

O-3-12

南海トラフ地震想定訓練における重症エリアの問題点

名古屋第二赤十字病院 救護救護センター

○山田 浩史、野村 典子、森 はつみ、伊藤 明子、杉本 憲治、
稲垣 眞治、佐藤 公治

【目的】2016年8月3日に実施された大規模地震時医療活動訓練に並行し、当院でも傷病者受入訓練を実施した。院内訓練における準備を進める中、EMISを通じてDMAT活動拠点本部に指定され他院からチームが参集して行く状況下となった。災害時の病院運営で重要となる後方搬送に直結する「重症エリア」で見出された問題点を考察する。【方法】当日は職員召集メールを利用して職員を召集し本部による人員割が実施され、重症エリアには医師、看護師、薬剤師が配置された。エリア内における役割としてリーダー/トリアージ/治療を設定し、それぞれに人員を配分した。【結果】災害初期はトリアージも含め予定された運用ができたが、時間経過とともに傷病者が増加すると管理ができず混乱した。病院本部との調整にて院内スタッフに加え支援DMATも投入したが十分活用できず混乱を収束させることができなかった。【考察】初期対応マネジメントの基礎である指揮命令系統、情報管理体制の確立が脆弱であり、傷病者の増加に伴い情報が共有できずエリア全体を俯瞰できなくなった。DMAT支援を有効に受けるためにもエリア体制の構築、情報共有の徹底や指示命令系統の明瞭化を早期に確立することが重要であると考えた。

O-3-14

4 B訓練のありかた

京都第一赤十字病院 救命救急センター¹⁾、日本赤十字京都府支部²⁾○高階謙一郎¹⁾、山田二三男²⁾

毎年、各ブロックにおいて合同災害救護訓練が実施されている。しかし、その内容は各ブロックで異なり赤十字全体として取り決められたものはない。第4ブロックにおいても様々な取り組みを行い今日に至っている。今回平成29年第4ブロック合同災害救護訓練を担当し、現在の課題等を報告する。第4ブロック合同災害救護訓練は、唯一の1日コースとなっており、他のブロックに比べ訓練期間が短い、赤十字看護学校やボランティアの積極的な協力、薬剤師・このケアチームの積極的な取り組み、他機関との連携などが特徴としてあげられる。その中で合同災害救護訓練の訓練成果を向上するために、新たな研修内容を第4ブロック救護員指導者協議会で検討してきた。研修期間の短さに対してはブロック全体で事前に実施しておくべき研修項目を決定し、実動訓練までに、各支部（各病院）にて実施することとした。実動訓練では、参集から救護所活動までの一連の流れを2回繰り返し実施することにより練度の向上を図っていたが、今回は本部参集・撤収、救護所、避難所、ホスピタルERUの4ブースを設定しそれぞれ実動と解説を含めた方法を採用した。看護学生は、傷病者役としての参加だけでなく各ブースをローテーションしていろいろな体験ができるように配慮した。ボランティア部会では地域のボランティアセンターと連携し実際にボランティアに行っていた際の体験を経験できるようにした。その他職種・他機関との連携・調整の在り方についてはまだ課題が多く残っている。今回、本訓練における課題をアンケート結果をもとに検証する

O-3-16

最近3シーズンにおける季節性インフルエンザ感染対策への取り組み

鹿児島赤十字病院 医療安全推進室

○宮園 孝子、有島 善也、竹原 哲彦、水垂 瑞枝、武富 榮二

当院では、2014-15年シーズン（以下14-15シーズン）の入院患者・職員のインフルエンザアウトブレイクの経験を踏まえ、2015年1月に「院内感染防止対策マニュアル」を改定した。2016年10月に具体的な院内基準を作成、組織的取り組みの早期実施が可能となり16-17シーズンでの院内発生を抑えることができた。院内基準導入前後での院内感染対策とインフルエンザ発生状況について比較検討したので報告する。【方法】14-15、15-16および16-17シーズンでの職員・入院患者・外来リハビリ患者・訪問者のマスク着用及び面会制限、面会禁止（許可制）の感染対策の開始時期等の違いについて調査し、院内でのインフルエンザ発生状況に及ぼす影響について検討した。【結果】14-15シーズンは、1月に入院患者9名、職員12名のインフルエンザ発生があった。さらなる拡大が懸念され、マスク着用の徹底と全入院患者・全職員に予防投与、入院制限、面会制限、外来リハビリの中止対策等を行った。15-16シーズンは、12月から院内感染予防対策マニュアルをもとに流行前・流行期対策に取り組んだが、入院患者6名、職員18名の発生があった。16-17シーズンは、10月に院内基準を作成し、11月から入院時の問診、啓発ポスターの掲示を開始、12月1日から院内マスク着用の徹底と面会制限、28日から面会禁止（許可制）を実施した。その結果、入院患者0名、職員19名の発生であった。【結語】インフルエンザの院内対策開始時期決定の判断は、流行開始後では対策の徹底が困難となるので、流行開始前が望ましい。組織全体の基本対策を含む院内基準の作成と実施にICTがリーダーシップを発揮することで、入院患者のインフルエンザ院内発生を抑制できるとことが示された。

O-3-13

京都府国民保護訓練共同実動訓練におけるCBRNE被災者の病院受け入れ訓練

京都第一赤十字病院 救命救急センター 救急科

○竹上 徹郎、高階謙一郎、池田 栄人、香村 安健、安 炳文、
の場 裕恵、箕輪 啓太、榎原 巨樹、六車 耕平、荒井 美香

国民保護訓練は国民保護法に基づく国と地方公共団体等の共同訓練で、2016年度は京都府において共同実動訓練が行われた。京都市内にある競馬場で化学剤が散布されたという想定で行われ、当院はCBRNE被災者の病院受け入れ部門として参加した。経過と問題点を報告する。当院は基幹災害医療センターとして京都府における災害時には、災害時には現場に救護班などを送るだけでなく、被災者受け入れも積極的に行う必要がある。今回の訓練では発災後早期に消防局から現場へDMAT派遣要請あり統括DMATを現地へ派遣した。引き続き消防からCBRNE被災者の受け入れ要請があり、救急外來前をゾーニングして除染システムを立ち上げ、CBRNEトリアージを行った上で医療救護訓練を行った。また、警察やDMORTと共同して遺族支援訓練も行った。今回の訓練では早期から訓練準備（練習・資機材の調達など）を繰り返し行っただけで、除染に対する考え方が多くの職員に浸透できた。受け入れ場所をERに設定したため、一般救急救急患者診療と被災者受け入れ準備が同時並行となり、より実践的となった。しかし、除染システムなどの災害対応資機材が経年劣化しており定期的なメンテナンスの重要性を再認識させられた。

O-3-15

簡易懸濁法の導入における、チェックシート、可否リストの有用性

大森赤十字病院 薬剤部¹⁾、大森赤十字病院 外科²⁾、大森赤十字病院 医療安全推進室³⁾○大橋 啓子¹⁾、博田 舞子¹⁾、川村 千穂¹⁾、平岩 知子^{1,3)}、
渡邊 俊之²⁾、後藤 亨³⁾

【目的】経口摂取困難な患者は多くの場合粉碎して投与するのが一般的であったが、配合変化やチューブ閉塞等のリスクが懸念されていた。薬剤師が崩壊懸濁させて投与する簡易懸濁法は、それらのリスクが軽減されると考えられるが、導入には他職種の協力が必須である。当院では他職種との連携に重きを置き、より安全で正確な簡易懸濁法の導入を行い、その有用性について検討した。【方法】NST委員会、医療安全推進室、薬剤部で検討し簡易懸濁法を導入するにあたり、薬剤部が院内採用薬品を中心とした簡易懸濁法可否リストを作成し、処方せんに省略記号で印字することで、一目で投与可否が分かるようにした。さらに医師・看護師・薬剤師間で、個別の患者において簡易懸濁法を使用できるかのチェックシートを作成し、情報を共有した。【結果】可否リストを作成し各薬剤の製剤特性を把握することで、投与前に適切な薬剤の剤形変更を提案することが可能となった。本年4月から開始し、対象患者29例のうち、21例に導入した。その中で12例（57%）は薬剤師の介入により処方変更することができ、事故無く安全に導入し得た。【考察】チェックシートを用いた運用は、薬剤の中止・変更の迅速な対応に繋がりが、より安全で正確な簡易懸濁法の導入に有用であった。しかし、一部導入に至らなかった症例もあった。その原因としてはチェックシートが徹底されていないことや、スタッフの理解不足が挙げられる。今後は理解度や運用方法、手法を統一するためにDVDを作成しスタッフ教育に活用したい。またPEGや経管栄養だけではなくろみ剤を用いて経口服用している症例も多く、今後はSTとの連携も必要であると考えられる。

O-3-17

多職種連携による「重症度、医療・看護必要度」の適正な評価への取り組み

小川赤十字病院 看護部

○宇田川洋子

【はじめに】当院では、係長会を中心に院内指導者研修を修了したスタッフが、看護師を対象に「重症度、医療・看護必要度の評価に関する研修やテスト」を行ってきた。昨年度診療報酬の改定により、基準を満たす患者割合が引き上げられ大幅な評価基準の改定が行われた。「重症度、医療・看護必要度」は、2.5%の維持が7:1施設基準を継続するための絶対条件であり、評価の厳格化が求められた。そこで、多職種連携による院内監査の実施に取り組み効果が得られたので報告する。【方法】H28年8月より、病棟管理担当部長が、A・C項目の評価監査のシステム作りを行い、必要度監査を開始した。監査方法の修正を重ねつつ、多職種の協力を得るため、H28年度は看護部だけでなく、コメディカルまで対象を拡大し研修会を複数回開催した。翌年1月より、A項目「輸血や血液製剤の管理」に関しては、臨床検査技師/専門的な治療・処置1~8は、病棟専従の薬剤師/「救急搬送後の入院」は、病棟担当医専任/C項目「手術」は、手術室専任・係長による監査を開始した。監査の流れは、担当者が前日の必要度の評価内容をチェックし、誤った項目に関しては修正を行った後、看護部への指導のため病棟へフィードバックした。【結果】輸血に関しては、「血液製剤」の見落としが多く、専門的な治療・処置1~8では「免疫抑制剤の評価」や、夜勤帯で急変した場合の「昇圧剤・抗不整脈剤の使用」の落ちが目立った。多職種連携による監査は、必要度2.5%維持に必要である。【考察】電子カルテでないため、看護必要度と医事会計システムの医事算定データとの統合ができず、データ一致率の評価ができない現状から、今後はさらに監査項目を拡大し、必要度の更なる向上と、病棟看護師の意識向上に向け評価体制を整備したい。