



# 入院患者における転倒・転落 予防対策の実際と成果

一般財団法人 永頼会 松山市民病院

転倒予防対策チーム

リハビリテーションセンター 副室長 平井 寛 (理学療法士/看護師)

\* 転倒予防指導士

# 松山市民病院

一般財団法人永頼会 松山市民病院

愛媛県松山市大手町2丁目6番地5



○ 標榜科 25科

○ 施設指定

DPC病院(Ⅲ群)

臨床研修指定病院(基幹型)

二次救急医療施設(輪番制)

愛媛県がん診療連携推進病院 など

○ 職員数 820名(うち医師91名)

○ 平均在院日数 15日

○ 病床数 432床(稼働病床数410床)

高度急性期	ICU	6床
	HCU	8床
急性期	一般病床 (10対1)	344床
	小児病床	12床
回復期	地域包括ケア	40床

# 病院内の転倒予防対策の悩み？

- ・高齢者が多く、転倒のリスクの高い方が増え対応に困っている。
- ・認知症、不穩のある患者が増えている。
- ・退院に向け、リハビリが進み…  
ADLが向上すれば転倒のリスクが高くなる。
- ・転倒・転落が多く、そのため拘束につながる例も。
- ・患者の「大丈夫なのに」という訴えに対し離床センサーを導入しにくい状況がある。

# 病院内の転倒予防対策での悩み？

- ・スタッフ間で転倒転落に対する意識の差がある。
- ・効果的な対策がない。
- ・チームでの転倒予防対策の取り組み方が不十分。
- ・スタッフの意識統一とはいうものの、どうスタッフへ働きかけていくか。
- ・個人個人で日々注意はしているが、チームとしての取り組みが続かない。

# ・高齡化に伴う転倒件数の増加

①認知機能の低下

②筋力低下

③身体能力と実能力との齟齬

・動けるのに動かない→廃用症候群

・不安定なのに動く→転倒

- ・退院に向けADLは維持・改善してもらいたい
- ・院内で意識を高めたい
- ・多職種チームで取り組む、そして継続する

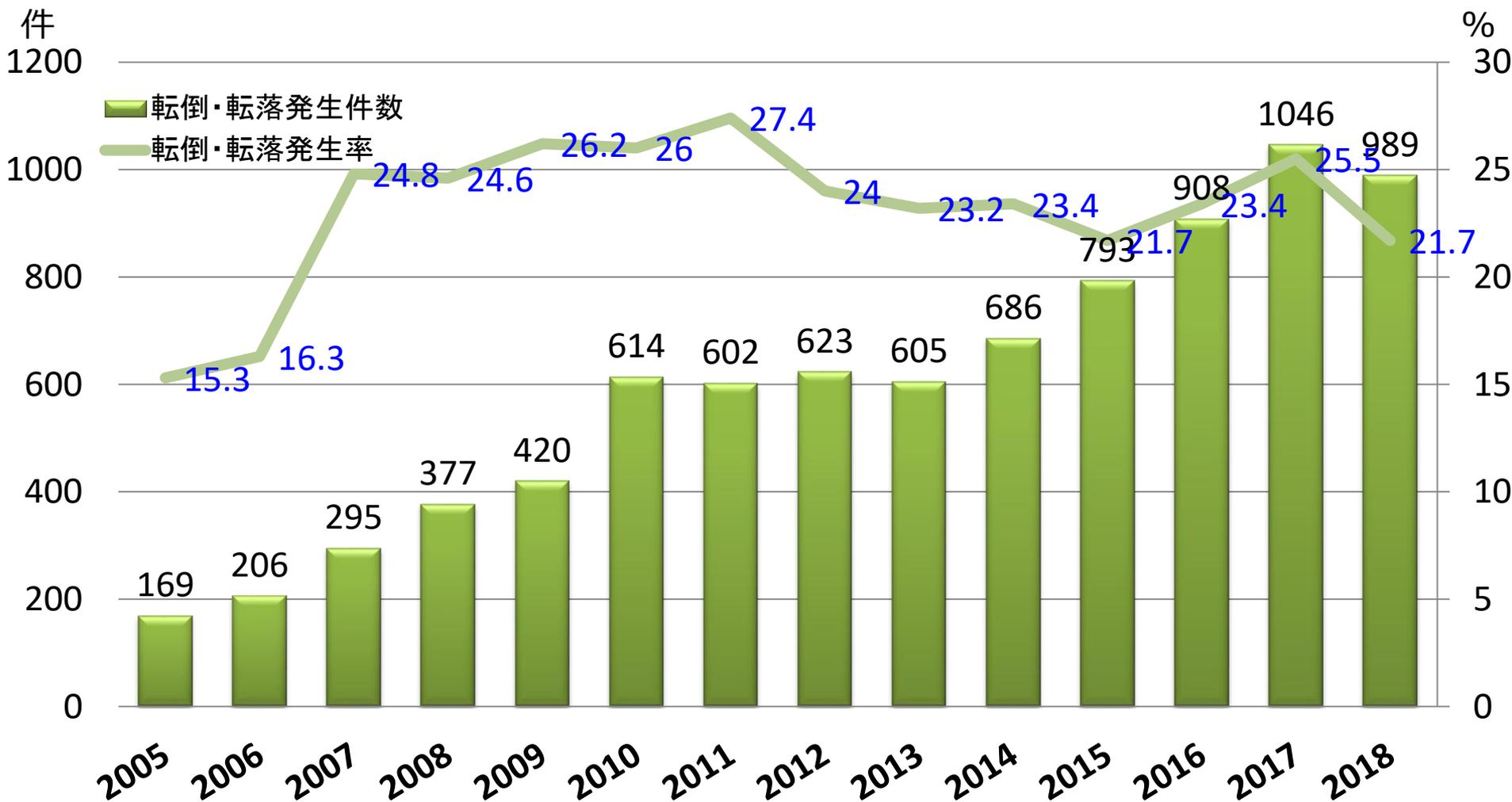
**関与できない部分**

**関与し改善できる部分**

**方法論と  
歩を進めるかどうか**

# 医療事故中の転倒・転落の推移

2018年事故報告4,565件中、転倒・転落事故は989件(21.7%)



# 病院・施設における転倒発生率(日本)

地域在住高齢者: 0.8~0.9/1000人・日

(高齢者の10~30%が転倒を1回以上経験)

一般病院 : 1.4~4.1/1000人・日

急性期医療施設: 1.85/1000人・日

慢性期医療施設: 4.67/1000人・日

リハビリ病棟: 4.6~13.9/1000人・日

施設入居者: 2.4~12.4/1000人・日

# ただし転倒率は...

- 地域差（都市と地方，**高齢化率**で差が出る）
- 病院の性質  
（規模，急性期，回復期，診療科などの条件）



などで変わる

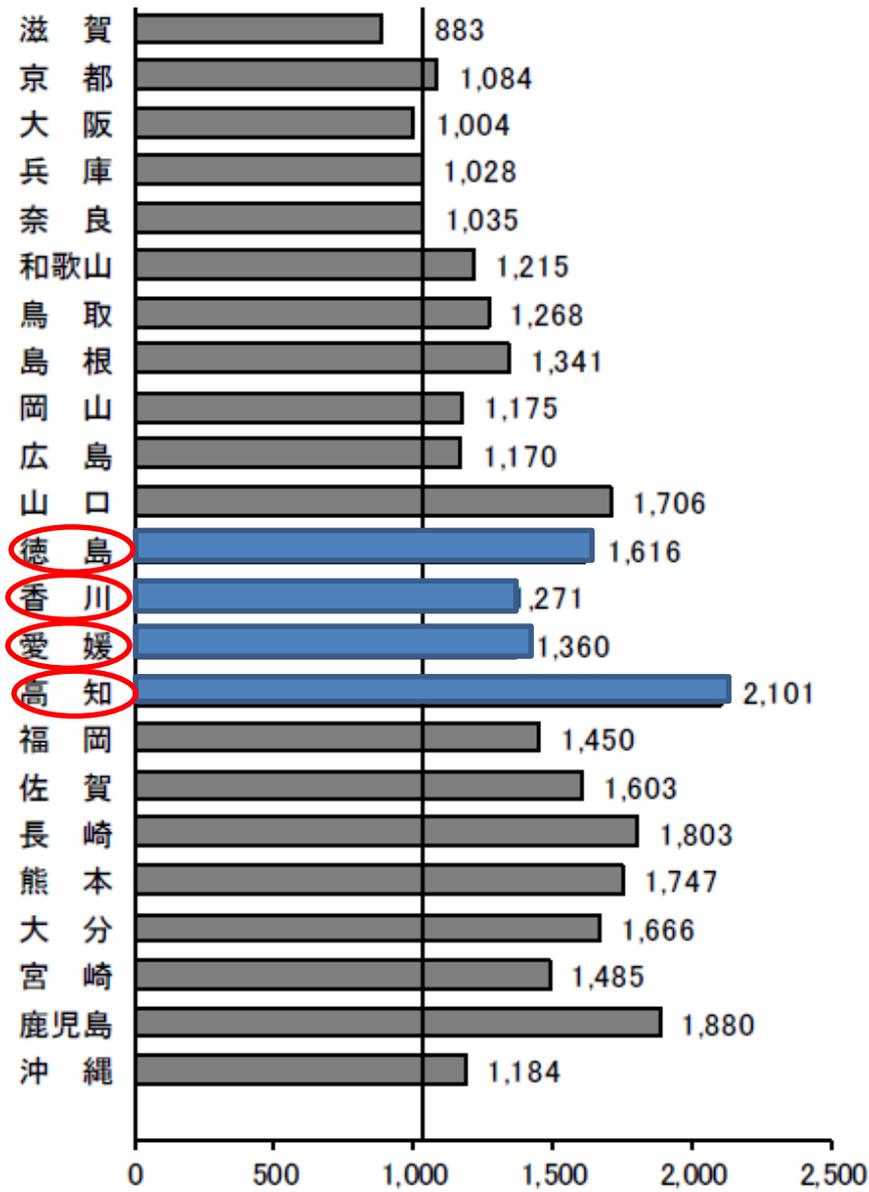
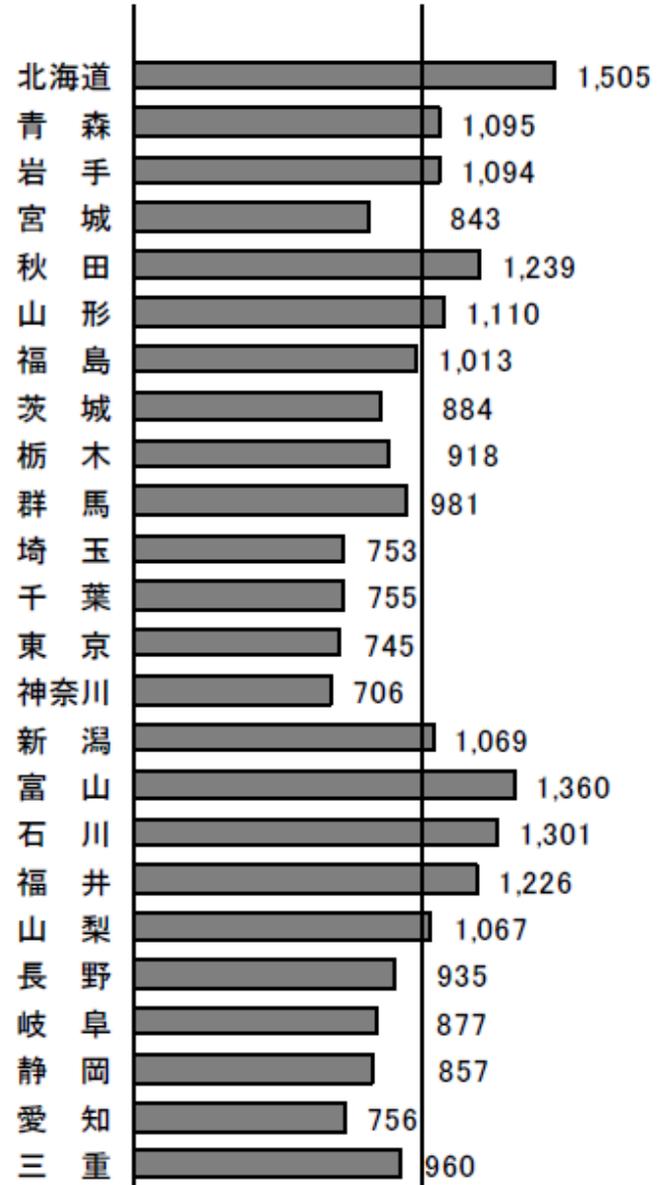


自病院の実態を知ることが必要！

# 都道府県別にみた受療率(入院) (人口10万対)

2017年10月

全国 1,036



(資料)厚生労働省「患者調査2014.10」

# 地域別にみた高齢化(抜粋)

	2017年			2045年	高齢化率の伸び (ポイント)
	総人口(千人)	65歳以上人口 (千人)	高齢化率(%)	高齢化率(%)	
北海道	5,320	1,632	30.7	42.8	12.1
青森県	1,278	407	31.8	46.8	15
岩手県	1,255	400	31.9	43.2	11.3
千葉県	6,246	1,692	27.1	36.4	9.3
東京都	13,724	3,160	23	30.7	7.7
神奈川県	9,159	2,274	24.8	35.2	10.4
石川県	1,147	331	28.8	37.2	8.4
山梨県	823	245	29.8	43	13.2
長野県	2,076	647	31.1	41.7	10.6
大阪府	8,823	2,399	27.2	36.2	9
兵庫県	5,503	1,558	28.3	38.9	10.6
岡山県	1,907	567	29.7	36	6.3
広島県	2,829	809	28.6	35.2	6.6
山口県	1,383	462	33.4	39.7	6.3
徳島県	743	241	32.4	41.5	9.1
香川県	967	301	31.1	38.3	7.2
愛媛県	1,364	437	32.1	41.5	9.4
高知県	714	244	34.2	42.7	8.5
鹿児島県	1,626	501	30.8	40.8	10
沖縄県	1,443	303	21	31.4	10.4

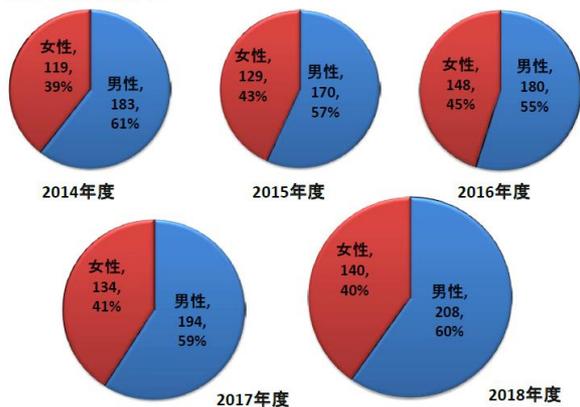
資料:平成29年は総務省「人口推計」、平成57年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)」

# 部署・病棟と転倒率

部署・病棟	転倒率(1000病床日)
Intensive Care Unit(ICU)	1.30
Surgical(外科)	2.79
Step Down(ICUと一般病棟の間)	3.44
Medical-Surgical(内科・外科混合)	3.92
Medical(内科)	4.45
Rehabilitation(リハビリテーション)	7.15

Lake ET, et al. Patient falls: Association with hospital Magnet status and nursing unit staffing. Res Nurs. Health 2010;33:413-25

# 性別転倒割合



matsuyama shimin hospital Fall prevention measures team

当院転倒転落後チェックシート(①)から

# 転倒・転落発生件数

注)外来を除く

2014年度(302件) 2015年度(299件) 2016年度(320件)  
2017年度(328件) 2018年度(348件)



matsuyama shimin hospital Fall prevention measures team

当院転倒転落後チェックシート(①)から

# 転倒・転落発生年齢



matsuyama shimin hospital Fall prevention measures team

当院転倒転落後チェックシート(①)から

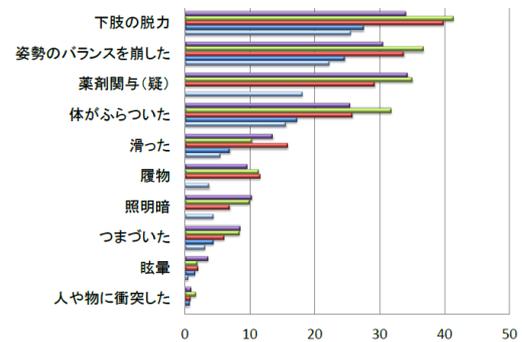
# 入院後転倒までの日数



matsuyama shimin hospital Fall prevention measures team

当院転倒転落後チェックシート(①)から

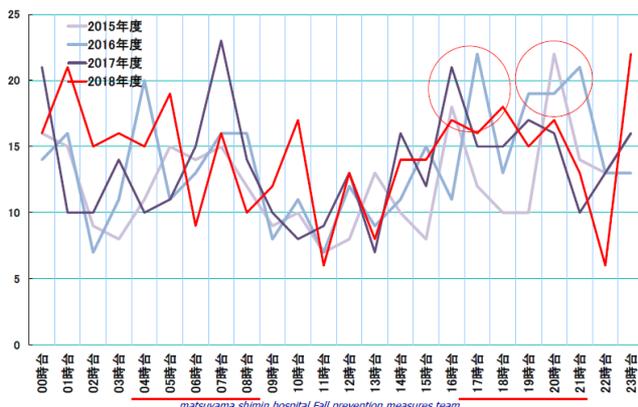
# 転倒発生原因



matsuyama shimin hospital Fall prevention measures team

当院転倒転落後チェックシート(①)から

# 転倒・転落発生時間帯



matsuyama shimin hospital Fall prevention measures team

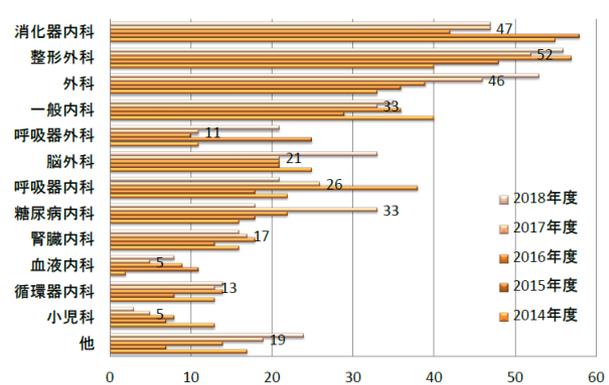
当院転倒転落後チェックシート(①)から

# 診療科別転倒割合(2018年度)



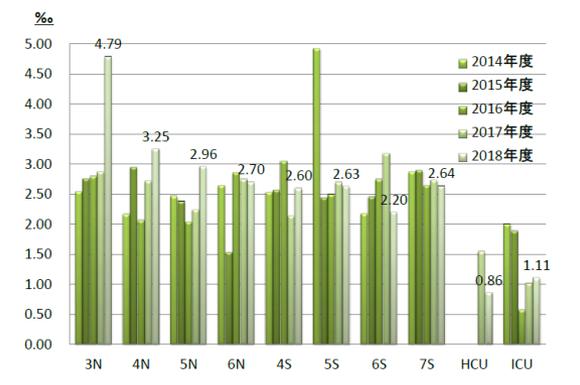
matsuyama shimin hospital Fall prevention measures team

# 診療科別転倒割合 (2014年度-2018年度)



matsuyama shimin hospital Fall prevention measures team

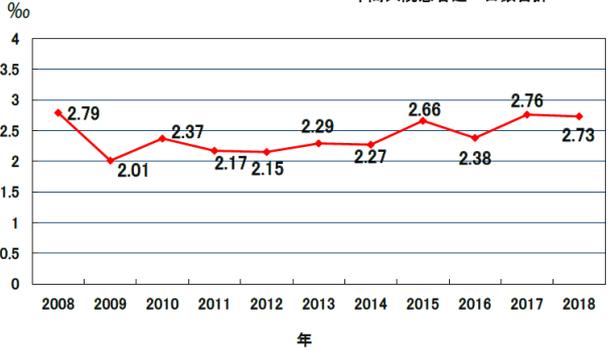
# 病棟別転倒比率(2014年度-2018年度)



matsuyama shimin hospital Fall prevention measures team

## 転倒(転落)比率①

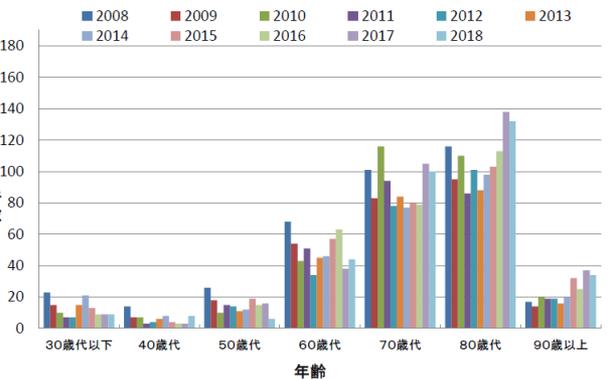
年間転倒・転落件数  
年間入院患者延べ日数合計 ×1000



matsuyama shimin hospital Fall prevention measures team  
当院転倒転落後チェックシート(レポート)から

## 転倒・転落発生年齢

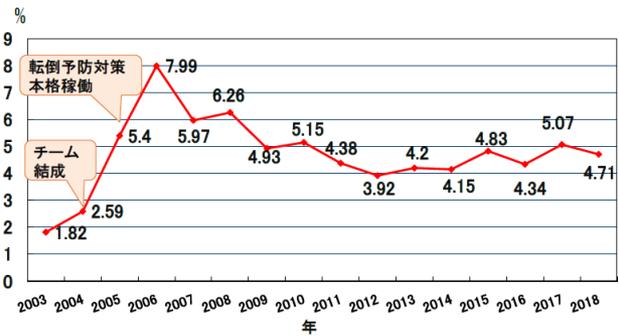
(年)



matsuyama shimin hospital Fall prevention measures team

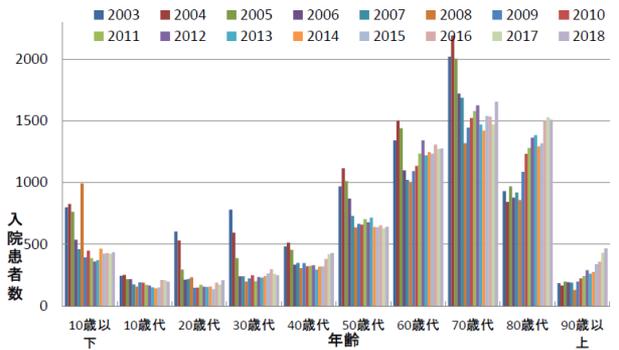
## 転倒(転落)比率②

年間転倒・転落件数  
年間入院患者数 ×100



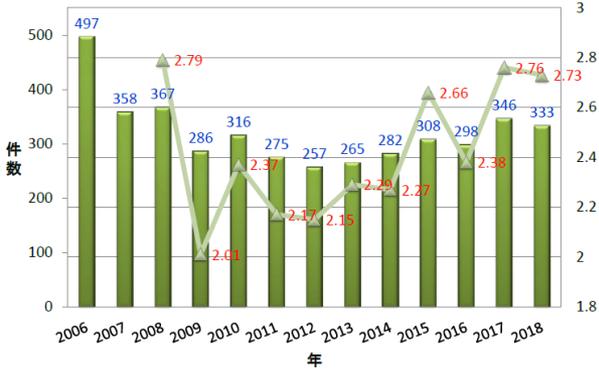
## 入院患者の年齢構成

(年)



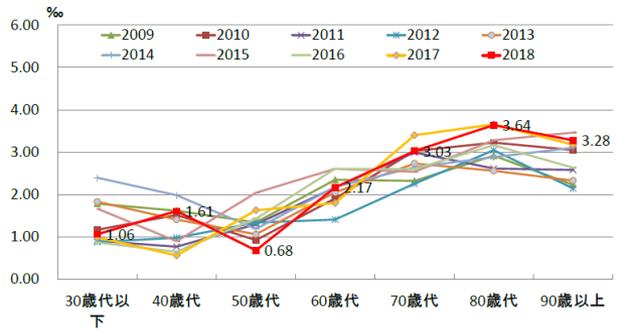
matsuyama shimin hospital Fall prevention measures team

## 転倒・転落発生件数と比率(年)



## 転倒・転落比率(年齢別)

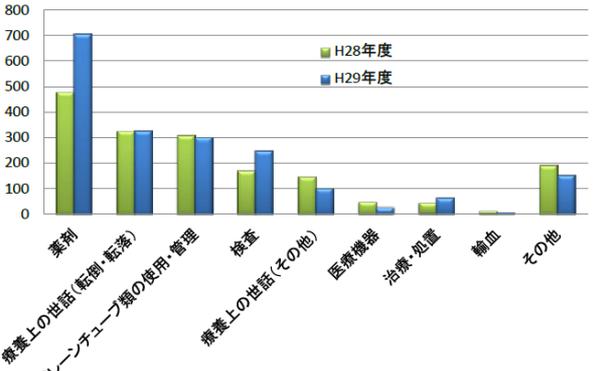
(年齢別) (年)



matsuyama shimin hospital Fall prevention measures team

## H28-29年度

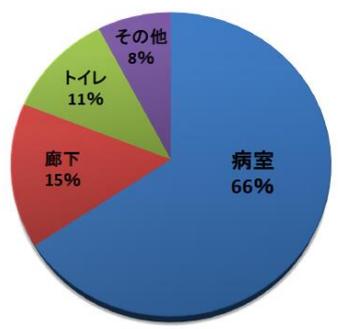
### 当院インシデント・アクシデント内訳



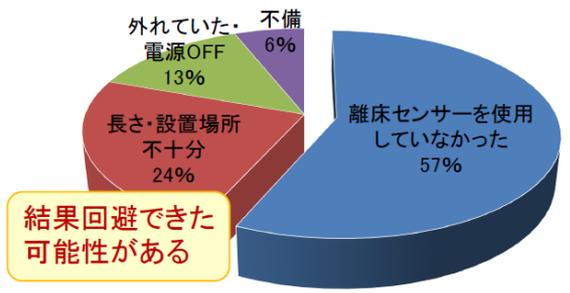
Matsuyama shimin hospital Fall prevention measures team

## 転倒・転落の場所

(2016年度)

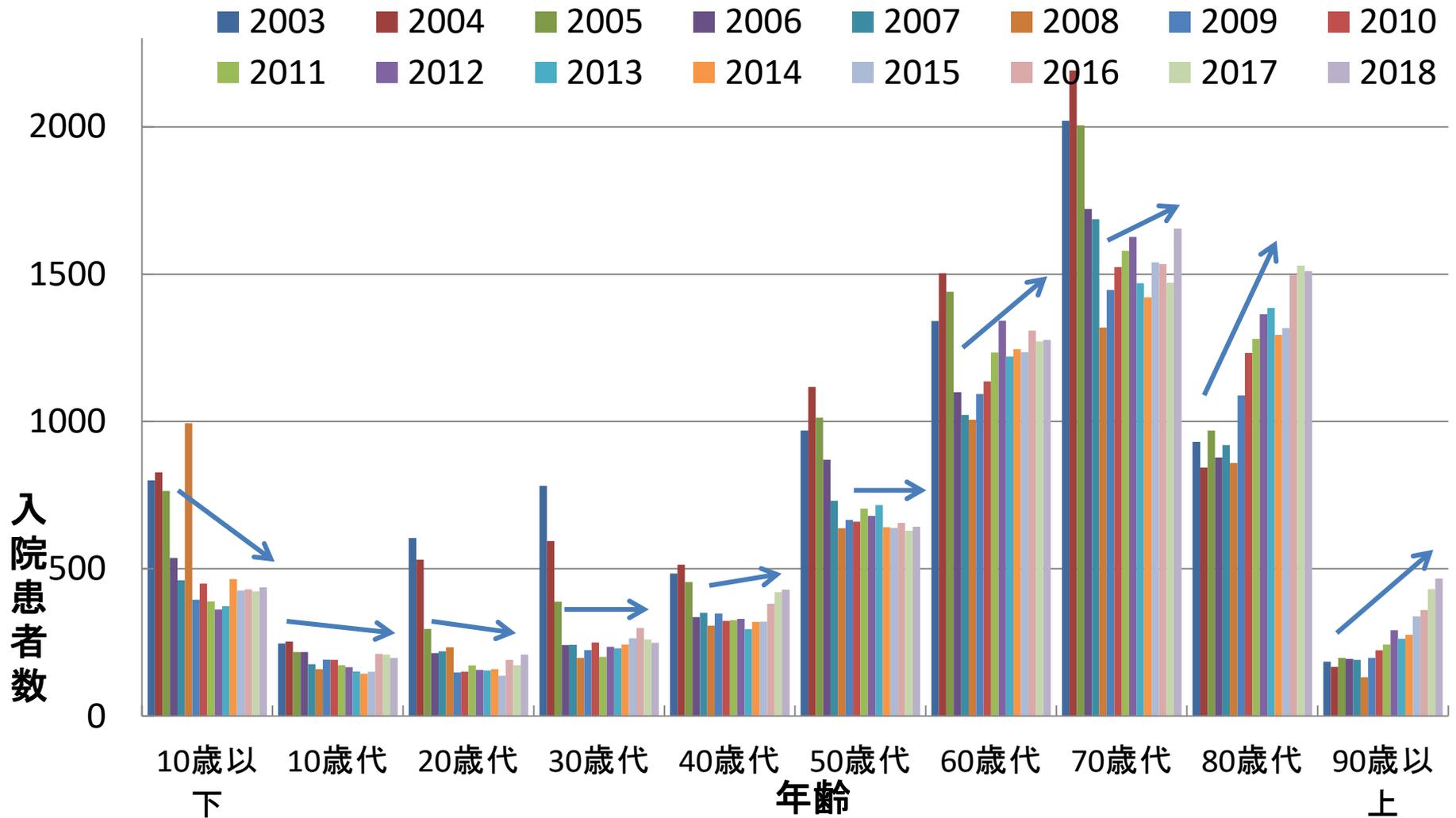


## 離床センサーによる結果回避処置にて何が問題だったのか

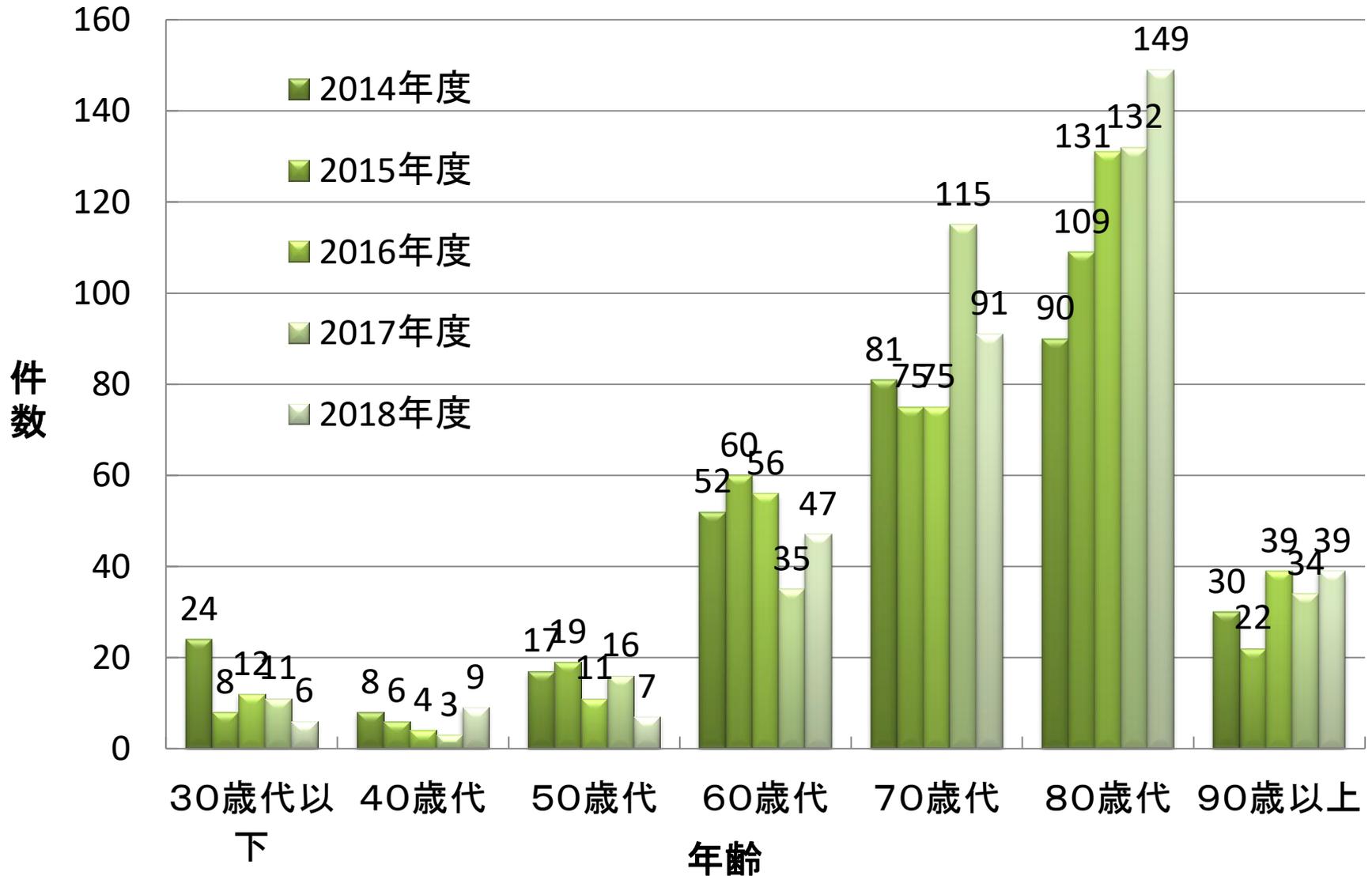


結果回避できた可能性がある

# 入院患者の年齢構成 (年)

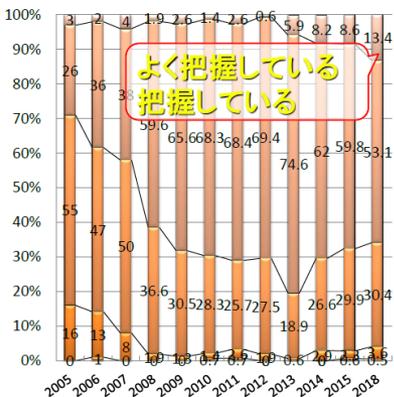


# 転倒・転落発生年齢



# 職員の転倒予防に対する意識調査(2005年～)

c4. 患者の転倒・転落リスクを認識・把握しているか

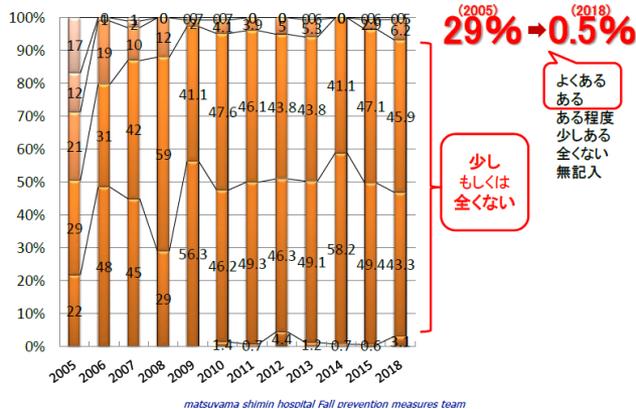


(2005)  
約29%

(2018)  
約67%

よくできている  
半分以上できている  
ほとんどできていない  
できていない

d10. 転倒後の患者・家族からのクレームがあるか



(2005)  
29% → (2018)  
0.5%

よくある  
ある程度  
少しある  
全くない  
無記入

少し  
もしくは  
全くない

c10. 転倒予防について患者・家族への説明



(2005)  
約19%

(2018)  
約60%

十分出来ている  
ある程度出来ている  
少し出来ている  
出来ていない

\* 転倒予防に対する意識はその年々で若干の変化があり、何らかの理由がある。  
視覚的に表現することで次への改善点が見えてくる。

## まずは自病院の実態を知ること！

# 入院している高齢者の特性①

①**程度の差はあるものの認知機能の低下がある**  
**(とっておく)。**

- ・認知症の症状、その程度、その行動に配慮した日常生活上の見守りと対応が必要。(ご自身の身体能力以上の行動も含め注意する)
- ・コミュニケーションのとり方や、指示・説明の方法を工夫すること。

②**臥床傾向で、身体不活動・昼夜逆転の状態に陥りやすい。ADL能力の低下、廃用症候群へ**

- ・多くの場合、自ら意識して体を活発に動かす事をしない(できない?)。原疾患の安静度によって運動の機会と時間を生み出す工夫が必要。(例えば、午前・午後のリハビリや、院内デイへの参加など)

## 入院している高齢者の特性②

### ③複数の疾病を保有し、多剤併用が多くなり、重複投薬、薬物間相互作用のリスクが問題となる

ポリファーマシーの可能性があり、転倒リスクが高まった状態でもある。  
⇒医師・薬剤師が病状変化に合わせ必要な処方点検と変更をする。

### ④多くが転倒ハイリスク者であり、骨折リスクを前提にして個別的な対策の工夫と配慮が必要

- ・「この患者さんは転倒するかもしれない」という認識を持ち、ベッドサイドの環境(柵, テーブル, 床頭台の位置)、トイレまでの動線、杖、車椅子、履物、衣服への目配りを行う。
- ・リスク評価によってセンサー類, 緩衝マットの検討をする。

# 高齢者の転倒リスクマネジメント

## 重大事故が起こったならば、皆で真摯に対峙する

- ①何が起きたのかという事実を丹念に検証すること
- ②何が原因で起きたのかを関係者(多職種)で分析すること
- ③再発防止策を具体的に検討し、早期に実施する。
- ④職員が事例を共有し経験値を積む

## 先例の失敗から学ぶ

過去、院内外で発生した重大事故に関する事例から、原因(要因)と防止対策を参考にしたり、鮮烈な事例をいくつか複合して模擬事例を作り、職員・スタッフ用の教育研修資料にする(KYT)。

予測しうるリスクを明らかにし、それを低減・解消するための糸目を見出すことが、リスクマネジメントの基本。

リスクに敏感な感性(リスク感性)を養う  
「気づく力」と「見守る目」を研ぎ澄ますこと

## 病院に2770万賠償命令 熊本、入院中転倒で後遺症 事故・訴訟 2018年10月17日 (水)配信共同通信社

熊本市で2013年、認知症で入院中に転倒し、全身まひの障害を負った熊本県の男性(95)と親族が、病院を経営する医療法人に約3890万円の損害賠償を求めた訴訟の判決で、熊本地裁は17日、約2770万円の支払いを命じた。

訴状によると、男性は13年5月、**認知症の投薬治療のため入院した際、車いすに乗って1人でトイレに行き転倒。頭を打ち、全身まひの障害が残り、寝たきりの状態となった。**

男性側は「**転倒の危険性があったのに、看護師らは行動を見守る義務を怠った**」と主張。病院側は「**男性は声掛けしなかった。事故を予測できず、安全管理に不備はなかった**」と反論していた。

# 入院中に転倒で賠償2780万円 熊本地裁判決、〇〇病院の過失認定

事故・訴訟 2018年10月18日 (木)配信熊本日日新聞

熊本市北区の〇〇病院で入院中の男性(95)＝〇〇町＝がトイレで転倒し障害を負ったのは、見守りを怠った病院側に過失があるとして、男性と親族が病院を経営する医療法人〇〇に約3900万円の損害賠償を求めた訴訟の判決で、熊本地裁は17日、病院の過失を認め、約2780万円の支払いを命じた。

**判決理由で「男性は歩行時にふらつくなど転倒の危険性が高かった。事故は予見可能で速やかに介助できるよう見守る義務があった」と指摘。**事故当時、男性を含む患者14人を准看護師1人で見守っており、「看護態勢が不十分だった」と結論付けた。

判決によると、要介護5だった男性は2013年5月、トイレに1人で車いすで行き、個室内で転倒。頸髄[けいずい]損傷で両手足がまひする障害が残り、寝たきりとなった。

同病院は「判決文を見ておらずコメントできない」としている。

# 注意義務

## 「予見義務」と「結果回避義務」

### 予見義務違反

- 事故の発生を事前に予想することが可能だったのに、事故の発生を予想できなかった場合

### 結果回避義務 違反

- 事故の発生を防ぐのが可能だったのに適切な防止対応策をとらなかったため事故が発生した場合

\* 法的解釈においては上記のある場合に責任が問われるのであり、  
予測不可能、あるいは回避不可能な事故に対して  
関わった医療従事者に責任を求めるものではない

## 民法709条による規定

故意または過失によって他人の権利・利益などを侵害した者は、この侵害行為(不法行為)によって生じた損害を賠償する責任を負う。

### 一般的不法行為の成立要件(民法709条)

故意・過失

損害がある

因果関係

権利の侵害

責任能力

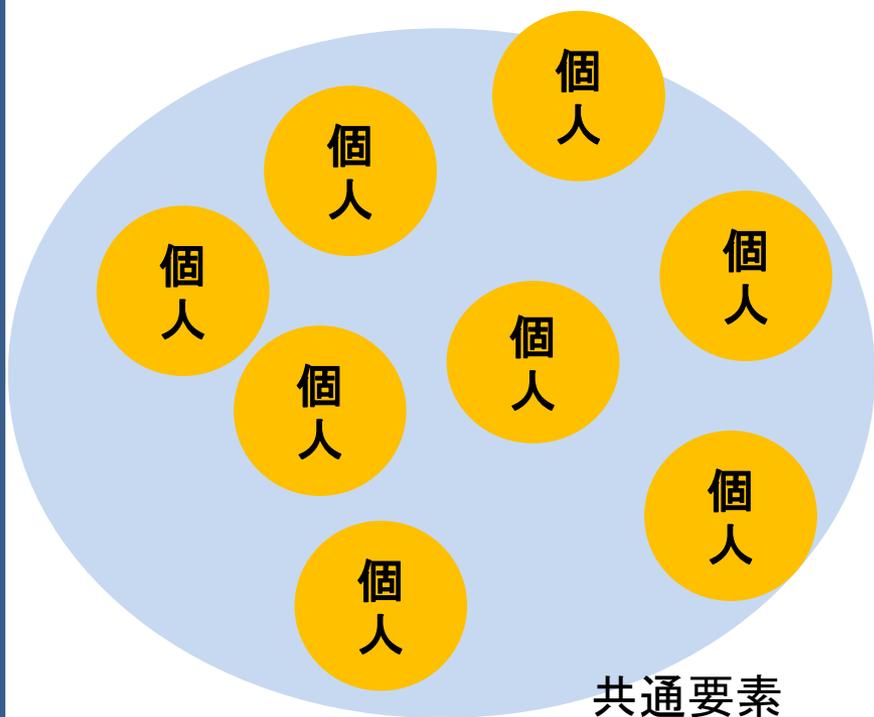
違法性阻却事由がない

チームで動くということ

当院の取り組み

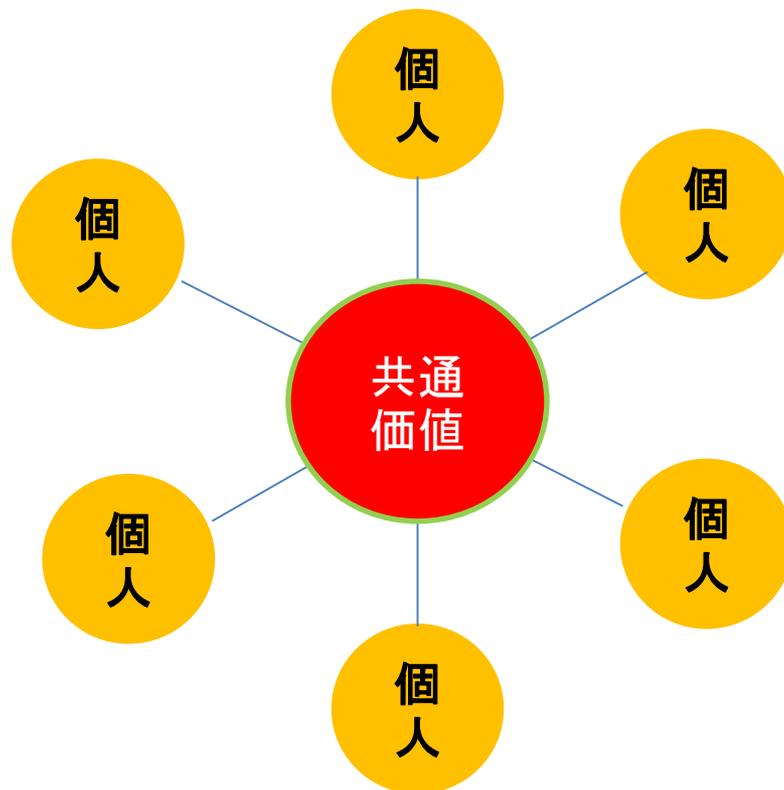
## 【集団(グループ)】

あるいくつかの共通要素をもとに集まった複数の人達。



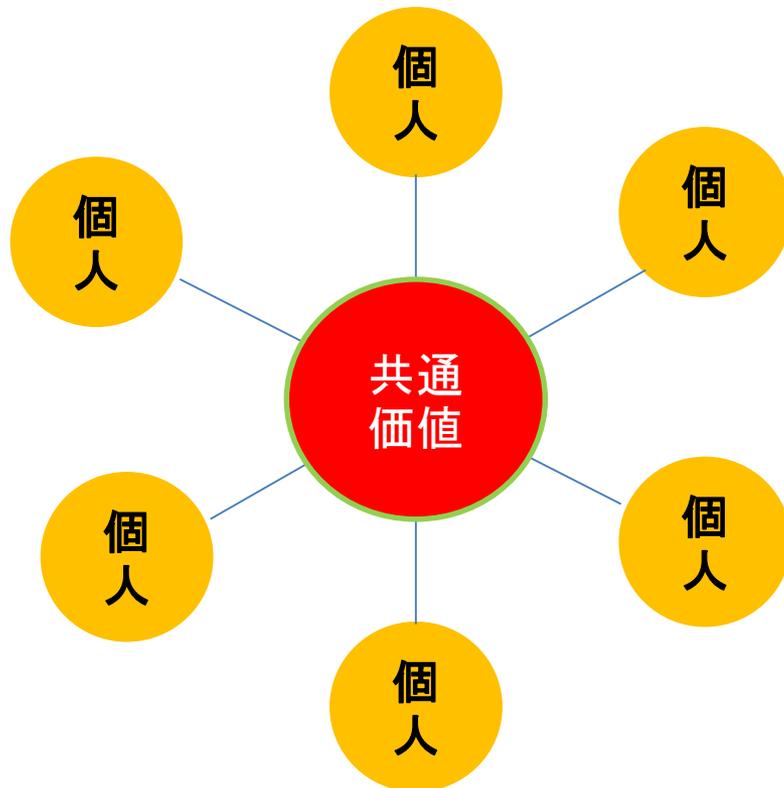
## 【組織(チーム)】

ある特定の目的や目標のもとに集まった複数の人達で共通の意思を持つ。



## 【組織(チーム)】

一つの目的や目標に向かって、その構成メンバー一人ひとりが創意工夫を凝らしながら、協働の中で相乗効果を発揮し、効果的な成果を生み出していく組織行動。



＜リーダーの重要な役割＞

◎共通価値(共通目的、あるべき姿、ゴール)の浸透。

共通価値の共有・浸透...

これがないければ「野生」の状態。  
「野生」の状態では、人は自己中心的、部分最適に行動してしまう。

# 当院の転倒・転落予防対策方針

## 基本方針1 (事前の対応)

**病院職員全体で共通の知識を持ち、対策を講じる。**

・**病院と患者・家族の間で認識を共通にすることが重要である。**

- ① 病院内の転倒リスクの内容と程度(データ収集)
- ② 転倒リスクに対して、どのような対策を講じているか
- ③ 対策を講じても、なお残る転倒リスク、避けられない転倒事故についての内容と程度
- ④ 個々の患者自身の内的要因と患者をとりまくすべての外的要因により転倒事故は発生すること

・**「患者参加」による医療安全**

**病院全体で患者の安全を考える**

## 基本方針2 (事後の対応)

**予防対策につなげていく**

○事故後の対応が適切でなく、事故を紛争とする場合も想定

事故発生 の 時間、状況、発生要因等を詳細に確認。

事故発生後の患者の容態を正確に判断し、慎重に経過を観察する。

事故が予見不可能なものか、医療業務に関係するものか、医療者の義務違反があるのか等の検討。

転倒予防対策チームによる詳細な現場検証を行い、再発防止策を検討する。

# 活動内容

## 主治医の活動

- ・転倒の危険性と対策の必要性の、患者本人と家族への説明と同意
- ・患者情報の把握
- ・各科専門医への院内紹介
- ・薬剤師への服薬指導依頼
- ・リハビリへの評価依頼
- ・ウォーキングカンファ

## 理学療法士の活動

- ・転倒予防対策チームの事務局
- ・転倒ラウンド時のPT評価
- ・リハオーダー後のPT評価・治療
- ・トランスファー勉強会
- ・ウォーキングカンファ

## 作業療法士の活動

- ・環境チェック
- ・転倒ラウンド時の環境調整
- ・靴に対する意識改革
- ・サービス委員会連携
- ・ウォーキングカンファ

## チームでの活動

- ・転倒予防対策委員会(1回/月)
- ・転倒ラウンド
- ・ポスター作製・掲示
- ・転倒予防対策ビデオ
- ・離床センサー管理
- ・医師・看護師意識調査実施(1回/年)
- ・研究班の設置
- ・院内危険場所の改善
- ・不備車椅子などの指摘・改善
- ・トランスファー技術勉強会
- ・医療安全院内研修発表
- ・医療安全委員会連携
- ・各学会発表
- ・雑誌執筆
- ・シンポジウム参加・発表
- ・医療安全に関連した研修会の講演
- ・施設見学受け入れ

## 看護部の活動

- ・転倒・転落アセスメントスコアシート評価
- ・危険度別対策実施
- ・看護計画立案(危険度2, 3)
- ・パンフレット表示
- ・転倒予防対策チーム カンファレンス
- ・転倒ラウンド ・ウォーキングカンファ
- ・患者・家族への説明と注意喚起

## 管理栄養士の活動

- ・転倒予防対策チーム カンファレンス
- ・転倒ラウンド
- ・NST連携

## 薬剤師の活動

- ・転倒を起こしやすい薬剤に関する情報提供
- ・転倒ラウンドへの参加、服用薬剤の評価
- ・睡眠導入薬服用人数と転倒割合の調査
- ・服薬指導
- ・ウォーキングカンファ

## 新規入院

\* 予約入院は事前に入院サポート看護師により概要を説明

入院後病棟看護師により

自宅環境や運動機能など情報収集と転倒・転落アセスメントシートによる評価

危険度1

危険度2

危険度3

看護部: ①パンフレット説明・表示 ②看護計画立案(危険度2・3) ③危険度別対策実施

リハビリ: 看護師と協力し高リスク患者の病室環境設定、\*ウォーキングカンファレンス

**重**

患者・家族への説明及び協力依頼

場合によって↓

(運動機能面の問題がある場合)

リハビリオーダー  
(PT・OT開始)

(薬剤関与のある場合)

薬剤師による  
評価・指導

(栄養に問題がある場合)

管理栄養士に相談

\* 1回/週 予防ラウンド(GRM, 転倒予防リーダー)

# 患者・家族への説明及び協力依頼

- ・看護師のキャリアによって説明内容の差をださない。  
（説明の標準化：説明ボード・危険度別パンフレット）
- ・説明の理解には口頭だけでなく文章や図，ビデオなどを使って説明すること。
- ・説明文書はお渡しする。  
**（同席できなかつた家族とも説明内容を共有）**
- ・医療者にとっては記録上の手間が軽減される。  
“パンフレットを用いて説明した...”

## **個別性**

**入院時，対策をとったとしたらその根拠をしっかりと  
家族と共に考える。**



## 説明ボード



とった対策は根拠を示してしっかりと患者・家族に説明(できれば家族と共に考える)

## 入院案内 転倒予防ビデオ



# \* ウォーキングカンファレンス 看護師と協力し高リスク患者の病室環境設定



例) HCUにおける不穏患者への対策  
別の患者のリハビリに入室した  
療法士とともに対策を検討している場面。  
\* 麻痺の状況や活動性, 不穏時の症状などを  
考慮して環境設定.

# 1回/週 予防ラウンド(GRM, 転倒予防リーダー)



みなさんは  
どこをみますか？



\*

# < 予防ラウンドチェック項目 >

病棟	ID	患者名	疾患名
日時	参加者		
①患者の個別性に基づき対策がとれているか			
②対策に対する記録や計画が立案されているか			
③ベッドサイドの表示			
④ベッド柵の活用			
⑤ベッドの高さ			
⑥ベッド周囲の環境			
⑦離床センサーの適切な使用方法			
⑧履物			
⑨リハビリ状況			
⑩自宅の環境			

①個別性にあつた対策がとれているか

②対策の記録や計画が立案されているか

③ベッドサイドの表示

④ベッド柵は適切か

⑤ベッドの高さ

⑥ベッド周囲の環境

⑦離床センサーの適切な使用方法

⑧履物

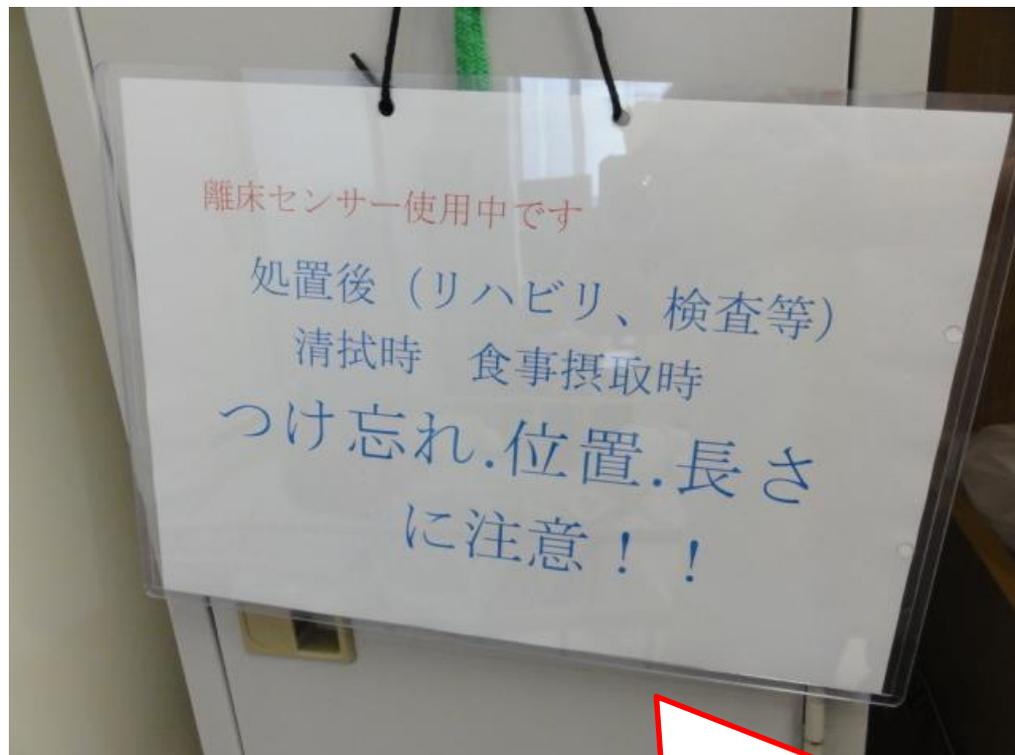
⑨リハビリ状況

⑩自宅の環境

## <予防ラウンド前>

- ・ベッド壁付け、柵3点
- ・洗濯ばさみセンサー

低ナトリウム血症で入院，  
認知機能低下あり，やや不穩



注意喚起の工夫がされている！

いいところもしっかり評価する

身長が低い方は柵の位置に注意！  
ギャッジアップするとずり下がり危険。

<予防ラウンド前>



ベッドの位置関係によりセンサーが腰の部分につけられている。



起き上がりにはかなり介助が必要

<予防ラウンドでの変更点①>



左柵 頭部



左柵 中央へ



## <予防ラウンドでの変更点②>

患者の疾病と安静度，動作能力，精神機能，薬剤関与，  
現在とっている対策など総合的にみて指摘変更する



- ・起き上がりに介助が必要な事を確認し、ベッドを壁つけから定位置に変更した。
- ・ベッド柵は左側中央へ(身長を考慮して)
- ・センサーの位置も右肩へ
- ・さらに床頭台やオーバーテーブルの位置は検討が必要  
(無理な姿勢で手を伸ばすなどないか)

# 当院の転倒・転落予防対策方針

## 基本方針1 (事前の対応)

病院職員全体で共通の知識を持ち、対策を講じる。

・病院と患者・家族の間で認識を共通にすることが重要である。

- ① 病院内の転倒リスクの内容と程度(データ収集)
- ② 転倒リスクに対して、どのような対策を講じているか
- ③ 対策を講じても、なお残る転倒リスク、避けられない転倒事故についての内容と程度
- ④ 個々の患者自身の内的要因と患者をとりまくすべての外的要因により転倒事故は発生すること

・「患者参加」による医療安全

病院全体で患者の安全を考える

## 基本方針2 (事後の対応)

予防対策につなげていく

○事故後の対応が適切でなく、事故を紛争とする場合も想定

事故発生 の 時間、状況、発生要因等を詳細に確認。

事故発生後の患者の容態を正確に判断し、慎重に経過を観察する。

事故が予見不可能なものか、医療業務に関係するものか、医療者の義務違反があるのか等の検討。

転倒予防対策チームによる詳細な現場検証を行い、再発防止策を検討する。

# 転倒された場合

## 転倒予防対策チーム

### 転倒に対する応急処置

問題となる例は  
チームによる  
ラウンド

当直医  
主治医  
専門医師の診察

### 看護部の対応

- ・関連した対策実施
- ・計画再立案
- ・病棟カンファレンス

DST

問題点の要素によって、多職種・他のチームの関与へ

薬剤師による  
評価・対策

リハビリ  
評価・治療

管理栄養士による  
栄養・転倒予防指導

緩和ケアチーム

患者サービス委員会

NST

# 転倒発生

\*レベル3b以上の例発生の場合  
即日、転倒予防対策ラウンドの実施

## 同日、発生した部署内での転倒カンファレンス

### <参加者>

\*ここでは転倒予防対策チームのメンバーは看護部リーダーのみ

転倒チーム看護部リーダー

病棟看護師

患者担当リハスタッフ

担当病棟薬剤師

他、看護助手、管理栄養士など

\*1

## 必要時、他のメディカル チームへの連携

認知症サポートチーム

緩和ケアチーム

栄養サポートチーム

患者サービス委員会

(ハード面改善)など

\*

転倒チーム看護部リーダーが判断

重要事例(過失要素のある事例)については  
転倒予防対策チームへ

## <転倒予防対策チーム> 多職種転倒予防対策ラウンドの実施

- ・発生後の緊急対応の妥当性
- ・予見が可能か不可能か
- ・結果回避処置の有無
- ・病棟での対策の妥当性
- ・記録の監査

\*2

### 共有の過程

ラウンド結果の  
フィードバック

<転倒予防対策委員会>  
症例検討と各部署へその事例を共有

委員が各所属部署へ  
事例の検討結果等を伝達

# 同日、発生した部署内での転倒カンファレンス

## <参加者>

\*ここでは転倒予防対策チームのメンバーは看護部リーダーのみ

転倒チーム看護部リーダー

病棟看護師

患者担当リハスタッフ

担当病棟薬剤師

他、看護助手、管理栄養士など

表示条件設定 参照

病名	歯科	看護	保険	診療科	入外	開始日	転帰
不眠症(心身症)			共通	心療内科	共通	2018/02/15	

2018/02/20 14:13:11  
看護記録  
入院  
脳神経外科  
後期高齢者  
酒井 由希子

転倒後カンファレンス  
看護師：師長、富永主任、柳原、河野由、酒井  
リハビリ：青木、平井  
薬剤師：牧田  
〔検討内容〕  
初回の転倒では、看護師より一人でトイレにも行けるようにならないかねと言われていた。転倒後、ナースコールするように対策していた。昨日、院長から一人でトイレ行くと言われていた。独居のためがんばったのではないか。今回の入院では表情も固く精神的なコントロールが必要な状態、退院までにという思いがある。入院までに一気に薬をやめていたため離脱症状が出ていたのかもしていない。頭を起こすと船酔いしている感じが残る。疲れ易いもあり現在は平行棒内でなんとか頭を上げられる状態である。消灯時にトイレにも行けなくらい眠っている。  
センサー後、動作緩慢なので転倒せず間に合って訪室できる。  
〔対策〕  
センサー継続  
今後は25日に退院し、自宅で身体を慣らす。

オーダー照会  
検査結果  
患者予約照会  
退院サマリ  
看護サマリ  
手術歴  
輸血履歴  
経過表  
移動・食車  
取込画像参照  
STELLAR  
細菌結果  
血液浄化記録(JM)

平井 覚(ログイン)

あ連尺般目 CAPS KANA



## \*転倒チームラウンド介入の基準

- ①メジャー(レベル3b以上)
- ②転倒・転落による障害の見逃し, 対応の遅れ
- ③介助下の転倒・転落
- ④繰り返す転倒・転落
- ⑤スタッフ間の連携不足
- ⑥対策難渋例

転倒チーム看護部リーダー  
が判断

\* 転倒の原因が不可抗力要素の強い場合、ラウンドの必要なし

### <基本的な視点>

#### ○予見

事故の発生を事前に予想することが可能だったのに、事故の発生を予想できなかった場合

#### ○結果回避

事故の発生を防ぐのが可能だったのに適切な防止対応策をとらなかったため事故が発生した場合

## <転倒予防対策チーム> 多職種転倒予防対策ラウンドの実施

- ・発生後の緊急対応の妥当性
  - ・予見が可能か不可能か
  - ・結果回避処置の有無
- ・病棟での対策の妥当性
  - ・記録の監査





# 記録監査

## 監査内容

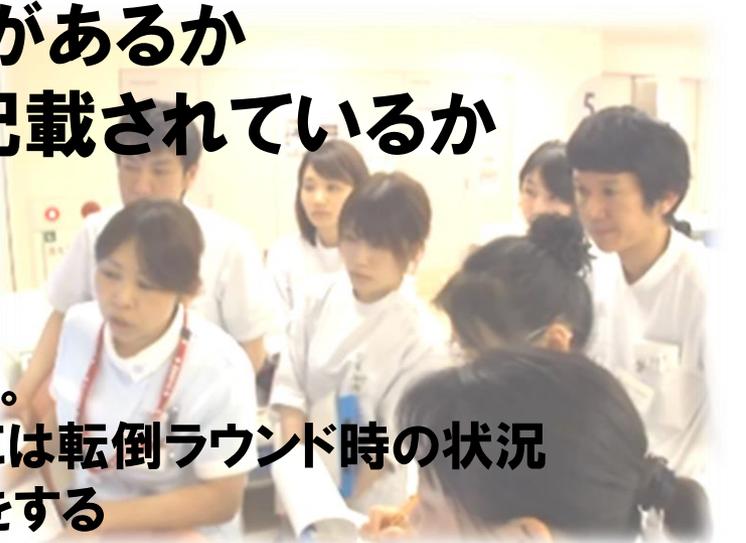
- ①客観的であるか
- ②経時的に記載されているか
- ③観察内容が十分か  
(バイタルサインも含む)
- ④医師への報告と対応・医師の診察があるか
- ⑤本人・家族への説明と同意があるか
- ⑥看護計画の評価が適切に記載されているか

以上、6項目を中心に確認

\*○△×の3段階で評価

\*記録不十分な点はその指摘と記録指導。

\*転倒ラウンドを行った患者の看護記録には転倒ラウンド時の状況  
(転倒チームからの提案内容等)の記載をする



## レベル3b例の場合

**チームが報告を受けたのち即日ラウンド可能な人員のみで状況確認とカルテ監査を中心にラウンドを行う**

(現場検証については患者の身体的・精神的な状況を考えると間接的に病棟スタッフに確認する方が妥当であると判断し**直接患者と接することはしていない**)。

**\*この時点で患者への初期対応と家族への説明、今後の方針など主治医を含む病棟スタッフにより同意を得ていることが多い。**

**\*当チームの役割は軽微な転倒例に準じた評価に加え、転倒・転落事故発生時の初期対応・患者の全身観察結果などの妥当性と、また診断後の院内報告についてもマニュアルに準じて適切に行っていたか確認する。**

# レベル3b 20182について

2018.1.26発生

～事例から学んでいくという観点で～

## 事例20182

87歳 男性

疾患：肝癌

入院 H30.1.16

転倒日時 H30.1.26 4:45  
(入院後 10日目)

職業：元会社員



## 状況

肝癌のためTAE、RFA、PEITの治療を繰り返し、当院内科フォロー中であった。

H30年1月16日 TAE目的で入院となる。

入院時ADLはほぼ自立していたものの転倒転落アセスメント14点(危険度Ⅲ)であった。

- ・12月30日に自宅で転倒したとの情報ありウォーキングカンファレンスを実施し、ベッド柵は本人希望で左右1点、左足元からの昇降で統一、頭元側に床頭台設置、尿器の設置は拒否されたため状態をみて設置することとした。

- ・入院前、第2腰痛圧迫骨折と第12胸椎圧迫骨折がありコルセットを作成していたが、しめつけられるとのことで装着していないことが多かった。

1月19日の準夜帯よりトイレ後に自室に戻れなくなることもあり、洗濯ばさみセンサーを装着する。

1月26日4:45物音と声が聞こえ訪室すると自室内トイレ前で右肘をついて横になっている所を発見する。私服に着替えており、洗濯ばさみセンサーは病衣に着いたままベッド上に脱いでいる。

右手首の疼痛・熱感・腫脹あり、同日に整形外科を受診する。右橈骨遠位端骨折と診断されギプスシーネ固定となる。



「家に帰ろうと思った...」  
ご自身で靴を履き，私服に着替えていた。  
家族は協力的で入院後もよく付いてくれていた

スコアシート14点（危険度Ⅲ）

認知機能の低下？

せん妄？

アンモニア？

# 初動対応

状況の把握(受傷機転)  
患者状態の把握  
緊急性の判断(医師診察の要否)

メジャーの疑い

主治医報告

専門医診察

ご家族への総合的な  
説明と方針の決定

ご家族へ  
報告・連絡

一般的な処置で可能

応急処置

主治医報告

診察

経過観察治療

症状なし

事務

全般状況  
の把握

保険等  
利用の検討

# 初動対応

状況の把握(受傷機転)  
患者状態の把握  
緊急性の判断(医師診察の要否)

1/26 4:45

今回20182の判断

メジャーの疑い

一般的な処置で可能

症状なし

1/26 7:40

主治医報告

ご家族へ  
報告・連絡

1/26 7:40

応急処置

事務

主治医報告

全般状況  
の把握

1/26

12:35

専門医診察

診察

右橈骨遠位端骨折

経過観察治療

保険等  
利用の検討

ご家族への総合的な  
説明と方針の決定

ギプスシーネ固定

# 重症度判定と医師への報告

## 初期評価

- ◆意識レベルの評価 → JCS評価
- ◆A(気道開通) → 狭窄音の有無
- ◆B(呼吸) → 呼吸の有無、速さ、深さ
- ◆C(循環) → 脈の速さ、性状、皮膚の色、冷感、湿潤、出血の有無

## MIST

Mechanism (受傷機転)  
Injury (受傷部位)  
Sign (症状)  
Treatment (行った処置)

## 主治医報告

## 全身観察

- ◆全身の詳細観察(視診、触診、聴診)
  - 頭部・顔面(損傷、動揺、圧痛)
  - 頸部(外表面の損傷、皮下気腫など)
  - 胸部(胸郭の変形、動揺、圧痛、嚙音、呼吸音の左右差)
  - 腹部(膨隆、損傷、腹壁の緊張、圧痛)
  - 骨盤部(変形、外表面の損傷)
  - 大腿部(腫脹、変形、動揺、圧痛、嚙音)
  - 下腿・上肢(変形、外表面の損傷、圧痛)
  - 背面(外表面の損傷、動揺、圧痛)
- ◆神経学的所見  
(例:瞳孔、運動、感覚の詳細)

レベルに応じ、観察を継続する

\* 観察項目問題なし

## この事例の場合　－記録について－

- ・客観性　：○
- ・経時的　：○
- ・観察事項　：○
- ・医師への報告・対応　：○
- ・説明と同意　：○
- ・看護計画　：○

転倒後、離床キャッチへ変更

## 事例20182の場合　－問題となった要素－

### ① 医療・看護行為の過失の可能性

#### <予見義務に関すること>

1/19より夜間せん妄状態にあり妻へ付き添いを依頼していたが、妻への負担を考慮し毎日ではなかった。家族と話し合いを持ち、夜間の状況は日々確認できていたが、腰痛のある状態で洗濯バサミセンサーを病衣に付けたまま脱ぎ、私服へ着替えるなどの行動の予見は難しかった。

#### <結果回避義務に関すること>

危険度Ⅲの評価であり、ウォーキングカンファレンス施行しベッド昇降の方向、柵の本数考慮、せん妄症状以降のセンサーの使用、家族への付き添い依頼など危険度に応じた対策をとっていた。

#### <初動対応について>

医師への報告、初動対応も特に指摘事項なし  
家族への説明・理解・同意も得られている

### ② 有害事象が発生していたか

1/26 右橈骨遠位端骨折

### ③ 前2者間に因果関係があるか

転倒後の経過、画像所見より因果関係は否定できない

### \*コンフリクトの可能性

なし

## 事例20182から共有すべきこと

- ・ご本人の心理状況など推測，安心できる環境づくりを心掛ける．  
離床センサーを装着していてもできるだけ頻回な訪室や声かけをおこなう．
- ・夜間せん妄状態にある患者の付き添いについて看護師、看護補助、介護福祉士の付き添いも考慮する．  
(夜間の人員 病棟間調整)
- ・日頃と違った行動を発見したら  
スタッフ間で情報の共有と早期に対策の検討を行う

**\* 事例の検討で、もっと議論が必要なところ。**

**動作のきっかけは何だったか？**



トイレ？

家に帰りたかった？

家族とのかかわり状況は？

日頃の言動や行動などから  
“気づく”  
事もあるのでは



スタッフとその情報を  
共有しておく！  
  
先取り対策！

# 毎日16時に「認知症の親」が徘徊する深い理由 「親になる前」の人生を含めた理解が重要だ

酒井 穰：株式会社リクス 取締役副社長CSO

## 16時になると家からいなくなってしまう認知症の母

認知症になった母親が、毎日、夕方の16時になると自宅からいなくなってしまうという事例がありました。いわゆる徘徊です。

いなくなった母親は、数時間後に自分で帰ってくることもあるのですが、行方不明になってしまい、後になって警察から連絡が入ることもありました。

この母親と同居して介護をしていた息子は、毎日、16時までに自宅に帰る必要に迫られ、介護離職をすべきかどうか、とても悩んでいました。



## 母親を毎日叱っていた

息子は、16時になると自宅を出ていこうとする母親を毎日叱っていました。「出てはだめだ！ また警察のお世話になるのか！」という具合です。すると母親は、この息子に暴力をふるい、わめくようになりました。息子は、暴力をふるう母親のことを、介護職に任せることはできないと考えました。息子は、そうして地獄の16時を、毎日、自宅で過ごしていたのです。

## ベテランの介護職に相談

その介護職は、息子の伯父(母親の兄)に連絡をとりました。そして、16時という時間についてのヒントをもらったのです。息子の伯父によれば、その時間は、まだ幼かったころの息子が、幼稚園のバスに乗せられて帰ってくる時間ではないかとのことでした。

そこで、このベテランの介護職は、16時になって自宅から出ていこうとする母親に対して「今日は、息子さんは幼稚園のお泊まり会で、帰ってきませんよ。バスも今日は来ませんよ」と伝えました。このとき、幼稚園のお泊まり会に関する通知(の偽物)まで作ってありました。母親は、通知を見ながら「そうだったかね？」と言い、部屋に戻っていったのです。

## 幼い息子を迎えに行っていた

母親は、昔の鮮明な記憶の世界において、毎日16時に、幼い息子を迎えに行っていたのです。それは、他人から見たら徘徊にすぎないのでしょう。しかし、この母親にとっては、愛する息子に寂しい思いをさせないための当然の行動だったのです。それを止めようとする存在は悪であり、暴力をふるってでも戦うべき敵に見えていたとしても、当然のことです。

これ以降は、16時には介護職が自宅に来て、毎日、同じ(偽の)説明を繰り返すだけで、母親は勝手に自宅から出なくなりました(その代わりに介護職に付き添われての買い物などを楽しんでいます)。

息子は、仕事を早退する必要がなくなり、地獄の16時は綺麗さっぱり終わったのです。それどころか、この息子は、16時になると、自分は母親に深く愛されていたことを思い出すようにもなりました。ネガティブな介護が、ポジティブな何かに変化した瞬間でもあります。

認知症という中核症状は、治ってはいません。しかし、決まって16時に徘徊しようとし、それを止めると暴力をふるわれるという周辺症状は消えています。この母親からは、息子が寂しい思いをするという不安もなくなっているでしょう。息子の仕事と介護の両立も進んでいます。

自分という人間が生まれた背景には、どのような親の人生があったのか、できるだけ親が元気なうちに、聞いておくべきだと思います。

そこにはきっと、自分と同じことに悩み苦しんだり、また、同じことに喜んだ人生があるはずです。

これは単なる感情論ではなくて、介護離職を避け、周辺症状を上手におさえた、より優れた介護を実現するためにも必要なことなのです。

## 内的要因(患者個別の要因)

意識障害, 運動機能障害  
活動領域, 視力・聴力の感覚障害,  
薬剤の使用, 排泄状態...  
遠慮の意識



## 外的要因(環境的要因)

自宅とは異なる設備的状况  
(床の素材や照明, 履物など)  
治療・療養に使用するもの  
(点滴スタンド, 車いすなど)



## 行動要因

転倒につながる  
行動・行為



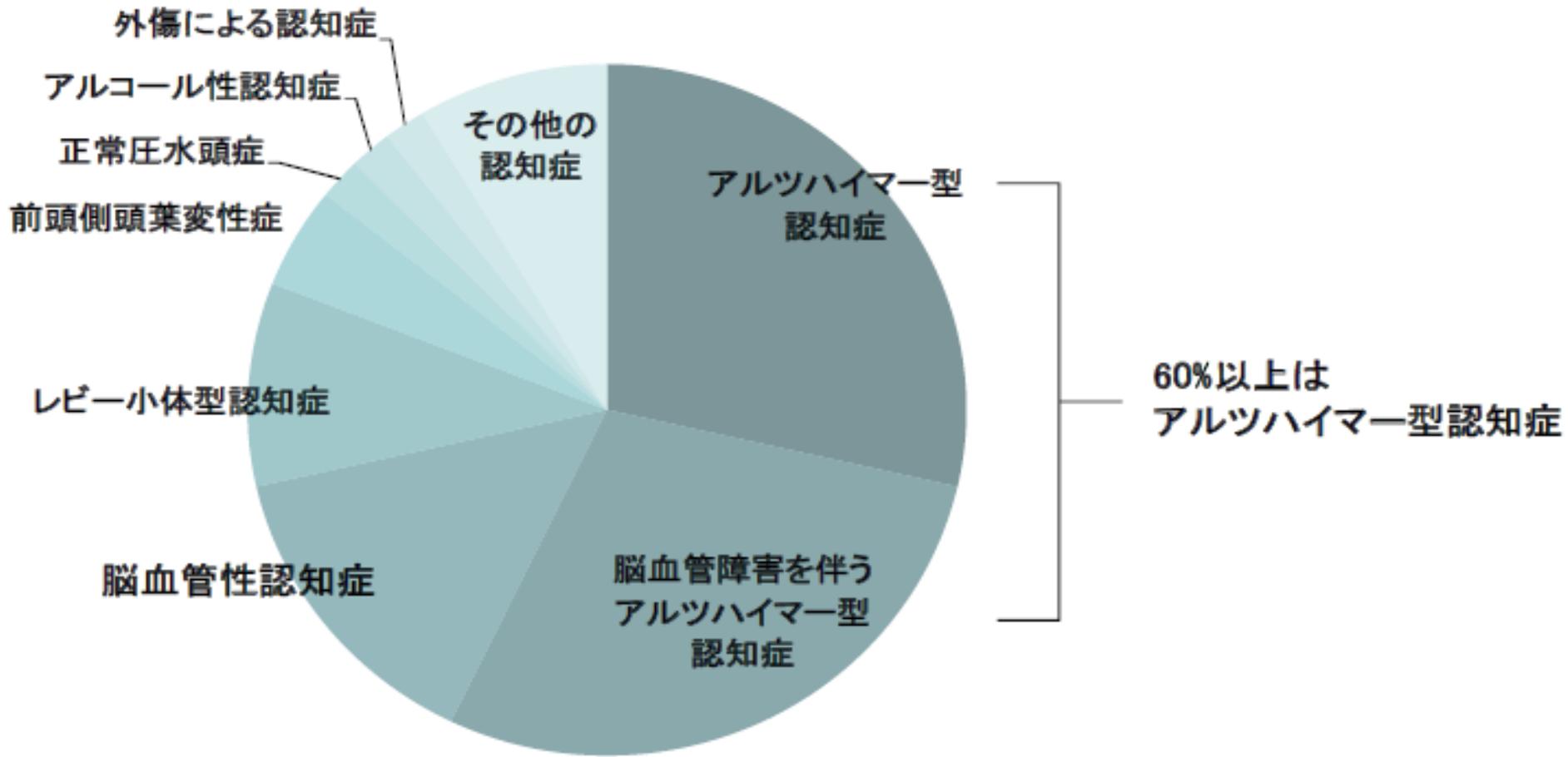
# 転倒・転落

患者の行動に  
は必ず理由が  
ある!

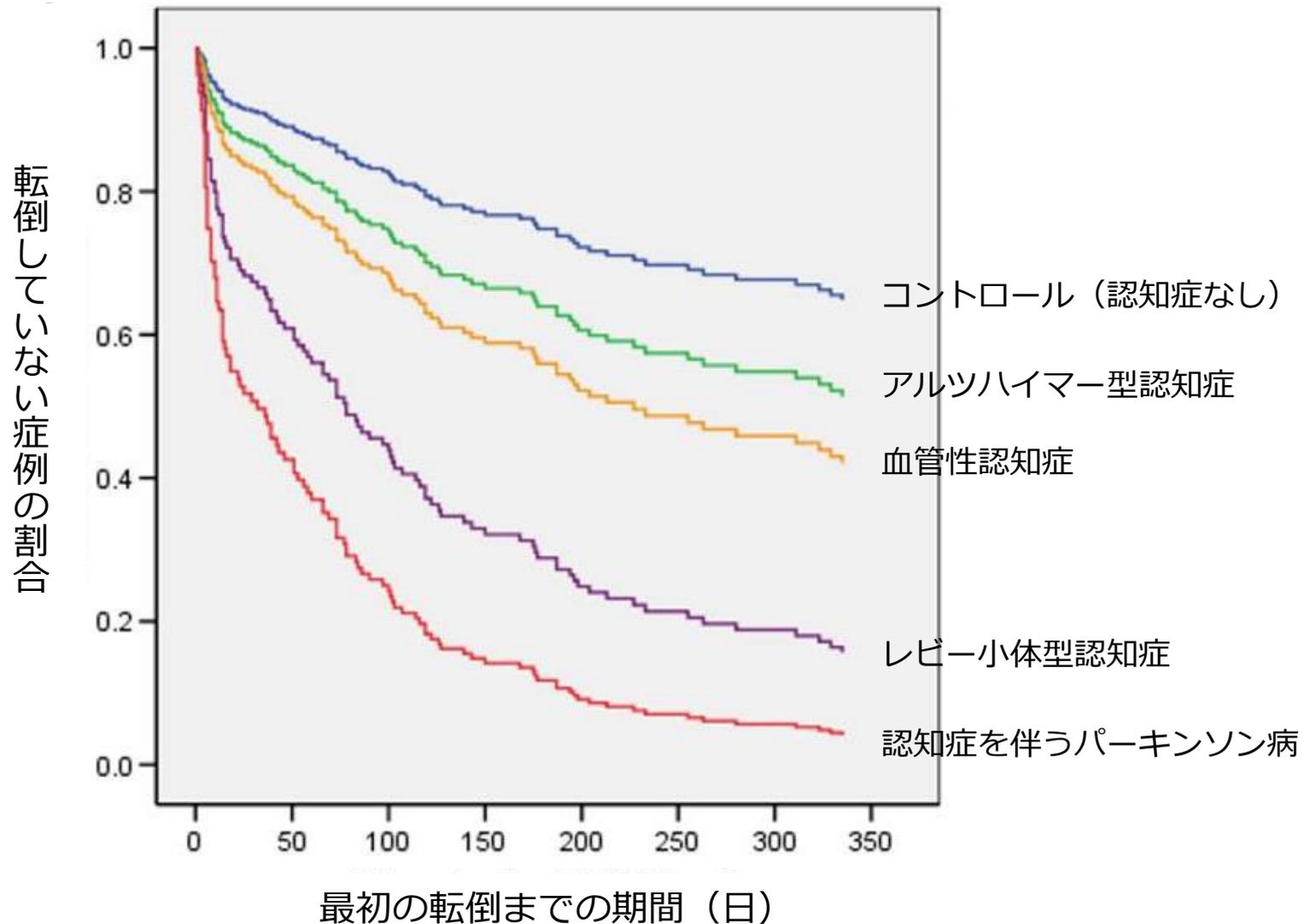
**認知症高齢者は転倒しやすい！**

# 物忘れ外来や認知症疾患医療センターを受診する

## 認知症患者の診断別割合

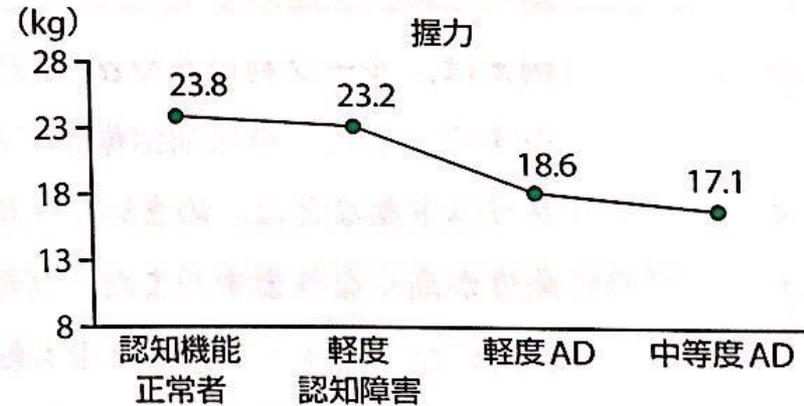
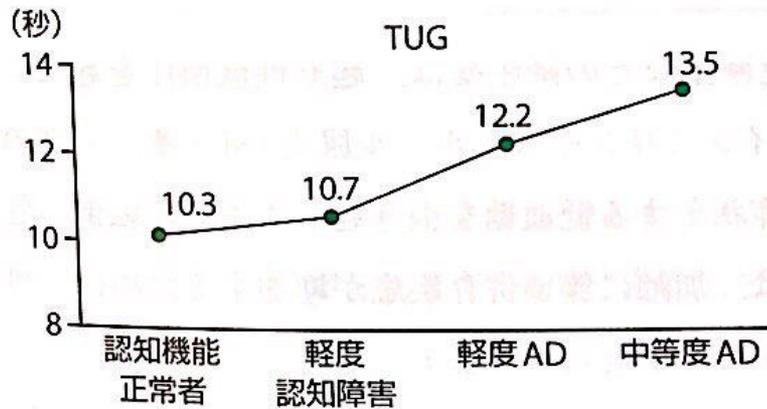
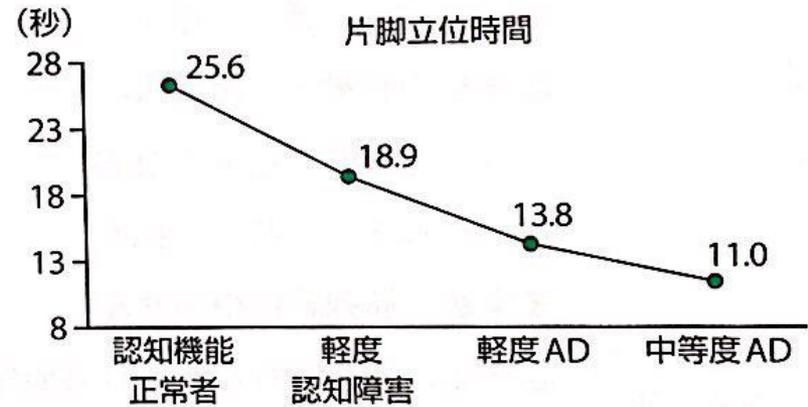
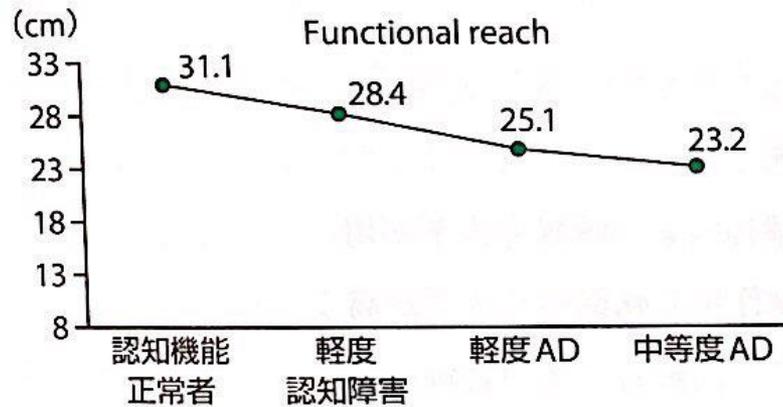


# 各認知症の初回転倒までの日数



Allan LM, Ballard CG, Rowan EN, Kenny RA: Incidence and prediction of falls in dementia: a prospective study in older people. PLoS One.4(5):e5521,2009.

# アルツハイマー型認知症の身体機能の低下



Fujisawa C, Umegaki H, Okamoto K, et al : Physical Function Differences Between the Stages From Normal Cognition to Moderate Alzheimer Disease. J Am Med Dir Assoc 18(4):368.e9-368.e15. 2017.

ice breaking

病棟で、  
簡単に指導できる運動は？

# <参考>

Jiro Okochi, Kenji Toba, Tai Takahashi, Kozo Matsubayashi, Masanori Nishinaga, Ryutaro Takahashi and Takashi Ohru: Simple screening test for risk of falls in the elderly. Geriatrics & Gerontology International 2006 6(4):(pages 223–227)

表2 転倒ハイリスク者の発見のための問診票

1) 過去1年に転んだことがありますか	(はい、いいえ)	回数( 回/年)
2) つまづくことがありますか	(はい、いいえ)	
3) 手すりにつかまらず、階段の昇り降りをできますか	(はい、いいえ)	
4) 歩く速度が遅くなってきましたか	(はい、いいえ)	
5) 横断歩道を青のうちに渡りきれますか	(はい、いいえ)	
6) 1キロメートルくらい続けて歩けますか	(はい、いいえ)	
7) 片足で5秒くらい立っていられますか	(はい、いいえ)	
8) 杖を使っていますか	(はい、いいえ)	
9) タオルを固く絞れますか	(はい、いいえ)	
10) めまい、ふらつきがありますか	(はい、いいえ)	
11) 背中が丸くなってきましたか	(はい、いいえ)	
12) 膝が痛みますか	(はい、いいえ)	
13) 目が見にくいですか	(はい、いいえ)	
14) 耳が聞こえにくいですか	(はい、いいえ)	
15) 物忘れが気になりますか	(はい、いいえ)	
16) 転ばないかと不安になりますか	(はい、いいえ)	
17) 毎日お薬を5種類以上飲んでいますが	(はい、いいえ)	
18) 家の中で歩くとき暗く感じますか	(はい、いいえ)	
19) 廊下、居間、玄関によけて通る物が置いてありますか	(はい、いいえ)	
20) 家の中に段差がありますか	(はい、いいえ)	
21) 階段を使わなくてはなりませんか	(はい、いいえ)	
22) 生活上、家の近くの急な坂道を歩きますか	(はい、いいえ)	

姿勢が悪い  
ということ

表1 Fall Risk Index (FRI)

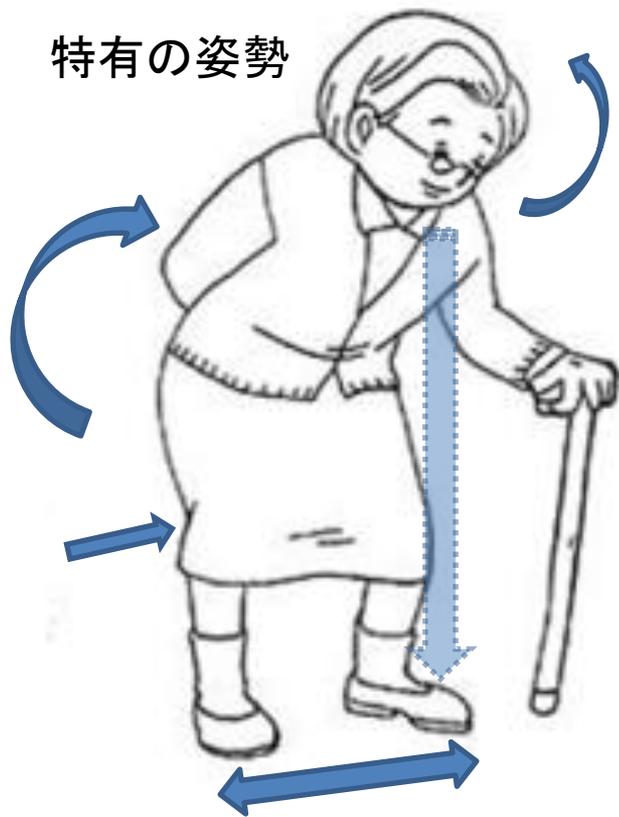
		点数
過去1年に転んだことがありますか	はい	5
<u>歩く速度が遅くなったと思いますか</u>	はい	2
<u>杖を使っていますか</u>	はい	2
<u>背中が丸くなってきましたか</u>	はい	2
毎日お薬を5種類以上飲んでいますが	はい	2

(鳥羽研二, 大河内二郎, 高橋泰, 松林公蔵, 西永正典, 佐々木英忠ほか: 転倒リスク予測のための「転倒スコア」の開発と妥当性の検証. 日老医誌2005; 42(3): 346–52. より引用)

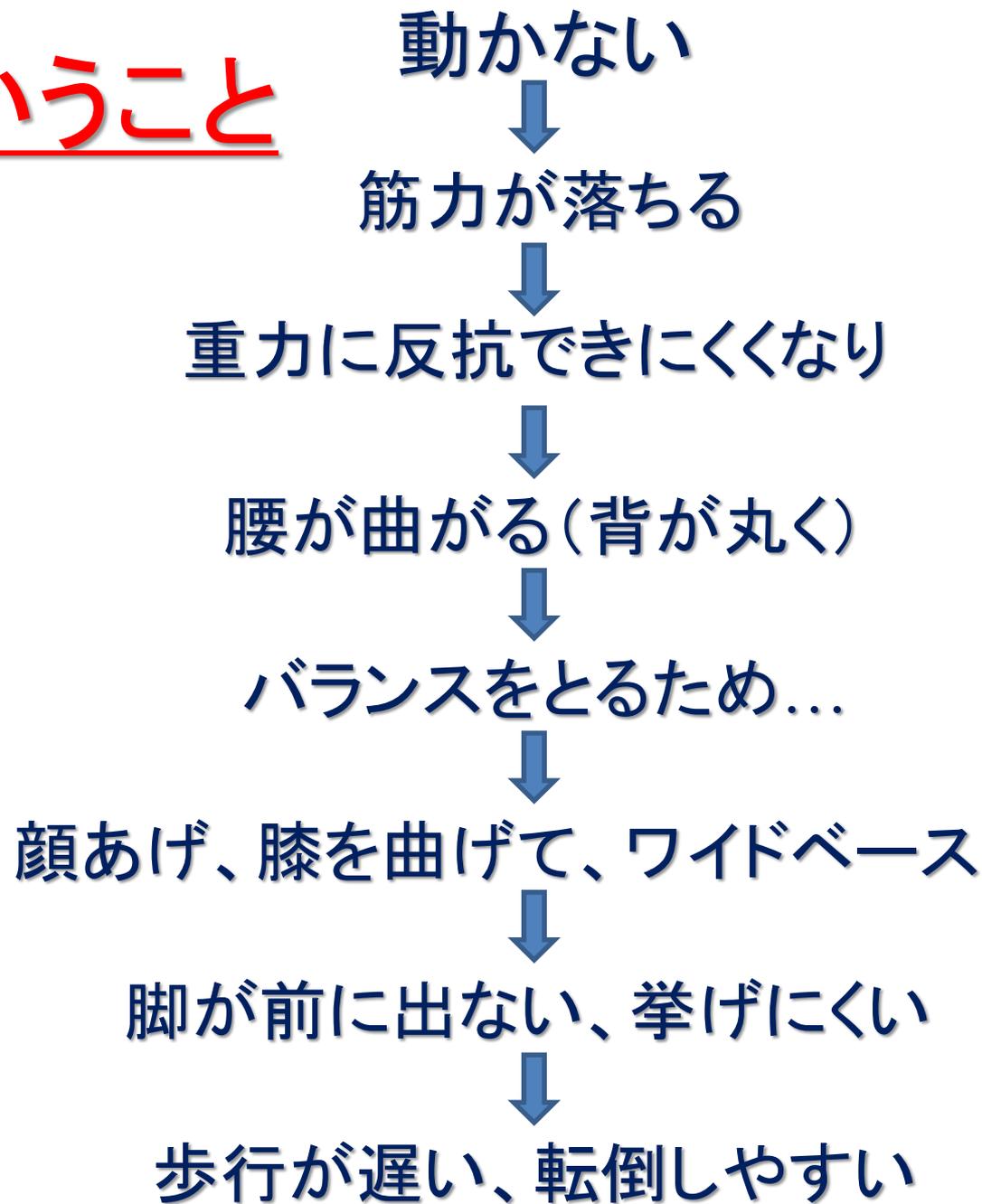
エビデンスレベル II

“高齢者の転倒予防ガイドライン”より

# 姿勢が悪いということ



若くても、“猫背”の方は今後要注意！



# 姿勢がいいということ



・美しい姿勢



体の伸展筋群が活性化  
(抗重力筋)

・歩行のパフォーマンス



屈筋群も活性化

2013年 80歳でエベレスト登頂成功！

重力に負けない体づくり！

患者さんに応用



抗重力伸展筋群と屈曲筋群の活性化を

**のびまげ体操**

# 寝たままでも

猫背解消！



# のび！

# できれば立って

息を止めないで...



患者さんは座って (寝てもできます)



我々は立って



まげ!

**\* 患者さんの病状に合わせて  
無理のないようご指導ください！**

# 急性期病院での転倒リスク

## ① 疾病の急性発症また病状の悪化

→ 移動能力の低下（それに意識がついていかない）

## ② 急性期疾患に対する治療

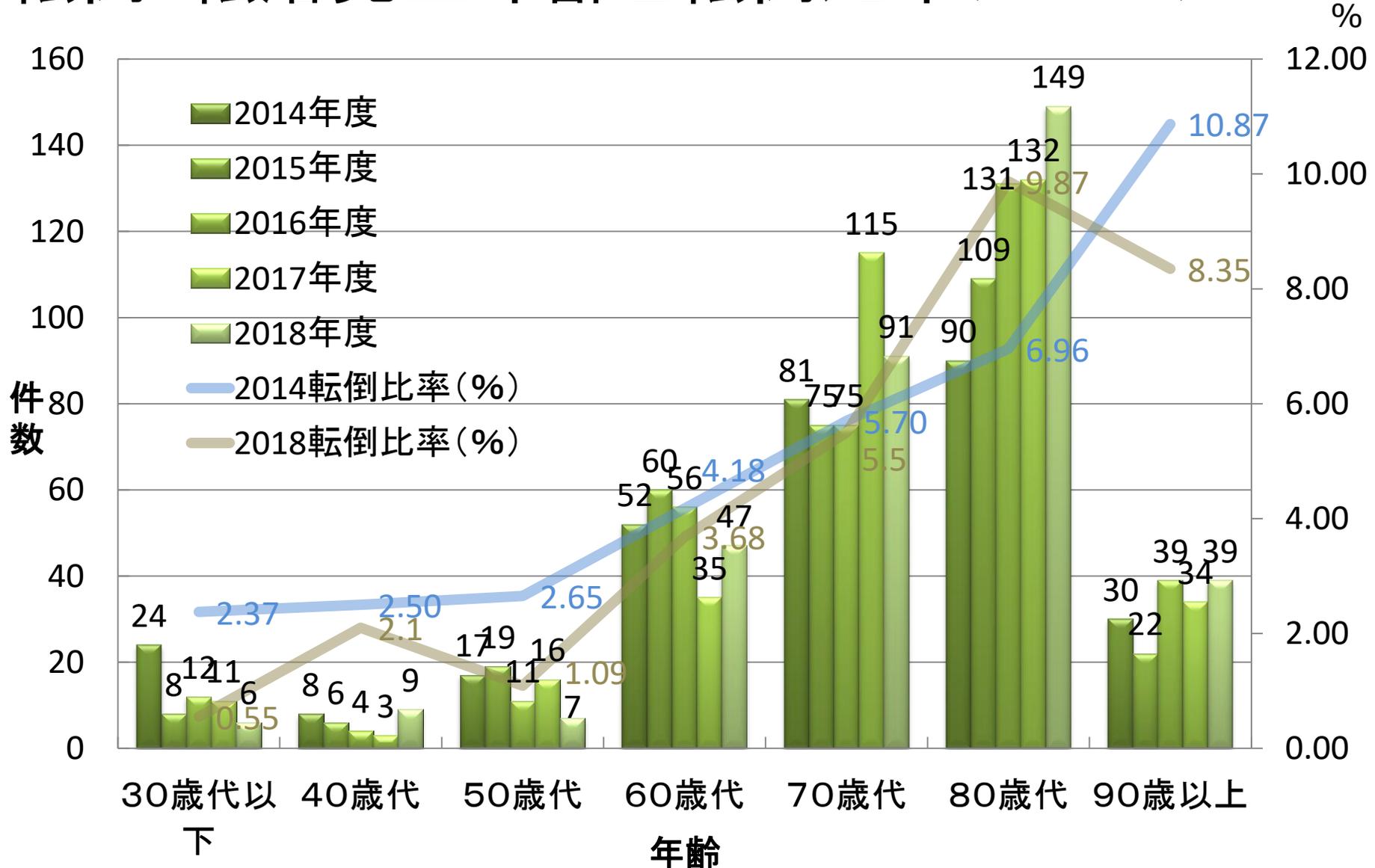
→ 処方薬の追加・変更、手術、処置、固定など

## ③ “病院” という環境

→ 不慣れな部屋・廊下、不適切なベッドの高さなど

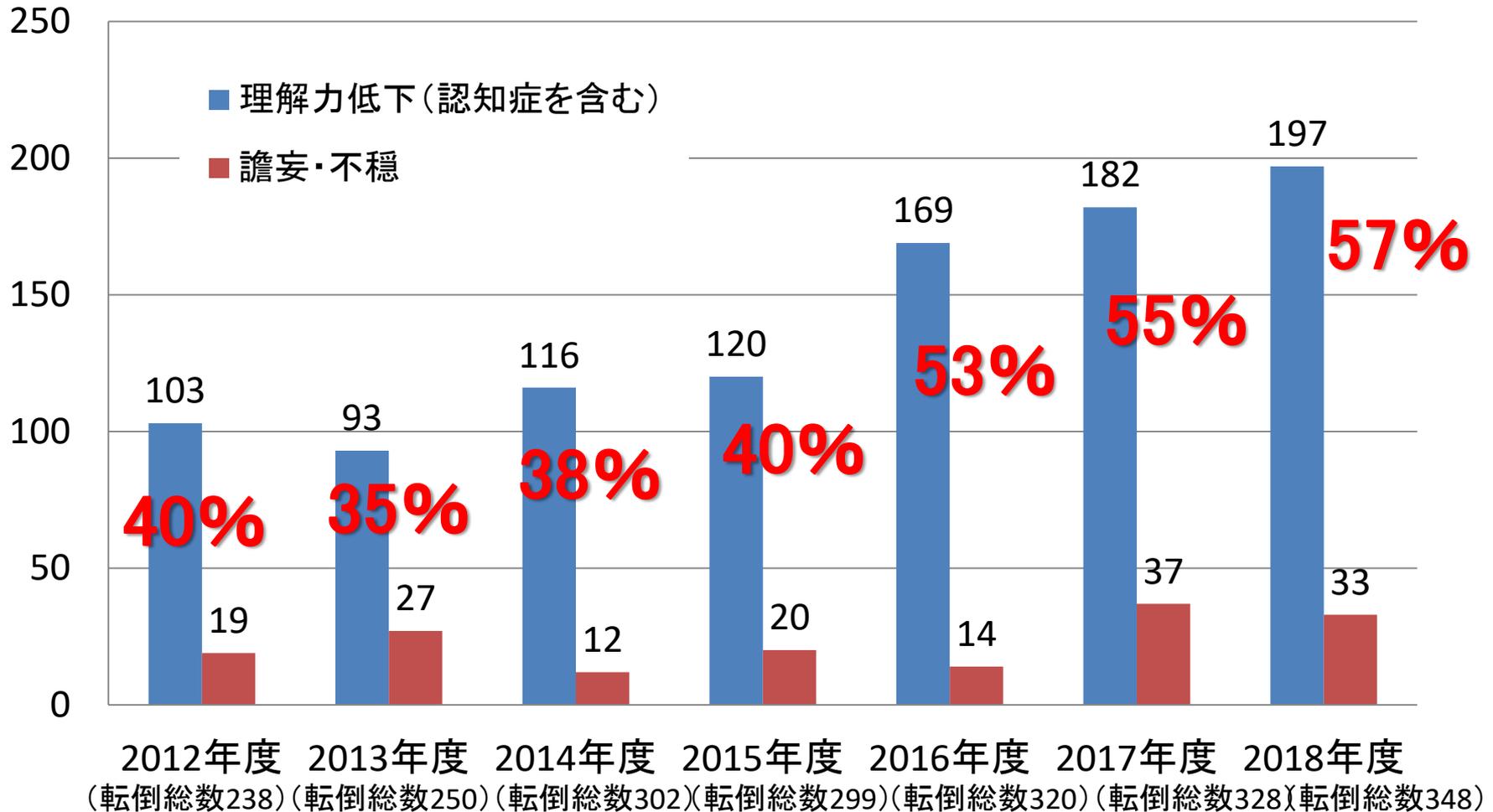
譫妄症状の出現，認知機能の低下が悪化  
筋力低下，**身体能力と実能力との齟齬**  
が生じやすい

# 転倒・転落発生年齢と転倒比率 (2014・2018)



# 転倒患者の認知・精神機能の低下\*について

(看護師判断に基づく)



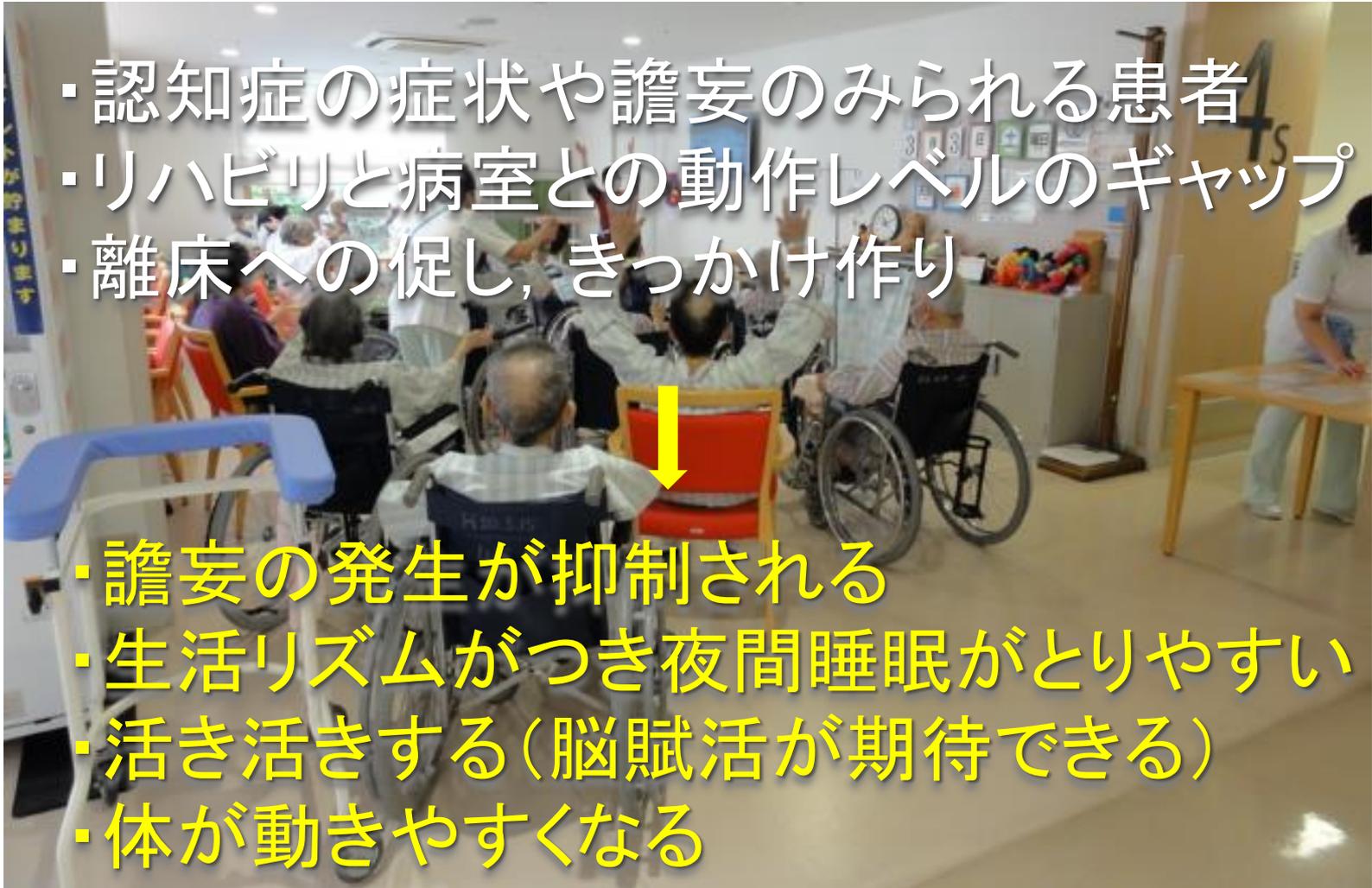
患者の安静度によって...こんな工夫も

# 院内デイ (集団レクリエーション: 毎日, 午前午後)

一部署集中, 病棟単位でも

- ・認知症の症状や譫妄のみられる患者
- ・リハビリと病室との動作レベルのギャップ
- ・離床への促し, きっかけ作り

- ・譫妄の発生が抑制される
- ・生活リズムがつき夜間睡眠がとりやすい
- ・生き生きする(脳賦活が期待できる)
- ・体が動きやすくなる



# 認知症との関連

\* 発表者の許可を頂き、ご紹介いたします

## 地域包括ケア病棟における多職種 協働チームがBPSDに与える影響

谷原 湧大<sup>1)</sup>、片岡 孝史<sup>1)</sup>、新谷 修平<sup>1)</sup>、  
波多野 恵信<sup>1)</sup>、松川 朋加<sup>2)</sup>、飛田 綾菜<sup>2)</sup>

1) 公益財団法人 操風会 岡山旭東病院 リハビリテーション課

2) 公益財団法人 操風会 岡山旭東病院 看護部

## 【認知症予防チームの目的】

- 認知機能の維持・向上
- BPSDの抑制
- 自己肯定感の向上
- 病棟生活での満足度の向上

これらの目的を達成するため、ガイドライン等を参考に活動を実施

### 2017年度の活動

- ①病棟レクリエーション  
(以下、病棟レク)
- ②興味関心チェックシートの導入
- ③個別カンファレンス  
・勉強会の実施
- ④効果判定基準の導入

### 2018年度の追加

- ①花見など集団での趣向を凝らした活動
- ②対象者の個別性に合わせた活動
- ③認知機能維持・向上のための机上課題

## 【結果①：対象者の基本データの比較】

2017年度と2018年度の対象者において、平均年齢、入棟～退院までの平均期間については大きな差はなく、入棟時MMSEの平均値は2017年度が18.8±4.3点、2018年度が17.3±5.7点と僅かに低値であった。

	2017年度	2018年度
平均年齢	84.0±7.0歳	83.5±6.5歳
退院までの期間	27.6±13.6日	26.9±13.7日
入棟時MMSE	18.8±4.3点	17.3±5.7点

僅かに低値

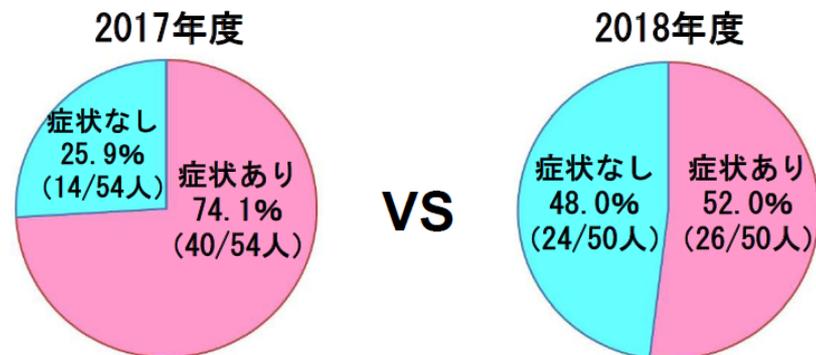
## 【対象】

2017年度(2017年4月～12月)、2018年度(2018年4月～12月)までに当院地域包括ケア病棟から退院した患者で、入棟時MMSEが23点以下であった104名(2017年度54名、2018年度50名)

## 【方法】

対象の平均年齢、入棟時MMSEの平均値、入棟～退院までの平均期間、入棟後7日時点での評価時(以下、初回時)と退院時NPIの結果を2017年度と2018年度で比較した。

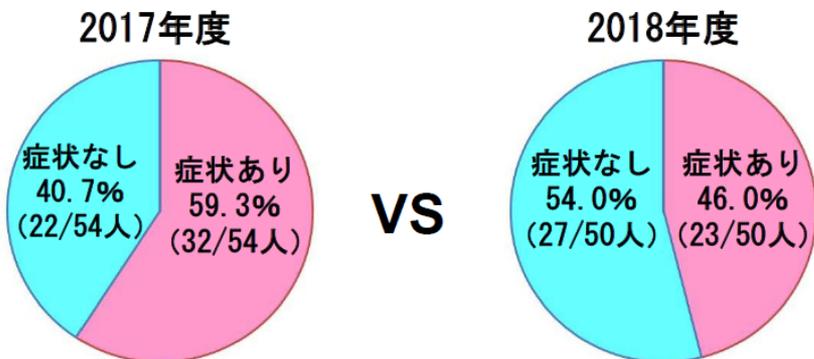
## 【結果②：初回時にBPSDのみられた者】



2018年度で初回時にBPSDのある者が22.1% 低い割合となり有意差がみられた

(P<0.05)

### 【結果③：退院時にBPSDのみられた者】



2018年度で退院時にBPSDのある者が  
13.3% 低い割合となった (有意差なし)

### 【考察】

#### 要因分析

活動を通して…

認知症やBPSDについての  
知識・技術が深まり、  
介入がより“**その人**”に焦点  
を当てたものになった

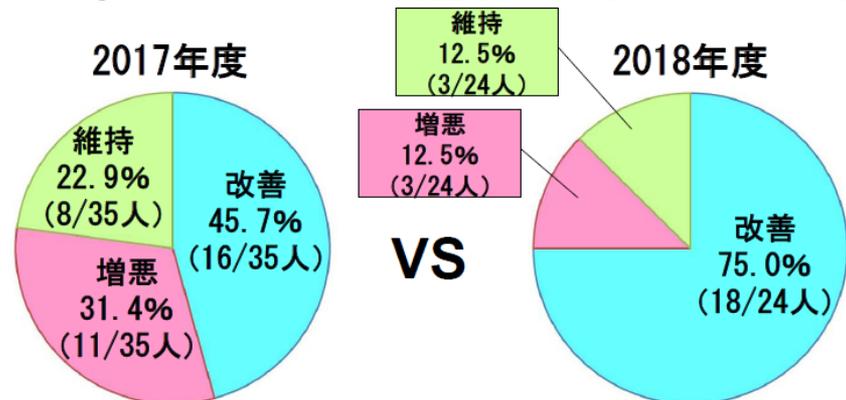
病棟スタッフの対応が  
BPSDを抑制するもの  
になった

BPSDのみられた者  
の減少

症状や対象者の  
理解の深まり

介護負担度の改善

### 【結果④：退院時に介護負担度の改善がみられた者】



2018年度で退院時に介護負担度が改善した者が  
29.3% 低い割合となり、改善とそれ以外 (維持・  
増悪) を年度で比較した場合には有意差がみられた  
( $P < 0.05$ )

どういふことか？

活動を通して…

認知症やBPSDについての  
知識・技術が深まり、  
介入がより“**その人**”に焦点  
を当てたものになった

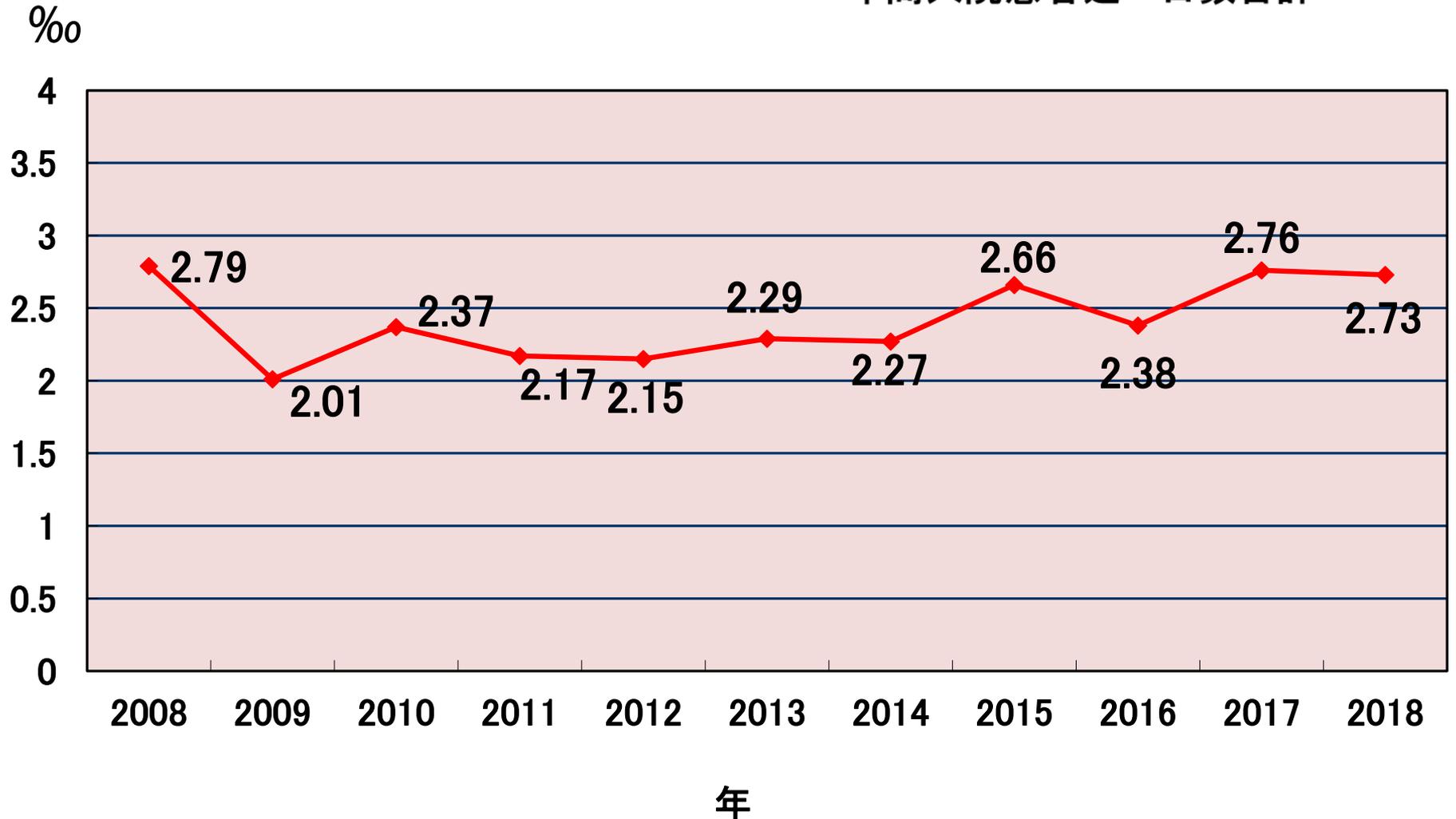
- ① その人の性質と症状を分けて  
考えることができるように  
なった
- ② 人生のほんの一部である入院  
中の様子でその人を判断せず、  
その人の人生に着目し、その  
人の本質を理解しようという  
意識が芽生えた

その結果…

**介護者の意識の変化**により、介護負担度は減り、  
意識の変化は**対応の変化**にも繋がりBPSDも抑制された

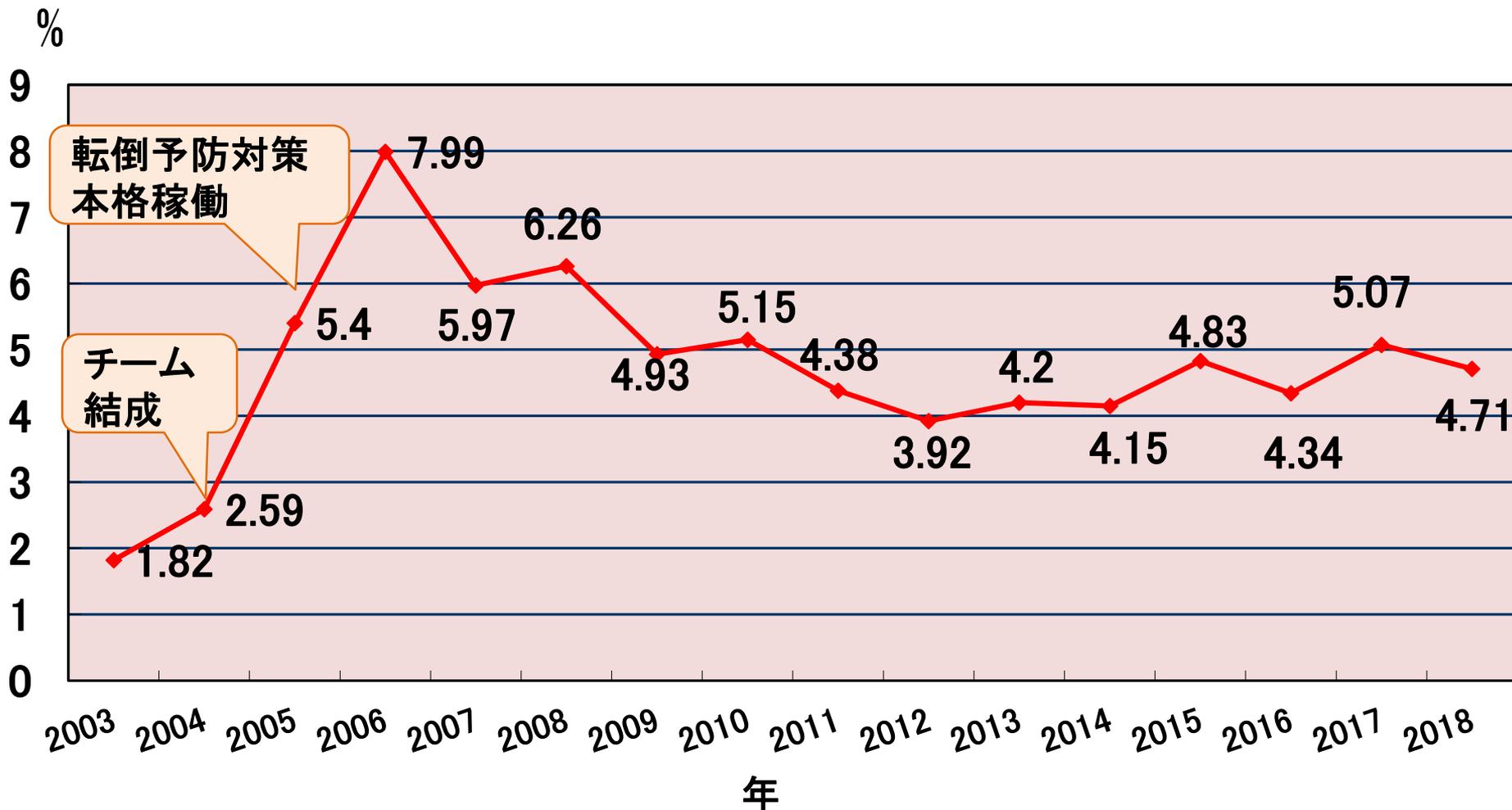
# 転倒(転落)比率①

年間転倒・転落件数  
年間入院患者延べ日数合計 ×1000



# 転倒(転落)比率②

$$\frac{\text{年間転倒・転落件数}}{\text{年間入院患者数}} \times 100$$



# 転倒・転落予防対策は...

急性期病院においては

強いエビデンスを持った対策は見つけにくい

Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons : American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Falls Prevention Panel, 2001.

転倒リスク評価に基づく多角的介入効果として病院で  
転倒発生を減少させるという報告も

Cameron ID, Gillespie LD, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. Cochrane Database Syst Rev. 2012 :CD005465.

実践的には

予防的に行ったラウンド事例を含め  
ケースカンファレンスを丹念に継続することが大  
事ではないか

一つひとつが病院の**生の経験**と**知恵**  
これらを集積し、転倒予防対策の構築に繋げる。

# AS重要項目の抽出

2018年1月～12月に看護師がASで評価した  
転倒危険度1～3の9329件

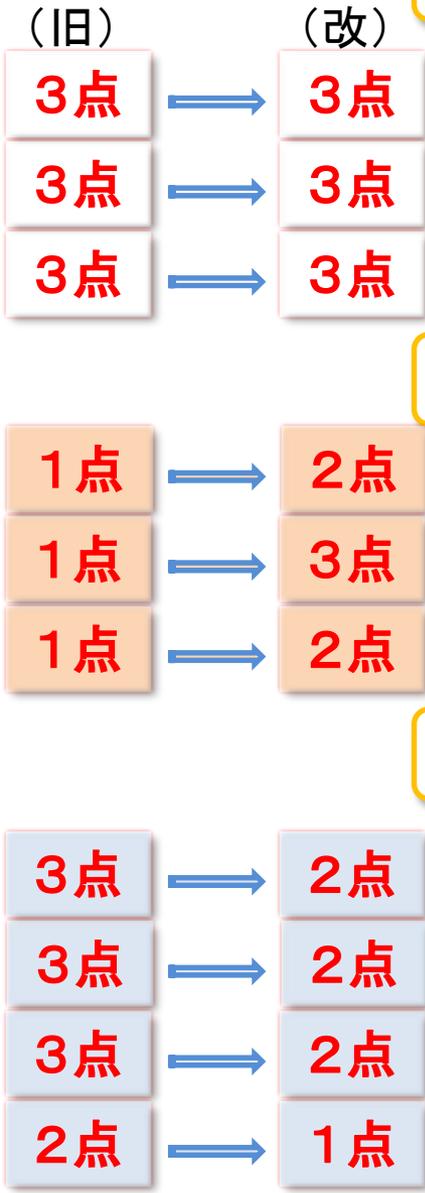
## ASの全評価項目(9分類45項目)について**転倒と関連の強い14項目**

	オッズ比	95%CI 下限	95%CI 上限	P値
(Intercept)				
車椅子.歩行器.杖を使用	0.763	0.590	0.986	3.85e-02*
○過去6ヶ月以内に1.2回転倒	<b>2.350</b>	<b>1.830</b>	<b>3.010</b>	<b>1.32e-11***</b>
○過去6ヶ月以内に3回以上転倒	<b>3.270</b>	<b>1.680</b>	<b>6.340</b>	<b>4.75e-04***</b>
○ふらつき	<b>2.310</b>	<b>1.800</b>	<b>2.980</b>	<b>7.82e-11***</b>
異常歩行がある.突進歩行など	2.690	1.240	5.880	1.28e-02*
○筋力の低下	<b>1.780</b>	<b>1.300</b>	<b>2.430</b>	<b>3.08e-04***</b>
認知症	1.440	1.010	2.060	4.56e-02*
判断力.理解力.注意力の低下	1.430	1.070	1.920	1.66e-02*
不穏行動.多動.徘徊	1.960	1.170	3.280	1.02e-02*
トイレ介助が必要	1.460	1.130	1.900	4.09e-03**
頻尿	1.620	1.070	2.440	2.15e-02*
夜間トイレに行く	1.430	1.090	1.860	9.72e-03**
○リハビリ施行中	<b>2.060</b>	<b>1.600</b>	<b>2.660</b>	<b>1.82e-08***</b>
○睡眠薬	<b>1.560</b>	<b>1.210</b>	<b>2.010</b>	<b>5.41e-04***</b>

転倒転落の有無を従属変数、それ以外の項目を独立変数としたロジスティック回帰分析

# ASの配点修正

項目	危険因子 (チェックポイント)	評価スコア
A 年齢	<input type="checkbox"/> 75歳以上	3点
B 既往歴	<input type="checkbox"/> <b>筋力低下</b>	
	<input type="checkbox"/> ふらつき	
	<input type="checkbox"/> 睡眠薬	
C 視聴覚障害	<input type="checkbox"/> 筋力の低下 <input type="checkbox"/> ふらつき	3点
D 身体的機能障害	<input type="checkbox"/> 異常歩行がある(突進歩行など)	1点
	<input type="checkbox"/> その他( )	
E 精神的機能障害	<input type="checkbox"/> <b>過去6ヶ月以内に1.2回転倒</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>過去6ヶ月以内に3回以上転倒</b>	
	<input type="checkbox"/> その他( )	
F 活動状況	<input type="checkbox"/> <b>リハビリり施行中</b>	
	<input type="checkbox"/> 付属品:点滴類・胃管・ドレーン類・バルンカテーテル <input type="checkbox"/> その他( )	1点
G 排泄	<input type="checkbox"/> 夜間トイレに行く	3点
	<input type="checkbox"/> トイレ介助が必要 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用	2点
H 薬剤	<input type="checkbox"/> <b>判断・理解・注意力の低下</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>記銘力の低下</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>見当識障害</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>降圧・利尿剤</b>	
備考	<input type="checkbox"/> リハビリり施行中	



変更なし

配点増へ修正

配点減へ修正

# 患者個別多職種ウォーキングカンファレンス

(重要項目の照査, 情報共有とその個別対策に反映)

転倒予防ウォーキング カンファレンス

実施日 R010709  初回  転倒時  ADL変化時  部屋転室時

参加者 看護師: 医師: 薬剤師: リハビリ: 介護福祉士: 患者: 家族:

【検討課題】

転倒転落アセスメント: 転倒危険度  自宅・施設でのADL:

履物:  ベッド使用の場合普段降りる方向:

麻痺:  なし  あり  過去6ヶ月以内の転倒回数(自宅含む):

①評価時チェック項目

- 認知症あり
- 判断力・理解力低下あり
- 不穏・せん妄あり

チェック なし → 転倒予防対策  転倒予防対策なし

②移動能力チェック項目

- 車椅子移動
- 歩行補助具使用(杖、歩行器、手押し車)
- 独歩可能も見守り必要

チェック なし → 転倒予防対策  転倒予防対策なし

チェック あり → 転倒予防対策  離床時ナースコール指導

③移動能力チェック項目

- 車椅子移動(ストレッチャー)
- 歩行補助具(杖、歩行器、手押し車)使用
- 独歩可能も見守り必要

チェック なし → 転倒予防対策  転倒予防対策  部屋移動検討  離床センサーの使用検討

チェック あり

④座位能力チェック項目

- 自力座位保持できない

チェック なし → 転倒予防対策  転倒予防対策  柵3本使用  離床センサーの使用検討

チェック あり

⑤起居動作能力チェック項目

- 自力で起き上がることができる

チェック なし → 転倒予防対策  転倒予防対策  柵の使用本数を検討  離床センサーの使用検討

チェック あり → 転倒予防対策  転倒予防対策  離床センサーの使用  柵の使用本数を検討  ベッドの壁付け検討  サイドテーブルの位置検討  抑制帯の使用検討

【具体的対策】

- ◆ ベッド柵: 右側  左側
- ◆ 離床センサー:  なし  あり
- ◆ 転倒転落アセスメントスコアシートの「歩行時のふらつき」「筋力の低下」にチェック  なし  あり
- ◆ 転倒転落アセスメントスコアシートの「睡眠薬」にチェック  なし  あり

【特記事項】

## 転倒歴

- 過去6ヶ月以内に1.2回転倒
- 過去6ヶ月以内に3回以上転倒

## リハビリ関連

- 筋力低下
- ふらつき
- リハビリ施行中

## 薬剤関連

- 睡眠薬

ウォーキングカンファで使用している転倒テンプレートの修正

# \* ウォーキングカンファレンス<テンプレート修正>

## 転倒予防ウォーキング カンファレンス

実施日   初回  転倒時  ADL変化時  部屋転倒

参加者  
看護師：  
医師： 薬剤師： リハビリ： 介護福祉士：  
患者・家族：

内因性か外因性か、状況も含めて情報収集

### 【検討課題】

転倒転落アセスメント：転倒危険度  自宅・施設でのADL：

履物：  ベッド使用の場合普段降りる方向：

麻痺：  なし  あり  過去6ヶ月以内の転倒回数（自宅含む）：

#### ①評価時チェック項目

- 認知症あり
- 判断力・理解力低下あり
- 不穏・せん妄あり

チェックなし

#### 転倒予防対策

- 転倒予防対策なし

チェックあり

#### ②移動能力チェック項目

- 車椅子移動
- 歩行補助具使用（杖、歩行器、手押し車）
- 独歩可能も見守り必要

チェックなし

#### 転倒予防対策

- 離床時ナースコール指導

#### ③移動能力チェック項目

- 車椅子移動（ストレッチャー）
- 歩行補助具（杖、歩行器、手押し車）使用
- 独歩可能も見守り必要

チェックなし

#### 転倒予防対策

- 部屋移動検討
- 離床センサーの使用検討

チェックあり

# ○患者個別多職種ウォーキングカンファレンス テンプレート

③座位能力チェック項目

自力座位保持できない

チェックあり

チェックなし

転倒予防対策

- 柵3本使用
- 離床センサーの使用検討

④起居動作能力チェック項目

自力で起き上がることができる

チェックあり

チェックなし

転倒予防対策

- 柵の使用本数を検討
- 離床センサーの使用検討

転倒予防対策

- 離床センサーの使用
- 柵の使用本数を検討
- ベッドの壁付け検討
- サイドテーブルの位置検討
- 抑制帯の使用検討

## 【具体的対策】

◆ ベッド柵：右側  左側

◆ 離床センサー： なし  あり

◆ 転倒転落アセスメントスコアシートの「歩行時のふらつき」「筋力の低下」にチェック

なし  あり

◆ 転倒転落アセスメントスコアシートの「睡眠薬」にチェック

なし  あり

## 【特記事項】

# ○患者個別多職種ウォーキングカンファレンス テンプレート

③座位能力チェック項目  
 自力座位保持できない  
チェックあり

④起居動作能力チェック項目  
 自力で起き上がることができ  
チェックあり

◆ ベッド柵：右側 | 左側 |

2点  
1点 (頭)  
1点 (中)  
1点 (足)

◆ 離床センサー：  なし  あり |

洗濯バサミセンサー (右)  
洗濯バサミセンサー (左)  
クリップセンサー (右)  
クリップセンサー (左)  
サイドコール  
離床キャッチ

◆ 転倒転落アセスメントスコアシートの「歩行時のふらつき」「筋力の低下」にチェック  
 なし  あり |

リハビリ介入あり  
リハビリ介入検討  
リハビリ介入不要

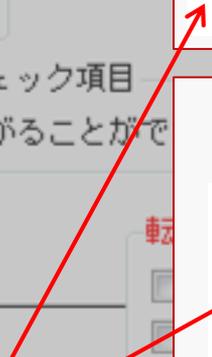
◆ 転倒転落アセスメントスコアシートの「睡眠薬」にチェック  
 なし  あり |

薬剤師介入あり  
薬剤師介入検討  
薬剤師介入不要

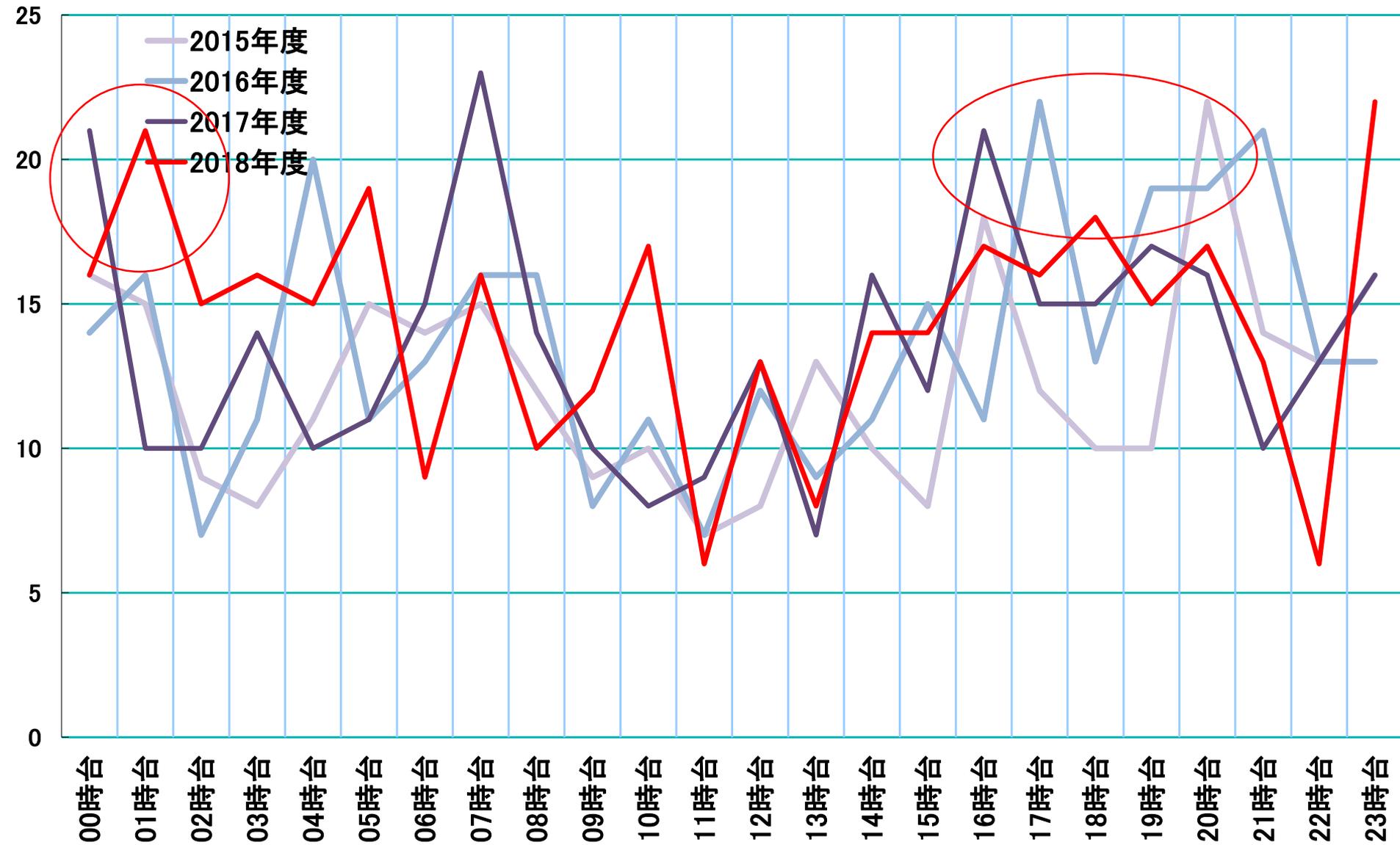
【特記事項】

転倒予防対策

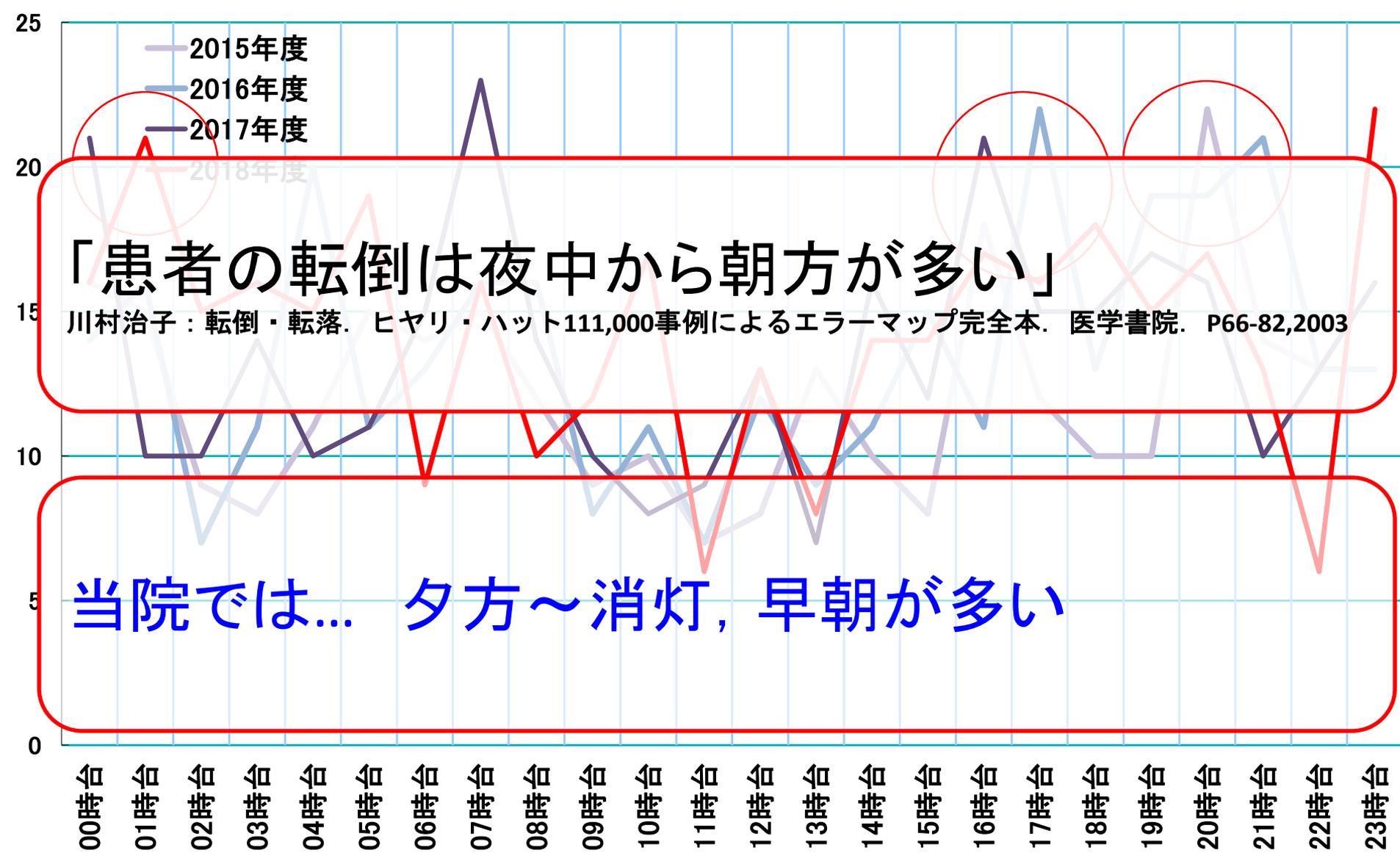
【具体的対策】



# 転倒・転落発生時間帯



# 転倒・転落発生時間帯



# 転倒転落に至った行動のきっかけ

2017年度

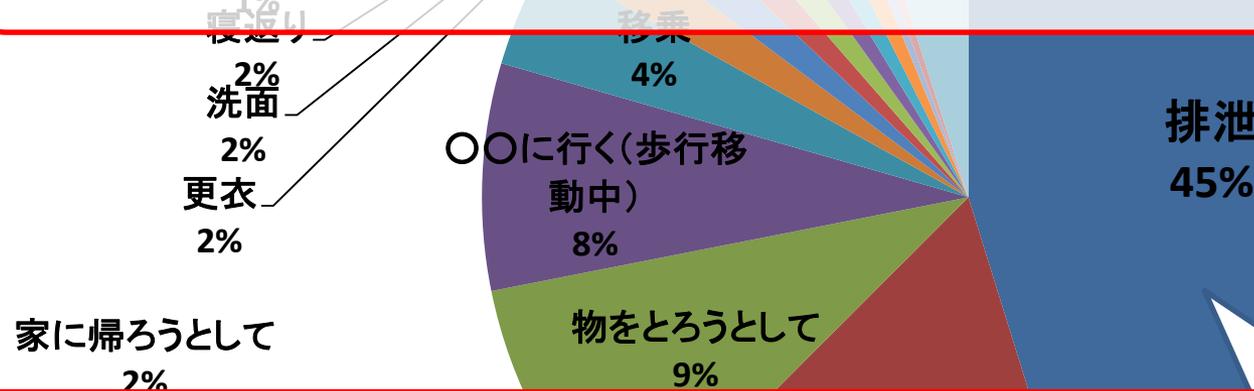
基本動作(座位・立ち

さらに...

「排泄行動が約80%, 自発的動作が約70%, 看護師介助下27%」

川村治子：転倒・転落. ヒヤリ・ハット111,000事例によるエラーマップ完全本. 医学書院. P66-82,2003

n=327



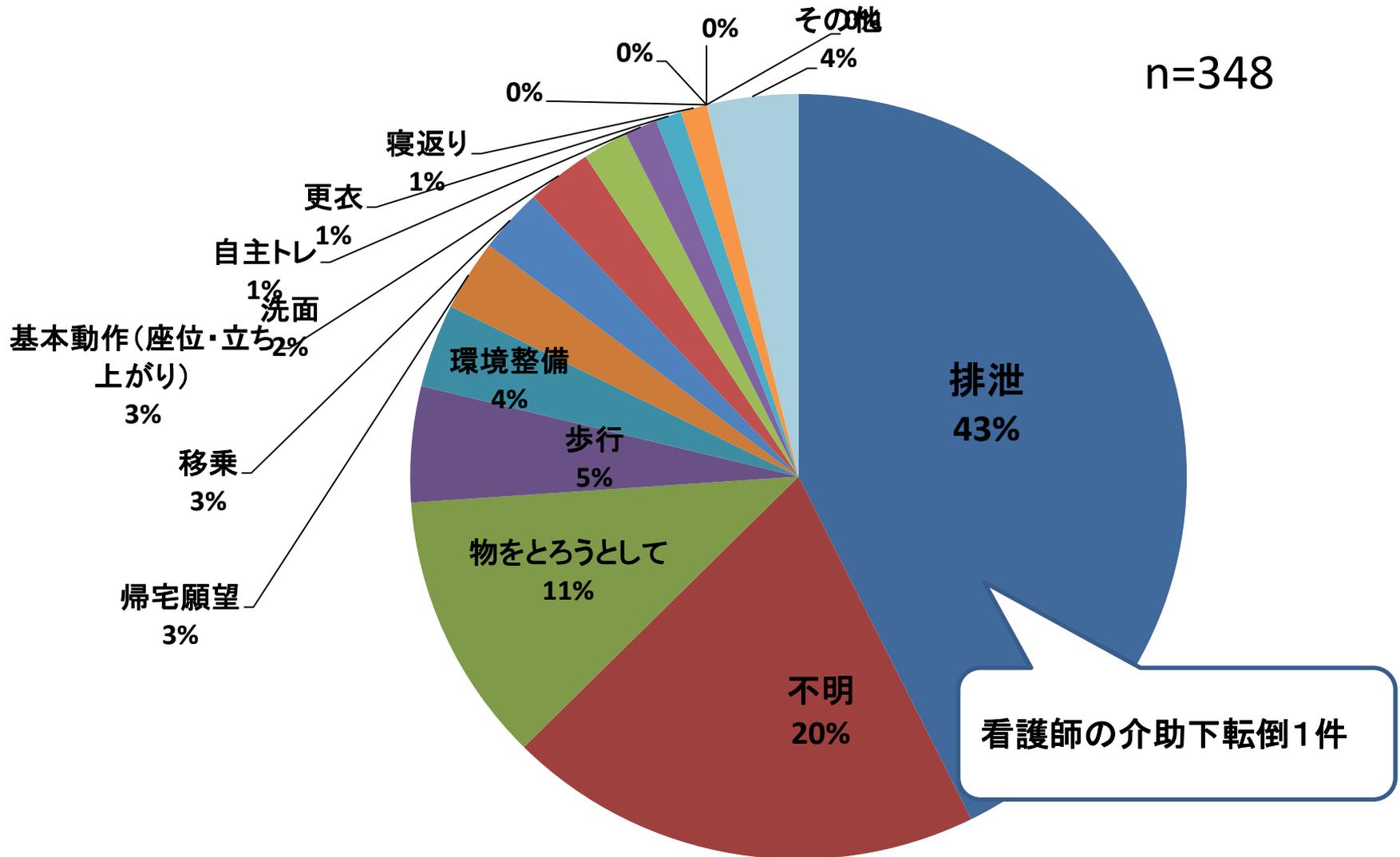
当院では... 排泄行動45%, ほとんど自発的動作  
介助下での転倒は2017年2件

うち看護師の介助中3件  
・介助者がトイレの外で待っていた  
・介助中の下肢の脱力

# 転倒転落に至った行動のきっかけ

2018年度

n=348



当院でのトイレ事例についての対策例

- ・事前に排泄誘導を行う(特に消灯前, 眠剤を服用する前)
- ・夜間頻尿症状のある方はトイレに近い部屋を考慮する
- ・過去の失敗から学ぶ...一つずつ潰していく

## 1例

便座に座るまで介助し, 後はトイレの外で待っていたところトイレ内で転倒した. 便座からの立ち上がりで反応するセンサーがうまく利用できていなかった例であり, 再度使用方法の周知を促した.

## 2例

移乗時の患者の下肢の脱力であった. 看護師介助下の転倒・転落は, 患者・家族に強い不満を抱かせる因子となり, また介助していた当事者もかなりの心的なストレスを負う. 当チームが発足して間もなく看護師介助下の移乗時においてレベル3b以上の例(急性硬膜下血腫)が発生した.

それ以降, 医療安全教育の一環でチームとして理学療法士・作業療法士によるトランスファー研修を毎年, 看護師・看護助手向けに行っている.

当院での看護師介助下の転倒・転落は, 近年大きな事故もなく年間ゼロ~数件にとどまっている. これは職員の意識と技術の高まりであるにとらえている.

転倒を防ぐために

どこをどうしたら？

転倒前



車椅子の位置



どの時点から見守り？



介助者の位置

手すり

介助方法

転倒を防ぐために

どこをどうしたら？

転倒後



患者状態の確認



応援を呼ぶ

車椅子の位置



介助の人数

転倒を防ぐために

どこをどうしたら？

そもそも...



寝衣？

履物？

車椅子の選定



患者の状態についての把握は？  
その上での介助また介助の程度  
が決まる。

- ・疾患、合併症
- ・症状
- ・安静度
- ・荷重量
- ・動作の状況
- ・薬剤の使用状況
- ・栄養状態
- ・筋力・バランス・関節可動域
- ・認知機能
- ・附属物

# 強い不満を抱かせる転倒・転落とは？

～“COML(コムル)”の電話相談から～

- ① 転倒・転落による障害の見逃し，対応の遅れ
- ② 看護師介助下の転倒・転落
- ③ 繰り返す転倒・転落
- ④ 日常の粗雑な看護ケアへの不満の上に転倒・転落

# 地域包括ケア病棟における在室日数

## 長期化に及ぼす因子の検討

変数	95%信頼区間		オッズ比	P 値
	下限値	上限値		
入院～入室の日数	-0.008	0.041	1.017	0.19
地連の介入	-1.725	0.644	0.583	0.37
CRP	-0.274	0.213	0.970	0.81
荷重制限	-1.772	0.221	0.460	0.13
<b>入院～トイレ自立までの日数</b>	<b>0.017</b>	<b>0.079</b>	<b>1.049</b>	<b>0.0025</b>
入室時移動様式	-0.104	0.146	1.021	0.74
<b>入室後の介護保険申請</b>	<b>0.397</b>	<b>1.872</b>	<b>3.110</b>	<b>0.0026</b>
入室時移動様式が入院前に戻ったか	-0.732	2.629	2.582	0.26
定数項	-4.868	-0.230	0.078	<b>0.031</b>

入院～トイレ自立までの平均日数・・・長期群：**21.79**日 短期群：**7.36**日

ケア病棟入室後の介護保険申請・・・長期群：**39.58%** 短期群：**6.56%**

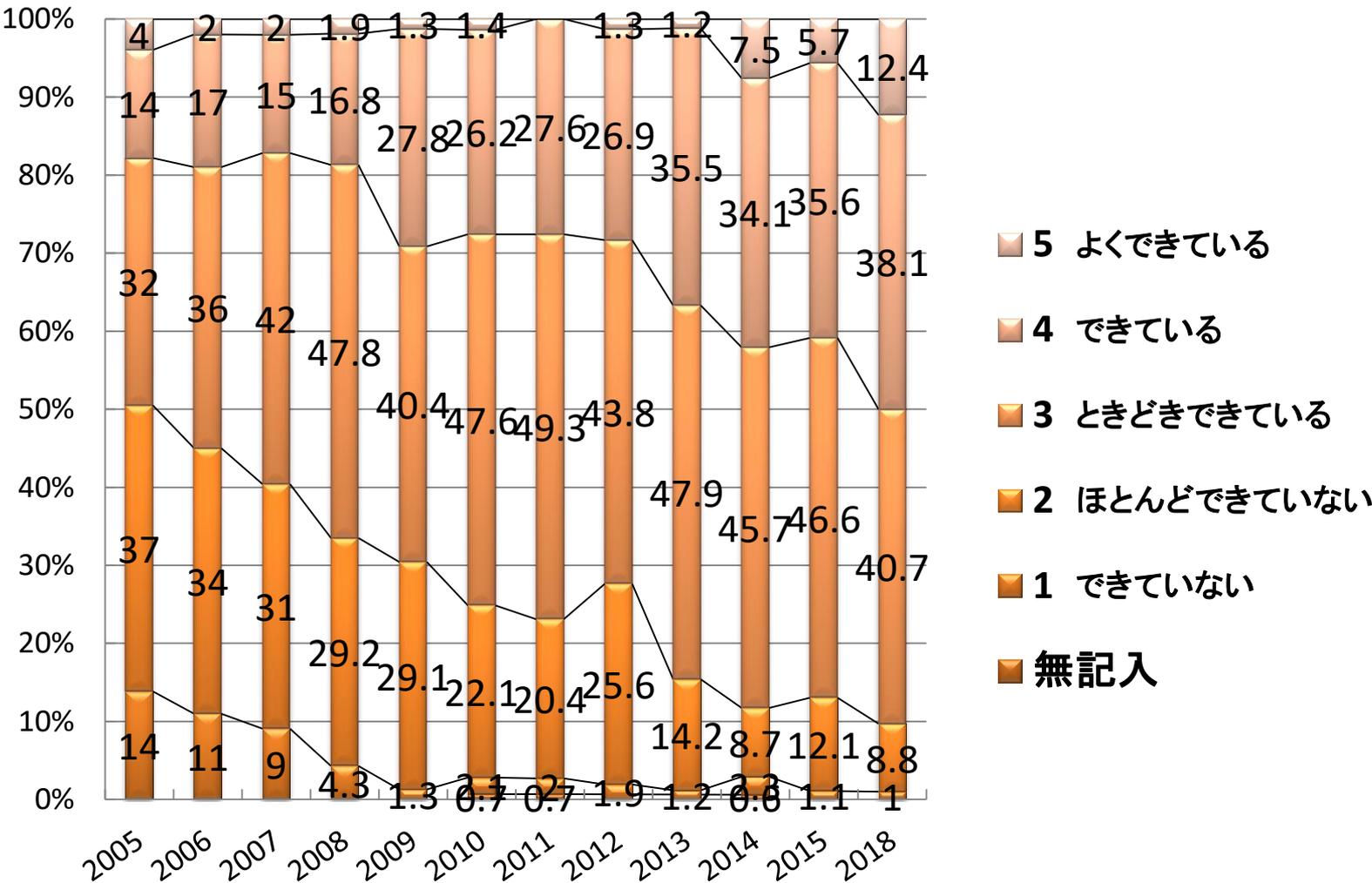
# 転倒予防対策チームの成果

## 転倒・転落についての意識調査

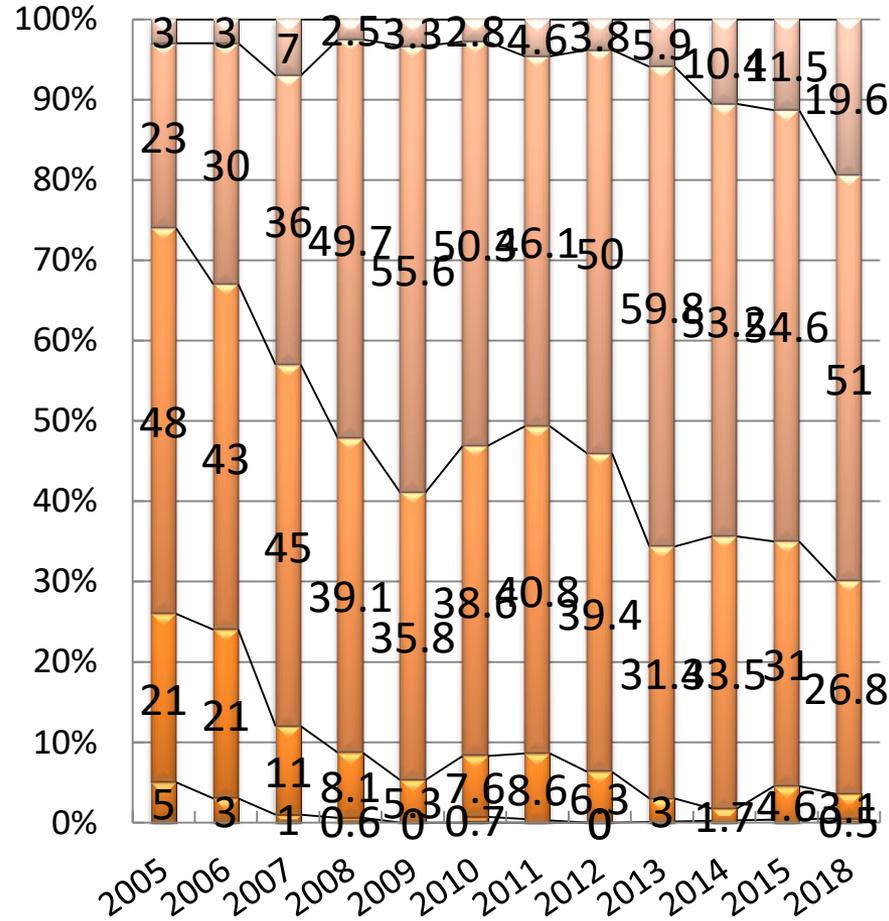
### 看護師の意識の経年変化（抜粋）

対象：ICU，HCUを除く病棟看護師

### C7.評価日以外に転倒転落に繋がるリスクファクターなどきづいたことをカルテに記載している

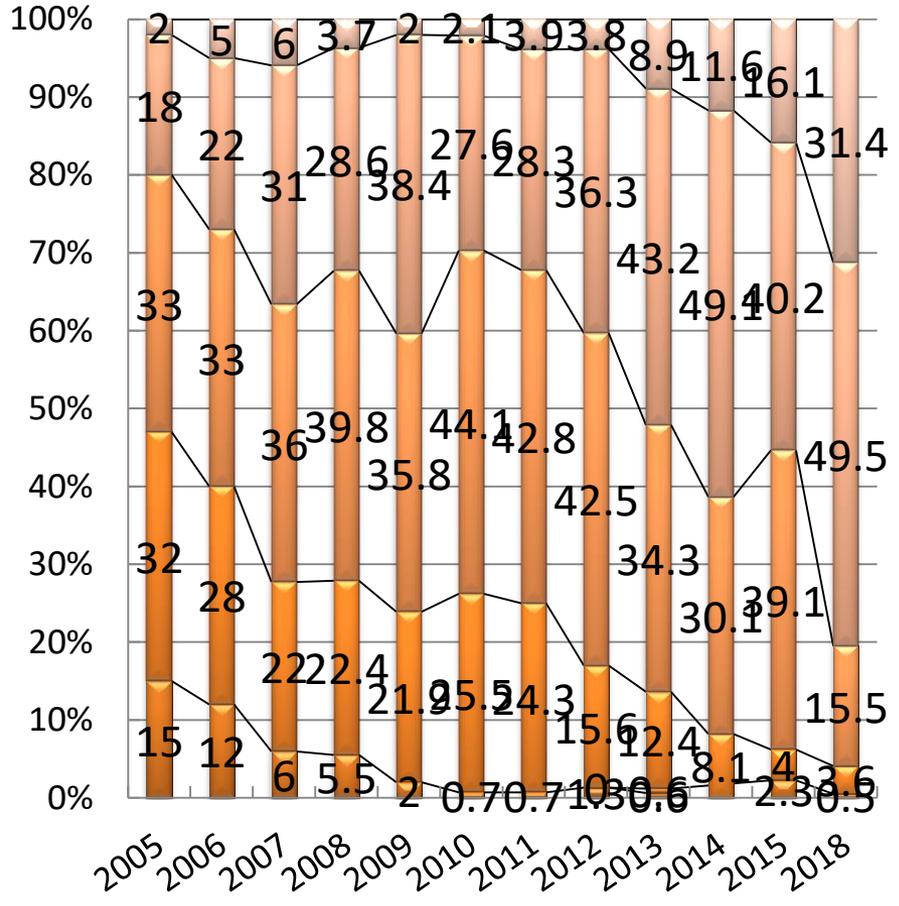


C5. スタッフ全員が情報を共有する工夫をしている



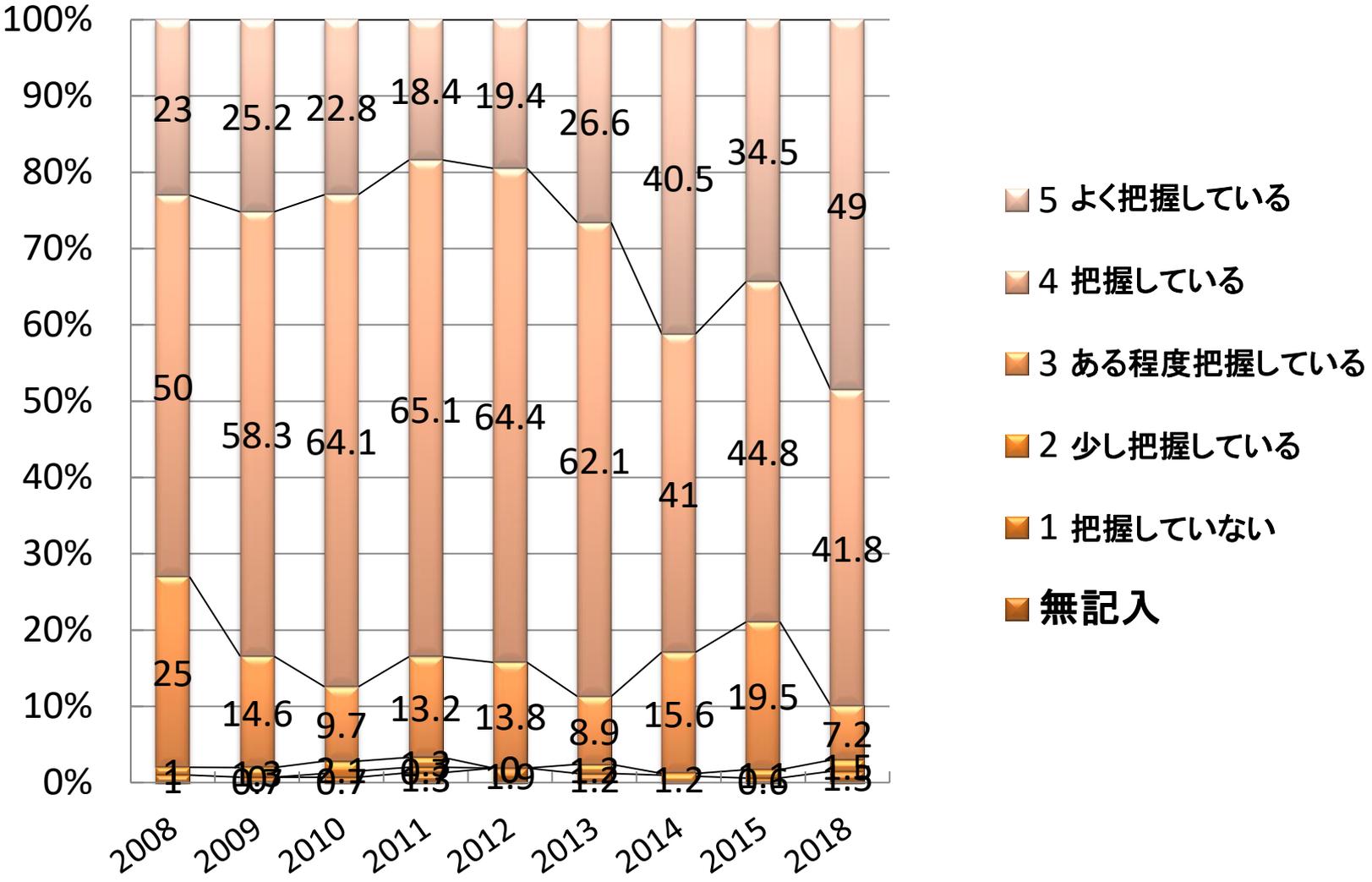
- 5: よくできている
- 4: できている
- 3: ときどきできている
- 2: ほとんどできていない
- 1: できていない

C6. 高リスクの患者はカンファレンスをして対策を立てている

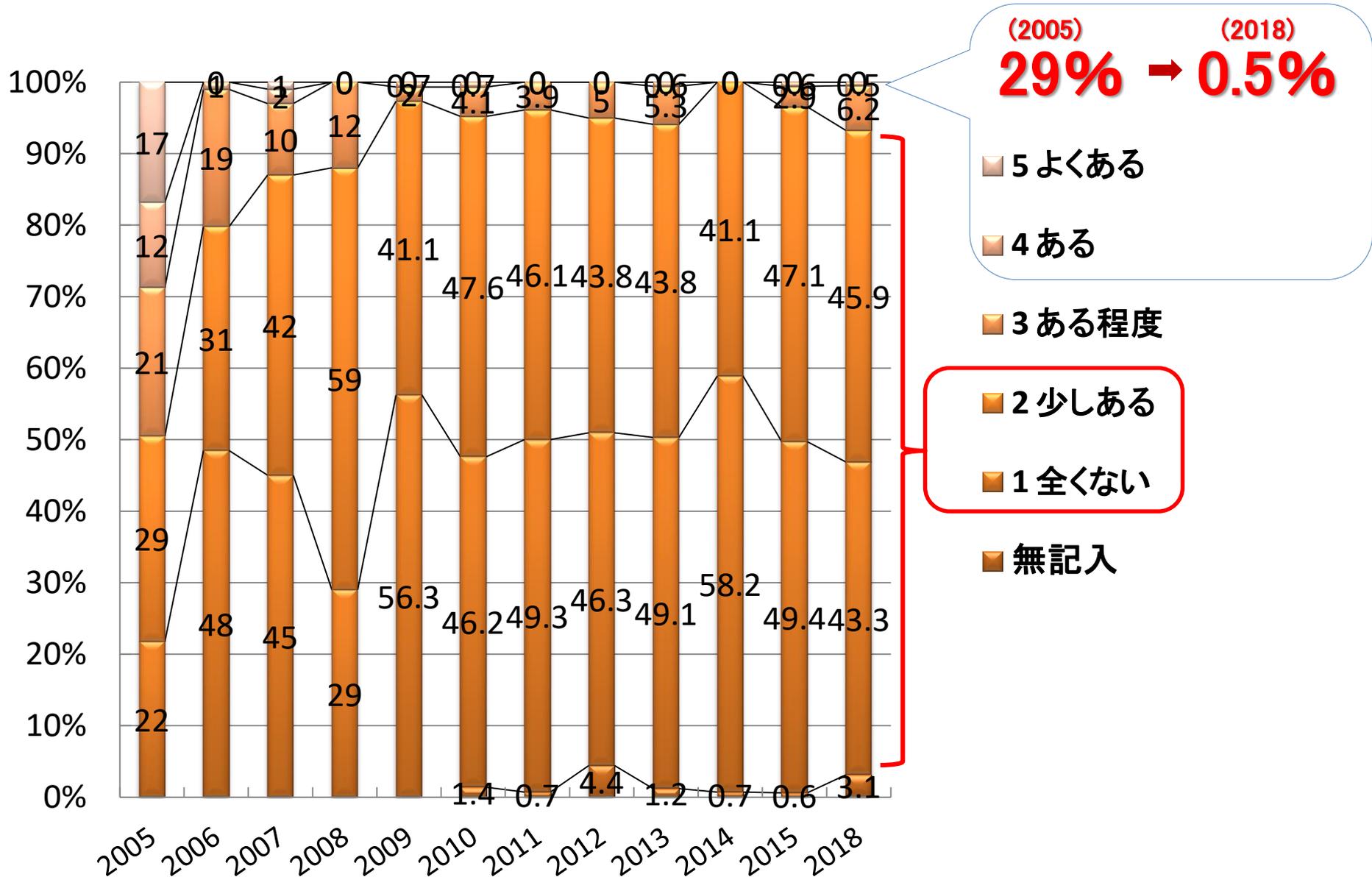


- 5: よくできている
- 4: できている
- 3: ときどきできている
- 2: ほとんどできていない
- 1: できていない

# D9. 転倒後の患者情報は病棟内スタッフ全員が把握している



# D10.転倒後の患者・家族からのクレームがあるか



# 転倒予防対策を多職種協働で行うために

- ①方針をしっかりと持つこと
- ②一部だけで頑張らない，チームを意識して  
(さらには病院全体を意識して)
- ③患者・家族も巻き込む
- ④自分の病院の実態を知り無理のないように
- ⑤変化を追うこと(実施したことの検証)
- ⑥事例を大事に(経験を積むこと)
- ⑦仲間を増やす！

# 転倒予防対策を多職種協働で行うために

The secret of getting ahead is getting started. The secret of getting started is breaking your complex, overwhelming tasks into small ,manageable tasks, and then starting on the first one.

Mark Twain

“前進する秘訣は、始める事である。始める秘訣は、複雑で圧倒されそうな仕事を、細かく処理しやすい仕事に分割して、それから、その最初の仕事に取り掛かる事なのだ”