

## P9-285

### 赤十字医療施設東部ブロック「抗がん剤の安全な取り扱い」の現状と課題

芳賀赤十字病院<sup>1)</sup>、横浜みなと赤十字病院<sup>2)</sup>、長岡赤十字病院<sup>3)</sup>、武蔵野赤十字病院<sup>4)</sup>、成田赤十字病院<sup>5)</sup>、水戸赤十字病院<sup>6)</sup>

○小幡 実佐子<sup>1)</sup>、山口 静<sup>2)</sup>、白井 直美<sup>3)</sup>、  
栗林 由里恵<sup>4)</sup>、篠木 貴子<sup>5)</sup>、川和 悦子<sup>6)</sup>

【目的】赤十字医療施設東部ブロック20施設におけるがん化学療法の現状を把握しがん化学療法看護に関する学習会のプログラム案を構築する。

【方法】学習会参加希望者に「抗がん剤の安全な取り扱い」に関するアンケートを実施。各施設での化学療法の現状を調査する。

【結果】学習会参加希望者27名に事前アンケートを実施。看護師経験年数は11.3年、うち化学療法経験年数は4.6年であった。「マニュアルの有無」に関しては有りが70.3%無しが11.1%であった。同病院においても部署により個別のマニュアルが存在したり、また存在自体を知らない者もいた。「防護の有無」に関しては有りが85.1%であったが、使用物品に関してばらつきが見られた。また「薬剤の調剤」に関しては薬剤師52%、看護師11%、医師7%であり、外来では薬剤師が調剤しているが、病棟では医師や看護師が調剤しているケースもみられた。「血管確保」に関しては医師が最も多く51.8%、看護師33%、医師と看護師両者によるものは14.8%であった。

【考察】アンケート結果より、抗がん剤の取り扱いは施設により違いがあり、これは日本には法的強制力を持ったガイドラインが存在せず、職員への教育も各施設の裁量権に任されている現状があるためと考えられる。東部ブロック20施設は地域がん拠点病院から地域の中核病院までと、施設の規模や設備は様々であり、今後学習会の開催にあたっては、施設や参加者のニーズやレディネスを考慮した目標設定が必要となる。学習会参加者が自施設の問題を明確にし、正しい知識・技術を習得し、臨床実践へ活用できるよう、プログラムを構築していきたいと考える。

## P9-287

### 調乳時患者間違え防止に向けたバーコード導入について

武蔵野赤十字病院 NICU・GCU<sup>1)</sup>、武蔵野赤十字病院 医療安全推進室<sup>2)</sup>、武蔵野赤十字病院 企画課<sup>3)</sup>

○上野 百合子<sup>1)</sup>、山城 ひとみ<sup>1)</sup>、斎藤 貴久江<sup>1)</sup>、  
杉山 良子<sup>2)</sup>、横越 聡司<sup>3)</sup>、小峰 俊一<sup>3)</sup>

近年、ITによる安全システム構築が進んでおり、患者名や薬品名の確認方法として、ハード的にはバーコードの利用が有効とされている。

当NICUでは、看護師によるダブルチェックの徹底により、薬剤の患者間違え事故は起きていない。しかし、冷凍母乳を他児に哺乳させる母乳間違え事故は、平成17年から19年までの3年間で4件発生している。そのうちの3件が哺乳前にネームバンドで患者確認を怠ったため事故となっていた。事故対策として、母親別に色の異なる母乳札を作成し、哺乳時患者確認チェック表をコットに貼付して注意を喚起したが、事故を防止することはできなかった。平成19年の事故発生後、人による患者確認には限界があると考え、医療安全推進室・企画課と母乳バーコード管理導入を検討した。

平成20年8月には、調乳時患者照合システムを導入し、現在に至っている。バーコード導入による母乳管理の手順としては、1、患者入室時処理。2、母乳パック受け取り時処理。3、母乳解凍時処理。4、母乳加温時処理。5、授乳時処理。6、授乳後のデータ確認処理となっている。以上の1～6の手順を行うことで、母乳間違え事故は0（ゼロ）となった。このことからバーコード管理による人と機械とのダブルチェックはヒューマンエラー防止に有効であると考えたので報告する。

## P9-286

### リスクマネジャーの医療安全管理活動に対する評価

高山赤十字病院 医療安全推進室

○仲 初恵、牧戸 澄夫、脇田 勝次

【はじめに】当院では平成18年度よりリスクマネジャー（RM）会議を発足している。今回RMの医療安全管理活動の実態を調査したので報告する。

【方法】対象：当院のRM会議のメンバー41名（看護職・コメディカル・事務職）。調査期間：平成21年1月～2月。調査方法：RMの医療安全管理活動に関する調査項目は、木下らの医療安全管理活動の文献を参考に20項目の自記式調査用紙を作成した。20項目を3つのカテゴリ：1「医療事故防止活動の周知徹底や部下の教育」2「インシデント・アクシデントレポートを作成させ、迅速かつ確に医療安全管理者に提出させるように指導」3「MRM委員会から指摘された問題点の解決のための検討会」に分けて職種別に比較検討した。【結果・考察】有効回答数35名（85.4%）。カテゴリ1については：全職種で自己評価の高い項目は、「5）部署内で医療安全向上を図るためのミーティング」であった。看護職・コメディカルの自己評価が低い項目は、「6）部署内で医療安全向上を図るための学習会」であった。当院では医療安全の研修会を年2回以上実施しているため、部署独自の研修企画が少ないものとする。カテゴリ2については：全職種で自己評価の高い項目は「1）インシデントの分析・対策の検討」であった。カテゴリ3については：看護職・コメディカルで自己評価の高い項目は「12）RM会議に積極的に参加している」、事務職は「20）マニュアルの追加・修正の提言」であった。自己評価の低い項目は、看護職「16）RM間で医療安全に関する積極的な話し合い」、コメディカル「RM会議で医療安全体制に対する検討や提言を行っている」、事務職「12）RM会議に積極的に参加している」であった。各部署RMの医療安全管理活動を活性化させるために、専任RMと各部署RMが連携を密にし、現場の問題点を一緒に考えていく必要がある。

## P9-288

### 経口挿管チューブ固定手順マニュアルの問題点を探る

大分赤十字病院 西4病棟

○原 智美、時枝 幸子

【研究目的】当病院の経口挿管チューブの固定方法は、2003年にマニュアルが作成されたが、当病棟では固定中にテープがゆるんだり、皮膚トラブルを起こすことがあった。そこで他病棟でこのような事が起きてないか疑問を感じたため調査を行い問題点を探る。

【研究方法】対象者は病棟に勤務する看護師（師長・係長・新人看護師を除く）H20.8.27～H20.9.4に質問紙調査を行い、各項目に沿った単純集計とした。倫理的配慮としては無記名で記入し、病棟名のみ控え個人の評価に影響が無く回答により研究に同意を得たと判断する事を説明し倫理委員会に許可を得る。

【結果】マニュアルの周知度は95%と、多くの看護師が実施できていた。挿管チューブのズレを経験した人は89%であり「固定テープが取れそう」「挿管チューブの位置が浅く・深く・グラグラになっていた」という回答が多かった。要因は「髭や皮脂・唾液によるテープの粘着力の低下」が最も多く「体交・蛇管が動いた時にズレた」「舌でバイトブロックを押し出しズレた」「歯が無く、バイトブロックごと落ち込む」「固定方法の問題」などであった。皮膚トラブルの経験がある人は80%で、原因にテープ・バイトブロック・患者の皮膚の状態があった。

【考察】マニュアルの周知度は高く浸透しているが、ズレやテープの粘着力の低下など全病棟で同じような問題を抱えており、マニュアルを再検討する必要がある。またバイトブロックとチューブを一緒に固定している事もズレの要因であったためバイトブロックの使用条件を明確化し、不要な使用を減らすことでズレが軽減すると考える。

【結論】マニュアルに沿った固定方法ではズレや皮膚トラブルを起こしており、テープの種類も含めたマニュアルの再検討が必要であると考えられる。