

第 6 回院内感染対策中央会議での提言等を受けての取り組み

平成 19 年 12 月 17 日に提言された当該病院に対する事項については、以下の通り取り組みに着手、あるいは実施を継続している

(1) 国立感染症研究所実地疫学専門家養成コース (Field Epidemiology Training Program : FETP)、調査委員会の外部委員等からの提言について確実に取組を行うこと。

- 国立感染症研究所実地疫学専門家養成コースからの提言としては、平成 19 年 8 月 14 日に以下を受け、計画的に取り組みを継続している。
 1. 標準予防策の徹底
 - 1) 各種手技のマニュアルの作成と周知
 - 2) 院内勉強会の開催
標準予防策および各種マニュアルについての教育
 - 3) 実際の手技について定期的な院内状況のチェック
 - 4) 外部の感染管理専門家の招聘と調査結果を院内全体での共有
 2. VRE 陽性患者の早期検出・早期対応と接触予防策の徹底
 - 1) VRE スクリーニングの実施
 - (ア) 包括的なスクリーニングの実施
病棟ごとに一定割合以上の入院患者をサンプリングしてスクリーニングを実施
 - (イ) 院内の VRE の拡散についてのリスク評価
スクリーニング結果から病棟ごとのリスク評価を実施
 - (ウ) 積極的なスクリーニング検査の実施による陽性者の早期発見・早期対応
 - A) リスク評価に基づき、ハイリスク者を設定
 - B) ハイリスク者に対する継続的なスクリーニング検査
 - 2) 接触予防策の徹底
 - (ア) VRE 陽性患者の感染管理についてのスタッフ教育
 - (イ) VRE 陽性患者対応マニュアルの作成
隔離、PPE 使用、入室の手順、陰性確認、患者移動の制限等について
 - (ウ) 同マニュアルの遵守状況の確認
 - (エ) VRE 分離情報の院内での共有
 - 3) 病院の上層部による安全管理的対策の推進
 - (ア) 感染管理について安全管理的な観点からの対策の十分な実施
 - (イ) 院内感染対策室に所属する感染管理専門家である ICD (インフェクションコントロールドクター) や ICN が、院内で感染制御の活動を行う上での十分な支援

- (ウ) スクリーニング検査の実施、外部の感染管理専門家による定期的な感染対策の評価、PPE の積極的な使用勧奨などにおける財政的支援
 - (エ) 患者ケアの密度に見合った人員配置
 - 4) VRE 陽性患者に対しての情報提供
 - (ア) VRE 陽性患者転院の際の情報提供
 - (イ) VRE 陽性患者の自宅退院の際の指示
 - 5) 環境処置の強化
 - (ア) 日常清掃のレベル向上と必要箇所における適宜消毒
 - (イ) 周囲環境を汚染しない手技の工夫
 - 6) 医療機材の清潔な使用
 - (ア) 清潔な清拭用タオルを使用すること
 - (イ) 不適切な器具の共用をさけること
 - (ウ) ベットパンウォッシャーの清潔な使用についてマニュアル周知、現状の手技の確認
 - 7) 患者の手指衛生の徹底
 - (ア) オリエンテーションの際の周知
 - (イ) 入院生活のなかでの注意喚起
- 調査委員会の外部委員等からの提言としては、平成19年10月17日に以下を受け、計画的に取り組みを継続している。
 1. 提言1 標準予防策の徹底
 - 1) 院内勉強会の開催 標準予防策および各種マニュアルについての教育
 - 2) 実際の手技について定期的な遵守度のチェック
 2. 提言2 第三者による定期的な評価
 - 1) 定期的な外部の感染管理専門家の招聘
 - 2) 外部の感染管理専門家による調査結果に関する院内全体での共有
 3. 提言3 VRE 陽性患者の早期検出・早期対応と接触予防策の徹底
 - 1) 継続的なVREスクリーニングの実施
 - (ア) VRE 発生病棟での入院歴を有する患者
 - (イ) 長期入院（概ね3ヶ月以上）患者
 - (ウ) VRE 発生(保菌)ハイリスク患者（バンコマイシン長期投与、血液悪性腫瘍、骨髄移植、臓器移植など）
 - 2) 院内のVREの拡散についてのリスク評価
 4. 提言4 接触予防策の徹底
 - 1) VRE 陽性患者の感染管理についてのスタッフ教育
 - 2) VRE 陽性患者対応マニュアルの作成
 - 3) マニュアルの遵守度の確認
 - 4) VRE 分離情報の院内での共有
 5. 提言5 病院の運営・管理部門による安全管理対策の推進
 - 1) 感染管理について安全管理的な観点からの対策の十分な実施（安全管理体制確保の方策を進める上での感染管理部門と医療安全管理部門連携強化）
 - 2) 院内感染対策室に所属する感染管理専門家であるICD（インフェ

クションコントロールドクター)やICNが院内で感染制御の活動を行う上での十分な支援

- 3) 感染管理部門への人的資源など適正な投入
- 4) スクリーニング検査の実施、外部の感染管理専門家による定期的な感染対策の評価、PPEの積極的な使用推奨などにおける財政的支援
- 5) 患者ケアの密度に見合った人員配置
6. 提言6 VRE陽性患者に対しての情報提供
 - 1) VRE陽性患者転院の際の情報提供
 - 2) VRE陽性患者の自宅退院の際の適切な指示
7. 提言7 環境対策の強化(療養環境整備と医療器具等の適切な処理)
 - 1) 日常清掃のレベル向上と必要箇所における適宜消毒
 - 2) 周囲環境を汚染しない手技の工夫
8. 提言8 医療機材の清潔な使用
 - 1) 清潔な清拭用タオルの使用
 - 2) 不適切な器具の共有をさけること
 - 3) ペットハンカッシャーなど汚物室器械の適正な使用と、手技の確認
9. 提言9 患者の手指衛生の徹底
 - 1) 利エンターションの際の周知
 - 2) 入院生活のなかでの注意喚起
10. 提言10 耐性菌産生の未然防止
 - 1) 抗菌薬使用の標準化と継続的な見直し
 - 2) 届出制度あるいは許可制度を導入して使用する
抗菌薬の選定と継続的な見直し

① 特に、標準予防策、接触予防策及び環境清掃の徹底を含めた従業者(委託業者を含む)への教育ならびに患者への啓発についてより効果的な手法について検討すること。

② 当面、今回の原因追及のため、適切なアクティブ・サーベイランス・カルチャー等を検討・実施し、院内伝播を早期に特定する体制を構築すること。

● 当院の取り組み

1. 標準予防策・接触予防策を日常的に実施させる風土の醸成のため、平成20年2月よりICTラウンドの回数を以下の通り変更した。
◎改訂前 ICTチーム(5班)の各班は2回/月ラウンドを担当し、これにより各部署当たり、1回/月のラウンドを実施。
◎改訂後 ICTチーム編成は10班とし、各チームは2回/月ラウンドを担当する。これにより各部署当たり2回/月ラウンドを実施する体制とした。
2. ICTラウンドの際に抗菌薬の使用状況、MRSA及び*C. difficile*トキシンの検出状況を纏めた資料を持参し、病棟スタッフと意見交換の活性化を図ることとした。
3. ICTラウンドの報告書(写真付き)は、ラウンド翌日までにフィードバックすることとした。

4. ICTラウンドの報告書（写真付き）は、月1回概要を作成の上で、院内感染対策委員会および感染リンクナース会議にて情報を共有を図り、また委員相互で検討をおこなうことにより、委員の資質向上にも寄与する教材とすることを期待している。
5. 委託業者の清掃における確認表を作成し、確実な清掃を行うよう指導した。

(2) 実施した取組について、院内外の専門家による評価を行う体制を確立し、その結果を改善につなげること。

● 着手した取り組み

1. 報告書で委員から概ねの同意を得ていた VRE スクリーニング対象者（長期入院患者、VRE 発生ハイリスク患者、VRE 陽性患者が確認された病棟に入院中の患者（陽性患者が確認された時点で実施））に、入院時におけるスクリーニング対象として
 - 1) 90日以内に他の医療機関及び社会福祉施設になどへの入院歴を有する患者
 - 2) これまでの VRE 発生病棟の入院歴を有する患者
 - 3) これまでに VRE 保菌が確認された患者（既陽性者）
 - 4) 透析中の患者を加え、この基準で平成19年12月27日から実施している。

(3) (1)、(2)を実施するに当たり、ICTの横断的活動をより増強・推進するよう、病院長をはじめとし、病院全体で支援できる体制を構築すること。

● 着手した取り組み

1. 医療安全対策室と院内感染対策室を同一管理部門とし、病院長室に隣接する同一フロアーに移設した。
2. 院内感染対策室の専任者も看護師1名に加え、平成20年1月15日から、薬剤師1名と事務職員（1名）を専任として配置し体制の強化を実施している。

以上