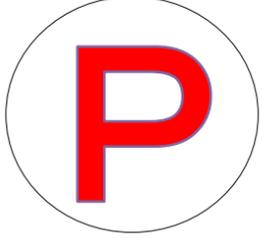


# 令和3年度PDCAサイクル(新規MRSA持ち込み以外発生率)



P

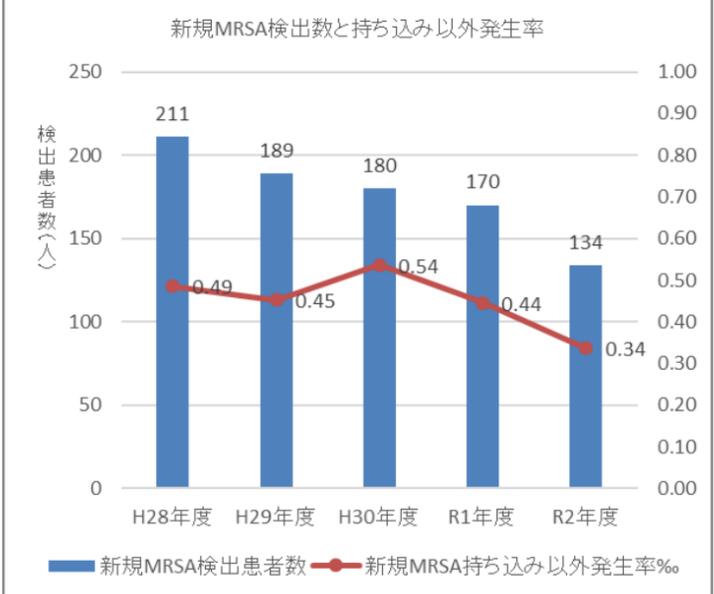
計画

MRSAはメチシリン耐性黄色ブドウ球菌の略語で病院内で感染拡大しやすい薬剤耐性菌の代表的なもので、感染対策の徹底が低下につながると考えられています。

持ち込み以外とは入院後48時間以降に検出されたことを示し、発生率は入院患者の新規MRSA検出患者数÷入院延べ患者数×1000で算出し、指標として持ち込み以外発生率を用いています。

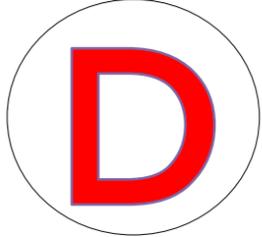
新規MRSA検出患者数は年々減少傾向にあり、持ち込み以外発生率は減少のために感染対策遵守が必要と考えます。

特に手指を介した接触感染を防止するために手指衛生(手洗い・手指消毒)の遵守向上を目指します。



新規MRSA検出数と持ち込み以外発生率

年度	新規MRSA検出患者数	新規MRSA持ち込み以外発生率%
H28年度	211	0.49
H29年度	189	0.45
H30年度	180	0.54
R1年度	170	0.44
R2年度	134	0.34

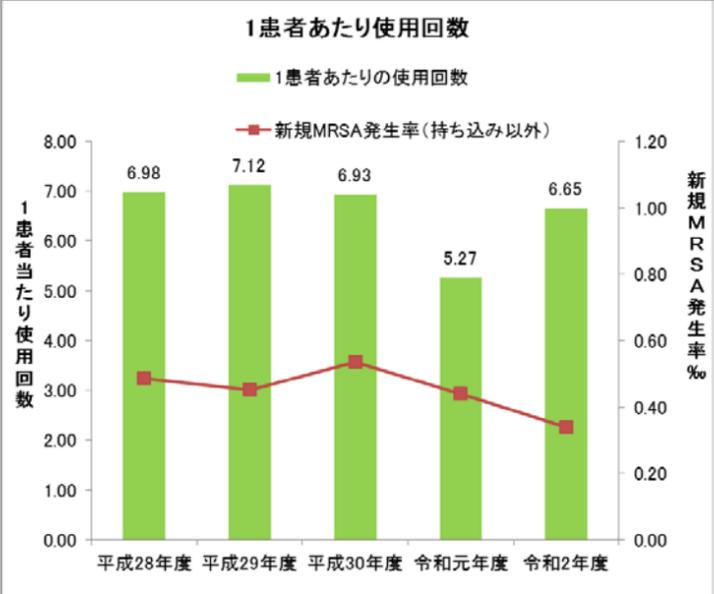


D

実行

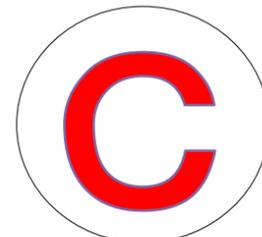
○以下の対策を継続して実践

- 1. 定期的なモニタリング**
  - 週1回監視菌およびMRSA検出状況の把握と必要時POT検査による評価
  - 適宜ICTの介入
  - 各部署への定期的フィードバック
- 2. 手指衛生(手洗い・手指消毒)遵守の取り組み**
  - 直接観察法の実施によって手指衛生のタイミング周知
  - 手指消毒剤使用量調査と各部署への定期的フィードバック
  - 手指消毒剤使用量とMRSA発生率の関連があるため、繰り返し周知する
  - 手指衛生できる環境作り
    - 手指消毒剤の配置(ウエストポーチ活用含む)
  - 手指および環境の汚染度を数値化
    - ATP測定により、汚染度を数値化し、実感してもらう
- 3. 研修会の実施**
  - 全職員: 年2回、リンクナース: 年5回、研修医: 年3回



1患者あたり使用回数

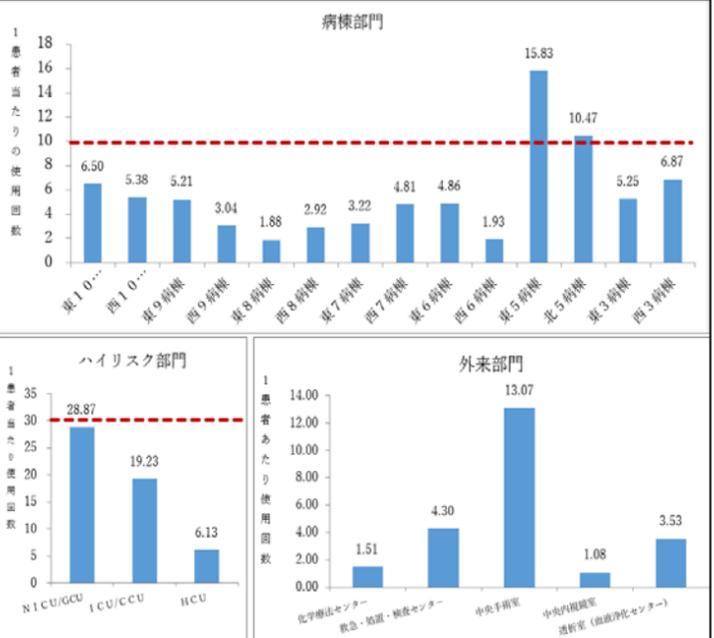
年度	1患者あたりの使用回数	新規MRSA発生率(持ち込み以外)%
平成28年度	6.98	0.49
平成29年度	7.12	0.45
平成30年度	6.93	0.54
令和元年度	5.27	0.44
令和2年度	6.65	0.34



C

評価

- 1. 定期的なモニタリング**
  - 1部署で同POT値が出たことから、ICTが介入し、感染対策の徹底、再周知を行った。
- 2. 手指衛生(手洗い・手指消毒)遵守の取り組み**
  - リンクナース会にて直接観察法の勉強会を継続しており、令和3年1月に直接観察を実施する予定
  - リンクナース会にて各部署の手指消毒剤使用量をフィードバックしており、使用量は増えてきたが、現段階では前年度より低い。しかし、手指衛生剤は、個人持ちにしたり、設置箇所を増やすことに影響されるので、最終的に直接観察法により、手指衛生遵守率を算出し、「手指衛生の質」を評価する予定
  - 手指衛生回数は、病棟部門で10回、ハイリスク部門で30回が目標(WHO指標)とされているが、ほとんどの部署が達成できていない
  - 手指衛生できる環境作り
    - 手指消毒剤の配置箇所を見直し、個人持ちのためのポシェットおよびウエストポーチの配布を継続している。看護職だけではなく、すべてのスタッフが使用できるが、周知が不十分であるため、院内ポータルや、ICTニュース(電子カルテの感染管理システム)から情報を発信できるよう計画する
  - 手指および環境の汚染度を数値化
    - ATP測定器の購入を検討中
    - \*ATP測定: ヒト由来の汚れや微生物に含まれる3つの物質(ATP, ADP, AMP)を指標にし、見えない汚れを数値化する
- 3. 研修会の実施**
  - 全職員: 年2回、リンクナース: 年5回、研修医: 年3回→継続中



病棟部門

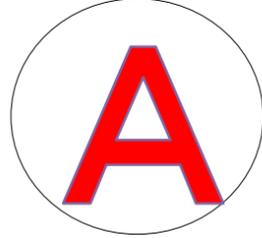
部署	1患者あたりの使用回数
東10病棟	6.50
西10病棟	5.38
東9病棟	5.21
西9病棟	3.04
東8病棟	1.88
西8病棟	2.92
東7病棟	3.22
西7病棟	4.81
東6病棟	4.86
西6病棟	1.93
東5病棟	15.83
東5病棟	10.47
東3病棟	5.25
西3病棟	6.87

ハイリスク部門

部署	1患者あたりの使用回数
NICU/GCU	28.87
ICU/CCU	19.23
HCU	6.13

外来部門

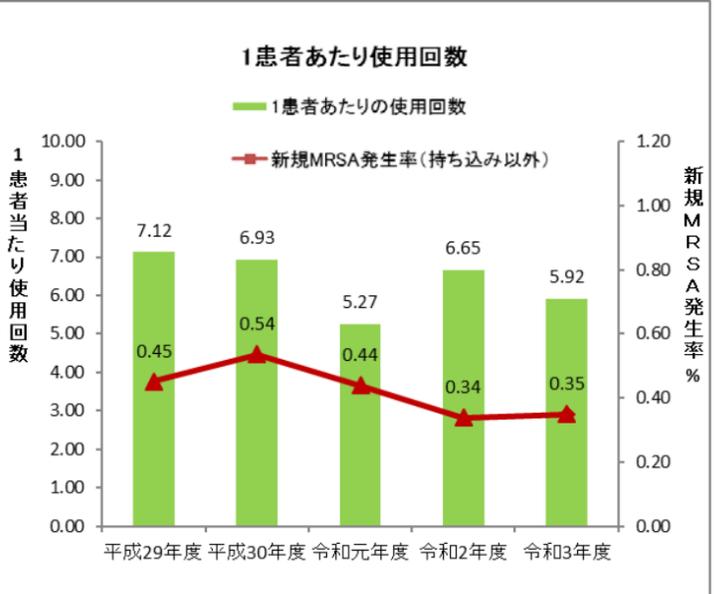
部署	1患者あたりの使用回数
化学療法センター	1.51
救急・検疫センター	4.30
中央手術室	13.07
中央内視鏡室	1.08
透析室(血液浄化センター)	3.53



A

改善

- 1. 定期的なモニタリング**
  - モニタリングを継続し、定期的に結果をフィードバックした。
  - フィードバックの方法として、来年度からは、イントラネット等の電子媒体を活用するべく準備継続中
- 2. 手指衛生(手洗い・手指消毒)遵守の取り組み**
  - 手指衛生直観察法を実施することができた。現在、遵守率算出段階である。昨年度と比較し手指衛生回数が減っているが、払い出し量の影響に左右されるため、遵守率にて評価したい。しかし、手指衛生回数は10回が目標であるため、数値目標達成のために、引き続き対策を講じていく。
  - MRSA発生率は、数値は低下していないが、大きな変化はないと考える。COVID-19予防対策が、MRSA等の耐性菌拡大予防対策に繋がっていることは確かであるため、引き続き取り組みを継続する。
  - ATP測定器の購入依頼はかけているが、現在購入未である。来年度に向けて、その効果をどう活用できるか、具体的な計画を立案しておく。
- 3. 研修会の実施**
  - 手指衛生に関する勉強会は、リンクナース会にて実施できた。来年度は、これら情報の周知や活用について取り組みを強化していきたい。



1患者あたり使用回数

年度	1患者あたりの使用回数	新規MRSA発生率(持ち込み以外)%
平成29年度	7.12	0.45
平成30年度	6.93	0.54
令和元年度	5.27	0.44
令和2年度	6.65	0.34
令和3年度	5.92	0.35