

Y8-08

スタンプカード方式による指差し呼称の推進と患者誤認防止の効果

諏訪赤十字病院 看護部

○今井 美雪、矢口めぐみ、溝口 春奈、百瀬 成美、池上由美子、神沢ひさ美

【目的】指差し呼称を推進するためにスタンプカード方式を導入し、患者誤認を減少させる。

【方法】(1) 諏訪赤十字病院の看護師を対象に2012年9月(1回目)、12月(2回目)に各3週間指差し呼称強化週間を設定する。(2) 強化週間中に指差し呼称を実施した場合スタンプカードに自己または他者がサインをする。(3) 看護師1人当りのスタンプカードのサイン数の平均値を算出し、1回目と2回目を比較する。(4) 平均値の最高得点部署を表彰する。(5) 注射、内服、検査の3項目に関連した患者誤認件数を調査する。

【結果】看護師1人当りの指差し呼称平均回数は、1回目9.0回(最大13.5、最小0.5)、2回目13.6回(最大24.6、最小3.4)と2回目が4.6回増加した。また、スタンプカードを通して声を掛け合う場面が増加したと感じていた。患者誤認の延べ件数は2011年53件、2012年35件と18件減少した。各項目では、注射11件が3件、検査19件が11件に減少した。内服は12件が13件と減少せず、その多くが配薬場面で発生していた。また、9月~11月に報告された誤認件数は平均2.7件/月、内服1件/月、注射0.3件/月、検査1.3件/月であったが、12月~3月では平均1.8件/月、内服1件/月、注射0.25件/月、検査0.5件/月であった。

【考察】(1) スタンプカード方式は、「実施回数が可視化」「個人の競争意識が働く」ため、指差し呼称の推進に効果があった。(2) スタンプを「互いにつく」「見せ合う」行為は、「楽しい」「相互に認め合う」ため、部署の良好なコミュニケーションの醸成にも効果があった。(3) 表彰制度は、部署間の競争意識につながった。(4) その結果、患者誤認の減少につながった。(5) しかし、内服特に配薬場面で患者誤認は減少しておらず、指差し呼称確認に加えて安全な名前確認を推進する必要がある。

Y8-10

検査前処置で下剤を使用する患者のリスク評価

姫路赤十字病院 医療安全推進室

○坂本佳代子、黒田 尚美、福島五穂美、小林 里美、濱田 和代、山本 繁秀、喜多 良昭、五百蔵智明、最所 裕司、上坂 好一

【はじめに】下部内視鏡検査や大腸造影検査をスムーズに実施するために、「前処置の重要性を十分に理解してもらう」ことに視点を置いて説明を実施してきた。しかし、普段の排便状況を聴取し、狭窄の恐れのある患者や便秘傾向の強い患者については、下剤の投与方法や量を変更するなどの考慮が必要である。そこで、検査前処置で下剤を使用する場合の患者のリスク評価と適切な対応について院内標準化を試みた。

【目的】検査前処置で下剤を使用する患者の生活状況チェック表を活用してリスク評価を行い、危険な時は中断するという選択肢を踏まえて安全に検査準備を実施する。

【方法】1)生活状況チェック表に沿って情報を収集する。2)検査前処置方法をフロー図に沿って選択する。3)排便状況による下剤の服用を中断する。4)下剤を服用せず、検査当日に担当医の診察により治療方法を再考する。2011年と2012年で比較して、有害事象の発生件数を比較する。

【結果】1)検査件数 2)事前の腹部単純レントゲン撮影件数 3)緩下剤の事前調整件数 4)前処置の下剤を服用せずに来院した件数 5)予定検査中止件数 6)リスク評価による連携強化(救急外来/ICU等)

【考察】検査前処置で下剤を使用する場合の患者のリスク評価と適切な対応について院内標準化を図ったことで、検査前処置を安全に進めていく指標となった。また、医師をはじめとする関連職種と患者の情報を共有して準備方法を選択することができるようになった。方法を標準化することで、前処置の中断が可能となった。中断することにより、患者の状態に応じた検査・治療について再考する時間となり、前処置による二次的なリスク回避にもつながった。

Y8-09

周術期総腓骨神経麻痺の予防と対策

日本赤十字社和歌山医療センター 整形外科

○たまき やすゆき
玉置 康之、百名 克文、田中 康之、井上 悟史、川井 康嗣、打越 顕、丸山 征爾、馬谷 直樹、坂口 雅彦、中村 賢司、古川 剛、岩井 輝修、光澤 定己、仲谷 健次

【目的】術後もしくは外傷後の手術待機時期に発症する総腓骨神経麻痺は、リハビリテーションを妨げる重大な術後合併症の一つである。総腓骨神経麻痺を予防するために術後、外傷後に注意深い観察を行っていたが、それでも総腓骨神経麻痺は発症した。今回、我々は総腓骨神経麻痺をなくすために対策を講じ、その効果を検討した。

【対象と方法】対策として、1)パンフレットの配布、2)総腓骨神経のマーキング、3)麻痺のチェックリスト作成、4)下肢枕の工夫を行った。対象は全身麻酔もしくは腰椎麻酔で下肢手術を行った当科入院症例のうち、対策を行う前の2011年1月から2012年1月までの987例をBefore群、対策を行った後の2012年2月から2013年4月までの1196例をAfter群とし、総腓骨神経麻痺の発生率、疾患、発症時期、治療、転帰について比較検討した。

【結果】麻痺の発生率は、Before群0.4%(4例)、After群0%(0例)であり、有意差を認めた。Before群の4例の疾患は、大腿骨頸部骨折2例、大腿骨骨幹部骨折1例、大腿骨遠位部骨折1例であった。発症時期は、受傷後1日、術後1日、4日、5日であった。治療は、保存治療3例、改善傾向なく神経剥離術を行った症例が1例であった。最終観察時には、3例は改善、91歳の保存治療を行った症例は改善しなかった。

【結論】周術期総腓骨神経麻痺に対し、医療者側の観察の具体化、患者側への働きかけ、下肢枕の工夫を行うことである程度の予防が可能であると思われた。

Y8-11

転倒転落アセスメントスコアシートの適切な評価をめざして

福島赤十字病院 看護部

○すずき よしこ
鈴木 佳子

当病棟におけるヒヤリハットおよび事故報告書の中で、転倒・転落事故報告件数は薬剤関連事故、ドレーン・チューブ類に関する事故とともに常に上位を占めている。当院看護部では、転倒・転落を発生させる状況や要因を事前に把握し危険防止対策を講じるために、平成14年度から転倒・転落アセスメントスコアシートの使用を開始した。記入方法については全体研修は実施せず、OJTで指導を行っている。

以前、転倒により骨折した事例があり、その際の転倒・転落アセスメントスコアは11点危険度2と評価されていたが、患者情報と照合すると適切に評価されていない項目がみられた。そのため、当病棟の看護職全員を対象に、同じ患者情報をもとに転倒・転落アセスメントスコアシートを記入してもらったところ、点数に大きな開きがあった。この結果を医療安全推進室に報告し、看護部全体の問題として捉え、医療安全リンクナース会にて、転倒・転落アセスメントスコアシートを見直した。なるべく具体的な表現方法とし、数字や回数で客観的に評価できるように修正し、平成23年11月から使用している。そこで、修正した転倒・転落アセスメントスコアシートで、再度当病棟の看護職全員を対象に、同じ患者情報をもとにアセスメントスコアシートを記入してもらった。その結果、点数の開きは以前より少なくなった。

適切なアセスメントを実施しなければ有効な事故防止対策は立案できないと考え、修正後の転倒・転落アセスメントスコアシートが適切に評価されているか、アセスメントが標準化されるよう取り組んだので、その経過を報告する。