

転倒・転落を繰り返す患者の看護

—認識力が低下している患者の事例を通して

3階西病棟

○ 窪田 真子 岩崎 眞代 小橋 利恵 中筋 真紀子
山岡 和子 宮本 素世 西村 八栄 富賀見 早智子
藤本 洋子 川村 美奈子

キーワード：転倒・転落アセスメントスコアシート、認識力の低下、SHEL法

I. はじめに

当院では「転倒・転落アセスメントスコアシート」（以後、スコアシートとする）を活用して患者の状態を把握し、看護度を判定し、受け持ち看護師が介入方法を立案している。しかし、認識力が低下している患者などハイリスクな条件の患者は看護介入を試みても、ほとんど理解しておらず、セルフマネジメントを期待することは困難な現状がある。川村¹⁾は「看護師介入していない行動、すなわち看護師がみていない場所での転倒・転落が全体の3/4を占めている」と述べている。当病棟でも、絶えず患者を看視していなければ事故防止対策が遂行できず、転倒・転落を繰り返してしまう傾向がみられる。

経験年数・知識に差があっても、常に同レベルの看護援助を提供していかなければならないという点で我々看護師が、患者にどのように看護介入していくかは、看護上大きな課題となる。

A氏は、様々な要因を有し、転倒・転落を繰り返した患者である。当病棟における転倒・転落予防対策を明らかにする事を目的に、A氏の転倒・転落インシデントレポート4件を振り返る。

II. 研究の目的

転倒・転落を繰り返す一患者の援助を振り返り、チーム全体で看護師が同レベルの共通認識を持ち、援助できる事故防止対策について再検討する。

III. 研究方法

1. 研究期間：平成16年7月1日～平成16年9月30日
2. 研究方法：4件のインシデントレポート・入院中のカルテから情報を抽出し、不十分な情報は当事者からSHEL法に沿って、半構成的にインタビューを行った。
3. データ分析法：SHEL法（ひまわりシェル使用）
今回、A氏の転倒・転落のインシデントレポート4件をもとに、それらの状況を振り返り、ひまわりシェルモデルを使用して、転倒・転落の予防策に対する再検討を行った。S（ソフト）・H（ハード）・E（環境）・L（当事者以外）・L（当事者）の5つに当てはまる全ての要因をあげ、それぞれの要因に認知・分析・対策をあげた。（以後、S・H・E・L・Lで表すこととする）

IV. 患者紹介

患者：A氏 78歳 男性

診断名：慢性硬膜下血腫・糖尿病・ネフローゼ症候群・心不全・痴呆

現病歴：平成16年5月8日、左上下肢の麻痺・意味不明な発言（意識レベルJCS-20）が見られたため、他院を受診し、右慢性硬膜下血腫と診断される。5月17日当院へ入院。同日、右穿頭血腫洗浄術を施行。術後は、意識レベルJCS I-3と改善し、左上下肢の麻痺も軽減する。

患者の背景：以前は写真屋をしていたが、現在は無職。性格は頑固・短気である。家族とは折り合いが悪く独居生活の状態である。

V. 倫理的配慮

1. 個人の情報は研究のメンバーのみで共有し、インシデントレポート・個人の情報は研究以外の目的では使用しない。
2. 情報は外部に漏らさないようにし、プライバシーを尊重し、対象者が研究により不利益を生じないように配慮する。

VI. 結果 (表1)

4事例のインシデントレポート・入院中のカルテをSHEL法で分析した結果は次の通りである。

1事例目 5月21日 11時50分 当事者:経験年数2ヶ月

<事故起点>

点滴治療中であつたが、排泄をしようとして、ベッドサイドにしゃがみこんでいた。マットコールは鳴らなかつた。

<認知及び分析の要約>

スタッフは転倒・転落を起こす危険が高いと認知していたが、指標となるものがなく、患者を把握しきれなかつた。体動コールを設置しており、ベッド周囲の環境整備は出来ていると安心してしまい、点検をする等の行為も怠つた。スタッフの人数は、休憩中であつたため、人数が少なく忙しかつた。当事者は、他にも転倒のリスクが高い患者を受け持つており、また手術患者の迎えの為に不在であつた。

2事例目 5月25日 21時15分 当事者:経験年数24年

<事故起点>

ナースステーションから患者を就床させようとして掃室した際、ガーゼ交換の必要性に気づき消毒物品をナースステーションに取りに行った。物品を準備し、病室へ戻ろうとした際、他看護師に呼び止められ、話している間に、床に寝衣に包まって座り込んでいた。何をしようとしていたのか問いかけたが返答はなく、事故起点は不明であつた。

<認知及び分析の要約>

患者に臥床しているよう説明すると「はい」と返事があつた。「大丈夫であろう」と油断し、すぐに病室に戻るつもりで左足元側のベッド柵を外したまま、マットコールもオフのまま病室を出た。不意に呼び止められる事は予測出来ず、会話を中断させることが出来なかつた。

3事例目 5月26日 6時15分 当事者:経験年数19年

<事故起点>

「おきようとして」とベッド柵を落としその上に座っていた。

<認知及び分析の要約>

5分前に訪室した時にも、患者が「起きようとして」と言っていたため、検温の時間で焦る気持ちもあり、もう少し寝ておくように説明した。その時、患者が入眠する様子を見せたため、一度訪室している油断もあつて、患者の行動が予測できなかつた。他の看護師も検温時間であり忙しかつた。

4事例目 5月31日 8時25分 当事者:経験年数3年

<事故起点>

排泄しようとして、ベッド柵を乗り越えて転倒。

<認知及び分析の要約>

何度も便意の訴えがあり、ポータブルトイレに座らせる等の対応をしていたが排便はなかつた。その日受け持ちの看護師は、深夜の申し送り前、手術室への患者搬送、ナースコールへの対応等で忙しく、他の看護師も対応した。その際、繰り返し排便がなかつた事から、患者の訴えがはっきりしないと判断し、オムツもしていた為、ポータブルトイレに移動させず、テレビで気を紛らわそうとした。深夜帯の看護師はそれぞれ、重症患者を多く受け持ち、介助や観察に時間を取られ、他の看護師に声かけすることもできなかつた。

これらの4事例より「対策」を考えると以下のようなことがわかった。1事例目からは、①スコアシートの、「機能障害」、「活動領域」、「認識力」の特徴の項目を詳細にアセスメントする。②使用している機器の点検を定期的実施する。③転倒のリスクの高い患者に対し、ルート類が体動時の妨げになりやすいことを考え、医師と相談し整理する。2事例目からは、①短時間でも患者の側を離れるときは、体動コールをオンにする。②ケア中は行動途中の動きを中断させない。2・4事例目からは、①ナースコールの使用方法など、認識力が低下している患者には、その都度分かりやすい言葉で説明し、患者が理解できているか、確認しながら行う。②1つの場面において、お互いに自分の状況を伝え合い、お互いが優先順位を正しく判断し行動する。1・2・3事例目からは、①他のスタッフにも協力してもらえ体制づくりをする。そして全ての事例から共通することは①患者にゆとりをもって接し、訴えにはすぐに対応する。②インシデント発生時刻は検温・手術搬出時・昼休みの時間・消灯時間など、病棟の業務で多忙な時間帯に起こっている為、業務を整理する必要がある。

VII. 考察

千野²⁾は『療養上の世話』の過程で起こった事故の原因・誘因の1位は『すべき事をしなかった』、2位が『患者の把握不足』、3位が『安易な判断』で、上位3位までで転倒の3分の2を占めている」と述べている。

認識力が低下している患者は、訴えが曖昧であり、患者のノードが捉え難い上に、看護師側の説明も理解しているのか判断しにくい状態である。多忙な業務の中では、さらに看護師の判断や対応に誤りが生じやすい為、優先順位を考慮して行動する必要がある。また、可能な限り家族からの情報収集を行ない、関わりを持つなど協力を得ることで患者の安心感や理解に繋げていく事が必要である。

院内のスコアシートで評価し、「転倒・転落危険防止対策」を実施しても、認識力が低下している患者の転倒・転落事故は完全に予防できていない現状がある。全員の看護師がA氏は転倒・転落の危険はあると認識していたと思われる。しかし、転倒・転落防止策を実施していながらも、看護師の患者の捉え方が統一されていなかったのではないかと考えられた。スコアシートを使用する上で、当病棟での患者の状態をより把握する為には、機能障害、活動領域、認識力の項目が重要と考えた。

認識力が低下している患者にとって点滴等のルート類は、治療上必要であると言う事が理解されていない為、身体を拘束するものにすぎない存在となっている。そのため積極的に医師に働きかけ、ルート類は早期に整理することも必要であると考えた。

重症患者はモニター等で観察ができるが、転倒・転落の危険が高い患者は、例えば体動コールを使用しているても、その作動と共に転落してしまうことが多い。そのような患者は看護師の視覚、聴覚からモニターしやすい病室へ移すことが望ましいと思われる。

認識力が低下している患者が常に入院している当病棟では、患者の状況によりベッド柵の数、体動コールなどの使用は、その時々で判断する必要がある。ナースコール、体動コール等の機器は日頃から点検を怠らず、使用中は病室を離れる際に必ず作動することを確認する習慣をつけることが重要である。

研究当初、病棟は重症度の高い患者や介助を要する患者が多く、一人の看護師にかかる負担が大きかった。新人看護師への指導の時期でもあり、余裕をもって患者に接することができない状況となっていた。又、転倒・転落の起きた時間帯は、看護師の人数も少ない時間帯であることが重要な要因である。川島³⁾は「生活している場では、物事や行事があつたりして全体が騒然としているような日や、家族の不在時、看護・介護職員の少ない日や時間帯、あるいは多忙時に転倒が起こりやすい。」と述べている。現在の業務分担では同時期に業務が重なり、他の看護師に依頼することも困難な場合もある。認識力が低下している患者を看っていく場合、多忙な業務の中でこそ、医師を含めスタッフ全員が意識して患者を看っていく姿勢が重要である。

VIII. まとめ

1. 転倒・転落防止対策を実施する際、スコアシートを参考に看護計画を立案するが、認識力が低下している患者の場合、「機能障害」、「活動領域」、「認識力」の特徴の項目を具体的に表示し把握する。
2. 認識力が低下している患者に対しては、医師に相談し、ルート類の整理や投与時間等を考慮する。又どうしても必要な場合はルートが患者から見えないような工夫が必要である。
3. 患者を取り巻くスタッフの焦りは、患者自身の不安や焦りを呼ぶことを考慮し、多忙な業務の中でこそ、

落ち着いた気持ちで接することを忘れないように心がける。

4. 認識力が低下している患者を把握・理解するために、家族と情報・看護介入を共有する。そのことで家族との連帯感を築くことができ、患者は安心感を得ることができる。
5. 転倒・転落事故にかかわった看護師が、経験年数に関係ないことから考えると、ベテラン看護師が起こしがちな「大丈夫だろう」という思い込みと、繰り返す患者の訴えに慣れてしまう事による過小評価がないように患者に接する事が重要となる。
6. 患者の行動は予測できないことを念頭におき、あらゆる行動を考えて対処する。又、常に環境は整えておく必要がある。例えば、視野内にポータブルトイレなどがあれば一人でベッドより降りて使用する危険度が増えると考え、部屋の中に置かないことが良いであろう。
7. 転倒・転落事故の防止には、ハード面の活用が大きく影響する。患者に合ったベッドを選択し、高さの調節や柵の取り付けを忘れないようにする。又、機器・器具を使用する際は、使用中の点検を怠らない。同時にそれらに頼りすぎることなく看護師の頻回の看視を忘れない。

ハード要因が事故を予防するウエイトが大きいことから、ME機器のような中央管理の必要性を痛感した。そのことは、メンテナンスが充実することや、各病棟が必要時すばやく使用する事が出来るようになり事故を減少させるのではないかと考える。

IX. おわりに

今回の事例ではプライマリーナースが一番患者を受け持つ回数が多いにもかかわらず、転倒転落には関わっていなかった。プライマリーナースに理由を聞いたところ、例えば、A氏が「寝る」と言ったらすぐ臥床させ、「起きる」といったら、すぐに車椅子に乗せる等、これらの事を繰り返す訴えがあっても、全てに対応している事が分かった。患者を受容しようとする態度が患者のニーズを満たし、事故を防ぐ事につながっていたと考える。

患者に物的にも人的にも安定した空間を提供することが、ひいては転倒転落を防ぐ鍵となることがわかった。その為にはスコアシートの情報収集の充実、それからより具体的に立てられる対策を導くことのできるツール作り、スタッフが患者を共通理解すること、常にチームで統一した対応が出来るようになるよう心がける事が必要となる。認知心理学者ジェームス・ギブソンが作り出した造語に“アフォーダンス”という言葉がある。無意識下のもとで環境が私たちに与える価値のある情報という意味が含まれている。私たちが患者に与える環境が強制するものでなく、患者の無意識下で転倒転落予防対策となるものであること、もちろん患者の生活リズムが乱れることのないよう、危険が及ぶことがないよう意識下にも働きかけて今回の研究にアフォーダンスを加味しながら今後も転倒転落予防に努めたい。

引用・参考文献

- 1) 川村治子：転倒・転落、ヒヤリハット11,000事例によるエラーマップ完全本，医学書院，2003.
- 2) 千野良子：転倒患者の見直しから、防止のために何をどう変えたか，EXPERT NURSE，12(7)，36-40，1996.
- 3) 川島和代：高齢者の転倒を防ぐためのナースの判断過程，EXPERT NURSE，12(7)，28-31，1996.
- 4) 佐々木正人：アフォーダンス - 新しい認知の理論，岩波書店，1995.
- 5) 高橋知子他：多様な背景要因から転倒・転落を予測する，Nursing Today，8，20-25，2000.
- 6) 七田恵子：痴呆患者への理解を深めるために，月刊ナーシング，22(8)，16-28，2002.
- 7) 江藤真紀：いま“転倒転落”が注目されている理由，月刊ナーシング，21(6)，18-23，2001.
- 8) 高柳和江：よく分かる患者安全管理，日総研出版，2003.