

4. 転倒・転落の事例調査

A 病院で 27 件、B 病院で 19 件、合計 46 件の転倒・転落事例について収集した。

転倒・転落の事例調査・調査票回収数

A病院		B病院	
循環器内科 心臓外科	8	心臓血管外科 循環器内科	4
脳外科・耳鼻科 神経内科	8	外科・皮膚科 呼吸器・肺外科 小児科	3
外科	7	呼吸器科 肺外科 ペインクリニック	12
消化器内科 腎臓内科	4	計	19
計	27		

各病棟の基礎データ

病棟基礎データ調査の結果を表に示す。太線で囲んだ病棟が前述の「環境調整のための患者アセスメントと物的対策に関する調査」および「転倒・転落の事例調査」を行った病棟である。

調査病院の基礎データ

病院名	病棟診療科目	病床数	平均在院日数(日)		H16年1~12月の 転倒・転落に関する インシデント・ アクシデント報告件数	看護方式	看護体制				
			病棟別	病院全体			スタッフ人数(正・補)				
							合計	日勤	準夜勤	夜勤	
A病院	救命救急科	8	4.6	14	1	受持制	24・1	8・1	4・0	4・0	
	脳外科他	6	6.4		4	受持制	20・1	7・1	3・0	3・0	
	循環器内科 心臓外科	22	12.5		27	固定チーム ナーシング	28・4	8・3	4・0	4・0	
	救命救急科 脳外科他	16	61.1		14	受持制	18・1	6・1	2・0	2・0	
	脳外科 神経内科	32	11.2		38	固定チーム ナーシング	22・5	6・4	3・0	3・0	
	脳外科・耳鼻科 神経内科	54	23.9		68	固定チーム ナーシング	27・5	10・5	3・0	3・0	
	呼吸器内科 内分泌代謝科	52	24.4		50	固定チーム ナーシング	24・4	9・4	3・0	3・0	
	産婦人科	52	9.3		2	固定チーム ナーシング + プライマリー	32・5	10・5	1・0	4・0	
	小児全科・眼科 内分泌代謝科	48	7		16	固定チーム ナーシング	23・5	8・5	3・0	3・0	
	泌尿器科 婦人科 外科・形成他	52	13		11	固定チーム ナーシング	24・5	8・5	3・0	3・0	
	消化器内科 腎臓内科	52	18.2		58	固定チーム ナーシング	24・4	8・4	3・0	3・0	
	循環器内科 心臓外科	37	10.3		50	固定チーム ナーシング	22・4	9・4	3・0	3・0	
	消化器内科 血液内科	44	24		41	固定チーム ナーシング	23・4	7・4	3・0	3・0	
	外科	49	19.6		40	固定チーム ナーシング	25・4	9・4	3・0	3・0	
	整形外科	49	29.5		47	固定チーム ナーシング	24・4	7・4	3・0	3・0	
	小児科 消化器内科 感染症	20	14.2		7	受持制	14・1	4・1	1・0	2・0	
	合計		593				474				

病院名	病棟診療科目	病床数	平均在院日数(日)		H16年1~12月の 転倒・転落に関する インシデント・ アクシデント報告件数	看護方式	看護体制				
			病棟別	病院全体			スタッフ人数				
							合計	日勤	準夜勤	夜勤	
B病院	重症集中治療	8	3.3	15.5	1	固定チーム 継続受持方式	28.8	9	4	4	
	心臓専門 集中治療室	8	8		3	常時2:1	27.5	10	4	4	
	精神神経科	50	72.2		49	3:1	20.8	10	2	2	
	心臓血管外科 循環器内科	19	10.8		21	新看護体系 2:1	18.8	8	2	2	
	心臓血管外科 循環器内科 眼科・糖尿病 内分泌	47	9.2		42	新看護体系 2:1	21.8	10	2	2	
	消化器内科	48	16.4		65	新看護体系 2:1	23.0	13	2	2	
	外科・泌尿器科 耳鼻科 口腔外科	47	8.7		16	新看護体系 2:1	21.6	12	2	2	
	外科	48	15.9		20	新看護体系 2:1	22.8	12	2	2	
	外科・皮膚科 呼吸器・肺外科 小児科	48	15.8		40	新看護体系 2:1	22.0	10	2	2	
	産婦人科 泌尿器科(女性)	39	7.7		4	新看護体系 2:1	23.3	9	3	3	
	整形外科	46	24.1		62	新看護体系 2:1	23.5	11	2	2	
	血液内科 腎臓内科 ペインクリニック	48	17.7		59	新看護体系 2:1	22.8	10	3	2	
	呼吸器科 肺外科 ペインクリニック	46	15.5		54	新看護体系 2:1	25.8	10	3	3	
	緩和ケア	28	40.7		44	新看護体系 1.5:1	18.7	10	2	2	
	神経内科 脳神経外科	46	20.8		29	新看護体系 2:1	27.5	12	3	3	
	特別個室病棟	30	16.8		25	新看護体系 2:1	18.8	9	2	2	
	合計		606				534				

調査開始時に各病棟に導入した諸物品

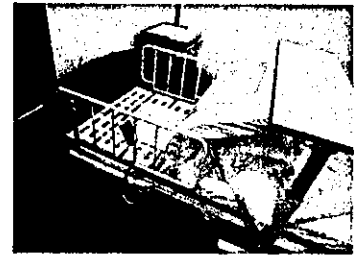
調査開始時に各病棟に導入した諸物品の詳細について、以下に記す。

1. センサー類

患者の動きを察知する以下の各種センサー類を導入した。

① 離床センサー

マットレスの下に敷き、荷重が離れると感知しナースコールに知らせるセンサー。患者のベッドからの起きあがりを感じ取る。センサー部分の大きさ・540mm×460mm。



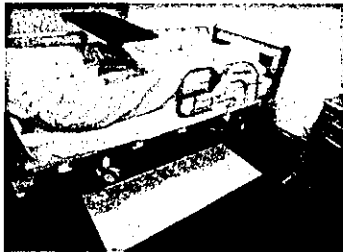
離床センサー

② 床敷きセンサー

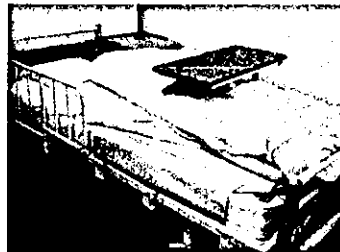
ベッド下の床などに敷き、荷重がかかると感知しナースコールに知らせるセンサー。患者がベッドから降りたのを感じ取る。センサー部分の大きさ・450mm×1200mm。

③ マットレスサイドセンサー

マットレスの横部分に設置し、荷重がかかると感知しナースコールに知らせるセンサー。患者がベッドから降りようとするのを感じ取る。センサー部分の大きさ・250mm×800mm。



床敷きセンサー



マットレスサイドセンサー



座面センサー

④ 座面センサー

椅子や車椅子の座面に敷き、荷重が離れると感知し音で知らせるセンサー。患者の立ちあがりを感じ取る。センサー部分の大きさ・310mm×300mm。

⑤ 便座センサー

便座の下に設置し、荷重が離れると感知しナースコールに知らせるセンサー。患者が便座から離れようとするのを感じ取る。センサー部分の大きさ・160×36mm。

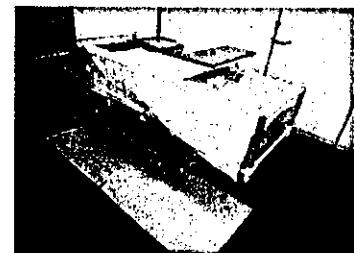
2. 衝撃を吸収する物品

① 衝撃吸収マット

ベッドサイドの床などに敷き、落下の衝撃を吸収するマット。マットの大きさ・65mm0×1800mm×40mm。

② ヒッププロテクタ

患者の腰に巻くように装着し、クッション性素材により転倒した場合の衝撃を吸収し、大腿骨頸部骨折を予防するベルト。



衝撃吸収マット

3. 手すり類

① 介助バー

アーム部分の角度を 0～150° に調整できるベッド柵。ベッド端座位や車椅子などへの移乗の際の手がかりとなる。

② 立位保持ポール

ベッドのベースフレームに固定装着することで、ベッドサイドに設置するポール。水平バーも備わっており、ベッド端座位や車椅子などへの移乗や立位保持の際の手がかりとなる。ポールの高さ・1280mm。

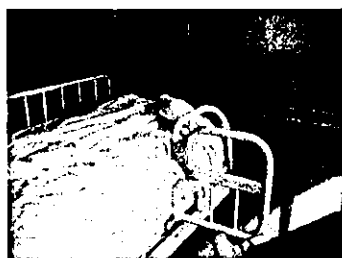


写真 2-6 介助バー



写真 2-7 立位保持ポール

4. 家具類

① ロック機能付きオーバーベッドテーブル

オーバーベッドテーブルの脚部分のペダルを踏むことにより、キャスターのロック/解除が可能。大きさ・1284mm×432mm、高さ 630～950mm。

以上の物品について、調査対象各病棟に表に示す数量を導入した。

表2-1 調査導入物品の配布数量

病院名	病棟診療科目	副床 センサー	床敷き センサー	マットレス サイドセンサー	壁面 センサー	便座 センサー	衝撃吸収 マット	ヒップ プロテクタ	介助 バー	立てるん バー	ロック機能付 OBI
A病院	循環器内科・心臓外科	8	5	1	2	0	5	9	5	1	0
	脳外科・耳鼻科・神経内科	9	6	0	1	1	6	9	5	1	0
	外科	4	4	1	0	0	4	9	4	1	0
	消化器内科・腎臓内科	9	5	1	1	1	5	9	6	1	0
	計	30	20	3	4	2	20	36	20	4	0
B病院	心臓血管外科・循環器内科	4	2	1	2	0	3	9	5	1	2
	外科・皮膚科・呼吸器 科・肺外科・小児科	6	3	1	3	0	3	9	8	1	2
	呼吸器科・肺外科 ・ペインクリニック	7	4	1	3	0	3	6	3	1	2
	計	17	9	3	8	0	9	24	16	3	6

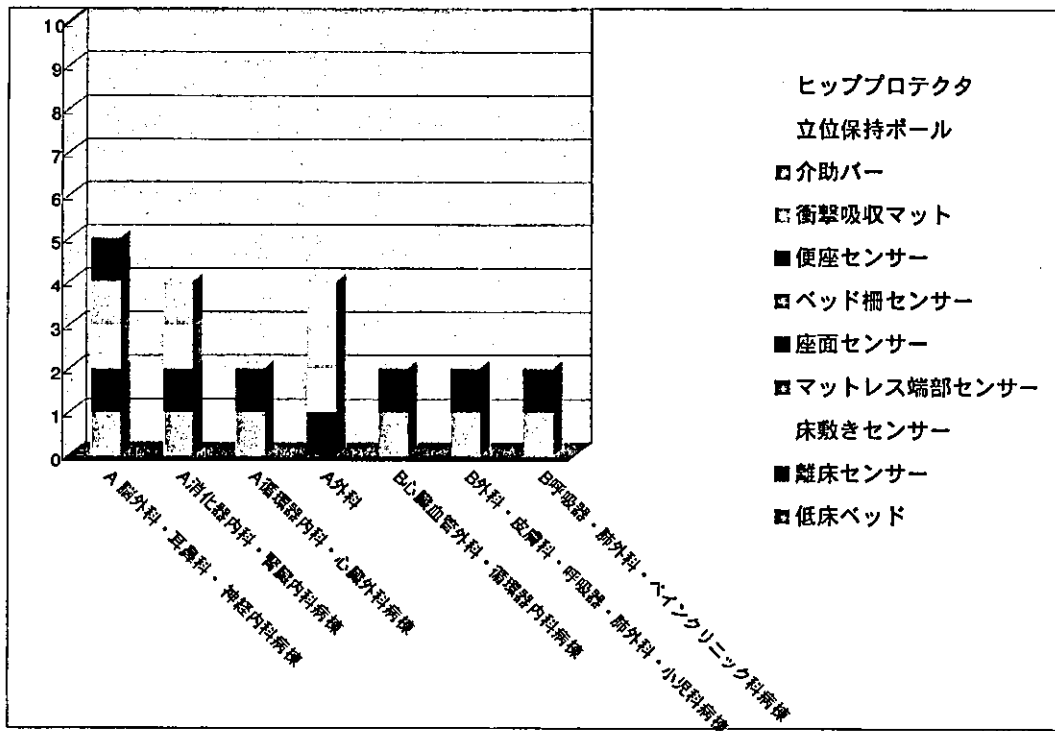


図 調査前の用具使用状況

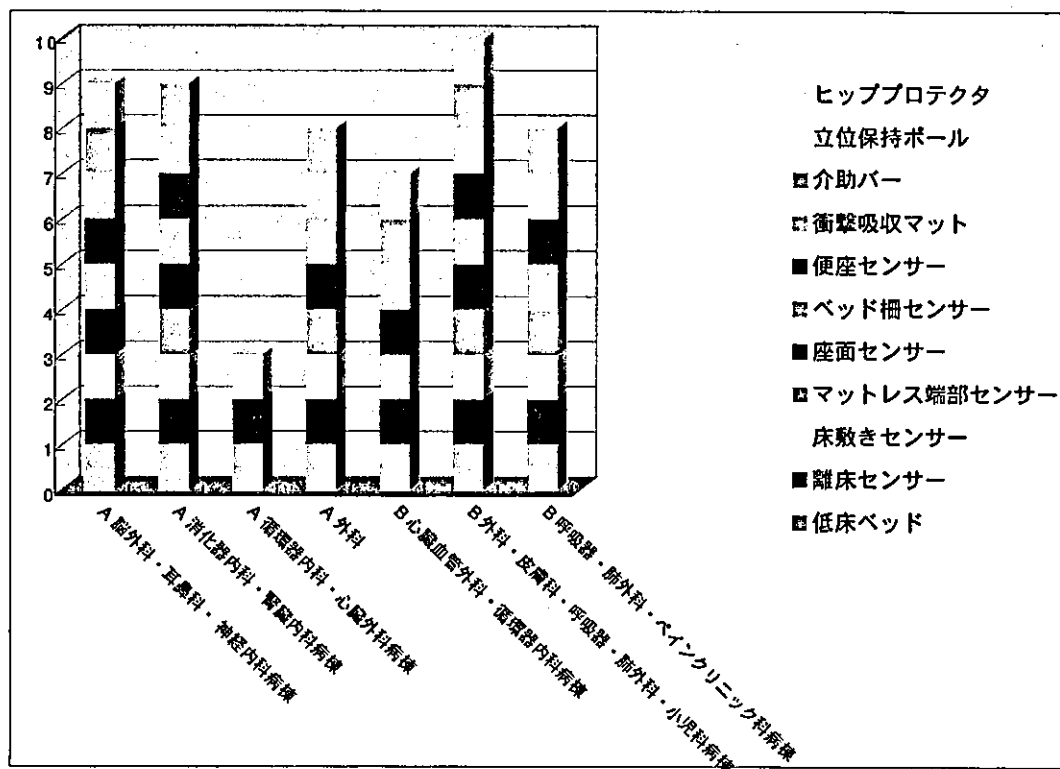


図 調査終了後の使用希望用具

『医療施設における療養環境の安全性に関する研究』

－病棟基礎データ調査票－

記載日時：平成 年 月 日

病院名：

記入者氏名：

■転倒・転落の調査に先立ち、貴院の各病棟につきまして、下記の事項を空欄にご記入下さい。

調査対象病棟名	
調査対象病棟の診療科目	
調査対象病棟の病床数	床
病棟の平均在院日数 (平成16年1～12月)	日
貴院の平均在院日数 (平成16年1～12月)	日
平成16年1～12月の転倒・転落に関するインシデント・レポート件数 *) 暦年の把握が難しい場合は平成14年度分につきご回答の上、その旨ご記入下さい。	件
平成16年1～12月の転倒・転落に関するアクシデント・レポート件数 *) インシデント・レポートに含まれる場合は上段にその旨ご記入下さい。 *) 暦年の把握が難しい場合は平成14年度分につきご回答の上、その旨ご記入下さい。	件
看護方式	
看護体制 *) 2交代制を用いている場合は、「日勤」と「準夜勤」の欄にご記入下さい。	合計 _____ 名 (正 _____ 名、補 _____ 名)
	日勤・ _____ : _____ ~ _____ : _____ (正 _____ 名、補 _____ 名)
	準夜勤・ _____ : _____ ~ _____ : _____ (正 _____ 名、補 _____ 名)
	深夜勤・ _____ : _____ ~ _____ : _____ (正 _____ 名、補 _____ 名)

病院名

病棟 ()

年齢 ()

性別 (男 ・ 女)

患者さんの動作能力などについてお伺いいたします。該当する番号に○をつけてください。

1	認知・理解力に問題がある（遠慮深く必要時にナースコールを押さない、介助を求めないを含む）	1.はい	2.いいえ
2	臨床経過に多大な影響を治療用具が装着されている（転倒などにより抜去された場合の生命への影響が大きい、再挿入が困難等も含む）	1.はい	2.いいえ

A ベッドからの転落に関する動作能力について

1	上半身を起こす	1.できる	2.困難
2	電動ベッド使用时、自分でコントローラーを操作しベッドアップする（ベッドアップに連動しない柵の場合、上半身は容易に柵から乗り出すことができる）	1.できる	2.困難

B ベッドまわりでの転倒に関する動作能力について

* 「3.不能」とは1.2.にも該当しない（積極的に離床支援をしない、またはできない）ものを指します。

1	臥位から端座位になる	1.自立	2.見守り・部分介助・全介助	3.不能
2	端座位を手を使わずに座りなおす	1.自立	2.見守り・部分介助・全介助	3.不能
3	履物を履く	1.自立	2.見守り・部分介助・全介助	3.不能
4	ベッドサイドに立ち上がる	1.自立	2.見守り・部分介助・全介助	3.不能
5	立ち続ける	1.自立	2.見守り・部分介助・全介助	3.不能
6	ベッドの周りを歩く	1.自立	2.見守り・部分介助・全介助	3.不能
7	床頭台やチェストの荷物を出し入れす	1.自立	2.見守り・部分介助・全介助	3.不能
8	ベッドに腰をかける	1.自立	2.見守り・部分介助・全介助	3.不能

C トイレでの転倒に関する動作能力について

* 「3.不能」とは1.2.にも該当しない（積極的に離床支援をしない、またはできない）ものを指します。

1	トイレの戸を開閉する	1.自立	2.見守り・部分介助・全介助	3.不能
2	下着をおろす	1.自立	2.見守り・部分介助・全介助	3.不能
3	便座に座る	1.自立	2.見守り・部分介助・全介助	3.不能
4	トイレットペーパーをとる	1.自立	2.見守り・部分介助・全介助	3.不能
5	拭く	1.自立	2.見守り・部分介助・全介助	3.不能
6	下着、衣服を整える	1.自立	2.見守り・部分介助・全介助	3.不能
7	便座から立ち上がる	1.自立	2.見守り・部分介助・全介助	3.不能
8	トイレの戸を開閉する	1.自立	2.見守り・部分介助・全介助	3.不能

D 廊下での転倒に関する動作能力について

* 「3.不能」とは1.2.にも該当しない（積極的に離床支援をしない、またはできない）ものを指します。

1	まっすぐ歩く	1.自立	2.見守り・部分介助・全介助	3.不能
2	方向転換をする	1.自立	2.見守り・部分介助・全介助	3.不能
3	その方の病室からナースステーション、トイレ、洗面所、浴室、食堂などを往復する	1.自立	2.見守り・部分介助・全介助	3.不能

チェック日時：_____月_____日、午前・午後_____：

記入者氏名_____

1. ベッドからの転落

睡眠中、無意識下での転落の発生予防と障害を最小限にとどめる環境を設定する。

■下記の中で行った物的対策に該当するものについて、□にチェックをつけて下さい。

- ・ベッド柵 なし 片側のみ 両側柵（4柵を除く） 3点柵 4点柵
- ・ベッド柵の仕様 外れにくい柵とした マットレスから柵上端まで十分な高さを確保した 柵と柵の間の隙間がないようにした
- 柵とヘッドボード間の隙間がないようにした
- ・□その他（ _____ ）

2. ベッドまわりでの転倒

チェック動作	動作能力	自立	見守り・部分介助・全介助	* 不能
1. 臥位から端座位になる				
2. 端座位を手を使わずに座りなおす				
3. 履物を履く（前かがみのバランス）				
4. ベッドサイドに立ち上がる				
5. 立ち続ける				
6. ベッドの周りを歩く				
7. 床頭台やチェストの荷物を出し入れする				
8. ベッドに腰をかける				

1～8の動作すべて自立の場合は「タイプ A-I」、ひとつでも「見守り・部分介助・全介助」があれば「タイプ A-II」となります。
 * 「自立」「見守り・部分介助・全介助」のどちらにも該当しない（積極的に離床支援しない、またはできない）場合は「不能」欄に○をつけて下さい。

該当する患者タイプに○をつけて下さい。
 A-I ・ A-II

A-I に該当する患者は、移動動作が自立です（障害があつての自立を含む）。したがって、移動の自立を支援する環境を設定してください。

A-II に該当する患者は、移動動作に見守りまたは介助を要します。したがって、動作能力に応じた介助を得ながら、移動の安全性を確保する環境を設定してください。

■下記の中で行った物的対策に該当するものについて、□にチェックをつけて下さい。

- ・ベッド柵 なし 片側のみ 両側柵（4柵を除く） 3点柵 4点柵
- ・自立や介助支援 低床ベッド 介助バー 立てるんバー ベッドと車イスの座面を同じ高さとした
- ・適切な移動用具の選択 適切な移動用具を選択した（重い、滑りにくい/滑りやすい、劣化がみられる等がないもの）
 その移動用具は（車イス 歩行器 杖 点滴スタンド その他 _____）
- ・移動経路の確保 ベッドサイドに移動経路が確保できている
- ・その他用いた物品 衝撃吸収マット 離床センサー 床敷きセンサー マットレス端部センサー 座面センサー ヒッププロテクタ その他（ _____ ）

☆ 介助バー・立てるんバーを導入した場合、患者の動作安定性について、導入日（月/日）とその経過を下記表内に○をつけてください。
 なお、物品の使用を中止したときは月日とその理由を()内に記入してください。

導入日 /	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	14日目
安定性の状態	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない

* 中止した月日 / 理由 (_____)

3. トイレでの転倒

動作能力	自立	見守り・部分介助・全介助	* 不能
チェック動作			
1. トイレの戸を開閉する			
2. 下着をおろす			
3. 便座に座る			
4. トイレトペーパーをとる			
5. 拭く			
6. 下着、衣服を整える			
7. 便座から立ち上がる			
8. トイレの戸を開閉する			

1~8の動作すべて自立の場合は「タイプA-I」、
3,4,5の動作すべてが自立の場合は「タイプA-II」、
3,4,5の動作のいずれかが「見守り・部分介助・全介助」の場合は「タイプA-III」となります。
* 「自立」「見守り・部分介助・全介助」のどちらにも該当しない（積極的に離床支援しない、またはできない）場合は「不能」欄に○をつけて下さい。

該当する患者タイプに○をつけて下さい。
A-I ・ A-II ・ A-III

A-Iに該当する患者は、便座まで移動および移乗、排泄動作が自立しています。したがって、排泄の自立を支援する環境を設定してください。使用するトイレは基本的に一般トイレです。

A-IIに該当する患者は、排泄中の座位保持は自立ですが、座位までの移動および移乗が要介助です。したがって、介助を得ながら移乗の安全性を確保する環境を設定してください。使用するトイレは基本的に一般トイレです。

A-IIIに該当する患者は、便座までの移動および移乗が要介助で、さらに排泄中の座位保持が困難なため介助あるいは見守りが必要です。したがって、座位保持姿勢の確保と介助しやすい環境を設定してください。使用するトイレは基本的に車いすトイレです。

■下記の中で行った物的対策に該当するものについて、□にチェックをつけて下さい。

- ・使用トイレ 一般トイレ 車いす兼介助トイレ
- ・その他用いた物品 便座センサー その他 ()

4. 廊下歩行中の転倒

支援動作等	自立	見守り・部分介助・全介助	* 不能
チェック動作			
1. まっすぐ歩く			
2. 方向転換をする			
3. その方の病室からナースステーション、トイレ、洗面所、浴室、食堂などを往復する			

1~3の動作すべて自立の場合は「タイプA-I」、
ひとつでも「見守り・部分介助・全介助」があれば「タイプA-II」となります。
* 「自立」「見守り・部分介助・全介助」のどちらにも該当しない（積極的に離床支援しない、またはできない）場合は「不能」欄に○をつけて下さい。

該当する患者タイプに○をつけて下さい。
A-I ・ A-II

A-Iに該当する患者は、病棟内の移動がほぼ自立です。したがって、移動の自立を支援する環境を設定してください。物的対策はありませんが、骨密度が低いなどの場合はヒッププロテクタを検討してください。

A-IIに該当する患者は、移動動作に見守りまたは介助を要します。したがって、適切な行動範囲を促す環境を設定してください。

■下記の中で行った物的対策に該当するものについて、□にチェックをつけて下さい。

- ・ベッド配置 ベッド配置をナースステーション近くとした ベッド配置をナースステーション間近とした
- ベッド配置を病棟トイレ近くとした その他 ()
- ・その他用いた物品 ヒッププロテクタ その他 ()

【転倒・転落】

環境調整のための患者アセスメント・対策チェックシート

患者タイプB「認知・理解に問題あり」+「装着物なし」

病室番号_____・ベッド番号_____

チェック日時：_____月_____日、午前・午後_____：

記入者氏名_____

1. ベッドからの転落

動作能力 チェック動作	できる (ベッド柵を乗り越える能力あり)	困難 (ベッド柵の乗り越え困難) (ベッド柵のすき間のすり抜けによる転落の可能性あり)
1.上半身を起こす		
2.電動ベッド使用时、自分でコントローラーを操作しベッドアップする (ベッドアップに運動しない柵の場合、上半身は容易に柵から乗り出すことができる)		

1・2の動作いずれかができる場合は「タイプB-I」、両方とも困難であれば「タイプB-II」となります。

該当する患者タイプに○をつけて下さい。
B-I ・ B-II

B-I に該当する患者は、ベッド柵を乗り越える可能性があります。

したがって柵を乗り越えて生じる転落対策のための環境を設定してください。

B-II に該当する患者は、ベッド柵の乗り越えが困難です。したがって、柵の隙間をすり抜けて生じる転落対策のための環境を設定してください。

■下記の中で行った物的対策に該当するものについて、□にチェックをつけて下さい。

- ・ベッド柵 なし 片側のみ 両側柵(4柵を除く) 3点柵 4点柵
- ・ベッド柵の仕様 外れにくい柵とした マットレスから柵上端まで十分な高さ確保した 柵と柵の間の隙間がないようにした 柵とヘッドボード間の隙間がないようにした
- ・その他用いた物品 低床ベッド 衝撃吸収マット 離床センサー 床敷きセンサー マットレス端部センサー その他()

2. ベッドまわりでの転倒

動作能力 チェック動作	自立	見守り・部分介助・全介助	* 不能
1.臥位から端座位になる			
2.端座位を手を使わずに座りなおす			
3.履物を履く(前かがみのバランス)			
4.ベッドサイドに立ち上がる			
5.立ち続ける			
6.ベッドの周りを歩く			
7.床頭台やチェストの荷物を出し入れする			
8.ベッドに腰をかける			

1~8の動作すべて自立の場合は「タイプB-I」、ひとつでも「見守り・部分介助・全介助」があれば「タイプB-II」となります。

* 「自立」「見守り・部分介助・全介助」のどちらにも該当しない(積極的に離床支援しない、またはできない)場合は「不能」欄に○をつけて下さい。

該当する患者タイプに○をつけて下さい。
B-I ・ B-II

B-I に該当する患者は、移動支援に見守りを要します。したがって患者がベッドから離れる時にNs.が察知する環境を設定してください。

B-II に該当する患者は、移動動作が要介助です。したがって、患者がベッド上から起き上がる時にNs.が察知する環境を設定してください。

■下記の中で行った物的対策に該当するものについて、□にチェックをつけて下さい。

- ・ベッド柵 なし 片側のみ 両側柵(4柵を除く) 3点柵 4点柵
- ・自立や介助支援 低床ベッド 介助バー 立てるんバー ベッドと車イスの座面を同じ高さとした
- ・適切な移動用具の選択 適切な移動用具を選択した(重い、滑りにくい/滑りやすい、劣化がみられる等がないもの)
その移動用具は(車イス 歩行器 杖 点滴スタンド その他)
- ・移動経路の確保 ベッドサイドに移動経路が確保できている
- ・ベッド配置 ベッド配置をナースステーション近くとした ベッド配置をナースステーション間近とした
- ・その他用いた物品 衝撃吸収マット 離床センサー 床敷きセンサー マットレス端部センサー 座面センサー その他()

☆介助バー・立てるんバーを導入した場合、患者の動作安定性について、導入日(月/日)とその経過を下記表内に○をつけてください。

なお、物品の使用を中止したときは月日とその理由を()内に記入してください。

導入日 /	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	14日目
安定性の状態	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない

*中止した月日 / 理由()

3. トイレでの転倒

動作能力	自立	見守り・部分介助・全介助	* 不能
チェック動作			
1. トイレの戸を開閉する			
2. 下着をおろす			
3. 便座に座る			
4. トイレトペーパーをとる			
5. 拭く			
6. 下着、衣服を整える			
7. 便座から立ち上がる			
8. トイレの戸を開閉する			

1~8の動作すべて自立の場合は「タイプ B-I」、
3,4,5の動作すべてが自立の場合は「タイプ B-II」、
3,4,5の動作のいずれかが「見守り・部分介助・全介助」の場合は「タイプ B-III」となります。

* 「自立」「見守り・部分介助・全介助」のどちらにも該当しない（積極的に離床支援しない、またはできない）場合は「不能」欄に○をつけて下さい。

該当する患者タイプに○をつけて下さい。
B-I ・ B-II ・ B-III

B-I に該当する患者は、便座まで移動および移乗、排泄動作は自立していますが、認知・理解力の問題で見守りを要します。したがって、排泄を支援する環境を設定してください。使用するトイレは基本的に一般トイレです。

B-II に該当する患者は、排泄中の座位保持は自立ですが、座位までの移動および移乗と排泄が要介助です。また、認知・理解力の問題で見守りを要します。したがって、移動および移乗の安全性確保と介助しやすい環境を設定してください。使用するトイレは基本的に車いすトイレです。

B-III に該当する患者は、便座までの移動および移乗が要介助で、さらに排泄中の座位保持が困難なため介助あるいは見守りが必要です。また、認知・理解力の問題で見守りを要します。したがって、座位保持姿勢の確保と介助しやすい環境を設定してください。使用するトイレは基本的に車いすトイレです。

■下記の中で行った物的対策に該当するものについて、□にチェックをつけて下さい。

- ・使用トイレ 一般トイレ 車いす兼介助トイレ
- ・その他用いた物品 便座センサー その他 ()

4. 廊下歩行中の転倒

支援動作等	自立	見守り・部分介助・全介助	* 不能
チェック動作			
1. まっすぐ歩く			
2. 方向転換をする			
3. その方の病室からナースステーション、トイレ、洗面所、浴室、食堂などを往復する			

1~3の動作すべて自立の場合は「タイプ B-I」、ひとつでも「見守り・部分介助・全介助」があれば「タイプ B-II」となります。

* 「自立」「見守り・部分介助・全介助」のどちらにも該当しない（積極的に離床支援しない、またはできない）場合は「不能」欄に○をつけて下さい。

該当する患者タイプに○をつけて下さい。
B-I ・ B-II

B-I に該当する患者は、病棟内の移動がほぼ自由です。したがって、移動の自立を支援する環境を設定してください。

B-II に該当する患者は、移動動作に見守りまたは介助を要します。したがって、適切な行動範囲を促す環境を設定してください。

■下記の中で行った物的対策に該当するものについて、□にチェックをつけて下さい。

- ・ベッド配置 ベッド配置をナースステーション近くとした ベッド配置をナースステーション間近とした
- ベッド配置を病棟トイレ近くとした その他 ()
- ・その他用いた物品 ヒッププロテクタ その他 ()

【転倒・転落】

環境調整のための患者アセスメント・対策チェックシート

患者タイプC「認知・理解に問題あり」+「装着物あり」

病室番号_____・ ベッド番号_____

チェック日時：_____月_____日、午前・午後_____：_____

記入者氏名_____

* この調査票に該当するタイプCの患者は転倒・転落により装着している治療用具に不具合が生じ、臨床経過に多大な影響を与える可能性があります。
Nsが患者の動きをより早く察知し、発生および傷害予防のための安全性が極めて高い環境を設定する必要があります。

1. ベッドからの転落

動作能力 チェック動作	できる (ベッド柵を乗り越える能力あり)	困難 (ベッド柵の乗り越え困難) (ベッド柵のすき間のすり抜けによる転落の可能性あり)
1.上半身を起こす		
2.電動ベッド使用时、自分でコントローラーを操作しベッドアップする (ベッドアップに連動しない柵の場合、上半身は容易に柵から乗り出すことができる)		

1・2の動作いずれかができる場合は「タイプC-I」、
両方とも困難であれば「タイプC-II」となります。

該当する患者タイプに○をつけて下さい。
C-I ・ C-II

C-Iに該当する患者は、ベッド柵を乗り越える可能性があります。したがって柵を乗り越えて生じる転落対策のための環境を設定してください。
C-IIに該当する患者は、ベッド柵の乗り越えが困難です。したがって、柵の隙間をすり抜けて生じる転落対策のための環境を設定してください。

■下記の中で行った物的対策に該当するものについて、□にチェックをつけて下さい。

- ・ベッド柵 なし 片側のみ 両側柵(4柵を除く) 3点柵 4点柵
- ・ベッド柵の仕様 外れにくい柵とした マットレスから柵上端まで十分な高さを確保した 柵と柵の間の隙間がないようにした 柵とヘッドボード間の隙間がないようにした
- ・ベッド配置 ベッド配置をナースステーション近くとした ベッド配置をナースステーション間近とした
- ・装着物の固定材料 シルキーテックス エラストポア テガダーム その他()
- ・装着物の固定位置 患者の見えない位置とした 観察しやすい位置とした その他()
- ・その他用いた物品 低床ベッド 衝撃吸収マット 離床センサー 床敷きセンサー マットレス端部センサー その他()

2. ベッドまわりでの転倒

■下記の中で行った物的対策に該当するものについて、□にチェックをつけて下さい。

- ・ベッド柵 なし 片側のみ 両側柵(4柵を除く) 3点柵 4点柵
- ・自立や介助支援 低床ベッド 介助バー 立てるんバー ベッドと車イスの座面を同じ高さとした
- ・適切な移動用具の選択 適切な移動用具を選択した(重い、滑りにくい/滑りやすい、劣化がみられる等がないもの)
その移動用具は(車イス 歩行器 杖 点滴スタンド その他)
- ・移動経路の確保 ベッドサイドに移動経路が確保できている
- ・ベッド配置 ベッド配置をナースステーション近くとした ベッド配置をナースステーション間近とした
- ・装着物の固定材料 シルキーテックス エラストポア テガダーム その他()
- ・装着物の固定位置 患者の見えない位置とした 観察しやすい位置とした その他()
- ・その他用いた物品 衝撃吸収マット 離床センサー 床敷きセンサー マットレス端部センサー 座面センサー その他()

★ 介助バー・立てるんバーを導入した場合、患者の動作安定性について、導入日(月/日)とその経過を下記表内に○をつけてください。
なお、物品の使用を中止したときは月日とその理由を()内に記入してください。

導入日 /	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	14日目
安定性の状態	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない	よい 変わらない よくない

* 中止した月日 / 理由 ()

3. 廊下歩行中の転倒

支援動作等	自立	見守り・部分介助・全介助	* 不能
チェック動作			
1. まっすぐ歩く			
2. 方向転換をする			
3. その方の病室からナースステーション、トイレ、洗面所、浴室、食堂などを往復する			

1~3の動作すべて自立の場合は「タイプC-I」、ひとつでも「見守り・部分介助・全介助」があれば「タイプC-II」となります。

* 「自立」「見守り・部分介助・全介助」のどちらにも該当しない（積極的に離床支援しない、またはできない）場合は「不能」欄に○をつけて下さい。

該当する患者タイプに○をつけて下さい。

C-I ・ C-II

C-Iに該当する患者は、病棟内の移動がほぼ自由です。したがって、移動の自立を支援する環境を設定してください。

C-IIに該当する患者は、移動動作に見守りまたは介助を要します。したがって、適切な行動範囲を促す環境を設定してください。

■下記の中で行った物的対策に該当するものについて、□にチェックをつけて下さい。

- ・ ベッド配置 ベッド配置をナースステーション近くとした ベッド配置をナースステーション間近とした ベッド配置を病棟トイレ近くとした その他 ()
- ・ 装着物の固定材料 シルキーテックス エラストポア テガダーム その他 ()
- ・ 装着物の固定位置 患者の見える位置とした 観察しやすい位置とした その他 ()
- ・ その他用いた物品 ヒッププロテクタ その他 ()

医療施設名：A病院 病棟名

『医療施設における療養環境の安全性に関する研究』 一転倒・転落 ケース票一

1. 転倒・転落に関する基本情報

発生日時	月 日 午前・午後 時 分ごろ
入院中の病室	病室 () 号室 () 入室
発生場所 ※添付の図面に印をつけてください。	1. ベッドまわり 2. 病室付トイレ 3. (トイレ以外の) 病室内 4. 廊下 5. 病棟トイレ 6. その他 ()
発見者	1. (本調査票) 記入者 2. (記入者以外の) 職員 3. 患者 4. その他 ()
発生場所の床材	1. フローリング 2. じゅうたん 3. Pタイル 4. 塩ビシート 5. その他 ()
患者の履物	1. スリッパ 2. シューズ 3. 素足 4. 靴下のみ 5. その他 ()
発見時の患者の姿勢	1. 前に倒れていた 2. 左・右に倒れていた 3. 後方へ倒れていた 4. 何かにもたれかかっていた 5. しゃがみこんでいた 6. ずり落ちていた 7. その他 ()
傷害発生の有無	1. なし 2. あり (部位: 程度:)

2. 患者属性

年齢 :	() 歳	性別 :	1. 男 2. 女
身長	() cm	体重	() Kg
(測定していない場合おおよそで結構です。)			
(本入院の)入院開始日	年 月 日		
退院予定の有無	1. なし 2. あり (約 日後)		
主な治療実施日 (手術, 抗がん剤投与等)	年 月 日 (該当する事項があればご記入ください。)		

3. 患者の状態の詳細

安静時の脈拍数	() /分
安静時の血圧値	最高 () mmHg 最低 () mmHg
安静時の SpO ₂	() %
活動後の脈拍数	() /分
活動後の血圧値	最高 () mmHg 最低 () mmHg
活動後の SpO ₂	() %
薬剤使用	1. なし 2. あり (薬剤=鎮痛剤、睡眠剤、向精神薬、降圧・利尿剤、血糖降下剤、抗パーキンソン薬等)
認知・理解力の問題	1. なし 2. あり (痴呆、不穏行動、理解力低下等)
感覚器に関する障害	1. なし 2. 視力 3. 聴力
運動機能に関する問題	1. なし 2. 麻痺 3. しびれ 4. 筋力低下
失神・痙攣・脱力発作	1. (既往歴) なし 2. (既往歴) あり (最近の発生: 日前)
過去の転倒・転落経験	1. なし 2. あり (最近の発生: 日前)
転倒・転落をしてしまった場合のリスク (医師が記載のこと)	1. 骨密度が低い 2. 出血傾向 (服薬による影響含む) 3. その他 ()
転倒のリスク (危険度) 判定	I . II . III
治療目的の装着物	1. なし 2. 点滴関係(ヘパリンロック含む) (部位) 3. モニター (ECG・SpO ₂ ・その他) 4. ドレーン (部位: 頭部・胸部・腹部・尿・その他) 5. その他 ()
ナースコール	1. 適切に利用できる 2. 適切に利用できない

医療施設名：A 病院 病棟名

4. 転倒・転落にいたる経過

どのような状況で、どのようにして起きたのか、経過を追って書いてください。

- ・何をしようとして (例：トイレに行こうとして、車椅子に移乗しようとして等)
- ・どこで (例：ベッドまわりで、病室付属のトイレで、廊下で、食堂で、風呂で等)
- ・なにが起きたか (例：ベッドから転落、ベッドから転倒、つまずいて転倒等)
- ・どうなったのか (例：骨折した、顔から出血した等)
- ・だれがいたのか (例：側に誰かほかの人がいたか、一人だったのか)
- ・発見のきっかけ (例：本人のナースコールで、看護師が見ていて、同室者からの連絡等)
- ・事前の対策 (例：柵を利用、センサーマットを使用、ベッドの配置を工夫等)
- ・周辺環境はどうだったか (例：床が濡れていた、部屋が暗かった、など)

《図》※可能であれば、図示してください。

医療施設名：A 病院 病棟名

5. 原因・背景

転倒・転落が生じた原因・背景として考えられることを書いてください。また、床や照明、ベッド等、環境やものが原因だと考えられることがありましたら、書いてください。

<原因・背景>

<特に環境やものが原因だと考えられること>

6. 実施した、もしくは考えられる改善策

実施した、もしくは考えられる改善策を書いてください。

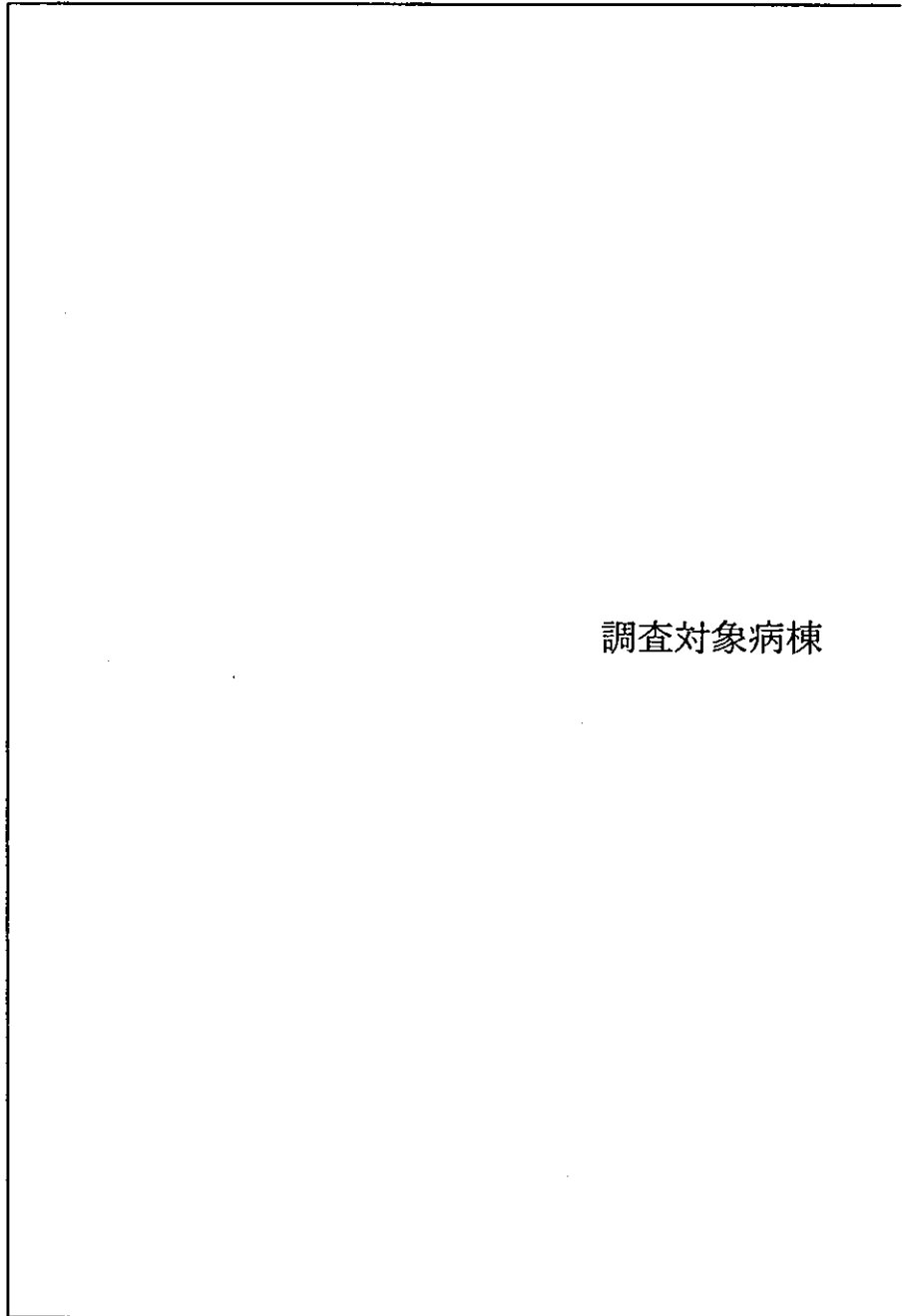
<改善策>

<特に環境やものについて>

7. 病棟図面：A 病院 病棟名

病棟図面上に、発生場所を○で囲み、患者のベッド位置を△で記入下さい。（ベッドの場所等、なるべく具体的にわかるように記入してください。）また、患者の移動経路や、移動の目的地等についても可能な範囲で図面上に示してください。

余白に、発生場所の写真を添付してください。写真は複数枚数でも結構です。写真の上書き込みをして頂いても結構です。



調査対象病棟

の図面掲載

医療施設名：A 病院 病棟名

9. 当該事例の転倒・転落に関連していると思われること

(研究協力者：「担当者」様にご回答ください。)

当該事例の転倒・転落について、(1) から(4)のそれぞれについて原因と思われること全てに○をつけてください。(○はいくつでも)

(1) 関連したもの

1. 電動ベッド	2. 手動式ベッド	3. 寝具	4. ベッド柵
5. オーバートーブル	6. 床頭台	7. 点滴スタンド	8. ポータブルトイレ
9. 杖	10. 歩行器	11. 車いす	12. 室内履き
13. ナースコール	14. 装着物(点滴など)	15. 扉	16. 手すり
17. カーテン	18. その他 ()		

(2) 関係が深い人

1. 患者本人	2. スタッフ
3. 家族	4. その他 ()

(3) 使い方の問題

1. 支えにした	2. 無理な姿勢だった
3. 使い方を知らなかった	4. スタッフを呼ばなかった
5. 使い方を間違えた	6. その他 ()

(4) ものの管理・供給

1. 適切なメンテナンスが行われていなかった
2. ものにそもそも問題があった
3. 患者に不適切なものが与えられていた
4. その他 ()

(5) 機能・性能の問題

1. 広さ	2. 明るさ	3. 高さ	4. 位置
5. 形状	6. 滑りやすさ	7. 小さな段差	8. 操作しやすさ
9. 距離	10. その他 ()		