

者確認方法が定着するまで技師長がずっと現場で指導してくれて、今は自分の名前を名乗ってもらう事が定着しています。放射線科は4月に技師長が変わりましたので、改めて患者確認を徹底するように働きかけています。

調査員： リストバンドの装着を手術患者さんだけに絞っている理由はなんですか。

副院長： 2つ理由があり、一つは患者で嫌がる人がいるからです。もう一つは、患者にとってリストバンドが感染源になるからです。医師、看護師は診療中には腕時計や指輪をはずし、長袖は着ないように教育しています。継続してリストバンドを付けていますと、その部位が感染源になる可能性があり、現在行っている感染対策に逆行することになります。これまでに患者さん全員にリストバンドつけようという意見はありました。しかし患者さんがいやがるのと、感染源になるのではないかということで、手術時と自分の名前が名乗れない患者のみにリストバンドを装着する事になりました。

調査員： 夜でも医療行為をしなくてはいけないとき、患者確認行為は難しいですね。

副院長：「夜中に寝ている患者を起こして名前を名乗っていただいて患者確認するのか」と言う意見はありましたが、睡眠中はベッド柵の名札でダブルチェックしているのが現状です。私としては、医師はIVH交換などを夜中に行わないような輸液設定にするなど、夜間の医療行為が出来るだけ少なくなるように配慮して欲しいとおもっています。実際は、夜中の患者確認は看護師二人のダブルチェックでしんでいるというのが現状です。

私は、この職務について、誤認防止を推進してきましたが、患者誤認がしばらくなくて指導を緩めると、患者に名前を名乗ってもらわない医師、看護師、技師が出てきます。「顔なじみの患者なのに、なぜいちいち名乗ってもらわなければならないのか」という気になるようです。名乗っていただく事により、患者確認とともにその他の確認事項も頭にかかれば、もう1回、輸液ボトルの確認行うなど、確認作業が連動して確実に行われる事になると思います。マニュアルどおり確認が実行されてないから患者誤認がおきるわけで、幸いこれまで患者誤認による医療事故は起きていませんが、今後もマニュアルをより良いものにするように見直し、マニュアルにそった患者確認を行うように徹底して指導していくつもりです。

3) 安全体制作りに必要な要素

調査員： 安全体制作りに必要な要素についてどのようにお考えでしょうか。

副院長： 医療事故を防ぐには、医療安全管理対策の体制をきっちり構築しないといけないと思います。体制は今作っている最中というのが現実です。本院は忙しいのですが、市内には他にも非常に忙しい病院があります。それらの病院は以前から忙しく、その状態に慣れているスタッフが沢山います。本院は、最近急激に忙しくなり、仕事量が何倍にも多くなったが、昔からいる職員は暇だった時のやり方に慣れており対応仕切れないでいる。新人はまだ仕事に慣れていない。これらがミスを起こす原因になるかもしれません。対策として、教育とともに、忙しくなった分、スタッフ増やすことが必要だとおもいます。スタッフが増えれば、仕事に余裕をもって対応できる様になると思います。幸い、来年4月から、今の2.5対1

看護から2対1看護になる予定です。看護職に関しては人員が増えますので、少しは仕事に余裕をもって出来るようになると思います。余裕が出来れば安全管理にもさらに目が向けられ、医療安全管理がより充実すると思います。診療体制をより充実させて、環境整備をおこなう事が大切だと思います。

調査員： 体制整備でマンパワーを含めて進んでいる途中ということですね。

医師のリスクマネージャー会議に相当するようなものはありますか。

副院長： 医師では、リスクマネジメントのみを目的とした会議はありません。

院長・医長カンファレンスが月に一回ありますが、このカンファレンスには医師のリスクマネージャーは全員出席します。このカンファレンスの中に、医療安全管理対策委員会報告の項目があり、私が医療安全委員会の報告および医療安全対策に関する指示を出しています。その他に医療安全に関する意見があったらその場で発言してもらっています。院長・医長カンファレンスに出席した医長が、自分の診療科の医師に情報を浸透させるように指導しています。また、医師全員に院内LANが繋がっていますので、医療安全管理対策の重要連絡事項も院内LANで流しています。院内LANを開いたか開かなかはチェックしています。院内LANは、ナースステーションにも端末が一台ずつあって、看護職も院内周知事項が見られますが、見る習慣は少ない様で、これもさらに教育していく予定です。現在、周知連絡方法は看護部、検査科、薬剤科、放射線科等は申し送り時に口頭で、医師は紙での通達が中心となっています。今後、情報伝達がさらに徹底するようにしたいと思っています。

医師のインシデントレポートは、専任リスクマネージャーが指導して、やっと出すというのが多い様ですが、医師のインシデントレポートの枚数は病院全体としては増えています。レポート数が増えているから発生件数が増えたとは必ずしも言えず、ささいな事例でもインシデントとして捉える感性が芽生えてきた事が一因だろうと思います。

報告2 部門別マニュアルの収集・分析

1. 研究目的

我々は、平成14年度厚生科学研究(医療安全に資する標準化に関する研究)で、①物品管理、②薬品管理、③治療経過管理、④情報管理、⑤患者管理(転倒・転落防止、患者誤認防止)における標準化事例(マニュアル)を分析し、医療安全委員会を中心とする組織横断的なマニュアル作成の取り組みが、職員の事故防止への意識の変革や行動変容に有効に機能していることを確認した。

そこで、今回は、医療安全管理に関する業務の標準化の中で、特定部門・部署に特化した標準化(マニュアル)を例にして、安全確保における部門組織、標準化の範囲、標準化のプロセス、マニュアルの有効性を明らかにし、品質維持と改善に必要な要因を明らかにするものである。

2. 問題の背景

医療組織内の各機関(部門・部署:以下部署という)は、組織全体のシステムと有機的連携を保ちながら日常業務を遂行している。そのために、安全確保においては、他部門間との連携(ルール作りと遵守)が不可欠である。

一方、それぞれの部門の日常業務は、専門的知識・技術を有する専門職集団に委ねられ、部門独自の業務体系の下に自律した活動が行われている。しかし、対象とする患者の条件、オーダーは多様であり、瞬時の判断や確実な知識や技術の提供、患者への説明と同意、実施後の観察・評価など、そのプロセスは複雑である。それらを安全に実行するためには、対象とする業務の特性に応じた、業務フロー、安全管理に対する専門知識、判断基準、障害(事故発生時やクレーム)対策などが組織されなければならない。

したがって、今回の研究範囲は、検査部門、薬剤部門、外来部門、リハビリテーション部門、産科部門、手術部門、集中治療部門内に発生する医療安全上の問題に焦点を当てた、部門・部署に特化した医療事故防止マニュアルを対象とした。

3. 本事例集作成の方法

研究協力機関

本研究はマニュアル作成の実態を明らかにするために、各種業務の標準化に取り組んでいる病院として、以下の機関の研究協力を得た。

- ①徳島大学医学部附属病院、②葛飾赤十字産院、③NTT東日本関東病院

研究方法

1. 各部門業務マニュアルの中で、独自に取り組んでいる医療安全に関する標準化事例(マニュアル)の提供を依頼した。
2. 提供内容(マニュアル)は、各施設、各部署独自のものであり、提供施設に一任したが、標準化にいたるプロセスを明らかにするため、下記の項目についての情報提供を依頼した。具体的には、それぞれの「事例」の、

- ① 開発に取り組む発端となった出来事
- ② マニュアルの達成目標
- ③ 開発組織(参加メンバー)
- ④ 開発方法(標準化ステップ)
- ⑤ 開発したツール(運用マニュアル、説明資料、評価表、付随する物品など)
- ⑥ 運用方法(周知、啓蒙、教育、評価機構など)
- ⑦ 評価(直接効果、波及効果、課題など)

3. マニュアルは標準化のモデルとして、(注:施設名のマスキング、表示形式の一部改変などの加工を加えた)そのまま提示した。
4. 各事例に対する標準化のプロセスでは、マニュアル開発や運用、各項目の中でリスク発生や防止に関連すると考えられる項目を、要素(キーワード)として抽出した。
5. 以上の結果を踏まえて、事例集として収録した。

4. 結果(事例の提示)

- (1) 各部署の提供マニュアルは、表1の通りである。
- (2) 各マニュアルの開発過程は、事例ごとに、「開発概要」として添付した。
- (3)

表1 提供された部署マニュアル

部門	マニュアル名	部門	マニュアル名
臨床検査部門	①採血・採尿手順	外来部門	①神経ブロック患者の転倒・転落防止対策
	②体調不良者への対応		リハビリ
	③クレーム対応	①新生児確認	
放射線	①CT 検査を受ける患者様入室案内・検査までの流れ	産科部門	②分娩時事故防止
	薬剤部門	①調剤過誤防止	手術部門
②注射調剤		集中治療	①ライン類事故抜去を防止するための記録用紙の作成
③患者対応			

5. 結果分析(部署別マニュアルの標準化過程の分析)

部署別マニュアルにおいては、対象、目的、背景が多様であり、数量的分析はできなかった。そこで、各マニュアルの作成過程、内容から注目すべき特性を抽出し、マニュアル開発推進への一助とするとともに、次の研究を進める課題とした。

1) マニュアルに取り上げられた安全に関するテーマとその内容

今回、提出された部門・部署のマニュアルにみられたテーマ(小項目の内容)は、①患者確認に関するもの、②受付から終了までの業務フローの標準化に関するもの、③患者の転倒・転落などの事故防止に関するもの、④器械・器具、環境的要因に関するもの、⑤クレーム(過誤の訴え)への対応に関するもの

るもの、⑥患者急変、事故発生時の対応に関するもの、⑦記録に関するものに分類された。

表2 マニュアルに取り上げられた安全に関するテーマとその内容

部門	マニュアル名	患者誤認防止	業務の工程	転倒転落防止	器械器具環境	苦情対応	事故救急対応	記録様式
臨床検査科	①採血・採尿手順	●	●					
	②体調不良者						●	
	③クレーム対応	●				●		
放射線科	①CT検査患者入室案内	●						
薬剤	①調剤過誤防止		●		●			
	②注射調剤		●		●			
	③患者対応	●	●			●		
外来	①神経ブロック患者の転倒・転落		●	●	●		●	
リハビリ	①訓練室転倒防止		●	●	●		●	
産科	①新生児確認	●						
	②分娩時事故防止			●			●	
手術室	①電気メスによる熱傷防止				●			
集中治療	①ライン類事故抜去を防止							●

患者誤認防止対策

患者誤認防止の項目は、①検査科における採血・採尿手順、クレーム対応、②CT検査入室案内、③薬剤での窓口対応、電話での問い合わせ、④新生児確認の4つのマニュアルに取り上げられていた。作成の発端となっているのは、確認ミスによるヒヤリハット報告であった。

検査科や放射線科、薬剤窓口は、患者と直接対応する部門であり、対象は外来患者が大部分である。患者誤認のリスク要因としては、①高齢や聴力、視力などの感覚機能低下、認知障害、運動機能低下などの患者の個別要因、②患者にとっては不慣れで緊張を強いられる検査や高度にシステム化された病院の環境要因、③多様な治療目的で受診する不特定多数の待ち患者に対応するという煩雑な業務要因、が挙げられた。誤認防止には、観察、コミュニケーションを通じて確実に患者を特定する確認作業が要求される。そこで、呼び出しから終了までのフローにしたがって、目的の患者に対して瞬時に患者の認知状態や危険性を判断し、患者の緊張感を取り除き自然な形で患者を確認できるよう、いつ、どのような言葉かけを行って患者を確認するかの詳細な手順が設定されていた。

また、薬剤部門における電話での問い合わせ、検査科でのクレーム対応などは随時発生するが、確実な患者確認と内容確認が必要なため、確認項目、方法、判断基準、対応策がルール化されていた。

産科領域では、複数の新生児を取り扱うため、児の取り違え防止が重要テーマである。新生児の確認はネームバンドが定着している。しかし、児を取り違えて母親に渡すなどは医療不信を招きやすい。そこで、間違えやすい状況や環境条件を、新生児を扱う場所や行為毎に特定し、マニュアルに盛り込

んで、注意喚起する対策がとられていた。

業務フローの標準化

日常業務のフローを標準化し、リスク発生の危険ポイントを特定し、専門的知識による的確な判断と有効な確認行為を遵守することは事故防止の基本である。

今回のマニュアルは、部門という専門職集団としての技術水準の維持や行動規範、患者に対する説明と同意、接遇、障害対策として設定されていることが特徴である。

例えば、採血・検尿手順は単なる検査手順ではなく、患者到着から終了までの流れに従って、採血を受ける患者の心理・身体的特性に着目し、採血前には患者の緊張を和らげながら採血可能な血管を選択するための声かけや、採血後には止血をしながら身支度を整える高齢者の転倒や忘れ物防止への配慮など、危険防止に必要な検査技師の行動を標準化し、また、採血不可能な場合や体調不良患者に対する対応など、通常業務の中で起こりうる障害に対しても具体的な対策が設定されていた。

また、薬剤部門においては、薬剤誤認が特に起こりやすい状況を業務フローとして整理する中で、①薬剤師の教育・訓練に関する事項、②医薬品の類似性や規格に関する事項、③環境整備に関する事項、④処方箋の記載不備に関する事項の4項目に分類し、調剤業務、注射薬払い出し業務、窓口業務のそれぞれに起こりうる具体的事例を挙げ、確認事項を標準化するとともに、特に注意すべき項目では、薬品名や使用量を赤丸で囲むなどの行動を標準化(ルール化)することにより、行為者自身の意識化を図るのみならず、他者への注意を促す行動が設定されていた。

以上のような項目は、専門職として、一人一人が当然持つべき知識・行動ではあるが、煩雑な業務の中では業務エラーとして防止しなければいけない項目である。それをマニュアルとして整備することで、部門として、職員全体のより確実な知識・行動の水準を高めるねらいがあると推察される。

転倒・転落防止策

転倒・転落事故は病院全体として防止すべき課題であるが、特に危険性が高い部署では、日常業務で対象としている患者のリスク要因に注目し、安全な環境の確保、身体状況や認知状況の把握、患者への説明、動作時の介助、職員間の連絡体制などの視点から対策が標準化されていた。

今回、ペインクリニック外来、リハビリテーション部門、産科領域で、自部署固有の転倒防止マニュアルを作成していた。これらの部門では、患者に高齢者が多いこと、疼痛や麻痺、認知障害など転倒のハイリスク患者であること、治療によって循環動態の変化を起こしやすいこと、不慣れな治療環境要因などが転倒のリスクを助長すると分析されていた。そこで、これら転倒ハイリスク患者を多く扱う部門においては、職員間の連携体制、患者への説明、リスクの判断と対応策、患者の移動動作における介助方法が具体的に設定されていた。例えば、神経ブロック患者は、安静解除時の起立時に循環動態の変化によって転倒の危険が増す。そこで、転倒の危険性を患者自身が認識し、起立動作の中で自分の感覚を確認する必要があるため、患者への説明、安静解除時のバイタルサインの確認、介助における看護師の役割、安静を延長する場合の患者の心理状態や日常生活時間への影響、排泄欲求を確認するなど、細部にわたる基準が設定されていた。

リハビリテーション部門は、多くの転倒ハイリスク患者を対象としている。また、その日の体調や病状の変化によって転倒のリスクも変化する。そこで、患者の状況を把握する目的で、担当者を決めて対応することや、訓練を開始する前に、患者の個人情報電子カルテで収集しカンファレンスで確認したり、担当者が不在時の対応など、チームで協働して事故防止する体制を標準化していた。また、環境の点

検や整備の仕方、訓練内容によって起こりやすい転倒・転落事故に対する予防策として介助紐や枕を使用するなど、安全を図る方法を具体的に設定していた。

患者からの問い合わせ・クレーム対応

事故防止対策を講じても、インシデントや過誤が発生する危険性をゼロにすることはできない。そこで、患者からの問い合わせやクレーム対応は、そうしたミスの連鎖を断ち切り、実害を減じ、患者と医療者の信頼を回復する機会となる。

今回、薬剤部門では、患者からの電話での問い合わせに対する対応マニュアルを設定していた。その場合、電話での対応であるという特徴から、患者誤認や内容確認の不備による二次的な事故発生のリスクを回避するため、対応ルート、確認内容などの基準を設定していた。

検査部門では、採血部位の疼痛や違和感が患者の不安や不信などの感情を引き起こしやすいことから、患者の立場に立って、冷静・客観的に判断できるよう、確認事項、判断基準、対応策をアルゴリズムとして設定していた。

患者急変や事故発生時の対応

今回、患者急変や事故発生時の対応としては、ブロック患者、リハ患者、産婦の転倒時などがマニュアル中に設定されていた。一方、検査部門では、採血時に起こりうる転倒リスクを、「体調不良者への対応」として独自のマニュアルを作成していた。そこに挙げられているものは、緊急対応が必要な状況として、①意識消失を伴う転倒、②身体的苦痛が激しい患者、③脳貧血、④低血糖発作をあげている。これらは、採血中に急に発生する機会が多いため、状況判断（徴候や症候の特徴）、外傷防止や患者の安全性の確保、観察による原因の特定、適切な救急処置、回復後の患者への説明や不安の除去などが円滑に行われるよう、担当者の一連の行動基準が設定されている。また、診療部門への連絡や診察・処置が必要な場合の対策として、救急物品の設置場所や連絡体制も設定されていた。採血室は多くの外来患者に対応する場所であるため、他患者への影響を考慮し、業務を中断しない対応も必要である。そこで、発生を予測し、対応策を基準化しておくことで、患者の安全を図るとともに、他への影響を最小限の留めるのに有効である。

器械・器具、環境要因に対する事故防止策

今回、器械・器具による事故防止は、手術室の電気メスによる熱傷防止策である。その他には、患者の転倒防止マニュアルの中で、ベッドの高さや電気コードの処理などが環境整備として挙げられていた。この内、電気メスによる熱傷は絶対に起こしてはならない事故であるが、患者の準備段階、術中での操作段階での対策、術後の確認が必要である。特に、対極板の装着は日常業務の中で基本に忠実にを行うことで防止できる事故である。また、操作時は、操作者の基本操作とともに、介助者の協力も必要であるためチームとして遵守内容を確認しておく必要がある。今回は電気メスに関するマニュアルであったが、医療機器が多用されている状況は避けられないため、十分な知識や正しい操作手順、確認方法などを標準化しておく必要がある。

記録・分析に関するもの

記録様式に関するものは1件である。この事例は、集中治療が必要な患者の様々なラインの事故除去防止対策構築のための基礎情報収集のための記録用紙の開発である。その背景には、分析結

果にあるように、インシデントの約半数はライン事故であり、有効な対策が確立されていないことと、看護者がリスクをどの程度認識していたかの評価ができないこと、抑制によって防止されている状況があったとしても、その判断が記録されていないなど、現状把握や分析のための情報(記録)不足が問題として挙げられる。今回は、そうした情報収集の枠組み(記録様式)を設定し情報を蓄積する段階であるが、データ分析によって、患者のリスク要因や判断基準の明確化と危険度に応じた対策が期待される場所である。

6. 部門別・部署別マニュアルの特徴

今回、部門・部署に特化した事故防止マニュアルの提供を頂いた。そこで、院内横断的なマニュアルとの比較を含め、部署別マニュアルの特徴を考察したい。

作成過程としての特徴

今回、提供マニュアルのテーマは、前述したように、①患者誤認防止、②業務フローの標準化、③転倒・転落事故防止、④器械・器具、環境的要因に関するもの、⑤クレーム対応 ⑥患者急変、事故発生時の対応 ⑦記録に関するものである。これらは、医療安全管理委員会を中心として作成された組織横断的なマニュアルでも対象としているテーマではあるが、部署別マニュアルの作成には次のような特徴がある。

- ① 部署に特化しているため、対象とする業務や患者の特徴が明確に把握されている。
- ② 業務フローを基盤として、業務内容と一体となった事故防止マニュアルが作成される。
- ③ 日常発生している問題点、インシデント体験、ヒヤリハット体験を活かし、具体的な行動や言葉かけが業務の一部として設定されている。
- ④ 実施者自身がマニュアルの作成者であり、実施者であるため、当事者ならではの患者の心理や行動分析に基づいて細やかな基準が設定されている。
- ⑤ 日常発生する障害(クレームや事故発生時)をテーマとして、対応策が一元化されている。
- ⑥ 文章化により、専門職として必要な知識・技術、患者対応の基本姿勢が共有化される。

対象とする内容・範囲の特徴

部署別マニュアルは、対象の特徴(リスク要因)が明確となるため、その内容は細部にわたって具体的な対策が設定されていた。例えば、採血室の対象は大部分が外来患者であるが、待ち時間の長い患者や高齢者、緊張している患者にどのような声をかけたらよいか、また、採血後は止血による身づくろい動作のし難さや転倒の危険、忘れ物にまで細やかな配慮がなされていた。神経ブロックにおいては、安静時間の延長における日常活動への影響への気配りや、高齢者に対し排泄援助の必要性を確認事項に設けるなど、過誤や転倒が起こる危険性が状況の変化に応じて設定されている。これらは、院内の横断的な転倒防止マニュアルには設定されない項目である。すなわち、部署マニュアルでは、日常業務で対象としている患者の特徴をより具体的に把握できるため、その内容・範囲には次の様な特徴がある。

- ① 事故防止の原則に準拠しているが、業務がもたらす患者への影響(身体・心理・社会要因)に着目

し、細部にわたって事故防止対策が設定されている。

- ② 業務フローにしたがって設定されているが、単なる手順書としてではなく、段階ごとのリスク要因を回避する言葉かけ、援助、観察項目が業務手順として標準化されている。
- ③ 中心業務だけでなく、周辺問題(転倒・忘れ物など)にも注目し、回避する対策(言葉かけ、援助)を標準化することにより、業務の円滑化を図っている。
- ④ 障害対策(クレーム対応、事故発生、急変時)を独立したテーマとして扱い、二次的な過誤を防止したり、業務の流れに影響を与えない対策がとられていた。

7. 部署別マニュアル設定の有用性と課題

部署内で作成されたマニュアルを紹介してきたが、次のような特徴があった。

有用性について

部署別マニュアルでは、事故防止の原則を基盤としているが、対象患者や業務の特色を踏まえた具体策が細部にわたって設定されていた。従来、部署別マニュアルでは、ローカルルールを生み出しやすく、全体との齟齬が事故発生の原因となることが懸念されてきた。しかし、今回、提供されたマニュアルを例に取れば、部署別マニュアルは、共通マニュアルに比較して、より細かく具体的になることはあっても、事故防止上の原則から逸脱したり省略されることはない。

2つ目は、部署別マニュアルは業務の流れを軸にしているが、作成者の視点は対象とする患者の特性に向けられ、患者を中心としたマニュアルとして展開されている点である。そのため、接遇という言葉こそ使用していないが、様々な背景・目的をもった多数の患者に直接対応する業務として、高齢者や感覚障害者、身体障害などの環境弱者、ビジターとしての患者の不安・緊張、治療による身体・心理的变化に潜在するリスクなどを明確にし、言葉かけや判断基準、援助法が業務フローの中に設定されている。これらは、専門職として、日常業務の中で個々には対応している問題である。しかし、マニュアルとして文章化されなければ、個人の判断や行動に任せられる行動でもある。そこで、部署マニュアルは、作成者も実施者も同じチームの一員であり全員が遵守するルールであるという関係の中で、原則を踏まえ、チームとして検討することにより、客観的な行動規範としての機能を果たすと考えられる。

以上のように、部署別マニュアルは組織全体の医療安全管理対策の原則に則り、部署独自の業務、対象とする患者の特色を踏まえ、職員と患者の相互作用の中で、業務の円滑化と患者の安全が図られるように設定されていた。それらは、専門職として、患者サービスの向上と仕事の質の向上を図ろうとする活動に他ならない。また、そのようなマニュアル作成を可能にした理由としては、次の様な要因が挙げられる。

- ① 院内全体の安全管理体制整備の一環として、部署・部門の専門性、自律性を活かした独自のマニュアル作成が行われていた。
- ② マニュアル作成の中心となっているのは部署のリスクマネージャーであり、自部署のインシデントやヒヤリハットの収集・分析・対策の責任者として蓄積された知識、経験が活用されている。
- ③ マニュアル作成を契機として、業務の中で対象としている患者の特徴や心身の動きを専門職の視点、援助者の視点で整理し、患者中心のマニュアル作成が行われている。
- ④ マニュアルを単なる手順書として捉えるのではなく、専門職としての業務改善、安全性確保、サー

ビス向上、患者満足の向上など、部門・部署が提供する医療の質や教育的要素を含んだものとして検討されている。

課題

どのようなマニュアルも、作成者の意気込みや意図は、行動が習慣化された瞬間から意識化されなくなることは必然である。そして、インシデントや事故が起こらない状況の中では、やがて確認行動の省略や軽視が起こることとなる。これらは、今回の、医療安全委員会の管理者への聞き取り調査の中でも散見されることである。それは、他者への周知や教育において、マニュアル作成の背景や発端となった出来事などの作成意図が伝達されなければ、マニュアルに設定された行動の一つ一つは表面的・画一的な業務手順としてしか伝達されないということである。そこで、この部署別マニュアルの中にある、患者との相互作用を通してもたらされる職員の満足感や患者の反応を情報収集し、継続的に評価・修正していく必要がある。部署別マニュアルには、専門職として、その部署の果たすべき役割の理解に基づき、対象患者の特性を明らかにしようとする関心の高さや細やかな配慮、安全対策は、部署を超えて学ぶべき多くの共通点がある。それらの特色を活かすためには、全施設的な活動(マニュアルの公開や評価・学習会)も、医療安全委員会活動の課題の一つであろう。

まとめ

今回は部署に特化したマニュアルに注目し、取り上げたテーマ、対象としている事故防止策が取り扱っている範囲や内容について検討してきた。その結果、部署別マニュアルは専門職としての業務の水準の維持向上を目指し、細部にわたる患者サービスの提供を目的としていることが明確となった。今回のマニュアルは部署マニュアルの極一部であるが、そのようなマニュアルがどの程度作成されているのか、有用性の評価など、その実態は明確ではない。しかし、実際の場面に即したマニュアルは、その場面を具体的に想起させる説得力がある。そうしたマニュアルの有効性を持続するためには、取り組みの意味を理解し、評価・修正を繰り返し、活かしたマニュアルとして活用し続けることが必要である。そのためには、他の部署の例に学び、その良さを積極的に取り入れる柔軟性もまた重要な要素であろう。

今回、8病院の聞き取り調査から提唱した「医療安全管理の3段階」から見れば、部署が自律してマニュアルを作成する段階は、3段階(各部門で自律し、かつ協働して医療活動を行う段階)に当たる。それらは、部署内で発生した問題を部署内でのみ処理し、学びが共有されなかった段階(1段階)とは異なるものである。その間には、医療安全対策部門が中心となってインシデントの報告体制が進み、職員教育やマニュアル作成の指示がトップダウン的になされた2段階目の体験や知識の蓄積があって実現されることである。そこには、部門(活動の中心)としての自立性とコーディネーターの役割を担う医療安全委員会の構築が不可欠である。

事故防止には完全というものはない。部署・部門は患者の安全性を守る最前線であり、最終ラインである。それだけに、今後は、標準化に向けた、多くの施設や部門・部署独自の取り組みが公開され、活発な交流や意見交換が望まれるところである。

今回、多忙にも関わらず、事例を提供し快く協力して下さった施設の皆様に感謝すると共に、今後の取り組みに期待するものである。

引用文献

- i 『医療の質』 米国医療の質委員会／医学研究所 著 医学ジャーナリスト協会 訳 日本評論社 (2002)
- ii 『センスメーカー イン オーガネーションズ』 ワイク, K. E. (カール・E) 著 遠田 雄志 訳 西本 直人 訳 文眞堂 (2001)

参考文献

- 『人は誰でも間違える』 L.コーン／J.コリガン／M.ドナルドソン 編 米国医療の質委員会／医学研究所 著 医学ジャーナリスト協会 訳 日本評論社 (2000)
- 『医療事故』 Charles Vincent (他) 編 安全学研究会 訳 ナカニシヤ出版 (1998)
- 『組織の経済学』 ポール・ミルグロム／ジョン・ロバーツ 著 奥野 正寛 訳 エヌティティ出版 (1997)

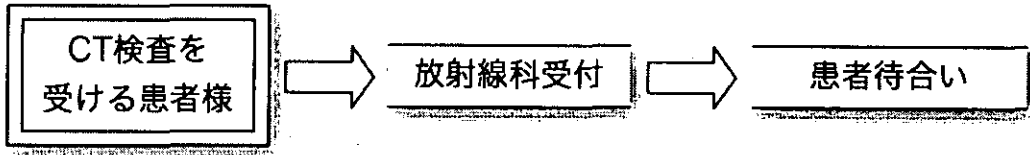
マニュアル名称	CT 検査を受ける患者様の入室案内・検査までの流れ	要因
達成目標	① 患者取り違えインシデントの発生を防止 ② 日常的に実施可能な、現実的な方法を検討し実施する。	患者誤認防止
作成経緯	<p><CT 検査室における患者取り違えによるインシデントの発生></p> <p>① 担当看護師が検査室へ案内した患者と、撮影担当技師が認識していた患者が異なっており、これに気付くことなく検査が実施された。</p> <p>② 患者退出後、料金計算窓口より、検査の実施入力がなされていないとの連絡があり、患者取り違えが発生したことが判明した。</p> <p>③ この事例は、インシデントレポートとして報告され、リスク管理委員会より対策を講じるよう、指示・指導を受けた。</p>	<p><インシデント></p> <p>案内者の確認 検査者の確認</p>
開発組織	CT 検査に携わる放射線技師・看護師の全スタッフ。	
開発方法	<p><インシデントの分析>開発に取り組む発端となった出来事</p> <p>① 看護師が患者を検査室へ案内し、診療券(カード)の確認と、口頭での氏名の確認を行った。</p> <p>② 同看護師は、CT 装置の操作担当放射線技師に、口頭にて患者氏名を伝えるとともに、担当放射線技師が確認できるよう、診療券を所定の位置に置いた。</p> <p>③ CT 装置の操作担当放射線技師は、CT 検査室への新規配属直後であったため、装置の操作、検査方法の確認に気をとられ、入室した患者氏名の確認を怠った。</p> <p>④ 患者への検査説明、装置への固定等を行った別の放射線技師(外回り担当放射線技師)は、検査部位の確認は行ったが、取り違えた患者の検査部位と同部位であったため、取り違えの発生に気付かなかった。</p> <p><問題点の抽出></p> <p>① 患者取り違えを防止するマニュアルは、過去に作成されていた。</p> <p>② マニュアルが目につく場所、すぐに閲覧できる場所になかった。</p> <p>③ マニュアルに示された手順が実施されなかった。</p> <p>④ 看護師と放射線技師の連携が不十分であった。</p> <p>⑤ 新規配属スタッフに対して、マニュアルに則した検査手順の教育が不十分であった。</p> <p><患者過誤要因></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 患者を呼び入れる際の名前の聞き違いによる患者取り違えの可能性。 ◆ 検査部位を誤る可能性。 <p><対策></p> <p>① 検査室へ患者を呼び入れる際、患者・看護師、双方の聞き違いを防止するため、看護師はフルネームで患者を呼び出し、診療券を受け取った後、患者自らが自分の姓名を発言するよう求め、診療券の氏名と照合する。</p> <p>② 患者を入室させた看護師は、CT 装置操作担当放射線技師に、患者氏名を確実に伝える。</p> <p>③ CT 装置操作担当放射線技師は、入室した患者名と、装置に入力した患者</p>	<p><インシデント></p> <p>口頭確認 診療券確認 氏名・部位確認</p> <p><要因></p> <p>新任職員 確認不測 連携不測</p> <p><問題点></p> <p>古いマニュアル マニュアル利用 ルール違反 職員連携不足 新人教育</p> <p><要因></p> <p>名前の聞き違い 部位の間違い</p> <p><対策></p> <p>フルネーム確認 患者の確認方法 看護師・検査技師の連携</p>

	<p>名に誤りがないかを直ちに確認する。</p> <p>④ 外回り担当技師は、検査予定部位に誤りのないことを患者自身に確認するとともに、撮影の位置決めを行う。</p> <p>⑤ 外回り担当技師は、CT 装置操作担当放射線技師に撮影基準点(撮影部位)をどこに設定したかを伝える。</p> <p>⑥ 以上を踏まえてマニュアルを作成し、これを遵守する。</p> <p><マニュアル作成上考慮した事項></p> <p>① マニュアルの作成にあたっては、CT 検査室の全スタッフが参加することにより、職種間の負担の公平性を考慮した対策を考案するとともに、本マニュアルの必要性、重要性を各個人に認識させる。</p> <p>② 日常業務においてマニュアルに記載された事項が実施可能であることを考慮し、患者氏名の確認・検査部位の確認はダブルチェックまでとした。</p> <p>③ 看護師・CT 装置操作担当放射線技師・外回り担当放射線技師の間での伝達が確実に行われたことが確認できるよう、口頭で確認を行うことを基本とした。</p> <p>④ マニュアルは、よく見える場所に掲示し、実施すべき事項が一目でわかるよう考慮した。また、自然に目が向くように、デザインにも考慮した。</p>	<p><作成></p> <p>関係者全員の参加 実施可能 伝達—確認作業 わかりやすいマニュアル 目につきやすいマニュアル</p>
開発したツール	検査室への患者呼び入れ・案内、検査実施へいたるまでの手順を示す掲示物	掲示
運用方法	<p>① 作成したマニュアルをスタッフ全員が確認し、これを実施する。</p> <p>② マニュアルは、常によく見える場所に掲示する。</p> <p>③ CT 検査室へ新たに配属された者に対して、マニュアルに定められた事項についての教育を行う。</p>	<p>全員確認 掲示 新人教育</p>
評価	<p>① マニュアルに則して口頭による伝達が確実に実施され、患者取り違えの防止に十分な効果があったものと考えられる。</p> <p>② 掲示されたマニュアルは、視認性がよく、その存在がスタッフに十分認識されている。</p>	<p>マニュアル遵守 マニュアルの視認性</p>

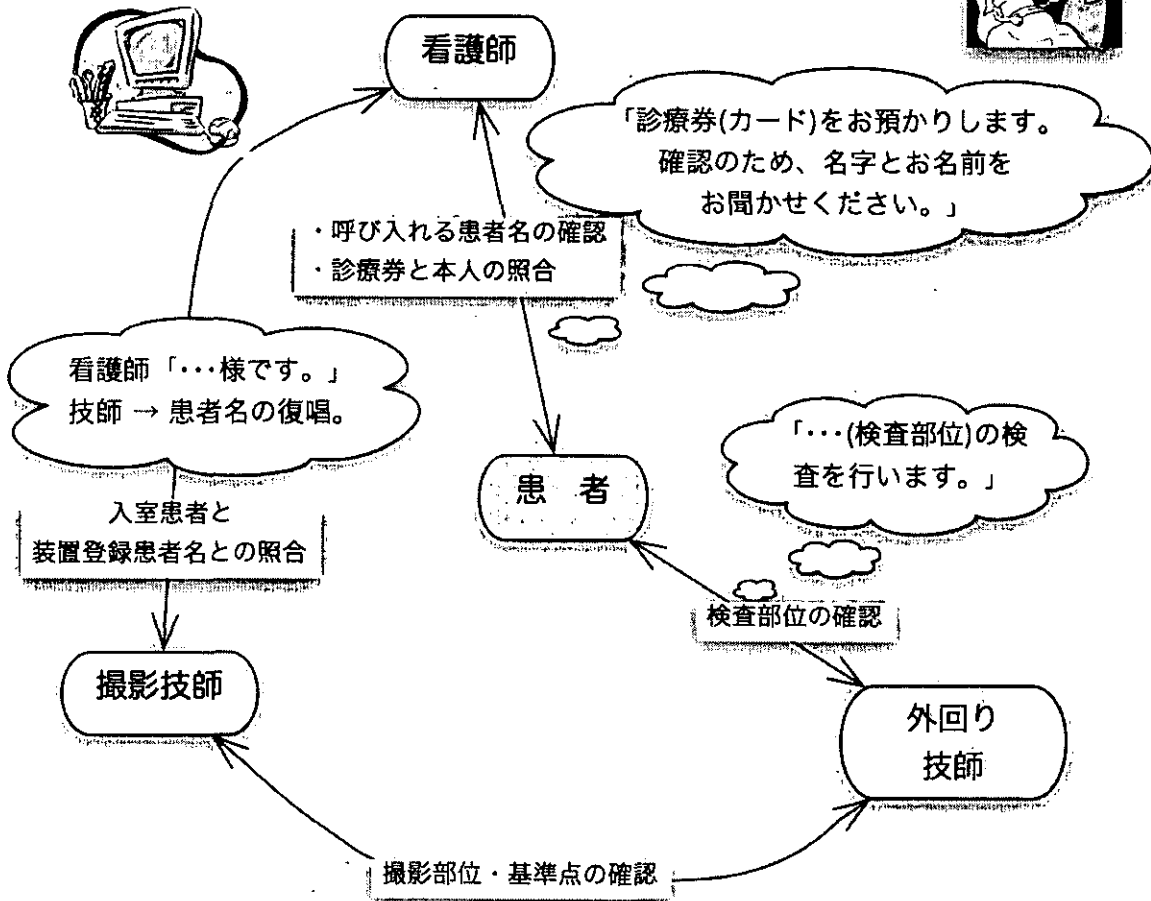
CT 検査を受ける患者様の入室案内・検査までの流れ

1. 看護師は、患者を呼び入れる際、診療券の提出を求めるとともに、患者自身から姓名を聞き、診療券の記載と照合する。
2. 看護師は、CT 装置操作担当放射線技師に、患者氏名を口頭にて伝えるとともに、診療券を所定の場所に置く。
3. CT 装置操作担当放射線技師は、看護師からの報告に対して、患者名を口頭にて復唱するとともに、診療券の患者氏名を確認し、装置に登録した患者氏名と照合する。
4. 位置決め担当放射線技師は、患者に対して検査を行う部位を確認し、検査の方法、注意事項を説明する。
5. 位置決め担当放射線技師は、装置操作担当放射線技師に、検査部位・撮影基準点を口頭で伝え、誤りのないことを確認する。

CT検査を受ける患者様の 入室案内・検査までの流れ



看護師は患者からIDカードを受け取りCTコンソール脇のテーブルに置き、撮影担当技師に名前を伝える。
 外回り担当技師は撮影部位を確認し、検査の流れや息止めの時間などを説明する。
 撮影担当技師はカードの名前を確認し、RIS画面及びCT画面と照合する。



マニュアル 名称	採血・採尿室運用マニュアル	要素
達成目標	① 正しい採血手技による、より安全な採血の実施。 ② 検査の目的に応じた適切な検体採取の実施。 ③ 正しい手技による出血時間、血沈、糖負荷試験の実施。 ④ 患者の容態や状況に応じた適切な患者対応および接遇。 ⑤ トラブル時の適切な対応。	① 正しい手技 ② 患者に応じた対応 ③ 接遇 ④ トラブル対応
作成経緯	① 採血による障害(内出血・疼痛・腫脹等)の防止。 ② 接遇に対する意識の高揚。 ③ システムダウン(電子カルテ・採血管準備システム)時に迅速かつ適切に対処。	
作成組織	臨床検査部(採血・採尿室担当者)－臨床検査技師3名、 看護師1名、 クラーク1名	
作成方法	① 採血技術、解剖学、各検査法等に関する文献検索。 ② 各種機器のマニュアル検索。 ③ 過去のトラブル事例の解析。 ④ 採血担当者による項目別作成。	① 文献検索 ② トラブル分析 ③
開発したツ ール	① 運用マニュアル ② 採血・採尿室対応教育用スライド	
運用方法	① マニュアル採用決定機関 ◆臨床検査部 ② 周知方法 ◆ 採血担当者に回覧で周知し、マニュアルに順じた実施の徹底。 ◆ マニュアルの随時閲覧可能。 ◆ 訓練者を対象に、スライドを用いて採血知識・技術の教育。 ③ 実施評価 ◆1ヶ月後に未熟練者にさらに採血知識・技術の教育を実技し履修。 ④ マニュアル評価・修正方法 ◆新たな事例および課題発生時に随時追加・修正を実施しスタッフに周知した。	
評価	① 直接効果 ◆ 個人的判断また対応が減少し、組織的かつ迅速な運用を実践。 ◆ 採血障害発生時において組織的連携により適切に対応。 ◆ システムダウン時において適切に対応、採血待ち時間の延長や採血容器、採血量などのサンプリングに関するトラブルが減少。 ② 波及効果 ◆ 安全性、患者接遇に対する意識の高揚。 ◆ 訓練者がテキストとして活用し、採血知識の向上に活用。 ③ 今後の課題 ◆ 採血は理屈ではなく技術であり、実践により習得する部分が多い。マニュアル作成により効果はみられるものの、さらに今後採血を担当するスタッフにも知識・技術の習得を図る。 ◆ 患者対応では予想もつかないことが発生することがあり、マニュアルの順守だけでは事故の回避は不可能なことがある。いかに、その場に適応した臨機応変な対応を実施するか。	

採血・採尿の手順

1. 検査技師の準備

- ①手指の消毒 手洗いの手順に従い、石鹸をあわ立ててよく洗う。
- ②マスク・(手袋)の着用。
- ③身だしなみ 患者に不快感を与えない身だしなみに整える。香水、華美な装飾は不可。

2. 準備物品

アルコール綿(ワンショットプラス300)、 採血ホルダー、採血針(マルチ針、21G)、
駆血帯、採血用枕、トレイ、針捨用ボトル(:ハイキボトル)、絆創膏(チュウシャパン
インジェクションパッド)、止血バンド。

採血者が採血しやすいように物品の位置を整える。

3. 採血手順

トレイ供給

- ① 採血台右側の緑ボタン、**トレイ供給**を押す。
- ② トレイから**採血管**、**ラベル**を取り忘れのないように出す。
◆採血が多量の場合はトレイが複数個ある(指示書が1/2の場合、2/2もそろえる)。

バーコード読む

- ③ 指示書(氏名番号の書いてあるラベル)のバーコードを読み込ませる。
(ピンポン)

患者を呼ぶ

- ④ 番号で呼び出す。「〇番の方どうぞ」「〇番の整理券お持ちの方どうぞ」
◆ 2回呼んでこない時は名前でも呼んでみる。「〇〇さんどうぞ」。
◆ 患者が不在の場合は、トレイをBC. ROBの上に置いて、戻ったら採血する。
◆ 車椅子・ストレッチャーの患者は担当者が出向く。「〇番の方、そちらに伺います」。
- ⑤ 患者がくることを確認する。
◆ 表情、歩き方、杖・松葉杖・歩行器の使用など患者の様子を観察し椅子に案内する。
「こちらにどうぞ」。
◆ 目の見えない患者は椅子に誘導し安全に座らせる。
- ⑥ 顔を見て明るく挨拶する。「おはようございます」「こんにちは」。
◆ 10分以上の待ち時間であったと思われる場合は、「お待たせしました」。

本人確認

- ⑦ 患者の本人確認。「整理券をいただけますか」。整理券と自分の指示書の番号を照合。
◆ 確認のため氏名を名乗ってもらう。「お名前を伺います」「お名前をお願いします」「お名前を教えてください」。フルネームで氏名の確認をする。
◆ 外国人・耳が不自由・声が出ない・性同一性障害の患者には臨機応変な対応をする。

消毒**⑧ 消毒のアレルギーの有無を確認する。**

- ◆「アルコール消毒は大丈夫ですか？」「アルコール消毒でかぶれませんか？」。
- ◆不可の場合は、ステリクロン・ヨード・(滅菌生理食塩水)に変える。

⑨ 採血管のラベルの名前、ラベルに表示されている医師からのコメントを確認する。

- ◆ラベルだけの場合は、採血管の記号、尿カップは採尿の内容にあわせて容器を用意し貼る(冷蔵保存の採血管は室温に戻して使用する)。
- ◆治験は患者が容器を持ってくる。
- ◆糖負荷試験(P20)・血液培養(P26)は別紙参照。

採血**⑩ 採血の実際。「採血します」「腕を出してください」と声をかけたりしつつ、前腕正中皮静脈付近を見せてもらう。必要に応じて手伝う。**

- ◆肩や腕が痛く上がらない患者には、手を急に持ち上げないように注意する。
- ◆左右の区別は、とりあえず右利きと判断して左腕を、杖の方は杖をつかない腕を、
- ◆造影剤や点滴をしてきた方は反対の腕を出してもらう。「お疲れ様です」など言葉かけをする。慣れている患者は自分で採血部位を指定してくるので、なるべく従うようにする。
- ◆指定部位が不適切な場合はよく説明し、適切な穿刺部位での採血の了解を得る。

採血操作**(1) 肘窩から5cmの上腕に駆血帯を巻き、痛くないかを確認する。 図**

- ◆駆血帯は長時間締めておかない。
- ◆袖口がきつく肘が出ないときは着替えてもらう。
- ◆刺青の患者は、必要以上に袖を上げない。

(2) 親指を中にし、手の平を握らせる。

- ◆腕がまっすぐにならない、手が握れないなどの患者には強要しない。
- ◆肘が反り返る程に伸展すると皮膚が張りつめ、血管が皮膚の弾力で確認しにくいことがあるので、少し戻してもらう。

(3) 採血管を持つ反対の手の人差し指で、肘部の正中皮静脈の状態を触知し、よく触れ、太くて刺しやすい部分を選定する。

- ◆正中皮静脈が触知できない場合は、肘部の橈側→肘部の尺側→前腕→後腕・手首・手背の順に探し、針を刺す時患者に断わる(特に尺側は、痛みや内出血を起こしやすいので注意する)。
- ◆透析患者、および透析予備患者はシャントのために採血の腕の指定がある。

(4) 穿刺部位の皮膚を消毒綿で、3cm幅に消毒する。

- ◆消毒後の消毒綿は患者の腕の上または清潔な場所に置き、採血部位を手で触ったら、もう一度消毒をする。

- (5) 採血ホルダー(またはシリンジ)に針を付ける。
- (6) ホルダーに採血管をセットし、針キャップを外す
(シリンジの場合は、キャップをしたまま無菌の状態で内筒を上下し固定をはずす。針先は患者に向けない)。
- (7) 穿刺部位から5～10cm 下方の前腕を、空いている方の手で軽くつかみ圧迫して押し下げる。
採血管は血管の方向線の真上で保持する。
- (8) 穿刺しようと思う血管部位の1cm 下方より、皮膚面をすくうように穿刺する。
- (9) 針を30度位に保ち押し進めると血管壁に当たり、軽い抵抗を感じ血管腔内に針先が達する。
血管が確保できずに針を動かすときは、気配りし声をかける。
- (10) 針先が動かないように固定をし、
◆真空採血管は 生化学→凝固→血算→血糖
◆シリンジ採血の分注は 凝固→血算→血糖→生化学の順に行う。
採血後は全ての採血管を2～3回静かに転倒混和する。
- (11) 採血終了後採血管をホルダーから抜いた後、握った手を開かせ駆血帯をはずし、消毒綿を1/4程度
の大きさに折り穿刺部にあてて、指で押さえ、針を素早く引き抜く。
(採血管をホルダーにつけたまま駆血帯を外すと、管内の血液や添加薬物が血管内に入る危険性がある)
- (12) 採血困難な場合の採血は、1担当者が原則2度までとし、患者に謝り、速やかに別のスタッフと交代する。
- (13) クレームについては、原則責任者が対応する(P12 参照)。

採血法は2003年12月22日の東京都健康局医療安全課発刊の「真空採血管を用いた採血マニュアル」に準ずる
(別紙参照)。

- * 採血を数回行った、または採血が困難で時間を要した患者については待ってもらい、担当者が止血を確認する。
- * 患者を呼んで名前の確認をしたら最後まで責任を持った対応をする。
- * 採血困難や急用の場合の交代は、患者に理由を説明し了解を得る。
- * キャップを外した針は速やかに使用する
(針刺し事故、針の汚染の原因にもなるので、穿刺部位を探す間、採血台にキャップなしの針を放置しない)。
- * 一度使用した針は捨てる(刺し直しの時に使用しない)。
- * 採血量は十分か、抗凝固剤使用の場合 "血液凝固„がないかを確認する。

採血後

- ⑪ 採血がスムーズに終了した場合、「お疲れ様でした」などねぎらいの言葉がけを忘れない。
- ◆ 採血部位をしっかりと消毒綿で押さえて、「2～3分は揉まずに指を離さずにしっかり押さえ、血が止まったら絆創膏を貼ってください」と説明をし、チュウシャパンをはがして、手首付近に貼っておく、または手渡す。
 - ◆ 荷物、衣服については持てるか確認し、難しそうだったら籠に置いたままにするか運ぶのを手伝う。忘れ物のないように促す。
- ⑫ 押さえながら歩くのが困難と思われる高齢者や、杖・松葉杖・歩行器の使用、また手に障害がある場合などは、止血バンドを使用し3～5分後に来てもらうか、こちらから伺い止血を確認し絆創膏を貼る。
- ⑬ 袖口のきつい服を着用しているときは、採血終了後袖を早くおろしてもらう。
- ⑭ 採血の終了。「お大事にどうぞ」「お気をつけて」など声をかけ、表情がかなり苦痛そうでないか顔色が悪くないか確認して終了する。
- ⑮ 採血後の採血管は、尿コップと一緒にダムエータで搬送する。
- ◆ 至急検体、特にアンモニアは早く。
- ⑯ 採血ホルダーは患者ごとに交換し消毒する。
- * 人間ドックの採血困難者や定時外採血者が来る。採血困難者については慎重に採血する。
 - * 小児科の3歳未満採血は必要時小児科外来へ行く。
 - * 小児・子供は必要に応じて介添者がおさえたり、ベッドで採血する。
子供用絆創膏が用意してある。
 - * 針刺し事故は別紙フローチャート(P27 参照)に従う。

尿検査

尿検査は採尿室を案内し、出血時間 (P18 参照)は簡単な説明をする。

【一般尿】:紙コップ 生理中は赤シール貼付

【特殊尿】:プラスチックコップ

一般尿と特殊尿共用はプラスチックコップに黄色シール貼付

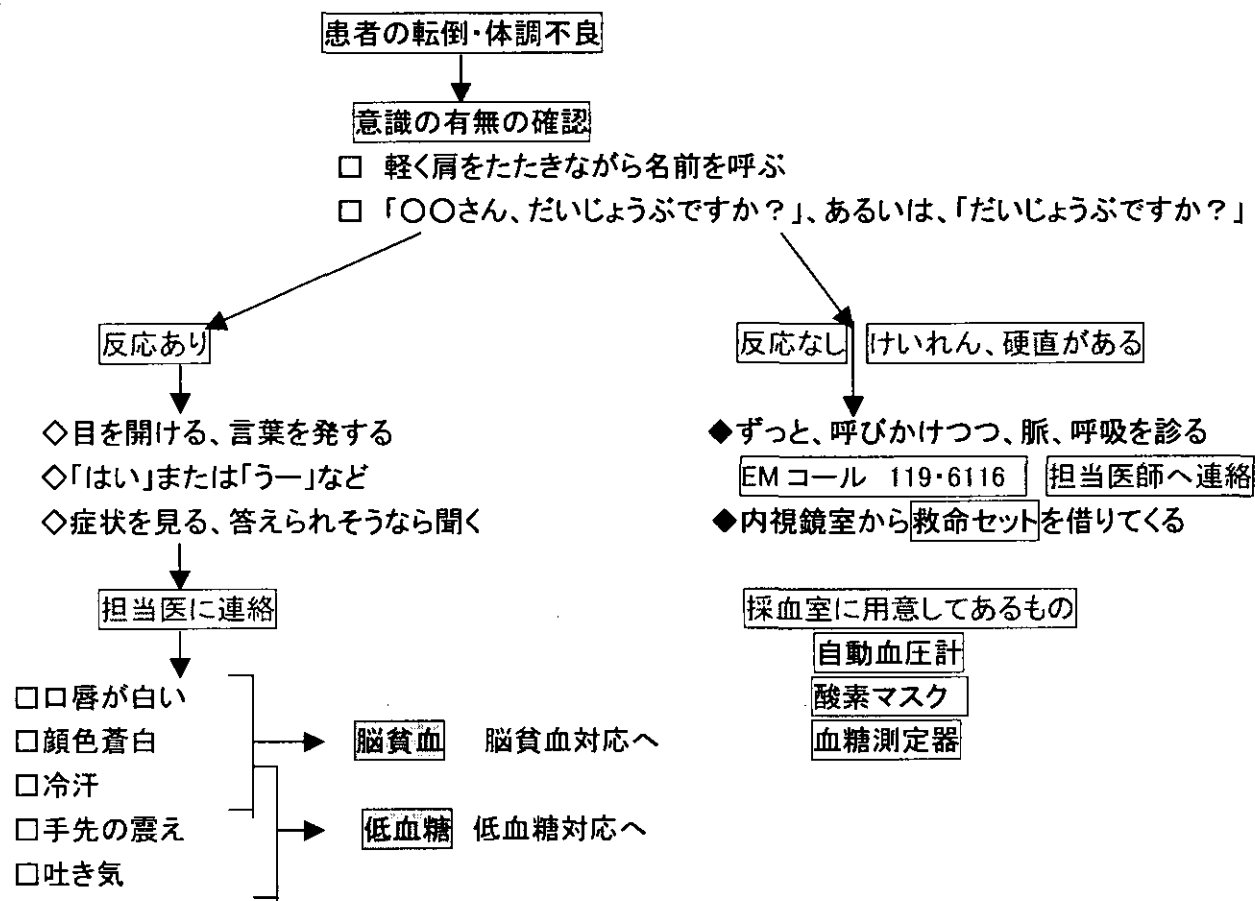
◇ 尿が出ないときは(25ml は必要)、水を飲み時間を置いてからの採尿を指示する

(他の検査で、水の摂取の禁止がないことを確認、市販のお茶はビタミンCを含んでいることがあるので、尿糖・潜血に影響するため禁止)。

体調不良者への対応

1. 転倒・体調不良

さまざまな疾患を持つ患者が集まる採血室では、どのような緊急の事態が起きるか予測できない。大切なことは、緊急の対応が必要であるかないかの判断である。



2. その他の訴え

転倒に伴う意識消失のあとの症状として、急に次のような訴えがある可能性が高い。

- 1) 胸が痛い、冷汗を伴う。
- 2) 呼吸が苦しい、呼吸が速い、口唇が青紫など、明らかに苦痛が大きい。意識があっても、この場合は、緊急を要することもあるので迅速に行動する。
- 3) おなかが痛い。
- 4) 吐き気がある、嘔吐。
- 5) 体のどこかが痛くて我慢できない。
- 6) 上記以外の理由で我慢できず採血できないなどの場合は、担当外来、担当医師に連絡して指示を受ける。必要に応じて車椅子を使用し外来へ連れて行く。