

## P-6-17

### 北海道胆振東部地震を教訓とした救護班事前研修の見直しについて

北見赤十字病院 事務部 事業課<sup>1)</sup>、事務部<sup>2)</sup>

○小<sup>こ</sup>林<sup>のぶ</sup> 泰<sup>しん</sup><sup>1)</sup>、伊藤 九雄<sup>1)</sup>、上野 和久<sup>2)</sup>

【はじめに】当院では年に一度、常備救護班を対象とした研修会を実施している。研修会の内容については例年同じ内容であったが、北海道胆振東部地震にて実際に派遣された救護班が被災地で行った活動内容から、研修内容見直しの必要性を感じ、この度研修カリキュラムの変更を行った。

【派遣時の活動内容】当院救護班の派遣時の活動としては、巡回診療、避難所アセスメント、本部業務、救護所診療等が挙げられる。その中で当時全道の救護班が非常に多く参加していた9月8日から11日まで災害医療コーディネータと共に本部活動を行った救護班については帰病後、本部訓練の重要性について多く話していた。

【研修の見直し】○従来の研修では、トリアージの学科・実技・実動訓練にかかる時間が非常に多く占めていた為、トリアージ実動訓練の時間をアセスメントシートを利用して避難所アセスメントの実動訓練に変更し、規律訓練・日赤無線の使用等、総合的な実技演習として設けた。

○本部実習としては、衛星携帯電話・日赤無線の使用法だけではなく、クロノロジー(chronology)の学科・実技及びEMIS(広域災害・救急医療情報システム)についての学科を行い、本部の初動・立ち上げについてイメージできるようにした。

○救護班員は赤十字救急救急員養成講習の受講を必須とし、従来のカリキュラムにあった救急法(きずの手当・骨折の手当・搬送)科目にかかる時間を減らし、他の科目についての時間を配分することで、他の研修内容の充実を図った。

【今後】研修終了後には参加者にアンケートを実施し、毎年講習内容を検討・修正等を行っていきたくと考えている。また、本研修で培った知識と技術を院内における災害訓練に実践できるような場を提供していきたいと考えている。

## P-6-19

### 電子カルテDWH機能を活用した末梢静脈カテーテルサーベイランスの試み

旭川赤十字病院 感染管理室

○市川<sup>いちかわ</sup>ゆかり、斎藤 桂子、三浦麻衣子、逸見 幸子、宮崎 寛康、橋爪 美樹、平岡 康子、堀田 裕

目的：臨床現場において末梢静脈カテーテルは、使用頻度が高い侵襲の手技であり、その合併症として静脈炎やカテーテル関連血流感染がある。しかし、使用頻度が高いが、臨床的に必要に応じて容易にカテーテルを抜去できる事、加えて中心ラインと比較し、カテーテル関連の血流感染の発生が低いことから、サーベイランスの対象としてこなかった。そこで今回末梢静脈カテーテルに関する現状を明らかにするため、富士通電子カルテEGMAIN-GX Ver07のDWH機能(以下DWH機能)を活用し末梢静脈カテーテルサーベイランスを実施し課題を得たので報告する。方法：期間は平成31年1月1日～1月31日、対象は全12病棟の末梢静脈カテーテル留置患者である。DWH機能を使用し、経過表の中の観察項目、輸液、検査履歴からデータを抽出し集計する。抽出されたデータで判断ができない場合は記録を確認する。調査項目は留置日数、BSI件数・発生率、抜去理由である。BSIの疾患定義はNHSNの中心ライン関連血流感染判定基準のLCBIとした。結果・考察：解析対象数は1064本であった。1本のカテーテルの留置日数の最大は19日で、平均3.5日であった。抜去理由は目的終了772件、次いで腫脹89件、発赤65件で、BSIは0件であった。DWH機能を活用してサーベイランスを現状把握ができた。しかし、期間が長くなることとDWH機能を活用しても解析作業が膨大になり、年間をとおしての実施は難しいことがわかった。末梢静脈カテーテルの質の保障を考える上ではサーベイランスは重要であるため、期間を限定する方法で、感染管理プログラムに組み込むことを検討したい。

## P-6-21

### SCUにおけるカテーテル関連尿路感染(CAUTI)減少に向けた部署の取り組み

旭川赤十字病院 SCU病棟

○山田<sup>やまだ</sup> 弘美、宮崎 寛康、市川ゆかり、平岡 康子

＜はじめに＞急性期脳卒中看護を主としたSCUにおいて、カテーテル関連尿路感染減少に向けた取り組みをサーベイランス結果から評価した。＜定義と診断＞CAUTIの定義は、JANIS(厚生労働省院内感染対策サーベイランス)に準じた。データ収集はICNが行い、確定診断は脳神経外科・脳神経内科医師が行った。＜部署の取り組み＞部署配属の感染管理認定看護師とリンクナース、係活動を中心に、1. 尿道カテーテル挿入・留置中の適切な管理、2. 排尿自立指導料算定開始によるケアチーム介入(2016年10月より)、3. 間欠的カテーテル(導尿)のプロセスサーベイランスを実施、結果をフィードバックし適切な実施に向け教育・指導した。＜評価方法＞1. 2009年度～2018年度(10年間)にA病院SCU病棟入院患者のCAUTIを調査した。2. 2018年度CAUTI結果は、日本看護協会DINQLベンチマークを用いて比較した。3. 2018年度SCUにおける間欠的カテーテル実施件数を調査した。＜結果＞サーベイランス結果は、感染率2009年～2017年平均6.16%に対し2018年度3.4%大きく減少した。カテーテル使用比は、2009年～2017年平均0.30%に対し2018年度0.18%減少した。2018年度SCUにおける間欠的カテーテル実施患者数は、1487件であり月平均123.9件であった。＜考察＞尿道カテーテル管理の適切な日常ケアに加えて、排尿自立に向けたケアチーム介入と間欠的カテーテル管理の教育・評価は、CAUTI減少に効果的であった。カテーテル留置は必要な期間のみとし、適切な場合に限りカテーテルを留置することが感染リスクの減少と積極的リハビリ機会と捉えることが部署の組織文化に浸透し、カテーテル使用比と感染率の低下につながった。

## P-6-18

### 国内麻疹流行期を契機とした感染管理室の取り組み～病院職員(委託業者も含む)の抗体検査把握とワクチン接種の推奨～

芳賀赤十字病院 感染管理室

○金澤<sup>かなざわ</sup> 靖子、吉川 圭子、古谷 匡、関澤 真人、佐藤 寛文、安田 是和

2015年日本はWHOの定める基準をクリアし麻疹排除認定をうけたが、海外輸入による麻疹患者が報告されている。2018年3月下旬からの国内麻疹流行を受けどのように対策していくか当院で課題があげられた。その取り組みについて報告する。2008年から入職者に4種ウイルス(麻疹、風疹、水痘帯状疱疹、ムンプス)抗体価提出と、基準を満たさない職員へワクチン接種の推奨を開始し把握してきた。しかし、それ以前の入職者は不明であった。抗体価不明者に対して麻疹のみならず4種ウイルス抗体検査を提案し、院長に交渉・承諾を得た。検査対象者は2008年以前入職者、医師及び未実施者の266人と委託職員135人全員の計401人であった。判断基準は日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン」を用いた。基準を満たさない者は麻疹200人、風疹62人、ムンプス205人、水痘帯状疱疹19人であった。結果は個人に返却し、基準を満たさない職員にワクチン接種を推奨し、ワクチン接種希望者に接種ができる体制を計画した。国内流行によるワクチン不足もあり、第1回目は麻疹定期接種がなかった世代と医師を第一優先とした。第2回目は、1回定期接種世代と2回接種世代を対象とし、他ウイルスに対する予防接種も計画実施した。今回、抗体価検査の実施と希望者のワクチン接種を行うことで、医療機関という集団での免疫を高めることに近づけたと考える。今後も抗体価の把握と基準を満たしていない職員に対してワクチン接種を推奨し、医療従事者と患者双方を守る対策を実施していきたい。

## P-6-20

### 社会的ハイリスク患者対応マニュアルの作成 第2報

山口赤十字病院 看護部

○杉山<sup>すぎやま</sup> もとこ、亀岡 宣久、河上みどり、濱村みゆき、小野 芳子、伊藤 宏昭、兼平 明男、原 陽子、橋 直子

【はじめに】外科系の看護師から「身寄りのない人が手術を行う際の同意書をもらう人がいない」というような相談が増加してきた。原則として医療を受ける決定権は患者自身が有しており、同意も患者自身のみで済むはずであるが、当院では医療同意について家族を含む第三者の同意に拘る傾向にあった。且つ、第1報で報告したような社会的背景を抱えた患者が増加し、第三者の同意を得るために担当看護師は難渋することが増えた。そこで各科外来・病棟で当該患者を支援する際に、同様の手順・方法で実施できるように留意したマニュアルを作成した。【マニュアルの目的】社会的ハイリスクにある患者は、医療同意の自己決定場面において孤立するケースが多い。そのため医療従事者は、本人の医療同意能力を正確に評価し、低下していれば理解を助ける工夫(認知機能の状態にあわせたコミュニケーション)に心がけ、本人に問いかけ確認することが大切である。外来や入院の「医療行為の決定(医療同意)場面」において、身元保証等がない(身寄りのない独居/家族支援が受けられない)ために、医療が受けられない事態が増加している。自己決定の場面での孤立を防ぎ、一回で決定するのではなく納得のいく医療行為に合意でき、患者と1対1ではなくチームで介入して支援していけることを目的とした社会的ハイリスク患者対応マニュアルを作成した。【マニュアルの内容】1身寄りなし・親族疎遠の類型、対応手順 2 医療的侵襲行為(検査、手術、薬剤投与等)の同意書記載について 3身寄りなし・親族疎遠の方への状態悪化・死亡時の対応手順【マニュアルの位置づけ】作成後、医療安全・感染管理指針(5 患者相談窓口マニュアル)に位置づけた。

## P-6-22

### 社会的ハイリスク患者支援の考察 第1報

山口赤十字病院 医療社会事業部

○橘<sup>たちばな</sup> 直子、亀岡 宣久、河上みどり、佐々木佳恵、杉山 元子、金子 美幸、板村 智子

【はじめに】身寄りのない生活保護患者の死亡事例が同時期に2事例発生した。両事例は、臨終期での関係機関との調整経過が異なり、死去後対応に差が生じた。事例を比較考察し、社会的ハイリスク患者への介入課題が浮き彫りになった。この考察を基に「社会的ハイリスク患者対応マニュアル」の作成に繋がったので第2報で報告する。【症例概要】A氏 80代 男性 脳梗塞 生活保護で老人ホームに入所中、緊急入院。本人意思は未確認。関係者が親族連絡先を確認するも不明。入院3日目に意識レベル低下、主治医より急変時のキーパーソン(以下KP)を決定するよう指示。入院8日目、KP未決定のまま当番は施設長がKP代行し、関係者間で情報共有。入院10日目、呼吸状態が悪化、DNARの方針。同日死亡。同日は休日に関係機関が動けず、A氏の遺体は週明け迄病棟で安置した。B氏 60代 男性 腓体尾部がん 90代認知症の母親と2人暮らし。がん治療の過程で、母親(要介護2)は施設入所し成年後見制度利用、B氏は単身生活保護となるよう支援を開始。発症5カ月目に発熱・腹部膨満感、肝転移にて入院。B氏の意思で化学療法中止。症状緩和目的で緩和ケア病棟に転棟。B氏の意向で母親の成年後見人である司法書士に死後委任契約手続きを完了、事前に生活保護担当者とも協議。転棟5日目に死亡。エンゼルケアの後、市からの要請で葬儀会社により遺体搬送。【考察】A氏とB氏の事例を時系列事例関連図で整理した。2事例は病名や発症後の経過に医学的及び時間的差はあるものの、患者自身は家族的・社会的支援が脆弱な立場にあった。各場面でのどのような対応が必要であったか比較検討を行い、支援方法・手順・介入時期等について情報整理やマニュアル作成の必要性を協議した。