

## P-029

HDFの安全対策に関する工夫～ヒヤリハット事例からP-mSHELL分析を用いて～

盛岡赤十字病院 臨床工学技術課

ほりょうだこうすけ  
法領田浩輔、板橋 亨一、中村 学、小野 晃、  
原田 宏、山下久美子、菊池 純子、大泉 弘子、  
梅原 昭恵、熊谷 洋子、菊池 香、佐々木明美、  
伊藤 幸枝、米澤由美子、福田 孝、村井 啓子、  
沼里 進

【はじめに】当院では、HPM (High Performance Membrane) を用いて透析を行っている。平成20年11月から、通常の透析では改善が難しい痒みや痛み、また、透析アミロイド症が疑われる症例や常時低血圧症の患者に対して、後希釈ポトルHDF (2000mL/h) を採用した。

【目的】補液ポンプには、JMS社製MF-01を使用した。ヒヤリハット事例が頻発した。患者の血圧低下を来したものは3件あり、全体の20%を占めている。これはスタッフの知識不足や技術不足、連帯やマンパワー不足などが影響していると考えられた。ヒヤリハットを未然に防ぐシステムを構築する必要があった。

【方法】P-mSHELL分析を用いて、ヒヤリハット事例を一つ一つ分析した。医療従事者本人を中心として、それを取り囲む患者との関係、ソフトウェア(手順書や規則)の関係、ハードウェア(医療機器や医療材料)の関係、環境との関係、本人以外の医療従事者との関係、それぞれの視点から多角的に分析することで、問題点を明らかにし、対策を講じた。

【成績】ヒヤリハットの発生頻度を減少させることに成功した。

【結果】解消に至らない問題点も残されているが、ヒヤリハットの発生を抑制できた功績は評価したい。今後、その問題点を検討し、さらなる患者サービスの向上と医療安全に取り組んでいきたい。

## P-031

5S活動を通して見えてきたもの

諏訪赤十字病院 薬剤部

あとべ おさむ  
跡部 治、宮本智恵子、今井 美雪、大橋 昌彦

【背景】2007年、当院では医療安全を推進するための一つの方法として5S活動を始めることにした。「5S推進プロジェクト」と命名した本活動は、推進委員、実行リーダーが推進役となり活動をした。翌年には病院機能評価受審の準備に入ったこともあり、「5S」は院内にかなり浸透した。その後2010年には、活動範囲をより広くした改善活動を行うことを目的に「カイゼン委員会」と名称変更した。

【行ったこと】1整理・整頓：不要なものは捨てる。保管場所の表示方法などのルール化 5S実行リーダーは月1回自部署の確認を行い、進捗状況を事務局に報告 2実施状況のパトロール(5Sパトロール)実行リーダーの報告とパトロール結果を参考に優秀部署表彰 3職員の気楽な意見交換の場作り(カエル・カフェ) 意見交換の中で気づきや、仲間意識が強まり、楽しみながら活動ができるようにと企図。4地域の製造業で行われている5S活動を学習し、実際を見学

【結果と考察】15S活動ができていない部署、できていない部署の差が大きかった。活動が活発な部署では、気づいた者が仲間をつくり、楽しみながら活動していた。また部署管理責任者の承認、援助が得られていた。2カエル・カフェを訪れる職員は少なかった。目的が理解されていなかったことが原因と考えた。3地域の製造業への5S活動見学、改善活動学習会は自分の目で見ることで大変参考になり、当院もデバイスの在庫について見直し、また今後のマニュアル見直しに役立っている

【今後の課題】1改善活動を測るための指標作り 2職員の気づきを促すための仕組みづくり 異常やムダを、自分で気づく事がカイゼンになる 3部署管理責任者向け人材育成学習 上に立つ者のサポートにより活動が一層活発になる 4地域の製造業でつくる改善活動に参加 進化していく企業からは学ぶべきことが多い

## P-030

MRI検査時における危険防止策の改善

高山赤十字病院 放射線科

きたむら ゆうき  
北村 裕貴

【背景】当院MRI検査はMRI装置導入よりMRI担当技師が注意深く検査前の確認を行うことで事故防止を図ってきた。しかし、それでもインシデントが発生し、近年は検査そのものの増加によってより目が行き届かなくなり実害が伴う事例も発生した。この状況が続けばより危険な事故が起こる可能性があったため、検査前確認の見直しとチェック用紙の変更を行った。

【改善策】変更前は体内金属類を依頼医に確認してもらい、患者さん自身には用紙の注意事項を読んで頂き、MRI担当技師が磁気類、金属類、装飾類を確認していた。変更後は、体内金属類は変更前と同様に依頼医に確認してもらい、患者さん自身による各チェック項目への記入、放射線科受付技師(入院患者さんについては病棟看護師)の問診による確認と記入、MRI担当技師による最終確認を行い、実質2回であった検査前確認を4回に増やすこととした。変更後約4年半が経過したが、インシデント2件が発生している。

【まとめ】新しいチェック体制とした後発生したインシデントは入院患者さんと緊急MRI検査時であった。入院患者さんや緊急MRI検査時のチェックは、検査前確認4回のうちどこかが漏れることが多く、変更前とほぼ同様の状況が続いている時もある。これをふまえると、病院職員にはよりMRI検査に対する意識を高めてもらうため、放射線技師による病院職員に対する啓蒙活動も必要であり、新入社員が増える4～6月はより重要になると思われる。

## P-032

ヒヤリハットから考える内服管理状況と変化

～評価表を作成しての取り組み～

高槻赤十字病院 看護科

たなか みゆき  
田中 美幸、小原 光子、森國 静、伊藤 勝也、  
門脇 寛子

【はじめに】循環器疾患を有する患者は、内服治療が不可欠である。しかし、当病棟では内服管理に関する評価基準がなく、入院当日担当看護師が個々の判断で内服管理方法を決定し、その管理方法のまま退院を迎えてしまうケースが少なくない。そこで、内服配薬評価表を作成し、導入することでヒヤリハットの件数や内容に変化があるのかを比較し検討したのでここに報告する。

【研究方法】2010年4月から12月までのヒヤリハットより内服に関するヒヤリハット95件を川村治子氏の内服エラーマップを用いて分類分けし、評価表導入前4～6月、移行期7～9月、導入後10～12月に分けて原因と内容の比較を行う。ヒヤリハットの結果は看護師、患者個人が特定できないように倫理的配慮した。

【結果】ヒヤリハット件数は95件のうち、導入前31件、移行期32件、導入後32件であった。当病棟での内服ヒヤリハットをエラーマップ分析に当てはめると、薬剤(内容)エラーが一番多い。対象(患者)エラーは少なかった。

【考察】エラーマップから、当病棟のヒヤリハットで一番多いのは薬剤(内容)エラーであり、対象(患者)エラーは圧倒的に少ないことが分かった。評価表を使用することでヒヤリハット件数が減るのではないかと考えたが実際は件数に変化はなかった。入院退院を繰り返している患者の行動変容が行えるよう、入院中からの関わりを行い、今後評価していく必要がある。

【結論】内服薬配薬評価基準を導入後もヒヤリハット数の変化はなかった。今回、実施期間が短く評価表の有用性について情報が不十分であり、引き続き評価していく必要がある。