

高齢入院患者の転倒・転落予防の為にリーダー看護師への教育実践

Preventing Aged Inpatients from Falling -Educational Practice for leading Nurses

森本 敬子・吉田 和子

MORIMOTO Keiko and YOSHIDA Kazuko

キーワード： 高齢入院患者 転倒・転落予防 マニュアル作成
固定チームナーシングチームリーダー看護師 研修会

要 旨

看護の現場では、医療事故防止のため高齢の患者をしばしば「抑制する」という行為を行ってきた。1998年10月30日、抑制廃止福岡宣言が発表され、当高山赤十字病院看護部でもその宣言を採択する決断がなされた。しかし平成15年度のインシデントレポート報告中、転倒・転落事例が29%と最多であり、しかもそのうちの5%がアクシデントレポートであった。このことから高齢入院患者の転倒・転落事故、その防止に急務を有することが明らかになった。本論文では、高山赤十字病院において、入院病棟に勤務する固定チームナーシングチームリーダー看護師に対し、高齢入院患者の転倒・転落予防教育の取り組みについて報告し、課題を明らかにするものである。

なお、医療現場で日常的に使用され、本論文でも多用される専門用語二つの定義について冒頭に紹介しておくことにする。

インシデントレポート：そのままでは医療事故につながるであろう事象を発見した場合、その情報を病院職員全員が共有する目的で記録し、医療安全対策室に提出するレポートをいう。書式は、日本赤十字社本社で規定されている。個人名は記入しない。懲罰なし。

アクシデントレポート：医療事故となった事象を発見した場合、その情報を病院職員全員が共有する目的で記録し、医療安全対策室に提出するレポートをいう。書式は、日本赤十字社本社で規定されている。個人名は記入しない。懲罰なし。

はじめに

私は、22年間の看護師経験の中で、高齢の患者をしばしば“抑制する”という臨床現場に遭遇してきた。点滴チューブの患者自身による抜針。尿道カテーテルの患者自身による抜去。胃ろうチューブの患者自身による抜去。ベッドや車椅子からの転落。歩行中の転倒など、患者の安全を守るため、看護師自身の医療行為を遂行するため、医療事故防止のために抑制という行為をしてきた。こんなことをしているのかという気持ちを持ちながら、そこには抑制を実施してきた看護の現場があった。ところが1998年10月30日、抑制廃止福岡宣言が発表され、当高山赤十字病院看護部でもその宣言を採択する決断がなされた。抑制廃止福岡宣言とは以下の条文である。

——老人に自由と誇りと安らぎを——

- ① 縛る、抑制をやめることを決意し実行する
- ② 抑制とは何かを考える
- ③ 継続するために、院内を公開する
- ④ 抑制を限りなくゼロに近づける
- ⑤ 抑制廃止運動を全国に広げていく

この宣言に対して、看護現場は看護師の不安であふれた。とたんに昼夜を問わず、ナースステーション

ン内ですぐす高齢患者の姿が増えた。病棟内の巡視や、他の患者の観察・処置を行うときにも、その患者を共に連れて歩いた。

当病院では、平成10年よりインシデントレポート委員会を立ち上げ、安全な入院環境の提供に取り組んできた。しかし平成15年度のインシデントレポート報告中、転倒・転落事例が29%と最多であり、しかもそのうちの5%がアクシデントレポートであった。このことから転倒・転落事故、その防止に急務を有することが明らかになった。

私は、平成16年9月に日本赤十字学会にて「高山赤十字病院における高齢者の転倒・転落予防への取り組み」を発表した。

- ①転倒・転落防止アセスメントスコアシートの使用
- ②転倒・転落防止対策・評価表の活用
- ③月に1回の病棟内巡視・指導
- ④カルテをチェックし、①・②の実施指導

以上4項目の実施は、転倒・転落防止のための患者の観察、転倒・転落防止のための患者・家族への指導・援助を看護師に意識付けることに有効であるという結果を得た。

次年度インシデントレポート委員会の課題として

- 1) 評価・修正の確実な実施
- 2) 看護師間の確実な情報伝達
- 3) 医師への転倒・転落予防意識向上の働きかけ
- 4) ケアを行う感性を高め、危険予知訓練研修プログラムの実施があげられる。

この課題4) ケアを行う感性を高め、危険予知訓練研修プログラムの実施を重要視し、この課題に向け、平成17年9月8日、入院病棟に勤務する固定チームナースングチームリーダー看護師に対し、高齢入院患者の転倒・転落予防教育をおこなった。本論文では、高山赤十字病院における「高齢者の転倒・転落予防への取り組み」への報告と同時に、課題を考察するものである。

第一節 転倒・転落予防実践への取り組み

1. 転倒・転落予防実践への取り組みとしての固定チームナースングチームリーダー看護師研修会

1) 研修会開催準備までの取り組み

高山赤十字病院には約400名の看護師が勤務している。当然のことながら全員を研修の対象にすることは不可能である。高齢患者で転倒・転落が一番問題にされている場所は、入院病棟である。そのため、外来と人工透析室、手術室、中央材料室に勤務する看護師は研修対象からはずした。新卒者は新人卒業後研修プログラムに沿って、1年間の教育プログラムが進行しているため、今回の研修は対象外とした。管理者ではなく、看護実践者であり、スタッフ看護師たちにリーダーシップのとれる看護師が研修の対象者として良いのではないか。平成17年度より看護部方針として看護提供方式として固定チームナースングが一斉に導入されたこともあり、各固定チームのチームリーダーを研修対象にすることとした。また、医療安全対策室より、安全対策委員会の委員にも研修を受けてもらいたいとの要望があり、そのためそれぞれの病棟では固定チームリーダー2名、安全対策委員1名の計3名が研修対象者となった。ただし、2病棟2階の長期療養型病床、2病棟3階回復期リハビリ専門病棟、老人保健施設はなさととの3部署は、その特徴から所属する看護師が少なく、一時期に3人もの看護師が研修で臨床現場からいなくなると、非常に不祥事が生じる可能性が高くなるため、2名とした。

研修日は、平成17年9月8日(木)。研修の時間は15時～17時の2時間とした。

研修のテーマを「高齢者の転倒・転落事故防止」とし、目的を

- 1, 高齢者の転倒・転落事故防止能力を高める。
- 2, 高齢者の転倒・転落事故防止マニュアルの作成。

転倒・転落事故防止マニュアルは昭和の時代に作成されたものがあり、現状に合わない実態であった。インシデントレポート報告から導かれた内容を反映したものにした。マニュアルは、委員会が作成し配布するものではなく、臨床現場で働くものが実際に作成したものが良い。その二つの理由から転倒・転落事故防止マニュアルの作成を行うものとした。

表1（表は全て論旨の後に、順番を付け掲載している）のように案内状を各病棟に配布した。当日のプログラムを、表2のように設定した。

研修会に備え、“あなたの考えを聞かせてください”（表3）を、インシデントレポート報告の集計と参加者の考えがどのくらい一致しているのか見るために作成した。つまり臨床現場で普段体験している事実を、客観的に見ることが出来ているかどうかを知る目的である。そのためにレクチャーに必要な資料をあらかじめ配布することはせず、“あなたの考えを聞かせてください”のみをレクチャー開始時に配布し、まず記入をしてもらった。その後資料を配布し、レクチャーを開始した。

2) 研修会の講義内容

私の行ったレクチャーは時間的に限られたものであった。配布した資料とパワーポイントを使用しA高齢化社会の日本の特徴、B転倒・転落の定義と高山赤十字病院での特徴、C転倒・転落の関係と症状、D転倒・転落の予防と困難性の原因、E老化現象の不明な現実の大きく5項目について、以下のような内容で講義を行った。

A高齢化社会の日本の特徴

1994年に日本は14%を超え、高齢国として高齢社会の<先進国>入りをした。平成16年度版『高齢社会白書』によると、高齢化率は19%となり、65歳以上人口が5人に1人になった。今後日本は、2015年には26%で4人に1人が高齢者。204年には33.2%で3人に1人以上が高齢者という超高齢社会となる。この日本の特徴を、吉田和子は「高齢社会の問題が照射する新たな生活創造の課題—エイジズムとセクシズムの視点—」の中で、次のように指摘していることを紹介しておこう。この日本の人口年齢構造の変容は、他の高齢社会の<先進国>と比べると、その特徴はどこにあるのか見てみると、日本は高齢化社会から高齢社会へは24年間で移行していることがわかる。フランスでは115年間と一世紀以上の年月をかけ、若者文化から中年文化の定着を経て、高齢社会が実現している。日本は24年、フランスは115年、4倍以上のスピードで高齢社会になった。日本は他の国と比べても、世界に類の無いスピードで超高齢社会を迎えた国である。

先進国といわれる国々の人口の移り変わり、特に高齢化の波、高齢化率をみる。日本、アメリカ、フランス、ドイツ、イギリス、スウェーデンの6カ国の高齢化率を、1950年から2020年までを予測してグラフにあらわした。視覚的に訴えることで、先進国中、日本が特別な高齢化への道を歩んできたことを理解してもらおうことが出来た。

高齢社会という言葉はよく聞かれる。1970年以降、日本社会の人口年齢構造の変容と共に、今後の日本社会を表す言葉として定着した。国連は65歳以上の人口が全人口に対して7%を超える国を、高齢化人口国とする基準を設けている。それが14%になると、高齢国と呼ばれるようになる。1994年に日本は14%を超え、まさしく高齢国となった⁽¹⁾。

次に、ごく身近なところ、自分たちの働く職場である高山赤十字病院での、全入院患者数に見る高齢者の割合をグラフにした。グラフでは2002年、2003年と全入院患者数のほぼ半数を65歳以上の高齢者が占めていることがわかる。また、高齢患者の3分の1から2分の1を75歳以上が占めていることもわかる。このグラフでは病院内の入院患者の高齢化が進んでいる事実が良くわかる。

B転倒・転落の定義と高山赤十字病院での特徴

まず最初に、転倒・転落とは何か。どういったことをさすのか定義づけた。転倒の定義としては、

一般的に、“転倒とは、自分の意思に関係なく地面またはより低い場所に、膝や手などが接触すること。階段や自転車などからの転落も転倒に含まれる”つまり多くの文献では、転倒と転落を同じものとして扱っている。

また江藤真紀は「今転倒転落が注目されている理由」の中で“転倒とは、故意によらず、足底以外の身体部分が地面あるいは床につくこと”としている。また江藤は同じ文献の中で、「転倒転落は避けられない。」と述べている。「人は二本足でまっすぐ立って歩く。二足直立歩行をするためには、多くの身体機能をうまく利用しなくてはならない。高齢者は筋力が低下し、身体のバランス機能が落ちている。その上、疾患や治療によるベッドでの安静が身体機能の低下に拍車をかける。だから入院高齢者の転倒転落は避けられない。⁽²⁾」という。入院高齢者の転倒・転落は避けられない。この事実を私たち看護師はよく覚えておく必要がある。

次に、東京都老人総合研究所生活部門事故調査(1985年)が高齢者の転倒転落事故の概要としてまとめたものを示した。年齢を重ねるごとに、これでは、転倒・転落事故は発生率が高くなる傾向があることがわかる。また、男性よりも女性のほうが転倒の発生率が高いこともわかる。

平成15年度高山赤十字病院でのインシデント報告にあった、転倒・転落事例をまとめた結果を示した。平成15年度1年間に、転倒・転落報告は、219件あった。事例の7割を70歳以上の患者が占めている。事例の5割近くが入院1週間以内に転倒・転落している。深夜勤帯の3時から7時。日勤帯から準夜勤帯にかけての16時から18時に転倒・転落が集中している。

次に、平成15年度と16年度2年間のインシデント報告にあった、転倒・転落事例をまとめた結果を示した。最初、皆に行ってもらった“あなたの考えをお聞かせください”の答えがこのスライドに示されている。転倒しやすい年齢は、70代が一番多く、ついで80代、90代となっている。先の東京都での統計と、当病院での統計とが違っているということがわかる。また、東京都での統計では、男性よりも女性のほうが転倒しやすいとなっていたが、当高山赤十字病院での報告では、男女差は見られない。この二つが当病院での大きな特徴であるといえる。

転倒の起きやすい時間帯、行動、場所、患者の状態、入院病日などを分析してみた。転倒の起きやすい時刻は、6時～8時である。朝目覚め、朝食の前にまずトイレ、あるいは洗面と活動を開始する時間帯が一番多く、次いで18時～20時、夕食後から、就寝の準備をすることである。次いで16時～18時となる。これは、夕方の点滴中にトイレに行く、夕食に備えての準備をする頃ではないかと考えられる。転倒につながる行動は、排泄に伴っての転倒が一番多く、次いで歩行中、車椅子乗車中である。転倒しやすい場所は、病室が1位。これは患者が一番長い時間過ごす場所、生活の場だから。次いで廊下、トイレとなる。排泄行動に関する患者の状態では、一部介助を必要とする者が一番多く、次いで自立している者、全介助の者になる。自立している者が一番多く転倒しているという事実注目する必要がある。転倒が一番多く発生するのは、入院してから1週間以内である。しかも入院4日目、2日目が一番多く転倒が起きている。たとえば発熱している方が入院してきた。どこか痛みを訴える方が入院してきたとする。入院して4日目ころになると抗生物質の効果が出てきたり、輸液によって脱水が改善されてくる。すると寝てばかりもいられないと考えたり、トイレくらい自分でいこうと考えたりするのではないかと。しかしその間に思った以上に体力は落ち、足腰は弱り、身体のバランス感覚は弱くなり転倒してしまう。という流れは考えられないか。一方看護師側も何もおきない、しっかりした方だ、きちんとナースコールを押してくださる、と安心したところということは考えられないか。入院後1週間以内、特に4日目と2日目に一番転倒が起きる。このことを良く私たち看護師は認識する必要がある。

他方、転倒の患者側の原因としては、筋力の低下が一番の原因である。高齢者は、ベッド上での安静により、すぐに筋力が低下することをよく理解しておかなければならない。そしてそのことを患者自身、家族にも良く知らせ、理解と協力を求める必要がある。受傷部位で一番多いのは頭部である。

高齢者は、頭から転倒していく事実がこのことからわかる。ベッドに腰掛その姿勢で、靴を履こうとうつむいたところ、そのまま頭から転倒した。車椅子に腰掛、足台を片付けようとかがんだところ、頭から転倒した。こういった事例はよくあることである。体が硬く、バランス感覚も悪くなっている高齢者は、頭から転倒していく。転倒している高齢者を発見したらまず頭部をチェックすることが大切である。

ここで小林秀「高齢者の特徴を知ろう⁽³⁾」の中で言う転倒の引き金としてなりやすい原因を参考のため挙げておく。

1, めまいを起こす場合

- ① 脳血管障害（脳血流量の減少）
- ② 起立性低血圧（血管が適切に収縮せず血圧が下がる）
- ③ 排尿失神 ④低酸素血症 ⑤貧血 ⑥低血糖
- ⑦ 消化管出血（血液量の減少） ⑧心筋梗塞（心拍出量の低下）
- ⑨房室ブロック・アダムス・ストークス症候群

2, つまずく・足のふらつく場合（歩行障害）

- ① パーキンソン病（突進現象・立ち直り反射障害） ②糖尿病性末梢神経障害
- ④ 変形性膝関節症 ④廃用性萎縮

3, 徘徊する場合 痴呆（注意散漫）

4, 薬剤による場合

- ① 睡眠薬, 精神安定剤（頭がはっきりしない, 下肢の筋弛緩）
- ② 降圧剤（低血圧を起こす場合）

5, 視力低下のある場合 白内障

C転倒・転落の関係と症状

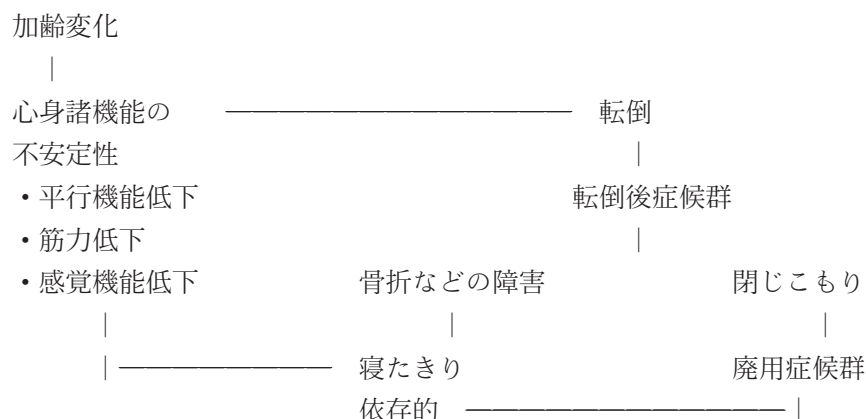
若い人の転倒・転落では考えられないことが高齢者では起こる。高齢者は転倒することにより、悪循環に入り込む可能性が非常に高くなる。加齢変化により心身諸機能の不安定性が増す。たとえば、平行機能の低下、筋力低下、感覚機能低下が徐々に起きている。しかし日常の生活を普通におくことのできている高齢者自身には、加齢による変化はあまり自覚されていない。通常加齢による変化はゆっくりと進行するため、自覚されることは非常に少ない。しかし疾患に罹患し、入院を余儀なくされ、治療行為のために自由を奪われ、安静を強要されるという経験をする入院高齢患者は、一気に心身諸機能の不安定性が進み、転倒を起こしやすくなる。そのほとんどの場合転倒・転落に伴い骨折などの障害が起こり、依存性が増し、場合によっては寝たきりになる。自宅に帰っても閉じこもりになりますます廃用症候群に陥っていく。

転倒後症候群とは“転倒を繰り返すことで、再度転倒することを恐れ、行動・活動範囲を制限し、依存的・寝たきり状態に陥ること”と定義されている。入院してきた高齢患者の中で、取り立てて病気の既往もないのに要介護の状態の方がいることがある。もしかすると、転倒後症候群によるものだったかもしれないと考えられる。

転倒・転落に一番関係があると思われる患者の状態としては、まず、認知症や、夜間の譫妄のある方が浮かぶが、当病院での集計では、認知症や、夜間の譫妄のどちらも直接の関係はない。入院時点からこうした症状があるという情報のある方に関しては、看護師が常に注意を払い、十分な観察をしているため未然に転倒・転落が予防できているのであろう。この方はしっかりしているから大丈夫。問題ないと根拠のない安心感を看護師側が持った、いわゆる自立したノーマークの方が多く転倒・転落を起こしている現状がよく見える。また、当然のことながら、身体に何らかの機能障害を持った方は多く転倒・転落している。睡眠安定剤、高圧利尿剤、緩下剤の服用している方も多く転倒・転落し

ている。

ここで、高齢者が陥りやすい転倒における悪循環を図で表したものが下図である。



D転倒・転落の予防と困難性の原因

高齢者の転倒・転落予防について書かれた文献は非常に多い。転倒・転落を予防するためには何をしたらよいのか。何に注意を払ったらよいのか、何を看たら（あるいは観たら）いいのかなどが書かれた書物が多くあることに気づく。古屋敷智恵美は「リスクマネジメントの観点から転倒転落アセスメントに取り組む」中で転倒転落事故は発生要因を適切に評価し対処することで、未然に防ぐことができる⁽⁴⁾。といい、紅露晴子は「転倒転落事故の分析と予防対策」の中で転倒転落は気をつけていれば防ぐことができる⁽⁵⁾。と言っている。また、看護アセスメントの具体的方法として、患者側をチェックするチェックリストやスコア化による評価表が看護の現場では用いられたいしている。それだけ看護の現場では、高齢患者の転倒・転落予防に悩んでいることがわかる。

事実当病院でもスコア化した評価表を使用している。これらの予防策を実行していれば、本当に転倒・転落を未然に防ぐことができるのであろうか。転倒・転落の発生原因を科学的に明確できれば、予防対策を講じることが可能となり、転倒・転落を未然に防ぐことができる。しかし、現時点では予防対策を講じ、転倒・転落を未然に防ぐところまで達していないのが事実である。なぜならば、達しているのであれば、転倒・転落の予防が可能で看護アセスメントができているであろうし、転倒・転落による骨折が原因で寝たきりとなる高齢者数も減少しているはずである。当然当高山赤十字病院での転倒・転落のインシデントレポート報告数が激減しているはずである。しかし、一向に減少する気配はない。スコア化した評価表と看護診断、看護手順を使用しているが、あまり効果がないといった実感は否めない。

転倒・転落の予測・予防が困難な理由をもっと具体的に考えてみる。日本では、これまで転倒・転落がほとんど注目されず、また研究が積極的に行われてこなかった。その理由を江藤真紀は「今転倒転落が注目されている理由」の中で3つ挙げている。生活文化の変化。急速な高齢化。転倒・転落に関する研究の困難さである。この3つの理由が転倒転落予防を困難にさせている主な原因になっている⁽⁶⁾。それぞれの理由を具体的に考えてみる。

一つ目の生活文化の変化では、以前から転倒・転落事故が多かった欧米では、転倒・転落の研究が早くから始められていた。日本人は昔から畳に近いところで生活をしてきた。日本で転倒・転落にスポットが当たらなかったのは、畳に座るとい文化であり、立つ、または椅子のようなものに腰掛けるとい文化ではなかったために、転倒・転落を起こす機会自体が少なかった。また、たとえ転倒・転落をしたとしても、畳がクッションのような役目をし、大事に至ることが非常に少なかった。急速に日本の文化が欧米化しつつあることで転倒・転落の機会が増えた。高齢者はずっと順応能力が低いと、欧米化した習慣や環境に順応できにくいことも転倒・転落を発生させることと関連している。

高齢者は、今まで培ってきた生活習慣や環境の慣れを断ち切られ、新たな生活習慣や環境を作り上げることを知らないうちに強いられている状況にある。事実、自宅での生活がどういったものであれ、病院に入院すれば、ベッドといすの生活を入院患者全員が強いられている。二つ目には、急速な高齢化。総務庁統計局の発表によると、1999年10月現在の推定人口総数のうち65歳以上の老年人口は総人口の16, 7%。また将来推定人口の老人人口は、2025年には27, 4%となっている。転倒・転落における社会の注目度の上昇と研究の遅れは、老年人口増加の加速と、それに伴った転倒・転落の増加、さらに転倒・転落が寝たきり状態の高齢者を作り出す要因の一つになっていることも重なった。たった24年間で超高齢化国となった日本では、全てにおいて高齢者向けの、高齢者に適した環境にはなっていない。誰も超高齢化の波がこんなに急速に進むと予測し、考え、建物や共同使用の場の対策をとってはいなかったのである。事実当高山赤十字病院の入院施設、特にトイレひとつを取り上げてみても内科病棟入院患者63人に対し、トイレは7個しかない。排泄に関する行動は、自立している患者を対象に施設が作られていると考えられる。三つ目には、転倒・転落に関する研究の困難さが挙げられる。転倒・転落は突発的な事故である。人工的にその状況を人の事故として再現し、作り出すことはできない。転倒・転落を起こした瞬間のデータをキャッチすることは不可能なのである。転倒・転落の発生要因は多種多様で、かつ個人差が非常に大きい。江藤真紀は「今転倒転落が注目されている理由」の中で転倒・転落現象を細かく分析するためには看護学だけでは限界がある。他学問領域たとえば、心理学、社会学、リハビリテーション学、工学、老年医学などの専門知識や技術の協力が必要であると看護学の学問領域を超えて、研究を進めるべきであると述べている⁽⁷⁾。

次に転倒・転落の予測や予防が困難な理由を考えてみる。芳賀博による「在宅老人の転倒に関する調査の検討」によれば、転倒・転落の要因は多種多様で、かつ個人差が非常に大きい。その要因は単数ではなく、複数が絡み合っていることがほとんどである。その上、転倒・転落は予測できない突発的現象である。だから転倒転落の予測や予防が困難なのであるとしている⁽⁸⁾。

ここで転倒・転落事故の要因の考え方として、狩野徹の「転倒事故と身体特性の関係」⁽⁹⁾を参考に2階で寝ていた高齢者が、階段で転んだという事例を考えてみる。

〈事故要因の関わり方の事例〉

・ 血圧が低い			
・ 寝つきが悪い	* 2階で寝ていた		
・ 腰の骨が曲がっている			
・ 腰痛がある			
・ お酒を飲んだ	+ 夜トイレに行った		・ 2階にはトイレがない
* 寝ぼけていた	照明をつけなかった		* 日中は明るい
* 足の運びがうまく	# 階段の1段目を踏み		* 手すりがない
* いかなかった	はずした		* 踊り場のない
* メガネをかけなかった	転落		直線階段
	骨折		
背景的要因	————— 状況的要因 —————		
背景要因	発生要因	中間要因	直接要因
・	+	*	#

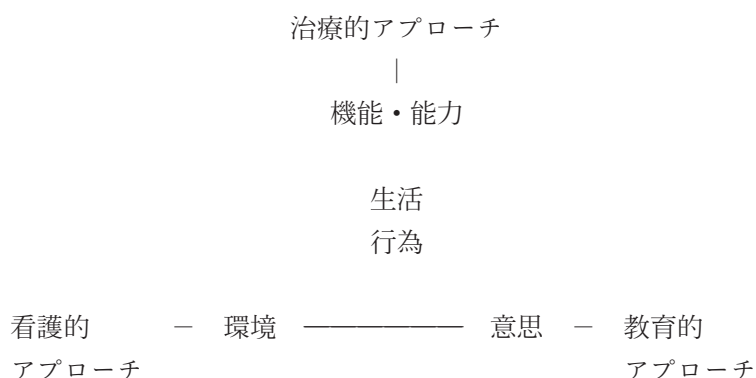
背景的要因として、血圧が低い、寝つきが悪い、腰の骨が曲がっている、腰痛がある、お酒を飲んだ、2階にはトイレがないなどが考えられる。状況的要因としての発生要因は夜トイレに行ったことが考えられる。中間要因として2階で寝ていた、寝ぼけていた、足の運びがうまくいかなかった、メ

ガネをかけなかった、日中は明るいので、照明をつけなかった、手すりがない、踊り場のない直線階段だったが考えられる。直接要因として階段の1段目を踏みはずした。そして結果として転落し骨折してしまった。このように、背景的要因、状況的要因と多くの要因が重なり合って転倒・転落は起きている。実際の事故の要因を分析すると、背景的要因、状況的要因だけでなく、事故の発生には身体的要因や物的要因など様々な要因が関わっていることが多い。単純に身体的機能が低下したから、物的環境が悪いから転倒・転落にあうというものではない。行動を起こす場があり、そこで何らかの動作が行われ、身体的条件やその他の付加的要因たとえば、不注意だったとか慌てていたなどによって、その場に適した動作がとれなかったために事故になることが多くある。つまり、環境と行動のミスマッチが転倒・転落事故につながっている。事故要因の分析をすると、高齢者の場合、トイレに行きたくて急いでいた、など日常と異なる状況が付加的に事故の要因に加わることがよくある。このように背景要因・発生要因・中間要因・直接要因とどこまでが事故に関する身体的要因なのか、厳密に限定することは困難である。

E 老化現象の不明な現実

老化現象の本質さえ、近代科学が進んだ現代でも解明されていない。高齢者とはなにかを定義すると、「身体的な老化現象を基盤に精神老化や社会老化をきたしている人。」となる。老化は加齢と共に避けることのできない不可逆的な生理現象である。しばしば病的な変化に結びつきやすく、全身にわたって進行する老化現象は、同時に全身に渡って疾病を発生させやすい基盤を作っている。老化は不可避で進行性・不可逆性を示し、結局は死に至ることになる。高齢者の心理状況は、過去の生活体験を反映していて、個別性も非常に強いものである。高齢者は環境の変化に対して、しばしば不適応症状を示す。病院内では、夜間の不穏がその例である。また高齢者の不安は自己本位的で猜疑心に満ち、個人によって、時によって異なった表われ方をする。高齢者の生活は、家族関係を抜きにしては考えられない。生計や日常生活の自立能力の低下に伴い、家族に対する依存性が高まっていく。これからの高齢者の看護には原点の転換が求められている。従来の疾病思考の看護ではなく、生活志向の看護への転換である。高齢者の残存機能を最高度に活用させるように、失われた機能に適合した環境を整え、高齢者の主体性を発揮させる看護の援助が最も有効とされている。これからの看護師は従来の治療行為の介助から看護本来の業務に脱皮することが、高齢者看護には特に求められている。

鎌田ケイ子による「老年期の患者の特性とその看護概論」⁽¹⁰⁾より生活志向型看護の図式を次図に示す。



転倒・転落事故の身体的要因だけを見ても。身体的要因だけでも動作的状況、身体状況、物的状況、心理的状況、その他外的状況に分けることが出来る。動作的状況として、ふらついた・足がもつれたが多く、足腰の弱さ・平衡感覚の衰えが転倒転落事故の要因になっている。また、滑った・つま

ずいたが要因として多く、つま先が思ったより上がっていないことが事故につながっている。高齢者の歩行状況を観察してみると、歩行時にシュシュシュシュといった足の裏が床面をする音を耳にすることが出来る。高齢者のつま先がどの程度上がっているかを観察した研究によると、平均で1.5センチ程度である。この数値から考えても、わずかな段差でも引っかかりやすく、つまづく可能性があることに気づく。次に物的状況として、掴むところがないや段差、凹凸があったがより多くの要因としてあげられ、手すりを設置することが事故防止の重要な対策であることがわかる。身体的状況としては、力が抜けた・めまいといった平衡感覚の低下や一時的な血圧低下たとえばトイレで排便をしたなどがその背景にあると考えられる。心理的状況では、トイレが遠くて焦っていた・ぼんやりしていた・他に気をとられていた。たとえば点滴台が思うように動かなかつたなどが比較的高い該当率を示している。実際に事故についてヒアリングをしてみると、普段と異なった状況がたまたまあり、そのために前述したようなことが発生し、事故要因になっている。その他外的状況として、人とぶつかった・呼びかけられて急に振り向いたときバランスを崩したなど他からの働きかけが事故要因になっている。高齢になると、心身機能低下により日常生活においても動作に余裕がなくなり、若く元気な頃にはなんでもなかったことが事故につながっている。また、よく見えなかったがかなり高い割合を示す。白内障や飛蚊症があり視力が悪い・電気がついていなくて暗かった等との関係が深い。危険な状況自体が認知できないことも高齢者の転倒・転落事故の要因になる。高齢者では、各機能の低下とその場にあった動作が不適應であるという状態が事故につながる。そこで機能低下を高齢者自身にしっかりと知らせる必要がある。特に入院中は、ベッド上での生活が多く、本人が思っている以上に筋力の低下が進んでいる。また慣れない環境にあるため、咄嗟の時の適切な動作ができない、使用している薬剤の影響があり、足元がふらつく等をしっかりと高齢者自身に説明する必要がある。一般に健康な高齢者では、自分の緩やかな機能低下には気づかないのが普通である。入院中は、早く治して退院したいという思いからより頑張ってしまう傾向も見られるので一層注意が必要となる。正しくその時点での身体機能を高齢者自身と家族に理解してもらい、どのような動作をすればよいか助言することが必要である。病院という特殊な環境では、疾病を持ち何らかの治療をおこなっているという非日常的生活、与薬等の関係で思ったように体が動かない状況など、いわゆる付加的条件が家庭に比べ非常に危険側に備わっている。そのため慌てさせない、一つ一つの動作を確実にじっくりさせる、その人の機能に合った動作を高齢者自身と家族一緒に確認し理解してもらうことが大切となる。また掴まる場所を具体的に確かめる。事故の怖さをしっかりと教える。たとえば「入院が長引きますよ。」「非常に痛い思いをしますよ。」「寝たきりになることもありますよ。」などと、高齢者自身と一緒に考えていくことが必要である。

3) 高齢者の転倒・転落予防対策マニュアル案作成の取り組み

高齢化社会に向けた世界の動きから、高山赤十字病院でのインシデントレポート報告、高齢者の特徴、転倒・転落はなぜ起こるのか、起こるとどうなるのかといったことを考えた。この方は大丈夫。しっかりした方だから安全という根拠のない安心感を、臨床現場で働く看護師は持たないようにしてはならない。高齢者は、入院したら必ず転倒・転落の危険性がより一層高くなるという認識に研修会を受けた今日、今から変更しなくてはならない。

この研修会対象者は各病棟の代表である。しかもチームリーダーであり、自分のチームスタッフを指導する立場にある。今日知り得た事実をスタッフに共有できるようにするためには病棟スタッフへの伝達が必要である。そのため病棟カンファレンスなどの機会を利用して、10月中に病棟スタッフへの伝達をすることを、研修後の皆の課題とした。

次に研修会目的二つ目として、予防対策としてのマニュアル案作成グループワークに取り組んだ。その取り組み実践をまとめてみる

転倒・転落評価表の項目が患者の観察、環境整備、指導・援助・事故後の対応に分かれている看護師の役割は大きくこの三項目に分類することができる。そのため、この項目別に添ったほうが、考えやすいのではないかという理由から、以下のようにグループを分け、転倒・転落のそれぞれの課題に関する項目を網羅する具体的作業を実施した。その結果は以下の通りとなった。

(1) 転倒グループ

- (A)患者の観察 (B)環境整備
(C) 指導・援助 事故後の対応

(2) 転落グループ

- (D)患者の観察 (E) 環境整備
(F) 指導・援助 事故後の対応

グループワークによる高齢者の転倒・転落予防対策マニュアル案の内容

(1) 転倒グループ

(A)患者観察グループ 転倒・転落に直接結びつく、患者自身が持つ危険因子を看護師側が把握するために必要な項目を挙げた。

- a, 身体的：麻痺，知覚障害の生む，四肢の変形・欠損の有無，視野・視力障害の有無，聴力障害の生む，疼痛の有無，筋力低下の有無，杖・歩行器の使用の有無
- b, 性格・年齢：あわてやすい，遠慮がち，65歳以上，8歳以下
- c, 認識力：理解力の低下，記憶力の低下，判断力の低下，病識の程度
- d, 薬剤：睡眠安定剤・かん下剤・利尿剤・鎮痛剤の使用の有無，麻薬・化学療法・持続点滴の有無
- e, 病状：ガス交換障害，下痢，頻尿，発熱，貧血，規律制定血圧，めまい，意識消失の有無
- f, 既往：転倒したことがある
- g, 排泄パターン：トイレ介助の程度，排泄の頻度・時間
- h, 睡眠パターン：昼寝の習慣，寝惚けがある
- i, 入院期間：入院1週間以内，転室・転棟

(B)環境整備グループ 転倒・転落に直接結びつく、環境要因について看護師側が把握するために必要な項目を挙げた。

- a, 衣装缶の改善(スタッフが怪我をすることもあり，廃止する)
- b, 床頭台の改善(冷蔵庫の必要性?)
- c, 6人部屋は狭いため，4人部屋にしてスペースを造る。
- d, 部屋の角に物を置いたり，廊下に物を置かない。
- e, ベッドのハンドルを出しっぱなしにしない。
- f, オーバーテーブルや床頭台，点滴台などは，つかまるところがなく滑りやすい。
- g, 滑りやすい履物をはかない。
- h, エアーマットの使用により，ベッド柵の高さが低くなっている。(ベッド柵の改善)
- i, 点滴使用時，特に点滴ポンプ使用時にトイレなどの段差が危ない。病院内をバリアフリーにする。
- j, トイレの数を増やす。(部屋からの距離が遠い)
- k, 部屋にトイレを設置する。(行動範囲を狭くする)
- l, 4人部屋で部屋のスペースを広くとった方が良い。(2病棟3階のように)
- m, 部屋の構造を変える。
- o, 歩行器，車椅子，点滴代の正しい使用方法を説明する。
- p, 2病棟は夜間電気をつけにくい。廊下も暗すぎるのではないか?
- q, 転倒は防げないため，怪我を最小限にとどめるような配慮を考える。
- r, 病衣の丈が長いと引っかかって危ない。着物も危ない。(丈が合わない人は，自分に合ったも

のを着用できるよう持参してもらう)

- s, 2病棟の壁の色を明るくする。
- t, 入院前の環境を変えないよう、畳部屋の個室を作る。

(C) 指導・援助 事故後の対応グループ

- ① 患者・家族への指導 患者・家族に指導し、徹底してもらうことで転倒・転落に直接結びつく危険因子を排除することの出来る項目である。
 - a, ベッド, 周囲の器具・装置(ポータブルトイレ, ベッド柵など)
 - b, ナースコールなどの使用方法の説明
 - c, 適切な衣類・履物の選択説明
 - d, 薬剤師による服薬指導
 - e, 「転倒・転落お知らせリーフレット」の説明
 - f, 歩行時は手すりや杖を使用するように説明。
 - g, 荷物は最小限にしてもらう。(ものが多いと引っかかり転倒する可能性がある)
 - h, 排泄のパターンに合わせて誘導
 - i, ナースコールへのすばやい対応
 - j, 日中の離床を促し, 昼夜のリズムをつける
 - k, 事故の危険を共有する
 - l, ベッド柵・抑制帯・ポータブルトイレ使用基準の説明
 - m, 歩行時は必ず付き添う)筋力低下予防のための促し (ベッド上でのリハビリ)
 - n, 頻回な巡視
 - o, 車椅子乗車中は, ずり落ちないように見守る
 - p, 必要に応じ抑制を行う
- ② 事故後の対応 事故後の対応に抜けがあると, 重大な医療事故につながる可能性がある。また, 患者・家族の医療者への信頼をなくすことにもなるため, 重要な項目である。
 - a, 患者の観察, 受傷部位の確認, バイタルサインチェック
 - b, 主治医への報告
 - c, 上司・家族への状況説明
 - d, 看護計画の評価・修正・立案
- ③ スタッフへの指導 決められたことをスタッフ間で徹底する必要がある。
入院時, 情報収集の中に転倒・転落の既往を確認する。

(2) 転落グループ

(D) 患者の観察グループ

「転倒・転落アセスメントスコアシート」を使用し, A~Kの各項目(転倒・転落アセスメントスコアシートは, A~Kの項目別に分かれている。Gは環境整備, Iは排泄, Kはガス交換障害である)を見直し, 観察項目を加えた。

- G: 環境整備の項目へ エアーマット使用, 除圧マットを使用しているか
 - I: 排泄の項目へ 尿器の使用, バルーンカテーテル使用または抜去後か
 - K: ガス交換障害の項目へ 酸素の使用なか
- その他:

- a, 体幹ベルト使用経験はあるか
- b, 離床センサー使用経験はあるか
- c, つなぎパジャマを使用しているか

「転倒・転落防止対策・評価表」を使用し, 観察項目を加えた。

危険度3：常時観察が出来るような体制をとる。

(E) 環境整備グループ

- a, ベッドの高さの調整(衣装缶の選択)
- b, ベッドのストッパー固定
- c, ベッド柵の設置と固定
- d, ベッドの高さ(エアーマット使用時の考慮)
- e, 日用雑貨の工夫(例：お風呂マットの使用)
- f, ナースコールの説明と適切な位置の確認
- g, ベッド周囲の障害物の確認と整理
- h, ナースステーションに近い部屋の選択
- i, 必要時体幹ベルトの使用・離床センサーの使用
- j, 部屋の照明(光ナースコール)
- k, 患者の身の回り・床頭台に必要なものの確認と整理
- l, 必要時は床にマットレスを敷く
- m, オーバーテーブル・点滴スタンド使用上の注意を促し、不要になったら速やかに片づける
- n, 車椅子
 - ・車椅子用の安全ベルトの使用
 - ・敷物の使用(滑り止めマット)
 - ・看護師の観察できる場所へ収容する
 - ・車椅子乗車中の周囲の環境を整える
 - ・車椅子の定期点検をする
- o, ストレッチャー
 - ・使用時柵とストッパーの確認
 - ・定期点検

(F) 指導・援助 事故後の対応グループ

- a, ベッドからの転落予防指導
 - ・ベッドの上では立ち上がらないように説明する
 - ・用があるときはナースコールで呼ぶように説明する
 - ・家族に車椅子やポータブルトイレを置きっぱなしにしないように説明する
 - ・ベッド柵をむやみにはずさないように説明する
- b, ベッドからの転落予防援助
 - ・ベッドのストッパーはしっかり固定する
 - ・ADLを評価してマット類の選択を的確にする
 - ・患者に必要な身の回りのものは手の届くところにおく
 - ・ポータブルトイレは目に見えるところに置かない
 - ・体幹ベルトの使用
- c, 椅子からの転落予防指導
 - ・車椅子のストッパーはしっかり固定する
 - ・車椅子の乗り降りの時には、フットレストを必ず上げる
 - ・車椅子からの転落予防援助
 - ・車椅子用の安全ベルトの使用
 - ・ナースコールをそばに置く
 - ・移動時はそばで見守る

d, 事故後の対応

- ・患者の観察, 受傷部位の確認, バイタルサインチェック(いつどこでどうなっていたか)
- ・主治医への報告, 上司・家族への状況説明
- ・安全な場所へ移動させる
- ・看護計画の評価・修正・立案
- ・外傷の処置

4) 研修会参加者の取り組みの結果

(1) “高齢者の転倒・転落についてあなたの考えをお聞かせください” (表3) のアンケート結果表4

臨床現場で普段体験している事実を, 客観的に見る事が出来るかどうかを知る目的でアンケートを実施した。自分の考えを素直に表現してもらうためレクチャーを始める前に, 資料を配布する前に参加者に記入してもらった。その結果をまとめてみる。

図1は, “あなたの考えをお聞かせください” の中の, 転倒しやすい年齢を聞いた解答である。第1位は70歳代。正解したのは27人中13人(49.1%)。第2位は80歳代。正解者は12人(44.4%)。第3位は90歳代。正解者は13人(49.1%)。チームリーダーである彼女らの半数以下しか正答できていない。誤りの解答で一位にあげた回答は, 80歳代(12人44.4%), 2位が70歳代(11人40.7%), 3位が60歳代(7人25.9%)である。東京都での調査の結果を見ると1位は80歳代であり, イメージ的には正解かもしれない。地域で生活している健康な高齢者と, 疾病を持ち, 治療のために入院生活を送っている高齢患者との違いが年齢の差にでていると考えられる。

図2は転倒を起こしやすい時間帯を聞いた解答である。第1位は6時から8時の時間帯。正解したのは27人中4人(14.4%)。第2位は18時から20時の時間帯で, 正解者は1人(3.7%)。第3位は16時から18時の時間帯で, 正解者は1人(3.7%)。チームリーダーである彼女らの転倒を起こしやすい時間帯の認識が間違っていることを示している。転倒・転落第1位の6時から8時の時間帯は, 深夜勤務看護師の一番忙しい時間帯に相当する。8時30分からの日勤勤務者への引継ぎに備え, 自分の勤務帯での情報を収集し, 朝食に備えモーニングケアをし, 排泄介助の必要な患者をトイレへ誘導・介助, ベッド上から移動できない方のおむつ交換など非常に忙しく動く時間帯である。患者の側からすれば, 起床後の排泄のために移動し, 洗面のために移動し, 朝の散歩のために移動する。互いに忙しく行動する時間帯である。転倒・転落第2位の18時から20時の時間帯は, 準夜勤務看護師の一番忙しい時間帯である。21時消灯が病院の決まりであり, それまでに患者の情報を収集し, イブニングケアをし, 排泄介助の必要な患者をトイレへ誘導・介助, ベッド上から移動できない方のおむつ交換など非常に忙しく動く時間帯である。患者の側からすれば, 就寝のための準備のために移動し, 面会の方と共に移動し, 夕方からの点滴がある方は排泄のために頻繁に移動をする。互いに忙しく行動する時間

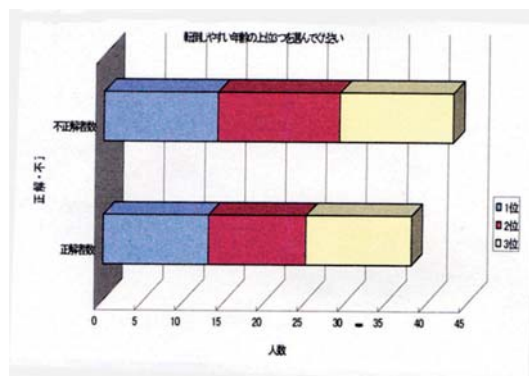


図1

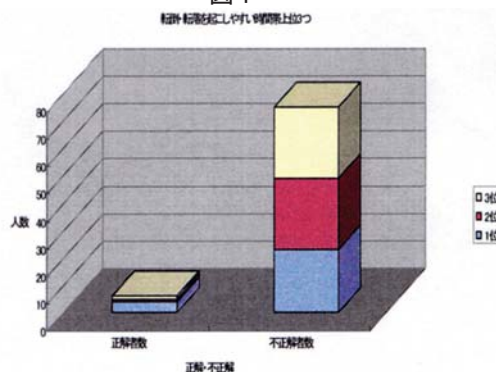


図2

帯である。転倒・転落第3位の16時から18時の時間帯は、日勤務看護師から準夜勤務看護師への引継ぎの時間帯である。その上検査や手術など看護師が患者に付き添って病棟以外へ出ることの多い時間帯である。つまり病室に看護師がいない時間帯でもある。患者の出入りが誤りの解答で一位にあげた回答は、4時から6時が12人 (44.4%)、2位が4時から6時が5人 (18.5%)、3位が2時から4時で5人 (18.5%)。誤りの解答で一位・2位を占めた4時から6時の時間帯は、看護師の意識に上りやすい、印象深い時間帯と考えられる。この時間帯は深夜勤務の看護師が担当している。常識的には全ての患者は寝静まっている。看護師もカルテ整理や、日勤務帯の点滴や検査の準備などをしてナースステーション内にとどまっていることが多い時間帯です。そんなときに患者が転倒・転落すれば非常に印象深くまた後々からも意識に上りやすくなると考えられる。チームリーダー看護師である彼女たちが正解を答えられない理由がここにあると考える。

図3は転倒につながる患者の行動を聞いた答えである。排泄が正解で21人 (77.7%) が正答している。転倒した高齢患者の多くは排泄時にふらつきを訴えている。起立性の低血圧、直腸内が空になることによって起きる低血圧などが原因として考えられ排泄行動が転倒の引き金になることは予想でき、正答率が高いと考える。車椅子乗車中の転落を不正解者10人 (37.0%) が第2位にあげている。その原因としてシートベルトをしていなかった、シートベルトをしていたが患者がはずしてしまった、ロックを掛け忘れた、ロックを掛けていたが患者がはずしたなどが上げられ、このことも看護師にとって印象深くまた後々からも意識に上りやすくなると考えられる。

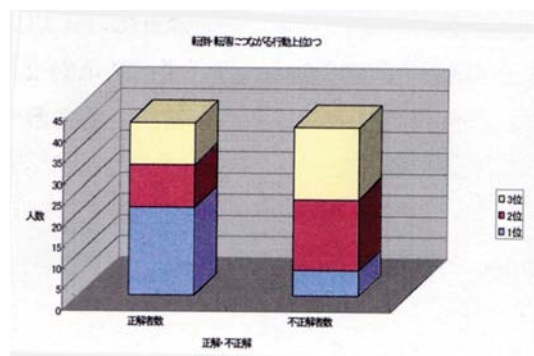


図3

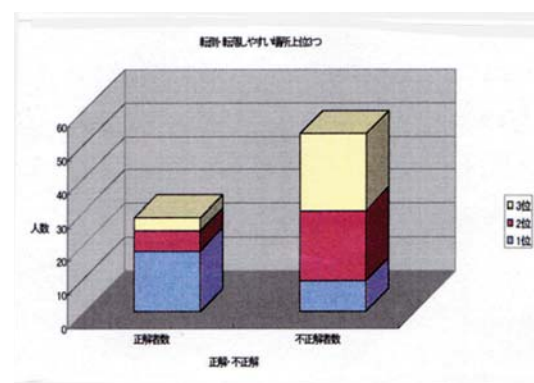


図4

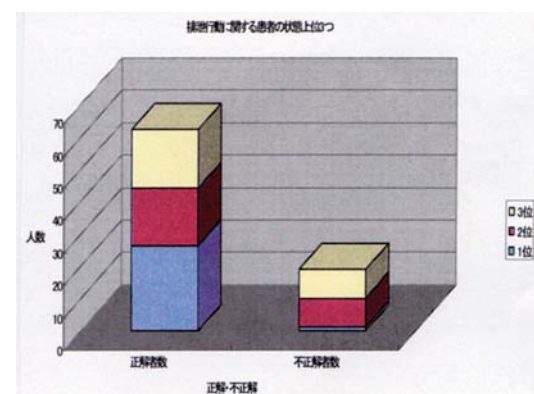


図5

図4は転倒・転落しやすい場所について聞いた答えである。病室が正解で18人 (66.6%) が正答している。病室は入院患者が一番長い時間過ごす場所であり、転倒・転落のリスクがあがっても不思議はない。不正解の1位、2位には共にトイレがあがっている。排泄行動に伴い転倒・転落する患者が多いことが看護師にとって印象深く、また後々からも意識に上りやすくなると考えられる。

図5は排泄行動に関する患者の状態を聞いた答えである。ここでなぜ排泄行動に限り患者の状態としたかという理由は、患者によりまた行為によって介助を必要とするレベルが異なるからである。一部介助を必要とする方が正解で、26人 (96.2%) が正答している。問題になるのは全介助を必要とする方についてと、自立している方についてである。どちらも同数の9人が2位3位と答えている。2位の正解は自立。排泄行為が自立しているにもかかわらず、転倒・転落にリスク2位になるとは看護師達は考えにくいようである。自立している、大丈夫と安易に判断し、看護師の意識からはリスクがあるという意識がなくなってしまうのだろう。

図6は転倒・転落が多く発生する入院病日について聞いたものである。入院後1週間以内が正解で、22人(81.4%)が正答している。高齢者は環境の変化に非常に弱いにもかかわらず、そのほとんどが6人という大部屋に入院する。カーテン一枚で隣の見ず知らずの人と生活を共にすることを強制される。しかも疾病を持ち24時間治療を必要とし、点滴のチューブ、輸液ポンプの音、酸素チューブ、加湿器の音、尿道カテーテルなど通常の生活では考えられないような治療行為を受ける。その生活に慣れるまでに、疾病が軽快するまでに転倒・転落を起こすと考える。インシデントレポートによれば1週間以内、特に入院後2日目と4日目が一番転倒・転落が発生している。その理由は不明だがおそらく発熱していた方が解熱したとか、電解質のバランスが悪かったのがある程度是正されたなど身体的に行動がとれるようになるまでに回復したためと考えられる。

図7は転倒・転落の原因を聞いたものである。筋力の低下が正解である。12人(44.4%)が正答している。入院すると疾病と治療のためベッド上での生活を強制される。ベッド上での生活は高齢者の筋力低下に拍車をかけることとなり、このくらいは出来たという思いと実際の身体能力との差が転倒・転落につながると考える。2位3位は21人(77.7%) 27人(100%)もが不正解である。転倒・転落の原因第2位は患者自身がベッド柵をはずしたである。患者自身がベッド柵をはずし行動しようとする行為はその場に居合わせない限りとめることは出来ない。そのためマットになったセンサーが開発され、ベッドから降りようとしてセンサーマットに足をつけるとアラームがなるというものがある。しかし高額のためリスクのある高齢患者全員に使用することは出来ない。看護師だけの努力ではなく、病院サイドにも高齢患者の転倒・転落リスクを理解していただく必要がある。

図8は転倒・転落が起きたとき受傷部位はどこか聞いたものである。正解は頭部で、5人(18.5%)しか正答していない。高齢者は転倒・転落するとき体を支えるための手が出ないことを看護師は理解できていないことを示している。高齢者は頭から転倒・転落する。このことを十分理解し、転倒・転落者を発見したときには頭部外傷に順じて看護しなくてはならない。

図9は転倒・転落に影響を及ぼしていると考えられ

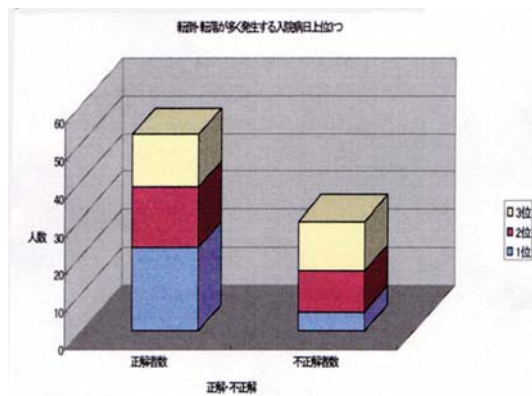


図 6

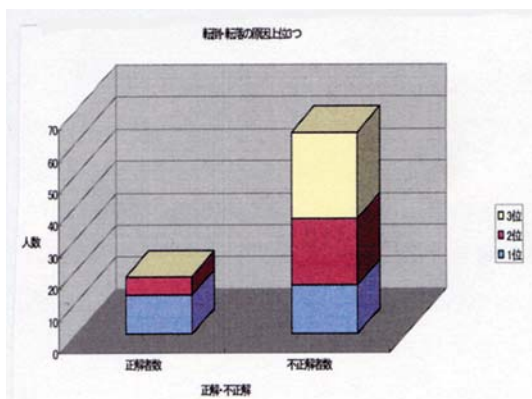


図 7

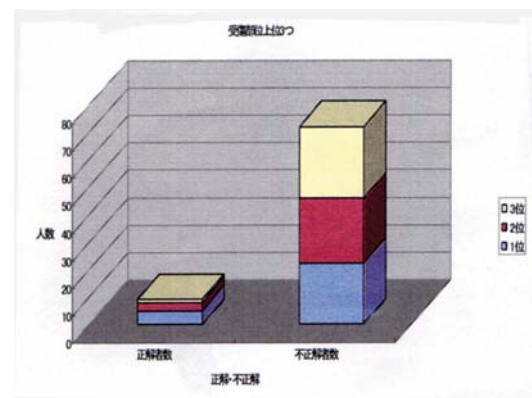


図 8

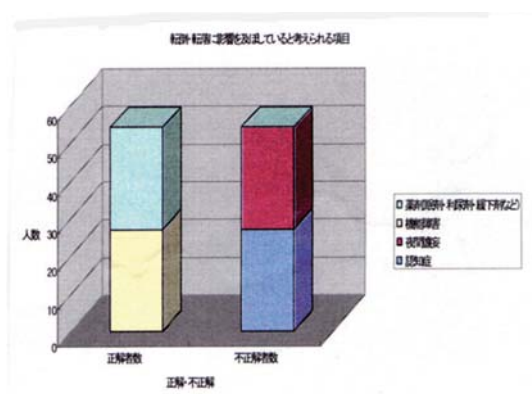


図 9

る項目を聞いたものである。認知症は当病院でのインシデントレポート報告では関係がない。しかし常識的には影響大である。つまり認知症がある方ははじめから要注意患者として看護師たちが注意するため、転倒・転落が未然に防がれている。この人は大丈夫と安易に安心している患者が転倒・転落している。夜間せん妄のある方も常識的には影響大である。しかし当病院でのインシデントレポート報告では関係がない。夜間せん妄は点滴の針を自分で引き抜く、尿道カテーテルを自分で引き抜く、明かりのついているナースステーションへ見知った場所や家人を探してやってくるなどがほとんどで、直接転倒・転落につながることは少ない。どちらも正答者は一人もいなかった。機能障害を持っていると薬剤の影響については全員が正答している。

以上のことから、看護師たちは、印象深く残ったイメージで判断し、答えていると考えられる。病棟中が静まり、看護師達もナースステーション内にとどまっていることの多い時間帯、シートベルトをしていたが患者がはずしてしまったという負のイメージなど看護師の意識に上りやすい、印象深い時間帯に転倒・転落が多いと答えている。事実を客観的には見ていないことが明らかとなった。高齢患者は、入院によって通常の生活では考えられないような治療行為を受ける。その生活に慣れるまでに、疾病が軽快するまでの間に転倒・転落を起こす。インシデントレポートによれば1週間以内、特に入院後2日目と4日目が一番転倒・転落が発生している。イメージにとらわれず、事実を客観的に捉え、対応することが必要である。

(2) 研修会参加者の反応

今後研修会を企画する上で参考とするためと、今回の研修内容が参加したリーダー看護師達にどのように受け止められているか、そして理解してもらえたかどうかを判断するために行った。(表5・表6) 以下アンケート調査の結果をまとめてみる。

研修の内容が理解できたかの項目では30人の参加者全員が理解できた(100%)と答えている。図10

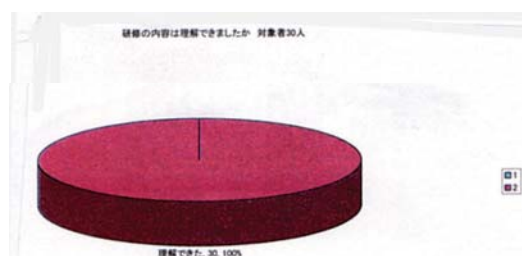


図10

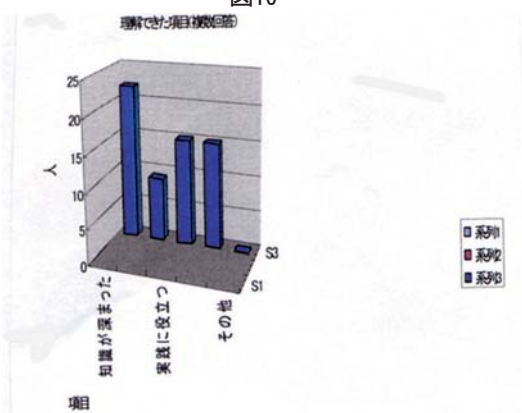


図11

次に理解できた項目(複数回答)についてたずねた。知識が深まった。22人(73.3%)。新たな関心がわいた。9人(30%)。実践に役立つ。15人(50%)。転倒・転落予防の必要性が理解できた。15人(50%)である。その他0人である。図11

今回の研修を活かして、今後スタッフに転倒・転落予防の指導が出来ますか。の問いに、はいが29人(96.6%)。いいえが1人(4.4%)である。指導できない理由として「今回の研修を基に、自分なりに学習しないと指導するレベルには至らない」とこたえている。図12

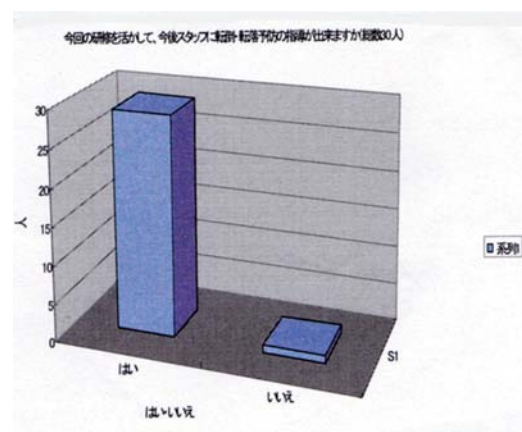


図12

今回の研修を他のスタッフにもしたほうがいいと思いますかの問いに、はいが30人(100%)。いいえが0人(0%)である。図13

誰が研修すると良いですか(複数回答)の問いに、新卒14人(46.6%)。中堅(5~10年)8人(26.6%)。ベテラン(10年以上)4人(13.3%)。管理者0人(0%)。

全員管理者を含む全員13人 (43.3%)。と答えている。

図14

企画・運営の時間配分は適切でしたか。の問いに、適切30人 (100%)。適切でない0人 (0%)。であった。要望として「グループワークの途中で時間の声掛けをして欲しかった」という声が聞かれた。図15

研修の方法は適切でしたか。の問いに、適切30人 (100%)。適切でない0人 (0%)。であった。図16

研修会に対する参加者の反応は非常に良好であったと考える。今までインシデントレポートを提出した経験のないものはないだろう。自分たちの提出した結果がこうした研修会という形で利用され、当病院での特徴を知ることが出来、よい研修会であったと評価できる。

第二節 高齢入院患者の転倒・転落予防教育実践

1) 高齢入院患者の転倒・転落予防教育実践2回目

看護師は24時間患者の看護を行っている。当然二交代、三交代という勤務交代しながら看護している。新人看護師もいれば経験30年といった看護師もいる。しかし経験年数だけでは看護レベルはいえない。また学歴だけでも看護レベルが高い低いとはいえない。看護レベルを一定にするためにも看護マニュアルは必要である。しかし前述したように、医療監査のためのマニュアルになっている事実も否めない。自分たち看護師のための、患者のためのマニュアルとなるためには自分達で作ったという意識が必要ではないかと考える。前回の研修会では、マニュアル作成のためのグループワーク研修は1時間という限られた

わずかな時間しか計画できなかった。知識伝達の研修を受け、話し合いをし、それをまとめてマニュアルを完成するためには、あまりに短い時間であった。当然今回出されたものは当病院でのインシデントレポート集計結果を十分踏まえた内容ではなく、不十分であり、もう一度グループワークをし、案を練り直す必要があると判断された。そのため、11月7日 (月曜日) に再度チームリーダー看護師を集め、グループワークを行うことになった。

平成17年11月7日、前回の高齢入院患者の転倒・転落予防教育実践2回目を行った。あらかじめ病棟師長を通じ、表7のように案内状を配布した。

必要物品として実物投影機 マジック 記録用紙

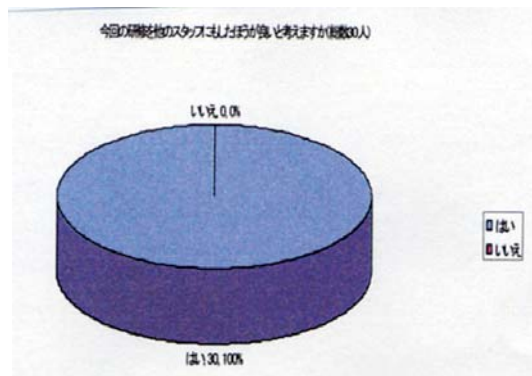


図13

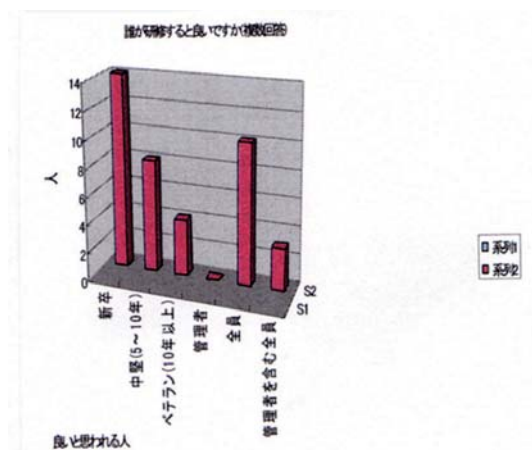


図14

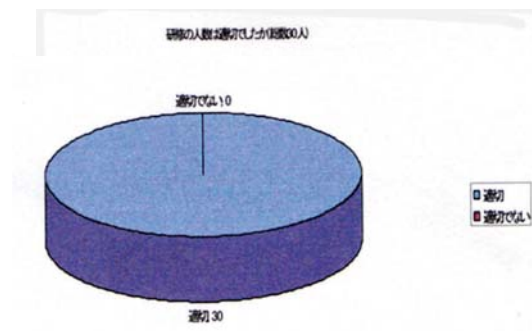


図15

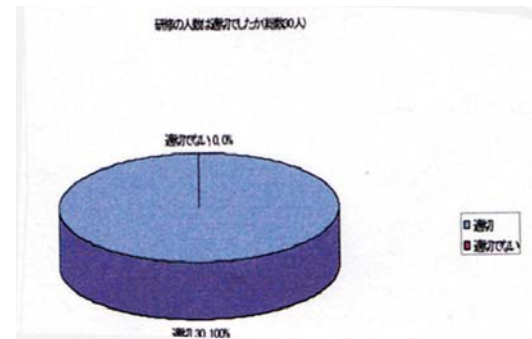


図16

転倒転落アセスメントスコアシート 転倒転落予防

看護診断をグループの数だけ用意した。

グループ分けは、前回転倒グループ3、転落グループ3の計6グループとしたが、今回は「患者観察、環境整備、患者・家族指導、事後対応まで一貫性を持った、高齢者の転倒・転落予防マニュアルを作成する。」という目的があるため、**転倒グループ** 2 (A,B)、**転落グループ** 2 (C,D) の計4グループとした。

以下に各グループのまとめを述べておきたい。前回と同じ内容のものは、ここでは割愛した。

転倒グループA

①患者の身体観察（転倒転落予防看護診断に加える）

前回の研修会で出された案と異なっているところは、身体的な観察面として、入院前と入院後のADLを評価する。その方法として、アセスメント入力、DPC入力を活用する。病状として低血糖という項目を入れる。その他として、術後や長期臥床時の安静度変更時（免荷、荷重など）という項目を入れる。

②環境整備

前回の研修会で出された案と異なっているところは、床頭台の高さを低いものにし、横幅を広くする。オーバーテーブルをロック式にする。2病棟の枕元灯の改善。車椅子乗車または歩行可能になったら、パジャマへの変更を考慮する。トイレの電気をセンサーにする。トイレの水洗レバーを壁設置タイプにする。トイレの床をバリアフリーにする。松葉杖の先のゴムの点検。点滴スタンドの選択。（キャスターつき、固定式）点滴スタンドにグリップをつける。という項目を入れる。

③指導・援助

前回の研修会で出された案と異なっているところは、転倒のリスクの高い患者と家族には入院時に「転倒・転落のお知らせ」リーフレット」を説明し、了解を得る。である。

事故後の対応としては、スタッフ間での情報共有をする。

スタッフへの指導としては、転倒転落アセスメントスコアシートで、危険度が2・3の場合は看護診断をあげ、対策を立てる。転倒の危険があると思われる行動は、必ず記録に残し、申し送るである。

その他として、入院案内書に「転倒・転落予防のため、滑らない履物をご用意ください」と説明文を加える。という項目も出された。

転倒グループB

②環境整備

前回の研修会で出された案と異なっているところは、部屋のカーテンの上のほうにネットになっている。その部分に点滴台の先端が引っかかり危険。点滴台の定期点検。身障者トイレの改善。車椅子用の安全ベルトを、一台につき一つづつ付けるである。

転落グループC

①患者の身体観察

前回の研修会で出された案と異なっているところは、入院時は転倒転落アセスメントスコアシートを使って危険度を判定。それぞれの危険度に合わせた対策を行っていく。転倒転落アセスメントスコアシートは、1週ごとに評価し、転落時にも評価し、計画につなげる。転倒転落アセスメントスコアシートの★1～5を記入する。ベッドサイドに行った際、危険度が2・3の患者には、誰でも危険度がわかるようなものを作る。ベッドサイドに行った際、危険度が2・3の患者には、環境整備についてチェックを行うである。

②環境整備

前回の研修会で出された案と異なっているところは、ポータブルトイレで手すりのないものは廃

止する。ポータブルトイレの下に、ゴムマットを敷き、滑る止め防止を図る。配下膳時、廊下が濡れていないか確認する。ベッドのキャスターは必ずベッドの内側に入れるである。

転落グループD

前回の研修会で出された案と異なっているところは、転倒・転落アセスメントスコアシートに加える項目として、生活習慣上畳の上で寝ているである。

提案として、用紙上危険度が2・3の患者であっても、他のチームのスタッフがベッドサイドに行った時には、その患者が危険度2・3なのかかわからない。全部の病棟で統一できれば良いがあった。

2 転倒・転落予防教育から見えてきた課題

(1) 病棟スタッフの反応

前回の研修会の終了時に、各病棟スタッフへの伝達研修を行うようにと参加者への課題を義務づけた。2回目の研修会終了時に、前回の研修内容を病棟スタッフに伝達したか。病棟内での意見。の二つについてたずねた。その結果は以下の通りであった。

①病棟スタッフに伝達したか

11部署中伝達したのが5部署。次回の病棟カンファレンスで伝達する予定としたのが6部署である。前回の研修で行ったアンケートでは、スタッフに対し指導できるとしたものが1名を除き全員であった。また、病棟での伝達をするように課題としていた。この結果から自分たちの研修だけで終わっている事実が見て取れる。当高山赤十字病院では、病棟内での情報伝達の悪さがあると考えられる。木嶋文子は「看護部における情報伝達の状況を探る——急性期病院に関する調査を試みて——」の中で、職位が高いものの方が情報の受け止めと内容の理解度がよい。またスタッフの数が多いほど情報伝達が低い。主任看護師（師長・係長との職位に次ぐ）の数が5人以下の病棟の情報伝達は低い⁽¹¹⁾。としている。当病院の各病棟では多少の差はあるが1部署の看護師数は30人～40人前後、患者数は一番多い病棟では63人と、一つの看護単位の患者数が岐阜県下で一番多い病院である。その為当然一つの病棟に所属する看護師の数も多くなっている。また、当病院では、主任看護師の制度が平成16年に始まったが、現在その任に当たっているものはいない。各部署には師長1名、係長1～2名配属されているのみである。師長の中には長期研修に出ており、現部署には係長が代行しているところ、看護部の副部長が兼任しているところもあり、情報伝達の悪さに拍車をかけているのではないかと考えられる。

1回目の研修終了時に、研修内容の各病棟スタッフへの伝達研修を課題としたが、半数以上の部署での伝達が行われていない事実がある。研修対象者をリーダーシップの執れるチームリーダーとしたにもかかわらず、積極的にチームスタッフへの働きかけが行われていない。ここでも情報の共有化が出来ていない現状がある。研修を受け、よい研修だったと考えたならば、良い看護を提供するためにもチームスタッフへ伝達研修を行うべきであろう。また、研修参加対象となった看護師は、チームリーダー看護師である。チームスタッフへのよい影響を与えることを予測し、また期待し研修対象とした。今年度固定チームナーシングという看護提供方式が全面的に導入され、まだまだチームリーダーの役割も果たせず不十分であると思われる。しかし自分の研修だけに終わらないよう、チームスタッフへよい影響を与えることが出来ることがチームリーダー看護師としての今後の課題である。

②病棟内での意見の集約

伝達をした5部署のうち3部署がスタッフの意見を持ち寄って今回の研修に参加していた。結果は不十分と考えざるを得ない。前述の研修内容の伝達と同様に、何が原因なのか考えてみる必要が今後の課題となる。

研修会の中で、看護提供方式が固定チームナーシングであり、自分の所属するチームの患者に関しては非常に情報が良くわかるが、他のチームの患者に関しては、全くわからず、ナースコールで呼ば

れ、介助をしようとしても非常に戸惑う。またそれに伴い、転倒を起こしてしまったという事例もあり、患者の転倒・転落予防アセスメントスコアシートでの危険度を共通理解する方法を求める意見が出された。このことは、インシデントレポート委員会の中でも何度となく話し合われてきた。個人情報にもつながり、個人情報保護の立場で、今まではナースステーション内の掲示板に記載するのみという方法をとってきた。病室内で情報がわかる方法が欲しいという意見が、再度臨床現場で働く看護師達から出された。

インシデントレポート委員会で話し合いをした結果、まず採点方法を変更した。今まで転倒・転落予防アセスメントスコアシートの採点を、ナースステーション内で担当看護師だけで採点してきた。それを入院時の情報収集時に、家族と患者本人と共に転倒・転落予防アセスメントスコアシートの採点をする方法にした。家族と患者本人と共に採点することにより、転倒・転落の危険性を数字で知ってもらうことが出来る。家族と患者本人にとって危険度が数字でわかることは非常にインパクトが強く、十分理解してもらうことが出来る。そして、患者本人の安全を守るために、病室に掛ける安静度板の患者名の横にスコア化した点数を書き込むこととした。これで、看護師達にも危険度がわかり、患者自身、家族にも理解と協力を得やすくなった。

(2) インシデントレポート委員会でのまとめ

2回の研修会を終え、提出された高齢入院患者の転倒・転落予防マニュアル案を基に、インシデントレポート委員会にてマニュアルを作成することが出来た。以下に作成した入院高齢者の転倒・転落予防対策アニュアル表8を提示しておきたい。

数年前に、転落した後に患者が死亡するという事故が当病院では起きている。死亡原因が転落によるものか、疾患によるものか不明であるが、転倒・転落したことは事実である。怪我がなく良かったとそのままとなり、十分な観察が行われていなかったのではないかという反省をもとに、転倒・転落後患者観察チェックシートが作成された。にもかかわらず、そのチェックシートは当該病棟でのみの使用にとどまり、全病棟での使用はなされていなかった。事実、この私も、他のインシデントレポート委員会のメンバーも、その転倒・転落後患者観察チェックシートの存在をすっかり忘れていた。今回たまたま私の病棟で、ベッドから転落した患者がおり、勤務交代してきた看護師により、患者観察チェックシートが使用されその存在を知った。高齢入院患者は入院後必ず転倒・転落するという認識を持ちながら、看護に当たるよう研修会で指導しておきながら、高齢入院患者の転倒・転落予防マニュアルの作成だけで終わっては片手落ちであったと反省し、看護レベルを一定水準に維持するためにも、既存の転倒・転落後患者観察チェックシートを改訂し表9とした。

(3) 転倒・転落予防アセスメントスコアシート

研修会の中で、転倒・転落予防アセスメントスコアシートの改訂をという意見があり、既往歴：今回が初めての入院である。その他：生活習慣：畳の上で寝ている。の2点を追加し改訂表10した。

以上、高齢者の転倒・転落予防対策アニュアル、転倒・転落予防アセスメントスコアシートの採点方法の変更、安静度板の患者名の横にスコア化した点数を書き込む、転倒・転落後患者観察チェックシート改訂版、転倒・転落予防アセスメントスコアシートの改訂版は平成17年12月6日の師長会議で、全病棟に配布され即日実行に移された。

終わりに

平成10年にインシデントレポート委員会が設置されて以来、今回初めて委員会としての研修会を行った。しかも、過去2年間の転倒・転落患者に関するインシデントレポート報告をまとめた研修会であった。(それ以前のインシデントレポートの様式は、高山赤十字病院独自の様式であった。2年前に

日本赤十字社本社からの命令で、全国赤十字病院統一の様式に変更された。そのため、今回の研修についての統計は、2年間のものとした。)

看護師たち、特にチームリーダーである看護師たちは、長年の経験上、日々の業務の中で、入院患者層が変化している印象を常々持っていた。地方の小さな都市である高山市でも高齢化は進んでいると知ってはいても、ここまで急速に入院患者の高齢化が進んでいることは、数字の上で知ることはなかった。15年前に病棟を新築した時点では、急速に進行する高齢化の波を予想できず、そのために多くの設備面で不便であるだけでなく、転倒・転落の危険を増幅させている事実にも初めて気づいた。

高齢患者の転倒・転落は、患者側に多くの要因があり、その上、病院の入院設備にも多くの要因があり、現在の老化と疾病の区別の出来ない、医療と介護とを区別できない現行の医療制度の中では絶対になくなることはないと言える。しかし臨床の現場、看護の場面では日々、転倒・転落の問題に直面している。江藤が「今転倒・転落が注目されている理由」の中で述べている。今私たちができることは何なのか、何に注意を払ったり考慮したりすれば少しでも高齢者を転倒・転落から護ることができるのかを考える必要がある。そのために看護者は高齢者の特性の熟知、転倒・転落の実態の十分な把握、個別性の理解をすることが重要である。またそうすることで、質の高い看護を提供できるのではないだろうか⁽¹²⁾。いま、看護者として多面的に高齢者をとらえることで、転倒・転落の危険からできるだけ護るためにできることを科学的に考える必要がある。

通常看護マニュアルなどの業務基準や手順といわれるものは、各委員会などで作成され、それが各病棟・外来へおろされるというトップダウンの形式をとる。しかし今回の研修会では、今までにないボトムアップの形をとったマニュアル作りに取り組んだ。これは、業務基準や手順がファイルに綴じられたままで活用されていない事実を踏まえ、活きたマニュアルを作りたいというインシデント委員会の希望からこうした研修会をもった。

環境整備の項目を見るとわかるとおり、病棟内の既存の設備・備品に対して現場で看護している看護師達は、現状に合わない事実を明らかにしている。この現実があるからこそ、高齢入院患者の転倒・転落が減らないということも言えるだろう。しかしこの設備・備品の改善には非常なコストがかかるということも事実であり、一朝には改善される見込みはない。この環境下でいかに高齢入院患者の転倒・転落を予防するかが大切である。幸い、床頭台については、業者との賃貸契約が来年度切れることもあり、新規契約に向けての交渉、選定に入っている。現場で働くものの声が少しでも生かされ、安全な環境を提供できるようにより良いものを選択したい。

また、こうした研修を新人看護師に研修させると良いという意見が46%もあったが、研修委員会の年間新人研修プログラムとしてすでに計画・実施されている。今後も新人看護師に対しては、医療安全対策室が担当し、研修の機会を持つ予定である。

今回作成された高齢入院患者の転倒・転落予防マニュアル、転倒・転落後患者観察チェックシート、転倒・転落予防アセスメントスコアシート、情報の共通理解の方法については、平成17年12月6日の師長会議で、全病棟に配布・伝達され、即日実行となった。しかし、看護師間の情報伝達の悪さは、今回の研修後課題でも明らかなように今後の大きな課題である。今後病棟巡視などを行い、マニュアルどおり実行されているかどうかの指導と徹底を推進してゆきたいと考えている。

引用文献

- (1) 吉田和子「高齢社会の問題が照射する新たな生活創造の課題－エイジズムとセクシズムの視点－」『岐阜大学教育学部研究報告－人文科学－』53巻1号, 2004年, 163頁
- (2) 江藤真紀「今転倒転落が注目されている理由」『月間ナーシング5』Vol.21 No.6, 学習研究社, 2001年,

18頁

- (3) 小林秀「高齢者の特徴を知ろう」『BRAIN NURSING 夏季増刊』, メディカ出版, 2002年, 18頁
- (4) 古屋敷智恵美「リスクマネジメントの観点から転倒転落アセスメントに取り組む」『看護学』vol.68 no.1, 医学書院, 2004年, 35頁
- (5) 紅露晴子「転倒転落事故の分析と予防対策」『看護実践の科学』3, 看護の科学社, 2000年, 4頁
- (6) 江藤真紀 前掲書(2).21~22頁
- (7) 江藤真紀 前掲書(2) 23頁
- (8) 芳賀 博「在宅老人の転倒に関する調査の検討」『日本公衆衛生学会誌』vol.43no.11, 1996年, 983~988頁
- (9) 狩野 徹「転倒事故と身体特性の関係」『エキスパートナース』 vol.12 no.7 照林社, 1996年, 33頁
- (10) 鎌田ケイ子『老年期の患者の特性とその看護概論—エマージェンシーナース—』メディカ出版, 1998年, 76頁
- (11) 木嶋文子「看護部における情報伝達の状況を探る—急性期病院に関する調査を試みて—」『第34回 看護管理』, 日本看護協会出版社, 2003年, 130頁
- (12) 江藤真紀 前掲書(2).19頁

参考文献

- (1) 横内正利『顧客としての高齢者ケア』, 日本放送出版協会, 2001年
- (2) 福本京子「抑制廃止福岡宣言以後, 看護はどう変わったか」『看護』Vol.51 No.14, 1999年
- (3) 安川仁子 和賀徳子「看護婦の事故防止の認識と行動(第1報)—看護事故の実態把握と現任教育の分析—」『第31回 看護管理』, 日本看護協会出版社, 2000年
- (4) 川村治子「看護のヒヤリ・ハット事例の分析」医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究」平成11年度厚生科学研究費レポート
- (5) Fitzgerald 武山満智子訳 「老人患者の抑制に関する誤った通念」『看護』Vol.51 No.14, 日本看護協会出版社, 9頁
- (6) 木嶋文子「看護部における情報伝達の状況を探る」『第33回看護管理』2002年
- (7) 佐藤 学「ケアリングとしての教育」『ひと』Vol.23 No.3, 太郎次郎社, 1995年
- (8) 安川仁子「看護婦の事故防止の認識と行動(第1報)」『第31回 看護管理』, 日本看護協会出版社
- (9) 古屋敷智恵美「転倒転落防止に向けての取り組み その1」『中国労災病院医誌』2002年, 45~50頁
- (10) 石井敦子「転倒転落アセスメントシートの段階的評価」『第33回看護管理』, 日本看護協会出版社, 2002年

表1 当日のプログラム

会場準備 14時～

机は、グループごとに分ける。6テーブル。

グループ名と、参加者の氏名を記入した表を置く。ホワイトボードにも書き掲示

転倒・転落についてのアンケート、レクチャー終了後のアンケートを人数分配しておく

グループ討議のときに使用する資料を配っておく。(転倒・転落アセスメントスコアシート、看護診断用紙、記録用紙)

パソコン、プロジェクター、実物投影機、サインペン(赤と黒)、模造紙

15時～15時03分:インシデントレポート委員会委員長の挨拶

「あなたの考えを聞かせてください」記入

15時10分～15時40分 : 転倒・転落についてレクチャー

15時40分～16時40分 : グループ討議

16時40分～17時 : グループ発表

17時10分 : 総評

閉会の挨拶

アンケート記入

解散 転倒・転落についてのアンケート、レクチャー終了後のアンケートを回収。

片付け

表2 研修会開催のお知らせ

研修会のお知らせ

平成17年7月5日

インシデントレポート委員会

テーマ 高齢者の転倒・転落事故防止

目的 1, 高齢者の転倒・転落事故防止能力を高める
2, 高齢者の転倒・転落事故防止マニュアルの作成

日時 平成17年9月8日(木) 15時～17時

場所 講堂

<対象病棟>

1-2 2-2 2-6

1-3 2-3 救命センター

1-4 2-4 はなさと

1-5 2-5

対象者 ・安全対策委員 1名

・固定チームナーシング導入時チームリーダーとなる人 各病棟
2名 ただし、「2-2 2-3 はなさと」は各1名

講師 インシデントレポート委員会

森本 敬子 看護係長

高野 あけ美 看護係長

資料準備のため、参加者名を7月20日(水)までに安全対策室室長
仲 師長に回してください。

—————きりとり—————

病棟名

参加者名

表3 高齢者の転倒・転落についてあなたの考えをお聞かせください

1. 下記の項目より上位3つを選んでください

項目	上位3つを左記より選んでください		
	1	2	3
1) 転倒しやすい年齢は？ ①60歳代 ②70歳代 ③80代 ④90代 2) 転倒の起こしやすい時間帯は？ ①0:00～2:00 ②2:00～4:00 ③4:00～6:00 ④6:00～8:00 ⑤8:00～10:00 ⑥10:00～12:00 3) 転倒につながる行動は？ ①排泄 ②食事 ③配下膳 ④洗面 ⑤入浴 ⑥歩行中 ⑦車椅子乗車中 ⑧その他() 4) 転倒しやすい場所 ①病室 ②廊下 ③トイレ ④階段 ⑤浴室 ⑥洗面所 ⑦エレベーター ⑧その他() 5) 排泄行動に関する患者の状態 ①全介助 ②一部介助 ③自立 6) 転倒が多く発生するのは？ ①入院後1週間 ②入院後2週間 ③入院後3週間 ④入院後4週以上 7) 転倒原因は？ ④柵を乗り越えた ⑤物につまずいた ⑥柵をはずした 8) 受傷部位は？ ④背 ⑤臀部 ⑥上肢 ⑦下肢			

2. 下記の項目より転倒・転落に影響を及ぼしているものの有無に○をつけてお答えください。

項目	有	無
①認知症		
②夜間せん妄		
③機能障害		
④薬剤<眠剤・利尿剤・緩下剤など>		

表4 あなたの考えをお聞かせください アンケート結果

対象者30人 回収者27人 回収率90%

転倒しやすい年齢は上位3つを選んでください		
	正解者	不正解者
1位	13	14
2位	12	15
3位	13	14

転倒を起こしやすい時間帯は		
	正解者	不正解者
1位	4	23
2位	1	26
3位	1	26

転倒につながる行動は		
	正解者	不正解者
1位	21	6
2位	10	17
3位	10	17

転倒しやすい場所は		
	正解者	不正解者
1位	18	9
2位	6	21
3位	4	23

排泄行動に関する患者の状態		
	正解者	不正解者
1位	26	1
2位	18	9
3位	18	9

転倒が多く発生するのは		
	正解者	不正解者
1位	22	5
2位	16	11
3位	14	13

転倒の原因は		
	正解者	不正解者
1位	12	22
2位	6	24
3位	0	26

受傷部位は		
	正解者	不正解者
1位	5	22
2位	3	24
3位	1	26

転倒・転落に影響を及ぼしているもの		
	正解者	不正解者
認知症	0	27
夜間譫妄	0	27
機能障害	27	0
薬剤（眠剤・利尿剤・緩下剤など）	27	0

表6 研修終了アンケートの集計

対象30人 回収30人 回収率100%

理解できた	30
理解できなかった	0

今回の研修を活かして 今後スタッフに転倒・転落予防 の指導が出来ますか	
はい	29
いいえ	1

理解できた項目（複数回答）	
知識が深まった	22
新たな関心がわいた	9
実践に役立つ	15
転倒・転落予防の必要性が理解できた	15
その他	0

その理由 今回の研修を基に、自分なりに学習しないと指導するレベルには至らない

今回の研修を他のスタッフにも したほうが良いと思いますか	
はい	30
いいえ	0

企画・運営の時間配分は適切でしたか	
適切	30
適切でない	0
グループワークの途中で時間の声掛けをして 欲しかった	

誰が研修すると良いですか （複数回答）	
新卒者	14
中堅（5～10年）	8
ベテラン（10年以上）	4
管理者	0
全員	10
管理者を含む全員	3

研修の方法は 適切でしたか	
適切	30
不適切	0

研修の人数は 適切でしたか	
適切	30
不適切	0

表7 転倒・転落予防研修会 PART2

転倒・転落予防研修会 PART2

目的	高齢入院患者の転倒・転落予防マニュアルの再考		
目標	患者観察, 環境整備, 患者・家族指導, 事後対応まで一貫性を持った, 高齢者の転倒・転落予防マニュアルを作成する。 一般的な予防対策ではなく, 高山赤十字病院での高齢者の転倒・転落の傾向を踏まえた転倒・転落予防マニュアルを作成する。		
対象者	入院病棟のチームリーダー各2名 (前回9月8日に高齢者の転倒・転落予防研修会を受けたもの)		
日時	平成17年11月7日(月曜日) 15時~17時10分		
会場	講堂		
内容	15時00分	オリエンテーション	
	15時15分~16時40分	グループワーク 転倒予防グループ 各2グループ AとB 転落予防グループ 各2グループ CとD	
	16時40分~17時00分	グループ発表 各グループ5分間	
	17時00分~17時10分	終了の挨拶	
必要物品	前回の配布資料(受講者に持参してもらう)		

インシデントレポート委員会

表8 入院高齢者の転倒・転落予防対策マニュアル

1. 患者観察
 - 1 身体的：麻痺、知覚障害の有無、四肢の変形・欠損の有無、視野・視力障害の有無、聴力障害の有無、筋力低下の有無、杖・歩行器の使用の有無などをアセスメントする。DPC入力を行う。
入院前のADLを把握する。
 - 2 性格・年齢：あわてやすい、遠慮がち、なんでも自分で行わないと気がすまないなど。
65歳以上、特に70代の患者は注意する。
 - 3 認知力：理解力の低下、記憶力の低下、判断力の低下、病識の程度、認知症の有無。
 - 4 薬剤：睡眠安定剤・緩下剤・降圧剤・利尿剤・鎮痛剤の使用の有無。
麻薬・化学療法・持続点滴の有無。
 - 5 病状：ガス交換障害、下痢、頻尿、発熱、貧血、規律制定血圧、めまい、意識消失、疼痛・低血糖の有無。
 - 6 既往：転倒したことがある。
 - 7 排泄パターン：トイレ介助の程度、排泄の頻度・時間。
 - 8 睡眠パターン：昼寝の習慣、寝惚けがある。
 - 9 入院期間：入院1週間以内特に、入院病日二日目、四日目。転室・転棟。
 - 10 その他：術後や長期臥床時の安静度変更時（免荷、荷重など）。
生活習慣が、和式である。
 - 8) 排泄のパターンに合わせてトイレに誘導する。
 - 9) ナースコールにはすばやい対応を行う。
 - 10) 日中の離床を促し、昼夜のリズムをつける。
 - 11) 転倒の危険度の高い患者には、歩行時必ず付き添う。
 - 12) 筋力低下予防のために、ベッド上での手足の運動を促す。
 - 13) 頻回な巡視を行う。特に朝6時から8時の時間帯は要注意。
 - 14) 車椅子乗車中は、ずり落ちないように見守る。
 - 15) 歩行器、車椅子、点滴台を使用時には、正しい使用方法を説明する。
 - 16) 点滴台を使用時には、部屋のカーテンのネットになっているその部分に、点滴台の先端が引っかかり危険であることを説明する。
 - 17) 松葉杖の先のゴム、歩行器、車椅子、点滴台を定期的に点検し、不備の無いように整備する。
 - 18) ベッド柵・体幹ベルト・ポータブルトイレ使用基準の厳守。
 - 19) 転倒の危険度をスタッフが共有する。
 - 20) 生命に危険が及ぶ可能性のあるときには、家族の同意後に体幹ベルトを使用する。
 2. 環境整備
 - 1 自分でベッド周囲の整理・整頓が出来ない方の環境整備には気を配る。
 - 2 部屋の床や角に物を置いたり、廊下に物を置かない。
 - 3 ベッドのハンドルを出しっぱなしにしない。
ベッドのロックを内側に向けておく。
 - 4 エアーマットの使用により、ベッド柵の高さが低くなっている場合には、柵の乗り越えに気をつける。
 - 5 トイレの距離が病室から遠い場合には、病室の位置を配慮する。
 - 6 点滴使用時、特に点滴ポンプ使用時には、安定性に欠けるため、注意する。
 - 7 病衣の丈が合わない人は、適切な病衣を選択する。
どうしても病衣の丈が合わない人は自分に合ったものを着用できるように家族に持参してもらう。
 - 8 ポータブルトイレを使用するときには、ポータブルトイレ使用基準を守る。
 - 9 ベッド柵を使用するときには、ベッド柵スパーサー使用基準を守る。
 - 10 ナースコールが使用できるように、ナースコールの位置に配慮する。
 - 11 入院前の環境を出来るだけ変えないよう、必要時には個室とし、家族の協力を求める。
 - 12 離床センサーなどを有効に活用する。
 - 13 床の水などのこぼれは、すぐに拭く。
 - 2) 事故後の対応
 - 1) 患者のバイタルサインチェック、全身を観察特に頭部を観察し、受傷部位を確認。
 - 2) 他のスタッフに応援を求める。
 - 3) 患者の安全を確保する。
 - 4) 主治医への報告をする。
 - 5) 看護管理者・病棟上席者への報告をする。
 - 6) 必要時には、医師より家族への状況説明を依頼する。
 - 7) 看護計画の評価・修正・立案を行う。
 - 8) インシデントレポートの提出。
 - 9) 病棟内での情報を共有する。
- 転倒・転落予防対策注意事項
1. 65歳以上の高齢者が入院したときには、必ず「転倒・転落アセスメントスコアシート」を使用し、患者・家族と共に転倒・転落の危険度を判定する。
 2. 安静度板の名前の横に、危険度を1・2・3と数字で記入する。
 3. 危険度1以上の患者に対しては、看護診断を行い、「看護計画表」を用いて看護計画を立案し、転倒・転落予防対策を行う。
 4. 危険度2・3の患者に対しては、患者および家族の方に「転倒・転落予防についてのお知らせ」を用いて対策の必要性を説明し、同意を得る。
サインをもらった後、コピーをカルテに綴じ、原本は家族に渡す。
 5. 入院病日二日目、四日目、七日目には看護計画の評価・修正を行う。
以後一週間ごとに評価・修正を行う。
 6. 転倒・転落が起きたときには、患者の全身状態を把握し、適切な処置をとった上で、主治医・看護管理者・職場の上席者に報告する。
「転倒・転落後チェックリスト」を使用し、患者の状態を把握することにより、病状の変化等の早期発見に努める。
看護計画の評価・修正を行う。
インシデントレポートを提出する。
などにより、再度の転倒・転落の発生を予防する。
- インシデントレポート委員会
平成17年11月28日作成

表9 転倒・転落後チェックリスト

		発生日時											
		月 日 時 分											
		KT	P	BP	意識 レベル	呼吸 状態	対 光 反 射	瞳 孔 不 同	嘔 気	嘔 吐	四肢 の動き	頭 痛	打撲部の 皮膚の観察
時 分	直後												
時 分	30分 後												
時 分	1時間 後												
時 分	2時間 後												
時 分	時間 後												

インシデントレポート委員会
平成17年12月5日改訂

表10 転倒転落アセスメントスコアシート

氏名

(患者様・ご家族と共に判定する)

分類	チェック項目	評価 スコア	患者評価					
			／	／	／	／	／	／
A. 年齢	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 8歳以下	2						
B. 既往歴	<input type="checkbox"/> 転倒転落したことがある <input type="checkbox"/> 意識消失したことがある (失神, 痙攣, 起立性低血圧等)	2						
C. 感覚・知覚	<input type="checkbox"/> 視野視力障害がある (日常生活に支障がある程度) <input type="checkbox"/> 聴力障害がある <input type="checkbox"/> 知覚障害がある <input type="checkbox"/> 疼痛がある	1						
D. 機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺がある <input type="checkbox"/> しびれ感がある <input type="checkbox"/> 四肢に拘縮, 変形, 欠損部位がある	3						
E. 活動領域	<input type="checkbox"/> 足腰の弱り, 筋力の低下がある <input type="checkbox"/> ふらつきがある <input type="checkbox"/> 車椅子・杖・歩行器の使用 <input type="checkbox"/> 点滴台の使用 <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要である <input type="checkbox"/> 体重免除の指示がある <input type="checkbox"/> リハビリ開始時期である <input type="checkbox"/> 行動を焦り易い	3						
F. 認識力	<input type="checkbox"/> 見当識障害がある <input type="checkbox"/> 意識混濁 <input type="checkbox"/> 認知症がある <input type="checkbox"/> 判断力の低下がある <input type="checkbox"/> 理解力の低下があり <input type="checkbox"/> 記憶力の低下がある <input type="checkbox"/> 譫妄, 不穏行動がある	4						
G. 環境	<input type="checkbox"/> 入院1週間以内である <input type="checkbox"/> 転棟・転室	2						
H. 薬剤	<input type="checkbox"/> 睡眠安定剤 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 降圧利尿剤 <input type="checkbox"/> 浣腸・緩下剤 <input type="checkbox"/> 向精神薬 <input type="checkbox"/> 不整脈用剤 <input type="checkbox"/> 化学療法剤	1						
I. 排泄	<input type="checkbox"/> 尿, 便失禁がある <input type="checkbox"/> 尿便意が頻回にある <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用している <input type="checkbox"/> トイレ介助が必要 <input type="checkbox"/> 夜間トイレに行く <input type="checkbox"/> ベッドサイドで尿器を使用している <input type="checkbox"/> 排泄の援助を受けることに対する抵抗がある	2						
J. 睡眠パターン	<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> ねぼけがある <input type="checkbox"/> 昼寝の習慣がある	2						
K. ガス交換障害	<input type="checkbox"/> PaO ₂ の低下がある <input type="checkbox"/> PaCO ₂ の上昇がある	2						
その他: 気になること	<input type="checkbox"/> 生活習慣・・・和式	1						
			合計					
			危険度					
			サイン					

[評価スコアの合計]

危険度1 (0~5点) 転倒転落を起こす可能性がある

危険度2 (6~10点) 転倒転落を起こしやすい

危険度3 (11点以上) 転倒転落をよく起こす

[事故発生率とスコア基準]

20~30% 1点

50%前後 2点

70%前後 3点

90~100% 4点

★1: 査定は入院当日, 再評価は転倒時・1週間後・病状変化(手術当日, 安静度変更時)

転倒転落事故発生時, 薬剤開始変更時に行い, 看護計画につなげる。

★2: 評価合計によって危険度を1-3に分類し, 危険度2以上は看護計画の立案・評価を行い, 事故防止に努める。

★3: アセスメントをした看護師のサインをを記入する。

★4: その他欄には, A-K以外で転倒転落に関連した情報を記載し, 看護計画に反映させる。

★5: 転倒転落した際には, カンファレンスなどを実施し, 情報の共有と事故防止の強化に努める。

横浜市立市民病院 作成より一部改変

看護部インシデントレポート委員会

2005/11/28改訂

