

## 転倒・転落予防対策の検討

西病棟 10 階

○水井 衣子 小川 明美 高島 真紀子  
米林 里華 中島 有紀 前田 順子

Key word : 転倒・転落、アセスメントツール、  
耳鼻科疾患患者

### Ⅲ. 結果

#### はじめに

これまでの研究で看護師の約 70%は転倒・転落の予見ができており、科学的な根拠に基づいたアセスメントができていれば、予防行動につながるといわれている<sup>1)</sup>。

私たちは、入院時に転倒・転落についてアセスメントツールを用いて評価し、ケアプランを立てているが、転倒・転落が起きているのが現状である。

なぜ転倒・転落が予防できなかつたのか、科学的な根拠に基づいたアセスメントを行う視点が得られるように転倒・転落を経験したことのある 7 名の事例について背景や転倒の状況を振り返り、予防対策につながるより良い看護介入方法について検討していく。

#### I. 目的

転倒・転落につながったと思われる原因を振り返り、転倒・転落を予防するための有効的な看護介入法を検討する。

#### Ⅱ. 方法

1. 研究デザイン：事例研究
2. 研究の対象：平成 16 年 9 月から平成 17 年 7 月  
までに転倒・転落を経験した耳鼻咽喉科疾患患者 7 名
3. 研究期間：平成 16 年 9 月～平成 17 年 10 月
4. 調査方法：対象者の転倒・転落予防計画書や看護記録からの看護介入方法と患者の状況を把握し、転倒・転落の原因を把握し検討する。
5. 倫理的配慮：事例からは患者個人が特定されないように配慮する。

A 氏：入院時と転倒・転落時（転落した患者がいなかったため、以下転倒とする）のアセスメントツールの変化はなく 1 点。状態変化時のアセスメントツールの評価はなし。入院後 26 日目に転倒。時々起立性低血圧みられていたが自覚できていた。夜間トイレに行こうとしたときに転倒。転倒時は照射 29 回目、嚥下時痛もみられていたが食事摂取はできていた。また、歩行は自立していたが、脳梗塞後で下肢にしびれがある状態であった。入院時より 8.7kg の体重減少が見られた。

B 氏：入院時はアセスメントツールが 1 点。転倒時は 3 点。状態変化時のアセスメントツールの評価はなし。入院から 50 日目に転倒。他科で診察台より起立時に立ち上がれず尻もちをつくことがあり、ズックの使用を呼びかけていたが、踵を踏みつけていることが多かった。嚥下時痛あり、食事摂取できなくなり ED チューブより経管栄養を開始。注入直後、下痢をし排便後に転倒。入院時より 1.4kg の体重減少が見られた。

C 氏：入院時と転倒時のアセスメントツールによる変化はなく 2 点。状態変化時のアセスメントツールの評価はなし。治療終了して 1 ヶ月経ち、体力も回復し退院目前にしての転倒であった。以前は杖歩行だったにもかかわらず何も支えない状態で歩行していた。転倒時はつっかけを履いており、後ろを振り返った際に、バランスを崩して転倒。入院時より 1.9kg の体重減少が見られた。

D 氏：入院時と転倒時のアセスメントツールによる変化はないが 8 点と高値だった。入院 2 日目に転倒する。病態の悪化でふらつきと見当識障害がみられ、看護師の説明にそった行動をとってもらえないことも多かった。転倒時は、自室のトイレで排尿後ト

イレを折りたたむ際にお尻から転倒。ふらつきながら、自分で何でもしようとする行動がみられていた。

E氏：入院時と転倒時のアセスメントツールの変化はなかった。状態変化時のアセスメントツールの評価はなし。入院から26日目に転倒。疾患による嚥下障害で体重減少あり、低栄養状態で治療を開始したことによる転倒。時々ふらつきはあったことは自分で自覚されており、転倒時は、本人は立ち上がったところまでしか記憶がなく、トイレの前で転倒しているのを他患者に発見される。体重の変化無し。

F氏：入院時アセスメントツール4点。転倒時7点。入院時から62日目で転倒。病態の進行により、活動性の低下が著しかった。排泄をトイレでしたいという思いが強く、トイレ歩行時に点滴棒がオーバーテーブルにからまり転倒。入院時より8.9kgの体重減少が見られた。

G氏：入院時と転倒時のアセスメントツールの変化はなかったが、5.5点と高値であった。入院から10日目に転倒。病気の進行により左片麻痺出現していたが、家族の介助での排泄時の転倒。病態の悪化を受け入れられず、リハビリを行いたい、早く回復したい、自分がやらなくてはいけないというあせりがあった。

#### IV. 考察

Aは、入院して26日目の転倒である。入院時から高齢と脳梗塞の既往による破行がみられたため「看護師の直感」をアセスメントし、トイレに近い場所にベッドを設置し環境も整えられていた。起立性低血圧、脳梗塞後遺症として下肢のしびれの自覚もあり注意しながら行動が取れていた。放射線治療と化学療法による影響はあるものの、治療も終了間近で、るいそう著明であったが食事摂取でき、血液データも問題はなかった。転倒時には「また転倒するだろう」という「看護師の直感」はあるもののケア方法に変化はなかった。途中状態変化時として、アセスメントしても予防対策の追加ケアはかなり困難なケースだったと振り返る。

Bは放射線と化学療法による影響で倦怠感が強く

摂食が困難になり、経管栄養を開始した日に下痢を起こしトイレで転倒した。治療で予備能力が低下している患者の場合、注入開始時に下痢を来しやすい。消化吸収能の低下を考慮してGOFや整腸剤を混入させるなどの配慮と頻回に観察が必要。急激な腹部症状を来しやすいこと、看護師に早めに症状を伝えることなどの指導が転倒防止につながると思われた。

Cは放射線と化学療法の治療を終え1ヶ月たち体力が回復し退院目前にしての転倒であった。入院前から杖歩行し、治療中はTPN挿入もあり点滴台で歩行していた。体力の回復で何も支えのない状態で散歩することが多くなっていた。患者の過信をキャッチし、入院前の杖歩行の指導をすれば転倒を防げたと思われる。

点数が高くて転倒した患者は、「看護師の直感」「移動レベル」「排泄介助」「知的活動」がアセスメントされている。D、F、Gの3名は死亡の転帰をたどった方であり、体力の低下を来しているにもかかわらず最後まで出来る限り自分で自分の事は行ないたいとの思いが強かったと思われる。しかし、体力が低下しているときに転倒し骨折、打撲という身体の予備能力を極端に低下させる事態は絶対に避けなければならない。

Eは入院時より疾患による嚥下障害があり、体重減少があった。低栄養状態で化学療法が開始となり治療終了翌日の転倒であった。予備力がない状態にさらに侵襲が加わることで体調変化をきたしやすいことを念頭において働きかける必要があった。このことを予測したうえで、状態をアセスメントし転倒・転落に対するケアプランを立てていく必要があった。

表1のアセスメントツールの変化からは7名中4名はツール点数に変化はなかった。しかし、7名中5名は入院時より「看護師の直感」をアセスメントし、転倒の危険性は高いことに気づきがあった。気づきをもとにベッドの位置の配慮、ズックの使用、歩行器の使用をすすめるケアにあたっていた。転倒予測に「ナースの直感」を用いる可能性を探った研究として、国外ではナースの臨床判断とを信頼性・妥当性

のあるツールを比較した研究がなされている。<sup>3)</sup> いずれの研究もナースの臨床判断とアセスメントツールの転倒予測の間には差がないことが示されている。しかし何を直感としてとらえたのか、また、転倒時には直感の変化があったのかを明確にしていかなければならない。

今回の調査で7名中3名が患者自身の過信から転倒に至っている。入院前は杖歩行だったが、短距離なら大丈夫だという思いから、何も支えがない状態で歩行したり、早くリハビリをしたい、早く回復したいというさきばしった思いが転倒につながったと考えられる。

転倒に至るプロセスを明らかにするためには、身体の状態の把握だけでなく、その行動を左右している患者の認識について、転倒者の立場から描けるような見つけ方が必要である<sup>2)</sup>といわれていように、看護師も患者の思いや気持ちを捉え、ケア計画を立てていく必要がある。治療によって体力低下を伴い、患者が身体の変化を感じた時に、看護師がうまくそのことを捉えて、その時点で転倒予防策と一緒に考えることで、転倒が防げるのではないかと考える。毎日のケアの中で患者の過信をうまくキャッチし、患者の気持ちを捉えケア対策を立てていく必要がある。

今回の事例においては Alb、Hb が比較的低値の対象であった。放射線治療や化学療法により、嚥下時痛や食欲低下が出現し、体力低下をおこしていることが予想される。また転倒前に体重減少やふらつきなどを自覚している。予備能力がない状態での治療は、副作用でさらなる体調変化をきたしやすいということを頭において患者に働きかける必要があった。転倒の大部分は、転倒者の自発的な行為の途中や行為の結果としておこる個人的な出来事であるが、一般に人は転倒すると、自己の身体感覚の自覚や不注意を感じる<sup>2)</sup>といわれており、ふらつきなどの訴えがあった時点で、身体感覚の自覚、不注意の恐れを自覚できるように、看護師側から転倒予防につながる予防策を立てる必要があるのではないかと考えられる。また、それらのことを患者の立場に立って、一緒にどのようなことをすればよいのか

考えていくことで、転倒も防げるのではないかと考えられる。

## V. まとめ

1. 入院時と転倒時ではアセスメントツール点数は必ずしも変化はない。
2. 今回転倒した患者全員が転倒時には「看護師の直感」がアセスメントされていた。
3. 患者の思いをうまくくみとっていくことが大切である。

## 引用文献

- 1) 嶋 由紀：当院における転倒・転落患者の実態、第32回看護研究論文集録, p74, 2000.
- 2) 泉 キヨ子：看護 2004. 11. Vol56. No13 P40～42  
患者の立場に立った予防ケアとしての転倒・転落防止対策
- 3) 泉 キヨ子：Ebnursing.Vol.2 No.1 2002年 winter P26  
転倒・転落を予測する「ナースの直感」は EBN にどう活かせるか

表1.

アセスメントツ ール	A		B		C		D		E		F		G	
	入 院 時	転 倒 時												
転倒経験	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	4	4	0	0
知的活動の問題	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1
視力障害	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.5	0.5
排泄介助	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1
移動レベル	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
心騒がすような 変化	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
看護師の直感	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
合計(点数)	1	1	1	3	2	2	8	8	1	1	4	7	4.5	5.5

表2.

採血デー ター	A		B		C		D		E		F		G	
	入 院 時	転 倒 時												
TP	6.5	7.0	6.9	6.9	—	—	—	—	—	6.6	—	5.7	6.2	5.2
Alb	4.2	4.2	3.9	3.4	—	3.7	4.3	3.7	—	3.0	3.0	3.2	3.1	2.4
Hb	13.0	12.5	15.0	13.3	10.2	9.8	12.8	11.3	12.1	10.3	10.2	9.6	10.1	9.2