O-10-12

当院におけるチーム医療「ぐだぐだカンファ、だらだら回診をやめよう！」

長浜赤十字病院　集中治療科

○長門（ながと）　優（まさる）、中村　誠昌、白川　努、児玉　憲一、塩見　尚礼、楠井　隆

当院ICUにおけるチーム医療の取り組みについて述べる。集中治療の対象となる患者は、多種多様の重症疾患に加え、中枢神経系、心機能、呼吸機能、腎機能、代謝機能など様々な臓器障害が存在する。医学的な問題以外にも、家庭的、社会的な事情など多種多様な問題が併存し、医師や看護師個人の力では解決できないことが少なくない。このような高度で複雑な問題に対応するためには、様々なメディカルスタッフの専門的知識及び技術を活用し、各職種の連携により医療の質を高める必要がある。また、チーム医療には教育的な意義も有する。それぞれの専門家がお互いの引き出しから様々なアプローチを提案する場であり、自分の職種とは違った視点を持って包括的な医療を学べる貴重な機会となり得る。当院では、2014年に救急ICU病棟入院患者を治療対象として、多職種（医師、看護師、臨床工学士、検査技師、薬剤師、理学療法士、栄養士、ソーシャルワーカー）が参加する集中治療チームを形成した。1年目研修医がプレゼンテーションを、2年目研修医がファシリテーションを担当する多職種カンファレンスならびにベッドサイド回診を行い、医療の質の向上と研修医教育の充実を図った。・・・が、あまり思惑通りにはいかなかった。主治医に対する遠慮からか各職種からの治療に対する意見は少なく、ベッドサイドでは指導医－研修医間での指導が行われている傍らで、参加できない各職種が呆然と立ち尽くすのみであり、決して有意義とはいえない状況であった。そのような状況に陥る原因と改善すべき点について考察し、実際に行った取り組みについて報告する。

O-10-13

救急外来における集団感染症対応 ～多職種訓練から問題点を明らかにする～

三原赤十字病院　看護部[1)]、三原赤十字病院　医事課[2)]、
三原赤十字病院　診療放射線科[3)]、三原赤十字病院　院内感染対策チーム[4)]、
岡山赤十字病院　外科[5)]

○中村（なかむら）　明世（あきよ）[1,4)]、栗本　和佳[1)]、奥友　里恵[1,4)]、大久保幸枝[1)]、三好みつる[1)]、高橋　香織[1)]、佐藤　恵子[1)]、天野　祐司[2)]、高畠　良憲[2,4)]、廣瀬　芙未[2)]、岡田　秀美[3,4)]、竹原　清人[5)]

【背景・目的】救急外来における感染症の交差感染リスクを考慮し，救急外来における集団感染症の対応について院内感染対策マニュアルの整備を行った。その後，事例をもとに多職種で集団感染症の受け入れ訓練を行い，問題と課題を明らかにしたので報告する。【対象・方法】訓練内容紹介：201X年2月平日日中電話連絡なしに，近隣A高校 野球部員が嘔吐下痢症で10名直接当院に受診，来院から帰宅までの一連の流れを確認する。評価・課題の明確化：院内感染対策マニュアル『救急外来　集団感染症』をもとにチェックリストを作成し，評価をする。その後，訓練参加者と訓練に関する問題点を明らかにする。【結果・考察】1. 容態によって患者が名前を名乗ることが難しい場面が見受けられた。患者間違いがないよう同時期に集団受け入れをする場合は，医療安全の側面からリストバンド活用が必要だった。2. 誘導～診察まで医師1名看護師3名対応は困難だった。トイレ誘導，急変を想定した，支援者の取り決めをする必要があった。3. 会計については患者がいる場所に職員が来る対応としたが，個別対応となるため医療者と事務連携がスムーズにいかなかった。一時金預かりなど通常とは異なる取り決めをする必要があった。今回明らかになった事について，マニュアルに追加・修正して行い今後も，多職種で集団感染症の受け入れ訓練していきたい。

O-10-14

チームバリケードで取り組む医療関連感染予防の低減

石巻赤十字病院　感染管理室[1)]、石巻赤十字病院　看護部[2)]

○松本（まつもと）　亜紀（あき）[1)]、長谷川美絵[2)]、西條　美恵[2)]

【はじめに】感染対策チーム（以下、ICTと略す）では手術部位感染（SSI）、人工呼吸器関連肺炎（VAP）、中心ライン関連血流感染（CLABSI）、尿道留置カテーテル関連尿路感染（CAUTI）の各種サーベイランスを行っている。医療関連感染の低減を目的とした多職種チームによる取り組みとその成果を報告する。【取り組みと結果】2017年度より感染予防推進チームを結成した。本チームはICT所属の医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師、事務職員の他に、プロセスの構築と改善、アウトカムデータの共有を目的に集中ケアや手術看護などの関連分野認定看護師や情報システム担当者を加えて構成される。プロセスの構築、プロセス及びアウトカムデータについて四半期毎と年度末に分析・評価し、抽出された課題に対し、他の多職種チームのメンバーを加えてデータのフィードバックや症例検討を行い、ケアバンドル遵守状況評価、マニュアル改訂や物品の変更、研修会開催などの改善活動に取り組んだ。その結果、SSI発生率は消化器外科腹腔鏡手術で4%から2%へ減少、VAP発生率は0.20‰から0.53‰と増加したがデバイス使用比は0.14から0.11と減少、CLABSIは0.42‰から0.08‰、デバイス使用比は0.36から0.23と減少、CAUTIは発生率1.19‰から1.82‰、デバイス使用比は0.71から0.68と増加した。【おわりに】多職種チームはそれぞれ組織横断的に活動しているが、その専門性もありチーム間の連携に乏しい面があった。また、限られた人的資源下では複数のチームを兼任し担当している職種も少なくない。組織の状況に合わせそれぞれの役割を見出し、アウトカムを共有しながら共に改善策を見出す取り組みを続けることは医療関連感染を低減するバリケードを構築する仕組みとして活用できる。

O-10-15

内科病棟で発生した多剤耐性緑膿菌（MDRP）によるアウトブレイクの経験

広島赤十字・原爆病院　感染制御チーム

○山水有紀子（やまみずゆきこ）、山本　浩之、岡冨　大輔、山西　紀子、高岡　俊介、芝　美代子、明見　能成、松田　裕之

【はじめに】多剤耐性緑膿菌（multi drug-resistant *Pseudomonas aeruginosa*；MDRP）は，湿潤した環境に定着しやすいうえ，接触感染するため人の手や環境を介して伝播する．当院では2016年9月から2017年2月に内科病棟において8件のMDRPの新規検出があった．また同時期にこの病棟の水系の環境表面からもMDRPが検出された．この期間に伝播防止のために講じた対策について報告する．【方法】2016年9月のMDRP新規検出直後から手指衛生および接触予防策等の対策を実施した．対策は患者に関わる全ての職員が実施できるよう共通のツールで情報を共有し，遵守状況は感染制御チーム（ICT）がラウンドで確認した。検出された検体は尿と便であったため，尿や便の飛散防止のための対策の実施や尿器の洗浄・消毒方法の見直しも行った．また，病棟の水周りの清掃と消毒を徹底するとともに定期的な環境調査も行った．【結果と考察】8件の検出は尿4件，便4件であり，8件全てがメタロ-β-ラクタマーゼ（MBL）を産生していた．同時期に水回りから検出されたMDRPもMBLを産生し，POT法およびパルスフィールドゲル電気泳動法（PFGE）で患者由来のMDRPと一致していることがわかった．水回りでは継続してMDRPが検出されるため，シンクの交換および配管の洗浄等を行った．2017年2月以降同病棟での新規検出はなく，5月をもって一旦終息とした．【結論】耐性菌対策は初動を速やかに行い，ICTと現場が連携して必要な対策を徹底して行うことで，院内への蔓延を防止することが重要である．さらにMDRPは水系の環境に定着しやすいため，水回りの清潔保持と定期的な環境調査によるスクリーニングも蔓延防止のためには必要である．

O-10-16

血液内科病棟におけるがん栄養指導件数増加に向けての取り組み

姫路赤十字病院　看護部[1)]、姫路赤十字病院　栄養課[2)]

○北山（きたやま）　善浩（よしひろ）[1)]、藤井　育枝[1)]、石原梨絵子[2)]、高田　彩香[1)]、三木　幸代[1)]

近年、質が高く安全で安心な医療が求められ、多職種がお互いに協働し患者の状態に的確に対応した医療を提供する「チーム医療の実践」が重要となっている。当院では2006年よりクリニカルマイクロシステムを取り入れ、多職種で業務改善に取り組んでいる。当部署では2016年に化学療法を受ける患者の欠食数が多いことに着目し、その低減を目標に栄養課と協働して改善活動を行った。その結果、「レスキュー食」という新しい食種を作成し患者に提供を行い欠食数の低減ができた。化学療法を受ける患者にとって、嘔吐や口内炎、味覚障害が出現し栄養状態が悪化することはADLの低下、易感染状態となり不利益になることが多く、入院日数の増加にも繋がる。化学療法を受ける患者の食事摂取量が低下した場合、栄養相談という形で管理栄養士が介入していたが、食事摂取量が低下する前に、事前に食思低下時の相談窓口を知り、食べられなくなる前に食事内容を調整できれば、食事摂取量を維持し栄養状態よく治療を受けることが出来るのではないかと考えた。そこで、がん栄養指導を治療前に行うことができていなかった要因分析を行い問題抽出した。医療者のがん栄養指導に関する知識がないこと、患者ががん栄養指導のメリットを知らないこと、患者の把握など運用が明確でないことを問題として、それぞれの問題に対して再度栄養課と協働し改善活動を行った。その結果、有形効果としてがん栄養指導件数が増加した。無形効果としては医療スタッフのがん栄養指導に関する意識が向上し、がん栄養指導を受けた患者からは「今後の食事設計ができた」「食欲不振出現時に自らレスキュー食に変えてほしい」などの申し出もあり良い成果を生むことができたため、その取り組みを報告する。

O-10-17

血液透析の体重管理の向上をチーム医療で目指す

足利赤十字病院　透析センター[1)]、栄養課[2)]、薬剤部[3)]、医師[4)]

○二戸久美子（にとくみこ）[1)]、入江　光世[2)]、栗原加奈子[1)]、寺澤　恵里[3)]、仁平　良子[2)]、北間　幸恵[1)]、勅使河原由江[1)]、平野　景太[4)]、小松本　悟[4)]

【背景】週初めの体重増加をドライウェイト（以後DWとする）に比したパーセンテージ（%）で算出し、血液透析患者の生命予後との関連を評価すると、3%～6%程度の増加率が最も予後良好と言われている。逆に表現すれば、3%未満は低栄養・フレイル、6%以上は心負荷等の影響で悪い予後と関連する。しかしながら、このことを意識してチーム医療で介入するための確立した生活指導法はない。【目的】当院独自に体重管理の生活指導手順を定め、スタッフ間で共有し、外来透析患者を対象に毎回の透析時に指導を施行することで、体重増加がDWの3%～6%未満の割合（遵守率）が向上するか検討する。【方法】毎透析時に体重管理用紙を用いてDWと体重増加率を患者と一緒に確認する。透析や病識に誤った認識がある場合はその都度修正していく。6%以上の患者は増えた理由を一緒に考え記録に残し、6%以上が続く時には飲水チェックや医師や管理栄養士と一緒に介入する。3%未満の患者には尿量や消化器症状や食事を抜いていないか飲水量に問題はないか観察し、透析後のアルブミンや食事内容に問題がある患者については管理栄養士が低栄養アセスメントを実施する。定期的な多職種でカンファレンスを実施する。【結果】DWからの体重増加率を2017年と2018年の平均で比較した結果、3%～6%未満の遵守率の患者は56.5%から61.3%に増加した。【まとめ】遵守率の高い患者を増やすには多職種が患者に関わり、体重コントロール・生活指導・食事指導・病識・透析に関する知識等を密に確認し、スタッフ間で結果を共有することが必要である。その点では、当院の血液透析患者に対する生活指導法は適切な体重管理に寄与していることが確認された。