

26	A	長谷川敏彦先生の話ですと、医療の安全の方向性が、最初は普情とか事故に対する対応でリスク、次はより安全にとり対応でセーフティ、次が質、クオリティ、最終的に経営のことまでやりなさいとおっしゃっていますので、一応それを目指しているんですが、経営のところまでこういう文書を改定する作業そのものが、スタッフの教育になるというか、これをただ作って配布するだけじゃなくて、必ず年に1回確認作業ですとか、ルールの修正、追加ですとか、それ自体がもう教育活動の一つ…。	
27	質問者	医療安全対策ルールブックは年に1回ですが、これは常に確認しているんです。	
28	A	例えばトラブルが起きます、そうするとほとんど対応できないルールはないんです。何百何十何で対応しましょうと、今回の事例は何百何十何ではちよつと足りないと分かると、何百何十いくつをすぐ改定します。1年待たないで問題が起きた時にどう対応しようかと一応マニュアル、が一番多いのはこなんですが、有害事象発生後の対応マニュアルですが、何か問題が起きた時にどう対応しようかと一応マニュアル、ルールが決まっているんです、今あるルールで対応できなかったというところが分かりますと、これを待たないでどう改定していいか、あくまでルールブックのNo.50から90、317,318,549とか改定していきます。現在627です。ですから1年を待たないでどう改定していいか、あくまでルールブックのNo.50から90、317,318,549とか改定していきます。A41枚を変えたいのはちよつと大変なんです。この1枚変えるのはた易くできます。これをつくるのはちよつと大変です。	627 有害事象発生後の対応マニュアル No.50から90、317
29	質問者	変わりましたというのはどうやって周知しているのですか。	
30	A	これは全部署に配布されます。この何百何十いくつがですね、そうすると看護部は看護部で病棟の師長さんがこういうルールになりましたよと、病棟によって違いますが、発表して各自が読んで印鑑を押すという部署もあります。検査課も全部署です。総務課も名簿があって印鑑を押している。医者は多分言うことを聞かないので、一人一人です。その人に読んでもらうにはやっぱりトラブル発生とか、当院でも起きたとか、他院でも起きたとか、当院でも起こりそうとか、何か目を引くような文句を入れて、イラストを多くしないと読んでもくれない。文書だ根拠になるところの出典とか、何からとかエビデンスのところを出されていますよ。	
31	質問者		
32	A	そうですね。下に参考文献なり、引用文献なりをできるだけ入れようにはしています。それから例えば615というのを見ていただきますと、615を出した時に一番下に参考の医療安全対策物のナンバーが2、No.32、No.42、No.323とこう出ています。この通達がきましたら過去のこれをも参考にしてみることができ。	615を出した時に一番下に参考の医療安全対策物のナンバーが2、No.32、No.42、No.323
33	質問者	事故がおきるとだんだん確認が増えていくという傾向にあったんですが、そのところは、今まで確認していたのに二重三重に行動ががんじがらめになっていつちやうやうということがあるんで、そのところのルール作りはどうなっているんですか。	
34	A	私の本心はルールは守ってくれなくいいと思っっているんですよ、実は。マニュアルを知らなくてもいいと思っっているんです。ただ職員は次から次へと出てくるし、この病院はいろんなことが決まっっていて慎重にやらなければならないという気持ちになってくれていければそれでいいです。ルールを忘れてもいいと思っっています。	
34	A	それから、なるべく以前出したルールと以前出したルールをいっしょにしています。改定するときには、例えば100番と150番で似たようなもので、今回は670でこれを統合しようとしています。ルールがあまり広がりすぎないように心掛けています。	
35	B	冊子になるにはある程度溜まってからなるんで、新しい情報は自分のところでフアイリングしているという形になります。	
36	質問者	お菓をダブルチェックしなければいけないとか、相手を探すのに時間がかかるとか…いろんなことがあって…	
37	C	輸血の使用期限のことやトラブルがありまして、それで輸血を無駄にしないために使用期限ぎりぎりのものが、今日使ってくださいというものがきたんですね、そして日にちの確認が行き違っただけで、明日でもいいよというオーダーが出ちゃったものから、次の日に8時間から9時間遅れなんですけど、使ってしまったんですね。	

資料9 F医療センター(医療安全管理室)聴取記録

37	C	それで、ずっと調べてみるとルール違反というのがあるんですよ、そこを確認、ルールどおりにすれば間違わなかったはずだと、ということがあつたんです。当日期限の時にはこれ(No.651)を使いましょうということ、このときも確認事項が一つ増えるから繁雑になるという点が確かにあつたんですが、そこで使った方が比較的安全じゃないかということ...	(No.651)
38	質問者	もの(荷札)を入れることによってそのルールってのは...	もの(荷札)
39	B	そうですね、視覚で、これが入っているということによって、輸血部の人には作業が一つ増えるということなんですけれど、いそいで使う現場では細かい数字を見えるよりも、これがついているのは当日だということが分かるんで...	(No.651)
40	質問者	今までだと、何と何を確認しなさいっていうマニュアルがかなり強化されて、誰と誰と見なさいということが行われているところが多いと思うんですが、そうではなく違うところの大塚さんのほうは、ちょっと違う形...	(No.651)
41	B	使用現場で求められるとすごく大変なんです。ですから、その以前の段階のところ、できるものはやっていただこうという考え方です。	(No.651)
42	質問者	現場のほうで忙しくておそらくそこまで見てもらえないところがあると思います。	
43	B	見なくちゃいけないんですけど、急いでいると見過ごしてしまうということですね。それが見過ごさないようにする何か、歯止めになるようなものがあればいいわけですね。それを輸血部のほうで出してもらおうということ、この小さい線のタグです、それを付けてもらおうというようこれだけ入れることによって、変わったんだなあということが意識付けられることになるんですね。	小さい線のタグ
44	質問者		
45	B	そうですね。それをいっしょに考えられる風土になってきたというのが大塚さんだと思います。医療安全管理室が、..でやっている面があつたんですけども、今はいっしょに輸血部の人、看護部の人、輸血委員会でも、という形できちっと話し合えるようになってきたという効果です。風土ができてきたということですね。	
46	質問者	患者さんにとっては、...、最後の間違いを確認する看護師...発想が出てこないですね。	
47	B	そうですね。何とか全体的にカバーできればいいわけですね...	
47	質問者	それで一番大事なことが最初パシッと書いてあるんですね。これが、まず、いいこと...	
48	A	それで、まず、タイトルを見ただけで何が書いてあるか分かるようにしないといけないことらしいんです、いろんな本読むと。何年度の統計とかが出しても、それは統計だけなのであまり意味はないと、「何年度の統計、何とかが急増」とか、「何年度の統計、何とかが改善」とか、そういうようなタイトルにしてあげると、タイトルに意味があるということらしいんです。	203
49	質問者	そうですね、見ますよね、タイトルで、中身をまずは、文章であつたらあまりみませんけど、これだつたら、見ますよね。	
50	A	そうしますと、だんだんこう細くしていかないといけないので、どんどん増えていくのも困るので、203で全ての医療関係者には守秘義務があり、まずよと通達を出したわけですね。当たり前といえば当たり前なんですけれども、そこに刑法だとか、いろんな法律でこういうふうになっているんです。実は、	203で全ての医療関係者には守秘義務があります
50	A	次に551でこういうことを出したわけですね。守秘義務と網紀保持に関して苦情が寄せられていますよ。実際苦情が寄せられていたのを出したわけですね。もし苦情を寄せてくださった方がこれをほしいといえれば、お陰様でこういう文書ができましたからと差し上げているわけですね。	551.守秘義務と網紀保持に関して苦情が寄せられています
50	A	すると、また問題が起きたんです。656なんですけど、問題が起きた時にどんどんこれをやると、どんどん増えていくだけなものですから、656では、今までのものをまとめました。203と551をまとめて一つにしたわけですね。守秘義務と網紀保持ということで、ほとんどイラストですが、文章は少なくなりました。ただし、その根拠を示さないといけませんから、根拠はここに載ると。	656 203と551をまとめて一つにし

資料9 F医療センター(医療安全管理室)聴取記録

56	A	(No.469)メーカーの人に調べてもらったら、目に見えないけど(ガラスの破片が)底に入っているっていうんですね、その文献を取り寄せてそこに載せているわけです。	
57	質問者	実際、看護師は事故が起きたりとか、自分が起こしたときとか、も、かかわっていない人たちはどういう反応…ルールブックとか…活動…そういう目で見ていく…反応で返ってきてたりしますか。	
58	C	先ほどの輸血の文書を見ていると、どこかで何かが起こったなと思いますね。後は結構インシデントレポートはほとんど抵抗なく出してくるんです。だから関係なく、皆いずれも…はしたんじやないかという思いははしたんじやないかと思うんですね。	輸血の文書 インシデントレ ポート
59	質問者	それは起こりえるかもしれないという気持ちか…。	
60	B	最初に新しく採用する時に医療安全管理室で講義をするんですよ、室長と副室長と両方で話をして、それが情報源なんですよと、それが、ひいては皆のことを守ることになるんですよという感じで。	
60	B	今、看護協会でも、レポートを書くことにすごく抵抗がありますよと、それがいやで辞めたくなくなるとい情報もあるんじゃないですか。それが情報として本当に必要なんですよ、それがまた皆を守ることに必要なんです。最初、先輩から書くようになって言われて、書かされてい	
60	B	あと、先輩も書いてるから書くものだというふうな形になっていくんだと思うんですね。最初、先輩から書くようになって言われて、書かされてい	
61	C	るっていう意識があるから書かないんですって、そういうことは始めから言ってますね。	
62	質問者	匿名性の中で、例えばネットで入力するとか、あるいはチャットで、あるいはインシデントレポートで事実、ありのままに起こったこととまで分析できないんじゃないかと思うんですが、先ほどのインシデントレポートで事実、ありのままに起こったこと…	
63	C	原因というか、何故起こったかは事実だけを書きなさいということ、事実を書いてくれるわけなんですけど、隠れた真実、原因はその文書には出ていないと思います。だけど、何かが起こった場合、それを明らかにしなければいけないときにはこれを使ったりして、いろいろな方面からその事象を見られるようにということ、各病棟の師長たち、一つずつ持っているんですけれども、偏った見方をしないように、個人を責めないように、対応策が立てられるようにということ、その視点に立って分析することは、いちいち全部しているわけじゃないですが、	
64	質問者	それは、さっきの委員会によってきたものは詳細に分析される、月に一度開かれる委員会の中で取り扱われるのですか。	
65	B	そうですね。各担当の看護部であれば、師長がクオリティマネージャになっているんですけど、勉強会とか看護協会主催のリスクマネージャの研究をほとんど受けているんです。そういうところの視点で、普段、自分の現場のスタッフを見たりとか、上ってきた報告に対応できるくらいになってきているんです。師長は、ほとんどの人が、8人くらいが受けているので、10単位のうちそのくらい受けているんで、あと主任クラスまでいっているんで、一つの部署に誰かはいらぬという形になってきています。そういう出てきたものにも偏った見方じゃなくて、対応現場で、その場で確認したりということができるように、人材…	
66	質問者	ええ、人材育成というところに入れていっているんで、千葉県の看護協会にいたりとか、中央に行ったりとか、自治体病院もありますよ、リスクマネージャの養成コースに参加してもらっています。	
67	B	..を受けて、それに関する..を開いたり、病棟会も開催しているんです。そこで話題にして、事実を確認して、解決策を工夫しましょうというところで..もっと大きな..が必要な場合にはここにくるんですが、病棟が...個人を絶対責めないですね。責めちゃだめというルールがあるんで、辛い思いをしている人も一時的にはあると思うんですが。	
68	C	一つの資料が何度でも使えることはいいいことなんですよ。質と安全の合同会議、そのところも皆、パワーポイントで発表するようにしているんです。そこで発表した人の資料を、構成しなおしたりすると、もうこの文書に載せていける、そうすると作ると作ると全然違うんですね。そういうように何度も使えらるんですね。パワーポイントになっていけば、この..もそうなんです、この..もスライド、スライドを組み合わせて教育の時にできますよ。スライドを編集していけばいいわけなんです。そういうふうにして何回も使えるというところがいいところなんですよ。	
70	質問者	パワーポイントを作る教育とかもあるんですか。	

71	B	ないんです。でも、一番最初にあったとき、事務員の人がパワーポイントをよく作れなかつたんですが、別の人がインストラクターをできるくらい能力をもった人だったんです。最初のうちは作れないところはお手伝いしますと、紙で書いてきたものをもってきて、じゃこういうことですかって確認したりして、これでいいですかっていうふうな確認をして、パワーポイントになるんですね。そうするとパワーポイントを出すと、それは、ざらざらじゃなくて、きちとまとまって結論、問題点がはつきりする、対策、課題とかそのような形できちとまとまってくる、そういうところがただ発表するだけでなくパワーポイントでやるってところのメリットかなと思うんです。無点が明確化されていく、それで、それがまたいろいろな形で活用されていくところがいいところだと思えますね。今は手伝うところが少なくなってきたんですね。できるよになつてきています。最初のうちはかなり手伝いましたけれど、そこで執筆するときは、皆パワーポイントなんだ、って感じになつてきてますね。	
72	質問者		
73	B	そうですね。最初はちよつと大変でしたけどね。今はそれが当たり前という形になりましたね。	
74	質問者	どういうタイトルにするかとかが、伝えたいことは何かということがはっきりしますよね。	
75	B	そうですね。感染の認定看護師なんかは、新しいことを伝えるには、このところで発表するとすごくいいなあと思っているんで、そういうところで発表したいとか…。	
76	質問者	クリティカルパスはこれらの病院では利用されているんですか。マニュアルは色々な事象をまとめたものになっていますが、クリティカルパスのようなものを作って患者さんにお渡しされているのですか。	クリティカルパス
77	B	はい、しています。患者用と医療者用と両方あります。婦人科はすごく絵がいっぱい入りました。例えばお産の方だったら自然分娩と帝王切開の2種類があつて、お母様にお渡するのはカラー印刷してあつて、絵を入れて、そういう形ですね。	患者用と医療者用 お産の方だったら自然分娩と帝王切開の2 医療者側の化学療法 抗生剤 何か起こったときの対応マニュアル
77	B	医療者側の化学療法などは、後ろは、化学療法をやるときにアレレギとか…色々な間接事故？がありますよね。それで、何回かクールでやるので、そのたびに起こすのはたいへんだから、裏のところでチェックしていく、そういうのを作っているんです。	
77	B	抗生剤もいっぱいありますね、今やらなくちゃならないのが、集めるのがたいへんな労働なんです、それだつたら裏に印刷したらいいじゃないという感じで、それでやるべきことを作っちゃうという形ですね。それを作るに当たっては、化学療法をやる場所の呼吸器の先生とか、乳腺の先生とか、色々な先生が集まって、こういうようにしていこうと話し合いました。何か起こったときの対応マニュアルも実際作って、この医療安全のマニュアルの中に、起こったときにはどうすると言う形で、抗がん剤がもれた時とか、外来化学療法と有害事象クレーム対策という形で、100、160頁あたりですか、そういうところに、検討部会を作つてやるといふような形です。	
77	B	もれた時の対応はこうしようとか、そういう…は一つ一つのところで単独でやつてはだめなんですね。	
77	B	あと皮内反応は、無効、やっても意味がないというときの、厚労省からも色々来ましたが、きちんと説明しなさいよ、起こったときの対応がすぐにとれるようにしなさいよと。では、うちではどういう形でやるのかなとときに、検討部会を立ち上げてうちのルールを作るとか、そういうふうにして、それをまた文書に載せていく、そういう形でやつてますね。何か発生したら、まあここで決めるところもあつて、流せるところもあります。多くの科にかかわるものに関しては、短期間の検討部会を立ち上げていく、そしてルールを定めていく、そしてそれを載	
78	質問者	パスと文書がうまくリンクするような…	
79	B	そう、リンクしないと、パスだけでもできないところもありますので、パスに載る前の段階で、ある程度ルール付けをしておかないといけないというところがありますね。…ありでしょう…カラーで…先生たちと一緒に作つて…薬剤師さんが、化学療法だと入院時、病歴薬歴調査をやつてとか、薬が適切かどうかということをやつて、病棟で、薬剤師さんが、医師のオーダーをチェックして、ということをやつて、そして実際に作るということは薬剤部が作つて、それがあがってきて、それを実施しますよね。ルールに基づいて、そして観察して、そして退院の時は薬剤師さんが服薬指導をして、というその一連の流れができてきた気がしますね。	

80	質問者	看護部長さんに聞きかかったのですが、例えば胃がんで入院してくるとか、そういうことがありますがね。パス…とか、何をどういうふうにならせるか、という全体が決まっていますよね。その時のヒストリーというかストーリーを、そういうような流れを決めて、そういうことが前になさっているのかということなんです。	
81	B	そこその疾患によって、診療科によって違うんですよね。	
81	B	例えば、呼吸器だったら先生が外来で決めていきますよね。この人は、どのパスを使うかという選択をしますし、それで適用できるかどうかというところをやって、それで適用できるとなるとそれを選んで、それで、それぞれの役割が書いてあると思うんですよね。最初の日に薬剤師さんがやるとか。パスを作る段階でみんなそれを決めていってらっしゃるんですよね。そのときに先生とか薬剤師さんとか、看護師とか、医事科とか、最初の段階で全部入って決めてるんです。そうすると、その流れで全部決まってるんで、特別私のところどころというよりは、最初から自然に流れていくんです。	呼吸器だった先生が外来で決めていきますよね。この人は、どのパスを使うかという選択をします
81	B	例えば、眼科だったら、手術だと日帰り手術もできる時代ですよ。でも、ここにいる方は高齢で合併症をもっている方がたくさんいらっしゃるんで、入院してやりましょうというかたちになっていきますので、ですけれども、早くても前の日で、当日ということもあるんですよ。そうするとパスという形でやるにしても、患者さんが理解するのは難しいし、たいへんです。外来の段階でもご説明に入っちゃいます。外来で術循環器などもそうです。ベースメーカーを予定として埋め込む方は、身体障害者として手続きをしなければなりませんので、パスの段階で、外来の段階で、看護師がソーシャルワーカーにつなぐということになっています。身体障害者として手続きをしなければなりませんので、パスの段階で、外来の段階で、看護師がソーシャルワーカーにつなぐということになっています。	
82	質問者	申請の仕方とか聞いてくる。そういうように、病態や治療によって決まっています。必要なことはパスを作る流れの中で、決めていくということ、それをきちんと…。	
83	B	B、そうですね。それぞれの部門でやっていくということですね。ですから看護師だけでなく、ソーシャルワーカーがかかわる部分が出てきたり、薬剤師さんがかかわる部分が出てきたりといった形でですね。パスを作っていくときに、そのように色々な人とかかわりながら作っていくというところは大切なんじゃないでしょうか。	
84	質問者	外来からつながっていくパスというのは、パス自体がそういう形であるんですか。	
85	B	そうですね。外来の段階で。外来、入院前、入院当日、そういうような形でどんどんなっているんです。	
86	質問者	そういう患者さんへのパスは外来で渡されているんですか。	
87	B	眼科などは外来でやっていますね。それで、なんで私たちが、それがやりやすいかという、病棟と外来の看護単位が一元化なんですよ。例えば、眼科の外来には眼科の入院しているところから看護師が出てらっしゃるんです。循環器だったら、循環器の病棟は循環器内科と心臓血管外科が同じ病棟で、循環器内科と心臓血管外科の外来には、そこから看護師が出てきます。そうすると治療と看護とかが一貫して分かります。外来で発生した問題も、病棟全体に分かるということなんです。	
89	B	そうですね。看護師長は一人で管理しているわけですので。	
90	質問者	外来もですか。	
91	B	ええ、一元管理ですから。ドクターとの意思のコンタクトもいいですね。そういうところでは、パスの運用とかも、外来が一つの単位であればやってもらわなくちゃいけない、という感覚じゃないですか。それがないんですよ。自分でやると。そういうふうになるんで、外来とのつながりはいいですね。そんなに抵抗なくやって、あ、もつと、外来でもやると患者さんにとってもいいよね、効率もいいよね、と。じゃあ、ここところは外来の単位でやろうよ、やるにはどうすればいいか、という工夫が病棟だけでできるわけですね。	
91	B	病棟と外来が別の単位だと、病棟から、忙しいのでこんなふうにはやってもいいんだけど、というのと、外来では、お宅を受け入れると他のところも受け入れなければならなくなるから、できないわよというふうになるわけですが、そのようなことがないですね。	

資料9 F医療センター(医療安全管理室)聴取記録

92	質問者	患者さんにとっても外来で見た看護師さんが病棟にもいたらとっても安心感があっていいですよ。
93	B	ええ、そういうところでは連携がしやすいかなと思います。
94	質問者	単位が、脳血管外来と脳神経が病棟と運動しているんですか。
95	B	そうですよね。脳血管の病棟の看護師が脳血管外来になるわけです。
96	質問者	そうすると日勤になったらいくとか。
97	B	そうですよね。勤務表の中でも作られていくんですね。メインにおりる人、長くいる人を作っていくかいないかですね。
98	質問者	患者さんも連続しているんだから、そういう意味じゃ看護師さんも連続しておかしくない...
99	B	主治医はそうですね。ですから看護師だっていいんですよ。
100	質問者	より専門性を追求するためですか
101	B	一番は継続看護ができるということを目的にということですね。それが今、入院期間が短くなってきて、パスができて、というところで益々メリットがでてきたかな、ということですね。
102	質問者	入院期間が短いんですね。
103	B	ええ、13日間で切れる時があるんですよ。12いくつかの時があって、それで平均13日くらいということですから、もつと短い人がいるということ
104	質問者	...でやっていけないと間に合わないということですかね。
105	B	それで眼科の場合は、手術があった後の処置がありますよね、病棟で。その外来看護師がその患者さんについて看ているですよ。それから2人いるとすると、1人が術後の患者さんを看てるんですよ。診察介助で。そうすると、退院した後に来た時でも分かりますよね。そういうふうに
106	質問者	体制について、他のところと違うねと患者さんから言われることはないですか。
107	B	違うということよりも、外来の看護師さんとまた病棟で会えたことで安心だ、ということはおっしゃってくださいますね。
108	質問者	これ平成6年からなんですかね。
109	B	ええ、一挙に始まったわけではないんですね。母性の周産期管理をきちんとやりたいということとで一番いいんじゃないかということをやってみて、ああ、いいなということとで、先生方も賛同してくれて、それで徐々に広げていったところですね。
110	質問者	助産師外来みたいな、看護の外来をきちんと...
111	B	そうですね。
112	質問者	私もNTTIにいたんですが、昔そういうような...継続看護、なかなかうまく定着しなかったですね。
113	B	最初変えたところ、外来に同じ人がいると、その人じゃないとだめというように、マイナスのお仕事をこなすようになってくるんですよ。最初はそういうところがありました。分かってくれる看護師がいなかったか。だけど、あの看護師さんはやってくれるけど、この看護師さんはやってくれない、みんな必要なところだけやればいいのかというように考えをもつていかないとだめなんですよ。マイナス発想はなしね、というように形にしていかな

資料9 F医療センター(医療安全管理室)聴取記録

113	2	B	ですけど、タチの関係は割とよくなってきてますけど、ヨコの運搬が希薄になってきて、ここでOKだけどどこでダメというふうないるんなことが出てくるんで、看護部としては外来看護委員会というものを作っただけです。それでヨコの運搬をとれるようにしようとか対策を立てて、その後に、病院として外来運営委員会というものができたんです。外来の一般的な問題や運営をやっているという委員会ができたんです。それで、そこをつないでいく、隙間を埋めていくのかな、そういうものができて、ただバスの運搬だけでなく、そういうものもあって運用されているのかなと思いますね。やはり何かを作らないと、タチだけがよくてもだめみたいですね。	
114		質問者	…何かバンプレットのような…	
115	1	B	日を決めてやっていたりするんですよ、眼科だと術前の検査なんか見るとね。よく分からないんですが、そう言っていました。曜日を決めて、週のうち手術日が決まっていますよね。その人達を一緒にして…説明をちゃんとして…	その人達を一 緒にして…説
116		質問者	グループなんですか。	
117	1	B	そうなんです。手術決まっていますから、それでグループでやっていくという形にしている、術前に看護師が必要な情報は外来で集めちゃうというわけですね。	グループで やっていく
118	1	C	入院時に必要な情報も簡単に書けるようにして、お渡ししておいて、それを入院当日にもってきていただく。	入院時に必要 な情報も簡単 に書けるように して、お渡しし
119	1	B	色々工夫してますね。入院期間が短くなっていますので。	
120		質問者	情報を書いてきていただく、	
121	1	C	基礎データにする…	
122	1	B	そして、もう一度確認して、必要なところは聞き取って、という形ですね。ある程度今、入院目的がはっきりして、入院期間が短いですが、使わない情報はとらなくてもいいわけですので、それ聞かれても使われないものがあるわけですから、必要なものは後で追加すればいいんじゃないのという形ですね。それには看護部の中に、看護記録委員会というのがあって、そういうところで検討していく、とかしグループでオリエンテーションする方がいいですよ。	
123		質問者	なんやかもうしているみたいですが。人数が多いんですよ。一回に10人くらい入っちゃうんですよ。ですから、そういうようにしていかないといけないと思います。	
124	1	B	オリエンテーションの時に、病院のこういうところは転びやすいとか、そのような説明はあるのですか。スリッパしやすいとか。あまり危ないところははないと思うんですけど。	
125		質問者	いろいろありますが、転倒ではなくて、小児科オリエンテーションではお母さん方が付いてらっしゃるんですよ。そうすると、柵を上げてくださいなって、お母さんかだめなんです。どなたか危ないかというイメージがでないんですよ。脇にいいよと、柵を半分上げてね、ちよつと後を向いて荷物をとると、その間に子供はお母さんがそちらを向いたから、落ちるとか、そういうところが実際にイメージできないんですよ。それで、そういうことが起こるかかわからないんですよ。それで、小児科の先生と看護師を使って、小児科の先生と看護委員会の人が病棟ごとにいるんですよ。こういうのを柵に、ベッドの柵にかけます。	こういうのを 作って柵に、 ベッドの柵にか
126	2	B	危ない場所に、事故の起きやすい場所にあらかじめかけておくわけですか。	
127		質問者	そういうのとか。こういうときに起こるんだなって。そういうにしないと、オリエンテーションなんかでも危ないところは強化して、視覚に訴えるというのがやっぱり…	

資料9 F医療センター(医療安全管理室)聴取記録

129	質問者	高く上げなさいといっても、子供のどこまでがあれだと分からないし・・・	
130	B	どういうときで分からないんですね。子供って頭が重いから、振り子の現象で、大人なら落ちないかなって思う場合でも落ちちゃうんですよ。これをつけてすごく効果あったんですよ。	
131	質問者	そう思います、それって。ただ柵を上げてください、ってだけでは。	
132	B	それは書いてあるんですよ、オリエンテーションにも。だけど。	
133	質問者	ただどなかなか。	
134	B	これは写真を人形さんに使って、・・・リアルですよ。	写真を人形さんに使って、・・・リアル
135	質問者	柵がここまで頭が出るっていうのがですね。写真の効果って、すごく違うっていうのが、これ見ただけで。	
136	質問者	これを作ったきっかけってなんですか。	
137	B	小児科で落ちたんですよ。それで、オリエンテーションはしているということなんですけど、会って、みんな大きなことにはなっていないんですよ、やはり言っても分からないですね、ってことで。何かよそでは写真なんか・・・みたいよ、視覚に訴えたほうがいいんじゃないのというところで、じゃあ作りましょうというところで、それで自分たちだけではたいへんということで、小児科の先生が協力してくれて、一緒に作ったんですよ。これはよかったですよね。そのような形で、今はゼロになったよね。	
138	C	そうですね。	
139	質問者	イメージが強烈ですよ。	
140	B	そうですね。人形でも、こういうようになるんですよ。お母さんがちよつと荷物を整理している間に、下がっていたら、折っちゃって落ち	
141	A	さっきの点滴でもそうですが、これは○、これは×、これはこが危険と、目で見えるようにしてやらないと教育の効果はないですね。×ってこともしつかり教えなくちゃならないですね。	
142	B	転倒転落は、やっぱりやらなくちゃならないということで、さっき、転倒転落の統計のところ、いっぱい先生、精神科の先生が書いてあったんですよ、看護部だけでやっつけていてもなかなか効果がないっていうか、限度がある。	
142	B	そういうところで、整形の先生とか、リハビリの先生とか、理学療法士ですね、薬剤師さんのお薬のこととか、色々な人にかかわってもらって知意を出してもらって、やっていったほうがいいということ、そのクロスファンクショナルチームができたんですね。	
142	B	それで意見があって、先生方のお薬の出し方もまずいよねって、だから眼をすればいいって、だからそのお薬でいいのって、感じもあるんで、それで精神科の先生から、そんなときにはこんなお薬がいいですよとか、筋力の低下があまりないような、こんな薬がいいですよって、講習会でやっていただいた。	
142	B	これは質と安全の時にやっていたりして。そうすると、また、ドクターたちも、こういうときには自分達だけでやっていったんだけれども、看護師のほうでも、先生、前の時はこんなことありましたよねとか、薬はこうでしたよね、精神科の先生がサポートしてくださいませから依頼票出しましょうよとか、言いやすくなりますよね。それでもまた違ってくるんですよ。	
142	B	看護師ってやっぱり勇気がいるんですよ、先生に何か言うときに。でもそういう何かがあるよ、言い易い。そういうのを作っていくのも大事なんですよ。それがまた、この医療安全の中で、ここにこう書いてありました、と書えらんで、それもすごく私たちの味方なんですよ。	
143	質問者	・・・	
144	B	B、はい、そうですね。こういうの、色々作って・・・	

資料9 F医療センター(医療安全管理室)聴取記録

145	1	C	転倒転落の危険性がありますというものが、あらかじめ…出されています。はい。		転倒転落を防止するために
146		質問者	これが子供だったら、これがあるかないかというのが大きく異なりますね。		
147	1	B	ええ、先に付いていますから。まあ色々な形で、宿泊もやったり、先生と協力したり、転倒転落のアセスメントシートを使ってとかかしてましますけども、急性期なんで、時間のかかること、継続できないことはやめようとして、できるだけ簡単にして、チェックするところも多少なくしていくこと。学会発表を見ていると、いっぱいチェックするものが出ていたりしますよね。それはうちではできないなあというところがあったんで、まあ、前の時に調査したりして、安全委員会でやったんですが、検討するものとしなものと比較したりして、どこをチェックしたらいいのか、この病院に入る人のタイプとして、そして結果的に、たったこれだけのチェックでいいようなシートになったんです。		転倒転落のアセスメントシート
148		質問者	すごく質問が絞られていますね。		
149	1	B	もうそれはそうですね。室長の方で、ハイルスク、ローリスク、アメリカではこういうことも行われているよ、ということをインターネットで調べてくアメリカではこういうのをやっているよということですが、複雑だと長続きしないし、対策ってシンプルなものの方が良いですね。看護協会のものがなかなか大変だったんですね。それでハイルスクとか、中等度とか、そういうもので、あとはこの星をつけてですね。		
150	1	A	星は転倒の、ナースコールのところに付けておき、そのときは早く行くとかね。そういうのが何かあったんですね、先生。		星
151	1	B	アメリカでもこういうことがやっているところもあるんですけども、転倒転落はフオールですが、流れ星はシューティングスターだと思ったら、フオールリングスターとかいうと書いてあるんですね。流れ星が転倒転落にロゴをかけて、こういうマークをアメリカではどうも貼るらしいんです。流れ星マークをこんなところとか、こんなところに貼って、本人にも、周りにも、あぁこの人は転び易いんだなあ、注意しよう、呼びかけようとしているらしいです。当院でも星のマークを病棟で..		
152	1	A	これです先生。ナースコールのところに一番貼ってあります。		
153	1	B	目で見えるようにして、より安全にしよう。リスクもハイ、ミディアム、ローと、いうことで、これはアメリカのグッドらしいんですが、これは色々な工夫をしますよという中に、これはあるらしいんですね。フオールズプリベンションポスター、転倒予防のポスターというところで、この人は転倒し易いということで、この方のこの部屋のこのところに置いてあるらしいですね。さっきの小児科も、これを吊り下げておく。		
154	1	A	そういう形で、ただ最初は、うちは、まねただけでなく、評価してですね。それで、今のこの形になっていく。それで、それを、また集めて、こんなにしなくてもできるんだということが分かったんですね。それで、もう先に立てちやうんです。それで、その看護計画の中から選んで、必要なものは追加していくたら、看護計画の標準的な看護計画として、もう先に立てちやうんです。それで、その看護計画の中から選んで、必要なものは追加していくアメリカでも3つに分けていて、ハイはここまでやる、ミディアムはここまでというところで、それにならったものなんです。		(転倒転落アセスメントシート)
155	1	B	それで、何ヶ月間かやってみて、もつと簡素化できるよね、 unnecessaryなものがあってもいいよというところをやったものがこれなんですね。そうすると、(転倒転落アセスメントシート)裏表で4回評価できるよになっているんで、そういうようにやっています。		
156	1	A	患者さんにあなたはその転び易いと言っていて、それでどうしなさいというものはあるんですか。		
157	1	B	こんなようなものは危険ですよというものが、最初からありますね。あと、病棟では、対策としてこれもありますね、尊厳もありますね。		危険ですよというものが、最初からあります
158		質問者			鈴の音
159	1	B	例えば、お手洗いにいく時とか、点滴スタンドに鈴をつけたりとか。音がすると、ああ出てきたんだと分かるわけですね。呼ばない人もいますから、鈴の音が聞こえたら注意するとか。色々工夫しています、それぞれ。		
160	1	C	ベッドサイドにもつけようとしたんですが、やはりそのような問題があつてやめたんですね。…患者さん同士が、何で貼ってるんだとか、という事になってやめたんです。		
161	1	A	患者さん同士があの人はいはこちだとか、星マークだとか。それでも、あの人はいは星マークだから気をつけてあげようか思ってくると、それでいいんですよ。		
162	1	B	よそのところでも、やっぱこういうものをやっています、それを参考にさせてもらって作ったんですけどもね。		

資料9 F医療センター(医療安全管理室)聴取記録

163	質問者	あと退院時に、地域の医療機関と連携するような場合に、入院時のオリエンテーションのようなことはするのでしょうか。	
164	B	それはうちの弱いところですね。というのは、まっすぐうちに帰るといふ人は意外と少なく、他のところに転院するといふ人連が多いんですね。ですから、転院先を探す時には、師長、主任が中心人になって、地域連携室の人連と一緒にやっていますが、パスの中で全て組み込まれているというわけでもないんですね。今、脳外科と整形で始まっているんですね。地域連携パスって始まったばかりですよ。整形では、この近辺の医療機関と、医療センターが中心になって、研究会を作って、近辺の先生方と、ソーシャルワーカーなども加わって連携パスを作った向かいにリハビリセンターができましたね。	地域連携パス
165	質問者		
166	B	そうですね。でも、そこだけというわけにはいきませんで、やはり地域と連携していかなければいけませんので。	
167	質問者	こちらのパンフレットを見ると、医師ではなく、看護師の方も合同研修会を行っているのでは。	
168	B	はい、医師会と合同研修会を行っています。	
169	質問者	医師だけではなく、他の医療職も。	
170	B	はい、誰が出てもいいんです。結構、医師会の先生方との勉強会は、何百回とつながっていますね。	
171	A	時間の設定が難しく、勤務時間帯にするか、医師会のドクターたちにするか、早くいこうがいいし、職員にすると早いほうがいいし、そこらへんが難しいですね。	
172	B	でも内容によっては集まりませぬ。	
173	質問者	どのようなところに関心があるのでしょうか。	
174	B	この間は多かっただけ何だったかしら。	
175	C	悪いことをどのように伝えるか、ということだったのではないですか。	
176	B	そうそう。がんとか、告知するときにはどのように伝えるか、というように研修には結構いっばいきていますね。内容によるんだと思いますね。この教育計画もありますので、年間計画を立てて、このぐらい。病棟の個別のものは違いますが、全部の職員に伝えているものは、委員会ごとにテーマを決めて…	
177	質問者		
178	B	そうですね。感染委員会だったら、インフルエンザがはやる前にこういうことをやりますよとか、そういうものですね。あと薬剤部が主催するものとか、放射線科が主催するものとかありますね。	
179	C	一番上のところが安全室で主催しているところですね。…先生の…セミナーと、防犯セミナーが100名ちよっとくらい集まってきましたね。	
180	質問者	医療安全対策はここで計画されるんですか。	
181	B	定期で集まる会が最初に写りましたよね、それはこのテーマルについて行います。で、最初は結構お手伝いしていましたが、段々できるよようになっていきます。	
182	C	…真ん中の…責任があるんですね。この委員会で、はじめにどういう計画がありますからと全部配布しておいて、そこでこの委員会で企画して…となるんです。	
183	B	最初は何でもお手伝いしましたが、段々最近では自立してきてるんで、まあここが総括的な情報発信でもあるし、包括的な本部という形ですか	
184	質問者	医療安全だけじゃなく	
185	B	質なんです。質管理なんです。質がなければ安全が確保できないところですよ。それを伸ばす仕組み	

Virginia Mason Medical Center ACE unit(Acute Care of the Elderly unit)における患者への情報提供

1. 病院の概要

- ・1920年設立
- ・シアトル市内の都市型ケア・教育病院
- ・統合ヘルスケアサービスのシステムを提供する民間の非営利的な組織
- ・全病床数 294 床
- ・職員約 5000 名、医師 390 名以上
- ・ボランティア 250 名以上 (2004 年実績 44,813 時間提供)

2. 病院の理念とサービスの特徴

- ・ビジョン：クオリティ・リーダーであること、最大ではなく最上級であること
- ・使命：病気を治すことが最優先課題。さらに生活習慣を改善し病気を防ぐ広範囲のサービスを提供する。
- ・「TEAM MEDICINE」病院全体をひとつのチームとして最高の医療を提供する、また患者・家族もチームの一員として治療に参加してもらうことを重視

3. 患者への情報提供と患者教育の取り組み～リスクチェックの方法と対処

1)ACE unitの概要

ACE unit (個室17、2人部屋3)では、VMCのACE unitではNICHE program を取り入れている。NICHE とはNurses Improving Care Health Elders のことで ニューヨーク大学で高齢者看護のためにつくられたJohn A. Hartford Institute のプログラムである。NICHEのゴールは、組織的な看護力が高齢の入院患者に利益を生むように変えることであり、ビジョンを65歳以上の全ての患者が配慮のある模範なケアを提供されることとしている。この NICHE programからVMCの文化にもっとも適し利用可能なモデルを選んで取り入れている。

2)ACE unit 開設の背景

高齢者は成人患者とは大きく違い、身体的・精神的機能レベルが短期間で顕著に低下する。急性期初期からこうした廃用性症候群の防止策や帰宅後のサポート体制について関わっていく必要性が高まった。また高齢者特有のニーズに焦点を当てた施設ならば、患者をより安全にケアして退院させることが出来る。従って高齢者の看護には特別な知識・技術を持った複合的な医療チームで取り組んでいくことが重要となり高齢者専門のユニットが1990年にCleveland 大学病院で開設されたのが最初である。

3)環境への配慮

ACE unit では入院環境が、高齢者の心身への影響を及ぼしや安全の確保につながるとして重視している。

例)

- ・床上18インチまで下がる低いベッドの全導入
- ・ベッドアラームの活用 (患者がベッド上で動いたり、離れたりとするとセンサーが働きアラームが鳴る)
- ・握りやすい取っ手がついた椅子
- ・廊下はつや消しワックス済みの木調の床
- ・夜間のフットライト
- ・水槽

このように生活環境を整備することにより、日々のリスク軽減を図っている。

4) Patient Progress Plan の活用

ACE unit ではPatient progress Plan というコミュニケーションボードを患者それぞれのベッドサイドに設置している。このボードは、①ベッドサイドでの多職種によるラウンドが毎日達成されること、②いつでもチームメンバーの誰でも必要なとき情報を更新すること、③患者と家族が退院に向けて参加するよう促すこと、を目的として作られた。患者の入院時の状態、現状、ゴールや注意点等の情報が記入できるようになっている。また、患者の状態を把握するための看護プロトコールとして「SPICE TOOL」も記載されている。

5) SPICE TOOL

- ・Skin or Sleep—皮膚 睡眠
- ・Pain— 痛み
- ・Immobility—不可動性
- ・Confusion—混乱
- ・Eating/swallowing—食事・嚥下
Elimination (Incontinence or Constipation) —排泄 (失禁や便秘)
- ・Safety (Falls and Restraints) —安全 (転落 抑制)

SPICE TOOL は4) のコミュニケーションボード上だけでなく、医療者が主に使用する SPICE ケアプラン表に詳細が記載やチェックが出来るようになっている。SPICE TOOL で患者のリスク状態をアセスメントし、リスクが高い患者に対し早く対応がとれるように、スクリーニングとしての機能を果たしている。

6) 転倒・転落のリスクチェック

8時間毎にチェックしアセスメントを行っている (Hendrich Fall Risk Tool、Implement fall protocol 使用)。その結果、リスクが高い患者への対応として 'falling star' (病室の入り口に貼る札) や 'Don't get up alone' の札をベッドサイドに貼り患者・家族・医療者に注意を促している。また、徹底した教育を取り入れている。・・・8) 参照

体力の保持増進のために、廊下を歩行訓練にも力を入れている。(廊下に貼ってある葉っぱのマークをめやすに歩行)

7) じょうそうのチェック (Bladen Scale)

プロジェクトマネジャー (WOC 専門看護師とは違う) と呼ばれる看護師が毎日すべての患者を診て、患者の状態とその記録が正しいかどうかを確認する。また、褥瘡が発生している等、必要に応じて WOC 専門家に報告する。

*6) 7) に関しては 2009 年より入院後の転倒・転落や入院後にじょうそうが形成されたら、それに関する入院費が一切払われないという法律の施行に対応しなければならないこともあり重視されている。なお、入院前にじょうそうが認められていても、その記録を詳細に残すことで受け入れている。

8) 患者教育

効率的なケアを行うには、患者自身が治療に参加しているという意識を高めることが重要である。患者に何をどのように教育したという記録を残している。また、「患者が理解している」という状態は、ただ単にうなずいたり同意できるというレベルではなく、どのように理解したかを患者自身が言葉にすることができ、さらに行動を伴っている状態を表す。

9) Clinical Nurse Leader の役割

昨年できた新しい上級実践看護師の資格（大学院教育）。一般の人より複雑なケアが必要な人の全部のコーディネーションする役割。ケアや退院に向けての問題点を明らかにし、多職種間のコーディネートをやる。特に複雑な問題を抱えている患者に対し、心身の機能を低下させずに早期退院できるようにケアプログラムを立てる。CNLがケアのコーディネーションを行い、より効率的にケアを進められるように介入を始めてから、ケアの質を低下させることなく平均在院日数5日以上から4.3日に短縮することができた（ACE unit の実績）。

10) 医療チーム

看護チームでのラウンドが毎日行われ、リスクに対する対応が横断的に行われている。

4. 考察

ACE unit 特性として、患者の機能を低下させず安全に早期退院させるということがあげられる。高齢者の特性を分析し、起こりうる必要な部分に焦点を当て観察をしている。知りたい情報を収集し、得た情報を無駄にすることなく、コミュニケーションボードというツールを使って表示することで、患者にかかわる全ての人たちが情報を共有できる。また、公表し皆の目に触れていることにより、職種によって持っている情報が偏ることがなく、情報も更新されやすい。つまり、欲しい情報を効果的に収集し活用できる仕組みが形成されている。効果的な情報の活用は、リスクが高いと判断された部分を早急に察知し専門的な対策をとれるということにある。

様々な職種が混ざってチームを作り、院内横断的な医療活動をしている。このように多角的に患者に介入するシステムを組織的に作ることで、リスクを早期発見し問題解決に向けた対策をとり、早期退院が実現していると考えられる。また、多職種が介入する時期が何か起きてからではなく、情報を収集する段階から関与していることできめ細かいケア介入が実現しているのではないかと考えられた。

・ 参考文献

- 1) Acute Care of the Elderly Units, A positive outcomes case study, Sally K. Miller, AACN CLINICAL ISSUES, 2002-Vol. 13/No. 1, P34-42
- 2) Effects of a Multicomponent Intervention on Functional Outcomes and Process of Care in Hospitalized Older Patients, A Randomized Controlled Trial of Acute Care for Elders (ACE) in a Community Hospital, Steven R. Counsell, Carolyn M. Holder, Laura L. Liebenauer, Robert M. Palmer, Richard H. Fortinsky, Denise M. Kresevic, Linda M. Quinn, Kyle R. Allen, Kenneth E. Covinsky, C. Seth Landefeld, JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2000 Vol. 48/No. 12, P1572-1581
- 3) A Medical Unit for the Acute Care of the Elderly, Robert M. Palmer, C. Seth Landefeld, Denise Kresevic, Jerome Kowal, JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 1994 Vol. 42/No. 5, P545-552
- 4) A PATIENT-CENTERED MODEL OF ACUTE CARE FOR ELDERS, Denise M. Kresevic, Steven R. Counsell, Kenneth Covinsky, Robert Palmer, C. Seth Landefeld, Carolyn Holder, Judith Beeler, NURSING CLINICS OF NORTH AMERICA-1998-Vol. 33/No. 3, P515-522

Highlight Resolved Problems

SPICES PATIENT PLAN OF CARE

Pathway initiated

	Alterations in Bowel elimination <input checked="" type="checkbox"/> Pt to produce soft-formed bulky stools about q 1-3 days. <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Determine normal pattern of elimination; document last BM in Cerner <input type="checkbox"/> Assess causes of altered elimination - opioids, ↓ hydration or activity <input type="checkbox"/> Increase intake (PO fluids & fiber) <input type="checkbox"/> Increase activity PRN <input type="checkbox"/> Administer softeners, &/or laxatives <input type="checkbox"/> Obtain stool specimen (PRN diarrhea) <input type="checkbox"/> Digital rectal exam (fecal impaction) <input type="checkbox"/> Consult with ARNP / ET RN (MD order) for fecal incontinence <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
	Alterations in Bladder / Urinary elimination pattern <input type="checkbox"/> Maintains urinary continence <input type="checkbox"/> Functional bladder elimination pattern <input checked="" type="checkbox"/> No hospital acquired UTI <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Avoid use of indwelling catheters and Attends <input type="checkbox"/> Scheduled toileting; q _____ hours <input type="checkbox"/> Habit training <input type="checkbox"/> Maintain hydration to 1500-2500 mL/24 hours <input type="checkbox"/> Review timing of diuretics <input type="checkbox"/> Limit fluids @ _____ PM <input type="checkbox"/> Bladder US q 8 hours if no void <input type="checkbox"/> I & O q shift <input type="checkbox"/> Straight catheter if Bladder US > 40 mL <input type="checkbox"/> Instruct Keigel exercises <input type="checkbox"/> Consult Urologist or WOCN <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
Risk for fall Safety Plan	<input checked="" type="checkbox"/> Pt will not sustain a preventable fall. <input checked="" type="checkbox"/> Pt maintains the highest level of self-care & functional ability as possible. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Assess & document pt risk for falls q 8 hrs using Hendrich II Falls Risk Tool <input type="checkbox"/> Level 1 Fall prevention strategies for all pts (Refer to Fall Prevention Toolkit / Cerner Safety/Risk Assessment References) <input type="checkbox"/> Level 2 prevention strategies for high risk pts (Refer to Resources above) <input type="checkbox"/> Toileting Schedule posted <input type="checkbox"/> Bed or Chair Alarm <input type="checkbox"/> PT Consult (MD order) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
Potential for patient harm related to use of physical restraints. Restraint Reduction Plan	<input checked="" type="checkbox"/> Physical restraints are only used when less restrictive or alternative strategies don't work. <input checked="" type="checkbox"/> Pt experiences no harm when physical restraints are used. <input checked="" type="checkbox"/> Pt maintains the highest level of self-care and functional ability as possible. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Assess for reversible physiological causes for disruptive behavior: pain, bladder/bowel fullness, infection, hunger, low oxygenation, dehydration, abnormal lab values, sensory impairment, recent med(s) <input type="checkbox"/> Use alternative strategies: examples include: pain relief, toileting schedules, bowel program, maintaining mobility-walking, up in chair for meals, family assistance in room, redirection/distraction, frequent reminders, camouflage necessary tubes & lines, remove tubes & lines ASAP. <input type="checkbox"/> Consult Geriatric ARNP or hospital Psychiatrist (MD order) <input type="checkbox"/> Use least restrictive restraint when necessary, for shortest possible time; follow restraint policy for MD orders & safety monitoring. <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
Signature/title (Multidisciplinary) Initial	Signature/title (Multidisciplinary) Initial	Signature/title (Multidisciplinary) Initial	Signature/title (Multidisciplinary) Initial

PATIENT NAME & ID #

VIRGINIA MASON MEDICAL CENTER
SPICES PLAN OF CARE

ACE Unit

ACE Unit Mission

To improve the hospital experience of older patients and their families

- by:
- Maintaining a culture that respects the dignity and rights of the elderly.
 - Promoting clinical excellence through interdisciplinary teamwork, education and research.
 - Providing a safe environment that promotes functional independence.

Cafeteria: Located on Level 4. Open 6:00 AM to 7:30 PM Monday – Sunday. Vending machines are available on Level 4 and 6.

Gift Shop and Cash Machines: Located on the Level 4 of the hospital.

Isolation Procedures: Check in with nursing staff.

Mail/Flowers: Be sure to include patient's full name and room number.

Overnight Visitation: Please see RN for overnight visitation policy.

Parking Validation: Not available.

Acute Care of the Elderly Patient and Family Information Brochure

A guide to help you during your family member's hospitalization.

Ace Unit Managers

Deb Heinricher, Director

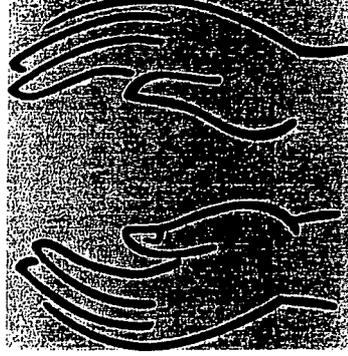
206-341-0742

Ginger Curry, Asst. Nurse Manager

206-341-1306

Susan Abolafya, Asst. Nurse Manager

206-341-1412



ACE Unit

925 Seneca

P.O. Box 1930

Seattle, WA 98111

206-625-7373

EX. 64185



**Virginia Mason
Medical Center**

Visiting hours 11:00 AM to 9:00 PM

ACE Unit

Welcome to the ACE Unit

We are a patient-centered unit, specifically designed to provide care for the needs of the acutely ill elderly. The ACE team is a skilled multidisciplinary team of healthcare professionals including nurses, patient care technicians, physical and occupational therapists, dietitians, social workers, doctors and pharmacists, all of whom possess geriatric expertise. Our focus on the ACE Unit is to be proactive in the care of the elderly and maintaining their independence and quality of life.

The Ticket Home

A communication tool called the Ticket Home is located in each room. This tool is designed to help the patients, family and members of the health care team focus on the goals that are important for a speedy recovery and a safe discharge. The ticket home helps coordinate care for the patient and relies on a partnership between patients, family members and the health care team.

TICKET HOME

Projected Discharge Date: _____ Time: _____

Patient Milestones:

I can feed myself _____

I can toilet myself _____

I can walk safely _____

My pain is controlled on oral meds _____

Medical Goals Met: (lbs, etc.) _____

DC GOALS / NEEDS: my home _____

Safety Risks addressed _____

Learning Needs Met _____

Ride Home Arranged / Time: _____

If you have any questions or concerns, please ask your care team.

Role of the Family

- Your support and encouragement is crucial to your family member's recovery. You can help by being informed and involved. You have the right to ask questions, express your feelings to staff, and request assistance.
- Hospitalization can be a very stressful time for patients as well as for families. It is important that family members take care of themselves during this time by getting enough food, rest and time away from the hospital.
- It's helpful to have one key family member or contact person for the health care team to communicate with. Friends or other relatives who would like information can then contact this key person for questions about the patient. This will allow the nurse to devote more time and care to your family member.
- Please do not come to visit if you have a known contagious illness, such as a cold or the flu.
- Hand hygiene is essential to prevent infections. Please wash hands or use Purell in and out of rooms.
- Please help your family member recover by minimizing noise, stress and long visits or too many visitors.

Senior Services

Many services in the community available for seniors are listed below:

Walk for Life: 425-688-5800

Enhance Wellness: 425-688-4209

www.elderissues.com

www.seniorservices.org for more available services such as meals on wheels, senior center locations, and senior rights assistance.

Questions about Alzheimer's facts and caregiver assistance go to www.alz.org.

Patient Safety is our Focus.

While at Virginia Mason you are part of our safety and health care team. We want to hear from you. Tell us if we can provide better care for you or your family member. Input from our patients and families help us improve service and provide a safer health care environment.

Please ask the nursing staff about our Fall Prevention Program on the ACE unit and how you can be involved.

Clinical Nurse Leader

Virginia Mason Medical Center



What is a Clinical Nurse Leader?

In an effort to meet the demands of our complex healthcare system, the American Association of Colleges of Nursing introduced a new advanced practice role for nursing, the *Clinical Nurse Leader* (CNL). The CNL is a master's degree-prepared clinician that oversees the care coordination of a distinct group of patients, actively provides direct patient care in complex situations, and brings evidence-based practice into action to ensure that patient benefit from the latest innovations in care delivery. The CNL is a leader, clinician, patient advocate, educator, team manager, and systems analyst.

Virginia Mason Medical Center's Clinical Nurse Leaders

L17: Karyn Denton, RN, BSN, MBA 206-540-1031

L14: Jessica Dunn, RN, MSN 206-541-7112

L10: Elizabeth Kim, RN, MN 206-559-0842

CCU/IMC/Tele: Becky Walsh, RN, MN 206-989-4821



Providing and managing care at the point of care to patients, individuals, families and communities.

