

平成 23 年 8 月 16 日

第 5 回誠愛院内勉強会

日時 : 平成 23 年 8 月 16 日 17:30~18:30

場所 : 新棟研修室

テーマ:「平成 22 年度 看護部事故報告のまとめ」

事故対策委員会:看護部 吉村綾子

平成 22 年度に看護部から提出された事故報告は、転倒・転落が 260 件、看護師による与薬忘れ 28 件、栄養チューブに関するものが 24 件、自己管理している患者自身の薬の飲み忘れ・飲み間違い 20 件、薬等の看護師のセット忘れ 18 件、血糖測定の忘れ 10 件、インスリンに関するもの 9 件、離院 7 件、注射 5 件、気管チューブ 3 件、誤配膳 3 件、誤薬(患者間違い) 3 件、その他 3 件でした。看護師による与薬忘れが増加していたのは、誤薬(患者間違い)を防ぐために、ベッドネームに薬を配薬し、ベッドネームと薬袋を確認して与薬する方法に変更したため与薬忘れの件数が増加しました。そのため、看護師の与薬業務が終わった後に、看護助手と協力して与薬忘れがないか再度チェックし、件数を減らしていきたいと思います。

次に転倒・転落件数と転倒・転落率の推移では、平成 18 年度は転倒件数 278 件、転倒・転落率は 4.1、平成 19 年度は転倒件数 331 件、転倒・転落率は 4.8、平成 20 年度は転倒件数 300 件、転倒・転落率は 4.3、平成 21 年度は転倒件数 297 件、転倒・転落率は 4.3、平成 22 年度は転倒件数 260 件、転倒・転落率は 3.7 と減少しました。

これは、平成 22 年度に行った準夜帯の勤務者の増員(2→3人)、ナースコールシステムの変更などの人的・物理的環境が整ったことが転倒件数の減少につながったのではないかと考えます。今後も、転倒予防策を充実させ転倒件数の減少につなげていきたいと思いません。

テーマ:「メディカルフィットネス あいあい倶楽部の事故安全対策」

事故対策委員会:メディカルフィットネス 課長 久保 敦

1. はじめに

- (1) 事故報告・・・平成 22 年度は、レベル0の転倒事故が1件発生した。
- (2) あいあい倶楽部も病院の事故対策・対応に準じて行動するが、他のスポーツ施設でおきている事故を参考に危険行動・箇所には、特に注意している。

2. あいあい倶楽部の利用者

- (1) 当倶楽部の主旨・規約を理解し、入会を希望される方
- (2) 身体的・精神的に自立して施設・設備を利用できる方
- (3) 現在の会員内訳は、当院外来患者(54%)、患者家族(3%)、一般(33%)、職員(10%)となっている。一般のスポーツ施設に比べ疾患、障がいをもつ方、高齢者が多い(70歳以上31%)。

3. あいあい倶楽部での危険の察知

(1) 運動に伴う変調・状態変化

a. 運動前後のバイタルチェックや運動中の顔色等をうかがうことで体調や状態変化を把握する。

b. 運動強度や頻度については、運動中脈拍やRPE(主観的運動強度)を指標に指導を行っている。

C. 基本は無理をさせない!

(2) 施設内、機器使用についての注意

a. 初回利用時のオリエンテーション(施設利用方法、正しい機器の使い方、プールサイド、シャワールームでの転倒注意)

b. 会員、利用者への積極的な声かけ(説明と同意)

(3) 転倒予防

a. 障がいをもつ方、高齢者への対応として、セラピストとトレーナーのダブル担当制で、身体状況把握、フィットネスメニューの提供を行っている(月1回全体ミーティング)。

4. あいあい倶楽部へのクレーム・要望への対応

(1) スタッフの指導技術向上に取り組んでいる(月1回スタッフ学習会の実施)。

(2) 会員満足度調査を実施し、改善に取り組んでいる。

テーマ:「カトレアにおける事故対策 事故後のご家族の不安・不満を解消するために」

事故対策委員会:介護老人保健施設カトレア 管理部 古野

カトレアでは長年誠愛リハビリテーション病院と同じ報告書を使用していたが、老健では身体拘束を行わないため転倒転落事故が医療事故にくらべ圧倒的に多いという事故の性質の違いがあったため、昨年病院の報告書が変更されたのに伴い、カトレアオリジナルの報告書を作成した。

新しい報告書作成に際しては業務用パソコンネットワークがなく報告書が手書きであるカトレアで、できるだけ早く正確な事故情報の把握を行えるように、また、事故後の対策、御家族の不安や不満をすみやかに解消できるように工夫した。

今回の報告書の特徴は、第一に 事故発生時の職員の配置状況を把握することとしており発生場所にチェックをつけ各場所に配置されていた職員の人数を記入するようになっている。

第二に報告書提出のスピードアップ。今回、項目を増やし情報量を多くしたが、チェックシート方式にすることで、事故当事者からの報告書提出のスピードが向上するようになっている。

第三に現場からの声を吸い上げる。「現状の環境の中で行える対策」と「今回の事故を受けて環境面で検討した方がよいと思われること」という項目を作り事故当事者である職員の検討した記録が所属長を通し施設長まで届くようになり事故後早い段階で現場での対策を行えるようになった。

第四に利用者・家族の反応の確認。利用者・家族の反応・意見をそのまま記載することにし連絡した職員以外にも、より正確に家族の反応を確認できるようになっている。

続いて事故後の対応の変更について。

改編前は 事故発生→家族への状況報告（いつ・どこで・事故内容・本人の状況）
→報告書作成→再発防止会議

改編後は 事故発生→家族への一次状況報告
→報告書作成→再発防止会議→幹部会議による検討→家族への二次状況報告→
1 ヶ月後に再発防止策の実施状況の確認。

事故が発生した際は、事故当日に家族への一時報告として、所属長、もしくは看護師がご家族に迅速に連絡するようになっている。一時報告で提供する情報はどのような事故が発生したか・本人にどのような問題が起こったかもしくは起きてないかをお伝えして謝罪を行う。

幹部会議では施設としての最終的な対策が出るため。軽度な事故に対しても各所属長が正確な情報を早く共有できている。

そして決定した対策を含めて家族への二次報告を各所属長が行っている。ご家族から「どうなったのですか？」と言われる前にご連絡するよう意識するようになっている。このときも今後安心して当施設で生活していただくためにという気持ちを十分に伝えながら説明を行っている。

カトレアでは事故発生からここまですべてを 24 時間以内に処理するようになっている。

さらに事故発生から 1 ヶ月後に再発防止策がその後も継続して行われているかの確認を行うことで防止策の徹底が図れることになっている。

カトレアでは今後も利用者様、ご家族様に「情け」を伝える事を大事にして事故やトラブル対応に取り組んでいきたいと考えている。

テーマ：「通所リハビリテーション転倒事故報告」

事故対策委員会：通所リハビリテーション 小宮

昨年度（22年度）は通所リハでの転倒事故として8件発生。

昨年度は自主訓練中に転倒して骨折する、という大きな事故が一件発生している。

全体的な事故状況の分析としては

- 運動の特性（静→動）：長時間坐位時からの立ち上がり～歩き始め（送迎時の転倒）
 - 脳卒中による片麻痺：感覚障害、連合反応、バランス反応（姿勢反射）の低下
 - 高次脳機能障害、認知症：認知機能（空間関係、状況判断）
 - スタッフの経験、知識の不足：疾患への理解、介助方法、安全配慮に対する注意配分のミス
 - 通所リハ自主訓練時間中の転倒：歩行練習中、移動中
- ということが挙げられる。

また、昨年度に起きた大きな事故の特徴として自主訓練中の事故件数が多かったことから

■利用者自身の自己身体や動作への認識の向上（個別リハビリ、グループ訓練を通じて）

■活動範囲や活動内容への説明と同意（利用者、家族との同意文書）

を今一度徹底して行うことを考えなければならない、という機会となった。

さらに、グループ訓練、送迎時などスタッフが介在している状況での事故防止として

■スタッフの適切な配置（送迎時や集団体操時）

■利用者情報の共有（介助方法、リスク管理）

■継続性を持った事故分析と対策の徹底（部署内勉強会、ミーティング、カンファレンス）

を周知徹底していく。

今後とも継続して事故防止に努め利用者が安全かつ安心して通所リハビリテーションをご利用いただけるよう努力していきたい。

テーマ：「リハビリテーション部事故対策報告」

事故対策委員会：リハビリテーション部 万庭

今回のリハ部からの事故対策の発表は、過去 2 年間の各月ごとの事故発生の比較を通し、その特徴や傾向を分析した。その結果、平成 21 年度と比較し平成 22 年度は減少している傾向があった。また月ごとの比較は、ある特定の月に増加傾向が見られ特に過去 2 年間は、その原因として入院、外来成人・外来小児・在宅訪問・通所リハなどの各診療体制の人事配置の変更時期に増加が見られた。

これらの事故対策として、リハ部は以下の 6 つの取り組みを実施する事で、新たな事故発生を最小限に留める取り組みを行った。

- ①事故発生当日事故発生者が事故報告書を作製する。
- ②事故発生内容に従い各診療の責任者が事故発生原因の確認と対策を検討する。
- ③事故件数が続く傾向を示した場合は、リハ部内の朝礼で、事例をあげ再発予防の注意を促す。
- ④リハ部内で年間 2 回これまでの事故発生傾向、事例紹介や事故原因、対策、今後の注意点についてなど勉強会を開催し、事故に対して意識付けを行う。
- ⑤各診療でこれまで発生した事故の発生状況や主な事故の原因、これまでの対策や問題点などまとめて発表する事で各診療の事故の特徴を再認識する。
- ⑥再発予防の為に特にレベル 2 以上の事例に対しては発生時刻から前後を時系列にまとめ書類作成 を実施。

以上の取り組みを実施し、新たな事故対策に努めてきた。この結果、平成 22 年度は各月ごとの事故件数は、最大 4 件以内に留まり全体総数は 22 件と減少傾向となった。

次に、具体的な平成 22 年度の事例の紹介である。転倒・転落以外の事故件数総数と比較し転倒・転落の件数総数は歩行を含めた様々な姿勢保持・姿勢変換の活動的ななかで治療を実施していく上で、患者の最大限の能力を治療として求める以上、転倒・転落の件数総数は多くなっているのが現状である。事例内容は、病状が安定し活動性の向上した患者を対応する通所を含めた外来診療は、訓練中の事例より来院してリハ室に行くまでもしくはリハ終了後の病院を出るまでの移動経路中に発生しているケースが見受けられる。この為、外来診療は、患者の指導含めた包括的な治療が求められている。一方、入院診療は、患者の能力以上の活動に技術が対応困難であったり、評価不十分によって発生したケースが多い。小児診療は、想像以上の突如な動きに対応出来ず発生したケースが多い。

更に平成 23 年度 8 月までの具体的事例である。月ごとの件数は、例年と同じく特定の月に増加傾向を示し、診療体制を変更した 5 月中旬より徐々に件数は多くなり 6 月は 5 件となっている。しかし、その後 7 月から現在に至る間は 0 件に留めている。事例内容は、基本的に昨年と同様の傾向を示している。昨年にはない事例として通所は集団訓練中にスタッフの手が届きにくかった事によって起きた事例があった。また入院診療は早出・遅出の導入と今回の人事配置の重なりによって各スタッフに十分に情報が行き届かなかったという伝達不十分による事例があり今後注意する必要がある。

最後に昨年の発表で 3 年目未満の技術の未熟な若いスタッフに比較的多く事例が発生している事を述べた。これは統計的にも立証（資料 1）されており、この事から臨床経験の重要性が挙げられる。又、これと同時に若いスタッフは事故に対する予測する能力の乏しさが伺える。今年度リハ部は、20 名の新入職員が入社し当院リハ部の副院長・部長で実施する新人教育プログラムの中で知識・技術と加えて特に特に特にこの事故に対する意識付け・事故に対する予測する事の重要性を指導してきた。この結果が、7 月以降件数が 0 件に

留まっている理由かもしれない。今回、この発表を通して各リハスタッフに事故の認識を更に高めると同時に再度気を引き締めて診療に取り組んでいく。

以上