

インシデントレポートの分析（第2報）

— 転倒・転落に関するインシデントの実態と発生要因について —

田嶋美代子¹⁾ 島田 広美¹⁾ 八島 妙子²⁾ 市田 和子¹⁾
真部 昌子¹⁾ 竹内 文生³⁾ 三浦美奈子⁴⁾

要 約

転倒・転落に関するインシデントの実態と発生要因を明らかにすることを目的に、A病院看護部に提出された1年間のインシデントレポートのうち、転倒・転落に関するインシデント302件を対象に分析した。その結果、転倒・転落に遭遇した患者のほぼ7割が70歳以上の高齢者であり、ほぼ全数に近い296件が看護師が傍らにいない時に発生していたことがわかった。また、インシデントレポートに記載された要因分析から読み取った要因の記述870個からは、インシデントの要因の性質として40項目が分類され、かつ、インシデントの要因が看護師の思考の全段階において生じていたことが確認された。

Key Words：インシデントレポート 転倒・転落の要因

はじめに

入院患者の転倒・転落の事故は、それによる身体的損傷からADLの低下をまねいたり、高齢者の場合には、それがきっかけとなって寝たきりになる危険性が高い¹⁾。また、転倒・転落の経験は患者の自信の喪失など心理的側面にも影響して、その後の活動性の制限をまねくことも知られているところである^{2) 3) 4)}。中には深刻な医療事故となり、訴訟につながる場合もある。看護師には、要因を理解し、事故を予測して、事故を未然に防止できるように思考し、ケアにあたることが求められる^{5) 6)}。

しかし、現実には病院内の転倒・転落事故の報告は多い。前報「インシデントレポートの分析－注射に関するインシデントの要因に焦点をあてて－」⁷⁾において報告したA病院における種類別インシデント発生件数でも、転倒・転落が最も多かった。転倒・転落事故の発生には多くの要因の関与が報告されており、防止するには、他の医療事故と同様に、事故事例の原因を丁寧に分析し、其の結果から具体的な防止策を導き出すことが重要となる。

今回は具体的な防止策策定に向けた示唆を得ることを目的として、インシデントレポートに記載された要因分析に焦点を当てて、看護師の思考・行動プロセスに沿って転倒・転落のインシデントの実態と要因について分析した。

なお、転倒とは「足底以外の身体の部分が床についたもの」、転落とは「床から離れた位置から床に身体が落下したもの」と定義した。

対 象

対象は神奈川県内にあるA病院（1日平均入院患者数380人、看護師職員数310人）において1年間（平成11年4月1日～平成12年3月31日）に看護部に報告されたインシデントレポート793件（詳細は前報参照）のうち転倒・転落に関する302件である。

インシデントレポートは、A病院・看護部に研究協力を依頼し、同意を得て、当該看護部より提供を受けたものである。

なお、調査当時、A病院ではインシデントレポート記載基準を「事故につながる要因に気づかず、事故に遭遇または事故を引き起こしてしまったが、対象者（患者・患者家族・スタッフ）の身体・財産に全く影響が無かったか、影響があったとしても、ごく軽微な程度でおさまったもの」と定義していた。

A病院のインシデントレポートの用紙には記載項

- 1) 川崎市立看護短期大学
- 2) 愛知医科大学看護学部看護学科
- 3) 国立看護大学校
- 4) 東京医科歯科大学大学院

目として「所属」,「報告者」,「関連者」,「発生日時」,「患者(名前,年齢,主病名)」,「インシデントの種類」,「インシデントの経過,関連者の関わり,発生後の対応」,「インシデント要因の分析とカンファレンスの内容」(各々,看護婦側の要因,患者側の要因,環境要因)の11項目が設定されており,「発生日時」については「月日」,「曜日」,「時間」を,「患者」については「名前」,「年齢」,「主病名」を記載するようになっていた。また,インシデントの種類項目については,「転倒」,「転落」,「内服薬」,「注射薬」,「検査」,「手術前準備」,「誤飲」,「機械操作」,「針刺し」,「輸血」,「チューブ抜去」,「インシュリン」,「その他」の13種類が記述されており,報告者の判断によって該当する項目に丸印を付けることになっていた。各種類の用語の規定は記載されていなかった。「インシデント要因の分析とカンファレンスの内容」には,各々「看護婦側の要因」,「患者側の要因」,「環境要因」の枠が設定され,自由記載するようになっていた。

本研究では事故の種類として転倒,転落のいずれかの項目に丸印がついていたインシデントレポートを研究対象とした。

方 法

インシデントレポートから研究者が調査内容について読み取り,データシートに転記した。

調査内容は,所属,報告者,関連者,発生日時,患者性別,患者年齢,主病名,インシデントの種類,経過,関連者の関わり,発生後の対応,要因の分析(看護婦側の要因,患者側の要因,環境要因)である。なお,インシデントレポートの用紙には患者の性別の項目が無かった為,氏名及び他の記載内容から性別を判読したが,判読できなかった者は不明とした。

分析は,インシデントレポートのうち,転倒・転落に関するものを取り出し発生要因について分析した。まず,インシデントレポートの報告者が記載した要因の分析(看護婦側の要因,患者側の要因,環境要因)の記述と,インシデントの経過の記述から,どのようなインシデントが起きたのかという点について読み取りデータシートに転記した。次いで,看護婦側の要因については,取り出したインシデント要因の記述を看護師の思考・行動のプロセスにそって〔観察〕,〔分析・判断〕,〔実施(行為)〕,〔実施

後の観察・管理〕に大きく分類し,さらにその中で類似したものを整理分類し,インシデント要因の性質を表す名称をつけた。なお,思考・行動のプロセスに分類できなかった看護師側要因は〔その他〕として分類した。患者側の要因と環境要因については,看護師の観察項目として活用できるように看護師側要因でつけた要因の性質を表す名称を参考に,観察事項を患者側の要因については〔身体的状況〕,〔心理状況〕,〔治療・薬剤〕,環境要因については〔人的環境〕,〔物的環境〕とし,取り出したインシデント要因の記述をそれら観察事項ごとに大きく分類し,さらにその中で類似したものを整理分類し,インシデント要因の性質を表す名称をつけた。なお,1つのインシデントについていくつかの要因が関連していると考えられるものに関しては複数の要因を取り出した。

結 果

1. 転倒・転落のインシデントの特徴

1) 転倒・転落のインシデントの数

転倒・転落のインシデント302件中,転倒は225件(74.5%),転落は77件(25.5%)であった。

2) 転倒・転落のインシデントに遭遇した患者の特徴

転倒,転落ともに男性が多く,転倒・転落のインシデントに遭遇した患者は男性161名(53.3%),女性113名(37.4%)不明28名(9.3%)であった。(表1参照)

年齢では30歳代から90歳代までの範囲で,転倒,転落ともに70歳代が最も多く計122名(40.4%),次いで80歳代の計88名(29.1%)で,転倒・転落のインシデントの7割を70歳以上が占めていた。(表2参照)

3) 転倒・転落のインシデントの発生に関する特徴

発生月でみると,転倒では平均月別発生件数(率)18.8件(8.3%)よりも多かった月は,11月(40件・

表1 患者性別転倒・転落のインシデントの件数

性別	転倒	転落	総 計	%
男 性	120	41	161	53.3
女 性	88	25	113	37.4
不 明	17	11	28	9.3
総 数	225	77	302	100.0

表2 患者年齢別転倒・転落のインシデントの件数

年齢	転倒	転落	総計	%
30歳代	1	0	1	0.3
40歳代	5	4	9	3.0
50歳代	21	4	25	8.3
60歳代	29	12	41	13.6
70歳代	92	30	122	40.4
80歳代	66	22	88	29.1
90歳代	9	4	13	4.3
未記入	2	1	3	1.0
総数	225	77	302	100.0

17.8%), 12月 (29件・12.9%), 3月 (21件・9.3%), 2月 (20件・8.9%) で、冬季に多く発生していた。転落では平均月別発生数 (率) 6.4件 (8.3%) よりも多かった月は、1月 (13件・16.9%), 4月 (11件・14.3%), 2月, 7月, 12月 (各9件・11.7%), 9月 (7件9.1%) とばらつきがあり、特徴は見られなかった。

発生時間では、夜間 (19時台から5時台) に転倒が142件、転落が52件の計194件 (64.2%) が発生していた。看護師の勤務帯でみると転倒では深夜帯 (0時台～7時台) に102件 (45.3%), 次いで準夜帯 (17時台～23時台) の63件 (28.0%), 日勤帯 (8時台～16時台) の57件 (25.3%) の順であった。転落でも、深夜帯37件 (48.1%), 準夜帯23件 (29.9%), 日勤帯17件 (22.1%) の順であり、転倒・転落とも半数近い件数が深夜帯に発生していた。

発生場所でみると、転倒では病室内が最も多く156件 (69.3%), 次いでトイレ31件 (13.8%), 廊下17件 (7.5%) の順で、転落では、ベッドからの転落が最も多く62件 (80.5%), 次いでカモードからの転落が8件、車イスからの転落が7件であった。ベッドおよびベッドサイドでの転倒・転落は211件 (69.9%) であった。

発生時の看護師の関わりでは、看護師が傍らにいた状況で発生したケースは6件で、296件 (98%) は看護師が傍らにいない状況で発生していた。また、296件の中には、排泄中のため一時的に患者を1人にしたケースや事故前に看護師が車イスへの移動介助を行ったケースなどが39件あり、看護師が傍らにいた状況で発生したケースと合わせ、事故時または事故前に看護師が直接関わっていたケースは45件

(インシデント総数の14.9%) であり、看護師の直接的な関わりが無い中での発生が257件 (インシデント総数の85.1%) であった。

発生時における患者の行動目的 (意図) については、不明なケースが多いが、患者の行動目的が読み取れた計216件についてみると、排泄に関するものが147件 (インシデント発生総数の48.7%) と最も多く、転倒125件 (転倒のインシデント発生総数の55.6%), 転落22件 (転落のインシデント発生総数の28.6%) であった。

2. 転倒・転落のインシデントの要因 (表3参照)

1) 看護師側要因

302件のインシデントレポートから読み取った看護師側要因の総数は264個であった。

以下、インシデントの要因の性質を【 】、インシデントレポートに記述されていたインシデント要因の内容を「 」で示す。

(1) 観察の段階

観察の段階におけるインシデント要因の性質は「本日転床してきたばかりで十分把握できていない」や「患者の病状理解の甘さがあった」などと表現されている【観察の不足】1項目であった。観察の不足の内容としては「患者がひとり歩きしているとは知らず、注意していなかった」、「受け持ち患者ではないので患者の行動などがよくわからない」などの身体的状況に関するもの、「患者の状態を把握できていなかった (禁食となった患者の心理)」「患者が自分ひとりで歩けると思っていることを知らなかった」などの心理的状況に関するもの、「血液透析後、血液透析日は要注意」「眠剤の内服を確認していなかった」などの治療・薬剤に関するもの、「履物の事を考えていなかった」の環境に関するものであった。

(2) 分析・判断の段階

分析・判断の段階におけるインシデント要因の性質は、「眠前薬服用の認識不足」、「トイレまでの歩行距離が長かったことを考えなかった」などの【情報の認識不足】、「今まで移動時はナースコールがあったので安心してた」、「日頃からふらつきあり、眠剤内服していたが対処していなかった」などの【分析せず】、「動かないよう説明し、様子も見ていたが、患者の動くのが早かった」の【判断の不足】、「これまで自発的にベッドより降りる事が無かつ

表3 インシデントの要因（看護師が「インシデントの要因」として報告書に記述していた内容）※紙面の関係からインシデント要因の記述については一部掲載

<1 看護師側の要因>

看護師の思考・

行動プロセス

インシデント要因の性質

インシデント要因の記述

観察	観察の不足 (身体的状況) (心理的状況) (治療・薬剤) (環境)	本日転床してきただばかりで十分把握できていない。患者の病状理解の甘さがあった。 患者がひとり歩きしているとは知らず、注意していないかった。受け持ち患者ではないので患者の行動などがよくわからなかった。 患者の状態を把握できていなかった(禁食となった患者の心理)。患者が自分ひとりで行けると思っていることを知らなかった。 血液透析後、血液透析日は要注意。眠剤の内服を確認していなかった。 履物の事を考えていなかった。
分析・判断	情報の認識不足 分析せず 判断の不足 判断の誤り (患者の日常からの思い込み) (安易な判断・油断) 予測せず	眠前薬服用の認識不足。トイレまでの歩行距離が長かったことを考えなかった。 歩行器使用中という事は、まだ歩行に自信が無くふらつく事もあるという認識の甘さ。 今まで移動時はナースコールがあったので安心していた。日頃からふらつきあり、眠剤内服していたが対処していなかった。 カモードをベッドから少し離しておいたので、独りで移動しないと思った。 動かないよう説明し、様子も見ていたが、患者の動くのが早かった。 ベッド柵をしていなかった事に気になっていたにもかかわらずそのままにしてしまった。 患者が転倒する危険があるのに患者を独りでトイレに座らせていた。 勝手に動かないと思ったので(カモードに座らせず、衣類を取りに)患者から離れてしまった。 これまで自発的にベッドより降りる事が無かったため一人で動くことはない判断した。 排便後にはナースコールを押していたので今日も大丈夫と思い込んでしまった。 短時間と思い、車椅子にのせただけのまま独りにした。 本人が1人でトイレ歩行可能と言ったので大丈夫と思い込んでしまった。 今までナースコールで自分の要望を主張できていたし、ベッド柵を倒すという行為も無く、今回の行動は予測できなかった。 夫が妻(患者)に歩いて欲しいという思いが強い事は知っていたが、散歩中に歩行練習するとは思わなかった。 自力での体動はほとんど無く、動けると思わなかった。自分で動き出すことはないと思った。
実施(行為)	行為の未実施 行為の不足 行為に関する理解の未確認 指導内容の不足・非徹底	ベッド柵をしていなかった。ベッド柵の固定をしていなかった。センサーコールの付け忘れ。スリッパ着用を中止していなかった。 ナースコールの置く位置が不適切。センサーコールのコードが長く動いてもコールが鳴らなかった。夜間の排泄方法について説明が不足。 ベッド柵の固定を確認しなかった。車イス停止時にストッパーの確認に対する認識が甘かった。環境整備不十分。 車イス使用時の注意はしていたが理解の程度は確認していなかった。 ナースコールを押してこなくとも見過ごして、押すよう徹底していなかった。 家族と歩行器で歩行練習中であつたが、家族に声かけが不足した。座位保持できないことを介護者に知らせていなかった。 家族に体幹抑制を説明して、家族による食事介助後体幹抑制していなかった。

再度ラウンドする必要があった。家族面会后ベッド柵の固定がされていなかった。
 センサー使用状況の確認不足。
 抑制帯を外したあと、危険行動がないため安心して気がゆるんでいた。
 不穏があったため勤務室近くに転室、その後不穏が無く安心していった。
 家族が付き添っていると思いきや、家族が安心していった。
 家族が体幹抑制して帰ったが、ボタンがされていず、ベッド柵も固定されていず、点検をしなかった。
 頻りに訪室はしていたが（妻が付き添っていたので）、家族に任せている部分有り。

その他
 (影響要因)
 看護師の心理
 人的環境の不足
 他患の即入あり、消灯時刻が迫り焦っていた（他患に呼ばれ少しなら大丈夫と思ひ込んだ）。
 (日 勤)：日勤者数が少ない。昼の休憩時間で看護師 2 人。
 (準夜勤)：準夜勤で人員が少ない。夜勤帯であったためそばを離れざるを得なかった。他の患者に手が取られていた。
 (深夜勤)：二人勤務で目が行き届かない。ついている事が出来なかった。他の重症患者に時間を取られていた。
 絶えず見守りができる環境になかった。他患の歩行。トイレ介助中で直ぐに対処できなかった。

< 2 患者側の要因 >

観察事項	インシデント要因の性質	インシデント要因の記述
身体的状況	運動機能の低下	倦怠感による体動困難、腹部膨満著明、下肢のしびれにより動作が鈍くなっていた。 腰部の彎曲がある。体バランスが悪い。片麻痺。
運動機能の向上		歩行リハビリ中。杖歩行にはまだ慣れていない。歩行器でトイレ移動中足元もつれた。立ったが歩けなかった。
感覚機能の低下		リハビリを開始し電動ベッドを自力でコントロールできた。ADL回復に伴いベッド上での動きが活発になった。
疾患による影響		白内障のため視力低下有り。右半盲。
治療による影響		低血糖症状態あり。痙攣発作。目の前が暗くなり転倒。貧血症状でふらつき転倒。
生理的欲求		熱傷にて処置中であり、足先全体にガーゼが巻いてあり歩きにくい。点滴中、頻尿。
不確実な行為		尿意あり起立した。膀胱訓練中で尿意有りトイレに行こうと動いてしまった。 下痢気味。便がしたくて起立。便失禁し不快だった。長時間臥床している事が出来ずおきだす。 患者はナースコールを押し続けたというが、鳴らなかった。 車イスのブレーキを片方しか止めなかったため、(立ち上がり時に) 車椅子が動き尻餅をついた。

心理的状况	ニース 性格 遠慮・気がね 焦り	トイレは歩きたいという思い有り。 せつかちで、体勢が不十分でも動くことがあった。自分で何でもやりたいという性格であり、ナースコールしなかった。 自分で立ててなれないと言っていたが看護師に悪いと思いついて自分で行ってしまった。 時々失禁してしまい間に合わない焦り。看護師が行くまで待てない。外出予定だったために気が急ぐ。 同室者にライバル意識を持っており気持ちの上下がはげしくなっていた。
精神機能の変調		入院直後で精神不安定だった。不穏状態。精神不安定。うつ症状が強く、異常行動が見られた。 意識障害有り。脳メタから意識レベルが低下しつつある。術後せん妄状態。痴呆による見当識障害。

理解力の不足・低下
 いくらかコミュニケーションがとれるが、理解不十分。知能が低く、理解力がない。薬のためふらつきがあることを理解していない。

運動能力に対する誤った認識・判断
 ADLが自立していない事への認識なし。歩行できない事を認識できない。自分でできると思った。1人で歩けるという認識。昨日歩行練習をしたため、自分ひとりで大丈夫だと行動した。入院1週間で慣れてきた。物を取ろうとして柵の間から落下するかもしれないという認識の不足。退院が近いので動く練習をしようと思った。ADL向上し、自信がついてきた。いつもはナースコールしてこくるが、出来るような気がするとう意欲的に行動。寝起きの状態。夜中までボーとしていた。

治療・薬剤
 眠剤服用。レンドルミン1錠のところ1.5錠服用。眠剤内服の薬効のある時とない時がある。
 鎮痛剤使用。下剤を内服していた。

< 3 環境要因 >

観察事項	インシデント要因の性質	インシデント要因の記述
人的環境	人的環境の変化 家族の認識不足	隣の患者が替わり、夜間の病室の変化が患者に歩くという行動をおこさせたのか。独語やコールの多い同居者の転入による変化。家族の患者の現状に対する認識不足（車イスで散歩中に歩行練習した）。
物的環境	物的環境の変化 不適切な廃物・物品 ベッド周辺の環境不整備	日動で転室。以前の入院時とベッドの位置が違うので動違い。リハビリ室とは環境が違う。いつもとは違うトイレを使用、不慣れ。廃物がサンダル。スリッパを履いていた（滑りやすかった、歩きづらかった）。靴下にスリッパで滑りやすかった。本日よりリハビリを開始し動きやすい点滴台を使用した。洗濯バサミコールがゆるすぎた。クリーンマットの粘着度が高すぎた。ナースコールがなかった。ベッド周囲にごみ箱、椅子などあり。足元のマットにつまづいた。ベッドのストッパーにつまづいた。カモードの位置がベッドから遠かった。階段の手すりの前に身長計があり、手すりにつまづきかまきりそこねた。ベッド柵が下りておりいつでもすり抜けられるようになっていた。
施設設備	物品の不足・不備	個室に2人の患者を入れたためスペースがなくて体が滑りやすくなった。マットレスが厚く不安定（正座をしていて転落）。柔らかいマットレス使用のためシートが滑りやすくなった。ベッド柵に隙間有り。ベッド柵が無かった。ベッド柵が低い。ベッド柵に隙間有り。ストッパーのない床頭台、オバーテーブル。ロックしてあっても動作により動いてしまう車椅子。ロビーにナースコール無し。車イスで、狭いトイレ。扉のところの段差に歩行器がつかまらなかった。洗面所の段差。階段に手すりが片方が片方にしかない。浴室の椅子がこわれていた。浴室の敷居をつたわり湯が入り口・廊下に流れていた。（早朝で）うす暗い。夜間で暗い。
室内の明るさ 使用物品の変更 看護師の目が届きにくい場所		安楽尿器からポータブルトイレに変更。 部屋が遠かった事で目が届きにくい。個室で目が届かなくて居る位置ではなかった（ロビー）。病棟外で生じた。 プライバシーを考え、カーテンを閉めたことで患者の動きがわからなかった。

たため1人では動かないと判断した」、「排便後にはナースコールを押していたので今日も大丈夫と思い込んでしまった」という患者の日常からの思い込みや「短時間と思い、車椅子にのせたまま独りにした」安易な判断・油断も含め、「ベッド柵をしていなかった事に気になっていたにもかかわらずそのままにしてしまった」、「患者が転倒する危険があるのに患者を独りでトイレに座らせていた」などの【判断の誤り】、「今までナースコールで自分の要望を主張できていたし、ベッド柵を倒すという行為も無く、今回の行動は予測できなかった」、「夫が妻（患者）に歩いて欲しいという思いが強い事は知っていたが、散歩中に歩行練習するとは思わなかった」、「自力での体動はほとんど無く、動けると思わなかった」などの【予測せず】の5項目に分類された。

(3) 実施（行為）の段階

実施（行為）の段階におけるインシデント要因の性質は「ベッド柵をしていなかった」、「センサーコールの付け忘れ」、「スリッパ着用を中止していなかった」などの【行為の未実施】、「ナースコールの置く位置が不適切」、「センサーコールのコードが長く動いてもコールが鳴らなかった」などの【行為の不足】、「車イス使用時の注意はしていたが理解の程度は確認していなかった」の【行為に関する理解の未確認】の3項目に分類された。

(4) 実施後の観察管理の段階

実施後の観察管理の段階におけるインシデント要因の性質は、「ナースコールを押してこなくても見過ごしていて、押すよう徹底していなかった」、「家族と歩行器で歩行練習中であったが、家族に声かけが不足した」、「座位保持できないことを介護者に知らせていなかった」などの【指導内容の不足・非徹底】、「再度ラウンドする必要があった」、「家族面会后ベッド柵の固定がされていなかった」などの【点検の不足】、「抑制帯を外したあと、危険行動がないため安心し気がゆるんでいた」などの【油断】、「家族が付き添っていると思いき安心していた」、「頻りに訪室はしていたが（妻が付き添っていたので）、家族に任せている部分有り」などの【家族への依存】の4項目に分類された。

(5) その他

思考のプロセスの各段階には沿わない要因の性質は、「他患の即入あり、消灯時刻が迫り焦っていた」の【看護師の心理】、「昼の休憩時間で看護師2人、

「夜勤帯であったためそばを離れざるを得なかった（準夜勤）」、「他の患者に手が取られていた（準夜勤）」、「二人勤務で目が行き届かない（深夜勤）」などの【人的環境の不足】の2項目に分類された。

2) 患者側の要因

インシデントレポートから読み取った患者側の要因の総数は342個であった。

(1) 身体的状況

身体的状況に関するインシデント要因の性質は、「腰部の彎曲がある」、「片麻痺」、「杖歩行にはまだ慣れていない」、「歩行器でトイレ移動中足元がもつれた」などの【運動機能の低下】、「リハビリを開始し電動ベッドを自力で動かし（転落し）た」「ADL回復に伴いベッド上での動きが活発になった」という【運動機能の向上】、「白内障のため視力低下有り」、「右半盲」などの【感覚機能の低下】、「低血糖症状あり」、「貧血症状でふらつき転倒」などの【疾患による影響】、「熱傷にて処置中であり、足先全体にガーゼが巻いてあり歩きにくい」、「点滴中、頻尿」などの【治療による影響】、「尿意あり起立した」、「下痢気味」、「長時間臥床している事が出来ずおきだす」などの【生理的欲求】、「患者はナースコールを押したというが、鳴らなかった」、「車イスのブレーキを片方しか止めなかったため、（立ち上がり時に）車椅子が動き尻餅をついた」などの【不確実な行為】の7項目であった。

(2) 心理的状況

心理的状況に関するインシデント要因の性質は、「トイレは歩いていきたいという思い有り」の【ニーズ】、「せっかちで、体勢が不十分でも動くことがあった」「自分で何でもやりたいという性格であり、ナースコールしなかった」などの【性格】、「自分で立てないと言っていたが看護師に悪いと思いき自分で行ってしまった」の【遠慮・気がね】、「時々失禁してしまい間に合わない焦り」、「外出予定だったために気が急ぐ」などの【焦り】、「入院直後で精神不安定だった」、「不穏状態」、「意識障害有り」「術後せん妄状態」、「痴呆による見当識障害」などの【精神機能の変調】、「いくらかコミュニケーションがとれるが、理解不十分」、「薬のためふらつきがあることを理解していない」などの【理解力の不足・低下】、「ADLが自立していない事への認識なし」、「昨日歩行練習をしたため、自分ひとりで大丈夫だと行動した」、「入院1週間で慣れてきた」、「物を取ろうとし

て柵の間から落下するかもしれないという認識の不足、「退院が近いので動く練習をしようと思った」、「ADL向上し、自信がついてきていた」などの【運動能力に対する誤った認識・判断】、「寝起きの状態」、「夜中でボーとしていた」の【寝ぼけ】の8項目であった。

(3) 治療・薬剤

治療・薬剤に関するインシデント要因の性質は、「眠剤服用」、「レンドルミン1錠のところ1.5錠服用」、「鎮痛剤使用」、「下剤を内服していた」などの【薬剤の影響】の1項目である。

3) 環境要因

インシデントレポートから読み取った環境要因の総数は264個であった。

(1) 人的環境

人的環境に関するインシデント要因の性質は、「独語やナースコールの多い同室者の転入による変化」の【人的環境の変化】、「家族の患者の現状に対する認識不足（車イスで散歩中に歩行練習した）」の【家族の認識不足】の2項目であった。

(2) 物的環境

物的環境に関するインシデント要因の性質は、「日勤で転室」、「以前の入院時とベッドの位置が違うので勘違い」、「リハビリ室とは環境が違う」などの【物的環境の変化】、「履物がサンダル」、「スリッパを履いていた（滑りやすかった、歩きづらかった）」、「本日よりリハビリを開始し動きやすい点滴台を使用中だった」、「洗濯バサミコールがゆるすぎた」、「クリーンマットの粘着度が高すぎた」などの【不適切な履物・物品】、「ナースコールがなかった」、「ベッド周囲にごみ箱、椅子などあり」、「足元のマットにつまずいた」、「ベッドのストッパーにつまずいた」、「カモードの位置がベッドから遠かった」、「階段の手すりの前に身長計があり、手すりにつかまりそこねた」、「ベッド柵が下りておりいつでもすり抜けられるようになっていた」などの【ベッド周辺環境不整備】、「ベッドとカモードの間が狭く動きにくい」、「カモード移動時十分な手すりがない」、「ベッド柵が無かった」、「ベッド柵が低い」、「ストッパーのない床頭台」、「ロックしてあっても動作により動いてしまう車椅子」「車イスで、狭いトイレ」、「扉のところの段差に歩行器がつまずいた」「ロビーにナースコール無し」などの【施設設備物品の不足・不備】、「(早朝で)うす暗い」、「夜間で暗い」

などの【室内の明るさ】、「安楽尿器からポータブルトイレに変更」の【使用物品の変更】、「部屋が遠かった事で目が届きにくい」、「個室で目が届かない」「絶えず見守りができる位置ではなかった(ロビー)」「プライバシーを考え、カーテンを閉めたことで患者の動きがわからなかった」などの【看護師の目が届きにくい場所】の7項目であった。

なお、【人的環境の変化】と【物的環境の変化】は、患者側要因の精神機能の変調と同様の内容であると考えられるが、ここでは看護師が環境要因として記述した内容を取り出したものであり、あえて整理は加えていない。

考 察

1. インシデントの実態について

1年間の転倒・転落のインシデントの件数は302件で、発生の特徴は、転倒・転落に遭遇した患者のほぼ7割が70歳以上の高齢者であり、発生状況としては、時間帯では夜間帯（64.2%）が、発生場所ではベッド及びベッドサイド（69.9%）、患者の行動目的としては排泄に関するもの（48.7%）が多く記述されていた。また看護師が傍にいない状況での発生（98%）が多かった。これらの結果は茂木ら⁸⁾の報告とほぼ同様であった。夜間には、患者は各病室のベッドに個別におり、看護職員の目は行き届きにくい。その上、要因の記述にみるように「夜中でボーとしていた」や「夜間で暗い」等、昼間とは異なった状況が加わり、また、高齢者の場合は夜間の排尿回数が多い傾向にある。夜間や高齢者の転倒・転落の発生リスクは高いといえる。防止策の検討には高齢者や排泄行動、夜間に注目することが重要であると考えられる。

また、インシデント発生時の看護師の関わりでは、全数に近い296件（98%）が看護師が傍にいない状況で発生していた。看護師が常に患者の傍にすることは不可能である。事故の防止策は、看護師が患者の傍にいないということを十分に想定したものであることが求められる。

2. インシデントの要因について

302件のインシデントレポートに記載された要因分析から読み取った要因870個は、看護師側要因として思考・行動プロセスに沿った13項目とその他の2項目、患者側要因として16項目、環境要因として

9項目の計40項目の性質に分類された。

看護師側要因において、インシデント要因の性質が〔観察〕、〔分析・判断〕、〔実施（行為）〕、〔実施後の観察・管理〕という看護師の思考・行動の全段階において分類されたということは、看護師の思考・行動プロセスの全段階にエラーが生じていたことを示している。防止策を講ずるにあたっては看護師の思考・行動の各段階を意識して作成することも有用であると示唆される。

また、看護師側要因のその他として分類された【看護師の心理】や【人的環境の不足】についてであるが、「他患に呼ばれ、少しなら大丈夫と思ひ込み患者を1人にした」などの看護師の心理は、【判断の誤り】につながっており、また、「他の重症患者に時間を取られていた」や「トイレ介助中で直ぐに対処できなかった」という【人的環境の不足】も【行為の未実施】や【行為の不足】につながっている。【看護師の心理】、【人的環境の不足】はともに看護師の思考に影響する要因として重要であるといえる。

また、看護師の観察項目となる患者側要因については、身体状況の【運動・感覚機能の低下】や【運動・感覚機能の向上】、【疾患による影響】、【治療による影響】、【生理的欲求】の中の排泄の欲求のように先行研究^{9) 10) 11)}に報告されている要因のほか、長時間臥床による体動欲求を含む【生理的欲求】、【不確実な行為】という要因も分類された。長時間臥床や体動が少ない患者である場合、患者の体動欲求に反して看護師側に「動かない」という思い込みや油断が生じていたものである。また、患者の行為にも不確実さがあつた。防止策を講ずる際には、看護師側の思い込みや患者の不確実な行為にも注意す

引用文献

- 1) 財団法人厚生統計協会：厚生指標臨時増刊，国民衛生の動向，第49巻第9号，p92，2000.
- 2) 平松知子他：入院高齢者の転倒予測アセスメントツールの開発に関する基礎的研究第2報－入院高齢者に対する看護師の転倒予測と転倒の関係－，金沢大学医学部保健学科紀要Vol.24 No 2，p107，1999.
- 3) 鈴木みずえ：転倒・骨折の予防に関する研究について，老年看護学Vol.4 No 1，p16～23，1999.
- 4) 粟生田友子：老人の転倒後の回復過程における転倒体験の受けとめ方，日本看護科学学会誌Vol.13 No 3，p186，1995.
- 5) 厚生労働省 平成14年度看護教員再教育講習会：資料「看護基礎教育における医療安全教育推進のための看護教員研修」，厚生労働省 看護教員再教育講習会，2002.
- 6) 「安全な医療を提供するための10の要点」 <http://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-1f.html>
- 7) インシデントレポートの分析－注射に関するインシデントの要因に焦点をあてて，川崎市立看護短期大学紀要第7

ることが必要である。

環境要因に関しては、不適切な履物やベッド周囲の環境の不整備など看護師としての対応可能な要因の他、施設としての対応が必要な施設設備の不足・不備が種々記述されていた。段差の解消やナースコール（ホールに）、手すりの設置、ベッド柵の補充、ベッド周辺用品の整備など環境を調整する必要性が考えられる。

今後は、看護師の思考・行動プロセスに注目しつつ、分類された要因の性質をふまえた防止策の策定が求められる。

ま と め

A病院における1年間に報告された転倒・転落に関するインシデントレポート302件を分析し、以下の結果を得た。

1. 発生の特徴としては、ほぼ全数が看護師が傍にいない状況で発生し、転倒・転落に遭遇した患者の大半が70歳以上の高齢者であった。発生時間では夜間が、発生場所ではベッド及びベッドサイドが多く、患者の行動目的としては排泄に関するものが半数を占めていた。
2. インシデントレポートに記載された要因分析から読み取った要因870個は看護師側要因、患者側要因、環境要因として計40項目の性質に分類でき、看護師側の要因は看護師の思考・行動プロセスの全段階に生じていた。

謝 辞

本研究ご協力いただきましたA病院・看護部の方々に心より感謝を申し上げます。

巻第1号(2002年), p 9~16, 2002.

8) 茂木玲子他: 転倒転落の現状と分析, 東京都衛生局学会誌No101, p184~185, 1998.

9) 前掲書3) p16~23.

10) 前掲書4) p186.

11) 前掲書8) p184~185.