

## 05-25

### 人工呼吸器関連肺炎予防への取り組み

高知赤十字病院 救命救急センター病棟

○小川 さやか、濱田 雅美、三好 佐知、三木 初美

【はじめに】人工呼吸器装着期間が一日増えると人工呼吸器関連肺炎（以下 VAP とする）発生率が1%上昇する報告がある。VAP を発症すると、死亡率や入院期間、コストが増加することは明らかとなっており、VAP バンドルの積極的実施は VAP を減少させることができる手段である。頭位挙上や口腔ケアなどの VAP 予防は、今まで行ってきたが可視化するまでには至っていなかった。そこで、VAP 発生率を明らかにし VAP バンドルの中の「人工呼吸器中の患者を仰臥位で管理しない」に加え、口腔内評価と口腔ケアの充実に焦点を当て活動したので報告する。

【目的】(1)VAP 発生率を明らかにする (2)VAP についての知識の向上を行い、スタッフ全員が VAP 予防を統一して行うことができる。

【方法】期間：平成 25 年 4 月～平成 26 年 3 月、対象：人工呼吸器装着患者、手順 (1)VAP の勉強会 (2)VAP サーベイランス (3) 頭位挙上遵守率の明確化 (4) ベッドサイド口腔検診 (以下 BOE とする) 導入 (5) 年間 4 回 VAP に関する知識確認テスト

【結果】VAP サーベイランスシートを使用することで、意識的に VAP 予防に取り組むことができ VAP 発生率が明らかとなった。また、頭位挙上 30 度以上の遵守率は平均 45.9%に留まったが、阻害因子として、大腿部にカテーテルが挿入されている、循環が不安定、骨盤骨折により安静度の制限があるなどの理由があった。VAP に関する知識確認テストは回数を重ねる毎に平均点は上昇した。BOE を導入し、全症例の口腔内評価は可能となり、潰瘍や出血がある場合は摂食嚥下認定看護師へのコンサルトを行った。しかし、プロトコールを使用した個別性のある口腔ケアに直接反映できていない症例もあった。

【今後の課題】BOE を導入して口腔内の評価ができるようになったが、個別性のある口腔ケアを充実させることが今後の課題である。

## 05-26

### 当院でのポータブル撮影時の感染対策

京都第二赤十字病院 放射線科

○岡本 繁、河本 勲則、松山 良太

【はじめに】当院の診療放射線技師は、以前は感染対策に関する知識が乏しく意識も低かった。このため、病棟でのポータブル撮影時に感染源を院内に拡散していた可能性があり、また、感染拡大の原因が当科にもあるのではないかと指摘も受けていた。2008年に当院の感染対策チームの一員となり、放射線科内にも感染対策委員会を結成し、「放射線科内から感染を拡大させない」という大きな目標を定めた。

【放射線ポータブル撮影時の対策】1) 放射線科作成の感染対策マニュアルに基づき撮影している。2) 訪床前に、放射線科の電子カルテ端末で、感染対策ソフト (ICT mate) の病室耐性菌マップを閲覧して、訪室患者の耐性菌やウイルス (インフルエンザ、ノロなど) 検出の有無、必要な経路別感染対策を把握する。3) 可能な限り、標準予防策のみでよい患者から撮影を開始するように訪室の順番を検討する。4) ポータブル撮影装置に手指消毒剤、手袋、ガーゼを搭載する。5) 病室入口での確認：当院では、接触感染対策患者はピンク色パネル、飛沫感染対策は緑色パネル、空気感染対策は青色パネルをその病室入口に掲示している。入口で必要な感染対策を再度確認し撮影準備する。6) 接触感染対策時には、手指衛生、手袋、病室備え付けのエプロンを着用し、撮影後は病室の感染性ごみ箱に手袋、エプロンを廃棄している。

【結語】放射線科内で作成したマニュアルに基づき行動し、ポータブル撮影時には、病室耐性菌マップと病室入口でのカラーパネル掲示によって、より適切に感染対策を行えるようになった。また、感染対策意識も徐々に高まってきた。

## 05-27

### 感染リンクナースが行う他部署ラウンドの効果と課題

山口赤十字病院 看護部

○吉岡 和代、渡邊 久美子、神崎 多紀子、杉山 元子

【はじめに】看護部感染防止委員会では、毎年リンクナースが、自部署のラウンドを行い、安全な療養環境を確保できるよう取り組んできた。昨年度は、セーフティマネジメント活動として看護部の感染・安全・防災委員会が協働し、他部署ラウンドを実施した。これまでより広い視野から客観的に感染対策を評価し、改善に向けて取り組むことができたのをごに報告する。

【方法】1. リンクナースがペアを組み、12 部署を年 3 回ラウンドする。2. チェック表に沿って衛生材料の管理、感染性廃棄物の処理、汚物処理室の整頓を確認する。3. 状況をカメラで撮影し客観的に評価する。4. 結果は終了直後に全員で共有する。その後各部署の師長に報告する。5. 師長は結果に基づく改善策を 7 日以内に委員長に提出する。6. 各委員はフィードバックされた結果を次のラウンドにて確認する。

【結果】チェック項目の「できた」への達成率は、全体で 1 回目 88% から 3 回目 94% に上昇した。3 回目に 100% 達成をした項目は、適切な滅菌物の保管 (1 回目 83%)、汚物処理室の整理整頓 (1 回目 83%)、処置カートの清掃 (1 回目 95%) 等であった。段ボールに滅菌物を保管している部署が 3 部署あったが、指摘を受け 2 部署は廃止できた。リンクナースは他部署の現状を見て、スタッフ教育を行い、ポスター掲示や滅菌物の収納場所を変える等の工夫を行った。

【評価・課題】ラウンド結果は適切にフィードバックされた。要因は、ラウンドにて他部署の現状を知ったリンクナースが、他部署の良い点を自部署の改善に取り入れた事や、師長を介して、改善点を文章で求めた事等と考える。今後は、新たなラウンド項目の検討を行い、継続的にラウンドを行っていく事や、達成できていない項目について重点的なスタッフ教育が必要となる。

## 05-28

### 全職員を対象とした手洗い研修の成果と課題

武蔵野赤十字病院 ICT

○渡邊 麻美、都倉 広子、柴 知子、本郷 偉元、山崎 隆志、菊地 弘樹

【はじめに】当院では手洗いチェッカーを用いた手洗い教育を、感染防止技術の向上を目的に全職員を対象に実施して来たが、参加率が低く、実際に正しい手洗い手技を理解しているか不明であった。そこで、2013年度は参加率の向上および手洗い技術の理解の向上を目標に研修方法を工夫したところ、参加率が上昇し、手洗い手技の理解が深まる結果となった。この研修方法と成果、課題を報告し今後の研修に役立てたい。

【研修の実際】

実施時期：2014年3月10, 11, 12, 17, 20, 25, 27日

研修時間：11:00~14:00

場所：研修に参加しやすい職員食堂の隣の会議室を使用し、部署を離れることのできない部門には出張した。

研修方法：研修1週間前に事前学習資料を全部署に配布した。当日は手洗いチェッカーを使用し、ICNが一人ずつ洗い残しを確認しながら正しい手洗いの方法を指導し、チェックシートで理解度の確認を行った。

【結果】全職員1521名中参加者888名(58%)と半数以上の参加となった。また、「正しい手洗い手技が理解出来た」と「洗い残しに関しては理解出来た」と回答した職員は99%以上であった。

【考察】前年度の参加率は39%であり、今回19%増加した。参加率上昇の要因は事前学習資料を配布し周知方法を工夫したこと、参加困難な部署に対しては出張したことが考えられた。また手洗い技術への理解がほぼ全ての職員で深まったのは、実際に技術をICNがチェックしたことがその理由と考えられた。

【課題】今回の研修では参加率は上昇したが、全職員参加には至らなかった。そのため、研修方法の更なる工夫が必要である。また、技術の理解は行えてきているため、今後は手洗いタイミングの教育方法も検討していく必要がある。

一般演題 (口演)  
10月17日(金)