

## 0-7-20

### アルコール手指消毒剤による手洗い研修の報告 全職員参加へ向けた取り組み

武蔵野赤十字病院 ICT

○渡邊 麻美、都倉 広子、柴 知子、本郷 偉元、山崎 隆志、菊地 弘樹

【はじめに】当院では2012年度より全職員対象の手指衛生研修を行っている。2013年度には参加率は58%に上昇したが全職員参加には遠かった。2014年度は研修方法を工夫を行い、参加率の上昇がみられたため研修方法と結果、課題を報告する。

【研修の実際】アルコール手指消毒剤に蛍光塗料を混ぜ、それを参加者が手指に塗り込んだ後、手洗いチェッカーでICNが一人ずつ塗り残しの確認を行った。塗り残しがあれば塗り込みが不十分と判定できる。その後、手指衛生のタイミングの理解等の確認を行った。

1) 研修1週間程度前に事前学習資料、研修広報を全部門に配信した 2) 研修期間は8日間、時間は11:00~14:00。研修場所は職員食堂の隣の会議室とした 3) 部署を離れることのできない部門には出張し、夜勤専門看護師など時間内に研修できない場合は個別対応を行った。

【結果】参加率は、2012年度39% 2013年度58% 2014年度73%と上昇がみられた。

【考察】参加率上昇の要因は夜勤専門者にも対応したこと、広報をポスターやイントラネットだけでなく部門長などにメール配信したこと、一人の研修にかかる時間が5分と短かったことなどが挙げられる。また研修後の意見として「おもしろかった」「分かりやすかった」などがあり、今までの流水手洗いの洗い残しのチェックからアルコール手指消毒剤の塗り残しのチェックへ変更したため、目新しい研修であったことや塗り残しが目に見えるため理解しやすかったことなどが考えられた。

【課題】2012年度から研修を開始し参加率は上昇してきている。しかし全職員参加には至らず、研修方法や参加率の低い部門への呼びかけを強化するなどの更なる工夫をしていく必要がある。

## 0-7-22

### 当院におけるオセルトミビル予防投与についての検討

芳賀赤十字病院 ICT

○近藤 義政、小池 順子、矢島 悟子、藤澤 嘉郎、保科 優、黒川 敬男、関澤 真人、金澤 靖子、佐藤 寛丈

【目的】当院では、2012-13インフルエンザシーズンにインフルエンザのアウトブレイクを経験した。オセルトミビルによる予防投与をおこない、アウトブレイクの沈静化に成功した。その経験を踏まえて今シーズンにおいても予防投与を積極的に行った。2シーズンの経過を検証し、予防投与、アウトブレイク防止対策について考察する。

【方法】2012-13シーズンと2014-15シーズンのインフルエンザ罹患患者および職員の発生動向を比較し、オセルトミビルの予防投与方法を検証する。

【結果】2012-13シーズンは、3病棟において職員計87人に予防投与を行った。感染症学会より「指針」が出された直後でもあり、手探りでの予防投与だったが、アウトブレイクを速やかに収束できたと考えられた。今シーズンは4病棟で職員計151人に予防投与を行った。前回の経験を活かして積極的に予防投与を行い、アウトブレイクを起こさず収束できた。

【考察】インフルエンザのアウトブレイクを抑制するためには、流行期に入った1) 積極的に面会制限を行う 2) 病棟職員も体温チェックを行う 3) 大部屋発症の場合には同室者に可能な限りオセルトミビルの予防投与を行う などの対策が必要である。今回の検証でわかったことは、病棟職員への予防投与のタイミングは、1) 1病棟で看護師が3人同日に発症した場合 2) 1病棟で連日看護師が発症した場合 3) 1病棟で連日患者が発症した場合と思われる。インフルエンザ流行期には患者発生動向に注意し、上記のタイミングで予防投与を行えば、発症の伝播は防止できると考えられた。

## 0-7-24

### 感染防止対策地域連携状況と今後の課題

北見赤十字病院 感染対策室<sup>1)</sup>、同 ICT<sup>2)</sup>、同 物流情報管理室<sup>3)</sup>

○松澤 由香里<sup>1)</sup>、鈴木 望<sup>1)</sup>、菅沼 隆<sup>2)</sup>、浅尾 淑子<sup>1)</sup>、安田 篤志<sup>1)</sup>、尾栢 隆<sup>2)</sup>、高橋 美香<sup>2)</sup>、千葉 真人<sup>1)</sup>、富田 浩史<sup>1)</sup>、小笠原 ゆずみ<sup>1)</sup>、富樫 清英<sup>3)</sup>

【はじめに】当院は平成24年度より感染防止対策加算1(以下、加算1)、および感染防止対策地域連携加算を算定している。過去の地域連携における取り組み状況と今後の課題について報告する。

【取り組み】当院は加算1施設として感染防止対策加算2(以下、加算2)を算定する近隣の8施設と連携している。合同カンファレンスのテーマは年度はじめに全施設で行う打合せで決定し、多剤耐性菌対策や感染制御チーム(Infection control team: 以下 ICT) ラウンド方法等について検討した。さらに加算2施設で当院 ICT が訪問ラウンドし、指摘事項や改善結果を合同カンファレンスで共有することも行った。各回のカンファレンスは当院 ICT メンバーが分担して責任者となり、内容や進行の工夫に努めた。加算2算定施設からの相談は、相談シートに内容を入力したものを感染対策室専用メールアドレスに送付してもらった。感染防止対策地域連携加算においては、オホーツク第3次医療圏内の加算1を算定する3施設で連携し互いにラウンドを行った。

【結果】合同カンファレンスに関する参加者アンケートでは概ね良好な評価であった。他施設からの相談は4件あり、他施設からの相談にはガイドラインからのエビデンスや当院の実践をもとに回答した。相談結果を自施設に報告することで新たな器材を購入することができたというケースもあり貢献できたと考える。加算1算定施設との感染防止対策地域連携では、相互に相談機能を発揮しながら切磋琢磨する関係となった。

【課題】広い地域、かつ多施設での連携ゆえ参加施設全てが満足できる内容にすることが難しい場合がある。主体的に参加できる企画の工夫が今後必要。

## 0-7-21

### ウォーターレス法の導入後の評価 ～経腔メッシュ手術後の臨床経過から～

岐阜赤十字病院 看護部<sup>1)</sup>、同 泌尿器科<sup>2)</sup>

○小森 美弥子<sup>1)</sup>、守山 洋司<sup>2)</sup>、白木 優子<sup>1)</sup>、宇野 太志<sup>1)</sup>、松田 みどり<sup>1)</sup>

【はじめに】A 病院では平成26年9月に手術時手洗い方法として、ウォーターレス法(以下 WL 法)を導入した。導入後、骨盤臓器脱に対する経腔メッシュ挿入術(以下 TVM)において術後発熱が遅延する症例が散見された。TVM 以外にも人工物を使用する手術が増加する中、術後感染が懸念され WL 法導入前後の臨床経過の比較と手洗い手技の評価を行ったので報告する。

【方法】1. 臨床経過の比較 1) 調査対象: WL 法で TVM 手術を受けた患者20名(A 群)と従来法で TVM 手術を受けた患者20名(B 群) 2) 調査項目: 術後7日間の最高体温経過と術後1日目・3日目の血液検査(WBC・CRP)の比較分析 2. 手洗い手技の評価 1) 調査対象: TVM 執刀医師 2) 調査方法: 手指培養検査。検体は手洗いで指と爪先を中心に寒天培地に採取した。

【結果】術後7日間の最高体温では、A 群の体温が高く長引く傾向がみられた。また術後1日目・3日目の WBC の比較では A 群と B 群で有意差が認められた(p<0.05)。手指培養検査では従来法の培地にはコロニーは認めなかったが、WL 法ではコロニーが認められた。また、その後 WL 法の手技の確認と改善を行い、再度培養検査を行ったところコロニーを認めなかった。

【考察・まとめ】臨床結果では導入後に発熱の遅延や WBC 上昇など感染徴候に変化が認められた。また培養検査からは WL 法の手技が不十分であり、有効な消毒効果が得られていない可能性があった。今回手洗い手技と感染徴候との関連について断定できないが、WL 法の手技を見直すきっかけとなった。WL 法は推奨される手術時手洗い方法だが、手技のムラで消毒効果に影響を与えるため、導入後は周知や手技の低下に対し継続的なアプローチが必要となる。

## 0-7-23

### IMP 型カルバペネム耐性腸内細菌科細菌アウトブレイクに対する取り組み

岡山赤十字病院 ICT

○小川 一恵、花房 伸幸、岡崎 忠治、中奥 千加子、奥 格

【はじめに】IMP-6型カルバペネム耐性腸内細菌科細菌(以下 CRE)は、イミペネム感性を示し見逃されやすく、大きなアウトブレイクも国内外で報告されている。今回われわれは CRE のアウトブレイクを経験し、日本赤十字社感染対策専門部会の支援を得ながら院内感染対策を実施し、無事終息した事例を経験したので報告する。

【経過】平成26年5月、他院への転院患者1名より CRE が検出された報告を受けた。当該患者の入院時細菌データを再検討したところ、同年1月に MBL 産生腸内細菌科細菌が同定されていたが、イミペネム感性であったため CRE と認識できていなかったことが明らかとなった。院内伝播の危険があり、入院患者のスクリーニングを実施するとともに、状況を日本赤十字社本社、管轄保健所へ報告した。感染対策として、CRE 検査体制の整備、CRE 検出部署の監視培養、水回りを中心とした感染対策の強化、環境の一斉清掃、カルバペネム系抗菌薬監視強化、連携慢性期医療機関の調査、職員への教育、を実施した。平成27年3月末をもって終息と判断されるまでの間、約1年間で3部署13名の患者から CRE が検出された。また連携施設の調査では複数の入院患者から CRE が検出された。

【考察】CRE は菌種を超えて耐性が伝播するため、異なる菌種であっても院内伝播を否定できない。無症状の保菌者もいるため、1例でも CRE が検出されれば同一部署の監視培養が必要である。抗菌薬の適正使用と手指衛生の遵守は、CRE の選択と院内伝播抑制のため重要な対策である。CRE を早期に発見・対処するためには検査体制の整備・充実をはかる必要がある。加えて、患者が医療施設間を移動せざるを得ない昨今の医療状況を鑑み、地域医療機関との情報交換、連携活動も CRE 制御に不可欠であると考えられた。

## 0-7-25

### 輸液ラインアクセスポートの清潔操作の実態調査

旭川赤十字病院 HCU

○本間 勇樹、三上 淳子、北田 修子、福田 香、横尾 藍

【はじめに】当院 HCU 病棟ではセラチアによる血流感染が発生した。原因は不明であるが、看護師の輸液ラインアクセスポートの操作手技に問題はないかと考え、HCU スタッフの輸液ラインアクセスポートの取扱い操作の現状を調査した。

【研究方法】研究対象: 師長・係長を除く HCU 看護師 研究期間: H26年10月~H27年4月調査方法: グリッターバグローションを使用して、ラインアクセスポート取扱い操作調査を4回実施。調査結果を単純集計。

【倫理的配慮】個人が特定されないよう、プライバシー保護と本研究の目的、方法、趣旨を口頭で説明し、研究終了後には、データを破棄する事も加えて、同意を得て実施した。

【結果・考察】調査1~3回目は33名に実施した。調査1回目では取扱い操作手技に問題があったスタッフは57%で、拭き取りを1回しかしていない、円を描いていないが共に84%であった。拭き残しがあったスタッフは72%であり、拭き残し部位は中心のアクセス直結部分が94%、表面全体が36%であった。調査後、手技に問題があったスタッフに指導介入した結果、手技は100%、拭き残しも19%まで改善した。4回目の調査は、10名の異動者を含めて34名に実施した。既存のスタッフの手技は100%、拭き残しも0%であったが、異動者の中で取扱い操作手技に問題があったスタッフは60%であり、全員が拭き取り1回のみで円を描いていなかった。再度、異動者に対して指導介入した結果、手技は100%、拭き残しも0%となった。今回、輸液ラインアクセスポートの取扱い操作による手技を可視化したことで、消毒が不十分であったことを自覚し、見直す良い機会となった。