

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！

No17. PL 病院 医療安全管理室室長 中島 雅美様

■病院概要

PL病院は『人生は芸術である 医療もまた芸術である』を設立の理念として、日々の医療の上に、看護の上に、業務の上に、万全を期し、人事を尽くし、なおそのうえにひたすら神に依りつつ真心をもって一人一人の患者に接する ことを『院是』と定める。

1. 地域のみなさまのお役に立つ病院を目指します。
2. 患者様の権利を尊重し、安全な医療を提供いたします。
3. 質の高い医療を目指し、職員一同自己研鑽に努めます。
4. 職員であることを誇れる病院を目指します。
5. PL理念に基づいた医療を行います。

PL 病院にて、院内の医療安全活動を進めていらっしゃる、
中島 雅美様にお話を伺ってきました。



—医療安全管理にはどのように取り組んでいますか？

PL 病院では 1999 年にMRM(Medical Risk Management)委員会を設け、医療事故防止のためのシステム作りをしています。2001 年にはそれをさらに発展させ、院長をゼネラルマネージャーとし、医療安全管理責任者である統括マネージャー(中島様)、各部署にリスクマネージャーを配置しています。また、医療安全だけではなく、患者相談室なども設け、患者様からのご要望や転院についての相談などにも対応しています。転倒・転落対策については委員会設立当時から様々な対策に取り組んでいるのですが、今年度は改めて転倒・転落対策に焦点を当てプロジェクトチームを作り、システムや十分に行えていない対策、事故の分析や看護計画等に関し、見直しをしようとしているところです。

—今年改めて転倒・転落対策をテーマにということですが、どのような点から取り組まれていますか？

危険度の高いⅡ・Ⅲの方に対し事故が発生していると思っていたのですが、予想外に危険度Ⅰの方の事故が多かったので、危険度を定めるアセスメントがしっかりされていないのでは？と考え、スコア付けの基準化や看護計画の立て方、電子カルテ等システムを含め、改善を行う事にしました。

—具体的にはどのように改善されたのですか？

当院では、入院時・入院3日目・入院7日目・症状変化があったタイミングでスコアを付けるよう定めていたのですが、規定通り行っていないケースがある事が判明しましたので、まずは決められたタイミングでスコアを付けるよう指導をしました。しかし、そのスコア自体も付けるスタッフによって評価が違う状況でしたので、事例をマニュアル化しガイドラインを設ける事により、基準に基づいたスコアが付けられるようにしました。評価が基準化されると対策も一定レベルのものになりますし、看護計画もより計画的なものになります。

電子カルテは、インシデントレポート入力その他、転倒・転落用の項目があり、1つの画面で様々な必要項目が入力出来るよう簡素化に努めました。患者様の登録ページを開いた時に、スコア点数、インシデント事例の他、転倒・転落に関する危険度情報等も1画面で確認出来るようになっていました。この画面はスタッフだけではなく医師や他の部署・職種の人も閲覧可能ですので、院内全体で患者様の情報共有が出来、対策にも取り組めるようにしています。システムを変更した甲斐もあってか、報告数やレベルも一定してきたと感じます。やはり忙しい現場スタッフですのでいかに簡単にスピーディーに処理出来るかがポイントだったのだと思います。また、医療安全の会議を月に一度開いているのですが、こちらの議事録も電子カルテで全て閲覧出来ますので、情報共有が出来ますし、共通の意思でもって対策に取り組めるようになりました。

—電子カルテを活用し対策をされているんですね。離床センサーはどのように運用されていますか？

自分で自分の危険度を理解出来ない認知症の患者様などに使用し、効果を得ています。床敷きタイプと起き上がりを知らせるセンサーが現場では高評価ですね。赤外線センサーは患者様の行動パターンによっては効果的だという意見でした。台数はまだ足りていないので、追加をしたいと考えています。センサーの管理に関しては、従来、それぞれの病棟かスタッフ個人で行っていたので、どこにあるか、どのセンサーが空いているか分からない状態でした。そこで、前述の電子カルテでセンサー情報を検索出来るようにしました。院内にあるセンサーの種類・貸出状況等が一目で分かるので大変便利です、効率良くセンサー運用が出来ます。

—転倒・転落対策の離床センサーの他、医療安全に対し物的対策はどのように行っていますか？

点滴スタンドに引っ掛けて転倒する事に対する注意喚起シールを張ったり、トイレ時に一人で移乗出来ない患者様の車いすの背もたれに「ナースコールに知らせて下さい」というカードを付けたりしています。また、同じ薬でも内服薬にも外用薬にもなるものがあるので、外用薬の容器には「飲まないでくださいシール」を貼ったり(図①)、「作業中シールを置くことで(図②)、誰が見ても業務途中と分かり誤った処置がされないよう対策をしています。さらに、救急カート内緊急用薬品と医療器材、引出の保管場所配置の標準化をすることで(図③④)、認知負担を減らし、選択エラーに起因する誤投薬防止を図っています。そしてこれは、患者様とご家族に了解を得た上での事になりますが、リストバンドによる(図⑤)患者誤認防止も行っています。他には、同室の患者様の迷惑を考え夜間電気が付けられない患者様に対し、タオルを巻いて照度を落とし移動時に足元を照らす事で、少しでも危険を減らすようにしています。また、医療安全委員会が院内カレンダーにインシデント事例からの改善事例や、事故が起こりそうな事に対する注意喚起を毎月様々な部署に依頼し、掲載をしています。ポスターだと意識しないと見ませんが、カレンダーはふと見た時に目に入りますからね。



—転倒・転落対策において、今後の課題はどのようにお考えですか。

個別性に合った看護計画を立て、実践する事です。システムが改善され、またアセスメントや対策も基準化しつつありますので、患者様に合った離床センサーを設置する等、より患者様に対し有効な対策を行う事が出来ればと思っています。スタッフの経験によるカンに基づいた対応ももちろん大切なのですが、誰もが一定したレベルの看護を提供出来るようになればいいですね。加えて、部門間でも転倒・転落カンファレンス等も開催出来れば、様々な視点から対策を取る事が出来ますので、今後実現出来ればと考えています。