

抑制カンファレンスの現状調査

細川峻吾^{#1} 峯田博生^{#1} 大谷千尋^{#1} 村本やよい^{#1} 田窪香織^{#1}

^{#1} 独立行政法人 国立病院機構 徳島病院 看護部 776-8585 徳島県吉野川市鴨島町敷地 1354番地

受付 2020.3.2 受理 2020.3.9 出版受託 2021.3.10

要旨

A病棟では個別性を用い効果的な抑制カンファレンスが行えていない現状である。そこでアンケートを通して A 病棟における抑制カンファレンスの改善点について現状調査を行った。研究対象は A 病棟看護師36名。アンケートの質問内容は個別性に応じた患者への話し合いなど6つの質問について「はい」「いいえ」の二件法と自由記載内容を用いた。個別性に応じた患者への話し合いについての質問に対して、抑制カンファレンスで決定したことは看護計画に追加は行えているや個別性に応じた看護計画の見直しはできているとあるように看護計画の追加や修正は行えているという回答があった。反対に当病棟での患者の情報の記載度が低いや話し合いにて気づきがあるとの回答もあり、抑制カンファレンスで話し合った内容、対策が個別の看護計画に反映できていない現状がある。そのため看護計画の記録を詳細に残すことによりその時の患者の正確な状態把握と情報共有に繋がり、抑制に至った経緯が明確になり解除に向けた抑制カンファレンスがより効果的になっていくと考えられる。

キーワード：抑制カンファレンス

はじめに

A病棟では身体抑制の早期解除を目的に毎朝チームで抑制カンファレンスを行っている。A病棟では抑制を行っている患者が現在 7 名入院しており、その多くは認知症を患っている。カンファレンスとは「①個人の体験をチームで共有し、チーム全体の技術水準を高める②個々の患者への看護計画の妥当性の検討③チームメンバーの意思統一を図り効率的な看護実践を目指す④共同学習による新知識の習得⑤患者の見方を育てる⑥他職種との連絡調整を目的としている」¹⁾と川島は述べている。しかし、A病棟の抑制カンファレンスでは「危険であるため身体拘束を継続する。」という意見が多く、①②のような視点に基づいたカンファレンスが出来ておらず患者の個別性を用いることなく抑制カンファレンスが行われている現状である。このような抑制カンファレンスになっている理由として、抑制解除に向けての知識に差があるのではないかと考えた。そこでアンケートを通してA病棟における抑制カンファレンスの現状について調査する。

対象と方法

対象者は、アンケートに同意のあった A 病棟看護師 36 名。アンケートは独自の自記式質問用紙を作成した。質問内容は①個人の体験をもとにチーム全体で共有②個別性に応じた患者への話し合い③チームメンバーの意思統一を図り効率的な看護実践につなげる④自分では気づかなかった新たな視点⑤他職種との連携⑥抑制が必要ではないと判断する視点について「はい」「いいえ」の二件法と自由記載内容を用いた。結果は、自由記載の類似内容を分析する。

倫理的配慮

アンケート結果は研究以外の目的には使用しないこと、研究への参加は自由意思であることを書面にて説明する。アンケート調査は途中であっても参加を撤回できることを説明し開始時に調査対象者の同意を最終確認し得たうえで行う。アンケート結果は鍵のかかる場所で厳重に保管し、研究終了後に破棄する。

結果

【①個人の体験をもとにチーム全体で共有】についての質問に対してはこれまでの経験をもとに、現在の患者と照らし合わせてアセスメント(2%)、患者の体動によって抑制帯が緩みやすい等の問題が生じた場合は、抑制帯をクロスして結ぶと緩まなかった等の成功例をチームで共有し技術の向上に図っている(2%)、他の患者の抑制を例に挙げ、抑制解除の方向へ持っていく(2%)という回答があった。【②個別性に応じた患者への話しあい】についての質問に対しては抑制カンファレンスで決定したことは看護計画に追加(2%)、個別性に応じた看護計画の見直しはできている(2%)、当病棟での患者の情報の記載度が低い(2%)、話し合いにて気づきがある(2%)という回答があった。【③チームメンバーの意思統一を図り効率的な看護実践につなげる】についての質問に対しては抑制解除の時間を多くするように工夫している(3%)、意見を統一することで、抑制解除の頻度が増えている(7%)、日々の患者の状況に応じて抑制の必要性を検討(7%)、抑制を最小限にするという考え(9%)という回答があった。【④自分では気づかなかった新たな視点】についての質問に対しては抑制器具使用に頼らず、バスタオルや軍手を使用し、代替え出来る方法に気づいた(9%)、認知症の研修に行かれた方の情報から患者の状態を詳しく理解することができた(2%)という回答があった。

【⑤他職種との連携】についての質問に対しては、抑制が必要、抑制を外す時間を増やして観察していこうとカンファレンス内で話し合い主治医に相談出来ている(2%)、医師と看護師の中で話してしまうことが多い(5%)、他職種と抑制に関する話し合いを行うことが出来ていない(15%)、看護師が感じているリスクと他職種の考えに違いがある(3%)という回答があった。【⑥抑制が必要ではないと判断する視点】についての質問に対しては、経鼻チューブやカニューレの自己抜去をしたり、柵をたたいたりする(9%)、抑制帯を長時間の使用により拘縮してしまうという弊害(2%)、問題行動のある患者に対して身体抑制を第1選択にしやすいが弊害が起きやすい(2%)、体動が少なくなり自傷行為やチューブ類等の抜去が出来ない状態(7%)、BPSD を起こした場合は、抑

制解除した方が良い(2%)、精神症状、理解力の程度(2%)、話し合う時間を多く設けられないまま抑制継続と判断してしまっている(2%)、毎日同じ内容のカンファレンスである(2%)という回答があった。

考察

【①個人の体験をもとにチーム全体で共有】ではこれまでの経験をもとに、現在の患者と照らし合わせてアセスメント、他の患者の抑制を例に挙げ、抑制解除の方向へ持っていく等は解除に結びついたかは不明であるが解除に向けて取り組もうとしていると言える。一方、患者の体動によって抑制帯が緩みやすい等の問題が生じた場合は、抑制帯をクロスして結ぶと緩まなかった等の成功例をチームで共有し技術の向上に図っているという回答から抑制帯をどのように結ぶと緩まないかといった効果的な抑制の知識を習得している。このことは無意識に看護師のなかで身体抑制が前提になっており本来の抑制カンファレンスが効果的な抑制の知識の習得の場となっていると考える。

【②個別性に応じた患者への話しあい】では、抑制カンファレンスで決定したことは看護計画に追加や個別性に応じた看護計画の見直しはできているとあるように看護計画の追加や修正は行えているという回答があった。反対に看護記録の不足にあるように当病棟での患者の情報の記載度が低いや話し合いにて気づきがあるとの回答もあり抑制カンファレンスで話し合った内容、対策が個別の看護計画に反映できていない現状がある。増谷は「抑制を必要とするように至った経緯、方法、時間などを詳細に記録として残しておくことが必要である」²⁾と述べている。看護計画の記録を詳細に残すことによりその時の患者の正確な状態把握と情報共有に繋がり抑制に至った経緯が明確になり解除に向けた抑制カンファレンスがより効果的になっていくと考えられる。

【③チームメンバーの意思統一を図り効率的な看護実践につなげる】では抑制解除の時間を多くするように工夫しているや意見を統一することで、抑制解除の頻度が増えているや抑制を最小限にするという考えという回答が22%あるようにどのようにすれば抑制を解除することができるのかということやスタッフ同士で意見を統一し行えていることや抑制を最小限にしたいと多くのスタッフが考えて

いると読み取れる。増谷は、「高齢者や認知症患者の看護においては、“安全重視の看護”の立場ではなく個々の入居者や患者の立場に立った倫理観をもち、人権と尊厳を尊重したケアを、常に組織内で模索できる環境をつくり、抑制を廃止するための具体的な取り組みを蓄積していくことが必要である。」³⁾と述べているように抑制解除の検討や抑制の必要性を検討については抑制中も抑制解除中も常に患者の個別に合った抑制方法や看護ケアを繰り返し短期間でも実践し評価を繰り返していく必要がある。

【④自分では気づかなかった新たな視点】では認知症の研修に行かれた方の情報から患者の状態を詳しく理解することができたという回答があるように認知症研修に参加したスタッフを中心に勉強会を実施し認知症患者の看護についての知識を養い十分なアセスメントを行っていくことが重要である。

【⑤他職種との連携】医師と看護師の中で話してしまうことが多いや他職種と抑制に関する話し合いを行うことが出来ていないという回答があることから他職種とのカンファレンスの必要性を理解しているがどのように発信すればよいかかわらず医師以外の他職種とは連携がとれていない現状があると考え。効果的な抑制カンファレンスのために他職種が参加しやすい時間帯の検討、患者の認知症状や精神状態、ADLの状態を評価できるアセスメントシートやフローチャート等客観的データを用いることで、他職種と話し合いのきっかけとなると考える。

【⑥抑制が必要ではないと判断する視点】では抑制帯を長時間の使用により拘縮してしまうという弊害や問題行動のある患者に対して身体抑制を第1選択にしやすいが弊害が起きやすいやBPSDを起こした場合は、抑制解除した方が良いや経鼻チューブやカニューレを自己抜去したり、柵をたたいたりするという回答が19%あるように身体抑制を行うことで様々な弊害が引き起こされることについて述べられており認知症の看護について理解度は低くはないと言える。仙波らは「認知症症状を呈した患者は、行動制限の理解ができずに動いてしまうことで転倒したり、興奮してチューブ類を抜去してしまうことがあるが、それを医療者に“問題行動”と認識されてしまい対応される。そしてこれらの行動が繰り返されること

で、身体拘束など、抑制が抑制を生み、廃用症候群によるADLの低下が起これ、身体回復の妨げになるという悪循環に陥りかねない。」⁴⁾述べている。抑制をしている患者にとって不快を取り除きたい、快のための行動をとりたいというのは、人間として当たり前のニーズを満たすための行動であり医療者には“その人なりの世界”を理解し、本人の行動パターンを理解し、先回りした介入を行えば不必要な抑制に繋がらず個別性のある看護ケアに繋がるのではないかと考える。また、話し合う時間を多く設けられないまま抑制継続と判断してしまっている、毎日同じ内容のカンファレンスであるという回答が2%ずつあった。吉岡らは「医療者が、認知症患者の行動の理由を十分にアセスメントできずにいると、危険な問題行動であると判断され抑制が開始される。そして、一度抑制が開始されると“あの人は危険な行動をとる要注意人物だ”と認識され、抑制が長期化するほど、抑制の解除は容易でなくなる。」⁵⁾と述べており、A病棟も“危険であるため身体拘束を継続する”という意見が多い現状にあると考える。このような現状を打破するためにも、一度チューブ類を自己抜去したから危険であるなどの過去のエピソードに縛られることなく患者のその日その時の状態を観察しアセスメントすることが大切である。

文献

- 1) 川島みどり：看護カンファレンス. 医学書院, 2008:15
- 2) 増谷順子：認知症と抑制. メヂカルフレンド社, vol. 64 No11 2018:14
- 3) 増谷順子：認知症と抑制, メヂカルフレンド社, vol. 64 No11 2018:13
- 4) 仙波雅子, 村山由子：フィジカルロック, メヂカルフレンド社, vol. 64 No11 2018:16
- 5) 吉岡充, 田中とも江：縛らない看護. 医学書院, 1999:30