

O-4-02

患者誤認防止に向けての取り組み

京都第一赤十字病院 医療安全推進室

○中島 聡子、池田 栄人、安堂智香子、緑 浩衣

当院は612床の急性期病院であり、インシデントレポートは年間約3400件の報告がある。患者誤認の報告は平成26年128件/年あり、昨年度は患者誤認防止の研修とレポート発行を行った。またフルネーム確認の実態調査を行い、その結果を共有してネームバンドの装着率も上がった。しかし、患者誤認の報告は平成27年度131件/年とはほぼ同数の報告であった。患者誤認の事故は、報告内容から大きく二つに大別され「患者本人を間違えた」ケースと「患者情報を間違えた」ケースがある。「患者本人を間違えた」ケースでは、患者に名前を名乗っていただくことや、ネームバンドを着用しないなどのルール違反が要因としてあり、対策としてこれを強化することとした。リスク感性を高めるために、「過去の事例を風化させないための医療安全行動」について全部門へ前講座を行い、「フルネームを名乗ってください」のポスター掲示と、院内放送による患者・職員への啓もう活動を行った。一方、「患者情報を間違えよう」というインシデントについては、その根本原因は各部署により様々であり、報告された内容だけでは、原因がつかめず、部署のリスクマネージャーに事実確認を行う必要があった。要因分析が行われた事例において、分析があいまいで、正しく要因をつかめていないことが疑われる事例がある。リスクマネージャーには、要因分析の専門的な知識と技術が必要であるが、系統立てた教育を実施評価していただかなかった。以上より今回全部門のリスクマネージャーに患者誤認発生時の対応と、要因分析方法についての実態調査を行うこととし、上記と合わせて結果を報告する。

O-4-04

統一した手術部位マーキング導入の取り組み

大津赤十字病院 医療安全推進室

○平野千穂美、中村 一、松井 大、富田 国男、今井 明美、安藤 賢志、道満 俊成、本郷 峻介

【はじめに】正しい患者・手術・部位確認として、WHO発の「手術安全チェックリスト」においてマーキングは必須となっているが、当院においてマーキングは根付いていない現状であった。今回のマーキングの導入に当たり、医療安全推進室から一定のガイドラインを示し、その後手術室が中心となり各科でマーキングの方法を検討した。結果、各科の独自性を反映させつつも、共通したマーキングの方法に統一することができたので報告する。

【取り組みの実態】当院の現状を確認したところ、方法・手順は様々であり、マーキング自体を行っている科も多岐にわたった。当院は13診療科が手術室を使用している科による部位確認に対する温度差があり、ある一定の基準を示す必要があった。そこでまず、他施設でのマーキングの状況を調査し文献で推奨されるマーキングの方法を参考に、医療安全推進室からガイドラインを発出した。ガイドラインには、マーキングの具体的方法だけでなく、診療科・職種を問わず一致協力すること、患者の同意を得ること、主治医と看護師が一緒に行うことなども示した。その後、マニュアルに則った方法になるように、各科の事情も聴きながら必要性も伝え理解を得るように努めた。最終的に手術室が中心となり、各科でマーキングの方法や手順を検討しマニュアル化した。現在導入から一年経過したが、マニュアル通りマーキングは実施され部位間違いは起こっていない。

【おわりに】正しい部位確認の実践には、マニュアルに則ったマーキングの実施はもちろんのこと、同意書や画像の確認を含めた手術室チームとしてのタイムアウトが必須である。引き続き、部署と協力しながら正しい患者・手術・部位確認に取り組んでいきたい。

O-4-06

カテーテル室タイムアウト導入への取り組み

さいたま赤十字病院 看護部

○佐野 理子

【はじめに】当院の循環器外来には、カテーテル治療目的の入院予約に患者が多数訪れ、現在当院の年間心臓カテーテル件数は800件と年々増加している。医療事故を未然に防ぐために、当院手術室でもタイムアウトが導入されているが、心臓カテーテル室では侵襲のある手術としては同様であるにも関わらず確認作業は行っていない。これまで病棟との連絡不備があり患者間違いが実際に生じている。心臓カテーテル室においてタイムアウトを導入することは、患者安全への意識を向上させ、医療事故を防止することになると考え取り組んだ。

【現状分析】現在治療はカテーテル室と血管造影室の二部屋並列で行っており、1日10件以上入っていることもある。治療時間の延長や緊急入院の緊急カテーテル治療が予定の中に途中で組み込まれることも多い。医師がアプローチ部位を間違える危険性や、患者入室間違いが生じる可能性がある。

【事前調査】タイムアウトの有効性を確認するために、医師・臨床検査技師、看護師に対し、アンケート調査を行った。その結果、患者入室間違い、禁忌薬剤投与未遂、入室変更の伝達不備などが報告された。その後スタッフ全体にタイムアウトの意義を説明し、同意を得て昨年11月より開始した。

【評価・考察】導入開始時はイメージがつかず、スタッフにより方法がバラバラであった。定期的に話し合い、実際の手術室のタイムアウトの見学やシミュレーションを重ね、統一したやり方と報告できるようになった。そしてアレルギーの事故を未然に防ぐことができたことと、効果の確認ができた。

【おわりに】新しいことを業務に取り入れ、スタッフ全体へ浸透させるまでの経過は難しく時間がかかった。患者へ安全な医療を提供していくためには、日頃から他部門と連携し危機管理を行うことが重要であると学ぶことができた。

O-4-03

手術安全チェックリスト導入の波及効果

武蔵野赤十字病院 麻酔科¹⁾、武蔵野赤十字病院 放射線科²⁾、武蔵野赤十字病院 手術センター³⁾、武蔵野赤十字病院 看護部⁴⁾、武蔵野赤十字病院 診療放射線科⁵⁾○齋藤 裕¹⁾、大畑めぐみ^{1,3)}、柴 知子^{2,4)}、神 昭仁^{3,4)}、櫻井 和明⁵⁾

当院では2008年に手術患者に対するマーキング及び執刀直前のタイムアウトを開始した。その後、2009年にWHOより安全な手術のためのガイドラインが発出されたことをうけて、2012年より診療科を限った麻酔導入前のサインイン、執刀直前のタイムアウト、手術室退室前のサインアウトが開始され、2013年からは手術室における全ての手術患者に対して手術安全チェックリストの運用が行われている。手術室においてこのような取り組みを経験したこと、手術室外で行われる心臓カテーテル検査や治療や脳血管内手術においても2013年からタイムアウトが開始された。さらに、放射線および内視鏡部門においても侵襲的検査・治療に対しては2015年からはサインインを含むタイムアウトチェックシートが使用されている。なお、手術室においては手術安全チェックリストの運用を見直し、あらたにオカレンスレポートを導入した。これにより手術に関わった職員間で「手術中に起こった通常とは異なる出来事」の情報共有が行われるようになり、サインアウトの精度の向上につながっている。手術安全チェックリストを導入したことにより、侵襲的医療における安全確認の重要性についての認識が向上し、手術室以外の部署でも手術安全チェックリストに準じた手法を取り入れる取り組みが行われた。また、手術室においてもさらなる改善が行われた。

O-4-05

内服薬管理方法フローチャートの作成と評価

旭川赤十字病院 看護部 3階きた病棟

○小原 ちあき、五十嵐麻衣、加藤 澄麗、田丸 杏奈、高木 美希、畠山沙緒里、村上 和代、結城 千佳、杉山 早苗

＜はじめに＞A病棟の2014年度内服薬事故では、15件中7件が自己管理患者に発生していた。A病棟では担当看護師が患者や家族から情報を得て入院中の管理方法を決定しているが、看護師個人の自己判断基準に差があると考えた。そこで独自のフローチャートを作成・導入した結果を報告する。

＜目的＞患者の内服薬管理能力の判断基準を統一するために当病棟独自のフローチャートを作成・導入し、有用性を評価する。

＜期間＞2015年10月5日～12月31日

＜対象＞当病棟看護師28名

＜方法＞1.田中らの内服薬管理選択MAP・塩見らの服薬能力判定試験(J-RACT)を参考にし、独自のフローチャートを作成、導入した。2.フローチャートは内服薬管理方法を決定する上で有用であるか実施前後で看護師アンケートを実施した。

＜結果＞看護師アンケートの結果（回収率実施前92.9%、実施後100%）フローチャートがあった方が良いと思うかの質問に対し、思うが実施前41.7%、実施後67.9%、思わないが実施前20.8%、実施後0%であった。評価として「判断基準が明確になった」「新人教育に使用できる」など57.1%が肯定的な回答をした。研究期間中の服薬の事故は1件であった。

＜考察＞入院日数の短縮化と高齢化に伴い確実な服薬の自己管理支援が求められる。自己管理の判断としてフローチャートを用いることで判断基準を統一できた。また、特に経験年数が少ない看護師には、フローチャートを使用することで支援の判断に迷うことが少ないと考えられる。

O-4-07

鎮静剤を使用する検査処置時の観察方法の標準化についての取り組み

さいたま赤十字病院 救命救急センター¹⁾、医療安全推進室²⁾、内科外来³⁾、内視鏡室⁴⁾、1病棟1階⁵⁾、3病棟4階⁶⁾、1病棟3階⁷⁾、第二消化器内科⁸⁾、循環器科⁹⁾○古厩 智美¹⁾、安藤 光威²⁾、内海 好江³⁾、井上 章子⁴⁾、湯本 順子⁵⁾、吉田 順子⁶⁾、伊藤 久美⁶⁾、大久保早苗⁷⁾、土井 浩達⁸⁾、平尾 龍彦⁹⁾

【目的】院内での鎮静剤使用の際の評価方法が明確ではないため、鎮静剤使用患者の覚醒/鎮静状態の観察方法を統一する。

【取り組み】平成27年9月より、関連部署の医師・看護師が参加して医療安全推進室鎮静評価ワーキンググループを立ち上げ、評価方法の検討・マニュアルの作成・教育啓蒙活動を行った。

【結果】1.構造：鎮静剤使用患者の覚醒/鎮静状態の評価尺度を選択した（Richmond Agitation-Sedation Scale、以下RASS、麻酔回復スコア）。2.過程：関連部署の看護師を中心に当該尺度の教育を行い、鎮静剤を使用する検査・治療を受ける患者に利用した。この結果を院内報告会で発表し、標準化マニュアルを作成して院内全体の啓蒙活動を行った。3.成果

1) 報告会には医師・看護師合わせて143名参加を得られた。

2) 院内標準化に貼って使用した部署の看護師から、JCSでは限界を感じていた鎮静レベルの評価がしやすく、医師との共通言語が持たせたことで申し送りが容易になったという評価を得た。医師からは、患者の鎮静レベルを時系列で客観視でき、複数回検査を受ける患者の投薬量を決定しやすいという評価を得た。

【考察】がん領域や循環器系ガイドラインでの推奨鎮静評価尺度は見当たらず、日本内視鏡学会ガイドライン（2013）では、Ramseyスコアでの評価を推奨しているが、興奮の評価が鎮静の評価よりも細かい。RASSは、多領域の患者で妥当性と信頼性が検証されており、尺度選定に至った。麻酔回復スコアを加えて標準化することで、安全な鎮静管理・離床基準の構造を作成できた。今後は、評価水準を高めたい。