

(7) 移動補助具の使用

A) 転倒

移動補助具の使用状況をみると、「車いす」が最も多く 41 件、「歩行器」が 9 件である。本来は移動補助具ではない「点滴スタンド」の使用も 12 件あった。

B) 転落

移動補助具を使用していないケースが 8 件、次いで「車いす」が 6 件である。

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
なし	25	8	0
杖	8	1	0
歩行器	9	3	0
車いす	41	6	3
点滴スタンド	12	0	0
その他	1	1	0
無回答	3	2	1
合計	94	20	4

立位保持の状況と移動補助具の関係をみると、以下のとおりであった。

A) 転倒

立位保持に「一部介助」が必要という人が、本来移動補助具ではない「点滴スタンド」を移動補助具として用いている⁴。

<転倒>

	合計	なし	杖	歩行器	車いす	点滴スタンド	その他	無回答
自立	39	21	3	4	4	7	0	1
見守り	24	4	5	3	12	2	0	1
一部介助	21	0	0	2	17	3	0	0
全介助	6	0	0	0	5	0	1	0
全体	94	25	8	9	41	12	1	3

⁴ 点滴スタンドは、本来移動補助具ではないため、調査票の選択肢に含めるのも適切ではないが、医療施設では日常的に移動補助具の代替物として用いられているという意見が研究協力者からあり、あえて選択肢に含めた設問とした。

5. 行動範囲の制限

(1) 医師による安静の指示

医師による安静の指示については、記述されている内容を、①空間の指示、②動作の指示、③同伴者等の指示の3つの観点から、アフターコーディングを行った。

指示の内容は、①から③のどれか1つが盛り込まれている場合と、複数が含まれている場合がある。

①空間の指示

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
院内	9	1	0
病棟内	15	4	1
病室内	1	1	0
トイレ	5	1	0
ポータブルトイレ	1	0	0
床上	0	0	0
安静	0	0	1
なし/自由	37	8	2
その他	7	0	0
無回答	19	5	0
合計	94	20	4

②動作の指示

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
自由（歩行制限なし）	44	11	2
制限付歩行	6	1	0
歩行介助	1	0	0
立位保持（ベッドサイドに立つ程度）	0	0	0
車いす移乗・駆動ともに自由（車いす自由）	12	2	1
車いす移乗介助・駆動自由	4	0	0
車いす移乗介助・駆動介助	1	0	1
その他	1	1	0
（アセスメント）を行っていない	0	0	0
無回答	25	5	1
合計	94	20	4

③同伴者等の指示

同伴者をつけることを指示しているものは、4件であった。

(2) 看護師によるアセスメント

看護師によるアセスメントは、動作（移動）についてなされている。

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
自由	21	5	0
制限付歩行	18	1	0
歩行介助	15	6	0
立位保持	2	2	0
車いす移乗・駆動ともに自由	5	2	0
車いす移乗介助・駆動自由	2	0	0
車いす移乗介助・駆動介助	22	3	3
その他	3	0	0
行なっていない	0	0	0
無回答	10	2	1
合計	94	20	4

①医師と看護師の指示

行動（移動動作）について、医師が「自由（歩行制限なし）」としているケースについて、看護師のアセスメントをみた。その結果、介助度を重く評価している例が見られ「車いす移乗・駆動ともに自由（車いす自由）」としている例が2件、「車いす移乗介助・駆動自由」としている例が13件みられた。

<転倒>

合計	自由	制限付歩行	歩行介助	立位保持	車いす移乗・駆動ともに自由	車いす移乗介助・駆動自由	車いす移乗介助・駆動介助	その他	行なっていない	無回答
44	4	10	12	1	2	0	13	1	0	5

注) だし、本調査票において、アセスメント時点を限定してないため、時点が統一されていない点には、留意すべきである。

<転落>

合計	自由	制限付歩行	歩行介助	立位保持	車いす移乗・駆動ともに自由	車いす移乗介助・駆動自由	車いす移乗介助・駆動介助	その他	行なっていない	無回答
11	3	1	4	1	1	0	0	0	0	1

(3) 実際の患者の行動

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
自由	28	6	0
制限付歩行	21	1	0
歩行介助	8	2	0
立位保持	3	1	0
車いす移乗・駆動ともに自由	8	2	0
車いす移乗介助・駆動自由	1	0	0
車いす移乗介助・駆動介助	18	2	2
その他	0	0	0
行なっていない	0	0	0
無回答	12	6	2
合計	94	20	4

①看護師のアセスメント別 患者の実際の行動

看護師が歩行に制限を設定しているにも関わらず歩いているケースが、見られた。「(制限付歩行のアセスメントを受けていながら)自由」に歩いていたケースが2件、「(歩行介助のアセスメントを受けていながら)自由」に歩いていたケースが5件、「(車いす移乗介助・駆動介助のアセスメントを受けていながら)自由」に歩いていたケースが2件あった。

<転倒>

		患者の行動 →									
看護師のアセスメント ↓		合計	自由	制限付歩行	歩行介助	立位保持	車いす移乗・駆動ともに自由	車いす移乗介助・駆動自由	車いす移乗介助・駆動介助	その他	無回答
	自由	21	18	2	0	0	0	0	0	0	1
	制限付歩行	18	2	15	0	0	0	0	0	0	1
	歩行介助	15	5	2	6	1	1	0	2	0	2
	立位保持	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0
	車いす移乗・駆動ともに自由	5	0	0	0	0	5	0	0	0	0
	車いす移乗介助・駆動自由	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	車いす移乗介助・駆動介助	22	2	0	3	0	1	1	18	0	1
	その他	3	1	0	0	0	1	0	0	0	1
	行なっていない	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
全体	94	28	21	8	3	8	1	18	0	12	

<転落>

		患者の行動 →									
看護師のアセスメント ↓		合計	自由	制限付歩行	歩行介助	立位保持	車いす移乗・駆動ともに自由	車いす移乗介助・駆動自由	車いす移乗介助・駆動介助	その他	無回答
	自由	5	4	0	1	0	0	0	0	0	0
	制限付歩行	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	歩行介助	6	2	1	1	1	0	0	0	0	1
	立位保持	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	車いす移乗・駆動ともに自由	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0
	車いす移乗介助・駆動自由	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	車いす移乗介助・駆動介助	3	0	0	0	0	0	0	2	0	1
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	行なっていない	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
全体	20	6	1	2	1	2	0	2	0	6	

6. トイレ動作

(1) 利用しているトイレ

患者が利用しているトイレについてみると、昼間は「病棟トイレ」「病室付トイレ」の利用が多いものの、夜間には両者の利用が減っている。また、夜間には「床上での尿器・便器使用」が昼間よりも増えている。

(昼間)

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
床上での尿器・便器使用	8	3	2
ポータブルトイレ	16	2	0
病室付トイレ	21	4	0
病棟トイレ	58	10	1
無回答	0	1	1
合計	94	20	4

(夜間)

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
床上での尿器・便器使用	19	5	2
ポータブルトイレ	16	2	0
病室付トイレ	16	4	0
病棟トイレ	47	7	1
無回答	2	2	1
合計	94	20	4

(2) 介助の有無

転倒・転落にいたった患者について、トイレの介助の有無をみると、「自立」が 37 件、「見守り」が 23 件、「一部介助」が 41 件となっている。

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
自立	32	5	0
見守り	19	4	0
一部介助	32	6	3
全介助	8	3	0
無回答	3	2	1
合計	94	20	4

(3) 直近の状況

直近の状況については、「立ち上がりが容易にできていた」という回答が 72 件となっている。

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
立ち上がりが容易にできていた	59	12	1
立ち上がり不可または要介助	21	3	0
確認していない	11	1	1
無回答	3	4	2
合計	94	20	4

7. 転倒・転落に関連する問題（研究協力者の認識）

転倒・転落の誘因となった療養環境について、研究協力者の認識を把握するための設問である。

(1) 関連したもの

「ベッド柵」（20件）、「手動式ベッド」（18件）、「室内履き」（15件）となっている。

	合計	転倒	転落	転倒・転落の別不明
ベッド柵	20	10	9	1
手動式ベッド	18	11	6	1
室内履き	15	13	1	1
車いす	14	11	3	0
手すり	14	12	2	0
点滴スタンド	10	10	0	0
ナースコール	10	8	1	1
装着物	7	7	0	0
歩行器	6	5	1	0
扉	5	5	0	0
ポータブルトイレ	4	4	0	0
オーバーヘッドテーブル	3	2	1	0
電動ベッド	2	0	2	0
寝具	1	0	1	0
床頭台	1	0	1	0
杖	1	1	0	0
カーテン	0	6	6	0
その他	0	18	17	1
無回答	3	38	29	6
全体	118	94	20	4

(2) 原因となった人

	転倒	転落	転倒・転落の別不明
患者本人	68	16	3
スタッフ	10	4	1
家族	5	0	0
その他	2	0	0
無回答	3	3	1
合計	94	20	4

(3) 使い方の問題

「スタッフを呼ばなかった」という回答が 24 件と最も多い。

	合計	転倒	転落	転倒・ 転落の 別不明
スタッフを呼ばなかった	24	20	4	0
無理な姿勢だった	15	9	6	0
支えにした	8	8	0	0
使い方を知らなかった	3	2	1	0
使い方を間違えた	2	2	0	0
その他	7	6	1	0
無回答	69	55	10	4
全体	118	94	20	4

(4) 機能・性能の問題

「滑りやすさ」が 17 件、「位置」が 14 件、「広さ」「高さ」が 11 件である。

	転倒	転落	転倒・ 転落の 別不明	合計
メンテナンスが行なわれていない	4	0	0	4
そもそも、ものに問題があった	10	1	0	11
患者に不適切な物が与えられていた	8	4	0	12
その他	7	1	0	8
無回答	66	14	4	84
合計	94	20	4	118

第2節 訪問・聞き取りの結果⁵

1. 転倒・転落の発生状況

転倒・転落の発生については、急性期病院ということもあり、入院からの期間、病状の変化やリハビリの進行との関係からみた発生時期と、日常の行為の関しての発生状況、昼間／夜間といった時間帯に関わる発生時期で認識されている。

日常の行為に関わる転倒・転落の発生については、集計結果に見られるとおり、

- ・ベッドまわり
- ・病室付／病棟トイレ
- ・その他（病室内、廊下、浴室等）

となっている。訪問・聞き取り調査の際には、排せつに関する転倒・転落、特に夜間に発生したケースについて、議論が集まった。

(1) 転倒・転落の発生時期

入院からの期間や、病状の変化との関係でみると、入院間もない時期と、急性期を脱して、患者が自力で動き出す時期に多いという指摘があった。

- ・入院後1週間以内（特に2～3日）に転倒・転落が起こるケースが多い。アセスメントの問題だけでなく、転倒・転落が起こりやすい時期なのだろうと思う。（E病院 54008、54009）
- ・急性期は脱し、自力で動き始めたが、理解力の低下、筋力低下が起きている患者が、転倒・転落に至っている。（C病院）

(2) 夜間の転倒・転落

夜間の転倒・転落については、睡眠剤を飲んでいることが大きい高齢者にその影響が大きいことや、その危険性について指摘があった。

- ・睡眠剤を午前0時に飲み、3時に転倒を起こしているの、睡眠剤の影響が大きいと考えられる。（A病院、12001）
- ・睡眠剤は、中途半端に目覚めてしまうと、危険が高い。（C病院、31001、31003、31004）
- ・高齢者は睡眠剤を飲んでいる（ことが多い。）そのため、午前3時頃に目が

⁵ 本節の（ ）内の番号は、調査票のケース番号である。

さめるので、脱力感があるのだろう。（結果として、夜間に転倒・転落が起きる。昼間の転倒・転落は少ない。）（B病院）

- ・夜間トイレに行く際の転倒が多い。原因として、1) 高齢者の場合、睡眠剤等を飲んでいることが多い、2) ぎりぎりまで我慢している、3) 病室に足灯がなく、ベッド上の豆電球をつける以外には、真っ暗な中を移動することが多いことなどが考えられる。（D病院）

(3) 排せつ前後の転倒

排せつ前後の転倒もケースが複数あった。これについては、トイレの構造そのものに問題があること、プライバシーの配慮や、排せつに時間がかかる患者がいること等で、看護師が患者から目を離しがちになること等の指摘があった。

- ・高齢者は洋式トイレを使うが、前かがみになって転倒してしまう。転倒するのは、排せつが終わり、拭こうとする時。排せつをする前は、看護師が介助し、便座に深く腰掛けさせるので、転倒は起こらない。（B病院）
- ・夜勤時は、転倒が起きやすい。看護師の方に、排せつの時だけでも目を離したいという事情がある。（A病院、11001）
- ・病状によって、排便に時間がかかる患者もおり、看護師もその間に別のことを済まそうと思ってしまうことはある。本件でも、患者の様子を見ながらシーツを換えていたということではあるが、実際には見ていられなかっただろう。（A病院、13006）

さらに、排せつ後、下着をあげる時に転倒している例もあり、患者が便座から離れると音が出る仕組みが欲しいという意見もあった。トイレ内での動きの重心の移動を支えるための介助バー等の仕組みについても、各医療施設で必要性が議論された。

また、車いすを利用している患者の場合に、トイレの設計上、車いすの出し入れと、患者・看護師と一緒に出入りできないという指摘もあった。さらに、車いすを使用している職員の意見を参考にしながら、車いす用トイレを設置したものの、使い勝手がよくないという意見もあった。近年、高齢者施設では車いすと介助者が動きやすく設計されているトイレもあることから、急性期の医療施設でも、そのような配慮が求められるという議論も、訪問・聞き取り調査時になされた。

(4) 履物について

転倒のケースの中には、履物を履こうとして、また、ベッドの下の履物を探そうとして転倒・転落した例があった。

- ・（車いすで、履物を履こうとして転倒したケースについて）靴の履き方の指導はしていない。通常、車いすの方は、ズックのようなものを履いている。普通は身支度を整えてから車いすに移る。（E病院、54002、54004）
- ・スリッパは、処分しやすく、院内の売店で価格も安く売っているため、利用している人が多い。（D病院、44008）

(5) 転落

転落に関しては、実際にその現場を目撃することがないため、あくまでも想像に基づいて対策を行わざるを得ないという指摘もある。

- ・転落というのも医療従事者による想像に過ぎない。しかし、個人情報の問題があり、転落の状況をモニターして、解析する等の研究がなされない。（E病院）

転落について、特に布団からずり落ちるケースが多いという指摘があった。

- ・布団からずり落ちるケースはかなり多いが、幸いなことに布団がクッションとなり、大事には至っていない。（D病院、44004、44005）

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）

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）

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、患者を怖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

そのほか、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)

(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よいか、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) 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。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。

- ・(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)「自分是可以する」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。
- ・(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)

- ・(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。(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)

(3) 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、明文化されていないものの、ノウハウ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