

# 第8回 医療安全大会

関西医科大学医療安全管理センター

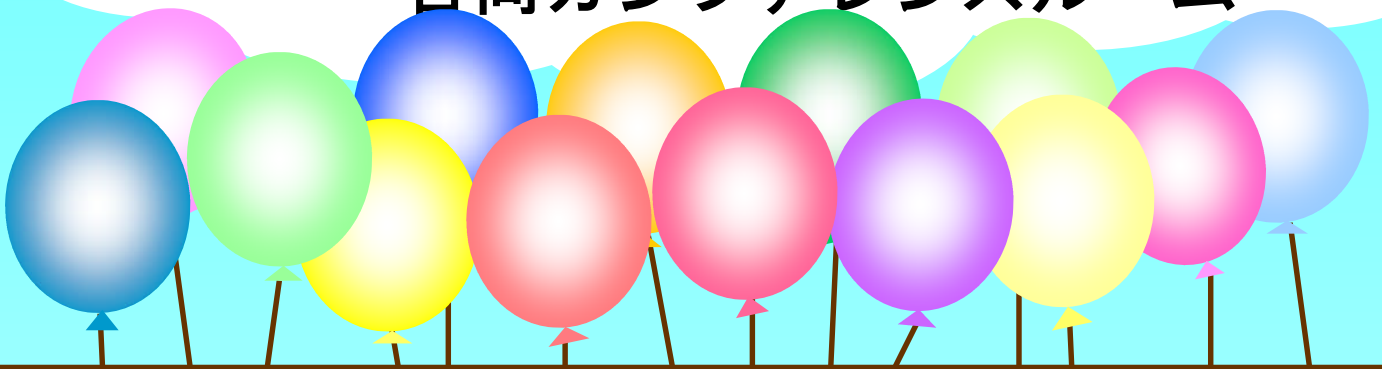
# 第8回 医療安全大会

日時：11月29日(火)

17時30分～19時

場所：13階講堂

合同カンファレンスルーム



司 会：医療安全管理センター長 神崎 秀陽  
開会の挨拶：枚方病院 病院長 今村 洋二  
挨拶：理事長 兼 学長 山下 敏夫

◆枚方病院 座長 枚方病院 医療安全管理部長 岡崎 和一  
「PTP包装シートの誤飲防止対策への取り組み」 看護部 梶田 和代  
「MRSAアウトブレイクの制圧事例」 枚方病院 ICT 宮良 高維

◆香里病院 座長 香里病院 医療安全管理部長 廣原 淳子  
「緑膿菌の環境菌定着の推移～新病院だからできた環境調査～」 感染管理部 長濱 かおり

◆滝井病院 座長 滝井病院 医療安全管理部長 正木 浩哉  
「H23年度手術室における安全対策の取り組み」 中央手術室 長島 明子  
「水痘・播種性帯状疱疹院内感染防止対策」 滝井病院 ICT 正木 浩哉

閉会の挨拶：滝井病院 病院長 岩坂 壽二

- ◎ 枚方病院・滝井病院・香里病院の三元中継で行います。
- ◎ 開始20分後以降に来られた場合は、出席扱い致しませんのでご注意ください。
- ◎ 記録と広報の為、写真・ビデオ撮影をします。ご協力をお願いします。
- ◎ 問い合わせ先：医療安全管理部【内線：3060/3061】

主催 医療安全管理センター

# 第8回 医療安全大会

日時：平成23年11月29日（火） 17時30分～19時

場所：附属枚方病院 13階講堂・合同カンファレンスルーム

附属滝井病院 南館2階臨床講堂

香里病院 8階 第1、第2会議室 （三元中継）

～プログラム～

17:30 ～ 17:32 司会 医療安全管理センター長 神崎 秀陽

17:32 ～ 17:34 開会の挨拶 枚方病院 病院長 今村 洋二

17:34 ～ 17:39 挨拶 理事長兼学長 山下 敏夫

【一部】 座長 枚方病院 医療安全管理部長 岡崎 和一  
17:40 ～ 17:55 「PTP包装シートの誤飲防止対策への取り組み」

枚方病院 看護部 梶田 和代

17:55 ～ 18:10 「MRSAアウトブレイクの制圧事例」  
枚方病院 ICT 宮良 高維

【二部】 座長 香里病院 医療安全管理部長 廣原 淳子  
18:11 ～ 18:26 「緑膿菌の環境菌定着の推移～新病院だからできた環境調査」

香里病院 感染管理部 長濱 かおり

【三部】 座長 滝井病院 医療安全管理部長 正木 浩哉  
18:28 ～ 18:43 「H23年度手術室における安全対策の取り組み」

滝井病院 中央手術室 長島 明子

18:43 ～ 18:58 「水痘・播種性帯状疱疹院内感染防止対策」  
滝井病院 ICT 正木 浩哉

18:58 ～ 19:00 閉会の挨拶 滝井病院 病院長 岩坂 壽二

19:00 終了

主催 関西医科大学医療安全管理センター

## 理事長あいさつ

山下 敏夫

本日まで出席の皆様には、日頃から、本学の医療のために日夜多大なる貢献をしてくださっていますこと、さらにはその安全について、絶え間ぬ努力をしてくださっていますことに、まずもって心から感謝申し上げます。

今年の第8回医療安全大会は感染症対策研修会を兼ねることになります。

ご承知のとおり医療法上、職員は年2回の医療安全管理研修会および院内感染対策研修会への受講義務があります。職員各人にとっては安全な医療を行う上で当然の義務ですが、研修会を企画する側はなかなか大変です。枚方病院だけでも業務委託の方を含めると2,000人以上の職員がおられ、その方が「安全」と「感染」の研修会に2回ずつ出席となりますと、主催者側はトータルで8,000人の参加の機会を作ることが必要になります。大変なご苦労です。医療安全管理センター長の神崎理事、副センター長の宮崎先生、並木部長、感染症管理部の宮良部長、大石師長をはじめとする枚方病院の関係の方々、さらには滝井病院、香里病院の対策委員の方々に、この席をかり日頃のご貢献に謝意を表します。

さて、良質で安全な医療を行うには、まず医療人が十分な知識と技術を持ち、絶えずその向上を図ることだと思います。次に事故を防ぐための知恵を持ち、工夫をすることでしょう。知恵とは例えば、ついマンネリになりがちな医療行為を常に一定の緊張を持って臨む姿勢を自ら作りあげることであり、またこのような会に出席し、色々の事例から学ぶということです。一方工夫としては、組織が事故の起こらないようなシステムを作ることであり、この大会開催もその一環かと思えます。

出席者の皆さんが本大会で得られた知識や知恵を明日からの日常診療に生かしていただき、医療の安全が益々図られることを心から期待し、私の挨拶とさせていただきます。どうぞ宜しくお願いいたします。

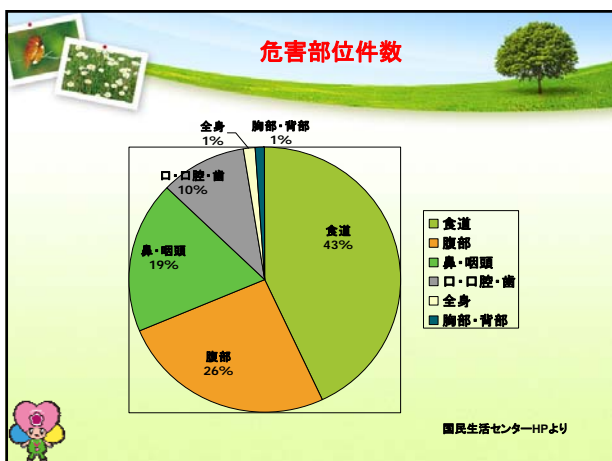
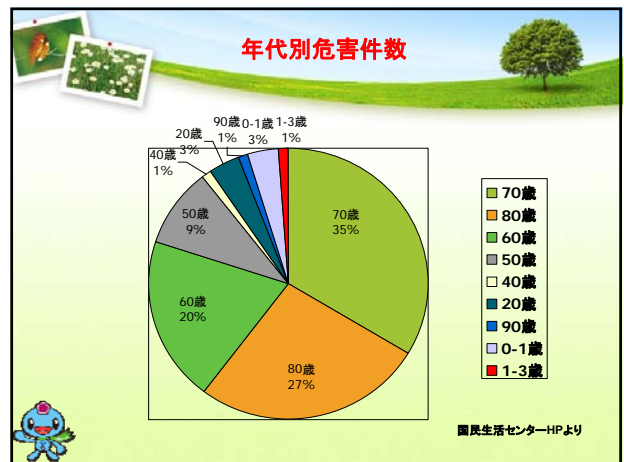
## PTP包装シート誤飲の防止対策への取り組み

関西医科大学附属枚方病院看護部  
梶田和代・永田多恵子・西村祐子

## 1.はじめに

食道にななめに突き刺さった包装シート(内視鏡写真)

3病棟で試験的にPTP包装を外し与薬する方法を試み、院内統一した投与方法を決定、実施




・平成23年1月 PTP包装シートの誤飲事故2例が発生。

・事故が発生した場合、**与薬した看護師が過失**を問われる可能性が高い。

切り離したPTP包装の薬

## 2. 取り組みの経過

- 平成23年4月 聞き取り調査
- 平成23年4月 医療安全部・3病棟師長との検討会
- 平成23年5月 3病棟で試験運用開始・運用開始後1週間、3週間後医療安全部により現状調査
- 平成23年6月 医療安全部・3病棟師長との検討会  
運用決定
- 平成23年7月 院内統一運用開始



## 3. 試行運用前の現状 (16部署)

<b>&lt;配薬準備回数&gt;</b>		<b>&lt;準備と配薬&gt;</b>	
・1日分をまとめて準備	(2)	・PTPシートのまま	(6)
・各勤務帯	(13)	・1個ずつ切り離して	(7)
・患者管理	(1)	・患者の状態により	(3)
<b>&lt;服薬確認&gt;</b>		<b>&lt;準備物品&gt;</b>	
・殻	(9)	患者名を記載した専用の	
・殻・配薬カップ	(3)	・配薬BOX	
・配薬カップ	(1)	・配薬カップ	
・内服まで目視	(2)	・エハック	
・自己管理	(1)		

## 試行運用前の問題点


- 殻で確認し、内服動作を目視していない
- ベットサイドにPTPシートが存在する
- 容器に不具合がある

## 絶対条件

● 患者に与薬する際は、  
薬剤がPTP包装シートから  
取り出されていること

↓

病室に持ち込まない



## 4. 聞き取り調査結果

● 運用

- ・薬袋から薬を取り出す時に2名がWチェックを行い、PTP包装シートから薬を取り出し配薬カップ(エハック)に準備する。



ユニパック 1枚:2円10銭



## 運用の原則

【同時に2名が指差し呼称】  
内服指示書と薬剤を確認し、PTP包装シートから取り出す。




- ・薬袋から薬を取り出す時点で、2名が同時にWチェックを行い、PTP包装シートから薬を取り出し配薬カップ(またはエハック)に準備する。

### 試行運用の手順

•チェック① (1回目のチェック)

- 担当看護師は内服指示書を確認しながら、1回服用量の薬剤をPTP包装シートからバラして、配薬カップ(またはエパック)に入れて準備する。




担当看護師が1人で準備(1回量包装や散薬はそのまま)

### 試行運用の手順

•チェック②


- 2回目のチェックを行うスタッフは、内服指示書と確認しながら準備された1回服用量の錠数のみを監査する。



PTP包装シートから取り出された薬剤の錠数を監査する。

### 容器の取り扱い

- 専用BOXは透明シートで蓋を作成する。
- 配薬カップは1日1回交換する。
- ユニパックは汚染時交換する。



### 5. 試行運用1ヶ月後

3病棟の聞き取り調査結果

絶対条件を含めた運用方法で行った。  
↓  
インシデントの発生なし  
業務効率が悪くなることはなかった

<<意見>>  
 ・2名の看護師で同時にWチェックするのは困難。  
 ・錠剤の数だけでは不安。

【2名同時に確認できない場合】

<1回目確認>

- 担当看護師は内服指示書を確認しながら、1回服用量の薬剤をPTP包装シートのまま、配薬カップ(またはエパック)に入れて準備する。



担当看護師が1人でPTP包装シートのまま配薬カップに準備

<2回目確認>

- 2回目の確認を行うスタッフは、内服指示書と準備された1回服用量を確認しながらPTP包装シートから取り出す。



1回服用量の監査後、PTP包装シートから取り出す。

### 16部署で運用開始

医療安全管理部・3病棟師長と運用決定

- ◆ 師長会で運用説明
- ◆ 師長がスタッフに運用説明
- ◆ 部署にあった運用方法を導入
- ◆ 医療安全管理部によるラウンド

## 7.運用4ヶ月後の 聞き取り調査結果

聞き取り調査対象病棟（16部署）

- ・マニュアル通り・・・10部署
- ・マニュアル以外・・・6部署

切り離れたPTP包装シートの薬剤を配薬加パ<sup>®</sup>（エパ<sup>®</sup>ック）に  
準備し、患者サイドで薬剤を取りだし与薬している。

シートから外した薬剤を  
患者サイドに持参する事が  
**不安**

患者の目前でシートから外す為  
**誤飲は避けられる**

## 8.考察

<マニュアル通りに実施できなかった理由>

- 誤飲の危険性が「ゼロ」ではないという  
**認識**が低い。
- スタッフへの**伝達、合意形成**に差異が生じた。
- 与薬手順に看護師の**不安**があった。

## 9.まとめ

- 取り組み開始からインシデント「ゼロ」。
- 手順通りにできていなかった部署も患者にPTP  
包装のまま与薬はされていなかった。
- 看護師が安心して与薬できる手順を継続課題  
として取り組む。

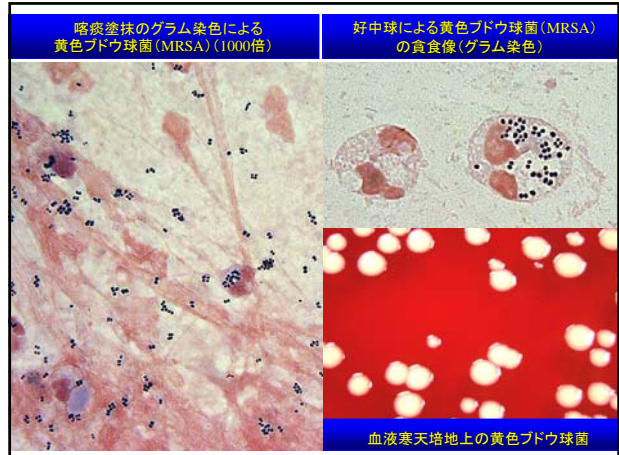
第8回 医療安全大会

**MRSAアウトブレイクの制圧事例**

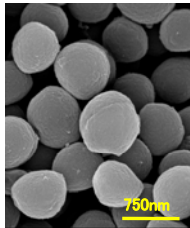
関西医科大学附属枚方病院ICT

宮良高維, 中村竜也, 大石 努

2011年11月29日



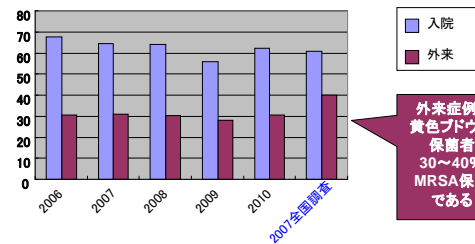
院内における黄色ブドウ球菌



- グラム陽性球菌は、細胞壁が厚く硬い。
- ⇒ 内外圧格差20気圧(水深200m防水時計相当)に耐えられ、乾燥に強い。
- ⇒ 病室など乾燥環境でも長時間生存可能。
- ⇒ 手指や療養環境、器材を介した直接接触でも・間接接触でも院内感染する。
- 黄色ブドウ球菌は鼻腔、咽頭、腸管にも常在。
- MRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)は、メチシリンだけでなく、多くの抗菌薬に耐性。
- MRSAに有効な抗菌薬は、概して高価であり、腎機能や血液細胞への負担も大きい。
- MRSA感染症を発症した場合は予後に影響する。

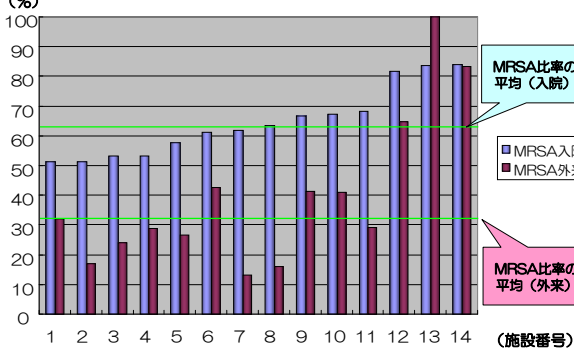
入院・外来別MRSA比率

南大阪地区調査(5年間)と全国調査(2007年)との比較



施設別MRSA比率(MRSA/全黄色ブドウ球菌)

(南大阪地区感受性サーベイランス;2010年,14施設)



MRSAが入院患者さんから検出される状況は、

- (1) 元々鼻咽腔や消化管に保菌されていたMRSAが、広域抗菌薬の長期使用で選択されて菌量が増加した場合。
  - (2) 院内で交差感染した場合。
- ⇒ (2)は、病院の責任となるが、通常は院外からの持込との区別が容易でない。

## 解 説

### ●アウトブレイクとは？

- ①同一感染(症)が
- ②通常とは異なる頻度で
- ③時間的・空間的に集積して 発生している場合.

(菌種により、行政機関への届出基準となる発生規模は異なり、画一的基準はない)

## 解 説

### ●アウトブレイクとは？

- ①同一感染(症)が
- ②通常とは異なる頻度で
- ③時間的・空間的に集積して 発生している場合.

(菌種により、行政機関への届出基準となる発生規模は異なり、画一的基準はない)

### ●POT(Phage ORF typing) #解析とは？

同一のMRSA株を見つけるための簡便法。  
MRSAの一定の3点の遺伝子を比較し、3組の数字セットで表現。  
(遺伝的に異なる株が、この方法で同一株と判定される確率は、32万分の1とされている)

## 解 説

### ●アウトブレイクとは？

- ①同一感染(症)が
- ②通常とは異なる頻度で
- ③時間的・空間的に集積して 発生している場合.

(菌種により、行政機関への届出基準となる発生規模は異なり、画一的基準はない)

### ●POT(Phage ORF typing) #解析とは？

同一のMRSA株を見つけるための簡便法。  
MRSAの一定の3点の遺伝子を比較し、3組の数字セットで表現。  
(遺伝的に異なる株が、この方法で同一株と判定される確率は、32万分の1とされている)

遺伝的同一性の確認方法	1株あたりの費用	結果返却までに要する時間	検査提出のタイミング
制限酵素解析	2万円(外注)	1~数週間	アウトブレイクが濃厚な場合
POT#解析	580円(院内)	4~5時間	監視目的で1週間毎でも可能

## 解 説

### ●アウトブレイクとは？

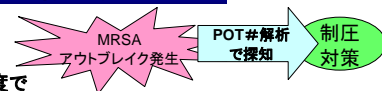
- ①同一感染(症)が
- ②通常とは異なる頻度で
- ③時間的・空間的に集積して 発生している場合.

(菌種により、行政機関への届出基準となる発生規模は異なり、画一的基準はない)

### ●POT(Phage ORF typing) #解析とは？

同一のMRSA株を見つけるための簡便法。  
MRSAの一定の3点の遺伝子を比較し、3組の数字セットで表現。  
(遺伝的に異なる株が、この方法で同一株と判定される確率は、32万分の1とされている)

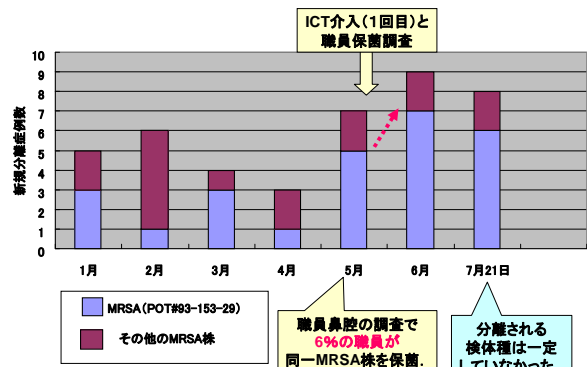
遺伝的同一性の確認方法	1株あたりの費用	結果返却までに要する時間	検査提出のタイミング
制限酵素解析	2万円(外注)	1~数週間	アウトブレイクが濃厚な場合
POT#解析	580円(院内)	4~5時間	監視目的で1週間毎でも可能

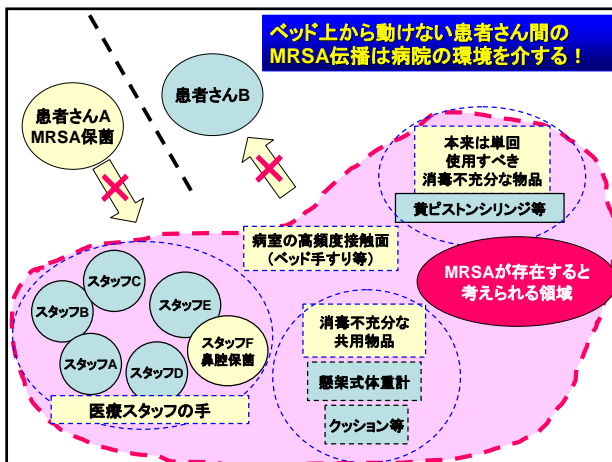
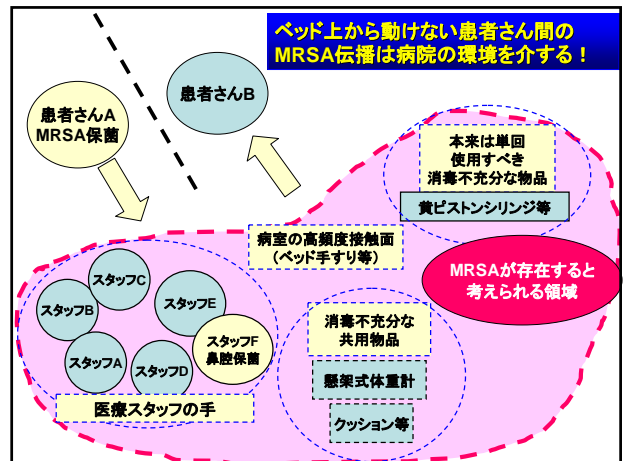
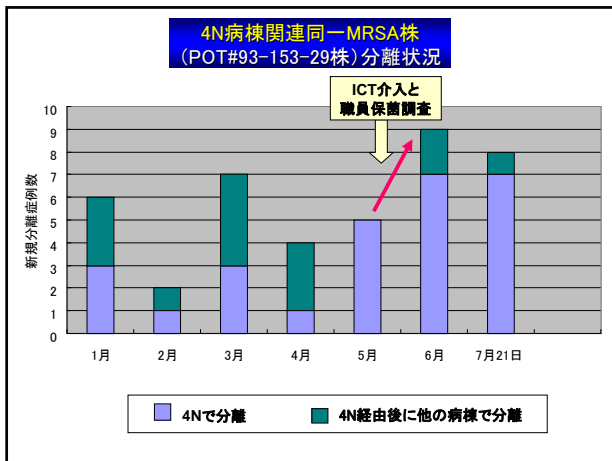


## 事例1

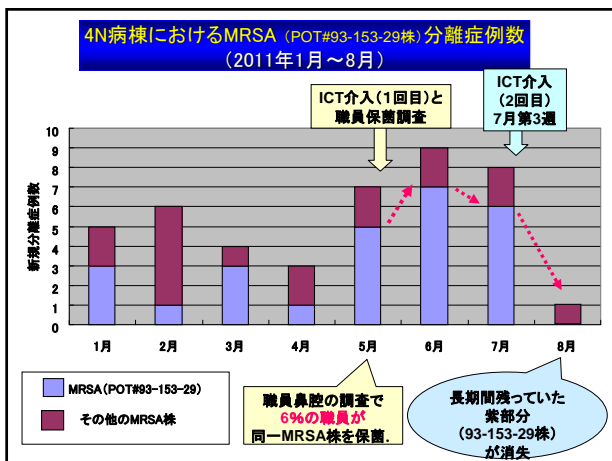
**4N(救命救急)病棟**  
**1月~7月21日**  
**93-153-29株感染: 26名**

**4N病棟におけるMRSA (POT#93-153-29株)分離症例数**  
 (2011年1月~7月21日)



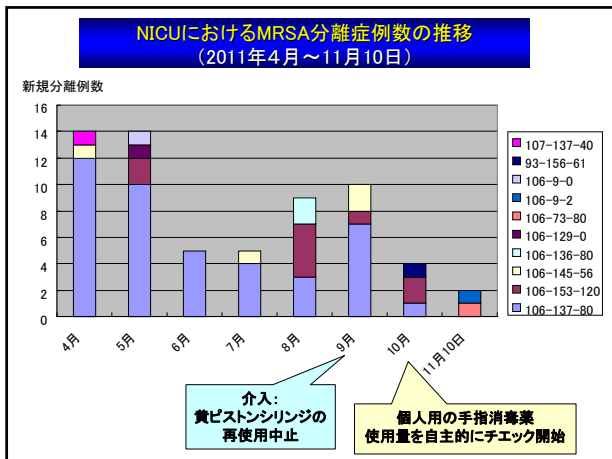


- ### 4N病棟におけるMRSA交差感染防止対策 (7月介入時の主なポイント)
- 手指消毒の徹底.
  - 陰部洗浄等の接触密度の高い作業時に使い捨てガウン着用.
  - 清掃作業手順の見直し.
  - 高頻度接触面ほか病室環境の次亜塩素酸による消毒.
  - 共用物品を減ずる (洗濯や洗浄できないクッション等も).
  - 懸垂式体重測定器 (= 共用物品) による体重測定時に使い捨てカバーで交差感染を防止する等々.



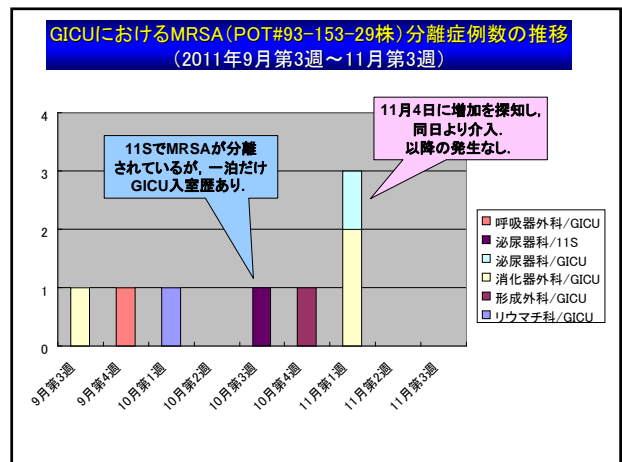
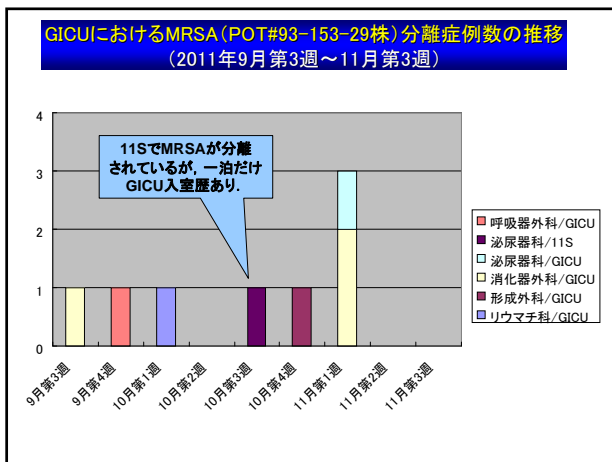
### 事例2

NICU  
4月以前~10月  
106-137-80株感染: 41名



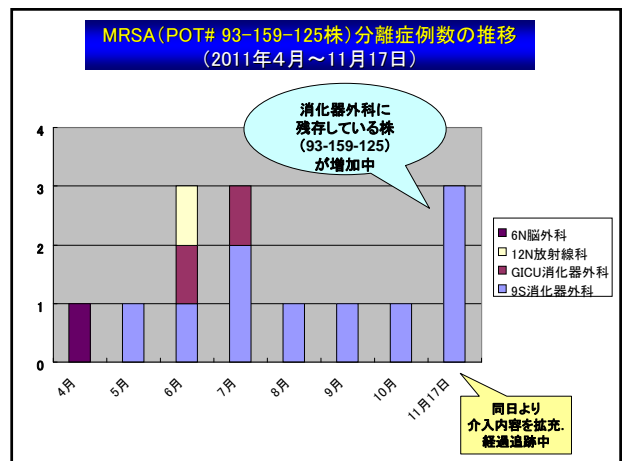
### 事例3

GICU  
9月第3週～11月第1週  
93-153-29株感染: 8名



### 事例4

消化器外科  
4月より現在進行中  
93-159-125株感染: 12名



## 結果

### 1. 4月以降の主なMRSA院内アウトブレイク事例

アウトブレイクの発生病棟or診療科	発生期間	原因流行株	検出人数	全員に抗MRSA薬治療を実施したと仮定した際のVCM費用の試算(注)
4N病棟	1月～7月21日	93-153-29	26名	167万1,600円
NICU	4月以前～10月	106-137-80	42名	元々が監視培養のため治療対象は無しと仮定
GICU	9月20日～11月4日	93-153-29	8名	63万6,800円
消化器外科	4月～	93-159-125	12名	95万5,200円

(注)成人の塩酸バンコマイシン使用量を後発品「MEEK®」で全員を治療したと仮定して、バンコマイシン費用のみを算出。  
 $(1,990\text{円/vial} \times 4\text{vial}) \times 10\text{日} \times \text{人数} = 79,600\text{円} \times \text{人数}$

### 2. 主な介入手段

- (1)アルコール性手指消毒薬、手洗いによる手指衛生の徹底、(2)高頻度接触環境の消毒、(3)共用物品の消毒あるいは使用回避、(4)接触度の高い作業時の使い捨てガウン使用。

## 考察

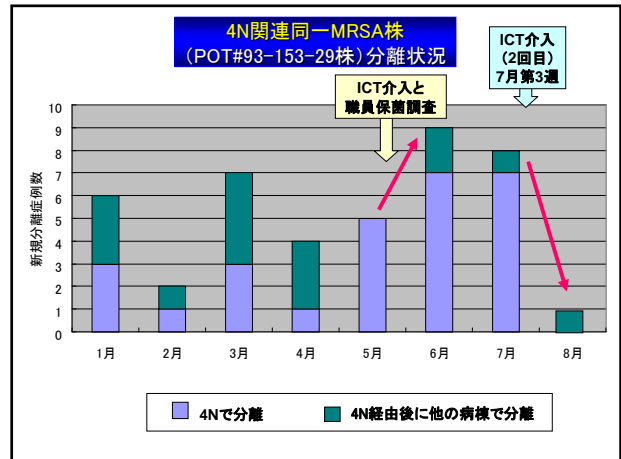
●当院が実施している、MRSA新規分離例のPOT#毎週解析による監視は、

- (1)市中での保菌頻度が比較的高く、院外からの持ち込みと区別しにくいMRSAによる院内感染を早期に検出可能としている。
- (2)通常なら追跡困難な他病棟への1例単位の少数拡散も追跡可能としている。
- (3)1週間単位で動向が把握できるため、早期介入が可能である。
- (4)個々のアウトブレイクの始点と終点を正確に判定可能である。

●以上の点から、POT#解析による監視は、

- (1)アウトブレイク発生要因となる
  - ①「手指衛生遵守状況の低下」や「感染対策の弛緩」の検出(行動内容の可視化)と
  - ②「介入によるその是正効果」を間接的に検出(行動変容の可視化)可能としている。
- (2)介入時に、現状の改善を求める場合の「客観的証拠」としての価値も高い。

- ⇒①MRSAによる院内感染の規模拡大の抑制に役立っていると考える。  
 ⇒②院内全体の基本的感染対策の実施状況のモニターとなっている。



## 緑膿菌の環境菌定着の推移

～新病院だからできた環境調査～



関西医大香里病院  
感染管理部 長濱かおり

## 緑膿菌とは？

- ◆ 環境常在菌
- ◆ ブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌(NFGNR)  
他にアシネトバクター、フラボバクテリウムなどがある
- ◆ 湿潤な環境から検出されることが多い
- ◆ 乾燥に弱い
- ◆ 易感染性宿主へは感染症を引き起こすことがある
- ◆ 感染経路: 尿道留置カテーテル、ネブライザー等、汚染した消毒薬
- ◆ 日和見感染症、院内感染症などを引き起こす原因菌となる

CDCガイドラインによると環境の微生物検査は  
必要でない



新病院ではどのくらいの期間で緑膿菌が  
定着するのか？

## 調査内容

- ① 期間 : 2010年10月～2011年6月
- ② 調査間隔: 1回/月  
未使用病室のみ2ヶ月間は1回/週
- ③ 場所 : 各病棟のナースセンター手洗い  
処置室の清潔、不潔シンク  
各病棟の2病室と7F病棟の未使用4病室の  
手洗い
- ④ 方法 : 排水口付近を綿棒でぬぐい、培養
- ⑤ 対象菌 : 緑膿菌と  
それ以外のブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌
- ⑥ 2回検出された時点で定着と判断し調査終了

## 結果

- ① 週、月変化で結果を見ることができた
- ② 2010年10月1日
  - ・未使用の715～718号室  
緑膿菌とその他のブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌の検出(一)
  - ・使用后14日の710, 711号室  
緑膿菌以外のブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌の検出(+)

緑膿菌以外のブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌

調査場所	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月
病室手洗	N	●	●	定着						
清潔シンク	N	●	●	定着						
不潔シンク	N	●	●	●	●	●	●	●	●	●
410	N	●	●	●	●	●	●	●	●	●
411	N	●	●	●	●	●	●	●	●	●
病室手洗	●	●	●	定着						
清潔シンク	●	●	●	定着						
不潔シンク	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
610	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
611	N	●	●	●	●	●	●	●	●	●
病室手洗	N	●	●	●	定着					
清潔シンク	N	●	●	●	●	●	●	●	●	●
不潔シンク	N	●	●	●	●	●	●	●	●	●
710	N	●	●	●	●	●	●	●	●	●
711	N	●	●	●	●	●	●	●	●	●
715	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
716	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
717	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
718	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
使用済										
715	—	N	N	●	●	●	●	●	●	●
716	—	N	●	●	●	●	●	●	●	●
717	—	—	—	●	●	●	●	●	●	●
718	—	N	●	●	●	●	●	●	●	●

Nは未検査

**緑膿菌**

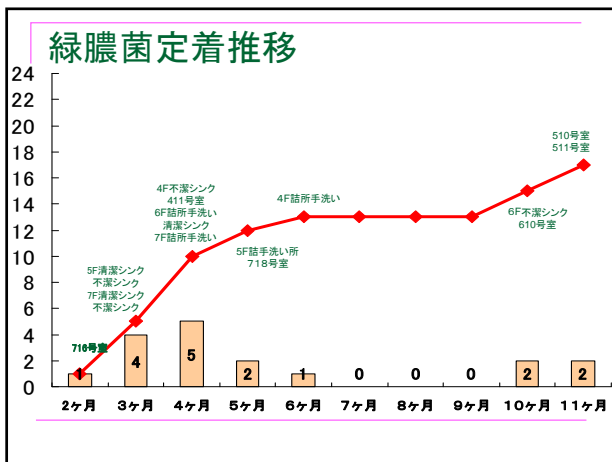
採取場所	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月
4F	410	N	—	—	—	—	—	—	—	—
	411	N	●	●	■	■	■	■	■	■
	510	●	—	—	—	—	—	—	—	—
6F	611	●	—	—	—	—	—	—	—	●
	610	N	—	●	—	—	—	—	●	■
	611	N	●	—	—	—	—	—	—	—
7F	710	—	—	—	—	●	—	—	N	N
	711	—	—	—	—	●	—	—	N	N
	715	—	—	—	—	—	—	N	N	N
	718	—	—	—	—	—	—	N	N	N
	717	—	—	—	—	—	—	N	N	N
	718	—	—	●	—	—	—	N	N	N
廊下等	715	—	N	N	—	—	—	●	—	—
	710	—	N	—	—	●	—	●	●	—
	717	—	—	—	—	—	—	●	—	N
	718	—	N	—	—	—	—	●	—	—

Nは未検査

**緑膿菌**

採取場所	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月
4F	廊下等	N	—	●	—	●	■	■	■	■
	清潔シンク	N	—	—	—	—	—	—	—	●
6F	廊下等	N	●	●	■	■	■	■	■	■
	清潔シンク	N	●	●	■	■	■	■	■	■
6F	廊下等	N	●	●	■	■	■	■	■	■
	清潔シンク	N	●	●	■	■	■	■	■	■
7F	廊下等	—	●	●	■	■	■	■	■	■
	清潔シンク	N	●	●	■	■	■	■	■	■

Nは未検査



**考察**

使用前のシンクには  
緑膿菌もその他のブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌も  
検出されなかった

↓

菌の定着は外部からの影響

患者の重症度に関係なく、  
病室のシンクに緑膿菌は**検出**され  
緑膿菌以外のブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌  
は**定着**する

↓

すべて**同レベル**の清掃が必要

洗浄する物品が違っていても  
シンクには緑膿菌も  
その他のブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌も  
**定着**している

↓

すべて**同レベル**の清掃が必要

- ◆ ほとんどのシンクに緑膿菌、  
その他のブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌が定着
- ◆ 病室の手洗いより、医療従事者が使用するシンクの方が定着頻度が高い
- ◆ シンクの定期的な清掃、乾燥が必要

- ◆ シンク周辺に物品を置かない
- ◆ 物品洗浄時には个人防护具の着用  
手袋  
エプロン  
ゴーグル

## 手指衛生が重要



## 院内感染防止のために

- 標準予防策の徹底
- 適切な手指衛生が行える環境整備
- 手指衛生の遵守状況の把握、指導

ご清聴  
ありがとうございました



## 23年度手術室安全対策の取り組み

中央手術室 長島 明子

## 4大過誤

もし起こってしまったら医療機関に極めて重い責任があると判断される可能性が高い事故

- 患者誤認手術・部位誤認手術
- 体内遺物遺残
- 輸血過誤による死亡
- 薬剤過量投与による死亡

## 医療事故（過誤）が起これると

### 患者への不利益

身体的・精神的苦痛  
入院期間の延長

### 医療者側の不利益

病院への不信感  
精神的苦痛  
患者への補償

新人看護師が離職する原因の一つになることも・・・

## H23年度手術室安全目標

3b以上のアクシデントを防ぎ、  
初期対応を適切に行う

## H23年度の 安全対策に関する取り組み

- 患者誤認予防対策
- 手術部位間違い予防対策
- 体内遺残防止対策
- スタッフ教育

## 患者誤認予防対策

### 患者確認方法

#### 前室に於いて

患者に氏名・手術部位を言ってもらい  
患者の側で申し送りを行い、患者と共に手術ルームへ

#### 手術室に於いて

患者・主治医・麻酔科医・看護師で、再度患者氏名  
手術部位を確認する

## H22年 患者誤認事例

ネームバンドの患者氏名間違い  
標本ラベルの名前転記間違い  
病棟からの持参カルテ・フィルム間違い

## 患者誤認予防対策

### ネームバンドの患者氏名間違い

#### 概要・対策

- ネームバンドの発行時一覧を見て発行したが、一行間違えて違う患者の氏名で発行した
- 受け取る際、外したネームバンドと確認していなかった
- 患者に装着する際、主治医と患者氏名の確認をしていなかった



マニュアル遵守の再度呼びかけ

## 患者誤認予防対策

### 標本ラベルの氏名転記間違い

**対策** 手術開始前に患者名をラベルに記入し器械だし・外回り看護師2名で確認する  
事前準備が出来なかった場合は他者と確認する



同様のインシデントが発生した

## 患者誤認予防対策

### 標本ラベルの氏名転記間違い

#### 概要

- 事前のラベル準備が間に合わないまま、手術が開始された
- 標本ラベルの患者名を「ミエコ」を「エミコ」と記載した
- 看護師は標本ラベルに記載時に患者名を間違えそうだと感じていた
- 9つの標本が短時間に立て続けに摘出されたので標本名のWチェックを行った

## 患者誤認予防対策

### 標本ラベルの氏名転記間違い

#### 原因

- マニュアル通り事前の標本ラベルの準備ができていなかった
- 事前に標本ラベルが準備できなかった場合のマニュアルが機能しなかった
- 転記時、間違えそうだと感じたにもかかわらず、再度氏名確認しなかった

## 患者誤認予防対策

### 標本ラベルの氏名転記間違い

#### 対策

手術開始前に患者名をラベルに記入し器械だし・外回り看護師2名で確認する  
追加で必要な場合は他者と確認する

追加：申し送りチェック表に、標本ラベルの氏名確認の項目

## 患者誤認予防対策

### カルテ・フィルムの患者誤認

#### 原因

- 持参物品の患者氏名確認が不十分だった
- 2人同時にオペ出しされた

#### 対策

- 申し送り時のカルテフィルムの氏名確認の徹底
- 手術室前室に注意喚起のポスターを掲示
- レントゲンフィルムはシャークアステンに掲示する際、氏名確認する
- 2人同時にオペ出しに来た場合は、管理室前で1人待機してもらい1人ずつ入室する

## 左右間違い予防対策

### 眼科手術で洗眼後に左右間違い

#### 通常の確認方法

左右確認は申し送り時・洗眼前に手の甲にしているマーキングをもとに患者・看護師・医師間で行っている

#### 事例

- 洗眼後に反対側の消毒を行った
- 洗眼・消毒後、反対側に敷布を掛けた

## 左右間違い予防対策

### 眼科手術で洗眼後に左右間違い

#### 対策

- 洗顔時に使用したガーゼを外さず、左右の目印として残しておく
- タイムアウトの導入

#### タイムアウトとは・・・

皮膚切開の前いくつかの必要不可欠な安全チェックが行われてチーム全員が関与していることを確認する為、チームによって行われる1次的な休止

## 3b 体内遺残防止対策

術式：神経・血管吻合術

手術時間：23時間（18:00～翌17:00）

術後22日目のレントゲン撮影で血管クリップの遺残を発見

#### 原因

- 長時間手術の為、術者・看護師が複数交代した
- 術中の機械類のカウントは随時行っていた
- クリップをかけた医師は、途中から手術に入っていなかった
- 機械出し看護師はおらず、外回り看護師のみで手術についていた

## 体内遺残防止対策

#### 対策

- ルーム内への持ち込み定数の決定
- 血管クリップ使用時、専用カウント用紙で運用
- 血管クリップにSPDシールを貼り、それをカウント用紙貼付することで、2重で確認する
- 血管クリップのSPDセット化を検討中

## H23年度の安全対策に関する取り組み

- 患者誤認予防対策
- 手術部位間違い予防対策
- 体内遺残防止対策
- スタッフ教育

## 安全教育

### シミュレーション教育

(対象: 1~3年目看護師・一部全スタッフ)

#### 実施項目

- 抗生剤の受け取り・実施・副作用発生時の対応
- カウントが合わない場合の対応・報告と遺残発生時の記録について
- 腰椎麻酔における副作用発生時の対応  
(口頭指示受け・薬剤の使用)
- 急変時・大量出血時についての対応
- 悪性高熱発現時の対応
- 急変時・事故発生時の記録について

## 今後の課題

- マニュアルが形骸化しないよう随時見直す
- 起こしたインシデントを風化させることなく、その対策が常に実践できていることを確認し浸透させていくシステム作り
- スタッフのリスク感性を育む取り組み

手術安全チェックリスト (2009年改訂版)

世界保健機構

麻酔導入前	皮膚切開前	患者の手術室退室前
サインイン	タイムアウト	サインアウト
患者のID部位手術法と同意の確認は？ <input type="checkbox"/> はい 部位のマーキングは？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 適応ではない 麻酔器と薬剤のチェックは済んでいる？ <input type="checkbox"/> はい 患者には： アレルギーは？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 気道確保が困難/誤嚥のリスクは？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある、器材/応援・助手の準備がある 500ml以上の出血のリスクは？ (小児では7ml/kg) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある、2本以上の静脈路/中心静脈と輸液計画	<input type="checkbox"/> 全てのチームメンバーが名前と役割を 自己紹介したことを確認する <input type="checkbox"/> 患者の名前、手術法と皮膚切開がどこに加えられるかを 確認する 抗菌薬予防投与は直前の60分以内におこなわれたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 適応ではない 予想される極めて重要なイベント 術者に： <input type="checkbox"/> 極めて重要あるいはいつもと違う手順はなんですか？ <input type="checkbox"/> 手術時間は？ <input type="checkbox"/> 予想される出血量は？ 麻酔専門医に： 患者に特有な問題点は？ 看護チームに： <input type="checkbox"/> 滅菌は確認したか？ 器材問題あるいはなにか気になっていることはあるか？ 必要な画像は展示されているか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 適応ではない	看護師が口頭で確認する <input type="checkbox"/> 手術式名 <input type="checkbox"/> 器具・ガーゼと針のカウントの完了 <input type="checkbox"/> 標本ラベル付け (患者名を含め標本ラベルを 声に出して読む) <input type="checkbox"/> 対処すべき器材問題があるか 術者、麻酔科医と看護師に <input type="checkbox"/> この患者の回復と管理についての主な問題はなにか？

医療安全大会（2011年11月29日）

## 水痘・播種性帯状疱疹 院内感染防止対策

附属滝井病院 ICT

## 水痘と帯状疱疹の関係!?

- ❖ 水痘に感染後、ウイルスは知覚神経節に潜伏感染し、再活性化して帯状疱疹を引き起こす
- ❖ 免疫力の低下した患者の帯状疱疹は、**播種性帯状疱疹**となることがある
- ❖ 播種性帯状疱疹は、**空気感染**することがある
- ❖ **水疱内は高濃度のウイルス!**
  - ❖ **水痘**……感受性家族の**71.5%**が水痘発症
  - ❖ **帯状疱疹**……感受性家族の**15.5%**が水痘発症  
(帯状疱疹は未感染の同居家族に水痘を発症させる)

## 播種(汎発)性帯状疱疹



## 院内感染事例

2002年5月 6S	多発性骨髄腫患者の水痘発症から3ヶ月の間に悪性リンパ腫など合計9名の患者が <b>水痘を発症</b>
2010年8月 6S	悪性リンパ腫の患者が <b>帯状疱疹</b> を発症（首の皮疹は露出していた） 23日後、成人T細胞性リンパ腫などで化学療中の同室患者が <b>水痘を発症</b>
2011年5月 4E	末期がん患者が、前胸部～側胸部に <b>帯状疱疹</b> を発症、受け持ちから14日後、病棟スタッフが <b>水痘を発症</b>

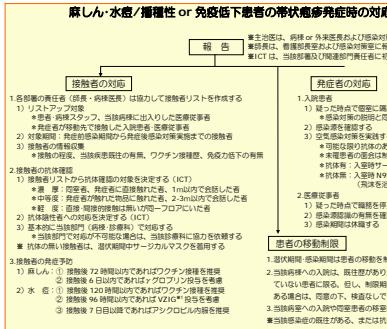
## ヒヤリ・ハット事例

2010年9月 5E	総室に入院して1時間後、 <b>播種性帯状疱疹</b> であったことが判明し、直ちに個室に移室した。
2010年11月 1S/83	脳炎疑いでICU入室した <b>全身に皮疹</b> がある患者が、1Sを経て83に転棟した。83で個室隔離を開始した後、 <b>水痘</b> であったことが判明した。
2010年12月 83	左頭頂部～上眼瞼帯状疱疹の患者が総室に入院した。39.5℃の発熱を認めたため、ウイルス血症を疑い個室に移室した。翌朝、全身に汎発疹が出現し <b>播種性帯状疱疹</b> と診断された。
2011年8月 4E	MK(ターミナル期)イレウスOP後患者に出現した大腿の皮疹が、2日後には臀部～大腿に拡大、翌日皮膚科受診時には、 <b>顔面・右上腕・頸部</b> に汎発疹が散在し、 <b>播種性帯状疱疹</b> と診断された。その後、総室から個室に移室した。

## マニュアル作成

# マニュアルの項目

- 報告・指示
- 発症者の対応
- 接触者の対応
- 患者の移動制限



# 報告

- 主治医は、病棟or外来医長および感染対策室に報告する
- 師長は、看護部長室および感染対策室に報告する
- ICTは、当該部署及び関連部門責任者に初期対応を指示する

# 発症者の対応 - 入院患者 -

- 疑った時点で個室に隔離しドアは閉めておく
- 感染対策の説明と同意書で患者・家族に指導
- 空気感染対策を実践する
  - 可能な限り抗体のある職員が対応する
  - 未罹患者の面会は制限する
  - 抗体有：入室時サージカルマスク着用
  - 抗体無：入室時N95マスク着用（飛沫を浴びた時は交換する）
- 感染源を確認する

# 発症時の対応 - 医療従事者 -

- 疑った時点で職務を停止し受診する
- 感染源の認識の有無を確認する
- 感染期間\*は休職する
  - \*痂痂化が終了するまで

# 接触者の対応 - 接触者リスト -

- 各部署の責任者は接触者リストを作成する
  - 患者・病棟スタッフ
  - 病棟に出入りした医療従事者
  - 検査などで接触した入院患者・医療従事者
- 対象期間
  - 発症前感染期間から発症後感染対策実施まで
- 接触者の情報収集
  - 接触の程度、水痘既往の有無
  - ワクチン接種歴、免疫力低下の有無

# 接触者リスト

No ( ) 記入日： 年 月 日

麻しん・水痘/播種性带状疱疹・風疹・流行性耳下腺炎接触者リスト - 患者用 -

発生場所： 病棟・外来	発生年月日： 年 月 日	【接触者のランク】 A 濃厚：発症者に直接触れた1m以内で長時間会話した B 中等症：2-3m以内で会話した患者が触れた物品に触れた C 軽度：接触は軽、同一フロアにいた
発症者： 患者・職員( )、その他( )		
発症者氏名： 科： 病棟： 性別：男・女 ID		
診療科： 主治医： 接触期間： 月 日 ~ 月 日まで		

No	診療科	病室	接触者氏名	性別	ID番号	接触期間(初回～最終)	接触ランク	抗体	ワクチン接種歴	対応	備考
例	内科	612	関西 瑞子	女	123456789	6月13日～6月15日	A	有	有	有	接種後発症抑制状態、グロブリン投与
				男・女		月 日 ~ 月 日	A・B・C	有・無	有・無	有・不明	

## 接触者の対応 - 抗体確認 -

- 接触者の抗体確認
- ①接触者リストから抗体検査\*1対象を決定する (ICT) ※1水痘抗原皮内テスト
- ②抗体陰性者への対応を決定する (ICT)
- ③水痘抗原皮内テストの実施
  - 基本的に当該部門 (病棟・診療科) で対応する
  - 当該部門で対応が不可能な場合は、当該診療科 (皮膚科) に協力を依頼する

## 接触者の対応 - 発症予防 -

- 水痘
- ①接触後120時間以内：ワクチン接種を推奨
- ②接触後96時間以内：VZIG\*1投与を考慮
- ③接触後7日目以降：アシクロビル内服を推奨  
※1.水痘・帯状疱疹免疫グロブリン
- 抗体の無い接触者は、潜伏期間中  
サージカルマスクを着用する

## 接触者の対応 - 移動制限 -

- 潜伏期間・感染期間は患者の移動を制限する
- 当該病棟への入院は、既往歴があり且つ免疫力の低下していない患者に限る
- 但し、制限期間中に個室管理下である場合は同意のもと、検査なしでも入院は可とする
- 当該病室への入院や同室患者の移室は制限する
  - 水痘の既往がある、または抗体が陽性で、且つ免疫力の低下していない患者の移動は制限しない

## 院内感染を防ぐために

- 免疫力の低下した患者の帯状疱疹は、播種性となり空気感染することがある
- 免疫不全者や、播種性の帯状疱疹患者は **予め個室管理** する
- 帯状疱疹の患者と免疫力の低下した患者を同室にしない
- 局所以外に皮疹が拡大していないか **毎日観察し、記録** に残す
- 医療従事者は自分の抗体の有無を知っておく

ご清聴 ありがとうございます。  
ございました。



## 第8回医療安全大会を終えて

医療安全管理センター長 神崎秀陽

今年の医療安全大会は、枚方病院、滝井病院、香里病院を3元中継で結んで行われ、医療安全と感染症対策の講習会を兼ねた形式で開催された。山下理事長・学長のご挨拶に引き続いて、各病院の医療安全管理部長の司会で、この集録集にあるように、3附属病院から計5題の発表があった。個々の質疑応答は相互の会場間でもほぼスムーズに行われ、予定時刻を若干超過したものの、大会運営には大きな問題もなくプログラムを終了することができた。今年度は医療安全の中でも特に感染症対策に主眼を置いた構成であったため、日常診療に直結する具体的な知識習得に有用な内容で、事後に集計したアンケート結果でも、参加者の9割以上がこの大会の内容は現在のニーズに合っており有意義であったと回答している。

今回の参加者総数は3病院総計で例年とほぼ同数の428名で、以前から指摘されてきているように、対象職員数からみるとかなり少ない状態が続いている。これまで毎回問題となっていたのが看護師、医療技術職員、事務職員などに比して医師の出席率が低いことであったが、今回は計83名とかなりの出席者が得られた。しかし参加者リストを見てみると診療科による偏在が著明で、全学的行事であるこの医療安全大会について、個々の診療科による認識にはかなり差があるように思われる。医療安全や感染症対策のための講習会・講演会は毎月のように各附属病院内で開催されており、全職員は少なくとも年2回の出席を義務づけられている。医師からのインシデントレポートの提出数は徐々に増加してきており、医療安全に関する意識も向上してきていることは確実ではあるが、ほとんど出席者がいない診療科があるということは、単に業務多忙が理由になっているとは考えにくい。

医療安全管理センターでは、定期的で開催しているセンター会議を通じて各病院の院長や担当者間に医療安全に関する共通認識の形成を図り、病院相互チェック体制も確立してきている。医療安全に関する講習会の回数や内容、出席率、出席者構成などを他の大学と比べてみると、本学においては医師の出席率の向上が最も大きな課題であり、医療安全に関する学内体制をさらに強化・充実させるためには、この点に関する対策が急務である。

## 編集後記

「第8回医療安全大会」集録を無事にお届けすることができました。

今年度から医療安全大会は感染症対策研修会を兼ねることになりましたが、3病院からバランスよく演題をいただき、内容も充実しており、参加者には有意義な大会になったのではないかと考えています。これも、職員の皆さまの意識の高さにご協力の賜物と感謝しております。今後も少しずつ改善に向けて歩んでいきたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

### 関西医科大学医療安全管理センター

神崎 秀陽

宮崎 浩彰

平尾 寿馬

### 附属枚方病院医療安全管理部

岡崎 和一

宮崎 浩彰

齋藤 ひろみ

川瀬 泰裕

長澤 博

平尾 寿馬

森川 美沙