

転倒・転落事故予防のためのアセスメントスコアシートの活用実態

山本かよ, 江川幸二, 吉永喜久恵, 北川恵, 大釜徳政,
山本喜代子*, 井上薫*, 藤田京子*,

神戸市看護大学, *西神戸医療センター

キーワード: 転倒転落事故, アセスメントスコアシート, 活用実態, 安全管理

Practical Use of Assessment Score Sheet to Prevent Accidental Falls

Kayo YAMAMOTO, Koji EGAWA, Kikue YOSHINAGA, Megumi KITAGAWA,
Kiyoko YAMAMOTO*, Kaoru INOUE*, Kyoko FUJITA*

Kobe City College Of Nursing, *Nishi-Kobe Medical Center

Key words: accidental falls, assessment score sheet, practical use of assessment score sheet, safety management

I. はじめに

平成 11 年度厚生科学研究医療リスクマネジメント構築に関する研究班で収集された看護のヒヤリ・ハット事例 11,148 件の中で, 転倒・転落に関する事例は 1,754 件 (15.7%) であった。これは, 注射・点滴・IVH などに関するヒヤリ・ハット事例に次いで多く (高橋他, 2000), 入院中の患者にとって転倒・転落事故は, 日常生活動作の拡大や看護者との信頼関係に影響を与える (山口他, 2002)。なかでも高齢者は, 転倒・転落事故によって大腿骨骨折を合併しやすく, 寝たきりの大きな原因につながる可能性が高い。そのため, 今後さらに加速する高齢社会において, 日常生活の支援に携わる看護師が患者の転倒・転落事故をいかに防止するかは, 重要な課題であるといえよう。

本邦における転倒・転落事故予防に関する研究は, 過去の転倒・転落事例を分析し, 実行可能な防止策を考察したもの (高橋他, 2000; 川村, 2003; 高井他, 2000), 転倒・転落事故を起こしやすい特性・要因項目を入院時にアセスメントし, 危険度を数値によって示すことで, 事故防止を図ることを目的としたアセスメントスコアシート (以下スコアシート) の作成 (相澤他, 2001) やその活用状況に関する調査, 改善策を検討したもの (篠, 2000; 馬上他, 2002) が大半であった。転倒・転落事故を予防するためには, 看護師が転

倒・転落の危険度をアセスメントし, ケアプランを立て, 転倒・転落事故予防の看護ケアを実践することが重要である。しかし, 看護師がどのようにスコアシートを活用し, 転倒・転落事故予防の看護ケアプランに反映させているのか, その実態について研究されたものは見当たらない。

スコアシートが転倒・転落予防の看護ケアプランにどのように反映されているのかを明らかにすることは, 現行のスコアシートの見直しや転倒・転落に対する看護師の予防行動を阻害している要因を検討する機会となり, 看護ケアの質向上, 転倒・転落事故の予防が期待できると考える。

そこで, 本研究では, 看護師が転倒・転落事故を防止するため, どのようにスコアシートを活用し, 転倒・転落予防の看護実践に反映させているのかを明らかにすることを目的とし, 今後の活用のあり方を検討する。

II. 研究方法

1. 対象者

A 県内の総合病院に所属する看護師とその看護師がケアに携わっている患者を対象者とした。対象施設における転倒・転落事故件数の中で, もっとも多く転倒・転落事故が発生した患者は, スコアシート (資料 1, 2) による転倒・転落の危険度がⅢの患者であった。よっ

て、本研究では、転倒・転落の危険度Ⅲの患者に研究への参加を依頼した。なお、本研究で用いたスコアシートは、日本看護協会看護業務基準集に掲載されている横浜市立病院が作成したスコアシートを参考に対象施設にて一部改変されたものである。

2. 調査期間

平成16年8月25日～平成17年2月1日

3. 調査方法

本研究では、参加観察法と半構成的面接法を用いた質的帰納的研究方法を用いた。

1) 参加観察法

研究者は、日勤帯に観察者という立場で看護師に同行した。看護師がスコアシートを活用して、転倒・転落の危険度Ⅲの患者に対し、どのような内容のケアを行い、転倒・転落事故を予防しているのかに注目して、ケア場面を観察した。また、看護師はどのような状況のときにスコアシートの再評価やケアプランの変更を行っているのかについても観察した。

2) 半構成的面接法

参加観察終了後、看護師にスコアシートをどのように活用しているのか、観察した場面から看護師が行っていた転倒・転落事故の予防につながるケアの理由やその時の思いなどについてインタビューを行った。

4. 分析方法

半構成的面接法、参加観察法で得られたデータを繰り返し読み、データの意味内容を解釈した。一つの意味をなす現象に適切であると考えられる名前をつけ、観察データ、インタビューデータから抽出された概念を比較検討した。同じ現象に属すると考えられる概念をグループ化し、その中心的意味を抽出してカテゴリーを見出した。

Ⅲ. 倫理的配慮

神戸市看護大学倫理委員会で承認を得た研究協力依頼書に基づき、研究参加者である看護師と患者・家族に対して研究の目的、方法、研究参加・途中辞退の自由、プライバシーの保護について文書で説明し、署名による研究参加の同意を得た。

Ⅳ. 結果

1. 対象者の概要

対象者は、表1に示すように看護師6名と患者4名(男性3名、女性1名)であった。看護師の年齢は平均26.3歳であり、経験年数は2年～11年であった。面接は、看護師1人に対して1～2回行い、平均15分であった。患者の年齢は57歳～81歳であり、平均年齢は68.5歳であった。

2. スコアシートの活用実態

参加観察法と面接法によって得られたデータを分析した結果、表2に示すように10のカテゴリーと具体的なスコアシートの活用状況を示す24のサブカテゴリーが抽出された。なお、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは< >で示す。データの引用は小文字を用いて表記し、データ末尾に看護師のケース番号を示す。

1) 【それぞれの看護師の考え方を優先させている】

患者の転倒・転落に対する危険度は、スコアシートを入院時に記載することで予見でき、危険度にあわせた対策や評価基準もスコアシートに記載されている。しかし、看護師は、<自分なりの基準で危険度を判断している><自分なりの基準で転倒防止対策をとっている>状況であり、スコアシートよりも各自の感性

表1 対象者の属性

看護師ID	看護師の年齢	経験年数
1	26歳	3年目
2	25歳	3年目
3	26歳	3年目
4	25歳	4年目
5	23歳	2年目
6	33歳	11年目

患者ID	患者の年齢	性別	主たる疾患	ADL	過去の転倒回数
A	81歳	男	前立腺がん	車椅子	3回
B	77歳	男	前立腺がん	床上	なし
C	59歳	男	腎不全	車椅子	1回
D	57歳	女	腎臓がん	床上	なし

表2 カテゴリー 一覧

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
【それぞれの看護師の考え方を優先させている】	<自分なりの基準で危険度を判断している>	・スコアシートの危険度よりも看護師の判断を優先させている ・看護師の感覚で危険度を判断している ・退院前は転倒に対する認識が甘くなる ・眠剤の内服は転倒の危険が高いと認識している ・転倒の因子があると注意が高まる ・ADLが上がってくると転倒しないか注意してみている ・すべての患者にスコアシートをつける必要性があるか疑問である ・日中の活動を見ることで夜間の転倒リスクを予測する ・危険な環境や患者の性格に注目している ・スコアシートの点数のつけ方に対して看護師間で統一されていない ・日中は転倒歴がある人や危険度2以上の人に対してスコアシートを活用している
	<自分なりの基準で転倒防止対策をとっている>	・まず患者の状況を見てスコアシートの対策が妥当かどうかをみる ・転倒を予防するためスリッパやルートの長さ、点滴棒が当たらないようスペースが確保できているかなどに注目している ・患者が勝手に動かないよう欲求を満たすよう働きかけている ・1人でポータブルトイレに移らないよう、ポータブルトイレの位置を離している ・患者の看護師に対する遠慮から生じる転倒は避けたい ・スコアシートの評価はできていないが、患者の状況にあわせた予防対策は行っている ・セデーション中の患者に対しては転倒の危険性と仕事のしやすさをあわせた対策をとっている
【患者の気持ちを優先させる】	<患者の要望を重視する>	・スコアシートよりも患者の要望を優先してしまう ・予防対策は患者の意向を重視しがちになる
	<患者の自尊心を傷つけない>	・患者の自尊心を傷つけないため転倒したことを意識させたくないという思いがある ・患者の自尊心を考慮するとストレートに危険性を注意できない ・転倒を予防しすぎることへの嫌悪感
【評価システムが定着していない】	<基準どおりに評価している>	・排尿行動が始まる時などは再評価の指標になっている ・第一歩行をした後、転倒した翌日、点滴やバルンを抜去したとき、部屋移動したときを評価の目安としている ・リハビリ開始は危険度の再評価基準になる
	<看護師の感性でスコアシートを評価するかどうかを決めている>	・看護師の感覚で評価している(評価したりしなかったり) ・患者の状況(の変化)にあわせて再評価する ・患者の状況にあわせて転倒対策を変更している ・転倒がなければ再評価しない ・患者全員に対して再評価はしていない ・再評価の基準は看護師の感覚でおこなっている(基準があいまい)
	<評価が浸透していない>	・スコアシートの評価が浸透していない ・再評価が浸透していないのはスタッフの転倒予防に対する意識の甘さや予測性が弱いから
	<評価のタイミングがつかみにくい>	・泌尿器科はどのタイミングで評価して良いか難しい
	<評価方法の理解不足がある>	・評価のしくみがわかっていない
【スコアシートは有効である】	<看護師の危険性の認識に役立つ>	・スコアシートは転倒予防の意識づけになっている ・自分の責任になるため転倒に対する意識が強くなった ・スコアシートがあることで転倒予防の意識づけが高くなり、転倒に対する対応も早くなった ・点数化することで意識が高まっている ・入院時にスコアシートをつけることは転倒予防に対する意識づけになる
	<患者に転倒予防を意識してもらえらる>	・患者と一緒にスコアシートをつけているので患者にも転倒予防を意識してもらえらる
	<具体的な対策が明記してあるため役立つ>	・スコアシートによって対策が明確になりわかりやすくなった ・スコアシートは初心者看護師にとって、具体的な対策が明記してあるため役立つ
【患者の状態把握が不十分な場合、スコアシートを活用する】	<入院時に活用している>	・入院時は意識的にスコアシートを見ている ・入院時は一番注意してみている
	<初めての受け持つ時に活用している>	・患者の状態を把握していない場合、スコアシートを活用している ・初めて受け持つ患者はスコアシートを活用している ・患者の状態が把握できたら、毎回スコアシートを活用していない ・入院が長くなるとスコアシートは見なくなっている
	<患者の状態が変化した時に活用している>	・患者に変化があった場合、スコアシートを注意してみている ・転倒のリスクが高いと感じた患者(状況変化により)に対してはスコアシートの意識は高くなる ・(昼間のかかわりがわからないので)日中の評価に沿って夜間、予防策を実行する
【患者を見守る人の数が少ない場合、スコアシートを活用する】	<家族が側にいない場合は活用している>	・家族がいればスコアシートをあまり活用していない
	<夜間帯に活用している>	・夜間帯はスコアシートを注意してみる ・準夜帯にスコアシートを活用する
【決められたとおりに活用する】	<個性のある具体策を考えられない>	・(先輩のように)個性のある具体的な対策が思い浮かばない
	<アセスメント項目の意味付けがわからない>	・スコアシートのアセスメント項目について意味づけがわからないまま使用している
【どのように改善したらよいかわからない】		・スコアシートを改善したことで危険度の精度は増したが対策は変わっていない(が、どのように改善したらいいかわからない)
【効果的な転倒予防策を導き出すのは難しい】	<状況の変化に対応しきれない>	・患者の急な状況の変化に対応しきれない
	<患者の行動を予測することが難しい>	・看護師の思ってもいないようなことが転倒につながる ・患者の行動を意識的にとらえて予測することが大切である(内容は予測できなかったことが転倒につながったということから) ・転倒を予防するのは難しいが、予測をして予防策を考えることは楽しい ・予防策を具体的に導き出すのは難しい
	<環境対策以外の予防策は考えていない>	・患者のADLアップが転倒予防につながるという認識はない
【情報を共有することで転倒予防をより効果的にしている】	<カンファレンスを有効に活用している>	・予防対策はカンファレンスかスタッフ間で情報を交換した内容で決定している ・カンファレンスによって転倒対策が具体的になる ・患者の状況に変化があったらカンファレンスで再評価している
	<情報の共有化による意識付けを図っている>	・申し送りや情報共有化することが転倒の意識付けになっている

(直観)に基づいた危険度のアセスメントや対策, 評価を優先させていた。

(1) <自分なりの基準で危険度を判断している>

看護師は, スコアシートの危険度がⅡ以上のハイリスクな患者であっても, 日常生活動作が自立している, または, 過去に転倒した経験がない場合は, 看護師自身で危険度が低いと判断し, スコアシートをそれほど重視してはなかった。また, 眠剤の内服の有無やリハビリ開始などで ADL がアップしてきた患者, 落ち着きがない患者に対しては, それぞれの看護師が自分の感性に基づいて転倒・転落の危険が高いと認識していた。そして, 明らかに転倒・転落のリスクが低いであろうと考えられる若い患者へスコアシートをつけることに対して疑問を感じていた。このように, 看護師は, スコアシートの危険度よりも看護師それぞれの基準で患者の転倒・転落事故に対する危険度を予測していた。

なんか明らかに怪しそうな人は, (スコアシート) 見るし, スコアシートがなくても気をつけるけど, そんなに一まあ, 危険度Ⅱぐらいだけど, 自立してるしーとかってなったらあんまり毎回毎回絶対(スコアシートを)見直してるかって言われると, してないときもあります。(評価)しないといけないあーっとは思うんですけどね。なんとなく大丈夫かな? っていうのでたぶん評価されていない。入院のときは「あっ危険度Ⅱや」, とか「危険度Ⅲや」ってゆってたけど, 結局その人そんなに動かへんし, とか, キャラクター的に, なんか危険はないって思ったら, なんかその時点でちょっとやっぱ意識が薄れるじゃないですかあ。(看護師 1)

(2) <自分なりの基準で転倒防止対策をとっている>

臨床経験が豊富な看護師は, スコアシートに記載されている危険防止対策だけにとらわれず, 今までの経験に基づいた環境整備や患者の要求が満たされるよう先回りの看護を実施するなど, 患者の状況に合わせた自分なりの予防対策を実施していた。

足元のスリッパとか, 物とか, あとルートの長さとか, すごい気になります。例えば, 長いドレーン類とかであれば, (点滴) スタンドに, すってるようなときなんかはすごく気になって, ルートの工夫をというか, ちょっと, こすらないような固定をしたりとか。あとはスリッパの位置とか, あとスタンドであれば, 床頭台, オーバーテーブルがガチャガチャガチャガチャあたって, 押しながら行かなくていいようなスペースにこだわりますね。(看護師 6)

2) 【患者の気持ちを優先させる】

スコアシートの事故防止対策を患者に拒否された場合, 看護師は<患者の要望を重視する>関わり方を優先させており, 対策を実施していない状況であった。また, 患者が転倒してしまった際, 看護師は自信喪失につながるため, <患者の自尊心を傷つけない>という思いを抱き, ストレートに転倒の危険性を注意できない状況でもあった。このように看護師は, 患者の気持ちを優先させたかわりをしていった。

(1) <患者の要望を重視する>

看護師は, スコアシートに記載されているベッド周囲の環境整備対策を患者に実施しようと試みたが, 患者がその対策を拒否した場合, 患者の要望を優先し, 対策の実施を見合わせていた。

実際スコアシートに書いてても, 読書灯つけようとしたら, 「やっぱり, それもう明るいからつけんといてー」とかって言われたら, もうつけないままになっていたり, みんなスコアシートで確認するんじゃないかと, 本人がそうやって言うから・・・もうスコアシート優先っていうよりは, そっちのほう(患者の要望)に優先。(看護師 1)

(2) <患者の自尊心を傷つけない>

看護師は, 患者の自尊心を傷つけないという思いから, 患者が転倒してしまった際, その事実を患者に直接伝えていなかった。A 氏は退院を間近に控えていたが, すでに 2 回転倒事故をおこしていた。看護師が受け持つ前夜, トイレに行こうとした際, 足がふらつき, 3 回目の転倒事故が生じていた。

看護師が朝, A 氏の部屋を初めて訪室する。A 氏はベッドに横になっている。看護師が A 氏の左側に近づき点滴をつなげると, 「A さん, 痛みは大丈夫です? 痛いことはないですか? 昨日打ったとこで・・・覚えてない?」と尋ねる。「覚えてないことはない。ボケてしまったのかな? 情けないあー・・・。迷惑かけたなあー・・・」と A 氏が看護師に申しわけなさそうに答える。「睡眠剤飲んでるしね。私たちでも薬のんだらボーっとするしね。んー, 転倒したらおうちにも帰られなくなるしね。ちょっと気いつけなあかね。」とやさしく言う。(看護師 2)

この場面に対し, 看護師 2 は以下のように語っていた。3 回目だったし, たぶん, もうこれ以上こうしましょう, ああしょうっていうことで, 本人の自信, 退院に向けての, 自信喪失につながったりもすると思ったし, あんまり本人を責めるように言わないでおこうと思って, でもやっぱり, 注意してもらわないといけないことは注意してもら

わなきゃいけないことで、言わないといけないから、できるだけ会話の中で、軽く言おうと思って、本人のキャラクターも考えたらすごく真面目なほうですし、そんなにポケポケしてる方でも全然ないですし、そんなね、しっかりいわないといけないってことはないと思ったので、会話のなかで気をつけようねっていうことを言えたらいいなあって思って。(看護師2)

3) 【評価システムが定着していない】

スコアシートは、患者の状況が変化した場合、危険度の再評価を行うようになっていた。スコアシートには、リハビリを開始したとき、セデーションをかける時など再評価の指標となる基準が記載されている。看護師の中には、その<基準どおりに評価している>ものもいたが、多くの看護師はそれぞれの<看護師の感性でスコアシートを評価するかどうかを決めている>状況であり、スタッフ間で<評価が浸透していない>様子がかがえた。なかには、<評価のタイミングがつかみにくい><評価方法の理解不足がある>ため、評価方法自体を理解していない看護師もいた。このように、スコアシートの評価システムは確立しておらず、定着していない状況であった。以下に<看護師の感性でスコアシートを評価するかどうかを決めている>、<評価が浸透していない>について記す。

(1) <看護師の感性でスコアシートを評価するかどうかを決めている>

スコアシートの評価については、術後患者が第一歩行をした際やリハビリを開始した際など、評価基準が定められていた。しかし、現状ではそれぞれの看護師の判断で評価を行うかどうか決めており、転倒のリスクが高くなければ評価されないままであった。

(スコアシートの評価は) あんまりー。カルテに(評価)書いてたり、まあ、気の利く人だったら、スコアシートをなおすとか。するけど、大して危険はなさそうだなと思ったらまあいっかーって言う感じで。(看護師1)

その人を見て年齢、高齢だしちょっとふらついているから評価しとこうかなっていう程度でやってるので、全員にやってないから、それはどうなんだろうって思う。(看護師5)

(2) <評価が浸透していない>

スコアシートの評価基準は定めれていたが、意識していないと評価が行われていない状況であり、スタッフ間で浸透していなかった。

今ちょっとあんまり(評価)してないと思うんです。リーダーが申し送りのときにしっかりとってもらうということ

浸透して行くはずなんですけど。それがまあ、どっかで抜けてしまったりすると、評価したことすら知らなくてみたい。(看護師2)

4) 【スコアシートは有効である】

スコアシートを用いることにより、今まで漠然としていた患者の危険度は点数化される。そのため、スコアシートを記入することによって<看護師の危険性の認識に役立つ><患者に転倒予防を意識してもらえ>と看護師は感じており、転倒・転落事故の予防に対する意識を高めていた。また、スコアシートには危険度に合わせた予防対策が明記されているため、彼らは<具体的な対策が明記してあるため役立つ>と感じていた。このように、スコアシートの活用は、転倒・転落事故予防に有効であることがうかがえた。以下に<具体的な対策が明記してあるため役立つ>について記す。

<具体的な対策が明記してあるため役立つ>

経験の少ない初心者の看護師にとっては、自ら転倒・転落事故の予防対策を考え実践することは困難である。スコアシートには、患者の危険度に合わせた具体的な予防対策が記載されているため役立っていた。

転倒対策を考えてって言われてもどういうふうなことをしたらいいのかが、いまいちわからなかったんですけども、あれ(スコアシート)全部ね、(ベッドを)壁寄せるとか、書いてあるじゃないですか、だから多分、じゃあこういう対策法とかがあるんだっていうのがわかるっていうか、環境整備とかもどうしていいのかも全くわからなかったけど、あれがあれば、じゃあこの人はこうしていける..何か、方向性じゃないけど...わかるからいいかなって思います。(看護師5)

5) 【患者の状態把握が不十分な場合、スコアシートを活用する】

看護師らは、スコアシートを患者の日常生活行動の把握が不十分なく入院時に活用している<初めての受け持つ時に活用している><患者の状態が変化した時に活用している>状況であった。その一方で、入院が長くなり、状況が安定した患者に対しては、ある程度患者の状況を把握できた時点でスコアシートを活用していなかった。

6) 【患者を見守る人の数が少ない場合、スコアシートを活用する】

日勤帯に比べ、看護師の数が少なくなる夜間帯など、危険度の高い患者への対応が手薄になる場合、看護師

はスコアシートに記載されている対策を活用していた。また、患者の家族が側にいない場合、頻回に患者のもとへ足を運び、スコアシートに記載されている環境整備の対策を実施していた。しかし、家族が患者のそばについている場合は、家族が患者を見守ってくれると考え、スコアシートをあまり活用していなかった。このように、看護師らは患者を見守る人の数が少ない<夜間帯に活用している><家族が側にいない場合は活用している>状況であった。以下<夜間帯に活用している>について記す。

<夜間帯に活用している>

過去に転倒・転落事故を起こした患者の大半は、夜間の排尿時や眠剤服用後であった。日中は、患者を見守る看護師の数が多いため、受け持つ患者の人数も少数ですみ、看護師が頻回に訪室することで転倒・転落事故を予防できる。しかし、夜間帯は、看護師の数が少ないうえに眠剤の内服や夜間の排尿行動など患者の転倒・転落リスクも高くなる。そのため、看護師は、少ない人数でも予防が効果的にできるようスコアシートに記してある夜間帯に備えた対策を実施していた。夜間は人数も少ないし、スコアシートで排尿パターンを見て、あそこ(スコアシート)に書いてるので、そのあたりに訪室するようにするとか、読書灯つけるであるとかベッド柵上げるであるとかそういうのは、夜間のほうがやっぱり重視してますね。(中略)日中は、いくらでも看護婦は多いし、見に行くことはできるし、異変にきづく、異変っていうか、こらあ危ないと思ったら、そこに看護婦はいっぱいいるわけだからそれで対策は取れるので。(看護師2)

7)【決められたとおりに活用する】

経験豊富な看護師は、自分なりの基準に基づいて患者の危険度を判断し、スコアシートの予防策を患者に合わせてアレンジできていたが、経験の少ない看護師は、<アセスメント項目の意味づけがわからない>ままスコアシートを活用していた。また、患者の個性に合わせた対策を実施することが必要であるとは感じているものの、スコアシートの対策どおりに実施することで精一杯であり、<個性のある具体策を考えられない>状況であった。以下に<個性のある具体策を考えられない>について述べる。

<個性のある具体策を考えられない>

スコアシートに記載してある対策をそのまま用いるのではなく、それぞれの患者に合わせた予防策を実施することが必要であると感じているものの、経験が十

分ではない看護師にとっては、個性を踏まえた具体策がなかなか考えられない状況であった。

徘徊マットの使い方も何だろう。上の人(先輩)の対策をみると、何か足までは下ろさなくても例えば、点滴棒が動いたら(徘徊マットが)鳴るようにするとか、人に合わせた対策とかをやったりするので、ただ(徘徊マットを)敷けばいいわけじゃないし、うーん。何かそういうとこまで頭がまわってすごいなって思ったりとかはするので、やっぱりまだね、全然経験不足だから、上の人がやってるのを今も見ててやってるのがいっぱいいっぱいっていうか、そういう状態なのが多いです。(看護師5)

8)【どのように改善したらよいかわからない】

以前使用していたスコアシートを見直し、アセスメント項目を充実させることによって危険度の精度が増すよう改善したものが現在使用しているスコアシートである。改善したことによって、危険度の精度は増したが、患者の転倒事故は未だ生じているため、看護師らは新たな対策をスコアシートに記載するべきだと感じているものの、どのようにしたらよいかかわからない状況であった。

9)【効果的な転倒予防策を導き出すのは難しい】

看護師は、スコアシートに記載してある予防策を実施しているものの、めまぐるしく変化する患者の<状況の変化に対応しきれない>と感じていた。また、看護師が予測しないような行動が転倒につながるため<患者の行動を予測することが難しい>と感じていた。さらに、看護師は、環境整備を中心とした予防策は実施しているが、<環境対策以外の予防策は考えていない>状況であり、患者の筋力をアップさせるなど、患者自身に直接働きかけるようなアプローチは考えていなかった。このように看護師らは、患者の状態に合わせた効果的な予防策を導き出すのは難しいと感じていた。以下<患者の行動を予測することが難しい>について記す。

<患者の行動を予測することが難しい>

看護師は、スコアシートに基づいて危険度の予防策を行っていても、思いもよらないことが転倒につながり、患者の行動を予測することは難しいと感じていた。

ある患者さんが、ポータブルの便器に座ってて、看護婦も横にいたみたいなんですけど、背もたれ(ふた)が「パタッ」って急に外れたみたいで、看護婦そんなこと思っていないから、間に合わなくて後ろからコテンとなった・・・。

ポータブルをわざわざ背もたれが外れないのにしとかなきゃいけないっていうのを、前もってあんまり気づかないんですよね。なってみて初めて、すればよかったなっていうのは思うんですけども・・・だから難しいですよね。(看護師3)

難しいのかなあーやっぱり。予測性がね、できないときなんかは、できないというか自分が後から思えば可能性があったのになあーって、それに気づけなかったときがね、すごくね、残念に思うことがあるんです。(看護師6)

10)【情報を共有することで転倒予防をより効果的にしている】

看護師は、【効果的な予防策を具体的に導き出すのは難しい】と感じながらも、ほぼ毎日開かれるカンファレンスで患者が転倒したときの状況や対応を振り返り、転倒事故を防ぐための具体的な対策を検討していた。このように看護師は、＜カンファレンスを有効に活用している＞ことやカンファレンスのみならず、各勤務帯の申し送りを通したく情報の共有化による意識付けを図っている＞ことにより、転倒を予防しようと試みていた。

V. 考 察

転倒・転落事故予防のためのスコアシートは、患者の状態把握が不十分な場合や、患者を見守る人が少ない場合、特に活用されており、危険性の認識や具体的な予防対策の実施に役立っていることが明らかとなった。しかしその一方で、個々の看護師の考え方によって危険度の判断や予防対策が様々であること、評価のシステムが定着していないこと、対策があがっていても患者の気持ちや要望と合わず、スコアシートよりも患者の意向を優先させていることなどの課題があることも明らかとなった。これらの課題を踏まえ、以下に今後のスコアシート活用のあり方について考察する。

看護師は、転倒・転落事故の危険性の判断や予防対策の実施においてスコアシートよりも【それぞれの看護師の考え方を優先させている】ことがわかった。本研究において、看護師らは、経験により培われた直観に基づき、ADLが拡大してきた患者や落ち着きのない患者は転倒リスクが高いと判断し、患者の状況に合わせた予防対策を個々に実施しており、スコアシートが十分に活用されているとは言いがたい状況であった。その誘因として、「(評価)しないといけないなあーっ

とは思うんですけどね。なんとなく大丈夫かな?っていうのでたぶん評価されていない。」と看護師が語るように、スコアシートは入院時にすべての患者に記入しているが、スコアシートの評価基準が曖昧であることや評価方法の理解不足があるなど、スタッフ間で【評価システムが定着していない】ため、入院時につけたスコアシートが患者の状況に合わず、活用できないことが考えられる。また、【患者の状態把握が不十分な場合、スコアシートを活用する】が、ある程度患者の状況を把握できた時点で転倒に対する意識が薄れることもスコアシートを活用しない誘因と考えられる。篠(2000)は、危険予防のケアが日々の看護として継続されているのか、看護チームの中で繰り返し評価検討されなければならないと述べ、危険性の予知を高めるためにスコアシートを継続的に見直す評価システムを定着させることの重要性を指摘している。よって、現在実施しているスコアシートの評価基準で本当に評価できるのか、病棟の特性と照らして適切かどうかの再検討を行うと同時に、評価方法や評価基準を明確にし、評価システムをスタッフへ浸透させることが求められる。

また、個々の看護師の考え方は、臨床経験や価値観によって大きく影響を受けることが考えられる。松田ら(1998)が、転倒・転落事故の誘因として看護師の思い込みによる観察・判断不足があることを言及しているように、スコアシートよりも看護師の個々の考え方を安易に優先させることの危うさを認識する必要もあると考えられる。したがって、現状でもカンファレンスや申し送りを活用して【情報を共有することで転倒予防をより効果的にしている】が、看護師がその患者にかかわる際、転倒事故防止策としてどのようなアセスメントを行い、実行していたのか、それぞれの看護師の考え方をもう一度振り返り、個々の看護師の考え方だけに偏らない転倒・転落予防対策をカンファレンスで検討し、看護師全員で共有することが必要であると考えられる。特に、経験の少ない看護師は、スコアシートに記載されている予防対策を実施することで精一杯の状況があり、なかなか個々の患者に合わせた具体策を考えられない傾向であった。よって、新人看護師は、カンファレンスを通して経験豊富な先輩看護師らの安全に対する考え方を学び、アセスメント能力、実践能力を向上させていくことが重要である。

看護師は、スコアシートの転倒・転落予防対策を患

者に拒否された場合、スコアシートに示された対策よりも【患者の気持ちを優先させる】ことが明らかとなった。これはスコアシートに書かれている転倒防止策のみでは、個々の患者の気持ちや要望を考慮した対策を実施しがたいことを意味している。つまり、患者の気持ちと転倒事故予防のどちらを優先するのか、両者との間でジレンマを抱えながらも、前者を優先させている看護師の姿がここに見て取れる。患者の気持ちや要望を取り入れながらも効果的な事故防止対策を考えていくためには、例えばベッド周囲をすべての柵で囲み、転倒を防ぐのではなく、患者の動きたいという気持ちを取り入れ、患者が自由に動けるスペースを確保した状態にし、患者が転倒しても怪我のないようベッド周囲にマットを敷き詰めるなど、患者の意向を優先させても安全を確保できるような対策を病棟全体で話し合い、実践していくことが重要である。

さらに、入院時、患者・家族にも転倒・転落事故の予防に関心を抱いてもらえるよう、患者・家族とともにスコアシートを記入しているが、患者が転倒した際、看護師はく**患者の自尊心を傷つけない**という思いから患者に直接転倒の危険性を注意できない状況であることがわかった。宇都宮ら(2004)は、看護者側の一方的なかかわりでは、看護者の思い込みが改善されないばかりか、患者の自立につながらないため、情報を患者・家族と共有しながら共に協力して事故防止に取り組む姿勢が必要であると述べており、転倒・転落事故を予防するためには、患者・家族へ事故の状況を伝え、十分に話し合い、互いに転倒・転落事故の危険度を理解したうえで協力体制が得られるよう働きかける必要があると考える。

VI. 研究の限界

本研究は一施設、一病棟を対象としたため、結果に偏りが生じているおそれがある。今後は対象とする病棟、施設を拡大して研究することが必要である。

VII. 結論

本研究では、看護師6名と患者4名を対象に転倒・転落事故予防のため、スコアシートをどのように活用しているか、その実態を明らかにするため参加観察法と半構成的面接を実施し、質的帰納的に分析を行った。

その結果、以下の内容が明らかとなった。

1. 転倒・転落事故予防に関するアセスメントスコアシートの活用実態として、24のサブカテゴリーからなる10のカテゴリーが見出された。特に、【患者の状態把握が不十分な場合、スコアシートを活用する】ことや、【患者を見守る人の数が少ない場合、スコアシートを活用する】ことが明らかとなり、危険性の認識や具体的な転倒予防対策の実施に役立っていた。
2. スコアシートは転倒・転落予防対策の実施に役立っていた反面、スコアシートよりも【それぞれの看護師の考え方を優先させている】ため、個々の看護師の考え方によって危険度の判断や転倒防止対策が様々であること、スコアシートの【評価システムが定着していない】こと、転倒防止対策があがっていても患者の気持ちや要望と合わず、スコアシートよりも【患者の気持ちを優先させる】かかわりをしてしたことなどの課題があることも明らかとなった。これらの問題を解決するためには、①個々の看護師の考え方だけに偏らず、患者の気持ちをふまえた個別性のある対策を看護師全員で検討し共有すること②評価方法や評価基準を明確にし、評価システムをスタッフへ浸透させること③患者・家族へ事故の状況を伝え、互いに転倒・転落事故の危険度を理解したうえで協力体制が得られるよう働きかけることが求められる。

謝 辞

本研究の実施にあたり多大なご協力をいただきました皆様に心から感謝申し上げます。なお、本研究は、平成16年度神戸市看護大学共同研究費(臨床共同研究)の助成を受けて行ったものである。

文 献

- 相澤典子, 楠弘子, 土屋しのぶ他(2001): 転倒事故予防のためのアセスメント用紙の検討—過去の転倒事故分析を通して—, 日本看護学論文集第32回看護管理, 159-161.
- 川村治子(2003): ヒヤリ・ハット1,100事例によるエラーマップ完全本, 医学書院, 66-83.
- 松田直美, 宮田孝子, 磯部恵子他(1998): 内容分析を用いた「看護婦自身が考える転倒・転落原因」の考察, 日本看

護学会論文集第 29 回看護総合, 133-135.

篠希代美 (2000) : アセスメントスコアシートを使った転倒・

転落事故の防止, *Nursing Today*, 15(9), 34 - 35.

高井今日子, 安藤禎子, 平野智子他 (2000) : 私たちの悩みと

取り組み, *Nursing Today*, 15(9), 26 - 31.

高橋知子, 川村治子(2000) : 多様な背景要因から転倒・転落を

予測する, *Nursing Today*, 15(9), 20-24.

馬上啓子, 鈴木幸枝, 庄司洋美他 (2002) : 整形外科病棟にお

ける転倒ハイリスク患者別基準の検討—スケール表を活用

して—, 日本看護学会論文集第 33 回老年看護学, 38-40.

宇都宮佳奈, 清水美早, 梅木千穂他 : 不要な事故を防ぐケア

プラン—転倒・転落アセスメントスコアシート活用の再検

討—, *BRAIN NURSING*, vol.20, no.12, 31-38.

山口美樹, 石川美里, 山下直子他 (2002) : 転落事故後の信頼

回復過程, 日本看護学会論文集第 33 回老年看護学, 35-37.

(受付 : 2005.11.30 ; 受理 : 2006.1.17)

転倒転落アセスメントスコアシート

	チェック項目	点数	/	/	/
年齢	<input type="checkbox"/> 70歳以上	2			
性別	<input type="checkbox"/> 男性	1			
既往歴	<input type="checkbox"/> 転倒転落したことがある	2			
	<input type="checkbox"/> 失神したことがある	2			
	<input type="checkbox"/> 以前の入院で安静が守れなかったりした	2			
	<input type="checkbox"/> 普段よりアルコールを多飲している	2			
感覚	<input type="checkbox"/> 視力障害がある	1			
	<input type="checkbox"/> 聴力障害がある	1			
	<input type="checkbox"/> 普段はベットのを使用していない	1			
機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺があるまたはしびれ感がある	どちらか あれば3			
	<input type="checkbox"/> 骨・関節に異常がある(拘縮・変形)				
活動領域	<input type="checkbox"/> 足腰の弱り、筋力の低下がある	ひとつで もあれば 4			
	<input type="checkbox"/> 車椅子・杖・歩行器を使用している				
	<input type="checkbox"/> 移動に介助が必要である				
	<input type="checkbox"/> ふらつきがある				
	<input type="checkbox"/> 寝たきりの状態である				
	<input type="checkbox"/> リハビリ中				
認識力	<input type="checkbox"/> 見当識障害、意識混濁、混乱がある	ひとつで もあれば 4			
	<input type="checkbox"/> 不穏行動がある				
	<input type="checkbox"/> 記憶力の低下があり、再学習が困難である				
薬剤	<input type="checkbox"/> 鎮痛剤	1			
	<input type="checkbox"/> 麻薬	1			
	<input type="checkbox"/> 睡眠安定剤	1			
	<input type="checkbox"/> 抗パーキンソン剤	1			
	<input type="checkbox"/> 降圧利尿剤	1			
	<input type="checkbox"/> 浣腸緩下剤	1			
	<input type="checkbox"/> 化学療法	1			
	<input type="checkbox"/> セデーション	1			
排泄	<input type="checkbox"/> 尿・便失禁がある	2			
	<input type="checkbox"/> 頻尿がある	2			
	<input type="checkbox"/> トイレ介助が必要	2			
	<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル留置	2			
	<input type="checkbox"/> 夜間トイレに行く	2			
	<input type="checkbox"/> 立位にならないと尿が出ない	2			
	<input type="checkbox"/> 尿意を我慢できない(まったなし)	2			
危険度Ⅰ (0~5点)	転倒転落を起こす危険がある	合計			
危険度Ⅱ (6~15点)	転倒転落を起こしやすい	危険度			
危険度Ⅲ (16点以上)	転倒転落をよく起こす				

☆評価基準

危険度Ⅱ以上の第一歩行後

リハビリを開始した時

セデーションをかける時

Ope後ケモを開始する時

転倒転落を起こした時

長期入院・ターミナル・内科患者については受け持ちナースが中心となる

Ope後しばらくして眠剤内服開始した時や、眠剤の種類が変更となった時

資料 2

転倒・転落の危険防止対策

	危険度 I	危険度 II	危険度 III
観察	<input type="checkbox"/> ADLの把握 (独歩・杖歩行・見守り・介助) <input type="checkbox"/> 排尿パターンのアセスメント *夜間の排尿回数・時間 <input type="checkbox"/> 最低2時間おきの部屋まわり	<input type="checkbox"/> ADLの把握 (独歩・杖歩行・見守り・介助) <input type="checkbox"/> 排尿パターン のアセスメント *夜間の排尿回数・時間	<input type="checkbox"/> ADLの把握 (独歩・杖歩行・見守り・介助) <input type="checkbox"/> 排尿パターン のアセスメント *夜間の排尿回数・時間
環境整備	各勤毎にチェックすること <input type="checkbox"/> ベッドが一番下になっているか <input type="checkbox"/> オーバーテーブルが適切な位置にあるか <input type="checkbox"/> 照明 (入口灯・足) 元灯 *カーテンを開けること	危険度 Iに加えて <input type="checkbox"/> オーバーテーブルの位置 ・昼間そのまま ・夜間隅に寄せる <input type="checkbox"/> ベッド柵を上げる <input type="checkbox"/> ベッドを端に寄せる <input type="checkbox"/> スリッパ (杖) を相談して置く	危険度 I・IIに加えて <input type="checkbox"/> 読書灯をつける <input type="checkbox"/> 徘徊マット、徘徊ベルの利用 <input type="checkbox"/> ナースコール聴取 <input type="checkbox"/> 眠前の排尿と患者の排尿パターンに合わせてトイレ誘導し介助する <input type="checkbox"/> 必要時、打撲のショックを和らげる工夫 <input type="checkbox"/> 食事や洗面介助、セッティング <input type="checkbox"/> 車椅子や歩行器・杖の位置
指導	<input type="checkbox"/> ふらつきがある時にはナースコールを押してもらおう ※ナースコールの位置確認 (眠剤内服後などベッドサイドに座った時にフラットとする時は必ずコールして下さいと説明する) <input type="checkbox"/> 眠前の排尿 <input type="checkbox"/> 眠剤の種類 () →効果発現時間、持続時間	<input type="checkbox"/> 眠前の排尿 <input type="checkbox"/> 昼間に離床を促し昼夜のリズムをつける	<input type="checkbox"/> 眠前の排尿 <input type="checkbox"/> 昼間に離床を促し昼夜のリズムをつける

@該当箇所にピンクのマーカでチェックし、再評価時危険度があがった場合は緑のマーカでチェックする。又、追加の必要項目を書き込む