

# A病棟における転倒転落予防対策の取り組み

Fall Protective Measure of Patients in a Ward.

西 5 階病棟

小川望 栗幅勇治 野口真理 堀美佳 永田賢子

〈要旨〉本研究では転倒転落インシデント件数の削減を目的に、発生した転倒転落インシデントを分析し、転倒転落予防対策の取り組みの評価を行った。結果、2015年4月に転倒転落インシデントが7件発生したが、2015年9月～11月にインシデント発生が0件となった。A病棟での転倒転落予防対策において、情報共有、アセスメント力不足の補完をすることは効果があった。転倒転落インシデントの分析を行いA病棟に特徴的な予防対策視点を周知することは転倒転落発生予防に効果があることが示唆された。

キーワード：転倒転落、インシデント、予防対策

## I. はじめに

転倒転落は患者にとって大きなリスクがある。A病棟では、過去に転倒によるⅢb以上の事例報告もあり発生防止が重要である。以前は毎週水曜日に転倒転落防止分析シートを用いて全患者を一律に評価していた。2013年の病院機能評価を機会に、患者の状態に合わせて転倒転落リスクを評価することが重要であると考え、それ以降、A病棟では術後の安静度拡大や発熱等の患者の状態変化に合わせ、転倒転落リスクの高い患者を対象に転倒転落カンファレンス(以下カンファレンス)を毎日実施しアセスメントを行うようになった。また、対応策をベッドサイドに表示し経験年数の浅い看護師でも統一した対応ができるようにした。しかし、2015年4月に転倒転落インシデント(以下インシデント)が7件と増加したため、発生したインシデントの発生状況調査と内容分析を行い、削減のための取り組みを行った。

## II. 方法

### 1. 研究期間：

- 1) 2015年4月1日～5月1日：2015年4月に起きたA病棟のインシデントを分析し予防対策を立案
- 2) 2015年5月1日～11月末日：インシデント予防対策を実施し、インシデントデータを収集

### 2. 方法：

### 1) 研究期間：2015年4月1日～5月1日

- (1) 2015年4月にインシデントが増加した。  
調査・分析を行い、カンファレンスで検討すべき内容を抽出した。
  - ①インシデント発生状況
  - ②インシデント発生時間帯
  - ③インシデント発生時の患者の状態(術後、処置後、発熱時、麻薬使用中、高齢等)
  - ④当該看護師の経験年数

### 2) 研究期間：2015年5月1日～11月末日

- (1) 2015年5月1日から、インシデントのデータ収集を開始し分析を行った。
- (2) 病棟会で、インシデント分析結果およびカンファレンスでの転倒転落アセスメントの視点を病棟看護師に周知する。
- (3) カンファレンスを実施する。
  - ①カンファレンス記録方法は、テンプレート記録を用いる(図1)。
  - ②経過表に「転倒転落カンファレンス」と付箋表示をし、カンファレンス実施したことが一目でわかるようにした(図2)。
- (4) カンファレンスで決定した対応策を患者の承諾を得てベッドサイドに明示した。

## III. 倫理的配慮

インシデントレポートおよび電子カルテから患者氏名、ID、年齢など個人が特定される情報を抜いて、データを収集した。データには個人情報掲載されないようにした。研究目的以外

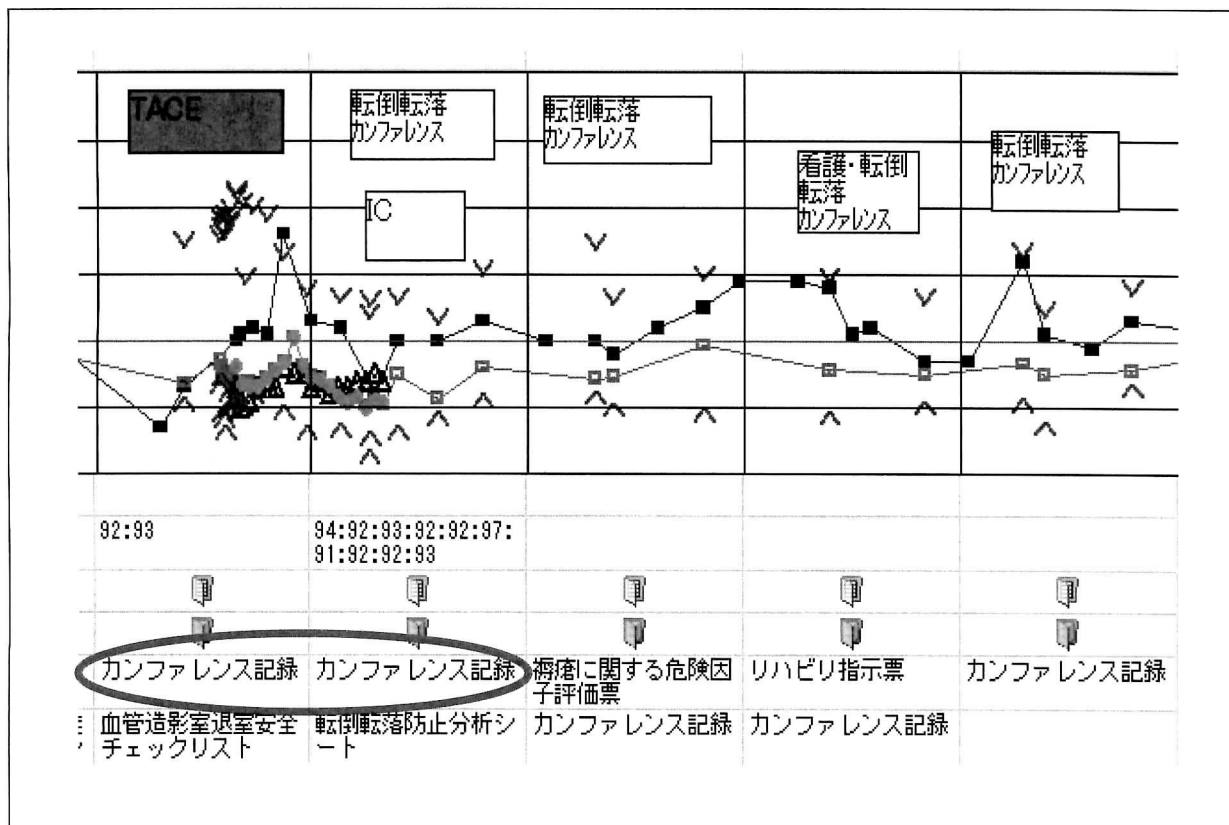


図1 A病棟の転倒転落カンファレンス記録 経過表

【カンファレンス記録】

01版  
作成

カンファレンス記録

【カンファレンス名】  
転倒転落

【日時】

【場所】  
病棟カンファレンス室

【参加者(職種)】

【記載者】

【カンファレンス内容】  
初回TACEであり治療後の安静などがイメージつかないと表出あり。また高齢でもあるため転倒転落リスクも高い。安静度が守れない可能性がある。予防的に体動センサー装着する。

【計画・方針】

【その他】

TACE 当日のカンファレンス記録

【カンファレンス記録】

01版  
作成

カンファレンス記録

【カンファレンス名】  
転倒転落

【日時】

【場所】  
病棟カンファレンス室

【参加者(職種)】

【記載者】

【カンファレンス内容】  
高齢であり、治療による発熱あるため、歩行時付き添い歩行、常時体動センサー継続する。コール依頼し明日再度評価する。

【計画・方針】

【その他】

TACE1 日目のカンファレンス記録

図2 A病棟の転倒転落カンファレンス テンプレート記録

には使用しないようにした。病棟から持ち出しのできないパソコンにデータを保存し、研究終了後に全て破棄した。

#### IV. 結果

A病棟での4月のインシデント発生状況を分析したところ、転倒要因はM勤務から夜勤帯での発生が92%であった。排泄に関連したインシデントが92%であった。同一患者が複数回転倒しており、転倒前の危険度はⅡ、Ⅲであった。当該看護師のA病棟経験年数は4年以下であった。

病棟会でインシデントの分析結果を周知し、患者の状態に合わせて毎日カンファレンスを行い対策を実施した結果、研究期間中のインシデント発生件数推移を見ると、2015年9月～11月にA病棟インシデント発生が0件であることがわかった（図3）。

A病棟のインシデント発生率は、2014年度は1.91%、2015年度（11月まで）は1.29%であった（表1）。

#### V. 考察

A病棟では2015年9月～11月にインシデント発生が0件であり、院内のインシデント発生率に比較し低い。更に、同一患者が複数回転倒することがなくなった。

以上の分析結果から、A病棟での転倒転落予

防対策について、二つの効果があったと考える。

一点目は、情報共有の効果である。病棟会でインシデントの分析結果を周知したこと、患者の状態に合わせて毎日カンファレンスを行い、夜勤から日勤・日勤から夜勤へと患者の状況と対策が妥当であるかを申し送ったことが、情報共有につながったと考える。カンファレンスの記録方法として、テンプレート記録と付箋表示を活用し、患者の状態変化や経過に沿って対応策が経時で分かりやすくなったことも情報共有がしやすくなった要因である（図2、図3）。以前から患者の了承を得てベッドサイドに転倒転落予防の対応等を記載した用紙を明示していたが、カンファレンスを充実させたことにより、転倒転落予防のために統一した対応を取ることに意識が向くようになったと考える。そして、看護師間でカンファレンス通りに対応策を実施できるようになったと考える。

二点目は、アセスメント力不足の補完効果である。毎日複数の看護師でカンファレンスし、様々な視点でアセスメントすることで、経験の浅い看護師のアセスメント不足を補うことにつながり、患者の状態に合わせた対策をとることができたと考える。さらにペア検温時に2名の看護師が患者をみることで、リスク要因や対策のアセスメントに役立った。

三竹らは、「カンファレンスで看護計画の評価を行うことで、転倒・転落リスクのある患者の疾患や歩行状態、転倒・転落予防に対する患者自身の理解度などの情報を、それぞれの看護師が持ち寄り、情報を共有し、患者に対する共通認識を持つことができる。そのうえで、アイデアを出し合って患者に合わせた個別性のある転倒・転落予防対策を考え、その場でタイムリーに計画に反映させることで、どの看護師も統一した行動が取れるようになった」<sup>1)</sup>と述べている。経験の浅い看護師は一人で考え判断するのではなく、カンファレンスを通して複数の看護師のアセスメントを聞くことでアセスメント能力をつけ、転倒予防対策を考える力をつける機会となると考えられる。また、松島らは、「カンファレンスを充実させ、チーム全体で情報の共有と評価をすることで、看護チームが効果的な実践集団として機能する」<sup>2)</sup>と述べている。カンファレンスを行い、看護師間に転倒予防対応

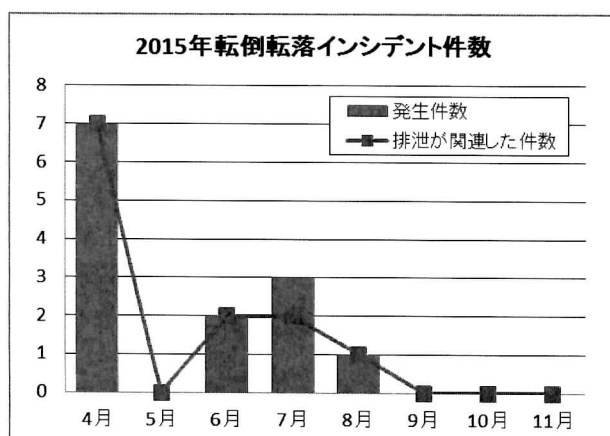


図3 A病棟の転倒転落発生件数推移

表1 転倒転落インシデント発生率

	院内	A病棟
2014年度	1.98%	1.91%
2015年度（11月まで）	—	1.29%

策を周知することで、看護師各々が共通認識を持って患者に関わることができ、統一した転倒予防対応策を取ることができ、インシデントの削減に効果があったと考えられる。

## VI. 結論

術後、状態変化、発熱等の患者の日々の状態変化に伴って、インシデントリスクをカンファレンスを通じて情報共有し、複数の看護師の視点でアセスメントし、予防対策をカンファレンス記録やベッドサイド表示を通じて病棟看護師に周知することは転倒転落発生予防に効果がある。

## 引用文献

- 1) 三竹香・竹島裕恵・大谷麻里子・他：転倒・

転落に対する看護師の意識変化—定期的なカンファレンスで看護計画の評価を行って—, 第43回日本看護学会論文集(看護総合), p.263-266, 2013.

- 2) 松嶋千恵・中村恵子・加納恵理・他：転倒・転落リスクの高い患者に対するカンファレンスの効果—カンファレンス実施前後の看護師の認識と行動の変化—, 第40回日本看護学会論文集(看護総合), p.66-68, 2009.

## 参考文献

木下美佐子：病棟全員参加のグループ編成導入による防止対策, 看護, 56 (13), p49-53, 2004.

稲垣一美：排泄行動に注目した転倒・転落の防止対策, 看護, 56 (13), p43-48, 2004.