

P-194

看護係長小グループ活動の取り組み～あいさつから始める医療安全への第1歩～

秋田赤十字病院 看護部

○堀井 裕美、石井 直子、遠藤恵美子、福田 恵

A病院看護係長会では、管理能力向上を目的とし平成27年度より1回看護係長会議の時間を利用して小グループ活動に取り組んでいる。小グループの活動時間は約10～15分間でそれぞれが役割を担い、情報を共有しながら活動を行っている。医療安全をテーマに取り組んでいるグループの活動の初年度前半は分析能力向上を目指し、RCA分析に取り組んだが進行困難であった。そのため、後半から与えられた時間を有効活用できるよう計画を変更、同じインシデントが繰り返されるのはなぜかをテーマに意見交換した。その結果、コミュニケーション不足という要因が導き出され、その対策としてあいさつ運動があげられた。そして、2年目の活動ではあいさつ運動の実施と共に前年度のインシデントレポートからコミュニケーションエラーが起こる背景を抽出、それをKJ法で分析したところ、ダブルチェックというキーワードが導き出された。現在、活動3年目に入った。新たなメンバーも加わり、より活発になったあいさつ運動と共にダブルチェックによるインシデントを防ぐための活動を継続中である。

これらの活動から看護係長として以下の3つの成果が得られた。1、部署を超えた看護係長が小グループ活動を実施したこと、医療安全に対して部署から組織全体の問題として考え、組織に向けた働きかけを実施することができた。2、P.D.C.Aサイクルや倫理的思考を共有することで部署の問題解決に活用できる活動を経験し個々の成長の機会となった。3、医療安全に対する取り組みはスタッフの知識不足や技術不足に対する指導が多く看護係長が疲弊する要因のひとつであった。今回の活動では周囲の協力、連携が得られる機会が多く看護係長として医療安全対策のモチベーションに繋がった。

P-196

放射線治療室での他職種協働による急変時シミュレーションの実施

京都第一赤十字病院 放射線治療科

○桐谷 眞澄、松山 知恵、今井 清美、布施 俊明、田中 義浩、井俣真一郎、高坂 静香、堂屋 瞳、山下 立馬、町田 和隆、西村 拓哉、古谷 誠一

【目的】当院では、2014年6月からリニアック2台体制で放射線治療の運営が開始された。それまでは、リニアック1台のため、その場にいるスタッフ全員の意識が「今、治療をしている患者」に注がれていたが、2台体制となる事で、どちらのリニアックで急変が起きた場合、様々な職種のスタッフがどのように行動すればいいか、混乱する可能性が考えられた。そのため、実際に急変した患者を想定し、様々な職種のスタッフが急変時どのように行動したかを振り返り問題点を明らかにした。【方法】2015年度に1回目、2016年度に2回目、急変する仮想患者を設定し、実際に放射線治療用固定具を装着した状態で、他職種交えて急変時シミュレーションを実施し、それぞれの職種で実際の急変時対応場面の行動を確認した。【結果】問題として、1回目は技師がBLSの訓練を受けている者が少なく、急変時の対応が出来ない者がいた。ふだん良く使用する酸素吸入は配管されていたが、吸引機は配管されていなかった。ストレーチャーに酸素ボンベはあるが、酸素マスクなどすぐに使用したい物品が傍にない。などが挙げられた。さらに2回目は、モニターや血圧計など必要な物品が指示されないと持たてられない。看護師が物品を取り現場を離れるなどの問題点があげられた。この2回の急変時シミュレーションを実施した結果、次の業務改善を行った。【結論】1. 急変時役割分担を各職種で明確にした。2. 急変時に用意するものを一覧にした。3. 上記1および2を常に目に見える場所に提示した。4. 1年に1回は急変時シミュレーションの実施を計画した。

P-198

患者参画型入院パンフレットの導入～パンフレットの改善とその使用状況～

高槻赤十字病院 看護部

○山内 洋平、井上 尚代、松下めぐみ、森下かおり

【はじめに】安全な療養生活を送るための患者参画を目的に、平成25年より看護安全管理委員会を中心に患者参画型パンフレット(以下パンフレットとする)の作成を開始した。パンフレットは、入院患者の属性やインシデント件数の多い項目から高齢者を対象とした内容にした。平成28年1月に完成したパンフレットは各部署10例使用後、看護師を対象にアンケート調査が行われた。その結果、説明時期、対象の選定、運用手順の明文化などの課題が抽出された。残された課題を引き継ぐ形で看護係長会にてパンフレットの運用を開始し、第一段階として使用状況の調査を行った。その活動について報告する。【倫理的配慮】調査は個人が特定されないように配慮した。【目的】パンフレットの使用状況を明らかにする。【活動報告】引継ぎ、パンフレットの導入に向け取り組んだ。患者との協働関係を早期に構築するため、説明時期は入院決定時点での実施に向け検討したが、外来部門での介入は難しく今回は見送った。対象の選定は高齢者以外の転倒や転倒によるアンケートも発生していたことから専任リスクマネージャーと連携し、高齢者から全入院患者へ拡大した。さらに転倒予防ワーキンググループとの連携により内容を見直し、運用手順を作成した。12月、係長会にてパンフレットの使用目的・使用方法を説明し全病棟での運用を開始した。2月、各部署の使用状況を調査した。【結果】引き継いだ課題は多職種との連携により解決し、現状に即した内容へ改善することができた。使用状況は、部署によりばらつきはあるが、全体では29%の使用率であった。今後の課題は、なぜ使用率が低いのか明らかになら、安全な療養生活を送るようパンフレットの効果的な使用方法を検討していくことである。

P-195

放射線科検査における安全を重視した医師の指示受け方法の工夫

武蔵野赤十字病院 放射線・内視鏡センター¹⁾、放射線科 診療放射線技師²⁾、循環器科 医師³⁾、放射線科 医師⁴⁾

○松永 香¹⁾、柴 知子¹⁾、金田 紀彦²⁾、関川 雅裕³⁾、山下 詠子⁴⁾

【はじめに】当院では、医師からの指示は電子カルテのオーダーを受けて看護師が実施するのが基本である。しかし、放射線科検査部門では検査に伴う薬剤の指示を処方・注射オーダーではなく、検査を行う診療科の医師と事前に統一して標準指示として使用している。今回、骨盤内MRI撮影時のブスコパン注射の導入とMRI対応ベースメーカー撮影時の情報収集を安全承認のもと書式ツールを活用し、安全を重視した指示受けと実施の取り組みが出来たので報告する。【目的】検査に関する医師の指示が正確に看護師に伝わり安全に実施できる。【取り組み】1. 骨盤内MRI撮影時のブスコパン注射の導入 ブスコパンを使用する患者への問診と説明を書式ツールを使用し統一した。これを以って医師からのブスコパン使用指示とした。2. MRI対応ベースメーカー撮影時の看護師の観察 MRI対応ベースメーカー撮影時に看護師が観察することに必要な情報を書式ツールを使用して把握し医師の指示に従った観察が行えた。【考察】本来は患者一人一人に個別のオーダーを発行することが望ましい。しかしオーダーの発行忘れや漏れが生じる可能性があり実施や観察を行う看護師が見落とす可能性がある。書式ツールを使う事で医師の必要事項が漏れなく入力され、看護師も統一された入力事項を確認しやすく安全実施に繋がる。【おわりに】標準指示では賅えない個別のオーダー指示を電子カルテの書式ツールを使うことにより、検査に必要な薬剤の実施や観察に必要な情報と指示が得られ検査が安全に行われた。今後も標準指示を使用できない個別指示が必要な検査には、医師と検討して書式ツールを活用していきたい。

P-197

救急センターにおけるRRS要請の現状と課題

武蔵野赤十字病院 救急センター¹⁾、武蔵野赤十字病院 RRS推進部²⁾

○喜瀬 裕美¹⁾、小林 圭子²⁾

【はじめに】当院では2015年1月よりRapid Response System (以下RRS)を導入した。救急センターのRRS要請は、緊急度が高く、緊急処置に人手を要したり、医師の患者対応が困難と判断し、ほぼ全例で救命科医師を要請している。要請した看護師からはもっと早い段階で要請をしたかったという意見が聞かれ、要請のタイミングと要請したいと感じた時間にずれが生じていると考えられた。そこで、救急センターにおけるRRS要請のタイミングについて調査し課題が明らかとなったので報告する。【調査方法】2016年1月1日から2017年1月31日に救急センターに要請されたRRS症例のうち、RRS要請記録用紙が提出された48例の、RRS要請者、RRS要請理由、要請時のJapan Triage and Acuity Scale (以下JTAS) 緊急度レベル、救命科要請までの時間、要請タイミングの決定理由を記録から後ろ向きに調査し、RRS要請した看護師に聞き取り調査を行った。当院個人情報保護方針に準じ、倫理的配慮を行った。【結果】緊急度内訳は蘇生レベル32件、緊急レベル16件であった。蘇生レベルの要請までの時間は来院から5分以内14件、60分以内12件、4時間以内5件、7時間後が1件であった。60分以内と4時間以内で、来院時に救命科RRS要請の必要性を感じていたが、医師や同僚の合意が取れず、容態悪化してから要請した症例や、来院時のトリアージでは緊急レベルであったが、症状の処置が優先されたため、状態が悪化し要請が遅れた症例があった。RRS要請は要請者の判断での要請が保証されているが、医師や看護師との関係悪化を懸念し要請が遅れていた。看護師がより要請しやすいRapid response teamの設置やRRS要請体制の見直しが課題である。

P-199

医療安全ラウンドを活用した環境改善への取り組み

前橋赤十字病院 事務部 医療安全管理課¹⁾、前橋赤十字病院 医療安全推進室²⁾

○村田 知映¹⁾、田村 直人¹⁾、坂本 恭子¹⁾、丹下 正一²⁾、三枝 典子²⁾、牧口みどり²⁾

当院では2010年より月に1度、医療安全ラウンドを実施してきた。ラウンドメンバーについては、医療安全推進室員と各部署に配置している医療安全推進者の数名で行っており、ラウンド時には、医療安全推進室作成のチェックリストにより評価をしている。そして、ラウンド後に当課で結果をまとめ、毎月開催される医療安全推進者会議の中で報告をしている。医療安全推進者会議には、各部署の医療安全推進者が出席し、意見や提案も含め情報共有をすることとしている。これまでの医療安全推進者会議では、ラウンド結果を報告するのみで終了しており、問題提起されたまま、その後の改善まで確認できておらず、翌年の医療安全ラウンドと同じ指摘をすることもあった。そこで、2016年度から、ラウンド結果を報告した翌月の医療安全推進者会議で、実際に改善した内容を発表することとした。その結果、改善活動が進み、他部署にも情報共有をしたことで、当該部署だけでなく水平展開も合わせて可能になり、参加している医療安全推進者を通じて浸透している。医療安全ラウンド後の改善結果を報告するのは初めてであるが、具体的な改善事例を報告することで、組織全体で意識づけられ顕著な改善がみられるようになってきた。そのため、今後も医療安全ラウンド、医療安全推進者会議を通じて定期的に改善しながら取り組んでいきたいと考える。現在の病院は、ハード面が古すぎて改善できないところがあるが、来年度には新病院へ移転するため、新しい課題が出てくることも想定される。今までの取り組みをベースとして、新病院でも継続して改善活動を実施し、更なる医療安全活動へ貢献していきたい。