




突撃!

リスクマネージャー!

医療の安全に取り組む全国のリスクマネージャー様にインタビュー

2018
10月号

No.110 独立行政法人国立病院機構小諸高原病院 医療安全管理室 医療安全管理係長 赤羽久美子様



【小諸高原病院／長野県小諸市】



【赤羽様】

■病院の紹介（抜粋）

1943 年 陸軍結核治療研究機関として建物が落成
 1944 年 陸軍軍医学校小諸診療所を開所
 1945 年 陸軍解体により厚生省へ移管
 1945 年 国立東京第一病院小諸分院となる
 1950 年 国立小諸療養所に改称
 1963 年 精神療養所に転換
 1977 年 重症児病棟を併設
 1995 年 老人性痴呆疾患治療病棟を開設
 2001 年 厚生労働省へ移管
 2004 年 独立行政法人国立病院機構に移行、小諸高原病院と改称
 2006 年 医療観察法病棟開棟
 2009 年 医療観察法指定通院機関指定
 2015 年 日本認知症学会教育施設認定

■病院の理念

こころの病気や発達の障害に対して、患者さんの人権を尊重し、信頼される質の高い医療を提供します。

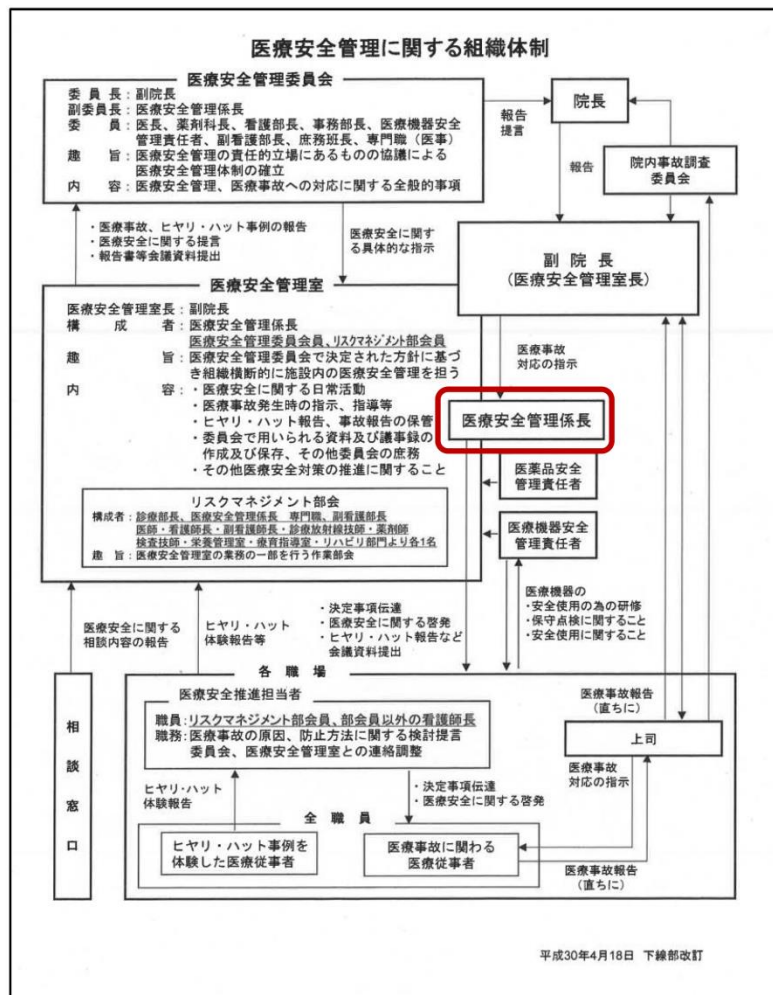
1. 地域との潤った連携をはかり、国立病院機構全体からもつねに最新の情報を得て臨床に生かしていきます。
2. 診療内容について患者さんやご家族の御指摘には、職場全体で耳を傾け、よりよい内容にしていこう努力します。
3. このような診療内容を充実させるために、必要な情報は公開し、外部からの御批判や評価をいただきながら、病院運営の健全化をはかります。

1. 組織体制について

医療安全に関する組織体制について教えてください。

医療安全管理室は副院長が室長を務める院長直下の組織で、医療安全管理委員会で決定された方針に基づき組織横断的に院内の医療安全管理を担っています。

各部署の医療安全推進担当者を通して、全スタッフに決定事項の伝達や安全に関する啓発を行っています。



【医療安全に関する組織体制】

主な業務内容を教えて下さい。

医療安全管理室の業務は、医療安全管理規定で以下のように定められています。

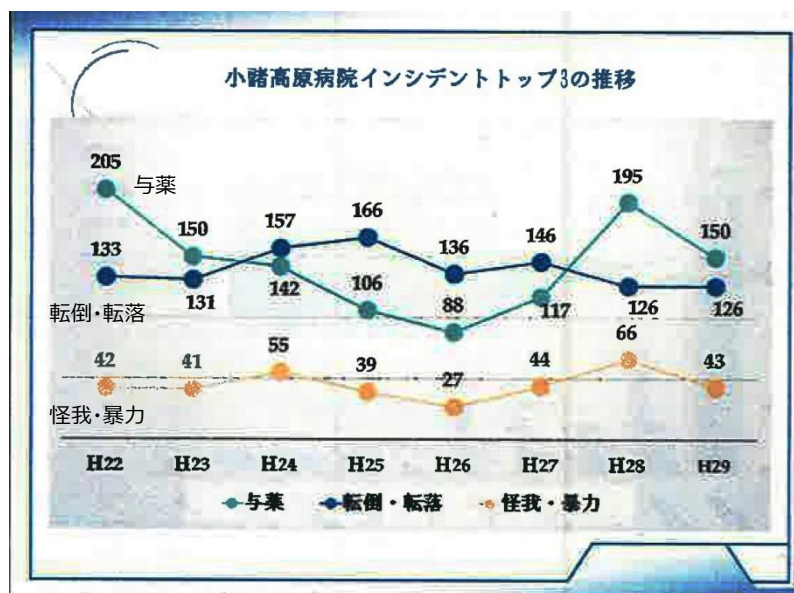
1. 委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存並びに その他委員会の庶務に関すること。
2. 次に掲げる医療安全に関する日常活動に関すること。
 - ①医療安全に関する現場の情報収集及び実態調査(定期的な現場の巡回・点検・マニュアルの順守状況の点検)
 - ②マニュアルの作成及び点検並びに見直しの提言等
 - ③ヒヤリ・ハット体験報告の収集・保管・分析・分析結果などの現場へのフィードバックと集計結果の管理・具体的な改善策の提案・推進とその評価
 - ④医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知(他施設における事故事例の把握など)
 - ⑤医療安全に関する職員への啓発、広報(月間行事の実施など)
 - ⑥医療安全に関する教育研修の企画・運営
 - ⑦医療事故情報収集等事業に関する報告
 - ⑧医療安全管理に係る連絡調整
3. 医療事故発生時に指示、指導等に関すること。
4. その他医療安全対策の推進に関すること。

2. 転倒・転落事例情報の収集と対策について

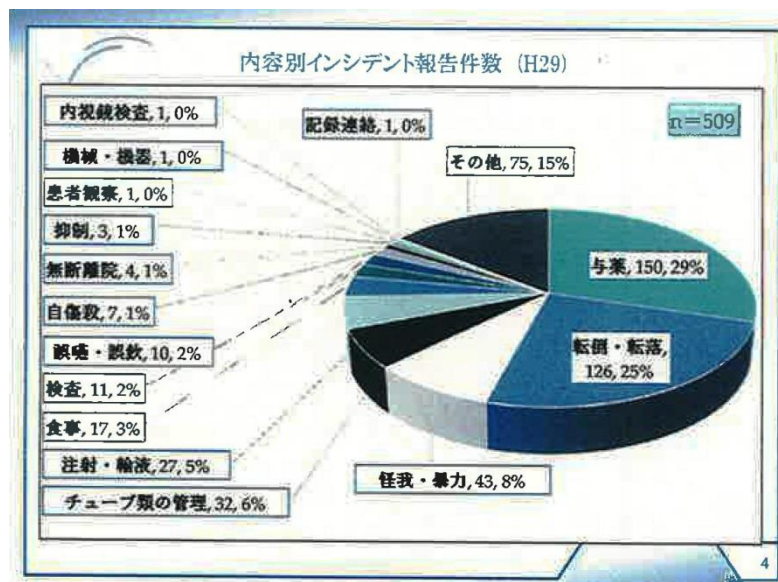
近年の事例発生状況やその原因や対策について教えてください。

インシデント・アクシデントの総数には変動がありますが、転倒・転落事故件数は横ばいの状態です。事故報告件数で最も多いのは「与薬」で、転倒・転落はそれに次いで発生件数が多く、「怪我・暴力」が3番目に続いています。全ての報告の中で患者影響レベル 3a 以上は転倒・転落報告が多くを占めていました。骨折等の医療事故に至る危険性がある為予防対策をしっかりと考えなければならないと思っています。

転倒・転落事故の背後要因を分析していると、患者情報や活動に対するアセスメント不足に課題があり患者さんの情報を正確に把握できていない可能性があることが考えられましたので今は模索しながら改善を行っている状態です。



【インシデント・トップ3の推移】



【インシデント報告件数 H29】

事故防止のための人的対策（専門チームでの活動・ラウンドの工夫など）を教えてください。

看護部では「医療安全リンク会議」のメンバー（副看護部長・師長・リンクナース）13名で月に1回「転倒・転落対策ラウンド」を行っています。廊下やベッド周りの環境で転倒リスクがないかを見回り、対策が正しく実行できているかを確認し、看護計画等の記録をチェックして、改善点を話し合っています。

リスクマネジメント部会のメンバーも全部門を対象に年1回の「医療安全ラウンド」を実施しています。チェック項目には転倒・転落防止に関する内容もあり、指摘された項目について各部門から改善取り組み状況の報告をしてもらうことになっています。

また、医療安全管理マニュアルの中に各部門に該当するページがあり、部門別特色をふまえた転倒・転落防止対策を掲載して実践してもらっています。マニュアルの見直しはその部門だけで行うのではなく、看護師長会の協力を得て、常により良いものに作り変えています。

特に注力されている特徴的な取り組みやシステムがあれば教えてください。

活動の中では特に「事故分析」を重視しています。項目別にまとめるだけではなく、「何故、その事故が起こったのか」原因や背景を調査して再発防止策立案の参考にしています。

報告件数				合計
転倒の 背後 要因	事象発生	エラーの発生	患者情報収集不足	15
			情報のアセスメント不足	22
			転倒転落防止対策（看護計画）未実施	5
			転倒転落防止用具の適切な使用	7
			転倒転落防止用具の不具合	0
			部署で決めたルールからの逸脱	1
			指示の開始や変更の伝達不十分（看護師・看護師 看護師・医師）	0
		エラーの拡大	実施後の確認・観察不足	4
			観察できない時の協力依頼ができない	3
			いつもそうしている	7
		エラー行動	前の勤務者がそうしている	0
			先輩がやっている	0
			自分のやり方が効率良い方法だと思った	0
		実施に至った 物的理由	患者の活動（精神・身体）のアセスメント不足	21
			不適切な看護計画	2
			看護計画の未実施	2
			間違った情報	0
		判断根拠	確認しなかった	6
			相談する人がいなかった	1
			マニュアルがなかった	0
			知識・経験がなかった	2
			マニュアルが間違っていた	0
		やるべき 行動を しなかった	ケア・介助の中断	0
			メモをとらなかった	0
			他の事に気をとられていた	3
		見過し	実施する時間がなかった	0
			優先順位を後にした	1
			転倒転落防止用具の不足	1
			暗かった	3
			外出・外泊中	2
		気付いた 見えたが 認知しなかった	物品等が邪魔で見えなかった	0
			転倒転落しないと思った	12
			危険を予測しなかった	16

【転倒事故の背後要因についての分析】

「転倒・転落事故」に関することは教科書やマニュアルに載っていないことが多く個別の対応が必要ですので、他の病院でも私たちと同じように日々の対策についての悩みや課題を抱えていらっしゃると思います。

マニュアルや手順が無いことで対応に追われて疲弊してしまう傾向があると聞きますが、当院ではできるだけ早いタイミングで情報をオープンにして、指示がトップダウンのような命令ではなく、各病棟所属のリンクナースを通して全スタッフが前向きに医療安全に取り組めるように、スタッフとの関わり方について常に気を配っています。

3. 医療安全に関する研修について

医療安全に関連した研修の年間実施計画や、地域病院との医療安全に関する連携があれば内容を教えて下さい。

診療報酬で決められた年2回の研修を開催しています。今年度は「医療事故事例から学ぶ記録の重要性」「無断離院訓練」を行います。その他にも重要な内容が発生すれば研修に組み込みます。

当院は「地域医療連携加算制度」で加算を取らない方針から地域病院との連携は少ない方ですが、国立病院機構で計画した「病院間医療安全相互チェック」を実施し、他施設から受けたチェック内容に対して改善の取り組みをしたり、医療安全に関する情報の共有を行っています。国立病院機構の長野・山梨グループの5病院とは月に1回の会議で共通課題への取り組みや情報交換を行っています。月に1回の会議までに困ったことがあれば、お互いに連絡を取り合って解決に導いています。

4. 離床センサーについて

使用センサー：	サイドコール・ケーブルタイプ	× 3 台	ベッドコール・コードレス	× 4 台
	ベッドコール・ケーブルタイプ	× 5 台	コールマット・徘徊コールⅢ	× 1 台

離床センサーを使用する場合の基準や使用中の課題があれば教えて下さい。

まだまだ導入数が少ないので使用基準はありません。各センサーの管理は病棟師長が責任者として管理しており、特に離床センサーが必要な患者さんに優先して使用している段階です。

当院では、起き上がりを知らせる「ベッドコール・コードレス」、ベッドの降り口に移動した時に知らせる「サイドコール・コードレス」を使用しています。

患者さんがベッドから離れる前のタイミングで報知するセンサーを導入していますので、センサーが反応してスタッフが患者さんのところに駆けつけると、患者さんがひとりで立ちあがろうとしている場面になります。これは数字には表れない部分ですが事故の未然防止に大きな効果がでている場面だと思っています。センサーによって患者さんの動作課題や手助けが必要なタイミングが分かるので効果的な介助ができています。

※離床センサー使用の効果については、今号の「現場レポート」でご紹介いたします。

5. メーカーへのご要望について

弊社の商品や顧客サービスについてご要望、ご意見がありましたらお聞かせ下さい。

当院は精神病院という性質上、センサー附属のケーブルが自傷行為に使用されるリスクもあります。そこで現在はテクノスジャパンの精神病棟向け製品の「ハイパーマット」の購入を検討していますが、完全コードレスのハイパーマットも幅や長さで数種類のサイズがあれば患者さんに合わせて選べるので嬉しいです。

6. 何か一言お願いいたします。

病院のPRやポリシーなどをお聞かせ下さい。

病院の特性として、治療薬の中に転倒・転落リスクを増す薬剤が多いこと、病状からくる理解力・判断力の低下を来している患者が多いことなどから転倒・転落リスクが高い病院であると認識しています。そんな状況下でもなるべく拘束せず安心安楽な療養生活を送っていただけるように、必要な患者さんに対して15分毎の観察や声がけ、転倒・転落リスクの高い状態になったときに速やかにカンファレンスを開き対策を講じるなど、全職員が意識して取り組んでいます。また、隔離拘束が必要になった患者のカンファレンスは毎週行われ、行動制限を最小にする取り組みを行っています。

全てのリスクに対しても決められた手順だけでなく、危険を予測し対応できるように、スタッフ一人一人には「気付き」の感覚を磨くように指導しています。これからも、院内の安全文化を高められるようにスタッフ全員で努力していきます。