

# ICUにおける抑制開始時の看護師の思考と行動の内容分析

Experiences of intensive care nurses in the use of physical restraints

救急部・集中治療部：篠原 弘枝・塩原まゆみ・宮沢 育子  
信州大学医学部保健学科：畔上 真子

## 〈要 旨〉

今回ICU看護師がどのようにアセスメントし抑制にいたるのかその思考と行動について面接調査した。抑制開始時に注目している情報は、昨年度より導入した抑制開始基準スケールの項目とほぼ一致していたが、実践の中で積み重ねた経験を生かして高い情報収集能力、独自の判断基準を育成していることがわかった。一方でICU看護師は、抑制に対する迷い、医療事故予防の重責などの強いストレスを抱えながら抑制していることがわかった。

## 〈キーワード〉

抑制開始判断、抑制に対する思い、ICU

### 1. はじめに

ICUでは集中治療を行なうその特殊性から、治療上重要なチューブやラインを挿入された患者が多いが、ICUシンドロームに集約される様々な精神障害が原因で、こうしたライン類を自己抜去してしまう患者も少なくない。そのため、患者の生命を守るために身体拘束を伴う抑制をせざるを得ない場面があるが、抑制開始の判断は看護師が担うところが大きい。

昨年度よりICUでは抑制開始基準を統一するためのスケール(表1・2)を導入したが、このスケールは目安にはなるがこれだけでは不十分であり、各々の判断で抑制を開始・解除しているのが現状である。そこで、ICU看護師がどのようにアセスメントし抑制に至るのか、その思考と行動について調査・分析したので報告する。

### 2. 研究方法

期間：平成14年8月～平成15年1月

対象：当院ICU看護師 8名

方法：抑制についてのさまざまな場面を調査するために、ICU経験年数の異なる8名を選出し、半構成的面接を行なった。面接時間はひとり20～40分を要した。面接内容はテープレコーダーに録音後逐語録を作成し、データを断片化しカテゴリーの抽出を行なった。

なお、対象者には研究趣旨、任意参加、同意撤回の自由を説明し、同意書を得た。

用語の定義：抑制：抑制具を使用し四肢、体幹の自由を奪う身体拘束

### 3. 結果・考察

抑制開始の判断における思考と行動について、7つのカテゴリーが抽出された。(表3)  
カテゴリーの関連について(図1)

このプロセスの中で、情報収集時に注目していた観察項目は抑制開始基準スケールとほぼ一致していたが、抑制の判断は独自の基準を持ち、意思決定をしていた。

自分の過去の経験を生かし、抑制を即決する直観力を持ち、他者からもたらされる情報を活用し、抑制開始に【有用な情報の見極め・選択】をしていた。また、挿管チューブなど生命危機に直結するチューブ・ルートの優先度を考慮する、情報に優先度をつけ、抑制を即決すべきか観察の継続をするかを考える、観察の継続をする時は、むせこんだ時に口元に手が行く、体位交換時に気になるところに手が行く、など、自分なりに判断するための状況設定場面を持っていた。自分がベッドサイドを離れる時、また時間帯や、まわりのスタッフの配置によっても抑制を考慮する、など、抑制開始基準スケールの枠を超えた【自分なりの判断基準を育てる】行動がみられた。そして、判断基準を育てるために、経験からリスクを予測するなど、勉強会や文献よりも【経験を重視】していた。

インタビューでICUシンドロームや抑制についての学習経験者は少なく、抑制に至る判断基準の応用は各自の臨床経験が大きく関与していると考えられた。

抑制開始基準スケールにはその徴候、症状があげられているが、実際はその徴候、症状は患者ごと複雑な要因を持ち出現している。スケールは系統的アセスメントに有益だが、ツールとしての限界がある。つまり、該当項目の数だけでは事故のリスクは判断できず、対象と精神障害発症の機序を理解し、経時的なアセスメントで臨機応変に情報を統合する力が求められる。経験のみでなく根拠に基づいた看護実践を展開するために、また抑制についてのアセスメント力を共有するために、症例検討やICUシンドロームの勉強会を企画して裏付けをしていく必要があると考える。

抑制をする背景には、看護師自身の身体的・精神的余裕のなさ、事故を起こすのではないかという不安が常にあり、一方で、できれば抑制したくないという迷いや後ろめたさを感じ、【(看護師の)ストレス】を抱えながら抑制をしていることがわかった。それと同時に、命に関わるチューブ、ラインが多いので抑制は患者の安全を守るために必要だと【抑制を前向きに受けとめる】気持ちを持ち、抑制が必要と判断した時には、最小限の抑制にする、患者の反応を見ながら方法を検討するなど【抑制方法の工夫】を実践していた。また、できるだけそばにいる、コミュニケーションの充実をはかる、体動をしてしまう原因を分析し除去する、医師・家族へ働きかけるなど、抑制をしないために【抑制以外のケアの模索】をしていた。

今回の分析より、ICU看護師は抑制に対する迷いや後ろめたさ、事故予防の重責など身体的・精神的に強いストレスを感じながら抑制を実施していることが明らかになった。

身体的抑制は倫理的側面を持っている。社会的に抑制について論議されていること、医療事故への関心が高まっていること、から看護師のストレスはさらに増強するものと推察される。従って、抑制に対する看護師のストレスを軽減することは重要な課題であると考ええる。

的確な判断をひとりで下すことは難しいため、看護師だけでなく医師も含めて客観的に検討・評価する機会を持ち、抑制の方法や抑制をしないための看護について考えることが、病棟全体の抑制に対する意識を高め、看護師のストレス解消につながるのではないかと考える。

ベナーは「中堅ナースは経験に基づいて全体状況を認識するので、いまや予測される正常な像が出現しなくとも、認識することができる。こうした全体論的な理解は、中堅ナースの意思決定を高めていく<sup>1)</sup>」と述べている。今回、ICU経験年数の異なる8名からインタビューを行った。看護師経験年数、異動回数、その背景はさまざまであったためか、その内容にICU経験年数による明

らかな違いはなかったが、ICU経験年数の多い人は患者の情報だけでなくスタッフの配置や、入室している患者の状況を考慮し抑制開始の決定をしていた。これは、ベナーのいう中堅ナースの行動に当てはまると考える。

#### 4. おわりに

抑制時ICU看護師は、実践の中で積み重ねた経験を生かして抑制開始基準スケールの枠を超えた情報収集能力、判断基準を育成していた。一方で、抑制に対する迷い、医療事故予防の重責などの強いストレスを抱えながら抑制していることがわかった。

根拠に基づいた実践を行なうために抑制の症例検討・勉強会の企画運営、看護師のストレス軽減のためのピアレビューシステムの検討や抑制しない看護技術の充実が今後の課題として明らかになった。

#### 引用文献

- 1) パトリシアベナー (井部俊子) : ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー ; P 20 ; 医学書院 ; 1992

#### 参考文献

- 1) 磯田薫 : 抑制における看護婦の思考内容 抑制を行った場面とはずした場面の思考から ; 神奈川県立看護教育大学校看護研究集録 ; No23, P 64-71 ; 1998
- 2) 會田信子 : 急性錯乱状態患者に対する看護婦の診断に至る課程 情報の活用に焦点を当てて ; 看護研究 ; Vol. 31, No 5, P 19-30 ; 1998
- 3) 渡邊仁美 : ICU患者の個別感覚-知覚 (ISP) 行動分類に基づいた自己抜去危険度スコアの作成 ; 日集中医誌 1999 ; 6 ; 361-367

図1

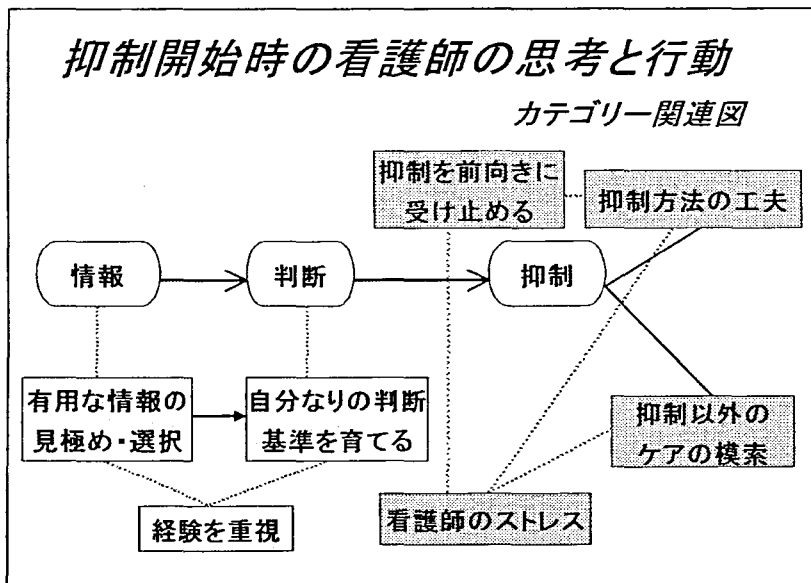


表3-1

メインカテゴリー	サブカテゴリー	データ
<p>有用な情報の見極め・選択</p>	<p>セデーションスコアの活用</p> <p>他者の経験・インシデントレポートの情報活用</p> <p>自身の経験や直感を大切に</p> <p>入室前の情報、背景の理解</p> <p>他者に相談する(共感を得る)(他者のアドバイス)</p>	<p>「最近セデーションスコアを活用するようになりました。一応指標になりますよ。あれもあって迷わなくなったのかなって思うんですけど。でも2でいいかなって思ったら抜かれたんです」</p> <p>「以前面会時、目の届かない時にインシデントがあった」 「まわりの話とかインシデントレポートとか」</p> <p>「手術後の挿管、覚めてくる時の抑制と、長期の高齢者、長期の入室者とかの不穏の抑制は区別して考えなくてはならないと思っている」 「薬で眠っていた人とかっていうのは多い」 「自己抜管の経験から、抜かれたくないときに抜かれたりとか、先生に怒られて…」 「周りの話、インシデントレポート、自分の痛い経験が抑制に影響している」 「術前訪問に行った時の印象、イメージ」</p> <p>「以前に抜いちゃったよとか病棟でも不穏だったよとかいう病棟のふれこみ、そうするとちょっと落ち着きがないとか、言っても理解が得られないとかいうとやったりとか」</p> <p>「体交とかを手伝ってもらいながら相談することもあります」 「先に(抑制を)やってから「やってもいいですよ」って感じの時もあるんですけど、その時の(相談する)方が多いかもしれない」 「目で見て危ないときにはもう一人の人を呼んで抑制帯を持ってきてもらってその人に同意を得ながら」 「危ないよね」「そう思うよね」って何って、自分で判断します」 「状況が落ちついているんだけど、どうしても動いてしまう、手がいってしまう時は安全のためにやった方がいいかなって思うんだけど一応同意を得て、他のスタッフに」 「自分で抑制を決定することもあるし、一緒に見てくれるスタッフがいたら相談します」 「自分の考えを押せるって感じじゃないのでいいのかなって必ず誰かに聞いちゃいます。そこでそうだねって自分の意見に賛成してくれるんだったらやってみて感じですね」 「体交を手伝ってもらった時に、抑制しておいた方がいいかもしれないねって言葉がかけられることが多い」 「大丈夫そうかなって思っているところで言われることが多い」 「みんなが向こうにいつちゃったりとか、誰も見ている状況じゃなかった時には縛ったりとか、そういうアドバイスを受けて、いろいろ聞いたり経験したりしてなんとなく判断できるようになってきた」</p>
<p>自分なりの判断基準・根拠を育てる</p>	<p>情報に必須・副次的ランクをつける</p>	<p>「挿管している人とドレーンの入っている人、子供、抜かれたくないものが入っている人は用心で」 「ドレーンとか入っているものにもよって。挿管チューブが入っていれば一番」</p>

	<p>試験をして行動パターンから判断する</p> <p>周囲の環境・人的要因に気を配る</p>	<p>「抜かれて危険なものと抜いても入れ直せばいいって感じのものとか… チューブ類の必要性とかにおいて考えているつもり」</p> <p>「一番大事なのは挿管チューブかなって思う」</p> <p>「あきらかにチューブに手が伸びてる時とかは自分で判断する」</p> <p>「自分でもうしなきゃいけないと思うのは激しく動いている時でチューブに手がいつちゃう時で、言っても納得してもらえない時」</p> <p>「会話を普通にして、ケアに協力してくれる人、大事なものに触らないでくださいというものを触らない。自分で動く時にそれを注意して持って行く人は絶対に大丈夫と思う」、「指示した動作ができるか、焦点が合うかどうか、話したことがわかっているか、指示が入るだけではなく目で見てアイコンタクトっていうか」</p> <p>「手を握ってもらって力が入る人は抑制帯を使う(選択する)」</p> <p>「むせ込んだ時に口に手がいつちゃって、こういう時にひっぱっちゃって、こりゃ危ないなって」</p> <p>「挿管中の人で、体交の時とか何かしている時に手がいつちゃう時は気になっているんだろうなって」</p> <p>「時間とか、勤務のスタッフとか配置の状況とかそういうのを考えたりして、可能だったらはずしてあげたい」</p> <p>「自分が休憩とか、休憩に入ると人が少なくなるとかは目が離れちゃうから、怪しいと思う人はしていく」</p> <p>「(抑制を)迷った時はとりあえずははずしてみても、ちょっと様子を見れる時にははずすんですけど、しばらく観察ができない状況が続いた時には抑制して、時間が取れたらはずすっていう感じにはしている」</p> <p>「自分の目で見て大丈夫だなと確認できるときはいいんだけど…」</p>
<p>経験を重視</p>	<p>疾患による分析傾向</p> <p>文献、勉強会の機会はない (知識獲得、経験の裏付けの機会)</p> <p>あまり他者に相談しない</p> <p>他者の判断をそのまま受け入れる</p>	<p>「脈管系と移植とか脳外とかヘルツの心不全の長いような人は要注意で早め早めにやろうかな」</p> <p>「血管系の患者さんに多い、それもひとつの判断材料」</p> <p>「(不穏とかICUシンドロームについて) 昔本で読んだことはあるんですけど、勉強会に出たことはないです」</p> <p>「どうしておかしくなるんだろう？っていうのがあって、でも勉強はしたことがない」</p> <p>「昔は(スタッフに抑制の開始について) 聞いていたんですけど長くいるに従ってあまり聞かなくなってきました」</p> <p>「同僚の抑制についてはあまり知らない」</p> <p>「迷った時はした方が安全。しようと思わずにいろいろあってから対応したことがいままでもあったので」</p> <p>「私はまだ経験が少ないので上の人が言ってくれたことはその方がいいんだろうなって思っちゃいます」</p> <p>「引継ぎ後もそのまま抑制している場合も多かった」</p>

<p>看護師のストレス 後ろめたさ、迷い</p>	<p>抑制したくない</p>	<p>「目の前にいる時は抑制しないことの方が多いです、なるべくだったらしたくない。しない時には自信を持ってしなくてもいいと思えるように、一応考えて」  「自分が周りで見ていて何かあれば近寄っていかれるという状況なら抑制はしたくない」  「縛るっていうことは自由にできないし…罪悪感がありますね」  「なるべくならしたくないっていうのがどっかにあるんですね、だから迷います」  「基本的には抑制したくない考えの方が強い」  「世間で脱抑制って言われたことがあった。その頃いかに抑制をしないように対応するか考えた。ICUに異動になってきても私は抑制をしたくない派だったんだけど、やっぱり急性期の人には必要なんだと身を持って感じて」  「なんでもかんでも縛るっていうよりは他にも方法がある気がするんですよ、まだ考えられないような気がします」  「できるならば縛らないであげたい、縛ること自体のショックを考える」  「自分がマンツーマンでついている時はできるだけ抑制はしない」  「自分だったら絶対にイヤって思う」  「明らかなサインがない時は迷う」  「昼は大丈夫でも夜間不眠の時は迷う」  「術後にどうだった？なんていう話をするとICUは怖い所だからもう行きたくないなんていう人もいる時があった」</p>
<p>事故の不安（自身の安全）</p>	<p>あやまりながら抑制する</p>	<p>「ちょっとすみません、って言って聞こえるかどうかかわからないけど声をかけてしますね」  「いやだね、こんなのいやだけどごめんねって、動いてもし管とか抜けたらもっとつらい思いするからって言いながら」</p>
<p>事故の不安（自身の安全）</p>	<p>身体的、精神的に余裕がない</p>	<p>「自分は抑制しちゃってどこかで安心感を得ているところがある、でもそれはいけないなって思う。「(異動した)最初の頃はいろいろ恐かった、やらなくてもいいんじゃないかって言う人も抑制していた。意味があったかって言われるとなかったような気がするんですけど」  「自分がICUシンドロームになったんじゃないかって思うほどストレスを感じたことがあって、患者さんもそれに近い状況を味わってるんじゃないかなって思って」  「自分は抑制しちゃってどこかで安心感を得ているところがある、でもそれはいけないなって思う」</p>
<p>事故の不安（自身の安全）</p>	<p>忙しい</p>	<p>「忙しいからとりあえず抑制しちやえっていう部分があるからそれはいけないなって思う」</p>
<p>事故の不安（自身の安全）</p>	<p>他のスタッフに迷惑をかけたくない</p>	<p>「自分が目で見ていて大丈夫だなどと思える時はいいんですけど、離れる時に他の人に迷惑をかけたくないとか、なんかあったら困るとかそういうのがあるので」</p>
<p>事故の不安（自身の安全）</p>	<p>危険の予測がつかない不安</p>	<p>「意識がないけど、そんなには動かないだろうけど、何かあったら怖いって言う時」  「安心できない、もしも抜かれたらっていう不安感がつきまとう」  「行動が読めない人の時は一応今はよくてもその次どうなるかなって言うのは怖い」</p>
<p>事故の不安（自身の安全）</p>	<p>他職種との関係</p>	<p>「先生で抑制を嫌がる人もいる、そんなに縛らなくてもっていう感じで」</p>

<p>抑制を前向きに受けとめる</p>	<p>患者の安全を守るために必要</p> <p>ICUの特殊性 ・ルート、チューブが多い</p> <p>インフォームドコンセントを得る (患者、家族)</p>	<p>「安全のためと思えば本当に危険な時はやるのはしょうがないと思えるようになりました。安全、安全と。」 「抜かれてることとか経験していると、最近はあまり躊躇しないで安全のためにしています」 「患者さん自身に何かあったら困るっていうのが一番、抜管してしまったら呼吸状態が悪くなるから困る ドレーンとかIVHとかそういうものを抜いてしまうと後で患者さんが大変になってしまう」 「やらないにこしたことはない。どうしようかなって考えてるより安全を優先する。それがゆくゆくは患者さんのためになることだと思うので」 「命にかかわるものを抜いてしまった場合にその人に不利益になるような状況に陥るような時は、やっぱりしておかないといけないと思います」 「迷った時はした方が安全。しようと思わずにいろいろあってから対応したことがいままでにあったので」</p> <p>「病棟と違ってついているものが多いからしょうがない」 「老人施設のようなところに入所されてる方にやるのとICUでやる抑制とか考え方が違うと思うので」 「精神科で抑制するのとここで抑制するのは基本的に違うと思う、それをわかっていれば縛ってもいいんじゃないか」 「(以前の病棟に比べ) ICUのほうが命に関わるものが多いので、抑制は結構するようになりました」 「病棟にいる時は抑制っていう頭がなかったので本当に困って体を押さえたってことはあるんだけど」</p> <p>「術前訪問の時に、チューブを抜くことは大変なことで大事なことを説明しておく」 「どんな患者さんでも話をしてから。たとえわかってくれなくても話をしてからやっていますね」 「(体動の激しい患者さんに抑制するとき) 説明して、同意を得られないと思うんですけど…」 「面会の時お家の人に手が行ってしまうとか説明をして、なるべくだったらはずして、自分がいながら面会してもらおう」 「術前訪問時、抑制の可能性について説明する」</p>
<p>抑制以外のケアの模索</p>	<p>動くところに物を置かない</p> <p>コミュニケーションの充実</p> <p>患者の目線を変える</p>	<p>「手の届くところにラインがあればタオルで隠す」 「ドレーンの位置が患者の手元にある時は布団から手を出して動きがわかるようにする」 「患者さんの手の届くところにそういうものを置かないように、ごちゃごちゃしないように気をつけて整理します」 「ルートをできるだけ長くしたり、手の届かない所に物を置いたりする」 「繰り返すそばに行き声をかける」 「こまめに声をかける」 「声のかけ方で落ちつく人もいれば手を押さえただけで興奮する人もいる。全部が全部抑制にはならないだろうなっていうのがあります」 「覚醒の段階をみながらその都度(状況を)言ってあげるのが一番いいかなって」</p> <p>「安静度が拡大して頭を起こせるようだったら目線を変えらるといろいろ見えてくると思うのでこういう状況を見てもらったり」</p>

	<p>できるだけそばにいる</p> <p>原因を分析し除去する</p> <p>他職種、家族への働きかけ</p>	<p>「目の前にいる時は抑制をしないことの方が多いです」  「お家の人がそばにいる時ははずしてもいいのかなっていう気もするし、自分がそばにいればはずしてもいいのかなって」  「すぐにその人の動きを止められる状況であれば、はずしておく」</p> <p>「血圧が上がっていたり、咳き込んでいたり、SpO2が下がっていたら痰が詰まっていたり」  「何かの影響し体動が出てくるのではないかと思う」  「動けないこととか、チューブの違和感とか、意思がうまく伝わらないとか、制限がある」  「呼吸苦、気道内圧の上昇」</p> <p>「もうちょっとどうにかならないですかねって一言先生に言っちゃいます」  「家族の面会時、何かあったら止めてもらえるっていうのがあるのではずしたりする」  「自分の居ないところで何が起こるかっていうのを考えるとちょっと恐いのでお家の人や周りのスタッフにお願いする」</p>
<p>抑制方法の工夫 最小限の抑制</p> <p>安全な抑制</p>	<p>部分抑制</p> <p>断続的な抑制</p> <p>必要以上にきつく縛らない 身体的、心理的な面にも配慮する 患者の反応をみながら方法を考える 抑制の必要性を継続的に評価</p> <p>抑制の工夫</p>	<p>「ミトンですむならミトンで、第一段階はミトン、ダメなら抑制帯で両方併用したりとか」  「物をつかんだりごそごそしている時はミトン」</p> <p>反応をみながら方法を考える  「家の人が来てる時だけはずしたり、手足やってるのを手だけにしたり両方やってるのを片手だけにしたり」  「つじつまがあわないことを言うくらいなら様子を見る」  「家族の面会時にはずしてそれでよければそのままはずす」  「ちょっと要注意だなって思えばやっぱりはずしたり」</p> <p>「なるべく圧迫しないようにというか安楽を考えます」  「患者さんの腕の動きを制限してもいけないし、かといってゆるくて届いてもいけないし」  「必要以上にきつく縛らない、ちょっとは遊びの部分を残さないとストレスが溜まるので」  「手の抑制から始まって興奮気味にならなければもうちょっと、抑制させていただいて。興奮するようならまた別の方法を考えます。」</p> <p>「(抑制帯の先の) 結び方はマメ結びにする」  「トラックケアにひっかかる人が多いので必ず上に上げて引っ張られないように」  「取れない程度にゆるめにして、手の届かないようにとか、ベッドの下に通してとか」  「離れた時に手がいくような人は絶対抑制帯を手首にだけ巻いておいて、犬の散歩状態でやることも、時と場合によっては」  「手首が赤くならない程度にゆるめに」  「ちょっと結びだと取れてしまったことがあったのでそれ以降はマメ結びで」  「中途半端はいけない。するならゆるみのない方法で」  「手先の動く人はミトン、プロテクターをしている時は抑制帯」</p>