

## 2023 年度 臨床指標総評

2024 年に集計を行った 2021～2023 年度までの臨床指標について、内容の分析を行った結果、当院のこれまでの活動により十分な成果が見られたと考えられる事例、課題点が見られた事例等を以下の通りまとめましたので、総評としてご報告いたします。

### 1.入院患者の転落転倒による損傷発生率【No.16～18】

(一般病棟)

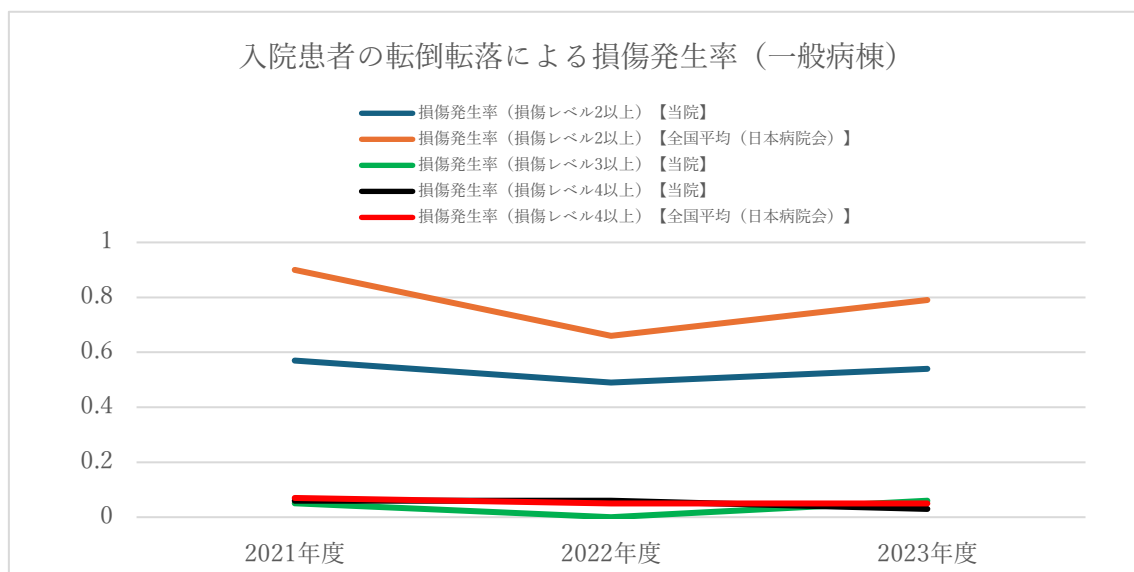
・2022 年 4 月から転倒・転落リスクの危険度を、患者の電子カルテ開示時に表示される患者モード画面に表記する様式にシステム変更を行い、多職種で情報を共有することとしました。また、転倒・転落アセスメントスコアシートを改訂、2023 年 10 月から運用を開始し、更にリスク薬や不眠時の推奨薬の選定、排泄介助などの患者要因の見直しを行いました。また、ADL が自立していても、リスクレベルⅡの該当者はすべて転倒・転落予防対策を講じることとしました。

・適切な転倒・転落予防具を選定するため新たに『転倒・転落アルゴリズム』を作成し、2024 年 1 月から運用を開始しました。また、見守りセンサーの新採用に向け、2023 年 5 月から一部の病棟で試験運用を行い、その後、2024 年 4 月に離床 CATCH の導入が決定し、運用に向け手順書・ルールを作成し周知を実施しました。

・『転倒・転落防止に関するパンフレット』と『せん妄パンフレット』を活用し、患者・家族参加型予防対策の強化を行いました。また、患者家族と協働する転倒・転落予防策の実践を推進していくため、入院に関する環境の変化や体調の変化による転倒・転落の危険性について説明し、予防対策の確認を行いました。

・せん妄の正しい知識習得と適切なケアの実践を目的に、せん妄対策チームの立ち上げを行い、医療者および患者・家族がせん妄に対する正しい知識を持ち協働するため、2023 年 10 月 19 日には、当院の精神科医師を講師として派遣依頼し『せん妄について』をテーマに医療安全講習会を開催いたしました。また、せん妄リスクのスクリーニングを目的に、せん妄リスク評価とせん妄評価のテンプレート運用を 2024 年 1 月から開始し、入院時点でのせん妄リスクを把握、予防策を講じる体制を構築し、状態が変化した際に、タイムリーに評価、スピーディーにケアが実践できるシステムを確立することが出来ました。

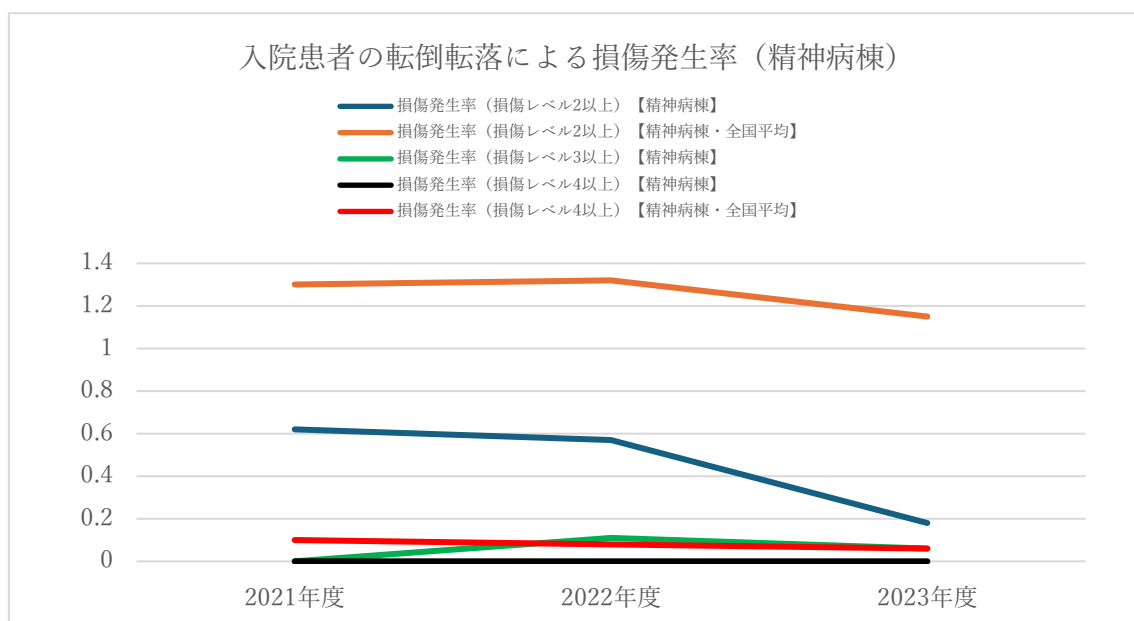
・2023 年の医療安全研修では、セフティナースへ転倒・転落防止の KYT について研修が実施されました。また、セフティナースが自部署で転倒・転落防止に向けた取り組みを実践し、ナース間での報告会で共有を行いました。



（精神病棟 ※一般病棟の取り組みを行った上で、更に下記を実施しました）

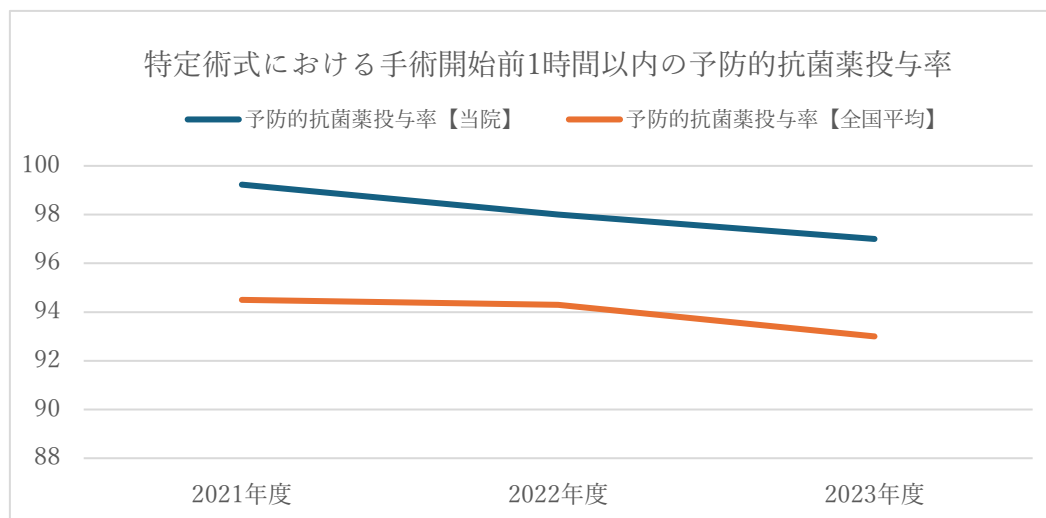
・こどものこころ病棟で発生する転倒・転落について調査を行い、ADHD の衝動性や疾患由来のアピールと考えられるものが多く、急な走り出し、他患児とのトラブルなどが起因であることが分かりました。そのため、他者との関わりなど観察を十分に行いクールダウン時間の確保や環境調整など可能な限り予防に努め、転倒・転落件数は前年度より大幅に減少することができました。

・成人病棟では、解離性障害患者に転倒が多い傾向があるが、高齢者の単独行動で転倒するケースも多く、看護師の観察不足やアセスメント不足が考えられたため、知識と実践が結びつくよう効果的な KYT を実施し転倒・転落防止に対する感度を高めました。



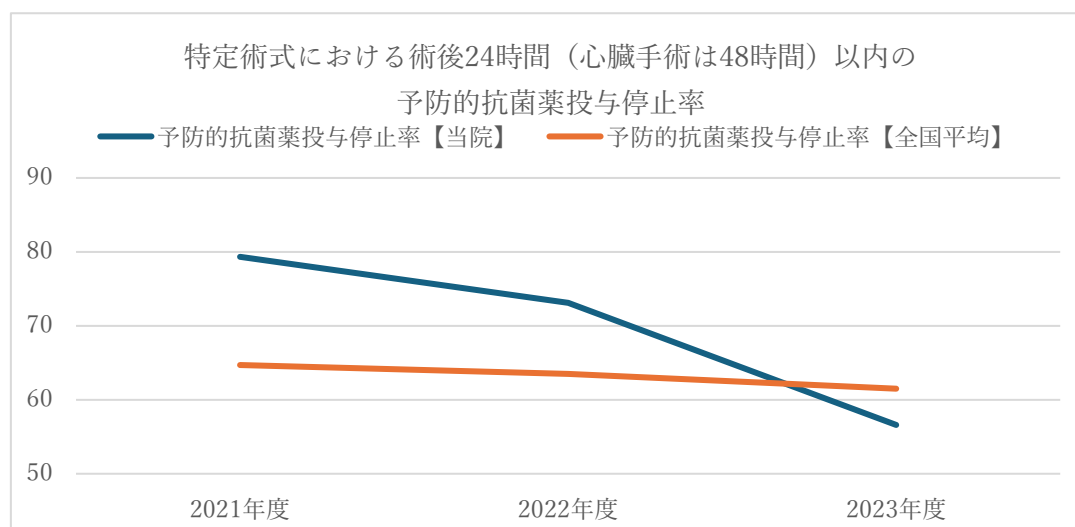
## 2. 特定術式における手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率【No.32】

本指標は手術手技による感染症の発生を最小限に抑えるために重要な項目になります。対象期間以前より取り組んでおりますが、麻酔科医・手術室スタッフにも協力を仰ぎ、執刀開始前には予防的抗菌薬が投与されるように指導しております。現在では、定着され高い値を維持しております。さらに2022年1月からは外科周術期感染管理チーム（SSICT）が立ち上がり、症例毎の抗菌薬投与状況も把握・フィードバックしており、また、本指標は定期的に、ICT会議や院内感染対策委員会等で報告し、院内周知しております。



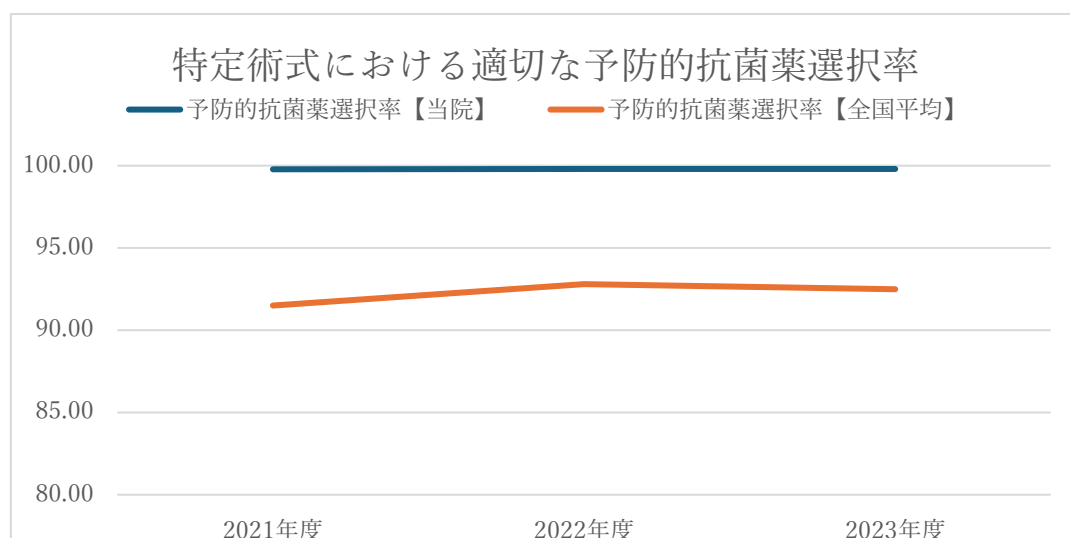
## 3. 特定術式における術後24時間（心臓手術は48時間）以内の予防的抗菌薬投与停止率【No.33】

耐性菌選択予防の観点から長期投与と比較し、同等の手術部位感染（SSI）予防効果が得られる短期投与期間の設定が必要とされており、本指標は年々低下してきていることを確認しておりました。2023年度でより低下した要因を分析するため対象術式ごとに評価したところ、心臓手術以外では90%を超えておりましたが、心臓手術では30%程度と低い状況が確認されました。心臓手術で指標が低い理由は確認できておりませんので、本指標の改善のために心臓血管外科への聞き取りや介入が現在の課題と考えております。



#### 4. 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率【No.34】

予防的抗菌薬は、手術部位の常在細菌叢に抗菌活性を有する薬剤選択が原則とされています。周術期に投与される抗菌薬は、関連学会のガイドラインで様々な薬剤が推奨されていますが、対象期間以前より、当院ではセファゾリンとセフメタゾールを主軸とした選択を依頼しております。本指標が高く維持されている要因はクリニカルパス作成時に対象抗菌薬を指定していることが挙げられます。こちらで SSICT で抗菌薬の選択状況を把握・フィードバックしております。また、推察になりますが、非常に高い値で推移している背景には、術前に投与する抗菌薬がほぼ固定されていることから、緊急手術においても医師が適切な抗菌薬を選択しやすくなっていると考えられます。

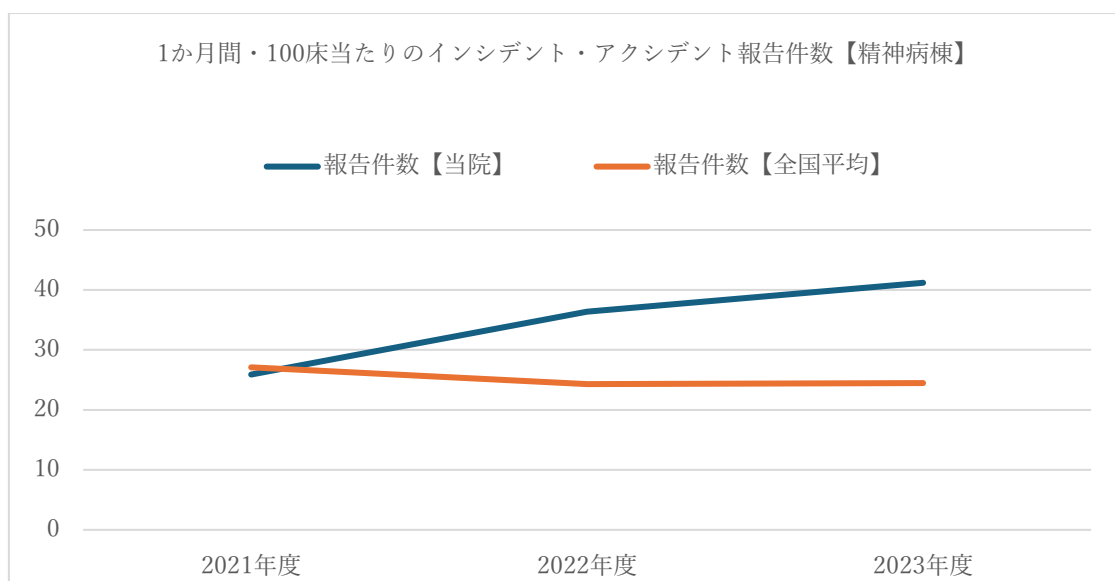
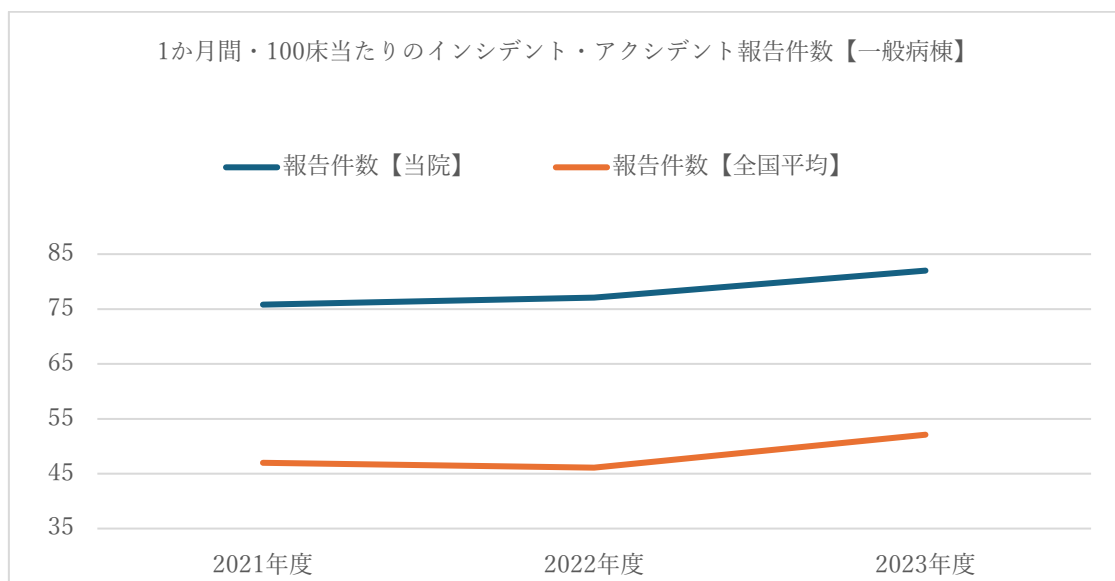


#### 5. 1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント報告件数【No.54】

(一般病棟並びに精神病棟)

・新入職者オリエンテーションや全職員受講必須の総合安全講習会にて、インシデント報告の意義や安全文化の醸成について説明を行っております。また、毎月の医療安全推進委員会では、報告件数の推移や内容についての資料を提示し、インシデント報告件数の増加に向けた呼びかけを行っております。

・2021 年に医療安全管理部看護師長より放射線技師へインシデント報告の意義について勉強会を開催したことで、放射線技師の報告に対する意識が高まり報告件数が増加いたしました。また、看護部ではレベル 0 報告を推奨し、各病棟での件数目標を立て、セフティナース会にて、各部署のレベル 0 報告件数を共有し、報告の意義について、くり返し呼びかけを行っております。

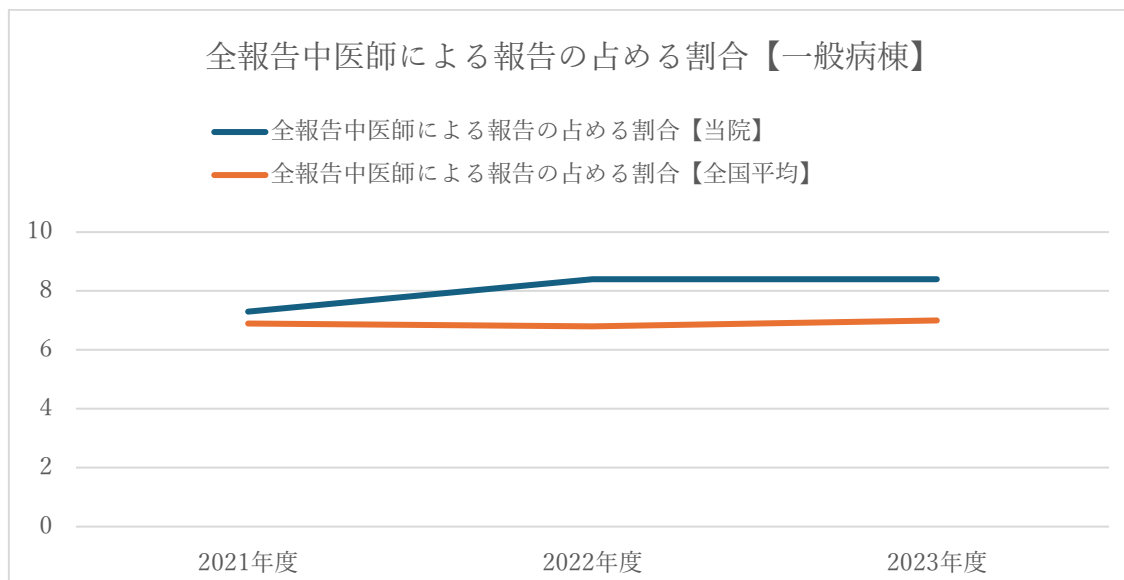


## 6. 全報告中医師による報告の占める割合【No.55】

(一般病棟)

・毎月の医療安全推進委員会にて、各診療科の報告件数の推移を提示し、医師の報告件数が全体の10%以上となるよう呼びかけを行っております。また、2022年8月より血管造影室オカレンスレポートの運用を開始し、同年12月より内視鏡治療オカレンスレポートの運用を開始いたしました。これにより、血管造影室や内視鏡室でのヒヤリハットや合併症事例などの拾い上げが可能となりました。現在は、オカレンスレポートを元に、医師へ詳細な報告の依頼を行っております。

・他職種から報告のあった事例で、医師からも詳細な報告が必要と判断された場合は、各診療科のリスクマネージャーを通して医師へ報告を依頼しております。



(精神病棟)

・精神科病棟のインシデント件数の低下については、医療安全管理部から依頼を必要とする事例やオカレンスレポートが少なく、レポート提出依頼をすることが少なかったためと考えられ、今後の課題と認識しております。

・精神科病棟での事例に関して、他職種の報告から医師に関連する事例があった場合は、積極的にインシデントレポートの依頼を行う必要があると考えております。

