

# JCIが求める国際医療安全基準について

1. JCI (Joint Commission International) とは



2. 国際医療安全基準 (IPSG) とは



3. IPSG各項目への対応

4. JCI受審を終えて

Nov.27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

1

# JCIとは

- ✦ The Joint Commission on Accreditation of Hospitals (1951年)
- ✦ The Joint Commission Organization (JCI, JC, Joint Commission Center for Transforming Healthcare) の一つ
- ✦ 1994年創設: 本部はChicago (USA)、支部はSingapore、Dubai (アラブ首長国連邦)、Milano (イタリア)
- ✦ 90を超える国の医療施設: 認定、教育、技術支援
- ✦ “認定機関を認定する” ISQua (International Society for Quality in Health Care) から認定
- ✦ アジア地区 Advisory Council (諮問会議)  
日本人メンバー21名中2名: 真野俊樹先生、堺常雄先生

Nov.27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

2

# JCI認定プログラム

1. Ambulatory Care
2. Clinical Laboratory
3. Home Care
4. Hospital
5. Academic Medical Center Hospitals
6. Long Term Care
7. Medical Transport
8. Primary Care Centers
9. Clinical Care Program Certification
10. Care Continuum

Nov.27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

3

# JCI認証の状況

JCI認証医療機関⇒全世界で774医療機関(2015年9月7日現在)  
うち主なアジア諸国の内訳

| 国      | 認証医療機関数* | 代表的な医療機関**                                            |
|--------|----------|-------------------------------------------------------|
| 中国     | 49       | 祈福医院 (Clifford Hospital)                              |
| タイ     | 44       | Bumrungrad International                              |
| 韓国     | 26       | 延世大学セブランス病院                                           |
| インド    | 25       | Indraprastha Apollo Hospital                          |
| シンガポール | 21       | National University Hospital                          |
| インドネシア | 20       | Siloam Hospitals Lippo Village                        |
| 台湾     | 16       | Taipei Medical University<br>-Wan Fang Medical Center |
| 日本     | 13       | 次のスライド参照                                              |
| マレーシア  | 13       | Penang Adventist Hospital                             |
| フィリピン  | 6        | St. Luke's Medical Center<br>-Quezon City             |

\*大学付属病院 (Academic Medical Center)、病院 (Hospital) など全てのカテゴリーの認証を含む。JCIホームページより。  
\*\*その国で最初にJCIの認証を取得した医療機関を記載。

4

## 日本におけるJCI認証取得病院 (2015年9月7日現在)

| 医療機関名             | JCI認証プログラムの種類 | 初回認証年月   |
|-------------------|---------------|----------|
| 亀田総合病院            | 病院            | 2009年8月  |
| NTT東日本関東病院        | 病院            | 2011年3月  |
| 老健リハビリよこはま        | 長期ケア          | 2012年3月  |
| 聖路加国際病院           | 病院            | 2012年7月  |
| 湘南鎌倉総合病院          | 病院            | 2012年10月 |
| 総合病院 聖隷浜松病院       | 病院            | 2012年11月 |
| 相澤病院              | 病院            | 2013年2月  |
| メディポリス国際陽子線治療センター | 外来            | 2013年9月  |
| 済生会熊本病院           | 病院            | 2013年11月 |
| 葉山ハートセンター         | 病院            | 2014年3月  |
| 東京ミッドタウンクリニック     | 外来            | 2015年1月  |
| 足利赤十字病院           | 病院            | 2015年2月  |
| 埼玉医科大学国際医療センター    | 大学病院          | 2015年2月  |

5

## Joint Commission International の基準



Copyright © St. Luke's International Hospital All rights reserved.



6

## The Standards Manual: JCI評価項目(1)



### Patient-Centered Functions(患者中心の基準)

- ✦ International Patient Safety Goals (IPSG、国際患者安全目標)
- ✦ Access to Care and Continuity of Care (ACC、ケアへのアクセスと継続性)
- ✦ Patient and Family Rights (PFR、患者と家族の権利)
- ✦ Assessment of Patients (AOP、患者の評価)
- ✦ Care of Patients (COP、患者のケア)
- ✦ Anesthesia and Surgical Care (ASC、麻酔と外科科的ケア)
- ✦ Medication Management and Use (MMU、薬物の管理と使用)
- ✦ Patient and Family Education (PFE、患者と家族の教育)

## The Standards Manual: JCI評価項目(2)



### Health Care Organization Functions(医療機関の管理基準)

- ✦ Quality Improvement and Patient Safety (QPS、質の改善と患者安全)
- ✦ Prevention and Control of Infections (PCI、感染の予防と管理)
- ✦ Governance, Leadership and Direction (GLD、組織管理)
- ✦ Facility Management and Safety (FMS、施設管理と安全)
- ✦ Staff Qualification and Education (SQE、職員の資格と教育)
- ✦ Management of Communication and Information (MCI、コミュニケーションと情報の管理)

➡ 14分野 1145の測定項目

# Survey

- ✚ Opening Conference & Agenda Review
- ✚ Tracer Activity
- ✚ Document review
- ✚ Facility Tour
- ✚ Data Review
- ✚ Daily Briefing
- ✚ Exit Report(最終日)

Nov.27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

9

## 審査の実際: 患者トレースの例

- 審査当日たまたま受付にきた患者や面会者を選択(許可を得る)
- 受付の手続きは適正か
  - 保険証を持参した患者本人であることをどのようにして確認しているか、など
- 患者が外来受診するのを追跡
- 受付、検査室、診察室で患者誤認を防ぐ患者確認がされているか
- 診療情報に関する申し送り、記録が適切に方針・手順通り実施されているか
- 患者の転倒を防ぐためのアセスメント、対策が実行されているか

Nov.27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

10

## 審査の実際: 患者トレースの例

- 外科病棟でみかけた新人看護師
  - 「最近手術した患者を紹介してください」
  - 「いつ入院したのですか」
  - 「入院時の診療記録を見せてください」
  - 「既往歴、アレルギー、・・・は記載されていますか」
  - 「転倒リスクのアセスメントをみせてください」
  - 「手術、麻酔の同意書を見せてください」
  - 「手術記録をみせてください。病理に提出した検体の数、部位は記載されていますか」
  - 「手術直後の医師のアセスメント、記録を見せてください」
- 患者を紹介してもらい、患者に直接質問をする
  - 「どうして入院したのですか」
  - 「痛みはありませんか」
  - 「薬の説明はだれがしていますか」
  - 「入院、退院の予定を聞いていますか」

Nov.27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

11

## 審査の実際: システム・トレース

薬剤管理、感染管理、データ使用

- 外来化学療法
  - 薬剤の保管、処方、調剤
  - 外来化学療法準備中に薬剤がこぼれた場合の対処は適切か
  - 患者確認、タイムアウト
  - 薬剤漏出時の対応
- 透析室にて
  - 転倒、疼痛リスクのアセスメントをしているか
  - 患者確認は適切か
  - タイムアウトをしているか
  - 注射シリンジ、点滴バッグにラベルが貼ってあるか
  - ハイアラート薬(高濃度Na、Kなど)の管理は適正か
  - 災害時の避難に障害物はないか
  - 酢酸などの危険薬品の管理体制

Nov.27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

12

## パスしなかった項目(1)

- ✚ IPSP.3:すべてのハイアライト薬にラベルを張り、特定の保管方法で扱うという方針が4月9日から開始されている(“4か月ルール”を満たさない)
- ✚ ACC.5:移送患者でのQuality Indicator(タイミング、移送側受け取り側の職員満足度、患者満足度)測定が4月5日から開始されている(“4か月ルール”を満たさない)
- ✚ AOP.1.5.1:外科患者のカルテ6名中3名で、手術前の身体所見の記載がない

## パスしなかった項目(2)

- ✚ AOP.1.7:すべての患者での週1回の疼痛評価と記載が開始されたのは5月(“4か月ルール”を満たさない)
- ✚ AOP.2:「侵襲的処置を受けていない安定した患者について、週末は医師が病室を訪れなくてもよい」という方針を変更すべきである。
- ✚ QPS.3.3:産科クリニック、予防医療センター、訪問看護ステーションでは、患者誤認のインシデントレポートのみ、口頭オーダーがカルテに記載・確認されていない、タイム・アウトの記載がモニターされていない(Not Met)。

## パスしなかった項目(3)

- ✚ QPS.11:データの分析に基づいて、リスク低減策を新たに導入していない(⇒リスク低減策をサーベイヤーに提示しなかったことが判明)。
- ✚ FMS.2:産科クリニックに無断で侵入できる、内視鏡検査での鎮静下にある患者の避難の手順が作成されていない、産科クリニックの非常電源がパワー不足
- ✚ FMS.4:予防医療センターにおいて、酸素ボンベの保管場所に診療材料以外の物やカートが置いてあり、人の出入りがモニターされていない。

## パスしなかった項目(4)

- ✚ FMS.4.1:ケア環境のチェックリストが、5分の2(40%)で用いられていなかった。
- ✚ FMS.5:産科クリニックで、危険物質のリスト(物質安全性データシート)が作成されていない。
- ✚ FMS.5:放射性廃棄物容器の取り扱い計画はあるが、職員に周知されていない。
- ✚ FMS7.1:産科クリニックの避難経路に問題がある／鎮静下患者の避難方法が言及されていない／非常口サインが少ない／避難経路の通路が平坦でない。



## パスしなかった項目(5)

- ✦ FMS.7.2: 消化器センター内視鏡検査室で、火災時の鎮静下患者の避難方法が言及されていない／職員が説明できなかった。
- ✦ FMS.9: 停電時、産科クリニックでは、24時間電力を供給できない(Not Met)。
- ✦ SQE.8.1: 全職員がBLSを受講することになっているが、その方針導入が4月(“4か月ルール”を満たさない)
- ✦ SQE.10: 医師ファイル3名分のうち1名分に、教育研修歴・経験年数・職位職責に基づいて決められた「一人で実施してよい医療行為」が記載されていなかった。

Nov.27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

17

## パスしなかった項目(6)

- ✦ SQE.11: 医師評価において、他者との比較やベンチマークが用いられていない(Not Met)。
- ✦ SQE.12: 看護師免許の真偽を証明する資料がない／厚労省が真偽判定をしない旨の文書を発行している。
- ✦ SQE.15: 薬剤師・コメディカルの個人ファイルに免許証の真偽を証明する資料がない。
- ✦ MCI.10: 予防医療センターでの個人情報管理が不十分
- ✦ MCI.13: 改訂した略語集の導入が6月(“4か月ルール”を満たさない)

Nov.27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

18

## JCI受審を契機に整備されたポリシー

- ・ 国際患者安全目標の周知徹底  
例: 患者本人確認、メモと復唱、ハイアラート薬の取り扱い、手術前のタイムアウト、手指衛生、転倒転落アセスメント
- ・ 聖路加国際病院の診療方針  
例: ハイリスク患者への対応、アセスメントに関する規定、入院診療方針、サマリー作成規定、患者搬送時の注意事項 など
- ・ 診療録の書き方
- ・ 包括同意について
- ・ 鎮静ガイドラインおよびテンプレート
- ・ 疼痛アセスメント規程
- ・ 研修医が単独で行える医療行為について
- ・ 診療の責任体制と質の確保について  
例: 医師の責任体制、外部連携医療機関、QI指標と質改善活動、医師別診療行為リスト、関連学会名 など
- ・ 救急集中治療領域の入退室基準
- ・ 略語集 / 使ってはいけない略語集
- ・ JCI感染管理項目チェックリスト
- ・ JCI環境インスペクションチェックリスト など

Nov.27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

19

## JCI 国際患者安全目標 IPSG: International Patient Safety Goals



### 国際患者安全目標 (IPSG)

International Patient Safety Goals

- 1 **患者確認**をフルネームと生年月日で確実に行います
- 2 **コミュニケーション**を効果的に行います(メモ・復唱)
- 3 **ハイアラート薬**を取り決めて安全に管理します
- 4 手術・侵襲的処置前の**患者・手技・部位確認**を行います
- 5 感染リスクを低減します(**手指衛生・個人防護服**)
- 6 **転倒・転落**による患者の傷害リスクを低減します

20

## 目標1 患者確認を確実にを行う

聖路加国際病院の患者確認手順

少なくとも2つの方法で患者確認を行うことが必要です

- 2つの方法で患者確認を行う
- 2つの方法は【フルネーム】と【生年月日】を用いる
- 2つの方法に病室番号や患者居場所は用いない
- 医療者間の伝達時:フルネームとID番号の2つでも可能

★患者さんに【フルネーム】【生年月日】を言ってもらう

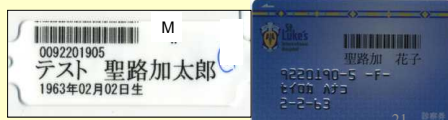
★医療者はネームバンド、IDカード、チャート画面などで確認する

★特に患者確認を確実にを行う場面

ネームバンド

IDカード(診察券)

- 投薬前、輸血・血液製剤投与前
- 採血前、全ての検体採取前
- 治療や処置の実施前 • 配膳時



## 目標2: コミュニケーションを効果的にを行う

### 口頭指示と検査結果の伝え方と受け方

- ①連絡を受けた者は**メモをとる**(“患者情報伝達メモ”を活用)  
＜メモする事項＞
  - ・2つ以上の患者情報(患者フルネーム、生年月日、ID番号)
  - ・連絡を受けた内容(口頭オーダー、検査結果、など)
- ②メモを**復唱する**
- ③連絡者は**復唱された内容を承認する**

パニックデータ(異常値)の  
電話連絡時は特に重要です!



22

JCI Goal2: Improve Effective Communication

## 目標2: コミュニケーションを効果的にを行う

パニック値・異常値(R区分4)の検体・生理検査室からの連絡

1. 電話で**検査依頼医**に報告  
「**メモ**して下さい」「**復唱**して下さい」と伝えます  
**復唱内容を確認**します  
「必ず**カルテ**の**検査結果を確認**してください」と伝えます
2. 検査依頼医に連絡が取れない場合、**担当医**へ連絡
3. 担当医にも連絡が取れない場合、各科**オンコールPHS**に連絡
4. 入院患者の場合、**病棟のインチャージナース**にも連絡

パニック値・異常値の迅速かつ確実な伝達のためご協力をお願いします  
サーベイヤが質問してきたら、回答できるようにお願いします<sup>23</sup>

## 口頭指示における当院の方針と手順

聖路加国際病院では医療安全のため

**口頭指示は出さない、受けない  
ことにします**

やむを得ない口頭指示は手順を順守してください



医師は「**口頭指示シート**」を記載して指示受け者に渡してください  
「**口頭指示シート**」を渡せない場合、**シートに記載するよう明確な言葉で指示を伝えます**

口頭指示は下記の場合に限ります

\* 詳細は「口頭指示(口頭オーダー)における方針と手順」参照

- 患者急変時、緊急時などで電子カルテへのオーダー入力が不可能な場合
- 手術中、分娩中、検査・処置中の場合

24

## 口頭指示における当院の方針と手順: 医師編

やむを得ない口頭指示は手順を順守してください



## 医師手順: 「口頭指示シート」記載可能場面

1. 医師は「口頭指示シート」を記載して指示受け者に渡す
2. 「口頭指示シート」を記載できない、渡せない場面では、指示受け者に「口頭指示シート」に記載するよう伝える
  - ・ 指示内容を明確な言葉で指示受け者に伝える
3. 指示医は、指示受け者に指示内容を復唱するよう伝える
4. 指示医は、復唱内容について間違いないことを確認し、承認しなければならない
5. 指示医は、電子カルテへの入力が可能になったら速やかに指示内容を入力する
  - ・ PRNオーダーからの投薬や投与速度指示などの口頭指示は、プログレスノートに記録またはコメントオーダーに入力する

25

セーフティマネジメント委員会・QIセンター

## 口頭指示における当院の方針と手順: 看護師編

口頭指示は受けないことになっています

## 看護師手順: 「口頭指示シート」記載可能場面

1. 看護師は、医師に「口頭指示は受けないことになっている」と伝えてやむを得ない口頭指示かどうか確認する
2. 指示内容を「口頭指示シート」に記載する
3. 「口頭指示シート」記載内容を復唱して復唱のチェックを記載する
4. 指示医に「復唱内容は間違いないですか?」と伝えて承認を確認する  
「口頭指示シート」に承認のチェックを記載する  
指示医の明確な承認が無ければ実施しない
5. 指示受け者は口頭指示を実施する
6. 経過表またはプログレスノートに指示医名と実施指示内容を記録する
7. 指示受け者または引き継ぎ者は、医師の指示入力後に実施入力を行う(必要時)
8. 「口頭指示シート」は、経過表またはプログレスノートに指示医師名と指示内容を記録した後、必要な実施入力後に破棄する

26

セーフティマネジメント委員会・QIセンター

## 目標2.2: 効果的なコミュニケーションを行う

## ★新たな基準★

- ・ The hospital develops and implements a process for handover communication.(P)
- ・ 病院は引継ぎ時のコミュニケーションのプロセスを構築して実践している

## ME1:

- ・ 患者ケアの引継ぎでは標準化された重要事項が伝えられている

## ME2:

- ・ 標準化されたフォームやツール、方法により一貫性があり完全な引継ぎプロセスになっている

## ME3:

- ・ 安全な引継ぎのコミュニケーションの改善に向けて引継ぎ時のデータを追跡、記録して活用している

27

## 引継ぎを記録する範囲と記録方法

## 医師間

- ・ 必須 : 患者の診療科転科時 → ToNextテンプレートに記録
- ・ 必要時 : 担当医・受持医交代時 →

## 看護師間

- ・ 外来からの緊急入院時 →
- ・ 病棟転棟時 → 新規「引継ぎ」テンプレートで引継ぎ内容を確認、記録
- ・ 手術前 →
- ・ 手術後 → 手術看護記録テンプレートに記録
- ・ 処置前・後  
内視鏡、腎センター(今後:放射線科、ハイブリッド室) → 処置ケアテンプレートで確認、記録

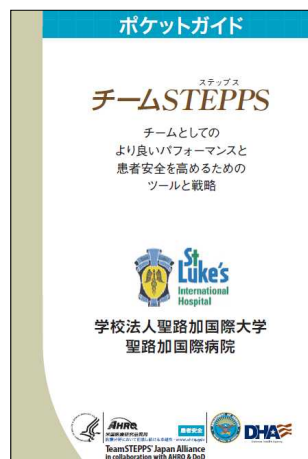
記録不要: 日直・当直間、シフト間の引継ぎ

28



## SBARを活用した引継ぎが推奨されています

- SBARは重要事項を順序だてて伝え、受け取るツール
- SBARを活用して情報を伝え、引継ぐ



## JCI 国際患者安全目標IPSG: International Patient Safety Goals

### 目標3: ハイアラート薬の安全管理

ハイアラート薬を取り決めて安全に管理、使用することが求められます

ハイアラート薬とはどういう薬剤？ 以下に示す2つの区分が含まれます。

- 1)【ハイアラート】投薬エラーが発生した場合に患者に有害事象を及ぼす可能性が高い薬剤
- 2)【類似有薬剤】名称類似および外観類似薬剤

#### 安全管理のための対策

- ・薬剤名の前に【ハイアラート】または【類似有】が表示される
- ・ストック薬保管場所に **ハイアラート薬** または **類似有** のラベルを表示する
- ・ハイアラート薬のストック薬は**保管場所を区別**する
- ・ハイアラート薬のストック薬保管場所は**施錠管理(常温、冷所)**する
- ・類似有薬剤は鍵管理の対象から外れるが、取り間違いを防ぐためにエリアを限定し、棚を変える。

JCI国際患者安全目標

30

## JCI 国際患者安全目標IPSG: International Patient Safety Goals

### 目標3: ハイアラート薬の安全管理

#### 高濃度電解質について

#### ・高濃度電解質の部署ストック保管制限

高濃度電解質(10%NaCl液、KCL液、リン酸2カリウム液)の保管は集中治療室、手術室、救急外来、腎センター(透析液を調整する目的のみ)のみとする。

その他のエリアでストックする場合は、薬剤マネジメント委員会へ申請し、承認されたエリアのみ保管管理可能とする。

#### ・高濃度電解質の調剤・処方・投与に関する制限

高濃度カリウム注射製剤を調剤(混注)する場合には、研修をうけた医師・看護師・薬剤師・臨床工学技師が未使用の点滴製剤に所定場所で調剤する。

使用中の点滴バッグに混注することは禁止する。

JCI国際患者安全目標

31

## JCI 国際患者安全目標IPSG: International Patient Safety Goals

### 目標3: ハイアラート薬の安全管理

#### 高濃度電解質について

#### ・高濃度電解質の調剤・処方・投与に関する制限

| 濃度<br>速度 | ポンプ | 中心静脈                         |       | 末梢静脈                            |                 |
|----------|-----|------------------------------|-------|---------------------------------|-----------------|
| 一般病棟     |     | 濃度:<br>60mEq/Lをこえる輸液製剤の投与は禁止 | 輸液ポンプ | 濃度:60mEq/L以下<br>(30mEq/500mL以下) | 輸液ポンプ           |
|          |     | 速度:10mEq/時以下                 |       | 速度:10mEq/時以下                    | (シリンジポンプの使用は不可) |

| 濃度<br>速度     | ポンプ | 中心静脈          |                                 | 末梢静脈                            |                         |
|--------------|-----|---------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| 集中治療室<br>手術室 |     | 濃度:400mEq/L以下 | 原則としてシリンジポンプ。                   | 濃度:60mEq/L以下<br>(30mEq/500mL以下) | 輸液ポンプ<br>または<br>シリンジポンプ |
|              |     | 速度:20mEq/時以下  | カリウム濃度が400mEq/Lの場合は、シリンジポンプに限る。 | 速度:10mEq/時以下                    |                         |

JCI国際患者安全目標

32



## 目標4:手術・侵襲的処置前の患者、手技、部位確認の徹底

## ★手術におけるマーキング★

- 左右差・複数の構造(手足の指など)・複数のレベル(脊柱)がある部位の手術を受ける全ての患者に対して**術前にマーキングを行う。**
- 可能な限り**患者にもマーキングと一緒に確認**してもらう
- マーキングの印は【○】で統一する
- マーキングは**執刀医あるいは手術担当医師**が行う

## 目標4:手術・侵襲的処置前の患者、手技、部位確認の徹底

## ★タイムアウト★

タイムアウトとは、手技が実施される場所において手技の直前に行われる確認行為で、手術・侵襲的処置・治療・検査に関わる全ての医療者が参加して(1人で行う主義の場合は1人で)一時手を止めて確認作業を行うこと。タイムアウトで確認する内容は、**患者の確認・部位や左右が正しいかの確認・手技や術式の確認・手技を実施することについての患者の同意の確認・タイムアウトでの確認が実施されたことの確認**である。



## ★タイムアウトを実施すべき医療行為★

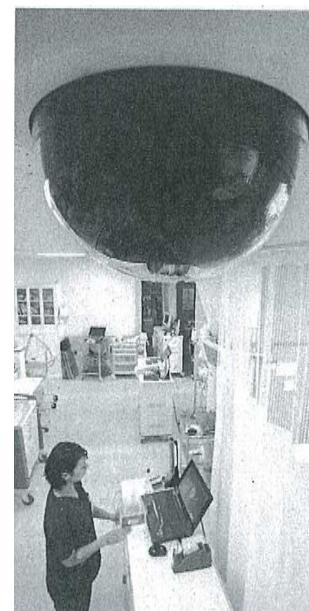
- ・手術
- ・全ての侵襲的処置・治療・検査手技
- ・内視鏡検査、血管カテーテル検査、CVC・PICC挿入
- ・穿刺・ドレナージ術、切開、切除、穿刺を行う処置・治療・検査手技・関節内注射、部位を特定した注射、歯科口腔外科での処置
- \*タイムアウトで確認した内容を処置・治療・検査の**記録に記載**する

## 手指衛生への対応

2011年 担当者による直接観察法  
2012年 ハンディーカムカメラ設置  
2013年 全病棟に固定モニタービデオカメラ設置

## プロセス指標

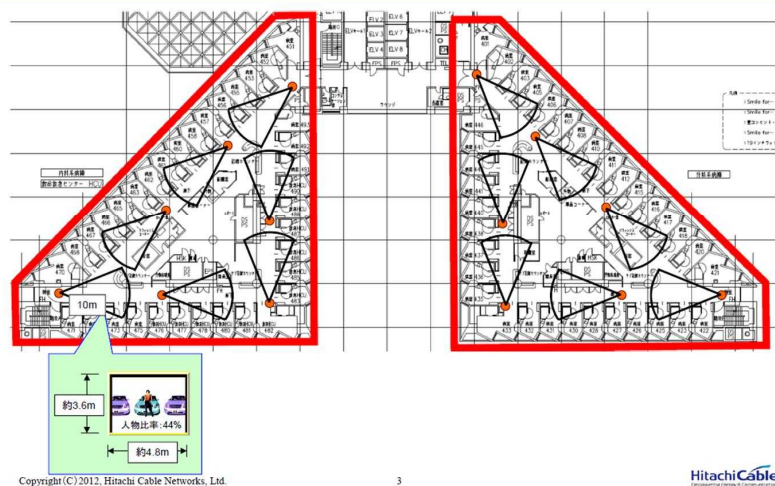
手指衛生実施率 Hand hygiene adherencerates



## モニタービデオカメラ

## 病棟に常設ビデオカメラ設置 ⇒ 日常的にモニター

● 各ディストリのカメラ配置位置 全エリアタイプ (カメラ7台/フロア)



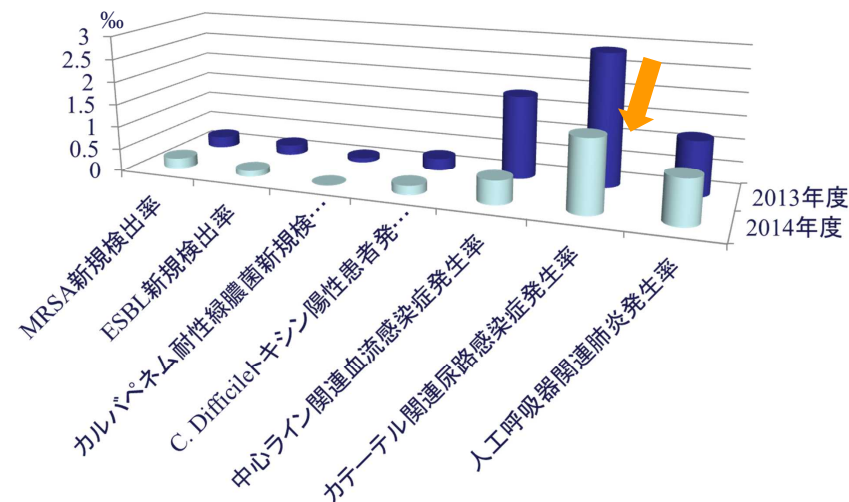
Nov. 27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

37

## 感染管理指標: 2013年→2014年

手指衛生実施率: 60%⇒ 72%



Nov. 27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

38

## JCI 国際患者安全目標IPSG: International Patient Safety Goals

### 目標6: 転倒・転落による患者の傷害リスクの低減

入院患者: 入院時に転倒・転落のアセスメントを行う

入院後の再アセスメントと予防対策立案を行う

再アセスメントを下記の時点・場面で実施

- ★ 転棟時
- ★ 1週間ごと
- ★ 患者の状態変化時
  - 手術後を含む安静度の変更時
  - 身体的・精神的状態に変化があった時
- ★ 睡眠薬・精神安定剤、(易転倒)薬剤の服用開始時



39

## JCI 国際患者安全目標IPSG: International Patient Safety Goals

### 目標6: 転倒・転落による患者の傷害リスクの低減

#### 患者の転倒・転落予防策の病室カーテンへの表示

患者の転倒・転落予防策が誰にでも訪室時にわかるように表示しています  
病室入口のカーテンにA4サイズで表示しています

訪室した医療従事者は予防策をカーテン表示で確認し、対策の不備がないことを確認してから退室しましょう

【表示カード5種類】



40

## 目標6: 転倒・転落による患者の傷害リスクの低減

## 外来患者の転倒・転落アセスメントと予防策

## ★転倒・転落リスクアセスメント対象患者

- ・鎮静（浅鎮静以上）を行う治療・処置・検査を受ける患者  
消化器センター、放射線科、生殖医療センター、循環器内科外来、予防医療センターなど
- ・腎センターで治療を受ける患者
- ・化学療法を受ける患者（オンコロジーセンター、消化器センター、など）
- ・リハビリテーションを受ける患者
- ・内科・消化器センターおよびERホールディング中（蘇生室以外）の患者
- ・各科外来の処置室で点滴および処置を受ける患者（皮下注射、筋肉注射等の短時間処置以外）
- ・眼科外来で検査・処置後に眼帯を使用する患者
- ・在宅酸素の通院患者
- ・外来手術を受ける患者
- ・訪問看護を受ける患者

## 目標6: 転倒・転落による患者の傷害リスクの低減

## 外来患者の転倒・転落アセスメントと予防策

## 再アセスメントを下記の時点・場面で実施

- ★初回または前回アセスメントから1週間以上経過した再来時、再訪問時
- ★状態変化時（身体的・精神的状態に変化があった時）
- ★化学療法を受ける患者は、依頼科において問診時にアセスメントを行う
- ★リハビリテーションを受ける患者はリハビリテーション科においてアセスメントを行う

## 転倒・転落へのQI委員会の対応

問題の重大さを認識



「転倒・転落研究会」を発足（2006年）



それまでに収集されていたデータを解析、解釈・検討



対応策の発案・実施



病室トイレへの手すり設置



病室トイレへの  
手すり設置

段差の解消

## 従来の転倒・転落アセスメントツール: 13項目

| 1 アセスメント項目                                    | 項目の内容                                                                                       |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ① 転倒経験               | 過去1ヶ月間の転倒経験がある                                                                              |
| <input type="checkbox"/> ② 歩行補助具使用            | 杖・その他の歩行補助具使用、車椅子使用、歩行介助必要                                                                  |
| <input type="checkbox"/> ③ 歩行障害               | 自立歩行不可能 こまた歩行、すくみ足、ふらつきあり                                                                   |
| <input type="checkbox"/> ④ めまい、たちくらみ          | めまい、たちくらみがある                                                                                |
| <input type="checkbox"/> ⑤ 排泄障害               | 排泄移動時のつかまり歩行、排泄動作要介助、尿道カテーテル挿入中                                                             |
| <input type="checkbox"/> ⑥ 視力障害               | 視力や視野の問題がありADLに影響がある                                                                        |
| <input type="checkbox"/> ⑦ 挿入物                | 挿入物により移動時に看護師の介助が必要                                                                         |
| <input type="checkbox"/> ⑧ 精神状態               | 興奮(易怒性のために起こる感情の激しい変化や攻撃的行動)<br>不穏(不安・恐怖による落ち着きのなさ、感情の表出・行動)<br>せん妄(可逆的な見当識障害、注意力障害、知覚障害など) |
| <input type="checkbox"/> ⑨ 見当識障害              | 今日の日付(年月日)が不明確                                                                              |
| <input type="checkbox"/> ⑩ ナースコール             | 転倒リスクが高いが看護師を呼ぶことができない                                                                      |
| <input type="checkbox"/> ⑪ 徘徊・多動              | 多動(意味なく繰り返される行動) 徘徊(目的もなく歩き回る行動)                                                            |
| <input type="checkbox"/> ⑫ 睡眠薬・精神安定剤の服用       | これまで服用していて服用を継続するor本日から服用を開始する                                                              |
| <input type="checkbox"/> ⑬ 看護師の直感             |                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> ⑭ 上記以外の転倒・転落に関するリスク⇒ |                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> ⑮ 上記の項目すべてに該当なし      |                                                                                             |

身体的側面  
↑  
精神・認知的側面  
↑

Nov. 27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

45

## “新”転倒・転落アセスメントツール(7項目)

| 1 スコア | アセスメント項目                                        | 項目の内容                           |
|-------|-------------------------------------------------|---------------------------------|
| 1     | <input checked="" type="checkbox"/> ① 転倒経験      | 過去1ヶ月間の転倒経験がある                  |
| 4     | <input checked="" type="checkbox"/> ② 歩行障害      | 自立歩行不可能 こまた歩行、すくみ足、ふらつきあり       |
| 2     | <input checked="" type="checkbox"/> ③ めまい、たちくらみ | めまい、たちくらみがある                    |
|       | <input type="checkbox"/> ④ ナースコール               | 転倒リスクがあるが看護師を呼ぶことができない          |
| 3     | <input checked="" type="checkbox"/> ⑤ 徘徊・多動     | 多動(意味なく繰り返される行動)徘徊(目的もなく歩き回る行動) |
|       | <input type="checkbox"/> ⑥ 睡眠薬・精神安定剤の服用         | これまで服用していて服用を継続するor本日から服用を開始する  |
| 3     | <input checked="" type="checkbox"/> ⑦ 看護師の直感    |                                 |
|       | <input type="checkbox"/> ⑧ 上記の項目すべてに該当なし        |                                 |
| 13    | <input type="checkbox"/> ⑨ 上記以外の転倒・転落に関するリスク⇒   |                                 |

スコア合計 計算 \*スコア合計は転倒・転落リスクの目安(最高点は17点)  
\*1項目でも該当する項目がある場合は対策を立案する

Nov. 27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

46



ナースコール

体動コール

足元柵

Nov. 27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

47

## 転倒・転落低減への方略

- データの解析とフィードバック: 病棟単位
- 勉強会・研修会
- 設備・機器の修理・見直し: 手すりの設置、サイン
- せん妄患者への対応
- 業務プロセスの見直し: アセスメント
- 院内ルール・ガイドラインの見直し
- 患者・家族への働きかけ・協力要請

Nov. 27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

48



## 転倒・転落アセスメント実施率



\* 2007年8月より新アセスメント項目のテンプレート使用開始

Nov. 27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

49

## 転倒・転落予防対策立案率



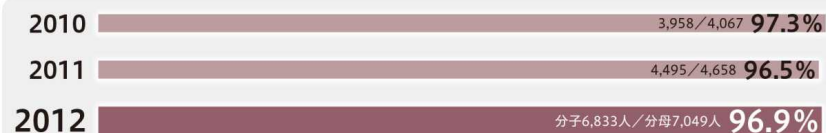
\* 2007年8月より新アセスメント項目のテンプレート使用開始

Nov. 27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

50

## 転倒・転落予防対策説明書発行率



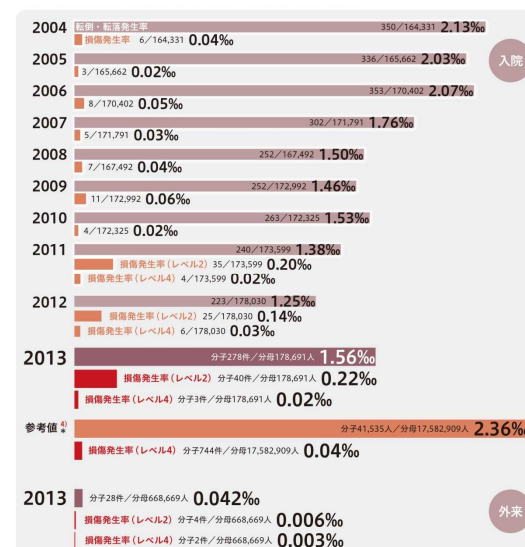
\* 2007年8月より新アセスメント項目のテンプレート使用開始

Nov. 27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

51

## 入院患者の転倒・転落発生率／損傷発生率



\* 2012年4月～2013年3月の平均値

Nov. 27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

52

## JCI受審を終えて

- ✦ あらゆる方針（ICUの入室基準、医師の資格基準と許可される診療行為など）の文書化の必要性
- ✦ Quality Indicatorの設定・測定、とくに日常のモニタリング
- ✦ 患者安全と医療の質への意識向上、QIセンターの設置（安全・質、恒常的JCI対策）
- ✦ “国際性”向上への意識の高まり
- ✦ 海外からの患者の紹介増加？

Nov. 27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

53

## QI委員会:2005年発足

- ☀ QI: Quality Indicator、Quality Improvement
- ☀ 委員は約40名（+出席自由+外部からの見学者）
  - ・委員長は院長
  - ・副委員長は情報システムセンター長
- ☀ 年度初めに、委員や部署からの提言をもとに、1年以内に改善したいQIを10～15項目採り上げ、各QIごとに担当者を決める。
- ☀ 各QIの担当者の役割
  - ・年度内に目標値を達成するための活動を行う
- ☀ 毎月1回開催
  - ・採り上げたQIについて、担当者が前月までの値を発表（算出は、医療情報管理室・診療情報解析室が担当）
  - ・年度内に目標値を達成するための方策を話し合う。

Nov. 27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

54

## 医療の質改善のための組織体制



Nov. 27, 2015

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

55