

多職種で取り組む転倒転落予防対策

～3b以上の重症事例の減少を目指して～

公立那賀病院

医療安全管理者 西あづさ

当院は、28診療科、304床を有している和歌山県北部に位置する地域の中核病院です。医療安全対策加算1、医療安全対策地域連携加算1を取得し、2023年は医療安全対策地域連携加算にかかる相互評価を加算1取得施設と2件、加算2取得施設と2件実施、また、紀北地域の医療安全管理者が1回/2カ月に集まり、互いの病院の課題と取り組みについて情報提供しそれらを参考に当院の医療安全対策に取り組んでいます。

令和4年度より当院では、検討ワーキンググループ（転倒転落事象検討ワーキンググループ、誤投薬防止検討ワーキンググループ、モニター管理ワーキンググループ）の活動を開始しました。（以下WGと称す）

今回は、転倒転落事象検討WGの活動内容を紹介します。

令和4年度までは看護部のみでの転倒転落委員会があり活動を行っていましたが、患者転倒は加齢による身体能力の低下や、認知症による判断能力の低下、また、転倒・転落を起こす患者の多くが薬物を服用しており、特に向精神薬は、その危険性を最も増大させる薬効群の1つとして周知されています。これらを考えると、看護部のみでの委員会では対策の検討が困難であり、多職種による専門的な意見を取り入れ、取り組む必要があると考え活動を開始しました。

WGメンバーは、転倒転落に関する職種として、認知症ケアサポートチーム（医師・薬剤師・認知症看護認定看護師）看護師、リハビリ科（理学療法士・作業療法士）としています。認知症ケアサポートチーム活動として認知症・せん妄・不穏患者のラウンドを1回/週行い、服薬相談、服用薬剤の評価を行っています。また、リハビリ科は運動機能評価を行い、運動機能面での療養環境整備を行っています。1回/月のWGでは、それぞれの活動を共有し、転倒転落事例を「予見義務」「結果回避義務」の視点で事例検証をメインに行い、ハード面の改善、職員の研修などの役割を担っています（資料1）。令和4年度転倒転落患者の転倒前のアセスメントスコア評価で最も多い【活動】（資料2）に着目し、アセスメントスコアに運動機能評価（トイレ歩行状況確認）を追加し、アセスメントスコアの修正を行いました（資料3）。また、アセスメントスコア【活動項目】評価や離床センサーの設置・設定が、看護師の経験年数や主観ではなく、離床センサーを適正に使用し、センサーベッドの無駄なり防止のため、フローチャートの基準を作成しました（資料4）。排泄のための体動によるセンサーコールが重なり、全てのセンサーコールに対応できない状況があります。また、センサー類は転倒予防用具ではないため、看護師が病室に到着時にはすでに体動し、転倒していることも多いです。そこで、患者が体動しても転倒しない療養環境を理学療法士と共に「転倒予防療養環境」（資料5）を考案しました。

今後は転倒転落事象検討WGでのラウンドで実施状況を評価予定としています。また、アセスメントスコアの妥当性の検討を継続していくとともに、多職種での活動を充実させていきたいと考えています。

(資料 1)

転倒転落事象検討WG活動

認知症ケアサポートチーム (医師・薬剤師・認知症看護認定看護師)

1. 認知症・せん妄・不穏患者のラウンド・対応・相談
2. 服薬相談
3. 服用薬剤の評価
4. 転倒を起こしやすい薬剤に関する情報提供
(病棟看護師との情報共有)
5. 睡眠導入薬服用人数と転倒割合の調査
6. 転倒転落事例検討

WG活動

1. 転倒予防対策委員会 (1回/月)
2. 転倒転落事例検証
3. 発生後の緊急対応の妥当性
4. 予見が可能か不可能か
5. 結果回避処置の有無
6. 病棟での対策の妥当性
7. 記録の監査
8. カンファレンス実施状況、記録確認
9. 転倒予防対策ラウンド
10. ポスター作製・掲示
11. 離床センサー適正使用確認
12. 院内危険場所の確認
13. 職員への研修

主治医

1. 新規ベンゾジアゼピン系睡眠薬処方は避ける
2. 転倒の危険性と対策の必要性
(患者本人と家族への説明と同意)
3. 各科専門医への院内紹介
4. リハビリ介入・評価依頼
5. 薬剤師への服薬指導依頼

看護師

1. 転倒・転落アセスメントスコアシート評価
2. 危険度別対策実施
3. 看護計画立案 (危険度Ⅱ・Ⅲ)
4. バンフレット表示
5. 転倒予防対策カンファレンス
6. 患者・家族への説明と注意喚起
7. 転倒転落事例検討

リハビリ科

1. 運動機能評価からの転倒対策
(病棟看護師との情報共有)
2. 療養環境チェック
3. 靴に対する意識改革
4. リハビリ開始後の運動機能評価
(病棟看護師との情報共有)
5. 転倒転落事例検討



(資料 2)

<R4年度 転倒患者アセスメントスコア結果 (転倒前日評価分)>							
							合計
	転倒転落時						42
	入院当日、転倒・転落しそうだと感じる (看護師の勤)						67
A	年齢	70歳以上					158
		看護度A・B・CともにIもしくはII					78
B		1ヶ月以内に転倒・転落したことがある					62
生活体験		意識消失をしたことがある					4
		何事も自分でしようとする (一人暮らしなど他者に頼らない生活をしている)					67
C		視力・聴力障害がある					23
健康		体幹もしくは四肢に麻痺やしびれ感がある					26
		骨・関節に障害がある (拘縮・変形)					10
		発熱している、または腹水、浮腫がある					36
		めまい、立ちくらみ、ふらつき等の症状がある					58
D		足腰の衰えや筋力低下がある					111
活動		車椅子・杖・歩行器を使用している					88
		移動に介助が必要がある					115
		ルート類、各種ドレーン類が挿入されている					112
		ADLの状態が急激に回復または悪化している					61
E		見当識障害、意識障害がある					32
認識		必要時にナースコールを押せないまたは押さない					51
		判断力、理解力の低下がある					49
		不穏行動がある					13
		記憶力の低下、再学習が困難である					31
		認知症がある					46
F		降圧利尿剤 (内服は除く)					4
薬剤		がん化学療法 (内服は除く)					15
		麻薬 (EpiはD項目のルートでチェックしここには入れない)					3
		抗パーキンソン剤					3
		緩下剤、催便座薬					8
		インスリン (内服は除く)					6
		睡眠剤 (精神安定剤) または向精神病薬を使用している					10
G		尿・便失禁がある					40
排泄		排泄介助が必用である					100
		夜間トイレに行く					69
		ポータブルトイレ使用中					19
		頻尿である					5
		トイレまでの距離のあるBまたはCベッドである					41
H		リハビリ訓練中である					25
環境		ベッド生活が初めてである					5
		手術や検査目的の入院である (または手術後3日以内である)					27
		滑り止めのない履物を使用している					5
		持続的観察やベッド上安静が必要な検査当日である					19

転倒・転落アセスメントスコア

(資料 3)

A: 年齢 3点	70歳以上 護度A・B・CともにIもしくはII
B: 生活体験 3点	1ヶ月以内に転倒・転落したことがある 意識消失をしたことがある 何事も自分でしようとする (一人暮らしなど他者に頼らない生活をしている)
C: 健康 3点	視力・聴力障害がある 体幹もしくは四肢に麻痺やしびれ感がある 骨・関節に障害がある (拘縮・変形) 発熱している、または腹水、浮腫がある めまい、立ちくらみ、ふらつき等の症状がある
D: 活動 4点	足腰の衰えや筋力低下がある 車椅子・杖・歩行器を使用している 移動に介助が必要がある ルート類、各種ドレーン類が挿入されている ADLの状態が急激に回復または悪化している
E: 認識 4点	見当識障害、意識障害がある 必要時にナースコールを押せないまたは押さない 判断力、理解力の低下がある 不穏行動がある 記憶力の低下、再学習が困難である 認知症がある
F: 薬剤 1点	降圧利尿剤 (内服は除く) がん化学療法 (内服は除く) 麻薬 (EpiはD項目のルートでチェックしここには入れない) 抗パーキンソン剤 緩下剤、催便座薬 インスリン (内服は除く) 睡眠剤 (精神安定剤) または向精神病薬を使用している
G: 排泄 2点	尿・便失禁がある 排泄介助が必用である 夜間トイレに行く ポータブルトイレ使用中 頻尿である トイレまでの距離のあるBまたはCベッドである
H: 立ち上がり 2点	立ち上がっても倒れ込む 支えがないと立ち上がれない 足の幅の位置が離れていて平行でない
I: 立位 (手放し) 2点	身体が揺れる 支え必要 倒れる
J: 歩行 (トイレ移動) 2点	歩幅が狭い よろめく つまづく つかもうとする動作
K: 方向転換 2点	よろめく つまづく つかもうとする動作が見られる
L: 着座 2点	肘掛けをつかむ 後方へ倒れる どすと座る

1~5→危険度Ⅰ 転倒転落を起こす可能性がある

6~15→危険度Ⅱ 転倒転落を起こしやすい

16以上→危険度Ⅲ 転倒転落をよく起こす

H~L 運動機能評価追加

合計 30 点

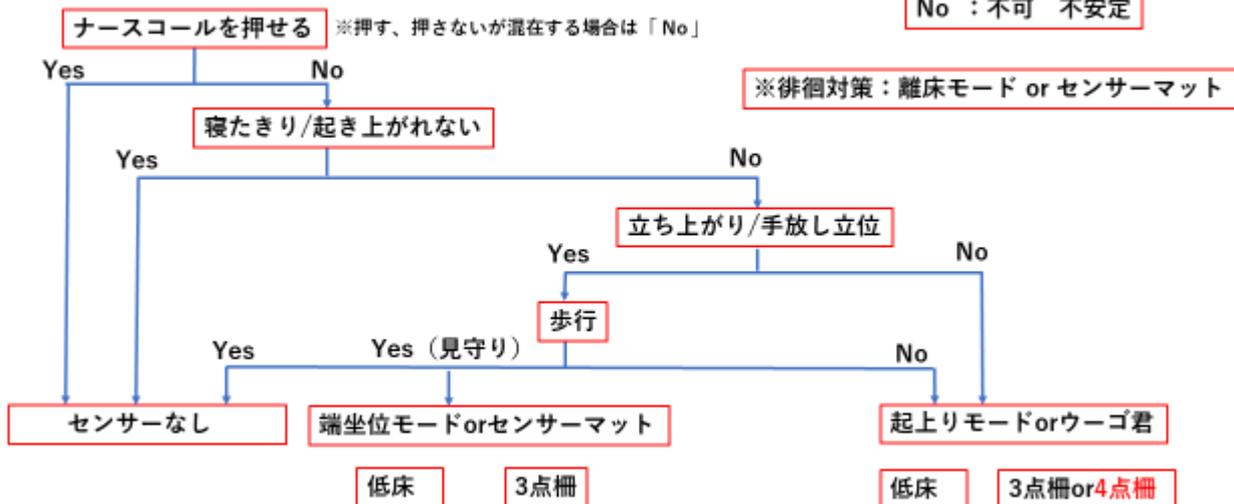
自立や寝たきりでは加点しない

(資料 4)

	確認項目	対策・設置を検討
H:立ち上がり	立ち上がった後も倒れ込む 支えがないと立ち上がれない 足の幅の位置が離れていて平行でない	介助
I:立位 (手放し)	身体が揺れる 支え必要 倒れる	L字バー付きベッド柵 ポータブルトイレ
J:歩行 (トイレ移動)	歩幅が狭い よろめく つまづく つかもつとする動作	見守り・介助orポータブルトイレ
K:方向転換	よろめく つまづく つかもつとする動作が見られる	見守り・介助
L:着座	肘掛けをつかむ 後方へ倒れる どすんと座る	L字バー付きベッド柵

センサー選定・設定フロー

Yes : 安定
No : 不可 不安定



患者の状況でやむを得ない場合はフローの判定結果より、設定を1ランク厳しく、又は、1ランク下げてよい。その場合は、アセスメントした経緯と実施した結果を看護記録に記載する。

注) 4点柵は身体抑制カンファレンス必要

転倒予防療養環境



スリッパ
サンダル
クロックス
禁止!!

NG