

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！

No31. 湯布院厚生年金病院

医療安全管理室 統括リスクマネージャー 河野 寿々代様
前統括リスクマネージャー・現副看護部長 梅尾 さやか様

■病院概要

昭和 37(1962)年に 50 床の成人病リハビリテーションの専門病院として発足。現在は、成人病のリハビリテーションを中心に、地域の医療を担う 291 床の拠点病院です。平成 14(2002)年に日本医療機能評価機構の認定病院となり、平成 15(2003)年には地域リハビリテーションの中核施設として、県より「大分県リハビリテーション支援センター」に指定され、11 の広域支援センターを支え、地域リハ調整者の 育成にも取り組んでいます。

■病院理念

「成人病のリハビリテーションを中心に、地域の医療を担う拠点病院 としての誇りと自覚に立ち、患者様を大切に、いつも笑顔で真心こめて高度な 医療を提供します」

■基本方針

1. 患者さんの権利を尊重し、患者さん中心の医療を実践します。
2. 全ての職種が手を握り、暖かいチーム医療に徹します。
3. 地域リハビリテーション活動を、積極的に支援・推進します。
4. 医療人教育・研修・臨地実習の拠点として、重要な役割を担います。

湯布院厚生年金病院で医療安全活動を進めていらっしゃる
河野様(写真左)、梅尾様(写真右)にお話を伺ってきました。



—医療安全の組織体制はどのようになっていますか。

医療安全管理委員会の下に、リスク部会(1 回/月)、看護部リスク委員会(1 回/月)、医療安全管理室会議(1 回/週)があります。アクシデント・インシデントの報告は電子ツールを通してタイムリーに行われます。3b 以上のアクシデントは直ちに幹部に報告がされるようになっています。

—転倒・転落対策にはどのように取り組んでいらっしゃいますか。

当院はリハビリ病院です。そこで、活動性向上を主眼にリハ・ケアサービスを強化し、転倒・転落ヒヤリハットを約 3 割減少させることを目的に、平成 21 年 9 月にリハ部長を委員長とした転倒転落ワーキンググループ『ころばん隊』を結成しました。医師・看護師・薬剤師・介護福祉士・セラピストから構成され、多角的な視野で検討がなされるような組織になっています。主な活動は次の 3 点です。

1. 未然防止活動
(システム変更・環境整備・道具の開発・介助法・薬剤など、多角的な視野で検討)
2. 事例への介入、再発防止
(起こった事例にタイムリーに介入、現場への指導や全職員への周知)
3. 患者参加
(患者モニター制)



1. 未然防止活動

①『みまもり君』転倒リスクの高い患者さんの部屋・トイレ・ホールなどをこまめに病棟内ラウンドすることで、転倒の危険を回避することを目的としています。夕方は20分置き、夜間は看護師の1時間ごとの巡視と30分ずらしてラウンドし、休日は8時半から夕方まで15分おきのラウンドがプラスされます。コールが鳴る前に患者様の動きを知り対応ができるので、この活動を開始してから、ある病棟では月平均で約3割の減少効果が出ました。



②『夜回り隊』

セラピストによる夜間の状態把握活動です。セラピストは夜間の看護経験がありませんでしたので、夜間に、患者さんはどういった環境で生活されているか、どういった行動を取るかを他職種の目線で見ること、多角的な対策が取れるようになりました。具体的には、ベッドの足元灯設置、背の高いロッカーを低いチェストに変える、木製のポータブルトイレを高さ調節ができるポータブルトイレに変えるなどの対策を実施しました。

2. 事例への介入、再発防止

①事故への対応と再発防止活動

転倒・転落が生じた時のフローチャートを作成し、迅速・的確・誠実に、そして影響を最小限に食い止めるようにしています。3b以上の事故は5分以内に院長へ初期報告を義務付け、事例によっては早期に臨時の関係者会議を開催し、事実確認と今後の対応策、再発防止について検討をします。また、「転倒ワーキンググループニュース」として、事故事例紹介を電子ツールで配信し、全職員が閲覧、情報共有できるようにしています。



②職員教育と情報共有

ワーキンググループが5つの項目に分かれて、リハ・看護・介護を主な対象としたカリキュラムを組みました。転倒転落防止に関する知識を持ち、職員一人ひとりが規範となり行動ができるよう、1クールは必ず研修コースに参加するようにしています。尚、講演形式であっても、実技を組み込んだり、KYT・事例分析など参加型として、なるべく多くの職員が関心を持って研修会に参加できるよう企画をしています。



■研修会コース例

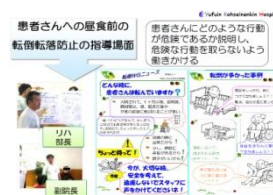
①シーティング ②歩行介助 ③KYT ④対策用紙の書き方 ⑤事例検討(RCA分析)

3. 患者参加

①入院時、昼食時の説明

患者さん自身が事故防止に主体的に取り組んで頂くことを目的に、入院時にはパンフレットを用いて説明し、理解して頂きます。また、昼食前に、リハ部長や副院長が転倒・転落防止について患者さんに説明をし、危険な行動を取らないよう働きかけています。

説明ツールには、厚生労働省のチーム医療実証事業に応募し獲得した予算により作成したパンフレット『私たちは絶対に転ばない～転倒・転落事故防止10カ条宣言～』(下図)や、DVDがあります。「ここが危ないですよ」だけでなく、「こうしたらいいですよ」という具体的な対策まで掲載しているので、他の病院からもぜひ使いたいという声を頂いています。



②患者モニター制

厚生労働省のチーム医療実証事業として、患者さんに主体的に防止活動に加わって頂く「患者モニター制」を導入しています。病棟毎にモニター患者を任命し、月に1～2度懇親会で転倒ワーキンググループに患者さんの目線で「ここが危ない」といった、看護師が体験できない部分を報告してもらっています。例えば、テレビホールの椅子が乱雑になっていて歩行しづらい、配膳車が急にバックしてきて怖かった、ベッド上の電灯の紐が短く夜間の使用が難しいなど、私たちも気づかないことが多く、患者さんから教わることが少なくありません。また、転倒・転落のエピソードをモニターの立場で、患者さんから患者さんに5分程度で説明してもらったりしています。この制度の導入により患者さん同士の関わりも深くなり、「危ないですよ」と声掛けができたり、退院後も知識や経験が役立つことで、好評です。



—転倒・転落対策の流れはどのようになっていますか。

入院当日にアセスメントを実施、当日16時頃に打合せ会議にてアセスメントシートを元に、多職種チームで転倒リスクの評価・対策立案・再評価日の設定をし、対策を電子カルテに入力します。後日カンファレンスにおいて対策の評価をし、PDCAを行っています。対策や計画は具体的にリスク(問題点)を挙げ、それに対しKYTを含めた内容で立てるようにしています。漫然とではなく、できることを明確に患者様との契約の意識で立てることが大切です。実際の場面で具体的・現実的な1日を通した対策、また、現在だけではなく予後も見据えた対策を立てる事がポイントです。新しい対策が立てられた際は電子カルテを通してタイムリーに情報が流れてきます。また、重大な事故が起きた場合は、『ころばん隊』のメンバーが直接現場検証を行います。

尚、当院は患者さんの約7割が脳血管疾患を持っています。よって、全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会にて報告された約1,000以上の事例から、有意差があると判断した内容を項目に入れて作成された、脳血管疾患専用のアセスメントシートを使用しています。その他の患者さんには日本看護協会の業務基準に示された転倒アセスメントを当院用に改訂したものを使用しています。



—最近の転倒・転落事例の発生件数はどのように推移していますか？

前述の『ころばん隊』を組織し活動を始めてから1年で、転倒件数は31.2%減少、転倒発生率は28%減少しました。当初目標の3割減を実現したことになります。尚、平成22年度はインシデント581件の内、転倒・転落は約60%、その中で骨折などのアクシデントに繋がったのは9件で、今年度は現時点で骨折2件です。発生場所は病室・トイレが多く、移乗(車いす⇄ベッド、車いす⇄トイレ)時が26%を占めます。

転倒・転落対策については、明確な方針や取り組みがあるかないかによって、効果がかなり変わると思います。当院は院長の「患者さんと職員を守る」という方針の下、平成20年に専従のリスクマネージャを配置、翌年に『ころばん隊』を結成し対策に取り組みを始めたことにより、事故の発生件数は目に見えて減りました。これまでも看護部が主体となり、できる限り一生懸命取り組んでいたのですが、統括リスクマネージャの配置や転倒ワーキングなどの組織づくり、多職種のメンバーが集まって具体的な対策を立てることで大きく変わったのだと思います。また、いくら現場に意欲があっても予算がつかないという事もありますので、病院全体で取り組むことが大切だと感じます。

—離床センサーの運用状況は如何でしょうか。

離床センサーは、3機種を合わせて36台導入しており、病床数に対し12%の導入率です。約8人に1人の患者様に使用している計算になりますが、常にフル稼働しており、台数が少し足りない位です。

中でも、昨年10月に導入した座コール(車いすなどからの立ち上がりをお知らせ)は好評ですよ。今まで車いすで危険のある方は常に側に付き添っていましたが、今は離れた位置でも患者さんの動きをセンサーで知ることができますので、ある程度自由に過ごして頂けます。また、付き添いが患者さんの不穏に繋がることもあったのですが、それが減ったという声も聞きますので、導入して良かったと思います。

ただし、センサーの設置が「抑制=行動を見張る」にならないように気を付けています。コールの度に駆け付けると、「何でしょちゅう来るの、行動を見張っているんじゃないの」と言われてしまうこともありますので、そういった場合はセンサーを外し、ベッドやチェストの配置を工夫したりベッドを低くするなど、センサー以外の対策を取ります。

当院は平成23年12月1日に「抑制廃止宣言」を行い、離床センサーを含めた「患者さんがどう感じるか」で抑制か否かを判断するようにしています。そのためには、アセスメントの段階において多職種チームで患者様の行動パターンを把握し動作分析を行った上で設置、さらに、適切かつ効果的に使用されているか各勤務での確認、毎日の評価が重要だと考えます。

—離床センサーの管理はどのようにされていますか。

病棟管理で、誰に何を設置しているかを掲示し、待ち状況なども一見できるようにしています。センサーが足りない場合は他病棟に借りに行き、院内全体で活用できるようになっています。また、看護師やリハの方も整備・点検ができるよう、使用方法やメンテナンスを周知しています。センサースイッチ整備の時間も決まっていて、各勤務の終わりに電源ONを確認し次へ引き継ぐように徹底しています。ご家族が電源を切ってしまうこともありますので、スイッチにキャップを被せて切れないように工夫もしています。ゆくゆくは、電子カルテで中央管理できればよいと思います。

—テクノスジャパン、離床センサーへのご要望はありますか。

より現場に近い感覚で製品を開発して頂ければ嬉しいですね。直接お話をさせて頂くような機会をもてればと思います。様々な機関と共同研究・開発を始めました(自動ブレーキの車いすの開発など)ので、ぜひ離床センサーでもそういったことができればと思います。

—最後に、医療安全に対する河野様、梅尾様のモットーをお聞かせください。

院長方針の通り、「患者さんと職員を守る」ことが医療安全だと考えますので、これからもそういった目線で取り組んでいきたいと思っています！