

身体拘束開始における看護師の意識調査 —勉強会の前後を比較して—

病棟 8 階 B 松下千春 藤森優美
松浦昌美 安福寿子 村上さゆり 河野加麻里 近藤仁子

はじめに

A 病院 B 病棟では、急性期の脳神経疾患で入院する患者が多く、点滴やドレーン、N-G チューブ(以下、ライン類とする)が挿入される例がほとんどである。意識障害による理解力の低下やライン類挿入に伴う不快感から、ライン類の自己抜去が多い。昨年のライン類自己抜去のインシデント報告数 49 件のうち、脳神経疾患の患者は 29 件と半数以上を占めていた。そのうち、対策として身体拘束の開始・追加・強化を再検討したものが 26 件と約 90% であった。菅らは「現場では、身体拘束を多く経験するのは看護師である。看護師は身体拘束施行に対し、より慎重でなければならない」¹⁾と述べており、身体拘束のアセスメントが重要であることが分かる。

身体拘束について、院内共通の「拘束アセスメント」テンプレート(以下、拘束テンプレートとする)があるが、使用タイミングが決められておらず、日々の観察を通して身体拘束を開始してから拘束テンプレートを入力することが多い。また自己抜去インシデント発生後に身体拘束の方法について再度、検討する現状がある。その原因のひとつとして、看護師のアセスメントに差があり、拘束の開始時期や方法のアセスメントが統一されていないことにあるのではないかと考えた。

そこで、個々の看護師が行う判断や拘束についての考え方にばらつきがあるのではないかと思われ、意識調査を行った。勉強会にてその調査結果と院内マニュアルを照らし合わせて違いを明らかにし、提示することで情報共有することができ、アセスメントの統一につながるのではないかと考えた。

I. 研究方法

1. 研究対象者：A 病院 B 病棟看護師 27 名
2. 研究場所：A 病院 B 病棟
3. 研究期間：平成 25 年 8 月～平成 25 年 10 月
4. データの収集方法

- 1) 同意が得られた研究対象者(以下、対象者とする)に、身体拘束の開始に関する意識調査を独自のアンケート用紙(資料 1)を用いて行う。質問は選択形式と自由記載とする。アンケート用紙の配布は研究者が行い、回収は回収袋を作成し、記入後に回収する。
- 2) 調査結果をもとに、集計・考察を行い、個々の看護師が如何に身体拘束の開始を判断しているか明らかにする。

3)調査結果を提示するとともに、身体拘束マニュアル(鳥大版 2007) (以下、院内マニュアルとする)に沿って研究者が対象者に、身体拘束に関する勉強会を行う。

4)再度、身体拘束の開始に関する意識調査を行う。

5)調査結果をもとに、情報共有の前後の意識の変化について考察を行う。

5. 倫理的配慮

院内の倫理規定に基づき作成し承認を得た依頼書を用いて、アンケート配付時に研究の主旨を説明する。無記名で、個人が特定できないこと、調査結果は統計処理を行い、論文として公表すること、アンケートで得られた情報は研究目的以外では使用しないことを対象者に説明する。アンケート用紙の回収は任意とし、同意書の提出をもって研究に同意したものとすること、そして研究参加の拒否により不利益が生じることがないことも併せて説明し、一度研究参加の同意をした後でも、いつでも撤回可能であることを保障する。

6. 用語の定義

自己抜去：ライン類を患者自身が抜いてしまうこと

II. 結果

1. アンケート調査結果

アンケートの回収率は勉強会前が 100%、勉強会後が 93%であった。

1)身体拘束が必要・不要の判断をどのようにしているかについて

「自分ひとりで判断している」と答えたのは勉強会前が 3名、勉強会後は 0名であった。「二人以上の看護師で判断している」と答えたのは勉強会前が 22名、勉強会後は 20名であった。「医師の判断・指示を仰いでいる」と答えたのは勉強会前が 9名、勉強会後は 8名であった。(図 1)

2)医師に身体拘束の指示(許可)を得ているかについて

「医師の許可は得ない」と答えたのは勉強会前後で 0名であった。「場合によっては身体拘束をしてから許可を得る」と答えたのは、勉強会前が 19名、勉強会後が 20名であった。「医師に文書にて指示を得る」と答えたのは、勉強会前が 3名、勉強会後が 9名であった。「医師に口頭にて指示を得る」と答えたのは、勉強会前が 8名、勉強会後が 0名であった。(図 2)

3)拘束アセスメントのフロー図は使用しているかについて

「使用している」と答えたのは、勉強会前が 3名で約 11%、勉強会後が 13名で約 52%であった。「使用したり使用しなかったりする」と答えたのは、勉強会前が 7名で約 26%、勉強会後が 8名で約 32%であった。「使用していない」と答えたのは、勉強会前が 17名で約 63%であり、その内「フロー図があることを知らなかった」と答えたのは 6名であった。その他、「緊急に身体拘束をする必要があるときがある」、「今までの経験で判断している」、「フロー図をみるのがめんどくさい」、「フロー図がす

ぐに見られないところにある」との意見があった。勉強会後に「使用していない」と答えたのは、4名で約16%であった。(図3)

4)拘束テンプレートを使用しているかについて

「使用している」と答えたのは、勉強会前が25名で約93%、勉強会後は25名で100%であった。「使用していない」、「使用したり使用しなかったりする」と答えたのは、勉強会前のみで1名ずつで約4%であった。(図4)

5)身体拘束を開始する際、どのようなことを観察しているかについて

自由記述とし、フロー図と同様に「患者背景」「環境」「治療」「身体状態」に分類した。

(1)患者背景

勉強会前では、「入院/転棟前の様子」が4名、「年齢」・「前回入院の様子」がそれぞれ2名であった。勉強会後では、「不安/パニック」・「既往歴(認知症等)」・「年齢」が10名ずつ、「視覚/聴覚の障害」が3名、「性格」が1名であった。

(2)治療

勉強会前では、「ドレーン/ライン類の有無」が17名、「ライン類の抜去の既往」が8名、「安静が守れない」「安静度」が3名ずつ、「薬剤(眠剤/向精神薬)の使用」が1名であった。勉強会後では、「ドレーン/ライン類の有無」が22名、「安静が守れない」「薬剤(眠剤/向精神薬)の使用」が6名ずつ、「長期入院」が3名、「長時間の手術」・「ライン類の抜去の既往」・「ライン類の固定状況」が1名ずつであった。

(3)環境

勉強会前では、「環境の変化(病室移動)」・「ベッド/部屋が観察しにくい位置にある」が4名ずつ、「マンパワー不足」・「一般病棟」・「環境整備後も危険行動がある」・「家族の付き添いなし」が1名ずつであった。勉強会後では、「環境の変化(病室移動)」が10名、「ベッド/部屋が観察しにくい位置にある」が9名、「騒音」が4名、「家族の付き添いなし」・「ベッド柵」が1名ずつであった。

(4)身体状態

勉強会前では、「意識レベル/認知力」が27名、「不穏/興奮/せん妄」が25名、「可動性/活動性」が9名、「転倒リスク/転倒の既往」・「危険行動の有無」が8名ずつ、「麻痺の有無」が7名、「睡眠障害/昼夜逆転」が6名、「皮膚トラブルの有無」が3名、「自傷他害行動の有無」・「高次脳機能障害の有無」が2名ずつ、「精神状態」・「創傷の有無」・「空間無視」1名ずつであった。勉強会後では、「意識レベル/認知力の有無」が25名、「不穏/興奮/せん妄」が15名、「睡眠障害/昼夜逆転」が14名、「代謝障害の有無」・「電解質異常の有無」・「脱水の有無」が8名ずつ、「脳血管疾患」が7名、「麻痺の有無」・「発熱の有無」・「低血糖の有無」・「低酸素の有無」が6名ずつ、「転倒リスク/転倒の既往」が5名、「疼痛の有無」・「体力/筋力の低下」が4名ずつ、「排泄」・「可動性/活動性」が3名、「危険行動の有無」・「めまい」・「関節変形/拘縮」・「見当識障害の有無」が2名、「バイタルサイン」・「皮膚トラブル

の有無」・「創傷の有無」・「感染の有無」・「空間無視の有無」が1名ずつであった。

6)情報共有を行い、身体拘束に対する関心が高まったかについて

「はい」と答えた者が24名、「該当なし」が1名で約96%が「身体拘束に対する関心が高まった」と解答した。

Ⅲ. 考察

身体拘束の開始をどのように判断しているかについて、勉強会前のアンケートによると、医師の許可を得てはいるが、看護師1人で判断していたり、フロー図が周知されておらず、使用していない看護師が約63%であった。このことから、統一した基準でのアセスメントはなされておらず、身体拘束開始の判断は個々の看護師の判断に委ねられていると思われる。身体拘束を開始する際に観察していることについても勉強会前では十分でなく、実在する問題（意識レベルや睡眠障害の有無、危険行動の有無など）については多く記載されていたが、フロー図にあるような、実在する問題につながり得る状況（電解質異常、代謝障害、発熱など）についての記載はなかった。このことから、症状についての予測的なアセスメントができていないと考えられた。

勉強会後の意識調査では、必ず医師・看護師二人以上で拘束開始の判断をしており、フロー図の使用は52%に増加した。使用していない看護師は16%であり、アンケート期間中にフロー図を使用する様な対象患者が少なかったことが関係していると思われる。また、勉強会をしてから意識調査に解答するまでに日がなく、フロー図が使えなかったとの意見もあり、今後増加することが期待できる。しかしフロー図を知らないという意見はなく、勉強会をしたこととラミネート加工したフロー図をナースステーションに置くことにより、周知できたと思われる。拘束テンプレートについても使用した看護師は100%になっており、マニュアルに沿った判断方法に変わってきたと思われる。身体拘束を開始する際に観察していることについては、記載された項目数が増加した。勉強会前には記載がなかった「脱水」・「電解質異常」・「代謝障害」・「低酸素」・「低血糖」・「発熱」など、実在する問題につながり得る状況についても記載があり、フロー図に沿った観察が出来てきたと思われる。あわせて、患者背景について「既往歴」・「年齢」について観察する者の増加、環境について「騒音」・「環境の変化(病室の変化)」について観察する者の増加がみられる。石塚らの「年齢が危険行動の出現に強く影響を及ぼしていることが推測される」²⁾という報告や、吉川らの「睡眠リズムの乱れは、夜間に不穏やせん妄を起こす重要な要因の一つである」³⁾という報告より、拘束が必要になるリスク状況を予想しながらアセスメントできたと思われる。また、フロー図を使用することで、アセスメントしやすくなったとの意見もあり、フロー図を提示することで必要な観察項目の指標ができ、アセスメントしやすくなると思われる。しかし、個々の看護師によって記載内容にはばらつきがあり、今後の課題として、フロー図やテンプレートを日常的に使用していくことでアセスメントの統一をはかる必要がある。また、今回の調査について、質問文が曖昧だったために単一解答の質問に複数回答で解答してい

るものがあったりと、意識調査の質問内容についても改善の必要を感じた。

本研究から、病棟における抑制の実態、スタッフの拘束に対する意識を知ることができ、今後取り組むべき問題点が明確となった。鈴木らは、「当病棟においては、脳神経外科疾患の特殊性からも危険行動を伴う患者が多くいる。これらのことから、介護・福祉施設同様にはただちに抑制を廃止できないと思われる。」「しかしわれわれ看護師は、抑制はきわめて非人道的な行為であり、人権侵害、QOLの低下を招くものであるという倫理的感情を常に持ち、抑制問題に取り組んでいく必要がある。」⁴⁾と述べており、身体拘束について看護師の意識の向上の必要性を示している。今回のアンケート・勉強会を通して、身体拘束に関する関心が高まったと答えた人は約96%であり、意識向上のきっかけになったと思われる。

IV. まとめ

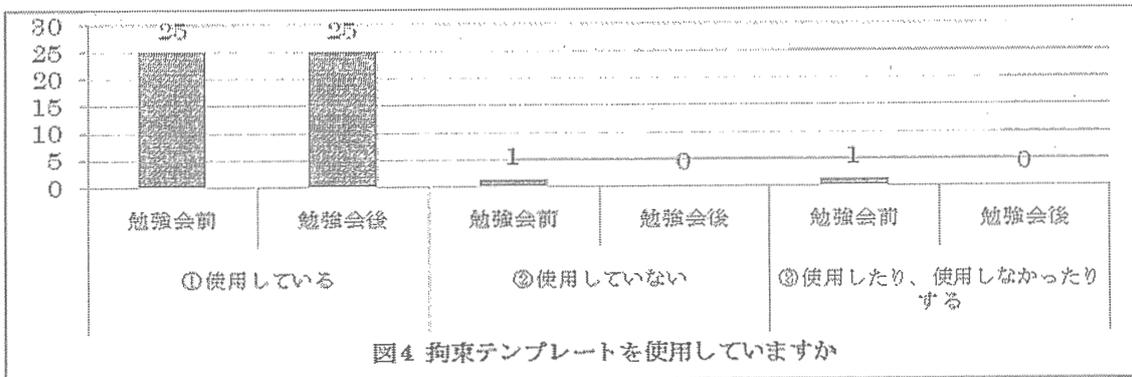
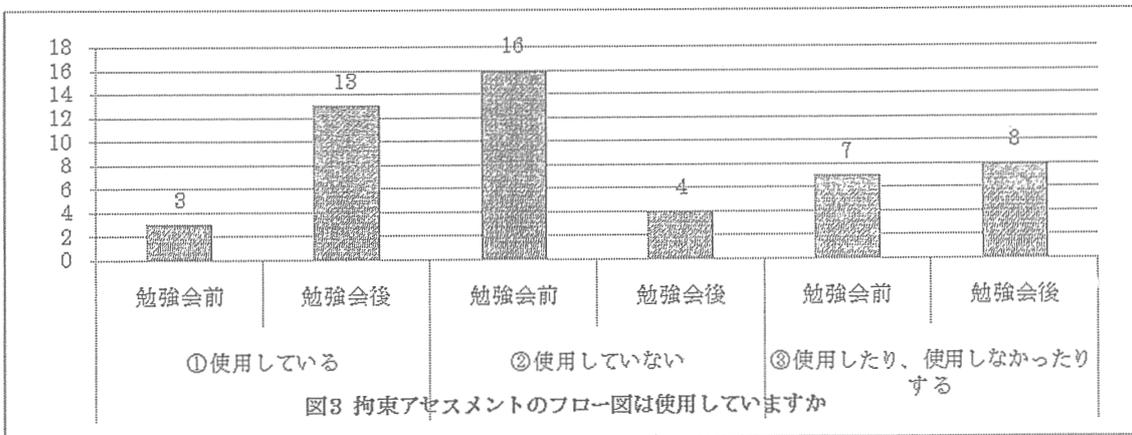
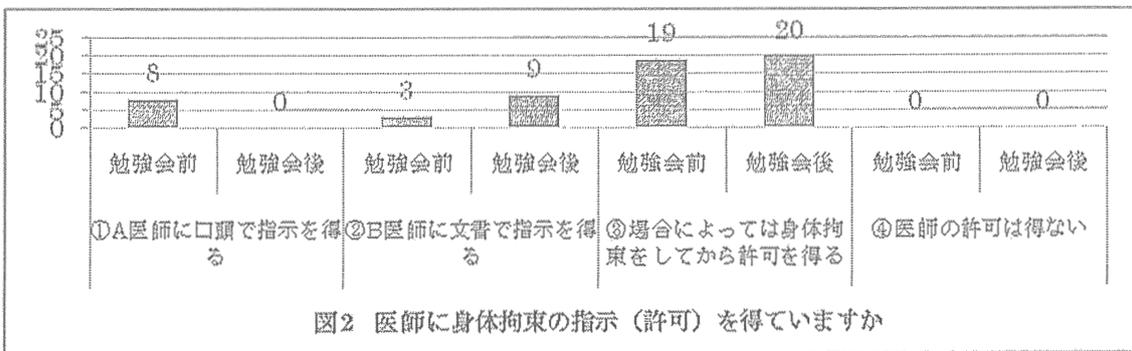
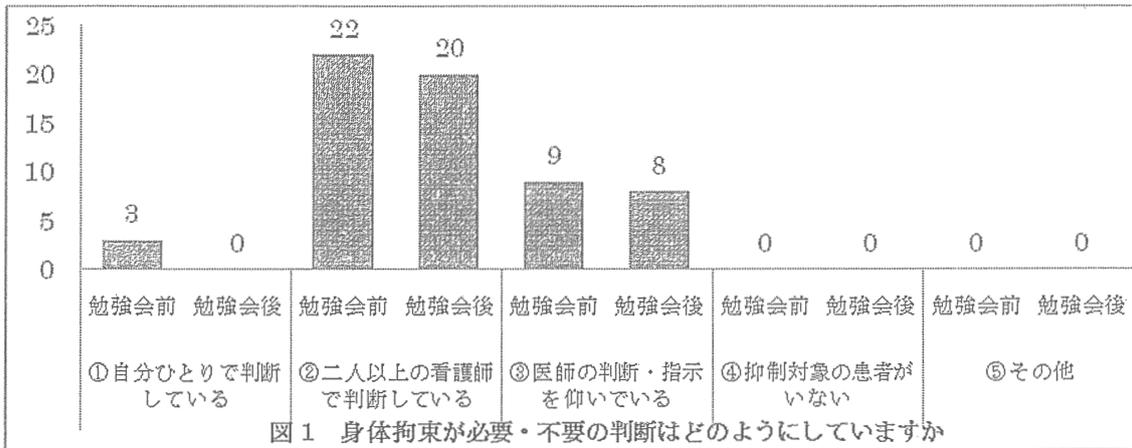
1. 調査結果と院内マニュアルを比較して、情報共有・勉強会を行い、身体拘束の開始に必要な観察項目をフロー図を通して周知した。
2. フロー図を通して、勉強会を行うことで、実在する問題だけでなく身体拘束が必要になるリスク背景を観察できるようになったと思われる。
3. 意識調査・勉強会を通して、現在の問題・今後の課題が明確になり、身体拘束に関する関心が高まった。今後の課題として、フロー図やテンプレートを日常的に使用していくことでアセスメントの統一をはかる必要がある。

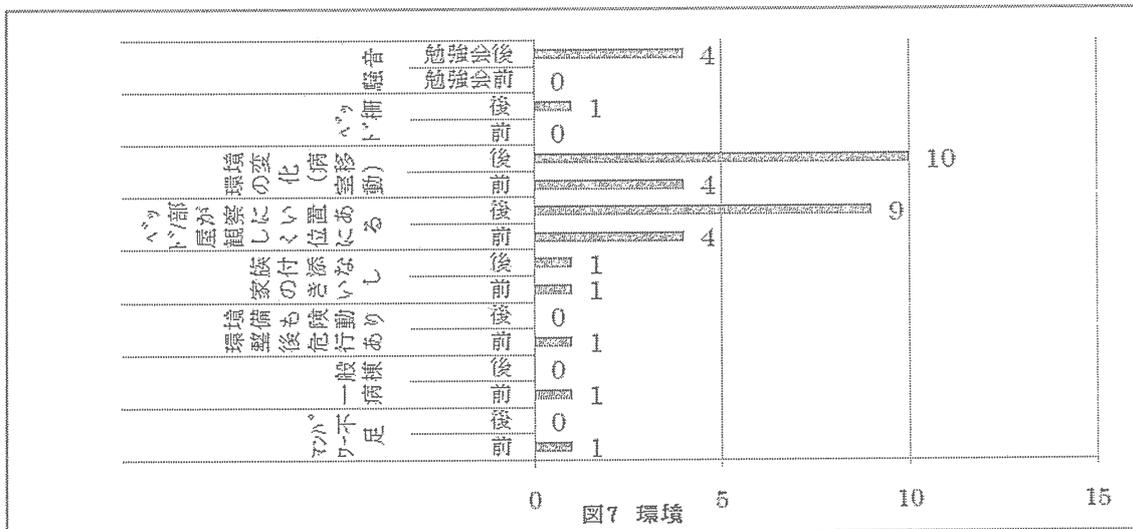
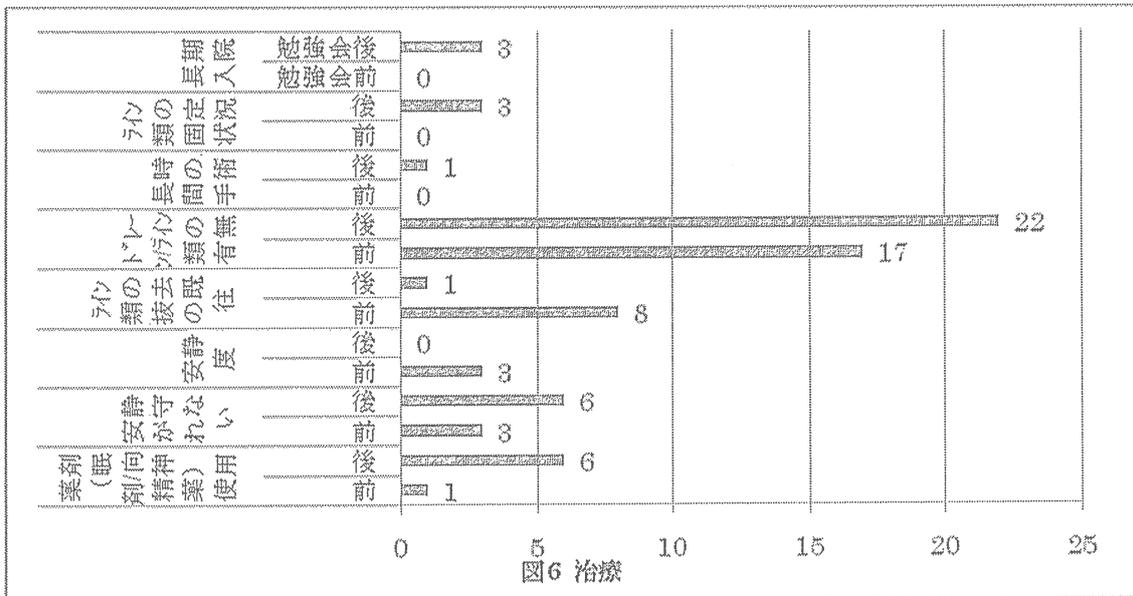
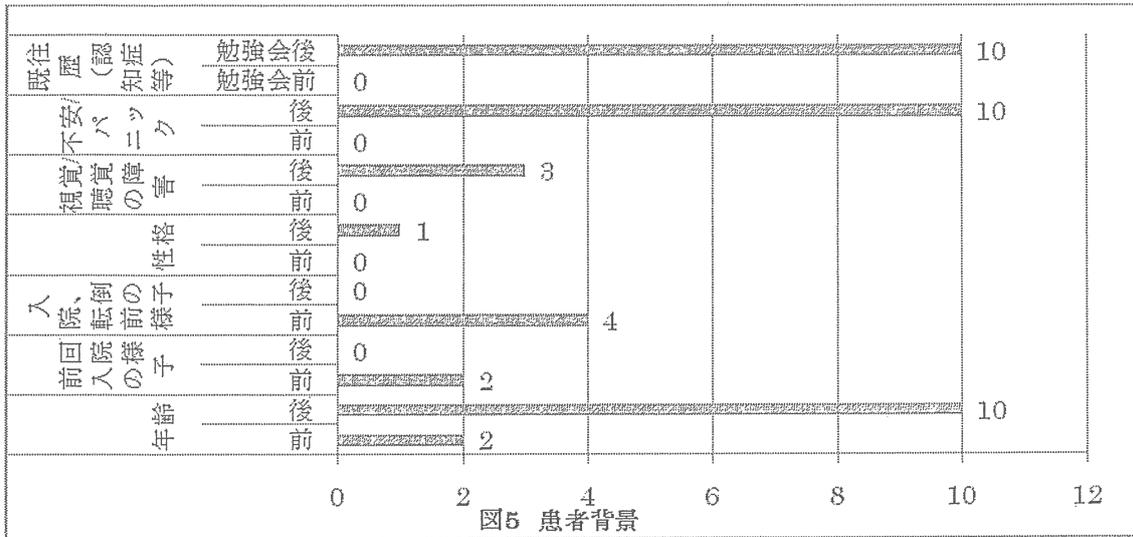
引用文献

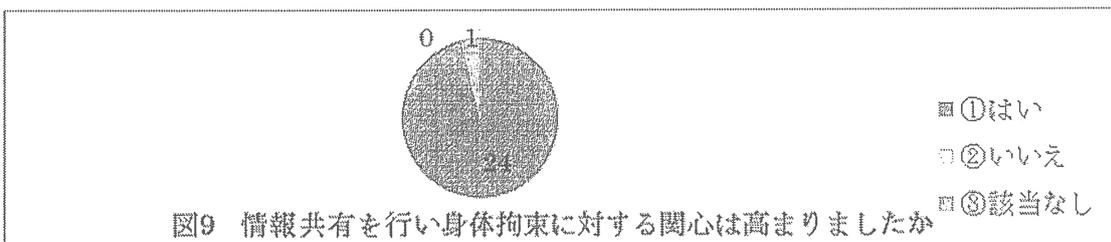
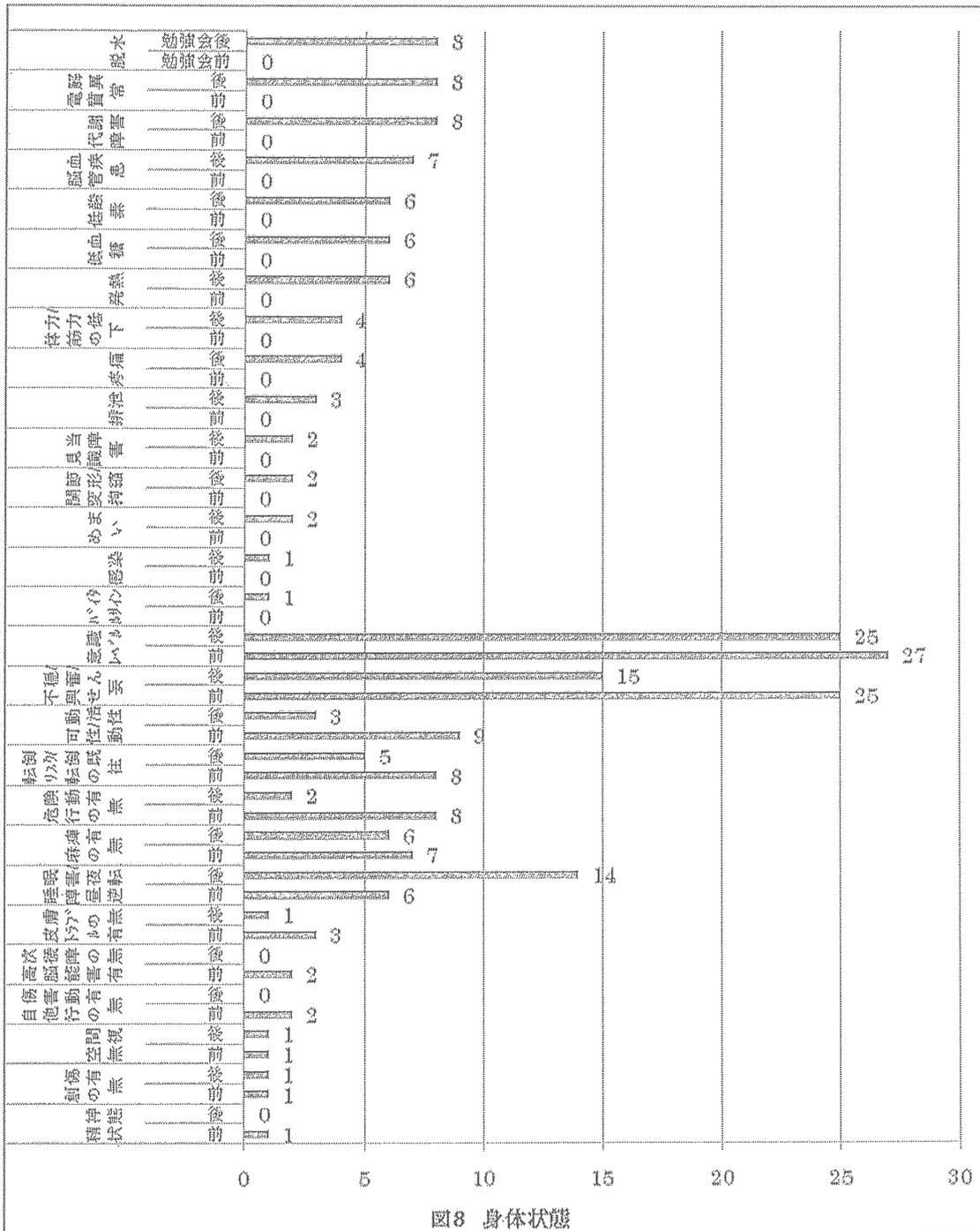
- 1)菅郁子、南方英夫：当院における身体拘束の実態と看護師の意識調査、日本農村医学会雑誌、第60巻、3号、435、2011
- 2)石塚洋恵、上島美和子：危険行動予測スコアシートの有効性の検討、看護管理、第11巻、15号、923-927、2005
- 3)吉川みゆき、他：A病棟の脳血管障害患者における身体抑制開始基準の検討—ドレーン・チューブアンリアセスメントシートから—、第7回鳥取県看護研究学会抄録集、7頁、2013
- 4)渡辺裕美子：インシデント・アクシデントにつながりやすい行為と指導 転倒・転落、月刊ナーシング、24、1、85、2004
- 5)鈴木典子、他：当病棟看護師への患者身体拘束(抑制)に関する意識調査—抑制基準作成へ向けての取り組み—、厚生連医誌、第15巻、1号、36-39、2006

参考文献

鳥取大学医学部附属病院：身体拘束マニュアル（鳥大版）、2007







身体拘束アセスメント意識調査

身体拘束の開始基準について、次の問いにお答えください。

(1)～(4)・(6)は、当てはまる項目の【 】にチェックをお願いします。()
や 【 】には自由記述でお答えください。

(6)については、各カテゴリについて自由記述でお答えください。複数回答可。

(1) 身体拘束が必要、不要の判断はどのようにしていますか。

【 】 1. 自分ひとりで判断している。

【 】 2. 二人以上の看護師で判断している。

【 】 3. 医師の判断・指示を仰いでいる。

【 】 4. 抑制対象の患者がいない。

【 】 5. その他

()

(2) 医師に身体拘束の許可(指示)を得ていますか。

【 】 1. 身体拘束前に必ず許可を得る。

その場合、【 】 A. 口頭で指示を得る。

【 】 B. 文書で指示を得る。

【 】 2. 場合によっては、身体拘束してから許可を得る。

【 】 3. 医師の許可は得ない。

(3) 拘束アセスメントのプロロー図は使用していますか。

【 】 1. 使用している。

【 】 2. 使用していない。

() 理 由

【 】 3. 使用したり、使用しなかったりする。

(4) 拘束テンプレートを使用していますか。

【 】 1. 使用している。

【 】 2. 使用していない。

() 理 由

【 】 3. 使用したり、使用しなかったりする。

(5) 身体拘束を開始する際、どのようなことを観察判断していますか。

1. 身体的要因

2. 精神的要因

3. 環境的要因

4. その他

勉強会後のみ、以下の質問追加した。

(6) 情報共有を行い、身体拘束に対する関心は高まりましたか。

【 】 1. はい

【 】 2. いいえ