

011-15

腹腔鏡手術の安全性向上のための当院手術室の取り組み

前橋赤十字病院 中央手術室¹⁾、消化器病センター 外科²⁾

○山口 悦子¹⁾、三枝 典子¹⁾、慶野 和則¹⁾、伊藤 好美¹⁾、
増山 愛美¹⁾、今河 翼¹⁾、高坂 和寿¹⁾、阿部 二葉¹⁾、
安東 立正²⁾、富澤 直樹²⁾

緒言：腹腔鏡手術の普及に伴い様々なデバイスの開発が行われている。新規デバイスに対しては操作法に慣れる事に精力が注がれ、その取り扱いに注意が図られていたとは言い難い。当院でも新規エネルギーデバイスによる熱傷を経験した。これをきっかけに行われた腹腔鏡手術の安全性向上の手術室での取り組みについて報告する。
方法：全ての腹腔鏡手術では従来開腹手術の定位置であった患者の右足後方に器械台を置き、器械出し看護をしていた。エネルギーデバイスは簡便性とスペースを省略する目的で全てタワーといわれるカメラモニターユニットに組み込まれ、術者は通常モニターと対側に立つため全てのコードが患者の上を横切っていた。術野はコードが錯綜し、器械出し看護師は不潔になりがちな術者の背側に位置し、器械の受け渡しはやりにくかった。そのため高温を発生するエネルギーデバイスは患者の上に置かれ、鉗子類もその習慣からそうする事が多かった。2013年よりエネルギーデバイスとタワーを分離する事でコードが患者の上を横切らない形とし、術者・器械出し看護師間でのデバイス・鉗子の受け渡しを原則とした。
結果：右側病変の手術では患者の左側に術者・看護師が立つ形になった。また従来下を向いて器械を拾いあげていた術者がモニターから目を離す場面が減った。看護師も器械の受け渡しの為、モニター画面に集中し先読みを行う様になった。さらに術前の体位確認・マニュアルの可視化、CEとの連携を図るなど腹腔鏡手術全体に対する意識が高まった。
結語：腹腔鏡手術機器の多様化に伴う当院手術室の取り組みを報告した。術式自体も複雑化してきておりさらなる改善が必要であると痛感している。

011-17

MR I 入室前の磁性体除去の現状 ～チェック表の状況調査と職員教育を通して～

長岡赤十字病院 看護部・手術室

○反町 宰子、高橋 玉美

【はじめに】当院では検査前に独自の「入室前チェック表」(以下表とする)を使用していたが、MRI室への磁性体持ち込みが続いており、活用状況をもとに現状分析と改善策の検討を行った。
【目的】MRI室への磁性体持ち込みをなくす
【方法】平成25年5月～10月に入院患者の予約及び入院・外来緊急検査113例を調査
【具体的方法】1.表の活用及び記入状況を調査する 2.安全対策委員会看護部会から看護職員へ検査手順の熟読を指示する 3.MRI入室に関する疑問を集約し文書で回答する 4.表の記入不備の発見時は放射線科看護師がその場で指導を行う
【結果・考察】表の活用不備は調査症例中51%であった。不備の内訳は「チェック表の持参がない」が36%を占め、表自体の認識不足が示唆された。その他の不備は「記入不備」で入室前の準備に関する認識不足が明らかになり、2を実践し教育の機会とした。3では状態や治療に付随した17項目の細部に渡る疑問があり関心の高さを確認できた。4の取り組みでは磁性体除去の意識づけができた。3ヶ月後の調査では、表の持参率は7%上昇し、記入不備は6%の減少を認めた。不備の内訳では体内留置の磁性体のチェック不備が59%を占め、表そのもの見にくさも指摘された。チェック表は記載し易く明瞭なものが必要とされる。調査期間では、表の持参と可視化できる磁性体には注意喚起できていた。しかし、体内留置の磁性体に対する注意と確認が不足する結果となった。日々変化する医療環境に対応する教育やシステムを整備していく必要性を感じている。
【まとめ】実践期間中の磁性体持ち込みはなかった。現在、体内留置の磁性体を確認しやすいチェック表を作成している。継続した評価は再発防止策を具体化させる事を学んだ。

011-16

術中MRIシステムの導入から現在と今後の課題

伊勢赤十字病院 看護部・手術室

○山本 美菜実、中村 良子

新病院移転に伴い、A病院は手術室に術中MRI撮影が可能な設備が新設された。今回は術中MRIシステムの導入から準備、最初の平成24年2月の症例から平成26年3月末日までの症例と術中トラブルを報告し今後の課題を考察する。新病院移転前に術中MRIに携わる部署で合同の打ち合わせを2回行い、その後放射線技師を中心にMRIの安全講習が行われた。そこでは座学、体験を通して、MRI撮影の諸知識を学んだ。新病院移転後、手術室で術中MRIを担当するコアメンバーを選出し、メンバーを中心にシミュレーションを4回実施した。そこでは手術台の取り扱いの説明、また実際に手術室から撮影室に移動し、実際の動きを把握した。シミュレーション後は反省会を行い、問題点など確認、解決して術中MRIチェックリストを作成した。その後、約1年間はコアメンバーが術中MRIを担当し、チェックリストやマニュアルを改善して安全性を高めた。そして手術室スタッフに技術・知識を広め、コアメンバーがサポートし、徐々に担当するスタッフを増やした。平成24年2月から平成26年3月末日までの2年間のうち31症例で実施され、開頭脳腫瘍摘出術15件、下垂体腫瘍摘出術16件で脳腫瘍摘出術では、6例の腹臥位手術も撮影が行われた。術中トラブルは3例あり、正常に手術台が動かないというトラブルやドッキング時のトラブルが2例あった。またスライド時、挿管チューブのインフレーションチューブが挟まり切断するというトラブルが1例あった。手術室スタッフから慣れないとの声も多かったが、チェックリストやマニュアルを活用し、普及活動を行うことで安全に術中MRIをおこなうことができたと考えられる。今後の課題として、手術台に関するトラブルが多かったことから術前のメンテナンス、ドッキング時の確認を徹底し、術中MRIに携わるスタッフに周知していく必要がある。

011-18

POCT 機器の中央管理に向けて

長岡赤十字病院 安全対策委員会看護部会

○山田 隆

【はじめに】POCT (Point of care testing) とはベッドサイドなど患者の傍らで医師、看護師等が行う簡便な検査のことを意味する。POCTは中央検査部門で行われる検査に比べて結果が即時に得られることから臨床的有用性が高いとされる。我々は中央検査部門で測定されない検体検査システムをPOCT機器と広く定義し、正しい測定結果を得る為に、さらに医師・看護師の業務軽減をはかる為にも中央検査部門の臨床検査技師が主体的にかかわっていくこととした。
【対象とするPOCT機器】血液ガス分析装置、簡易血糖測定装置の他に尿試験紙を対象とした。
【血液ガス測定装置7台の中央管理】1) 結果報告単位の統一：稼働中の7台は報告単位がmolであったりmg/dlであったりとまちまちであったが単位を統一することでどの機器で測定しても値の比較が容易で間違いが起きないようにした。
2) 全機器のLAN接続による中央管理：AQURE POC機器管理システム(以後AQURE;(株)ラジオメーター社)を用いて7台のLAN接続を行った。AQUREでは中央検査部門に設置された管理用端末より院内全ての機器の測定可能の可否、試薬状況、精度管理状況、較正状況が確認できるほか、管理用端末から各機器の遠隔操作が可能で較正や精度管理の実施が随時可能となった。
【簡易血糖測定装置】全ての配置部署に同一のマニュアルを配置した。マニュアルには測定手順の他、エラー時の対処法、注意薬物、故障時の対応法、点検記録表、精度管理記録表が綴じられている。また、病棟単位の精度管理責任者(臨床検査技師)を選任した。
【尿試験紙】1) 病棟で使用する尿試験紙の管理(使用期限、保存状況、品質チェック)は中央検査部門が行う。

10月16日(木)
一般演題(口演)