

身体抑制カンファレンスを通じた多職種の転倒転落に対する 支援の方略の違い

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 看護部 5A 病棟)

吉田 倫美 荻野 桂子 小北 季恵

要 旨

当病棟は整形外科が50床あり、転倒のリスクが高い患者が多いため身体抑制を行う機会も多い。これまで転倒を繰り返した患者に身体抑制を開始したが、抑制を解除できていないことがあった。当病棟において身体抑制カンファレンスをする上で患者の安全面に重点をおくことが多く、患者にとって最善の対応を多職種で検討することができていなかった。そこで今回、臨床倫理検討で用いられている Jonsen4 分割法を使用し、多職種間でのカンファレンスを行い、各職種の専門的視点を表面化することによって、その傾向や支援の方略の違いを明らかにしたいと考えた。カンファレンスでは、各職種の視点や方略の違いが明らかになった。今後も多職種による身体抑制カンファレンスの継続が必要であると考えられた。
(京市病紀 2018 ; 38(1) : 38-42)

Key words : 転倒転落, 身体抑制, 多職種, カンファレンス, 4 分割法

緒 言

当病棟は整形外科が50床あり、変形性股関節症と変形性膝関節症の患者が多く、人工股関節全置換術 (total hip arthroplasty : THA) と人工膝関節全置換術 (total knee arthroplasty : TKA) が多く行われている。THA の術後は特に荷重制限期間が長く、健肢のみでの移動や立位保持などを行うため、転倒しやすい状況にある。また、脊椎では腰椎や頸椎の手術が多く行われており、手術を受ける前から上下肢のしびれや疼痛がある。特に下肢の神経症状や疼痛がある場合、跛行したり補助具の使用が必要となる患者も多い。術後、神経症状や疼痛は軽減されるが残存することもあり、転倒リスクは高い。

以前、頸椎の術後患者が低ナトリウム血症となり、精神症状が出現し安静度が守れず、転倒を繰り返した。そこで身体抑制を開始した。身体抑制開始時は、『うーごくん』を使用していた。ナトリウムが補正され精神症状も改善してきたが、身体抑制開始時同様『うーごくん』とベッド柵3柵の身体抑制を継続している状態であった。その際に患者から「背中『うーごくん』を取ってほしい、取ってくれたらベッド柵を4柵にしてくれてもいいから」と言われた。その言葉でここまでの身体抑制が必要だったのか、もっとはやく身体抑制を解除できたのではないかという罪悪感を抱いた。

当病棟では身体抑制を行っている患者に対し、身体抑制カンファレンスを看護師間で毎日実施しているが、身体抑制を解除できていない現状がある。そこで、今回臨床倫理検討で用いられている Jonsen4 分割法を使用した。Jonsen4 分割法とは、4つの項目に沿って問題となることを分類し、倫理原則に沿って分析・検討する方法である。また、1人で行うのではなく他者の視点を活用することでより広い視野から分析が可能となる。そこで今回、Jonsen4 分割法を用いて多職種でカンファレンスを行い、各職種の専門的視点を表面化することによってその傾向

や支援の方略の違いを明らかにしたいと考えた。

目的・方法

本研究は、身体抑制カンファレンスを多職種で行い、各職種の専門的視点を表面化し、支援の方略の違いを明らかにすることを目的とする。

研究デザイン：質的研究 (因子探究研究)

対象者：病棟看護師、理学療法士、薬剤師、医師、管理栄養士

研究期間：2017年3月～5月

データ分析手順・方法：カンファレンスで医師、看護師、理学療法士、薬剤師、管理栄養士の発言内容を Jonsen4 分割法を用いて記録する。具体的には「医学的適応」、「患者の意向」、「QOL」、「周囲の状況」の4項目について、情報の整理を行う。さらに、どのような内容が身体抑制解除の判断となったのかなどについて分析する。客観性を保つために専門・認定看護師のアドバイスを受けて分析する。

結 果

A氏については、多職種で身体抑制カンファレンスを2回実施したが、2回とも身体抑制の継続が必要だという評価になった(表1)。カンファレンス開始3日目に転院となり、多職種での身体抑制カンファレンスは2回しか実施できなかった。

B氏については、多職種で身体抑制カンファレンスを3回実施し、1回目の評価ではミトンを解除することができた(表2)。2回目の評価ではベッド柵4柵を解除することができた。3回目の評価ではミトン、ベッド柵4柵を解除しても問題ないという評価に至り、すべて身体抑制を解除することができた。

表1. Jonsen 4 分割法

患者氏名： A 氏

入院日数： 5/15・16（入院5・6日目）

疾患名：第12胸椎圧迫骨折

カンファレンス参加者：5/15 医師1名，薬剤師1名，管理栄養士1名，理学療法士1名，看護師5名

5/16 薬剤師1名，管理栄養士1名，理学療法士1名，看護師5名

医学的適応	患者の意向
<p>善行と無危害の原則</p> <p>5/15 Dr：5/7 散歩中に転倒。自宅でも転倒繰り返していた。5/9 救急受診し，5/10MRI 施行。Th12,L3,4,5，仙骨骨折あり。夫と二人暮らしであり自宅での介護は困難なため安静目的で入院となる。認知症あり。</p> <p>今後の治療方針は1-2か月安静。痛みに応じてリハビリ開始しADL 拡大予定。入院時は座位や立位時に苦痛表情や訴えなし。</p> <p>5/16 Ns（主治医からの情報）：5/15 に実施したレントゲンは入院時より Th12 が潰れている。</p> <p>5/16 PT：レントゲンより Th12 の骨折が若干神経を圧迫しているように感じる。昨日排尿に時間がかかると情報があったが，排尿障害や排便コントロールについても注意が必要。また座位が一番椎間板に負担がかかるため長時間座位になるのは避ける方がよい。</p>	<p>自律性尊重の原則</p> <p>5/15 Ns：5/11 日勤より終日センサー使用。立位はできるが両足とも前に出づらい。骨折している認識もない。ナースコールが押せないため張り紙をテーブルに置いたり，ナースコールを目の届くところに置くがナースコールやセンサーマットという認識なし。床頭台の物を取るときやトイレ時にセンサー感知し，訪床時は立位か足が一步出た状態。よく端坐位で塗り絵をしている。</p> <p>5/16 Ns：テーブルのナースコール表示も物を置くことで隠れたり表示自体が分かりにくいいため，カラー写真に変更し分かりやすくする。また，テーブルのみに表示するのではなくベッドサイドにも表示する。転倒予防の観点から患者の足を観察し巻き爪など転倒の要因となるような症状はないか観察必要。</p>
QOL	周囲の状況
<p>善行と無危害と自律性尊重の原則</p> <p>5/15 薬剤師：高血圧，認知症（アリセプト），DM 薬内服中。明日より DM 薬増量。それによる低血糖やふらつき注意必要。</p> <p>5/15 栄養士：夕方に食事摂取量減る傾向。食事より1200kcal 摂取できている。</p> <p>5/15 Ns：現在は臀部・下肢の痛みあり，定期的鎮痛剤内服なく頓用で内服している。</p> <p>5/16 薬剤師：本日よりアマリールが追加。</p> <p>5/16 栄養士：食事も7-8割摂取できている。</p> <p>5/16 Ns：アマリールが追加になったが血糖値は200台で経過。低血糖はない。</p> <p>※患者にとって何が最善か</p> <p>5/15 →ナースコールについて繰り返し説明するが認識乏しい。痛みにより立位不安定。毎回センサー感知しているため，センサー解除すると転倒のリスクが高まるためセンサー継続。</p> <p>5/16 →ナースコールについて繰り返し説明するが認識乏しい。痛みにより立位不安定。毎回センサー感知しているため，センサー解除すると転倒のリスクが高まるためセンサー継続。</p>	<p>忠実義務と公正の原則</p> <p>5/15 Dr：夫と二人暮らし。自宅での介護は困難。</p> <p>5/15 Ns：ケアマネージャーより認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱbと情報あり。</p>

表2. Jonsen 4 分割法

患者氏名： B 氏

入院日数：5/22～24（入院4～6日目）

疾患名：左恥骨骨折

カンファレンス参加者：5/22 管理栄養士1名，看護師4名

5/23 理学療法士1名，薬剤師1名，管理栄養士1名，看護師6名

5/24 理学療法士1名，看護師5名

医学的適応	患者の意向
<p>善行と無危害の原則</p> <p>5/22 Ns: 認知症あり施設入所中. 5/19 転倒し左股関節痛あり緊急搬送され, 緊急入院. 激しい骨折であり本来なら手術適応だが, 高齢で, 元々車椅子レベルであり保存的に経過をみている.</p> <p>5/23 Ns (主治医からの情報): 3週間ほどしたら車椅子移乗開始し4週間で転院検討していく予定.</p>	<p>自律性尊重の原則</p> <p>5/22 Ns: 5/21 3D病棟より転入. 床上安静中だが, 指示入らず体動もあるため4柵実施. バルン挿入中だが, ルートを触ってしまうためミトン装着されていた. バルンはズボンの裾を通してている.</p> <p>本日深夜帯入眠せず叫んでいることあり, ミトン OFF 希望あり一旦 OFF して様子みるがルート触ることなくしばらくして入眠. ルートトラブルなくこのままミトンは OFF とする. 昼夜逆転している様子で, 夜に疼痛や尿意で叫ぶことあり. 日中は傾眠傾向であり, 覚醒促すが床上安静中で車椅子移乗できずなかなか難しい.</p> <p>5/23 Ns: 昨日からミトン OFF. 経口摂取量少なく, 本日より末梢点滴開始となるがルートトラブルなく過ごせている. 体位変換時のみ声をあげて疼痛を訴えるが, その他は夜も入眠している.</p> <p>5/23 薬剤師: 転倒転落を引き起こすような内服薬はなし.</p> <p>5/24 Ns: 体位変換時は疼痛増強し声を上げることがあるが, 他は落ち着いて過ごせている. 抑制していた時の方が興奮気味になっていた.</p>
QOL	周囲の状況
<p>善行と無危害と自律性尊重の原則</p> <p>5/22 Ns: 施設ではベッドからポータブルトイレへの移乗可能であった. 現在は体動時の疼痛も強いためバルン留置のままとするが, 再度ルートトラブルのリスク高くなれば, バルン抜去を検討することとする. 体動時に疼痛あるため自己で起き上がることはないが, 円背もあり体勢崩れやすい. 日中は3柵可能かもしれない. 明日以降検討していく.</p> <p>5/22 栄養士: 現在軟食・主食軟飯摂取しているが, 昨日の摂取量では400kcal程度. 必要摂取kcalは1200kcal程度. 前回入院時はST介入し, 嚥下食IV摂取, エンシュア1本/日飲用していた様子.</p> <p>5/22 Ns: 日中傾眠であったり, 気分によっても経口摂取量変動あり. 1%とろみ茶飲用. むせはなさそうだが, 嚥下食IVの方がよさそう.</p> <p>5/23 Ns: ナースコールは押せずベッドからの転落リスクはあるが, 自己での体動はほとんどなく体位変換全介助している. 4柵実施中だが, 3柵として側臥位に応じてベッド柵の位置変更し転落予防とできるのではないかと.</p>	<p>忠実義務と公正の原則</p> <p>5/22 Ns: 特別養護老人ホームに入所していた. 前回入院時は夕方にほぼ毎日息子の面会があった. キーパーソンは息子.</p> <p>5/23 Ns: 昨夕も息子の面会あり, 経口摂取を促すなど協力されている.</p> <p>5/24 Ns: 昼・夕の食事の際は家人やヘルパーの面会あり, 食事介助の協力あり.</p>

QOL	周囲の状況
<p>5/23 PT：MRIより左腸骨部の骨折激しく、左側臥位は疼痛増強する可能性もあるため、1週間程度は左腸骨部を強く圧迫しない方がよい。円背もあるので仰臥位は難しく、左側臥位もとる必要があるため左腸骨部は圧迫しないよう軽く体位変換をすることを勧める。</p> <p>5/23 Ns・PT：疼痛軽減し、栄養状態も改善されれば活動性アップする可能性あり。そうなれば、転倒転落リスク高まるため注意必要。</p> <p>※患者にとって何が最善か</p> <p>5/22→ミトンは終日OFFとする。バルンのルートトラブルの可能性高くなれば、バルン抜去を検討する。疼痛のため起き上がるなどの体動は少なく、日中は3柵トライできそう。本日はミトンOFFとしたので、明日日中3柵トライしてみる。</p> <p>食事は嚥下食Ⅳに変更する。</p> <p>5/23→ミトンは終日OFFで問題なし。疼痛あり体動も少なく3柵とし、転落予防として側臥位に応じて柵の位置を調整する。疼痛軽減し活動性アップみられる場合は、転落のリスク高まるため再度4柵等検討する。</p> <p>5/24→3柵としているが危険行動なくこのまま抑制OFFとし、ベッドは低床にする。今後疼痛緩和され行動活発になる場合は、抑制再開も検討していく。</p>	

考 察

A氏の場合には、ナースコールの認識が乏しかったため、わかりやすい表示に変更することを検討していたが、転院となったため身体抑制解除には至らなかった。B氏の場合には、看護師からの生活状況の情報や理学療法士による体位変換時の注意点を踏まえてベッド柵3柵とし、身体抑制を解除することができた。

今回多職種でカンファレンスをする中で、医師からは現在の病状や今後の治療方針が示された。看護師からは、患者の意向や家族背景の情報、1日の生活状況、疼痛などの症状把握、ナースコールや危険についての認識や理解度といった情報が出された。理学療法士からは、レントゲンやMRIなど画像評価を含めたADLの状況や看護師への介助に関する助言および今後のADL改善の見通しといった情報が出された。薬剤師からは、転倒転落に関連した薬剤の副作用症状、特に新たに開始になった薬剤の注意点が出された。管理栄養士からは、現在や過去

の入院中の食事形態や摂取カロリーについての情報が出された。以上のように、身体抑制カンファレンスにおいて各職種の視点や方略の違いが明らかになった。

結 語

看護を行う上で患者の安全を守るために身体抑制を実施しなければならない場面に直面することが多い。患者の安全を守るためには、身体抑制の継続が必要な場合もあるが、常に患者の安全と尊厳の両面を考えていく必要がある。身体抑制ガイドラインにも明記されているように、身体抑制は必要最小限にし、多職種でカンファレンスを行い、専門的視点で患者の安全・安楽を守らなければならない。

身体抑制カンファレンスでは、職種により身体抑制に対する意識の違いもあり、各職種がカンファレンスの必要性を理解し継続していく必要があると考えられた。

Abstract

Multidisciplinary Differences in the Support Strategy Against Falls Identified Through Physical Restraint Conference

Tsugumi Yoshida, Keiko Ogino and Kie Kokita

Ward 5A, Department of Nursing, Kyoto City Hospital

The Department of Orthopedics at our hospital has 50 beds. There are many patients with a high risk of falling, and physical restraint is often conducted. We have been using physical restraints when the patient fell repeatedly. However, the restraints could not be removed in some cases. At the physical restraint conference held in our ward, emphasis has been laid on the safety of the patient, rather than to consider the best strategy from a multidisciplinary viewpoint. This time we conducted a multidisciplinary conference using the Jonsen 4 division method that is used in clinical ethics evaluation in order to identify the differences in the ways of support by surfacing the professional point of view of each discipline. At the conference, the differences in the viewpoints and strategies were identified. We considered it necessary to continue having multidisciplinary physical restraint conferences

(J Kyoto City Hosp 2018; 38(1):38-42)

Key words: Falls, Physical restraint, Multidisciplinary, Conference, 4 division method