

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】

前半一小野山真一郎(薬剤部)・橋本八代美(2病棟)

後半一高内 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】 ちょっとぞいてよ！
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

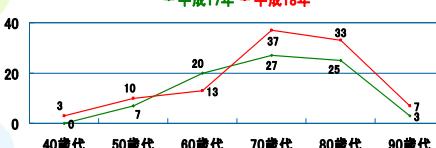
現状把握

- 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

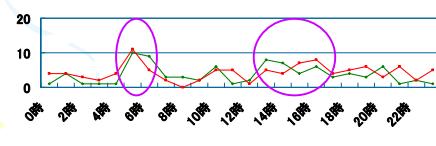
年齢別

—平成17年 —平成18年



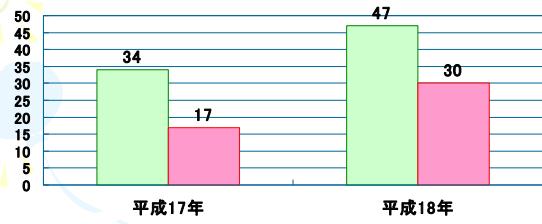
発生時間

—平成17年 —平成18年



夜間の転倒と眠剤服用の関係

□夜間の転倒件数 ■眠剤服用



《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

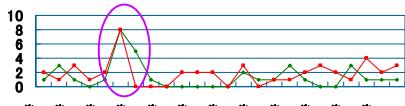
～2年間変化あり～

- 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～

時間帯

— 平成17年(36件) — 平成18年(41件)



疾患別



ポータブルトイレ使用件数の変化

□ ポータブル使用 □ それ以外

平成17年

28

8

平成18年

30

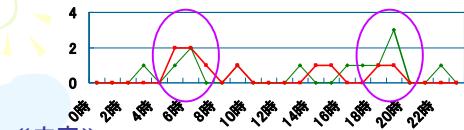
11

0 10 20 30 40 50

～物をとろうとして～

時間帯

— 平成17年(13件) — 平成18年(10件)



《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》

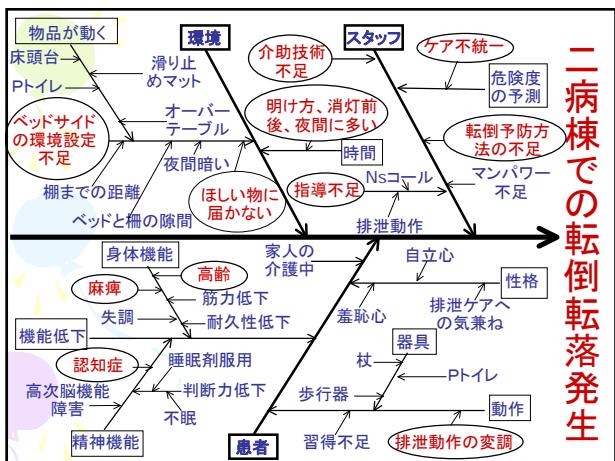
- 約75%がポータブルトイレを使用
- 5～6時、夜間帯に集中
- 約50%が認知症を有する
- 麻痺などで動作に介助が必要
- 滑りやすい環境
- 見えるところにポータブルトイレがある
- ベッドに隙間がある

《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、予防対策の土台とする



原因分析

『外的要因』

- ベッドサイドの環境設定不足
- 転倒転落予防策の活用不足
- 動作の指導不足
- ケアの不統一

『内的要因』

- 麻痺のある高齢者が多い
- 認知症を有し行動把握が困難
- 排泄動作、場所の変調



反省と今後の課題

今回は初めて1年間という活動期間でテーマを大きくしそうてしまい、原因分析までしか行えなかった。

今回分析した原因を元に、平成19年度前期の活動テーマとして引き継ぎ、より良い転倒転落予防策を検討し活動を継続していきたい。



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

年度	報告数
平成15年	306
平成16年	301
平成17年	335

老健全体

(現状調査)

H17年度
繰り返す転倒・転落報告数

回数	割合
1回	20%
2回以上	80%

2回以上267件 1回68件

(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チーして行く。

(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

『**~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！きをつけて”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

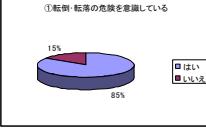
- ①医事課受付担当者
- ②外来クラーク
- ③誘導ボランティア

『**実地調査**』

TQC委員事務部門による

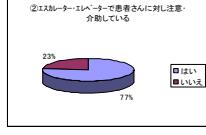
現状の把握(アンケート①)

①転倒・転落の危険を意識している



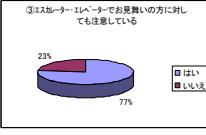
はい	85%
いいえ	15%

②エスカレーター・エレベーターで患者さんに注意・介助している



はい	77%
いいえ	23%

③エスカレーター・エレベーターでお見舞いの方に対しても注意している



はい	77%
いいえ	23%

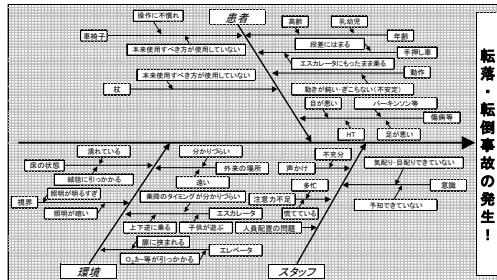
目標設定

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

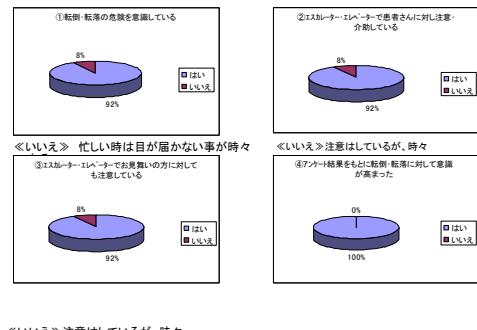
特性要因図



対策の立案

重要要因	一次対策	二次対策	効果	実績
高齢者	意識し注意して見る	介助する(手を添える)	○	○
ふらつきのある方	椅子に座っていいだいて話をする	車椅子を勧める	○	○
酔っ払い歩行の方	一緒にゆっくり歩いていく	車椅子を勧める	○	○
エスカレーター				
子供が遊んでいる	子供が遊ばないようにする	注意をする	○	△
手押し車を運び乗る	手押し車の方はエレベーターへ	エレベーターへ案内する	○	○
迷入徘徊の徘徊がつかめない	お年寄りの方は注意して見る	一緒に居る	○	△
徘徊(くわいとう)	声をかける	介助する(手を添える)	○	○
まごまごしている人	誘導する	スナップにあがるとき見てあげる	○	○
大きな荷物を持って来る	見守りをする エレベーターへ案内	万一手の時は停止ボタンを押す	○	△
エレベーター				
駐車場から車椅子の方	器具が引かからないように注意する	声かけ、説得をする	○	△
足の悪い方・杖使用の方	注意をして見る	介助して一緒に居る	○	△
昇降時間のかかりそうな方	介助する	「間」のボタンを押して様子を見る	○	△
操作の下手な方	操作方法を教える	迷ったときにあがる	○	△
小児用の車椅子ハイchair	子供の頭部の危険があることに注意する	ストップへの通路変更する	○	○
室内や廊下で走る子	注意して見る			

意識調査結果(効果測定)



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	転落・転倒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、調査に臨めなかつた
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。	難しかつた。(委員自身がキツチリ勉強できていなかつた。)
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つた。
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い意識付けになつたので、事務部門にTOC活動の意義を広めていかねばならない。	

現状の把握(アンケート①)

『アンケート調査集計結果平成19年2月28日』(一部抜粋)

- ①普段患者さんを見てさせてしまうような対応をしてませんか？
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転落事故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してますか？
A いいえ、3-最短より安全優先
B はい 13

③患者さんは倒れたり転んだりしないよう心かけていますか？
A ない 0
B ある 15

④倒れたり転んだりする危険性があると思われる患者さんはありますか？
A ない 1
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つかまない方がある等

⑥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
乗り下ろさ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

《アンケート結果焼き》

- ⑩エレベーターについて危険だと思われるることをおしえてください
挿込み(5枚) 酒精カート、椅子等が引いたりかかる

⑪エレベーター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(4枚) 老人や操作の苦手な方は一緒に乗り案内する 等

⑫受け付外来などの待合椅子の配置などで危険だと思えることをおしえてください
椅子と椅子との間隔が混雑する上位につまづきがあり危険 等

⑬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

⑭事故にならなくなても転倒転落事故のヒヤリ 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?

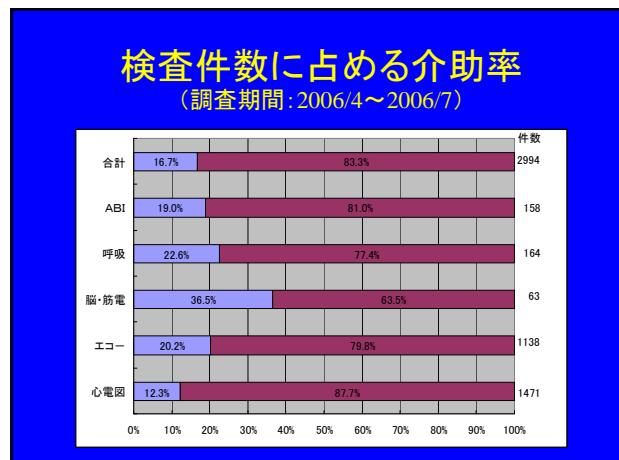
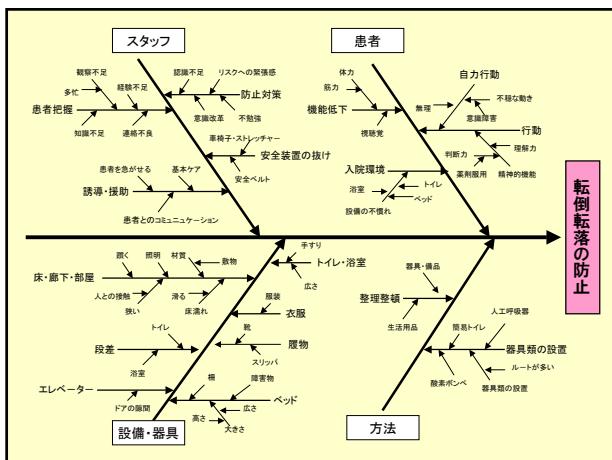
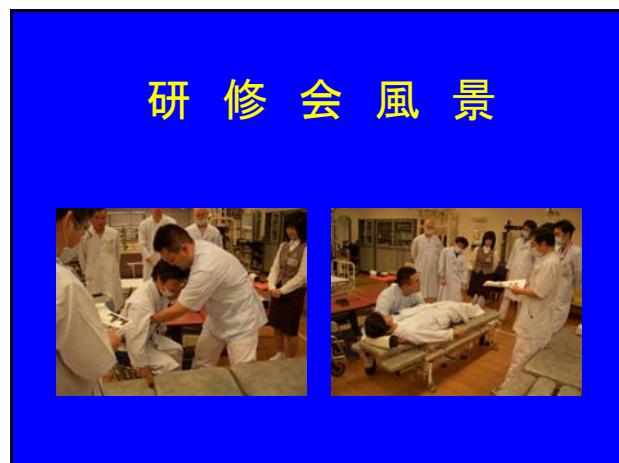
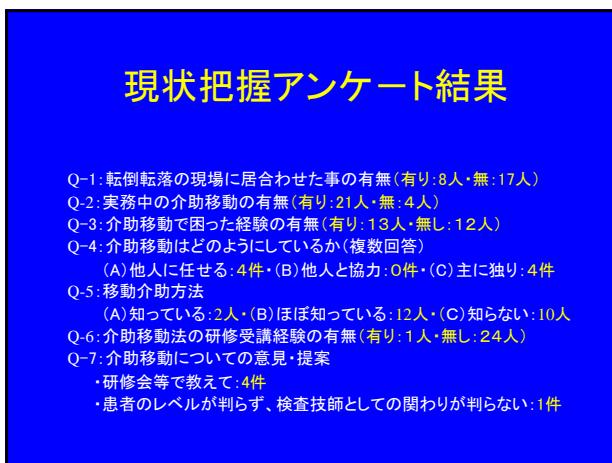
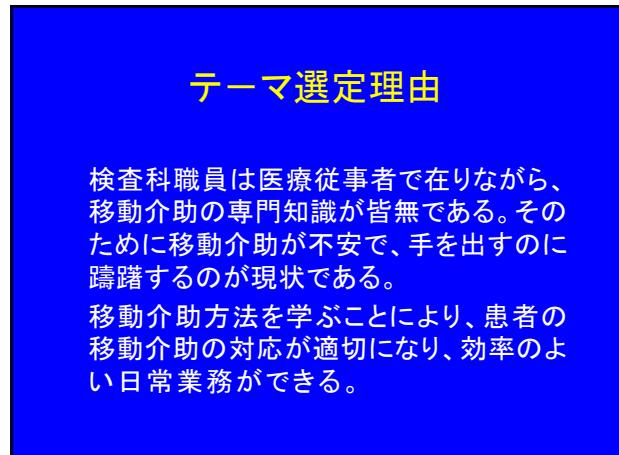
A ない 8
B ある 5

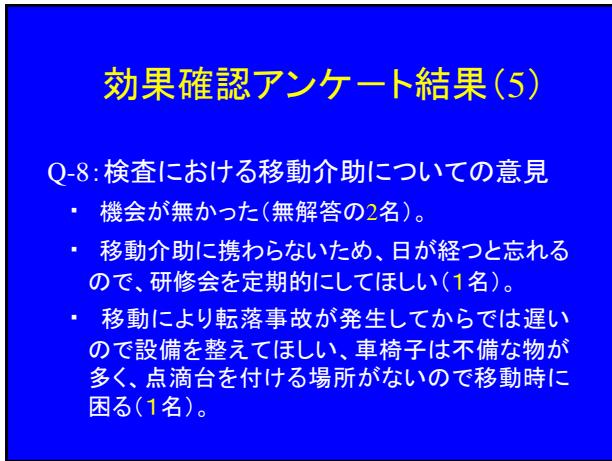
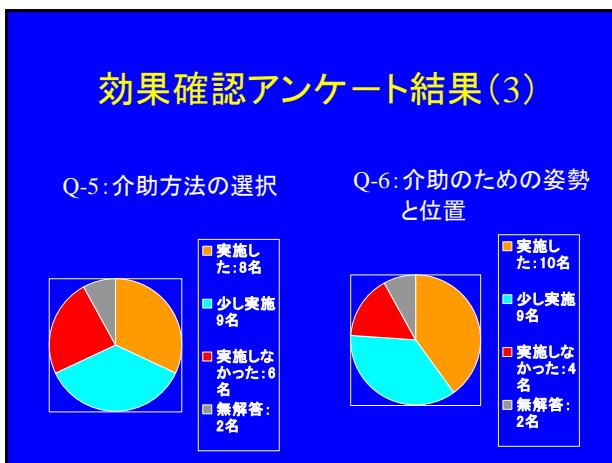
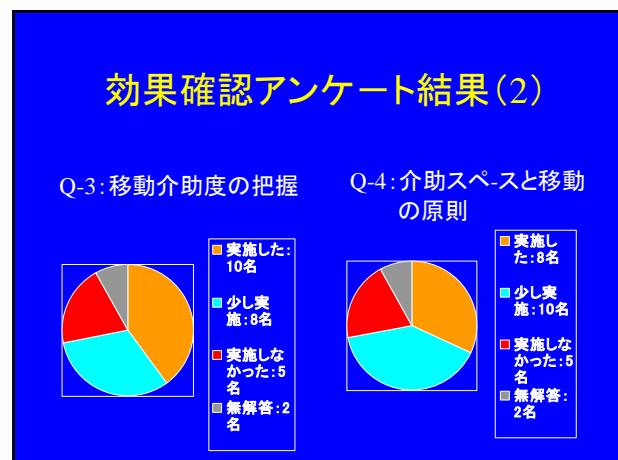
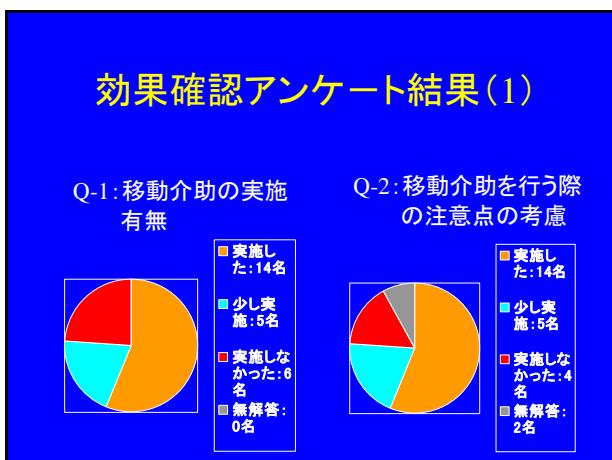
⑮院内・院周周辺で(受付周辺、外来の待合、エスカレーター以外に)危険だと思う場所はありますか?

A ない 7
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. 乗客が転倒・転落の可能性があるか否か、受けられるたびに意識されていますか？
A はい 13件 ※忙しい時は自分が知らない事が時々ある 1件
B いいえ 0件
2. 乗客席において転倒・転落の危険性がある事か様、割れたり極端にだらしなく意識されていますか？
A はい 13件 ※忙しい時は自分が知らない事が時々ある 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監視・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・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、他の方に射しても危険に関して意識していますか？
A はい 13件
B いいえ 0件
5. お見舞い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記っておられますか？
A はい 9件
B いいえ 0件 ※注意はしているが、時々 1件
6. 外来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監視・転落を意識して注視されていますか？
A はい 13件
B いいえ 1件 ※受けたときに乗客状態が見えない 1件
7. アンケートの最終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監視・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





歯止め

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的確にできる。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: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躊躇して転倒しかけた。
- 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: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%)・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
- 命懸け時の対処: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%)・無回答: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・他人の見よう見まね・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)	無回答・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)

研修三ヶ月後

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-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は、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

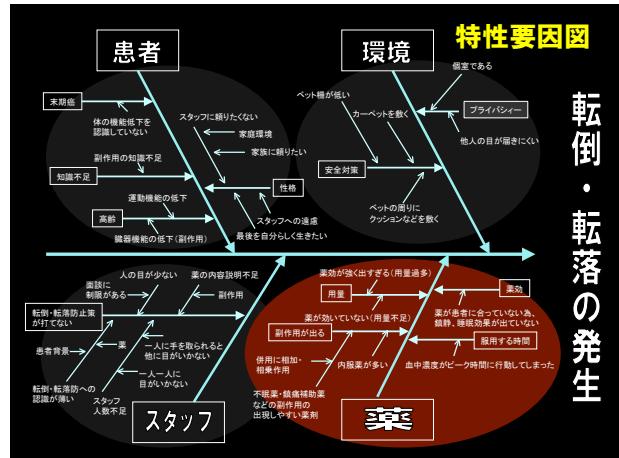
テーマ選定理由

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

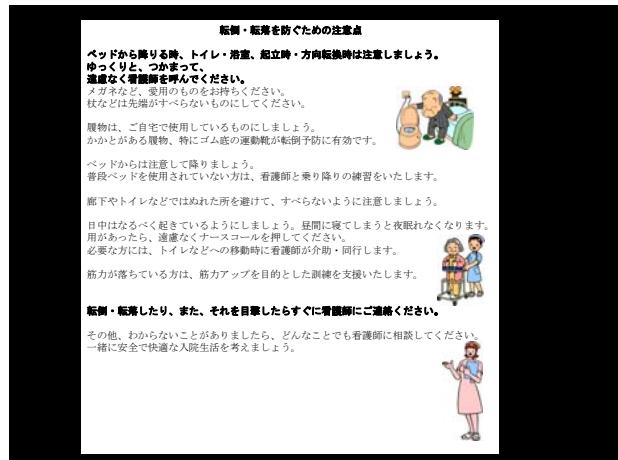
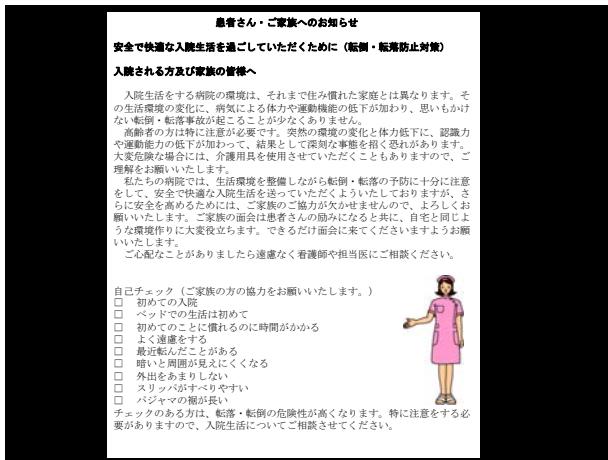
- (1) 新規入院患者の服薬している薬剤で、せん妄、筋弛緩、めまい等を誘発させる薬剤が含まれていないか調査し看護師へ報告する。
- (2) 新たに処方された薬剤についても調査し、同様に報告する。
- (3) メンバーのうち一人が週1回行われるカンファレンスに出席し、投与されている薬剤について検討する。

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・転倒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。

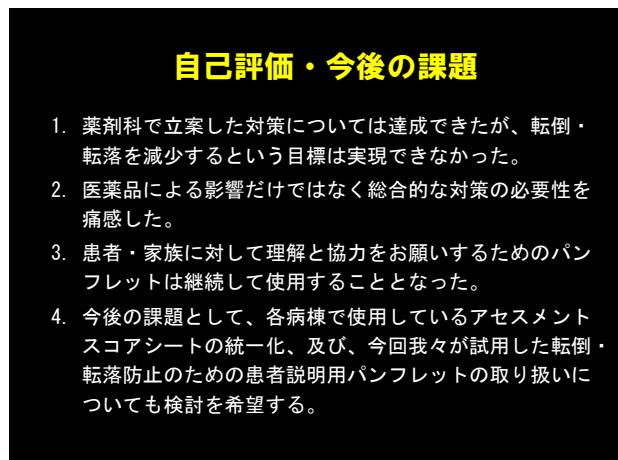
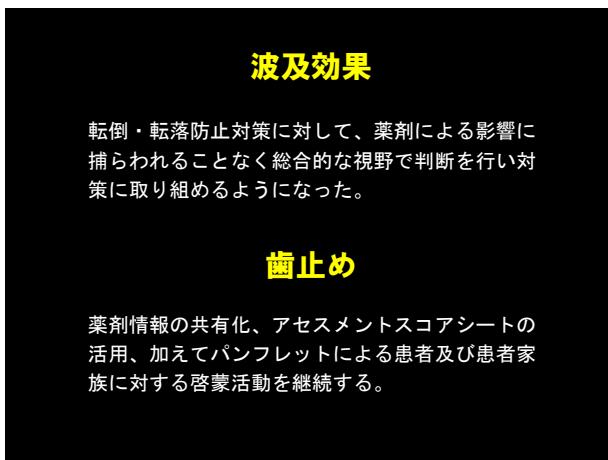
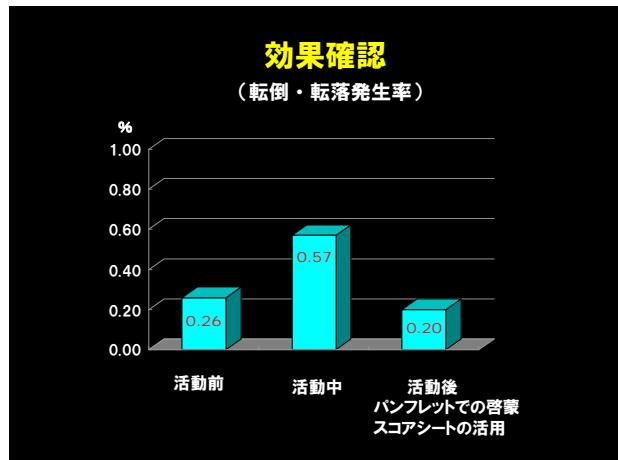
追加対策

- (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。



ID : 氏名 :	E. 転倒・転落アセスメントスコアシート(例)	
評価 患者評価(10点)		
分類	物語(色隠子)	評価
①年齢	77歳以上	2点
②既往歴	○転倒したことがあります ○失禁・しきれい・脱力発作	2点
③身体的機能障害	○歩行者 ○歩行障害 ○坐位、頭部の支え(頭痛、変形など) ○歩行せず ○歩行歩行(うねり)	3点
④精神的機能障害	○見当識障害 ○認知力、理解力、意思の低下 ○判断力、理解力、意思の低下 ○不適行動(多動・徘徊)	4点
⑤活動状況	○歩行者、杖、車椅子を使用 ○移動時の介助 ○姿勢の異常 ○付着品(点滴袋、胃管、ドレン等) ○その他()	4点
⑥薬剤	○服薬 ○内服薬(種類) ○外服薬(種類) ○内服薬(種類) ○外服薬(種類) ○抗ヒスタミン薬 ○抗ヒスチジン ○抗うつ薬 ○抗血小板剤・抗凝固剤 ○その他()	各1点
⑦排泄	○排泄 ○介助が必要 ○介助が必要な状況 ○便失禁がある ○尿失禁がある ○その他()	各1点
合計		
他欄		

※「アセスメントスコアシート」は日本看護学会より許諾を得て掲載しています。
評価は、患者の状態を評価するための目安であり、必ずしも実際の状況を反映するものではありません。
評価は、患者の状態を評価するための目安であり、必ずしも実際の状況を反映するものではありません。



TQC活動
配膳時の安全確保

サークル名<ブツケンジャー>
○西澤 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

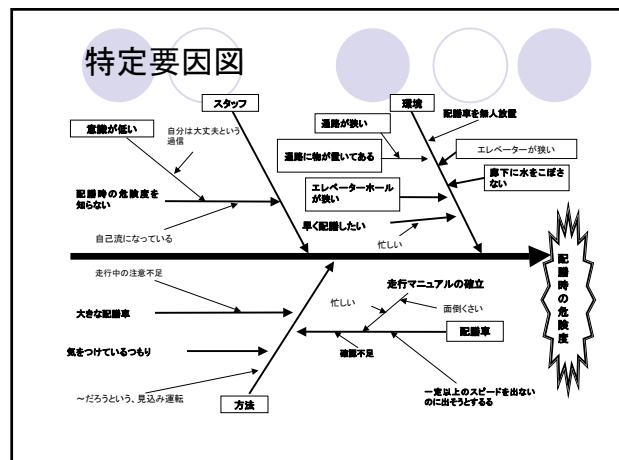
現状把握

- 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。何かにぶつかる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◇◆◇

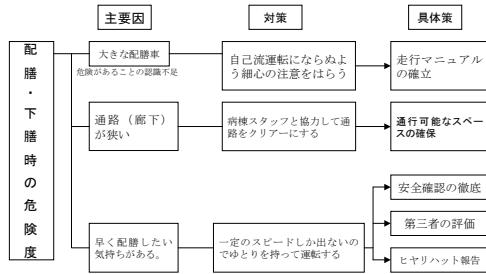
①エレベーター出入りの際
1)何もないことを確認する
2)開放ボタンを押す
3)後退で配膳車を中に入れる
4)引っ張りながら出す

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」「丁字路」に進入する際は一旦停止を行い左右確認後に走行する。



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でき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。

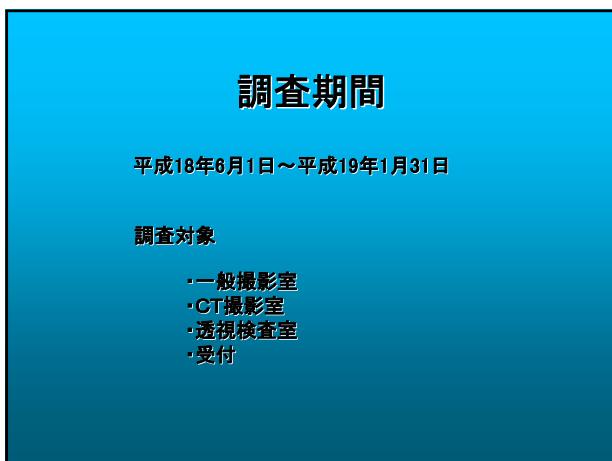
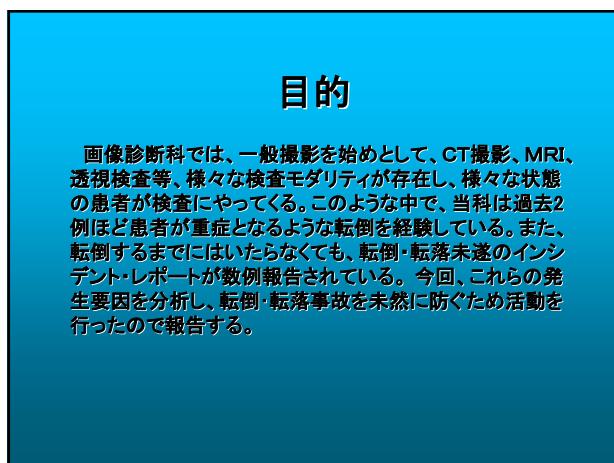
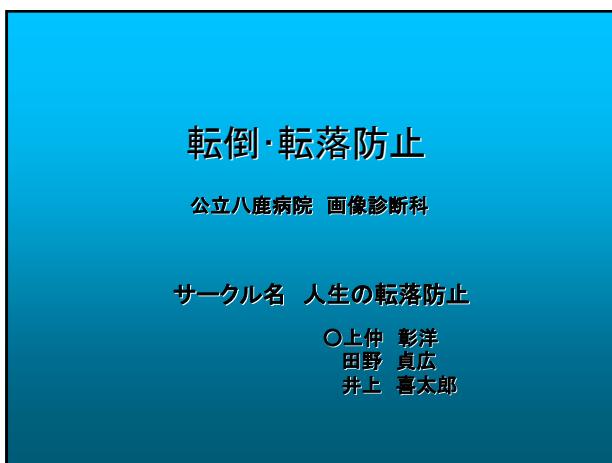
歯止め

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。

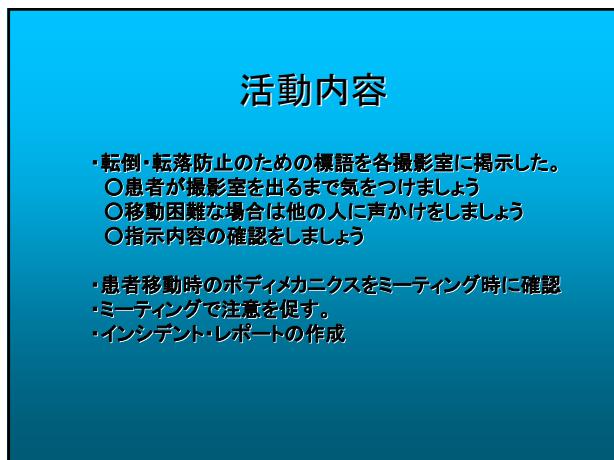
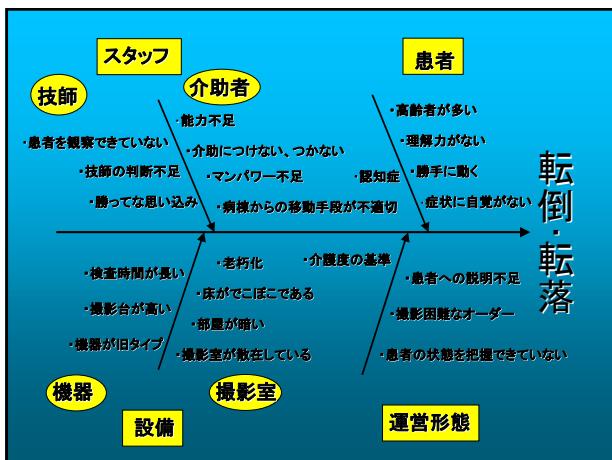
対人との事故はあってはならぬことであり、常に危険性を重要視し、今後の配膳業務を病棟スタッフと共に、改めて正確かつ安全に行えるように努めていきたい。



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	1006	928	981	908	918	893	899	858	7371
透視検査	361	220	355	320	284	263	249	195	2227
総件数	5359	5059	5214	4750	4884	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。



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・転落の報告は無かった。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つたこと、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ましたため、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。

第1回TQC大会 2007.4.27

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

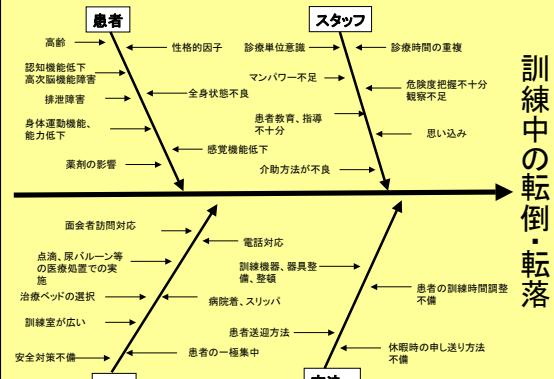
- ・リハビリ室での訓練中、大丈夫であろうとの思い込みから患者から離れる
- ・介助、監視方法が不十分、不適切
- ・業務多忙、患者の訓練時間の一極集中など(特性要因図参照)

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おける安全管理・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

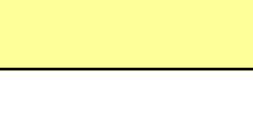
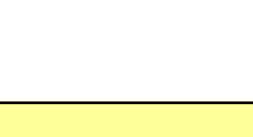
活動内容

- ・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)と歌山製鉄所がKYT開発、昭和57年国鉄の指さし呼称を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
 - 職場や業務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、考え方、分り合って「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

	リーダー 議題把握 こんな想定が描いてある 議題把握 これで何がされる「想定される事象」を書き出していく。 「~なので~になる」「~して~になる」「~なので~して~になる」 対応策立案
	2 R 議題把握 これが想定のポイントだ 議題把握 どの項目の中でも重要な項目一日目 の項目の中からも重要な項目一日目 Q&A開拓 「あなたがどうする」 1人1題目
	3 R 対応策立案 あなたならどうする 対応策立案 対応策に対する具体的で実行可能な対応 を提出する。→各自課題目 Q&A開拓 「あなたがどうする」 1人1題目
	4 R 目標設定 私達はこうする 目標設定 (1)日で出来た中でも重要な対応→一日 単位で目標が「重点実現項目」 ①重点実現項目からグループ別目標を設定 重点 グループ別目標を全員で細かい話し合い で確認することを重視したい。 リーダー「グループ別目標（一を～して～ ようヨリ）」→実現「～を～して～しよう ヨリ！」

例) どんな危険が潜んでいますか



KYT事例

事故報告例より

2006年○月△日 午前11時

セラピストA

多化度·普遍
内容:

少しな

患者様にプラットフォーム上で端座位をとつてもらってその場を離れ転倒

防止策・教訓:

常に注意を怠らす患者様のそばを離れない
離れるのであれば安全確認をしてからおこな
う

患者の状況が把握できなかつた(C)
主担当が十分な情報提供をしていなかつた
(B)
一休暇、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、大さき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件とむしろ増加し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つたが各スタッフによる内在的意識改善への啓蒙、気づきにはなつた。
- 3)スタッフ間で声を掛け合う習慣が出来た。
- 4)全スタッフ募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KY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