

0-9-27

東京オリンピックに先駆けファーストエイドプロバイダーの育成

日本赤十字社 本社 救護・福祉部 健康安全課

○清田 敏恵、仙波希予志

「JRC蘇生ガイドライン2015」に新たに“ファーストエイド”の章が設けられ、「国際赤十字・赤新月社連盟の国際ファーストエイドガイドライン2016」にも、これまでわが国で“応急手当”としていた範囲を大きく超える機器や薬を使う医療的行為なども含まれているため、専門の医師からなる赤十字救急法研究委員会において、わが国の状況に応じて入れるべきか否か精査し、平成29年度赤十字救急法講師研究会で救急法教本の改訂を行った。また、総務省消防庁の消防防災科学技術研究推進制度における研究班のファーストエイドの標準教育プログラムの検討会議と連携を図りながら、ガイドラインの中で、「訓練を行えば市民が行ってもよい」と言われている項目について取り入れることとし、わが国では法律的に難しいとされるものについては踏み込まないという姿勢を前提に、赤十字救急法講習をファーストエイドプロバイダーとすることになった。市民にもこれまでの骨折やけがなどの手当のみならず、脳卒中の早期認識や低血糖などの病気の対応も指導したり、出血に対する手当として、直接圧迫を実施しても、生命に関わる四肢の外出血がコントロールできない場合、または実施できない場合においては、止血帯（ターネケット）の使用を指導することにした。赤十字救急法教本は、赤十字救急法のノウハウを活かしつつ、最新のガイドラインや指針のエビデンスを反映した教本を見直しており、平成31年4月から全国一斉開始予定である。今後、2020年のオリンピック・パラリンピックや多数集客施設、スポーツイベント等のマスコギャザリング等の現場に、市民が現場で実施するファーストエイドへの期待も高まる中、赤十字救急法講習がどう変わるか、その概要と講師の反応を報告する。

0-12-19

CT検査における造影剤漏れ対策の取り組み

大津赤十字病院 放射線科

○三浦 康平、澤 龍貴、山元 卓、沢尾 誠、武田 宣明

【はじめに】 造影剤漏れは患者様への身体的及び心理的ダメージだけでなく、手技に携わった医療従事者にも心理的ダメージを与える。今回CT検査における造影剤漏れ対策についての取り組みを報告する。【目的】 造影剤漏れによる患者様への影響を最小限にする為、血管外漏れ及び造影剤用耐圧チューブと静脈留置針の接続部不良による体外漏れを減らす。【実施内容】 医療安全推進室と共に、医師および研修医に対して平成29年3月に以下の2の講習を、平成29年8月、9月には研修医に対して1、2を実施した。1.静脈留置針での穿刺法の実技講習2.造影剤用耐圧チューブと静脈留置針の接続部外れ防止の増し締めについてCT透視を使用した造影検査においては、途中停止が困難なため体外漏れが起きたときに患者様の衣服を汚染する。改善策として穿刺部位に吸水シートを巻き、汚染低減に取り組んだ。【検証方法】 平成28年1月から平成30年4月までに発生した造影剤漏れについて、造影剤の注入量、漏れた箇所、漏れ量、状況について調査した。検討方法は講習会前後での造影剤漏れの1ヶ月あたりの平均件数と一件当たりの平均漏れ量を調べた。【結果】 3月の増し締め講習前後での造影剤の体外漏れについては、件数にあまり変化がなかった。吸水シートを巻くようになってからは、衣服汚れは0件となった。また8月、9月の講習会では4〜8月の月平均6件だったのが、講習会後の9〜3月では月平均3件と減少した。【考察】 3月の増し締め講習では、対外漏れの発生頻度が下がらなかった。これは講習を受けていない研修医が4月から注射を担当したためと考える。8月、9月の講習会後の皮下漏れ、体外漏れで件数が減ったのは、実技の講習と造影剤漏れに対する意識が高まった為と思われる。

0-12-21

血液透析施行時の貼用局所麻酔薬貼り間違いへの取り組み

大阪赤十字病院 医療技術部臨床工学技術課¹⁾、腎臓内科²⁾、看護部³⁾

○白井 勇希¹⁾、本多 真弓³⁾、中條 聡¹⁾、又曾 建八¹⁾、徳野 雅彦¹⁾、坪田 卓也¹⁾、盛元 晴美³⁾、松本 充世³⁾、石原 健志¹⁾、松原 広恵³⁾、西岡 敬祐²⁾

【目的】 血液透析における穿刺痛の軽減には貼用局所麻酔薬の使用が一般的である。当院の血液浄化センターでも貼用局所麻酔薬を使用しているが、貼り間違いにより患者に本来軽減されるべき疼痛・苦痛を与えている現状があった。そこでTQM活動として多職種協働チームを結成し、この問題に取り組み、患者の苦痛を軽減、質の高い透析医療の提供を目的とした。

【現状把握】 2017年8月、1か月間の貼り間違い件数のカウントと病棟看護師100名にアンケート調査を実施。貼り間違い件数は15件、約7割の看護師が貼用場所を悩んだことがあると回答。

【対策の立案・実施】 要因を分析し、対策を立案。その中から「バスキュラーアクセス管理用紙の手書きから写真への変更」と「情報の紙運用から電子カルテ運用への変更」に対し取り組みを開始。9月よりシャント穿刺部をデジタルカメラで撮影。写真を電子カルテの画像システムに取り込み、貼用場所だけでなく管理情報も併せて掲載した「バスキュラーアクセス管理用紙」を作成。10月の試験運用後、11月より院内全体での運用を開始。対策前後の貼用局所麻酔薬の貼り間違い件数を比較し効果判定を行った。なお、その目的および倫理的配慮については説明し同意を得て行った。

【効果・定着化】 貼り間違い件数は、15件/月(4.87%)から、対策後の12月では1件/月(0.31%)に減少。今回の取り組みは患者に与える苦痛の軽減に効果があった。管理用紙の作成、運用方法はマニュアル化し、周知・教育を徹底、定着化。

【今後の課題】 今後は管理用紙の利用拡大と、地域完結型医療の中核を担う急性期病棟の役割として地域クリニックへの情報提供に有効活用できると考える。

0-12-18

誤嚥・窒息危険性判断表の運用を開始して

福井赤十字病院 看護部¹⁾、リハビリテーション科²⁾、栄養課³⁾、耳鼻咽喉科⁴⁾、医療安全推進室⁵⁾

○板岡 利恵¹⁾、須長 寛⁴⁾、岩佐 茂美²⁾、矢部 信明²⁾、加藤みえ子³⁾、橋本 真弓¹⁾、布谷喜代美¹⁾、中野 敦子¹⁾、西郡 知代¹⁾、小畑日出美¹⁾、高野誠一郎⁵⁾、小松 和人⁵⁾

1. はじめに食事中の窒息事例を経験し、その事案を検証した結果、当院では入院時に患者の基礎疾患や誤嚥・窒息の危険性についてのアセスメントが十分にできていないことが明らかになった。そこで、入院時から誤嚥・窒息の危険性を把握できるように「誤嚥・窒息危険性判断表」を作成し2017年11月より運用を開始した。2. 実践基礎疾患や現病歴から誤嚥・窒息の危険性を把握することを目的として入院当日に記載する独自の「誤嚥・窒息危険性判断表」を複数回の検証を経て作成した。本表は「既往歴・現病歴」「意識レベル」「摂食状況」「寝たきり度」「唾液誤嚥の有無」の5つのカテゴリーで構成され、結果はA〜D判定に分類した。A判定は食事セッティングを行うのみ、B判定は入院後初回の食事場面観察後に追加の評価を実施、C・D判定はSTへの摂食機能療法依頼とし、D判定の場合は絶飲絶食とした。3. 結果および考察 2017年11月〜2018年3月の入院患者5046名のうちA判定3409名、B判定700名、C判定335名、D判定16名であった。入院時に記載する「誤嚥・窒息危険性判断表」の記載率は4703名(93.2%)であった。「誤嚥・窒息危険性判断表」の導入により入院時点での誤嚥・窒息の危険性がある患者の把握が可能となり、STや耳鼻科医師による専門的な嚥下機能評価や治療が行える体制となった。課題としてB判定後に食事場面の観察をして記載するべき評価表の記載率は386名(55.1%)にとどまっていたこと、入院後も継続して食事場面の誤嚥・窒息の危険性を把握するために「誤嚥・窒息危険性判断表」の運用方法を見直すことが挙げられた。

0-12-20

医療の質・安全の向上として、造影剤アナフィラキシー発症時の対策

大分赤十字病院 放射線科¹⁾、大分赤十字病院 救急総合診療科²⁾

○平岡 徹¹⁾、戸口 豊宏¹⁾、高木 一¹⁾、高橋 健²⁾

【目的】 医療の質・安全の向上として、様々な活動報告がある。当院でも、放射線科のスタッフの多くが携わる業務の質・安全の向上として、CT検査での造影剤アナフィラキシー発症時の対策を構築する。【方法】 アナフィラキシー事例に基づいて、シミュレーション訓練を実施。終了後、振り返りを行った。参加者は、放射線科の医師・看護師・診療放射線技師・救急総合診療科の医師とした。【結果】 課題として、投薬の適応・時期・各々の役割等が挙がった。【考察】 今回の訓練により、造影検査を行う技師及び看護師は、初期徴候に気づき、医師へ報告し、応急処置に必要な薬剤や物品の準備をする。医師・看護師は処置を行うとした。アナフィラキシーは短時間で重症化する可能性もあり、各々の役割を迅速に行う必要がある。【結論】 造影剤アナフィラキシー発症時の対策を構築した。このような訓練の実施や参加を行い、医療の質・安全の向上を図る。

0-12-22

当院でのクロストリジウム・ディフィシル感染症の治療適正調査

広島赤十字・原爆病院 薬剤部¹⁾、広島赤十字・原爆病院 検査部²⁾、

広島赤十字・原爆病院 消化器内科³⁾、広島赤十字・原爆病院 外科部⁴⁾

○岡富 大輔¹⁾、山西 紀子¹⁾、宅江 良隼¹⁾、芝 美代子²⁾、谷口 雅敏¹⁾、岡信 秀治³⁾、辻 恵二³⁾、松田 裕之⁴⁾

【目的】 クロストリジウム・ディフィシル感染症(CDI)は、医療機関において抗菌薬投与後などにみられる感染性の腸疾患である。当院では治療マニュアルを作成しており、メトロニダゾール(MNZ)とバンコマイシン(VCM)の内服で抗菌治療が行われる。今回、治療がマニュアルに沿って行われているか調査したので報告する。

【方法】 対象患者は2016年と2017年でCDトキシゲン陽性で抗菌治療が行われた患者とする。初発の61症例での治療薬選択の適正、治療期間の適正、投与量の適正の3点について、院内マニュアル遵守状況を評価する。CDIの重症度分類はZararの定義で行い、治療薬は軽中等症でMNZ、重症例はVCM選択で適正、治療期間は10日間以上継続で適正とした。投与量は、VCMが1回125mgの1日4回で適正、MNZは日本腎臓病学会CKD診療ガイド2013に記載されている投与量に従って適性を判断した。

【結果】 治療薬は、軽中等症は90.0%が適正に選択されていた一方で、重症は22.2%のみが適正に選択されており、全体では57.9%の適正率だった。治療期間は、55症例中50症例で10日間以上の投与が行われており、90.9%の適正率だった。投与量はMNZで60.4%が適正、VCMで44.4%が適正だった。

【考察】 治療期間は多くの症例で十分な投与期間が確保されていた一方で、投与量は全体の4割が不適正だった。また、治療薬選択がMNZに偏っており、重症でVCMが選択されていない状況が明らかとなった。重症例ではVCMはMNZよりも有用性が勝ることが報告されており、院内マニュアルの広報や個別の症例での適正使用推進が必要と考えた。