

B 研究方法

1. 研究方法

本研究は、協力医療施設（5病院）の14病棟から、平成15年10月から12月に発生した1) 転倒・転落の実態調査を実施して、転倒・転落に至った患者の状態や物的環境の事例を収集したうえ、2) 患者アセスメントのためのチェックシートの作成と3) 転倒・転落対策表の作成を実施した。また、研究の推進にあたり、4) 主任研究者・分担研究者及び研究協力者による検討会を開催したほか、随時調査研究の進め方や、アセスメント・対策表のあり方についての打合せの機会をもった。

(1) 転倒・転落の実態調査

①転倒・転落事例が発生した場所の構造的な問題点を把握するために、転倒・転落現場の写真付きの調査票調査（前向き調査）と、各事例の詳細を把握するため、また事例が生じた物的環境を把握するための②訪問・聞き取り調査からなる。

調査は、2003年10月から12月に実施した。回収された事例数は、全118件である。

なお、調査票の作成にあたり、分担研究者（横井）による作業療法士等へのヒアリング、高齢者施設へのヒアリングを実施した。また、本調査を実施する前に、分担研究者（筧）、研究協力者（井上、須田）らが、協力医療施設でプレ調査を実施した。

(2) 患者アセスメントのためのチェックシートの作成

転倒・転落の実態調査結果をもとに、転倒・転落にいたる患者像を明らかにし、アセスメントの項目を検討して、チェックシートを作成した。作成は主に横井班で実施したが、物的環境からの対策を導き出すため、筧班も合流して検討を行った。

(3) 転倒・転落対策表の作成

転倒・転落の実態調査からえられた全118事例について、1事例ずつ検討を加え、「ベッドからの転落」「ベッドまわりでの転倒」「トイレでの転倒」「廊下歩行中の転倒」の4分類で転倒・転落対策表を作成した。本対策表の作成は、主に筧班が実施したが、上記患者アセスメントのためのチェックシートとあわせて、横井班と作成を進め、転倒・転落にいたる患者像と対策の整合性をはかった。

(4) 検討会の開催

各協力医療施設の研究協力者も含め、調査研究の進め方や成果物の検討を行うための検討会を開催した。開催日時は、以下のとおりである。

第1回検討会：平成15年9月18日（木）午後1時～3時

調査の進め方、調査票についての検討/等。

第2回検討会：平成16年3月26日（金）午前10時～12時

患者アセスメントのあり方、転倒・転落対策のあり方の検討/等。

2. 実施体制

本研究は、以下の体制で実施した。

主任研究者：武蔵野赤十字病院	院長	三宅祥三
分担研究者：国立保健医療科学院	施設科学部 施設科学部長	笈 淳夫
	東京都立保健科学大学 保健科学部 看護学科講師	横井郁子

研究協力者（氏名 50 音順）：

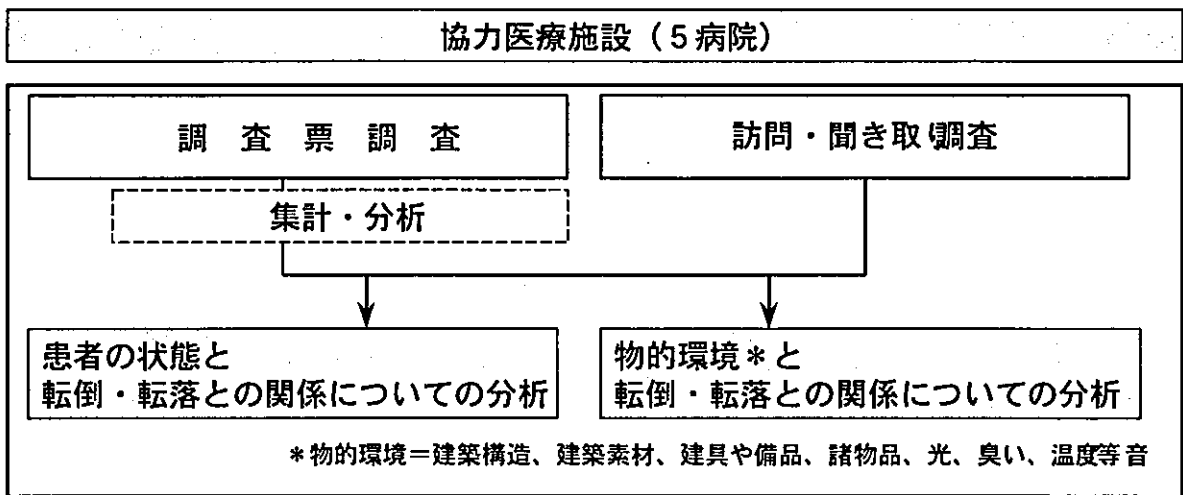
社会保険中央病院	看護局 看護次長	進藤弘子
武蔵野赤十字病院	看護部 看護師長	杉山良子
日赤医療センター	看護部看護副部長	鈴木和子
日本大学医学部附属板橋病院	看護部 看護師長	立原幸子
NTT 東日本関東病院	看護部 看護長	前田美保

研究協力者（協力医療施設以外 氏名 50 音順）：

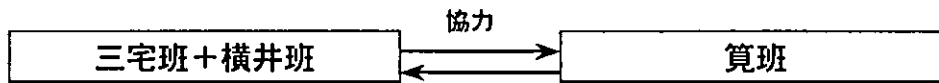
国立保健医療科学院	施設科学部 主任研究官	井上由起子
日本赤十字社幹部看護師研修センター	講師	最所浩美
国立保健医療科学院	施設科学部	須田眞史
東京大学医学部附属病院	理学療法士	高橋雅人
東京都立保健科学大学	作業療法学科 助教授	橋本美芽
神奈川県看護協会	医療安全対策推進班 主幹	福留はるみ

委託先	： UFJ 総合研究所 保健・医療・福祉政策室 研究員	石垣千秋
		小川美帆

担当分野と研究体制は、以下の通りである。



研究体制



○患者アセスメントのためのチェックシート ㊦転倒・転落対策表

* 事例調査委託先 UFI総合研究所 保健・医療・福祉政策室

C 結果

(1) 実態調査

転倒・転落の実態調査からは、全 118 件の事例を得た。うち、転倒が 94 件、転落が 20 件（転倒・転落の別不明が 4 件）であった。事例のうち、1 件は転倒の翌々日に患者が死亡している。また、転倒、転落についてそれぞれ 1 件ずつ骨折に至った例があった。

多くがベッドまわりの事例であるが、さらに詳細にみていくと、ベッドまわりの発生でも、トイレに行く際等、排せつに関わる事例が多いことが明らかになった。「病室付トイレ」「病棟トイレ」と回答されたものともあわせ、排せつに関わる転倒・転落が多い。

発生時刻では夜間、転倒・転落に至った患者の平均年齢は 71.6 歳であった。患者の多くは、薬剤（特に睡眠剤）を使用していた。認知・理解力の問題でみると、認知・理解力に問題がある患者が多い。また、ナースコールが適切にできるかどうかについてみると、認知・理解力の問題の有無に関わらず、適切にナースコールをして、看護師に介助を求められない患者がいることがわかった。起居・動作能力については、調査票作成時の予想と異なって、回答率が高く、看護師は患者の起居動作能力をよく把握していることが明らかになった。しかし、何らかの介助が必要な患者が、一人で行動して、転倒に至った例もあった。

各医療施設から聞き取り調査を行った結果、上記のような実態については、看護師は経験的には認識しており、病棟独自の様々な工夫が行われている。物的環境の問題としては、夜間に病室がほぼ真っ暗という医療施設があることが明らかになり、このような照明の問題が夜間の転倒を誘発している可能性があることも指摘された。転倒・転落対策としては、離床センサーの使用や、ナースステーション等での観察等の方法も提案された。

(2) 転倒・転落対策を導く患者アセスメント

上記の実態調査の結果のように、看護師が特に転倒につながる動作能力を把握していることは明らかになった。しかし、対策の多くが患者にナースコールを依頼するものであり、患者のアセスメント方法とそこから導かれる用具、設備等の具体的な対策例を示す必要性が明確になった。また、アセスメントを導き出すための患者情報としては、「認知・理解の程度」「動作能力」「臨床経過に影響を与える治療用具の装着」

の3点がふさわしいことが、明らかになった。

(3) 患者タイプ分けに基づいた転倒・転落の物的対策

実態調査及び分担研究者らによる議論を通じて、転倒・転落の発生は予測不可能な側面があるため、また、患者の意思を尊重して QOL の高い対策を実施するためには、物的環境の対策によって、1) 急性期病院がそもそも備えていなければならない基本的な性能と、2) 患者タイプ別の環境設定の目標を立てることが望ましいことが分かった。

D 考察

以上の結果をもとに、患者アセスメントのためのチェックシートと、物的環境面からの対策を中心とした対策表を作成した。チェックシートと対策表は、以下のように4種類からなる。

- 1) ベッドからの転落：チェックシート、＜ベッドからの転落＞への対策表
- 2) ベッドまわりでの転倒：チェックシート、＜ベッドまわりでの転倒＞への対策表
- 3) トイレでの転倒：チェックシート、＜トイレでの転倒＞への対策表
- 4) 廊下歩行中の転倒：チェックシート、＜廊下歩行中の転倒＞への対策表

また、患者タイプの分類として、

タイプA：認知・理解力に問題がない患者

タイプB：認知・理解力に問題がある患者

タイプC：認知・理解力に問題があり、臨床経過に影響を与える治療用具の装着がある患者

とし、各タイプはその動作能力の程度に応じてⅠ、Ⅱ、Ⅲに細分類した。動作能力は、数字が大きくなるにしたがって劣ることになり、それに伴い、対策も異なっている。

急性期医療の現場で近年、さまざまなアセスメント業務の実施が増加していることを考慮し、上記のチェックシートは、照らし合わせながら患者を観察するという新たな業務負担の増加を想定しないものになっている。看護師が日々の業務の中で、断片的であったにせよ、必ず目にして、介助を行っている項目を中心とした。また、患者

の個人差の考慮、臨床経過への影響の判断等は、病棟での裁量とすることにした。

対策表は、認知・理解力に問題がある患者に対して、動作を制止する対策は危険を伴う場合があること、急性期病院における早期離床の流れからも、患者の「動きたい」という意志を尊重した物的環境の対策を基本としていることが特徴である。また、対策表には、「基本設定」が設けられているが、全ての入院患者に対して、転倒・転落対策を実施するという観点から、急性期医療施設が備えるべき基本的な性能を示している。

なお、実態調査からは、看護師が転倒・転落対策として、繰り返し患者にナースコールを依頼していることが明らかになっているが、対策表では、患者に依存した対策は可能な限り排除している。

E 結論

上記のように、本研究からは、実態調査に基づいて、転倒・転落にいたる患者像を明らかにし、物的環境の面からの対策を導き出すという一定の成果が得られた。

しかし、調査期間中に発生しなかった種類の転倒・転落も数多くあると考えられる。実際、浴室での転倒も事例には含まれていたが、数が限られていたため、患者像や対策表を導き出すには至らなかった。また、治療目的の装着物が原因となる転倒・転落事例も得られなかった。今回扱われなかった種類の事例に対する対策は、今後も調査研究を重ねて検討を行う必要がある。

かつ、チェックシートや対策表を転倒・転落対策として、現場で活用するのに有効なものとしていくためには、今後の検証が重要である。

調査研究を通じて、研究協力者からは病棟以外での転倒・転落対策の必要性や、看護師のみならず、医師やコメディカルの転倒・転落対策への関わりの必要性についての意見も寄せられており、今後も検討していくべき課題は多いと考えられる。

転倒・転落の実態調査

主任研究者：武蔵野赤十字病院 院長 三宅祥三

調査委託先：UFJ総合研究所 保健・医療・福祉政策室

A 調査の目的

転倒・転落が予想される患者のアセスメントのあり方、また転倒・転落に対する物的環境の側面からの対策を検討するため、協力病院（5施設）からの転倒・転落事例の収集を行い、分析を実施した。

本調査では、(1)患者の状態（患者のアセスメント）と転倒・転落の関係の把握・分析、(2)物的環境と転倒・転落の関係の把握・分析を実施することを目的としている。主に調査票を用いて転倒・転落事例を収集したが、転倒・転落にいたった患者の状態の詳細や、物的環境を把握するため、分担研究者・研究協力・調査委託先による訪問・聞き取り調査もあわせて実施した。なお、調査票には転倒・転落が発生した状況を、外的環境との関連で可能な限り具体的に把握するため、病棟の図面をつけて発生場所を確認したほか、発生した現場の写真も添付してもらった。

従来の医療安全対策で十分に検討が行われてこなかった物的環境の側面から検討を加えることは、厚生労働行政においても重要な研究になるものと思われる。

B 調査方法

1. 手順

本研究は、(1) 転倒・転落事例を把握するために現場の写真付き調査票調査（前向き調査）と、各事例の詳細を把握するため、また事例が生じた物的環境を把握するための(2) 訪問・聞き取り調査からなる。

2. 調査対象医療施設の概要

(1) 対象病棟・病棟設立年・病床数・平均在院日数

医療機関名	病棟名（診療科）	病棟 設立年	病床数	平均在院日数	
				病棟別	病院全体
A 病院	精神科	2000 年	50 床	59.0 日	14.3 日
	循環器・心臓外科		19 床	13.5 日	
	呼吸器科・ペインクリニック		46 床	15.5 日	
B 病院	内科系	1985 年	49 床	19.2 日	17.5 日
	脳外科・整形外科系		48 床	30.5 日	
C 病院	脳外科	1975 年	40 床	13.5 日	16.0 日
D 病院	神経内科	1970 年	43 床	29.3 日	19.3 日
	整形外科		53 床	28.3 日	
	内科系		53 床	27.0 日	
	外科系		53 床	22.4 日	
E 病院	循環器内科	1981 年	43 床	9.4 日	14.3 日
	外科系		49 床	14.6 日	
	脳神経外科・神経内科	1978 年	52 床	17.2 日	
	消化器内科・腎臓内科		52 床	16.2 日	

3. 調査項目

1) 転倒・転落に関する基本情報

2) 患者属性

3) 患者の状態の詳細

- ・バイタル
- ・薬剤使用の有無
- ・認知・理解力の問題
- ・感覚器に関する障害

- ・運動機能に関する問題
- ・失神・けいれん・脱力発作
- ・過去の転倒・転落経験
- ・転倒・転落のリスク
- ・治療目的の装着物
- ・ナースコールの可否

4) 患者の運動・持久能力

- ・起居動作（腰上げ動作／SLR（straight leg raising）／起居動作能力／端座位／立ち上がり方／移動補助具の使用）
- ・行動範囲の制限（医師による安静の指示／看護師によるアセスメント／患者の実際の行動）
- ・トイレ動作（利用しているトイレ／介助の有無／直近の状況）

5) 転倒・転落にいたる経過

6) 病棟図面

7) 原因・背景

8) 実施した、もしくは考えられる改善策

9) 諸物品に関するデータ

10) 当該事例の転倒・転落に関連していると思われること

4. 調査期間

2003年10月～12月。ただし、調査開始日については、対象機関により、一部異なっている。

医療機関名	病棟名（診療科）
A病院	2003年10月6日～12月21日 (ただし、10月1日の発生事例が1件含まれる。)
B病院	2003年10月1日～12月21日
C病院	2003年10月1日～12月21日
D病院	2003年10月1日～12月21日
E病院	2003年10月1日～12月21日

各医療機関に対して、訪問・聞き取り調査を実施した。聞き取り内容は、各機関の研究協力者のもとに回収された事例の詳細、それに対する評価や対応、転倒・転落対策について、療養環境全般についてである。

訪問回数、日程は、調査票の回収状況にあわせて異なっており、以下のとおりである。

医療機関名	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回
A病院	10/10	10/29	11/19	12/10	12/24	—
B病院	10/22	11/7	11/27	12/12	12/25	—
C病院	10/21	11/19	12/25	—	—	—
D病院	10/17	10/30	11/21	12/12	12/25	—
E病院	10/14	10/28	11/11	11/25	12/9	12/22

5. 対象

該当病棟における転倒・転落事例について、遭遇した看護師、病棟看護師長、または研究協力者に調査票に記入してもらった。

転倒・転落の定義については、本調査では、「本人の意思と無関係に床等に体が触れること」と広く定義し、各医療機関の実態に合わせた。「転倒」と「転落」の別についても、現場での分類を尊重し、調査票の記入通りとした¹。なお、「転倒」「転落」について、各医療施設では、特に明確な定義はないということであった。

¹ ただし、本研究の分担研究報告の中では、対策の観点から一部、記入と異なる分類として
いるものがあるため、集計結果と若干の件数の違いが出ている場合がある。

6. 調査実施上の倫理的配慮

個人情報の保護のため、患者の氏名、傷病名については把握を行っていない。また、一部患者に聞き取りが必要な場合には、研究協力者から患者に調査の目的等を説明し、同意書を取るとの取り決めを行った。実際には、研究協力者あるいは、調査票の記入者から十分な情報が得られたため、患者に対する聞き取り調査は実施していない。

7. 回収事例数

回収された事例数は、全 118 件である。

8. 調査実施体制

主任研究者：武蔵野赤十字病院	院長	三宅祥三
分担研究者：国立保健医療科学院 施設科学部	施設科学部長	笥 淳夫
東京都立保健科学大学 保健科学部	看護学科講師	横井郁子

協力医療施設（5病院）

研究協力者（協力医療施設以外 氏名 50 音）：

国立保健医療科学院 施設科学部	主任研究官	井上由起子
日本赤十字社幹部看護師研修センター	講師	最所浩美
国立保健医療科学院 施設科学部		須田眞史
東京都立保健科学大学 作業療法学科	助教授	橋本美芽
神奈川県看護協会 医療安全対策推進班	主幹	福留はるみ

委託先	： UFJ 総合研究所 保健・医療・福祉政策室	研究員	石垣千秋
			小川美帆

C 結果

第1節 調査票調査の結果²

1. 転倒・転落の事例の概要

(1) 転倒・転落の別

転倒・転落の件数は、全118件に達し、うち転倒が94件、転落が20件であった。

	件数
転倒	94
転落	20
転倒・転落の別不明	4
合計	118

(2) 月別 転倒・転落の発生件数

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
10月	39	10	2
11月	48	4	0
12月	7	6	2
無回答	0	0	0
合計	94	20	4

なお、転倒・転落の発生は、調査期間に入院していた患者の性質にも依存するものの、研究協力者は、通常より発生件数が少ないというコメントもあった。

(3) 診療科別 転倒・転落の発生件数

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
内科系	32	11	2
外科系	58	5	2
内科系・外科系 複合病棟	4	4	0
合計	94	20	4

² ・本調査結果の記述は、全て件数で示しており、割合の表示は行っていない。
・クロス集計の場合、表側の設問の「無回答」については表示していない場合があり、「全体」に示された値は、各層の合計と一致しない場合がある。

(4) 発生時間

A) 転倒

午前0時から午前4時の深夜時間が 20 件、午前6時から午前8時に 16 件という順で多くなっている。

B) 転落

午前0時から午前4時の深夜時間に 5 件、次いで、それより早い時間帯の午後 10時から午前0時、午後8時から午後10時がそれぞれ4件となっている。

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
午前4時～午前6時	7	2	0
午前6時～午前8時	16	3	0
午前8時～午前12時	7	1	0
午前12時～午後2時	7	0	0
午後2時～午後4時	10	0	0
午後4時～午後6時	7	0	0
午後6時～午後8時	7	1	0
午後8時～午後10時	7	4	0
午後10時～午前0時	5	4	2
午前0時～午前4時	20	5	1
無回答	1	0	1
合計	94	20	4

(5) 発生場所

A) 転倒

「ベッド周り」が 52 件、「病棟トイレ」が 11 件、「病室付トイレ」「廊下」が 9 件の順で多くなっている。

B) 転落

「ベッド周り」が 18 件、「病棟トイレ」が 1 件だった。

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
ベッド周り	52	18	4
病室付トイレ	9	0	0
病室内	4	0	0
廊下	9	0	0
病棟トイレ	11	1	0
その他	9	0	0
無回答	0	1	0
合計	94	20	4

①発生場所・時間帯：転倒

ベッド周りの転倒は、午前 0 時から 4 時の 11 件、午前 6 時から午前 8 時の 11 件が最も多いものの、他の時間帯にも数件ずつ発生している。

病室付トイレは、午前 0 時から午前 4 時の 3 件、午前 6 時から 8 時の 2 件、午後 8 時から午後 10 時の 2 件の順で多くなっている。

病棟トイレは、午前 12 時から午後 2 時に 3 件発生している等、病棟での日常の活動にあわせて転倒が発生している。ただし、廊下で午前 0 時から午前 4 時の深夜時間帯に 4 件の転倒が発生している。

	合計	午前 4 時～午前 6 時	午前 6 時～午前 8 時	午前 8 時～午前 12 時	午前 12 時～午後 2 時	午後 2 時～午後 4 時	午後 4 時～午後 6 時	午後 6 時～午後 8 時	午後 8 時～午後 10 時	午後 10 時～午前 0 時	午前 0 時～午前 4 時	無回答
ベッド周り	52	4	11	2	2	5	5	5	4	3	11	0
病室付トイレ	9	0	2	0	0	1	0	0	2	1	3	0
病室内	4	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
廊下	9	1	0	1	1	1	0	0	0	0	4	1
病棟トイレ	11	0	0	1	3	1	1	1	1	1	2	0
その他	9	0	1	3	1	2	1	1	0	0	0	0
無回答	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
全体	94	7	16	7	7	10	7	7	7	5	20	1

②発生場所・時間帯：転落

ベッドからの転落が、午前0時から4時の6件、午後10時から午前0時に4件、午後8時から午後10時に3件と、夜間に発生している。

	合計	午前4時～午前6時	午前6時～午前8時	午前8時～午前12時	午前12時～午後2時	午後2時～午後4時	午後4時～午後6時	午後6時～午後8時	午後8時～午後10時	午後10時～午前0時	午前0時～午前4時	無回答
ベッド周り	18	2	2	0	0	0	0	1	4	4	5	0
病室付トイレ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病室内	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
廊下	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病棟トイレ	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
無回答	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
全体	20	2	3	1	0	0	0	1	4	4	5	0

(6) 転倒・転落の経緯：ベッド周りの事例

ベッド周りの事例については、「ベッド周り」として扱われている範囲や、そこで行われる動作が多様であることから、記述された内容をアフターコーディングすることによって、転倒52件、転落18件の内容をさらに明らかにした。

①発生場所（再分類）

A) 転倒

ベッド周りの事例について、さらに発生場所を詳しくみると、「ベッド周り」の発生場所でも、「ポータブルトイレ」（3件）や「トイレ移動中」（3件）という排せつ、移動にかかわる場面での転倒が発生していることがわかる。

B) 転落

転落のケースでは、「ベッド」からが16件、「車いす」からが2件となっている。

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
ベッド	33	16	3
ポータブルトイレ	3	0	0
車いす	1	2	0
トイレ移動中	3	0	0
その他	6	0	0
不明	6	0	0
合計	52	18	3

②転倒・転落に至る直前の動作

A) 転倒

転倒に至る直前の動作をみると、「立位」からが20件、「立ち上がり」が8件、「座位」「端座位」がそれぞれ3件だった。

B) 転落

転落に至る直前の動作をみると、「座位」からが4件、「立ち上がり」が3件、「仰臥位」2件、「起き上がり」「端座位」が1件ずつとなっている。

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
立ち上がり	8	3	0
立位	20	2	0
起き上がり	0	1	0
座位	3	4	0
仰臥位	0	2	0
端座位	3	1	0
不明	18	5	3
合計	52	18	3

③転倒・転落に至る行為の目的

転倒・転落に至る行為の目的をみると、「トイレに行こうとして」という回答が多く、転倒事例で17件、転落事例で4件あった。また、「トイレからベッドへ戻ろうとして」（転倒：4件）、「ポータブルトイレを利用しようとして」（転倒：4件）と、ベッド周りであっても、排せつに関わる場面で転倒・転落が発生していることが分かる。

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
物を取ろうとして（ベッドより上）	1	1	0
物を取ろうとして（ベッドより下）	1	3	0
トイレに行こうとして	17	4	1
トイレからベッドへ戻ろうとして	4	0	0
ポータブルトイレを利用しようとして	4	0	0
履物を履こうとして／整えようとして	2	1	0
歩行器を使おうとして	3	0	0
その他	11	5	0
目的不明	9	4	2
合計	52	18	3

④観察中患者の転倒・転落

ベッド周りでの転倒・転落であるが、うち、13件は特に、「観察室」「ナースステーション」「ハイケア室」で発生しており、転倒・転落が頻発していること、あるいは病状から観察中の患者について発生している。

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
観察室	5	2	0
ナースステーション	3	0	0
ハイケア	1	1	1
合計	52	18	1

(7) 患者の病室

患者が入院していた部屋の個室・多床室の別をみると、以下の通りである。

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
1人室(個室)	24	5	1
2人室	9	0	0
3人室	3	2	0
4人室	22	10	1
5人室	11	0	0
6人室	13	2	2
7人室	0	0	0
8人室	9	0	0
無回答	3	1	0
合計	94	20	4

①患者の病室：ベッド周り

ベッド周りでの転倒・転落事例について、患者が入院していた部屋の個室・多床室の別をみると、以下のとおりであり、個室での転倒が14件、転落が5件に達している。

(前述の観察室等は、病床数にあわせて、以下の中に分類されている。)

	合計	1人室(個室)	2人室	3人室	4人室	5人室	6人室	7人室	8人室	無回答
転倒	52	14	7	2	9	5	7	0	5	3
転落	18	5	0	2	9	0	1	0	0	1

(8) 発見者

転倒・転落の発見者は、調査票の記入者が最も多い。

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
(調査票の) 記入者	52	13	1
(記入者以外の) 職員	25	2	2
患者	8	2	0
その他	8	1	0
無回答	1	2	1
合計	94	20	4

(9) 発生場所の床材

A) 転倒

「P タイル」が 40 件、「フローリング」が 19 件となっている。

B) 転落

「P タイル」が 9 件、「フローリング」が 4 件となっている。

本結果においては、床材が必ずしも転倒・転落の発生要因とはいえない。しかし、医療施設ごとの発生件数が異なった結果、比較的衝撃が大きい床での発生が多かった。このことから、転倒・転落による骨折などの傷害のリスクは高かったことがわかる。

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
タイル	6	1	0
P タイル	40	9	0
フローリング	19	4	0
リノリウム	8	1	1
長尺シート（塩化ビニール）	3	1	2
じゅうたん	2	2	0
その他	13	1	0
無回答	3	1	1
合計	94	20	4

(10) 患者の履物

A) 転倒

「スリッパ」が最も多く 46 件、「素足」が 16 件、「シューズ」が 15 件となっている。

B) 転落

「素足」が 8 件、「スリッパ」が 5 件となっている。

ただし、この設問は、履物が転倒・転落の要因となったか否かに関わらず、全てのケースについて把握している。記述の内容では、「履物を履こうとして転倒した」「履物を取ろうとして転倒した」等がみられた。

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
スリッパ	46	5	0
シューズ	15	1	2
素足	16	8	1
靴下のみ	3	1	0
その他	5	2	0
無回答	9	3	1
合計	94	20	4

(11) 転倒・転落発見時の患者の姿勢

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
前に倒れていた	17	2	0
左・右に倒れていた	12	2	1
後方へ倒れていた	13	4	0
何かにもたれかかっていた	2	0	0
しゃがみこんでいた	16	1	0
ずり落ちていた	7	4	1
その他	23	5	1
無回答	4	2	1
合計	94	20	4

(12) 傷害の発生の有無・傷害の程度

傷害の発生の有無について、記述内容を Hendrich³による分類でみると、以下の通りである。

A) 転倒

転倒の翌々日に死亡したケース（「クラス5：死亡」）が1件、「クラス4：重度の傷害（骨折）」が1件あった。その他は、傷害が発生しなかった「クラス1」が70件と多くを占めている。

B) 転落

転落については、「クラス4：重度の傷害（骨折）」が1件あった。「クラス1」が最も多く15件だった。

³ 阿部俊子監訳、「ベストプラクティスのための高齢者看護プロトコル」 医学書院、P83、原出所は、A. Hendrich, 1996, "Falls, Immobility, and Restraints: A source Manual", St. Louis, MO. Mosby