

# 当病棟における転倒・転落インシデントレポートの検証

～SHEL分析を用いて～

B病棟5階 ○福井ともみ 松尾美耶子

## I. はじめに

当病棟における、転倒・転落事故は事故件数が多く、事故により外傷や骨折などの大きな影響を患者に与えるために、大きな問題となっている。当病棟でも転倒・転落の事故は毎年多く起こっている。今回、B病棟5階で起こっている転倒・転落のインシデントレポートを基にSHEL分析を行い、現状や傾向を把握し、検討した。

## II. 研究方法

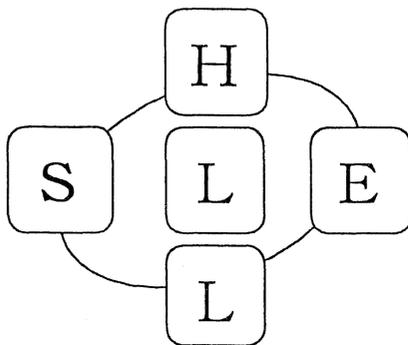
2007年1月12日～2008年3月18日までにB病棟5階で転倒・転落を起こした患者のインシデントレポート21例を、SHELを用いて分析した。

表1を作成し、インシデントレポートを基にしてソフトウェア、ハードウェア、環境、関与者(患者)、当事者(看護師)の項目毎に内容を分類し、21例のインシデントレポートを集計した。

ソフトウェア	職場の慣習、読みづらい説明書、 新人教育、マニュアルの有無・整備
ハードウェア	原因器材、作業台、寝衣、履き物 補助具、物の配置、建造物
環境	保管場所、業務範囲、仕事の困難度 勤務時間、作業件数、労働条件 職場の環境
関与者(患者)	かかわった他のスタッフ、他職種 (心身状態、経験、知識、技術、性格) 患者自身、家族の誘因 (年齢、安静度、ADL、心理状態)
当事者 (看護師)	心身状態、経験、知識、技術、性格

表1 SHELモデル5つの要因

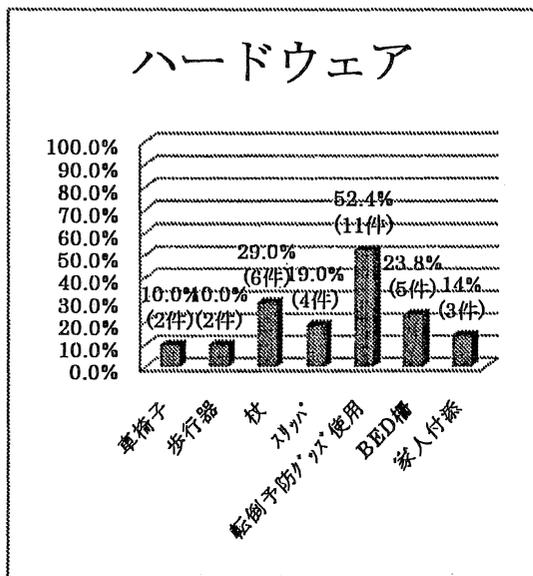
図1 SHEL



### III. 結果

集計結果は以下の通りであった。

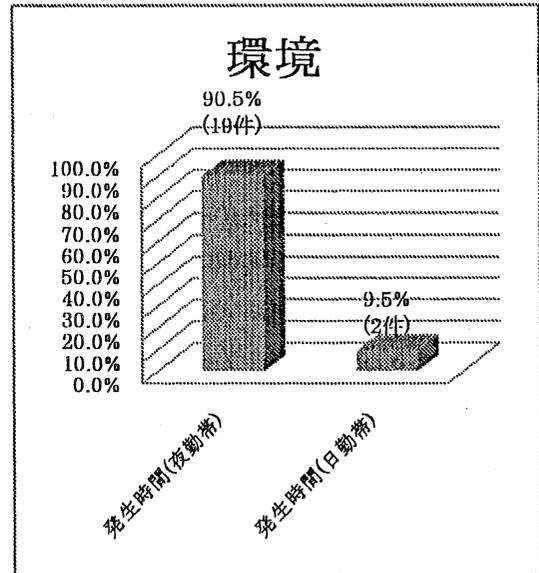
図2 H(ハードウェア)



転倒・転落患者の内、転倒予防グッズを使用していた患者は52.4%であった。その中でも、体幹抑制を使用していた患者は9.5%、転倒ムシの装着は28.5%、離床センサーの設置をしていたのは14.2%であった。また、24時間の家族の付添いがある患者が14.2%であった。歩行器を使用していた患

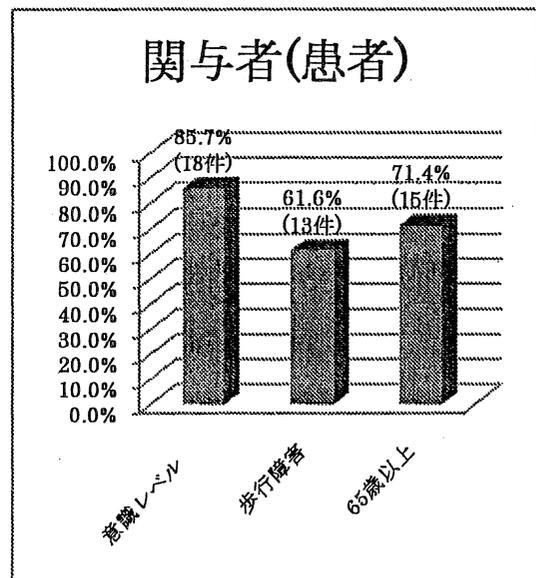
者が10%、車椅子を使用していた患者が10%、杖を使用していた患者が29%であった(図2)。

図3 E(環境)



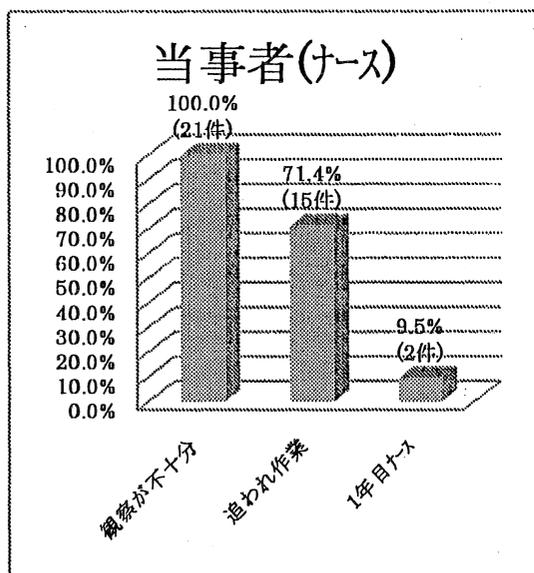
転倒・転落の起こった時間帯は、夜勤帯(17時~9時)が90.4%を占めていた。日勤帯に起こった転倒は9.6%であった(図3)。

図4 L 関与者(患者)



患者年齢層は 65 歳以上の高齢者の患者が 71.4%を占めていた。また、意識障害のある患者が 85.7%を占めていた。半身麻痺等、何らかの歩行障害がある患者が 61.5%であった。また、同一患者が再転倒を起こす確率が 29%であった(図 4)。

図 5 L 当事者(ナース)



事故を起こしたナース自身は、患者の観察が不十分であったことが 100%であった。また、追われ作業であったことが 71.4%であった。一年目ナースの起こした事故は 9.5%であった(図 5)。

21 例のインシデントレポートに記載された内容で S(ソフトウェア)に関する記載は見られなかった。

#### IV. 考察

事故を起こす恐れのある患者に対して、予防的に転倒ムシの装着や離床センサーの設置等を行っていたにも関わらず、転倒・転落事故が起こっているという結果が見ら

れた。当事者のグラフを見ると、看護師は追われ作業であったという結果が 71.4%であり、業務の過密性があると考え。また、事故の起こった時間帯を見ると、夜勤帯に起こっている件数が 90%を超えている。業務内容や看護師の数によって転倒・転落のリスクに変化があるのではないかと考える。また、実際の転倒・転落事故は Reason<sup>1)</sup>が指摘するスイスチーズモデルのように、システムエラーの穴が重なった時に発生していると言える。臨床における転倒・転落は、患者の状態が悪化したり、看護師の観察のない時間や空間など看護システム上の問題があったり、入院環境の課題などが重なった時に起こりやすい。看護師は変化する臨床現場の中で様々な危険を予測し、適切な判断と新たな介入を行う必要がある。看護師が転倒・転落予防に取り組むことは患者の安全安楽を確保する上でも重要である。

関与者(患者)自身の傾向としては、高齢者や、意識障害のある患者が、多く事故を起こしている結果となった。高齢者は視覚障害があり、夜勤帯は更に、照明も暗くなるため、夜勤帯の転倒が多くなっていることにも繋がっていると考え。鈴木らは「高齢者は在宅に比べると、医療施設や高齢者施設等の転倒の発生率は 1000 床当たり年間 220~330 件である」<sup>2)</sup>と報告しているように、入院前は自宅で転倒を起こしていなかった高齢者の患者が、入院することで転倒を起こす危険性があると医療者は常に念頭に置いておくことが重要である。更に鈴木らは「高齢者の転倒は、転倒リスクをアセスメントし、予防的看護介入を実施することで予防できる」<sup>3)</sup>と言っている。転倒予

防のためには、転倒リスクファクターをアセスメントし、そのためのケアプランを実施し、評価していくという、転倒リスクマネジメントが重要である。

また、同一患者の再転倒が29%起こっていることに関して、一度転倒した患者に対しては、再転倒予防のために転倒ムシの装着や離床センサーの設置等を行っていた。しかし、1回目の転倒に対しての分析や評価が十分になされていないままであり、その転倒予防対策が患者に合ったものであるかは分からなかった。泉らは「1回転倒したことがある患者に対しては、その転倒が偶発的に起こったものなのか、それともなんらかの転倒危険因子を有する転倒ハイリスク患者であるのかを予測、評価することが必要である」<sup>4)</sup>と述べているように、転倒事故を一つ一つ分析することで、何が転倒を起こす原因になったのか、どうすれば今後転倒を防ぐことが出来るのかを見出すことができる。

## V. 結論

1. 転倒予防グッズを使用しても、夜勤帯の転倒・転落は防止しにくい。
2. 一度転倒を起こした患者は再転倒を起こす可能性が高い。
3. 転倒リスクの高い患者に対して分析、評価をし、その患者に合った対策を立てる。

## VI. 終わりに

今回当病棟で起こった転倒・転落事故を分析することで、当病棟の事故の傾向が明確になってきた。傾向を知ること、今後危険行動が予測される患者や、一度転倒を起こした患者に対するアセスメントシート

の作成やマニュアルの整備を行っていく必要がある。

### <参考文献>

- 1) 原秀樹(2001)：「医療事故要因分析マニュアル」日総研出版
- 2) 安部俊子(2000)：「リスクマネジメントとケアの質」メディカ出版
- 3) 中村雅彦(2000)：「医療事故防止マニュアル」学研

### <引用文献>

- 4) 泉キヨ子(2005)：「エビデンスに基づく転倒・転落予防」、中山書店 P112
- 1)、2)、3) 鈴木みずえ(2007)：「転倒・転落・骨折を防ごう」、日本看護協会出版会 P8、P7、P9