

## 05-33

### コミュニケーション・エラー：業種別分析

京都第二赤十字病院 麻酔科

○横野 諭<sup>よこの さとし</sup>、徳田 洋子、田淵 宏政、小森 玉緒、市木 也久、小林 裕

【背景】病院は多職種が協同して医療提供する場であり、簡潔・明瞭・迅速で確実なコミュニケーションは必須である。

【目的】京都第二赤十字病院職員のコミュニケーション・エラーの現状を把握する。

【対象】本院全職員（1,252名）。

【方法】アンケート調査：コミュニケーションエラーの経験・SBAR・二回挑戦ルール・権威勾配・ブリーフィングの実施・コミュニケーション障害要因など17項目。

【結果】回答率：60.1%。エラーは、医師・看護師・研修医で多く（75.0%、72.5%、78.3%）、コメディカル（64.4%）、事務（59.7%）が経験し、18.5%、13.1%、10.5%、5.4%、5.3%に健康被害を生じていた。医師・看護師・事務は約95%が簡潔明瞭な発言をし、90%以上が状態確認努力を実施している。置換復唱は、看護師（78.0%）・研修医（69.6%）で実施していたが、医師は40.2%にすぎなかった。権威勾配は、医療職で約80%、事務で60.5%経験し、医師の83.3%、その他の職種では90%以上が口出ししてはいけないと思っていた。コミュニケーション障害要因は、性格、仕事量、情報の確認不足、職場の雰囲気が多かった。職場環境は、医師・看護師・事務で90%以上良好と思っているが、コメディカルや研修医では、20%が満足していなかった。デブリーフィングは、6-8割が未実施。全職種が医療従事者間のコミュニケーションを高める努力が必要と考え、日常業務での指導を希望していた。

【考察】コミュニケーションへの異なる対応が職種間で認められた。コミュニケーションエラーの回避には、ノンテクニカルスキルなどによるコミュニケーションの統一化を図ることが重要と思われる。

## 05-34

### 当院における患者誤認防止の歩み

武蔵野赤十字病院 医療安全推進室

○黒川 美知代、齋藤 裕

患者確認は医療の基本行為であり、患者誤認防止は全ての職種の共通課題である。今回、長年に渡る当院での患者誤認防止の歩みを振り返り、今後の課題を考える。2003年、入院患者へのネームバンド着用による氏名確認の開始から、患者自身に氏名を名乗っていたくことを基本としている。2004年には外来診察室前に「入室したらお名前を医師にお伝え下さい。」と掲示した。2009年、外来で同姓同名の患者にINF注射の誤投与が発生した。再発防止として、INF注射を受けに来院する患者にカードを提示していただく参加型の対策とした。2011年秋に電子カルテと同時に患者認証システムを導入。当院では、患者認証は患者確認行為の補助と位置付け、患者に名乗っていただきネームバンド確認の上で患者認証を行うこととした。2012年、ポータブルレントゲンでの同姓同名患者の取り違え撮影が発生し、関係職種による事故事例分析を実施。背景要因が複数ある中、同姓類似名患者の存在が他職種間での情報共有が困難という要因が挙げられた。同年11月、侵襲的な処置・検査では氏名と生年月日（2つのID）での確認を取り入れ、翌月に患者誤認防止をテーマにMDCCを開催、同テーマのMDCCを毎年定期開催することにした。その後、日本赤十字社主催の医療安全管理者会議での他院の取り組みを参考とし、2014年4月より患者にフルネームを名乗っていただくことの院内放送を1日2回開始した。今年度は患者満足度調査に合わせて患者確認行為の状況を調査する予定である。患者誤認防止には、医療者側の確認行為の遵守と患者側の参加意識が必要であるが、医療者の確認行為の逸脱や誤認の背景には人間の特性やエラーを誘発する環境があり、事故事例の分析等から多面的な対策が必要である。また、患者誤認のリスクを常に意識するための場を設定し、継続して実施することが有効だろうと考える。

## 05-35

### 疑義照会記録の新たな活用方法の考察

名古屋第一赤十字病院 薬剤部<sup>1)</sup>、医療安全推進室<sup>2)</sup>、副院長<sup>3)</sup>

○永田 圭耶<sup>ながた けいや</sup><sup>1)</sup>、成瀬 徳彦<sup>1)</sup>、山田 総<sup>1)</sup>、野村 浩夫<sup>1)</sup>、水谷 年男<sup>1)</sup>、三輪 眞純<sup>1)</sup>、森 一博<sup>1)</sup>、山口 恵津子<sup>2)</sup>、稲尾 意秀<sup>3)</sup>

【目的】当院では従来、疑義照会を行い処方変更となった際は、ブレアポイドとして報告し薬剤部でのみ情報共有を行ってきた。しかし疑義照会は未然に防がれた薬剤事故であり、インシデントと考えられることから、2013年11月より疑義照会内容を院内の医療安全推進室にインシデントレポートとして報告し、病院全体で情報共有する体制を整えた。今回の体制における、疑義照会記録の新たな活用方法について考察を行った。

【方法】2013年11月～2014年4月の間に疑義照会業務により報告されたインシデントの件数、発生者、発生要因、疑義内容について調査した。

【結果】インシデント件数は月平均で約25件であった。インシデントの発生者としては9割以上が医師であり、その内の約2割は研修医であった。発生要因は「確認を怠った」が一番多かった。疑義内容は「処方漏れ・誤処方」、「過量・過少投与」、「副作用回避、治療継続のための処方提案」が大半を占めた。

【考察】疑義照会により発見されたインシデントの多くは医師の確認不足によって引き起こされており、薬剤師と協同して処方提案や処方設計をする仕組み作りや入力ミスを防ぐ電子カルテシステムの改善などが再発予防に有益であることが示唆された。

今までの疑義照会記録は、薬剤部で情報を共有し、薬剤師の処方考察能力の向上に活用されるのみにとどまっていた。しかし今回、病院全体で情報共有する体制を整えたことで、疑義照会記録が病院規模での業務の見直しやシステムの改善に活用できる可能性が示された。今後の課題としては、実際の疑義照会活用例を示し、安全で質の高い医療の実現に貢献出来ているかを評価することである。

## 06-31

### ホスピタル dERU

大阪赤十字病院 国際医療救援部<sup>1)</sup>、日本赤十字社大阪府支部<sup>2)</sup>

○中出 雅治<sup>なかで まさはる</sup><sup>1)</sup>、清水 亮平<sup>1)</sup>、山内 宣幸<sup>1)</sup>、渡瀬 淳一郎<sup>1)</sup>、近澤 昌仁<sup>2)</sup>、木村 弘之<sup>2)</sup>、笹森 賢一<sup>2)</sup>

dERUは、その名前の通り、国際赤十字のERU (Emergency Response Unit) のアイデアを元にしていて、国際のERUには日赤が持つクリニック型のほかに、病院を設営できるホスピタルERU、通信を担うIT-テレコム型ERU、要員宿舎を設営するキャンピングERU、水の供給や衛生環境を整えるERUなど様々な種類があり、協働で災害救援にあたる。一方、現在約20の都道府県支部が持つdERUは、すべて同じクリニック型である。国際と国内では、対象が途上国と先進国という違いがあり、一概にERUと同じ多種類の型のdERUが国内で必要というわけではないが、当国際医療救援部では、20基同じ機能を持ったクリニック型dERUを作るよりも、クリニック型の機能を拡張してホスピタルdERUとすることで、本院救護班と日赤救護班全体の双方の活動の幅が広がる考えた。ホスピタルdERUの概念は、中等症の一部まで扱える短期入院可能なdERUである。実際の運用としては、1. 大規模災害時に周辺で展開する他府県dERUの後送病院として機能させる、2. 災害に応じて必要なモジュールを選択して派遣する、3. モジュール毎に必要な他府県dERUに貸し出す、4. 被災地SCUに診療所として展開する、5. 当院が被災した場合の病院前病院とする、などを想定している。整備途中で東日本大震災が起り、外来部分のみを現地で展開するにとどまったが、昨年度で手術室、レントゲン室、ICU、滅菌室、病棟テント、オフィス、要員宿泊テント併せて、テント10張り、コンテナ1つの規模となるホスピタルdERUが完成した。発表では、ホスピタルdERUの細部の仕様と展開時の実際を紹介する。

一般演題  
10月17日(金)  
(口演)