

0-7-14

周術期深部静脈血栓症発症実態調査と改善に向けて

福井赤十字病院 医療安全

○橋本 真弓、血澤 克彦、今村 久司、森 友紀子、北折 俊之、松永 心祐、田本 聡子、西郡 知代、小松 和人

はじめに深部静脈血栓症の予防対策として、2004年日本版ガイドラインが作成された。当院においても、2009年に周術期肺血栓塞栓症・深部静脈血栓症予防と発症時の早期対応を目的にマニュアルを作成し予防対策を行ってきた。その後、2011年にマニュアルを改訂し現在に至っている。今回周術期深部静脈血栓症発生頻度を調査し、改善すべき点を検討したので報告する。目的当院における周術期深部静脈血栓症発症の実態を調査し改善すべき点を検討する調査結果12011年1月～2014年12月の入院手術患者を全症例調査、術後に深部静脈血栓症(DVT)あるいは肺塞栓症(PE)の病名登録された患者のうち、画像検査で診断が確定されている患者を抽出した。DVTが48件であり18件がPEを合併していた。2対10,000人あたりのPE発生率は9.28であった。麻酔科学会が2005年に発表した周術期PE発生率2.79の3.32倍に相当する高比率でPEが発生していることが明らかになった。また、高リスクとされている診療科、整形外科(10件:56%)産婦人科(4件:22%)に発生が多く見られた3術前のDVTリスク評価実施率の平均は63%であり、実施率100%の診療科は2診療科のみであった。術前のリスク評価が遵守されていない実態が明らかになった。4術前リスク評価の結果、最高リスクとされた例でも抗凝固剤の投与は57%に留まっていた。リスク評価の結果が有効な予防策の実施に繋がっていないことが明らかになった。以上の結果をふまえて改善点を検討したので報告する。

0-7-16

トレッドミル負荷心電図において意識消失を伴う心室頻拍を発症した一例

さいたま赤十字病院 検査部¹⁾、同 循環器科²⁾

○内山 恵¹⁾、中山 清美¹⁾、小水 大輔¹⁾、蝶名林 博文¹⁾、小松 正人¹⁾、鈴木 英之¹⁾、渡辺 敬太²⁾、新田 順一²⁾、浅川 喜裕²⁾

【はじめに】トレッドミル負荷心電図(TMT)は医師立ち会いのもとで行い、患者の状態に応じた臨機応変な対応が必要である。今回我々はTMT実施時に緊急処置が必要となる事例を経験した。この経験を元に当院の現状と今後の課題について検討したので報告する。

【症例】20代女性。心室細動の二次予防目的で6年前に植込み型除細動器(ICD)の植込みを施行。労作時胸痛を主訴に当院循環器科を受診し、原因精査目的で臨時的TMTを施行した。検査室入室時の印象として全身状態は安定しているように思われ、通常の体制で検査を行う方針とした。負荷中に胸部違和感を伴う心室性期外収縮が出現したため、負荷を中止した直後に、心室頻拍を起こし意識を消失した。担当技師が応援を要請した上で医師とともに一次救命処置を施行中、ICDが作動し心室頻拍は停止した。すみやかに意識の回復を認め、患者の状態が安定したため、救急外来に引き継いだ。

【考察】当院では医師1名・検査技師1名の2名体制でTMTを行っており、除細動器や救急カートを設置し、すぐ使用できるようにしている。また、患者の急変が予測できる場合は、看護師の待機やラインの確保をするなどといった対応も行っている。本事例でも通常の体制で検査に挑んだが、患者の既往を考慮すると、急変を想定した対応が望まれたかもしれない。今後は検査前により慎重に患者の状態を観察し、検査依頼医師と検査技師が情報を共有することにより万全な検査態勢を構築していきたい。また、患者の急変にも対応できるように日頃から様々な事例を想定したトレーニングを行う必要があると痛感した。

0-7-18

医療紛争における事務職員担当者の関わり方について

〜早期解決に向けて〜

諏訪赤十字病院 事務総務人事課¹⁾、同 医療安全推進室²⁾

○仲沢 典丈¹⁾、久島 英雄²⁾、原 雅功¹⁾、神澤 ひさ美²⁾、清水 聡¹⁾

【はじめに】医療紛争においては早期にその紛争を察知し、患者・家族側と信頼関係を構築し解決に導く事が求められる。これまで、事務職員担当者の医療紛争での関わり方とその時期は、専従医療安全管理者からの指示待ちであったため、医療紛争になる可能性がある段階での関わりが薄く対応が遅れる傾向があった。それにより、専従医療安全管理者や医療関係者が患者・家族との対応に追われ負担が大きくなっていった。結果として患者・家族との信頼関係構築に支障が出るケースが散見されていた。

【活動内容】医療紛争発生初期段階において、事務担当者が専従医療安全管理者と医療関係者と共に、患者・家族と面談に参加するなど積極的に関わる様にした。医療内容説明は専従医療安全管理者を中心とした医療関係者が行うが、患者・家族との連絡調整とその後の連絡等、窓口的役割を主として行うような関わり方に変更した。医療現場におけるチーム医療は必須とされる昨今、医療紛争の場面においても、率先した関わりが必須であると考えた。

【結論】医療紛争発生初期段階から医療者と事務職員がチームとして率先して取り組むことにより、紛争期間の短縮化傾向など一定の効果が観えた。取り組み方法を変更したことにより、患者・家族との関係性、信頼性が向上したと考えられる。患者・家族の不安を如何に早期に解消し、和解への道筋を示し、建設的な話し合いが持てるか最も重要であると考えた。これらの課題は、医療紛争に関わる事務職員スキルの維持・向上と体系化である。併せて、これら本格化する「医療事故調査制度」の対応方法とマンパワーの確保が必要であると考えた。

0-7-15

皮膚潰瘍形成事案の示談交渉から学んだこと

芳賀赤十字病院 医療安全推進室

○塚田 則子

平成21年12月25日の午後、当時1歳5カ月のIちゃんが痙攣で救急搬送されたが、一旦回復して帰宅した。しかし帰宅後、再度痙攣が発症したため救急搬送され入院となった。入院後血液培養のため左肘関節にインゾン消毒をして採血し、アルコール綿で圧迫固定をした。翌26日21:30頃、患児の全身清拭を行った際に左肘関節にアルコール綿がついていたため抜去したところ潰瘍が形成されていることを発見した。患児は年明けの1月2日まで入院し退院となったが、皮膚潰瘍は治らず治療は、外来通院で継続することとなった。同年4月両親から、左肘関節部の潰瘍形成に「女の子なので傷が残ると可愛そうなので元どおりに治してもらいたい」とクレームを申し立てたため、医療安全推進室(以下「当室」と呼称)が対応することとなった。その後も両親は「傷は元どおりにしてもらいたい。それがダメなら将来の治療を約束しろ」と言って一歩も譲らない態度を取ってきた。医療安全推進室としては、両親からいろいろ苦情等を言われるなか、あくまでも患児や両親に寄り添い続け、約6年9回に亘って話し合いを継続してきた。途中、父親は反社会的な人物の介入を示唆されたなど脅迫も取れる行為にも及んできた。当室としては、弁護士や有識者等のアドバイスを受けながら、法律の範囲内における最大限の賠償内容を限度に一貫しておれることなく誠実かつ患児・両親の立場に立って交渉を継続した。ただ、当院でできることとできないことについては曖昧な態度を避け誠意を持って対応した。この結果両親から「このままズルズルと時間が経過して皆さんがいなくなったらどうなるのかが一番心配だ。わかりました。これでいいです」と言ってくつ平成26年10月に和解が成立した。

0-7-17

生検組織標本のカラーインクによる検体間違い防止の試み

〜診断医の立場から

姫路赤十字病院 病理診断科¹⁾、同 検査技術部²⁾

○和仁 洋治¹⁾、河田 卓也¹⁾、堀田 真智子¹⁾、伏見 聡一郎¹⁾、牛丸 牧子¹⁾、永谷 たみ²⁾、春名 勝也²⁾、山本 繁秀²⁾

【はじめに】生検組織取り違え事故をしばしば目にする。我々は自施設内視鏡生検で、同一患者の複数採取検体の番号間違い事例を基に、識別のため組織検体着色を試み、その切片着色の診断への影響を検討した。

【材料と方法】1患者2個以上ある上下部内視鏡生検組織連続100例において、切出し時に、Thermo社製ティッシュマーキングダイ5色を順に竹串を用いて直接組織に塗布した。枝番(1)赤、(2)緑、(3)青、(4)黄、(5)黒、(6)紫(ヘマトキシリン)と着色した。各枝番1つに対し、組織片1個とした。通常通りのパラフィン包埋、薄切後、HE染色を行い、作製されたスライドガラスを鏡検し、着色による診断への影響を検討した。

【結果】検体個数の内訳は2個:47%、3個:22%、4個:13%、5個以上:18%(平均3.1個)であった。切片上の着色不良21例、うち19例は赤色であった。組織片断片化により過染し、観察しづらいもの6例、凝固色素塊の切片片付着3例、他色混入例3例あった。

【考察】着色不良は赤色に多く、インク特性と思われた。切片上で着色不良でも、組織片自体の赤色は認識出来ており、ガラス標本作製過程では問題となっていない。断片過染や凝固色素付着がなければ、観察・診断への影響は少なく、逆に断片化した検体のそれぞれに染色されている場合には他の隣接する番号の検体と誤認識しないと思われた。

【結論】カラーインクによる内視鏡組織標本への着色は枝番号誤認防止に有効な手段と考えられた。一方で、着色方法の工夫も必要となる。

0-7-19

本社への医療事故報告における看護事故からの評価

日本赤十字社 事業局 医療事業部 医療課 安全対策係¹⁾、

同 事業局 看護部 看護管理 教育課²⁾

○中島 聡子¹⁾、矢野 真¹⁾、猪狩 浩佳¹⁾、二宮 加恵美²⁾、増本 享子¹⁾、江口 創¹⁾、岡本 京子¹⁾

本社の医療事故検討会は、年間200件前後の症例を扱っており、平成26年度は202件であった。このうち、看護師が関連した事故は64件で、平成25年度の38件(看護事故)172件(総件数)から約4割増加されている。医療事故については、要因分析、再発防止に力を注いで10年以上経過している。そして、医療事故防止のために、安全な業務手順を標準化し、チェックリストを作成し、誰もが安全な行動を取れるように、各施設で周知徹底や改善を図っている。しかし、これらの医療事故の背後要因を分析すると、標準化が十分図られていなかったり、情報の共有が不十分であるところがあった。例えば、血管外漏出による皮膚障害の事故では、平成26年度4件報告されているが、抗凝固剤以外の薬剤において、注意を要する薬剤についてのリストアップがされていない場合があったり、リストアップしていたものの、注意喚起や周知徹底が不十分であったりした。また、誤嚥による事故は、平成26年度4件報告されているが、嚥下評価や食事内容のアセスメントが、チーム医療として連携していないことや、とろみ剤の使用法の標準化がなされていないところがあった。他施設の情報やタイムリーに届くことは、施設内での評価と改善に繋がり、医療事故の再発防止に繋がると考える。現在、医療事業部 医療課 安全対策係から、全国に発信する情報には、アクセシブルなニュースや知恵の輪がある。医療事故検討会で検討した中での警鐘事例は、アクセシブルなニュースとして発信している。これらの情報は、赤十字のグループメリットを活かして、各施設での標準化や改善に活用していただき、医療事故の再発防止に繋げたい。

10月15日(木)
一般演題・口演