

第9回 J感染制御 ネットワークフォーラム

要旨集

2017年
8月26日(土) 9:20~16:45

仙台国際センター



主催 J感染制御ネットワーク

第9回 J感染制御 ネットワークフォーラム

要旨集

2017年8月26日(土)

仙台国際センター



第9回 J感染制御ネットワークフォーラム 要旨集

会 期 2017年8月26日(土) 9:20～16:45 (展示 9:30～16:10)

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 メディカルスタッフ・企業関係者^{※1}: 3,000円 / 介護職・ケアスタッフ: 1,000円
大学生: 無料^{※2}
※1 医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師・滅菌技士・栄養士・その他医療従事者・医療関連企業関係者・一般
※2 学生証を当日受付にご提示下さい。
※11:55からの「ICNJ 東北支部総会」は、ICNJ 東北支部会員のみご参加いただけます。
※12:10からの「第8回日本感染管理ネットワーク (ICNJ) 東北支部研修会」は ICNJ 会員のみご参加いただけます。(東北支部以外の ICNJ 会員もご参加いただけます)

単 位 本フォーラム参加者は下記の単位を取得できます。

・ 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	3 単位
・ バイオセーフティー技術認定更新の単位	4 単位
・ 日本医療機器学会 第2種滅菌技士	5 単位

なお、「薬剤師のための IC ワークショップ」受講者は下記①②いずれかの単位を取得できます。③はレポートを提出いただいた方のみ取得できます。

- | | |
|---------------------------|---------------|
| ① 日本薬剤師研修センター認定研修 | 1 単位 |
| ② 日本病院薬剤師会病院薬学認定薬剤師制度認定講習 | 1 単位 |
| ③ 日本病院薬剤師会感染制御に関する認定講習 | 1 単位 (レポート提出) |

受 付 参加登録受付
8月26日(土) 8:30～16:10 仙台国際センター 2F ロビー
PC 受付
8月26日(土) 8:30～15:40 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 <各種共催・教育セミナー>

アステラス製薬株式会社、アズビル株式会社、イオンディライト株式会社、株式会社エムエス、MSD 株式会社、オックスフォード・イムノテック株式会社、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、サクラ精機株式会社、サラヤ株式会社、塩野義製薬株式会社、シスメックス株式会社、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、武田薬品工業株式会社、テルモ株式会社、株式会社 日本微生物研究所、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、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、Meiji Seika ファルマ株式会社、株式会社モレーンコーポレーション、吉田製薬株式会社

協 賛 <展示会>

アルフレッサ ファーマ株式会社、イオンディライト株式会社、栄研化学株式会社、エネフォレスト株式会社、株式会社大塚製薬工場、オックスフォード・イムノテック株式会社、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、健栄製薬株式会社、株式会社小池メディカル、興研株式会社、サーモフィッシャー ダイアグノスティックス株式会社、サクラ精機株式会社、株式会社ジェイ・エム・エス、シオノギヘルスケア株式会社、シスメックス株式会社、スリーエムジャパン株式会社、積水メディカル株式会社、テルモ株式会社、ニプロ株式会社、株式会社 日本微生物研究所、特定非営利活動法人バイオメディカルサイエンス研究会、ハクゾウメディカル株式会社、ビオフェルミン製薬株式会社、富士フイルム株式会社、丸石製薬株式会社、ミヤリサン製薬株式会社、ムンディファーマ株式会社、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>

旭化成ファーマ株式会社、アステラス製薬株式会社、株式会社エイアンドティー、花王プロフェッショナル・サービス株式会社、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、大日本住友製薬株式会社、ニプロ株式会社、日本製薬株式会社、株式会社 日本微生物研究所、ハリヤード・ヘルスケア・インク、株式会社日立ハイテクノロジーズ、扶桑薬品工業株式会社、ムンディファーマ株式会社、株式会社モレーンコーポレーション、ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社

<寄付>

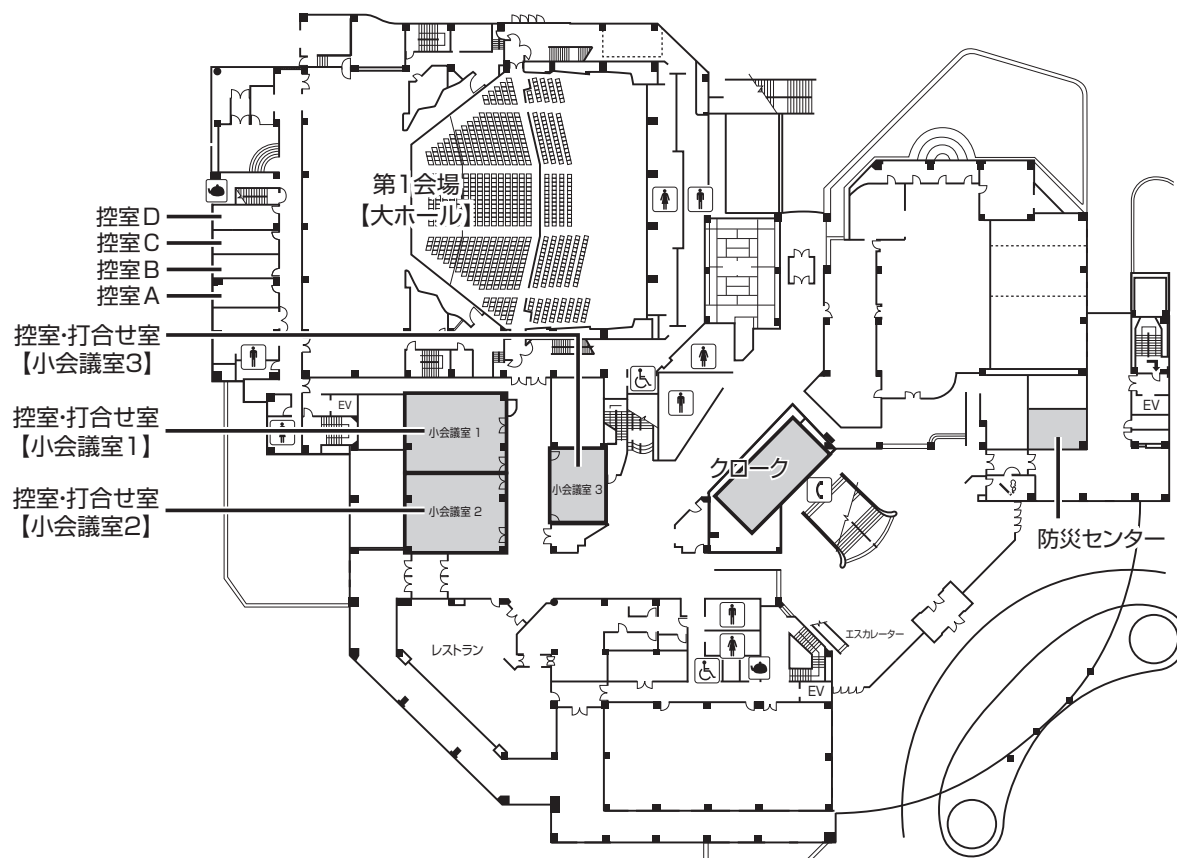
ゴージョージャパン株式会社、株式会社 日本微生物研究所

共 催 宮城県滅菌技法研究会**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、
特定非営利活動法人バイオメディカルサイエンス研究会****事 務 局 J感染制御ネットワーク 事務局**

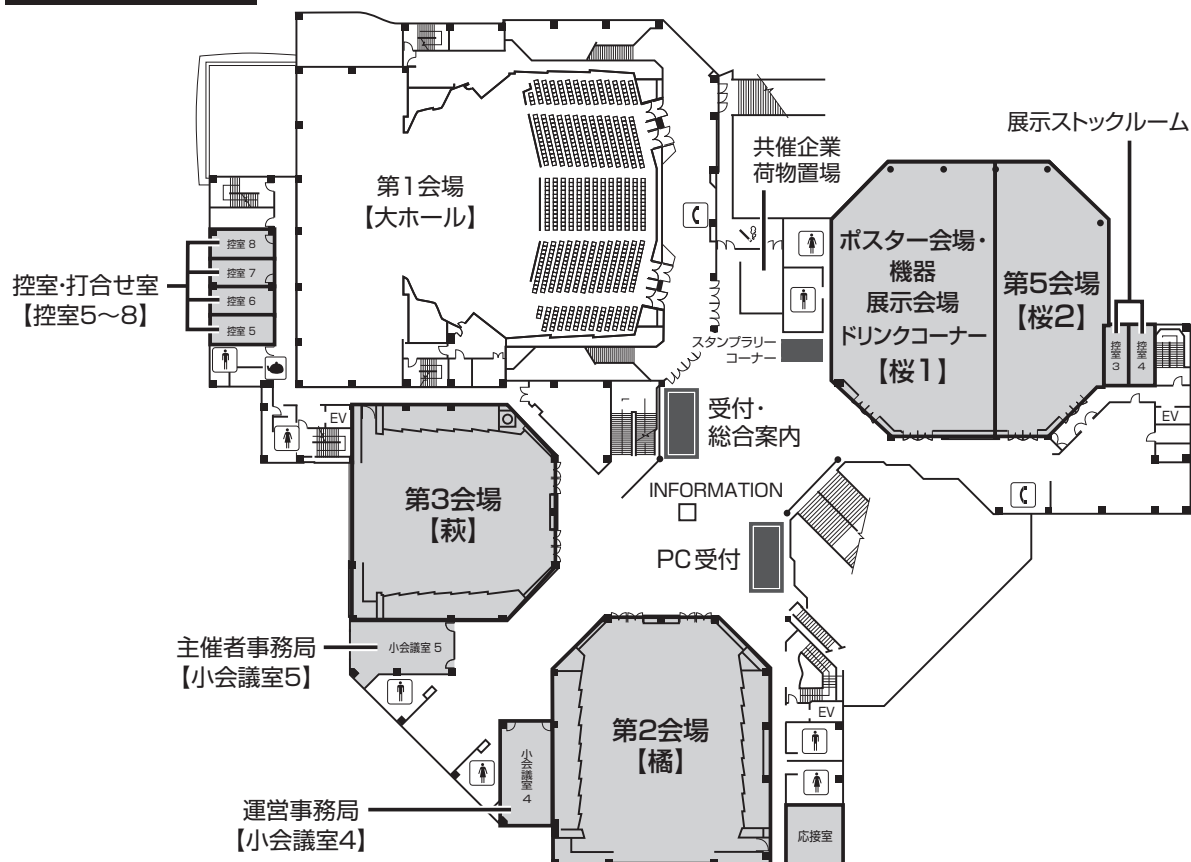
東北大学大学院医学系研究科 感染制御・検査診断学分野
〒980-8574 宮城県仙台市青葉区星陵町 1-1
TEL：022-717-7373 FAX：022-717-7390

会場案内図

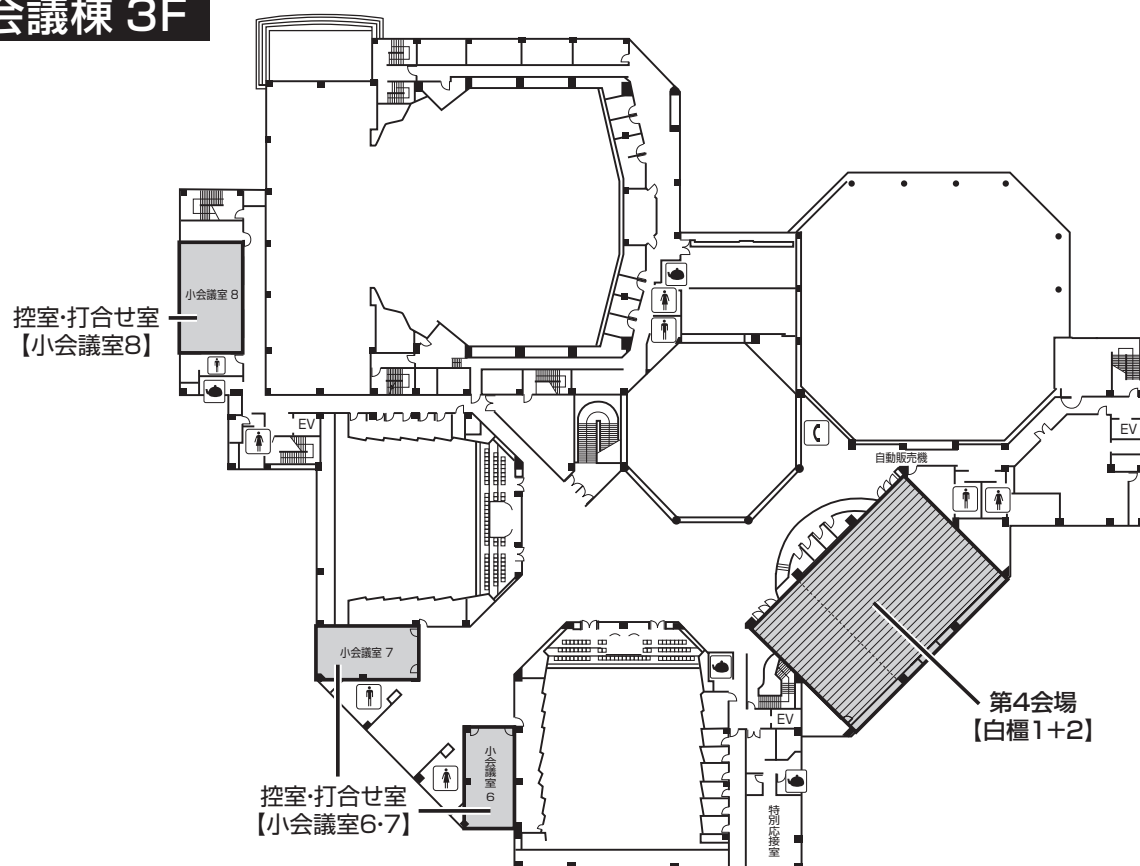
会議棟 1F



会議棟 2F



会議棟 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	ポスター・ 機器展示会場	会場名
部屋名	大ホール	橘	萩	白樺1+2	桜2	桜1	部屋名
フロア	2階	2階	2階	3階	2階	2階	フロア
8:00							8:00
8:30							8:30
9:00							9:00
9:20	開会挨拶						9:20
9:30	感染管理ベストプラクティス ワークショップ 司会：大村真利子 近藤 啓子 演者：残間由美子 正木 翼 八重樫めぐみ 三橋 貴之 三浦 玲子 鈴木多賀子 奥野 英雄 若松由紀子 横澤 博美 賀来 満夫	薬剤師のための ICワークショップ 司会：田村 健悦 平賀 元 演者：丹野 佳郎 藤村 茂	検査技師・医師向け ワークショップ 司会：豊川 真弘 竹村 弘 演者：勝見 真琴 嵯峨 知生 仲村 究 矢野 寿一 長沢 光章	感染制御ベーシック レクチャー 「さあどうする結核対策 ～結核の基本から実践まで～」 司会：金光 敬二 演者：阿彦 忠之 高梨 信吾 三木 小針 朱子			
10:00						ポスター 機器展示 ドリンクコーナー	10:00
10:30							10:30
11:00							11:00
11:30					11:55～12:05 ICNJ 東北支部総会		11:30
12:00						ポスター発表① (40分)	12:00
12:10	教育セミナー 1 「救急・集中治療領域の抗真 菌薬投与ー薬物動態に注目した antifungal stewardshipー」 司会：久志本成樹 演者：佐々木淳一	教育セミナー 2 「深在性真菌症への 新しい戦略」 司会：賀来 満夫 演者：菊池 賢	教育セミナー 3 「麻疹アウトブレイクと 今後のワクチンと地域連携 ～三重県での反省を踏まえて～」 司会：吉田真紀子 演者：谷口 清州	教育セミナー 4 「環境整備における 費用対効果を考える ー感染対策に重要な環境整備、されど 関わるスタッフの意向を付度すと??ー」 司会：中澤 靖 演者：樋渡 美紀	教育セミナー 5 「第 8 回日本感染管理 ネットワーク (ICNJ) 東北支部研修会」 司会：若松由紀子 演者：細田 清美		12:10
12:30							12:30
13:00							13:00
13:10							13:10
13:30							13:30
14:00	感染症診療 ベーシックセミナー 薬剤耐性 (AMR) アクションプラン・対応 司会：青柳 哲史 演者：具 芳明 武田 博明 井草龍太郎 中居 肇	教育セミナー 6 「インフルエンザ診療の 最新知識 2017-2018 ～院内伝播対策を含めて～」 司会：光武耕太郎 演者：渡辺 彰	教育セミナー 7 「救急現場における 重症感染症への備えと治療」 司会：伊関 憲 演者：関 雅文	教育セミナー 8 「血流感染マネジメントバンドル ー患者アウトカムの向上を目指してー」 司会：遠藤 史郎 演者：松島 由実 日馬 由貴	教育セミナー 9 「手指衛生をキーとした 地域連携の取り組み」 司会：中村 美央 演者：池田しのぶ		14:00
14:30							14:30
15:00						ポスター発表② (40分)	15:00
15:10	教育セミナー 10 「病院、高齢者施設での 環境表面管理の再考 ～今までの清掃・消毒では 医療関連感染は防止できません～」 司会：森 浩子 演者：土井 英史	総合シンポジウム 1 「One Health ー人・動物・環境から 考える、これからの感染制御のあり方ー」 司会：坂本 史衣 吉田真紀子 演者：坂本 史衣 岡 幸彦 小野 勤子 大谷 郁 賀来 満夫	総合シンポジウム 2 「明日から使える 実地疫学調査のテクニック」 司会：徳田 浩一 演者：中島 一敏 徳田 浩一 新橋 玲子 小林 祐介	教育セミナー 11 「滅菌供給業務の課題と 私たちが進むべき道」 司会：金澤 悦子 演者：高階 雅紀	教育セミナー 12 「腸管出血性大腸菌感染症 ～基礎から最新の知見まで～」 司会：大島 謙吾 演者：加来 浩器 佐藤 寿夫		15:10
15:30							15:30
16:00							16:00
16:10							16:10
16:30							16:30
16:40		フォーラム総括/閉会挨拶					16:40
17:00							17:00
17:30							17:30
18:00							18:00

“展示ブース スタンプラリー” 開催のお知らせ

第9回 J感染制御ネットワークフォーラム

代表 賀来 満夫

平素よりJ感染制御ネットワークフォーラムにご協力いただきまして心よりお礼申し上げます。

さて、本フォーラムでは、参加者の方々が様々な情報を広く得られるように『展示ブース スタンプラリー』を開催させていただき運びとなりました。

“展示企業を20社以上訪問”していただきますと、フォーラム終了時に“抽選”で素敵な景品をご用意しておりますので是非ご参加ください。

展示ブース スタンプラリーの方法は、下記に記載しますので、ご参加される方はご一読いただき、下記要項にしたがいご参加ください。

スタンプラリー実施要項

1. 参加登録時に、ネームカードと「展示ブース スタンプラリー用紙（展示企業一覧表）」をお渡しいたします。
2. 展示ブースを訪問の際に、スタンプラリー捺印希望の旨をお申し出ください。各企業が展示企業一覧表の空欄に番号印を捺印いたします。
3. 展示ブース スタンプラリーの開催時間は、9：30～15：10です。
4. 捺印が20社以上そろいましたら、「展示ブース スタンプラリー用紙」を展示ブース スタンプラリーコーナーにご提出ください。その際、引換券は切り離してお持ちください。
5. フォーラムの最終講演中に事務局にて抽選し、講演終了後に受付で当選番号を発表（掲示）いたしますので、該当される方はお申し出ください。引換券と交換で素敵な景品をプレゼントいたします。

* 当選番号の有効期間は“フォーラム当日限り”とさせていただきます。

また、あくまでも自己申告制であり、景品の当選番号をお持ちでもフォーラム終了時にお申し出のない方は、権利放棄とみなし後日景品をお渡しすることはできませんのでご注意ください。

是非この機会に展示ブース スタンプラリーにご参加ください！

以上

第 1 会場 (大ホール)

共催：花王プロフェッショナル・サービス株式会社

9:30 ~ 11:30

感染管理ベストプラクティスワークショップ

司 会：大村真利子（秋田県立医療療育センター 感染予防対策室）
近藤 啓子（岩手医科大学附属病院 医療安全管理部感染症対策室）

「ワークショップ開催にあたって」

演 者：残間由美子（公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院）

「感染管理ベストプラクティス事例発表」

オムツ交換時における標準予防策

演 者：正木 翼（医療法人運忠会土崎病院 2 病棟（特殊疾患））

HACCP に準じた食中毒対策

演 者：八重樫めぐみ（社会福祉法人平和会 特別養護老人ホームいいとよ 栄養課）

おむつ交換～排泄物処理の標準化

演 者：三橋 貴之（介護老人保健施設湖水荘 介護部）

外来部門における定期リネン交換

演 者：三浦 玲子（東北医科薬科大学病院）

短期留置カテーテル使用の透析開始手順

演 者：鈴木多賀子（公益財団法人ときわ会 いわき泌尿器科）

「山形県から拡がった麻疹アウトブレイクを通して、 リスクコミュニケーション・地域連携を考える」

麻疹アウトブレイク事例について ～山形県での麻疹対応事例を中心に～

演 者：奥野 英雄（国立感染症研究所 感染症疫学センター 第三室）

麻疹流行に対する当院の対応の実際 —工夫したこと、難しかったこと—

演 者：若松由紀子（鶴岡市立荘内病院 医療安全管理室）

置賜に麻疹患者がやってきた！

演 者：横澤 博美（公立置賜総合病院 医療安全部）

パネルディスカッション

総括

演 者：賀来 満夫（東北大学大学院 感染制御・検査診断学分野）

第2会場(橘)

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

特別講演Ⅰ

大規模自然災害時における薬剤師による感染対策

司会：田村 健悦（八戸市立市民病院）

演者：丹野 佳郎（石巻薬剤師会）

特別講演Ⅱ

感染症治療・予防にプロバイオティクス製剤・食品・サプリメントが出来ること、出来ないこと

司会：平賀 元（医療法人財団青仁会青南病院）

演者：藤村 茂（東北医科薬科大学大学院 薬学研究科臨床感染症学教室）

第3会場(萩)

共催：シスメックス株式会社

ベックマン・コールター株式会社

9:30 ~ 11:30

検査技師・医師向けワークショップ

ESBLを再考する

司会：豊川 真弘（福島県立医科大学 新医療系学部設置準備室）

竹村 弘（聖マリアンナ医科大学 微生物学講座）

1. ESBL産生菌の標準的検出法とそのポイント

演者：勝見 真琴（東北大学病院 診療技術部検査部門）

2. ESBL産生菌の世界的状況と日本の現状

演者：嵯峨 知生（秋田大学医学部附属病院 中央検査部）

3. ESBL産生菌の集団発生を経験して～母乳による集団発生を経験して～

演者：仲村 究（福島県立医科大学 感染制御学講座）

4. One Health的にESBL産生菌を考察する

演者：矢野 寿一（奈良県立医科大学 微生物感染症学講座）

5. 総括発言

演者：長沢 光章（国際医療福祉大学 成田保健医療学部 医学検査学科）

第4会場(白樫1+2)

共催：オックスフォード・イムノテック株式会社

9:30～11:30

感染制御ベーシックレクチャー

さあどうする結核対策 ～結核の基本から実践まで～

司会：金光 敬二（福島県立医科大学医学部 感染制御学講座）

1. 低蔓延下の結核の疫学と対策 ～早期診断と潜在性結核感染症対応の留意点～

演者：阿彦 忠之（山形県 健康福祉部）

2. インターフェロンγ遊離試験（IGRA）の解釈と潜在性結核感染症（LTBI）治療

演者：高梨 信吾（弘前大学 保健管理センター）

3. 当院における結核院内感染対策 ～発病高リスク患者への取り組み～

演者：三木 誠（仙台赤十字病院 呼吸器内科）

4. 当院におけるインターフェロンγ遊離試験（IGRA）を用いた結核職業感染対策の取り組み

演者：小針 朱子（福島県立医科大学附属病院 感染制御部）

第1会場(大ホール)

共催：アステラス製薬株式会社
大正富山医薬品株式会社

13:30～15:00

感染症診療ベーシックセミナー

薬剤耐性（AMR）アクションプラン・対応

司会：青柳 哲史（東北大学大学院 総合感染症学分野）

1. 感染症から未来を守る ～薬剤耐性（AMR）対策の現在とこれから～

演者：具 芳明（国立国際医療研究センター病院 AMR 臨床リファレンスセンター）

2. 当院の感染対策の現状と AMR アクションプラン

演者：武田 博明（済生会山形済生病院 TQM）

3. 当院の院内感染対策と AMR アクションプラン

演者：井草龍太郎（大崎市民病院 呼吸器内科）

4. AMR 対策アクションプランにおける薬剤師の役割

演者：中居 肇（東北労災病院 薬剤部）

第2会場(橘)

共催：アズビル株式会社
イオンディライト株式会社
ミヤリサン製薬株式会社

15:10 ~ 16:40

総合シンポジウム 1

One Health 一人・動物・環境から考える、これからの感染制御のあり方ー

司 会：坂本 史衣（学校法人 聖路加国際大学 聖路加国際病院）
吉田真紀子（東北大学大学院 感染制御・検査診断学分野）

1. 医療機関におけるファシリティマネジメント 感染対策担当者期待される新たな役割

演 者：坂本 史衣（学校法人 聖路加国際大学 聖路加国際病院）

2. 空調制御システムから見た感染対策

演 者：岡 幸彦（アズビル株式会社 ビルシステムカンパニー・
EPS 事業推進室）

3. 清掃現場からみえてくる感染制御の課題と展望

演 者：小野 勤子（イオンディライト株式会社 病院・介護営業推進部）

4. 細菌間コミュニケーションの視点で考える感染症とその治療

演 者：大谷 郁（東海大学医学部 基礎医学系生体防御学）

5. 追加発言

演 者：賀来 満夫（東北大学大学院 感染制御・検査診断学分野）

第3会場(萩)

共催：塩野義製薬株式会社

15:10 ~ 16:40

総合シンポジウム 2

明日から使える実地疫学調査のテクニック

司 会：徳田 浩一（東北大学大学院 感染制御・検査診断学分野）

1. 疫学調査の重要性と有用性

演 者：中島 一敏（大東文化大学 スポーツ・健康科学部 健康科学科）

2. 実地疫学の流れをつかむ

演 者：徳田 浩一（東北大学大学院 感染制御・検査診断学分野）

3. ケーススタディ 「実地疫学調査の実践」

演 者：新橋 玲子（国立感染症研究所 感染症疫学センター第一室）
小林 祐介（国立感染症研究所 感染症疫学センター第一室）

第 1 会場 (大ホール)

共催：ファイザー株式会社

12:10 ~ 13:10 **教育セミナー 1 (ランチョン)**
救急・集中治療領域の抗真菌薬投与
—薬物動態に注目した antifungal stewardship—

司 会：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）

演 者：佐々木淳一（慶應義塾大学医学部 救急医学）

第 2 会場 (橘)

共催：大日本住友製薬株式会社

12:10 ~ 13:10 **教育セミナー 2 (ランチョン)**
深在性真菌症への新しい戦略

司 会：賀来 満夫（東北大学大学院 感染制御・検査診断学分野）

演 者：菊池 賢（東京女子医科大学 感染症科）

第 3 会場 (萩)

共催：武田薬品工業株式会社

12:10 ~ 13:10 **教育セミナー 3 (ランチョン)**
麻疹アウトブレイクと今後のワクチンと地域連携
～三重県での反省を踏まえて～

司 会：吉田真紀子（東北大学大学院 感染制御・検査診断学分野）

演 者：谷口 清州（国立病院機構三重病院臨床研究部）

第 4 会場 (白檀 1+2)

共催：吉田製薬株式会社
杏林製薬株式会社

12:10 ~ 13:10 **教育セミナー 4 (ランチョン)**
環境整備における費用対効果を考える
—感染対策に重要な環境整備。されど関わるスタッフの意向を忖度すると??—

司 会：中澤 靖（東京慈恵会医科大学 感染制御科／
東京慈恵会医科大学附属病院 感染対策室）

演 者：樋渡 美紀（社会医療法人財団池友会 新行橋病院
医療安全感染管理部 感染管理室）

第5会場(桜2)

11:55 ~ 12:05 ICNJ 東北支部総会

(限定：ICNJ 東北支部会員)

第5会場(桜2)

共催：サラヤ株式会社

12:10 ~ 13:10 教育セミナー 5 (ランチョン)
第8回日本感染管理ネットワーク (ICNJ) 東北支部研修会
特定行為研修を受けると感染管理はどう変わるの？

司 会：若松由紀子 (鶴岡市立荘内病院)

演 者：細田 清美 (福井県済生会病院)

(限定：ICNJ 会員)

第2会場(橘)

共催：第一三共株式会社

13:30 ~ 14:30 教育セミナー 6
インフルエンザ診療の最新知識 2017-2018 ~院内伝播対策を含めて~

司 会：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)

演 者：渡辺 彰 (東北大学加齢医学研究所抗感染症薬開発寄附研究部門)

第3会場(萩)

共催：MSD株式会社

13:30 ~ 14:30 教育セミナー 7
救急現場における重症感染症への備えと治療

司 会：伊関 憲 (福島県立医科大学医学部 救急医療学講座)

演 者：関 雅文 (東北医科薬科大学 感染症内科・感染制御部)

第4会場(白檀 1+2)

共催：日本ベクトン・ディッキンソン株式会社

13:30 ~ 14:30 **教育セミナー 8**
血流感染マネジメントバンドル
—患者アウトカムの向上を目指して—

司 会：遠藤 史郎（国際医療福祉大学 塩谷病院 感染制御部）
演 者：松島 由実（岡波総合病院 感染管理認定看護師、認定看護管理者）
日馬 由貴（国立国際医療研究センター AMR 臨床リファレンスセンター）

第5会場(桜 2)

共催：テルモ株式会社

13:30 ~ 14:30 **教育セミナー 9**
手指衛生をキーとした地域連携の取り組み

司 会：中村 美央（秋田大学医学部附属病院 感染制御部 感染管理認定看護師）

感染管理認定看護師が実践する手指衛生活動と地域連携

演 者：池田しのぶ（宮城 ICN ネットワーク／東北大学病院 感染管理室）

第1会場(大ホール)

共催：株式会社モレーンコーポレーション

15:10 ~ 16:10 **教育セミナー 10**
病院、高齢者施設での環境表面管理の再考
～今までの清掃・消毒では医療関連感染は防止できません～

司 会：森 浩子（福島県立医科大学附属病院 感染制御部）
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）

第4会場(白檀 1+2)

共催：株式会社エムエス
サクラ精機株式会社

15:10 ~ 16:10 **教育セミナー 11**
滅菌供給業務の課題と私たちが進むべき道

司 会：金澤 悦子（東北大学病院 材料部）
演 者：高階 雅紀（大阪大学医学部附属病院 材料部）

第5会場(桜2)

共催：株式会社 日本微生物研究所

15:10～16:10

教育セミナー 12

腸管出血性大腸菌感染症 ～基礎から最新の知見まで～

司 会：大島 謙吾（東北大学大学院 総合感染症学分野）

腸管出血性大腸菌集団発生事例とその社会的インパクト

演 者：加來 浩器（防衛医科大学校 防衛医学研究センター
広域感染症疫学・制御研究部門）

高発症率宮城県の腸管出血性大腸菌予防強化に向けた一考察

演 者：佐藤 寿夫（株式会社 日本微生物研究所）

一般演題（ポスター） 会場（桜 1）

1 コース：11：30～12：10

司会：佐々木みゆき（社会医療法人 将道会 総合南東北病院）

演題番号	演題名	筆頭演者	筆頭演者所属
P-1	CV ルート・ドレッシング交換	新林 加奈	公益財団法人湯浅報恩会 寿泉堂香久山病院
P-2	喀痰吸引	鈴木沙絵子	医療法人浄仁会 大泉記念病院 3 階西病棟
P-3	ベストプラクティス手法に基づいた吸引マニュアルの作成と実績	鉾建 隼	一般財団法人広南会広南病院
P-4	気管内吸引手順の見直しを試みて ～療養病棟におけるカテーテルの複数回使用から単回使用への取り組み～	伊藤ひとみ	寒河江市立病院 1 病棟
P-5	統一したケアを目指して「吸引」	藤澤 郁子	岩手県盛岡市 荻野病院 内科・回復期リハビリ病棟

2 コース：11：30～12：10

司会：渡邊 勇七（公立藤田総合病院）

演題番号	演題名	筆頭演者	筆頭演者所属
P-6	ベストプラクティスを用いた NICU でのおむつ交換手順の遵守状況	高橋 雄司	独立行政法人 国立病院機構 福島病院
P-7	尿道カテーテル管理（尿排出・尿廃棄）	横山 駿	医療法人 医徳会 真壁病院 一般病棟
P-8	尿道留置カテーテルのベストプラクティスの見直し	吉田紗夕惟	仙台オープン病院看護部
P-9	療育施設における導尿のベストプラクティス	米澤 知美	秋田県立医療療育センター 看護部ひばり病棟
P-10	放射線検査室の清掃	齋藤 宏康	一般財団法人 竹田健康財団 竹田総合病院 看護部

3 コース：11：30～12：02

司会：遠藤 史郎（国際医療福祉大学 塩谷病院）

演題番号	演題名	筆頭演者	筆頭演者所属
P-11	適切な手袋の選択と使用のための取り組み	藤島 豊	秋田大学医学部附属病院
P-12	抗癌剤治療中に発症した <i>Streptococcus dysgalactiae</i> 筋膜炎の一例	田中 智博	大崎市民病院
P-13	敗血症原因菌迅速診断キット DiagnoSep の検討	渡部 祐司	東北医科薬科大学病院 検査部 東北医科薬科大学病院 感染制御部
P-14	手指消毒回数と MRSA 新規検出率の10年間にわたる推移	鴨下 文貴	埼玉医科大学国際医療センター 感染対策室

4 コース：14：30～15：02

司会：林 靖子（いわき市立総合磐城共立病院）

演題番号	演題名	筆頭演者	筆頭演者所属
P-15	透析返血時のベストプラクティス	及川 昭憲	岩手県立胆沢病院 外来
P-16	透析穿刺のベストプラクティス	高橋 智子	市立横手病院 人工透析室
P-17	A 病院における針刺し事故分析と事故防止の取り組み～インスリン注射ベストプラクティスを作成して～	大槻 育恵	宮城病院 看護部
P-18	ベストプラクティス取り組み 3 年の評価と課題	深瀬真由美	仙台医療センター

5 コース : 14 : 30 ~ 15 : 10

司会：残間由美子（公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院）

演題番号	演題名	筆頭演者	筆頭演者所属
P-19	病院給食委託業者の衛生管理に対する ベストプラクティスの作成	藤田 佳子	弘前脳卒中・リハビリテーションセンター 栄養室
P-20	経腸栄養手順の作成	佐々木貴子	秋田県立脳血管研究センター
P-21	手術担当者のゴーグルとシューズカバーの 装着があたりまえとなる工夫	大友 郁子	スズキ記念病院
P-22	多職種が連携して行う吐物処理の取り組み ～吐物処理ベストプラクティスを活用して～	竹村 憲	北村山公立病院 感染管理推進室
P-23	内視鏡スコープ洗浄感染管理 ベストプラクティスを作成して	菅野 陽子	公益財団法人仙台市医療センター仙台オープン 病院 消化器内視鏡センター

6 コース : 14 : 30 ~ 15 : 10

司会：水谷 哲（大阪警察病院 感染管理センター）

演題番号	演題名	筆頭演者	筆頭演者所属
P-24	当院におけるアクセスポート消毒の現状と課題	大矢 英朗	社会福祉法人 仁生社 江戸川病院 感染制御部 (看護部)
P-25	手指衛生遵守率向上への取り組み	本間 寛子	NHO 仙台医療センター看護部
P-26	南相馬市立総合病院 手指衛生向上プロジェクト	高田 明美	南相馬市立総合病院 感染対策室
P-27	「100 床未満、単科、有資格者なし、常勤医 4 人」の 小規模病院での ICT・感染対策部門立ち上げから感染 防止対策加算 2 取得まで	渡邊 昇子	宮城厚生協会 泉病院 感染対策室
P-28	環境整備、ごみの分別のチェックリストの有効性と 課題について	木皿 牧子	(公財) 仙台市医療センター 仙台オープン病院

要 旨 集

感染管理ベストプラクティスワークショップ

司会：大村真利子（秋田県立医療療育センター 感染予防対策室）

近藤 啓子（岩手医科大学附属病院 医療安全管理部感染症対策室）

演者：

「ワークショップ開催にあたって」

残間由美子（公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院）

「感染管理ベストプラクティス事例発表」

オムツ交換時における標準予防策

正木 翼（医療法人運忠会土崎病院 2病棟（特殊疾患））

HACCP に準じた食中毒対策

八重樫めぐみ（社会福祉法人平和会 特別養護老人ホームいいとよ 栄養課）

おむつ交換～排泄物処理の標準化

三橋 貴之（介護老人保健施設湖水荘 介護部）

外来部門における定期リネン交換

三浦 玲子（東北医科薬科大学病院）

短期留置カテーテル使用の透析開始手順

鈴木多賀子（公益財団法人ときわ会 いわき泌尿器科）

「山形県から広がった麻疹アウトブレイクを通して、リスクコミュニケーション・地域連携を考える」

麻疹アウトブレイク事例について ～山形県での麻疹対応事例を中心に～

奥野 英雄（国立感染症研究所 感染症疫学センター 第三室）

麻疹流行に対する当院の対応の実際 ―工夫したこと、難しかったこと―

若松由紀子（鶴岡市立荘内病院 医療安全管理室）

置賜に麻疹患者がやってきた！

横澤 博美（公立置賜総合病院 医療安全部）

パネルディスカッション

総括

賀来 満夫（東北大学大学院 感染制御・検査診断学分野）

感染管理ベストプラクティス（ベスプラ）は、様々なケアのプロセスの中に潜む病原微生物の感染経路を遮断するための方法について提案しています。昨年東北6県で開催されたワーキンググループには、339名の方にご参加いただき、手順の改善や見直しが行われました。前半は、その中から皆様と共有したいベストプラクティス事例をご発表いただきます。

後半は、昨年東北地方において、海外渡航歴のある方を発端とした「麻疹のアウトブレイク」がありました。このことについて、振り返りを行いたいと思います。

疫学調査で現地に入られた国立感染症研究所の奥野先生には、「リスクコミュニケーションと地域連携を考える」というテーマで疫学的な視点で全体像をお話し頂きます。

また、山形県の感染管理認定看護師である横澤さんと若松さんには院内で麻疹が発生した場合の対応、地域で麻疹が発生した場合の対応等についてお話し頂きます。

空気感染する麻疹は、ワクチンで予防できる疾患です。事前の備えが感染の拡大を阻止できると考えます。

前半、後半を通して、皆様のご施設での感染対策の参考にしていただき、日々の改善にお役にたつことができれば幸いです。

残間 由美子（公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院）

薬剤師のためのICワークショップ

特別講演 I

大規模自然災害時における薬剤師による感染対策

司会：田村 健悦（八戸市立市民病院）

演者：丹野 佳郎（石巻薬剤師会）

特別講演 II

感染症治療・予防にプロバイオティクス製剤・食品・サプリメントが出来ること、出来ないこと

司会：平賀 元（医療法人財団青仁会青南病院）

演者：藤村 茂（東北医科薬科大学大学院 薬学研究科臨床感染症学教室）

今回の薬剤師のためのICワークショップは、特別講演を2題企画しました。

特別講演 I では6年を経過した東日本大震災の教訓を風化させないためにも、災害現場での実績をお持ちの石巻薬剤師会専務理事の丹野佳郎先生に講師をお願いしています。大規模災害は忘れた頃にやってくるの例えにもありますように『災害は必ずやってくる』という認識を新たにして、参集された皆様と一緒に災害時、緊急時の感染管理のあり方を考える機会にしたいと思います。次の特別講演 II では『感染症治療・予防にプロバイオティクス製剤・食品・サプリメントが出来ること、出来ないこと』と題して東北医科薬科大学大学院薬学研究科臨床感染症学教室教授の藤村茂先生に講演をお願いしています。

検査技師・医師向けワークショップ ESBLを再考する

司会：豊川 真弘（福島県立医科大学 新医療系学部設置準備室）
竹村 弘（聖マリアンナ医科大学 微生物学講座）

演者：

1. ESBL 産生菌の標準的検出法とそのポイント

勝見 真琴（東北大学病院 診療技術部検査部門）

2. ESBL 産生菌の世界的状況と日本の現状

嵯峨 知生（秋田大学医学部附属病院 中央検査部）

3. ESBL 産生菌の集団発生を経験して ～母乳による集団発生を経験して～

仲村 究（福島県立医科大学 感染制御学講座）

4. One Health 的に ESBL 産生菌を考察する

矢野 寿一（奈良県立医科大学 微生物感染症学講座）

5. 総括発言

長沢 光章（国際医療福祉大学 成田保健医療学部 医学検査学科）

本セッションでは「ESBL 産生菌を再考する」をテーマに4人の先生方にご講演頂く。

勝見真琴先生には微生物検査室で実際に行っている ESBL 産生菌検出法について、現状における課題や自施設での検討成果を含めご発表頂く。

嵯峨知生先生には疫学的見地から、ESBL 産生菌の国内および世界的状況とそれぞれにおける分離株の特性についてご講演頂く。

仲村究先生には自施設で経験された集団発生事例を提示いただくとともに、院内感染の落とし穴や感染対策のポイントについてご解説いただく。

矢野寿一先生には One Health 的観点から、人・動物・環境における薬剤耐性菌の広がり、これからの耐性菌対策に必要な方向性についてご講演頂く。

これら4つの講演を通して、多角的視点で ESBL 産生菌について再考していただければ幸いである。

感染制御ベーシックレクチャー

さあどうする結核対策 ～結核の基本から実践まで～

司会：金光 敬二（福島県立医科大学医学部 感染制御学講座）

演者：

1. 低蔓延下の結核の疫学と対策 ～早期診断と潜在性結核感染症対応の留意点～
阿彦 忠之（山形県 健康福祉部）
2. インターフェロング遊離試験（IGRA）の解釈と潜在性結核感染症（LTBI）治療
高梨 信吾（弘前大学 保健管理センター）
3. 当院における結核院内感染対策 ～発病高リスク患者への取り組み～
三木 誠（仙台赤十字病院 呼吸器内科）
4. 当院におけるインターフェロング遊離試験（IGRA）を用いた結核職業感染対策の取り組み
小針 朱子（福島県立医科大学附属病院 感染制御部）

結核は、世界3大感染症の1つであり、最も死亡者数の多い感染症です。

本邦では結核患者は年々減少が続いており、「昔の病気」と考えられがちですが、2015年の罹患率（人口10万人対）は14.4と低蔓延国の基準である10を上回っており、中蔓延国に位置付けられています。他の先進諸国が低蔓延国入りを果たしている中、遅れをとっているのが現状です。本邦では、2020年に低蔓延国化を目標としており、そのためには、結核患者の早期診断・治療、既感染高齢者の発病予防、国民への結核の教育・啓発活動、院内感染対策等、我々が取り組む課題はまだまだ多いのです。

東北エリアにおける2015年の結核罹患率（人口10万人対）は、山形県7.3、秋田県・宮城県8.5、福島県9.8、岩手県10.6、青森県13.9と全県で全国平均を下回っています。しかしながら、結核は既感染者の免疫低下により発病することも多く、高齢者は結核発病のリスクファクターの一要因であることも事実であり、どの医療機関・診療科でも結核患者に遭遇する可能性があることから、引き続き既感染者の早期診断、適切な治療を行う必要があります。

本セミナーは、臨床で結核と向き合う4人の先生方より疫学、検査・診断、結核診療のポイント、臨床での感染対策についてご講演頂きます。結核診療に関する基礎から臨床での対策を網羅することにより、自施設での結核対策を改めて考える良い機会になるものと考えております。

明日からの結核感染対策にお役立てください。皆様のご参加をお待ちしております。

感染症診療ベーシックセミナー

薬剤耐性 (AMR) アクションプラン・対応

司会：青柳 哲史（東北大学大学院 総合感染症学分野）

演者：

1. 感染症から未来を守る ～薬剤耐性 (AMR) 対策の現在とこれから～

具 芳明（国立国際医療研究センター病院 AMR 臨床リファレンスセンター）

2. 当院の感染対策の現状と AMR アクションプラン

武田 博明（済生会山形済生病院 TQM）

3. 当院の院内感染対策と AMR アクションプラン

井草龍太郎（大崎市民病院 呼吸器内科）

4. AMR 対策アクションプランにおける薬剤師の役割

中居 肇（東北労災病院 薬剤部）

本邦で2016年4月薬剤耐性 (AMR; Anti-microbial resistance) 対策アクションプランが策定された。背景に、抗菌薬の頻用・乱用により本邦だけでなく世界的に AMR 微生物が増加する一方、新規抗菌薬の開発は減少傾向にあることがあげられる。加えて、ヒトの抗菌薬使用だけでなく、動物用の抗菌薬も動物の感染症治療、家畜の飼料に添加し成長促進目的に使用されている。以上より AMR 微生物は、今やヒトのみならず動物までも含めた “One health” として社会全体で対応を考え、行動を起こさなくてはならない重要な課題である。実際、AMR 対策アクションプランは以下の6つの柱から構成されている。具体的には、①普及啓発・教育、②動向調査・監視、③感染予防・管理、④抗微生物薬の適正使用、⑤研究開発・装薬、⑥国際協力であり、包括的な対策が必要となる。このように、医療に関わるスタッフのみならず、行政、企業、そして広く国民への AMR 対策に対する理解と協力が不可欠と考える。

今回のセッションでは4人の演者の先生から AMR 対策アクションプランについてお話を伺う機会を設けた。それぞれの立場から AMR 対策アクションプランをどのように捉え、そして実践しているのか、さらに実践していく上で問題となっている事は何なのかを中心にお話をいただき、総合討論ではご参加いただいた皆様とともに AMR 対策アクションプランに対する理解を深めることを期待する。また、ご参加いただく皆様方には忌憚のないご意見、コメントをお聞かせ頂きたい。

総合シンポジウム1

One Health 一人・動物・環境から考える、これからの感染制御のあり方—

司会：坂本 史衣（学校法人 聖路加国際大学 聖路加国際病院）

吉田眞紀子（東北大学大学院 感染制御・検査診断学分野）

感染症は医療機関内、施設内にとどまるものではなく、組織を越え、地域を越え、国境を越えて広がっていくものであることから、人・動物・環境、すなわち one health の視点で考える感染制御は今後さらにその重要性をましていくものと思われる。今回は、ファシリティマネジメントを中心に、医療機関、空調管理、清掃、そしてプロバイオティクスと幅広い視点からこれからの感染制御のあり方を考える機会としたい。

1. 医療機関におけるファシリティマネジメント 感染対策担当者に期待される新たな役割

演者：坂本 史衣（学校法人 聖路加国際大学 聖路加国際病院）

ファシリティマネジメント（FM）は、患者、家族、職員にとって安全な医療環境を提供する活動であり、そこに感染対策担当者が関わることは必須だと言ってよい。FMにおける感染対策担当者の役割は多岐にわたるため、短時間でそのすべてを語ることは難しい。従って今回は、近年感染対策担当者の関与が特に強く求められている①高頻度接触環境表面における感染リスクの低減、そして②建築・改築に伴う感染リスク評価と対応という二つのFM活動に焦点を絞り、近年の動向を紹介したい。

2. 空調制御システムから見た感染対策

演者：岡 幸彦（アズビル株式会社 ビルシステムカンパニー・EPS 事業推進室）

病院には、空調設備が完備されており、その設備を適切に制御することが空気感染対策には必須である。特に対象となる空間の環境をモニタリングして清浄度・気流方向（室圧）・換気回数をコントロールすることが重要である。今回は、病院における空調設備の働きについて述べる。また対象となる空間の環境モニタリング手法及び空気感染対策として有効となる清浄度・気流方向（室圧）・換気回数の制御方法とその有効性についても説明する。さらにパンデミック時に空調システムを切替えて用途変更による感染対策についても言及する。

3. 清掃現場からみえてくる感染制御の課題と展望

演者：小野 勤子（イオンディライト株式会社 病院・介護営業推進部）

医療者が高質な医療の推進を目指すように、多くの清掃事業者もより衛生的な医療環境を提供したいと考えている。しかし現実には、限りなく清潔な環境を求めがちな感染制御担当者、利益管理を課せられた事務方、その挟間で適切な企画・提案ができない清掃事業者と三者の対立構造が出来上がっている。加えて清掃事業者は、労働力減少や人件費の高騰など新たな問題にも直面する。感染制御という共通目標の下、互いのギャップを埋め、安心・安全な医療環境の実現に向けて何をすべきか。清掃事業者の視点から病院清掃の課題と展望を考えてみたい。

4. 細菌間コミュニケーションの視点で考える感染症とその治療

演者：大谷 郁（東海大学医学部 基礎医学系生体防御学）

生体を含む環境中の細菌は単独で存在すること無く、常に複雑な細菌叢を構成している。近年、細菌自身が産生する低分子物質が同種あるいは異種間のコミュニケーションに用いられ、多くの病原性細菌の病原性の発現に関与していることが明らかとなってきた。さらに、細菌の代謝産物により病原性細菌の増殖抑制や耐性遺伝子の伝播抑制が起こることも報告されており、複雑な細菌叢の中で、細菌同士が様々な調節を行っていることが示唆されてきている。耐性菌問題により新たな感染症治療法の開発が望まれており、こうした知見をもとにした細菌を排除せず、病原性のみを標的とした感染症治療の可能性について紹介する。

5. 追加発言

演者：賀来 満夫（東北大学大学院 感染制御・検査診断学分野）

総合シンポジウム2

明日から使える実地疫学調査のテクニック

司会：徳田 浩一（東北大学大学院 感染制御・検査診断学分野）

演者：

1. 疫学調査の重要性と有用性

中島 一敏（大東文化大学 スポーツ・健康科学部 健康科学科）

2. 実地疫学の流れをつかむ

徳田 浩一（東北大学大学院 感染制御・検査診断学分野）

3. ケーススタディ 「実地疫学調査の実践」

新橋 玲子（国立感染症研究所 感染症疫学センター第一室）

小林 祐介（国立感染症研究所 感染症疫学センター第一室）

ちょっと増えてる？ なにかいつもと違う？ 日ごろの ICT 活動中に感染症の発生状況や薬剤耐性菌の検出パターンの変化が気になったことは、誰もが経験あることだと思います。

「この変化を分析して、もやもや感を晴らしたい！」

「皆が納得する形で問題点を示したい！」

「だけど疫学解析なんて、ちんぷんかんぷん（泣）」

本ワークショップはこのような皆さまのために（そこまでじゃないよ！という方にも）、日常の活動の中で簡単に組み入れる疫学調査の基本について、レクチャーと演習で、楽しみながら体感していただきたいと考えて企画しました。レクチャーでふむふむと理解していただき、配布された資料をもとにご自身で演習していただきます。4人の講師でサポートいたします。

ケーススタディでは、以下のレクチャーと演習を予定しています。

- ・ミニレクチャー1)：症例定義、Active case finding のやり方
- ・ケーススタディ：①積極的症例探索、②症例定義を作る、③ Active case finding
- ・ミニレクチャー2)：記述、解析（オッズ比の計算方法）
- ・ケーススタディ：①記述疫学、②仮説の検証（解析疫学）

気軽に参加して、どうぞ好きなだけ知識とワザをお持ち帰りください。お会いできるのを楽しみにしております。

教育セミナー 1 (ランチョン)

救急・集中治療領域の抗真菌薬投与

—薬物動態に注目した antifungal stewardship—

司会：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）

演者：佐々木淳一（慶應義塾大学医学部 救急医学）

近年、感染症治療薬の有効性、安全性、耐性菌の出現において、生体内における薬物動態（Pharmacokinetics；PK）と標的部位での抗菌活性に代表される薬力学（Pharmacodynamics；PD）との組み合わせで論じる PK-PD 解析が注目されている。しかし、PK-PD 解析は血中濃度での作用を想定し、移行性により抗菌活性濃度が異なる感染組織での薬物作用は想定していないため、感染局所での効果は薬剤の組織移行性を考慮する必要がある。SSCG2012 では、初期治療として疑わしい病原体に活性を示し、sepsis の感染巣と推定される組織移行に優れた薬剤の経験的治療を推奨している。

高度侵襲下の病態では、血管透過性の亢進が顕著であることが特徴であり、それに伴う血漿成分の血管外漏出による循環血液量の低下状態であることが多い。血管透過性の亢進により薬物の分布容積は増大し、血中濃度の低下が予測される。一方で、腎排泄の要素を持つ多くの薬物は、循環血流量や腎機能の低下によりクリアランスが低下するため、血中濃度の増大が予測される。さらに薬物はその効果を発揮し、組織移行も可能な状態は、アルブミンなどの血漿および組織蛋白と結合していない遊離型であり、各薬物の蛋白結合率も重要視すべきポイントである。また、血管透過性亢進による分布容積増大は薬物の溶解特性（水溶性・脂溶性）によっても異なり、水溶性薬物は分布容積増大を来すことになる。このように、組織移行性を考慮した投与法の設計における適切な抗菌薬投与方法の選択は、薬物特性として蛋白結合率、溶解特性（水溶性・脂溶性）、代謝・排泄経路（腎排泄型・胆汁排泄型）などを参考にして行うべきである。

救急・集中治療領域における真菌感染症の原因は主にカンジダ属菌である。本邦において、カンジダ属菌に抗菌活性のある抗真菌薬はトリアゾール系、エキノキャンディン系、ポリエンマクロライド系と選択枝は多いが、カンジダ属菌亜種による抗菌活性の差異を理解し、抗真菌薬を使い分け（antifungal heterogeneity）、さらに適正使用（antifungal stewardship）として感染巣での組織内濃度を意識した投与量設計を行う必要がある。本セミナーでは、熱傷創の真菌感染により誘導される burn wound sepsis などを取り上げ、感染創組織中への十分な薬剤移行の必要性などを解説する。

教育セミナー 2 (ランチョン)

深在性真菌症への新しい戦略

司会：賀来 満夫（東北大学大学院 感染制御・検査診断学分野）

演者：菊池 賢（東京女子医科大学 感染症科）

深在性真菌症の診断・治療はこの20年の間に大きな変貌を遂げた。診断面では、MALDI-TOF MSの微生物検査室への導入が進み、培養陽性の真菌（特に酵母）の同定は迅速かつ簡便に実施出来るようになった。また、血液培養ボトルから multiplex PCR や microarray などを用いて、迅速に起因菌同定を行えるシステムも検査室のワークフローに入り始めている。しかし、これらの技術革新を持ってしても、深在性真菌症の診断効率は高くない。深在性真菌症の診断の gold standard が培養検査であることに異論はないが、カテーテル血流感染、感染性心内膜炎などの真菌血症以外での培養陽性率は低く、特に呼吸器系の場合、偽陰性の場合が少なくない。Febrile neutropenia のように宿主の免疫状態が不良で、多くの抗菌薬や既に予防的に抗真菌薬が投与された症例などでは、診断的治療を行わざるを得ないケースは想像以上に多い。このようなケースでは β -D-グルカンやアスペルギルス抗原、クリプトコッカス抗原などの血清補助診断が非常に重要な役割を担っているが、これらの検査で確実に診断できるとは限らず、新たな深在性真菌症のマーカーの開発が求められている。また、次世代シーケンス技術の導入後、登録される遺伝子情報は飛躍的に増加した。ポストゲノム時代の幕開けである。ゲノム情報は網羅的なプロテオーム（メタボローム）解析、トランスクリプトーム解析に生かされ、様々な感染症病態のマーカーが明らかにされつつある。深在性真菌症における網羅的解析（オミクス）は、まだほとんど見られていないが、今後の大きな深在性真菌症診断ツールの開発には不可欠の手法となろう。

治療面では使用できる抗真菌薬の種類も増え、感受性試験の標準化も進み、起因真菌の菌種別に治療選択が行える状況になった。しかし、依然として深在性真菌症の予後は不良であり、現有の抗真菌薬では対処できない菌種も少なくない。近年は感染症治療薬から撤退する製薬企業が急増しており、次世代の画期的な新しい抗真菌薬シーズ候補も限られている現況がある。また、ワクチンなど、ハイリスク患者への抗真菌薬以外の予防戦略もほとんど検討されていない。本発表では、現在、どこまでのことが出来て、今後、どのように進むべきか、深在性真菌症のマネジメントの方向性について論じてみたい。

教育セミナー 3 (ランチョン)

麻疹アウトブレイクと今後のワクチンと地域連携

～三重県での反省を踏まえて～

司会：吉田真紀子（東北大学大学院 感染制御・検査診断学分野）

演者：谷口 清州（国立病院機構三重病院臨床研究部）

当然のことながら、医療機関は地域に存在し、地域の感染症流行状況の影響を直接うけ、時には院内での感染伝播に発展することもあるし、またそれが地域にながれだすこともある。薬剤耐性菌は地域感染例も増えつつある。一方では、交通と流通のグローバル化により、世界のあらゆる感染症は瞬く間に我々の面前に出現するようになっている。医療機関は基本的に Individual health を扱っているとの意識が強いが、Public Health を同時に考えていかなければ、それらはすべて Individual health に戻ってくる。

感染症対策の基本は、Prevent、Detect、Respond であり、これは世界レベルであっても、国家レベルであっても、地域レベルであっても、そして医療機関レベルであっても変わりはない。これら三つの要素はこの順番で必要な財政的、人的負担は増大し、その難易度は高くなるため、感染症対策は全体として Cost and labour effectiveness を考えつつ行うものであると考える。地域で予防できるはずのものが予防できていなければ、それは地域と医療機関におけるサーベイランスと対応を強化しなければならず、医療機関で出来るはずのことができなければ、それはまた地域へ戻ってしまうのである。

今年、三重県では麻疹の地域流行を複数回経験し、そのうちの一つは、医療機関を巻きこみ、大きなインパクトがあった。医療従事者に対しては、日本環境感染症学会が「医療関係者のためのワクチンガイドライン」を公表しているが、抗体価基準などについての議論も未だ多い。現状の麻疹に対する抗体価基準では 16EIA 価であるが、当院のデータでは 2 回接種した例の 30% 程度しかこれをクリアしておらず、医療機関によっては数字にこだわって混乱したり、開き直ったりするところもあるが、当然のことながらワクチンは万能ではないのである。

今回の麻疹アウトブレイクでは、修飾麻疹の診断が熟練の小児科医ですら極めて難しいこともあり、その探知と対応についても地域において議論があった。本報告では、麻疹アウトブレイクの反省から、地域と医療機関の感染対策について、Prevent、Detect、Respond の三つの視点から、ワクチン、サーベイランス、そして感染症対策ネットワークについて考えてみたい。

教育セミナー 4 (ランチョン)

環境整備における費用対効果を考える

—感染対策に重要な環境整備。されど関わるスタッフの意向を忖度すると??—

司会：中澤 靖（東京慈恵会医科大学 感染制御科／

東京慈恵会医科大学附属病院 感染対策室）

演者：樋渡 美紀（社会医療法人財団池友会 新行橋病院 医療安全感染管理部 感染管理室）

近年、医療施設における感染対策の一つである「環境整備」は、病原微生物の伝播防止において重要視されています。少なくとも1日1回高頻度接触面の清拭を行う事はCDCガイドラインでも推奨されていますが、その一方で、環境表面は清拭直後より人の手を介して汚染され、またその汚染に触れた人の手により汚染は拡大されていきます。汚染拡大を抑制するには、『清拭回数を増やす事』が有効であると考えられます。しかし多忙な日常業務において現実的にはどうでしょう？さらに消毒薬によっては環境表面素材に影響を及ぼすため『消毒後の二度拭き』の行程が加わるなど、複雑な日常業務をさらに圧迫しているのではないのでしょうか。

当院における環境整備の現状を振り返ると、検出された病原微生物によって部屋ごとに必要な環境清拭方法を選択して環境清拭用のクロスの作成を日々行うなど、とても複雑な業務になっていました。難しい業務は敬遠され、結局は作業員間にバラツキが生じていました。このような背景から我々は、感染対策で重要な環境整備の見直しを行い、『環境清拭に用いるクロスの一本化』に向けた取り組みにより複雑な作業をわかりやすく教育して改善を行いました。今回、環境表面素材にもやさしく、さらにコスト削減にも繋がった一例を紹介致します。

教育セミナー 5 (ランチョン)

第8回日本感染管理ネットワーク(ICNJ)東北支部研修会

特定行為研修を受けると感染管理はどう変わるの？

司会：若松由紀子（鶴岡市立荘内病院）

演者：細田 清美（福井県済生会病院）

2014年6月に保健師看護師法が改正され、2015年10月に特定行為研修を受けた看護師が、手順書による医師の指示に基づき、患者の状態を判断し、必要があれば特定行為の実施を可能とする『特定行為に係る看護師の研修制度』が開始した。

2005年に感染管理認定看護師（CNIC）を取得し、感染管理者として実践を重ねるにつれて院内での認知度が高くなり、感染症を疑う症例が発生した場合には、感染症伝播防止についての役割に加え処方内容について意見を求められることが増える傾向にあった。さらに、当院は、地域中核の急性期病院であると同時に、病院から在宅へ生活の場が変わっても質の高い医療を提供することをめざしている。感染管理領域での地域活動に向けた方針として、医療施設や高齢者施設などで感染対策の強化を目的に活動をしている一方で、高齢者施設からの感染症患者の緊急搬送や耐性菌による感染拡大を危惧していた。このような状況の中、CNICが薬剤や体系的な教育で医学的な知識を学び治療回復に向けた関わりができると、タイムラグのない患者ケアと自施設の感染症治療およびチーム医療に寄与できるのではないかと考え受講した。

研修修了後は、CNICとして医療関連感染サーベイランスによる感染対策の改善など、集団を対象とした活動に加え、ベッドサイドでの患者の状態観察を行いカテーテル類の抜去や抗菌薬の適正使用、感染を疑う個々の患者の感染症管理へと継続した活動となっている。感染に関わる情報がいち早く入手できることは早期の介入と重症化を回避するアクティブなアプローチにつながり、専門性の基盤があるCNICが研修受講によって医学的な知識と臨床推論力を強化し、さらに感染症診断と治療の知識を得て実践する継続的なケアと看護過程の中で行う判断や行為は、患者を中心とした感染領域のプライマリーケアを可能とすると考える。

今回、特定行為研修を受けたICNの自施設および関連施設での具体的な実践を紹介する。

教育セミナー 6

インフルエンザ診療の最新知識 2017-2018 ～院内伝播対策を含めて～

司会：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）

演者：渡辺 彰（東北大学加齢医学研究所抗感染症薬開発寄附研究部門）

2009 年の新型インフルエンザから学ぶ

2009 年の「新型」インフルエンザ出現の際、演者らの日本感染症学会インフルエンザ委員会は同年 5 月 21 日、世界に先駆けて抗インフルエンザ薬の積極的な早期投与を打ち出した。WHO や CDC は消極的な方針に終始したが、半年もせず積極投与に変わった。日本以外で若者を中心に死亡が激増したからであり、最多の米国は 2010 年 2 月中旬までで 12000 名の死亡を数え、世界最少の被害は死亡が 200 名のわが国であった。医学の最先進国の米国が最大の被害を出したのは、国民を包括する医療保険制度が不備なため、及び早期の受診と治療が困難な医療体制のため、と考えられる。一方、半世紀前に確立した国民皆保険体制の下、均質・公平・安価で迅速な医療が可能、且つ医療者のモラルが高いわが国で被害が小さかったのは当然でもある。

早期治療開始の重要性和院内伝播対策の要点

インフルエンザの診療では、発症後早期の受診と治療開始が最重要である。患者の初診時には重症化するか否かの見極めは困難であり、可能な限り全例に抗インフルエンザ薬を投与すべきである。Muthuri らが、2009 年～2010 年のインフルエンザ A (H1N1) pdm09 に罹患して入院した世界の 10,791 例の 30 日予後を解析したところ、ノイラミニダーゼ阻害薬の投与開始日が発症後 2 日以内の群の生存率が最も高く、3 日目、4 日目、5 日目、5 日目以降と投与開始が遅くなるに連れて生存率が有意に低下し、早期投与開始の意義は明確であった（Lancet Resp Med 2:395, 2014）。なお、同報告では発症後 2 日以内の投与開始例が約半数と少なく、世界のインフルエンザ診療の現状が垣間見える。また、病院内や高齢者施設内でのインフルエンザ流行の拡大も、早期からの積極的な抗インフルエンザ薬の予防投与によって抑え込みが可能である。

タミフル耐性インフルエンザの実態

2015 年、興味ある報告があった。2013-14 シーズンに札幌を中心に分離されてオセルタミビルに耐性を示した A (H1N1) pdm09 ウイルスによる小児発症 10 例の臨床解析である。H275Y 変異による同ウイルスの感染発症例は、変異を認めない野生株による 18 例に比し臨床像はむしろ軽微であり、入院を要した例は、H275Y 変異を認めない野生株による例にのみ偏ると共に、変異株による例と野生株による例との間でオセルタミビル投与開始後の解熱時間に有意の差はないなど、変異株による例の臨床像はむしろ軽微だったのである。今後は、耐性の程度（≡ NA 活性阻害の程度）に基づく判断が求められよう。

教育セミナー 7

救急現場における重症感染症への備えと治療

司会：伊関 憲（福島県立医科大学医学部 救急医療学講座）

演者：関 雅文（東北医科薬科大学 感染症内科・感染制御部）

救急現場の特殊性として、対象患者の幅が広い割に、感染の有無を含めて患者情報が少なく、感染症を有することを前提に対応は迫られることが、まず挙げられよう。これらの対応は緊急性が高く、時間的制約もある上に、患者も重症である事が多いため、様々なスタッフの診療参加や医療器具の使用機会が多くなる。したがって、必然的に、容易に感染症が院内に広がる可能性と隣り合わせとも言えよう。

このような背景を元に、救急の現場では、迅速かつ正確な対応と、なによりも、常日頃からの感染症への「備え」が重要となる。

救急スペースや動線が十分に確保できないことが多い中で、スタンダードプリコーションの遵守や、防護具の適切な着用、経路別感染対策の環境整備や教育、体液・血液曝露対策などの準備を怠ってはならない。

また、実際に感染症患者を救急で診察する場合には、適切な病態および重症度の把握と、原因菌の同定が重要となるが、これは、より適切な抗菌薬治療を、より早く、より適切に導入したいからである。そのためにも、正確な診断法と治療法をあらかじめ身につけておく必要もあろう。

今回は、これらの普段からの備えや実際の対応の考え方を改めて概説するとともに、救急特有の疾患や対応法を紹介したい。

教育セミナー 8

血流感染マネジメントバンドル

—患者アウトカムの向上を目指して—

司会：遠藤 史郎（国際医療福祉大学 塩谷病院 感染制御部）

演者：松島 由実（岡波総合病院 感染管理認定看護師、認定看護管理者）

日馬 由貴（国立国際医療研究センター AMR 臨床リファレンスセンター）

血流感染症は迅速な診断、治療が要求される感染症である。日本の血流感染症診療のレベルは近年向上しており、血液培養の2セット採取、速やかな血管カテーテルの抜去など、古くは行われないことも多かったプラクティスが当然のことのように行われるようになってきた。これは、医師、看護師、薬剤師、検査技師など、職種ごとに感染症診療のボトムアップを図ってきた結果といえるだろう。しかし、実際の臨床現場において、職種ごとの「縦の」連携はもちろん大事ではあるが、異なる職種同士をつなぐ「横の」連携も極めて重要である。例えば、医師のレベルだけ高いが薬剤師や検査技師のレベルは低いまま、といった状況であれば、その病院は血流感染症診療全体のレベルが高いとはいえない。血流感染症患者の予後を向上させるには、患者に関わる全ての職業がベストプラクティスを目指す必要がある。2008年に東海地区で結成された東海血流感染ネットワークは、発足当時より職種を超えた連携に重きを置いたセミナーを開催していた。当ネットワークは2016年に行われた第8回東海血流感染セミナーにおいて、血流感染症の診断、治療の標準化を目的とした「血流感染マネジメントバンドル」の作成に着手した。バンドルは診療環境を標準化するための「ストラクチャー」、プラクティスを標準化するための「プロセス」にわかれ、それぞれにおいて各職種が目指すべきものが明確化されている。さらに、専門性が高く敬遠されがちな小児領域についても記載が組み込まれているのが特長である。病院全体として血流感染症に対するベストプラクティスを目指すには、非常に好ましいツールといえるだろう。このバンドルをいかに活用し、どのように血流感染症患者のアウトカム改善につなげていくか、会場のみならずともに考えていきたい。

教育セミナー 9

手指衛生をキーとした地域連携の取り組み

司会：中村 美央（秋田大学医学部附属病院 感染制御部 感染管理認定看護師）

感染管理認定看護師が実践する手指衛生活動と地域連携

演者：池田しのぶ（宮城 ICN ネットワーク／東北大学病院 感染管理室）

手指衛生は医療行為の基本であり、感染防止対策上もっとも重要な手技の1つであることは、いうまでもない。多くの施設で、手指衛生遵守活動に取り組んでいるが、決して容易な活動ではない。

平成24年の診療報酬改定に伴い、感染防止対策加算が新設された。これにより、感染防止対策における地域連携が進んだ。この加算の算定要件として、連携する施設との共同カンファレンスの開催があり、そのカンファレンス内容の必要項目に、アルコール製剤の使用量などの情報共有および意見交換があった。しかし、手指衛生に関する行動評価や改善には、その連携施設がもつさまざまな背景を理解した上での目標設定が必要となり、その設定に苦慮する状況にあった。

そこで、宮城県内の感染管理認定看護師、感染症看護専門看護師による活動組織である『宮城 ICN ネットワーク』世話人が中心となり、昨年度より手指衛生回数*サーベイランスを開始した。参加施設は、今年3月までに県内51施設となった。当ネットワークがデータをとりまとめ、施設規模や施設特性、入院病棟の特性も踏まえてベンチマークを作成した。ベンチマークデータは、3か月ごとに世話人から各施設にフィードバックした。

平成29年1～3月の参加施設（N=51）における手指衛生回数は、最大で17.1回／患者・日、最小で0.4回／患者・日であった。最も参加数の多い100～200床未満の病床数をもつ施設（N=22）の中央値は、4.4回／患者・日（範囲：0.4-17.1）となった。内科主体の入院病棟（N=38）の中央値は、5.5回／患者・日（範囲：0.3-12.4）であった。

ベンチマークデータを活用することで、同じ規模や特性での施設間比較が容易になり、かつ、自施設の現在の位置もわかり、新たな目標設定を容易にすることができた。同時に、目標が明確になることで、手指衛生行動の改善に対する意欲向上にもつながっていた。今後は、介入対策情報なども収集し、情報共有に努めたいと考える。

ICNのネットワークを活用したこのような取り組みは、診療報酬改定における主目的である地域における感染防止対策の強化に寄与できていると考えられた。

東北大学病院における手指衛生に関する取り組みとともに、この手指衛生回数サーベイランスについてご紹介したい。

※手指衛生回数：アルコール製剤払い出し量より算出された、入院患者1人に対して1日に行われた手指衛生回数

教育セミナー 10

病院、高齢者施設での環境表面管理の再考

～今までの清掃・消毒では医療関連感染は防止できません～

司会：森 浩子（福島県立医科大学附属病院 感染制御部）

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）

医療関連感染における環境表面管理について、以前より病原体に汚染されていることは理解されていましたが、それが感染対策上リスクの高いものとして認識はなされておらず、様々なガイドラインにおいても『高頻度接触面は1回/日清掃・消毒を実施する』と言うような表現で低いリスクとして昨今まで対応して来ました。しかしながら、ここ数年、欧米のカンファレンスや数多くの病院訪問、および、当協会主催の海外研修などから得た情報では、環境表面からの感染の報告が数多くなされ、欧米の病院では既にその対応が実践されてきているのを散見しています。このような状況にも関わらず、日本ではその情報が拡散されず、また、病院や高齢者施設での環境表面管理は“経費節減のやり玉”に挙げられ、欧米と感度の違いが明らかであり大きなギャップがあると言わざるを得ません。そこで、この大きなギャップを埋める為の方法論として様々なものがありますが、効果的で具体的な実践しやすい一つの方法論をご紹介します。それによると、まずその方法論は三つあるとされており、その一つ目として『病室表面の清掃消毒の改善』が挙げられており、この一つ目の方法論が最も有効性の高い方法論とされています。さらにその一つ目方法論にも“三つの実践すべきこと”が挙げられており『1、環境サービス作業員の教育の改善（職員および外部委託作業員）』『2、全表面と医療装置が清掃・消毒されていることを確認するチェックリスト』『3、環境サービス作業員への同時フィードバックを伴う清潔度の評価などの介入措置（蛍光マーカーやATPなど）』であるとされています。この三つの実践で、様々な評価ではありますが病室表面が50%未満しか清潔でなかったものが、約80%に清潔度が改善され、医療関連感染の減少につながる事が示されています。この“三つの実践すべきこと”の日本での、それぞれの対応として『1』について、NPO法人日本医療・福祉環境サービス協会を立ち上げ、2015年より米国、英国の公的ハンドブックを教科書とし実習も盛り込んだ“環境サービス認定専門家制度（CESP）”を実施しています。また『2』に関しては、日本感染管理ベストプラクティス“Saizen”研究会で実施している“感染管理ベストプラクティス”が一つの方法論として利用できるものと考えています。さらに『3』の蛍光マーカーとブラックライトは、既に日本の実践現場でも利用でき効果を上げて来ています。しかしながら、この三つの実践がなされても約20%が改善されないことも事実であり、特に、急性期病院の退院時清掃・消毒には、前の入室患者の病原体と、次に入室する患者のリスクアセスメントにより、更なる対策が必要となる可能性があります。それが、残りの二つの方法論と言うことになりますが、その二つが『退院時清掃・消毒に“No-touch法”を用いる』と、『環境表面上の生物負荷を減らす為の“Self-disinfecting法”』と述べられています。この二つの方法論に関しては、一つ目の“三つの実践すべきこと”の実施後の、あくまでも補完とされていましたが、近年『退院時清掃・消毒に“No-touch法”を用いる』に関しては、その有効性が認められ、欧米の急性期病院の実践では広がりつつあることを欧米の病院訪問で確認しています。その実践論としては環境表面に対して『紫外線装置』および『過酸化水素蒸気』を用いることであります。そこで今回は、環境表面汚染が原因の医療環境感染の伝播を如何に予防するののか、この三つの方法論の詳細を具体的事例と共に述べ、さらに、日本として今後展開して行く為に、米国、英国のような環境表面管理に特化した産学共同の学会の創設、そして、それを実現する為に組織として必要な部門『環境サービス部』についても合わせて述べたいと思います。

教育セミナー 11

滅菌供給業務の課題と私たちが進むべき道

司会：金澤 悦子（東北大学病院 材料部）

演者：高階 雅紀（大阪大学医学部附属病院 材料部）

材料部における滅菌供給業務は、いわば医療機器の再生を行う院内での製造業といえます。かつて2009～10年にかけてトヨタ自動車が大規模なリコール問題に直面した際、品質保証担当の副社長であった佐々木眞一氏は「品質は工程でつくりこむもの」とのちに著述されています⁽¹⁾。再生可能医療機器の洗浄・滅菌における品質保証についてもこれと全く同じことが言えます。患者さんに使用される滅菌された医療機器の性能と無菌性は、決して直接的に証明はできません。確かに、使用予定の医療機器の無菌性試験を行うことはできますが、ひとたび無菌性テストを行ってしまえばその医療機器はもはや患者さんに使用することは不可能だからです。ですから、再生された医療機器の品質は、洗浄から滅菌における各工程が定められた手順どおりに行われたという数多くのいわば「状況証拠」の積み重ねの結果として保証されるわけです。そして、この一つ一つの「工程＝定められた手順」の妥当性をあらかじめ検証しておくことが滅菌バリデーションの基本になります。自動車1台1台が、定められた品質の部品を用いて、定められた手順に従って製造されることにより、一定の品質が保証されているということと同じことです。

現在、医療施設において医療機器再生の品質保証を行うにあたって私たちが考慮せねばならない問題は大きく2つあります。まずは国際的な評価に耐えうる標準的な洗浄パフォーマンスの評価方法とその環境基盤の整備、次に医療施設内においての滅菌器のPQ（稼働性能適格性確認）実施の捉え方です。鋼製小物については日本医療機器学会から洗浄評価ガイドラインが公開され、残留蛋白質の目標レベルが定められています。しかし、各医療施設において残留蛋白質を測定することは困難であるばかりか、試験に用いるテストデバイスの標準化や測定精度の管理体制も国際的な標準に達していません。保有する洗浄装置の性能が維持されているか否かの検証自体を行うことが難しい現状があります。滅菌器のPQについても、日本医療機器学会発行の医療現場における滅菌保証のガイドラインにおいてその実施を推奨するものの、具体的な実施手順の普及に至らず、また、外部委託するための予算措置や実施要領についても検討すべき課題が多々あります。

今回の講演ではこれらの現状の課題を理解したうえで、私たちが進むべき方向についてお話いたします。

引用 (1) 日経ビジネス No.1897 2017.06.26

教育セミナー 12

腸管出血性大腸菌感染症 ～基礎から最新の知見まで～

司会：大島 謙吾（東北大学大学院 総合感染症学分野）

腸管出血性大腸菌集団発生事例とその社会的インパクト

演者：加来 浩器（防衛医科大学校 防衛医学研究センター 広域感染症疫学・制御研究部門）

腸管出血性大腸菌（Enterohemorrhagic *E. coli* : EHEC）感染症は、赤痢菌と同様のペロ毒素を産生する大腸菌による感染症である。通常 3-5 日の潜伏期の後に、腹痛、下痢（水様性のちに血便）が出現するが、発熱は比較的軽度である。なかには、感染しても無症状の者が存在する一方で、小児では溶血性尿毒症症候群（HUS）や脳障害を併発し致死性的となることもある。国内では、感染症法で三類感染症に規定され、毎年夏期をピークに 3,000 名以上が報告されている。菌を保有していることが確認されると、飲食に関係する職業への就業が制限される。1996 年の大阪府堺市での小学校を中心とした集団食中毒をきっかけに、国内では大量調理施設での衛生基準が見直しされたり、HACCP の概念が導入されたりと改善されているが、近年の食の多様化に従い、さまざまな食材（冷凍コロッケ、漬物など）を原因とする事例が報告されている。

高発症率宮城県の腸管出血性大腸菌予防強化に向けた一考察

演者：佐藤 寿夫（株式会社 日本微生物研究所）

腸管出血性大腸菌は災害感染症でもあり東日本大震災の時は、ノロウイルスと共にアウトブレイクが危惧されました。この菌は、3 類感染症に分類され、検出された場合は症状がなくても保健所等に届ける必要があります。発症すれば単に胃腸炎だけでなく腎障害や脳障害を引き起こし死亡例や後遺症を残すこともあります。法的に検便検査を義務付けられている食品関連従事者の検査結果から、無症状の保菌者も多数存在することが分かってきました。更に地域特異性もあり、宮城県は全国的に見ても高陽性率であり、その血清型にも特徴がありました。今回、発症者ではなく健康保菌者由来の糞便を一般的な選択培地を使用した検査方法ではなく、腸管出血性大腸菌の病原因子であるペロ毒素を遺伝子学的な検査で行いました。検出された腸管出血性大腸菌からペロ毒素型や血清型、男女比など全国的な統計と宮城県のそれとの共通点や相違点、宮城県の海側と内陸部の違い等が分かりました。それぞれのデータの分析、考察を通して今後の感染防止に役立てたいと考えております。

一般演題（ポスター）

1 コース

会場：桜 1

時間：11：30～12：10

司会：佐々木 みゆき

社会医療法人 将道会 総合南東北病院

P-1

CV ルート・ドレッシング交換

演者：新林 加奈

公益財団法人湯浅報恩会 寿泉堂香久山病院

自病院では2015年、感染リスク対策として新しい閉鎖式のCVルートを採用した。その採用に伴い、正しい実施手順と感染管理に重要なポイントを示した、感染ベストプラクティスを作成した。現在の進行状況としては、6月に全看護師対象とした勉強会を3回実施し、7月から各病棟の感染リンクナースが中心となり、チェックリストを用いて指導していく予定となっている。

P-2

喀痰吸引

演者：鈴木沙絵子¹⁾、茂泉 理恵²⁾、制野 理沙²⁾

1) 医療法人浄仁会 大泉記念病院 3階西病棟

2) 医療法人浄仁会 大泉記念病院 4階西病棟

当院は192床の一般病棟1棟、医療型療養病棟3棟の病院である。当院の患者様の特徴として、複数の疾患を持ち長い経過であること、肺炎で入院される高齢者が多いこと、寝たきりなど介護度の高い患者様が多いことがあげられる。

以上から喀痰吸引の機会が多いが、手技が統一しておらず、ゴーグルやエプロンの装着率が低いなど看護師への曝露の機会が多いことが考えられるため、喀痰吸引の手順を作成した。

P-3

ベストプラクティス手法に基づいた吸引マニュアルの作成と実績

演者：鉾建 隼、伊深 洋子

一般財団法人広南会広南病院

当院では、感染対策の観点を含めた看護ケアマニュアルを作成しているが、看護師個々でケアの方法や技術にばらつきがあり、感染対策面でのリスクが懸念されていた。

今回、「吸引」にフォーカスを当て、ベストプラクティスに則った活動を行った結果、マニュアルの順守率の向上とスタッフの前向きな変化が見られた反面、経験年数が多いスタッフほど遵守率が低いなど、取り組むべき問題点が明確になったので報告する。

P-4

気管内吸引手順の見直しを試みて ～療養病棟におけるカテーテルの複数回使用から単回使用への取り組み～

演者：伊藤ひとみ¹⁾、安食 智子¹⁾、白田 久美²⁾

1) 寒河江市立病院 1 病棟

2) 寒河江市立病院 2 病棟

当療養病棟は、自己排痰困難で気管内吸引を必要とする廃用症候群、脳疾患後遺症の患者がベッド数 31 床中 55% を占める。気管内吸引手順は 10 数年見直しがなく、1 日に 1 本のカテーテルを複数回使用し、看護師間の気管内吸引手技の統一がなかった。

そこで、気管内吸引手順の現状を把握し、カテーテルの単回使用を目指して、手技の統一ができるイラスト入り手順書を作成し、安全な気管内吸引が出来るよう取り組んだのでここに報告する。

P-5

統一したケアを目指して「吸引」

演者：藤澤 郁子

岩手県盛岡市 荻野病院 内科・回復期リハビリ病棟

現状の吸引手順の把握と単回使用への移行。感染性廃棄物（オレンジ色）の新規導入。

吸引手技手順統一にむけての教育実施。手順統一教育前後のチェック（調査）

調査方法：他者観察・聞き取り・自己評価調査対象：病棟看護師 人数：18 名

教育・伝達方法：資料作成し、個々に配布、通常カンファレンス後に毎日説明（3 日間）

結果：手順別、個人別ともに、教育後には、改善。

2 コース

会場：桜 1

時間：11：30～12：10

司会：渡邊 勇七

公立藤田総合病院

P-6

ベストプラクティスを用いた NICU でのおむつ交換手順の遵守状況

演者：高橋 雄司、大木かすみ、三島木小百合、鈴木 博美、渡邊美紀江

独立行政法人 国立病院機構 福島病院

NICU において MRSA の新規検出患者が続いていた。水平感染が疑われる事例もあり感染対策の見直しを行った。その中で、おむつ交換の手順・方法が統一されておらず、必要なタイミングでの手指衛生が行われていないことが明らかとなった。

おむつ交換のベストプラクティスを導入し、おむつ交換の手順・方法の統一を図り、必要なタイミングで手指衛生が行われるよう取り組んだ。その結果について報告する。

P-7

尿道カテーテル管理（尿排出・尿廃棄）

演者：横山 駿、出羽 知里、菊地 健司

医療法人 医徳会 真壁病院 一般病棟

当院では、尿廃棄についてのマニュアルが無く、集尿容器の使いまわしによる交差感染・逆行性感染のリスクが懸念された。感染管理ベストプラクティス“saizen”研究会に参加し、単回使用を目的にラミジップを用いたベストプラクティスの手順を作成した。膀胱留置カテーテル挿入基準作成や尿廃棄の院内研修を通じ、施設全体へ統一した手順の普及と手順遵守を目指し働きかけた取り組みと今後の課題を報告する。

P-8

尿道留置カテーテルのベストプラクティスの見直し

演者：吉田紗夕惟、後藤美沙緒

仙台オープン病院看護部

当院で使用している尿道留置カテーテル留置のベストプラクティスは、感染対策で必須といわれる防護具の手順に不足があり、簡略的であった。そこで、2名で留置を行うための介助者手順と防護具の項目を追加した。2病棟で手順確認をした結果、バリアプリコーション遵守率が40%以下であった。教育後の遵守率は60%と低い状況である。今後は、2病棟だけではなく、院内全体を対象とし、手順の周知と遵守率向上に努めたい。

P-9

療育施設における導尿のベストプラクティス

演者：米澤 知美、西谷由美子

秋田県立医療療育センター 看護部ひばり病棟

当病棟は重症心身障害児、超重症心身障害児を対象としており、導尿の手順書はあったが、日常的な処置ではないため手順が統一されず、定期的な見直しを図っていなかった。

手順書の作成により、カテーテル挿入前の陰部洗浄の遵守率が向上した。使用物品は、綿棒タイプの消毒薬や、カテーテル挿入時には個包装タイプの潤滑ゼリーへ変更した。また、鑷子を廃止し滅菌手袋の使用を統一したことにより、清潔操作を徹底することができた。

P-10

放射線検査室の清掃

演者：齋藤 宏康¹⁾、高橋久美子²⁾

1) 一般財団法人 竹田健康財団 竹田総合病院 看護部

2) 一般財団法人 竹田健康財団 竹田総合病院 感染防止対策室

当院の放射線検査室において、清掃についての手順書はなく、統一されていなかった。床清掃のモップは十分に洗浄・乾燥されないまま連続使用され、個人用防護具の着用も不十分で、感染拡大や患者・医療従事者へ曝露の恐れがあった。そこで昨年度より清掃手順書を作成し、看護師と放射線技師、臨床工学技士に対して指導を実践した。その結果、清掃手順の定着と個人用防護具の遵守率に向上がみられたので報告する。

3 コース

会場：桜 1

時間：11：30～12：02

司会：遠藤 史郎

国際医療福祉大学 塩谷病院

P-11

適切な手袋の選択と使用のための取り組み

演者：藤島 豊、田口可奈子

秋田大学医学部附属病院

個人防護具の手袋は適切に使用しなければ大きな感染リスクとなり得るが、当院では看護処置やケア場面で不適切な手袋の選択・使用場面が散見されていた。全看護職員を対象に、手袋に関する知識と使用状況についての調査を行ったところ、知識と実践が伴っていない現状がわかった。研修会を実施し、調査結果のフィードバックと、手袋の選択・使用方法の改善を図ったので報告する。

P-12

抗癌剤治療中に発症した *Streptococcus dysgalactiae* 筋膜炎の一例

演者：田中 智博¹⁾、井草龍太郎²⁾、滝田 克也²⁾、鳴海 創大²⁾、木村 啓二²⁾

1) 大崎市民病院

2) 大崎市民病院 呼吸器内科

【主訴】左大腿部痛【現病歴】肺癌に対して抗癌剤治療中であった。治療中に左大腿部痛が出現し歩行困難となり左大腿部筋膜炎疑いで入院となった。【入院時現症】大腿部 MRI；左内転筋に液体貯留あり、血液培養で *Streptococcus dysgalactiae* 検出【入院後経過】感染性筋膜炎の診断で PAPM/BP0.5g×4 で治療開始した。その後組織移行性を考慮し DAP350mg／日に変更し改善した。

P-13

敗血症原因菌迅速診断キット DiagnoSep の検討

演者：渡部 祐司^{1,2)}、及川 望^{1,2)}、針生 真弥^{1,2)}、高橋伸一郎¹⁾、関 雅文²⁾

1) 東北医科薬科大学病院 検査部

2) 東北医科薬科大学病院 感染制御部

DiagnoSep（扶桑薬品）は白血球に貪食された細菌 DNA を検出する方法で、現在 7 菌種測定可能である。敗血症疑い症例において、本法と血液培養を施行し検討したので報告する。15 症例のうち 3 例が本法で陽性となり、うち 2 例（大腸菌）は血液培養でも陽性であった。血液培養と一致しなかった症例では、白血球数が多いなどの問題があり、これらが DNA 抽出や PCR を阻害した可能性などを今後検討する必要があると考えられた。

P-14

手指消毒回数と MRSA 新規検出率の 10 年間にわたる推移

演者：鴨下 文貴¹⁾、宮澤千恵子¹⁾、新屋 夏希¹⁾、渡辺 典之²⁾、光武耕太郎¹⁾

1) 埼玉医科大学国際医療センター 感染対策室

2) 埼玉医科大学国際医療センター 中央検査部

手指衛生の遵守により、MRSA 新規検出率が減少するという報告は数多くある。当センターは開院から 10 年間、永遠のテーマである『手指衛生』のために、組織的に様々な戦略を実践してきた。結果、1 日 1 患者あたりの手指消毒回数は、2007 年度 7.4 回から 2016 年度 13.7 回に増加した。MRSA 新規検出率は、2007 年度 2.13 から 2016 年度 0.65 に減少した。手指消毒回数増加は、MRSA 新規検出率の減少に一定の効果を示したため、報告する。

4 コース

会場：桜 1

時間：14：30～15：02

司会：林 靖子

いわき市立総合磐城共立病院

P-15

透析返血時のベストプラクティス

演者：及川 昭憲

岩手県立胆沢病院 外来

A 病院では透析返血時のマニュアルは既存していたが、手指衛生・PPE 装着のタイミングなど明確に記されておらず個人差があり、特に遵守率の低い項目がPPE(フェイスシールド)装着不備であった。このことから、ベストプラクティスを作成するにあたり感染管理ベストプラクティス危害リストをカンファレンスを用いて透析スタッフ全員で作成したことにより感染制御に対するコンプライアンスが向上したことからこれを報告する。

P-16

透析穿刺のベストプラクティス

演者：高橋 智子¹⁾、小田嶋明子¹⁾、小川 伸²⁾

1) 市立横手病院 人工透析室

2) 市立横手病院 感染対策室

A 病院透析室ではこれまで穿刺手技は標準化されてこなかった。穿刺手技の問題点を確認し感染リスクに配慮した安全な穿刺を行なう事を目的として透析穿刺手技のベストプラクティスを作成した。作成した手順に従い透析室スタッフ7名を対象として、教育前、教育後を他者評価により比較した。個人別実施割合の教育前平均は65%、教育後の平均は86%だった。教育により遵守率の向上がみられた。

P-17

A 病院における針刺し事故分析と事故防止の取り組み ～インスリン注射ベストプラクティスを作成して～

演者：大槻 育恵、久松 由里、谷津 千恵

宮城病院 看護部

A 病院では年間 3 ～ 15 件の針刺し事故が報告されている。過去 5 年間 53 件の内訳では 11 件がインスリン注射に関連していた。そのうち 10 件はペン型インスリンによるものであった。要因としては、針が付いたままキャップがされていたり、使用した針の破棄が手順通りに行われていない、針廃棄容器を持参しないことによる手指への刺傷であった。そこで今回、インスリン注射の針刺し減少への取り組みとしてベストプラクティスの作成を行った。

.....

P-18

ベストプラクティス取り組み 3 年の評価と課題

演者：深瀬真由美

仙台医療センター

当院では平成 26 年より吸引、おむつ交換、末梢カテーテル留置、創処置の 4 手技についてベストプラクティスを作成する取り組みを開始した。定期的に順守率を把握し対策を講じてきた結果と、見えてきた課題について報告する。

.....

5 コース

会場：桜 1

時間：14：30 ～ 15：10

司会：残間 由美子

公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院

P-19

病院給食委託業者の衛生管理に対するベストプラクティスの作成

演者：藤田 佳子、田澤 亜巳

弘前脳卒中・リハビリテーションセンター 栄養室

当院は給食業務を業者に委託している。

食中毒及び感染制御の面から、衛生管理マニュアルを遵守できているか管理側からの確認が必要と思われた。

委託先作成のマニュアルと大量調理施設衛生管理マニュアルを元にベストプラクティスの手法を用い、イラスト手順書・チェックリストを作成し、業務手順の確認を行った。

P-20

経腸栄養手順の作成

演者：佐々木貴子、小鎌はるみ、小林 浩美

秋田県立脳血管研究センター

当施設では経腸栄養手順がなく、食事として衛生的に取り扱う認識が低い現状にあった。また、業務の効率性が優先となり、安全と清潔に配慮した業務が十分に行えていなかった。作成した経腸栄養手順の順守状況は、①物品準備と経腸栄養剤配膳時の手指消毒、②経鼻カテーテルの挿入位置確認後の手袋交換、の2つの手順項目の順守状況が低く課題が明確となり、課題への取り組みと手順の評価を行った。

P-21

手術担当者のゴーグルとシューズカバーの装着があたりまえとなる工夫

演者：大友 郁子、佐々木浩美、八木橋香津代

スズキ記念病院

当院では2011年から手術室における感染対策の強化に取り組んでいる。个人防护具（PPE）の中でゴーグルとシューズカバー装着率は、看護師は100%であるが医師は、60～70%である。手術中に血液が目には曝露する事例が起きたり、マニュアルがわかりづらいとの指摘があった。今回、装着があたりまえとなるための、わかりやすい手順書の作成と教育・PPEの装着方法とモデルの写真掲示・他者評価・ほめるなどの工夫について報告する。

P-22

多職種が連携して行う吐物処理の取り組み ～吐物処理ベストプラクティスを活用して～

演者：竹村 憲¹⁾、齊藤 朋美²⁾、三浦 純子²⁾、大場美奈子²⁾、星川恵理子²⁾、松田久美子²⁾

1) 北村山公立病院 感染管理推進室

2) 北村山公立病院 感染リンクスタッフ会

ノロウイルス等による感染性胃腸炎が流行する冬季間、病院内の様々な箇所で吐物による汚染が見られる。吐物処理の遅れと不適切な対応によって汚染が拡大する恐れがあるため、病院職員は事前に適切な処理方法を習得し迅速に対応することが求められる。今回、全職種を対象に吐物処理ベストプラクティスを用いた研修会を行った結果、職種間における連携強化につなげることができたので報告する。

P-23

内視鏡スコープ洗浄感染管理ベストプラクティスを作成して

演者：菅野 陽子¹⁾、色川由紀子¹⁾、太田恵理奈¹⁾、櫻井 浩美¹⁾、伊澤 廣美¹⁾、佐藤由美子²⁾、佐藤千代子³⁾

1) 公益財団法人仙台市医療センター仙台オープン病院 消化器内視鏡センター

2) ICN

3) ICT

当院の消化器内視鏡センターは、年間約23000件の内視鏡検査治療を実施している。その殆どが専属スタッフによる内視鏡スコープ洗浄である。看護師による内視鏡スコープ洗浄は非常に稀で、洗浄工程が実施出来ていないか危惧された為、手順統一目的でベストプラを作成した。作成教育後の手順チェックでも15%の上昇にとどまり100%には達しなかった。安全な内視鏡検査を行うために、今後も継続的指導や手順チェックの必要性を感じた。

6 コース

会場：桜 1

時間：14：30～15：10

司会：水谷 哲

大阪警察病院 感染管理センター

P-24

当院におけるアクセスポート消毒の現状と課題

演者：大矢 英朗、田島 太一、柴田 優紀

社会福祉法人 仁生社 江戸川病院 感染制御部（看護部）

CDCのガイドラインではアクセスポートの消毒にスクラブを推奨しているがその根拠となる文献は乏しい。当院も一度ワイプ消毒した後消毒綿を変え再度スクラブする方法を採用しているが本当に適切な手技かどうかこれまで検証はしてこなかった。

アクセスポートが感染源となることを前提に適切な消毒方法とは何か検証を試み。そのプロセスのなかで実際の消毒手技について確認を行った。今回、そこから見えた現状と課題を報告する。

P-25

手指衛生遵守率向上への取り組み

演者：本間 寛子、佐々木華代、大壁 梓穂、安本 和美、蜂谷亜紀子、菊地 春恵、
小山田厚子

NHO 仙台医療センター看護部

A 病院の平成 27 年度手指衛生遵守率は 42.2%であった。手指衛生遵守率の向上を目的に、「WHO 手指衛生ガイドライン」を基にした、A 病院独自の手指衛生タイミングのポスターを作成し周知を図った。また、手洗い技術の向上のため、グリッターバグによる手洗い残し結果を可視化し、個々の適切な手洗いの意識化を図った。その結果、手指衛生遵守率は 58.8%へ上昇した。これらの取り組みについて報告する。

P-26

南相馬市立総合病院 手指衛生向上プロジェクト

演者：高田 明美¹⁾、神戸 敏行¹⁾、木元 順子²⁾、富田 祥平³⁾

- 1) 南相馬市立総合病院 感染対策室
- 2) 南相馬市立総合病院 薬剤部
- 3) 南相馬市立総合病院 検査部

震災と原発事故により、当院では長期入院患者が増加し看護職員が減少した。これと同時に薬剤耐性菌が増加しインフルエンザアウトブレイクが頻発したため、手指衛生向上を目指す強力な介入が必要となった。5つのタイミングを繰り返し確認し、遵守状況の直接観察を行い、速乾式アルコール消毒薬を個人持ちとし消費量を確認するなど行った結果、消毒薬消費量が大幅に増加するとともに薬剤耐性菌分離率が減少したので報告する。

P-27

「100床未満、単科、有資格者なし、常勤医4人」の小規模病院でのICT・感染対策部門立ち上げから感染防止対策加算2取得まで

演者：渡邊 昇子¹⁾、関口すみれ子¹⁾、河野美奈子²⁾、高橋 妙子³⁾

- 1) 宮城厚生協会 泉病院 感染対策室
- 2) 宮城厚生協会 坂総合病院 薬剤部
- 3) 宮城厚生協会 長町病院 検査室

当院は仙台市内で脳神経系疾患に対応する許可病床数94床の小規模病院である。院内において感染制御に関する有資格者が在籍しない中で、2013年から専任の看護師を配置し、ICTと感染対策部門の立ち上げを行い、加算1施設と連携を取りながら感染防止対策加算2を取得するに至った。そこに至るまでに行なった準備と、その後の院内の変化を報告する。

P-28

環境整備、ごみの分別のチェックリストの有効性と課題について

演者：木皿 牧子、根岸久美子、上野 数馬

(公財) 仙台市医療センター 仙台オープン病院

日々の煩雑な業務と平行し、整理整頓やごみの分別が出来ていない現状があった。リンクナースとして、継続した啓発活動をチェックリストを用いて各チームと協働し、1日2回チェックを実施することで、スタッフの行動変容が見えた。それに加え、課題が浮き彫りとなったため、今後も継続活動が必要と考える。