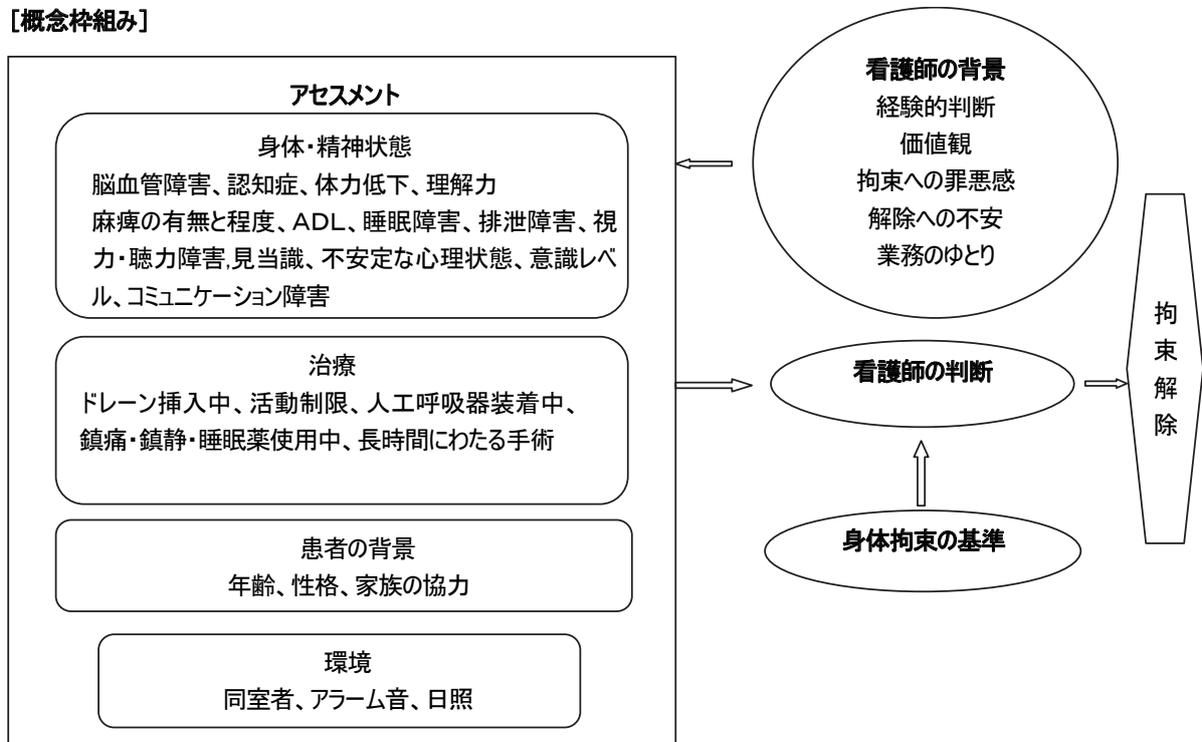
身体拘束解除時における指標を明らかにすることで、看護師個々により判断されていた身体拘束解除を標準化し身体拘束解除基準の作成に繋げる。身体拘束解除基準を活用することで、拘束期間を少しでも短期間とし看護の質の向上に役立てる。

III. 研究目的

1. 身体拘束解除における看護師のアセスメントとその指標について明らかにする。
2. 研究をもとに今後身体拘束解除基準を作成する。

IV. 研究の枠組み

【概念枠組み】



V. 研究方法

1. 研究デザイン
インタビューによる質的帰納研究
2. 対象
A病棟勤務の看護師 14名
3. 期間
平成21年4月～10月
4. データ収集方法
早坂らの抑制ガイドラインを基に、文献よりアセスメント要素を抽出し独自にインタビューガイドを作成し、半構成的面接を実施した。同意を得られた場合は個室で行い、テープに録音、筆記を行う。
5. データ分析方法
面接結果を逐語録に起こし、その内容についてKJ法を用いてコード化、カテゴリー化を行う。またその内容から判断の目安について分析する。

VI. 倫理的配慮

研究参加者への依頼は用紙で個別に行い、承諾が得られた場合には、所定の同意書を記載してもらう。任意参加であること、匿名性であること、半構成的面接をする際に多少の時間が必要であることやテープレコードを使用させていただくことを説明する。対象者に対して研究への参加は自由参加であり、断ることにより、今後不利益を被ることはないことを説明する。得られた個人情報は本研究以外では使用せず、取り扱う個人情報はすべて個人が特定できるものは一切記載しない。収集した情報は、分析結果がまとまった時点で速やかに破棄する。

VII. 結 果

カテゴリー表

大カテゴリー	小カテゴリー	コード
身体・精神状態	意識レベル	<ul style="list-style-type: none"> ・JCS300 ・意識レベルクリア ・危険行動がない ・指示に応じることができる ・会話の辻褄が合う ・コミュニケーションがしっかり取れる ・異常言動がない
	理解力	<ul style="list-style-type: none"> ・ドレーン管理ができる ・ドレーンや点滴が大切なものであると理解できている ・危険性を認知できる
	せん妄	<ul style="list-style-type: none"> ・幻視・幻覚がなくなる ・術後せん妄が改善した ・せん妄があっても危険行動がない
	年齢	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢でない(65歳以下)
	睡眠状態	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間睡眠がとれている ・昼夜逆転がない
	ADL	<ul style="list-style-type: none"> ・自分で補助具を扱える ・歩行バランスがしっかりしている ・麻痺がない ・四肢麻痺がある ・ADLが自立している ・自立して離床ができる
治療	チューブ類	<ul style="list-style-type: none"> ・ドレーンがない ・脳室・脳槽・頭皮下・硬膜下・スパイナルドレーン、胃管、イレウス管、腹腔内・胸腔内ドレーン、CVルートが抜去されている ・胃管より持続的に栄養がいかない患者 ・末梢点滴のみ
	安静度	<ul style="list-style-type: none"> ・安静度の制限がなくなる
	挿管中	<ul style="list-style-type: none"> ・挿管中であり、JCS300(鎮静中)
患者の家族	家族	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が常に付き添っている ・家族が拘束を希望しないとき
入院環境	同室者	<ul style="list-style-type: none"> ・同室者がみている
	騒音	<ul style="list-style-type: none"> ・騒音がなく安心感を与えられる環境
看護師の背景	看護師の業務のゆとり	<ul style="list-style-type: none"> ・業務にゆとりがあり患者の状態を把握できる状況にある
	経験的判断	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師の直感 ・今までの経験

1. 身体拘束解除の要素

調査の結果、身体拘束解除の要素として、《身体・精神状態》《治療》《患者の家族》《入院環境》《看護師の背景》の5つの大カテゴリーが抽出された。

1) 身体・精神状態

身体・精神状態のカテゴリーには、以下6つの小カテゴリーが抽出された。

- ①意識レベルのコードは「意識レベルクリア」「JCS 300」「危険行動がない」「指示動作に応じることができる」「会話の辻褄があう」「異常言動がない」があげられた。
- ②理解力のコードは「危険性を認知できる」「行われている治療が理解できている」「ドレーン管理ができる」があげられた。
- ③せん妄のコードは「幻視・幻覚がない」「術後せん妄が改善した」「せん妄があっても危険行動がない」があげられた。
- ④年齢のコードは「高齢でない(65歳以下)」があげられた。
- ⑤睡眠状態のコードは「夜間睡眠がとれている」「昼夜逆転がない」があげられた。
- ⑥ADLのコードは「ADLが自立している」「麻痺がない」「四肢完全麻痺がある」「自立して離床ができる」歩行バランスがとれている」「自分で補助具を扱える」があげられた。

2) 治療

治療のカテゴリーには、以下2つの小カテゴリーが抽出された。

- ①チューブ類のコードは「ドレーンがない」「脳室・脳槽・頭皮下・硬膜下・スパイナルドレーン・胃管・イレウス管・腹腔内・胸腔内ドレーン、CVルートが抜去されている」「胃管より栄養の持続注入がない患者」「末梢点滴のみ」があげられた。
- ②挿管中のコードは「挿管中でありJCS 300」があげられた。

3) 患者の家族

患者の家族のカテゴリーは以下の小カテゴリーが抽出された。

- ①家族のコードは「家族が常に付き添っている」「家族が拘束を希望しないとき」があげられた。

4) 入院環境

環境のカテゴリーには、以下2つの小カテゴリーが抽出された。

- ①同室者のコードは「同室者が見ていてくれる」があげられた。
- ②騒音のコードは「騒音がなく安心感を与える環境」があげられた。

5) 看護師の背景

看護師の背景のカテゴリーには、以下2つの小カテゴリーが抽出された。

- ①看護師の業務のゆとりのコードは「業務にゆとりがあり患者状態を把握できる状況」があげられた。
- ②経験的判断のコードは「看護師の直感」「今までの経験」があげられた。

2. 要素の相互関係と重要性

「脳外科的治療のためのドレーンが入っている場合は解除しない」と多くの看護師が述べている。脳室・脳槽・頭皮下・硬膜下・スパイナルドレーンなどの脳外科的治療のためのドレーンが留置されている場合は、身体・精神状態にかかわらずこれらのドレーンが抜去されてから身体拘束を解除することが検討されており、《治療》のカテゴリーが最も重要とされていた。脳外科的ドレーンが抜去された場合は、《身体・精神状態》のカテゴリーが重用しされており、「意識レベルクリア」「危険行動が見られない」「不穏状態やせん妄がみられない」「歩行バランスがしっかりしている」などのアセスメント要素が多く抽出された。脳外科的ドレーン以外のルート類が留置されている場合でも「JCS 300」「四肢完全麻痺がある」「自己管理できている」「意志疎通が図れる」「ルート類が大事なものであると理解できている」「危険が認知できる」「家族が付き添っている」などの要素があれば解除に至っており、《身体・精

神状態》《患者の家族》のカテゴリーが重要視されていた。また、各大カテゴリーは相互に関係しており、特に《治療》と《身体・精神状態》《患者の家族》のカテゴリーが関係しあっていた。《身体・精神状態》のカテゴリーの中でも「認知症があっても、昼夜逆転がなく、入院中だと言う事が理解できてい」「日中と夜間の意識レベルに変化がなく、看護師の指示に従える」などのように同カテゴリーの中の各要素が関連しあっており、特に「意識レベル」「理解力」「せん妄」「ADL」がアセスメント要素として重要視されており、関係しあっていた。

3. 身体拘束を解除する際の取り組み

身体拘束を解除する際は、最初から身体拘束をすべて解除するのではなく、抑制帯からミトン、体動コールからマットコールに変更するなど段階を経て徐々に解除していた。また、身体拘束解除の判断は担当看護師のみで判断せず、他の看護師に相談しカンファレンスで話し合い、決定していると多数の看護師が述べている。

VIII. 考 察

鈴木らは、脳神経外科患者の治療の特徴として、生命維持に必要なチューブ類の抜去を重要視していると述べており、本研究においても、脳神経外科の患者では脳室・脳槽・頭皮下・硬膜下・スパイナルドレーンなどの脳外科的治療のためのドレーンの項目が抽出された。術後の安静制限が解除された時や脳外科的ドレーンが外れた時の拘束解除が、アセスメントの内容で一番多かった。つまり、脳神経外科では患者の生命を左右するドレーンが多く、床上安静を必要とするため、脳外科的ドレーンの有無などの《治療》が最も重要視されていると考えられる。要素の相互関係と重要性としては、脳外科的治療のためのドレーンが留置されている場合は、《身体・精神状態》よりも《治療》のカテゴリーが優先されていることが明らかになった。これは、看護師が患者の生命維持と治療を最優先していると考えられる。

A病棟の特徴として、手術・麻酔による影響やチューブ類の挿入、意識障害や認知機能障害により患者は現状を認識する能力が低下し危険を察知できず、回避する行動をとることができない患者が多くみられる。調査結果では「意識レベル」「せん妄」「理解力」「ADL」の《身体・精神状態》の項目が多く抽出されている。これらの項目は実際の危険行動の有無や、危険認知・回避能力の有無を観察していると考えられる。大谷らは、どの看護師も拘束解除の観察ポイントとして「意識レベルの確認」「危険行動の有無」「危険認知・回避能力の有無」などを中心にあげており、これらは患者の生命にかかわる急性期の状態から脱していく過程において拘束解除できるか否かの判断材料として必要な内容であると述べている。本研究においても、「危険行動の有無」や「危険認知・回避能力」をアセスメントするために《身体・精神状態》を重要な観察ポイントとして考えていることが明らかになった。

また、完全な拘束解除には至らないが、日中の家族の付き添いや看護師が業務にゆとりがあり常に患者に目をむけていられる場合など、一時的に拘束解除が可能であることが明らかになった。これは、患者が安全に過ごせる範囲で、少しでも拘束による苦痛の軽減を図りたいという看護師の思いである。しかし、看護師は拘束を行いたくないと考えているが、業務にゆとりがなく日中でも患者のそばに付き添うことができないため、やむを得ず拘束を施行しなければならない状況にある。そのため家族の付き添い時に一時的にでも拘束を解除できることを考えると、家族は拘束解除に大きな役割を果たしていると考えられる。つまり、《患者の家族》《看護師の背景》の要素は看護師が身体拘束以外の方法を用いて患者の安全を図り、苦痛を少なくするものとして重要視しているということがわかった。

IX. 結 論

1. 拘束解除には《治療》の要素である脳外科的治療のためのドレーンの有無が最も重要視されている。
2. 治療的に安静度が解除された場合、《身体・精神状態》の「意識レベル」「せん妄」「理解力」「ADL」をアセスメントし拘束解除の判断基準としている。

3. 完全に身体拘束解除ができない患者であっても、看護師は家族の協力を得て一時的に拘束解除を行っている。

X. 終わりに

本研究の調査結果より、身体拘束をしている状態からすぐに完全拘束解除には至らないことが多いという結果が得られた。これは当病棟の特徴として急性期から脱する過程で意識レベルや身体状態が徐々に改善されたり、リハビリ期ではリハビリテーションの効果により身体機能が改善していくことが多いからであると考えられる。本研究では、脳外科的治療のドレーン類が外れ、危険行動がないとされた場合に、完全に拘束解除を行うことが明らかにされたが、段階を経た拘束解除の指標は得られていない。病棟の特性を考慮し、変化する患者の状況に対応できる身体拘束解除基準を作成するためには、より充実した各要素の相互関係を明らかにすることが必要である。

引用・参考文献

- 1) 早坂百合子他著：ガイドラインの活用とリスク対処法，看護技術，47（9），44－48，2001
- 2) 大谷春恵他著：急性期型一般病棟における看護師の抑制解除に至る認識，看護管理，34，445－447，2003
- 3) 鈴木志穂他著：脳神経外科病棟の看護師が考える身体拘束解除の要素，日本看護学会論文集（看護管理），97－99，2006
- 4) 荒井昭子他著：脳神経外科・神経内科病棟における身体拘束について－判断基準のマニュアル作成を試みる－，名古屋市立大学病院看護研究集録，67－72，2006
- 5) 中山恵子他著：集中治療室における「抑制」に関する調査研究－「抑制」の判断に影響する要因について－，成人看護Ⅰ，（34），27－29，2003
- 6) 近江みゆき他著：内科病棟における抑制アセスメントの実際－抑制ガイドラインにむけて－，日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ），（35），147－149，2005