

実践報告

精神科病棟における転倒の要因分析

—看護師のインタビューを通して—

高橋 美和・山本 昭子

神田 幸子・飯田 妃美

金沢医療センター

Factor analysis of falls in a psychiatry ward

—An interview of a psychiatric nurse—

Miwa Takahashi, Akiko Yamamoto,

Sachiko Kanda and Hitomi Iida

Kanazawa Medical Care Center

キーワード

転倒, 身体的拘束

はじめに

精神疾患患者は、向精神薬・抗うつ薬・睡眠薬などを服用しており、その副作用として起立性低血圧やふらつきがあり、転倒リスクが高い患者がほとんどである。一般科における転倒要因として、①高齢である②運動障害がある③睡眠剤を服用している④入院一週間以内である⑤何でも自分で行うとする性格である¹⁾と報告がある。精神科領域においては、疾患や薬剤に関連して起きた転倒転落が報告されている²⁾。しかし転倒に遭遇した看護師の予測や判断をもとにし転倒の要因を分析した研究は見当たらなかった。当病棟での転倒事故件数は平成15年度で44件、平成16年4月から6月では14件で当科でのヒヤリハット報告例の過半数を占めていた。看護師が患者の転倒リスクが高いことを認識していながらも転倒を防ぎ得なかった実態があった。

そこで本研究の目的は、精神科病棟における転倒事故防止を検討するために、転倒事例に関わった看護師のインタビューを通して精神科病棟の転

倒要因を明らかにすることである。

用語の定義

転倒とは「本人の意思とは関係なく身体の足底以外の部分が床に着くこと」とする。歩行中の転倒だけでなく、車椅子・トイレ・ベッドなどからの転落も含める。

身体的拘束とは「精神保健指定医が直接診察して必要と認めた患者に対して衣類または綿入り帯を使用して、一時的に身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限」とする。

研究方法

1. 期間：平成16年6月～平成16年9月
2. 対象：過去3ヶ月間に患者の転倒場面に遭遇した、一精神科病棟看護師10名を対象とした。対象の平均年齢36.5歳 (SD14.8)、看護師経験年数平均14年9ヶ月 (SD13.8) 病棟配属年数平均3年 (SD6.1) であった。いずれも研究参加の同意を得られた者とした。

3. 調査方法

調査方法は、転倒時の状況について半構成的面接法を用い、各対象者に1回ずつ面接を行った。1回の面接時間は約30分であった。また対象者の承諾を得て面接内容をテープに録音した。面接内容は以下の5点である。

- 1) 転倒前の〇〇さんはどんな状況だったか。
- 2) 転倒の危険性を予測していたか。
- 3) 転倒の予防のために工夫したことや対処したことはあるか。
- 4) 今回の転倒の要因として考えられることは何か。
- 5) その日の勤務状況や協力体制はどうだったか。

4. 分析方法

インタビューを逐語録に起こし、事例毎に繰り返し読んで、転倒に関して単独で理解することが可能な最小単位で文章を取り出した。事例毎に取り出した転倒に関する文章を、転倒の原因と思われる文章とそれについて細かく述べている文章に分けた。次に分析者が何度も読んで解釈し要因を抽出した。さらに抽出された19の要因を内容の特徴ごとに分類した。

倫理的配慮

患者の転倒場面に遭遇した看護師に、研究の主旨・方法を説明し承諾を得た。また、研究参加は自由意志による協力参加であることを文書と口頭で説明した。面接は対象者のプライバシーが完全に守られる個室で行った。面接内容の録音については対象者の承諾を得て録音し、録音したものは本研究の目的以外に使用されないように研究者が責任を持って管理することを約束した。

結 果

対象の遭遇した転倒の事例を表1に示す。10事例の転倒場面を分析した結果、19の転倒の要因が抽出された。【患者の特徴】【看護師の問題】【看護師間の情報伝達不足】【環境上の問題】の4項目に分類し、表2に示す。以後、分類項目は【 】, 転倒の要因は『 』と表記する。一つの転倒場面にはいくつかの要因が関連していた。

1. 【患者の特徴】

事例1は転倒を繰り返し、夜間のみ身体的拘束の指示があった。看護師は転倒リスクが高いことを認識し移動時は必ず付き添っていた。転倒当日、夕食後に看護師は患者の要求がないことを確認し

たところ臥床したため、患者はしばらくベッドで休むだろうと看護師は判断し、退室した。しかし看護師の予測ははずれ退室直後に転倒した。患者は普段から白湯を汲みに行く行為を繰り返しており、転倒時も「お湯を汲みに行く」と言っていたが、コップは床頭台の上にお湯で満たされていた。この中には転倒の要因として、【患者の特徴】の『看護師の予測できない行動をとる』『患者の行動目的は不明確である』『健忘から特定の行動にこだわりが生じる』『ADLの低下や肥満のため身体のバランスが悪い』が含まれていた。また【環境上の問題】として、『要注意の患者が特定の部屋に集められ環境が狭くなる』が含まれていた。

2. 【看護師の問題】

事例8は、抑うつ状態にて無為・行動静止がある患者で、転倒の危険性があるため終日身体的拘束の指示があった。昼食後看護師が自床に誘導し、ひも状の抑制帯を取りにナースセンターに行こうとした。しかし看護師は途中で他患者に呼び止められ話をしているうちに、身体的拘束をしなければならぬことを忘れてしまった。患者は排尿しようとトイレに行く途中で転倒した。この事例には、『仕事をこなすことに精一杯で余裕がない』『身体的拘束のし忘れ』と、【患者の特徴】の『予測できない行動をとる』『自分で排泄がしたいという思いがある』『ADLの低下や肥満のため身体のバランスが悪い』という要因があった。

3. 【看護師間の情報伝達不足】

事例7はアルコール離脱症状によるせん妄のため、身体的拘束の指示があった患者を、深夜の看護師は朝食のために上肢の拘束をはずし、車椅子用の拘束を行っていた。抑制帯はひも状のもので危険なためナースセンターに片付けてあった。日勤であった当病棟配属後3ヶ月目の看護師は、受け持ちチームと異なる患者であったが自床に誘導した。その際、身体的拘束が必要だという情報がなくベッドに座らせ患者が寝るものと思い退室した。その後患者が床に横たわっているのを別の看護師が発見した。この事例の中には、【看護師間の情報伝達不足】として『勤務交代時の伝達不足』『チーム間の情報交換不足』があった。その他に【看護師の問題】として『仕事をこなすことに精一杯で余裕がない』『情報収集の不足』『患者の行動への過信』『身体的拘束のし忘れ』がみられた。

4. 【環境上の問題】

当病棟にはナースコールがなく、構造上ナース

センターに病棟内の物音や患者の声が聞こえにくい。事例5はADLの低下、服薬による夜間のふらつきがある患者で夜間は看護師が定期的に排尿誘導をしていた。夜間頻回に巡回を行っていたが、患者はその合間にトイレに行こうとして転倒した。この事例の要因に、【環境上の問題】として、『ナースコールがない』『観察室がなく要注意の患者が近くでみられない』があり、【看護師の問題】として『巡回が定期的である』があった。

考 察

10事例の転倒場面を分析した結果、転倒要因として【患者の特徴】の『看護師の予測できない行動をとる』が多くの事例でみられた。つまり、看護師が患者のとっている行動から次にとるだろうという行動を予測し、安全だと過信したことが転倒につながっていた。櫻井ら³⁾は精神疾患患者の特徴として、(1)幻聴や妄想といった目に見えない精神的な障害を負っている(2)衝動的・突発的な行為化現象を起こす可能性があると述べている。私たち看護師は精神疾患患者が判断レベル・認知レベルが低下していることや、不安定な行動をとる可能性があることを認識し、患者の次の行動を安易に予測せずに関わっていくことが必要である。また、当病棟10例の事例のうち5例が排泄場面における転倒であったが、過去の一般病棟の転倒事例をみても排泄に関わる転倒の事例が多く、排泄が精神疾患の有無を問わず、転倒に影響していると考えられる。川村⁴⁾は、排泄行動は必須の生理的行動であり、生理的切迫感を伴い、人間の自尊心と深く関わり、転倒のリスクが高いと述べている。当病棟の精神疾患患者も精神状態が悪く混乱していても、排泄行動を自分でおこし転倒に至ったと考える。今後私たちは患者の排泄に関するニーズを確認し、より個別に関わっていく必要がある。

【看護師の問題】に関して、『身体的拘束のし忘れ』が患者の転倒の大きな要因となっており、これには『患者の状態の把握不足』や『情報収集の不足』が影響している。また、身体的拘束を看護師がどう捉えるかという認識の違いも影響している。『患者の行動に対する過信』では【患者の特徴】でも述べたように精神疾患患者が予想できない行動をとることを念頭におき関わる必要がある。

【看護師間の情報伝達不足】では、勤務交代時に個々の看護師によってどの情報を優先してとらえているかということの相違があるといえ、身体

的拘束など精神科においての重要な情報伝達を、チームに関わらず確実にやっていくことが大切である。

【環境上の問題】に関しては、当病棟にはナースコールがないため患者が要求を伝える手段がなく、その結果として自ら行動したことが転倒につながったと考えられる。病棟看護師は最低1時間に1回の巡回を行っているが、患者の要求に応じた援助が提供できていないと考える。今後、患者が要求を伝えられる手段を講じる必要がある。

近年、病院や施設では「患者の安全を守るため」に行われていた身体的拘束は様々な弊害を引き起こすことや、人権尊重の問題から身体的拘束廃止に向けて積極的な取り組みが行われている。当病棟でも医師が必要と判断した場合、指示のもとで身体的拘束を行っている。その場合、患者ごとにせん妄、不穏、ルートトラブルなどの理由があり、身体的拘束の時間や部位も個々に指示が出されている。

今回の10事例のなかでも身体的拘束をしている患者の転倒が3例見られた。これは身体的拘束の重要性に対する看護師の認識が不足していたことや、身体的拘束による患者の筋力低下などの二次的障害も関連していると思われる。今後は身体的拘束の指示を確実にスタッフ間で共有し、実施することが必要であると考えられる。また筋力の低下を防ぐために十分な観察のもとで患者の筋力アップなどを行い、転倒予防に努める必要があると考えられる。また患者サービス、患者の安全という観点から、ナースコールを設置するなど環境面での改善を図っていく必要があると思われる。

本研究は精神疾患患者の転倒にかかわった看護師に対して調査したものであり、看護師の認知の仕方や記憶に大きく影響を受けていることは否定できない。又、研究者の面接能力によって得られるデータが限定されることも否定できない。対象者を当院以外の看護師に拡大し、結果の妥当性を高めていく必要がある。

結 論

精神科病棟における転倒要因を転倒事例にかかわった看護師10名のインタビューを通して検討し、以下の結論を得た。

精神疾患患者の転倒の要因には19の要因が抽出され、【患者の特徴】【看護師の問題】【看護師間の情報伝達不足】【環境上の問題】の4つの項目に分類された。一つの転倒場面には、いくつか

の要因が関連していた。

文 献

- 1) 藤本光二, 荒木ちさ子, 片岡知子, 他: 転倒・転落事故の分析－5つの要因から看護判断の妥当性を明らかにする－, 老年看護, 第33回, 32－34, 2002
- 2) 増田恵子, 桂尚美, 柏木嘉恵, 他: 精神科領域における転倒・転落事故の要因分析－総合病院における精神科入院患者1年間の調査から－成人看護Ⅱ, 第34回, 278－280, 2003
- 3) 櫻井清: 精神科ナースのための医療事故防止・対策マニュアル, 日本精神科看護技術協会(初版), 精神看護出版, 15, 東京, 2002
- 4) 川村治子: ヒヤリ・ハット11,000事例によるエラーマップ完全本(初版), 医学書院, 66－83, 2003