

「学生は知識以外の能力も学ぶ必要もある」(5 (4-5))、「コミュニケーションが大切だ」(5 (4-5))、「楽しかった」(4 (3-5))。「シナリオを覚えるのが大変」(4 (3.5-5))、「成績に影響するかと思うと緊張」(4 (3.5-5))、「業務と関係しない」(3 (2.5-4))。来年度以降に職員がSPとして臨床実習後OSCEに参加することについては、「多くの職員が経験するとよい」(4 (4-4.5))。一方、「ほかの職員も多忙なので勤めるか悩ましい」(4 (3-5))、「医科大学の職員として必要」(4 (4-4.5))、「SPの研修会を開くのがよい」(3 (3-4))、「研修に参加した職員の認定制度があるとよい」(3 (3-3))。シナリオの暗記に要した時間は1.5時間(0.75-2.75)であった。

【結論】OSCE、SPを具体的に知らなかったが、SPとして参加するのに肯定的意見が多かった。医科大学の職員として必要で、多くの職員が経験するとよいと考えた職員が多かったが、研修会開催や認定制度については肯定的な者は少なかった。学生教育を知るためのSDとして役立つ可能性があることが示唆された。

P3-41.

血液スピッツ関連インシデントの起こる場所とその対策

(医学部医学科4年)

○梁 宇哲

(東京医科大学病院)

三島 史朗、三木 保、浦松 雅史、
高橋 恵、大坪 陽子

今回の研究は採血用スピッツを採血オーダー後から中央検査部に至るまで可能な限り追跡し血液検体取り違えが起りやすい場所、検体取り違えを発生させる背景を特定する。本研究での場所とは採血の各段階のことである。

採血オーダーから中央検査部での血液検査の全過程のうちオーダー後のスピッツの準備・採血までに限定して調査していく。研究方法はインシデントレポート分析、ヒアリングおよび施設見学、病棟でのチェックリストによる採血実施者の観察である。

SafeMasterのインシデントを医療安全管理室の初期スクリーニング担当看護主任が原因ごとに分類したデータベースを用いて検索した。このデータベー

スで過去2年分のインシデントを患者誤認及び採血検体で検索し、条件に該当したのが42件あった。このうち血液検体関連インシデントのテーマが合致したのが30件あった。

30件のうち中央検査部がインシデントを起こしたものは無かった。中央検査部は検査オーダーを受けオーダーに該当するスピッツを準備、該当する患者のラベルを印刷、該当するスピッツに患者のラベルを貼り、そのスピッツを病棟に送っている。この検査オーダーを受け病棟にスピッツを送るまでの過程で発生したインシデントも今回見られなかった。スピッツのラベル貼り間違い、オーダーと異なる用途のスピッツ作成は病棟で作成されたスピッツだった。

インシデントレポートの血液検体に関連するインシデント30件のうち中央検査部のものは無かった。中央検査部には確認機構として多くの機械が導入されているからだと思った。このことからPDAなどの機械による確認は患者誤認防止に有効な手段だと思った。

考察からPDA使用率を上げることが血液検体関連インシデントを防止する助けになることがわかった。ではどの様に使用率を上げればいいのかバーコードの不具合によるPDAの省略に関するものは定期的にバーコード変える作業を行うことで対策できる。