

# 令和7年度PDCAサイクル((転倒転落ワーキングチーム))

P



## 令和7年度の活動

目標: 転倒・転落によるレベル3b以上の発生率減少

### 1. 部署ラウンド

#### ① 医療安全(転倒・転落予防)ラウンド

目的: 転倒・転落予防対策の状況把握や療養環境について評価を行う

実施: 22部署

実施者: 医療安全管理者・理学療法士・作業療法士

医療安全推進委員(看護師)・医療安全推進担当者

#### ② 転倒・転落発生後ラウンド(対象患者の再発防止に向けた個別対応)

目的: 転倒・転落事故の減少、再発防止及び発生時の重大事故への拡大防止

実施: 転倒・転落DiNQLレベル4以上の事例

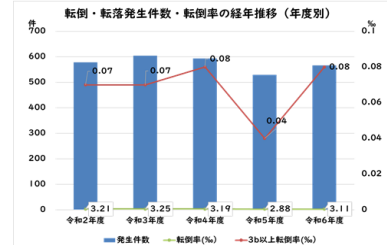
実施者: 医療安全管理者・理学療法士・医療安全推進委員(看護師)

### 2. 外来における転倒・転落発生防止

#### ① 外来ラウンド

目的: 転倒・転落の発生状況の把握や環境について評価を行う

実施者: 医療安全管理者・理学療法士・医療安全推進委員(看護師)



D



### 1. 部署ラウンド

#### ① 医療安全(転倒転落予防)ラウンド

【方法】

医療安全推進担当者によるチェックリストを用いた自己・他者評価を実施  
理学療法士・作業療法士と各部署の転倒転落発生状況について情報共有

【実践】

医療安全推進担当者が所属している22部署を対象に実施

12月: 転倒・転落リスクの情報共有ツールとして、電子カルテのベッドマップに危険度を表示

#### ② 転倒・転落発生後ラウンド(対象患者の再発防止に向けた個別対応)

【方法】

転倒・転落DiNQLレベル4以上の事例に対し、発生時の状況や療養環境、身体機能、認知機能等を確認し、解決策および予防策について助言

転倒・転落ラウンド: 1件

○椅子から立ち上がる際、眩暈を生じて転倒

【助言内容】

⇒Hb: 10、PLT: 0.3万であり、シルニジピン内服中のため、椅子から立ち上がる際には手すりを持ち、ゆっくりと行い、眩暈やふらつきがないことを確認するよう、患者指導について説明

⇒患者の性格上、リハビリを積極的実施できないことや、浮腫により踵のある靴の使用が難しく、踵を踏んでの歩行状態であることから、歩行器を積極的に活用するよう、患者指導について説明

### 2. 外来における転倒・転落発生防止

#### ① 外来ラウンド

・R7年3月に再来受付機での転倒骨折事例あり

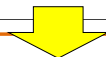
⇒医療安全推進室で再来受付機設置場所について検討

・R7年度エスカレーターでの転倒・転落発生: 6件(R6年度3件)

⇒9月: エスカレーターの適正使用を促すため、

①エスカレーター昇降周囲にポスター掲示

②受付・診察モニター画面での注意喚起



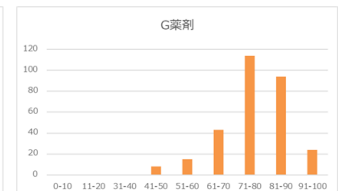
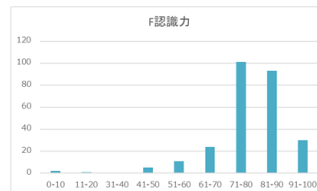
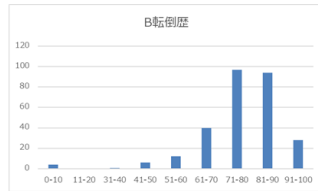


### 転倒・転落発生状況

病棟: 8件	外来: 2件
4月	右大腿骨大転子部剥離骨折
6月	頰蓋骨折...・輸血 硬膜外血腫...・輸血
7月	ステム周囲骨折
10月	圧迫骨折 鼻骨骨折
12月	右寛骨線状骨折
2月	頰蓋骨折・大転子部骨折...・入院 外傷性くも膜下出血・頭蓋骨折...・入院
3月	両側急性硬膜下血腫...・死亡

### 発生件数

レベル5 1件。(両側急性硬膜下血腫)  
レベル3b 4件。(6月:頰蓋骨折、硬膜外血腫、2月:鎖骨骨折・大転子部骨折、外傷性くも膜下出血・頭蓋骨折)  
レベル3a 5件。4月1件(右大腿骨大転子部剥離骨折)、7月1件(ステム周囲骨折)、10月2件(圧迫骨折、鼻骨骨折)、12月1件(右寛骨線状骨折)は保存的経過観察にて入院日数の延長なく、レベル3aとなっている。  
レントゲン所見確認遅れや報告遅れあり、リスクマネージャー会で注意喚起した。



- ・転倒・転落アセスメントにおいて最も注意すべき項目は転倒・転落歴であり、特に認知や判断力・理解力の低下は自分は動けると過信していたり、転倒・転落リスクを理解できないなど、転倒・転落が発生しやすい。
- ・71歳以上では、78%が睡眠剤、麻薬、下剤などを使用しており、薬剤の影響や、夜間のトイレなどで転倒・転落が発生しやすい。
- ・ナースコールを押さない、ナースコールが認識できない場合、患者行動の先取りができず、移動や排泄の介助が間に合わないことがある。起き上がろうとする段階で検知する離床センサー(CACHTⅢやうーご君)を活用しているが、電源入れ忘れによる転倒・転落が発生している

### エスカレーターでの転倒・転落

- ・病院玄関から再来機受付後の動線としてエスカレーターに利便性あり。
- ・エレベーターは離れた場所やエレベーター経路の表示が目立たない状況であった。  
⇒R6年度:目に着きやすいようにエレベーターへの誘導路の掲示、案内板の表示シルバーカーへの注意喚起を行い、エレベーター利用を促した。  
⇒R7年度:エレベーターでの転倒・転落が4月～7月で4件発生した。(+1増加)  
9月エスカレーター昇降周囲にエスカレーター使用禁止の注意喚起を掲示した。10月2件発生したが、それ以降発生なし。

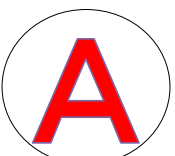
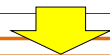


### ストレッチャーからの転落

- ・ストレッチャーからCT寝台への移乗準備中、柵を下ろした隙間からの転落により頭部裂傷1件。  
⇒寝たきり患者において、複数名での介助、重心確認などの安全確認が必要であった。...再発防止の取り組み作業療法士の専門的な視点から「患者の安心・安全」と「介助者の腰痛予防」の実技研修を受講した。
- ①スライダーを使用したストレッチャーから寝台への移動方法
- ②車椅子から寝台への移動方法
- ③リクライニング式車椅子から寝台への移動方法
- ④腰に負担をかけない離床・臥床の方法
- ・患者の側を離れて転落1件。  
⇒患者の身体状況(麻痺、意識障害、認知症)など、患者が動いたり、予期せぬ行動をとったりして転落しやすい状態であることを十分に把握することが重要。



転倒・転落によるレベル3b以上の発生率は、0.02%と昨年度より減少した



- ★院内で発生するオカレンスの中で転倒・転落は2番目に多く、時に死亡等の重大事故になる。外来や入院患者の高齢化により転倒・転落しやすい状態であり、転倒・転落により患者への影響が発生することから、リスク評価と対策が重要である。
- ★プロセス型転倒・転落事故防止: 離床センサー電源入れ忘れなどの医療者のエラーや介助下で発生する転倒・転落事は防がなければならない。(医療者の過失となることもある)
- ★非プロセス型転倒・転落事故防止: 患者の自発的行動によって発生する転倒・転落は、行動予測が難しいため、患者状態のアセスメントからリスク評価を行い、予測性を持った環境整備とケアによって発生件数を減らすことが必要である。
- ★転倒・転落患者の多くは高齢で、認知症やせん妄などがあり、何度説明しても忘れてしまう患者の認識力の問題、病状、運動機能、活動領域、薬剤の影響など内的要因については、多職種で連携して取り組んでいく。転倒・転落のきっかけとなる行動に繋がる排泄については、排泄ケアの見直しなど検討し対策が必要である。
- ★転倒・転落アセスメントにより高リスクと判定される患者が増加傾向にあり、ベッドマップの危険度表示を活用し、多職種間で情報共有する。
- ★ストレッチャーからの移乗において、1人で柵を下ろすのは転落のリスクを高める行為であり、複数名で行う。ストレッチャーでの待機中、側を離れるという行為は、転落の危険を無視したことになるため、「ちょっとした時間」であっても患者の側から離れず観察を行い、不安や動きの変化がないか確認し、転落事故を未然に防止する。(安全配慮義務違反として、過失を問われる)

### 【今後の展望】

- ・ベッドサイド以外での場所で転倒することもあり、高リスク患者に対する区別(転倒虫マークやリストバンドの色別)等、患者を見れば転倒・転落高リスクを把握できるシステムの導入。
- ・受付時から安全な外来受診の支援体制として、外来患者の転倒・転落リスクスクリーニングによる高リスク患者の抽出(転倒・転落の危険度が外来予定一覧表に表示されるなど医療のDX化)による介入。
- ・ポスター掲示や注意喚起は形骸化する可能性が高く、エスカレーター動線上の場所への介助者の配置。