

Y4-05

医療安全に留意した注射薬自動払出システムの構築

熊本赤十字病院 薬剤部

○宮崎 美香、平田憲史郎、宮里麻友美、江島 智彦、陣上 祥子、福永 栄子

【目的】「To Error is human」の言葉に示されるように、人が作業を行なう場合にはエラーが発生する可能性があり、医療の現場においても例外ではない。注射薬に関しては、オーダから薬剤の取り揃え、個人セット、調製、施行の各段階においてインシデント・アクシデントが報告されており、対策が求められている。これまで、熊本赤十字病院では、オーダ支援として電子カルテや薬剤部門システムでのチェック機能の充実を図り、新任の医師への研修を行ってきた。また、薬剤の取り揃え時のダブルチェックや個人別セットも行ってきたが、設備や時間的制約があり安全対策として充分ではなかった。そこで今回、注射薬自動払出システムを導入し医療安全に留意したシステムを構築したので報告する。

【方法】システム構築にあたって、従来の業務を分析し問題点の抽出と対策を検討した。

【結果考察】従来の運用では、個人セットの実施率が週末は25%とかなりの低値を示していた。また、病棟でのセット間違いや保冷薬剤の施行忘れなどのインシデントも報告されていた。そこで、システム構築にあたっては、1.2 4時間 3 6 5日の患者別施行単位別セットの実施2.薬剤の搭載率向上3.搭載外薬剤の監査4.処方内容・セット監査の充実、を目標とした。既存の機器では対応が困難であったため、新たにソフトバックユニットの開発をメーカーに依頼し導入した。その結果、薬剤搭載率は数量ベースで88%となった。また、搭載薬剤の充填チェック、搭載外薬剤の監査や薬剤返納システムを構築することにより、休祝日を含めた連日1日分ずつの払出を実現し安全性の向上に寄与することができた。稼働後1年に満たないが、今後も引き続きシステムの改良に努めていきたいと考えている。

Y4-07

USBコンソール延長器を用いたX線撮影室内での患者認証及び撮影の効率化

旭川赤十字病院 医療技術部放射線科

○高田 直行、阿部 直之、瀬川 千晴、市川 仁、河村 隆、増田 安彦

【はじめに】当院では平成18年より放射線システム(以下RIS)を導入し、X線写真撮影時に受付表を用いたバーコードリーダーによる認証を行い、患者誤認事故は低減した。しかし、バーコードリーダーが撮影室外にあるため適切な使用がされず、患者を取り違えるという事例や、患者から離れることが増えるなどの問題点があった。そこで業務改善および、患者誤認ゼロを目指し、平成20年11月の新棟移転に際してUSBコンソール延長器を用いた撮影室内での操作、認証による撮影の効率化を図ったので報告する。

【方法】RIS端末にUSBコンソール延長器(ATEN社 USB KVM Extender CE800)を接続しLAN線を介して撮影室内にも操作用RISモニタ、マウス、患者認証用バーコードリーダーを配置した。

【結果】撮影室内で患者認証が可能になったため、撮影終了後操作室に戻ることなく次の患者の撮影準備が行えるようになった。また、患者から離れることなく画像確認やRISの操作が可能になり、意識のない患者や転倒しやすいた患者のリスクが低減した。しかし、患者誤認事故がなくなることはなかった。

【まとめ】USBコンソール延長器を用いることにより、技師の動線が短縮され撮影業務が大幅に効率化された。しかし撮影室内に操作モニタがあるため他の患者情報や告知されていない疾患情報が見えるという新たな問題が発生した。このため患者からはモニタの内容が見えないような工夫が必要であると考えられる。また、患者誤認事故はバーコードリーダーを用いずに手入力による操作が原因であった。今後、適切な運用方法の周知徹底が必要だと考えられる。

Y4-06

多職種ワーキングによる転倒・転落防止の成果

福岡赤十字病院 医療安全推進室

○佐藤 章子

【はじめに】当院では、入院患者の高齢化などに伴い転倒・転落のリスクが高い患者が多く、外傷・骨折などが発生し易い状況であり医療安全上の問題となっていた。転倒・転落の要因は多様で、看護部だけの取り組みには限界があり、平成22年度より多職種によるワーキンググループを立ち上げて転倒・転落防止に取り組み、成果を得たため報告する。

【方法】多職種(薬剤師・理学・作業療法士、臨床工学技士、看護師)10名でのワーキングを毎月実施し、それぞれの専門的視点で転倒・転落防止対策について検討した。また、各部署を毎週ラウンドして症例検討し、安全な療養環境の整備をすすめた。

【結果】患者要因(感覚・機能障害、認知症、薬物などの患者自身の心身状態に起因するもの)への対応としては、転倒転落アセスメントスコアシートの改訂、せん妄プロトコルの啓発に取り組んだ。また、ベッドサイドでの症例検討により部署のアセスメント力が高まるように介入した。環境要因(ベッド柵、ベッド・ポータブルトイレの配置など環境に起因するもの)への対応としては、転倒防止器具(介助バー)の新規設置、ベッド周囲の5S、モニターコード類の整備を推進した。患者・家族の安全対策への参画という点では、リーフレットを作成して転倒転落防止への協力依頼を求めた。その結果、インシデント報告数の変化はなかったが、外傷・骨折の事故は、平成21年度16件から、平成22年度7件、平成23年度6件と60%の減少が図れた。

【考察】転倒・転落の患者要因や環境要因について多職種で検討したことを、多角的チームアプローチとしての実践につなげた。また、患者個々のアセスメントや看護計画への反映など、部署での取り組みへも影響を与えた。その結果として、外傷・骨折などの事故件数の減少が図れ、組織としてのリスク回避につながった。

Y4-08

医師の指示出しマニュアル周知に関する検討

旭川赤十字病院 医療安全推進室

○栗原 篤子、前田 章子、瀧澤 克己、森川 秋月

【目的】毎年、2割前後の医師が入れ替わり、医療安全研修に業務上参加できない医師も多く、マニュアル周知が不十分な現状である。今回は医師の指示出しによる事故防止のためマニュアル周知を目的に検討した。

【方法】期間はH23年度6月と2月、対象は医師94名、方法は自記式質問紙「指示出しチェック票」を2回実施し単純集計で比較検討した。自己チェック票は、指示出し全般10項目、電話での口頭指示6項目、対面での口頭指示6項目で構成される。倫理的配慮は無記名で個人が特定されず、回答の有無で不利益が生じない事を書面で説明した。

【結果】回収率は21.3%。指示出し全般の「時間内に指示入力」1回目30% 2回目44%、「緊急指示や時間外指示入力後の伝達」2回共80%代、電話での口頭指示「新規・変更・中止の理由を伝達」「紛らわしい表現の回避」2回共70%代、「復唱内容の確認」2回共60%代、対面での口頭指示「患者名はフルネーム伝達」「実施薬剤を提示させて確認」「実施後の報告確認」は2回共30%代と低い結果であった。項目の半分以上は2回目で上昇していた。

【まとめ】緊急指示、時間外指示の入力後の連絡や、新規・変更・中止理由の伝達等はできていることがわかり、医師と看護師間のコミュニケーションの良さが伺えた。対面での口頭指示は、緊急場面が多く医師と看護師が患者の前で指示されることが多く、フルネーム伝達や薬剤の提示確認等、現状にあったマニュアル内容の検討が必要と考える。また、2回目では自己チェック評価が上昇傾向にあり、多くの医師に「指示出し自己チェック票」を実施してもらうことで全体周知につながると示唆された。