

市立三次中央病院 第 5 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	富士原 則子 榎原 伸一
		リーダー	榎原 伸一
部署	リスクマネジメント部	サブリーダー	廣畑 佑真
活動期間	開始:平成 23 年 6 月 10 日	メンバー	大石 芳彰 粟屋 禎一
	終了:平成 24 年 1 月 26 日		小林 孝幸 池田 秀俊
会合状況	会合回数 13 回	メンバー	富士原 則子 山崎 真紀子
	1回あたりの会合時間 約 120 分		
所属長/推進メンバー		所見欄	
レビュー担当者			

**テーマ**

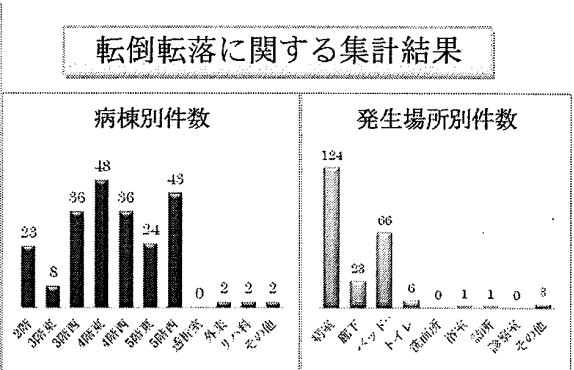
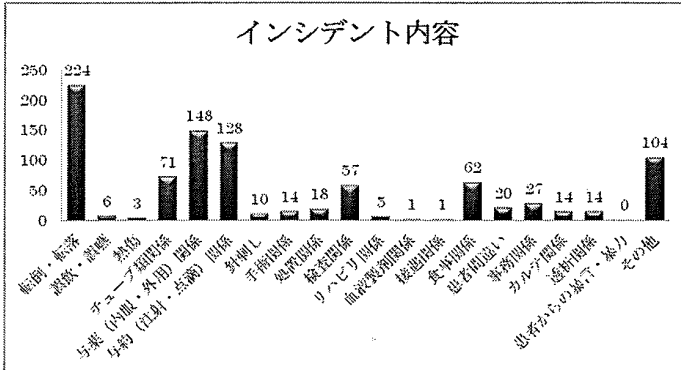
転倒予防グッズ（転倒転落予防センサー；転倒むし・うーごくん・マットくんなど）を使用している患者の転倒発生件数を減らす。

**テーマ選定理由**

昨年度（平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日）のインシデント報告に、転倒転落予防センサーが適切に選択・使用できていなかったことや、必要な患者に使用されていなかったことが要因となり転倒する事例があったため。

**現状把握**

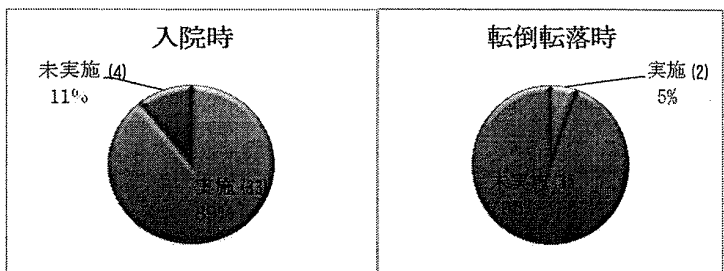
インシデント報告全体における転倒転落の状況（平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日）



- 【転倒転落に関するインシデント報告のまとめ】
- ◆ 平成 22 年度のインシデント内容から転倒転落の報告数 224 件で一番多い。
  - ◆ 病棟での転倒が多い。
  - ◆ 各病棟で病室、ベッドサイドでの転倒転落が多い。→転倒予防グッズで防げた転倒があったのでは？
  - ◆ 転倒予防グッズが必要であった患者に使用されなかったために転倒した報告があった。→アセスメントは適切にできていたか？
  - ◆ 転倒予防グッズが適切に選択されていないために転倒した報告があった。→グッズの統一した使用方法はあるのか？

転倒転落アセスメントシート使用状況  
(平成 22 年 11 月 1 日～12 月 31 日)

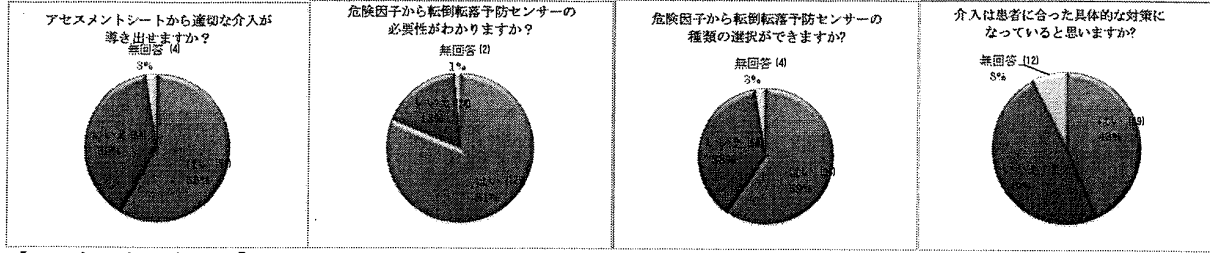
※平成 22 年度で転倒転落が一番多かった 2 ヶ月間をサンプルとした。  
※転倒転落報告者のみ調査対象とした。  
※カルテから実際の使用状況を調査した。



- ◆ 入院時はアセスメントシートでのアセスメントができていない現状がある。

# 従来の転倒転落アセスメントシートに関するアンケート

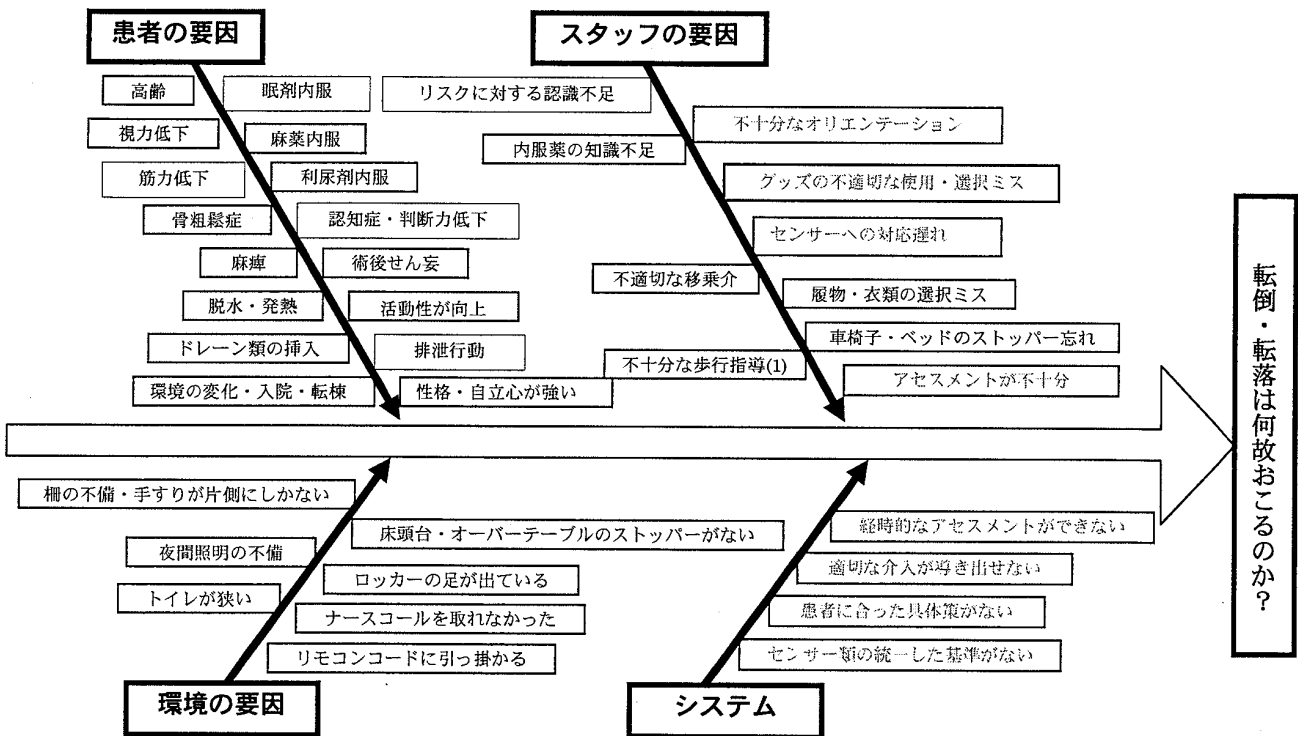
対象：病棟看護師 期間：平成23年8月25日～9月8日 回収率：90.8% (159/175)



## 【アンケートのまとめ】

- ◆ 従来の転倒転落アセスメントシートから39%の看護師が適切な介入は導き出せず、49%は患者に合った具体的な介入ができていないと感じている。
- ◆ 従来の転倒転落アセスメントシートの危険因子から18%の看護師が転倒予防センサーの必要性が分からず、転倒転落予防センサーの種類を選択は38%の看護師が適切に行えていない。
- ◆ 上記のグラフ以外に、入院時のアセスメントは高い割合で行えているが、転病棟や安静度に変化があった時など入院後のアセスメントができていない傾向が示された。

## 要因解析



## 【ポイント】

- ◆ 従来の転倒転落アセスメントシートは入院時には実施できているが、安静度の変化時・環境の変化時・転倒転落発生時など患者の状態に応じたアセスメントは実施されていない。→アセスメントシートの運用に問題あり。→アセスメントシートの実用性についての教育が必要。
- ◆ 従来の転倒転落アセスメントシートから適切な介入や患者に合った具体的な対策が立案できない。→アセスメントシートの内容に問題あり。→アセスメントシートの改善が必要。
- ◆ 転倒転落予防センサーの必要な患者に適切な使用がされていない。の転倒転落予防センサーの選択は個々の看護師の主観で判断、使用している現状がある。→転倒転落予防センサーの統一した使用がされていない。→転倒転落予防センサーの選択チャートの作成が必要。

## 目標設定

目標：対策期間中（2ヶ月間）の2階病棟・4階東病棟において  
転倒予防グッズを使用している患者の転倒発生件数を50%削減すること

※2階病棟・4階東病棟をサンプルとした理由は、①急性期で特徴的な病棟である、②病棟別発生件数の一番多い病棟であったため。

病棟	平成22年度転倒転落発生件数	転倒予防グッズ関連
2階病棟	23件（4件/2ヶ月）	6件（1件/2ヶ月）
4階東病棟	48件（8件/2ヶ月）	14件（2件/2ヶ月）

目標件数：(2階病棟 1件 + 4階東病棟 2件) × 0.5 = 1.5件

## 対策立案

対策	○：2点	△：1点	×：0点	5点以上を実施
	実現性	持続性	効果	評価
①転倒転落アセスメントシートの修正	○	○	○	6
②転倒転落予防センサー選択チャートの作成	○	○	○	6

## 対策実施

### ① 転倒転落アセスメントシートの改善 従来の転倒転落アセスメントシート（表1-1参照）

メリット：・1枚にスコア表と介入がまとめられ同意書を兼ねているため手間がかからない。

- デメリット：・危険因子から介入の選択が分かりづらい。  
・転倒転落予防センサーの必要性が導き出せない。  
・転倒転落予防センサーの種類を選択できない。  
・再アセスメントの時期がわからない。  
・アセスメントを経時的に確認ができない。  
・文字が小さく、説明がしづらい。  
・署名欄が小さく、患者が書きづらい。  
・電子カルテの「文書作成」内にあり時系列で閲覧できない。 など

新しい転倒転落アセスメントシート（表1-2参照）の改善点

- アセスメントし危険度を出す部分（「転倒転落アセスメントシート」）と介入（「転倒転落防止計画書」）の部分別のシートとした。
- アセスメントシート入力画面を従来の「文書作成」から「EXCELチャート：看護（入院）」に移動した。
- アセスメントシートは、継続的に評価し、時系列で閲覧できる。
- アセスメントシート内にセンサーが必要な患者の危険因子項目として★印項目（★ナースコールを押すことができない、★ナースコールを認識できない）を追加した。
- 転倒転落防止計画書（表1-3参照）は具体的に明記し、患者や家族に分かりやすい表現や文字サイズに変更した。
- 説明者も説明しやすいように文書内容を工夫した。

※従来のアセスメントシートはそのまま残し、今回は試験的に実施することとした。

### ② 転倒転落予防センサー選択チャート（表1-4参照）の作成

- 転倒転落予防センサー使用の標準化を目的としたチャートを作成
- 電子カルテ内の新しい「転倒転落アセスメントシート」と同じファイル内に別シートで挿入し閲覧しやすいようにした。

### ③ 看護師への教育

教育期間（導入前）平成23年9月28日～10月11日

（導入後）平成23年10月12日～10月31日

教育方法 各病棟に当メンバーが訪問し目的や使用方法を指導。30分程度。

運用開始日 平成23年10月12日

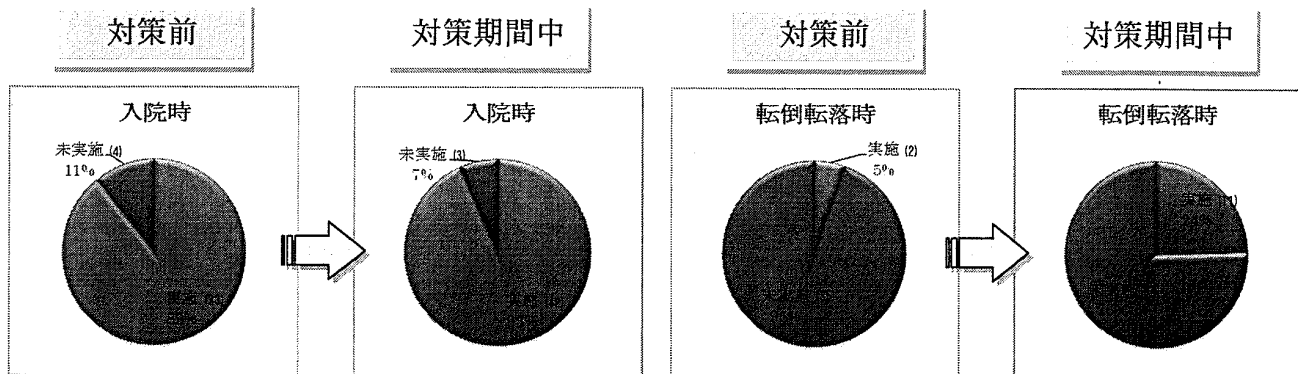
## 効果確認

### 転倒転落アセスメントシート使用状況の比較

※対策前（平成22年11月1日～12月31日）と対策期間中（2ヶ月間）を比較した。

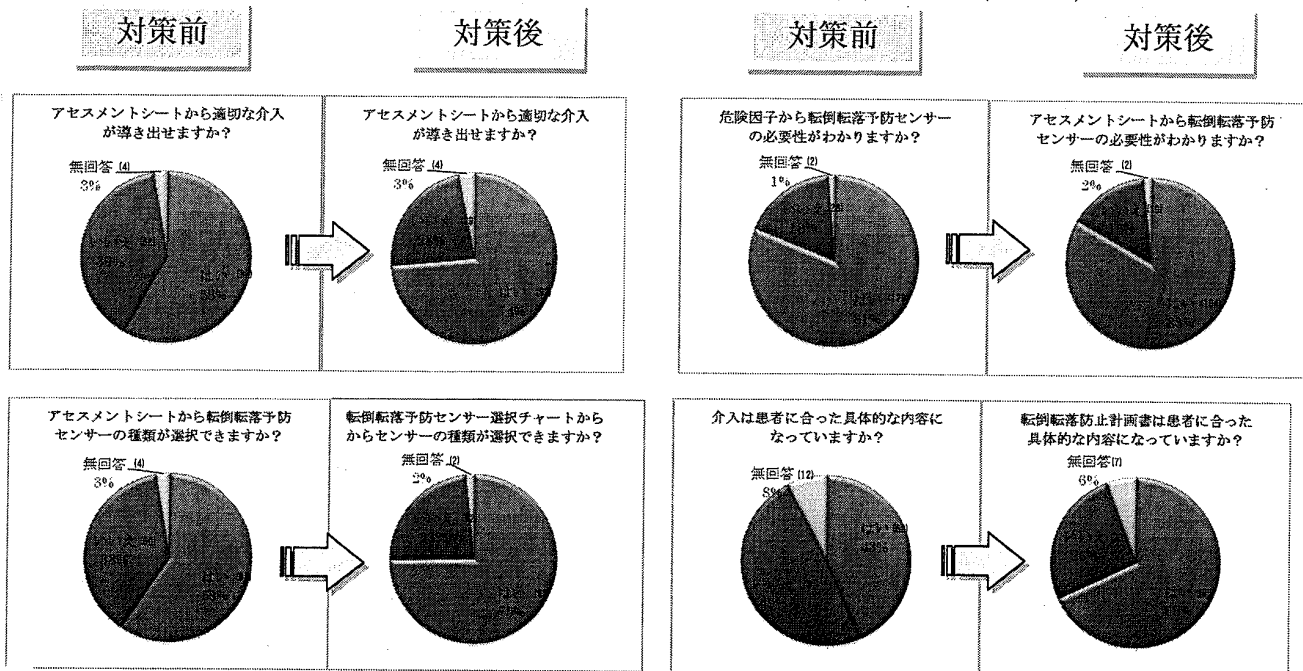
※転倒転落報告者のみ調査対象とした。

※カルテから実際の使用状況を調査した。



- 入院時のアセスメントシートの使用率は対策後更に向上した。
- 転倒転落時のアセスメントシートの使用率は約3倍に増えたが全体における割合は24%でまだ入院後のアセスメントが十分に行われていないことが分かった。

### 転倒転落アセスメントシートに関するアンケートの比較



アンケートのまとめ】

- アセスメントシートから適切な計画（介入）が導き出せるとの回答が 16% 増加。
- アセスメントシートから転倒転落予防センサーの必要性がわかるとの回答が 2% 増加。
- 転倒転落予防センサー選択チャートでセンサーの選択ができるとの回答が 16% 増加。
- 転倒転落防止計画書は患者に合った具体的な内容になったとの回答が 25% 増加。
- 上記のグラフ以外に、入院時のアセスメントは高い割合で行えているが、転病棟や安静度に変化があった時など入院後のアセスメントができていない傾向が対策後も示された。

転倒転落件数の比較

効果判定期間：平成 23 年 11 月 1 日～平成 23 年 12 月 31 日（2ヶ月間）  
 ※10 月中は導入直後であり、また臨時で教育期間を設けたため効果判定期間から除外した。

転倒転落報告件数

病棟	平成 22 年度 2ヶ月平均	対策期間中 (2ヶ月間)
2 階病棟	4 件	3 件
4 階東病棟	8 件	3 件

(対策期間中の院内の転倒転落インシデント報告件数 52 件)

転倒予防グッズ使用者の転倒転落報告件数

病棟	平成 22 年度 2ヶ月平均	対策期間中 (2ヶ月間)
2 階病棟	1 件	2 件
4 階東病棟	2 件	0 件

効果判定： 2 階病棟 2 件 + 4 階東病棟 0 件 = 2 件 ⇒ 目標 1.5 件は未達成)

【典型事例】

成功事例：70 歳代男性。手術後のせん妄が出現した。転倒転落アセスメントシートにてアセスメントを実施したところ危険度が II で★印のチェックはなかった。転倒転落予防センサー選択チャートに従い転倒むしを装着。その後せん妄が改善したがふらつきがあったため、チャートに従いマットくんを使用した。これにより入院中転倒転落することはなかった。

転倒事例 1：79 歳男性。脳腫瘍、症候性てんかんで入院中。入院後せん妄あり判断力の低下はあったがナースコールの使用は可能であった。入院時アセスメントで危険度 III、★印のチェックなし。食事中で転倒むしのコールが頻回のため外していた。転倒むしの装着または車いすであんていくんを使用すべきであった。

要因→アセスメントはされ転倒予防グッズは選択されていたが使用方法に誤りがあった。

対策→転倒転落予防センサー選択チャートの表記の改善と転倒予防グッズの使用法の教育が必要。

転倒事例 2：78 歳男性。外科にて手術目的で入院中に脳梗塞を発症した。脳梗塞発症前は ADL 自立し転倒リスクはなかった。脳梗塞発症時や ADL 拡大時の再アセスメントがされていなかったため転倒予防グッズは使用されていなかった。

要因→アセスメントがされていなかった。

対策→アセスメントの対象や再アセスメントの時期の教育が必要。

今回、転倒予防グッズを使用している患者の転倒発生件数を減らすため、転倒転落アセスメントシートの改善と転倒転落予防センサー選択チャートを作成した。

対策期間中の転倒転落アセスメントシート使用状況を調査したところ、転倒時のアセスメントシートの使用率は対策前と比べると約5倍に増えたが、24%とまだ転倒時の再アセスメントが十分に行われていないことが判明した。またアンケートからも、「入院時のアセスメントは高い割合で行っているが環境や安静度に変化があった時など入院後のアセスメントをしていない」との回答が多く、このことから、まず再アセスメントをする意識向上のための対策を考えていく必要があると考えられた。

更にアンケートによる対策前後の比較からは、アセスメントシートから作成させる計画（介入）や転倒予防グッズの必要性、転倒予防グッズ選択に関して改善傾向が示され、転倒転落アセスメントシートおよび転倒転落予防センサー選択チャートは従来のもよりも良い評価が得られたと解釈できる。

そして、対策期間中の転倒予防グッズを使用している転倒転落件数は目標としていた1.5件数を上回り2件で目標未達成であった。しかし平成22年度転倒転落報告件数の2ヶ月平均と対策期間中の件数では2階病棟では4件から3件へ、4階東病棟では8件から3件へ改善が示された。また、その内の転倒予防グッズを使用していた件数は4階東病棟では2件から0件へ改善し、2階病棟で1件から2件へ改悪した。このことから、今回の対策により少なからず転倒転落を予防できたと考えられた。実際には、アセスメントシートやセンサー選択チャートを使用し転倒が予防できた事例もあり、アンケート結果からも意義のある対策であったと考えられた。また転倒した事例を検証すると、アセスメントシートやセンサー選択チャートそのものの問題もあったがそれ以上に使用方法や対象者の選択、再アセスメントの時期など運用の面での問題が大きな要因となっていた。よって今後それらに対する対策を考えていく必要があると考えられた。

### 標準化

- 転倒転落アセスメントシートを継続使用する。
- 転倒転落予防センサー選択チャートを継続使用する。
- チーム「てんとう」の継続的な活動。

### まとめ

- 今回、転倒予防グッズを使用している患者の転倒発生件数を減らすことをテーマに、2階病棟・4階東病棟における転倒発生件数を50%削減することを目標とした。
- 対策は、転倒転落アセスメントシートの改善と転倒転落予防センサー選択チャートの作成とし、それを各病棟に教育した。
- 目標は未達成であったが、転倒転落件数では2階病棟、4階東病棟で改善し、その内の転倒予防グッズ使用患者の転倒発生件数では4階東病棟で改善が認められた。
- 事例検証やアンケート結果から今回の対策の有効性が示唆された。

### 今後の課題

- ◆ 「転倒転落アセスメントシート」「転倒転落防止計画書」「転倒転落予防センサー選択チャート」の運用（使用）方法の周知徹底・教育
- ◆ 「転倒転落アセスメントシート」「転倒転落防止計画書」の使いやすさの追求
- ◆ 「転倒転落予防センサー選択チャート」の妥当性の向上
- ◆ リスク感性の向上のための教育
- ◆ 本システムへの移行

