

〈集談会報告〉

転倒・転落リスクアセスメントシート改良報告

齋藤 明子 阿部 久美子 渋川 久美子 鈴木 康子

要旨

看護部リスクマネジメント委員会では平成12年度以来、転倒・転落事故防止の一環として転倒・転落リスクアセスメントシートの作成と実施に取り組んできた。今回、杏林大学保健学部 川村治子教授による当院リスクマネジメントシステム充実プログラム計画により、現行のアセスメントシート改良のアドバイスを得る機会を与えられた。

転倒・転落事故は、他の医療事故にくらべ一患者が内部に持つ転倒・転落の危険要因を把握する事が困難なため原因分析しにくい。化学療法・放射線療法等のがん治療により全身のダメージを受ける患者が殆どである当院において、いかに患者の持つ危険要因と増幅要因が複雑にからんで転倒・転落事故につながりやすいか、を判断できアセスメント・ケアプランしやすいよう修正・改良を加えた。

はじめに

当院では、平成11年度に看護部医療事故防止対策委員会(現在の看護部リスクマネジメント委員会)が発足した。平成12年度以来その委員会で、転倒・転落事故防止の一環として転倒・転落リスクアセスメントシートの作成と実施に取り組んできた。今回、杏林大学保健学部 川村治子教授による当院リスクマネジメントシステム充実プログラム計画によりこのアセスメントシート改良のアドバイスを得る機会を与えられた。

転倒・転落事故は、他の医療事故に比べ一患者が内部に持つ転倒・転落の危険要因を把握する事が困難なため原因分析しにくい、化学療法・放射線療法等のがん治療により全身のダメージを受ける患者が殆どである当院において、いかに患者の持つ危険要因と増幅要因が複雑にからんで転倒・転落事故につながりやすいか、を判断できアセスメント・ケアプランしやすいよう修正・改良を加えたので報告する。

経過 Ⅰ

現在 全病棟で使用されている転倒・転落リスクアセスメントシート(図1)は、転倒・転落防止担当メンバー所属病棟の平成11年度一年間で起こった事故事例を分析し、事故の原因・誘因を危険因子として列挙したものである。その危険因子を1~8の項目に分類した。対象に応じて危険因子の有りをチェックしアセスメントする形式である。

更にこの用紙の裏面に使用方法と転倒・転落防止

対策(図2)を加えた。アセスメントに応じ、危険が予測される患者にこの転倒・転落防止策を参照し、看護計画の立案・評価を行い事故防止に努めるよう平成12年度12月より使用開始し現在に至っている。

経過 Ⅱ

使用開始後間もない平成13年4月、杏林大学保健学部 川村治子教授による当院リスクマネジメントシステム充実プログラム計画があがった。がん専門病院として取り組まなければならないものは幾つかあげられていたが、教授が是非取り組んで欲しいと望んだものの中に、転倒・転落事故防止があり、幸運にも転倒・転落事故防止グループは、現行のアセスメントシート改良のアドバイスを得る機会を与えられた。

教授の主任研究による「医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究」で調査された転倒・転落に関する1700事例から得られた実態と分析内容によると

- 1) 転倒・転落事故は、他の医療事故に比べ、一個人が内部に持つ転倒・転落の危険要因を把握する事が困難であり、看護者の視野の中で起きる事故が少ないため原因分析しにくい。
- 2) 看護業務上の事故は、大きく分けると2つで、一つは療養上の世話におけるもの、もう一つは診療上の補助業務。この診療上の補助業務による事故は、医療従事者=人間のエラーやプロセス上の間違いやすさが原因となって生ずるもので、誤薬・注射間違い・誤操作など、医療従事者の積極的介入によるものである。これに対して、療養上

転倒・転落アセスメントシート

患者名

項目	転倒・転落危険因子	チェック欄		
		入院時	/	
1 既往歴	1、脳血管障害・脳腫瘍がある。			
	2、意識消失(失神・痙攣・起立性低血圧)を起こした事がある。			
	3、転倒・転落した事がある。			
2 感覚機能障害	1、聴覚・視覚障害がある。			
	2、末梢神経障害(しびれ・感覚の低下等)がある。			
3 活動	1、四肢に拘縮・変形がある。			
	2、骨・脳メタや圧迫骨折がある。			
	3、杖・車椅子・歩行器を使用している。			
	4、ギブス又は装具をつけている。			
	5、ふらつき・筋力低下がある。			
	6、不眠・疲労が重なっている。			
	7、洗面・下膳が要介助だが一人で行おうとする。			
4 認識力	1、せん妄・不穏行動・痴呆傾向がある。			
	2、判断力・理解力の低下がある。			
	3、上記 1.2 に該当する患者で転室・転棟・入院直後である。			
5 薬剤の使用	1、麻薬・鎮痛剤			
	2、化学療法(中・後)			
	3、放射線療法			
	4、降圧・利尿剤			
	5、睡眠安定剤			
	6、浣腸・緩下剤			
6 排泄	1、頻尿・頻回な下痢			
	2、便失禁			
	3、夜間排泄			
	4、排泄要介助だが一人で行おうとする。			
7 入院生活環境	1、ベット柵が設置されていない。			
	2、スライド式ベット柵である。			
	3、ベットが高く、足が床に届かない。			
	4、ポータブルトイレ・尿器の位置高さが不適切			
	5、ペーパー・手拭き等に手が届きにくい。			
	6、ストッパーのない点滴スタンド・オーバーテーブルなどを支えにしやすい。			
	7、ベットのストッパーがかかっていない。			
	8、ベット周囲の配線コードが絡みやすい。			
	9、ナースコールが届きにくい。			
	10、ベット使用の経験がない。			
8 その他	1、つき添いが離れた後			
	2、			
	3、			
アセスメント				
サイン				

図 1

転倒・転落アセスメントシートの使用方法

- 1、対象は全患者とする。
- 2、チェックは入院当日(24時間以内)、転棟時、急変時、治療・処置・検査で危険が予測される時、臥床患者の離床開始時、転倒・転落事故発生時に行う。
- 3、あてはまる転倒転落危険因子をチェックする。
* 1～8に該当しない他の転倒転落危険因子があれば、8のその他の空欄に危険因子を挙げチェックする。
- 4、アセスメント記入をする。
- 5、アセスメントに応じ、危険が予測される患者には、下記の転倒・転落防止対策を参照し看護計画の立案・評価を行い事故防止を行う。
- 6、この用紙は、看護一号用紙の次に収めておく。

【転倒・転落防止対策】

観察項目	1) ADL 2) 排泄パターン 3) 鎮痛剤、睡眠安定剤などの服用後の状態
指導・援助	1) 「項目7」の入院生活環境：1～10でチェックされたものがあれば、それを改善する。 2) 排泄パターンに基づいた排泄指導 3) 動きやすい衣類・履き物の指導 4) ベット・ナースコールの使用法 5) 日中の離床を促し、昼夜の生活リズムをつける。 6) 筋力低下防止運動 7) 安静度・行動範囲の指導 8) 必要時、夜間枕灯をつける。 9) 必要時、ベット周囲にマットを敷き打撲の衝撃を和らげる。 10) 必要時、ベットを除去してマットレスのみとする。 11) 家族・チームメンバーと事故の危険性について共有する。 12) 主治医を含めたチームカンファレンスを行う。 13) 頻回の巡視。 14) スタッフ全体で観察する。 15) 家族へ説明し、協力を得る。

初回作成日：平成13年2月

図2

の世話における事故は診察台・処置台からの転落や車椅子移動時の転倒など一部医療従事者の介入によるものもあるが、殆どが医療従事者の介入のない事故であった。

調査した1700事例のうちの3/4が看護介入のない転倒・転落事故で、そのうちの4割が、患者自らが行おうとした排泄行動によるものだった。

以上の二要点より、化学療法・放射線療法等のがん治療により全身のダメージを受ける患者が殆どである当院において、いかに患者の持つ危険要因と増幅要因が複雑にからんで転倒・転落事故につながりやすいか、この危険性を判断しアセスメント・ケアプランできるよう取り組むことが重要な課題であるという事を再認識した。

また、教授の研究を通しての転倒・転落リスクアセスメントシートに関する助言の主なものを以下にまとめた。

- 1) 看護責任の中には、危険を予見・予測したら、それを回避しなければならぬ危険回避義務があるが、過失のなかでも「してはいけない事をした。」というものの以上に「わかっていながらするべき事をしなかった。」ということは、危険を予見しながらそれを怠ったという重大な過失につながる。転倒・転落事故防止において、アセスメントシートのチェックを行いケアプランにつなげることは危険回避・危険防止義務を遂行することつまり看護責任を果たす事につながると言える。
- 2) 危険を予測したら対応しておかなければならないのだが、その予測能力と看護部としての対応を標準化する事は、専門職としての看護水準を組織的に保つ事になる。標準化するという事は、ばらつきがなくなり、個人の経験の差でアセスメントや対応が違ってくる事が無い。ベテランナースがアセスメントできても新人ナースができないようなら、その看護水準はゼロといえる。誰でもできる水準のもので、最終的には個人の転倒・転落の判断力が増すもの。ただ項目のチェックに終わるのでなく、転倒・転落しやすさを判断でき思考過程がわかる教育的なものでなければならぬ。従って患者の持つ転倒・転落の危険要因をもっと深く洞察できるアセスメントツールを作る必要がある。

経過 III

現行の転倒・転落リスクアセスメントシートに対しての助言をもとに、次の様に改良・修正を加えた。(図3-表)

- 1) 現行のシートの項目を詳しく表現し要因別にカラーで分類配置した。黄色の「I 易転倒性に関連した入院時の疾病・障害等」では、患者が入院時

持つものの中で必ずといってよい程転倒・転落する可能性の高いものをハイリスク要因を一まとめにした。患者の持つ危険要因と増幅要因を明確に区別することは困難であるが、5～8の患者の心身に潜む要因を緑、2～4を治療・症状に伴う増幅因子としてピンクの分類にした。この3群の危険要因をトータルして左側のアセスメント欄に記入してもらうという関連図様構成とした。別の表現をするならIのハイリスク要因と緑の群の患者が持つ危険要因があっても、その患者の不足部分をサポートすれば、事故は防げる。また、ピンクの群の治療などに伴う危険要因については、症状を軽減するように援助していけば、Iと緑の群に危険要因を持っていたとしてもある程度防いでいく事ができるという意図も含めた。

- 2) シート左側に作成・使用目的と使用基準を掲げ、入院から退院までの転倒・転落に関する経過を俯瞰できるようにした。
- 3) アセスメントシートの裏面に転倒・転落発生防止対策と不幸にして転倒・転落が発生した時の対応基準を加えた。(図3-裏)

発生防止対策には、転倒・転落を防ぐための総ての人に行う基本対策と転倒・転落のハイリスク患者に対して基本対策+ α で行うハイリスク対策に向け、当院で実施可能な具体策レベルでの検討・改良を加えた。更に、基本対策・ハイリスク対策に対しては、「患者の行動を助ける対策」「環境対策」「転倒・転落を防ぎ障害を軽減する対策」「情報共有対策」の4分類にそれぞれ整理した。転倒・転落発生時の対応では、当院の事故発生時の報告ルートに準じ、生命の危険性の高い頭部外傷と骨折をクローズアップしてまとめた。

おわりに

現在このシートは改良した段階で、臨床の活用はこれからになる。転倒・転落防止をするには取り組まなければならない事が多々あるが、この改良したシートの活用を通して、当院のがん患者への看護の安全水準が高められるよう検討を加えていきたいと考えている。

参考文献

- 1) 川村治子(主任研究者):厚生科学研究費補助金 平成12年度医療技術評価総合研究事業総括報告書「医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究」, 2002.
- 2) 特集「EBNで防ぐ転倒・転落」, EB Nursing, 2(1) 2002.
- 3) R・アルファロールフィーヴァ著:江本愛子監訳:基本から学ぶ看護過程と看護診断, 医学書院, 2000.

転倒・転落リスクアセスメントシート

Table with columns for patient information (Name, Age, Sex, etc.), assessment items (1. Mobility, 2. Falls, 3. Medication, 4. History, 5. ADL, 6. Vital signs, 7. Vital signs, 8. Vital signs), and assessment results.

Table for patient identification: 入院日, 退院日, 入院時/転倒/転落/有/無, 入院時/転倒/転落/有/無.

I. 転倒・転落リスクアセスメントシート作成及び使用目的
このアセスメントシートは、9項目に基づいて患者の転倒・転落リスクのアセスメントを行う。

II. 使用基準
1. 対象は全患者とする。
2. チェック 1) 入院当日(24時間以内)は、1~9項目全てのチェックを行う。
3. アセスメント 1)の項目と2~9の項目(重複項目)でチェックされたものを照表づけ

Table for assessment results: 転倒・転落リスクのアセスメント, 入院時 / 転倒 / 転落 / 有 / 無.

Table for assessment results: 転倒・転落リスクのアセスメント, 入院時 / 転倒 / 転落 / 有 / 無.

Table for assessment items: 2. 非言語的 (非言語的行動の回数が多い), 4. 年齢, 5. 性別, 6. 転倒・転落歴.

Table for assessment items: 3. 薬剤の使用状況, 1) 降圧薬, 2) 抗凝固薬, 3) 利尿剤, 4) 降糖薬, 5) 鎮痛薬, 6) 抗がん剤.

Table for assessment items: 4. 全身状態の悪化, 1) 発熱, 2) 呼吸器障害, 3) 浮腫, 4) 貧血, 5) 脱水, 6) 意識障害.

Table for assessment items: 7. 認知・判断力, 1) せん妄, 2) 失禁, 3) 判断力低下, 4) 上記1)~3)に該当する状態で転倒・転落歴あり.

Table for assessment items: 8. 既往歴及び行動特徴, 1) 転倒・転落歴あり, 2) 転倒・転落歴あり, 3) 転倒・転落歴あり, 4) 転倒・転落歴あり, 5) 転倒・転落歴あり.

Table for assessment items: 9. その他(特記すべき事項), 1) 転倒・転落歴あり, 2) 転倒・転落歴あり.

図 1 表

転倒・転落発生時の対応



1) 患者の状態確認
 1)意識レベル、瞳孔反射
 2)四肢の動き
 3)外傷(顔面腫、打撲、腫脹、出血)の有無 → 有れば部位、程度
 4)疼痛の有無 → 有れば部位、程度
 5)V/S
 2)患者の安全確保
 1)患者の状況により、スタッフに反応を依頼する。
 2)ベッドに移動し、経過観察をする。
 3)病室士・日係員(代理、取替)は(移動メンバー)に報告する。
 3)転倒原因、意識、呼吸、生命の程度に応じて、圧迫止血・消毒や拭き掃除を行う
 2)打撲、皮下出血、………冷湿法、湯布利
 3)骨折の疑い、………安静、長座位の保持
 4)頭部打撲及び頭部外傷の疑い………絶交
 * 患者の訴えが無くても、事故後24時間は頭部の打撲を考慮し、頭痛、意識状態、悪心、嘔吐に注意する。

言語が通じられない場合

4. 報告及び経過観察
 1)主治医に、事故発生と患者の状態を報告する。
 * 医師は(医師)本人に報告する。
 2)医師の指示により、必要処置や検査を行う
 3)状況により主治医、師長に相談し(緊急)に連絡をする。
 4)患者の経過観察を行う。
 * 特に頭部外傷が疑われる場合は、V/S・意識レベル
 瞳孔の変化に注意する。

5. 検定
 1)医師の指示により(搬送)介助を行う。
 2)患者(搬送)した場合、医師から本人、家族へその結果を説明してもらう。

6. 記録
 1)発生状況、経過を系統的に看護記録する。
 2)報告書を作成する。

* 事故事例検討
 1)病棟スタッフ全員またはチームで行う。
 2)転倒・転落リスクアセスメントシートとケア・プランの評価・修正
 3)原因究明と今後の予防対策

転倒・転落発生防止対策

	基本対策	ハイリスク対策
患者の行動を助ける対策	<ol style="list-style-type: none"> ADLを把握し、サポートポイントをつかみ援助する。 服装類、睡眠安定剤等の薬剤使用後の状態を確認する。 目覚めの起床を促し、服薬のリズムをつける。 服薬台、浴室等の早急時や乗降作業中、目覚めを促す。 コルネーションを付与し、意識を促す。 薬剤、化学療法、治療の副作用により体力低下や体動時、薬物相互作用を把握する。 動きやすい状態、安定性のある服物を選択する。 安静時、行動範囲の指導を患者の意識力に合わせて行う。 入浴時、椅子、ベッドの上立ちあがらないよう指導する。 	<ol style="list-style-type: none"> 排泄の頻度、時間のパターンを把握し排便を援助する。 患者の夜間の行動は、起床のADLよりランクワ下で行動を援助し、援助する。 歩行できる患者は、トイレに近い位置にする。 移動介助時は、麻痺、機能障害に立つようにする。 患者の正しい歩行、床ずれの正しい位置、車椅子移動時は、No.2人で介助する。 患者の状態に応じて、車椅子計画を立てる。(選択回数) 車椅子、患者の歩位、位置、移動の状況を確認し、安全な状態にする。 転倒しやすい状態を把握し、車椅子に移す。 患者の状態により、必要時家族の協力を得る。
環境対策	<ol style="list-style-type: none"> 必要時、ベッド欄や患者とは移去する。 カーペットの端は完全に上げておく。 患者の身長に合わせてベッドの高さを調整する。 ベッドのストッパーをかける。 ベッド周囲の配線コードや障害物の確認を要する。 廊下及び手すり周辺の障害物を撤去する。 床、廊下、洗面所、トイレ等の水漏れが防がれず、掃除機をかける。 	<ol style="list-style-type: none"> 必要時、転倒防止を付け、ベッド周囲の物が見えやすいようにする。 必要時、フラットライトを付け、足元を見えやすくする。 患者、ポータブルトイレを適切な位置に設置する。 必要時、ポータブルトイレを使用している患者で必要に応じて茶足立ての併用止め付きマットを勧める。 患者の体格、状態にあった歩行補助装置の活用を行う。 ベーパー、手拭き等を手の届く低いやすい所に置く。 手の届く所にカーコールを置く。
認知機能を助ける対策		<ol style="list-style-type: none"> ベッドの高さを低くする。 ベッド周囲に転倒防止用としてマットを敷く。 必要時、ベッドを低くしてマットの上げを要する。 肢節や頭部を保護する物品を工夫する。
情報共有対策	<ol style="list-style-type: none"> 入浴時、アセスメントシートを用いてチームに患者の情報を伝達する。 	<ol style="list-style-type: none"> 家族、スタッフと患者の危険性について共有する。 主治医、PT等を合わせたチームカンファレンスを行う。 他のスタッフに關心を促すよう、No.コールボードのホワイトボードに「チーム」マークをつけ、共有して確認する。

図3-1 異