

Y1-05

防災に対する手術室スタッフの意識向上への取り組み

大津赤十字病院 手術室

○渡辺 秀子、岩崎 昌美

I はじめに 当手術室では年間6400例の手術を行っている。そんな中地震が起こると、様々な状況での避難となるが、今まで医師を交えた避難訓練は行っていなかった。そればかりか、防災に対する意識の差もあった。また東日本大震災後、不安を口にするスタッフもいたが、訓練が時間外になる事に消極的な声も聞かれた。そこで「楽しみながら学ぶと、身に付くスピードが速くなり、学んだ内容の保持ができる」と言われている事に着目し、取り組んだので報告する。

I I 活動の実際 1. 防災に対する意識づけ 1) “手術中の動き” “地区隊の動き”の掲示 2) 防災ポスター掲示 3) 安全チーム活動 4) 緊急時連絡シュミレーション 2. 防災訓練 1) 勉強会 2) 机上シュミレーション 3) 医師への呼びかけ 4) 防災訓練の実施

I I I 結果 時間外訓練に消極的だったスタッフも、訓練直後に話し合ったり、「やって良かった」という声も聞かれた。「逃げる」と真剣に答えてくれなかった医師も、積極的に参加されていた。また前向きな声も聞かれたり、各部屋の表を見ている医師もあり、表や訓練は意識を高める効果があったと考える。またシュミレーションは楽しんで行え、防災に対しての意識付けとただだけでなく、全体と各班の動きを理解する事ができた。

I V 終わりに 今回、楽しく興味をもてるような工夫をし、ある程度の効果があったと考える。同時に、訓練で実際に動く事の大切さを強く感じた。しかし医師の参加は外科系医師の8分の1に留まった。手術室には委託業者がいる他、多職種の出入りもある。様々な状況下で動きも変わるが、今回の訓練では数例しか行えていない。震災時、少しでも落ち着いて行動でき、安全かつ迅速に避難できるよう、設定を変え、手術室に関わる職種が参加する訓練を計画し、継続していきたい。

Y1-06

「安全な手術」への取り組みの有効性と課題

前橋赤十字病院 看護部 手術室¹⁾、麻酔科²⁾

○三枝 典子¹⁾、平野 泉¹⁾、小池加奈子¹⁾、田村千佳子¹⁾、伊佐 之孝²⁾

世界的に患者取り違えや、手術部位間違いによる医療事故が報告され、WHOが安全な手術のためのガイドラインを2009年に出版し全世界に普及している。2008年1月、医療安全全国行動8つの行動目標ができ、2011年1月に行動目標S「『安全な手術』WHO指針の実践」が新たに追加されトライすることとなった。A病院手術室では、2008年2月よりタイムアウトを導入したが、当初は定着しなかった。その後、体内異物遺残や左右間違いの事例がありタイムアウトの必要性を各スタッフが認識し各科医師にも働きかけ、徹底されるようになった。昨年12月より「新タイムアウト」の開始となった。これは、手術開始前に、チームメンバーが名前と役割の自己紹介をし、麻酔科医師より患者に特有な問題点、術者より、患者名・術式・極めて重要またはいつもと違う手順・手術予定時間・予想出血量・確保血液を述べ、情報共有と確認を行う。また、従来実践していた安全確認内容とタイムアウト時の項目を追加し、「手術安全チェックリスト」を作成した。これは手術室入室から退室までを各場面に分け、サインイン・タイムアウト・サインアウトとして、各項目をチェックする。各項目についてのマニュアルも作成し問題発生時の対処方法を明確にした。現在、「新タイムアウト」の実施率は予定手術で100%、緊急手術で70%である。

【目的】定着した「新タイムアウト」と「手術安全チェックリスト」の有効性と問題点を明らかにする。

【方法】対象：A病院手術室看護部40名。自作の質問紙を用い回収箱へ無記名投稿を依頼。

【結果】有効性と問題点が明らかとなった。

Y1-07

タイムアウトはいつ行うのがよいか

武威野赤十字病院 麻酔科・医療安全推進室¹⁾、

武威野赤十字病院 麻酔科²⁾、

武威野赤十字病院 医療安全推進室³⁾

○斉藤 裕¹⁾、小柳 哲男²⁾、森川 要²⁾、千田麻里子²⁾、大泉見知子²⁾、黒川美知代³⁾、諸藤 康彦³⁾

手術に際しての患者間違い、部位間違い、手技間違いを防止するためのタイムアウトは広く行われているが、そのやり方に関しては統一されていない。当院におけるタイムアウトは患者氏名、病名、手術部位を含めた術式を主治医が宣言し、麻酔科医、外回り看護師、場合によっては直接介助を担当する看護師も加わり、患者ネームバンド、麻酔記録用紙を含む診療記録、手術・麻酔同意書、およびマーキングを確認する方法で実施している。しかし、タイムアウトを行うタイミングに関しては診療科により様々である。手術室入室後にただちに行う診療科もあれば、執刀直前に行う診療科もある。これは担当する患者属性、疾患・手術の特性、体位変換の有無などによりやむを得ない事情も存在する。たとえば、意識が清明な良性疾患患者は手術室入室直後に行うことができるが、悪性腫瘍に対する仰臥位開腹手術は執刀直前に行うほうが望ましいかもしれない。また、体位変換を必要とする手術は体位変換前に行うと間違いが起これない。われわれはタイムアウトの実施により、脳神経外科において開頭側の左右間違いを執刀前に発見できた症例、および整形外科において準備した機材が非手術側の機材であったことを麻酔導入前に発見できた症例を経験した。このような経験から、手術時のタイムアウトをいつ行うのが適切であるかについて考察した。

Y2-29

災害時における救急外来の取り組みの一考察～東日本大震災ER支援経験から～

徳島赤十字病院 救急外来

○岡田 志保、勝占 智子、重木 優、近井 里恵、三ツ井裕恵、服部 裕子

【はじめに】東日本大震災発生後、救急患者数が増加したA病院への支援として全国の病院からスタッフが派遣された。今回ER支援を経験した看護師への聞きとり調査をもとに、南海地震発生時のT病院救急外来が他病院からの支援スタッフを受け入れるための取り組みを明らかにすることを目的に研究を行った。

【研究方法】対象：A病院ER支援へ派遣された看護師6名。データ収集分析方法：グループインタビュー形式。インタビュー内容をコード化した後、カテゴリー化する質的帰納的方法を用いた。

【倫理的配慮】T病院内の倫理委員会医療審議部において承認を得た。

【結果】インタビュー結果から11のサブカテゴリーと4つのカテゴリー<出会ったことの喜び><被災地生活でのストレス><統括・連携の重要性><災害についての意識の向上>が抽出された。

【考察】支援者は共に働いた仲間から刺激を受け、患者の感謝の言葉から嬉しさを感じ<出会ったことの喜び>として活動を支える糧となったと考える。一方で<被災地生活でのストレス>も支援活動に大きく影響を与えていることが分かった。支援者は時として‘被災者のために’という思いだけで活動を乗り切ろうとしてしまいがちであるが、活動を支えるには支援者自身が心身ともに安定していることが重要であると考えた。また<統括・連携の重要性>では被災病院の中へ他病院からの支援スタッフが入って活動する場合、被災病院のリーダーが統括すると連携を取りやすく、エリア運営を円滑に進めるための重要な要素であると言える。支援者全員に<災害についての意識の向上>が見られた事により、個人としての学習の意欲の高まりだけでなく、病院の全職員が対応できるような訓練が必要であると言える。