

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！

No13. 宮崎県立日南病院 GRM 田中 茂子様

■病院概要

昭和 23 年 9 月開院(現在 281 床)

地域がん診療連携拠点病院、災害拠点病院、DPC 算定病院。

日南串間医療圏における唯一の二次救急病院。

日南串間医療圏は高齢化率 30%以上と高齢化が進んだ地域唯一の急性期病院。

平成 22 年に日本医療機能評価機構より、病院機能評価の再認定を受けている。



■基本方針

1. 患者の人権を尊重し、安全で信頼・満足して頂ける医療の提供
2. 常に研鑽に努め、医療水準の向上に努める
3. 医療の面から、住民が安心して暮らせる社会づくりに貢献



宮崎県立日南病院にて、院内の医療安全活動を進めていらっしゃる、田中 茂子様にお話を伺ってきました。

—転倒・転落の現状は如何でしょうか。

当院は宮崎県内で 2 番目に高齢化が進んでいる県南地域にある病院です。年齢が高くなるほど転倒・転落の危険性が高まると言われていますので、常にリスクが高い状態と言えます。インシデント報告が最も多いのも転倒・転落で、平成 20 年度は 173 件発生(全事故の約 20%)、その内 90%は 看護師非介入時に発生していることが分かりました。尚、平成 21 年度は 215 件となっています。

—では、そのような状況に対し、どのような取り組みをされたのでしょうか。

昨年は、まず看護部のセーフティマネージャー委員会が①転落・転倒に 取り組むグループ②医療安全全国共同行動の経管栄養チューブの安全確認 グループ③地域病院と連携し経管栄養チューブの安全確認を進めていく 共同行動グループ、の 3 つの小グループに分かれて活動をしました。転倒・転落の活動では、第一にアセスメントスコアシート(表 1)の改善を しました。電子カルテでは、計算し点数をつけスタッフだけが画面で危険度 が分かる状態でした。スコアシート活用の現状調査を行った結果、患者・ご家族へ危険度の説明や説明記録は 33%しかありませんでした。そこで、誰が 誰に説明したかサインすることを徹底する仕組みを作り、入院時にスコアシートのコピーを渡すことにしています。

(表 1)アセスメントスコアシートの一部

危険度	合計	
I : 1～9 点 転倒・転落する可能性がある	スコアや危険度変化時再度説明	
II : 10 ～ 19 点 転倒・転落を起こしやすい		
III : 20 点以上 転倒・転落を良く起こす		
説明を受けた人(本人・家族の続柄)	サイン又は記入	妻 セツコ
危険度説明者サイン	看護師	田中

—取り組みを行う中で、課題などはありましたか。

アセスメントスコアシートの電子カルテ入力は、計算し点数をつけるだけでしたから、誰が誰に説明したかサインすることを徹底するには、「時間がかかる」「評価時のサインや説明はどうするのか」などの意見があり、変更は簡単では ありませんでした。

—それでも患者、家族の危険度の理解が重要と考えて取り組まれたわけですね。

アセスメントスコアシートは、チェックにより転倒・転落の危険性について 患者・家族と、医療者が共に危険度を認識して予防策に活かす目的があると思います。用紙は、日本医師会総合政策研究機構が提示しているものを参考にしました。標準化した看護計画も作り、個人の特性があれば書き加え、それを説明します。

—物的対策として離床センサーを導入されていますが、利用状況などいかがでしょうか。

センサーは台数が足りていなかったのですが、予算がないので、リースとして※ センサーを増やすことにしました。センサーは、当院では安価なタッチコール コールのケーブルタイプにしました。柵が倒すタイプであったため、断線は少ないようです。患者によってはタッチセンサーを両柵に設置しセンサーマット も必要な事例もあります。リースで数が増えたことで、センサー報知によって 転倒・転落に気付くケースが増えました。

※当社ではリース販売は行っていません。今回は日南病院様・リース会社・販売会社間のリース販売契約によります。

—センサーを設置する、外す基準はどのように設けられていますか？

設置基準がある施設もあるかと思いますが、当院では基準化はしていません。転倒しそうな患者、転倒した患者が優先です。

—その他物的対策はどのようなことを行っていますか。

履物です。布スリッパは滑りやすくひっかかりやすいので、売店にもスリッパは 置かないようにしてもらいました。この履物だから絶対に安心とは言えませんが、室内履きではなく運動靴や外履きスリッパを薦めています。

—看護スタッフにとって当たり前のことを患者に伝えることも重要なんですね。他にはどのような対策がありますか。

転倒リスクの高い患者のナースコールのネームプレートには、目印の色分けシールを 貼る、センサー類使用患者には付箋紙を貼り可視化しています。こうすることで、患者情報が共有できます。また、立って方向転換ができない人は、物を取ろうとして 転倒・転落に繋がる危険がありますので、方向転換をしなくて済むよう物品配置が大切です。

—転倒・転落事故対策を進める上で、課題はありますか。

川村治子氏が「転落転倒には、看護師非介入下の発生や介入下での発生があり、患者の自発的行動による転落転倒が多く発生防止には限界がある。怪我への対応など 転んでもひどくならないように、するべきことを行うなどが課題」と述べています。当院では、平成 20 年 12 月～平成 21 年 2 月まで 3 カ月 49 件の記録調査から、転倒・転落後の 家族への報告記録が 26%、看護計画修正は 16%という実態でした。(表 2)

	記録有り	記録無し
危険度説明割合	18 件 (33%)	33 件 (67%)
患者損傷評価	30 件 (65%)	16 件 (35%)
患者コメント・反応	25 件 (54%)	21 件 (46%)
医師報告	30 件 (65%)	16 件 (35%)
家族報告	12 件 (26%)	34 件 (74%)
指導・説明内容	28 件 (61%)	18 件 (39%)
看護計画	8 件 (16%)	41 件 (84%)

(表 2)転倒・転落に関する記録調査結果(平成 20 年 12 月～平成 21 年 2 月 計 49 件)

説明が行われていない、行った証拠となる記録がないという事は、看護師としてすべき 事を行っていないということにもなります。スタッフ一人一人の観察、報告の仕方や 記録に違いがある、ということです。そこで「転倒・転落発生後の対応チェック表」を作り、症状・意識レベルの確認、医師への報告、家族への説明、インシデント報告、看護計画追加・修正などが継続して同じように行えるようにしました。チェック項目を細かくするほど 業務量が増え、継続が難しくなるためチェック方法も○×式にするなどの工夫をしました。(表 3)

発生日 / (:) 部署	患者名
バイタルサイン	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
意識レベルの確認	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
受傷部位の確認	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
頭部打撲	有 無 不明
他症状	疼痛 有 無
	変形 有 無
	腫脹 有 無
	挫創 有 無
出血 有 無	
発生直後	翌日
医師報告 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 当直医	<input type="checkbox"/> 済
家族報告 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済
インシデントレポート記入 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済
看護計画の追加修正 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済
師長への報告 <input type="checkbox"/> 病棟師長(代行) <input type="checkbox"/> 当直師長	<input type="checkbox"/> 済

(表 3) 転倒・転落発生後の行動チェック表

高齢化率が高く転倒転落発生が最も多い当院では、チェックシートとして行っていることを 記録に残すことは継続しやすく、標準化できると考えています。それを今後も進めていきたい と思いますが、その徹底と評価が課題です。

—今後進めたい対策などがありますか。

当院では、看護部のセーフティーマネジャー委員会がグループ活動としてチームで取り組んでいます。小グループ活動は成果が得やすいと考えています。平成 22 年度は、床に敷く衝撃吸収マットの 工夫に取り組んでいるところです。また、患者の身の回りの世話をするケースワーカーみたいな方が夜間にいるといいですね。一人のナースコールに対応していると別の方が倒れているというのが現状ですので、業務分担ができるといいなと思います。

—転倒・転落に関して、田中様が一番伝えたいことは何ですか。

転倒・転落事故対策に関しては、事故が発生しないようにすることと、事故が発生してから の対応の 2 つに分かれると思います。手術当日に家族の参画や協力を得る事も難しい状況があり、アセスメントスコアなどの活用で、患者・家族に危険度について説明し、危険を意識してもらう ことは欠かせません。

また、川村治子氏が「患者の自発的行動による転倒が多く発生防止には限界がある。怪我への対応 など転んでもひどくならないように、すべきことを行う」と述べている、この「発生後の対応や行動」が最も大切と考えます。

—本日は、お忙しいところ、ありがとうございました。