

## O-12-44

### 東部ブロックセフティマネジメント委員会のダブルチェックの取り組みと成果

東部ブロックセフティマネジメント委員会 委員会事務局<sup>1)</sup>、長岡赤十字病院<sup>2)</sup>、みなと赤十字病院<sup>3)</sup>

○山崎 時子<sup>1,2)</sup>、三上久美子<sup>1,3)</sup>

【はじめに】東部ブロックの「ダブルチェック(以後、チェックと言う)の正しい方法と定着」の取り組みを報告する。【目的】チェックについて自施設の課題を明確にして取り組み評価する。【方法】1.期間:平成27年7月～平成29年1月 2.対象:東部ブロック20施設 3.具体的方法:1)各施設の現状調査(チェックの運用有無・評価方法・チェックに関連するインシデント報告数)。経過報告を経て18か月間の自施設の取り組みを委員会で発表し成果と課題を捉える。4.倫理的配慮:調査・発表では個人が特定されないよう配慮した【結果】麻薬・輸血はほぼチェックで取り扱っていたが、その他は施設により方法は様々であった。評価方法は8割の施設が明確でなかった。発表は「注射確認における効果的なチェック体制の構築」「危険薬に対するチェックの取り組み」「パートナーシップ制導入がチェックに関連したインシデント発生状況に与えた影響」「チェック方法の統一への取り組み」「チェック・指差し呼称の取り組み～周知の仕掛け作りとインシデントレポートの変化～」など様々であった。成果では「注射の準備、調剤業務におけるチェック方法を院内統一しインシデント減少」「パートナーシップ制導入で依存心が影響と思われる失敗例も一部効果が見られた」「チェック含む安全ポイント作成」「チェックマニュアル作成」「可視化にDVD作成」「チェックによる間違い発見例が増えた」などであった。【考察】成果は、チェックに関連するインシデントの減少や間違い発見例が増えたなど一部に見られたが、今後評価する施設が多数であった。委員会の取り組みが施設活動を後押しした。課題は1.チェックの確実性を高める 2.チェックの見落とししやすい場面への対策強化 3.定期的な評価である。

## O-12-46

### 手術センター看護師に発生した針刺し事故のP-mSHELL分析

石巻赤十字病院 手術センター

○西條 裕彬、阿部 愛美、高城 朋美、岡 宏信、浅野奈恵、大橋 泉、葛原 裕美

【はじめに・目的】手術センターにおける針刺し事故の再発防止を図るべく、看護師による過去のエピソードからP-mSHELLモデルを用いた要因分析を行った。今後の課題が抽出されたため報告する。【方法】手術センターで発生した過去3年間(2013.41～2016.3.31)の看護師による針刺し事故症例を集計し、P-mSHELLモデルで分析。内容をPatient(患者)、Management(管理体制)、Software(作業手順等)、Hardware(機器・設備等)、Environment(作業環境)、Liveware(当事者・当事者以外の人間)に類別した。【結果】針刺し事故は9例集計された。Patientでは一般外科・婦人科の手術で複数例、中でも開腹手術の患者(4例:44%)で針刺し事故が多く発生していた。Management、Softwareでは針の管理方法が器械出し看護師によって異なっていた事、医師からの針の返却に気づかなかった事(4例:44%)が発生要因であった。Hardwareに関しては、使用済みの総合針を収納する安全器材を使用していなかった事(5例:55%)、また中空針によって発生した針刺し事故(2例:22%)も存在した。Environmentでは閉創時(4例:44%)に発生率が高い傾向にあり、Livewareでは部署経験年数が1年以下の看護師が当事者となっている症例(6例:66%)が多を集計された。【考察】手術センターでは、使用されるすべての針・鋭利物の管理方法を含め、統一されたプロトコルを作成する必要があると考えられた。また、手術中の医師・看護師間のコミュニケーション方法の確立、針刺し事故症例の情報共有と手術中の安全管理に関連した教育の導入を検討する必要があると考えられる。

## O-12-48

### 手術室以外の部署へのタイムアウトの導入

石巻赤十字病院 看護部<sup>1)</sup>、石巻赤十字病院 医療安全推進室<sup>2)</sup>

○伊藤 恵美<sup>1)</sup>、阿部 清美<sup>2)</sup>

【はじめに】当院手術室では、部位・手技・患者誤認防止対策の一環として以前からタイムアウトが導入されていた。しかし、手術室以外での侵襲を伴う治療・検査には誤認防止対策となる確認プロセスは確立されていなかった。2015年硝子体内内注射の部位間違いが発生したことから、手術室以外での侵襲を伴う治療・検査を特定し、タイムアウトを導入することで部位・手技・患者誤認防止に取り組んだ。【方法】1.タイムアウトを必要とする治療・検査の特定。2.手術室以外でのタイムアウト基準の作成。3.マーキング手順の院内統一。4.医師によるマーキング実施。2016年度は監査する治療・検査を硝子体内内注射に加え、気管切開術、前立腺生検、腎生検、内視鏡検査の5項目とした。実施状況を監査し、結果をフィードバック。アウトカム評価は、インシデント・アクシデントレポートを活用し、必要時基準の見直しを実施した。【結果・考察】硝子体内内注射におけるタイムアウトの月別実施率は90%異常を保持していた。2015年以降の誤認事故は発生していない。これは、医師がタイムアウトの必要性を十分に理解していること、監査状況のフィードバックが部署での意識付けにつながったことによると推測された。また、他の4項目においても実施率の上昇がみられた。その一方、緊急内視鏡検査における患者取り違え未遂、生検時の抗血栓薬服用確認忘れがの監査期間に怒っていたことが分かった。いずれもタイムアウト対象外としていた緊急検査に起きていることから、緊急時にも部位・手技・患者の確認に抗血栓薬の服用を加えた項目を必須確認事項とするタイムアウト基準に改定した。【結語】手術室以外の部署へのタイムアウト導入は、部位・手技・患者誤認防止に効果があった。

## O-12-45

### インプラント使用プロセスの標準化

石巻赤十字病院 手術室管理課<sup>1)</sup>、石巻赤十字病院 看護部<sup>2)</sup>、石巻赤十字病院 医療安全推進室<sup>3)</sup>

○葛原 裕美<sup>1)</sup>、伊藤 恵美<sup>2)</sup>、植田 信策<sup>3)</sup>

【はじめに】手術室では、過去に間違ったインプラントが準備され、手術に影響を及ぼした事例があった。インプラント使用に関わるルールは、診療科によって異なり、病院としての基準が定められていなかった。今回、インプラント使用における院内で標準化したプロセスの確立に取り組んだので報告する。【方法】関連部署の看護師及び医療安全推進室医師によるワーキンググループで、基準作成を行った。【結果】対象は原則として、永久に体内に埋め込む医療機器とし、その対象となるインプラントを特定した。次にインプラント使用における確認方法及び準備・挿入・挿入後の管理を標準化した。準備時、及び挿入時のタイムアウト項目に滅菌保障と指示通りのインプラントであることの確認を加え、インプラント情報と確認者名を記録に残すことを定めた。タイムアウトの項目に加えることで、確認の確実性を高めた。挿入後の管理や、必要時には追跡調査を行うために、インプラント情報は別紙に記載し、患者カルテにファイルとして取り込んだ。取り込んだファイルをカテゴリー化することで、閲覧の利便性を図った。インプラントに関するリコール及び有害事象発生時の対応についても定めた。これらインプラントの使用手順をフローで表し、関係職員に周知した。【考察】基準作成後もインプラントに関する事故が1件報告された。調査の結果、その原因は、確認不足によるものであった。対策としては、再度基準の周知を図り、遵守状況を調査することとした。【結語】インプラント使用プロセスの標準化を行うことができた。今後は、PDCAサイクルにより、プロセス評価と改善を繰り返すことが重要と考えられた。

## O-12-47

### DCSにおけるガーゼの体内遺残防止のための取り組み

京都第二赤十字病院 手術室

○齋藤 真輝、石川 沙和、原 陽子、仲村 美輝、角 典子

A病院は第三次救命救急センターを併設する高度急性期医療を担う急性期病院である。現在、A病院の手術室では、定期手術のガーゼカウントは、執刀前の器械準備時に1回、閉胸・閉腹時の3回、患者退出前の1回、計5回を行うこととなっている。しかし、damage control surgery(以下DCS)では、救命のために手術時間が非常に短く、vacuum packing closure(以下VPC)のように通常の閉創を行わないことや止血のために体内にガーゼを留置したままICUに帰室することも多い。そのため、ガーゼカウントを通常の5回行っておらず手術が終了するまでに最低1回以上行うだけとなっている。また、術中に使用するパッキングガーゼの作成方法及び呼称が医師・看護師間において統一されておらずその時々で異なっていた。そのため、医師・器械出し看護師・外回り看護師間でパッキングガーゼのカウントミスが起りやすく、根治閉創手術時に体内遺残のリスクが高いと危惧していた。よって、DCSにおける体内遺残防止のために、作成方法・カウント方法を具体的にマニュアルを作成し、スタッフ内で共有し、プレテストをした結果、DCSにおけるVPC施行時に体内遺残防止に効果的であったため報告する。【方法】半構成的面接法を用い、実際にDCSについてのことのあるスタッフに対して面接を行った。その後、マニュアルを作成し、プレテストを通してDCSにおける体内遺残防止として適当であるか検討した。【結果・考察】DCSにおいて、パッキングガーゼ、ガーゼカウントについて、マニュアルを作成したことによって、カウントのミスが減り、ガーゼが何枚留置されているかが明確になった。留置されているガーゼの枚数が明確になったことにより、閉腹術を行うまでに複数回同様の手術がある場合でも体内遺残防止につながるかと考える。

## O-12-49

### 院内における電波管理の取り組み

武蔵野赤十字病院 麻酔科・医療機器安全管理責任者<sup>1)</sup>、武蔵野赤十字病院臨床工学技術課<sup>2)</sup>、武蔵野赤十字病院看護部<sup>3)</sup>、武蔵野赤十字病院放射線科<sup>4)</sup>、武蔵野赤十字病院施設課<sup>5)</sup>、武蔵野赤十字病院医療情報管理課<sup>6)</sup>、武蔵野赤十字病院調度課<sup>7)</sup>、武蔵野赤十字病院副院長・医療技術部長<sup>8)</sup>

2016年4月電波環境協議会により「医療機関において安心・安全に電波を利用するための手引き」がとりまとめられ、総務省から医療機関に周知された。当院においては、以前より臨床工学技士による医用テレメータのチャネル管理を主とした電波環境の整備に努めてきたが、上記の手引きに従って2016年8月より新たに院内電波を一元的に管理する体制を作った。すなわち、電波利用の可能性のある部署の代表者からなる電波利用安全管理委員会(委員長は医療機器安全管理責任者)を設置するとともに、臨床工学技士を電波管理責任者に任命し、両者が連携しながら院内電波環境の現状評価や新規に医用電気機器、情報機器、各種設備等を導入する際のEMC(electromagnetic compatibility:電磁両立性)について検討する体制を構築した。臨床工学技士に加え、診療関連部門、設備、施設、医療情報部門もこの取り組みに参加することにより医療機器以外の電波利用機器や設備(日赤無線など)などにも電波管理が行き届くようになった。しかしながら、患者など当院利用者や持ち込む電波利用機器については厳重な管理を行うことが困難であり、さらにはWi-Fiアクセスポイントの設置などの課題もあることから、不具合が発生しないようにその都度対応を行っていくことにした。院内における電波の使用は増加する一方である。電波利用に際しては利便性の向上やマナー啓蒙にも配慮しつつ、医療の安全性や情報セキュリティが損なわれないよう部門横断的な管理を行うことが重要である。

10月24日(火)  
一般演題(口演)  
抄録