

PB-238

N95 マスク着用の実態職員のマスク着用に関する知識と漏れ率調査の結果から

松山赤十字病院 看護部

○松本 厚子¹⁾、梶原 真理²⁾、小笠原 智美³⁾、増田 和子⁴⁾

【はじめに】結核患者等の空気感染対策としては、N95 マスク（以下マスク）を適切に選択・着用する事が重要である。感染症病床（3床）を有するA病棟では、マスクを適切に着用するために個別に指導を行っているが、計画的な指導評価が出来ていなかった。

【目的】A病棟職員を対象にマスク着用に関する実態を把握し、適切なマスク着用について周知するための課題を明らかにする。

【方法】平成26年1月6日～25日まで、A病棟に関わっている医師・看護師・看護助手・委託業者、計34名にマスク着用に関する質問紙によるアンケート調査を実施した。同時にマスクフィットテスト MT 03型測定器を用いて、日頃各自が実施している方法でマスクを着用し、漏れ率を測定した。漏れ率10%以上（10%以上を不適切とした）の職員には正しい着用方法を指導後、2回目の漏れ率測定調査を実施した。

【結果】質問紙アンケートでは、全体の85%が適切なサイズのマスクを選択し、71%がマスクはフィットしていると回答した。フィットテスト経験者は32%で、毎回のシールチェック実施者は24%であった。着用時の漏れ率調査では、50%の職員はマスク漏れ率が10%以上だった。漏れ率10%以上の職員の2回目の測定では、76%が漏れ率10%未満（適切）だった。

【考察】マスクの漏れ率が高い原因は自己流の着用方法であり、フィットテスト・シールチェックが実際の場面で活かされていないことだ。またマスク着用方法は口頭での指導であり、院内感染防止対策マニュアル等は活用されていなかった。今後は、マニュアルの周知が重要であり、マニュアルに則り適切にマスクが着用できるように、定期的な演習も必要である。

PB-240

5S 活動ワーキンググループの設立と活動について

釧路赤十字病院 5S 活動ワーキンググループ¹⁾、
医療安全管理者²⁾、副院長、ゼネラルリスクマネジャー³⁾

○倉重 諭史¹⁾、田中 康裕¹⁾、黒川 数佳¹⁾、川村 直美¹⁾、
佐々木 園子²⁾、山口 辰美³⁾

【はじめに】当院では昨年8月に医療事故防止、環境整備を目的とした5Sを推進する為、5S活動ワーキンググループ（以下5SWG）が設立された。設立から今日に至るまでの試行錯誤、紆余曲折、実際の活動について報告する。

【経緯】H25年6月、5Sの先進企業である某医療メーカー工場見学について、ゼネラルリスクマネジャーである副院長が主導となり公募、副院長1名と有志4名による工場見学を行った。帰院後、見学者は見学報告会を行い、同年8月より5SWGメンバーに任命され活動を開始した。

【組織】5SWGはMRM委員会のもと活動し、活動内容は医療安全推進室を通じて同委員会に報告する。現メンバーは薬剤師、看護師、臨床工学技士、事務員各1名で構成、医療安全管理者がアドバイザーを担当し、以上の5名が実動部隊となる。スーパーバイザーとして院長、副院長、事務部長、看護部長が名を連ね、メンバーの任期は2年とし、再任は妨げない。

【活動と問題点】設立当初は院内ラウンドを行い、各職種の視点から問題点を洗い出した。5SWG会議は不定期で月2～3回ペースで開催している。まずは整理、整頓の2Sから始めるべく様々な案を挙げたが、他部署への介入の難しさ等、様々な問題に直面した。試行錯誤の結果、現時点で着手したものが3事例である。しかし活動に一貫性が無い為、グループ内規を作成し活動目的を具体化しているところである。又、院内での知名度が低く、我々の活動を知らない職員も多数存在する為、目に見える活動が必要である。

【今後について】活動報告会を開催し、我々の活動に賛同する有志を募ってメンバーの増員を図り、グループの活動を活性化させたいと考える。

PB-239

回診車の清潔不潔のゾーニングへの取り組み

浜松赤十字病院 医療安全推進室¹⁾、看護部²⁾

○鈴木 こなみ¹⁾、鈴木 美香代²⁾、水崎 江利²⁾

【はじめに】当院の回診車は清潔不潔のゾーニングが不十分で、上段は多くの滅菌器材やそれ以外の物品もあり清潔エリアの確保ができていなかった。回診車の上段は、清潔エリアとして日常清掃がしやすく、滅菌器材の展開ができるスペースの確保が必要であると考える。今回、病院全体で回診車の改善に取り組んだので報告する。

【目的】清潔不潔のゾーニングを行い処置が行いやすい回診車にする。

【方法】看護部感染対策委員会で回診車の問題を提案する。各部署の委員に回診車の使用上の注意事項を説明する。各部署で回診車について検討する。回診車に置く物品と定数を検討する。決定した物品と定数を回診車に置く。

【結果・考察】回診車にある物品の現状調査を行った。物品や定数は使用状況が異なるため各部署で医師を含めて検討した。毎月開催する委員会で現状報告と困っていることを発表し、取り組み経過を回診車の写真で情報共有した。回診車の構造が部署により異なっており、定数の見直しを行うとともに適した回診車に変更した。委員が迷うことや悩んだ時には、委員会開催時以外に適宜相談を受けた。現状の物品調査時には「改善は絶対無理」との発言も聞かれた。しかし、改善後には「定数確認や清掃時間が短縮できた」「処置スペースができた」「回診車はなくてもいいかも」などの意見が聞かれた。しかし、収納場所の変更で「回診時に物品を探してしまった」との意見もあった。注意事項の説明で回診車のあり方が理解でき改善につながったと考える。

【結論】委員が改善に向けた根拠を理解することで清潔不潔のゾーニングを行い回診車の改善ができた。また、整理整頓された回診車は処置が行いやすい状況となり現状を維持できている。今後は、回診車の必要性を再検討し廃止にむけて取り組んでいきたい。

PB-241

ベッドサイドに掲示するカード表示改善への取り組み

熊本赤十字病院 看護部

○島崎 知恵子¹⁾、津志田 和美²⁾

【目的】A病棟は意識レベルが清明ではなく、日常生活援助を必要とする患者が多い。担当以外でも援助ができるよう、必要な情報はカードに記載し掲示することがルール化されている。当時使用していたカードについてアンケート調査を行うと1.見にくい2.どこまで援助が必要か把握しにくい3.プライバシーの侵害を危惧するとの問題点が明らかになった。そこで、新たにカードを作成し、改善に向け取り組んだためその結果を報告する。

【方法】対象：A病棟看護師30名看護助手8名。前後でアンケート調査。倫理的配慮：倫理委員会に承認を得ている。

【結果】今回大別すると9種類の新しいカードを作成し、介助度に合わせ3色の色枠で囲んだ。またカード内容をいつでも確認できるようポケット型の説明媒体を作成した。それにより実施後のアンケートでは8割のスタッフが見やすくなった、介助方法が分かりやすくなったと回答している。また情報がきちんと伝達されなかった事例については、約半分は減少している。一方で無地のカードも必要だと思ふという意見もあった。

【考察】文字から絵や色による表記が変わったことで、視覚的に見やすくなり、情報が把握しやすくなったと考える。また生命に関するものなど掲示するものを制限することで、スタッフへプライバシー保護に対し改めて見直すきっかけ作りになったものとする。

【結論】全てをカード化する事は難しく、プライバシー保護については充分とはいえない。今後も継続して改善していく必要がある。また今後は患者・家族とも情報を共有できるツールとして活用できる可能性を感じた。今回はカード内容に的をしぼったため、患者・家族へ説明がきちんと行われているかについては調査に至らなかった。今後は掲示する際に患者・家族に説明し、同意を得ることが必要になってくるのではないかと考える。