

## Y4-25

### 鋭利器材使用時の手袋装着向上に向けた取り組み

岡山赤十字病院 医療安全推進室<sup>1)</sup>、人事課<sup>2)</sup>、用度課<sup>3)</sup>、麻酔科<sup>4)</sup>

○小川 一恵<sup>1)</sup>、藤原 法子<sup>2)</sup>、井上 育紀<sup>3)</sup>、奥 格<sup>4)</sup>

【はじめに】鋭利器材を使用する際に手袋を装着することは、血液媒介病原体対策において必要不可欠な行為である。平成21年度当院で発生した針刺し・切創事例における手袋の装着率は50%であり、決して高いとはいえない状況であった。そこで、平成22年度に鋭利器材使用時の手袋装着状況と、装着できない理由を調査し、現状を改善する取り組みを行ったので報告する。

【方法】全看護師を対象にアンケート調査を行い、鋭利器材使用時の手袋装着状況を把握し、問題点を抽出する。アンケート結果を参考に、改善策を検討・実施・評価する。

【アンケート結果・考察】採血・点滴の時は装着できているが、筋肉注射やインシュリンの手技の際に装着できていない。手袋が装着できない理由は、手技がやりにくいという理由が多く、次いで、認識不足・準備不足という理由が多かった。その他意見として、サイズの問題、テープがくっつく、薄手のものが欲しい、欲しい時にすぐとれる場所がないという意見があった。そこで、鋭利器材使用時の手袋装着について、職員の意識向上を図る啓発活動、手袋の操作性・フィット性の改善、手袋へのアクセスの改善が必要であると考えた。

【対策】アンケート結果を参考に、以下の対策を実施した。針刺し防止月間を設け、スタッフの意識向上を図り、手袋の材質を検討し、ニトリ製手袋を導入した。また、手袋を病室入口に設置し、使用するまでのアクセスを改善した。

【対策実施後評価】針刺し・切創事例における手袋の装着率は平成22年度67%、平成23年度73%と対策実施後、経時的に上昇している。手袋払い出し数は、平成21年に比べ、平成22年は26%増加、平成23年は46%増加がみられた。

## Y4-26

### 針刺し事例防止に向けての取り組み

諏訪赤十字病院 看護部

○藤森 洋子

【はじめに】針刺し事例ゼロを目指して、安全器材の導入、啓発に努めてきた。安全器材の導入により一定の効果は見られたが増減を繰り返し、H22年度の看護師の受傷例は総数の66% (23例)を占めた。看護部感染対策委員会を中心に取り組み、H23年度は40% (9例)の減少につながったので、この取り組みを報告する。

【取り組みの実際】1)看護部感染対策委員会での事例検討2)事例を当該者の現場に返し組織的な対策を検討3)アンケート調査とフィードバック4)アンケートの結果から各現場で目標を定め、耐貫通性廃棄容器持参の強化を行う。

【結果および考察】1)、2)について…「認識する」「注意する」「落ち着いて…」といったレベルの対策が多く、個人ではなく組織として対策を考える点では有効であったが、具体的な対策には至らなかった。3)について…10月に実施したアンケートからは、リキャップを行う機会が50%以上と答えたスタッフは46% (162名)であった。また、その理由は「癖や習慣」が21.8% (77名)であったが、近くない44% (155名)、危ない気がする31.8% (112名)など、耐貫通性廃棄容器が近くになくすぐに廃棄できない状況が示唆された。一方、耐貫通性廃棄容器の持参については「たいいて必ず持参する」との回答が54% (187名)となっており、耐貫通性廃棄容器の持参が課題となった。4)について…耐貫通性廃棄容器の持参、リキャップゼロをキーワードに各職場でそれぞれの目標を決め取り組んだ。この取り組み期間中、多くの職場で目標の70~80%が達成された。これらの取り組みの中で、H23年度後期の事例は8例と減少した。また不適切な廃棄による受傷も減少した。

【まとめ】針刺し事例対策では安全器材導入の他は個人の認知や行動に頼る部分が大きい。繰り返し啓発活動を行うことで行動の変容を促すことが防止につながる。

## Y4-27

### 継続した環境面におけるICTラウンドを実施して

大津赤十字病院 看護部

○前田 朋美

【はじめに】当院では2000年度から院内感染予防対策チーム(以下ICT)が発足され、施設内の状況の把握、課題の抽出、改善を目的に環境面におけるICTラウンドを開始し、継続的に実施している。このICTラウンドを通して、改善への取り組みの実際について報告する。

【方法】ICTラウンドは、ICD・ICN・リンクナース・薬剤部・検査部・事務部のチームを結成し、月2回、ICTラウンド評価シートによる評価ならびに、各部署の責任者と具体的な改善方法についての情報交換を行っている。ラウンド結果は、ICTラウンド評価シートおよび写真を提示し、各部署にフィードバックし、その後、各部署から改善について取り組んだ事項をレポートにして提出してもらう。

【結果】手指衛生剤・防護具の適切な設置率は、病棟あたり56%から84%に上昇したが、消毒薬など薬品の管理、注射業務関連作業台の管理についてはラウンド結果に基づき、マニュアルを見直し、評価の基準を細分化したことで遵守率が70%から60%に低下した。また、水回りの清潔乾燥、医療材料の適切な保管方法について、リンクナースを教育し、継続的な指導を実施することで遵守率が68%から79%に上昇した。

【考察】環境面におけるICTラウンドでは結果的に前年度よりもチェックリストに基づく遵守率が低下している項目もあるが、手指衛生剤・防護具の設置場所の提示、また、直接具体的な改善を示すなど、マニュアルの作成により基準を明確にして臨床現場で統一した方法を提示することなどで結果が変わることを示すことができた。

【おわりに】ICTラウンドにより、改善に向けたICTとしての課題が抽出でき、現場に則したマニュアルの作成やリンクナースが知識を持って指導ができる体制が確立できたと考えている。

## Y4-28

### 感染症定期報告制度に基づく日本赤十字社の取り組みについて

日本赤十字社 血液事業本部 安全管理課

○鈴木 紗織、貝淵 友紀、赤羽 朋彦、百瀬 俊也

【背景】2003年より生物由来製品製造販売業者に対し「感染症定期報告制度」が義務付けられている。これは生物由来製品若しくは生物由来製品の原料や材料による感染症に関する最新論文等で得られた知見に基づき当該製品を評価し、医薬品医療機器総合機構(以下、機構)を通じて国に報告するもので、薬事・食品衛生審議会の部会で公表され、評価される。日本赤十字社血液事業本部(以下、日赤)では感染症定期報告に関して独自の情報検討方法を確立して取り組んでいる。今回、情報の評価方法や活用法についてまとめたので報告する。

【検討・評価方法】日赤では、安全管理課を事務局として血液事業本部及び血液センターの医師等で情報検討会、評価会を構成し、学術誌・学会・ホームページ等から得られた情報の選別、検討、評価を全て社内で行い、機構へ報告している。

【対象】2003年7月~2012年3月の8年9カ月間に入手、評価した感染症定期報告情報を対象とした。

【結果】日赤が報告した新規情報件数は613件であり病原体の種類は102種であった。病原体別の報告数はvCJD(79件、12.9%)が最も多く、以下CJD(48件、7.8%)、HBV(40件、6.5%)、HEV(31件、5.1%)、WNV(25件、4.1%)と続いた。日本で輸血感染リスクとなり得る病原体の報告数が多かったが、報告数の多寡が必ずしも重要性和と相関するわけではない。マラリア流行地域の更新情報やvCJDに関する情報については献血の問診内容に反映させ、また検査や試薬に関する情報については、血液検査法を検討する際の参考にする等、血液製剤の安全対策に有用な情報となっている。

【結語】感染症定期報告制度への取り組みは日赤が血液製剤の安全対策を行う上で有用であり、さらに感染症定期報告と併せて外国措置報告、副作用・感染症報告の情報と重層的に評価することが重要であると考えられる。