

患者・家族・医療チームがそれぞれの立場で転倒転落防止活動ができるように支援・調整する

聖マリアンナ医科大学病院 久永 加代子

【概要】

複雑化する医療や患者の高齢化を背景に医療事故は後を絶たない。医療事故は患者、家族に影響を与えるだけでなく事故にかかわったスタッフ、部署全体さらには病院にも多大な影響を及ぼす。当院でも平成 24 年度に転倒転落による重大事故が多発したことを受け、看護部として事故を減らすことを目標とし組織的に取り組むために、平成 25 年度は転倒転落防止委員会を立ち上げた。しかし、医療事故は看護部会議、委員会、各部署での対策や活動だけで解決できる問題ではない。医療安全管理室との連携をとり、患者、家族も巻き込んだ病院全体での取り組みが重要でありそれらを支援・調整することが必要不可欠である。

【背景】

平成 24 年度は、転倒転落の医療事故が多発し、レベル 3b 以上の重大医療事故が前年度の 1.4 倍（転倒転落事件事例 779 件中 26 件）発生した。手術適応となる骨折や急性硬膜下血腫もあり、中には死亡に至った事例もあった。重大事故が増加した要因として医療チームスタッフの知識不足やアセスメント不足、体制の不備、コミュニケーション不足、患者・家族への説明や効果的な指導ができていないなど医療チーム側に起因するもの、患者・家族の知識や協力の不足など患者・家族に起因するもの、90%以上の病床稼働率、患者の高齢化、医療の複雑化など医療構造に起因するものがあると考えられた。また、大きな組織の中では、組織全体に医療事故に関する決定事項が伝わりにくく、特に事務部門などには事故の重大さが現場ほどには伝わらない。看護部と医療安全管理室との情報交換やそれぞれの役割分担の確認、認識も不十分であった。私は、看護部でリスクマネジメントを担当する副部長として、現場の問題解決を行うとともに、病院全体で事故防止活動に取り組んでいくための計画を立案し実践した。

【実践計画】

- 1) 看護ケア質評価会議、転倒転落防止委員会を中心に事故分析を行い、予防活動と事故後の対応を標準化し看護の質を高める。
- 2) 医療安全管理室との連携を図り協働して事故防止、事故発生時の対応ができる。
- 3) 関係部署、他部門に協力を依頼し病院全体で事故防止への取り組みができる。

【結果】

- 1) 看護部会議、委員会の活動推進とリスクマネジメントナースの支援

①看護ケア質評価会議：看護部の理念達成に向けた看護ケアが提供されているか質を統合的に評価するために、これまで活用していた「病床分析シート」に加え「医療の安全分析シート」を作成しデータ収集、整理を行った。それらの情報をもとに分析、評価した結果を転倒転落防止委員会に提示した。

②転倒転落防止委員会：看護ケア質評価会議で検討された結果をもとに現場での解決策を検討した。医療安全管理室の師長をメンバーに加えたことにより、事故事例の具体的内容が把握でき、情報整理も円滑に行えた。キャスター付きのサイドテーブルを支えにしたことによる転倒が多かったため、ステッカーを作成しすべてのサイドテーブルに貼付した。注意喚起のポスターを作成し各部署へ情報提供し、予防対策を標準化するために「転倒転落予防具選定基準フロー」を作成、配布した。リスクマネージャー一部会とも連携し、転倒後のケアを標準化するための「転倒転落パス」の運用を開始しフォローしている。委員それぞれが、担当病棟をもち病棟ラウンドを行いフローチャート、パスの運用を確認し指導しているが、まだ全体に浸透しているとは言えない。

- ③リスクマネジメントナース会：副師長は、リスクマネジメントナースとして各部署で中心とな

り事故防止、感染防止、褥瘡予防、災害対策の活動を行っている。昨年度は年4回の時間内の会議を設定したが、グループワーク、活動のまとめを勤務時間内に行うため今年度は年6回の会議時間を確保した。医療現場で副師長は、スタッフを指導、教育する役割があり、自分たちが他者から学習する機会は年々減ってきている現状がある。そこで副師長教育として、私自身が参加した「国公立私立大学附属病院医療安全セミナー」で学んだ内容の講義を行った。転倒転落予防研究会の紹介をし、2名の副師長が参加。その後、伝達講習を企画、実行した。また、「転倒転落パス」を作成したリスクマネージャー部会の師長に依頼し、パスの詳細、運用方法を説明する時間を設け、現場での周知と活用を促した。2月6日には、リスクマネジメントナースの活動報告会でそれぞれの部署での活動結果の発表があり、部署によっては転倒転落が昨年度の半数になっているところもあった。

2) 医療安全管理室との連携

医療安全管理室の師長2名との安全ミーティングを10月から月1回実施し情報交換と課題の共有をはかっている。研修参加状況や検討会の実施報告書の提出状況もタイムリーに把握でき、参加率や提出率の低い病棟師長へは看護部からも個別に注意を促している。患者、家族教育として入院時オリエンテーションで活用することを目的に、「入院のしおり」を転倒転落防止の内容を多く盛り込んだ内容に改定した。自治医大監修のDVD「転ばぬ先の知恵」も各部署の患者に見せられるようプレイヤーと一緒に貸し出されるようになった。前年度からの懸案事項であった転倒転落パスも承認され運用可能となった。

3) 関係部署、他部門に協力を依頼した事故防止への取り組み

施設整備課へは院内危険箇所を写真撮影し修理依頼を行った。本来であれば施設課が、定期的に病院内をラウンドし危険箇所を発見、修理してほしいが、点検範囲が広いこともあり、あまり積極的ではない。そのため、こちらから協力し依頼をかけるしかないと考えた。依頼内容に速やかに対応してもらえるようにフォロー、確認を行い2か月ほどで対応は完了した。

物品調達課にはサイドテーブル用のステッカーを依頼した。直接、部門長に話をしたこともあり速やかに対応し作成してもらえた。

【評価及び今後の課題】

転倒転落事故に関しては4つの指標を設定した。以下は、平成26年2月末現在の結果である。

重要業績評価指標 (KPI)	目標値	平成25年度実績	平成24年度実績
転倒転落事故総数	昨年度より減少	625件	779件
転倒による重症合併症発生数	13件(全転倒転落中2%)	13件(2%)	26件(3.3%)
転倒転落パス運用割合	100%	72%	パス作成途中
医療安全研修6点未満の割合	0%	0.7%	5.6%

看護部組織の活動に加え、医療安全管理室との連携、他部門の協力も得られ転倒転落の発生件数は減少、重大事故発生も昨年の半数と減少し、いずれも目標値の範囲内であった。しかしパスの運用に関しては目標値を下回っており今後も運用の確認、個別の指導が必要である。また研修の受講も100%目指したが達成しなかった。時間外の医療安全研修会は、交代勤務の中でも参加できるような意図的な勤務管理が必要である。今後も医療安全管理室、各部署と協力し、転倒転落に限らず医療事故全体の予防と発生時対応の標準化を促進することが課題である。安全で良質な医療の提供という病院の基本方針を実践するために、全ての職種が同じ目線で進むことが理想ではあるが、直接患者とかかわらない部門では何をすればよいかかわからないということもある。協力してほしいことをデータや写真でわかりやすく示し、それぞれの力を発揮できるように調整、依頼することで事故防止活動を推進していくことも今後継続して行っていきたいと考える。