

# ドレーン類自己抜去ワーキンググループの活動報告

## An activity report of drains self-withdrawal working group

安全管理室 三橋真紀子 小野千恵子 丸田福門 一條哲也  
ワーキングメンバー 瀬戸達一郎 川上勝弘 杉山暢宏 三島吉登 小林利江  
青柳美恵子 片岡秀樹 篠原弘枝 木下敬子 瀬戸真知子

### 【要旨】

ドレーン類の自己抜去は発生要因が患者側にも存在するため、注射や与薬のような業務プロセスでの対策立案が困難である。このため、現場では有効な再発防止策を見出すことに苦慮している。

そこで、ワーキンググループによる検討を行い、患者アセスメント、医師・看護師とのカンファレンス、抑制の判断基準を盛り込んだ自己抜去予防のフローチャートと薬剤使用ガイドラインを作成したので報告する。

### 【キーワード】

自己抜去 抑制 ドレーン類自己抜去予防フローチャート

### I. はじめに

ドレーン類の自己抜去はインシデント件数の10~20%を占めている。発生要因が患者側にも存在するため、注射や与薬のような業務プロセスでの対策立案が困難である。

そこで、ワーキンググループによる事例検討を行ない、自己抜去に至るまでのケア過程を振り返り、直接的な要因だけではなく、背景にある要因を明確にし、実行可能な予防策の作成を目指した。

今回、事例検討の結果から抽出された問題の解決策と過去の自己抜去事例の分析による患者要因を盛り込んだ「自己抜去防止対策のフローチャート」と「薬剤使用ガイドライン」を作成したので報告する。

### II. 研究報告

1. 事例検討：平成18年度に発生した事例の中から、4事例についてケア内容とその根拠、ケアを行なう上での問題点について検討した
2. 事例分析：平成18年2月~8月の間に報告があった、85事例について、疾患・年齢・時間帯を分析した

### Ⅲ. 倫理的配慮

事例については個人が特定されないよう配慮した。

### Ⅳ. 結果

#### 1. 事例検討の結果

##### (1) 自己抜去時のケア内容とその根拠

4事例中3事例は、自己抜去時に抑制は行なわれていなかった。そのうち1事例は抑制していたが患者が興奮状態となったため、抑制を解除したところ自己抜去となっていた。抑制を行わなかった理由として、患者の拒否や抑制による興奮状態などの患者側の要因、ベッドサイドでの付き添いなど抑制以外のケアの実施、ドレーンの必要性を説明し理解を得られたため抑制不要と判断した看護師側の要因が挙げられた。

自己抜去対策について事前に医師とカンファレンスをしていたのは1事例であった。特に抑制の適否についてのカンファレンスはなく、抑制を行なうべきかの判断がその時の担当看護師に任されている事例が多いにもかかわらず、抑制の判断基準が明確ではなく、抑制に対する看護師個々の考えに影響されている。このため、抑制を躊躇しているうちに自己抜去となり、結果的に自己抜去後に抑制していた。また日勤の看護師が「自己抜去に注意が必要」とアセスメントしていたにもかかわらず、カンファレンスがされていない事例もあった。これは自己抜去の危険性に対する捉え方に、知識や経験による差があり、医療チーム内で同じ認識が持っていないことが原因と考えられる。

抑制以外のケアとして、ベッドサイドで付き添いが行なわれているが、他の患者のケアのため、一瞬目を離した隙に自己抜去されていたり、眠っていると思えばそばを離れた間に自己抜去されていた。自己抜去された時間はすべて夜勤帯であった。

夜間睡眠を確保するための薬剤使用は、2事例であったが十分な効果が得られず、抑制により興奮状態となっていた。鎮静目的でアタラックスP®を使用して激しい興奮状態を引き起こした事例もあった。薬剤を使用しなかった事例では眠りが浅く中途覚醒を繰り返しているうちに自己抜去となっていた。薬剤使用においては、全身状態の安定しない患者に対して、効果的に使用できる薬剤について知識不足がみられた。

##### (2) ケアする上での問題点

###### ① 患者アセスメント

自己抜去する前には、「多弁」「落ち着きがない」「同じことを繰り返し訊く」「説明したことをすぐ忘れてしまう」などの症状が認められる。これは明らかにせん妄のサインであるが、説明したら

納得した、返事があったなどの反応から、看護師・医師共にせん妄ではないと判断して対策がとられていない場合が多く、自己抜去兆候の捉え方が的確ではなく、薬剤使用や抑制など介入のタイミングの遅れにつながっている。

#### ② 看護師・医師との連携が図られていない

自己抜去の危険性が高い患者、自己抜去が起こりやすい状況についてチーム内での共通認識が不足している。このため、自己抜去対策について事前に看護師・医師とのカンファレンスができていない。また、ドレーンの自己抜去による患者への影響、患者の全身状態や治療内容と薬剤との関係などの情報が共有されていない。

#### ③ 抑制の判断に個人差がある

患者がどのような状況であれば抑制が妥当であるかの判断基準がなく、個人の判断に任されているため、「抑制したくない」という看護師の思いから抑制を行わず、結果的に自己抜去されてから抑制している。

#### ④ 有効な抑制が実施されていない

疼痛や安静など患者の苦痛を取り除いた上での抑制が実施されず、興奮状態となり抑制を控えてしまい自己抜去につながっている。また、抑制による苦痛を最小限にする目的で片手のみのミトン装着など中途半端な抑制が自己抜去となっている。

#### ⑤ 薬剤が効果的に使用されていない

全身状態が不安定な患者に効果的で安心して使用できる薬剤、薬剤使用のタイミングや使用量、使用が望ましくない薬剤に対する知識不足があり、適切な薬剤使用がなされていなかった。

## 2. 事例分析結果

### (1) 疾患別 (表1参照)

循環器疾患が23例、消化器疾患が14例、神経疾患が12例であった。循環器疾患患者は、術後集中治療室に入室する事例がほとんどである。また、緊急入院・手術となる事例が他の疾患より多い。

### (2) 年齢別 (表2参照)

65歳以上が62例(73%)であった。

### (3) 時間帯別 (表3参照)

17時～3時が51例(60%)、4時～8時までが18例(21%)と夜勤帯が81%を占めている。夜間帯の看護体制やせん妄の発症時間が夜間であることが影響している。

<表1>

平成18年4月～8月ドレーン自己抜去事例 年代別件数

年 齢	点滴	胃管	尿カテ	胸腔	その他	合計
0歳～3歳	2	0	0	0	0	2
4歳～9歳	0	2	0	0	0	2
10～19歳	1	0	0	0	0	1
20～24歳	0	0	0	0	0	0
25～29歳	0	2	0	0	0	2
30～34歳	0	0	0	0	0	0
35～39歳	0	0	1	0	0	1
40～44歳	1	1	0	1	0	3
45～49歳	1	0	0	0	0	1
50～54歳	1	2	0	0	0	3
55～59歳	0	0	4	0	0	4
60～64歳	3	0	0	1	0	4
65～69歳	6	6	0	0	0	12
70～74歳	9	2	0	1	0	12
75～79歳	4	4	0	0	1	9
80～84歳	6	3	2	1	1	13
85～89歳	6	1	1	1	0	9
90～94歳	3	1	1	0	0	5
95～99歳	0	0	0	0	0	0
100歳～	2	0	0	0	0	2
合計	45	24	9	9	2	85

<表2>

平成18年4月～8月ドレーン自己抜去事例 時間帯別件数

時間帯	点滴	胃管	尿カテ	胸腔	その他	合計
8:00～17:00	8	6	2	0	0	16
17:01～3:59	26	15	5	3	2	51
4:00～7:59	11	3	2	2	0	18
合計	45	24	9	5	2	85

<表3>

平成18年4月～8月ドレーン自己抜去事例 疾患別件数

	点滴	胃管	尿カテ	胸腔	その他	合計
循環器疾患	14	5	2	1	1	23
消化器疾患	6	4	2	2	0	14
神経疾患	6	4	2	0	0	12
泌尿器疾患	4	3	0	0	1	8
呼吸器疾患	2	2	0	1	0	5
皮膚疾患	5	0	0	0	0	5
血液疾患	3	0	0	1	0	4
耳鼻咽喉疾患	0	2	0	0	0	2
外傷	1	0	0	0	0	0
その他	0	2	0	0	0	2
合計	45	24	9	5	2	85

## V. 実施

事例検討と分析の結果から、自己抜去のハイリスク患者を絞り、自己抜去兆候をチェック式にして、経験に関係なく患者アセスメントができ、自己抜去対策がとれるようにした。また、患者状態の捉え方やドレーンの認識について医師とのカンファレンスができておらず、抑制の判断が現場の看護師に任されていることが多いため、ドレーンの評価と抑制の適応を医師とのカンファレンスで判断するようにし、医療チーム内での意思統一が図られるようにした。また、抑制以外の自己抜去対策を載せ、抑制以外のケアを実施した上で、効果がない場合に抑制を検討するようにし、抑制に対する看護師の負担感が軽減されるように考慮した。合わせて自己抜去のための抑制方法を載せたフローチャートを作成した。

更に、薬剤使用に当たっての鑑別診断と全身状態が安定しない患者に対しても安全に使用ができる薬剤について、特徴と具体的な使用方法を示した薬剤ガイドラインとせん妄を誘発する薬剤一覧を作成した。

## VI. まとめ

事例検討と分析により自己抜去ハイリスク患者を明確にし、対策の必要な患者を医療チーム内で共通認識できるようにした。また、自己抜去時の状況を詳細に振り返ることで、現場の抱える問題点が明らかとなり、医師・看護師間のカンファレンスや抑制の判断基準をフローチャートに盛り込むことができた。

自己抜去のような業務プロセスでの要因分析が有効ではないインシデントに対する予防策立案には、今回のようなワーキンググループでの事例検討が有効であったと考える。

## VII. 参考文献

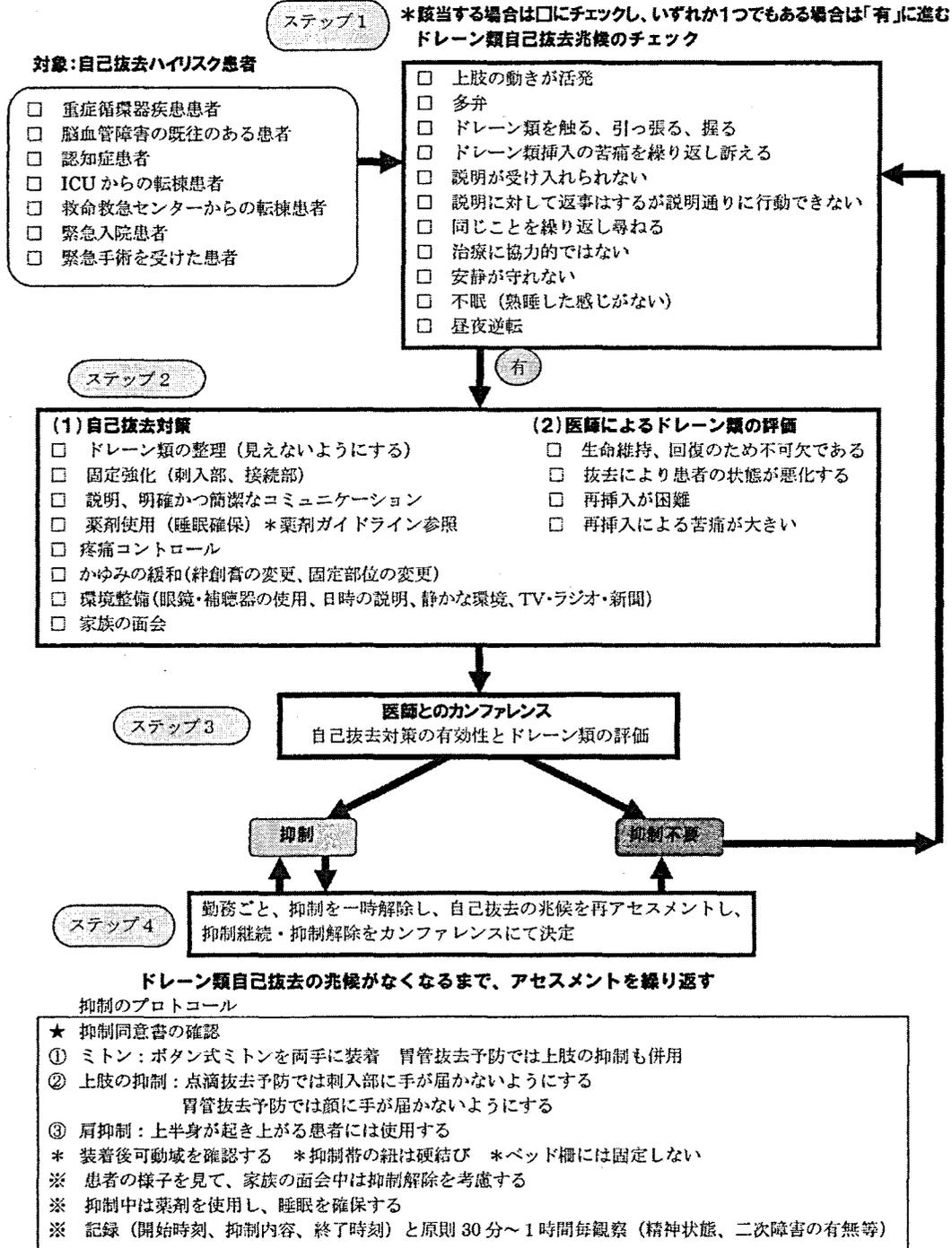
青山絹代・他：ICUの抑制判断基準とその使用法、看護技術、51(1)：49-53、2005

一瀬邦弘・他：高齢者せん妄の特徴と診断、老年神経医学雑誌、17(6)：595-603、2006

<図1>

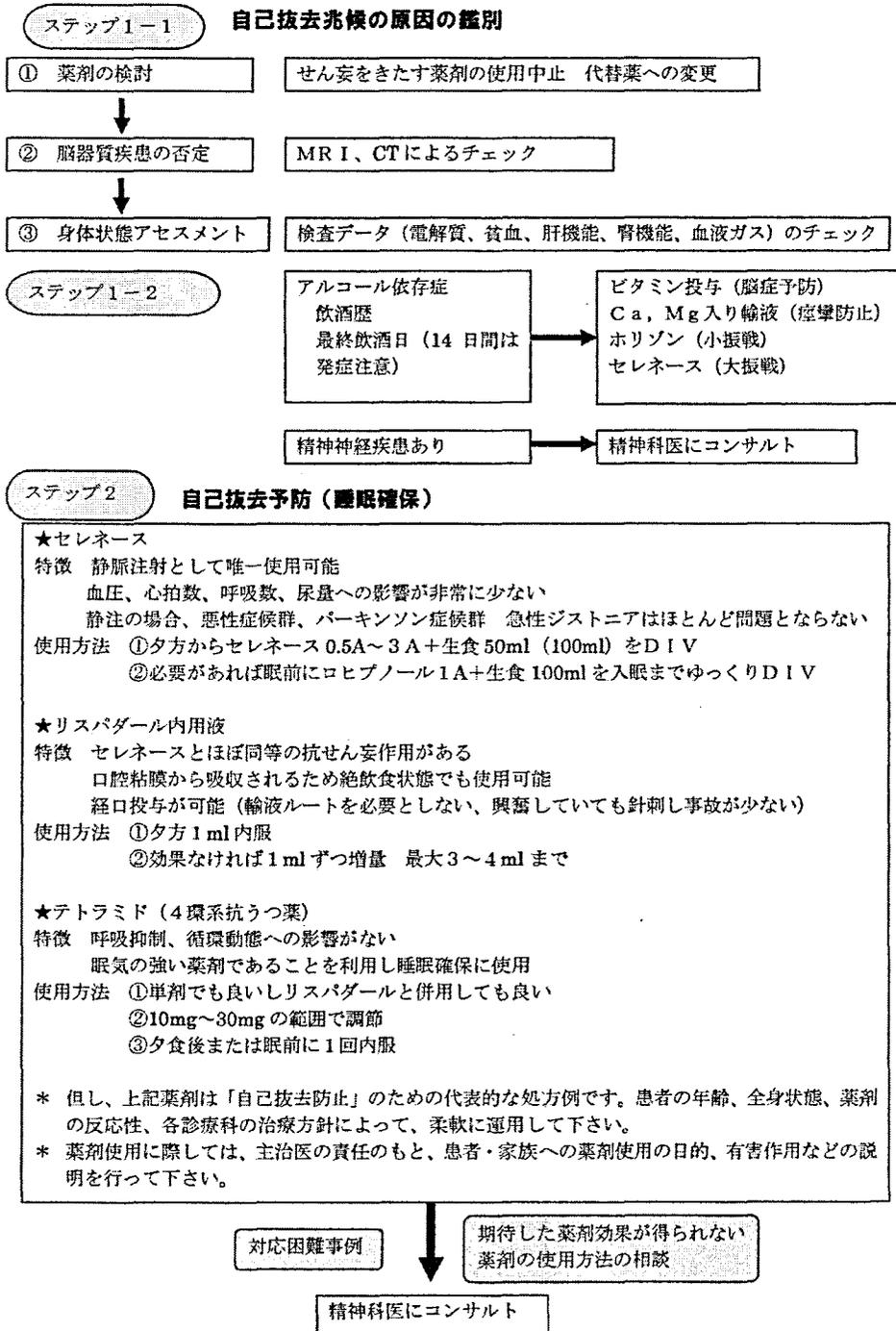
### ドレーン類自己抜去予防ガイドライン

#### ドレーン類自己抜去予防フローチャート



<図2>

## 薬剤使用ガイドライン



### 自己抜去(せん妄)をきたす主な薬剤

#### 抗不整脈薬

ジソピラミド(リスモダン)  
リドカイン(キシロカイン)  
メキシレチン(メキシチール)  
プロカインアミド(アミサリン)  
キニジン

#### 抗生剤

アミノグリコシド系  
アムホテリシン(フォンギゾン)  
セフェム系  
クロラムフェニコール  
イソニアジド  
リファンピシン  
スルホアミド  
テトラサイクリン系  
チカルシリン(チカルペニン)  
バンコマイシン  
メトロニダゾール(フラジール)

#### 抗コリン作用をもつ薬剤

アトロピン  
ヒドロキシジン(アタラックスP)  
三環系抗うつ薬  
トリヘキシフェニジル(アーテン)  
チオダジン(メレルル)  
点眼薬、点鼻薬

#### 抗けいれん薬

フェニトイン(アレピアチン)

#### 降圧剤

カプトプリル(カプトリル)  
クロニジン(カタプレス)  
メチルドパ(アルドメット)  
レセルピン(アボプロン)

#### 抗ウイルス剤

アシクロビル(ゾビラックス)  
インターフェロン  
ガンシクロビル(デノシン)

#### バルビタール類

#### B遮断薬

プロプラノール(インデラル)  
チモロール(プロカドレン)

#### H2拮抗薬

シメチジン(タガメット)  
ラニチジン(ザンタック)  
ファモチジン(ガスター)

#### ジスルフィラム(ノックピン)

#### ドパミン作動薬(中枢神経系)

アマンタジン(シンメトリル)  
プロモクリプチン(パーロデル)  
レボドパ(ドバストン)

#### エルゴタミン製剤

#### GABA作動薬

ベンゾジアゼピン系  
バクロフェン(ギャバロン)

#### 免疫抑制剤

プロカルバジン(ナツラン)  
L-アスバラギナーゼ(ロイナーゼ)  
メトトレキセート(メソトレキセート)  
高濃度にて  
シタラピン(キロサイド)  
ピンクリスチン(オンコピン)  
ピンブラスチン(エクザール)  
ダカルバジン  
タモキシフェン(ノルパデックス)

#### ジギタリス製剤

#### リチウム

#### metrizamide

#### MAO阻害剤

イソニアジド  
phenelzine  
プロカルバジン

#### 麻薬系鎮痛剤

meperidine(normeperidine)  
ペンタゾシン(ペンタジン)

#### 非ステロイド系抗炎症薬

イブプロフェン(ブルフェン)  
インドメタシン(インダシン)  
ナプロキセン(ナイキサン)  
スリンダク(クリノリル)  
podophyllin(局所)  
ステロイド製剤、ACTH

#### 交感神経刺激薬

amphetamine  
アミノフィリン(ネオフィリン)  
テオフォリン  
エフェドリン  
コカイン  
phenylpropanolamine  
フェニレフリン(ネオシネジン)

Caseem NH et al :Psychopharmacology in the ICU. In Chernow B,editor:The pharmacologic approach to the critically ill patient,Baltimore,1995 Williams & Wilkins より改変して引用