

大杉 博美 松本美智代 久保 和子

徳島赤十字病院 2号棟5階

要旨

転倒転落事故は、療養上のケアにおける責任であり、適切なアセスメントをすることで、転倒を予測し、未然に防ぐことができると言われている。当院においても、より適切なアセスメントをすることを目的とし、平成12年より、アセスメントスコアシートを活用しているが、転倒は依然減少傾向に至らず、常に報告されていた。そこで、現在施行している転倒防止対策を評価する為にスコアシートを用いた転倒発生状況を調査した。その結果、次のことが分かった。

1. 当病棟の転倒の危険度が高いこと。
2. 転倒の要因は排泄行動が最も多く、半介助の段階が一番事故を起こしやすいこと。
3. 危険度を把握することで、事故発生率が4%以下に抑えられたこと。

以上のことにより、転倒を予防する上でスコアシートが有効であったことが立証され、今後の転倒防止対策の手掛かりとなった。

キーワード：アセスメントスコアシート、転倒転落、防止対策、排泄行動

はじめに

転倒転落事故（以下、転倒と略す）は、療養上のケアにおける責任である。川島¹⁾は、「転倒を予防するものさしを看護婦自身がもち、先手の看護を実践することが大切である。」また、「適切なアセスメントをすることで、転倒を予測し、未然に防ぐことができる。」と、述べている。当院においても、より適切なアセスメントをすることを目的とし、平成12年より、アセスメントスコアシート（以下、スコアシートと略す）を活用しているが、転倒は依然減少傾向に至らず、常に報告されている。今回、看護目標を評価する為、スコアシートを用いた転倒発生状況を調査したところ、スコアシートの有効性が立証され、転倒防止に対するスタッフの真剣な取り組みが読み取れたのでここに報告する。

目的および方法

研究目的：スコアシートを使用することが転倒を予防する上で、有効であることを明確にし、今後の転倒防止への手掛かりとする。

研究方法：

- 1) 期間 H13. 4. 1～H13. 12. 31
- 2) 対象 上記期間中、当病棟に入院した患者135名（若干名スコアシートのチェックもれ者除く）
- 3) 方法 ・入院、転入時にチェックしたスコアシート（表1）の統計と分析

表1 アセスメントスコアシート

分類	特徴	評価スコア	患者評価		
年齢	71歳以上 4歳以下	2			
理解度	やや悪い 悪い	2			
意識	やや混濁 混濁	2			
麻痺	有り	2			
ADL	要介助 (車椅子 杖 歩行器)	4			
眠剤・鎮痛剤の使用	有り	2			
柵	無し	1			
排泄	トイレ要介助 (ポータブルトイレ使用など)	4			
			合計		
			危険度		

【危険度と評価スコアの合計】

危険度 I	(0～5点)	転倒転落を起こす可能性あり
危険度 II	(6～15点)	転倒転落を起こしやすい
危険度 III	(16点以上)	転倒転落をよく起こす

・転倒があれば、その時刻と場所、リスク状況と転倒時の状況をスコアシートの余白に記載しておく。

結 果

1) 当病棟における患者全体の評価スコア(図1)は、ADL 要介助の割合が最も高く、135名中73名、排泄が59名、理解度が56名、麻痺が50名、年齢が49名であった。

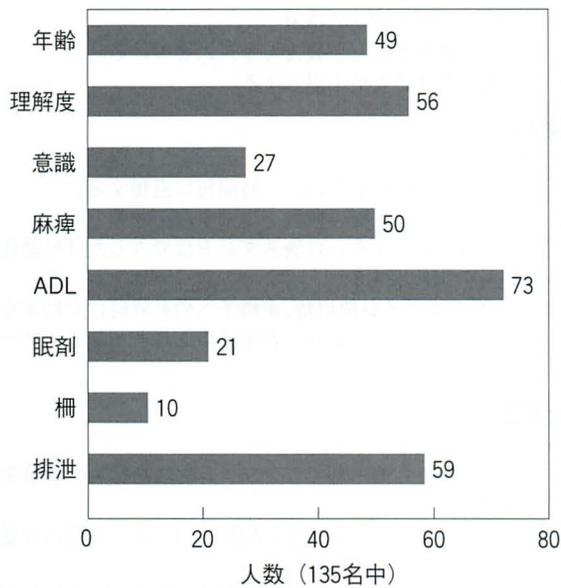


図1 患者全体の評価スコア

2) 患者全体を危険度で分類すると(図2)、危険度Ⅰは36%、危険度Ⅱは50%、危険度Ⅲは14%であった。

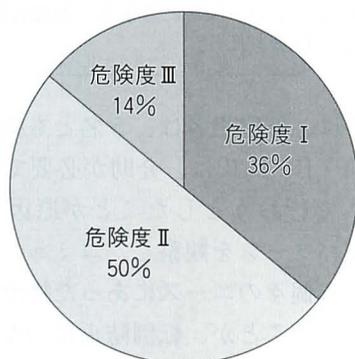


図2 患者全体のスコア分布

3) 期間中の転倒患者は、135名中5名であり、事故発生率は、4%以下であった。また、5名とも大事には至らなかった。転倒者を危険度で分類すると(図3)、危険度Ⅰは0%、危険度Ⅱは20%、危険度Ⅲは80%

であった。

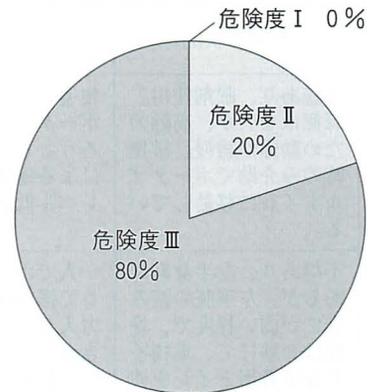


図3 転倒患者のスコア分布

4) 転倒患者の評価スコア(図4)では、5名とも排泄がリスクに挙がっており、うちA・B・D氏は転倒の原因が排泄行動であった。(図5、表1)

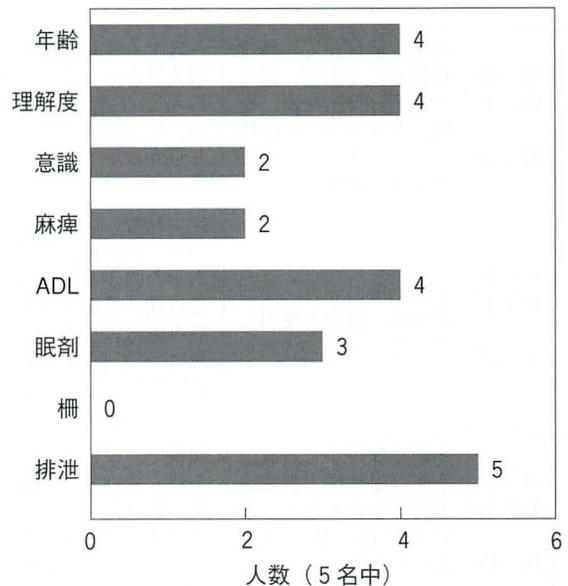


図4 転倒患者の評価スコア

	A	B	C	D	E
年齢	*		*	*	*
理解度	*	*	*	*	
意識	*	*			
麻痺		*	*		
ADL	*	*	*	*	
眠剤	*	*		*	
柵					
排泄	*	*	*	*	*

図5 転倒患者のリスク状況

表2 転倒患者の転倒の状況

症例	場所時刻	リスク状況	転倒時の状況
A	ベッドサイド 24:00	不穏あり、眠剤使用。麻痺はないが、高齢のため動作が緩慢。排便時のみ介助でポータブルトイレに移動している。	便意があり、一人でポータブルトイレに移ろうとして転倒。打撲による疼痛なし、意識レベル低下無し。
B	ベッドサイド 13:53	不穏あり、左半身麻痺があるが、左下肢の踏み立てが弱い程度で、昼間は介助にて、車椅子で身障者用トイレを使用して夜間は、ポータブルトイレを使用。	一人でポータブルトイレで排便後、左下肢に力入らず、方向転換できず、バランスを崩し、転倒。肩を打撲するも問題なし。
C	ベッドサイド 18:50	左上腕骨折あり、三角巾使用中。理解力や悪く、左半身麻痺有り、左下肢力入りにくく、介助で車椅子移動している。	妻が付き添い、歩く練習をしようと思って転倒。左肩打撲したが、腫脹疼痛共に増強なく、骨折部の憎悪もみられなかった。
D	病棟廊下 22:50	病棟内歩行許可。精神科指示にて眠剤、抗うつ剤使用中の為、夜間、トイレに歩行時は、ナースコール使用するよう指導。	一人でトイレ歩行中、尿失禁あり、自分の尿に滑って転倒。または、転倒後尿失禁。どちらかは不明。臀部打撲。
	ベッドサイド 1:05	上記転倒の翌日、夜間排尿は、尿器を使用していた。	尿失禁後、尿に滑ったのか、転倒後、失禁があったのか不明。後頭部打撲。受傷時呼名・痛み刺激に返答なかったがすぐ回復。頭部CT異常なし。後頭部痛すぐ治まる。
E	ベッドサイド 16:45	安制度制限なし。原因不明の痙攣様、意識消失発作を時々起こしていたがDr.の様子みて良いとの指示。	端座で、コーヒー牛乳を飲んでいて、意識消失。腹臥位になっている所を発見。すぐ呼名に返答あり、特に打撲部位はなかった。

表3 転倒・転落事故防止対策

<p>危険度Ⅰ</p> <ol style="list-style-type: none"> 朝の環境整備、21時巡視時、および訪室時、以下をチェックする。 <ul style="list-style-type: none"> ・ベッドの高さ（昇降時には支障はないか） ・ストッパー固定の確認 ・ベッド柵の確認（21時には必ずつける） ・ベッド周囲の整理整頓（障害物をのける） ・ナースコール、ポータブルトイレが適切な位置にあるか ・点滴、各ライン類等、整理整頓されているか 廊下、病室に水滴が落ちていれば速やかに拭く。 インターフォンには素早く対応し、ベッドサイドまで足を運ぶ。 適切な衣類と履物の指導。 日中の離床を促し、昼夜のリズムをつける。 眠剤使用は必要最小限とする。 <p>危険度Ⅱ</p> <p>～危険度Ⅰに加えて～</p> <ol style="list-style-type: none"> 眠剤、鎮痛剤使用後は、一時間毎に巡視する。 必要時、ベッド柵の個数を増やす。 オーバーテーブル、点滴スタンドはできるだけ可動性のないものを使用する。 ポータブルトイレ使用時、車椅子への昇降時は介助する。 ポータブルトイレより、安定感のあるトイレチェアを使用する。 <p>危険度Ⅲ</p> <p>～危険度Ⅱに加えて～</p> <ol style="list-style-type: none"> 医師を含めたチームでカンファレンスを行い、対策を検討する。 ナースステーションに近い観察の目が届く部屋に変更する。 ベッド周囲にマットや枕等で打撲のショックを和らげる工夫をする。 ベッド柵を患者が外さないよう頻回に観察し、必要時ベッドに紐で固定する。 必要時、抑制帯を使用する。 必要時、ベッドを外し、マットレスを床に敷く。 家族の理解と協力が得られるよう、転倒転落防止対策について説明と指導を行う。
--

考 察

結果1)より、この評価スコアは、リスク状況を示し、当病棟の入院患者の多くが脳神経疾患を有する為、これらの項目が上位を占めたと理解できる。

結果2)より、当病棟においては、転倒事故を起こしやすい状況であることが明らかである。

結果3)より、転倒患者は、5名ともハイリスク状況にあり、転倒を未然に防ぐことは出来なかったが、転倒防止対策(表3)により、大きな事故を防ぐことが出来たと考えられる。

結果4)では、転倒患者は、5名とも排泄に介助を要し、うちA・B・D氏は、介助が必要であるにも関わらず、一人で行おうとしたことが原因となっている。常に行動パターンを観察し、コミュニケーションを十分にとって個々のニーズにあった排泄パターンと一緒に考えていくことが、転倒防止につながると思われる。これは、スコアシートの間接評価を、必要時行うことで遂行される。

スコアシートは、転倒要因や危険度を点数化することで患者の危険度をより客観的に分析でき、個々のリスクを速やかに把握することに役立つ。また、カンファレンスに用いることで、スタッフの事故に対する認識

の高さとアセスメント能力を同じ水準に近づけるのにも効果的であるといえる。

ま と め

- ・本研究において、スコアシートの有効性は、立証された。
- ・当病棟の転倒の危険度は、高いことが分かった。
- ・患者全体の危険度が高いにも関わらず、事故発生率を4%以下に抑えることが出来た。
- ・転倒要因は、排泄行動が最も多く、半介助の段階が、一番事故を起こしやすい。

おわりに

今回は、年間看護目標の評価をするため、この調査に取り組んだが、転倒防止は、チームとしてどう予測し、予防するかが鍵であることを再認識することがで

きた。今後は、スコアシートをカンファレンスに生かし、中間評価を行うことで、患者のニーズや行動パターンに合った個別性のある対策を考えていきたい。

文 献

- 1) 川島和代：高齢者の転倒を防ぐためのナースの判断過程. エキスパートナース 12:28, 1996
- 2) 植原美恵：転倒・転落事故. 月刊ナーシング 20:92-102, 2000
- 3) 塩路有里, 他：脳神経外科病棟の取り組み. BRAIN NURSING 17:72-75, 2001
- 4) 中西洋子：脳神経外科・神経内科病棟の取り組み. BRAIN NURSING 17:94-97, 2001
- 5) 渡辺 睦：リハビリテーション病棟の取り組み. BRAIN NURSING 17:90-93, 2001
- 6) 砂川佳子, 他：安全対策委員会の取り組み. BRAIN NURSING 18:89-93, 2002

Attempt at Effective Fall Prevention Using an Assessment Score Sheet

Hiromi OHSUGI, Michiyo MATSUMOTO, Kazuko KUBO

2-5 th Floor, Nursing Stuffs, Tokushima Red Cross Hospital

Caregivers are responsible for accidental falls or tumbles of patients under treatment, and patient falls in the hospital can be predicted or prevented by appropriate assessment. In our hospital, we have been using an assessment sheet since 2000 to perform more appropriate assessment. However, the frequency of patient falls in the hospital is still high, and falls have repeatedly been reported during the past 2 years. Therefore, we investigated the situation of patient falls in the hospital using a score sheet to evaluate the current method of fall prevention. Consequently, the following findings were obtained.

1. The risk of patient falls is high in our ward;
2. Excretory behavior was the highest risk factor for accidental falls, and such accidents most commonly occurred in patients who required partial assistance;
3. The frequency of accidental falls was decreased to less than 4% by increased understanding of the potential risk.

These findings suggest that the use of a score sheet is useful for preventing patient falls in the hospital, and provides a clue preventing accidental falls in the future.

Key words: assessment score sheets, accidental falls or tumbles, method of prevention, excretory behavior

Tokushima Red Cross Hospital Medical Journal 8:142-145, 2003