

## 分科会D「行動目標S：安全な手術-WHO 指針の実践」

### ■テーマ：あなたの病院の手術安全チェックリスト、それでいいですか？

#### 1. はじめに

いまだに多くの手術時事故が発生している。WHO ガイドで推奨されている手術安全チェックリストをまだ導入できていない病院が約半数ある一方、実施できている病院でもマンネリ化等が問題となっている。本分科会ではチェックリストの意義と運用の現状を講義によって確認したあと、グループワークを通じて、自施設のチェックリストをWHOのチェックリストに照らして点検、見直しをおこなう機会を設け、参加者が、自施設に適した手術安全チェックリストを完成させることをめざした。

4つの講義とグループワークについて、各担当の講師より報告する。

(司会 西脇 公俊／名古屋大学医学部附属病院麻酔科 教授)

#### 2. 講義報告

##### 「事故は起こり続けている－ヨーロッパ麻酔科学会のヘルシンキ宣言の紹介－」

手術での死亡率は先進国では激減している。しかし、見かけ上の低下に過ぎず、死亡に至らない重大事象はさほど減っていない。ヨーロッパ麻酔科学会のヘルシンキ宣言は、WHOのチェックリストの利用と共に、さらなる周術期安全を求めている。日本麻酔科学会も調印したこの宣言の「事故は初期対応が大切」との考えから、「事故防止」が重要である考え方と方法について概説した。

(市川 高夫／新潟勤労者医療協会 下越病院 麻酔科 部長)

##### 「本邦でのWHO手術安全チェックリスト(CL)の使用状況と、当院でのCL導入・定着への取り組み」

日本麻酔科学会では2015年初頭に学会認定施設1,322か所を対象に、CLの使用に関するアンケート調査を行い、1,112施設から回答を得た(回答率84%)。

タイムアウトに関しては、何らかの形で「タイムアウトなどを施行している」が96%を占めていた。しかし「CLを用いてタイムアウトなどを行っている」は57%に留まっており、サインイン・サインアウトなど3フェーズをきちんと含むWHOのCLを「導入済み」は31%に過ぎず、いまだWHOのCLの普及が不十分である現状が判明した。当院ではロールプレーを含む説明会やトライアル期間を設けた後にCLを導入したが、定着のためには有害事象発生の度のCL改変、インシデント・ネバーイベント発生件数の年次推移などのデータのフィードバックが有用と思われた。

(近江 明文／東京医科大学八王子医療センター 麻酔科 教授)

##### 「『手術安全チェックリスト』導入後の現状と課題」

当院では2008年2月よりタイムアウトの導入を行い、定着しなかった。2009年7月にアクシデントが起こり手術室全体で必要性を認識し、徹底されるようになり、2011年12月より新タイムアウトを導入した。2009年9月と2015年10月に「手術安全チェックリスト」に関する調査を手術室看護師対象に実施しその内容を報告した。調査の結果、チェックリストは「1. 定着している。2. コミュニケーションとチームワークを育てることに役立っている。3. ルーチン化され、言葉に出して言わずにチェックしてしまう傾向がある」ことがわかった。また、今後の課題としては、「1. 使用のマンネリ化防止のため

定期的に担当者がレクチャーする。2. マニュアルの定期的な改訂と周知を行う。3. 安全な手術への取り組みを継続し安全文化を醸成する」があげられる。質疑応答では「医師の協力を得ることが難しい」こと等あったが、「STOP シート」について紹介した。当院では、器械・ガーゼチェックに協力が得られず閉鎖してしまう場合は、術野に「STOP シート」を出すというルールになっている。使用されたのは2年間で1回であるが、使用方法を検討すれば、効果的である。

(三枝 典子／前橋赤十字病院 看護部 看護副部長)

#### 「WHO 手術安全チェックリストの使用状況－日本手術看護学会会員実態調査から－」

日本手術看護学会では、平成26年2月、会員実態調査を実施し、WHO手術安全チェックリストの使用状況を把握した。WHO手術安全チェックリストの使用状況は、52.21%、手術安全チェックリストの項目別使用状況をみると、従来のタイムアウトや遺残防止のためのカウントなどが中心であり、手術チームとしてのコミュニケーションツールとしての活用は十分とは言えないことがわかった。チェックリストの目的を理解した普及が必要である。

(ミルズ しげ子／日本手術看護学会 指名理事、長野赤十字病院 看護部 教育担当副部長)

### 3. グループワーク報告

#### 「あなたの病院の手術安全チェックリスト、それでいいですか？」

目標S分科会の後半は、参加者および、支援チームを含め4グループに分かれて、それぞれの施設や役割の中で、手術安全チェックリストを患者安全のために生かしていただく利用法について再考してもらうグループワークを実施した。質管理の問題解決手法の基本ステップを体験していただく形でワークショップをすすめた。

初めに参加者それぞれが抱えているチェックリスト運用に際しての問題点をヒト、モノ、カンリの3つの視点で抽出してもらった。問題点をグラフ（パレート図）で示して、一番多い要因を重点思考で分析する方法を試した。立場は異なるが、チェックリストという共通のツールに関する様々な意見や思いについて各グループで話し合いがもたれた。改めて、ある医療行為の安全性確保について、施設間で意見交換をする、共同行動としての有用性が再認識できた。議論半ばで次の作業に移っていただくことが申し訳ないほど、どのグループも積極的な議論が展開されていた。

次に重点思考で抽出された問題点について、その根本原因を探る手法を体験していただいた。システムに潜む根本原因を検討していくことは、多施設混合チームでは実際には難しいと思われたが、方法論を学ぶ場と割り切って楽しんでいただいた受講者が多い印象であった。どういうものが改善に取り組むべき根本原因になりうるか、楽しく話し合っていた。

ここからは各施設に持ち帰ってからの展開ということで、例として名古屋大学病院のチェックリストやそこに潜む問題点を見ていただいた。WHOのチェックリストをそのまま使っても変更して使っても、「うまく使えていないのなら、その事実を問題ととらえて対応する必要がある」ということがメッセージとして伝わったなら、それなりに成果はあると思われる。チェックリストを運用する多職種チームを動かすために必要な組織改善論の話をし加えながら、問題解決の在り方、またチェックリストの本当の意義、そして現場を動かすために今のチェックリストに足りない部分について少し言及させていただいた。

時間配分がうまくいかず、問題解決のステップすべてについて考えていただけなかったことが企画者としては反省点である。

(安田 あゆ子／名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 講師)

#### 4. まとめ

手術安全のための WHO 手術安全チェックリストの認知度は上がったが、普及においては道まだ半ばであり、導入後も安全文化を根付かせるための継続的働きかけが必要であり、そのための手法・手がかりの一端を、グループワークを通して学び・体験する機会を持てただけた。安全文化を根付かせるためには、手術室に勤務する総ての医療従事者の意識改革をすすめていく必要があり、そのためには講義を聞いて判ったつもりになるだけでは不十分であり、今回のグループワークのような実践を通じて学び合うことが非常に役立つと思われた。今後も継続してこのようなセッションを開く予定でいるので、興味のある方は次回ぜひ参加されたし。

(行動目標 S 「安全な手術—WHO 指針の実践」技術支援部会代表  
西脇 公俊／名古屋大学医学部附属病院麻酔科 教授)