

作成日 平成 25 年 1 月 31 日
市立三次中央病院 第6回 CS 向上推進活動
サークル活動完了報告書

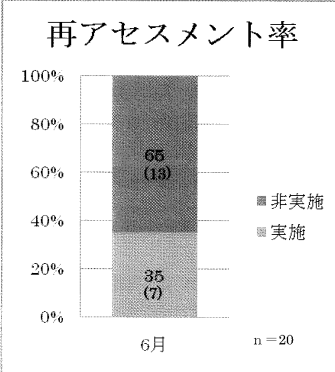
サークル名	てんとう	発表者	横原 伸一	
		リーダー	山崎 真紀子	
部署	リスクマネジメント部会	サブリーダー	富士原 則子	
活動期間	開始:平成 24 年 6 月 21 日	メンバー	大石 芳彰 小林 隆幸	
	終了:平成 25 年 1 月 16 日		富士原 則子 山崎 真紀子	
会合状況	会合回数 17 回		横原 伸一	
	1回あたりの会合時間 約 204 分			
所属長/推進メンバー	—	所見欄		
レビュー担当者	株 麻生 向野 早苗			

テーマ 転倒転落時再アセスメント率の向上！

テーマ選定理由 平成 23 年度の当サークルの活動で「転倒予防センサー使用患者の転倒発生件数を減らそう！」をテーマに転倒転落アセスメントシートの改善を行った。その結果、転倒転落件数の削減が可能であった。しかし入院時のアセスメントは実施されていたもののその後のアセスメントが行われておらず効果的に使用されていないことが明らかとなった。よって今年度は、転倒転落時に着目し転倒転落アセスメントシートの再アセスメント率を向上させることをテーマとした。

現状把握

転倒転落時 アセスメント状況



※新アセスメントシートの導入が平成 23 年 11 月。新アセスメントシートが浸透し稼働していることを考慮し、約半年後の 6 月(1ヶ月間)の全病棟における転倒転落インシデント報告をサンプルとした。

※()内は転倒転落件数。

目標設定

転倒転落時再アセスメント率を 50%にする！

平成 23 年 12 月の転倒転落時再アセスメント率 24%

平成 24 年 6 月の転倒転落時再アセスメント率 35%

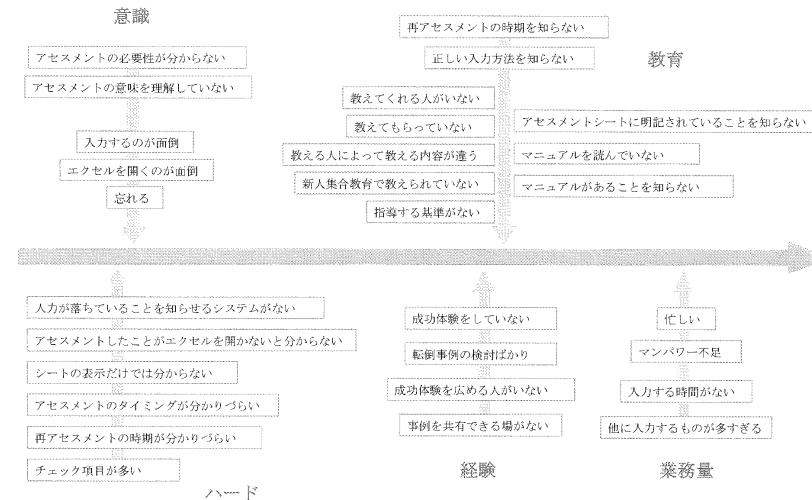
→今回の目標値を 転倒転落時再アセスメント率 50% とした。

【波及効果】・転倒転落件数の削減!! ・複数転倒者数の削減!!

6 月の全病棟の転倒転落件数 22 件のうち小児 1 件・カルテ番号不明 1 件を除く 20 件。そのうち複数回転倒者は 3 名。

要因解析

特性要因図



※今回は意識と教育に関する要因に着目した。

対策立案

系統図+マトリック図

					評価			
					効果	現実性	持続性	+
再アセスメント率はト率を	アセスメントの必要性について 教育	勉強会の開催	◎	◎	△	11	25	
	アセスメントシートの使用方法の教育		◎	◎	△	11	25	
	アセスメントシートの運用方法の教育		◎	◎	△	11	25	
	アセスメントシートの教育マニュアル作成	教育ツールの作成	◎	○	◎	13	75	
	電子カルテ内の目つきやすい所にアセスメントの結果を表示(経過表など)		アセスメントの結果表示場所を電子カルテ内に作成	◎	△	△	7	5
	事例検討			○	◎	△	9	15
ポスターなどで呼びかける	ポスター作成	x	◎	◎	10	0		
				◎=5 ○=3 △=1 x=0				

※評価より加法で 11 点以上、乗法で 25 点以上を採用した。

対策実施

何を	いつ	どこで	誰が	どうする
転倒転落アセスメントシート	11月末まで	電子カルテ内	サークルメンバー	改良・導入する
転倒転落アセスメントシートの勉強会	11月末週中	講堂	サークルメンバー	開催する

1. 転倒転落アセスメントシート改良

- ① 「目的」シートの作成
転倒転落アセスメントシートの目的やアセスメントの時期、対象、展開方法を明記。
- ② 「手順」シートの作成
転倒転落アセスメントシート・転倒転落防止計画書の作成手順を明記。
- ③ ①②を転倒転落アセスメントシートと同じファイル内に新たに作成しいつでも誰でも閲覧・教育できるようにした。
- ④ アセスメントシート内の混乱しやすい部分のレイアウト変更。

2. 【勉強会の開催】

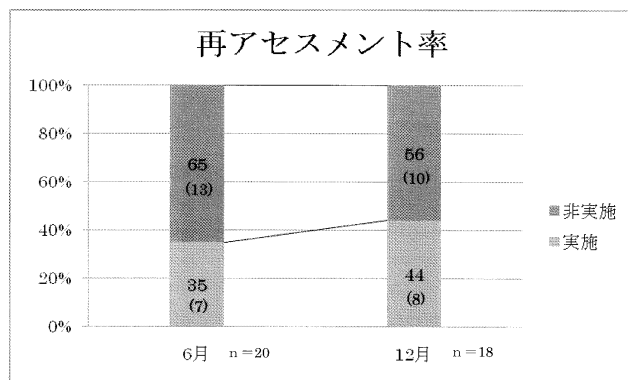
11月26・28日の2日間 1回30分 計4回実施
参加者 病棟看護師(2階病棟、3・4・5階東西病棟 ※休暇中看護師を除く) 57名/177名
参加率 32.2%

アセスメントの必要性(転倒転落アセスメントシートとは法的根拠:転倒転落アセスメントを行うことは医療安全管理体制についての基準の一部を担っていることなど)や運用方法、使用方法をマニュアルに沿って説明。

効果確認

効果判定期間(対策実施期間)平成24年12月1日～12月31日

転倒転落時の再アセスメント率の比較



※平成24年6月の1ヶ月間と効果判定期間平成24年12月の1ヶ月間の全病棟における転倒転落インシデント報告を比較した。

※()内は転倒転落件数。

- 転倒転落時の再アセスメント率は35%から44%に9%増加した。

目標値 再アセスメント率 50% → 結果 44%

【波及効果】

- 転倒転落件数は20件から18件に削減できた。
- 複数回転倒者は3名から0名に削減できた。

【無形効果】

- 看護師の声「なぜアセスメントをしないといけないかがわかった。」
→ 必要性が理解されるようになった。

- アセスメント入力ミス減少。
→ 使用方法の習得ができた。
- 70歳以下の患者へのアセスメントが対策前より多く実施されている。
→ 転倒リスクを判断し適切にアセスメントできるようになった。意識の向上。

標準化

何を	いつ	どこで	誰が	どうする
転倒転落アセスメントシート	いつでも	どこでも	誰でも	教育できる
院内マニュアル	3月末	院内	サークルメンバー	修正する

まとめと今後の課題

再アセスメント率が低い現状を引き起こしている要因として、転倒転落に対する意識の低さから業務をこなすだけのアセスメントであり患者の状態に沿った転倒転落アセスメントになっていないことが考えられた。また、必要性を含めたアセスメントシートの使用・運用方法の教育が不十分である現状があった。そこで今回、転倒転落時の再アセスメント率向上を目的とし、アセスメントシートの改良と勉強会を実施した。

その結果、目標値とした再アセスメント率50%には達成できなかった。その原因としては、勉強会が2日間で勤務の都合で参加できない看護師がいた可能性があり、参加率が32%と低く周知が不十分であったこと、特性要因図に示す今回取り上げていないハード面や経験、業務量などの要因が関係していると考えられた。

しかし、転倒転落発生時の再アセスメント率は35%から44%に増加し改善傾向が認められた。勉強会后、「なぜアセスメントしないといけないのが分かった」という声が聞かれ、これは教育の効果を示し、アセスメントシートの必要性を理解した上でアセスメントができるようになったと考えられた。

また、70歳以下の患者へのアセスメントが対策前より多く実施されていたことから、個々の患者の転倒リスクを判断し適切にアセスメントを実施する意識が向上したと考えられた。

さらに、アセスメントシートの入力ミスが減ったことは教育の効果を示し、アセスメントシートを効果的に活用できるようになった。

これらにより波及的に転倒転落件数が減少し、複数回転倒者も減少したと考えられた。

よって、今回の対策がアセスメント率を向上させ、ひいては転倒転落件数の減少に繋がったと考えた。

今後は、再アセスメント率のさらなる向上のために、改良したアセスメントシートを共通の教育ツールとして有効に活用していく必要があると考えた。また、現在転倒転落アセスメントシートはEXCELチャートを開かないとアセスメントの実施の有無が分からないため、実施の有無が分かりやすく更に実施時期を忘れないようにするための電子カルテ内のシステムの改善(例えば、パス内に転倒転落アセスメントの項目を作り看護指示が出るようにする)も検討の余地があると考えられた。さらに、転倒転落事例だけでなく成功体験を含めた事例検討会などからノウハウを共有し経験値を向上させることも必要と考えられた。さらに、日々の看護業務の中でアセスメントを行い十分に検討した上で適切な対策が実施できる余裕が持てるように業務整理も必要な課題と考えられた。

そして、最終的にはみんなが共通認識のもと継続した転倒転落防止対策をチームで取り組んでいける体制ができ、転倒転落のない病院にしていきたいと思う。