学 会 発 表

シンポジウム・パネルディスカッション

転倒・転落対策

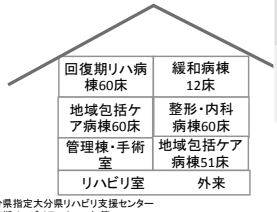
JCHO 湯布院病院
麻生真紀子

転倒・転落対策
回復期リハビリテーション病棟

JCHO湯布院病院
麻生真紀子

Yufuin Hospital

独立行政法人　地域医療機能推進機構（JCHO）湯布院病院の概要

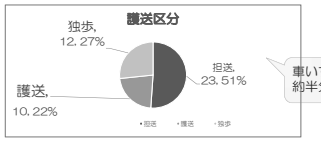


病床数	医療法定数　273床 実働病床　243床
診療科目	・内科　・整形外科 ・リハビリテーション科 ・循環器内科 ・神経内科・心療内科

職種	人数
医師	11名
看護師	157名
リハビリ職員	107名
コメディカル	105名
臨時職員	44名
計	424名

大分県指定大分県リハビリ支援センター
回復期リハビリテーション加算1
病床区分：　回復期病棟13:1
在院日数：　回復期病棟92.5日
病床稼働率：　回復期病棟91.5%
看護体制　患者受け持ち制　固定チームナーシング
　　夜間2交代制
併設施設：居宅介護支援センター・訪問看護ステーション

回復期リハ病棟入院患者の状況



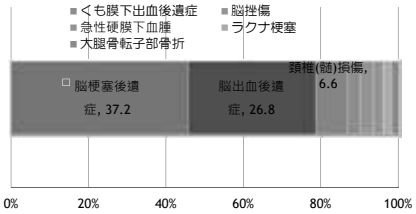
車いす介助レベルが約半分以上常時いる

定点調査（9/30）

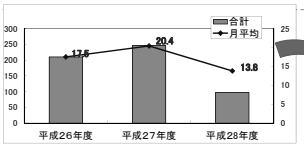
回復期病棟の構造
縦長
（ナースステーションを挟んで病室が並ぶ）
６０床

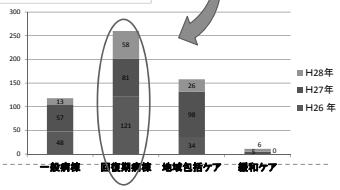
Yufuin Hospital

平成27年度
回復期リハビリ病棟入院患者主たる病名

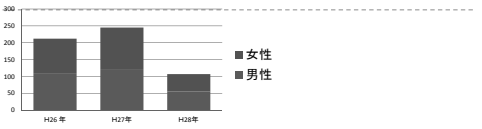


当院の転倒転落件数と月平均発生件数

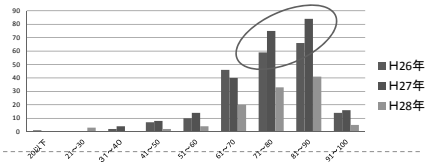




転倒転落男女比

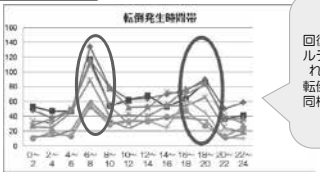


転倒転落　年齢別発生数



発生時間　場所　発生目的

転倒発生時間帯



回復期病棟ではゴールデンタイムと言われている時刻での転倒発生が当院でも同様にみられている

転倒時の目的

1．排泄
2．身体機能の過信
3．物を取ろうとして

転倒発生場所

1．病室
　ベットサイド
2．トイレ
　移動動作時

回復期病棟の特徴

- 高齢者が多い（80代～90代）→ 転院時は急性期治療後で混乱状態の患者も多い
- 脳血管疾患患者が多い（麻痺　感覚異状）
- 合併症を有している（心機能　腎機能　糖尿病など）
- 高次脳機能障害や認知症・認知機能低下の患者
- 日常生活に近い状態での在宅支援を行う

↓

- 再発や病状の悪化に転じるリスクが高い
- 転倒リスクが高い

観察力　少しの変化にも気がつく・判断力が求められる
チームでの情報共有が重要となる

当院の病棟の1日の流れ

8:40 9:00　朝のミーティング　Ns・PT・OT・ST・MSW

病棟でのADL指導とリハ室での訓練

セラピストは病棟へ

病棟ADL訓練
（生活行為向上訓練）
個別プログラムへのかかわり

11:30 12:00　カンファレンス
摂食・嚥下指導
13:00 13:30　カンファレンス

16:00　リハ終了時　Nsとセラピストとの情報交換

17:00　入院時評価：医師、看護との情報交換

病棟・リハ室でのスタッフ間のこまめな情報交換
軒下カンファレンス

「身体拘束ゼロ宣言」　H23年12月より継続

私たちは、身体拘束が患者の尊厳を傷つけ、
身体機能の低下をもたらす危険性があることを
深く認識し、すべての人の人格が尊重された
患者本位のより良いリハ・ケアを実現するため、
身体拘束ゼロに向けて全力で取り組みことを
宣言します。

1．その人らしく生活できることを目指します
2．身体拘束とは、抑制とは，何かを常に考え
　　良いリハ・ケアを実践します
3．拘束を限りなくゼロに近づけるよう努めます

＊転倒・転落への説明と同意書

◆ 入院時には転倒・転落アセスメントスコア
シートを評価し、セラピストとともに、転倒予防対策を立案する。
◆ 立案した内容はコミツルで情報共有を行い、
対策の徹底を図り、転倒予防に努める
◆ 転倒予防グッズの使用の必要性がある時は
転倒・転落予防対策の身体抑制に関する
説明と同意書を持って説明し、同意を得る。

- 定期的または患者の状態によって評価し、早期に身体抑制の解除を行えるよう努める。（身体抑制）
- 患者の危険な状況、対応策の開始・評価・解除は経過記録に残す。

活動認定書
○○様
食堂からお部屋までの杖歩行をしましょう。
主治医　○○

身体拘束禁止の例外　３要件

◆切迫性
利用者などの生命又は、身体が危険にさらされる可能性が著しく高い
◆非代替性
他に代替する介護方法が無い
◆一時性
行動制限が一時的なものである

使用時には
毎日医師へ確認

身体拘束禁止の例外　３要件
３つの要件をすべて満たす場合、
「緊急性やむをえない」ものとして認められる

転倒転落アセスメント用紙

脳血管障害用とそれ以外用

転倒アセスメントシート（脳血管疾患）
（全国回復期リハ病棟連絡協議会版）

氏名＿＿＿　性別＿＿年齢＿＿　入棟日＿＿＿
評価者＿＿＿

項　目	結　果
麻痺症状等	□２あり　□０なし
入棟までの転倒歴	□１あり　□０なし
視野・視力障害	□１あり　□０なし
感覚障害	□１あり　□０なし
夜尿症	□１あり　□０なし
中枢神経作用薬	□１あり　□０なし
移動手段	□２車椅子　□１歩行器
	□１ストレッチャー/ベッド/ポータブル
BIのBADまたはFIMの	□１　I-BDR≤22またはIM-MS≤24
	□０　I-BDR≥23またはIM-MS≥25
合計点	点

7点以上：リスク1　4点～6点：リスク2　7点以上：リスク3

リスク1：転倒率6.2%
リスク2：転倒率28.3%
リスク3：転倒率54.1%

入院患者の病棟の1日

6:30 8:00　起床　洗面　更衣
朝食　整容　口腔ケア

個別のプログラムがあり、目標設定し個別の期間に応じて訓練を進める

9:00
12:00　昼食　整容　口腔ケア
13:00

目標設定に応じて自宅への訪問を行い、より生活に近い環境での訓練を行う

15:00
17:00 18:00　夕食　整容　口腔ケア
21:30　就寝

病棟ADL訓練　生活行為向上訓練（個別プログラム）

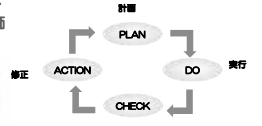
転倒転落防止体制

入院当日
★初回転倒カンファレンス
①転倒アセスメントシート
全国回復期リハ病棟連絡協議会、または日本看護協会作成の転倒アセスメントシートを活用しチームで転倒リスクの評価を行う。
②転倒転落対策の立案

医師
↓
看護師・CW ➡ 患者 ⬅セラピスト

後日再評価
★転倒カンファレンス
チームで対策の評価

PDCAサイクル



定期評価

転倒転落防止体制

患者 → 転倒

転倒当日

担当者間会議

チームで転倒の状況把握

→ アセスメント → 対策立案 → 再評価日の決定

転倒アセスメントシート・転倒転落対策

発見者は電子カルテへ状況や対策を記載

更なる対策案の提示・指導

所属部署のリスクマネージャー

転倒転落ワーキンググループ

所属部署の所属長

医療安全管理室

転倒転落WG

（ころばん隊H21年～転ばナイン9　H26年～）

目標：介護予防、入院・退院後の生活をも視野に入れて、9部署の様々な視点から転倒対策活動を行い、転倒事故ゼロを目指す

活動内容

■未然防止活動

＊多角的な視野で検討
システム変更・環境整備・道具の開発・介助法・薬
研修（教育）

■事例への介入、再発防止

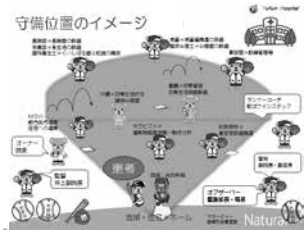
＊起こった事例にタイムリーに介入
現場への指導・全職員へ周知

■患者参加

＊患者の気づき・意見を聞き
事故防止に共同で考える

月1回の会議

守備位置のイメージ



いつどんなとき、チームで対策を立案し評価するのか？

アセスメント 転倒カンファレンス → 転倒予防対策立案 → スタッフへ対策内容の周知 → 対策の評価追加修正 → 退院まで

コミツルで
スタッフへ周知
病棟スタッフ
担当病棟セラピスト

●予測されるリスク
●ADL援助時の注意

対策の評価をチームで行う！
★評価日の設定は、個別に応じて！
★入院して、1週間前後
★転倒日
★活動認定書発行した時
★定期評価
コミツルでスタッフへ周知

新入職員に対してのＫＹＴ研修

転倒転落対策のポイント

● 評価に基づいた転倒予測と対策立案

➢ 実場面で行う

➢ 具体的・現実的な対策
(5W1H, 姿勢・動作方法・環境など)

➢ 1日を通した対策

➢現在だけでなく予後も見据える

➢ 普遍的自立と限定的自立の考え方

普遍的自立
生活の場以外での環境
（外出時、旅行時などにおける環境）においても
自立している
限定的自立
生活の場
（当人の状況に応じて自宅、自宅の一部、病院、施設など）
およびその近辺の、限られた環境のみで自立している

患者参加型会議（モニター会議）で意見交換

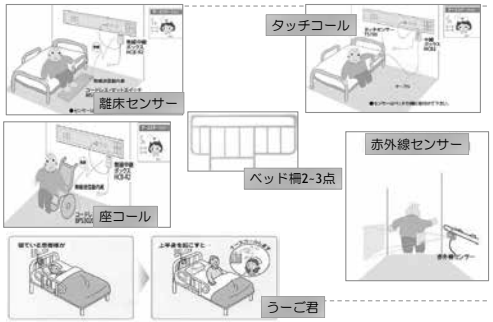
あそこの曲がり角が危なかった

食堂の席の前に車椅子が置いてあり危ないよ

あんたも気を付けよー
転んだら大変や

トイレの入り口の小さな段差につまづきかけたよ

当院で使用中の転倒予防グッズ



ハザードマップの作成の取り組み

目的：患者の気づき・意見を，職員と情報共有し互いに危険個所の認識して転倒への意識を高める

患者の情報から看護師・セラピストでラウンドして確認

各病棟の危険個所をポスターにして周知

新人看護教育：演習・Ｅラーニング教育

転倒対策は多角的な視点から行う

1．立位･歩行や移乗時だけでなく、座位機能なども
適切に評価し、患者の活動を考慮した転倒対策をする

2．患者の行動パターンをスタッフ間で把握をする
転倒予防グッズを活用する場合は、定期的な評価で
継続・解除を速やかに行い不適切に使用をしない

3．現状だけでなく予後を見据え、患者の能力変化に
合わせて転倒対策をする

4．病院スタッフ間だけでなく、患者・家族に対して
転倒対策について説明をする　共に考えていく