

脳血管障害患者の転倒・転落対策について考える

—転倒・転落アセスメントシートをもとに—

杉原有希子^{1)*} 足谷絹子¹⁾ 藤原美佐緒¹⁾ 岡本愛¹⁾ 藤内益美¹⁾ 関山宏美¹⁾

1) 国立病院機構鳥取医療センター看護部 3 病棟

Prevention of falling and tumbling incidents of inpatients with cerebrovascular disorders

— Use of an assessment table for the prevention of these incidents —

Yukiko Sugihara^{1)*} Kinuko Ashitani¹⁾ Misao Fujiwara¹⁾ Ai Okamoto¹⁾
Masumi Tounai¹⁾ Hiromi Sekiyama¹⁾

1) The 3rd Ward, Department of Nursing, NHO Tottori Medical Center

*Correspondence: byoutou3@tottori-iryu.hosp.go.jp

要旨

本研究は、看護師によって行われる転倒・転落アセスメントシート（以下アセスメントシートとする）の入院時のチェック項目に関して、看護師による差異の有無を調査し、看護師の傾向と対策を明確にすることを目的としている。脳血管障害患者に対し、看護師7名が各自でアセスメントシートを用いて、転倒・転落の危険度を点検した。その結果、看護師によりアセスメントシートの項目の評価に差異が生じていることがわかった。年齢、既往歴、環境等の変化、性格、活動状況、薬剤の使用、排泄の項目は、個人で評価しても数人で評価しても差異が生じなかったのに対し、身体機能、感覚、認知機能の項目については、看護師によりチェック項目数に差異が生じた。後者の3項目を正確に評価するには、実際に患者のもとに積極的に出向き、意図的なコミュニケーションを図りながら、患者を細やかに観察することによらなければならないと考えられた。鳥取臨床科学 3(1), 41-47, 2010

Abstract

The present study investigated differences among items which nurses marked on the assessment table when evaluating the risk of falling or tumbling among inpatients with cerebrovascular disorders (CVD), and developing preventive measures against these incidents. This evaluation of potential incidents is usually conducted by nurses using an assessment table for prevention of these incidents when patients are admitted. This assessment table is commonly used in every hospital belonging to the National Hospital Organization in Japan, and can provide information on the risk of falling and tumbling by checking ten items related to patients: age; past history of falling; present situation (e. g., post-operative state, under rehabilitation training, transfer to different wards or beds); personal character; activities of daily living and medical treatments affecting the activities; medication; excretion abilities; physical function; function of the sensory system; and cognitive function. For a 78-year-old female inpatient with cerebral infarction, seven nurses in the ward for rehabilitation of patients with CVD individually evaluated the risk of these incidents, using the assessment table. As a result, differences among the nurses were identified in the latter three items, but not other seven. Nurses should actively visit patients in the wards, attempt to develop better communication with patients in order to properly observe their conditions, and then try to evaluate the risk indicated by these three items without significant variations among nurses. Tottori J. Clin. Res. 3(1), 41-47, 2010

Key Words: 転倒・転落, アセスメントシート, 転倒転落予防, 脳血管障害, 回復期リハビリ病棟, 統一した看護計画・実践, 共通認識; falling and tumbling, assessment table, prevention of falling and tumbling incidents, cerebrovascular disorders, wards for recovery rehabilitation, standardized nursing plan and practice, common recognition of incidents

はじめに

A 病棟は、脳血管障害患者の回復期リハビリ病棟である。入院患者は、疾患による歩行障害、高次脳機能障害を生じているため、転倒・転落の危険性は高い。転倒・転落は患者の生命に関わる大きな事故に繋がる可能性もある。そのため、看護師には脳血管障害患者の特徴や傾向を把握した上での適切な対応が求められる。

平成 20 年度の院内における転倒・転落発生件数は 288 件であった。そのうち A 病棟は約 33%を占めており、院内の中で最も多かった。

この同じ年度より、国立病院機構は転倒・転落事故防止プロジェクトを推進している。A 病棟においても、そのプロジェクトに沿ったアセスメントシートや転倒・転落事故防止計画表を使用して対策を行ってきた。しかし、19 年度と 20 年度の発生件数を比較すると、56 件から 96 件に増えているため、予防が十分に行えているとは言い難い。その原因の一つとして、アセスメントシートを用いた転倒・転落の危険度の検査を看護師が一人で行っているため、看護師の危険予知には個人差があり、転倒・転落に対する初期対応策が不十分なのではないかと推測した。そこで、より患者に合った具体的な計画の立案・実施を行い、患者の転倒・転落の予防に繋げていくために、アセスメントシートにおいて看護師が留意しておくべき事項としてしるしを付けた項目数や、それに基づいて作成された転倒・転落事故防止計画表に差異が生じていないか実態を調査して、看護師の傾向とその対策を明らかにしたいと考え本研究に取り組んだ。

I. 研究目的

転倒・転落事故防止のために行われたアセスメントシートを用いたその危険度の検査結果が看護師により差異が生じていないか、その実態

を調査し、看護師の傾向と、その対策を明らかにする。

II. 研究方法

1. 研究期間

2009 年 4 月 1 日～2010 年 3 月 31 日。

2. 研究対象

A 病棟の看護師 7 名。

3. 倫理的配慮

1) 得られたデータは集団として統計的に処理されたため、個人が特定されることは決していない。

2) 調査対象者には依頼文書で本研究に関する説明を行い、研究協力への自由意志の尊重と匿名性の厳守、そして研究目的以外で結果を使用することはない旨を説明した。

3) 患者・家族には、研究の主旨を文書（看護研究への説明及び、同意のお願いについて）を用いて説明し、署名のうえ同意を得た。

4) 看護師には、口頭で研究の主旨を説明し、研究に参加することで同意を得た事とした。

4. 研究方法

1) アセスメントシートは国立病院機構全体で共通して使用されているものを用いた（平成 19 年度版、医療安全白書、www.hosp.go.jp/7,5692,83.html）。

2) A 病棟の脳血管障害患者 1 名に対して、入院時に、看護師各自がアセスメントシートを用いて患者の転倒・転落の危険度を検査した（表 1-4）。

3) 看護師がアセスメントシートにおいてしるし（一般的には、√, ×で、本研究では○）を付けた項目数、つまりチェック項目数に違いがあるかを集計し分析した。

5. 患者紹介

B 氏, 78 歳, 女性。罹患疾患は脳梗塞。