

## 第1回 TQC大会

【日時】平成 19 年 4 月 27 日(金)午後 5 時 15 分～

【場所】講堂 【出席者】205 名 【テーマ】転落・転倒防止

### ■プログラム

#### 【座長】

前半ー小野山真一郎(薬剤部)・橋本八代美(2病棟)

後半ー高内 善(医局)・小林妙子(透析センター)

#### 【アドバイザー】

岩下吉弘氏(姫路経営者協会委託・QCサークル本部指導員・日本科学技術連盟上級指導士)

#### 【演題】

1	過去2年間の転倒転落要因分析	【2病棟】てんとう虫
2	転倒・転落予防の取り組み-強化月間を実施して-	【老健】ろうけん
3	転倒・転落事故防止～危ない！気をつけて！～	【事務部門】 ちょっとどいてよ！
4	患者の介助方法を学ぼう	【検査部】Help me
5	転倒・転落防止活動	【10 病棟】こけんにとってね
6	医薬品の影響による転倒・転落回避	【薬剤部】こけさせへん
7	配膳時の安全確保	【栄養管理科】ブツケンジャー
8	転倒・転落防止	【画像診断科】人生の転落防止
9	訓練中の転倒・転落をなくす-危険予知感性を高める試み-	【リハビリ科】転ばぬ先のリハ
10	転倒防止 ※データなし	【6病棟】TQC

## 過去2年間の転倒転落 要因分析

2病棟TQC委員  
サークル名: てんとう虫

加藤 弘  
小西 京子  
阿部 純志  
本山 三佳子

## テーマ選定の理由

2病棟では、転倒転落を起こさないように、日々のケアの中で高い注意力を持って努めているが発生している。

患者が様々な方法で活動しているため転倒原因がつかみにくい。そこで過去2年間の報告書から原因を明確にし、予防策を検討する土台とするために原因分析まで行った。

## 活動期間

平成18年1月～12月

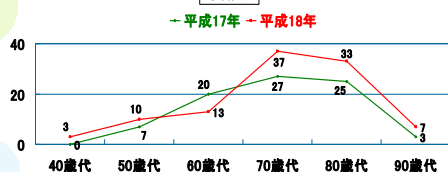
## 現状把握

2病棟の転倒の定義: 足底部以外が床についた場合  
転落の定義: ベッド、イスから落ちた場合

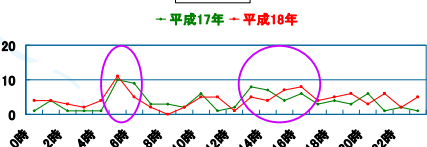
平成17年と18年の転倒転落報告書の毎月のまとめを比較した

	平成17年(92件)	平成18年(103件)
疾患別	脳血管: 58件 大腿骨骨折: 17件	脳血管: 64件 大腿骨骨折: 17件
移動自立度	部分介助: 36件 監視: 24件 自立: 16件	部分介助: 50件 監視: 15件 自立: 23件
認知症	37件	54件
場所	ベッドサイド: 66件	ベッドサイド: 71件
きっかけ	排泄: 36件 一人で歩行: 16件 物をとる: 7件	排泄: 41件 一人で歩行: 9件 物をとる: 12件

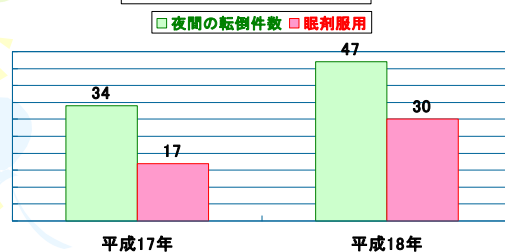
年齢別



発生時間



夜間の転倒と眠剤服用の関係



## 《比較結果》

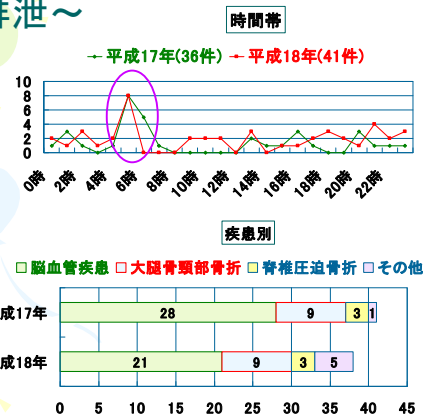
～2年間変化なし～

- 79%が60歳代～80歳代
- 62.5%が脳血管疾患
- 43%が移動に部分介助を要する
- 70%がベッドサイドでの転倒
- 39%が排泄時の転倒
- 約60%が5～6時、13～17時、17～21時の時間帯の事故

～2年間変化あり～

- 認知症を有している患者が39%→52%に増加
- 18年は上記以外の時間帯の事故が増加

## ～排泄～

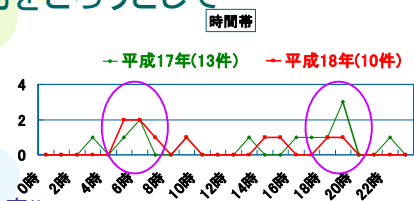


ポータルトイレ使用件数の変化

□ポータブル使用 □それ以外



## ～物をとろうとして～



### 《内容》

- 平成17年…服:6件、リモコン:2件
- 平成18年…棚やイスの上の物:4件、服:2件

### 《認知症》

- 平成17年…3件
- 平成18年…6件

## 《排泄》

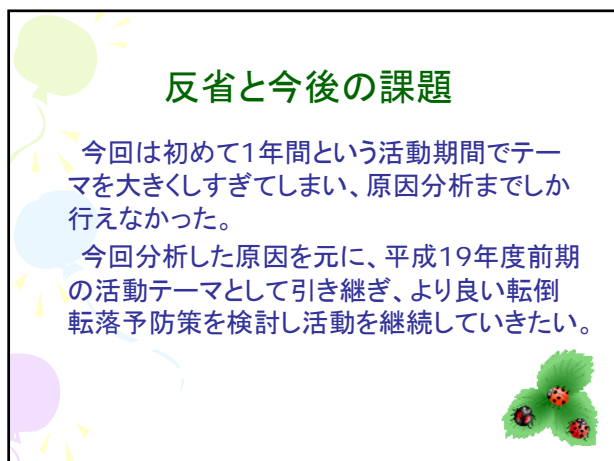
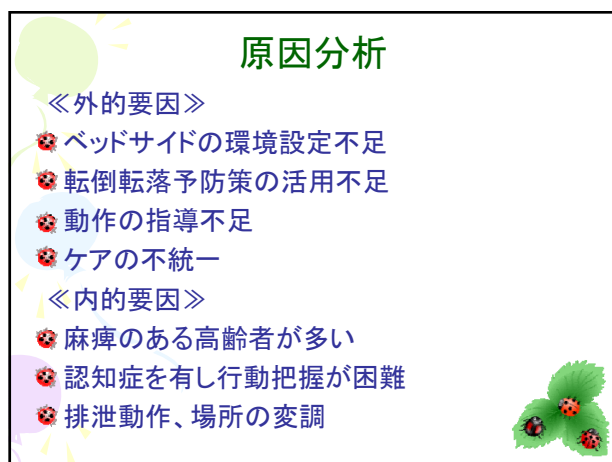
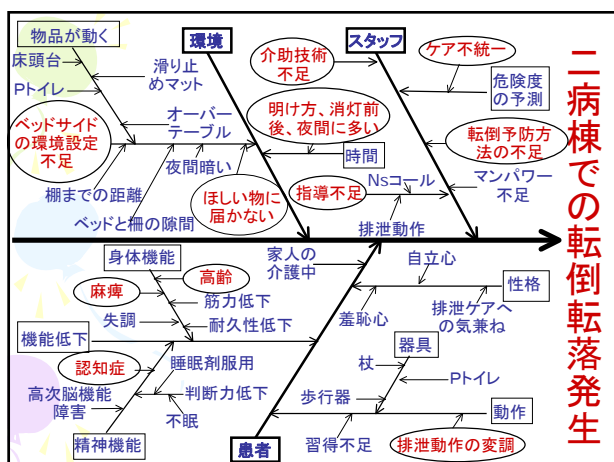
- 約75%がポータルトイレを使用
- 5～6時、夜間帯に集中
- 約50%が認知症を有する
- 麻痺などで動作に介助が必要
- 滑りやすい環境
- 見えるところにポータルトイレがある
- ベッドに隙間がある

## 《物を取ろうとして》

- 約50%が更衣に関連(服を取るなど)
- 起床時と夕食後～就寝前に集中

## 目標設定

平成17年と18年の転倒転落を比較した上で、発生要因を明確にし、予防対策の土台とできる



## TQC活動 転倒・転落予防の取り組み ～強化月間を実施して～

TQC活動・老健 ○井上勝啓  
大野恵美子 田中大輔  
野沢清彦 松岡美弥子  
村上美津子 小林朗子

### (テーマ選定の理由)

・老健では、  
「安全に気を配り安心して生活できるよう援助する。」という目標がある。しかし、平成15年～平成17年度の事故報告書(ヒヤリハットを含む)集計結果より報告数全体の70%は転倒・転落であり重大事故に繋がる恐れがあった。そこで今回TQC活動として、転倒・転落予防の為に転倒・転落予防強化月間活動を行ったので報告する。

### (活動期間)

H18年5月1日～11月30日

(強化月間活動:H18年9月1日～11月30日)

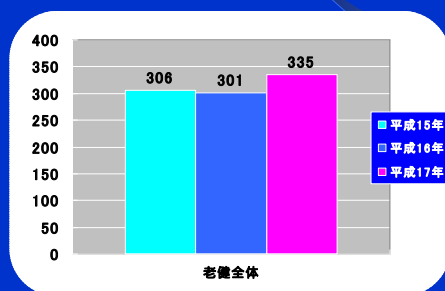
### (現状把握)

#### 現在実施している予防対応策

- ①入所時予測される危険性の説明と情報収集
- ②居室の環境整備をセラピストと利用者・家族で整える。
- ③転倒転落アセスメントシートを利用し危険度を職員全員で認識する。
- ④報告書の検討にて原因の究明と防止策を立案し援助する。
- ⑤報告書の検討後、コピーし入所中ファイルに綴じる。退所時にカルテ保存。

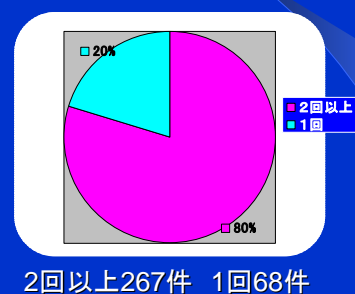
### (現状把握)

H15～H17年度の  
転倒・転落報告数



### (現状調査)

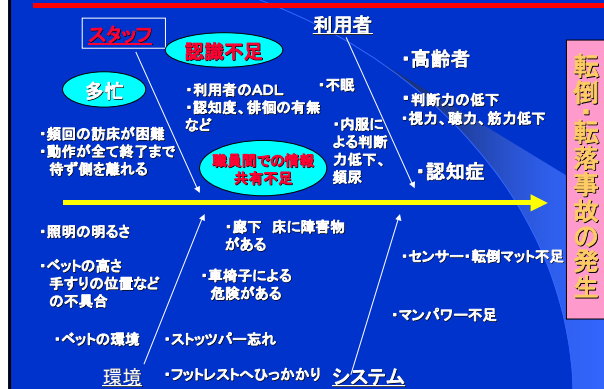
H17年度  
繰り返す転倒・転落報告数



## (目標設定)

『昨年の9月～11月の  
転倒・転落件数より30%減らす！』

## (原因分析) 特性要因図



## (対策と実施)

### 強化月間期間

H18、9、1～11、30迄活動

- ①過去1ヶ月転倒転落のあった利用者の一覧表ファイルを作成する。また、報告書提出後に追加していく。
- ②セラピストには身体的機能面から危険度の高い利用者を挙げカンファレンスで職員に伝える。
- ③毎朝カンファレンスで一覧ファイルの利用者名をリーダーが呼称し意識づけする。

## (効果確認)

### 目標達成状況

対策前 (H17)	9月	10月	11月	合計
	24件	26件	40件	90件

対策後 (H18)	9月	10月	11月	合計
	14件	23件	24件	61件

・合計29件減少

目標の30%減(27件)以上で達成する。

## (歯止め)

- ①危険度の高い利用者を明記し朝のカンファレンスにて確認し情報共有する。
- ②事前の予測、予防的に対応できるように職員の意識向上を委員会が中心にアプローチして行く。

## (反省と今後の課題)

- ・転倒・転落を減らす為、有効な対策を立案し実施されても意識しながらと無意識とでは効果が違う。
- ・職員が意識的に取り組みが必要。
- ・利用者の安全、安心な生活を確保する為に試行錯誤を繰り返し利用者個々のニーズに沿った予防対策に努めて行く。

## 転倒・転落事故防止

～危ない！気を付けて！～

公立八鹿病院  
TQC委員会事務部門

施設課 福本  
用度課 正垣  
総務課 増田  
医事課 森本

## テーマ選定理由について

《テーマ》

～危ない！気を付けて！～

他部門に比べて患者さんと直接接する事の少ない事務部門として、できることは何かと考えた。

そこで、1階受付まわりで転落・転倒事故につながる危険箇所を調査し、未然に事故を防ぐ為の一助となればと考え、この“危ない！気を付けて”をテーマに選定した。

## 問題点の明確化

《意識調査アンケート》

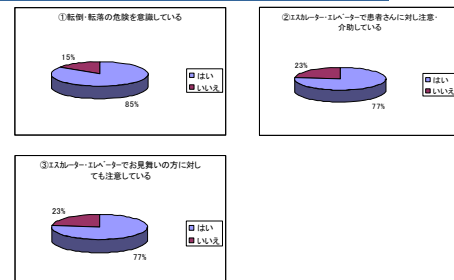
アンケート実施対象

- ①医事課受付担当者
- ②外来クラーク
- ③誘導ボランティア

《実地調査》

TQC委員事務部門による

## 現状の把握(アンケート①)



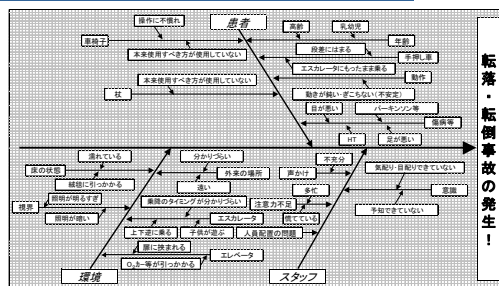
## 目標設定

何を	転落・転倒事故
活動期間	平成19年2月22日～ 平成19年3月30日迄
どうする	事務職員としてできる範囲で未然に防ぐ
根拠	患者さんに安心して当院を利用していただく為

## 活動計画

2/22	活動開始・活動内容の検討
2/23	アンケート①(事前調査)、実地調査(TQC委員)
2/26	アンケート①(事前調査)の集計結果作成
2/27	特性要因図の作成・目標(指針)の決定と作成
2/28	目標(指針)とアンケート集計結果を医事課窓口、ボランティアに方々に配布
	2/28～3/9調査期間
3/14	アンケート②(効果測定)を配付
3/16	アンケート②回収・集計
	3/16～3/23上記アンケート調査集計・分析
3/26	アンケート①②より職員の意識向上が図れたか効果確認

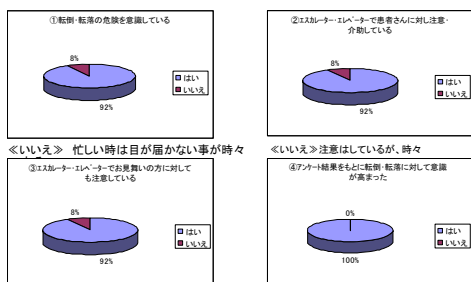
## 特性要因図



## 対策の立案

重要要因	一次対策	二次対策	効果	実施
高齢者	意識し注意して見る	介助する(手を握る)	○	○
ふらつきのある方	椅子に座っていただく回を減らす	車椅子を勧めます	○	○
服装・杖歩行の方	一緒にゆっくり歩いて	車椅子を勧めます	○	○
エスカレーター				
子供が走っている	子供さんが走ばないようにする	注意をする	○	△
手押し車を走らせて乗る	手押し車をエスカレーターへ	エスカレーターへ案内する	○	△
乗り降りの行列がつかまらない	お年寄りの方は注意して見る	一機に乗る	○	△
乗りにくそうな人	声をかける	介助する(手を握る)	○	△
まごまごしている人	誘導する	スリッパがあるとき見てあげる	○	△
大きな荷物を持っている人	見守りをする エスカレーターへ案内	万一の時は停止ボタンを押す	○	△
エスカレーター				
自転車・車椅子の方	器具が引っかかるように注意する	声をかけ 誘導をする	○	△
足の悪い方・杖歩行の方	注意をして見る	介助し一緒に乗る	○	△
昇降機に時間のかかりすぎな方	介助する	「間」の空け方を教し様子を見る	○	△
操作の苦手な方	操作方法を教える	一機に乗せてあげる	○	△
小児科の病室にスリッパが設置	子供との衝突の危険があり注意する	スリッパの通路変更をする	○	△
宝飾品の持ち出し・入れ込み	注意をして見る			

## 意識調査結果(効果測定)



《いいえ》は音けしているが、時々

## 反省と今後の課題

	良かった点	悪かった点
テーマ選定	危険箇所を意識する事ができた。 TOC活動を意識でき、勉強になった。	直接、患者さまに触れる事は少ないので、選定に悩んだ。また、アイデアも殆ど浮かばなかった。
現状把握	転倒・転落事故防止に対する意識が予想以上に高かった。	十分に理解し、計画し、調査に臨めなかった
要因解析	身近なテーマを取り上げてチームで活動する場合、あるいは、個々の業務で上手く行かない事を分析し、対応する手立てを学べてよかった。	難しかった。(委員自身がケッチリ勉強できていなかった。)
対策立案・実施	特に無し	転落・転倒事故防止に臨むのは、事務部門として苦しかった。
今後の課題	事務部門に密接にかかわることをテーマとして活動する時のい意識付けになったので、事務部門にTOC活動の意義を伝えていかなければならない。	

## 現状の把握(アンケート①)

＜アンケート調査集計結果平成18年2月28日＞（一部抜粋）

① 貴株主者さんを驚てさせてしまうような対応をしませんか？

A していない 13  
B しているかも知れない 4  
C している 0

②転落転倒の恐れのある人が目的箇所に行くのに最短距離になるよう案内されていますか？

A いいえ 3・最短より安全優先  
B はい 13

③患者さんが倒れたり転んだりしないよう心かけていますか？

④倒れたり転んだりする危険性があると聞かれる患者さんはありますか？

B ある 16

⑤ エスカレーターについて危険だと思われることを教えてください  
手押し車を持ったまま乗る・乗り降りのタイミングがつかめない方がある 等

④エスカレーターの危険回避について、事務員ができることを教えてください  
 乗りにくそうな方がおられたら声かけ介助をする(3件)・一緒に乗ってあげる・危ない人にはエレベーターを勧める(2件) 等

## 現状の把握(アンケート①)続き

### ＜アンケート結果概要＞

⑦エレベータについて危険だと思われることをおしえてください  
 狭みほり(5件)、酸欠カ、車椅子が引つかかる、等

⑧エレベータの危険回避について事務員ができることをおしえてください。

⑩エレベータの危険回避について事務員ができることをおしえてください  
付き添い(3件)・老人や操作の苦手な方は一緒に乗り案内する 等

⑨受付外来などの待合椅子の配置などで危険だと思われることを。

椅子と椅子との間隔が混雑すると足につまづく事があり危険 等

⑩患者対応について患者さんが倒れたり転んだことはありますか？

A ない 9

B ある 2

⑪事故にはなりましたが転倒転落事故の発生は、最近に起きたものもありましたか？ 事故はありましたか？

④事故にならなくても、福岡陥落事故のヒヤリ ハットにあたるものを見たり聞いたりしたことはありますか？

A ない 8

B あり 5

⑫院内と病院周辺で(受付周辺、外来の待合、エスカレータ以外に)危険だと思う場所がありますか？

Bある 4 病院玄関・玄関あたりのステンレス・病院前横断歩道・ライスの前の池 等



## 第2回アンケート結果(効果測定)

- 1 患者様が転倒・転落の可能性があるか否か、受付されるたびに意識されていますか？  
A はい 13件 ※忙しい時は目が届かない事が時々ある 1件  
B いいえ 0件
- 2 退席後において転倒・転落の危険性がある患者様が、倒れたり転んだりしないよう意識していますか？  
A はい 13件 ※忙しい時は目が届かない事が時々ある 1件  
B いいえ 0件
- 3 エスカレーターやエレベーター付近で転倒・転落の危険性のある患者様に会われたとき、注意を払ったり介助したりしていますか？  
A はい 13件 ※時々  
B いいえ 0件
- 4 エスカレーターやエレベーターを利用しているとき、患者様のみでなく、お見舞いの方等、他の方に対しても意識に働いていますか？  
A はい 13件  
B いいえ 0件
- 5 総合受付の方のみに質問します。エスカレーターやエレベーター付近に注意して目を回っておられますか？  
A はい 9件  
B いいえ 0件 ※注意はしているが、時々 1件
- 6 外米受付の方のみに質問します。エスカレーターやエレベーター付近の患者さんや子供さんなど転倒・転落を意識して監視していますか？  
A はい 3件  
B いいえ 1件 ※受付から乗降状況が見えない 1件
- 7 アンケート①の統計結果から他の方の意見を参考にしたいと思いましたか？  
A はい 13件  
B いいえ 0件
- 8 今回のアンケート結果をふまえて転倒・転落事故防止に意識が高まりましたか？  
A はい 13件  
B いいえ 0件

# 患者の介助方法を学ぼう

サークル名『Help me』

検査TQC委員会

○西村 通昭・川瀬 由貴子・林 靖子・西村 雅樹・一色 タカ子

## テーマ選定理由

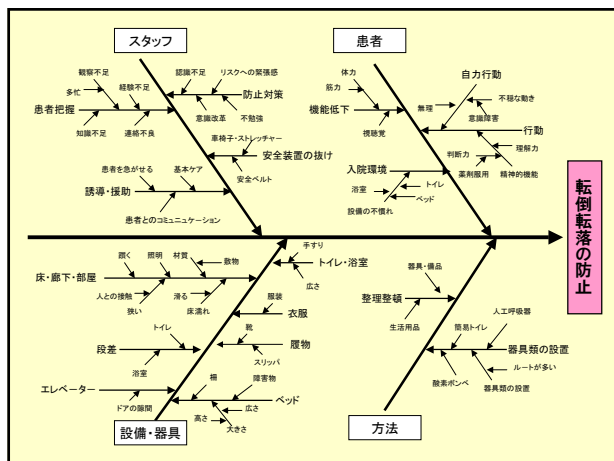
検査科職員は医療従事者で在りながら、移動介助の専門知識が皆無である。そのために移動介助が不安で、手を出すのに躊躇するのが現状である。

移動介助方法を学ぶことにより、患者の移動介助の対応が適切になり、効率のよい日常業務ができる。

## 現状把握アンケート結果

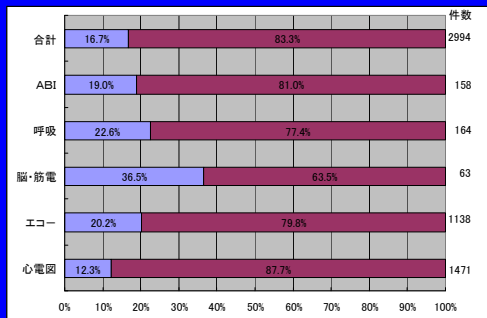
- Q-1:転倒転落の現場に居合わせた事の有無(有り:8人・無し:17人)  
 Q-2:実務中の介助移動の有無(有り:21人・無し:4人)  
 Q-3:介助移動で困った経験の有無(有り:13人・無し:12人)  
 Q-4:介助移動はどのようにしているか(複数回答)  
 (A)他人に任せる:4件・(B)他人と協力:0件・(C)主に独り:4件  
 Q-5:移動介助方法  
 (A)知っている:2人・(B)ほぼ知っている:12人・(C)知らない:10人  
 Q-6:介助移動法の研修受講経験の有無(有り:1人・無し:24人)  
 Q-7:介助移動についての意見・提案  
 ・研修会等で教えて:4件  
 ・患者のレベルが判らず、検査技師としての関わりが判らない:1件

## 研修会風景



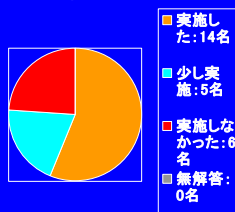
## 検査件数に占める介助率

(調査期間:2006/4~2006/7)

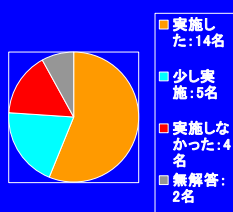


## 効果確認アンケート結果(1)

Q-1: 移動介助の実施有無

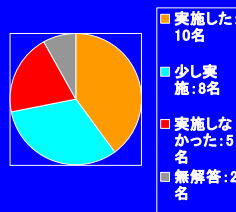


Q-2: 移動介助を行う際の注意点の考慮

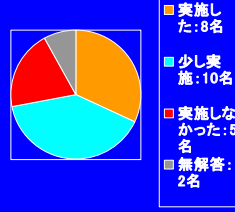


## 効果確認アンケート結果(2)

Q-3: 移動介助度の把握

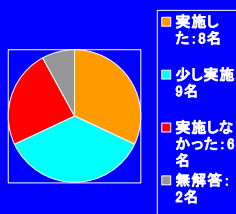


Q-4: 介助スペースと移動の原則

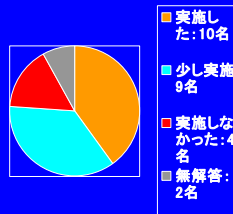


## 効果確認アンケート結果(3)

Q-5: 介助方法の選択

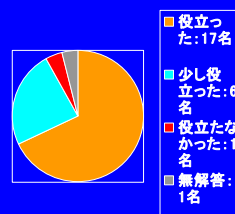


Q-6: 介助のための姿勢と位置



## 効果確認アンケート結果(4)

Q-7: 研修会の内容が役立った



## 効果確認アンケート結果(5)

Q-8: 検査における移動介助についての意見

- ・ 機会が無かった(無解答の2名)。
- ・ 移動介助に携わらないため、日が経つと忘れるので、研修会を定期的にしてほしい(1名)。
- ・ 移動により転落事故が発生してからでは遅いので設備を整えてほしい、車椅子は不備な物が多く、点滴台を付ける場所がないので移動時に困る(1名)。

## 菌止め

定期的な移動介助法の研修会を開催する。研修会を実施することで、介助移動法レベルの維持向上が図れ、日常業務での移動介助がよりの確にできる。更に患者の送迎等にも役立つ。

## 反省・考察

- **反省**: 移動介助に携わらない職員の移動介助法のレベルの維持向上。
- **考察**: 検査科に於も転倒転落に遭遇・居合わせたりした事例があり、今回の研修会で学んだことを日常業務に生かすことで、転倒転落事故を未然に防ぐことができる。

## 現状把握アンケート結果(1)

質問(1): 転倒転落の現場に居合わせたことの有無

有り: 8人(32%)・無し: 17人(68%)

- 階段を昇っていると、患者が転落してきた。
- 検査終了の連絡中にベッドから落ちかけた。
- マスターステップに躓いて転倒しかけた。
- 身長計測時に転倒。
- ベッド⇒車椅子移動時に患者と一緒に転倒。
- 車椅子⇒ベッド移動時に患者が転倒しそうになった。
- 血圧の低下により転倒しそうになった

## 現状把握アンケート結果(2)

質問(2): 実務中の介助・移動の有無

有り: 21人(84%)・無し: 4人(16%)

- 生理検査時の移動  
(ベッド⇄車椅子・ストレッチャー): 16
- トイレ介助: 3
- 生理検査の移動介助: 2
- 身長・体重の計測: 1
- 採血時: 1
- 脱衣: 1
- 透析時の移動: 1

## 現状把握アンケート結果(3)

質問(3): 介助・移動で困った経験の有無

有り: 13人(52%)・無し: 12人(48%)

- 独りでの移動介助が困難(体が大きい・重い): 4
- トイレ移動介助法が判らない: 3
- 移動介助方法を学んでいないので不安: 3
- 単独移動困難なのに付き添いの職員が居なくなる: 3
- 患者個々のレベルが判らないので不安: 2
- 点滴等の多くの器具装着: 1
- ベッドが高く移動し辛い: 1
- 鳴咽時の対処: 1
- 病棟ベッドの操作が判らない: 1
- 患者家族が移動介助経験不足: 1

## 現状把握アンケート結果(4)

質問(4): 介助・移動はどのようにしているか。(複数回答)

A: 他人に任せる: 4人

B: 他人と協力して: 20人

C: 主に独りで: 4人

質問(5): 移動・介助方法の有無

A+B: 14人(56%)・C: 10人(40%)・無解答: 1名(4%)

A. 知っている: 2

B. だいたい知っている: 12

C. 全く知らない: 10

ABの知りえた内容: 我流・他人の見よう見真似・何となく

## 現状把握アンケート結果(5)

- 質問(6): 介助・移動法の研修受講経験の有無

有り: 1人(4%)・無し: 24人(96%)

- 質問(7): 介助・移動についての意見・提案
  - 研修会等で教えて: 4
  - 患者のレベルが判らず、検査技師としての関わりが判らない: 1

## 現状把握アンケート(第1回)

1. 転倒転落の現場に居合わせたことの有無.
2. 実務中の介助・移動の有無.
3. 介助・移動で困った経験の有無.
4. 介助・移動はどのようにしているか.  
A: 他人に任せる. B: 他人と協力して. C: 主に独りで.
5. 介助・移動法の有無.
6. 介助・移動法の研修受講経験の有無.
7. 介助・移動についての意見・提案.

## 現状把握アンケート結果(1)

質問	有り(知る)	無(知らない)	無解答・他
1	8人(32%)	17人(68%)	
2	21人(84%)	4人(16%)	
3	13人(52%)	12人(48%)	
4	他人任せ:4	他人と協力:20	独り:4
5	14人(56%)	10人(40%)	1人(4%)
6	1人(4%)	24人(96%)	

## 効果確認アンケート(第3回)

研修三ヵ月後

1. 移動介助の有無.
2. 移動介助を行う際の注意点.
3. 移動介助の把握の注意点.
4. 介助スペースと移動の原則.
5. 介助方法の選択.
6. 介助のための姿勢と位置.
7. 研修会の内容が役立った.
8. 移動介助についての意見.

## テーマ選定理由(1)

検査部門の移動介助に関わる部署は主に、受付・生理検査・採血・透析等で、移動介助の内容は患者移動・衣類の脱着・トイレ介助等である。私たち検査科職員は医療従事者でありながら、移動や介助の専門知識が皆無のために、不安で何をして良いか判らず、手を出すのに躊躇する。移動介助方法を学ぶことで患者対応が適切になり、日常業務に反映する。

## 現状把握アンケート結果(7)

質問(7): 介助・移動についての意見・提案

- 研修会等で教えて: 4
- 患者のレベルが判らず、検査技師としての関わりが判らない: 1

## 現状把握アンケート結果

• 質問(5): 介助・移動法の研修受講経験の有無.

有り: 1人(4%)・無: 24人(96%)

• 質問(7): 介助・移動についての意見・提案.

• 研修会等で教えて: 4

• 患者のレベルが判らず、検査技師としての関わりが判らない: 1

## 現状把握アンケート結果(4)1

質問(4): 介助・移動はどのようにしているか。  
(複数回答)

- A: 他人に任せる: 4人
- B: 他人と協力して: 20人
- C: 主に独りで: 4人

## 現状把握アンケート結果(5)1

質問(5): 移動・介助方法の有無.

A+B: 14人(56%)・C: 10人(40%)・無解答: 1名(4%)

- A. 知っている: 2
- B. だいたい知っている: 12

- 我流・他人の見よう見真似・何となく
- C. 全く知らない: 10

## 現状把握アンケート結果(5)2

質問(5): 移動・介助方法の有無.

A+B: 14人(56%)・C: 10人(40%)・無解答: 1名(4%)

- A. 知っている: 2
- B. だいたい知っている: 12
- C. 全く知らない: 10

## 現状把握アンケート結果(6)

- 質問(5): 介助・移動法の研修受講経験の有無.  
有り: 1人(4%)・無し: 24人(96%)
- 質問(7): 介助・移動についての意見・提案
  - ・研修会等で教えて: 4
  - ・患者のレベルが判らず、検査技師としての関わりが判らない: 1

## 医薬品の影響による転倒・転落回避

薬剤科

小野山 真一郎、今後真貴、古川 正信、高橋一仁

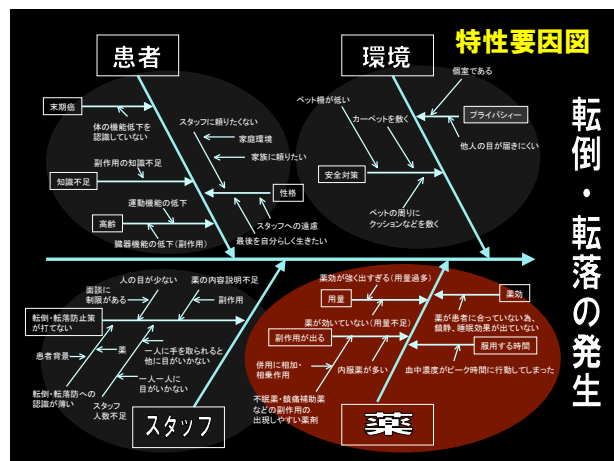
## テーマ選定理由

トランキライザーなどの服用が転倒・転落の要因になるという報告は散見する。  
そこで、転倒・転落への影響が予測される薬剤情報、主に副作用情報を病棟へ提供することで、転倒・転落の回避に貢献できるのではないかと考えた。

## 現状把握

11病棟における転倒・転落の現状を調査した。  
調査期間 平成17年6月1日～平成18年5月31日

転倒・転落報告件数	9件(9名)
発生率=件数/延べ患者数×100	0.26%
9名の内で服薬していた患者数	6名



## 目標設定

平成18年6月1日から活動を開始し、同年8月31日までの転倒・転落件数を減少させる

## 対策の実施

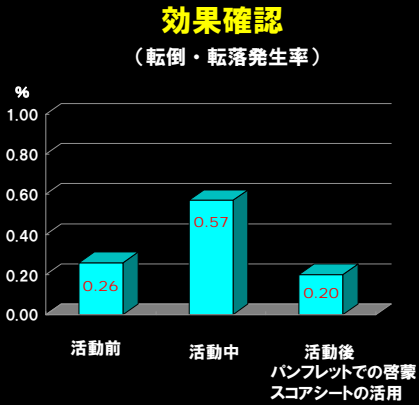
- (1) 新規入院患者の服薬している薬剤で、せん妄、筋弛緩、めまい等を誘発させる薬剤が含まれていないか調査し看護師へ報告する。
- (2) 新たに処方された薬剤についても調査し、同様に報告する。
- (3) メンバーのうち一人が週1回行われるカンファレンスに出席し、投与されている薬剤について検討する。

## 中間時点での効果確認

対策実施1.5ヶ月後の時点で、転倒・転落4件の報告を受け、件数の増加傾向が認められた。そこで、転倒・転落を減少させるためには、現状の対策だけでは不十分であると考え、新たな対策を追加することとした。

## 追加対策

- (1) 患者本人および家族に転倒・転落防止の啓蒙とスタッフへの意識付けのために「患者さん・家族へのお知らせ」のパンフレットを作成し、入院時に看護師から説明することとした。
- (2) 入院時の転倒・転落の危険度を評価するために、転倒・転落アセスメントスコアシートを作成し、使用することとした。



## 波及効果

転倒・転落防止対策に対して、薬剤による影響に  
捕らわれることなく総合的な視野で判断を行い対  
策に取り組めるようになった。

## 歯止め

薬剤情報の共有化、アセスメントスコアシートの活用、加えてパンフレットによる患者及び患者家族に対する啓蒙活動を継続する。

## 自己評価・今後の課題

1. 薬剤科で立案した対策については達成できたが、転倒・転落を減少するという目標は実現できなかった。
2. 医薬品による影響だけではなく総合的な対策の必要性を痛感した。
3. 患者・家族に対して理解と協力をお願いするためのパンフレットは継続して使用することとなった。
4. 今後の課題として、各病棟で使用しているアセスメントスコアシートの統一化、及び、今回我々が試用した転倒・転落防止のための患者説明用パンフレットの取り扱いについても検討を希望する。



## TQC活動

配膳時の安全確保

栄養管理科  
サークル名＜ブツケンジャー＞  
○西沢 由美  
和田 優  
渡辺 善利

## テーマ選定理由

全体テーマ「転落・転倒防止」は  
栄養管理科とは無縁？

電動500Kgはある巨大配膳車に  
＜人・物がぶつかる、ぶつける＞  
危険はないか？  
検討することにした

## 活動期間・活動内容

期間：平成18年4月1日～平成18年6月30日

内容：①走行マニュアルの確立

②＜危険＞を感じた場合は申告を行い

報告書に記入する

③マニュアル通りに走行できているか  
第三者が抜き打ちで確認する

## 現状把握

- 平成16年12月新病院に移ってから現在使用している電動温冷配膳車となる。
- 手動で動かしていた旧配膳車と違い電動で巨大である。何かにぶつくと自動停止センサーがついているが後方のみで、横からぶつかったり、巻き込みは無反応であるため何度も走行練習を行った。
- 活動前は物損事故のみで、人身事故はなし。

## ◇◆◇走行マニュアル◇◆◇

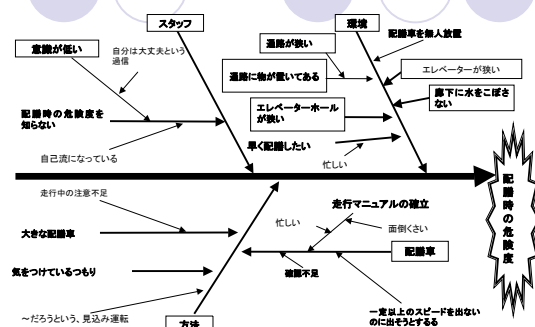
### ①エレベーター出入りの際

- 1) 何もないことを確認する
- 2) 開放ボタンを押す
- 3) 後退で配膳車を中に入れる
- 4) 引っ張りながら出す

### ②配膳中の運転

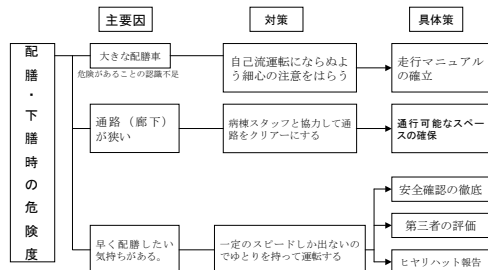
- 1) 前後左右に何もないか確認  
＜人を確認した際は人を優先させる＞
- 2) 通路の確保ができているか
- 3) 曲がり角では配膳車の長さを考慮し大きく旋回する。また左右確認の実施。
- 4) 「引く」走行運転の実施
- 5) 「十字路」「T字路」に進入する際は一旦停止を行い左右確認後に走行する。

## 特定要因図



## 目標＜安全な走行を行い、対人との事故を起こさないこと＞

### ＜＜対策の立案と実施＞＞



## 効果の確認

- (1) 危険であることの意識を向上させ、配膳車の威力をしらしめることで、人との接触をおこさないための走行マニュアルの必要性を確認した。
- (2) 通路が狭くベットやカート、器具等の放置により走行に支障をきたすがクリアな通路の確保は病棟スタッフとの協力で可能である。
- (3) 活動期間中のヒヤリハットの報告1件の事例から、早く業務を進めることが優先し安全確認がおろそかになった。常に対人への意識を強く持つことを再確認した。

## 歯止め

When	Who	What	Where	Why	How
配膳前	担当者	走行マニュアル	栄養管理科	安全確保	確認・チェックする
配膳中	サークルメンバー	作業方法	病棟廊下	安全確保	確認・チェックする
毎月の勉強会	全員	配膳業務	会議室	確実に実施	確認・話合う

## 反省及び今後の取り組み

転落・転倒という、栄養管理科には無縁のテーマと思っていましたが、今回の活動において、スタッフ全員の意識を高めることができました。

対人との事故はあってはならぬことであり、常に危険性を重要視し、今後の配膳業務を病棟スタッフと共に、改めて正確かつ安全に行えるように努めていきたい。

## 転倒・転落防止

公立八鹿病院 画像診断科

サークル名 人生の転落防止

○上仲 彰洋  
田野 貞広  
井上 喜太郎

## 目的

画像診断科では、一般撮影を始めとして、CT撮影、MRI、透視検査等、様々な検査モダリティが存在し、様々な状態の患者が検査にやってくる。このような中で、当科は過去2例ほど患者が重症となるような転倒を経験している。また、転倒するまでにはいなくても、転倒・転落未遂のインシデント・レポートが数例報告されている。今回、これらの発生要因を分析し、転倒・転落事故を未然に防ぐため活動を行ったので報告する。

## 調査期間

平成18年6月1日～平成19年1月31日

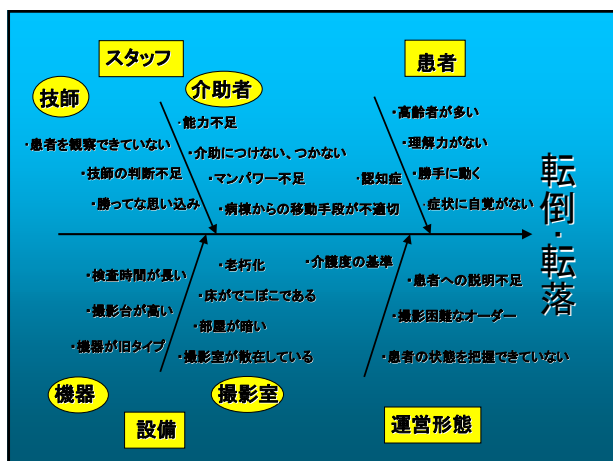
調査対象

- ・一般撮影室
- ・CT撮影室
- ・透視検査室
- ・受付

## 調査期間撮影件数

	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	合計
一般撮影	2221	2081	2120	1971	2171	1973	1984	1863	16384
CT撮影	1008	928	961	908	918	893	899	858	7371
透視検査	361	220	355	320	264	263	249	195	2227
総件数	5859	5059	5214	4750	4864	4327	4634	4203	38410

※総件数は一般撮影、CT撮影、透視検査に加えMRI、RI検査など今回の調査対象以外の検査を含んだ画像診断科における総検査数。



## 活動内容

- ・転倒・転落防止のための標語を各撮影室に掲示した。
  - 患者が撮影室を出るまで気をつけましょう
  - 移動困難な場合は他の人に声かけをしましょう
  - 指示内容の確認をしましょう
- ・患者移動時のボディメカニクスをミーティング時に確認
- ・ミーティングで注意を促す。
- ・インシデント・レポートの作成

## インシデント・レポート

- ・事故が発生した場所
- ・どのような状態で起こったか
- ・撮影時の忙しさ
- ・技師歴
- ・患者の状態

## 結果

- ・平成18年6月1日～平成19年1月31日までの8ヶ月間での転倒・転落はゼロ件。
- ・転倒・転落未遂は平成18年9月19日の一般撮影時、平成19年1月11日の一般撮影時の2件。
- ・内訳
  - ①平成18年9月19日の事例は老健より胸部撮影に来られたときに転倒しかけた。
  - ②平成19年1月11日の事例では整形外科より腰椎撮影に来られた時に足を滑らし転倒しかけた。

いずれも車椅子の要介助者であった。

## 考察

今回、調査期間中のインシデント・レポートでは転倒・転落の報告はなかった。転倒・転落未遂は2件あった。このことは、転倒・転落防止の標語を各撮影室に掲示したこと、ミーティング時の啓蒙、普段よりボディメカニクスを利用して患者移動を行っていることの再確認等の効果が奏したと思われる。また、日本放射線技師会のセミナー等で開催される医療安全学、看護学等に積極的に参加して、患者の動き方や介助の方法を聴講してきていることも一因であると思われる。さらに平成18年12月より新病院での業務となり、撮影室、機器が一新され環境が良くなったこと、総合診療科が設立されて要介助の患者に常に看護師がついているということも理由として考えられる。

## まとめ

今回、転倒・転落防止の為のインシデント・レポートを見る限り転倒・転落は未遂で防ぐことが出来た。しかし今回の検証はインシデント・レポートからのレトロスペクティブ解析に重点をおきすぎたため、どちらかと言うと受身の活動となってしまった。また、ヒヤリハット事例がゼロであったわけではないので、事例発生をゼロにすべく、今後とも転倒・転落防止の啓蒙活動を行っていきたい。

## 訓練中の転倒・転落をなくす 危険予知感性を高める試み

中央リハビリテーション科  
サークル名「転ばぬ先のリハ」  
○吉田 一正 黒田 まゆり  
村尾 貴裕 近藤 直樹 神田 美穂

### 1. テーマ選定理由

過去4年間、当科ヒヤリ・ハット報告25件及び事故報告3件  
(平成14年度 4件、平成15年度 6件、平成16年度 11件、  
平成17年度 7件)

→その多くは業務多忙時の転倒・転落である

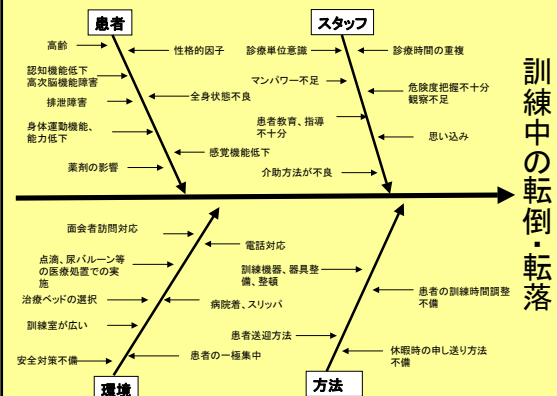
- ・リハビリ室での訓練中、大丈夫であろうとの思い込みから患者から離れる
- ・介助、監視方法が不十分、不適切
- ・業務多忙、患者の訓練時間の一極集中など(特性要因図参照)

各セラピストの危険予知感性向上に対するトレーニングが必要  
リハビリテーション医療にける安全管理・推進のためのガイドライン  
(日本リハビリテーション医学会、2006.3)

### 2. 現状把握(ヒヤリ・ハット報告総括 平成14年～17年)

- 1) 体験者の経験年数  
2年未満 6件、2-5年 6件、6-15年 9件、16年以上 4件
- 2) 時間帯  
午前 11件 午後15件
- 3) 職種  
PT 21件 OT 3件 ST 1件
- 4) 多忙度  
多忙 14件 普通10件 やや余裕あり 2件
- 5) 場所  
訓練室 23件 病棟、病室3件
- 4) 内容  
転倒 24件 誤嚥1件 点滴抜去 1件、事故報告3件(脱臼、切創等)
- 5) 原因  
すべてが確認不足・大丈夫であろうという思い込み・観察不足

### 特性要因図



### 3. 目標設定

- ・「各セラピストの危険予知感受性を向上させ  
訓練中の転倒・転落を減少させる」  
(ひやり・はっと報告、事故報告件数の減少)

### 4. 対策立案・実施

#### 活動内容

- ・ 活動期間  
科内勉強会、新人教育プログラム、学生教育  
2006/7/26、8/30、11/20、2007/4/11
- ・ 対策実施→KYT(危険予知訓練)の導入
  - 1) 誰でも転倒する可能性があることの再認識
  - 2) リスクの高い患者から目を離さない
  - 3) 他のスタッフへの声かけ、監視等の意識
  - 4) リハビリ中の各セラピストのリスク意識の統一、改善
  - 5) 職員休暇時等で不在の場合の申し送りの徹底

## KYTとは

- K(危険)Y(予知)T(訓練、トレーニング)の略
- 昭和50年住友金属工業(株)和歌山製鉄所がKYT開発、昭和57年国鉄の指差し呼称をKYTに取り入れ、近年安全トレーニング手法として医療界(医師教育、看護管理・教育等)への取り入れ
- 危険を予知して安全衛生を先取りする手法で全国各地、様々な業種で取り入れられて災害防止に大いに役に立つツール
- 職場や作業の状況を描いたイラストシートを使ってその状況の中に潜む「危険要因」とそれが引き起こす「現象」を職場の少人数チームで話し合い、考え合い、分かり合って「危険行動のポイント」や「行動目標」を決定し確認の項目を指差し呼称したりして行動(作業)する前に安全衛生を先取りする
- KYT4R法からなる
  - 1 現状把握、2 本質追及、3 対策樹立、4 目標設定

## KYT場面



1月	【状況把握】 どんな危険が潜んでいるの	リーダーが状況を説明し上げる。 「危険要因」として知られる「想定される事象」を全員で挙げていく。 「～何の～で～になる」「～して～になる」「～何の～で～になる」
2月	【本質追及】 これは危険のポイントだ	①1月で出た内容の中で特に危険な箇所～②③④の順に①の中からさらに重要な箇所～②③④の中から「危険のポイント」(1～2箇所)
3月	【対策樹立】 あなとならどうする	①②③の項目に対する具体的な対策～④⑤⑥の項目に対する具体的な対策～⑦⑧⑨の項目に対する具体的な対策～⑩⑪⑫の項目に対する具体的な対策
4月	【目標設定】 私はこうする	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫の項目に対する具体的な対策～⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿

## 例)どんな危険が潜んでいますか



## KYT事例

### ヒヤリ・ハット報告より

2006年〇月△日 午前11時40分  
セラピストA  
多忙度:普通  
内容:  
少しなら1人で座っていられたらと思う  
患者様にプラットフォーム上で端座位をとってもらってその場を離れ転倒  
防止策・教訓:  
常に注意を怠らず患者様のそばを離れない  
離れるのであれば安全確認してからおこなう

### 事故報告例より

平成11年〇月△日 午後15時40分  
セラピストB,C  
患者90歳、女性、脳梗塞左片麻痺、腰痛  
担当セラピストBが休職にて副担当セラピストCが平行棒内介助歩行訓練中に方向転換しようとした際、バランスを崩し転倒しようとしたが間に合わずしりもちをつき形で転倒、XPIにより左大腿骨頸部骨折確認  
防止策・教訓:  
危険が予測できなかった(突発的な行動等)  
患者の状況が把握できなかった(c)  
主担当が十分な情報提供をしていなかった(B)  
→休職、出張、回診時等の申し送りの検討

## 5. 効果、確認 (平成18年度報告より)

- 1) 体験者の経験年数  
2年未満 5件、2～5年 1件、6～15年 2件、16年以上 1件
- 2) 時間帯  
午前 5件 午後5件
- 3) 職種  
PT 7件 OT 2件 ST 1件
- 4) 多忙度  
多忙 3件 普通7件
- 5) 場所  
訓練室 10件
- 6) 内容  
転倒 8件、器具管理不足1件、医師からの指示受け間違い1件
- 7) 原因  
すべてが確認不足・大丈夫であろうという思い込み・観察不足



- 1) 4年間平均6.75件に比し10件とむしろ増加にて変わらず目標未達成
- 2) アンケート実施による意識の変化を確認は出来なかったが各スタッフによる内在的意識改善への啓蒙、気づきにはなった。
- 3) スタッフ間で声を掛け合う習慣が出来た。
- 4) 全スタッフ召集が出来ず取組みが不十分、準備不足であった。

## 6. 歯止め、今後の課題

- 当科における転倒事例分析より業務多忙時のPT訓練室において経験年数に関わらず易発生
- 身体運動機能、能力を的確に評価できる職種であるにも関わらず、確認ミス・思い込み・観察不足などの要因により発生する
- セラピストの危険予知感性や気づきを向上させるためにKYTを取り入れたが実施回数も少なく不十分であった。
- 環境調整(例、訓練室内の患者の一極集中や)新人教育制度を充実させ今後、継続し転倒を引き起こさない努力をしていきたい