

感染経路別予防策

II. 飛沫感染予防策（ドロップレットプレコーション）

| | |
|--|--|
| <p>代表的感染症及び病態：アデノウイルス・インフルエンザ・咽頭ジフテリア・髄膜炎 菌性肺炎マイコプラズマ肺炎・百日咳・風疹・溶連菌性 咽頭炎、肺炎、住血吸虫症</p> | |
| <p>標準予防策を適応し、以下の基準を付け加えること</p> | |
| 病室 | <p>感染症患者は個室を使用する。ドアは開けておく。 特別な換気装置は不要。 必要時以外病室を出ない。 病室の入り口に予防策別を表示する。 集団隔離は可能。但し患者間および面会者（家族以外と兄弟の面会は禁止）は少なくとも1 m以上離す。 保菌者は標準予防策とする。</p> |
| エプロン | <p>医療従事者の衣類の汚染が考えられないときは必要としない。 汚染が考えられるときは使用し、使用後は感染性廃棄物として捨てる。 防水性エプロンを使用する。</p> |
| マスク | <p>患者から1 m以内に入って長時間滞在する場合にはサージカルマスクが必要である。 マスクの再使用はしない。 やむを得ず患者が病室を出るときは、マスクが必要。</p> |
| 手袋 | <p>汚染された区域（患者から1 m以内）・機材に接触がある時には入室時に着用する。 手荒れのあるスタッフは、入室時に着用する。</p> |
| 手洗い | <p>退室時に衛生的手洗いを実施する。 手洗い設備がない場合は、擦式手指消毒剤を使用する。</p> |

| | |
|--------|---|
| 使用後器材 | スタンダードプレコーションに準ずる |
| 食器類 | スタンダードプレコーションに準ずる |
| 器機 | スタンダードプレコーションに準ずる 聴診器、ライトなどは個別化して使用する |
| リネン | スタンダードプレコーションに準ずる |
| ベット清掃 | スタンダードプレコーションに準ずる |
| 便器・尿器 | スタンダードプレコーションに準ずる |
| 感染性廃棄物 | スタンダードプレコーションに準ずる 室内で発生したごみは分別し、室内で密閉してから出す。 その後は通常廃棄物と同様に扱う。 |
| 清掃 | 日常清掃 1 回 / 日 清掃道具は専用のものを使用する 清掃方法はスタンダードプレコーションに準ずる |

感染経路別予防策

Ⅲ.空気感染予防策（エアロームプレコーション）

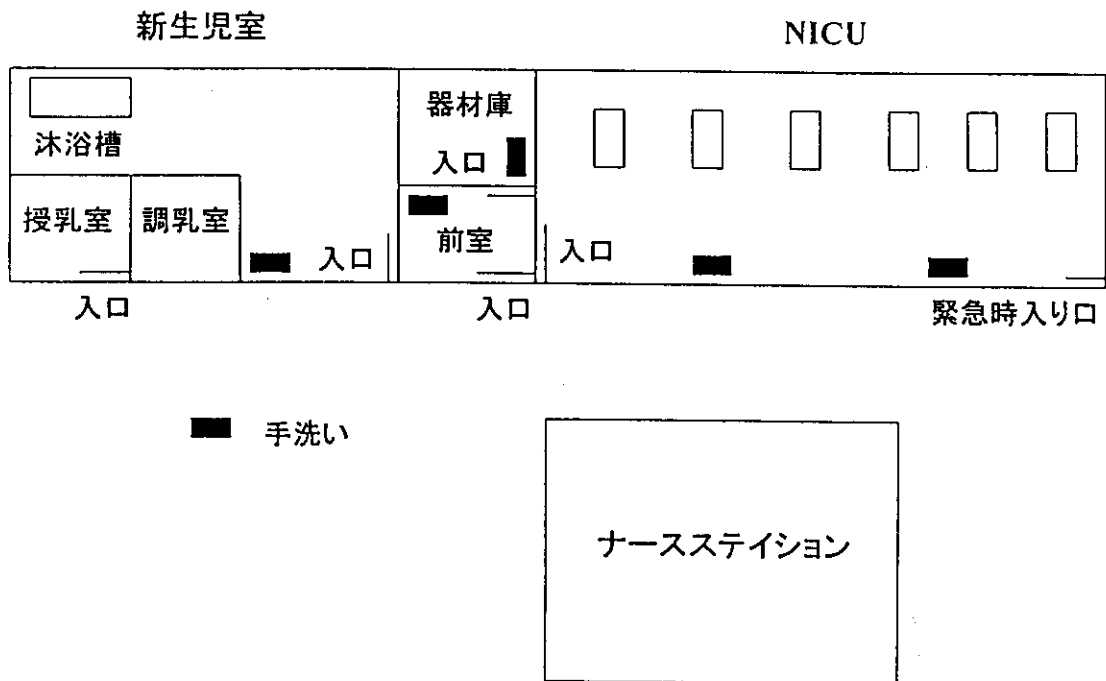
| | |
|-------------------------|---|
| 代表的感染症及び病態：結核・水痘・麻疹 | |
| 標準予防策を適応し、以下の基準を付け加えること | |
| 病室 | 感染症患者は個室を使用する。ドアは閉めておく。 本来は特別な換気装置が必要である。（当院では設置されていないので1時間に6回以上の外気との換気を実施する） 特別な場合を除いて病室を出ない。 病室前に予防策別を表示する。 集団隔離は可能。 保菌者は標準予防策とする。 面会謝絶の札を出す。 |
| エプロン | 医療従事者の衣類の汚染が考えられないときは必要としない。 汚染が考えられるときは使用し、使用後は感染性廃棄物として捨てる。 防水性エプロンを使用する。 |
| マスク | 結核の場合すべての面会者および医療従事者は濾過マスク（N95マスク）が必要である。（個人使用とする） マスクの交換は1回／12時間程度を目安とする。 患者が病室を出るときは、サージカルマスクが必要。 麻疹・水痘はサージカルマスクを使用する。 |
| 手袋 | 汚染された区域（患者から1m以内）・機材に接触がある時には入室時に着用する。 手荒れのあるスタッフは、入室時に着用する。 |
| 手洗い | 退室時に衛生的手洗いを実施する。 手洗い設備がない場合は、擦式手指消毒剤を使用する。 |

| | |
|--------|--|
| 使用後器材 | スタンダードプレコーションに準ずる |
| 食器類 | スタンダードプレコーションに準ずる |
| 器機 | スタンダードプレコーションに準ずる 聴診器、ライトなどは個別化して使用する |
| リネン | スタンダードプレコーションに準ずる |
| ベット清掃 | スタンダードプレコーションに準ずる |
| 便器・尿器 | スタンダードプレコーションに準ずる |
| 感染性廃棄物 | スタンダードプレコーションに準ずる 室内で発生したごみは分別し、密閉して室内から出す。 その後は通常廃棄物と同様に扱う。 |
| 清掃 | 日常清掃 1 回 / 日 清掃道具は専用のものを使用する。 清掃方法はスタンダードプレコーションに準ずる。 |
| 医療従事者 | 麻疹・水痘もしくは疑いのある患者の部屋には、感受性のあるスタッフは入室しない。入室する場合はサージカルマスクを使用する 免疫のあるスタッフはサージカルマスクの必要がない。 |

当院の NICU は 3 床であり、後方ベット 6 床を含め、平均 7 - 9 名が入院している。年間の NICU 入院患者数は 120 名である。医師は 4 名が交代で当直を行っている。看護婦は 7 名が NICU 担当であるが、夜勤は 1 名のみであり、要時、一般小児病棟、産科病棟の看護婦が NICU を手伝っている。このため、当院 NICU では原則として 1000g 未満および 28 未満は収容せず、県立こども病院へ転送している。また先天性心疾患、重症内臓奇型（例えば横隔膜ヘルニア、食道閉鎖など）合併例も県立こども病院へ転送している。従って当院 NICU で最も多い疾患は低出生体重児であり、その他新生児仮死、RDS、MAS、肺炎、脳出血などである。床面積は 40m² と狭く、専用の沐浴室、授乳室、看護婦休憩室、トイレなどはない。このため MRSA 保菌者が出て隔離する部屋はなく、ゾーニングを行うのみである。日勤帯では専用の看護婦が MRSA 保菌者をケアできるが、準夜、深夜帯は 1 人の看護婦が MRSA 感染患児、非感染患児をケアすることになる。

このような環境のため、1 処置 1 手洗いのみでは、MRSA の交差感染は予防できず、すべての児に対する、すべての処置に対し、ディスポの手袋を使用することになった。こうすることにより、MRSA の感染は 50-80% から 10-30% に激減した。

NICU 見取り図



国立長野病院の NICU における手袋、プラスチックエプロンの使用

国立長野病院院内感染対策チーム委員長
森 哲夫

NICU 医療の特殊性

1. NICU ではハイリスク新生児を扱うためかなりきめ細かな感染予防対策が必要になる。
2. NICU で扱う新生児は無菌的に出生してくるため、出生後数日の扱いにより、正常常在菌が定着するか、MRSA が定着するか決定される。
3. MRSA は接触感染により伝播するため環境の清掃と手洗いが基本的感染予防対策となる。
4. 新生児の精神発達を考え、マスク、帽子は着用しないが、プロフェッショナルとしてのマナーを守る（顔から上を手で触らない、毎日シャワー、洗髪をし、下着を変えるなど）。

危機分析

1. 当院での MRSA 検出率が NICU で最も高い。
2. 交差感染例が多い。
3. 抗生剤使用、IVH 管理、人工呼吸器管理例が多い。
4. 通常の感染予防対策（1 処置 1 手洗い、器具の個別化など）は過去 3 年間行ってきた。
5. 日齢 0 日での入院が多い。
6. 当院の NICU は 3 床、床面積は 40 m²、看護婦スタッフは 7 名、医師は 4 名という小規模である。

重要管理点の設定

MRSA は接触感染である。手洗いを設定したにもかかわらず MRSA 交差感染がなくならない。このため 1 処置 1 手袋 2 手洗い、使い捨てエプロンを採用した。

管理基準の設定

1. クベースに収容中の MRSA 保菌新生児の処置、ケアをする際にはクベースに手を入れる毎に手洗い後、手袋を使用。処置、ケアが終了してクベースから手を出した時には手袋を捨て、手洗いを行う。（1 処置 1 手袋 2 手洗い）
2. コットに出ている MRSA 保菌新生児の処置、ケアをする際には使い捨てエプロンを着け、手洗い後、手袋を使用。処置ケアが終了したら手袋、エプロンを捨て、手洗いを行う。（1 処置 1 エプロン、手袋 2 手洗い）

モニタリング方法の設定

1. NICU に入院時、全員に耳介、鼻腔、咽頭の培養を行う。
2. NICU に入院中の児は全員、毎週 1 回鼻腔の培養を行う。

作業の改善措置の設定

1. MRSA の保菌が確認された場合にはバクトロバンの鼻腔内塗布を連日 3 日間行う。
2. MRSA による感染が明らかな場合には必要により抗生剤治療を行う。
3. 交差感染が考えられる場合にはその原因につき職員全員で考える。

国立長野病院NICU感染予防手順

H12. 4. 1西5NICU

NICU入室について

1. 前に髪を整えて、装飾品は外し、室内用スリッパに履き替え、前室でイソジンガーグルにて含嗽を行う。
2. イルソープピンクで手洗い後、滅菌ブラシにヒビスクラブを付け肘までブラッシングし完全に洗い、ペーパータオルで手を拭く。
3. NICU看護婦は滅菌されたピンク衣に着替えて入室する。
4. 医師、家族は滅菌されたブルーのガウンを着用し入室する。
5. NICU入室時自動ドアのボタンは、肘か膝でタッチし入室する。
6. 面会について
家族の入室は両親のみとし、面会が重なった場合は、2家族までとする。
風邪、下痢、蓄膿症、傷がないか確認してから入室してもらう。
7. 退室時は前室にてイルソープピンクで手洗い後、イソジンガーグルで含嗽する。

感染予防について

(基本的には物品は個人持ちとし使用後は、薬液消毒できる物は全て薬液に浸し洗浄後乾燥させ、滅菌できる物は滅菌消毒に依頼する)

1. 手洗い
1 処置2手洗いを原則とし処置の前後にヒビスクラブかイルソープピンクを使用し肘まで洗う。手洗い後はペーパータオルで拭く。
2. 児に使用する物品は個人持ちとする
体温計、ステート、ストップウォッチ、血糖測定器、絆創膏類、ハサミ、乳首、おしゃぶり、アルコール綿、その他個人持ちに出来る物は全て個人持ちにする。
使用後は滅菌消毒できる物は全て滅菌に出す。
3. 処置
 - 1) 全ての児に対して処置毎にディスポ手袋を使用する。前後で手洗いをする。
 - 2) MRSAおよび他の感染が判明した場合には、速やかに他の児と離し、専用のディスポ手袋と使い捨てビニールエプロン使用する。ビニールエプロンは1日1枚使用し、朝交換する。汚染された場合はその都度交換する。
3. NICU内環境整備
 - 1) 床掃除
200倍ゼアミトール液にてオートモップで床を拭く。

2) 上拭き

滅菌タオルを使い200倍ジアミトール液で拭き、乾拭きをする。

冷蔵庫内・外→処置台→コンピューター周囲→自動ドア→全部のガラス窓→壁→鏡→天井から下がっているユニットの周り→机や流しの周囲→シャーカステンの順に拭けるところは全部拭く。

3) クベース・インファントウォーマー・コット

(1) 滅菌タオルを使用し、200倍ジアミトール液にてクベース内側の頭部側より足に向かって拭き、乾いた滅菌タオルにて乾拭きし、同様にクベース外側を拭いていく。

クベース・モニターの周囲、トレーやクベースの棚を拭く。

(2) 加湿槽の滅菌蒸留水は毎日交換する。

(3) ビニール袖交換は月・木に交換し200倍ジアミトール液に1時間消毒後、乾燥させ滅菌依頼する。

4) 加温器

温湯を60℃の上限まで上げ、20分間その状態にし、その後清掃しお湯を取り替える(毎日)。

5. リネン交換

シーツ交換は毎日(クベースは滅菌シーツを使用)。

衣類、バスタオル等は沐浴時に交換。感染症患児に使用した物は全てアクアフィルムバイオハザードバッグに入れ、洗濯場に消毒を依頼する。

6. 沐浴

1) 体重の少ない感染兆候のない児から行い、沐浴後は沐浴槽をジアミトール液にて洗浄後次の児を沐浴する。

2) 感染兆候のある児、感染のある児は最後とし、感染児は専用の石鹸を使用する。

3) 沐浴終了後は、ジアミトール原液にて清拭後、200倍ジアミトール液に1時間浸けおき消毒する。

7. 清拭

低出生体重児以下は、滅菌ボールを個々に使用し、清拭に使用したボールは200倍のジアミトール液に1時間浸し乾燥させ滅菌消毒に出す。

8. 哺乳瓶、乳首の扱い

1) 乳首は個々に滅菌コップにて80倍ミルトン液に浸し、一日一回ミルトン液の交換をし、一週間に一度滅菌に出す。

2) 感染児の哺乳瓶は、80倍ミルトン液に1時間浸し洗浄後、乾燥し滅菌に出す。

9. Mチューブ、ミルク注入用注射器、蒸留水の扱い

1) Mチューブは週1回交換。

2) 注入用注射器 1500g未満 使い捨て

2000g未満 各勤務毎交換

2000g以上 準夜勤の終わりに交換

3) ミルク注入後に使用する蒸留水(20ml)、注射器は各勤務毎交換

10. クベース交換及び清掃

1) 1500g未満 1週間に1回

1500g以上 10日に1回

2) クベースフィルター交換は3ヶ月毎に行う

3) クベース交換後の清掃は分解出来る物は全て分解

- ・ プラスチック、ゴム類は300倍ピューラックス液、金属は200倍ジアミトール液に1時間浸し洗浄後、乾拭きする。
- ・ 洗浄出来ない部分については200倍ジアミトール液を含ませた布で拭き乾拭きし組み立て、器内温37.0℃に上げ、2～3時間空まわしさせ乾燥させる。

11. 人工呼吸器回路交換、モジュール交換

使用中は週1回交換し使用後の回路は200倍ジアミトール液に1時間浸し乾燥させ組み立てて、滅菌依頼する

12. Vラインチューブ交換、フィルター交換

1) 延長チューブ交換は日勤で毎日交換

PIカテーテルの延長チューブは薬液終了毎に交換する

2) PIカテーテルのフィルター交換は週1回

13. 培養採取時期

1) 入院時に鼻腔、咽頭、耳介の培養を全員に行う。

その他の部位については必要に応じて行う

2) 入院後は毎週1回鼻腔培養を全員に行う。

14. 保菌者になったら

速やかに他の児と離し、バクトロバン(ムピロジン)を鼻腔に塗布(1日3回、3日間)。

隔離解除: 除菌後3週間に渡ってMRSAの検出が認められない場合。

平成12年度厚生科学研究補助金特別研究事業

「院内感染の発症リスクの評価及び効果的な対策システムの開発に関する研究」のまとめ

平成13年1月31日

国立岩国病院 小川洋子

1 病院の特徴(13年1月現在)

- 1) 病床数: 565床、平均患者数: 516.5名、平均外来患者数: 739.4名、平均在院日数: 25.9日
- 2) 職員総数 530名
医師(研修医含む)83名、看護婦289名、その他のコメディカル52名、事務他職員106名
- 3) 病院の特色

山口県の東部から広島県大竹市、島根県の一部を診療圏とし、1次から3次救急までを取り扱う総合病院。

2 「O157による急性腸炎」の作業書の説明、概要

1) 概略

土曜日に地域の開業医から下痢・血便の患者が紹介され入院となった。

入院3日目の月曜日になり、開業医よりO157ペロ毒素陽性と連絡入った時点で、すぐに隔離等の対策が取られた。

しかし、隔離、報告、隔離後の感染対策の実際においては、今後手順として整備しておくべき事項があった為、今後の対策を検討した。

2) 問題点と今後の対策

(1) O157判明前の対応:

休日の急患として、開業医からの紹介で救急センター病棟に入院した。

問題点

- ① 休日の急患として開業医からの紹介で受診した患者であり、O157が鑑別診断としても考えられていなく、二次感染予防のための扱いが取られていなかった事。
- ② 当初、救急センター病棟に入院し、大部屋(12人部屋)に入室。トイレが最初は共有で、消毒等の対策及び面会制限がされていなかった事。

今後の対策

- ① 周囲地域の流行情報把握(周囲の病院での発生)と職員への周知の必要性。
- ② 大部屋で対応する感染性の下痢症状がある患者の場合、共同トイレ使用時の注意事項と手洗い指導の徹底。
- ③ 同室者の追跡調査の必要性。
- ④ トイレの消毒などの徹底。
- ⑤ 休日の細菌検査の実施についての検討。

(2) O157判明時の対応:

入院3日目の月曜日になり、開業医よりO157ペロ毒素陽性の連絡が入ったが、主治医及び担当部署から感染対策委員長(副院長)及び感染対策小委員会への報告がなく、保健所職員の立ち入りが先に行われた。

問題点

- ①感染症発生の報告がどこから（主治医・救急センター病棟・消化器病棟）も出ていなかった事。

今後の対策

- ①医療スタッフに感染症発症報告の意識の徹底を図ること。

(3)判明後〇157治療中の対応：

消化器病棟へ転棟後、隔離後の排泄物の消毒、感染対策についてマニュアルはあるが、細かい点で手順が不十分であった事。

問題点

- ①マニュアルはあるが、細かい手順がなく感染対策として、排泄物処理時の洗浄の飛沫からの防止対策がはっきりしていなかった事。
②排泄物の消毒が必要かどうかという事。（他病棟で類似した病原性大腸菌が発症したときにはステリハイドで消毒したが、ステリハイド程強力な消毒薬でなくともいいのではないか。）
③シャワー後の浴室の清潔を保持する為に、具体的にはどうするかという事。

今後の対策

- ①経口感染であることを周知徹底させること。
感染経路を遮断する事を実施すること。
②排泄物処理時の洗浄の飛沫を予防すること。飛沫しても良い服装（フェイスガード）の利用。
③シャワーは最後にし、使用後は浴室の十分な洗浄と乾燥をする。

3) 食中毒の院内マニュアルの要点

- I はじめに
II 院内で食中毒患者が発生した場合の対策
(1) 疑い患者の診察に対して
(2) 検査の結果病原菌の菌種等の決定
(3) 患者の収容
(4) 二次感染防止
(5) 原因調査
(6) 治療
(7) 菌陰性化の確認
(8) 職員への状況説明及び協力要請
(9) 当該部所の検便実施
III 入院患者への状況説明、検便の依頼
IV 退院患者のフォロー
V 院内感染対策予防対策委員会の役割
VI 集団食中毒発生時の連絡網

- 4) 今回ここでは「食中毒の院内マニュアルの要点」に添ってチェックリストを作成する事とする。（頁4、5、6）

5) まとめ

- (1) O157の発生を契機にして、院内感染対策の問題が明らかになり、より有効な対策が検討できた。日頃の感染対策も充分行っていく必要があると同時に、新興感染症の発症の度に、自己点検をし当院への浸入に備えての対策を立てておくことが大事と思う。
- (2) 日頃から、感染症患者が受診した場合、伝染性疾患の鑑別診断を充分に行い、また、感染症発生時の適切な取り扱い方法の意識していくことが大事と感じた。

病原性大腸菌（疑い）発生時のチェックリスト

平成 年 月 日 病棟

| | | | |
|-----------------------|---|--|-------------------------------|
| 患者氏名 | 病室 | 主治医 | 受け持ち Ns |
| 様 | 号室 | | |
| 院内感染対策委員会への報告 | 月 日 | 報告者氏名 | |
| 保健所対応 (医事課) | 月 日 | 対応者氏名 | |
| 菌の検出 (検体) | | H 年 月 日 | |
| ベロ毒素 (有 無) | | | |
| 感 染 対 策 (該当する□にVを入れる) | | | |
| 病室 | <input type="checkbox"/> 個室 | <input type="checkbox"/> 大部屋可 | |
| ホータブトトレの準備 | <input type="checkbox"/> 準備する | <input type="checkbox"/> 不要 | |
| 手指用消毒アルコール | <input type="checkbox"/> 室内に準備する | <input type="checkbox"/> 不要 | |
| 手袋 | <input type="checkbox"/> 不要 | <input type="checkbox"/> 処置時のみ着用 | <input type="checkbox"/> 常時着用 |
| ガウン(デイスボ) | <input type="checkbox"/> 不要 | <input type="checkbox"/> 飛沫の拡散時着用 | <input type="checkbox"/> 常時着用 |
| キャップ | <input type="checkbox"/> 不要 | <input type="checkbox"/> 飛沫の拡散時着用 | <input type="checkbox"/> 常時着用 |
| 清掃 | <input type="checkbox"/> 一般と同じ | <input type="checkbox"/> 対象病室は最後に実施 (専用モップ使用) | |
| 入浴(シャワー) | <input type="checkbox"/> 不可 | <input type="checkbox"/> 最後に可 (シャワー後清掃) | |
| 必要物品の準備 | 殺菌ロッカー、ガウン、手指用消毒アルコール、汚物用収納袋 (医療用廃棄用箱) 掃除用具：消毒薬(テコ、クレゾール)、専用モップ(デイスボ) 血圧計、体温計、その他 | | |
| 同室者の 追跡調査 | 月 日～ 月 日 <input type="checkbox"/> 患者総数 (氏名別紙リスト)： | | |
| 患 者 家 族 へ の 説 明 | | | |
| 月 日 | <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家 族 () <input type="checkbox"/> そ の 他 () | 病原性大腸菌による感染症である事を説明する。 その上で易感染性の患者と接触を避けることを説明し、 手洗いの励行についての説明をする。 | |
| | <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家 族 () <input type="checkbox"/> そ の 他 () | 個室隔離でガウンテクニックが必要な場合は、別紙マニュアルに沿った説明と同意を得る。 | |
| 治療中止後の培養検査結果 | | | 隔離解除の月日 |
| 1 回 目 | 月 日 () | H 年 月 日 | |

御 家 族 の 方 へ

_____様より（ ）という病原性大腸菌が検出されました。この菌は少量に菌でも食品や手などを通して口からはいると、強い毒性を発揮します。特に、小さなお子さまや、病気で抵抗力が弱っている方、ご高齢の方が感染すると重症化することがあります。その為に、御家族の皆様には、次のようなことについてご協力お願いいたします。

- ◇小さなお子さまや、病気治療中の方のご面会をご遠慮下さい。
- ◇用意しているガウンとマスクを着用して下さい。
- ◇病室から出られるときは、病室入り口の消毒薬で手を消毒して下さい。
- ◇帰宅されたら、もう一度良く手洗いとうがいをするようにしましょう。

患者様の使用されたタオルや衣類はお持ち帰りいただき、ご自宅で洗濯をお願いします。

- ◇家庭用の洗剤を使つての洗濯で充分ですが、塩素系漂白剤を使用されると効果的です。日光での乾燥も充分して下さい。
- ◇衣類を持ち帰った袋は廃棄して下さい。

院内感染対策実施状況(経口感染症の場合)

病棟 年 月 日

| チェックポイント | チェック内容(該当する□にVを入れる) | 備考 |
|------------|---|------------|
| 手洗い(石鹸・流水) | <input type="checkbox"/> 20秒手洗い <input type="checkbox"/> 乾かす | |
| 手洗い(アルコール) | <input type="checkbox"/> 入室の前後に <input type="checkbox"/> すり込み乾かす | |
| 手洗い | <input type="checkbox"/> 1処置毎の手洗い | |
| 手袋の着用 | <input type="checkbox"/> 目的に合った着用をしている | 着用目的を徹底させる |
| 手袋の着脱 | <input type="checkbox"/> 脱ぐ時には汚染面を内側になっている | |
| 手袋の脱後の手洗い | <input type="checkbox"/> 常に手洗い | |
| 患者・家族への説明 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| ガウンの使用 | <input type="checkbox"/> 正しいガウンテクニック | |
| フェイスガードの使用 | <input type="checkbox"/> 排泄物処理時に着用 | |
| 感染隔離室での処置 | <input type="checkbox"/> 最後に実施 <input type="checkbox"/> 専用器具使用 | |
| 処置後の廃棄物の処理 | <input type="checkbox"/> 病室でビニール袋に <input type="checkbox"/> 廃棄物容器に | |
| リネ交換後の取り扱い | <input type="checkbox"/> 病室でビニール袋に <input type="checkbox"/> 床に置かない <input type="checkbox"/> 埃をたてないように | |
| 針刺し防止 | <input type="checkbox"/> リキャップしない <input type="checkbox"/> 廃棄物専用容器に <input type="checkbox"/> 針刺し後の処理方法を理解している。 | |
| 他部門への通知 | <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 検査科への通知方法を知っている。 | |
| 病室内の整理整頓 | <input type="checkbox"/> 不要な物を置かない <input type="checkbox"/> ベッド下に置かない | |
| 病室の清掃 | <input type="checkbox"/> 最後に実施 <input type="checkbox"/> 道具は専用 | |
| シャワー | <input type="checkbox"/> 最後に実施 <input type="checkbox"/> タオルは個別専用 <input type="checkbox"/> 浴室は消毒薬で洗浄後熱湯で流し乾燥 | |
| 退室後の清掃 | <input type="checkbox"/> モニター、呼吸器、輸液ポンプ等の医療機器はアルコール清拭 <input type="checkbox"/> ベッド、床頭台、オーバーテーブルはアルコール清拭 <input type="checkbox"/> ベッド、マットレス等スペースリライザーで消毒 | |

院内感染予防対策小委員会(ICT)の活動および 外科・消化器病棟における院内感染予防対策の作業書

国立療養所東名古屋病院 院内感染予防対策小委員会
東4階病棟 鈴木奈緒子

I. 国立療養所東名古屋病院の概要

1. 所在地および立地条件

名古屋市東部の穏やかな丘陵地

2. 病院の特色

- ・政策医療並びに機能付与：呼吸器疾患（結核含む）基幹医療施設、神経・筋疾患専門医療施設及び重症心身障害児（者）専門医療施設
- ・入院患者は、呼吸器疾患、神経・筋疾患及び重症心身障害児（者）などの政策医療対象患者が主体であるが、その他、脳卒中後リハビリ患者や消化器（内科系・外科系）、循環器、代謝・内分泌（内科系・外科系）、骨・運動器疾患等の患者も積極的に取り扱っている

3. 規模

- ・入院定床450床
- ・医療法承認病床数652床（一般378床、結核274床）
- ・標榜診療科：内科、神経内科、呼吸器科、循環器科、小児科、外科、整形外科、呼吸器外科、リハビリテーション科、放射線科、歯科、麻酔科
- ・11病棟、手術・中材、外来（13看護単位）
- ・医師32人 看護婦212人
- ・11年度1日平均入院患者数437.4人（内 結核88.7人） 外来293.7人

4. 東4階病棟の概要

- ・主な診療科：外科、内科（消化器科）
- ・スタッフ：外科医師（院長1名、医長2名、医師2名）
消化器科医師（医師3名）
看護婦長1名、副看護婦長1名、看護婦15名、看護助手2名
- ・医療法病床数：51床（収容可能病床数：47床）
- ・平成11年入院患者数544
- ・在院日数32.6日
- ・平均年齢66.4歳
- ・1日平均入院患者数36名
- ・月平均入院患者数40名
- ・看護体制：プライマリーナーシング
- ・外科手術：年間136件
- ・消化器科検査：内視鏡検査256件
- ・入院患者の特性：入院患者の半数は癌患者である。
再発による終末期患者も多く年間死亡者数は38名。

II. 院内感染予防対策小委員会の活動

1. 小委員会の役割

- ・小委員会は委員会の委嘱を受け、院内感染予防対策に係る具体的事項の検討を図る。
- ・小委員会は検討事項を院内感染予防対策委員会において報告する。

2. 小委員会の構成員

医局：加藤 第1外科医長，田中 呼吸器科医師，片山 神経内科医師

看護部：木村 副看護部長，森 東5階婦長，服部 北1階副婦長，鈴木 東4階副婦長

薬剤科：市野，検査科：柘植

事務：織田 庶務課長補佐，末良 医事班長，早川 補給係長

3. 小委員会の活動予定

- ・毎月定例の委員会を開催（第2水曜日 16:30～）
- ・院内感染発生時は臨時小委員会開催し対応を検討
- ・各部署に感染予防対策スタッフを置く（主に医師1名，看護婦・士1名）
- ・院内の感染予防対策に対する実態調査
- ・マニュアル勉強会の開催
- ・院内感染予防対策の院内統一と各部署の特性に対応した作業書の作成
- ・院内感染予防に関連するコストの削減
（病棟での複足制の廃止，アルコール噴霧の中止，粘着マット廃止，
サージカルマスク使用の適正化，輸液ラインのフィルターの廃止，
不必要な消毒の中止，不必要な針刺し防止物品の見直し，等）
- ・日頃の整理・整頓・清掃・清潔
- ・新たに導入の検討が必要な物品、薬品

4. 小委員会の H12 年度活動実績

- 1) 院内感染症発生状況の把握（毎月定例会にて）
- 2) 院内の感染症発生状況を報告するシステムの検討（別紙資料①）
- 3) 院内感染予防対策マニュアルに関するアンケートの実施（第1回：7月）
 - ・全職員を対象に院内感染予防対策マニュアルの内容の実施状況を調査（別紙資料②）
 - ・アンケートの結果は、ユニバーサルプレコーションの伝達講習会において、項目別に結果と薦めについてパンフレットにして配布
- 4) 院内感染予防対策に関する勉強会開催「手洗いの訓練」（別紙資料③）
 - 第1次…対象：各部署の感染予防対策スタッフ
所要時間：1時間
内容：ビデオ、資料、実演、質疑応答
 - 第2次…対象：全職員、部署別に個別に日時を設定し実施（計19回）
所要時間：45分～1時間
内容：ビデオ、資料、実演、質疑応答
- 5) 針捨てボックス（翼状針や留置針の入る大きさのもの）、プラスチックエプロン、ペーパーホルダー、サージカルクリッパーの採用
- 6) 粘着マットの廃止
- 7) 手術室における感染対策について関係者間で統一（手術室、外科、整形外科、外科系病棟）

- 8) 針捨てボックスの使用状況の調査
- 9) リハビリ PT の疥癬感染について緊急小委員会
入院患者・外来患者における疥癬発生状況、治療経過報告、
職員の疥癬感染経過報告、院内感染終息報告
- 10) 職員のインフルエンザワクチン接種のすすめと希望者の調査、
インフルエンザ接種の実施（12月）…費用は対象職員が実費支払い
- 11) HIV の手術、血管造影前検査に必要な経費の算出
・コストの予測：平成 11 年度手術件数 273 件、血管造影 207 件。
 $(273+207) \times (75,500/84) = 431,429$ 円
・年間 400 件あればキットを有効に使用できる。
- 12) 酒精綿の取り扱いについてディスプレイを含めて検討
消毒用アルコールの選択、および酒精綿の作成方法・手順について検討
結果
 - ・50%イソプロパノールを廃止→ネオ消アルを採用
(東 4 階病棟においてネオ消アルの試験的使用、酒精綿の作成手順の試験実施)
 - ・院内採用消毒用アルコールを①ネオ消アル②消毒用エタノールの 2 種にし、①を主に使用し、②は限定使用とする。
 - ・酒精綿の取り扱いについて作成方法および手順を提示（別紙資料④）
 - ・1 月より全部署において実施
- 13) マスクのコストを含めた有効使用の検討
・サージカルマスクの使用を、結核病棟と結核患者を診察する外来、手術室、
血管造影室に限定する。
・上記以外のマスク使用は、よりコストの低い液体不透過性のマスクに変更する。
- 14) 中央材料室にて滅菌して再使用する器具の取り扱いについての検討
- 15) 院内感染予防対策マニュアルに関するアンケートの実施（第 2 回：12 月）
・全職員対象にマニュアルに関する疑問、質問、意見を集約
・出された意見に対して Q&A 形式で返答書を作成
(H13 年のマニュアルの改定版に Q&A 式で添付する)
- 16) 院内感染予防対策マニュアルの改定版の検討、および改定版の作成
- 17) 閉鎖式輸液回路の検討

資料①-1

診察券

感染症発生報告書

平成 年 月 日 (初・再)

担当医師 _____ 科 _____

- ◆ 部署 1. 病棟: _____ 病棟 _____ 号室
- 2. 外来

- ◆ 1. MRSA 2. VRE 3. レゾネラ 4. O-157 5. 疥癬
- 6. その他 (菌・ウイルス等) _____

◆ 入院: 平成 年 月 日

◆ 入院時感染症: 有・無・不明

◆ 発生: 検体 痰・尿・便・皮膚・他 _____

初回陽性 (提出日) 平成 年 月 日

◆ 入院時 (または最近)、今回報告感染以外で主として治療している病名:

◆ 手術・検査等: 有 _____ 術 (年 月 日) ・ 無

◆ 体内留置 (持続点滴、尿道、挿管、ドレーンチューブ、ペースメーカー等)

- 1. 種類 _____ 部位 _____
- 2. 種類 _____ 部位 _____
- 3. 種類 _____ 部位 _____
- 4. 種類 _____ 部位 _____

◆ 1. 発病 病名 _____ 2. 保菌検出のみ

◆ 体温 _____ °C ◆ WBC _____ / μ l ◆ CRP _____ mg/dl (最近の最高値)

◆ 抗生物質使用:

- 1. 平成 年 月 日より使用 _____
- 2. 今回検出後、開始 _____ 月 日より
- 3. 検討中、未定
- 4. 使用予定なし

◆ 個室隔離について

- 1. 元々個室患者
- 2. 皮膚を覆うなど部分隔離
- 3. 今回個室に
- 4. 同一菌等の患者をまとめた大部屋に
- 5. 隔離不要
- 6. 要相談

◆ 感染源の特定 有 _____ ・ 不明

◆ 結核は結核病棟以外で新感染と考えられるもの、その他 HIV 等についてはその都度お尋ねください。

◆ その他ありましたらお書きください

有難うございました。速やかに検査科の結果書類棚「院内感染対策」へ。
緊急は呼・田中、検査・柘植、東4・鈴木、担当者にご連絡ください。