

転倒転落リスク評価と個別対策

Group 6

- 須田 喜代美 (竹田総合病院)
- 上野 正子 (福岡徳洲会病院)
- 高瀬 園子 (NTT東日本関東病院)
- 大河 正美 (金沢医科大学病院)

第19回医療の質・安全学会学術集会 COI 開示

筆頭発表者名： 須田 喜代美

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係に
ある企業などはありません。

はじめに

- 全国の病院では、転倒転落リスクを様々な評価表を用いて評価しているが、リスクの高い患者を見分け、患者個人に合った対策を実践できているかは不明である。
- 現在の問題は「評価項目が多く、評価に時間を要する」「多忙な中で評価が作業化し、本来のリスク評価の目的を見失っている」「リスク評価をしても評価結果が患者のケアプランに活かされていない」という事が挙げられる。

Current Best Approachとしての キー・ポイント（全体の考え方）

1. リスク評価をして、患者一人ひとりにあった転倒転落対策を考える
2. 転倒リスク（傷害リスク）の高い患者を見分け、個々の患者にあった転倒転落対策を実践する
⇒患者のリスク因子に沿った対策を立案し、リアルタイムで多職種・患者・家族で共有し実践する
3. 現状使用しているリスク評価表で、その先に個別的な対策を導き出す

現状の課題

1. リスクをスコア化して総合点で危険度を評価している
2. リスク評価を基に看護計画を立案しているが、患者の実態に合っていない

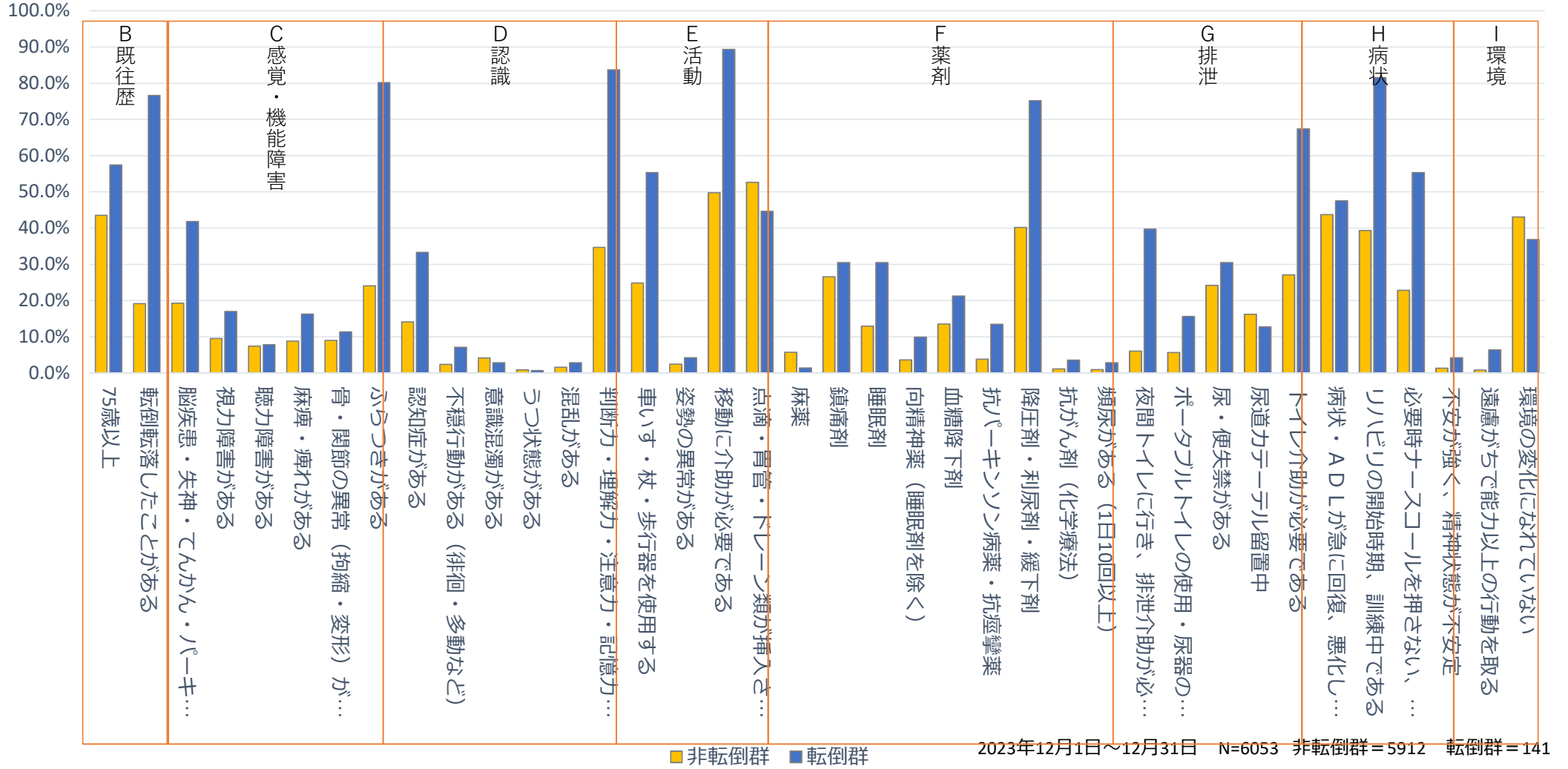


患者のリスク評価結果が
対策・実践に活かされていない

4病院のリスク評価表

	A病院	B病院	C病院	D病院
年齢	—	○（70歳以上）	○（75歳以上）	○（70歳以上）
転倒歴	○（1年以内）	○（1年以内）	○	○
既往歴	○	○ （骨折・意識消失）	○ （脳疾患・失神・てんかん・パーキンソン）	○ （意識消失：不整脈・脳疾患・てんかん）
感覚障害 （視力・聴力）	—	○	○	○
身体機能障害 （麻痺・骨関節）	—	○	○	○
活動状況 （補助具の有無）	○ （足取り）	○ （貧血）	○	○
認知機能	○	○	○	○
薬剤	○点滴のみ	○16種類	○11種類	○10種類
排泄状況	—	○	○	○
環境	—	—	○ （不慣れ・遠慮がち）	—
項目数	6カテゴリー— 6項目	8カテゴリー— 39項目	9カテゴリー— 38項目	7カテゴリー— 35項目

C病院 転倒群と非転倒群アセスメント評価項目ごとの比較



転倒した患者に多く該当した項目 → 特に転倒しやすい要素 → リスク評価重点項目

A.年齢	75歳以上
B.既往歴	転倒転落したことがある
	脳疾患・失神・てんかん・パーキンソン症候群がある
C.感覚・機能障害	視力障害がある
	聴力障害がある
	麻痺・痺れがある
	骨・関節の異常(拘縮・変形)がある
	ふらつきがある
D.認識	認知症がある
	不穏行動がある(徘徊・多動など)
	意識混濁がある
	うつ状態がある
	混乱がある
	判断力・理解力・注意力・記憶力の低下がある
E.活動	車いす・杖・歩行器を使用する
	姿勢の異常がある
	移動に介助が必要である
	点滴・胃管・ドレーン類が挿入されている

F.薬剤	麻薬
	鎮痛剤
	睡眠剤
	向精神薬(睡眠剤を除く)
	血糖降下剤
	抗パーキンソン病薬・抗痙攣薬
	降圧剤・利尿剤・緩下剤
G.排泄	頻尿がある(1日10回以上)
	夜間トイレに行き、排泄介助が必要である
	ポータブルトイレの使用・尿器の使用
	尿・便失禁がある
	尿道カテーテル留置中
	トイレ介助が必要である
H.病状	病状・ADLが急に回復、悪化している時期である
	リハビリの開始時期、訓練中である
I.環境	必要時ナースコールを押さない、または押せない
	不安が強く、精神状態が不安定
	遠慮がちで能力以上の行動を取る
	環境の変化になれていない

リスク評価重点項目とその対策例

認知機能低下
がある

ナースコールのわかりやすい説明と表示

離床センサー

認知症デイケアの利用

ふらつきがある
移動要介助

ベッド柵・介助バー

手すり

踵のある靴

車椅子・歩行器・杖

睡眠薬を服用
している

睡眠薬の選定

服用前の排泄誘導

半減期にあわせた

排泄誘導

排泄介助が必要

ADLにあわせた排泄方法

トイレ見守り

トイレ内の手すり

ナースコール説明

ポスター掲示

変化した環境に慣れていない

昼夜リズムが整う
ベッド配置

時計、カレンダー、
1日の予定表

ご家族面会

ご家族の写真を置く

危険度別・総合点数で対策を立てるのではなく
それぞれの項目において個別性を考慮した対策を実施する

気付き1：

転倒・転落を予防できている時

⇒患者の個別性を考慮した対策が実践されている



Aさんは、認知症があって自分でナースコールを押せないで、できるだけトイレに早めに誘導します。リハビリからは歩行は安定していると聞いているので、できるだけ歩いてもらうのが良いと思う。

Bさんは、片麻痺で歩行が不安定なので、必ず麻痺側で歩行介助をします。夜間は特に危ないので、センサーも設置して早めに対応できるようにしています。

気づき2：

転倒・転落が起きた時
⇒患者の個別性が見えていない



ADLが変わった
ことの引継ぎを
忘れてしまっ
た。

昨日は車椅子だった。
リハビリから患者が
歩いているという情報が
伝わっていなかった。

患者の状態は日々変わるけど、
忙しくてそんなに頻繁に
看護計画を修正できない。

現在

1. リスクをスコア化して総合点で危険度を評価している
2. リスク評価を基に看護計画を立案しているが、患者の実態に合っていない



患者のリスク評価結果が
対策・実践に活かされていない

これから

- 重点項目に沿ったリスク評価

- 認知機能低下がある
- ふらつきがある、移動要介助
- 睡眠薬を服用している
- 排泄介助が必要
- 変化した環境に慣れていない



患者の個別性を考慮した
転倒・転落対策



患者の情報を多職種で共有
患者の状況変化に応じて対策を変更

A病院のCBA

入院前に入院支援センターにおいて、転倒転落リスク評価を行い、患者家族教育を行っている

勤務交代引き継ぎ時に、高リスク患者のケア内容について引き継ぎを行っている

転倒転落の高リスク以上の患者について、実施している転倒転落予防策が適切かどうか、週1回カンファレンスで話し合い実践している。

例) 移動時の介助方法、離床CATCHのモード設定

ベッドサイドモニター（ピクトグラム）に
転倒転落リスクを表示し多職種で共有している



B病院のCBA

病院全体が
チームコンパス導入



毎日評価

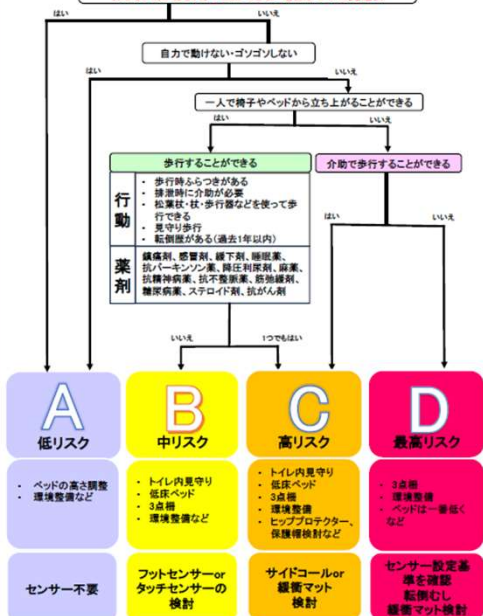


B病棟取り組み

毎日チーム全員でウォーキングカンファレンスを実施
夜間の出来事や患者のADL等日々変化する患者情報をチームで共有

転倒・転落予防フローチャート

知らせてほしいタイミングでナースコールができる
押せない時がある、待つことができない場合は「いいえ」を選択



※ 評価結果A～Dを「転倒・転落ハイリスク状態」の危険行動のコメント欄に毎日入力

前より、患者さんの
情報が確実に
伝わってるね

新人看護師のOJTにも
なるし、毎日評価するから
安全を意識するよう
になったね

「みんなで毎日観に来てく
れるから安心する」
って患者さんから
言われた～



C病院のCBA①

～転倒転落対策フロー～

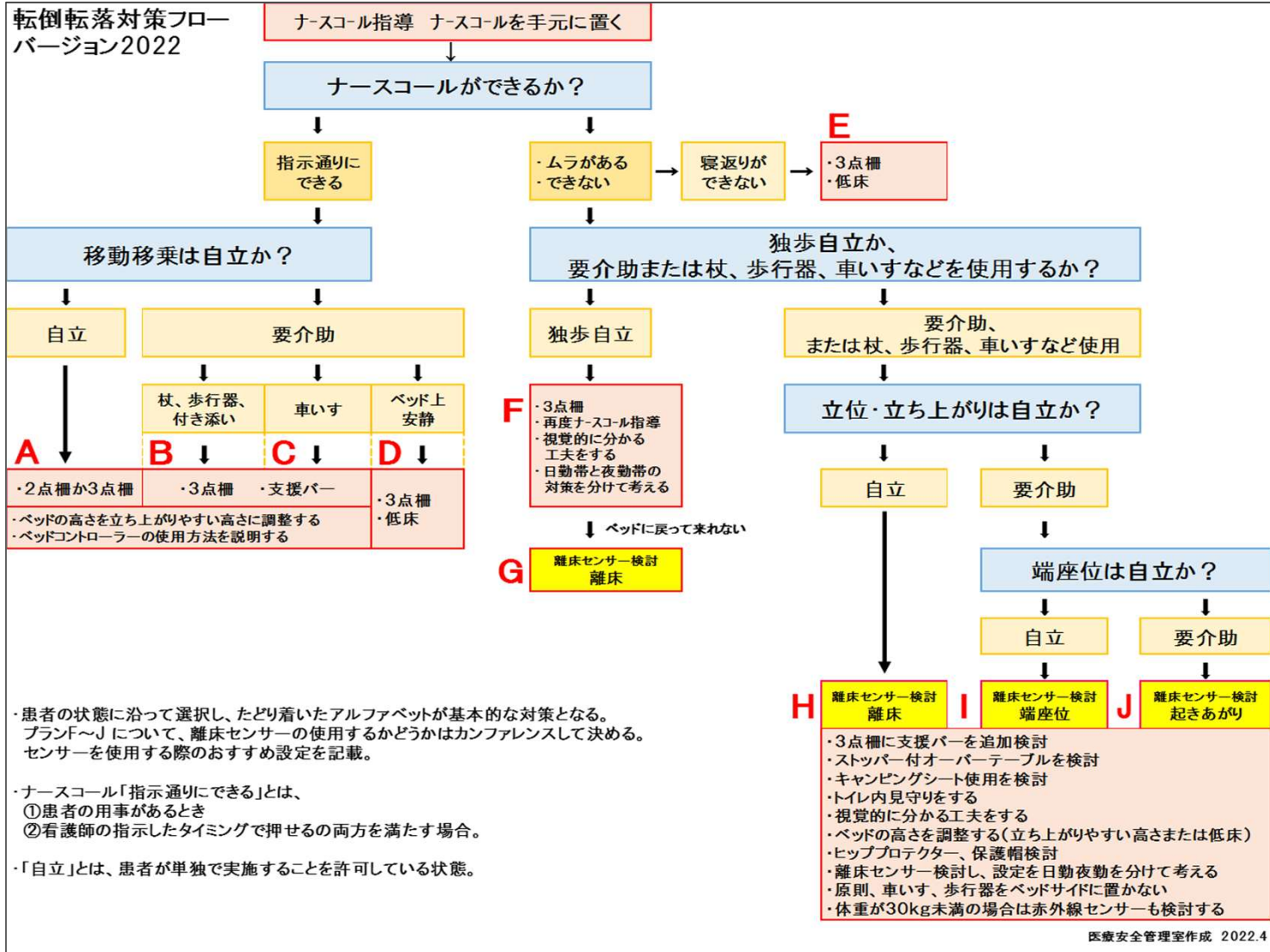
認知機能



身体機能



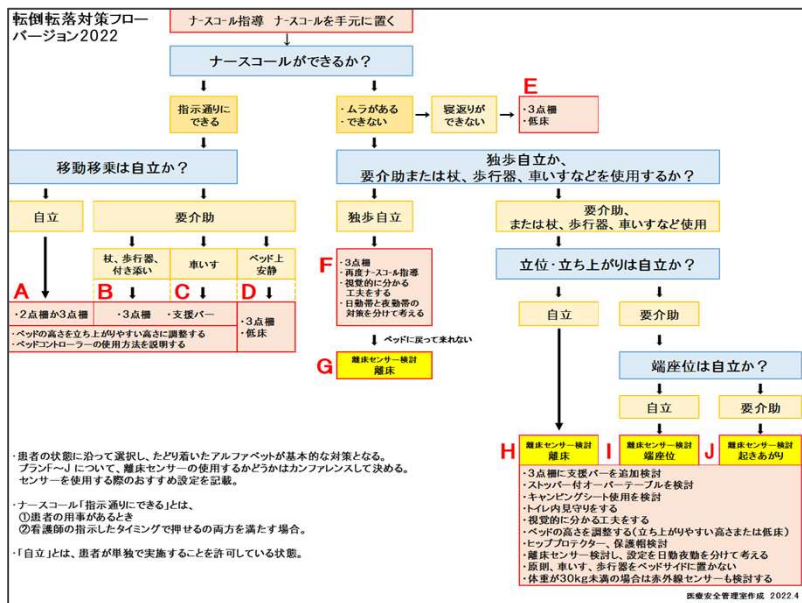
対策



C病院のCBA② ～転倒転落KYT～

ベッドサイドラウンド

- ・多職種・複数名で「転倒転落対策フロー」を用いてアセスメント・対策の確認
- ・患者の情報とベッドサイドの環境から「危険予知=KY」
- ・指差し呼称で対策の共有



ナースコール
押せない



立位可能



**靴を履かず
歩き出して
転倒しそう**



靴は患者さんの座る位置 ヨシ！

D病院のCBA

転倒・転落アセスメント評価

: 適時（入院時や手術後など患者状態変化時）の
患者状態を評価



簡易静的姿勢バランス評価（SIDE）

: 入院時アセスメント評価 危険度Ⅲ以上の人の
身体状況評価（5分で出来る）

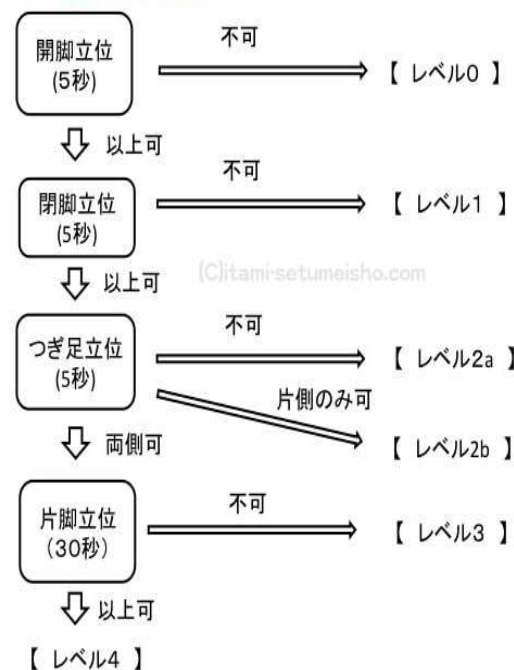
リハさんからの
提案



患者の今の身体状況に合わせた転倒・転落予防策の
検討・追加が可能⇒⇒⇒**転倒事例の減少に繋がった**



【SIDE 評価手順】



まとめ

1. リスク評価の作業化と総合点へのこだわり（危険度別・総合点からの対策立案）から脱却する
2. 患者の状態変化に合わせた評価をして個別性を考慮した対策を考える
3. 患者の状況変化に応じて、行われている対策が合っているかを検証し、対策を流動的に変更し多職種で共有する

ご清聴ありがとうございました