

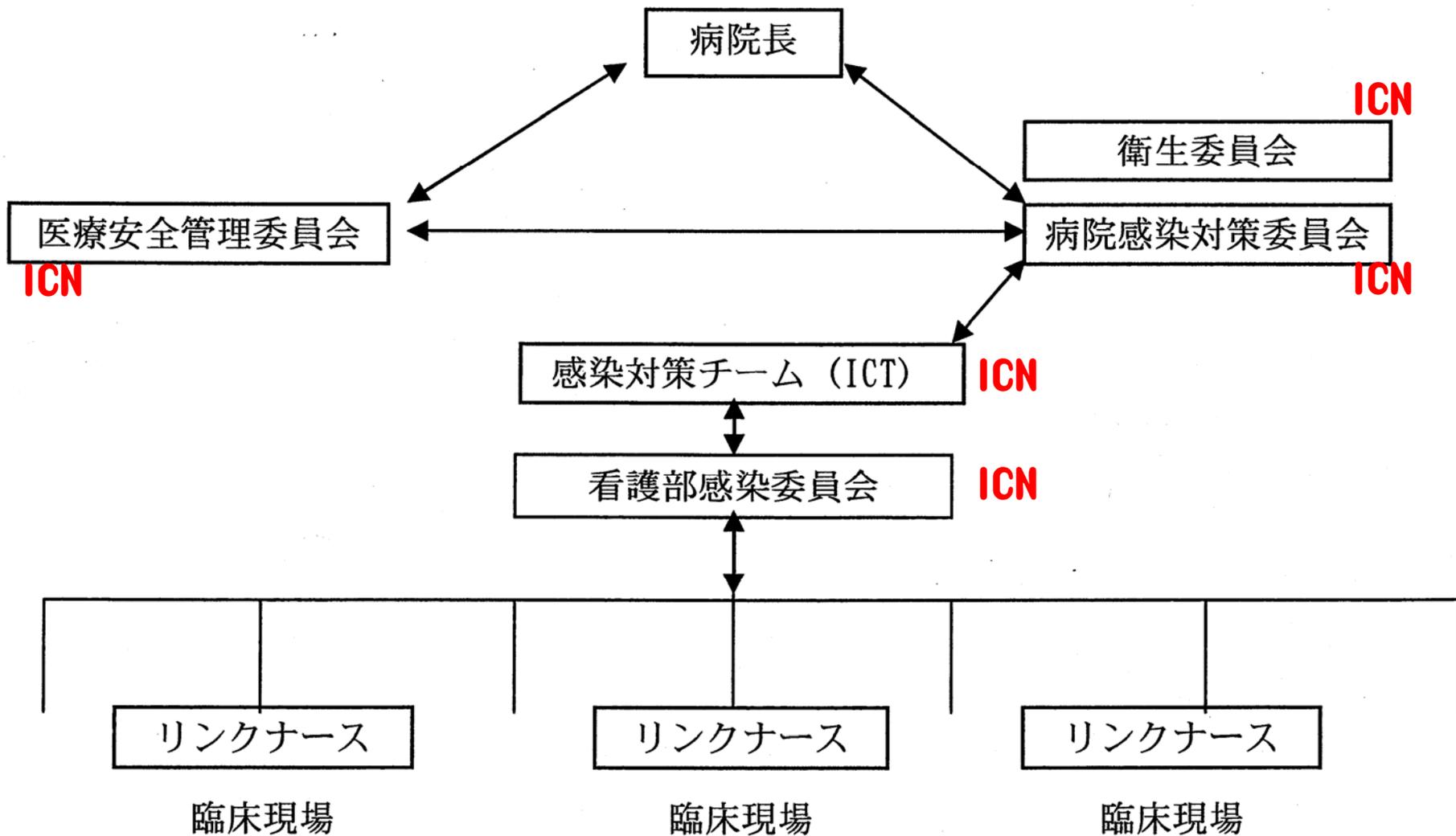
院内感染対策でのICN活動の実践

日本医科大学付属病院
医療安全管理部 藤田昌久



感染管理組織

日本医科大学付属病院医療安全総合ガイドラインより



日本の感染管理体制の新しい考え方

- 感染管理組織の（再）構築は、「院内感染対策有識者会議報告書—今後の院内感染対策のあり方について—2003」をもとに、院内感染対策の一層の充実に向けて、今後目指すべき新たなグランドデザインが描かれる
- 早期に実現すべき事項について、平成15年11月の「医療法施行規則の一部を改正する省令」の施行（特定機能病院に専任の院内感染対策を行う者を配置すること等に係る改正関係）において、平成16年1月1日より「特定機能病院の管理者の行うべき事項である体制の確保として、専任の院内感染対策を行う者を配置すること」とされた
- 特定機能病院及び第一種感染症、指定医療機関に限定されるものの、専任の院内感染対策担当者を配置することが挙げられるとともに、わが国の感染対策の取組の一つとして、院内感染管理体制について制度化することが具体的な政策として打ち出された



施設における感染管理の課題

- 医療の質、病院の安全管理に寄与
感染防止への意識向上と基本的事項の実践
(安全な土壌の形成)
感染症対策
組織で取り組む感染管理 (報告システム、ICT活動、相談)
- 職業感染対策 (血液・体液曝露、ウィルス感染)
- 新しい知識・技術の導入
職員教育
科学的根拠のあるガイドラインを参考にする
施設のガイドライン、マニュアル整備
- 経済性の検討 (対費用効果)、不要な対策の排除、現状を
考慮した器材の変更、導入



ICNが行う感染管理

- 看護師が持つコーディネート機能、コミュニケーション能力を生かし、チーム内を統合し円滑に職務を遂行する
- 臨床現場の問題発生状況やニーズに対して迅速かつ横断的に活動する
- 医療現場のケア、処置に関連した感染防止技術の向上が期待できる



実践、指導、相談



日本におけるICN教育の変遷

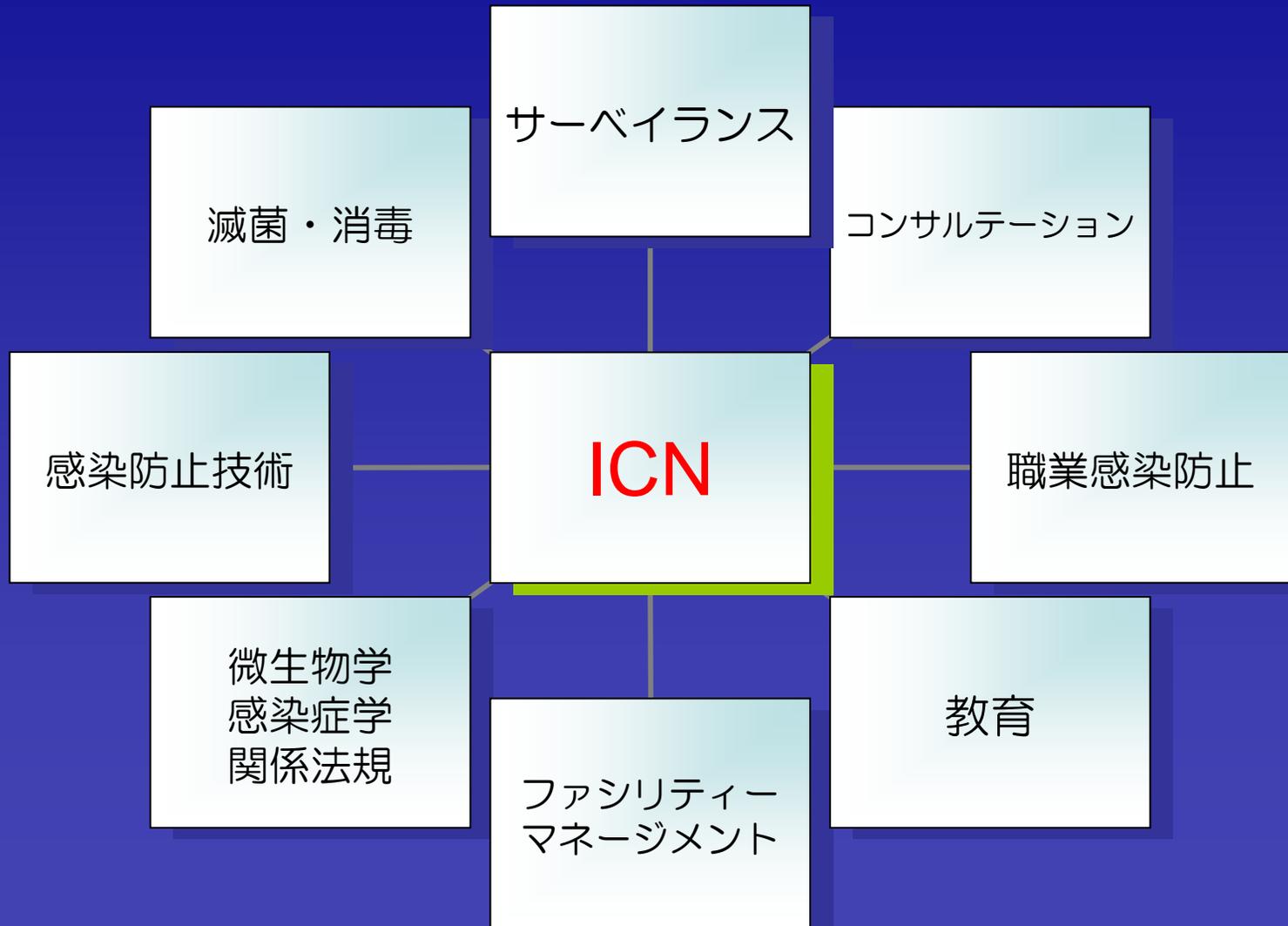
- 1993年~1999年
日本看護協会（JNA）感染管理看護コース（1ヶ月）
400名修了 → 専任ICNは数%
- 1995年 JNA認定看護師制度発足
「特定分野において熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践のできる認定看護師の育成」
- 1999年 感染管理が認定分野特定
- 2005年現在 6教育機関、247名の感染管理認定看護師
(2005年9月17日現在)

日本看護協会における 感染管理認定看護師の教育目標

- 1.施設において効果的な感染管理を実践する感染管理認定看護師を育成する
- 2.感染の予防・管理のできる専門的な知識や高度な技術を持つ認定看護師を育成し、感染管理の向上を図る



ICNが担う感染管理のカテゴリー



感染管理認定看護師の現状

- 専任者：23%（時間内勤務の80%以上感染管理に従事）
- 兼任者：23%（時間内勤務の80%未満感染管理に従事）
- スタッフ：54%（時間内勤務の20%未満感染管理に従事）

平成15年版「看護白書」日本看護協会編 日本看護協会出版会 2003 より



- 専任化への課題
（看護職員人員確保、時間保障、必要性を感じない、役割・期待の差異、組織風土）
- 重要で効果のある対応ができていないかの結果を示す必要性
→ 「ICNを専任にすることが必要、得、期待できる…」



感染管理認定看護師教育機関

| | | |
|---|---------------------------------|--------------------|
| 1 | 日本看護協会看護研修学校 | 認定看護師教育専門課程 感染管理学科 |
| 2 | 日本看護協会神戸研修センター | 認定看護師教育課程 感染管理 |
| 3 | 国立看護大学校研修部 | 認定看護師「感染管理コース」 |
| 4 | 東京都看護協会 | 認定看護師教育課程 感染管理 |
| 5 | 北海道医療大学 認定看護師研修センター | 認定看護師養成課程 感染管理分野 |
| 6 | 滋賀県立大学人間看護学部 地域交流看護実践研究センター | 感染管理認定看護師教育課程 |
| 7 | 神奈川県立保健福祉大学 実践教育センター | 感染管理認定看護師教育課程 |
| 8 | 日本赤十字看護大学 実践・教育・研究フロンティアセンター | 認定看護師教育課程 感染管理コース |

他の感染対策の専門家

- ICD (Infection Control Doctor)
- ICS (Infection Control Staff)
- 感染制御専門薬剤師認定制度
- 認定臨床微生物検査技師制度

感染管理担当者の役割

感染管理者（感染管理専門家）

サーベイランスの実施、分析、フィードバック
疫学調査（感染症発生時の対応）、曝露者調査

コンサルタント

コンサルテーション

指導・教育者

管理・予防行動のための情報提供
（医療者:管理者、患者・家族）

実践モデル・改革者

行動の変化を促す様々な活動と感染率の低減を評価する
手順・業務改善を推進し改善を行う
医療経済を考慮した改善活動



感染管理活動の実際

- 感染管理組織の再構築
- サーベイランス
- 感染防止技術
- 感染管理教育
- コンサルテーション
- 職業感染防止
- ファシリティー・マネージメント
(療養環境の整備)



感染管理組織の再構築

「組織横断的な介入」

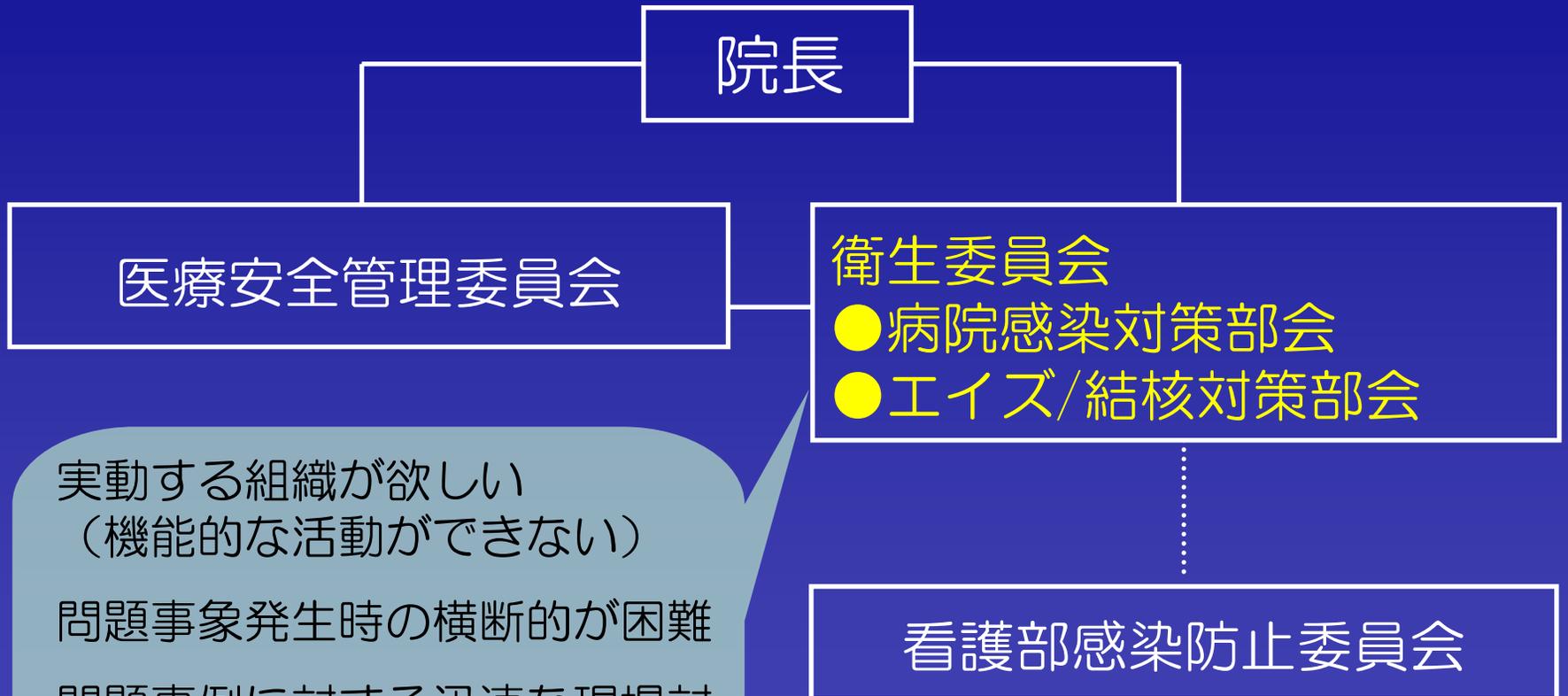
「報告体制の確立」

「リアルタイムな活動」

「情報収集・発信地」



感染管理組織（旧）



実動する組織が欲しい
（機能的な活動ができない）

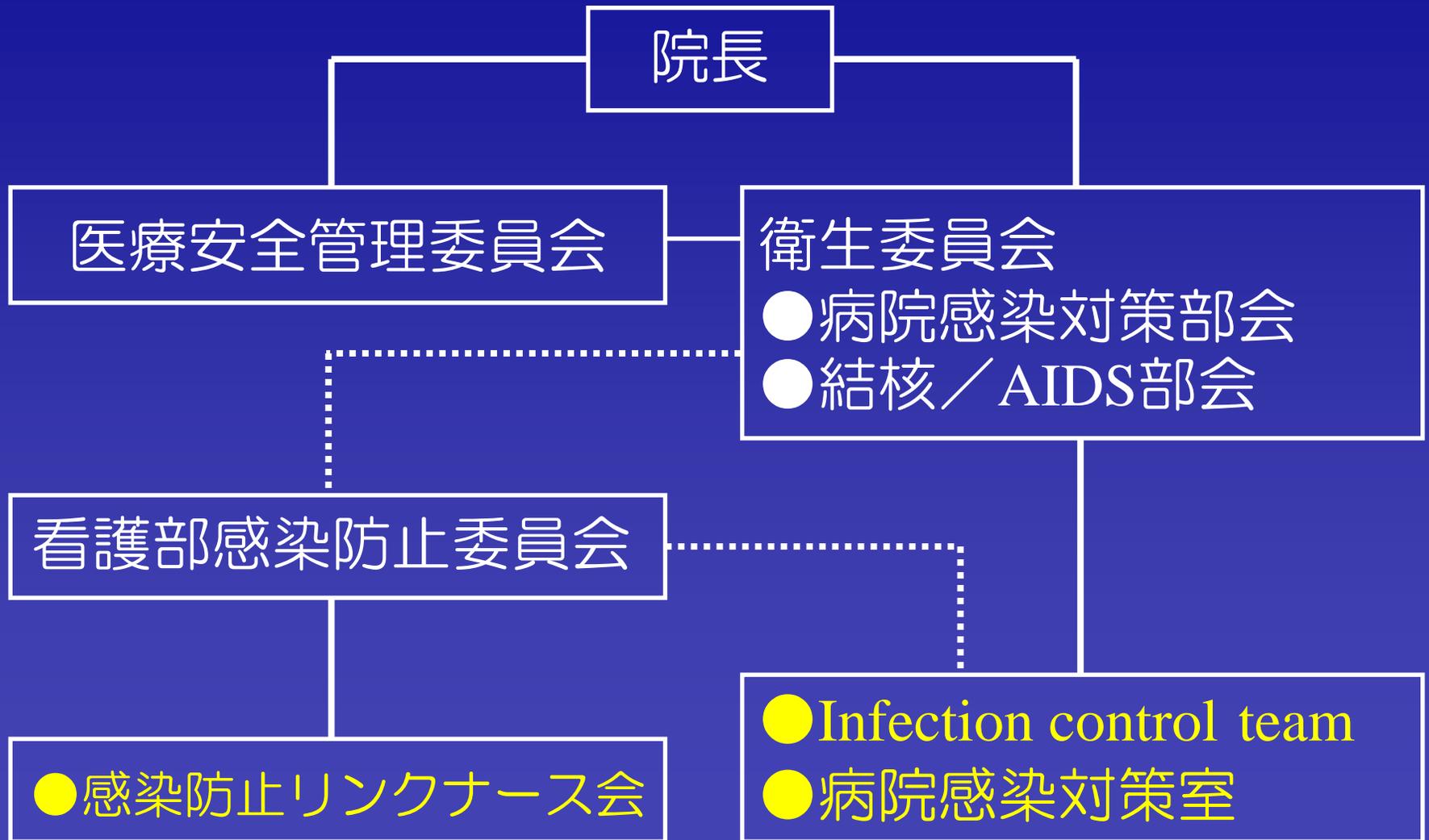
問題事象発生時の横断的が困難

問題事例に対する迅速な現場対応が困難

特定の担当者に負担がかかる

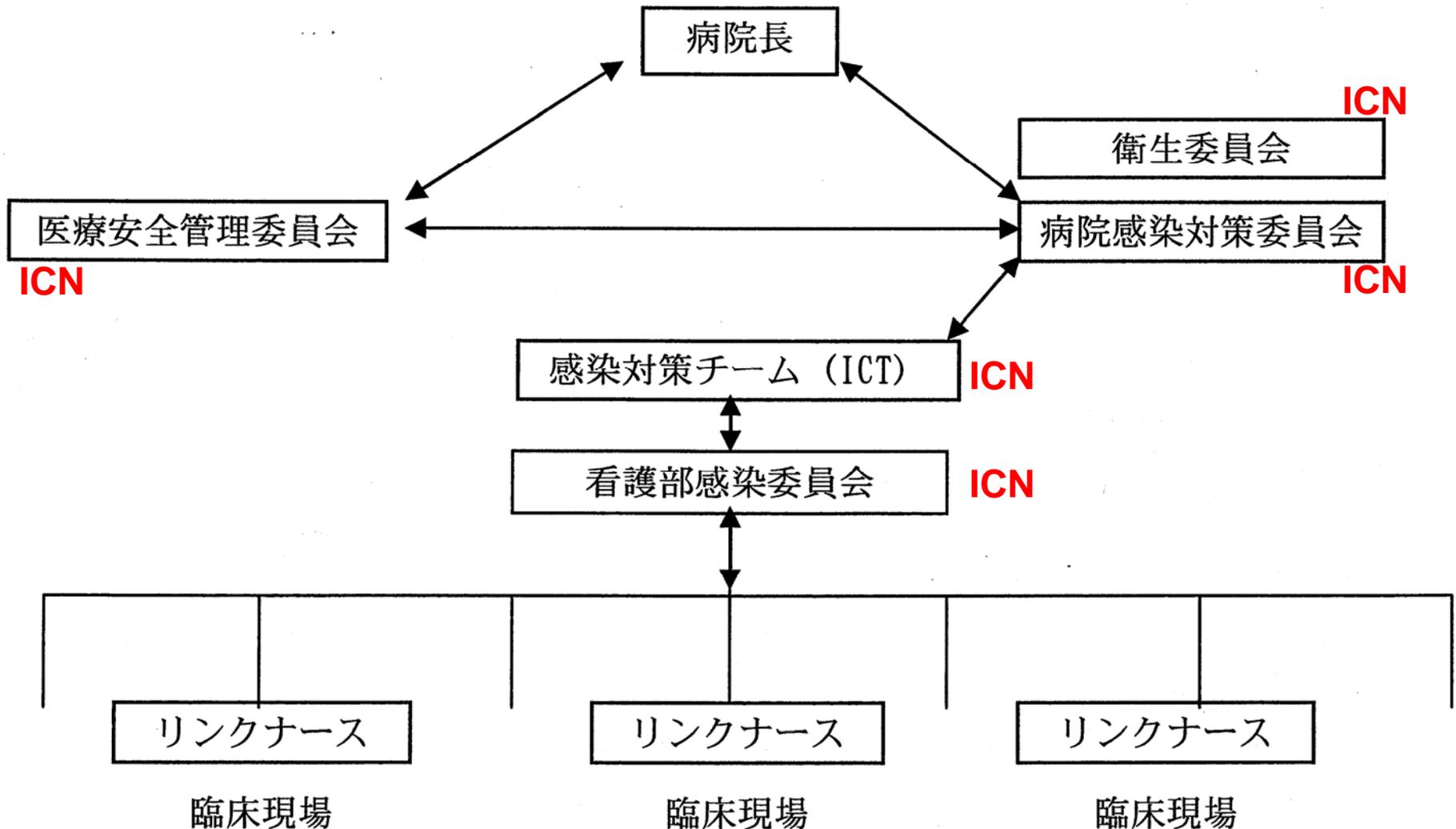


感染管理組織（昨年まで）



感染管理組織（新）

日本医科大学付属病院医療安全総合ガイドラインより



ICT構成メンバー

医師（ICD:Infection Control Doctor） 3名

他医師 2名

看護師 2名

薬剤師 2名

細菌検査室 2名

事務部門 1名

合計12名



ICTの任務

- 週1回程度の病棟ラウンド
- 感染管理におけるコンサルテーションおよび解決に向けての支援
- サーベイランス
(CR-BSI、CA-UTI、薬剤耐性菌、血液・体液曝露)
- 感染防止教育
- 感染防止マニュアルの作成、改訂
- 流行性ウィルス疾患、結核患者（疑い）発生時の接触者調査
- アウトブレイク（疑い）時の調査
- 各種データ管理
- 広報活動（NEWS LETTER）

権限、決定権を持つこと

→迅速かつ適切な対応、現場の意見を取り入れた対策の検討



感染症発生報告書

抗酸菌陽性患者発生時の対応

1

| | | | |
|-----|-----|------|---------|
| 病院長 | 部会長 | 看護部長 | 担当医・責任者 |
| | | | |

ICT/ICN

感染症発生報告書(患者/職員)

20 年 月 日

日本医科大学付属病院長 殿

報告者 氏名 _____ ④
 職名 _____

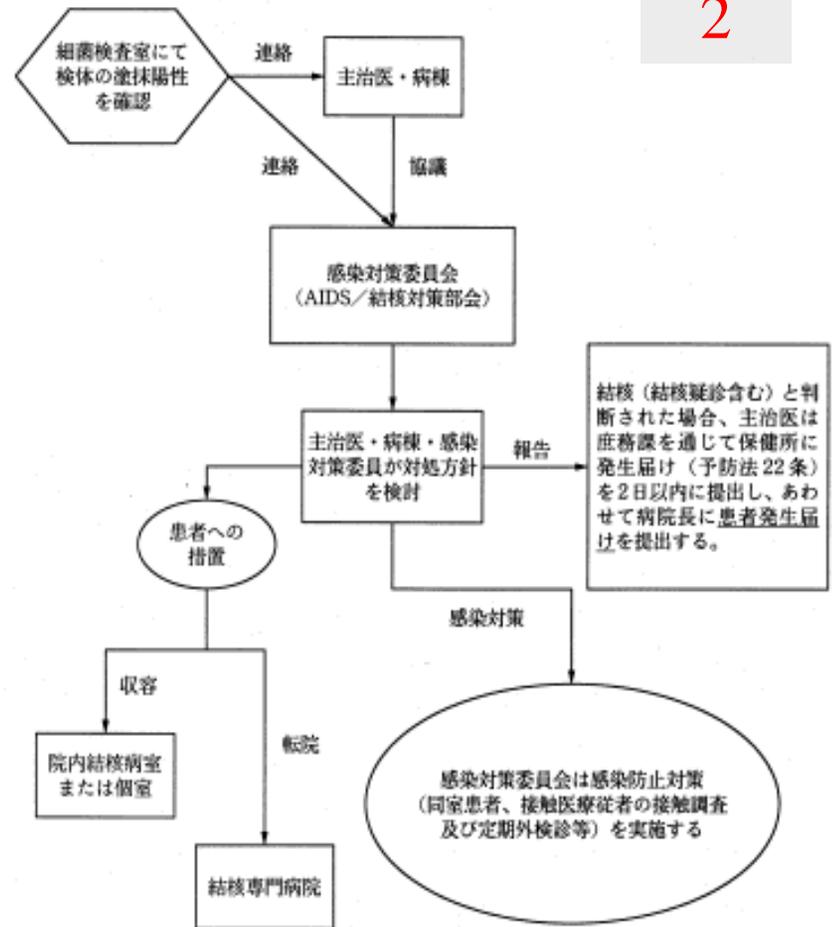
| | | | |
|-----------------|---|--------------|-----------------|
| 部署(所属部署) | | 診療科名 / 職種 | |
| 患者(職員)名 | | 男・女 | 年齢: |
| 発生日時 | 20 年 月 日 | 時 分 | 頃 |
| 発生(診断)場所 | | 主治医 | *患者に発生時記入 |
| 感染症病名 | | ※区分 | 1類 2類 3類 4類 その他 |
| 起炎病原体 | | | |
| 基礎疾患 | | | |
| *患者に発生時記入 | | | |
| 感染区分 | <input type="checkbox"/> 市中(院外)感染 <input type="checkbox"/> 院内感染 注)他院よりの持ち込みは院内感染としない。不明時は記入不要 | | |
| 診断時入院経路 / 状況 | <input type="checkbox"/> 一般外来 (<input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 転院) <input type="checkbox"/> 救急外来 (<input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 転院) <input type="checkbox"/> 入院中(<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 6人部屋 <input type="checkbox"/> 8人部屋 <input type="checkbox"/> ICU/CCM) | | |
| 対応 | <input type="checkbox"/> 入院または入院継続 _____ 科 _____ 病棟 _____ 号室 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 転科または転室 _____ 科 _____ 病棟 _____ 号室 <input type="checkbox"/> 経過観察(帰宅) <input type="checkbox"/> 就業停止*職員に発生時記入(20 年 月 日 ~ 月 日) | | |
| ※保健所への届出有無 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (20 年 月 日) | | |

※は記入不要(抗酸菌陽性時、結核診断時は庶務課にある別紙を記入してください)
 *報告書は感染対策室(本館入院受付隣)に提出して下さい
 *S.フルゼンザ発生時は迅速診断キットによる診断した型(A型、B型)も記入して下さい



2

結核菌陽性入院患者発生時の対応



詳細はマニュアル(6. 結核患者発生時の対応-4頁)を参照

ICT用ラウンドシート Ver3

感染防止 Round Sheet (Page1)

20 年 月 日

病棟 ・ 外来

実施者: _____

*インタビューまたは目視で確認してください

| 確認項目 | ラウンド結果 | 指摘事項 |
|---|--------|------|
| 手指衛生 | | |
| 1) 病室や処置室の出入り時に、手指消毒を行っている。 | A B C | |
| 2) 処置やケア後は手指衛生を図っている。 | A B C | |
| 3) 病室前の手指消毒剤は使用頻度を考え適宜ローテーションしている。 | A B C | |
| 4) 薬剤耐性菌分離患者(薬剤耐性菌報告書に記載している内容)のベッドサイド(患者に影響が無い場合)に手指消毒剤を配置している。 | A B C | |
| 5) 病室入り口ベッドサイドに手指消毒剤を設置し火気厳禁、開封日を明記している。 | A B C | |
| 6) 手指消毒剤の容器、ホルダー、受け皿は清潔に保たれている。 | A B C | |
| 7) ペーパータオルはホルダーに収納され水回りに放置されていない。 | A B C | |
| 防護用具 | | |
| 1) 手袋は必要性が高く使用しやすい場所(ベッドサイド等)に配置され、適時補充されている。 | A B C | |
| 2) 薬剤耐性菌分離患者(薬剤耐性菌報告書に記載している内容)のベッドサイド(患者に影響が無い場合)に専用手袋を配置している。 | A B C | |
| 3) 手袋は適時(ケア、処置時)使用され、使用後すぐに廃棄している。(行為毎、処置時は同じ患者でも部位別に交換) | A B C | |
| 4) 手袋は使用後速やかに廃棄し、その後手洗いまたは手指消毒を行っている。 | A B C | |
| 5) 手袋を装着したまま他の業務を行わない。また、他の環境に触れない。 | A B C | |
| 6) 血液、体液、排泄物等の飛散、付着がある(可能性も)場合には、サージカルマスク、ビニールエプロン、フェイスシールド、ゴーグルを使用する。 | A B C | |
| 7) ディスポーズバルブ付ビニールエプロンは使用基準に沿って適切な使用方法と廃棄(感染性廃棄物)がされている。 | A B C | |
| 環境整備 | | |
| 1) 1回/日湿式環境整備を行い、用具は清潔に選択・乾燥保管されている。(勤務室、ベッドサイド) | A B C | |
| 2) 薬剤耐性菌分離患者の環境(ベッド柵、ドアノブや取手、ナースコールやスイッチ類、床頭台、オーバーベッドテーブル等)は各勤務(汚染時は適時)アルコール清拭を行っている。 | A B C | |
| 3) シンク(水周り)は、毎日洗剤による洗浄清掃を行っている。 | A B C | |
| 4) 洗い場は清潔不潔を区別し表示している。 | A B C | |
| 5) 薬液準備区域は、作業前必ずアルコールによる環境清拭を行う。 | A B C | |
| 6) 環境整備用アルコール布は必要な場所に設置され、薬液や布の継ぎ足をしない。 | A B C | |
| 7) エタコトは基本的には単包が使用され、バック型では容器の蓋がされている。 | A B C | |
| 8) 延食用冷蔵庫、下膳棚は清掃され、清潔な状態を保っている。 | A B C | |
| 9) 汚物室は整理整頓、清掃がされている。 | A B C | |
| 10) 点滴台、ワゴン等の清掃がされている。(ワゴンは使用ごとアルコール清拭する) | A B C | |
| 11) 回診車、ワゴン等に血液体液の付着した廃棄物、鋭利器具が放置されていない | A B C | |
| 廃棄物処理 | | |
| 1) 廃棄ボックス、ペール缶のゴミを操作する際は必ずクズバサミを使用する。 | A B C | |
| 2) ペール缶は清潔な環境、物品と離れた場所に配置し、蓋をしている。 | A B C | |
| 3) ペール缶本体には血液・体液汚染がない。 | A B C | |
| 4) ペール缶の蓋上に物を載せていない。 | A B C | |
| 5) ペール缶は、容器8分目で蓋をして交換している。(ごみがはみ出していない) | A B C | |
| 6) 鋭利物用ペール缶はフットペダル式を使用し、容器8分目で交換している。 | A B C | |
| 6) 薬剤耐性菌分離患者より発生した廃棄物は感染性廃棄物として1つのペール缶に | A B C | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| 入れ蓋をする。 | | | |
| 7) 血液、体液、分泌物、排泄物などの付着した廃棄物は、周囲を汚染しないようにその場で感染性廃棄物専用容器に廃棄するか、ビニール袋に入れる。 | A | B | C |
| 8) 携帯用針入れ容器には鋭利物以外廃棄しない。 | A | B | C |
| 針刺し切創防止 | | | |
| 1) リキャップは行わない。(やむを得ない場合は片手ですくい取る方法で行う) | A | B | C |
| 2) 針入れは専用容器を使用している。 | A | B | C |
| 3) 安全器材は使用後～廃棄前に安全機能を作動させている(翼状針)。 | A | B | C |
| 4) 採血、ライン挿入時の介助、抜針時は手袋を着用している。 | A | B | C |
| 5) インスリン自己注射時の針の取り外し時、専用のアダプターを使用している。 | A | B | C |
| 消毒、使用後器材等の取り扱い | | | |
| 1) 使用後の器材は汚れを洗浄し、使用分類に準じた消毒薬を使用している。 | A | B | C |
| 2) 消毒薬は希釈濃度早見表を参考に適切に使用されている。(掲示されている) | A | B | C |
| 3) 患者間で共有する器材・機器はアルコール等で清拭する。(血圧計、車椅子等) | A | B | C |
| 4) 接触感染予防策が必要な患者のリネンは交換時その場でビニール袋に入れ、院内処理に提出している。 | A | B | C |
| 5) 使用済リネンと清潔リネンは同じ場所に保管しない。 | A | B | C |
| 6) 尿尿器洗浄消毒器が使用できる状態である。 | A | B | C |
| 7) 尿尿器は基本的に洗浄消毒器を使用している。 | A | B | C |
| 滅菌物・衛生材料の保管 | | | |
| 1) 直接床や、収納棚の床から一番低い場所に置いていない。 | A | B | C |
| 2) パッケージに包装されている物は積み重ねて置かない。 | A | B | C |
| 3) 湿気や直射日光の当たる場所に置いていない。 | A | B | C |
| 4) 使用頻度の低いものは扉のついたキャビネット等に保管している。 | A | B | C |
| 報告・マニュアル | | | |
| 1) 感染症(疑い)発生時、病院感染対策室へ報告、相談することが周知されている。 | A | B | C |
| 2) 感染防止マニュアルは利用しやすい場所に保管され、場所が周知されている。 | A | B | C |
| 3) 「感染防止基本指針」、「医療安全の手引き」(ポケット版)を携帯している。 | A | B | C |

感染防止 Round Sheet (Page2)

| 確認項目 | ラウンド結果 | 指摘事項 | |
|---|--------|------|---|
| 薬液作成・ライン管理 (中心ライン・末梢ライン挿入の複数の患者を観察) | | | |
| 1) 薬液作成前には手洗い、または手指消毒を行っている。 | A | B | C |
| 2) 薬液作成時はディスポーズバルブグローブを着用している。 | A | B | C |
| 3) 輸液製剤は調剤後速やかに使用し、前勤務からの作り置きはしない。 | A | B | C |
| 4) 三方活栓にはシュアプラグが使用されている。 | A | B | C |
| 5) ラインにアクセスするときは、シュアプラグをアルコール消毒する。 | A | B | C |
| 6) 刺入部のドレッシングは滅菌透明フィルムを使用している。 | A | B | C |
| 7) ドレッシングのはがれ、浮き、汚染、出血時は適宜交換を行っている。 | A | B | C |
| 8) 中心ライン挿入部位の消毒は、ポビドンヨードを使用し、広範囲(ドレッシング貼付範囲)に行い、乾燥を待つ。 | A | B | C |
| 9) ドレッシング交換の日付を記入している。 | A | B | C |
| 10) 血管内留置カテーテル挿入部位の観察が各勤務で行なわれている。 | A | B | C |
| 11) 末梢カテーテルの長期留置は極力避け、早期除去または継続留置の必要時は72~96時間間隔の交換が行われている。(推奨事項) *小児は除く | A | B | C |

評価基準

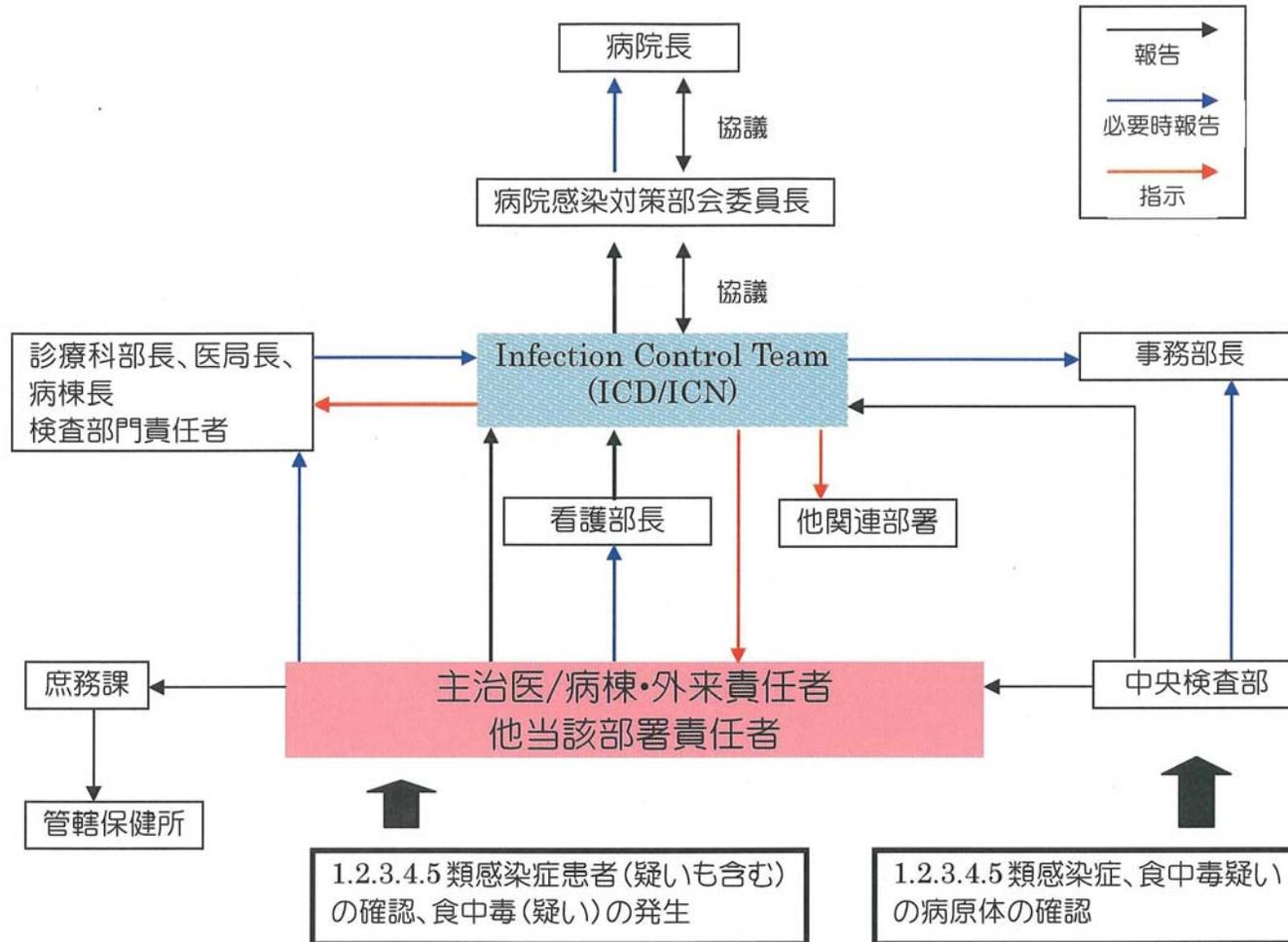
A:ほぼできている。(継続して現状の観察を行う)

B:できていないことが多い。不備が目立つ(指摘事項に基づいた注意・指導が必要)

C:できていない。感染管理上問題として早急に改善が必要。(早急に対策を講じ、手順に沿って実施することが必要)

報告ルート

【感染管理に関する報告・対応システム】



* 結核(疑い)患者発生時の対応は別紙参照



リンクナース組織の構築

LINK NURSEのアウトライン

英国保険省出版、1995

感染対策リンクナースの役割は、病棟での情報係としての行動すること及びICN（感染対策看護師）との連携をとることである。

LNはICNの監督の元に、情報係及び同僚に対する役割モデルとして行動する。LNはICNの代理とはみなされない。感染対策の知識、コミュニケーション技術、看護と教育の技術、そしてそれぞれの状況に応じた態度を用いて、患者・患者家族・面会者・医療従事者の安全性を確実にする環境を作り出し、維持するのを助けることが仕事

である。バックグラウンドなる実務経験は、最低2年である。

- 2003年発足
- 病棟・外来、検査部門より選出（推薦）（49名）
- 毎月勉強会、討議、調査を実施
- 各部署の感染対策担当者
- 年度目標管理



サーベイランス

「感染対策上の問題点を抽出」

「感染率の算出、経時的変化の確認」

「院内感染の発生と分布を明らかにする」

「アウトブレイクを察知」

「感染対策（ケア）の評価、導入、廃止、その後の評価」

「感染防止の土壌形成：ホーソン効果」



- 院内で決められた感染対策・手順を遵守している
- 一生懸命感染対策を行っている
- 惜しまず必要な器材、設備に投資している
- 院内は常に清潔な環境であるべき
- 感染対策に伴う労力や苦痛は仕方がない

- 日々の多忙な業務の中で、行っている感染防止行動・活動が正しいものか
- 正しく行われているのか
- 実践上のシステムに問題があるのかないのか

それを知る機会



SENIC報告

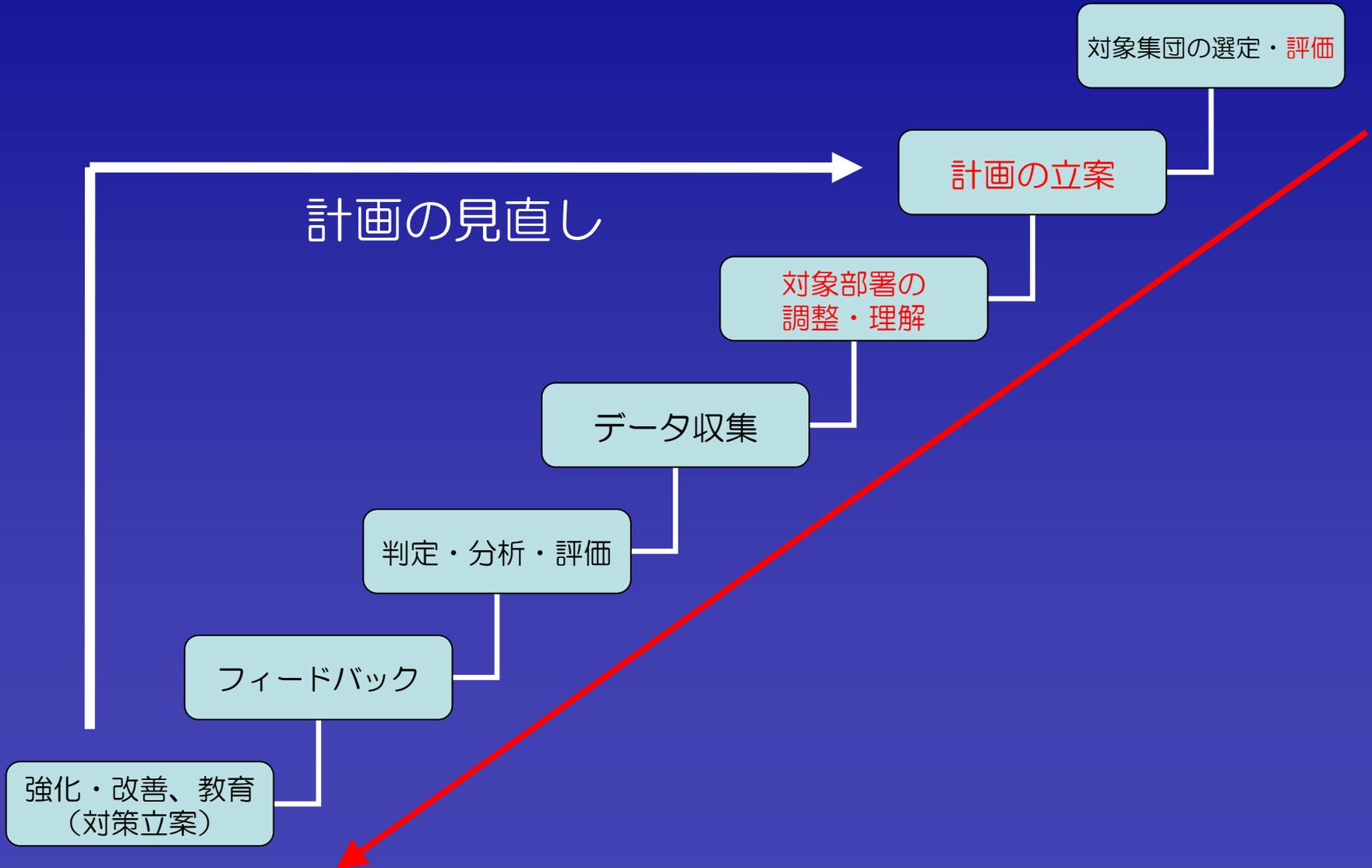
Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control

「CDC (Centers for Disease Control and Prevention)
SENICプロジェクト：感染防止／管理に効果のある要素
についての調査1974～1984」

- 結果：院内感染の1/3は防止可能
感染管理プログラム実施病院→感染率は32%減少
感染管理プログラム未実施病院→感染率は18%上昇
- 効果的な感染防止プログラム (CDC 1985)
組織化されたサーベイランスと感染防止活動
資格を有するICP (感染管理実践者) と専門家の配置
(250床に1名)
外科医に手術部位感染率を報告させるシステム



サーベイランスプロセス



効果的な対象の選択

- ハイコスト

院内感染が発生した場合施設における余分な出費や不利益をもたらす集団（心臓血管手術、職業感染など）

- ハイリスク

感染リスクの高い集団（移植、血液疾患、ICU）

- ハイボリューム

頻繁に行われる外科的または侵襲的処置（血管カテーテル留置、人工呼吸など）



サーベイランスのタイプ

Hospital Wide Surveillance (包括的サーベイランス)

- 病院全体の状況を把握するのに有用であるが、
- 多大な労力を必要とするため非効率的である。
- また感染事象に対する評価（問題点の抽出）が困難
- アウトブレイクを察知しやすい

Focused (Targeted) Surveillance (ターゲットサーベイランス)

- 特定の部署、部位、デバイス、微生物に焦点が絞れる
- 問題点が明確にしやすい
- 前向きに情報収集を行うことで時間、労力の節約となる
- 対象以外の感染のアウトブレイクを察知しにくい



サーベイランス実施内容

- MRSA, MDRP, ESBLs等の耐性菌サーベイランス
- CR-BSI*1, CA-UTI*2
(高度救命救急センター、C7病棟)
- 血液・体液曝露サーベイランス
(EPINet*3日本版、EPIsys109)
- 抗MRSA薬, カルバペネム系薬使用量, 使用届出
- SSI*4 (予定)

***1 Catheter-related Bloodstream Infection**

***2 Catheter-associated Urinary Infection**

***3 Exposure Prevention Information Network**

***4 Surgical Site Infection**



コンサルテーション

「施設内すべてを対象として感染管理上の問題、疑問に対応する」

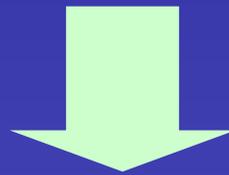
「現場の問題を水面下で終わらせない」

「問題解決への意識向上」



感染管理コンサルテーションの目的

- 感染管理上の問題について、解決のための情報を与え解決のプロセスを支援する
- 患者、職員、その他関係する人に対し感染防止の視点から安全な環境提供を支援する
- コンサルティーがEBMに基づいた感染防止活動を理解できる
- 患者に安全なケアを提供する



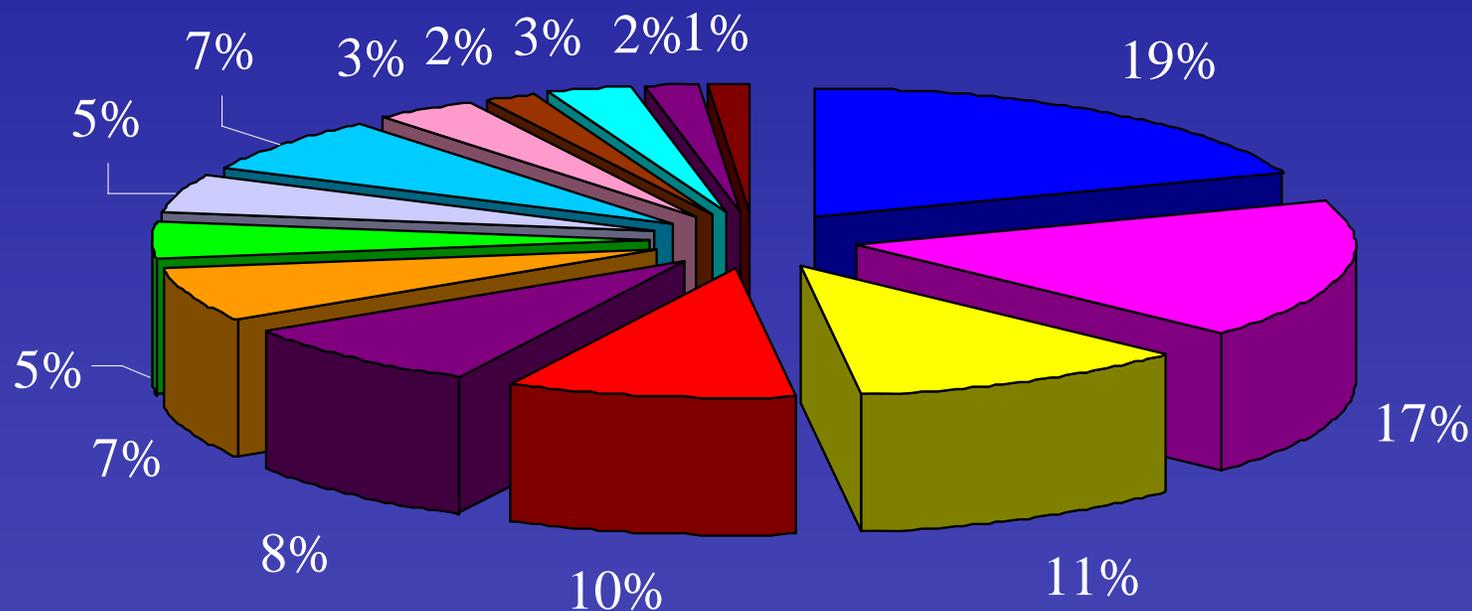
支援システム（人的リソース）として活用 \neq 依存

管理責任は現場にもある、現場の適切な対策実践を支援する



感染管理コンサルテーションの実際 2002~2004

相談内容集計 N=315



- | | | | | |
|----------|------------|-------------|-----------|----------|
| ■ 飛沫感染予防 | ■ 接触感染予防 | ■ 患者使用器材の消毒 | ■ 患者配置 | ■ 感染防止技術 |
| ■ 空気感染 | ■ ウィルス感染調査 | ■ 環境整備 | ■ 針刺し | ■ SARS |
| ■ 感染防止教育 | ■ 不明熱調査 | ■ 感染経路調査 | ■ サーベイランス | |



実施上の問題点と検討課題



- 感染防止に関する考え方（患者の安全管理）から管理者からの依頼が多い
- 依頼方法は様々であるが、直接依頼が多い
- 分からないから聞く...しかしその後の確認が必要！
（相談した事実と、現場の実践にはギャップがある）
- 回答方法を（明文化）再検討→口頭での不確実さを避ける
- 依頼内容の回答のみならず感染管理上の欠落部分を検討する
- 感染症治療に係る医師からの相談に対する対応はどうか



職業感染防止

「病院で働くすべての人に対して、血液・体液曝露、空気感染を含む職業感染対策を立案、実践、評価する」

「安全な労働環境の提供」

「医療者自身が感染源とならない」

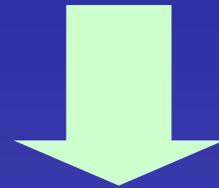
「欠勤者を作らない」

「職務満足度の向上<雇用側の義務」



職業感染防止の具体的な内容

- 血液・体液曝露サーベイランス (EPINet*³日本版、EPIsys109)
- 安全器材 (留置針)、廃棄容器の見直し
- 結核患者発生時の接触者調査
- 流行性ウィルス疾患発生時の接触者調査、抗体陰性者への緊急対応
- 流行性ウィルス疾患抗体価調査、ワクチン接種 (未解決項目)



報告システム、マニュアル整備 (迅速な対応)
対応窓口 (情報管理)
経時的なフォローの確認 (曝露者対応)
経済性と安全対策の検討する (更なる体制強化)
サーベイランスを基本とした業務改善



感染防止技術

「各施設および部署の状況に合った効果的な感染防止対策を立案、導入、評価、改訂」

「具体的な感染対策を標準化」

「職員に対する対策の周知」

- 輸液ラインの選定（ライン選定WG）
- マニュアル改訂（ICTと協働）
- マニュアル変更に基づく教育機会の提供
- 感染防止強化月間（技術指導）



アウトブレイク対応

「サーベイランスデータ、疫学的な視点から事象を察知する」

「伝播防止の即時的な介入」

「手順に沿ったアウトブレイク対応」

「安全土壌形成」

- 細菌検査部門と協働した報告体制
- マニュアル改訂（ICTと協働）
- マニュアル変更に基づく教育機会の提供
- 感染防止強化月間（技術指導）
- 報告、院内周知、情報提供
- 専用病室を確保（2004年～）



重要

各病棟/診療科各位

平成 年 月 日

FAX

病院感染対策室
Infection Control Team

多剤耐性菌分離患者への対応について

以下の点に留意して接触感染予防策を実施して下さい。

手指衛生

- 病室前、ベッドサイド(患者に誤飲などの危険がない場合)の手指消毒剤配置を確認してください。
- 患者や、創ガーゼ、患者環境、記録物、使用後の器材に触れた後は手指衛生を行ってください。
- 手指消毒は、患者毎、同じ患者でも処置毎に必ず実施してください。
- 病室を出るときにも必ず手洗いまたは手指消毒を行ってください。
- 手指消毒剤使用時は最低でも15秒間むらなく手を擦り合わせてください。

防護用具

- 患者の菌分離体や創部、患者環境、使用後の器材などに触れる場合は必ずディスポーザブル手袋を着用してください。
- 手袋は患者毎、同じ患者でも処置毎に必ず交換してください。
- 手袋を外した後はその場で廃棄して、必ず石鹸と流水による手洗いまたは手指消毒を行ってください。
- 広範囲な処置時や血液・体液・排泄物などが飛散するような処置、ケア時はガウン、またはビニールエプロンを着用して下さい。
- 汚染した防護用具はその場で廃棄してください。

使用後の器材

- 患者に使用した器材を他患と共用する場合や病室より持ち出す場合は、消毒(0.2~0.5%オロナイン K または 0.01~0.02%ミルトンまたは 500倍~250倍希釈のキッチンハイターにて30分浸漬)する、浸漬できないものに関してはマスクINアルコールによる清拭を行ってください。

患者配置

- 菌検出部位とその菌量を考慮し、周囲環境の汚染するリスクと患者協力の有無、そして同室患者が保菌や感染を起こすリスク(基礎疾患や受けている医療行為)を考え、必要時は個室への配置を考慮します。
- 個室への配置を行わない場合は、同じ微生物に感染または保菌している患者を同室に配置することが必要な場合があります。
- もしこうした配置も不可能な場合は感染リスクの高い患者(手術前後、易感染性の状態)とは同室にしないように配置し、必要であればカーテンやスクリーンで周囲と分けた環境を作ることも必要です。

* 不明な点や判断に迷う点やお困りの点がありましたら病院感染対策室(内線:6772)までご連絡ください。

また、ICTラウンド時に感染対策の現状を確認に何うことがありますのでご協力ください。

注意事項 本用紙は掲示としては使用しないでください。医療者間での対策の統一、周知徹底のための確認事項として活用してください。

感染管理教育

「各施設および部署の状況に合った教育の計画立案、実施、評価」

「職員に対する対策の周知」

「根拠に基づいた感染防止の知識・技術を理解し、実践できる」

- 院内感染対策講演会（2回/年）
- リンクナース教育（1回/月）
- 「看護実践スキルアップコース」（5回/年）
- 新入職員教育
- 研修医オリエンテーション
（臨床研修医のためのガイドライン）
- 感染防止強化月間



～患者と医療者を守る手袋～

病院感染防止強化月間

2005年11月1日～11月30日



- 処置・看護ケア・採血・点滴時には、必ず手袋を装着しましょう
- 行為毎に外す、または交換しましょう
- 「手袋装着のまま」それは「危険な手袋」です

日本医科大学付属病院 病院感染対策委員会 衛生委員会
看護部感染委員会 感染防止リンクナース会

今後の医療の質向上に向けた感染管理の課題とは

安全土壌の形成

- 報告システムの整備
- 発生事象に対する組織横断的、リアルタイムな介入組織の整備
- 人的リソースの配置（専任者、ICT）
（日常的に安心して相談でき、適切な助言が受けられる体制の確保）
- 情勢の動向、科学的根拠を持った感染管理教育の機会

サーベイランスの実施

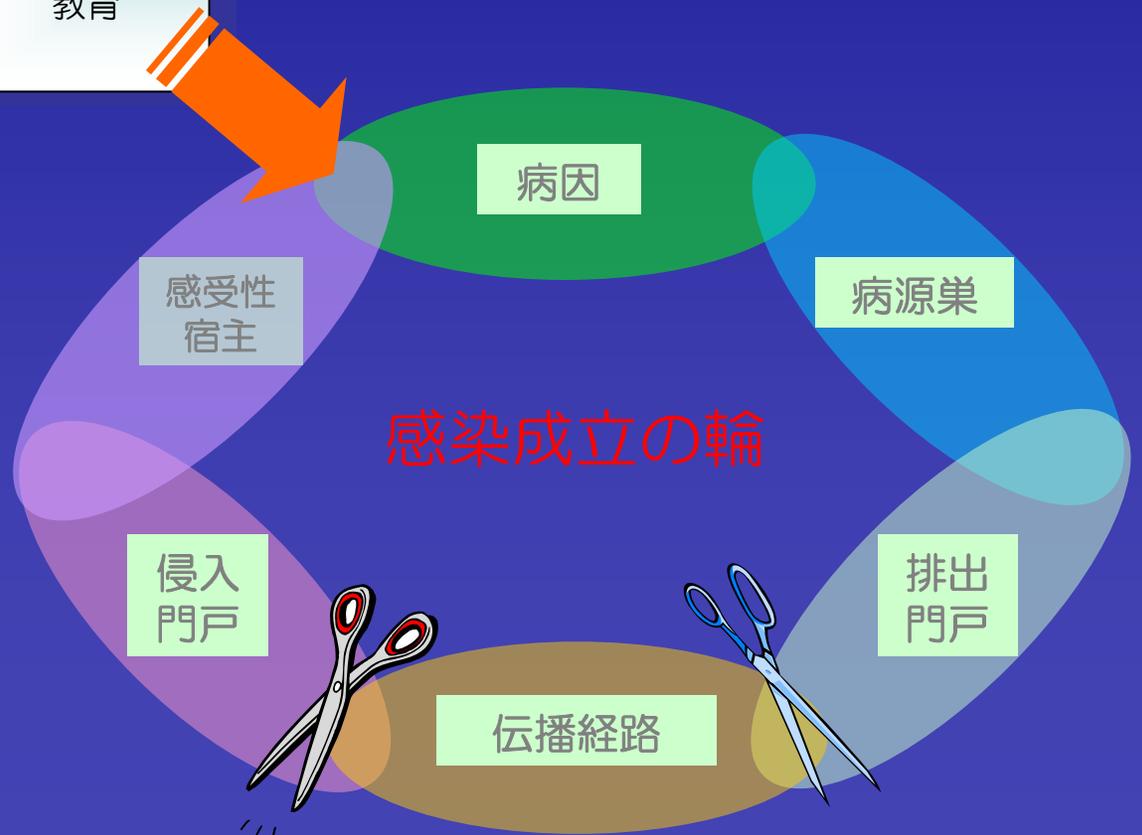
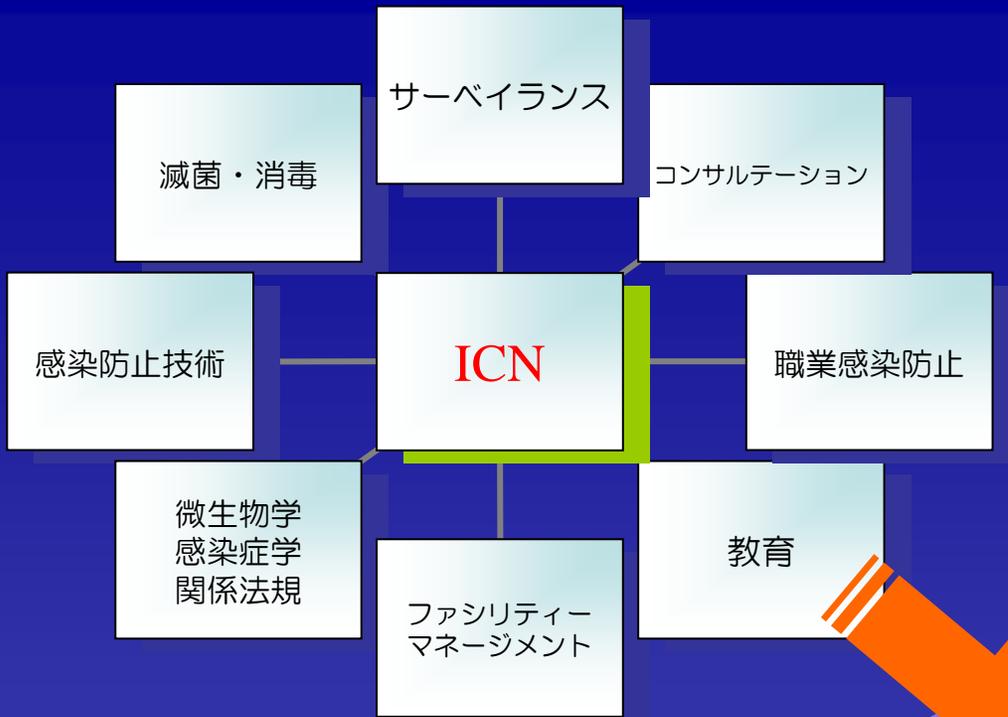
職業感染対策の充実

抗菌薬の適正使用の推進

院内感染防止に係る器材、構造設備の充実、適切な維持管理

外部評価の活用





ICNが行う感染管理

- 看護師が持つコーディネート機能、コミュニケーション能力を生かし、チーム内を統合し円滑に職務を遂行する
- 臨床現場の問題発生状況やニーズに対して迅速かつ横断的に活動する
- 医療現場のケア、処置に関連した感染防止技術の向上が期待できる



実践 指導 相談



- 他職種との協働と、理解者・支援者、協力者を得る
(管理部門、看護部)
- 現場に出向き直接話をする(情報収集、コミュニケーション)
- 最新の知識、情報を得る(スキルアップ)
- 感染管理に係るネットワークを築く



