

転倒・転落事故に対する放射線病棟看護婦の意識調査

— 事故防止策実施前後の意識の変化を比較・検討して —

放射線病棟

○飛松素子 鶴谷香

「患者の安全の保障は看護の質の最低条件である」と井上らは述べています。

当病棟では、医療事故（以下事故）が起こった日の勤務者でカンファレンスを行い原因を分析し、今後の事故防止対策を検討しています。しかし、依然事故が防ぎきれていないのが現状です。中でも入院患者は高齢者が多く、入退院が激しいことなどから、転倒転落（以下転倒）のリスクが高い状況です。

スライドをお願いします。(2)

そこで、今回私達は、当病棟看護婦の転倒に対する意識の現状を知り、意識に対する問題を見出すことを目的とし、研究をしました。仮説は、転倒の事故防止策実施により、実践を通して意識を高めることができるとし、転倒防止策を作成、実施しました。そして実施前後で意識調査を行い、変化を比較・検討しました。その結果、意識の高まりと更に追及していくべき課題が得られたのでここに報告します。

スライドをお願いします。(3)

研究期間は、平成11年7月21日から9月12日迄です。

研究方法として、事故防止策の作成にあたっては、記録として残されている当病棟の過去4年間の事故報告書より転倒事故を抽出し分析したもの、及び井上の報告をもとに作成しました。意識調査の対象は、現在当病棟に勤務している、1年目から40年目の看護婦17名です。

スライドをお願いします。(4)

意識調査は無記名で経験年数を記入し、1. できている、2. 時々できている、3. あまりできていない、4. できていない、の4者択一式としました。質問は17項目で、問1から6は患者の把握として睡眠剤・精神安定剤（以下、睡眠剤）の服用の有無と服用時間、入院前の寝具形式、視力・筋力低下の有無、ナースコール使用方法の理解度についてを、問7から14は環境づくりとしてナースコール・枕灯の位置、ベッド柵設置、廊下・通路の整理、検査安静解除後の初回歩行時の付き添い、挿入ルート長さ調節についてを、問15から17は患者指導として、ナースコールの使用方法、睡眠剤の副作用、入院中の履物について質問しました。回収率は100%でした。

スライドをお願いします。(5)

これは、井上らの報告の転倒の起こりやすい状況を示しています。70歳以上、深夜帯で特に早朝、入院後1週間以内、鎮痛剤・精神安定剤・睡眠剤を使用後1～2時間、リハビリテーションの開始時期であり、当病棟の過去のデータでも、井上の報告と近似した結果が出ています。な

お、看護婦の経験年数、患者の疾病での差はみられませんでした。

スライドをお願いします。(6)

それらのことより作成した実施内容は、まず転倒のリスク要因の一覧を看護婦詰所内の壁に提示しました。

そして患者把握として

- ① 睡眠剤服用者と睡眠剤の副作用リスト表を作り提示。
- ② 入院時アセスメントツールに入院前使用していた寝具の種類と、入院中の履物を確認する項目を付け加える。
- ③ 前述したような転倒のリスク要因があることが一目でわかるように、個々のカーデックスにテープで貼りつける。

としました。

次に環境整備として

- ① 消灯時には必ず両サイドにベッド柵設置。
- ② ナースコール・枕灯のスイッチに夜光テープを貼る。
- ③ 消灯前、点滴前に排尿を促すコールを実施。
- ④ 点滴実施患者に札を配り、時間帯を説明。
- ⑤ 血管造影や麻酔科ブロック安静解除後の初回歩行時付き添いを実施。
- ⑥ 車椅子やストレッチャーの収納範囲に赤いテープで印をつけ、整理・整頓を促す。

としました。

患者指導としては、ナースコールの使い方、履物、睡眠剤使用者には副作用についてなどを入院時に説明する。

としました。

スライドをお願いします。(7)

このグラフは、意識調査の結果をできている3点、時々できている2点、あまりできていない1点、できていない0点として各質問の合計点を示したもので、満点は51点です。赤の折れ線は防止策実施前（以下実施前）を、青の折れ線は防止策実施後（以下実施後）を示しています。全体的に、実施後の方が高値となっており看護婦の意識が向上していることを表しています。中でも実施前は特に低値だった問2の入院前の寝具形式及び問13の点滴前と消灯前の排尿誘導においては、著しい向上を見せています。

スライド左右をお願いします。(8)(9)

このグラフは、各質問の答えの割合を示したもので、できている・時々できている（以下できている）は赤系で、できていない・あまりできていない（以下できていない）は青系で示しています。

問1から問6は、患者把握に関することで実施後にできていると答えた人は、実施前より10～60%の上昇がみられます。特に問2の入院前の寝具形式は上昇率が高いです。しかし全体の

割合では 65%と低い結果となっています。当病棟入院患者の 9.7 割が入院前は和式布団使用者であり、ベッドからの転落が多い事から更に把握しておくべきであると考えます。

問 7 から 14 は環境に関する事で、問 10 の障害物の除去及び問 13 の排尿誘導で、実施後できていないと答えた人があるものの、その他は 100%の人ができていると答えています。

問 15 から問 17 は患者指導に関する事で、ナースコールの使用方法、睡眠剤の副作用、履物指導のどれにおいても、できていると答えた人の上昇はあまりみられていません。

スライド左右お願いします。 (10)(11)

このグラフは問 1 から 6 を把握、問 7 から 14 を環境、問 15 から 17 を指導に分け、答えの割合を表したものです。

患者把握に関しては、できていると答えた人は、20%の上昇しかみられていません。いずれも、アセスメントツールに項目としてあげ、聴取されているものの、あまり日常に記憶されていないと考えます。

環境に関しては、実施後できていると答えた人は 95%と一番意識が高い結果となっています。これは、全ての患者の療養上の生活環境を基本に考えた防止策で、生活援助と密に関係していたことから実施しやすかったのではないかと考えます。

患者指導に関しては、実施前よりもできていると答えた人は増えているものの、70%であり、十分とはいえない結果です。患者把握が不十分な為、指導へと結びつかないと考えられます。また、実施期間が 4 週間と短かったのも、意識づけが不十分となった一因であると考えます。

これらの意識調査は、主観的な評価であり自分の行動と意識が異なっていることもあるかもしれませんが、鮎澤が「注意力を集中するべきところを選択・認識して業務にあたることも必要」と述べているように事故のリスク要因に注意力を向けるという点では、効果があったと考えます。

スライドお願いします。 (12)

以上の結果より、結語として、改善策を実施することによって看護婦の意識の向上が見られたが、意識づけをさらに浸透すべく検討する必要があると考えます。

スライドありがとうございました。

鈴木らは「看護婦自身が、事故の分析を行い、現場に適応した改善をすることが、看護事故を防ぐポイントである。」と述べています。意識づけが低い点については、今後更に改善策を検討し、実践に役立つことを具体的に証明していかなければならないと考えます。

目的

当病棟看護婦の、転倒転落に対する意識の現状を知り問題を見出す

仮説

転倒転落の事故防止策実施により、実践を通して意識を高めることができる

(2)

研究内容

対象

放射線病棟の看護婦 1年目～40年目 17名

方法と期間

1. 転倒・転落事故防止策作成 7月21日～7月10日
2. 事故防止策実施前意識調査 8月11日・12日
3. 事故防止策実施 8月13日より4週間
4. 事故防止策実施後意識調査 9月10日・12日

(3)

アンケート内容

<患者把握>

- ①睡眠剤服用の有無、②入院前の寝具形式、③視力低下の有無、④睡眠剤服用時間
⑤歩行能力及び下肢筋力・感覚低下の有無、⑥ナースコール使用方法を理解しているか

<環境>

- ⑦ナースコール・枕のスイッチの位置確認、⑧夜間同側ベッド設置、
⑨廊下や床の水・埃の除去、⑩通路の障害物の除去、⑪ベッド周辺整理整頓、
⑫安静確保後初歩行時付き添い、⑬点滴・消灯前の排痰指導、
⑭挿入ルートの高さ調節

<指導>

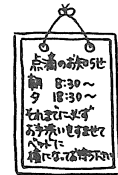
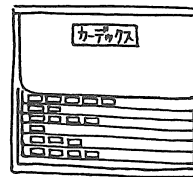
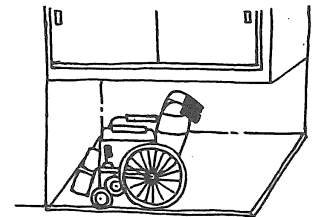
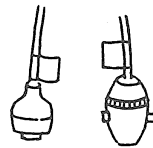
- ⑮ナースコールの使用方法、⑯睡眠剤の副作用、⑰入浴中の履物

(4)

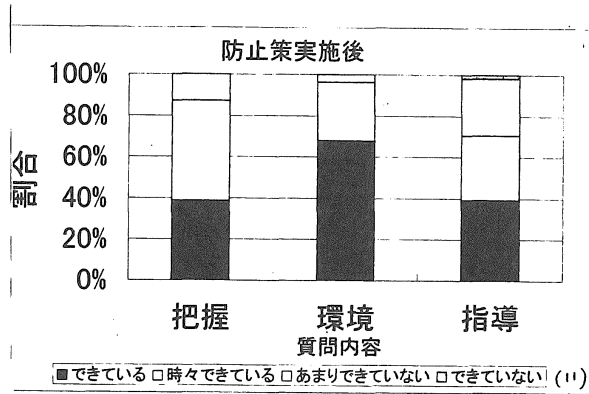
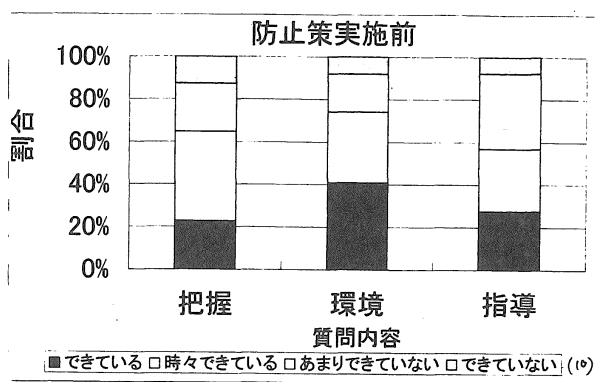
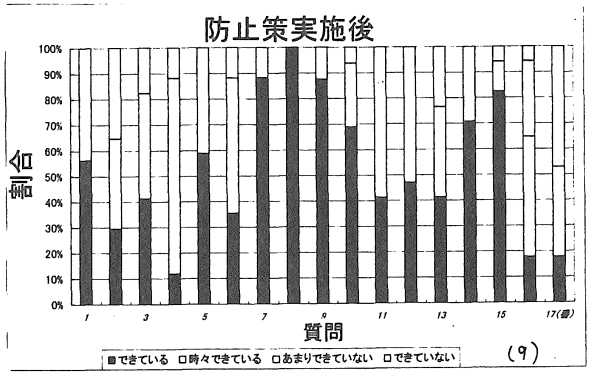
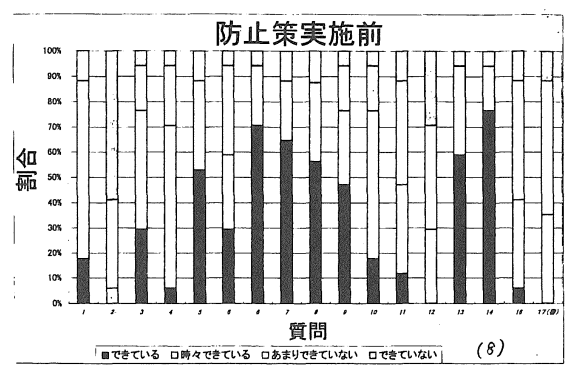
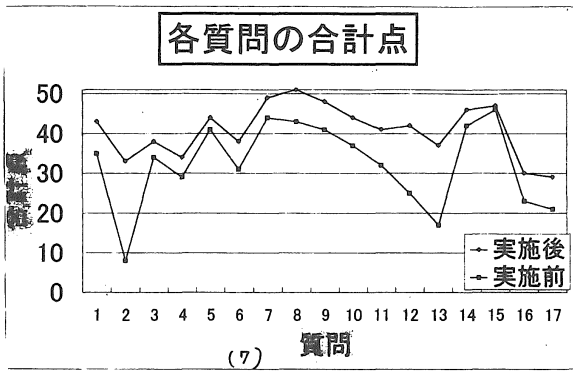
転倒転落の起こりやすい要因 (井上の報告)

- ・70歳以上
- ・深夜帯で特に早朝
- ・入院後1週間以内
- ・鎮痛剤・精神安定剤・睡眠剤を使用後1～2時間
- ・リハビリテーションの開始時期

(5)



(6)



結語

- ①改善策を実施することによって看護婦の意識の向上がみられた。
 - ②意識づけをさらに浸透すべく検討する必要がある。
- (12)