

転倒・転落防止に向けての取り組み

ーチェックリストとアンケートを用い看護師の
意識調査を行った結果よりー

B棟7階

○灰野 菜穂子 戎屋 かおり
田中 奈都

I. はじめに

消化器・内分泌代謝・診療内科病棟（以後当病棟とする）では、昨年転倒・転落の実態調査を行なった。その結果、当病棟での転倒・転落の特徴として高齢者で肝疾患のターミナル期が上位を占めていることが分かった。以前より当病棟では、転倒・転落の予防対策を各個人独自で行っているが、看護師により患者の細かな情報把握に差があり、また他チームの患者の情報が十分に伝わっていない。そのため、転倒・転落事故が防げていない現状がある。川島¹⁾は、「適切なアセスメントをすることで転倒・転落を予測し、未然に防ぐことができる」と述べている。そこで、適切なアセスメントをするため、当病棟での昨年の調査結果を基に転倒・転落危険度チェックリストを作成し、使用した。それにより、危険防止に対する統一した看護とスタッフの転倒・転落に対する意識を高めることができたのでここに報告する。

II. 研究期間及び対象

研究期間は、平成14年7月15日から平成14年9月1日までとし、対象は師長・研究メンバーを除く当病棟看護師19名とした。

III. 研究方法

平成14年7月22日から8月25日に転倒・転落危険度チェックリスト（表2）（以後、チェックリストとする）を実施した。チェックリストの使用方法は、「①入院時と毎週月曜日にその日の受け持ち看護師が実施。②チェックリストで危険とみなされた患者（チェック項目を点数化し11～45点を危険患者とする。尚、このことは昨年の当病棟での転倒・転落患者に当てはめ決定した）はナースコールの名札とナースカルテの背表紙に赤で「！」のテープを貼り付ける。③転倒・転落防止に向けての観察ポイント（表3）を記録のテーブルに提示し、「！」マークのついている患者に対しては、訪室時必ず実施する」とした。

チェックリスト使用の前後一週間に亘り、転倒・転落防止に向けてのアンケート（表1）（以後、前・後アンケートとする。尚、アンケートは5段階評価とし、内容は前後同じものとした）を実施した。

IV. 結 果

回収率 100%、有効回答率 100%

前後のアンケートにおいて受け持ち患者では、「いつも」と回答した人数が増加し（図 1）、他チームでは「全く」と回答した人数が減少した（図 2）。両者において、特に変化のあった質問内容は、ベッドのストッパー固定・ベッド柵の確認と危険患者を把握するためのスタッフへの声かけであり、図 3 のような結果となった。

後のアンケートで、チェックリスト使用前後に転倒・転落に対する意識の変化はありましたかという問いに対し、「はい」が 84.2%であった。「はい」の人に自由記載してもらったところ、下記のような意見が得られた。

- ・危険性を感じていなかった患者にもチェックリストを使用することにより、転倒・転落のリスクがあることが再認識できた。
- ・「！」マークが貼ってあることにより一目で危険な患者がわかり、他チームの患者のことも情報収集できるようになった。
- ・チームが違って患者のベッド周囲に目を向けるようになった。
- ・チームだけでなく詰所全体でフォローできるような危険因子のある患者はみんなに知ってもらう必要があると思った。

V. 考 察

同チームでは今まで転倒・転落のリスクを共通のレベルで把握できておらず、各個人によって受け止め方に差があった。チェックリストを用いて記載することで意識付けられ、チーム内で共通の情報が把握でき、また各個人の転倒・転落防止への意識が高まった。

他チームでは転倒・転落危険患者の情報不足が原因で認識が低かったため、転倒・転落防止策を行なえていなかった。しかし、「！」マークを貼り付けたことにより、危険度の高い患者を一目で把握でき、全員が関心を持ち、意識的に危険防止に努めることに繋がった。

当病棟での昨年の調査結果より、当病棟での転倒・転落事故の特徴として、高齢で肝疾患のターミナル期患者が多く、浮腫・胸腹水貯留のため利尿剤を使用し頻尿となり、夜間トイレに行こうとして転倒する患者が大半を占めていた。その他にも、肝性昏睡・不穏などで看護師の目がとどきにくい夜間の転倒・転落も多く見られた。一般に高齢者は、加齢変化によって筋力低下・反応時間の延長・運動速度の低下などの機能低下が起こる。また小池²⁾は「内外のストレスに対して適応能力が減じ、身体の内部環境を安定させる能力も衰えてくるので、容易に内部環境のバランスが乱れる」と述べている。このような要因より、高齢者は転倒・転落しやすい傾向にある。その高齢者が、浮腫・胸腹水貯留・頻尿・肝性昏睡などの要因をも重ねて持っていた場合、転倒・転落の危険性はますます高くなるといえる。

そこで、当病棟での転倒・転落事故の特徴に適したチェックリストを作成し、使用することで環境を調整し患者を危険な状況に陥らせず、転倒・転落を起こさせないという看護師の意識

の変化へと繋がった。しかし、チェックリスト使用後も転倒・転落事故が発生しなくなったわけではない。今後、治療内容や患者個々の性格などを考慮し、当病棟の特殊性を生かしたチェック項目の変更や追加を検討していく必要がある。

VI. 結 論

転倒・転落チェックリストと転倒・転落危険因子の高い患者の明示は、看護師が同じ視点で他チームを含めた全ての患者の情報把握、危険防止への認識向上のために有効であるといえる。

<引用文献>

- 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) 小池明子他：新版看護学全書 基礎看護学1，メヂカルフレンド社，1992.

<参考文献>

- 3) 大西美智子：安全な入院生活に向けてのチェック表を用いた取り組み，月刊ナーシング，21（6）；48～51，2001.
- 4) 金井幸代他：ハイリスクな事例を予測して安全マークを使った取り組み，月刊ナーシング，21（6）；52～54，2001.
- 5) 篠原美穂他：転倒・転落防止への取り組み，第32回日本看護学会抄録集 老人看護，35，1997
- 6) 千野良子：転倒事故の実施と防止対策，高齢患者の重点ケア，別冊エキスパートナーズ，照林社，1997.
- 7) 森山美知子：転倒・転落の要因とその対策，臨床看護，20(3)；326～332，1994.

表2. 転倒・転落危険度チェックリスト

①経験年数(当病棟 年目、看護師 年目)
 ②転倒・転落事故に遭遇したことがありますか。(はい、いいえ)
 以下の質問に対しては
 A:受け持ち患者 B:日々の受け持ち患者
 C:同チームのA・B以外の患者 D:他チームの患者として1~5の番号を記入してください。
 [1.いつも 2.よく 3.ときどき 4.まれに 5.全く]

	A	B	C	D
④訪室時ベッドの高さを確認していますか。				
⑤訪室時ベッドのストッパー固定を確認していますか。				
⑥訪室時ベッド柵の有無・位置・個数を確認していますか。				
⑦訪室時ベッド周囲の障害物の確認・駆逐をしていますか。				
⑧訪室時ナースコールの適切な位置を確認していますか。				
⑨訪室時ポータブルトイレの適切な位置を確認していますか。				
⑩訪室時患者の身の回り、床頭台に必要なものがあるかどうか確認していますか。				
⑪排泄パターンに合った誘導・声かけを行なっていますか。				
⑫適切な衣類の選択・指導を行なっていますか。				
⑬適切な履物の選択・指導を行なっていますか。				
⑭入院時ベッド周囲の物品・装置・ナースコールなどの説明を行なっていますか。				
⑮日中の離床を促し、昼夜のリズムをつけるよう促していますか。				
⑯本人・家族に転倒・転落の危険を理解してもらうよう説明していますか。				
⑰スタッフ全員に転倒・転落の危険がある患者を把握してもらえるよう声かけしていますか。				
⑱離床剤を使用しているかどうか把握していますか。				
⑲利尿剤を使用しているかどうか把握していますか。				
⑳患者のADL状況を把握していますか。				
㉑患者の衰弱レベルを把握していますか。				

表1. 転倒転落防止に向けてのアンケート

患者氏名 (男・女) 年齢 歳
 病名
 入院日 年 月 日 / 退院日 年 月 日

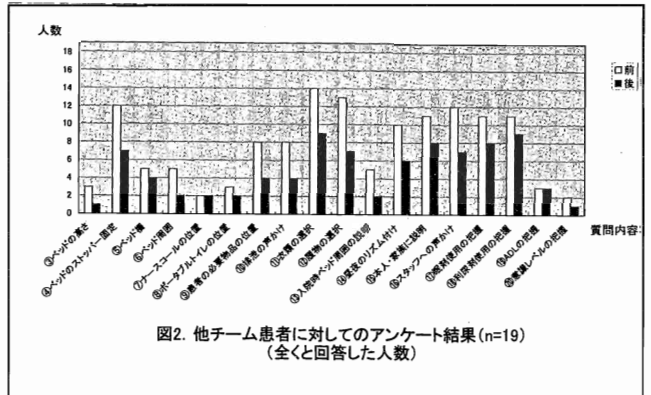
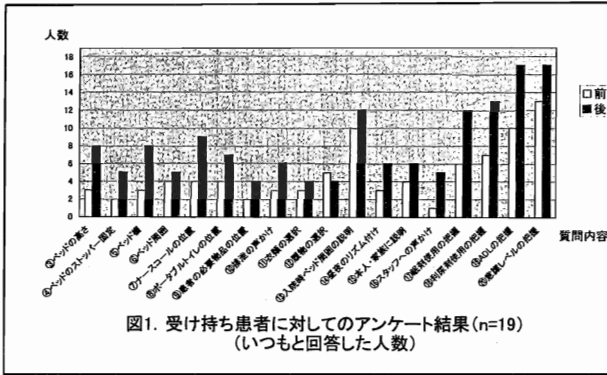
チェック項目	点数	/	/	/	/	/	/
①年齢65歳以上	2						
②意識障害・せん妄・痴呆がある。	5						
③麻痺がある。	5						
④移動に介助を要する。	4						
⑤補助器具(杖、車椅子、器具など)使用中	3						
⑥腹水貯留している。	2						
⑦浮腫がある。	2						
⑧頻尿(利尿剤使用中含む)	1						
⑨栄養状態不良(TP正常以下)	1						
⑩睡眠剤、向精神薬使用中	1						
⑪めまい、立ちくらみなどの症状がある。	2						
⑫視力障害がある。	1						
⑬聴力障害がある。	1						
⑭発熱がある。	1						
⑮麻薬使用中	2						
⑯ルート類・各種ドレーンが挿入されている。	3						
⑰リハビリ中	2						
⑱今回入院中に転倒・転落経験がある。	4						
⑲何事も自分でやろうとする。	2						
㉑ベッド生活が初めてである。	1						
合計点	45						
危険度							
サイン							

危険度評価: <危険度 I >1~10点 <危険度 II >11~45点

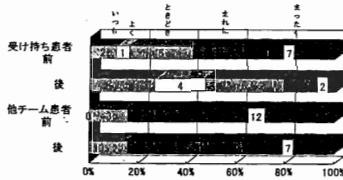
転倒・転落事故の有無 有・無
 (研究者記入)

表3. 転倒・転落防止に向けての観察ポイント

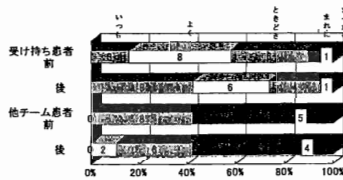
- ・ 訪室時ベッドの高さを確認する。
- ・ 訪室時ベッドのストッパー固定を確認する。
- ・ 訪室時ベッド柵の有無・位置・個数を確認する。
- ・ 訪室時ナースコールの適切な位置を確認する。
- ・ 訪室時ポータブルトイレの適切な位置を確認する。
- ・ 訪室時患者の身の回り、床頭台に必要なものがあるか確認する。
- ・ 排泄パターンに合った誘導・声かけを行なう。
- ・ 適切な衣類の選択・指導を行なう。
- ・ 適切な履物の選択・指導を行なう。
- ・ 入院時ベッド周囲の物品・装置・ナースコールなどの説明を行なう。
- ・ 日中の離床を促し、昼夜のリズムをつけるよう促す。
- ・ 本人・家族に転倒・転落の危険を理解してもらうよう説明する。
- ・ スタッフ全員に転倒・転落の危険がある患者を把握してもらえるよう声かけする。



質問4. 訪室時、ベッドのストッパー固定を確認していますか？



質問5. 訪室時、ベッド欄の有無・位置・個数を確認していますか？



質問16. スタッフ全員に転倒・転落の危険がある患者を把握してもらるように声をかけていますか？

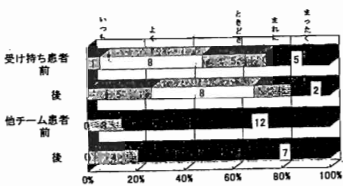


図3. アンケート結果 n=19人