

2. 転倒・転落に関わる物的環境

(1) 照明の問題

先の夜間の転倒・転落が起きている医療施設では、夜間の照明の問題についても、議論された。夜間には病室・廊下とも、ほとんど照明がない施設もあった。その理由として、患者が光や音に敏感なこと、また、多床室の場合には、ベッド周辺の照明が患者同士のトラブルになるという指摘があった。

- ・夜間の照明についていえば、頭上の電灯がぼんやりとついている状態。ケア度が高いところでは、小さい蛍光灯にしている。(C病院)
- ・夜間の照明については、明るくて苦情が出ることが多い。テレビの明かりがカーテンからもれることで、他の患者から苦情がくることもあり、夜11時には消してもらっている。(C病院)
- ・夜間の病室では、入口のみに電気がある状態。フットライトがあればよいが、全然ない。入口に電気があっても、カーテンを引いているので意味がない。(D病院)
- ・転倒・転落対策だけを考えると(ベッドの下方に)照明をつけることは有効であると思う。しかし、多床室の場合、照明があると眠れない方がいて、必ずトラブルの原因になる。若い方はいいかもしれないが、高齢者にどの程度受け入れられるか。(B病院)

また、多床室では足灯を設置していないが、個室には足灯を設置しているという医療施設もあった。全ての病室に足灯を設置し、消灯前に看護師が点灯しているという医療施設もある。

- ・足元のランプは、消灯前に看護師が全て見回ってつけることにしている。病室の入口にもランプをつけることにしており、トイレに行くまでの手がかりになるようにしている。(A病院)

多床室については、日中でも患者がカーテンを引き、暗い状態になっているという指摘もあった。

- ・多床室で、ベッドが接近した状態だと、患者がカーテンを引き、全体に病室が暗くなる傾向がある。入院が長くなると、患者同士のトラブルも多くなり、結果、カーテンを引いておく時間も長くなることがある。(D病院)

(2) ものの配置

歩行器や車いすへの移乗の際に介助が必要な患者、あるいはポータブルトイレの利用の際に介助が必要な患者が、歩行器等が視野に入る場所にあると、勝手に移動して転倒につながるという指摘があった。この対策として、なるべくベッドから離して設置しているということであるが、看護師が移動する手間や労力の点から、ベッドサイドに設置しがちだという意見もあった。また、そもそも収納場所が十分でないという指摘もあった。

- ・（ポータブルトイレに）自分で行ってほしくない人については、ポータブルトイレを患者の視野に入らないところに設置しているが、看護師の業務上、運搬に手間取るため、あまり離れたところには設置できない。ポータブルトイレは、手すりもついて、かなり大きい上、安定性の問題から、キャスターもつけていない。（E 病院 51012）

ポータブルトイレについては、急性期病院では、利用を前提として、療養環境を考える必要があるのではないかという意見が、分担研究者から出された。

- ・急性期病棟だと、ある一時期安静が必要で、どうしても自力で立てない時期がある。そのような時期にポータブルトイレを利用することを前提として、療養環境を考える必要があるのではないか。（A 病院にて）

また、ベッド側の冷蔵庫や床頭台等の収納スペースが、患者の無理な姿勢を誘発して、転倒・転落につながっているという意見もあった。

- ・ベッドの側に棚及び冷蔵庫があり、患者はベッドに座ったり、しゃがんだりしたまま、（端座位をとらずに）手を伸ばすことがよくある。（A 病院 11004）

床頭台については、病院では固定されている場合が多いため、麻痺のある患者に個別に対応できない、また、ベッドの位置も固定されてしまう等について、分担研究者や研究協力者から指摘があった。

- ・（病院では）セントラルパイピングの問題もあり、床頭台が設置できるスペースが限定されると、麻痺のある患者に個別に床頭台の位置を買えて、対応するのは難しい。一般に急性期病棟では、あまり配慮されていない。長期療養病棟では、配慮されている。（A 病院にて）
- ・壁に埋め込んである床頭台だと、ベッドの位置がどうしても固定されてしまう。高齢者施設では、最近取り外し可能なタイプが主流となり、自分の家具の持ちこみも可としているケースがある。（A 病院にて）

ものの使い方の問題として、移動するものに対してストッパーをかけるのを忘れがちであるという発言もあった。

- ・車いすには、3段階のストッパーがあるが、自分でかけたつもりでも外れていることがあった。(B病院 22038)
- ・ストッパーがついていても、意外に利用していない物品が多い。例えば、オーバーテーブルはストッパーがあっても、かけるとちょっとした時の移動に不便なので、かけずに利用することが多い。(D病院)

病室・病床という定められた空間に滞在する患者に対して、使い方等がそもそも十分に説明されていないという議論も、訪問・聞き取り調査の際になされた。

- ・通常、病院では使用説明書もなく、ただ配られるだけ。病院は顧客志向ではなく、業界意識が強い。医療従事者にとっては見なれた道具でも、患者にとっては初めてのものばかりであるにもかかわらず、わざわざ使い方を教えることはない。(E病院)

これに対して、患者説明用の資料を作成した医療施設では、配布についての了解を院内で取るために、手続きが大変であるという実情も説明された。

- ・ベッドやオーバーテーブル等の危険性を知らせるため、患者への説明用資料を作成した。しかし、このようなものを配布するためには、院内の情報委員会、(患者とのかかわりがある場合には)倫理委員会を通す必要があり、手続きだけで数か月を要することもある。また、原案で「〇〇する危険性があります」という文章にしていたら、患者をこわがらせてしまうという反対意見があり、修正にも手間取っている。(E病院)

そもそも、病院が安全を優先した作りとなっていないという意見もあった。

- ・病院が安全を優先した作りになっていないのは、医療の閉鎖性が原因だと思う。(E病院)

3. 転倒・転落に至る患者像

(1) 患者の身体的状態による転倒・転落時のリスク

患者の身体的な状態の差によって、転倒・転落についてのリスクも異なるという指摘もあった。

- ・転倒時、手が支えになるかどうかによって、転倒による影響が異なる。年齢によっても異なり、高齢になると手が出にくくなる。(D病院)

(2) 認知・理解力の低下等

急性期医療施設においても、高齢者が多くなっていることから、痴呆等の認知・理解力の問題に対する対応についての議論が多かった。環境が変わることによる不穏等についての意見もあった。

- ・高齢者は、環境が変わることで不穏が出てくることもある。点滴、抑制により不穏になる患者が多い。家族がくると落ち着くので、不穏のことを(家族に)なかなか理解してもらえないこともある。(D病院 43002)

また、認知・理解力の問題はないものの、自分の状態を正しく認識せずに、看護師を呼ばずに動いてしまうこともあるという指摘や、転落防止のためのベッド柵をいやがるという指摘もあった。

- ・特に高齢の患者は、「年寄り扱いされるのがいや」「頻繁にトイレに行くから」という理由で、柵をしないで欲しいと看護師に要望することがある。患者の状態を見て対応しており、可能な限りは要望に沿うようにしている。

ただし、看護師の間でも、患者の認知・理解力の対応についての認識が統一されていないという指摘もある。

- ・(痴呆への)対策について、看護師の認識が統一できない。アセスメントシートへの記載も決り文句となっており、考えて書いていない。(E病院 52001、52002)

(3) 診療科による特徴

耳鼻咽喉科、神経内科等、診療科の特徴が現れることもあるという指摘があった。

- ・耳鼻科患者の転倒・転落は、感覚器が通常と違う状態になるために発生するものと考えられる。そうした視点からの注意も必要ではないか。(D病院)

- ・（当該事例は）神経内科の患者で、意識がなくなると倒れてしまう。患者自身も転倒時についてよく覚えていないこともあり、意識が消失していたのではないかと思われるケースが多い。（D 病院）
- ・消化器内科の場合、高齢の方、特に肝臓疾患のある方は、アンモニアが高くなると意識が朦朧とし、興奮状態になることがある。（D 病院）
- ・バルーンを抜いた方は、頻繁にトイレに行きたくなる。それだけ、転倒・転落の危険が高い。（E 病院 52003）
- ・ある病棟では、（看護師は）頑張っているが、転倒・転落が減らない。ケアが悪いというのではなく、患者の性質によるものである。少し動ける患者が多いので、（転倒・転落の）対策がたてづらい。（患者に対して）動くなどは言えない。（E 病院 54008、54009）

診療科によっては、直接の疾病の影響ではないものの、環境への適応がよくない場合もあるという指摘があった。

- ・循環器内科では、突然入院して、様々な処置が一気に行われるため、患者の環境適応がよくない傾向が見られる。（E 病院 51012）

(4) リハビリと転倒・転落

リハビリ中の患者の転倒・転落についても、リハビリ段階に応じた対応の必要性も指摘された。また、リハビリについては、最近では理学療法士等も関わっているという医療施設もあった。

- ・リハビリ中の患者について、リハビリ途中では、少々無理なことも取り組ませるようになるため、転倒・転落が起きやすい状態になる。ただし、転倒・転落が起きることを当然としてしまってよいのか、どのような対策を行うべきか、現場で考える必要がある。（D 病院）
- ・患者は、本件の転倒が起きた日に他病棟から移動してきたばかりだった。他病棟でリハビリを始めて1か月くらいはたっており、動けるようにはなったが、理解力がついていかない。（E 病院 53001）
- ・リハ室で、生活動作を始めると、病棟で試そうとする患者がいて、転倒・転落につながることもあるが、最近ではリハビリの進み具合について、理学療法士と看護師の間でも情報共有が進んで、ケアがしやすくなった。（E 病院）

一部の病棟では、トイレに行くことをリハビリの一環として位置付けている。

- ・（身体能力が低下している患者でも）トイレに連れて行くのは、脳外科の訓練の一つである。（C病院 31013、31016）
- ・（端座位ができないのに、ポータブルトイレを使用している患者について）本人の状態に波がある。少しでも動ければリハビリのために動かしている。リハビリと安全の関係が問題である。（E病院 54008、54009）

4. アセスメント

転倒・転落について、各医療施設とも、独自のアセスメントシートを用いてアセスメントを行っているほか、それぞれの経験で得られた対策を行っている。また、点滴の継続等については、看護師から医師に必要性を確認するといったことも行われるようになってきたという医療施設もあった。

- ・アセスメントシートは、現在他病院のものを参考にしながら、作成中である。65歳以上の患者については、必ず転倒・転落のアセスメントをするようにしている。（A病院）
- ・これまでのインシデントレポートの分析結果から、アセスメントシートを作成している。当院の分析結果からは、性差はリスクになるという結果は得られなかったので、リスク要因からはずしている。（C病院）
- ・患者本人がベッド柵を不要とした場合も、リスクとしている。（C病院）
- ・（安静度の評価について）医師は、麻痺がないと行動を自由にしがちである。医師が評価しているのは、病気からのアセスメントであり、看護師が行っているアセスメントとは異なる。（C病院）
- ・点滴の自己抜去が多い患者について、本当に点滴の継続が必要かを、看護師から医師に問うこともある。（C病院）

アセスメントについては、院内で利用しているもので、同じ危険度が得られたとしても、同じ危険度となる要因、転倒・転落の発生は個別の患者によること等が大きく異なるとの指摘もあった。さらに、日中の状態と夜間の状態が異なり、夜間の対策が困難であるという意見もあった。

- ・病院の安全委員会で作成したアセスメントで、たとえば「(転倒・転落の危険度Ⅲ)であったとしても、複数項目の合計点なので、想定される転倒・転落のリスクが全て同じ内容ではない。また、危険度Ⅲの全ての人が転倒するわけでもない。手術直後であれば、一時的に危険度Ⅲになるが、多くの場合はすぐ危険度が下がる。ただし、脳外科の場合は、回復期に意識の混乱等が起きるため、同じ危険度に止まる期間が長くなる。(B病院)
- ・昼間の状態でいくらアセスメントをしても、夜にはすっかり行動が変わるケースはよくある。病気が原因、薬が原因等、いろいろな原因はあるが、いつ転倒・転落につながるような症状がでるか分からないため、対策が困難である。(B病院 22049)

5. 転倒・転落対策

(1) 対策全般について

転倒・転落対策について、近年、在院日数が短縮されているなかで、それぞれの患者の行動特性を把握すること事態が難しくなっているという指摘があった。実際、入院から1週間程度に発生している転倒・転落も少なくないことから、どのように患者の行動特性を把握するかが、課題であることがわかる。

- ・在院日数(当該病院の場合、平均約12日)が短い中で、行動能力に応じた対策を講じるのは難しい。一般的対策と例外的な患者への対策との2方面から考える方法があればよい。(B病院)

(2) 手すり

病院では、自宅でつかまり立ちをしている高齢者の実態にあった手すりの設置となっていないこと、高齢者施設にあるようなL字型の手すりの設置があまり見られないこと等について、議論があった。

- ・他の病院で、トイレに行くまでの手がかり(手すり)が議論になった。(患者は)つかまるための手がかり(手すり)に、(逆に)ひっかかることもある。患者のもとの習慣(普通つかまりながら歩いていない)が大きく影響する。(B病院 22041)
- ・(患者が)立ちあがるための手すりはベッドと平行なものだけなのか。高齢者施設では、L字型手すりが普通だが、(病院では)L字型手すりは少ないのか。高齢者

施設の場合、L字型手すりには介護保険が適用される、また、施設の特徴として、高齢者施設はベッドから離れることが前提となっているという違いがある。(A病院にて)

- ・手すりの設置は、誰にでも必要な「一般論」としての対策と、利用者に応じた「個別」な対策の二つが必要である。(B病院にて)

(3) ナースコール

調査票には、転倒・転落に至った患者への対策として、トイレ等の際に「ナースコールをするよう説明した」という記述が目立った。しかし、実際には認知・理解力や、遠慮深い等の性格の問題があるほか、患者がナースコールを押しにくい状況にあることが、訪問・聞き取り調査からうかがえる。また、絶えず押しつづける患者もいるという指摘もあった。

- ・(準夜勤の看護師にナースコールをしなかったことを注意された後、朝7時に転倒した患者について) 何度注意しても、90歳という年齢なので、忘れてしまうようだ。(B病院 21006)
- ・患者をアセスメントする際、(制限付歩行ということを患者に対して) 注意するが、(患者が) 「自分はできる」と思って(ナースコールをせずに歩いて) しまう。(ナースコールすることに対する) 「遠慮」もある。(D病院 44007)
- ・(尿器を自分で洗おうとして転倒した患者に対して) ナースコールの指導はしていた。(看護師に対して) 遠慮があるのだろうか。尿器を自分で洗ったというが、自分で片付けるのであれば、ベッドサイドで用を足す意味がない。(E病院 51004)
- ・ナースコールを押しよう指導しても押さない患者がいる一方、痴呆あるいは人恋しさから絶えずナースコールを押し患者もいる。後者の場合、対応しきれない。(D病院)

ナースコールの形状等から、力がない人には押しにくく、夜間の暗い病室で手探りで探さざるを得ない状況が指摘された。また、いつでもナースコールができるよう、無線を利用した新しい製品の可能性等についても、分担研究者も交えて、意見が交わされた。

- ・(当該患者は) 手に力が入らず、ナースコールを十分に押すことができなかった。ナースコールはボタン形式。持ち方が悪いと操作しにくいかもしれない

い。(D病院 42009)

- ・夜間は手探りでナースコールを探す、という状態だろう。蛍光塗料は使用していない。目印をつける等は、効果があると思う。(B病院)
- ・ナースコールは、配線の問題等から一つしかない。腕時計型にして、患者が身につけられるようにする等、いつでもナースコールができるような仕組みが作れないか。入院患者のリストバンドと一緒にして、IDも組み込めるようにするとよい。無線の規格は複数あり、院内で利用可能な規格もある。(E病院にて)
- ・ナースコールは、院内でも進化が見られない機器の一つである。看護師のPHSと連動したのが、最大の変化と言えるくらいである。(E病院にて)

(4) ベッド柵による対策

ベッド柵については、患者の状態にあわせて、片側を壁につける、柵の本数を変える等の工夫が行われている。看護師の間では、それぞれの病棟で、明文化されてはいないものの、ノウハウが共有されているようである。しかし、必ずしも適切なベッドが配置できるとは限らない等の現場の悩みも提示された。

- ・柵を乗り越える危険のある方には4点柵はしない。頭から転落するのを防ぐ。3点柵の方がインシデントが起こった場合の影響が緩和される。(E病院 54003)
- ・柵は、乗り越え防止のため、少しでも動ける人は4点柵にせず、3点柵にしている。ただし、3点柵にした場合、「ずり落ち」の危険がある。「転倒」と「ずり落ち」を比較して、頭を打つ危険がある「転倒」をできるだけ防止している。(E病院 53001)
- ・ベッド柵を乗り越える能力をもっているかどうかのアセスメントについては、横向きになれる人は柵が低ければ転落する可能性がある。(A病院 13002)
- ・看護師の中に、ベッドを壁につけたがる傾向がみられる。そうすれば、少なくとも、壁につけた方からは落ちる心配がなくなる。しかし、家族や医師からは、見舞いや治療の際、片側に行けなくなるという理由で不評である。病棟によっては、転倒・転落対策として有効としているところもある。ノウハウは、病棟ごとに経験的に伝えられている。(E病院 54008、54009)

このように、ベッド柵によって、転倒・転落を防止しようとする工夫はなされている

ところだが、ベッド柵が転倒・転落対策としての有効性についても、訪問・聞き取り調査時に議論となった。

(5) 離床センサー／コールマットの活用

離床センサーやコールマットの活用については、転倒・転落対策として積極的な活用を行っている医療施設と、導入に消極的な施設に態度がわかれた。活用に積極的な施設では、使い分けの基準等も独自に設定している。

- ・離床センサーは、一度試行したものはあるものの、体位交換しただけでも鳴ってしまうことがあり、評判が悪く、導入していない。(B病院 22047)
- ・コールマットと離床センサーの使い分けの基準は、立位が可能かどうか指標となる。(C病院)

活用に積極的な医療施設においても、誤作動が多かったり、耐久性がない、また患者がコンセントを抜いてしまうという問題点も指摘された。さらに、利用したい患者全てに利用できるほど、台数がないという指摘もあった。

- ・離床センサーは、作動しなかったり、耐久性があまりなかったりする。もともと老人保健施設向けにつくられたものなので、急性期の病院のように、頻繁に寝起きをする状況を想定していない。(C病院)
- ・センサーマットは、ベッド内で患者の背中の下に敷くタイプのもので、ナースコールに連動する仕組みになっているが、転倒発生時、電源が抜かれ、オフ状態になっていた。コードがわずらわしくて、患者がコンセントを抜くケースはあり、今回もそれに類した行動であると思われる。(A病院 11002)
- ・離床センサーは、誤作動等が多いとはいえ、患者が動いていることのシグナルを発し、また所在確認に役立っている。病院全体には、60代以上のセンサーがあるが、患者を積極的に動かす緩和ケア病棟で優先的に使用されるので、他の病棟には2～3台程度の配置となり、十分とは言えない。(C病院)
- ・離床センサーが少なく、2病棟で3つしかない。(患者の)病室をナースセンターの近く(ハイケア)に移動することで対応している。(A病院 13002)
- ・転落防止のため、離床センサーとナースコールを連動させている。ただし、普通のナースコールとの区別ができない。(D病院)
- ・離床センサーは、患者が動いてから分かる「後追い」対策なので、もっと早

く分かるとよい。(E病院 54008、54009)

離床センサー、コールマット以外に、院内で徘徊する患者に対しては、お守り型の徘徊センサーを装着してもらうことで、病棟から離れてしまうことを防止している医療施設もあった。

- ・徘徊対策として、お守りの中にセンサーを入れて患者に持たせている。エレベーター、病棟の入口の2か所に機械があり、患者が通りかかった場合、ナースセンターで分かるようになっている。(E病院 53001)

(6) ナースステーション等での観察

転倒・転落が心配される患者について、ナースステーション等で観察している例が複数あったが、ナースステーションには十分なスペースがなかったり、一度に5人もの患者をナースステーションに滞在させており、十分に配慮をできない等の意見もあった。

- ・患者をナースステーションに連れてきているときには、看護師が一人は残るようにしているが、たまたま不在だった。多い時には、患者5名をナースステーションにつれてきていることもあるので、そもそも十分に見られていないという問題もある。(B病院 21001、21003)

また、ナースステーションで患者を見ることが多いのであれば、あらかじめそれに適した環境の整備をする必要があるということについても、意見が出された。

- ・患者をナースステーションでみることが多いのであれば、(患者を置くための)特定の空間の床剤を(転倒・転落しても大事に至らない柔らかいものに)変えるという選択肢もあるのではないかと。(B病院にて)
- ・ナースステーションから全てを見守りできるようなプランニングをしてはどうか。(D病院にて)
- ・看護師が患者のところにすぐ行けるくらいの規模で、上手くマンパワーを配置することが重要。米国では、個室6つに(看護師の)デスク一つというところがある。このくらいの規模であれば、看護師の目が届き、患者は安心感を覚える。(D病院にて)

(7) ヒッププロテクター

傷害リスクを減らすための用具として、ヒッププロテクターについても議論があった。

すでに骨折の予防に効果があるとされる研究結果もいくつか出てきているにも関わらず、あまり普及が進んでいないという意見もある。

- ・ヒッププロテクターの導入を検討もしているが、失禁も多いので、利用が難しいと思う。また、痴呆の人だとはずしてしまうことも多い。(C病院)
- ・ヒッププロテクターによって、骨折のリスクを減らすことが考えられるが、評判がよくなく、利用者が少ないため、商品開発が進んでいない。病院で費用を負担するものを導入するのは、比較的容易だが、(保険適用にならないものを)患者に自己負担を依頼するのはやりにくい。パスの中に加えることで、普及をすすめる方法はあるかもしれない。(E病院)

(8) 転倒・転落対策として望まれる製品・仕組み

ベッド柵を固定するバンドや、離床センサー代わりの鈴等、転倒・転落対策となるような用具を看護師の手作りによるもので代用している医療施設もあった。車いすの点検等も、ボランティアが行っているという医療施設もあり、物的環境を整えるための対策が、病院のシステムよりもむしろ、ボランティアに支えられているということが明らかになった。また、患者が便座から離れたことを知らせるセンサーについては、複数の医療施設でニーズがあった。

- ・日本赤十字社には、裁縫奉仕団があり、病院で使う製品を作ってくれたりしているが、このようなものを製品として出してくれるメーカーはないだろうか。(E病院)
- ・1か月に1回ボランティアが各病棟を回って、壊れた車いす等の点検を実施している。(B病院 22045)
- ・患者が便座から離れると、音が出るシステムがほしい。(C病院 31013、31016)

(9) ベッドの配置

麻痺がある患者や障害の状態に合わせて、適した位置のベッドを選択する、またはベッドの配置を買えるという案もだされ、その一方、様々な事情により、適した位置のベッドを選べない事情についても指摘があった。

- ・患者本人が(ベッドの位置を変えたくない)拒んだため、(ベッドの位置の変更は)実施していない。ベッドの位置を変えるのは状況が許さない。(病室を変えるというのは)本人が嫌がれば無理。(B病院、22039)

(10) モニタリング

急性期病院での、患者の安全の問題とプライバシーとの関係についても、意見が出された。

- ・トイレ動作等、重心移動のモニタリングができる仕組みが必要。拘束か、プライバシーかという選択を迫られたら、一時期、プライバシーを犠牲にしてもよいのではないか。また、急性期病院では、患者の自立は後回しとし、まずはしっかり介助できる体制が必要。（C病院にて）
- ・転倒・転落のリスクの高い人について、集中的にケアをする（ICU、CCUのような）ユニットがあってもよいのではないか。（E病院にて）
- ・急性期病院では、術後の患者等、一時期、転倒・転落のリスクが高まる時期があるので、その期間だけ、転倒・転落防止のための集中的な観察・ケアを行うこともは、人権上も問題にならないのではないか。（E病院にて）
- ・急性期病院での一時期であれば、患者の了解を得て、一定期間観察をするという状況もあり得る。（E病院にて）

(11) メンテナンスの問題

故障した物品等、修理の予算が十分に病院になく、進んでいないという状況についても指摘があった。

- ・壊れた車いすは、別の場所に集めて保管し、使わないでおく。施設課では修理をする余裕がない。外部に修理を委託するとかえって費用が高いため、次の予算がつくまでそのままにしておく。（B病院）

6. その他

(1) 病棟以外での転倒・転落

今回の調査は、病棟を対象としたものだが、検査室など、病棟以外の場所の危険性についても今後、検討していくべきという意見も出された。

- ・今回の研究では、ベッド周りが中心になっているが、実はX線室でも転倒・転落が発生している。X線室は、患者を一人にするため、危ないと思ったときもすぐに手が出せない状態になっている。(E病院)

これに対して、放射線技師から、患者を転倒させないための配慮を独自に行っているという発言もあった。

- ・医師からは立位の撮影の指示が出ていても、付き添ってきた看護師に患者の状態を聞く等して、検査技師の判断により、座位で撮影することもある。その上で、どうしても立位という注文が医師からあった場合には、検査技師がサポートに入って、患者の体を支えながら撮影することもある。(E病院)

(2) 転倒・転落についての医師の関わり

転倒・転落に対する医師の関わりについて、転倒・転落は看護の分野という認識が強いものの、医師の関わり方も変わってきているという指摘もあった。また、アセスメント結果の活用についても、意見があった。

- ・インシデントを医師に報告するようにしたら、(転倒・転落に対する医師の)意識が変わってきた。(A病院)
- ・(転倒・転落について)医師とは議論はできていない。点滴等のうち、必要のないものははずして欲しいが、医師は何かあるとという懸念から、取りあえず、つけたままにしているのが現状である。(D病院)
- ・アセスメント結果の運用は、各病棟に任せており、一部の病棟では、アセスメント結果を毎回カンファレンスで検討している。(C病院)
- ・脳外科の医師は、比較的転倒・転落のリスクについて、関心を持ってくれる医師が多い。一般の外科、内科だと、転倒・転落のリスクがあるという、Sedationの相談になることが多い。しかし、脳外科だと意識レベルを正しく判断できなくなるため、Sedationは行わず、代わって抑制が多くなる。(C病院)

- ・体幹抑制は、医師の指示がないとできない。そのため、転倒・転落に関心を持つ医師も増えてきている。在院日数も短くなっているため、対策も必要になってきている。（C病院）

(3) 転倒・転落についてのコメディカルの関わり

上記のように現場での独自の工夫や配慮はあるものの、転倒・転落を始めとするインシデントについての、コメディカルの関心は、一般に低いという指摘もあった。看護部での取り組みは進展があるものの、院内全体での取り組みは、あまり進んでいないという意見もある。

- ・コメディカルのインシデントに対する関心は低く、最近ようやくレポートが書かれるようになったばかりである。だが、実際に提出される報告は、アクシデントがほとんどである。（E病院）
- ・看護部では注射、内服、転倒・転落、その他の4種類のインシデントレポートの書式を作成している。しかし、病院全体では、1種類だけしか書式が作られていない。（E病院）
- ・アセスメントの結果が、一定の基準にあてはまっていれば、看護計画に加えることになっている。ただし、看護師のみの情報共有となっており、医師へのフィードバックまでは行えていない。（E病院）

(4) 転倒・転落防止のノウハウ

転倒・転落対策等についてのノウハウについて、病棟ごと等で共有されており、病院全体でノウハウを共有する仕組みがないことについても指摘があった。

- ・病棟によっては、個室が転倒・転落対策として有効としているところもある。他の病棟の方針について、ダメとは言いにくい。このようなノウハウは、病棟ごとに経験的に伝えられている。（E病院にて）

(5) 転倒・転落対策の動機づけ

転倒・転落対策について、何らかの見える指標で動機づけが必要であるという意見も出された。

- ・転倒・転落は減らすべきだというだけでは、対策の動機づけにならない。転倒・転落が減ることによって、在院日数が〇日下がるというような、わかりやすい効果が示せないか。（E病院にて）

第3節 考察

1. 転倒・転落の発生状況

転倒・転落の発生状況については、発生場所と、発生時期、そして発生状況（時間、行為、物的環境）から、捉えることができる。

(1) 発生場所

転倒の発生場所については、ベッドまわり（転倒 54 件）が最も多かった。次いで、病棟トイレ（11 件）であった。しかし、「ベッド周り」の内容をさらに詳しくみると、ベッド周辺で利用していたポータブルトイレでの転倒や、トイレ移動中に起きている。また、転倒に至る行為の目的でも「トイレに行こうとして」（17 件）と最も多くなっている。このことから、排せつにかかわる行為で発生する転倒が多いことが明らかになった。

この原因について、訪問・聞き取り調査では、排せつは急いで行為に至ることがあることのほか、看護師を呼んで介助を頼むよりも、自分で自立して行いたいと思う傾向が患者にあることがあげられる。

(2) 発生する時期

急性期病院では、患者の状態の変化に伴うと思われる転倒・転落もある。調査票では、患者の状態の変化との関係は把握を行っていないが、訪問・聞き取り調査では、「急性期を脱して自力で動き始めた時期」「リハビリを始めて動けるようになってきた時期」等、看護師は経験的には、転倒・転落が発生しやすい時期を認識していることがわかる。

また、入院という環境の変化による転倒・転落の発生もある。集計結果では、入院日から数えた転倒の発生日は、1日から3日が9件、4日から7日が9件となっている。訪問・聞き取り調査でも、「入院後1週間以内（特に2～3日）」の転倒・転落が多く、「転倒・転落が起りやすい時期」といった発言もあった。入院生活を送る病棟という環境が、患者にとっては日常と離れた空間であり、不慣れな環境に置かれたことによる、転倒・転落の発生もある。

入院患者が、一日の大半を送る病室では、病院で定められた時間で就寝・起床するという生活パターンが異なるうえ、多床室であれば、狭い空間で他人に気を使いながら過ごすことになる。また、点滴スタンド、車いす等、日常生活で利用したことがない物を利用しながら生活することになる。これらの物の使い方は、医療従事者にとっては当たり前となっていることでも、患者にとっては初めてで、不慣れであるにも関わらず、十

分に使い方が説明されていないという指摘も、訪問・聞き取り調査であった。また、トイレへの移動等、日常的には一人でこなしていることを、ナースコールをして介助を頼まなければならないということも、心理的に受容しにくい面もある。このような、日常と異なる環境に置かれることによって、特に高齢者の場合には、不穏等の認知・理解力に問題が発生することがあるという指摘もあった。

リハビリについては、今回は調査票では、データを収集していない。しかし、訪問・聞き取り調査では、リハビリを始めて、自力で動けるようになった時期に、転倒・転落が発生しやすいという指摘があった。自分でできる動作についての認識が、患者は十分ではなく、能力以上のことをしてしまうことがその原因と指摘された。また、一部の病棟では、トイレに連れて行くことをリハビリの一環と位置づけているところもあった。

(3) 発生の状況

発生時間についてみると、ベッドまわりでは午前6時から午前8時の、患者が起床して活動を始める時間（11件）、午後2時から午後8時の日常の活動をしている時間（15件）に多くなっている。病棟トイレは、午前12時から午後2時に日中の時間帯（3件）のほか、他の時間帯にも分散していた。病室付トイレ、廊下は午前0時から午前4時に、それぞれ3件、4件発生している。

ベッドまわりの転倒・転落について、排せつに関わって発生しているという点は、集計結果にもあらわれていたが、訪問・聞き取り調査でも、夜間の排せつに関わる転倒に、議論が集まった。要因として、特に高齢者は睡眠剤を飲んでいること、夜間であればぎりぎりまで我慢していること、夜間の照明が十分ではなく、暗い中を移動していることがあげられている。

また、転倒に至る直前の動作・姿勢では、「立位」（20件）、「立ち上がり」（8件）等という結果であり、立ち上がり・立位を補助するための環境が求められる。

特に排せつ後の下着をあげる動作等を支える設備がないという指摘もあった。排せつの時には、看護師が目を離しがちになることも指摘されており、「患者が便座を離れる時に音が出るセンサー等があればよい」という要望もあった。

病室や廊下の照明の問題については、患者が光や音に敏感であるため、十分な明るさを確保できないという意見もあるが、夜間に真っ暗な中をトイレ等に患者が移動することによって発生していると思われる転倒も多い。足灯をつけているという医療施設もある一方、ほとんど夜間の明かりがない医療施設もあり、適切な対策も検討していく必要がある。

なお、これまでの発生状況の議論は、主に転倒についてであったが、転落が発生している状況については、そもそも医療従事者が転落の発生を目撃することがなく、「想像」に基づいた対策を行っているという指摘もあった。夜間に発生しており、睡眠剤を飲んでいる患者がほとんどであることから、薬との関係等も考えられる。

(4) 傷害の状況

今回の調査では、死亡のケースと骨折のケースそれぞれ1件ずつあった。その他は、クラス1（傷害なし）がほとんどである。ただし、患者の属性、療養環境の両面から、傷害に対するリスクはある。

患者の属性の面からみると、第一に、高齢者が多くを占めており、75歳以上の後期高齢者多くいることから、転倒が入院の長期化や自立度の低下を招く可能性がある。第二には、転倒・転落によるリスクとして、「骨密度が低い」とされていたケースは、5件にとどまっているが、患者の身長と体重の両方が記入されていたケースについて、BMIを算出したところ、全体として低いことが明らかになった。BMI20未満が22件を占めており、低栄養から骨密度が低い可能性のある患者は、多くいると考えられる。

また、今回の調査では、治療目的の装着物が転倒の原因となっている事例はなかったが、転倒により、装着物が抜去した場合のリスクも考慮する必要がある。今回の事例の中にも、転倒により、点滴が自己抜去した例があった。抜去により、治療により深刻な影響が出る装着物、例えば、IVH、胸腔ドレーン等は抜去後に、早い処置が必要な場合もある。転倒のうち24件は、個室で発生しており、転倒していることが看護師等に適切に把握されないと、処置が遅れる可能性がある。

転落についても、骨折のケースそれぞれ1件あった。この事例は、病室に患者が一人でいたところ、早朝ベッドから転落し、大腿頸部の骨折をしたが、そのままベッドに戻り、検温時に足の痛みを訴えて骨折が明らかになった。転落は、転倒以上に早く発生を察知し、患者の状態の確認と手当を行う必要もあることから、転落をいち早く把握できる仕組みが必要である。

2. 患者の属性

(1) 認知・理解力の低下

転倒・転落事例では、患者に認知・理解力の低下があるケースが多くみられた。58件について、理解力低下、不穏行動、痴呆等の問題があった。その内訳は、理解力低下（24件）、不穏行動（8件）、痴呆（5件）となっている。また、ナースコールを適切に行い、トイレ等への利用の際に介助を依頼できるかについてもみると、「適切に利用できない」ケースが51件あった。その多く（46件）については、認知・理解力に問題があるが、4件については、認知・理解力に問題がないとされていた。

ナースコールをすることに対する「遠慮」があったり、特に高齢者の場合には、一日も早く回復しなければという気持ちから、介助を依頼せずに動いてしまうこともあるという指摘があった。これまで転倒・転落の防止策としては、患者を一人で動かさないことが中心になっていたことがあり、このような患者に対して「ナースコールを押すよう説明」が繰り返されているケースもあった。

(2) 薬剤の使用

転倒のケースについてみると、睡眠剤を使用していたケースが27件、鎮痛剤を使用していたケースが15件、降圧・利尿剤を使用しているケースが15件等となっていた。今回収集した事例数が少ないため、十分に傾向を読み取ることはできないが、睡眠剤を使用しているケースについて、午後10時から午前4時、また午前4時から午前8時の時間帯に転倒の発生が集中しており、薬剤の使用が原因の場合もあると考えられる。訪問・聞き取り調査では、高齢者の場合に、夜間よく眠れない場合もあり、睡眠剤の使用頻度が高いという意見もあった。訪問・聞き取り調査では、中途半端に深夜に目覚めることによって、かえって危険という指摘もあった。

(3) 診療科等による発生の違い

運動・機能については、筋力の低下、麻痺、しびれなどの問題があるケースが74件あり、急性期の治療・回復過程での一次的な状態に患者が対応できていないケースも想定できる。また、訪問・聞き取り調査では、診療科ごとの転倒・転落の危険性についても指摘された。例えば、耳鼻科で感覚器に障害がでることや、神経内科で意識を失うために発生している例も指摘された。病棟によっては、患者の性質によって、転倒・転落対策に苦慮しているところもあるという指摘もあった。

(4) 起居動作能力

起居動作能力からみると、何らかの介助を要するケースがほとんどである。うち、認知・理解力に問題があり、かつ比較的自立度が高いケース（一部の動作についてのみ、一部介助、全介助）については、介助を要する場面で、適切な介助の依頼ができずに自力で動いてしまうことも想定される。また、起居動作能力で、立位保持に一部介助が必要な患者が、本来、移動補助具ではない「点滴スタンド」を補助具としながら移動しているケースもあった。調査票に記入された内容を見る限り、調査実施者の当初の期待に反して、看護師が患者の起居動作能力をよく把握している。しかし、訪問・聞き取り調査では、患者の起居動作能力についての指摘が少なく、これまで転倒・転落をアセスメントする観点からは、動作を見られていないことがうかがえる。

(5) 頻回の転倒・転落患者、観察室等で観察中の患者

過去の転倒・転落があったケースが40件あり、本調査期間にも15人が頻回で転倒・転落していた。転倒・転落の発生は予測できても、防止策が十分に立てられないことを示している。また、観察室・ナースステーションで、特に観察をしていた環境での転倒も9件発生している。ナースステーションでの観察については、場合によっては5人もの患者を滞在させていることがあり、きちんと見られていないという発言もあった。

なお、今回は治療目的の装着物（点滴等）が、転倒の原因と思われるケースはなかったが、後述するように、抜去すると治療に影響がある装着物が転倒によって外れることも想定され、傷害を防ぐ観点からの対策が必要である。