

転倒転落対策確立を目指した 課題抽出とCurrent Best Approach

企画・座長 杉山良子・高田誠

演者

【発表】

パラマウントベッド株式会社
名古屋大学医学部附属病院
日本赤十字社
パラマウントヘルスケア総合研究所
伊奈病院
笠幡病院
竹田総合病院

杉山良子 (プロジェクトリーダー)
梅村朋
黒川美千代
初雁卓郎
金子由香子
鎌田博司
須田喜代美

【パネルディスカッション進行】

オーセンティックス株式会社

高田誠

COI開示

講演発表に関連し、発表者らの開示すべきCOI関係にある企業として；

パラマウントベッド株式会社

プロジェクトのコーディネーションとファシリテーション

「転倒転落防止対策確立プロジェクト」

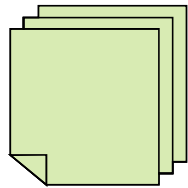
- 転倒転落防止の取り組みは、個別の現場主導の試行錯誤で成果を上げている組織がある。
- 一方、全体としては慢性的な問題となり、解決がすすまない。



- 現場スタッフからの生の声を集める専門家集団のプロジェクトとして発足（2023年3月）
- 個々の病院・担当者が試行錯誤から見つけた、見つけつつある最善の考え方とやり方を形式知化。「現時点での最善」を広げ、磨き、最終的には「確立」をめざす。

現場の「最善の運用」を「書き出す」

形式知
Explicit
Knowledge

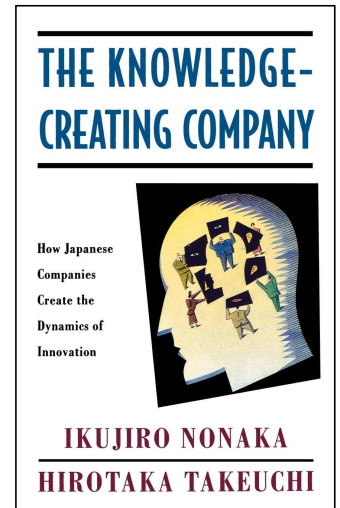


ナレッジとして
他者が活用できる状態

* 重要な考え方
* 効果的な手順

暗黙知
Tacit
Knowledge

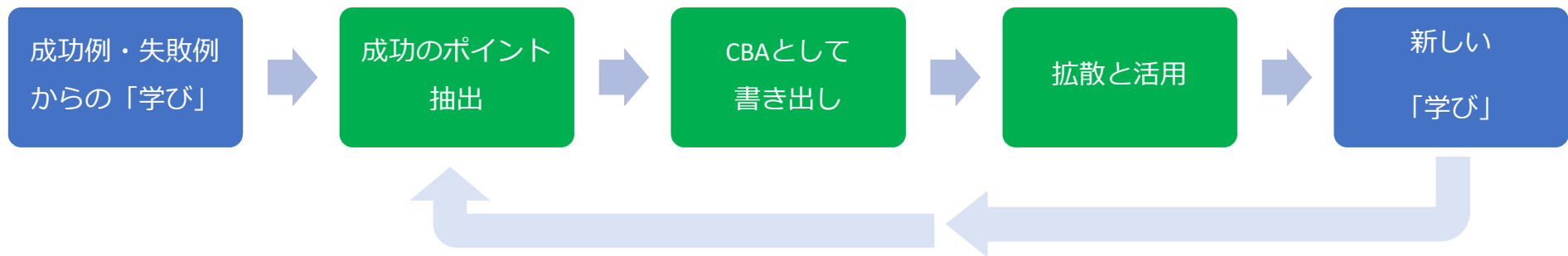
現場の思考錯誤の
学びからうみだされた
「最善の運用」



1995

Current Best Approach (CBA)

- 「現時点で最善」の取り組み方
- **現場の試行錯誤で生み出された最善の考え方とやり方を「書き出す」**
- 「現時点での最善」をリアルタイムで他者が活かせるようにする
- 「現時点」を運用からさらに磨き、ノウハウとして確立する。



進め方のイメージ

23～24年

Phase I

現時点でのノウハウの抽出

- * ポイントとなる考え方
- * 効果的なアクション

25～26年

Phase II

ノウハウの進化と構築

26年以降

Phase III

エビデンス化と標準化

領域を整理してポイントを抽出

- 1 組織の理念とビジョン
- 2 年間の目標設定
- 3 物的対策
- 4 人材と運用
- 5 患者と家族
- 6 個別の対策



名古屋大学
医学部附属病院

第19回医療の質・安全学会学術集会
PD-19転倒転落対策確立を目指した課題抽出とCurrent Best Approach
2024年11月30日(土)10:10～11:40

転倒転落対策の組織的な取り組みに向けて

○梅村 朋¹⁾、奥田希世子²⁾

- 1) 名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部
- 2) 浜松市リハビリテーション病院 看護部





第19回医療の質・安全学会学術集会 COI 開示

筆頭発表者名：梅村 朋

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

- これまでの転倒転落対策は、医療・介護従事者(以下、スタッフ)の知識や経験、様々な報告などを参考にしながら各施設で実践されてきました。
- 日本病院会QIプロジェクトによれば入院患者の転倒・転落発生率、それに伴う損傷発生率はここ数年横ばいで推移しています。
- 今後も現在の努力を継続したとしても劇的な効果を生み出すのは難しいことが予想され、**何らかの新しい視点や工夫の導入が必要**だと考えました。
- そこで、**これまでの取り組みの精度を上げる**とともに、各施設が**自施設の特徴を捉え、予防可能な転倒・転落を絞りこんで対策**することの有用性を探ってきました。

転倒転落対策の方向性は「あいまい」になりやすい

□ 転倒転落対策は、**患者安全の視点**でそれぞれの施設が「こうありたい」というあるべき姿を明確にし、患者(高齢者施設利用者を含む)や**家族らとともに組織一丸となって取り組む**ことを重視しています。

□ その方向性は曖昧になりやすく、ときにスタッフは思い惑い、無力に感じることもあります。



ちなみに「患者安全の視点」とは

- 世界患者安全行動計画2021-2030
医療における回避可能な害をなくすために

患者安全 (Patient safety) :

一貫して持続可能な形でリスクを低減し、
回避可能な害の発生を減少させ、
エラーが起きる可能性を低下させるとともに、
害が発生した際のその影響を軽減する
文化、プロセス、手順、行動、技術および
環境を医療の中で創出する、
組織化された活動の枠組み



日本語版 群馬大学

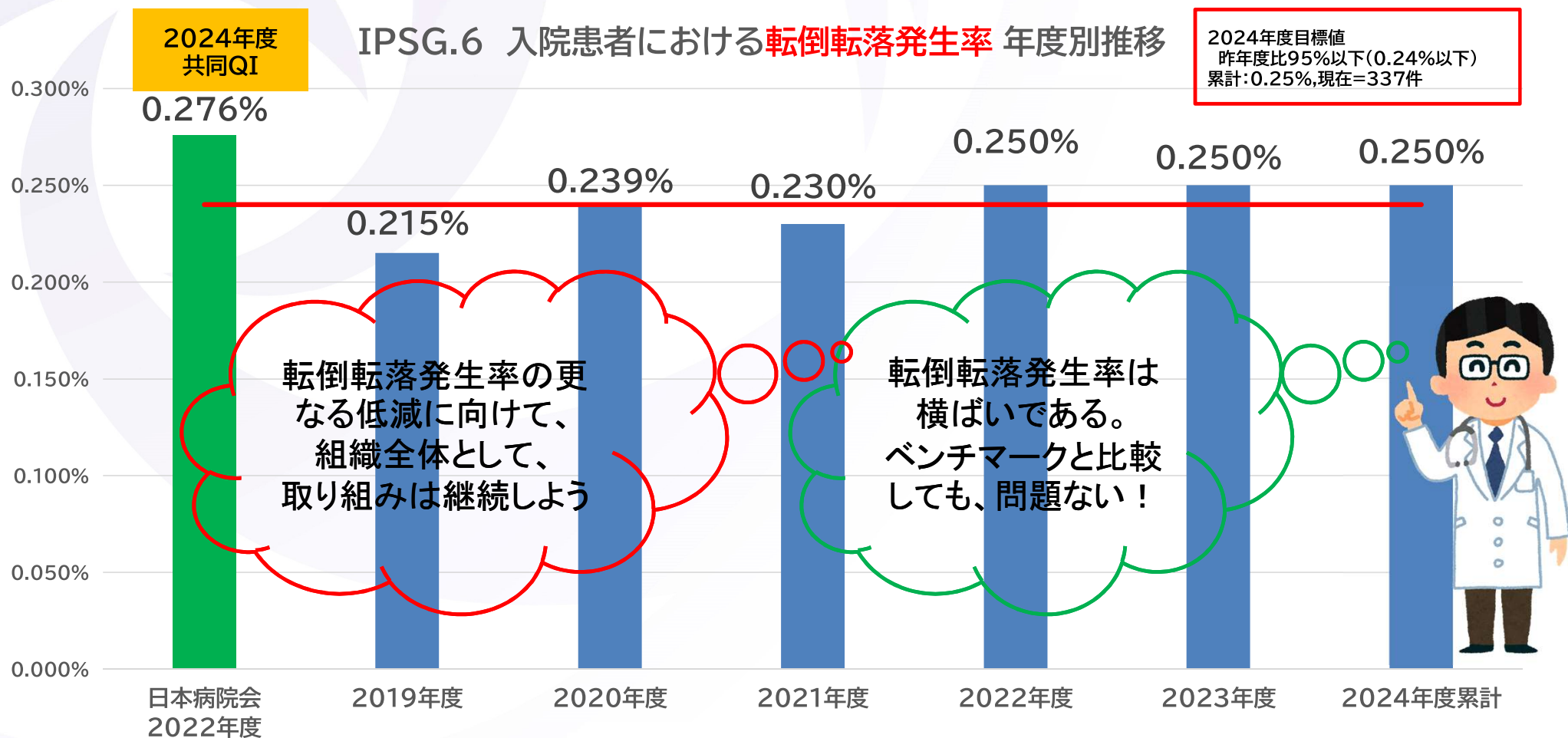
<https://hospital.med.gunma-u.ac.jp/?p=16435>

わたしの施設では、転倒転落対策は「こうありたい」

- まず、自施設の**現状を把握**します。
- **可視化**（数字で示す、工程図で示す、など）することから始めます。
- 全国水準などと比較して、
転倒・転落発生率が高いのか、低いのか、
転倒・転落後の重症事例が多いのか、そうでもないのか、少ないのか、
自施設の中で転倒・転落発生率が低い、もしくは重症事例が少ない部署
ではどのような対策が功を奏しているのか、など
あらゆる方面から**自施設の強み**と、**介入が必要な弱点**を
認識します。



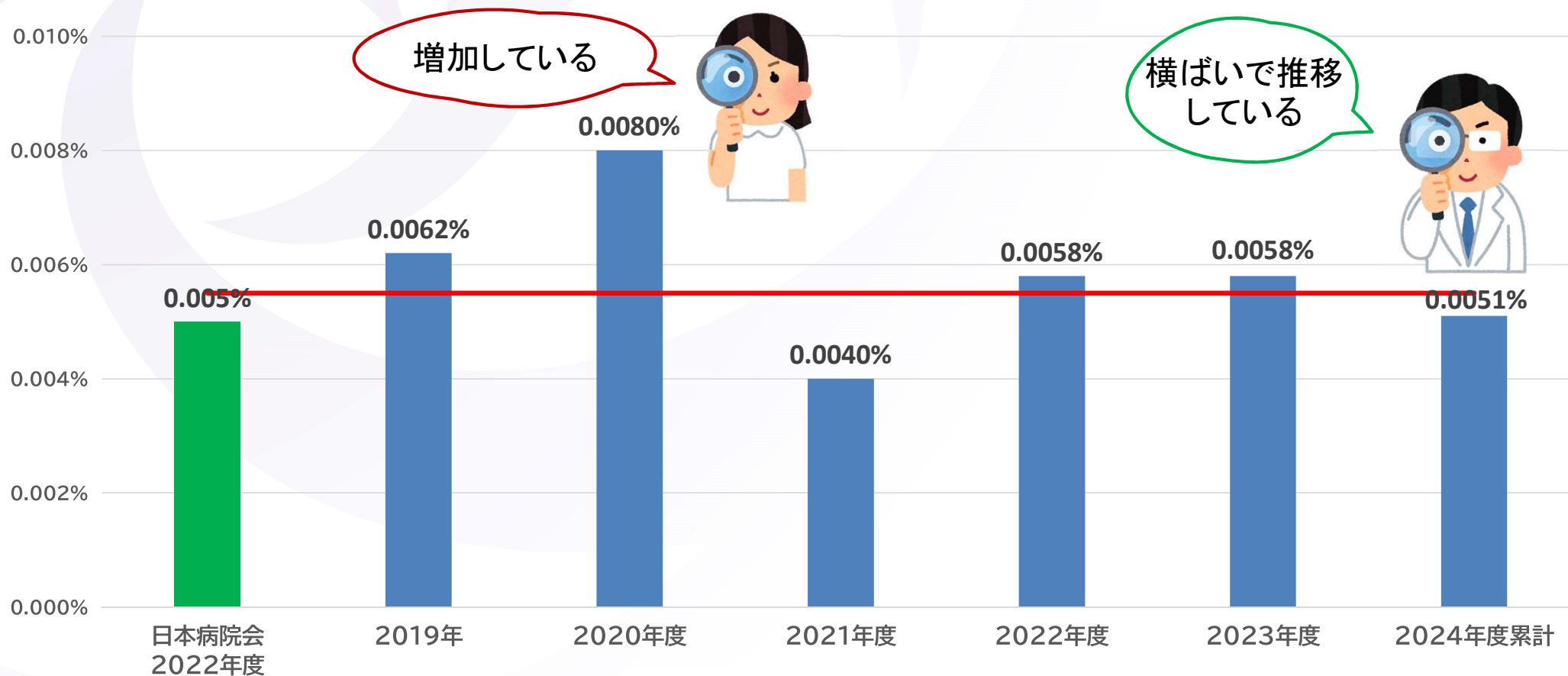
名古屋大学医学部附属病院の例



※発生率は‰(パーミル)ではなく、%(パーセント)で表示しています

名古屋大学医学部附属病院の例

IPSG.6 入院患者における**損傷レベル4以上の転倒転落発生率** 年度別推移



※発生率は‰(パーミル)ではなく、%(パーセント)で表示しています

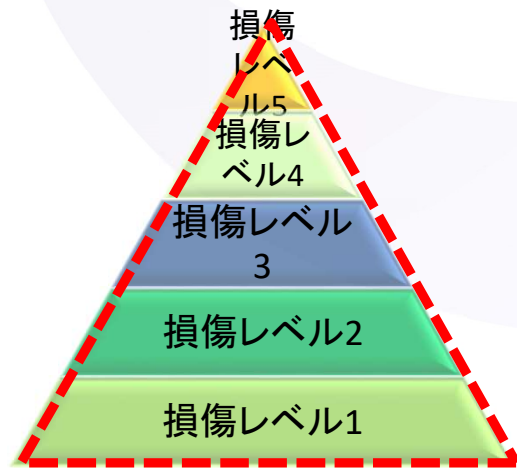
●転倒転落発生率
●転倒転落による損傷レベル4以上発生率
両方に注目してモニタリングしていきます！



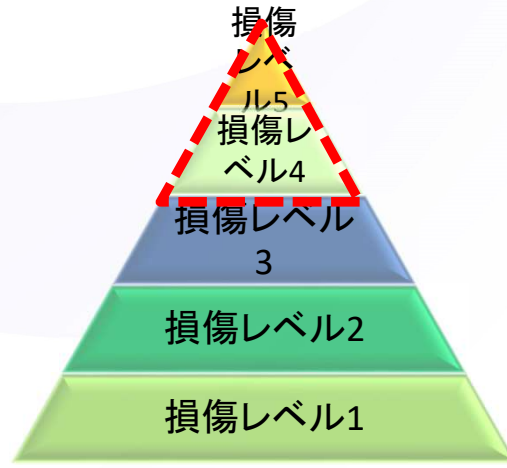
発生状況を定期的
に報告します！



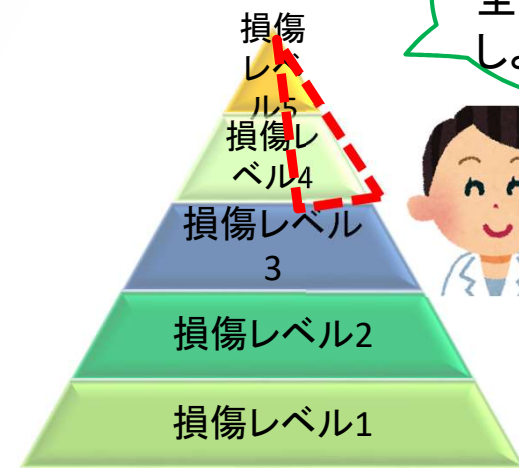
重症事例は
全例検証
しよう！



全ての転倒転落を減らす



重症化をなくす



予防可能な
重症事例をなくす



名古屋大学医学部附属病院の例

転倒転落事故防止WG発足

工学部教員の参加

発生状況のモニタリング開始

対策チーム細分化

外来患者のアセスメント開始

アセスメントシートの見直し

損傷レベル4事例の検証開始

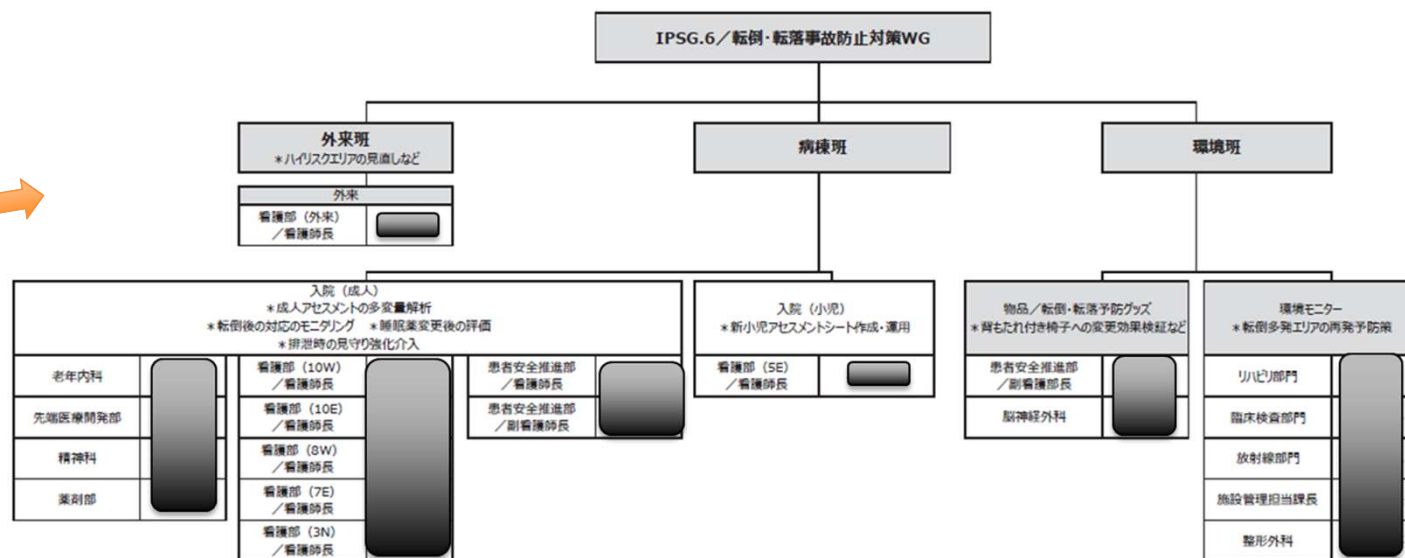
アセスメントシートの見直し

リスク量測定開始

IPSG.6/転倒・転落事故防止対策WG 体制図

2023/5/25現在

国際患者安全目標6：転倒・転落により患者に害がおよぶリスクを軽減する
 IPSG.6 基準：入院患者に対し、病院は転倒・転落により患者に害がおよぶリスクを軽減するためのプロセスを確立し、実施している。
 IPSG.6.1 基準：外来患者に対し、病院は転倒・転落により患者に害がおよぶリスクを軽減するためのプロセスを確立し、実施している。



IPSG.6 測定項目


1. 病院は、転倒・転落リスクにおいて、すべての入院患者を評価するためのプロセスを実施し、そして治療を受けている患者に対し適切な評価ツール/方法を用いている。
2. 病院は、状態の変化により転倒・転落リスクが異なる可能性がある、または文書化された評価に基づき転倒・転落リスクがすでにある入院患者の再評価のためのプロセスを実施している。
3. 転倒・転落リスク軽減のための対策および/または介入が、特定された入院患者、状況、およびリスクがあると評価された病院内の場所において実施される。患者への介入は、文書化される。

IPSG.6.1 測定項目

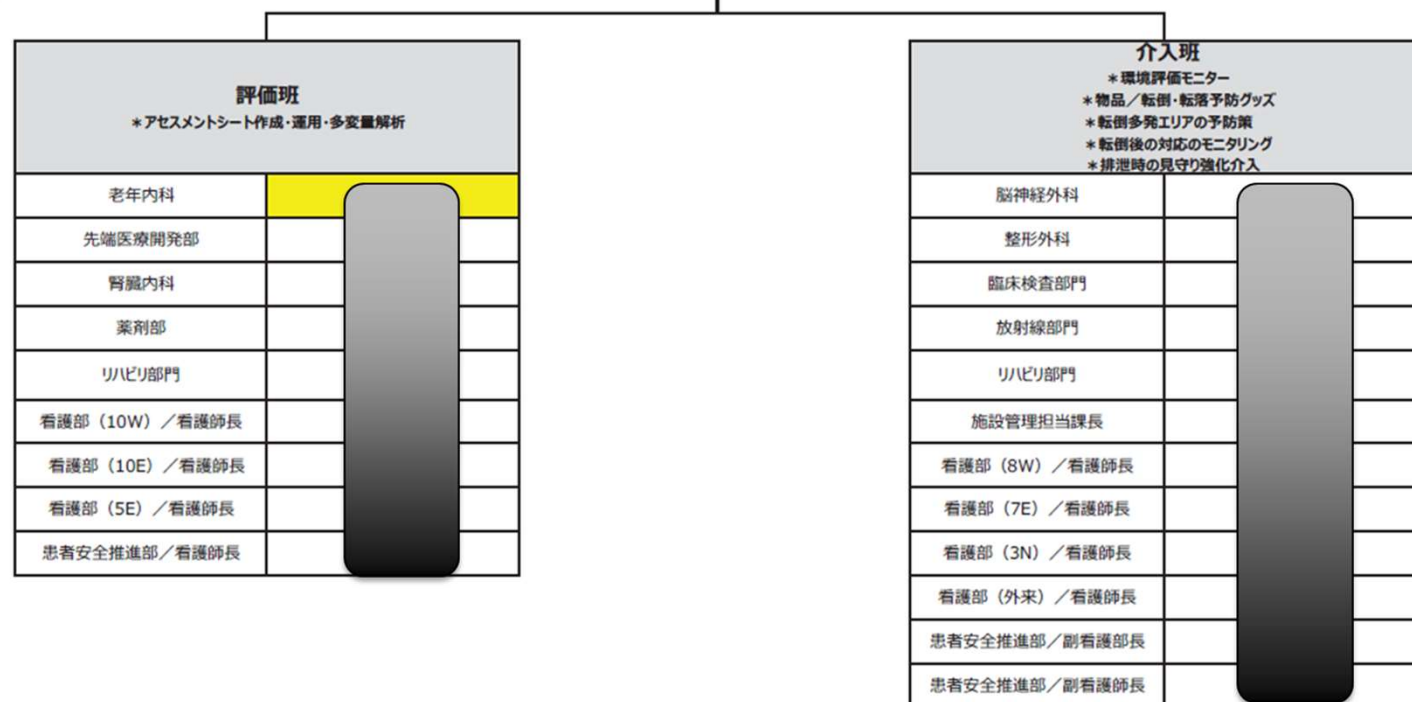
1. 病院は、状態、診断、状況、場所によりリスクがあると思われる外来患者のスクリーニングのためのプロセスを実施し、そして治療を受けている患者に対し適切なスクリーニングツール/方法を用いている。
2. 転倒・転落リスクがスクリーニング・プロセスから特定される場合、リスクがあると特定された外来患者に対して転倒・転落リスク軽減のための対策および/または介入が実施され、そして、スクリーニングおよび介入は文書化されている。
3. 転倒・転落リスク軽減のための対策および/または介入は、転倒・転落リスクがあると評価された外来部門の状況および場所にて実施される。

名古屋大学医学部附属病院の例

必要に応じて見直しています

- 転倒転落事故防止WG発足
- 工学部教員の参加
- 発生状況のモニタリング開始
- 対策チーム細分化 
- 外来患者のアセスメント開始
- アセスメントシートの見直し
- 損傷レベル4事例の検証開始
- アセスメントシートの見直し
- リスク量測定開始

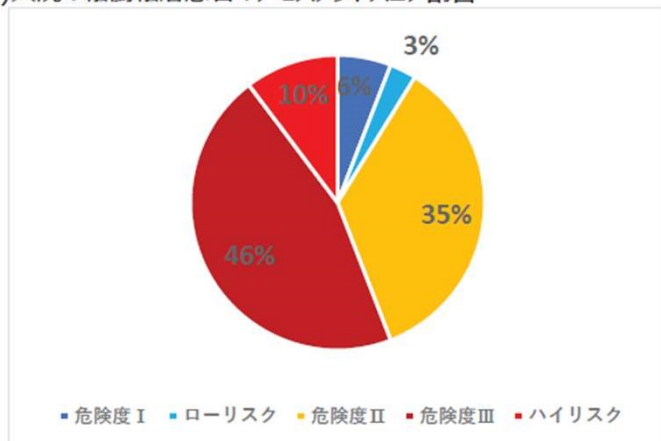
IPSG.6/転倒・転落事故防止対策WG



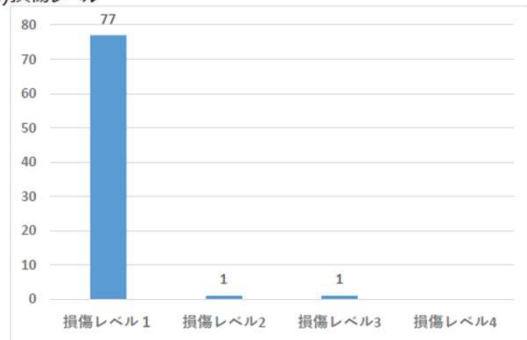
名古屋大学医学部附属病院の例

ある期間における転倒転落患者の分析例

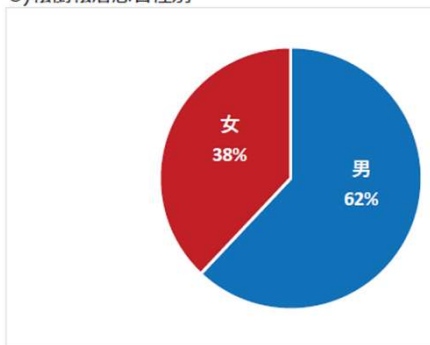
1)入院の転倒転落患者のアセスメントスコア割合



2)損傷レベル

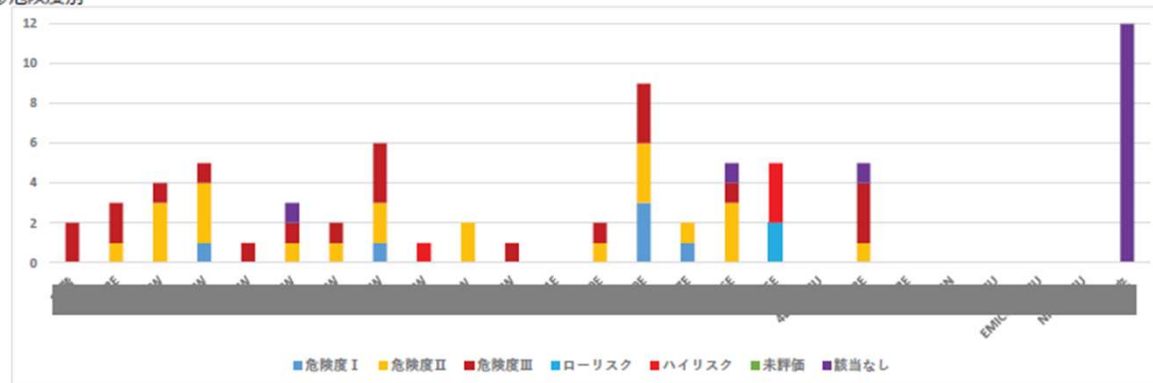


3)転倒転落患者性別

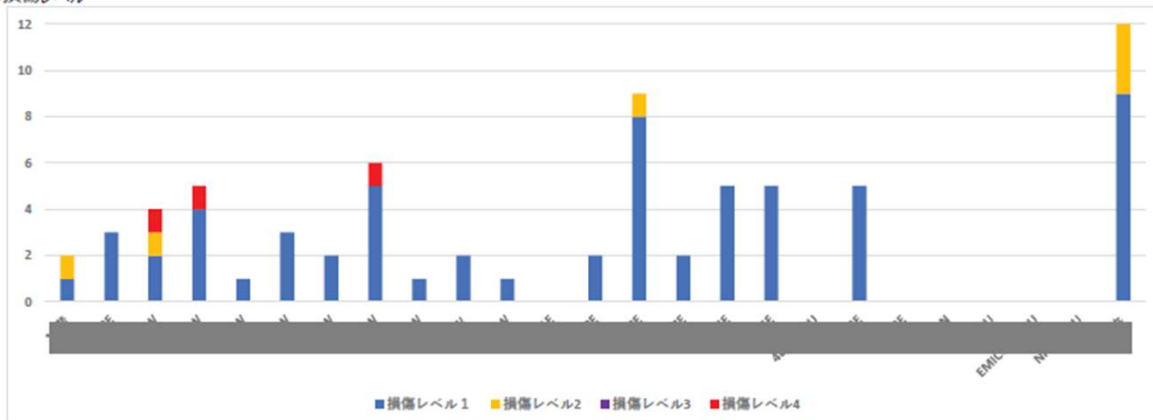


4)病棟別転倒転落件数

①危険度別

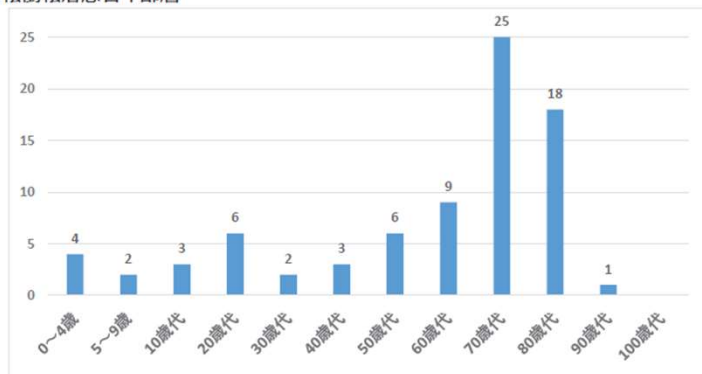


②損傷レベル

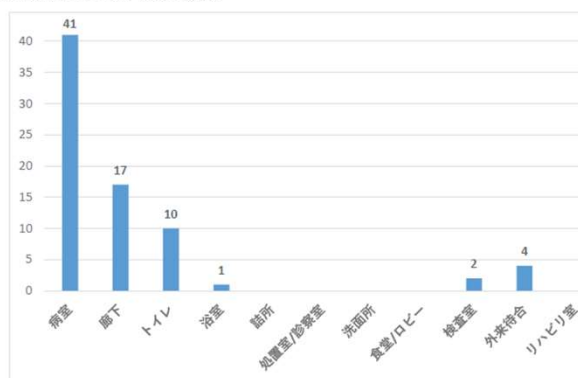


名古屋大学医学部附属病院の例

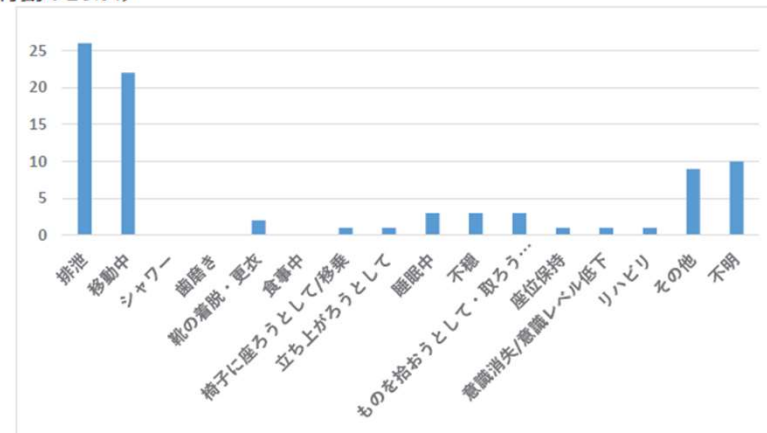
5) 転倒転落患者年齢層



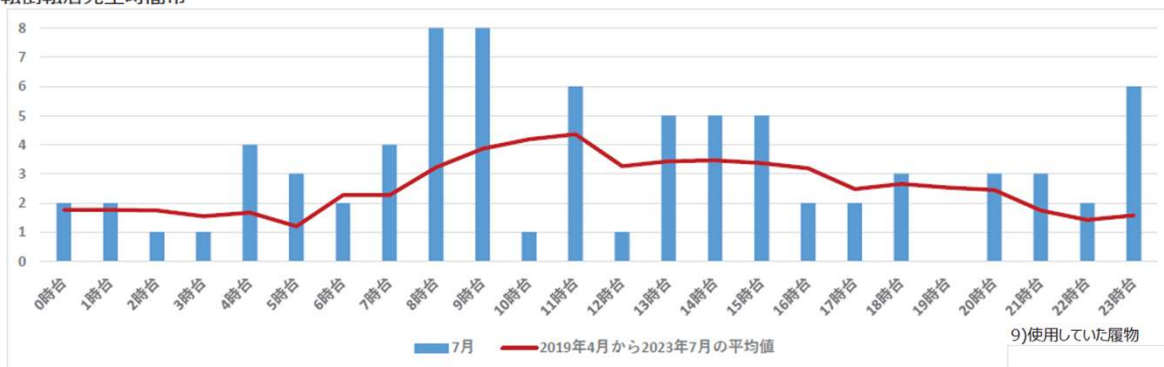
7) 転倒転落インシデント発生場所



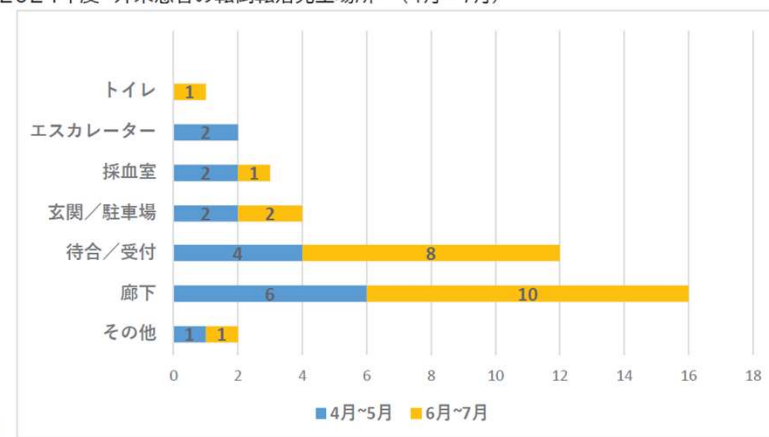
8) 行動のきっかけ



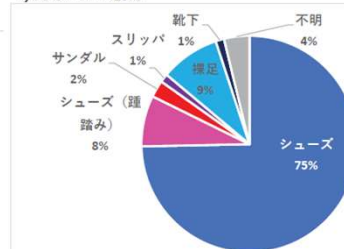
6) 転倒転落発生時間帯



2024年度 外来患者の転倒転落発生場所 (4月~7月)



9) 使用していた履物



名古屋大学医学部附属病院の例

転倒転落事故防止WG発足

工学部教員の参加

発生状況のモニタリング開始

対策チーム細分化

外来患者のアセスメント開始

アセスメントシートの見直し

損傷レベル4事例の検証開始

アセスメントシートの見直し

リスク量測定開始

P-27-2 入院患者における成人転倒転落アセスメントシートの改訂による効果

○佐伯 純^{1,3}、筒井 和恵^{1,3}、濱田 亜沙美^{1,3}、今泉 貴広²、
市川 真由美^{1,3}、梅村 朋¹、栗原 健¹、山本 啓央¹、長尾 能雅¹

¹名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部、²名古屋大学医学部附属病院 先端医療開発部、
³名古屋大学医学部附属病院 看護部

【背景と目的】 転倒転落事故は疾病の回復遅延やADL低下を引き起こす。転倒転落リスクの多面的評価は高リスク群の同定、適切な予防措置、重症化予防が期待される。昨年度、当院の成人転倒転落アセスメントシートを改訂した。内容は3点で①多変量解析した結果からアセスメント項目を37から26項目へ削減した。②「転倒転落歴あり」の配点を1から2点とした。③入院中に転倒転落した患者は評価内容に関わらず危険度Ⅲとした。アセスメントシート改訂により評価内容が臨床所見と差違がないか、業務負担に変化がないかを把握するため、新シートの妥当性と業務負担を調査した。【取り組み】 2023年6月、転倒転落発生数の多い部署また損傷レベルの高い転倒転落発生数が多い部署など4部署を決定した。4部署の看護師に対して旧シートの「記載時間」など4項目についてアンケートを実施した。7月より4部署における新シートの運用を開始した。1ヶ月後同様に新シートのアンケートを実施した。新旧シートのアンケート結果から比較調査を行った。【結果】 アンケート回答数は旧シート94件、新シート88件であった。アセスメントシートの3ヶ月平均入力数は全部署で6479件、4部署では1574件であった。新シートでは全例が危険度Ⅲと評価されるが、アセスメントシート全体で見ると各危険度の割合は新旧で違いはなかった。シート記載時間が5分以上とした回答数は旧シートで25.5%、新シートで16.9%であった。「項目数が適切である」という回答は「あてはまる」「ややあてはまる」が旧シートで86.2%、新シートで97.8%であった。「項目の内容は適切である」という回答は「あてはまる」「ややあてはまる」が旧シートで84.0%、新シートで96.6%であった。「危険度評価は妥当である」という回答は「あてはまる」「ややあてはまる」が旧シートで75.5%、新シートで90.7%であった。4部署の転倒転落発生率に傾向は見られなかった。2023年11月より全部署に対して新シートの運用を開始した。【考察】 新シートは項目数が少ないがアセスメントシートの評価結果に影響を与えず業務負担を軽減した。今後も危険度の評価に加え、適切な転倒転落予防行動と重症化予防対策につながるようアセスメント項目を検討していく。

O-30-5 インシデントレポートの自由記載欄を用いた転倒転落関連のリスク量解析

○上松 東宏^{1,3}、植村 政和^{2,3}、栗原 健^{2,3}、山本 啓央^{2,3}、梅村 朋^{2,3}、
北野 文将^{2,3}、平松 真理子^{3,4}、長尾 能雅^{1,2,3}

¹名古屋大学大学院医学系研究科博士課程 医療の質・患者安全学講座、²名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部、³名古屋大学医学部附属病院 ASUISHI/QSOプロジェクト、⁴慶應義塾大学病院 医療安全管理部

【目的】 インシデントレポートの自由記載欄には、インシデントの背景が詳述され、重要な情報が含まれている。しかし膨大なデータが蓄積される一方、定量的な観点からは十分な活用は困難であった。名古屋大学附属病院（以下、当院）では、医療者集団に潜むリスクを、「重症度」や「過失性」といった要素に注目し、機械学習の手法を用いて自由記載欄の言語的特徴の定量化を行ってきた。今回我々は、転倒転落関連のインシデントレポートを対象を限定し、そのスコアの特徴を解析した。

【方法】 対象は2012年4月～2024年3月に、当院で提出された転倒転落関連のインシデントレポートとした。自由記載欄のデータ解析には、先行研究で作成した複数のスコア（リスクスコア・重症スコア・過失スコア・疾病発生スコア）を使用した。これにより、転倒転落関連レポートの各スコアの経時的変化、レポートに登場する言語的特徴の変化などを後方的に検討した。

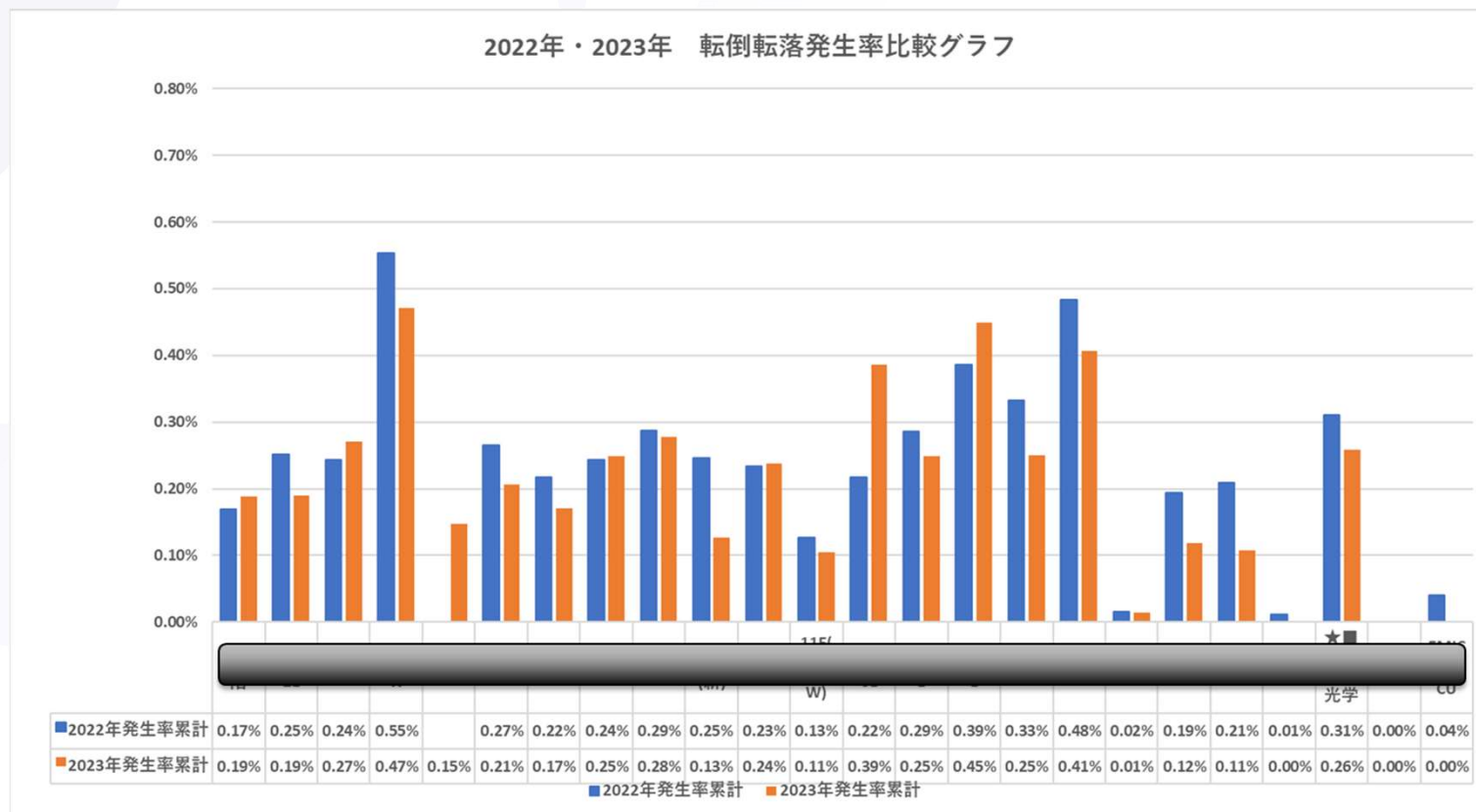
【結果】 対象となる転倒転落関連レポートは9,769件であった。転倒転落関連レポート群の各スコアの平均値は、リスクスコア -1.16（レポート全体：-0.32）、重症スコア 0.46（-0.75）、過失スコア -4.67（-0.1）、疾病発生スコア 1.49（-0.18）であった。経時的にみると、リスクスコアは横ばいで推移していたが、内訳では、重症スコアと疾病発生スコアは低下傾向、過失スコアは上昇傾向を認めた。自由記載欄に登場する言葉の変化として、「移動」や「頭部打撲」等が近年重症スコアの上位に登場しており、重症スコアの上昇に関連する言葉として浮かび上がった。また、「患者の診療科別」のリスクスコア（報告数が30件以上）は、精神科・形成外科・血液内科が全体の上位だったが、経時的に順位は変動した。

【考察】 インシデントレポートの自由記載欄から医療者集団のリスクを定量化する手法を用いて、転倒転落という特定のリスクカテゴリーの分析を行った。スコアや言語的特徴の変化の要因として、JCI受審に伴う対応指針の変更といった介入も影響したことが考えられた。今後は、転倒で発生した損傷などの患者アウトカムや安全文化調査など他スコアとの比較、講じた対策による変化などの影響を分析しながら、スコアの実装を進めていきたい。

名古屋大学医学部附属病院の例

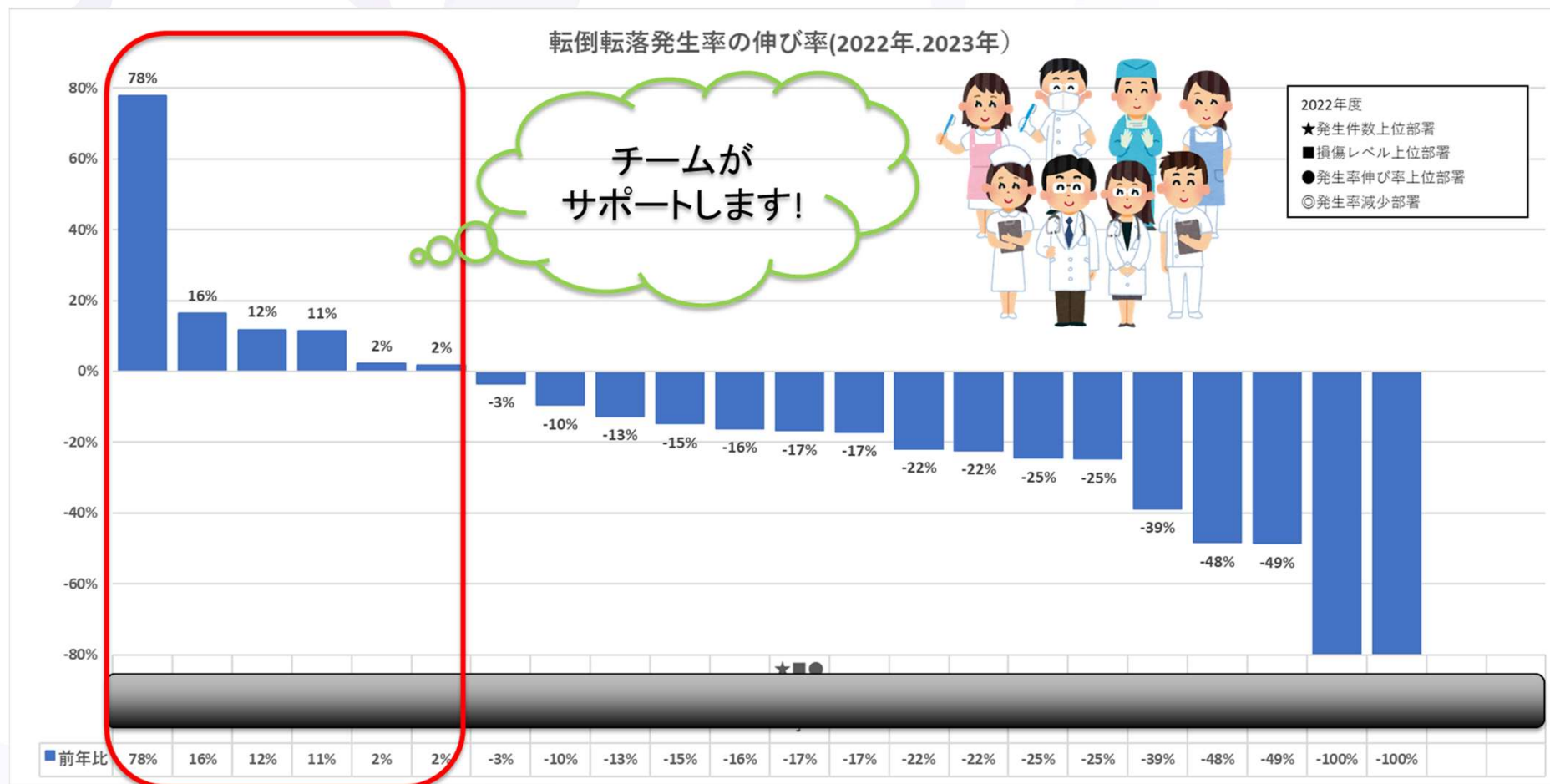
- 転倒転落事故防止WG発足
- 工学部教員の参加
- 発生状況のモニタリング開始
- 対策チーム細分化
- 外来患者のアセスメント開始
- アセスメントシートの見直し
- 損傷レベル4事例の検証開始
- アセスメントシートの見直し
- リスク量測定開始

病院が支援する必要のある部署はどこか？



名古屋大学医学部附属病院の例

変化率で示す。病院は、転倒転落発生率が増加した部署を支援し、大きく低下させた部署からヒントを得る



名古屋大学医学部附属病院の例

QI: Quality Indicator



- 入院患者、及び外来患者の転倒転落発生率は、病院が定める**共同QI***にします。病院が取り組む課題のひとつとして、全職員に周知しています。
- 各部署は、共同QIの中から一つ選択して、部署での取り組みとしてください。

2024年度 共同QI一覧

共同優先事項	指標番号	共同QI (測定項目)	目標値			
国際患者安全目標 (IPSG)	IPSG.1 患者確認	1-1 患者誤認に関する無害事象 (レベル1) 以上発生件数	昨年度比90%以下			
		1-2 患者確認手順遵守率 (表格別添付)	100%			
	IPSG.2 コミュニケーション	1-3 バニック	国際患者安全目標 (IPSG) 転倒・転落 1-14 入院患者における転倒・転落発生率	昨年度比95%以下		
		1-4 患者ケアした無害	1-15 外来患者における転倒・転落発生率	昨年度比95%以下		
	IPSG.3 ハイアラート薬	1-5 ハイアラート	安全かつ適切な診療行為の提供 1-16 入院患者におけるクリニカルパス適用率	40%以上		
	IPSG.4 手術・処置	1-6 手術室 (術前確認)	院内コミュニケーション文化の向上 1-17 全職員における TeamSTEPS 導入コース受講率	100%		
			患者待ち時間の短縮 1-18 外来診察待ち 90分以上の患者数割合	10%以下		
	IPSG.5 感染	1-7 手指衛生	効率的かつ適正な医療資源 適正な業務環境の推進 1-19 年次有給休暇取得の変化率	年間110%以上		
		1-8 集中治療				
		1-9 一般病棟	健全な財務状況の確保 保険請求の適正化 1-20 指導料・管理料の算定率 (悪性腫瘍特異物質治療管理料)	昨年度比103%以上		
		1-10 集中治療				
		1-11 一般病棟			1-21 指導料・管理料の算定率 (特定薬剤治療管理料)	昨年度比103%以上
		1-12 集中治療			1-22 指導料・管理料の算定率 (難病外来指導管理料)	昨年度比103%以上
1-13 手術部位						

各部署／部門は「共同QI」の中から1つ以上を選択する⇒「選択共同QI」
同時に部署／部門独自の目標を設定する⇒「部署QI」

名古屋大学医学部附属病院の例



□ 入院患者、及び外来患者の転倒転落発生率は、病院が定める**共同QI***にします。
病院が取り組む課題のひとつとして、全職員に周知しています。

□ 各部署は、共同QIの中から一つ選択して、**選択共同QI**とし、部署での取り組みとしてください。

35	選択共同QI	01-診療科	皮膚科	2-13	外来患者 転落発生率
36	選択共同QI	01-診療科	耳鼻いんこう科	2-14	外来患者 転落発生率
37	選択共同QI	01-診療科	放射線科	2-15	外来患者における転倒・転落発生率

外来患者は
3診療科が
選択共同QI
として選んだ

31	選択共同QI	01-診療科	整形外科	2-9	入院患者における転倒・転落発生率
40	選択共同QI	01-診療科	老年内科	2-18	入院患者における転倒・転落発生率
41	選択共同QI	01-診療科	脳神経内科	2-19	入院患者における転倒・転落発生率
44	選択共同QI	01-診療科	形成外科	2-22	入院患者における転倒・転落発生率
52	選択共同QI	03-中央診療施設・運営協等	リハビリテーション部	2-30	入院患者における転倒・転落発生率
77	選択共同QI	02-看護部	看護部 (7E)	2-55	入院患者における転倒・転落発生率
82	選択共同QI	02-看護部	看護部 (2E)	2-60	入院患者における転倒・転落発生率
83	選択共同QI	02-看護部	看護部 (3N)	2-61	入院患者における転倒・転落発生率

入院患者は
8部署が
選択共同QI
として選んだ

QI: Quality Indicator

浜松市リハビリテーション病院の例



病床数225床、職員数500名の中規模病院

【病院の使命】

患者の希望する生活に戻るための
リハビリテーションを提供すること

【あるべき姿／ありたい姿】

患者の機能回復を支え、安全に医療を提供する



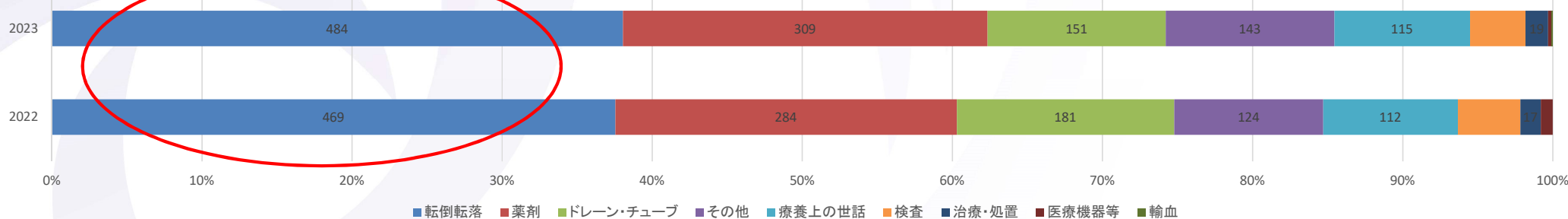
転倒転落対策の病院方針

「転倒転落の発生防止」と、

転倒転落が起きても大事に至らないようにする

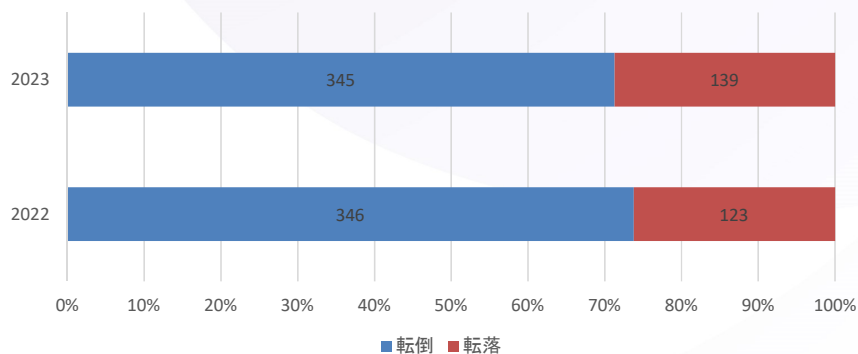
「転倒転落による傷害防止」の視点を持ち、
患者に合ったケアを提供すること

浜松市リハビリテーション病院のインシデント内容の内訳



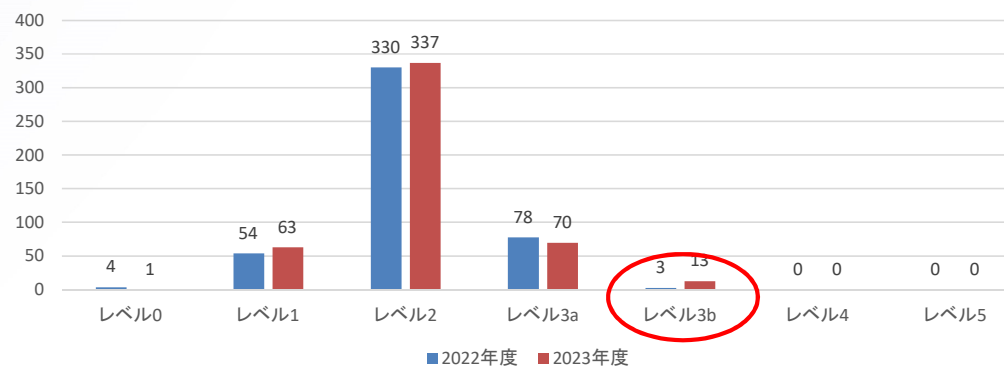
インシデント発生の特徴：転倒転落発生が一番多い

転倒転落の年度別件数比較



転倒が多い

転倒転落のレベル別

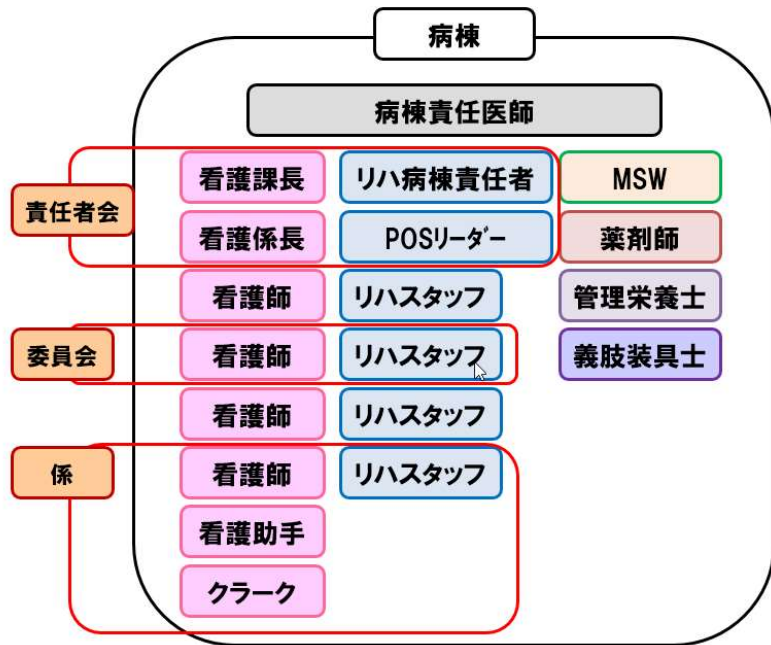


3bが前年度より増えた

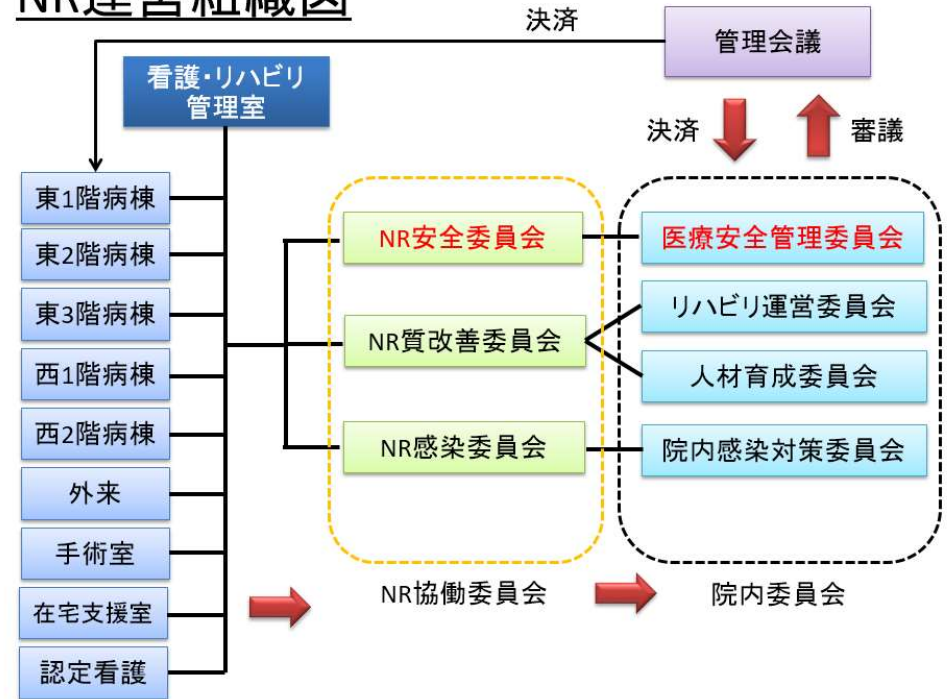
仕組み作り:NR協働体制(2016年~)

看護部とリハビリ部の職員と一緒に職場運営(目標作りや係活動等)する体制
NR委員会と病院委員会の関連性も構築

Nurse - Reha 協働の病棟内の組織図



NR運営組織図



浜松市リハビリテーション病院の例

仕組み作り:NR協働体制

看護部とリハビリ部の職員と一緒に職場運営(目標作りや係活動等)する体制

NRが病棟で一緒に行う実際の転倒転落対策の活動

安全研修



職場内カンファレンス



患者にあわせた環境設定

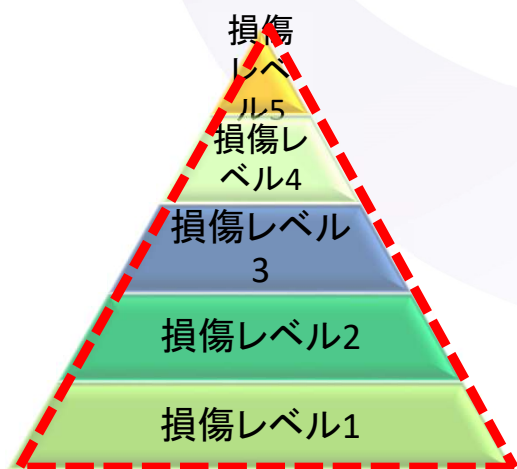


転倒転落の目指すところはどこでしょう

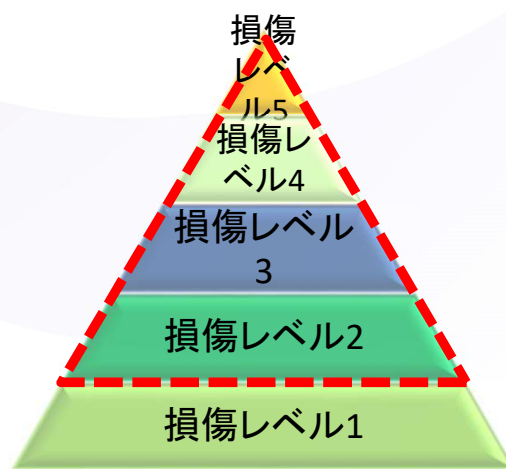
□ 組織の管理者は、転倒転落に関してその施設が担う社会に対する使命(ミッション)、施設のあるべき姿/ありたい姿(ビジョン)、および価値観/行動指針(バリュー)を明確に提示し、組織全体でそのことを意識して行動できるように動機づけます。



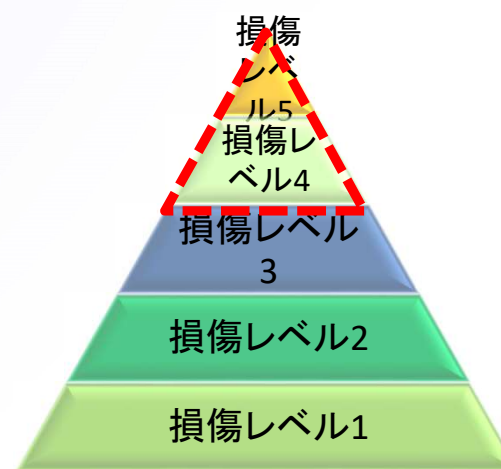
どれを
目指す？



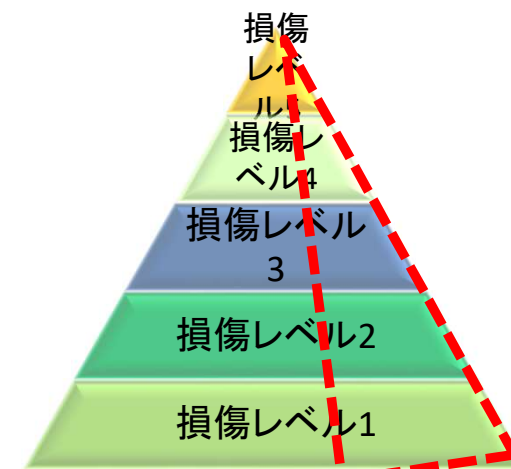
全ての転倒転落を減らす



傷害をなくす



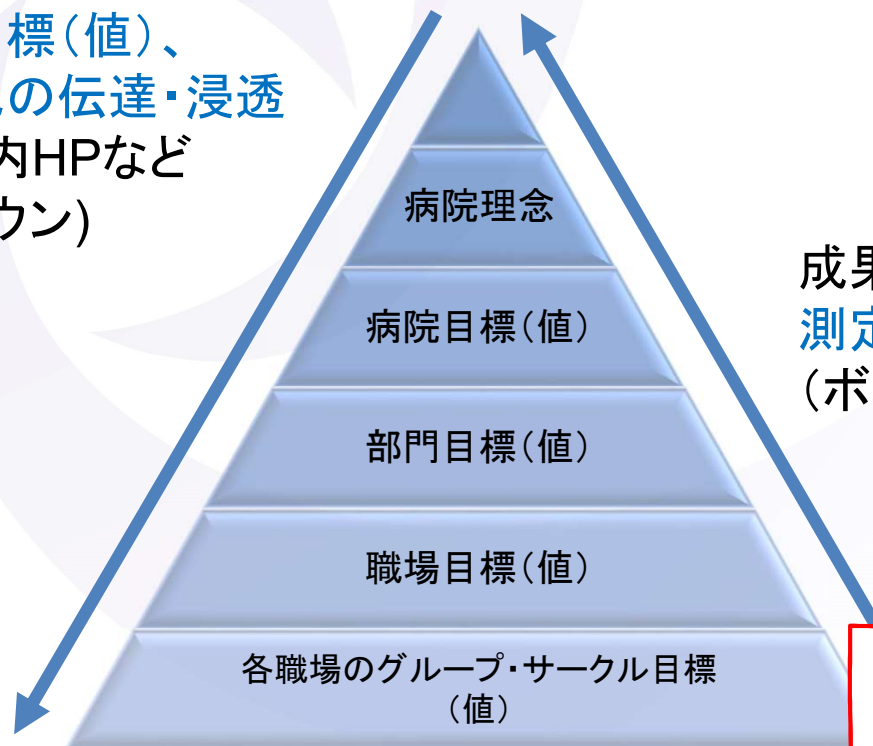
重症化をなくす



予防可能な
転倒転落をなくす

転倒転落対策の組織的な取り組みに向けて

理念や目標(値)、
達成状況の伝達・浸透
会議・院内HPなど
(トップダウン)



成果の積み上げ
測定値報告
(ボトムアップ)

これは、昨年のスライドです。
具体的な方法などについては、
グループ2～6の演者から説明します。
スタッフだけでなく、患者やその家族と共に
同じ目標を認識することがポイントです。

転倒転落対策確立プロジェクト 2group 「目標設定」

自施設のありたい姿と数値で目標を設定する

- 黒川美知代(日本赤十字社 医療事業推進本部 医療の質・研修部)
- 千葉道子(黒石市国民健康保険黒石病院)
- 篠田奈緒子(国家公務員共済組合連合会虎の門病院)

第19回医療の質・安全学会学術集会 COI 開示

筆頭発表者名：黒川美知代

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

- 昨年の学術集会において、私達2グループは各施設が目指すべき目標(案)を提示したが、訂正する
- 自施設に合った対策の着手方法がわからないことが根本的な課題
- 具体的に目指す目標は各施設によって異なるが、5つの重要項目の達成を目指すことは共通である
- 5つの重要項目に対する自組織の現状とありたい姿から目標設定する

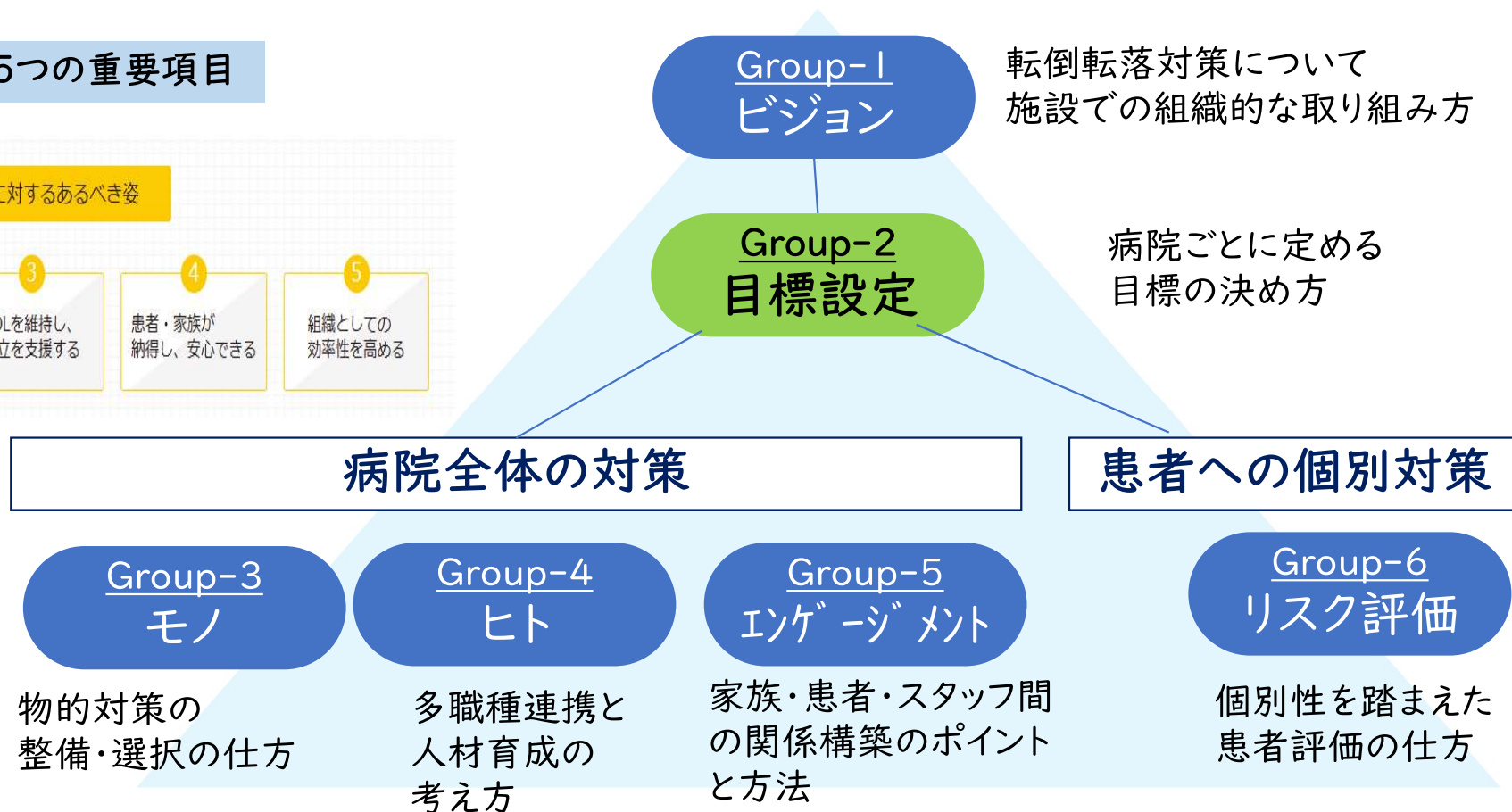
①「転倒転落対策全体の標準づくり」に向けたノウハウ化

【活動内容】 2023年に6つのグループに分かれて領域ごとに協議推進

転倒転落対策における5つの重要項目

転倒転落に対するあるべき姿

- 1 転倒転落による傷害をゼロにする
- 2 患者の尊厳を守る
- 3 ADLを維持し、自立を支援する
- 4 患者・家族が納得し、安心できる
- 5 組織としての効率性を高める



2groupからの提言

「自施設のありたい姿と数値で目標設定する」

- 組織的に転倒転落の問題に取り組むためには、自施設の現状をとらえた上で、自施設のありたい姿に向かって目標を定めることが必要
- 自施設のありたい姿を明確にすることで、ありたい姿と現状を照らし合わせながら、活動の目指す方向を見失わずに進むことができる
- 自施設のありたい姿を描き、数値化することで、自施設の状況に応じた対策の選択につながる

「自施設のありたい姿と数値で目標を設定する」

Step1.現状で起きている「よくないこと」を洗い出す

- ・ ありのままの状態をしてみる
- ・ 起きている「よくないこと」をすべて洗い出す

Step2.自施設のありたい姿と数値を決める

- ・ 特に解決したい「よくないこと」を選ぶ
- ・ 3年後のありたい姿から1年後のありたい姿を決める
- ・ 1年後のありたい姿を数値化する

Step.1 現状で起きている「よくないこと」を洗い出す

自施設の転倒転落に関する

ありのままの状況を話し合い、

起きている「よくないこと」が出たら、

その「よくないこと」をすべて洗い出す

(数値がわかるものは数値も書き出す)

転倒転落対策における5つの重要項目

1 転倒転落の発生：自施設の転倒転落事故の発生状況を知る

- ・転倒転落事故の発生時間、場所、発生状況、対象患者の状況、事故による傷害の程度、類似事例の発生頻度など

2 患者の尊厳：転倒転落予防を目的とした身体拘束（抑制）の状況を知る

- ・組織内の身体拘束（抑制）の実施状況、実施期間、実施方法、実施中の観察方法と記録など
- ・患者の尊厳は守られているか

3 ADLの維持：リハビリ実施状況、患者の療養生活の状況を知る

- ・患者のADLの維持、自立支援の実施状況、多職種間や自組織を取り巻く地域との情報共有
- ・リハビリや日常生活の自立支援へ向けた取り組み

4 患者・家族の安心：転倒転落対策に関する患者・家族との合意状況、患者満足度を知る

- ・患者・家族に転倒転落対策の説明をどのように実施し、理解が得られているか
- ・患者・家族の満足は得られているか

5 組織の効率：転倒転落対策に関する組織としての効率性（組織としての対策状況）を知る

- ・自施設は組織としてのどのような対策状況か
- ・転倒転落に関連しての労働環境、勤務状況

Step.2 自施設のありたい姿と数値を決める

Step 2 – ① 特に解決したい「よくないこと」を選ぶ

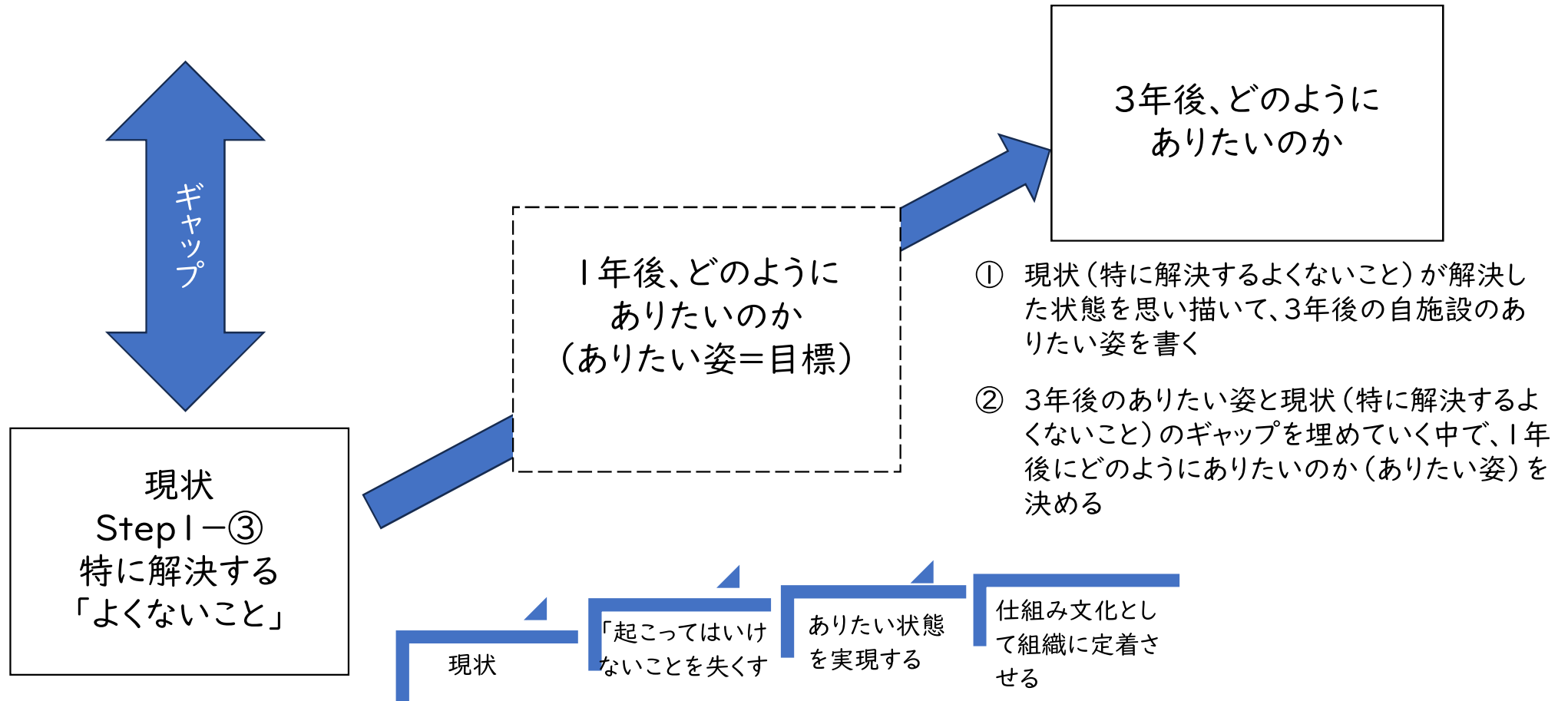
- Step1で洗い出した「よくないこと」から特に解決することを決めるために、洗い出した全ての「よくないこと」を似ているもの、違うもの、発生が多いもの、現状で取り組まれていないもの等の視点で話し合い、項目立てする
- 項目立てした「よくないこと」の中で、特に解決したいことを絞り（重点志向）、解決する「よくないこと」を選ぶ

【選び方の視点】

- 重要性 緊急性 : 本質的な問題を解決する 患者への影響・頻度
- 頻度の多さ : 今すぐ取り掛からなければ影響が拡大する 頻度
- 効果性 リソース効率 : まずは短期間で成果を挙げる 対策の効果 やりやすさ 職種間連携
- ばらつき : 他院・他病棟と比較してレベルが低いところを対応する
病棟によるばらつき・格差をなくす

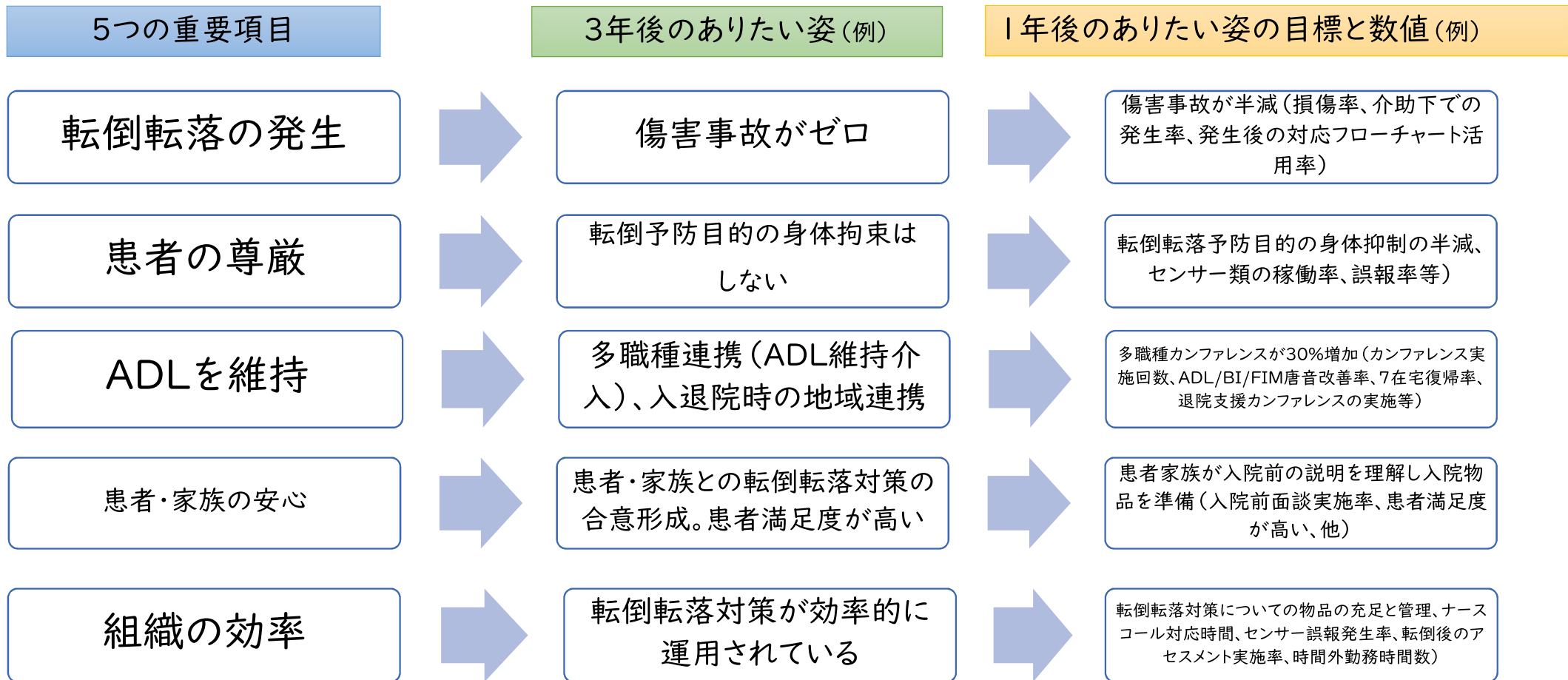
Step2. 自施設のありたい姿と目標を決める

2 - ② 3年後のありたい姿から1年後のありたい姿を決める



Step2. 自施設のありたい姿と目標を決める

Step 2 – ③ 1年後の姿になるための**具体的目標**を定め、**数値化する**



自施設のありたい姿を描き、数値を決めることの意味

- 転倒転落対策のためのリソースは施設ごとに違うが、5つの重要項目の達成を目指すことは共通
- 5つの重要項目を達成するためのありたい姿は施設ごとに異なる
- 自施設の現状をありのままに書き出し、3年後の自施設のありたい姿、1年後のありたい姿を明らかにしてから対策に着手する
- 特に解決したい「よくないこと」に絞って重点的に取り組む

ありたい姿を決めておくこと: 目指す方向を見失うことなく、今いる時点を確認しながら活動を進めることができる

ありたい姿の数値を決めること: ありたい姿に近づいたのか、を評価することができる

Current Best Approach

A病院 転倒転落対策チーム

- 所在地:東京都
- 病床数:819床
- 急性期一般 ■ 2次救急
- 平均在院日数:10.8日
- 病床利用率:76.6%(2023年度平均)
- 転倒転落対策チーム

メンバー:医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、事務名

全14

Step 1 - ① ありのままの状態をしてみる

5つの重要項目

転倒転落の発生

- 転倒発生率:1.61% 損傷率:0.013%
- 発生率は年々減少だが、外来の転倒が前年度よりも増加
- 看護師付添下での転倒が一定数ある
- 血液内科患者数が多く転倒も多い。血液内科は転倒時の損傷が大きくなるリスク

患者の尊厳

- 身体拘束率:14.3%
- 身体拘束最小化チームはまだ未設置
- 多職種での身体拘束解除へ向けた検討が課題

ADLの維持

- 転倒転落対策チームとして、この項目の視点が持っていない
- BIの入院時、退院時の変化
- 入院時から退院後の自立支援へ向けた取り組みが不十分

患者・家族の安心

- 転倒転落対策について、患者・家族へ向けた説明と同意が十分行えていない
- 看護計画や行動制限の同意書にサインをもらっているが、形式的
- 入院中はリスク評価・計画立案するが、その情報が外来へ引き継がれない
- 外来における多職種での転倒転落リスク評価や対策の説明行えていない

組織の効率性

- 転倒転落対策チームの存在
- チームラウンドを開始して以降、転倒発生率が低減
- 5年前にベッド内蔵型離床センサーを導入。現場の負担軽減した実感あり

Step 1 - ② 起きている「よくないこと」をすべて洗い出す

5つの重要項目

転倒転落の発生

- 転倒発生率:1.61% 損傷率:0.013%
- 発生率は年々減少だが、**外来の転倒が前年度よりも増加**
- **看護師付添下での転倒が一定数ある**
- **血液内科患者数が多く転倒も多い。血液内科は転倒時の損傷が大きくなるリスク**

患者の尊厳

- **身体拘束率:14.3%**
- **身体拘束最小化チームはまだ未設置**
- **多職種での身体拘束解除に向けた検討が課題**

ADLの維持

- 転倒転落対策チームとして、**この項目の視点が持っていない**
- BIの入院時、退院時の変化
- **入院時から退院後の自立支援へ向けた取り組みが不十分**

患者・家族の安心

- 転倒転落対策について、**患者・家族へ向けた説明と同意が十分行えていない**
- 看護計画や行動制限の**同意書にサインをもらっているが、形式的**
- 入院中はリスク評価・計画立案するが、その**情報が外来へ引き継がれない**
- **外来における多職種での転倒転落リスク評価や対策の説明行えていない**

組織の効率性

- 転倒転落対策チームの存在
- チームラウンドを開始して以降、転倒発生率が低減
- 5年前にベッド内蔵型離床センサーを導入。現場の負担軽減した実感あり

Step 2 – ① 特に解決したい「よくないこと」を選ぶ

5つの重要項目

転倒転落の発生

- 転倒発生率:1.61% 損傷率:0.013%
- 発生率は年々減少だが、**外来の転倒が前年度よりも増加**
- **看護師付添下での転倒**が一定数ある
- 血液内科患者数が多く転倒も多い。**血液内科は転倒時の損傷が大きくなるリスク**

患者の尊厳

- **身体拘束率:14.3%**
- **身体拘束最小化チームはまだ未設置**
- **多職種での身体拘束解除に向けた検討が課題**

ADLの維持

- 転倒転落対策チームとして、**この項目の視点が持っていない**
- BIの入院時、退院時の変化
- **入院時から退院後の自立支援へ向けた取り組みが不十分**

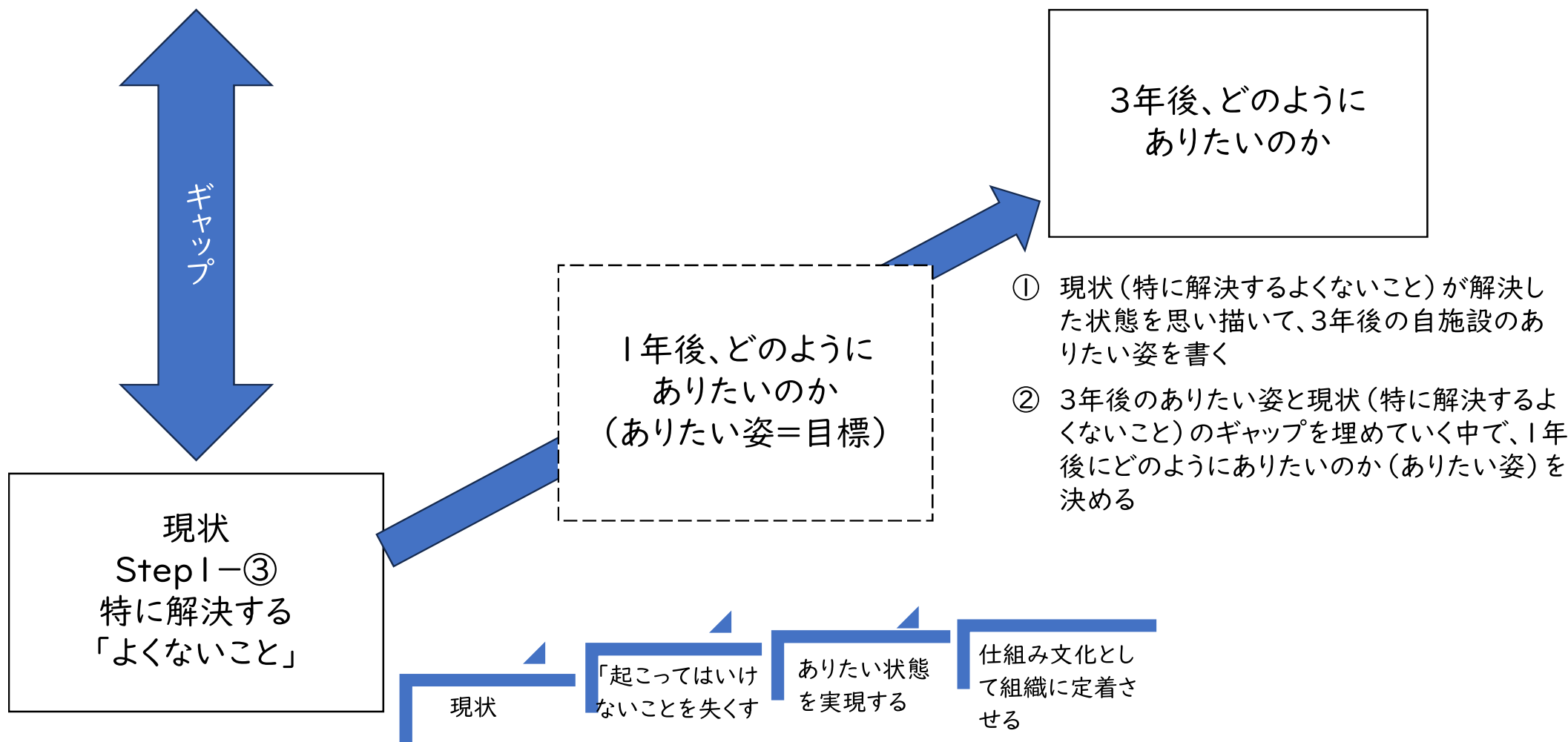
患者・家族の安心

- 転倒転落対策について、患者・家族へ向けた**説明と同意が十分行えていない**
- 看護計画や行動制限の**同意書にサインをもらっているが、形式的**
- 入院中はリスク評価・計画立案するが、その**情報が外来へ引き継がれない**
- **外来における多職種での転倒転落リスク評価や対策の説明行えていない**

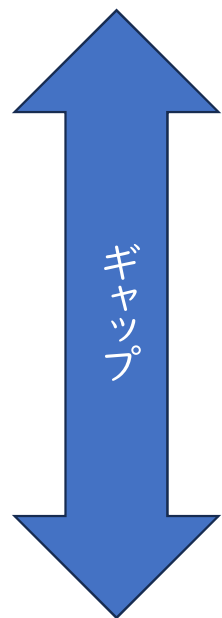
組織の効率性

- 転倒転落対策チームの存在
- チームラウンドを開始して以降、転倒発生率が低減
- 5年前にベッド内蔵型離床センサーを導入。現場の負担軽減した実感あり

Step 2 – ② 3年後のありたい姿から1年後のありたい姿を決める



Step 2 – ② 3年後のありたい姿から1年後のありたい姿を決める



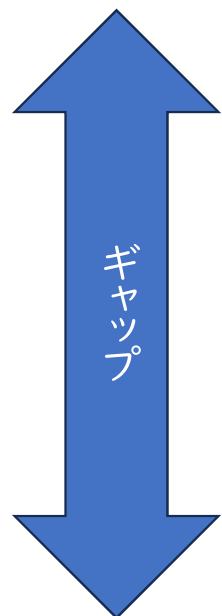
3年後のありたい姿

1年後のありたい姿

現状のよくないこと

- 外来の転倒発生率増加
- 説明と同意が不十分
- 入院から外来への情報共有不足
- 外来での多職種による転倒予防

Step 2 – ② 3年後のありたい姿から1年後のありたい姿を決める



3年後のありたい姿

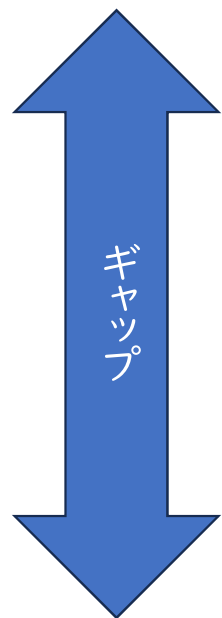
- 入院時・入院中の転倒転落リスクおよび対策の説明充実により、患者の理解・満足度が上がる
- その結果外来の転倒発生率が低減する

1年後のありたい姿

現状のよくないこと

- 外来の転倒発生率増加
- 説明と同意が不十分
- 入院から外来への情報共有不足
- 外来での多職種による転倒予防

Step 2 – ② 3年後のありたい姿から1年後のありたい姿を決める



3年後のありたい姿

- 入院時・入院中の転倒転落リスクおよび対策の説明充実により、患者の理解・満足度が上がる
- その結果外来の転倒発生率が低減する

1年後のありたい姿

- 入院時、パンフレットを用いた説明の徹底
- 入院中転倒した患者・危険度Ⅲと評価された患者への教育指導充実
- 入院から外来への転倒リスクに関する情報共有徹底

現状のよくないこと

- 外来の転倒発生率増加
- 説明と同意が不十分
- 入院から外来への情報共有不足
- 外来での多職種による転倒予防

Step 2 – ② 3年後のありたい姿から1年後のありたい姿を決める



- 現状のよくないこと
- 外来の転倒発生率増加
 - 説明と同意が不十分
 - 入院から外来への情報共有
 - 外来での多職種による転倒

1年後のありたい姿

- 入院時、パンフレットを用いた説明の徹底
 - ▶ 実施状況の評価が必要
- 入院中転倒した患者・危険度Ⅲと評価された患者への教育指導充実
 - ▶ リスク評価実施率・看護計画立案率監査が必要
- 入院から外来への転倒リスクに関する情報共有徹底
 - ▶ 情報の引継ぎ方法を決定し、実施率を評価

3年後のありたい姿

- 入院時・入院中の転倒転落リスクおよび対策の説明充実により、患者の理解・満足度が上がる
- その結果外来の転倒発生率が低減する

5つの重点項目と2Stepで目標設定してみても感想

- これまで転倒転落の発生に視点が集中しがちだった。5つの重要項目を意識したことで、今まで注目しきれなかった課題に気づけた。
- これまで外来の転倒についてハード面からの改善ばかり考えていたが、5つの重要項目に沿って改めて考え直したことで、入院時からの情報共有がカギだったのだと気づけた。
- 3年後の理想も含めたありたい姿を描いてから、1年後の具体的な目標を考えることで、ブレずに方向性を見定めて考えられた。
- 最初から1年後の目標を考えていたら、どうしても実現可能な範囲に限定してしまっていたかもしれない。
- 最後に目標を数値化するのが難しかった。目指したい姿によっては数値で表しきれない場合もある。

まとめ

- 組織的に転倒転落の問題に取り組むために「自組織のありたい姿と数値で目標設定する」ことを提示した
- ありたい姿を明確にすることで、目指す方向を見失うことなく活動することができ、ありたい姿=目標を数値化することで評価ができる
- 数値目標の達成だけがノルマではなく、本質を見失わないようにすることが重要。「どのような状態になりたいのか」指標としての数値である

ご清聴ありがとうございました

転倒転落への目標を達成するための 物的対策

○初雁卓郎(パラマウントヘルスケア総合研究所)
奥 俊介(転倒転落研究会RoomT2)
川口 潤(パラマウントベッド株式会社)



【講演概要】

1. 背景と目的
2. 物的対策の進め方
3. Current Best Approach
4. 今後の物的対策



第19回医療の質・安全学会学術集会 COI 開示

筆頭発表者名： 初雁 卓郎

パラマウントヘルスケア総合研究所
および
転倒転落研究会(略称:RoomT2)
は
パラマウントベッド株式会社に
活動支援を受けています

転倒転落事故の要因として、物的対策は大きく関与する

■ 転倒・転落事故 物的対策の分類

未然防止策

情報共有支援

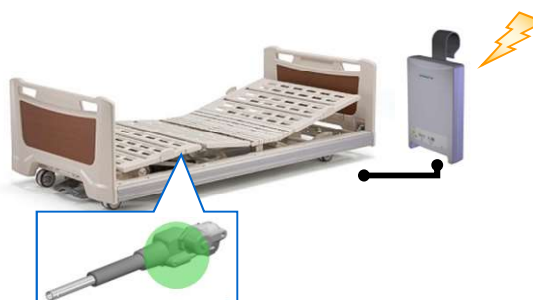


転倒転落予防DVD,
ピクトグラム, etc.

患者・家族やスタッフが
一丸となる

直前防止策

リスク動作検出＋通知



離床センサ(ベッド内蔵式,
マット式, クリップ式, etc.)

リスク動作を検出・通知する
ことで直前に事故を防ぐ

被害軽減策

衝撃緩和



緩衝マット,
低床ベッド, etc.

転倒しても受傷させない

患者や状況に応じて複合的な物的対策が重要

物的対策を推進するために、物的対策の標準化を目指す

①物的対策として十分な備品があるか
把握していますか？

②備品をうまく使えていますか？

① 必要十分な備品があるかを確認しましょう！

病棟ラウンド
↓
備品の保有数を洗い出し

Room11 設備部 Ver.02(2021.03.15)

備品保有数チェックシート

調査した病棟 病床数

各病棟の備品保有数の情報を持ち寄って、導入されている備品の現状についてディスカッションしてみましょう。
① 病棟にある備品の数(設置台数と保管数の合計)を確認の上、ご記入ください。
② 一覧に記載のない備品については、「その他」に院内呼称(または製品名等)をご記入ください。

品目	備品数	品目	備品数
1 ベッド		4 介護リフト	
平床仕様ベッド		介護リフト	
手動ベッド		スライディングボード	
電動ベッド		スライディングシート	
電動ベッド(低床)		その他()	
その他()			
2 褥		5 移動用具	
巻込み褥		杖(4点杖など)	
介助バー		歩行器	
折りたたみ褥		歩行車	
遠投褥		自走式車いす	
サイドサポート		介助式車いす	
その他()		リクライニング車いす	
		ストレッチャー	
		その他()	
3 センサー		6 事故軽減	
床置きマットセンサー		緩衝マット	
マットレス上置きマットセンサー			
ベッド用ひもセンサー		その他()	
車いす用ひもセンサー			
ベッド内蔵センサー			
ナースコール中継ユニット			
その他()			

全患者チェック
↓
備品の必要数を推定

まずは1日分
できれば1か月

表1. 療養環境アセスメントシート

病室番号	病室番号	病室番号	病室番号	病室番号	病室番号	病室番号	病室番号	病室番号
病室A	病室B	病室C	病室D	病室E	病室F	病室G	病室H	病室I
①	①	①	①	①	①	①	①	①
②	②	②	②	②	②	②	②	②
③	③	③	③	③	③	③	③	③
④	④	④	④	④	④	④	④	④
⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤
⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥
⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦
⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧
⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨
⑩	⑩	⑩	⑩	⑩	⑩	⑩	⑩	⑩
⑪	⑪	⑪	⑪	⑪	⑪	⑪	⑪	⑪
⑫	⑫	⑫	⑫	⑫	⑫	⑫	⑫	⑫
⑬	⑬	⑬	⑬	⑬	⑬	⑬	⑬	⑬
⑭	⑭	⑭	⑭	⑭	⑭	⑭	⑭	⑭
⑮	⑮	⑮	⑮	⑮	⑮	⑮	⑮	⑮
⑯	⑯	⑯	⑯	⑯	⑯	⑯	⑯	⑯
⑰	⑰	⑰	⑰	⑰	⑰	⑰	⑰	⑰
⑱	⑱	⑱	⑱	⑱	⑱	⑱	⑱	⑱
⑲	⑲	⑲	⑲	⑲	⑲	⑲	⑲	⑲
⑳	⑳	⑳	⑳	⑳	⑳	⑳	⑳	⑳
㉑	㉑	㉑	㉑	㉑	㉑	㉑	㉑	㉑
㉒	㉒	㉒	㉒	㉒	㉒	㉒	㉒	㉒
㉓	㉓	㉓	㉓	㉓	㉓	㉓	㉓	㉓
㉔	㉔	㉔	㉔	㉔	㉔	㉔	㉔	㉔
㉕	㉕	㉕	㉕	㉕	㉕	㉕	㉕	㉕
㉖	㉖	㉖	㉖	㉖	㉖	㉖	㉖	㉖
㉗	㉗	㉗	㉗	㉗	㉗	㉗	㉗	㉗
㉘	㉘	㉘	㉘	㉘	㉘	㉘	㉘	㉘
㉙	㉙	㉙	㉙	㉙	㉙	㉙	㉙	㉙
㉚	㉚	㉚	㉚	㉚	㉚	㉚	㉚	㉚
㉛	㉛	㉛	㉛	㉛	㉛	㉛	㉛	㉛
㉜	㉜	㉜	㉜	㉜	㉜	㉜	㉜	㉜
㉝	㉝	㉝	㉝	㉝	㉝	㉝	㉝	㉝
㉞	㉞	㉞	㉞	㉞	㉞	㉞	㉞	㉞
㉟	㉟	㉟	㉟	㉟	㉟	㉟	㉟	㉟
㊱	㊱	㊱	㊱	㊱	㊱	㊱	㊱	㊱
㊲	㊲	㊲	㊲	㊲	㊲	㊲	㊲	㊲
㊳	㊳	㊳	㊳	㊳	㊳	㊳	㊳	㊳
㊴	㊴	㊴	㊴	㊴	㊴	㊴	㊴	㊴
㊵	㊵	㊵	㊵	㊵	㊵	㊵	㊵	㊵
㊶	㊶	㊶	㊶	㊶	㊶	㊶	㊶	㊶
㊷	㊷	㊷	㊷	㊷	㊷	㊷	㊷	㊷
㊸	㊸	㊸	㊸	㊸	㊸	㊸	㊸	㊸
㊹	㊹	㊹	㊹	㊹	㊹	㊹	㊹	㊹
㊺	㊺	㊺	㊺	㊺	㊺	㊺	㊺	㊺
㊻	㊻	㊻	㊻	㊻	㊻	㊻	㊻	㊻
㊼	㊼	㊼	㊼	㊼	㊼	㊼	㊼	㊼
㊽	㊽	㊽	㊽	㊽	㊽	㊽	㊽	㊽
㊾	㊾	㊾	㊾	㊾	㊾	㊾	㊾	㊾
㊿	㊿	㊿	㊿	㊿	㊿	㊿	㊿	㊿

病棟別に保有する備品数を確認する

病棟別に必要な備品数を確認する

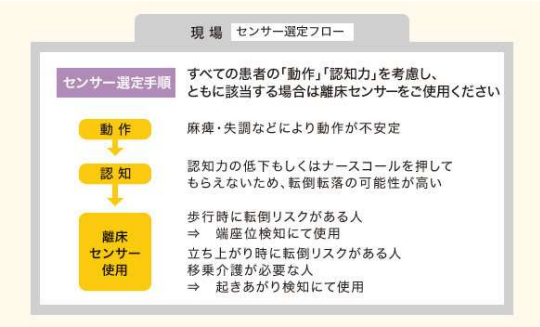
病棟別に備品数の過不足を確認し、適正に再配置する

② 備品に関する運用・教育のルールを決めましょう！

離床センサの使用可否と通知タイミング

ベッド柵の設置数

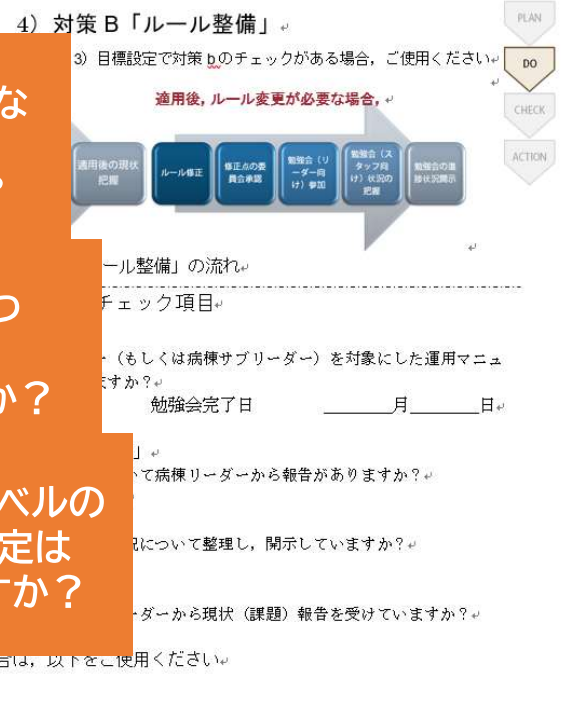
離床センサ	ベッド柵	歩行器	歩行補助具	歩行車
「患者に離床センサーですか？」	「この中継器はどの場所にあるべきですか？」	「患者が歩行器を使用する必要がある場合はありますか？」	「歩行補助具が必要な患者はありますか？」	「患者が歩行車を使用する必要がある場合はありますか？」
① 離床センサーが機能しているか	① 柵の高さが適切か	① 歩行器が適切か	① 歩行補助具が適切か	① 歩行車が適切か
② 離床センサーが機能していない	② 柵の設置数や位置が適切か	② 歩行器が適切でない	② 歩行補助具が適切でない	② 歩行車が適切でない
③ 離床センサーが機能している	③ 柵の設置数や位置が適切でない	③ 歩行器が適切である	③ 歩行補助具が適切である	③ 歩行車が適切である
④ 離床センサーが機能していない	④ 柵の設置数や位置が適切でない	④ 歩行器が適切でない	④ 歩行補助具が適切でない	④ 歩行車が適切でない



教育が必要な備品は何ですか？

誰がいつ教育していますか？

頻度やレベルの目標設定はありますか？



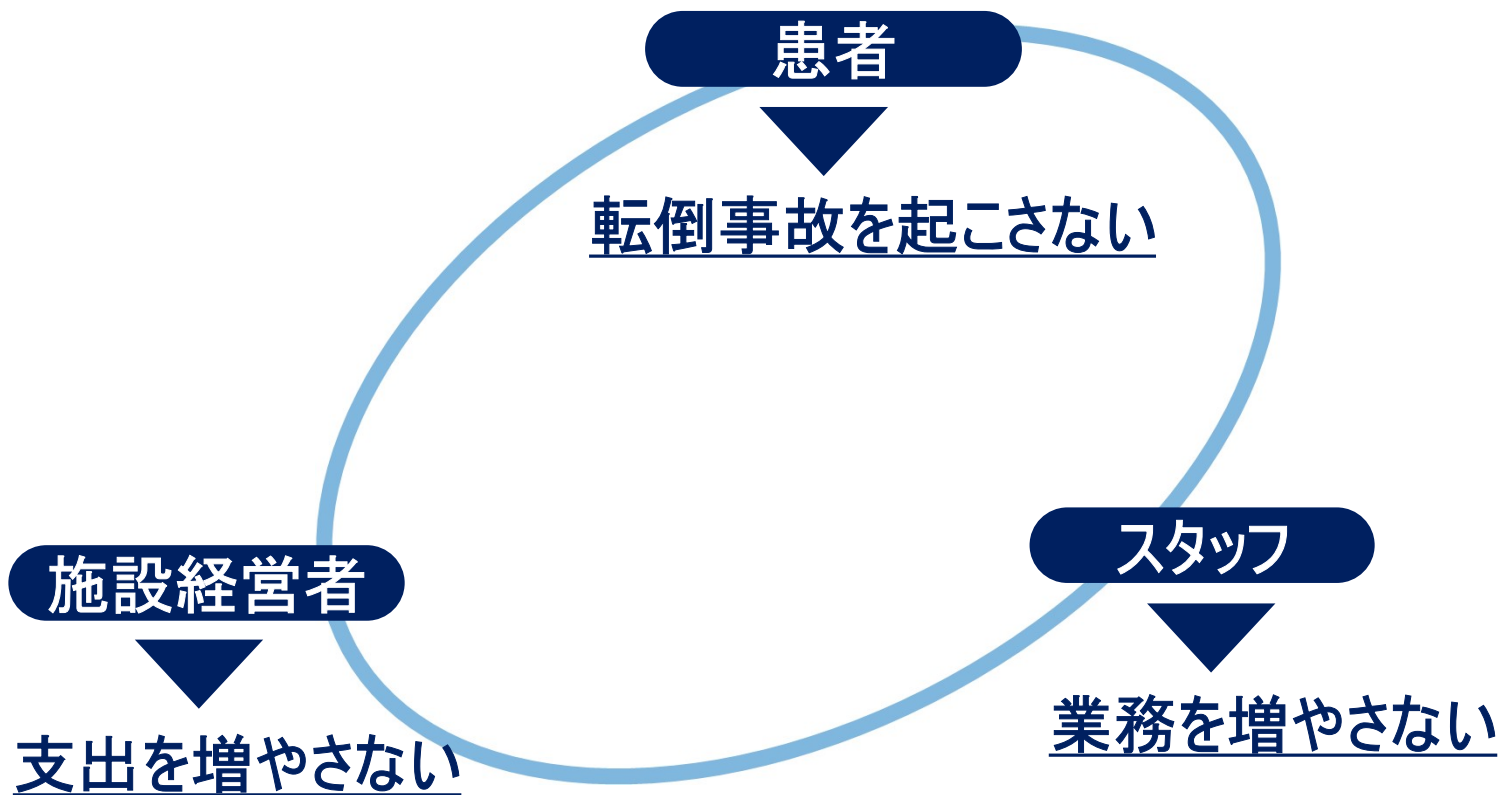
物的対策の要否や詳細設定を決める

備品に関しても教育は重要

備品の運用ルールや教育の実施ルールを決める
（院内だけでなく、提供先の企業の力も活用しましょう）

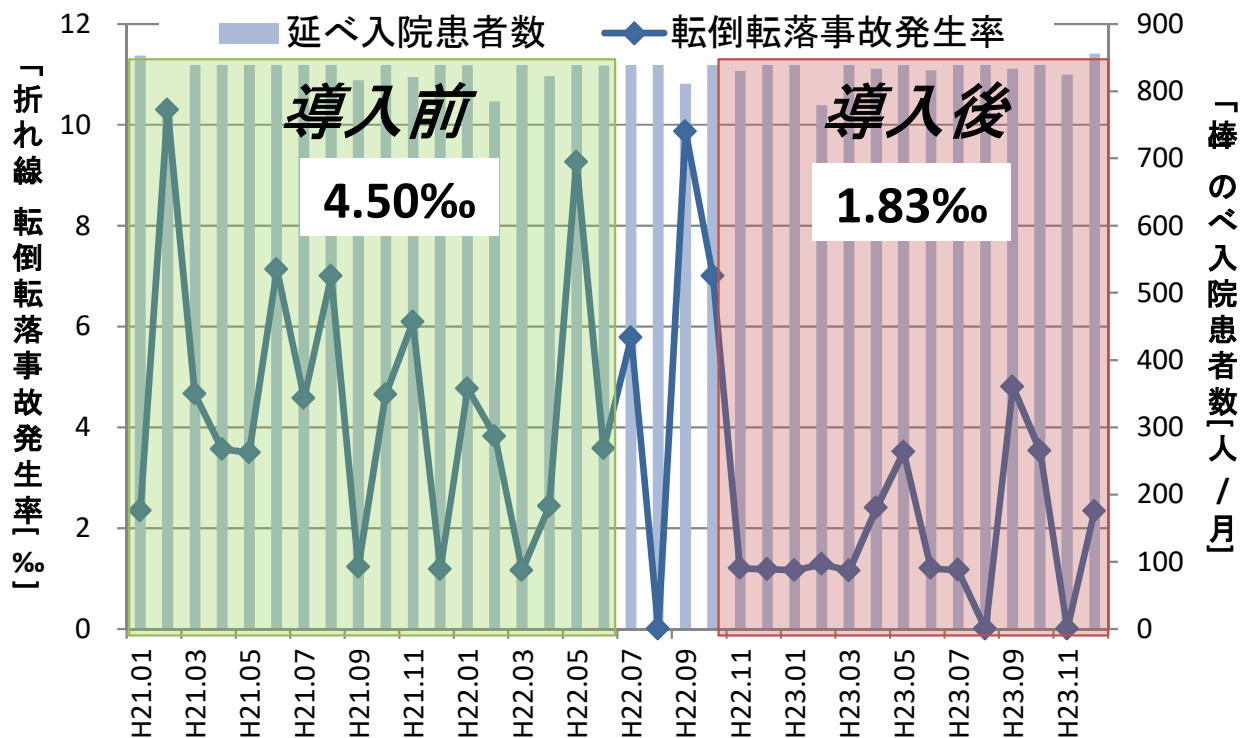
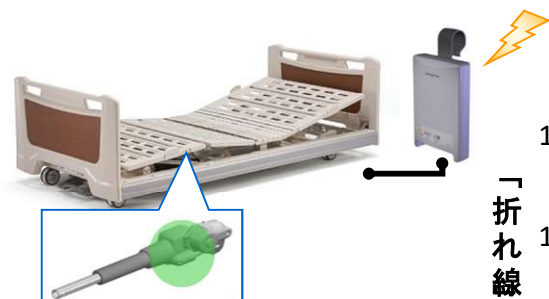
物的対策のCurrent Best Approach

エビデンスのある対策を実施する



①患者 ～転倒事故を起こさない

(CBA) ベッド内蔵型離床センサの導入で事故削減



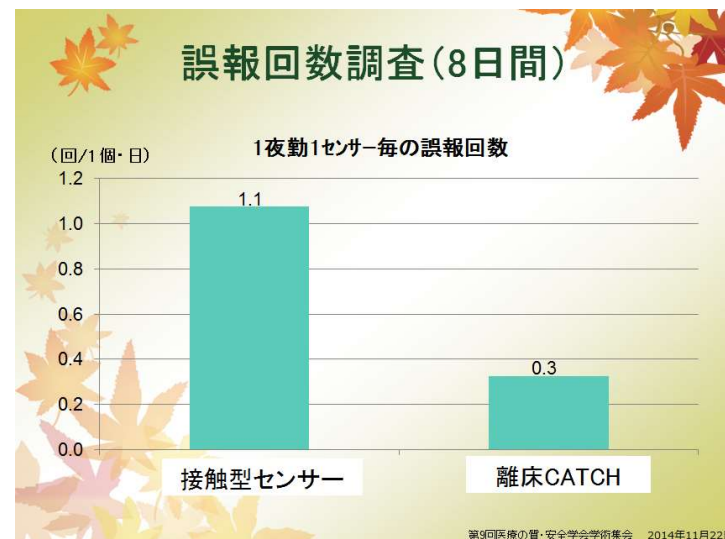
◆ 転倒・転落事故発生率 経緯 (武蔵野赤十字病院・脳卒中センター)

宮本, 初雁, 杉山, “離床CATCHを用いた転倒転落事故対策及びセンサー選定方法に関する取組”, 医療の質・安全学会誌, 6巻, 特別号, pp174, 2011.

離床センサの利用で転倒転落事故を59.4%削減できた

② スタッフ ～業務を増やさない

(CBA) 離床センサの方式変更で誤報削減(マット式→ベッド内蔵式)



◆ 離床センサ設置時の誤報回数調査結果
(飯塚病院 脳神経外科・神経内科病棟)

水野, 渡邊, 須藤, 福村, 水流, 初雁, “転倒転落防止のための離床CATCHの効果的な使用方法について”, 病院設備, 55巻, 6号, pp110, 2013.

1夜勤当たりの
誤報削減回数
0.8回

×

1訪問当たりの
対応時間
3分

×

センサー
使用比率
20%

×

稼働
病床数
50床

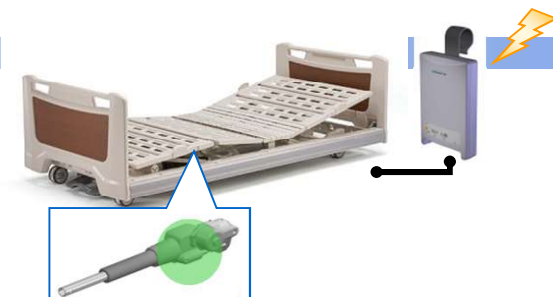
×

365日

離床センサ誤報の訪室について年146時間分削減が試算される

③施設経営者 ～支出を増やさない

(CBA)事故削減により医療費を削減



転倒転落事故1件
あたりの必要経費

×

転倒・転落事故
発生率の減少幅

×

対象
床数

×

ベッド
稼働率

×

365日

(※8.5万円と仮定)

(※ベッド稼働率を90%と仮定)

飯島, 森田, 大木, 下久保, “電子化した転倒リスクアセスメントツールと連動した標準転倒予防対策”, モダンフィジシャン43(10), 1149-1151, 2014.

A. 武蔵野赤十字病院

脳卒中センター (5床<2S>/27床)

4.50% \Rightarrow 1.83%

事故費用削減
200万円/年

※2: 宮本, 初雁, 杉山, “離床CATCHを用いた転倒転落事故対策及びセンサー選定方法に関する取組”, 医療の質・安全学会誌, 6巻, 特別号, pp174, 2011.

B. 飯塚病院

脳神経外科・神経内科病棟
(5床<2S>/59床)

1.73% \Rightarrow 0.73%

160万円/年

※3: 水野, 渡邊, 須藤, 福村, 水流, 初雁, “転倒転落防止のための離床CATCHの効果的な使用方法について”, 病院設備, 55巻, 6号, pp110, 2013.

C. 右田病院

全病棟 (82床<2S>/82床)

3.82% \Rightarrow 1.60%

510万円/年

※4: 菊地, “ナースコール呼出履歴活用事例～データに基づく改善事例～”, 療養環境改善研修会, 2013.

離床センサの有効活用で年数百万円の削減が試算される

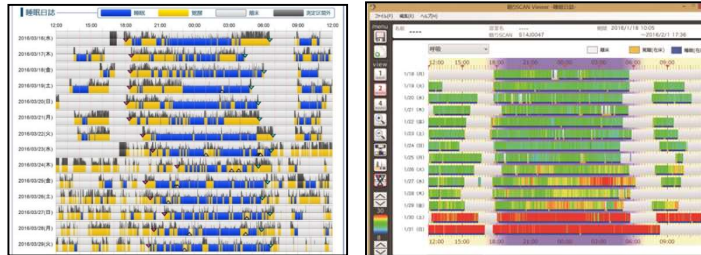
これまで以上の
生産性向上と医療の質向上を
実現する

■ データに基づく新たな対策



センサを整備して、
データに基づく対策を推進

体動センサ…体動から睡眠状態、心拍数、呼吸数を算出



現状を見える化して、
患者・家族・医療従事者が
一丸で転倒転落対策推進

ベッドサイド情報端末…簡易表示やピクトグラムによる状態表示

データに基づく対策の実施で、生産性向上と医療の質向上に貢献する

ご清聴ありがとうございました



PD-19：転倒転落対策確立を目指した課題抽出とCurrent Best Approach

転倒転落における 多職種連携・人材育成

○金子由香子

(医療法人社団愛友会 伊奈病院 医療安全管理課)

要 由紀子

(一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院 リハビリテーション部)

東 泰弘

(公立藤田総合病院 医療安全管理室)

赤城 香

(公立西知多総合病院 医療品質管理センター 医療安全管理室)

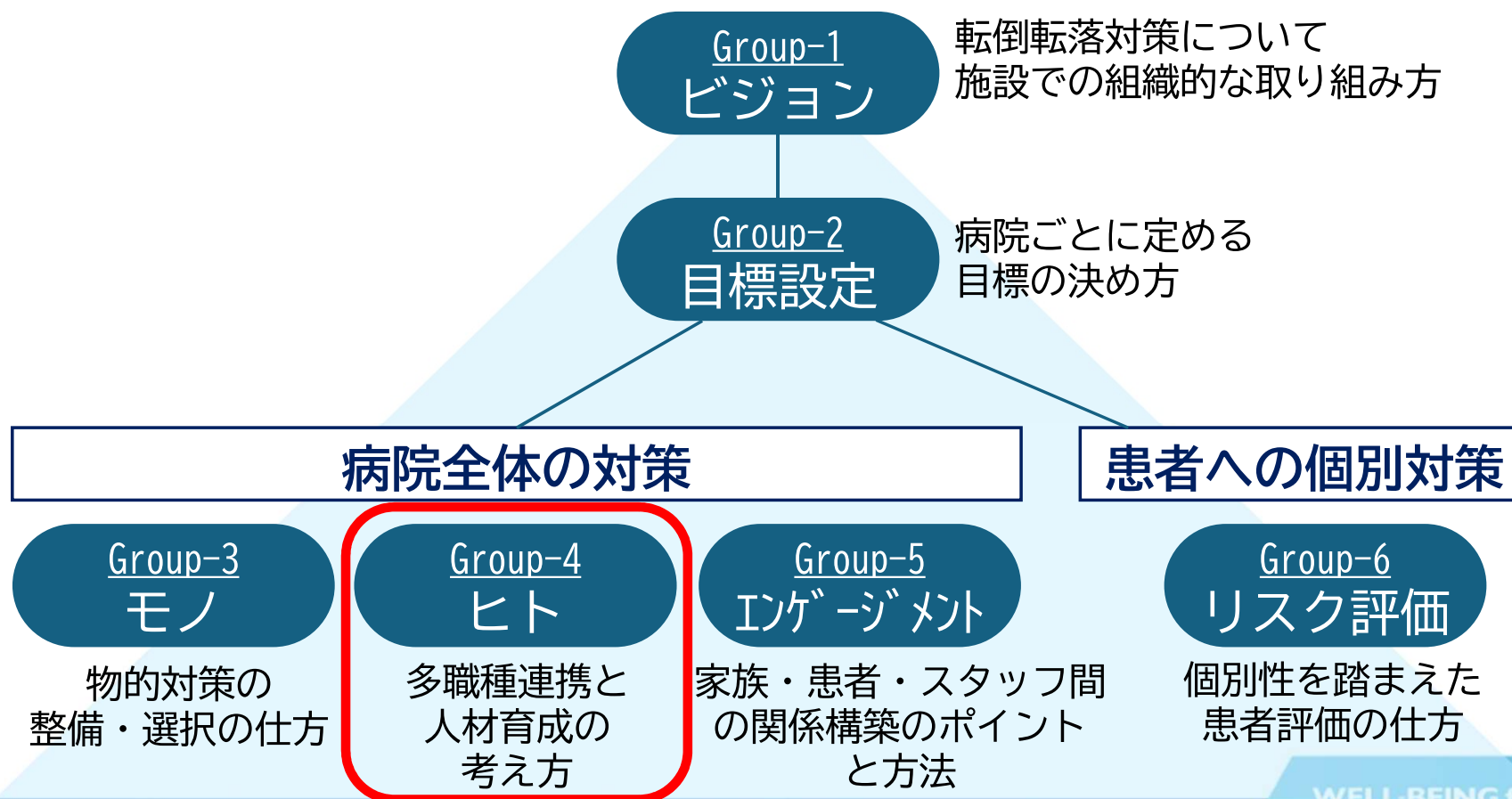
第19回医療の質・安全学会学術集会 COI 開示

筆頭発表者名：金子由香子

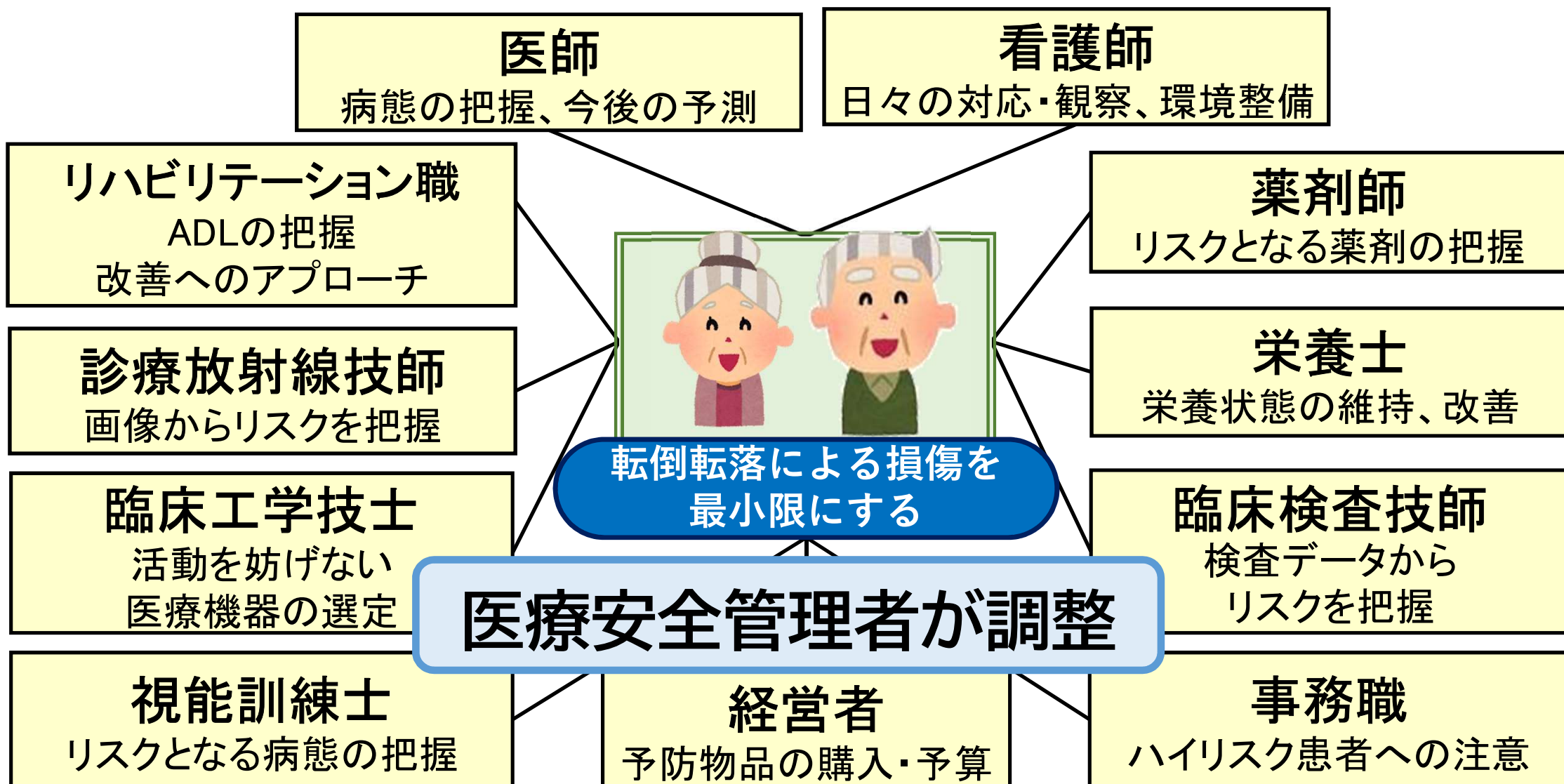
演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある
企業などはありません。

① 「転倒転落対策全体の標準づくり」に向けたノウハウ化

【活動内容】 2023年に6つのグループに分かれて領域ごとに協議推進

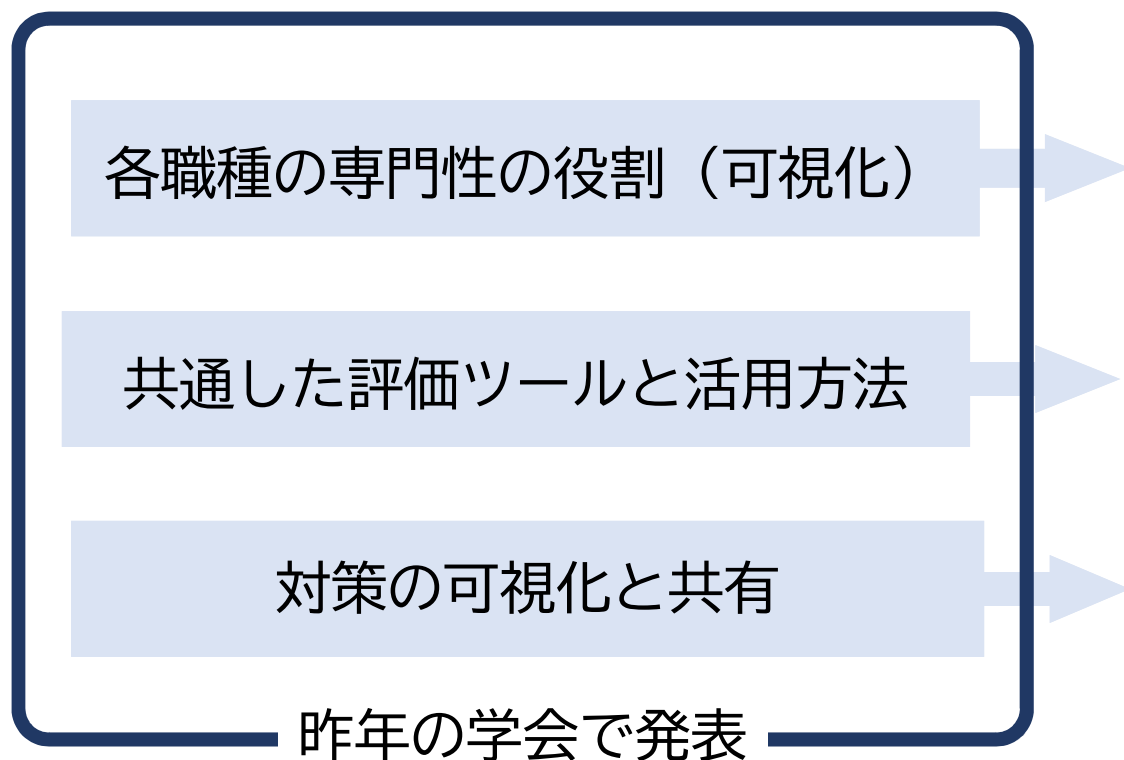


各部署の目的・戦略・実践案を明示する

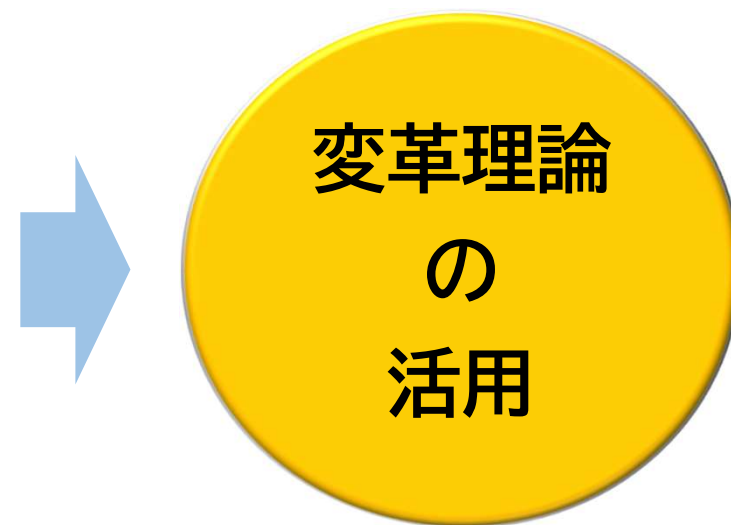


多職種連携をさらに進めるために

多職種が共通認識の下 実践する仕組みが重要



さらに連携を進めるために



コッターの8段階を活用し
進め方を具体的に示す

多職種連携による転倒転落のあるべき姿に向けた変革

転倒転落のあるべき姿



RoomT2転倒転落研究会より

第0段階

情報収集・問題の明確化

第1段階

危機意識を高める

第2段階

変革推進チームをつくる

第3段階

適切なビジョンをつくる

第4段階

変革のビジョンを周知徹底する

第5段階

職員の自発的な行動を促す

第6段階

短期的な成果を生む

第7段階

さらに変革を進める

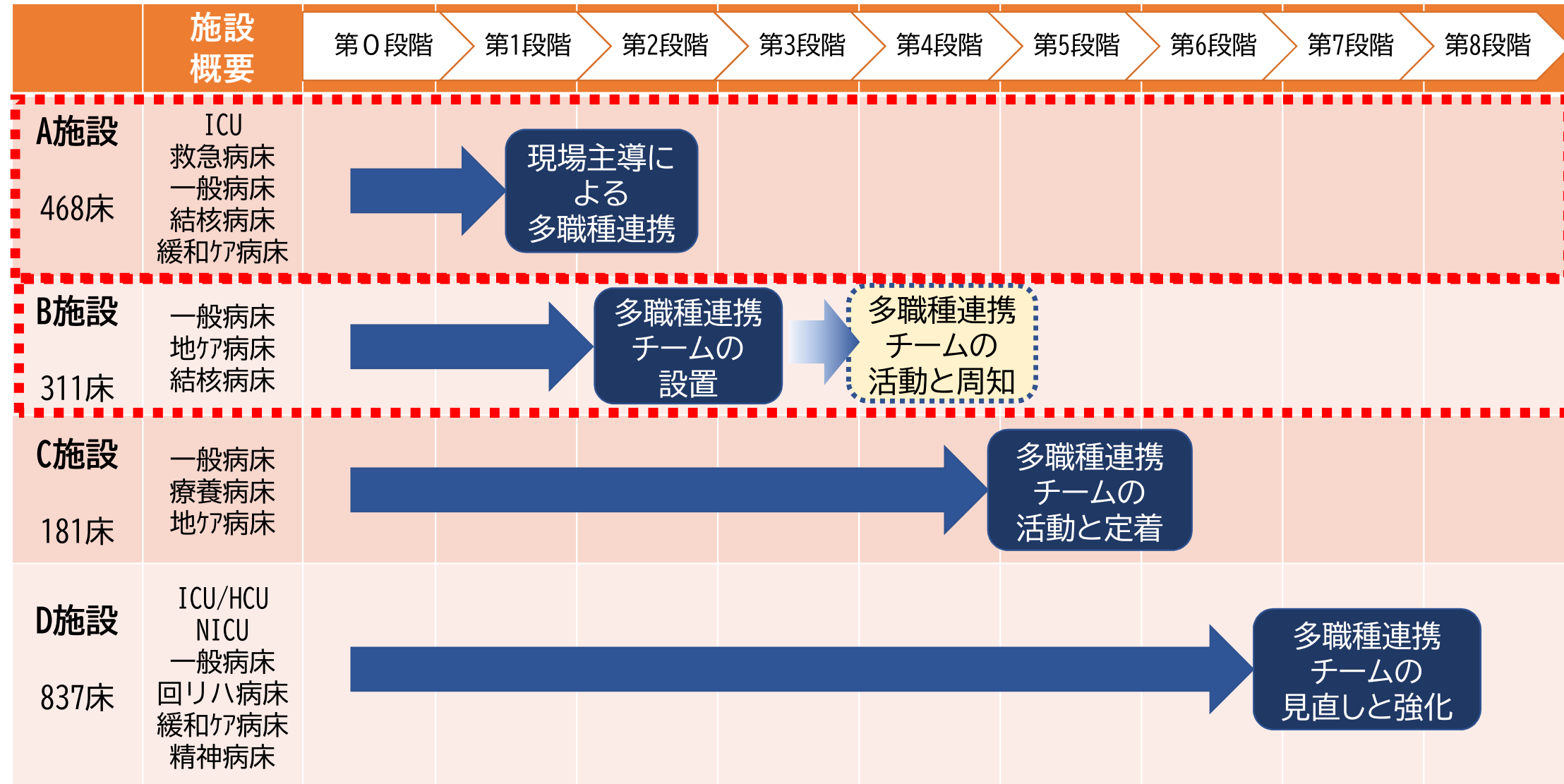
第8段階

変革を根付かせる

変革を成功させる
重要な段階

倉岡有美子「看護現場を変える0～8段階のプロセス コッターの企業変革の看護への応用」より一部編集

各施設の多職種連携



事例1 (A施設) 第0から第2段階

施設の概要

- 468床(ICU病床 8床、救急病棟 12床、結核病床 10床 緩和ケア病床 20床 含む)
- 看護:急性期一般入院基本料1(7対1)
 - 看護方式:継続ペア体制
 - リハビリ職:OT(11名)・受け持ち式PT(17名)・ST(4名)

入院患者の転倒・転落の現状(2023年度)

- | | |
|----------------|-------|
| • 転倒・転落件数 | 479件 |
| • 転倒・転落発生率 | 3.94% |
| • 損傷レベル4以上の発生率 | 0.04% |
| • 身体的拘束率 | 2.5% |

転倒・転落対策の問題 **スタッフ個人の判断にまかされ、対策が標準化されていない**

- ベッド周囲の環境が整っていない
- 転倒予防グッズの活用がスタッフにより異なる(センサーベッドは1病棟あたり65%導入)
- 睡眠安定剤の指示が医師によって異なる
- 転倒・転落の多職種連携チームの設置がない

個人判断から多職種連携の転倒・転落対策に向けた変革

第0段階

第1段階

「情報収集と問題の明確化」と「危機意識を高める」のステップが重要

成功のポイント

✓ 医療安全管理室のマネジメント

問題の明確化: ① ベッド周囲環境不備 ② 評価や対策のばらつき ③ 不眠時指示が統一されていない

課題の設定: 評価や対策の標準化

■ センサー設置の評価 ■ L字柵の適応基準 ■ 緩衝マットの使用基準 ■ 不眠時指示の統一

関連するスタッフへの働きかけ: ①理学療法士 ②薬剤師 ③委員会

✓ 転倒転落予防に対する問題から目標を表明

- ① 患者を正しくアセスメントし、患者に合った対策が実施できる
- ② 患者に必要な転倒予防グッズが選択できる
- ③ 患者に合った薬剤選択ができる

患者に合った環境を
どのスタッフも同じ
ように提供してほしい



医療安全管理者

個人判断から多職種連携の転倒・転落対策に向けた変革

第0段階

第1段階

「情報収集と問題の明確化」と「危機意識を高める」のステップが重要

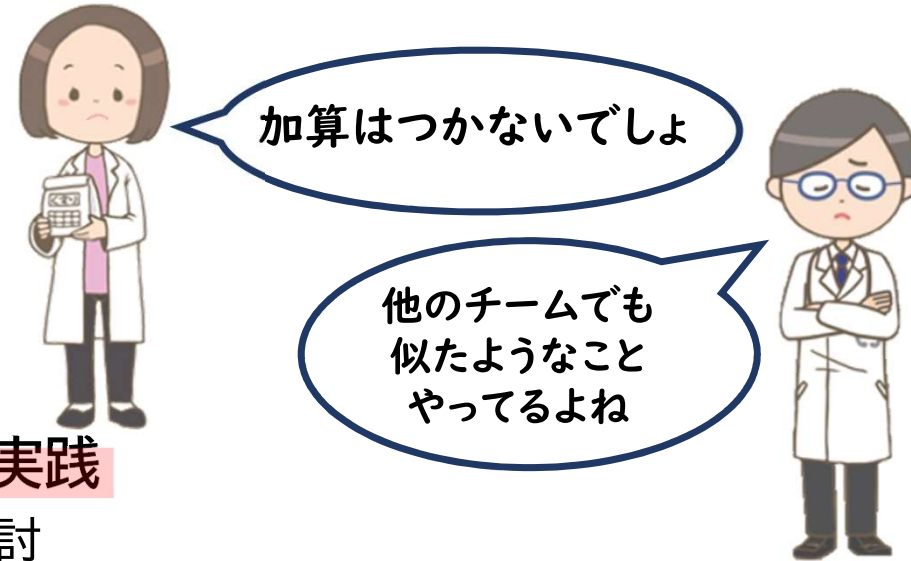
成功のポイント

✓ 他職種の現状やネガティブ情報の把握

- 理学療法士は、担当患者のリハビリで手一杯
- 薬剤師は、薬のセットや服薬指導の業務で時間がない

✓ 多職種連携チームがなくてもできることの共有や実践

- リハビリ介入患者のリハビリスタッフとの情報共有や対策検討
- 薬剤師による転倒ハイリスク薬の抽出と情報共有
- 看護局リスクマネージャー会で理学療法士と共に「予防グッズ一覧」や「転倒対策フローチャート」を作成
- 認知症ケアチームや身体拘束最小化チームといった他チームと協同(情報共有やラウンドの参加)
- 委員会(幹部職員が参加)で転倒転落予防具購入の必要性を訴え、予防マットを新規購入



個人判断から多職種連携の転倒・転落対策に向けた変革

第1から第2段階を進めるために・・・そして第3段階へ

ポイント

「チーム活動」の名目があれば動きやすいのに...



✓ できることから標準化に向けて行動(多職種の活用・調整力・交渉力)

① 転倒予防グッズの一覧の作成	■ 看護師と理学療法士で内容を検討 ■ 院内オリジナルの転倒対策フローチャートを作成
② アセスメントフローチャートの作成	
③ 眠剤指示の統一	■ 薬剤師に転倒を引き起こしやすい薬剤の抽出を依頼 ■ オレキシン受容体拮抗薬を第一選択薬として統一
④ 転倒予防グッズの購入	■ 委員会(幹部職員が参加)で必要性を訴え、購入予算を計上 ■ センサーベッドや緩衝マット・転倒予防マットの新規購入

チーム活動の設置を目標にPDCAサイクルを回し続けることが重要

事例2(B施設)第2から第4段階

施設の概要

- 311床 一般病床 247床、地域包括ケア病床
52床、結核病床 12床
- ・看護:急性期一般入院基本料4(10対1)
 - ・2交替制・3人夜勤・固定チームナーシング
 - ・リハビリ職:OT(8名)・PT(15名)・ST(3名)

入院患者の転倒・転落の現状(2023年度)

- | | |
|---------------|-------|
| ・転倒・転落件数 | 220件 |
| ・転倒・転落発生率 | 3.13% |
| ・損傷レベル4以上の発生率 | 0.01% |
| ・身体的拘束率 | 8.6% |

転倒・転落対策の問題

- 転倒転落発生率が全国平均より高い (2022年度 3.49%)
- 年度別で増加傾向
- 骨折事例の急増 (2022年度 9件)
- アセスメントシートや対策の形骸化
- 物的対策の管理不備 (稼働状況不明)

・センサーベッド :20台	・安全マット :22台
・クリップセンサー:57台	・眠りスキャン:11台

看護部主体から多職種連携の転倒・転落対策に向けた変革

第0段階

第1段階

「情報収集と問題の明確化」と「危機意識を高める」のステップが重要

成功のポイント

✓ 医療安全管理対策室のリーダーシップ(説明する力)

- ・現状分析・可視化・院内外への情報発信
- ・院長や各部署長、安全に関する会議で現状と多職種連携の必要性を説明

✓ 転倒転落に関して全職員へのアンケート実施と結果の共有

- ・アンケート内容:転倒転落に対する認識や多職種連携の必要性など

✓ 医療安全研修の企画と実施:テーマ「多職種で取り組む転倒転落対策」

参加率100%

- ・講師:①医療安全管理対策室長(看護師)②作業療法士(骨折予防指導士)③栄養士④薬剤師

転倒転落対策に関するアンケートについて

当院における転倒転落は、①与薬に関すること、
番目に多いインシデント報告になっています。最近
医療機関側が過失ありとされた判例報告がありま
す。医療現場における転倒・転落の実情と展望」
た。ここでは、転倒転落事故をゼロにすることは
測する方法がないこと、家族の関わりや理解が重
要であることについて、アンケートを実施し、
当院においても転倒転落対策の強化は、喫緊の
組織全体で対応していく必要性が言われています。
に関するアンケートを行い、転倒転落に対する認
識を高めたいと考えています。是非、アンケートへの
時間は15分程度です。なお、アンケート結果につ
いてはご報告させていただきます。

医療安全管理対策室 東 泰弘

3. 転倒転落について関心がありますか*

とてもある

ある

あまりない

ない

4. これまで転倒転落した患者の対応をした経験が

はい

いいえ

回答率82%

- ・転倒転落の関心
- ・多職種連携の必要性
- ・マニュアル周知不足
- ・学習の機会がない

看護部主体から多職種連携の転倒・転落対策に向けた変革

第2から第3段階を進めるために

成功のポイント



医療安全管理対策室

チームを立ち上げたいです
転倒・転落対策について
総合的に診ていただける
先生の力を貸してください



総合内科医・6年目

認知症の対策委員としても、
転倒・転落はトピックスです
チームで実践しやすくすることや
総合内科的な視点が必要ですよね

✓ 医療安全管理対策室のリーダーシップ(巻き込む力)

医療情報課スタッフと協働(チーム立ち上げ前の仲間づくり)

各部署長の理解と各部署長からの推薦

キーマンへの事前の調整(医師・看護師・セラピスト)

✓ 院長と上司からの承認・立ち上げの期日の設定と公表

✓ メンバー決定とチーム内の目的・目標の共有(キックオフ)

- ① 転倒転落の発生の低減
- ② 転倒転落に伴う有害事象の発生の防止
- ③ 転倒転落対策における行動制限の最小化

転倒転落対策チーム

医師	1名
OT(転倒予防指導士)	1名
PT	1名
看護師	4名
薬剤師	1名
管理栄養士	1名
臨床工学技士	1名
放射線技師	1名
事務	2名
医療安全管理対策	1名

看護部主体から多職種連携の転倒・転落対策に向けた変革

第3から第4段階を進めるために・・・そして第5段階へ

成功のポイント

✓ 医療安全管理対策室のフォローシップ

転倒転落対策チームの活動支援

- 現状分析の資料提供
- 目的とビジョン、活動計画の共有
- 勉強会(e-ラーニングの活用)
- 外部資源の活用:企業と協働した資料づくり(活動目標の設定)

✓ チームに関する情報発信:ホームページ・広報誌・医療安全ニュース活用

✓ 人材育成:転倒予防指導士の資格取得の組織支援

2名(1名増員)



チーム活動の自立を目標に次の段階を意識して取り組むことが重要

多職種連携強化に向けた取り組み

多職種連携の活動

現場主導型

事例1 A施設

部門単位による
多職種カンファレンス

ボトムアップ

メリット

- ・現場の状況が反映されやすい
- ・現場のメンバーの視点や考えを知ることができる
- ・多職種間で意見がしやすい
- ・スタッフの成長につながる

デメリット

- ・標準化の院内統一に時間を要する
- ・部門ごとで差や違いが生じる
- ・現場のメンバーの能力に左右される
- ・他人事になりやすい

プロジェクト型

事例2 B施設

多職種連携チーム会議
を設け、院内の全体最適
に向けた支援

トップダウン

- ・病院全体で標準化が図れる
- ・職種間の視点や考えを学ぶことができる
- ・現場から専門チームに相談できる
- ・大きく舵を切りやすい
- ・チームメンバーの成長やチームとしての成長が期待できる

- ・チーム活動や会議の計画から実践、評価に時間や労力を要する
- ・全体周知に時間を要する
- ・多職種連携チームに依存する可能性がある

まとめ：転倒転落対策のヒトへのアプローチ(多職種連携・人材育成)

キーポイント

1. 共通認識をもつための仕組みづくり

ホリスティック・マーケティングの活用

①専門性の役割

②用語の統一

③評価ツール

2. 多職種連携を進めるプロセスの可視化

変革理論の活用(コッターの8段階のプロセス)

①「情報収集と問題の可視化」 ②「ビジョンとリーダーシップ」

人材育成の機会

③各プロセスのPDCAサイクル ④現場主導型やプロジェクト型

ご清聴ありがとうございました



患者・家族のエンゲージメント

- 鎌田博司(医療法人社団哺育会 笠幡病院)
- 大庭明子(自治医科大学附属さいたま医療センター)
- 奥津啓子(武蔵野赤十字病院 医療安全推進センター)

第19回医療の質・安全学会学術集会 COI 開示

筆頭発表者名： 鎌田 博司

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

- 転倒転落防止対策は、リスク評価や対策において標準的指針が示されているが、患者・家族とのコミュニケーション焦点を当てた指針確立までには至っていない。
- 転倒転落対策における患者参画の促進を図ることを目的に、患者(高齢者施設利用者を含む)・家族とのコミュニケーションの充足に向けて議論をしてきた。
- 昨年の本学会において、患者・家族と医療・介護従事者(以下スタッフ)の転倒転落予防の考え方と対策への合意形成を図ることが特に重要であることを述べた。

本日の内容

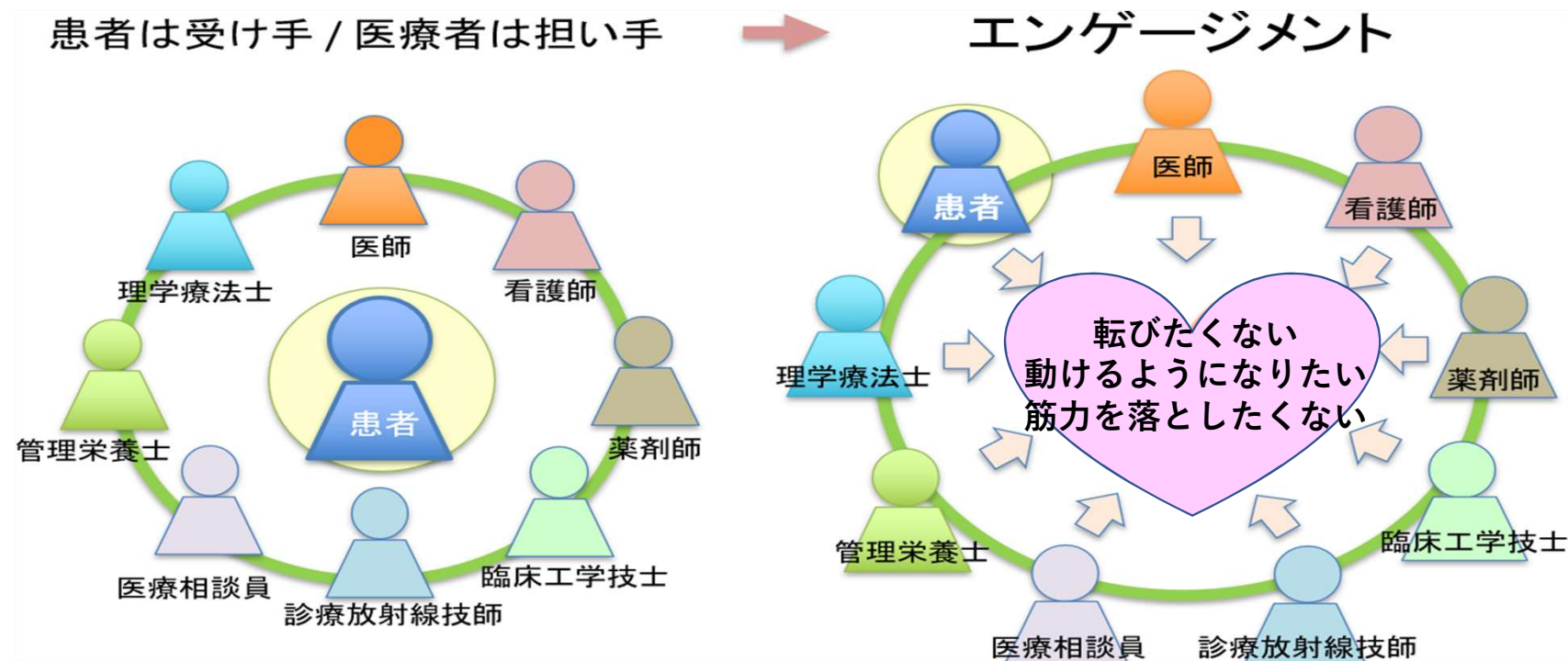
「患者中心の医療」のこれまでと
「エンゲージメントを重視」したこれから

※ Current Best Approachとしてのキー・ポイント

※ スタッフが感じる患者・家族のエンゲージメントでの不安

※ 外来での転倒予防

「患者中心の医療」のこれまでと「エンゲージメントを重視」したこれから



患者エンゲージメント

医療提供者同様に患者、家族、介護者の能力を強化するプロセスに関して、医療サービス提供の安全性、品質、人間中心性を強化し、患者自身のケアについて患者の積極的関与を促進し支援すること

Technical Series on Safer Primary Care (WHO 2016)

Current Best Approachとしての キー・ポイント

1. 患者のリスク認識
2. 患者の日常生活における背景と状況の理解
3. 患者・家族と病院・医療者の考え方と対策への合意形成
4. 繰り返しの対話

CBAのポイント

患者のリスク認識

転倒転落予防に対するスタッフの思い

患者さんの転倒・転落の危険性の評価を行い、予防策を立て実施しますが、医療スタッフが行う予防策だけでは全てを防ぐことはできません。**患者さん・ご家族と協力して転倒・転落の頻度を最小限にしたいと考えています。**

安全な入院生活を送っていただくために、**患者さんはもとよりご家族も含めて、転倒・転落の予防についてご協力をお願いいたします。**

転倒事故の防止のためには医療者だけでなく、**患者さん自身にも転倒の危険性や防止方法について知っていただくことが重要です。**

CBAのポイント

患者のリスク認識

患者の声

- 看護師に歩行介助を促された時は自己判断により必要なら呼ぶ
- 点滴棒は杖になるし、点滴は転倒の危険性に影響はない
- 病院では何もしなくていいので転倒しない
- 自宅にいるより、動くことも少ないから、こけることはない
- 歩行介助の必要性を感じない 先行研究による転倒転落に関する患者の意識調査より

患者自身も転びたいとは思っていない。

そして、自分が転ぶかもしれないとも思っていない。

CBAのポイント

患者のリスク認識



「病院の環境は、いつもの日常生活の場と違う」

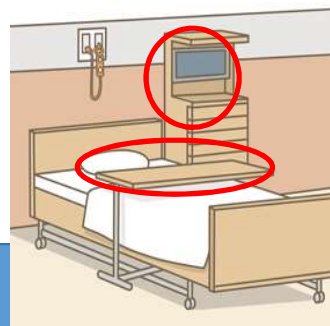
- ＊ 慣れない環境の中で、いつもと違う行動をいつもと違う動線でする状況が転倒・転落のリスクを高めることがある。
- ＊ 入院中は誰もがいつもと比べて転倒・転落を起こしやすい。

伝えるときのポイント

伝える内容はできるだけ具体的に、患者がイメージしやすいように表現する。

CBAのポイント

患者のリスク認識



伝え方の例

- 病院は空間が広いので、トイレや廊下でふらついてしまったときに、すぐに壁に手を添えて支えることができず、転倒してしまうことがあります。
- ベッドの周りにはテーブルや床頭台など手を置くと動いてしまうものがあります。ストッパーが外れているのに気づかずに手をついてしまうと、動いた際にバランスを崩して転倒しやすくなります。
- 家での生活では、ベッドからトイレに行くときはそのまま行けばいいですが、病院ではベッドに座った状態で靴を履いて、周囲のものを避けながら行かなければなりません。慣れない環境で生活動作が変わることで転倒のリスクが高まります。

「自分の行動に置き変えて考えられる情景がイメージできるような表現を意識する」

患者が情報を欲しているとき

入院時オリエンテーション

入院生活の環境が変化したとき

患者のADLが変化したとき

こんなはずではなかった・・・

病気を治すための入院ですが
転倒転落によってその目的が達成されなくなる状況が生じています

心臓の手術を受けるはずだったが、廊下で手すり側に置かれた医療者のワゴンを避けたために転倒し頭部を打撲した。人工心肺でヘパリン化による脳出血の危険があるため、一旦退院して後日再調整することになった。

ペースメーカー挿入時は創部をバスタバンドで固定されるが、片側の上肢固定により歩行が不安定になったことで転倒し、大腿骨頸部骨折し自宅退院出来なかった。

肺がんの手術後にトイレで転倒し、腰椎圧迫骨折となり、療養型病院に入院となった。

脳梗塞治療後に回復期病院でリハビリに励んでいたが、カーテンを閉める際にバランスを崩して転倒し、大腿骨頸部骨折を生じて急性期病院へ転院となった。

スタッフが感じる 患者・家族のエンゲージメントでの不安

「転倒・転落以外にも重要な説明事項が多く、患者・家族が覚えているのか」
「患者家族がどれくらい理解・納得できるのか」

トイレが終わったら・・・⇒お尻を拭く前に、ズボンを履く前になど、
患者の生活行動に合わせて具体的な表現で意識の残るように

「転倒転落予防策を提案しても、患者が拒否をしたり協力が得られない場合の
対応」

拒否や協力が得られないのは合意形成に至っていないから
これじゃなきゃダメではなく、この方法ならよいという合意点を探していく

「対策のために説明、文書配布など家族と医療者における手続き・負担だけが
増えるのではないか」

その説明内容、文書、本当に必要ですか？と見直すことも必要かも
患者エンゲージメントにおいて大切なのは、患者が医療を受ける目的
を果たし、その上で転倒転落予防につなげていくこと

外来における転倒予防

- 外来患者の転倒予防にも着目し、リスク評価の実施や施設環境の整備を進めている施設が増えている。

車いす安全使用についてのポスター掲示



入院患者同様にリスク評価にて危険度を算定し、リスクを患者に説明後看護介入

対策例



座席周辺的环境整備の徹底のため靴置き場・点滴位置をゾーニング



エンゲージメントの視点から

診察室に入る前から患者・家族とのコミュニケーションの充足を

「歩くのが大変そうですが、お手伝いいたしましょうか？」

「今日はお一人で来られたのですか？」



「お辛そうなので車椅子をお持ちしましょうか？」



「次回の受診の時もお手伝いしますのでお声かけください」

ご清聴ありがとうございました。

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

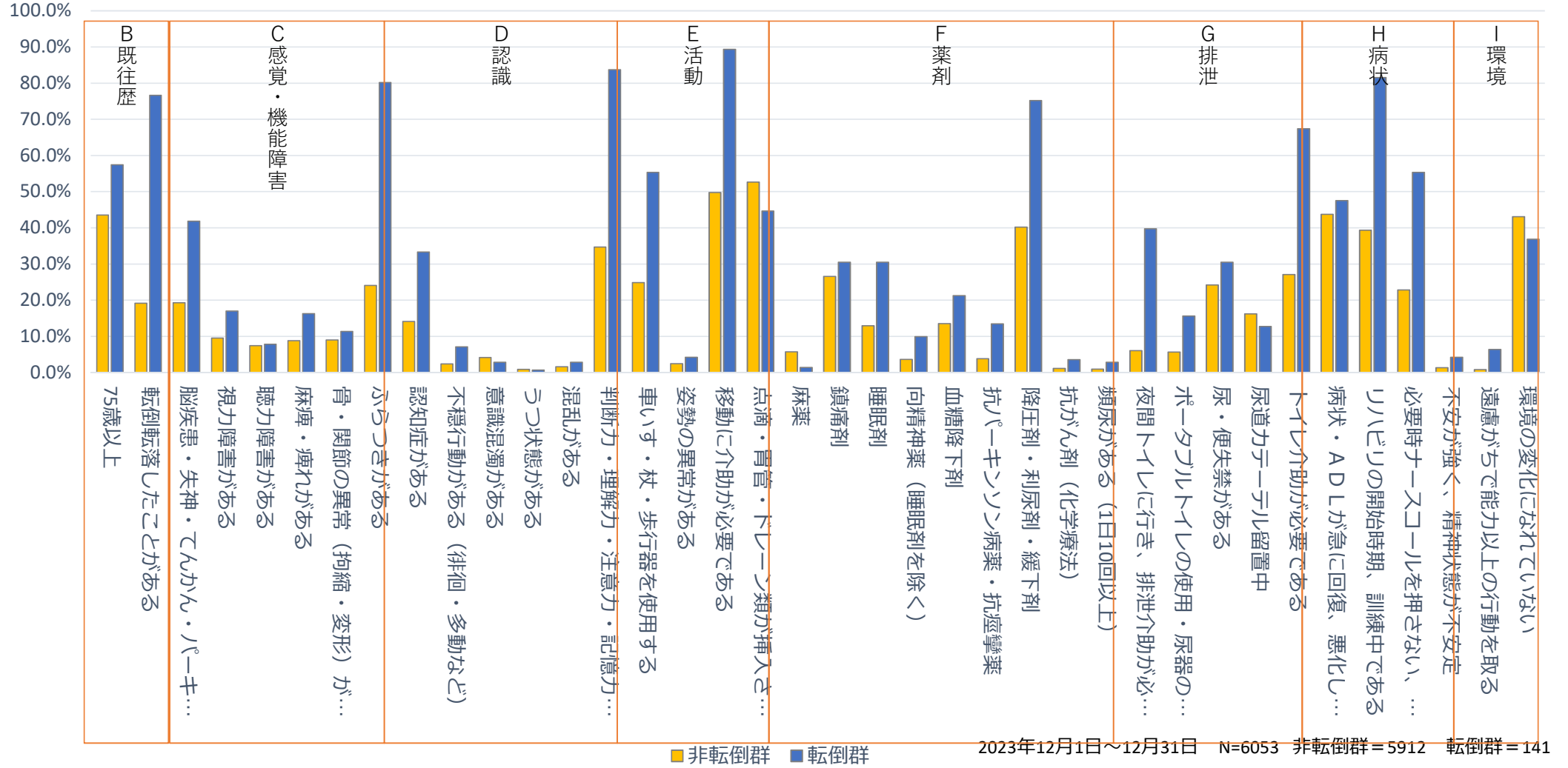


患者のリスク評価結果が
対策・実践に活かされていない

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	抗がん剤(化学療法)
	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
H.病状	トイレ介助が必要である
	病状・ADLが急に回復、悪化している時期である
I.環境	リハビリの開始時期、訓練中である
	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なので、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

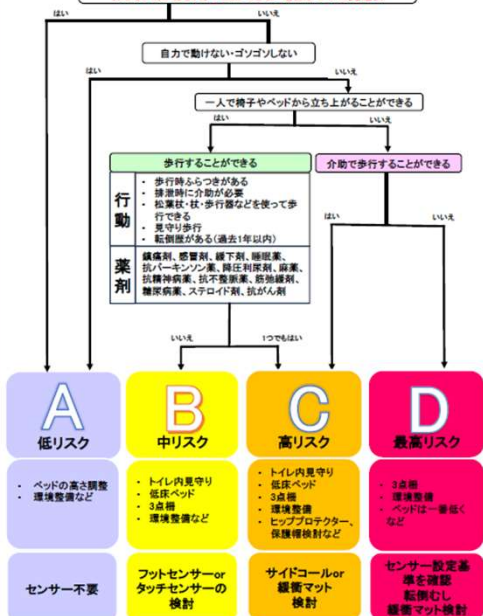


B病棟取り組み

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～

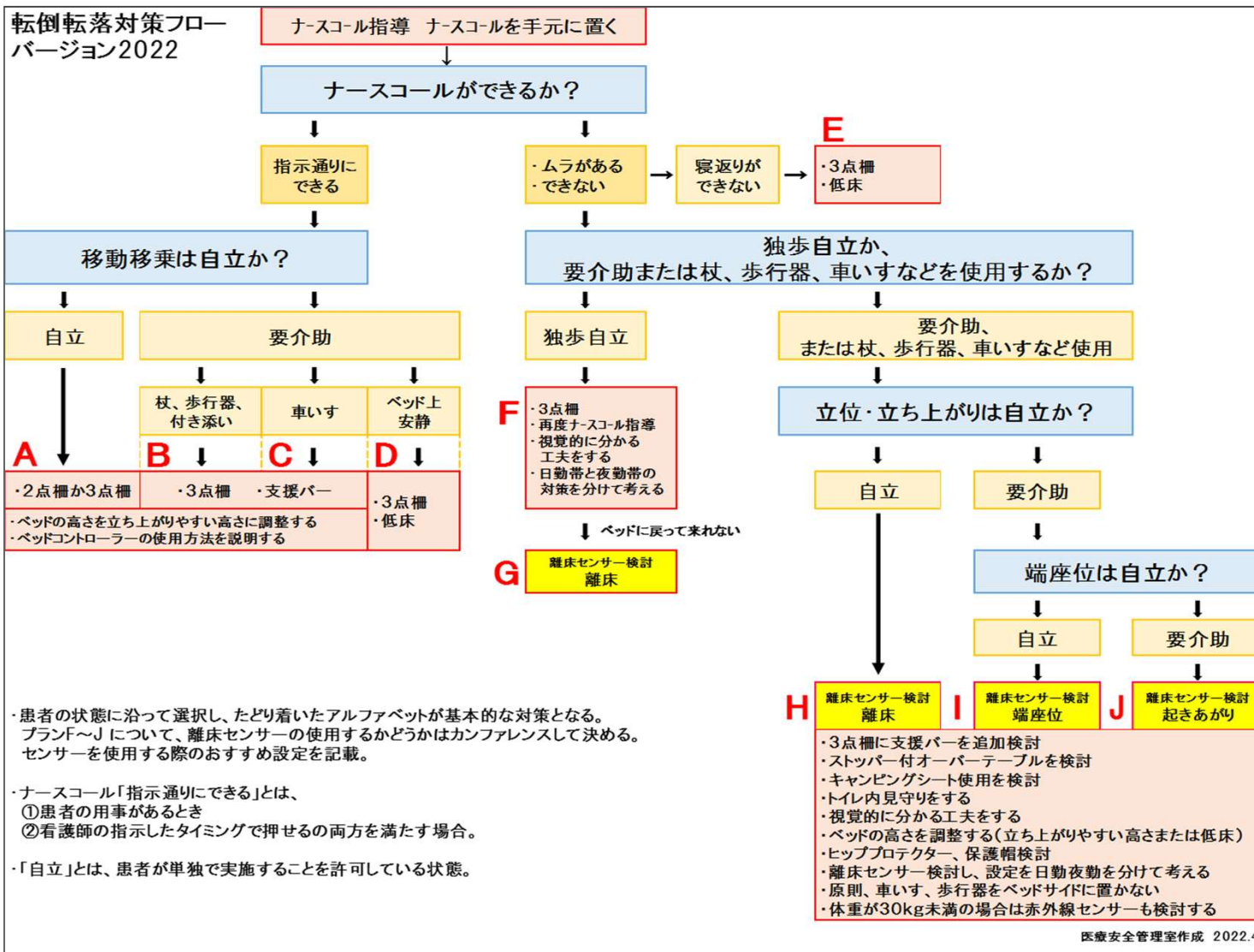
認知機能



身体機能



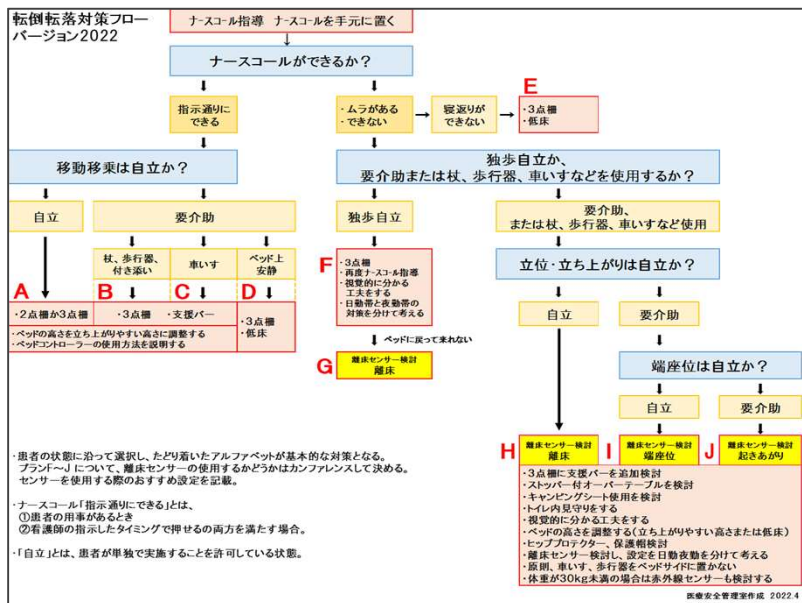
対策



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）

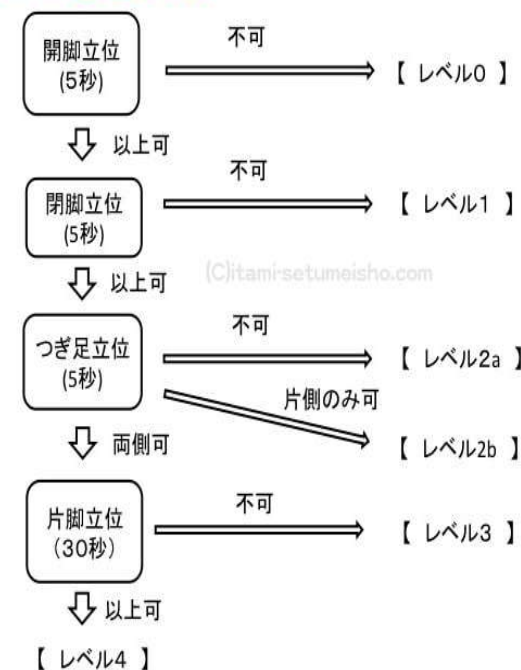
リハさんからの
提案



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

転倒転落対策確立を目指した 課題抽出とCurrent Best Approach

企画・座長 杉山良子・高田誠

演者

【発表】

パラマウントベッド株式会社
名古屋大学医学部附属病院
日本赤十字社
パラマウントヘルスケア総合研究所
伊奈病院
笠幡病院
竹田総合病院

杉山良子 (プロジェクトリーダー)
梅村朋
黒川美千代
初雁卓郎
金子由香子
鎌田博司
須田喜代美

【パネルディスカッション進行】

オーセンティックス株式会社

高田誠

COI開示

講演発表に関連し、発表者らの開示すべきCOI関係にある企業として；

パラマウントベッド株式会社

プロジェクトのコーディネーションとファシリテーション

「転倒転落防止対策確立プロジェクト」

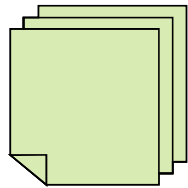
- 転倒転落防止の取り組みは、個別の現場主導の試行錯誤で成果を上げている組織がある。
- 一方、全体としては慢性的な問題となり、解決がすすまない。



- 現場スタッフからの生の声を集める専門家集団のプロジェクトとして発足（2023年3月）
- 個々の病院・担当者が試行錯誤から見つけた、見つけつつある最善の考え方とやり方を形式知化。
「現時点での最善」を広げ、磨き、最終的には「確立」をめざす。

現場の「最善の運用」を「書き出す」

形式知
Explicit
Knowledge

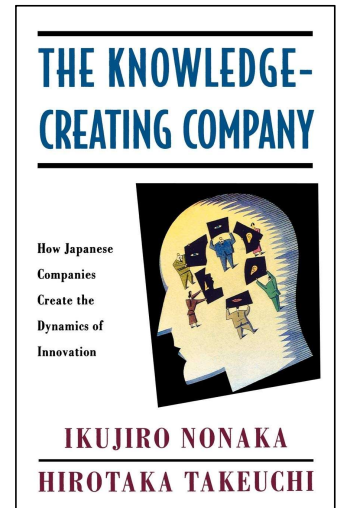


ナレッジとして
他者が活用できる状態

* 重要な考え方
* 効果的な手順

暗黙知
Tacit
Knowledge

現場の思考錯誤の
学びからうみだされた
「最善の運用」



1995

Current Best Approach (CBA)

- 「現時点で最善」の取り組み方
- **現場の試行錯誤で生み出された最善の考え方とやり方を「書き出す」**
- 「現時点での最善」をリアルタイムで他者が活かせるようにする
- 「現時点」を運用からさらに磨き、ノウハウとして確立する。



進め方のイメージ

23～24年

Phase I

現時点でのノウハウの抽出

- * ポイントとなる考え方
- * 効果的なアクション

25～26年

Phase II

ノウハウの進化と構築

26年以降

Phase III

エビデンス化と標準化

領域を整理してポイントを抽出

- 1 組織の理念とビジョン
- 2 年間の目標設定
- 3 物的対策
- 4 人材と運用
- 5 患者と家族
- 6 個別の対策



名古屋大学
医学部附属病院

第19回医療の質・安全学会学術集会
PD-19転倒転落対策確立を目指した課題抽出とCurrent Best Approach
2024年11月30日(土)10:10~11:40

転倒転落対策の組織的な取り組みに向けて

○梅村 朋¹⁾、奥田希世子²⁾

- 1) 名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部
- 2) 浜松市リハビリテーション病院 看護部





第19回医療の質・安全学会学術集会 COI 開示

筆頭発表者名：梅村 朋

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

- これまでの転倒転落対策は、医療・介護従事者(以下、スタッフ)の知識や経験、様々な報告などを参考にしながら各施設で実践されてきました。
- 日本病院会QIプロジェクトによれば入院患者の転倒・転落発生率、それに伴う損傷発生率はここ数年横ばいで推移しています。
- 今後も現在の努力を継続したとしても劇的な効果を生み出すのは難しいことが予想され、**何らかの新しい視点や工夫の導入が必要**だと考えました。
- そこで、**これまでの取り組みの精度を上げる**とともに、各施設が**自施設の特徴を捉え、予防可能な転倒・転落を絞りこんで対策**することの有用性を探ってきました。

転倒転落対策の方向性は「あいまい」になりやすい

□ 転倒転落対策は、**患者安全の視点**でそれぞれの施設が「こうありたい」というあるべき姿を明確にし、患者(高齢者施設利用者を含む)や**家族らとともに組織一丸となって取り組む**ことを重視しています。

□ その方向性は曖昧になりやすく、ときにスタッフは思い惑い、無力に感じることもあります。



ちなみに「患者安全の視点」とは

- 世界患者安全行動計画2021-2030
医療における回避可能な害をなくすために

患者安全 (Patient safety) :

一貫して持続可能な形でリスクを低減し、
回避可能な害の発生を減少させ、
エラーが起きる可能性を低下させるとともに、
害が発生した際のその影響を軽減する
文化、プロセス、手順、行動、技術および
環境を医療の中で創出する、
組織化された活動の枠組み



日本語版 群馬大学

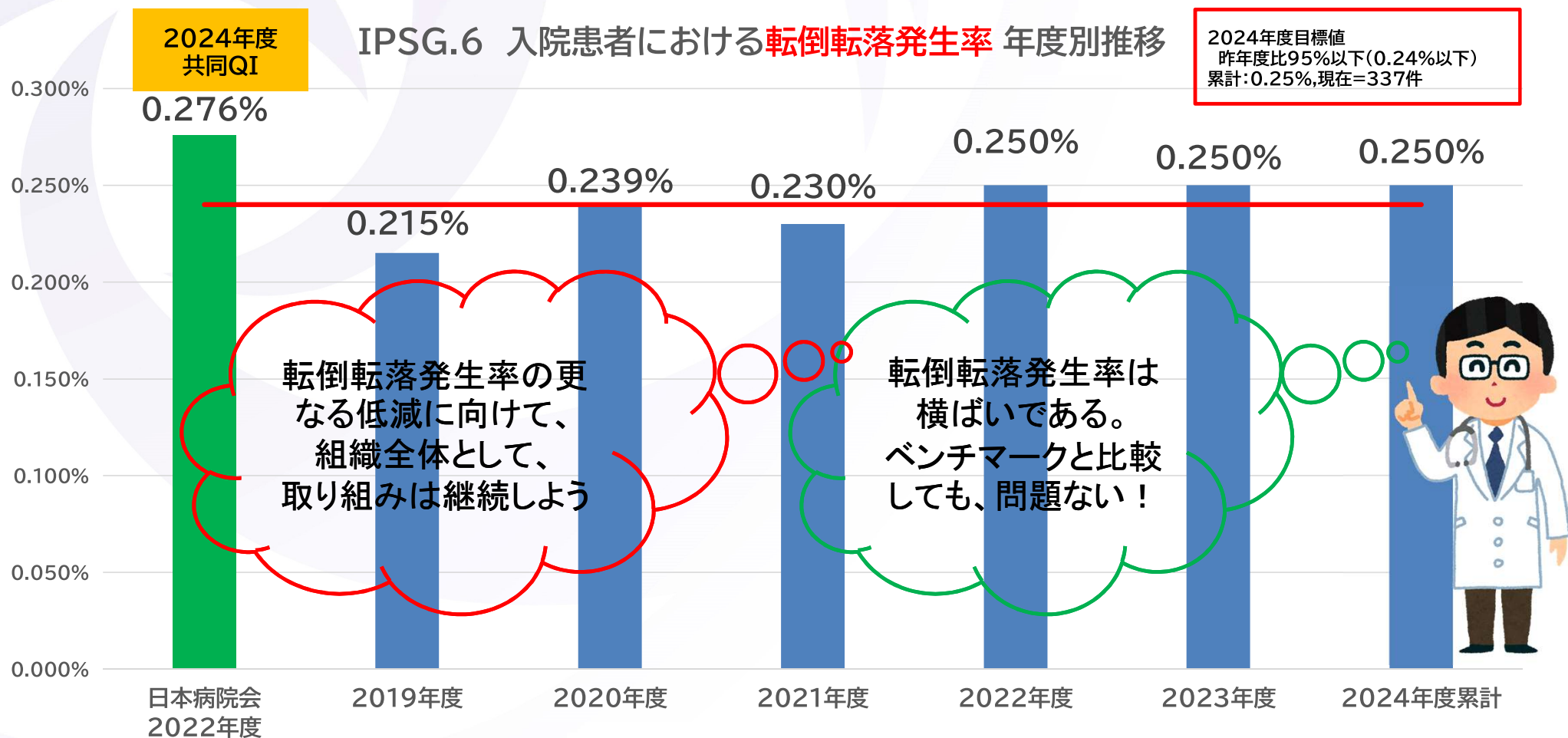
<https://hospital.med.gunma-u.ac.jp/?p=16435>

わたしの施設では、転倒転落対策は「こうありたい」

- まず、自施設の**現状を把握**します。
- **可視化**（数字で示す、工程図で示す、など）することから始めます。
- 全国水準などと比較して、
転倒・転落発生率が高いのか、低いのか、
転倒・転落後の重症事例が多いのか、そうでもないのか、少ないのか、
自施設の中で転倒・転落発生率が低い、もしくは重症事例が少ない部署
ではどのような対策が功を奏しているのか、など
あらゆる方面から**自施設の強み**と、**介入が必要な弱点**を
認識します。



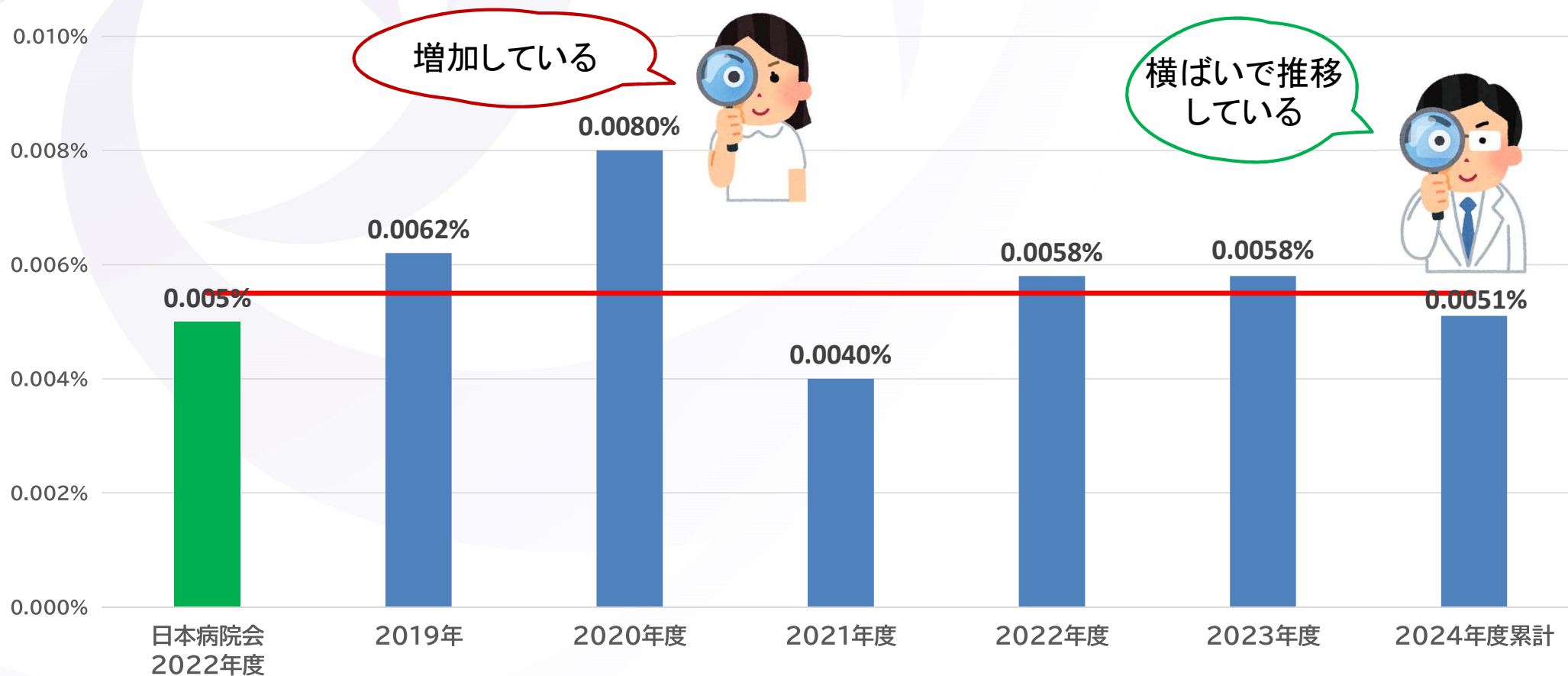
名古屋大学医学部附属病院の例



※発生率は‰(パーミル)ではなく、%(パーセント)で表示しています

名古屋大学医学部附属病院の例

IPSG.6 入院患者における**損傷レベル4以上の転倒転落発生率** 年度別推移



※発生率は‰(パーミル)ではなく、%(パーセント)で表示しています

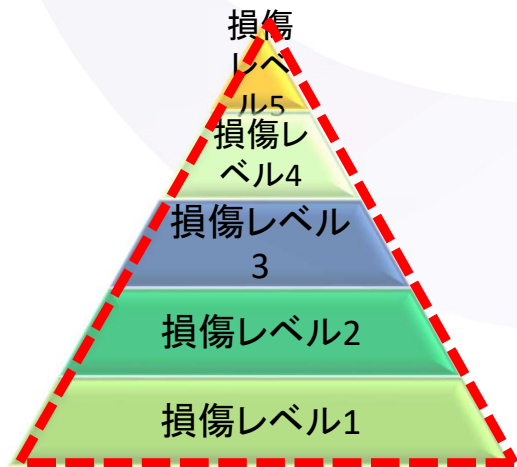
●転倒転落発生率
●転倒転落による損傷レベル4以上発生率
両方に注目してモニタリングしていきます！



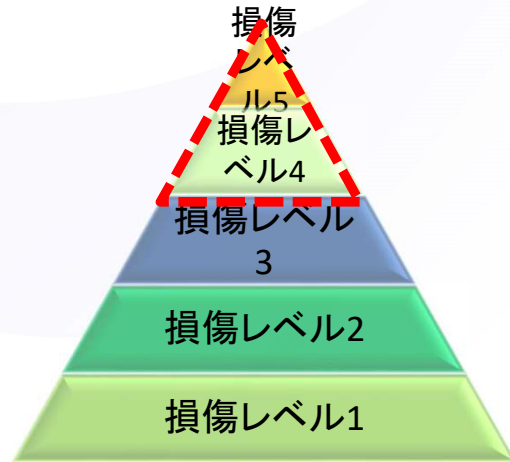
重症事例は
全例検証
しよう！



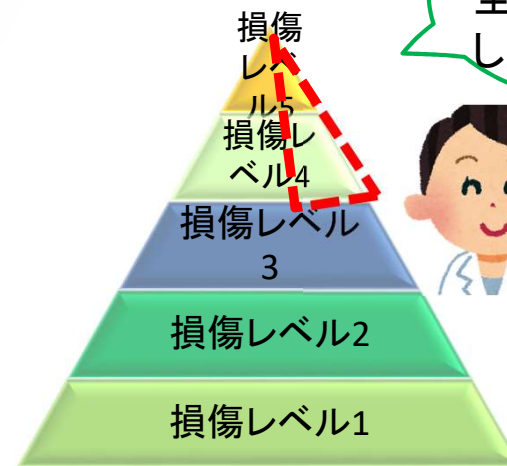
発生状況を定期的
に報告します！



全ての転倒転落を減らす



重症化をなくす



予防可能な
重症事例をなくす



名古屋大学医学部附属病院の例

転倒転落事故防止WG発足

工学部教員の参加

発生状況のモニタリング開始

対策チーム細分化

外来患者のアセスメント開始

アセスメントシートの見直し

損傷レベル4事例の検証開始

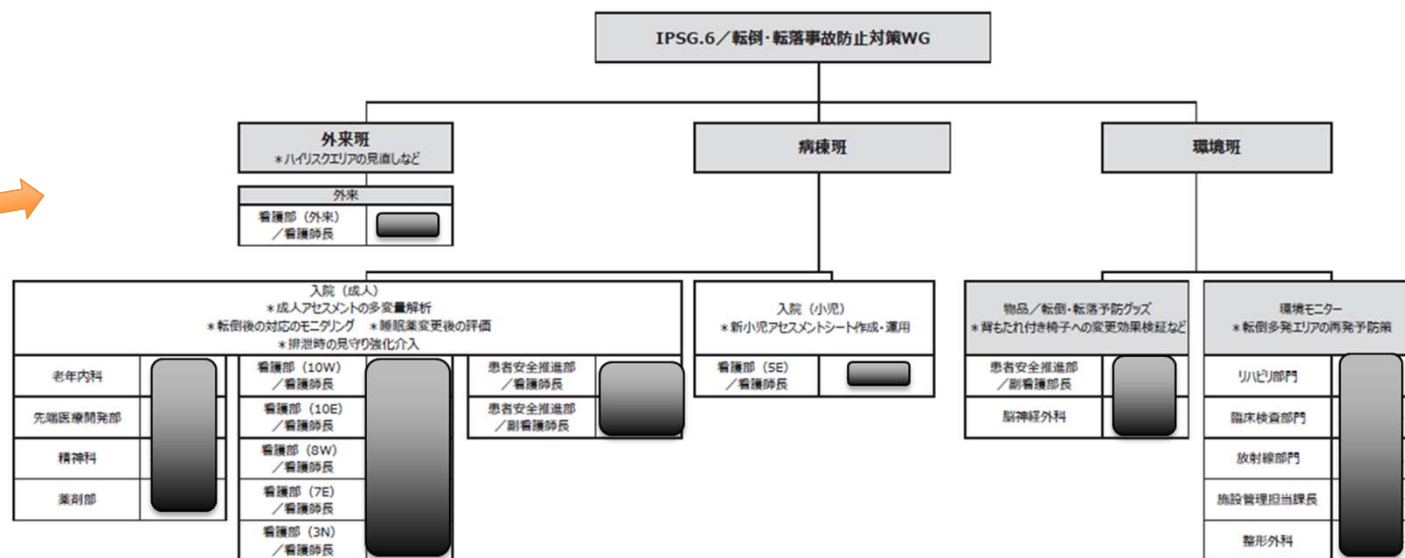
アセスメントシートの見直し

リスク量測定開始

IPSG.6/転倒・転落事故防止対策WG 体制図

2023/5/25現在

国際患者安全目標6：転倒・転落により患者に害がおよぶリスクを軽減する
 IPSG.6 基準：入院患者に対し、病院は転倒・転落により患者に害がおよぶリスクを軽減するためのプロセスを確立し、実施している。
 IPSG.6.1 基準：外来患者に対し、病院は転倒・転落により患者に害がおよぶリスクを軽減するためのプロセスを確立し、実施している。



IPSG.6 測定項目


1. 病院は、転倒・転落リスクにおいて、すべての入院患者を評価するためのプロセスを実施し、そして治療を受けている患者に対し適切な評価ツール/方法を用いている。
2. 病院は、状態の変化により転倒・転落リスクが変化する可能性がある、または文書化された評価に基づき転倒・転落リスクがすでにある入院患者の再評価のためのプロセスを実施している。
3. 転倒・転落リスク軽減のための対策および/または介入が、特定された入院患者、状況、およびリスクがあると評価された病院内の場所において実施される。患者への介入は、文書化される。

IPSG.6.1 測定項目

1. 病院は、状態、診断、状況、場所によりリスクがあると思われる外来患者のスクリーニングのためのプロセスを実施し、そして治療を受けている患者に対し適切なスクリーニングツール/方法を用いている。
2. 転倒・転落リスクがスクリーニング・プロセスから特定される場合、リスクがあると特定された外来患者に対して転倒・転落リスク軽減のための対策および/または介入が実施され、そして、スクリーニングおよび介入は文書化されている。
3. 転倒・転落リスク軽減のための対策および/または介入は、転倒・転落リスクがあると評価された外来部門の状況および場所にて実施される。

名古屋大学医学部附属病院の例

必要に応じて見直しています

- 転倒転落事故防止WG発足
- 工学部教員の参加
- 発生状況のモニタリング開始
- 対策チーム細分化 
- 外来患者のアセスメント開始
- アセスメントシートの見直し
- 損傷レベル4事例の検証開始
- アセスメントシートの見直し
- リスク量測定開始

IPSG.6 / 転倒・転落事故防止対策WG

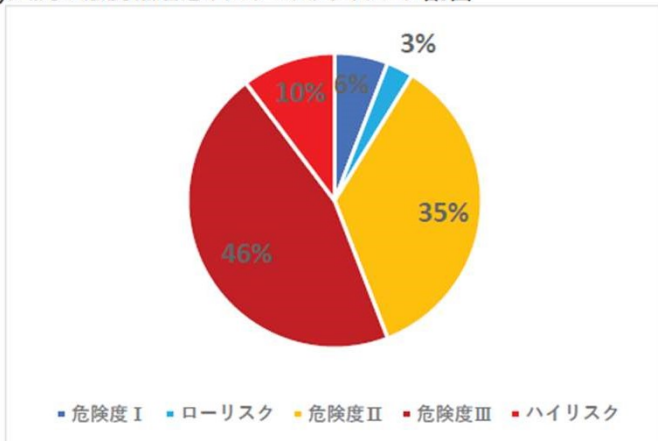
評価班	
*アセスメントシート作成・運用・多変量解析	
老年内科	
先端医療開発部	
腎臓内科	
薬剤部	
リハビリ部門	
看護部 (10W) / 看護師長	
看護部 (10E) / 看護師長	
看護部 (5E) / 看護師長	
患者安全推進部 / 看護師長	

介入班	
*環境評価モニター *物品 / 転倒・転落予防グッズ *転倒多発エリアの予防策 *転倒後の対応のモニタリング *排泄時の見守り強化介入	
脳神経外科	
整形外科	
臨床検査部門	
放射線部門	
リハビリ部門	
施設管理担当課長	
看護部 (8W) / 看護師長	
看護部 (7E) / 看護師長	
看護部 (3N) / 看護師長	
看護部 (外来) / 看護師長	
患者安全推進部 / 副看護師長	
患者安全推進部 / 副看護師長	

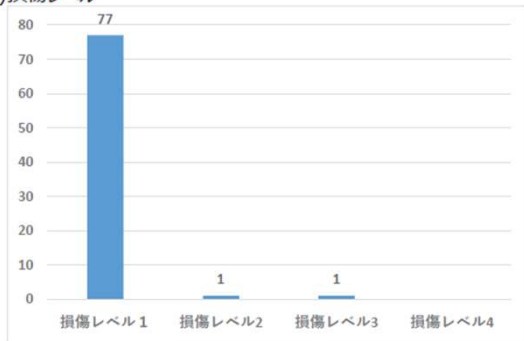
名古屋大学医学部附属病院の例

ある期間における転倒転落患者の分析例

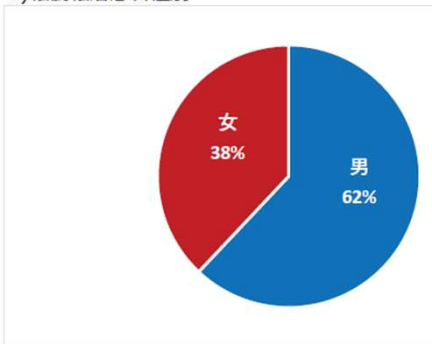
1)入院の転倒転落患者のアセスメントスコア割合



2) 損傷レベル

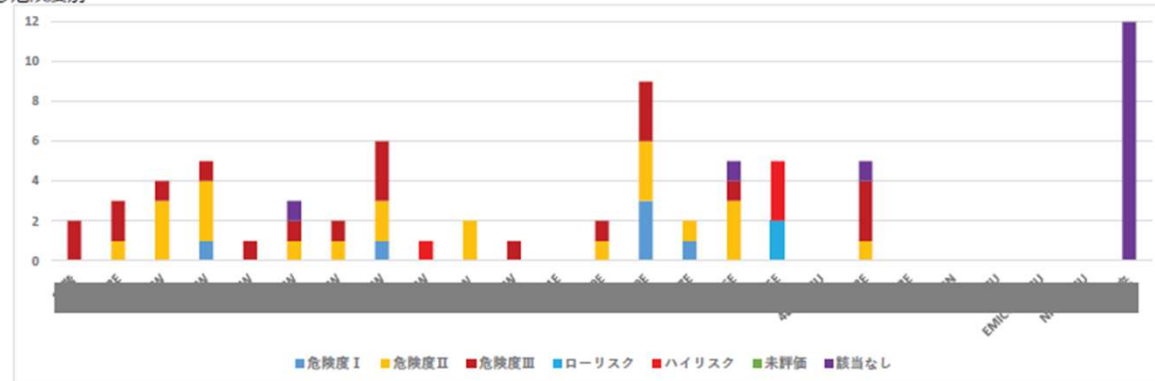


3) 転倒転落患者性別

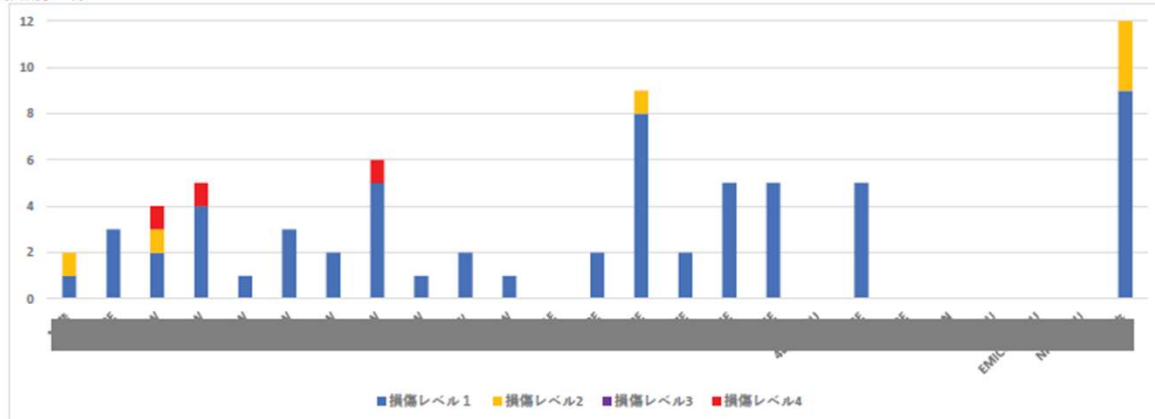


4) 病棟別転倒転落件数

① 危険度別

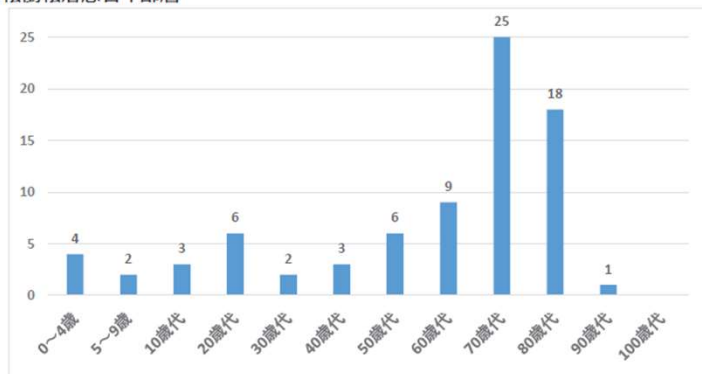


② 損傷レベル

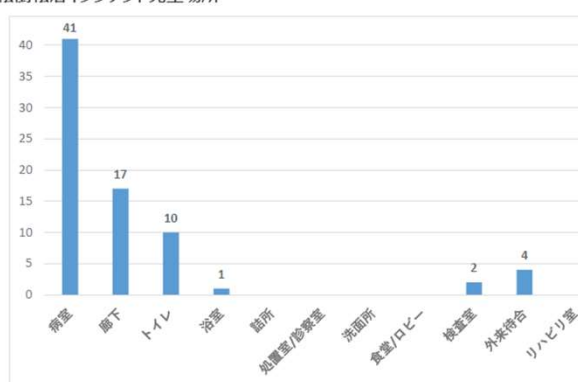


名古屋大学医学部附属病院の例

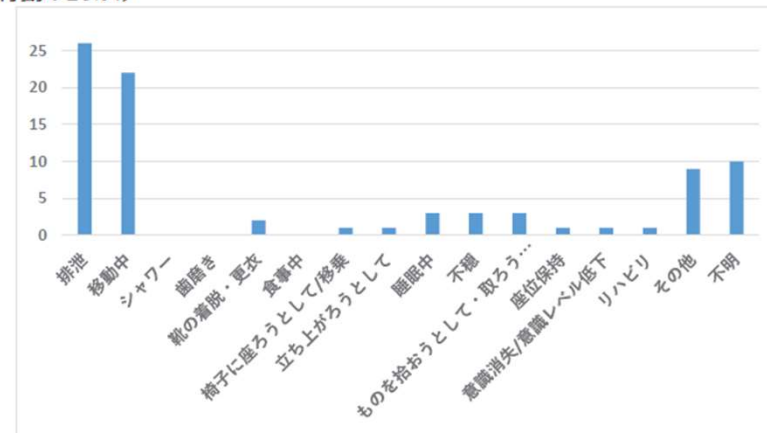
5) 転倒転落患者年齢層



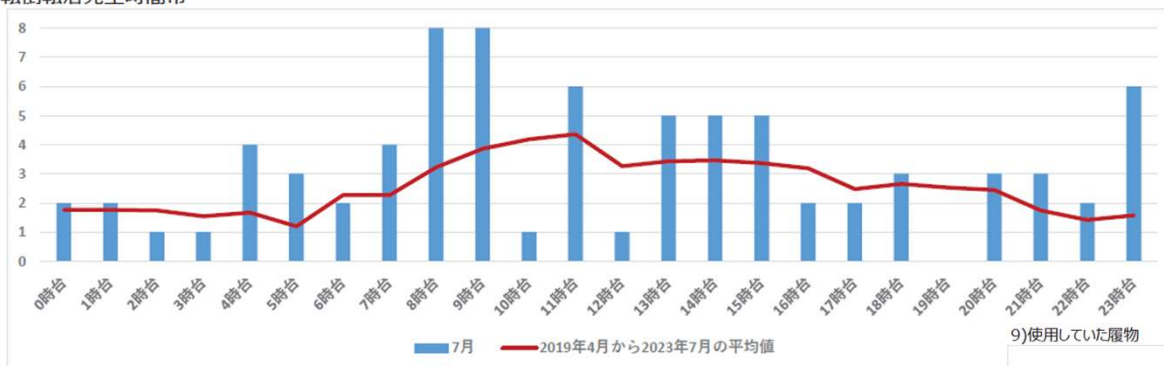
7) 転倒転落インシデント発生場所



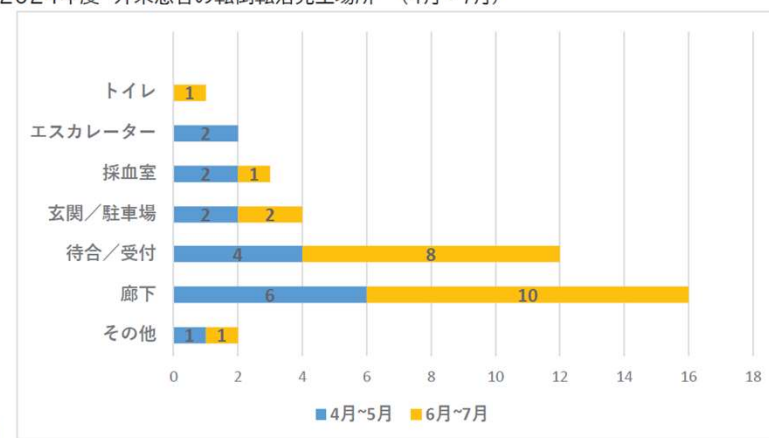
8) 行動のきっかけ



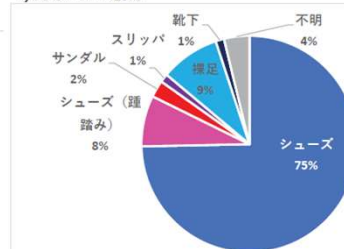
6) 転倒転落発生時間帯



2024年度 外来患者の転倒転落発生場所 (4月~7月)



9) 使用していた履物



名古屋大学医学部附属病院の例

転倒転落事故防止WG発足

工学部教員の参加

発生状況のモニタリング開始

対策チーム細分化

外来患者のアセスメント開始

アセスメントシートの見直し

損傷レベル4事例の検証開始

アセスメントシートの見直し

リスク量測定開始

P-27-2 入院患者における成人転倒転落アセスメントシートの改訂による効果

○佐伯 純^{1,3}、筒井 和恵^{1,3}、濱田 亜沙美^{1,3}、今泉 貴広²、
市川 真由美^{1,3}、梅村 朋¹、栗原 健¹、山本 啓央¹、長尾 能雅¹

¹名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部、²名古屋大学医学部附属病院 先端医療開発部、
³名古屋大学医学部附属病院 看護部

【背景と目的】 転倒転落事故は疾病の回復遅延やADL低下を引き起こす。転倒転落リスクの多面的評価は高リスク群の同定、適切な予防措置、重症化予防が期待される。昨年度、当院の成人転倒転落アセスメントシートを改訂した。内容は3点で①多変量解析した結果からアセスメント項目を37から26項目へ削減した。②「転倒転落歴あり」の配点を1から2点とした。③入院中に転倒転落した患者は評価内容に関わらず危険度Ⅲとした。アセスメントシート改訂により評価内容が臨床所見と差違がないか、業務負担に変化がないかを把握するため、新シートの妥当性と業務負担を調査した。【取り組み】 2023年6月、転倒転落発生数の多い部署また損傷レベルの高い転倒転落発生数が多い部署など4部署を決定した。4部署の看護師に対して旧シートの「記載時間」など4項目についてアンケートを実施した。7月より4部署における新シートの運用を開始した。1ヶ月後同様に新シートのアンケートを実施した。新旧シートのアンケート結果から比較調査を行った。【結果】 アンケート回答数は旧シート94件、新シート88件であった。アセスメントシートの3ヶ月平均入力数は全部署で6479件、4部署では1574件であった。新シートでは全例が危険度Ⅲと評価されるが、アセスメントシート全体で見ると各危険度の割合は新旧で違いはなかった。シート記載時間が5分以上とした回答数は旧シートで25.5%、新シートで16.9%であった。「項目数が適切である」という回答は「あてはまる」「ややあてはまる」が旧シートで86.2%、新シートで97.8%であった。「項目の内容は適切である」という回答は「あてはまる」「ややあてはまる」が旧シートで84.0%、新シートで96.6%であった。「危険度評価は妥当である」という回答は「あてはまる」「ややあてはまる」が旧シートで75.5%、新シートで90.7%であった。4部署の転倒転落発生率に傾向は見られなかった。2023年11月より全部署に対して新シートの運用を開始した。【考察】 新シートは項目数が少ないがアセスメントシートの評価結果に影響を与えず業務負担を軽減した。今後も危険度の評価に加え、適切な転倒転落予防行動と重症化予防対策につながるようアセスメント項目を検討していく。

O-30-5 インシデントレポートの自由記載欄を用いた転倒転落関連のリスク量解析

○上松 東宏^{1,3}、植村 政和^{2,3}、栗原 健^{2,3}、山本 啓央^{2,3}、梅村 朋^{2,3}、
北野 文将^{2,3}、平松 真理子^{3,4}、長尾 能雅^{1,2,3}

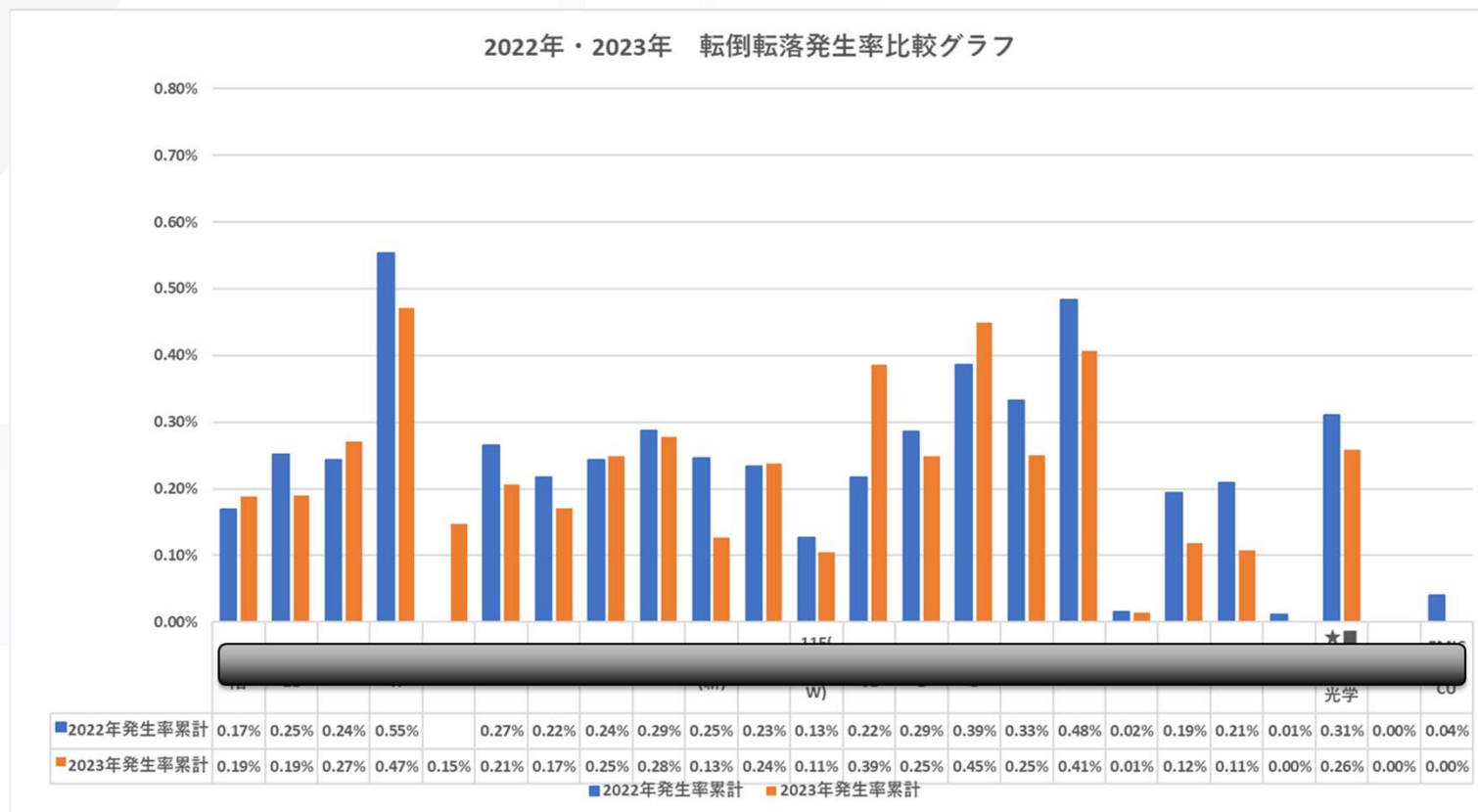
¹名古屋大学大学院医学系研究科博士課程 医療の質・患者安全学講座、²名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部、³名古屋大学医学部附属病院 ASUIISHI/QSOプロジェクト、⁴慶應義塾大学病院 医療安全管理部

【目的】 インシデントレポートの自由記載欄には、インシデントの背景が詳述され、重要な情報が含まれている。しかし膨大なデータが蓄積される一方、定量的な観点からは十分な活用は困難であった。名古屋大学附属病院（以下、当院）では、医療者集団に潜むリスクを、「重症度」や「過失性」といった要素に注目し、機械学習の手法を用いて自由記載欄の言語的特徴の定量化を行ってきた。今回我々は、転倒転落関連のインシデントレポートを対象を限定し、そのスコアの特徴を解析した。【方法】 対象は2012年4月～2024年3月に、当院で提出された転倒転落関連のインシデントレポートとした。自由記載欄のデータ解析には、先行研究で作成した複数のスコア（リスクスコア・重症スコア・過失スコア・疾病発生スコア）を使用した。これにより、転倒転落関連レポートの各スコアの経時的変化、レポートに登場する言語的特徴の変化などを後方的に検討した。【結果】 対象となる転倒転落関連レポートは9,769件であった。転倒転落関連レポート群の各スコアの平均値は、リスクスコア -1.16（レポート全体：-0.32）、重症スコア 0.46（-0.75）、過失スコア -4.67（-0.1）、疾病発生スコア 1.49（-0.18）であった。経時的にみると、リスクスコアは横ばいで推移していたが、内訳では、重症スコアと疾病発生スコアは低下傾向、過失スコアは上昇傾向を認めた。自由記載欄に登場する言葉の変化として、「移動」や「頭部打撲」等が近年重症スコアの上位に登場しており、重症スコアの上昇に関連する言葉として浮かび上がった。また、「患者の診療科別」のリスクスコア（報告数が30件以上）は、精神科・形成外科・血液内科が全体の上位だったが、経時的に順位は変動した。【考察】 インシデントレポートの自由記載欄から医療者集団のリスクを定量化する手法を用いて、転倒転落という特定のリスクカテゴリーの分析を行った。スコアや言語的特徴の変化の要因として、JCI受審に伴う対応指針の変更といった介入も影響したことが考えられた。今後は、転倒で発生した損傷などの患者アウトカムや安全文化調査など他スコアとの比較、講じた対策による変化などの影響を分析しながら、スコアの実装を進めていきたい。

名古屋大学医学部附属病院の例

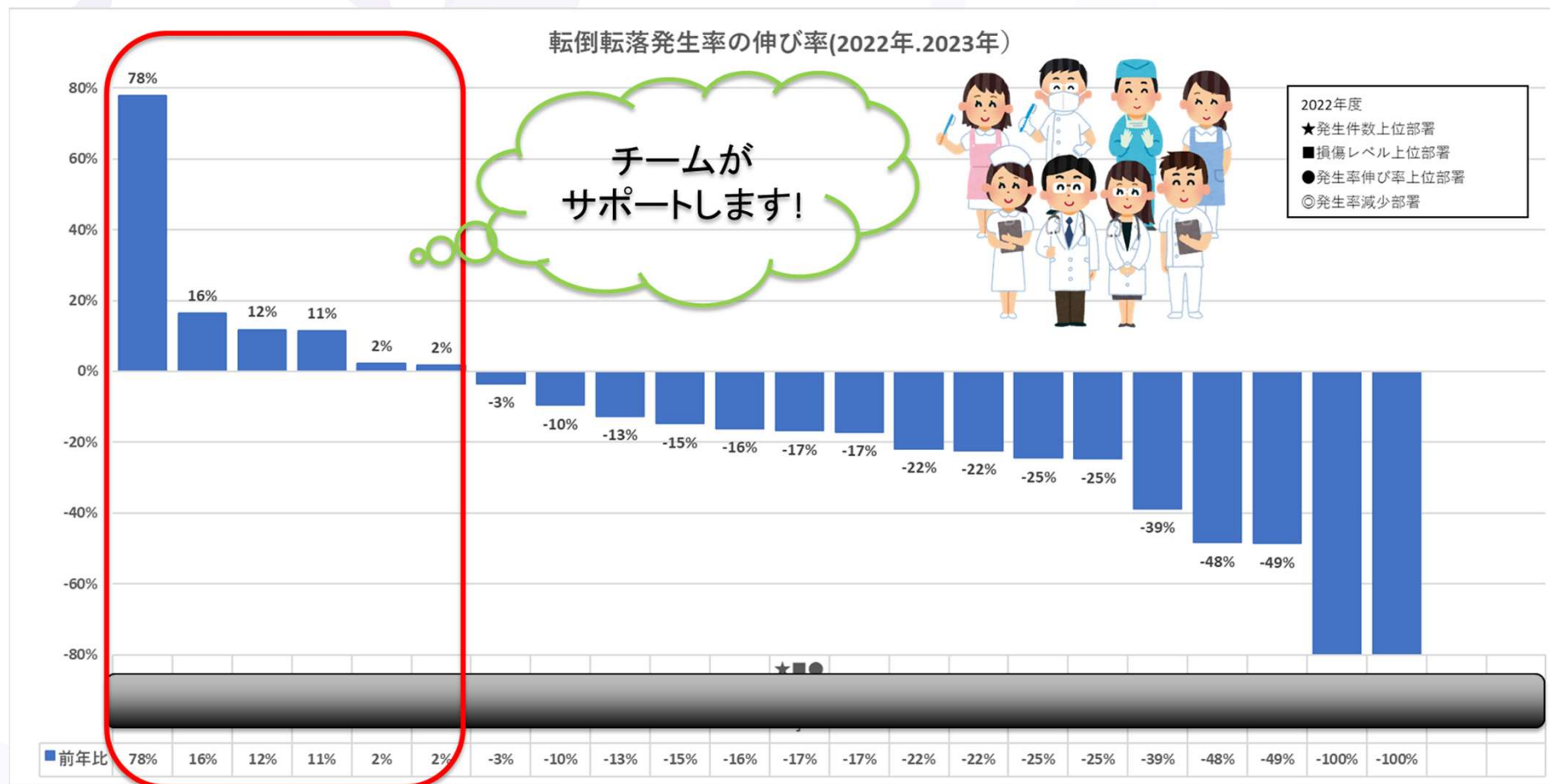
- 転倒転落事故防止WG発足
- 工学部教員の参加
- 発生状況のモニタリング開始
- 対策チーム細分化
- 外来患者のアセスメント開始
- アセスメントシートの見直し
- 損傷レベル4事例の検証開始
- アセスメントシートの見直し
- リスク量測定開始

病院が支援する必要のある部署はどこか？



名古屋大学医学部附属病院の例

変化率で示す。病院は、転倒転落発生率が増加した部署を支援し、大きく低下させた部署からヒントを得る



名古屋大学医学部附属病院の例

QI: Quality Indicator



- 入院患者、及び外来患者の転倒転落発生率は、病院が定める**共同QI***にします。病院が取り組む課題のひとつとして、全職員に周知しています。
- 各部署は、共同QIの中から一つ選択して、部署での取り組みとしてください。

2024年度 共同QI一覧

共同優先事項		指標番号	共同QI (測定項目)		目標値			
国際患者安全 目標 (IPSG)	IPSG.1 患者確認	1-1	患者誤認に関する無害事象 (レベル1) 以上発生件数		昨年度比90%以下			
		1-2	患者確認手順遵守率 (表格別添付)		100%			
	IPSG.2 コミュニケーション	1-3	パニック	国際患者安全 目標 (IPSG)	IPSG.6 転倒・転落	1-14	入院患者における転倒・転落発生率	昨年度比95%以下
		1-4	患者ケア した無害			1-15	外来患者における転倒・転落発生率	昨年度比95%以下
	IPSG.3 ハイアラート薬	1-5	ハイアラ	安全かつ適切な診療行為の提供		1-16	入院患者におけるクリニカルパス適用率	40%以上
	IPSG.4 手術・処置	1-6	手術室 (術前確	院内コミュニケーション文化の向上		1-17	全職員における TeamSTEPS 導入コース受講率	100%
				患者待ち時間の短縮		1-18	外来診察待ち 90分以上の患者数割合	10%以下
	IPSG.5 感染	1-7	手指衛生	効率的かつ 適正な 医療資源	適正な 業務環境の 推進	1-19	年次有給休暇取得の変化率	年間110%以上
		1-8	集中治療					
		1-9	一般病棟	健全な財務 状況の確保	保険請求の 適正化	1-20	指導料・管理料の算定率 (悪性腫瘍特異物質治療管理料)	昨年度比103%以上
		1-10	集中治療					
		1-11	一般病棟					
	1-12	集中治療	1-21	指導料・管理料の算定率 (特定薬剤治療管理料)	昨年度比103%以上			
1-13	手術部位	1-22	指導料・管理料の算定率 (難病外来指導管理料)	昨年度比103%以上				

各部署／部門は「共同QI」の中から1つ以上を選択する⇒「選択共同QI」
同時に部署／部門独自の目標を設定する⇒「部署QI」

名古屋大学医学部附属病院の例



□ 入院患者、及び外来患者の転倒転落発生率は、病院が定める**共同QI***にします。
病院が取り組む課題のひとつとして、全職員に周知しています。

□ 各部署は、共同QIの中から一つ選択して、**選択共同QI**とし、部署での取り組みとしてください。

35	選択共同QI	01-診療科	皮膚科	2-13	外来患者 転落発生率
36	選択共同QI	01-診療科	耳鼻いんこう科	2-14	外来患者 転落発生率
37	選択共同QI	01-診療科	放射線科	2-15	外来患者における転倒・転落発生率

外来患者は
3診療科が
選択共同QI
として選んだ

31	選択共同QI	01-診療科	整形外科	2-9	入院患者における転倒・転落発生率
40	選択共同QI	01-診療科	老年内科	2-18	入院患者における転倒・転落発生率
41	選択共同QI	01-診療科	脳神経内科	2-19	入院患者における転倒・転落発生率
44	選択共同QI	01-診療科	形成外科	2-22	入院患者における転倒・転落発生率
52	選択共同QI	03-中央診療施設・運営協等	リハビリテーション部	2-30	入院患者における転倒・転落発生率
77	選択共同QI	02-看護部	看護部 (7E)	2-55	入院患者における転倒・転落発生率
82	選択共同QI	02-看護部	看護部 (2E)	2-60	入院患者における転倒・転落発生率
83	選択共同QI	02-看護部	看護部 (3N)	2-61	入院患者における転倒・転落発生率

入院患者は
8部署が
選択共同QI
として選んだ

QI: Quality Indicator

浜松市リハビリテーション病院の例



病床数225床、職員数500名の中規模病院

【病院の使命】

患者の希望する生活に戻るための
リハビリテーションを提供すること

【あるべき姿／ありたい姿】

患者の機能回復を支え、安全に医療を提供する



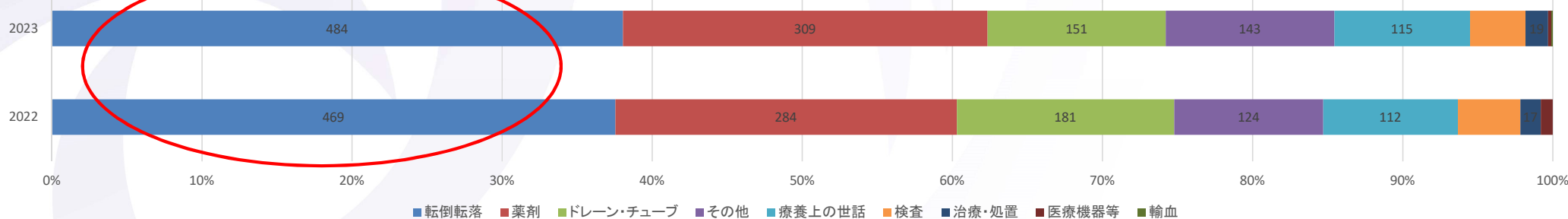
転倒転落対策の病院方針

「転倒転落の発生防止」と、

転倒転落が起きても大事に至らないようにする

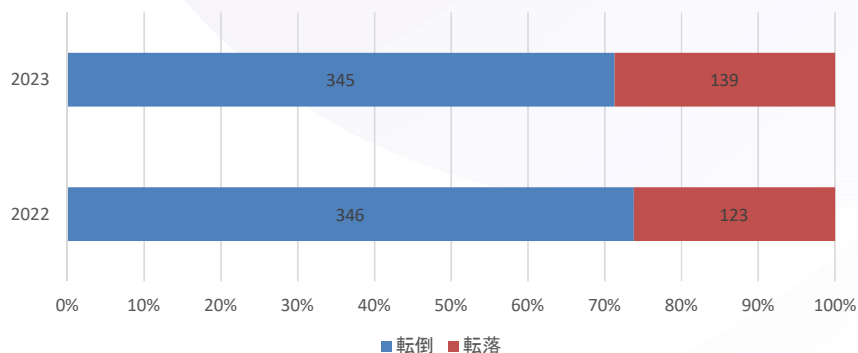
「転倒転落による傷害防止」の視点を持ち、
患者に合ったケアを提供すること

浜松市リハビリテーション病院のインシデント内容の内訳



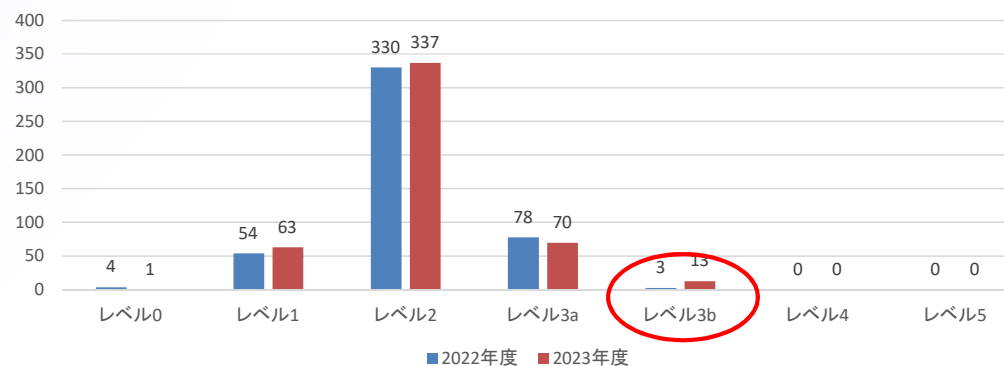
インシデント発生の特徴：転倒転落発生が一番多い

転倒転落の年度別件数比較



転倒が多い

転倒転落のレベル別

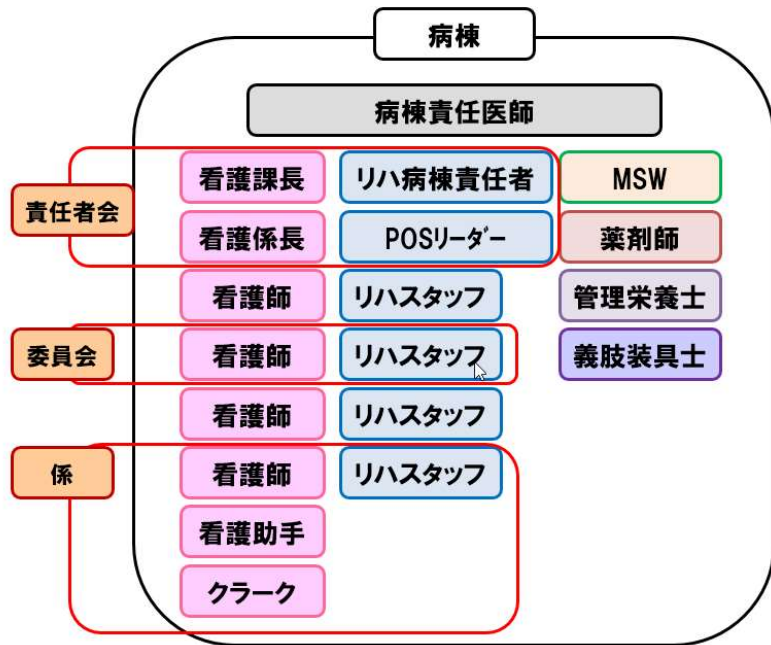


3bが前年度より増えた

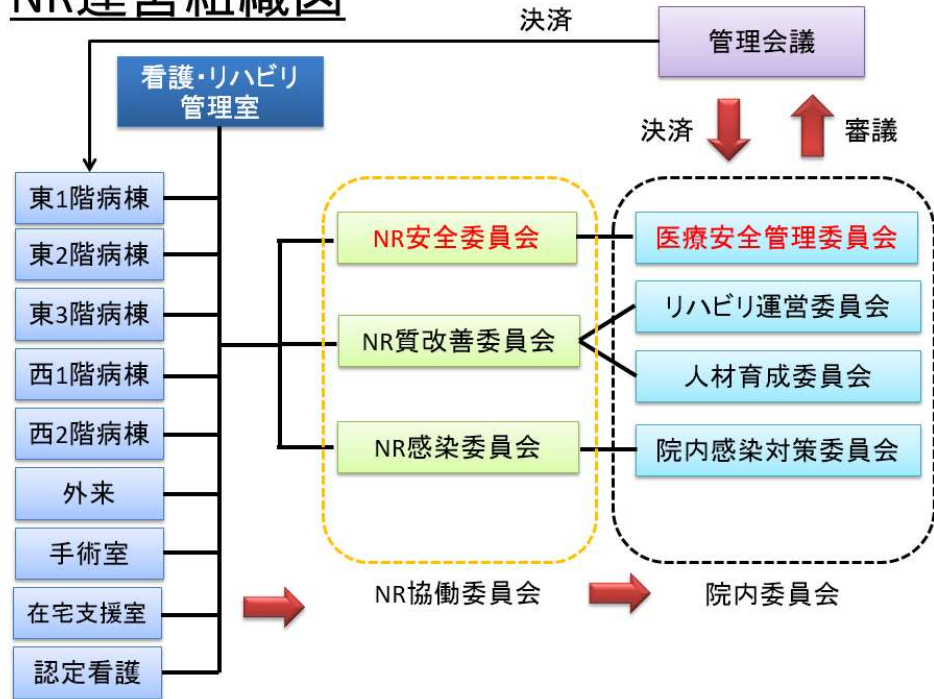
仕組み作り:NR協働体制(2016年~)

看護部とリハビリ部の職員と一緒に職場運営(目標作りや係活動等)する体制
NR委員会と病院委員会の関連性も構築

Nurse - Reha 協働の病棟内の組織図



NR運営組織図



仕組み作り:NR協働体制

看護部とリハビリ部の職員と一緒に職場運営(目標作りや係活動等)する体制

NRが病棟で一緒に行う実際の転倒転落対策の活動

安全研修



職場内カンファレンス



患者にあわせた環境設定

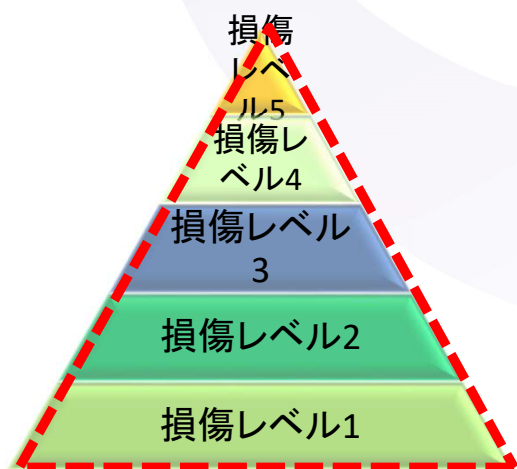


転倒転落の目指すところはどこでしょう

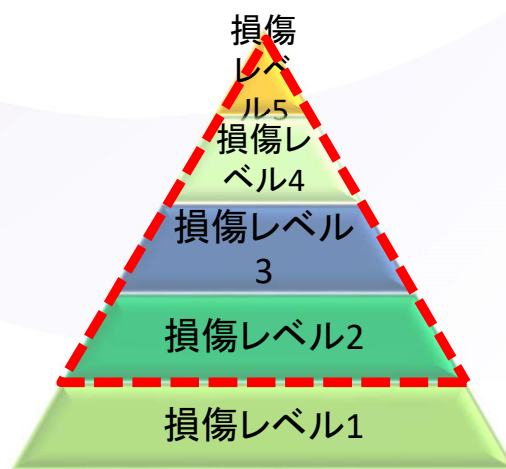
□ 組織の管理者は、転倒転落に関してその施設が担う社会に対する使命(ミッション)、施設のあるべき姿/ありたい姿(ビジョン)、および価値観/行動指針(バリュー)を明確に提示し、組織全体でそのことを意識して行動できるように動機づけます。



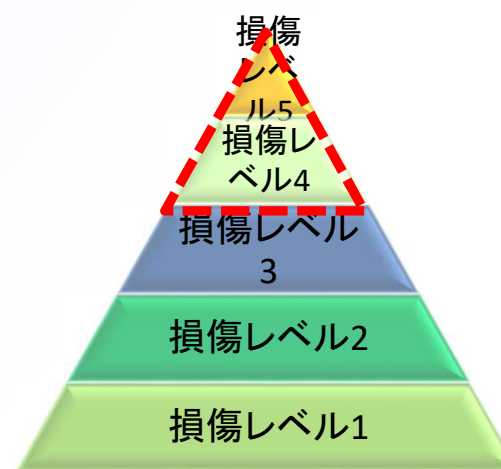
どれを
目指す？



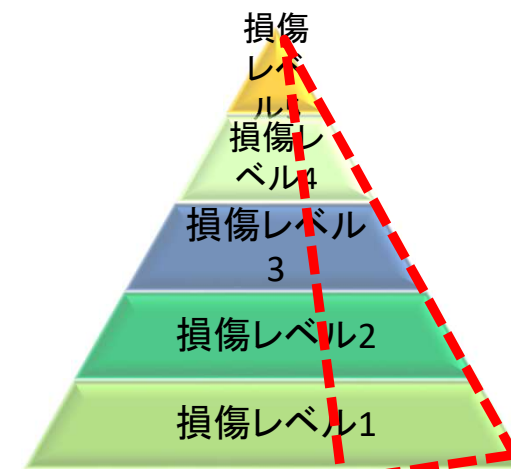
全ての転倒転落を減らす



傷害をなくす



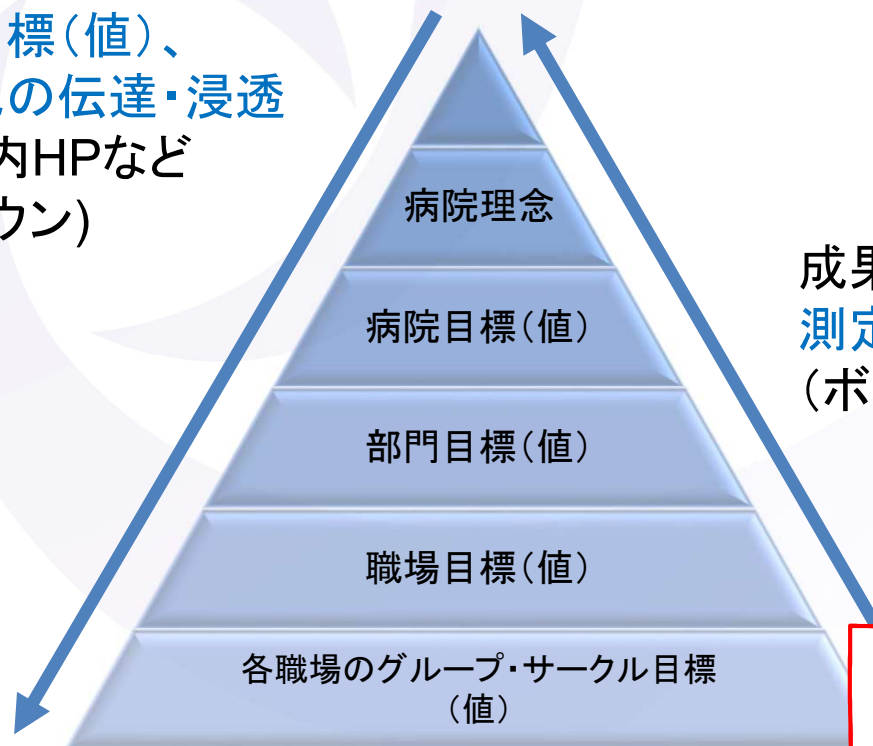
重症化をなくす



予防可能な
転倒転落をなくす

転倒転落対策の組織的な取り組みに向けて

理念や目標(値)、
達成状況の伝達・浸透
会議・院内HPなど
(トップダウン)



成果の積み上げ
測定値報告
(ボトムアップ)

これは、昨年のスライドです。
具体的な方法などについては、
グループ2～6の演者から説明します。
スタッフだけでなく、患者やその家族と共に
同じ目標を認識することがポイントです。

転倒転落対策確立プロジェクト 2group 「目標設定」

自施設のありたい姿と数値で目標を設定する

- 黒川美知代(日本赤十字社 医療事業推進本部 医療の質・研修部)
- 千葉道子(黒石市国民健康保険黒石病院)
- 篠田奈緒子(国家公務員共済組合連合会虎の門病院)

第19回医療の質・安全学会学術集会 COI 開示

筆頭発表者名：黒川美知代

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

- 昨年の学術集会において、私達2グループは各施設が目指すべき目標(案)を提示したが、訂正する
- 自施設に合った対策の着手方法がわからないことが根本的な課題
- 具体的に目指す目標は各施設によって異なるが、5つの重要項目の達成を目指すことは共通である
- 5つの重要項目に対する自組織の現状とありたい姿から目標設定する

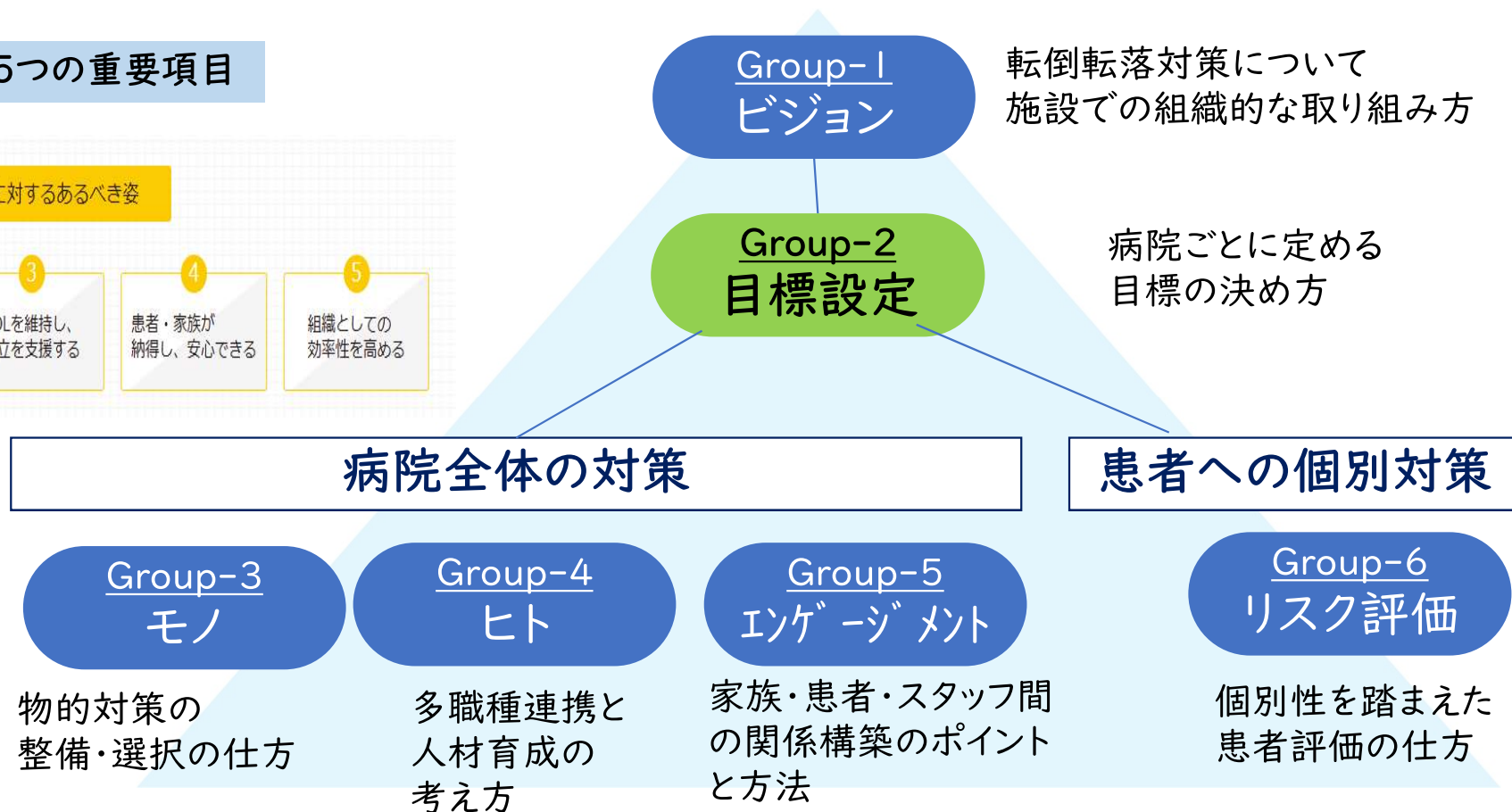
①「転倒転落対策全体の標準づくり」に向けたノウハウ化

【活動内容】 2023年に6つのグループに分かれて領域ごとに協議推進

転倒転落対策における5つの重要項目

転倒転落に対するあるべき姿

- 1 転倒転落による傷害をゼロにする
- 2 患者の尊厳を守る
- 3 ADLを維持し、自立を支援する
- 4 患者・家族が納得し、安心できる
- 5 組織としての効率性を高める



2groupからの提言

「自施設のありたい姿と数値で目標設定する」

- 組織的に転倒転落の問題に取り組むためには、自施設の現状をとらえた上で、自施設のありたい姿に向かって目標を定めることが必要
- 自施設のありたい姿を明確にすることで、ありたい姿と現状を照らし合わせながら、活動の目指す方向を見失わずに進むことができる
- 自施設のありたい姿を描き、数値化することで、自施設の状況に応じた対策の選択につながる

「自施設のありたい姿と数値で目標を設定する」

Step1.現状で起きている「よくないこと」を洗い出す

- ・ ありのままの状態をしてみる
- ・ 起きている「よくないこと」をすべて洗い出す

Step2.自施設のありたい姿と数値を決める

- ・ 特に解決したい「よくないこと」を選ぶ
- ・ 3年後のありたい姿から1年後のありたい姿を決める
- ・ 1年後のありたい姿を数値化する

Step.1 現状で起きている「よくないこと」を洗い出す

自施設の転倒転落に関する

ありのままの状況を話し合い、

起きている「よくないこと」が出たら、

その「よくないこと」をすべて洗い出す

(数値がわかるものは数値も書き出す)

転倒転落対策における5つの重要項目

1 転倒転落の発生：自施設の転倒転落事故の発生状況を知る

- ・転倒転落事故の発生時間、場所、発生状況、対象患者の状況、事故による傷害の程度、類似事例の発生頻度など

2 患者の尊厳：転倒転落予防を目的とした身体拘束（抑制）の状況を知る

- ・組織内の身体拘束（抑制）の実施状況、実施期間、実施方法、実施中の観察方法と記録など
- ・患者の尊厳は守られているか

3 ADLの維持：リハビリ実施状況、患者の療養生活の状況を知る

- ・患者のADLの維持、自立支援の実施状況、多職種間や自組織を取り巻く地域との情報共有
- ・リハビリや日常生活の自立支援へ向けた取り組み

4 患者・家族の安心：転倒転落対策に関する患者・家族との合意状況、患者満足度を知る

- ・患者・家族に転倒転落対策の説明をどのように実施し、理解が得られているか
- ・患者・家族の満足は得られているか

5 組織の効率：転倒転落対策に関する組織としての効率性（組織としての対策状況）を知る

- ・自施設は組織としてのどのような対策状況か
- ・転倒転落に関連しての労働環境、勤務状況

Step.2 自施設のありたい姿と数値を決める

Step 2 – ① 特に解決したい「よくないこと」を選ぶ

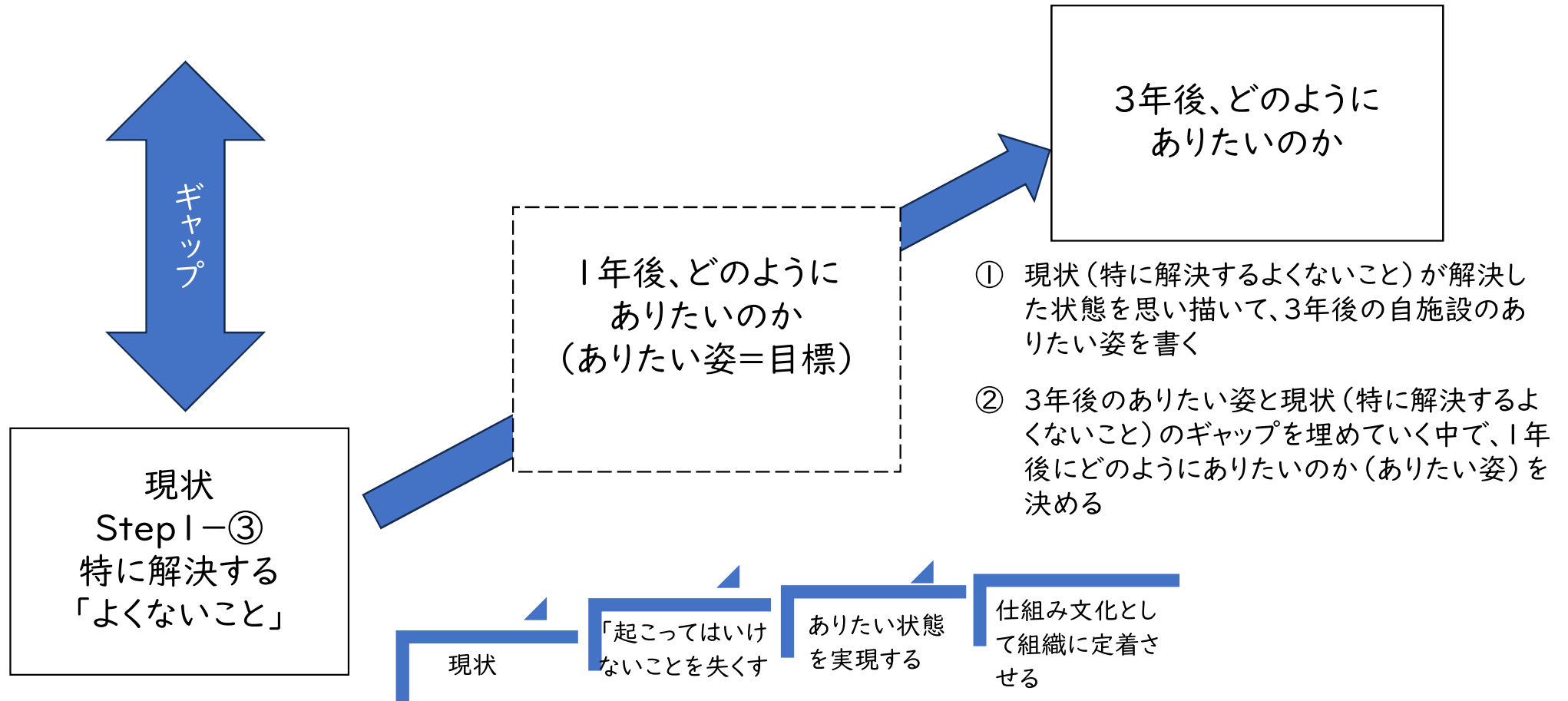
- Step1で洗い出した「よくないこと」から特に解決することを決めるために、洗い出した全ての「よくないこと」を似ているもの、違うもの、発生が多いもの、現状で取り組まれていないもの等の視点で話し合い、項目立てする
- 項目立てした「よくないこと」の中で、特に解決したいことを絞り（重点志向）、解決する「よくないこと」を選ぶ

【選び方の視点】

- 重要性 緊急性 : 本質的な問題を解決する 患者への影響・頻度
- 頻度の多さ : 今すぐ取り掛からなければ影響が拡大する 頻度
- 効果性 リソース効率 : まずは短期間で成果を挙げる 対策の効果 やりやすさ 職種間連携
- ばらつき : 他院・他病棟と比較してレベルが低いところを対応する
病棟によるばらつき・格差をなくす

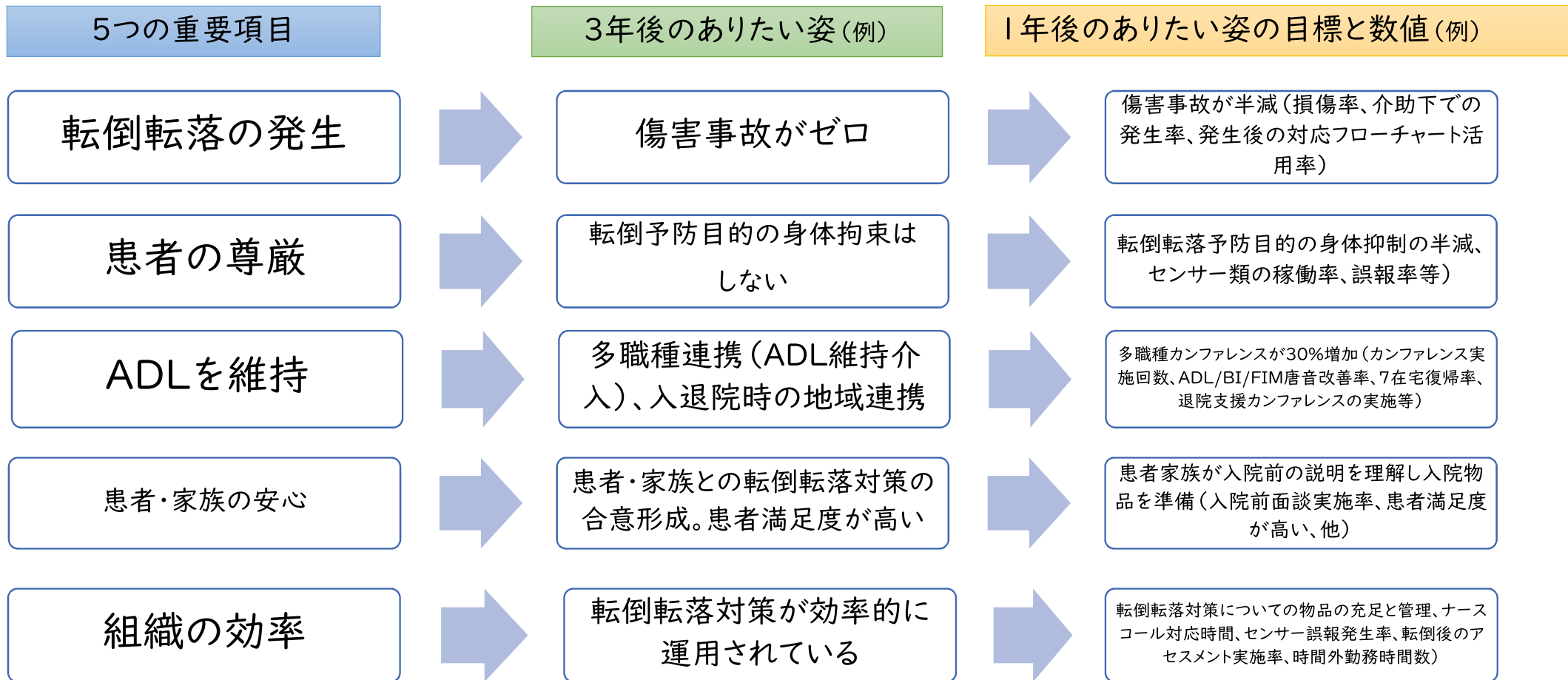
Step2. 自施設のありたい姿と目標を決める

2 - ② 3年後のありたい姿から1年後のありたい姿を決める



Step2. 自施設のありたい姿と目標を決める

Step 2 – ③ 1年後の姿になるための**具体的目標**を定め、**数値化する**



自施設のありたい姿を描き、数値を決めることの意味

- 転倒転落対策のためのリソースは施設ごとに違うが、5つの重要項目の達成を目指すことは共通
- 5つの重要項目を達成するためのありたい姿は施設ごとに異なる
- 自施設の現状をありのままに書き出し、3年後の自施設のありたい姿、1年後のありたい姿を明らかにしてから対策に着手する
- 特に解決したい「よくないこと」に絞って重点的に取り組む

ありたい姿を決めておくこと: 目指す方向を見失うことなく、今いる時点を確認しながら活動を進めることができる

ありたい姿の数値を決めること: ありたい姿に近づいたのか、を評価することができる

Current Best Approach

A病院 転倒転落対策チーム

- 所在地:東京都
- 病床数:819床
- 急性期一般 ■ 2次救急
- 平均在院日数:10.8日
- 病床利用率:76.6%(2023年度平均)
- 転倒転落対策チーム

メンバー:医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、事務名

全14

Step 1 - ① ありのままの状態をしてみる

5つの重要項目

転倒転落の発生

- 転倒発生率:1.61% 損傷率:0.013%
- 発生率は年々減少だが、外来の転倒が前年度よりも増加
- 看護師付添下での転倒が一定数ある
- 血液内科患者数が多く転倒も多い。血液内科は転倒時の損傷が大きくなるリスク

患者の尊厳

- 身体拘束率:14.3%
- 身体拘束最小化チームはまだ未設置
- 多職種での身体拘束解除へ向けた検討が課題

ADLの維持

- 転倒転落対策チームとして、この項目の視点が持っていない
- BIの入院時、退院時の変化
- 入院時から退院後の自立支援へ向けた取り組みが不十分

患者・家族の安心

- 転倒転落対策について、患者・家族へ向けた説明と同意が十分行えていない
- 看護計画や行動制限の同意書にサインをもらっているが、形式的
- 入院中はリスク評価・計画立案するが、その情報が外来へ引き継がれない
- 外来における多職種での転倒転落リスク評価や対策の説明行えていない

組織の効率性

- 転倒転落対策チームの存在
- チームラウンドを開始して以降、転倒発生率が低減
- 5年前にベッド内蔵型離床センサーを導入。現場の負担軽減した実感あり

Step 1 - ② 起きている「よくないこと」をすべて洗い出す

5つの重要項目

転倒転落の発生

- 転倒発生率:1.61% 損傷率:0.013%
- 発生率は年々減少だが、**外来の転倒が前年度よりも増加**
- **看護師付添下での転倒が一定数ある**
- **血液内科患者数が多く転倒も多い。血液内科は転倒時の損傷が大きくなるリスク**

患者の尊厳

- **身体拘束率:14.3%**
- **身体拘束最小化チームはまだ未設置**
- **多職種での身体拘束解除に向けた検討が課題**

ADLの維持

- 転倒転落対策チームとして、**この項目の視点が持っていない**
- BIの入院時、退院時の変化
- **入院時から退院後の自立支援へ向けた取り組みが不十分**

患者・家族の安心

- 転倒転落対策について、**患者・家族へ向けた説明と同意が十分行えていない**
- 看護計画や行動制限の**同意書にサインをもらっているが、形式的**
- 入院中はリスク評価・計画立案するが、その**情報が外来へ引き継がれない**
- **外来における多職種での転倒転落リスク評価や対策の説明行えていない**

組織の効率性

- 転倒転落対策チームの存在
- チームラウンドを開始して以降、転倒発生率が低減
- 5年前にベッド内蔵型離床センサーを導入。現場の負担軽減した実感あり

Step 2 – ① 特に解決したい「よくないこと」を選ぶ

5つの重要項目

転倒転落の発生

- 転倒発生率:1.61% 損傷率:0.013%
- 発生率は年々減少だが、**外来の転倒が前年度よりも増加**
- **看護師付添下での転倒**が一定数ある
- 血液内科患者数が多く転倒も多い。**血液内科は転倒時の損傷が大きくなるリスク**

患者の尊厳

- **身体拘束率:14.3%**
- **身体拘束最小化チームはまだ未設置**
- **多職種での身体拘束解除に向けた検討が課題**

ADLの維持

- 転倒転落対策チームとして、**この項目の視点が持っていない**
- BIの入院時、退院時の変化
- **入院時から退院後の自立支援へ向けた取り組みが不十分**

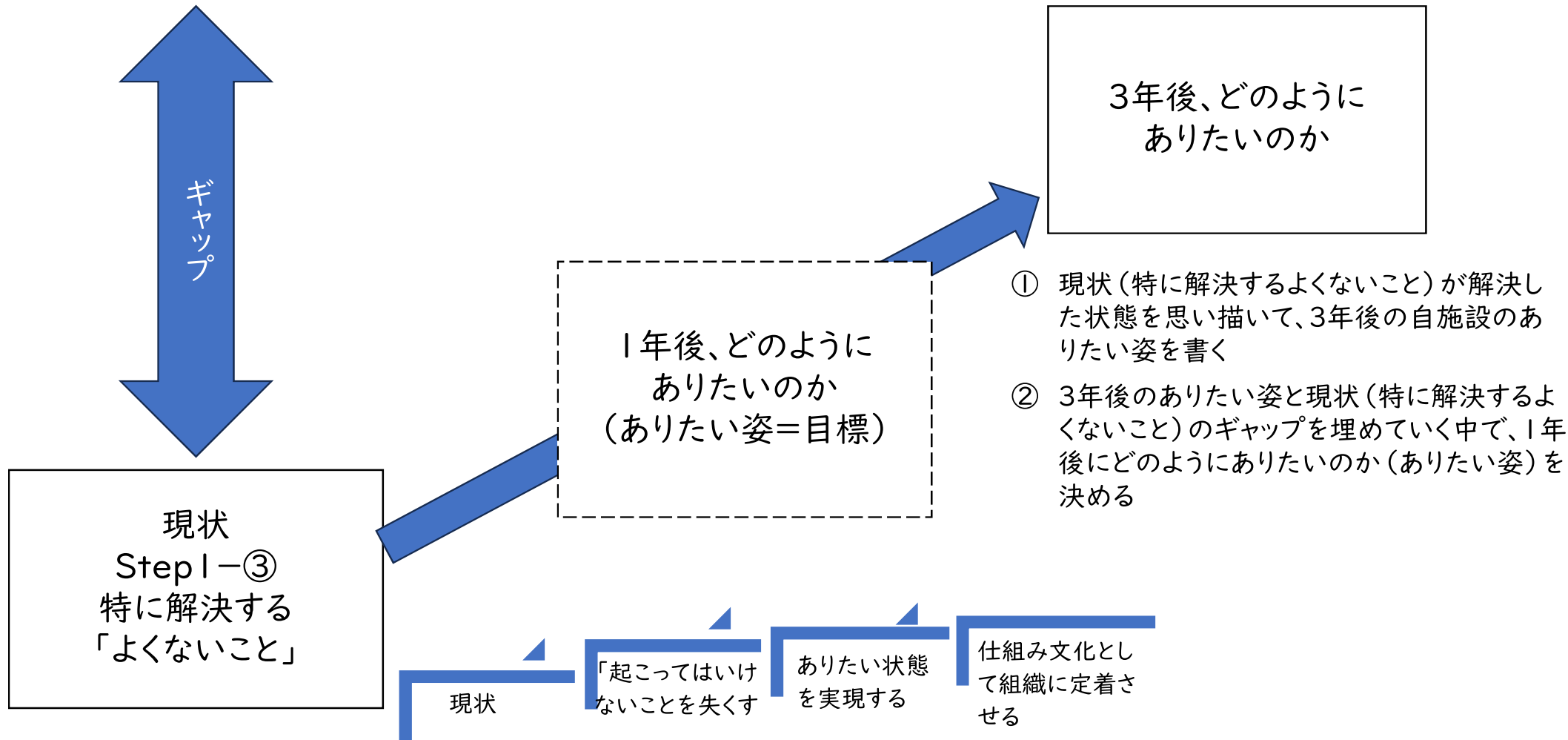
患者・家族の安心

- 転倒転落対策について、患者・家族へ向けた**説明と同意が十分行えていない**
- 看護計画や行動制限の**同意書にサインをもらっているが、形式的**
- 入院中はリスク評価・計画立案するが、その**情報が外来へ引き継がれない**
- **外来における多職種での転倒転落リスク評価や対策の説明行えていない**

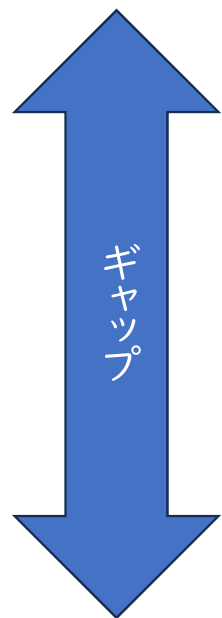
組織の効率性

- 転倒転落対策チームの存在
- チームラウンドを開始して以降、転倒発生率が低減
- 5年前にベッド内蔵型離床センサーを導入。現場の負担軽減した実感あり

Step 2 – ② 3年後のありたい姿から1年後のありたい姿を決める



Step 2 – ② 3年後のありたい姿から1年後のありたい姿を決める



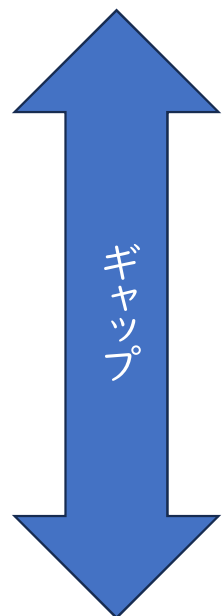
3年後のありたい姿

1年後のありたい姿

現状のよくないこと

- 外来の転倒発生率増加
- 説明と同意が不十分
- 入院から外来への情報共有不足
- 外来での多職種による転倒予防

Step 2 – ② 3年後のありたい姿から1年後のありたい姿を決める



3年後のありたい姿

- 入院時・入院中の転倒転落リスクおよび対策の説明充実により、患者の理解・満足度が上がる
- その結果外来の転倒発生率が低減する

1年後のありたい姿

現状のよくないこと

- 外来の転倒発生率増加
- 説明と同意が不十分
- 入院から外来への情報共有不足
- 外来での多職種による転倒予防

Step 2 – ② 3年後のありたい姿から1年後のありたい姿を決める



3年後のありたい姿

- 入院時・入院中の転倒転落リスクおよび対策の説明充実により、患者の理解・満足度が上がる
- その結果外来の転倒発生率が低減する

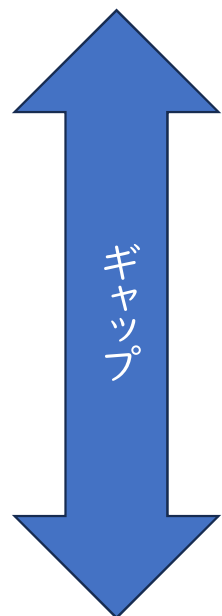
1年後のありたい姿

- 入院時、パンフレットを用いた説明の徹底
- 入院中転倒した患者・危険度Ⅲと評価された患者への教育指導充実
- 入院から外来への転倒リスクに関する情報共有徹底

現状のよくないこと

- 外来の転倒発生率増加
- 説明と同意が不十分
- 入院から外来への情報共有不足
- 外来での多職種による転倒予防

Step 2 – ② 3年後のありたい姿から1年後のありたい姿を決める



現状のよくないこと

- 外来の転倒発生率増加
- 説明と同意が不十分
- 入院から外来への情報共有
- 外来での多職種による転倒

1年後のありたい姿

- 入院時、パンフレットを用いた説明の徹底
 - ▶ 実施状況の評価が必要
- 入院中転倒した患者・危険度Ⅲと評価された患者への教育指導充実
 - ▶ リスク評価実施率・看護計画立案率監査が必要
- 入院から外来への転倒リスクに関する情報共有徹底
 - ▶ 情報の引継ぎ方法を決定し、実施率を評価

3年後のありたい姿

- 入院時・入院中の転倒転落リスクおよび対策の説明充実により、患者の理解・満足度が上がる
- その結果外来の転倒発生率が低減する

5つの重点項目と2Stepで目標設定してみても感想

- これまで転倒転落の発生に視点が集中しがちだった。5つの重要項目を意識したことで、今まで注目しきれていなかった課題に気づけた。
- これまで外来の転倒についてハード面からの改善ばかり考えていたが、5つの重要項目に沿って改めて考え直したことで、入院時からの情報共有がカギだったのだと気づけた。
- 3年後の理想も含めたありたい姿を描いてから、1年後の具体的な目標を考えることで、ブレずに方向性を見定めて考えられた。
- 最初から1年後の目標を考えていたら、どうしても実現可能な範囲に限定してしまっていたかもしれない。
- 最後に目標を数値化するのが難しかった。目指したい姿によっては数値で表しきれない場合もある。

まとめ

- 組織的に転倒転落の問題に取り組むために「自組織のありたい姿と数値で目標設定する」ことを提示した
- ありたい姿を明確にすることで、目指す方向を見失うことなく活動することができ、ありたい姿=目標を数値化することで評価ができる
- 数値目標の達成だけがノルマではなく、本質を見失わないようにすることが重要。「どのような状態になりたいのか」指標としての数値である

ご清聴ありがとうございました

転倒転落への目標を達成するための 物的対策

○初雁卓郎(パラマウントヘルスケア総合研究所)
奥 俊介(転倒転落研究会RoomT2)
川口 潤(パラマウントベッド株式会社)



【講演概要】

1. 背景と目的
2. 物的対策の進め方
3. Current Best Approach
4. 今後の物的対策



第19回医療の質・安全学会学術集会 COI 開示

筆頭発表者名： 初雁 卓郎

パラマウントヘルスケア総合研究所
および
転倒転落研究会(略称:RoomT2)
は
パラマウントベッド株式会社に
活動支援を受けています

転倒転落事故の要因として、物的対策は大きく関与する

■ 転倒・転落事故 物的対策の分類

未然防止策

情報共有支援

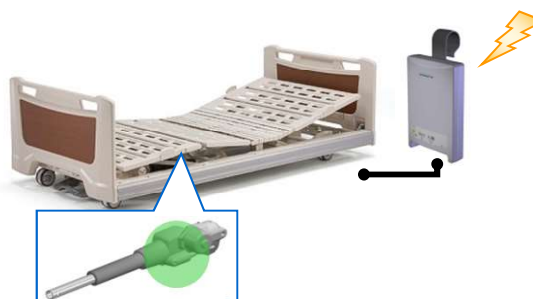


転倒転落予防DVD,
ピクトグラム, etc.

患者・家族やスタッフが
一丸となる

直前防止策

リスク動作検出＋通知



離床センサ(ベッド内蔵式,
マット式, クリップ式, etc.)

リスク動作を検出・通知する
ことで直前に事故を防ぐ

被害軽減策

衝撃緩和



緩衝マット,
低床ベッド, etc.

転倒しても受傷させない

患者や状況に応じて複合的な物的対策が重要

物的対策を推進するために、物的対策の標準化を目指す

①物的対策として十分な備品があるか
把握していますか？

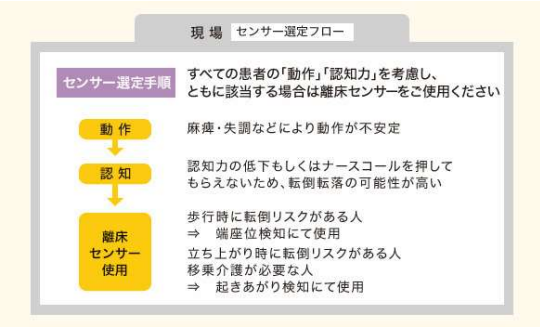
②備品をうまく使えていますか？

② 備品に関する運用・教育のルールを決めましょう！

離床センサの使用可否と通知タイミング

ベッド柵の設置数

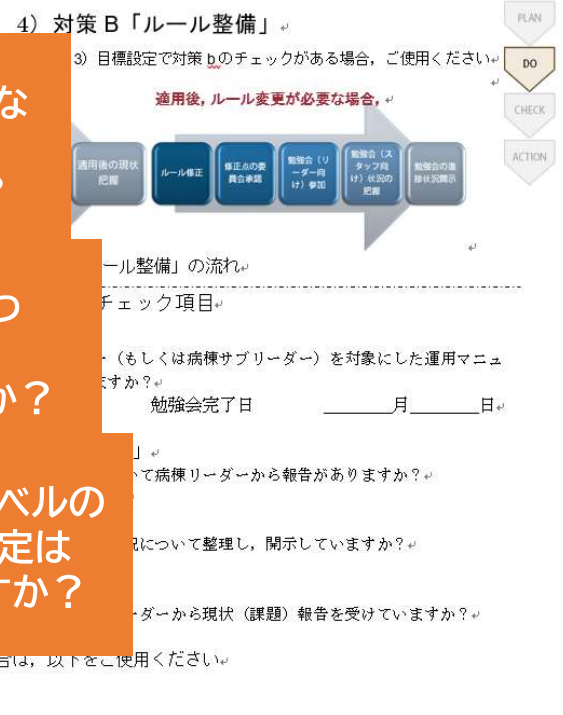
離床センサ	ベッド柵	歩行器	歩行補助具	歩行車
「患者に離床センサーですか？」	「この患者は離床センサーを使用する必要があるでしょうか？」	「患者が歩行器を使用する必要があるでしょうか？」	「患者が歩行補助具を使用する必要があるでしょうか？」	「患者が歩行車を使用する必要があるでしょうか？」
① 離床センサーあり	① あり	① あり	① あり	① あり
② 離床センサーなし	② あり	② あり	② あり	② あり
③ 離床センサーなし	③ あり	③ あり	③ あり	③ あり
④ 離床センサーなし	④ あり	④ あり	④ あり	④ あり
⑤ 離床センサーなし	⑤ あり	⑤ あり	⑤ あり	⑤ あり



教育が必要な備品は何ですか？

誰がいつ教育していますか？

頻度やレベルの目標設定はありますか？



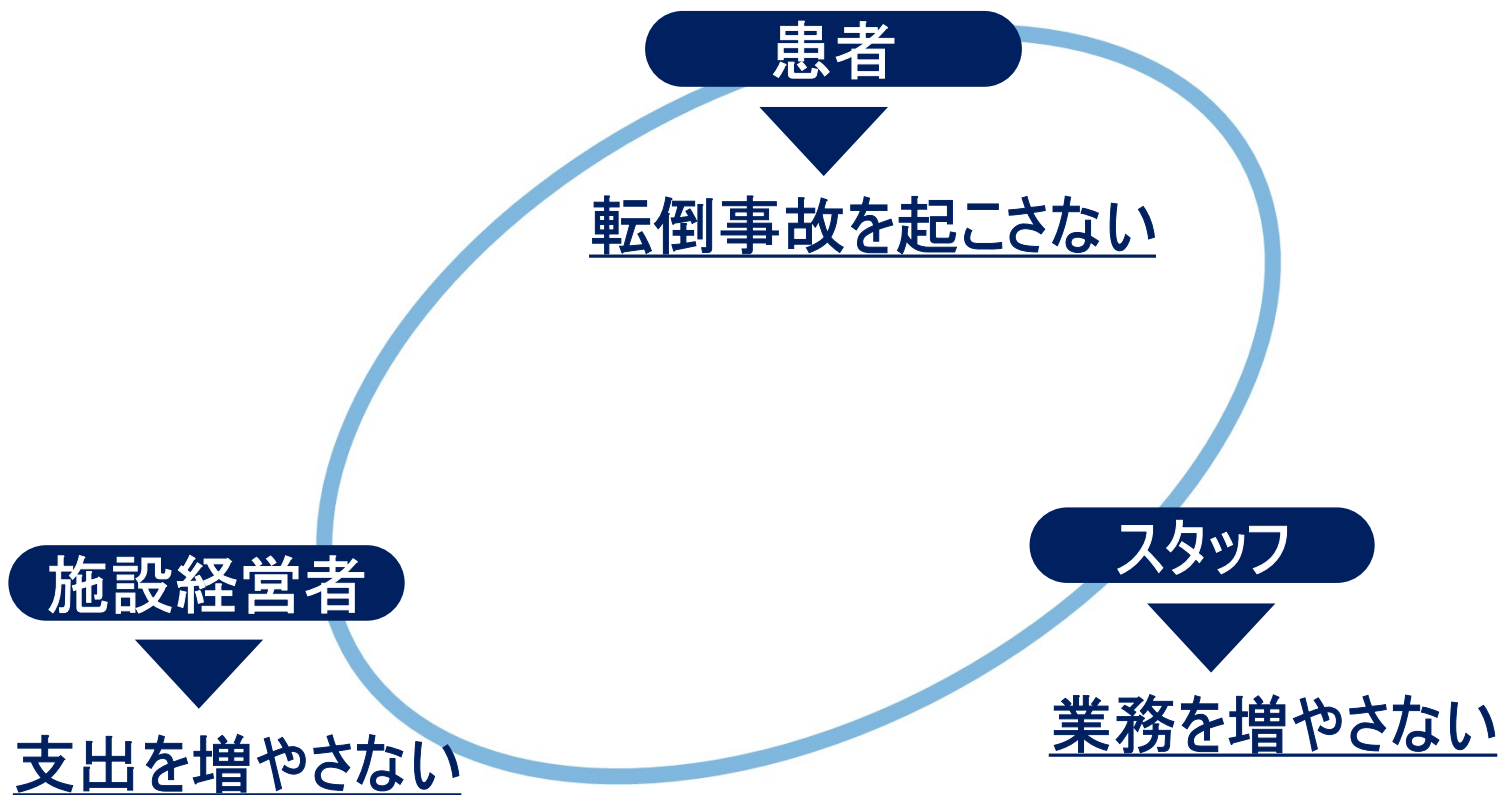
物的対策の要否や詳細設定を決める

備品に関しても教育は重要

備品の運用ルールや教育の実施ルールを決める
（院内だけでなく、提供先の企業のカも活用しましょう）

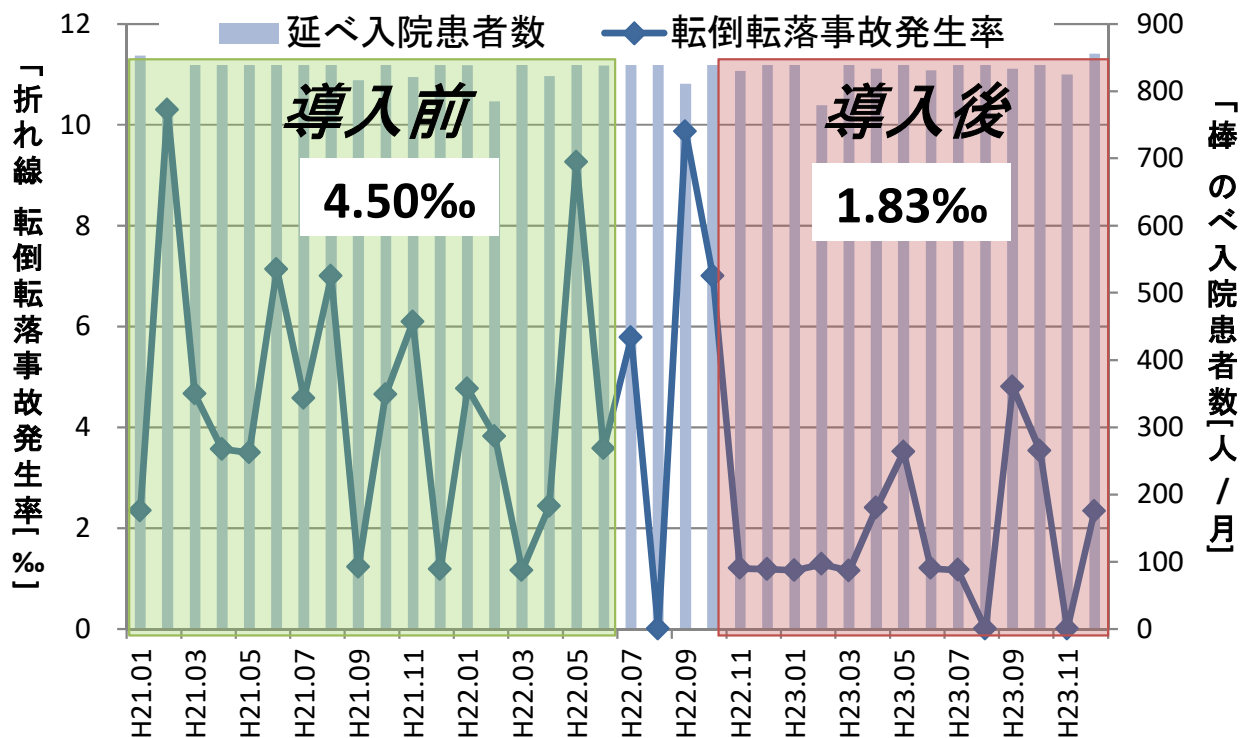
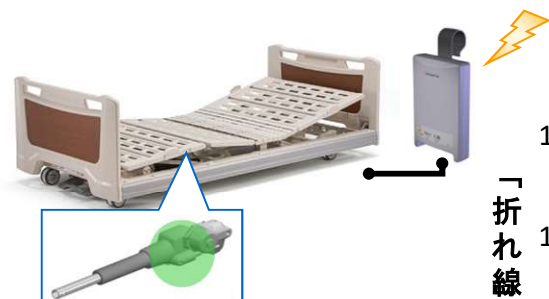
物的対策のCurrent Best Approach

エビデンスのある対策を実施する



①患者 ～転倒事故を起こさない

(CBA) ベッド内蔵型離床センサの導入で事故削減



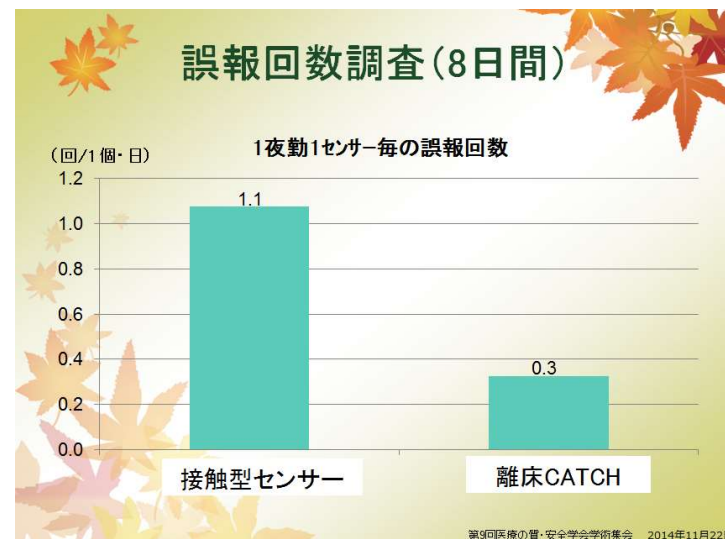
◆ 転倒・転落事故発生率 経緯 (武蔵野赤十字病院・脳卒中センター)

宮本, 初雁, 杉山, “離床CATCHを用いた転倒転落事故対策及びセンサー選定方法に関する取組”, 医療の質・安全学会誌, 6巻, 特別号, pp174, 2011.

離床センサの利用で転倒転落事故を59.4%削減できた

② スタッフ ～業務を増やさない

(CBA) 離床センサの方式変更で誤報削減(マット式→ベッド内蔵式)



◆ 離床センサ設置時の誤報回数調査結果
(飯塚病院 脳神経外科・神経内科病棟)

水野, 渡邊, 須藤, 福村, 水流, 初雁, “転倒転落防止のための離床CATCHの効果的な使用方法について”, 病院設備, 55巻, 6号, pp110, 2013.

1夜勤当たりの
誤報削減回数
0.8回

×

1訪問当たりの
対応時間
3分

×

センサー
使用比率
20%

×

稼働
病床数
50床

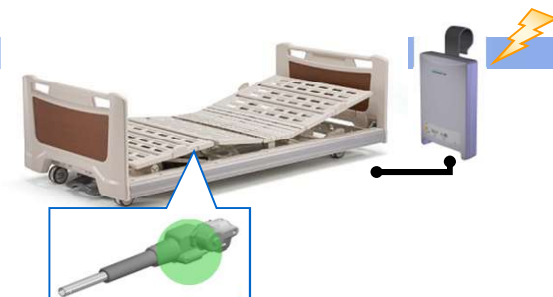
×

365日

離床センサ誤報の訪室について年146時間分削減が試算される

③施設経営者 ～支出を増やさない

(CBA)事故削減により医療費を削減



(※8.5万円と仮定)

(※ベッド稼働率を90%と仮定)

飯島, 森田, 大木, 下久保, “電子化した転倒リスクアセスメントツールと連動した標準転倒予防対策”, モダンフィジシャン43(10), 1149-1151, 2014.

A. 武蔵野赤十字病院

脳卒中センター (5床<2S>/27床)

4.50% \Rightarrow 1.83%

事故費用削減
200万円/年

※2: 宮本, 初雁, 杉山, “離床CATCHを用いた転倒転落事故対策及びセンサー選定方法に関する取組”, 医療の質・安全学会誌, 6巻, 特別号, pp174, 2011.

B. 飯塚病院

脳神経外科・神経内科病棟
(5床<2S>/59床)

1.73% \Rightarrow 0.73%

160万円/年

※3: 水野, 渡邊, 須藤, 福村, 水流, 初雁, “転倒転落防止のための離床CATCHの効果的な使用方法について”, 病院設備, 55巻, 6号, pp110, 2013.

C. 右田病院

全病棟 (82床<2S>/82床)

3.82% \Rightarrow 1.60%

510万円/年

※4: 菊地, “ナースコール呼出履歴活用事例～データに基づく改善事例～”, 療養環境改善研修会, 2013.

離床センサの有効活用で年数百万円の削減が試算される

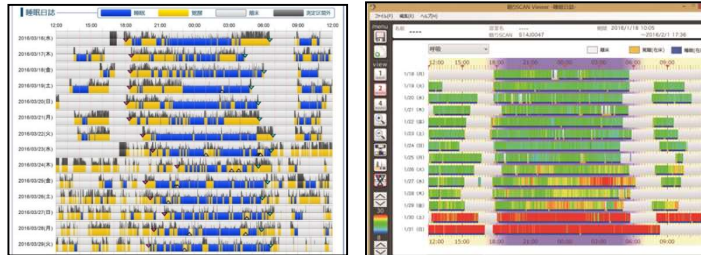
これまで以上の
生産性向上と医療の質向上を
実現する

■ データに基づく新たな対策



センサを整備して、
データに基づく対策を推進

体動センサ…体動から睡眠状態、心拍数、呼吸数を算出



現状を見える化して、
患者・家族・医療従事者が
一丸で転倒転落対策推進

ベッドサイド情報端末…簡易表示やピクトグラムによる状態表示

データに基づく対策の実施で、生産性向上と医療の質向上に貢献する

ご清聴ありがとうございました



PD-19：転倒転落対策確立を目指した課題抽出とCurrent Best Approach

転倒転落における 多職種連携・人材育成

○金子由香子

(医療法人社団愛友会 伊奈病院 医療安全管理課)

要 由紀子

(一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院 リハビリテーション部)

東 泰弘

(公立藤田総合病院 医療安全管理室)

赤城 香

(公立西知多総合病院 医療品質管理センター 医療安全管理室)

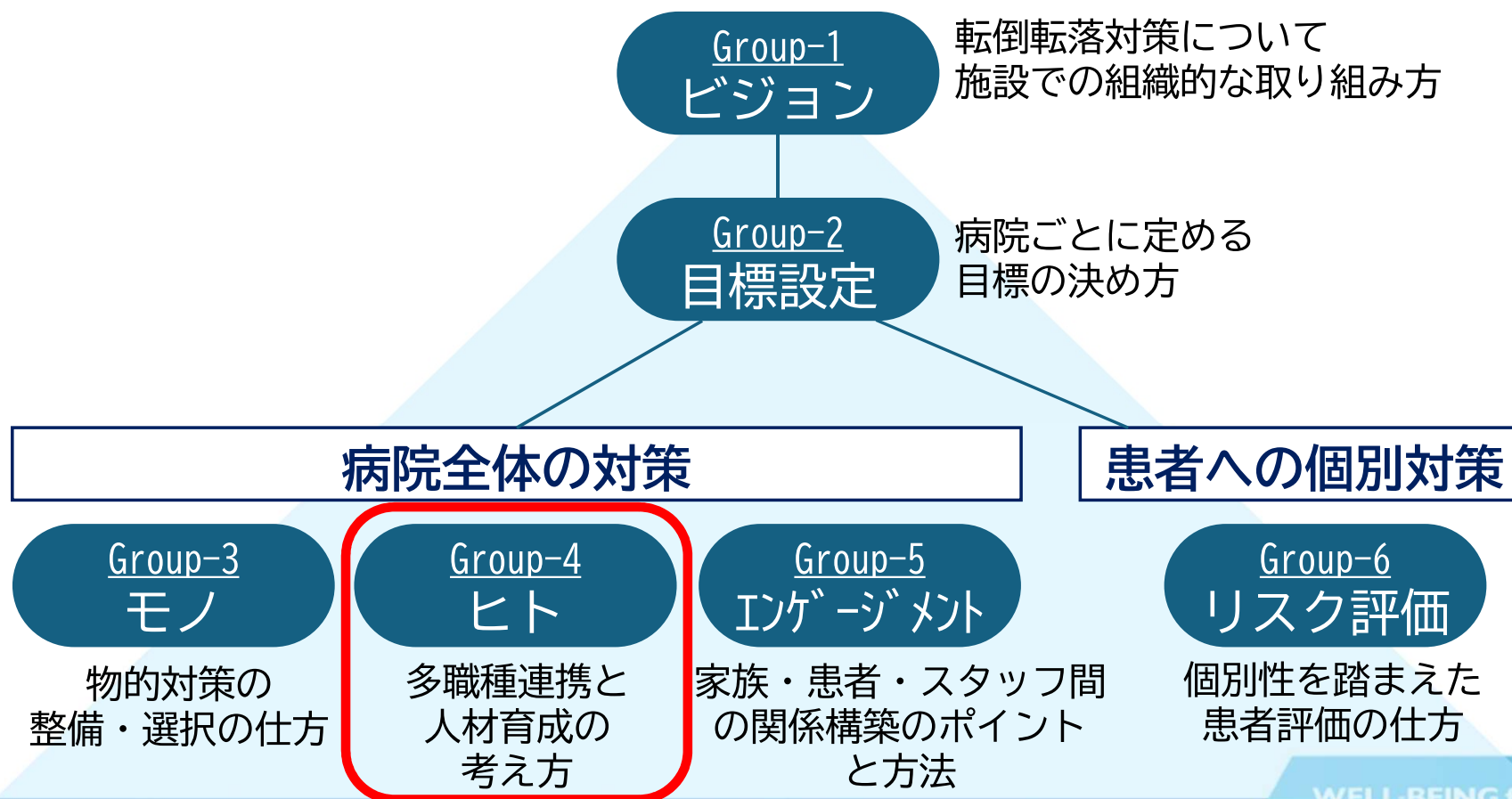
第19回医療の質・安全学会学術集会 COI 開示

筆頭発表者名：金子由香子

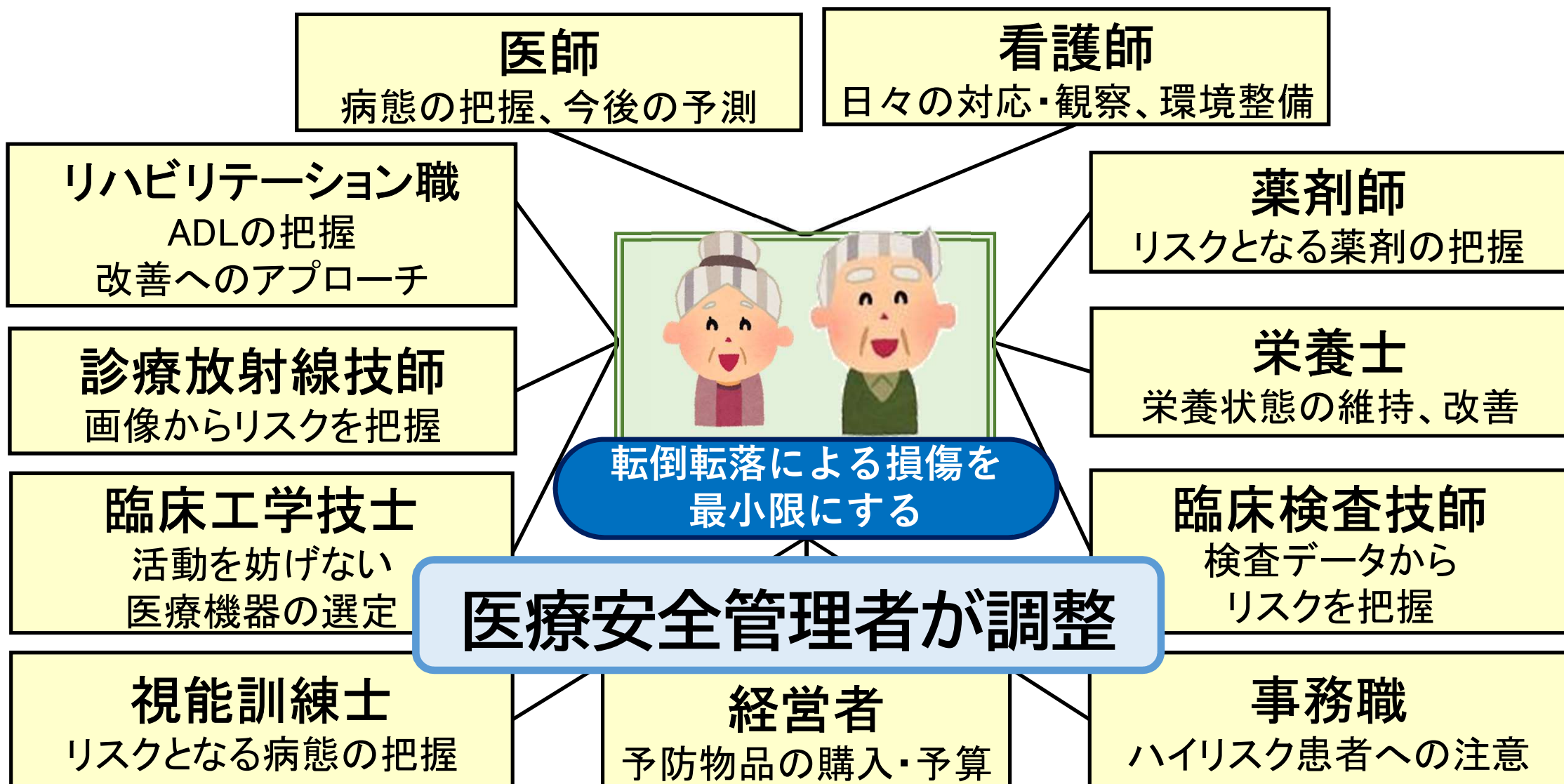
演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある
企業などはありません。

① 「転倒転落対策全体の標準づくり」に向けたノウハウ化

【活動内容】 2023年に6つのグループに分かれて領域ごとに協議推進

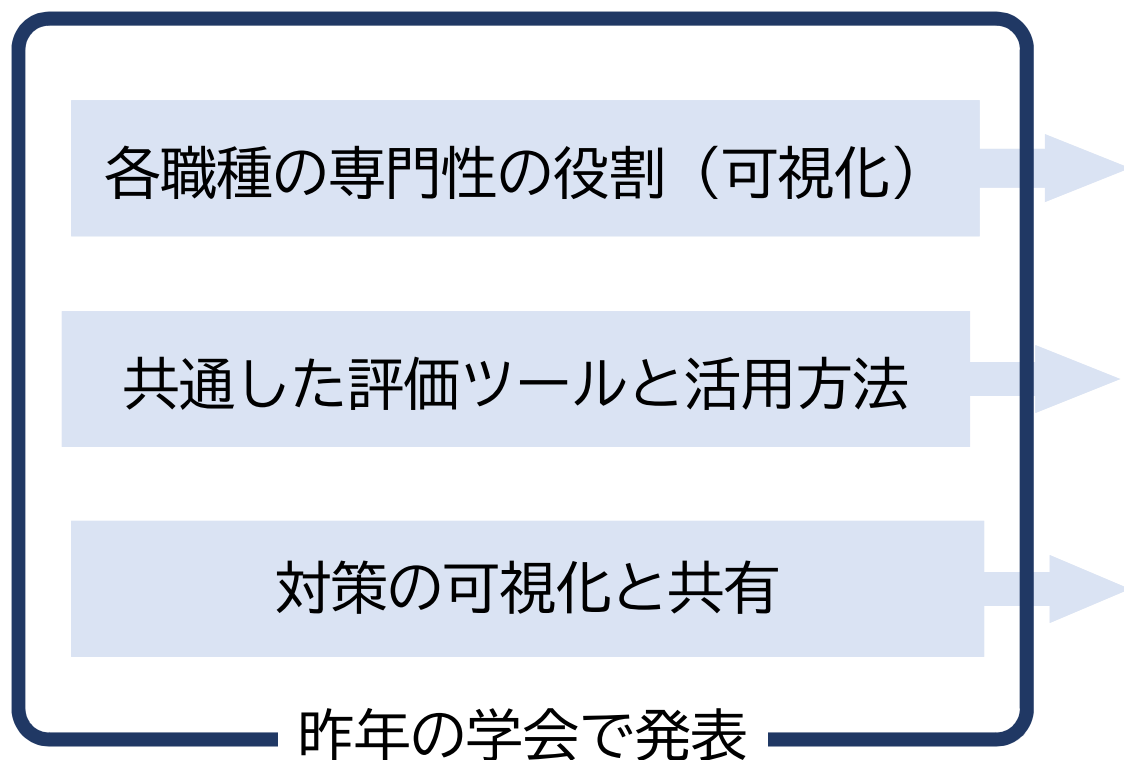


各部署の目的・戦略・実践案を明示する

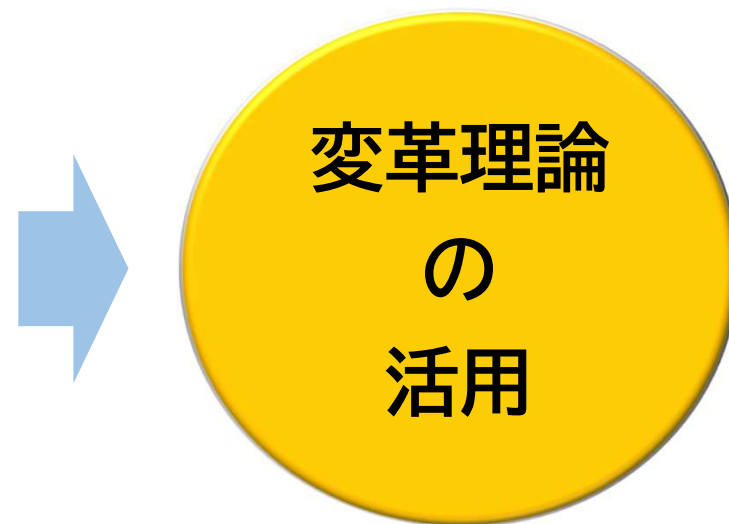


多職種連携をさらに進めるために

多職種が共通認識の下 実践する仕組みが重要



さらに連携を進めるために



コッターの8段階を活用し
進め方を具体的に示す

多職種連携による転倒転落のあるべき姿に向けた変革

転倒転落のあるべき姿



RoomT2転倒転落研究会より

第0段階

情報収集・問題の明確化

第1段階

危機意識を高める

第2段階

変革推進チームをつくる

第3段階

適切なビジョンをつくる

第4段階

変革のビジョンを周知徹底する

第5段階

職員の自発的な行動を促す

第6段階

短期的な成果を生む

第7段階

さらに変革を進める

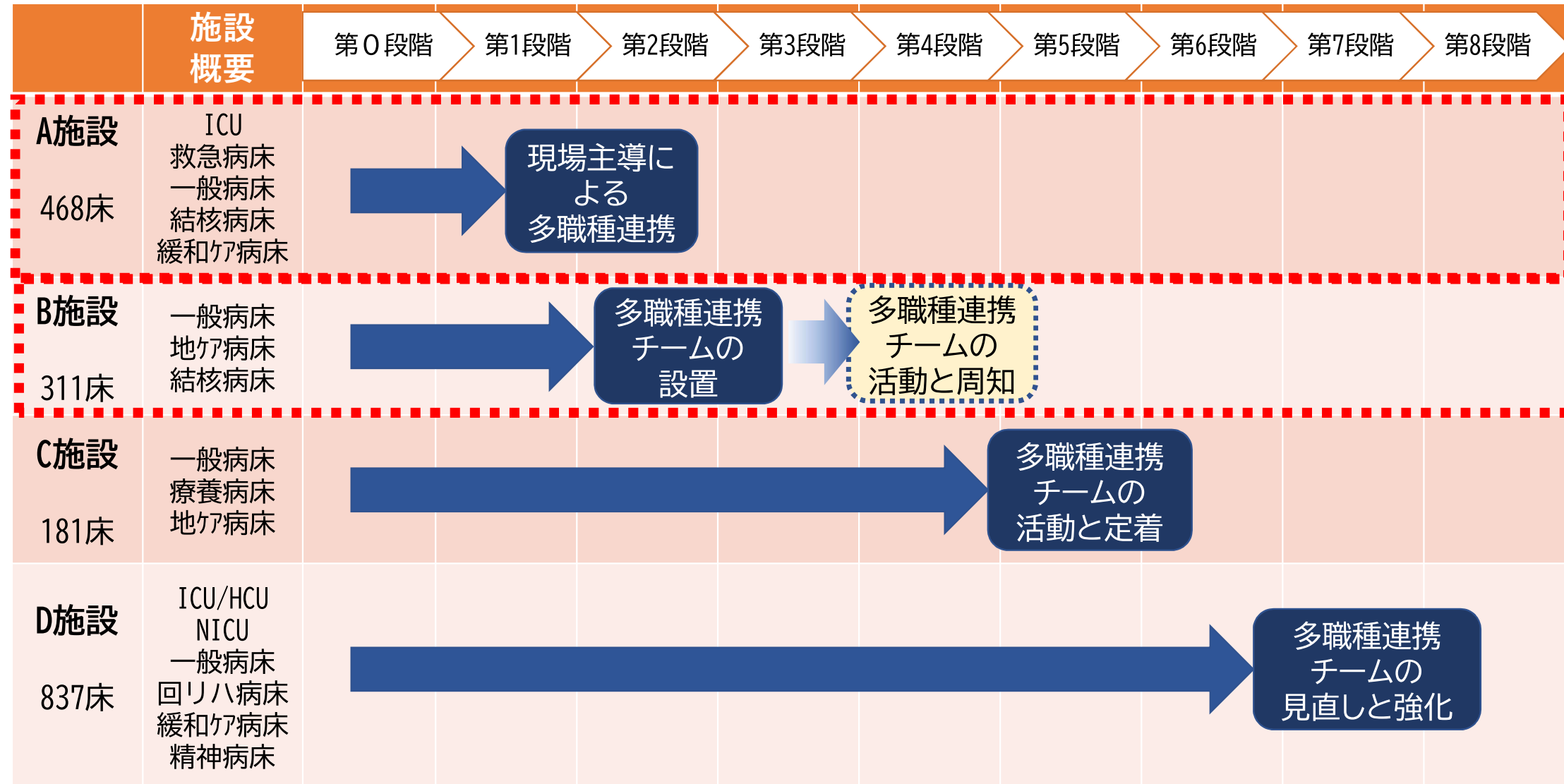
第8段階

変革を根付かせる

変革を成功させる
重要な段階

倉岡有美子「看護現場を変える0～8段階のプロセス コッターの企業変革の看護への応用」より一部編集

各施設の多職種連携



事例1 (A施設) 第0から第2段階

施設の概要

- 468床(ICU病床 8床、救急病棟 12床、結核病床 10床 緩和ケア病床 20床 含む)
- 看護:急性期一般入院基本料1(7対1)
 - 看護方式:継続ペア体制
 - リハビリ職:OT(11名)・受け持ち式PT(17名)・ST(4名)

入院患者の転倒・転落の現状(2023年度)

- | | |
|----------------|-------|
| • 転倒・転落件数 | 479件 |
| • 転倒・転落発生率 | 3.94% |
| • 損傷レベル4以上の発生率 | 0.04% |
| • 身体的拘束率 | 2.5% |

転倒・転落対策の問題 **スタッフ個人の判断にまかされ、対策が標準化されていない**

- ベッド周囲の環境が整っていない
- 転倒予防グッズの活用がスタッフにより異なる(センサーベッドは1病棟あたり65%導入)
- 睡眠安定剤の指示が医師によって異なる
- 転倒・転落の多職種連携チームの設置がない

個人判断から多職種連携の転倒・転落対策に向けた変革

第0段階

第1段階

「情報収集と問題の明確化」と「危機意識を高める」のステップが重要

成功のポイント

✓ 医療安全管理室のマネジメント

問題の明確化: ① ベッド周囲環境不備 ② 評価や対策のばらつき ③ 不眠時指示が統一されていない

課題の設定: 評価や対策の標準化

■ センサー設置の評価 ■ L字柵の適応基準 ■ 緩衝マットの使用基準 ■ 不眠時指示の統一

関連するスタッフへの働きかけ: ①理学療法士 ②薬剤師 ③委員会

✓ 転倒転落予防に対する問題から目標を表明

- ① 患者を正しくアセスメントし、患者に合った対策が実施できる
- ② 患者に必要な転倒予防グッズが選択できる
- ③ 患者に合った薬剤選択ができる

患者に合った環境を
どのスタッフも同じ
ように提供してほしい



医療安全管理者

個人判断から多職種連携の転倒・転落対策に向けた変革

第0段階

第1段階

「情報収集と問題の明確化」と「危機意識を高める」のステップが重要

成功のポイント

✓ 他職種の現状やネガティブ情報の把握

- 理学療法士は、担当患者のリハビリで手一杯
- 薬剤師は、薬のセットや服薬指導の業務で時間がない

✓ 多職種連携チームがなくてもできることの共有や実践

- リハビリ介入患者のリハビリスタッフとの情報共有や対策検討
- 薬剤師による転倒ハイリスク薬の抽出と情報共有
- 看護局リスクマネージャー会で理学療法士と共に「予防グッズ一覧」や「転倒対策フローチャート」を作成
- 認知症ケアチームや身体拘束最小化チームといった他チームと協同(情報共有やラウンドの参加)
- 委員会(幹部職員が参加)で転倒転落予防具購入の必要性を訴え、予防マットを新規購入



加算はつかないでしょ

他のチームでも
似たようなこと
やってるよね



個人判断から多職種連携の転倒・転落対策に向けた変革

第1から第2段階を進めるために・・・そして第3段階へ

ポイント

「チーム活動」の名目があれば動きやすいのに...



✓ できることから標準化に向けて行動(多職種の活用・調整力・交渉力)

① 転倒予防グッズの一覧の作成	■ 看護師と理学療法士で内容を検討 ■ 院内オリジナルの転倒対策フローチャートを作成
② アセスメントフローチャートの作成	
③ 眠剤指示の統一	■ 薬剤師に転倒を引き起こしやすい薬剤の抽出を依頼 ■ オレキシン受容体拮抗薬を第一選択薬として統一
④ 転倒予防グッズの購入	■ 委員会(幹部職員が参加)で必要性を訴え、購入予算を計上 ■ センサーベッドや緩衝マット・転倒予防マットの新規購入

チーム活動の設置を目標にPDCAサイクルを回し続けることが重要

事例2(B施設)第2から第4段階

施設の概要

- 311床 一般病床 247床、地域包括ケア病床
52床、結核病床 12床
- ・看護:急性期一般入院基本料4(10対1)
 - ・2交替制・3人夜勤・固定チームナーシング
 - ・リハビリ職:OT(8名)・PT(15名)・ST(3名)

入院患者の転倒・転落の現状(2023年度)

- | | |
|---------------|-------|
| ・転倒・転落件数 | 220件 |
| ・転倒・転落発生率 | 3.13% |
| ・損傷レベル4以上の発生率 | 0.01% |
| ・身体的拘束率 | 8.6% |

転倒・転落対策の問題

- 転倒転落発生率が全国平均より高い (2022年度 3.49%)
- 年度別で増加傾向
- 骨折事例の急増 (2022年度 9件)
- アセスメントシートや対策の形骸化
- 物的対策の管理不備 (稼働状況不明)

・センサーベッド :20台	・安全マット :22台
・クリップセンサー:57台	・眠りスキャン:11台

看護部主体から多職種連携の転倒・転落対策に向けた変革

第0段階

第1段階

「情報収集と問題の明確化」と「危機意識を高める」のステップが重要

成功のポイント

✓ 医療安全管理対策室のリーダーシップ(説明する力)

- ・現状分析・可視化・院内外への情報発信
- ・院長や各部署長、安全に関する会議で現状と多職種連携の必要性を説明

✓ 転倒転落に関して全職員へのアンケート実施と結果の共有

- ・アンケート内容:転倒転落に対する認識や多職種連携の必要性など

✓ 医療安全研修の企画と実施:テーマ「多職種で取り組む転倒転落対策」

参加率100%

- ・講師:①医療安全管理対策室長(看護師)②作業療法士(骨折予防指導士)③栄養士④薬剤師

転倒転落対策に関するアンケートについて

当院における転倒転落は、①与薬に関すること、
番目に多いインシデント報告になっています。最近
医療機関側が過失ありとされた判例報告がありま
す。医療現場における転倒・転落の実情と展望」
た。ここでは、転倒転落事故をゼロにすることは
測する方法がないこと、家族の関わりや理解が重
要であることについて、アンケートを実施し、
当院においても転倒転落対策の強化は、喫緊の
組織全体で対応していく必要性が言われています。
に関するアンケートを行い、転倒転落に対する認
識を高めたいと考えています。是非、アンケートへの
時間は15分程度です。なお、アンケート結果につ
いてはご報告させていただきます。

医療安全管理対策室 東 泰弘

3. 転倒転落について関心がありますか*

とてもある

ある

あまりない

ない

4. これまで転倒転落した患者の対応をした経験が

はい

いいえ

回答率82%

- ・転倒転落の関心
- ・多職種連携の必要性
- ・マニュアル周知不足
- ・学習の機会がない

看護部主体から多職種連携の転倒・転落対策に向けた変革

第2から第3段階を進めるために

成功のポイント



医療安全管理対策室

チームを立ち上げたいです
転倒・転落対策について
総合的に診ていただける
先生の力を貸してください



総合内科医・6年目

認知症の対策委員としても、
転倒・転落はトピックスです
チームで実践しやすくすることや
総合内科的な視点が必要ですよね

✓ 医療安全管理対策室のリーダーシップ(巻き込む力)

医療情報課スタッフと協働(チーム立ち上げ前の仲間づくり)

各部署長の理解と各部署長からの推薦

キーマンへの事前の調整(医師・看護師・セラピスト)

✓ 院長と上司からの承認・立ち上げの期日の設定と公表

✓ メンバー決定とチーム内の目的・目標の共有(キックオフ)

- ① 転倒転落の発生の低減
- ② 転倒転落に伴う有害事象の発生の防止
- ③ 転倒転落対策における行動制限の最小化

転倒転落対策チーム

医師	1名
OT(転倒予防指導士)	1名
PT	1名
看護師	4名
薬剤師	1名
管理栄養士	1名
臨床工学技士	1名
放射線技師	1名
事務	2名
医療安全管理対策	1名

看護部主体から多職種連携の転倒・転落対策に向けた変革

第3から第4段階を進めるために・・・そして第5段階へ

成功のポイント

✓ 医療安全管理対策室のフォローシップ

転倒転落対策チームの活動支援

- 現状分析の資料提供
- 目的とビジョン、活動計画の共有
- 勉強会(e-ラーニングの活用)
- 外部資源の活用:企業と協働した資料づくり(活動目標の設定)

✓ チームに関する情報発信:ホームページ・広報誌・医療安全ニュース活用

✓ 人材育成:転倒予防指導士の資格取得の組織支援

2名(1名増員)



チーム活動の自立を目標に次の段階を意識して取り組むことが重要

多職種連携強化に向けた取り組み

多職種連携の活動

現場主導型

事例1 A施設

部門単位による
多職種カンファレンス

ボトムアップ

メリット

- ・現場の状況が反映されやすい
- ・現場のメンバーの視点や考えを知ることができる
- ・多職種間で意見がしやすい
- ・スタッフの成長につながる

デメリット

- ・標準化の院内統一に時間を要する
- ・部門ごとで差や違いが生じる
- ・現場のメンバーの能力に左右される
- ・他人事になりやすい

プロジェクト型

事例2 B施設

多職種連携チーム会議
を設け、院内の全体最適
に向けた支援

トップダウン

- ・病院全体で標準化が図れる
- ・職種間の視点や考えを学ぶことができる
- ・現場から専門チームに相談できる
- ・大きく舵を切りやすい
- ・チームメンバーの成長やチームとしての成長が期待できる

- ・チーム活動や会議の計画から実践、評価に時間や労力を要する
- ・全体周知に時間を要する
- ・多職種連携チームに依存する可能性がある

まとめ：転倒転落対策のヒトへのアプローチ(多職種連携・人材育成)

キーポイント

1. 共通認識をもつための仕組みづくり

ホリスティック・マーケティングの活用

①専門性の役割

②用語の統一

③評価ツール

2. 多職種連携を進めるプロセスの可視化

変革理論の活用(コッターの8段階のプロセス)

①「情報収集と問題の可視化」

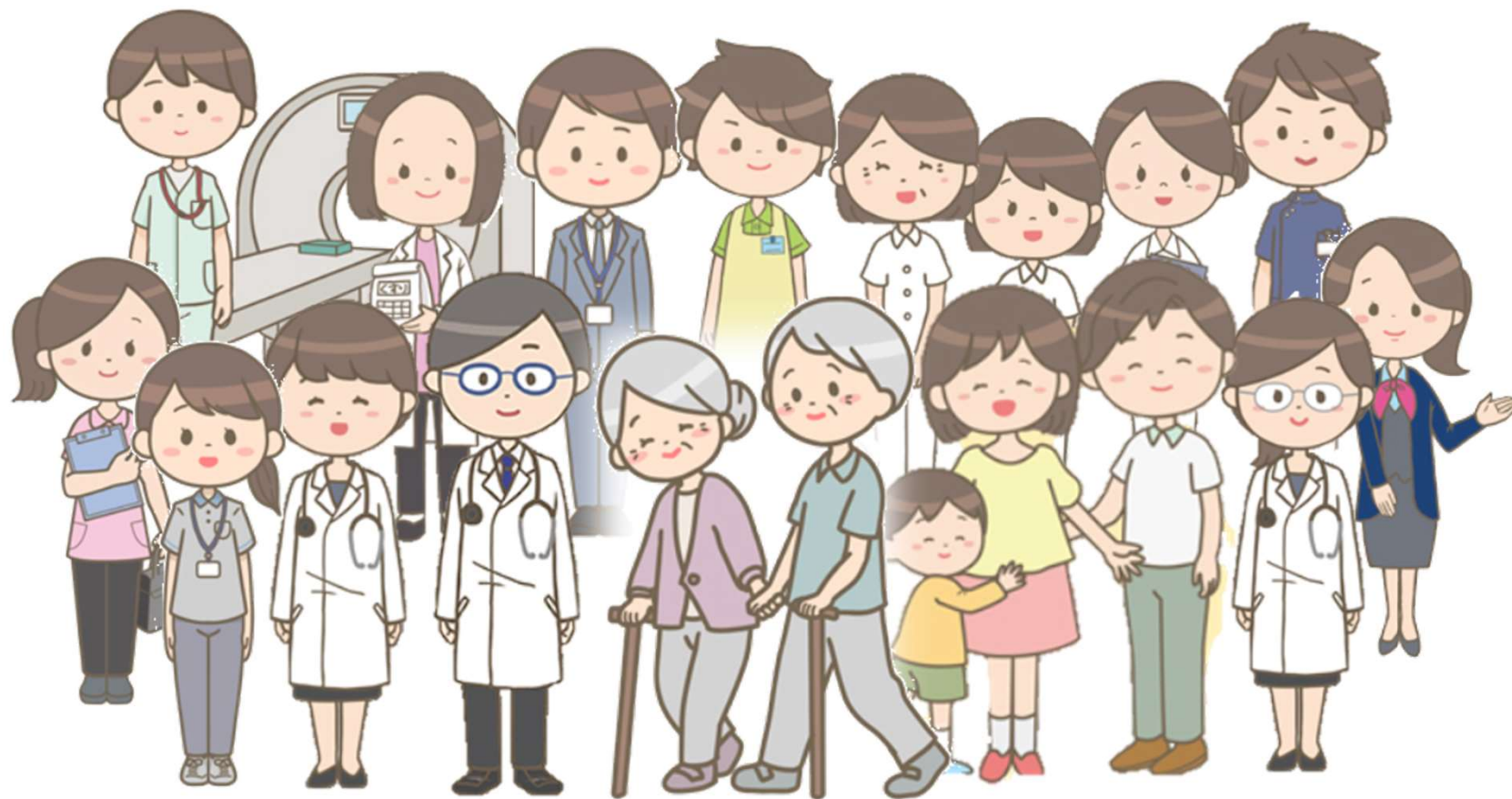
②「ビジョンとリーダーシップ」

人材育成の機会

③各プロセスのPDCAサイクル

④現場主導型やプロジェクト型

ご清聴ありがとうございました



患者・家族のエンゲージメント

- 鎌田博司(医療法人社団哺育会 笠幡病院)
- 大庭明子(自治医科大学附属さいたま医療センター)
- 奥津啓子(武蔵野赤十字病院 医療安全推進センター)

第19回医療の質・安全学会学術集会 COI 開示

筆頭発表者名： 鎌田 博司

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

- 転倒転落防止対策は、リスク評価や対策において標準的指針が示されているが、患者・家族とのコミュニケーション焦点を当てた指針確立までには至っていない。
- 転倒転落対策における患者参画の促進を図ることを目的に、患者(高齢者施設利用者を含む)・家族とのコミュニケーションの充足に向けて議論をしてきた。
- 昨年の本学会において、患者・家族と医療・介護従事者(以下スタッフ)の転倒転落予防の考え方と対策への合意形成を図ることが特に重要であることを述べた。

本日の内容

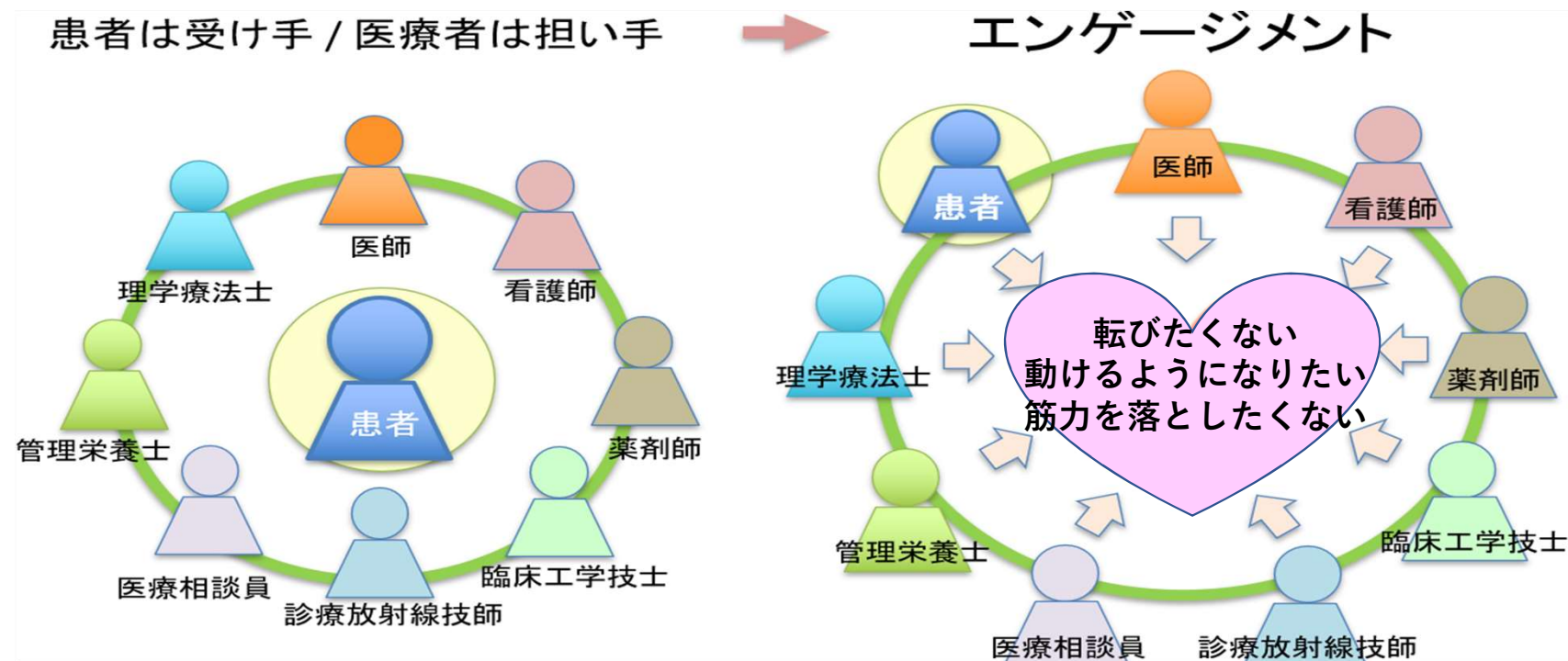
「患者中心の医療」のこれまでと
「エンゲージメントを重視」したこれから

※ Current Best Approachとしてのキー・ポイント

※ スタッフが感じる患者・家族のエンゲージメントでの不安

※ 外来での転倒予防

「患者中心の医療」のこれまでと「エンゲージメントを重視」したこれから



患者エンゲージメント

医療提供者同様に患者、家族、介護者の能力を強化するプロセスに関して、医療サービス提供の安全性、品質、人間中心性を強化し、患者自身のケアについて患者の積極的関与を促進し支援すること

Technical Series on Safer Primary Care (WHO 2016)

Current Best Approachとしての キー・ポイント

1. 患者のリスク認識
2. 患者の日常生活における背景と状況の理解
3. 患者・家族と病院・医療者の考え方と対策への合意形成
4. 繰り返しの対話

CBAのポイント

患者のリスク認識

転倒転落予防に対するスタッフの思い

患者さんの転倒・転落の危険性の評価を行い、予防策を立て実施しますが、医療スタッフが行う予防策だけでは全てを防ぐことはできません。**患者さん・ご家族と協力して転倒・転落の頻度を最小限にしたいと考えています。**

安全な入院生活を送っていただくために、**患者さんはもとよりご家族も含めて、転倒・転落の予防についてご協力をお願いいたします。**

転倒事故の防止のためには医療者だけでなく、**患者さん自身にも転倒の危険性や防止方法について知っていただくことが重要です。**

CBAのポイント

患者のリスク認識

患者の声

- 看護師に歩行介助を促された時は自己判断により必要なら呼ぶ
- 点滴棒は杖になるし、点滴は転倒の危険性に影響はない
- 病院では何もしなくていいので転倒しない
- 自宅にいるより、動くことも少ないから、こけることはない
- 歩行介助の必要性を感じない 先行研究による転倒転落に関する患者の意識調査より

患者自身も転びたいとは思っていない。

そして、自分が転ぶかもしれないとも思っていない。

CBAのポイント

患者のリスク認識



「病院の環境は、いつもの日常生活の場と違う」

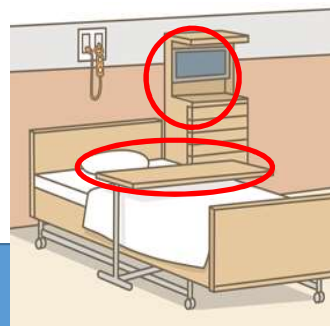
- ＊ 慣れない環境の中で、いつもと違う行動をいつもと違う動線でする状況が転倒・転落のリスクを高めることがある。
- ＊ 入院中は誰もがいつもと比べて転倒・転落を起こしやすい。

伝えるときのポイント

伝える内容はできるだけ具体的に、患者がイメージしやすいように表現する。

CBAのポイント

患者のリスク認識



伝え方の例

- 病院は空間が広いので、トイレや廊下でふらついてしまったときに、すぐに壁に手を添えて支えることができず、転倒してしまうことがあります。
- ベッドの周りにはテーブルや床頭台など手を置くと動いてしまうものがあります。ストッパーが外れているのに気づかずに手をついてしまうと、動いた際にバランスを崩して転倒しやすくなります。
- 家での生活では、ベッドからトイレに行くときはそのまま行けばいいですが、病院ではベッドに座った状態で靴を履いて、周囲のものを避けながら行かなければなりません。慣れない環境で生活動作が変わることで転倒のリスクが高まります。

「自分の行動に置き変えて考えられる情景がイメージできるような表現を意識する」

患者が情報を欲しているとき

入院時オリエンテーション

入院生活の環境が変化したとき

患者のADLが変化したとき

こんなはずではなかった・・・

病気を治すための入院ですが
転倒転落によってその目的が達成されなくなる状況が生じています

心臓の手術を受けるはずだったが、廊下で手すり側に置かれた医療者のワゴンを避けたために転倒し頭部を打撲した。人工心肺でヘパリン化による脳出血の危険があるため、一旦退院して後日再調整することになった。

ペースメーカー挿入時は創部をバスタバンドで固定されるが、片側の上肢固定により歩行が不安定になったことで転倒し、大腿骨頸部骨折し自宅退院出来なかった。

肺がんの手術後にトイレで転倒し、腰椎圧迫骨折となり、療養型病院に入院となった。

脳梗塞治療後に回復期病院でリハビリに励んでいたが、カーテンを閉める際にバランスを崩して転倒し、大腿骨頸部骨折を生じて急性期病院へ転院となった。

スタッフが感じる 患者・家族のエンゲージメントでの不安

「転倒・転落以外にも重要な説明事項が多く、患者・家族が覚えているのか」
「患者家族がどれくらい理解・納得できるのか」

トイレが終わったら・・・⇒お尻を拭く前に、ズボンを履く前になど、
患者の生活行動に合わせて具体的な表現で意識の残るように

「転倒転落予防策を提案しても、患者が拒否をしたり協力が得られない場合の
対応」

拒否や協力が得られないのは合意形成に至っていないから
これじゃなきゃダメではなく、この方法ならよいという合意点を探していく

「対策のために説明、文書配布など家族と医療者における手続き・負担だけが
増えるのではないか」

その説明内容、文書、本当に必要ですか？と見直すことも必要かも
患者エンゲージメントにおいて大切なのは、患者が医療を受ける目的
を果たし、その上で転倒転落予防につなげていくこと

外来における転倒予防

- 外来患者の転倒予防にも着目し、リスク評価の実施や施設環境の整備を進めている施設が増えている。

車いす安全使用についてのポスター掲示



入院患者同様にリスク評価にて危険度を算定し、リスクを患者に説明後看護介入

対策例



座席周辺的环境整備の徹底のため靴置き場・点滴位置をゾーニング



エンゲージメントの視点から

診察室に入る前から患者・家族とのコミュニケーションの充足を

「歩くのが大変そうですが、お手伝いいたしましょうか？」

「今日はお一人で来られたのですか？」



「お辛そうなので車椅子をお持ちしましょうか？」



「次回の受診の時もお手伝いしますのでお声かけください」

ご清聴ありがとうございました。

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

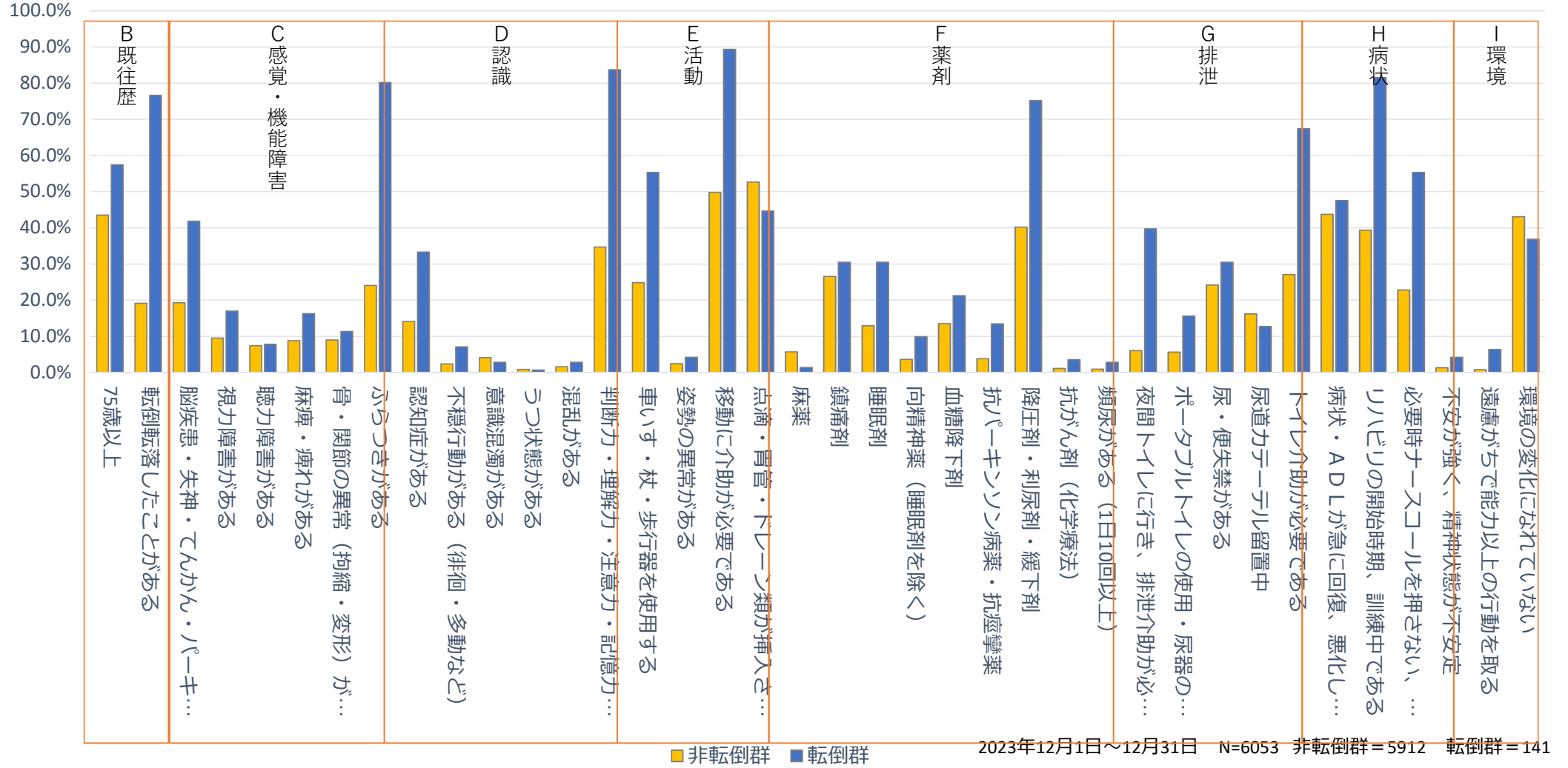


患者のリスク評価結果が
対策・実践に活かされていない

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

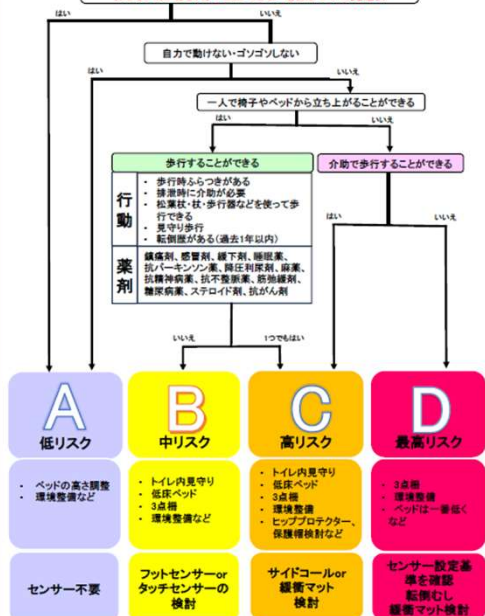


B病棟取り組み

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～

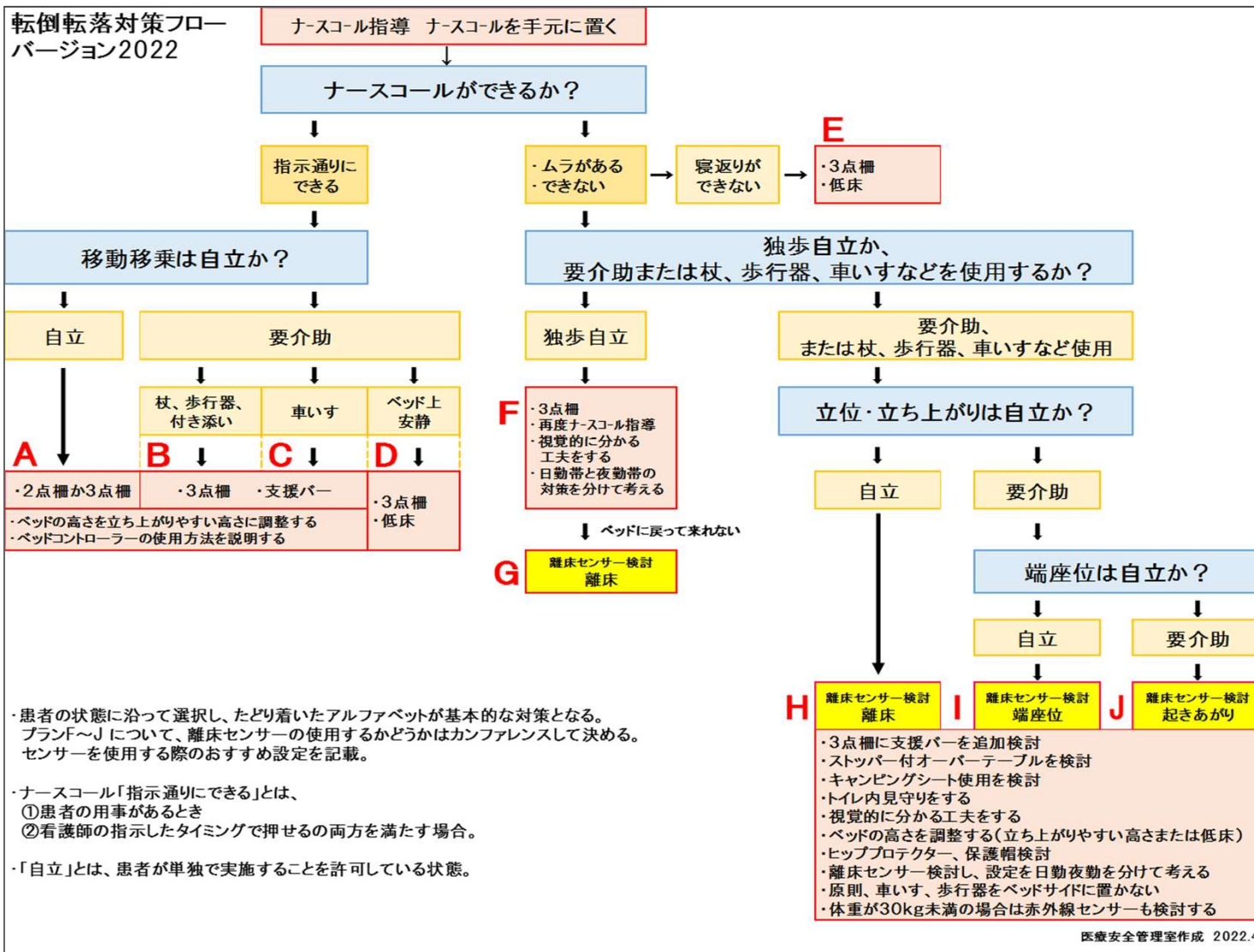
認知機能



身体機能



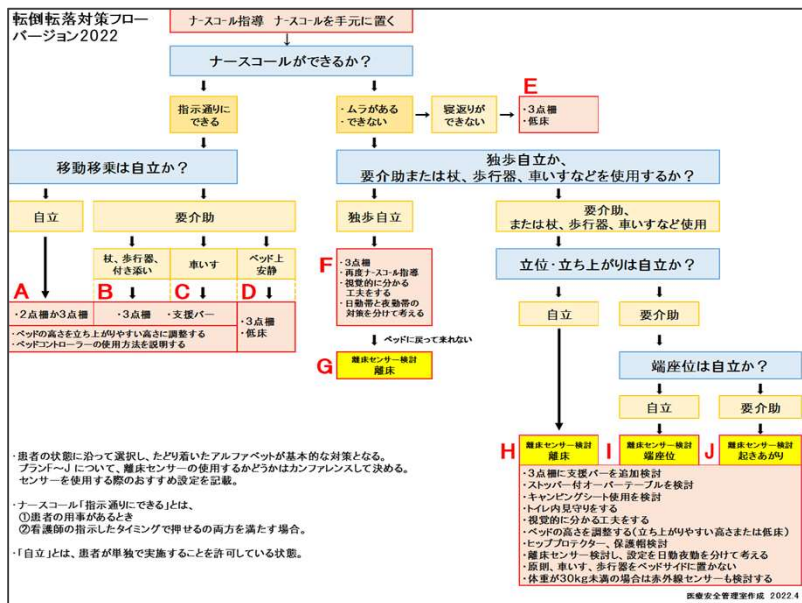
対策



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）

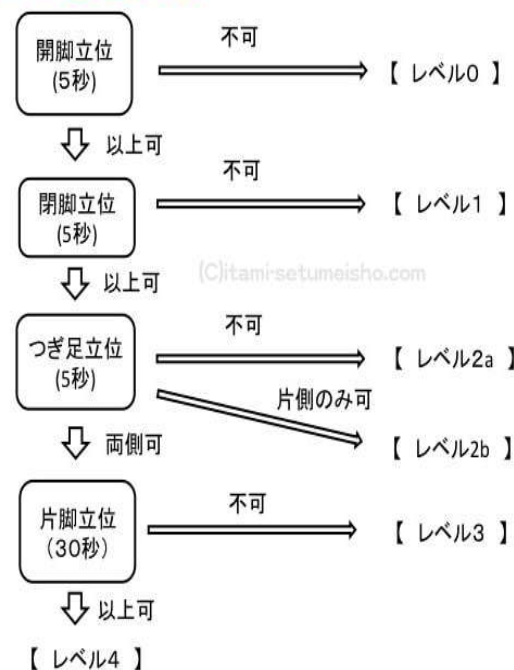
リハさんからの
提案



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