

救命センター ICU における抑制の現状とその原因となる 危険因子の分析

— 続・抑制基準の作成を目指して —

高度救命救急センター

○飯田 啓子 森 西 弘
市原 佐和子 宮 前 勇 志

I. はじめに

救急領域においては、患者の安全と危険防止のため抑制をすることを迫られるケースもあるが、抑制実施の判断をするまでのアセスメントが不透明であり不必要な抑制を行っている可能性もある。そのため抑制を行う際に施行すべきか否か、ジレンマに陥ることが多々ある。このような問題点から、2006年より救命センター ICU での抑制の実施状況を把握し要因の分析を行った。前回、同研究を行ったときは見守り不可能な患者、経口挿管の患者、手術を受けた患者、65歳未満の患者が有意に抑制を受けていた。しかし、前回は延べ人数を解析の対象にしていたため長期入院の患者などのデータが大きな影響を与えてしまい正確な結果が出なかった。そのため今回はデータ収集を患者一人につき1回とし精度の向上をはかった。

過去に看護師の抑制施行の判断を明確化し、統一した看護を提供することを目指して、患者の精神状態を観察するためのスコアをもうけたり、看護師の意識を調査している研究が存在する。

現在、当センターにおいて、患者の状況にあった根拠に基づいた抑制に必要なアセスメント基準はない。そのため誰もがアセスメント可能な基準が必要であると考えフローチャートやスコアシートの作成を目指すこととした。

II. 方法

1. 期間

平成 18 年 9 月～平成 18 年 11 月末、

2. 対象

奈良県立医科大学附属病院高度救命救急セン

ター ICU 上記期間入院中の患者 77 人(男性 48 名、女性 29 名、平均年齢 60,25714 ± 22,4108)であった。

3. 方法

本研究では、「抑制」を抑制帯、抑制具を用いた四肢・体幹の身体的抑制、及びミトンや 2L ペットボトルを改良したものを装着した手指の抑制や、転落防止柵とした。鎮静剤による行動抑制は抑制に含まなかった。独自で作成した危険因子と考える 26 項目(抑制の有無、意識レベル、挿入ルートなど)で構成した調査用紙を使用した。前回の研究において 1 日 3 回データを収集したが、今回は抑制した場合は抑制した時点、抑制しなかった場合は入院時点のデータを用いた。担当看護師は調査用紙の項目にそって患者を観察し、各項目に該当する項目を 1 つまたは複数選択し回答を得た。

4. 分析方法

26 項目と抑制の有無を単純集計し、それぞれの項目ごとに抑制実施率と各群との関連について、統計 Dr.SPSS II for windows リリース 11.0.1J (15Nov2001) スタンダードバージョンを用い、Logistic (回帰分析)を行なった。そしてさらに、多変量解析でより関連性のあるものを P 値 < 0.05 (危険率 5%) とし、有意差ありとした。また、抑制の要因による相対危険率(オッズ比)を算出した。

5. 倫理的配慮

「抑制研究に関する同意書」を作成し研究対象者及びその家族へ研究の主旨を説明した。調査用紙は個人が特定できないように配慮し、その説明

内容について同意を得た。

III. 研究結果

全件数 77 件において抑制実施したのは 21 件 (27.3%)、抑制を実施しなかったのは 56 件 (72.7%) であった。

26 項目の中で Logistic 回帰分析にて有意となった項目 (P 値 < 0.05) は見守り不可能 (抑制を実施せずにベッドサイドで患者を見守ることができない状態)、意識レベルのうち JCS1、JCS10 ~ 30、ラムゼースコア 5、興奮であった (表 1)。しかし、多項 Logistic 回帰分析で関連性のある危険因子として有意差が出たものは見守りのみであった (表 2)。

表 1 Logistic 回帰分析結果

	有意確率
見守り不可能	.000
JCS1	.001
JCS10 ~ 30	.000
ラムゼー 5	.028
興奮	.028

表 2 多項 Logistic 解析結果

有意確率	Exp(B)	Exp(B)95 %	
		信頼区間	
		下限	上限
見守り不可能	.004	10.288	2.102 50.346

抑制群における見守り不可能な者は (表 3) クロスマッチにあるよう 14 名 (66.7%)、非抑制群における見守り不可能な者は 7 名 (12.5%) (表 3) と、抑制群に見守り不可能者が有意に高率であり、オッズ比は 10.3 倍を示した (P<0.0001)。

表 3 抑制と見守りのクロスマッチ

	抑制有	抑制なし
	n = 21	n = 56
	n (%)	n (%)
見守り不可能	14(66.7)	7(12.5)
見守り可	7(33.3)	49(87.5)

IV. 考察

厚生労働省の身体拘束ゼロの手引き¹⁾には「抑制を行う場合、緊急やむを得ない場合該当するかどうかを常に観察、再検討し要件に該当しなくなった場合には直ちに解除すべきである」と述べている。これは身体抑制基準を満たし抑制が実施された場合には、直ちに抑制解除に向けてのアセスメントを開始し、常に早期の抑制解除を念頭に置くことを求めている。

寺園²⁾は、クリティカルケア領域の抑制の目的として①頭部外傷や中毒などで意識障害を伴っている患者の安全確保、②自殺企図・突然の事故によるパニック状態や不穏患者の危険防止、③治療のためにチューブ類が挿入されている患者の事故防止・安全確保の3点を挙げている。抑制は患者の安全確保、危険回避のために必要な看護ケアであるが、抑制実施に至る基準が明確でないため倫理的ジレンマを抱えているという研究報告もある³⁾。抑制を実施するにあたり、根拠・基準を明確にするためには患者のどのような状態から判断、アセスメントを行っているかを知る必要がある。

今回はデータ収集を患者一人につき1回とし精度の向上を狙ったが、件数が774件から77件と激減してしまった。その結果26項目の中で見守り不可能な患者のみが有意に抑制を受けていた。分析結果の精度は増すと思われたが95%信頼区間の幅が大きく精度は低いものとなった。しかし実際、抑制は施行されており、看護者は患者の一部分だけを見るのではなく、患者周囲全体の状況を含めた上でアセスメントし、抑制実施の判断をした結果であると考ええる。全体をアセスメントしていたと考え、不必要な抑制があったとは言い切れない。患者と環境を考え抑制を実施していくことが重要であると考え

研究当初、私たちは寺園が述べていた事柄の①②が最も関連しているのではないかと考えていた。26項目の中で①②に関連の見られるJCS、ラムゼースコア、鎮静剤の使用、攻撃的行動、幻視・幻覚の全てにおいて有意に抑制を受けていたわけではなかった。見守り不可能な患者が多変量解析にて有意に抑制を受けていたが、ロジスティック回帰分析で有意となったJCS1、10~30、ラムゼースコア5、

興奮などの意識レベル・精神状態が多少なりとも抑制の可否に関連していると考え。意識が清明な患者は有意に抑制を受けていなかったという結果が出たよう、意識が清明でない状態においては、現状認識できないことから各種点滴・ドレーンの抜去等の危険性が増すと思われる。

一方で、有意とならなかった意識レベルの JCS2～3、もしくはラムゼースコア 3～4 幻視・幻覚、攻撃的行動は抑制の実施の可否に影響を与えていないと考える。リスクがあると思われる状況において有意に抑制を受けていなかった理由として次の 2 つが考えられる。1 つは意識レベルの判断は JCS1～300 またラムゼースコア 1～6 の基準であり、有り無しの 2 つの選択ではない。ICU は 1 対 1 また 1 対 2 という特殊環境の中で看護を行っている。その中で上記のようなリスクのある患者を受け持つことがある。この時点では一般病棟と同じよう受け持ち看護師は患者の意識レベル、行動様式、ルート挿入状況などから患者の現在の状態をアセスメントする。しかし、ICU のような特殊環境ではこの後の対応が異なる。少々の意識レベルの変動、不穏行動が認められるようなリスクがある状況でも、受け持ち看護師の判断で見守りが出来る限りは抑制を実施していない。このように受け持つ看護師の判断に委ねているため有意とならなかったと考える。2 つ目としては件数が 77 件と少なく、抑制施行時に危険と思われる患者が少なかったことが要因と考えられる。

上記で示したように当センターでは抑制が必要かどうかはその場にいる看護師の判断に委ねられている。阿部⁵⁾は「抑制は看護者のおかれた状況と判断によって解釈は異なり、抑制の根拠があいまいなまま経験的判断や価値観に基づいて行われることがある。いつ、どのような状況で抑制を決断するかも看護者によって異なるのが実情である」と述べている。しかし、今回のようなチェックリストを踏まえたとえで加点方式のスコアシートを作成し活用することで看護師間の抑制に対する考え方も変化していくのではないかと考える。藤原⁴⁾は救急患者の抑制について、抑制が治療優先の縛りになるか回復への保護になるかは、日々のケアと丁寧な説明に左右され、抑制の必要性をきちんと家族に説明すること

が大切であると述べている。抑制している患者の姿は、家族にしてみれば耐え難い光景に映るかもしれないが、スコアシートを使用し説明することで家族の理解を助けることができると思われる。

今回用いたチェックリストは、そのほとんどが研究者の主観に応じて作成されたものであるため妥当性を高める努力が必要である。スタッフ全員が共通したケアを提供できるよう、正確な判断で抑制を開始し、最小限の期間で抑制を終了させることが看護の質の向上につながる。

前年に引き続き今年度も同様の研究を行ったが、データ収集期間が短く件数の不足が露呈された。このような点がこの研究の限界である。今後は、さらに長期にわたり抑制状況を調査し、より精度の高い結果を求めることが課題である。

V. まとめ

- 抑制のチェックリストの作成、患者の状況と抑制実施状況を調査・分析し、当センターの抑制の要件が明らかになった。
- 抑制実施時は、1 つの要因だけではなく患者を取り巻く様々な状況から判断し実施していた。
- 抑制実施の際、患者を総合的に観察していくためにはより多くの抑制実施状況を調査・分析し加点方式スコアシートを作成していく方針である。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」：身体拘束ゼロへの手引き、2001.
- 2) 寺園美和子：抑制帯の工夫・安全性をサポートするために、Emergency Nursing9 (6)、537-542、1996.
- 3) 石井美恵子、山下直美、島田幸子：救急患者の安全と看護（その 1）抑制について 北里救命救急センターの現状分析から考える、Emergency Nursing13 (5)、606-608、2000.
- 4) 藤原美津恵：救急患者の安全と看護（その 1）抑制について 救急病棟における患者の抑制と安全を考える、Emergency Nursing13 (5)、564-569、2000.
- 5) 安部俊子：抑制するときしないとき、エキスパートナース Vol.17、No2、30-31、2001