

転倒・転落事故に遭遇した看護師の認識の分析

－医療安全教育の問題と提言－

Analysis of the Recognition of Nurses Who Encountered with Inpatients Falls

－The Issue and Recommendation on Patient Safety Education for Nurses－

西田 絵美・伊藤 舞・森 香織

Emi Nishida, Mai Ito, Kaori Mori

キーワード：転倒・転落　看護師の認識　医療安全教育

I はじめに

近年の高齢化と認知症の有病率増加に伴い、病院における入院患者の転倒・転落事故率も増加傾向にある。2013年の統計報告では、療養上の世話に関する医療事故報告1389件のうち、転倒が553件、転落が67件と群を抜いて多く、そのうち死亡に至ったケースが9件、高度障害残存の可能性が44件であり⁽¹⁾、病院運営管理面においても重要課題である。転倒・転落予防を含む医療安全対策は他職種間での協力連携体制が必要であることや病院機能評価項目にあげられていることなどから、病院全体として教育・研修に取り組んでいるところも多い。しかし、患者の転倒・転落の第一発見者は24時間病棟にいる看護師であることが多く、看護師が様々な対策を講じてもわずかな隙について発生することも多い。

転倒・転落予防の具体的方法は、アセスメントツールを用いた予測と評価、転倒・転落防止用具（以下、防止用具とする）の装着などがある。看護師には転倒・転落的確なアセスメントが求められており、そのアセスメントに基づき患者の状態に適した防止対策を講じているが、転倒・転落事故発生件数はなかなか減少せず、看護師を悩ませている事象のひとつである。

このように、病棟で勤務する看護師が患者の転倒・転落防止のために日々努力しているにもかかわらず、患者の転倒・転落事故を防ぐことができていないのはなぜかという疑問が本研究の動機である。勤務時に受け持った患者が転倒・転落を起こすことは、発見者であり当事者でもある看護師にとっては大きな心理的打撃であり、職業継続意欲に影響を及ぼす可能性も否定できない。看護師が自己の職業にやりがいと誇りを持ち働き続けるためにも、転倒・転落事故を少しでも減少できる方法を検討することには大きな意義がある。

転倒・転落事故に関する看護分野の先行研究の多くは、転倒・転落時の患者状況や要因に関する調査から防止対策や課題を提示しているものであり、看護師の認識に焦点をあて「なぜ転倒・転落事故が防止できないのか」ということを論じる研究はみあたらなかった。そこで本研究は、病棟勤務中に転倒・転落事故を発見した看護師の認識を明らかにすることで、現在の転倒・転落事故防止対策の本質的問題を浮き彫りにすることを目的とする。そしてそこから防止策はどうあるべきかについての一提言を試みる。

II 研究方法

1. 研究デザイン

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach : M-GTA) を用いた質的帰納的研究デザインである。M-GTAは、ヒューマン・サービス領域などの実践的領域において対象の体験した世界をとらえるシンボリックな相互作用論を前提とした研究手法である。本研究は、転倒・転落事故に遭遇した看護師の認識のプロセスを現象としてとらえて浮かびあがらせることがねらいであるため、M-GTAによる分析手法が適していると判断した。

2. 対象者の概要

A病院B病棟に所属し、勤務中に患者の転倒・転落場面に遭遇した看護師5人を対象とした。対象者には紙面を用いて研究の趣旨を説明し、研究協力の同意を得た。対象者は全員女性で平均年齢は35.4歳、看護師経験の平均年数は13.6年である。対象者の概要は表1に示す。

転倒・転落事例は全部で6事例あり、看護師と遭遇事例の間には重複も含まれている。事例の概要は表2に示す。患者の転倒・転落を発見した場所はすべて病室である。

表1 対象者の概要

対象者	職種	性別	年代	経験年数	現病棟勤務年数
A	看護師	女	50歳代	34年	3年
B	看護師	女	20歳代	6年	2年
C	看護師	女	20歳代	6年	3年
D	看護師	女	40歳代	20年	2年
E	看護師	女	20歳代	2年	2年

表2 転倒・転落事例の概要

年齢	性別	転倒歴の有無	日常生活自立度	認知度	発生時間帯	防止用具使用状況	転倒・転落の状況
80	男	無	寝たきり	重度	20時～22時	センサーマット	自分でベッド柵をはずし転落した。
82	男	有	車いす介助	中等度	6時～8時	使用なし	下肢筋力低下のため移動時にはナースコールするよう指導していたが、しりもちをついていた。
75	男	無	自立	なし	4時～6時	使用なし	トイレに行こうとして転倒した。
89	女	有	屋内自立	軽度	4時～6時	ウーゴ君	ポータブルトイレへの移動時に足をすべらせ転倒する。
86	女	有	車いす介助	軽度	4時～6時	使用なし	トイレに行くため廊下へ出ようとした時に洗面台に頭をぶつけて転倒する。
89	女	有	屋内自立	軽度	4時～6時	ウーゴ君	トイレに行こうとして転倒する。自分でウーゴ君を外して歩いていた。

なお、A病院は289床の私立総合病院で看護職員数は約300人である。医療安全管理室には看護師が専任で在籍している。B病棟は47床の内科系病棟で在籍看護職員数は25人である。

3. 調査期間

平成25年9月から同年12月

4. データ収集方法

患者の転倒転落場面に遭遇した日から3日以内に病院内個室において半構成的面接調査を実施した。面接はインタビューガイドに基づいて1対1で実施し、1人あたりの面接時間は30分から40分程度とした。面接内容は対象者の承諾を得た後ボイスレコーダーに録音した。質問内容は、事故発生時の状況、その時に考えたこと、感じたこと、行動したことなどである。

5. データ分析方法

録音された面接内容から逐語録を作成した。分析テーマは「転倒・転落時の看護師の認識とその状況」、分析焦点者は「勤務中に患者の転倒・転落場面を発見した看護師」とした。

逐語録全体に目を通し、類似する着目箇所を具体例として分析ワークシートのバリエーション欄に記入し、その際に関連することなどを理論的メモ欄に書き残した。次にバリエーションから読み取れる解釈過程で浮かんだアイデアから仮の定義づけをおこなった。そして、この定義と理論メモを分析テーマに照らしながら、1つの分析ワークシートに1つの概念名をつけた。最後に概念間の関係を検討しカテゴリーを生成した後、ストーリーラインと結果図を作成した。

6. 倫理的配慮

対象者に、研究目的・方法・内容、匿名性に配慮すること、調査参加および中止は自由意思であるなどについて口頭と文書を用いて説明し、参加の同意を得た。また、得られたデータは本研究以外で使用することがないことと研究終了時にはシュレッダーにて破棄することを約束した。なお、本研究は研究実施施設の倫理委員会の承認を得た後に実施した。

7. 用語の操作的定義

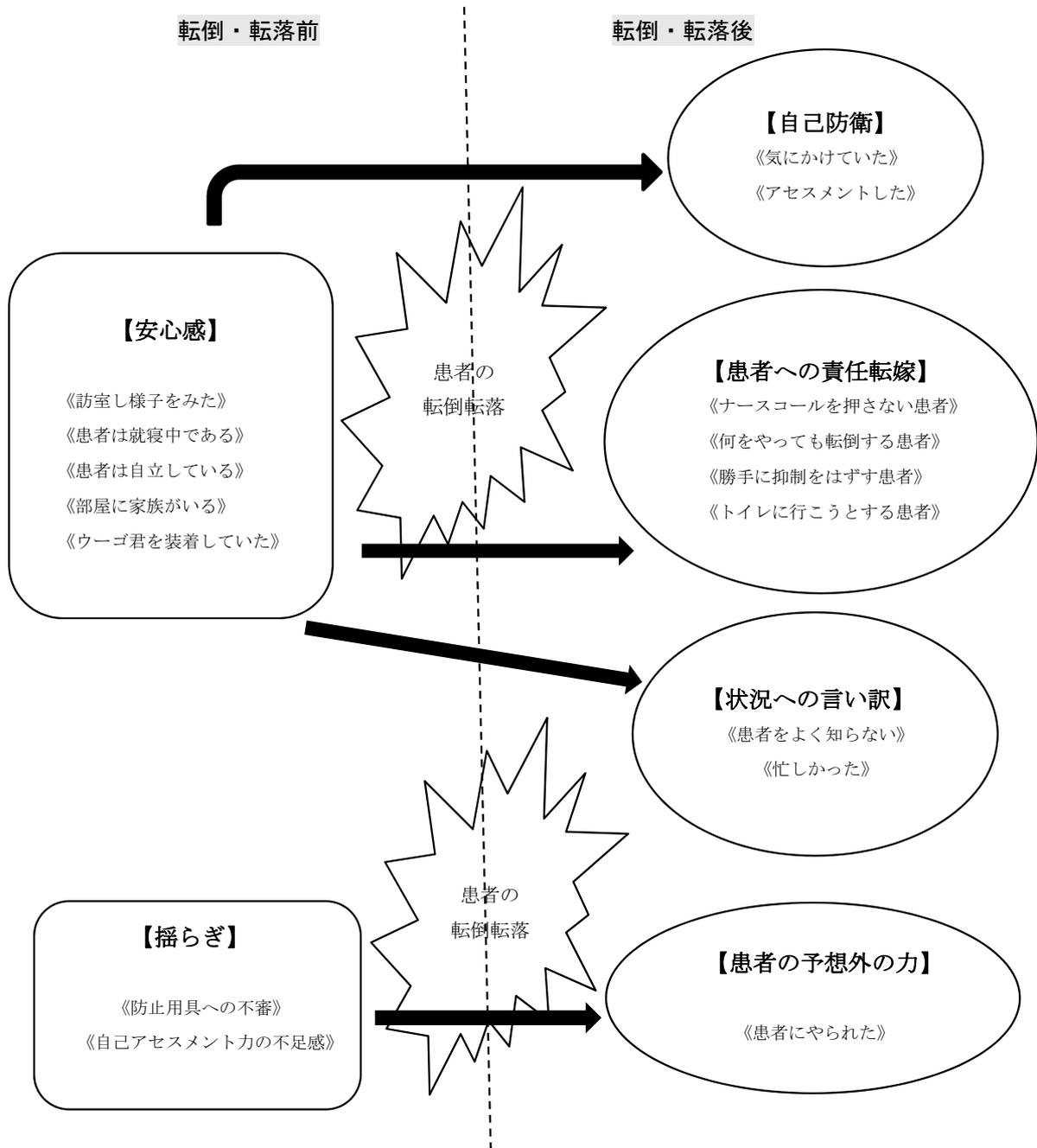
本研究では、「転倒」を、同一上面で自分の意思からではなく足底以外の身体の一部が床についた状態、「転落」を、自分の意思からではなくベッド、車椅子などからより低い場所に膝や手などが接触した状態であると定義した。

III 結果

勤務中に患者の転倒・転落場面に遭遇した看護師5人の面接データを分析したところ、6つのカテゴリーと16概念が生成された。分析の最小単位である概念は《 》で示し、概念から構成されるカテゴリーは【 】で示す。分析の結果であるストーリーラインと、それを説明する結果図を作成した。

1. ストーリーライン

患者の転倒・転落に遭遇する前の看護師の認識には【安心感】と【揺らぎ】があり、転倒・転落に遭遇した後の認識には【自己防衛】【患者への責任転嫁】【状況への言い訳】【患者の予想外の力】があった。【安心感】があると感じている看護師の認識は、患者の転倒・転落遭遇後には《わたしは気にかけていた》という【自己防衛】、《ナーズコールを押さない患者が悪い》という【患者への責任転嫁】、《忙しかった》という【状況への言い訳】に変容す



【 】 カテゴリー 《 》 概念 → 認識の変容方向

図1 転倒・転落事故に遭遇した看護師の認識の変容

る。その一方で、【揺らぎ】があると感じている看護師の認識は、患者の転倒・転落遭遇後には《患者にやられた》という【患者の予想外の力】に気づくという変容を遂げる。

2. 結果図

患者の転倒・転落事故に出会う前と後の看護師の認識の変容を図1に示す。矢印の方向性は認識の変容の方向性を示している。

3. 各カテゴリーと概念

1) 【安心感】

このカテゴリーは《訪室し様子をみた》《患者は就寝中である》《患者は自立している》《部屋に家族がいる》《ウーゴ君を装着していた》の5つの概念で構成されている。《訪室し様子をみた》は看護師としての自分の行動、《患者は就寝中である》《患者は自立している》の2つは患者の状態、《部屋に家族がいる》《ウーゴ君を装着していた》は患者の環境を示している。

2) 【自己防衛】

このカテゴリーは《気にかけていた》《アセスメントした》の2つの概念で構成されており、転倒・転落事故前の《訪室し様子をみた》に対応する形で現れる看護師の認識である。つまり、看護師としてやるべきことはやっていたという自己弁護でもある。

3) 【患者への責任転嫁】

このカテゴリーは《ナースコールを押さない患者》《何をやっても転倒する患者》《勝手に抑制をはずす患者》《トイレに行こうとする患者》の4つの概念で構成されており、転倒・転落事故前の《患者は就寝中である》《患者は自立している》に対応する形で現れる看護師の認識である。これらは、患者の状態から事前にアセスメントし予測していたにもかかわらず事故が起こったことの原因が患者にあることと認識していることを示している。上記の【自己防衛】にもつながるカテゴリーである。

4) 【状況への言い訳】

このカテゴリーは《患者をよく知らない》《忙しかった》の2つの概念で構成されており、転倒・転落事故前の《部屋に家族がいる》《防止用具を装着していた》に対応する形で現れる看護師の認識である。つまり、患者の環境に対しての言い訳的な認識である。

5) 【揺らぎ】

このカテゴリーは《防止用具への不審》《自己アセスメント力の不足感》の2つの概念で構成されている。看護師として確固たることが言えないことへのもどかしさなどの心情を含む。

6) 【患者の予想外の力】

このカテゴリーは《患者にやられた》という概念で成り立っている。この概念は、患者の行動が看護師の予測範囲を超えたことに対する驚きだけでなく称賛的感情の動きも含む。

IV 考察

1. 転倒・転落前の看護師の認識

転倒・転落前の看護師の認識は【安心感】と【揺らぎ】のふたつに分かれる。

【安心感】を構成する5つの概念は看護師としての自分の行動、患者の状態、患者の環境を示しており、これらはすべて可視化できるものである。つまり看護師は、容易に観察できることを情報として取り込んで患者の現状をアセスメントし、そのアセスメント内容に基づいて患者の部屋を訪室して様子をみたり様々な防止用具を使用したりという解決策を講じている。つまり、看護師は転倒・転落する危険性があることを事前に予測していたことになる。

それに対して【揺らぎ】は、不審感や自信のなさといった看護師のアセスメント力不足を表すかのような概念であり、転倒・転倒予測アセスメントができていないようにみえる。しかし、【安心感】が可視化できる情報をもとにアセスメントしていると考えれば、看護師の【揺らぎ】はアセスメントしていないのではなく、可視化できない情報を何かの形でつかんでおり、可視化できないゆえに確固たるアセスメントに到達できずに、懐疑心や自信のなさという形で表出されたとも捉えることができる。【安心感】を認識している看護師が患者の病状、自立度、認知度の程度などから転倒・転落予測のアセスメントをしているのに対して、【揺らぎ】を認識している看護師はそれらの情報の奥にあるものに気づき掴まえようとしていることになる。例えば、トイレに行こうとして転倒した患者の場合、病状、自立度、認知度だけではなく、「なぜそこまでしてトイレに行こうとしていたのか」「その思いの底には何があるのか」という人間の行動を支えている源流ともいべき患者の意思（Will）を知ろうとしていると考えることができる。このように考えると【安心感】を認識している看護師の方が、アセスメントが希薄化しているともいえる。

転倒・転落前の看護師の認識の【安心感】と【揺らぎ】の違いは、患者の何をみているのかの違い、つまり看護師の患者観や人間観の違いに他ならない。

2. 転倒・転落後の看護師の認識

【安心感】を認識している看護師は、自分はきちんとアセスメントしていたという気持ちが強く、自己の患者の捉えかたに疑問を抱いていない。さらに患者の転倒・転落がなぜ起こったのかを自己のこととして振りかえることができず、【自己防衛】【患者への責任転嫁】【状況への言い訳】という自己をとりまく他の要因のせいになっている。なぜ、看護師はアセスメントしていたことに対する自信があるのだろうか。看護師にそう思わせるような状況が看護の場にはあると考えざるを得ない。【安心感】を構成する概念の、《患者は自立している》や《患者は就寝中である》といった内容は、入院時に全患者に対してルーチン化して実施している「転倒・転落アセスメントスコアシート（以下、アセスメントシートとする）」内の項目に類似している。アセスメントシートは患者の年齢、認識力、排泄状況、睡眠状況、ナースコール要因など12分類によって転倒・転落の危険度を算出するものである。このアセスメントシートのチェック項目はすべて可視化できる情報で埋められている。アセスメントシートに沿って患者の状態を観察しアセスメントしていることが、看護師の「している」という自信につながっており、全面的な信頼を寄せることで安心しきっているのだ。つまり、自分のアセスメント力ではなくシートにそってアセスメントしているに過ぎない。

【揺らぎ】を認識している看護師は、患者には可視化できない情報があることとそれらの情報が転倒・転落につながることも感覚的に知っている。しかし、転倒・転落前にはその実体の正体をつかめなかったために自信のなさという形で自己のアセスメント力を捉えざるを得なかったが、患者が転倒・転落したことによって、その正体が【患者の予想外の力】であったことに気づく。この看護師の【揺らぎ】感覚は、看護師自身にさらに考えることを促す作用をもつ。看護師が自己の揺らぎに気づくことで今までの常識を覆すことができるからである。つまり、アセスメントシートのチェックだけでは患者の本当の思いや潜在能力には気づくことはできない。アセスメントシー

トの存在が看護師のアセスメント力の低下に影響を及ぼしているともいえる。

3. 医療安全教育の課題

アセスメントシートは可視化できる情報の洗い出しのためのツールである。しかし、患者の転倒・転落事故はそれらの要因が重なり合った時のみに起こるのではなく、そのときどきにその患者が何を思い出し何をめざしてどのような感情で行動するのかということ为背景にして発生する。このように考えると、看護師には可視化できないものに心を寄せてその実体を掴まえ、ケアしていく力が必要となる。そのためには、自己を揺さぶる契機となる【揺らぎ】感覚をもつ、育てる、磨くといった教育が重要であろう。

また、転倒・転落事故が発生した場合、当事者を責める風潮にはないだろうか。看護師の認識が【自己防衛】【患者への責任転嫁】【状況への言い訳】になぜつながるのかを考えてみればそのような実態も自ずと浮かび上がってくる。自己を客観的に振り返ることで同じことを2度と繰り返さないことは安全教育には不可欠である。しかし、事故が発生した場合、かかわった当事者のみに振り返りを求めるのではなく、教育や管理体制のあり方を見直すことも必要であろう。ここで強調しておきたいことは、方法論としての教育や管理には限界があり、それだけでは解決にはつながらないということである。

方法論だけではなく本質論の側面からの教育を立ち上げ、そのふたつが医療安全教育の両輪となった時に初めてその成果につながると考える。患者の安全を守ることは、看護師の中核的職務である。そのためにも、見えないものを見る能力を育成する教育の具現化が今後の課題である。

V 結論

・転倒・転落前の看護師の認識は、可視化したものに対するアセスメントの自信から生まれた【安心感】と、可視化できないものをみようとする【揺らぎ】の2つがある。

・事故発生後、アセスメントの自信による【安心感】はその原因を患者の要因に委ね、患者の実体をつかめない【揺らぎ】は患者の潜在的能力を称賛している。

・転倒・転落事故を防止するには、看護師の可視化できないものへのアセスメント力を育成することが重要である。

・方法論だけではなく本質論を追加した医療安全教育の立ち上げが必要である。

VI おわりに

本研究の限界は対象者が5人と少ないことである。しかし、転倒・転落事故をなんとかしてなくしたいという思いから取り組んだ本研究が、当初の疑問に少しでも答える形で結論を導き出したことは成果のひとつであると考えられる。医療安全対策の方法を次から次へと変えることはいたちごっこの様相をなしており、物事の根本的解決ではない。これは転倒・転落対策に限ったことではなく、臨床現場ではこのような問題は山積みである。その打開策のひとつとして、看護師の認識を根本的に変えること、そのための教育のあり方を検討していくことの重要性を再認識できた。

最後になりましたが、本研究を進めるにあたりご協力いただきました看護師の皆様へ深く感謝申し上げます。

引用文献・参考文献

- (1) 公益財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業部：医療事故情報収集等事業第36回報告書、平成26年、検索日平成26年4月26日、http://www.med-safe.jp/pdf/report_36.pdf
- (2) 吉田理恵：看護業務におけるリスクテイキング行動とその関連要因の検討、日本看護研究学会雑誌35（1）、pp.183-194、2012
- (3) 松田美恵子：急性期病院における入院患者の転倒・転落の現状と今後の課題、徳島赤十字病院紀要15（1）、pp.139-143、2010
- (4) 丸岡直子、泉キヨ子：新人看護師の転倒防止に対する認識とその認識を変化させる臨床経験、日本看護管理学会誌、11（2）、pp.36-46、2008
- (5) 牧氏恵理、角鹿睦子、塩谷明美、他5人：転倒・転落に対する看護師の意識調査、第36回金沢大学附属病院、看護研究発表論文集、pp.24-27、2004
- (6) 木下康仁：分野別実践編グラウンデッド・セオリー・アプローチ、弘文堂、1995