平成２２（２０１０）年度

院内感染対策チーム（ＩＣＴ）
設置・活動支援事業報告書

平成２３（２０１１）年３月

京　　都　　府

社団法人京都私立病院協会

はじめに

京都私立病院協会副会長
院内感染対策推進事業運営委員会委員長
松井　道宣

京都私立病院協会では京都府より委託を受け、平成 16 年より院内感染対策推進事業を行って参りました。本事業の目的は、京都府内の医療機関に対して院内感染対策の重要性の啓発を行うとともに、実際に医療機関に対して専門の医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師から構成された感染対策チームを派遣し実地支援を行い、京都府内の医療機関の感染症対策におけるレベルアップに繋げる事でしたが、関係各位のご協力によって平成21年度までに36の医療機関に対して実地支援を行うことができました。

感染症対策などの危機管理においては、何も起こらなくて当たり前或いは起こったとしてもその事象が拡大しないことが求められ、しっかりとした対応がなされていれば危機は拡大しないこと或いは拡大しないような対応が期待されます。すなわち、何も起こらない、そして起こったとしても被害が拡大しない事が当たり前のように考えられているのですが、そのような平穏な状況が維持されている裏には、必ず医療従事者の感染症対策に対する日々の取り組みの積み重ねがあることをご理解いただきたいのです。つまり、平穏な状況を維持するために日常の活動として院内感染対策に取り組むことこそ感染対策の根幹をなすものです。

そこで、平成 22 年度は、院内で具体的に感染対策を実行するチーム（ICT：院内感染対策チーム）の設置の必要を周知徹底する観点から、府内6医療機関に対してICTの設置ならびに活動に対して具体的な支援を行いました。支援を受けられた医療機関は必ず日常の活動に生かし、他の医療機関の模範となっていただきたいと思います。

本当に残念な事ですが、一連の院内感染対策推進事業は平成 22 年度を持って一旦終了することとなりました。しかしながら、院内感染対策の重要性はもちろん変わるものではありません。感染対策はその重要性を理解する事から始まるということを繰り返し強調したいと思います。本事業は終了しますが、京都私立病院協会は今後も継続して院内感染対策に関して会員医療機関をはじめ府内の医療機関に対して啓発活動ならびに支援活動を行なって行きたいと考えております。

最後にこの事業を通じてご協力いただきました運営委員会委員ならびに相談支援部会の部員の皆様に御礼を申し上げますとともに、今後も継続してご支援ご協力を賜ります事をお願い申し上げます。

平成 23 年 3 月

目　次

１．院内感染対策チーム（ＩＣＴ）設置・活動支援事業の概要

１）事業実施の背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ．１
２）事業目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ．１
３）事業内容〔平成２２年度（単年計画)〕・・・・・・・・・・・・　Ｐ．１

２．事業実施体制

１）院内感染対策推進事業運営委員会・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ．２
２）院内感染対策相談支援部会・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ．３
３）委員会・部会開催日・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ．３

３．事業実施報告

１）院内感染対策チーム（ＩＣＴ）設置・活動支援・・・・・・・・Ｐ．３
２）院内感染対策相談窓口・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ．８

【資料編】

（別紙　１）京都府内の病院における感染対策チーム（ＩＣＴ）の
設置に関するアンケート結果・・・・・・・・・・・・・Ｐ．１０
（別紙　２）院内感染防止対策委員会・院内感染防止対策チーム規程の例
・・・Ｐ．１５
（別紙　３）ＩＣＴラウンドチェック表・・・・・・・・・・・・・・Ｐ．２０
（別紙　４）感染対策実施状況チェック表・・・・・・・・・・・・・Ｐ．３３
（別紙　５）中小規模の医療施設向けサーベイランス手順書（案）・　Ｐ．３５
２００９年７月１０日改訂４版（平成２１年度厚生労働科学研究
費補助金・新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業）
（別紙　６）ＩＣＴ設置・活動支援時のスケジュール・・・・・・・Ｐ．６８
（別紙　７）ＩＣＴ設置・活動支援アドバイスレポート・・・・・・Ｐ．６９
（別紙　８）ＩＣＴ設置・活動支援施設への実地支援後のアンケート結果
・・・Ｐ．１０２
（別紙　９）院内感染対策個別相談票・・・・・・・・・・・・・・Ｐ．１１０
（別紙１０）院内感染対策相談窓口　対応フローチャート・・・・Ｐ．１１１
（別紙１１）院内感染対策相談窓口　相談・回答結果、回答に対する
アンケート結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ．１１２

１．院内感染対策チーム（ＩＣＴ）設置・活動支援事業の概要

１）事業実施の背景

平成１７年から平成１８年にかけて、京都府内医療機関においてＶＲＥ、ノロウイルス、Ｂ型肝炎ウイルスによる集団感染が発生し、平成１９年の医療法改正では全ての医療機関に院内感染対策の体制構築が義務化された。しかし、従来の院内感染対策は個々の医療機関の取組に頼っている状況であり、施設規模等による格差が存在していた。

このような状況を受け、京都府では平成１９年度から平成２１年度の事業として、病院が取組む院内感染対策に専門家チーム（医師・薬剤師・看護師・臨床検査技師）を派遣し、各職種・部門別に応じた分析・評価を行う「院内感染対策評価支援事業」を策定し、社団法人京都私立病院協会に事業実施を委託した。京都私立病院協会では３年間で２４病院に専門家チームを派遣し、各病院における院内感染対策の評価と相談対応を行うとともに、平成１７年度から平成１８年度に実施した院内感染対策支援事業において専門家チームを派遣した１２病院に対して院内感染対策の改善報告を求める等の事業を実施し、その結果を公表した。

その結果、京都府内の病院では集団発生時の迅速な対応、拡大防止策の整備が図られ、ＶＲＥ等の集団感染の抑制に一定の成果を果たした。また、３カ年の評価事例の収集・分析等により、京都府内の感染防止対策の標準化が図られ、個別指導・助言についてのノウハウが蓄積された。

しかし、より充実した感染対策が行われるためには、院内で具体的な感染対策を実行する感染対策チーム（ＩＣＴ：Infection Control Team）の設置が不可欠であるが、過去に専門家チームを派遣した病院ではＩＣＴが未設置、効果的な取組が不足していることが課題に挙がり、京都府は平成２２年度の単年度事業として、ＩＣＴの設置・ＩＣＴ活動の充実に重点を置いて支援等を行う「院内感染対策チーム（ＩＣＴ）設置・活動支援事業」を策定し、京都私立病院協会が事業実施を受託した。

２）事業目的

院内感染防止対策委員会の方針に対応して、より具体的に院内感染対策を実行する院内感染対策チーム（ＩＣＴ）の設置・活動を支援し、京都府内病院における感染対策活動を徹底し、院内感染を未然に防ぐことで府民の医療への安心・安全の確保を図る。

３）事業内容〔平成２２年度（単年計画）〕

医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師で構成する専門家チームをＩＣＴが未設置又は活動に課題がある病院に派遣し、ＩＣＴが設置、活動がより充実するための支援を行う。また、院内感染対策の相談窓口を設置し、病院等からの随時の相談に対応する。

（１）院内感染対策推進事業運営委員会の設置

・構　成：京都私立病院協会地域医療部担当副会長、京都私立病院協会感染症対策委員会委員、院内感染対策の専門家、行政

・内　容：事業の企画立案、事業の効果測定等

（２）院内感染対策相談支援部会の設置

・構　成：医療機関、院内感染対策の専門家、関係団体

・内　容：ＩＣＴ設置・活動支援に係る病院への実地支援・指導、病院等からの院内感染対策の相談への回答

（３）院内感染対策チーム（ＩＣＴ）設置・活動支援

・過去の専門家チームの派遣実績等をもとに選別した病院（６施設）に医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師で構成する専門家チームを派遣し、ＩＣＴの設置・活動支援を実施。

（４）院内感染対策相談窓口の設置

・院内感染対策相談窓口を設置し、院内感染予防等に関する相談に対応。

２．事業実施体制

１）院内感染対策推進事業運営委員会（職種別五十音順）

［委　員］

委 員 長　松井　道宣（京都私立病院協会副会長・京都九条病院理事長）

副委員長　清水　　聡（京都私立病院協会理事・京都南病院理事長）

委　　員　土井　章一（京都私立病院協会感染症対策委員・京都桂病院血液内科部長）

甲斐　純子（京都私立病院協会感染症対策委員・蘇生会総合病院薬剤部長）

大滝　久枝（京都私立病院協会感染症対策委員・第一岡本病院看護部長）

真澄八恵子（京都私立病院協会感染症対策委員・京都大橋総合病院看護部長）

小川　恵美（京都私立病院協会感染症対策委員・京都民医連中央病院検査課）

［オブザーバー］

一山　　智（京都大学大学院医学研究科臨床病態検査学教授）

大谷　民平（京都府健康福祉部医療課医務・看護担当副課長）

田中　一成（京都府健康福祉部医療課医務・看護担当主事）

後藤　　凡（京都市保健福祉局保健衛生推進室医務審査課医務審査係長）

［事務局］

竹内　　誠（社団法人京都私立病院協会事務局課長）

木村　美甫（社団法人京都私立病院協会事務局員）

２）院内感染対策相談支援部会（職種別五十音順・＊はリーダー）

［部　員］

医　師　一山　　智（京都大学大学院医学研究科臨床病態検査学教授）＊
清水　恒広（京都市立病院感染症科部長）
藤田　直久（京都府立医科大学感染制御・検査医学教授）

薬剤師　甲斐　純子（蘇生会総合病院薬剤部長）＊
小阪　直史（京都府立医科大学附属病院薬剤部）
竹田　和也（舞鶴共済病院薬剤部主任）
夏目　君幸（京都逓信病院副薬剤部長）

看護師　林田真由美（感染管理認定看護師）＊
野路加奈子（京都南病院感染管理認定看護師）
山田久美子（京都きづ川病院看護部長）
吉田乃里子（武田病院グループ看護職人材センター看護職確保対策室長）

臨床検査技師　小野　　保（京都第二赤十字病院検査部細菌検査係長）＊
林　　彰彦（京都市立病院臨床検査技術科統括主任）
樋口　武史（京都大学医学部附属病院微生物検査室主任）

３）委員会・部会開催日

第１回　平成２２年６月３０日（相談支援部会合同）於：京都府医師会館
第２回　平成２２年７月２８日（相談支援部会合同）於：京都ガーデンパレス
第３回　平成２３年２月２３日（相談支援部会合同）於：COCON 烏丸・京都私立病院協会会議室

３．事業実施報告

１）院内感染対策チーム（ＩＣＴ）設置・活動支援

（１）支援実施病院の選定

平成２１年度までに専門家チームを派遣して院内感染対策支援・評価を行った病院においてＩＣＴが未設置又は活動に課題のあった病院を候補にあげ、その中で、京都府内におけるＩＣＴの活動状況の実態把握のために実施した「京都府内の病院における感染対策チーム（ＩＣＴ）の設置に関するアンケート」（別紙１）において、ＩＣＴ設置・活動支援を希望すると回答した病院のうち、６病院を選定した。

【支援実施病院】（病院名非公表）

病院名	地区	許可病床数
Ａ病院	京都府内	精神病床を有する病院（許可病床数３桁）
Ｂ病院	京都市内	一般病床を有する病院（許可病床数３桁）
Ｃ病院	京都市内	一般・療養病床を有する病院（許可病床数２桁）
Ｄ病院	京都府内	一般・療養病床を有する病院（許可病床数３桁）
Ｅ病院	京都府内	一般病床を有する病院（許可病床数３桁）
Ｆ病院	京都府内	一般・療養病床を有する病院（許可病床数２桁）

（２）支援実施病院においてＩＣＴ設置・活動の充実に向けて取組

支援実施病院に対し、専門家チームを派遣するまでの準備期間中に以下①から⑤までの具体的取組を促し、毎月の各取組の報告とその根拠となる書類の提出を求めた。各取組にあたり、ＩＣＴが院内をラウンドするためのチェック表等の参考書類を委員会と部会が合同で検討し、支援実施病院に提供した。

①ＩＣＴの設置

委員会と部会の合同で検討した「院内感染防止対策委員会・院内感染防止対策チーム規程の例」（別紙２）を参考として例示し、院内の組織としてのＩＣＴの設置を求めた。組織内での位置づけ、構成メンバー等は基準を設けず、院内の実情に応じて設置することで足りることとした。

②院内ラウンドの実施

設置したＩＣＴで院内の各部署の感染対策の状況をチェックし、指導する院内ラウンドを実施するよう求めた。院内ラウンドを実施するためのツールの参考として、委員会と部会と合同でまとめた「ＩＣＴラウンドチェック表」（別紙３）及び「感染対策実施状況チェック表」（別紙４）を支援実施病院に提供した。

また、院内ラウンドの実際の様子や解説が動画で閲覧できる You Tube 厚生労働省動画チャンネル「中小病院における効果的感染制御策－ラウンドに行って現場を知ろう－」（http://www.youtube.com/watch?v=BxCqeztsa94）も参考として紹介した。

③院内スタッフの感染防御の観点からの取組

ＩＣＴで院内スタッフの感染防御の観点での取組を求めた。ＩＣＴが取組むべき内容として以下を例示した。

［院内スタッフの感染防御に関する項目］

・入職時、継続した感染管理の教育の実施
・手洗いの徹底、必要時の防護用具の着用の徹底
・針刺し事故対策の実施
・感染性廃棄容器の適切な使用
・予防接種の実施
・健康管理

④サーベイランスの実施

ＩＣＴで院内感染の発生率の把握、分析を行うよう求めた。特に重要なサーベイランスを参考として以下の通り例示し、ターゲットを絞ったサーベイランス等、院内の状況に応じたサーベイランスを行うよう促した。また、サーベイランスの参考として、厚生労働省研究事業で作成された「中小規模の医療施設向けサーベイランス手順書（案）（2009 年 7 月 10 日）」（別紙５）も提供した。

［サーベイランスの対象（例）］

・手術部位感染
・人工呼吸器関連
・肺炎
・血管内留置カテーテル感染
・尿道カテーテル感染
・血流感染
・検査室での耐性菌の分離状況
・抗菌薬の使用状況

［実施内容］

・院内感染の発生率の把握
・分析、評価：傾向性の検討、データベースとの比較
・臨床現場への情報提供
・サーベイランス結果に対する改善策の作成、実施

⑤アウトブレイク時の対応の明文化

院内の実情に応じたアウトブレイクを定義し、発生時の対応を明文化するよう求めた。検討が必要な事項は以下の通り参考として例示した。また、準備期間中に万が一アウトブレイクが起こった場合に専門家チームが迅速にアドバイ

スできるよう、各支援実施病院に派遣する専門家チームの構成員を早くから決め、相談対応できる体制を取った。更には、対応を明文化する上で保健所に届出が必要な感染症とその感染予防策の参考として、京都私立病院協会が作成した「感染症対策マニュアル（2009 年 5 月改訂版）」を提供した。

・アウトブレイクの定義（発生・終息基準）

［発生基準］

①同一の感染症状を呈する患者の多発
②感染管理上重要な、特定の感染症の多発
③希少な感染症の発生
④希少な病原体の検出
⑤感染管理上重要な、特定の病原体検出数の増加

［終息基準］

当該部署において一定期間、原因菌が新規に検出されない、または有症状者が発生しない場合。

・アウトブレイク発生時の対応

［報告手順］

①発生事例、問題についてＩＣＴに報告する。
②ＩＣＴは直ちに診療情報の収集（共通する処置、病室、担当医、看護師等）及び感染経路に関する疫学的調査を実施する。
③ＩＣＴリーダーは、病院長及び関係部署に連絡し、周知と協力を要請する。
④病院長、ＩＣＴリーダーは発生した感染症、拡大状況と危険性を判断し、関係部署に伝達する。必要時は保健所に報告する。

［対応の手順］

①アウトブレイク発生の確認：カルテ、患者からの聞き取り、菌検出状況の調査
②発生状況の確認：疫学調査、サーベイランスの実施
③感染者への対応：隔離予防策の実施、後送病院の確保等
④感染源の検討
⑤病院長及び関係部署への報告、協力の要請
⑥ＩＣＣの臨時招集・対応策の検討（必要時、保健所に報告）
⑦アウトブレイク対応策の実施：当該部署職員への感染予防策の指導
他部署の感染対策実施状況の確認と指導
⑧対応策の評価、結果報告、再発防止に向けての対応（対策の見直し、教育）

【支援実施病院における各取組の結果報告】

各支援実施病院からは準備期間中に各々の取組を行ったこと、或いは検討中であることが報告され、一定の進捗が見られた。（下表）

病院名	ＩＣＴ設置	院内ﾗｳﾝﾄﾞ	職員感染防御	ｻｰﾍﾞｲﾗﾝｽ	ｱｳﾄﾌﾞﾚｲｸ対応
Ａ病院	○	○	○	○	○
Ｂ病院	○	○	○	○	○
Ｃ病院	○	○	△	△	△
Ｄ病院	○	○	○	○	○
Ｅ病院	○	○	○	△	○
Ｆ病院	△（感染対策委員全員がICT の役割を兼務）	○	○	○	△

（○＝何らかの取組を行った　△＝検討中　×＝取組なし）

（３）支援実施病院へ専門家チームを派遣・実地支援

準備期間中の具体的取組に関する書類を支援先病院から受けて専門家チームで確認した後、チームを支援実施病院に派遣し、ＩＣＴの設置・活動状況を確認するとともに、病院のＩＣＴチームと共にＩＣＴ活動の中心となる院内ラウンドを実施し、ラウンドで注目すべき視点のアドバイス、各部署における感染対策上の指導等を行った（別紙６の「ＩＣＴ設置・活動支援時のスケジュール」に基づき実施）。実地支援後、支援内容を「アドバイスレポート」として書面にまとめ、支援実施病院へ通知した。

［支援風景（院内ラウンド実施時）］

【実地支援実績】

支援実施日	支援実施施設	支援実施者	支援内容 （別紙７）
平成 22 年 11 月 30 日	Ａ病院	医　師：藤田直久 薬剤師：甲斐純子 看護師：吉田乃里子 臨床検査技師：樋口武史	69～74ｐ
平成 22 年 12 月 8 日	Ｂ病院	医　師：一山　智 薬剤師：竹田和也 看護師：林田真由美 臨床検査技師：林　彰彦	75～79ｐ
平成 23 年 1 月 17 日	Ｃ病院	医　師：清水恒広 薬剤師：夏目君幸 看護師：野路加奈子 臨床検査技師：樋口武史	80～84ｐ
平成 23 年 1 月 25 日	Ｄ病院	医　師：一山　智 薬剤師：小阪直史 看護師：吉田乃里子 臨床検査技師：小野　保	85～90ｐ
平成 23 年 1 月 26 日	Ｅ病院	医　師：藤田直久 薬剤師：小阪直史 看護師：野路加奈子 臨床検査技師：小野　保	91～95ｐ
平成 23 年 1 月 27 日	Ｆ病院	医　師：清水恒広 薬剤師：竹田和也 看護師：林田真由美 臨床検査技師：林　彰彦	96～101ｐ

【ＩＣＴ設置・活動支援施設への実施支援後のアンケート結果】（別紙８）

専門家チームによる実地支援後、支援実施病院に対してアンケートを行ったところ、全ての病院で「参考になった」という意見が多数を占め、実地による具体的支援により、支援実施病院では気づきと改善すべき点が見出された。

２）院内感染対策相談窓口

京都府内の医療機関等からの感染予防・対策に関する相談や質問に随時対応するため、平成２２年度は７月から京都私立病院協会内に相談窓口を設置した。

相談は書面による受付とし、京都大学大学院医学研究科臨床病態検査学 一山 智教授又は京都府立医科大学感染制御・検査医学 藤田直久教授の指示・確認のもとで院内感染対策相談支援部会の構成員が回答を作成する体制を取った。

平成２２年度は、京都府内の病院１施設の相談に対応した。その他にも相談が寄せられたが、過去の相談窓口で寄せられた相談回答の蓄積により回答した。

相談期間　平成２２年７月から平成２３年３月まで随時受付

相談対象　京都府内の病院、有床診療所、透析を有する診療所、介護老人保健施設

相談方法　書面による相談を受付〔院内感染対策個別相談票（別紙９）に記載した相談を、Ｅメール又はＦＡＸで受付〕

相談回答体制　一山　智教授又は藤田直久教授の指示の下で院内感染対策相談支援部員が書面で回答を作成し同教授に確認の上で回答。（別紙１０）

平成 22 年度の回答書・回答に対するアンケート結果は別紙１１の通り

京都府内の病院における感染対策チーム(ICT)の設置に関するアンケート結果

社団法人京都私立病院協会

■ 調査概要

◇調査実施　平成22年6月
◇調査対象　京都府内175病院
◇回答数　130　施設　（回答率　74.3　%）

■ 調査結果

問1　記入者（複数回答有）

（回答数　130　）

	施設数	割合
院長	17	13.1%
院内感染対策委員	80	61.5%
感染対策チーム（ICT）医師	19	14.6%
感染対策チーム（ICT）看護師	20	15.4%
医療安全担当者	17	13.1%
その他	23	17.7%

問2　許可病床数

（回答数　130　）

	施設数	割合
20～99床	37	28.5%
100～149床	21	16.2%
150～199床	25	19.2%
200～249床	11	8.5%
250～299床	5	3.8%
300床以上	31	23.8%

問3　感染対策の実務を担当する感染対策チーム（ICT）の設置状況

（回答数　130　）

	施設数	割合
設置している	86	66.2%
設置していない	44	33.8%

問4　感染対策チーム（ICT）の組織内での位置づけ

（回答数　85　）

	施設数	割合
独立している	5	5.9%
院内感染対策委員会の下部組織	57	67.1%
院長直属の組織	14	16.5%
その他	9	10.6%

その他内訳

・ 院内感染対策委員会がICTを兼ねている（6）
・ 感染対策部の下部組織（1）
・ 医療安全管理委員会の下部組織（1）

※無回答＝　1 病院

問5　感染対策チーム（ICT）の人数

（回答数　80　）

	施設数	割合
1～4人	2	2.5%
5～9人	38	47.5%
10～14人	28	35.0%
15～19人	8	10.0%
20人以上	4	5.0%

※無回答＝　6 病院

問6　感染対策チーム（ICT）の構成員の資格（複数回答有）

（回答数　86　）

	施設数	割合
医師	80	93.0%
薬剤師	75	87.2%
看護師	86	100.0%
臨床検査技師	67	77.9%
管理栄養士	30	34.9%
事務職員	67	77.9%
その他	21	24.4%

その他内訳

・ 理学療法士（10）
・ 医療安全管理者（3）
・ 放射線技師（5）
・ 臨床工学技士（3）
・ 鍼灸師・マッサージ師（2）
・ 用度担当職員（2）
・ 院長（1）
・ 看護部長（1）
・ 感染対策委員長（1）
・ 作業療法士（2）
・ 言語聴覚士（1）
・ 栄養士（1）
・ 調理主任（2）
・ 歯科衛生士（1）
・ 保育士（1）
・ 看護補助（1）

問7　感染対策チーム（ICT）の中で専従者の配置（複数回答有）

（回答数　71　）

	施設数	割合
医師	5	7.0%
薬剤師	1	1.4%
看護師	12	16.9%
臨床検査技師	1	1.4%
管理栄養士	0	0.0%
事務職員	0	0.0%
全て兼任である	57	80.3%
その他	0	0.0%

※無回答＝　15 病院

問8　感染対策チーム（ICT）の中で感染制御に関する認定資格等の所有者（複数回答有）

（回答数　48　）

	施設数	割合
ICD制度協議会認定　ICD	36	75.0%
日本感染症学会認定　感染症専門医	7	14.6%
日本病院薬剤師会認定　感染制御専門薬剤師	3	6.3%
日本看護協会　感染管理専門・認定看護師（ICN）	18	37.5%
日本臨床微生物学会認定　感染制御認定臨床微生物検査技師	2	4.2%
その他	5	10.4%

その他内訳

・ 日本病院会主催感染制御講習会（1）
・ 日本化学療法学会抗菌化学療法認定薬剤師（1）
・ 日本病院薬剤師会感染制御認定薬剤師（1）

※無回答＝　38 病院

問9　感染対策チーム（ICT）の責任者の職名

（回答数　86　）

	施設数	割合
院長	20	23.3%
副院長	23	26.7%
診療部長	13	15.1%
看護部長	5	5.8%
薬剤部長	0	0.0%
臨床検査部長	2	2.3%
その他	23	26.7%

その他内訳

・ 外科部長（4）
・ 内科医師（2）
・ 理事長（1）
・ 医局長（1）
・ 小児科部長（1）
・ 看護部主任（1）
・ 内科部長（1）
・ 外科医長（1）
・ 呼吸器科医長（2）
・ チーム医療統括部長（1）
・ 看護師長（1）
・ 診断副部長（1）
・ ICU副部長（1）
・ 医療課長（1）
・ 感染症科（1）
・ 薬剤師主任（1）
・ 看護課長（1）

問10　感染対策チーム（ICT）による院内感染対策での指導や介入について（複数回答有）

（回答数　86　）

	施設数	割合
病棟等のラウンドを行い、指導・介入をしている	70	81.4%
組織はあるが、十分な指導や介入は行えていない	13	15.1%
その他	3	3.5%

その他内訳

・ ラウンドは現在休止であるが、指導・介入は行っている（1）
・ 平成22年度にICT業務内容について見直し、改善を図る予定（1）
・ 病棟などのラウンドを行い、指導をしている（1）
・ 病棟、外来、手術室、内視鏡室のラウンドを各部署のﾁｰﾑ員（Ns）が実施し、毎月委員会で報告、改善の状況チェックをしている。

問11　感染対策チーム（ICT）の業務内容（複数回答有）

（回答数　86　）

	施設数	割合
病棟等の各部署のラウンド・指導	78	90.7%
サーベイランスの実施	62	72.1%
マニュアルの作成・改訂	76	88.4%
職員研修の企画・実施	72	83.7%
感染症治療の指導	42	48.8%
ファシリティ・マネジメント （給排水、空調、給食、洗濯、設備など）	34	39.5%
清掃担当者への指導	49	57.0%
職業感染の防止	64	74.4%
院内感染発生時の対応	76	88.4%
院内感染発生時の原因究明	66	76.7%
保健所への届出	47	54.7%
器材の滅菌・消毒の管理	39	45.3%
感染症の観点からの病棟回診	40	46.5%
消毒・抗菌薬の使用状況の把握	64	74.4%
その他	1	1.2%

その他内訳

・ 院内感染予防全般の助言・指導（1）

問12　感染対策チーム（ICT）が設置されていない理由（複数回答有）

（回答数　44　）

	施設数	割合
必要がない	2	4.5%
業務上、時間に余裕がない	22	50.0%
適任者がいない	16	36.4%
その他	17	38.6%

その他内訳

・ 介護療養型医療施設であるから。
・ ICT活動が明確化していない。また、どの施設でも当てはまる内容でない。更に、ICT設置が必須条件ではない。
・ 現状の人員では、時間的にも人数的にも全く余裕がない。
・ 職員の関心も低い、積極的でない。
・ ICTを指導する余裕のある医師がいない。
・ 院内感染対策委員会1回/月にて十分な調査検討がなされている。
・ 院内感染対策委員会が必要時活動している。
・ 小規模病院なので対策委員会内検討とマニュアルの遵守、その他職員院内教育で対応しています。
・ 専門職のマンパワー不足にて非常時にのみ院長が招集するにとどまっている。
・ 認定看護師や感染専門医師は不在である、院内感染防止対策委員会はあるがICTはない。
・ 病院の基準になじまない。医師も少数。
・ 感染対策委員会で対応。
・ メンバーを拡大して感染対策委員会が行っている。

・ 現在、感染認定看護師を育成中。
・ ほぼ感染対策委員会がICTの役割を果たしている。
・ 感染対策委員会や各部署の委員は配置されているが、ラウンド等がまだ体系化されてない。
・ 規模が小さく、感染対策委員会、小感染対策委員会で対応している。

問13　今後の感染対策チーム（ICT）の設置予定について

（回答数　42　）

	施設数	割合
今年度中	5	11.9%
来年度中	4	9.5%
それ以降	9	21.4%
設置予定なし	24	57.1%

※無回答＝　2 病院

問14　京都私立病院協会によるICT設置・活動支援の希望の有無

（回答数　124　）

	施設数	割合
ICT設置・活動支援を希望する	19	15.3%
希望しない	105	84.7%

※無回答＝　6 病院

問15　院内感染対策について困っている点

・ 最新の情報の入手が難しい。院内で対応できない問題の相談窓口（気軽にメールなどでできるような）があれば嬉しい。
・ 院内感染対策委員会との連動にて活動している。
・ 清掃担当者に至るまでスタッフの全てに教育・対応を行き渡らせるのに必要な人材の育成。介護保険から費用を賄わなければならないこと。
・ 何か問題が発生したときの対処法について専門分野からの意見や情報がほしいとき、どこに聞いたら良いのか等
・ 内科にて常勤医の入院診療が少なく、日替わりのバイト医任せになっている。そのため漫然と抗生物質が投与されていることが多い。注意しても不合理な言い訳で是正しようとしない。そのためCDを発する。実際にICTも全入院患者に目を行き届かせる程の暇もない。１人～２人の勝手な医師のためにベクトルが一致しない。
・ 以前、私病協のICTに来院してもらい、院内の改善を図った。その後、年度末にグループ内の感染管理認定看護師にラウンドをしてもらい、次年度の感染予防計画としている。院内ICTの中心となる担当者を平成21年度日本病院会感染制御講習会に参加させ、活動を予定していたが、急遽別の担当者とせざるを得なく、今年度末に予定がずれ込んでいる。
・ 昨年、私病協の感染対策チームからの指導を受け、現在、指摘事項の改善等に努めているところです。
・ 疥癬の発症が終焉せず、続いていることに対しての指導を頂きたい。

○○病院　院内感染防止対策委員会規程

（設　置）
第１条　○○病院内に、院内感染防止対策委員会（以下「委員会」という）を設置する。

（目　的）
第２条　委員会は、病院長の諮問機関として院内感染の予防及び感染症発生時における対策等について必要な事項を検討し、実行することを目的とする。

（任　務）
第３条　委員会は、次の各号に掲げる事項に関し協議し、又は実施する。
（１）院内感染の発生を未然に防止するために必要な方策に関すること
（２）院内感染が発生したとき、又はそのおそれが生じたときの対応に関すること
（３）院内感染発生状況等の調査に関すること
（４）院内感染防止のために必要な職員教育に関すること
（５）院内感染に関連した職員の健康管理に関すること

（構　成）
第４条　委員会は、次の各号に掲げる委員をもって構成する。
（１）病院長
（２）診療部長（感染症対策に関し相当の経験を有する医師）
（３）看護部長
（４）薬剤部長（薬剤部門の責任者）
（５）検査部長（検査部門の責任者）
（６）事務部長（事務部門の責任者）
（７）その他病院長が必要と認めた者

２　委員は、病院長が任命する。その任命は別表の通りである。

（任　期）
第５条　前条第１項に掲げる委員の任期は２年とし、再任を妨げない。ただし、欠員が生じた場合の後任の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（委員長等）
第６条　委員会には、委員長と副委員長を置き、病院長が委員のなかから任命する。

２　委員長は委員会を統括し、議長となる。

３　副委員長は委員長を補佐し、委員長が事故あるいはやむを得ない事由等で出席できないときはその職務を代行する。

（委員会の開催）
第７条　　委員会は、委員長が招集する。

２　委員会は定例会及び臨時会とし、定例会は毎月１回開催する。臨時会は、委員長が必要と認めたときに開催する。

（委員以外の者の出席）
第８条　　委員長が必要と認めるときは、委員以外の者を委員会に出席させ、説明又は意見を聞くことができる。

（記　録）
第９条　　委員会の議事内容は、事務部が会議録に記載し、事務部がこれを保管する。

（雑　則）
第 10 条　この規程に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、別に定める。

附　則
１　この規程は、平成○○年○月○日から施行する。
２　この規程は、平成○○年○月○日から改正施行する。
・
・

注：ＩＣＴ組織がある医療機関の場合の追加条文の参考例

（院内感染防止対策チームの設置）
第○条　　委員会に、院内感染発生時の状況の把握及び発生原因の調査を行い、院内感染対策を迅速に講ずるため、並びに院内感染の発生防止に必要な事項を調査検討するため、院内感染防止対策チームを置く。

２　院内感染対策チームに関し、必要な事項は、院内感染防止対策チーム規程に定める。

別　表

院内感染防止対策委員会規程第４条第２項による別表は次の通りである。

（平成○○年○月○日現在）

委 員 長　○○○○（所属・役職名）

副委員長　○○○○（所属・役職名）

委　　員　○○○○（所属・役職名）

・
・
・
・
・
・

○○病院　院内感染防止対策チーム規程

（設　置）

第１条　　院内感染防止対策委員会規程第○条に基づき、院内感染防止対策委員会（以下「委員会」という）の下部組織として院内感染対策チーム（以下「ICT」という）を置く。

（構　成）

第２条　　ICT は、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員等で構成する。

２　ICT の構成員は、病院長が任命する。その任命は、別表の通りとする。

３　ICT のリーダーは特に必要と認める職員を病院長に推薦し、病院長の任命により ICT に加えることができるものとする。

（任　務）

第３条　　ICT の任務は次の各号の通りとする。

（１）院内感染発生状況の把握
細菌検査室及び病棟より報告される院内感染情報の把握と分析を行う。

（２）院内感染防止対策
院内の各部署の点検を行い院内感染予防の観点から指摘や改善指導を行う。

（３）院内感染症治療対策
院内発生の感染症に対する治療法の提言、細菌学的な助言や院内感染防止のための指導を行う。

（４）教育・啓蒙
院内感染対策に関して職員の教育･啓蒙及び感染対策マニュアル・ガイドラインの原案を作成し、院内感染対策防止委員会に提出する。

（５）委員会への報告
実施した諸指導・提言の内容について毎月委員会へ報告する。

（記　録）

第４条　　ICT の指摘・指導事項等の記録保管は事務部があたるものとする。

附　則

１　この規程は、平成○○年○月○日から施行する。

２　この規程は、平成○○年○月○日から改正施行する。

・

・

別　表

院内感染防止対策チーム（ICT）規程第２条第２項による別表は次の通りである。

（平成○○年○月○日現在）

医　　師	○○○○（所属・役職名）
看 護 師	○○○○（所属・役職名）
薬 剤 師	○○○○（所属・役職名）
臨床検査技師	○○○○（所属・役職名）

・
・
・

（別紙３）

ＩＣＴラウンドチェック表

ラウンド実施者（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）

【評価基準】○＝できている　△＝一部できていない　×＝ほとんどできていない

分類	チェック事項	補足説明	評　価			
			／	／	／	／
病院全体	1.マニュアルが部署の所定の場所に常備してある	だれでもわかる場所に常にあるか				
	2.部署の各職員がマニュアルの置いてある場所が言える	実際に言えるかどうか尋ねる				
	3.リンクナースなどが定期的に職員に情報を提供している	提供している記録があるか				
	4.日常行っている感染対策の活動内容を記録し残している	活動内容の記録があるか				
	5.感染対策の実施に際して、インフォームドコンセント（説明と同意）を実施しそれを記録している	感染対策のための検査、隔離、ガウンテクニック（予防着、マスク、手袋の使用）、手洗いなどの患者に対する実施説明を含む				
	6.各職員がその部署の耐性菌などの微生物の発生動向を知っている	どの患者あるいは病室で発生しているか知っているか				
	7.各職員がその部署でアウトブレイクが発生してるか把握している	アウトブレイクの有無と実施している対策を知っているか				
	8.各職員がアウトブレイク時に誰に報告相談するかわかっている	各職員が日ごろから問題意識を持ち、担当者に相談できる環境を用意する				

ＩＣＴラウンドチェック表

ラウンド実施者（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）

【評価基準】○＝できている　△＝一部できていない　×＝ほとんどできていない

分類	チェック事項	補足説明	評　価			
			／	／	／	／
手術室	1.手洗い場に液体石鹸があり、ペーパータオルが設置され、清潔に整備されている					
	2.速乾性手指消毒剤を配備し適切に使用・管理している	・開封日を記載し、使用期限を設ける ・使用状況を把握している ・継ぎ足しではなく、使い捨てが望ましい				
	3.手洗いの徹底を行っている	手洗いの方法を掲示し、徹底をする				
	4.原則除毛はしない	除毛する場合は手術直前に電気クリッパーかハサミで行う				
	5.抗菌薬の投与は術直前にしている	長時間の手術では3～4時間経過した時点で追加投与				
	6.手術時手洗い水は水道水でもよい	滅菌水はSSIを減少させたというエビデンスは無い				
	7.手術時手洗いは擦式消毒用アルコール製剤によるラビングをしている	ブラシによるスクラビングからアルコールによるラビングに移行してきている				
	8.手術時手洗いの流しは水のはねかえりにくい形状と十分の大きさ、清掃し易い素材と構造になっている					
	9.手術室に入る際は、キャップとサージカルマスクを着用する					
	10.手術用手袋は1～3時間毎に交換している					
	11.着衣が汚染された場合は、そのつど交換している					
	12.一足制ならシューズカバーが必要、二足制なら足先が保護されるものを使用する					

ＩＣＴラウンドチェック表

ラウンド実施者（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）

【評価基準】○＝できている　△＝一部できていない　×＝ほとんどできていない

分類	チェック事項	補足説明	評　価			
			／	／	／	／
手術室	13.手術室は陽圧で15回/時換気している	そのうち3回は新鮮な外気が加えられている				
	14.手術室の在室人数やドアの開閉回数を制限している					
	15.定期的に清掃している	日常的消毒は不要				
	16.術後の汚染物は別のルートより排出している					
	17.手術用ガウン、覆布は不透過性で撥水性の不織布を使用している					
	18.中央材料滅菌室の職員は防護衣を着用して処理している					
	19.滅菌モニターとして、生物的インジケータ、化学的インジケータを使用している					
	20.オートクレーブは定期的に点検し、ボウィ・ディックテストを行っている					
	21.一次洗浄の場所は、手洗い場所と別になっている					
	22.滅菌物品の保管、搬送方法が適切である					
	23.血液・体液・尿・糞便等を取り扱う際にはプラスチック手袋かゴム手袋を使用し、感染性廃棄物として処理し、手袋の着用前後で手洗いをしている	飛散の恐れがある場合は適宜マスク、ゴーグル、ガウン等を使用する				
	24.注射針はリキャップしない	安全器材が導入されている				
	25.適切な専用針容器を使用している	耐貫通性容器を導入している				

ＩＣＴラウンドチェック表

ラウンド実施者（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）

【評価基準】○＝できている　△＝一部できていない　×＝ほとんどできていない

分類	チェック事項	補足説明	評　価			
			／	／	／	／
薬剤部	1.手洗い場に液体石鹸があり、ペーパータオルが設置され、清潔に整備されている					
	2.速乾性手指消毒剤を配備し適切に使用・管理している	・開封日を記載し、使用期限を設ける ・使用状況を把握している ・継ぎ足しではなく、使い捨てが望ましい				
	3.手洗いの徹底を行っている	手洗いの方法を掲示し、徹底をする				
	4.調剤器具（乳鉢、スパチュラ、ピンセット等）を清潔に管理している	洗浄後、しっかり乾燥を行う				
	5.調剤機器の清掃を定期的に行っている					
	6.消毒剤の採用リストおよび使用基準を作成している					
	7.消毒剤の使用状況を把握している	各部署からの使用状況の報告を受け、記録				
	8.抗菌薬の採用リストがある					
	9.抗菌薬の採用に関しては、分離菌感受性に合わせている					
	10.抗菌薬の使用基準を作成している	外科的予防投与の時期、継続期間等				
	11.抗菌薬の使用状況を報告している	医師へのフィードバックを行っている				
	12.薬剤耐性に対して、定期的に採用抗菌薬の見直しを行っている	耐性菌の把握と薬剤の見直し				
	13.輸液製剤の調剤を薬剤師が中央で行っている					

ＩＣＴラウンドチェック表

ラウンド実施者（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）

【評価基準】○＝できている　△＝一部できていない　×＝ほとんどできていない

分類	チェック事項	補足説明	評　価			
			／	／	／	／
薬剤部	14.中心静脈栄養（TPN）の調製は無菌的に薬剤師が行っている	無菌調製における施設基準を満たすこと				
	15.TPNの調製には専用の着衣（滅菌無塵衣）を着用し、マスク・帽子を装着する					
	16.調製後の薬剤を清潔に病棟へ払いだす運用がある					
	17.抗悪性腫瘍剤の混合調製を薬剤師が行っている					
	18.抗悪性腫瘍剤の調製においては、TPN調製に準じた清潔な環境で行っている					
	19.抗悪性腫瘍剤の調製に用いた廃棄物は専用の容器に廃棄している					
	20.クリーンベンチ、安全キャビネットは消毒用エタノールで作業の前後に清拭を行っている					
	21.注射針はリキャップしない	安全器材が導入されている				
	22.適切な専用針容器を使用している	耐貫通性容器を導入している				
	23.一般廃棄物と感染性廃棄物とを分別し、適切に運搬している	・一般廃棄物と感染性廃棄物との区別を明確にする ・密閉した状態での運搬 ・分別し易いように目に付くボックス（バイオハザード付）を設置する				

ＩＣＴラウンドチェック表

ラウンド実施者（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）

【評価基準】○＝できている　△＝一部できていない　×＝ほとんどできていない

分類	チェック事項	補足説明	評　価			
			／	／	／	／
外来・病棟	1.手洗い場に液体石鹸があり、ペーパータオルが設置され、清潔に整備されている					
	2.速乾性手指消毒剤を配備し適切に使用・管理している	・開封日を記載し、使用期限を設ける ・使用状況を把握している ・継ぎ足しではなく、使い捨てが望ましい				
	3.手洗いの徹底を行っている	手洗いの方法を掲示し、徹底をする				
	4.外来に感染症が疑われる患者が来院した時、規定通りに対応できる	感染経路に応じた隔離の規定があり、その設備がある				
	5.咳のある患者にはマスクを着用させている	咳エチケットの徹底				
	6.外来診察室・処置室・詰所・病室はよく清掃、整理している					
	7.洗面所・浴室・トイレを清潔に保っている					
	8.汚物室が清潔で、尿器・便器の消毒を実施し、管理している	汚物室の清掃基準を作成し、定期的に実施する				
	9.感染症使用の病室の換気を行っている	マニュアルに感染症ごとの換気回数を指定し、実施する				
	10.ドアノブや患者の良く手の触れる所はアルコールで消毒している	１日１回は清掃、消毒する				
	11.頭髪はまとめ、爪も切って清潔感がある					
	12.白衣は適切に着替え、清潔感がある					
	13.一処置、一手洗いを励行している	手袋着用、処置前後の手洗いが望ましい				

ＩＣＴラウンドチェック表

ラウンド実施者（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）

【評価基準】○＝できている　△＝一部できていない　×＝ほとんどできていない

分類	チェック事項	補足説明	評　価			
			／	／	／	／
外来・病棟	14.シンクの周りを清潔に保ち、近くに液体石鹸がある	固形石鹸は使用していない				
	15.輸液製剤の調剤を薬剤師が中央で行っている					
	16.点滴や注射の準備台は使用前に清掃と清拭（アルコール）を実施している					
	17.注射の準備場所がシンクより離れている	シンク内は細菌が繁殖しやすく、水はねが危険である				
	18.注射準備者は作業に専念できる状況である	準備中に他の事で中断すると誤認と不潔の原因となる				
	19.点滴・注射の準備前に手洗いを徹底している					
	20.注射の準備から片付けまでの工程における動線は清潔と不潔が交差していない					
	21.点滴・注射のミキシング後は長時間放置せず、速やかに施行している					
	22.ミキシング中とミキシング後の点滴・注射類の作業は区別し、混在しないようにしている	ミキシング操作の誤認防止と感染防止に配慮する				
	23.注射針はリキャップをしていない	または安全器材を導入し、使用している				
	24.滅菌物は使用期限をチェックし、管理している	・棚の上段などが望ましい ・チェック日を決める				
	25.医療材料などを清潔に保管している					
	26.処置用カートを清掃し、清潔に使用している	清掃について方法や取り扱いを明記する				
	27.防護用具（PPE）を適切な箇所に取りやすいように配置している	適所とは処置を実施する頻度が高い場所				

ＩＣＴラウンドチェック表

ラウンド実施者（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）

【評価基準】○＝できている　△＝一部できていない　×＝ほとんどできていない

分類	チェック事項	補足説明	評　価			
			／	／	／	／
外来・病棟	28.防護用具（PPE）を適切に使用している	血液や体液が飛散する可能性がある時、その程度に応じて着用を実施している				
	29.PPEの着脱方法を分かりやすく表示している	図などの表示が分かりやすい				
	30.病室の清掃についての規定があり、それに基づいて実施している	清潔管理についてのマニュアルがあり、内容が合理的でそれに沿った作業ができている				
	31.床が血液や体液で汚染された時、まず湿性で清掃し、後で次亜塩素酸ナトリウムで消毒している	無菌にする必要はない。汚れを除去するための清掃が大切である				
	32.清掃用具を適切に保管している	清掃規定の中で保管方法を明記する				
	33.感染性のおむつ交換は手順通りに実施し、適切に廃棄している	感染性オムツ交換マニュアルを作成し、取扱いに注意する				
	34.血液・体液・尿・糞便等を取り扱う際にはプラスチック手袋かゴム手袋を使用し、感染性廃棄物として処理し、手袋の着用前後で手洗いをしている	飛散の恐れがある場合は適宜マスク、ゴーグル、ガウン等を使用する				
	35.適切な専用針容器を使用している	耐貫通性容器を導入している				
	36.一般廃棄物と感染性廃棄物とを分別し、適切に運搬している	・一般廃棄物と感染性廃棄物との区別を明確にする ・密閉した状態での運搬 ・分別し易いように目に付くボックス（バイオハザード付）を設置する				
	37.リネン庫は清潔と不潔を区別している					

ＩＣＴラウンドチェック表

ラウンド実施者（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）

【評価基準】○＝できている　△＝一部できていない　×＝ほとんどできていない

分類	チェック事項	補足説明	評　価			
			／	／	／	／
放射線科	1.手洗い場に液体石鹸があり、ペーパータオルが設置され、清潔に整備されている					
	2.速乾性手指消毒剤を配備し適切に使用・管理している	・開封日を記載し、使用期限を設ける ・使用状況を把握している ・継ぎ足しではなく、使い捨てが望ましい				
	3.手洗いの徹底を行っている	手洗いの方法を掲示し、徹底をする				
	4.定期的に撮影台の清掃とリネン交換をしている	方法や基準を定める				
	5.一患者撮影ごとに手洗いをする					
	6.プロテクターは定期的に清拭し、アルコールで消毒している					
	7.感染症患者は最後に撮影している					
	8.感染症患者撮影後は撮影台をアルコールで消毒している					
	9.造影剤検査時（バリウム）は作り置きをせず、紙コップ、バルンカテーテルは使い捨てにしている					
	10.血液・体液・尿・糞便等を取り扱う際にはプラスチック手袋かゴム手袋を使用し、感染性廃棄物として処理し、手袋の着用前後で手洗いをしている	飛散の恐れがある場合は適宜マスク、ゴーグル、ガウン等を使用する				
	11.注射針はリキャップしない	安全器材が導入されている				
	12.適切な専用針容器を使用している	耐貫通性容器を導入している				
	一般廃棄物と感染性廃棄物とを分別し、適切に運搬している	・一般廃棄物と感染性廃棄物との区別を明確にする ・密閉した状態での運搬 ・分別し易いように目に付くボックス（バイオハザード付）を設置する				

ＩＣＴラウンドチェック表

ラウンド実施者（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）

【評価基準】○＝できている　△＝一部できていない　×＝ほとんどできていない

分類	チェック事項	補足説明	評　価			
			／	／	／	／
検査室	1.手洗い場に液体石鹸があり、ペーパータオルが設置され、清潔に整備されている					
	2.速乾性手指消毒剤を配備し適切に使用・管理している	・開封日を記載し、使用期限を設ける ・使用状況を把握している ・継ぎ足しではなく、使い捨てが望ましい				
	3.手洗いの徹底を行っている	手洗いの方法を掲示し、徹底をする				
	4.血液・体液・尿・糞便等を取り扱う際にはプラスチック手袋かゴム手袋を使用し、感染性廃棄物として処理し、手袋の着用前後で手洗いをしている	飛散の恐れがある場合は適宜マスク、ゴーグル、ガウン等を使用する				
	5.注射針はリキャップしない	安全器材が導入されている				
	6.適切な専用針容器を使用している	耐貫通性容器を導入している				
	7.一般廃棄物と感染性廃棄物とを分別し、適切に運搬している	・一般廃棄物と感染性廃棄物との区別を明確にする ・密閉した状態での運搬 ・分別し易いように目に付くボックス（バイオハザード付）を設置する				
	8.部署内の清掃が行き届いている					
	9.よく手の触れるドアノブ･作業台は清拭している	接触感染予防の為、1日1回はアルコール製剤等で清拭する				
	10.清潔区域と汚染区域を区別している					
	11.対患者の検査時、標準予防策が行えている	患者接触前後に手洗い、又はアルコール消毒が行えている				
	12.感染症が疑われる患者の検査時に、接触予防策が行えている	手袋、エプロンがきちんと着用できている				
	13.電極、及びプローブなど、患者に直接接触する部分は使用後、アルコールで消毒する					

ＩＣＴラウンドチェック表

ラウンド実施者（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）

【評価基準】○＝できている　△＝一部できていない　×＝ほとんどできていない

分類	チェック事項	補足説明	評　価			
			／	／	／	／
栄養科	1.手洗い場に液体石鹸があり、ペーパータオルが設置され、清潔に整備されている					
	2.速乾性手指消毒剤を配備し適切に使用・管理している	・開封日を記載し、使用期限を設ける ・使用状況を把握している ・継ぎ足しではなく、使い捨てが望ましい				
	3.手洗いの徹底を行っている	手洗いの方法を掲示し、徹底をする				
	4.部署内の清掃が行き届いている					
	5.よく手の触れるドアノブ･作業台は清拭している	接触感染予防の為、1日1回はアルコール製剤等で清拭する				
	6.廃棄ボックスは蓋付で、分別し廃棄している（山積禁）					
	7.マスク･手袋を常備している					
	8.爪は短く整えられ頭髪･ユニフォーム･靴は清潔である					
	9.食品庫内を整理･整頓している					
	10.冷蔵庫･冷凍庫内を整理している	積め込み禁				
	11.賞味期限･消費期限を管理している					
	12.毎日職員の健康チェック･手指の傷の有無のチェックをしている					

ＩＣＴラウンドチェック表

ラウンド実施者（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）

【評価基準】○＝できている　△＝一部できていない　×＝ほとんどできていない

分類	チェック事項	補足説明	評　価			
			／	／	／	／
栄養科	13.職員の検便検査結果を把握している	夏季は月2回、冬季は月1回検査				
	14.床面は水切れが良く乾燥を保っている					
	15.食器洗浄機の洗浄温度を80℃に守っている					
	16.調理時、盛付時ヘアキャップ、マスク、手袋をしている					
	17.配膳車の清拭をしている	3回/日				
	18.配膳車内を清潔に保持し搬送している	配膳車にカバーをしている				
	19.毎日厚労省の大量調理施設衛生管理マニュアルによるチェックができている					

ＩＣＴラウンドチェック表

ラウンド実施者（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）

【評価基準】○＝できている　△＝一部できていない　×＝ほとんどできていない

分類	チェック事項	補足説明	評　価			
			／	／	／	／
医事課	1.手洗い場に液体石鹸があり、ペーパータオルが設置され、清潔に整備されている					
	2.速乾性手指消毒剤を配備し適切に使用・管理している	・開封日を記載し、使用期限を設ける ・使用状況を把握している ・継ぎ足しではなく、使い捨てが望ましい				
	3.手洗いの徹底を行っている	手洗いの方法を掲示し、徹底をする				
	4.マスク、手袋を常備している	感染経路に応じた予防策を実施している				
	5.血液、体液に触れる可能性がある時は手袋の着用をしている	すべての患者対象				
	6.急性呼吸器症状等、熱発患者の対応を周知している					
	7.咳のある患者にマスク着用の指導をしている	咳エチケットの説明				
	8.職員自身が咳のある時は、マスクの着用をしている					
	9.よく手の触れるドアノブ･作業台は清拭している	接触感染予防の為、1日1回はアルコール製剤等で清拭する				
	10.爪が短く整えられ、ユニフォーム、靴が清潔である					

感染対策実施状況チェック表

部署:　　（評価日　　月　　日　）

評価者　（　　）

評価指標項目

評価内容

＜＊評価指標　A:80%以上　B:60～79%　C:60以下　　評価指標内容（出来ていない場合×）＞

評価対象・対策	項目	評価
詰所・診察室・処置室	1. 室内は整理整頓されている	A・B・C
	・使用後ワゴン等は、所定の場所に片付けている	
	・カルテ・文書類は指定位置に片付けている	
	・聴診器・血圧計等、診療用具は適切に保管している	
	2. 点滴準備台の上は、清潔に整理整頓されている	A・B・C
	・作業前にはアルコールで清拭している	
	・ゴミ・使用後の物品は、速やかに片付けている	
	3. 流し台は、清潔・不潔用に明確に区分されている	A・B・C
	・氷枕（水切り乾燥のため）は、経口専用のシンクには掛けないで、他の場所を活用している	
	・シンクはきれいに洗浄し、台の上は水滴等がないように拭いている	
	4. 廃棄物・ゴミは、適正に処理されている	A・B・C
	・感染性廃棄ボックスの蓋は常に閉めている	
	・感染性廃棄ボックスの廃棄は、内容量が8割程度で梱包している	
	・ゴミは、適正に分別処理している	
	5. 手洗い環境は清潔にされ、物品は適切に補充されている	A・B・C
	・シンクは汚れを洗浄し、シンク周りは水滴がないように拭いている	
	・速乾性手指消毒剤、洗浄剤、ペーパータオルは適時補充している	
	6. 材料・滅菌物、滅菌鋼製小物は適正に保管されている	A・B・C
	・滅菌物は、所定の戸棚に保管している	
	・滅菌物を触る前には手洗い、または速乾性手指消毒剤で手を清潔にしている	
	・滅菌物は、定期的にチェック（外パック破損・汚れの有無）している	
	・衛生材料カートの扉は材料を取り出した後、速やかに閉めている	
	7. 包交ワゴンは整理され、清潔に管理されている	A・B・C
	・必要最小限の種類、量の準備に止めている	
	・台は、1日1回はアルコールで清拭し、整頓している	
	8. 使用後の鋼製小物等は、適正に保管されている	A・B・C
	・所定の中央滅菌室返却ボックスに速やかに入れている	
	・チューブ類等は、ナイロン袋に入れ、密封している	
入浴　・シャワー室	1. 浴室は整理整頓されている	A・B・C
	・使用後は水、又は適時温水で十分流し、乾燥させるよう心がけている	
	・シャワーベッドは速やかに洗浄後、清拭・乾燥させている	
	・使用後のバケツ等は洗浄し、乾燥に心がけている	
リネン庫	1. 種類別に整理整頓され、古いものから順次使用するようにセットされている	A・B・C
	2. 台の上は定期的に清拭されている	A・B・C
使用後リネン	1. 不潔リネンは適正に処理されている	A・B・C
	・使用後のリネンは種類別容器に入れ、蓋をしている	
	・寝具は汚染を拡散しないようにまとめ、所定の一時保管場所に置いている	
	・汚染リネンは、その場でアクアフィルムに入れ、汚染拡散防止に努めている	
食堂	1. 清潔に整理・運用されている	A・B・C
	・水周り・シンクは奇麗に洗浄され、茶ガラ等のゴミも適時廃棄されている	
	・共有器機（トースター等）は定期的に清拭され清潔を保っている	
	・テーブルは常に片付け、上拭きしている	
ICU・病室	1. ベッド周辺環境は整理整頓されている	A・B・C
	・床頭台、オーバーテーブルの上（コップ等）は片付け、拭いている	
	・点滴スタンド、吸引一式、ポータブルトイレ等は使いやすいように整理し、清潔にしている	
	・モニター、コード類、点滴ルート類はコンパクトに整理している	
	2. 病室トイレ・洗面所は清潔に保たれている	A・B・C
	・トイレの台の上は1日1回清拭している	
	・蓄尿器は1日1回清掃・洗浄し、ディスポ採尿袋は適時交換している	
	・洗面シンクは適時洗浄し、汚れがないように留意している	
	3. 冷蔵庫には期限切れ食物がなく、清拭されている	A・B・C
	4. 廃棄物・ゴミは、適正に処理されている	A・B・C
汚物室	1. 整理整頓され、シンク・台は清潔に洗浄・清拭されている	A・B・C
	2. 汚物流しは十分に洗浄されている	A・B・C

評価・コメント

感染対策実施状況チェック表

部署:　　（評価日　　月　　日

評価者　（　　）

＜評価指標＊A:80%以上　B:60～79%　C:60%以下　　評価指標内容（出来ていない場合×）＞

評価対象・対策	項目	評価
標準予防策	1. 湿性生体物質（健常な皮膚からの汗を除く）に触れる恐れがある場合には、手袋を着用することが習慣化されている	A・B・C
評価内容	2. 手袋は、適時使用できるように適所に適量配置・準備されている	A・B・C
	・ICU・感染症室（前室）の壁掛け式配置箇所には必ず手袋を設置している	
	・感染症患者・吸引手技等、患者の状況に応じ、手袋の準備配置をしている	
	3. 速乾性手指消毒剤は、適切に配置されている	A・B・C
	・各病室前と手洗いシンク台、包交ワゴンには必ず配置している	
	・速乾性手指消毒剤には開封日を記入している	
	4. 手指衛生は遵守されている	A・B・C
	・処置、ケア前・後には手指衛生を行なっている（一処置一手洗い・刷式消毒）	
	・ナースステーション帰室時・記録・PC操作前には手洗いを行なっている	
接触感染予防策	1. 適切なPPEの活用がなされている	A・B・C
	・接触感染,疾患あるいは疑われる患者に接触する場合には、手袋を着用している	
	・覆えない感染性の皮膚疾患・創部のある患者に接触する場合にはガウンを着用している	
	・痰、浸出液等の飛沫接触の可能性がある場合は、マスク・ゴーグルを追加着用している	
	2. 医療器具（体温計・血圧計・聴診器、血圧計など）は患者専用とされている	A・B・C
	3. 接触感染が危惧される患者の手が日常触れる環境は、アルコールで清拭されている	A・B・C
	4. 覆うことができない創部、痰等の飛沫がある場合には原則個室管理されている	A・B・C
飛沫感染予防策	1. 患者配置は、適正になされている	A・B・C
	・基本的には個室管理としている	
	・同室の場合には、患者間のベッド間隔を2m.位離している	
	2. 患者が室外へ出る時にはサージカルマスクを着用させている	A・B・C
	3. 患者に接近（1.5～2m.以内）する場合にはサージカルマスクが着用されている	A・B・C
空気感染予防策	1. 空気感染疾患、または恐れのある患者は陰圧室に隔離している	A・B・C
	2. 陰圧室の適正な管理と確実な陰圧管理がなされている	A・B・C
	・部屋に入る前には、N95マスクを着用している	
	・陰圧室の換気は6～12回/時間に設定している	
	・陰圧室への入・退室前には必ず陰圧表示（廊下・前室）を確認してから行動している	
	3. やむ終えず患者が部屋から出る場合には、患者にはサージカルマスクを着用させている	A・B・C
	4. 空気感染の分類に応じ、エプロン（水痘の皮膚処置等）、ゴーグル等が追加着用されている	A・B・C
	5. 陰圧室隔離の必要性について、患者・家族へ協力が得られるよう十分に説明がなされている	A・B・C
職業感染防止策	1. 針刺し事故防止のため、安全器材・廃棄ボックスが適正に活用されている	A・B・C
	・採血、点滴は、安全装置付き留置針を使っている	
	・静脈注射、インシュリン注射等の時は、携帯廃棄ボックスを持参している（リキャップしない）	
	2. 空気感染等が疑われる患者と接する場合はN95マスクが着用されている	A・B・C
	3. 飛沫感染疾患の罹患が疑われる職員は、積極的にサージカルマスクの着用がなされている	A・B・C

評価・コメント

（別紙５）

中小規模の医療施設向けサーベイランス手順書（案）

2009 年７月 10 日　改訂４版

病院施設の規模別の感染対策の実態調査（分担研究者　西岡みどり）
【平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金
新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業（H21-新興ーー般ー001）
医療機関における感染症伝播に関する研究（主任研究者　切替照雄）】

はじめに

本手順書案「中小規模の医療施設向けサーベイランス手順書（案）」の趣旨は、決してすべての中小規模の医療施設にサーベイランスの実施を強いるものではありません。サーベイランスを開始したいと考えている医療施設に役立てていただけるよう試作しました。なお、本手順書案では無床診療所でのサーベイランス実施は想定していません。

本手順書案での「サーベイランス」とは、医療関連感染（院内感染）の発生を防止するために、関連するデータを適時に職員へフィードバックして日常の対策に役立てる活動のことです。データは行政機関への報告のためではなく、院内の職員が日常の感染管理活動に活用するために収集します。

「サーベイランス」は日常の感染対策評価やアウトブレイク（多発）の早期察知などを目的に実施します。したがって、継続的な実践は効果的ではありますが、多忙な病院運営の中では、目的に合わせて実施期間を予め設定することも効率的です。

中小規模の医療施設では、昨今の厳しい医療事情の中、多大な労力をかけて感染対策が行われています。全国調査の結果からは、中小規模の医療施設での感染対策に大規模施設と同等の人件費がかけられていること、サーベイランス実施率が低いことなどがわかりました。（詳細は「施設規模・資源別サーベイランス実施状況調査報告書」をご覧ください。http://www.dcc.go.jp/nosocomial_infection/pdf/surveillance.pdf）

本手順書案作成にあたっては、前述の調査結果に基づいて中小規模の医療施設での実践可能性を勘案して６種類を選定しました。お試しくださる医療施設では目的に合わせて６種類の中から自由にご選択ください。また、本手順書案は施設規模に関わらず、「サーベイランスを実施したいが、急性期の医療施設で実施されているような、手術部位感染や中心静脈カテーテル関連血流感染などの種類は自施設に適さない」とお考えの医療施設にもご試用いただけます。

本手順書案は完成版ではありません。ご試用いただき、より使いやすい手順書の完成に向けて忌憚のないご意見、ご指導をいただけましたら幸いです。

2009 年７月 10 日

作成　西岡みどり（国立看護大学校）、森那美子（国立看護大学校）、坂木晴世（東京大学大学院）
藤田烈（東京大学大学院）、沼直美（国立看護大学校）、平松玉江（国立看護大学校）
編集　西岡みどり（国立看護大学校）、森兼啓太（東北大学大学院）
問い合せ先　survey@ncn.ac.jp

＊　本手順書案は、平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金　新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業（H21-新興ーー一般ー001）「医療機関における感染症伝播に関する研究（主任研究者　切替照雄）」の分担研究「病院施設の規模別の感染対策の実態調査（分担研究者　西岡みどり）」により作成しました。

【本手順書案の特徴】

1）サーベイランスの実施をすべての中小規模の医療施設に強いるものではなく、開始したいと考える施設にご試用いただくためのものです。

2）無床診療所での実施は想定していません。

3）6 種類のサーベイランスの手順書案で構成されています。

4）次のような実施目的にあわせて 6 種類から自由に選択できます。
-職員の手指衛生（手洗い）遵守状況を数値で評価し手指衛生推進に役立てるため
-MRSA や MDRP の多発を早期に察知して対策を講じるとともに終息を確認するため
-院内の黄色ブドウ球菌の薬剤耐性化の様子を知り診療に役立てるため
-インフルエンザやノロウイルス感染の流行期に多発を早期に察知して対策を遅滞なく行うとともに、対策効果と流行終息を確認するため
-尿道留置カテーテル管理の適切性を数値で評価してケアの改善に役立てるため、等

5）種類は次頁の表「サーベイランスの種類と目的」を参考に選択できます。

6）各種類のサーベイランス手順書案は「Ⅰ.手順（フローチャート）」「Ⅱ.報告書例」「Ⅲ.ワークシート例」の 3 部構成です。

7）手順・報告書例・ワークシート例は施設で使いやすいよう改変できます。たとえば報告書の形式でなくとも、目的によってはホワイトボードに日々の結果を記載するなどの方法も可能です。

8）施設全体でも実施可能ですが、病棟のリスクを査定し対象を限定する（感染発生時の影響が大きい病棟や感染が多発している病棟に絞る）と効率的です。

9）継続的な実践が効果的ですが、目的に合わせて実施期間を設定すると効率的です。（例『全体の状況把握のために全病棟で 1 ヶ月間実施→もっとも対策強化が必要と判断した 1 つの病棟に限定してその後 3～6 ヶ月間継続して変化を観察→改善を確認して終了』『インフルエンザやノロウイルス感染のサーベイランスは流行期にのみ実施』）

10）本手順書案は完成版ではなく、ご試用いただいてのご意見やご指導をもとに、より有用で簡便な手順書案へ改訂予定です。

表　サーベイランスの種類と目的

種類		目的	指標（単位） 分子・分母	期間	施設内報告頻度 ＊目的に応じて設定	感染判定	判定基準など
1．手指衛生サーベイランス		手指衛生遵守状況評価	1 患者 1 日あたりの手指衛生回数 （回/患者日） 分子　擦式アルコール製剤使用量 （各部署の使用量 または薬剤科からの払出量） 分母　のべ入院患者日数	通年、あるいは目的に応じて 1～数ヶ月等に予め設定	毎月、あるいは四半期、半期、年毎	なし	
2．MRSA サーベイランス	A．MRSA 検出サーベイランス	アウトブレイク察知 MRSA 対策評価	MRSA 検出率（件/1000 患者日） （施設内発生・持込別） 分子　MRSA 検出件数 （同じ患者に複数検出時は月に 1 件） 分母　のべ入院患者日数	通年、あるいは目的に応じて 1～数ヶ月等に予め設定	毎月、あるいは四半期、半期、年毎	なし	MRSA の判定基準は CLSI および厚生労働省 JANIS の判定基準に準拠
	B．黄色ブドウ球菌感受性サーベイランス	薬剤耐性化察知 抗菌薬適正使用評価	黄色ブドウ球菌の各薬剤感受性率 （%） 分子　各薬剤の感性（S）・中間（I）・耐性（R）の黄色ブドウ球菌検体数 （同じ患者に複数検出時は月に 1 株） 分母　黄色ブドウ球菌検体数	通年、あるいは目的に応じて 1～数ヶ月等に予め設定	毎月、あるいは四半期、半期、年毎	なし	薬剤感受性の判定基準は CLSI および厚生労働省 JANIS の判定基準に準拠
3．MDRP サーベイランス		アウトブレイク（多発）察知	MDRP 検出件数（件） （施設内発生・持込別）	通年、あるいは目的に応じて 1～数ヶ月等に予め設定	毎月、あるいは四半期、半期、年毎 （多発時は毎週）	なし	MDRP の判定基準は CLSI および厚生労働省 JANIS の判定基準に準拠
4．ノロウイルス感染＆消化器症候群サーベイランス		アウトブレイク察知 ノロウイルス対策評価	ノロウイルス感染 ＆消化器症候群発生件数　（件） （施設内発生・持込別、患者・職員別）	流行期 （通常は 10～3 月）	毎週 （多発時は毎日等に頻度を増加）	あり	ノロウイルス感染の判定基準は厚生労働省感染症発生動向調査の感染性胃腸炎の届出基準に準拠
5．インフルエンザ＆インフルエンザ様症状サーベイランス		アウトブレイク察知 インフルエンザ対策評価	インフルエンザ ＆インフルエンザ様症状発生件数 （件） （施設内発生・持込別、患者・職員別）	流行期 （通常は 10～5 月）	毎週 （多発時は毎日等に頻度を増加）	あり	インフルエンザの判定基準は厚生労働省感染症発生動向調査届出基準に準拠
6．カテーテル関連尿路感染サーベイランス		アウトブレイク察知 カテーテル管理評価	カテーテル関連尿路感染率 （件/1000 カテーテル日） 分子　カテーテル関連尿路感染発生件数 分母　のべカテーテル留置日数	通年、あるいは目的に応じて 1～数ヶ月等に予め設定	毎月、あるいは四半期、半期、年毎	あり	カテーテル関連尿路感染の判定基準は CDC 米国疾病対策センター NHSN の判定基準に準拠

目次

中小規模の医療施設向けサーベイランス手順書案

手指衛生サーベイランス ‥‥ ４０

MRSA サーベイランス ‥‥ ４５

ＭＤＲＰ（多剤耐性緑膿菌）サーベイランス ‥‥ ５２

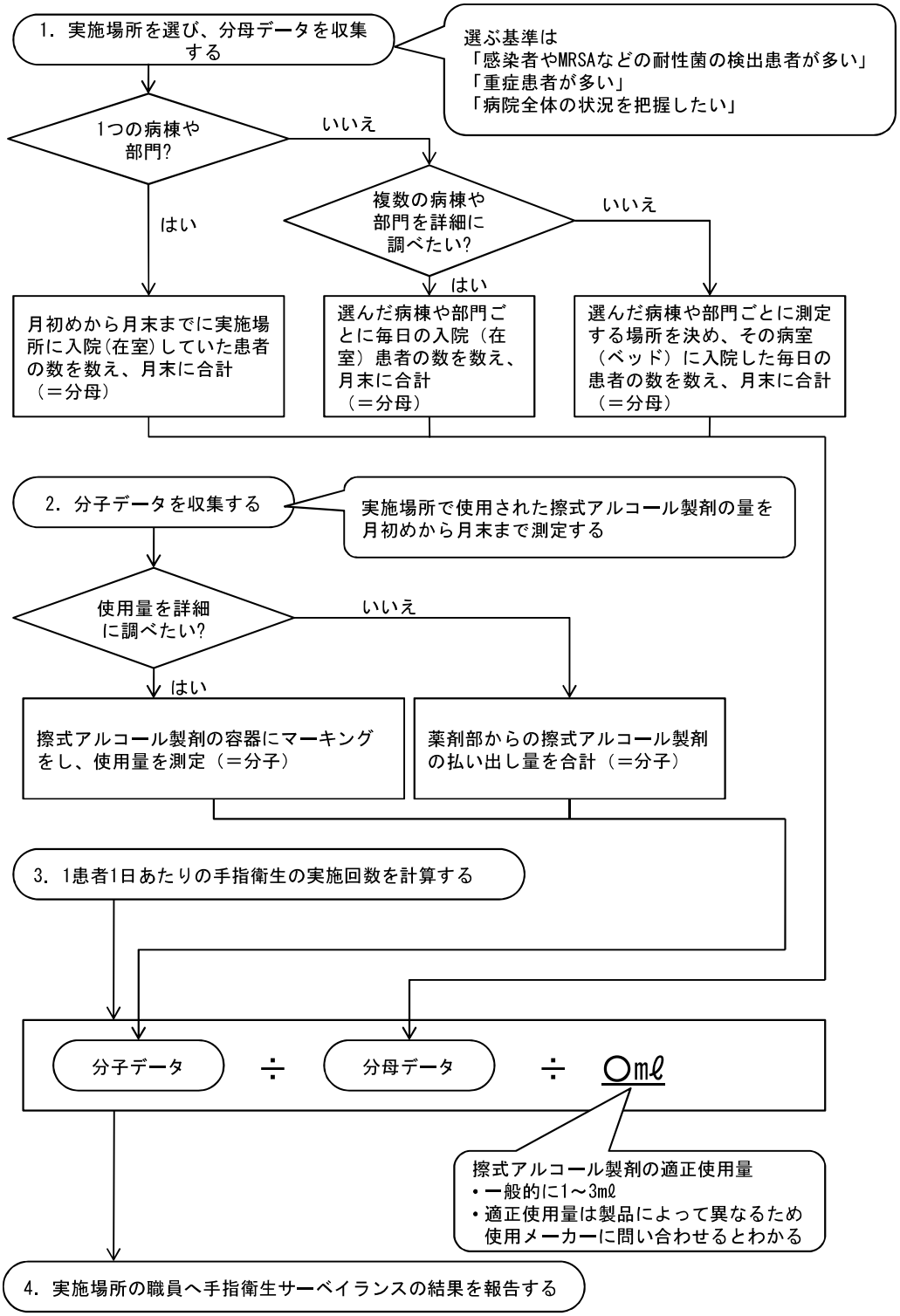
ノロウイルス感染＆消化器症候群サーベイランス ‥‥ ５６

インフルエンザ＆インフルエンザ様症状サーベイランス ‥‥ ６０

カテーテル関連尿路感染サーベイランス ‥‥ ６４

手指衛生サーベイランス

Ⅰ．手順



Ⅱ.報告書例

〇〇病棟　看護師長
〇〇様

2009 年年 9 月 5 日
感染管理担当　〇〇〇〇

手指衛生サーベイランス報告

貴病棟の 8 月の手指衛生サーベイランス結果をご報告します。

今年 1 月に実施した手指衛生に関する勉強会の後からは、擦式アルコール製剤による手指消毒の実施回数が増えておりましたが、7 月以降、減少の兆しがあります。再度、手指衛生の励行をお願い致します。

ご不明な点がありましたら、〇〇（内線〇〇）までご連絡ください。

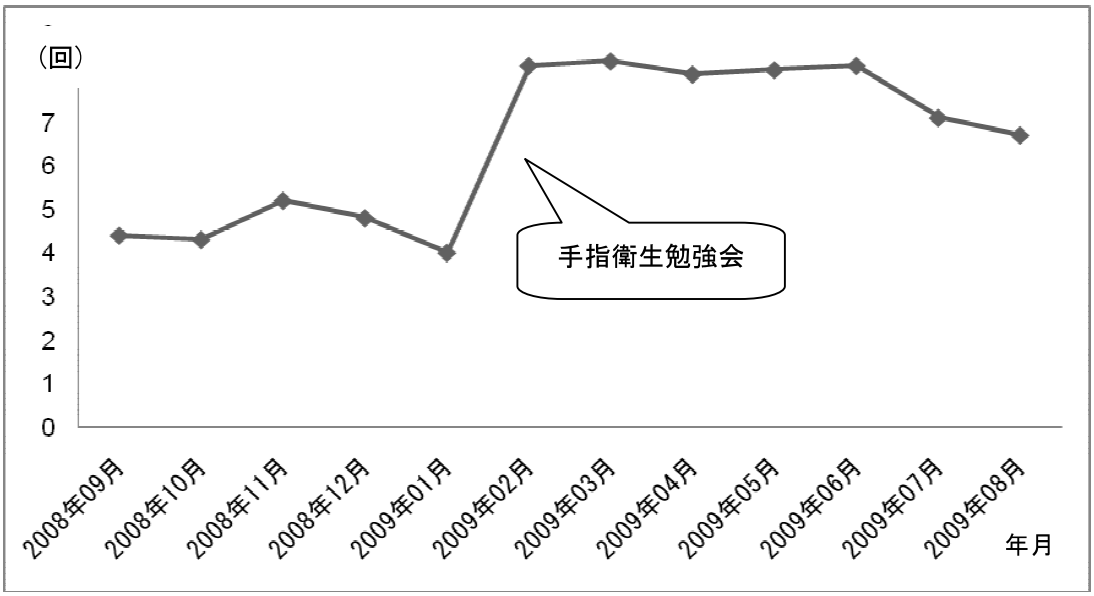


図　2008 年 9 月～2009 年 8 月の〇〇病棟における手指衛生実施回数の推移

（注）手指衛生実施回数（回/患者日）
＝1 患者 1 日あたりの擦式アルコール製剤による手指消毒の実施回数
＝擦式アルコール製剤使用量÷のべ入院患者日数÷3mℓ(1 回の手指消毒に必要な量)
＊擦式アルコール製剤使用量は、薬剤科から 1 か月に払い出された量

Ⅱ.報告書例（MRSA 検出率と合わせた報告書例）

〇〇病棟　看護師長
〇〇様

2009 年年 9 月 5 日
感染管理担当　〇〇〇〇

手指衛生・MRSA 検出サーベイランス報告

貴病棟の 8 月の手指衛生・MRSA 検出サーベイランス結果をご報告いたします。
今年 1 月に実施した手指衛生に関する勉強会の後から擦式アルコール製剤による手指消毒の実施回数が増えており、MRSA 検出率も低下しました。手指衛生実施の効果が表れているものと考えますが、7 月以降下降の兆しがあります。再度、手指衛生の励行をお願い致します。
ご不明な点がありましたら、〇〇（内線〇〇）までご連絡ください。

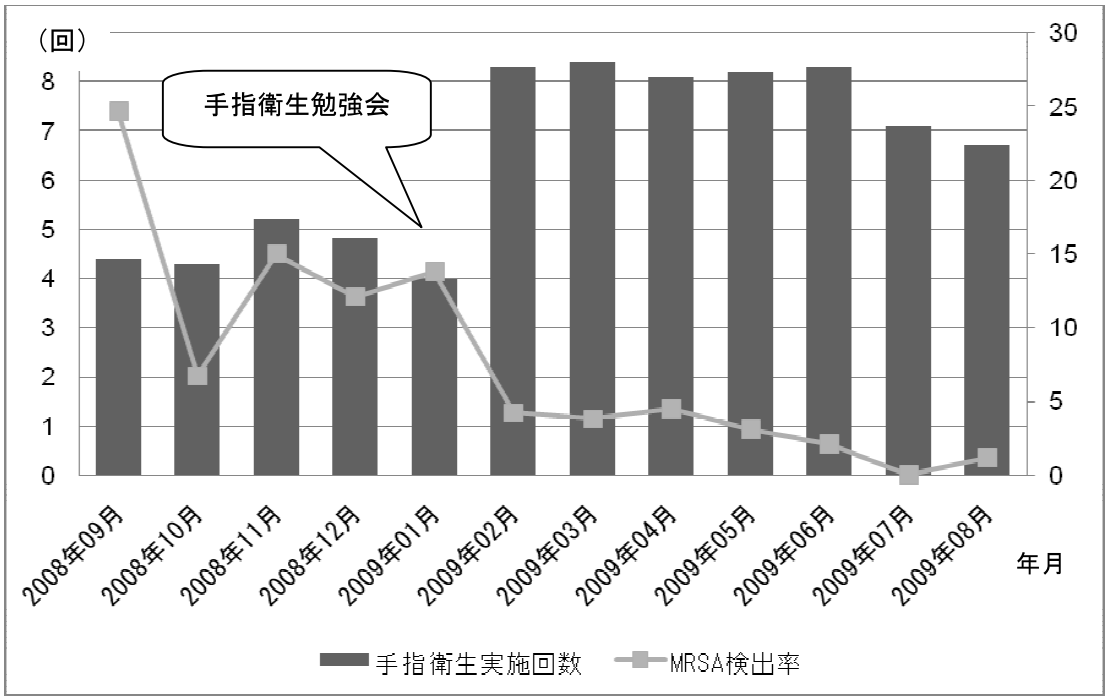


図　2008 年 9 月～2009 年 8 月の〇〇病棟における手指衛生実施回数と MRSA 検出率の推移

手指衛生実施回数（回/患者日）
　　＝1 か月あたりの擦式アルコール製剤使用量(mℓ)÷のべ入院患者日数
MRSA 検出率（件/1000 患者日）＝1000 患者日あたりの MRSA 検出件数
　　＝MRSA 検出件数÷のべ入院患者日数×1000

Ⅲ. ワークシート例

1. 分母データワークシート例　その 1

＊毎日〇時に入院している患者の数を記入し月末に合計する。

〇年〇月	実施場所				備考
	〇〇病棟	△△病棟	◇◇病棟	▽▽病棟	
1 日					
2 日					
3 日					
4 日					
5 日					
6 日					
7 日					
30 日					
31 日					
合計（分母）					

2. 分母データワークシート例　その 2

＊毎日〇時に決められた病室に入院している患者の数を記入し月末に合計する。

〇年〇月	実施場所									備考
	〇〇病棟			△△病棟			◇◇病棟			
	号室	号室	号室	号室	号室	号室	号室	号室	号室	
1 日										
2 日										
3 日										
4 日										
5 日										
6 日										
7 日										
30 日										
31 日										
小計										
合計(分母)										

3. 分子データワークシート例　その 1

＊チェック時の残量ラインにマーキングをする。
前回チェック日の残量から今回チェック時の残量を引く。
使用済みの空容器は、使用量を確認後、廃棄する。

〇年〇月	前回残量	チェック日残量	使用量 （前回残ーチェック日残）	備考
使用中				
使用済み		0		
		0		
		0		
		0		
合計（分子）				

4. 分子データワークシート例　その 2

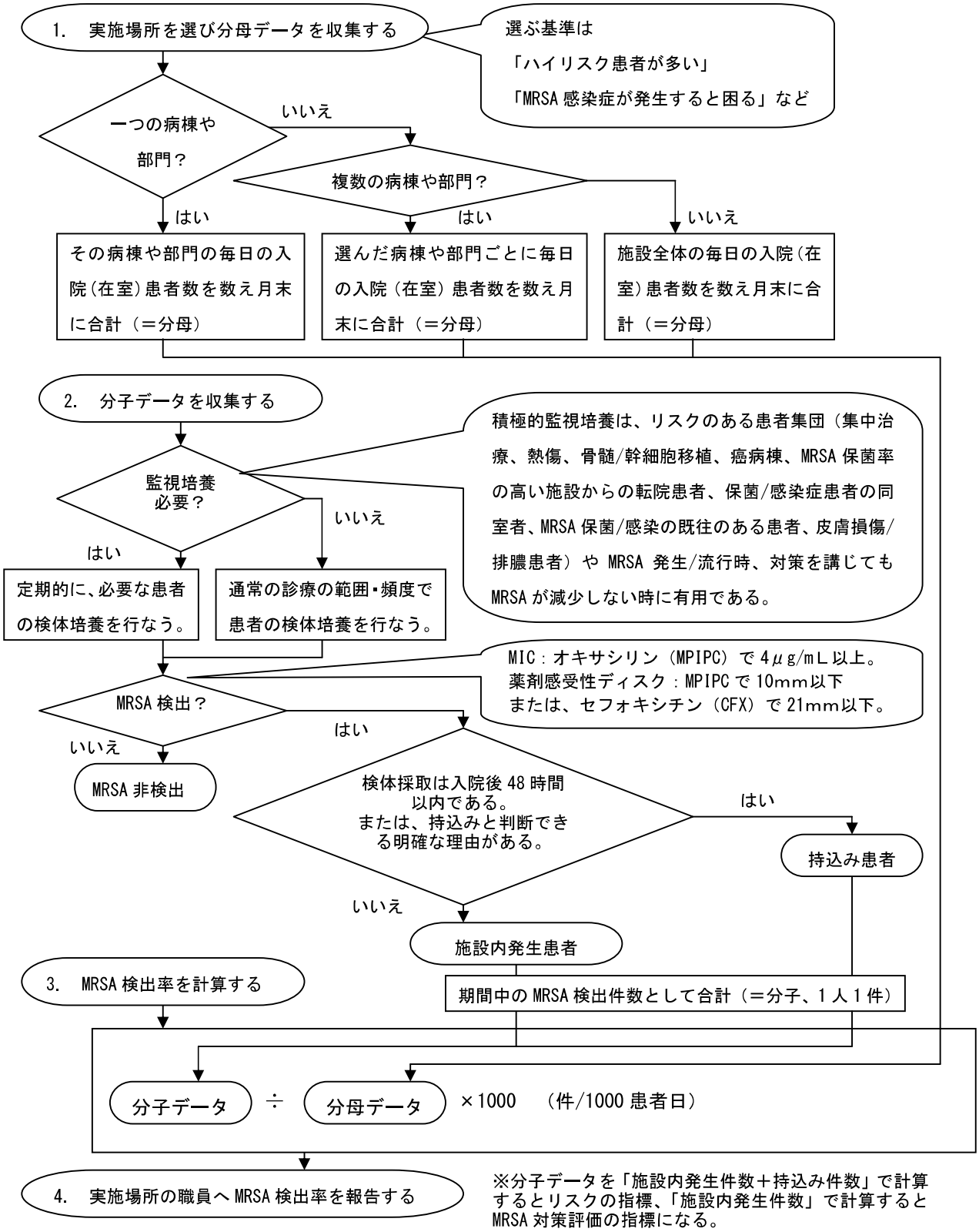
＊毎月の薬剤部からの払い出し量を記入する。

〇年〇月	設置型 500 ㎖	小計 (㎖)	携帯型 60 ㎖	小計 (㎖)	合計(分子)	備考
〇〇病棟						
△△病棟						
◇◇病棟						
▽▽病棟						

MRSA サーベイランス

A. MRSA 検出サーベイランス

Ⅰ.手順



※分子データを「施設内発生件数＋持込み件数」で計算するとリスクの指標、「施設内発生件数」で計算すると MRSA 対策評価の指標になる。

Ⅱ.報告書例（MRSA 検出サーベイランス）

〇〇病棟　看護師長
〇〇様

2009 年 6 月 5 日
感染管理担当　〇〇〇〇

MRSA 検出サーベイランス報告

貴病棟の 2008 年 6 月から 2009 年 5 月までの MRSA 検出サーベイランス結果をご報告します。
昨年 7 月のプラスチックエプロン導入後は検出率が低く推移しておりましたが、本年 4 月以降、上昇の兆しがあります。接触予防策の実施を再度ご点検ください。
ご不明な点がありましたら、〇〇（内線〇〇）までご連絡ください。

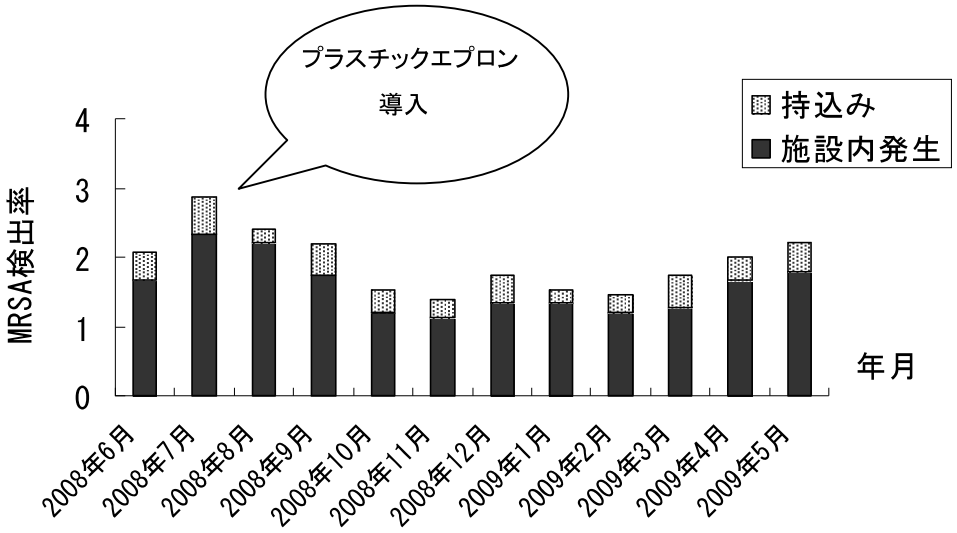


図.MRSA検出率

図　2008 年 6 月～2009 年 5 月の〇〇病棟における MRSA 検出率の推移
（注）MRSA 検出率（件/1000 患者日）＝1000 患者日あたりの MRSA 検出件数
＝MRSA 検出件数÷のべ入院患者日数×1000

Ⅲ.ワークシート例（MRSA 検出サーベイランス）

1.分母データワークシート例

＊毎日〇時に入院患者数を記入し毎週あるいは月末に合計する。

〇年〇月	実施場所				備考
	〇〇病棟	△△病棟	◇◇病棟	▽▽病棟	
1 日					
2 日					
3 日					
4 日					
5 日					
6 日					
7 日					
8 日					
9 日					
10 日					
11 日					
12 日					
13 日					
14 日					
15 日					
16 日					
17 日					
18 日					
19 日					
20 日					
21 日					
22 日					
23 日					
24 日					
25 日					
26 日					
27 日					
28 日					
29 日					
30 日					
31 日					
合計（分母）					

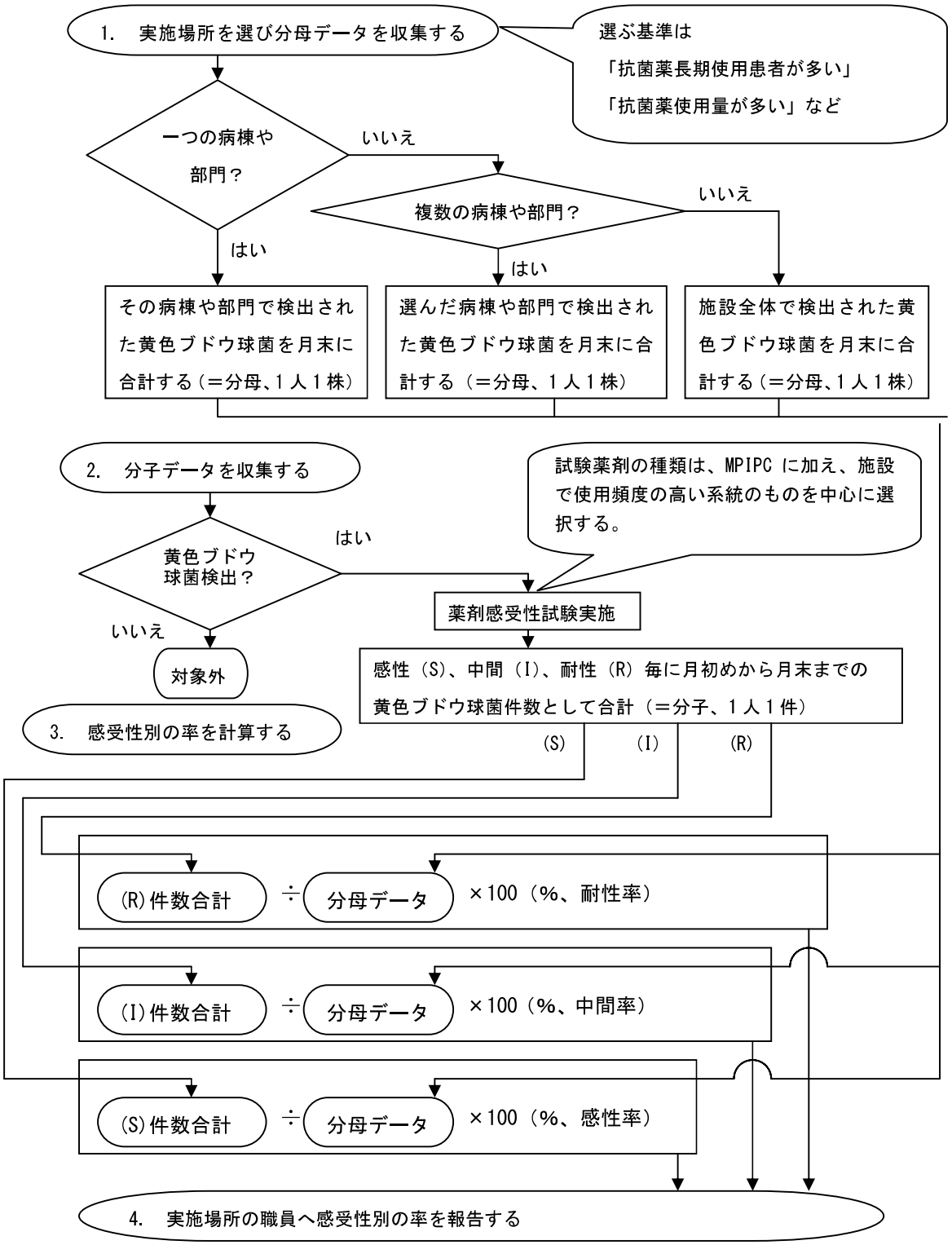
2.分子データワークシート例

＊毎日〇時に MRSA 検出患者 ID（および検出部位）を記入する。
月末に検出件数合計を算出する。

〇年〇月	実施場所：〇〇病棟	備考
1 日		
2 日		
3 日		
4 日		
5 日		
6 日		
7 日		
8 日		
9 日		
10 日		
11 日		
12 日		
13 日		
14 日		
15 日		
16 日		
17 日		
18 日		
19 日		
20 日		
21 日		
22 日		
23 日		
24 日		
25 日		
26 日		
27 日		
28 日		
29 日		
30 日		
31 日		
合計（分子）		

B.　黄色ブドウ球菌薬剤感受性サーベイランス

Ⅰ.手順



Ⅱ.報告書例（黄色ブドウ球菌感受性サーベイランス）

〇〇病棟　医長
〇〇様

2009 年 2 月 5 日
感染管理担当　〇〇〇〇

黄色ブドウ球菌感受性サーベイランス報告

貴病棟の 2008 年度の黄色ブドウ球菌感受性サーベイランス結果をご報告します。

MPIPC 感受性は、上半期と下半期でほとんど変らないため、検出された黄色ブドウ球菌に占める MRSA 率に変化ありませんが、ABK（★）では感受性が低下しております。

ABK の使用方法についてご再考ください。

ご不明な点がありましたら、〇〇（内線〇〇）までご連絡ください。

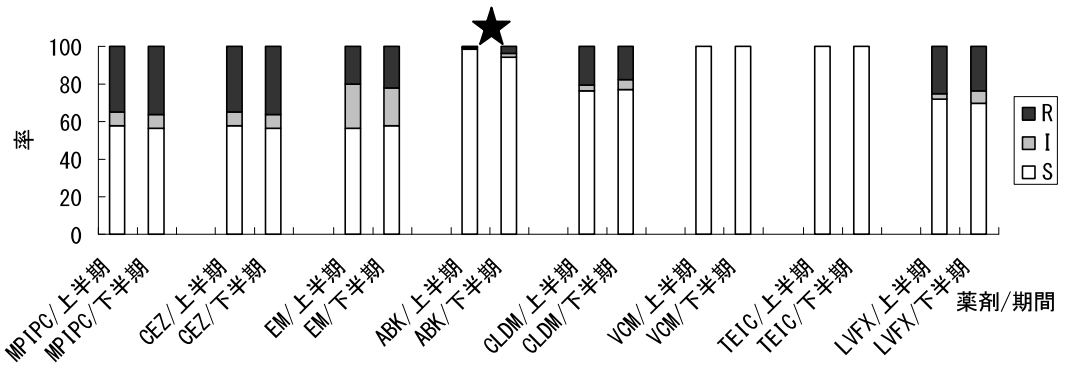


図.感受性変化

図　2008 年上半期～2008 年下半期の〇〇病棟における黄色ブドウ球菌感受性率の推移

（注）感受性率（%）

＝期間中に検出された黄色ブドウ球菌あたりの感性 S・中間 I・耐性 R 菌件数

＝S・I・R÷黄色ブドウ球菌検出数×100

Ⅲ.ワークシート例（黄色ブドウ球菌感受性サーベイランス）

期間＿＿月＿＿日～＿＿月＿＿日＿病棟名＿＿＿＿＿＿＿＿

薬剤	感受性						検査合計
MPIPC	S	株	I	株	R	株	株
		%		%		%	100%
	S	株	I	株	R	株	株
		%		%		%	100%
	S	株	I	株	R	株	株
		%		%		%	100%
	S	株	I	株	R	株	株
		%		%		%	100%
	S	株	I	株	R	株	株
		%		%		%	100%
	S	株	I	株	R	株	株
		%		%		%	100%
	S	株	I	株	R	株	株
		%		%		%	100%
	S	株	I	株	R	株	株
		%		%		%	100%
	S	株	I	株	R	株	株
		%		%		%	100%
	S	株	I	株	R	株	株
		%		%		%	100%
	S	株	I	株	R	株	株
		%		%		%	%

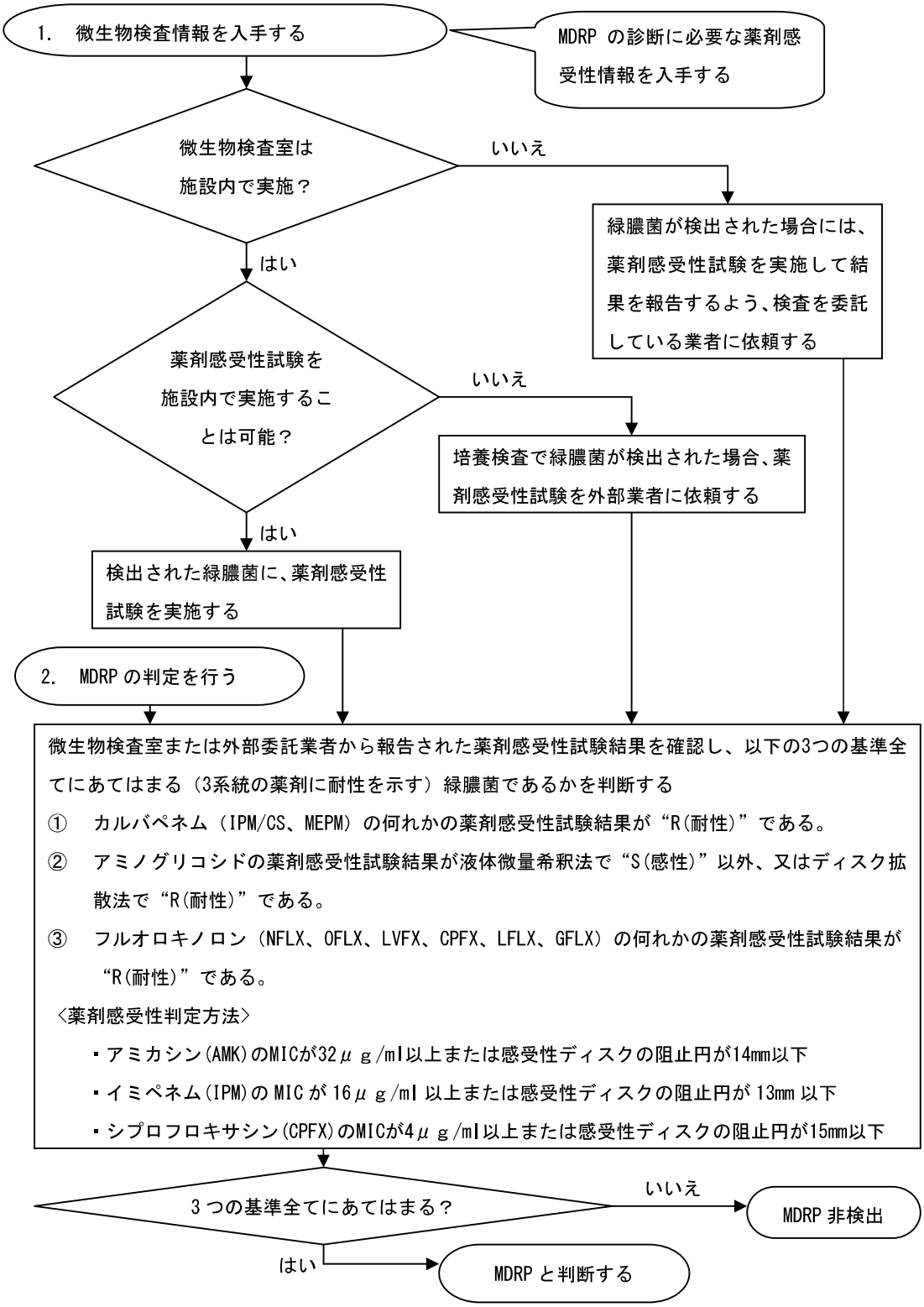
MPIPC＝oxacillin

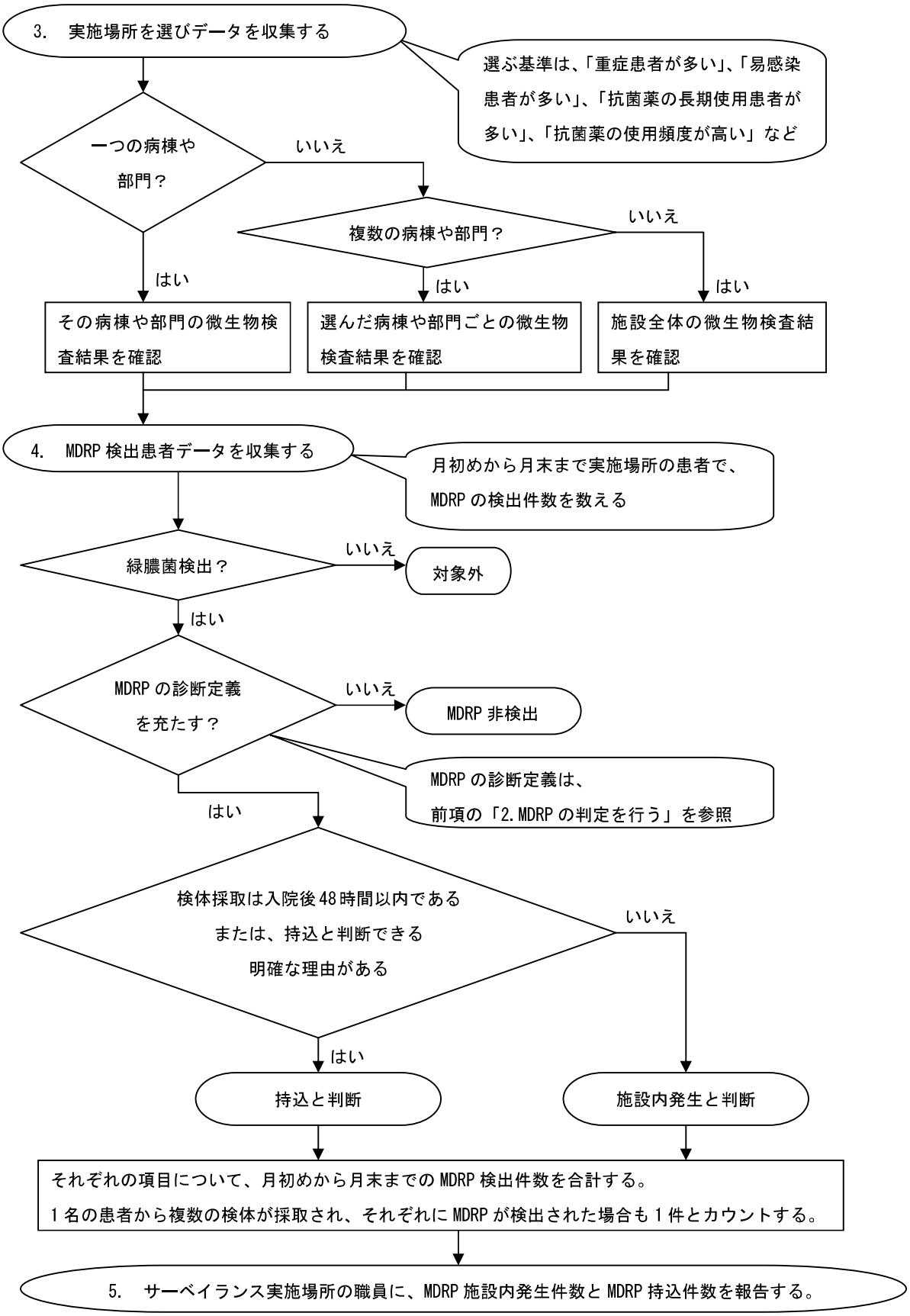
※薬剤空欄には各施設で使用している薬剤名を記載する。

S＝感性　　I＝中間　　R＝耐性

MDRP(多剤耐性緑膿菌)サーベイランス

Ⅰ.手順




3. 実施場所を選びデータを収集する
選ぶ基準は、「重症患者が多い」、「易感染患者が多い」、「抗菌薬の長期使用患者が多い」、「抗菌薬の使用頻度が高い」など
一つの病棟や部門？
いいえ
複数の病棟や部門？
いいえ
はい
はい
はい
その病棟や部門の微生物検査結果を確認
選んだ病棟や部門ごとの微生物検査結果を確認
施設全体の微生物検査結果を確認
4. MDRP 検出患者データを収集する
月初めから月末まで実施場所の患者で、MDRP の検出件数を数える
緑膿菌検出？
いいえ
対象外
はい
MDRP の診断定義を充たす？
いいえ
MDRP 非検出
MDRP の診断定義は、前項の「2.MDRP の判定を行う」を参照
はい
検体採取は入院後 48 時間以内である または、持込と判断できる 明確な理由がある
いいえ
はい
持込と判断
施設内発生と判断
それぞれの項目について、月初めから月末までの MDRP 検出件数を合計する。
1 名の患者から複数の検体が採取され、それぞれに MDRP が検出された場合も 1 件とカウントする。
5. サーベイランス実施場所の職員に、MDRP 施設内発生件数と MDRP 持込件数を報告する。

Ⅱ.報告書例

〇〇病棟　看護師長
〇〇様

2008 年 9 月 5 日
感染管理担当　〇〇〇〇

MDRP(多剤耐性緑膿菌)サーベイランス報告

貴病棟の 8 月の MDRP(多剤耐性緑膿菌)サーベイランス結果をご報告します。

今年 4 月以降、MDRP 持ち込み患者が続いて確認されています。MDRP は、いずれも尿道留置カテーテルを使用している患者の尿検体から検出されています。現在までに施設内発生や施設内伝播が疑われる事例は確認されておりませんが、尿道留置カテーテル使用患者が多い貴病棟においては、十分な注意が必要です。MDRP 患者への接触感染対策（病室隔離、手指衛生、個人防護具の着用など)、他患者への標準予防策の遵守状況などを今一度御確認下さい。また、蓄尿バックからの尿の回収手技が、他施設で発生したアウトブレイク事例に共通する感染経路として報告されています。尿の回収手技の前後に実施する手指衛生、手袋、ガウンの交換等を徹底して下さい。

ご不明な点がありましたら、〇〇（内線〇〇）までご連絡ください。

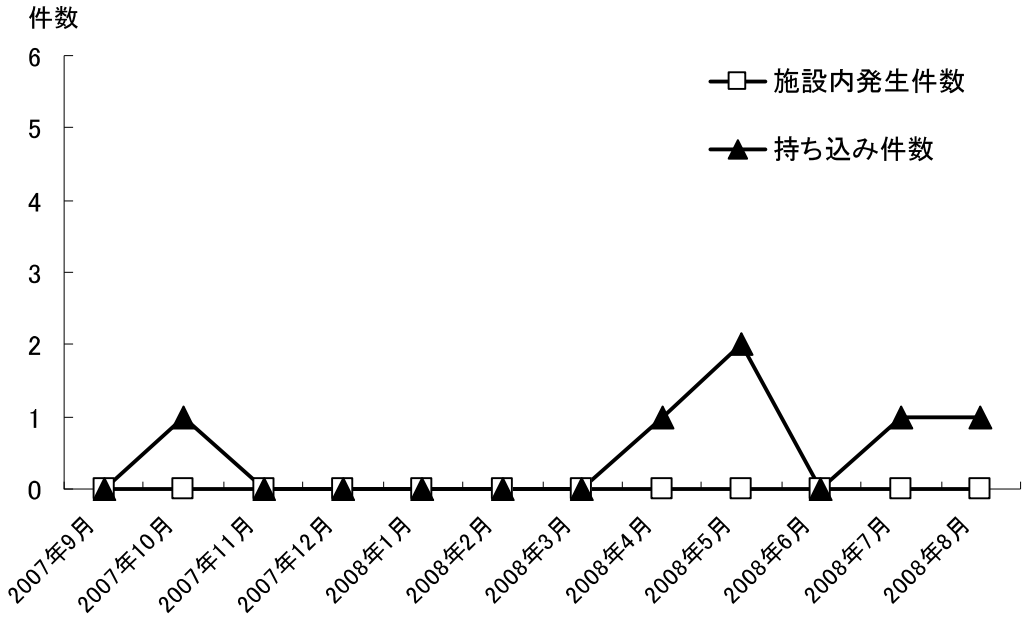


図　2007 年 9 月～2008 年 8 月の〇〇病棟における
MDRP 施設内発生件数、持ち込み件数の推移

Ⅲ.ワークシート例

MDRP(多剤耐性緑膿菌)検出患者

ID＿＿＿＿＿＿＿＿＿氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿病棟名＿＿＿＿＿＿＿＿＿

微生物検査室または外部委託業者から報告された薬剤感受性試験結果を確認し、以下の3つの基準全てにあてはまる（3系統の薬剤に耐性を示す）緑膿菌であるかを判断する

① カルバペネム（IPM/CS、MEPM）の何れかの薬剤感受性試験結果が“R(耐性)”である。

② アミノグリコシドの薬剤感受性試験結果が液体微量希釈法で“S(感性)”以外、又はディスク拡散法で“R(耐性)”である。

③ フルオロキノロン(NFLX、OFLX、LVFX、CPFX、LFLX、GFLX)の何れかの薬剤感受性試験結果が“R(耐性)”である。

〈薬剤感受性判定方法〉

・アミカシン(AMK)のMICが32μg/ml以上または感受性ディスクの阻止円が14mm以下

・イミペネム(IPM)のMICが16μg/ml以上または感受性ディスクの阻止円が13mm以下

・シプロフロキサシン(CPFX)のMICが4μg/ml以上または感受性ディスクの阻止円が15mm以下

入院日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

検体提出日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

検体名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　下記より選択

喀出痰　気管内採痰　気管支洗浄液　咽頭粘液　鼻腔内　口腔内　生検材料(肺)　その他(呼吸器)

自然排尿　採尿カテーテル尿　留置カテーテル尿　尿道分泌物　膣分泌物

カテーテル尿（採尿、留置カテの区別不能）　その他(泌尿・生殖)

糞便　胃・十二指腸液　胆汁　生検材料(消化管)　その他(消化管)

静脈血　動脈血　髄液　胸水　腹水　関節液　骨髄液　心嚢水　その他(穿刺液)

耳分泌物 眼分泌物 皮膚 褥創 羊水 開放性膿 閉鎖性膿 創部 CAPD(持続腹膜透析)排液

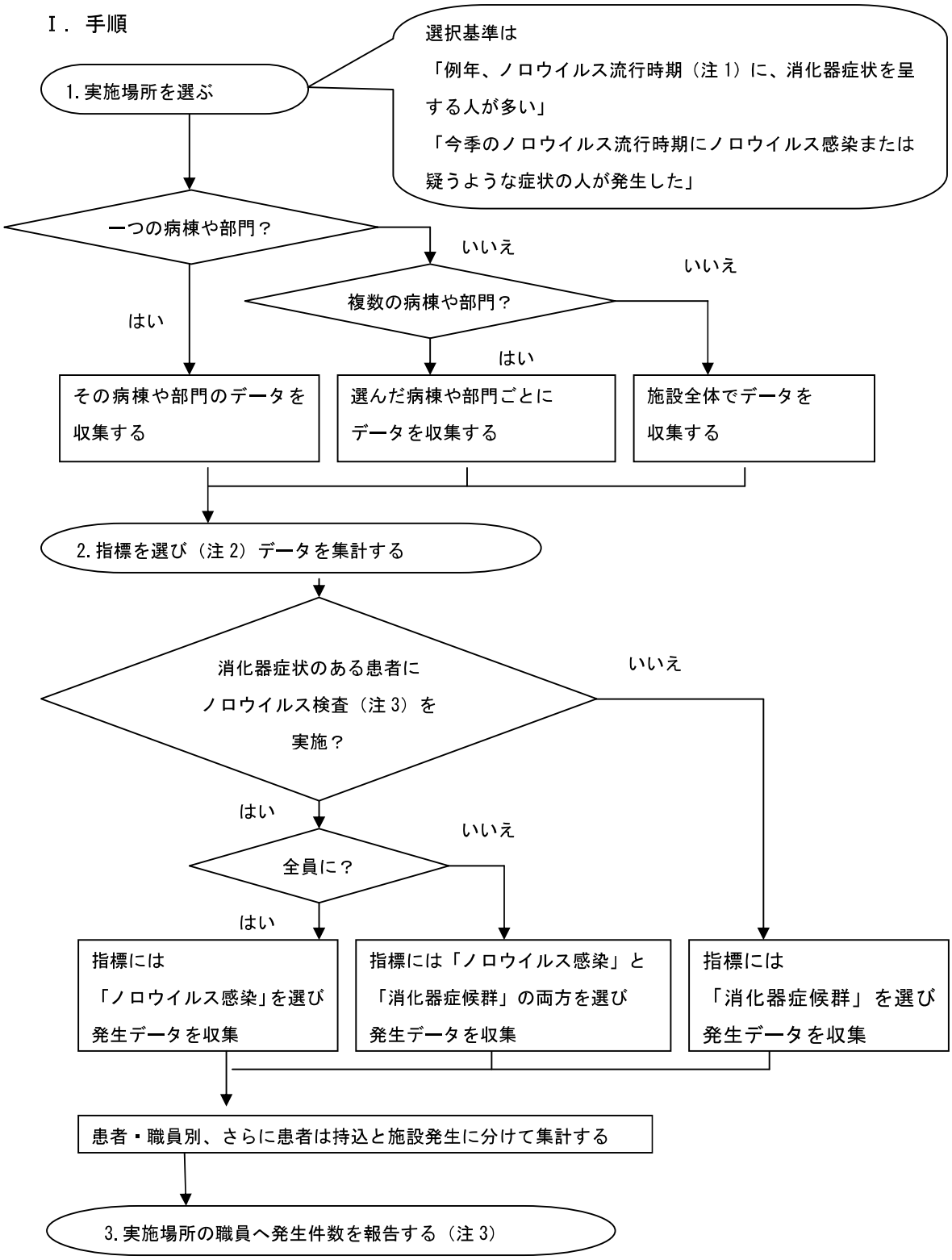
中心静脈カテーテル先端 カテーテル刺入部 その他のカテーテル 胸腔ドレーン排液 胸腔ドレーン先端

腹腔ドレーン排液 腹腔ドレーン先端 ドレーン刺入部 その他のドレーン 生検材料(リンパ節)

その他の生検・手術材料 その他の材料（　　）

ノロウイルス感染＆消化器症候群サーベイランス

Ⅰ．手順



注 1　流行時期

例年の流行時期に準じて 10 月～3 月。

ただし、毎年流行時期、程度、ピーク時期が異なるため、感染症発生動向調査結果等の情報を参考にする。

（参考）国立感染症研究所感染症情報センター最新のウイルス検出状況 SRSV＆ロタウイルス
http://idsc.nih.go.jp/iasr/prompt/graph-kj.html

注2　指標の選択基準

1. 消化器症状のある患者全員に対してノロウイルス検査が実施されている場合
   →「ノロウイルス感染」のみ
2. 消化器症状のある患者の全員または一部にノロウイルス検査を実施している場合
   →「ノロウイルス感染」と「消化器症候群」の両方
   （「ノロウイルス感染」の他に「消化器症候群」を数えることで、検査感度による偽陰性や検査未実施による除外例も拾うことができる）
3. ノロウイルス検査が全く実施されていない場合
   →「消化器症候群」のみ

注 3　ノロウイルス検査

次のいずれかの検査。

1.ノロウイルス抗原検査（イムノクロマト法,ELISA法）

2.ノロウイルス遺伝子検査（RT-PCR法,NASBA法,RT-LAMP法,TRC法,SMAP法）

注 4　報告頻度の目安

発生頻度の少ない時は、週 1 回程度の頻度で報告を行う。ただし、「同日に複数の発生が認められる」または「連日にわたり発生が認められる」場合は、報告頻度を増す。流行の終息が確認できたら、元の頻度に戻す。

Ⅱ.報告書例

〇〇病棟　各位

2008 年 12 月 7 日

感染管理担当　〇〇〇〇

ノロウイルス感染＆消化器症候群サーベイランス報告

ノロウイルス感染＆消化器症候群サーベイランスの報告をいたします。

12 月に入り散発での患者発生が認められていましたが、6 日より急激に発生件数が増加し、病棟内での伝播が強く疑われます。さらに接触した職員にも感染が拡大しております。

ノロウイルスの感染力は非常に強いため、少量のウイルスでも感染するといわれています。消化器症状のある患者には、早めに接触予防策を実施してください。特に、吐物や便には大量のウイルスが存在していますので、取り扱いの際は、手袋、サージカルマスク、アイソレーションガウンを着用し、周囲環境を汚染しないよう十分に留意してください。また、アルコールに抵抗性がありますので、流水での手洗いの徹底をお願いいたします。ケアにあたる職員の皆様も健康管理には十分ご注意ください。

その他、ご不明な点がありましたら、〇〇（内線〇〇）までご連絡ください。

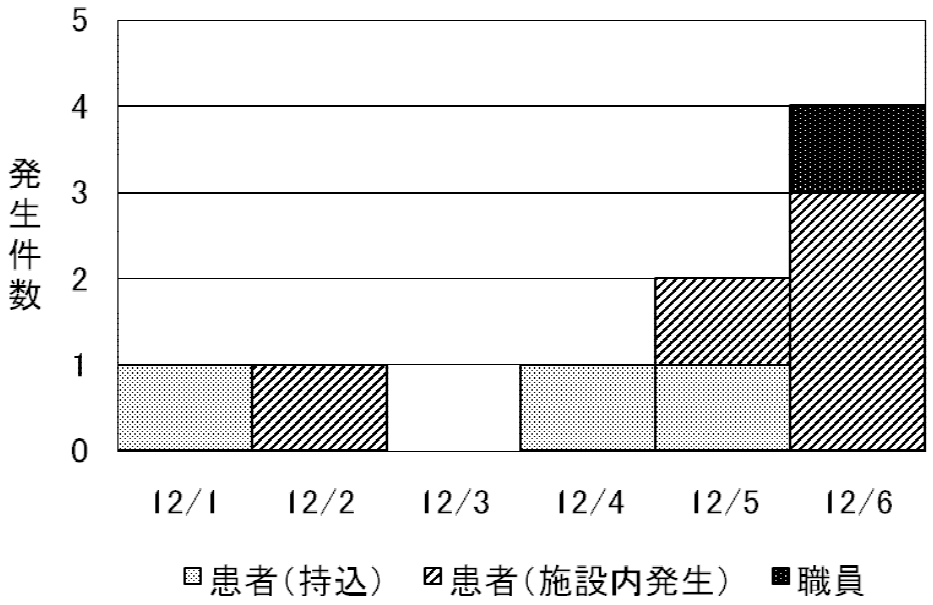
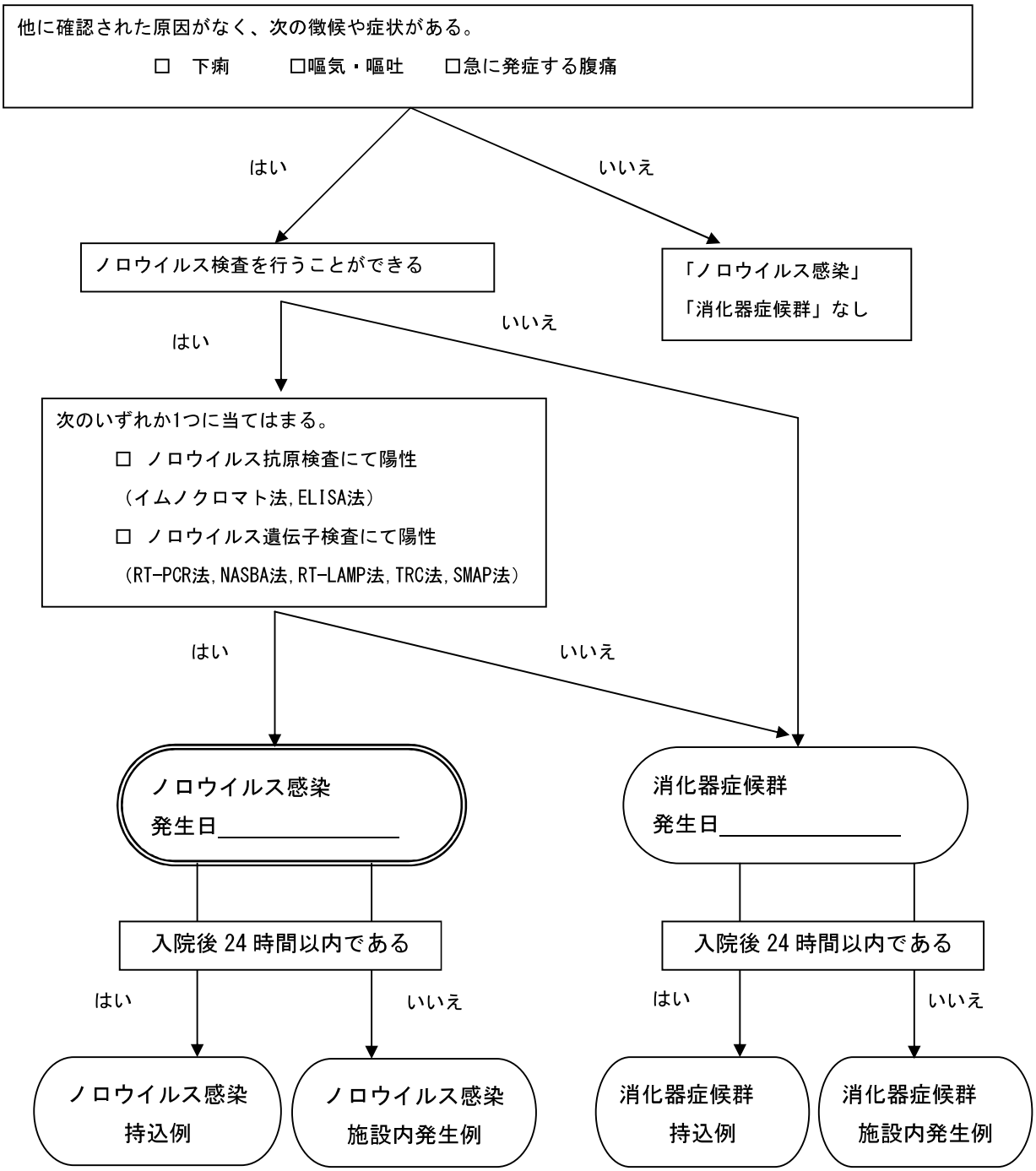


図　2008 年 12 月の〇〇病棟における「ノロウイルス感染＆消化器症候群発生件数」の推移
発生件数は「ノロウイルス感染」および「消化器症候群」と判定された件数

Ⅲ. ワークシート例

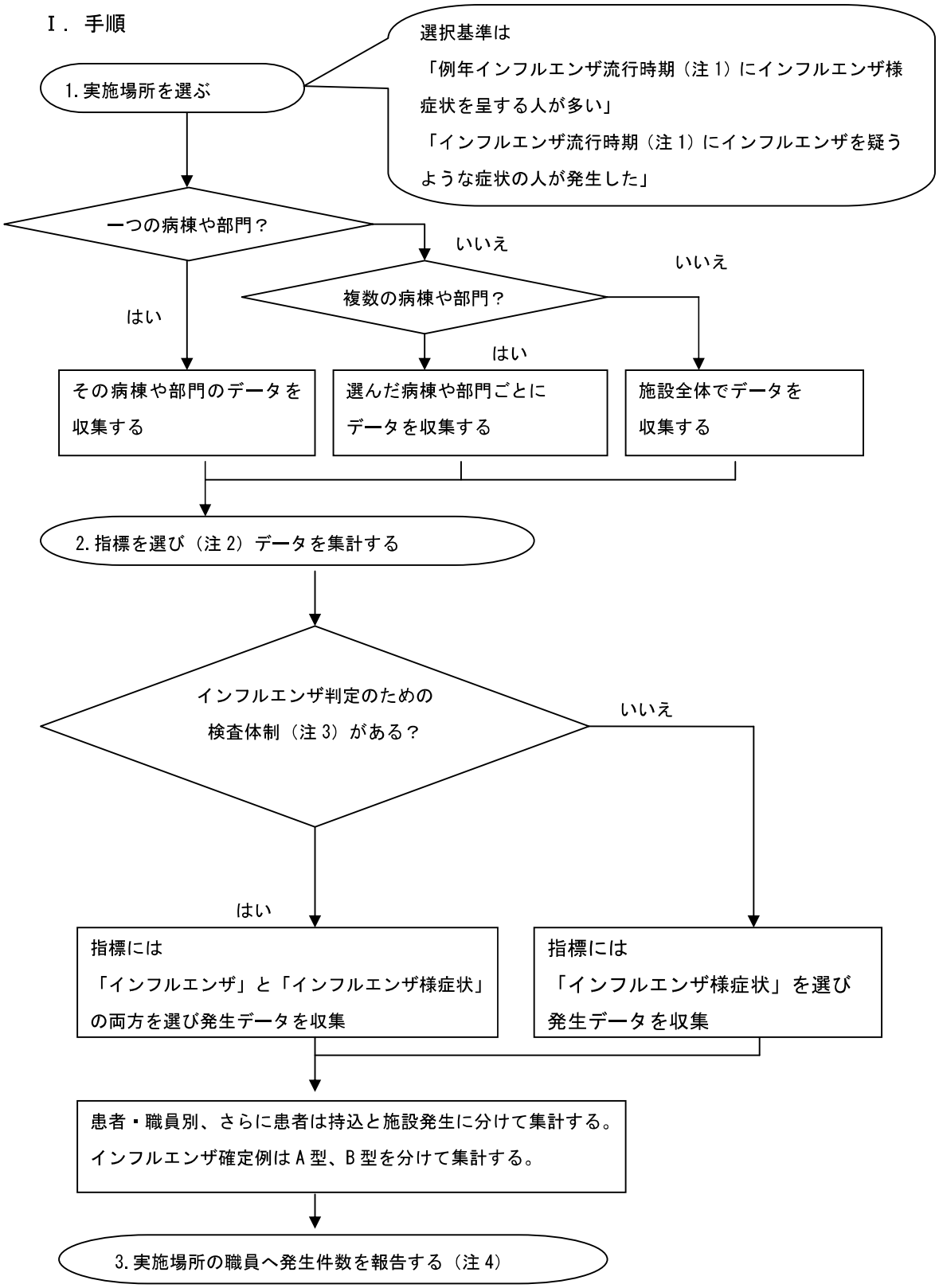
ID＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿　年齢＿＿＿　病棟名＿＿＿＿＿＿



＊ 職員の場合は「持込」「施設内発生」の区別は行わない

インフルエンザ＆インフルエンザ様症状サーベイランス

Ⅰ．手順



注 1　インフルエンザ流行時期

例年の流行時期に準じて 10 月～5 月。ただし、地域や年により流行時期、程度、ピーク時期が異なるため、感染症発生動向調査結果等の情報を参考にする。

（参考）国立感染症研究所感染症情報センターインフルエンザ流行レベルマップ
https://hasseidoko.mhlw.go.jp/Hasseidoko/Levelmap/flu/index.html

注2　指標の選択基準

1. インフルエンザ判定のための検査体制（注 3）がある場合
   →「インフルエンザ」と「インフルエンザ様症状」の両方
   （「インフルエンザ」の他に「インフルエンザ様症状」を数えることで、検査感度による偽陰性や検査未実施による除外例も拾うことができる）
2. インフルエンザ判定のための検査体制（注 3）がない場合
   →「インフルエンザ様症状」のみ

注 3　インフルエンザ判定のための検査体制

以下のいずれかが実施できる。

1. 迅速キットにて抗原陽性反応（咽頭または鼻腔の拭い液あるいはうがい液）
2. 検体から直接 PCR 法によるインフルエンザウイルス遺伝子の検出
3. 中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体価の有意な上昇）

注 4　報告頻度の目安

発生頻度が少ない場合は週 1 回程度の間隔で報告を行う。ただし、「同日に複数名の発生が認められる場合」もしくは「連日にわたり発生が認められる場合」は、報告頻度を増やす。潜伏期間を過ぎても新たに発生が認められない場合は週単位もしくはそれ以上の単位で報告する。

Ⅱ.報告書例

職員各位

2009 年 12 月 10 日

感染管理担当　〇〇〇〇

インフルエンザ＆インフルエンザ様症状サーベイランス報告

インフルエンザ＆インフルザ様症状サーベイランスの報告をいたします。

12 月に入り、職員に連日インフルエンザが発症しました。次いで職員から患者への伝播が確認されました。今月 7 日以降、職員ならびに患者の施設内発生はありません。しかし、〇〇市全域でインフルエンザ流行の兆しがあること、連日患者の持込例もあることなどから引き続き注意が必要です。

ワクチン未接種の職員は、〇〇課に連絡し、早急にワクチンを接種してください。また、インフルエンザ様症状を有する職員がいる部署の責任者は有症状職員の勤務調整を行い、休暇を配慮してください。症状のない職員も規則正しい生活を心がけ、十分な休養を取り、健康管理に留意してください。

インフルエンザの基本対策は飛沫、接触予防策です。必要な場面でのマスクの着用と手指衛生の遵守を継続してください。

その他、ご不明な点がありましたら、〇〇（内線〇〇）までご連絡ください。

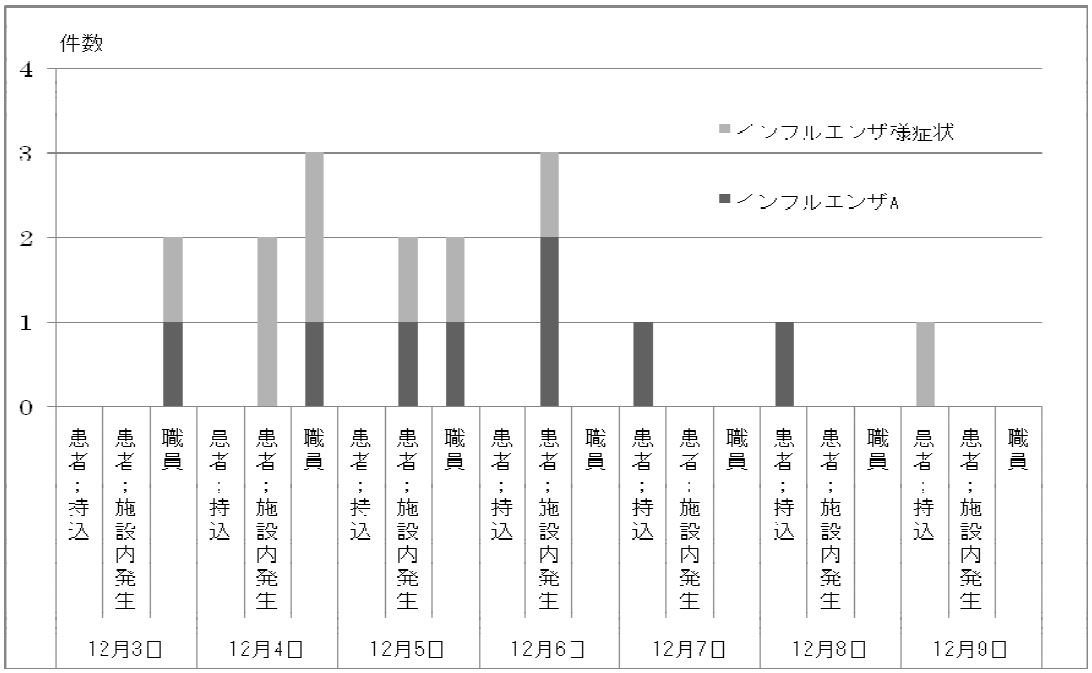
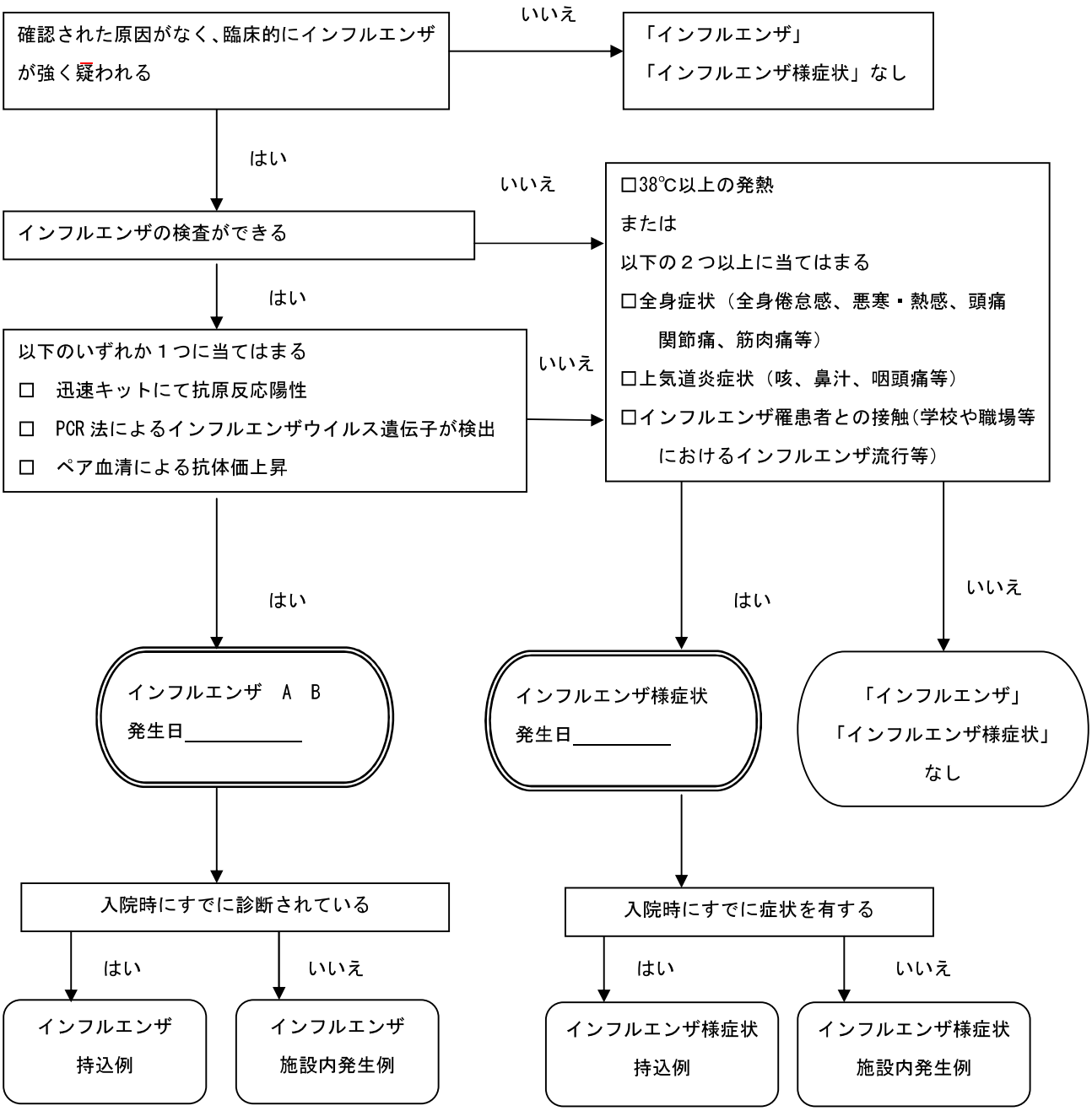


図　2009 年 12 月「インフルエンザ＆インフルエンザ様症状発生件数」の推移

Ⅲ.ワークシート例

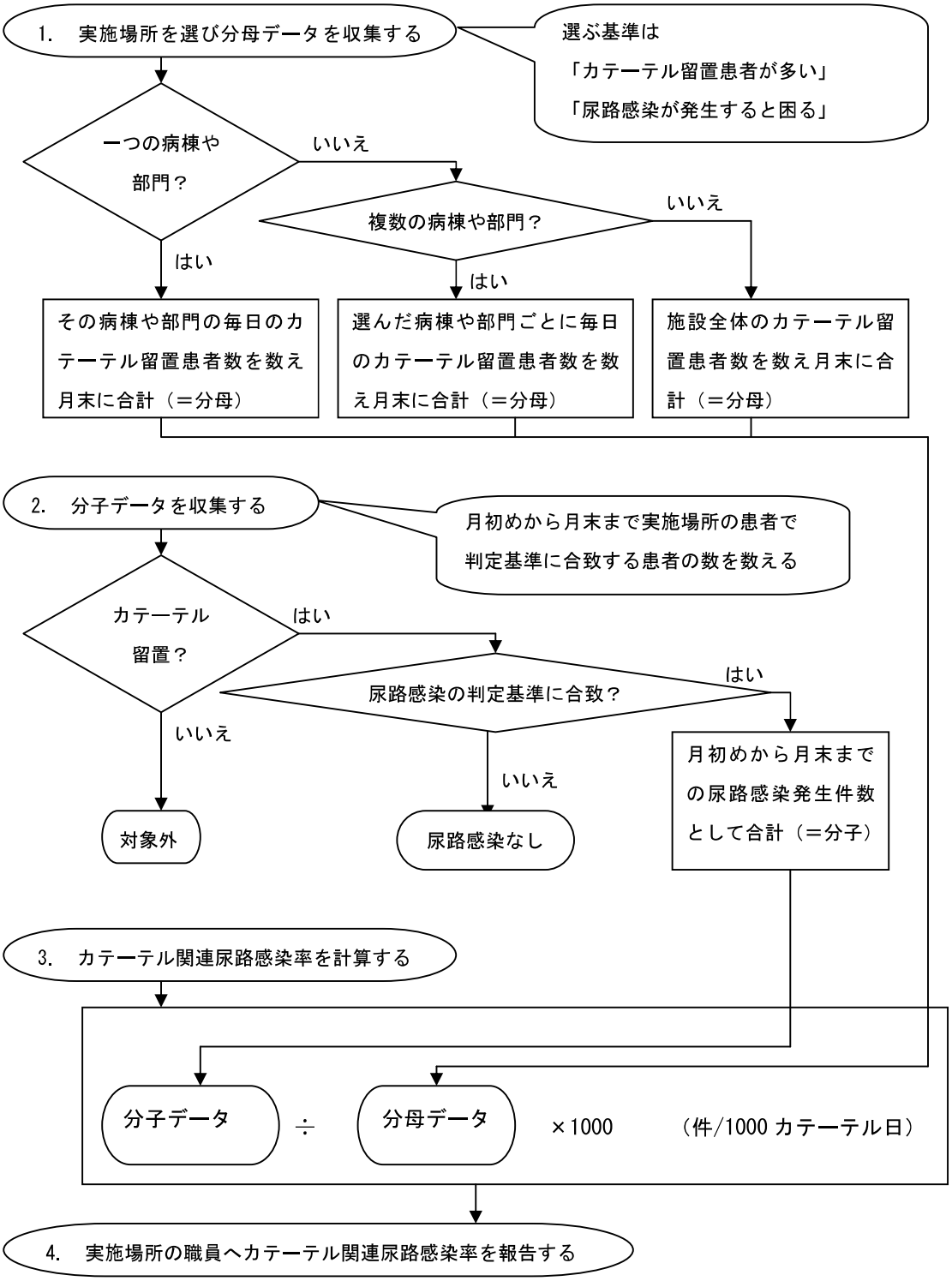
ID＿＿＿＿＿＿＿＿氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿年齢＿＿＿＿＿　　病棟名＿＿＿＿＿＿＿



※　職員の場合は「持ち込み」「施設内発生」の区別は行わない

カテーテル関連尿路感染サーベイランス

Ⅰ.手順



Ⅱ.報告書例

〇〇病棟　看護師長
〇〇様

2009 年 6 月 5 日
感染管理担当　〇〇〇〇

カテーテル関連尿路感染サーベイランス報告

貴病棟の 5 月のカテーテル関連尿路感染サーベイランス結果をご報告します。

昨年 10 月の閉鎖式カテーテル使用開始後は感染率が低く推移しておりましたが、先月 4 月以降、再び上昇の兆しがあります。カテーテルの管理方法を再度ご点検ください。

ご不明な点がありましたら、〇〇（内線〇〇）までご連絡ください。

感染率（件/1000 カテーテル日）（注）

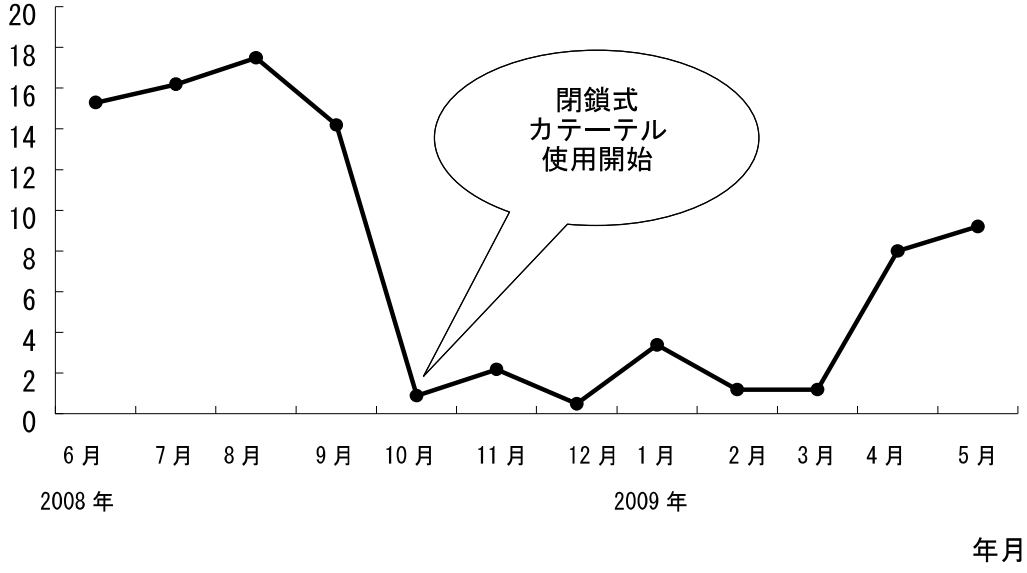


図　2008 年 6 月～2009 年 5 月の〇〇病棟におけるカテーテル関連尿路感染率の推移

（注）感染率（件/1000 カテーテル日）

＝カテーテル使用 1000 日あたりの尿路感染発生件数

＝尿路感染発生件数÷尿路カテーテル使用日数合計×1000

＊尿路感染発生件数は「症候性尿路感染」と判定された件数

Ⅲ. ワークシート例

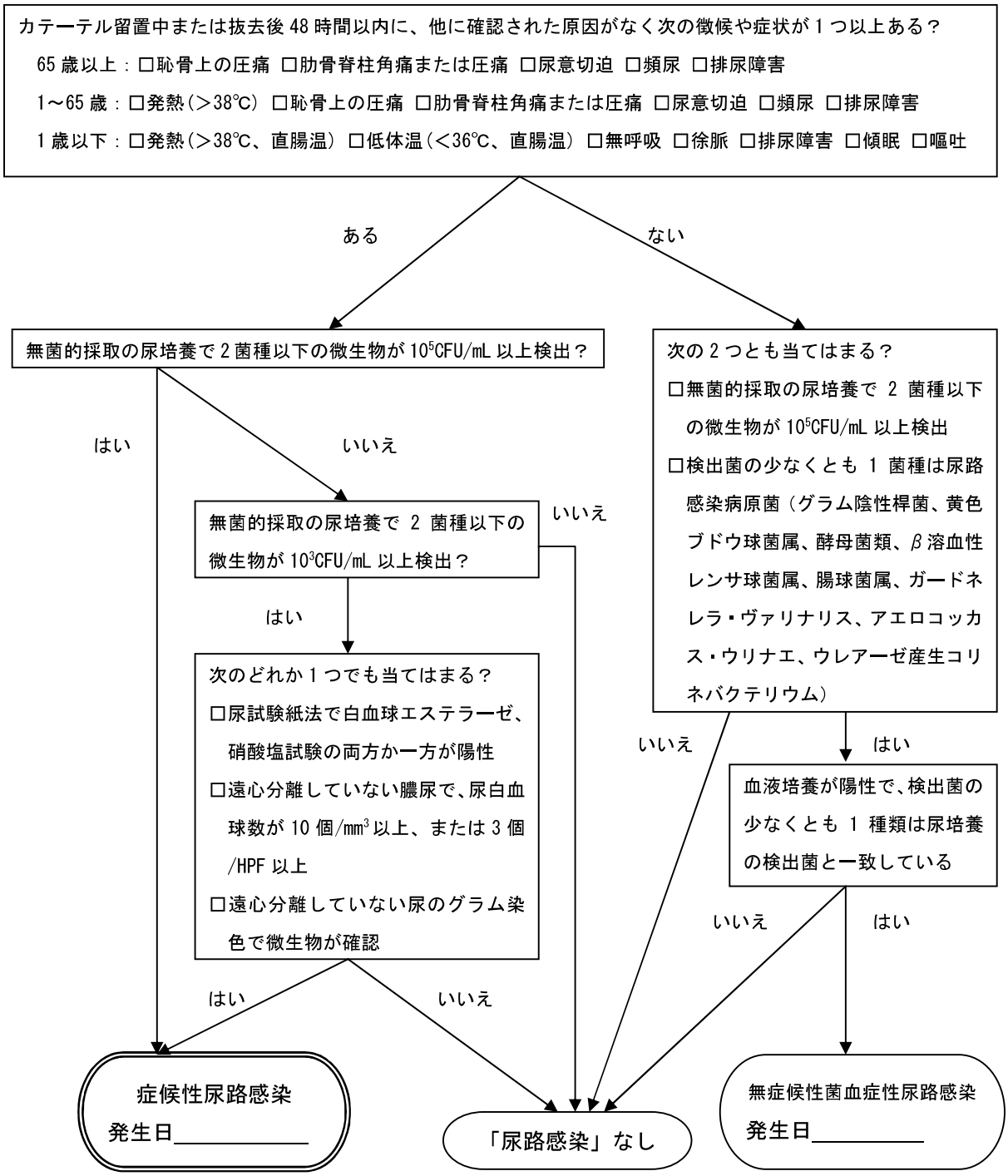
1. 分母データワークシート例

＊毎日〇時にカテーテルが留置されている患者の数を記入し月末に合計する。

〇年〇月	実施場所				備考
	〇〇病棟	△△病棟	◇◇病棟	▽▽病棟	
1 日					
2 日					
3 日					
4 日					
5 日					
6 日					
7 日					
8 日					
9 日					
10 日					
11 日					
12 日					
13 日					
14 日					
15 日					
16 日					
17 日					
18 日					
19 日					
20 日					
21 日					
22 日					
23 日					
24 日					
25 日					
26 日					
27 日					
28 日					
29 日					
30 日					
31 日					
合計（分母）					

2.分子データワークシート例

カテーテル留置患者 ID＿＿＿＿＿＿＿＿氏名＿＿＿＿＿＿＿＿年齢＿＿＿病棟名＿＿＿＿＿＿＿＿



＊「症候性尿路感染」のみ数えるか、「無症候性菌血症性尿路感染」も別に数えるかは、施設で判断。

ＩＣＴ設置・活動支援時のスケジュール

時間配分	区分	手続き及び内容
事前準備	（感染対策チームの受入準備）	・支援時は院内のＩＣＴ構成メンバーが対応する。 ・病院側は、感染対策チームが支援（担当者等からのヒアリング・資料等の閲覧等）を行うために必要な場所（会議室等）を準備しておく。 ・関係書類等を予め当該会議室等に準備しておく。 ・院内をラウンドする際の場所と順番を決めておく。 ・感染対策チームが支援開始前に打合せを行う（30 分程度）ための打合せ場所を用意する。
5 分	ガイダンス	・感染対策チームリーダーが訪問の目的と支援の流れについて、病院側に説明。 ・双方で自己紹介をおこなう。
20 分	ICT 設置・活動に係る 進捗状況の説明	・病院の感染対策担当者から ICT 設置・活動に係る進捗状況を説明する。 ①ICT 設置（規程・組織図）について ②ICT の活動状況について ③その他
70 分	院内ラウンド	・院内をラウンドし、各現場での ICT 活動を確認するとともに、随時アドバイスを行う。 〔ラウンド場所〕 ①外来　②病棟１～２カ所　③手術室 ④薬剤部　⑤放射線科　⑥検査室 ⑦栄養科　⑧医事課　他
20 分	講評（アドバイス）内容の まとめ	・感染対策チームは、講評（評価・アドバイス）を行うため、ヒヤリング及び資料等の確認内容に対する所感等を取りまとめる。
10 分	講評（アドバイス）と懇談	・感染対策チームは、病院側に対して講評（評価・アドバイス）を行い、病院側から ICT 活動に関する相談や質疑に応じる。

院内感染対策チーム設置・活動支援アドバイスレポート

社団法人京都私立病院協会
院内感染対策相談支援部員　医師ﾘｰﾀﾞｰ　藤田　直久

支援実施日／平成２２年１１月３０日（火）１４：００～１６：３０
支 援 病 院／Ａ病院
支援実施者／藤田直久（医師・リーダー）、甲斐純子（薬剤師）、
吉田乃里子（看護師）、樋口武史（臨床検査技師）

１　ＩＣＴの設置について

急性期病院ではなく、精神科主体の病院であることを考慮して、アドバイスレポートを書かせて頂きました。感染対策委員会の実動組織として ICT を設置し、他職種を交えたチーム構成としていただけると、各々の専門的知識を活用でき、今以上に幅広い感染予防対策活動ができるようになるかと思います。

２　ＩＣＴの活動について

１）院内ラウンドについて

複数の視点、異なる職種からの視点をうまく活用され、院内ラウンドを実施してください。写真を撮り現状を現場や感染対策委員会で情報共有することは非常に重要です、またチェック項目は、貴施設にあった形で修正し使用してください。ラウンドの評価は、良くできている点とできていない点を明らかにし、改善点を明確にして、その後を評価する形で実施されており、今後も継続されるようお願いします。

２）院内スタッフへの感染防御について

ICT ニュースのようなものを作成し、ICT あるいは感染対策委員会と現場との情報共有を諮ってください。HBV やインフルエンザへのワクチン接種に関しては積極的に取り組まれており評価できます。HBV ワクチンについては、今後は血液体液に暴露する可能性のある職種へも対象を広げて頂ければと思います。

３）サーベイランスについて

貴院の特徴を踏まえると、MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）、VRE（バンコマイシン耐性腸球菌）、MDRP（薬剤耐性緑膿菌）、多剤耐性アシネトバクター菌など、5 類感染症については、最低でも検出されれば報告される体制（委託先との契約）を確保しておく必要があるかと思います。耐性菌は知らない間に拡がっていることがあります。その上で、耐性菌の状況を把握するようにしてください。また「カルバペネム系や第 4 世代セフェムなどの広域抗菌

薬を投与する際には、血液培養が実施されていないと、不適切な抗菌薬投与と判断する。」などの簡単なルールを作り、適正使用の状況を把握するなどもひとつかと思います。

４）アウトブレイクへの対応について

アウトブレイクの対応は時間が勝負ですので、拡がりきった時点での終息は極めて困難です。疥癬のアウトブレイクでご苦労されていたようですが、対応に困った時には、当協会へ直接ご質問等を投げかけて頂ければ良いかと思います。疥癬が貴院の努力により終息の方向へ向かっていることは、感染対策のチームの力が出ているのだと思います。インフルエンザ、感染性胃腸炎など季節的にアウトブレイクしやすい感染症がありますので、前述のサーベイランスとも絡んできますが、患者も職員も含め、上気道炎症状や下痢などの症状がないかを病棟毎に毎日チェックする「症候サーベイランス」をするのも長期入院の多い施設では重要かと思います。これにより早期にアウトブレイクを察知することができます。

［各部員からのアドバイス］

１　ＩＣＴの設置について

・**（薬剤師・甲斐純子）**ＩＣＴを設置して、ラウンドを始められているのは評価できますが、職種横断的な感じではなく、どちらかというとリンクナースでのＩＣＴ活動といえます。医師、薬剤師、検査担当の職種を入れてチームを構成していただきたく思います。その下部組織として、病棟感染対策のためのリンクナースの活動を期待します。ＩＣＴ委員会という名称になっていますが、委員会は上部組織の感染対策委員会として、ＩＣＴに関してはＩＣＴ会議、ＩＣＴラウンド等の呼び方が適当ではないかと思われます。今後、ＩＣＴ規程を作成されるのもよいのではないかと思います（組織としての活動、構成メンバー等記載含む）

・**（看護師・吉田乃里子）**感染対策指針に基づき、ＩＣＴは平成１８年９月に設置されており、活動の実際を報告や記録で確認いたしました。

・マニュアル等で組織図・運用を確認いたしましたところ、ＩＣＴ構成員について、医師・看護師・薬剤師・検査技師などを含むとなっているところが、実際には、現場の役割モデルやサーベイランス担当をしている看護職のみの構成となっていました。今後、選出基準を設けたり、訓練を受けた専門家（ＩＣＤ）を加える事や、多職種によるチーム構成による組織化がより効果的であることを伝えました。

・**（検査技師・樋口武史）**ICT は設置されていましたが、看護部主体で組織されており、医師、薬剤師、検査担当者、事務等の職種が含まれていません。ICT は病院内の他職種で組織されることが望ましいと考えます。

２　ＩＣＴの活動について

・**（看護師・吉田乃里子）**ＩＣＴラウンドチェック表を用いての院内ラウンドやサーベイランスなどの４項目に取り組んでおられ、その記録を確認いたしました。

・ＩＣＴと感染対策委員会とはリンクしていて、収集されたデータや課題が吸い上げられ、ＰＤＣＡサイクルが上手く回り、後述します改善事例へと繋がっていました。

・感染対策委員会には、ＩＣＴのリーダーが出席して上手く橋渡しの役割を果されていました。

・メンバーやリンクナースの活動時間保障のため、正規業務として勤務表に反映することなど、どの施設でも直面する課題について意見交換ができました。

１）院内ラウンドについて

・**（薬剤師・甲斐純子）**ラウンドに関しても、チェック表を用いて頑張っていただていますが、部署以外の目から判断することも大切ですので、やはり他職種でのチームでラウンドをお願いしたく思います。チェック表も今回の支援に基づき、院内独自のものに改訂してください。
また、ラウンドで問題のあった点を写真等に収め、各部署の所属長に改善を促す工夫も必要かと思います。そして、病院全体で取り組む必要が出てきましたら、感染対策委員会に諮られたらよいのです。問題点をＩＣＴだけで抱えるのではなく、すべての職員で考えていく方法を考慮してください。

・**（看護師・吉田乃里子）**平成１８年度から、年間計画を立案してラウンドは実施されていました。

・ラウンドの実施は自部署、他部署を平均して担当するように年間計画が立案されていました。ラウンドの実施を一人で行った記録が散見されたので、公平性で多角的な見方やこれまで気づかなかった自部門の問題点を自覚できるなど、複数名で行う事の利点を再度伝えました。良い取り組みの紹介や、課題を可視化するためにラウンド時にカメラ撮影している施設の紹介をしました。

・チェック表は、従来より自施設で作成されたものがありましたが、今回当支援事業から提案されたものを使用されての、幾つかのご意見をいただくことができました。
その中の一例として、PPE の着脱方法をわかりやすく表示しているかというチェック項目に関して、マニュアルには示しているが目につく場所に表示していないので（×）としているとの報告でした。教育・トレーニングの成果で習慣化できておれば、「正しく着脱できているか。」という表現の方が現場に即しているのでは、という意見交換をしました。

・ラウンド実施の方法が、用具や知識の有無を確認することに偏りやすいとい

うご意見がありました。しくみがどのように運用されているかを確認することも、今回のサーベイランスの目指すところでしたので、貴重なご指摘でした。

・ICT メンバーが院内組織全体を概観することで、新たな課題の発見や用具の配置位置を院内統一して連携や安全性を高める事も実現できるのではないかと提案しました。

・実際には、評価項目をどのような視点で評価するのかが一番難しいという意見があり、評価の指標を加えることも今後の課題といえます。

・ラウンドチェックの結果は、１ヶ月１枚のものを年間推移が解かるものに変形したり、別の形に加工して効果的に利用される事を提案しました。

・**（検査技師・樋口武史）**院内ラウンドチェック表等を用いて実施されていましたが、チェックポイントの確認が的確ではなく、あまり実践的なラウンドではありませんでした。単純にチェック表に○×を付けるのではなく、貴施設の各職員の手順や行動パターンをしっかり観察することにより、無駄や危険行為等を発見できると思います。それらを１つずつ ICT 委員会で議論し病院全体で感染対策に関する意識向上を図り、周知徹底していくことが重要です。ICT 設置の項目でも述べましたが、できれば他職種の異なった目線でラウンドすることが望ましいと考えます。

２）院内スタッフへの感染防御について

・**（薬剤師・甲斐純子）**院内のスタッフに対して、感染対策を身近に捉えていただくために、ＩＣＴニュースの発行をお勧めいたします。毎月１回の発行ぐらいなら、そんなに負担にならずにできると思います。こういった取組みをすることは、ＩＣＴメンバーの知識向上にもつながります。
また、ＩＣＴの存在を全職員に知っていただくこともできます。

・**（看護師・吉田乃里子）**感染防御の取り組みとして、全職員対象の手洗い研修の実施、HB ワクチン接種やインフルエンザワクチン接種の奨励結果を確認しました。

・効果的な教育方法について質問がありましたが、実際に行われている活動内容や、データ（図・表・写真など）を利用されることなどをおすすめしました。

・**（検査技師・樋口武史）**HB ワクチン接種について、医師、看護師だけではなく、他の職員等でも血液暴露する危険性がある方についても同等にワクチン接種の対象とする方が望ましいと考えます。
インフルエンザワクチン接種については、個人接種した場合も ICT として把握し、病院全体のワクチン接種率として含めて管理される方が望ましいと考えます。

３）サーベイランスについて

・（薬剤師・甲斐純子）精神科専門病院として、特殊な状況にあって、なにを目的としたサーベイランスを行うかをＩＣＴの会議で話し合ってください。疥癬に対しては、色々と努力なさっておられますが、多剤耐性菌等に関しても検討なさってください。
検出菌と抗菌薬の使用状況に関しても、ＩＣＴにおいて検討を行い、その記録を残す必要があります。

・（看護師・吉田乃里子）病院の機能上、検査対象の母数が少なく一般的病院のようにターゲット項目を絞れないということでしたが、継続して院内感染率データの把握、分析や評価をして傾向性を見ることは、施設・規模によらず重要なことといえます。

・（検査技師・樋口武史）感染情報として、外部委託先からの細菌検査結果を貴施設にてエクセルファイルで新たに加工作成し、感染対策委員会で報告されていました。しかし、MRSA 等の耐性菌と一緒に常在菌が併記されている等、少し分かりにくいように思います。例えば、MRSA 等の耐性菌別にまとめて報告された方がよいと思います。また、院内感染対策上重要な菌種（ESBL やメタロβ産生菌等）についてはマニュアルにも追加し、それらの菌種を確実に検出できるように外部委託先と十分相談の上、契約するようにしてください。

４）アウトブレイクへの対応について

・（薬剤師・甲斐純子）アウトブレイク時に関しても、ＩＣＴが積極的に対応できるようなマニュアル作成をお願いします。現在は、看護師のみのメンバーですのでなかなかむずかしいとは思いますが、是非医師のＩＣＴへの参加をお願いして、その医師中心に対応いただきたく思います。
院内でのアウトブレイク時フローチャートを作成してください。

・（看護師・吉田乃里子）アウトブレイクについての対応マニュアルの整備・実践がおこなわれていました。
提出された活動報告用紙には疥癬がなかなか終息しないことへの相談がありました。少数ではありますが、感染管理上重要な項目として取り組まれたということでした。ICT が現場の状況を再調査したところ、入浴介助・ケアを行う職員の動線がクロスしていたことを発見し、外部情報も取り込んで業務改善に至ったという報告でした。写真を挿入してのマニュアル改訂と、教育の徹底を実施されていました。
実際にラウンドをして、レントゲン撮影など入浴以外に接触感染の機会がないかなど、再点検してみられることを推奨しました。

・**（検査技師・樋口武史）**疥癬のアウトブレイクが終息しない病棟があり、ICTとして色々試行錯誤を繰り返し努力されている様子を拝見しました。もう少し病院全体として当該患者に関わる職員、施設環境を考慮し、シャワー室以外にも複数の職員と患者がクロスする部分について検討する必要があると考えます。例えばレントゲン検査等では、衣服脱着時や撮影装置に密着するなどかなり濃厚な接触の機会があるように思いました。

以上

院内感染対策チーム設置・活動支援アドバイスレポート

社団法人京都私立病院協会
院内感染対策相談支援部員　医師ﾘｰﾀﾞｰ　一山　智

支援実施日／平成２２年１２月８日（水）１４：００～１６：００
支 援 病 院／Ｂ病院
支援実施者／一山　智（医師・リーダー）、竹田和也（薬剤師）、
林田真由美（看護師）、林　彰彦（臨床検査技師）

（一山　智）

京都私立病院協会院内感染対策推進事業の一環として、施設の感染対策の向上を目的として、京都府の専門家チームの派遣を行っています。施設での院内感染対策の現場を視察し問題点等を指摘することによって改善を促し、そのレベル向上を図るものです。

派遣チームのリーダーとして全体的な観点から意見を述べさせていただきます。個別の改善点等指摘事項は看護師、薬剤師、検査技師のメンバーから意見がありますので、ご参考にしていただければ幸いです。

１　院内感染対策組織について

・病院の最高諮問機関として院内感染対策委員会が病院長をトップにすべての職種が集まり原則月に一回の会議を開催され、感染対策に関わる施策を議論されている。しかしながら、議事録等活動の実態が今ひとつ把握できなかった。議事録等を作成され職員全員に病院の意思決定事項が伝達される仕組みを構築してください。

・感染対策チーム（ICT）は内科部長が ICD としてチームをとりまとめて活動を行っています。看護師２名、薬剤師１名、検査技師２名の計６名で原則月一回の病棟ラウンドを行っていますが、改善点を指摘させていただきます。ラウンドの頻度をもう少し増やすか、あるいは回数は同じでももう少し現場の細かなところにまで関与していただければと思います。重点的な箇所は注射点滴に関する準備場所や廃棄場所、汚物処理室、職員の手洗いや PPE に関すること、血液等汚染器具の処理に関する場所などでしょうか。

・ICT の活動内容や方針が職員全体に浸透しているか否か疑問を感じました。このことは ICT と職員両者にご努力をいただきたいと思います。ICT は上に指摘させていただいたように現場の実態をより細かく把握し、それを分かりやすいかたちで職員に伝える工夫が必要です。職員は ICT の方針を理解するためにより積極的に院内研修会に参加していただければと思います。一人当たり年２回の参加を目指しましょう。

・ICT の活動内容を病院上層部に理解していただけるよう一層のご努力をお願いし

ます。費用や設備等の課題がありますので、例えばICTのメンバーに事務の方も加わっていただければいかがでしょうか。

2　規定やマニュアルについて

・院内には感染対策に関するマニュアルがそろってはいますが、内容や記載が文章による教科書的なものが多いこと、記載順序に統一性が欠けていて職員が利用しにくいこと、記述が古い内容の箇所、などが見られます。職員が利用しやすいものに（図や表を多用）、内容も現場に即したものに、内容も新しい情報を取り組むなどして行かれれば良いと思います。取り扱う内容もすべての対策を組み入れる必要はなく、ご自身の病院にとって必要なものにしぼって、分かりやすく短いものにされればいかがでしょうか。新しい取り組みとして、職員の理解度チェックなどもクイズ形式にしても良いと思います。

3　サーベイランスについて

・目的と職員への還元を明確にして取り組まれると良いでしょう。サーベイランスは手間のかかる作業ですので、何でも行うというのではなく、病院にとって必要なものにしぼってください。例えば、耐性菌（MRSA、VRE、MDRP、ESBL 産生菌、耐性アシネトバクター）の分離状況と、血液培養分離菌の推移がそれにあたるでしょう。急性期病院で問題となるのは「耐性による菌血症で死亡する」ということですから。その他の普通の細菌の分離状況のデータは必要ありません。
・抗菌薬の使用状況のサーベイランスも必要でしょう。届出制にしている抗菌薬はもとより、ペニシリン系、セフェム系、キノロン系、に分けて調べていけば良いのではないでしょうか。
・MRSA 対象の定期的な職員の鼻腔保菌調査や病棟の環境調査といったサーベイランスは必要ありません。

4　現場の感染対策について

個別事項はあとの調査員の意見を参考にしてください。
・職員の標準予防策の概念が足りないように感じました。必要時の手袋や PPE の着用、血液汚染点滴ルートや針（含む廃棄箱）の処理の仕方、血液汚染器具の消毒滅菌の仕方（肝炎や梅毒の有無によって方法を分けているという誤った方法）、安全機材付き注射針の導入、ディスポ（単包化）消毒薬の導入、などが不十分だと思います。
・職業感染対策について肝炎ワクチンは全員施行されているようですが、麻疹、水痘、風疹の抗体価測定とワクチン接種が望まれます。

5　職員の感染対策研修

・上の１でも述べましたが、職員全員が何らかの感染に関する講習会を一年に２回受講するように努力してください。ICT のメンバーによる院内報告会でも、外部講師でも、ビデオ鑑賞でも構いません。ICT がその内容についてアレンジしてください。

［各部員からのアドバイス］

１　ＩＣＴの設置について

・（**看護師・林田真由美**）ICD を中心にチームを編成され、御尽力されています。ただし、看護部門も兼務であり、みなさまご多忙のことと思いますので、事務連絡、その他庶務をしていただく事務部門の方の参加もご検討されてはいかがでしょうか。予算、状況を解っていただく機会ともなります。

２　ＩＣＴの活動について

１）院内ラウンドについて

・抗がん剤の調整室について（**薬剤師・竹田和也**）
抗がん剤使用患者は、易感染状態のため感染に対するリスク軽減が必要です。手洗い場が手動式だったため、自動式にされるか手洗い後は肘で水を止めるなどの徹底が必要です。また、単包式のアルコール綿の導入も検討されてはいかがでしょう。薬剤師が２名で調整を実施されていますが、１名を看護師に依頼し TPN 調整に人数を回すことも可能と考えます。

・抗菌薬の適正使用について
ICT のメンバーが少なくリンクナースもいないため、監視や現場教育が難しい面もあると思われます。抗菌薬の適正使用には薬剤師が関与できる部分が多いです。病棟担当薬剤師に届け出薬の使用状況調査や、外注の培養結果を薬剤師にも報告し薬剤選択の手伝いを依頼するなど検討されてはいかがでしょうか。ICC で薬剤部に協力を依頼する承認や、薬剤師が監視の手伝いを行うことを医局員に伝えると、薬剤師は活動を行い易くなります。

・ラウンドの精度・効果について（**看護師・林田真由美**）
ラウンドチェックリストの項目が、実施項目内容中心となっておりますので、観察・評価し易いよう、また評価の精度を上げるためにも評価項目（各項目別に手順等で細分化したチェック項目）が必要かと思います。推進事業で提供しているラウンドチェックリスト・評価表を活用していただければ幸いです。

・実施状況について
現在、ラウンドの実施は、毎月１回の間隔で実施されています。全部署を一回で実施するのではなく（時間を要す）、部署を決めて毎週 or 隔週で実施する方法もあります。1 回に要す時間が短くなり、また、現場スタッフの意識・ICT メンバーの意識向上と院内の感染対策状況・傾向がより早くキャッチできると思います。

・感染対策技術・実際について
予算等の課題から、種々の問題があります（①中央滅菌室の返却・払出しの区分を徹底する②アルコール綿の取り扱い、シングルユースの採用③廃棄ボックス③セイフティ機能付き注射器等の採用、少なくとも現状においては、携帯用廃棄ボックスが必要です）。詳細の注意点については、既に現場で説

明したとおりです。
感染対策の手技を徹底するためには、汚染物を扱う時の手袋・エプロン着用等、ラウンドの目的として、ラウンド時にそのつど必要性を説明することが重要です。

２）院内スタッフへの感染防御について

・**（看護師・林田真由美）**感染対策に関する講義、実習等、実施された内容・項目、評価のまとめが必要かと思います。学習効果の評価、研修内容についての評価等、次回の研修計画への参考として重要です。
感染対策の実践は現場です。各現場での実施評価、手順の指導、各部署の問題抽出等、各部署に委員を設けることも効果的かと考えます。

３）サーベイランスについて

・抗菌薬の届け出制度について**（薬剤師・竹田和也）**
届け出が行われている数や率を完全には把握されていないように見えました。しかし不必要な投与を抑制するという点では、ICD への連絡がほぼ実施できており大きな問題は無いようでした。今後は ICD が不必要と判断されたケースを共有することで、よりよい職員教育ができると思われました。また、耐性菌の検出状況と抗菌薬の使用状況とを関連して検討されると、届け出の必要性が理解され易いです。

・MRSA 感染症治療薬の TDM 実施について
バンコマイシンなどの MRSA 感染症治療薬は、TDM を実施することでより適正に使用されます。TDM 実施率や測定を依頼しても行わない医師を ICT で把握し対策を練る必要があります。対策例としては、文献検索もよいですが自院の例が説得に有効なので、TDM 実施の有無による有効性・安全性・経済性を比較するか、TDM を実施して利点があった症例を ICT ニュースなどで紹介されてはいかがでしょう。また、院外講師を招いて講演してもらうなども有効です。

・TPN の調整について
TPN は中央で無菌的に調整するのが一般的ですが、４年前から進展が見られません。クリーンベンチを購入し薬剤師の数（Ns が実施してもよい）を増やすなど実施できる環境作りを病院管理者の方は検討してください。調整にかかる Ns の手間削減や院内感染の防止に有用です。ICT としては中心静脈カテーテル感染サーベイランスを集計し機能させると根拠立てて導入ができそうです。

・**（看護師・林田真由美）**種々のサーベイランスを実施されています。細菌培養・薬剤感受性以外の BSI、UTI 等のサーベイランスについて、データの分析、結果の公表について委員会だけの報告としないで、各部署へ文書、ニュース等の方法でも返すようにすれば、協力しているスタッフ、サーベイランスの意図、感染対策意識の向上に繋がると思います。

サーベイランスの分析結果を次の手技・方法の見直し等、有効活用されることも重要です。

4）アウトブレイクへの対応について

・**（看護師・林田真由美）**細菌検査結果を中心として、担当医への報告システムとなっています。併せて重要な結果（事前院内取り決め事項）については、ICD、病棟等関連部署への一報も必要かと思います。
細菌検査を提出していない場合においても、水面下での感染の拡大があることもあります。他の臨床所見からでは思い当たらない微熱、下痢の患者が多い、発熱患者が増えた等、「何か変」がアウトブレイクの早期発見ともなります。感染管理の視点での部署の情報収集と相談・報告をする担当者を決めておくことも意味があるかと考えます。

・**（臨床検査技師・林　彰彦）**微生物検査の現状は、インフルエンザなどの迅速診断、グラム染色や抗酸菌染色などを除く項目を外部委託検査となっております。
・インフルエンザなどの迅速検査、グラム染色、抗酸菌染色などは、迅速に結果が得られかつ重要な事から、今後も院内での実施の継続をお願いします。ただ、グラム染色の結果は、グラム陽性菌か陰性菌かにより抗菌薬の選択に直結するため、手技の統一や個人差の解消など、充分なトレーニングの実施が必要だと思います。
・パニック値（ESBL・VRE・MDRP・CD トキシンなどの検出時）についての連絡が主治医のみです。すぐに感染対策が必要な事項は、感染防止委員会で必要な連絡範囲（ICT・病棟婦長・薬局・感染防止委員長など）を事前に決めて、必要な対策が院内のコンセンサスを得てすぐに実行できる体制が必要と感じました。
・前回指摘にある抗菌薬の感受性試験薬剤の見直しがされていません。腸内細菌や緑膿菌などに対するセフェム系薬剤を整理したら如何でしょうか（後で資料を提示しました）。腸内細菌の ESBL 検出に有用なセフポドキシム（CPDX）が感受性から抜けておりますので是非実施して下さい。
・MRSA を対象とした環境調査や鼻腔保菌検査は、アウトブレイクなどの対策時のみ実施すれば如何かと思います。
・外注検査データを FD などの媒体でもらい、アンチバイオグラムなどを年 1 回作成して活用するのは如何でしょうか。

耐性菌については常に新しい情報と対策を取入れ、院内でアウトブレイクが起らないように監視することが検査室の役割と思います。ICT の感染防止の活動は、職員にまだ浸透していないと感じました、ICT ニュースなどを発行して、職員に感染対策の必要性を周知することをお薦めします。

以上

院内感染対策チーム設置・活動支援アドバイスレポート

社団法人京都私立病院協会
院内感染対策相談支援部員　医師ﾘｰﾀﾞｰ　清水　恒広

支援実施日／平成２３年１月１７日（月）１４：００～１６：３０
支 援 病 院／Ｃ病院
支援実施者／清水恒広（医師・リーダー）、夏目君幸（薬剤師）、
野路加奈子（看護師）、樋口武史（臨床検査技師）

【講評】（医師　清水恒広）

1.　ＩＣＴの設置について

平成 22 年 10 月 18 日付で ICT が組織され活動されています。医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務員などで適切に構成されていますが、看護師は全員看護師長であり、師長以外の看護師が含まれていません。感染対策委員会は原則各部門の長から構成されるのに対し、ICT はこの委員会の実働部隊ですので、現場の意見を吸い上げやすくする意味で、師長以外の看護師の参加もご検討ください。病院の規模からしますと看護部門からの参加は全体で 2 から 3 名でよいと思われます。事務系も 2 名参加されていますが 1 名でよいかもしれません。ICT の中では看護師が中心となり活動を行うことが多くなりますので、感染管理認定看護師とは申しませんが、看護師メンバーからお一人、感染対策につき特に研鑽を積んだ人材を養成する努力をお願いいたします。

2.　ＩＣＴの活動について

1）院内ラウンドについて

ICT 設置の 10 月よりチェックリストを用い部門別のラウンドを実施されています。毎月 1 回とはいえ、全部門にわたりチェックリスト通り詳細にラウンドを行うにはかなりの時間を要しますので、「未実施（x）」項目を毎月のラウンドの中心に据え継続されることをお勧めします。初回のラウンドは時間を要したため、2 回目以降は小グループに分けてラウンドし、また、リハビリテーション部門のチェックリストを作成し追加ラウンドをされるなど、色々と工夫されたことはとても評価されます。

栄養科職員などが出入りする通路（食材も一部置かれていました）で、昆虫や金魚が飼育されていました。2003 年に発行された米国 CDC の「医療施設での環境感染制御に関するガイドライン」では、「患者をケアする区域、食事を準備する区域（調理区域）、食事をする区域（食堂区域）、洗濯区域、手術室、隔離室など」へは、水槽の魚を含め、動物が近づくことを制限しなさい、と記載されています。それら動物がもつ病原微生物、排泄物に含まれる微生物（魚が飼育されている水槽にも多彩な微生物が増殖していま

す）などが引き起こす感染症を懸念しての推奨と考えられます。従いまして、当該通路は広い意味での調理区域と考えられる場所ですので、動物の飼育は中止していただくことを強くお勧めします。このガイドラインによりますと、病院内での切り花、鉢植えの設置は、免疫正常患者のいる領域では制限される必要はないと記載されています。ただし、これの世話をする人は、患者のケアを直接担当しないスタッフに割り当て、万一それが不可能なら、切り花、鉢植えの世話は必ず手袋をはめて行い、世話が終わり手袋をはずした後は、必ず手指衛生（流水と石鹸での手洗い）を行うよう定められています。一方、免疫低下患者がいる領域では、切り花、ドライフラワー、鉢植えすべて設置が認められていません。従って、少なくとも病棟、特に ICU、術後患者や化学療法を受ける患者がよく集まる病棟などでは、これらの設置は望ましいものではありません。しかし、外来など比較的広い空間で維持管理が十分行いうるなら、設置を極端に制限せずともよいと考えます。

2) 院内スタッフへの感染防御について

病棟部門では PPE（個人防護具）の着脱法の表示が未実施項目であることが多いようでした。どの部門でも PPE の着脱は必要になりますので、是非院内共通の着脱方法を作成し、必要な場所では常に見やすい位置に掲示していただくことをお勧めします。看護服の上から布製の予防衣を着用して食事介助を行う場合があるようですが、予防衣を使う意図が判然としません。使い捨てのエプロンを、必要な場面でその都度着用することで対応できると考えます。

職員感染対策としてインフルエンザワクチン接種は全員に実施され素晴らしいことと思いますが、B 型肝炎抗原・抗体陰性の新採用職員へのワクチン接種はまだ十分とはいえません。今後の取り組みに期待しています。

また、入職者は勿論のこと職員全体への教育啓発活動を継続して実施されるようお願いいたします。

3) サーベイランスについて

比較的実施しやすいところでは、多剤耐性菌（MRSA、ESBL 産生菌、多剤耐性緑膿菌、VRE など）の分離頻度を病棟別及び病院全体で毎月推移を見ていくことです。特に MRSA は他の耐性菌に比し圧倒的に多く分離されますので、毎月の推移は、標準予防策や接触予防策が十分遵守されているかどうかの指標となり、推移の把握により集団検出（アウトブレイク）の早期探知も可能です。また、毎月の抗菌薬使用量を調査し、広域抗菌薬（カルバペネムや第 4 世代セファロスポリンなど）の適正使用に努めますと、院内での多剤耐性菌の選択を抑制することが可能です。これらを継続しつつ、将来的に余裕ができれば各種疾病サーベイランスの実施に進まれればよいと考えます。

4） アウトブレイクへの対応について

ノロウイルス胃腸炎やインフルエンザのアウトブレイクはどの施設でも経験することですから、病院の実情に合わせてアウトブレイクの定義と発生時の対応を明文化しておくことは必要です。この点に関しては可能な限り速やかに作成いただくことをお勧めいたします。

［各部員からのアドバイス内容］

１　ＩＣＴの設置について

・**（看護師・野路加奈子）**小規模病院ながら ICC と ICT を設置され、感染対策への高い意識が見受けられ素晴らしい事だと思います。

・ICT は実働部隊としての機能を重視したいので、もう少しメンバーを少人数にされてフットワークを軽くされてはいかがでしょうか。

・看護部長や事務長など、所属長ではない方で構成された方が、現場の意見が取り込みやすいのではないでしょうか。

・感染担当看護師の方の ICT 及び ICC への参加をぜひご検討ください。

・現場での役割モデルとして、リンクナース制度の導入をご検討いただけたらと思います。

・**（臨床検査技師・樋口武史）**ICT は多職種から構成されていましたが、上位の院内感染防止対策委員会構成メンバーと兼任されている方が多数を占めていました。病院全体の感染対策に対する士気を高めるためにも ICT 構成メンバーは各現場の管理者ではなく、中堅クラスの方を積極的に参加させてみてはいかがでしょうか。

２　ＩＣＴの活動について

１）院内ラウンドについて

・**（薬剤師・夏目君幸）**院内感染委員会における報告事項と関連して、抗生物質使用患者と、その使用期間を把握されては如何でしょうか。注射処方箋から手作業での抽出となりますが、院内での抗生物質使用期間を把握する事で投薬日数の減少や耐性菌出現を回避することも可能となります。また、手術件数が少ないとのことでしたが、クリニカルパス導入により、抗生物質投薬期間の短縮や疾患別使用抗生物質の標準化が望めると考えます。

・塩酸バンコマイシンの TDM について、昨年末から外注検査機関においても至急報告であれば当日中に結果を得ることが出来るようになりました。解析用プログラムは製薬会社から無償供給されており、薬剤部において解析と投与設計を担われることを期待します。

・院内で使用する消毒剤は次亜塩素酸ソーダが主流である印象を受けましたが、消毒対象菌種により消毒剤を使い分ける必要もあるかと思います。採用消毒薬一覧に使用濃度と消毒対象を明記したマニュアルの整備を検討下さい。

・**（看護師・野路加奈子）**10 月に ICT を設置されたばかりにもかかわらず、毎月ラウンドを行い自施設に適応した形を模索されており、素晴らしいと思います。
・ラウンドでチェックする内容を、自施設に合わせていかれたら良いかと思います。

・**（臨床検査技師・樋口武史）**試行錯誤しながら努力されている様子が伺えました。しかし根拠の有無にかかわらず誤った対応策（次亜塩素酸系の噴霧によるエアロゾル吸入等）を実施されていることもあり、正しい知識等の情報収集も積極的に行ってください。貴院と同規模クラスの感染対策を参考にすることで共通の悩みや問題等を共有できると思いますので是非ご検討ください。また栄養科において魚や昆虫の飼育を確認しました。衛生的、感染対策上でもこれらの行為はあまり推奨できるものではありません。たとえ飼育後手洗いを行ったとしても衣服等に付着していれば食品等を汚染する危険性も否定できませんので、できれば撤去の方向でご検討頂ければと思います。

２）院内スタッフへの感染防御について

・**（薬剤師・夏目君幸）**擦式消毒用アルコールは、院内各所に設置され、開封された日付と有効期限も書かれていました。6 ヶ月の使用期間を設けているとのことでしたが、メーカーによっては開封後の経時変化についてのデータを所持しており、30 週間安定との試験結果を有するものもあります。現在使用されている擦式消毒用アルコールは経済的理由から 500ml を採用されているとのことも考慮し、安定性試験結果を背景に使用期間を 7 ヶ月半に延長することも可能かと思われます。
・スキンケアに使用するハンドクリームの使用量が少ないようでしたが、頻回に手洗い・擦式消毒用アルコールを使用した場合手荒れの頻度が高くなると予想されます。比較的安価なハンドクリームを配備する等、手指消毒励行を促す意味において擦式消毒用アルコールとスキンケア用品の使用量は比例すると考えてください。

・**（看護師・野路加奈子）**今後はラウンドだけでなく、職員教育にも力を注いで頂きたいと思います。
（手指衛生の重要性や PPE の取扱などの「感染対策の基本」についてなど）
・針刺し損傷事例が全くないというのは素晴らしい事だと思いますが、報告がしにくい・・・という事はないでしょうか？もう一度御検討下さい。
・HBV に関して抗体価の把握にとどまらず、ワクチン接種の推奨を御検討下さい。
・消毒剤の噴霧は人体毒性を考え、中止して下さい。
・次亜塩素酸ナトリウムは、遮光容器に密封し 24 時間で交換して下さい。
・感染対策の無駄を省き、本当に大切な部分にコストと労力を注げるよう、もう一度感染対策全体の見直しを宜しくお願いします。

（布製予防衣の見直し、次亜塩素酸希釈の精製水使用見直しなど）

・**（臨床検査技師・樋口武史）**病院全体での手洗い、速乾性消毒薬使用等について認識が統一されていませんでした。もう少し速乾性消毒薬を効果的に配置し積極的に使用されることを推奨します。職員に対する伝達講習会や勉強会等を実施されているとのことですから、是非これらの機会を利用して効果的な感染防御策についても実地研修を行ってください。針さし事故やインシデントレポート等の報告経路は整備されていましたが、事故発生件数がほとんどないとのことですが、他施設の報告数からすると極端に少ないような印象があります。B 型肝炎ウイルスワクチン等の接種についても是非ご検討頂きたいと思います。

３）サーベイランスについて

・**（看護師・野路加奈子）**もう少し ICT 活動が軌道に乗りましたら、ぜひご検討ください。

・**（臨床検査技師・樋口武史）**貴病院の細菌検査項目のうち薬剤感受性検査については、菌種に関係なくすべて共通の薬剤セットになっていました。これでは ESBL のような院内感染対策上重要な耐性菌がチェックできず、アウトブレイクを見逃してしまう危険性があります。次回の外部委託業者との契約見直し時には耐性菌がチェックできるような薬剤セットの組み直しをご検討ください。

４）アウトブレイクへの対応について

・**（看護師・野路加奈子）**アウトブレイクへ迅速に対応できるように、アウトブレイクの定義などを作成される事をお勧めします。

・**（臨床検査技師・樋口武史）**アウトブレイクの定義を事前に設定しておいてください。またアウトブレイクに対して迅速に対応するためにも日ごろから積極的に細菌検査を活用してください。

以上

院内感染対策チーム設置・活動支援アドバイスレポート

社団法人京都私立病院協会
院内感染対策相談支援部員　医師ﾘｰﾀﾞｰ　一山　智

支援実施日／平成２３年１月２５日（火）１４：００～１６：００
支 援 病 院／Ｄ病院
支援実施者／一山　智（医師・リーダー）、小阪直史（薬剤師）、
吉田乃里子（看護師）、小野　保（臨床検査技師）

京都私立病院協会ＩＣＴ設置・活動支援事業の一環として、施設の感染対策の向上を目的として、京都府の専門家チームの派遣を行っています。施設での院内感染対策の現場を視察し問題点等を指摘することによって改善を促し、そのレベル向上を図るものです。

派遣チームのリーダーとして全体的な観点から意見を述べさせていただきます。個別の改善点等指摘事項は看護師、薬剤師、検査技師のメンバーから意見がありますので、ご参考にしていただければ幸いです。

今回の訪問支援は平成 18 年 6 月 21 日以来の二度目であり、このときにご指摘させていただいた事柄を参考に見させていただき、改善点などをまとめました。

１　院内感染対策組織について

・病院の最高諮問機関として院内感染対策委員会が副病院長をトップにすべての職種が集まり原則月に一回の会議を開催され、感染対策に関わる施策を議論されている。議事録等もしっかり記載されており、職員の意識は向上しているものと考えます。

・感染対策チーム（ICT）は前回の訪問時には組織されていませんでしたが、昨年より医師、看護師、検査技師、薬剤師、および事務員で組織化され実質的な活動を行っています。原則月一回の病棟ラウンドを行っており、その結果も毎月上記の院内感染対策委員会において報告されるシステムができています。改善点と言いますか、皆さんのご質問にありましたが、ラウンドの効率的な運用に関して、定期的に目標を設定して、それが達成されるようなシステムを構築されてはいかがでしょうか。そうすることでマンネリ化を防ぎ、ICT も病棟等現場も意識の向上が図られると思います。

・ICT の活動内容や病院の方針が職員全体に浸透させるように、日々の広報活動を活発にされてはいかがでしょうか。ICT 活動は前回に比し飛躍的に向上しているので、さらに職員への浸透が図られるようにお願い致します。

２　規定やマニュアルについて

・前回の時点では、感染対策に関するマニュアルが不統一で、職員が利用できるものではなかったのですが、今回見させていただいたものは、よく整理されており Up to date で実質的なものでした。この点においても改善が見られました。

・院内感染対策で緊急時の連絡網も整備されていました。

３　サーベイランスについて

・前回不十分であったものが、今回かなり改善されていました。薬剤部や検査部の情報が ICT に定期的に集約され、そのことが毎月の院内感染対策委員会に報告されていました。今後は出来ますれば疾患を目的にしたサーベイランスに取り組まれると良いでしょう。すなわち、血流感染（菌血症）サーベイランスを行うことにより、診断と治療のパフォーマンスが向上し、ひいては患者さんの予後の改善につながると思います。目的と職員への還元を明確にして取り組まれると良いでしょう。

４　現場の感染対策について

個別事項はあとの調査員の意見を参考にしてください。

・職員の標準予防策の概念が少し足りないように感じました。必要時の手袋やＰＰＥの着用、血液汚染点滴ルートや針（含む廃棄箱）の処理の仕方、安全機材付き注射針の導入、ディスポ（単包化）消毒薬の導入、などが不十分だと思います。これらのコスト面に関しては、病院管理者とよくご相談の上、推進していってほしいと思います。

・職業感染対策について肝炎ワクチンは全員施行されてはいないようです。早急な改善が望まれます。また、麻疹、水痘、風疹の抗体価測定とワクチン接種も考慮してください。

５　職員の感染対策研修

・ICT のメンバーを中心に職員研修に関しても積極的に取り組んでおり、前回に比し改善が見られます。せっかくのアクテイブな ICT 活動をあと一歩、職員全員に周知されるようにご努力してください。

［各部員からの報告内容］

１　ＩＣＴの設置について

・**（看護師・吉田乃里子）**当該施設への前回の訪問時は、まだ ICT が設置されていませんでした。平成２２年８月に設置され、順次、組織化や運用が整備されつつあります。構成員についても、見直しがされています。規程・手順の整備、データ化、教育的役割も果たされています。今後、もっとＩＣＴの役割や活動について職員に理解し、関心を持ってもらう機会（広報活動）を創られることをお勧めします。

・**（臨床検査技師・小野　保）**適切に設置されていました。

２　ＩＣＴの活動について

１）院内ラウンドについて

・**（薬剤師・小阪直史）**注射剤のミキシングについて

１．薬局内の専用の部屋にクリーンベンチが配置されていましたが，無菌調製の実施は未定とのことでした。感染リスクが高いと考えられる患者（免疫抑制状態や長期 TPN 例など）の入院もあるかと思いますので，クリーンベンチでの無菌調製実施についてご検討いただければと思います。

２．抗がん剤のミキシングは薬局内で実施されておりましたが、安全キャビネットのメンテナンス（HEPA フィルターの管理やベンチ内におけるクラス 100 環境の確認など）についてもご検討いただければと思います。

３．病棟での輸液調製時、手袋・マスクの着用ができていないようでした。穿刺部のアルコール消毒、調製台の整理、清掃の手順など含め、輸液調製に関するマニュアルを ICT、看護部、薬局の協力で作成いただければと思います。

・抗菌薬について

１．病棟別に使用症例数の集計を実施されていました。耐性菌検出との関連を把握するために病棟別・診療科別での使用本数（グラム数)、また可能であれば AUD（Antibiotic Usage Density）も含めた使用状況の把握をされてはいかがでしょうか。

２．今後、狭域スペクトラムの抗菌薬についても使用状況の把握をされ、広域スペクトラムの使用量（症例数）の多い病棟については、培養検査の実施状況やその結果に基づいた抗菌薬の変更（de-escalation therapy）が可能であるかについても検討いただければと考えます。

・消毒剤について

１．各部署への消毒剤の払い出しは薬局でされているとのことでしたので、その使用状況の統計（部署別・月別・年単位など）を実施いただければと考えます。そのデータに基づき，消毒剤が適切に使用できているのか(濃度、浸漬時間、交換のタイミング、保存・管理・容器の適切性など）について、

院内ラウンドにおいて確認いただければと思います。

・**（看護師・吉田乃里子）**・４班に分かれてフロアー毎にローテーションで院内ラウンドが実施されていました。班は、ＩＣＴメンバー以外に各部署から選出された人を加えた４～５名で構成され、班毎に日程調整をしてラウンド実施がされていました。他の施設同様、時間確保や継続が課題のようです。マンネリ化を防ぐためにどのようにしたらよいかという質問に、班のメンバー入れ替え、評価項目・方法の変更などしてみてはどうかという提案をしました。

・これまで使用されていたチェック表は独自に作成されたもので、感染防御用具の有無や環境の状況について３段階で評価を行い具体的なコメントを記入する形式でした。今回、当支援事業から提供されたチェック表を用いた結果、項目が多く所要時間がかかるという感想をいただきました。○とならなかった項目で現在使用中のものと重複しないものであれば、利用されることをお勧めします。また、毎回同じ項目を全て評価する必要はなく、なかなか改善できない事や問題となっている事に的を絞れば効率的に行えるのではないでしょうか。

・改善できた点や今後も課題と思われる場面を撮影し可視化されていることは、大変良い取り組みで、解かりやすい報告となっていました。写真は評価指標となるだけでなく、ＩＣＴの活動を広報したりや教育の資料として利用することもできます。

・報告レポートでは、ＩＣＴラウンドなどを通じて、それぞれの専門領域で取り組むべき課題が明確になってきています。今後、長期（年間）・短期（２～３ケ月間）目標を設定して、チームで行う改善活動に期待しています。

・**（臨床検査技師・小野　保）**環境ラウンドにおいてデジタルカメラを利用しフィードバックするシステムが確立されており、継続して実施されることをお勧めします。チェック表を利用した環境ラウンドは、一定の水準で改善されれば、毎月行う必要はないと感じられました。今後は、環境ラウンドを年間に 1、2 度実施し、他の月については、何かターゲットを決め（例えば、広域抗菌薬使用患者さん、デバイス挿入患者さん、耐性菌検出患者さん、血液培養陽性患者さんなど）ラウンドをされるのも良いかと感じられました。

・検査部内の環境は整備されており、検査作業時の防御具の着用や廃棄物の処理など正しく実施されていました。

・医療関連感染で重要な微生物検査は全面的に外部業者に委託されていましたが、連絡体制が確立されており、今後も委託業者との連絡を密にし、医療関連感染の防止と感染症治療への貢献を期待します。

２）院内スタッフへの感染防御について

・**（臨床検査技師・小野　保）**使用後の注射針の処理に問題がありました。注射針使用後の着脱、点滴終了後の針の切り取りによる分別破棄は、大変危険で過去にこの作業による針刺し事故も発生しております。直ちに大型のペールボックスを必要部署に配置し注射・点滴終了後、そのまま破棄されることをお勧めします。

・**（看護師・吉田乃里子）**感染防御の観点での取り組みとして、①看護助手を対象とした標準予防策についての学習会が実施されていました。（全員参加を目指し、同じ内容を２回開催）これは、病院の特徴である、急性期（周手術期）と療養型（排泄ケア）のそれぞれハイリスク患者のケアを共に行う看護助手さんの教育が重要との判断によるものでした。できれば、教育効果を把握できるような手法を取り入れられることをお勧めします。

・報告書の中に、院内ラウンドのメンバーから感染防御用物品の適正供給について課題があるという提案があり検討したという記録がありました。重要な取組みでした。針刺し事例も減少には至っていませんので、今後も、対策の強化や手袋・感染性廃棄物容器・消毒用アルコールの使用法などについてもご検討下さい。

・中央材料室や滅菌物を拝見いたしました。一部ディスポ化することで感染のリスクの低減化とコスト削減ができ、ＰＰＥが配置しやすくなるのではないかと提案いたしました。

３）サーベイランスについて

・**（看護師・吉田乃里子）**ＭＲＳＡなどにターゲットを絞ったサーベイランスがおこなわれ、効果的にまとめられていました。今後は、データの分析、すなわち傾向性の検討、データベースとの比較、臨床現場へどのような形でフィードバックして予防・改善策へつなげるかが課題といえます。

・**（臨床検査技師・小野　保）**耐性菌サーベイランス（週報、月報）は正しく実施されていました。継続して実施されることをお願いします。また集計されたデータを有効に利用するため、感染症診断において重要である血液培養結果に注目し、重症または難治性の感染症が発生していないか、適切に治療薬が選択されているかなどを確認する体制を作ることをお勧めします。
他のサーベイランス（血管留置カテーテル関連感染、手術部位感染など）は、微生物検査結果などを参考に問題のありそうな部署を限定し、可能なところから実施することをお勧めします。また、訪問させていただいた際にはお話しませんでしたが、厚生労働省の院内感染サーベイランス事業（http://www.nih-janis.jp/）への参加も検討されてはいかがでしょうか？必要事項を入力すれば各種サーベイランスデータが得られますし、他施設との比較も可能ですので、一度ご検討ください。

４）アウトブレイクへの対応について

・**（看護師・吉田乃里子）**昨年、ノロの発生を契機にＩＣＴがチームとして上手く機能しはじめたという報告がありました。（用語の定義、対応手順、緊急時対応、職員教育など実践しながら体制やマニュアル整備も進んでいった経過が十分に伝わる報告内容でした。）

・**（臨床検査技師・小野　保）**ノロウイルスのアウトブレイクをきっかけに、アウトブレイクの対応体制が整えられていました。アウトブレイクへの対応は、発信元である検査部、病棟の現場でアウトブレイクを発見できるか否かが重要です。アウトブレイクの定義をきちんとし、早期に発見、対応できる耐性を確立、維持してください。

以上

院内感染対策チーム設置・活動支援アドバイスレポート

社団法人京都私立病院協会
院内感染対策相談支援部員　医師ﾘｰﾀﾞｰ　藤田　直久

支援実施日／平成２３年１月２６日（水）１４：００～１６：００
支 援 病 院／Ｅ病院
支援実施者／藤田直久（医師・リーダー）、小阪直史（薬剤師）、
野路加奈子（看護師）、小野　保（臨床検査技師）

１　ＩＣＴの設置について

・ICT が設置され、多職種により構成され、さまざまな活動がおこなわれていることは評価に値します。職種間の連携をより一層緊密にすることで、各部門で持つ感染に関する情報を有機的に活用できるのではないかと思います。感染対策は、とかく看護師中心の活動になり、医師や薬剤師、検査技師は傍観者であることが多いのですが、より積極的な関与が期待されます。
・グループには感染管理認定看護師が 2 名おられると聞いておりますので、グループ内で活躍できる場面も多いかと推察され、是非人材の有効活用をご検討ください。

２　ＩＣＴの活動について

１）院内ラウンドについて

・ラウンドの頻度（年 2～4 回程度で十分）、内容、評価方法（複数の目、一定の評価基準など）について再考されてはいかがでしょうか。ラウンド後に出てきた問題点を改善するためには、時間と費用が必要となりますので、その問題点について感染対策委員会で解決できるような流れが必要かと思います。また、その年のテーマを決めて、ラウンドされるのも良いかと思います。
・電子カルテがあり、グループに SE の方がおられるので、デジタルで管理できるものは極力デジタル化することで、統計処理やグラフ化が容易になると思います。

２）院内スタッフへの感染防御について

・病棟を回らせて頂いた範囲内では、各委員からの指摘にもありますように、消毒剤の濃度あるいは暴露、感染性廃棄物の廃棄方法や廃棄容器等について、またインフルエンザや HBV などのワクチン接種を含め、職員の安全が確保されるようより一層の配慮をお願いします。
・電子カルテがあり、個々の職員が ID とパスワードを取得されておりますので、電子カルテ上で、職員の研修会の出席やワクチンの接種や抗体獲得状況等を管理するのもひとつかと思われます。

３）サーベイランスについて

・手指衛生に関するサーベイランス（消毒剤使用量）は、是非このまま継続され、現場に還元してください。直感的にわかるような数値（一日患者１人あたりの手指衛生回数）で、病棟毎に集計すると、現場の人にはわかりやすく、比較も可能です。

・カテーテル関連血流感染症などの感染症サーベイランスに限らず、耐性菌検出や適正抗菌薬使用状況のサーベイランスなどを実施されることをお勧めします。カルバペネム系抗菌薬の使用が多いとの印象をうけました。使用抗菌薬と血液培養実施など、他部署との連携によるサーベイランスを実施することで、自施設の実態が明らかとなり、その結果を還元することで適正使用につながってゆくと考えます。

・分離菌集計については、外部委託の検査センターからデジタルデータでもらい、それを加工するのが時間の節約になり、間違いもないかと思います。

・サーベイランスの記入シートも紙ベースではなく、電子カルテ上でできるようにすれば、容易に集計もできますので、一度ご検討ください。

４）アウトブレイクへの対応について

・対応に関してはマニュアル化されておりました。アウトブレイクの定義あるいはICTが介入する基準などを設けておくと、報告しやすく、ICTも動きやすいかと思いますので、ご検討ください。

［各部員からのアドバイス］

１　ＩＣＴの設置について

・（看護師・野路加奈子）小規模病院ながらICC（ICT）・看護部感染委員・コアナースを設置され、毎月のニュースの発行やラウンドなど、感染対策への高い意識が見受けられ素晴らしい事だと思います。

・現場での役割モデルとして更に、看護部感染委員・コアナースの教育を検討いただけたらと思います。

・グループに２名所属されているCNIC（感染管理認定看護師）の有効活用を、ぜひご検討ください。

・（臨床検査技師・小野　保）適切に設置されていました。

２　ＩＣＴの活動について

１）院内ラウンドについて

・（薬剤師・小阪直史）輸液調製について

１．薬局内の専用の部屋にクリーンベンチおよび安全キャビネットが配置されており、抗がん剤の無菌調製を実施しておられました。今後、無菌調製の品質確保の観点から、HEPAフィルターの管理やベンチ内のクラス100環

境の確認についてもご検討いただければと思います。

2．病棟での輸液調製時において、手袋・マスクなどの着用ができていない部署があるようでした。穿刺部のアルコール消毒、調製台の生理整頓・清掃の手順など含め、病棟での輸液調製に関するマニュアルを ICT、看護部、薬局の協力で作成いただければと思います。

・抗菌薬について
毎月の使用量集計や広域抗菌薬などの使用届出を実施されていました。これらのデータを ICT 活動にリンクさせていただければさらに良いかと思われます。例えば、使用届の用紙に感染のフォーカスからの培養検査実施状況などの項目を追加いただき、その結果に基づいた狭域抗菌薬への変更（de-escalation therapy）が可能であるかについて ICT ラウンドの際に評価・検討などいただければと考えます。

・**（看護師・野路加奈子）**毎月全部署を回られるのはかなりの労力がかかり、負担ではないでしょうか？
看護部は看護部感染委員・コアナースがラウンドする
ＩＣＴは全体的にポイントを決めてラウンドする
年に 3 回 2 カ月続けて同じ担当者がラウンドを行い前後の評価をする
など、負担の少ない方法や、ラウンド内容をご検討いただいても良いのではないかと思います。

・**（臨床検査技師・小野　保）**環境ラウンドを中心にチェック表を利用しフィードバックするシステムが確立されていました。チェック表を利用した環境ラウンドは、一定の水準で改善されれば、毎月行う必要はないと感じられました。今後は、環境ラウンドを年間に 1、2 度実施し、他の月については、何かターゲットを決め（例えば、広域抗菌薬使用患者さん、デバイス挿入患者さん、耐性菌検出患者さん、血液培養陽性患者さんなど）ラウンドをされるのも良いかと感じられました。

・検査作業時の防御具の着用や廃棄物の処理など正しく実施されていましたが、検査室内の作業場所が限られており、検体処理を行う領域と事務処理を行う領域が分けられていませんでした。限られた空間ですが、できるだけ配置などを工夫し区別されることをお勧めします。

・医療関連感染で重要な微生物検査は全面的に外部業者に委託されていましたが、連絡体制が確立されていました。今後も委託業者との連絡を密にし、医療関連感染の防止と感染症治療への貢献を期待します。

・迅速検査（グラム染色、迅速抗原検査キット）の体制が整えられていました。

グラム染色を有効に利用し感染症初期治療に役立てると共に広域抗菌薬の使用減少に役立てていただければ良いと感じました。

２）院内スタッフへの感染防御について

・**（薬剤師・小阪直史）**消毒剤について
薬剤科からの払い出しデータより毎月の使用量集計を実施されており、病棟での在庫数も適切に管理しておられました。ICT でこのデータを活用され、院内ラウンドの際に消毒剤別の適正使用チェックを実施されてはいかがでしょうか。例えば希釈が必要な消毒剤は適切な濃度での使用、浸漬時間，希釈後の使用期限や保管状況の確認，また高水準消毒剤を使用している部署ではインジケータなどによる濃度確認の実施状況や管理簿の記載などについても併せてご確認いただければと思います。

・**（看護師・野路加奈子）**可愛いポスターや様々な感染対策への啓蒙など、感染対策活動の活発さが見受けられました。
・消毒剤の噴霧は人体毒性を考え、中止して下さい。（環境クロスなど安価なアルコールクロスも様々に存在しますのでご検討ください）
・生食ロック用の生食は単包の物を推奨します。
・針捨て BOX の『キンダリー』はグループで統一という事ですが、針刺しの危険も高く、今後変更をご検討いただいた方がいいと思います。
・点滴調整のマニュアルなど、感染対策を重視した『手順・基準』などがあれば更に感染対策へのスタッフの意識も高まると思われます。
・針刺し損傷事例が殆どないというのは素晴らしい事だと思いますが、報告がしにくい･･･という事はないでしょうか。もう一度御検討下さい。

・**（臨床検査技師・小野　保）**使用後の注射針の処理に問題がありました。注射針使用後の着脱、点滴終了後の針の切り取りによる分別破棄は、大変危険です。直ちに大型のペールボックスを必要部署に配置し、注射・点滴終了後、そのまま破棄されることをお勧めします。

３）サーベイランスについて

・**（看護師・野路加奈子）**手指消毒剤・石鹸サーベイランスなど行われていて素晴らしいと思います。
今後はそのデータを「いつ・どのように」フィードバックするかが大切になってくると思われます。
例）（使用量÷延べ入院患者数）÷1 回の適正使用量＝入院患者 1 日あたりの使用量
などで計算され、各部署へコメントを付けて返されるなど。
・「血流感染サーベイランス」が多くないようであれば「尿道留置カテーテル感染」「手術部位感染」など、貴院で最もハイリスク・ハイボリュームだと

思われるものにターゲットを絞ってサーベイランスを行われた方がいいかと思います。

・**（臨床検査技師・小野　保）**耐性菌サーベイランス（週報、月報など）、アンチバイオグラム表の作成は正しく実施されていました。継続して実施されることをお願いします。集計用の検査データは手入力をされているとのことでしたが、外部委託業者と交渉しデジタル化されたデータを提供いただけるようにする事をお勧めします。集計作業に時間を取る事より、集計されたデータを有効利用する事に力をいれられることが重要と感じました。集計されたデータを有効に利用するため、感染症診断において最重要である血液培養結果に注目し、重症または難治性の感染症が発生していないか、適切に治療薬が選択されているかなどを確認する体制を作られることを実践すれば広域抗菌薬の使用減少にも繋がるのではないかと感じました。
他のサーベイランス（血管留置カテーテル関連感染、手術部位感染など）は、微生物検査結果などを参考に問題のありそうな部署を限定し、可能なところから実施することをお勧めします。また、訪問させていただいた際にはお話をしませんでしたが、厚生労働省の院内感染サーベイランス事業（http://www.nih-janis.jp/）への参加も検討されてはいかがでしょうか。必要事項を入力すれば各種サーベイランスデータが得られますし、他施設との比較も可能ですので、一度ご検討ください。

４）アウトブレイクへの対応について

・**（看護師・野路加奈子）**アウトブレイク時の連絡や対応などマニュアル化されており、素晴らしいと思います。
・アウトブレイクについて「１部署で２名以上発症の場合」など具体的なアウトブレイクの定義を決められた方が、各部署から報告をしやすいのではないでしょうか。

・**（臨床検査技師・小野　保）**ノロウイルスのアウトブレイクをきっかけに、アウトブレイクの対応体制が整えられていました。アウトブレイクへの対応は、発信元である検査部、病棟の現場でアウトブレイクに発見できるか否か重要です。アウトブレイクの定義をきちんとし、早期に発見、対応できる体制を確立、維持してください。

以上

院内感染対策チーム設置・活動支援アドバイスレポート

社団法人京都私立病院協会
院内感染対策相談支援部員　医師ﾘｰﾀﾞｰ　清水　恒広

支援実施日／平成２３年１月２７日（木）１４：００～１６：３０
支 援 病 院／Ｆ病院
支援実施者／清水恒広（医師・リーダー）、竹田和也（薬剤師）、
林田真由美（看護師）、林　彰彦（臨床検査技師）

【講評】（医師　清水恒広）

1.　ICT の設置について

支援の時点では正式に ICT を組織しておられませんでしたが、感染対策委員会のメンバーがまさに ICT が行うべき活動をしておられ、実質的には ICT 活動は行われています。今回の支援の目的は ICT をまず設置していただくことにありますので、そのメンバーや活動内容などを盛り込んだ ICT 規約を作成するだけで設置は完了します。病院の皆様は、病院の規模が小さく、感染対策委員会が ICT の役割を担って活動しているため、設置する必要はないのではないかとお考えのようでしたが、ICT メンバーは、感染対策委員会のメンバーと一部重なったとしても、各部署で発生する種々の感染対策上の具体的問題点に臨機応変に対応できるように、動きやすいスタッフを中心に、感染対策委員会よりも少人数で組織しておくものと考えられています。いわば感染対策委員会の実働部隊です。感染対策委員会のすべての人が常に行動を共にして各部署での問題にあたるということは通常不可能ですし、本来この委員会は、感染対策事項の最高の決定機関として機能すべき委員会ですので、種々の実際的な活動は、ICT が核となり各部署に対応するという体制構築が必要と考えます。ICT のメンバーとしては、貴院の規模ですと、医師１名、看護師２名、薬剤師１名、臨床検査技師１名（+事務員１名）程度が適切でしょうか？通常業務でお忙しいでしょうが、ICT のメンバーとして、外部での研修会参加や書物ネットを通じた感染対策最新情報の収集が常に求められます。

2.　ICT の活動について

1）　院内ラウンドについて

院内で作成されたチェックリストに基づき、各部署を丹念にラウンドされています。全部署のチェックリストを作成してはいませんが、全般的にチェック項目は網羅されています。全委員で全部署をラウンドする必要はなく、委員を小グループに分け分担すれば時間の節約になります。毎月のラウンド毎に詳細な報告書が作成され、その中では現状を示し問題点を指摘した上で改善点が提案されており、その対応は十分評価できます。しかし、

毎月のチェックリスト評価を拝見しますと、「リキャップ禁止」「共有器具使用後の消毒」「シンク周りの清掃と整備」「一処置一手指消毒、必要時のエプロン装着」など、十分遵守の達成できていない項目がいくつか見られます。これらの項目については重点的に対策を検討してください。

2) 院内スタッフへの感染防御について

新人職員に対する感染対策研修を始めとして、全職員対象の研修会、DVDによる伝達学習、針刺し対策の検討、血液培養手技の検討、VRE 対策学習会など職員への教育啓発は頻繁に行われており評価できます。しかし、VREやノロウイルス対策に必要な、オムツ交換や吐物処理などの手順を実際に遂行できるかどうかはわかりません。各職員が正しく実践できるように、実技トレーニングを是非研修会に取り入れていただきたいと思います。

3) サーベイランスについて

勢力的に種々のサーベイランスを実施されていますが、提出された資料によっては、数値を算出する意味や算出方法について理解しづらいものがありました。たとえば、「4 階病棟の分離率　2010。0422 検査課」とされたものですが、ここでは MRSA、緑膿菌、セラチアの分離率が提示されています。MRSA が多剤耐性菌であるのに対し、緑膿菌やセラチアは必ずしも多剤耐性菌を示していないはずです。これらの分離率を同様の感染対策上の観点からの指標としては扱いにくいように思います。一度ご検討をお願いします。また、分離率の算定方法が不明確です。MRSA 分離率の場合、通常 1 カ月間に検出された全黄色ブドウ球菌（MSSA+MRSA）のうちに占める MRSA の割合で示されますが、これに則ったものでしょうか？ご確認をお願いいたします。

4) アウトブレイクへの対応について

アウトブレイクの対応規定は 2007 年 11 月 24 日制定ないし改定されていますが、定義や対応について記載が不十分であるように思われます。今回の支援前に当協会から配布しております、「ICT 設置・活動支援の実施手順」にその内容が記載されておりますので参考になさってください。

最近 VRE の集団検出があり、最大で 9 名の保菌者が見られたものの徐々に減少しているとのことです。すべての患者における標準予防策の再確認、接触予防策の強化、保菌者の個室ないしコホート隔離、他院や他施設からの転院患者での VRE スクリーニングなどを続けていただき、保菌者をゼロに近づけつつ、保菌者の早期探知に努めてください。どの施設でも市中からの多剤耐性菌の施設内流入は続きますので、早期に探知し施設内で伝播させないことが最も重要です。保菌者を一人でも管理している間は、管理している病棟の全入院患者に対して、定期的に（例えば 1 から 3 ヶ月に 1 度程度）保菌検査を行うことをお勧めします。隔離できているからと安心はなさらずに、その病棟での感染対策遵守の検証になりますので是非ご検討をお願いいたします。

［各部員からの報告内容］

1　ICT の設置について

・（看護師・林田真由美）医師、検査技師、薬剤師、看護師（看護部門の感染対策の中心となる責任者を任命）、事務部門の各 1 名より構成されるチームを編成され、月 1 回のペースでも 4 名の都合のよい日を調整し実施されることを推奨します。看護部門に関しては、現在も各部署の中心となる方が参加されての協力体制が出来上がっていますので、看護部独自のラウンドを別途実施されることも効果的かと思います。主に、環境・感染防止の技術的・手技についてのチェック・評価、その場でのアドバイス、文書による指摘・報告等されてはいかがでしょうか。

・（臨床検査技師・林　彰彦）ICT の設置は現在までありませんが、感染防止委員会を中心とした医師・看護師・薬剤師・検査技師等による、ラウンドを中心とした感染防止のための活動は充分実績を積んでいます。目標を明確にして不十分なところを改善・実行すればそのまま ICT 活動になると考えます。

2　ICT の活動について

1）院内ラウンドについて

・（看護師・林田真由美）ICT ラウンドの目的を院内感染の潜伏の早期発見と重症化等個別事例に対する評価・治療アドバイスということでもよいかと思います。
ICT ラウンドでは、主に①現在の課題（耐性菌感染患者の臨床所見チェック・感染症評価・治療効果②院内全体の主要な細菌の検出状況に基づく分析とそれに付随する調査等に的を絞られてもよいかと考えます。
そのためには、薬剤師の薬剤使用状況・感受性等のデータ分析と現場での意見、臨床検査技師の細菌検出状況と症例に関するデータ・報告書に関する意見等、ICT には必要不可欠なメンバーであると思います。ICT ラウンドと看護部ラウンドの結果については共有できるように調整が必要です。

・（臨床検査技師・林　彰彦）最初は看護師を中心に薬剤師や検査技師が加われば、看護面・抗菌薬の面・細菌検査の面からと、異なる見方と改善方法が提案できるのではないでしょうか。

2）院内スタッフへの感染防御について

・（看護師・林田真由美）職員に対する主要なウイルス抗体価とワクチン接種はなされています。安全機材に関しても導入されています。一点、採血に関して、病棟でも真空採血を推奨して下さい。

・（看護師・林田真由美）補足

1．感染防止対策の手技・教育について

1）VRE 保菌者等の対応として、経管栄養の手順（洗浄・保管等）について、二つ並んでいる流しコーナーを、手洗い・その他の用途と分けて、1か所は経口用準備機材専用とされること

2）おむつ交換車を工夫し設置されています。汚染オムツの廃棄ボックスと手袋等材料の配置が近接しているため、汚染される可能性が極めて高いです。廃棄ボックスの位置の工夫（現場にてアドバイスさせていただきました）と汚染手袋専用廃棄ボックスの設置も必要です

3）おむつ交換の手順について、スタッフへの実習形式での研修会を開催されることを奨めます。確実に各々のスタッフが身につけるためには、実習・体験学習は効果的かと考えます。

4）栄養課（厨房）の手指衛生における爪ブラシの管理について
（個人用を置くように保健所からの指導があったとの質問）
個人用を設けることではなく、消毒・乾燥されたものを使うことが重要です。中央滅菌室にて消毒・乾燥とし、使用毎に汚染ボックスに入れてリユースする、又は安価な物を使い捨てにする等方法で検討されてはいかがでしょう。

・**（臨床検査技師・林　彰彦）**リキャップについては問題点として把握されていますので、実行にうつすための意識改革が必要と思います。他施設のリキャップ状況を見学し施設内で発表する方法も有効かと思います。尿や便から感染する耐性菌も、処置などに伴うガウンや手袋の使用方法を基礎から学べば有効かと思います。

3）サーベイランスについて

・抗菌薬の届け出制度について**（薬剤師・竹田和也）**
届け出が行われている数や率を完全には把握されていないように見えました。しかし投与期間が 2 週間を超えるとチェックする体制があるのは良かったです。ただ、不必要な投与を防止するという観点からは、あまり機能していないとも思われました。各種ガイドラインでは入院・入所歴があると広域抗菌薬が推奨されており、どうしても使用量は増えますが、外注先と協力して院内で検出される細菌をまとめ *P。aeruginoza* の頻度を考慮されてはどうでしょうか。

・MRSA 感染症治療薬の TDM 実施について
バンコマイシンなどの MRSA 感染症治療薬は､外注でもよいので TDM を実施することでより適正に使用されます。TDM 実施率や測定を依頼しても行わない医師を ICT で把握し対策を練る必要があります。対策例としては、文献検索もよいですが自院の例が説得に有効なので、TDM 実施の有無による有効性・安全性・経済性を比較するか、TDM を実施して利点があった症例

を紹介されてはいかがでしょう。また、院外講師を招いて講演してもらうなども有効です。また、薬剤の増減や薬剤の選択の提案は MRSA の MIC を参考にされるとよいと思います。

・TPN 抗・がん剤の調整について
TPN や抗がん剤は薬剤師が無菌的に調整するのが一般的です。クリーンベンチを購入し薬剤師の数（Ns が実施してもよい）を増やすなど実施できる環境作りを病院管理者の方は検討してください。調整にかかる Ns の手間削減や院内感染の防止に有用です。ICT としては中心静脈カテーテル感染サーベイランスを集計し機能させると根拠立てて導入ができそうです。

・抗菌薬の使用量の調査について
抗菌薬の使用量をまとめられており、ペニシリン系の使用が多く一見適正にみえます。しかし、ゾシンなど広域に作用する薬剤をひとまとめにしてしまうと、評価しづらくなります。長年同じ分類で調査していると新しくしにくいと思いますが、必要が生じれば思い切って分けられてはいかがでしょう。また、検査室と協力してアンチバイオグラムを作成し、使用量と比較するとより効果的な考察が可能となります。

・UTI サーベイランスについてご質問がありましたが、サーベイランスを実施するにあたっては、判定基準の標準化が必要です。NNIS（米国院内感染サーベイランスシステム）などの判定基準を参考に菌量や無症候性の扱いなどを統一した上での判断が必要です。また、サーベイランスは実施する目的が重要なので、小規模施設と大規模施設の数値をそのまま比較しても有効かどうか個人的な疑問があります。実施する目的を明確にし、バルンの無駄な長期挿入を無くす目的なら長期挿入者を対象にすることや、挿入時の手技を見直すためのツールにするなら、短期間での感染者を拾い上げるなどすれば役立つデータになりそうです。

・**（看護師・林田真由美）**BSI に関して、感染率がやや高いと思われます。感染診断の精度もあるかも知れませんが、結果については現行の手技・手順等を評価し、見直しのためのデータとして活用することが重要です。結果、分析・評価については現場スタッフへ還元し、手技の見直し等、強力をいただくための根拠とできます。

・**（臨床検査技師・林　彰彦）**サーベイランスも実施されています。しかしその評価（他施設と比べて多いのか否か）は充分ではないと見受けられました。ベンチマークができれば意識も向上するかと思われます。

４）アウトブレイクへの対応について

・**（看護師・林田真由美）**細菌検査結果による分析と報告システムはできていると思います。細菌検査提出に至らない段階での「何か、下痢の人が多くない？とか風邪症状の患者が増えてない？」等、日常の臨床現場におけるスタッフの気付きの段階での気軽な相談・報告（看護師長・主治医⇒ICD 的役割の医師等）のできる体制も必要かと思います。

・**（臨床検査技師・林　彰彦）**検査結果を把握し迅速に対応する必要があります。外注先と院内の窓口を明確にし、院内感染の原因となる菌の発生を検査室で早期に把握できるように、臨床細菌についても勉強されることを望みます。

以上

ICT設置・活動支援施設への実地支援後のアンケート結果

【A病院】

回答者数：4名

1．回答職種

単位：人

医師	薬剤師	看護師	臨床検査技師	事務	その他	合計
0	1	3	0	0	0	4

2．ICT設置・活動支援事業について

a）感染対策チームの対応

単位：人

大変良かった	だいたい良かった	ふつう	あまり良くなかった	良くなかった	合計
1	3	0	0	0	4

b）感染対策チームからのアドバイス内容

単位：人

大変よく理解できた	だいたい理解できた	何となく理解できた	理解できない所があった	ほとんど理解できなかった	合計
1	3	0	0	0	4

c）訪問時間

単位：人

ちょうど良い	少し長い	少し短い	長い	短い	合計
3	1	0	0	0	4

d）支援を受けて

単位：人

大変参考になった	かなり参考になった	まあまあ参考になった	少しは参考になった	ほとんど参考にならなかった	合計
1	2	1	0	0	4

3．参考になった点

・疥癬は、浴槽以外の職員と患者がクロスするところを見直す必要があること
・ICTラウンドの構成員を他職種で構成する必要性
・HB肺炎の検査やワクチンの接種等によるアドバイス
・当院のICT委員会の構成メンバー（全て看護師職のリンクナース）の偏りを職種横断的に構成すべきこと
　→メンバーの再編と活動内容の整備に即着手することができた
・啓蒙のためのICTニュース発行について、今後検討し実施していきたいと思った
・サーベイランスに関して、耐性菌に対する抗生剤（カルバペネム、第四世代セフェム）の投与について、
　院内抗菌薬使用基準に追加する

4．参考にならなかった点

・特になし

5．またの機会があれば、ICT設置・活動支援を希望しますか？

単位：人

希望します	希望しない	無回答	合計
4	0	0	4

・定期的ではなく、なにか新しい発見があった場合、希望する。

6．その他、今回の感想や当協会の院内感染対策推進事業への要望等

・対応に困ったときは、直接協会へ質問してよいとのお返事をいただき、心強く感じた。
・他院での感染対策等で参考になることを情報として教えていただきたい。
・現場からの率直な意見が聞けて良かった。

【B病院】

回答者数:4名

1. 回答職種

単位:人

医師	薬剤師	看護師	臨床検査技師	事務	その他	合計
1	1	1	1	0	0	4

2. ICT設置・活動支援事業について

a)感染対策チームの対応

単位:人

大変良かった	だいたい良かった	ふつう	あまり良くなかった	良くなかった	合計
4	0	0	0	0	4

b)感染対策チームからのアドバイス内容

単位:人

大変よく理解できた	だいたい理解できた	何となく理解できた	理解できない所があった	ほとんど理解できなかった	合計
2	2	0	0	0	4

c)訪問時間

単位:人

ちょうど良い	少し長い	少し短い	長い	短い	合計
2	1	1	0	0	4

d)支援を受けて

単位:人

大変参考になった	かなり参考になった	まあまあ参考になった	少しは参考になった	ほとんど参考にならなかった	合計
4	0	0	0	0	4

3. 参考になった点

・感染対策意識について全職員への啓蒙の重要性
・一次洗浄は中央へ
・消毒用アルコール綿の単包化
・感染対策チームの運営について
・廃棄物(針)容器の整備
・職員への安全の重視
・最新の耐性菌の動向に注意する(メタロ・β・ラクタマーゼ産生菌など)
・当院でのクリーンベンチの導入についての問題点及び対応方法
・薬剤師でできる範囲での資料作成、現状把握の必要性
・薬剤師としての介入方法
・ICTが介入した記録の蓄積
・勉強会の参加に関しての具体的な回数など、年間計画の必要性

4. 参考にならなかった点

・院内ラウンド時の資料(患者把握のための)の作成方法やデータの管理方法(各職種での分担など)。

5. またの機会があれば、ICT設置・活動支援を希望しますか?

単位:人

希望します	希望しない	無回答	合計
4	0	0	4

6. その他、今回の感想や当協会の院内感染対策推進事業への要望等

・感染に対する情報を知りたい場合、どこに連絡したらよいか。
・スタッフ一同、新たに改善に向けて取り組み、病院として意識の変革がみられた。

【C病院】

回答者数:9名

1. 回答職種

単位:人

医師	薬剤師	看護師	臨床検査技師	事務	その他	合計
1	1	3	1	2	1	9

2. ICT設置・活動支援について

a)感染対策チームの対応

単位:人

大変良かった	だいたい良かった	ふつう	あまり良くなかった	良くなかった	合計
3	6	0	0	0	9

b)感染対策チームからのアドバイス内容

単位:人

大変よく理解できた	だいたい理解できた	何となく理解できた	理解できない所があった	ほとんど理解できなかった	合計
2	6	1	0	0	9

c)訪問時間

単位:人

ちょうど良い	少し長い	少し短い	長い	短い	合計
3	6	0	0	0	9

d)支援を受けて

単位:人

大変参考になった	かなり参考になった	まあまあ参考になった	少しは参考になった	ほとんど参考にならなかった	合計
4	3	2	0	0	9

3. 参考になった点

・職員の抗体保有チェックの必要性
・蓄尿の廃止
・流水手洗い後の乾燥
・エプロンの着脱・汚物処理の実地練習の必要性
・テキサント、アルコールの噴霧の危険性(2)
・テキサントの使用方法と注意事項
・消毒剤の保管、使用方法(2)
・手指消毒液の期限管理
・薬剤科で見落としていた点などを、ラウンドを一緒にまわることで明確になったこと
・病棟での蓄尿が感染面から中止の傾向になってきていること
・次亜塩素酸ナトリウム液は1日で効力がなくなってしまうため、毎日交換が必要であること
・処置時はディスポエプロンを着用した方がよいこと
・手洗いしすぎると手荒れを起こして感染することがあるので、上手に速乾性消毒薬を使用している方が手荒れが少ないこと
・感染症防止のために、蓄尿は多剤耐性線濃菌等の感染源となるので、どうしても必要な場合を除き、行わないことを勧められたこと

4. 参考にならなかった点

・エコープローブの消毒に関する質問で「アルコールが使用できないならば、次亜塩素酸ナトリウムも使用できない」「他の病院でもそれぞれ工夫している」とのことでしたが、例えばどんな工夫がなされているかについて、次亜塩素酸の代わりに何が使えるのか等、更に具体的な例を多く述べて欲しかった。

5. またの機会があれば、ICT設置・活動支援を希望しますか？

単位：人

希望します	希望しない	無回答	合計
8	0	1	9

1～2年に1度程度希望する

＜希望する理由＞

・自院では気付かない点を指摘してもらえるから

・コストのかかる対策の根拠を提示しやすいから

6. その他、今回の感想や当協会の院内感染対策推進事業への要望等

・現在ノロウイルスが散発し気をもんでいた最中に、「症状から感染症を早めに見つけ出す」ことで院内感染症拡大を予防することを話されていて、即医師にこの話をした。第三者の視点での意見を大切にして向上に努めていきたい。

・分からないことや気付かず行っていることがあると思うので、今後も支援を希望する。

・質問しやすい雰囲気であり、聞きたいことが聞けた。

・常時布製エプロンを着用することについてのエビデンスはないことについて多少理解していたが、様々問題もあり、今後の検討課題にしていきたい。

【D病院】

回答者数:5名

1. 回答職種

単位:人

医師	薬剤師	看護師	臨床検査技師	事務	その他	合計
1	1	1	1	1	0	5

2. ICT設置・活動支援について

a)感染対策チームの対応

単位:人

大変良かった	だいたい良かった	ふつう	あまり良くなかった	良くなかった	合計
5	0	0	0	0	5

b)感染対策チームからのアドバイス内容

単位:人

大変よく理解できた	だいたい理解できた	何となく理解できた	理解できない所があった	ほとんど理解できなかった	合計
4	1	0	0	0	5

c)訪問時間

単位:人

ちょうど良い	少し長い	少し短い	長い	短い	合計
5	0	0	0	0	5

d)支援を受けて

単位:人

大変参考になった	かなり参考になった	まあまあ参考になった	少しは参考になった	ほとんど参考にならなかった	合計
5	0	0	0	0	5

3. 参考になった点

・イソジン、綿球などディスポを使用すべきこと
・中央材料室のなかで清潔、不潔物品の流れが交差しているところがあり、作業の流れを把握し、清潔、不潔区域を分けること
・毎回ラウンドのテーマを変えて変化を持たせる
・単包の使い捨ての製品を勧められたこと(現在のカスト、ケッテル、万能つぼなどに対して)
・針捨てBOXは、シリンジや輸液ルートを切り離さずそのまま廃棄できるような大きいものを使用すること
・おむつ交換時、常にビニールエプロンを使用すべきこと
・ウロメセル、蓄尿に対し、本当に必要か問われたこと
・手術室に関するアドバイス
・質問したことについて、全て適切で実際的なアドバイスをいただけたこと
・ラウンドをする時の見るべきポイントについて
・今後のICT活動の方向性について
・MRSA保菌患者への対応

4. 参考にならなかった点

・特になし

5. またの機会があれば、ICT設置・活動支援を希望しますか?

単位:人

希望します	希望しない	無回答	合計
5	0	0	5

6. その他、今回の感想や当協会の院内感染対策推進事業への要望等

・経営者へ直接ラウンド後の結果(アドバイス)を伝えていただけると嬉しい。
・コストがクローズアップされるので、良い商品(シングルユースのもの)を質の保証がある状態で使えない。職員を守るという点からも経営側も含めて啓蒙して欲しい。
・今回の指摘を契機により良い方向へ向かっていけたらと思う。
・今回の支援で色々と参考になりました。それと同時に他の病院での感染対策に興味が出てきた。当院のICTが他院の病院の中を見学できればと思う。

【E病院】

回答者数：2名

1．回答職種

単位：人

医師	薬剤師	看護師	臨床検査技師	事務	その他	合計
0	0	1	0	1	0	2

2．ICT設置・活動支援事業について

a）感染対策チームの対応

単位：人

大変良かった	だいたい良かった	ふつう	あまり良くなかった	良くなかった	合計
1	1	0	0	0	2

b）感染対策チームからのアドバイス内容

単位：人

大変よく理解できた	だいたい理解できた	何となく理解できた	理解できない所があった	ほとんど理解できなかった	合計
1	1	0	0	0	2

c）訪問時間

単位：人

ちょうど良い	少し長い	少し短い	長い	短い	合計
2	0	0	0	0	2

d）支援を受けて

単位：人

大変参考になった	かなり参考になった	まあまあ参考になった	少しは参考になった	ほとんど参考にならなかった	合計
1	1	0	0	0	2

3．参考になった点

・生食ロックの50ccの使い分けは中止した方が良いこと
・シオ・エタを清拭時スプレーで使用していたが、吸入の危険があるため中止した方が良いこと（2）
・ミキシング時の手袋、マスク装着
・抗生剤の使用状況の適正化

4．参考にならなかった点

・特になし

5．またの機会があれば、ICT設置・活動支援を希望しますか？

単位：人

希望します	希望しない	無回答	合計
2	0	0	2

6．その他、今回の感想や当協会の院内感染対策推進事業への要望等

・特になし

【F病院】

回答者数：10名

1．回答職種

単位：人

医師	薬剤師	看護師	臨床検査技師	事務	その他	合計
1	1	5	1	1	1	10

（放射線技師）

2．ICT設置・活動支援事業について

a）感染対策チームの対応

単位：人

大変良かった	だいたい良かった	ふつう	あまり良くなかった	良くなかった	合計
8	2	0	0	0	10

b）感染対策チームからのアドバイス内容

単位：人

大変よく理解できた	だいたい理解できた	何となく理解できた	理解できない所があった	ほとんど理解できなかった	合計
5	5	0	0	0	10

c）訪問時間

単位：人

ちょうど良い	少し長い	少し短い	長い	短い	合計
9	0	1	0	0	10

d）支援を受けて

単位：人

大変参考になった	かなり参考になった	まあまあ参考になった	少しは参考になった	ほとんど参考にならなかった	合計
3	6	1	0	0	10

3．参考になった点

・現状では、力が分散し、成果が見えにくいのではないか。医師・薬剤師・看護師・検査技師各1名ずつでICTを設置してはどうか。その下にICTに協力していくリンクナースをおき、現場での問題、困っていることを重点的に、集中的にしてはどうか。保菌なのか、感染症なのか診断各部門で何ができるのか、評価できていない。評価する人を決めること。

・MRSAによる感染症が判明した時、もしくは疑いを持って投薬開始の時、当院ではまずﾊﾞﾝｺﾏｲｼﾝ。そうではなく、各々のMICを鑑みて他にﾃｲｺﾌﾟﾗﾝｲﾝ、ﾘﾈｿﾞﾘｽもあることのｱﾅｳﾝｽのやり方（薬剤師）

・例えばｶﾙﾊﾞﾍﾟﾈﾑ系ｻｲｸﾘﾝｸﾞ療法＊抗菌薬感受性テストの結果から鑑みた院内採用薬のあり方のすすめ方（薬剤師）

・感染と保菌の見極めのためにもGeckler分類を表示する。ｱﾝﾁﾊﾞｲｵｸﾞﾗﾑを作成する。ﾊﾞﾝｺﾏｲｼﾝのMICの推移をみる（検査技師）

・ラウンドからアドバイスを通してマニュアルの見直し、学習会の開催につなげることができた

・オムツ交換手順の見直し、オムツカート・汚染オムツ入れの所のつい立を清潔と不潔に分ける

・おむつ交換の学習。実際に実施してみて手順通りされているかの確認が重要なこと

・手洗いシンクと注入食洗いシンクを分ける

・何でもすぐバルンカテーテル挿入、意味のない尿測の中止

・点滴・ミキシングをクリーンな環境で実施する。時間を決めて手袋マスク着用し、一斉に実施すること。冷蔵庫に保存してもクリーンでないと意味がない。もともと高カロリー点滴は24時間かけて落としている。クリーンベンチ等で清潔にミキシングすることが大切。高カロリーの薬液の中で細菌は繁殖しにくい。

・針刺し事故防止、感染予防のため、病棟でも真空採血管の使用を。

・おしぼりの温度設定、使い捨て使用

・清掃、中材は委託されているが、管理はされているか。
・外来診察室で診察後、吹きつけアルコールではなく、クロスで拭き取る方が安価でよい
・外来・X―P等で多数の患者に使用する吸引器は逆流防止のフィルター付がある
・血流感染防ぐ為にもミキシングを薬剤師で行うこと
・尿路感染率の評価
当院はさほど高くない。バルンを挿入すれば2週間程で細菌が検出されるのは当たり前のこと。
症状がなく、感染症が発症していなければ、尿培養で細菌が検出されても定着しているにすぎず、治療しない、交換しない。交換することでさらに感染の機会が増すことになる。
・CV感染の評価
挿入前にシャワーするなど皮膚の清潔を保つことが大切
シーツも大きいものを使用し、カテーテルがはねて不潔にならないものを使用する

4. 参考にならなかった点

・薬局、薬剤部への院内ﾗｳﾝﾄﾞのあり方、当院ではTPNﾐｷｼﾝｸﾞは未実施。広域ｽﾍﾟｸﾄﾙ抗菌薬は、当院では届け出制を採用。今後のあり方と将来の電子ｶﾙﾃへ向けてのすすめ方（薬剤師）
・現場のラウンドにもう少し時間を取ってもらい、清掃方法等細かいところが聞きたかった（看護師）
・アウトブレイクの定義がいまひとつ解らない（検査技師）

5. またの機会があれば、ICT設置・活動支援を希望しますか？

単位：人

希望します	希望しない	無回答	合計
10	0	0	10

・定期的に外部のチームにチェックしていただくことが、レベルを保つのに必要（医師）
・新規に取り組んだことが間違っていないか確認できる。その時点で何が必要かを教授していただける。（ﾍﾟﾆｼﾘﾝ系ﾄﾚﾝﾄﾞの中でもTAZ/PIPCの割合の把握、TPNの必要性）（薬剤師）

6. その他、今回の感想や当協会の院内感染対策推進事業への要望等

・細菌検査は外注しており、他院ともあまり交流がないとこれでいいのかと疑問に思うことが多々ある。
実際に様子を見てもらい、適切なアドバイスを受けることができた。またの機会があれば協力をお願いしたい。

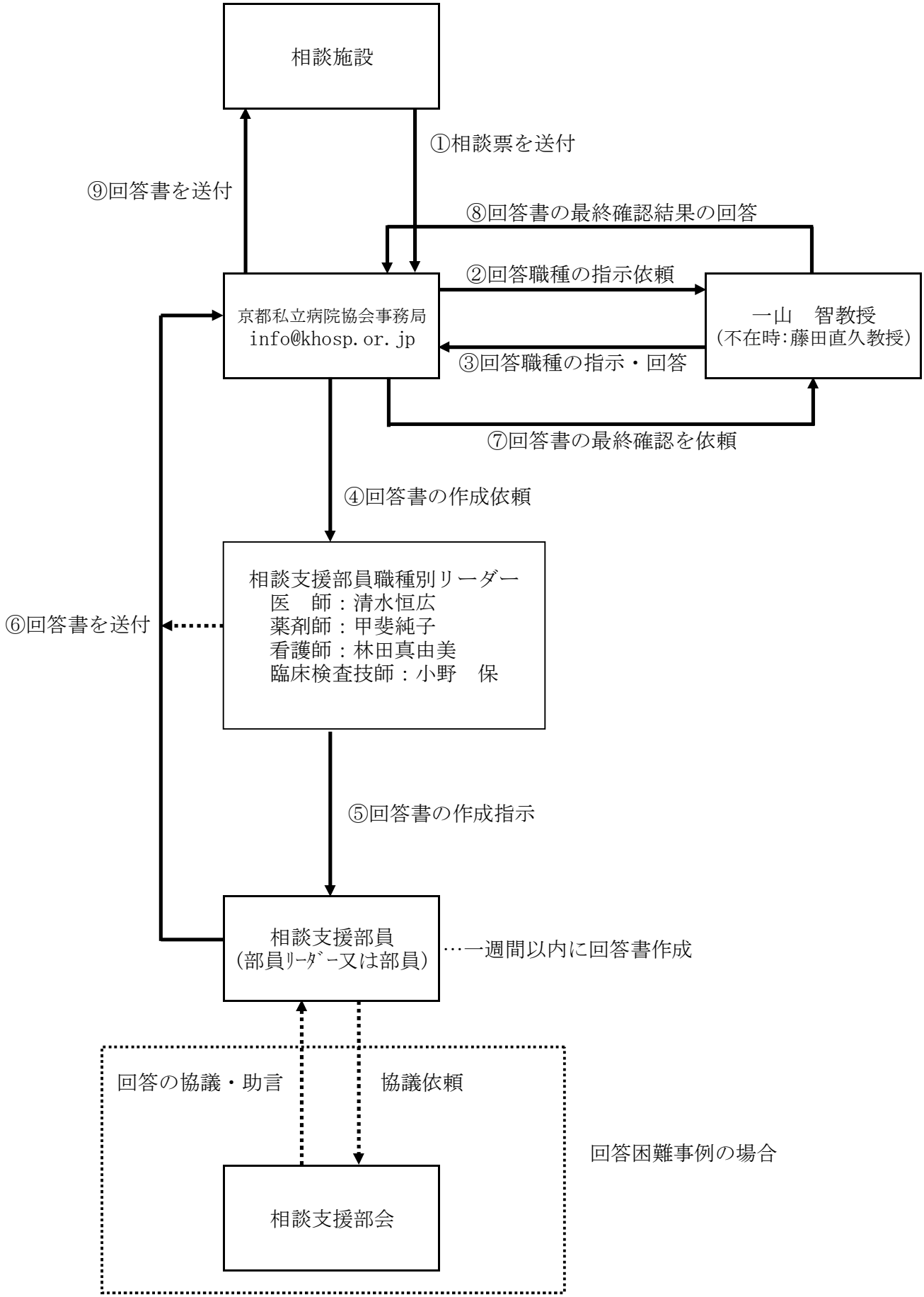
院内感染対策個別相談票

記載または該当部分に〇印を付けてください。

【施設名称】		【相談年月日		】
【記載者名】		【連絡先	内線	】
【相談の主な対象】	患者	医療従事者	施設	組織
【相談内容】（複数回答可）				
感染症一般	事例	施設内組織	環境管理	マニュアル
職業暴露	予防技術･手技	消毒・滅菌	サーベイランス	その他
【院内感染の疑いまたは保菌事例の場合】 １．発生場所･診療科（　　）２．保菌・感染者数（　　） ３．感染部位（　　）４．病原体名（　　）				
【回答を希望する職種】	医師	薬剤師	看護師	臨床検査技師

【相談内容】　＊内容を具体的に記載して下さい。

院内感染対策相談窓口　対応フローチャート



院内感染対策相談窓口　相談・回答結果、回答に対するアンケート結果

【相談内容】

当院は全床が介護療養病床の病院です。病院の性格上、排菌陽生の結核患者を受け入れて治療することはありません。しかし、他院で治療を行い排菌陰性が確認された患者を受け入れて引き続き内服治療・療養を行う症例や入院患者より結核菌が検出される症例がごくまれに存在したこともあります。

このような病状を踏まえて、入職者検診についてご助言をいただきたいと存じます。

現在当院では入職者検診での２段階ツ反を廃止しておりますが、過去に入職希望者の中に治療を要する結核感染者がいた事実があり、結核の持込防止を主目的として入職時の胸部 X-P とツ反（１回のみ）を施行しております。そこで以下の疑問点があります。

１．２段階ツ反を廃止している現状は正しい対応と言えるでしょうか？

基本的に結核患者と接する機会のほとんどない環境という前提で廃止しています。最近の傾向として医療従事者の入職者検診に対しては２段階ツ反に代わり、クオンティフェロン検査が推奨されていますが、当院の現状を考えると今すぐ全入職者にこの検査を導入することは現実的でないとも考えています。やはり有用性は劣っていても２段階ツ反をクオンティフェロン検査の代替として存続させるべきでしょうか？

２．現在、結核の持込防止に対しては胸部 X-P のみを行い画像を複数の医師でチェックすることで対応し、ツ反は全て廃止することも検討しております。

１回のみのツ反ではベースライン値として不十分であり、接触者検診などの場合は保健所の指示に従いつつクオンティフェロン検査を行う方が確実ではないかと考えています。また、入職者の強陽性者に対してより注意深く画像をチェックするという考えも、複数人の医師がチェックすることで代替できると考えます。

存続させるメリットとデメリットを含めご助言いただきたいと存じます。

【回　答】

１．入職者（職員の）２段階ツ反を廃止している現状は正しい対応と言えるでしょうか？

＊ ご指摘の通り、医療従事者の入職者検診に対しては QFT 検査が推奨されており、ベースラインとして入職時のみ実施されるのが良いと思います。

＊ 患者発生時に、暴露 2 ヶ月後に QFT を実施し、陽性になれば予防投与とする方法が良いと判断しております。これは、実際に結核患者が発生したときにベースラインがないと過去の感染なのか、今回なのかの区別がつかないということがあります。結核に感染した人の９０％は一生発症しません、しかし感染後 2 年以内にあとの 10%の半数が発症するため、2 年間という期間は重要と考えています。したがって、接触者検診も 2 年間経過を観察します。

２．入職者には、QFT と胸部レントゲン検査を実施するのが理想的でしょう。

＊ 入職時に QFT 陽性者には、胸部レントゲンを実施し、非活動性であれば予防投与をするか、あるいは経過観察とします。2 週間続く咳や、発熱を認めれば喀痰検査を含めた検査を実施します。
＊ QFT は、結核感染を９０％の感度で見つけますので、偽陰性もありますが、ツ反ほどの煩雑さと解釈の困難性はないので、QFT での対応を推奨します、
＊ １回のツ反は、ご指摘のとおり手間がかかるだけで、信頼性に欠けますので、ツ反を廃止するなら、QFT を導入されることをお勧めします。

３．勿論、入所者には十分注意されていると思いますので、結核患者が発生すれば、保健所を通じて、接触者検診を実施して頂ければと思います。

［参考文献］
１）結核予防会編　改正感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引きとその解説
２）結核予防会編　改正感染症法における結核対策～保健所の手引き～

【記：院内感染対策相談支援部員　藤田直久】

【相談内容】
病院内ではクロストリジウム・ディフィシル関連の下痢症の方が常時数名おられます。下痢症状のある患者の毒素検査が陽性の場合は接触予防策を取っています。これらに関連した質問があります。
現行マニュアルの隔離解除の基準は、『①毒素検査が陰性、②下痢がおさまり便の性状が改善（固形便）、そのどちらかに該当する場合は隔離を解除する』としています。①の毒素検査は１回陰性になったら解除してもいいのでしょうか。この間、１回陰性になったため、一般病棟から療養病棟へ転棟したのですが、その後も下痢様症状が治まらず、再検査を行うと陽性となり、再び接触予防策を開始しました。隔離解除の基準についてご返答をお願いします。
当院は回復期リハビリ病棟をもっています。この間、別の病院から転院してきた患者に下痢症状がみられ、検査を行うと毒素検査が陽性でした。また、療養病棟に介護保険でのショートステイ入所があります。毒素検査が陽性の方入所依頼があった場合に、受ける上で、病棟業務の煩雑さにつながっています。それは、療養病棟ではデイルームでの食事など、隔離した場合では入所者の方が一斉に集まる場所へ行けず、個室での１対１の食事介助が必要となるためです。他の回復期リハビリ病棟や療養病棟をもっている施設や、介護施設ではどのような対応を取られているのでしょうか。情報があれば教えてください。

【回　答】

クロストリジウム・ディフィシル感染症（CDI）の感染対策等に関するご質問について

１）「常時数名いる」：これは異常事態です。感染対策の一部が破綻して、交差感染が起こっている、また環境にCDの芽胞で汚染されている可能性が極めて高く、endemic(院内流行)の状態を示唆しており、以下の対応が必要です。

＊環境の清浄化：少なくとも病棟環境が芽胞で汚染されており、次亜塩素酸で一日一回は、患者の触れる環境は清浄化が必要です。

＊感染対策の再徹底：手指衛生（流水と石けんによる手洗いが最優先)、おむつ交換（手袋やプラスチックエプロンの脱着、オムツの処理方法）などが、きちんとできているかを再確認して下さい。

＊抗菌薬の適正使用：多くの場合抗菌薬の不適切な使用（長期間使用）が関係していますので、そのような状況を改善する必要があります。また、入院患者ではCDの保菌率が高くなることが知られており、環境から手指を介して腸管への保菌状態となり、抗菌薬投与後に発症するパターンとなります。この意味でも環境の清浄化が重要なポイントです。

以上の、対応をして CDI を根絶することをご検討ください。根本的な部分の改善がないと、永久におさまりません。

２）隔離解除の基準は：「下痢症状が改善した」ときです。毒素陰性は隔離解除の基準には使用しません。その理由は、症状が改善しても毒素検査が陰性化しないことがあるからです。

３）患者の ADL が自立していて、症状が軟便程度で、きちんと衛生行動がとれる場合は、必ずしも隔離しなければならないというわけではありません。このあたりは、施設の環境や状況にあわせて下さい。

４）ノロでもCDIでも、下痢をしている患者の感染リスクは、「下痢をしている」ことです。下痢症状がおさまれば、すなわち便が有形化すれば、感染リスクは大きく下がります。したがって、下痢症状が改善していれば、隔離解除可能です。反対に、下痢をしている人は、診断の有無にかかわらず感染対策上注意が必要です。

５）毒素検査は、診断には使用しますが、治療の効果判定には使いません。効果判定は、あくまで臨床的な症状改善です。（これは重要なポイントです。）

以上が、CDIへの基本的な対応です。

【記：藤田直久（院内感染対策相談支援部員・医師)】

【院内感染対策相談事業アンケート結果】

・回答者：医師（１名）・看護師（１名）　回収率１００％
・回答書の内容：大変よく理解できた（２名）
・回答書の実現可能性：実現可能である（１名）・ほぼ実現可能である（１名）
・今後の相談事業の活用：希望する（２名）
・感想、要望
　質問後５日程で回答を頂き、ありがとうございました。今後も利用させてもらいたいです。しかし、書面のみでなく、電話での回答も月１回程度検討して頂きたいです。

平成 22(2010)年度院内感染対策チーム(ICT)設置・活動支援事業報告書

平成 23（2011）年３月

編集・発行　京都府
社団法人京都私立病院協会
院内感染対策推進事業運営委員会
院内感染対策相談支援部会

〒600－8411　京都市下京区烏丸通四条下ル水銀屋町 620 番地
ＣＯＣＯＮ烏丸８階