

## 報告

## 転倒防止に関する新人看護師教育の実態

丸岡直子<sup>1</sup> §, 寺井梨恵子<sup>1</sup>, 木村久恵<sup>1</sup>

## 概要

新人看護師に対して実施されている入院患者の転倒防止に関連した集合教育と病棟におけるOJT (on the job training) の実態を明らかにするために郵送質問紙調査を行った。全国の病院から無作為抽出した1,000カ所の看護部教育担当者1,000名と病棟において新人看護師の教育を担当する看護師2,000名を対象に、2011年11～12月に自記式質問紙調査を行った。看護部教育担当者278名、病棟の教育担当看護師646名から有効回答を得た。集合教育における研修内容の上位3項目は「転倒防止のための環境整備」「転倒アセスメントツール記入方法」「報告書の書き方」であった。OJTにおける指導内容の上位3項目は「転倒防止のための環境整備」「転倒発生リスクと身体機能」「転倒報告書の書き方」であった。研修内容は新人看護師が実施可能な転倒防止ケアや就職当初から経験する転倒のインシデントや事故報告に関連する項目に重点がおかれていた。

キーワード 医療安全, 転倒防止, 新人看護師教育, 集合教育, OJT

## 1. はじめに

日本医療機能評価機構の医療事故防止事業部によると、医療事故の40.6%が療養上の世話であり、そのうち転倒（転落を含む）は59.7%を占めている<sup>1)</sup>。転倒のヒヤリハットでは46.7%が療養上の世話であり、そのうち転倒は56.3%であり、新人看護師が医療事故やヒヤリハットの当事者である比率は、それぞれ8.1%、22.6%である<sup>2)</sup>。また、就職後1年間で約90%の看護師が勤務中に転倒場面に遭遇していたとの報告<sup>3)</sup>がある。よって、かなりの確率で新人看護師が入院患者の転倒事故やヒヤリハットに遭遇していると考えられる。

入院患者の転倒による損傷の発生率は30～66%と報告<sup>4) 5)</sup>されており、死亡や障害残存の割合は約18%と報告<sup>1)</sup>されている。転倒事故は患者のQOL低下につながることであり、看護管理上の重要な課題の一つであると考えられる。

新人看護職員の臨床実践力の向上に関する検討会報告<sup>6)</sup>では看護師には医療安全を含めた高い看護実践力が求められており、看護師に求められている臨床実践能力の一つに転倒防止策の適用の判断と実践が示された。そして、平成21年7月の保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正により、平成22年度から新たに業務に従事する看護職員の臨床研修が努力義務となった。さらに、平成21年12月に

は厚生労働省の「新人看護職員研修に関する検討会」において「新人看護職員研修ガイドライン」<sup>7)</sup>が策定された。このガイドラインでは、就職して1年以内に経験し修得を目指す看護技術の一つに「転倒転落防止策の実施」が明確に示されている。このような中、多くの医療施設では新人看護師の院内教育計画を見直し、転倒防止に関する研修内容・方法などが紹介されている<sup>8-10)</sup>。

医療安全教育に関する研究の多くは看護学生を対象にしており、看護師の医療安全教育についてはリスクマネージャーを対象に教育内容・方法を調査したもの<sup>11)</sup>がある。しかし、転倒防止に関する臨床研修の内容・方法などの報告はされていなかった。これは、本研究に着手した平成22年は新人看護師の臨床研修が努力義務化された年であるためと考える。

前述したように、新人看護師の多くが入院患者の転倒事故やヒヤリハットに遭遇していると推測される。その要因として、転倒事故の重大性の認識の甘さ、転倒リスク認知の低さや患者の行動を予測した転倒ケアの不備が明らかになっている<sup>3)</sup>。そこで、新人看護師の転倒防止スキルを高めるための現任教育のあり方を検討するためには、新人看護師を対象とした転倒防止に関する集合教育と病棟におけるOJT (on the job training) の実態を明らかにする必要があると考えた。

本研究の目的は、病院における新人看護師を対

<sup>1</sup> 石川県立看護大学    § 責任著者

象とした転倒防止に関する集合教育と病棟におけるOJTの実態を明らかにすることである。

本研究では、新人看護師とは看護師免許取得後に初めて就労する看護師と定義する。また、転倒とは患者の故意によらず身体の一部が床についた状態であり、転落を含むものとする。

## 2. 方法

### 2.1 研究対象

ワムネットで検索した全国の病院のうち無作為抽出した1,000カ所の病院における看護部教育担当者1,000名と、その病院の病棟において新人看護師教育を担当する看護師（以後、病棟教育担当者とする）2名ずつの計2,000名を調査の対象とした。

### 2.2 調査時期と内容

平成22年11月～12月に郵送による自記式質問紙調査を実施した。

#### (1) 看護部教育担当者に対する調査内容

新人看護師を対象とした看護部主催の集合教育における、医療安全に関する「転倒」や「院内感染防止」などの研修内容19項目（表2）の実施の有無、研修時間、研修方法、研修担当者を調査した。さらに、19項目のうち「転倒」を実施していると回答した看護部教育担当者には、「転倒」に特化した研修内容である「転倒を防止する環境整備」や「転倒報告書の書き方」など8項目（表3）の実施の有無、研修時間、研修方法、研修担当者を調査した。

また、病院の病床数、平成22年度新人看護師採用数についても回答を求めた。

#### (2) 病棟教育担当者に対する調査内容

病棟における転倒防止に関連したOJTの実施状況として、表3の研修項目に示したものと同様の8項目の指導の有無と指導場面を調査した。また、回答者の職位も調査した。

なお、研修内容の項目は2名の病院所属のリスクマネージャーの意見や日本医療機能評価機構医療事故防止事業部年報、転倒防止に関する文献<sup>12)</sup>を参考に作成した。

### 2.3 分析方法

看護部教育担当者の回答より、医療安全の集合教育の実施回数の頻度と平均回数、および総実施時間数の平均を算出した。集合教育における医療

安全に関連した19項目の実施、研修方法および研修担当者について記述統計を行い、研修時間は平均値を算出した。さらに、医療安全の研修項目内で「転倒」が取り上げられる頻度を検討するために、「転倒」とその他18項目の実施率の比較には $\chi^2$ 検定を行った。次に19項目のうち「転倒」を実施していると回答した施設について、「転倒」に関連した研修内容（8項目）の実施の有無、研修方法、研修担当者について記述統計を行い、研修時間は平均値を算出した。病棟教育担当者の回答から、OJTにおける「転倒」の指導内容（8項目）の指導の有無、指導場面に関して、回答者全体および職位別に記述統計を行った。統計ソフトはSPSS17.0J for Windowsを用いた。

### 2.4 倫理的配慮

本調査は本学の倫理委員会の承認（看大第495号）を得て実施した。1,000カ所の病院の看護部長に調査依頼文書を郵送し調査の趣旨・方法を説明し、看護部教育担当者1名に看護部教育担当者用調査用紙を、病棟教育担当者2名に病棟教育担当者用調査用紙の配布を依頼した。なお、2名の病棟教育担当者の選出は看護部長に一任した。対象者には研究の趣旨・方法や倫理的配慮を記した調査用紙にて協力を依頼し、対象者から直接郵送により調査用紙を回収した。なお、調査用紙の返送をもって調査への同意を得たと判断した。

## 3. 結果

285病院（回収率28.5%）の看護部教育担当者から回答があり、平成22年度に1名以上の新人看護師の採用があり、全ての項目に記載のあった278病院（有効回答率97.5%）を分析の対象とした。また、病棟教育担当者からは648名（回収率32.4%）から回答があり、全ての項目に記載のあった646名（有効回答率99.7%）を分析の対象とした。

### 3.1 看護部における医療安全に関する集合教育

#### (1) 看護部教育担当者所属病院の概要（表1）

病床数について、199床未満は86病院（30.9%）、200～499床は140病院（50.4%）、500床以上は49病院（17.6%）であった。278病院における新人看護師の平均採用数は18.4（1-128）名であった。

#### (2) 医療安全に関する集合教育の概要

平成22年度における、新人看護師を対象とした医療安全の集合教育の実施状況は平均3.6（1-

表1 看護部教育担当者所属病院の概要 (n=278)  
n(%)

病床数	～200床：86 (30.9) 200～499床：140 (50.4) 500床～：49 (17.6)
新人採用数	平均：18.4名 1～10名：153 (55.0) 11～20名：46 (16.5) 21～30名：29 (10.4) 31～40名：13 (4.7) 41～50名：10 (3.6) 50名以上：27 (9.7)
教育委員会設置	あり：274 (98.6) なし：4 (1.4)
看護部教育担当者	あり：108 (38.8) なし：170 (61.2)

25)回であった。実施回数が1回は69病院(24.8%)、2～3回は102病院(36.7%)、4～5回は35病院(12.6%)、6回以上は72病院(25.9%)であった。また、医療安全に関する集合教育の総実施時間は平均421.8(30-3670)分であった。

(3) 医療安全に関する19項目の研修実施状況(表2)

医療安全に関する19項目の研修内容の実施率60%以上の項目は「院内感染防止」236病院(84.9%)、「医療機器・モニター操作」229病院(82.4%)、「注射(点滴・IVH含む)」228病院(82.0%)、「内服与薬・外用薬」194病院(69.8%)、「事故発生のメカニズム」184病院(66.2%)であった。実施率30%以下の項目は「熱傷・凍傷」15病院(5.4%)、「入浴」35病院(12.6%)、「誤嚥/誤飲・異食」71病院(25.5%)であった。各項目の平均研修時間は表2に示したとおりである。研修時間の長い上位3項目は、「注射(点滴・IVH含む)」141.0分、「医療機器・モニター操作」117.1分、「院内感染防止」109.0分であった。研修時間の下位3項目は「熱傷・凍傷」26.3分、「入浴」35.6分、「抑制」41.3分であった。

研修方法は、講義形式は全項目で実施率が高く約60～90%の病院で採用されていた。次いで実施率が高い方法は技術演習であった。

研修担当は「麻薬」と「検査」を除いた17項目は約60～100%の施設で看護師が担当していた。薬物療法に関連する項目は薬剤師が、機器操作に関する項目は臨床工学技士が、病態アセスメントに関する項目は医師も研修を担当していた。

### 3.2 集合教育における「転倒」の研修実施状況

集合教育で実施されている医療安全に関する19項目のうち「転倒」を実施していた病院は149病院(53.6%)であった。実施回数は平均1.1(1-4)回で、1回は137病院(91.9%)、2回は8病院(5.4%)、3回以上が4病院(2.7%)であった。実施時間数は平均67.0(10-270)分であった。研修方法は表2に示したように講義形式が最も多く124病院(83.2%)、ついで技術演習が48病院(32.2%)であり、研修担当者は看護師が最も多く125病院(83.9%)、ついで理学療法士の24病院(16.1%)であった。

医療安全に関する19項目において、「転倒」よりも実施率が有意に高かった項目は「院内感染防止」「医療機器・モニター操作」「注射(点滴・IVH含む)」「内服与薬・外用薬」「事故発生のメカニズム」の5項目であった。「転倒」よりも実施率が有意に低かった項目は「患者・家族への説明・接遇」「事件事例の分析」「食事・経管栄養」「観察・病態アセスメント」「検査」「抑制」「誤嚥/誤飲・異食」「手術」「入浴」「熱傷・凍傷」の10項目であった(表2)。

医療安全に関する19項目のうち「転倒」を実施していると回答のあった149施設について、「転倒」に関連する研修内容8項目の実施状況を調査した結果を表3に示した。実施率が60%以上の項目は「転倒を防止する環境整備」122病院(81.9%)、「転倒報告書の書き方」105病院(70.5%)、「転倒アセスメントツール記入方法」105病院(70.5%)、「転倒発生リスクと身体機能」102病院(68.5%)であった。実施率30%以下の項目は「身体機能への介入」40病院(26.8%)であった。各項目の平均研修時間は表3に示したとおりで、約18～35分であった。

研修方法は約60～85%が講義形式であり、「転倒を防止する環境整備」はグループ討議を取り入れた病院が約半数であった。また「身体機能への介入」は半数の病院が技術演習を取り入れていた。研修担当者は約60～90%が看護師であり、「身体機能への介入」では理学療法士が、「転倒リスクを高める薬剤」では薬剤師も担当していた。

### 3.3 転倒防止に関するOJTの実態

(1) 対象者の職位

病棟で新人看護師教育を担当している646名の職位は看護師長71名(11.0%)、副看護師長230名(35.6%)、教育担当者49名(7.6%)、プリセ

プター 203名(31.4%), スタッフ看護師 77名(11.9%)であった。

#### (2) OJTにおける転倒防止の指導実施状況(表4)

「転倒を予防する環境整備」の指導実施状況は、全体で508名(78.6%)であり、最も実施率が高かったのは副看護師長83.6%で、低率であったのはスタッフ看護師62.4%であった。指導場面で実施率が高かったのは「看護ケアの実施中」234名(46.1%)で、低かった指導場面は「申し送り」136名(26.8%)であった。

「転倒発生リスクと身体機能」の指導実施状況は全体では469名(72.3%)であり、スタッフ看護師を除いて70%以上の実施率であった。最も実施率が高かったのは副看護師長79.6%、低かったのはスタッフ看護師58.1%であった。指導場面で実施率が高かったのは「インシデント(事故)を振り返る時」が249名(53.1%)で、低かった指導場面は「申し送り」133名(20.6%)であった。

「転倒報告書の書き方」の指導実施状況は、全体で424名(65.6%)であり、最も実施率が高かったのは看護師長80.3%で、低率であったのはスタッフ看護師53.8%であった。指導場面で実施率が高かったのは「インシデント(事故)の発生時」238名(56.1%)で、低率であったのは「看護ケアの準備時」23名(5.4%)であった。

「転倒リスクを高める薬剤」の指導実施状況は、全体で418名(64.7%)であり、最も実施率が高かったのは教育担当者75.5%で、低率であったのはスタッフ看護師53.8%であった。指導場面で実施率が高かったのは「インシデント(事故)を振り返る時」177名(42.3%)で、低かった指導場面は「看護ケアの実施後」78名(18.7%)であった。

「転倒による受傷リスクと身体機能」の指導実施状況は全体では407名(63.0%)であり、最も実施率が高かったのは副看護師長69.1%で、低かったのはスタッフ看護師52.7%であった。指導場面で実施率が高かったのは「インシデント(事故)の発生時」195名(47.9%)で、低かった指導場面は「申し送り」116名(28.5%)であった。

「患者・家族へ転倒防止の説明」の指導実施状況は、全体では371名(57.4%)で、最も実施率が高かったのは看護師長67.6%、低率であったのはプリセプター44.8%であった。指導場面で実施率が最も高かったのは「看護ケアの準備時」118名(31.8%)、低率であった指導場面は「看護ケアの実施後」58名(15.6%)であった。

「転倒アセスメントツールの記入方法」の指導実施状況は、全体では349名(54.0%)で、最も実施率が高かったのは看護師長63.4%で、低率であったのはスタッフ看護師41.9%であった。指導場面で実施率の高かったのは「インシデント(事故)の発生時」92名(26.4%)で、低率であったのは「申し送り」31名(8.4%)であった。

「身体機能への介入」の指導実施状況は、全体では235名(36.4%)であり、最も実施率の高かったのは副看護師長45.7%、低かったのはプリセプター25.1%であった。指導場面で実施率が高かったのは「看護ケアの実施中」134名(57.0%)で、低かった指導場面は「インシデント(事故)の報告書提出時」42名(17.9%)であった。

## 4. 考察

### 4.1 集合教育における転倒防止教育

集合教育において、医療安全に関連する研修は平均3.6回、研修総時間は約7時間であった。そのうち「転倒」について集合教育を実施していた病院は表2に示したように56.3%であり、実施回数は平均1.1回、研修時間は約1時間であった。また、「転倒」は診療の補助に関する項目より実施率は有意に低かったが、療養上の世話に関する項目の中では有意に実施率は高率であった。このことより、事故やヒヤリハット発生状況を考慮して医療安全の集合教育の計画が立案されていたと考えられる。しかし、転倒による損傷の発生は薬剤や医療機器操作に関連した事故と同様に患者のQOLを著しく低下させる。よって、患者の安全な療養生活を保持するために転倒防止関連教育の実施率を高める必要性が示唆された。

転倒防止に関する集合教育の実施状況では、転倒防止につながる環境整備、転倒アセスメントツールや転倒報告書の記載方法の実施率は70%であり、新人看護師が就職当初から転倒防止行動として実施可能な環境整備や病院組織でシステム化されている転倒防止体制を理解するための内容であったと考える。

### 4.2 OJTにおける転倒防止教育

OJTにおいて実施率の高い項目は、転倒リスクに関する項目が実施率60~70%であり、「転倒リスクと身体機能」については集合教育と差はなかったが、「転倒リスクを高める薬剤」はOJTにおける実施率は高く、入院患者の治療の特徴からくる薬剤使用の副作用など具体的な指導が行わ

れていたと推察できる。また、「転倒を防止する環境整備」は集合教育と同様に実施率は最も高く、転倒の発生要因を除去し安全な療養環境を保持することの重要性がOJTで強調されていたと考えられる。

OJTは複数の場面で行われていた。特に転倒リスクに関連する項目では、インシデント（事故）発生後、報告書提出時や看護ケア実施中など複数の場面で指導されていた。このことは、転倒リスク予測が転倒防止策の適用を判断する基盤となるため、看護ケア場面やインシデント（事故）発生後に指導がなされていたと考えられる。また、看護ケア場面においてOJTが行われた内容は、転倒リスクの理解を深める内容や身体機能への介入、環境整備についてであった。新人看護師の転倒防止行動は視覚により得られた情報と過去の経験から映像として蓄積した知識と対比させて転倒の危険性を判断し防止行動をとる特徴があり<sup>15)</sup>、看護ケア場面でのOJTは新人看護師に転倒リスクの高い状況を視覚情報として蓄積することにつながると思われる。

また、看護ケアの実施中では先輩看護師の行動に触れることができ、このことにより転倒リスクの判断や防止ケアを体験することができる。新人看護師は、先輩看護師の行動に触れることや先輩看護師からのアドバイスや指摘によって転倒リスクの存在に敏感になり、転倒防止への責務を自覚するとの報告<sup>13)</sup>がある。このことから、OJTでは看護ケアの準備や実施中において、その看護ケアの手順だけでなく転倒リスクの存在や転倒発生を防ぎながらのケア方法について重点をおいた指導の重要性が示唆された。

#### 4.3 研究の限界と今後の課題

今回の調査では、新人看護師に対する転倒防止に関連した集合教育とOJTのそれぞれで実施されている内容・方法を調査するにとどまった。新人看護職員研修ガイドライン<sup>7)</sup>では、集合教育とOJTのスパイラル学習を研修目標に応じて導入することを推奨している。今後、集合教育とOJTの関連性や、病棟の教育担当者が集合教育の内容や新人看護師の理解度を考慮したOJTの実態も明らかにする必要があると考えている。また、病棟教育担当者の新人看護師に対する指導場면을観察することで、より詳細な指導内容・方法を明らかにする必要がある。

#### 5. まとめ

新人看護師に対して実施されている入院患者の転倒防止に関連した集合教育と病棟におけるOJTの実態を明らかにするために質問紙調査を行った。その結果、以下のことが明らかになった。

1. 集合教育で「転倒」の研修を実施していた病院は278病院中149病院(53.6%)であった。
2. 集合教育で実施率が60%以上の項目は「転倒を防止する環境整備」、「転倒アセスメントツールの書き方」、「転倒報告書の書き方」、「転倒発生リスクと身体機能」であった。実施率30%以下の項目は「身体機能への介入」であった。
3. OJTで指導実施率60%以上の項目は「転倒を予防する環境整備」、「転倒リスクと身体機能」、「転倒報告書の書き方」、「転倒リスクを高める薬剤」、「転倒による受傷リスクと身体機能」であった。実施率30%以下の項目はなかった。

#### 利益相反状況の開示

利益相反なし。

#### 謝辞

本研究にご協力いただきました病院の看護部長並びに看護師の皆様へ深く感謝いたします。なお、本研究は科学研究費補助金（基盤研究（C））（課題番号22592390）により行った。また、本研究の一部を第15回日本看護管理学会年次大会にて発表した。

#### 引用文献

- 1) 財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業部：医療事故情報収集等事業平成21年年報，[http://www.med-safe.jp/pdf/year\\_report\\_2009.pdf](http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2009.pdf)
- 2) 財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業部：医療事故情報収集等事業第21回報告書，[http://www.med-safe.jp/pdf/report\\_21.pdf](http://www.med-safe.jp/pdf/report_21.pdf)
- 3) Naoko Maruoka, Kiyoko Izumi : Structure and change in the formation of fall risk management ability in newly recruited nurses. Journal of the Tsuruma Health Science Society Kanazawa University, 30 (2) ,33-43,2006.
- 4) 鈴木みずえ, 古橋玲子, 鶴見智子 : 特定機能病院の内科・外科病棟における転倒の実態と転倒アセスメントツールの開発, 看護研究, 39 (2), 59-71, 2006.

- 5) 井内基子：当院における転倒事故の実際と今後の課題, 通信医学, 58 (5), 337-343, 2006.
- 6) 新人看護師の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書：<http://www.mhlw.go.jp/shing/2004/03/s0310-6.html>
- 7) 新人看護職員研修ガイドライン（新人看護職員研修に関する検討会）：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1225-13b.pdf>
- 8) 熊谷雅美：ガイドラインを読み解き新人看護職員研修制度に活用, 看護, 62 (7), 36-46, 2010.
- 9) 庄野泰乃：新人看護職員研修の仕組みとガイドラインの活用の実際, 看護, 62 (7), 47-55, 2010.
- 10) 西原真由美, 田村睦子, 中尾ひろみ他3名：ガイドライン活用による新人教育の見直し, 看護, 62 (7), 56-59, 2010.
- 11) 岩本真紀, 名越民江, 南妙子他3名：リスクマネジャーが認識している新人看護師の医療安全教育, 香川大学看護学雑誌, 13 (1), 83-89, 2009.
- 12) 鈴木みずえ監修：転倒・転落・骨折を防ごう!, ナーシング・トゥデイ, 22 (12), 臨時増刊号, 2007.
- 13) 丸岡直子, 泉キヨ子：新人看護師の転倒防止に対する認識とその認識を変化させる臨床経験, 日本看護管理学会誌, 11 (2), 36-46, 2008.

表2 医療安全に関する集合教育実施状況 (n=278) n(%)

研修内容	実施の 病院数	平均 研修時間 (分)	研修方法 (複数回答)				研修担当者 (複数回答)					
			講義	グループ 討議	技術練習	視聴覚 教材使用	看護師	医師	薬剤師	臨床工学 技士	理学 療法士	その他
<b>転倒</b>	<b>149 (53.6)</b>	<b>67.0</b>	<b>124 (83.2)</b>	<b>28 (18.8)</b>	<b>48 (32.2)</b>	<b>26 (17.4)</b>	<b>125 (83.9)</b>	<b>3 (2.0)</b>	<b>3 (2.0)</b>	<b>2 (1.3)</b>	<b>24 (16.1)</b>	<b>4 (2.7)</b>
院内感染防止 **	236 (84.9)	109.0	194 (82.2)	15 (6.4)	94 (39.8)	44 (18.6)	213 (90.3)	9 (3.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (4.2)
医療機器・モニター操作 **	229 (82.4)	117.1	184 (80.3)	11 (4.8)	164 (71.6)	47 (20.5)	143 (62.4)	4 (1.7)	128 (55.9)	1 (0.4)	1 (0.4)	16 (7.0)
注射(点滴・I/II含む) **	228 (82.0)	141.0	176 (77.2)	21 (9.2)	152 (66.7)	51 (22.4)	193 (84.6)	10 (4.4)	53 (23.2)	14 (6.1)	2 (0.9)	11 (4.8)
内服与薬・外用薬 **	194 (69.8)	73.9	160 (82.5)	22 (11.3)	59 (30.4)	33 (17.0)	136 (70.0)	2 (1.0)	80 (41.2)	4 (2.1)	1 (0.5)	3 (1.5)
事故発生のメカニズム **	184 (66.2)	44.7	169 (91.8)	35 (19.0)	9 (4.9)	32 (17.4)	148 (80.4)	13 (7.1)	10 (5.4)	8 (4.3)	2 (1.1)	13 (7.1)
麻薬	160 (57.6)	49.0	141 (88.1)	3 (1.9)	14 (8.8)	20 (12.5)	90 (56.3)	0 (0.0)	95 (59.4)	4 (2.5)	2 (1.3)	2 (1.3)
輸血	153 (55.0)	61.1	132 (86.3)	5 (3.3)	45 (29.4)	27 (17.6)	111 (72.5)	8 (5.2)	14 (9.2)	2 (1.3)	1 (0.7)	40 (26.1)
報告・連絡・記録	148 (53.2)	82.2	119 (80.4)	16 (10.8)	27 (18.2)	20 (13.5)	120 (81.1)	4 (2.7)	2 (1.4)	2 (1.4)	1 (0.7)	2 (1.4)
§患者・家族への説明・接遇*	119 (42.8)	57.6	101 (84.9)	17 (14.3)	26 (21.8)	9 (7.6)	113 (95.0)	4 (3.4)	2 (1.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (10.1)
§事故事例の分析 **	118 (42.4)	65.3	91 (77.1)	59 (50.0)	8 (6.8)	26 (22.0)	97 (82.2)	4 (3.4)	4 (3.4)	2 (1.7)	2 (1.7)	13 (11.0)
§食事・経管栄養 **	109 (39.2)	59.5	92 (84.4)	7 (6.4)	53 (48.6)	20 (18.3)	93 (85.3)	3 (2.8)	1 (0.9)	2 (1.8)	1 (0.9)	23 (21.1)
§観察、病態アセスメント **	109 (39.2)	105.0	79 (72.5)	20 (18.3)	38 (34.9)	20 (18.3)	86 (78.9)	78 (71.6)	1 (0.9)	3 (2.8)	1 (0.9)	3 (2.8)
§検査 **	108 (38.8)	60.3	85 (78.7)	3 (2.8)	22 (20.4)	9 (8.3)	47 (43.5)	1 (0.9)	1 (0.9)	3 (2.8)	0 (0.0)	59 (54.6)
§抑制 **	97 (34.9)	41.3	78 (80.4)	6 (6.2)	36 (37.1)	10 (10.3)	85 (87.6)	5 (5.2)	1 (1.0)	2 (2.1)	2 (2.1)	2 (2.1)
§誤嚥/誤飲・異食 **	71 (25.5)	50.4	60 (84.5)	4 (5.6)	27 (38.0)	15 (21.1)	71 (100)	1 (1.4)	0 (0.0)	1 (1.4)	4 (5.6)	2 (2.8)
§手術 **	50 (18.1)	105.0	29 (58.0)	4 (8.0)	11 (22.0)	3 (6.0)	42 (84.0)	1 (2.0)	1 (2.0)	2 (4.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
§入浴 **	35 (12.6)	35.6	27 (77.1)	1 (2.9)	15 (42.9)	2 (5.7)	34 (97.1)	0 (0.0)	1 (2.9)	0 (0.0)	1 (2.9)	1 (2.9)
§熱傷・凍傷 **	15 (5.4)	26.3	12 (80.0)	0 (0.0)	4 (26.7)	1 (6.7)	15 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

\* p<0.05 \*\* p<0.01

注1) 斜体で示した項目は「転倒」より有意に実施率が高い項目を示す。

注2) §が付けられた項目は「転倒」より有意に実施率が低い項目を示す。

表3 転倒防止に関する集合教育実施状況 (n=149)

研修内容	実施の 病院数	平均 研修時間 (分)	研修方法 (複数回答)				研修担当者 (複数回答)						n (%)
			講義	グループ 討議	技術練習	視聴覚 教材使用	看護師	医師	薬剤師	臨床工学 技士	理学 療法士	その他	
転倒を防止する環境整備	122 (81.9)	20.9	98 (80.3)	23 (18.9)	23 (18.9)	16 (13.1)	104 (85.2)	0 (0.0)	1 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (7.4)	3 (2.5)
転倒報告書の書き方	105 (70.5)	20.7	89 (84.8)	14 (13.3)	8 (7.6)	10 (9.5)	97 (92.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (6.7)
転倒アセスメントツールの 記入方法	105 (70.5)	22.3	87 (82.9)	11 (10.5)	11 (10.5)	10 (9.5)	100 (95.2)	0 (0.0)	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	5 (4.8)
転倒発生リスクと身体機能	102 (68.5)	31.6	82 (80.4)	17 (16.7)	10 (9.8)	15 (14.7)	87 (85.3)	1 (1.0)	10 (9.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (5.9)	0 (0.0)
転倒リスクを高める薬剤	76 (51.0)	24.5	61 (80.3)	8 (10.5)	7 (9.2)	10 (13.2)	50 (65.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.6)	5 (6.6)
患者・家族へ 転倒防止の説明	71 (47.7)	18.7	57 (80.3)	8 (11.3)	4 (5.6)	7 (9.9)	65 (91.5)	1 (1.4)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)	4 (5.6)
転倒による受傷リスクと 身体機能	64 (43.0)	28.9	55 (85.9)	12 (18.8)	13 (20.3)	13 (20.3)	60 (93.8)	1 (1.6)	4 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (7.8)	2 (3.1)
身体機能への介入	40 (26.8)	34.5	24 (60.0)	3 (7.5)	20 (50.0)	4 (10.0)	24 (60.0)	0 (0.0)	3 (7.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	17 (42.5)	0 (0.0)

表 4-1 OJT における転倒防止の指導実施状況と指導場面 (n=646) n(%)

指導内容	職位	人数	指導の経験あり	インシデント(事故)の				指導場面(複数回答)			申し送り	カンファレンス
				発生時	振返る時	報告書提出時	看護ケアの					
							準備時	実施中	実施後			
転倒を防止する 環境整備	全体	646	508 (78.6)	180 (35.4)	218 (42.9)	126 (24.8)	208 (40.9)	234 (46.1)	173 (34.1)	136 (26.8)	159 (31.3)	
	看護師長	71	56 (78.9)	28 (50.0)	29 (51.8)	27 (48.2)	23 (41.1)	23 (41.1)	21 (37.5)	13 (23.2)	27 (48.2)	
	副看護師長	230	192 (83.5)	78 (40.6)	107 (55.7)	57 (29.7)	76 (39.6)	95 (49.5)	73 (38.0)	59 (30.7)	82 (42.7)	
	教育担当者	49	40 (81.6)	9 (22.5)	12 (30.0)	3 (7.5)	18 (45.0)	25 (62.5)	14 (35.0)	14 (35.0)	11 (27.5)	
	ﾌﾟﾘﾍﾞﾞﾀｰ	203	162 (79.8)	44 (27.2)	48 (29.6)	24 (14.8)	66 (40.7)	67 (41.4)	44 (27.2)	30 (18.5)	21 (13.0)	
	ｽﾀｯﾌﾟ看護師	93	58 (62.4)	21 (22.6)	22 (23.7)	15 (16.1)	25 (26.9)	24 (25.8)	21 (22.6)	20 (21.5)	18 (17.4)	
転倒の発生リスクと 身体機能	全体	646	469 (72.3)	202 (43.1)	249 (53.1)	151 (32.2)	169 (36.0)	195 (41.6)	155 (33.0)	133 (20.6)	153 (32.6)	
	看護師長	71	50 (70.4)	34 (68.0)	36 (72.6)	31 (62.0)	13 (26.0)	16 (32.0)	16 (32.0)	10 (20.0)	21 (42.0)	
	副看護師長	230	183 (79.6)	85 (46.4)	113 (61.7)	69 (37.7)	67 (36.6)	86 (47.0)	71 (38.8)	63 (34.4)	79 (43.2)	
	教育担当者	49	37 (75.5)	10 (27.0)	14 (37.8)	5 (13.5)	12 (32.4)	17 (45.9)	12 (32.4)	13 (35.1)	13 (35.1)	
	ﾌﾟﾘﾍﾞﾞﾀｰ	203	145 (71.4)	46 (31.7)	57 (39.3)	30 (20.7)	57 (39.3)	53 (36.6)	38 (26.2)	26 (17.9)	26 (17.9)	
	ｽﾀｯﾌﾟ看護師	93	54 (58.1)	27 (29.0)	29 (31.2)	16 (17.2)	20 (21.5)	23 (24.7)	18 (19.4)	21 (22.6)	14 (15.1)	
転倒報告書の書き方	全体	646	424 (65.6)	238 (56.1)	213 (50.2)	221 (52.1)	23 (5.4)	25 (5.9)	40 (7.4)	32 (7.5)	46 (10.8)	
	看護師長	71	57 (80.3)	34 (59.6)	24 (42.1)	41 (71.9)	0 (0.0)	1 (1.8)	4 (7.0)	2 (3.5)	8 (14.0)	
	副看護師長	230	175 (76.1)	100 (57.1)	100 (57.1)	98 (56.0)	11 (6.3)	12 (6.9)	17 (9.7)	15 (8.6)	26 (14.9)	
	教育担当者	49	32 (65.3)	18 (56.3)	16 (50.0)	11 (34.4)	1 (3.1)	2 (6.3)	3 (9.4)	2 (6.3)	2 (6.3)	
	ﾌﾟﾘﾍﾞﾞﾀｰ	203	110 (54.2)	65 (59.1)	45 (40.9)	50 (45.5)	3 (2.7)	2 (1.8)	8 (7.3)	5 (4.5)	4 (3.6)	
	ｽﾀｯﾌﾟ看護師	93	50 (53.8)	21 (22.6)	28 (30.1)	21 (22.6)	8 (8.6)	8 (8.6)	8 (8.6)	8 (8.6)	6 (6.5)	
転倒リスクを 高める薬剤	全体	646	418 (64.7)	142 (34.0)	177 (42.3)	100 (23.9)	128 (31.0)	118 (38.2)	78 (18.7)	158 (37.8)	129 (30.9)	
	看護師長	71	45 (63.4)	21 (46.7)	27 (60.0)	20 (44.4)	8 (17.8)	9 (20.0)	9 (20.0)	13 (28.9)	22 (48.9)	
	副看護師長	230	162 (70.4)	65 (40.1)	89 (54.9)	44 (27.2)	49 (30.2)	47 (29.0)	31 (19.1)	68 (42.0)	64 (39.5)	
	教育担当者	49	37 (75.5)	6 (16.2)	12 (32.4)	5 (13.5)	14 (37.8)	12 (32.4)	7 (18.9)	17 (45.9)	9 (24.3)	
	ﾌﾟﾘﾍﾞﾞﾀｰ	203	124 (61.1)	29 (23.4)	26 (21.0)	16 (12.9)	40 (32.3)	35 (28.2)	20 (16.1)	40 (42.0)	21 (16.9)	
	ｽﾀｯﾌﾟ看護師	93	50 (53.8)	21 (22.6)	23 (24.7)	15 (16.1)	17 (18.3)	15 (16.1)	11 (11.8)	20 (21.5)	13 (14.0)	

表 4-2 OJT における転倒防止の指導実施状況と指導場面 (n=646)

n(%)

指導内容	職位	人数	指導の経験あり	インシデント(事故)の						指導場面の			申し送り	カンファレンス
				発生時	振返る時	報告書提出時	看護ケアの		実施後					
							準備時	実施中						
転倒による受傷リスクと身体機能	<b>全 体</b>	<b>646</b>	<b>407 (63.0)</b>	<b>195 (47.9)</b>	<b>233 (37.2)</b>	<b>146 (35.9)</b>	<b>136 (33.4)</b>	<b>164 (40.3)</b>	<b>126 (31.0)</b>	<b>116 (28.5)</b>	<b>126 (31.0)</b>	<b>19 (38.8)</b>		
	看護師長	71	49 (69.0)	32 (65.3)	37 (75.5)	27 (55.1)	11 (22.4)	13 (26.5)	9 (18.4)	53 (33.3)	65 (40.9)	11 (33.3)		
	副看護師長	230	159 (69.1)	85 (53.5)	105 (66.0)	69 (43.4)	10 (30.3)	16 (48.5)	8 (24.2)	23 (19.7)	18 (15.4)	13 (14.0)		
	教育担当者	49	33 (67.3)	11 (33.3)	14 (42.4)	4 (12.1)	42 (35.9)	44 (37.6)	25 (21.4)	20 (21.5)	64 (17.3)	17 (35.4)		
	ﾌﾟﾘﾍﾞﾞﾀｰ	203	117 (57.6)	43 (36.8)	49 (41.9)	27 (23.1)	6 (18.2)	26 (28.6)	14 (15.4)	12 (13.2)	5 (15.2)	3 ( 3.3)		
	ｽﾀｯﾌﾟ看護師	93	49 (52.7)	24 (25.8)	28 (30.1)	19 (20.4)	20 (21.5)	16 (17.2)	10 (10.8)	12 (12.9)	74 (21.2)	15 (33.3)		
患者・家族へ転倒防止の説明	<b>全 体</b>	<b>646</b>	<b>371 (57.4)</b>	<b>86 (23.1)</b>	<b>99 (26.7)</b>	<b>71 (19.1)</b>	<b>118 (31.8)</b>	<b>95 (25.6)</b>	<b>58 (15.6)</b>	<b>64 (17.3)</b>	<b>80 (21.6)</b>	<b>17 (26.8)</b>		
	看護師長	71	48 (67.6)	13 (27.1)	20 (41.7)	11 (22.9)	4 ( 8.3)	6 (12.5)	7 (14.6)	27 (17.6)	5 (15.2)	14 (15.1)		
	副看護師長	230	153 (66.5)	42 (27.5)	41 (26.8)	32 (20.9)	6 (18.2)	27 (29.7)	26 (28.6)	12 (13.2)	12 (12.9)	31 ( 8.4)		
	教育担当者	49	33 (67.3)	4 (12.1)	9 (27.3)	6 (18.2)	13 (14.3)	6 (18.2)	5 (15.2)	4 ( 8.9)	2 ( 4.4)	15 (33.3)		
	ﾌﾟﾘﾍﾞﾞﾀｰ	203	91 (44.8)	18 (19.8)	17 (18.7)	9 ( 9.7)	13 (14.3)	27 (29.7)	26 (28.6)	14 (15.4)	16 (11.4)	39 (27.9)		
	ｽﾀｯﾌﾟ看護師	93	46 (49.5)	9 ( 9.7)	12 (12.9)	9 ( 9.7)	20 (21.5)	16 (17.2)	10 (10.8)	12 (12.9)	4 ( 4.1)	10 (10.2)		
転倒アセスメントツールの記入方法	<b>全 体</b>	<b>646</b>	<b>349 (54.0)</b>	<b>92 (26.4)</b>	<b>95 (27.2)</b>	<b>77 (22.1)</b>	<b>90 (23.8)</b>	<b>52 (14.9)</b>	<b>37 (10.6)</b>	<b>31 ( 8.4)</b>	<b>74 (21.2)</b>	<b>6 ( 6.5)</b>		
	看護師長	71	45 (63.4)	14 (31.1)	13 (28.9)	13 (28.9)	6 (13.3)	4 ( 8.9)	2 ( 4.4)	4 ( 8.9)	15 (33.3)	6 ( 6.5)		
	副看護師長	230	140 (60.9)	44 (31.4)	47 (33.6)	40 (28.6)	31 (22.1)	18 (12.9)	17 (12.1)	16 (11.4)	39 (27.9)	4 (14.8)		
	教育担当者	49	27 (55.1)	6 (22.2)	8 (29.6)	5 (18.5)	8 (29.6)	6 (22.2)	4 (14.8)	2 ( 7.4)	7 ( 7.1)	5 ( 5.4)		
	ﾌﾟﾘﾍﾞﾞﾀｰ	203	98 (48.3)	20 (20.4)	17 (17.3)	10 (10.2)	28 (28.6)	14 (14.3)	7 ( 7.1)	4 ( 4.1)	5 ( 5.4)	6 ( 6.5)		
	ｽﾀｯﾌﾟ看護師	93	39 (41.9)	8 ( 8.6)	10 (10.8)	9 ( 9.7)	17 (18.3)	10 (10.8)	7 ( 7.3)	5 ( 5.4)	86 (36.6)	15 (46.9)		
身体機能への介入	<b>全 体</b>	<b>646</b>	<b>235 (36.4)</b>	<b>47 (20.0)</b>	<b>60 (25.5)</b>	<b>42 (17.9)</b>	<b>104 (44.3)</b>	<b>134 (57.0)</b>	<b>81 (34.5)</b>	<b>50 (21.3)</b>	<b>86 (36.6)</b>	<b>43 (41.0)</b>		
	看護師長	71	32 (45.1)	9 (28.1)	6 (18.8)	6 (18.8)	10 (31.3)	19 (59.4)	10 (31.3)	5 (15.6)	15 (46.9)	6 (30.0)		
	副看護師長	230	105 (45.7)	25 (23.8)	37 (35.2)	24 (22.9)	40 (38.1)	54 (51.4)	29 (27.6)	23 (21.9)	43 (41.0)	12 (23.5)		
	教育担当者	49	20 (40.8)	2 (10.0)	3 (15.0)	2 (10.0)	11 (55.0)	13 (65.0)	8 (40.0)	4 (20.0)	11 (21.6)	10 (10.8)		
	ﾌﾟﾘﾍﾞﾞﾀｰ	203	51 (25.1)	5 ( 9.8)	8 (15.7)	5 ( 9.8)	28 (54.9)	31 (60.8)	21 (41.2)	11 (21.6)	13 (14.0)	7 ( 7.5)		
	ｽﾀｯﾌﾟ看護師	93	27 (29.0)	6 ( 6.5)	6 ( 6.5)	5 ( 5.4)	15 (16.1)	17 (18.3)	13 (14.0)	7 ( 7.5)	10 (10.8)			

## Fall Prevention Education for Newly Hired Nurses

Naoko MARUOKA, Rieko TERAJ, Hisae KIMURA

### Abstract

We conducted a survey via self-administered questionnaire to clarify the state of fall prevention education provided to newly hired nurses given in a group setting and through hospital-ward on-the-job-training (OJT). Self-administered questionnaires were delivered to 1,000 individuals in charge of education in the department of nursing selected randomly from 1,000 hospitals in Japan and 2,000 individuals in charge of education for newly hired nurses between November and December 2011. We obtained valid responses from 278 nurses in charge of education in departments of nursing and 646 nurses in charge of education on hospital wards.

The top three areas of training in group education were "Improvement of the environment for fall prevention," "Filling out the fall assessment tool," and "Writing fall reports." The top three areas of OJT were "Improvement of the environment for fall prevention," "Risk of falls" and "Writing fall reports." Training focused on fall prevention care that could be provided by newly hired nurses, falls that might be seen from the very beginning of employment, and accident reports.

Keywords medical care safety, fall prevention, education for newly hired nurses, group education, OJT