View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk
brought to you by CORE

O-6-12
医療安全対策部会　転倒・転落予防ワーキンググループ活動　進捗報告

武蔵野赤十字病院　医療安全推進室[1)]、
高山赤十字病院　医療安全推進室[2)]、京都第一赤十字病院　医療安全推進室[3)]、
仙台赤十字病院　医療安全推進室[4)]、福岡赤十字病院　医療安全推進室[5)]、
日本赤十字社和歌山医療センター　看護部[6)]、盛岡赤十字病院　薬品管理課[7)]、
日本赤十字社　医療事業推進本部　病院支援部[8)]

○黒川美知代[1)]、西尾　優[2)]、中島　聡子[3)]、藤野　利子[4)]、
佐藤　章子[5)]、阿部　雅美[6)]、佐々木栄一[7)]、五十嵐淑恵[8)]、
高倉　雅子[8)]

【背景】日本赤十字社医療事業推進本部医療安全対策部会では赤十字のグループメリットを活かした医療安全を推進するため、転倒・転落予防ワーキンググループ（以下WG）を発足し3年計画で活動している。WG活動の「転倒・転落予防の手引き」（以下「手引き」）策定に関する活動進捗を報告する。
【活動経過と計画】2017年4月WG発足。初年度は各赤十字病院の転倒・転落に関するマニュアルやツールの調査、アセスメント項目の標準化を検討した。次に赤十字病院としての転倒・転落予防の考え方をまとめた「手引き」の策定を検討している。「手引き」試行版は2018年6月に完成予定。完成後は各赤十字病院に試行版を配布し、病院側の意見を反映させ第1版とする予定である。
【手引きの概要】転倒・転落予防の目的は大きな傷害となる3b以上の転倒・転落の低減であり、転倒・転落予防の基本は患者行動の支援である。予防活動は要因を多角的にとらえて取り組む必要があるため多職種チームでの活動を推奨する。リスク評価の方法として赤十字版標準アセスメント項目を示し活用は各病院の判断とする。推奨対策として各赤十字病院の取り組み例を提示する。
【まとめ】転倒・転落予防WGは活動の中盤となり、転倒・転落予防の基本的な考え方を示すための「手引き」試行版を作成中である。今後は試行を経て内容を精練し、アセスメント項目の妥当性について検証する予定である。

O-6-13
転倒転落のためのアセスメントシートの改善

京都第一赤十字病院　医療安全推進室

○清水美紀子、中島　聡子、塩飽　保博、上門　充、柿本　雅彦

転搭転落予防対策フローチャートを導入して（はじめに）当院は598床の急性期医療病院で、H29年度の病床利用率は85.5％、平均在院日数は12.0日。H28年度の転倒転落率は2.2‰でここ数年変化はなかったが、受傷率は0.0514‰から0.0962‰へと急増した。転倒転落を無くす事は困難だが、受傷しない環境調整を目指しH29年「Pトイレ設置時の取決め」「滑り止めマット使用基準」を作成し、環境調整ツールの見直しを行った。H19年から導入した転倒転落アセスメントシートは、主に受傷するリスクを点数化したものであったが形骸化していた。そこで患者要因に応じた対応ができるよう、転倒転落アセスメントシートとその活用方法を見直したので報告する。（方法）H28、29年度のインシデントのうち転倒転落に関する要因を分析し改善策を抽出した。（結果）環境調整に関するツールの見直しを行いH29年の転倒転落率1.53‰、受傷率0.02‰と例年並みに改善し、院内の環境調整ツールは増加傾向となった。経年に関わらずフローチャートを用いて環境調整ができるよう検討する中で、医療者がベッドサイドで患者の情報を正しく把握できず、不十分な対応をしている事が判った。そこで個別性に応じて、アセスメントした内容を患者情報用紙に記入し、定位置に掲示することとした。その結果、患者情報や援助内容の把握が容易となり、個別性に応じた対応につながり始めている。（考察）当院に転倒転落アセスメントシートが導入されて10年が経過し、標準的な予防対策は浸透してきた。今回「アセスメントシート」の見直し、「患者情報用紙」の作成により、患者の情報把握が容易となり、患者対応に個別性が出てきた。また環境調整ツールの保有も増えはじめた。今後も個別性に応じた対応を継続し、転倒転落発生率、受傷率の低下につなげていきたい。

O-6-14
転倒転落による骨折事例低減の取り組み

原町赤十字病院　医療安全推進室

○剣持　る美、内田　信之

【はじめに】当院の転倒転落発生件数は年間 200件前後でここ数年大きな変動はない。一方骨折に至った事例は毎年3～4件から平成29年度は12件と急増した。そこで今回骨折事例増加の背景を分析するとともに、骨折事例の減少を目的とした取り組みを始めたので報告する。【分析】患者の年齢中央値は86歳、12名全員に認知機能低下があった。12名中10名に脆弱性骨折の既往歴あり。処方薬剤では6種類以上の多剤併用患者が8名いた。発生時間は看護師2名で勤務する夜勤帯が10件であり、また転倒時の行動は排泄が7名で、立位や座位から転倒・転落していた。転倒転落に関する定期的カンファレンスは各病棟で開催され、参加者のほとんどは看護師であった。骨折の確定診断はMRI3件CT2件で、単純レントゲン検査以外の画像診断が増えていた。【骨折予防の取り組み】1．多職種による転倒転落予防チームの立ち上げを検討中である。2．患者・家族、地域住民に向けて転倒転落の現状や予防に関するミニ講座の開催を計画している。【結語】骨折事例が急増した原因は入院患者の高齢化に加え1．認知機能が低下している患者の増加、2．脆弱性骨折の既往のある患者の増加、3．ポリファーマシーの問題、4．環境や勤務体制の問題、5．入院生活の転倒リスクアセスメントの問題、6．画像診断の進歩等様々なことが考えられる。今後ますます患者の高齢化が進む中、軽微な力でも骨折しやすい患者をアセスメントし、運動、栄養、薬剤など多職種で患者個々の対策を立てると同時に患者・家族、地域住民の方々に病院の現状を伝え、骨粗鬆症の予防も含め転倒予防を広める活動を継続していきたい。

O-6-15
放射線治療計画用CTにおける存在所見レポートの運用について

高槻赤十字病院　放射線科部

○涌田　哲成、渡邊　良彦、石嵜　伸也、在津幸香里

［背景・目的］2010年4月30日，厚生労働省からの「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（医政発0430第1号）より，診療放射線技師のさらなる役割として画像診断における読影補助と検査説明が明記されている．放射線治療分野における治療計画用CTはそもそも放射線治療のための検査であるから，画像診断レポートは作成できない．診療放射線技師は可能な限り治療計画の最適化を図ることに努めている．そこで放射線治療の現場においてどのように読影補助としての役割を発揮できるか，存在所見レポートを作成し，運用可能か検討した．［方法］本来，放射線科医師による画像診断レポートは質的診断・存在診断・病期診断が行われているものである．本研究では読影補助の役割として治療計画用CTの価値を高められるように存在診断分野を部分的に選択方式で実施できる単なる存在所見レポートとして異常所見を指摘できるものとした．［結果］治療計画用CT画像の表示条件を3つに分け12項目をチェックし，選択できる存在所見レポートを作成した．［考察］治療計画補助作業を効率的かつ円滑に実施でき，新たな病変を見逃す可能性を低くできると考える．また異常所見を指摘することによって治療計画内容を最適化できることは多くはないが，あるのではないかと推測する．例えば，乳がん患者の脳転移に対して全脳照射の依頼があった場合，放射線治療医は環椎に骨転移を見つけ，環椎を含めた治療計画を立案したが，存在所見レポートにおいて眼球の後側に異常を指摘し，それが脈絡膜転移だと判明すれば，一度立案された計画を最適化させるきっかけとなる．存在所見レポートは運用可能と判断した．

O-6-16
当院における画像診断報告書の未確認を防ぐためのクラークの取り組み

旭川赤十字病院　医療秘書課[1)]、旭川赤十字病院　医療の質管理室[2)]、
旭川赤十字病院　院長[3)]

○三浦麻衣子[1)]、富田　健二[1)]、國本　雅之[2)]、牧野　憲一[3)]

当院は2011年1月に「医療の質管理室」を設置し、1名の医師（室長）と数名のメディカルクラークを配置して、医療の質と安全を確保し向上していくために活動している。2017年1月、他院でCT画像診断、病理組織診断の報告書を主治医が確認せず、肺癌の所見が約1年間放置されていた件について報道があった。これを受け、当院では画像診断報告書が漏れなく確認されているかを調査することにした。当院においては、医師が放射線科に読影依頼をした場合、読影依頼医もしくは主治医が報告書を確認した際に「開封確認」ボタンを押す運用としている。2017年8月時点での調査の結果、CT/MRI/RI報告書の開封率は約33％と低い率であった。未開封の場合、医師が画像診断報告書を確認していない可能性がある。報告書の未確認を防ぐため、当院では開封率を100％にする取り組みを開始した。医療の質管理室ではまず、通信を発行し「開封確認」ボタンの周知と運用の遵守を呼びかけた。次に未開封報告書の検索方法マニュアルを作成し、周知文書と共に医師全員に配布した。そして2017年12月より、画像診断報告書が未開封のものに対して文書による開封の督促を開始した。以上の取り組みの結果、2018年1月時点で開封率は83.2％に上昇した。画像診断報告書の開封状況を把握し、未確認のものに対して督促を行う体制を構築したことで、患者への検査結果の伝達漏れ防止につながっている。今後も継続し、開封率100％を目指して病院としての医療の質の向上に貢献していきたい。

O-6-17
患者・家族からの暴力に対する対応
－「コードホワイト」の運用－

名古屋第一赤十字病院　医療安全管理課

○永岡　弘道、土井　敏彦、佐藤ひとみ、山田　敏人、小出　実、
豊島幹一郎、山下　勇吉、田畑真規子、錦見　尚道

【背景】当院の患者相談窓口は、患者と病院間の様々な問題事例に対して相談を受けている。中には大きなクレームに発展し、職員が暴言・暴力を受けた事例も見られた。また、今年の初旬には近隣の病院で待ち時間の問題によって、医師が刺される事件も発生している。【目的】院内で暴言・暴力が発生したときに、職員一人に恐怖を感じさせないよう、組織的に予防・対応・再発防止に取り組むこと。また、職員の職場への信頼を高めることで士気を保ち、離職も減らすことを目的とした。【方法】行動規範として「暴言・暴力に関する指針」を策定した。同時に、対応するスタッフが現場に駆けつける緊急参集システム「コードホワイト」を導入した。また、管轄警察署とより連携を深め、警備室への刺又の導入、防犯用非常ボタンの再周知、全職員へ護身術の指導研修を行った。さらに毎週1回事例検討を行っている。【結果】職員の暴言・暴力への基本的知識や理解が深まり、院内に医療機関として「いかなる暴言・暴力も許さない」との気風が備わった。また、組織として対応することにより、脅威にさらされた時の恐怖感が減少した。さらに病院が安全な職場作りに全力を尽くすことで、職員の士気をあげることができた。【考察】暴言・暴力をふるう相手に対応する時には、必ずコードホワイトチームとして行動をすることが重要である。また、チームのメンバーは相手の反応に対してどのようにすれば更なる暴言・暴力を回避できるか、腕をつかまれた時、髪の毛をつかまれた時の対応、さらに暴力をふるった相手をチームで保護する方法など、相手を傷つけることなく自分を守ることを身に着けることが必要である。