

資料①-2

診察券

感染症転帰報告書

平成 年 月 日

担当医師 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_

◆ 部署 1. 病棟 : \_\_\_\_\_ 病棟 \_\_\_\_\_ 号室

2. 外来

◆ 1. MRSA 2. VRE 3.  $\beta$ -ラク 4. O-157 5. 疥癬

6. その他 (菌・ウイルス等) \_\_\_\_\_

◆ 1. 感染症発病の有無 病名 \_\_\_\_\_ 2. 保菌検出のみ  
(簡単に)経過 \_\_\_\_\_

◆ 抗生物質使用 : (薬品、試用期間 \_\_\_\_\_ に記載、略語でも商品名でも可)

1. 未

2. \_\_\_\_\_ / / ~ / / / , \_\_\_\_\_ / / ~ / / /  
\_\_\_\_\_ / / ~ / / / , \_\_\_\_\_ / / ~ / / /

◆ 転帰

1. 治癒 菌陰性化の有無 月 日 確認 検体 \_\_\_\_\_

2. 軽快(保菌状態)

3. 転科 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 病棟 \_\_\_\_\_ 号室 保菌・感染 (不変・悪化)

4. 転院 \_\_\_\_\_ 病院・医院 保菌・感染 (不変・悪化)

感染情報提供 済・未

5. 退院 保菌・感染 (不変・悪化)

6. 死亡 (1) 原疾患死 病名 \_\_\_\_\_  
(2) (今回報告の) 感染症死

◆ 転帰時の隔離について

1. 個室 2. 皮膚を覆うなど部分隔離 3. 同一菌等の患者をまとめた大部屋に

4. 不要と考え隔離せず

◆ この患者と関係すると思われる感染患者 (推定可) 有 \_\_\_\_\_ 人・無・不明

◆ 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。

資料②-1

院内感染予防対策マニュアルについての意識調査

回答数：医師 22 名，看護婦・士 195 名，

その他（検査科、薬剤科、リハビリ科、放射線科、看護助手）64 名

1. 今年の7月より院内感染予防対策が改定されたことについて

	知っている	知らない
医師	82%	9%
看護婦・士	77%	22%
その他	64%	33%

2. 院内感染予防対策マニュアル

	みていない	部分的に読んだ	大部分読んだ
医師	9%	59%	23%
看護婦・士	19%	59%	21%
その他	27%	42%	28%

3. 腕時計（勤務中）

	している	していない
医師	45%	45%
看護婦・士	37%	61%
その他	28%	72%

4. 指輪（勤務中）

	している	していない
医師	18%	73%
看護婦・士	5%	93%
その他	20%	77%

5. 勤務中、自分の顔、頭を触ることについて

	注意している	気にしない
医師	64%	23%
看護婦・士	72%	30%
その他	70%	23%

6. 手荒れ

	ある	ない
医師	5%	
看護婦・士	52%	45%
その他	38%	61%

7. 手荒れ原因

	シャボンネット	ヒスコーン	イソジン	ビスクラブ	手袋
看護婦・士	21%	30%	4%	3%	25%
その他	13%	5%	2%	5%	23%

8. 手荒れ予防の個人専用のチューブ入りハンドクリーム

	使用している	使用していない
看護婦・士	38%	38%
その他	28%	27%

9. 手荒れ部分のドレッシング

	している	しない	不可能
看護婦・士	10%	49%	11%
その他	5%	41%	0%

10. 一日の業務で行っている手洗いの回数

	1~10回	10~20回	20~30回	30回以上
医師	23%	59%	9%	0%
看護婦・士	19%	39%	30%	9%
その他	28%	50%	33%	2%

11. 正しい手洗いの方法について

	練習経験あり	練習経験なし
医師		14%
看護婦・士	66%	30%
その他	50%	27%

12. 手洗い時に手首を洗うことについて

	必ず洗っている	洗わないことがある
医師	64%	36%
看護婦・士	49%	50%
その他	67%	39%

13. 一処置、一手洗いについて

	している	していない
医師	55%	41%
看護婦・士	51%	46%
その他	34%	14%

14. 一処置、一手洗いについて

	可能	不可能	不要
医師	73%	14%	5%
看護婦・士	49%	45%	0%
その他	20%	11%	0%

15. 一処置、一手洗いができない理由

	時間がな い	病室毎に手 が荒れ 手荒れ 壊る がない	面倒	不要
医師	0%	41%	0%	0%
看護婦・士	30%	49%	3%	0%
その他	5%	5%	0%	0%

16. 一処置、一手洗いをを行った場合、一日の業務で必要と思われる手洗いの回数

	1~10回	10~20回	20~30回	30回以上
医師	27%	36%	23%	5%
看護婦・士	5%	20%	31%	38%
その他	11%	36%	20%	25%

資料②-2

17. 手洗い後の手の乾燥について

	必ずペーパータオルを使う	使わないことがある
医師	95%	5%
看護婦・士	91%	6%
その他	72%	27%

18. 手洗い後の蛇口の閉め方について

	手では閉めない	手で閉めている
医師	9%	86%
看護婦・士	11%	87%
その他	9%	86%

19. 手洗い場の乾燥について

	注意している	注意していない
医師	64%	32%
看護婦・士	43%	53%
その他	44%	42%

20. 未滅菌使い捨て手袋について

◎採血時（通常の注射筒）

	必ず使用	ほとんど使用	時々使用	まず使用しない
医師	0%	14%	32%	50%
看護婦・士	3%	4%	24%	67%

◎採血時（真空採血針）

	必ず使用	ほとんど使用	時々使用	まず使用しない
医師	0%	5%	27%	55%
看護婦・士	5%	4%	22%	43%

◎容器内の排泄物を捨てる時

	必ず使用	ほとんど使用	時々使用	まず使用しない
医師	27%	18%	9%	5%
看護婦・士	43%	25%	24%	6%

◎失禁患者の身体を清拭する時

	必ず使用	ほとんど使用	時々使用	まず使用しない
医師	18%	23%	0%	0%
看護婦・士	29%	19%	37%	12%

◎採尿バッグを取り扱うとき

	必ず使用	ほとんど使用	時々使用	まず使用しない
医師	14%	23%	9%	0%
看護婦・士	63%	17%	14%	3%

◎創の手当てをする時

	必ず使用	ほとんど使用	時々使用	まず使用しない
医師	32%	27%	18%	5%
看護婦・士	17%	19%	42%	19%

◎気管内吸引をする時

	必ず使用	ほとんど使用	時々使用	まず使用しない
医師	55%	23%	0%	5%
看護婦・士	94%	4%	2%	0%

21. 手袋の外し方について

	手袋の内側を外に出す	そのまま外す
医師	91%	9%
看護婦・士	97%	3%

22. 白衣の交換

	1～2日おき	3～4日おき	5日以上
医師	5%	55%	36%
看護婦・士	33%	61%	9%

23. ナースキャップについて

	廃止すべき	廃止すべきでない	どちらでもよい
医師	32%	9%	45%
看護婦・士	56%	2%	38%

24. ガウンについて

	プラスチックエプロンにすべき	木綿にすべき	どちらでもよい
医師	55%	5%	32%
看護婦・士	30%	22%	48%

25. 聴診器について

	一人の患者に使用ごとに消毒用アルコール綿で清拭	していない
医師	23%	64%
看護婦・士	21%	77%

26. 体温計について

	一人の患者に使用ごとに消毒用アルコール綿で清拭	していない
医師	32%	23%
看護婦・士	63%	32%

27. 注射針のリキャップについて

	絶対しない	することがある
医師	0%	95%
看護婦・士	29%	68%

28. 床について

	ものを置かないよう気にしている	気にしていない
医師	73%	14%
看護婦・士	77%	17%

29. 隔離病室における靴の履き替えについて

	すべきでない	不要	必要
医師	14%	64%	23%
看護婦・士	5%	42%	51%

30. 粘着マットについて

	廃止すべき	不要	必要
医師	23%	59%	18%
看護婦・士	10%	44%	46%

### Ⅲ. 東4階病棟(外科・消化器科)における手順書の作成

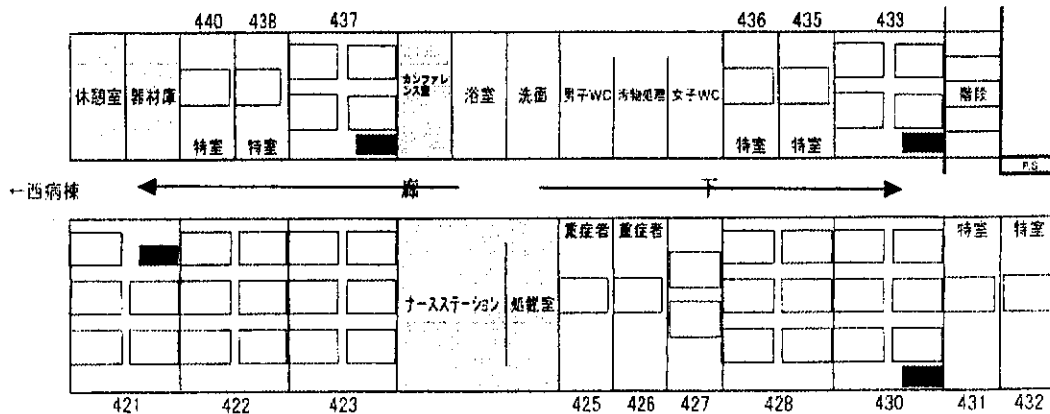
#### 1. 作成過程

- ・ 当院の院内感染予防対策マニュアル（H12年7月交付）に基づき病棟の作業書を作成。
- ・ 作業書の作成過程において以下を実施。
  - ①研修会での学びの伝達
  - ②作業書の内容についての試験的实施
- ・ 平成13年1月より作業書を病棟全スタッフに配布し実施。
- ・ 作成担当：東4階病棟 鈴木奈緒子、村瀬絵理子

#### 2. 作業書の使用方法

- ・ 作業書は院内の感染予防対策マニュアルと共に、病棟の感染予防対策ファイルに保存。
- ・ 病棟スタッフには全員に一冊ずつ配布。
- ・ 臨地実習に訪れる看護学生用に看護学校にも配布。
- ・ 作業書の内容は、病棟のパソコンに入力保存し、年度毎の病院の感染予防対策マニュアルの改定に伴い、速やかに病棟の作業書も改定する。

【東4階病棟】（医療法51床）



#### IV. 東4階病棟における感染予防対策の作業書の実際

##### 感染予防対策における医療従事者の身だしなみ

###### マスク

- ・咳が出るときは、マスクを着用する。  
(飛沫・空気感染対策用のサージカルマスクは使用しない。)

###### 髪・ナースキャップ

- ・髪は短くするか束ねるかして白衣(肩)に触れないようにする。
- ・ナースキャップは4日目には交換する。

###### カーディガン

- ・カーディガンの着用は、防寒用に研修や会議等で病棟外に出るとき着用する。
- ・病棟内では、ステーション・カンファレンスルーム・休憩室に限り着用し、患者と接触する機会のある時や病室入室時には着ない。

###### 手袋・エプロン

- ・血液・尿・体液に触れる作業を行うときは手袋を着用する。
- ・血液・尿・体液が白衣に触れる作業を行うときは、エプロン(ビニール製)も着用する。
- ・手袋やエプロンをつけたままステーション、カンファレンスルーム、処置室のものを触らない。(予防衣を着用する場合も同様!)

###### 爪・手指・腕

- ・爪は短く切る。
- ・指輪はしない。
- ・腕時計はしない。
- ・一処置一手洗いを実行する。  
(手洗いの手順を参照のこと)

###### 白衣・シューズ

- ・白衣は1~2日で交換する。
- ・シューズの汚れは拭くか洗うかして清潔にしておく。

項目	物品	方法	注意事項
保護用品	未滅菌 使い捨て手袋	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手指が、血液、体液、排泄物で汚染される危険がある場合に使用する。</li> <li>・患者ごとに交換し、手洗いをする。</li> <li>・手袋を外すときは手袋の内側を外にだすようにして外す。</li> <li>・使用後の手袋は、血液、体液の付着したものは感染性廃棄物容器(白のプラスチック容器)に捨てる。それ以外のものは医療用廃棄物のダンボールに捨てる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手袋をはめた手で共有物(ドアノブ、電話、コンピュータ等)を触らない。</li> </ul>
	マスク	<ul style="list-style-type: none"> <li>・飛沫感染する恐れがある場合にサージカルマスクを使用する。</li> <li>・捨てる時以外は顔から外さない。</li> <li>・マスクはひもの部分のみを持って取り扱い、燃えるごみとして捨てる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・飛沫感染の危険のある時以外(シーツ交換時など)は、白いマスクを使用する。</li> </ul>
	使い捨て プラスチックエプロン	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の汚物から白衣を守るためと、白衣から患者を保護するために使用する。白衣が体液等で汚染する危険がある場合に使用する。</li> <li>・患者ごとに交換する。</li> <li>・使用後は手袋に準じて捨てる。</li> <li>・使用頻度が高い場合、廊下に準備する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1人の患者に何度も使用するとき、各勤務帯毎に1枚の使用としてもよい。</li> </ul>
消毒方法	手指	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手洗いの方法は別紙参照(※資料③)</li> <li>・ナースステーションに戻れずに次の処置に移るときは、廊下に設置しているヒビスコールAで手指をアルコールが十分乾燥するまで手にすり込む。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手洗いや薬液により手荒れがある場合は、ハンドクリーム等でケアをする。</li> </ul>
	注射部位	<ul style="list-style-type: none"> <li>・酒精綿の作成手順と使用方法は別紙参照(※資料④)</li> <li>・使用した針と点滴ボトルに差し込んでいた鋭利な部分は感染性廃棄物容器(白のプラスチック容器)に捨て、点滴ルートと注射器は医療用廃棄物のダンボールに捨てる。点滴ボトルは専用のごみ袋(透明)に捨てる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・誤刺防止のために、採血、注射、点滴等の処置を行うときは必ず手袋をする。また、針捨てボックス(黄色)を持参し、針は直ちにボックスに廃棄する。リキャップはしない。</li> <li>・ペンフィル使用時は、針切りも一緒に持参し、針切りを行ってからキャップをする。</li> </ul>
	手術部位・ 無菌操作部位	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原液の10%イソジン液を使用する。イソジン液は包交者の上の角カスト内の小カストに、1日に必要な量だけ入れて使用する。</li> <li>・皮膚トラブルがある患者は原液のヒビディールを使用する。ヒビディールは開封したら1回の使用で使い切り、保存はしない。</li> <li>・ガーゼ交換後の使用したガーゼや血液、体液で汚染されたものは感染性廃棄物容器(白のプラスチック容器)に捨てる。</li> <li>・鑷子や静脈切開セットなどの金属類は、血液等有機物を取り除くために台所洗剤で汚れを洗い落とし、水の入った容器に漬けておく。中材への返納は専用容器に入れて戻す。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ヒビディールとネオ消アルは色が類似しているため、ヒビディールは必ず1処置で破棄し、使用時は新しい袋を開封する。</li> <li>・鑷子等のステンレス製品は、錆びるため決してバイゲンラックスに浸漬させてはいけない。</li> <li>・使用した鑷子等の中材へ返納は、9時、11時の2回。専用容器は16時に中材へ取りに行く。</li> </ul>

項目	物品	方法	注意事項
消毒方法	気管内・ 口腔吸引カ テーテル、 酸素カニュー ラマスク、 呼吸器回路	<ul style="list-style-type: none"> <li>・吸引用アルコール消毒： 患者一人毎に専用容器を用い、原液のネオ消アルを浸漬させたワンウェイガーゼを入れる。</li> <li>・吸引用ボトル： 各勤務に廃液を捨て、洗浄する。ボトル内には消毒剤を入れない。一人の患者の使用終了後は、十分に洗浄後チアミールで消毒し、乾燥させる。</li> <li>・吸引カテーテル： 毎日交換する。汚染が激しい場合は各勤務毎に交換する。吸引用の塩ビ管は、汚染の程度によって日勤帯に交換する。</li> <li>・吸引カテーテル用プラボトル： 吸引カテーテル吸水用のボトルとバイゲンラックスを入れたボトルは日勤で交換する。</li> <li>・気管支ファイバー： 使用時は内視鏡室より借用する。使用直後に流水下で付属の専用のブラシを用いて水洗いする。水洗後、原液のネオ消アルを吸引口より通し乾燥させる。長期に使用する場合は、1週間に1回は内視鏡室に戻し、洗浄機による消毒を依頼する。</li> <li>・酸素カニューラ・酸素マスク： 一人の患者に限定し使用し、使用後は医療用廃棄物のダンボールに破棄する。再利用はしない。</li> <li>・呼吸器回路： 回転コネクターや人工鼻は1～2日毎に交換する。回転コネクターは同一患者に使用中は洗浄後、EOG滅菌依頼する。使用終了後は破棄する。呼吸器回路は、1週間毎に交換する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手術患者用に準備して残ってしまった吸引用ガーゼは、他の患者の吸引用に再利用しないで汚染されている点滴台やワゴンの消毒に使用する。</li> <li>・毎日吸引している患者には容器内のガーゼを使いすぎり酒精綿容器同様に洗い、バイゲンラックスで消毒後、乾燥させる。</li> <li>※精密尿量測定器付き排尿バッグや人工呼吸器の回路など、尿や痰の汚染はあるが血液汚染がなく、形状の大きいものは医療用廃棄物の段ボールに破棄する。</li> </ul>
	挿入カテー テル類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・尿道留置カテーテル： 閉鎖式カテーテルのため、膀胱洗浄はせず、汚染時は一式交換する。汚染がなければ2週間に毎に交換する。各勤務で廃液を回収するときは、回収口を酒精綿で消毒する。</li> <li>・N/Gチューブ、Gボトル： チューブ及び廃液ボトルは消毒や再利用をせず、一使用毎に破棄する。使用後は白いプラスチック容器に捨てる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チューブ及び廃液ボトルは消毒や再利用をせず、一使用毎に破棄する。使用後は白いプラスチック容器に捨てる。</li> </ul>
	その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体温計、聴診器、血圧計： 一人の患者に使用することに酒精綿で消毒して使用する</li> <li>・ガーグルベースン、吸入用し管、薬杯等： 十分に水洗いし、血液等有機物を取り除く。希釈したバイゲンラックスで1時間以上消毒し、水ですすぎ十分に乾燥させる。吸入用し管、真空管採血時に使用した外筒は、金属製の専用容器に、薬杯やガーグルベースンは白いバケツで消毒する。</li> <li>・尿器、陰洗用ボトル： 十分に水洗いした後、汚物室に設置している青いバケツ(バイゲンラックス入り)に一時間以上漬け、水ですすぎ十分に乾燥させる。</li> <li>・腹部エコー用プローブ： 使用後直ちに、プローブ側(患者に接触した側)を流水で洗浄し有機物を取り除いた後、速やかに中材に返却する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体温計、聴診器、血圧計等、直接患者に接触するものは接触感染症患者には専用に部屋に準備する。</li> </ul>
患者関係	衣服類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・洗濯は、本人または家族が行う。</li> <li>・汚染された衣服は洗濯するまでの間はビニール袋等に入れ、周囲を汚染させない。</li> </ul>	
	排痰ティッシュ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者のベッドサイドでプラスチック袋に集めた後、一般可燃ゴミとして破棄する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・TB菌の感染のある排泄物だけはプラスチック袋で回収の後、感染性廃棄物容器(白のプラスチック容器)に捨てる。</li> </ul>
	オムツ交換	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施行時は使い捨て手袋を使用する。</li> <li>・使用後のオムツは可燃物用ポリ袋の入った青いポリバケツに捨てる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・MRSA等の感染がある排泄物は、個別にプラスチック袋に入れ縛ってから、可燃用のゴミ袋に捨てる。</li> </ul>

項目	物品	方法	注意事項
患者関係	清拭タオル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・タオルを患者の所に持っていき際洗面器で運ぶ。</li> <li>・使用後の洗面器は水で洗う。</li> <li>・使用後の上用タオルは洗面所にある洗濯用バケツにそのまま入れる。</li> <li>・使用後の下用タオルは希釈されたバイゲンラックスにつけて消毒する。(清拭に利用した下用タオルは洗面所にある下用バケツに入れる。オムツ交換に使用した下用タオルは汚物室で汚れを落とし汚物室にある下用バケツに入れる。)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・洗面器は患者本人のものをできるだけ使用する。</li> </ul>
	シーツ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染患者は最後にシーツ交換する。</li> <li>・感染患者が使用したシーツ、排泄物や血液で汚染されたシーツは消毒しないでそのままビニル袋に入れしっかりと口をしぼり使用したシーツを置く場所に置く。</li> <li>・汚染されていない患者のシーツはそのままネンを入れるワゴンに入れる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・シーツ交換時、使用後のシーツは床に置かず、直接リネンのワゴンに入れる。</li> </ul>
	病室	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ベッド欄、床頭台等、患者が日常手指で触れる所は、毎日環境整備時に看護婦が行う。</li> <li>・床は看護助手が看護助手用感染対策マニュアルに基づき行う。</li> <li>・普段の水拭きには消毒剤は使用しない。体液以外の汚染場所にはマイベットの清掃用洗浄剤を用いる。</li> <li>・体液等で汚染された場合、汚染範囲がわずかなときは原液の消毒用アルコールで拭く。汚染範囲が大きいときは希釈したバイゲンラックスでモップ拭きし、乾燥させる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・バイゲンラックスを使用しなくてもただの水拭きで十分。雑巾をしっかりと乾燥させることのほうが重要。</li> </ul>
	トイレ、浴槽	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の使用中のポータブルトイレは、受け持ち看護婦が各勤務で排泄物を処理後洗浄し、再設置する。使用終了時は、看護助手が洗浄後乾燥させる。</li> <li>・トイレは、感染対策マニュアルに基づき助手が毎日清掃する。</li> <li>・浴室は入浴後、看護助手が清掃し乾燥させる。</li> </ul>	
	手術部位の準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手術前日には臍部はオリーブ油を使用してきれいにする。</li> <li>・手術当日の朝にサージカルクリッパー(電気かみそり)を使用して手術部位の除毛を行う。クリッパーは1使用毎に破棄する。</li> <li>・除毛後にシャワー浴または清拭を行う。</li> </ul>	
看護関係	処置室、ナースステーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>・清潔にしたい台は消毒用アルコールで清拭する。</li> <li>・棚や、ドアノブは水拭きする。</li> <li>・床はモップで水拭きする。</li> <li>・昼残り番がナースステーションの掃除を行う。</li> </ul>	
	包交車、ストレッチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・包交車は消毒用アルコールで清拭する。</li> <li>・ガーゼ換後は手指が触れた所をアルコールで消毒する。</li> <li>・ストレッチャーは使用後雑巾で水拭きし埃がかからないようにシーツをかけて置く。</li> <li>・使用したワゴンやバットは流水で洗浄後乾燥、またはアルコールで清拭する。</li> </ul>	
	回診・ガーゼ交換	<ul style="list-style-type: none"> <li>・回診によるガーゼ交換時、包交車を扱う看護婦は、処置終了まで患者には触れない。患者に触れる行為は、患者係の看護婦または処置を行う医師の手で行うようにする。</li> <li>・病室内に汚物缶を持ち込まない。</li> <li>・回診の順序は、より清潔操作を必要とする患者から開始し、感染症患者は最後に行う。</li> <li>・患者の皮膚の状態に合わせてより刺激のない絆創膏を使用する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1処置1手洗いを必ず実行する。</li> </ul>



### 資料③ 手洗いの手順

1. 液体石鹸もしくは消毒液を手にとる
2. 水を出す（蛇口の汚染を少なくするように注意）
3. 手のひらをよくこする
4. 手の甲をよくこする
5. 指先、爪の内側を洗う
6. 指の間を洗う
7. 親指と手のひらをねじり洗い
8. 手首を洗う
9. 手のしずくをしぼり取る（手を振って周囲にしずくをとばさないよう注意）
10. ペーパータオルを使用し（2～3枚）手を完全に乾燥する

使用したペーパータオルで蛇口を閉める（蛇口に手が触れないよう注意）

**（その他の注意事項）** \* 指輪、腕時計は使用しない  
\* 白衣は袖の短いもの着用する  
\* 爪は短くする  
\* 手あれ防止策をとる（手のスキンケアに心がける）  
\* 手洗い場は手洗い専用にする  
\* 手洗い場の周囲のしずくはこまめに拭き、常に乾燥させておく  
\* 手洗いは「1処置1手洗い」が原則！

### 資料④ 酒精綿の取り扱いについて

<院内感染予防の原則>

- ① 酒精綿保存容器（ステンレス製広口瓶など）は、セブチア、バチルス等の菌の繁殖源となるので、一日で使い切る量を作成し、使い終わった容器に追加作成はしない。
- ② 使い終わった容器は、洗浄後、乾燥させる。
- ③ 酒精綿保存容器は、直射日光のあたらない処置室などに設置し、必要なだけ清潔な手で取って使用する。保存容器は病室には持ち込まない。

<酒精綿の使用方法について>

\* 各勤務者が、勤務中に必要な量の酒精綿は、リサイクル袋（その日に開封した輸液セットの袋など）に小分けにして持ち運ぶこととする。袋は一使用後破棄する。

酒精綿の保存容器からは、清潔な手で取り出す。酒精綿を取り出すときは、保存容器内でアルコールをしぼらない。

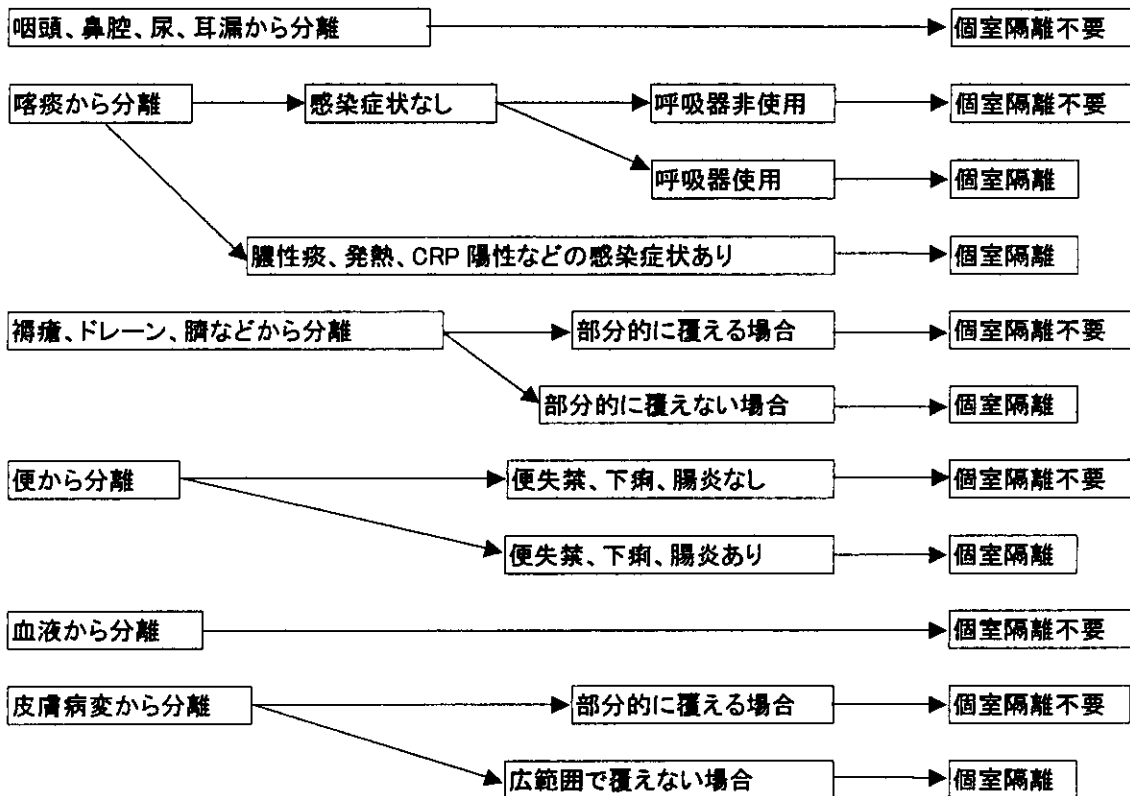
\* 各患者毎にベッドサイドに設置している酒精ガーゼの容器に関しては、一人の患者に限定し使用するものであることを考慮し、容器はプラスチック製等でも良いが、「一人の患者限定で使用し、必要なくなった場合は破棄する」または「他の患者に使用する場合はバイゲンラックスで消毒する」こととする。

### 酒精綿作成の手順

- ① 酒精綿保存容器に入れる酒精綿は、深夜勤務者が1日分量を新しく作成する。
- ② 準夜勤務終了後、その日使用した保存容器を洗浄し乾燥させる。
- ③ 酒精綿保存容器は処置室の所定場所（原則1箇所）に置く。
- ④ 酒精綿は、十分に湿らせた状態にする。
- ⑤ 酒精綿の菌の繁殖を防ぐためには、当院採用のカット綿1枚あたり消毒用アルコール3mlが必要。（カット綿3列165枚あたり消毒用アルコール1瓶500mlを目安に作成する。）  
酒精綿は常に十分に湿った状態を維持するため、保存容器は常に蓋をしアルコールの蒸発を防ぐ。

## MRSA 陽性患者の隔離の基準と解除

### 1) 感染源隔離病室使用の基準



#### ※注意事項：

個室隔離をしない場合は、部分隔離等による感染源隔離を徹底し、さらに易感染者とは同室にしないこと

### 2) 感染源隔離の解除

MRSA 陽性患者のスクリーニングにおいて、1・2 週間のうちで3 回陰性の場合には完全に隔離を解除する。

平成12年度厚生科学研究補助金特別事業

「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  
開発等に関する研究」

国立嬉野病院 立山雅子

## 国立嬉野病院の概況

病床数	420床
19診療科	内科、神経内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、リウマチ科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、歯科（入院患者対応）、麻酔科
職員内訳	医師 55名 看護婦 220名 看護助手 27名 その他の職員 薬剤師 8名 放射線技師 9名 臨床検査技師 16名 等
病棟数	11（外来、手術・中央材料室含む）
看護学校	3年課程併設 学生総数150名

### 特長

- ①当院は政策医療として循環器・免疫異常の専門医療施設としての機能を果たしている。特に、今年度より従来からの循環器内科の治療に加え、心臓血管外科を開始し手術を行っている。また、心疾患に関する専門的医療の拡充を図り、新たに循環器外科、脳外科を新設しその充実を図っている。また、免疫異常としてリウマチ、膠原病に関する専門的医療を行っている。その他として、温水を利用した作業療法を含む総合リハビリテーション、各種のがんに対する佐賀南部医療圏における最終施設として機能向上を図っている。加えて、骨運動器疾患に関する医療と救急告示病院として24時間応需による全ての救急患者を受け入れを行い、南部保健医療圏における殆どの三次医療も行っている。
- ②年間の手術件数も8000点以上の症例を月平均103例行い、時間外を含む緊急件数も今年度12月において昨年度の年間総数を上回っている。
- ③高齢、合併症有した患者数は外来、入院ともに増加してきている。また、低出生児体重の入院がある、このような易感染状態に加え、高度かつ侵襲度の高い治療が提供されている現状の中、感染のリスクは極めて高く、危険性も大である。感染対策は、今後慎重かつ十分に取り組むべき事項の一つである。

## 2. 作業書の説明、概要

作成過程：

平成12年1月

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、院内の感染対策マニュアルの使用状況及び問題点についてアンケートを実施。

院内感染対策委員会結果より、ハイリスクな診療な場及び行為について決定。

平成12年3月

ハイリスク診療場が呼吸器病棟でその行為として痰吸引処置を CCP として、その対策を当該病棟の婦長、副婦長とともに作成。

外科病棟で開放創処置を CCP としてその対策を作成。

上記の対策を、婦長会議にて検討。

全看護単位で実施。

…「CCP 別 MRSA 感染予防策」参照

平成12年7月

各看護単位より1～2名の看護婦を対象とした職員教育（4回コース）実施。

- ・院内感染について（このテーマのみ看護部全体研修）
- ・施設内感染対策について（手術・中央材料室、栄養科、洗濯所）
- ・手洗いについて研修及び実地演習
- ・病棟における感染対策について

平成12年11月

現在の MRSA 院内感染対策マニュアルの見直し。

…「院内感染対策作業書作成・改訂のポイント」参照

気管内吸引における対策の妥当性を呼吸器病棟、ICT、検査科で共同実験。

結果、気管内吸引、室内の清掃、器具の使用・その後の取扱いについて、いつ、誰が、どのようにを具体的に見直し改定。

婦長会議にて検討。

ICTで検討後、院内感染対策チームにて承認。

…「MRSA 対策改訂版」参照

平成13年1月

痰吸引新対策において、カテーテル使用方法について2ヶ月の試行期間実施。

作業書の使用方法：

◎日々、手洗いについては職員個人が励行することとしてポスター掲示。

…「手洗い啓蒙標語」参照

◎MRSA が疑われる場合、手順に基づき実施。

…「院内感染報告書（フローチャート）」参照

及び、院内感染リストアップ表 参照

◎MRSA が検出された場合、下記について実施。

報告書提出。

…「院内感染報告書①」参照

◎発生病棟における対策

隔離について …「MRSA 対策（隔離について）フローチャート」参照

看護計画初期計画…「MRSA 感染予防対策チェックリスト」参照

具体的行動 …「MRSA 対策改訂版」参照

◎感染症が終結した場合、実施。

報告書提出

…「院内感染最終報告書②」参照

◎ICT 活動について

国立嬭野病院感染対策チーム …「組織図」「緊急感染症連絡網」参照

感染症発生の有無に拘わらず、実施状況の調査

（アンケート又は院内巡視等の方法にて）。

…「院内感染対策実施状況」参照

#### 4. 問題点

- ①看護部内の感染教育とその対策に比べ、他職種・職員の関心が薄く施設で取り組む教育が計画、実施されていない。
- ②感染隔離について構造上、病棟の個室数の制限があり作業書、隔離のフローチャート通りには実施困難な場合がある。
- ③結核等の感染症対策について、院内の教育が実施されていない。
- ④結核対策について、当院は結核病床は無いが、外来患者用の採痰室の整備が急がれる。

## 目 次

作業書策定の経過

CCP 別 MRSA 感染予防策

院内感染対策作業書作成・改定のポイント

MRSA 対策改訂版

手洗い啓蒙標語

院内感染報告書（フローチャート）

院内感染リストアップ表

院内感染報告書①

院内感染最終報告書②

国立嬭野病院院内感染対策チーム

組織図

緊急感染症対策連絡網

MRSA 対策（隔離について）フローチャート

MRSA 感染予防対策チェックリスト

院内感染対策実施状況



## 作業書策定の経過

平成12年1月 モデル病棟での作業書作成

平成12年3月 作成した作業書を基に全看護単位で実施

平成12年11月 作業書検証（痰吸引処置について）  
関連項目について、当院の院内感染対策マニュアルの  
全般見直し

平成13年1月 作業書再検証（痰吸引処置について②）

\*この期間、院内において院内感染対策チーム（ICT）設置、その機能について検討

\*看護婦を対象とした「院内感染及び対策について」の教育研修（4回）を実施

CCP別MRSA感染予防対策

H12.3 国立嬉野病院

CCP	対 策
外科領域 《開放創》	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
《開放創 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

院内感染対策作業書作成・改定のポイント

H12.12

項 目	現 行	改 定
病室への入退室	・ドアの前でマスクを付ける。	・通常の病室訪問同様で、手指消毒を行う。
痰吸引	①手洗い ②滅菌蒸留水を吸引、LAG拭き綿でカテーテル外側を拭く。 ③鑷子で、吸引カテーテルをもって、気管内を吸引。 ④後、カテーテルは消毒液（LAG）に浸漬する。 ⑤口腔内は、鑷子を使用しない他は上記と同様。	①と同様。 ②1回毎吸引、その後廃棄する。 ③④⑤削除。
器具の消毒	・消毒液に浸漬後、中材へ出す。 ・感染症の場合は、ステリハイド液で消毒する。	・流水の元、洗浄し回収コンテナに入れ、中材へ出す。 ・中材で、消毒、滅菌ができない物は、専用の消毒剤を使用する。
室内の清掃（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病室の奥より出入口に向かい拭く。	・埃をとり、その後掃除用洗剤で病室の奥より、出入口に向かい拭く。
床頭台、ベッド柵、ドアノブ	・0.5%ヘキザックを含ませたガーゼで拭く。	・上記同様。
隔離後の室内清掃	・メディカルスプレー、殺菌灯使用。	いづれも、1日数回、看護婦、看護助手で実施。 ・使用せず、通常の清掃と同様。壁、柵等アルコール拭き。
食器	①専用の盆を入れる。配膳時、部屋の入口で食器のみのせかえる。 ②残飯はビニール袋に入れ、感染性箱へ入れる。 ③食器はティッシュで拭き取った後、ビニール袋に入れ配膳室の専用ポリ容器に入れる。	・病院の食器をそのまま使用する。 ・食事終了後は、そのまま盆毎室外へ出す。 ・専用のポリ容器に入れる。

# MRSA対策 改訂版

H12.11.

国立嬉野病院 院内感染対策委員会