

ザ・ボディガード ～転倒事故防止に関する研究～

医療法人啓仁会 平沢記念病院 南病棟 及川 真紀・斎藤 進・高妻 義弘

【はじめに】

「精神科と一般科を比較した医療事故発生割合では、一般科での医療事故で最も多いのが注射・点滴であるのに比べて、精神科で最も多いのが転倒・転落である」(日本精神科看護技術協会「医療事故防止・対策マニュアル」より)

その為、精神科の病院では様々な形で既に転倒・転落予防対策はとられているが、その様々な対策が取られているにも関わらず、現在でも転倒・転落事故は少なくなく、更に減らさうと思つたならば、より一層の工夫は必要であると考えられる。

今回、対象者の安全を守るという形で業務内容が共通する部分があるボディガード(身辺警備業務)など、他職種からの安全確保のコツを参考にした上で、更なる転倒事故減少を試みたので報告する。

I 研究目的

過去・現在の転倒事故事例の詳細や他職種の安全確保技術を調べ、更に転倒事故を減らすための方法をみつめる。

II 研究方法

1 対象

精神科療養病棟に入院している患者様五十名程度の転倒事故に関する統計データ

2 期間

平成23年6月～11月

3 方法

左記の要領にて研究を進める

- ① 当病棟の過去の転倒事例や転倒事故防止関連の書籍、対象者の安全を確保する為のボディガード(身辺警備業務)関連の文献資料を調査する
- ② 人体と同じ重さ(56kg)で同じ身体重量配分の転倒実験人形(水入りペットボトル製)で、人形が転倒し始めた場合、どの程度の距離に職員がいれば転倒を防げるか、どんな身体保

持方法で転倒を防げるかのシミュレーションを行う

- ③ 現状のままの前期三ヶ月間(6～8月)の転倒事故・ヒヤリハットの詳細調査
- ④ ①～③までの情報をまとめ、更に転倒事故を減らすための手段を立案する
- ⑤ ④を実施した上で、後期三ヶ月間(9～11月)の詳細調査
- ⑥ ③と⑤を比較し、④の手段の有効性を判断する。

尚、当病棟は1フロアと2フロアに分かれており、メインの看護ステーションが1Fにある事から、転倒危険性の高い患者様は主に1Fの病室に集められているが、方法③の結果から、もっとも転倒事故が多いのは2フロアの夜勤帯のみとして比較は2フロアの夜勤帯のみとしている事を付記しておく。

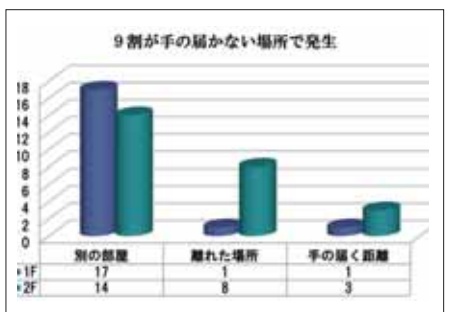
4 倫理的配慮

統計データと職員の行動のみを扱い、特定患者様の個人情報が出ないよう配慮している。

III 結果と考察

方法②の人形を使った実験において職員の手で転倒を防ぐとする場合は、1メートル程度の近距離でも転倒は防げなかった。結局、接触距離にしなければ重

すぎて転倒を防げず、支え方も手足を保つ方法では不十分で体幹に近い部分を持たなければならぬ事が判明した。



同じ室内にいてというだけでは転倒事故を完全には防げないという事である。また、方法③において研究期間内での実際の転倒事故は、7割以上は職員がいらない部屋、9割以上が職員の手の届かない場所で発生している事がわかった。(右表参照)

更に方法①の過去四年間のデータ調査では年間平均約34件の転倒事故が発生しているが、方法③において少なくとも年間約122件の転倒事故の発生が職員の手で直接防がれている事が判明している。これは方法①での文献調査で調べた「転倒ハイリスク患者様の把握」「転倒予防への啓蒙活動・注意喚起」「活動範囲の把握と適切な介入」「危険箇所、状況の検討」「定期的な安全点検」「転倒事故に対する職員の意識向上」などが既に行われている為と思われる。その事から、職員の手で転倒を防ぐという発想だけでは、『今以上に転倒事故を減少させる』のは難しい事もわかった。

そこで、今回方法④で行ったのが、方法①でボディガード関連の文献資料(「身辺警備業務の手引き」(社)全国警備業協会、他)を調べた結果クローズアップされた「対象者の安全を確保するには対象者自身と協力・協同する事が不可欠」という考え方の活用である。

具体的には、その日の転倒リ

スクの高い患者様を、転倒兆候を観察する事で事前にピックアップし、転倒リスクが高い時間帯である夜勤帯消灯時間前に注意喚起を行う方法を採用した。

結果として、疾患や高齢で注意力が散漫になり認知能力の低下を起こした患者様の力を、ある意味職員が補った形となり、方法④を始めた九月の二ヶ月間は、夜間2F病棟の転倒事故は0件に減少した。

しかし、記載しなければならぬ書類が増えた事もあり、仕組みを定着させようと積極的に院内研究メンバーが関わっていた最初の二ヶ月間以降は職員のモチベーションが維持できず、10月・11月は転倒件数が元に戻ってしまった。厚生省では安全な医療を提供する為の十の要点の一番初めに「根付かせよ



「安全文化」と上げているが、その工夫が十分では無かったのだと思われる。(右表参照)

ただ、今回は院内研究という事でデータを残すために複数の書類を書いてもらう形をとったが、転倒兆候のある患者様をピックアップし、状況に応じて注意喚起するというシステム自体は、書類を書かずともできる事なので、患者様の安全確保に重点を置いてプライマリナーシングを更に充実させ、患者様との連携を今以上にうまくとれるようになれば、必然的に今回の仕組みと同じようなシステムが回りだし、結果として転倒事故が減少する事になると考えられる。

IV 結論

- ① (四年間のデータで入院患者様数とほ

ぼ同数が転倒していた事から)全ての患者様に転倒の可能性がある。

- ② 職員が確実に患者様の転倒を防ぐ為には、バランスを崩した時に接触距離に必要がある。
- ③ 現状の転倒事故対策でも実際の転倒件数(年間平均34件)の3～4倍程度(年間122件)の転倒事故を未然に防いでいる。
- ④ 一般的な転倒対策を行っている現在、転倒事故の70%は職員がいらない部屋で起こっており90%以上は職員の手が届かない場所で起こっている。
- ⑤ 更に転倒事故を減らしたければ、密なコミュニケーションと適切な注意喚起で患者様と協力・協同し、患者様自身の力を活用する姿勢が必要である。

V おわりに

転倒事故や患者様の安全に関する研究及び工夫はやりつくされている感もあり、この研究を始めるにあたって「そもそも、これ以上の工夫をする余地があるのか?」という意見も出ていたが、一般的な安全管理の要点は本に記載されていて病棟それぞれ特色があり独自の工夫に関する研究は今後の病棟業務の役に立つ事、またボディガードの技術は「死角のない見守り方法」など医療従事者以上に特別に最適化された技術があるので等、他の職種の視点で考えたらどうかという発想が出た事もあって、今回の研究を実施する事となった。

結果としてはボディガードとしての安全確保の要点は医療従事者とはほとんど変わりがない事がわかったが、比重が異なる部分をヒントにして、転倒事故を減らす方法が導き出せ、更にはその方法を実践し、実際に転倒事故を減らせた事は今後の業務の改善にも役立つ物と思われる。