

# 病人跌倒防範與作業規範



主講人:陳舒怡

105年10月19日

105-106年度 | 醫院版 |



# 醫療品質及 病人安全工作目標

Taiwan Patient Safety Goals for Hospitals

1

提升醫療照護人員時  
有效溝通

- 落實訊息傳遞之正確、完整性及時性
- 落實醫療病人之風險管理與標準化流程
- 落實醫師、護士、藥師、物理治療師之有效溝通
- 增加團隊溝通效能

2

落實病人安全事件管理

- 健全落實文化，並參與台灣病人安全學會(HTPA)
- 分析與改善事件並推動改善方案
- 訂有與安全事件管理計畫

3

提升手術安全

- 落實手術清單落實度及安全查核作業
- 提升麻醉與探傷
- 落實手術場感染預防作業
- 提升手術室溫度管理
- 建立標準機制，嚴防不潔之舉

4

預防病人跌倒及  
降低傷害程度

- 落實跌倒預防評估及防範措施
- 提供安全的照護環境，降低跌倒傷害發生
- 跌倒事故分析及調整照護計畫

5

提升用藥安全

- 執行病人用藥整合(Medication Reconciliation)
- 落實主要藥物及不良反應的傳遞
- 加強高警示藥品及輸液幫浦的使用安全

6

落實感染管制

- 落實手術室消毒與抗菌素正確性
- 落實於生藥使用管理機制
- 落實組合式病毒(combustible)消毒機，降低標準預防感染
- 定期環境清潔、消毒與建立消毒、滅菌管理機制

7

提升管路安全

- 落實管路使用之評估及照護
- 提升管路實施安全及減少相關傷害
- 加強團隊合作，提供整合性照護

8

鼓勵病人及其家屬  
參與病人安全工作

- 鼓勵醫療人員主動與病人及其家屬建立合作夥伴關係
- 提供民眾多元參與管道
- 鼓勵民眾提出所關心的病人安全問題
- 主動提供病人醫療安全相關資訊，執行醫療決策(Shared Decision Making)



衛生福利部



臺灣病人安全學會



## 二、整體事件分析：

### (一)各類事件通報事件數

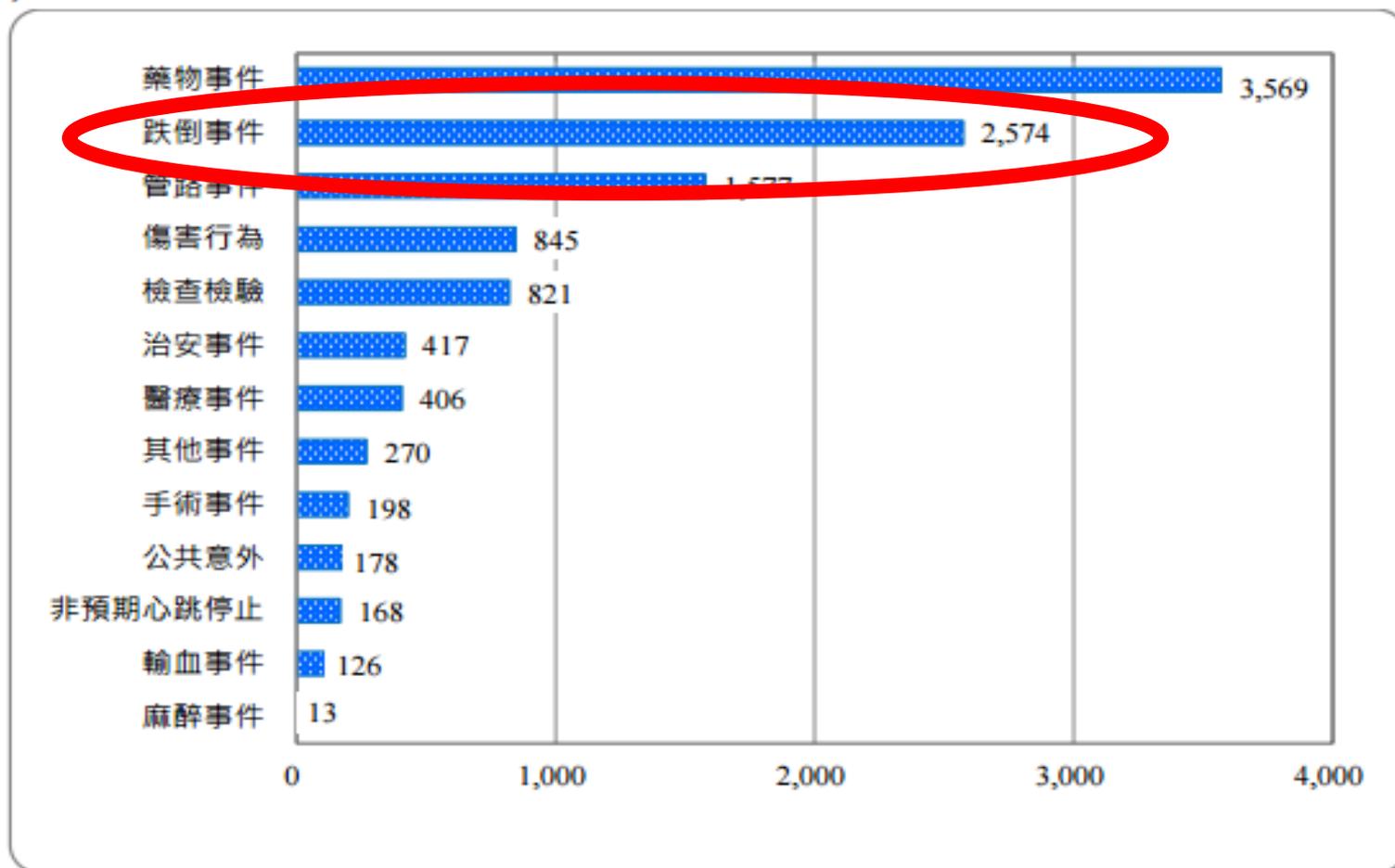
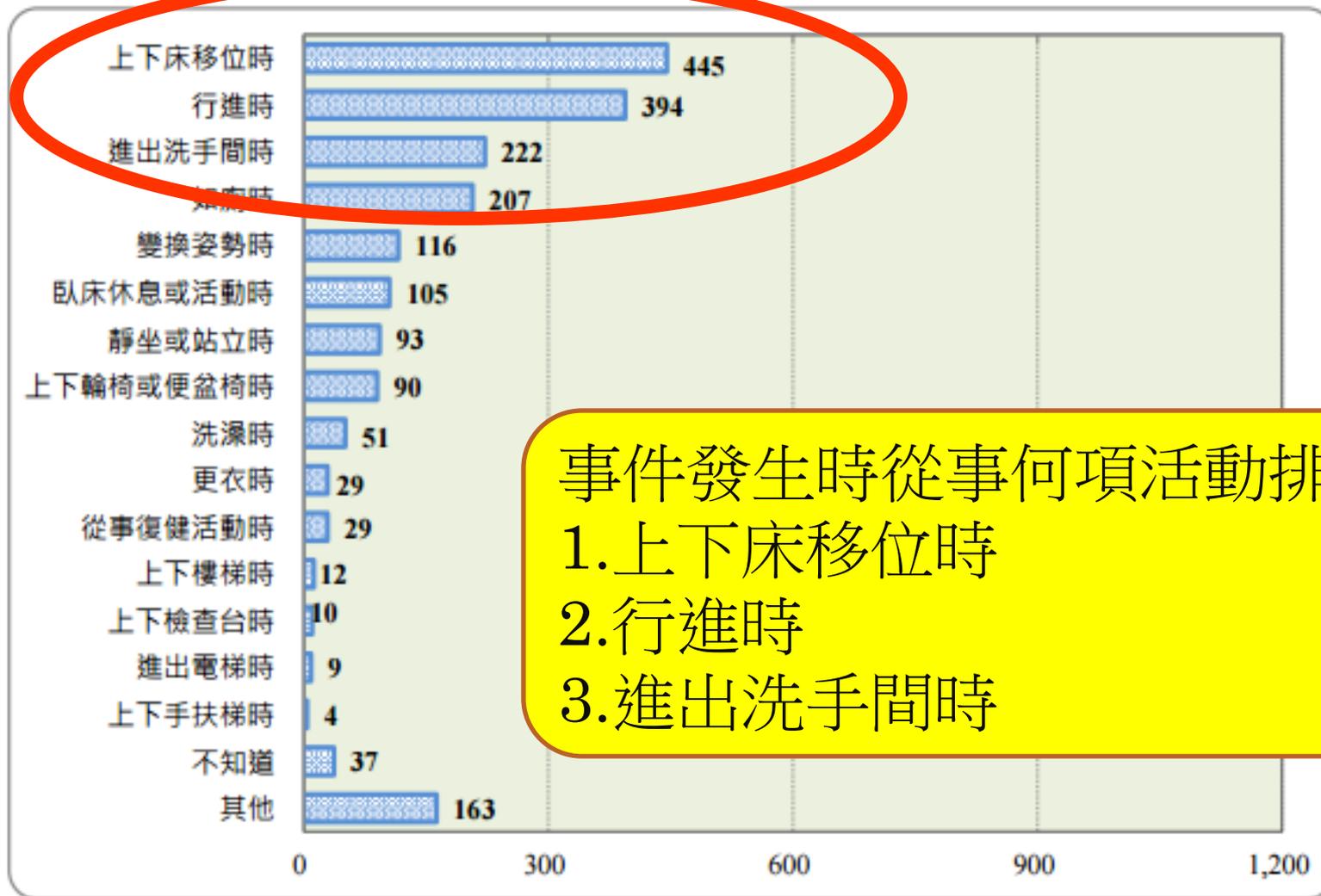


圖 2-1-1：整體通報事件類別  
(N = 11,162；N 為本季通報事件數)

## 2. 跌倒事件



事件發生時從事何項活動排名：  
1. 上下床移位時  
2. 行進時  
3. 進出洗手間時

圖 4-1-5：醫院跌倒事件發生時從事何項活動過程

(N = 2,017 ; N 為本季通報事件數)

(三)各類事件發生時段

	00:01-02:00	02:01-04:00	04:01-06:00	06:01-08:00	08:01-10:00	10:01-12:00	12:01-14:00	14:01-16:00	16:01-18:00	18:01-20:00	20:01-22:00	22:01-00:00	未填	走勢圖
藥物事件	150	48	52	99	474	667	404	509	444	243	237	120	122	
跌倒事件	188	183	205	272	238	245	185	214	218	222	187	151	66	
手術事件	5	4	1	19	33	49	22	29	12	3	11	2	8	
輸血事件	5	0	1	3	19	24	15	19	15	11	5	6	3	
醫療事件	14	6	12	55	62	59	30	57	35	27	21	12	16	
公共意外	8	5	5	5	28	21	20	20	23	17	12	4	10	
治安事件	23	23	20	16	60	50	51	49	37	39	28	13	8	
傷害行為	26	23	17	62	98	110	85	109	99	96	91	21	8	
管路事件	162	105	164	149	129	115	107	140	126	133	121	118	8	
非預期心跳停止	3													
麻醉事件	0													
檢查檢驗	28													
其他事件	6	4	3	13	33	30	30	67	26	24	10	9	9	

**跌倒易發生時段:0600-1200**

圖 2-3-1：整體通報事件發生時段走勢圖

(N = 11,162 ; N 為本季通報事件數，標示黃底者為多數者)

# 跌倒的原因

- 1.年紀大於65歲
- 2.乏人照顧的病人
- 3.曾經有跌倒的病史
- 4.步態不穩的病人
- 5.貧血或置位性低血壓
- 6.服用藥物I(利尿劑、安眠藥)
- 7.營養不良、頭暈、貧血
- 8.意識障礙
- 9.睡眠障礙
- 10.肢體功能照礙





## 目標四、 預防病人跌倒及降低傷害程度

## 執行策略

一、落實跌倒風險評估及防範措施

二、提供安全的照護環境，降低跌倒傷害程度

三、跌倒後檢視及調整照護計畫

# 一、落實跌倒風險評估及防範措施

# 對醫療機構工作人員、病人、家屬及其照顧者 提供跌倒預防的宣導教育

## 宣導對象

- 1.醫院工作人員
- 2.一般民眾（病人、家屬及其照顧者）

## 宣導重點

### 1.教導病人及照顧者

- 如何協助病人下床。
- 離開病人視線範圍時應告知醫護人員。
- 如何正確使用床欄及床上便盆。
- 穿著合適衣物及鞋子

### 2.指導後：

- 評估病人及照顧者對於內容的瞭解程度。
- 建立防範跌倒之共識

主動提醒病人  
及其照顧者，  
共同參與預防。

# 運用有效性風險評估工具及早發現跌倒高危險群的病人

## 跌倒風險評估

### 入院評估

- 利用具信效度的跌倒評估工具來篩檢具跌倒危險傾向的病人

### 住院再評估

- 應有再評估機制，及早辨識新的跌倒危險因子
- 查房時與病人或照顧者共同進行跌倒危險評估
- 定期檢視各單位跌倒評估作業流程與評估方式、量表之適當性

## 辨識跌倒危險因子

- 年齡65歲以上及5歲以下
- 跌倒經驗：
  - 曾有住院期間跌倒經驗
  - 過去一年內曾跌倒
- 生理、意識狀況及身體活動功能
  - ✓ 頭暈、虛弱感...
  - ✓ 肢體無力、步態不穩、協調或平衡能力差、移位步行需他人協助...
  - ✓ 頻繁如廁
  - ✓ 藥品使用
  - ✓ 意識躁動或不清

## 提供預防跌倒措施

- 入院後發現跌倒危險因子
  - 再評估並列入交班
  - 給予適當的護理措施
- 高危險族群
- 增加探視頻次
- 全院應有一致性預防跌倒的警示，如手圈、臂章
- 評估有無可改變的跌倒因子
- 照護者與病人建立關懷的信任關係、給予情緒支持，並說明跌倒可以預防

# ◆ 跌倒高危險群評估單

00111578RC-029  
 67 男  
 興醫療社團法人新興醫院跌倒傾向評估表 制 定：2011.10  
 7 次 審 閱：2015.05

床號： 病歷號： 姓名： 年齡： 性別： 男 女

診斷：  
 評估意向(可複選)

		記分	日期	日期	日期	日期
年齡	小於 65 歲	0	0	0		
	65-70 歲	1	1	1		
	71 歲以上	2	0	0		
活動控制	半年內曾發生跌倒	2	0	0		
	站立時四肢協調不佳站不穩	1	0	0		
	半身/全身/四肢癱瘓	1	1	1		
	截肢/四肢行動不便	1	1	1		
	絕對臥床/輪椅	1	1	1		
	身上有管路 (IV/呼吸器/各種引流管)	1	1	1		
意識 / 健康狀態	躁動/語無倫次	1	0	0		
	感覺/反應遲鈍	1	1	1		
	四肢無力/疲累	1	1	1		
	暈眩/昏倒病史	1	0	0		
	失聽/失明	1	0	0		
疾病	藥物導致暈眩或步態不穩	2	>	>		
	心臟疾病/高血壓/腦中風病史	1	1	1		
	關節炎	1	0	0		
	失憶症/失智症	1	0	0		
得分			11	11		
護理活動	跌倒高危險紀錄		+	+		
	床邊有明顯跌倒之標示		+	+		
	病人及家屬衛教指導		-	-		

總分  $\geq 6$  分，表示跌倒傾向；每月評估一次，如預病情變化(意識改變或生命徵象改變)、增用易跌倒藥物時予再評估

# ◆ 相關衛教單張

2009/08/22 制定  
2010/01/29 一修

## 哪些人容易跌倒（高危險群）

1. 年紀大於 65 歲。
2. 乏人照顧的病患。
3. 曾有跌倒病史。
4. 步態不穩。
5. 貧血或姿勢性低血壓。
6. 服用影響意識或活動之藥物，如：利尿劑、止痛劑、輕瀉劑、鎮靜安眠藥、心血管用藥。
7. 營養不良、虛弱、頭暈。
8. 意識障礙（失去定向感、躁動混亂）。
9. 睡眠障礙。
10. 肢體功能障礙。

### 預防跌倒十知

1. 當您服用安眠藥或感頭暈、血壓不穩時，下床應先坐在床緣，再由家屬扶下來。
2. 當您需要任何協助而無家屬在旁，請立即叫喊家屬，勿自行活動。
3. 地面弄濕，請家屬弄乾，以防不慎跌倒。
4. 物品請盡量收入櫃子內，以保持走道寬敞。
5. 當家屬已將床欄拉起時，若需下床請先將床欄放下來，切勿翻越。
6. 當您所照顧的病患躁動、不安、意識不清時，請將床欄拉起，並予以保護約束。
7. 若您的衣褲太大時，請更換合適的衣褲。
8. 應穿防滑鞋，切勿打赤腳。
9. 盡量保持燈光明亮。
10. 如廁時有緊急事故，請大聲叫喚家屬。



新興醫療社團法人新興醫院祝您健康～

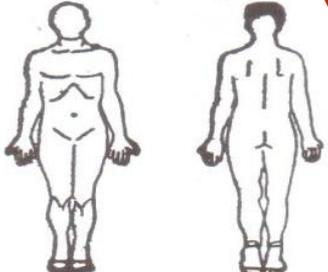
請將此聯撕下，RCW 黏貼於護理紀錄單張上/OPD 黏貼於衛教本上

衛教名稱： <b>跌倒高危險群衛教</b>	衛教者：	病患/家屬簽名：
--------------------------	------	----------

# ◆ 針對跌倒高危險病人列入交班

王北院宣

00138936K-033  
Kardex (一)

床號:	年齡:	入院日:	轉入日:				
診斷: 1. Pneumonia with septic shock and respiratory failure & tracheostomy care.							
手術日期: 21 ICH/UP Hk, long term ridden seizure disorder. 主治醫師: [Signature]							
病史摘要:		傷口圖示:					
<p>長期住安養中心, 約 3 個月                  seizure 入新機被拆, EKG OK                  dx =&gt; wound care, 另 SOB, SpO2 ↓                  on MV, 另 EKG OK = 改善在院                  期間 HR = 50-60 bp = 90-100                  → N/S use, 連續 Tm vtm 也都                  無礙 warning 不行改入本院                  care.</p>							
血糖監測:	Pentest:	Allergy					
	血型:	<input type="checkbox"/> Drug					
Insuline:		<input type="checkbox"/> Food					
TPR:	Pupil:	Endo ( ) 號	Foley care ( ) 號				
			備註				
BP:	GCS:	NG (16) 號	Foley (18) 號				
		Change date	Change date				
I/O:			1/19 - 8/2				
	BW:	氣切 (8) 號	CVP ( ) 號				
		Change date	Change date				
CD:	尾端尾 (u-burn) 6/5 - 8/5						
CBC	WBC	ABG	PH				
	Hb/Hct		PCO2				
	PLT		PO2				
			HCO3-				
			BE				
SMA	Albumin	C/S	S/C				
	BUN/Cr.		U/C				
	Cholesterol		Pus/C				
	Na/K		TB/C				
	Cl/Ca		AFB				
	SGOT/SGPT						
	Bil D/T						

在  
Kardex  
上註明“高  
跌”，列入  
交班

◆具跌倒高度危險傾向的病人，利用預防跌倒的警示標誌來提醒工作人員對照顧者的注意。



## 二、提供安全的照護環境，降低跌倒傷害程度

## ◆廁所加欄杆



## ◆提供安全環境、走廊兩側設有扶手；地面保持乾燥



## ◆對於臥床病患確實使用床欄杆



### 三、跌倒後檢視及調整照護計畫

# 跌倒後檢視及調整照護計畫

## ● 跌倒後重新檢視照護計畫並適時調整預防措施

- 將高危險跌倒病人列入交班事項，並提供病人或照顧者個別性護理指導及護理指導單張予病人及照顧者。
- 對發生跌倒病人重新再評估危險因子正確與否，並適時調整照護措施。

### (1) 頻尿或腹瀉病人

- 檢視其飲食型態及用藥情形
- 或疾病史如前列腺肥大或尿道感染
- 適時照會及處理

### (2) 病人躁動不安

- 評估造成病人躁動不安的原因
- 給予適當保護措施

### (3) 活動移位困難

- 提供適當輔具並教導正確使用
- 如廁時全程陪伴（照護者或護理人員）

### (4) 多重用藥病人

- 重新檢視藥品的必要性
- 必要時予藥品調整

# 跌倒後之護理處置(一)

1. 評估病人GCS、vital sign、身體外觀是否有外傷骨折，病人之主訴及撞擊的部位等。
2. 向住院醫師報告病人發生跌倒之經過及上述評估結果，並依醫囑處理。
3. 安撫病人及家屬的情緒。
4. 處理發生之危險因素。
5. 每小時再觀察病人之變化，若有變化應立即通知醫師處理。並在護理記錄完整記載發生後之變化。



# 跌倒後之護理處置(二)

6. 撞擊部位於受傷後24小時內密切觀察，生命徵象視情況密切觀察。若病人頭部受撞擊或明顯外傷時，48小時內應密切觀察病人之意識狀態及活動力。
7. 報告護理長，依「異常事件報告處理流程」執行之。通報「跌倒異常事件報告表」。
8. 列入交班重點。
9. 指導照顧者若病人有下列情形時須立即通知醫護人員(若已返家需儘速就醫)：頭痛厲害、大量嘔吐、呼吸困難、手腳或嘴角抽痙、一側手腳較軟弱或漸乏力、整天嗜睡、不易叫醒、反應遲鈍、答非所問等。



# 依TQIP傷害嚴重度分級

## ○ 第一級：

不需治療僅做稍微處理或觀察的擦傷、挫傷、不需縫合之皮膚小撕裂傷或破皮。

## ○ 第二級：

需要冰敷、包紮、縫合或夾板等醫療或醫護處置的扭傷、大或深的撕裂傷、或皮膚撕裂、小挫傷等。

## ○ 第三級：

需要醫療處置及會診協助的骨折，意識喪失或身體態度改變等。嚴重影響病患病程或造成住院天數延長。



**跌倒事件監測流程**

跌倒定義：在本院的任何場所、任何情境下，不論有無造成身體傷害之「非預期地」跌坐或滑坐於地面上，包括因肢體無力，或扶持不佳而不得不緩緩坐於地上。

跌倒傷害：  
指因意外事件造成身體部分結構或功能的中斷如扭傷、瘀傷、骨折或是舊傷惡化等。

1. 立即診視患者狀況，依 TQIP 做分級提供適當照護。
2. 通知該名患者主治醫師及單位主管。
3. 測量生命徵象及意識評估並。

- 第一級 (依 TQIP):**
1. 立即給於傷口處理，依醫囑 Wd CD。
  2. Q4hs check V/S，列入交班。
  3. 加強巡視每 60 分鐘密切觀察患者，使患者倍感安心。
  4. 加強衛教：清醒患者及家屬。

- 第二級 (依 TQIP):**
1. 立即給於傷口處理，依醫囑 Wd CD，密切觀察傷口變化 (如紅腫熱痛)，必要時 Fu CXR。
  2. Q2hs check V/S，列入交班。
  3. 加強巡視每 30 分鐘密切觀察患者，使患者倍感安心。
  4. 依傷口程度給予止痛藥。
  5. 加強衛教：清醒患者及家屬。
  6. 必要時協助轉院候送。

- 第三級 (依 TQIP):**
1. 立即給於傷口處理，依醫囑 Wd CD，密切觀察傷口變化 (如紅腫熱痛)，Fu CXR。
  2. Q1hs check V/S 及 GCS，列入交班。
  3. 加強巡視每 15 分鐘密切觀察患者，使患者倍感安心。
  4. 依傷口程度給予止痛藥。
  5. 加強衛教 (清醒患者、家屬)。
  6. 必要時協助轉院候送。

依異常事件通報流程通報  
(24 小時內)

備註：傷害分級 (依 TQIP)  
 第一級：不需治療僅作稍微處理或觀察的挫傷 (Contusion)、擦傷 (Abrasion)、皮膚小撕裂傷 (Tear) 或破皮。  
 第二級：需要醫護處置的扭傷、大範圍或較深的撕裂傷、挫傷，處置包括縫線，繃帶固定夾板或冰敷等。  
 第三級：需要醫護處置或會診協助的骨折，意識改變、心智或身體傷害。

# ◆ 跌倒事件監測流程

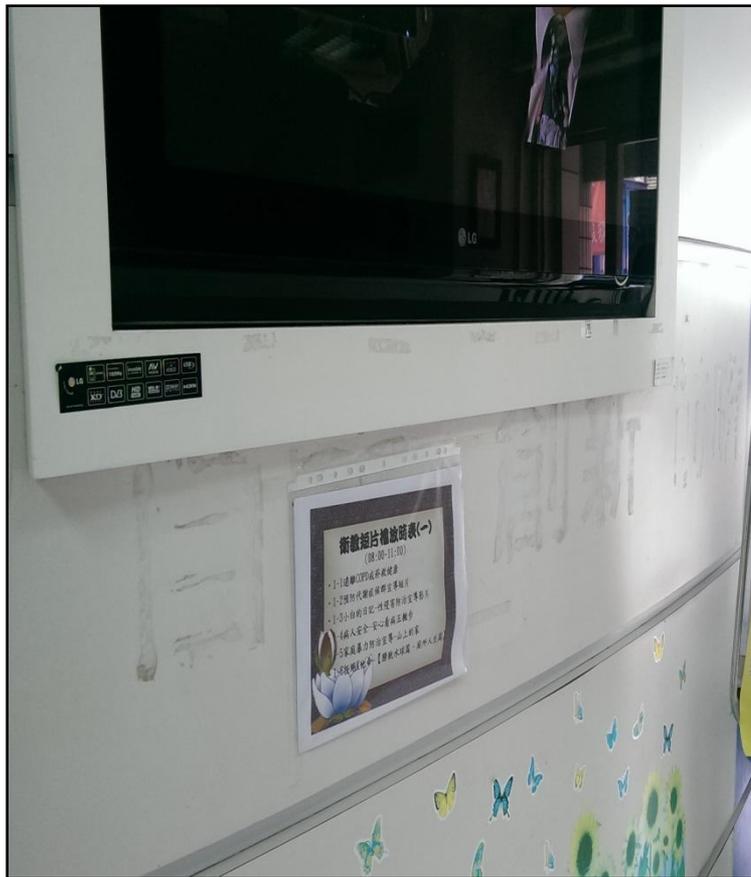
# ◆針對跌倒事件發生進行PDCA

新興醫療社團法人新興醫院異常事件改善方案	
單位：門診	填寫日期：103/02/27
事件主題	跌倒事件
事件經過	在 2/27 此病人到門診就診，經醫師診察後，安排胸部 X 光檢查，因病人躁動，從檢查床摔下，導致跌倒事件發生。
要因分析	1. 病人無法配合指令。 2. 檢查床沒有床欄。
目標設定	1. 使三個月內跌倒發生次數為零。 2. 使病人安全的作完檢查。
【Plan】改善對策	【Do】實施經過
問題在檢查床沒有防摔措施。 1. 提供安全器材或防摔設備。 2. 請醫護人員或家屬協助或陪同，降低跌倒風險。	1. 將病人安置於有柵欄的病床或有安全帶的輪椅，且直接在上面作檢查。 2. 因在 X 光照射前沒有輻射線之虞，故可請家屬陪同病人直到檢查就緒才離開。
報告者：黃榮元	科室主管/部室主管：[簽名]
【Check】效果確認	管理室/院長：[簽名]
三個月內，跌倒事件發生次數為零，即達成改善目標。	【Act】對策處置 在 X 光照射之前，請醫護人員或家屬陪同病人直到檢查準備就緒，以降低跌倒風險。
報告者：黃榮元 103.6.25	
科室主管/部室主管：謝怡婷 103.6.25	
管理室/院長：[簽名]	

# 103年度異常事件通報登記表

TPR編號	事件發生日	時間	事件分類	單位	異常事件傷害程度分類
B030300252	103.02.27	15:30	跌倒事件	放射科	有傷害(輕度)
F030300007	103.03.13	05:00	公共事件	RCW	無傷害
B030300254	103.03.17	13:45	跌倒事件	復健科	有傷害(中度)
J031000036	103.08.14	03:00	管路事件	RCW	有傷害(死亡)
A031100080	103.10.09	10:00	藥物事件	藥局	無傷害
B040100131	103.12.25		跌倒事件	復健科	有傷害(中度)

# ◆提供海報及多媒體相關宣導



# 預防跌倒 10知

1. 當您有服用安眠藥或感頭暈，當血壓不穩時，下床應先做在床緣，再由家屬扶下床。
2. 當您需要任何協助而無家屬在旁，請立刻以呼叫鈴通知護理人員。
3. 地面濕滑時，請告訴護理人員，以防不慎跌倒。
4. 物品請盡量收於床旁桌櫃內，以保持走道寬敞。
5. 護士已將床欄拉起時，若需下床應先告知護理人員協助處理需求，勿自行放下或翻越。



# 預防跌倒 10知

6. 感覺病患有躁動不安、意識不清時，應將床欄拉起，並予以約束保護。
7. 若衣褲太大時，請更換合適的衣褲。
8. 病房及走道間盡量保持燈光明亮。
9. 於病房內或如廁時，切勿打赤腳，以防打滑跌倒。
10. 遇有緊急事故時，請按呼叫鈴通知..護理人員。



# 住院病人跌倒造成傷害

## ○ 收案說明：

- 監測全院住院病人跌倒造成傷害事件。
- 本指標所指跌倒事件為有記錄的跌倒事件
- 新生兒或嬰兒跌落也應算為跌倒事件
- 每事件應只被分類於一個傷害程度

## • 運算方式：

$$\frac{\text{跌倒造成傷害總事件數}}{\text{住院病人跌倒事件總事件數}} \times 100$$



# 謝謝聆聽

