

当院における医療安全の取り組み

医療法人 博文会 児玉病院
看護部 看護部長 北原佳典

児玉病院は昭和 33 年に児玉外科医院を創業し、昭和 52 年児玉病院に改め、昭和 53 年医療法人博文会を設立致しました。令和 2 年 5 月 3 日に現在の友田町に移転いたしました。城下町として栄えた和歌山市のほぼ中心に位置し、北には紀ノ川、和泉山脈を西には黒潮踊る和歌浦湾と、自然豊かな環境と都市機能の充実した医療環境に恵まれ、医療・保健・看護・福祉の 4 本柱を基軸に、病気の早期発見、治療はもちろん、人工透析やリハビリテーションなど地域に根ざすべく日々精進し、「思いやり」と「あたたかさ」を大切にした医療の提供を行っています。一般病棟 44 床、透析室は 59 床を有する病院です。



当院は病院長を委員長として医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士、理学療法士、放射線技師、管理栄養士、事務職、及び委員長が必要と認めた者で構成された医療安全管理対策委員会を設置しています。委員会は毎月 1 回の定例開催及び委員長の判断により招集する臨時委員会を開催しています。

インシデント・アクシデントの発生時には速やかに主治医、所属長に報告し、緊急時は救命、処置に万全を尽くし、所属長の判断で病院長への報告としています。それ以外は主治医

への報告、適切な対応の上、可及的速やかにインシデント・アクシデント報告書（以後、報告書）を作成して報告するとしています。毎月1回の医療安全管理対策委員会では報告書の件数、事例について報告とその対策の検討を行っています。また、委員会の議事録を通じて各部署に周知され個人、チームで再発防止に取り組んでいます。

当院における報告書の全件数は2020年度370件、2021年度321件、2022年度296件と減少傾向にあります。報告書の内容は転倒・転落、点滴、内服などの薬剤に関するものが過半数を占めています。

インシデント報告の中で、転倒転落は2020年度29件、2021年度25件、2022年度43件となっています。薬剤に関する報告書は2020年度97件、2021年度75件、2022年度52件でした。全報告件数、薬剤に関する件数は減少傾向であるが、転倒転落は2022年度に増加しています。

認知症である高齢者の日常生活自立度がⅢ以上に該当する患者さんも増加傾向にあります。また視力の低下、視野の縮小などの要因も考えられ、入院中、通院中（自宅や施設も含む）の転倒、転落が発生しています。長期の透析により、自分では『大丈夫』と感じていても、透析後は特に転倒の危険性が高くなります。

透析室では患者さんに眩しくなく、明るい空間を提供する目的として間接照明を取り入れています（図1）。また、杖歩行や、車椅子が余裕をもって通行できるように通路の幅を広く設けています（図2）。担送の患者さんはベッドで入室可能な場所に配置し、ベッドコントロールを行っています。



図 1



図 2

病棟では通路の幅を広く設け、車いすなどは所定の場所に収納し、手すりを常に使用して歩行可能な環境とし、またベッドが対向できるようにしています（図 3）。



図 3

当院では移転の際、三種類のベッドを購入しました。標準のベッドに加え、患者が寝返り、起き上がり、端坐位などをとることで反応するセンサー内臓のベッド、そしてそもそも転落を生じさせないために、ベッドレールの高さだけになる超低床ベッドがあります（図 4）。



図 4

超低床ベッドを選択する基準として、救護区分が「独歩」、又は「護送」の方で、入院時（又は変化を認めたとき）の転倒転落アセスメントスコアシートでⅡ度、又はⅢ度の患者、認知障害などで転倒・転落の危険性が極めて高い場合としています。転落の予防を考慮したベッドであり、部屋を移動するためにベッドには車輪がついているが、移送には適していません。これらのベッドを使用すれば転落を予防できるというわけではありません。どのような状態の患者さんにどのベッドを提供するかを十分検討する必要があります。例えば、認知症であり、起き上がりが可能である方に、超低床ベッドを使用しても、ベッド柵を設置して乗り越えられてしまうと、柵の高さから転落することになります。つまり、柵の設置が、ベッドの「転落点」を高くし、超低床の利点が生かせず、かえって危険を伴うこととなります。機器、器具は便利ではあるが、万能ではありません。それぞれの性能の限界を認識し、適正に選択し、使用することを心掛ける必要があります。転倒・転落については、リスクが高い方ばかりが転倒・転落を起こしているのではなく、「まさか、あの方が」という独歩で通院、入院している方が転倒しています。冒頭で述べた、長期透析の方で「自分では大丈夫」と感じている方が、病状の進行、筋力の低下、関節可動域の縮小などで転倒・転落が生じたケースがうかがえます。転落についてはなぜ動いたのか検討しています。多くの場合「排泄」に起因するケースがあり、動かないように注意、指導を強化するのではなく、患者にとって動かざるを得ない状況を作りださない取り組みを検討しています。要するに排泄パターンを知ることが重要な要素と考えます。病棟の業務に組み込まれた定期的なラウンドで排泄を促したりするだけでなく、危険性のある方の入院時の生活状況を把握するのも肝要です。起床時間、就寝時間、眠前の服薬、服用状況、排泄パターン（何時頃、何時間毎など）を把握、考慮し、イレギュラーに対応することを可能な限り減少させるように努めることも予防・防止につながると考えます。「必要時ナースコールを押すよう指導する」などの対策が講じられるが、限られた人員の中で、常にタイムリーに対応できない状況もあります。結果として転落・転倒が生じるとそこに人員が集中し、他のところで「目を離す」「手を放す」場面において新たなエラーが発生することになりかねません。

薬剤関連については、単純なエラーに対して安易に対策を講じるのではなく、同じことを繰り返さないためにインシデントレポートから、要因を分析し、運用方法を変更する。例えば点滴の更新時間を見直すことで改善できたケース、服薬管理において「配薬」に対して患者が確実に服用を完了するまでを担当者が確認するといった共通の認識を持つことで改善したことが挙げられます。現場で生じたインシデントはカンファレンスで自分たちが要因分析、検討し、対策を講じる体制が重要であります。

インシデントを減らす取り組みとして、一つは「自身が実施する業務に対して意識する習慣をつける」と考えます。エラーが発生する要因を分析すると「思い込み」「確認・情報不足」があげられます。様々な業務を遂行するために効率化ばかり考えていては良いわけではありません。日常的に繰り返し行われている業務は、いわゆるルーチン化されて、一連

の流れとして業務をスムーズに行います。しかしながらエラーに対して「覚えていない」や「よくわからない」などの報告があり、疲労、集中力の低下などの原因が挙げられるが、「なれている」ことが無意識の行動につながりエラーを生じさせるのではないかと考えます。

もう一つは業務の中断時の注意です。コールや電話、急変、緊急入院など突発的なことで業務を中断せざるを得ない場面が数多くあります。すぐに対処できると考えながらも、思わぬ時間を要したとき忘れてしまうことがあります。ヒトの記憶力はあてにならないことがあり、業務の中断が連続で重なることもあるため、「忘れない工夫」「思い出せる工夫」が大切と考えています。

安全管理は「ここまですれば大丈夫」というものではありません。過去の事例をふまえ最善の対策を講じる、そのためには原因、要因を明確にしなければなりません。

対策は周知・徹底が肝要であり、何らかの変化に気づき、その都度の対応が必要です。ミス誘発しない環境作り、ミスが事故や患者さんの不利益につながらないシステムを「組織全体として整備し、安全で質の高い医療を提供する」ことを職員全員の共通の課題として今後も取り組み続ける必要があると考えます。