



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

No.49 名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 専任 GRM 野田弘実 様



【病院外観】



【医療の質・安全管理部の方々】前列右端が野田様

■病院概要

明治4年5月、名古屋藩評定所跡に公立の仮病院設置
 明治8年1月、愛知県病院と改称
 明治9年4月、公立病院と改称
 明治14年10月、愛知病院と改称
 大正11年7月、愛知医科大学病院と改称
 昭和6年5月、官立移管 名古屋医科大学附属病院となる
 昭和24年5月、名古屋大学医学部附属病院となる
 平成8年5月、名古屋大学医学部附属病院分院を統合
 日本医療機能評価機構認定病院 (ver.6.0)
 病床数：1035床（一般985床、精神50床）

■理念・基本方針

理念

診療・教育・研究を通じて社会に貢献します。

基本方針

- 安全かつ最高水準の医療を提供します。
- 優れた医療人を養成します。
- 次代を担う新しい医療を開拓します。
- 地域と社会に貢献します。

1. 組織体制について

—医療安全のための組織体制についてお聞かせ下さい。

当院では、医療事故などの防止と患者さんの安全性の確保を目的に、平成14年度に「医療の質・安全管理部」を設置しました。平成23年度からは医療安全を専門とする医師が部長として着任し、他に専従医師、専従看護師、GRM（野田様他1名）、事務職員など計11名のスタッフで構成されています。

医療の質・安全管理部では、患者さんにより安全で質の高い医療を提供できるよう、以下の業務に取り組んでいます。

1. 治療中の不足のトラブルなどに対し、病院全体で対応できる治療体制の構築

2. 全部門からのインシデント情報の集積と分析、事故予防策の検討
3. 医療事故などに対する第三者による客観的事例調査、原因究明と再発防止策の指導
4. 院内の各種安全マニュアル、標準対応指針などの策定、各部門との連携
5. 院内研修、学生教育による安全意識の高い医療者の育成と、安全文化の醸成

また、院内の全部署・全部門に部署における医療安全の責任者としてクオリティ&セーフティマネージャー（以下、QS マネージャー）を約 130 名配置しています。

—QS マネージャーはどのような役割でしょうか？

QS マネージャーの主な役割は以下の通りです。

<自部門での有害事象発生時>

1. 各部門長、医療の質・安全管理部への連絡
2. 事例の情報確認、事実関係の整理、緊急治療対応などの指揮
3. 医療の質・安全管理部と連携した各種対応と患者説明

<他部門での有害事象発生時>

1. 医療の質・安全管理部からの要請に応じた臨床的助言や部署内エキスパートの紹介
2. 短期・長期を含め、院内最上級の部門横断的治療チーム編成への協力

—GRM としての野田様の主な業務内容をお聞かせください。

医療に伴って患者さんに発生する、さまざまな有害な出来事を迅速にキャッチし、病院をあげての救命・治療に取り組むことを常に念頭において活動しています。

日常の活動の一つとして、月に平均 800 件以上の報告があるインシデントレポートを分析して、具体的な改善策の提案、スタッフ教育やシステム改善に力を注ぎ、再発防止に努めています。

また、インシデントの発生した現場と連携を取り、現場の改善活動を支援しています。

その他、週 1 回開催される「医療安全コア会議」をはじめ、「院内救命質向上ワーキング」・

「転倒・転落防止対策ワーキング」・「インスリン治療標準化ワーキング」・「血栓予防ワーキング」

「抗血栓薬中止規約ワーキング」・「内服薬管理ワーキング」など 6 つのワーキングと「薬剤部門」、

「透析部門」、

「放射線部門」、

「ME 部門」、

「検査部門」、

「リハビリ部門」、

「栄養部門」、

「手術部門」の 8 部門との

インシデント検討会を定期的で開催しており、各ワーキングや部門と連携し、さまざまなインシデントを検討する

ことで改善に結びつけています。

2. 転倒・転落事例の収集と対策について

—事例の報告から防止策の実施までの仕組みをお聞かせ下さい。

事例発生の際は、電子カルテ上で提出する仕組みです。提出されたレポートはインシデント検討会でチェックし、インシデントとして対応するものと緊急事例として対応するものに分けます。

緊急事例が発生した場合は、臨時アクシデント会議を開いて対応を協議し、コア会議で対策を決定後、医療の質向上と安全推進委員会を通して全院に周知する仕組みです。

また、入院時の転倒転落アセスメントはほぼ 100%実施しており、そこで導き出された危険度によって、患者観察、環境整備、援助・指導の 3 つの面での転倒転落防止策を看護計画に盛り込んでいます。アセスメントシートや看護計画書は電子カルテ上で誰でも閲覧できるようになっています。

—近年の転倒・転落事例の発生件数はどのように推移していますか？またその原因はどのようにお考えですか？

平成 24 年度のインシデント報告総数は約 9,000 件のうち約 700 件が転倒・転落でした。

インシデントの報告総数はここ数年増加傾向にあり、転倒・転落も徐々に増加しています。

事例別の割合では、薬剤関連が最も多く 31%、チューブ管理が 20%、治療・手術・検査・処置関連が 14%、

転倒・転落は8%で4番目に多い割合になっています。

転倒・転落のインシデントが増えている原因としては、患者さんの高齢化と入院期間の短縮化が影響していると考えています。

3. 医療安全に関する研修および人的対策について

—医療安全に関連して、過去どのような研修を実施されましたか？

院内の全体研修は安全・感染・薬剤に関連するテーマを設けてそれぞれ年間2回実施しています。

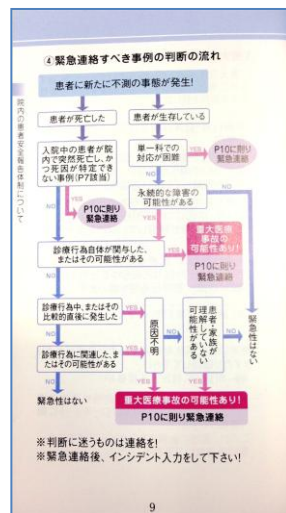
最近の安全に関する研修は、患者誤認、院内暴力、チームステップスをテーマに実施しました。

転倒・転落に関する研修も今年度実施に向けて企画している所です。

KYTに関する研修も新人を対象に実施していますが、机上で出来る事が現場では出来なかつたりするので研修の在り方の難しさを痛感しています。

また、研修ではありませんが当院には1600名を超える職員が居りますので、緊急時の連絡先や対応などを記載した『医療安全ポケットマニュアル』を医療の質・安全管理部で作成し、全職員が携帯して対応に役立てています。

【医療安全ポケットマニュアル】



5 基本安全確認行動

(1) 患者誤認防止

1) フルネーム名乗らせ確認
患者確認は、すべての安全な医療の基本となります。「安全は名前から」を徹底しましょう。

① 患者は必ず自分の氏名情報を有しています。
職員は、まずその氏名情報を発信してもらう患者をお願いします。

② 職員は患者から発信された氏名情報が自分の手元にある患者の氏名情報と一致しているかどうかを確認します。

自分の名前を名乗ることができる
安全のためにお名前をフルネームでお願いします。

自分の名前を名乗ることができる
リストバンドで確認！

※自分の手元にある患者の氏名情報は電子カルテ、検査伝票、注射指示書、ラベル等に記載された氏名です。

同姓同名患者の誤認を防ぐためには、患者から氏名+αの情報を発信してもらう必要があります。(生年月日や診療番号等)

—事故防止のための人的対策についてお聞かせ下さい。

看護部のリスクマネジメントチームで目標を立て、病棟ラウンドを行って、アセスメント実施やハイリスクの患者さんへの対応（黄色いリストバンドで識別）のチェックを行っています。

また病棟間の相互チェックを行い、お互いの良い所を参考にしています。

環境面のチェックについては課題を感じているので、今後ワーキンググループを活性化し、改善して行きたいと思えます。

4. 離床センサーについて

—離床センサー導入の目的、機種選定のポイントをお聞かせ下さい。

当院では、患者さんの行動把握による転倒・転落防止を目的として、センサーマットとセンサー機能付きベッドを合計45台導入しています。

センサーマットは、高齢患者さんの割合が高い病棟では徘徊防止の目的でも使用しています。

—センサーマットとセンサー機能付きベッドはどのように使い分けられていますか？

またそれぞれのメリット、デメリットはどうお考えですか？

両者の使い分けは特に明確にはしておらず、運用する病棟の判断に任せています。

センサーマットは、シンプルに使用できる点はメリットですが、報知タイミングが遅く転倒防止の実効性に乏しいのがデメリットだと思います。

また、センサー機能付きベッドは、起き上がり、着床など複数のタイミングで使用することが出来る点がメリット、設定、使い方が難しいのがデメリットですね。

5. メーカーへのご要望について

—弊社へのご要望がありましたらお聞かせ下さい。

現場が求めているのは、事故防止に効果があり、業務の改善・軽減に繋がる対策の情報だと思います。

そういった情報があれば是非いただきたいですね。

6. 最後に、一言お願いいたします！

医療安全はここまでやったからもう終わり！ではなく、終わりが無い世界だとつくづく思います。

これからも粘り強く対策に取り組んで行きたいと思います。