



**入院患者の転倒・転落発生率
転倒・転落による損傷発生率**

2013年2月20日

転倒・転落防止対策チーム

1. 設定した指標

- **入院患者の転倒・転落発生率**
分母：入院延べ患者数
分子：インシデントレポートで報告された転倒・転落件数
- **入院患者の転倒・転落による損傷発生率**
分母：入院延べ患者数
分子：インシデントレポートが報告された転倒・転落件数のうち損傷レベル4以上の転倒・転落件数

2. 指標の説明

転倒・転落により骨折を起こすと、病状の回復の遅れや寝たきりの原因となり、その後の生活の「質」に大きく影響する。

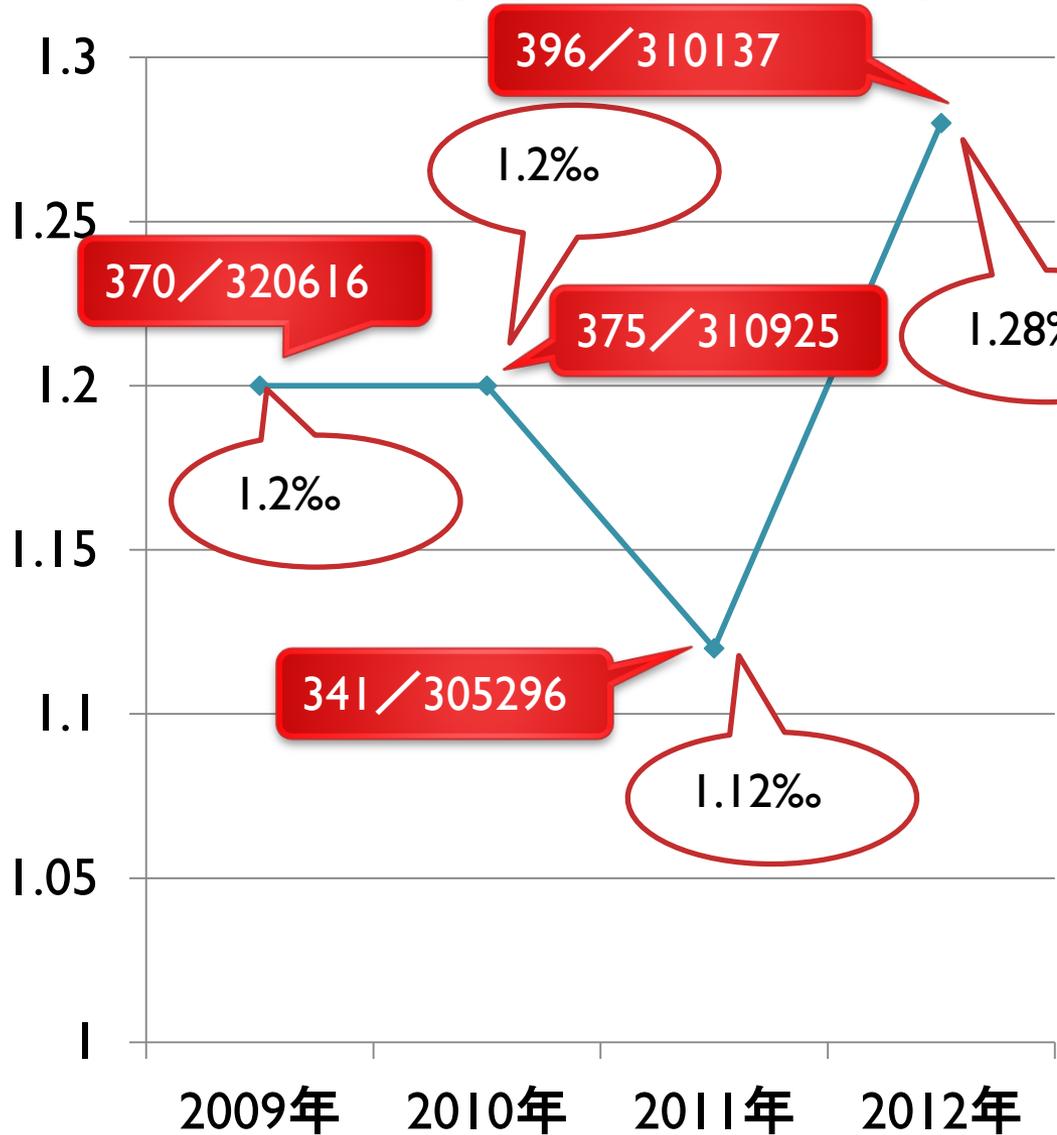
転倒・転落は発生したが、患者には損傷がなかった事例と、不幸にも損傷が発生した事例の両方を指標とし分析することで、転倒・転落発生要因、損傷に至る要因を特定し予防策を講じる。この取り組みを繰り返すことで、転倒による損傷予防につなげる。

転倒による損傷のレベル (The Joint Commission)

レベル		説明
1	なし	患者に損傷はなかった
2	軽度	包帯、氷、創傷洗浄、四肢挙上、局所薬が必要となった、あざ、擦り傷
3	中軽度	縫合、ステリー、皮膚接着剤、副子が必要、筋肉・関節の挫傷を招いた
4	重度	手術、ギプス、牽引、骨折を招いた、神経損傷・身体内部の損傷のための診察
5	死亡	転倒による損傷の結果、死亡した
6	UTD	記録からは判定不可能

3. これまでの指標データ

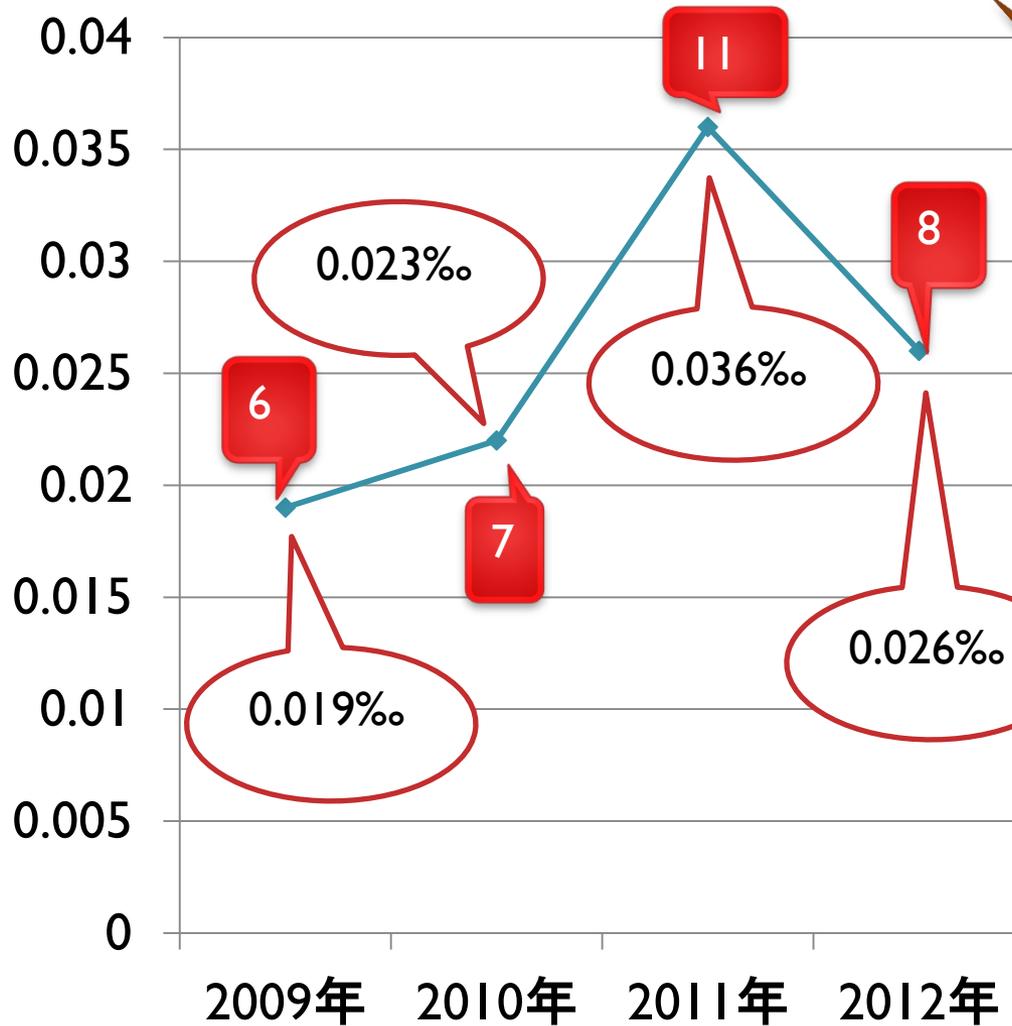
転倒・転落発生率（‰）



日本病院会Q
iプロジェクト参加病院の
2011年平均
2.53%

◆ 転倒・転落
発生率
(‰)

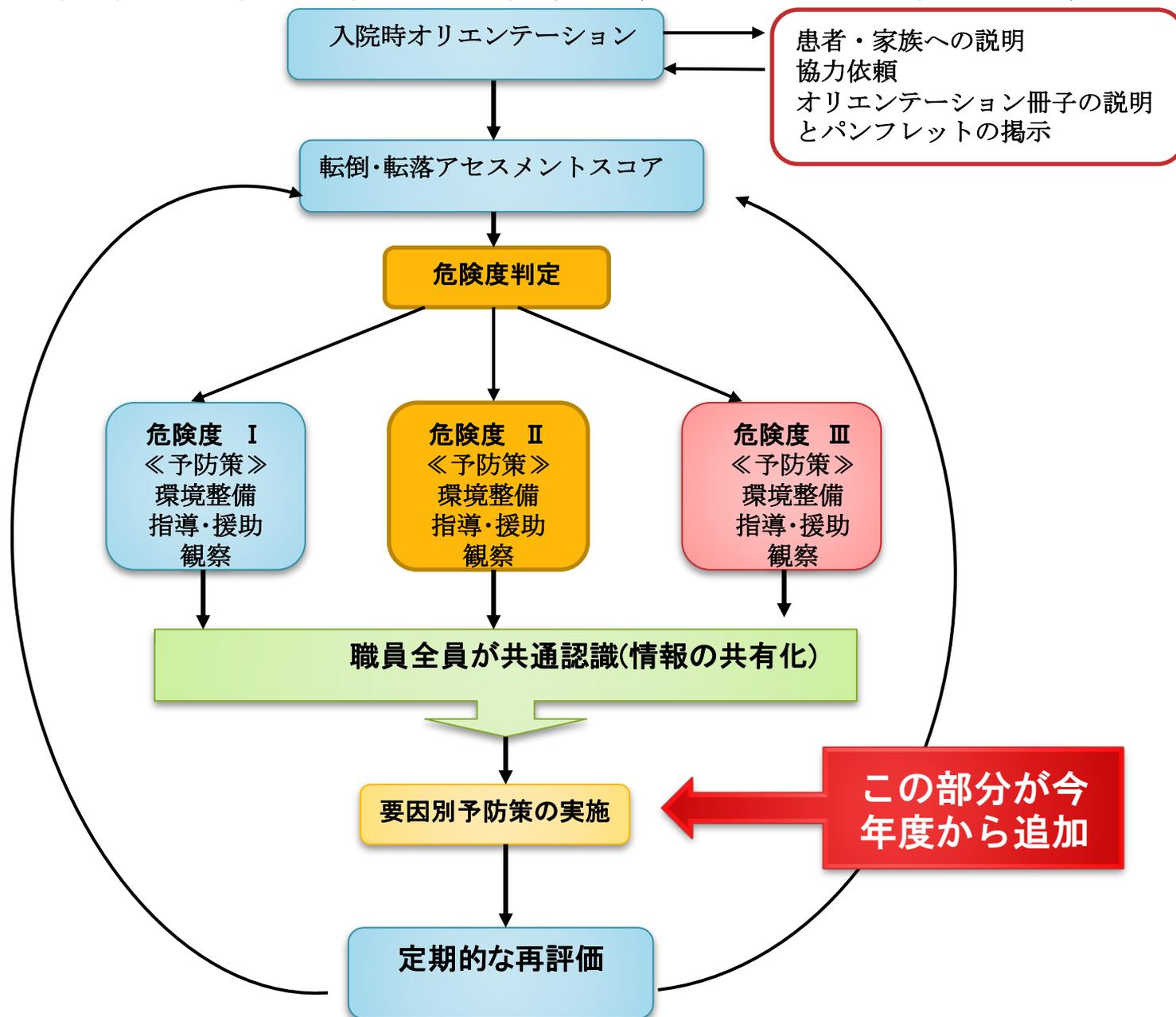
転倒・転落による損傷率（‰）



日本病院会Q
iプロジェクト参加病院の
2011年平均
0.06%

—◆— 転倒・転落による
損傷率（‰）

4. 転倒・転落防止対策（フローチャート）

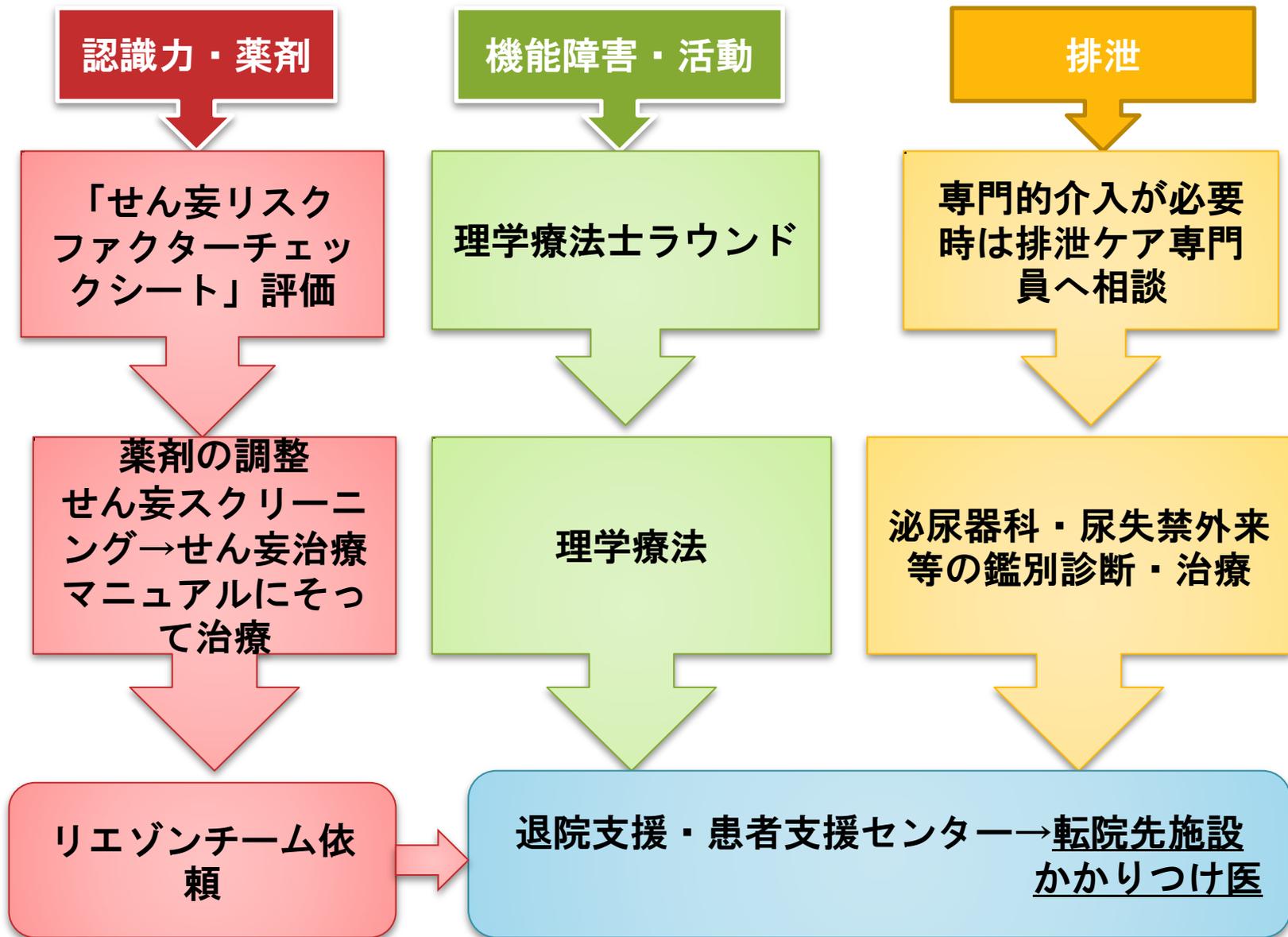


病棟() 氏名() 年齢() 性別() 入院日(/ /)		評価 スコア	患者評価日			
分類	特徴		評 点	評 点	評 点	評 点
A.年齢	65歳以下	0点				
	65歳以上	2点				
B.性格	人に頼めない、気を使う又は何でも自分でやらないと気がすまない	1点				
C.既往歴	1年以内に転倒転落した事が最近ある					
	失神・痙攣などの意識消失発作をおこしたことがある	2点				
D.感覚	視力障害。視野障害(眼鏡・コンタクト使用) 聴力障害が(補聴器使用)	1点				
E.機能障害	骨、関節、腱などに異常がある(拘縮・変形・痛みなど)	どちらかあれば 3点				
	麻痺やしびれがある					
F.活動領域	足腰の弱り、筋力の低下がある	1項目 あれば 3点				
	車椅子、杖、歩行器を使用している					
	移動に介助が必要である					
	めまい、ふらつきがある					
	ベッド上の生活である					
G.認識力	輸液およびチューブ類が挿入されている	1項目 あれば 4点				
	見当識障害、意識混濁、せん妄・混乱がある					
	判断力、理解力の低下がある					
	不穏行動がある					
H.薬剤	記憶力の低下があり、再学習が困難である					
	睡眠薬・向精神薬・麻薬・抗パーキンソン剤 鎮痛薬・筋弛緩薬・降圧利尿剤・浣腸・緩下剤 化学療法・散瞳薬・抗血小板・抗凝固剤・インスリン 多剤併用時	それぞれ 1 点				
I.排泄	尿、便失禁がある	それぞ れ 2 点				
	排泄介助が必要					
	バルンカテーテル挿入中					
	夜間トイレに行く(2回以上) トイレまで距離がある					
	頻尿がある(昼8回以上、夜2回以上) 便器・尿器・オムツ使用					
合計点						
危険度						

転倒・転落の事故防止対策（成人系）

	危険度 I	危険度 II	危険度 III
患者の観察	<ol style="list-style-type: none"> 1 ADLの評価、自立度を把握する 2 排泄の頻度、睡眠等パターンのアセスメント・フィジカルアセスメントを加味した状態把握をする。 3 鎮痛剤、睡眠薬などの服用後はその影響をアセスメントする。 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 2) 左記に同じ 3) 4) ADLに変化がないか観察する。 5) 全身状態の把握からおこりうる認識力の変化等を予測する。 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 2) 3) 左記に同じ 4) 5) 6) 医師を含めたチーム全体で連携して、観察できるよう協力を得る。
環境整備	<ol style="list-style-type: none"> 1) シフトが変わるごとに担当者は以下のチェックをする。 <ol style="list-style-type: none"> ①ベッドの高さ、ストッパー固定の確認 ②ベッド柵及びその効果の確認 ③ベッド周囲の障害物の確認整理 ④ナースコール、ポータブルトイレ、歩行器等の適切な位置の確認 2) 患者の身の回り、床頭台に必要なものの確認と整理 (オーバーテーブル、点滴スタンドなど) 3) 棟内を安全な環境に整える 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 2) 左記に同じ 3) 4) 患者の安全を確認できる照明の工夫 5) 注意マーク等で他のメンバーの関心をひく工夫をする。 6) 離床センサーマット等の使用を検討する。 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 2) 3) 左記に同じ 4) 5) 6) 7) ナースステーションに近い観察の目が行き届く部屋への転室 8) ベッド周囲にマットや枕等で打撲のショックを和らげる工夫を行う。 9) ベッド柵を患者が外さないように工夫し観察の頻度を増やす。 10) 必要時床敷きマットにする。
指導・援助	<ol style="list-style-type: none"> 1) 排泄パターンに基づいた誘導 2) 適切な衣類、履物の選択の指導、 3) ベッド、照明器具、周辺装置、ナースコール等の使用方法の説明 4) 日中の離床を促し、昼夜のリズムをつける。 5) 家族、チームメンバーと事故の危険を共有し理解を得る。 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 2) 3) 左記に同じ 4) 5) 6) ナースコールは素早く対応する。 7) 患者に理解できるよう相手のペースに合わせた十分な説明を行う。 8) 患者歩行時の歩き方等の指導と見守り 9) 正しいトランスファーの技術で介助する。 10) 巡視の頻度を増やす。 11) 必要時安全帯の使用を検討する（事前に患者、家族の了解を得る） 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 2) 3) 4) 5) 左記に同じ 6) 7) 8) 9) 10) 11) 12) 車椅子乗車時に、ずり落ちないように見守る。また滑らないようにベルトをしたりして工夫する。 13) 安全帯を使用する。

● 個人別要因対策（H24年度から開始）



5. 転倒・転落報告書集計結果

対象：2012年7月～10月に報告された

転倒・転落インシデントレポート100件

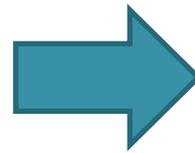
- ・ 転倒転落発生患者は、7：3で男性が多い
- ・ 睡眠薬、向精神薬等を服用中の患者が67%
- ①マイスリー10mg（15%）②レンデム0.25mg（13%）
③麻薬（10%）の順であった（処方数はレンデムが
マイスリーの約2倍）
- ・ 疾患別、治療別では
- ①外科手術前後29%②末期がん（永眠患者）16%
③精神疾患患者8%④癌による疼痛症状の悪化7%
④化学・放射線療法7%の順であった

6. 転倒・転落防止対策チームの活動状況

2012年4月~2013年3月末まで

- 患者ラウンド：患者数・・19人
- 病棟環境ラウンド：14病棟
- 個室トイレの段差予防（はめ板）
- トイレコール（離床センサー）設置（3部署）
- 転倒・転落発生時のフロー作成
- 転倒・転落患者の情報共有と損傷患者の事例分析

個室トイレの段差予防



トイレコールと注意喚起ポスター



便座の下へ設置、
お尻を浮かしたら
コール！！



院長の発案で作成
みんな見えています

7. 来年度に向けての課題

- 転倒・転落ガイドラインの見直し
- 入院時アセスメントスコアチェックシートの再検討
- 要因別対策の工夫
 - 昼夜逆転患者への昼間帯の活動アップに向けた取り組み（個別・集団）
 - 環境変化への対応（入院・転棟・転室退院・転院前）
 - 入院中の履物への対応
- 転倒・転落予防の患者家族の参加、協力