

B-1 血管内留置カテーテル挿入時のコスト・医療廃棄物削減を目的とした高度バリアプレコーションに代わる挿入法の検討

公立南丹病院 心臓血管外科

○圓本 剛司、谷口 智史、小林 卓馬、平川 さやか

【背景】2002年に発表されたCDC(米国疾病管理予防センター)のガイドラインで推奨される血管内留置カテーテル挿入の際の高度バリアプレコーション(MBP)の遵守は科学的根拠に基づくカテーテル関連感染症(BSI)対策を実践するために不可欠である。

しかし、本邦においてMBPの実践により有意に感染率が減少したとする報告は少なく、高コスト、医療廃棄物増加の問題点が指摘されており、本邦においてMBPがBSIを減少させるのか、各施設の条件に合ったMBPに代わる有効な方法はないのか、について検討する必要があると考える。

【目的】BSI予防のため推奨されている血管内留置カテーテル挿入時のMBPの有用性を検証し、コスト・医療廃棄物削減可能な挿入方法を検討すること。

【方法】当科で血管内留置カテーテルを挿入留置された51例70本のカテーテルを対象。カテーテル挿入状況により、手術室でMBPにて挿入(Ma群:15本)、手術室で滅菌手袋・マスク・帽子着用にて挿入(S群:34本)、病室・ICUで滅菌手袋着用・大型滅菌ドレープ使用にて挿入(Mi群:21本)の3群に分け、発熱出現率(1日最高体温38℃以上の総日数/総留置日数)、1000カテーテル挿入日当りのBSI発生件数を比較検討した。

【結果】Ma群、S群、Mi群; 38℃以上の発熱出現例: 6例(40%)、10例(29.4%)、6例(28.6%)、発熱出現率:9.7%、8.3%、6.5%、BSI発生:1例(6.7%)、3例(8.3%)、1例(5.3%)、1000カテーテル挿入日当りのBSI発生件数:10.8件、10.8件、4.3件であり、Mi群で最も低値であったが有意差なし。

【まとめ】大型滅菌ドレープ使用による挿入法の発熱頻度、BSI発生件数はMBPによる挿入法より低く、感染予防効果を低下させることなくコスト・医療廃棄物削減効果が期待できる方法である。

B-2 クオンティフェロンによる結核患者接触者に対する健診

社会保険京都病院 ICT(内科部長)

○村頭 智

【はじめに】

今回、当院では入院2カ月後に排菌陽性の結核と診断された患者を経験した。多数の接触者に対する健診をクオンティフェロン検査で行ったので報告する。

【症例】

患者は80歳台の女性。平成21年1月に肺炎で入院。入院時の喀痰3連検ではガフキー陰性。リハビリ施行して長期入院中。3月になり入院時の喀痰の抗酸菌培養で結核菌が陽性と判明。この時点(3月)で喀痰検査を再検したところガフキー陽性であった。

【方法】

患者が長期入院中であつたため、接触者には結核判明直後とその2カ月後にクオンティフェロン検査を実施することとした。対象者は75名と多数であつた。

【結果】

初回検査では陰性68名、判定保留1名、判定不可2名、陽性4名。陽性者4名のうち2名は感染既往と考えられた。残りの2名は結核感染が否定できず抗結核剤を投与。うち1名は薬剤性肝障害のため服薬中止。

初回検査が陽性以外の接触者には、2カ月後にクオンティフェロン検査を再検したが、陽性化した者はいなかった。なお、初回検査が「判定保留」の1名と「判定不可」の2名は、再検査でも「判定不可」であつた。

【考察】

(1)初回のクオンティフェロンが陰性で2カ月後に陽性化した者はおらず明らかな結核感染は確認できず。(2)クオンティフェロン検査はBCG接種の影響を受けずに結核感染の診断が可能であり有用である。(3)少数ながらクオンティフェロン検査が常に判定保留ないし判定不可とされる場合があり、他の検査での確認が必要である。

B-3 当院の感染対策における細菌検査室の役割と連携

市立福知山市民病院 院内感染対策チーム

○吉金 礼三郎、吉田 ヒロミ、勝井 靖、中尾 淳子、藏本 伸生、山内 紀人

【はじめに】細菌検査室の院内における存在意義は、感染症治療と病院感染対策のための情報を適切に提供することにある。当院は2006年6月、新病院オープンにともない多くの取り組みを行ってきた。その中で細菌検査室の存在意義を追求し、ICTスタッフをはじめとする、各部門のスタッフと連携した取り組みを紹介する。【細菌検査室の概略】細菌検査室には病院職員（ICTメンバー）1名が配置され、検査依頼件数（検体数）は一般細菌検査で600～700件／月、抗酸菌検査は50～60件／月。部門システムは感染症サポートシステム（SIEMENS社）でデータ管理を行い、電子カルテと接続している。【内容】①感染レポート（週報、月報）：感染対策に有効に用いられているかは別として、ほとんどの病院で実施されている。当院でも有効に利用するためにも工夫が必要である。②感染症関連資料の作成（材料別検出菌と推移、菌種別感受性率と推移、グラム染色から見た推定菌種&推奨抗菌薬、菌種別適応薬剤表、各種感染症の推奨薬剤※、培養検査の検体採取法、感受性セット表）※は現在作成中：院内の全ての電子カルテ端末で参照が可能となっている。多くのスタッフの協力によって作成されている。③コミュニケーション機能（電子カルテ）を用いた報告：日常業務として定着している。抗菌薬の適正使用やICTの介入が必要な細菌が検出された場合、コミュニケーション機能を使いICTスタッフと担当医、担当看護師、病棟師長、病棟リンクナースに一斉に送信する。それによって迅速な対応及び情報の共有化が可能となる。④ICTラウンド資料作成：毎週実施。ラウンド前日に過去1週間の患者別検出菌リストを作成し配布。⑤院内レクチャー：職員や学生対象に年に数回行っている。⑥院内環境等検査：拭き取り検査の実施 ⑦医師（主に研修医）のグラム染色実施：当院の特徴のひとつでもある。グラム染色を「診ることができる」ということは根拠のある抗菌薬の使用ができるということにも繋がる。検査室内で医師にも染色・鏡検をしていただけるよう配置している。⑧その他：ルーチン業務の充実化など【おわりに】細菌検査室は臨床検査科の中の1部門にすぎない。しかし感染対策をスローガンに多くの部門のスタッフが集まり、より充実した感染対策を目指している。今後も細菌検査室としても、また「チーム」としてもレベルアップをしていきたいと考えます。

B-4 職業感染暴露事故の解析と対策—2005 年からの継続的な取り組みについて—

宇治徳洲会病院 医療安全管理室

○吉田 和代、山崎 禎子

患者を感染から守ると同時に医療従事者を感染から守ることは、安全管理上極めて重要である。職業感染対策の中でも針刺し・切創、血液・体液の飛散による血液体液媒介病原体の暴露を予防する対策を取り入れていくことが大切である。

また、効果的な対策を進めていくためには、各施設での暴露事故を分析し実態にあった対応を進めていくべきである。当院では2005年からエピネットを利用した事例の収集を始め、2007年・2009年を節目としてPDCAサイクルを回す形で暴露事故対策を行ってきた。

これまでの対策の内容とその効果を報告するとともに、残された課題についても触れたい。

B-5 院内感染対策における検査科の役割

近江八幡市立総合医療センター 医療技術部中央検査科¹⁾、院内感染対策委員会²⁾

○近澤 秀己¹⁾²⁾、谷田 仁司¹⁾²⁾、中島 順次¹⁾²⁾、細川 洋平¹⁾²⁾、高橋 良一²⁾、八田 告²⁾、林沼 聖子²⁾、小杉 睦美²⁾、須貝 順子²⁾、榎 系²⁾

当院の院内感染対策委員会は平成8年に発足し、当時は10数名で構成され、検査室からは技師長1名のみが参加していた。現在では当委員会は医師、リンクナース、医療技術部、医事課、事務方の30名の大所帯となり、そのうち4名が検査科に所属し、検査科は院内感染対策委員会事務局としての役割も担っている。

主な活動内容は、①院内感染対策委員会レジメ・議事録・資料作成(毎月開催)、②ICTラウンドと資料作成(毎週開催)、③感染情報レポート作成(毎週)、④緊急時委員会開催準備(不定期)、⑤疫学統計作成(半期)、⑥感染対策マニュアルの掲示(院内LAN)等となっている。

検査科委員4人中3人が細菌検査業務を担当しており、各科へは迅速な報告・対応が可能となっている。院内感染対策上の重要菌を検出すると主治医・病棟看護長・感染対策委員長・副委員長への即時連絡を行い、アウトブレイクの発生を防いでいる。また、毎週行われるICTメンバーとの病棟ラウンドにも参加し、情報提供とともに討論に加わっている。

また、月別検出率、菌別感受生率、材料別菌検出率、病棟別検出率などの統計をグラフ化し、微生物学が苦手な職員にも分かりやすく、理解してもらえるように工夫している。また、前期臨床研修医プログラムの中に細菌検査室での実技講習が組み込まれ、グラム染色の手技、検体提出条件(採取から提出まで)を修得してもらっている。

以上のように、細菌検査担当者が事務局を担う事により、薬剤耐性菌情報についてリアルタイムに報告し、さらに主治医側へ直接報告することにより、臨床病態情報収集も容易となり、医療現場において適切なコミュニケーションが実現されていると考えている。

B-6 中心静脈ライン関連血流感染(blood stream infection:BSI)サーベイランスを開始して

公立山城病院 消化器外科¹⁾、看護部²⁾、検査部³⁾、薬剤部⁴⁾、院長⁵⁾

○山口 明浩¹⁾、藤井 美奈子²⁾、高嶋 徹³⁾、田中 幸代³⁾、今村 博一⁴⁾、中埜 幸治⁵⁾

公立山城病院でICTを中心に中心静脈ライン関連血流感染(blood stream infection:BSI)サーベイランスを全病棟を対象に実施した。

期間は平成20年12月から平成21年5月までの6ヶ月間で実施した。結果は、中心静脈カテーテル留置率は0.11、感染率は4.79で National Nosocomial Infection Surveillance: NNIS のデータと比較すると一般病棟の留置率は25%パーセンタイル値:0.15を下回り留置率は少ないことが分かった。その上で感染率は90%パーセンタイル値:3.6を超え感染率が高いことが分かった。

こうしたサーベイランスにより、さまざまな現状が明らかとなり改善が促された。例えば、挿入部の交換日が設定されている場合は日々の観察という意識が低下していたが、日々、観察しなくてはならないという意識が高まり、業務のシステム化とは逆行した感はあるが適宜観察処置を意識できるようになった。また、挿入時における医師の full precaution(帽子、マスク、滅菌手袋、滅菌ガウンの着用と滅菌シーツの使用)の実施調査では、約40%が何らかの precaution を怠っていることが分かった。これに対し、挿入時にセットを準備し身につけてもらうことを徹底し挿入介助者からも進言を促すにいった。ただし、この precaution の怠りにより感染率は上昇したが有意差は得られなかった。

こうしたサーベイランスを行うことで、院内の現状調査とその結果を現場に提示することで、ばらつきのある業務手順や手技を、統一した考えで進めていくためのよい問題提起がなされ、これをもとに改善方法を検討し、それを実践して医療上の安全を高めていく努力が組織、個人ともになされるきっかけとなった。以後同様のサーベイランスを継続して行いよりよい改善につなげたいと考えている。

B-7 感染管理におけるネットワーク化取り組み紹介

京都大原記念病院 感染対策委員会

○中川 清美、中井 友子、垣田 清人

【はじめに】

当グループは『医療』を核に医療・保健・福祉の三位一体となったサービス事業を展開している。病院・介護老人保健施設・特別養護老人ホームはひとつの廊下続きの構造であり、アウトブレイク防止の対策が必要な状況である。対策の1つとしてグループネットワークで患者利用者職員の健康調査を一元管理するシステムを活用している。そのシステムの取り組みと効果を紹介する。

【健康調査システム紹介】

1. システム対応部署:グループ内20部署
2. 対象者:患者・入所者・利用者・全職員
3. 入力ルール:スライド参照

【経過】

1. H18年:ノロウイルス感染症

病院・老健施設にてノロ感染発症。入力を元に発生を地図入力し拡大状況確認。早期に対応策を適切に実施し、1ヶ月以内で終息。

2. H19年:ノロウイルス感染症

老健施設にて職員・入所者にノロ感染発症。各施設早期予防対策を講じ、病院・特養施設での発症者は無し。

3. H20年:インフルエンザ感染症の予防接種施行率と罹患状況との関連性を検証。啓発教育に活用。

4. H21年:インフルエンザ感染症

1) 病院職員の罹患状況から、感染場所の特定と防護具の使用基準・期間の徹底を図り拡大防止。

2) グループ内の罹患職員をシステムにて確認。コンサルテーション実施し拡大防止。

【結果】

この4年間のシステムの活用により以下の効果が確認できた。

1. タイムリーなグループ内感染状況把握とコンサルテーション実施し対応策の徹底で拡大防止と早期終息。
2. 必要部署への防護具・消毒薬の確保。
3. お知らせ・案内の早期グループ内配布。

【まとめ】

今後、システムの使用規定の整備や、更なる有効的な活用を行い、グループ内の感染管理の徹底に繋げたい。

B-8 抗菌薬適正使用 ICT ラウンド4年の総括ー抗菌薬使用量の推移に注目してー

京都市立病院 ICT

○堀田 剛、本多 あずさ、村田 龍宜、林 彰彦、清水 恒広

当院では抗菌薬適正ICTラウンドを2005年12月に開始した。血液培養陽性患者、多剤耐性菌保有患者、コンサルト症例などを中心に週2回病棟回診し、感染症診療や感染対策につき現場でアドバイスをを行い、2009年11月で4年が経過した。活動初期にはカルテ上のアドバイスの文言や内容について、2~3の診療科より意見を頂戴したが、その都度話し合いにより意思疎通をはかり、現在では我々の活動も病院全体に浸透し円滑に継続している。今回、この4年間の抗菌薬使用量の推移を、届出の必要な指定抗菌薬を中心に検討した。

当院の指定抗菌薬は、抗MRSA薬・第4世代セファロスポリン・カルバペネム系である。この中で、活動初期に抗菌薬の種類を単純化するため、第4世代セファロスポリンとカルバペネム系は3剤から2剤に減らし、それぞれCFPM・CPRとMEPM・IPM/CSを残した。4年間の活動の間に、指定抗菌薬の系統別の使用量は軒並み減少し、2005年度と比較した2008年度の使用量は、カルバペネム系7.5%、第4世代セファロスポリン37.6%、抗MRSA薬79.2%となった。特にカルバペネム系抗菌薬が著明な減少を示した。一方、抗MRSA薬の使用量の減少は2割程度に留まったが、使用の適応について全例介入しているため、使用量としては適正と考えている。また、VCM以外の抗MRSA薬の使用が、2005年度14%から2008年度0.03%に減りVCM以外殆ど使用されなくなっている。これは、LZDの使用を原則VRE感染症以外で認めていないことと、24時間TDMが可能な薬剤がVCMのみであり、VCMの使用を推奨していることが反映されていると思われる。今回は指定抗菌薬以外の抗菌薬使用量の推移についても加えて報告する。

B-9 弾性ストッキングが原因で発生した褥瘡から装着ガイドライン作成に至るまでー着用時の危険性ー

京都民医連中央病院

○清水 真紀、塚本 彩、杉 佐知子

【はじめに】

術後のDVT(深部静脈血栓症)予防のために、2008年3月に当院では周手術期下肢深部静脈血栓症・肺塞栓予防ガイドラインが作られ、弾性ストッキングを使用している。

今回、弾性ストッキング装着により、壊死にいたるまでの褥瘡が認められた。事例を通して、背景因子を探り未然に防ぐための対策や方法を検討し、弾性ストッキングの装着ガイドライン作成にいたるまでの経過を報告する。

【事例紹介】

(1)90歳代 女性 大腿骨頸部骨折

既往歴:糖尿病、慢性心房細動、認知症

入院時に装着、2日目全身麻酔で手術。装着6日目に下腿前面、踵部、足背に潰瘍形成し壊死した状態で発見

(2)80歳代 女性 大腿骨頸部骨折

既往歴:脳梗塞、左不全麻痺、アルツハイマー、高血圧

入院時に両下肢に装着、全身麻酔で手術を受けた。装着6日目に両下腿周囲に発赤・疼痛・圧痕を認めた。

【まとめ】

事例では装着中に圧迫され、知覚障害のために、局所的な症状が発見されなかった。また、浮腫や腫脹があることで足関節や下腿周囲に、過度に圧迫がかかり褥瘡形成に至ったと考える。背景因子は、麻痺による知覚障害・低栄養状態・術後の腫脹により皮膚が損傷しやすい状態で、術前に計測したサイズのストッキングを装着していた。末梢動脈疾患が既往にあれば、弾性ストッキングにより、下肢の血液還流が増加しうっ血性心不全を悪化。強い圧迫力により血栓が剥がれ肺塞栓症を引き起こす。

装着前の段階で褥瘡リスクをアセスメントし、装着中の皮膚の観察や、正しく装着されているか確認する必要がある。現在、弾性ストッキング装着基準・ガイドライン作成をし、実施中である。医療事故防止の観点からも病院全体で取り組みを続けていくことが求められる。

B-10 クリニカルパスの有効活用に向けた看護師教育方法の検討

公立南丹病院 看護部 主任会教育担当

○坂根 綾子、森川 真由美、清水 真弓、安井 麻里子、前田 美恵子、山口 淳子、須田 明美、森 真友子、岡本尚子、渡辺 しのぶ、今西 恵美子、土居 由起子、泉 美佐子、下村 加代子

【目的】看護師のクリニカルパス(以下CPとする)に関する知識及び効用感の程度を調査、課題を明らかにした上で集合教育を実施、その効果を調査し今後CPを効果的に運用するための看護師教育方法を検討する。【方法】当院看護師306名を対象に研修実施前後に質問紙調査を実施した。【結果】研修前のCPに関する知識点数の平均は21.1±18.5点であった。CP使用頻度の高い者、職種の経験年数の長い者がCPに対する知識が有意に高かった。CPを使用している者は、患者説明や記録時間においてその効用感を感じていた。また、CPを使用しての効用感とCPに対する知識の程度との間に有意な関連性を認めた。研修後のCPに関する知識点数の平均は33.3±20.4点で、研修後が有意に高くなっていた。しかし、研修後CPを使用しての効用感はずしも向上しておらず、研修会前後で効用感の違いに有意な差を認めなかった。【考察】CPの効果的活用に向けて、継続した看護師教育を行い、知識の向上を図ることは重要であることが示唆された。CPに関する知識の程度に関連した要因は、CPに関する学習の機会の有無・CPの使用頻度であり、当院でのCPの運用状況を考慮すると、個々人の経験年数・CPに関する経験状況・CPに関する研修への参加状況などを踏まえ、個々人の状況に応じた段階別教育プログラムの開発が必須である。さらに、今回単なる知識の注入のみではCPの効果的活用は望めないということが明らかとなり、CP発表会のようなダイナミックな教育プログラムの継続が重要であると考えた。【結論】CPに関する知識の程度に影響した要因は、CPの使用の頻度・年齢・職種の経験年数・CPに関する研修参加の有無であった。CPを使用しての効用感とCPに関する知識の程度との間に有意な関連性を認めた。集合教育実施後、CPに関する知識の程度は有意に高まったが、効用感の違いに有意な差を認めなかった。

B-11 母親への新生児避難方法の指導についての検討—スリングによる避難シミュレーションを行って—

公立南丹病院 看護部

○人見 紘子、壽 久美、木村 久恵、森 恵、坂根 綾子、川勝 幸、中川 春美

【研究目的】災害時患者を避難させるのは看護者であるが、産婦人科の特殊性からして褥婦は健康体であり、新生児を避難することができる唯一の対象である。新生児の避難具としてスリングを使用した避難シミュレーションを行い問題点を明確にし、安全に避難するためにどのような指導が有用なのか検討することとした。

【方法】褥婦役6名に対して震度6弱の地震が発生したと仮定し、スリングを使用して模擬人形と共に避難シミュレーションを行った。第1回は指導導入前に行い、第2回はスリングの装着方法や避難経路についての個別指導後に行った。各シミュレーション後にアンケート及びチェックリストを用いたビデオ撮影により調査を実施した。【結果】指導前では、安全なスリングの装着が困難であり、そのため看護師の誘導も理解しづらく、混乱を起こした。指導後は、正しくスリングを装着できた人は顕著に増加し、シミュレーション時の所要時間も大幅に短縮を認めた。【考察】災害という心理的動揺の中でスリングという未知の物を使用しながらの避難では、さらに状況の混乱を招いてしまう事が明らかになった。安全な避難を行うための指導には、スリングの使用目的についての理解を深めたのちに実際のスリングを使用した個別指導が望ましく、その後の装着練習が有用である。

B-12 皮下埋め込み型CVポートの退院指導

市立福知山市民病院 3階病棟¹⁾、医療安全管理室²⁾

○岡野 ひろみ¹⁾、小西 佐知子¹⁾、戸倉 起世¹⁾、佐藤 真寿美²⁾

当病棟は外科病棟であり、ポート埋め込み術を受けられる患者の入院を受け入れている。しかし埋め込み後、実際にポートを使用するには至らず退院されることが多い。今回在宅中心静脈栄養管理を受けている患者がポート感染で入院され入れ替え術を受けられた。その後液漏れのトラブルがあり、退院が遅れた。退院指導を行うにあたり皮下埋め込みポートの取り扱いに関して院内統一した基準手順が未完成であり、穿刺技術にも不安を持つ看護師が多いことがわかった。また輸液管理をカフティーポンプで行うことが決まり、カフティーポンプは使用経験が少ないことから病棟内で、実際にポンプをふれ作動させる体験を全スタッフに行った。病院として医療安全管理室、基準手順委員会、担当医師、看護師の協力を得て学習会を企画し統一した知識を持ち、看護が出来るためにはどのような関わりが必要かを検討した。また学習会には訪問看護師にも参加してもらい、意見交換を行うことでより一層、病院、在宅間の看護の連携が図れたためここに報告する。

B-13 退院チェックリスト使用の効果

市立福知山市民病院 看護部6階北病棟

○荻野 奈津代、平山 淳子、中根 葉月

退院患者に対し2009年9月から、退院時薬の家族からの問い合わせ・配薬カート内に薬の残・診察券の渡し忘れ等のインシデントが4件続いた。このことを受け、インシデント内容の周知と、対応策を検討した。

当病棟では、「退院時チェックリスト」が既に作成されていたが、活用出来ていない状況であったため再度検討し、①退院準備:退院薬の医師への確認・退院療養計画書・入院料の概算希望の確認・看護サマリー準備等の8項目②退院当日または前日:持参薬の確認(与薬カート・副カルテ・冷所保存)・次回予約票・診察券・返納薬等の8項目③退院当日:看護問題の終了・副カルテの整理・ベッド周囲の忘れ物等の9項目とした。また、退院当日、申し送り事項に関しては「退院時チェックリスト」にメモし、情報の共有を図り漏れがないようにした。

その効果・改善点を確認するために、全員が約2ヶ月間、「退院チェックリスト」を使用した。

結果、渡し忘れ等のインシデントは0件となった。また、意見として、退院時チェックリストと共に、必要書類をまとめておく容器が必要ではないかと提案があり、退院チェックリスト毎に、持参薬や退院処方、次回受診予約票や診察券など準備しておくカゴを取り入れ、工夫した。

上記を、リスク委員会で報告したところ、病院全体で統一した「退院チェックリスト」として活用することになった。今回の病棟でのインシデントの改善が、情報の共有や院内統一など、周知徹底を図る提案となったので報告する。

B-14 入院中の乳幼児への添い寝に対する家人の意識調査—安全な添い寝の実施に向けての取り組み—

京都第一赤十字病院 南3階病棟

○秋本 タ子、太田 のぞみ、前田 美沙

当病棟では乳幼児突然死症候群で知られる圧迫死や、児の転落、点滴などのルートやモニターなどの閉塞や事故抜去、接続外れなどの安全上の問題があり、また、添い寝をしていることにより、患児の観察がしづらいという看護者側の意見もあり、添い寝を一定の条件の元で許可していた。

しかし、保護者からは、「子どもが寝ているから触らないでほしい」という訴えは絶えずあり、処置や観察時に児を起こしてしまうことで、保護者とトラブルになるという現状があった。小児看護においては保護者、家族も看護の対象として大きなウェイトを占めている。その為、保護者が「NO」といえば無理には出来ないのが現状である。今回、保護者に添い寝に対する意識調査を行い、添い寝に対する認識を理解し、今後、どういった方法で安全で安心のできる添い寝を提供できるかを目的に本研究に取り組んだ。

今回の結果踏まえ、今後は添い寝の環境やリスクについて具体的な説明を行い、安全で安心できる添い寝が提供できるオリエンテーションが必要であると考えた。

B-15 チューブドレーン類の自己抜去調査から

彦根市立病院 看護部

○清水 寿佳

【目的】当院の平成20年度インシデントアクシデントレポートのチューブドレーンに関する報告事例は、報告全数の約21%を占めている。その内容は、80%が自己抜去であることがわかった。自己抜去防止のために、治療の円滑化や安全確保の目的で身体拘束などもおこなっている。しかし、報告件数は例年ほぼ変わらず、具体策がないままの普遍的な課題であった。今回、報告事例を調査し分析することで、自己抜去に関する要因は何かを検証した。

【方法】平成20年4月～8月に報告されたチューブドレーンに関する事例100例について、その内容と患者の年齢、状態、自己抜去の内容や状況などについて調査する。

【結果】チューブの種類では、66%が末梢静脈ラインで、18%が栄養チューブであった。自己抜去をする患者の状態では、31%に認知症で、13%にせん妄状態で、9%に意識障害が認められた。自己抜去をした患者の年齢は、70歳以上が発生総数の72%を占めていた。特に80歳から84歳の年齢において発生率が高かった。発生時間は夜間3時～6時が17%と最も多く、ついで21時～24時が15%、0時～3時が14%となっていた。

【考察】今回の調査から高齢、意識障害、夜間点滴などが自己抜去に関する要因として認められた。よって、次のような対策を検討中である。①夜間点滴は、可能な範囲でなるべく少なくする。(自己抜去防止の基準を作成)②自己抜去のハイリスク患者として見出し、対応する。③多職種間で情報を共有できるようにして、予防に努める。

B-16 当院放射線科におけるインシデントへの取り組み

公立南丹病院 放射線科

○中澤 修、河田 実

我々診療放射線技師の日常業務では放射線を取り扱うが、患者様への不必要な放射線被ばくは少量であっても許されるべきものではない。しかしながら、患者様の取り違えや撮影部位の間違いなどによる放射線の誤照射は、全国的に多発しているのが現状である。残念ながら当院放射線科でも年間平均10件弱は同様のインシデントが発生しており、早急に解決しなければならない重要な課題である。

今回我々は実際に発生したインシデントの原因や背景から再発防止策を検討・実施した。スタッフ間の相互確認の強化、オーダーリングシステム導入等の電子化による依頼情報の明確化、患者様の本人確認強化のため入院患者様にはリストバンドの装着、外来患者様には診察券や検査用紙の確認といった、実際の検査開始よりも前の時点から診療サイドと患者様サイドが相互に確認作業を強化する事で発生件数は減少した。しかし、現在も少数ながら発生はしており、今後もその場の状況に応じた判断やこれまで以上の対策が必要と考えられる。今回、実際発生したいくつかの事例を紹介しつつ、その再発防止策やスタッフの意識変化などについて紹介する。

B-17 看護師退職者アンケート分析結果

公立南丹病院 看護部

○藤阪 みさ代、斉藤 美代子、大嶋 清子

【はじめに】医療現場では、医療技術の高度化、高齢化に伴う介護度の上昇、診療報酬改訂による7対1看護の提供など日々目まぐるしく変化している。看護師を取り巻く状況も変化し一人一人の看護師の仕事に対する考えも変化している。

当院においても毎年15～30人の退職者があり、今回昨年度末の退職者に対してアンケート調査を行い、退職に至った理由は何なのかアンケート分析を行い次年度の離職予防に役立てたいと考えた。

【結果】平成20年度末退職者数26人中20名より回収。回収率76. 9%、うち20代が12名、在職年数3年目が6名、5年目が5名だった。病棟勤務年数では、同じ病棟での勤務年数が3年目7名と多かった。病棟では内科系勤務者の退職が14名であった。

退職されることとなった大きな理由（複数回答）では、「忙しい」が7名、「休みが取れない」が6名、「奨学金年数終了」が4名の順であった。

退職後の就職先は決まっているかの問いに対して、14名が決まっている。自分の希望に副った就業先かに対して13名が希望に副ったもののとの回答であった。

自由記載として、「南丹病院に就職してよかったこと」について、看護師として必要なことを多く学んだ。看護の基礎を学んだこと。向上心のある病院であるなど、「今後南丹病院に期待することがあれば」について、現場の意見をもっと取り入れてほしい。働く看護師の負担がもう少し軽くなるように期待している。記録など業務が終わってからの仕事が多い。など多くの意見を頂いた。

【考察・まとめ】全国レベルでの離職率は、2005～2008年度の「病院における看護職員需給状況調査」より、常勤看護職員では、12. 1%、12. 3%、12. 4%、12. 6%とわずかに増加傾向にあると述べている。当院でも、2005～2008年度の常勤看護職員離職率は11～12. 5%と増加している。

やめる大きな原因に「忙しい」「休みがとれない」が半数以上であるが、これらの内容についてさらに分析が必要であり、労働環境の改善に繋げていきたいと考える。また次就職先か決定している者には決定した理由まで調査することも必要ではないかと考える。

B-18 当院におけるクリニカルパスでの検査科の取り組み

近江八幡市立総合医療センター 医療技術部中央検査科¹⁾、外科・クリニカルパス委員長²⁾、腎臓内科・クリニカルパス副委員長³⁾、クリニカルパス委員会事務局⁴⁾

○川添 智佳子¹⁾、東 明美¹⁾、富田 圭一¹⁾、新井 郁子¹⁾、北川 勇一¹⁾、安藤 敦子¹⁾

鯉堂 和宏¹⁾、西村 精児¹⁾、近澤 秀己¹⁾、中島 順次¹⁾、細川 洋平¹⁾、高橋 滋²⁾、八田 告³⁾、岸部 洋子⁴⁾

【はじめに】近江八幡市立総合医療センターでは2006年10月に電子カルテが導入され、クリニカルパスが本格的に稼動し始めた。当初、パス運営に検査科はほとんど関わっておらず、各パスでどのような検査項目を測定しているのか把握していなかった。

一方、2009年4月のDPC導入を契機に院内でもコスト意識が高まり、検査科でも取り組めることはないかと考え、各パスの検査項目を洗い出し、検査費用を算出することにした。さらにこの検査費用が保険点数に見合ったものであるかを検証した。

【結果と考察】検査コストの高いパスは教育入院のパスであった。教育入院では病気の悪化を防ぐために入院中に様々な検査を行い、今の状態を把握して改善点を啓発していくために検査が多くなっている実情がある。しかし、DPC導入で検査は全て包括化され、どれだけ検査しても一定の収益しか得られない。削減可能な検査項目は削減すべきだが、行き過ぎたコスト削減は診療報酬の見直しにもつながることが知られている。今後の検査項目の見直しや、新たなパスの作成時には、臨床のニーズを満たした上で必要最小限の検査項目になるように検査科も貢献していきたい。

B-19 臨床検査部門での経費削減ーこの5年間の成果ー

京都第一赤十字病院 検査部¹⁾、調度課²⁾

○加藤 元一¹⁾、野田 豊和¹⁾、中野 政信²⁾

京都第一赤十字病院では2004年に経営改善を目的として、外部企業によるコンサルティングが行われた。これを契機に 検査部は経費削減を開始、5年後の現在、総支出をおよそ10%削減し、この一部を原資に、検査機器更新の中期計画を作成することができた。この経費削減の経過と作業を進める上で押さえておきたいポイントにつき報告する。

削減作業は取り組み易いものから 以下の順に行った。

1. 一般消耗品、2. 作業の合理化による時間外労働時間、3. 情報処理機などの保守費用、4. 外部委託検査費用、5. 検査機器と試薬。

費用削減作業は、購入対象の選定過程は検査部内では公開を原則とした。これまでの業務を見直し、類似の機能を持つ物品、サービスを選択、検査部で 参考価格の相見積もりをとった。見積もりを取る相手は製造、販売元に近い業者を選び、見積価格は封印をして提出させた。比較に際しては価格とともに機能、サービスも合わせて検討するが、価格を優先し、入札価格の見直しは原則として行わなかった。

この経費削減作業では3つの重要なポイントがある。

1. 現場の職員たちが経費削減による成果を共有でき、その成果が評価されるとともに、 専門家としてより楽しく満足できる環境を提供すること。
2. 購買担当の事務部門と連絡を密に、協力して購買作業を行うこと。
3. 経費削減に協力した業者に対しては 十分に感謝をするとともに、臨牀検査のモデル病院として見学を受け入れる体制を作ること。

B-20 褥瘡治療における経費を考えるー褥瘡治療に要したコストを振り返った1症例ー

近江八幡市立総合医療センター 在宅療養支援担当¹⁾、4E病棟²⁾、皮膚科³⁾

○近野 由美¹⁾、北田 勇也²⁾、宮下 文³⁾

【はじめに】当院では本年4月よりDPCを導入し、救命救急センターをはじめ地域支援病院として東近江医療圏域の急性期医療を担っている。当地域でも、介護力不足により褥瘡の悪化等で入退院を繰り返す患者が多いが、DPCでは褥瘡自体が主病名となることは希で、褥瘡治療に掛かる費用は病院負担となるケースが殆どである。

今回、私達は褥瘡治療において一症例を振り返り、軟膏治療や陰圧閉鎖療法、創傷被覆材、人件費も含めた経費の計算を行い、どの治療法が経営上有益であったかを検討したのでここに報告する。

【検討方法】7月から約3ヶ月間入院した一症例について、褥瘡治療に要した経費を治療内容の変更毎に洗いだし、創傷面積1平方cm収縮に要した費用を算出し比較した。

検討した治療方法は、①ゲーベンクリーム®処置、8時間毎交換②アクトシン軟膏®・プロメライン軟膏®併用、4～8時間毎交換③ゲーベンクリーム®・アクトシン®軟膏併用、8時間毎交換④アクトシン軟膏®、ハイドロサイトADにて®被覆、12時間毎交換⑤ハイドロサイトAD®にて被覆、12時間毎交換⑥アクトシン軟膏®, 3時間毎交換⑦陰圧閉鎖療法⑧ハイドロサイトAD®・アクアセルAg®併用、12時間毎交換である。

【結果】1平方cmの創面縮小に要した費用が一番安価だったのは、⑥でそれに要した費用は2912円、一番高価だったのは⑧でそれに要した費用は34483円であった。

【考察】この症例は、皮下組織に至る褥瘡で、壊死組織の融解を進め浸出液のコントロールを主に治療を展開する時期であった。そのため、ドレッシング交換の回数が創面の治癒環境を良好に保つ鍵となっていた。水分吸収に効果のある創傷被覆材や陰圧閉鎖療法では、感染制御を行いつつ創面の肉芽改善を図ることはできたが、創縁の収縮率では薬剤による上皮形成作用が有効であったと考える。

【まとめ】肉芽増殖期における創面の収縮には、上皮化を促進する効果を持つ軟膏の使用がより安価で効果的であった。

B-21 DPC 導入に伴う運用の整備—よりよい病院経営を目指して—

公立南丹病院 医事課診療情報管理係

○加地 弘佳、人見 沙織、石田 晶子

【はじめに】当院は平成20年7月からDPCに基づく医療費の請求を開始した。DPCの適正な運用には職種横断的な協働が必須であり、その中で取りまとめ役を担うのが医事課である。今回、医事課の診療情報管理部門が携わった運用の整備について報告する。

目的:DPC導入に伴い行った運用の整備の評価を行い、今後の更なる円滑なDPCの運用を目指す。

【方法】

- 1) 知識の共有・広報・教育を行う。
- 2) DPC制度に則した診療内容の構築支援・診療科毎に症例数の多いものを中心に情報提供を行う。
- 3) データ分析・自院と他院のデータをベンチマーキングし、各診療科へフィードバックを行う。
- 4) 作業分担・医師、看護師、事務で業務分担する。
- 5) 委員会運営支援

【結果】

- 1) 全体としては研修会で周知できた。医師からの質疑には個別に対応している。事務側から疑義がある場合、基本的に紙ベースで廻し、医師が時間のとれる時に回答を記入する形とした。
- 2) 医師の希望される症例について分析・情報提供を行うことで関心を得ることができた。
- 3) 他院と比較をすることで自院の位置を把握でき、目標の設定がし易くなった。
- 4) 業務分担することにより、負担の分散が図れた。
- 5) 各部署から委員を選出することで問題の集約、検討を行う場が持てた。

【考察】導入から時間が経つと共に医師、事務間で多種の事例から学習が出来、簡単な質疑の件数は減少した。その反面、DPCシステムへの登録の遅滞が増えた。データの分析結果を時系列でフィードバックすることで部署毎に改善方法の検討を促すことができた。

【おわりに】時間が経過すると共に、知識・経験の蓄積が出来る反面、意識の薄れ・職員の異動に伴う再教育が必要となる。次期診療報酬改定内容を含んだ継続的な教育体制が必要である。

B-22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算導入後の現状と今後の課題

公立南丹病院 看護部(皮膚・排泄ケア認定看護師)

○船越 千里

2006年に診療報酬改定に伴い褥瘡ハイリスク患者ケア加算が新設された。本院においては、2009年4月より算定している。院内褥瘡発生率低下を目指し、急性期病院として重点的な褥瘡予防治療計画を立案し実施することが重要であるが、この半年間を振り返り現状把握をおこない今後の課題を述べる。

【方法】

算定前1年間、月末集計による褥瘡ハイリスク項目に関連する患者数を把握。マニュアル作成をおこない、褥瘡委員会、師長会において説明し開始する。

【結果】

病棟よりのハイリスク患者報告書の提出および手術予定表やICU入室患者よりまずは拾い上げをおこなっていった。しかし、特殊体位やショック状態以外はほとんど報告がなく、予測値の半数弱しか拾い上げ出来ていない状況であった。マニュアル作成をおこない開始したが、本院におけるハイリスク項目の細かい判断基準がなく、明らかな対象者の報告のみであった。また院内褥瘡発生においても、ハイリスクよりすり抜けていた患者における発生数が多かった。

【考察】

今回、導入後半年間を振り返り褥瘡ハイリスク患者ケア加算におけるスタッフへの認識が低かった。このことは事前学習をおこなっていなかったことや、あいまいな判断しにくいハイリスク項目に対して本院における細かい判断基準がなかったことが原因と考える。今後は、全体学習などにより、スタッフの認識を高めること、ラウンドをおこない状況把握していくことが重要である。そして予防的介入の必要性を実践を通して指導していく必要があると考える。

【まとめ】

スタッフへの実践指導教育の充実を図り、褥瘡ハイリスク患者の拾い上げを確実におこない、褥瘡発生率低下へつなげていくことが今後の課題であると考ええる。

B-23 持参薬使用による安全性と経済性—持参薬調査の視点から—

近江八幡市立総合医療センター 薬剤部

○住田 勝

入院患者が持参される薬剤は、処方日数の長期化、高齢化や生活習慣の変化に伴う合併症の増加により、種類、量ともに増加する傾向にある。しかも、ジェネリック薬品や非採用薬品なども多く含み、入院中に持参薬を利用することは重複投与など医療過誤を招く可能性がある。反面、DPC導入病院にとっては経済的な恩恵を受け、また、DPC未導入病院においても患者の入院費の軽減に繋がり、いずれかが経済的に恩恵を受けることとなる。

当センター薬剤部でも2006年10月新築移転後、持参薬をより安全に使用するために積極的に持参薬調査に取り組んできた。

持参薬の調査方法は予約入院患者を対象とし、入院受付時にヒアリング形式にて行っている。また、緊急入院患者などに対応するため、入院後の調査も並行して行っている。

調査した持参薬は「持参薬ワーキンググループ」にて策定した持参薬運用フローに則って入院時から薬剤師の調査、医師の持参薬指示、医師指示に基づいた看護師の持参薬配薬を行っている。

持参薬運用のルールをアナウンスすることにより、持参薬に対する医師の認識が高くなり“指示なし”や“口頭指示”が少なくなった。また、持参薬品名をカルテ上に載せることにより、医師の入院中処方や看護師の配薬に貢献できている。出血リスクの高い検査や手術目的の入院患者には抗血小板薬・抗凝血薬の服用歴のチェックも行っている。

今回は薬剤の持参比率や使用持参薬金額、持参薬使用比率などを算出したのでそれを示す。以上のことより、持参薬を使用することにより発生するリスクと経済的なメリットについて述べてみる。

B-24 がん相談支援センターの取組み

京都桂病院 がん相談支援センター

○入江 篤志

当院は平成19年1月に地域がん診療連携拠点病院に指定され、当該地域のがん医療の基幹的役割を担っている。

拠点病院の要件のひとつに「院内外のがん患者およびその家族並びに地域の住民及び医療機関からの相談に対応できる体制の構築」があり、当院では「がん相談支援センター」がその機能と役割を担っている。

1) 電話相談や面談などを実施し、経済的なこと、退院後のこと、治療内容、代替療法、緩和ケアに関することなどについての事が多く、問題解決の糸口を見出すことや、不明なことを明らかにするなどのお手伝いを行っている。

2) ピアカウンセリングが出来るように平成21年4月に患者サロン「きずな」を開設しました。がん患者さん同士が直接話をする事で、気持ちが前向きになるなどの意見が聞かれている。

3) 地域住民を対象に、年1度の市民講演会を企画・運営し、相談事例内容を参考にしながら情報の誤解を解くことや、緩和医療・療養の場所の選択・薬剤の知識など、がん患者さんにとって役に立つ内容を毎回検討し、テーマと講師を決定している。

以上に付いて具体的な取組みをご紹介します。

B-25 外来患者様への内服抗がん剤説明の取り組み

市立長浜病院 医療技術局薬剤科¹⁾ 看護局²⁾

○瀧 裕子¹⁾、勝木 真由美¹⁾、伊藤 雅子²⁾、南口 陽子²⁾、橋本 祐昌¹⁾

【はじめに】最近のがん治療は外来で行うレジメンが増え、さらに注射薬ではなく内服薬での抗がん剤治療も増え、毎週点滴に通う通院の拘束時間が大変短くなり、患者様のQOLも向上している。しかし、この内服薬は分子標的薬の物が多く、副作用も従来の物とは異なり、重篤化する可能性が高い事も事実である。自宅で治療できる事で、逆に医療者が副作用モニタリングする事が難しくなっているのが現状である。重篤な副作用の発現を未然に防ぎ、また早期発見するためには患者様が十分に薬剤の知識を身につける事が重要となる。そこで、当院では外来で初期導入されるネクサバル®とタイケルブ®について、患者に対し薬剤師から薬剤に関する説明を行う事としたのでこの取り組みについて報告する。【方法】肝細胞がん患者へのネクサバル®投与、乳がん患者へのタイケルブ®投与予定が決定次第、前日までに診察室から薬剤科に説明の予約を行う。診察当日、診察終了後薬剤師より患者、家族に薬効や用法用量、副作用、その対策方法等説明を行う。この内容は記録し、診察室へ情報をフィードバックする。また、次回診察時より、診察前に看護師が問診とバイタル確認を行い、自宅での状況を聴取して主治医に伝える。【結果】主治医のコンセンサスを十分に得た説明を薬剤師から行うことで、診察時間だけでは説明できない情報提供や患者教育、患者の不安や疑問の収集が可能となった。また、患者からの電話相談に薬剤師も応じることで気軽に相談でき、副作用が重篤化する前に情報を得て、対策を検討する事もできた。【考察】内服抗がん剤投与中外来患者への薬剤に関する情報提供は、院外処方でも病院薬剤師が積極的に行う必要があると考える。また、今後は調剤薬局薬剤師とも連携を取りながら、さらに患者様が安心して治療を行えるよう、サポート体制を整える取り組みが重要となると考える。

B-26 チーム医療を目指した音楽療法クリニカルパス作成の試み

洛和会音羽病院 神経内科¹⁾、看護部²⁾、洛和会みささぎ病院³⁾

○木村 透¹⁾³⁾、音楽療法に関わったリハビリ病棟スタッフ²⁾

当院では、2005年から入院患者を対象に音楽療法を開始し、これまで、脳血管障害後遺症、認知症、パーキンソン病、うつ症状、長期臥床の患者を対象に実施してきた。当初より、集団音楽療法はリハビリ病棟2・3・4各階で患者／家族の自由参加により(各階約10～32名)実施し、個人音楽療法は、医師の依頼によりリハビリ病棟に加えて一般病棟でも継続して実施している。担当医師、病棟担当スタッフ、音楽療法士との連携により対象患者の活動性・意欲・気分の改善などに効果を上げてきた。昨年秋にはKBS京都テレビの情報番組で、『音楽療法を通して質を追求する医療』が取り上げられ、日本音楽療法学会の会員の方々からも、音羽病院の取り組みに対して高い評価を得ることができた。

一方、医療現場においても、音楽療法の役割は徐々に認知されつつある。しかし、多くの医療現場スタッフにとっては、音楽療法の意義、方法、具体的な施行手技、使用言語など未知な点が多いのが現実である。

今後、音楽療法が医療現場にさらに受け入れられるには、病棟スタッフの理解と、音楽療法のチーム医療への参加が必須である。クリニカル・パスはチーム医療の優れたツールとして医療現場でひろく使用されている。今回、このような視点から音楽療法クリニカル・パスの作成を試みたのでここに報告する。

B-27 近隣事故災害に対する医師派遣要請への応召を経験して

公立南丹病院¹⁾、京都第一赤十字病院²⁾

○計良 夏哉¹⁾、松葉 宏美¹⁾、糸川 嘉樹²⁾、馬渕 勝英¹⁾

【背景】

当院は京都府南丹二次医療圏の地域災害医療センターであり、DMAT(災害医療派遣チーム)2隊を有している。

【目的】

実際にあった近隣事故災害への医師派遣の経験を踏まえて、有事の院外への医療スタッフの派遣体制について検討すること。

【症例提示】

隣接町においてトンネル内での10tトラック同士の正面衝突事故が深夜0時30分ごろに発生した。事故後2時間を経ても2名の傷病者ともに車両に挟まれたまま救出できず、2時49分に消防本部から当院へ医師派遣が打診された。3時すぎに応需を表明、直ちに準備を開始し、3時15分に迎えの救急車が病院に到着し、医師1名、副直していた研修医2名で3時18分に病院を出発、現場には3時42分に到着した。現場は消防により安全が確保されており、救出作業中の2名に対して輸液等の医療行為を開始した。2名の傷病者は5時34分と6時16分に救出され、3名の医師は2台の救急車に分かれて、救出された患者に随伴し、それぞれ6時11分と6時53分に帰院した。1名は現場からの大量輸液にも関わらずクラッシュ症候群を発症しICUにて透析を行ったが、いずれの患者も外科から整形外科へ診療連携がなされ、生存退院した。事故収拾後速やかに、消防本部から当院へ職員が派遣され、事故概要と医師派遣要請の趣旨説明がなされた。

【考察・結語】

今回の派遣要請に応需出来たのはDMAT登録隊員の内科医が速やかに登院したことと、同じくDMAT登録隊員の外科医が当直中で、無条件受け入れを表明したことにも因る。現実的には当直医や勤務中の看護師を派遣することは不可能であり、勤務外でかつオンコールでない看護師を招集することは全く前例がない。また病院は本派遣を時間外勤務と認定したが、所属長への連絡体制については反省点が多かった。地域のニーズに応じた「災害マニュアル」のバージョンアップが望まれ、論点をまとめて報告する。

B-28 当院における災害医療に対する取り組み

市立福知山市民病院 救急部¹⁾、集中治療室²⁾、手術室³⁾

○吉川 徹二¹⁾、深田 良一¹⁾、高見 祥代²⁾、林 亜希子²⁾、竹谷 宏志³⁾、大町 泰貴³⁾

地震や列車事故に代表される災害や多数傷病者発生事象においては通常の救急医療とは異なる、災害特有の医療が求められる。すなわち、平時の医療においては求められるニーズに対して医療資源が上回っているため、個々の患者に対して最大限の医療行為が可能であるが、災害時には同時期に多数の傷病者が発生するため、ニーズが医療資源を大きく凌駕してしまう。また、直ちに処置を行わないと生命の危険が脅かされる傷病者の治療を最優先する必要があり、トリアージを行って傷病者のふり分け・選別して最大多数の傷病者の生命を救命することが求められる。

また、災害の急性期に医療救援活動ができるため特別なトレーニングを受けたDMAT(Disaster Medical Assistance Team)という災害派遣医療チームが存在する。当院はこのDMATチームを2隊有しており、各種災害医療に対する訓練を行っている。DMATの訓練活動を通じて当院の災害医療に関する取り組みを報告する。

B-29 緊急輸血時の検査技術向上の取り組み

近江八幡市立総合医療センター 医療技術部輸血管理科¹⁾、中央検査科²⁾、輸血管理科³⁾、中央検査科⁴⁾

○西村 精児¹⁾、山中 博之¹⁾、新井 郁子¹⁾²⁾、中島 順次¹⁾²⁾、須貝 勝平³⁾、細川 洋平⁴⁾

【はじめに】

当院では輸血製剤の管理、検査、払い出しの全てを検査部門(中央検査、輸血管理)が担当し、24時間体制で行っている。時間外の緊急検査については当直者が1名で対応しており、輸血検査についても同様である。時間外緊急輸血検査については個々の技師の技術・力量に任せていた部分が多く、適合血の準備に要する時間について当直者によるバラツキが生じていた。この事態を改善するため、認定輸血検査技師の指導の下、日・当直者に対して輸血検査工程に関する詳細な時間測定を含む研修を実施し、必要な知識や技術、ヒント等を個別的に提供しながら、時間外緊急輸血検査の迅速性・正確性の向上に取り組んで来たので報告する。

【方法・結果】

12名の日・当直者に対して、マンツーマンで時間を設定し機器の立ち上げから交差適合試験結果入力までの一連の動作を11項目に分け、各4段階の評価基準を設けた研修を行った。結果はA評価4名、B評価2名、C評価5名、D評価1名となった。研修後、各々にアドバイス等を行い苦手な箇所や重点項目を確認し克服していった。C評価とD評価の技師については後日2度目の研修を行った。2度目の研修でC評価の5名についてはA～B評価になった。D評価の技師については4度目の研修でA評価になった。

【考察・結語】

同じ部署の検査技師同士で客観的評価を用いて緊急輸血に対する研修を行った。目標時間を30分以内と設定したが、最後には全ての技師が目標を達成することができた。

評価をする認定輸血検査技師は普段研修会などで講師や技術指導を行っているが、同僚技師について客観的に評価出来るか疑問点もあったが無事に行うことができた。また同僚から評価される側も目的と評価方法を好く受け入れ、全員が真剣に取り組み、目標達成ができた。技術・知識の向上により、輸血事故の防止を図ると同時に質の高い輸血管理が可能となると考える。今後もこの研修を継続し、「安全で適正な輸血療法」の維持に努める所存である。

B-30 安全かつ安心して検査を受けていただくために

公立南丹病院 臨床検査科

○戸川 幸男、諸橋 岳彦、今西 正夫

近年、患者中心の医療という表現が多く使われるようになり、臨床検査の中でも患者サービス、とりわけ患者様に対する細やかな配慮などの重要性が強く叫ばれるようになってきている。

このような中で臨床検査を取り巻く状況は診療報酬引き下げや包括医療(DPC)といった医療改革により検査室の外注化、縮小化などの効率的な業務見直しと新たな業務展開が求められている。

しかし、臨床検査は高度かつ専門性が要求され、業務が煩雑化してきており、直接患者様に接する採血や生理機能検査業務などにおいては検査過誤など業務上のトラブルやミスも増加傾向にある。

このような中、我々が日常業務を効率的に行いつつ、患者様への安心と安全を確保し満足できる検査を受けていただくには、どのようなことに注意して検査をすすめていけばいいか、何をしていけばいいのかをもう一度考えてみたい。

B-31 当院における人工呼吸器の安全管理とその現状

社会保険滋賀病院 臨床工学部

○堀井 亮、梅本 芳弘、弓場 慎一、福本 明子、小森 友喜、井上 一生

【はじめに】当院では2007年7月より人工呼吸器の中央管理を開始した。それに伴い、臨床工学技士が人工呼吸器の保守管理や関連物品の管理、病棟ラウンド、教育業務などを行うことになった。今回はその取り組みと現状について報告する。

【現状】始業点検は機種毎にチェックリストを作成し、その始業点検に合格した機器のみ貸し出し可能としている。

日常業務として、毎日各病棟をラウンドし人工呼吸器の稼動状況の確認やチェックリストを用いての人工呼吸器稼動中における設定値確認や動作異常の有無の確認を行っている。

また関連部署に対して機器の取り扱い説明や人工呼吸器に関連した種々の勉強会を積極的に行っている。

【結果】

①始業点検では、フローセンサー異常や回路リークをはじめとするトラブルの原因を発見することが可能になった。

②人工呼吸器使用中点検表を用いたチェックでは、担当医師、看護師と連携することにより、患者個々の現状に則した設定を速やかに行うことができた。

③人工呼吸器稼動状況については、ラウンド後、院内LANの掲示板に稼動状況を掲載し、全ての院内スタッフに情報提供を行うことができた。

④院内や各病棟で様々な勉強会や取り扱い説明会を行うことで、共通の知識をスタッフ全員で共有し、インシデントあるいはアクシデントの未然の防止に役立てることができた。

【まとめ】人工呼吸器の中央管理を開始して2年が経過して、人工呼吸器の管理方法や運用などは標準化されてきた。しかし、人工呼吸器に関連した物品やその他関連医療機器に対しての管理方法や運用体制をさらに充実させていく必要がある。また院内には人工呼吸器が5機種もあることから、今後は機種統一を図ることが医療安全の上で重要であると考えられる。

B-32 病理検査におけるTQM活動—正しい検体の取扱いを検査室から広めよう—

京都桂病院 検査科

○小山 賢、二宮 慶太、森村 麻衣、春日里 佳子、西口 晴美、岡村 恵美、長谷川 和彦、豊山 浩祥、安原 裕美子

【はじめに】病理検査における正しい検体の取扱いは、患者名の記入や臨床情報の記載を正しく行うことはもちろん、摘出された組織検体の正確な処理にまで至る。これまで当病院に於いて、しばしば不適切な検体取扱いがみられることがあり、患者間違いや誤診などの医療事故を招く可能性があった。そこで現在、我々は「正しい検体の取扱い」をテーマにTQM活動を行っており、その経過及び成果を報告する。

【方法】京都桂病院第二検査(病理・細菌)で活動。活動期間：平成21年6月23日～平成22年3月31日。メンバーは演者、共同演者以外にアドバイザーとして手術室看護師1名、外科系医師4名に参加して頂いた。テーマ設定以後、8月末までの約2ヶ月間は不備の調査や意識調査を実施し、原因の究明および対策を検討した。その後9月よりいくつかの改善策を実施しており、現在はその成果の確認と定着化を行っている。

【結果及びまとめ】当初は病理検査室に提出される検体の48.1%に何らかの不備がみられたが、活動の成果が表れ、11月末現在は不備率3.8%に激減している。正しい検体の取扱いは些細のことを含め様々だが、患者様には良い医療が、良い医療には正しい診断が、正しい診断には正しい検体の取扱いが重要である。今後さらに不備率ゼロを目指し活動を続けて行こうと思う。

B-33 医療機器の夜間貸出に対するリスク改善

市立福知山市民病院 診療技術科

○芦田 耕平、田中 貴章、友永 健介、深江 真由美、
近藤 綾、箱谷 諭、中村 晃己、内田 宏

【背景】

当院の医療機器管理は、病棟に定数配置している分散管理と、ME管理室で中央管理を行っている。定数配置台数以上に機器が必要になった時は、平日はSPD(院内物流システム)委託業者が、MEセンターの機器の選択と各機器に貼付してある貸出票の記入を行い依頼病棟へ運搬する。夜間や休日は、病棟スタッフがME管理室にてSPD業務を行うシステムになっている。また、ME管理室は貸出とメンテナンスを同室で行い、入口ブースで機器の貸出、中央ブースで点検を行う。貸出用の人工呼吸器を並列することでブースを分けていたが、中央ブースへの通路を遮るものはなかった。

【経緯】

平日の夜間、ME管理室において、貸出棚の貸出用の機器ではなく、点検台の「貸出不可」と記載された用紙を貼付している点検中の機器が病棟に貸し出された。

翌朝にCEが、点検台に「貸出不可」と記載された用紙の裏面に貸出先が記載されて置かれている事を発見した。発覚後、病棟に連絡し、機器は点検中である事、持ち出す場合は必ず貸出棚の機器を持っていく事と説明した。

【対策】

1) 貸出機器の表示が目立たない為、貸出棚に「貸出機器」と大きく表示した。

2) 人工呼吸器が数台並べられており、借用者が過剰な注意を払い、貸出棚に気付かず点検ブースに入ったと考えられた。夜間、休日は点検ブースへの通路にスクリーンを置き封鎖した。

3) スクリーンに機器の場所と方法を記載した案内板を掲示した。

【結果】

以上の対策を取った後は同様のインシデントは発生せず、対策は有用だったと思われる。

【結語】

ME管理室のレイアウトを変更し、よい効果を得ることが出来た。貸出方法が十分に周知されていないため、今後、医療安全研修会などで周知徹底を図っていきたいと考える。

B-34 当院検査科における安全対策について－患者急変時訓練を体験して－

宇治徳洲会病院 検査科

○江口 光徳、大谷 正伸、中村 美千代、近藤 和子、
森 雅浩

【はじめに】病院内ではいつ患者様が急変されるかわからない。今まで院内にて開催される1次救命処置講座は受講していても、実際の現場での訓練は行っていなかった。そのため昨年より検査科内の実際の現場で訓練を行うことにした。昨年は採血コーナー、本年は生理検査室にて患者急変時を想定し、医師、救急救命士の協力、指導のもと訓練を行った。

【内容】まず訓練を行うにあたり院内の発生という特殊性を考え、初期の対応確認、医師、看護師等に引き継ぐまでの動き、引き継ぐ時の申し送り、以上を踏まえて行った。採血コーナーでの訓練は採血中に意識消失、採血待ちの途中に心肺停止という2つの設定で行い、生理検査室では心電図検査中に激しい頭痛後意識消失、トレッドミル検査中に胸痛出現後心肺停止という設定で行った。各設定とも医師、救急救命士に指導を頂き職員役、患者役を交代しながら何度も繰り返し行った。

【まとめ】1次救命処置講座を受講していても、いざ目の前で急変された方がいると上手く動けなかったが、何度も繰り返し体験することで体が動くようになってきた。今回の訓練後に参加者アンケートを取ったが、検査科職員の意識向上に繋がったと示唆できた。今後検査科だけでなく病院全体の職員が意識付けを行い、患者様の安全を常に考えながら医療を行うより良い病院作りをしていきたいと思う。

B-35 IHE を利用した採血支援ロボシステムによる安全管理

京都第一赤十字病院 検査部

○三宅 雄一朗、大嶋 文子、野田 豊和、加藤 元一

当検査部では、平成21年7月に、A&T社の検査システムCLINILAN GL2とテクノメディカ社の採血管準備システムBCROBO787を中心に採血情報端末を含めた採血支援ロボシステムとをIHEによる接続を行い、患者様の採血時の安全管理に備えた。

当院の外来再診を受ける患者様は、まず、再診受付機による受付を行います。その後、採血室に來られた患者様は、採血室受付にて、オーダーリングされた検査内容を確認後、バーコードを印字された整理番号を受付にてもらいます。整理番号を発行後、BCロボはトレイ中にバーコード印字された採血管と採血指示書を発行します。トレイ中の採血指示中のバーコードを読ませると、整理番号がスピーカーにて呼び出され、ディスプレイにも整理番号が表示されます。整理番号の表示された採血コーナーに患者様が來られたら、先ほど渡しておいた整理番号を受けとり、バーコードにて第一の照合を行います。このとき、表示された患者情報を採血情報端末で確認します。患者情報には、アルコール不可やプソイドなどといった採血情報や、翼状針採血や手背採血などの情報を登録しておくことができます。また、待ち時間などの情報や採血担当者などの登録も行うことができます。さらに、採血時には、患者様に名前を名乗ってもらうことで患者様の最終確認を行っています。採血支援ロボシステムを取り入れたことにより、患者様の照合が確実に行われ、採血管の取り違いなどを確実に防ぐことができます。また、病棟支援としては、患者様ごとにパッケージ化された採血管を病棟に提供しています。

また、今回、検査システムとのデータ送信はIHEで行っており、オンラインテストなどの省力化が図れた。また、患者情報を採血情報端末で確認でき、患者様へ採血の安全性の環境を整えることができた。

B-36 京都府内の医療施設における放射線機器管理について

公立南丹病院 放射線科

○山根 稔教

我々診療放射線技師は、医療放射線機器を使用し日々検査を行っている。医療の安全面において、医療放射線機器の性能を担保する事と安全性を確保する事は、必須の項目であり、検査に携わる医療技術者としての重要な責務である。

平成19年4月の医療機器の保守点検の業務に関する医療法施行規則の改正以降に、各々の医療施設で医療放射線機器管理に対する様々な取り組みが行われている。今回、各医療施設での取り組みの現状を評価し、医療放射線機器の性能を担保し安全を確保する上での問題点や課題を明らかにするという目的でアンケート調査を行った。対象は、京都府放射線技師会の会員が所属する医療施設150施設とした。アンケートの内容は、各医療施設で医療機器安全管理が組織化しているか、放射線機器管理士が機器管理に関与しているか、定期点検の取り組みはどのように行われているか、日常点検の実施状況はどのようになっているかなどの項目である。このアンケート調査の結果を若干の考察を加えて報告する。