

インシデントレポートから見た転倒転落

医療安全管理部 平林可寿子

キーワード：転倒転落 排泄 トイレ

I. はじめに

当院では、副看護師長を中心に2000年から転倒転落の実態調査が進められ、報告も行われてきた。また、転倒転落研究グループは泉らの改訂版転倒転落アセスメントスケールをもとに高度医療が行われている特定機能病院でのアセスメントツール使用の妥当性についても研究を行っていた。そして、本年9月から転倒転落のアセスメントツールの使用が開始となった。看護部教育委員会では、金沢大学の泉キヨ子氏を招いて転倒転落についての講演会や病棟での取り組みを共有するためシンポジウム、さらに安全管理部では看護師のヒヤリハット1万事例について分析した杏林大学の川村治子氏を招き、転倒転落事故の発生要因と対策についての講演会も行った。転倒転落に関心を注ぐ様々な取り組みが行われて来たが、転倒転落の報告は患者の行動と関係するためなかなか減少しない。そこで、報告されたインシデントから転倒転落の実態を調査した。

【インシデントの定義】

患者の診療やケアにおいて、本来あるべき姿から外れた行為や望ましくない事態の発生、障害や過失の有無を問わない。

【インシデントの影響度レベル】

レベル0：患者には実施されない、レベル1：患者への実害はない、レベル2：処置や治療は行わなかった（安全確認のための検査などは生じた、患者観察の強化など）レベル3a：簡単な治療や処置を要した（湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与）、レベル3b：濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、骨折など）、レベル4a：永続

的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題を伴わない、レベル4b：永続的な障害や美容上の問題を伴う、レベル5：死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）。

【倫理的配慮】

インシデントレポートは安全管理部員によって、報告された内容をサマリ化している。また、インシデントレポートには報告者の名前は記載されていない。

II. 方法

1. 対象

インシデントレポート

2. 調査期間

2000年6月～2004年8月

3. データ収集

- ・インシデントサマリをインシデント分析ツールを使用して転倒転落について項目ごとに集計した。
- ・インシデントサマリ内容検索から転倒転落と排泄に関連するキーワードを調査した。

4. データの比較

III. 結果

インシデント報告が始まった2000年6月から2004年8月までの3314件のうち転倒転落686件について集計した。

1. 転倒転落集計（総数と本年4月から8月分）

1) 曜日別集計

全報告の曜日別では金曜日が最も多く115件（16%）、日曜日が85件（12%）で最小であった。本年4月から8月の報告数では、金曜日、火曜日が共に23件（19%）、日曜日が13件（11%）であった。（図1）

2) 勤務時間帯別集計

全報告では深夜帯 272 件(40%)、日勤帯 253 件(37%)、準夜帯 161 件(23%)、本年 4 月から 8 月までは深夜帯 46 件(38%)、日勤帯 49 件(40%)、準夜帯 27 件(22%)であった。(図 2)

3) 発生場所別集計

全報告で病室 503 件(72%)、廊下 80 件(12%)、トイレ 31 件(4%)であった。本年 4 月から 8 月の報告では、病室 91 件(73%)、廊下とトイレともに 9 件(7%)であった。(図 3)

4) リスクの予見別集計

全報告で予見できた 520 件(76%)、できなかった 166 件(24%)、本年 4 月から 8 月では予見できた 93 件(76%)、できなかった 29 件(24%)であった。(図 4)

5) 患者の信頼度別集計

全報告で大きく損なう 244 件(36%)、少し損なう 290 件(42%)、余り損なわない 152 件(22%)、本年 4 月から 8 月では大きく損なう 44 件(35%)、少し損なう 49 件(40%)、余り損なわない 29 件(24%)であった。

6) 事故の危険度別集計

全報告で極めて高い 380 件(56%)、高い 240 件(35%)、可能性あり 64 件(9%)、低い 2 件、本年 4 月から 8 月では極めて高い 61 件(50%)、高い 45 件(37%)、可能性あり 16 件(13%)であった。(図 5)

7) その時の自分の健康状態別集計

全報告では良好だった 478 件(49%)、肉体的に疲労していた 190 件(19%)、精神的に疲労していた 97 件(10%)、本年 4 月から 8 月では良好だった 88 件(53%)、肉体的に疲労していた 31 件(18%)、精神的に疲労していた 16 件(10%)であった。(図 6)

8) 原因の考察別集計

全報告では注意不足 370 件(28%)、観察不足 325 件(25%)、判断力不足 182 件(14%)、管理不足 105 件(8%)、患者に原因 98 件(7%)、説明不足 90 件(7%)となっていた。本年 4 月から 8 月では観察不足 66 件(25%)、注意不足 54 件(23%)、

患者に原因 41 件(18%)、判断力不足 21 件(9%)、管理不足 20 件(9%)、説明不足 14 件(6%)であった。(図 7)

9) 経験年数別集計

全報告の中で看護師の報告が 666 件、5 年未満 249 件(37%)、10 年未満 137 件(20%)、15 年未満が 113 件(17%)であった。本年 4 月から 8 月で看護師の報告が 118 件、5 年未満 47 件(39%)、10 年未満 25 件(21%)、15 年未満 18 件(15%)であった。(図 8)

10) 患者年齢別性別集計

70 代 248 件(35%)、60 代 148 件(22%)、50 代 106 件(15%)、80 代 63 件(9%)であった。本年 4 月から 8 月では 70 代 48 件(40%)、50 代 25 件(20%)、60 代 20 件(18%)、80 代 17 件(14%)であった。(図 9)

11) レベル別集計

全報告のレベル 0 : 1 件、レベル 1 : 289 件(43%)、レベル 2 : 265 件(39%)、レベル 3 a : 91 件(14%)、レベル 3 b : 26 件(4%)、レベル 4 以上はなかった。本年 4 月から 8 月では、レベル 0 : なし、レベル 1 : 70 件(58%)、レベル 2 : 17 件(14%)、レベル 3 a : 30 件(25%)、レベル 3 b : 3 件(3%)でその他 1 件でレベル 4 以上はなかった。(図 10)

2. 転倒転落と排泄

転倒転落のインシデントの中で、排泄やトイレと言う単語が報告内容にあったものは、2001 年 26 件 24% (全報告数 107 件)、2002 年 31 件 23% (全報告数 133 件)、2003 年 54 件 33% (全報告数 161 件)、2004 年 65 件 42% (1 月～8 月 155 件)であった。(図 11)

3. 障害発生数と排泄

2001 年インシデントレベル 3 b : 6 件で排泄に関連したものなし、2002 年インシデントレベル 3 b : 3 件で排泄に関連したものなし、2003 年インシデントレベル 3 b : 13 件で排泄に関連したもの 5 件、2004 年 8 月現在インシデントレベル 3 b : 4 件で排泄に関連したもの 1 件であった。

4. 排泄＋トイレの項目で見た転倒転落のキーワード（2004年4月～8月）

日勤帯18件の中では、熱、排泄へのこだわり、IVH・点滴中、薬（自力行動の低下）、下肢の浮腫、不隠、柵、自力行動、疾患による特性であった。準夜帯では化学療法・検査後、薬（自力活動の低下）、暗い環境、疾患による特性、患者の状態（機能の低下）であった。深夜帯では起床後、薬、自力行動へのこだわり、点滴中、患者の状態（機能低下）、柵、暗い環境、疾患による特性であった。

IV. 考察

インシデント全報告と2004年4月～8月の報告ともに準夜帯が少ないが、2000年に嶋¹⁾らが報告した当院の転倒転落の調査でも、曜日別の発生件数に差はなく、転倒転落の発生状況に大きな変化はないと考えている。転倒転落について予見している割合も70%以上と福間²⁾らの報告と同じ傾向であった。原因の考察で注意不足や観察不足、さらに管理不足や患者に原因、説明不足となっていることから、患者の危険を予測できても対策の立案や共有がまだまだ不十分であると考えられる。さらに患者の身体的要因や環境から危険を予知できる力も育てていかなければならないと考える。当院の事故防止マニュアルには、高リスク患者の把握や環境などの外的リスクの把握について記載されている。今回、排泄に関連した転倒転落のインシデントレポートでは身体的機能の低下や認知レベルの低下をきたす発熱、眠剤や麻薬などの使用は患者の環境の変化と高齢者による身体的能力の低下と重なり転倒の危険を高くしていると考えられるので、患者に危険を説明し、排泄への具体的な介入方法を話し合ふことが必要である。高橋や川村³⁾は患者の心理的な要因を見逃しやすいと述べている。脳血管障害や四肢機能の障害を受容できない患者にはなんでもこれまでどおりできると介助を求めない、これまで自立的に生きて

来た人は排泄を援助されることでプライドを損なう、病状の安定により、安静度が緩和されたり、ADLが拡大したため看護師の想像以上の行動をおこす、消極的遠慮がちな性格の人は看護師の手をわずらわせたくなくて転倒しやすい患者側の要因がある。転倒転落の報告の中で排泄に関わるものが23%から44%に増加しているが、排泄に対する患者のこだわりや自己能力の過大評価そして看護師への遠慮なども関係していると推測できる。転倒転落の発生は70代が最も多いが、60代を含めると60%以上を占める。夜間に排泄回数が多い高齢者に的を絞った対策、患者に適した対策になっているか検討していかなければならない。

V. まとめ

- ・ インシデントレポートの報告では60代以上で転倒転落発生率の60%以上を占めている。
- ・ インシデントレポートの報告では転倒転落の中で排泄に関する割合が増えている。

引用・参考文献

- 1) 嶋 由紀他：当院に於ける転倒転落の実態、第32回看護研究発表論文集、P71～74.
- 2) 間明美他：当院における転倒転落の実態（第2報）、第33回看護研究発表論文集、P16～19.
- 3) 橋知子・川村治子：多様な背景要因から転倒転落を予測する、Nursing Today Vol 15, No19, P20～24.
- 4) 川村治子：当院講演会資料 インシデント1万事例からの分析から
- 5) 泉キヨ子：転倒防止に関する研究の動向と今後の課題、看護研究 Vol33, No(3)P11～19.

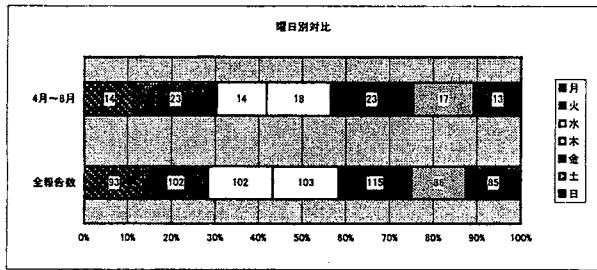


図1

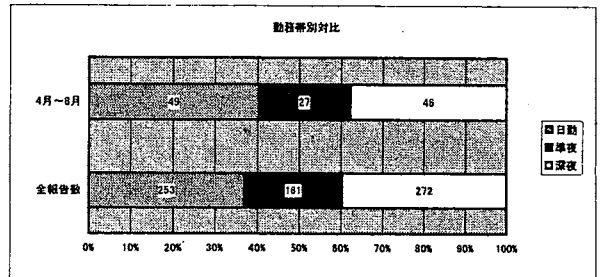


図2

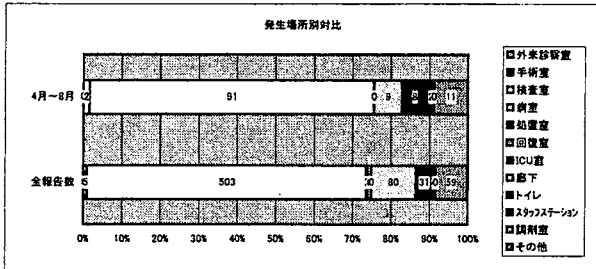


図3

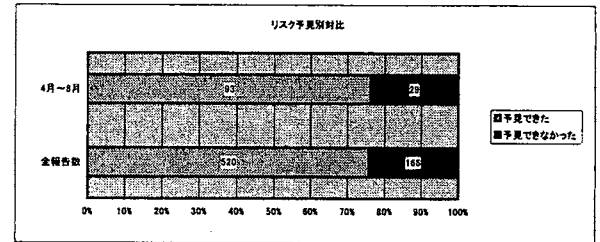


図4

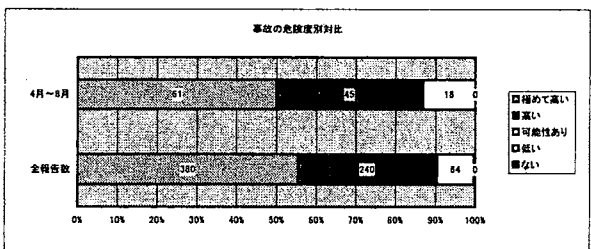


図5

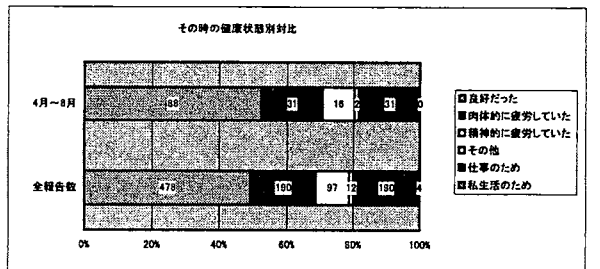


図6

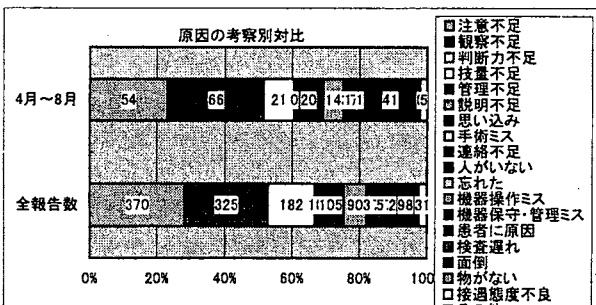


図7

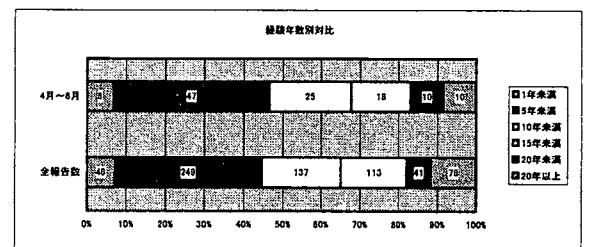


図8

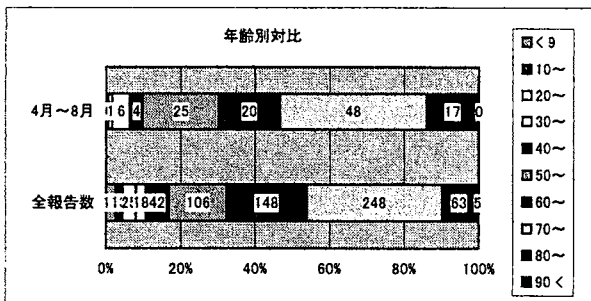


図9

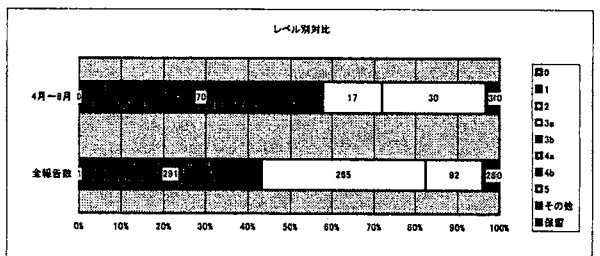


図10

障害発生数と排泄に関わる件数

期間	総数	排泄関連
2001年1月～12月	6件	0件
2002年1月～12月	3件	0件
2003年1月～12月	13件	5件
2004年1月～8月	4件	1件

排泄+トイレの項目で見た転倒転落のキーワード
(2004年4月～8月)

勤務帯	キーワード
日勤帯 18件	熱、排泄へのこだわり、IVH・点滴中、薬、下肢の浮腫 不睡、慣、自力行動、疾患による特性
準夜帯 11件	化学療法、検査後、薬、暗い環境、疾患による特性 患者の状態
深夜帯 27件	起床後、薬、自力行動へのこだわり、点滴中、 患者の状態、暗い環境、疾患の特性

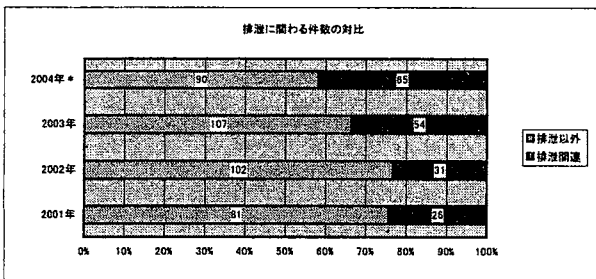


図11