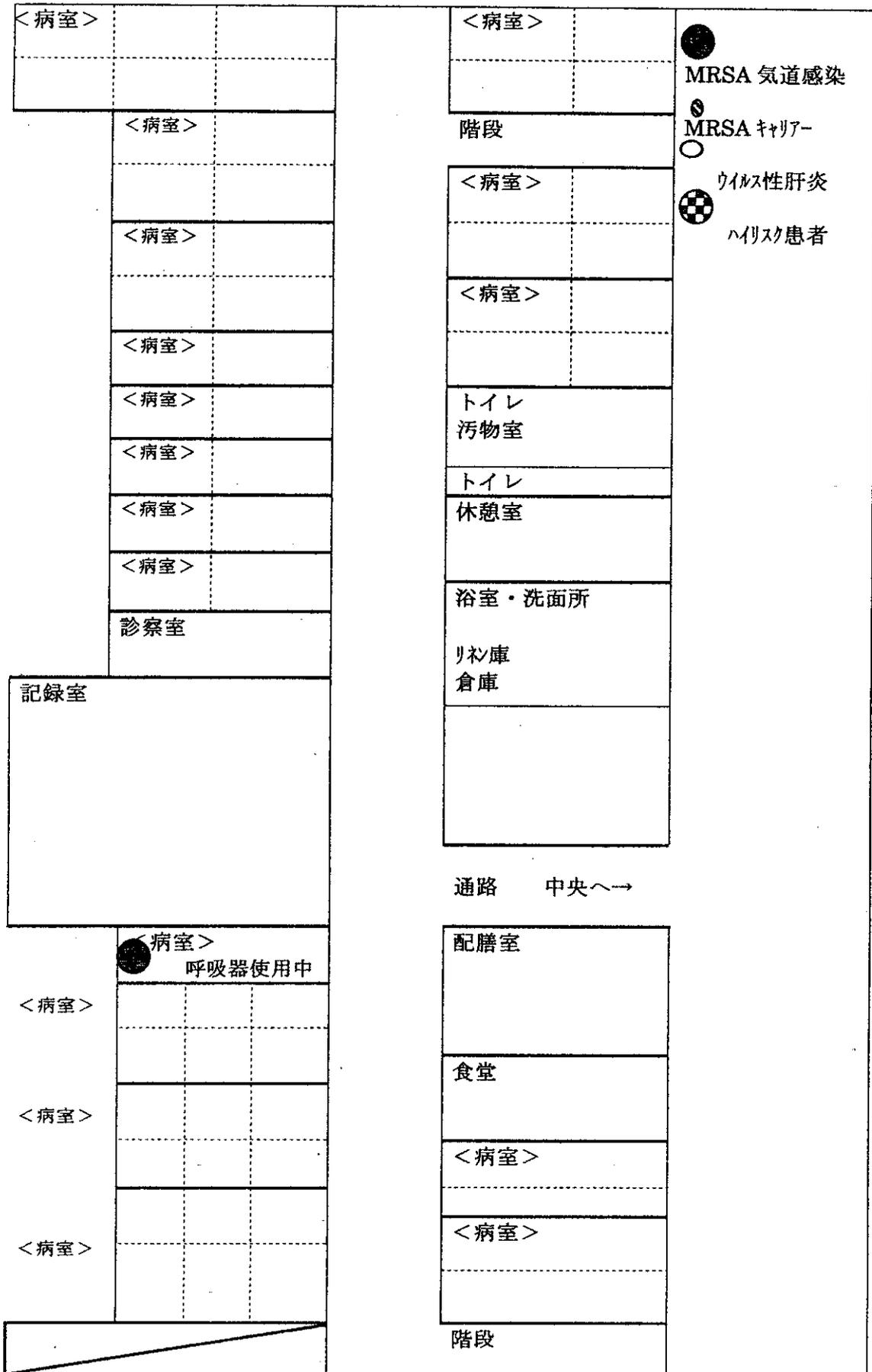


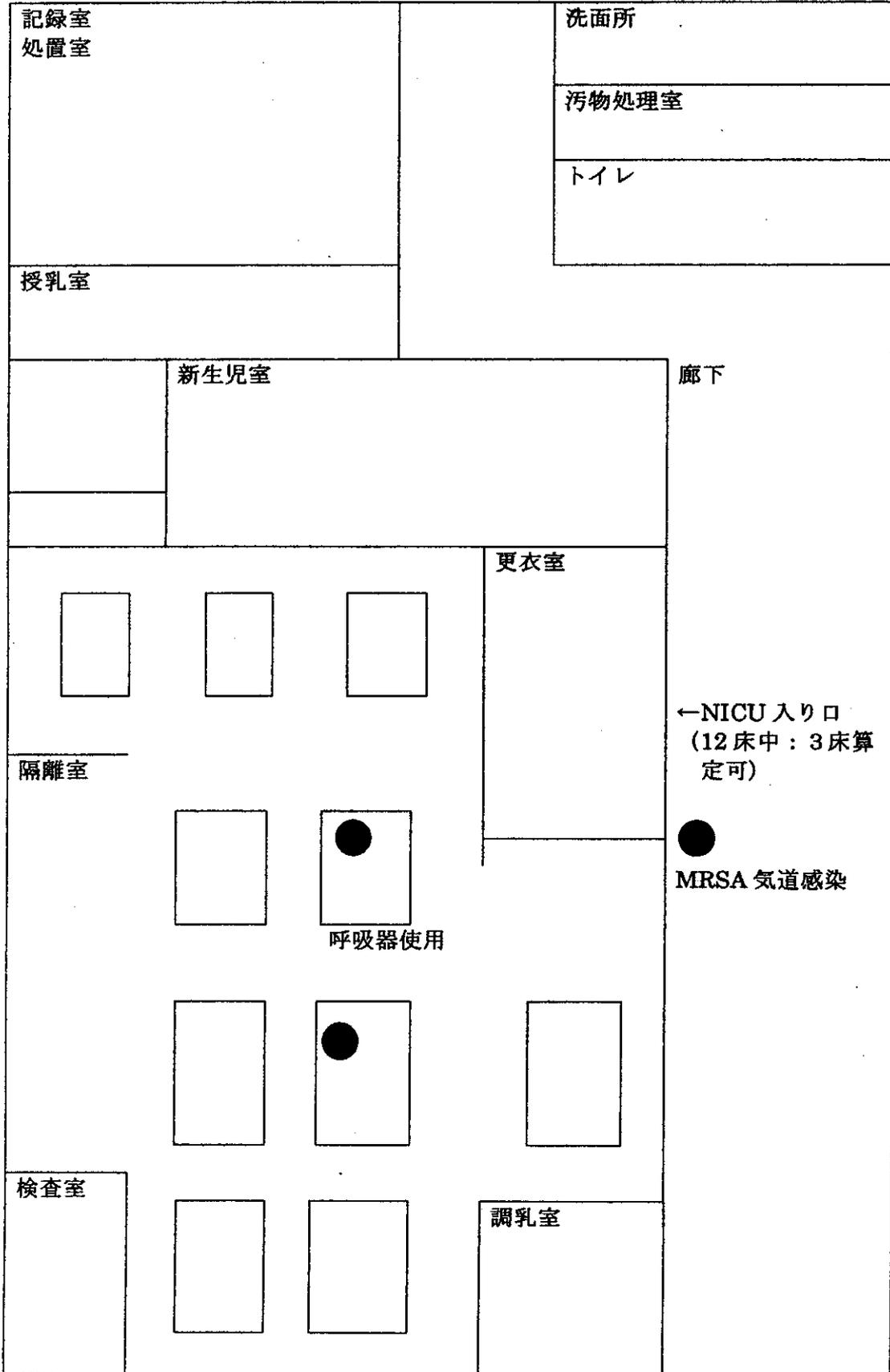
《外科病棟》



《NICU病棟》

←産科

↑小児病棟



6. 今後の進め方

送られた資料・今回の発表・東大の飯塚教授の講演などの結果から

- ・マップの作り方は各職場の創意により実施
- ・器具の滅菌・消毒はメーカーに方法迄きちんと明示してもらうような働きかけをする。
- ・ベット・コット・カバースの消毒方法はきちんと決めた方がよい。
- ・精神科に於いては、速乾性消毒剤の設置は出来ない（患者が飲む）ので、精神科で考えてもらう。
- ・ワークシートは記録の中にルチーンとして入っていくことが理想。
はっきりと見える形で。
- ・問題点がどこにあるかをはっきりさせる。

* 今回の発表をまとめた物を送付し、それらをまとめて5月の連休明けぐらいに形として出していきたい。

7. まとめ

- 1) 全員参加が原則
- 2) 環境整備（掃除の出来る環境にする。無駄な物を置かない。）
- 3) 状況に応じたマニュアルの改訂をすること
現場対応
- 4) 鍵となる診療
同定
対策
- 5) 対応策
ルーチンになりうること
必ずする
明確にする
- 6) 立案
全ての可能性を考える
原則を知り対策を立てる

8. 感想

- 1) 今回の各施設の発表でマニュアルがまだなかったところや、既に効果がないといわれている消毒方法や、ティッシュ製品の再生、さらには廃棄する前に消毒をしている等の施設があり、原理原則の徹底がなかなか難しいのだと感じた。
- 2) 施設により、ゾーニングがきちんと出来ている所もあり、当施設もそうなりたいものだと思ったが、現場を考えると難しいかとも思った。可能などころからでも実施できると良い。
- 3) 工学分野の感染予防への応用としての講演は、とても関心を持って聞けたが説明は難しい。
- 4) マニュアルの見直しをしたばかりであるが、研究会の結果が出た頃再度見直す必要があるように思う。
- 5) 院内感染対策委員会はあるが対策チームがないので、是非設置し活動していけばかなりの効果が期待できると思う。

以上

施設内感染対策に関する報告書

研究協力者 藤岡 洋介 国立療養所菊池病院

精神科病棟では、認知や判断障害を有する患者が入院している場合が多く、疾患や予防に対する理解や実行が困難で、集団としての対策に限界がある。

当院でも、高齢者や痴呆患者の増加により、感染抵抗性が極端に衰えた患者に日和見感染が流行しやすい条件になっている

ハイリスク行為

1. 気管内挿管(吸引時)
2. 経管栄養カテーテル、バルーンカテーテル挿入
3. 褥創の膿

予防対策

- ①MRSA や緑膿菌保菌者で分かっている場合感染症発症に注意又、保菌者を明示する
- ②高齢者で転院入院時等のチェック

対策

- ①手洗い、清掃、うがいなど日常的な感染対策が基本になる
- ②喀痰からの菌排出が多い患者の状態によっては、隔離遮断をする
- ③交差汚染を防止する対策 手指の消毒、スリッパ、ガウン等の交換を確実に励行し
職員の接触感染に注意を払う
- ④廃棄物はビニール袋に溜めず、頻回に処分する(部屋にビニール付き)
- ⑤創部をカーゼで覆って行う
- ⑥環境整備 床:専用ハンドワイパーで塵を取り、酸性水を用いモップで拭き掃除
ベッド柵、床頭台:酸性水にて拭き掃除
- ⑦病棟内の巡回、回診、掃除手順等の区別化をする
- ⑧カテーテル留置の適応を厳選する(挿入手技、消毒操作の熟達)

問題点

- ①院内対策マニュアルが現実的でない
- ②現在、室内掃除等に酸性水だけの対応で充分なのか
- ③感染拡散の防止のための行動制限の難しさ
- ④治療の一環として外出や面会があり、家族に対する説明が徹底されているか
- ⑤動き回る患者にMRSAが発生した時、隔離が困難
鼻水、涎が多い場合元気であるので、隔離が必要か否か迷う
- ⑥個室に隔離した場合、部屋にトイレ、洗面、手洗いの設備がない

施設内感染対策作業書策定に関する研究

研究協力者 立山雅子 国立嬉野病院

A.研究目的

院内感染対策マニュアルは各施設にできて既に久しい。しかし、それらを現場で日常的に使いこなすまでには至っていない現状である。理由の一つに大まかすぎて、どのような場合にも使用できるように作成されている事があげられる。今回、病棟においてのマニュアルの活用状況及び問題点を整理し、施設単位でのマニュアルではなく、病棟や患者の状態に合わせたマニュアル、更に看護助手を含めた看護職員が使いやすいものである事の必要性を浮き彫りにした。

B.研究方法

I. 当該施設の入院病床をもつ9看護単位の病棟婦長を対象に、アンケート調査を行う。

II. 院内感染対策委員会報告結果により、ハイリスクな診療の場及び行為について明らかにする。

C.研究結果

I. アンケート内容は、院内感染対策マニュアル(ここではMRSAの場合)の、①使用状況、②使用しての問題点、③発生前後の部屋の配置図についてそれぞれ解答してもらった。回答率は100%であった。

①使用状況について

全病棟において感染症発生時に使用していた。

②使用しての問題点

- ・感染患者が複数発生した場合、個室不足のために対処が困難である。
- ・隔離方法が医師、病棟間でバラつきがある。
- ・保菌者の場合の隔離等については統一していない。
- ・菌検査の間隔が一定していない。
- ・感染対策委員会の活動及び効力が不十分である。

③部屋の配置図

各病棟とも、発生後は個室隔離をとっていた。水道設備が無かったり、複数発生した場合はそれぞれに工夫がされていた。

発生前後の患者入室状況からは、水平感染を思わせるようなデータは今回の調査ではでていない。

II. ハイリスク診療場所は、呼吸器内科・整形外科・外科病棟で、呼吸器疾患や高齢者を多く入院させている病棟であった。

ハイリスク診療行為は、人工呼吸器装着や気管切開患者の吸引処置や手術創、褥創処置であった。

D.考察

当該施設のマニュアルは大体活用されているといえる。しかし、病棟の疾患や構造上の違いにより、差がある事がわかった。その差は、多くは当該病棟の婦長の判断に依るところが大きく、混乱や不安を生じている事もわかった。それらの混乱事項を解決していくためには、院内感染対策委員会では限界がある。今回、ハイリスク診療場所におけるハイリスク診療行為である気管内吸引、褥創や解放創処置等が絞る事ができた。

これらの感染対策のポイントは、現場に即した実行可能なレベルであるかが一つのキーワードといえる。施設内で統一した方法も、感染を防御するという点では重要な事と言える。

ひとつの感染対策を実施していくにも、現場での患者に最も適した方法で、ADLを図りながら、QOLを保つ事ができるような方法を選択していくことが望ましいと考える。

院内感染ワークシート

H12.2.18 国立嬉野病院 立山雅子

(1) ハイリスク診療場所

呼吸器内科病棟

高齢者 人工呼吸器装着や気管切開患者 同病棟で入退院をくり返す

(2) ハイリスク診療行為

①人工呼吸器装着や気管切開患者の吸引処置

②褥創処置

(3) マニュアルの適用

①②について…マニュアルのとおり実施

[感染症単発発生の場合]

個室へ収容

水道（自動センサーなし）設備あり

入室時、ガウン、マスク、手袋の装着

処置後、ガウン、マスク、手袋の順にはずし速乾性擦り込み式手指消毒薬を使用、その後流水のもと手洗い実施

[複数同時発生の場合]

*この場合のマニュアルは無いため、当該病棟の婦長が中心になり実施している

4床室で2名以上収容

感受性や菌のタイプはこの時問題とせず

水道設備なし

入室時は、個室の時と同様

吸引後、次患者の処置を実施する場合、同じ手袋を付けたまま実施

⇒⇒水平感染、環境汚染の可能性あり

水道がないため、『一処置一手洗い』のルールが守れない

⇒⇒水平感染、環境汚染の可能性あり

手洗いについての意識はあるが、
手順がないためにまちまちである
意外に水道栓は汚染している

MRSA・緑膿菌及びPRSPの発生状況。(平成11年1月1日～12月31日)

MRSA	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	横合計	横%
西1病棟	1	0	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	11	8.2
西2病棟	0	2	1	0	3	1	3	3	1	1	0	0	15	11.2
西3病棟	0	0	1	1	2	1	1	0	1	1	1	0	9	6.7
西4病棟	1	1	1	2	0	0	0	1	1	1	0	0	8	6.0
5病棟	2	4	6	3	3	4	5	4	3	2	2	2	40	29.8
東1病棟	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	0	0	15	11.2
東2病棟	0	1	0	1	1	1	3	2	1	1	3	1	15	11.2
東3病棟	0	1	0	3	1	1	0	0	1	1	1	1	10	7.5
東4病棟	1	0	0	2	3	2	1	0	1	0	0	1	11	8.2
縦合計	6	10	11	15	15	13	15	12	12	11	8	6	134	100.0

毎月平均 11.2件

緑膿菌	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	横合計	横%
西1病棟	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	2.4
西2病棟	0	1	0	0	1	0	1	1	0	4	0	0	8	9.5
西3病棟	0	1	1	1	1	1	2	1	0	1	1	0	10	11.8
西4病棟	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	7	8.3
5病棟	0	2	4	2	2	2	0	2	1	4	0	2	21	25.0
東1病棟	1	0	1	1	1	4	1	2	0	1	1	0	13	15.5
東2病棟	0	0	1	2	0	0	0	0	2	0	0	0	5	6.0
東3病棟	0	2	0	2	3	0	0	1	0	3	1	1	13	15.5
東4病棟	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	5	6.0
縦合計	4	9	8	9	9	7	6	8	3	14	3	4	84	100.0

毎月平均 7.0件

PRSP	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	横合計	横%
西1病棟							0	0	0	0	0	0	0	0.0
西2病棟							1	0	0	0	0	0	1	12.5
西3病棟							0	0	0	0	0	0	0	0.0
西4病棟							0	0	0	1	0	0	1	12.5
5病棟							1	1	0	0	1	1	4	50.0
東1病棟							0	0	0	0	0	0	0	0.0
東2病棟							1	0	0	1	0	0	2	25.0
東3病棟							0	0	0	0	0	0	0	0.0
東4病棟							0	0	0	0	0	0	0	0.0
縦合計							3	1	0	2	1	1	8	100.0

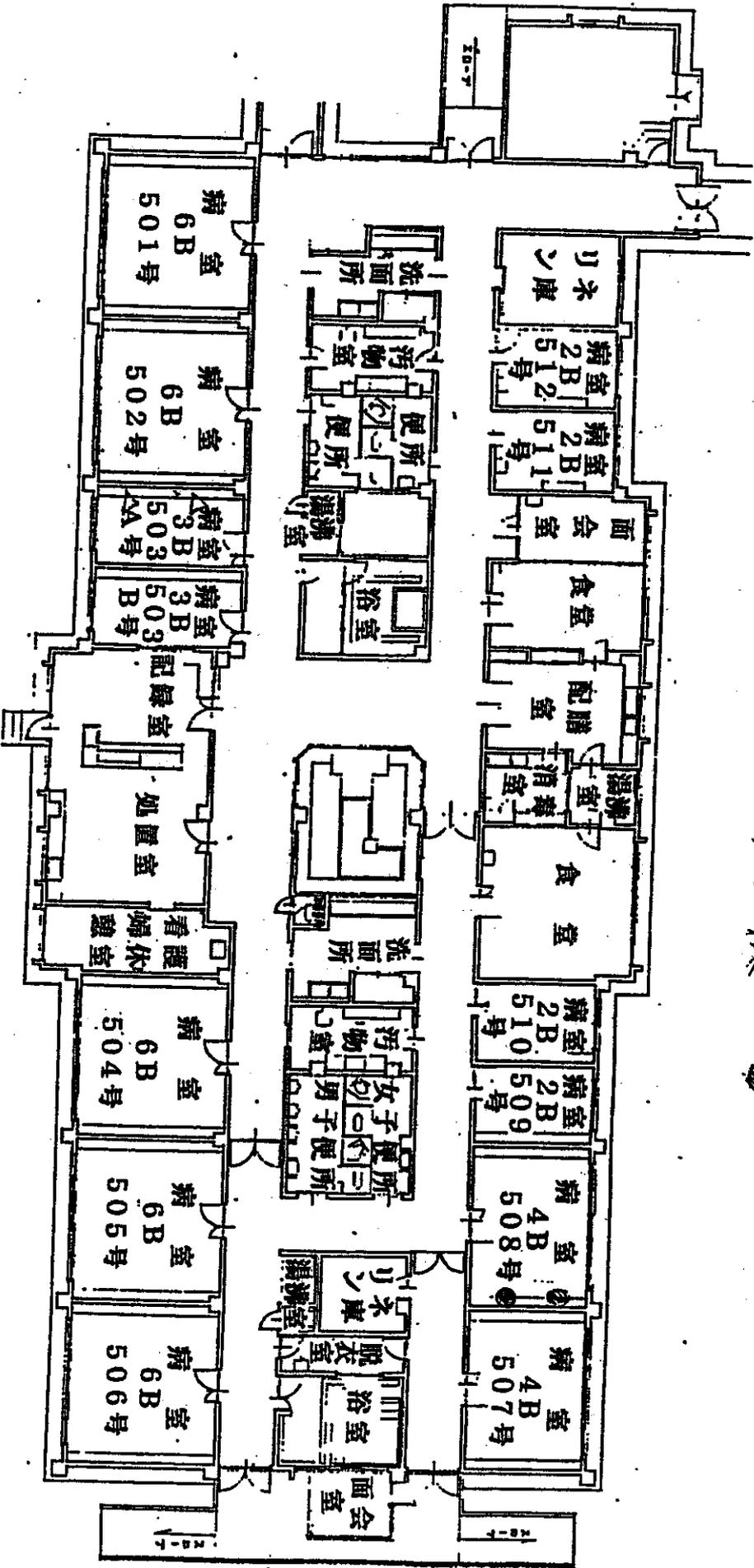
毎月平均 0.7件

第 病棟

MRSA 発生分布図

発生前 ▲

発生後 ●



CCP	対 策
外科領域 《解放創》	1) 個室隔離 2) 創部の処置時：手袋、ガウン装着、専用のトレイ使用、最後に実施 3) 使用後物品の処理：専用の箱に入れ廃棄 0.2%テゴー液に15分浸水後、水洗し滅菌する 4) 検温・状態訪問：そのまま入室 5) 掃除： (床) クイックルワイパーで埃をとり、0.1%テゴー液を浸したオートモップでへやの奥の方から出入口に向かい拭く (床頭台、ベッド柵、ドアノブなどベッド周囲) 0.5%ヘキザックアルコールを含ませたガーゼで拭く
《解放創 以外》 (尿、腹水)	1) 大部屋で可 2) 創部の処置時：手袋装着、最後に実施 3) 使用後物品の処理：専用の箱に入れ廃棄 0.2%テゴー液に15分浸水後、水洗し滅菌する 4)、5) 通常と同様
気管内挿管時 の痰	1) 個室隔離 2) 痰の吸引時：手袋、ガウン、マスク装着 3) 使用後物品の処理：吸引カテーテルは、0.1%LAG液内に浸す 8時間毎に交換、専用の箱に入れ廃棄する 4) 検温・状態訪問：手袋、ガウン、マスク装着 5) 掃除： (床) クイックルワイパーで埃をとり、0.1%テゴー液を浸したオートモップでへやの奥の方から出入口に向かい拭く (床頭台、ベッド柵、ドアノブなどベッド周囲) 0.5%ヘキザックアルコールを含ませたガーゼで拭く

「施設内感染対策作業所策定に関する研究」(資料)

研究協力者 国立熊本病院 副看護部長 山本和子

院内感染予防対策のマニュアル(主にMRSA)の活用について

1. どのような時に活用しているか

感染患者の発生・受け入れ時	11
新入オリエンテーション	3
病棟学習会	2

2. MRSA感染、HBV・HCV等のキャリアについてスタッフに分かるように明示しているか

記録室の患者配置版の患者名の横にマーク	7
カルテのアナムネ記録	5
カルテの看護計画	4

3. 「MRSAの隔離基準とその対応」に沿って実践しているか

はい	11
----	----

- * 隔離、逆隔離する部屋の確保が困難 → 個室が少ない
2床室を1床で使用することになる

4. 基準に沿って感染予防対策をとったことの記録があるか

看護計画	11
------	----

5. 病室の清掃について委託業者に指導をしているか

MRSA感染の病室は最後に薬液を使いモップ拭きを指導

- * 業者のメンバーの交代が頻回で指導の徹底が困難

1. 先のアンケートの結果で隔離基準に沿って実践したことの記録が看護記録（看護計画）であったため個人ファイルとなり、後で調査をするときにたどりにくいと考え、チェックリストで実施記録が残せるか看護部でプレテストを試みた。

結果：今回は調査日が短期日であったため、MRSA(+)の患者について調査2日目に提出があった。

但し、このチェックリストについても感染管理の面からは「点」でしか視れない看護計画の中で視るより焦点は明確であるが、記録の保管をカルテの中、及びNC委員会でもするのかなどの検討が必要になる。

診療・看護行為の各々についてマニュアルの通りに実践しているかのチェックを行うとなると各患者毎では項目が増え記入が困難になることが予測できる。

感染管理の面で視るためには、国際医療センターで試みてある「ワークシート」について、看護支援システムの機能アップに伴い業者と検討したい。

ただ、感染源となり得る患者の配置と「清潔区から汚染区」の原則を守れるかとなると、看護方式との関連など同時に絡む問題が生じてくるように思われる。

「ICN」の認定ナースはいないが、院内で選抜した看護婦で各病棟をラウンドしチェックする(定期的に)などの方策を検討してはと思う。

リスクの高い行為に対し、マニュアルをどう活用しているか

リスクの高い行為	マニュアルの活用状況	
気管内挿管患者の吸引	<ul style="list-style-type: none"> ・インタビューにはマニュアルどおりの行動をとっているとの回答である ・閉鎖式吸引カテーテルの使用は経済面で困難 ・処置の終了時は手指のウエルパス消毒または手洗いであるが水洗手洗いは個室と処置室、ICUでも1カ所であり、動線が長くなり、非効率である 	<p>* 院内感染対策指針の冊子より 該当する行為について、看護計画に取り込みチーム内で統一した行動ができるようにしている (看護単位・チームのメンバー全員が常に確実に行動できているか例えばICNが院内の病棟を巡回して行為毎にチェックするなどには現時点ではできていない)</p>
創傷処置	<ul style="list-style-type: none"> ・MRSA(+)の患者には包交処置者リストにマークして最後に実施している ・グレードⅢについてはガウン・手袋・マスク着用など確実に守れている 	
IVHカテーテル挿入・留置		
バルーンカテーテル挿入・留置		
関連部門との連携(検査・放射線等)・マニュアルの活用が不確実になった場合、会議を通して注意を促すようにしている		

MRSA感染予防マニュアル

C C P	具 体 策
<p>【菌が検出されたら 隔離基準に沿って判断】</p> <p>1. 耳漏から検出</p> <p>2. 解放創が広範囲で ガーゼからの浸出液 が著明</p> <p>3. 喀痰から検出</p>	<p>* 検査科より連絡を受けたら、婦長は主治医およびスタッフにその結果を伝達する</p> <p>* 主治医よりMRSAの菌が検出されたことを患者および家族に説明する</p> <p>①グレードⅡ・・・可能ならば個室</p> <p>②グレードⅢ・・・個室</p> <p>③グレードⅢ・・・個室</p> <p>* 耳漏以外で検出された部位、程度によってグレードの判断を迷う場合は主治医やスタッフと相談し決定する</p>
<p>【耳鼻科処置】</p> <p>1. 耳鼻科処置室で行う 場合</p> <p>2. 病室で行う場合</p>	<p>①感染の患者は最後に行う</p> <p>②使用後の器械台や床の拭き掃除を実施する</p> <p>③直接ガーゼ交換を行う医師はエプロンと手袋を着用する</p> <p>①医師も看護婦もエプロンと手袋を着用する</p> <p>②簡単な処置の場合は、簡易の処置トレイを使用する</p> <p>③広範囲で種々の器具を使用する場合は、処置台を廊下に置き介助する看護婦がもう一人着く</p>
<p>【患者家族への説明】</p> <p>1. グレードⅡの場合</p> <p>2. グレードⅢの場合</p>	<p>* 婦長あるいは部屋受け持ち看護婦は患者家族に、MRSAの隔離の理由と日常生活における留意点を具体的に説明する</p> <p>①耳の中に入れてある綿球を直接手でさわらない (特に小児の場合他の小児と濃厚な接触をしないよう部屋の同室を避ける)</p> <p>②手洗いの励行 (部屋入り口でウエルパスの使用)</p> <p>①隔離の理由</p> <p>②隔離の程度</p>

C C P	具 体 策
<p>2. グレードⅢの場合</p> <p>【看護助手および清掃業者への指示・指導】</p>	<p>③食器の取り扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔内からの菌検出の場合食器を熱湯に5分間浸漬後、食器消毒室へ ・上記以外は他の患者と同様に取り扱い、食器消毒室へ <p>④洗濯物の取り扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・バケツを準備しその中に入れる ・洗濯の時は汚物処理室で、バケツに80℃のお湯を溜め5分間浸漬しておく ・その後洗濯機を使用する <p>⑤ゴミ処理の仕方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・部屋で出たゴミはビニール袋に入れ、口を縛って感染専用の医療廃棄物の容器に捨てる <p>⑥清拭・入浴の留意点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者専用のタオルを準備してもらいそれを使用する ・入浴許可がでたら最後に入浴できる <p>* 隔離の部屋・患者氏名を伝え、感染時の取り扱い方法の徹底を指導する</p> <p>①掃除は隔離の部屋を一番最後に実施し、MRSA専用の掃除用具を使用する 使用後はビニール袋に包み、汚物処理室に保管する 床・・・・・・・・0.1%テゴー液を使用（希釈方法は汚物処理室に表示している） ドアノブ・・・・消毒用エタノールで定期的に清拭</p> <p>②エフゲンの入ったボックスおよび蓋付きのちり箱の準備をする（週1回交換）</p> <p>③入浴許可の場合、一番最後に患者の入浴後に熱湯で流しながら洗う</p> <p>* 日常生活の援助時は、担当看護婦が直接患者に指導を行い協力を得る</p>

M R S A 感染予防マニュアル

C C P	具 体 策
<p>【気管内挿管】</p>	<p>①病室の準備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個室に収容（要水道設備） ・必要物品は専用とする（体温計、血圧計、ガーグルベースなど） <p>②入室について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ガウン・マスク・帽子（ディスポ）着用、スリッパ履き替え <p>③処置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・吸引、包交時は手袋使用 ・包交は専用トレイ使用 <p>④廃棄物</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専用のゴミボックス使用（医療廃棄物用） （火・金に出す） ・血液や排泄のついた汚物はビニール袋に入れてボックスに入れる ・排泄はポリマーで固めて廃棄 <p>⑤掃除</p> <ul style="list-style-type: none"> ・床・・・ディスポシート（クイックハンドワイパー）で埃を取り、0.02%オスバン液で拭き掃除 ・床頭台・ベッド・・・SPガーゼに0.02%オスバン液をふくませ拭き取る ・ドアノブ・・・SPガーゼに0.02%オスバン液をふくませ拭き取る <p>⑥リネン・寝衣</p> <ul style="list-style-type: none"> ・血液や排泄などで汚染してなければそのまま出す ・血液で汚染した場合はハイターに浸して出す <p>⑦口腔ケア</p> <ul style="list-style-type: none"> ・イソジンガーグルで口腔ケアを行う
<p>【創部よりの排菌】 （ガーゼで覆われている）</p>	<p>①できれば個室に収容</p> <p>* ①</p> <ul style="list-style-type: none"> ・包交時施行者は手袋使用 ・包交トレイは専用のセットを準備する

MRSA感染予防マニュアル

C C P	具 体 策
<p>【隔離基準】</p>	<p>①白血球数1000以下・・・個室</p> <p>②顆粒球数500以下・・・個室</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個室隔離しクリーンベッド使用 ・個室隔離できない場合：クリーンベッドまたはエンペラケアー使用しマスク着用 <p>③食事：生もの禁食</p> <p>④うがい、飲料水：湯ざまし使用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ガウン・マスク・帽子（ディスポ）着用、スリッパ履き替え <p>⑤掃除</p> <ul style="list-style-type: none"> ・床：クイックルハンドワイパーで埃を取り、モップで拭き掃除 ・ベッド柵、床頭台：SPガーゼに0.02%オスバン液をふくませ拭き掃除
<p>【呼吸器からの菌の検出の場合（気管切開、痰が多い）】</p>	<p>【MRSAに関する対策】</p> <p>①個室隔離・ガウンテクニック（ビニール製）・マスク着用</p>
<p>【創部からの菌の検出がある場合】</p>	<p>①創部をガーゼで覆っているので大部屋でも可能</p> <p>②包交時は手袋着用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・処置後のゴミ（汚物）はビニール袋に入れ、口を縛って医療用廃棄物の容器に捨てる