計画外抜去に関するインシデントの分析

key word　計画外抜去、ライン類、RASS、不穏、アセスメント
集中治療部　○鈴木梢　南日伶奈　徳嶺梨香　川原千香子

はじめに

近年、「日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン」[1]（以下 J-PAD ガイドライン）の作成により、J-PAD を軸とした痛み・不穏・せん妄の管理を行うことが推奨され、それぞれにツールを用いて評価を行うことがスタンダードとされている。現在、当集中治療部では、鎮静の評価ツールとして Richmond Agitation Sedation Scale（以下 RASS）を使用して評価を行っているが、気管チューブの計画外抜去が H25 年度には 10 件発生している。濱野ら[2]によると、「気管チューブの計画外抜去発生時には、RASS は -2 から +2 と鎮静深度が浅く、RASS+2 から +3 とコントロール不良であった」とあり、同様事例の存在が考えられた。そこで、計画外抜去となった事例について検討したので報告する。

Ⅰ 研究目的

計画外抜去と鎮静の評価の実際を明らかにし、ライン類の計画外抜去に予防のための評価に改善策を見出すことを目的とする。

Ⅱ 研究方法

対象：H25 年 4 月～ H26 年 3 月に発生した計画外抜去に関するインシデントの発生した患者のべ 99 名、看護師：38 名

方法：上記期間に発生したインシデントを抽出し、事例発生時間、発生前後の RASS、意識レベル、抜去したライン類の種類、担当看護師の看護師経験年数と集中治療部での経験年数、患者属性として、年齢、性別、集中治療部への入室理由、転帰、APACHE Ⅱ（2nd version of the Acute Physiologic Assessment and Chronic Health Evaluation）のスコアを、ICU 経過記録、APACHE Ⅱをデータベースより収集し、レトロスペクティブに分析する。

経過記録のテキスト記載を振り返り、不穏についての記載と RASS の一致度について検討する。

分析方法：患者属性その他については、単純集計を行う。RASS の一致度については Excel でカッパ係数を用いて分析。

Ⅲ 倫理的配慮

本研究は、東京医科大学医学倫理委員会の承認を受けた（No.2781）。対象患者には、東京医科大学病院ホームページに公示をし、対象看護師には説明用紙を用い、同意書の提出をもって同意とした。収集したデータは、個人情報が特定できないように匿名化して使用し分析後破棄とした。

Ⅳ 結果

・計画外抜去ライン内訳：気管チューブ 10 件（10%）、動脈ライン 24 件（24%）、末梢静脈路 26 件（26%）、経鼻胃管 28 件（29%）、中心静脈カテーテル 3 件（3%）、その他 8 件（8%）（図 1 ）
・患者属性：平均年齢 66.92 歳（±14.34）、性別：男性 73 名（73.73％）、女性 26　名（26.26％）、APACHE Ⅱ：平均 15.82（±7.78）
・看護師 ; 経験年数：1 ～ 3 年目 55％、4 ～ 5 年目 19％、5 ～ 10 年目 14％、11 ～ 15 年目 10％、15 年以上 2％（図 2）　・部署経験年数：1 年目 25％、2 年目 52%、3 年目 8％、4 ～ 5 年目 10%、5 ～ 10 年目 4%、11 年目以上 1%（図 3 ）
・インシデント発生時の RASS：+4 ～ -5（図 4 ）
RASS の一致度：k 値＝ 0.14
・インシデント発生時間　8 ～ 16 時：27％、16 ～ 24 時：36%、24 ～ 8 時：37%、うち引き継ぎ時間前後（前 30 分～後 1 時間）：12 件（12%）

Ⅵ 考察

インシデント発生時の担当看護師の内訳では、看護師経験 5 年以下が 72%、部署経験 5 年以下が 95% を占め、経験年数の低い看護師に集中しているのがわかる。宗形ら[3]が「1 ～ 7 年目と職種経験が浅いほど確認ミスから起きるインシデント件数が多い。また、ドレーン・チューブ類の事故抜去も多く、観察が不十分である可能性もある」「病棟配属年数別では、配属年数が浅いほど 1 人あたりのインシデントの件数が多くなっている」と述べているように、本研究においても同様の結果が得られた。今後のインシデントの再発防止策として、計画外抜去の起こりやすい状況について、夜間に多く、申し送り時にも発生していることも含め、全スタッフで共通認識として捉えられるよう啓蒙を図る必要がある。

対象患者中、RASS 評価の対象であった患者 45 名のうち、RASS 評価を実施していたのは 40% にすぎず、インシデント発生時の RASS スコアは＋ 4 ～－ 5 まで評価に開きがみられた。（図 4 ）また、半数の症例において、インシデント発生時の RASS は担当

看護師の評価から逸脱しており、マイナスのスコアのみで評価されていたことから、担当看護師はより深い鎮静状態にあったと判断していたことがうかがえる。低活動型せん妄ではマイナス評価の RASS しか無いことも想定できるため、他のツールを使用してせん妄を評価する必要がある。RASS は鎮静深度を評価するだけではなく、不穏を評価するスケールであることをスタッフ全員が再認識して適切に評価を行えるようにしていかなければならない。また、RASS のスコアが +1~+4 で不穏があったと評価している症例が 6 件あるにも関わらず、身体拘束を行っていたのは 1 件のみである。身体拘束の要否についてアセスメントが正しく行われていないことも推察されるため、アセスメントスコアシートの使用を徹底し、患者の安全を守り不必要な身体抑制を防ぐことも念頭において適切な実施を行う必要がある。

計画外抜去の起こりやすい患者の状況をスタッフ全員で共有し共通認識を持つことで、不隠を予見でき計画外抜去の予防につながると考える。

Ⅶ 結論

不隠に伴う計画外抜去を予防するためには、不隠・せん妄の予防と早期発見、早期の看護介入が必要である。

不穏の早期発見のためには、RASS の評価を正確に行えるよう、スタッフのアセスメント能力を向上が必須である。

引用・参考文献

1）日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不隠・せん妄管理のための臨床ガイドライン：日本集中治療医学会 J-PAD ガイドライン作成委員会．2013.

2）濱野繁、小川雅代、原田雅子ほか：気管チューブ計画外抜去のリスクファクターの検討．日本集中治療医学会雑誌．20，P482，2013.

3）宗形真紀子、葛岡幸子、根岸歩、五十嵐彩織：インシデント分析から見えた発生要因－医療事故減少（医療安全）のための一考察－．日本看護協会論文集：看護総合，43，255-258，2013.

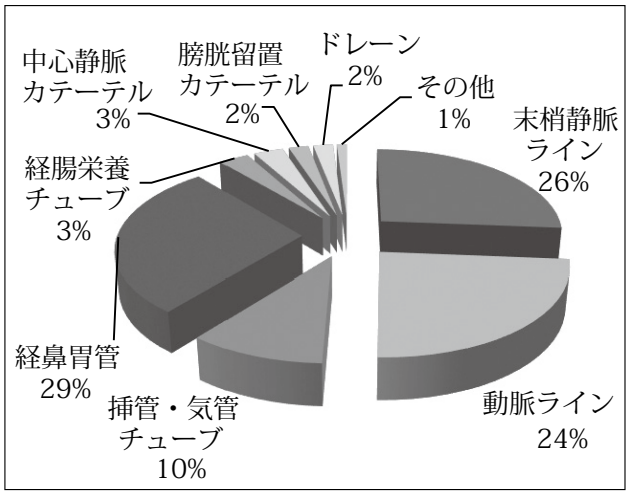


図１：ライン別内訳

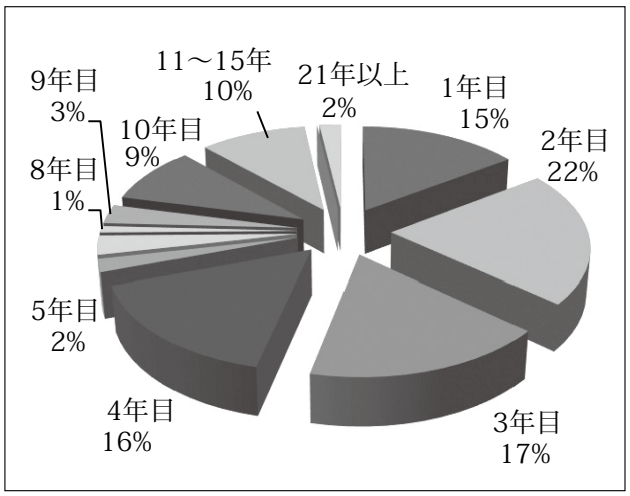


図２：看護師経験年数別内訳

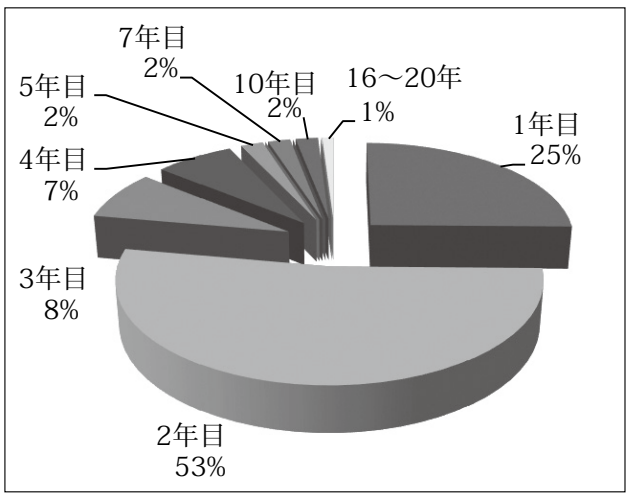


図３：部署配属年数別内訳

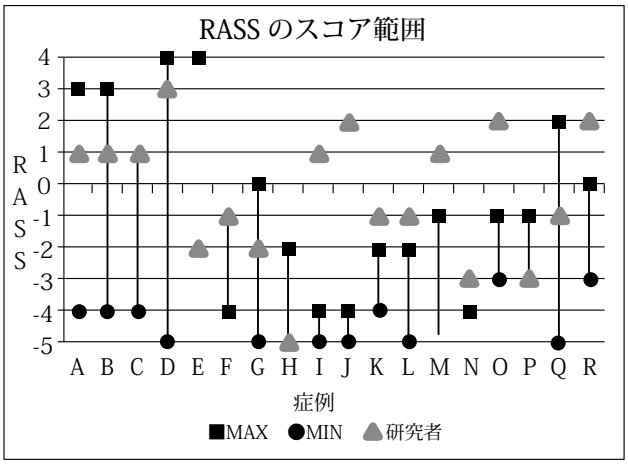


図４：ＲＡＳＳのスコア範囲