

## P-1-13

### 当院の読影報告書未確認防止対策

古河赤十字病院 医療技術部 放射線技術課

○糸賀 友紀

近年、医療現場ではCT等の画像診断後、重要所見読影報告書の確認を怠った為、治療が必要な病気を放置してしまい、患者さんが死亡した事例がしばしば報告されている。日本医療安全調査機構の報告によると2015年から2018年までの4年間で37件あったとされている。画像診断報告書について何らかの見落とし防止対策を講じていなかった事も原因の一つと考えられる。当院においてもそのような対策等はされていないのが現状である、今回当院の医療安全対策室と連携し2018年12月より現システムを活用した見落とし防止策を講じた。今回約4年間での件数・効果を振り返る。

## P-1-15

### 放射線治療における日々の精度管理から発見できたこと

姫路赤十字病院 放射線技術部

○畑中 宏基

【目的】日々の精度管理を行うことで体制の強化とスタッフ個々の意識改革、そして定期的な精度管理の実施があげられる。精度管理を継続的に実施することにより、正常に機能している状態を掌握でき、予期せぬエラーが起きた場合にいち早く発見することができる。すなわち、スタッフ個々が感覚的に何かおかしいと思えるようになることである。これは、複雑化する放射線治療をより安全な治療に移行するためには重要なことで、それにはスタッフ個々の意識改革が必要になる。【方法】日々の精度管理を実施するにあたり可能な限り二人一組で施行し、全員が情報共有できるようにシートに記入する。外部からの取り組みとしては第3者評価の導入、他施設でのインシデント情報への関心などがあげられる。【結果】日常の精度管理から装置固有の特性や傾向変動を把握できたため装置の異常を発見することができ、ベンダーに報告することにより素早い対応が可能となる。また、高精度治療における検証作業にも役立っている。【結論】「安全文化」の構築を目指すことにより、スタッフ個々のリスクに対する意識が芽生え、精度管理プログラム、治療プロセスの改善、ひいては医療事故防止にもつながる。

## P-1-17

### 採血管への分注時針刺し防止対策についてー採血管立てを作成してー

古河赤十字病院 検査技術課

○高階久美子、小林裕紀子

【はじめに】当院では、針刺し、体液曝露防止対策のため、安全装置付き器材の導入、職員教育、針捨て容器の変更等行ってきた。しかし、採血時の真空管採血ホルダーや分注ホルダーの導入は、採血分注時の針刺し、体液曝露の事例がなく、医療コストの増大、医療廃棄物増加の懸念から導入するには至っていない。そこで、採血管への分注時針刺し防止対策のため、某大学附属医療センターの採血管立てを参考に、当院独自の採血管立てを作成したので報告する。【目的】職員が、採血管への分注時に針刺し、体液曝露を起こさず、安全・安心に業務が行える環境を作る。【方法】某大学附属医療センターで使用している採血管立てを参考に、当院で使用している採血管のサイズや業務行程を考慮し、採血管立てを作成する。【結果】某大学附属医療センターで使用している採血管立ては、365gの重さがあり安定性があつた。しかし、分注時の容量が見えないこと、採血管から針を抜く際に持ち上げなければならないという構造であった。作成にあたり、安定性と分注時の容量が見え、安全に針を抜くことができる構造を検討した。そして、職員が実際に試作品を使用し、何度となく意見を聞き試行錯誤を重ね、採血管立ての完成に至った。完成後、職員に聞き取りを行った結果、職員から「はじめは重く使いづらいと思ったが、この重さがあるから安定していると感じた」「安心して分注ができる」といった声を聞くことができた。【考察】採血管への分注時針刺し防止を目的に作成した採血管立ては、職員にとって採血時の分注業務が安心して行えるようになったと考える。しかし、培養ボトルへの分注も考慮し、分注ホルダーの導入には必要と考える。今後も、職員の安全・安心、費用対効果を基に病院全体で協議し、検討していきたい。

## P-1-14

### RISにおける患者・薬剤認証システムの構築と運用について

北見赤十字病院 診療放射線科

○中場 貴紀、中島 勲

当院の放射線科業務において、「MWM登録間違いによる患者間違い」「放射性医薬品・造影剤間違いによる誤投与」「使用材料の登録間違いによる請求ミス」のインシデントが発生していた。これらは、実施前に2人がそれぞれ確認するなどの認証対策で防止をしていたが、完全に防止することは難しかった。今回、我々はRISの更新を機に、バーコードリーダーを用いた患者・薬剤認証システムを構築した。このシステムは、患者IDや薬剤GSIバーコードなどを読み込むバーコードリーダーを各端末に配置し、放射性医薬品・造影剤などの使用する薬剤を画像で表示し、各フェーズで認証していくものである。このシステムをワークフローに組み込むことにより、「MWM時の患者登録」「患者と検査オーダー」「検査オーダーと使用する放射性医薬品・造影剤」「使用薬剤と使用材料登録」などの整合性がとれた状態を作ることができ、上記のインシデントに対して従来とは異なったアプローチで認証対策を構築することができた。また、放射線科業務に関しては、入庫時のロットナンバーなどの入力と使用記録簿などの帳票作成を手動で行っていたが、これらの作業を省略し、入庫から帳票作成までの過程を電子化することが可能となった。今回のシステムを導入することで、「より強固な防止策を策定すること」と「作業の簡略化すること」ができたので、運用を含めて報告をする。

## P-1-16

### 当院リハビリテーション科における医療安全の取り組み

福岡赤十字病院 リハビリテーション科

○田代 創己

【はじめに】当院リハビリテーション科では医療安全の取り組みとして平成25年よりリスクマネジメントカンファレンスを開始している。その活動内容の報告と直近3年間のインシデント・アクシデントレポート(以下レポート)を検討し報告する。【方法】リスクマネジメントカンファレンスは2か月に1回の頻度で実施し、事例検討、問題点の抽出とその対策の検討を行った。年単位で医療安全業務改善計画書を作成し、医療安全推進資料の配布、危険予知トレーニング(以下KYT)、医療安全推進テストを実施した。また、令和元年度よりレベル0報告の啓蒙を行っている。KYTは年に2回、事例報告症例の中から抜粋し、リハビリ室内にて実際場面を設定し検討した。レポートは「報告数」、「発生場所」、「事例内容」、「患者影響度」に分類し分析した。【結果】レポートについて、「報告数」は令和元年度39件、令和2年度39件、令和3年度39件の計117件であった。「発生場所」は病室が49%と過半数を占め、次点でリハビリ室14%であった。「事例内容」は転倒・転落22%、皮膚外傷17%、その他51%となっている。「患者影響度」はレベル0が全体の45%を占め、令和元年度11件、令和2年度19件、令和3年度23件と増加している。レベル3a以上が令和元年度5件、令和2年度8件、令和3年度6件であった。【考察】令和元年度より3年間レポート報告数は増減していない。しかし、レベル0報告は増加傾向であったことから、KYTを行ったことでのスタッフの危険予知能力向上に加え、啓蒙による報告への意識改善が図れたと考える。当院ではベッドサイドでの介入機会が多く、病室や病棟での発生が多いことから、現状の取り組みに加え、アクシデントを未然に防ぐため多職種間での連携を強化していく必要があると考える。

## P-1-18

### 身体抑制を解除するための取り組み カンファレンス内容を看護実践に反映させる

福井赤十字病院 看護部

○宮地 まきこ、和田 幸子、山崎 直美、太田加奈子

【はじめに】A病院では2018年より身体抑制を低減することを目的に活動している。身体抑制カンファレンスの中で、身体抑制解除の対策案を出し、その内容を看護計画に繋げ、看護指示を出して日々の看護実践を展開するように、指導を行っている。今回これらの内容が看護実践に反映されているかを明らかにし、対策を実施した結果を報告する。【目的】身体抑制カンファレンスで検討した身体抑制を解除するための取り組みを看護計画・看護指示に繋げることが出来る。【方法】身体抑制解除を解除するための看護計画・看護指示へ解除案が反映されているかを調査。身体抑制を解除するための取り組み一覧表を活用し具体的な対策を看護計画・看護指示に反映することを教育する。教育実施後、身体抑制解除患者を対象に、看護計画・看護指示へ解除案が反映されているかを調査し、前後比較する。【倫理的配慮】A病院倫理審査委員会承認を得た。【結果】身体抑制解除患者は4月194件、10月173件であった。身体抑制を解除するための取り組み記載率は4月59.2%、10月100%。看護計画反映率は4月14.4%、10月は61.2%。看護指示反映率は4月82%、10月49.1%。適切な内容は133件(83.2%)、不適切な内容は27件(16.8%)であった。【考察】身体抑制解除への取り組みがなぜ必要なのか、スタッフ同士が倫理的視点でカンファレンスを行うことが浸透していないと考える。身体抑制を解除する対策案を考えるだけではなく、起きる・食べる・排泄する・清潔にする・活動するなど5つの基本的ケアを看護師が十分理解できるように指導する必要がある。