



《転倒・転落リスクマネジメント》

平成 23 年 8 月 1 日

転倒・転落は、患者要因や環境要因なども影響するため、予見が難しく、対策を講じても看護者のわずかな隙をついて発生するため、臨床現場では対応に苦慮しています。日本医療機能評価機構の医療事故情報収集事業第 24 回報告書（2010 年ヒヤリハット事例報告）の集計では、療養上の場面に関する報告 2505 件中 1909 件が転倒・転落の報告件数でした。その中には死亡事例（11 件）や濃厚な処置が必要となる事例（49 件）など結果が重大なものもありました。また、平成 22 年度神奈川県内の“各県立病院におけるインシデント/アクシデント公表”でも、療養上の場面に関する報告 2279 件のうち 1305 件が転倒・転落という結果になっています。

今後も高齢化は進み、2020 年頃には認知症の有病率は 65 歳以上で 10%になるという報告（平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金研究分担報告書）もあり、転倒や転落による事故のリスクは益々高まり、看護や介護に携わる者にとって「転倒・転落防止への取り組み」は重要かつ継続的な課題です。

医療安全情報検討ワーキング・グループでは、メンバー各施設の「転倒・転落リスクマネジメント」について情報を提供するとともに、この「転倒・転落リスクマネジメント」の今後の課題を提示することで、それぞれの施設でのリスクマネジメントの再検討への一助となることを期待します。

情報提供項目

◆ 予測・評価

転倒・転落アセスメントツール

- ・アセスメントスコアシート
- ・看護計画

◆ 対策

転倒・転落事故発生時の対応

- ・アセスメント～環境対策
- ・発生時のフローチャート

◆ 記録

転倒・転落事故発生時の記録

- ・観察記録用紙
- ・記録の書き方

◆ 予防

転倒・転落の予防のための活動

- ・転倒予防パンフレット
- ・KYカード
- ・ポスター

◆ 教育

教育・研修等

- ・全体研修、職員研修
- ・看護部研修

予測・評価

転倒・転落アセスメントツール

- ・アセスメントスコアシート
- ・看護計画

患者の転倒・転落の危険性を、年齢・活動性・運動能力・認識力・使用薬剤等から構成されるアセスメントシートで点数化し、危険度を分類したのち、その危険度に応じ看護計画に連動させる方法を行っている施設もあります。

資料提供 北里大学東病院

転倒・転落アセスメントシート〔査定日は入院時・48時間後・その他病棟運用による〕

入院時の指導項目(指導内容にチェックする)

- ナースコール ベッド柵 ベッド調節
 めがね 履物

※口に✓を入れて、その横に評価点(スコア)を入れる。ただし、 があれば、 内の点数は全て足すこと

分類	特徴		入院時			48時間後		
			/	/	/	/	/	/
年齢	65歳以上	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
既往歴	転倒転落したことがある	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感覚	平衡感覚障害がある	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	聴力障害がある (障害・喪失、補聴器使用)	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
運動機能	足腰の弱り、筋力の低下がある(加齢、床上安静後など)	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	麻痺がある	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	しびれ感がある	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
活動領域	骨、関節異常がある(拘縮、変形)跛行がある	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自由に動ける 2 車椅子・杖・歩行者を使用している	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ふらつきがある	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	移動に介助が必要である 点滴やチューブ類がある	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認識力	寝たきりの状態であるが手足は動かせる 履物が滑りやすい	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	痴呆症状がある、徘徊がある 見当識障害、意識混濁、夜間譫妄、不穏行動がある	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬剤	向精神薬 1 催眠安定剤 1 抗精神病薬 1 抗うつ薬 1 抗不安薬 1 抗てんかん薬 1 合計=		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	鎮痛剤・麻薬 1 抗パーキンソン剤	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	降圧剤・利尿剤 1 血糖降下剤(インスリンを含む)	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	化学療法剤 1 下剤	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
睡眠	中途覚醒がある	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排泄	尿・便失禁がある	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	トイレまで距離がある	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	コモード・車椅子トイレを使用している	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排泄には介助が必要である	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病状	貧血又は、起立性低血圧がある(薬剤性以外)	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	手術後3日以内である	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	病状・ADLが急に回復・悪化している時期である	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ナースコール要因	リハビリ開始時期、訓練中である	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ナースコールを押さないで行動しがちである ナースコールを認識できない・使えない	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
患者特徴	自立した行動を起こしている	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ケアへの遠慮や抵抗感がある	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	環境の変化(入院生活・転入)に慣れていない	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自宅では畳の上で寝ていた(ベッドを使用していなかった)	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

危険度Ⅳ(20点以上): 転倒転落の危険が非常に高い

危険度Ⅲ(15~19点): 転倒転落の危険が高い

危険度Ⅱ(10~14点): 転倒転落を起こしやすい

危険度Ⅰ(0~9点): 転倒転落することもある

* 危険度Ⅲ以上、または認識力とナースコール要因両方にチェックされた患者は、必ず看護計画に進む

危険度Ⅱの場合はカンファレンス等で必要と判断した場合、看護計画に進む

看護計画
有
無

合計点			
危険度			
看護計画 修正・変更	有・無	有・無	有・無
サイン			

月/日	記事

アセスメントと連動させた計画を立案し、観察を行う。

資料提供 小田原市立病院

転倒・転落防止計画／経過観察表

看護計画 Ⅱ() 転倒・転落のリスク状態 R/T 転倒・転落アセスメントスコアシート評価 危険度()

解決目標: 転倒・転落することなく、入院生活が送れる。

看護計画		経過観察	
具 体 策		実 施	記 録
O プ ラ ン	1 歩行状態(つまづき・ふらつき・跛行の有無)		
	2 リハビリの内容・その達成状況		
	3 装具・補助具の使用状況		
	4 排泄の頻度・パターン 夜間排尿 (有 無)		
	5 表情・言動(歩行に対する意欲、苦痛の有無、運動のレベル、生活動作に対する認識)		
	6 鎮痛剤・睡眠剤などの服用後の歩行状態・意識の状態		
	7 危険行動の有無 《※無は(-)・有は(+)で記載し、有の時は記録に残す》		
	8		
	9		
T プ ラ ン	1 勤務が替わる毎に担当者は環境整備をする ベッドの高さ・ベッド周囲の障害物の有無の確認		
	2 ナースコールは適切な位置にあるか確認		
	3 ベッド柵()本 ・ スペース(有・無) ・ オーバーベッドテーブルはベッド柵内側 で使用中		
	4 歩行時の注意点・安静度の説明を行う 《歩行時は、(見守り・介助)する コールはいつでもOK》 リーフレットを渡し家族と転倒の危険性を共有し理解と協力を得る(※実施日に○を付け誰に説明したか記録に残す) 転倒・転落防止 KYカードを患者へ配布し注意事項を説明し協力を得る(※実施日に○を付ける)		
	5 日中の離床を促し昼夜のリズムを整える(ベッドサイドで膝の屈伸、手すりを使用し棟内歩行、車椅子乗車)		
	6 個別に排泄誘導をする 誘導希望(有 無) ()時 起こす 付き添い歩行(必要 ・ 不要) 誘導後ベッドまでの見守り(必要 ・ 不要) 消灯前ナースコールの位置確認(必要 ・ 不要)		
	7 巡視を ()分毎に行う (※60分未満での巡視が必要な場合のみ記載)		
	8 車椅子乗車時は、ずり落ち防止に滑り止めマットを使用する		
	9 状況に応じて転室をする(※実施日に○号→△号と記載し、転室理由を記録に残す)		
	10 家族の承諾を得て、離床センサーマット等を使用する(※実施日に○を付け記録に残す) / より使用		
<p style="text-align: center;">《転倒・転落防止計画／経過観察表使用上の注意》</p> <ul style="list-style-type: none"> *エンボスに押された日付を計画立案日または計画変更日とする。 *看護計画の具体策は個々の患者に当てはまるものを選択し、Oプラン・Tプランの番号に○を付ける。計画は、用紙を更新する1週間毎に見直しをする。 *計画立案日以降にプランを追加するときは番号欄のわずかな余白に△/△～と追加日を記載する。 *Oプラン・Tプランの空欄は個々の患者に合わせ、必要に応じ手書きでプランを追加する。 *経過観察、実施記録では実施したときはレ点チェックをし、必要に応じ記録欄にケア内容、患者、家族の反応を記載する。 *転倒・転落の有無は、無は(-)・有は(+)で記載し、有のときは看護経過記録に経時記録で残す。 		記 録	
患者様又はご家族様氏名		転倒・転落の有無	
		サイン	



対策

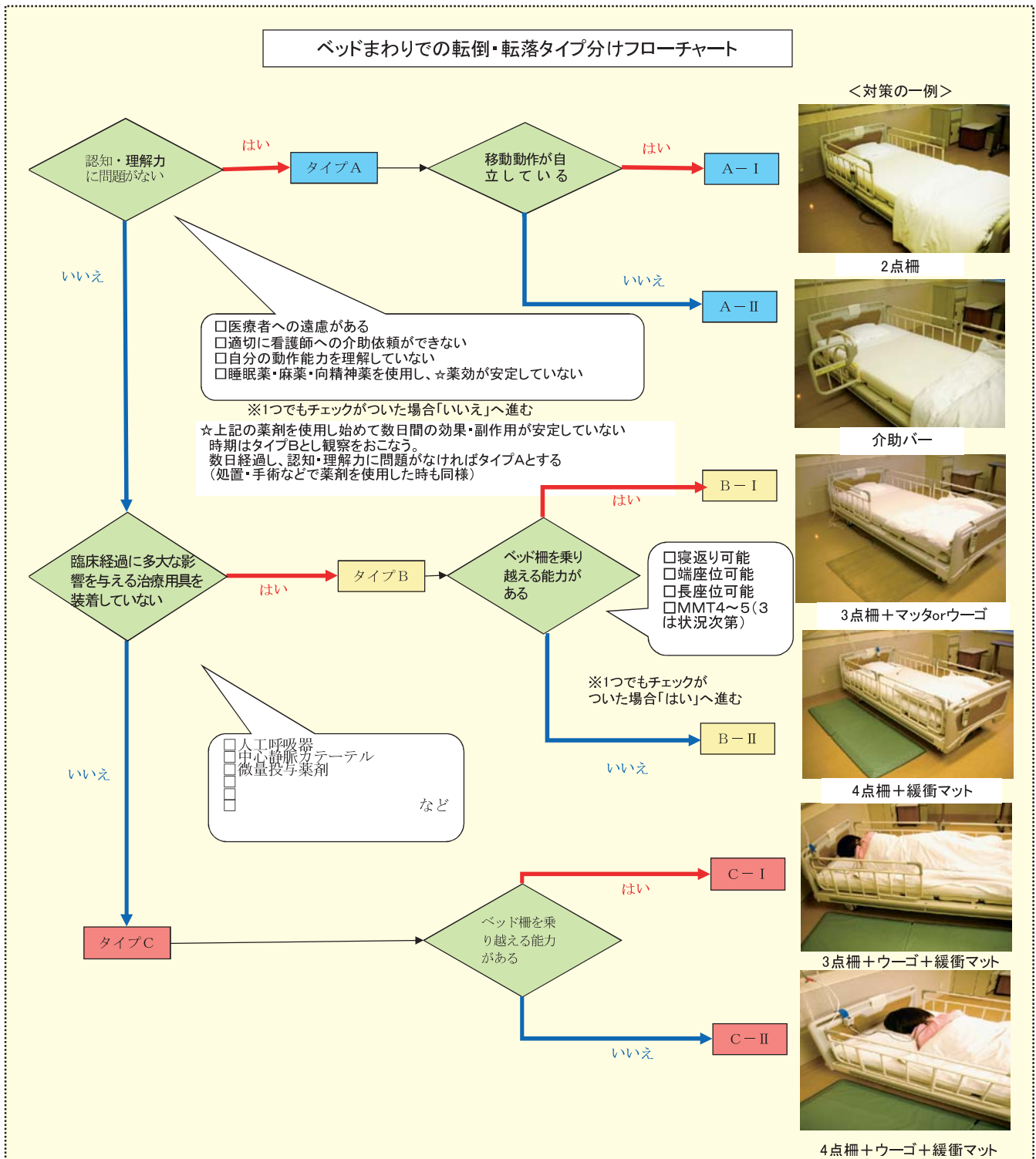
転倒・転落事故発生時の対応

- ・ アセスメント～環境対策
- ・ 発生時のフローチャート

転倒・転落アセスメントシートを、ベッドまわりの環境と対応させた“フローチャート”として使用している施設もあります。「患者が転ばない環境づくり」や「転んでも衝撃の少ない環境づくり」のため、ベッド周囲の環境整備・5Sに力を入れたり、介助バー付き手すりを設置したり、衝撃緩衝マットの導入などの取り組みがなされています。また、全ての療養場面に看護要員が対応することは困難なことから、患者の状況に合わせ、離床センサーを選択し設置しています。

転倒・転落アセスメントをベッドまわりの環境で具体的に対策

横浜市立みなと赤十字病院



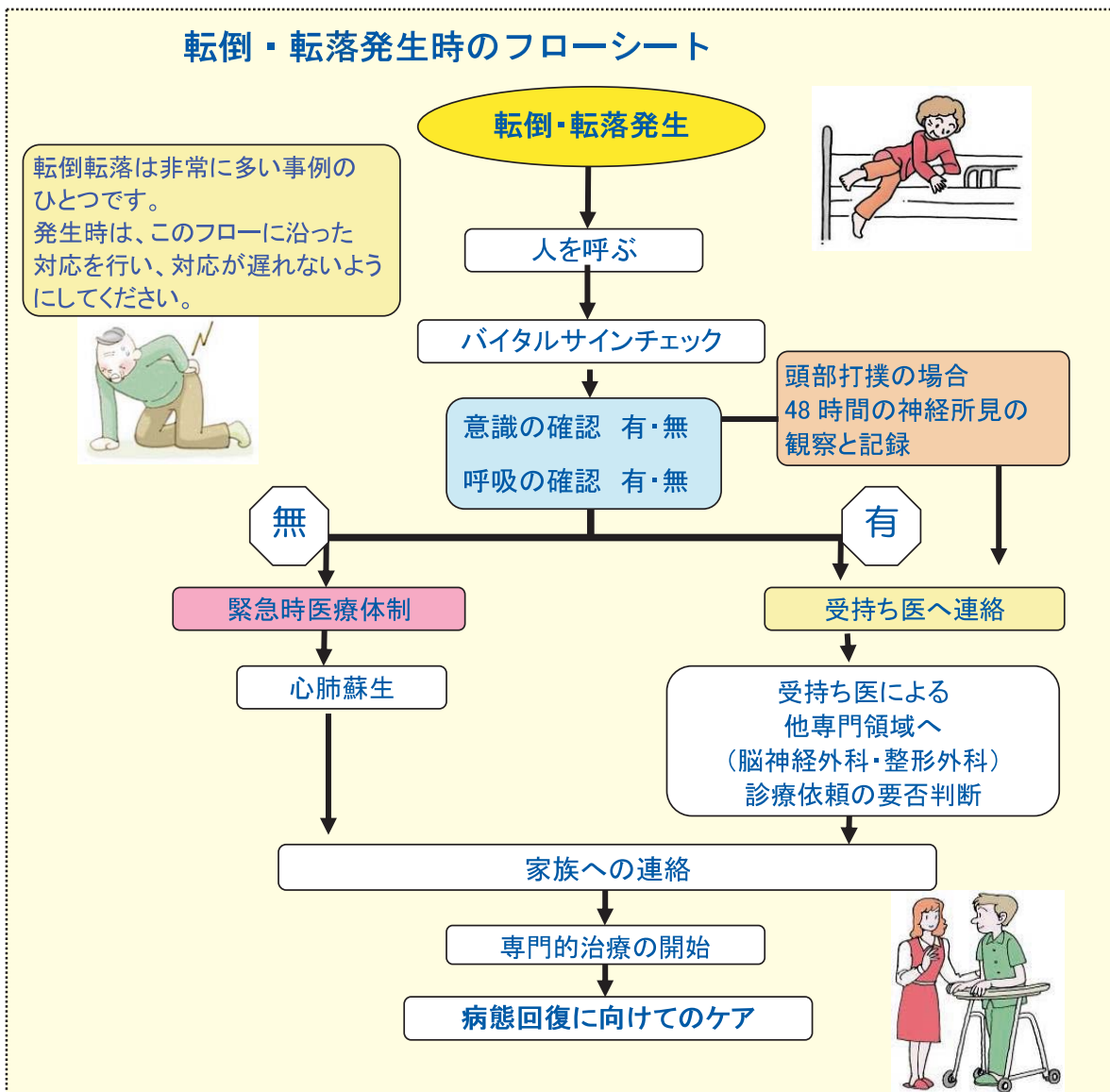
離床センサーの増設と中央化 . . . 藤沢市民病院の例 . . .

夜間など限られた看護者でも患者対応できるようにセンサー類設置の増大を働きかけた結果、536床の施設に「クリップ型センサー」55台、「センサーマット」29台の保有となり、看護部の物品として中央管理を行なっている。その他、全病棟に「低床ベッド」4台を配備しており、患者の状況を判断し活用している。しかし、センサーが知らせる「患者離床」の全てに、この限られた看護要員数で即座に対応することは難しい、という点も明らかになり、「センサーはあくまでも離床のサインである」ことを念頭において対応するよう職員教育を行っている。

事故発生時の対応を標準化

アセスメントツールに基づき対策を講じていたとしても、転倒・転落を完全に予防することはできません。そのため、事故発生時には、「転倒・転落発生時フローチャート」を使用し対応の標準化を図っています。早期対応・早期治療が事故発生時には重要でしょう。

資料提供 北里大学東病院



記録

転倒・転落事故発生時の記録

- ・ 観察記録用紙
- ・ 記録の書き方

転倒事故などの発生時は、患者の状態を正確に把握するため経時的な観察と記録が必要となります。転倒事故などの場合、後に骨折などが判明し、転倒時の状況を確認する場合もあるため、事実をありのままに記載することが重要となります。記録は「客観的に事実のみを正確に」がポイントです。看護記録は「看護実践の唯一の証明」と位置づけられています。

最近では観察事項や観察時間を的確に行えるように「転倒時観察シート」や「転倒クリニカルパス」を使用した記録の標準化を図っている施設もあります。また、院内研修等で「転倒時の記録」について、記録すべきこと・書いてはならないことの指導も行っています。

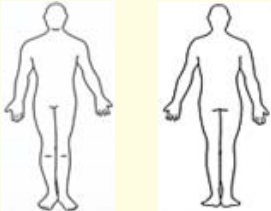
【記録様式】転倒・転落時観察シートの一例

資料提供 小田原市立病院

転倒・転落による頭部打撲観察記録
 頭部打撲発生時間 月 日 時 分
【外傷の状況】

【転倒による頭部打撲発見までの状況】

【発見時の患者情報】



筋力評価 【小田原市立病院MMT 徒手筋カテスト】

5: 正常 四肢挙上保持可

4: 良好 若干の抵抗を加えても重力に打ち勝ち運動できる (挙上可・保持不可)

3: やや良好 抵抗を加えなければ重力に抗して完全に運動できる

2: 不良 重力を除外すれば運動ができる(痛覚なし、体幹よせ)

1: 痕跡 筋の収縮は認められるが関節は動かない

0: 無効 筋の収縮もない

転倒・転落後の検査			医師の診察	有・無	医師名	日時
CT	有・無		脳外科医師の診察	有・無	医師名	日時
X-P	有・無	部位	医師の指示内容	有・無		
採血	有・無		家族への説明	有・無	医師名	日時

※脳神経学的異常出現時主治医は脳外科医へコンサルトする
 ※脳外科コンサルト時は、観察頻度を確認し必要時経過観察記録用紙へ変更する
 ※意識レベルは3-3-9度法(JCS)で現し意識障害の無い時は「清明」と記載する 四肢の運動はMMTで現す

	発見時	1時間後	2時間後	4時間後	6時間後	10時間後	時間後	時間後	24時間後
時間	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)
意識レベル									
瞳孔大きさ									
対光反射									
睫毛反射									
頭痛									
吐き気									
嘔吐									
運動 右上肢									
左上肢									
右下肢									
左下肢									
痙攣									
体温									
脈拍									
呼吸									
血圧									
記録									
サイン									

* 頭部打撲発生後6時間までは2時間チェック(1時間後はレベル・神経所見)
 さらに4時間後にチェックし後は通常の検温へ移行するが24時間後に最終確認すること

【記録の精度】

各施設とも看護記録については、書き方を含めて様々な形で研修会を行っています。その中で看護記録の書き方や注意事項を周知するため、職員に対し「ニュースレター」を発行している施設もあります。

看護記録のための指導例

資料提供 藤沢市民病院

看護記録ニュースレター

転倒転落時の記録について

看護記録委員会

日付	時刻	観察内容	観察者	コメント
07/10/27	10:30	#3 転倒3時間後	A	この後3時間、6時間後にバイタル測定する事を伝える
			D	「左の膝も打ってみたいですが、でも痛くもなんともないです。」左膝に1×2cm程の擦過傷あるが、止血しており、痛み訴えない。その他の部分も痛み出現なし。
07/10/27	13:30	#3 転倒6時間後	A	バイタル測定、打撲部分観察する
			D	「なんともないのに、なんかすいませんね。」バイタル変動なし。痛みの出現なし。
			A	痛み出現ないか聞く。バイタル測定。
07/10/27	15:00	受傷後の自覚症状なし 腫れなどなし		
07/10/27	20:00	痛みなし	R	「もう何ともないよ。大丈夫。」
07/10/28	07:00	症状ない	D	「左の膝が内出血していたんです。他は痛くないです。ごめんなさいね。」左膝の痛み訴える

患者さんに、転倒転落の看護計画が上がっている場合、看護計画と連動させ#で挙げていきます。フォーカスには事実をあげます。例えば『床で横になっているところを発見する』など見たままを記述しましょう。その後の1時間・3時間・6時間後の観察については、『**転倒**』という言葉は使用しません。患者さんを観察したことを挙げていくと良いでしょう。『打撲痛なし』など時間の経過を追って記述しましょう。

新たに計画を追加した場合には、アクションで表記し看護計画に追加しましょう。時間の経過を追って観察していることなので、フォーカスで患者さんの状態を記し、レスポンスで記載していくと良いでしょう。転倒・転落が発生してしまった場合は、もう一度転倒転落アセスメントシートを再評価し、看護計画の修正を行きましょう。



【患者・家族とともに行う予防対策】

転倒・転落事故の発生は、患者の状態（年齢・運動能力・認知力・使用薬剤など）によって引き起こされるだけでなく、環境の変化も大きく影響します。入院時に患者及びその家族へ向けた「転倒防止パンフレット」や、「転倒KYカード」で患者自身に予防活動を促し、入院生活のどんな所に、どんな場面に危険があるかについて、病棟見取り図を利用した「転倒予防マップ」として掲示している施設もあります。また、「転ばない生活の注意点」の紹介や、「入院案内DVD」に「下肢筋力体操」を組み入れるなどの取り組みもありました。

【転倒防止パンフレット】 ①入院生活への導入

資料提供 小田原市立病院

安全で快適な入院生活を過ごしていただくために

患者様及びご家族の皆様へ

入院生活をする病院の環境は、それまで住み慣れた家庭とは異なります。その生活環境の変化に、病気やけがによる体力や運動機能の低下が加わり、思いもかけない転倒・転落事故が起こる事が少なくありません。



高齢者の方は特に注意が必要です。突然の環境の変化と体力低下に病状変化が加わり、運動能力や一時的な認知力の低下が加わり、転倒が深刻な事態を招く恐れがあります。高齢者の寝たきりを引き起こす原因の多くは、転倒・転落による骨折です。



小田原市立病院では、転倒・転落の予防に十分に注意をして、安全で快適な入院生活を送っていただくように努力しておりますが、患者様のご自身で動くことで発生する転倒・転落を完全に防ぐことはできません。

大変危険な場合には、様々な介護用具を使用させていただくことがありますのでご理解をお願い致します。

さらに安全を高めるためには、ご家族のご協力が欠かせません。ご家族の面会は患者様の励みになると共に、自宅と同じような環境作りに大変役立ちます。出来るだけ面会にいらしてくださいませようをお願い致します。

ご心配な事がありましたら

遠慮なく看護師や担当医にご相談ください。



転倒・転落を防ぐための注意点

ベッドから降りる時、トイレ・浴室への移動、起立時・方向転換時など転倒に注意しましょう！
心配な時は「動作はゆっくり」「何かにつかまり」動きましょう。



* メガネや補聴器、杖などはご自宅で愛用しているものをお持ちください。
(杖は先端がすべらないものをご用意ください。)

* 履物は、日頃使い慣れているものにしましょう。
* かかとがある履物、特にゴム底の運動靴が転倒予防に有効です。
スリッパは禁止です。クロックスなどの履のバンドはきちんとかけましょう。
* 寝巻きやパジャマの裾は、体にあった長さに調整して下さい。



* ベッドからは注意しておきましょう。特に夜間の歩き出しは危険です。足踏みを5～6回してから歩き出しましょう。
* ベッドの上には絶対に立たないでください。

* 廊下やトイレなどはぬれた所を避けて、すべらないように歩きましょう。(ぬれた場所があったら看護師にお知らせください。)

* 屋間に寝てしまうと夜眠れなくなるのでなるべく起きているようにしましょう。安静に制限のない人は手すりを使って毎日病棟内を一周歩きましょう。



* 筋力が落ちている方は、筋力アップを目的とした歩行訓練が有効です。(必要に応じて看護師がご説明致します。)



☆ 必要な方には、トイレなどへの移動時に看護師が介助・同行します。
夜間のトイレがご心配な方には、看護師からお声かけしお連れすることもできます。

☆ その他、わからないことがありましたら、どんなことでも看護師にご相談ください。

一緒に快適な入院生活を考えていきましょう。

* ご用があるときは、遠慮なくナースコールを押してください。

小田原市立病院 安全対策推進部会



患者さん自身にチェックしてもらい、転倒への注意を促している。

※転倒KYカード

資料提供 小田原市立病院

様 現在の体調では、日常生活で転ぶ危険があります。

下記の項目をご自分でも毎日確認しましょう！

- 入院した部屋の位置、トイレ、洗面所、風呂の場所は覚えましたか？
- はき物は、はき慣れたくつやズックにしていますか？〈スリッパ禁止です〉
- 夜中目覚めたときは5～6回足踏みしてから歩き出しましょう。
- 夜中トイレ歩行が心配な時は、コールを押して看護師と一緒に歩きましょう。
- ベッドから起きあがる時はベッド柵につかまりましょう。
- ベッドから身を乗り出して床や、衣装ケースの物を取るのは危険です。
- 点滴台や酸素ポンプが押しにくい時は看護師へ伝えましょう。
- 運動制限の無い時は、一日一回、ベッド柵につかまりゆっくり膝の屈伸運動を5～10回しましょう。可能であれば手すりを使い棟内を1周歩行しましょう。

おっと！ 転びそう

不安は遠慮せず医療者へ伝えましょう



病棟見取り図に「転倒の危険箇所」を明示して、患者・患者家族へ注意を呼びかけています。

※転倒予防マップ

資料提供 小田原市立病院

外来などに掲示して、転倒予防のために呼びかけを行っている。

※日常生活における転倒予防ポスター

「転ばない歩き方」つま先で蹴って! かかとで着地!!
 下を見ながら、ちょこちょこすり足で歩く歩き方は、段差や道路の境目につま先が引っかかり転びやすいのです。
転ばない歩き方は
「目線は前方、足先で地面を蹴って、ももを動かし、かか
から着地」が基本です。

「転ばない ちょこっと運動を始めよう」

①足の指で「ぐー・ちょき・ぼー」 ②足指握手で「ぐるぐる」

足首をぐるぐる5回ずつ 両足やろう

それぞれ3回ずつやってみよう
 やりすぎは指が痛くなるから注意してね!

「転倒・転落」について正しい認識をもって業務に取り組んでもらうために、適時教育が行われています。また「転倒・転落事故の予防」には、多職種間での協力・連携体制が必要であることから、看護部職員だけでなく他職員へも教育の機会を設けている施設もあります。

教育研修の内容は、入院時のアセスメントから転倒事故発生時の対応や、記録のあり方まで多岐にわたっています。

【入職時に職員教育研修の一例】 ……北里大学東病院の取り組み例……

研修方法

- * 新採用者・3か月フォローアップ研修
 転倒・転落について、70分講義のあと小テストを行う
- * 6か月フォローアップ研修
 転倒・転落のリスク事例を含めた多重課題の演習を行う
- * 補佐研修
 講義形式…転倒転落パターンや事例の解説を行う
 院内作成したテキストを配布

研修内容

- * DVDによる高齢者や障害者の疑似体験
- * 転倒しやすい以下の状況
 - ①年齢 ②疾患 ③発生しやすい日(入院1日目～1週間)
 - ④時間帯 ⑤発生場所 ⑥原因となる行動
 - ⑦高齢者に多い転倒と主な合併症
 - ⑧原因:老化と歩行能力、有病など ⑨原因となる主な薬剤
 - ⑩介助への患者心理の理解
 - ⑪事例:車椅子、移送、排泄、環境に関連した場面やパターン など

その他、個々の患者の変化とそのリスクに気付けるよう、患者・家族や医療者・介護者とのコミュニケーション、情報共有や連携の重要性について。対策では倫理性が問われることもあるためインフォームド・コンセントや複数によるカンファレンスの必要性を。また予防に勝る対策はないが、事故発生後は影響を最小限にすることや、早期発見・早期対応などがキーワードとなることを伝えている。



医療安全情報検討ワーキング・グループでは、各施設が「転倒・転落」についてさまざまに工夫している現状の中、まだまだ期待する結果に至っていないことについて、これからどのように取り組むべきか意見交換し、課題について整理してみました。

- ①アセスメントツールの評価 : アセスメント項目を見直し、評価の精度をあげる
転倒事例を分析し、点数配分を見直す
個別性を組み込んだ看護計画への連動 等
- ②緩衝マット、センサー類の設置 : 施設における適正数の見直し、整備・管理など
- ③センサー類の活用を評価 : センサー類が適切に活用され、対応がなされたかについて
- ④転倒・転落事故発生時の対応の標準化
- ⑤転倒・転落事故発生時の記録の教育
- ⑥患者・家族教育 : 患者・家族参加型の転倒予防対策、入院前からの予防活動

設備の改修、備品の充足等は予算の問題もあるため、組織へ提言し長期的な視点での取り組みが必要となります。各々の施設によって課題は異なりますが、それぞれに問題点を整理し対策の見直しにつなげていきたいと考えます。

おわりに

転倒予防には「患者のリスクの抽出」や「患者の危険行動を未然に防ぐ関わり」が重要であることが分っています。転倒・転落リスクマネジメントは、アセスメントツールに準ずる対応を基盤としながらも、患者の個別性を考慮しなくては危険行動を未然に防ぐことは出来ません。依存心の強い患者の自立への関わり、病状の変化によりできていたことができなくなってしまった患者の転倒予防など、日々変化する状況の中で難しい対応を迫られます。しかし、看護師は、患者の心情を汲みとり支援する姿勢を忘れてはならないと考えます。

また、転倒の可能性は“患者”に限らず誰にでもあることをふまえ、病院と地域自治体が連携し、転倒・転落予防活動を広く地域社会に主体的に発信していくことも、今後の転倒対策の重要要素になると考えます。



引用・参考文献

- 1) 協会ニュース 医療・看護安全管理情報 N0.9 転倒・転落による事故を防ぐ 日本看護協会
- 2) 医療事故情報収集事業 第24回報告書 財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
- 3) 三宅祥三他 転倒転落への物的対策 ver.2 医療施設における療養環境の安全性に関する研究 2006
- 4) 転倒・転落事故を予防するために 全日本民主医療機関連合会 2003
- 5) 田中武一他 大学病院における転倒アセスメントスコアの改訂と予測能の比較 医療の質・安全学雑誌 Vol.5 N0.1 22-31.2010

資料提供施設(50音順) 小田原市立病院 菊名記念病院 北里大学東病院 藤沢市民病院 横浜市立みなと赤十字病院