

A病院循環器センターにおける転倒・転落事故の現状と今後の課題～第2報～

岩村 星 尚 鈴木 裕 也 水落 智 士 勝浦 明 恵

Key Word: 転倒事故 事故防止 医療安全

要 約

A病院循環器センターでは2017年度に、川村¹⁾の「急性期病院の転倒・転落の発生構造」(以下:発生構造)を用いて転倒・転落事故(以下:事故)事例分析を行っており、2019年度から院内マニュアルに沿った安全カンファレンスの強化と、身体抑制基準に基づいて選定された安全用具のチェックリストを作成・導入するなどの追加対策を行った。結果として、状態変化時の安全カンファレンス実施件数は増加し、安全用具使用中の事故と、安全用具の作動不備は減少した。これらのことより安全用具のチェックリストの導入は効果的であり、転倒リスクが高い患者に対してのスタッフのリスク感性は向上したと考える。

しかし、判断力有の患者の事故件数が増加していたため、今後の課題として、患者への入院時の教育や転倒防止対策への理解・協力を働きかけた対策が必要であると考ええる。また、入職者や勤務異動者が業務に慣れるまでの時期、入院患者が増加し業務が煩雑となる時期も同様に事故件数が増加しているため、スタッフへの教育と事故防止対策を強化し、全体のリスク感性の向上につなげる必要がある。

はじめに

2017年度に転倒転落事故の防止対策の評価と事故件数の減少を目的として、川村治子¹⁾の先行研究をもとに、転倒転落患者の集計と要因分析を行い、今後の対策・課題を抽出した。2017年度は17件の転倒転落事故が発生しており、傾向として「転倒発生時期は業務が煩雑となる時期が多かった」「状態変化時の安全カンファレンスの実施が少なかった(8件)」「安全用具の作動不備が多かった(5件)」という結果となった。今後の課題として「①判断力のある患者の転倒が多く、患者の転倒防止への理解・協力が不可欠である」「②基準に沿った安全カンファレンスの周知徹

底を行う」「③安全用具の正しい活用方法の周知徹底を行う」の3つが挙げられた。

上記より、2019年度より、院内マニュアルに沿った安全カンファレンスの強化と、身体抑制基準に基づいて選定された安全用具のチェックリストを作成・導入するなどの追加対策を行った。

そこで本研究では、対策を施行した2019年度の当センターの転倒・転落発生時の患者の状態・要因を分析し2017年度と比較する事で、対策の評価と今後の課題を明確化し、事故の減少を目指していこうと考えた。

I. 研究方法

1. 研究デザイン: 量的記述的研究
2. 対象: 2019年度の循環器センターにおける転倒事故19件
3. 期間: 2019年4月1日から2020年3月31日
4. データの収集方法

H30年度の循環器センターにおける転倒事故19件の事例レポートから、先行研究をもとに、発生構造と要因項目に分けて情報を抽出した。

(1) 発生構造

- 1) 看護師非介入下・判断力あり・自力排泄行動中
- 2) 看護師非介入下・判断力あり・排泄以外の自力行動中
- 3) 看護師非介入下・判断力低下(認知症・せん妄)の転倒転落
- 4) 看護師介入下(看護師の介助・観察したの転倒・転落)車椅子待機中など)

(2) 要因項目

年齢、性別、疾患名、認知症高齢者の日常生活自立度、発生日、発生時間、在院日数、転倒場所、転倒前転倒転落スコア、転倒後転倒転落スコア、転倒時の安静度、状態変化の有無、安全カンファレンスの実施有無、安全用具使用状況、安全用具作動不備の有無、患者の気質的要因の有無

5. 用語の定義

旭川赤十字病院 6階みなみ病棟

Current status and issues of slips and fall accidents in a cardiovascular hospitals

Toshimasa IWAMURA, Yuuya SUZUKI, Satoshi MIZUOCHI, Akie KATSUURA

Japanese Red Cross Asahikawa Hospital 6th south

- (1)「発生構造」とは先行研究¹⁾の「急性期病院の転倒・転落発生構造」を元に看護師の介入下,非介入下の2種と,患者の判断力の有無をもとにさらに細分化した項目である。
- (2)「要因項目」とは当院の事故レポートと先行研究をもとに抽出した16項目である。
- (3)「事故」とは患者が病院内で転倒・転落を起こした事象を指す。

6. 倫理的配慮

内服事故発生時のレポートより研究に必要な情報のみを抽出し,個人が特定されないように配慮した。

II. 結 果

1. 急性期病院における転倒の2タイプ(表1)

2019年度の事故件数は19件だった。そのうち,看護師の介入が絡む転倒は5件から2件へ減少したが,介入が絡まない行動における転倒は12件から17件へ増加した。

2. 看護師の介入が絡まない行動における転倒(表2)

看護師の介入が絡まない行動における転倒17件のうち,判断力が保たれている患者の自力行動における転倒は11件であった。そのうち4件は排泄行動に伴う転倒,7件は排泄行動に伴わない転倒であり,いずれも増加していた。

3. 患者年齢と患者の状態変化(表3)

患者の年齢は70歳以上が16件であり,患者の状態変化に影響した転倒は10件から7件へ減少した。

4. 安全カンファレンスの実施件数(表4)

基準に沿った安全カンファレンス件数は15件へ増加し,状態変化時の安全カンファレンス実施件数は5件へ増加した。安全用具使用中の転倒は8件に減少した。

5. 安全用具使用中の事故件数(表5)

安全用具不適正は5件から0件へ減少した。

6. 月別転倒数(表6)

発生日数の多い時期は,7月に4件,12月に5件であった。

III. 考 察

1. 発生構造より

転倒事故全19件のうち17件が自力行動下で起きた転倒であり89%と高い割合を占めていた。川村は「自力行動における転倒・転落は,病院の転倒・転落事故の約3/4を占め,その3/4が看護師の視野外で発生する。」と述べており,先行研究と同様の結果が得られた。判断力のある患者の転倒のうち,排泄行動に伴わない転倒が7件に増加していた。判断力のある患者の排泄行動に伴わない転倒について川村は「理解可能な患者も多いことから,その防止に教育の期待ができる転倒転落である。」と述べている。当病棟でも転倒のリスクが低い患者への,入院時の教育や転倒防止対策への理解・協力を働きかけた追加対策の強化が必要である。

2. 要因項目より

川村は「高齢患者は,加齢による易転倒性に,さらに,疾病や障害,服薬薬剤による易転倒性も加わり,転倒リスク

は在宅高齢者や介護施設の高齢者にはるかに高い。」と述べている。本研究の結果からも19件の転倒転落件数のうち16件が70歳以上であった。高齢者が80%以上を占めており,同様の結果が得られた。安全カンファレンスの強化より,カンファレンス件数が3件から15件へ増加し,安全用具が使用されている患者の転倒と,看護師介入が絡む転倒がそれぞれ11件から8件,5件から2件と減少したと考える。また,状態変化時の安全カンファレンス実施件数が2件から5件へ増加した。ジェームズ・リーズンはヒューマンエラーは誰にでも起こり得る。それがどんな時にどのようにして起きるのかを明確にし,それが起き難い業務プロセスを検討する必要がある。例えば,時間に余裕を持つことや,チェックリストを用いて自ら行う業務をチェックしながら行うなどである。このような安全行動を日常行う業務に組み込むことが重要でこれを習慣化することである。²⁾と述べている。本研究でも,2017年度の課題より安全用具のチェックリストの作成・導入を行った。チェックリストを業務に導入することで安全用具の確認が習慣化され,作動不備の事故が減少したと考えられる。以上から,転倒リスクが高い患者に対してのスタッフのリスク感性が向上したと考えられ,対策は効果的であったと考えられる。しかし,入職者や勤務異動者が独立し業務に慣れるまでの時期・入院患者が増加し業務が煩雑となる時期の事故件数が変わらず多かった。このことから,事故件数が多い時期に的を絞った,スタッフ教育と事故防止対策を強化し,全体のリスク感性の向上が今後の課題である。

IV. 結 論

1. 2017年度の転倒転落事故の状況分析から,2019年度より新たな事故防止対策を追加した。
2. 対策を追加した結果,2019年度のA病院循環器センターの事故発生率は減少した。
3. 対策の評価として,安全用具の作動不備がなくなり,カンファレンス件数が増加するなど,転倒リスクが高い患者に対してのスタッフのリスク感性が向上した。
4. 今後の課題として,転倒リスクが低い患者への追加対策を検討し,事故件数が多い時期に的を絞ったスタッフ教育,事故防止対策の強化が必要である。
5. 今後に対策を継続していき,スタッフ全体のさらなるリスク感性の向上につなげていく。

本研究は,第15回医療の質安全学会にて発表した。申告すべきCOI状態はない。

文 献

- 1)川村治子:転倒・転落事例分析から見た対策と責任-医療安全の立場から-
Modern Physician Vol.34
- 2)藤森好子:安全確保のために医療提供体制を再考する
-医療安全確保のために看護管理者に求められていること-
医療安全管理学会誌.17(1).p.6-14.2013

表1. 急性期病院における転倒の2タイプ

～発生構造における分類から～

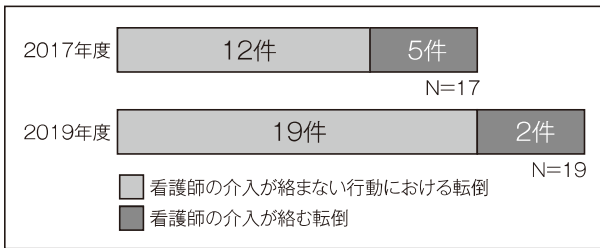


表2. 看護師の介入が絡まない行動における転倒

～発生構造における分類から～

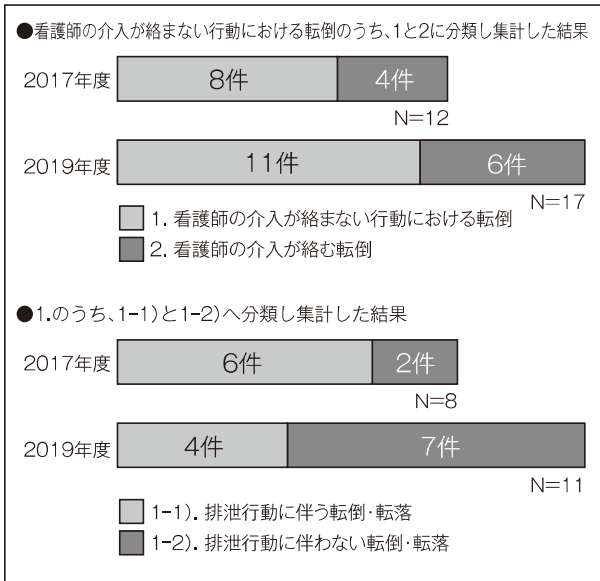


表3. 患者年齢と患者の状態変化

～事故レポート要因項目における分類から～

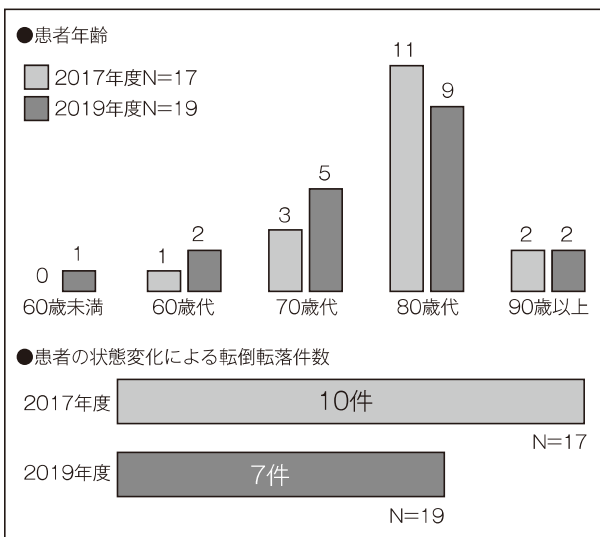


表4. 安全カンファレンスの実施件数

～事故レポート要因項目における分類から～

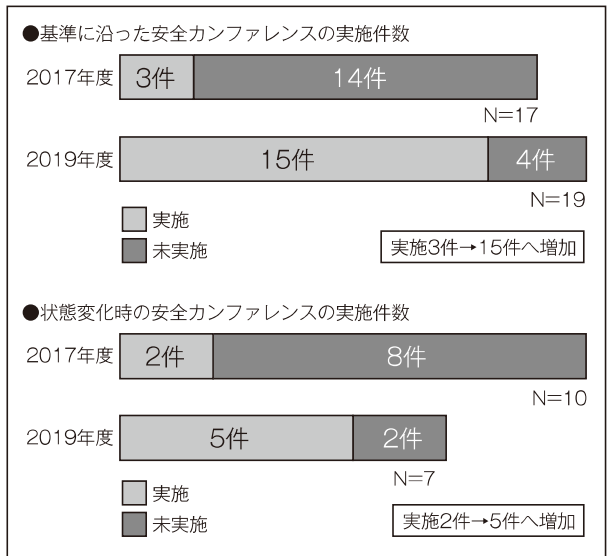


表5. 安全用具使用中の事故件数

～事故レポート要因項目における分類から～

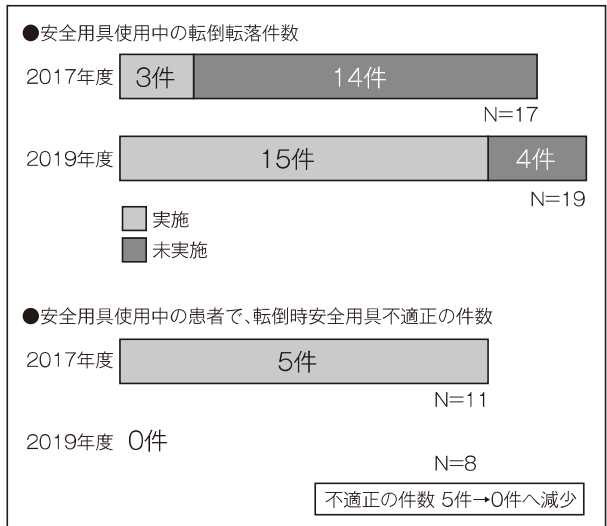


表6. 月別転倒数

～事故レポート要因項目における分類から～

