

病棟看護師が多重業務に取り組みながら 行っている転倒予防

山岡富美香・大堀 昇・小池 朝子・小川ひとみ・坂本いずみ

和文抄録

目的：病棟看護師が多重業務に取り組みながら行っている転倒予防について明らかにした。

方法：病棟看護師14名を対象に、フォーカスグループディスカッションによりデータ収集した。

結果：74のコード、37のサブカテゴリ、10のカテゴリが抽出された。

結論：病棟看護師が多重業務に取り組みながら行っている転倒予防は、「常に転倒リスクのある患者の対応を念頭におき、本来業務の合間を縫って、細やかに観察する」「転倒リスクのある患者に関するタイムリーで効率的な情報収集と情報の共有」「転倒予防のための看護師の移動距離を短くした対応」「状況に合わせた個別的な転倒予防」「チームの協力によって転倒予防が必要な患者の対応と他の患者の必要な援助を同時並行して行う」に集約された。転倒予防は、患者個々の転倒リスクだけではなく、病棟全体の患者の状態から検討しなければならない。また、看護チーム全体が協力し合える風土を作ることが重要であることが示唆された。

英文抄録

Objective: The purpose of this study was to identify falls prevention by ward nurses while performing multiple tasks.

Methods: Data were collected from 14 ward nurses through focus group discussions.

Results: 74 codes, 37 subcategories, and 10 categories were extracted.

Conclusion: falls prevention by ward nurses while undertaking multiple tasks is “Close observation of patients at risk of falls, in the intervals of their core duties, always with the patient at risk of falling in mind.” “Timely and efficient collection and sharing of information on patients at risk of falls.” “Reduced travel distances for nurses to prevent falls.” “Individualised falls prevention tailored to the situation.” “Teams working together to simultaneously address patients in need of falls prevention and provide the necessary assistance to other patients.” The results were summarised as follows.

Falls prevention must be considered not only in terms of the individual patient's risk of falling, but also in terms of the patient's condition on the ward as a whole. It was also suggested that it is important to create a climate of cooperation within the nursing team as a whole.

キーワード：多重業務、転倒、転倒予防

I. はじめに

我が国は急速に高齢化が進行し、2007年には65歳以上の人口が21%を超える超高齢社会となった。高齢者の転倒は介護状態を引き起こし、健康寿命を短くする主要な原因であり、病院に入院する患者や、施設入所者・利用者の転倒は臨床現場で大きな問題となっている(荻野, 2022)。

転倒予防についてはすでに多くの先行研究がある。鈴木(2003)らは転倒の危険因子として内的因子(身体的疾患・薬物・加齢変化)、外的因子(物的環境)を明らかにしており、黒川(2018)らは患者その人なりの理由による行動が転倒の要因にあるとして行動要因を加えている。

日本看護協会では、転倒・転落の防止のためにアセスメントスコアシート等の活用を推奨しており(松月, 2013)、国立長寿医療研究センター方式転倒・転落アセスメントシートや日本医師会が紹介している転倒転落アセスメントスコアシートなどがある。そして、転倒転落の対策は病院機能評価の評価項目となっており、アセスメントに基づいた予防対策が各病院施設で行われている。

しかし、病院内で発生する転倒件数は減少していない。日本病院評価機構の統計結果では、2010年度は報告参加施設636施設から計402件の転倒(内死亡が10件)が報告されていたが、2020年度は報告参加施設833施設から合計807件(内死亡が15件)の報告があり、転倒件数割合は増加している実態がある。

これらのことから、すでに転倒の危険因子や要因が研究され、アセスメント(スコア)シートの活用や転倒予防対策が行われてはいるが、病院内での転倒発生件数が減少していないということは、未だ何らかの理由で入院患者に対する転倒予防対策が不十分である、あるいは行われていたとしても効果的に作用していない実態があると考えることができる。

一方で原田ら(2004)は、医療事故防止の観点から看護師の業務のタスクモデルを示している。これによると、看護師は対象となる個々の患者に対し、安全で有効な医療・看護行為を行うことを目的としており、「多数の目標の同時並行的な達成」に取り組むことを看護業務の独自性として挙げている。また、看護師は診療の補助業務の他に、患者の療養上の世話業務、看護事務業務、病棟運営業務、その他を兼務している。これらに基づくと、病棟の看護師によって行われる一人の患者への転倒予防対策は、背景にその他多数の患者に対する看護業務を抱え、臨機応変な対応をとることにより行われている実態があると考えられる。行うべき転倒予防対策が明確であっても、看護師が抱える業務全体の中で適切に行うことが出来なければ、その効果は得られない。従って、病院の中で有効な転倒予防対策が行われる為には、一人の患者に対する転倒予防対策の実施を業務の中から取り出して検討するのではなく、看護師がその業務全体の中でどのように転倒予防をしているのかについて明らかにし、検討することが必要である。

以上から、本研究は複数患者への看護など多重業務を提供しながら行われる看護師の転倒予防について明らかにすることを目的とする。これにより個別に転倒予防を検討しては見えなかった、看護師が多重業務をしながら工夫している、または意識せずに行っている転倒予防の対応について知見が得られる可能性があり、転倒発生の減少に寄与できると考える。

Ⅱ. 研究目的

病棟看護師が多重業務に取り組みながら行っている転倒予防はどのようなことか、明らかにする。

用語の定義

転倒：バランスを崩してしまい、足底以外の身体の一部が地面（床面）についた状態。高低差のある場所から転がり落ちた転落は含めない。

転倒予防：看護師が転倒予防のために行う行動だけでなく、目視による確認、意図的な情報収集や共有などの認知や、対応の優先順位をつけるなどのアセスメントも含む。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究対象

総合病院の一般病棟に勤務している看護師で、研究対象になることに同意が得られた看護師計14名とした。

1) 対象の選定基準および選定方法

看護管理者を除く、日勤及び夜勤勤務をしている看護師とした。クリニカルラダー等、勤務する病院の看護師の実践能力評価に基づいて、いわゆる新人看護師からエキスパートまでの各段階の看護師を1病棟から2名程度とし、看護部長に選定基準に沿った選定を依頼した。

2. データ収集内容

看護師経験年数と複数患者への看護やその他の業務をしながら行っている転倒予防とした。

3. データ収集方法

フォーカスグループディスカッションにより、データを収集した。

1) グループ編成

グループメンバーは、実践能力が同程度の段階にあり、異なる病棟の看護師で構成した4～5名として、3グループを編成した。理由は、同病棟の看護師では上下関係等により、他の看護師の発言に影響を受けた内容になる可能性があること、実践能力に差がある場合には発言の意味が共通理解できなくなる可能性があるためである。これらのことを考慮し、できるだけ意見の偏りが生じないよう配慮した。

2) ディスカッション

日時は、施設の看護部長が対象となった看護師の都合を考慮して決定した。場所は、施設の会議室を使用し、時間は49分から59分を要した。研究者1名がファシリテーターとなり、グループ全体でディスカッションを行った。参加者全員の承諾を得た後、ディスカッションの内容を録

音した。

4. 分析方法

得られたデータについて質的帰納的分析を行った。

- 1) 逐語録を読んで、意味のある文章のまとまりをできるだけ最小単位で取り出した。
- 2) 1) で取り出した文章のまとまりをよく読み、文章の意味を取り出してコード化した。
- 3) コードの一覧を作成し、似た特徴を持つコードを分類して名前を付けサブカテゴリを作成した。
- 4) サブカテゴリをさらに分類し名前を付けカテゴリを作成した。

分析は看護師の経験を有する者数名で行い、質的研究の経験がある者、看護教育、看護管理の経験を有する看護師のスーパーバイズを受け、結果における信頼性を確保した。

5. 倫理的配慮

対象者には研究の主旨と概要を口頭と文書で説明し、同意が得られた後に行った。その際、本研究への参加は自由意志であり、協力しないことで、業務上他、何ら不利益を被ることはないこと、グループディスカッションの内容は録音すること、本研究以外には使用しないこと、個人が特定されない形で分析を行い公表すること、研究終了後は全てのデータを速やかに破棄することを説明した。研究の対象者が勤務する施設の倫理審査を受け、承認を得てから実施した。

IV. 結果

1. 研究対象者の属性と面接の概要

参加が得られた看護師 14 名の属性は表 1 の通りだった。

表 1 対象者の属性

ディスカッション	対象者	ラダー	看護師経験年数
1 回目	1	レベルⅢ	16 年目
	2	レベルⅡ	2 年目
	3	レベルⅡ	5 年目
	4	レベルⅢ	8 年目
	5	レベルⅢ	6 年目
2 回目	1	レベル 1	1 年目
	2	レベル 1	1 年目
	3	レベル 1	1 年目
	4	レベル 1	1 年目
	5	レベル 1	1 年目
3 回目	1	レベルⅢ	11 年目
	2	レベルⅣ	16 年目
	3	レベルⅣ	10 年目
	4	レベルⅣ	18 年目

2. 一般病棟看護師が多重業務に取り組みなが行っている転倒予防のカテゴリ

フォーカスグループディスカッションの逐語録から、看護師が行っている転倒予防について117のデータが抽出され、コード74、サブカテゴリ37、カテゴリ10が抽出された。以下、カテゴリは【 】, サブカテゴリは〔 〕、コードは〈 〉、データは「 」で表す。

表2 病棟看護師が多重業務に取り組みなが行っている転倒予防

【カテゴリ】(10)	〔サブカテゴリ〕(37)	〈コード〉(74)	「データ」(117)
転倒リスク患者として関心を向けること	患者への気にかける	状態の悪い患者を診ながら不穏患者も気にする	・一番最初にどこを回っていったら、病棟によっていろいろですが、状態の悪い人から行きながらも、日勤でこの人不穏なんだよという人も気にしながら
		通る時は気にして観る	・自分の受け持ちじゃない部屋でも、部屋の前とか通る時は、なるべく病室の中を見るようにした方がいいよって言われたので、そこから必ず部屋の前通る時とかは、気にして見るようにしています。
	転倒リスク患者としてラベリング	転倒リスク患者とラベリング	・予防するのは……この人はこういうところがあるのかっていう自分の中での意識づけっていうところには繋がると思うんですけど
			・ADL拡大して、もう転ばないだろうなって思って、大丈夫だろうなって思ってた矢先に転ぶってことがあったんです。そういう時は、退院するまでは、この人は転ぶ人だって思ってやろうと思いました。
入院時からの定期的な転倒リスクアセスメント	入院早期からの転倒リスクアセスメント	入院時アセスメントシートによる早期アセスメント	・入院の時にアセスメントシートを活用しているのですが、入院の患者さんはADLの状況だったり、内服している薬の種類だったり、後は治療だったり元々の病気だったり、日常生活に転倒歴があったかどうか
		入院時の情報からの早期アセスメント	・以前に入院された時はこうだったという情報があれば、ある程度の介入はとれると思うんです。
	定期的な転倒リスク評価	定期的な転倒リスク評価	・初めての入院で何も情報が得られていないと、患者さんの状態が入院してからみえてくることになるので、それからアセスメントになるとなかなか難しい。
		アセスメントシート上の転倒リスクの評価の見直し	・入院時に転倒転落のリスクが高い人は、その時から対策を始めていて……その後は月に2日、見直す。 ・(転倒リスク評価をするタイミングが)入院時と月に2回あるんで、更新の時に見る感じです。 ・前のやつ(転倒リスク評価)と比べて、その期間にこういうことがあったからここどうなってる程度にはやってはいるかもしれない
日々の継続した転倒リスクアセスメント	申し送り情報からのアセスメント	申し送りからの判断	・日勤からの申し送りでもちょっと怪しいとか、夜勤からの送りでトイレの位置がそっちではなく、近い方にしましうとか、部屋もナースステーションの近くにしてしましうとか。
		申し送りによる情報共有	・申し送りによって状態を知って看護に臨むみたいな感じになっちゃってる
	記録情報からのアセスメント	転倒リスクを意識した情報収集	・退院が近い人、夜間の状態とかは先輩から情報を聞く時とかは注意して聞いたりとかはしています。
		記録による情報共有	・全体の記録を読みながら、こういうのあったんだって……
転倒予防のための安全・安心な環境を提供すること	ベッド柵の設置	ベッド柵の設置	・ベッド柵つけたりとか……対応するんですけど、 ・4点柵にしたりとか、
		ベッドの高さ確認	・ベッドの高さをとりあえず確認して
	ベッドの高さ調節	ベッドの高さを下げる	・ベッドが上がっているところは下げてみた
		ストッパーの固定	・ストッパー掛けたりとか
継続して患者の心身機能の変化を観察すること	身体機能の観察	トイレの位置の変更	・トイレの位置とかを変えてくれたりする。
		安心できる環境づくり	・夜であればもう寝ようって声かけて安心させるような環境を作ったりもしますね。
	精神機能の観察	患者と話す機会の確保	・忙しくても、できるだけ患者さんと話す時間っていうのを作るようにします。
		患者を一人にしない	・できる限り人と接する機会を作って
継続して患者の心身機能の変化を観察すること	身体機能の観察	バイタルサインの変化から転倒予測	・朝バイタル行って、高いなって思って、その人が転倒リスクの人だったら注意しようかな……。
		ふらつきの観察	・入院してくる患者さんのなかでは疾患によって足元がふらついたり……(の観察)
	精神機能の観察	意識の観察	・とりあえず話をして怪しいなと思ったら
		見当識障害の観察	・それ以外にも見当識……(の観察)
		患者の反応からアセスメント	・そのときの反応を見て、この人ちょっと怪しいなみたいなときには(対応する)
		精神状態の観察	・ソワソワしてるなとか、そういう観察とか……
		表情の観察	・とりあえず顔をみて顔をみて
		言動の変化から読み取る長年の勤によるアセスメント	・言動がおかしくなったり、指示が入らなくなったりすると、そろそろ危ないかもなというか、長年の勤というか
		昼夜の患者状態の変化の観察	・昼間の状態と夜間の状態と患者さんの状態が変わるがいる。
		認知症の症状の観察	・ちょっと認知症あるかもしれない。出てきたかもしれないから、もしかしたら転ぶかもしれないという時もあります。
	様子変化の観察	様子変化の観察	・ごはん配った時とか必ず見に行く、自分で見に行っても大丈夫って、 ・自分がごはんに行く前に、ちょっと顔出して、ああ寝てると思ったんですけど、 ・病院にいることをわかっていない、ここがどこかわかんなくなる方の中にはいたので、ずっと見張っていた観察をしていた。
		継続した観察	

表2 病棟看護師が多重業務を取り組みながら行っている転倒予防（続き）

【カテゴリ】（10）	〔サブカテゴリ〕（37）	〈コード〉（74）	「データ」（117）
常時、即対応できる体制にすること	頻回の訪室による観察	頻回な観察	・できるだけ時間を見つけて行くようにはしています。
			・ちょっと回ってきたときにもう一回行ってみるとか一通りラウンドして今日夜勤の看護師ですとか自分の受け持ち患者には回るようにしているんです。
		頻回な訪室	・本当に頻回に見に行き、見に行き……
			・何回も何回も訪室する。
	ナースステーション近くへの病室移動	ナースステーション近くに病室移動	・頻回に訪室したりとかはします。
			・できるだけ多く、他の人よりは多めに気にかけて頻回に……（訪室している）。
			・ナースステーションから近いお部屋に（移動させる）
			・どんな患者さんか分かるので近いお部屋に移動して
			・申し訳ないけど部屋移動させてもらって、近い部屋にね。
			・その部屋の状況を見て、移動してできるだけ部屋に危ない人とかは近くの部屋に移動したりとか
	ナースステーションで対応	ナースステーションで対応	・その部屋の状況によってはなんですけど、近くの部屋が空いていたら、そこに移動したりとか
			・部屋の位置とか変えて
			・ナースステーションで塗り絵だったり、活動……離床を促すような感じにする
			・ごはんを食べるのも、ナースステーションに連れてきて、そこで皆で食べてもらったり
	患者を同伴させて仕事	仕事をするために患者を付き添わせる	・車いすに乗っていただいて、ナースステーションの方に来ていただいて、看護師のすぐ目の届くところ、離床センサーじゃ間に合わないときには、看護師がいるナースステーションに来ていただいて座ってもらう。
			・車椅子に乗せて少し落ち着くまでナースステーションに居てもらったり
			・車いすに移乗してナースステーションに連れて来て
			・患者さんを車椅子に乗せて一緒にラウンドしたりとか
患者単独での行動を予測し回避すること	患者脇での仕事	患者脇で仕事	・常に一緒にいていただいて
			・車いすに乗せて連れて歩きながら仕事をすることもある
			・朝、車いすに乗せながらラウンドしながら検温したこともある。採血したことも（病室を）まわったこともある。
			・時計見せてほら今何時？時計見せるとこんな時間だタクシーもなんもない、夜中だと理解してくれて寝るかっていう感じ……
	離床センサーの設置	離床センサーの設置	・車椅子に乗れる患者さんの場合は車椅子に乗っていただいて、ナースステーションに来ていただいて、
			・自分の記録もしなくちゃいけないのでパソコンを持って、患者さんのところに行き、もう本当に脇でベッドの脇で仕事をする。
			・本当ずっと、その場にいて記録するとか、
			・センサーとかも使ってるべく、ダメだダメだって抑えつけちゃうと動けなくなっていくっちゃうので、寝たきりになっちゃうからということでセンサーをつけるんです。
	離床センサーの位置の工夫	離床センサーの位置の工夫	・お部屋にセンサーが付いていたりするので、モニターで動かしだしたら見えるように音が鳴ったりするモニターもあるので、全部の部屋じゃないんですけど、そういうのも活用させていただいて、
			・離床センサーを付けて、その人が立ち上がったら分かるようになってる。
			・認知症の患者さんは急性期と同じでセンサーとかつけて
			・ナースコール押せないからナースコール代わりにセンサーをつける
	動き出しの早期感知	患者の行動を察知して駆けつけ	・離床センサーをつけようとか、そういう対策をして
			・センサーをなぜか上手くかいて、廊下にいると……なぜいるみたいなのがあるんですよ。だからそのセンサーの位置も常に変える。
			・マットをどこにどう置いたらセンサーを踏んでくれるっていうのも常に考えて
	転倒リスクの説明と説得	強い説得	・動いたっていうのを察知して駆けつける
			・鈴とかつけて鳴るようにはしてる
			・万が一転んだらまた、手術になるよって。
			・何回も何回も声かけて、そうするとそうかって。あとはもう寝よって夜であればもう寝ようって声かけて
患者単独での行動を予測し回避すること	ナースコールの指導	ナースコールの指導	・（転倒リスクについて）説明を看護師はしているんですけど
			・どこか行きたい時にはナースコールで呼んでくださいって
			・（看護師を）呼んでくださいって
			・絶対押してね、ナースコール押してください。
	関心をそらし単独行動を回避	患者の注意をそらす	・説明をしても、そのときはわかってナースコールで呼ぶんだねと言っている、呼ばずに歩いちゃうんですよね。
			・（看護師を呼ぶよう）あっちこっちに貼っておく。
			・ちょっとでも手が届くと（手を伸ばして）それで転ぶもあるので、見えない遠いところに置いて
			・周りに気になるものを全部片づけちゃったりすると何もないから諦めて寝る
	転倒リスクの説明と説得	本人に説明	・他に集中できるものやっていたらだいたく、なんかもこっちは塗り絵とかしかないの、そういうのを提供するんです

表 2 病棟看護師が多重業務に取り組みながら行っている転倒予防（続き）

【カテゴリ】（10）	〔サブカテゴリ〕（37）	〈コード〉（74）	「データ」（117）
転倒リスクの要因の除去	排泄行動のコントロール	排泄に関するアセスメント	・トイレに絡む転倒が多いので尿の回数とか便の回数とか気をつけてみる。
		服薬時間の変更について医師への働きかけ	・やたら夕方トイレ行くからこれじゃない？ってなって先生に相談して……
	定期的な排泄誘導	時間を見計らったトイレ誘導	・トイレ誘導の時間を決めて、看護サイドで声かけて、時間でトイレに座ってもらって
		睡眠環境の整備	・電気を真っ暗にしているのは暗くはしないんですけど、その人が寝付くまで一旦ちょっと暗くして、寝たらちょっと付けるとか。
			・暗い部屋でしか寝れないとか言う人もいるので、その人の生活がどうだったのか……意外と環境整備は効き目がある
	睡眠時間の確保	部屋を暗くして夜であることを認識させる	・部屋を暗くすると、ああもう夜なんかって言って寝てくれる時もあります。
		夜間睡眠時間の確保	・昼間は起きて夜寝てもらうように、寝かせないで起こしておこみたい……リズムを整える
		不眠時の処方と薬	・不眠時の対策のお薬をつかう
		利尿薬の時間をずらして夜間睡眠時間を確保	・飲み薬も時間をずらして……昼間のうちに利尿の調節していただいて夜は寝ていただく
		点滴時間の変更について医師への働きかけ	・医師とかと相談しながら、点滴が昼間で終わるように
スタッフ間の協力体制をとること	転倒リスク患者の注視の呼びかけ	転倒リスク患者の注視の投げかけ	・自分が見ていない患者さんもちょうど危ないなと思ったら、ちょっと気をつけて見るように言ったりします。
			・気をつけるといっても、何を気をつけていいのかわからないので……とか、話をしようにしています。
	相互の声かけによる情報共有	お互いの声かけによる情報共有	・お互いに声かけて
		お互い誰かが行ける、行けないをはっきりさせて	・お互い誰かが行ける、行けないをはっきりさせて
		対象患者の情報共有	・転倒しやすいリスクが高い患者さんがいるよって情報共有して
		他スタッフとの情報共有	・他の人に伝達して
	他スタッフによる観察協力	介護スタッフの観察協力	・介護者さんが（病室を）回ってくれたり
			・誰かしらに言えば誰かしらが飛んできてくれます
			・センサーがなったら誰かが急いで行く
			・一人が何かやっている時には、一人が見ていてって感じでちょっと交替しながらやったり
	スタッフ間の状況を意識した協力体制	あうんの呼吸による協力体制	・いけない状況の時にはすでに相手方が行っている
			・察知して、あの人が危ないから行かなくてか代わりに行ってってくれたり
		他スタッフの動きを察知した協力	・あっちやってくるから、私こっち行かなくちゃみたいな感じで動いて、常に動いて……
	自主的な協力体制	自主的な協力体制	・フロアのどこかには居るから今きつとあそこへんに居るみたいな感じ……
			・自分の受け持ちじゃなくても、すぐ近くとかで離床センサー鳴ったなと思ったら行く
	協力体制の依頼	協力体制の依頼	・夜勤で組んで働いている他のスタッフさんが、「（あなたが）大変そうだから（あなたの代わりに、患者に）配ってくる。」「私のところ終わってるから（あなたの代わりに）やってくる。」と……
			・ピッチを持ってるので今私が行けない状況だよっていうのは相手方にお伝えして
		業務を委譲して対応	・自分が病棟にいない時間の時があるときは、他の同じチームの人に送ってから病棟離れる
			・業務分担して
身体拘束	身体拘束	一時的な身体拘束	・オベ後の患者さんを見なきゃいけないけども、別な患者さんも暴れちゃったよみたいなときは、そっちの対応をしているので申し訳ないけれどもおむつ交換は二人で回ってくれる？など時間をもらう
		身体的な身体拘束	・究極的に申し訳ないけど……身体拘束をして終わったらはずす
		身体拘束の対応	・抑制とかになっちゃうんですけど
		継続した身体抑制	・一回転ばれちゃうと、次転ばないようにする対策が安易に身体拘束をする ・（身体拘束帯を）一回つけたら、ずーとついちゃいます。解除しようと思ったのに、何日か後には同じ状況になっていて難しい

看護師が行っている転倒予防のカテゴリは【転倒リスク患者として関心を向けること】【入院時から定期的な転倒リスクアセスメント】【日々の継続した転倒リスクアセスメント】【転倒予防のための安全・安心な環境を提供すること】【継続して患者の心身機能の変化を観察すること】【常時、即対応できる体制にすること】【患者単独での行動を予測し回避すること】【転倒リスクの要因の除去】【スタッフ間の協力体制をとること】【身体拘束】であった。

1) 【転倒リスク患者として関心を向けること】は、〔患者への気にかへ〕〔転倒リスク患者としてラベリング〕の2つのサブカテゴリと〈状態の悪い患者を診ながら不穏患者も気にする〉〈通る時は気にして観る〉〈転倒リスク患者とラベリング〉の3つのコードから構成されていた。看護師は「一番初めにどこを回るかってなったら、病棟によっていろいろですが、状態の悪い人か

ら（観察に）行きながらも、日勤でこの人不穏なんだよという人も気にしながら」「自分の受け持ちじゃない部屋でも、部屋の前とか通る時は、なるべく病室の中を見るようにはしたほうがいいよって言われたので、そこから必ず部屋の前通る時とかは、気にして見るようにはしています。」と、主体となる患者のケアを行う際や他の用事で移動する際も、転倒リスクのある患者を意識的に気にかけるようにしていた。転倒したことのある患者に対しては、「ADL 拡大してて、もう転ばないだろうって思って、大丈夫だろうなって思っていた矢先に転ぶってことがあったんです。そういう時は、退院するまでは、この人は転ぶ人だと思って（看護を）やろうと思いました。」など、自分の頭の中にラベリングをして対応していた。

2) 【入院時からの定期的な転倒リスクアセスメント】は、〔入院早期からの転倒リスクアセスメント〕〔定期的な転倒リスク評価〕の2つのサブカテゴリと〈入院時アセスメントシートによる早期アセスメント〉〈入院時の情報からの早期アセスメント〉〈定期的な転倒リスク評価〉、〈アセスメントシート上の転倒リスクの評価の見直し〉の4つのコードから構成されていた。看護師は、入院時に「以前に入院された時はこうだったという情報があれば、ある程度の介入はとれると思うんです。」のように、入院前の転倒歴に関する情報を活用し、「初めての入院で何も情報が得られていないと、患者さんの状態が入院してからみえてくることになるので、それからアセスメントになるとなかなか難しい。」「入院時に転倒転落のリスクが高い人は、その時から対策を始めていて……その後は月に2回、見直す。」と、アセスメントシートを活用して転倒リスクをアセスメントしていた。以後は「（転倒リスク評価をするタイミングが）入院時と月に2回あるんで、更新の時に（アセスメントシートを）見る感じです。」と、病院のルールに基づいて、定期的にあセスメントシートに転倒リスクの見直しや患者状態の変化に伴う評価を記入していた。

3) 【日々の継続した転倒リスクアセスメント】は〔申し送り情報からのアセスメント〕〔記録情報からのアセスメント〕〔話し合いによるアセスメント〕の3つのサブカテゴリと〈申し送りからの判断〉〈申し送りによる情報共有〉〈転倒リスクを意識した情報収集〉〈記録による情報共有〉〈話し合いによる転倒リスクの原因分析〉の5つのコードから構成されていた。「日勤からの申し送りでもちょっと怪しいとか、夜勤からの送りでトイレの位置がそっちではなく、近い方にしましょうとか、部屋もナースステーションの近くにしてみましょうとか。」「申し送りで状態を知って看護に臨みたいになっちゃってる。」「全体の記録を読みながら、こういうのあったんだなって…」など、看護師は先の【入院時からの定期的な転倒リスクアセスメント】とは異なる情報源である、申し送りや看護記録から意識的に転倒リスクに関する情報収集をして、転倒のリスクをタイムリーに判断し、看護師間で情報共有をして対策を話し合っていた。また、「皆でこう……話し合って、原因これじゃない？って」と、看護チームで転倒リスクの分析を行い、原因を見つけて看護援助に活用していた。

4) 【転倒予防のための安全・安心な環境を提供すること】は〔ベッド柵の設置〕〔ベッドの高さ調節〕〔ベッドストッパーの固定〕〔トイレの位置の変更〕〔安心できる環境づくり〕の5つのサブカテゴリと〈ベッド柵の設置〉〈ベッドの高さ確認〉〈ベッドの高さを下げる〉〈ストッパーの固定〉〈トイレの位置の変更〉〈安心できる環境づくり〉〈患者と話す機会の確保〉〈患者を一人にしない〉の8つのコードから構成されていた。看護師は転倒予防のために、ベッド柵の設置や

ベッドのストッパーの固定などの基本的な安全予防策と共に、「夜であればもう寝ようって声かけして安心させるような環境を作ったりもしますね。」「忙しくても、できるだけ患者さんと話す時間っていうのを作るようにしてます。」と、患者の気持ちを意識して、患者が安心できるような環境を作ることで転倒予防を行っていた。

5)【継続して患者の心身機能の変化を観察すること】は〔身体機能の観察〕〔精神機能の観察〕〔様子変化の観察〕の3つのサブカテゴリと〈バイタルサインの変化から転倒予測〉〈ふらつきの観察〉〈意識の観察〉〈見当識障害の観察〉〈患者の反応からアセスメント〉〈精神状態の観察〉〈表情の観察〉〈言動の変化から読み取る長年の勘によるアセスメント〉〈昼夜の患者状態の変化の観察〉〈認知症の症状の観察〉〈様子変化の観察〉〈継続した観察〉の12のコードから構成されていた。看護師は、患者の転倒のリスクについて、バイタルサインやふらつきなどの身体の状態とともに、「とりあえず話をして怪しいなと思ったら」と、意識の観察のために意図的に会話をしたり、「そのときの反応を見て、この人ちょっと怪しいなみたいなきには（対応する）」「ソワソワしてるなとか、そういう観察とか……」「とりあえず顔をみて顔をみて」患者の様子、表情などを観察して「怪しい」「おかしい」など、看護師の直感的なアセスメントを行っていた。また、「言動がおかしくなったり、指示が入らなくなったりすると、そろそろ危ないかもなっというか、長年の勘というか」「昼間の状態と夜間の状態と患者さんの状態が変わる人がいる。」「ちょっと認知症あるかもしれない。出てきたかもしれないから、もしかしたら転ぶかもしれないという時もあります。」などその時だけではなく、患者の言動の変化や昼夜の状態の変化に着目して観察しており、変化が生じると認知症の症状が生じたり悪化するため、転倒リスクが高くなると判断していた。そして、「ごはん配った時とかも必ず見に行く、自分で見に行ったら大丈夫って、」「自分がごはんに行く前（休息に入る前）に、ちょっと顔出して、ああ寝てるなと思ったんですけど、」など、変化を見逃さないよう意図的に患者のもとに行き観察していた。

6)【常時、即対応できる体制にすること】は〔頻回の訪室による観察〕〔ナースステーション近くへの病室移動〕〔ナースステーションで対応〕〔患者を同伴させて仕事〕〔患者協での仕事〕の5つのサブカテゴリと〈頻回な観察〉〈頻回な訪室〉〈ナースステーション近くに病室移動〉〈ナースステーションで対応〉〈仕事をするために患者を付き添わせる〉〈時間を見せ夜であることを認識させる〉〈患者協で観察しながら仕事〉〈患者協で仕事〉の8つのコードから構成されていた。看護師は、一人にすると勝手に動いてしまい、看護師の指示が理解できない状態の患者に対して、「できるだけ時間を見つけて行くようにはしています。」「本当に頻回に見に行ったら、見に行ったら……」「何回も何回も訪室する。」など頻回に訪室して観察したり対応していた。また、「その部屋の状況によってはなんですけど、（ナースステーションの）近くの部屋が空いていたら、そこに移動したりとか」「車いすに乗っていただいて、ナースステーションの方に来ていただいて、看護師のすぐ目の届くところ、離床センサーじゃ間に合わそうなきには、看護師がいるナースステーションに来ていただいて座ってもらう。」のように、患者を車いすに座らせて、常に看護師の目が届くナースステーションに移動させて継続的に対応していた。また、患者と常時一緒にいて転倒予防をしながら同時に他の仕事もするために、「朝、車いすに乗せながらラウンドしながら検温したこともある。採血したことも（病室を）まわったこともある。」のように、患者と

移動しながら他の患者の対応をしたり、「自分の記録もしなくちゃいけないのでパソコンを持って、患者さんのところに行って、もう本当に脇でベッドの脇で仕事する。」など、看護師が患者のベッドサイドに看護記録の記載などの仕事を持ち込んで、患者の対応をしていた。

7) 【患者単独での行動を予測し回避すること】は「離床センサーの設置」〔離床センサーの位置の工夫〕〔動き出しの早期感知〕〔転倒リスクの説明と説得〕〔ナースコールの指導〕〔関心をそらし単独行動を回避〕の6つのサブカテゴリと〈離床センサーの設置〉〈離床センサーの位置の工夫〉〈患者の行動を察知して駆けつけ〉〈動き出しの早期感知〉〈強い説得〉〈繰り返しの声かけによる説得〉〈本人に説明〉〈ナースコールの指導〉〈ナースコールの説明〉〈ナースコールを認識させる工夫〉〈関心物を視界から除去〉〈患者の注意をそらす〉の12のコードから構成されていた。看護師は、患者が看護師のいないときに動き出す転倒リスクの高い患者に対して、「離床センサーを付けて、その人が立ち上がったらわかるようになってる。」など、患者の動きを早急に察知できるようにベッドの床に離床センサーを設置して対応し、「(離床) センサーをなぜか上手くかいくぐって、(患者さんが)廊下にいると……なぜいるみたいなのがあるんですよ。だからそのセンサーの位置も常に変える。」「(離床センサーの) マットをどこにどう置いたら (患者さんが) センサーを踏んでくれるっていうのも常に考えて」のように、患者の動きを考えながら患者がベッドから降りた時にセンサーを踏むよう、置く位置を工夫していた。また、患者の動きを察知したときはすぐに駆け付けて対応していた。また、認知症がある患者に対しても「何度も何度も声かけして、そうするとそうかって。あとはもう寝よって夜であればもう寝ようって声かけして」「(転倒リスクについて) 説明を看護師はしているんですけど」「どこか行きたい時にはナースコールで呼んでくださいって」「絶対押してね、ナースコール押してください。」「(看護師を呼ぶよう) あっちこっちに貼っておく。」など、転倒リスクや、患者が動く際にはナースコールを押すよう繰り返しの説明を行ったり、ナースコールを認識させる工夫をしていた。また、そもそも患者が動こうと思うきっかけをなくすために、「ちょっとでも手が届くと (手を伸ばして) それで転ぶのもあるので、(取りたいものを) 見えない遠いところにおいて」など、患者が関心のあるものを見えなくする、関心をそらすなどの工夫をしていた。

8) 【転倒リスクの要因の除去】は「排泄行動のコントロール」〔定期的な排泄誘導〕〔睡眠環境の整備〕〔睡眠時間の確保〕の4つのサブカテゴリと〈排泄に関するアセスメント〉〈服薬時間の変更について医師への働きかけ〉〈時間を見計らったトイレ誘導〉〈生活習慣に合わせた睡眠環境の整備〉〈部屋を暗くして夜であることを認識させる〉〈夜間睡眠時間の確保〉〈不眠時の処方との薬〉〈利尿薬の時間をずらして夜間睡眠時間を確保〉〈点滴時間の変更について医師への働きかけ〉の9つのコードから構成されていた。看護師は排泄について「トイレに絡む転倒が多いので尿の回数とか便の回数とか気をつけてみる。」と認識していた。「やたら夕方トイレ行くからこれ (利尿薬の内服) じゃない？ってなって先生に相談して……それが治ってきて結局夜は寝れるようになった例もあるんで、転倒とかふらつきもなくなったというのがあるので、そこの判断も必要かなって……」看護師は患者の転倒リスクが低くなるように、排泄誘導により、患者がトイレに行きたいという歩行の欲求が生じないようにしたり、夜間の排尿回数が増えないよう、患者の一日の状態をアセスメントして、医師に利尿薬の服薬時間を調整するよう働きかけていた。

また、夜間眠れないことによる意識の混乱が生じないように、「暗い部屋でしか寝れないとかいう人もいますので、（入院するまでの）その人の生活がどうだったのか……意外と環境調整は効き目があるという……」「部屋を暗くすると、ああもう夜なんかって言って寝てくれる時もあります。」とその患者の生活背景を考慮した環境整備を行ったり、処方薬の睡眠導入剤を使用する、「医師とかと相談しながら、点滴が昼間で終わるように」などして、患者が睡眠できるように対応していた。

9) 【スタッフ間の協力体制を得ること】は〔転倒リスク患者の注視の呼びかけ〕〔相互の声かけによる情報共有〕〔他スタッフによる観察協力〕〔スタッフ間の状況を意識した協力体制〕〔自主的な協力体制〕〔協力体制の依頼〕の6つのサブカテゴリと〈転倒リスク患者の注視の投げかけ〉〈お互いの声かけによる情報共有〉〈対象患者の情報共有〉〈他スタッフとの情報共有〉〈介護スタッフの観察協力〉〈あうんの呼吸による協力体制〉〈他スタッフの動きを察知した協力〉〈自主的な協力体制〉〈協力体制の依頼〉〈業務を委譲して対応〉の10のコードから構成されていた。〔転倒リスク患者の注視の呼びかけ〕は、先輩看護師が後輩の看護師に対して、「自分が看ていない患者さんもちっと危ないなと思ったら、ちっと気をつけて見るように言ったりします。」「気をつけるといっても、何を気をつけていいのかわからないので、具体的には、その方（患者）が大体何時くらいになると大きい声を出してくるとか、柵をがたがたさせるとか、あまり目を離せないというか、気をつけてもっと見ないといけないよとか、話をしてあげるようにしています。」など転倒予防の注意点を具体的に呼びかけて、対応を促していた。また、看護師同士、看護師と介助者で「お互いに声かけして」「転倒しやすいリスクが高い患者さんがいるよって情報共有して」「他の人に伝達して」など、タイムリーに互いの業務の進捗を確認し合ったり、患者の情報を共有しながら対応していた。また、看護師と介助者が情報を共有することによって「介護者さんが（病室を）回って（患者の対応をして）くれたり」と協力体制を取ることができていた。さらに、「誰かしらに言えば誰かしらが飛んできてくれます。」「一人が何かやっている時には、一人が見てっていう感じでちょっと交替しながらやったり」など、お互いに意思の疎通ができていていることによる息の合った協力体制で対応しており、「あっちやってるから、私こっち行かなくちゃみたいな感じで動いて、常に動いて……お互いに今、相手の人がどこにいるんだろうって（わかって）いる）感覚で、……」「フロアのどっかには居るから（相手は）今きっとあそこらへんに居るみたいな感じで、（このように）やらないと、患者さんの安全は確保できないので」と他スタッフの動きを察知した行動をとりながら対応していた。さらに、「夜勤で組んで働いている他のスタッフさんが、『（あなたが）大変そうだから（あなたの代わりに、患者に）配ってくる。』、『私のところ終わってるから（あなたの代わりに）やってくる。』と……」のように、スタッフ間で主体的に協力し合っていたり、自分ができないと判断した時は協力を依頼して対応していた。

10) 【身体拘束】は〔身体拘束〕の1つのサブカテゴリと〈一時的な身体拘束〉〈身体拘束の対応〉〈継続した身体抑制〉の3つのコードから構成されていた。「究極的に申し訳ないけど、優先順位を判断してそっち（の違う患者の対応）が一番やんなきゃいけない事をやっている間、申し訳ないけど……身体拘束をして終わったら外す」など、他の対応を優先しなければならぬ間の一時的な対応と、「（身体拘束帯を）一回つけたら、ずーとついちゃいます。解除しようと決めた

のに、何日か後には同じ状況になっていて難しい。」と患者の状態から判断し、身体抑制が優先されてしまった対応があった。

V. 考察

病棟看護師のフォーカスグループディスカッションから抽出された結果から、5つの視点に分けて病棟看護が多重業務に取り組みながら行っている転倒予防をしているのかについて考察する。

1. 常に転倒リスクのある患者の対応を念頭におき、本来業務の合間を縫って、頻回に観察する

常に転倒リスクのある患者の対応を念頭におき、本来業務の合間を縫って、頻回に観察する転倒予防は、【転倒リスク患者として関心を向けること】【常時、即対応できる体制にすること】のコード〔頻回の訪室による観察〕から導かれた。【転倒リスク患者として関心を向けること】で導かれた転倒予防は、他の複数患者を受け持ちながらも、転倒する可能性のある患者を常に「気にかけて」、近くを通るときには気にして見る対応で、チーム全体での観察の回数を多くする対応である。【常時、即対応できる体制にすること】のコード〔頻回の訪室による観察〕による転倒予防は、看護師が、意図的にできる限り頻回にその患者のもとを訪れて観察する対応である。この二つの対応は、看護師個々が、他の患者への影響がないように、業務計画の隙間時間を縫いながら、自分の業務の範囲で行っている転倒予防であると考えられる。

2. 転倒リスクのある患者に関する、タイムリーで効率的な情報収集と情報の共有

転倒リスクのある患者に関する、タイムリーで効率的な情報収集と情報の共有は、【入院時からの定期的な転倒リスクアセスメント】【日々の継続した転倒リスクアセスメント】【継続して患者の心身機能の変化を観察すること】【スタッフ間の協力体制を取ること】のコード〔相互の声かけによる情報共有〕から導かれた。看護師は意図的に転倒リスクに関する情報を申し送りや看護記録から収集したり、継続して患者の変化を観察し、業務をしながら声を掛け合うことで、タイムリーに情報を共有していた。そして、必要時は自分の担当以外の患者の対応を速やかに行っていた。これらのことは、この研究対象となった看護師が所属するチームが、思考の中に転倒防止に必要な情報についての共通の枠組みを持っていることで、チーム内の患者について常に必要な情報を収集し、タイムリーに共有することができているからだと考えられる。日本転倒予防学会(2020)アセスメントツールに関する提言では、転倒・転落アセスメントツールは、スクリーニング、精査、対策導出の3つの目的に大別される。特に病院の転倒・転落アセスメントツールは、スクリーニングとしてハイリスク者の選別を行い、さらに多職種で共有して精査・対策導出を行うなど使用目的・特徴・限界を把握した上で使用するとある。グループディスカッションの全体の内容から、この看護師が所属するチームが思考の中に持っている転倒予防の情報の共通の枠組みは、この施設が使用しているアセスメントシートではないかと推察され、入院時のアセスメントに活用し、定期的な見直しを行うことを通して、自然と看護チームの中で共通認識ができ、常

に同じ枠組みで観察を行い、転倒リスクのスクリーニングが行えているのだと考えられた。

3. 転倒予防のための看護師の移動距離を短くして対応する

転倒予防のための看護師の移動距離を短くして対応するは、【常時、即対応できる体制にすること】のコード〔ナースステーション近くへの病室移動〕〔ナースステーションで対応〕〔患者を同伴させて仕事〕〔患者協での仕事〕【身体拘束】のコード〔一時的な身体拘束〕から導かれた。転倒予防のために頻回な観察や対応が必要な患者が発生した場合、その患者の観察や対応時間に加え、看護師が患者のもとまで移動する時間が加わることになる。一人の看護師が対応する場合、その看護師が対応できる時間の余裕がない状況で対応する場合は、他の患者のケアの時間が削られることになる。〔ナースステーション近くへの病室移動〕〔ナースステーションで対応〕では、看護師は患者を車いすに乗せて、看護師の目が届きやすいナースステーションに移動させることにより、看護師の導線を短くし、他の看護師の協力も得ながら対応できるようにした転倒予防と考えられる。〔患者協での仕事〕〔患者を同伴させて仕事〕では、常時、患者のそばで片時も離れず転倒予防の観察や対応をする必要がある状況の転倒予防である。〔患者協での仕事〕では、常時患者を観察しタイムリーな対応ができるが、看護師がその患者の脇にいる限り、他の患者のケアは時間を遅らすか他の看護師に委譲しなければならない。〔患者を同伴させて仕事〕では、一緒に他の患者の検温に回るなどすることで、転倒予防は継続して実施でき、他の患者へのケアも同時並行で実施できるが、転倒予防をしながらの別患者の対応は看護師の負担が大きいと推測する。また、転倒予防を行われている患者、検温をされる患者双方にとってプライバシーが守られにくい状況がある。

4. 患者の状況に合わせた個別的な転倒予防

患者の状況に合わせた個別的な転倒予防は、【転倒予防のための安全・安心な環境を提供すること】【継続して患者の心身機能の変化を観察すること】【患者単独での行動を察知し回避すること】の中〔関心をそらし単独行動を回避〕【転倒リスクの要因の除去】から導かれた。牧野ら(2020)は、一般病棟の認知障害高齢者に対する入院時から身体拘束の回避・解除を念頭においた転倒予防評価尺度の確認因子の一つに「その人らしさを尊重するケアの態度」があり、これは、認知症患者の発言の意図や構想の意図を探索し、尊重するケア者の行動内容を示したとしている。丸岡ら(2018)は、認知症患者の転倒を予防するには、認知症高齢患者と行動をともにしながら転倒リスクを判断し、環境適応や生活能力を高める援助を実施し、認知症高齢者が落ち着くことを目指すことが重要であると述べている。看護師は患者の身体機能だけではなく、患者の表情や様子の変化を細やかに観察し、できるだけ患者と話をして患者が安心できる環境を提供することや、患者の24時間の状態を継続してチームで観察し、話し合っアセスメントを行った結果から排泄行動をコントロールしたり、患者の生活背景を配慮した環境調整を行って、睡眠時間を確保する援助を通して、転倒予防を行おうとしていた。この施設では、多重業務を抱えながらも、その人らしさを尊重しようとするケアの態度に基づいた転倒予防が行われていたと考える。

5. チームの協力によって、転倒予防が必要な患者の対応と他の患者に必要な援助を同時並行して行う

チームの協力によって、転倒予防が必要な患者の対応と他の患者に必要な援助を同時並行して行うは、【スタッフ間の協力体制をとること】から導かれた。〔転倒リスク患者の注視の呼びかけ〕は、先輩看護師が後輩看護師に転倒予防の方法について、チームの一員として動けるように業務を行いながら具体的に指導をしている状況である。〔スタッフ間の状況を意識した協力体制〕〔自主的な協力体制〕では、看護師が一緒に勤務している他の看護師の業務状況を推測しており、対応困難であろうと判断した場合は、他の看護師が担当する患者の対応を自ら代わって対応し、自分の担当ではない患者の援助も同時並行的に行っている。これは、当該看護師から協力の依頼があった場合もあるが、依頼がなくても看護師同士で瞬時に判断して行う場合がある。夜勤メンバーが看護師と介助者の二人夜勤では、お互いに声を掛け合わなくても、互いが病棟のどのあたりで仕事をしているのを察し、あうんの呼吸で対応している。このような瞬時の判断で協力する方法があることで、看護師が患者のもとへ移動する余計な距離が発生せず、相手を探す時間や移動する時間も発生しないことで効率的に業務を行うことができる。このような協力の方法は、看護師や介助者にはそれぞれの基本的な業務割り当てがあっても、メンバーがチーム全体で行うべき業務を共有し、協力してやり遂げようとする気持ちを持ったチームワークに基づいて実践されているからこそできると考えられる。尾崎ら(2017)は看護師が講じている「夜勤多重業務課題対策の解明」の中で、夜勤中の速やかな協力体制、応援体制構築がなされていると述べているが、個人に対して行われた質問紙による調査であるため、本研究の対象の施設で実際に行われている、互いの業務状況を察知しながら主体的に協力ができる理由について、さらに明らかにしていくことが必要であると考ええる。

本研究により、病棟看護師が多重業務に取り組みながら行っている転倒予防は、転倒予防について看護チームが共通の枠組みをもってタイムリーに情報収集し共有しながら対応し、転倒リスクのある患者の対応と共に、それ以外の患者の援助も行うために、移動距離や時間を短縮する対応や、互いに協力し合って対応していることがわかった。そのような対応が行われるためには、協力してやり遂げようとする良好なチームワークがベースとして必要であることが推測された。改めて転倒予防の先行研究を鑑みると、転倒の危険因子や要因は明らかになっており、現在はそれに基づいたアセスメントシートの活用も推奨されている。しかし、本研究で考察された、転倒予防を実践する病棟看護師が業務全体の中でどのように行動しているかについては、調査、検討がされていなかった。多くの先行研究が行われながら、転倒件数が減少しない理由の一つであると考え、今後は転倒予防に取り組む看護師の業務の実態から、対策を検討していくことが必要であると考ええる。

VI 結論

病棟看護師が多重業務に取り組みながら行っている転倒予防は、74のコードと37のサブカテゴリ、10のカテゴリから構成されていた。そこから病棟看護師が看護業務全体の中でどのよう

に転倒予防をしているのかについて考察した結果、1. 常に転倒リスクのある患者の対応を念頭におき、本来業務の合間を縫って、頻回に観察する。2. 転倒リスクのある患者に関する、タイムリーで効率的な情報収集と情報の共有。3. 転倒予防のための看護師の移動距離を短くして対応する。4. 患者の状況に合わせた個別的な転倒予防。5. チームの協力によって、転倒予防が必要な患者の対応と他の患者の患者に必要な援助を同時並行して行う。以上の対応が導き出された。

本研究における COI はない。

謝辞

本研究の実施にあたり、フォーカスグループディスカッションにご協力くださいました看護師の皆様へ心から感謝申し上げます。

文献リスト

- 原田悦子他(2004)：医療事故防止のための看護タスクモデル「縦の糸・横の糸」モデルの提案, 看護研究, **37**(2), 93-97
- 黒川美知代(2018)：急性期病院における転倒予防対策チーム 医療安全管理者として—患者の行動支援を基本に多職種で検討する—, MB Medical Rehabilitation, 8-13.
- 松月みどり他(2013)：医療安全推進のための標準テキスト, 公益社団法人日本看護協会, 東京
- 牧野真弓, 加藤真由美, 成瀬早苗(2020)：一般病棟の認知障害高齢者に対する入院時から身体拘束の回避・解除を念頭においた転倒予防ケア・行動評価尺度の開発, 日本看護科学学会誌, **40**, 349-359
- 丸岡直子, 鈴木みずえ, 水谷信子他(2018)：認知症看護のエキスパートによる転倒予防ケアの臨床判断の構造とプロセス, 日本転倒予防学会誌, **5**(1), 65-79
- 尾崎智美, 亀岡智美(2017)：看護師が講じている夜勤多重課題対策の解明, 看護教育学研究, **26**(1), 55-68
- 征矢野(そやの)あや子, 鈴木みずえ, 原田敦他(2018)：日本転倒予防学会会員を対象とする転倒・転落リスクを把握する方法に関する質問紙調査の報告, 日本転倒予防学会誌, **5**(1), 41-49
- 清水昌美, 細見明代, 長野淑恵(2013)：急性期病院における転倒・転落リスクアセスメントツールを活用に関する看護師の認識と活用上の課題, 神戸市看護大学紀要, **17**, 17-25
- 鈴木隆雄(2003)：転倒の疫学, 日本老年医学会雑誌, **40**(2), 85-94
- 日本転倒予防学会(2020)：転倒・転落アセスメントツールに関する提言, <https://www.tentouyobou.jp/content/files/risuk%20assessment/20200725%20teigen%20risk%20assessment.pdf> (検索日：2022年11月02日)
- 国立病院機構における医療安全対策への取り組み〔医療安全白書〕平成22年度版(2010)：7-46
- 公益財団法人 日本医療機能評価機構, 医療事故情報収集事業, 集計表(2010, 2020)
- https://www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2010/TTL186_YA-65-A.html (検索日9月10日)
- https://www.me-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2020/TTL186_YA-65-A.html (検索日9月10日)
- 日本医師会(2007)：医療従事者のための医療安全対策マニュアル, 174-175

(やまおか ふみか／基礎看護学)

(おおほり のほる／基礎看護学)

(こいけ あさこ／基礎看護学)

(おがわ ひとみ／呉羽総合病院 看護部)

(さかもと いずみ／呉羽総合病院 看護部)