

### 【概要】

ダブルチェックはエラー自体を減らすものではないが、実施される前にエラーを発見する事ができる。しかし、ダブルチェックを実施してもインシデント発生に至る事例が多く報告され、ダブルチェックの形骸化が懸念された。そこで、有効で効率的な安全行動を習慣化し、確認不足によるインシデント・アクシデントを減少させる事を目標に取り組みを始めた。

当院が従前からダブルチェックとして実施していた方法は、2人で行うシングルチェックであったため、ダブルチェックの定義に沿った方法に変更し周知した。他の行為との差別化を図り重要性を認識させるため、ダブルチェックを行う医療行為を限定し確実に実施させる事とした。また確認の精度を高めるために指差呼称を推奨し、指差呼称を効果的に行う方策を探る為モデル病棟での施行を開始した。

開始5か月目の聞き取り調査では、新しいダブルチェックの方法を87%が認識し実施していた。また、85%が何らかの場面で指差呼称を実践していると答えた。モデル病棟では、配薬の業務フローに指差呼称する場面を明示し、実践を開始した。しかし、年明けの電子カルテシステムの改訂や新たなモバイル端末の導入による業務手順の変更があり現場が混乱し、浸透し始めていた実践が中断した状態にある。今後は、新しい業務手順に沿った具体的な方法やダブルチェックのタイミングを決め継続して取り組んでいく。

### 【背景】

ダブルチェックはエラー自体を減らすものではないが、実施される前にエラーを発見する事ができる。厚生労働省医政局長通知や日本看護協会の医療安全推進のための標準テキストでも「職員間相互で確認を行う事」が推奨されている。当院看護師の2016年度のインシデント報告数は7790件あり、インシデント発生の背景のうち医療者側要因は、「確認不足」が64%であった。実施前の確認であるダブルチェックを形だけ行っても、エラーを発見することはおろか、無駄な業務を増やすこととなってしまう。

インシデント報告者や発生部署は確認不足を補うものとして「ダブルチェックをする」「何度も確認する」という改善策を頻繁に挙げてきており、ダブルチェックさえすれば防げるというダブルチェックの安全神話のような風潮がある。しかしダブルチェックをすり抜けたという報告は散見され、形骸化している事が推測される。ダブルチェックの定義は、確認・照合作業を2回行う事であるが、各々が精度の高いチェックで確認・照合されなければ意味をなさない。

精度高く確認する方法の一つとして指差呼称がある。指差呼称は錯覚や見間違い、操作ミスの予防として効果があり「指で刺し」「声を出して確認する」ことは、どちらもしない場合と比べて、エラーを減らす効果があるという事は実験で証明されている。日常の確認場面に指差呼称を取り入れ、習慣化されれば、ダブルチェックに限らずシングルチェックの場面でも確認不足のインシデント・アクシデントを減少させることが期待できる。

### 【実践計画】

1. 従来の方法から2人連続型のダブルチェックに変更し、研修会やニュース等を活用し周知する。また、その実施状況の調査を行う。
2. エラーの結果が重大な、医薬品投与の中からダブルチェックを必須とする医薬品を決定し、確実に実施するための手順を作成し周知徹底する。

3. 看護師個々の精度高いチェックを目指し、指差呼称を推進する。指差呼称の導入を効果的に行う方策を探る為、業務フローに指差呼称を盛り込み、試行部署での効果を確認する。

#### 【結果】

1. 2人連続型ダブルチェックの周知は、医療安全ポケットマニュアルへ掲載し、医療安全研修で説明と作成したビデオを用いて全職員向け伝達した。医療安全 News でも重要伝達として看護師への周知を行った。開始5か月目の聞き取り調査では、新しいダブルチェックの方法を87%が認識し実施していた。しかし、年度末の副看護師長へのアンケート結果からは、45%程度しか実施できていない事がわかった。年明けの電子カルテシステムの改訂により業務手順や確認方法に大幅な変更があり、電子カルテのツールとして導入した携帯端末がPDAからスマートフォンに切り替わったことで手順が複雑になり、混乱が生じていることがわかった。

2. 従来からの注射薬・麻薬準備時、抗がん剤・シリンジ使用の薬剤の接続時（カテコラミン薬剤、インスリン等）に加えJCI受審のためハイアラート薬を加える必要性が議論され、ハイアラート薬をどの範囲に規定するかの検討に時間を要し、3月より周知活動を開始した。

3. 当院として指差呼称を推奨する事、その方法について医療安全ポケットマニュアルに掲載し、医療安全研修で説明し、医療安全 News でも周知を行った。病棟ラウンドでの聞き取りでは、85%の看護師は何らかの場面で実践していると答えていた。主に実施している場面は、「内服薬と指示の確認場面」「輸液等のポンプ類の設定場面」「注射薬の準備の場面」などであったが、客観的な調査は行っておらず高い意識のフェーズで実施できているかどうかについて、継続したインシデント報告の分析や客観的調査を行うことを検討している。

12月より2部署の協力を得て、配薬手順（PFC：プロセスフローチャート）の中に指差呼称する場面を組み込み試行した。システム変更による現場の混乱が続いており指差呼称の実施を強力に進めていくことはできていないが、今後も継続実施し効果を確認する。今回の方法により確認不足のインシデント減少に結びつけることができれば、全部署への拡大を行う。

#### 【評価および今後の課題】

今年度、電子カルテシステムの大幅な変更という事業が予定されていたが、本研修の課題を推進する上で他の事業計画による影響を十分考慮した実施計画を立案できていなかった。このことが計画を予定通り進めることができなかつた原因の1つである。

次年度も引き続き推進していく為に、他の事業計画の現場に与える影響を考慮した工程に変更する。新しい業務手順に沿ったダブルチェックのタイミングや指差呼称の場面を明示したもので周知し、実施状況とインシデント報告数を定期的にモニタリングしながら推移を確認する。また、インシデントの分析結果によっては新たな介入計画を追加し、その効果も確認していく。