

放射線科内ハイリスク検査における 患者誤認防止策「タイムアウト」の導入

Introduction of patient misidentification prevention plan “Time-out” in high risk inspection in radiation department

千代田 麗子

Reiko CHIYODA

キーワード：放射線科、患者誤認防止策、タイムアウト

Key words : in radiation department, patient misidentification prevention plan, Time-out

I. はじめに

当院において、検査時の患者確認は看護師が本人にフルネームを言っていただくことで確認とし、医師・放射線技師は自ら患者確認を行っていないため、十分な患者誤認対策が行えているとは言えず、事故のリスクを抱えた状況であった。そのようななか、インシデントが発生した。そこで、その検査に絞り込み「タイムアウト」を導入したので報告する。

II. 目的

当院放射線科において、タイムアウトマニュアルを作成し、導入することで誤認防止に努める。また今後、他の検査・治療において「タイムアウト」導入をしていくための対策と課題を明らかにするために、マニュアルを使用した実践の評価をする。

III. 方法

1. タイムアウトマニュアルの作成

タイムアウト宣言時に、電子カルテ・透視操作画面の確認を各担当者が実施するように、役割分担を決定しマニュアルを作成した。

2. マニュアルを用いたタイムアウトの実施（気管支鏡・胸腔鏡検査）

- 1) 実施期間：平成 25 年 6 月～平成 26 年 1 月
- 2) 確認手順と内容：詳細は表 1 を参照。

- 3) 確認担当者：タイムアウトは関わる全職種者で行う。詳細は表 1 を参照。

3. データ収集・分析

平成 25 年 6 月～平成 26 年 1 月でのタイムアウト実施率・状況・内容と、インシデントの報告数を集計する。実施は看護記録の実施時間と「タイムアウト」の記載があるものを、カウントすることとした。

IV. 倫理的配慮

データ収集時に個人が特定される情報は削除する。また、当院倫理規定に則り、看護部看護研究チームの承認を得て実施。

V. 結果

1. マニュアルの作成

マニュアルは平成 25 年 5 月より外来安全管理委員とともに作成し、誰がどのタイミングで確認作業を行うのか、その確認内容で患者誤認が防げるのか、また「タイムアウト宣言」を誰が、どのタイミングで行うのが効果的なのかを検討し、検査の流れを検証しながら作成にあたり、5 月下旬に完成した。

2. タイムアウトの実践までのアプローチ

気管支鏡・胸腔鏡検査のインシデントの再発防止対策について、呼吸器内科部長と検討を行った。そ

表 1. 気管支鏡・胸腔鏡 患者および処置内容誤認防止マニュアル

実施者	確認物品	確認・実施項目
入室時		
検査担当看護師	入院患者：リストバンド氏名 外来患者：案内表氏名	患者にフルネームを名乗ってもらう ※名乗れない時 入院患者：リストバンド氏名・外来患者：案内表氏名
検査担当看護師	電子カルテ B 患者氏名	入院患者：リストバンドのバーコード呼び込み 外来患者：案内表のバーコード呼び込み
引き継ぎ時		
検査担当看護師 病棟・外来看護師	電子カルテ B 患者氏名・ID 番号	①承諾書 ②診察券 ③麻薬施用票 ④体提出伝票 ⑤タイムアウト用紙
準備時		
リーダー医師	電子カルテ A 患者氏名	患者にフルネームを名乗ってもらう ※名乗れない時 入院患者：リストバンド氏名・外来患者：案内表氏名
介助医師	診察券の患者氏名	患者にフルネームを名乗ってもらう ※名乗れない時 入院患者：リストバンド氏名・外来患者：案内表氏名
介助医師 放射線技師	リモコン画面の患者氏名 操作画面の患者氏名	診察券の患者氏名・ID 番号 検査伝票の患者氏名・ID 番号
タイムアウト実施時		
リーダー医師	検査直前：鎮静剤・局所麻酔薬（オピスタン・キシロカイン等）使用前にタイムアウト開始宣言を行う 患者 電子カルテ A	①患者氏名 ②検査目的・検査名・検体採取方法・検体採取部位 ③感染症・アレルギーの有無
介助医師 検査担当看護師	リモコン画面 電子カルテ B	記載されている患者氏名と、リーダー医師の述べた氏名 ①記載されている患者氏名と、リーダー医師の述べた氏名 ②感染症・アレルギーの有無
放射線技師	操作画面	①記載されている患者氏名と、リーダー医師の述べた氏名

のなかで、タイムアウトを導入することの利点を説明し、患者間違いが起りうる場面の検査に関わる際にインシデントの防止に繋がることを、案の段階までできているマニュアルを使用し、導入することを提案した。さらに、導入に際して各関係者全員の協力が不可欠なことを伝え、理解と承諾が得られた。また、検査に主として携わる呼吸器内科部長を含めた医師 5 名・放射線科看護師 4 名・放射線技師透視室責任者 1 名へも同様の説明をすることで、導入の承諾と理解を得ることができた。

3. タイムアウトの実践と実践時の問題点と対策

今回、タイムアウト実施を導入するに至り、マニュアルの中で「タイムアウト宣言」を医師が行うことになっていたが、どのタイミングで誰が宣言をするのか「患者誤認防止」のために何を確認する必要があるのかなどの、戸惑いが導入直後に見受けられた。しかし、マニュアルを確認し実施することで、解消されていった。現在では、マニュアルを見なくてもスムーズに実施が行えている。

また、放射線技師は導入前には、透視が必要と

なった時点で呼び出すため、患者確認は全く行えていない状況であった。しかし、導入後は「タイムアウト」に参加できるように配置調整がなされ、患者の氏名や検査内容などの情報を共有することで事故防止が可能となった。

看護師の患者確認も患者にフルネームを発声していただく「名乗り」の他に、場面に応じた患者誤認防止対策方法を追加し改善を図った。

4. 実施状況

平成 25 年 6 月～平成 26 年 1 月までの気管支鏡・胸腔鏡検査件数を表 2 に示す。未実施検査の内訳は、7 月に胸腔鏡 2 件・気管支充填術 1 件、8 月に気管支鏡 1 件、9 月に胸腔鏡 1 件、10 月に気管支鏡 2 件であった。導入後の、気管支・胸腔鏡検査における院内インシデント・アクシデントの報告は 0 件であった。

5. 未実施者からの口頭調査

未実施検査施行医師・介助看護師に実施状況について確認すると、気管支鏡に対して導入後は確実に

表 2. 気管支鏡・胸腔鏡検査とタイムアウト実施件数

月	気管支鏡検査 実施検査数/ 全検査数	胸腔鏡検査・ 気管支充填術 実施検査数/ 全検査数	合計 件数	実施率 (%)
6	2/2		2/2	100
7	13/13	0/2	13/15	87
8	7/8		7/8	88
9	4/4	0/1	4/5	80
10	4/6		4/6	67
11	11/11		11/11	100
12	8/8		8/8	100
1	15/15		15/15	100
合計	64/67	0/3	64/70	91

施行しているが、胸腔鏡に対しては実施について失念していた。気管支充填術は実施項目に含まれていないと認識していた。との回答が聞かれた。

VI. 考察

1. タイムアウトマニュアル実施

作成したマニュアル案は詳細に手順を取り決めており、各役割での確認方法や手順に戸惑うことはなく、当院の気管支鏡検査において適切なものであったと思われる。今後は、これを正式なマニュアルとして活用していき、適宜改定を行っていくとともに、担当者の変更時にはこのマニュアルを基に指導をする必要があると考える。

2. 実践状況

開始直後の6月は100%の実施状況であったが、翌月以降より未実施がみられた。未実施検査施行医師・介助看護師に聞き取り確認すると、気管支鏡に対して導入後は確実に施行しているとのことで、記録の記載忘れが考えられた。現在、看護カルテ中で看護師が「タイムアウト」の時間・実施を残しているが、検査の介助・患者のケアなどの業務を掛け持ちながら、看護カルテ記載を行っているために、記載の漏れが発生するリスクが高い状況下であることは充分、考えられる。導入時には、マニュアルとともに「気管支鏡・胸腔鏡」に対して導入する旨を説明してからの実施であった。

しかし、気管支充填術などの特殊検査については説明していなかったこと、導入直後に気管支鏡検査だけが続いたことにより、胸腔鏡検査・気管支充填術については、検査に関わる全ての者の周知が不十分であり未実施となった可能性が高いと考えられ

る。対象検査項目について認識の統一と、看護カルテの実施記載の定着に向けた取り組みが必要である。

気管支鏡に対しての「タイムアウト」実施に対する周知・習慣化は、時間を要することなく得られた。しかし、その他の検査に対しては実施件数が少なく、周知・習慣化という結果を得ることができなかったのではないかと考えられる。

3. 導入をスムーズにした要因

気管支鏡検査においては概ね実施ができていたり、導入から数カ月間の一連の流れを振り返ると、今回のタイムアウト導入は各担当者の了承が得られたことや、速やかに実務的な協力が得られたことで、比較的スムーズに問題なく定着したと考える。その要因を振り返ると、まずインシデント発生によって各職種間での危機感が高まった状況となったところでの導入となった。ジョン・P・コッターは、“Leading change: Why transformation efforts fail”において、100企業以上の改革分析を行った結果から、どんな組織・企業でも「大規模な変革を成功に導く8つの段階」プロセスを踏めば変革は可能であると述べている¹⁾。今回この「改革の8ステップ」^{2,3)}に準じた、経過が得られたのではないかと考える。特に、初めの3項目のステップまでがスムーズに進んだことで、短期間での「タイムアウト」導入に結びつき、結果と問題点の抽出ができたのではないかと考える。

VII. 結論

今回は、導入をスムーズに行うことができた。

導入時に説明を行うとともに、定期的な実践が行えるか否かで、実施担当者の周知が大きく変化することが明らかとなった。これにより、説明し実際に実施することで、認識が深まり、定着・習慣化に結びつくが、実施されない期間が生じると、その時間の経過とともに認識が低下することが示唆された。

今後、他の検査・治療での導入も検討していることから、説明と導入検査一覧表提示、導入ポスター掲示などで、周知・習慣化がされることを期待するとともに、モチベーションを維持・高めることで、継続・改善をしていける環境整備に努めていきたい。

謝辞

論文作成にあたり、ご指導下さいました国際医療福祉大学小田原保健医療学部准教授谷山牧先生、他関係者の皆様に深く感謝いたします。

研究助成

本研究はどの機関からも研究助成を受けていない。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

- 1) Kotter JP. Leading change: Why transformation efforts fail. Harvard Business Review. 1995, 73(2). 59-67.
- 2) Kotter JP, Rathgeber H. Our Iceberg is Melting. St. Martin's Press, New York, 2005. (藤原和博訳. カモメになったペンギン. ダイヤモンド社, 東京, 2007. pp. 106-107).
- 3) Kotter JP. Leading Change. Harvard Business School Press, Boston, 1996. (梅津祐良訳. 企業変革力. 日経PB社, 東京, 2002. pp. 42-47).