当院看護助手の患者誤認防止の取り組み

富士宮市立病院　医療安全管理室
GRM 石川弥生

インシデントの発生は、患者・医療従事者双方とも、大変ストレスを感じる事象である。病院で勤務する、専門職以外の職種である看護助手・外来看護秘書（以下、看護助手）のどちらも患者誤認やインシデント発生の可能性がある。

当院での過去 3 年間の、看護助手のインシデント件数と誤認件数・発生内容を分析した。誤認の内容は、患者誤搬送が年間平均 4 件であったが、今年 9 月末で 1 件であった。当院の看護助手の現状は、平成 22 年度から 50 対 1 急性期看護補助体制加算を取得し、32 人から 45 人に増加した。対象者は、素人で年齢は 20 歳～60 歳と幅広く、覚えることが多く、特に多重業務の優先順位を考慮することにも個人差がある。まず、医療従事者の自覚を持って勤務にあたり守秘義務について説明し、看護部企画の年 5 回研修（目標・医療安全・感染・看護技術・成果発表）に全員が参加できるように、当日 2 回に分けて実施している。

誤認事例が発生した場合、部署責任者が時系列関連図を作成し、看護助手が医療安全カンファレンスに参加し事例を共有し現状分析を行っている。その結果から、部署流・自己流に業務を実施し、直前の名前を確認していない、同様事例の再発、業務の中断、呼び出しメモの不徹底等の現状が見えた。注目すべきことは、誤認発生後、患者への影響について理解不足があった。また、他部門より「なぜ、確認が不足しているのに、次の行動に移るのか」等、指摘・助言を受けた。そこで、誤認発生後の対処方法、患者への影響等、カンファレンスの中で説明した。

誤認防止対策の再教育は、①名前はフルネームとネームバンド ID 番号の確認を行い、患者に名乗っていただく　②確認は、指差し・声出し確認の実行　③電話連絡は、必ずメモと復唱を行いメモが無ければ動かない　以上、3 点に絞って、必ず実行するよう指導した。そして、医療現場のミスは、重大な患者被害に繋がることを認識するよう教育した。

医療安全カンファレンスで、患者確認の際、看護助手が困っていることを聞き、改善事例①「ネームバンドの文字が見えにくい・装着方向が様々で確認しにくい」に対しては、フォントサイズを変更し、装着方向の統一を図った。改善事例②平成 22 年度に導入した「患者呼び出しメモ」の活用が不徹底のため、メモ内容の改定を行い必ず呼び出しメモを持参し、患者搬送することを周知徹底した。改善事例③リハビリに患者搬送する際、呼び出し方法・手順について周知不足があったため、患者呼び出しの電話連絡について再確認し、リハビリに申し入れをした。以上、患者確認のルールを指導しているが、看護助手の患者搬送時の確認作業について実態を把握するために「患者搬送確認行動巡視表」を用いて、昨年度から評価している。また、患者を対象に、どのように確認されているのか状況を直接伺い、整合性を評価している。

看護助手の医療安全研修は、今まで講義形式であったが、昨年度より当院の事例を用いてロールプレイによる事例の振り返りを行っている。患者確認行動が習慣化するため、具体的に行動変容できる方法をグループワークで考え、決意表明「明日から私は、〇〇確認行動をします」と行動目標を決定している。

看護助手の誤認件数から、事例分析を行い、教育・訓練により誤認は減少すると実感した。看護助手は素人であるが、誤認の怖さを教え、ルールを守ることが患者安全に繋がると理解すると確認を実行した。しかし、医療の専門職は、ルールを守っていても時間の経過と共に、部署流・自己流が増え、ルールを守らなくなる傾向がある。今後も、事象発生時、速やかな報告・対応と、事例要因分析をするための事実の検証を行い、事例の共有と再発防止に努めていく。患者安全を最優先とした組織は、患者にとって安全な病院であり、また、そこで働く職員にとっても安心して働ける職場となるため、そのような環境調整を目指していく。

（平成 24 年度「医療安全管理シンポジウム」東部地区）