

転倒・転落事故に関する看護者側の要因を明らかにする

—認知障害のある患者の事例に焦点を当てて

1階東病棟

○ 今宮 一禎 公文 香織 川上 玲子 大前 初恵
 山田 純代 山下 眞代 南場 玲子 田井 雅子
 岡村 俊美 岡林 安代

I. はじめに

当病棟では一昨年からは、転倒・転落事故の内的要因と外的要因のアセスメント項目を使用し転倒・転落事故防止対策を行ってきたが、認知障害のある患者の転倒・転落事故は減少していない。

認知障害とは、記憶・思考・理解・判断・学習・言語などの広範な高次脳機能障害をさしており、栗田らによると、痴呆性高齢者では認知機能障害の進行に伴い転倒・骨折の危険性が高まることが示唆されている。また川島らは、「痴呆を伴った高齢者は転倒経験が学習されにくく、転倒の記憶がなく注意を払うことにつながらず頻回な転倒に結びついている」¹⁾と述べており、認知障害者への転倒・転落防止対策は重要である。

看護事故について斎田らは、「記憶、注意、認識、判断といった機能は人間に備わった高度な機能である。それらはまた忘却、不注意、錯誤といった機能に変容する面がある。この一連のミスを招くものが、いったいどういう現象なのかということについてはまだきちんとした形では解明されていないが、ほとんどの事故はこれらの行動が引き金で起こることが明らかになっている」²⁾と述べている。このことから、看護者がどのような意識状態にある時に、認知障害のある患者の転倒・転落事故が発生しやすいのかを知ることは、事故防止に役立つのではないかと考えた。そこで私達は、認知障害のある患者の転倒・転落事故に関する看護者側の要因を明らかにするために、斎田らの看護事故発生要因を参考に作成したアンケート用紙を用いて、看護者の転倒・転落事故に対する意識調査を行い分析したのでその結果を報告する。

II. 研究方法

研究期間：平成11年4月1日～12月31日

調査・分析方法：転倒・転落事故に遭遇した看護者6名に対し、斎田の看護事故発生要因にもとづいてアンケート用紙を作成し、調査・分析した。

III. 結果

1. 転倒・転落した患者の背景

対象患者は5名（男性1名、女性4名）。年齢は66～76歳で、平均年齢は71.92歳であった。対象患者の疾患は痴呆2名、心因性振戦1名、非定型精神病1名、躁うつ病1名で、転倒・転落は延べ25件であった。転倒・転落時のADLの状態を延べ数でみると、対象患者に身体的機能障害は認められず、25事例中17事例は立位、歩行が自立できていた。3事例は付き添いや支えが必要で、部分介助は3事例、不明は2事例であった。

2. 転倒・転落場面に遭遇した看護者の背景

性別は男性1名、女性6名。平均年齢27.0歳で、精神科病棟での平均経験年数は7.8年であった。

3. 事故防止に関する看護計画の立案状況（複数回答）

転倒前に立案されていたものは17事例、転倒後に立案されたものは8事例、転倒アセスメント項目を利用していなかったものは1事例、転倒後2日以内に転倒アセスメント項目を利用し、再検討されていなかったものは15事例、転倒アセスメント項目の使用について不明は9事例であった。

転倒事故の事例をアンケート用紙、看護記録、事故報告書をもとに、斎田氏の作成した看護事故発生要因12パターンに沿って分析した結果、全ての事例が「イメージ」の中のいずれかに分類され、転倒すると疑いも持たずに行動する「つもりイメージ」は15事例、転倒しないだろうと思い行動する「まさかイメージ」は5事例、転倒するだろうと思い行動する「疑問ひきずり」は5事例であった。その中で、「まさかイメージ」と「疑

問ひきずり」は「注意」においても分類することができ、「注意掛け持ち」は7事例、「注意切り替わり」は3事例であり、他のパターンは分類されなかった。

IV. 考察

1. 「つもりイメージ」について

転倒・転落事故が起きた時間はほとんどが夜間帯で、事故直前の患者は睡眠中や前日に一睡もせず、朝方に眠り始めたなどの状態にあった。看護師は患者の事故の既往は認識していながらも、患者の睡眠状態が続くと予測し、事故の可能性を疑ってもみない状況が多かった。また患者の徘徊の場合においても、歩行状態が安定していたため、そのままの状態で行くことができると捉えていた。

認知障害のある患者の行動目的や、次の行動の予測は看護師にとって困難で、思いがけない行動が起こることがしばしばある。「つもりイメージ」における看護師は、患者が同じ行動や状態を続けると思い込み、予測しがたい行動が起こりやすいという認知障害患者の実像と、看護師の予測する患者の行動とのずれが大きくなって事故の危険性が高まったと言える。斎田らは、「いろいろなメッセージが与えられるとイメージも変化し、イメージが変われば行動の型も変化する。メッセージは情報であるから、情報がイメージを構成するということができる」³⁾と述べている。「つもりイメージ」では患者は安全であろうというイメージで固定し、転倒の既往や認知障害の特徴といった情報を取り入れながら、新たなイメージを構成することがなかったため、行動の型が変化せず、事故のリスクが高まったことが分かる。

この場合の対策として、事故の既往がある場合は常に事故の可能性を念頭に置くことが大切であり、他の看護師の対応を知るなど情報収集の範囲を広く持ち、状況の変化にすぐに対応できるよう患者の状態を観察し、思い込みの患者像に陥っていないかに気を付けていく必要がある。

2. 「まさかイメージ」について

転倒・転落事故の起こった時間帯は昼間が多く、患者は不穏や興奮状態にあり、看護師は側に付き添い患者の不安感や焦燥感を和らげようとして対応していた。また睡眠中の患者の場合は、転倒・転落予防にベッドの高さや柵の位置、周囲の環境を整える等の物理的環境を考慮したり、頻回な巡視等、看護師が事故の危険性を予測し事故防止対策を行っていた状況が多かった。

古橋は、「人間がミスを起こす原因を考えると、技能の未熟の中でも、ミスとの相関が高いものに情報は正しく与えられたが感知されなかった、というものがある」⁴⁾と述べている。この場合は「つもりイメージ」と異なり、事故の危険性を感じることはできていた。ただし認知障害のある患者は、その時の精神状態により事故防止対策の効果が左右され、以前に効果があった対策がいつも効果があるとは限らない。「まさかイメージ」では、過去の対策を有効と思い込み、対策の変更が必要ではないかとは感知されていないことが分かった。

対策としては、精神症状の誘因を考え取り除く工夫をすると共に、患者の情報を正しく感知し、その場に適した柔軟な対応ができるよう、事故に関する過去の事例について話し合い、看護師同士の経験を積み重ね問題の分析能力を高めていくことが求められる。

3. 「疑問引きずり」について

転倒・転落事故の起きた時間帯は夜間が多く、患者は不穏状態や不安定な歩行状態で、ナースコールや介助の要求が頻回であった。看護師はその状況に対して、転倒・転落への不安を持ちできる限り対応はしていたが、他の患者の対応や業務を優先させ事故が起こっていた。

看護師は、不穏で訴えが執拗であったり、不安からアピールの行動が強まっている患者に根気強く対応を続けても、同じ要求が繰り返されたり状態に変化が現れないことから、患者に対し陰性感情を生じていた。斎藤は、「患者一看護婦関係において看護婦は陰性感情の表出を否定的に捉え、そのことで患者の理解や状況の認知が不十分で援助にずれが生じやすい」⁵⁾と述べている。「疑問引きずり」の事例では、業務を掛け持ちしていたことによる注意掛け持ちという要因もあるが、陰性感情からコミュニケーション能力が低下し、依存やアピールの行動を情報として正しく認知できなくなり、患者理解が阻まれていることが考えられる。

対策としては、不穏状態や依存行動の意味を把握し、精神状態を落ち着けるよう働きかけると共に、陰性感情による患者理解の歪みをなくすよう、看護師自身の感情を見つめ、看護師間で感情について表出できる環境を作ることが大切である。

今回の事例では高齢者が多く、生理的变化に加え精神疾患のため薬物療法を受け、パーキンソニズムにより歩行の不安定さが増強し転倒のリスクが高い。認知障害があるため事故の経験が記憶されず、学習が困難で事故を繰り返す可能性も高い。事故防止には、看護者が認知障害の特徴を知り、認知障害のある患者の行動を読み取る感覚や技術を養っていくことが求められる。また、事故は夜勤の手薄な時間帯に多く、担当者の判断に頼るところが大きい。看護者には限られた人員と状況の中で、その場に適した判断能力を身に付けていくことが求められる。

斎田らは、「状況を詳細に書くことを通して、結果として見方が変わり、その状況がそこでの自分の行動が受け身から主体的に変わっていく。環境に振り回されるのではなく、自分が積極的に扱っていく感覚が変わってくるはずである」⁶⁾と述べている。当病棟でも看護事故が発生すれば事故報告書に詳細に記載している。事故が起こると当事者は自責感や無力感を持ちやすいが、そのような感情を強めるカンファレンスでなく、他の看護者も自分に置き換えてその事例に対してどう思ったのか、どう感じたのか等、看護者の気持ちが共有できる話し合いを持ち、チームとしての凝集性を上げていくことも大切である。

V. おわりに

認知障害のある患者の転倒、転落事故に関する看護者の要因は、イメージの領域に分類されることが明らかになった。認知障害のあることで、患者の対処行動を高めることは難しく、転倒・転落事故を完全に防ぐことには困難を感じる。しかし、今後は事故防止には患者の内的要因や環境要因である外的要因と共に、看護者のイメージを要因として組み込んでいくことで、事故の発生を減少させることができるのではないかと考える。

引用・参考文献

- 1) 川島和代：高齢者の転倒・転落のアセスメント，臨床看護，20 (3)，337 - 341，1994.
- 2) 6) 斎田トキ子他：看護事故発生要因 12 パターンと対策，看護，45 (1)，97、98，1993.
- 3) 斎田トキ子他：看護事故発生要因 12 パターンと対策，看護，45 (2)，153 - 154，1993.
- 4) 古橋洋子：なぜアッとハッとするのか，看護実践の科学，増刊号，6 - 10，1996.
- 5) 斎藤敬子：患者－看護婦関係における看護婦の感情について－アンケート調査から，臨床看護，25 (12)，1854 - 1859，1999.
- 7) 栗田正他：Alzheimer 型痴呆、混合型痴呆患者における転倒骨折と認知機能障害、問題行動との関係，日本老年医学会雑誌，34 (8)，662 - 667，1997.
- 8) 斎田トキ子他：看護事故発生要因 12 パターンと対策，看護，45 (3)，122 - 128，1993.
- 9) 斎田トキ子他：看護事故発生要因 12 パターンと対策，看護，45 (5)，147 - 154，1993.
- 10) 斎田トキ子他：看護事故発生要因 12 パターンと対策，看護，45 (9)，148 - 154，1993.
- 11) 斎田トキ子他：看護事故発生要因 12 パターンと対策，看護，45 (11)，150 - 156，1993.
- 12) 門脇義江他：記憶と注意の特性からみた看護事故発生要因の分析，第 22 回日本看護学会集録 (看護管理)，124 - 127，1991.
- 13) 小島英子他：痴呆性高齢者の転倒・転落の要因，臨床老年看護，6 (3)，26 - 31，1998.
- 14) 国米由美他：新卒者看護事故の傾向からみた事故防止対策，第 27 回日本看護学会集録 (看護管理)，17 - 20，1996.
- 15) 松下由美子他：看護婦の医療事故原因に関する意識，第 25 回日本看護学会集録 (看護管理)，115 - 117，1994.
- 16) 安里としみ他：転倒・転落事故防止に関する研究，第 28 回日本看護学会集録 (老人看護)，55 - 58，1997.
- 17) 中貞子他：看護上から見た転倒事故予防対策の検討，第 26 回日本看護学会集録 (看護管理)，51 - 54，1995.
- 18) 秋谷典裕：ふらつき・歩行障害と転倒，臨床看護，23 (13)，1919 - 1923，1997.

〔平成 12 年 11 月 28 日～29 日，高知市にて開催の第 25 回中国・四国精神保健学会で発表〕