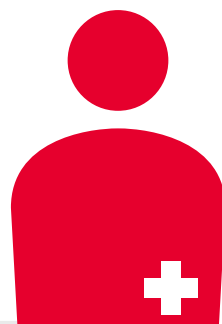


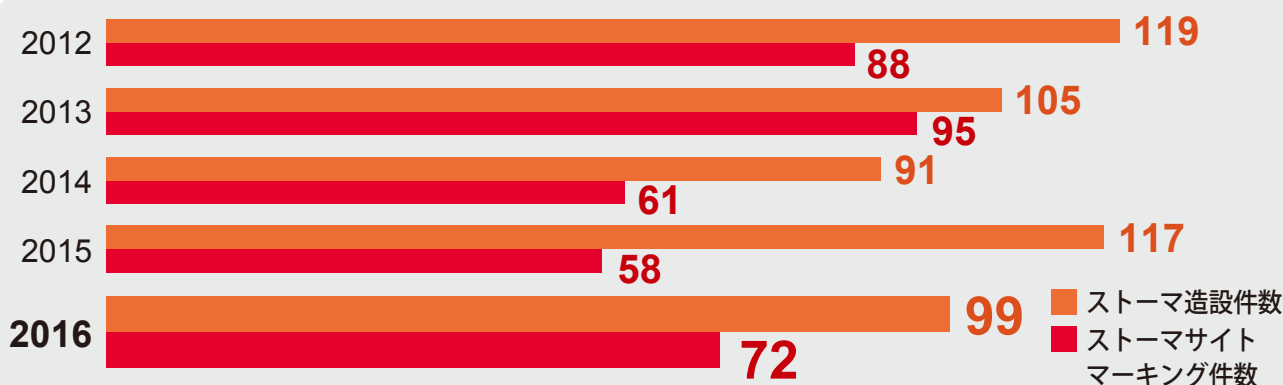


安全で安心な医療の提供

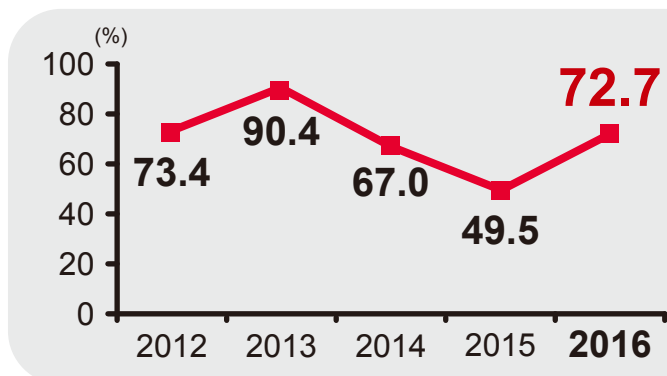
人工肛門や人工膀胱（ストーマ）造設手術を行う患者に対して、手術前に患者や家族を含めて造設に関わる説明と位置決め（以下ストーマサイトマーキング）を医師と看護師により施行するもの。ストーマの造設は医師、看護師、患者が同席し位置決めをすることで、手術後管理しやすい場所に造設され患者のQOLを向上させることができる。また患者に対してストーマを保有した生活を送るための導入の機会となる。



ストーマ造設件数とストーマサイトマーキング件数



ストーマサイトマーキング施行率



定義 ストーマサイトマーキング件数 / ストーマ造設件数

ストーマサイトマーキング施行率が72%へ上昇し、情報共有や啓蒙活動の効果が見られた。さらに主登録者以外の施行が全体の13%あったが、緊急手術や夜間、休日の手術では行えなかった。マーキングの有無に関わらず装具の工夫を行うことで管理困難となった症例や再造設には至らなかった。

活動内容

入院前

- 外来医師や看護師からの情報収集
- ストーマ認定士、外来看護師や皮膚・排泄ケア認定看護師によるストーマ造設に関する説明
- 外来スタッフ説明用にパンフレットの設置と活用の声掛け

手術前

- 電子カルテと主治医、担当医、病棟スタッフからの情報収集
- 手順に即した術前処置（マーキング）

手術後

- 医師とのストーマに関する情報共有と重要事項の伝達
- 皮膚・排泄ケア認定看護師によるストーマ外来でのストーマの状態の観察
- ストーマに関連した入浴など日常生活のトラブルへの個別対応、アドバイス

教育

- 院内研修とチームメンバーが病棟スタッフに伝達講習
- 基準に該当する指定研修に2名の看護師が受講

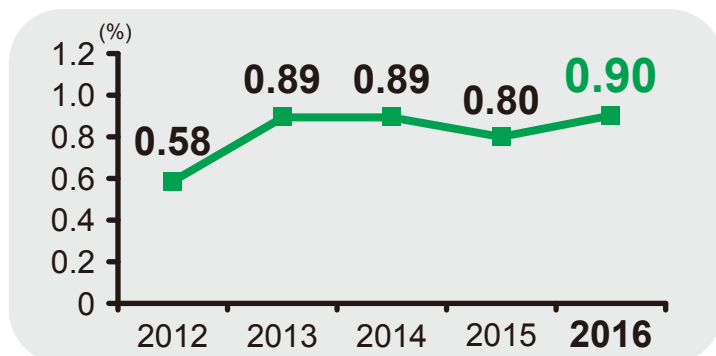
● TQM委員会より

人工肛門や人工膀胱造設術を行う患者に対し、手術前にストーマサイトマーキングを行う意識は、医師・看護師共に定着してきています。情報共有や啓蒙活動が功を奏していると考えられます。今後も施設登録看護師の人数が増え、患者に適したマーキングが実施できるよう期待しています。

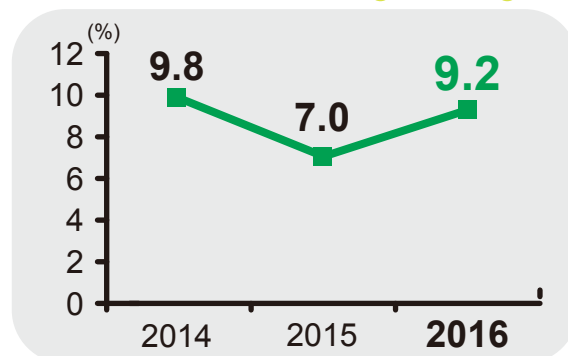
褥瘡が発生し、重症化すると患者の生活の質を低下させ、感染症などの合併症をひきおこすため、その発生状況は医療の質を評価する指標となる。平成25年に日本褥瘡学会が行った全国実態調査では、一般病院1.60%、療養型病床を有する一般病院1.52%、大学病院1.16%となっている。当院では一般病棟において、1%以下を維持することを目標として設定した。緩和病棟においては具体的な調査がないため、平成26年より当院における発生率の検討を行っている。



一般病棟 褥瘡推定発生率



緩和病棟 褥瘡推定発生率



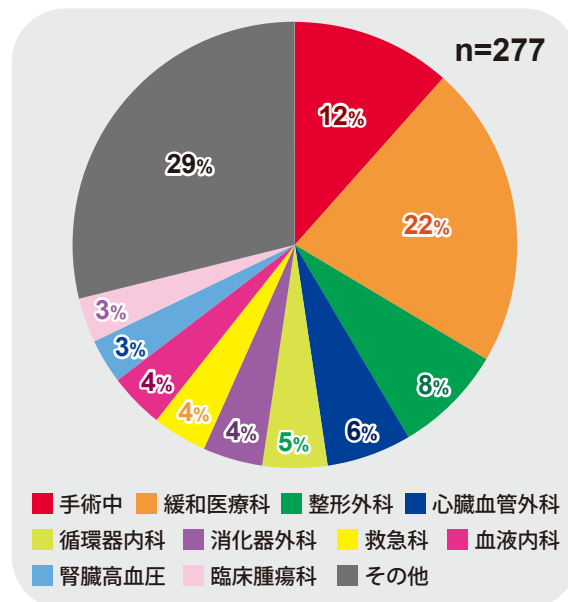
定義 (調査日に院内発生した褥瘡を保有する患者数) / (調査日の入院患者数) × 100

一般病棟の褥瘡推定発生率は0.9%であり、目標を達成することができた。緩和病棟では9.2%であった。年間の褥瘡発生人数は277名、うち手術室での発生が32名(12%)であった。病棟発生の中で最も多かった診療科は緩和医療科で61名(22%)であった。

活動内容

- 毎週水曜日に褥瘡患者全員、月・金曜日に新規・重症患者のラウンドを行い、ケアの検討・指導を行った。ラウンド回数は147回、のべ患者数は1,331名である。また、必要に応じて褥瘡ハイリスクケア患者の個別訪問・予防ケアの検討、チームカンファレンスを実施した。
- 水曜日の全患者ラウンドの前に行うミーティングにおいて、月2回程度の割合でNSTの管理栄養士も参加している。栄養状態が良好でない患者を抽出、ラウンドに参加して頂き、NSTの介入を進めて褥瘡治癒促進のために協働している。
- 新採用者・採用2年目を対象としたポジショニング、トランスファー、おむつ使用などの演習を交えた研修を開催した。

● 2016年褥瘡発生人数 手術室発生と科別割合



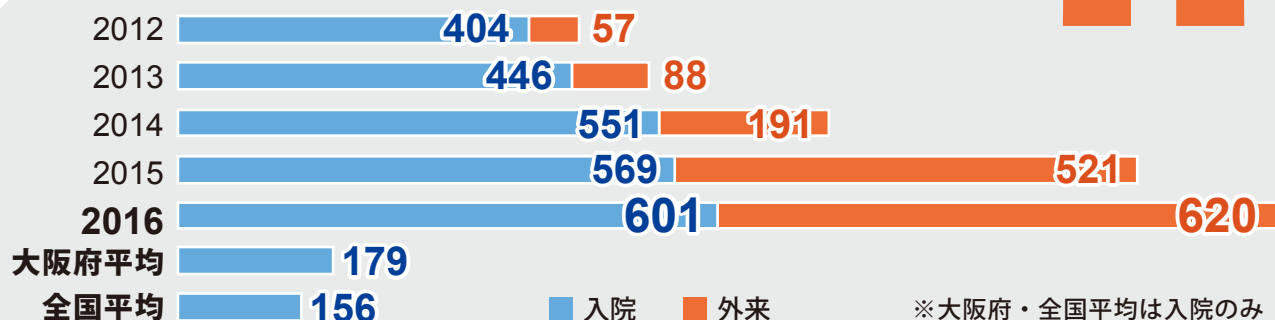
● TQM委員会より

褥瘡推定発生率が全国平均より大幅に下回っていることから、日頃のきめ細やかな対応が効果を上げていると考えられます。また多職種協働で患者に対応できており、チーム医療活動が実践で活かされていると思われます。今後も継続的な活動を期待しています。

わが国においては、がん患者と家族のQOL向上のために診断時からの緩和ケア提供が求められているが、当院では、入院、外来のより早期からの介入を行っている。総体的な緩和ケア依頼の実態として依頼件数を用い、緩和医療学会の2015年度全国活動状況と比較する。

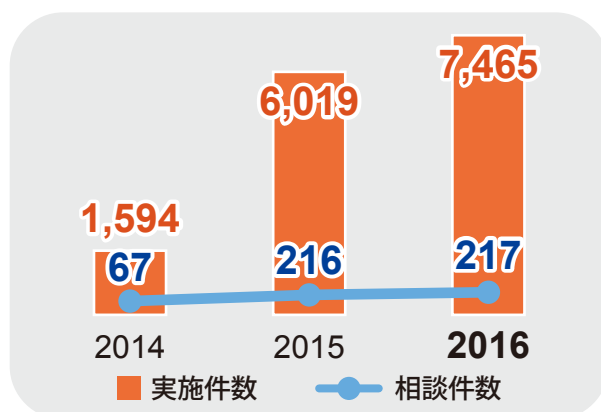


緩和ケアチーム依頼件数（入院400点 / 日）



各科診療科より告知同席や精神的ケア依頼を受けた患者は、その後の経過をカンファレンスで評価し、緩和医療科の診察の必要性がある場合、主治医や病棟看護師と相談し速やかに介入した。

苦痛のスクリーニングの実施件数と相談件数



苦痛のスクリーニングとは、患者の抱える苦痛への対応を向上させるためにがん患者を対象に身体的・精神的・社会的なつらさを定期的に問診するものであり、緩和ケアセンターでは、その情報を集約・評価・分析し患者の苦痛に対応している。

相談を希望された場合、すぐに対応できるように看護師の活動時間を管理するようにした。

問診の実施を4ヶ月に1回に変更し、つらさがあるという回答が3/6項目を占める場合は2ヶ月に1回実施するようにした。しかし、相談件数に変化はなかった。今後、医療者からの働きかけを検討する。

Plan (計画)

- ① 介入患者のQOL向上への取り組み
- ② 地域がんサロンの推進
- ③ がん患者サポートクラブの充実
- ④ 苦痛のスクリーニングの精度をあげる

Do (実行)

- ① 患者担当制の導入
- ② 地域緩和ケア連携カンファレンスで討議する
在宅医療関係者らと3回の討議を重ねる
- ③ 各種療法の教室開催 (アロマセラピー・運動・栄養)
- ④ 定期スクリーニングの実施時期の見直し

Action (改善)

- ① 質的評価の方法を検討する
- ② 大阪市内にさらにサロンを立ち上げる活動を継続する
- ③ 患者同士の語らいの場を設ける
- ④ 問診のあり方を検討

Check (評価)

- ① カンファレンス参加増加 (一人当たり79回)
退院支援カンファレンス参加26件 (前年+26)
- ② 病院・在宅医療の協働による初の地域がんサロンが誕生した
- ③ 参加数定数超えと医療者との交流が実現
- ④ 相談件数に変化はなかった

● TQM委員会より

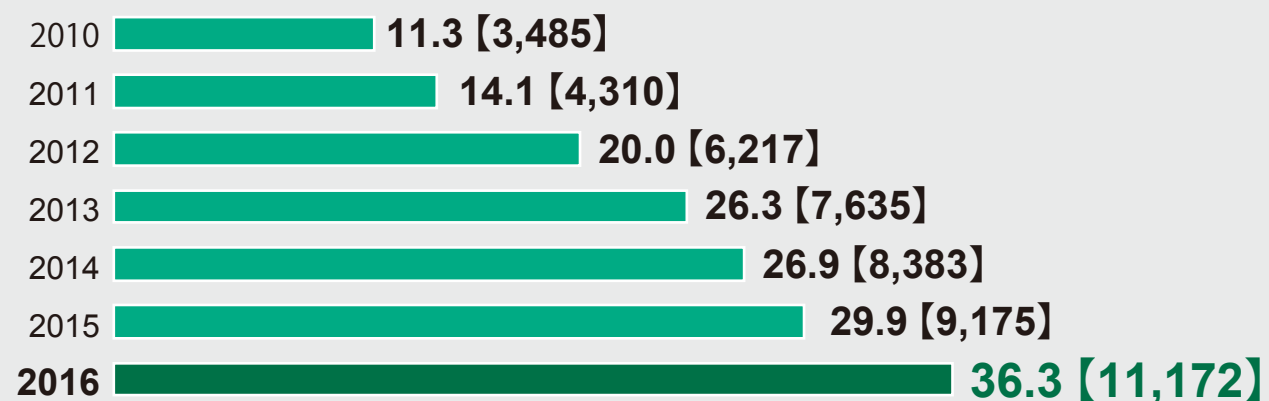
緩和ケアチームへの依頼件数が年々増加していることから、がん患者とその家族のQOL向上のために病院全体で取り組みを行っていることが伺えます。苦痛のスクリーニングの実施は患者がいつでも相談できる窓口としての機能も有するため、相談件数が増加することを期待します。

感染症の中でも最も重篤な状態である敗血症の際には原因菌診断のためすべての症例において、抗菌薬投与前に血液培養検査を行なうことが求められている。そして適切な培養検査が実施されていることは、適切な診療が行われている一つの重要な指標となる。また、1セットの採取では、感度が低下し、また培養の結果検出された微生物がコンタミネーションの結果検出されたか判断が困難なため、2セット採取することが奨励されている。

※ 2セット採取するとは、異なる部位から2回採血することをいいます。

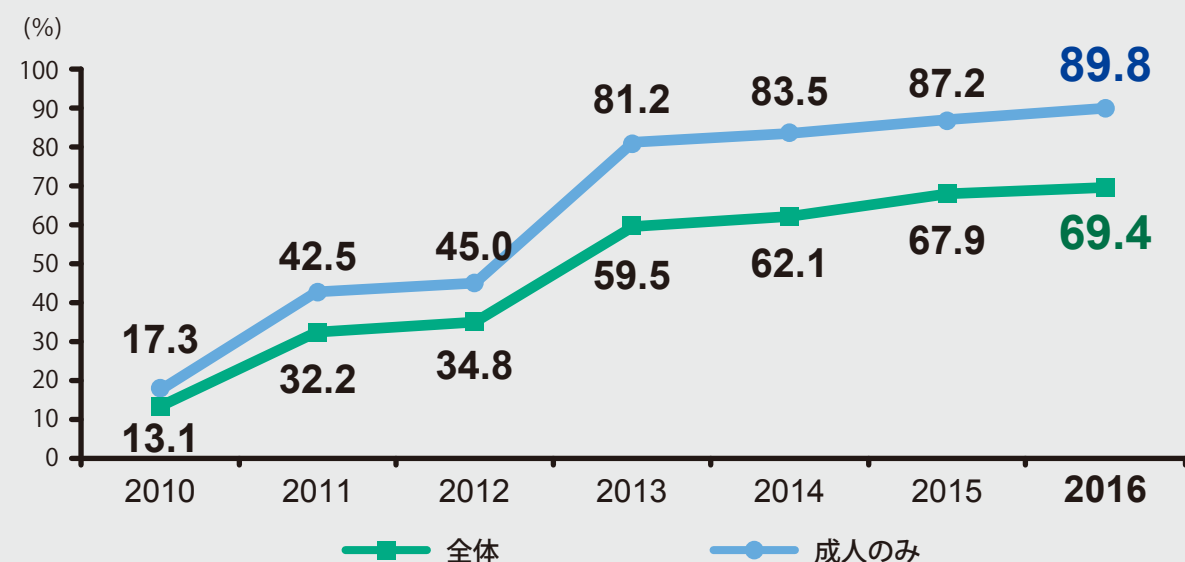


1,000患者・日あたりの血液培養検査数【血液培養件数】



国内6施設からのアンケート調査によると2009年度で採取数の平均は25.2となっているが、当院の2016年度の採取率は36.3である。しかし米国の血液培養のガイドラインでは、103から188の間に入っていることが推奨されている。

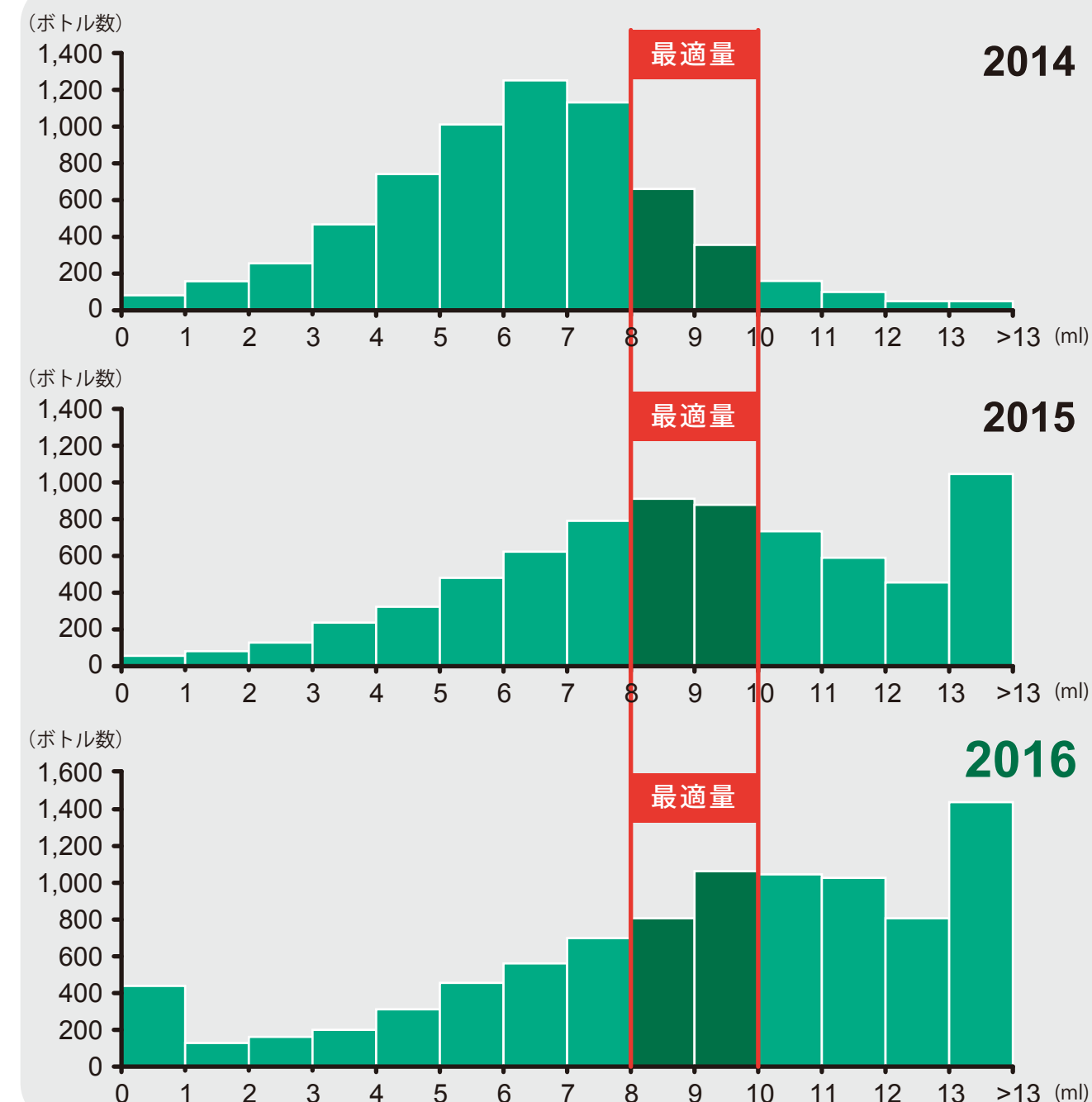
血液培養2セット率



2009年度の国内6施設からのアンケート調査では複数セットの採取率の平均は67.2%とあり、当院の2016年度の2セット率69.4%と同等であった。

血液量分布ヒストグラム（培養ボトル1本に接種された血液量の分布）

血液培養ボトルへ接種すべき至適な血液量はボトル毎に決まっており、少なくとも（8ml以下）多くても（10ml以上）偽陰性化の原因となるため、最適量の接種が求められます。



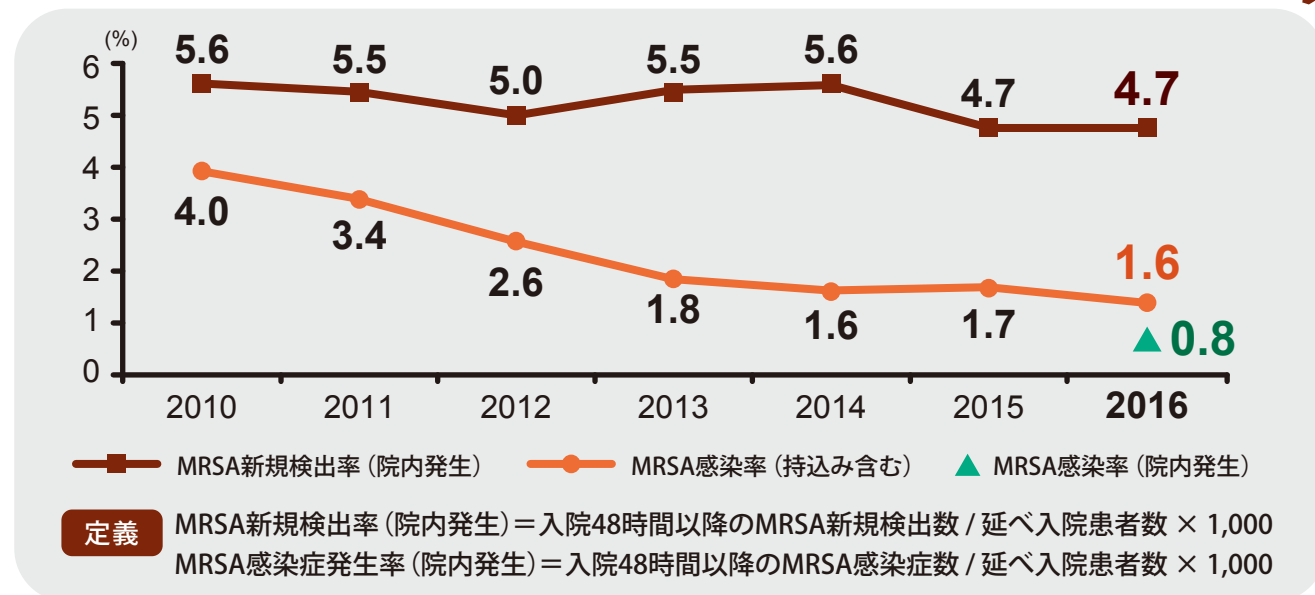
● TQM委員会より

血液培養2セットが普及している様子が分かりました。小児を除く成人ではおよそ90%の実施率になっています。今後も高い実施率の保持を期待します。培養ボトルの接種量は規定量があり、これらについて、現場への指導と理解促進を期待します。

当院では院内感染対策指針のもと、院内感染防止対策小委員会(ICC)、感染制御チーム(ICT)、感染制御リンクスタッフ部会を通じて様々な対策を講じている。

MRSA感染症発生率

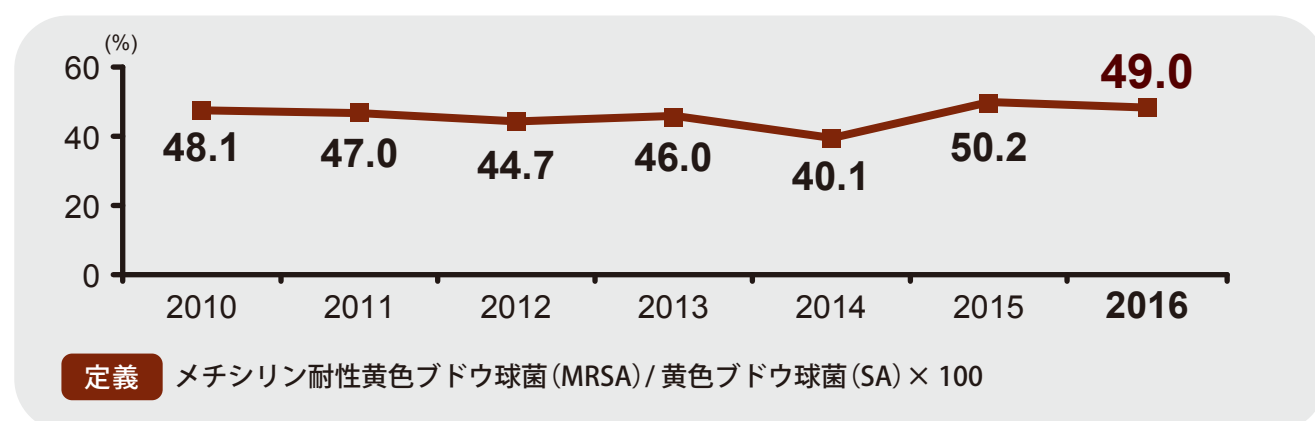
本データは日常的な感染予防策・抗菌薬適正使用の指標となる。



厚生労働省院内感染対策事業(JANIS)による全国平均(2016年)では3.11であり、当院ではそれを下回っており、さらに年々改善してきている。他施設からの持ち込みを除いた院内発生に限ると、0.8とさらに低い。

黄色ブドウ球菌中のMRSA率

本データは日常的な感染予防策・抗菌薬適正使用の指標となる。



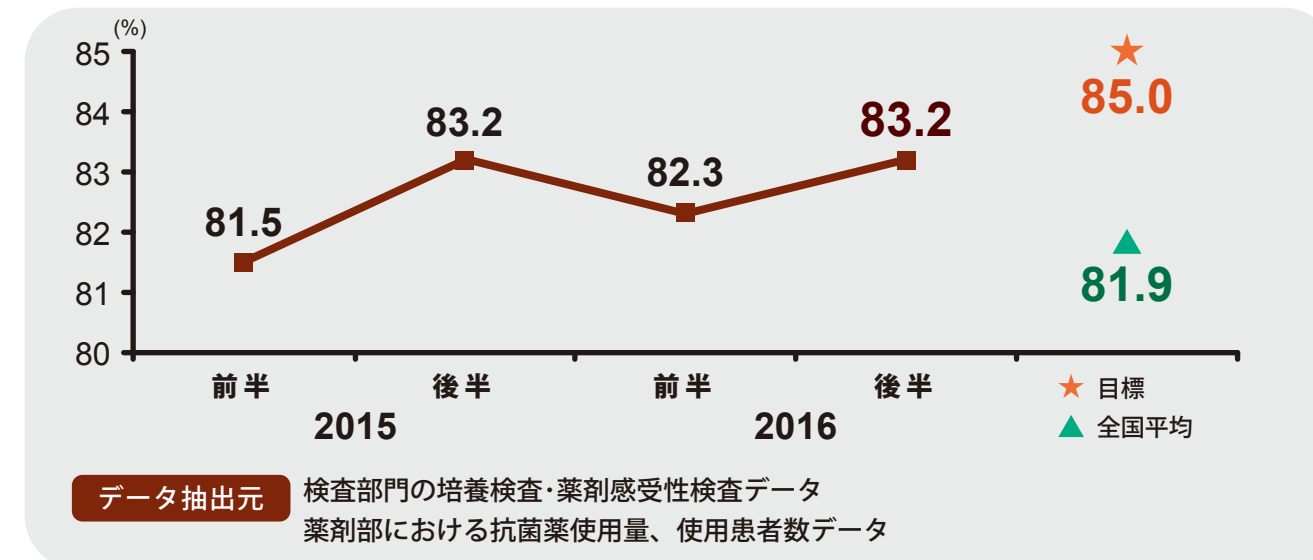
黄色ブドウ球菌中のMRSA検出率は49.0%であった。全国平均は51%(2014年)であり、当院と同程度である。2016年4月に政府から発表された「薬剤耐性菌(AMR)対策アクションプラン」では2020年までに20%以下に低下させることを目標としている。

活動内容

- 日常的な標準予防策（特に手指衛生）の実施
- MRSA検出時の接触予防策の実施
- 抗菌薬適正使用

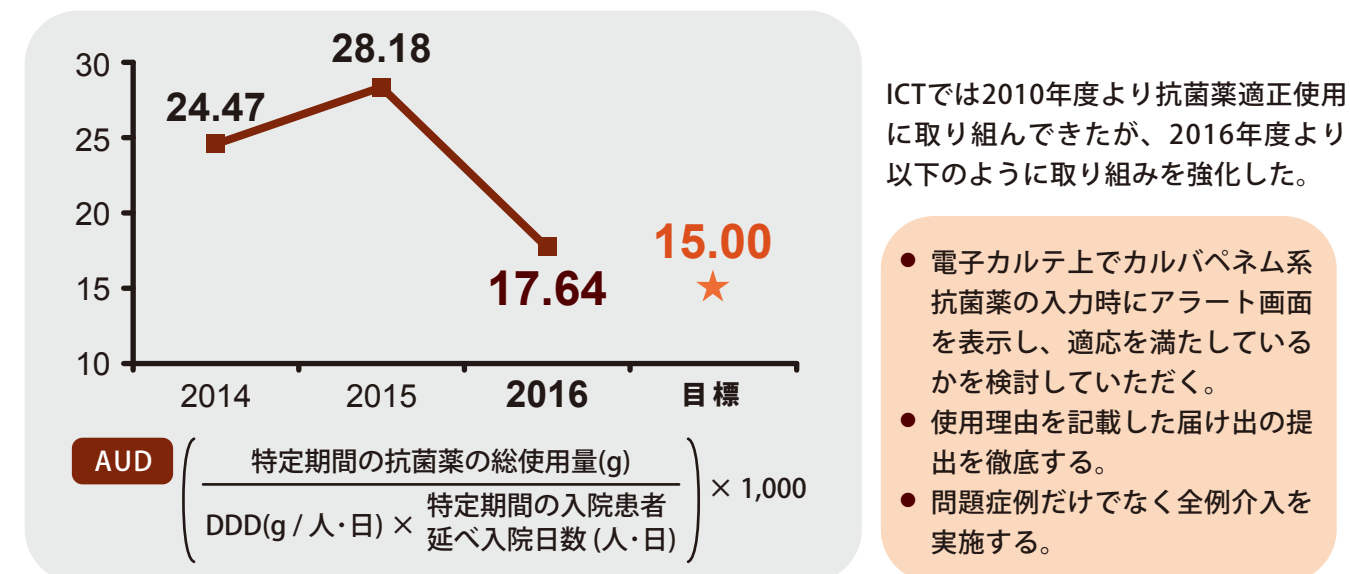
緑膿菌のカルバペネム系抗菌薬感受性率

本データは抗菌薬適正使用の指標となる。指標としてカルバペネム系抗菌薬であるメロペネム（MEPM）の緑膿菌に対する感受性率を用いた。



厚生労働省院内感染対策事業(JANIS)による全国平均(2016年)では、緑膿菌の感受性率は81.9%であり、当院データはそれよりも高く維持されている。「薬剤耐性菌(AMR)対策アクションプラン」では、2020年に緑膿菌のカルバペネム系抗菌薬の感受性率を90%以上にすることを目標としている。

カルバペネム系抗菌薬のAUD（Antimicrobial Use Density：抗菌薬使用密度）



● TQM委員会より

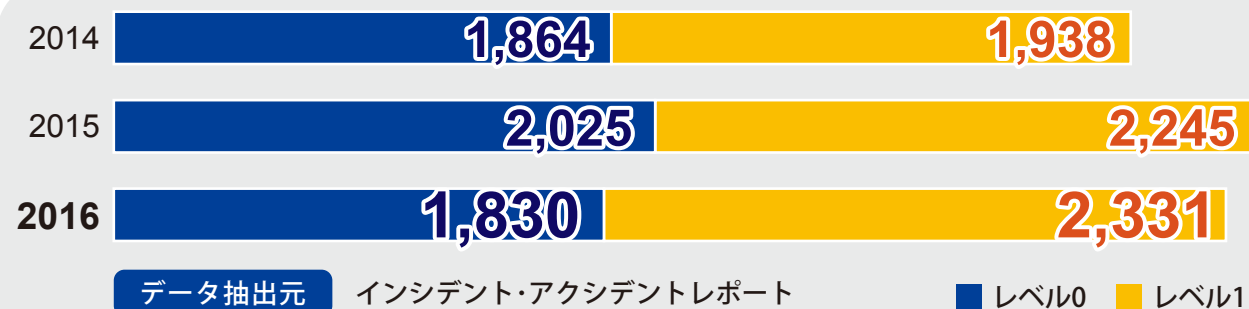
ICTによる標準予防策や接触予防策の指導の効果で、感染症発生率が低下してきました。抗菌薬適正使用への取り組みなど、今後も継続的な活動を期待しています。

医療安全管理部では安全な医療の提供および医療の質の向上を目指して様々な取り組みを行っている。病院職員の安全な医療の提供に対する意識を表す指標を設定することは難しいが、職員の協力が必要な3種の取り組みの経緯を評価することで安全文化の浸透を推測することができるのではないかと考えている。



レベル0/1報告件数

WHO患者安全カリキュラムガイドの「報告の文化をもつ医療施設は、報告のない施設よりも安全である」という原則から、インシデント・アクシデント報告件数、その中でもレベル0/1の報告件数を指標とした。

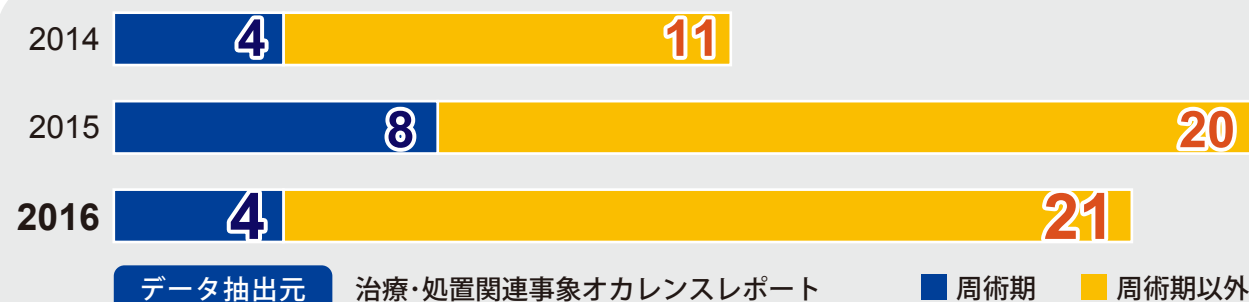


レベル0: 間違ったことが発生したが、患者等には実施されなかった場合や実施されたが患者等には影響がなかった場合
 レベル1: 間違ったことにより患者等への実害はなかったが、何らかの影響を与えた可能性があった場合

2015年より多職種（医師・看護師・コメディカル）合同のインシデント・アクシデントレポート事例検討会を開いており、より広くインシデント・アクシデント報告システムの重要性を実感してもらうとともに実際の対策を協議している。

肺血栓塞栓症発症数

周術期予防法の実施を徹底した。それに伴い周術期以外の肺血栓塞栓症が多いことが確認されたため、予防法について検討を開始している。

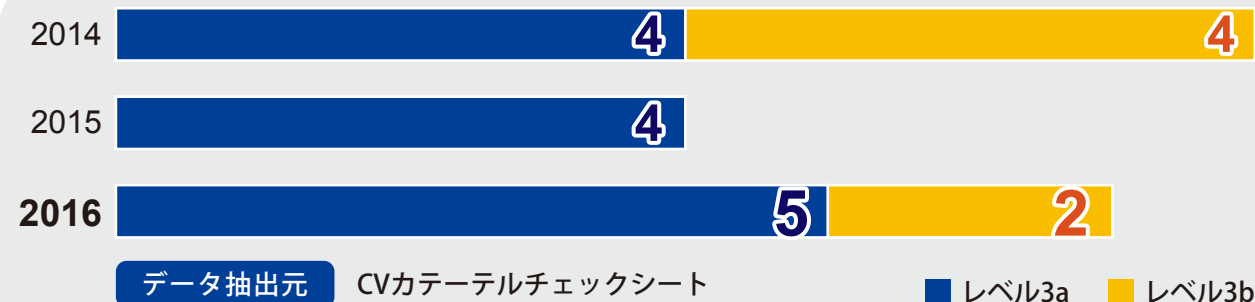


これまでの取り組み

2014年 周術期肺血栓塞栓症発生状況の確認
2015年 周術期肺血栓塞栓スコアシートの見直し
2016年 周術期以外肺血栓塞栓スコアシート導入。周術期肺血栓塞栓修正版を消化器外科で試用

CVカテーテル関連有害事象発生件数

CVカテーテル挿入主義の標準化と事故防止を目的とし、CVカテーテル登録医制度を2016年度より実施、継続している。現在、受講者は290名である。



レベル3a: 事故のため一時的な治療が必要となった場合
 レベル3b: 事故のため継続的な治療が必要となった場合

これまでの取り組み

2014年 CVカテーテル講習3回実施
2015年 CVカテーテル講習2回実施
2016年 CV登録医制度開始

Plan (計画)

- 肺塞栓症の発生を予防する
- CVカテーテル関連有害事象を減少させる

Do (実行)

- 適切な肺塞栓予防の実施
- 患者スクリーニングの拡大（周術期以外）
- CV講習会（登録制の導入）

Action (改善)

- スクリーニング方法や対象の見直し
- 予防法の見直し
- CV講習会の方法や回数の見直し

Check (評価)

- 肺塞栓やCVを原因とした有害事象の減少
- 肺塞栓スクリーニング対象数と予防実施件数
- CV登録医数または講習会実施件数

● TQM委員会より

インシデント・アクシデント報告件数の増加は、自院の医療の透明性を表す重要な指標です。看護師以外、医師や医療技術職の報告件数はどうでしょうか？事故種別や職種別の報告件数についても注目しています。CV講習や肺塞栓予防について、それぞれの取り組みの結果が指標に表れるには時間がかかると思いますが、引き続き対策の継続をお願いいたします。