

病棟の医療安全

入院患者の 転倒・転落を防ぐ

エビデンスで整理する多職種の実践ポイント

医知創造ラボ 今村久司

2026年6月時点 / 出典: Cochrane 2018・World Falls Guidelines 2022・STOPPFall 2021・PubMed・日本転倒予防学会誌2015

本日のゴール — 5つの疑問に答える

① いつ・どこで・誰に起きる？

疫学・日本の実データ

② スコアシートの点数は信用できる？

評価ツールと限界

③ 何が「効く」のか？

多面的介入のエビデンス（運動・環境・教育）

④ 薬が転倒を増やす？

FRIDs と減薬の考え方

⑤ 委員会として何を回すか？

身体拘束最小化と組織のPDCA

① 現状：転倒・転落の発生率

急性期病院の全体発生率

1.6‰

1000患者・日あたり 1.6 件

危険度別の発生率

危険度Ⅰ



0.6‰

危険度Ⅱ



1.4‰

危険度Ⅲ



3.4‰

危険度Ⅲは危険度Ⅰの約**5.7倍**（ **$p<0.001$** ）。リスクは「分かっている」

出典：壇美津代ら. 急性期病院における転倒・転落の現状と診療科ごとの特徴. 日本転倒予防学会誌 2015;2(1):45-52.
(4,123入院例の後ろ向き調査。‰=パーミル=1000患者・日あたりの件数に相当)

① いつ起きる？ — 魔の5日間

入院5日以内の発生割合

41%

転倒・転落の最多発生は入院5日以内。環境に不慣れ・病状が不安定な時期に集中する

実践：入院直後の数日は観察を厚くし、ナースコール・トイレ動線・履物の確認を最優先する。

出典：壇ら2015（日本転倒予防学会誌）

① どこで起きる？ — 移動中・トイレ

移動中の発生

52%

歩行・移乗など
動いている最中

うちトイレ行き帰り

63%

移動中のうち
トイレ関連が最多

資源は「夜間のトイレ動線」に集中。排泄誘導・ポータブルトイレ・センサーの配置を見直す

出典：壇ら2015（日本転倒予防学会誌）

① 誰に起きる？ — 高齢・高危険度に集中

70歳以上が占める割合

76.9%

転倒者の約8割が高齢者
(平均74.3歳)

危険度Ⅱ・Ⅲが占める割合

92%

内訳：Ⅰ 8% / Ⅱ 47% / Ⅲ 45%

高齢かつ危険度Ⅱ/Ⅲの患者に重点配分。だが「点数だけ」で割り切らない（次章）

出典：壇ら2015（日本転倒予防学会誌）

② スコアシートの構成 — 8区分（A～H）

A

年齢

70歳以上、9歳以下

B

転倒歴

転倒・失神・けいれん・脱力の既往

C

身体的機能障害

視聴覚・麻痺・ふらつき・筋力低下

D

精神的機能障害

認知症・見当識障害・不穏・判断力低下

E

活動状況

杖・歩行器・移動介助・点滴ドレーン類

F

薬剤

鎮静薬・睡眠薬・降圧利尿薬・多剤併用

G

排泄

頻尿・夜間排尿・トイレ介助・失禁

H

その他

歩行している

出典：日本看護協会推奨ベース／壇ら2015 表1。配点・区分は施設によりアレンジあり

② 危険度分類と対策の階層

危険度Ⅰ

0～7点

転倒率 **0.6‰**

基本的な転倒予防（環境整備・説明）

危険度Ⅱ

8～16点

転倒率 **1.4‰**

個別アセスメント＋見守り強化・排泄ケア

危険度Ⅲ

17点以上

転倒率 **3.4‰**

多面的介入を集中投入・多職種で個別計画

点数で「層別化」して資源を配分。ただし点数は対策の起点であって終点ではない

② 「点数の限界」を正しく理解する

単一の尺度で「高感度」と「高特異度」を両立するのは困難

例：STRATIFY は感度が高い（85.2%）一方、Morse Fall Scale は特異度が高い（91.7%）。
尺度ごとに得意・不得意があり、「点数が低い＝安全」とは言い切れない。

World Falls Guidelines 2022 の考え方

リスクを機会的に拾い上げ（case finding）、高リスク者には包括的・多面的なリスク評価を行い、
本人中心で個別化した多領域介入を共同設計する。点数は「評価の入口」。

出典：Li M, et al. BMC Ophthalmol 2025（※眼科単施設研究で一般化に限界）／Montero-Odasso M, et al. Age Ageing 2022

③ 何が効くのか — 効くのは「束」

単独の魔法はない。複数の対策を束ねた「多面的介入」が基本

運動

バランス負荷が鍵（地域研究の知見）

環境調整

動線・照明・履物・手すり

薬剤見直し

FRIDs の整理・減薬

排泄・離床支援

誘導・見守りの強化

教育・多職種連携

情報共有とPDCA

③ 運動 — バランス負荷がカギ

運動全般（転倒発生率）

23%減

RaR 0.77

バランス運動＋週3時間超

39%減

IRR 0.61

⚠ 外挿に注意：これらは地域在住高齢者の研究。入院患者へそのまま当てはめず
「バランスに挑戦する運動」という方向性として活用する

出典：Sherrington C, et al. Cochrane 2019（23%減）／Br J Sports Med 2017（39%減）

③ 病院での多面的介入のエビデンス

多面的介入：亜急性期（回復期）でより明確

亜急性期病棟での転倒発生率：RaR 0.67（95%CI 0.54-0.83）。
束ねた介入が転倒を減らしうる（ただしエビデンスの質は low）。

ベッド・椅子センサーアラーム単独 = 効果は不確実

RaR 0.60（95%CI 0.27-1.34）でエビデンスは very low。
「センサーを付けたから安心」は誤り。束の一部として位置づける。

出典：Cameron ID, et al. Cochrane Database Syst Rev 2018;9:CD005465（病院セッティング）

③ 環境・教育・離床支援の実際

環境調整

ベッド高・手すり・照明（夜間フットライト）・滑りにくい履物・床の障害物除去。
トイレ動線を短く明るく。

離床・排泄支援

定時の排泄誘導でトイレ単独歩行を減らす。ナースコールを手元に。必要に応じ
ポータブルトイレ。

教育・情報共有

本人・家族へのリスク説明、スタッフ間の申し送り。ベッドサイドにリスク表示を
共有。

いずれも「束」の構成要素。単独での決定打ではなく、組み合わせて回す

④ 薬が転倒を増やす — FRIDs とは

FRIDs（転倒リスクを高める薬剤）

専門家の合意（Delphi）で 14 の薬剤クラス を FRIDs として整理。多くは向精神薬。

ベンゾジアゼピン

睡眠薬

抗精神病薬

抗うつ薬

抗ヒスタミン薬

降圧薬

利尿薬

オピオイド

（上記は代表例。降圧薬・利尿薬など循環系も含む） 出典：Seppala LJ, et al. STOPPFall. Age Ageing 2021;50(4):1189-1199.

④ 減薬（deprescribing）の考え方

1

FRIDs を洗い出す

入院時に持参薬を確認。ベンゾ・睡眠薬・抗精神病薬・降圧利尿薬をリストアップ。

2

適応と必要性を再評価

漫然投与になっていないか。中止・減量・代替が可能かを多職種（医師・薬剤師）で検討。

3

段階的に減薬・モニタ

急な中止は離脱症状リスク。STOPPFall のガイドに沿って漸減し、効果と有害事象を観察。

出典：Seppala LJ, et al. STOPPFall. Age Ageing 2021;50(4):1189-1199.（減薬の実践ツールを併載）

⑤ 身体拘束に頼らない

令和6年度（2024年度）診療報酬改定

入院料の通則に「身体的拘束の最小化」の取り組みが要件化。

抑制に頼らない転倒予防の重要性が制度的にも高まった。

拘束より先に試すこと

- ・ 排泄誘導とこまめな見守りで「動きたい理由」に先回りする
- ・ 環境調整（低床ベッド・離床センサー・動線整備）で転倒の結果を軽くする
- ・ せん妄・不眠の原因（薬剤・痛み・環境）に介入する

出典：厚生労働省 令和6年度診療報酬改定の概要（医科）。具体の点数・要件は自院の施設基準で要確認

⑤ 委員会で回すPDCA



計画 Plan

重点目標を設定
(例：夜間トイレ転倒の削減)



実施 Do

多面的介入を病棟で実装・周知



評価 Check

インシデント報告を分析
(いつ・どこ・誰)



改善 Act

対策を見直し標準化、次サイクルへ

報告 → 分析 → 対策 → 評価 を継続。インシデント報告の文化づくりが土台

⑤ 多職種の役割分担

看護師	リスク評価・見守り・排泄ケア・環境調整の実装。報告の起点。
医師	原疾患・せん妄の治療、減薬の判断、拘束の必要性評価。
薬剤師	FRIDs の抽出と減薬提案、持参薬・多剤併用のチェック。
リハビリ職	バランス・歩行評価、離床と運動プログラムの設計。
MSW・事務	退院後の生活環境調整、委員会運営・データ集計。

転倒予防は「誰か一人」ではなくチームの仕事。本人中心で役割を束ねる

まとめ — 3つのキーマッセージ

1

「魔の5日間・トイレ・夜間」に集中せよ

転倒の41%は入院5日以内、移動中52%・うちトイレ行き帰り63%。資源を集中する。

2

アセスメントは「点数」より「対策の起点」

危険度Ⅲは転倒率3.4%。だが単一尺度で高感度・高特異度は両立せず、個別の多面的評価へ。

3

効くのは「束」 — 単独の魔法はない

センサー単独は不確実、運動はバランス負荷が鍵（地域研究）、FRIDs見直しと拘束最小化を組み合わせる。

ご視聴ありがとうございました

チャンネル登録・高評価をよろしくお願いします

医知創造ラボ

今村 久司

神経内科専門医指導医・総合内科専門医指導医・てんかん学会専門医指導医

※本動画は一般的な医学情報の整理であり、個別の診療・施設基準は各機関の規程に従ってください。