

Y1-01

栄養課のインシデント防止への取り組み－医療安全推進室との連携－

北見赤十字病院 栄養課¹⁾、総務課情報係²⁾、医療安全推進室³⁾

○村田智津子¹⁾、井田亜希子¹⁾、河野 洋樹²⁾、小笠原ゆずみ³⁾、砂野 敬子³⁾

当院はオホーツク圏の地方センター病院として、様々な診療科がある。そのため、食事の種類も特別治療食（糖尿、心疾患、肝臓など）、小児食、妊産婦食など数が多い。また、食事内容変更に関しても、アレルギー対応だけではなく、嗜好による対応もしている。それらの盛り付けは、ベルトコンベアーを中心に、数名の委託職員が分業で行っている。その中で、様々なエラーが生じていた。改善に向けて栄養課内のミーティングや学習会等で話し合いを続けていたが、なかなか成果には結びつかなかった。平成22年よりインシデント・アクシデントレポートの電子化がされ、すべてのエラーをインシデントレポートとして提出した。その内容を医療安全推進室と連携し、エラーの分析を行った。その結果、エラーは1. 食事内容の間違い 2. 付け落とし 3. 異物混入の順に多く、それらは、作業量の適正配分がされていないことで生じていることが、要因の1つであることが明確になった。その後、改善策を立案し実施することによって、盛り付けのエラーは劇的に減少した。インシデントを栄養課内のみで検討するのではなく、医療安全推進室と連携することで、事例の分析が可能となり改善に結びついた。現在もこの取り組みは継続されている。このことから、栄養課スタッフのインシデントレポートへの関心が高まり、改善への前向きな姿勢も継続されているので報告する。

Y1-03

毎週水曜日はリスマネの日♪

諏訪赤十字病院 リハビリテーション科

○舟波 真一

【はじめに】今年度のリハビリテーションセンターにおけるBSCの課題として、医療安全に対する独自の活動を考える必要性があった。アクシデントに繋がるような小さなインシデントは誰もが経験しているはずであるが、多忙な業務の中、報告書を作成する煩雑さや気恥かしさからつい見送ってしまうことも少なくない。しかし、その中にもこそ重大な医療事故に繋がる要因があると考え、そこで、「会話の無いところに発展なし」の理念の下、アクシデント前の誰にでもあるヒヤリ・ハットを恥ずかしがらずに皆で話す座談会を企画した。

【目的】対象者やリハスタッフのリスク軽減、他部門との連携強化、科内啓蒙を目的とする。そのためには、経験年数にとらわれず、ヒューマンエラー等を気軽に言い合える職場環境・雰囲気作りが大切と考えた。些細なことでもとにかく会話・発言をすることを最優先とした。

【方法】毎週水曜日、朝のミーティング時に座談会形式で実施。発言されたことは、自作のリス・ノート（リスクマネジメント・ノート）に記録し、リハ科内、関係部署において確認・検討する。

【結果】2011年7月～2012年2月までの8ヶ月間で合計73件の報告があり、以下の4群に分類した。1) ヒューマンエラー 16件 22% 2) 科内の啓蒙 27件 37% 3) 他部門への確認事項 6件 8% 4) その他 24件 33%

【総括】煩雑さも少なく、誰にでもある小さなミス話し合える雰囲気となってきた。今まで見過ごしてきた小さなリスクにも目を向けられるようになり、スタッフ全員で情報共有することで医療安全に対する意識が高まった。また、ベッドサイドでの疑問点を、看護師との個人的な対応で解決していくのではなく、リハスタッフの共通意識として捉え対応出来るようになった。今後も定期的に分析・まとめをしていき、部署を越えて広がっていかねばと考える。

Y1-02

検査科内における業務標準化への取り組み

旭川赤十字病院 医療技術部 検査科

○逆井 拓也、山木 志展、穴戸 秀行、岡 真琴、三田村哲郎、関本 智美、都郷 憲之

【はじめに】当院検査科では、技師23人で日当直体制をとっており、日直帯2人、当直帯1人で検査業務をしている。この時間帯の勤務者は、担当部門以外の検査や頻度が少ない検査にも対応しなければならず、不安を感じながら検査をしていた。また、最近では時間外項目が増加しており、業務が複雑化しているため、医療安全、事故防止の観点からマニュアルの整備が必要になり、平成22年6月に業務標準化委員会が発足した。

【目的】委員会の構成は、検査科技師長を責任者として、マニュアル作成の過程で若手技師の育成やボトムアップを目的にして若手技師5名を選出した。部門担当者以外の委員がマニュアル作成の中心となり、チェックリストを用いてすべての委員から承認されるまで修正を繰り返し作成することで、誰が見てもわかりやすいマニュアルを目指した。作成したマニュアルは2種類あり、病院機能評価やISO15189に準じて形式を統一した日当直作業書と、写真を多用した詳細ファイルを作成した。また、マニュアルは検査システム内の共有フォルダに保存し電子一元化することで、すべての検査端末から参照、必要時には印刷できるように整備した。さらに他の活動内容として、マニュアルの整備だけではなく新規、更新業務が発生した場合の情報発信、スタッフからの要望に応じた講習会や検査科抄読会でのマニュアル説明会の開催、マニュアル作成の過程で出てきたシステムや運用の改善点を提案している。

【まとめ】可能な限り日当直者目線のわかりやすいマニュアルを作成してきたが、それだけでは十分ではない。引き続き、様々な方法で周知徹底をして医療安全、事故防止の活動をしていきたいと考える。

Y1-04

カテ室ハイリスク薬品の希釈方法の標準化への取り組み

岡山赤十字病院 循環器内科

○谷口 恵子、国本 明美、河内 絵美、山根かえで

【はじめに】当院の心臓カテーテル検査は循環器の病棟看護師が交替で勤務している。緊急カテーテル検査中は医師の口頭指示により看護師は薬品を準備し投与を行っている。そのような中でハイリスク薬品の投与間違いのインシデントが起こった。この一事例をハイリスク薬品の重大なインシデントと捉え、医師と協力し今後の事故予防のために改善策を検討し実施した。

【方法】医師の口頭指示により起こった誤薬のインシデントについて医師・看護師間と改善策を共に考え実施した。そこで挙げられた3つの改善策を以下に示す。

1. 緊急時に使用するハイリスク薬品の希釈方法・投与方法を統一する。
2. 1の内容を医師にも看護師にも目で見えて確認できることへ表示する。
3. 指示の復唱が確実に行なえるような言葉を表示する。

以上のことを実施した。
【結果】実施前1年間ではカテ室でのインシデントが1件だったものが、実施後は8ヶ月経ちインシデントは0件であった。医師も看護師も表示があり、よくなったとの声が上がっている。看護師は忙しい中で医師へ確認しやすくなった、大きな声を出すよう心がけるようになったという意見があった。表示をすることで落ち着いて指示出し・指示受けができるようになっている。実施した改善策の評価をアンケート結果をもとに考察し報告する。