

入院の指標



リハ実施率

[入院患者のリハビリ実施率](#)



褥瘡対策

[入院後の新規褥瘡新規発生率](#)



カンファレンス

[入院患者のケアカンファレンス実施率](#)



身体抑制

[身体拘束割合](#)



紹介入院

[紹介入院](#)



転倒転落

[入院患者の転倒・転落発生率](#)



回復期リハビリ

[回復期の疾患とリハビリ効果](#)



嚥下評価

[誤嚥性肺炎患者に対する嚥下評価実施率](#)

地域包括ケア

[地域包括ケア病床のQI](#)



退院サマリー

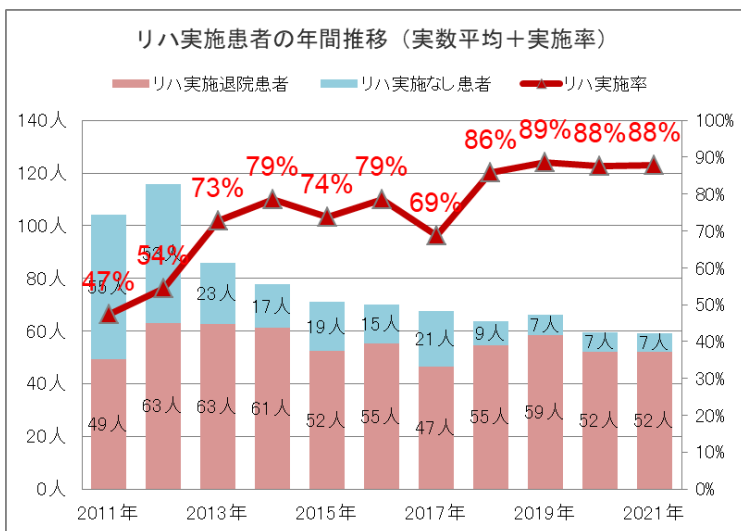
[退院2週以内のサマリー記載割合](#)



入院患者のリハビリテーション実施率

入院の退院患者の内、リハビリを実施した患者の割合です。

2018年以降大きな変化なく、85%以上の実施率を確保しています。



入院患者のリハビリテーション実施率

分子	内、リハビリを実施した患者
分母	入院期間4日以上退院患者

表示：月平均%

新入院リハビリ患者のリハビリテーション開始までの経過日数

分子	内、3日以内にリハビリを開始した患者
分母	入院から30日以内にリハビリを開始した患者

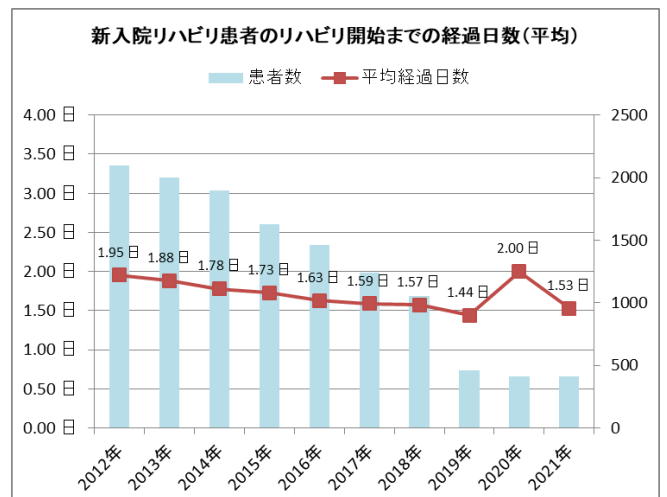
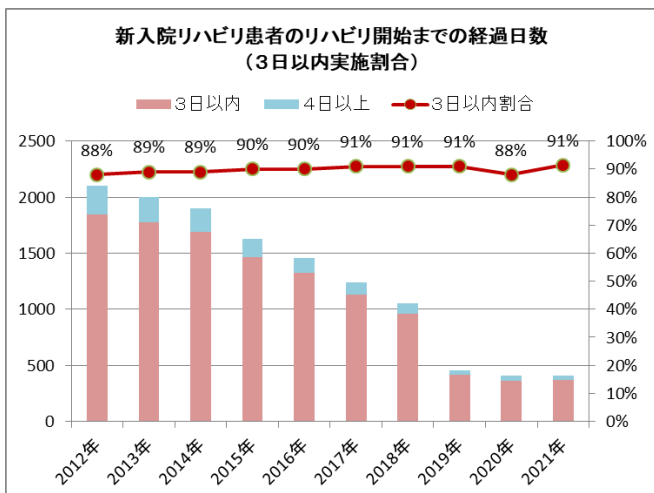
表示：%

新入院リハビリ患者のリハビリテーション開始までの経過日数

分子	入院からリハビリ開始までの経過日数
分母	入院から30日以内にリハビリを開始した患者数

表示：日(月平均)

リハビリ患者に対し、早期にリハビリ介入が行えているか？を見るため、入院から30日以内にリハビリテーションを実施した患者について、リハビリ開始までの経過日数をみると



2020年はこれまで微減傾向だった平均経過日数が1.44(2019年)⇒2.00(2020年)に増加してしまいましたが、2021年は1.53日に戻りました。また、3日以内にリハビリテーションを実施した割合も91%(2019年)⇒88%(2020年)に減少していたのが、2021年は91%にもどりました。

[入院TOPに戻る](#)



入院患者へのケアカンファレンス実施割合

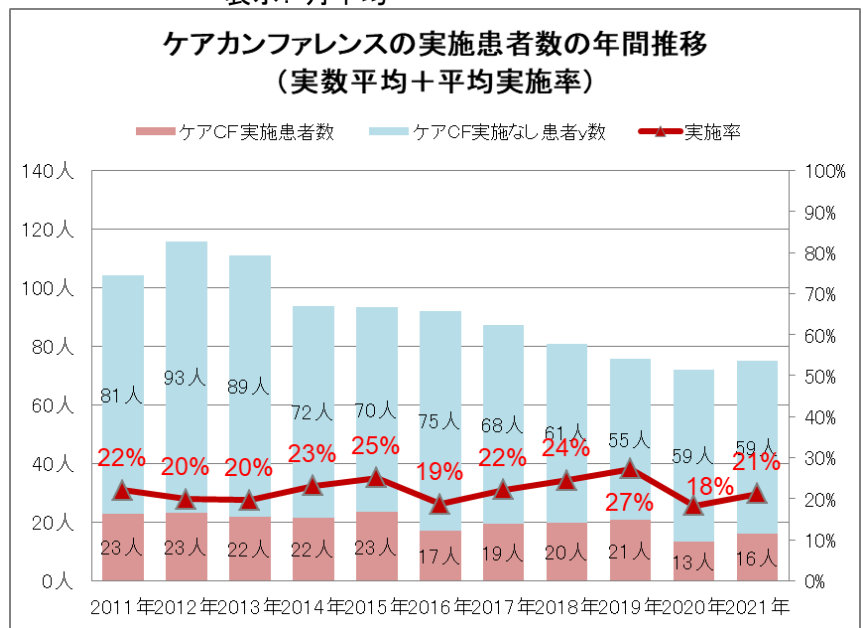
病棟におけるケアカンファレンスとは、医療を提供する関連スタッフが、情報の共有や共通理解を図り、問題解決を図る為に開催される会議の事です。

本指標では退院患者の内、医師を含む3種以上の職種にて行われたカンファレンスを集計しています。結果は、毎年増加傾向にあります。当院では「医師」「看護師」「リハビリ」が主となってカンファレンス対象患者をリストアップし、開催しています。参加者には上記3職種以外に「ケアマネージャー」「患者・家族」「栄養士」「薬剤師」「退院先サービス事業所職員」などが含まれます。

入院患者へのケアカンファレンス実施割合

分子	内、退院患者の内、医師を含む3種以上の職種にてカンファレンスが行われた患者数
分母	退院患者の内4日以上入院患者数

表示：月平均



2020年は、新型コロナウイルス感染予防等により家族・介護サービス提供者の参加が制限される・開催場所が制限される等の影響を受け、2019年まで増加傾向にあったケアカンファレンス実施率が27%(2019年)⇒18%(2020年)に減少しましたが、2021年度は病棟以外の場所での開催などの工夫を行った結果、21%(16件)とコロナ禍前程ではありませんが、増加しました。

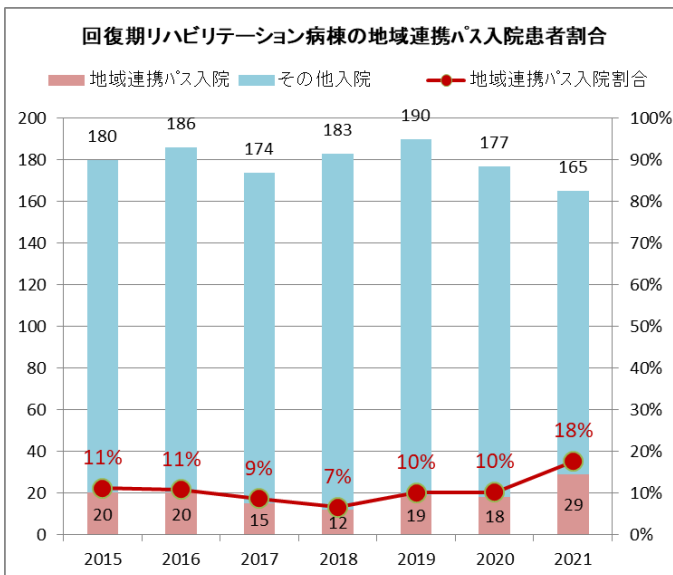
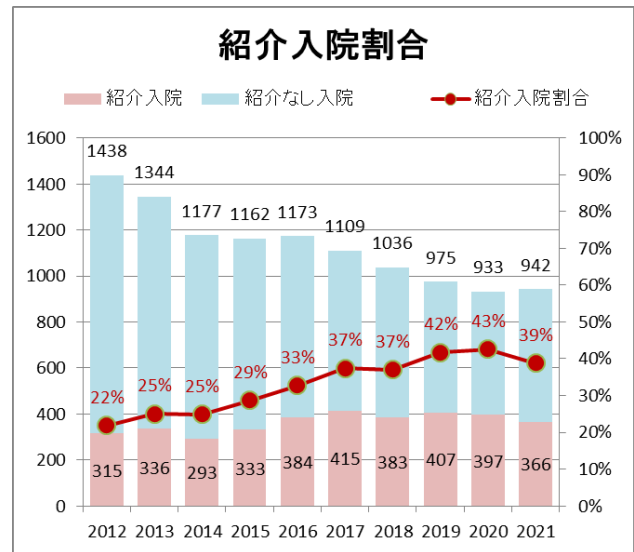
今後とも、各種感染対策を徹底した上で、ケアカンファレンスの実施を行っていきます。

[入院 TOP に戻る](#)



入院患者の内、他院から紹介のあった入院(自法人診療所は含まず)は、件数・割合ともにこれまで増加傾向にありましたが、2021 年は 366 件 39%に減少しました。

地域包括ケア病床への自法人介護事業所からの紹介による入院の増加による影響が予測されます。



回復期リハビリテーション病棟の入院患者のほとんどは他院からの紹介入院患者です（同一法人診療所含む）。

その回復期リハビリ病棟の入院患者で、地域連携バスを利用された患者の割合は、これまで10%前後で推移していましたが、2021 年は 29 件 18%に増加しました。

今後もみどり病院の地域の医療機関と連携し合って、地域医療の向上に努めていきます。

[入院 TOP に戻る](#)



回復期リハビリ病棟のリハビリ効果

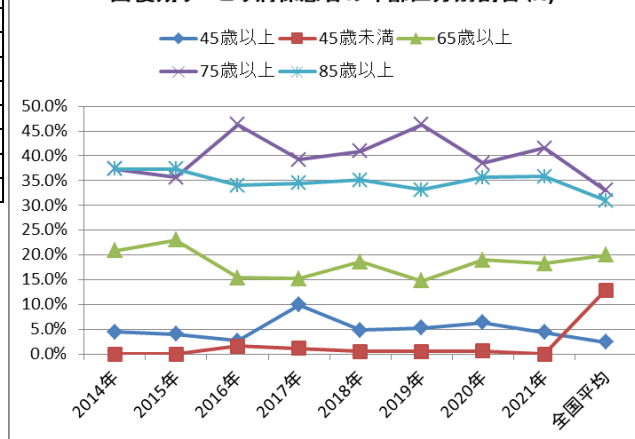
<年齢構成>

回復期リハビリ病棟退院患者の年齢区分割合

	45歳以上	45歳未満	65歳以上	75歳以上	85歳以上	退院患者数
2014年	4.5%	0.0%	20.9%	37.3%	37.3%	67人
2015年	4.0%	0.0%	23.0%	35.6%	37.4%	174人
2016年	2.7%	1.6%	15.4%	46.3%	34.0%	188人
2017年	9.9%	1.2%	15.2%	39.2%	34.5%	171人
2018年	4.8%	0.5%	18.6%	41.0%	35.1%	188人
2019年	5.3%	0.5%	14.7%	46.3%	33.2%	190人
2020年	6.3%	0.6%	19.0%	38.5%	35.6%	174人
2021年	4.4%	0.0%	18.2%	41.5%	35.8%	159人
全国平均	2.4%	12.9%	20.0%	33.0%	31.0%	0人

全国平均と比較して、当院は75-84歳、85歳以上の割合が多い傾向にあります。

回復期リハビリ病棟患者の年齢区分割合(%)

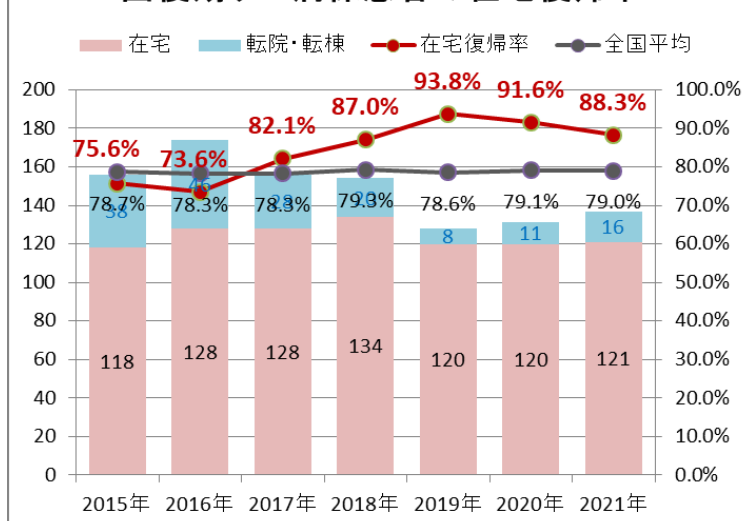


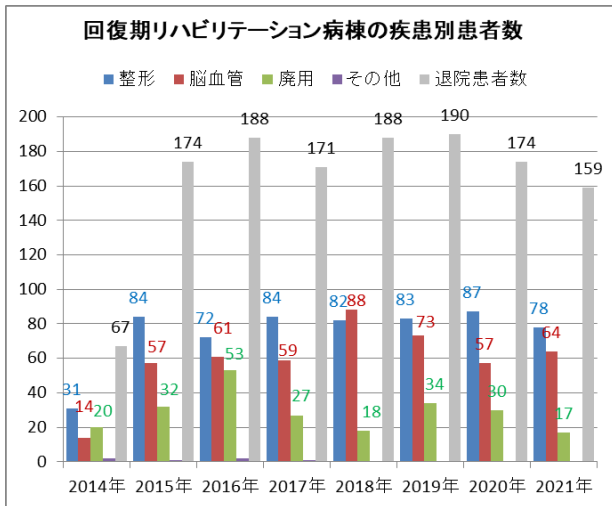
<在宅復帰率> *在宅系施設含む

2020年以降在宅復帰率は、減少傾向にあります。

しかし、この値は、全国平均79.0%と比較すると高い値となっています。

回復期リハ病棟患者の在宅復帰率





<疾患分布>

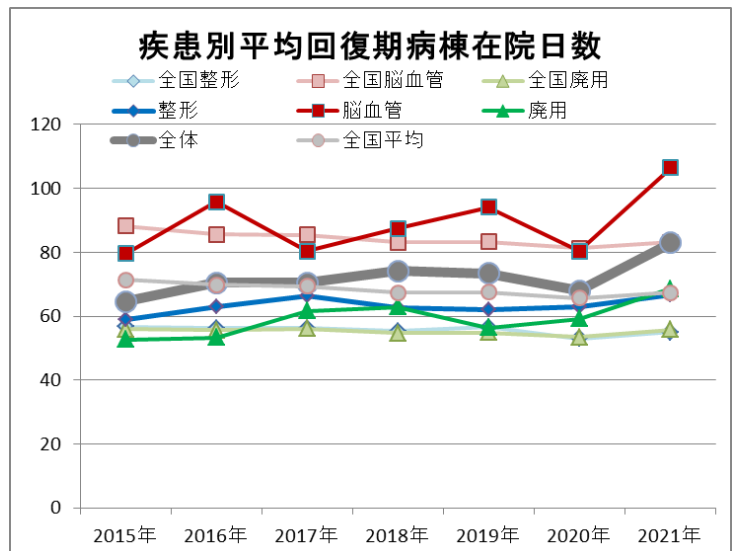
2021年は整形外科疾患の患者・廃用症候群の患者が減少し、それが影響し、全体の患者も174⇒159に減少しています。脳血管疾患の患者は2020年に減少しましたが、2021年は増加。ただし、2019年・2018年の患者数には達していません。

	整形	脳血管	廃用	その他	退院患者数
2014年	46%	21%	30%	3%	50人
2015年	48%	33%	18%	1%	168人
2016年	38%	32%	28%	1%	169人
2017年	49%	35%	16%	1%	170人
2018年	44%	47%	10%	0%	171人
2019年	44%	38%	18%	0%	172人
2020年	50%	33%	17%	0%	173人
2021年	49%	40%	11%	0%	174人

<在棟期間平均>

どの疾患でも、2021年は長期化する傾向にありました。特に、2020年に減少していた脳血管疾患患者の在院期間が大きく増加しました。

全国平均と比較しても、脳血管疾患患者の在棟日数は長い値となりました。

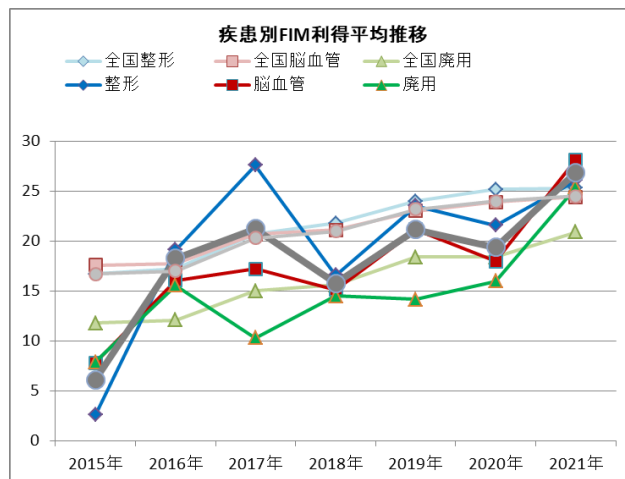


	当院				全国			
	整形	脳血管	廃用	全体	整形	脳血管	廃用	全体
2015年	58.9	79.6	52.8	64.6	56.7	88.2	55.9	71.4
2016年	63.0	95.8	53.2	70.5	56.3	85.6	55.6	69.8
2017年	66.3	80.3	61.6	70.5	56.2	85.4	56.1	69.3
2018年	62.5	87.4	62.8	74.2	55.3	83.2	54.7	67.4
2019年	62.0	94.2	56.4	73.4	56.6	83.3	54.9	67.5
2020年	62.9	80.4	59.2	68.0	53	81.3	53.4	65.6
2021年	66.6	106.5	68.5	82.9	55	83.1	55.8	67.3

< F I M 評価 (利得) >

F I M 利得 (最終の F I M 値 - 初回の F I M 値) を疾患別でみると、2021 年はどの疾患についても増加しました。

これまで、全国平均とよりも低い値となっていました。2021 年は、どの疾患項目でも、全国平均よりも高い値となりました。

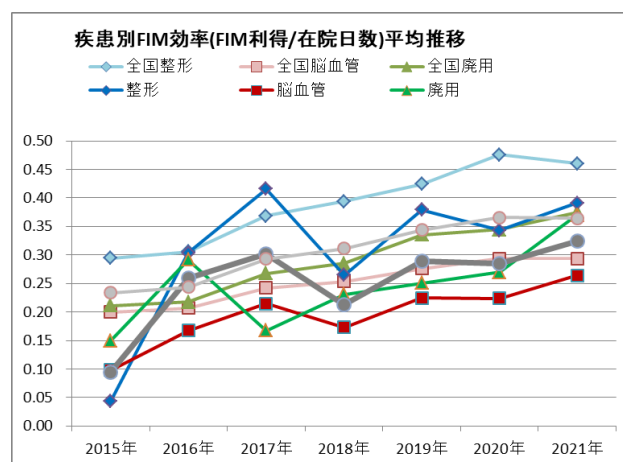


	当院				全国			
	整形	脳血管	廃用	全体	整形	脳血管	廃用	全体
2015年	2.6	7.8	7.9	6.1	16.7	17.6	11.8	16.7
2016年	19.1	16.1	15.5	18.3	17.2	17.7	12.1	17
2017年	27.6	17.2	10.3	21.2	20.7	20.7	15	20.3
2018年	16.6	15.1	14.5	15.8	21.8	21.1	15.6	21
2019年	23.5	21.1	14.1	21.2	24	23	18.4	23.2
2020年	21.6	18.0	16.0	19.4	25.2	23.9	18.4	24
2021年	26.1	28.2	25.4	26.9	25.3	24.4	20.9	24.5

< F I M 効率 (F I M 利得 / 在院日数) >

F I M 効率では、在棟日数が増加したものの F I M 利得が大幅に増加したこと、F I M 効率も増加しました。

ただし、在棟期間が長かった為、全国平均よりは低い値となりました。



	当院				全国			
	整形	脳血管	廃用	全体	整形	脳血管	廃用	全体
2015年	0.04	0.10	0.15	0.09	0.29	0.20	0.21	0.23
2016年	0.30	0.17	0.29	0.26	0.31	0.21	0.22	0.24
2017年	0.42	0.21	0.17	0.30	0.37	0.24	0.27	0.29
2018年	0.27	0.17	0.23	0.21	0.39	0.25	0.29	0.31
2019年	0.38	0.22	0.25	0.29	0.42	0.28	0.34	0.34
2020年	0.34	0.22	0.27	0.29	0.48	0.29	0.34	0.37
2021年	0.39	0.26	0.37	0.32	0.46	0.29	0.37	0.36

[入院 TOP に戻る](#)



地域包括ケア病床の QI

みどり病院では 2020 年 1 2 月より地域包括ケア病床を開設しました。

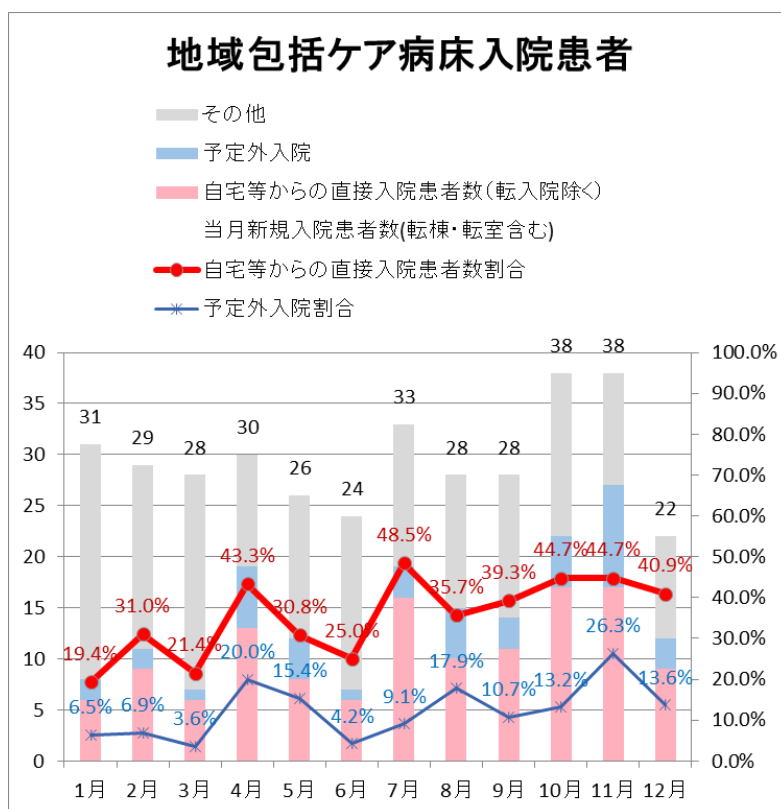
地域包括ケア病床は急性期治療を経過した患者 及び 在宅において療養を行っている患者等の受け入れ、並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う病床です。

急性期病棟で治療を終えた方の、在宅療養に向けての退院先探しや、退院後介護サービス調整などの目的の他、「在宅や介護施設等で療養している方で、発熱、脱水症、肺炎等の治療が必要となった方」「医療ケアを必要とする在宅療養中の方で、介護者の不在等により一時的にご自宅での介護が困難となった方」「当院医師が医療上の専門的なりハビリが必要であると判断した方」などが入院できる病床となっています。

地域の在宅や介護施設等で療養している方々へ、医療的対応・リハビリが必要になった際にサポートし、再度安心して地域で過ごせる為の支援を行います。

<入院元>

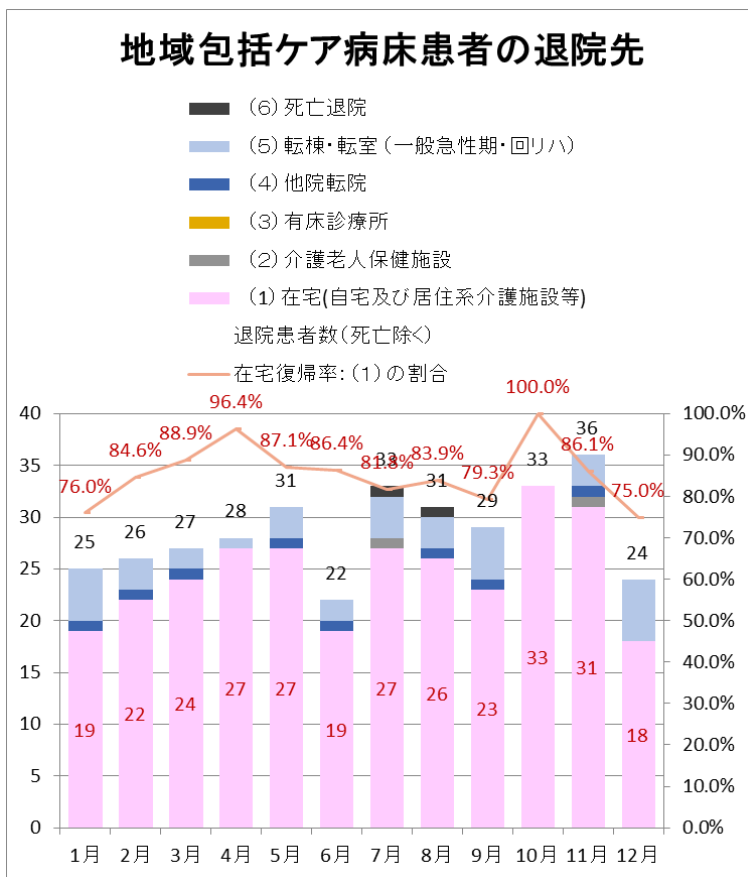
2021 年の、入院元の月推移をみると、7 月以降上昇し、40%前後に安定しています。



	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	年間
当月新規入院患者数(転棟・転室含む)	31	29	28	30	26	24	33	28	28	38	38	22	355
自宅等からの直接入院患者数(転入院除く)	6	9	6	13	8	6	16	10	11	17	17	9	128
自宅等からの直接入院患者数割合	19.4%	31.0%	21.4%	43.3%	30.8%	25.0%	48.5%	35.7%	39.3%	44.7%	44.7%	40.9%	36.1%
予定外入院	2	2	1	6	4	1	3	5	3	5	10	3	45
予定外入院割合	6.5%	6.9%	3.6%	20.0%	15.4%	4.2%	9.1%	17.9%	10.7%	13.2%	26.3%	13.6%	12.7%

<退院先>

地域包括ケア病床退院患者の在宅復帰率は、月によって変動がありますが、75%～100%の間で推移していました。



	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	年間
退院患者数(死亡除く)	25	26	27	28	31	22	33	31	29	33	36	24	345
(1)在宅(自宅及び居住系介護施設等)	19	22	24	27	27	19	27	26	23	33	31	18	296
(2)介護老人保健施設	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
(3)有床診療所	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(4)他院転院	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	8
(5)転棟・転室(一般急性期・回リハ)	5	3	2	1	3	2	4	3	5	0	3	6	37
(6)死亡退院	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
在宅復帰率:(1)の割合	76.0%	84.6%	88.9%	96.4%	87.1%	86.4%	81.8%	83.9%	79.3%	100.0%	86.1%	75.0%	85.8%

<リハビリその他>

開設時の1日当たり平均実施リハビリ単位数は 2.6 単位でしたが、8月以降は3単位以上となっており、より充実したリハビリを提供できています。

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
1日あたりのリハビリ実施単位数	2.6	2.6	2.9	2.9	2.5	2.7	2.5	3.2	3.2	3.1	3.6	3.5
病床利用率	77%	87%	72%	81%	80%	81%	79%	68%	50%	49%	59%	85%
平均在院日数	20.5	20.9	18.9	17.7	17.2	23.4	15.5	13.6	12	10.8	11.8	25.7

[入院 TOP に戻る](#)



退院後2週間以内のサマリー記載

退院サマリーは、入院患者さんの病歴や、入院時の身体所見、検査所見、入院中に受けた医療内容についてまとめた記録（要約書）です。診療内容についての検証や、退院後の院内外の外来診療等では、主治医以外の患者さんに関わる全ての医療スタッフが、入院中の治療、診断情報を的確に把握するために重要な記録です。

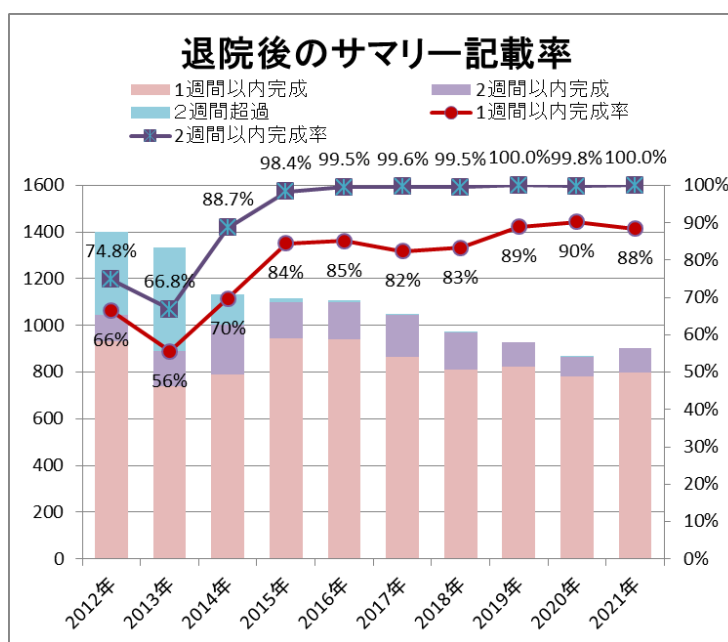
退院後2週間以内のサマリー記載率

分子	内、退院患者2週間以内にサマリーを記載した患者数
分母	他院患者数

表示：月平均

作成期間については、一般的に、退院後の外来診察までの平均的な日数である「退院後2週間以内」が望ましいといわれています（病院機能評価機構）。退院サマリーを一定期間内に作成することは、病院の医療の質の向上に繋がります。

当院では2週間超過件数は2015年以降大きく減少しています。2021年は全件が2週間以内に完成し、1週間以内に完成した割合も、2020年90%⇒2021年92%に増加しました。



	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
1週間以内完成	930	740	789	944	942	863	811	823	781	796
2週間以内完成	117	151	215	156	159	181	158	103	83	105人
2週間超過	352	442	128	18	5	4	5	0	2	0
1週間以内完成率	66%	56%	70%	84%	85%	82%	83%	89%	90%	88%
2週間以内完成率	74.8%	66.8%	88.7%	98.4%	99.5%	99.6%	99.5%	100.0%	99.8%	100.0%



[入院 TOP に戻る](#)



入院後の新規褥瘡発生率

褥瘡予防対策は提供されるべき医療の中でも非常に重要な項目であり、特に高齢者の入院の多い当院では必須の項目といえます。褥瘡の予防には除圧管理から栄養管理まで多岐に渡るケアが必要とされ、チーム医療が試される分野ともいえます。写真は院内の褥瘡対策チームが褥瘡回診を行っている様子です。当院では新規の褥瘡を作らさず、既存の褥瘡を改善させる為、褥瘡対策委員会を設け入院時と週に一度の褥瘡回診・評価を全入院患者対象に行っております。

新規褥瘡患者数

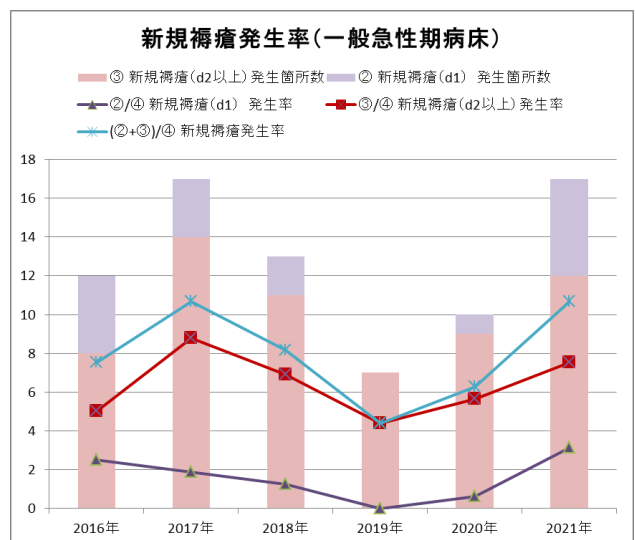
分子	内、入院後に発生した褥瘡の部位数
分母	新入院患者数+前月最終在院患者数

表示：月平均

一般急性期病床		2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
①	新規褥瘡発生患者数	11	17	13	6	10	17
②	新規褥瘡(d1)発生箇所数	4	3	2	0	1	5
③	新規褥瘡(d2以上)発生箇所数	8	14	11	7	9	12
②+③	新規褥瘡発生箇所数	12	17	13	7	10	17
②/④	新規褥瘡(d1)発生率	2.5 %	1.9 %	1.3 %	0.0 %	0.6 %	3.1 %
③/④	新規褥瘡(d2以上)発生率	5.0 %	8.8 %	6.9 %	4.4 %	5.6 %	7.5 %
(②+③)/④	新規褥瘡発生率	7.5 %	10.7 %	8.2 %	4.4 %	6.3 %	10.7 %
④	延べ入院日数	15932	14305	13974	14627	12521	17583

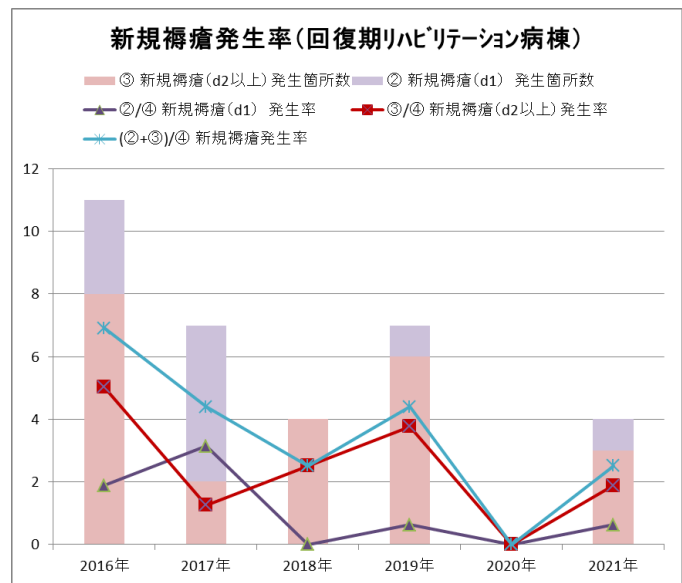
一般病棟では、新規褥瘡発生率・件数（全新規褥瘡箇所数および D2 以上の新規褥瘡箇所数）ともに上昇しました。

2021 年はコロナ禍において、病棟でも感染防止対策から以前よりも患者の院内活動・移動に制限はかけられた為、ベッド上で過ごす頻度が上がった事が褥瘡発生に影響している可能性があります。



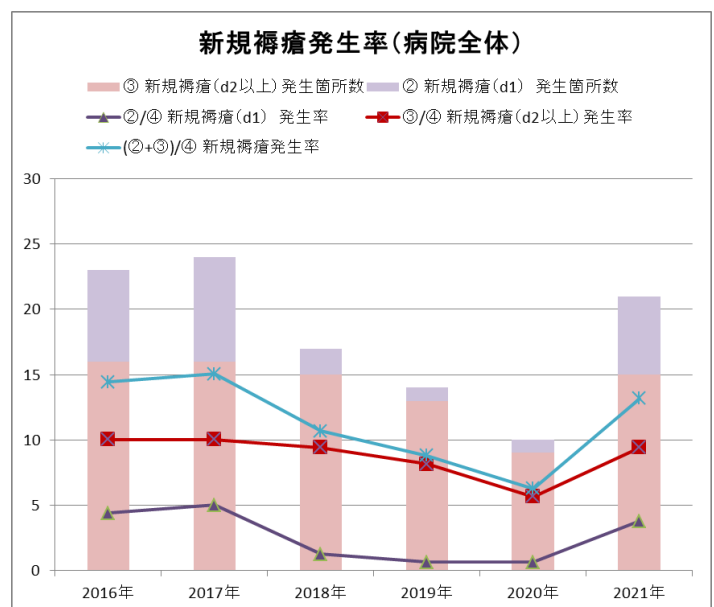
回復期病床		2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
①	新規褥瘡発生患者数	9	7	4	6	0	4
②	新規褥瘡(d1)発生箇所数	3	5	0	1	0	1
③	新規褥瘡(d2以上)発生箇所数	8	2	4	6	0	3
②+③	新規褥瘡発生箇所数	11	7	4	7	0	4
④	延べ入院日数	13021	12539	12872	12520	11767	8582
②/④	新規褥瘡(d1)発生率	1.9 ‰	3.1 ‰	0.0 ‰	0.6 ‰	0.0 ‰	0.6 ‰
③/④	新規褥瘡(d2以上)発生率	5.0 ‰	1.3 ‰	2.5 ‰	3.8 ‰	0.0 ‰	1.9 ‰
(②+③)/④	新規褥瘡発生率	6.9 ‰	4.4 ‰	2.5 ‰	4.4 ‰	0.0 ‰	2.5 ‰

回復期リハビリテーション病棟においても、2020年は0箇所0%だったのが、4箇所（内3箇所D2以上の新規褥瘡）に増加しました。



病院全体		2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
①	新規褥瘡発生患者数	20	24	17	12	10	21
②	新規褥瘡(d1)発生箇所数	7	8	2	1	1	6
③	新規褥瘡(d2以上)発生箇所数	16	16	15	13	9	15
②+③	新規褥瘡発生箇所数	23	24	17	14	10	21
②/④	新規褥瘡(d1)発生率	4.4 ‰	5.0 ‰	1.3 ‰	0.6 ‰	0.6 ‰	3.8 ‰
③/④	新規褥瘡(d2以上)発生率	10.0 ‰	10.0 ‰	9.4 ‰	8.2 ‰	5.6 ‰	9.4 ‰
(②+③)/④	新規褥瘡発生率	14.4 ‰	15.1 ‰	10.7 ‰	8.8 ‰	6.3 ‰	13.2 ‰
④	延べ入院日数	15938.9	14309.39	13976.51	14631.39	12521	17585.51

結果として病院全体としても、2018年以降減少していた新規褥瘡発生率が、2021年は大きく増加する事になりました。



[入院 TOP に戻る](#)



身体拘束

身体拘束は、患者の自由な行動を制限するものであり、近年では患者の人権に配慮し、多くの施設で原則禁止されています。しかし、患者の病態等によっては、抑制・拘束しなければ、

1.チューブ・ドレーン等を自己抜去するおそれがある 2.転倒・転落等のおそれがあるなどの理由により患者自身の生命が危険にさらされる可能性のある場合には、やむを得ず抑制・拘束が検討されることもあります。その際には、抑制・拘束が必要であるという明確な根拠と正当性が必要であり、たとえ明確な根拠と正当性が認められる場合でも、できる限り抑制・拘束をせずに済む方法を考えることが重要です。

<当院で定義している身体拘束の種類>



車椅子ベルト



抑制手袋・ミトン



抑制着

*この他にもセンサーマットや向精神薬利用の際にも、必要性の有無の評価を実施。

当院では高齢の患者が多く、その患者の認知機能の低下に伴う危険行為の増加から、身体拘束件数は他院と比較してやや多い傾向にあります。

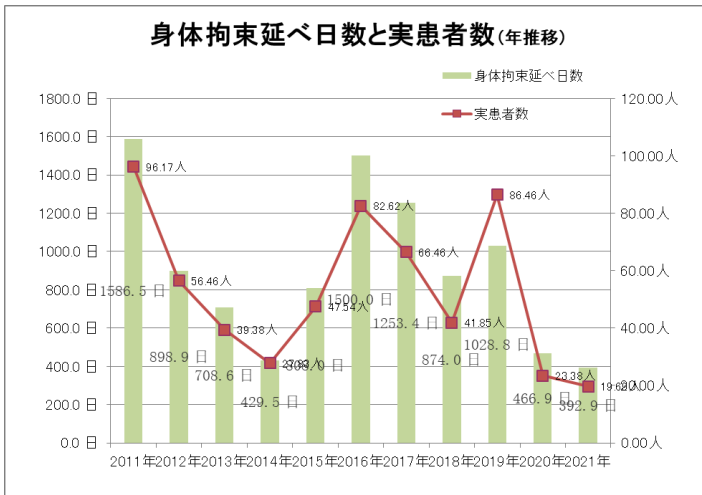
2016 年度より当院では身体拘束における検討、判定、患者・家族同意の手順を見直し、入院時にリハビリ職員と看護

身体拘束割合

分子	身体拘束を行った日数の総和
分母	入院延べ日数

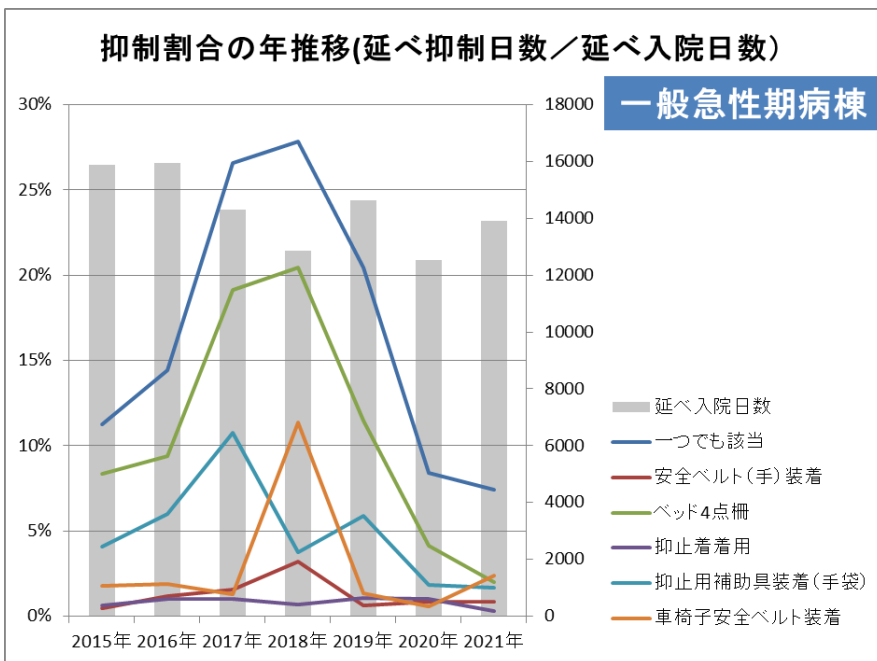
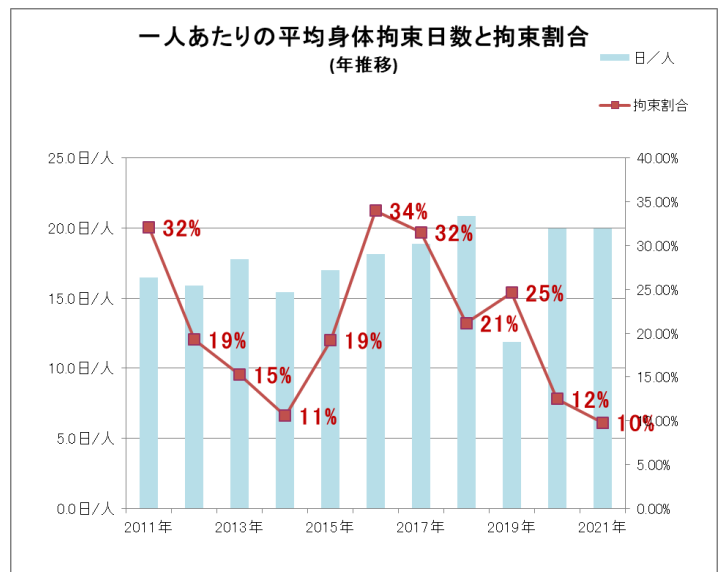
表示：%

師、医師にて評価を行い、患者家族説明の上、実施。その後、週1回の見直し評価を行ってその有用性を評価しています。

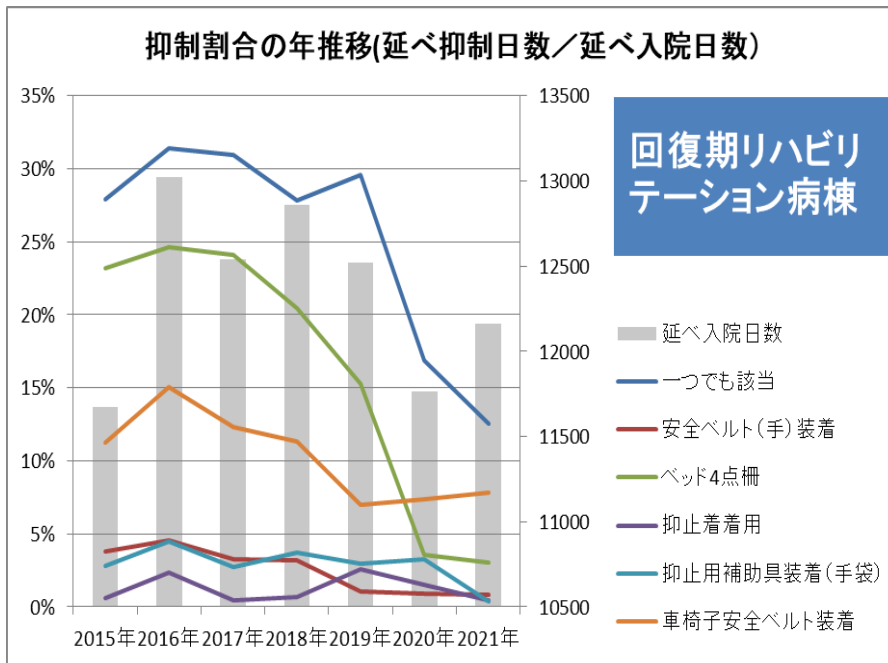


身体抑制患者の抑制実患者数と抑制延べ日数は、どちらも、大幅に減少した2020年に続き、2021年も減少しました。

身体抑制患者一人当たりの平均抑制日数は、変化がありませんでしたが、病棟全患者における延べ入院日数に対する抑制日数割合は、2020年12%⇒2021年10%に減少しました。



病棟別にみると、一般急性期病棟では、車椅子安全ベルト装着が2020年1%⇒2021年2%に増加しましたが、それ以外の拘束項目は減少し、全体としても2020年8%⇒2021年7%に減少しました。



回復期リハビリテーション病棟では、車椅子安全ベルト装着が2020年1%⇒2021年1%と変化なく、それ以外の拘束項目は減少し、全体としても2020年17%⇒2021年13%に減少しました。

[入院 TOP に戻る](#)

●●●●回復期リハ病棟入院患者への入院時訪問の取り組み●●●●

■はじめに

入院時訪問は、2014 年から加算項目としてあげられています。

早期に家屋評価を実施することで、環境に即した訓練が提供でき、家屋改修への段取りも円滑になり、多くの患者・家族の望みである「早く自宅に帰りたい」という要望に応えることになります。

当院では、2020 年 10 月より入院時訪問の取り組みを開始しました。

■対象

入院時訪問は、入院面談時に退院先を「自宅もしくは未定」としたものが対象となります。

実績指数に関わる対象は詳細な規定はせず、集計期間内に退院された患者としました。

■方法

入院後 2 週間以内に担当療法士が自宅訪問し、現場撮影。撮影後は電子カルテ内で多職種と共有し、課題を洗い出します。

実績指数は、右の計算によって求められます。疾患区分ごとの適切な基準在棟日数を元に計算することで、疾患の違いによる FIM 改善の差を平均化します。

【参考】 実績指数の計算式

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の (FIM 得点『運動項目』の、退棟時と入棟時の差) の総和}}{\left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right) \text{の総和}}$$

■結果

2020 年 4～9 月の平均値 実績指数:22.4P FIM-M 利得:19.8P 在棟日数:72.9 日

↓

↓

↓

2021 年 4～9 月の平均値 実績指数:28.1P FIM-M 利得:20.8P 在棟日数:76.3 日

■考察

実施後では実績指数の明らか向上が認められました。訓練・入院生活の指標である FIM-M は 1P 上昇しており、環境因子の問題に対し、早期にアプローチできたことで病棟スタッフ、療法士が個別性を持った関わりができたのではないかと考えます。在棟日数に関しては実施後で若干の延長は認められましたが、現時点では家屋環境の情報精度が在棟日数に影響をもたらすかは不明です。

■まとめ

怪我や病気により本人及び家族は多大な不安を抱える状態となります。そうした中で、退院後の生活を考えることは容易ではありません。患者・家族に共通して言えることは「なるべく早く家に帰りたい」と言う思いです。それに応えるべく今後も効果的なリハビリ・退院支援を提供していきます。



入院患者の転倒転落

転倒・転落事故は外傷や骨折につながり、患者に大きな影響を及ぼします。しかし、一方で転倒転落防止の為に過剰な身体拘束を行うことは、患者の人権を侵害し、患者の身体能力の低下にも大きく影響するため、バランスのとれた管理を行いながら、患者の評価・介助・見守りを強化する事が求められます。

入院患者の転倒転落

分子	転倒転落発生件数
分母	入院延べ日数

表示：月平均

※発生割合はパーミル（‰）

<インシデントレベル分類>

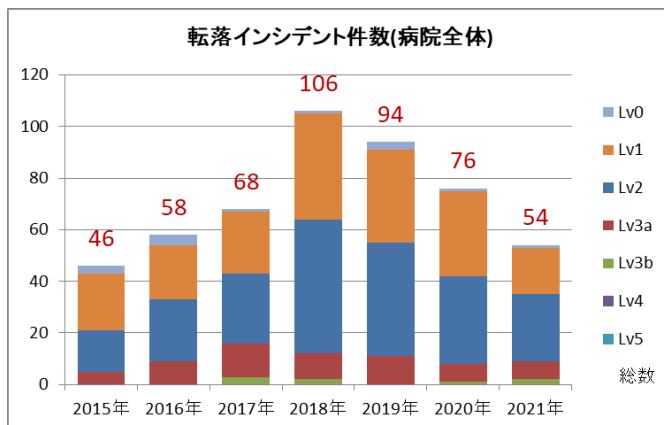
インシデント	レベル0	エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった場合
	レベル1	エラーや医薬品・医療用具の不具合があり、患者に実施されたが、影響がなかった場合
	レベル2	患者のバイタルサインに変化が生じたり、検査の必要性が生じた場合
	レベル3a	軽微な治療や処置（消毒、湿布、鎮痛剤投与など）が必要となった場合
アクシデント	レベル3b	濃厚な治療や処置（予定外の処置や治療、入院、入院期間延長など）が必要となった場合
	レベル4	永続的な後遺症が残る場合
	レベル5	死亡した場合（原疾患の自然経過によるものを除く）

<入院全体>

病院全体の転倒転落インシデント件数

	Lv5	Lv4	Lv3b	Lv3a	Lv2	Lv1	Lv0	総数
2015年	0	0	0	5	16	22	3	46
2016年	0	0	0	9	24	21	4	58
2017年	0	0	3	13	27	24	1	68
2018年	0	0	2	10	52	41	1	106
2019年	0	0	0	11	44	36	3	94
2020年	0	0	1	7	34	33	1	76
2021年	0	0	2	7	26	18	1	54

病院全体の転倒転落インシデント件数をみると、全件数が2020年76件⇒2021年54件に減少しました。主にLv1・2のインシデントが減少しています。

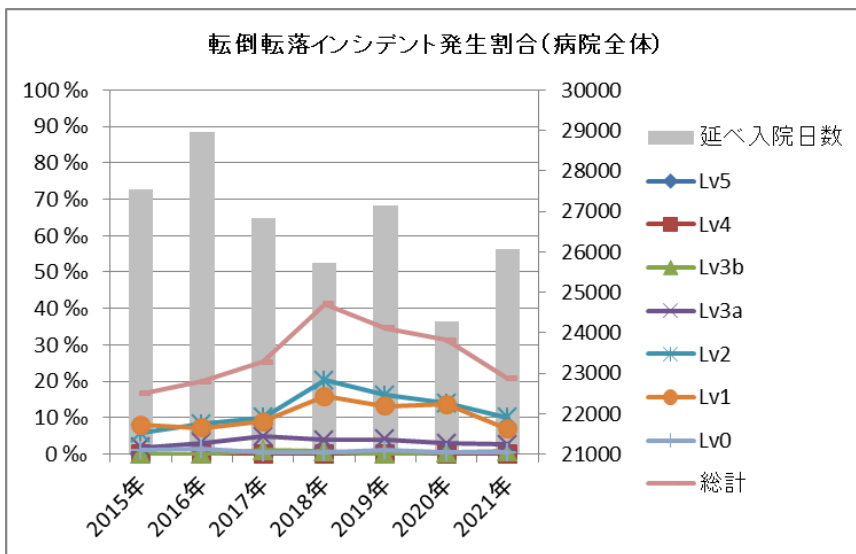


病院全体の 転倒転落インシデント発生頻度

	Lv5	Lv4	Lv3b	Lv3a	Lv2	Lv1	Lv0	総計	Lv2以下	Lv3a以上	Lv3b以上	延べ入院日数
2015年	0 ‰	0 ‰	0 ‰	2 ‰	6 ‰	8 ‰	1 ‰	17 ‰	15 ‰	2 ‰	0 ‰	27553
2016年	0 ‰	0 ‰	0 ‰	3 ‰	8 ‰	7 ‰	1 ‰	20 ‰	17 ‰	3 ‰	0 ‰	28953
2017年	0 ‰	0 ‰	1 ‰	5 ‰	10 ‰	9 ‰	0 ‰	25 ‰	19 ‰	6 ‰	1 ‰	26844
2018年	0 ‰	0 ‰	1 ‰	4 ‰	20 ‰	16 ‰	0 ‰	41 ‰	37 ‰	5 ‰	1 ‰	25718
2019年	0 ‰	0 ‰	0 ‰	4 ‰	16 ‰	13 ‰	1 ‰	35 ‰	31 ‰	4 ‰	0 ‰	27147
2020年	0 ‰	0 ‰	0 ‰	3 ‰	14 ‰	14 ‰	0 ‰	31 ‰	28 ‰	3 ‰	0 ‰	24288
2021年	0 ‰	0 ‰	1 ‰	3 ‰	10 ‰	7 ‰	0 ‰	21 ‰	17 ‰	3 ‰	1 ‰	26068

発生頻度をみても、入院延べ日数が増加にもかかわらず、転倒転落インシデント件数は減少した為、全体として減少しました。

新規褥瘡発生 QI に項でも触れましたが、2021 年はコロナ禍において、感染対策などの影響により、以前よりも患者の院内活動・移動に制限はかけられた為、ベッド上で過ごす頻度が上がったことで、結果的に転倒転落に影響する活動減少した可能性があります。

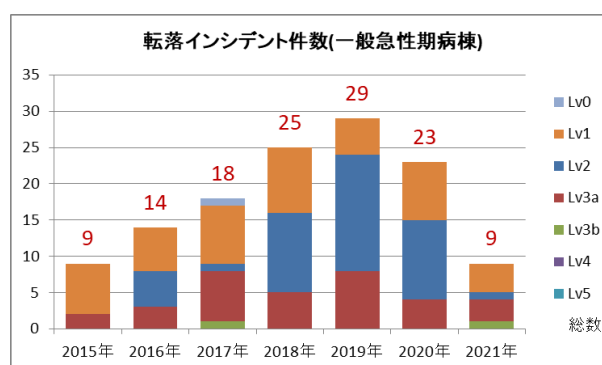


結果的に転倒転落に影響する活動減少した可能性があります。

<一般急性期病棟>

一般急性期病棟 転倒転落インシデント

	Lv5	Lv4	Lv3b	Lv3a	Lv2	Lv1	Lv0	総数
2015年	0	0	0	2	0	7	0	9
2016年	0	0	0	3	5	6	0	14
2017年	0	0	1	7	1	8	1	18
2018年	0	0	0	5	11	9	0	25
2019年	0	0	0	8	16	5	0	29
2020年	0	0	0	4	11	8	0	23
2021年	0	0	1	3	1	4	0	9



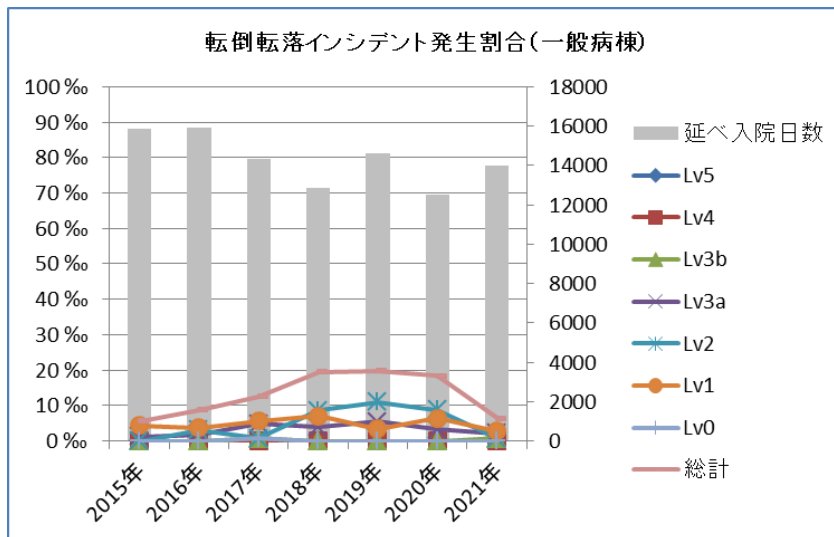
病棟別にみると、一般級聖域病棟では、総件数が2020年23件⇒2021年9件に大きく減少しました。ただし、Lv3bの濃厚な治療や処置(予定外の処置や治療、入院、入院期間延長など)が必要となったインシデントが1件発生しています。

2021年の病院全体の転倒転落インシデント件数が大幅に減少したのは、一般急性期病棟での発生現象が大きく影響しています。

一般急性期病棟 転棟転落インシデント発生頻度

	Lv5	Lv4	Lv3b	Lv3a	Lv2	Lv1	Lv0	総計	Lv2以下	Lv3a以上	Lv3b以上	延べ入院日数
2015年	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	4 %	0 %	6 %	4 %	1 %	0 %	15880
2016年	0 %	0 %	0 %	2 %	3 %	4 %	0 %	9 %	7 %	2 %	0 %	15932
2017年	0 %	0 %	1 %	5 %	1 %	6 %	1 %	13 %	7 %	6 %	1 %	14305
2018年	0 %	0 %	0 %	4 %	9 %	7 %	0 %	19 %	16 %	4 %	0 %	12859
2019年	0 %	0 %	0 %	5 %	11 %	3 %	0 %	20 %	14 %	5 %	0 %	14627
2020年	0 %	0 %	0 %	3 %	9 %	6 %	0 %	18 %	15 %	3 %	0 %	12521
2021年	0 %	0 %	1 %	2 %	1 %	3 %	0 %	6 %	4 %	3 %	1 %	13988

発生頻度をみても、入院延べ日数が増加にもかかわらず、転倒転落インシデント件数は減少した為、全体として減少しました。

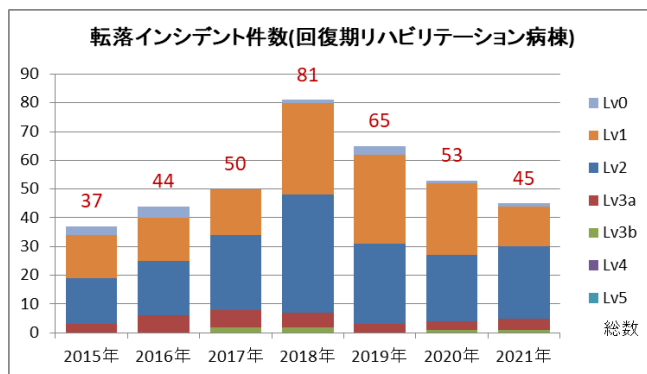


<回復期リハビリテーション病棟>

回復期リハビリテーション病棟 転棟転落インシデント

	Lv5	Lv4	Lv3b	Lv3a	Lv2	Lv1	Lv0	総数
2015年	0	0	0	3	16	15	3	37
2016年	0	0	0	6	19	15	4	44
2017年	0	0	2	6	26	16	0	50
2018年	0	0	2	5	41	32	1	81
2019年	0	0	0	3	28	31	3	65
2020年	0	0	1	3	23	25	1	53
2021年	0	0	1	4	25	14	1	45

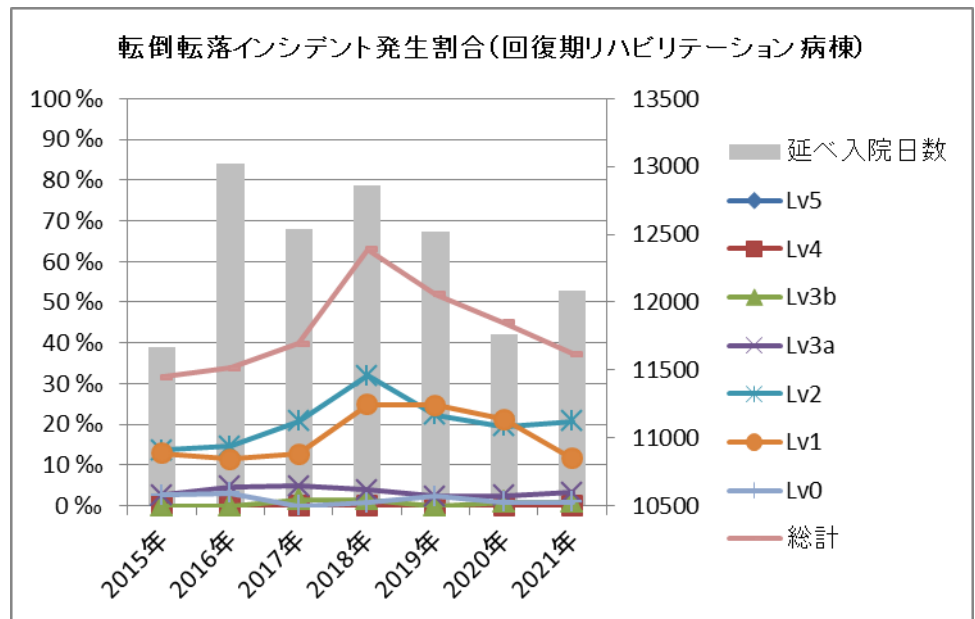
回復期リハビリテーション病棟においても、全体として転落インシデント件数が減少しました。ただし、Lv2、Lv3aは微増しました。



回復期リハビリテーション病棟 転棟転落インシデント発生頻度

	Lv5	Lv4	Lv3b	Lv3a	Lv2	Lv1	Lv0	総計	Lv2以下	Lv3a以上	Lv3b以上	延べ入院日数
2015年	0 %	0 %	0 %	3 %	14 %	13 %	3 %	32 %	29 %	3 %	0 %	11673
2016年	0 %	0 %	0 %	5 %	15 %	12 %	3 %	34 %	29 %	5 %	0 %	13021
2017年	0 %	0 %	2 %	5 %	21 %	13 %	0 %	40 %	33 %	6 %	2 %	12539
2018年	0 %	0 %	2 %	4 %	32 %	25 %	1 %	63 %	58 %	5 %	2 %	12859
2019年	0 %	0 %	0 %	2 %	22 %	25 %	2 %	52 %	50 %	2 %	0 %	12520
2020年	0 %	0 %	1 %	3 %	20 %	21 %	1 %	45 %	42 %	3 %	1 %	11767
2021年	0 %	0 %	1 %	3 %	21 %	12 %	1 %	37 %	33 %	4 %	1 %	12080

発生頻度でも件数と同様の傾向が見られます。



[入院 TOP に戻る](#)

●●●●回復期リハビリテーション病棟 転倒転落チーム活動報告●●●●

I. 何時・誰もが同じ介助を

回復期リハビリテーション病棟では、退院後の生活をより良いものにするため、廃用を予防し、ADL 動作能力や身体機能の向上のサポートを行っています。しかし、活動性の向上を目指す一方、転倒リスクの増大に繋がる場合もあるため、多職種の評価を共有し、対応の変化を継続する必要があります。4F 転倒転落チームでは転倒転落の予防の活動として、転倒リスクのある患者様の把握と対策の活動を行っています。患者様の活動レベルに合わせた適切な介助方法を「誰が」「どの時間でも」行えるようマニュアル作りをおこないました。

II. 活動内容

月に1回開催の転倒転落チーム会議(メンバーは看護師5名、リハビリスタッフ4名、ケアワーカー1名、薬剤師1名、合計11名)にて以下を行いました。

- ・ 回復期病棟で発生した転倒転落に関する報告と分析、その後の対応の確認
- ・ 新患など、今後転倒・転落リスクのある患者様のピックアップと対策
- ・ 夜間不穏、転倒予防に外気浴を奨める患者様のピックアップ
- ・ センサーマット(待ったくん)、センサーベッドの使用状況の確認、必要な患者様の検討
- ・ 移乗動作の札の修正
- ・ 安静度の札・マニュアルの作成
- ・ その他

III. 活動報告

【移乗動作の札の使用評価】

どの職員でも介助の際の対応が分かるよう、患者様の使用している車椅子や歩行器にかけて使える移乗動作の札を作成しました(図1)。1年運用し、実際の使用感を聴取すると、「文字が小さく見えにくい。」「夜間、暗くなっている廊下で何が書いてあるか分からない。」「新規患者様の札の記入が遅い。」「更新がされておらず、古い情報のままの患者様がいる。」などの意見が上がり、ルールが曖昧なこと、使う場面によっては有効活用されていないことが分かりました。この結果を踏まえ、使用目的の再確認を行い、必要項目の取舍選択をすることで見やすく、使いやすい安静度の札として再作成を行い、その使用ルールの確認を行うためのマニュアルの作成を決めました。

移乗動作	○を記入	更新日()
フリー	見守り(遠位)	近位)
軽介助	中等介助	全介助
トイレ常時監視 要 不要		
使用トイレ(右 左 指定無し)		
車椅子重量	車椅子番号()	
付属品()	合計()	kg
起立回数()	回×()	セット
自立	見守り(手すり:有 無)	介助
備考 []		

図1 移乗動作の札

新たな安静度の札は、以前からのルール「赤・黄・青の台紙を使い、介助量で色を分ける(表1)」、「評価内容の記入・更新を入院時・月1回のカンファレンスと毎週木曜朝に実施」は継続とした。新たな札の表面(図2)には車椅子・歩行器の使用者の名前、使用手すり位置、移動の安静度を記載、裏面(図3)にはトイレでの必要介助量を記載できるように作成した。リスク面を考慮し、日中・夜間の安静度が違う場合は、悪い状態での介助

量の色分けで行い、夜間でも見やすいようサインペンの使用を定めました。また、マニュアルには使用する用語を指定し、注意点・使用例を記載し、2022年1月より運用をはじめた。これにより、どの時間帯でも患者様の活動レベルに合わせた必要な介助量での対応が可能となり、確認作業の時短と転倒リスクの軽減、不必要な過介助を軽減できるようになったと期待したいです。今後、追跡評価行っています。

表1 介助量の色分け

	移動	移乗
赤	全介助	軽介助または見守りレベルだが、認知症あり 常時見守りが必要な方
黄	軽介助・見守り	本来は自立レベルだが、安静度の指示等で搬送が必要な方
青	車椅子・歩行器での移動が自立	見守りが必要のない方

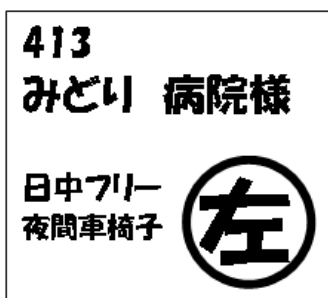


図2 表面

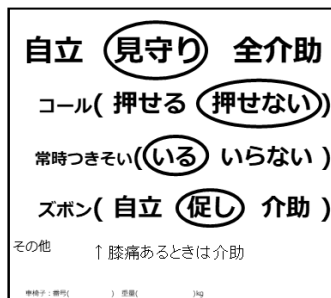


図3 裏面

＜使用用語一覧＞
「近位」「遠位」「日中フリー」「夜間近位」「夜間遠位」「自走フリー」
「自走促し」「自走禁」「夜間車椅子」「部屋⇄食堂」「部屋⇄トイレ」
「詰所⇄食堂」「トイレまでフリー」
「昼食時のみ」「お茶会のみ」等

IV. 今後の課題

【車椅子ベルト OFF の基準】

患者様の自立度や活動量があがると転倒リスクは上がりやすい。そのため、実際に転倒された方や認知機能低下のある患者様に転倒予防のために身体抑制ベルトを使用することがあります。しかし、一度付けてしまったベルトに対し、また転倒するかもしれないと OFF のタイミングを先延ばしにしてしまうことで活動制限となり ADL の低下、下肢筋力の低下により逆に転倒リスクを高めてしまう要因となりえてしまいます。身体拘束の減少をすることによって認知機能障害の患者様の入院期間の短縮につながるという研究報告もあります。4F 病棟ではベルト OFF の基準は設けておらず、「転倒させたくない」という思いから必要以上の抑制を強いてしまっていた場合もあったと推察します。認知症高齢者の方など、患者様の行動には何かしら目的があるため、ただ制限をかけるだけでなく、患者のニーズを求めつつ、ADL の維持・本人の能力を活かしたサポートが必要と考えます。

病院によって患者様の平均年齢や地域性もあるため、次年度以降、当院に合った評価基準を設定し、転倒発生リスクの低下につなげていきたいです。

[入院 TOP に戻る](#)



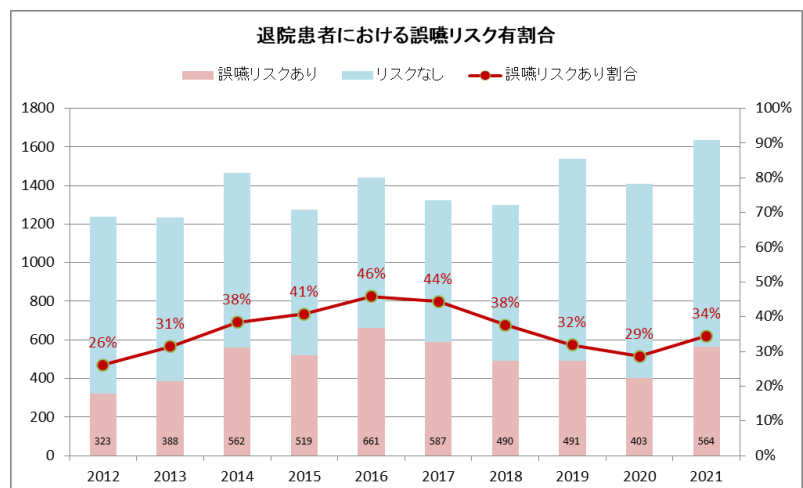
誤嚥性肺炎に対する嚥下機能評価・訓練実施割合

当院は高齢の入院患者が多く、誤嚥性肺炎による入院が1割を超えます。このため、高齢入院患者に対して、適切な嚥下機能評価を行い食事形態の選択、嚥下機能訓練を行う事は、その後の誤嚥性肺炎の再発・入院後発生を低下させる上で非常に重要です。

当院では、入院時に看護師・栄養士による嚥下機能評価を行い、精査が必要な患者を抽出。その後精査要請患者に対して言語聴覚士と医師により嚥下造影検査を行っています。実施しなかった患者は経管栄養などのため、主治医が検査不要と判断した患者です。評価後は、食事形態決定、看護師・リハビリによる訓練を行い、退院時は家族・施設職員へ食事介助などの助言を行っています。

<誤嚥リスクのある患者の状況>

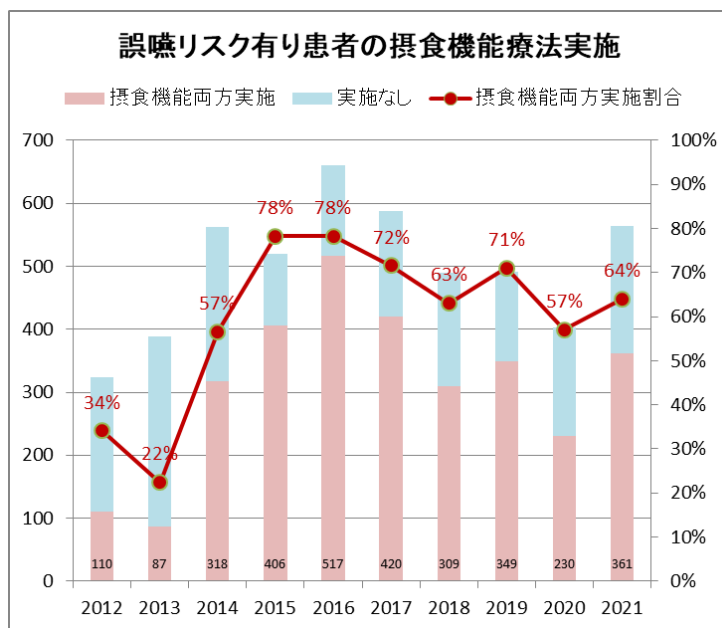
当院で退院した患者（在院3日以内を除く。経口摂取患者のみ）の内、嚥下評価で誤嚥のリスクありと評価された割合をみると、2017年以降減少傾向にあり、2020年は29%で3割をきっていたのが、2021年は、増加し34%となりました。



<取り組み状況>

この嚥下リスクのある患者について、摂食機能療法の実施状況を確認しました。

2020年に57%に減少しましたが、2021年は64%に増加しました。



<取り組み結果>

上記の摂食機能療法を実施した患者の摂食機能療法実施後に誤嚥性肺炎を発症した割合をみると、2020年は1割以下の8%でしたが、2021年は11%に増加しました。ただし、件数は、2020年8件⇒2021年5件に減少しています。

今後も高齢者の安全な入院と誤嚥性肺炎の入院後再発を防止する為、積極的な評価実施に取り組んでいきます。

