

転倒・転落事故を 予防するために

全国1618件の調査結果から

全日本民主医療機関連合会

目次

発刊にあたって……………	1
転倒しやすい年齢……………	2
転倒しやすい疾患……………	3
発生しやすい日……………	4
起こりやすい時間帯……………	6
起こりやすい場所……………	7
起こしやすい原因となる行動……………	8
起こしやすい背景要因……………	10
調査結果の概要……………	12
提言／機敏なリスク評価と対策を……………	13
リスク評価表……………	14
患者（利用者）参加のよびかけ……………	15
チームでとりくむ……………	17
参考資料……………	18

発刊にあたって

全日本民医連安全モニター委員会では、2001年10月1日から2002年1月31日までの4ヶ月間モニター院所を対象に「転倒・転落調査」にとりくみました。この間に発生した全ての転倒・転落（インシデントも含む）事例について、所定の調査用紙に基づいて報告を寄せていただきました。寄せられた1618件（一般病床1,022件、療養他病床596件／療養他病床には老健施設など含む）の報告に関する分析は、全日本民医連看護活動研究交流集会やリハビリ研究会で報告されました。この小冊子は、分析結果を職場の学習や毎日の業務に役立てられるように作成したものです。

転倒・転落事故は重大な精神的・肉体的障害を引き起こします。安全な療養環境を整備し、転倒・転落事故を減少させることは療養を管理するものの責任としてとりくまなければならないと考えます。

各事業所で学習をすすめていただき、医療・介護実践に生かしていただければ幸いです。

転倒しやすい年齢

65歳以上の高齢者……………85%

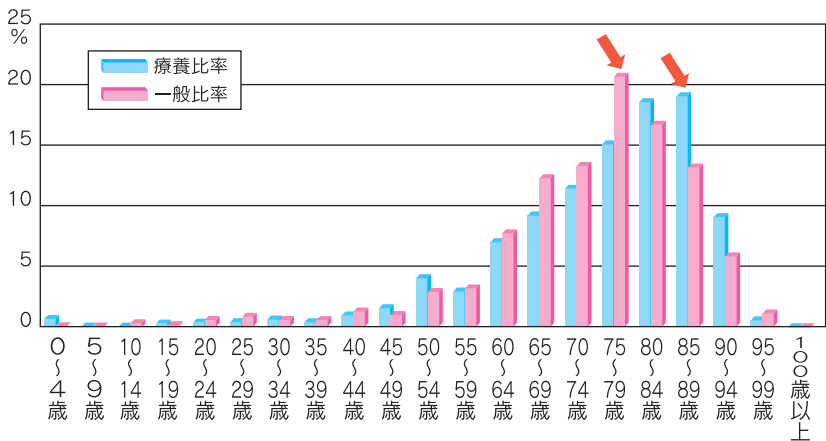
75歳以上の後期高齢者………62%

1618件の年齢構成をみると、65歳以上で84.5%、なかでも75歳以上の後期高齢者が61.9%を占めています。また、一般病床と療養他病床とを比較してみると(グラフ1)、一般病床では75~79歳にピークがありますが、療養他病床では80歳代にピークを示しています。

ちなみに、全日本民医連の全事業所を対象に行った2001年度医療活動調査の結果では、65歳以上の入院患者が52.9%を占め、そもそも転倒・転落のリスクを抱えた患者が多いと思われます。

今回の調査結果からは、性別による有意差はみられませんでした。

《グラフ1》 一般病床と療養他病床の年齢構成比



療養他病床が80歳代の高齢者に、一般病床は75~80歳にピークがある

転倒しやすい疾患

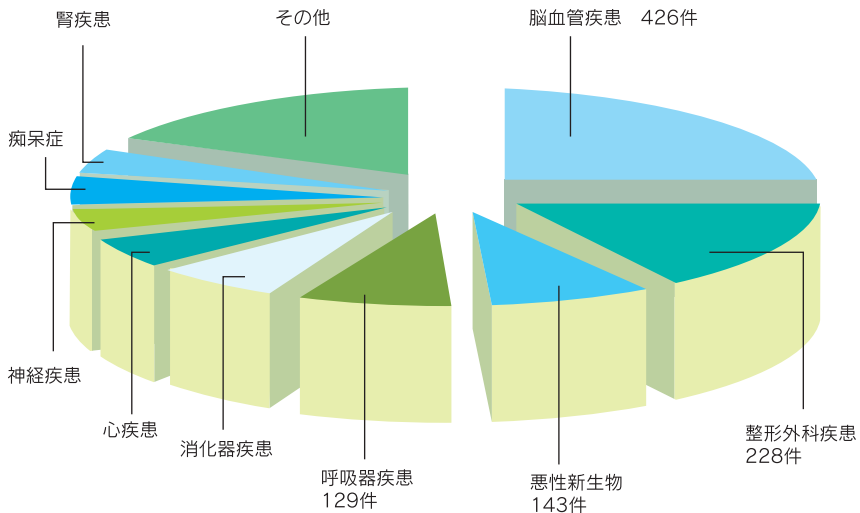
1. 脳血管障害
 2. 整形外科疾患
- } 1/3を占めます

脳血管疾患の患者が426名(26.3%)と約4分の1を占め、ついで整形外科疾患の患者が228名(14%)という結果でした。これらの疾患を持つ患者に対しては、特別の注意が必要です。



《グラフ2》

病名



発生しやすい日

1. 入院第1日目

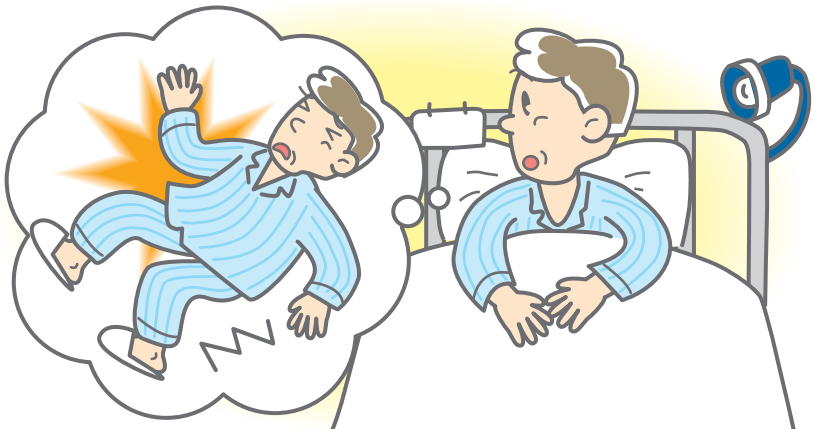
2. 転棟・転室した日

他の研究においても発生時期については入院後1週間以内が最も多いとの結果が出ていますが本調査においても同様でした。一般病床では入院から1週間以内の発生が29% (296件) を占め、この傾向がさらに鮮明となっています。全体では入院から3ヵ月までの期間で80% (1,296件) を占めています。

入院後1週間以内をさらに細かく見てみると、入院当日に集中していることがわかります。療養環境への適応が大きな要因かと考えられます。入院時点ですばやいリスク評価と対策を立てることが重要です。

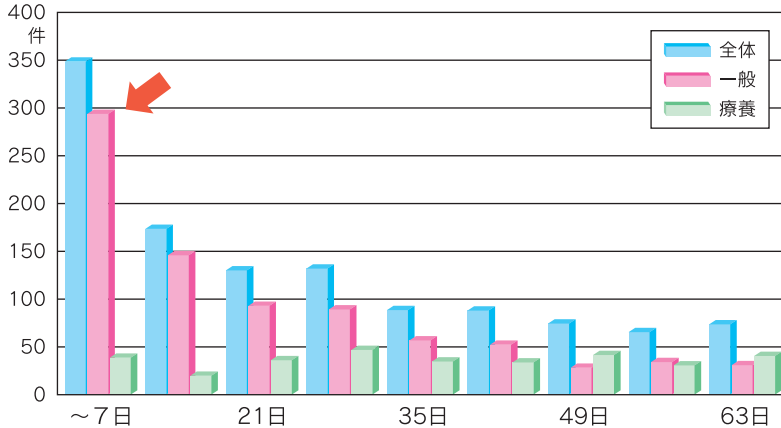
療養環境への適応という視点からみると、転棟・転室時のリスク評価も必要と考えられます。

療養他病床では中期～長期発生が多くなっていますが、それでも入院初期に比較的多い傾向がみられます。

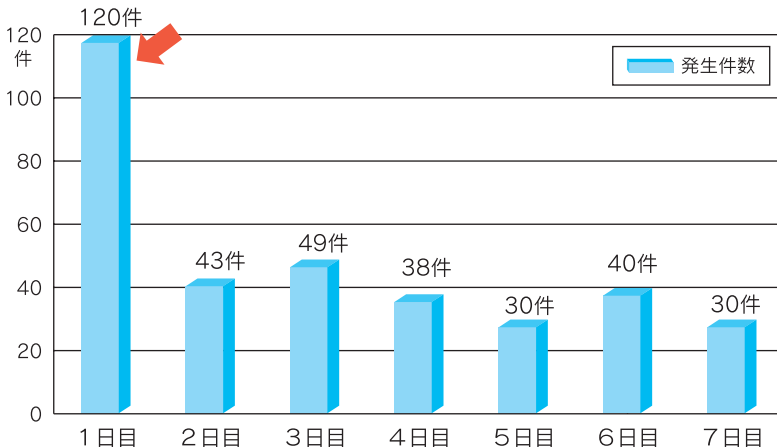


《グラフ3》

入院から発生までの日数



《グラフ4》 入院から発生までの日数（1週間）



1. 一般病床では7日以内の発生が296件、29%を占める。
2. その中で1日目の発生が120件、34%を占める。

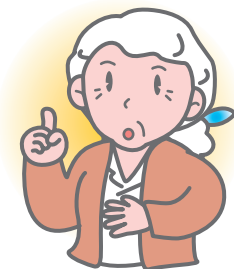
起こりやすい時間帯

1. 朝 4時～8時 (覚醒しないままトイレへ…)
2. 療養病床では昼間も注意！

20時から8時の夜間帯を中心として多い傾向にあります。一番多いのが4時～8時で、充分覚醒しきれない中で動き始めることが要因と考えられます。

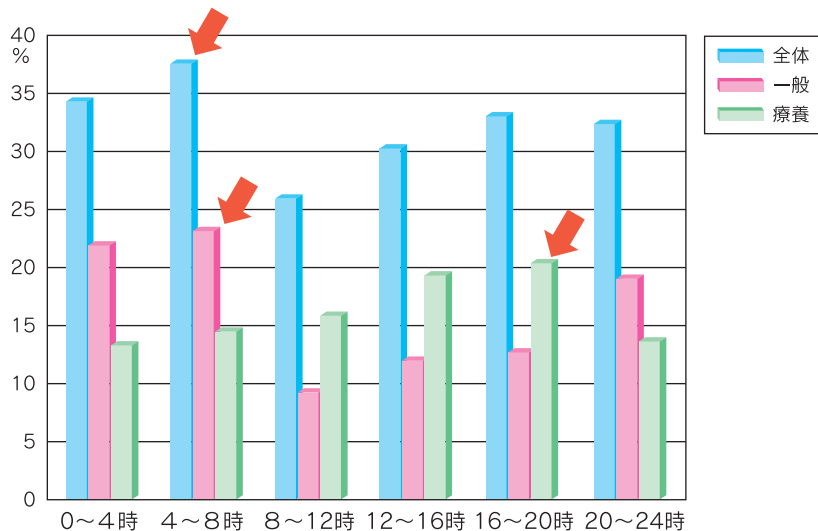
一般病床では夜間の発生がより顕著になっています。

療養他病床では活動している日中の時間帯に発生する比率が高くなっています。



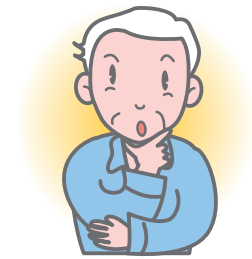
《グラフ5》

発生時間帯



起こりやすい場所

1. 病室 73%
2. 廊下 9%
3. トイレ 8%

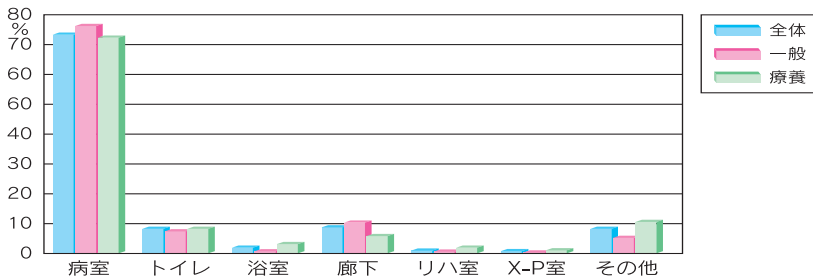


全体の73%が病室での発生、ついで廊下9%、トイレ8%となっています。

病室内の環境整備をはじめとした対策が求められます。

《グラフ6》

発生場所



発生時の 職員の状況

9割以上が職員がいないところで転倒している

要注意 目を離したすきに

病院や、施設の看護・介護体制からみて転倒が職員のいないところで多く発生しています。移乗や移動時に介護・見守りが必要であったにも関わらず、「他の患者さんに呼ばれて」「電話対応」などでちょっと目を離したすきに転倒していたという事例が目立ちます。必要な患者さんの介護や見守り中に、その仕事が終わるまで他の業務を割り込ませないことが大切です。

発生時の職員の状況

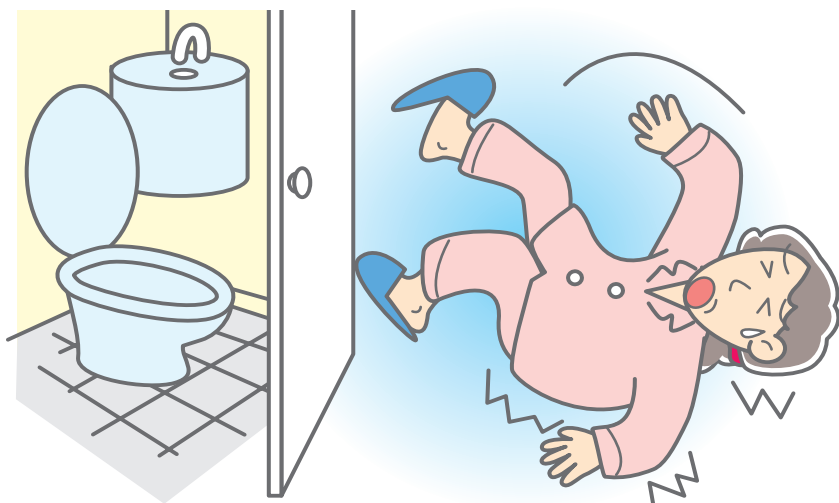
発生時の職員の状況	件数	割合
側にいた	126件	7.8%
側にいなかった	1,492件	92.2%

起こしやすい原因となる行動

- | | |
|---------|-----|
| 1. 排泄行動 | 42% |
| 2. 不穏行動 | 14% |
| 3. 移乗 | 12% |

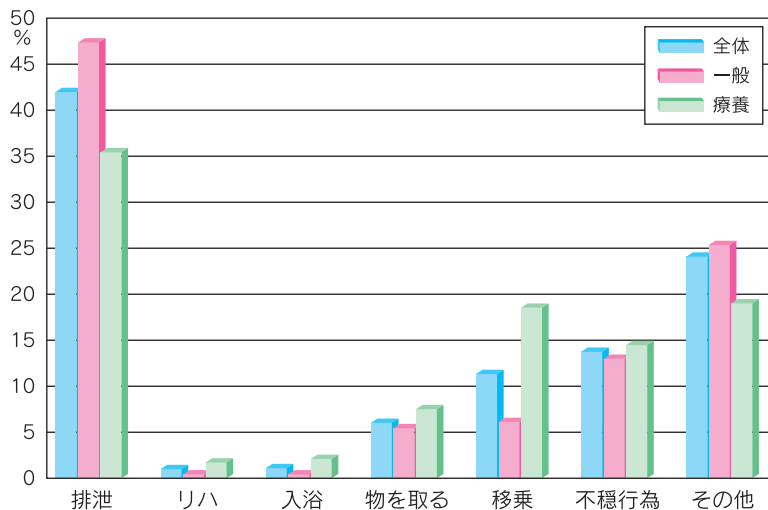
他の研究の結果と同様に排泄関連行動が原因になっていることがはっきりと示されています。一般病床では特に顕著で、療養他病床では移乗による転倒・転落も比較的多く見られます（グラフ7）。排泄と時間帯の関係をみると、夜間帯の発生が目立っています（グラフ8）。

排泄行動は必須の生理的行動で、夜間など条件が悪くても切迫感をともなって動かざるを得ません。また、介助項目のなかで「他人の世話になりたくない」と感じるもののトップに挙げられ、充分に出来なくても自分でしようと頑張ってしまうこともあります。患者（利用者）個々の排泄リズムをつかんだケアが必要です。



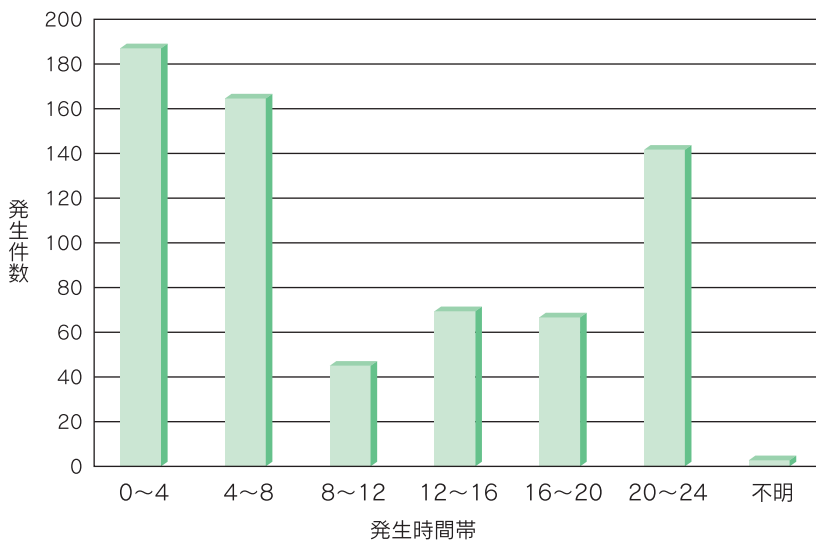
《グラフ7》

発生時の原因行動



《グラフ8》

排泄と発生時間帯の関係



起こしやすい背景要因

- * 尿便意がある (62%)
- * 転倒経験がある
- * 補助器具を使用して歩行している
- * 慎重性に欠ける
- * 脳血管障害のため感覚・運動障害がある

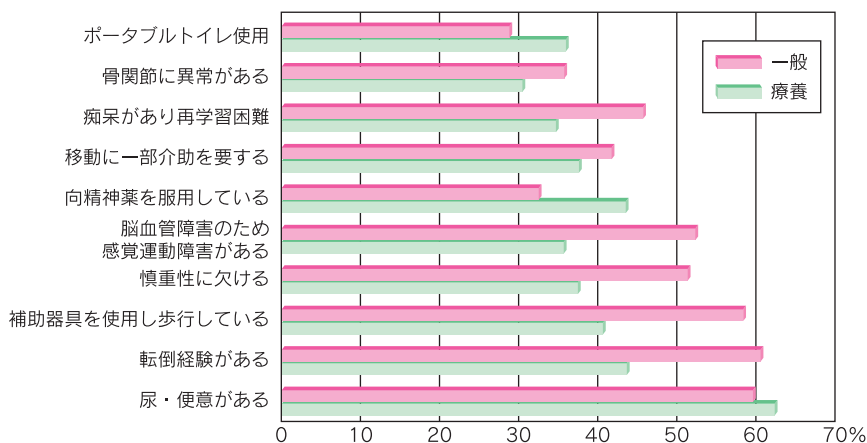
- * 眠剤や向精神薬を服用している
- * 移動に一部介助を要する
- * 痴呆があり再学習が困難
- * 骨・関節の障害がある
- * ポータブルトイレを使用している

以上の背景要因を一つでも持ったものは全体の98%にのぼり、これらの背景要因を事前に把握することが転倒・転落の防止策につながると考えられます。

また、一人当たり5～7個の背景要因を持っている場合が多く、平均は6.3個でした。転倒・転落の背景要因については一つだけという場合は少なく、いくつかの要因が影響しあっていることがわかります。

《グラフ9》

背景要因の構成比

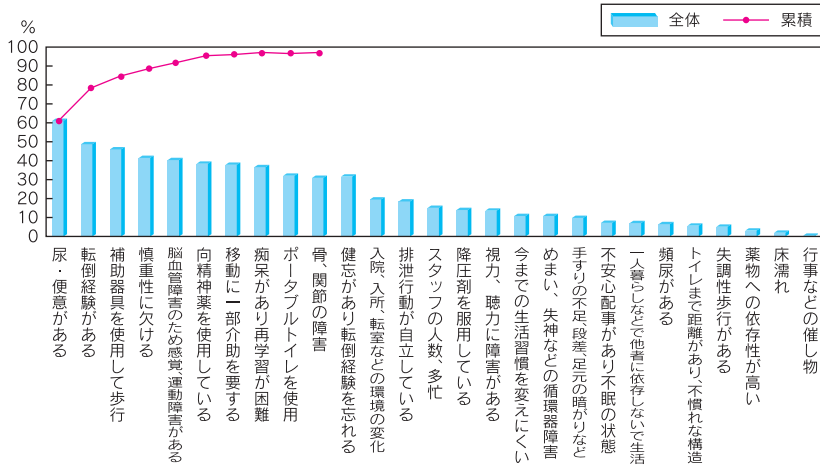


背景要因の調査にあたって、川島和代氏「高齢者の転倒を防ぐためのナースの判断過程」(Expert Nurse Vol12.NO7 1996に掲載)を参考にしました。

《グラフ10》

背景要因

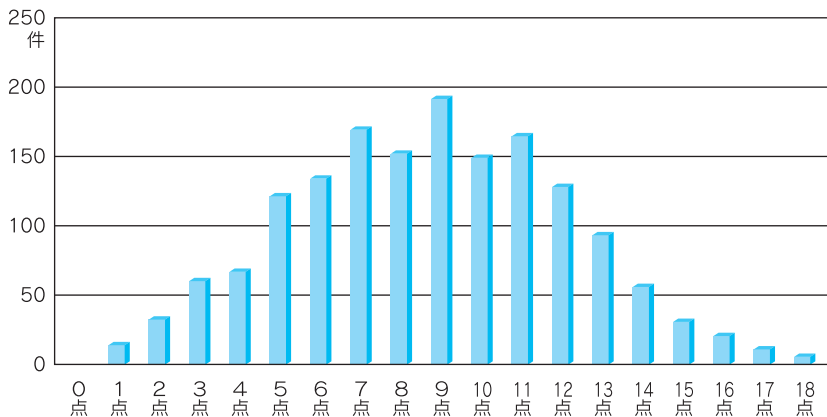
各背景因子ごとの比率 (%)



※尿・便意、転倒経験、補助器具、慎重性欠如、脳血管障害、向精神薬使用、要一部介助、痴呆、ポータブル便器使用、骨関節疾患などで98%をカバーする。

《グラフ11》

リスク点数分布

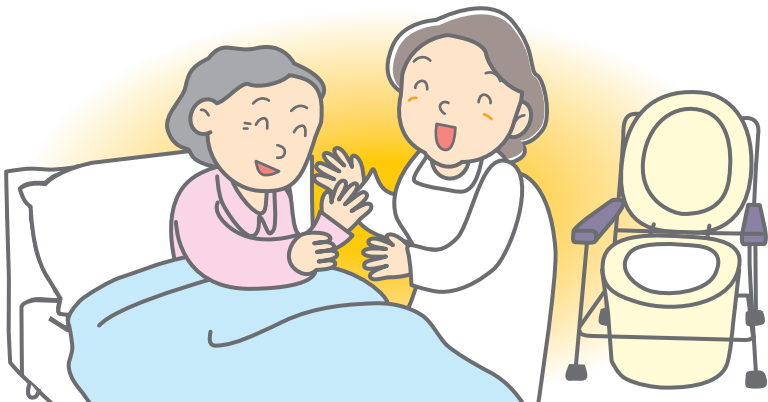


※ 5点以上で全1618件の89%をカバー。

※ 9点以上で全1618件の53%をカバー。

調査結果の概要

1. 高齢者、特に後期高齢者に多くみられます。性別による差はほとんどありませんでした。
2. 特に一般病床では夜間から早朝にかけて多く発生しています。
3. 療養病床ではさらに後期高齢者が多くなり、発生時間帯の差は少なくなります。
4. 入院初期に発生しやすく、入院当日に最も多く見られます。特に一般病床ではその傾向が顕著です。
5. 原因行動としては排泄行為に関わる事例が多く42%を占めています。
6. 病室での発生が圧倒的に多く、73%を占めています。
7. 90%以上が職員がそばにいない状況で発生しています。
8. 背景要因として、尿便意がある、転倒経験がある、補助器具を使用、慎重性に欠ける、脳血管障害のため感覚・運動障害がある、向精神薬を使用、移動に一部介助を要する、痴呆がある、ポータブルトイレを使用、骨・関節の障害がある、などが見られました。
9. 重症度別の各種指標には有意な差は見出せず、転倒による障害は転倒過程の偶発的事象に左右されると思われます。



提 言

機敏なリスク評価と対策を！

1. 入院、転室、転棟が発生した時点で直ちに転倒リスクを評価する。
2. 病状が変化(改善、悪化、服薬変更など)した時点で、新たにその都度転倒リスクの評価を行う。
3. 転倒リスク評価表は、できるだけ簡便で有効なものを使用する。(評価案参照、各事業所独自で工夫を)
4. 評価でハイリスクと判断された患者(利用者)には個別に対策をたて、医師・薬剤師・リハビリスタッフなどと集団で共有できるしくみをつくる。(マーキングや看護計画への反映)

特に、排泄行動について把握と対策を重視する。

5. 個別対策について
 - ・患者(利用者)や家族への説明と参加
 - ・病室(トイレや看護室からの距離)の工夫
 - ・病床(壁との関係、高さ、ベッド柵、ナースコール)の工夫
 - ・ベッド周辺の整備(ポータブルトイレ、尿瓶、床マット、車椅子、足元照明の工夫、危険な突起や障害物の除去、ストッパーをかけるなど)
 - ・必要な医療用具の工夫(離床センサー、ヘッドギア、ヒッププロテクターなど)
 - ・適切な巡視と介護介助

☆4本柵や抑制は、重大な事故につながる危険性があることを認識して対応する。

リスク評価表

調査結果から、12項目のハイリスク要因を抽出してリスク評価表(案)を作成してみました。各事業所・職場の機能や患者層にあわせて、独自に工夫してみてください。

リスク評価(案) 転倒・転落事故半減のために

項目	回答		
1. 年齢	0: 65歳未満	1: 65~74歳	2: 75歳以上
2. 入院、転室、転棟からの日数は	0: 8日以降	1: 1~7日	2: 当日
3. 尿や便意があるか?	0: いいえ		2: はい
4. 半年以内の転倒経験があるか?	0: いいえ		2: はい
5. 杖や車椅子、装具などの補助器具の使用	0: ない		2: ある
6. 脳血管障害による運動や感覚障害	0: ない		2: ある
7. 眠剤や安定剤など向精神薬の服用	0: ない		2: ある
8. 痴呆や軽度の意識障害があるか?	0: いいえ		2: はい
9. 移動に一部介助を要する状態か?	0: いいえ	1: はい	
10. ポータブルトイレを使用しているか?	0: いいえ	1: はい	
11. 慎重性に欠ける	0: いいえ	1: はい	
12. 骨関節の病気があるか?	0: いいえ	1: はい	
小計	0点	点	点
合計	0点	点	点

5~8点	要注意
9点以上	嚴重注意/具体的対策

患者(利用者)参加のよびかけ

患者(利用者)、家族へも転倒・転落防止の協力をよびかけ、安全な医療にもともに参加してもらいましょう。

参考に、ある病院で実際に使用している呼びかけポスターをご紹介します。

《例1》

患者および家族の皆様へ 転倒・転落防止へのご協力とお願い

このたびの入院にあたり、入院中起こりうる転倒・転落事故について、患者ご家族の皆様にも知っていただき、事故防止のためにご協力をお願いしたいと思います。

私達は転倒・転落を防ぐために日々努力をしていますが、01年12月～02年5月までに6件の骨折事故が起きています。

<転倒・転落事故が起こりやすい状況とは>

患者さんがもつ危険性

- ・患者さんが病状の理解ができず無理に動いてしまうとき。
- ・入院により痴呆症状が悪化したとき。
- ・平衡感覚の障害や麻痺で立ち姿勢でのバランスが不良なとき。
- ・足腰の筋力が低下しているとき。
- ・患者さんが遠慮してナースコールをできなかったとき。

環境による危険性

- ・夜間体制で、職員が手薄になるとき。
- ・床の濡れや、ワックスなどで滑りやすい環境において。
- ・固定が悪いベッドや床頭台につかまり、立ちあがるとき。
- ・段差や物につまずくとき。

<次の点でご協力をお願いいたします>

- 1) これまで転倒・転落を起こしたことがある場合は、その情報を職員にお伝えください。
- 2) 病状によって落ち着かない場合には鎮静剤を使用したり、やむを得ず抑制をすることがあります。
*〇〇病院では人権擁護のため抑制廃止を旨としておりますが、上記の状況においては転倒・転落の危険が発生しています。患者さんの安全のために、抑制をする場合は患者・ご家族の方に事前にご相談いたします。
*なお、緊急時は、抑制を開始後にご報告する場合もございます。ご了承ください。
- 3) 安全上、家族の方の付き添いが必要と判断した場合はご協力をお願いすることがあります。ぜひご協力をお願いいたします。

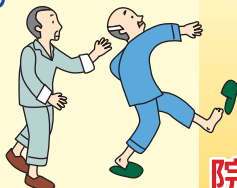
〇〇病院 医療安全推進委員会
転倒・転落防止プロジェクトチーム

入院患者さんへ

転んでからでは遅い

スリッパやサンダルは止めましょう

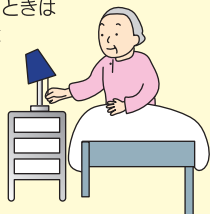
スリッパやサンダルは脱げやすく、思わぬ所でつまずいたりしやすいので、ちゃんとした靴を履きましょう。



ベッドからの起き上がり、夜のトイレは足元に注意して

ベッドから起きあがるとき、特に、夜間にトイレに行くときは足元に十分注意

しましょう。枕元の明かりをつけて移動しましょう。



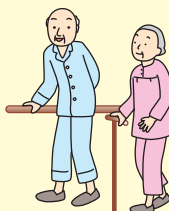
床は濡れていないか、階段はないか確認して歩きましょう。

床が濡れていますと滑りやすく危険です。配膳車の周囲やトイレ、洗面所など水回りでは特に注意しましょう。



手すりや杖を利用しましょう

廊下や階段は手すりを持って移動しましょう。大丈夫と思っても寝ていても体力は落ちています。



足元がふらつく作用がある薬を飲んでいませんか。

眠れないときの薬を飲むと、体に力が入らないことがあります。寝る支度をすま

せてから飲みましょう。また眠れないからといって勝手に量を増やすことは止めましょう。



不安な時は、主治医、看護師に相談しましょう。

不安なときは、主治医、看護師に遠慮なく相談しましょう。



院内での転倒予防のために

チームでとりくむ

転倒・転落事故防止のためには、看護師・医師・薬剤師・P T・O Tなど、複数の職種の間わりが重要です。職場横断的な対策チームを組織してとりくみを始めている事業所もあります。各職種の専門知識を生かして事故の内容を検討することで、背景要因を把握しやすくなると同時に、各職種の実情も理解でき職種連携が取りやすくなります。チームの活動は職場にフィードバックされ、メンバーのモチベーションも高まります。例として、ある病院の転倒・転落チームの体制と活動をご紹介します。

《構成委員》* 医師 * 管理看護師 * 看護師 * 理学療法士

《会議日程》* 第2,4木曜日13:00~14:00 他 随時

《目的》転倒・転落事故防止のために事故の内容を検討し、リスク管理の方向から事故の減少を見出せる。

《目標》

1. あっとはっと・医療事故情報を収集し、伝達して事故を共有する。
2. 報告内容から傾向と対策を分析し、必要な対策指導と情報提供ができる。
 - ①現場の状況に共通する問題はないか。
 - ②システム管理上検討すべきことはないか。
 - ③職員教育上検討すべきことはないか。
 - ④他職種との連携上検討すべきことはないか。
 - ⑤その他
3. それぞれの現場で事故防止が行える。

《行動計画》

- ①月毎の転倒・転落報告件数をまとめる。
- ②内容を目標にそって検討する。
- ③職場で検討された対策やマニュアルを検討する。
 - * リスクの把握→アセスメントシートの活用と初期ケアプラン作成
 - * 安全な環境→環境整備の工夫、危険場所を察知できる対策
 - * 用具の整備→手摺、ポータブルトイレ、滑り止めマット他
 - * 安全な看護技術の提供→学習、実習
 - * ADL・ケアプランの共有→シグナル等での表示
 - * 筋力維持→トレーニングの計画
- ④事例検討をし現場のカンファレンスに参加、指導・援助にあたる。
- ⑤病院、部署の環境調査。点検活動。

【参考資料】

日常業務の中に転倒・転落事故防止の視点を根づかせることが大切です。ご参考に、いくつかの院所で使用しているアセスメントスコアシート、チャートなどをご紹介します。

転倒・転落のアセスメント・スコアシート

分類	該当項目(特徴)	評価スコア	/	/	/	/
年齢	①70歳以上	2 該当				
既往歴	①転倒・転落したことがある ②失神したことがある	2 どちらか該当				
感覚	①視力障害がある ②聴力障害がある	1 どちらか該当				
機能障害	①麻痺がある ②しびれ感がある ③骨・関節に異常がある	3 どれか該当				
活動領域	①足腰の弱り、筋力の低下がある ②車椅子・杖・歩行器を使用している ③移動に介助が必要である ④ふらつきがある ⑤寝たきりの状態である	3 どれか該当				
認識力	①見当識障害・意識混濁・混乱がある ②痴呆がある ③判断力、理解力の低下がある ④不穏行動がある ⑤記憶力の低下があり再学習が困難	4 どれか該当				
薬剤	①鎮痛剤使用 ②麻薬剤使用 ③睡眠安定剤使用 ④抗パーキンソン剤使用 ⑤降圧剤使用 ⑥化学療法している	1 それぞれ該当するごとに				
排泄	①尿・便失禁がある ②頻尿である ③トイレ介助が必要 ④尿道カテーテル留置 ⑤夜間トイレに行く ⑥トイレまでの距離がある	2 それぞれ該当するごとに				
スコア計						
危険度	危険度Ⅰ(0～5点) : 転倒・転落を起こす可能性がある 危険度Ⅱ(6～15点) : 転倒・転落を起こしやすい 危険度Ⅲ(16点以上) : 転倒・転落をよく起こす					

転倒・転落の危険防止対策

	危険度Ⅰ	危険度Ⅱ	危険度Ⅲ
患者の観察	<ol style="list-style-type: none"> 1. ADLの評価、自立度を把握する。 2. 排泄の頻度、時間などのパターンのアセスメントおよび男女のフィジカルアセスメントを加味した状態把握をする。 3. 鎮静剤、睡眠剤などの服用後はその影響をアセスメントする。 	<p>危険度Ⅰに加えて</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ADLに変化がないか観察する。 2. 全身状態の把握から起こりうる認識力の変化などを予測する。 	<p>危険度Ⅱに加えて</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医師を含めたチーム全体で連携して、観察できるよう協力を得る。
環境整備	<ol style="list-style-type: none"> 1. シフトが替わる毎に担当者は以下のチェックをする <ol style="list-style-type: none"> ① ベッドの高さ、ストッパー固定の確認。 ② ベッド周囲の障害物の確認整理 ③ ナースコール、ポータブルトイレの適切な位置の確認。 2. 患者さまの身の周り、床頭台に必要なものの確認と整理。 	<p>危険度Ⅰに加えて</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者さまの安全を確認できるよう照明の工夫。 2. オーバーテーブル、点滴スタンドは、可動性のないものと交換する。 3. 離床センサーマットなどの使用を検討する。 	<p>危険度Ⅱに加えて</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ナースステーションに近い観察の目が行き届く部屋への転室。 2. ベッド周囲にマットなどを用い打撲のショックをやわらげる工夫をする。 3. 必要時は、ベッド使用を中止し、畳や床敷きマット上での療養とする。
指導・援助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 排泄パターンに基づいたタイムリーな誘導。 2. 適切な衣類、履物の選択の指導 3. ベッド、周辺の器具、装置、ナースコールなどの使用方法の説明。 4. 日中の離床を促し、昼夜のリズムをつける。 * 起きる(人間は座って目覚める)・口から食べる・トイレで排泄する・風呂に入る・活動する(散歩するなど)の5つの基本ケアを病状に合わせておこなう。 5. 家族、チームメンバーと事故の危険性を共有し、理解を得る。 	<p>危険度Ⅰに加えて</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ナースコールには素早く対応する。 2. 患者さまに理解できるよう相手のペースにあわせた十分な説明、誘導を行う。 3. 歩行時の指導と見守り。 4. トランスファー時の見守り、あるいは正確な技術での介助。 5. 頻回な巡視を行う。 	<p>危険度Ⅱに加えて</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 車椅子使用時には座位安定保持が可能な補助具を使用し、見守りをする。

「横浜市立市民病院作成より一部変更」の一部変更

転倒・転落標準看護計画表

記入の仕方：日付を／入れ必要項目にシ点をする。

レベル	1、転倒に関連する要因の排除・改善	／	／	／	／	／	／	／	／
I II	1) 機能訓練→運動療法などのPTの協力								
I II	→環境整備などのOTの協力 ①ベッドの選択								
I II	②排泄の方法の選択								
I II	③手摺の選択								
I II	④その他：								
I II	2) 服薬内容と副作用の確認→医師・薬剤師に報告する。								
I II	3) アセスメントで指摘された転倒の誘因となる環境の改善、障害物の除去								
I II	①サイドテーブルのストッパーの固定								
I II	②点滴スタンドは使用しない。								
I II	③病室入り口のドアを固定する。								
I II	④ベッドサイドの障害物の整理・整頓								
I II	⑤ナースコールを手元に置く。								
I II	⑥その他：								
I II	4) アセスメントで指摘された内容の改善								
I II	5) その他：								
2、転倒・転落を起こしやすい場面での介助									
I II	1) 患者が転倒しやすい場面：_____の見守りや介助								
I II	2) その他：								
3、職員の見守り・支援体制の強化									
I II	1) 転倒リスクの高い患者のベッドサイドにシグナルを表示する。								
	①レベルⅠ：黄色								
	②レベルⅡ：赤								
II	2) ナースコールで支援を求めない患者に離床センサーを使用。								
I II	3) その他：								
4、活動範囲の制限									
I II	1) 見当識障害、せん妄、混乱のある患者、立ち座りが不安定な患者は、職員が目が届きやすい病室にする。								
I II	2) 患者がリスクを認識できない場合で危険な行動をとる場合は保護用品を使用する。								
I II	①使用時道具：ベッド柵・ラクラク手摺・床敷マットレス・滑り止めマット・抑制								
I II	② _____分毎に見回り、_____時間に一度は抑制を介助する。								
II	3) 日中は車椅子に乗り、勤務室など目の届く場所にいる。								
5、排泄行動・歩行の十分な準備を促す									
I II	1) 排泄サイクルを把握し、必要時トイレに誘導する。								
I II	2) 排泄方法の変更 日中 _____ 夜間 _____								
I II	3) ポータブルトイレの高さはベッドと同じ高さにする。								
I II	4) その他：								
6、患者・家族への指導、援助									
I II	1) めまいを感じたらただちに座る。								
I II	2) 転倒の危険を感じるときはためらわずに支援を得る。								
I II	3) 動きを妨げない服装や履物を着用する。								
I II	4) その他：								

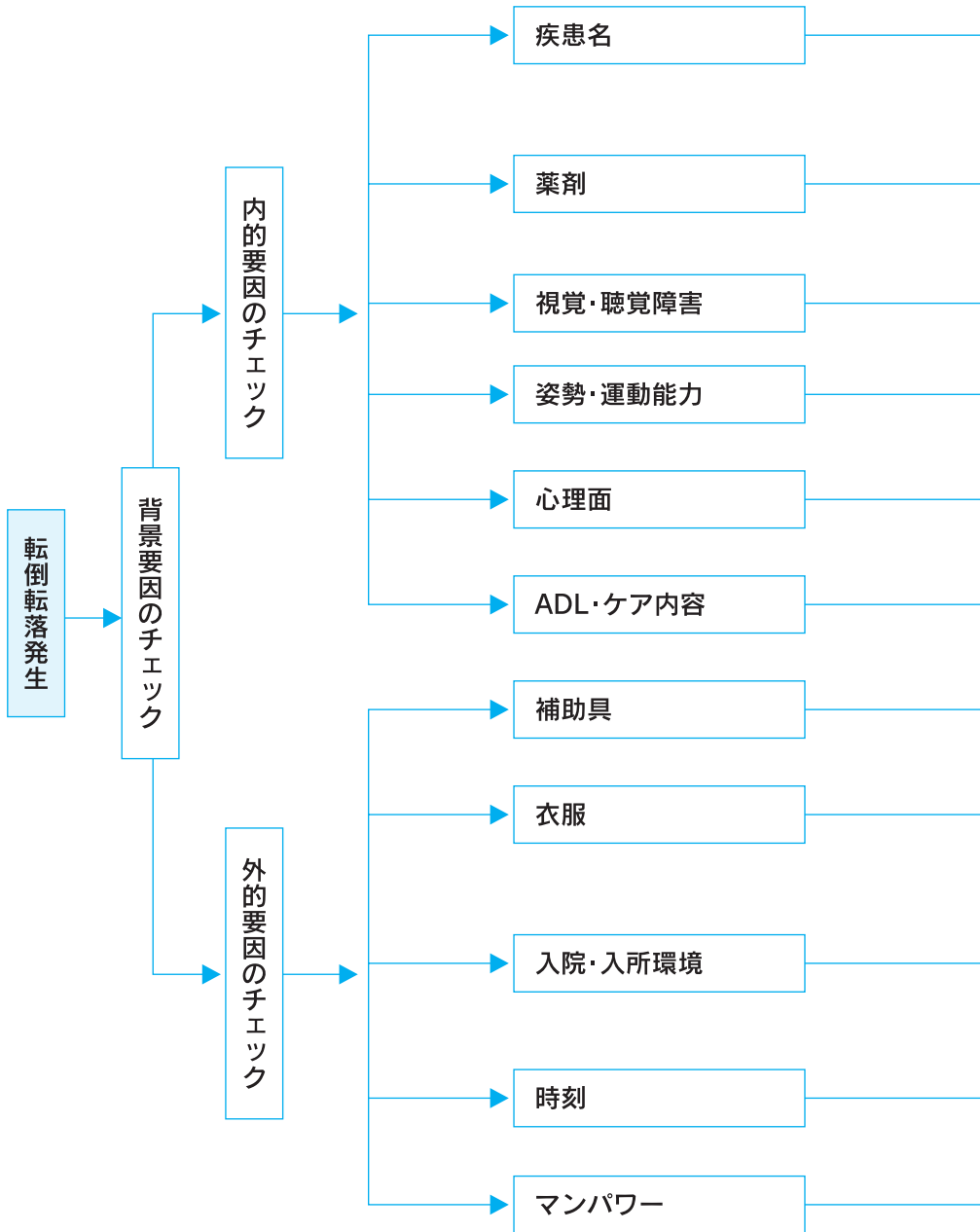
※記入のしかた：入院当日、1週間後、病状変化時とする。

評価	／								
	／								
	／								
	／								
	／								
	／								

転倒・転落アセスメントスコアシート

			評価 スコア
A	年齢	70歳以上90歳以下	2
B	既往歴	転倒転落経験がある。	1
C	感覚	視力、聴力障害がある。	1
D	機能障害	椅子からの立ち上がり	2
	(バランス動作)	腕の力を使って立ち上がる	1
		腕の力を使わず立ち上がる	0
	直立支持のバランス	不安定	2
		支えがあると安定する	1
		支えなしでも安定する	0
	軽く押されての直立支持(開眼)	不安定	2
		支えがあると安定する	1
		支えなしでも安定する	0
E	活動領域	補助具を使用している。	1つでも5
		移動に一部介助を要する。 (手引き歩行。手摺使用)	
F	認識力	慎重性に欠ける。	1つでも4
		健忘があり、転倒転落経験を忘れる。	
		痴ほうがあり、学習が困難。	
G	薬剤	睡眠剤を使用している。	1
		安定剤を使用している。	1
		向精神薬を使用している。	1
		降圧剤を使用している。	1
		麻薬を使用している。	1
		パーキンソン薬を使用している。	1
H	排泄	尿、便意がある。	1
		ポータブルトイレ使用者。	1
		頻尿がある。(切迫性)	1
I	合併症	めまい・失神・不整脈がある。	1つでも1

危険度 I	1点～16点
危険度 II	17点～32点



参考文献：最新転倒・抑制防止ケア（照林社）

- 脳血管障害 整形疾患 不整脈
- パーキンソン症候群 心疾患 起立性低血圧
- 神経疾患 OP既往 痴呆 せん妄

- 精神安定剤 睡眠薬
- アルコール 降圧剤・利尿剤
- 心疾患の薬 抗ヒスタミン剤
- 糖尿病の薬

- 視力 視野 夜盲 羞明 聴力

- 骨格 関節機能 筋力 平衡性
- 敏捷性 柔軟性 歩行能力

- 転倒予防の自覚 転倒への恐怖
- 健忘 薬剤への依存心

- 自立度 徘徊 入浴回数
- 皮膚掻痒 夜間頻尿 転倒の既往

- 杖 歩行器 車椅子
- シルバーカー 眼鏡 補聴器

- 靴(スリッパ、ヒール、靴底) 裾たけ
- サングラス

- 入院・入所・転室など環境の変化
- トイレまでの距離がある、不慣れな構造
- 手すりの不足、段差がある、足元が暗がり
- 床濡れを起こしやすい場所がある
- ポータブルトイレ使用

- 早朝 日中 夕方 夜間

- 介助や見守り(移送や移乗) 薬物確認
- 勤務シフト
- 多職種連携 転倒リスクのアセスメント作業

治療的アプローチ

お薬の見直しや疾患そのものの治療を再考してみてください。

適応的アプローチ

リハビリやケアの充実で予防できるかもしれません。

環境改善的アプローチ

もう一度、環境整備を考えてください。

安全・安心の療養環境を保障するうえで転倒・転落防止は重要な課題です。学習と実践をさらにつみ重ねていきましょう。その一助としてこの小冊子が活用されることを願っています。

今回の調査にあたって全国の49病院・1老健施設・1特養ホームの皆様にご協力いただきました。ありがとうございました。

2003年3月

全日本民医連医療福祉・経営部

部長 水戸部秀利（宮城／長町病院・医師 全日本民医連理事）

同 安全モニター委員会

委員長 小西 恭司（福岡／福岡医療団・医師 全日本民医連理事）

転倒・転落検討チーム

色部 稚恵（東京民医連事務局・看護師）

根本 節子（千葉／船橋二和病院・看護師）

田村 充子（東京／立川相互病院・看護師）

山口 つぎ（大阪／淀川勤労者厚生協会・看護師 全日本民医連理事）

山田 智（福岡／みさき病院・医師）

事務局

今中 正夫（全日本民医連事務局／事務 常駐理事）

伴 香葉（全日本民医連事務局／事務）

高橋 芳江（全日本民医連事務局／事務）

転倒・転落事故を予防するために

初刷 2003年3月7日発行

2刷 2004年1月30日発行

編集：全日本民主医療機関連合会医療福祉・経営部

発行：(株)保健医療研究所

〒113-0034 東京都文京区湯島2-4-4

平和と労働センター8F

TEL 03-5842-5656

FAX 03-5842-5657

定価：100円（本体価格 96円）

発行●(株)保健医療研究所
定価100円 (本体価格96円)