

## P-206

### 認知症高齢者の転倒予防 ～病棟移動における環境調整のケア継続の試み～

高槻赤十字病院 看護部

○西 ひろみ、原田かおる

【はじめに】認知症高齢者の転倒リスクは高く転倒予防のための環境調整は必須である。今回、病棟を移動した直後に転倒、受傷した事例をきっかけに、病棟移動における環境調整のケア継続にむけた取り組みを試行したため報告する。【倫理的配慮】報告にあたって個人が特定されないよう配慮した。【目的】認知症高齢者に対し病棟移動における環境調整のケア継続にむけた取り組みを2例試行、その結果を考察する。【取り組み内容】A氏：70歳代女性。肺病精査目的で入院後に転倒し右大腿骨頸部骨折受傷。記憶障害、見当識障害あり。手術のため病棟を移動する前日に転出先の看護師にA氏病床の訪問を依頼し、現在の環境、術後の病棟の特徴、手術室時の状況等を共有し環境を検討。ベッドの位置、ベッドサイドのレイアウトをほぼ同じ位置とした。麻酔覚醒時まで家族に付き添いの協力を求めた。術後2日目に当病棟に戻る際には同じ部屋、同レイアウト、馴染みのある看護チームを担当とした。B氏：80歳代男性。肺炎治療目的で入院。認知症あり。当病棟への移動が決まった際に、B氏を訪問し挨拶。療養環境を確認後、似た環境となるよう病室、ベッド位置を選定。看護師間での口頭での申し送りに加えて、室内のレイアウト、配置の経緯、その意味の説明を受けて双方のスタッフで環境を整えた。【結果】2事例とも予定通り治療を受け転倒することなく退院となった。【考察】病棟移動時に申し送りのみならず実際の環境を共有、双方でやり取りし調整した結果、病棟移動の度に環境が変化することを最小限にするのができ、そのことが転倒予防につながったと考える。【今後の課題】認知症高齢者が環境に影響を受けやすいことを理解した上で、ケアの継続のための仕組み作りが課題である。

## P-208

### A病院循環器センターの内服薬事故の現状と今後の課題 第3報

旭川赤十字病院 看護部

○鈴木 裕也、長谷川浩美

【目的】Aセンターでは、内服薬事故の状況分析と対策を検討した結果、H26年度35件からH28年度18件と減少した。更なる事故件数減少を目的に事故内容の分析と対策の評価を行った。【研究方法】期間：H28年4月1日～H29年3月31日。方法：H28年度の循環器センターにおける内服薬事故18件のレポートより、月別事故件数、当事者の卒後経験・部署勤務年数、事故発生時間帯、エラー内容、与薬業務プロセス別に整理し、前年度と比較検討した。倫理的配慮：個人が特定されないようデータ処理した。【結果】前年度までの課題から、異動者の自立し始める5月と入院患者が増加し頻雑になる冬期間の呼びかけの強化、内服自己管理の適応基準の作成を行った。事故発生件数は年度前半が3件、後半が15件であり、当事者の卒後経験年数は5年未満が約半数、部署勤務年数は2年未満8件であった。エラー内容は投与方法7件38.9%、薬剤量5件27.8%、薬剤種類4件22.2%、その他2件11.1%、患者誤認0件であった。与薬業務プロセス別は、指示8件44.4%、準備2件11.1%、配薬2件11.1%、患者要因3件16.7%、観測・管理3件16.7%だった。前年度との比較では、午前発生、投与方法、患者誤認、配薬、患者要因の項目が減少し、コミュニケーションエラーが要因の指示関連が増加した。【考察】前年度までの課題であった投与方法、患者誤認、配薬、対象患者の事故件数と研究開始時の事故件数と比較して減少しており、現在の対策は効果的であったと考えられた。年度後半に事故が多かった結果から、新人・異動者が業務拡大の時期であり、慣れない指示や確認不足が発生の要因であると考えられる。今後は対策を継続し、新人・異動者が業務拡大する時期に、業務支援やマニュアルの周知を行っていく事が必要である。

## P-210

### 誤薬ZEROを目指した取り組み

伊勢赤十字病院 看護部

○齋藤友梨香、森口 展子、宇薄 香那、豊田 直美

【はじめに】自部署は、急性期脳血管疾患病棟であり、多く患者は後遺症が残存し生活の援助が必要である。そのため薬の自己管理ができない患者が大半を占め、看護師による管理が必要となる。H24年に新築移転後、内服カートが導入され、1週間に50～60人の患者配薬管理が薬剤師により行われるようになり、看護師の配薬業務の負担が軽減された。また、それと同時に薬剤師と看護師との間で配薬のダブルチェック体制も確立した。しかし、H27年度の誤薬に関するインシデント・アクシデント件数は22件の報告があり、その内訳では、無投薬が12件と一番多かった。そのため、看護師の服薬管理の方法について見直すことが課題となった。服薬確認を確実にし、誤薬のうち一番多かった無投薬0件を目指し取り組みを行った。その取り組みについて報告する。【方法】当病棟の平成27年度誤薬に関するインシデント・アクシデントレポートの分析。看護師の服薬管理方法について現状分析し、その要因分析を行い管理方法について検討し、対策を立て実行した。【結果】看護師の服薬管理方法から「配薬方法が統一されていない。」「内服している患者が明らかではない。」「服薬確認ができていない。」「という現状が明らかになった。その結果を元に、確実な服薬確認方法を手順化し確立した。それにより、無投薬による誤薬件数は0件と明らかな改善が見られ、服薬確認方法が有効であることが証明できた。【結論】服薬管理は薬剤師と協働しているが、その中で発生する誤薬は、看護師の服薬確認不足であったことを明らかにすることができた。またこの取り組みにより、服薬確認が確実にできるようになり、同時に全体の誤薬件数の減少にも繋がった。また、他職種と協働する中で看護師の大切な役割を再認識する機会となった。

## P-207

### 患者さんの苦痛の少ない移動と、職員の腰痛の軽減を目指す

京都第二赤十字病院 こころの医療科

○重田 洋子

脳外科病棟に勤務していた時、患者さんのベッドから車椅子への移動と、ベッド上での移動が腰や腕や足に負担が大きかったこと、また腰痛予防の研修で看護される側になったとき、人の手による移動の痛さに驚いたことが、私がこの活動に取り組んだきっかけです。厚生労働省の腰痛予防対策指針では、医療・介護現場で腰痛が増加していることを踏まえ、「人力による人の抱え上げは行わない」として、福祉用具などの使用を勧めています。当院では安全衛生委員会のもとに、2014年に腰痛予防対策チームが発足し、苦痛の少ない移動と、腰痛の軽減をめざして以下のような活動を行っています。1、スライディングシート(ベッド上での移動の用具)の普及2、ローラースライドフレキシ(ベッドとストレッチャー間の移動の用具、ボードタイプ)の導入と普及3、腰痛アンケートの実施による腰痛の実態調査4、アームレスト跳ね上げ式フットレスト可動式車椅子の導入と普及5、啓発活動(腰痛バスターズの発行)6、腰痛予防体操講座の実施など。「身体大きな患者さんにスライディングシートを使用し、楽に移動できた!」「ローラースライドフレキシを使用して患者さんを持ち上げる回数が減った!」「アームレスト跳ね上げ式フットレスト可動式車椅子とボードを使用して患者さんが喜ばれていた!」などの声を聞いています。各福祉用具が必要な場面で適切に使用されるためには、なぜ福祉用具を使用するのか周知徹底すること、自信をもって用具を使用するために、繰り返し研修を行うことが必要だと考えます。これからも、患者さんの苦痛の少ない移動と、職員の腰痛の軽減をめざして、腰痛予防対策チームの活動を続けていきたいと思います。

## P-209

### 多職種連携による安全な与薬 －「医薬品鑑別報告書・持参薬確認表」の活用－

長浜赤十字病院 看護部

○村中千栄子、中村 英樹、上野 義記、葛谷みどり、松室 絹子、吉田 哲広、杉江 善樹

当院のリスクマネジメント部会では多職種協働のTQM活動による医療安全推進を進めている。「安全な内服管理」チームでは、医師・薬剤師・看護師が役割を遂行し連携ミスによる内服薬に関するヒヤリハットの減少を図ることを目的に活動を行っている。今回、「医薬品鑑別報告書・持参薬確認表」(以下、「鑑別報告書」)の運用に着目し、多職種連携による安全な与薬について取り組んだので報告する。まず、平成27年度の内服薬に関するヒヤリハット報告377件を分析した。その結果、指示出し・指示受け・未投与・先発後発品・処方間違い・重複投薬・中止薬の7カテゴリを抽出した。次にそれらを、医師・薬剤師・看護師の連携ミスという視点から「鑑別報告書」の運用に着目し、その運用ルールを守ることで防ぐことができるヒヤリハットの割合を再分析した。その結果、「鑑別報告書」の運用ルールを守ることで防ぐことができるヒヤリハットの割合は、全体で37.8%であった。その詳細は、指示出し21.4%、指示受け22.7%、未投与20%、先発・後発100%、処方間違い50%、重複投与60%、中止薬53.8%防ぐことが可能であった。病棟配置薬剤師は入院患者の持参薬確認業務に多くの時間を要している。病棟配置薬剤師により作成される「鑑別報告書」を医師・看護師が有効的に運用せずに、持参薬に関連するヒヤリハットが多くなることから、そこで、「鑑別報告書」の運用手順を確認・修正し、本格運用に向けてデモを2病棟で開始した。今後、「鑑別報告書」を活用することでミスが4割近く防止できることをアピールし、全部署に運用手順に基づいた持参薬管理を行う予定である。

## P-211

### 薬剤部における医療安全推進活動

名古屋第二赤十字病院 薬剤部

○三輪奈津貴、木全 司、今井祝保子、加藤 康子、鬼頭 克暢、木下 元一

【目的】ヒヤリ・ハット事例のうち、医薬品が関連する事例は最も多い。薬剤部には13名のリスクマネージャーが在籍しながらも、組織的に活動できていなかった。今回、薬剤部の医療安全管理体制の充実と医療安全に寄与する意識醸成の取り組みを行ったので報告する。【方法】2016年4月より、インシデントレポート(IR)提出の必須化と積極的な作成を薬剤師間に周知した。また、薬剤部長を中心とするワーキンググループ(WG)を設置した。毎月定例会を開催し、IRを分析、PDCAサイクルを用いた対策実行、事例列挙による薬剤師間での情報共有を行った。さらに、毎月開催される院内医療安全講座への出席を促し、医療安全に対する意識の醸成に向けた働きかけを行った。【結果】2015年4月からの12ヶ月間に月平均25件(範囲:20-30)、2016年4月からの12ヶ月間に月平均30件(範囲:25-53)のIRが作成された。その中からの業務改善事例として、1)医療用麻薬の残液の病棟における返却前廃棄事例に対し、病棟の麻薬管理として、1日1回病棟薬剤師立ち合いでの在庫確認を業務化、その結果、同様の事例1件の事故化を防止した。2)薬剤師1名による夜間救急外来調剤について、翌朝に別薬剤師が事後処方確認を実施、その結果、過少投与2件、過剰投与2件が発覚、速やかに対応することで、事故化を防止した。3)院内医療安全講座の出席状況は、薬剤師51名のうち、前年度全回出席3名・2回以上出席31名から、本年度全回出席28名・2回以上出席46名と大幅に増加した。【考察】IR提出の必須化により件数が増加し、WGにおいてIRを元に業務改善を行うことができた。IR事例の情報共有、IR提出の必須化(院内医療安全講座への出席促進等)が功を奏して、薬剤師の医療安全に対する意識の変化が起これ、出席率が大幅に改善した。