

転倒・転落予防への取り組み

センサーベッド導入と多職種連携

横浜開港記念会館 シンポジウム① 令和2年2月5日
晃進会 たま日吉台病院 医療安全管理室 鹿内由佳



医療法人社団 晃進会

たま日吉台病院 概要



理念

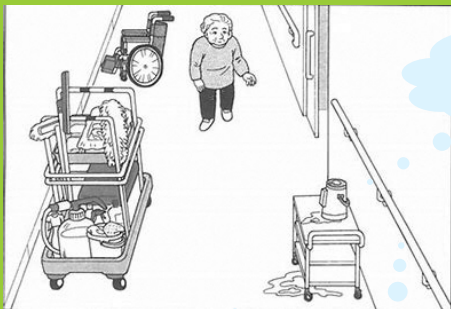
平等・信頼・安心

病床数	199床
障害一般病床	97床
地域包括ケア病床	20床
療養病床	82床
診療科	7科



© 2020 Microsoft Corporation © 2019 Zenrin

危険に気づく感性を磨こう！！



やけどする？

柵とトイレが離れている

廊下に物が多くて手すりが使えない

水で滑って転倒？

ゴミ箱が遠い



転倒・転落 予防対策経緯

平成28年度
転倒・転落について
勉強会実施



平成29年度
イラストKYT
転倒転落スコアと
身体拘束パスを連動



平成30年度
センサーベッド導入

転倒転落スコア 患者名 記入日 21年 1月 16日 評価日

項目	特徴	評価スコア	コ	フ	シ	ト	ケ	ケ	ケ
年齢	□70歳以上	2							
既往	□転倒・転落をしたことがある □失神したことがある	2							
感覚	□視覚障害 □聴力障害 □感覚障害 □失認	1							
機能障害	□麻痺がある □しびれがある □骨・関節に異常がある(拘縮・変形)	3							
活動領域	□上下肢機能低下や筋力低下がある □ふらつきがある □車イス、杖、歩行器を使用している □寝たきりである □移動に介助が必要である	3							
認識力	□見当識障害、意識混濁、混乱がある □不穏行動がある認知症がある □判断力、理解力の低下がある □記憶力の低下があり、再学習が困難である	4							
薬剤	□鎮静剤 □麻薬 □降圧剤 □利尿剤 □洗腸・緩下剤 □睡眠安定剤 □抗パーキンソン剤 □向精神薬 □化学療法	それぞれ 1							
排泄	□尿・便失禁がある □頻尿 □尿道カテーテル □トイレ介助が必要 □夜間トイレに行く □トイレまで距離がある	それぞれ 2							
パーソナリティ	□落ち着きがなく気分が変わりやすい □急にバツと行動すること	1							
【スコアの合計で危険度を判定する】		合計							
危険度Ⅰ(1~5点) 転倒・転落を起こす可能性がある		危険度							
危険度Ⅱ(6~15点) 転倒・転落を起こしやすい									
危険度Ⅲ(16点以上) 転倒転落のハイリスク状態									



起床センサマット
離床センサマット
光センサ

13台をフル稼働

転倒・転落 予防対策経緯

平成28年度
転倒・転落について
勉強会実施



平成29年度
転倒転落スコアと
身体拘束パスを連動



平成30年度
センサーベッド導入



起床・離床切り換え

見守り時間設定

体重設定

センサーベッド台数の配置

障害一般病床 } 24台
地域包括ケア病床 }

療養病床 10台



センサーベッド導入

ベッド業者による
取り扱い勉強会実施



従来のセンサマット
+
センサーベッド
34台導入

センサーベッド導入に伴うエラー

その1. 電源の入れ忘れ



電源OFF中札の活用



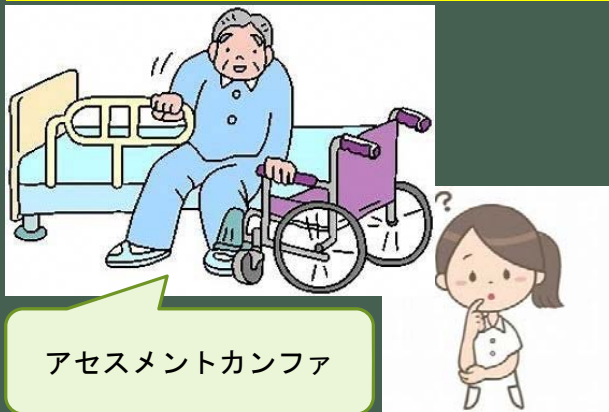
その2. リモコンの破損

リモコン定位置を標準化
壁から5cm以上離す



センサーベッド導入に伴うエラー

その3. 起床・離床切り換えミス



その4. 体重設定ミス

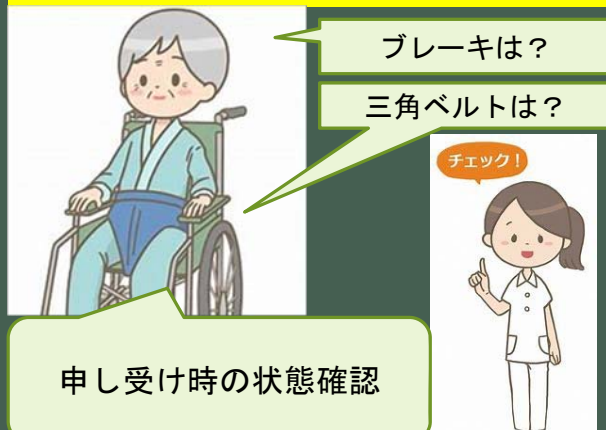


センサーベッド導入に伴うエラー (多職種Ver)

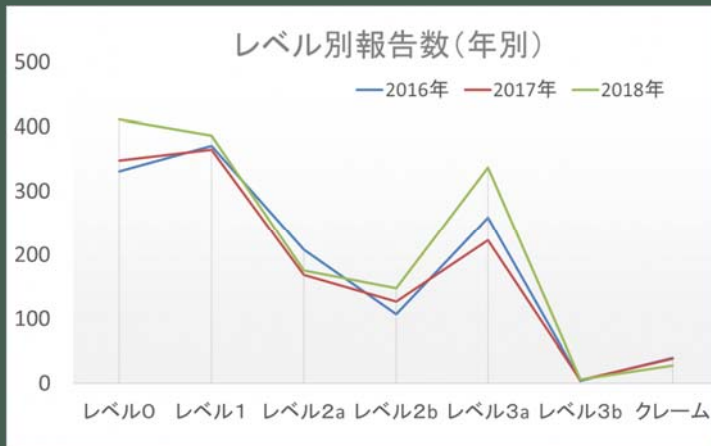
その1. 医師との連携ミス



その2. リハスタッフとの連携ミス



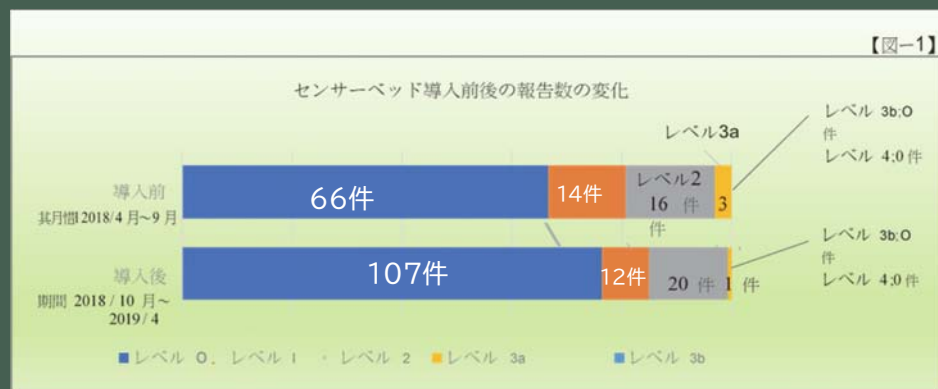
ヒヤリハット報告の増加



ヒヤリハット報告数

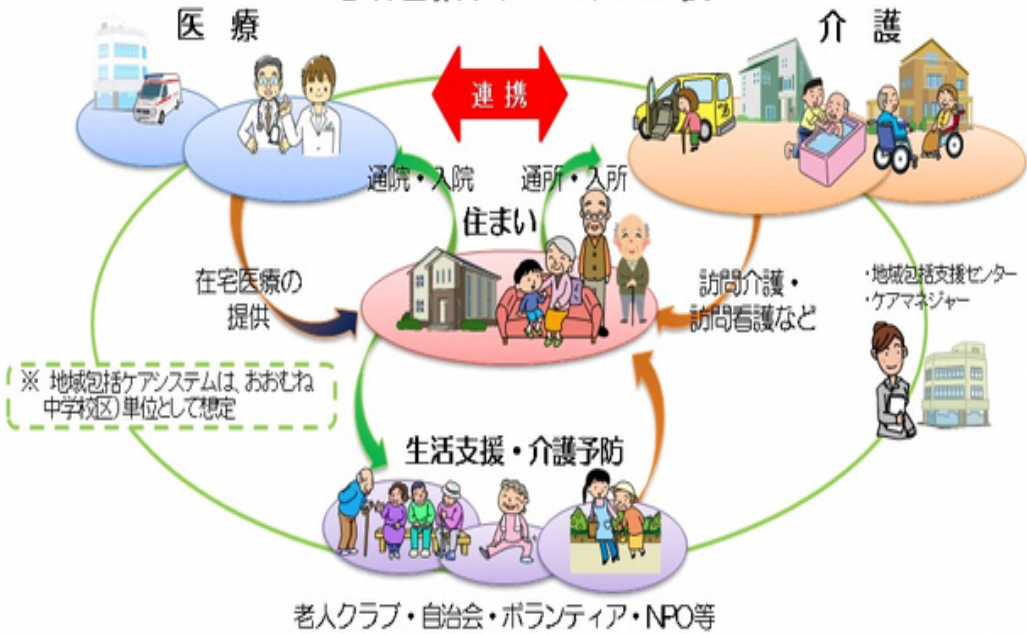


転倒・転落事故報告 (センサーベッド導入前後)



センサーベッドの導入は、転倒転落に繋がる前の行動に早期に対処可能

地域包括ケアシステムの姿



令和1年度

地域包括ケア病床
スタート



自宅に退院した
後の転倒転落予
防への取り組み

在宅に繋げる転倒・転落防止

退院時カンファレンス

病棟 主治医：病状や今後の見通しを説明 看護師：在宅療養の問題点把握・家族指導（介護手技）	院内薬局 薬剤師：退院時薬の管理・内服指導（本人・家族へ） 栄養課 栄養士：在宅での栄養管理・指導（嚥下機能に合わせた食事管理） リハビリテーション科 担当リハビリスタッフ：入院中のケアから在宅環境に合わせた訓練・指導、家庭の環境調整
在宅部 主治医：病棟主治医・かかりつけ医・訪問診療医との情報共有 看護師：病棟看護師・訪問看護師・在宅看護師との情報共有	
病院関係者	患者 家族
	在宅支援者

退院前自宅訪問調査



実際の立ち上がりや動作の確認

浴室の段差や浴槽の
高さは大丈夫か？



椅子の高さは大丈夫か？

当院での転倒・転落発生時の対応

済生会東神奈川リハビリテーション病院
医療安全管理室
吉川 香

済生会東神奈川リハビリテーション病院



平成29年 旧・横浜逓信病院より
事業譲渡を受ける

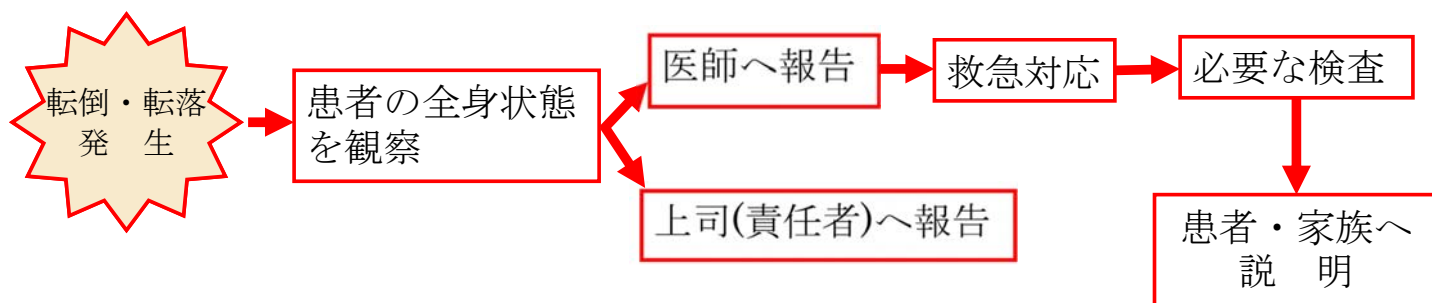
平成30年2月 新病院開院(74床)

(済生会神奈川県病院 回復期リハビリテーション病棟
より入院患者の移動)

平成30年6月 通所リハビリテーション
開始

平成30年7月 99床へ増床

転倒転落発生時の対応



転倒転落発生時の対応

＜頭部を打っている又は疑われる場合＞

明らかな意識レベルの低下やバイタルサインの異常がなくても、経過表に観察項目を追加し継続的な観察をしていく。

観察項目

瞳孔、意識レベル、嘔気、嘔吐について、受傷後8時間は2時間毎、その後1か月間は各勤務帯で1回、その後2か月間は1日1回(日勤帯リハビリ前)に観察をする。

※経過観察期間中に転院や退院となった場合は、
転院先や家族に観察期間中であることを伝える。

患者・家族説明

頭部打撲をした、又は疑いがある場合は、
硬膜下血腫に関するリーフレットを患者・家族に渡し、
受傷後数週間～数か月後に硬膜下血腫を発症する
可能性があることを説明している。
(マニュアルに明記されていなかった。)

放射線技師は夜間・休日不在

- ・頭部打撲をしている又は疑われる場合も頭部CTを撮影している。(マニュアルに明記されていなかった。)
- ・放射線技師より、院長を含めたすべての医師にポータブルレントゲンとCTの操作方法を指導している。

頭部CT上、異常所見があった場合

- ・当院では対応ができない。
- ・転院元の病院や済生会東部病院へ緊急搬送している。

転倒転落発生時の記録

- ・転倒・転落発見直前の最終確認時の状態に関する記録をする。
- ・転倒・転落発見時の記録をする。
(事象発生時の状況、受傷の有無、診療内容、バイタルサイン、患者・家族説明の内容)

医療安全管理室では

- ・頭部打撲をしたもしくは疑いがある場合、CTの有無、記録や観察がされているか、家族への説明記録等チェックしている。
- ・受傷後1か月、2か月、3か月後のフォローアップがされているか確認している。

提言第9号を受けてマニュアルに追加

＜頭部打撲(疑いも含む)の場合＞

- ①急速に症状が悪化する場合がある為、頭部CTを撮影する。
- ②抗凝固薬・抗血小板薬を内服している場合、初回CT撮影時、頭蓋内に何らかの出血の所見が認められる場合は、急速に 増大する可能性がある為、数時間後に再度頭部CTを撮影することも考慮する。

提言第9号を受けてマニュアルに追加

＜頭部打撲(疑いも含む)の場合＞

- ③IC時に硬膜下血腫に関するリーフレットを渡し、受傷後数週間～数か月後に硬膜下血腫を発症する可能性がある事を説明する。

転倒転落の被害を 最小限にする取り組み

2020年2月5日

医療法人社団 青葉会

牧野リハビリテーション病院

医療安全管理者 長谷川しおり

牧野リハビリテーション病院の紹介



- 神奈川県横浜市緑区
- 2018年4月開設
- 診療科目
内科、神経内科、整形外科、
脳神経外科、リハビリテーション科
- 病床数120床（回復期病棟60床、
療養病棟60床）

転倒予防の取り組み

入院当日

- 転倒転落の評価と対策を立案

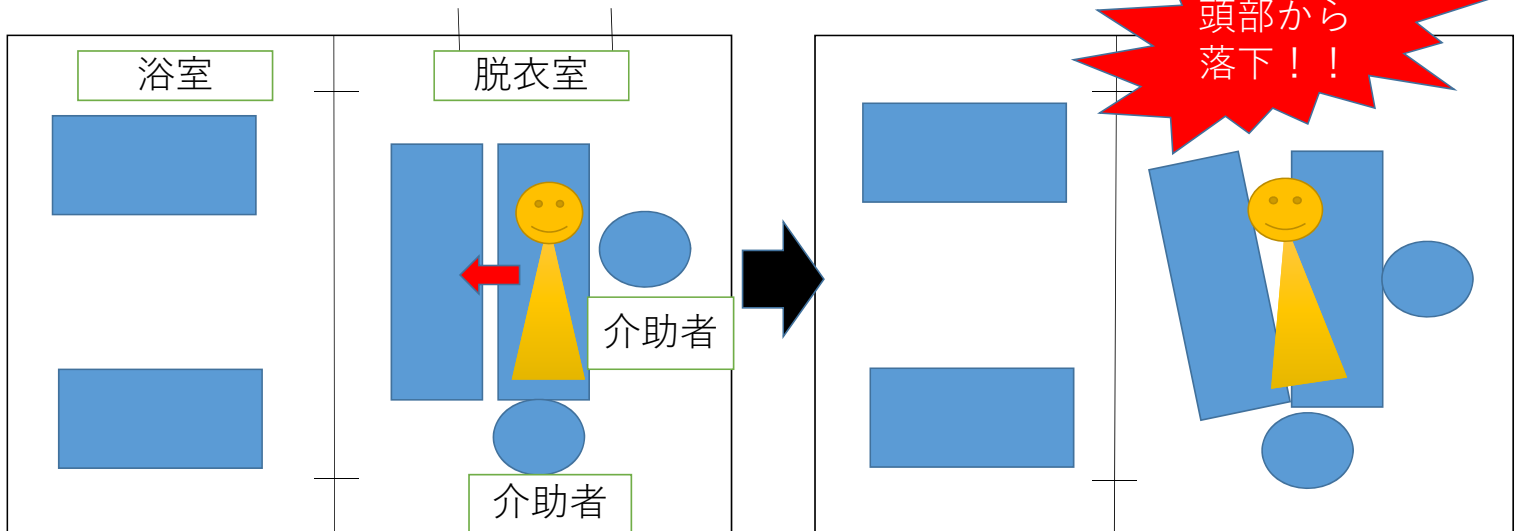
再評価

- カンファレンス実施
- 眠りスキヤンの活用



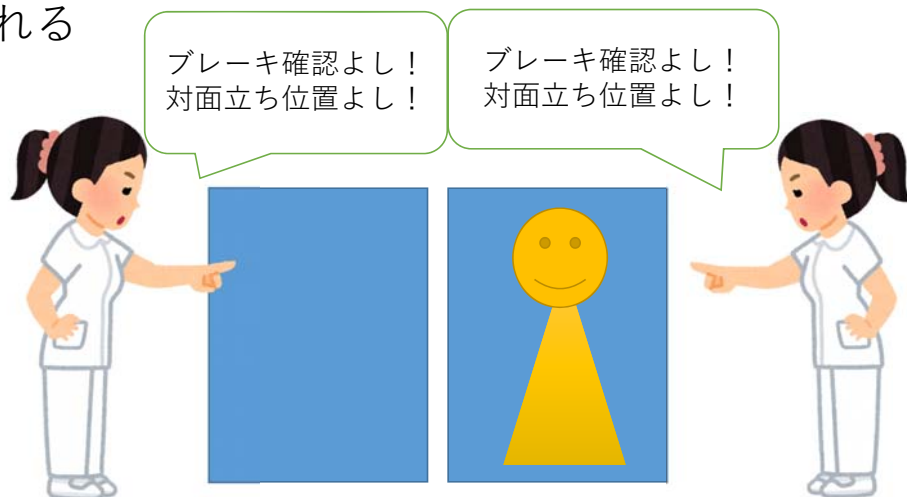
療養病棟 事例①

- ストレッチャーからの転落



KYTの結果

- 肝性脳症による不随運動があり、スライディングボードに両足が乗りにくく足元に立った
- ストレッチャーと入浴用ストレッチャーのブレーキが重なると片方のブレーキが外れる



事例②

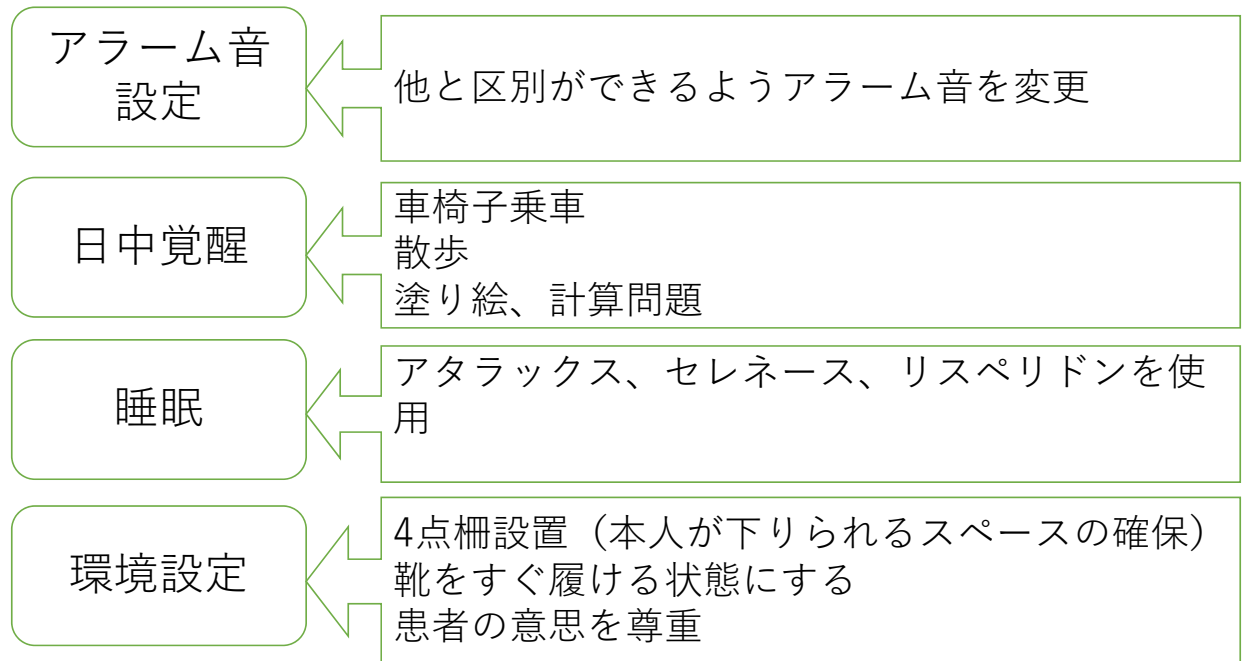
入院当日

- 80歳代男性
- 現病：胃癌
- 既往：アルツハイマー型認知症
- ADL：起き上がり、立ち上がり時に介助が必要
移動は車椅子を使用
行動観察のため、眠リスクンを使用開始

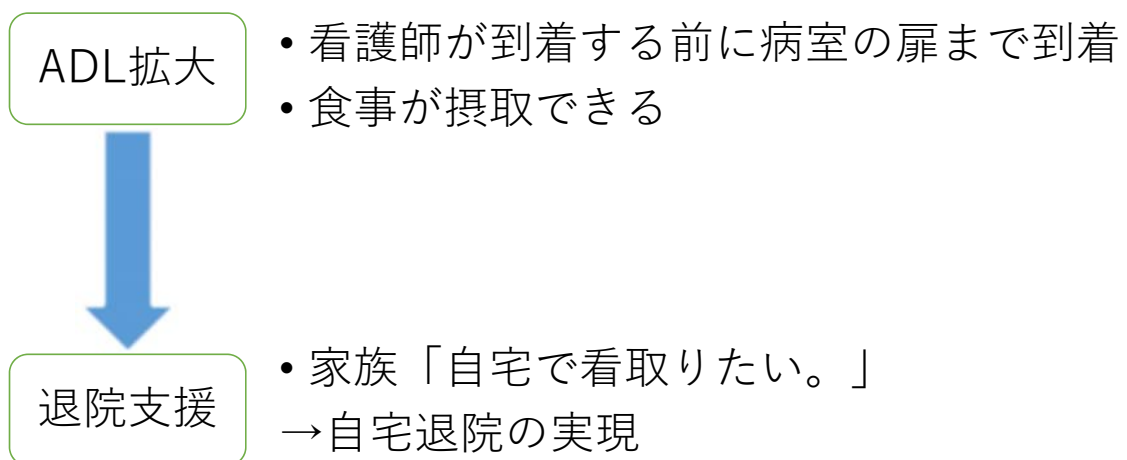
1週間後

- 尿路感染症発症
- 夜間不眠
- トイレ回数6回/日→20回/日へ増加
- ADL：自力で起き上がる、靴を履く、歩く動作ができる→転倒転落のリスクが拡大

転倒転落の被害を最小限にする工夫

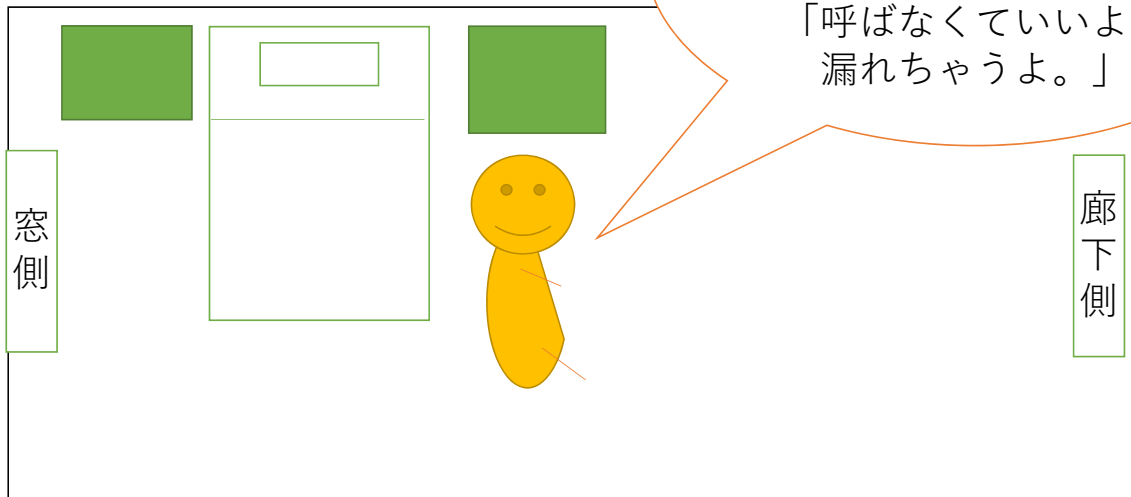


工夫の結果

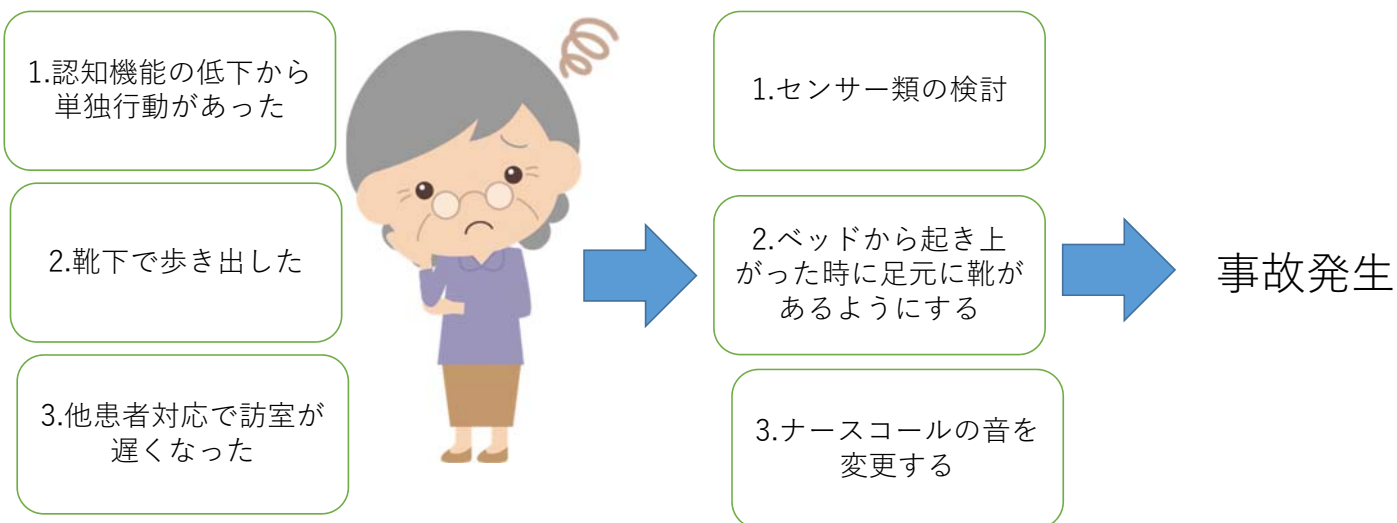


回復期病棟

• ベッドからの転落



原因と対策



事故の発生原因と対策

- 事故が発生している原因

患者の行動理由や時間帯などのアセスメントが不十分なまま対策を立案している

- 対策

医療安全管理委員会やリスクマネージャー会議で「なぜなぜ分析」を実施。

今後の課題

- なぜなぜ分析の継続

- 頭部CT検査の実施基準の検討

(案) 医師：医師が迅速なCT検査の実施を判断する。

どのような判断の場合でも記録に残す。

看護師：経過観察の指示を受けた時は観察の強化を行い記録に残す。