WHO 手術安全チェックリストから見る当院手術室の現状と課題

JA静岡厚生連静岡厚生病院　清野喜久子

2009 年に発表された安全な手術のためのガイドラインで手術安全チェックリストに沿って当院の現状を評価し、課題を考察する。

まず麻酔導入前の確認（サインイン）について述べる。

患者確認は看護師、麻酔医、主治医がそれぞれ行なっている。

入室時　搬送してくる看護師と受け入れる看護師、患者様ご本人の3者で確認を行なっている。

患者様にも医療安全に参加していただくため、先ずはご自分で名乗っていただき　その上でリストバンドでの確認を行う形としている。病棟は手術チェックリストを元に必要事項の確認をして入室するが、入室時に誤認防止を目的としたチェックリストを用いてその場で再度確認をしている。入室すると麻酔医・主治医がそれぞれ患者様に声をかけ確認をおこなう。あえて別々の場面で確認することで都合3回の確認が行なわれることとなり、チーズの穴を防ぐ事もでき有用なのではと考えている。

誤認防止チェックリストは　A6サイズの用紙に資料に示した内容をプリントアウトした物を使用している。チェックした看護師2名が署名をし、この用紙は手術伝票と共に1ヵ月保存する運用としている。患者様自身が確認に加われるよう、麻酔科はプレメディケーションをできる限り行なわない方針をとっている。部位のマーキングは必要に応じて行なっており全例ではない。

麻酔器のチェックは看護師が準備・セットしたものを臨床工学士がチェックし最終確認を麻酔医が行なう形をとっている。薬剤は看護師が準備することもあるが、ほとんどの場合は麻酔医が管理し、術後に空アンプルで看護師が最終確認をしている。パルスオキシメーターは全症例に装着している。

リスクについては　手術伝票に記載する、もしくはあらかじめ麻酔科受診の形を取り確認している。看護師、麻酔医がそれぞれに術前訪問を実施しており朝のミーティングなどで情報を共有している。

次に皮膚切開前の確認（タイムアウト）について述べる。当院ではタイムアウト、執刀前の最終確認として氏名・術式・手術部位の宣言を、2009年より導入している。重症症例においてブリーフィングまでふみこまれる先生もみえる。研修に参加された先生から突然看護師さんの計画はと尋ねられてビックリしたというスタッフもいた。タイムアウトについては診療科によってまちまちな状況である。

最後に　患者手術室退室前の確認（サインアウト）について述べる。サインアウトではカウントが一番のポイントになる。カウントのタイミングを当院では、開創している膜の閉じる前・閉じた後・最終の最低3回は行なうことを義務付けマニュアル化している。それ以外にも器械出し看護師の交代時・手術時間の延長・ガーゼの度重なる追加・出血など　必要に応じてカウントを実施している。カウントが合わない場合は報告し手を止めて確認を依頼、再確認でもカウントが合わない場合は閉

創前にレントゲン撮影を行なっている。
特にガーゼカウントについては始めの枚数が違っていればカウント自体の意味がないこともありうるため、小手術を除く全例において麻酔覚醒前にレントゲン撮影を行なっている。
　当院はリカバリールームが無いため、患者様は　術後　一般病棟に帰室となる。
そのためデブリーフィングとまではいかないが、病棟での術後管理の注意事項について退室前に看護師が執刀医・麻酔医に声をかけ確認している。
　これらの現状を踏まえて今後の課題について考察する。
当院の手術安全チェックはサインインの場面で重点的に行なわれている。こうした患者確認の手順は2004年から行なわれており、このやり方でエラーが無いこともありタイムアウトがなかなか定着しない。差し迫った必要性を感じていないことも原因の一つに上げられる。当院の規模の病院では全職員がほとんどの場合知っているもの同士であり、あらたまって自己紹介する必要がないといった点もある。目的はどうタイムアウトするかではなくいかに患者様の安全を守るかにあるのでそれぞれの病院にあったアレンジでも良いのではと考える。
　もう一つの課題はどこまでを記録に残すかという点だ。
現状ではサインインは誤認防止チェックリストの1ヵ月のみの手術室保管しタイムアウトは手術看護記録に実施チェックのみ記載。サインアウト、カウントについては手術看護記録及び麻酔チャートに記載としているが、これをWHOのチェックリストのように一元化すべきなのか、カルテ保存が必要なのかは確認が必要である。今後電子化が進んでいけばこうしたペーパー運用は困難となることも考慮し検討していきたい。

（平成 23 年度「医療安全管理シンポジウム」中部地区）