

O-6-23

表計算ソフトを用いた法改正に対応した試薬管理の試み

安曇野赤十字病院 臨床検査部

○村山 昭彦、宮澤 亨、坂保 力、石曾根俊哉、坂井 正大、村山 範行

【はじめに】昨年の医療法改正により、検査試薬のロット管理や在庫管理が義務付けられたが、実際には沢山の項目を取り扱う生化学分野にとっては、大きな負担と感じられた。運用では、入力しやすく試薬ロットの入力間違いが少ない方法が求められるが、紙ベースでのロット番号と使用期限管理は、手記入を必要とし、記入ミスも生じ負担の一部となっている。今回、表計算ソフトとバーコードリーダーを使用した試薬管理ファイルを作成し運用したので報告する。【方法】表計算ソフトはMicrosoft Excel 2013 (以下Excel) とバーコードリーダーを組み合わせて、検査試薬のバーコードに用いられるGS1-128バーコードを読み込み、Excelの簡単な関数で処理していく方法を利用した。項目ごとにワークシートを割り当て、発注、入庫、出庫、取扱者を時系列で記録し一元的に管理できるようにした。また、液体・粉末の取り扱いのある病理検査室でも利用できるように修正した試薬在庫管理ファイルの運用も試みた。【考察】生化学検査は項目単独方式の契約をしているため、施設課での発注把握ができなくなり、年間使用数がわからなくなっている、問屋に問い合わせ確認をしていたが、検査室で使用数が把握できるようになった。試薬全体の在庫数と発注数が一覧で把握できるようになり、利便性が向上した。注意事項をコメント入力しバーコード情報の文字色を変えておくと、複数人で担当する技師がいても、該当ロット試薬使用時の情報共有ができるようになった。【まとめ】Excelとバーコードリーダーを用いて管理することによって、低コストで運用ができ、難解な関数やマクロ、VBAなどを使わずに誰でもメンテナンスができる点から、検査室の業務軽減の一助になればと考えている。

O-7-2

当救命救急センターにおける院内救急対応システム導入に向けての取り組み

大阪赤十字病院 救命救急センター

○須田 貴之

【はじめに】院内救急対応システム“Rapid Response System” (以下RRSとする)は患者の重症化を防ぎ予後を改善させるだけでなく、医療安全の観点からも有用性が謳われており、RRSによって看護師の心理的負担が減少するとの報告もある。当救命救急センター(以後当センターとする)は重症患者が増加しており、2018年に行った看護師へのアンケートでは、7割が重症患者や外傷患者の対応について不安やストレスを抱えていた。この結果から当センターでのRRS導入を決定し、取り組んだため報告する。【目的】経験年数に関係なく、どの看護師でも患者急変を早期発見し、躊躇することなく行動を起こし対応することで重症化を防ぐ。また患者の安全を保証し、看護師の不安を軽減する。【実践内容・方法】1. プロジェクトチームの結成: 救急看護認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師、救急科医師など 2. RRS起動基準の認定: 先行研究を基に、救急科医師と共にRRS起動基準や、対応方法を決定する。3. 導入: スタッフへ周知として起動基準などの決定事項を提示し、小グループ(2.6名)での説明会を複数回行う。4. 評価: 導入後にRRSを起動できているか検証する。当センター看護師全員へ再度アンケートを行い、評価する。【結果・考察】上記取り組みにより2019年4月よりRRSを導入することができた。RRSを導入し、1カ月間で3件の対応があった。適応となる症例は36件であった。しかし、それらの事例はRRS報告には挙がっていないが、指示簿に沿った行動や担当医師に報告することで対応はされていた。RRSが起動されていないということは、患者に急変の可能性があるということを看護師が自覚できていない可能性がある。今後はRRSの目的を踏まえ、更なる周知活動が必要であると考える。

O-7-4

患者間違い防止への取り組み

大津赤十字病院 医療安全推進室

○川瀬 久美、中村 一、松井 大、上田 豊実、平野千穂美、安藤 賢志、道満 俊成、久保 英明

【はじめに】当院の医療安全推進室では、10年近く、患者間違いによる重大事故の防止に取り組んでいる。幸いアクシデント事例は発生していないが、様々な場面で患者間違いが発生している。当院の昨年度の患者間違い防止への取り組みについて報告する。【活動の実績】平成29年度の当院での患者間違い事例は105件であった。情報管理に関するもの35件、検査に関するもの21件、与薬に関するもの15件が上位を占めた。内容は、電子カルテ・書類・診察券・検体および検体ラベルの取り違えや、同姓・同名・類似氏名の患者間違いが多かった。事故の多くは、患者確認の基本ルールを守っていれば防げるものであった。取り組みとして、医療安全ラウンドで職員に患者確認の基本ルールの理解と実践を確認した。患者間違い防止対策への患者参加を促すために、外来診察室入口に「カクネームをお伝えください」と書いた啓発がスターの掲示や外来ディスプレイの活用を行った。職員からは「名前を名乗って頂くことについて、職員・患者ともに意識を高めることができている」という回答を得た。同性・同名患者の間違い防止対策として、電子カルテにある同性同名患者の存在を示す表示をわかり易くした。検体ラベルの取り違え対策として、救急処置室に検体ラベル出力機器の増設を行った。これらの対策は、院内の医療安全情報を活用して職員に周知した。平成30年度の患者間違い事例は88件と減少した。情報管理に関するものは26件に減少した。しかし、授乳や検体採取に関して、処置や再検査を必要とした事例が4件発生した。【おわりに】患者間違い防止には、患者確認の基本ルールの周知と徹底した実践が重要であり、今後も職員への啓発を行っていく。患者影響度の高い事故の防止対策に取り組んでいきたい。

O-7-1

院内迅速対応システムの導入に向けた取り組み

福岡赤十字病院 医療安全推進室

○佐藤 章子、中房 祐司、青柳 邦彦、荒武 憲司、研井 礼子

【背景】医療安全には、組織的体制整備が不可欠である。当院は、患者の急変時は、心肺停止対応システム(Code Blue System, 以下CBS)で対応してきた。しかし、急変前のバイタルサインの異常に気づいていない症例、専門性の枠を超えた診療科の介入が必要だった症例が散見された。その結果、救命率は低くCBSだけでは限界があった。このため、院内迅速対応システム(Rapid Response System, 以下RRS)を導入し、併せて職員教育を展開したため報告する。【目的】診療の専門性や経験での対応に偏りがちな現状を、RRSを構築し、対応チーム(Medical Emergency Team, 以下MET)が適切・迅速に医療介入することで、予期せぬ心肺停止などの重篤有害事象の発生回避につなげる。また、職員に対して、フジカルアセスメント、的確な判断と迅速な報告について教育し、RRSの質を高める。【取り組み】RRSの導入について、リスクマネージャーへの周知を図った。実際の活動は、医療安全管理委員会の下部組織である「急変対応ワーキンググループ」と「TeamSTEPS推進ワーキンググループ」を中心として取り組んだ。「急変対応ワーキンググループ」はRRS構築に向けての体制を含む具体的検討、「TeamSTEPS推進ワーキンググループ」はSBARを中心に職員教育を担った。部署を限定した試行期間を設け、その間に起動したRRS症例については、METと部署で振り返ることで、体制の見直しおよび学習の機会として位置付けた。【結果】半年間の試行期間で、医師、看護師のRRSについての理解は徐々に進み、体制についての改善が認められながら、全部署への導入につなげることができた。【考察と課題】柔軟な対応ができるMETの育成、診療科間の協働の推進、看護師のアセスメントの教育等に取り組むことで、院内急変を未然に防ぎ、患者安全と医療の質を高めていきたい。

O-7-3

中心静脈挿入術(CVC)報告認定制度導入後の実情と課題

大森赤十字病院 医療安全推進室¹⁾、大森赤十字病院 麻酔科²⁾、大森赤十字病院 CVC管理運営チーム³⁾

○後藤 亨¹⁾、吉村 美樹^{1,3)}、明珍 基樹^{1,3)}、市川 敬太^{2,3)}

【目的】当院では2019年7月にCVCに伴う重大な医療事故が発生した。施行者が挿入マニュアルを十分理解せずに施行したことが明らかになったためCVC報告認定制度を発足させた。【方法】制度はI. 適応の厳格化、II. 安全な穿刺手技等の標準化、III. 安全手技の教育体制の構築を目指したものであり、その骨子は施行医を経験および試験にて、指導者のもとで行う施行可能医と単独で施行可能な認定医および指導的立場のインストラクターの3段階に階層化したこと、およびCVCの実態を把握するために施行後1週間以内に定められた書式での報告を義務化した。今回制度が充足した2018年9月以降2019年5月までのCVC 252例中危険なCVCは73例30.0%うち合併症は3例1.2%であった。内訳は時間超過25例、回数超過29例、合併症のみ1例、時間+回数が18例、時間+合併症が1例、時間+回数+合併症が1例であった。単変量および多変量解析で危険因子とされたものは施行可能医の施行(2.79倍p=0.002)および意識障害困難(2.8倍p=0.005)であった。制度導入後も重篤な合併症は生じており個人の医師、特に他の施設で学んだ医師の教育認定を行うことが新たな課題となっている。【結語】CVC報告認定制度を導入することによりCVCの実施状況と危険因子が明らかとなった。

O-7-5

5Sの評価項目を明らかにした改善につながる医療安全ラウンドの取り組み

大津赤十字病院 医療安全推進室

○平野千穂美、中村 一、松井 大、上田 豊実、川瀬 久美、安藤 賢志、道満 俊成、久保 英明

【はじめに】医療安全推進室では、医療安全ラウンドで各部署の5S状況を評価し、フィードバックしている。今回、5Sの評価項目を具体的にすることで、ラウンドの共通認識が図れ、かつ部署の改善につながったので、当院における取り組みについて報告する。【活動の実績】従来実施していたラウンドでは、評価項目が抽象的でラウンド員による評価が分かれ、部署の具体的な改善に繋がらなかった。例えば、5Sで医療安全ラウンドに取り入れた当初は、「不必要なものがない」「必要なものは整頓されている」「掃除が行き届いている」「コード類は整頓されている」等であった。そこで、評価項目を明確化し評価すべきことの種類を明確化できると、部署の有効な改善につながることを目的に、項目を細分化、かつ具体化した。「表示は物と場所とが1:1である」「定数と実際の数が一致している」「書類は縦置きですぐに取り出せる」「床への物の直置きがない」「床にコードが這っていない」「患者の私物が話所内に放置されていない」等である。ラウンド員からは、項目に基づき客観的に評価ができる、評価に対する不安が軽減した、という反応があった。また、部署では、何をどのよう改善すればよいか明確であり改善に取り組みやすい、という意見があり、実際に話所や倉庫が目に見えて整頓され、業務がしやすい環境となった。さらに、ラウンド員自身が、項目に沿って自部署の5S活動に活かした部署も見られた。【おわりに】「整頓・清掃・清潔」は上記の項目で評価し、部署の改善につながったが、5Sにおいては、まず「整理」を進めていくことが肝要である。「整理」についても改善につながるよう、引き続き評価項目の明確化に取り組んでいきたい。