

2017.07.09

平成29年度
第1回三重県感染対策支援ネットワーク研修会
感染症診療・感染対策に関する講演



講演 1
医療機関における感染対策の取組み
～現状と課題～

地方独立行政法人三重県立総合医療センター
医療安全管理部 感染対策室
垣内 由美



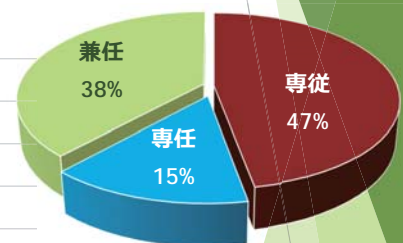
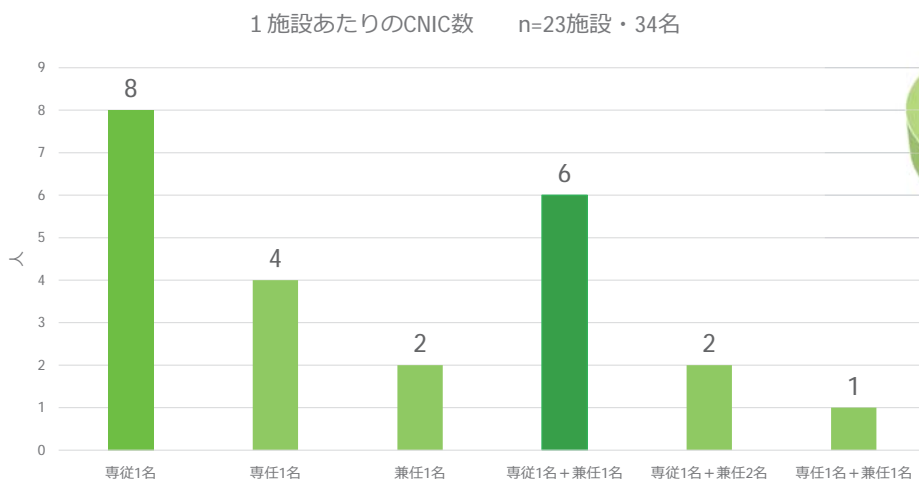
LIAA Mie Pref. general medical center

Department of Nurse

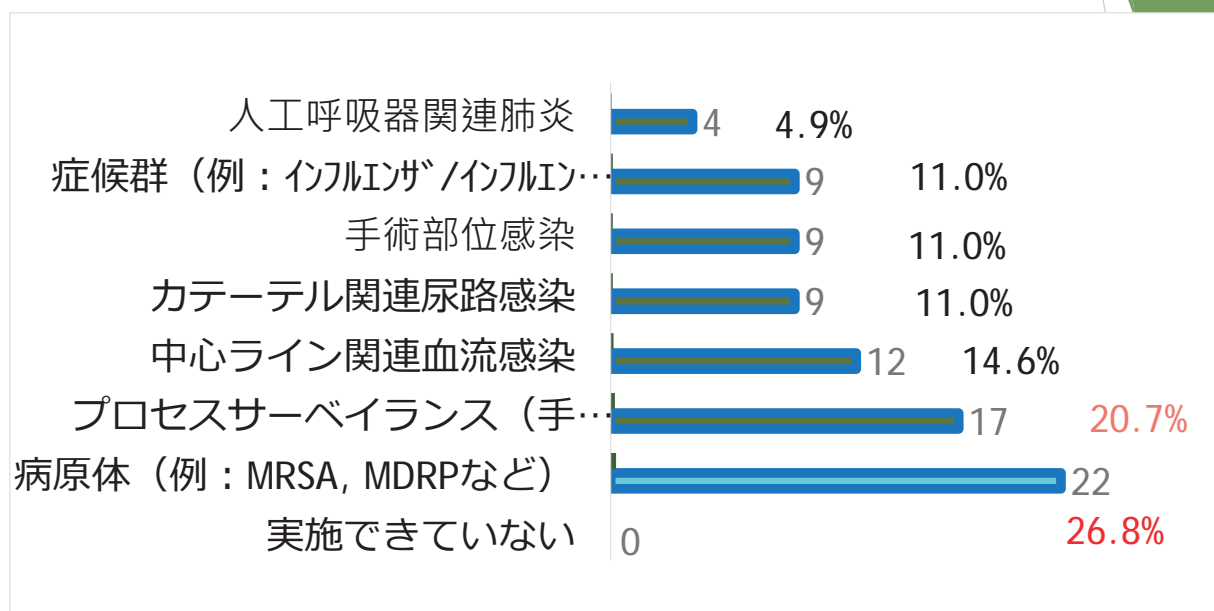
Q 1 貴院ICTのCNICの人数について教えてください。

※ 厚生労働省への届け出状況にしたがって、専従・専任の記載をし、
専従・専任以外で、CNICについては、兼任とする。

23施設CNIC34名の感染管理活動の業務形態

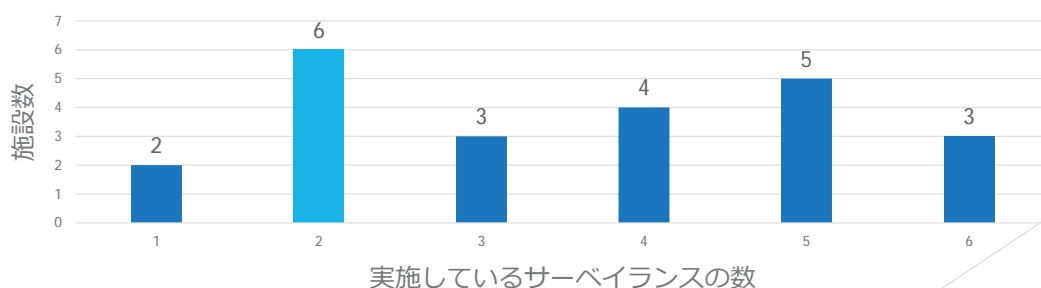


Q2 貴院でのサーベイランスの実施状況について（複数回答可）

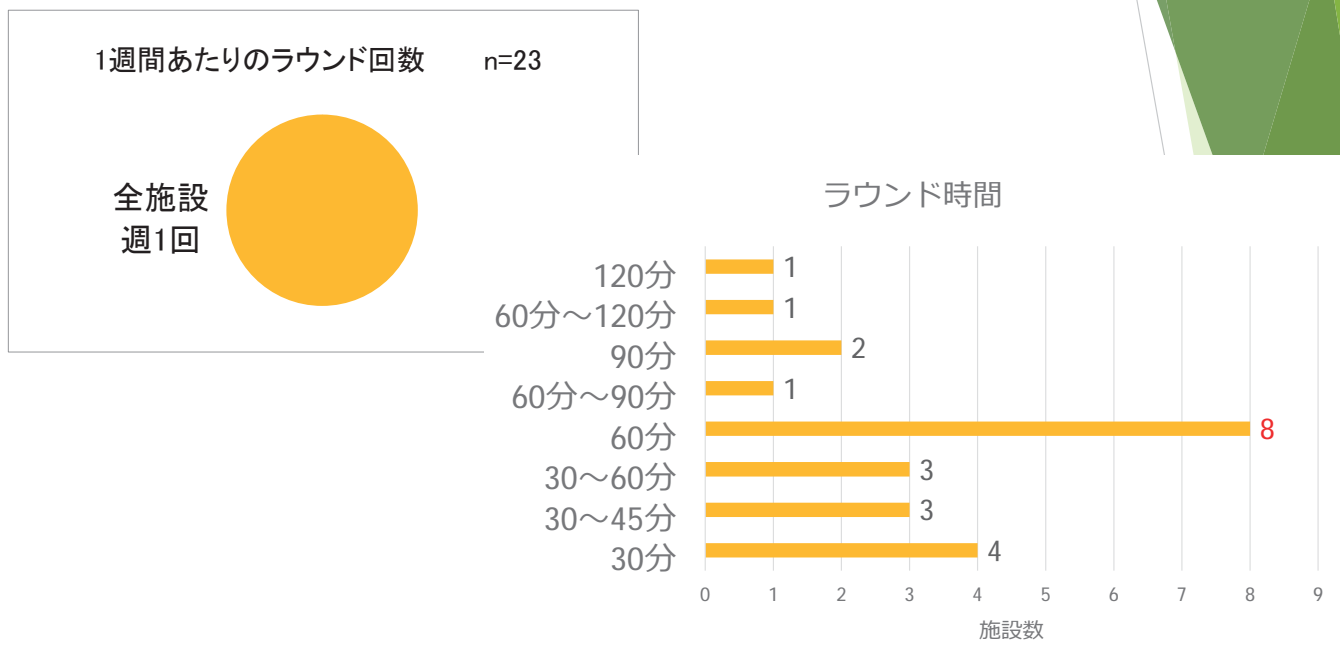


病原体	回数
耐性菌、CD,RS,ノロ、インフルエンザ	1
MRSA	3
MRSA,MDRP,PRSP,ESBL	1
MRSA,MDRP,MBL s、ESBL s、C.difficile	1
MRSA,VRE,VRSA,PRSA,PRSP,ESBL,AmpC,MBL,KPC,MDRP,MDRA,NDm-1,CD	1
MRSA,ESBL,CD,緑膿菌	1
症候群	回数
インフルエンザ	5
感染性易胃腸炎（ノロウイルスを疑うもの）	1
プロセスサーベイランス	回数
手指衛生	10
PPE使用状況	2

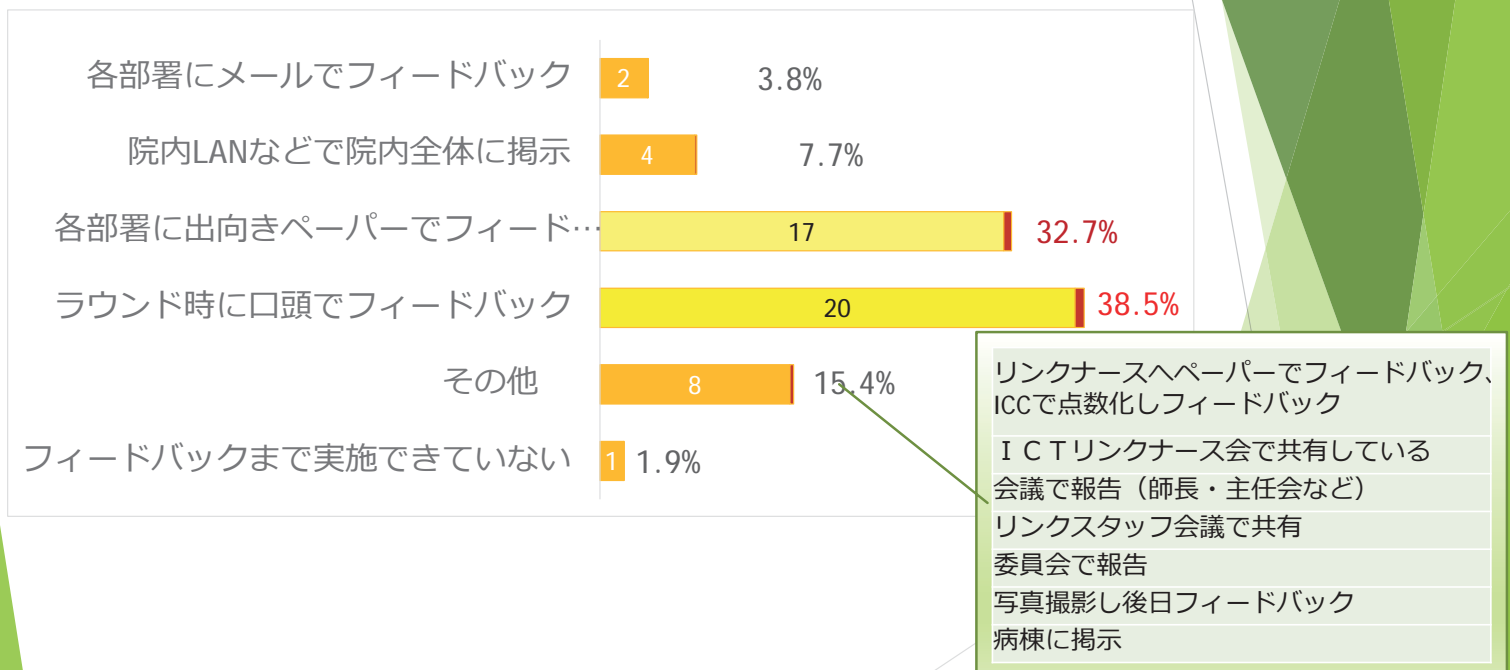
1施設で実施されているサーベイランス数 n=23(施設)



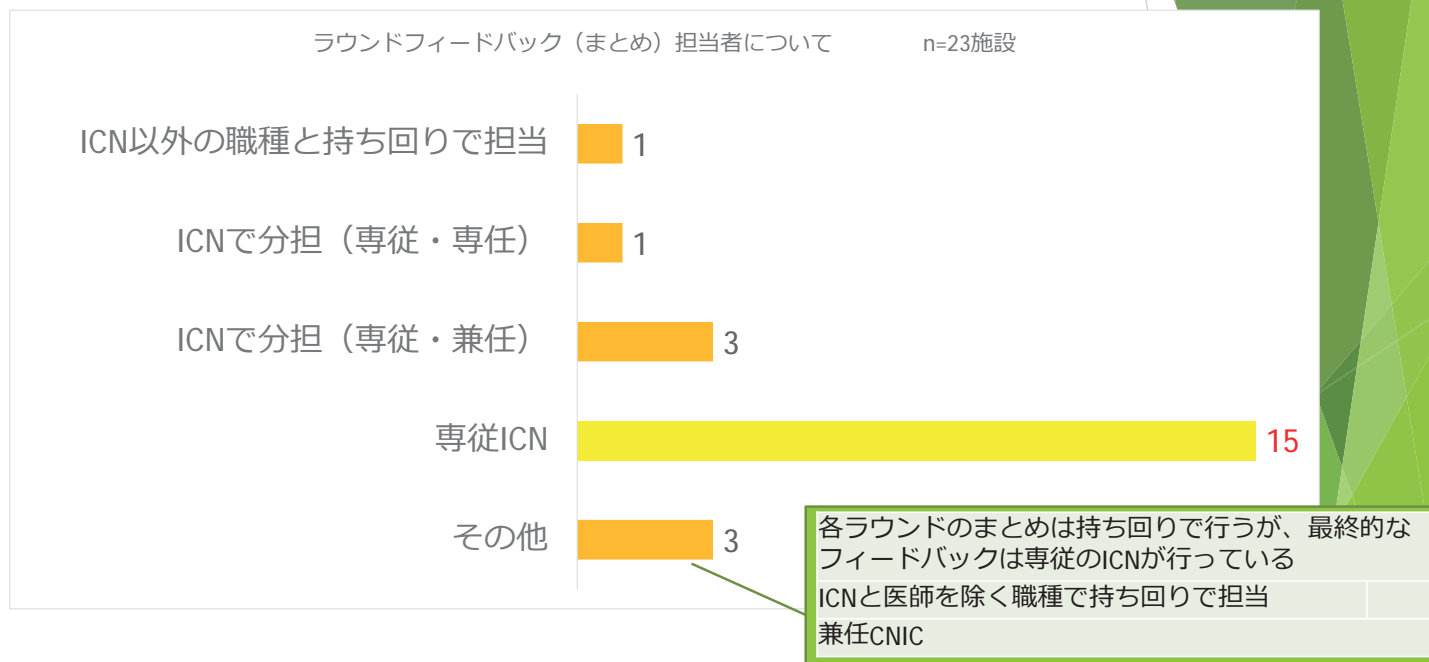
Q3 1時間あたりのICTラウンド回数、時間について教えてください。



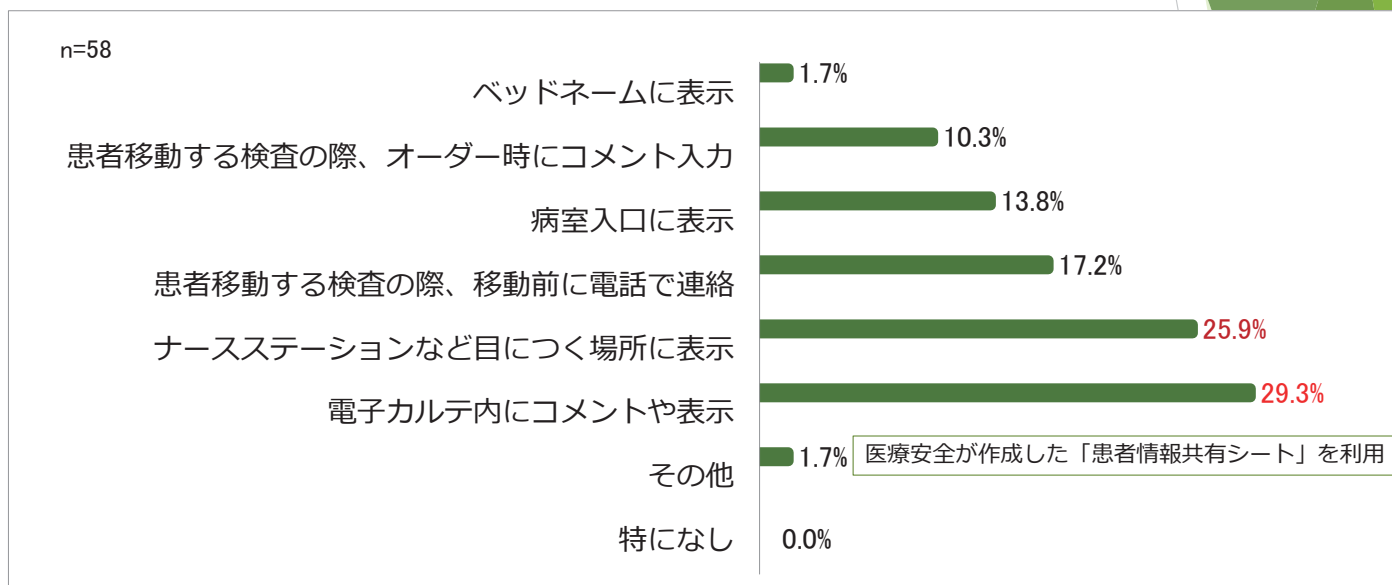
Q4 ICTラウンドのフィードバックをどのような方法でされていますか (複数回答可)



Q5 ICTラウンドのフィードバック（まとめ）はどなたが担当されていますか



Q6 患者さんの感染情報を医師や看護師以外の職種と共有するために工夫されていることについて（複数回答あり）



具体的例

ナースステーション内	病室前	ベッドサイド	電子カルテ
ナースコールのネームプレートに感染経路別に色別シールで表示 (接触感染: 緑、飛沫感染: 黄、空気: 青)	ネームプレート横に色分けしたポストイットを貼る (接触予防策...青、飛沫...黄色、空気...ピンク)	患者サイドでは、ホワイトボードを各患者に使用しているため、 材料名(痰、尿) を赤字で表示	病棟マップの名前に略語で記載される。
ナースステーション内の患者氏名プレートに 菌名別 に色分けしたシールを貼り、シールに 検出部位 を記入している。	経路別にPPEのイラストを貼る	床頭台の横にクリアファイルを張り、その中に患者IDと名前の書かれたA4の「患者情報共有シート」を入れて、 接触感染の場合は「手」の絵を、飛沫感染の場合は「マスク」の絵にマジックで丸をつけ 、そこに入ってきた職員誰もが対策を取れるように可視化した。	電子カルテの付箋で保菌者であることを掲示する (高度耐性菌の場合のみ)
チーム別ラミネート用紙に患者名、 検体提出日 、 検体名 、 菌名 を表示	具体的な表記は行わず「手洗い励行」などの約束ポスターを掲示する。		電子カルテの付箋でカルテを開けてすぐにわかるように表示をしている。
ラミネートした病床MAPに 菌名 を表示	病室入口またはベッドネームの近くにカラーマグネットを貼付。(MRSA,CDのみ)		「感染注意報」という病棟毎の一覧表(エクセル)を作成して、個室管理中の患者を表示。

具体的例

ナースステーション内	病室前	その他
ナースコールボードの名札に表示 ナースコールの名前の横に 感染症 を表示 患者一覧の名前の上に 菌別(感染症別) に色分けされたカラーテープを貼付。	感染経路別予防策実施中の病室のドアに掲示するための マグネットを4種類 (「N95」「エプロン手袋着用」「マスク着用」「流水手洗い」)作成し、疾患に合わせて掲示する	電話連絡 で知ることが多い。各部門の職員は電子カルテで確認の上、どのような対応が必要か該当病棟へ問い合わせずに、直接専従ICNに電話が入ることが多い。
シールに 検体と菌名 を記入、 ナースコールボード名札 に表示	経路別予防策の イラスト を部屋入り口に表示している。	施設的に多くの患者が入り出ることがなく(再入院が多い)、検査も少ないため 電話対応で可能 となっている。アウトブレイクや流行疾患に関しては メールとペーパーで全部門にお知らせし周知 に努めている。
患者ボードに マグネット で表示		検査伝票 に院内感染対策(要・不要)の項目があり、チェック後伝票を提出する。(事前提出)

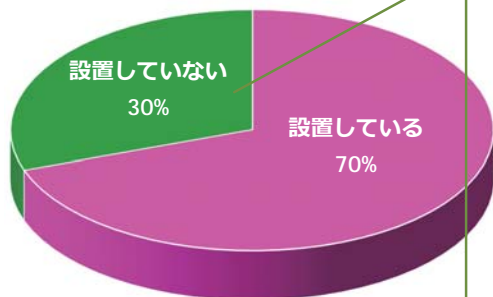
菌名・検出部位
検体提出日などを表示

経路別予防策を色分け(シール・ポストイット・マグネット)やPPEイラストで表示

特に分類はせず、手洗い励行ポスターやカラーマグネットを使用

Q7 入院患者が使用するトイレにペーパータオルやジェットタオルを設置していますか

N=23



Q8 患者指導はどのようにされていますか？

- 部署によっては、師長権限で設置している。
- 個人タオル又はハンカチをご利用いただくよう説明。胃腸炎の場合など職員用のペーパータオルを使用することもある。
- 全てではないが徐々に設置を進めている。
- ジェットタオルを一部設置。
設置していない部署は、患者本人のタオルを使用。
- 特に指導していない。できていない。(3)

Q9 感染対策への取り組みで困っていること、他施設に尋ねてみたいこと

わかってはいるけど・・・様々な理由で困っている現状をあげていただきました。
正解回答ではなく、あくまでも“現状の一例”としてお示ししています。是非、みなさまのご意見もお聞かせください。

結核患者（治療後）の対応

内容	肺結核で治療が終了し、転院先の病院より戻ってきた患者の塗抹検査集菌法でガフキー1号が検出されました。・・ ICTと主治医の見解が異なり、結局隔離したものの、ガフキー1号が検出されているという理由で患者を専門病院へ転院することに。・・ このような事案があった場合の隔離の有無、隔離基準、参考になるものがあればご教授ください。
現状の一例	以前、同じような例を経験しましたが、治療をされた主治医に確認し、治療経過などから排菌はないというお返事をいただきました。 休日のできごとで、情報も錯綜しておりましたが、「感染対策は迷走するのが一番よくない」ということで、院内にいたICDに対応を一任しました。 通常の隔離基準はありますが、事例によっては、呼吸器内科ICDに相談して、対応を検討しています。

サーベイランスデータの管理

内容	当院は電子カルテですが、電子カルテから直接データを管理するところがなくなり、エクセルで利用するしか現状方法が無い状況です。 現状では転記する時間や転記間違いのリスクがあるので、方法を変えたいのですが、今のところ見つかりません。来年度も電子カルテの更新があるので、それに向けてシステムを入れてもらうことも考えていますが、もし導入するならどのようなシステムが使いやすいか教えていただけるとありがたいです。
現状の一例	電子カルテ内に、ICT用のカルテが入っているのですが、検討会の時にそちらを開いていると時間がかかってしまうため、結局、検出菌の検索（JANISの対象となる場合は、感染・保菌の登録）に使用しているのみ。毎週の検討会用には、事前にICNが患者情報や対策状況などを追加し、エクセル表を作成している現状です。（一覧で確認するため） 細菌検査結果のコピー・貼り付け作業となりますが、検討会前に送られてくる細菌検査室からの週報と照らし合わせ、確認しています。 MRSA感受性パターン一覧・系統樹作成、血液培養陽性患者のTTP一覧など、エクセル資料作成が多いため、作業時間の短縮が課題です。

手指衛生（1）

内容	手指衛生においてアルコール製剤にアレルギーがあり使用できない方の場合の対応方法は、どのようにされていますか？
現状の一例	<ul style="list-style-type: none">・石けんと流水による手洗いを実施していますが、やはり、手洗い場が必要となりますので、必要なタイミングでの手指衛生を遵守してもらうためにも、アルコール成分を含んでいない擦式手指消毒薬の導入を検討しています。

手指衛生（2）

内容	<ul style="list-style-type: none">・ベッド上やベッドサイド排尿の方、ウェットティッシュにて手指衛生を説明し、手渡しているが、実施状況が悪い。・看護師のアルコール携帯がすすまない。60mlサイズを準備したが腰痛等を理由に拒否される。
現状の一例	<ul style="list-style-type: none">・実施状況の確認までできていませんが、遵守状況のデータをとられているようでしたら、やはり、現場にフィードバックして一緒に対策を検討するのが良いのではないのでしょうか。参考にさせていただきます。・擦式手指消毒薬の携帯については、どちらの施設も取り組まれていると思いますが、当院は200ml以上のボトルタイプしか導入していません。入職時に新人看護師・研修医にはポーチを紹介していますが、携帯を強制はしていません。“必要な場面で使用できる”を重視しています。 たとえ携帯していても、使用されていなければ意味がないので、手指衛生強化のため、直接観察法を実施した際には、結果をフィードバックし、この場面で手指衛生をするなら？と考えるようにしています。 現状として、看護職員は殆どが着用、最近では、医師の中でも、上司が使用しているのと、ポーチをとりにくる医師もいます。

感染対策（個人防護具の着脱）

内容	<ul style="list-style-type: none"> ・接触予防策の際、廊下にPPEを設置する必要はわかっているが、患者などの通行の妨げになることも考えられ、病室入り口付近を準備室扱いとし実施している。PPEホルダーなどがあれば良いが、現在、採用がないため他施設ではどうしているのか知りたい。 ・多床病床での個人防護具の着脱のタイミング。設置する場所や廃棄する場所などに困っている。
現状の一例	<ul style="list-style-type: none"> ・現状としては、右の写真のようなホルダーを採用しています。しかし、交換用として、ベッドサイドに置いてあるのも現状です。ホルダーが足りないときは、ワゴンなどに準備して廊下、ベッドサイドの場合もあります。 ・基本は次の患者さんのところに移る際に交換ですが、たとえば、ウロガードからの尿回収を行う際、排出口に触れる手袋は必ず交換ですが、エプロンは白衣への汚染を防ぐ目的なので、患者・周囲環境に触れなければ、最終で廃棄の場合も。廃棄については、巡回用のワゴンに取り付けたビニールに入れて持ち帰り、処置室の廃棄BOXに廃棄。汚物は汚物室。ベッドサイドに設置の場合もあります。ただ、感染性の廃棄BOXについては、たとえ汚物室であっても、患者さんが触れないよう注意喚起されていることが第三者評価では求められます。



細菌検査を外注している施設での結果報告について

内容	<p>細菌検査室が無く、電子カルテに感染管理システムも導入されていない。培養検査は全て外注であり、培養のデータは、検査室のFAXで第1報が届くため、CNICがそのつど確認し、主治医・リンクナースへ院内メールで報告している。（検査室人員不足によるため）</p> <p>細菌検査を外注で行っている施設で、主治医などへの報告はどのように、誰が行っているのか。良い方法があれば知りたい。</p>
現状の一例	<ul style="list-style-type: none"> ・検査センターによっては予め指定された菌名が検出された検体について、レポート（日報）を作成していただける場合があります。また、web上で自施設から提出した検体の検査結果および指定菌の検出状況をリアルタイムに確認できるサービスを提供している場合があります。このwebサービスを利用すると、週報や月報だけでなく、微生物サーベイランス（JANISおよびMINIS）に提出するデータも簡単な操作で作成することができます。 感染対策上マークしておくべき耐性菌の検出状況は、これらの方法を用いることにより、すべての検査結果に目を通すことなしに把握可能です。 ・微生物サーベイランスのうち、JANISに参加することにより、2DCMというプログラムを利用することができます。このプログラムは同一菌種および薬剤感受性パターンの類似した株の集積の程度をチェックするもので、これを使用することにより、耐性菌ではない菌株の異常集積を検出状況することができます。（使用にあたって、特別な費用はかかりません。）

その他、尋ねてみたいこと・困っていること

内容 ICTメンバーを任期制にしている施設はありますか？

内容 次のICD,CNIC,ICMT,BCPICを育てる為に、どのような準備や活動をしていますか？

内容 感染防止対策加算1と加算2施設の合同カンファレンスの際にどのような事をテーマに話し合われていますか？

内容 感染ラウンドの結果の効果的なフィードバック方法について

内容 院内感染対策マニュアルの周知方法について

内容 職員へのワクチン接種のすすめかた・管理方法

まとめ

- ▶ 2012年に感染防止対策加算が新設されて以降、感染管理認定看護師が在籍している施設は増加しているが、調査に協力いただいた23施設で専従の占める割合は47%であった。2名以上在籍の施設も増加しているが、感染管理活動の複雑化、多様化が進んでいる中で、どの施設も様々な課題を抱えつつ、感染対策の質向上に向け、日々努めている。
- ▶ 「感染対策への取り組みで困っていること、他施設に尋ねてみたいこと」では、たくさんの意見をいただいた。問題解決の糸口となるよう、他施設との情報交換ができるネットワークのさらなる充実が求められる。

謝辞

本調査に際し、ご協力いただきました皆様に
感謝申し上げます。

ご静聴ありがとうございました