

P-5-25

基本に基づいた安全な内服管理を目指して ～ダブルチェック機構の強化～

京都第二赤十字病院 看護部

○寺元 愛子、磯谷 美幸、寺井 美里、川合 幹子

【はじめに】高齢化社会に伴い当院においても高齢者の外科的手術が増加傾向にある。かかりつけ医から既往疾患の内服薬を持参し入院される患者が多い。手術に向けての内服管理(休薬・中止・再開)が必要となる為、内服管理における看護師の役割は大きい。薬剤を正確に投与できない事は患者の生命に大きな影響を及ぼす事に加え、安全で安心できる医療・看護の提供ができていないという事になる。しかし自部署では内服に関するインシデントが相次いでいた。カンファレンス等で周知をはかったが改善がみられず、個人レベルでなくシステムを含めた内服管理の見直しが必要であると考えた。【方法】内服に関するインシデントレポートを調査。ロジックツリーを用いて、システム・人・環境の要因分析し、解決策を検討した。【結果】各要因について問題点を洗い出し、内服管理に関する基準等の学習会を開催した。内服管理方法を再検討する為にナーシングスキル、医療安全マニュアル、配薬カードの運用を参考にし配薬ファイルを考案した。導入に向けてより安全に内服管理ができるよう病棟薬剤師と協働した。配薬ファイルの導入により、処方箋を確認しながら配薬する事が可能となった。また、2人ダブルチェックから1人双方型ダブルチェックへ変更する事で責任の意識向上へ繋がった。PNSの利点を活かし落ち着いた環境での内服セットが可能となった。【考察】ダブルチェックのありかたや、基本に則った配薬方法の勉強会を開催した事でスタッフの危機管理意識の向上に繋げる事ができ、安全・安心な内服管理へと近づける事が出来たと考える。

P-5-27

点滴自己抜去予防具としてアームカバーを検証する

福島赤十字病院 看護部

○武田 良平

1はじめに A病棟では点滴の自己抜去予防対策としてミトンや四肢抑制を行っている。ミトンや四肢抑制は、点滴自己抜去を予防することは出来るが行動が制限されてしまう。治療上必要な行為ではあるが自由な行動を制限することは、人としての尊厳を損ねてしまう。また看護師も倫理的ジレンマを感じ心理的負担が大きい。抑制に替わる方法がないか調べたところ点滴自己抜去予防におけるアームカバーの有効性についての報告があった。A病棟が4年前に行った研究で、3種類のタイプを看護師に行った結果、ノーマルタイプとメッシュタイプの2種類が良いという結果が出ている。今回は、患者のストレスや皮膚トラブルを少なくするために、この2種類のどちらが適しているかを明らかにする。2研究方法研究対象 男性、女性、各10名調査方法装着期間は手術後1日目。2日目に患者へアンケートを依頼し、結果を主観的評価とした。看護師はチェックリストを用いて客観的評価とした。3結果 主観的評価ではメッシュの方が装着時に蒸れるという患者が4名(40%)ノーマルでは3名(30%)、さらに外したいと思った患者がメッシュでは3名(30%)ノーマルでは1名であった。客観的評価では皮膚トラブルは見られず、点滴部は全ての患者において覆われており、点滴の自己抜去事例は起こらなかった。4考察 主観的評価では装着時に蒸れ感を訴える患者が多かった。研究時期が夏季であったことも影響していると思われる。通気性が良くても、メッシュ素材に違和感がある患者が多く、外したいと思う患者もメッシュの方が多かった。点滴の自己抜去予防という視点から見るとノーマルの素材が適していると考えられる。5結論 今後ノーマルのアームカバーを使用することで患者の行動を制限することなく、点滴自己抜去予防に活用することができる。

P-5-29

消化器内視鏡鎮静時のリスクマネジメント

京都第一赤十字病院 消化器センター¹⁾、消化器内科²⁾

○五十嵐佳奈¹⁾、三宅 涼恵¹⁾、佐藤 秀樹²⁾、吉田 憲正²⁾

【はじめに】近年、消化器内視鏡診療の複雑・高度化によって鎮静の需要が増加傾向にある。鎮静は患者満足度を高める一方、時に重大な偶発症を引き起こす危険性がある。今回、内視鏡鎮静時の安全管理に向けた取り組みについて報告する。

【方法】(1)急変予測対応についての実態調査(2)患者のリスク評価・観察力・アセスメント力強化の体制整備(3)環境調整:ETCO₂モニタリングの配備(4)急変事例の事例検討(5)リスク因子の情報共有、タイムアウトの徹底

【結果】急変予測対応の実態調査では、血圧や心拍数、酸素飽和度などモニター上の数値についての観察は実施率100%であったが、呼吸数の実測は実施率62.5%であった。呼吸停止事例の共有、呼吸の観察の有用性についての学習会、関連学会で得た最新情報を動機付けとし、有害事象の事例検討や記録用紙の改訂を行った。記録用紙には、呼吸抑制の要因と鎮静困難のリスク因子の項目を加えて評価を行った。また、患者観察のための環境としてETCO₂モニターを配備し、呼吸数とETCO₂を観察項目に加えた。鎮静レベルと体動はスコア化して記載するように変更した。医師と鎮静計画・管理についての意見交換を行い、タイムアウトによるリスク因子の情報共有の強化を図った。

【考察】記録用紙の改訂によって、リスク回避に繋がる患者情報を体系的に収集することで、医師と看護師間で処置前評価の共有が強化された。酸素化不良の患者情報に対し、検査中のNHF使用を検討し実施できた事例もあり、処置前評価により準備性を高めることに繋がったと考えられる。また、観察項目の追加・スコア化により観察内容が明確となった。特にETCO₂モニターは呼吸状態を観察しにくい腹臥位での処置中の観察に有用であり、鎮静剤による呼吸抑制と気道閉塞のリスクを低減させると考えられる。

P-5-26

安全チェックリスト使用による侵襲的手技時における患者安全確保への取り組み

名古屋第二赤十字病院 呼吸器内科¹⁾、名古屋第二赤十字病院 看護部²⁾、

名古屋第二赤十字病院 医療安全推進室³⁾、

名古屋第二赤十字病院 国際認証対策室⁴⁾

○小笠原智彦^{1,4)}、小瀬裕美子²⁾、深谷 美保²⁾、元岡 久代^{2,3)}

【背景と目的】医療安全全国共同目標の行動目標の1つとして安全な手術-WHO指針の実践としても組み込まれているように、手術時において、WHOの手術安全チェックリストの採用が患者安全に対する重要な臨床指標の改善がもたらされる手段となっている。更に国際的評価機関であるJCI (Joint Commission International) によって定められた6つの国際安全目標の中には、手術時のみならず、侵襲的手技の際にも患者安全確保のため、マーキング、サインイン、タイムアウト、サインアウトを含めた手順の作成及び遵守が求められており、これを達成するために新たに安全チェックリストを作成し、活用することとした。【取り組み】WHOの手術安全チェックリストに基づき当院の手術安全チェックリストを作成した。更に、院内で行われている侵襲的と考えられる処置・検査を洗い出し、その全てに於いて統一して使用可能な安全チェックリストを作成し、その使用を義務付けた。また安全チェックリストには鎮静処置の安全性も確保するため、鎮静処置に関する項目も組み入れた。【成績と結論】年4回行われるカルテ監査項目の1つとして手術/侵襲的手技安全チェックリストの使用、遵守を入れ、監査を行なっている。導入当初達成率は80%程度であったが、現在は97%に到達している。ただし、未使用によるインシデント事例もあり、今後さらに普及を図り、100%達成することにより、患者安全確保が確実にとなると考える。

P-5-28

ミトンカバーでドレーン自己抜去防止の試み ～縫製ボランティアと協同して～

神戸赤十字病院 医療安全推進室

○徳永 례子、岡本 華、矢田貝直樹、西尾 梨沙

【はじめに】当院のドレーンのインシデント件数は年間総数の22～25%を占めている。そのうち「患者自身がミトンを外して自己抜去」は35～40%であった。既存のミトンを改めて検証したところ裾の部分がミトンの厚みに比べて7cmと短いため固定が困難であることが判明した。メーカーにも問い合わせたが現品のみであった。今回、「患者自身がミトンを外しドレーン自己抜去」防止を目的とし、固定が容易で「裾の長いミトンカバー」を縫製ボランティアと共に考案し作製したので報告する。【取り組み】当院の縫製ボランティアは3人体制で2～3回/月、3時間/回の活動で全員10年以上のベテランである。裾の作りが複雑な既存のミトンと一体となり、かつ、その機能を妨げないミトンカバーをボランティアと協同で考案し次の3段階を経て完成した。1)患者に不快感を与えない様な模様と生地を選択した。2)ミトンカバーの裾は7cmから16cmと長くし、固定に効果的なベルト位置を試行錯誤した。ベルトは、様々な手首の太さに対応できる様に長さは32cmとし裾に縫いつけて2か所固定可能とした。3)マジックテープの角は、皮膚を傷つける恐れがあるため丸くした。評価は、病棟看護師にアンケート調査を依頼した。【結果】「裾の長いミトンカバー」は、2か所の固定で手首まで覆い、引っ張っても外れにくく効果的であった。看護師の評価は良好であった。【まとめ】ボランティアと協同で「裾の長いミトンカバー」を作成したことで「ミトン装着時のドレーン自己抜去」の効果的な予防ができ、ドレーン再挿入の患者の苦痛の軽減が可能となった。またミトンカバーの布は柄を無地からカラフルにしたことで好印象となった。今後もミトンの効果的な使用を考え更なるドレーンの自己抜去防止に努めたい。

P-5-30

手術室電気設備の異常と医療者が行うべき対応

武蔵野赤十字病院 麻酔科¹⁾、武蔵野赤十字病院 麻酔科・手術センター長²⁾、

武蔵野赤十字病院 手術センター・周術期管理チーム認定看護師³⁾

○齋藤 裕¹⁾、南 浩太郎²⁾、池田 千晶³⁾、安川貴美子³⁾、山中 紘子³⁾

手術室では様々なME機器が使用され、また患者にはモニター電極や電気メスの対極板など多数の電気伝導体が接触している。このような環境では電力の安定した供給と電気的ハザードの防止はきわめて重要である。そのため、手術室の電気設備は日本産業規格(JIS: Japanese Industrial Standards)に則った安全性が求められる。JIS T 1022(病院電気設備の安全基準)によれば手術室はカテゴリ-Aの医用室に区分され、非常電源、非接地配線方式、保護接地と等電位接地を持つ医用接地方式の設備が必要である。手術室の電気設備に起こりうる異常は商用電源からの電力供給の停止(停電)、および生体に対する電撃、過電流、地絡の発生である。当院では手術中に突発的な長時間停電が発生したことはなく、短時間の停電では自家発電装置による電力供給により対応できている。また、生体被害を伴う電撃やME機器の破損を起こすような過電流も経験していない。いっぽう、地絡はしばしば発生し絶縁監視装置のアラームが発報する事態に至っている。地絡の原因としてはコンセントの水濡れが多かったことから一部のコンセントにはビニールカバーを取り付けた。また、絶縁監視装置のアラーム発報時に医療者が適切に行動できないことがあり、手術室内の分電盤に対応方法を掲示するとともに医療者に対する教育を行った。最近では、手術室電気設備に関する知識を有する周術期管理チーム認定看護師も増えてきており、今後はより適切な対応が可能になると期待される。