

平成 22 年度第 4 回誠愛リハビリテーション病院院内勉強会 抄録

平成 22 年度院内感染対策講習会

院内感染対策マニュアルの改訂

1. 学校伝染病の改訂（予定）

名称の改訂

2009 年 4 月に法律の改正があり、学校伝染病は学校感染症と名称が改められ、内容も改訂された。

学校感染症

- ・ 第一種：最も重篤
感染症法の一類感染症（エボラ出血熱等）のすべて(7 感染症)、二類
感染症（急性灰白髄炎等）の結核以外(3 感染症)、鳥および新型イン
フルエンザ
- ・ 第二種：飛沫感染する感染症
インフルエンザ等、8 感染症
- ・ 第三種：飛沫感染が主体ではない感染症
コレラ等、7 感染症

2. MRSA 以外の多剤耐性菌院内感染情報レポートの追加

以下の主な多剤耐性菌および多剤耐性菌院内感染情報レポートについて説明し
た。

1. MRSA (methicilline-resistant Staphylococcus aureus)
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌
2. VRSA (vancomycin-resistant Staphylococcus aureus)
バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌
3. VRE (vancomycin-resisant enterococci)
バンコマイシン耐性腸球菌
4. MDRP (multidrug resistant Pseudomonas aeruginosa)
多剤耐性緑膿菌
- 5.ESBL (extended spectrum β lactamase) 産生菌
基質特異性拡張型 β ラクタマーゼ産生菌

文責：院内感染対策委員長 楠田憲治

オムニバス形式 事故対策研修会

1. 医局から: 井林 雷郎／横山 葉子
 2. 看護部から: 恵良 知子
 3. リハ部から: 万庭 寛
 4. 通所リハから: 古江 伸志
 5. フィットネスから: 久保 敦
 6. 介護老人保健施設カトレアから: 升本 欣三
-

1. 医局テーマ「脳卒中治療ガイドライン 2009 改訂と抗血栓薬治療」

誠愛リハビリテーション病院(医局代表)
院長 井林 雷郎

『抄録』

当院の事故対策委員会の A チームによるオムニバス形式の事故対策研修会 Part-1 をお届けします。医局／看護部／リハ部／通所リハ／フィットネス／老健施設カトレアの順に発表し、年度内に今1回 B チームの発表を予定しています。

医局からは、昨年末(2009年11月30日)5年ぶりに改訂された脳卒中治療ガイドライン 2009を、改訂メンバーの一人でもある筆者が簡単に紐解いて解説します。絶対行なうよう強く奨められるべき治療項目(推奨グレード A)は、意外に少なく20項目しかないのが実態です。脳梗塞については、超急性期の血栓溶解薬 t-PA や慢性期における病型に応じた抗血栓薬投与がグレード A になります。そこで、我々が脳梗塞のほとんどの症例に投与している抗血栓薬の「両刃の剣」の側面を含め簡単に紹介したいと思います。アテローム血栓性脳梗塞やラクナ梗塞には抗血小板薬(現在、アスピリン、クロピドグレル、シロスタゾール、チクロピジンの計4種類があります)が、心原性脳塞栓症には抗凝固薬(ワルファリン、未発売のダビガトランなど)が適応になります。重複使用時には呉々も、高血圧、糖尿病、その他のリスク管理を厳格に行なうよう注意が必要です。それでも、抗血栓作用が効きすぎて有害事象である脳出血が全体の0.3-1.0%には必ずみられますので、その辺りの事故の頻度を十分に承知し、患者さんや家族に説明と同意を得た上で、漫然とした投薬は慎み、ときには治療を見直し個々人に応じた工夫を施すことも必要でしょう。

平成 22 年 6 月 8 日

第 4.回誠愛院内勉強会

日時 : 平成 22 年 6 月 8 日 17:30~18:30

場所 : 新棟研修室

テーマ:「平成 21 年度 看護部事故報告のまとめ」

事故対策委員会:看護部 課長 恵良知子

『抄録』

平成 21 年度に看護部から提出された事故報告は、転倒・転落が 297 件、そのうち転倒による骨折は 3 件でした。転倒・転落を除いた事故の種類と件数は、栄養チューブに関するものが 13 件(栄養チューブの自己抜去が 10 件、胃瘻部の接続部分の外れが 3 件)。次に自己管理薬に関するものが 13 件(患者自身の飲み忘れ)、看護師による与薬忘れが 13 件、離院 8 件、誤飲 6 件、血糖検査忘れ 6 件、誤配膳 3 件、誤薬(患者間違い) 3 件、誤食 2 件、過剰(重複)与薬 2 件、表皮剥離 2 件、検査(患者間違い) 1 件、経管栄養(量の間違い) 1 件、熱傷(カイロ使用によるもの) 1 件、その他 4 件でした。

特に増加していたのは、看護師による与薬忘れです。これは、誤薬(患者間違い)が発生したため、与薬方法を変更したことが原因と考えます。以前は、配薬と与薬を同時に行っていました。この方法では、配薬トレーから薬を取り出す時に間違ってしまうと、直ぐに誤薬につながっていました。そのため、配薬トレーから一旦患者のベッドネームに薬を配薬し(薬袋とベッドネームの確認)、与薬時に再度薬袋とベッドネームを確認して与薬するよう、配薬と与薬業務を分けました。その結果、患者を間違えるという誤薬はなくなりましたが、今度は与薬を忘れるという事故件数が増加しました。特に準夜帯に多く発生しているため、看護師の与薬業務が終わったあとに、看護助手と協力して再度飲ませ忘れがないかチェックして減らしていきたいと思います。

次に転倒・転落件数と転倒・転落率の推移ですが、平成 18 年度から徐々に転倒・転落率が上昇しているのは、回復期リハビリテーション病棟への入棟が 3 か月から 2 か月に短縮され、発症から 2 週間以内の患者が増えたこと、1 病棟が療養病棟から回復期リハビリテーション病棟に転換したこと、また認知症をともなった大腿骨頸部骨折の患者さんが増えたことなどが原因と考えています。

22 年度は、準夜帯の勤務者の増員、ナースコールシステムの変更など、さらに人的・物理的環境が整いました。そのため、転倒予防策を充実させ転倒件数の減少につなげていきたいと思っています。

平成22年6月8日

第4回誠愛院内勉強会

日時 : 平成22年6月8日 17:30~18:30

場所 : 新棟研修室

テーマ : 「リハ部における事故対策」

事故対策委員会 : リハビリテーション部 理学療法士 係長 万庭 寛

『抄録』

今回のリハ部からの事故対策の発表は、過去2年間の各月ごとの事故発生と比較を通し、その特徴や傾向を分析した。その結果、平成20年度と比較し平成21年度は減少している傾向があった。月ごとの比較では、ある特定の月に増加傾向が見られ、特に平成20年度は、その原因として新人職員が稼動する時期や入院、外来成人、小児、在宅訪問、通所リハなどの各診療体制の人事配置の変更時期に増加が見られた。

これらの事故対策として、リハ部は以下の5つの取り組みを実施することで、新たな事故発生を最小限に留める取り組みを行った。

- ① 事故発生当日事故発生者が事故報告を作製する。
- ② 事故発生内容に従い各部門の責任者が事故発生原因の確認と対策を検討する。
- ③ 事故件数が続く傾向を示した場合、朝のリハ部内朝礼で、事例をあげ再発予防の注意を促す。
- ④ リハ部内で年間2回これまでの事故発生傾向、事例紹介や事故原因、対策、今後の注意点についてなど勉強会を開催し、事故に対して意識付けを行う。
- ⑤ 各部門ごとにこれまで発生した事故の発生状況や主な事故の原因、これまでの対策や問題点などをまとめて発表することで各部門ごとの事故の特徴を再認識し新たな対策に当てる。

この結果、平成21年度は各月ごとの事故件数は、最大4件以内に留まり、全体総数は30件と大幅な減少傾向となった。しかし、事故内容のレベル別で検証すると、事故発生後治療が必要なケースなどのレベル2以上の事例が、平成20・21年度で2割前後と減少傾向になくここに対する取り組みを実施する必要がある。レベル2以上の事故が発生した場合は事故発生者が、事故が発生した時間帯を基準にその前後に対し、時系列による書類作成をし、新たな対策に当てる。また、過去2年間の経験年別で比較すると、平成20年度は、事例の全体総数の102件の内、3年目未満のセラピストが起こした事例は、54件である。一方、平成21年度は事例の全体総数の30件の内、3年目未満のセラピストが起こした事例は、20件である。

このように経験年数が浅いセラピストが起こす事故発生頻度が多い傾向にあるが、経験年数が増し熟練するに連れて発生件数は少なくなる傾向にある。しかし、責任者でも事故は発生している。また、各課別ではPTの事故発生頻度が多い傾向にあるが、OT、STにおいても事故は発生している。このことから、各セラピストが事故に対し自覚を強く持ち事故発生予防につとめて行く必要がある。そして、リハ部全体として再度気を引き締めて今後の6月以降の業務に取り組んでいく。

平成 22 年 6 月 8 日

第 4 回誠愛院内勉強会

日時 : 平成 22 年 6 月 8 日 17 : 30～18 : 30

場所 : 新棟研修室

テーマ : 「事故対策委員会報告～通所リハビリテーション～」

事故対策委員会 : 通所リハビリテーション 作業療法士 係長 古江 伸志

『抄録』

昨年度 (21 年度) は通所リハでの転倒事故として 11 件発生。

いずれもレベル 0～レベル 2 までの比較的軽度なものだったが、事故状況の内容として考えれば骨折などさらに重傷な損傷となってもおかしくないケースも含まれている。

事故状況の分析としては歩きはじめや椅子へのトランスファーなど、動作の始まりの場面や大きく姿勢が変わる場面でバランスを崩して転倒しているケースが多い。

また介助者がついていても転倒が発生しているケースもあり、スタッフの疾患、障害に対する知識・介助への技術の未熟さや、安全に向けての意識のばらつきなど教育指導の徹底を謳っていてもなかなか事故をゼロにすることが難しい現状を認識させられた分析となった。

今後とも継続して事故防止に努め利用者が安全かつ安心して通所リハビリテーションをご利用いただけるよう努力していきたい。

平成 22 年 6 月 8 日

第 4 回誠愛院内勉強会

日時 : 平成 22 年 6 月 8 日 17:30~18:30

場所 : 新棟研修室

テーマ:「メディカルフィットネス あいあい倶楽部の事故安全対策」

事故対策委員会:メディカルフィットネス 課長 久保 敦

1. はじめに

- (1) 事故報告・平成 21 年度は、レベル 0 の転倒事故が 1 件発生した。
- (2) あいあい倶楽部も病院の事故対策・対応に準じて行動するが、他のスポーツ施設でおきている事故を参考に危険行動・箇所には、特に注意している。

2. あいあい倶楽部の利用者

- (1) 当倶楽部の主旨・規約を理解し、入会を希望される方
- (2) 身体的・精神的に自立して施設・設備を利用できる方
- (3) 現在の会員内訳は、当院外来患者 (32%)、患者家族 (7%)、一般 (44%)、職員 (12%) となっている。一般のスポーツ施設に比べ疾患、障がいをもつ方、高齢者が多い (70 歳以上 24%)。

3. あいあい倶楽部での危険の察知

(1) 運動に伴う変調・状態変化

a. 運動前後のバイタルチェックや運動中の顔色等をうかがうことで体調や状態変化を把握する。

b. 運動強度や頻度については、運動中脈拍や RPE (主観的運動強度) を指標に指導を行っている。

c. 基本は無理をさせない!

(2) 施設内、機器使用についての注意

a. 初回利用時のオリエンテーション (施設利用方法、正しい機器の使い方、プールサイド、シャワールームでの転倒注意)

b. 会員、利用者への積極的な声かけ (説明と同意)

(3) 転倒予防

a. 障がいをもつ方、高齢者への対応として、セラピストとトレーナーのダブル担当制で、身体状況把握、フィットネスメニューの提供を行っている (月 1 回全体ミーティング)。

4. あいあい倶楽部へのクレーム・要望への対応

(1) スタッフの指導技術向上に取り組んでいる (月 1 回スタッフ学習会の実施)。

(2) 会員満足度調査を実施し、改善に取り組んでいる。

平成22年6月8日

第4回誠愛院内勉強会

日時 : 平成22年6月8日 17:30~18:30

場所 : 新棟研修室

テーマ: 「転倒・転落事故予防委員会報告」

事故対策委員会: 介護老人保健施設カトレア 介護福祉士 升本 欽三

『抄録』

高齢者の場合、一度の転倒がその後の生活に大きく影響してくるため、カトレアでは事故予防委員会が中心となり事故絶無を目標にさまざまな取り組みを行っている。

介護施設においては4本ベッド柵や車イスの安全ベルト等は身体拘束にあたる為、通常介護では認められていない。この点は病院のケアとは大きく異なっており転倒・転落のリスクが大きくなっている。

まず設備面においては離床センサーが4台、鈴を13個使用、転落衝撃緩和マットを4枚、使用している。これらは利用者が居室におられ職員の人数が少ない夜間帯に使用頻度が高くなる。

次に配置職員数だが、サービス提供を行う為の人数を示しているが、各場面での転倒転落予防に努める為の人数でもある。※スライド参照のこと

過去2年間の転倒・転落事故の内訳をグラフにし、比較した。

時間毎の転倒・転落件数においては8:30~10:45の時間帯の件数がH21年度に増加している。これはH21年の4月から一時、体制が変わった事が主な原因と思われ、特に7月までの3カ月間に事故が多発した。7月に入浴介助にあたる職員を固定するなど業務改善を図りその後、事故が減少している。

19:30~1:00の時間帯において減少している要因は21年の10月より6:00~9:00と17:00~20:00に見守り等を行うパート勤務を増員した効果が有ったのではないかと考える。

場所毎の転倒・転落件数においては2年間で有意な差は見られない。

ベッドサイドの転倒件数が2年連続で多く見られているが、職員の見回りだけでは対応できない為、離床センサーを2台から4台に増加している。

Dルームでの転倒は日中に座位姿勢から物を取ろうとして転落したり、ずり落ちによるものが多く見られている。トイレでの転倒については座位の崩れによるものとナースコール

を押さずに自力で移乗しようとして転倒される場面が多く見られるため、職員同士の確認作業の徹底が重要であり、今後の課題であると考えます。

場面別の転倒・転落件数だが、これも2年間で有意な差は見られない。
やはり利用者が自分で動こうとして転倒するケースが多く見られ、その中でも移乗中が多い。このことには、ナースコールを押せない利用者が増加しているのも原因として考えられる。

いずれにせよ鈴はステーション近くのベッドに限られ、センサーには数に限りがある状況で転倒転落を減らして行くのはなかなか困難な状況である。

今後、事故予防案として日勤帯8：30～17：15に配置していた職員を1名、新たに設置する6：00～14：45の早出にシフトしていくなど職員の勤務時間帯のシフト等を工夫することで転倒転落事故を減らす努力を行っていく。