

第4回 J感染制御 ネットワークフォーラム

要旨集

2012年
8月25日(土) 9:30~18:00

仙台国際センター



主催 J感染制御ネットワーク

第4回 J感染制御 ネットワークフォーラム

要旨集

2012年8月25日(土)

仙台国際センター



第4回J感染制御ネットワークフォーラム 要旨集

会 期 2012年8月25日(土) 9:30~18:00 (展示 9:30~17:00)

会 場 仙台国際センター
〒980-0856 仙台市青葉区青葉山無番地
TEL: 022-265-2211 (代表)

参加登録費 3,000円

※本フォーラム参加者は、ICD認定更新のための単位(2単位)、ICMT認定更新のための単位(2単位)を取得できます。なお、「薬剤師のためのICワークショップ」受講者には日病薬感染制御認定(1単位)、日本薬剤師研修センター(1単位)が付与されます。13:30からの「日本感染管理ネットワーク東北支部 第3回研修会」につきましては、会員以外の方は参加費500円が別途必要となります。

総合受付 参加登録受付・総合案内
8月25日(土) 8:30~17:00 仙台国際センター 2F ロビー

主 催 J感染制御ネットワーク

共 催 アステラス製薬株式会社、株式会社エッチ・ケイ・プランニング、MSD株式会社、花王プロフェッショナル・サービス株式会社、杏林製薬株式会社、キョーリンメディカルサプライ株式会社、塩野義製薬株式会社、シスメックス・ビオメリュー株式会社、第一三共株式会社、大正富山医薬品株式会社、大日本住友製薬株式会社、中外製薬株式会社、テルモ株式会社、日本ベクトン・ディッキンソン株式会社、ファイザー株式会社、丸石製薬株式会社、Meiji Seika ファルマ株式会社、吉田製薬株式会社

共 賛 <展示会>

アイテック阪急阪神株式会社、株式会社エスアールエル、花王プロフェッショナル・サービス株式会社、杏林製薬株式会社、クロコ企画株式会社、ゲティング・ジャパン株式会社、健栄製薬株式会社、サラヤ株式会社、シスメックス株式会社、株式会社ジェイ・エム・エス、ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社、スリーエムヘルスケア株式会社、積水メディカル株式会社、大幸薬品株式会社、テルモ株式会社、フィンガールリンク株式会社、丸石製薬株式会社、ミヤリサン製薬株式会社、株式会社モレーンコーポレーション、吉田製薬株式会社

<広告>

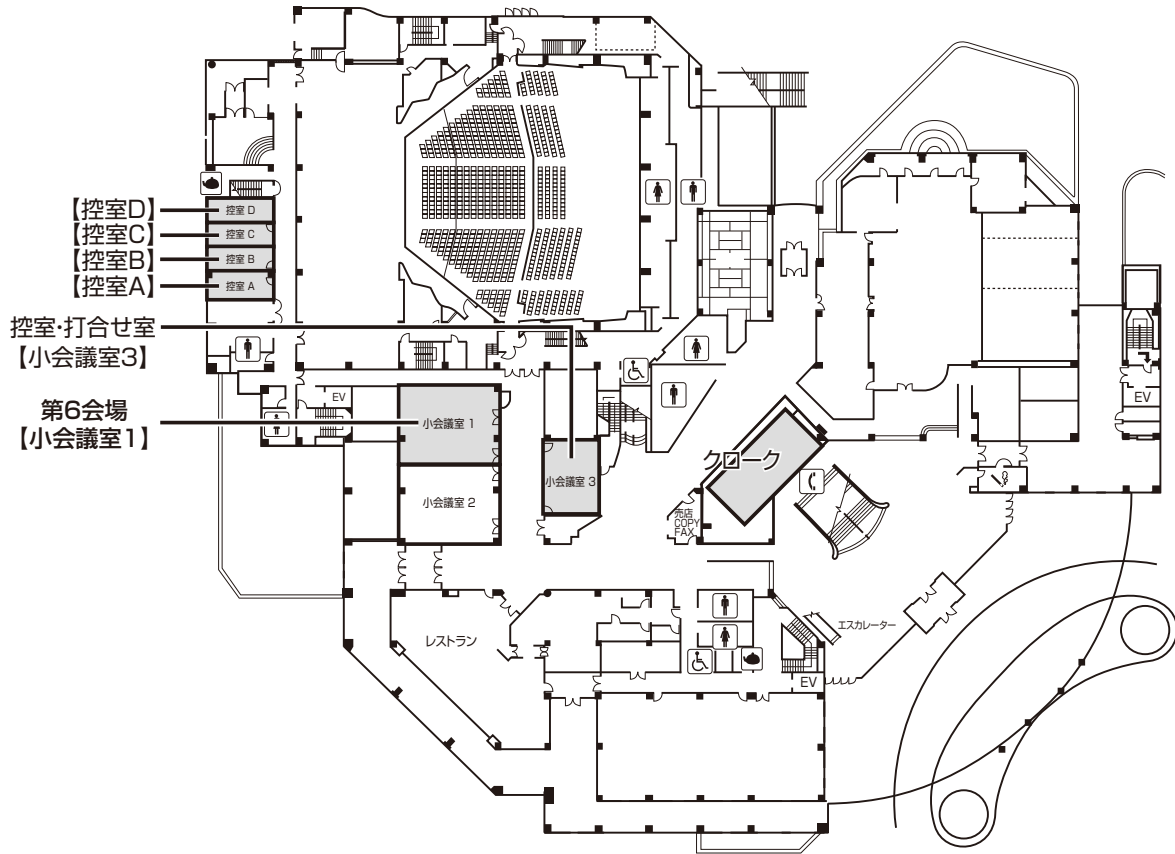
アークレイマーケティング株式会社、アステラス製薬株式会社、アリアメディカル株式会社、株式会社エイアンドティー、MSD株式会社、大塚製薬株式会社、花王プロフェッショナル・サービス株式会社、杏林製薬株式会社、キョーリンメディカルサプライ株式会社、グラクソ・スミスクライン株式会社、ケーディーアイコンズ株式会社、サノフィパスツール株式会社、塩野義製薬株式会社、大日本住友製薬株式会社、テルモ株式会社、富士レビオ株式会社、扶桑薬品工業株式会社、ベックマン・コールター株式会社、ミヤリサン製薬株式会社、吉田製薬株式会社

後 援 宮城県、青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県
仙台市、宮城県医師会、仙台市医師会、東北厚生局

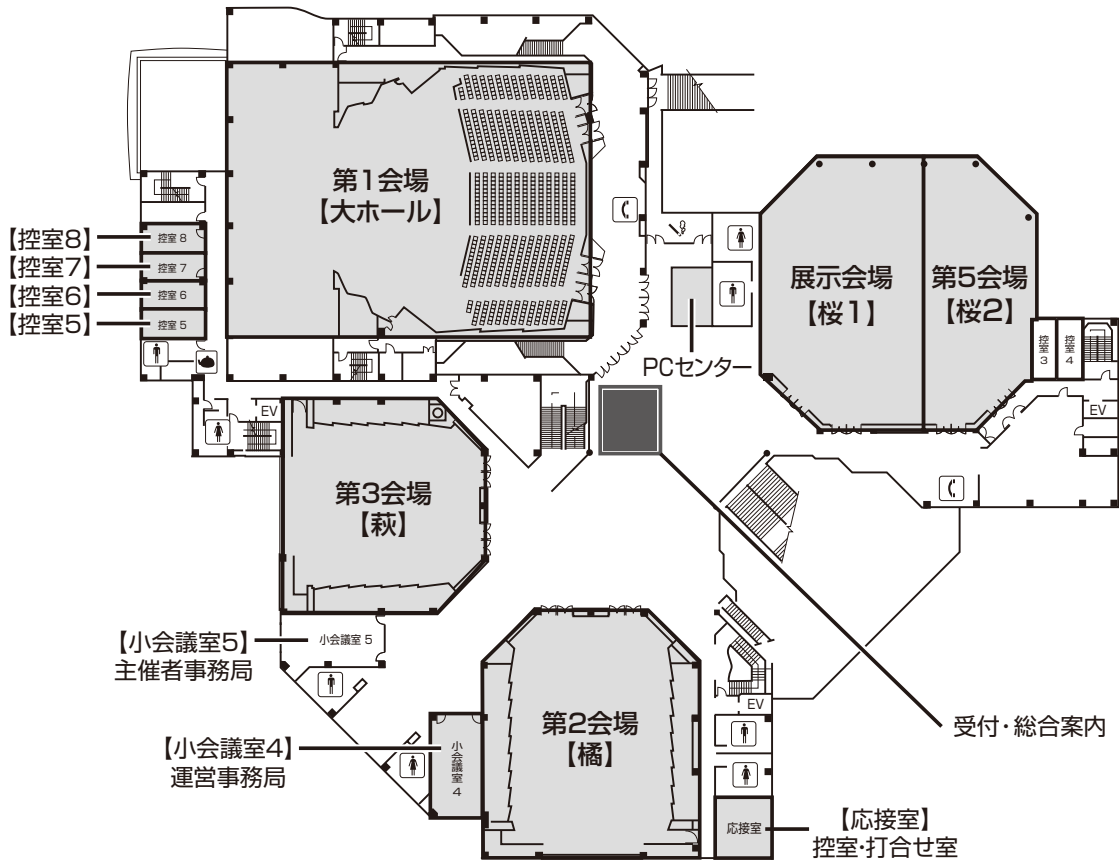
事 務 局 J感染制御ネットワーク 事務局
東北大学大学院医学系研究科 感染制御・検査診断学分野
〒980-8574 宮城県仙台市青葉区星陵町 1-1
TEL : 022-717-7373 FAX : 022-717-7375

会場案内図

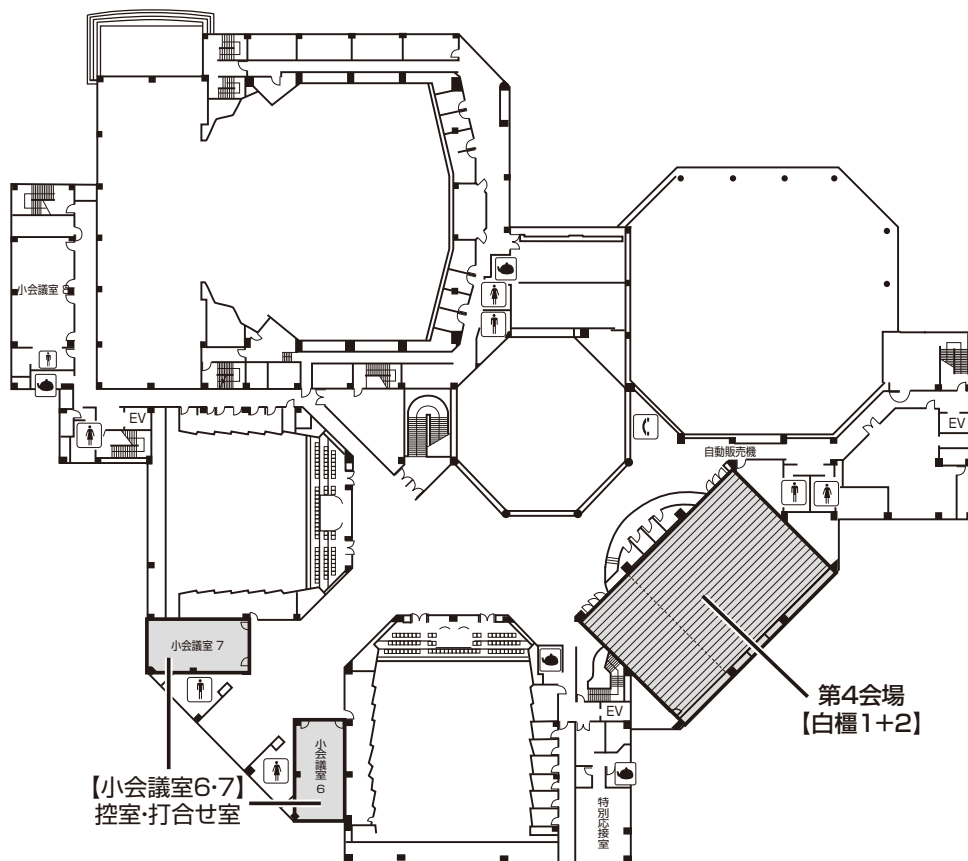
1F



2F



3F



日程表

会場名	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	第5会場	第6会場	ポスター・ 機器展示会場	会場名
部屋名	大ホール	橘	萩	白櫃1+2	桜2	小会議室1	桜1	部屋名
フロア	2階	2階	2階	3階	2階	1階	2階	フロア
8:00								8:00
8:30								8:30
9:00								9:00
9:30								9:30
10:00		感染管理 ベストプラクティス ワークショップ	薬剤師のための ICワークショップ	アウトブレイク対応 シンポジウム 「アウトブレイク対応の 実際—薬剤耐性菌& インフルエンザ」			ポスター・ 機器展示	10:00
10:30								
11:00								11:00
11:30							ドリンク・休憩コーナー	11:30
12:00		教育セミナー1 (ランチョン) 「抗MRSA薬の Management ～新たな一手～」	教育セミナー2 (ランチョン) 「日本医療機能評価機構と 感染管理」	教育セミナー3 (ランチョン) 「高齢者呼吸器感染症の マネージメント」	教育セミナー4 (ランチョン) 「感染対策で苦労したこと ～浜松医療センターでの 経験～」	教育セミナー5 (ランチョン) 「病院における環境衛生の ピットフォール」		12:00
12:30								
13:00								13:00
13:30							13:00～14:10 ポスター発表 1～3コース (70分)	13:30
14:00		教育セミナー6 (スイーツ) 「耐性菌制御を目指した 抗菌薬化学療法 抗菌薬コンサルト時に 必要な8つの情報」	教育セミナー7 (スイーツ) 「重症敗血症への アプローチ」	教育セミナー8 (スイーツ) 「生体オリゴクチンの問題点と 不活化オリゴクチン 導入の課題」	教育セミナー9 (スイーツ) 「問題となる感染症」	日本感染管理ネットワーク 東北支部 第3回研修会 「感染防止対策加算に 関わる地域連携報告」		14:00
14:30								
15:00								15:00
15:30								15:30
15:45								15:45
16:00	総合シンポジウム 「感染制御地域 ネットワークの重要性と 地域連携加算」							16:00
16:30								16:30
17:00								17:00
17:30								17:30
17:45	フォーラム総括・閉会挨拶							17:45
18:00								18:00
18:30								18:30
19:00								19:00

第1会場 (大ホール)

共催：吉田製薬株式会社
シスメックス・バイオメリュー株式会社
丸石製薬株式会社

総合シンポジウム 「感染制御地域ネットワークの重要性と地域連携加算」

司会：賀来 満夫 (東北大学 感染制御・検査診断学 教授)
金光 敬二 (福島県立医科大学 感染制御学 教授)

15:45 ~ 16:25

基調講演

わが国の感染制御の道のりと地域連携ネットワーク

演者：大久保 憲 (東京医療保健大学大学院 感染制御学 教授)

16:25 ~ 16:55

地域連携取り組みの紹介

16:25-16:40

(1) 宮城県での取り組み

演者：國島 広之 (東北大学大学院医学系研究科 感染症診療地域連携講座 准教授)

16:40-16:55

(2) 福島県立医科大学を核とした福島県でのネットワーク構築の取組み

演者：森 浩子 (福島県立医科大学附属病院 感染制御部)

16:55 ~ 17:05

追加発言

演者：北村 龍彦 (日本医療機能評価機構感染管理部会 部会長)

17:05 ~ 17:45

総合討論

第2会場 (橘)

共催：花王プロフェッショナル・サービス株式会社

感染管理ベストプラクティスワークショップ

司会：高橋 睦 (山形済生病院 感染管理認定看護師)
吉田 優 (岩手医科大学附属病院 感染管理認定看護師)

9:35 ~ 9:50

感染管理ベストプラクティスの考え方

演者：土井 英史 (特定非営利活動法人日本感染管理支援協会 理事長)

9:50 ~ 9:55

J感染制御ネットワーク東北ベストプラクティス部会活動報告

演者：小山田厚子 (J感染制御ネットワーク東北ベストプラクティス部会 部会長代行/独立行政法人国立病院機構仙台医療センター 感染対策室 感染管理認定看護師)

9:55 ~ 11:05

感染管理ベストプラクティス事例発表

演 者：

(1) 3・11 から学ぶ、被災した病院での分娩対応 —お産は待ってこない—

佐々木浩美 (スズキ記念病院 感染管理認定看護師)

(2) 東日本大震災における当園(栄養室)での対応と課題

佐藤 亜紀 (医療法人くさの実会光ヶ丘保養園 栄養室 管理栄養士)

(3) 手術室の環境整備の教育について

山谷 大介 (北北上北広域事務組合公立野辺地病院 看護局 中央手術室)

(4) 真空管採血法の感染管理ベストプラクティス

阿部絵里香 (秋田労災病院 3階西病棟)

(5) 看護実践に生かされた感染管理ベストプラクティスの取り組み
—看護技術6項目を作成して—

木下香代子 (盛岡赤十字病院 B4病棟)

(6) 排泄ケア時の感染対策

大貫 悟 (山形県済生会介護老人保健施設フローラさいせい 看護係)

(7) リンクナース会における感染管理ベストプラクティスの取り組み
～福島県立医科大学附属病院の場合～

吉田 明子 (公立大学法人福島県立医科大学附属病院 感染制御部 主任看護
技師 感染管理認定看護師)

11:05 ~ 11:15

医療機能評価の立場から

演 者：北村 龍彦 (社会医療法人近森会近森病院 副院長)

11:15 ~ 11:30

総括発言

演 者：賀来 満夫 (東北大学大学院 感染制御・検査診断学分野 教授)

第3会場(萩)

共催：Meiji Seika ファルマ株式会社

9:30～11:30 薬剤師のためのICワークショップ

【開会挨拶】

白石 正 (山形大学医学部附属病院 薬剤部)

9:30-10:30 【特別講演「抗MRSA薬TDMガイドライン」】

司会：白石 正 (山形大学医学部附属病院 薬剤部)

演者：木村 利美 (東京女子医科大学病院 薬剤部 部長)

10:30-11:30 【シンポジウム「大学病院における感染対策加算の実情と薬剤師の役割」
—各大学病院の取り組み—】

司会：平賀 元 (八戸市立市民病院 薬剤部)

演者：

1. 鈴木 博也 (東北大学病院 薬剤部 重症病棟業務室)
2. 加賀谷英彰 (秋田大学医学部附属病院 薬剤部)
3. 細谷 順 (山形大学医学部附属病院 薬剤部)
4. 小野寺直人 (岩手医科大学 医療安全管理部 感染症対策室)
5. ディスカッション

【閉会挨拶】

平賀 元 (八戸市立市民病院 薬剤部)

※受講成果確認レポート提出

※日病薬感染制御認定：1単位 日本薬剤師研修センター：1単位

第4会場(白檀1+2)

共催：中外製薬株式会社

日本ベクトン・ディッキンソン株式会社

9:30～11:30 アウトブレイク対応シンポジウム
アウトブレイク対応の実際—薬剤耐性菌&インフルエンザ

9:30-10:30 第I部「薬剤耐性菌アウトブレイクへの対応」

司会：長沢 光章 (東北大学病院検査部)

演者：金光 敬二 (福島県立医科大学 感染制御学 教授)

10:30-11:30 第II部「これからのインフルエンザ予防と治療」

司会：國島 広之 (東北大学大学院医学系研究科 感染症診療地域連携講座)

演者：菅谷 憲夫 (けいゆう病院小児科)

第6会場 (小会議室 1)

共催：株式会社エッチ・ケイ・プランニング

13:30 ~ 15:30

日本感染管理ネットワーク東北支部 第3回研修会 感染防止対策加算に関わる地域連携報告

司会：佐藤 直美 (国立病院機構弘前病院)

加藤 和枝 (財団法人 星総合病院)

演者：

1. 地域の加算取得状況と当院での活動報告

八戸久美子 (あおもり協立病院 医療安全管理室)

2. 地域における複数施設との連携方法について ~継続できる連携を目指して~

高橋智恵子 (盛岡赤十字病院 医療安全推進室)

3. 療養型施設における感染制御チームの発足と活動開始について

川口菜緒美 (医療法人正和会 五十嵐記念病院 感染制御チーム)

4. 感染防止対策加算2 -初めての感染対策加算取得-

鈴木 美和 (山形県立河北病院 看護部)

5. 宮城における感染防止対策加算と地域連携ネットワーク構築の動き

池田しのぶ (東北大学病院 看護部)

6. 感染対策に関する震災後の影響とICNの挑戦と挫折 -感染対策加算取得に向けて-

西畑利恵子 (南相馬市立総合病院 看護部)

第2会場 (橘)

共催：ファイザー株式会社

12:00 ~ 13:00

教育セミナー 1 (ランチョン) 抗MRSA薬のManagement ~新たな一手~

司会：萱場 広之 (弘前大学大学院医学研究科 臨床検査医学講座 教授)

演者：

講演 1 「肺炎のベストプラクティスを目指して

~医療のIT化に対応した肺炎サーベイランスの挑戦~

進藤有一郎 (名古屋大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学)

名古屋大学高等研究院 特任助教)

講演 2 「抗MRSA薬使用に関する最近の考え方と感染制御の実際」

関 雅文 (大阪大学医学部附属病院 感染制御部 副部長)

第3会場 (萩)

12:00 ~ 13:00

教育セミナー 2 (ランチオン) 日本医療機能評価機構と感染管理

共催：第一三共株式会社

司 会：賀来 満夫 (東北大学 感染制御・検査診断学 教授)

演 者：北村 龍彦 (社会医療法人近森会 近森病院 副院長)

第4会場 (白檀 1 + 2)

12:00 ~ 13:00

教育セミナー 3 (ランチオン) 高齢者呼吸器感染症のマネジメント

共催：塩野義製薬株式会社

司 会：武田 博明 (済生会 山形済生病院 呼吸器内科 統括診療部長)

演 者：小林 治 (杏林大学 教授 保健学部看護学科医療科学Ⅱ 医学部附属病院
感染症科)

第5会場 (桜 2)

12:00 ~ 13:00

教育セミナー 4 (ランチオン) 感染対策で苦勞したこと ~浜松医療センターでの経験~

共催：テルモ株式会社

司 会：満田 年宏 (横浜市立大学附属病院感染制御部 部長 准教授)

演 者：矢野 邦夫 (浜松医療センター 副院長 兼 感染症科長)

第6会場 (小会議室 1)

12:00 ~ 13:00

教育セミナー 5 (ランチオン) 病院における環境衛生のピットフォール

共催：キョーリンメディカルサプライ株式会社
杏林製薬株式会社

司 会：残間由美子 (財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院 感染制御室)

演 者：藤木くに子 (北里大学病院 感染管理室)

第2会場(橘)

14:00 ~ 15:30

教育セミナー 6 (スイーツ) 耐性菌制御を目指した抗菌化学療法 抗菌薬コンサルト時に必要な8つの情報

共催：大正富山医薬品株式会社

司会：藤田 直久（京都府立医科大学附属病院 臨床検査部・感染対策部 部長）

演者：竹末 芳生（兵庫医科大学 感染制御学 主任教授）

第3会場(萩)

14:00 ~ 15:30

教育セミナー 7 (スイーツ) 重症敗血症へのアプローチ

共催：大日本住友製薬株式会社

司会：武内 健一（岩手県立中央病院 統括副院長）

演者：

1. 重症敗血症患者におけるメロペン 3g の使用経験

入野田 崇（東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座救急医学分野 助教）

2. 重症敗血症の病態とプロカルシトニンを用いた診断・治療展開の可能性

久志本成樹（東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座救急医学分野 教授）

3. 総合討議

第4会場(白檀 1 + 2)

14:00 ~ 15:30

教育セミナー 8 (スイーツ) 生ポリオワクチンの問題点と不活化ポリオワクチン導入の課題

共催：アステラス製薬株式会社

司会：三浦 克志（宮城県立こども病院 総合診療科 部長）

演者：細矢 光亮（福島県立医科大学医学部 小児科学講座 教授）

第5会場(桜2)

14:00 ~ 15:30

教育セミナー 9 (スイーツ)
問題となる感染症

共催：MSD株式会社

司 会：森澤 雄司（自治医科大学 内科学講座診療連携部門 感染制御部 准教授）

演 者：

1. ハイ・リスク患者における深在性真菌症とその対策 Up to date

時松 一成（大分大学医学部総合内科学第二講座 診療准教授）

2. MRSAの感染制御

光武耕太郎（埼玉医科大学国際医療センター 感染症科・感染制御科 教授）

一般演題（ポスター） 会場（桜1）

1 コース：13:00～13:56

司会：吉田 理香（近畿大学医学部附属病院 安全管理部感染対策室 看護長 感染管理認定看護師）

演題番号	演題名	筆頭演者名	筆頭演者所属
P-1	薬剤混合のベストプラクティス	佐藤 愛	市立横手病院
P-2	薬剤混合・与薬管理	須藤麻衣子	医療法人永仁会 永仁会病院
P-3	呼吸器関連感染症（VAP）予防—口腔ケアベストプラクティス使用による教育—	加藤 鮎美	秋田県成人病医療センター
P-4	尿道カテーテル留置	佐藤栄美子	大崎市民病院
P-5	「吸引」手順の遵守率を高めるリンクナース活動の報告	谷津 千恵	国立病院機構 宮城病院
P-6	新入職者への感染対策教育を実施して	阿部めぐみ	社会福祉法人恩賜財団済生会 山形済生病院
P-7	精神科における環境整備について	小笠原麻衣子	市立大曲病院
P-8	器材の洗浄滅菌	鈴木真由美	篠田総合病院

2 コース：13:00～13:56

司会：佐藤 久子（塩竈市立病院 看護部）

演題番号	演題名	筆頭演者名	筆頭演者所属
P-9	断水時のトイレの工夫	玉山 理華	財団法人宮城県成人予防協会 仙台循環器病センター
P-10	災害時のトイレの工夫	神谷ちづ子	塩竈市立病院
P-11	暗い！水がない！お産が始まる！～ライフライン別、災害時分娩介助手順の作成～	小野寺奈美	スズキ記念病院
P-12	被災病院の洗浄・消毒・滅菌 ～自家発電と節水下で～	上野由香里	スズキ記念病院
P-13	バルブシリンジの洗浄・消毒	菅原 由佳	スズキ記念病院
P-14	真空採血管による採血手順の作成と、教育前後の評価から	千葉 美香	スズキ記念病院
P-15	厨房内清掃におけるベストプラクティスの取り組み ～配膳車清掃～	重巢 綾香	医療法人永仁会 永仁会病院
P-16	退院後病室の環境整備	星 裕子	医療法人永仁会 永仁会病院

3 コース：13:00～14:10

司会：加來 浩器（防衛医科大学校 防衛医学研究センター 感染症疫学対策研究官）

演題番号	演題名	筆頭演者名	筆頭演者所属
P-17	当院における感染管理ベストプラクティスの取り組みと効果	渡辺 絢子	公立大学法人 福島県立医科大学附属病院
P-18	口腔・鼻腔内吸引	北埜さつき	地方独立行政法人 秋田県立病院機構 秋田県立リハビリテーション・精神医療センター
P-19	ベストプラクティス 吸引	松本 大輔	市立角館総合病院
P-20	気道内分泌物吸引について ～職員教育から見えた課題～	工藤 智	医療法人健永会 明日実病院
P-21	標準予防策遵守向上を目指して—気道分泌物吸引時のエプロンの改良—	富田 典子	秋田大学医学部附属病院
P-22	当院のNICUの取り組み	佐川美智子	社会福祉法人恩賜財団済生会 山形済生病院
P-23	喀痰吸引時における標準予防策の確実な実施を目指して	加藤 一心	岩手県立中部病院
P-24	小児専門病院における水痘院内発症事例を経験して	森谷 恵子	宮城県立こども病院
P-25	性感染症と喫煙の日本地理	長尾 吉郎	相雲会 小野田病院
P-26	手指衛生と環境整備に取り組んで	村松 祐紀	岩手県立中部病院

要旨集

総合シンポジウム

感染制御地域ネットワークの重要性と地域連携加算

司会：賀来 満夫（東北大学 感染制御・検査診断学 教授）

金光 敬二（福島県立医科大学 感染制御学 教授）

交通の発達や人々の活発な交流により、感染症の“グローバル化・ボーダーレス化”が急速に進みつつある。そのため、感染症の問題は今や医療施設のみならず、社会全体の“リスク”となっており、地域においてネットワークを確実に構築し、連携協力して感染症対策・感染制御に取り組んでいく必要がある。一方、本年4月から、診療報酬改定により、「感染防止対策加算、感染防止対策地域連携加算」が新たに設けられ、地域連携の重要性があらためて強く認識されるようになった。

本シンポジウムでは、“感染制御地域ネットワークの重要性”と“地域連携加算”に関して、これまでの我が国における流れについての基調講演に続き、宮城県、福島県における地域連携に関する取り組みの紹介をしていただくこととしている。本シンポジウムを通じ、「ネットワークの構築をいかに行うか、地域連携の在り方、今後に向けた課題」、等について大いに討論し、地域全体の情報の共有化をはかりたいと考えている。

1. 基調講演

わが国の感染制御の道のりと地域連携ネットワーク

大久保 憲（東京医療保健大学大学院 感染制御学 教授）

わが国の医療関連感染制御は、1991年以降の主要な3つの厚生労働省通知によりその方向性が示されてきた。

MRSA感染対策を主とした1991年の通知、厚労省院内感染対策有識者会議の内容を踏まえた2005年通知、そして2011年6月に発表された感染のアウトブレイクに対する対応と感染対策地域支援ネットワークの構築などについての通知がある。これらの通知を踏まえて、厚労省が示してきた感染制御の道のりと診療報酬との関連を中心に解説する。

2. 地域連携取り組みの紹介

(1) 宮城県での取り組み

國島 広之（東北大学大学院医学系研究科 感染症診療地域連携講座 准教授）

今回、手指衛生など感染対策の遵守状況や薬剤耐性菌の検出状況、各種指針やマニュアルの策定において、合同カンファレンスや相互チェックを通じてより一層の感染対策の向上が図られるとともに、従来からの感染制御地域ネットワークを含め、すべての医療機関、社会福祉施設、行政における連携の推進が必要である。

(2) 福島県立医科大学を核とした福島県でのネットワーク構築の取り組み

森 浩子（福島県立医科大学附属病院 感染制御部）

本県では、地域連携に向け当大学の呼びかけで本年3月に「福島感染制御ネットワーク」を立ち上げた。保健福祉事務所の管轄エリアにより県内を4ブロックに分け、各地域内で加算1と2の連携を希望するグループを作り、以後ICNの協力で4ブロック内及び県全体のネットワーク構築に向け取り組みを続けているので紹介したい。

3. 追加発言 北村 龍彦（日本医療機能評価機構感染管理部会 部会長）

4. 総合討論

感染管理ベストプラクティスワークショップ

司会：高橋 睦（山形済生病院 感染管理認定看護師）
吉田 優（岩手医科大学附属病院 感染管理認定看護師）

演者：

- 9：35～9：50 「感染管理ベストプラクティスの考え方」
土井 英史（特定非営利活動法人日本感染管理支援協会 理事長）
- 9：50～9：55 「J感染制御ネットワーク東北ベストプラクティス部会活動報告」
小山田厚子（J感染制御ネットワーク東北ベストプラクティス部会 部会長代行／
独立行政法人国立病院機構仙台医療センター 感染対策室 感染管理認定看護師）
- 9：55～11：05 「感染管理ベストプラクティス事例発表」
「3・11から学ぶ、被災した病院での分娩対応 -お産は待ってこない-」
佐々木浩美（スズキ記念病院 感染管理認定看護師）
「東日本大震災における当園（栄養室）での対応と課題」
佐藤 亜紀（医療法人くさの実会光ヶ丘保養園 栄養室 管理栄養士）
「手術室の環境整備の教育について」
山谷 大介（北部上北広域事務組合公立野辺地病院 看護局 中央手術室）
「真空管採血法の感染管理ベストプラクティス」
阿部絵里香（秋田労災病院 3階西病棟）
「看護実践に生かされた感染管理ベストプラクティスの取り組み -看護技術6項目を作成して-」
木下香代子（盛岡赤十字病院 B4病棟）
「排泄ケア時の感染対策」
大貫 悟（山形県済生会介護老人保健施設フローラさいせい 看護係）
「リンクナース会における感染管理ベストプラクティスの取り組み
～福島県立医科大学附属病院の場合～」
吉田 明子（公立大学法人福島県立医科大学附属病院 感染制御部 主任看護技師 感染管理認定
看護師）
- 11：05～11：15 「医療機能評価の立場から」
北村 龍彦（社会医療法人近森会近森病院 副院長）
- 11：15～11：30 「総括発言」
賀来 満夫（東北大学大学院 感染制御・検査診断学分野 教授）

この研究会は医療施設や介護施設など、現場に即した適切な感染管理手順の作成と医療及び介護従事者に対して実践的なプロセス改善の支援を目的として活動しており、今年で8年目を迎えます。昨年3月11日に発生した東日本大震災により、きわめて広範な地域に甚大な被害をもたらした多くの尊い命を失いました。多くの医療施設においても壊滅的な被害の中、過酷な状況での感染管理を強いられ、岩手、宮城、福島の3県に於いては震災からの復旧を最優先とし、ベストプラクティスワーキングの開催を見送ることにしました。しかし、今年度は各県においてワーキングの再開が可能となり、新たに「災害時のベストプラクティス」をワーキンググループの一つのテーマとしてディスカッションし、災害時においても実践的に活用できる「災害時の感染管理ベストプラクティス」として事例集を発行する予定であります。これまで本部会に参加された方々の創意・工夫・努力によって生み出された事例集「感染管理ベストプラクティス～実践現場の最善策をめざして～」第1版及び第2版、並びに「イラストで理解する福祉現場の感染対策」に引き続き期待して頂ければと思います。そして、震災に際して多くの皆様から多大なご支援をいただき、この機会をお借りして深く感謝申し上げます。

今回のワークショップでは基調講演といたしまして、土井英史先生より実践現場をひきつける「感染管理ベストプラクティスの考え方」についてお話しをいただきます。また、「感染管理ベストプラクティス」について災害時を含めた事例を7名の方に報告していただきます。北村龍彦先生より「医療機能評価の立場から」お話しをいただき、最後に当ワークショップの総括として、賀来満夫先生より当部会に対するご意見や今後の取り組みについてご教示いただく予定であります。

実践現場における医療・看護・介護行為には一連の連鎖があり、感染管理の観点から、全体を通じてコンプライアンスを向上させるとともに確実に継続し、プロセス管理を徹底させていく必要があります。

当ワークショップでは、感染管理ベストプラクティスが示す実践現場の事実を共有し、自施設で必要とされる感染対策の推進について皆様とご一緒に考えていきたいと思っております。

J感染制御ネットワーク東北ベストプラクティス部会
部会長代行 国立病院機構仙台医療センター 小山田厚子

薬剤師のためのICワークショップ

開会挨拶

白石 正（山形大学医学部附属病院 薬剤部）

9：30～10：30

《特別講演》

司会：白石 正（山形大学医学部附属病院 薬剤部）

「抗MRSA薬TDMガイドライン」

演者：木村 利美（東京女子医科大学病院 薬剤部 部長）

10：30～11：30

《シンポジウム》

司会：平賀 元（八戸市立市民病院 薬剤部）

テーマ

「大学病院における感染対策加算の実情と薬剤師の役割」

—各大学病院の取り組み—

1. 鈴木 博也（東北大学病院 薬剤部 重症病棟業務室）
2. 加賀谷英彰（秋田大学医学部附属病院 薬剤部）
3. 細谷 順（山形大学医学部附属病院 薬剤部）
4. 小野寺直人（岩手医科大学 医療安全管理部 感染症対策室）
5. ディスカッション

閉会挨拶

平賀 元（八戸市立市民病院 薬剤部）

受講成果確認レポート提出 日病薬感染制御認定：1単位 日本薬剤師研修センター：1単位

昨年は東日本震災のため中止を余儀なくされた東北感染制御ネットワークフォーラムは、今年からネーミングを変更して「J感染制御ネットワークフォーラム」として開催されることとなった。ネーミングが変更されたが、賀来満夫先生のご配慮により「薬剤師のためのICワークショップ」は、前回と同様に企画され開催される運びとなったことに感謝申し上げる。

今回、「薬剤師のためのICワークショップ」は、特別講演に東京女子医科大学病院 薬剤部 部長の木村利美先生をお迎えして、抗菌薬TDMの新ガイドラインを紹介していただくことになった。木村先生は米国の留学を経験しておりTDM関連において造詣の深い先生であることはご承知のごとくである。今回は実務的内容よりもむしろ総論的な講演をお願いしている。

シンポジウムは平成24年診療報酬改定で感染対策加算1および2が新設されたことを契機に「大学病院における感染対策加算の実情と薬剤師の役割」とした。大学病院に限定したのは、地域の基幹病院であるとともに特定機能病院として感染対策加算1の対象となり、感染対策加算2の医療機関と連携を持たねばならないためである。シンポジウムの時間に制限があるため既に届け出を済ませた4大学病院（東北大学、山形大学、岩手医科大学、秋田大学）の先生にシンポジストをお願いし、進行役は経験豊富な平賀先生をお願いした。感染対策加算の新設により各大学病院が地域の医療施設とどのような連携を行っているか、その実情および年4回開催しなければならないカンファレンスに薬剤師がどのように関与しているか、または関与したかについて発表していただくようお願いしている。本シンポジウムを通して今後の連携のありかたに参考となれば幸いである。

アウトブレイク対応シンポジウム

アウトブレイク対応の実際—薬剤耐性菌 & インフルエンザ

近年、医療関連施設における感染症対策の重要性が認識されるようになり、各施設ではICTなどによる迅速な対応が行われるようになってきている。しかし、依然として薬剤耐性菌やインフルエンザによるアウトブレイクは繰り返し発生し、社会的にも大きな問題となっているのが現状である。特に、薬剤耐性菌の問題は、市中感染としての問題点も指摘されており、いわゆる医療関連感染としての問題が大きくクローズアップされてきている。また、一方、インフルエンザはその高い伝播性により施設内で爆発的に感染が拡大し、容易に感染拡大を抑制できない場合もあるなど、いまだに多くの課題があることが指摘されている。

本シンポジウムでは、第Ⅰ部として、“薬剤耐性菌のアウトブレイク” にいかに対応すべきか、第Ⅱ部として、“インフルエンザのアウトブレイク” にいかに対応すべきか、について討議をすすめていくこととしている。

1. 第Ⅰ部 「薬剤耐性菌アウトブレイクへの対応」 9:30～10:30

司会：長沢 光章（東北大学病院検査部）

演者：金光 敬二（福島県立医科大学 感染制御学 教授）

感染管理者にとって最も避けたい事態がアウトブレイクの発生である。しかし、アウトブレイクのリスクは常に存在する。ここでは薬剤耐性菌アウトブレイクにどう対応すべきかを考えてみたい。

2. 第Ⅱ部 「これからのインフルエンザ予防と治療」 10:30～11:30

司会：國島 広之（東北大学大学院医学系研究科 感染症診療地域連携講座）

演者：菅谷 憲夫（けいゆう病院小児科）

日本で確立したインフルエンザ診療、迅速診断とノイラミニダーゼ阻害薬による治療が世界で高く評価されている。ノイラミニダーゼ阻害薬の早期投与が入院と死亡を抑えることが確認されたからである。インフルエンザワクチンの有効性は個人の発病防止効果、Direct Protectionで論じられ、有効率は60～90%といわれている。それに加えて、Indirect Protectionの有効性について理解を広めることが重要である。

日本感染管理ネットワーク東北支部 第3回研修会 感染防止対策加算に関わる地域連携報告

司会：佐藤 直美（国立病院機構弘前病院）
加藤 和枝（財団法人 星総合病）

演者：

1. 「地域の加算取得状況と当院での活動報告」
八戸久美子（あおもり協立病院 医療安全管理室）
2. 「地域における複数施設との連携方法について～継続できる連携を目指して～」
高橋智恵子（盛岡赤十字病院 医療安全推進室）
3. 「療養型施設における感染制御チームの発足と活動開始について」
川口菜緒美（医療法人正和会 五十嵐記念病院 感染制御チーム）
4. 「感染防止対策加算2 –初めての感染対策加算取得–」
鈴木 美和（山形県立河北病院 看護部）
5. 「宮城における感染防止対策加算と地域連携ネットワーク構築の動き」
池田しのぶ（東北大学病院 看護部）
6. 「感染対策に関する震災後の影響とICNの挑戦と挫折 –感染対策加算取得に向けて–」
西畑利恵子（南相馬市立総合病院 看護部）

今年度、診療報酬改定において感染防止対策加算が改定され、感染制御における地域連携の重要性が謳われています。東北地区においても、地域連携の様々な取り組みがなされていますが、日本感染管理ネットワーク東北支部では、東北各県のICNの立場から地域連携の取組み状況を報告していただき、情報を共有してより良い感染防止活動につなげていきたいと考えました。感染対策に携わる皆様の、明日からの地域連携へのヒントにつなげていただければ幸いです。

一般社団法人 日本感染管理ネットワーク東北支部 運営委員会

会員以外は参加費 500 円が必要となりますが、感染対策に関わりのある方でしたらどなたでもご参加いただけます。

教育セミナー1(ランチョン)

抗MRSA薬のManagement ～新たな一手～

司会：萱場 広之（弘前大学大学院医学研究科 臨床検査医学講座 教授）

演者：

講演1「肺炎のベストプラクティスを目指して

～医療のIT化に対応した肺炎サーベイランスの挑戦」

進藤有一郎（名古屋大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学

名古屋大学高等研究院 特任助教）

講演2「抗MRSA薬使用に関する最近の考え方と感染制御の実際」

関 雅文（大阪大学医学部附属病院 感染制御部 副部長）

現在、本邦において臨床で分離される黄色ブドウ球菌のうち約50～70%をMRSAが占めている。また、院内で分離される耐性菌のなかで最も分離頻度が高いのが院内感染型MRSAである。一方、近年米国において市中感染型MRSA(CA-MRSA)が急増し、本邦においても皮膚・軟部組織感染症患者からのCA-MRSAの分離症例が増加するなど新たな脅威に晒されている。

このようなMRSAの感染拡大を防止するためには、標準予防策に加え接触予防策の実施が効果を上げている。また、抗MRSA薬も現在5剤が処方可能であり、この抗MRSA薬を上手く使いこなす事により、入院日数の短縮、薬剤費の減少に繋がるとの報告も出てきている。

本セミナーでは上記の様な状況を踏まえ、名古屋大学の進藤先生にはサーベイランスデータを紹介していただき、MRSA肺炎を含む疾患の全体を最新のエビデンスを加えたご講演を、大阪大学の関先生には感染制御の実際や、抗MRSA薬の適正な使用法についてご講演を賜りたいと思います。

教育セミナー2 (ランチオン)

日本医療機能評価機構と感染管理

司会：賀来 満夫（東北大学 感染制御・検査診断学 教授）

演者：北村 龍彦（社会医療法人近森会 近森病院 副院長）

感染管理が、医療機関において重要である事は誰もが認識するところである。特に医療関連感染の予防は医療者すべての課題である。感染管理を含めて医療機関において医療を行う上で各種守るべき原則として、最も基本となるのは医療法や医療法施行細則であり、医療法には医療監視員による立入検査が定められている。また、保険医療を行う上で診療報酬点数表や療養担当規則の遵守、健康保健法等に基づく地方厚生局による指導や監査等がある。その他、日本医療機能評価機構による病院機能評価認定事業やISO、米国のJCAHOとその国際標準版のJCIなどが一般的である。

本日は機会を得て、上記の各種病院機能評価を紹介し、日本医療機能評価機構の行っている認定事業と主に感染管理に関する話題を提供するほか、認定病院患者安全推進事業の感染管理部会の取り組みも紹介する。

日本医療機能評価機構では大きく6事業が行われており、病院機能評価事業では現在V.6の項目で認定が行われている。その中で感染管理に関する項目を提示し、また新たな病院機能評価の枠組み（いわゆるV.7）の概要をV.6と対比して述べる。その後国際的な病院機能評価の一つであるJCI(Joint Commission International)と日本医療機能評価機構の病院機能評価を比較して紹介する。

最後に賀来教授や大久保教授はじめ感染管理の専門家をコアメンバーとして活動を行っている認定病院患者安全推進協議会 感染管理部会の取り組みを紹介して私の講演とさせて頂く予定である。

教育セミナー3 (ランチョン) 高齢者呼吸器感染症のマネージメント

司会：武田 博明 (済生会 山形済生病院 呼吸器内科 統括診療部長)

演者：小林 治 (杏林大学 教授 保健学部看護学科医療科学Ⅱ 医学部附属病院感染症科)

Geriatric syndromeの概念によると、日常診療における高齢者の身体的な訴えは、発熱、咳、関節痛、腰痛など加齢によって漸増するものの他に、特に後期高齢者ではADL低下、嚥下困難、頻尿などが加速度的に頻度を増すとされている。ところが実際の高齢者の生理的な変化は心臓を除く全ての臓器質量の低下、栄養状態不良、呼吸機能低下、環境適応能の低下などにより、肺炎などの呼吸器感染症の早期発見や治療有効性に悪影響を及ぼしているようである。

市中肺炎における初期症状の出現率を60歳未満とそれ以上で比較すると、高熱、咳・痰といった感染徴候の出現率は60歳以上の高齢者で低い傾向にあるのに対し、脱水症状、疲労感といった一見すると感染症と関係が無さそうな訴えはむしろ高い傾向にあった。医療者はいわば患者の生体防御反応を持って感染症を発見するのであるから、高齢者における反応性の低下はとりもなおさず、高齢者における呼吸器感染症の早期発見を遅延させる要因として考えるべきである。

一方で、肺炎の原因菌種は、若年者で *M. pneumoniae* や *S. pneumoniae* の頻度が高いのに対して、高齢者では *P. aeruginosa* や *H. influenza*、MRSAを含む *S. aureus* や嫌気性菌の頻度が高いなど菌種も多様であることが知られている。菌側の要因に加え、高齢者の生体は若年者に比較して栄養不良かつ免疫機能が低下している事から、呼吸器感染症に対しては強力な抗菌療法を行いたいところであるが、見掛け上のデータは正常であっても腎機能低下が潜在していることから十分量の抗菌療法を施行しづらいというジレンマが存在する。

また、高齢者呼吸器感染症においては複数の合併症が混在する事が多く、時には合併症治療薬の関係で呼吸器感染症の発見が遅れたり、思い通りの治療薬選択や用量設定が出来ない事がある。

本講演では、高齢者呼吸器感染症のマネージメントについて、市中肺炎、院内肺炎を中心に、早期発見と治療について討論したいと考えている。

教育セミナー 4 (ランチオン)

感染対策で苦労したこと ～浜松医療センターでの経験～

司会：満田 年宏（横浜市立大学附属病院感染制御部 部長 准教授）

演者：矢野 邦夫（浜松医療センター 副院長 兼 感染症科長）

浜松医療センターでは感染対策チームが活発に活動している。しかし、新規の感染対策を立案・実行しようとする数々の障壁に遭遇し、なかなか実行できない。その障壁のなかで最も重大なものが「病院経済」と「変化を嫌う人々」である。

病院では新規感染対策には予算はないと考えるのが妥当である。今回、診療報酬の改定があり、感染対策に大きな加算があった。それならば、加算のすべてを感染対策の向上に利用することは可能かというところではない。例えば加算の一部であっても、それを感染対策の予算に組み入れることすら難しい。加算のほとんどすべてが、病院全体の収入に組み入れられてしまうからである。確かに、診療報酬の改定は感染対策の重要性を医療の世界に浸透させるのに大きく貢献したことは間違いないが、感染対策へ予算の増額にはかならずしもつながっていない。そのため、別の戦略も用意しておかなければならない。その一つが、無駄を削って予算を作ることである。

感染対策のなかには必ず意味のない無駄な対策がおこなわれている。これを思い切って中止し、その予算を新規の感染対策に振り分けるのである。このようにすれば、感染対策の予算の増額なくして、感染対策を進化させることができる。

二つ目の障壁の「変化を嫌う人々」であるが、どのような人もいままでやってきたことを変更することには抵抗を感じるのが通常である。「業務が増えるのではないか?」「めんどくさい」「感染がむしろ増えるのではないか?」などといったクレームがでてくる。この場合、我慢してもらったことに見合うものを提示しなければならない。すなわち、新規の感染対策の効果を示すことが大切であり、それはサーベイランスの結果を提示することである。感染が増えるのではないかと心配するスタッフにはエビデンスをみせることによって安心させることが有用である。これにはCDCガイドラインの提示が極めて有効である。

このようにして、感染対策の障壁に対応してゆくのであるが、なにより大切なのはすべての職員が感染対策に親近感を持つことである。全職員が感染対策を身近なものと感じ、感染対策を理解しようとする姿勢はその向上に不可欠なものであると考える。セミナーでは浜松医療センターで実際に実行した感染対策を紹介するとともに、アウトブレイクでの対応の実際についても言及する予定である。

教育セミナー5 (ランチョン)

病院における環境衛生のピットフォール

司会：残間由美子（財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院 感染制御室）

演者：藤木くに子（北里大学病院 感染管理室）

病院における環境衛生の感染対策は血液、体液、分泌液、排泄物などへの接触やその可能性が無い限り消毒等を行わない。通常の埃を除去する清掃で良いとされてきた。しかし、近年 *Bacillus cereus* や *Acinetobacter baumannii* や *Norovirus* などのアウトブレイク事例の報告が相次ぎ、一つの感染経路の要因として環境要因も含まれていた。これらの病原性微生物の中には消毒薬に抵抗性や環境内に長期間生存しているという問題があり感染対策の難しさがある。これまでの様に「環境表面から感染の伝播はしない」ではなく、「環境表面の接触による感染のリスクもある」を視野に入れて対応することが望まれる。

決して、病院環境を保つために消毒をすることを奨めている訳ではない。「消毒する」必要な場所は何処か、消毒を確実に行うにはどのようにすべきかを考えていくことが重要である。

近年、環境衛生の材料としてエタノール含有や第四級アンモニウム塩もしくは両性界面活性剤などの含有した使い捨ての不織布の製品が販売され、多くの病院が活用していると思われる。その製品はどのような場面で使用しているのだろうか。日常の清掃として使用、または、環境消毒として使用しているのだろうか。その製品は目的にあった製品だろうか。

本来、「清拭法とは消毒薬をガーゼや雑巾もしくはモップに染み込ませて、環境の表面などを拭き取る方法である。十分量の消毒薬を塗布しなければ直ぐに乾燥してしまい消毒不良となる。したがって、ガーゼや雑巾などは軽く絞って消毒薬との十分な接触時間が得られるようにすることが必要」と記載されている。

消毒薬の効果は温度・濃度・時間が重要である。既成の製品には消毒薬名や濃度の記載はあり、室内においての使用であれば濃度・温度による消毒効果への影響は無い。しかし、時間については、病原微生物に対し必要な殺菌時間は得られているだろうか。

今回のテーマである病院における環境衛生のピットフォール(落とし穴)として消毒薬の効果についての問題と清掃も合わせて考えていきたい。

教育セミナー 6 (スイツ)

耐性菌制御を目指した抗菌化学療法 抗菌薬コンサルト時に必要な8つの情報

司会：藤田 直久（京都府立医科大学附属病院 臨床検査部・感染対策部 部長）

演者：竹末 芳生（兵庫医科大学 感染制御学 主任教授）

ICTはコンサルトを受けた際に、適切に抗菌薬を選択、使用するためには、必要な情報を短時間におちなく収集する必要がある。本講演ではそれを8つ(Sings a song)にまとめ、解説を行う。当院ではこれを研修医などのコンサルトを行う側の教育にも使用している。

- ① Severity (Sepsis)
 - ② Impant
 - ③ Nosocomial/community (NHCAP)
 - ④ Gram's stain
 - ⑤ Site of infection
 - ⑥ Antibiotic use within a few weeks
 - ⑦ Source control
 - ⑧ Oppportunistic infection
Monitoring (Therapeutic drug monitoring)
-
- ① Severity (Sepsis) ; septic shock症例では広域抗菌薬や抗菌薬併用などによりinitial appropriate therapyを実施。その後原因菌の感受性や臨床経過からde-escalation
 - ② Impant; 異物への感染では biofilm の関与も考慮
 - ③ Nosocomial/community (NHCAP) ; 院内感染では耐性菌を考慮。最近市中感染でもESBL産生菌などが問題となっている。また医療・介護関連肺炎(入院歴(過去90日で2日以上)、介護施設・長期滞在型療養施設、在宅注射、維持透析治療(30日以内)、在宅での創傷治療)でも耐性菌の関与を忘れてはならない
 - ④ Gram's stain; 手術部位感染や菌血症ではグラム陽性球菌で形態からブドウ球菌と推定された段階で抗MRSA薬の選択を考慮する
 - ⑤ Site of infection; 感染部への抗菌薬移行性を考慮(胆道感染, 呼吸器感染, 髄膜炎)。感染症によっては感染部位の細菌叢が起因菌になる(細菌性腹膜炎; 嫌気性菌, 胆道感染; 腸球菌など)
 - ⑥ Antibiotic use within a few weeks; 菌交代現象
 - ⑦ Source control; とくに消化器手術後の発熱ではCTなどを行い、腹腔内膿瘍が形成されていればドレナージ実施
 - ⑧ Oppportunistic infection; 日和見感染(サイトメガロウイルス, ニューモシスチス肺炎, 真菌)。Compromised host [移植(免疫抑制薬), 関節リウマチ(生物学的製剤), 好中球減少, 癌化学療法, ステロイド, 糖尿病, 血液疾患, HIVなど]

教育セミナー7(スイーツ)

重症敗血症へのアプローチ

司会：武内 健一（岩手県立中央病院 統括副院長）

重症敗血症患者におけるメロペン 3g の使用経験

演者：入野田 崇（東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座救急医学分野 助教）

重症敗血症の病態とプロカルシトニンを用いた診断・治療展開の可能性

演者：久志本成樹（東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座救急医学分野 教授）

敗血症は集中治療を必要とする患者の最大の死亡原因であり、臓器障害やショックを伴う重症敗血症の死亡率は30%を超える。従来、その病態は病原微生物に対する生体の過剰炎症反応によって形成されると考えられ、炎症性メディエーターを標的とした治療が試みられてきた。しかし、重症敗血症の死亡率を改善することを証明し得た薬物療法はない。そして、近年、重症敗血症の病態は必ずしも過剰炎症で説明しうるものではなく、むしろ発症早期から免疫系反応が抑制状態となっているとの知見が報告されてきている。ミトコンドリアは、①敗血症における臓器機能障害のメカニズムとしてのmitochondrial dysfunction、さらに、②alarminとして、感染によらない生体炎症反応の惹起においても重要である。細胞壊死に伴う細胞膜破綻によるミトコンドリアの細胞外放出は炎症反応を生じるが、敗血症性多臓器不全死亡例に共通して認められる細胞死は、免疫担当細胞のapoptosisである。apoptosisによる細胞死では、③mitochondrial DNAなどのalarminの細胞外放出が制御されることによる生体反応の抑制と免疫麻痺状態が惹起される。新たな視点から、侵襲病態、特に敗血症を捉えることにより、敗血症に対する治療展開が待たれるところである。

救急・集中治療領域における敗血症の多くは細菌感染によるが、結果として生じる全身性炎症反応とそのパラメータであるCRP、白血球数などの変化は、原因が感染であることを示すものではない。プロカルシトニン (PCT) はその原因が細菌感染症によることを示すとともに、重症度を反映するマーカーとして登場し広く認識されている。重症感染症では全身が内分泌組織としてPCTを産生すべく変化する。血中レベル上昇を示す反応時間は2～3時間とCRPより短く、治療に対する反応性は速やかである。また、敗血症動物では、①PCT投与により死亡率が上昇し、②抗PCT血清により死亡率が低下し、単なるマーカーではないことが示されている。しかし、PCTの生理的役割は明らかにされていない。

新しい敗血症の病態概念を解説するとともに、PCTに関する、1) 全身性細菌感染症マーカーとしての有用性、2) 下気道感染症やICU入院症例における抗菌薬投与の指標として用いることにより、転帰を悪化することなく投与期間を短縮し、医療費削減とともに耐性菌発現減少へとつながる可能性などについて概説する。

教育セミナー 8 (スイツ)

生ポリオワクチンの問題点と不活化ポリオワクチン導入の課題

司会：三浦 克志（宮城県立こども病院 総合診療科 部長）

演者：細矢 光亮（福島県立医科大学医学部 小児科学講座 教授）

1950年代、ポリオは国内で年間数千人に恒久的麻痺を残す、社会的な問題点であった。1961年に生ポリオワクチン(OPV)が緊急輸入され、その絶大な効果により、数年にして我が国におけるポリオ患者発生数は激減し、1981年以降は野生株ポリオウイルスによるポリオ麻痺患者の発生はない。しかし、野生株ポリオウイルス流行時のポリオ麻痺発生数に比べれば極めて少ないものの、ワクチン株ポリオウイルスによるポリオ麻痺(VAPP)の発生が顕性化した。生ポリオワクチンの効果により野生株ポリオウイルスは駆逐されたが、そのワクチン株ポリオウイルスによるポリオ麻痺が問題視され、かつてあられだけ賞賛された生ポリオワクチンに対する不信が広がり、不活化ポリオワクチン(IVP)への切り替えが喫緊の課題になった。

本年4月に単抗原IPVが、7月にDPT-IPV混合ワクチンが認可された。しかしながら、9月に予定されるIPVへの切り替えまでは、野生株ポリオウイルス(WPV)の侵入や、毒性を復帰したワクチン株ポリオウイルス(VDPV)の流行の危険性を考えると、ポリオワクチン接種率を高く維持する必要がある、今春のOPV接種が行われたところであるが、接種率は60%台と低迷した。

IPVには、野生株ポリオウイルスを用いたwIPVと、ワクチン株(Sabin株)ポリオウイルスを用いたsIPVとがある。本年9月1日に導入予定の単独のIPVはwIPVであり、11月1日から導入予定のDPT-IPVはsIPVである。sIPV導入は、我が国が最初となるので、免疫原性と安全性に関する市販後調査が重要である。単独のIPVは、1回0.5ml、生後3か月から初回接種を開始し、20日以上の間隔を置いて3回皮下注射する。なお、追加接種については、現在国内臨床試験を実施中であり、現時点では有効性と安全性は確立されていない。4種混合DPT-IPVワクチンは、現在の3種混合ワクチンと同様、1回0.5ml、生後3か月から12か月に20日から56日の間隔を置いて3回皮下注射(1期初回接種)し、初回接種終了後12か月から18か月に1回皮下注射(1期追加接種)する。なお、生ポリオワクチン、wIPV、sIPVの互換性について、厚生労働科研による調査が行われている。

教育セミナー 9 (スイーツ)

問題となる感染症

司会：森澤 雄司（自治医科大学 内科学講座診療連携部門 感染制御部 准教授）

ハイ・リスク患者における深在性真菌症とその対策 Up to date

演者：時松 一成（大分大学医学部総合内科学第二講座 診療准教授）

わが国で発生する深在性真菌症の大部分はコンプロマイズドホストに発生する日和見型感染症である。その対策を考える上では、主たる起炎真菌別にその病態機序や侵入門戸を理解することが重要である。個々の真菌の特性と深在性真菌症の病態を理解した上で、各リスク因子の有無を評価し、可能なものについては除去または改善を試みる。それが、言うまでもなく感染対策の基本である。

わが国で遭遇する機会の多い深在性真菌症はアスペルギルス症、カンジダ症、クリプトコックス症、接合菌症、トリコスポロン症である。臨床検査では、 β -D-グルカン、抗原検査、病原体DNA検査が補助診断として利用可能になった。しかし、確定診断には病変部位から採取された検体を用いた同定検査が基本である。環境真菌とのコンタミネーションが問題となるからである。そのため、コンプロマイズドホストにおける真菌症の確定診断は、今尚、チャレンジの領域であり、時には侵襲的な技法を必要とする。

アスペルギルス症では、遷延する好中球減少のみならず、ステロイド投与なども主要なリスクとなる。環境中に普遍的に存在するアスペルギルス感染の予防には、環境整備も重要である。HEPAフィルターによる空調整備が最も確実な方策であるが、「埃をためない／たてない」清掃の励行、建築・解体工事部署や湿潤な環境の回避、などに配慮が必要となる。

カンジダ症では、ヒトへの侵入門戸として管粘膜の障害など皮膚・粘膜バリアの破壊が関与する。カンジダ血症では、IVHは一次的にも他部位からの二次的感染でも感染巣となるため、可能な限り抜去が必要である。そして、好中球減少は播種性カンジダ症のリスクである。ハイ・リスク患者におけるカンジダ症対策には抗真菌薬による予防投与が確立されているものの、院内感染を防止するためには、標準予防策が必要である。

近年カスポファンギン、ポリコナゾール、アムホテリシンリボソーム製剤など新しい抗真菌薬が日本でも臨床応用可能になった。しかし、これらの抗真菌薬投与中に発生するブレイクスルー感染症、多剤耐性真菌の出現も問題とされている。これらの抗真菌薬を適正に使用するために、抗真菌薬同様、PK/PDを考慮した投与方法が推奨されている。

今回のセミナーでは、わが国におけるハイ・リスク患者に発症する深在性真菌症の現況と対策について up to date な話題を提供する。

MRSAの感染制御

演者：光武耕太郎（埼玉医科大学国際医療センター 感染症科・感染制御科 教授）

MRSAは病院内において最も遭遇する機会の多い耐性菌である。MRSA対策は、内容や程度に差はあれ、ほとんどの施設が取り組んでおり、施設における感染対策の実効性を計るひとつの目安となる。昨今の感染対策に対する意識の高まりを反映してか、国内のMRSAによる医療関連感染は、増加傾向が鈍化する報告もまれではない。小林らの10年以上にわたるサーベイランス報告は、経過を通じて増加傾向はみられず、むしろ減少傾向にあるとしており、これを裏付けるひとつのデータといえる（環境感染誌7, 2012）。

MRSAに関して、感染対策や診療に関する国内外の各種ガイドラインが参考になる。しかしながら、MRSAの保菌率や感染症の発生状況は、国や地域、施設によって、また施設内であっても部署や診療科によって大きく異なると考えられる。限られた資源のもとでは、自施設の状況を把握したうえで、より効率的な（まず重篤な感染症を減らす）対策を優先することになろう。自施設の状況を把握するためには、検体検査による通常のサーベイランスに加えて、ハイリスク患者を収容するICUや、術後感染が重篤となる心臓血管外科や整形外科、移植領域等における積極的なサーベイランスが推奨される。さらに、抗菌薬の適正使用や実際のMRSA陽性者対応があげられるが、いろいろな課題がある。MRSAはヒトにおいて保菌状態で長期に存在するため、入退院を繰り返す患者や、施設入所者での保菌など地域における保菌者の対応も求められる。平成24年度の診療報酬改定にともなう感染対策防止加算がきっかけとなって、地域における感染対策の底上げにつながり、中長期的にMRSAを含む耐性菌感染の減少が期待される。本セミナーでは、MRSAの感染制御について概説してみたい。

一般演題(ポスター)

1 コース

会場：桜 1

時間：13:00～13:56

司会：吉田 理香

近畿大学医学部附属病院 安全管理部感染対策室 看護長 感染管理認定看護師

P-1

薬剤混合のベストプラクティス

演者：佐藤 愛、佐藤瑠衣子、小川 伸

市立横手病院

当院では薬剤混合の統一されたマニュアルがなく、個々の手技で薬剤混合を行っていた。院内で統一された手技の薬剤混合を行ってもらうためにマニュアルを作成し、マニュアル順守率などについて調査を行った。指導前では手袋装着前の手指衛生と穿刺部の消毒の順守率が低かったが、物品設置の工夫や声掛けにて順守率の向上に繋がった。マニュアルの作成と順守率の調査にて、当院の手技の統一と感染予防の意識の向上に繋がった。

P-2

薬剤混合・与薬管理

演者：須藤麻衣子¹⁾、伊藤 眞理¹⁾、中鉢有希子¹⁾、但木 恵子¹⁾、鈴木 祥郎²⁾

1) 医療法人永仁会 永仁会病院 看護部

2) 医療法人永仁会 永仁会病院 医局

病棟のミキシングは看護室内の開放された状態で行なっており、常時通行がある場所のため、ミキシング環境を見直したいと考えた。また、一つのグローブでミキシングの全てを行なってるスタッフもいたため、手順の見直しが必要と考え、感染管理ベストプラクティスでマニュアルを作成し、スタッフに教育した。その結果、スタッフが必要性を理解し、ミキシング時の清潔域保持・手技に改善がみられたため報告する。

P-3

呼吸器関連感染症(VAP)予防 –口腔ケアベストプラクティス使用による教育–

演者：加藤 鮎美、山内 明子、川口奈保子、佐々木久美子

秋田県成人病医療センター 感染委員会

感染委員では今年度呼吸器関連感染症対策に力を入れて取り組み、VAP 予防に関する研修会を実施した。その中でも、口腔ケアに力を入れて取り組み、統一したケアの実施や感染ポイントをおさえた防護用具の脱着ができるようにするためベストプラクティスを作成した。

チェックリストを用いて教育前後で調査をし、5 か月後に再度調査を行った。結果、防護用具装着率が低かったため、今後も繰り返し指導していきたい。

P-4

尿道カテーテル留置

演者：佐藤栄美子、高森 紘子、大石 貴幸

大崎市民病院

大崎市民病院では、リンクナース(LN)が中心となって尿道留置カテーテル関連感染のサーベイランスを実施している。平成 22 年の結果から、各病棟間の感染率に高い差異が認められた。その要因として、カテーテルの挿入手技や管理方法が統一されていないことが考えられた。対策として、現状を把握して、エビデンスに基づいた当院独自の尿道留置カテーテル挿入ベストプラクティスの作成をLNが中心となって取り組んだので報告する。

P-5

「吸引」手順の遵守率を高めるリンクナース活動の報告

演者：谷津 千恵¹⁾、水沼 美保¹⁾、大槻 育恵¹⁾、赤間美奈子¹⁾、小山田厚子²⁾

1) 国立病院機構 宮城病院

2) 現) 国立病院機構 仙台医療センター

「吸引ベストプラクティス」を作成し、教育を繰り返し実施した。結果はベストプラクティスの遵守率(目標値80%)向上に繋がったが、1年後の調査では、目標値に達しない項目があった。ベストプラクティスの遵守率を向上・維持する為、定期的な監査と教育を継続的に実施する重要性を再確認した。

P-6

新入職者への感染対策教育を実施して

演者：阿部めぐみ、佐川美智子、平田 玲子、高野 俊子

社会福祉法人恩賜財団済生会 山形済生病院 院内感染対策看護部委員会

院内感染対策看護部委員会では平成 17 年度から感染管理ベストプラクティス手法を導入し感染管理活動を実践している。また同委員会では新入職者へ対し早期より正しい知識と技術を学ぶ事で、スタンダードプリコーションの遵守率を高め院内感染防止に努める事を目的とした教育を行っている。平成 23 年度入職者へ対し、院内で作成した感染管理ベストプラクティスを活用した指導を実施した結果を報告する。

P-7

精神科における環境整備について

演者：小笠原麻衣子¹⁾、伊藤五穂子¹⁾、山田 光久¹⁾、加藤 幸子¹⁾、寺村真紀子²⁾

- 1) 市立大曲病院 看護科
- 2) 市立大曲病院 検査科

6 年前、当院においてノロウイルス感染症の集団発生があり、それ以降、感染対策として次亜塩素酸 Na 消毒を施行していたが、消毒による悪影響などが考えられることから、「ベストプラクティス」の研修会に参加し、情報をもとに通常清掃を水拭きに、さらにはディスクロスの採用も検討中です。

今後、ソフト面の向上をより目指すことが課題となり、スタッフへの働きかけが必要となる。

P-8

器材の洗浄滅菌

演者：鈴木真由美

篠田総合病院 手術室

洗浄時、スタッフ間での手技方法の相違、感染に対する意識のばらつきがあることが課題となり参加した。既存のマニュアルでは、項目が詳細に記されていなかった。作成時、補助者にも理解できるよう専門用語を使用しない表現にした。学習会で器材の使用用途を説明しながら実施に至った。教育後調査でPPE・ゴーグルの装着が1割から7割へと変化し、感染意識を習得することで遵守率が上がったという改善点を見出すことができた。

2 コース

会場：桜 1

時間：13:00 ~ 13:56

司会：佐藤 久子

塩竈市立病院 看護部

P-9

断水時のトイレの工夫

演者：玉山 理華、関谷 直美、鈴木 麻子

財団法人宮城県成人予防協会 仙台循環器病センター

東日本大震災発生直後、当院は約7日間停電、断水の環境下にあった。災害マニュアルに従い、それぞれの部署ではトイレの整備がなされた。しかし排泄後、流す水は衛生的なものが確保できず、手洗いの水の確保も苦労した。この経験を踏まえ、ICTでは断水状態となったトイレのベストプラクティス作成に臨んだ。この取り組みにより、マニュアルの見直し、トイレ用品の備蓄追加、より有効な災害への準備ができたのでここに報告する。

P-10

災害時のトイレの工夫

演者：神谷ちづ子、渋谷 和香

塩竈市立病院

2011. 3. 11 東日本大震災でほとんどのライフラインが止まり看護ケアをするうえでさまざまなところに支障をきたしました。そのため、災害時の感染管理マニュアルの必要性に迫られました。

今回の震災時に特に苦労したトイレについて感染管理ベストプラクティスの作成を試みました。断水と停電の中、低コストで排泄物の処理ができるように工夫したので報告します。

P-11

暗い！水がない！お産が始まる！～ライフライン別、災害時分娩介助手順の作成～

演者：小野寺奈美、佐々木浩美、八木橋香津代

スズキ記念病院

当院では2007年宮城ワーキンググループに参加し、ベストプラクティスの手法を用いた分娩介助手順を作成した。その後さらに手順は改良したが、マニュアルは改定されていなかった。また、東日本大震災では、電気・水の使用できない状況で分娩介助を実践した。その際に学んだことを生かし、ライフラインに合わせた災害時分娩介助手順を作成した。改定後と災害時分娩介助手順を報告する。

.....

P-12

被災病院の洗浄・消毒・滅菌 ～自家発電と節水下で～

演者：上野由香里、佐々木浩美、八木橋香津代

スズキ記念病院

当院は産婦人科専門病院である。東日本大震災発生後ライフラインが機能しない中、分娩に対応した。器材不足の可能性もあり、3月13日から自家発電と節水下で、器材の洗浄・消毒・滅菌を行った。洗浄を工夫し、スポルディングの分類を基に滅菌レベル・中レベル消毒が可能な物を再考し、使用した。褥婦や新生児の1ヶ月健診時、感染兆候は見られなかった。この体験を基に災害時の洗浄・消毒・滅菌マニュアルを作成したので報告する。

.....

P-13

バルブシリンジの洗浄・消毒

演者：菅原 由佳、佐々木浩美、八木橋香津代

スズキ記念病院

当院では震災をきっかけとして出生直後の口腔・鼻腔吸引を停電下でも使用できるバルブシリンジへと切り替えた。今回感染対策の視点から洗浄・消毒の手順を見直した。

スポルディングの分類ではセミクリティカル器材であり、中水準消毒の状況下で使用できるように検討した。また被災体験より水がない時でも対応できるマニュアルも作成したのでここに報告する。

P-14

真空採血管による採血手順の作成と、教育前後の評価から

演者：千葉 美香、佐々木浩美、八木橋香津代

スズキ記念病院

無菌操作を目的とした、真空採血管による採血手順を作成した。作成のポイントは手指衛生と手袋着用のタイミングである。手順を8名の看護職に教育し、その前後で到達度を評価した。教育前に手順を100%できていたのは3名であり、教育後は7名となった。残り1名は、知識としての理解はあるが、身についた操作手順が優先されてしまっていた。今後繰り返し教育・評価しているところである。この経過について報告する。

P-15

厨房内清掃におけるベストプラクティスの取り組み ～配膳車清掃～

演者：重巢 綾香¹⁾、石川 智恵¹⁾、大友まき子¹⁾、但木 恵子²⁾、鈴木 祥郎³⁾

- 1) 医療法人永仁会 永仁会病院 栄養管理科
- 2) 医療法人永仁会 永仁会病院 看護部
- 3) 医療法人永仁会 永仁会病院 医局

当院では、厨房内における配膳車清掃のマニュアルがある。調理従事者の入退職により、マニュアル通りの清掃が行われず、清掃へのモチベーションも低下していた。また、新しい配膳車を購入したことで清掃箇所が変わった。そこで、マニュアルの修正が必要となり、再度、教育とオーデットを行った。同時に厨房従事者のモチベーションを向上させるための工夫を試みたのでここに報告する。

P-16

退院後病室の環境整備

演者：星 裕子¹⁾、後藤智恵美¹⁾、兒玉真有美¹⁾、但木 恵子¹⁾、鈴木 祥郎²⁾

- 1) 医療法人永仁会 永仁会病院 看護部
- 2) 医療法人永仁会 永仁会病院 医局

当院では、環境整備を看護助手の業務としている。その手順は、統一されておらず、個別で行われていた。今回、退院後病室の環境整備の手順を、清潔と不潔の区別、清掃方法の見直しについて感染管理ベストプラクティスで作成、指導を行った。結果は、教育期間が短い事もあり、新たに追加した項目の実施が低値を示した。手順の再教育を行い、統一した環境整備に取り組んでいる。

3 コース

会場：桜 1

時間：13:00～14:10

司会：加來 浩器

防衛医科大学校 防衛医学研究センター 感染症疫学対策研究官

P-17

当院における感染管理ベストプラクティスの取り組みと効果

演者：渡辺 絢子¹⁾、小川 典子¹⁾、水野 順子¹⁾、吉田 明子²⁾、森 浩子²⁾

1) 公立大学法人 福島県立医科大学附属病院 看護部

2) 公立大学法人 福島県立医科大学附属病院 感染制御部

当院リンクナース会では、2010年より感染管理ベストプラクティスに取り組んでいる。一番最初に作成したのは気管内分泌物の吸引（開放式）である。初めての取り組みであったが、イラストによる手順書は視覚に訴え周知しやすく、スタッフも受け入れやすかったと思われ、個人防護具の着用率や手洗い遵守率をあげることが出来た。とても好評だったため、その後4つの手順書を作成、今年度も4つ作成する予定である。

P-18

口腔・鼻腔内吸引

演者：北埜さつき、工藤 順子、甲斐孝太郎

地方独立行政法人 秋田県立病院機構 秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

口・鼻腔内吸引での「手袋以外のバリアプリコーション未導入」「手指衛生の不徹底」「吸引カテーテルは1日1回交換だが衛生的な管理ができていない」という3点を問題と捉えた。ベストプラクティスにより、操作手順統一・バリアプリコーションと効果的なタイミングでの手指衛生の導入・単包アルコール綿の使用・吸引カテーテルのシングルユース化を図った。今後の課題は、バリアプリコーションと手指衛生の遵守率向上である。

P-19

ベストプラクティス 吸引

演者：松本 大輔、畠本 厚子、高橋 陽子

市立角館総合病院 看護部

当院の吸引処置のマニュアルには、どのタイミングで何を行なうかが明示されておらず、看護師個々により手順が異なり、交差感染、飛沫への暴露、清潔操作破綻、それぞれのリスクが高い事が課題であった。スタッフ20名に対して、感染管理ベストプラクティスを活用し、取り組んだ結果、個人別及び手順別の実施割合に改善が見られ、手順遵守率が向上した。一方で、あまり改善が見られなかった点もあり、今後課題を残す結果となった。

P-20

気道内分泌物吸引について ～職員教育から見えた課題～演者：工藤 智¹⁾、若狭 洋子²⁾、石川由美子³⁾

1) 医療法人健永会 明日実病院 医療療養病棟看護師

2) 医療法人健永会 明日実病院 介護療養病棟主任

3) 医療法人健永会 明日実病院 医療・介護療養病棟師長

当院では、吸引チューブを消毒液に浸し使用していた。感染対策を第一に考え、単回使用に変更して貰えた。しかし、職員の吸引手順が統一されておらず、交差感染を引き起こす恐れがあった。病棟看護師24名を対象に、チェック表を用いて手順を確認。教育指導後に、再度手順の確認をした。感染への認識不足や個々での手順の違い等が、調査で把握できた。手順の統一を図ることが、感染防止に繋がっていることを報告する。

P-21

標準予防策遵守向上を目指して — 気道分泌物吸引時のエプロンの改良 —演者：富田 典子¹⁾、中村 美央²⁾、秋山 典子³⁾、高敷倫子⁴⁾

1) 秋田大学医学部附属病院 感染制御部

2) 秋田大学医学部附属病院 看護部 感染制御部

3) 秋田大学医学部附属病院 看護部

4) 秋田大学医学部附属病院 看護部 手術部

当院では、2010年の本フォーラムで「こんなエプロンがほしい!気道分泌物吸引感染管理ベストプラクティスを作成して」を発表した。これは、緊急に気道分泌物吸引が必要な際に標準予防策としてのエプロン着用ができにくいという現状の問題点を解決するために、医療現場から改善策を提案したものであった。これを継続した結果、エプロンの改良品が完成し、今後、標準予防策遵守向上が期待できる状況となったことを報告する。

P-22

当院のNICUの取り組み

演者：佐川美智子¹⁾、高野 俊子²⁾、高橋 睦²⁾

- 1) 社会福祉法人恩賜財団済生会 山形済生病院 NICU
- 2) 社会福祉法人恩賜財団済生会 山形済生病院 院内感染対策看護部委員会

当院のNICUでは、感染管理ベストプラクティスの手法を用いた保育器内のオムツ交換の方法を3年前から使用しているが手技の統一ができていなかった。そのためベストプラクティスの遵守率80%以上を目標に取り組みを行った。結果、遵守率は勉強会の効果と、定期的な自己・他者評価調査を行うことで上昇した。しかし、3回の調査で遵守できなかった項目については、現行のベストプラクティスに検討の必要性が示唆された。

P-23

喀痰吸引時における標準予防策の確実な実施を目指して

演者：加藤 一心、昆 修子

岩手県立中部病院

A病棟(呼吸器内科・呼吸器外科・循環器内科)の入院患者のうち、約2割は喀痰吸引処置を要しており、感染予防策を適切に実施する必要がある。しかし喀痰吸引処置における个人防护具(以下PPE)の装着に個人差があることが課題であった。そこで、意識調査・研修会などの啓発活動、PPEの設置方法の標準化、遵守状況の調査とフィードバックにより、ケア環境の整備とPPE装着率が改善したので報告する。

P-24

小児専門病院における水痘院内発症事例を経験して

演者：森谷 恵子¹⁾、三浦 克志²⁾

- 1) 宮城県立こども病院 看護部 感染管理認定看護師
- 2) 宮城県立こども病院 総合診療科部長 ICD

当院はハイリスク患者や免疫低下の患者が多く、入院患者や面会者の感染チェックを厳重に行いながらも柔軟に対応している。

2011年度水痘大流行期において、手術予定入院患者の水痘の持込から3次感染までに至ったケースを経験した。入院患者や面会者の感染チェック表と運用の見直し、免疫不全患者に対する予防投与のあり方の再検討を行った。さらに、予防接種の2回接種義務化、病棟編成の見直しなどについて考察したので報告する。

P-25

性感染症と喫煙の日本地理

演者：長尾 吉郎

相雲会 小野田病院

性器クラミジア、性器ヘルペス、尖圭コンジローマ、淋菌感染の患者平均年齢・罹患率と社会経済データの相関を調べた。北海道・東北は進学率が低く、男性喫煙率が高い。この地域は、未成年人工妊娠中絶率が高く、性感染症の患者年齢は若く、その罹患率が高い。低進学率が男性の意識と行動に影響することで、性感染症まん延をもたらしていることが示唆される。北海道・東北はHIVの浸透に対して脆弱であることを認識する必要がある。

.....

P-26

手指衛生と環境整備に取り組んで

演者：村松 祐紀

岩手県立中部病院

CDトキシンの感染拡大防止のため、医療スタッフの手指衛生と環境整備を強化した対策を実施した。手指衛生啓発活動として、研修会やポスターの作成、環境整備の具体的方法を決定し、環境ラウンドを実施した。速乾性擦式手指消毒薬の使用量増加が見られ、次亜塩素酸ナトリウムを使用した環境整備の実施を行い、他患者へのCDトキシン伝播事例はなく経過した。今後の課題は遵守状況を継続するための啓発方法である。

.....