

## PB-148

### 感染性胃腸炎のアウトブレイクを経験して ～環境整備の実践～

岐阜赤十字病院 看護部

○宇野 太志、松田 みどり、大野 種子、西垣 亜衣子、  
郷 陽子

【はじめに】2013年3月にA病棟で職員14名（確定1名）、患者13名（確定5名）の感染性胃腸炎のアウトブレイクを経験した。2010年にも同一病棟でアウトブレイクを経験しているため、再発防止の対策を講じる必要があった。他部署のスタッフと合同で取り組んだ活動を報告する。

【方法】嘔吐物処理方法のDVD作成、感染管理認定看護師による当該病棟の環境整備への助言、患者用トイレの環境整備、全病室への個人防護具の配置、看護部感染防止検討会による嘔吐物処理手順書の作成、全部署に嘔吐物処理セットを作成し配置、0.1%次亜塩素酸ナトリウム製品の導入、栄養課、清掃業者への指導

【結果】2013年12月に嘔吐物処理方法のDVDを作成し、委託業者を含む全職員が視聴した。平常時より汚染物の取り扱いを徹底するため、看護師を中心に改善活動としてワゴンのゾーニングに取り組んだ。看護助手による病棟の環境整備を徹底し、病棟からの提案で共同トイレにペーパータオル、石鹸を設置し、多目的トイレには個人防護具を設置した。さらに全病棟の病室に個人防護具が設置できるように棚を整備した。看護部感染防止検討会で嘔吐物処理手順書を作成し、処理方法が統一できるようにした。嘔吐物処理手順書をもとに嘔吐物処理セットを作成し、外来を含む全部署へ配置した。0.1%次亜塩素酸ナトリウム製品を導入し、調製する手間を無くした。栄養課、清掃業者へ感染防止対策の指導を実施した。

【考察】2013年3月のアウトブレイク終息後から感染対策を実施しやすい環境を整え、流行期直前に嘔吐物処理DVDを全職員が視聴することで、感染性胃腸炎の意識付けの一因になったと考えられる。

【まとめ】2013年度シーズン院内発生症例の報告はなかったが、今後も引き続き感染拡大防止対策をICTとして実施していきたい。

## PB-149

### クロストリジウム・ディフィシル感染症多発事例に対する介入

高山赤十字病院 ICT

○後藤 泰代、細江 敦典、西尾 優、都竹 智香子、  
池本 滋子、上田 秀親、橋渡 彦典

【はじめに】平成25年10月から1月にかけて、複数の病棟にわたり繰り返されたクロストリジウム・ディフィシル感染症（以下CDI）症例の多発事例を経験した。その際の感染制御チーム（以下ICT）の介入・経過を報告する。

【経過】平成25年10月から12月初旬にA病棟にて患者7名のCDI発生を認めた。病棟では下痢発生時より標準予防策と接触感染対策を実施しており、ICTでは接触感染対策の確認・オムツ交換時の動線の配慮・コホーティングを行い対処した。しかしその後新たに3名のCDI発生があった。ICTではマニュアルに準じた内容をチェックリスト方式とした用紙を作成し、おむつ交換の方法・環境整備方法等を病棟看護師と共に確認していった。その後、現在の感染対策の評価と追加の感染対策のフィードバックを行った。平成25年12月末にB病棟で3名、平成26年1月にはC病棟で4名のCDI発生を認めたため、A病棟と同様に感染対策の評価・フィードバックを実施した。また看護補助者に対しても現状の伝達と勉強会を実施した。

【考察】今回、共通項目として殆どの患者が排泄介助を要していたこと・抗菌薬投与が挙げられた。処置ワゴンの管理も不明瞭であり、清潔・不潔のゾーニングの不徹底によりおむつ交換時に交差感染している可能性が高いと考えられた。また10月の感染防止委員会で抗菌薬使用量が増加傾向にありCDI発生に注意が必要であるとの見解が出されていたが、具体的な活動になっておらず危機意識が低かったのではないかと考えられる。

【おわりに】今回の経験を通し、同じ処置であっても院内での物品管理方法・手順等が統一されていないことが明らかになり、各部署での改善を促すきっかけになった。情報伝達のみでなく具体的な活動につなげられるよう今後も努力していきたい。

## PB-150

### 過去5年間の血液内科入院患者を対象とした CLABSIサーベイランスの分析

岐阜赤十字病院 看護部

○松田 みどり、宇野 太志、伊藤 陽一郎

【目的】当院では2007年から中心静脈カテーテル関連血流感染（CLABSI）サーベイランスを実施してきた。NHSNの血流感染（BSI）判定基準を用いて、検査確定血流感染（LCBI）を判定してきたが、粘膜バリア障害のある検査確定血流感染（MBI-LCBI）が判定基準に追加になった。LCBIとMBI-LCBIの発生率を算出して分析した。

【方法】2009.1.1～2013.12.31の5年間に血液内科入院患者を対象に実施したCLABSIサーベイランスの結果をLCBIとMBI-LCBIの基準で再判定し、それぞれの発生率を算出、分析した。

【結果】5年間の延入院患者数は42,675、中心静脈カテーテル（CVC）挿入延患者数は18,712であった。LCBIの判定基準を満たした症例は5年間で8例、発生率は2009年から順に0.00、0.00、0.88、1.09、0.00（/1000患者・日）であった。8例の検出菌は表皮ブドウ球菌（CNS）が5例、MRSA、腸球菌、大腸菌が各1例であった。MBI-LCBIの判定基準を満たした症例は15例、発生率は2009年から順に0.30、1.41、0.00、1.09、1.10であった。

【考察】2009～2010年はMBI-LCBIのみの発生であったが、2011～2012年はCNSの検出が増加した。血液培養2セットからCNSが検出された症例、血液培養とCVC先端培養の検出菌が一致した症例もあり、CVC由来のBSIが考えられた。CVC挿入部の毎勤務1回の観察、汚染や緩みがある滅菌フィルムドレッシングの速やかな交換、週1回の閉鎖式輸液ルートとドレッシングの定期交換は定着していた。新たな対策として2013年6月に1%クロルヘキシジンエタノール液を導入し、CVC挿入部を消毒している。その後、LCBIは発生していない。

【結論】看護師が実施しているカテーテル管理だけでは対応困難なこともあるが、CVC挿入部・ルート接続部の消毒方法などの手順徹底で防止できるBSIもある。今後もBSI防止のため、サーベイランスを継続し対策を講じていく。

## PB-151

### 手指衛生推進キャンペーン前後の手術室の手指消毒実施回数の評価

盛岡赤十字病院 看護部

○杉村 明子、高橋 智恵子、舟越 五百子

【目的】院内感染対策チームでは、ケア時の手指消毒の適正な実施を目標に手指衛生推進キャンペーンを院内全体で実施した。内容は手指衛生に関する研修会実施、ポスター掲示による啓蒙、泡状手指消毒剤の導入と個人携帯の推奨である。今回は手指消毒が不十分であった状況が改善傾向にある手術室の現状を報告する。

【方法】研究期間：2013年1月から2014年4月まで1手指消毒適正実施のためのアクションの経過を振り返る。2手指消毒剤の払い出し量から手術1件あたりの手指消毒回数を算出する。（計算式：手術1件あたりの手指消毒回数＝毎月的手指消毒剤総使用量÷月間手術件数÷手指消毒剤1回量）3アクションと手指消毒回数の変化に関連があるか分析した。

【結果】手指消毒適正実施のための院内感染対策チームのアクションについて、2013年3月に手指衛生実施の向上のための研修会の実施、5月を手指衛生月間とし、ポスター掲示や手洗いチェッカーを使っての啓蒙を行い、8月から泡状手指消毒剤を試行し、2014年1月から導入し、手指消毒剤の個人携帯を開始した。同月、ICNによる手指衛生学習会を実施した。手術1件当たりの手指消毒回数の変化について、2013年はアクション後に回数の一時的な上昇はあるが継続せず手術1件あたり平均5.6回であった。2014年は個人携帯を開始してから平均20.5回に上昇した。

【考察】手術室は感染対策を常に実践する必要のある部署でありながら手指消毒回数が不十分であった。アクション後にも継続しなかった手指消毒が2014年に著しく改善できた。その要因は手指消毒剤の個人携帯であると考えられる。手術時には看護師は看護ケアから滅菌物の取り扱いまで対応しており動きながらの手指消毒が必要である。個人携帯することで消毒剤にアクセスしやすい環境となったことが回数の上昇と関連している。

一般演題  
(ポスター)  
10月16日(木)