

不穩による二次的損傷の防止

—不穩アセスメントスコアシートと二次的損傷防止マニュアルの作成—

Care for restlessness to prevent of secondary injury

東5階病棟：井出奈津美・野瀬 貴可
降旗いずみ・深澤佳代子

〈要 旨〉

脳外科の患者様は不穩行動による、転落・転倒など二次的損傷をおこすリスクが高い。不穩に対するアセスメントや援助は行っていたものの、その援助を行なう判断や方法は個々の看護婦の経験によるものが大きかった。今回私達は、どのスタッフでも、早期に不穩を察知できる不穩アセスメントスコアと不穩による二次的損傷防止の援助マニュアルを作成し、使用してみた。その結果、

1. 不穩アセスメントスコアの各因子の視点をを用いることで不穩を早期に察知できた。
2. 不穩アセスメントスコアの因子を使用することで、不穩の可能性を数値化することができると考えられる。
3. どのスタッフでもマニュアル化された援助を行うことで、二次的損傷を防ぐことができた。

〈キーワード〉

不穩, 事故防止, アセスメントスコア

I. はじめに

脳外科の患者は不穩行動による、転落・転倒やライン類の自己抜去など二次的損傷をおこすリスクが高い。不穩に対するアセスメントや援助は行っていたものの、その判断や援助法は個々の看護婦の経験によるものが大きかった。また不穩のアセスメントや二次的損傷に関する研究は多くなされているが、これらに関連付けしたものは少ない。今回私達はどのスタッフでも、早期に不穩を察知できるよう不穩アセスメントスコア（以下不穩 AS と略す）と不穩による二次的損傷防止への援助マニュアルを作成し、使用した。その不穩 AS の妥当性と援助方法について検討したので報告する。

II. 研究方法

- 1) 期間：平成12年2/1～5/15
- 2) 対象者：研究期間内に入院した無作為に選んだ脳外科患者41名
- 3) 方法：
 - (1) せん妄評価尺度¹⁾ や文献^{2) 3) 4) 5)} や、脳外科の特殊性を考慮し、優先度(必須項目)を含む不穩 AS を作成した(資料)。
 - (2) 不穩 AS を用いて入院時と手術後、不穩が予感される時、不穩のリスクを判定する。それぞれの因子についてその日の担当看護婦がチェックし必須項目(資料参照)がすべての場合、もしくは総合点が過去の不穩の事例から半数(5点)以上の場合で、不穩出現の可能性高いと仮定した。

- (3) 不穩が出現した患者に対しては、麻痺・ライン（Vラインや尿留置バルンカテーテルなど）の有無でそれぞれの二次的損傷防止への援助マニュアル(表1)を作成、実施した。

下肢麻痺がある場合	<ul style="list-style-type: none"> • ベッドの患側側を壁につけ、ベッドは下げておく。必要時 TV モニター実施 • 下肢 mayo- 3 以上 or 自力で起き上がれない；ベッド柵は上げ、ベッドの一方にオーバーテーブルをよせる。 • 下肢 mayo- 2 or 自力で起立できない；徘徊マットをベッド柵に巻きつけ上げる。ベッドの一方にオーバーテーブルをよせる。 • 下肢 mayo- 1 以下 or 自力で起立できる；ベッド柵はせず、ベッド下に徘徊マットを敷き、ベッドの一方にオーバーテーブルをよせる。
末梢ラインを留置している場合	<p>刺入部はシーネ固定し、包帯で巻く。三活はガーゼでくるむ。それを行っても外そうとする場合は、ミトン着用する</p> <p>シーネの作り方；プラボトルの上部と底部を切り取り、角を落とす。ガーゼとテープを用いプラボトルの縁を保護する。</p>
中心静脈カテーテルを留置している場合	<p>ルートが見えないように服の下を通し、ルート为数箇所服に安全ピンで留める。寝衣の前を安全ピンで留め、手を入れられないようにする。それを行っても外そうとする場合は、ミトン着用する。</p>
脳室・スパイナルドレーンがある場合	<ul style="list-style-type: none"> • 脳室ドレーンは耳介後部でエラテックスやシルキーポアで固定。 • スパイナルドレーンは腹部から出さないよう固定。 • いずれもドレーンは患者から見えない位置に置く。 • 徘徊マットをベッド柵に巻きつける。(下肢麻痺がある場合の mayo- 2 の項を参照) • TV モニター監視
尿カテーテル留置している場合	<p>ズボンの下にルートを通し、ルートをテープで皮膚に固定し、接続部などはガーゼでくるむ</p>
搔爬などで自己損傷する場合	<p>ミトン着用。搔痒感などに対しクーリングやローション塗布、内服、テープの変更など援助。</p>
ミトンの着用方法	<p>ミトンの硬いほうを手のひら側にし、手首より下で付属の紐を用いて固定。その紐を隠すようにして袖を伸ばし、安全ピンで2ヶ所固定する。</p>
*上記行っても効果無く危険な場合はセデーションや抑制を考慮する。	

- (4) 実際に不穩になった事例とならなかった事例で不穩 AS の各因子や上記(2)で仮定した必須点・総合点が不穩を判定する上で正しいかどうか検討した。
- (5) 不穩 AS で判定し援助を行った事例のなかで、実際起こった事故の件数と内容から不穩 AS と援助方法について検討した。
- (6) 統計は Fisher の直接確立計算法を用い、 $p < 0.05$ 又は $p < 0.01$ で有意差ありとした。

Ⅲ. 結果

1. 不穩 AS の因子について

実際不穩にならなかった23事例と不穩になった18事例を比較した。認識力の障害、過去1ヶ月

以内の手術、不穩の既往、排泄、気分の動揺性について有意差が認められた。しかし疾患、年齢、薬剤、睡眠障害、幻覚などでは有意差は認められなかった。

2. 総合点5点以上もしくは必須点3点で不穩とした場合について

実際不穩にならなかった事例と不穩になった事例の中で、総合点が5点未満と5点以上の事例を比較したところ、 $P < 0.01$ で有意差が認められた。実際不穩とならなかった事例と不穩になった事例の中で、必須点が3点未満と3点(満点)の事例で有意差が認められた。

3. 実際の援助について

不穩 AS に基づいて、不穩無しと判定された患者には特別な援助は行わなかったが、事故はなかった。不穩と判定された患者は援助を行い、そのうち13事例は事故がなかったが、3事例事故があった(表2)。

表2 転倒転落の事例

氏名	疾患・症状	不穩 AS の必須点 ／総合点	援助内容	事故状況	備考
T・K氏	転移性小脳腫瘍 小脳失調症状	3 / 5	下肢 mayo-1 以下の援助 + TVモニター監視	徘徊コールは作動したが夜勤帯のため、他患者のケアで看護婦がナースステーションに不在であった。またハンディナースコールを持参していなかったためナースコールに気づかず、訪室が遅れ患者が一人で歩行し転倒。	徘徊コールは作動していたにもかかわらず、看護婦の訪室が遅れ転倒に至った事例である。夜勤帯であり看護婦のマンパワー不足と、看護婦の注意不足から生じた事例と考える。
T・H氏	転移性右前頭葉 脳腫瘍左軽度片 麻痺 (mayo-1)	3 / 7	下肢 mayo-1 以下の援助(部 屋の入り口に徘徊 コールを設置)	入院当日夜間、ベッド柵は下がっており、尿意のためナースコールせずトイレに行こうとし徘徊コールとは別の場所で転倒	入院時であり患者のADLの状態が把握できておらず、徘徊コールの位置も不備であったため生じた事例と考える。
M・N氏	転移性左前頭葉 腫瘍 右麻痺 (mayo- 2前日まではト イレ歩行できて いたが、化学療 法、放射線療法 開始し、麻痺が 悪化)	3 / 6	下肢 mayo-1 以下の援助	日中、オーバーテーブル設置せずまた柵も下がっていた。患者が寝たまま床に落ちたごみを拾おうとしてベッドより転落。	患者の病状の変化に伴い、適切な対応ができなかったために生じた事例であると考えられる。

* mayo …… Mayo Clinic (Minnesota, USA) の四肢運動レベルのチェック方式

IV. 考 察

●不穏ASについて

疾患では、ほとんどすべての患者がチェックされる項目となってしまう、疾患による差は見られなかった。必ずしも、「不穏は脳の一定の場所が傷害されて出現するものではなく、脳外科患者のほとんどすべてに発生する可能性がある」²⁾と述べられており、どの疾患に対しても脳外科患者には不穏の可能性を見ていかなければならない。

認識力の障害は不穏の発生を大きく左右する因子である事が明らかになった。器質的な障害によるものやストレスによる心因性の障害などさまざまな原因により認識力の障害は起こりうるので、観察と判断が重要になってくる。スタッフの経験に左右されやすい面でもある。

手術は不穏を起こすきっかけの一つとなりうる。浅川らは手術により術後せん妄が生じる率は全身麻酔下で5~10%であり、手術後2~7日以内に発症する事が多い¹⁾、と述べている。

年齢について小児、高齢者と絞ってみたが症例が少なく不明であった。理解力の不足している小児や、高齢者せん妄の可能性のある高齢者は、因子として考慮していく必要がある。

既往に不穏がある患者の場合は、ストレスで発症、あるいは増悪していることが明らかとなり、家族からの情報や転院時などスタッフ間の情報の共有が必要となる。

薬剤については脳外科患者は精神症状を生じる薬剤(抗痙攣剤など)を内服する機会が多いが、今回は薬剤による不穏よりも他の因子の影響が大きく、そのため有意差が認められなかったのではないかと考える。

排泄行動が転倒転落の原因となっている¹⁾ことは既に述べられている。認識力の低下した状態での排泄行動は、ナースコールを押さない、一人で出来るなど自分自身への過信から危険行動へと結びついてしまう。

睡眠は症例が少なく不明であった。しかし日中の傾眠、夜間の不眠により眠りが浅くなり、夢と現実が区別できていない事例を経験することがある。この状態は覚醒状態にREM睡眠が遷延していると説明される。³⁾そのため睡眠も因子となり得る可能性は否定できない。

気分の動揺性は、理性というブレーキが支障をきたしていると考えられ、突発的な出来事により不穏につながりやすいのではないだろうか。

幻覚に関しては症例が無く、有意差が求められなかったが、幻覚に導かれるように不穏行動になる場合もあるのではないだろうか。

●必須点と総点について

総合点、必須点で不穏が判定できる。このことから不穏ASの項目により不穏の可能性を数値化できると考える。

●不穏ASと転倒転落への援助について

不穏と判定し援助を行った13事例で二次的損傷はなかった。二次的損傷のあった3事例は、表1のように看護婦のアセスメントと援助が不十分なために起こった事例である。どのスタッフでも不穏ASに基づいて不穏を判定、援助ができたことは評価できるが、変化する症状に対して、その都度アセスメントし、実施することが必要と思われる。

V. 結 論

今回の研究は症例が少なく充分検討できなかった因子などもあるが、不穏 AS と援助マニュアルは十分活用できることがわかった。また各スタッフが不穏の因子について知ることで早期発見につながり、マニュアル化された援助で不穏のケアに対する一定の質の確保がなされた。

VI. 終わりに

現在は、院内の事故対策委員会作成の転倒転落分析シートを70歳以上の患者様に使用しており、事故対策委員会の分析と合わせ、今後につなげていきたいと考える。

引用・参考文献

- 1) 一瀬邦弘編：せん妄，精神医学レビューNo.26, 16-31, 32-40, 74, (株)ライフサイエンス, 1998.
- 2) 片山谷一監修 川原千恵美編：脳神経外科看護のポイント220, 94, メディカ出版, 1999.
- 3) 半田肇編：ナースのための脳神経外科, 171-178, メディカ出版, 1992.
- 4) かんご編集部編：組織で取りくむ医療事故防止・看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン, かんご, Vol.51, No.12, 50, 1999.
- 5) 横沢明子, 他：不穏を知る, 第21回信州脳神経外科セミナー集録, 142-145, 1999.
- 6) 永田泉編：NCU看護マニュアル, 脳血管外科急性期看護のすべて, BRAIN NURSING 夏季増刊号, 156, メディカ出版, 1998.
- 7) 山田史歩, 他：転倒・転落の危険因子の検討, 第28回日本看護学会集録(老人看護), 62-64, 日本看護協会出版会, 1997.

資料

不隠アセスメントスコアシート

患者氏名 _____ 様 (男・女) 年齢 _____ 評定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名 _____ 術式 _____ 術後日数 _____ 評定者名 _____

以下のあてはまる項目をチェックして下さい (症状など一つでもあればチェック)

◇ 疾患：脳血管障害，頭部外傷，パーキンソン病，脳腫瘍の部位 (前頭葉，側頭葉，後頭葉，脳幹，間脳網様体)，電解質異常，ラボナール療法終了時

◇ 認識力：見当識障害，意識混濁，混乱，痴呆，判断力・理解力の低下，異常行動，記憶力の低下 (程度・症状 _____)

◇ 手術 (過去1ヶ月以内の手術)

年齢：70歳以上，9歳以下

既往：過去に不穏行動があったか

薬剤：鎮痛剤，麻薬剤，睡眠安定剤，向精神薬，抗パーキンソン剤，降圧利尿剤，浣腸緩下剤，化学療法

排泄：尿便失禁，頻尿，トイレ介助が必要，夜間トイレに行く，尿カテーテル留置

睡眠：日中の眠気，夜間の不眠，昼夜逆転

気分の動揺性：気分変動が大きい，怒りの爆発などがある，感情失禁

幻覚・妄想：幻聴，幻視，妄想

<チェック時の注意>

★ 入院時と手術時，おかしいなと思った時アセスメントを行って下さい

★ 5個以上チェックされた場合は不隠に対する援助を実施して下さい。

★ ◇の3つがチェックされた時は必ず実施して下さい。

★ 不隠援助を解除した時や事故があった時は添付した別紙に日付とその旨を記載して下さい。

★ 語句の説明

不隠：多くは一過性のものであり，患者は自分の置かれている立場を正確に認識できず，訳の分からない事をしゃべったり，指示に従わず，落ち着きのない状態をいう。

離床傾向：何度も起き上がる，ベッドの外に出ようとするなど，安静以上に行動をおこそうとする事

見当識障害：G. C. S 4. 4. 6以下

◇…必須項目