

## 02-20

### A 病院における退院支援の報告

#### —「患者・家族へのアンケート調査」より—

福井赤十字病院 地域医療連携課

○杉本 和恵、堀口 朋美、横山 友美、吉田 晴香、  
幅田 ゆかり、森石 佳奈

【はじめに】A 病院は病棟看護師と退院支援部署が協働して退院支援を行っている。患者が安心して退院後の生活に移行できたのか。患者・家族に、入院時から退院までの医師・病棟看護師・相談員(MSW)の対応・支援内容についてアンケート調査を行ったので報告する。

【方法】退院支援部署が関わり 2013 年 3 月に退院した患者 160 名(死亡退院、1-6 泊入院を除く)を対象に、2013 年 4 月 25 日～5 月 9 日に無記名のアンケート調査の回収を行った。内容は医師・病棟看護師・MSW の退院支援、患者の思い、患者の基本属性についてである。今回調査と、前回調査(2006 年)との比較分析を行った。調査内容は前回と同様項目とした。

【結果・考察】アンケート回収率は 36.2% であった。その内 27.5% を有効回答とした。今回は MSW の退院支援について比較した。前回調査と比較し病院に MSW が配置されていること(認知度)は 25.5% 増加、社会資源サービス(介護保険等)の説明を聞いた患者は 15% 増加した。転院前の不安は 2.3% 減少した。転院前に転院先の情報を聞き、見学に行くなどを行い、患者の思いと転院先の病院の差が 5.6% 減少していた。MSW が対応することで患者の不安は軽減できたと考える。理由として MSW は家族背景、退院後の生活について考えていること、転院までに転院先の選定(転院目的別)、転院先の見学説明・連絡、必要な書類の確認・準備などを行っているからと考える。

## 02-22

### インシデント事例の分析によるシステムカスタマイズの有用性の評価

広島赤十字・原爆病院 医療情報管理課<sup>1)</sup>、医療安全推進室<sup>2)</sup>、看護管理課<sup>3)</sup>、

○島川 龍載<sup>1)</sup>、黒瀬 真理子<sup>2)</sup>、渡邊 春美<sup>3)</sup>、細井 敬弘<sup>1)</sup>、小園 菜美<sup>1)</sup>

【はじめに】当院では、毎週火曜日にインシデント事例対策検討ワーキンググループを開催しており、インシデント発生事例のうち、システム対応が必要と思われる内容については、情報システム管理委員会にて検討を行っている。平成 22 年 10 月の医療情報システム更新の際に指示出し、指示受け等に関する指示簿の電子化を行ったが、システムでのインシデント事例が相次いで発生したため、段階的にシステムのカスタマイズによるバージョンアップを行ってきた。今回は、看護師のインシデント事例を対象に分析を行い、システムのカスタマイズに対する有用性を評価したので報告する。

【方法】システム更新時(2010 年 10 月)とシステムカスタマイズ(2011 年 9 月、2013 年 10 月)の 3 つを基点として、その前後におけるシステムのインシデント発生件数の推移とインシデント内容の変化について、記述統計と多変量解析により分析した。また、2013 年 10 月の口頭指示に関するシステムカスタマイズから 1 ヶ月後に部署別、6 ヶ月後に全看護師にアンケートを行った。

【結果】システム更新後にオーダ、指示出し、情報伝達に関するインシデント件数が増えたが、システムカスタマイズ以降はインシデント件数が減少してきている。また、内容は、システム起因からヒューマンエラー起因に徐々に変化している傾向にあることがわかった。

【考察】アンケート結果から看護師全体には一定の評価を得ていることがわかったが、システム及び運用面で新たに様々な課題が見つかった。今後も PDCA サイクルの中で、段階的にリスクを軽減できるように他職種との検討を進めて行くことで、医療安全と質の向上に寄与していきたい。

## 02-21

### 本社で行う医療事故検討会から～看護事故を検討して～

日本赤十字社 事業局 医療事業部 医療課<sup>1)</sup>、  
事業局 技監<sup>2)</sup>、事業局 看護部<sup>3)</sup>

○谷 真澄<sup>1)</sup>、猪狩 浩佳<sup>1)</sup>、中島 聡子<sup>1)</sup>、内田 幸一<sup>1)</sup>、  
下谷 真美<sup>1)</sup>、矢野 真<sup>2)</sup>、小森 和子<sup>3)</sup>、二宮 加恵美<sup>3)</sup>

【目的】現在、赤十字医療施設は、発生した医療事故・紛争事案を日本赤十字社(以下本社)に報告し、本社は、医療事故検討会で検討した結果を各施設に通知している。平成 25 年度の医療事故検討結果から、看護職が関わった医療事故を選び看護事故とし、それが看護のどのような場面での事故かについて調べた。看護事故の再発防止・改善に向けて組織としての医療安全の推進に取り組むために、今回本社の医療事故検討会での看護事故の現状を明らかにした。

【方法】平成 25 年度の本社での医療事故検討結果から、看護職が直接関わった医療事故を選び看護事故とし、それらを川村 1) の示す看護事故の構造の 2 群 5 種に分類した。診療の補助業務の事故、療養上の世話の事故をそれぞれ群とし、前者を看護師自ら行う医療行為、医師の医療行為の準備や介助、継続中の医療行為の観察・管理の 3 種に分け、後者を事故発生時の看護師の介入下である・なしで、2 種に分類した。分類した項目をカテゴリ一化し、看護事故内容を分析した。

【結果・考察】平成 25 年度は本社の医療事故検討会で 172 件が検討され、そのうち 38 件が看護事故だった。看護事故のうち、診療の補助業務の事故は 31 件、療養上の世話の事故は 7 件で、継続中の危険な医療行為を観察・管理するが最も多かった。看護職は、患者への危険な医療行為について理解して、危険な医療行為を観察・管理すると共に患者の危険の予測・評価に基づいた事故防止対策が重要であることが示唆された。

引用参考文献 1)

川村治子 医療安全 看護の統合と実践 2 p19 医学書院 2012 年

## 02-23

### 医療事故のスタッフ側当事者支援

北見赤十字病院 看護部

○高見 淳子、早坂 文枝

ある外来でアクシデントレベル 3 b の医療事故が発生した。幸いなことに患者様は、治療やケアにより最悪な事態は回避された。医療事故が発生した部署やスタッフ側当事者(以下当事者)をどう支えていくのか課題が残されたので報告する。

【医療事故後の支援】看護管理者(以下管理者)は、当事者 2 名と一緒に事故報告書(以下報告書)の作成支援を行った。しかし、当日には完成には至らなかった。

翌日には患者様の状態が安定したので、管理者は当事者に患者の状態を伝え、精神的負担の軽減を図った。管理者は、勤務時間内で報告書の作成が出来るように業務調整を行ったが、少人数の外来人員では代替えが出来なかった。そのため外来勤務が終了してから報告書の完成を目指し、連日 23 時過ぎまで作成支援を行った。また、子育て中の当事者であったため家族の協力を得るように伝えた。

この時期は、外来全体が極度の緊張状態であり、当事者及び管理者は心身ともに憔悴しきっている状況であった。また、他のスタッフのインシデントも発生し、このままでは再びアクシデントを発生させてしまう危険性が生じていたが解決策はなかった。

報告書がいつ完成するのかゴールが見えず、落ち着かない日々が約 1 ヶ月続いた。

【今後の課題】事故報告書を完成させることが第 1 優先になってしまったため、自責の念や不安を抱えている当事者や当該部署のサポートが後手になってしまっていた。

当事者は、精神的な動揺が激しい。そのような状況での報告書の作成は困難を極める。状況を話してもらって、それを書類に起こすなどの作成支援の方法の検討が必要である。また、事故発覚直後に完成させる書類、再発防止のための書類など内容をわけ、提出時期を検討する必要がある。

今後は、当事者や当該部署がどのような支援を得たかったのかを明らかにして、病院全体で取り組む必要がある。