

P1-38

感染症専門医のいない施設における抗菌薬適正使用支援チーム (AST) 活動について
～整形外科病棟から始める AST 活動～鈴木智子、富士原仁、米澤仁、林俊也、高橋悦子
JCHO 東京蒲田医療センター 薬剤部

【諸言】2016年に薬剤耐性 (AMR) に関するアクションプランが提言され、抗菌薬の使用量削減に関する数値目標が設定された。また、昨年度より AST 加算が新設された事で従来の感染管理認定看護師 (ICN) を中心に行っていた感染対策チーム (ICT) 活動と並行して医師や薬剤師が中心となる抗菌薬の適正使用に関する取り組みが新たに加わった。しかし、当院を含む多くの中小規模病院では感染症専門医が不在であると考えられる。手術件数の多い整形外科では、周術期の予防抗菌薬等の短期投与症例から骨髄炎や人工物感染等の長期投与症例がある。

【目的】整形外科病棟を中心とした AST 活動の一環として経口第三代セフェム系抗菌薬の使用量を明らかにする。

【方法】(1) 整形外科領域のパスにおける周術期予防抗菌薬の見直しを行う。(2) 2018年10月と2019年7月の整形外科から処方された内服抗菌薬を比較する。

【結果】(1) 予防抗菌薬の注射剤は第一世代セフェム系であるのに対し、経口剤は第三代セフェム系であった。また、パス以外では経口第三代セフェム系抗菌薬はほとんど処方されていなかった。(2) 2018年10月時点では、第三代セフェム系が半数を超えていた。今後、2019年7月に関してデータを集積し比較する。

【考察】ICTとASTの構成メンバーは同一であり、配置されている薬剤師の人数が少ないため、ASTの専従を薬剤師が務める事は困難である。そのため、現状ではICNがICTとASTを兼任して専従業務を行っている。病棟薬剤師としての業務と並行してAST活動につながる取り組みについて検討したところ、整形外科においては経口第三代セフェム系抗菌薬がパスに組み込まれている事が判明した。そこで、整形外科医と協議し、パスに組み込まれている術後抗菌薬について見直しを行うことで経口第三代セフェム系抗菌薬の使用量を低減できると思われた。今後、整形外科以外でも経口抗菌薬処方の実態調査を行う必要があると思われる。

P1-39

感染管理ベストプラクティスを活用した喀痰吸引手順の遵守の効果と課題

新井那美乃、竹内京美、星野智子
JCHO 船橋中央病院 看護部

【はじめに】A病棟は、呼吸器内科の入院患者が多く、口腔内吸引 (以下吸引とする) 操作が多い部署である。スタッフの吸引操作では、細かい清潔操作部分の統一がされていなかった。今回、頻度の多い吸引手順について手順を統一し、他者評価をしたことで、MRSAの院内感染の減少がみられたので報告する。

【目的】口腔吸引感染管理ベストプラクティス (以下ベストプラとする) イラスト手順書を活用し、スタッフの口腔吸引手順における現状を把握し、手順を統一化する。

【方法】調査期間：平成30年5月～31年1月 対象：A病棟看護師のうち看護師経験年数別にランダムに10名を選択。調査方法：各スタッフに現状の口腔吸引手順を自記式にて記入してもらい、収集した手順を17項目の手順でベストプラを作成。スタッフに作成したイラスト手順書を提示し、教育前後に吸引操作の他者評価を行った。

【結果】教育前より90%の遵守率の項目は17項目中12項目であった。遵守できていなかった5項目は、教育後遵守率の向上がみられた。経験年数別遵守状況では、経験年数による違いはなく、すべての経験年数によって平均遵守率は教育前51%から教育後74%まで向上した。イラスト手順書作成後、院内感染を疑うMRSAの検出はなかった。

【考察と課題】教育前後の結果から、遵守率の低い実施前、実施途中、終了時の手指衛生手順を中心に、エビデンスに基づいた教育を行ったことは有効であったと考える。また手順書をイラストで可視化し提示したことで、細かな手指衛生や清潔操作のタイミングが明確となり、スタッフが統一した手順で対応できることに繋がったと考える。スタッフが統一した手順を遵守できるように、継続的な手順確認と結果のフィードバックが必要である。

P1-40

血液透析開始から止血確認までの過程におけるベッド周囲血液飛散の実態

入場明子、渡部毅穂、川村由美子、山内理紗
JCHO 札幌北辰病院 腎・透析センター

【はじめに】透析患者は易感染状態にあるため、透析室における感染対策として、職員の手や器具、環境を介した感染にも留意する必要がある。A病院透析室でも、透析終了時に透析監視装置やベッド周囲の清掃を行っているが、血液付着を認めることがある。血液透析開始から止血確認までの過程、どの行為において血液が飛散しているのか実態調査した。

【方法】血液透析の過程を「開始」、「返血」、「回路破棄」、「止血確認」「一時離脱」と分けた。血液飛散の調査範囲は透析監視装置を含むベッド周囲と隣のベッド柵、床までとした。研究者1名が観察者となり目視で飛散状況を記録し、飛散の有無、行為、場所を単純集計した。

【結果】「開始」「返血」「回路破棄」「止血確認」各50例「一時離脱」4例計204例中飛散ありが22例 (10.8%) だった。「開始」では2例 (4%) で行為は針と回路の接続であった。「返血」は12例 (24%) で行為は抜針であった。「止血確認」は3例 (6%) で行為は目視での止血確認であった。「一時離脱」は4例 (100%) で行為は回路内圧を抜く時や再接続などで複数個所に飛散がみられた。

【考察】「返血」時飛散する原因として、血流量の多いシャントから抜針することが影響していると考えられる。抜針時の飛散から感染予防するためには、抜針後速やかに適切な方法で使用した手袋や処置用シーツを破棄することが必要と考える。また、針破棄時には、回路内の残血が飛散しないよう感染性廃棄物容器までの距離を短くする工夫が必要である。また、「一時離脱」では複数個所に飛散がみられており、飛散の起こりやすい過程である。目視で飛散を認めない場合でも適宜清拭することが必要と考える。今後、一時離脱時の清拭範囲・方法のマニュアル化を図りたい。

P1-41

A病棟における高齢者のドライスキンへの取り組み
～アンケートから日常のケアの取り組みを知る～高橋文、南雲千夏子、布施陽子、柿沼久美子
JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部

【背景】

A病棟は新規褥瘡発生0に向けて褥瘡好発部位の観察や保湿に取り組んでいる。しかし、一部介助の患者のトイレ介助を行っている際に下肢の落屑が気になった。ドライスキンは皮膚トラブルの原因の一つである。そこで、看護師によって褥瘡好発部位以外の観察や保湿に差があるのではないかと考えた。

【目的】

看護師の日常業務の看護行為におけるドライスキン予防に対してどのような認識、対策をしているのかを明らかにする。

【方法】

A病棟看護師20名に、独自で作成したアンケート調査を行い単純集計した。(回収率100%)

【倫理的配慮】

個人が特定されないようアンケートは無記名で行い、回収BOXに提出をもって研究参加への同意を得た。本研究は院内の倫理委員会の承認を得て実施している。

【結果】

ケアに一部介助を要する患者についてアンケートを行い、日頃の業務の中で患者の乾燥や落屑が気になると看護師全員が回答しており、保湿剤や撥水剤等を用いて対応していることが分かった。また、褥瘡好発部位は看護師全員が観察していた。褥瘡好発部位以外を観察している看護師は8人であり、スキントアのリスク部位や爪の長さ、掻痒感の訴えがあるところ等を観察していることが分かった。

【考察】

A病棟の看護師はドライスキンに対して全員が認識していることが明らかになり、対策として乾燥部位に保湿剤の塗布が多く、病棟内で統一した対応ができていたと考える。しかし観察部位に個人差があることから、全員が同じ部位に対応しているわけではないのが現状である。こうした看護師一人一人の観察の視点や、保湿部位、タイミングなどを統一することができれば、皮膚トラブルが減少するのではないかと考える。

【まとめ】

1. A病棟の看護師は全員、高齢者の乾燥や落屑について気になっており、保湿剤等で対応していた
2. 看護師により観察部位に差が出ているため、保湿部位にも差が出ている

P1-42

感染リンクスタッフによる手指衛生遵守率向上に向けての取り組み

長谷川亜紀¹、佐伯美幸²¹JCHO 滋賀病院 感染制御部、²看護部

【はじめに】手指衛生は最も基本的で重要な感染対策である。当院では、2015年より感染管理認定看護師による病棟看護師を対象とした手指衛生サーベイランスと手指衛生直接観察を実施している。そのデータを基に、各部署の感染リンクスタッフが手指衛生遵守率向上に向けての取り組みを行っている。その内容を報告する。

【活動内容】前年度の各病棟の一患者日あたりの手指衛生実施回数の結果を基に、各部署の感染リンクスタッフと所属長が次年度の自部署の一患者日あたりの手指衛生実施回数の必達値、目標値を設定。目標を達成するために、各病棟で遵守率向上に向けて啓発活動を実施した。活動内容をより具体化するためSWOT分析を行い、自部署の問題点を導き出した。毎月、遵守状況をフィードバックし、目標値に向けての評価を行った。さらに、感染管理認定看護師による手指衛生直接観察を実施し、病棟別の特性を分析、それを基に改善策を立案・実施した。

【結果】2014年の病棟における使用量が3.5～7.4 L/1000患者/日であったのに対し、2015年は5～8.4 L/1000患者/日に上昇した。さらに、2016年は6.3～9.2 L/1000患者/日、2017年は8.3～11.2 L/1000患者/日、2018年は9.2～12.7まで上昇した。平均でも開始した2014年は4.4 L/1000患者/日であったが、2018年は10.3 L/1000患者/日まで上昇が見られている。目標の達成度は、各部署バラつきがあり必達値を達成できていない部署も見られた。

【考察】感染リンクスタッフと所属長で必達値と目標値を設定する事で、現場での意思決定ができ目標に向かってそれぞれが意欲的に取り組む事ができた。参画型変化サイクルによる効果であったと考える。また、直接観察による実施状況の評価をする事で質の評価や現状分析を行う事ができた。今後も継続的取り組みでいく必要がある。

P1-43

当院における全職員対象感染対策研修の考察～5年間の実績について～

宮前正憲、北原陽之助、文才理、五十里奈美子

JCHO 群馬中央病院 ICT

【はじめに】当院では、感染にかかると全職員対象の研修として、外部講師を招いての研修や少人数体験型の研修、聴講型の研修など様々な研修を行ってきた。今回、今後の研修の課題を明らかにすることを目的とし、当院の感染対策研修の評価を行った。

【方法】2014年度から2018年度の5年間に当院で行われた全職員対象の感染対策研修（1感染対策研修会、2少人数研修、3地域連携学術講演会と感染フォーラム）の結果より、研修のテーマ、目的、開催数、全職員に対する参加者の割合、アンケート結果（研修の理解、研修のレベル、研修内容が今後の業務に活用できるか、自由意見など）を用いて、研修の内容や開催方法とその効果について解析する。

【結果】1.感染対策研修会は聴講型であり、テーマは個人防護具の装着に関すること等であった。開催時間は60分間で、開催回数と職員の参加率は2014年は4回で65.2%、2015年は5回で58.9%、2016年は4回で80.4%、2017年は8回で86.9%、2018年は6回で81.4%であった。2.少人数研修は体験型であり、テーマは嘔吐物処理、手指衛生等であった。開催時間は30分間で、開催回数と職員の参加率は2014年は44回で96.0%、2015年は46回で97.7%、2016年は30回で86.2%、2017年は58回で88.5%、2018年は46回で86.4%であった。3.地域連携学術講演会と感染フォーラムは、聴講型であり、講師は院外講師、研修テーマは耐性菌や抗菌薬、性感染症等であった。開催回数は基本的に1回で、開催時間は約90分間であった。職員の参加率として、感染フォーラムは、2014年15.9%、2016年23.9%、2017年17.0%、2018年11.1%。地域連携学術講演会は、2014年8.4%、2015年9.3%、2016年6.2%、2017年13.6%、2018年9.7%であった。

【考察】研修1,2の結果から回数が多いことが参加率を高める要因でないと考えられた。研修3は参加率が低かったため、今後開催内容について検討することが課題である。

P1-44

老健における褥瘡予防のためのスキンケア習慣化への取り組み

永沼早苗、川又和美

JCHO 埼玉メディカルセンター附属介護老人保健施設

【はじめに】高齢者には褥瘡発生の要因が多数存在する為、多くの高齢者が入所する老健では褥瘡発生リスクが高い。予防ケアには様々な手段があるが、毎年課題に挙がるのはスキンケア不足であった。保湿目的として、排泄や入浴後にワセリンを臀部に塗布するよう呼びかけていた。処置カートに100g容器のワセリンが用意してあるが、そこから持ち出し使用する事はスタッフから不便との意見があり定着しなかった。そこでスキンケア習慣化の為に対策を検討し褥瘡発生件数が減少した為ここに報告する。

【方法】1.100g容器ワセリンを20gの容器に変更し、排泄介助時に持ち歩き臀部に塗布する。2.期間：2013年4月～2019年3月 3.容器変更前（2013年4月～2016年3月）と変更後（2016年4月～2019年3月）の褥瘡発生数を比較、20g容器ワセリンの使用数を調査し継続した使用ができていたか確認する。4.ワセリンの使用状況、使用を呼びかけるポスターを掲示する。

【結果】20g容器ワセリン使用開始前の褥瘡発生数は、平均20.33件/年（発生率平均8.69%）であった。使用開始後の褥瘡発生数は平均5.33件/年（発生率平均2.44%）であった。また20g容器ワセリンは30個/月から70個/月の使用量があった。

【考察】100g容器から20g容器に変更後、褥瘡発生数は減少した。月毎の使用数からみても継続した使用ができていた。入所者の平均要介護度は開始前3.09、開始後は3.11であり差はあまりない。そのため褥瘡発生減少に至ったのはスキンケアの取り組みが大きく影響したと考えられる。ワセリンを塗布するという行為は皮膚を観察する機会になる為、スキンケアを行う事で皮膚の観察が習慣化され皮膚変化の早期発見となった。またワセリンの使用数やポスターを掲示する事で職員の意識付けに結びつけたと考える。施設に合ったケア方法、環境を整える事でスタッフのスキンケアに対する意識付けとなり、習慣化された事で褥瘡予防につながったと考える。

P1-45

当病棟の褥瘡予防・ケアを妨げる要因の検討と今後の課題

吉原すみれ、岡山宏美、古瀬美和子

JCHO 京都鞍馬口医療センター 看護部

1. はじめに 当病棟において褥瘡発生が5例続いた。今回、病棟での褥瘡ケアの充実と発生予防を目指し、先行研究をもとに褥瘡リスク患者に対する対応と観察が的確か、また褥瘡予防を妨げる要因の有無について検討した。

2. 目的 褥瘡予防やケアを困難にしている要因、問題点を明確にし、解決策を検討する。

3. 研究方法 研究デザイン：量的調査対象：当病棟看護師27名（師長除く）、実際の褥瘡発生者5名の調査データ収集期間：平成30年10月～12月 用語の定義：ADL⇒日常生活自立度 方法：看護師に対し、アンケート実施。

4. 倫理的配慮 看護師に対し、研究の趣旨と内容及び調査結果は本研究の目的以外では使用しないと説明。

5. 結果および考察 褥瘡リスク状態の看護計画が立案されていたが、好発部位である耳介や踵部に発生した事例があった。アンケートでは好発部位の把握が不十分であり、また部分的にしか観察できていないとの結果であった。褥瘡好発部位を理解し、的確なポジショニングと体圧再分配の技術修得が必須である。『褥瘡保有者の発生部位・処置内容を把握できているか』に対し「できている」は48%、また、『褥瘡ケアに関する計画立案を活用できていると思うか』に対し「思う」は59%であった。処置内容の把握や伝達、連携が出来ていなかったため悪化に繋がったと考える。処置内容や部位の把握の為に、一覧表を作成する等の対策を講じる必要がある。『褥瘡ケア』に対して「困っている」は56%あり、内容では処置方法の選択41%、体圧分散器具の不足33%、相談窓口11%などがあった。改善策として物品の補充や相談窓口を設けるなどの環境作りが課題である。

6. 結論 先行研究と同様に、【知識・技術】、【伝達・連携】、【物品・システム】の3つの要因が相互関係を成し、褥瘡患者を取り巻いている事が明らかになった。また、それらが一つでも破綻すると褥瘡発生に結びつくといえる。