

O-12-38

救急対策小委員会活動の現状について

岡山赤十字病院 循環器科

○斎藤 博則¹、小林 浩之²、平井 淳子³、和田 浩則⁴、加藤 礼子⁵、片山 優子⁶、渡辺恵津子⁷、藤村 芳枝⁸、難波 純子⁹、宮田 薫¹⁰、鈴木 一弘¹¹、長崎 真子¹²

当院は救命救急センターを併設する500床の急性期病院である。救急患者の約10%が入院となっている。2006年より院内救急対策小委員会のもと、院内急変時対応システム（以下コードブルー）の運用を開始した。委員会の役割は1、コードブルー研修会の開催、2、救急カートおよびAEDの整備、3、事務職員および医療従事者向けの心肺蘇生講習会開催である。院内心停止例の分析・検証結果について院内ウツインデータを元に解析した結果、CPAの発見率は90%が看護師で、病棟での発生が90%であった。生存退院は30%以下であり、院内急変でもいったん心停止になった患者の予後不良である事が判明した。また心停止前に異常な臨床徴候の有無についても分析した結果、69%にバイタルサインなどに異常をみとめていたことがわかり、2011年までは心停止時への対応訓練等を行い、心停止事例に対する教育や啓蒙活動を主に行っていたが、2012年から看護師が急変の徴候を早期に察知し、重症化の回避に繋げることができるようになることを目指し、急変徴候に対するアセスメントに焦点を当てた研修やコードブルー事例の事後検証を開始した。その結果、コードブルー件数は増加しているがCPAの発生は低下しており、看護師による異常徴候へのアセスメント能力が向上している事が要因していると考えた。今回は急変徴候のアセスメントに焦点をあてた取り組みを報告する。

O-12-40

院内急変場面における検証用紙のみなおしをもとにした体制作り

鉋路赤十字病院 医療安全推進室¹、鉋路赤十字病院 内科²、鉋路赤十字病院 副院長³

○佐々木園子¹、三上 茂¹、倉重 論史¹、曾川 弘康¹、千田 泰健¹、古川 真²、坂井 清志³

【はじめに】当院では平成9年より急変対応としてコードブルー体制がスタートし、発動時には多くの職員が駆け付ける体制ができていた。しかし中心的役割を担う職員は限られ、物品が正しく使用できない等同じような課題が散見された。発動時には検証用紙が医療安全推進室に提出され検証しているが、提出者が限られ、必要な情報が得られず、個別の聞き取りに頼らざるを得なかった。そこで従来の検証用紙を見直し、よりスムーズな情報収集と急変場面での課題の改善に取り組んだ。【方法】検証用紙を蘇生に関与した職員が記載し易く課題が明確化できるようにした。発動部署でも蘇生場面での介入や応援者との連携の状況等を記載できるようにした。職種別に作成されていた様式を統一し、応援者の声やその内容を反映できるようにした。これらをMRM委員会等で検討及び周知を図った。課題から必要な研修を企画し、応援体制の役割を再周知する等改善に努めた。【結果】検証用紙は医師をはじめ、関与した職員からの提出が増加した。記載内容の充実により各職種からの意見が出ることで多角的に検証できるようになった。応援者の役割をより理解すると共に意識が高まり、蘇生場面での連携が改善され、同じような課題は見られなくなった。【おわりに】コードブルーの発生部署や背景は多岐に渡り、発動件数も増加傾向にある。研修や啓蒙等により課題は改善され職員の関心は以前より高まり、職種を越えて応援者間の連携もよりスムーズになった。今後は更なるレベルアップと蘇生場面での中心的役割を担う人材を多く育成することが望まれる。

O-12-42

事例の検証から対策の実施、効果の評価-手術室以外での安全な鎮静に向けて-

石巻赤十字病院 医療安全推進室¹、石巻赤十字病院 麻酔科²、石巻赤十字病院 消化器内科³、石巻赤十字病院 呼吸器外科⁴

○日野 恵子¹、阿部 清美¹、高橋 勝¹、岡田 吉史²、富永 現^{1,3}、植田 信策^{1,4}

消化器内視鏡検査時に、鎮静剤投与により過鎮静状態に陥り、蘇生処置を要した事例があった。これに対する医療安全推進室の取り組みを報告する。【目的】手術室以外での安全な鎮静を施行すること。【方法】過鎮静事例のRCAを行い、要因分析を行った。それぞれの要因に対する対策を実施し、効果を観察した。【結果】検証により、(1)鎮静時の呼吸状態を経皮的酸素飽和度で判断していたため、呼吸抑制の認知が遅れた、(2)患者の呼吸状態を観察しにくい体位があった、(3)異常時に対応する医師が臨席していなかった、(4)鎮静剤の投与量・方法が適切でなかったことが要因として現れた。これらへの対策は、(1)と(2)に対して、呼吸終末二酸化炭素分圧モニターによる呼吸抑制の早期検知を図った。(3)に対して、鎮静時は、内視鏡術者以外の医師が臨席し、患者の生体モニターの観察と記録を担当する看護師を配置することを定めた。さらに、(4)に対し、安全な鎮静に必要な知識と異常時への対処の習得、及びマニュアル遵守を図るために、麻酔科医による鎮静講習会を行い、鎮静を実施する医師に受講を義務づけた。これまでの3年間で医師76名(52.4%)、看護師474名(78.2%)が受講した。対策施行前後で、過鎮静により蘇生を要した年間件数は2件、及び0件であった。【考察】鎮静によるトラブルは患者モニタリング方法と実施する医療者の両方に原因があることがわかり、マニュアルの整備とともに、鎮静に関わる医療者すべてへの教育が必要と思われる。【結語】適切なモニタリング方法と人員配置、及び研修により安全な鎮静が図られると思われた。

O-12-39

当院での急変時対応への取り組み

静岡赤十字病院 救命救急センター病棟

○名倉やよい、大岩 孝子

医療安全全国共同行動の目標「急変時の迅速対応」を実践するために、2013年に急変時作業部会を立ち上げた。作業部会では、救急カートの整備、急変時の記録用紙の作成、急変時対応マニュアルの見直し等を行った。また、それまで全職員対象に救急科医師と有志の看護師がインストラクターとなり、心肺蘇生法の基礎的実技を学ぶためのBLS・AED講習会を毎月実施していたが、さらに臨床に近づけるため、病棟単位での急変時シミュレーション教育を開始した。このシミュレーションでは、実践により近い状況を設定し、実際に経験した症例をもとに急変時の対応を学べるように工夫している。積極的に各病棟看護師が急変時対応に関わるために、担当者を選定した。担当者の役割は1)BLS・AED講習会のインストラクター、2)急変時の振り返りの中心となる、3)急変時シミュレーションの企画・実施とした。担当者がこれらの役割を担えるように体制作りを行った。これまでの活動を振り返り、今後の課題を明確にしている。

O-12-41

事例検討によって立案された改善策の実施継続状況の検討

姫路赤十字病院 医療安全推進室

○山下 明美、和仁 洋治、小川 隆義、三木 幸代

【はじめに】当院では、週1回、医療安全推進室多職種14名で出来事報告の事例検討を行っており、事例検討で立案された対策を現場に選んでいるが、その後の検討が十分できていない。今回我々は、対策案の採用可否と実施継続に及ぼす要因について検討した。【方法】対象：2015年4月～2017年3月までに医療安全推進室で検討した160事例1.表題別件数(表題別項目総数:20)、2.対策案の採用件数、3.対策案の採用可否・継続に及ぼす要因、の3点について検討した。【結果】1.検討事例の表題別項目数は16、検査22件、治療・処置20件、注射・点滴19件、医療機器の使用・管理18件、ドレーン・チューブの使用・管理12件、転倒10件、他であった。2.採用件数、総件数57件、その内訳は、検査9件、治療・処置8件、医療機器の使用・管理8件、内服5件、ライン管理5件、物品管理・施設・設備5件、等であった。3.対策案の採用可否に及ぼす要因として、患者への影響度大、物品や手順の整備が主なもの、担当者のみで改善可、等は採用されやすい傾向にあった。一方、スタッフの行動変容が必要、職種や部門を超えて連携が必要なもの、長年習慣化されている手順の変更が必要な改善案、等は採用されにくい傾向があった。【考察】取り上げた検討事例の表題別件数について大きな偏りはなかった。一旦採用された対策は中断なく継続されていた。対策案が不採用となる要因を含む場合は、採用に向けての対策案の工夫と継続的な働きかけが必要である。

O-12-43

急性期病院におけるミールラウンドの結果と考察

旭川赤十字病院 脳神経外科

○田中 亮一、長瀬 まり、難波 志奈、田端 五月、平岡 康子

【はじめに】A病院は急性期病院であり脳血管疾患等で入院時から摂食嚥下障害を有する患者が多い。安全を配慮しながら経口摂取は開始されるが、年間数例の誤嚥・窒息事例に遭遇する。実際の食事場面の観察から誤嚥・窒息のリスク要因をアセスメントし介入する必要があると考えミールラウンドを開始した。【目的】経口摂取患者のリスク要因と対策を見出したので報告する。【目的】ミールラウンドを行い誤嚥・窒息のリスク要因をアセスメントし介入方法を検討する。【方法】摂食・嚥下障害看護認定看護師、管理栄養士、言語聴覚士(以下、S.T)の3名で昼食時に病棟ラウンドを行った。ラウンド対象者は嚥下調整食摂取患者とし、現状(食べ方・食べさせ方、姿勢、食事形態など)の観察と介入方法の検討を行った。期間は平成29年3月～4月であった。5つの病棟をラウンドした。【結果】ラウンドを行った5病棟の対象者総数は25名であり、そのうち13名(52%)に介入が必要であった。介入内容は、食事形態の変更6件、S.T介入4件、養分調整4件、低栄養4件であり、これらが誤嚥・窒息のリスク要因と考えられた。病棟看護師の協力を得ながらラウンドを行い、結果を伝達するだけでなく介入理由を説明するなど現場にフィードバックした。【考察】当院では食事による誤嚥・窒息を起さないように摂食嚥下機能を勘案したフローチャートが用いられている。フローチャートは摂食嚥下障害の振る舞い分けにある程度有効であるが、軽度の摂食嚥下機能の低下を捉えることは難しい。ミールラウンドを継続的に行うことは、安全な経口摂取の維持に必要であると考えられる。