

医療事故等における転倒転落

辻本研究室

5104428 平山明生

目次

第1章	序論	1
1	研究の背景と目的	2
第2章	調査・分析の方法	
2-1	調査・分析の方法	2
2-2	対象事例の説明	2
2-3	用語の説明	2
第3章	医療事故分析	
3-1	平成18年度医療事故分析	4
3-2	平成17年度医療事故分析	4
第4章	ヒヤリ・ハット記述情報分析	
4-1	全般コード化情報と記述情報比較	8
4-2	発生時間	9
4-3	患者年齢	10
4-4	発生場所	11
第5章	記述情報における分析結果・考察	
5-1	全体・病室における事例	13
5-2	トイレにおける事例	19
5-3	入浴における事例	21
5-4	その他の場所における事例	24
第6章	アセスメントスコアシート・キーワードによるまとめ	
6-1	アセスメントシート	27
6-2	キーワードによるまとめ	29
6-3	参考文献	32

『第1章 序論』

医療事故報道を耳にする機会が多くなり、医療安全に対する社会のニーズも高まっている。厚生労働省では、平成13年10月から、ヒヤリ・ハット事例を収集・分析し、その情報を提供する「医療安全対策ネットワーク整備事業（ヒヤリ・ハット事例収集事業）」を開始し、平成16年度より（独）医薬品医療機器総合機構（日本医療機能評価機構）がこの事業を引き継いでいる。本論文では、医療事故の減少に効果をあげることができると考えられるヒヤリ・ハット事例を分析することで問題点を把握することを目的とした。さらにその結果を基にアセスメントシート作成を行った。

『第2章 調査・分析の方法』

(2-1) 方法

厚生労働省および日本医療機能評価機構にて収集された医療事故および、ヒヤリ・ハット事例集（全般コード化情報及び記述情報）を分析する。これには、財団法人日本機能評価機構の資料を用いた。医療事故の調査は、平成17年度及び平成18年度年資料、ヒヤリ・ハットについては、平成16年11月24日より平成17年2月28日までの3ヶ月間に発生したヒヤリ・ハット事例のうち記述情報を基礎資料とした。さらに、このヒヤリ・ハット事例の記述情報14303件のうちの、事例割合が最も多い転倒・転落事例1843件について、記述された内容をキーワードで分類し分析した。調査した項目については以下の通りである。

- ①発生場所②発生時間③年齢
- ④転倒・転落内容⑤転倒・転落背景⑥改善策

(2-2) 対象事例の説明

ヒヤリ・ハット事例は「全般コード化情報」と「記述情報」の2種類の情報より構成されている。

① 全般コード化情報

収集期間中に発生した全てのヒヤリ・ハット事例を、発生場面や発生内容等に関する情報をコード表に基づいた報告様式で収集されている。

② 記述情報

医療安全対策を推進する観点から、広く情報提供することが重要であるとする事例について、発生要因や改善方策等を「記述情報」の報告様式で収集されている。

(2-3) 用語の説明

「事故」

一般に、思いかけず生じた悪い出来事、あるいは物事の正常な活動・進行を妨げる不慮の事態。

「医療事故」

①誤った医療または管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例。

②誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る。）

③ ①及び②に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例。

「ヒヤリ・ハット」

- ①誤った医療行為等が、患者に実施される前に発見された事例。
- ②誤った医療行為等が実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかった事例。
- ③誤った医療行為等が実施され、その結果、軽微な処置・治療を要した事例。

「転倒」

自分の意思に反してバランスを崩してしまい、足底以外の身体の一部が地面または床面についた状態。

「転落」

高低差のある所から転がり落ちること。

「ハインリッヒの法則」

ハインリッヒの法則は、産業界の有名な事故発生傾向の法則で、非常に多くの事故保険の支払い状況から調べられた数字です。重い障害事故が1件あれば、それに対して軽い障害事故が29件、障害のないニアミスの事故が300件、その背景には数え切れないほどの不安全な行動、不安定状態があるという、一つの統計データである。

『第3章 医療事故分析』

(3-1) 平成18年度医療事故分析

平成18年12月31日現在報告義務対象医療機関の数は273施設、病床数合計は14万7836床である。調査期間は平成18年1月1日から同年12月31日までである。

表3-1-1

開設者		登録数	報告医療機関数	報告件数
国	国立大学法人	46	45	339
	独立行政法人国立病院機構	146	100	458
	国立高度専門医療センター	8	7	69
	ハンセン病療養所	13	4	11
自治体	都道府県	11	7	27
	市町村			
	公立大学法人			
	地方独立行政法人			
法人	学校法人	49	32	392
合計		273	195	1296

医療事故報告件数：1296件

転倒事故件数：214件（16.5%）

（死亡：9件、障害残存が高いもの：31件、障害残存が低いもの：156件、不明：18件）

転落事故件数：27件（2.1%）

（死亡：2件、障害残存が高いもの：4件、障害残存が低いもの：18件、不明3件）

全医療事故件数のうち、転倒・転落を含む療養上の世話は339件（26.2%）で、治療・処置450件（34.7%）に次ぐ件数であった。

(3-2) 平成17年度医療事故分析

平成17年12月31日現在の報告義務対象医療機関の数は272施設、病床数総計は147627床である。調査期間は平成17年1月1日から同年12月31日までである。

表 3-1-2

開設者		登録数	報告医療機関数	報告件数
国	国立大学法人	46	40	238
	独立行政法人国立病院機構	146	81	335
	国立高度専門医療センター	8	8	55
	ハンセン病療養所	13	6	14
自治体	都道府県	10	7	31
	市町村			
	公立大学法人			
	地方独立行政法人			
法人	学校法人	49	34	441
合計		272	176	1114

医療事故報告件数：1114件

転倒事故件数：165件（14.8%）

（死亡：0件、障害残存が高いもの：22件、障害残存が低いもの：113件、不明：25件）

転落事故件数：29件（2.6%）

（死亡：0件、障害残存が高いもの：6件、障害残存が低いもの：19件、不明4件）

全医療事故件数のうち、転倒・転落を含む療養上の世話は256件（23.0%）で、治療・処置336件（30.2%）に次ぐ件数であった。

まとめ平成18年度、平成17年度を比較してみると、転倒・転落事故は18年241件(18.6%)、17年は194件（17.4%）で、全事故数との割合は、毎年同じような傾向と考えられる。また、図3-1-1から、重大な事故の背景には、いくつもの軽度な事故が存在することが分かる。

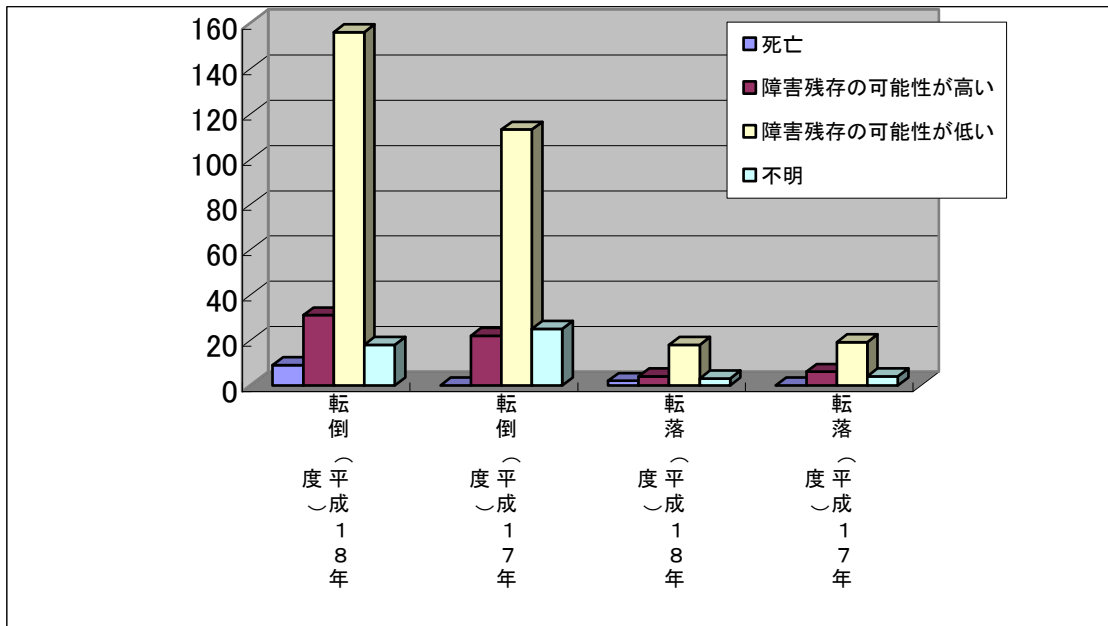


図 3 - 1 - 1 医療事故の程度

『第4章 ヒヤリ・ハット記述情報分析』

(対象医療機関)

報告義務対象医療機関——1261施設

表4-1

設置主体	
国立等	232
自治体	172
公的医療機関	136
社会保険関係	72
法人関係	480
個人	36
その他	133
合計	1261

調査期間：平成16年11月24日より平成17年2月28日まで

(ヒヤリ・ハット全般コード化情報による、転倒・転落報告数)

全般コード化情報全事例数は、42869件であった。

療養上の世話等は10475件(24.4%)であった。

転倒・転落は8181件(19.1%)であった。

表4-2 転倒・転落発生内容

	転倒	転落
気管内・口腔内吸引	5	2
体位交換	5	7
清拭	7	7
更衣介助	15	4
食事介助	29	19
入浴介助	60	7
排泄介助	442	57
移動介助	286	62
搬送・移送	23	12
体温管理	3	1
患者周辺物品管理	45	47
配膳	9	326

患者観察	597	202
散歩中	62	5
外出・外泊中	10	0
着替え中	66	9
移動中	2068	263
その他	2473	946
合計	6205	1976

(4-1) 全般コード化情報と記述情報比較

全般コード化情報全事例数は42869件であった。

療養上の世話等は10475件(24.4%)、転倒・転落は8181件(19.1%)であった。記述情報全事例数は14303件、転倒・転落は1843件(13.0%)であった。

(4-2) 発生時間帯比較

<全般コード化情報による全ヒヤリ・ハット発生時間>

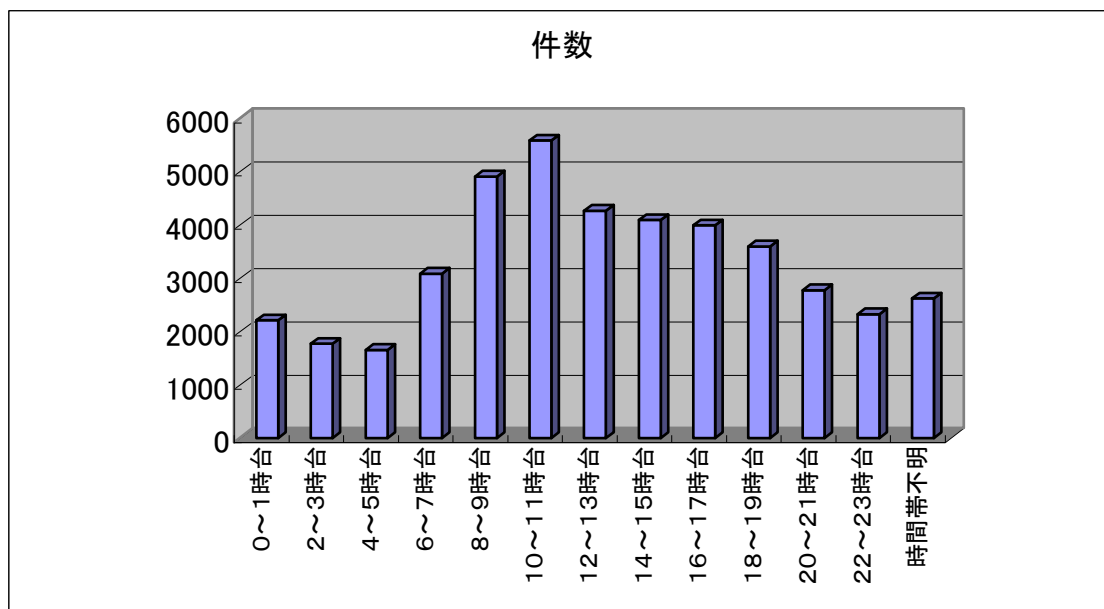


図4-2-1 (総数14303件)

<記述情報による転倒・転落発生時間>

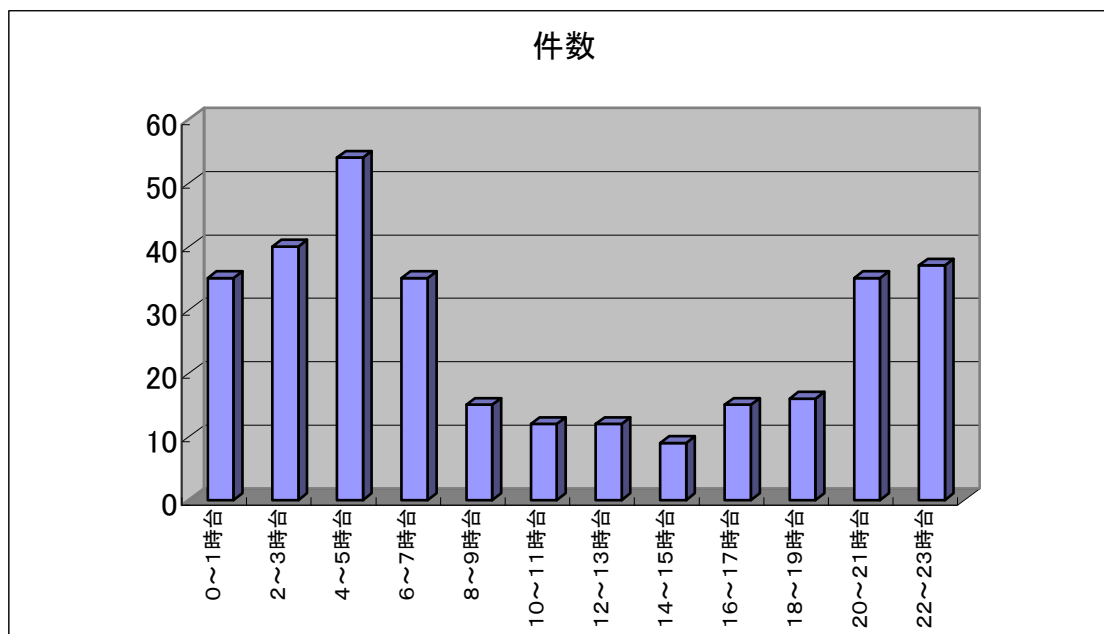


図4-2-2 (時間帯記入者315人)

図より、転倒・転落事故は、夜間の患者問題であることが分かる。図より、病室での夜間の発生が20時から7時までに236件(75.0%)と発生件数が多かった。全般コード化情報では8時から14時までが最も発生が多いことから、記述情報とは異なる結果とな

っている。

(4-3) 患者年齢比較

<全般コード化情報による全ヒヤリ・ハット患者年齢>

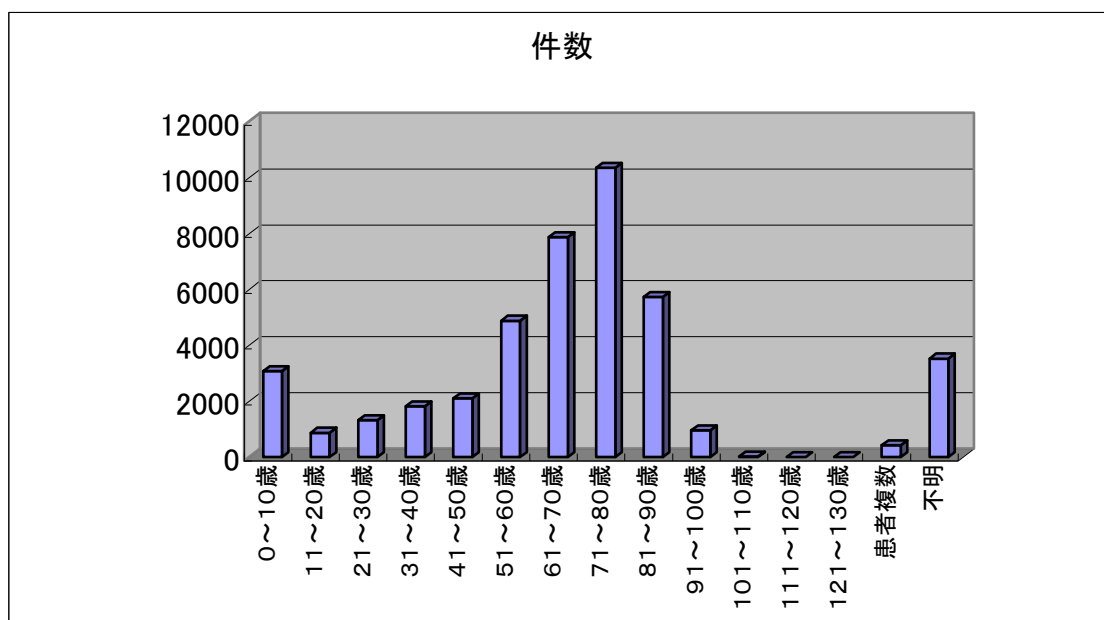


図4-3-1 (総数14303件)

<記述情報による転倒・転落患者年齢>

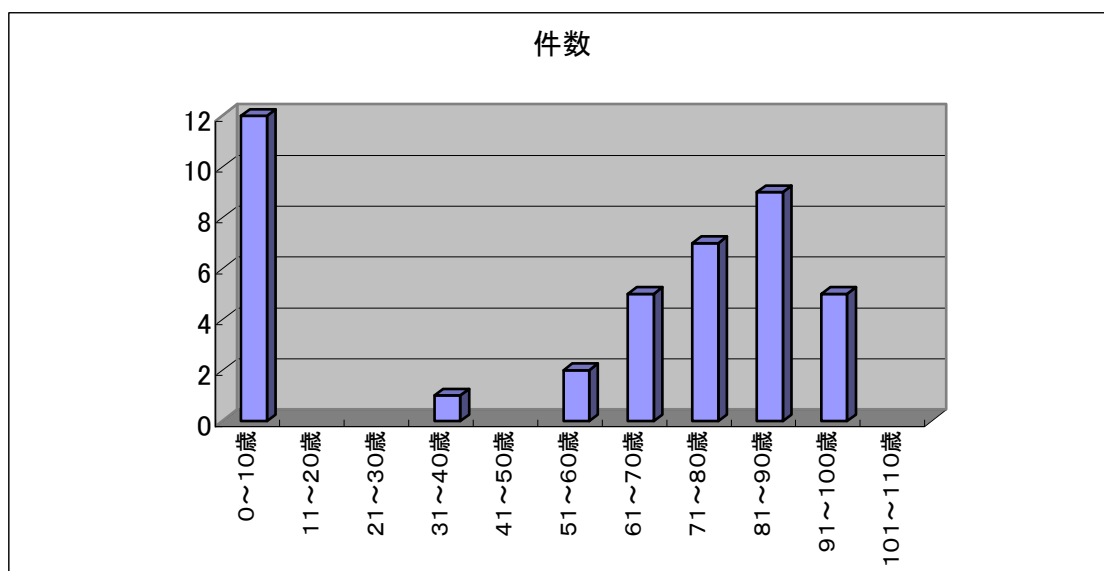


図4-3-2 (年齢記入者41人)

図4-3-2より、61歳から100歳の転倒・転落が26人(63.4%)、0歳から10歳が12人(29.3%)であり、発生が多い。61歳から100歳が多く、高齢者に多く発生していることが分かる。

(4-4) 発生場所比較

<全般コード化情報による全ヒヤリ・ハット発生場所>

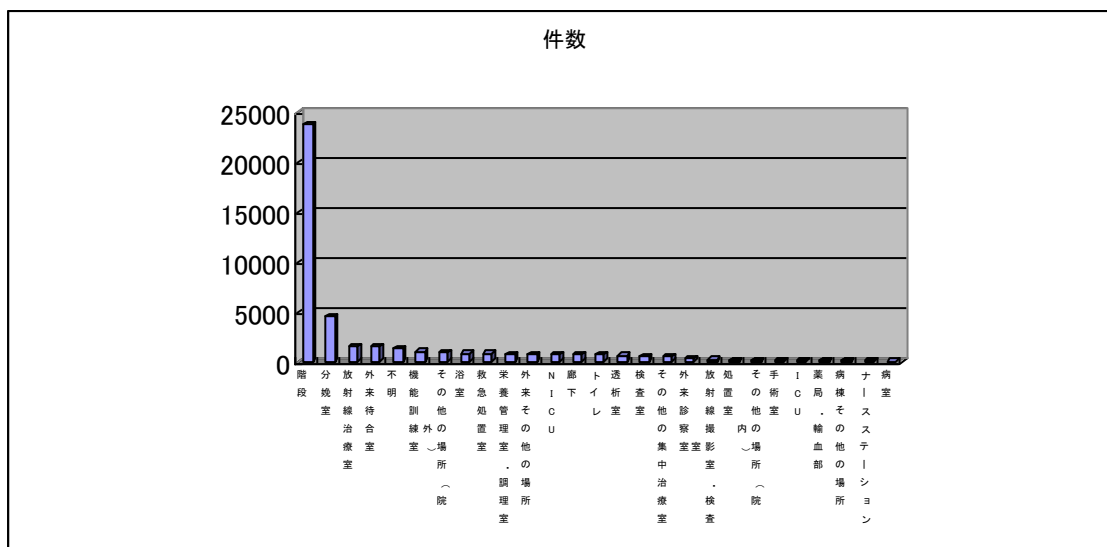


図4-4-1 (総数14303件)

<記述情報による転倒・転落発生場所>

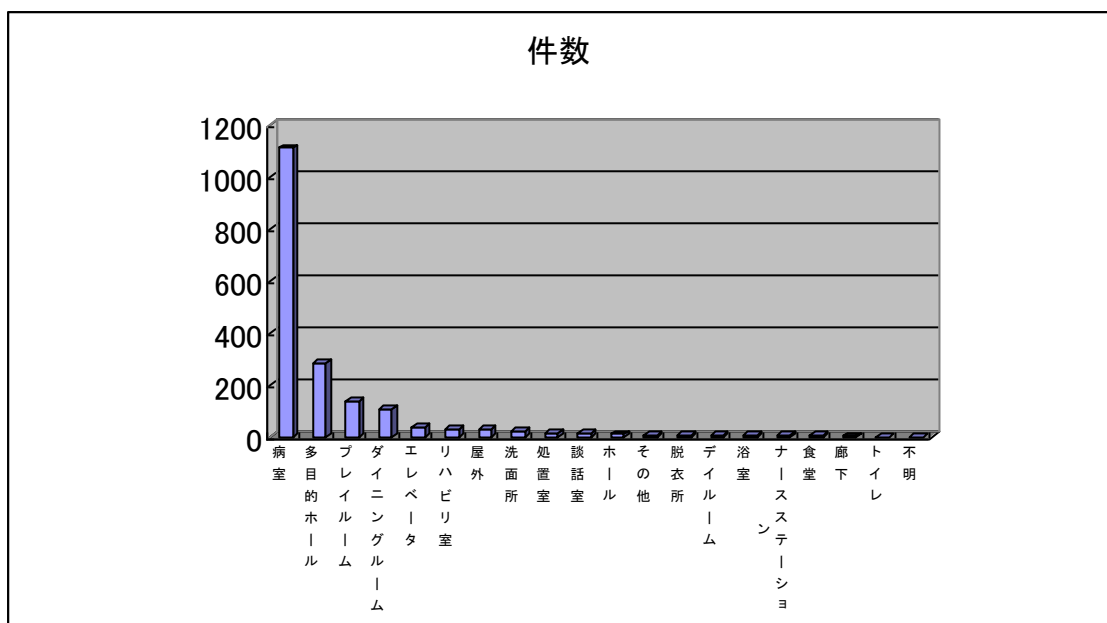


図4-4-2 (総数1843件)

図4-4-2より、発生場所としては全体の発生件数1843件中、病室における発生件数は1112件(60.3%)で最も多かった。

『第5章 記術情報における分析結果・考察』

転倒・転落事例は、ヒヤリ・ハット記述事例14303件のうち1843件あがっており、13.0%を占めていた。

投薬事故などは、医療介入のなかで、主として人間のエラーが原因となって発生する。この場合、業務のプロセスやシステムの中に、エラーを起こしやすくする要因が存在する場合が多い。

一方、転倒・転落事故の多くは、発生要因が患者側に存在する場合が多い。例えば、転倒しやすい要因に関わる加齢、疾病、障害などが存在し、増幅要因として睡眠薬・向精神薬などの服薬や病状の変化がある。こうした患者要因に加え、行動や環境上の危険要因が複雑に絡み発生するため、発生防止策を見出すことが困難である。

しかし、少しでも有効な転倒・転落防止策を実施するために「いつ・どのような患者が・どのように・スタッフの改善策は」という事実を整理し、こうしたデータをとおして明らかになったこと、そして、それらをもとに実行可能な転倒・転落防止について考察した。

対象事例は転倒・転落に関するヒヤリ・ハット事例のうち、記述情報による14303件を、患者背景・発生要因と、改善策の双方からの分析対象とした。

ヒヤリ・ハット記述情報の内容は、発生時間帯や、患者がどのような状況で転倒・転落したかについて自由記載で集められたものである。記載すべき内容を標準化していないために報告者によって情報量にばらつきがみられた。

(5-1) 全体・病室

(全体の発生件数：1843件、病室における発生件数：1112件 (60.0%))

<全体における転倒・転落内容>

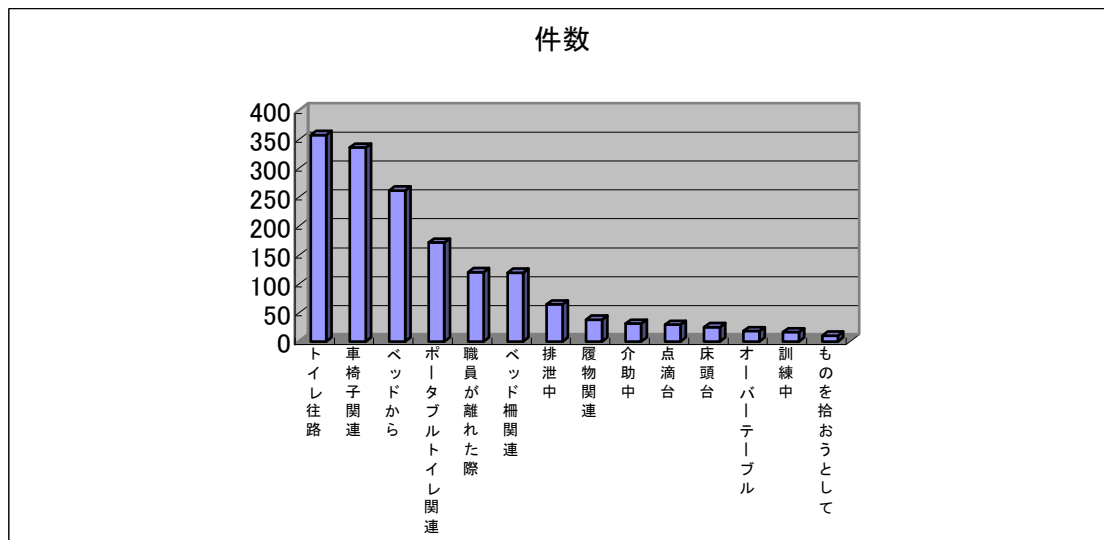


図5-1-1 (総数1843件・重複回答)

<病室における転倒・転落内容>

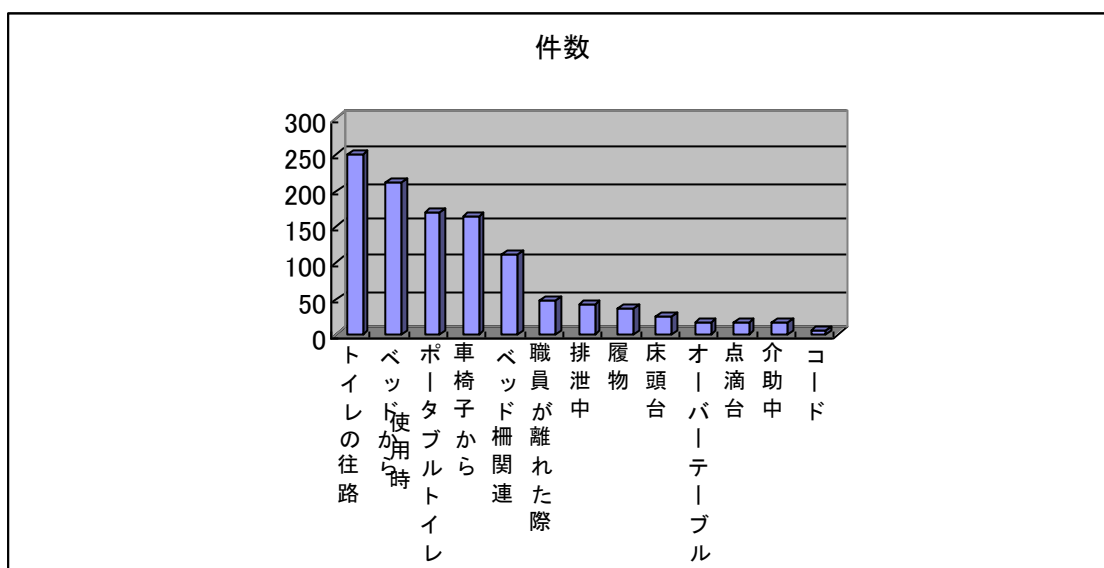


図5-1-2 (総数1112件・重複回答)

<全体における転倒・転落背景・原因>

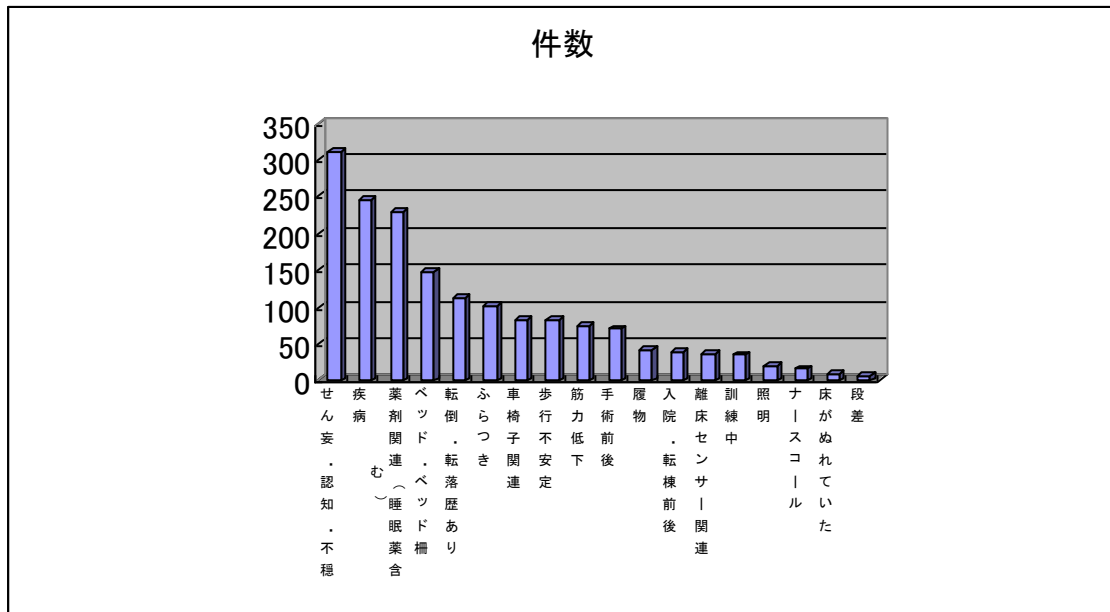


図5-1-3 (総数1843件・重複回答)

<病室における転倒・転落背景・原因>

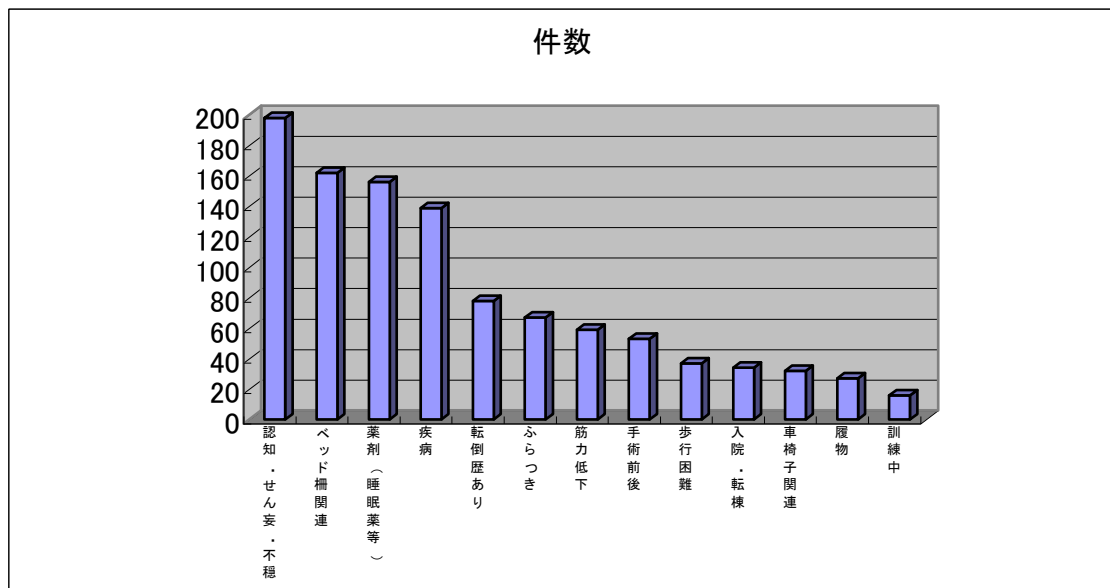


図5-1-4 (総数1112件)

<全体における転倒・転落改善策>

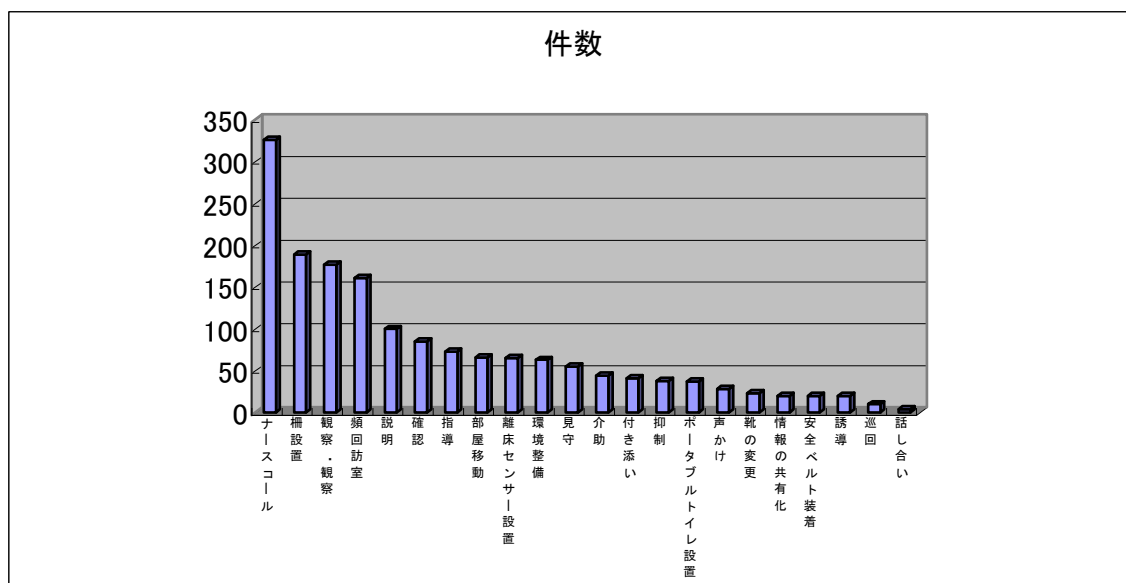


図5-1-5 (総数1843件・重複回答)

<病室における転倒・転落改善策>

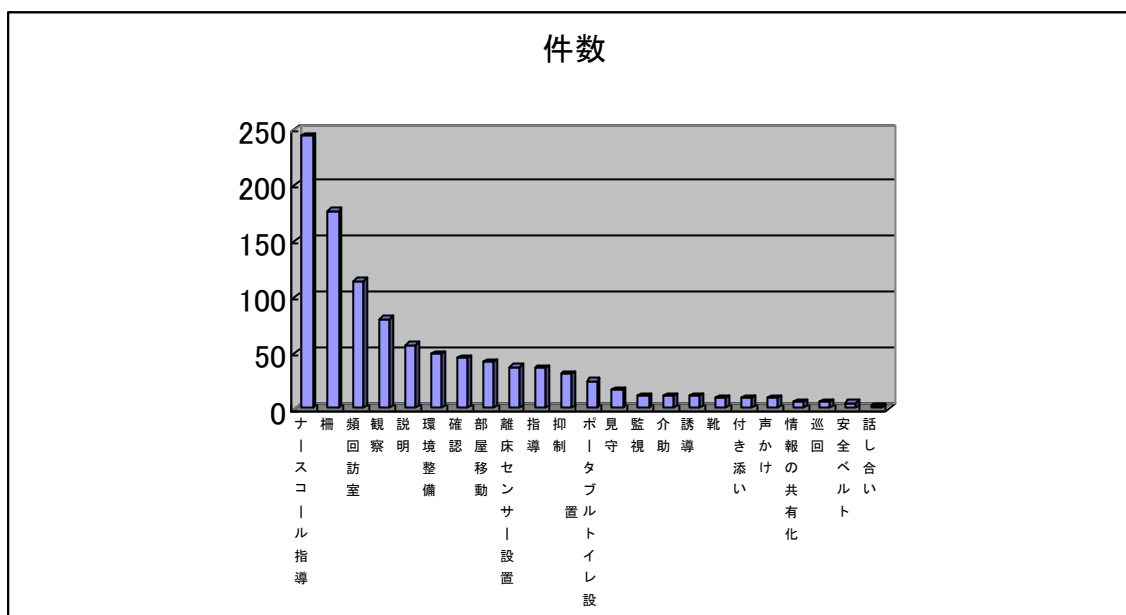


図5-1-6 (総数1112件)

(全体・病室における考察)

図5-1-2より、トイレ往復路、ポータブルトイレ、排泄中等の排泄行動における転倒・転落が596件(32.3%)と多かった。

排泄行為はほかの意図的行動よりも行動そのもののリスクが高いと考えられる。

- ① 排泄行動はベッド上での排泄を余儀なくされる時期を除き、重症患者であつてもとら

なければならない必須の生理的行動である。

- ② 生理的切迫感を伴い夜間でも行動しなければならない。そのため、不利な条件下での行動であるといえる。
- ③ 排泄行動は人間の自尊心と深くかかわり、誰しも「排泄だけは自力で行きたい」と望む行動である。そのため、「できる行動」と「したい行動」の間にギャップが生じやすく、それだけ行動の危険性も高い。

また、発生時の排泄行動の行程をみると「往路」に多くみられた。例えば、柵の乗り越えによる転落、起き上がる際バランスを崩し転落、トイレ移動中に転倒した事例などがあげられる。また、図4-2-2を考慮すると、夜間での排泄行動における転倒・転落が多いことが分かる。尿意で深夜覚醒した患者は、いわば失見当状態の上、筋力の低下がある患者が多く、昼間の排泄行動能力とは一致しないと考えるよい。しかし、排泄行動は自尊心にかかわる行動である。また、たとえ夜間であっても自力で「通常」の方法で排泄することが回復への希望や、闘病のシンボルとなっている場合もある。看護側の考える「望ましい行動」と患者の「したい行動」との間にはギャップがある。したがって、こうした患者心理を理解した上で、あえて安全行動として排泄行動のレベルをおとす必然性を理解してもらわなければならない。また、夜間の排尿パターンがある程度推測できる患者に対しては、本人の理解と納得が得られれば前もって介助計画を立案し、計画的に排尿してもらうことは有用である。

改善策について図5-1-5より、ナースコール指導が326件（17.7%）と多かった。患者は排泄行動であるがゆえに自立行動にこだわる。また、深夜尿意で覚醒した患者は、やや失見当状態のまま切迫して動き出す。つまり、患者はナースコールを押さないし、押せないと想定してもよい。したがって、環境・ハードウェアへの対策としては、患者が自ら動き始めるという前提でベッド周りの環境整備をすべきである。

- ④ つかまるものの適正配置
- ⑤ 障害物の除去
- ⑥ 照明（ベッド周りのものが夜間でも見えやすい工夫）

患者の排泄行程をベッドの起き上がりからシュミレーションし、行動をサポートするための患者個々に合ったベッド周辺的环境整備が必要である。

図5-1-3より、転倒・転落背景のうち、せん妄・認知・不穩によるものが、311件（17.0%）を占めている。そのほとんどがベッドからの転落で、ベッド柵の乗り越えは33件である。その他、ベッド柵の隙間からの転落、ベッド柵を外しての転落があがっていた。これらは、ベッド柵を設置していたにもかかわらず発生した事例である。これらの転倒・転落防止としては、せん妄・不穩を引き起こす身体疾患や病態に対する治療が可能であれば積極的に取り組むことはいままでもないが、これらの患者においては、「ベッドより下りる」という危険行動の予測は困難な場合、センサーの設置によって、危険行動を早期に察知し、対応することが重要だと思われた。

図5-1-6より、ベッド柵設置による改善策が189件であった。しかし、ベッド柵は意識のない患者の不随運動の転落には有用であろうが、自立行動が可能な認知症患者の転落防止に4点柵の設置は、むしろ柵の乗り越えによる高位からの転落を引き起こし、転落時の障害を増大させる可能性がある。4点柵の適用についてはスタッフ内での基準が必要であると思われた。このように転落防止にある意味限界がある場合、低いベッドや衝撃吸収マットの設置などが重要であると思われる。

図4-3-1、図4-3-2より、小児の転落が多かった。この中では、小児のベッド柵の上げ忘れによる転落事例が目立った。柵を上げ忘れたのは、看護師と母親など付き添い者である。看護師によるものとしては、ケアの途中に何かをしようとして、一瞬目を離れた際に小児が転落した事例、あるいは他業務に気を取られ、つい柵をせずにベッドを離れた際、小児が転落した事例があがっていた。母親による上げ忘れも、看護師の上げ忘れと似た要因が多かった。ベッド周辺に注意書きを貼るなどして注意喚起する必要がある。また、母親のベッド柵上げが不完全であることによる転落もあった。入院時に看護師が母親に説明する際、柵の適正な上げ方を指導する必要がある。また、寝かせた小児から一瞬目を離れた際に、小児が寝返りをうって転落する事例も多かった。誰かが見ているはず、あるいは鎮静剤などで眠っているので動かないはずという思い込みで目を話した際に転落した事例があった。

図5-1-1より、職員が目を離れた際の転倒・転落が120件(6.5%)であった。看護師が患者のもとを離れた理由は、多忙な準夜帯などで、控えているほかの業務のためという記述が多いが、患者に気楽に排泄させようという配慮もあった。ほとんどの事例で、「終了したらナースコールを押すように」や「すぐに戻るので動かないで下さい」というものの、自力で動き出し転倒している。ナースコールを押さず、看護師を待たずに動き出す患者の中には待機をするという判断ができないケースも存在するが、判断ができて「待てない心理」「待たない心理」があるように思える。排泄が済めばトイレから離れたと思うのは当然の心理に思われる。また、多忙な看護師を再び呼ぶことへの遠慮、自分でできる、あるいは自分でしたいと思う自立への欲求、できそうであるという過信もある。また、看護師にとって、夜勤帯と早朝は、排泄介助などの療養上の世話と、診療の補助作業が重なる多忙な時間帯であり、患者の排泄終了後までそばで待っている余裕がないようである。したがって、この時間帯の転倒を防止するためには他スタッフとの連携が必要に思われる。さらに、患者が自ら行動した際にサポートできるように、トイレの周辺に患者がつかまりやすいものや、トイレの近くに休息できる椅子などを設置することが重要であるように思われた。

図5-1-1より、車椅子からの転倒・転落が335件(18.2%)であった。ストッパーが甘かったために、車椅子が動き転倒した事例が多かった。また、車椅子への乗降時に多かった。この改善策として、アームレストが上がると移乗の際の方向転換が楽になるように思われる。また、フットレストが取り外せると、車椅子側に踏み込みやすくなる(フ

ットレストの上げ忘れがなくなる) ように思われる。この他、安全ベルトをしていなかったためにずり落ちた事例や、装着していても前のめりになったり、麻痺側に傾いて車椅子ごと転倒した事例、車椅子乗車中の急な立ち上がりで転倒した事例が多かった。そのほか、激しい体動で車椅子ごと後方に転倒した事例があがっていた。

図5-1-3より、薬物による転倒・転落は224件(12.2%)であった。添付文書に副作用として「転倒」の記載のあるものは、アリセプトD(塩酸ドネペジル)(抗アルツハイマー型痴呆薬)、ギャバロン髄注(バクロフェン)(中枢性筋弛緩剤)、コムタン(エンタカボン)(パーキンソン病治療薬)、ジプレキサ(オランザピン)(抗精神病薬)、ハルシオン(トリアゾラム)(ベンゾジアゼピン系睡眠薬)である。しかし、実際には転倒の原因となる作用・副作用を持つ薬剤はすべて転倒のリスク要因となるため、多種に及ぶ。

特に高齢者においては、腎機能・肝機能低下のため代謝能が低下、薬物感受性亢進があり、常用量であっても副作用が発現しやすくなる可能性がある。転倒リスクがある薬剤を使用している患者について、医療スタッフ間での適用量の検討が必要である。

[参考] 薬剤による転倒・転落

転倒リスクを増す薬剤

- ① 筋弛緩剤・抗不安薬—脱力・筋緊張低下
- ② 抗不安薬・睡眠薬・鎮痛剤・抗てんかん薬・麻薬・抗がん剤・抗生剤—めまい・ふらつき
- ③ 降圧剤・利尿剤・抗うつ剤・向精神薬(睡眠薬以外)—失神・起立性低血圧
- ④ 抗パーキンソン薬・ジギタリス製剤・麻薬・H₂拮抗剤・β遮断薬・抗がん剤—せん妄
- ⑤ 抗コリン薬・抗てんかん薬・抗結核薬・抗生剤・抗真菌薬—視力障害
- ⑥ 睡眠薬・抗不安薬・抗てんかん薬・抗ヒスタミン剤・血糖降下剤・麻薬・鎮痛剤—集中力・注意力低下
- ⑦ 向精神薬・抗うつ剤・制吐薬・胃腸機能調整剤—パーキンソン症候群
- ⑧ 糖尿病薬・抗生剤・β遮断薬・抗不整脈薬—低血糖
- ⑨ 利尿剤・下剤・抗がん剤—頻尿・下痢

※添付文書を参考に調査

(まとめ)

易転倒性として高齢、認知機能、歩行障害、下肢筋力の低下、疾病・病態があげられるが、入院するほとんどの患者がこれらのどれかを有しており、コントロールするのは困難である。したがって、行動と環境・ハードウェアをコントロールしていくことが必要である。転倒・転落の防止は高齢社会の重要な問題である。高齢患者は加齢による易転倒性に加え、疾病や障害、薬剤の影響により転倒リスクが高くなっている。また、転倒・転落による臨床経過に重要な影響を及ぼしかねない。この問題の対策には、医療にかかわる各領域の専門性を有効に活用し、医療スタッフによるチームアプローチが重要であるように思われた。

(5-2) トイレ

(139件 (7.5%))

<トイレにおける転倒・転落発生時間帯>

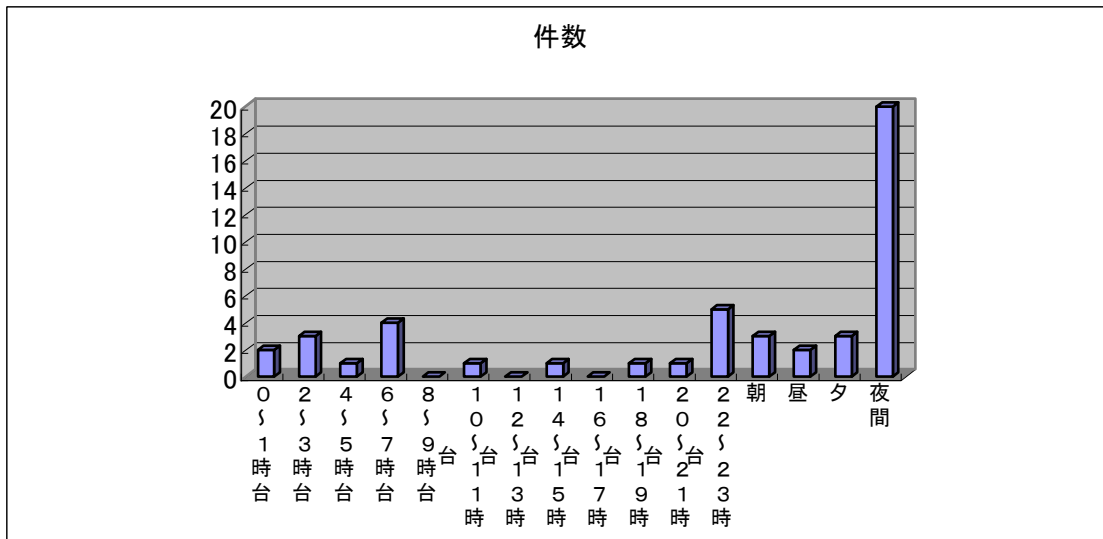


図5-2-1 (時間帯記入者47人)

<トイレにおける転倒・転落内容>

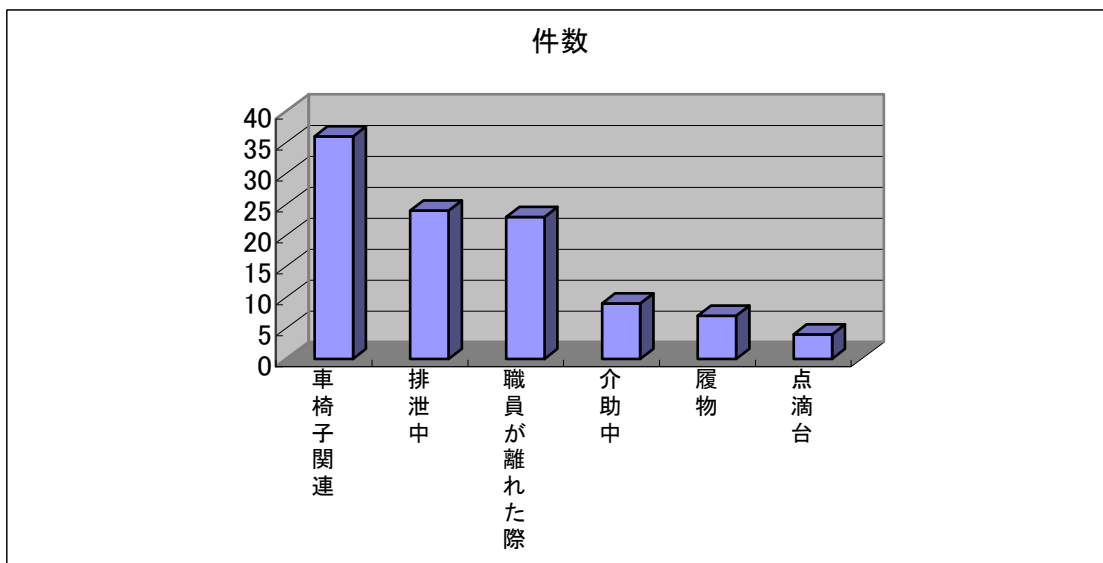


図5-2-2 (総数139件・重複回答)

<トイレにおける転倒・転落背景・原因>

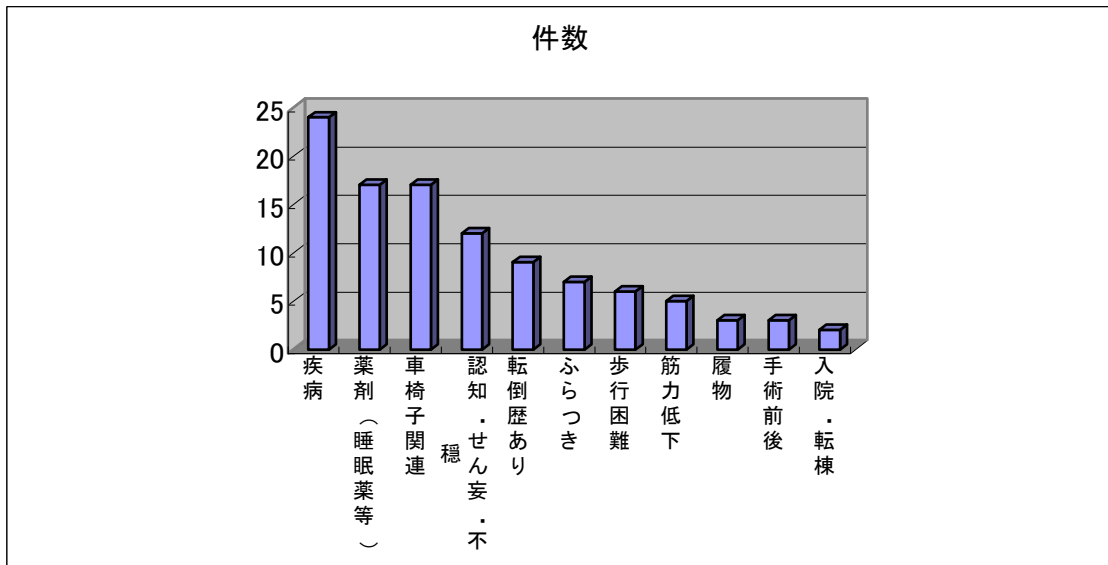


図5-2-3 (総数139件・重複回答)

<トイレにおける転倒・転落改善策>

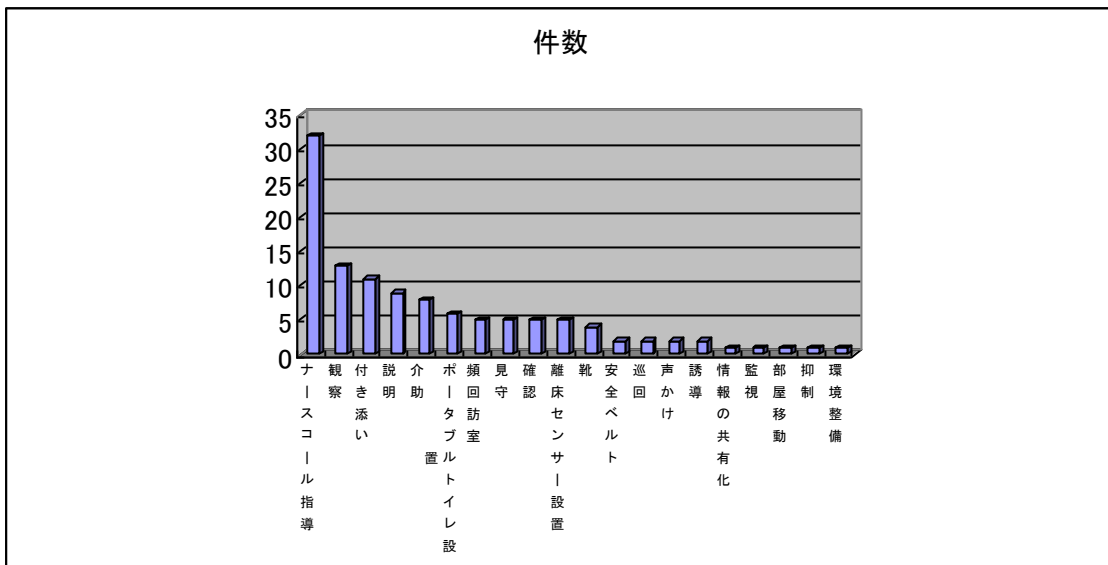


図5-2-4 (総数139件・重複回答)

(5-3) 浴室

(43件 (2.3%))

<浴室における転倒・転落内容>

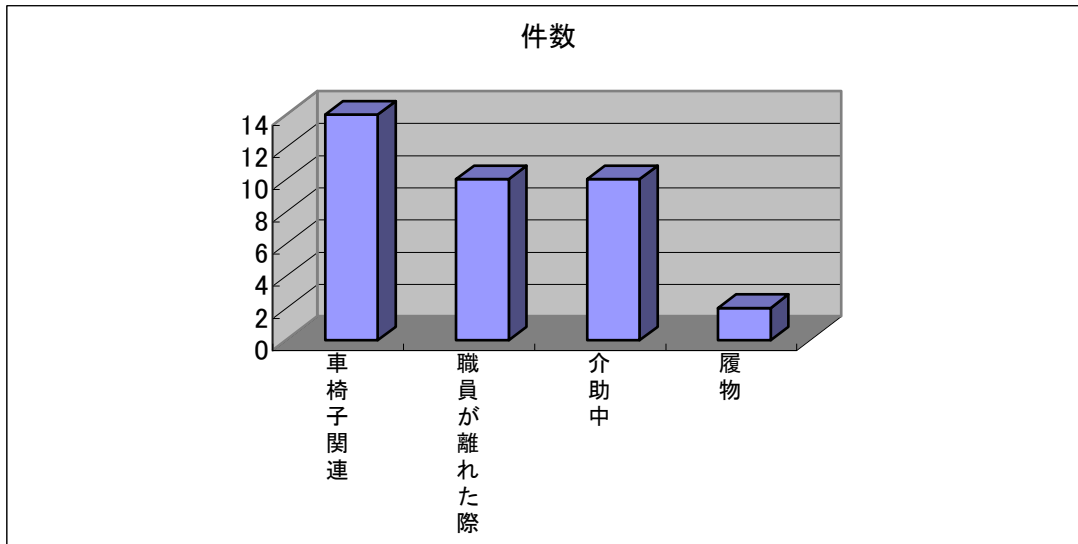


図5-3-1 (総数43件・重複回答)

<浴室における転倒・転落背景・原因>

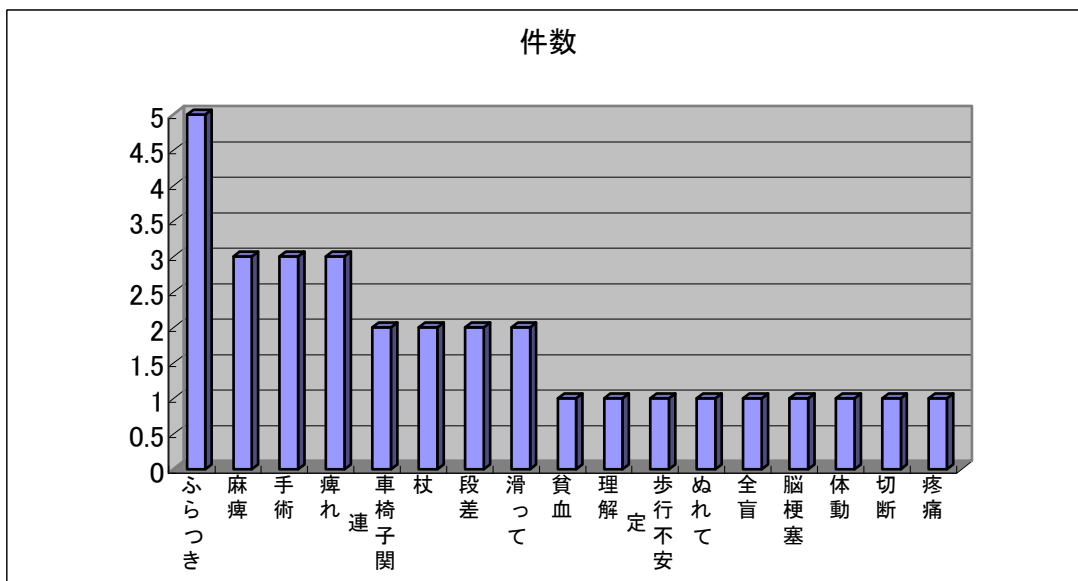


図5-3-2 (総数43件・重複回答)

<浴室における転倒・転落改善策>

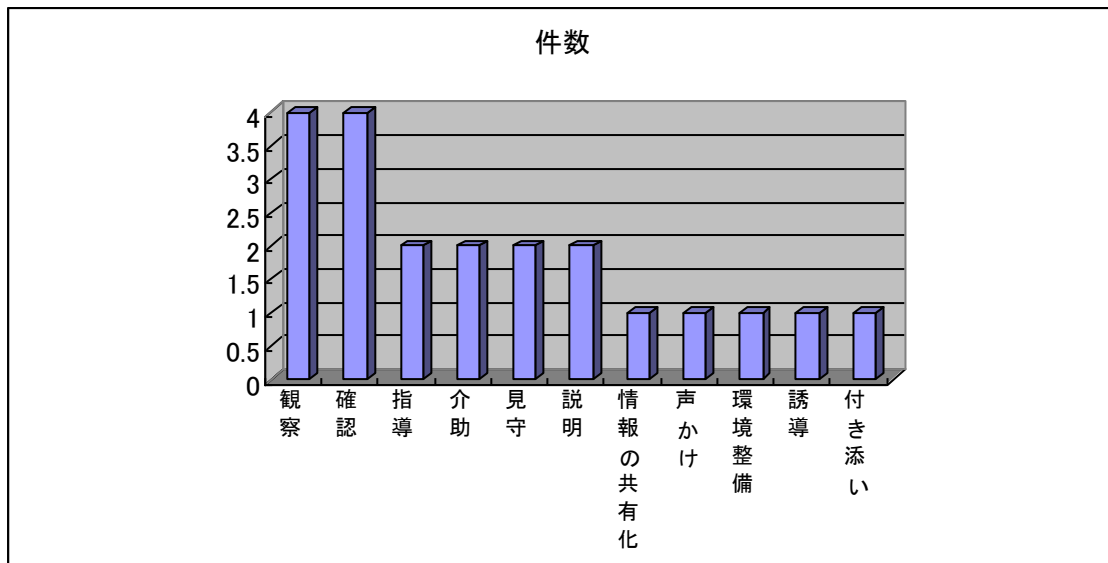


図5-3-3 (総数43件・重複回答)

(浴室における結果・考察)

全事例中、入浴に関する事例は計43事例(2.3%)を占めていた。

図5-3-1より、患者からのわずかな目の離しが、18件で入浴事故中41.9%を占めていた。介助者からむ要因としては、シャワー浴介助中に少しなら離れても大丈夫と、あるいは椅子に座らせ身体を洗いながら、他患者の他のために、わずかに目を放した際に転倒した事例が8件あがっていた。介助中に患者が転倒し、支えきれなかった事例があがっている。介助者1名では常時観察するのは困難である。麻痺などで自力座位困難な患者には2名での入浴介助が必要である。また、片手で手すりにつかまっていた患者が、自分で石鹸を取ろうとして手を離し、転倒した事例が複数あがっていた。立位からの転倒は衝撃が大きく骨折などの事故につながりやすい。介助が必要な患者では、立位での洗体、歩行などには注意が必要である。

浴室では、転倒しそうになった患者を介助者が支えようとしても、石鹸による手の滑りや床の滑りで支えきれなかった事例が多かった。また、患者を1人で抱きかかえたときに濡れた床で足が滑り、介助者と共に転倒した事例もあった。浴室特有の不利な状況を介助者は認識し、余裕をもたせておかなければならない。その他、浴槽出入りの際、入浴後の着衣時での転倒があがっていた。また、ハードウェアの要因として、浴室と脱衣所の段差による事例があがっていた。

浴室は患者にとって床の滑りという不利な環境上の条件が存在する。また、介助者にとっても石鹸による滑りが不利になる。すなわち、より転倒しやすい条件と、いったんバランスを崩した場合、容易に支えきれない条件が存在し、浴室以外での場所よりも転倒防止が困難である。したがって、その不利な条件を考慮した適切な介助を配した入浴業務を行

わなければならない。要介助患者と介助者数のバランスを考慮した入浴業務のマネジメントが求められる。

(5-4) その他の場所

(687件 (37.3%))

<その他の場所における転倒・転落発生時間>

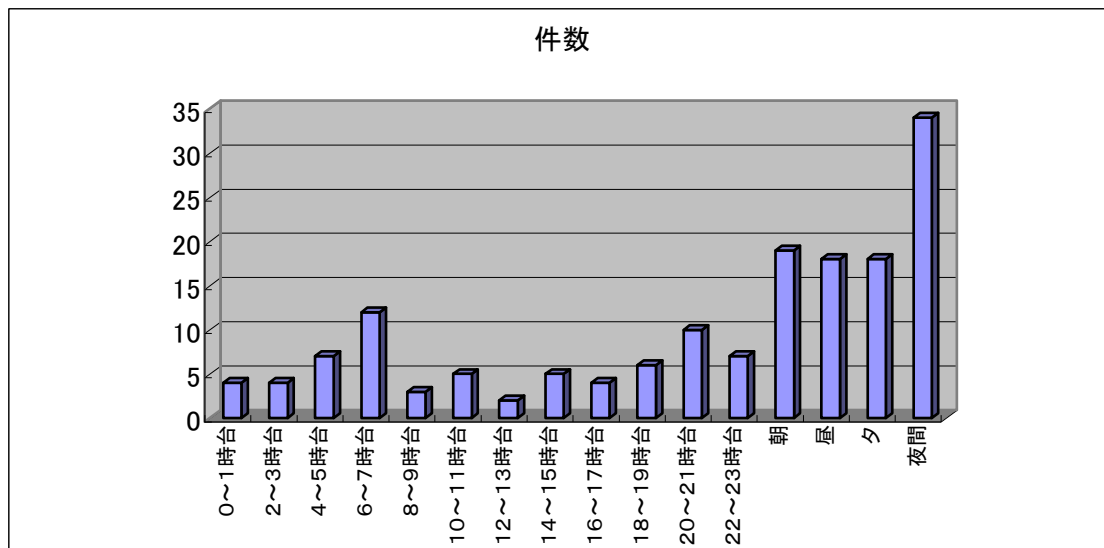


図5-4-1 (時間帯記入者128人)

<その他の場所における転倒・転落内容>

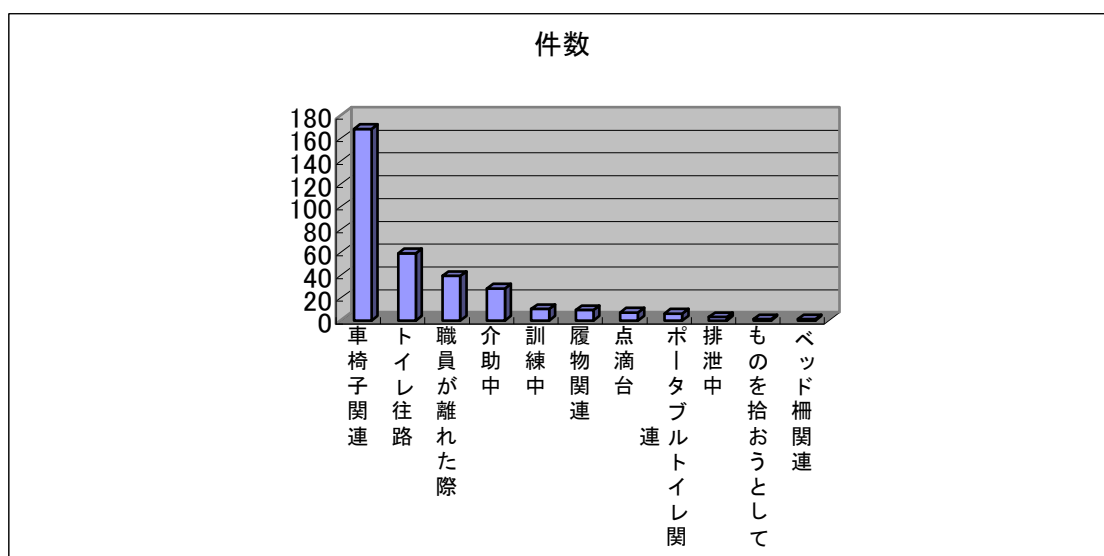


図5-4-2 (総数687件・重複回答)

<その他の場所における転倒・転落背景・原因>

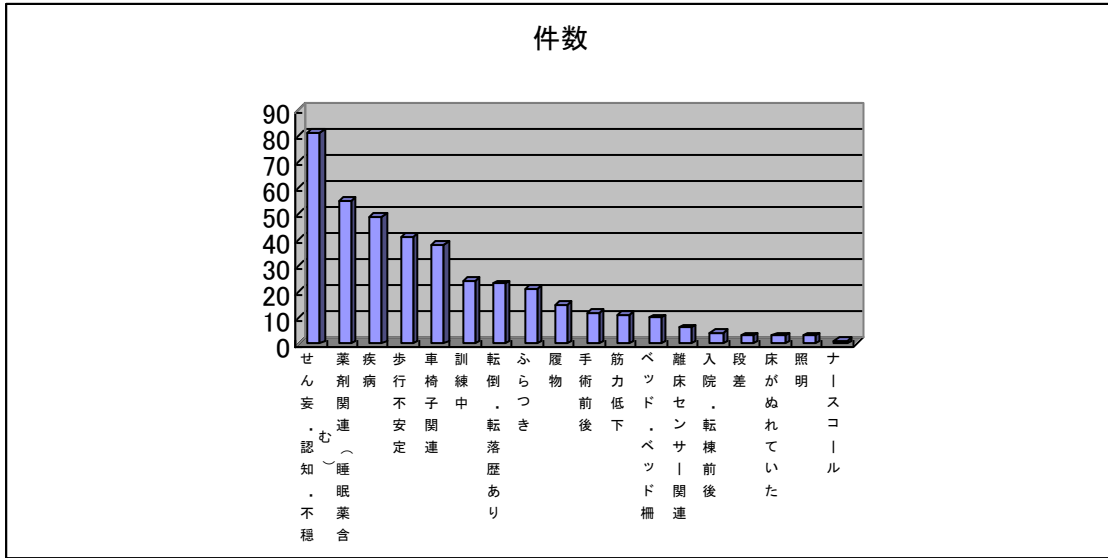


図5-4-3 (総数687件・重複回答)

<その他の場所における転倒・転落改善策>

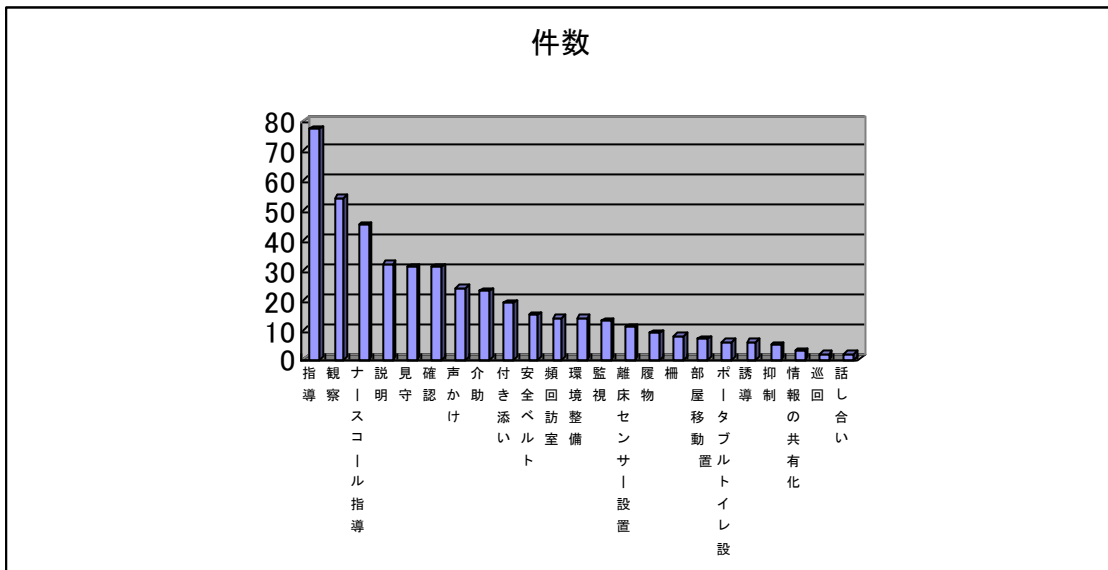


図5-4-4 (総数687件・重複回答)

(その他の場所における結果・考察)

図5-4-1より、一般的に日勤・準夜・夜勤の交代時間である8時30分・16時30分・23時30分の申し送りの時間帯に発生件数が高いことが分かる。

図5-4-2より、携行する点滴台が関連して転倒が発生する事例が29件(1.6%)であった。病室入り口のわずかな段差に点滴台がつかず転倒した。キャストが先行し、追従できずに転倒した事例、支えとした点滴台が倒れて転倒した事例、点滴台の脚につまづいて転倒した事例などがあがっていた。点滴台による転倒では、床のわずかな

段差など、ベッド周辺の不具合がないかをチェックすることが必要である。また、キャスターが先に進み転倒した事例、点滴台の脚につまずいた事例、点滴台が倒れて転倒した事例などがあがっている。筋力が低下した患者が点滴台を携行していく際には、点滴台が支柱としての役割をもつことがある。したがって、移動しやすさと同時に安定性のよい点滴台であることが必要である。

その他

- ・ベッドのキャスターで転倒（ストッパーのかけ忘れ）
- ・オーバーテーブルの足（ストッパーのかけ忘れ）
- ・モニターのコード
- ・ サイズが合わないスリッパ、滑りやすいスリッパ、ソックス、ストッキングなどが

原因となった事例も数例みられた。

廊下歩行中の転倒に関しては105件（5.7%）を占めていた。環境やハードウェアに関しては、廊下歩行中で、床の水、ワックスで足を滑らせた事例、段差や障害物でつまずいた事例があがっていた。患者が車椅子まで移動した際に転倒した事例も多かった。また、歩行訓練中での転倒が16件であった。歩行訓練介助中の転倒では、患者のバランスのくずれや、方向転換時のふらつきを支えきれずに転倒した事例が多かった。また、リハビリ意欲の高まりで、つい訓練が過剰になってしまった事例があった。意欲が高い場合、転倒での落胆を考えると、経過に大きく悪影響を与えかねないのではないだろうか。

『第6章 アセスメントスコアシート・キーワードによるまとめ』

(6-1) アセスメントスコアシート

アセスメントスコアシートとは、一人の患者に対して、その患者が持っている患者要因をチェックすることで、患者状態を詳細に把握できる評価表である。目的としては、

- ・患者要因の総合点から転倒、転落の危険性を評価する
- ・チェックされた要因から危険な患者行動を予測する
- ・複数回使用することで患者要因の変化に対応する

ことが挙げられ、カルテに加え、患者の危険度を医療スタッフが共有することで転倒・転落防止のために有用であると思われる。

表6
アセスメントスコアシート

氏名

ID

分類	特徴(危険因子)	評価 スコア	評価 月日	
			/	/
A:年齢	<input type="checkbox"/> 70歳以上、9歳以下	2		
B:既往歴	<input type="checkbox"/> 転倒歴あり <input type="checkbox"/> けいれん・脱力発作 <input type="checkbox"/> 転落歴あり	2		
C:身体的 機能障害	<input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 感覚障害(しびれ) <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> 骨・関節の異常 <input type="checkbox"/> 筋力の低下 <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 突進歩行 <input type="checkbox"/> その他()	3		
D:精神的 機能障害	<input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 痴呆 <input type="checkbox"/> 判断力・理解力・注意力の低下 <input type="checkbox"/> 鬱状態 <input type="checkbox"/> 不穏行動(体動・徘徊) <input type="checkbox"/> その他()	4		
E:活動状況	<input type="checkbox"/> 車椅子・杖・歩行器の使用 <input type="checkbox"/> 歩行介助 <input type="checkbox"/> 姿勢 <input type="checkbox"/> 寝たきり状態 <input type="checkbox"/> 点滴類 <input type="checkbox"/> その他()	4		
F:薬剤	<input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 向精神薬 <input type="checkbox"/> 降圧剤・利尿剤 <input type="checkbox"/> 血糖降下剤 <input type="checkbox"/> 抗パーキンソン薬 <input type="checkbox"/> 浣腸・緩下剤 <input type="checkbox"/> 抗がん剤 <input type="checkbox"/> 多剤併用 <input type="checkbox"/> その他()	各1		
G:排泄	<input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 夜間トイレに起きる <input type="checkbox"/> トイレ介助が必要 <input type="checkbox"/> 尿・便失禁がある <input type="checkbox"/> その他()	各1		
		合計		
		危険度		

評価スコアの合計

- 0～7・・・危険度Ⅰ・・・転倒、転落の可能性がある
- 8～16・・・危険度Ⅱ・・・転倒、転落を起こしやすい
- 17以上・・・危険度Ⅲ・・・転倒、転落をよく起こす

※ A～Eはひとくくりで点数加算

※ F～Gは1項目毎に点数加算

スコア化に関して、転倒していない群の値が必要とされるため、今回は困難であり、「看護白書」のスコア値を参考にした。

(6-2) キーワードによるまとめ

1 転倒・転落の発生要因 (状況、病状)

①患者要因

- ・ 身体的機能：運動・知覚障害、言語・視力・聴力、骨・関節の異常、筋力低下
- ・ 精神的機能：理解力・判断力低下、不眠・不穏、体動、徘徊
- ・ 活動状況：車椅子、歩行器、杖使用、移動時の要介助、点滴類、尿カテーテル
- ・ 薬剤の服用：鎮痛剤・睡眠薬、降圧・利尿剤、下剤、向精神薬、麻薬等
- ・ 排泄：障害あり、要介助、頻尿、夜間尿、下痢、ポータブルトイレ使用
- ・ 当日の状態：発熱、貧血、脱水、食事摂取、検査後・手術前後・リハビリ訓練中
- ・ 今までの生活状況：転倒歴、めまい、痙攣発作
- ・ 環境変化：入院・転棟後14日以内、ベッド・トイレ・浴室不慣れ
- ・ 性格：自立心強い、遠慮深い、我慢強い

②ケア側の要因

- ・ リスクに対する意識が低い
- ・ 患者危険度の把握不十分
- ・ 監視体制の不備：センサー類不十分、多忙
- ・ 入院・転棟患者への説明不足
- ・ 睡眠薬投与後の注意、観察不足
- ・ ポータブルトイレ、点滴スタンドの設置場所が不適切
- ・ 車椅子のストッパー、安全ベルト忘れ、不適切な介助

③環境 (施設、設備) 要因

- ・ 環境整備：廊下・ベッドサイド等に障害物
- ・ ベッド：高さ、柵の不適切な使用
- ・ ナースコール、床頭台：位置が不適切
- ・ 床の状態：滑りやすい、躓きやすい (清掃中、段差等)
- ・ 構造：暗い (照明の不足)

2、防止策

① 危険度評価

- (1) 転倒・転落の要因を知る
- (2) 既往歴、患者の危険度を知る
- (3) 転倒・転落アセスメントスコアシートによる情報の共有化
- (4) スタッフ同士の連携強化。チーム全体で観察
- (5) 病棟の状況把握（手術件数・業務スケジュール）

② 説明

- (1) 患者、家族への説明と協力要請

3、環境整備

- (1) 病棟等の整理整頓（障害物の除去。ベッドサイド、オーバーテーブル、通路等）
- (2) 表示による注意喚起

4、日常の注意事項

- (1) 観察・巡視を密にする
- (2) 移動中は目を離さない（安全確保後に目を離す）
- (3) 体位変換は正しい方法で行う
- (4) 転倒・転落防止用品の使用
- (5) 抑制を適切な方法で行う
- (6) 危険度評価を繰り返し行う

5、リスクマネジメント

- (1) 頻回訪室
- (2) 再発防止の検討と実施

具体的留意点

1、ベッド

- (1) 危険度の高い患者はベッドの高さを最低にする
- (2) ベッドのストッパーを固定する
- (3) 危険度の高い患者のベッドを離れる際は、ベッド柵を上げる
- (4) ベッド周辺の環境整備（ナースコールの位置・オーバーテーブル・床頭台・証明）
- (6) 理解力が低下している患者の場合、離床センサーの設置
 - (ア) 痴呆患者に対して、体動センサーの設置
 - (イ) 痴呆・意識障害のため体動が影しい患者
 - ① 緩衝マットの設置
 - ② 観察しやすい部屋への移動
 - ③ 抑制

2、歩行時（廊下等）

- (1) バリアフリーにする
- (2) 履きなれた靴を使用

- (3) 床の水はふき取る
- (4) 障害物を置かない（コード類の整理）
- (5) 点滴スタンド、輸液ポンプのキャスターを確認
- (6) 必要時、保護帽の着用
- (7) 手すり、杖の指導
- (8) 危険がある患者の歩行時は、職員の視野に入れておく
- (9) 危険度が高い患者には歩行時付き添う

3、トイレ

- (1) 患者の側を離れるときは声かけをして、ナースコールを手に持たせる
- (2) 排泄中は、待機
- (3) 危険度の高い患者の場合、側を離れない
- (4) 患者 ADL に合わせた介助（ベッド上・ベッドサイド・トイレ歩行）
- (5) 排泄パターンを把握し、排泄誘導を行う
- (6) 照明の確保
- (7) 覚醒していることを確認する

5、浴室

- (2) 浴室の環境整備（段差・手すり・障害物）
- (3) ナースコール指導
- (4) 危険度の高い患者は付き添う
- (5) 介助者の視野に患者を入れる

6、歩行器使用時

- (1) 杖・歩行器・車椅子の点検
- (2) 正しい使用方法の説明
- (3) 滑り止めの確認
- (4) 車椅子のストッパーや、安全ベルトの装着の確認
- (5) 危険度の高い患者には付き添う

(6-3) 参考文献

1) 財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集・分析・提供事業」

<http://jqcqh.or.jp/html/index.htm>

2) 厚生労働省「医療安全対策について」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/index.htm>

3) 「転倒・転落防止ガイド」(武蔵野赤十字病院看護安全委員会)

4) 「看護白書」日本看護協会著(日本看護協会出版会)