

感染症診療の基本的な考え方 について

伊勢赤十字病院 感染症内科
豊嶋 弘一

伊勢赤十字病院


三重県伊勢市にある三重県南部における基幹病院
一般病床655床(うち感染症病床4床)

診療科は総合内科、血液内科、**感染症内科**、腫瘍内科、呼吸器内科、腎臓内科、小児科、泌尿器科、頭頸部・耳鼻咽喉科、緩和ケア内科、肝臓内科、消化器内科、糖尿病・代謝内科、神経内科、循環器内科、外科、心臓血管外科、呼吸器外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、乳腺外科、産婦人科、眼科、皮膚科、精神科、放射線治療科、放射線診断科、歯科口腔外科、リハビリテーション科、麻酔科



感染症科の業務内容

- 院内患者のコンサルテーションを200-250例/年受けて、プロブレムが解決するまで、担当医としてフォローする。
- ICT活動: 週1回ラウンド(ICN2名、薬剤師、検査技師)
- 感染対策委員会、ICT活動への参加
- Antibiogram作成など
- 研修医などの教育
- 感染症外来
- リウマチ膠原病科との連携
- 結核、HIV感染症など特殊感染症の診療

 各医師のduty(私の場合は気管支鏡など)

依頼内容

- 熱源精査をしてほしい。
- 変な(?)細菌が培養ででたけど、どう治療したらいい?
- 術後の創部がヤバそうなので協力してほしい。
- 抗菌薬使ってもよくななんないんだけど・・・
- なんか先生に入ってもらったほうがいい気がする・・・

依頼内容

- 熱源精査をしてほしい。
- 変な(?)細菌が培養ででたけど、どう治療したらいい?
- 術後の創部がヤバそうなので協力してほしい。
- 抗菌薬使ってもよくななんないんだけど...
- なんか先生に入ってもらったほうがいい気がする...

不明熱

- ①古典的不明熱
- ②入院患者の不明熱
- ③HIV患者の不明熱
- ④好中球減少時の不明熱
- ⑤高齢者の不明熱

入院患者の不明熱

- 原因検索はめんどくさい
- でも鑑別診断は限られており、あるやり方で進めれば大抵原因にたどり着く
- 基本は入院という非日常環境下で起こった発熱であるということ
- 入院は診療科問わず、さまざまな医療的介入が行われている
- だから発熱もそれに関連したものが多い

入院患者の感染性不明熱

- ①SSI(surgical site infection): 予防抗菌薬あり
- ②VAP/HAP: 有効な予防方法がない
- ③CRBSI(catheter-related blood stream infection): ケアバンドルでほぼ予防できる
- ④complicated UTI: なるべく早くバルーン抜去を (UTIリスク+3~5%/日)
- ⑤CDI(Clostridium difficile infection): 第3世代セフェム、NQを多用しない

入院患者の(特殊な)感染症

■細菌感染症はどんどん悪化するか治療などによってどんどん改善するかのどちらかが大原則

■例外的にゆっくりだらだら熱の時

- ①病原微生物の特性:結核
- ②感染臓器の特性:骨髄炎、感染性心内膜炎、深部膿瘍

入院患者の非感染性不明熱のABC・・・D

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| A:adrenal(副腎不全) | C:crystal(結晶性関節炎) |
| A:KIGA⇒refeeding症候群 | C:central(中枢性高体温) |
| A:hematoma(血腫) | C:convulsion(痙攣による高体温) |
| B:bleeding(消化管出血) | D:DVT(深部静脈血栓症) |
| B:blood/transfusion(輸血) | D:drug(薬剤熱) |
| B:Benzodiazepine(アルコール離脱) | D:delay(遷延性、特に脳外科手術後) |

入院患者の発熱のアプローチ

①まず感染性のスクリーニングを行う

- SSI(surgical site infection):視診(創部の発赤・腫脹・圧痛、Pus流出)、外科医の直観、CT(deep SSIを疑うとき)など
 - ・superficial SSI:局所処置土抗菌薬投与
 - ・deep SSI(広義ではorgan/space SSIも含む):局所処置(再び開けることも)+抗菌薬投与スワブではなく、組織培養を!
- VAP/HAP:気管内探痰でGram染色、培養、気管支鏡でPSB(protected specimen brushing)
 - ・VAPにおけるGram染色の有用性はあまり過信しない。グラム陽性菌(特にブドウ球菌)に関しては比較的安全性の中率は高いとされる。
 - ・グラム陰性桿菌に関してはGram染色で確認できなくても治療対象となることもある
- CRBSI(catheter-related blood stream infection):体に入っているカテーテル類はすべて視診で炎症所見、Pus付着がないかチェック!血液培養
 - ・1000catheter-daysあたりの感染率
 - 末梢ルート:0.6 動脈カテーテル:2.9 CVC:2.3 PICC:0.4 透析カテーテル(カフなし):2.8 透析カテーテル(カフあり):1.1 皮下ポート:0.2
 - ・一度菌血症を起こしたら、血流を介してこれら人工物に付着する。特に付着しやすいものとしてブドウ球菌、腸球菌、カンジダなど
- complicated UTI:尿Gram染色、培養
 - ・なるべく早くバルーン抜去を(UTIリスク+3~5%/日)
- CDI(Clostridium difficile infection):便CDトキシン、GDH抗原、CCFA培養、臨床経過、画像所見(toxic megacolon)
 - ・便CDトキシン検査は感度が低い(50%強程度)
 - ・強く疑ったら、臨床診断で治療介入する勇気も必要

グラム染色の長所・限界を知る

長所

- 感染症の炎症所見、病原微生物の姿をリアルタイムで見ることができる
- 抗菌薬使用後のフォローのパラメーターの一つとして使えるだけでなく、**何時間のレベル**で変化する(体温、CRPなどは何日のレベル)
- 感染を契機に患者が複数の疾患・状態(心不全・ARDSなど)にあるとき、**感染の部分のみ**を映し出してくれる
- 培養で生育しにくい菌も、その形態から推定できることがある(淋菌など)

限界

- 検体の質で結果はいかようにもなる(なってしまう)**
- 感度・特異度の問題**
抗菌薬の先行治療がされていると病原微生物を検出できないことがある
- ある程度トレーニングが必要**

喀痰のグラム染色による品質評価法 (Geckler分類)

グループ	細胞数/ 1 視野 (100倍)	
	白血球 (好中球)	扁平上皮細胞
1	<10	>25
2	10~25	>25
3	>25	>25
◎4	>25	10~25
◎5	>25	<10
6	<25	<25

◎ : 良質な喀痰

培養検査

- 検体中に存在して、人工的に生育する環境が満たされた微生物が生育する。それ以上でもそれ以下でもない。
- 薬剤感受性試験結果が得られる。



- 臨床経過から合致する微生物(起炎菌)か？
- Gram染色結果と合致するか？
- 検体の質は担保されているか？

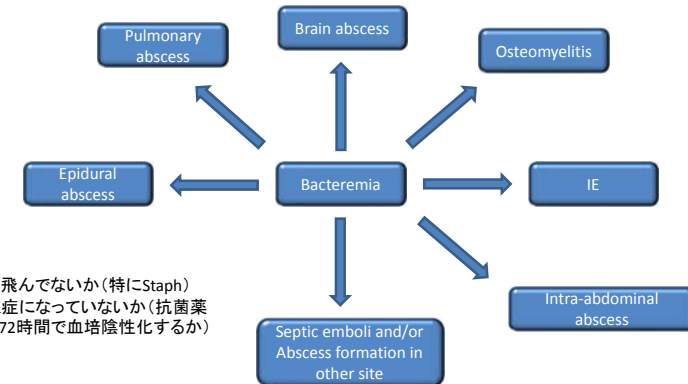
CRBSIの診断方法

- カテーテル挿入部の発赤、腫脹、圧痛、pus付着など炎症所見がまず優先される。
- そのような所見はないが、疑わしいときは・・・

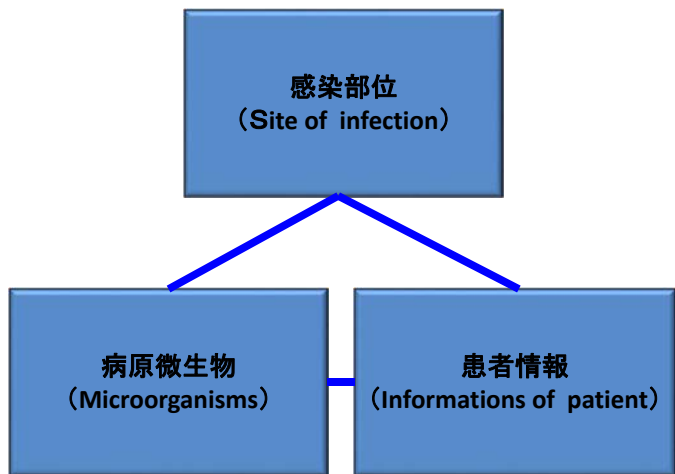
疑わしいカテーテルから採取した血液培養が、末梢から採取した血液培養より**2時間**以上早く陽性化したら、CRBSIの可能性が高い！

(Ann Intern Med 2004;140:18-25)

感染症科の視点(菌血症の場合)



- ・他臓器に飛んでないか(特にStaph)
- ・持続菌血症になっていないか(抗菌薬開始後48-72時間で血培養陰性化するか)



入院患者の発熱のアプローチ

②次に非感染性の可能性を考える

- 結晶性関節炎: 視診、触診、X線検査
 - ・関節炎であることは最低限身体所見でみる。関節可動域制限、関節痛
 - ・穿刺でWBC>50000/μlのときは化膿性関節炎を疑う(もちろん50000以下でも否定はできない)
 - ・また合併もありうる(化膿性関節炎は正常関節より異常な関節のほうが優されやすい)
 - ・化膿性関節炎と診断したら、背後にIEを考える
- 血栓性静脈炎: 静脈エコー、視診・触診、臨床経過
 - ・deviceが入っていた(入っている)部位は化膿性血栓性静脈炎である可能性あり。
 - ・菌血症も伴う場合は化膿性血栓性静脈炎と臨床判断せざるを得ないことも
 - ・化膿性血栓性静脈炎の治療期間は一般的には4-6週間
 - ・その先には肺septic emboli/PE
 - ・ヘパリンどうする?
- 薬剤性: 臨床経過
 - ・皮膚科が薬疹を疑うときのように、何がいつ開始になったかをすべてチェック
 - ・薬剤熱は発熱の割に、バイタルサインが崩れていないことが多い(ex;比較的徐脈)。
 - ・好酸球は上がっていないこともある。肝障害はあるときもないときもある。
 - ・特に問題になりやすい薬剤: 抗菌薬、抗てんかん薬、PPI(特にlansoprazole)
- 中枢性高体温、痙攣による高体温、脳神経外科領域の術後
 - ・痙攣は脳波が参考になる
 - ・その他2つは他病態が否定されたときに考える

入院患者の発熱のアプローチ

②次に非感染性の可能性を考える

- 輸血
 - ・輸血自体での発熱もあるがCMVがらみ(6-8週間前の輸血)のこともある
- 血腫
 - ・あまり高熱になることはないが、37℃台のだらだら熱。血腫内感染との区別が難しいことも。脳出血の場合は中枢性高体温との鑑別。術後なら術後発熱との鑑別も。
- 消化管出血
 - ・これもあまり高熱になることは少ないが、だらだら熱は起こしうる。内視鏡で診断。
- 副腎不全
 - ・これは診断が以外に難しい。Rapid ACTH負荷試験。相対的副腎不全の有無になるとさらに難しい。臨床判断を迫られることもある。
- refeeding症候群: 臨床経過、低P血症、低K血症
 - ・高度の低栄養状態の患者に急に高カロリーを与えると発熱、意識障害、心不全などを生じる

まとめ

- 入院中の不明熱は系統的に検討していくと、診断にたどり着くことが多い。
- 思い付きで検査するよりも、一つ一つ除外していくのが早い

確率論でいくと・・・

Sites of nosocomial infections

Year	Urinary tract (%)	Surgical wound (%)	Lower respiratory tract (%)	Blood-stream (%)	Other (%)
1975	42	24	10	5	19
1990-96	34	17	13	14	21

(Emerg Infect Dis. Vol4, No3, p416, July-September 1998)

Antibiogramの作成

- 2014年に赴任してから、毎年更新している（といっても3年目ですが）
- 細菌検査技師が作成している病院が多いが、当院では石黒先生のご命令で私の仕事になっている・・・でもやってみると意外に楽しい。
- 臨床で使えるような情報がいっぱい！

菌種別薬剤感受性率

- ・対象期間: 2015年4月1日～2016年3月31日
- ・対象年齢: 15歳以上
- ・重複患者: 月毎にまとめる(最初でまとめる)
- ・特に記載がなければ、GLSI M100-S22に準拠する

- ※1 菌株数10未満
- ※2 菌株数20未満
- ※3 菌株数30未満

80-94%
95-100%

全材料		PGC(肺炎球菌 以外、非髄膜炎)	PGC(肺炎球菌、 非髄膜炎)	PGC(肺炎球菌、 髄膜炎)	ABPC	PIPG	ABPC/SBT	MPIPG	CEZ	GMZ	CTX	CTX (髄膜炎)	CTR	CTR (髄膜炎)	GAZ	CFPM	IPM	MEPM
No	菌名	菌株数																
1	MSSA	132	0%				100%	100%	100%	100%							100%	100%
2	MRSA	325	0%				0%	0%	0%	0%							0%	0%
3	CNS	412	18%				45%	44%	45%	45%							45%	45%
4	肺炎球菌	71		95%	42%						90%	69%	89%	81%			77%	78%
5	S. pyogenes	9	※1 100%		※1 100%						※1 100%		※1 100%					
6	S. agalactiae	113	100%		100%						100%		100%			※1 100%	※1 100%	※1 100%
7	S. gallolyticus	16	※2 88%		※2 100%						※2 100%		※2 94%					
8	S. dysgalactiae subsp. equisimilis	42	100%		100%						100%		100%					
9	緑色レンサ球菌	266	81%		88%						97%		97%			※1 100%		
10	腸球菌(E. faecalis/faecium)	323	81%		83%												82%	
11	Corynebacterium spp.(M45-A2準拠)	63	30%														25%	26%
12	Bacillus spp.(M45-A2準拠)	23	※3 70%						※3 90%								※3 100%	
13	Moraxella catarrhalis(M45-A2準拠)	21					※3 100%				※3 95%				※3 100%			
14	Haemophilus influenzae	48			23%		56%				98%		※1 100%		98%		89%	92%
15	Escherichia coli	774			54%	58%	68%			99%	78%		88%		78%	79%	100%	100%
16	Klebsiella pneumoniae/oxytoca	370			0%	0%	83%			100%	96%		※2 100%		96%	96%	99%	100%
17	Proteus mirabilis/vulgaris/penneri	67			57%	73%	※3 71%			100%	86%				91%	91%	18%	100%
18	Enterobacter spp.	139			1%	73%	3%				73%		※1 57%		78%	98%	83%	99%
19	Citrobacter spp.	92			1%	45%	41%			42%	84%		※1 100%		85%	100%	96%	100%
20	Morganella spp.	45			0%	78%	※3 0%			91%	86%				89%	100%	36%	100%
21	Serratia marcescens	35			0%	94%	※3 0%			89%	91%		※1 100%		100%	100%	91%	100%
22	Pseudomonas aeruginosa	373				81%									90%	92%	86%	88%
23	Acinetobacter baumannii	17				※2 76%	※2 100%				※2 60%		※1 33%		※2 76%	※2 100%	※2 100%	※2 100%
24	Stenotrophomonas maltophilia	39													※1 100%			

全材料		FOM	GM	GM(Hi)	TOB	AMK	ABK	EM	CLDM	TC	MINO	VCM	LZD	DAP	RFP	ST	GPFX	LVFX
No	菌名	菌株数																
1	MSSA	132	99%	73%			100%	55%	65%		99%	100%	100%	※1 100%	※1 100%	※1 100%		77%
2	MRSA	325	70%	59%			99%	16%	18%		68%	100%	100%	※1 100%		※1 100%		
3	CNS	412	42%	68%			100%	52%	64%		92%	100%	100%			※2 82%		48%
4	肺炎球菌	71						12%	※1 56%	13%		100%	※1 100%		100%	69%		94%
5	S. pyogenes	9						※1 78%	※1 100%	※1 56%		※1 100%	※1 100%			※1 100%		※1 67%
6	S. agalactiae	113						68%	70%	53%	※1 67%	100%	100%			100%		58%
7	S. gallolyticus	16						※2 25%	※2 31%	※2 44%		※2 100%	※2 100%					※2 88%
8	S. dysgalactiae subsp. equisimilis	42						88%	88%			100%	100%			100%		81%
9	緑色レンサ球菌	266						47%	84%	59%		100%	100%					82%
10	腸球菌(E. faecalis/faecium)	323			※3 79%						20%	100%	99%					68%
11	Corynebacterium spp.(M45-A2準拠)	63		98%				68%	8%			100%	100%	※1 100%		※1 100%		
12	Bacillus spp.(M45-A2準拠)	23		※3 100%				※3 95%	※3 90%			※3 100%						※3 100%
13	Moraxella catarrhalis(M45-A2準拠)	21						※3 100%	※3 0%		※3 100%							※3 100%
14	Haemophilus influenzae	48																100%
15	Escherichia coli	774	99%	93%	93%	100%					93%					79%	62%	62%
16	Klebsiella pneumoniae/oxytoca	370	65%	100%	※2 100%	100%					88%					97%	97%	97%
17	Proteus mirabilis/vulgaris/penneri	67	68%	80%		100%					0%					88%	79%	84%
18	Enterobacter spp.	139	45%	100%	100%	100%					86%					84%	96%	96%
19	Citrobacter spp.	92	100%	100%	※1 100%	100%					94%					100%	96%	96%
20	Morganella spp.	45	※3 0%	89%		100%					5%					※3 88%	98%	93%
21	Serratia marcescens	35	75%	100%	※1 100%	100%					64%					※2 100%	89%	89%
22	Pseudomonas aeruginosa	373		93%	96%	95%											85%	81%
23	Acinetobacter baumannii	17		※2 100%	※1 100%	※2 100%					※2 100%					※1 100%	※2 94%	※2 94%
24	Stenotrophomonas maltophilia	39									85%					85%		79%

平成28年度
第1回三重県感染対策支援ネットワーク研修会

講演2「病院、施設におけるICT活動」

伊勢赤十字病院
感染管理認定看護師 川口 仁美

はじめに

- ・2014(平成26)年12月19日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知(医政地発1219第1号)

「医療機関における院内感染対策について」では院内感染対策の体制について、「病床規模の大きい医療機関(目安として病床が300床以上)においては、医師、看護師、薬剤師及び検査技師からなる感染制御チームを設置し、定期的に病棟ラウンド(感染制御チームによって医療機関内全体をくまなく、又は必要な部署を巡回し、必要に応じてそれぞれの部署に対して指導・介入等を行うことをいう。)を行うこと。」とされている

- ・2016(平成28)年診療報酬改定により「感染防止対策加算1」および「感染防止対策加算2」の施設基準として感染制御チームによるラウンド等を行うことが追加

本日の内容


- ・ICT・ICT活動とは
- ・病院におけるICT活動
当院のICT活動より
- ・施設におけるICT活動

Infection control team; ICT

- ・すべての医療関連施設では、その規模や役割にかかわらず適切な感染対策が求められており、感染対策を実践するための人材配置やその組織化が求められている
- ・病院長(管理者)、各部門の代表者から組織された感染対策委員会infection control committee (ICC)と感染対策の実働部隊として専門性の高い医師、看護師、薬剤師及び検査技師、事務員からなる感染対策チーム (ICT)を組織する


ICT活動

- ・ 感染症診療
- ・ 感染症コンサルテーション
- ・ 感染対策遵守のための指導・監視（ラウンド）
- ・ 各種サーベイランス
- ・ 職業感染防止
- ・ 職員啓発活動
- ・ 抗菌薬の適正使用に関する指導・相談
- ・ 感染性廃棄物処理
- ・ 感染対策マニュアルの作成・改訂および周知
- ・ アウトブレイク対応 など

 日本赤十字社 伊勢赤十字病院

ICTメンバーの役割

- 【医師】感染対策と感染制御の実質的な責任者であり、感染症に関する全般的なコンサルテーションを行う
- 【看護師】病院内で発生する感染症の監視と疫学的調査、感染症患者の確認、患者や医療従事者の保菌状況の把握、病院環境の汚染状態の把握、診療行為のチェック、病院感染に関する情報収集と教育、サーベイランスの実施
- 【薬剤師】抗菌薬や消毒薬の評価、適正使用の教育、抗菌薬や消毒薬の使用状況の把握
- 【検査技師】提出検体からの起炎菌検出、薬剤感受性測定、感染源・感染経路の調査、病院環境汚染度の調査など
- 【事務職員】感染対策チームの事務処理全般


 日本赤十字社 伊勢赤十字病院

病院におけるICT活動

伊勢赤十字病院

- ・ 病床数：655床
- ・ 診療科：37科
- ・ 職員数：1316名（H28.4月）
医師：177名 看護師：756名
- ・ 二次・三次救急医療施設
- ・ 第一種・二種感染症指定医療機関
- ・ 一般病棟入院基本料（7：1）
- ・ 平均在院日数：12.2日（H28,7月）



 日本赤十字社 伊勢赤十字病院

伊勢赤十字病院 ICTメンバー

- ・医師4名:感染症科2名(ICDを含む),小児科,泌尿器科
- ・看護師5名:感染管理認定看護師2名、看護師長3名
- ・薬剤師2名
- ・検査技師3名 計14名

ICT活動

- ・感染症診療
- ・感染症コンサルテーション
- ・感染対策遵守のための指導・監視(ラウンド)
- ・各種サーベイランス
- ・職業感染防止
- ・職員啓発活動
- ・抗菌薬の適正使用に関する指導・相談
- ・感染性廃棄物処理
- ・感染対策マニュアルの作成・改訂および周知
- ・アウトブレイク対応 など

感染症診療

- ・ICTの医師が主として細菌検査結果やその他の臨床データに基づき、診断・治療・予防および院内外の感染防止対策について個別に評価し、介入する。

感染症コンサルテーション

- ・感染症診療・院内外感染対策に関するコンサルテーションに随時対応

抗菌薬の適正使用に関する指導・相談

- ・抗MRSA薬およびカルバペネム系抗菌薬については届け出制を採用をしているため、2週間以上の使用についてはICDによる確認
- ・感染症コンサルテーションとして対応している場合が多い

各種サーベイランス

【JANIS】

- ・検査部門⇒検査課
- ・全入院患者部門⇒検査課とICD
- ・手術部位感染（SSI）部門⇒専従ICN
- ・集中治療室（ICU）部門⇒兼任ICN

【労働と看護の質データベース事業：DiNQL】

デバイスサーベイランス（CAUTI, CLABSI, VAP）⇒専従ICN

【エピネットシステム】

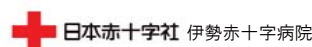
- ・針刺し・切創、粘膜曝露件数⇒
専従ICN

職業感染防止

- ・个人防护具の選定および導入
- ・安全器材の導入と適切な使用方法の周知
- ・ワクチン接種の啓蒙
- ・曝露後の対応

職員啓発活動

- ・病院感染対策について職員が十分な知識が得られるよう啓発活動を行う
- ・感染対策に関する研修
- ・ICTたよりの発行



感染性廃棄物処理

- ・廃棄物処理委員会と連携し、適切な感染性廃棄物の取り扱いについて、指導管理を行う
- ・H28年度は院内のTQM活動に参加し廃棄物の対策を展開している

感染対策マニュアルの作成・改訂および周知

- ・感染対策マニュアルの定期的な見直しおよび改訂を行い、マニュアル記載事項の周知徹底を行う

感染対策遵守のための指導・監視（ラウンド）

【ラウンド対象部署】

- ・病棟（16病棟）は基本毎週ラウンド、他部門である外来・救急外来（内視鏡）・透析・検査、手術室・中材・アンギオ・放射線科、化学療法室・薬剤部・リハビリ・栄養課は2か月で回れるよう調整している

【ラウンド項目】

- ・尿道留置カテーテル、静脈留置カテーテルについては病棟より対象患者を選出
- ・廃棄物、リカバリー室、包交車、ミキシングエリア、手指衛生、感染経路別予防策
- ・抗菌薬はカルバペネム系抗菌薬、および抗MRSA薬を2週間以上使用している患者に対してラウンドを行い助言している
- ・MDRPおよび2剤耐性緑膿菌検出患者は、感染対策の実施状況をラウンドにて確認

ICTラウンド感染経路対策チェック項目	
病棟	
日付	月 日
時間	: ~ :
1. <input type="checkbox"/> 耐性菌検出患者の部屋表示板に適切なポストイットが貼られているか	
2. <input type="checkbox"/> 耐性菌検出患者の部屋前あるいは周囲に必要な個人防護具が準備されているか	
3. <input type="checkbox"/> 個人防護具の配置されている場所が適切な位置であるか	
4. <input type="checkbox"/> 個人防護具を使用しているか(ゴミ箱チェック)	

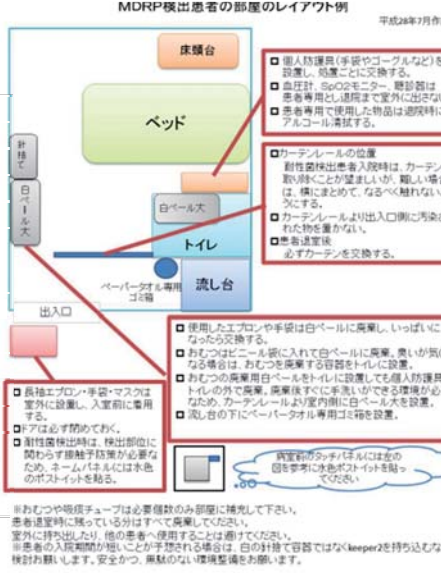
ICTラウンド廃棄物の分別チェック項目	
病棟	
時間	時 分 ~ 時 分
1. <input type="checkbox"/> 血液・体液で汚染された物が一般ごみに廃棄されていないか	
2. <input type="checkbox"/> 産業廃棄物のゴミ箱に一般ごみが廃棄されていないか	
3. <input type="checkbox"/> 針捨て容器内の針が8分目以下になっているか	
コメント	改善点

ICTメンバーの泌尿器科医師とラウンドし、尿道留置カテーテルの早期抜去を提案

ICTラウンドバルーンカテーテル留置患者チェック項目	
病棟	
時間	時 分 ~ 時 分
1. <input type="checkbox"/> ハルーンバックは床についていないか	
2. <input type="checkbox"/> ハルーンバックは患者の膀胱より下に位置しているか	
3. <input type="checkbox"/> バルーンカテーテルの固定がされているか	
4. <input type="checkbox"/> 管内・バック内の尿が混濁もしくは紫色になっていないか	
5. <input type="checkbox"/> バルーンカテーテルの適応患者であるか。	
コメント	改善点

ICTラウンド感染経路対策チェック項目	
病棟	
日付	6月30日
時間	13:44 ~ 13:48
1. <input checked="" type="checkbox"/> 耐性菌検出患者の部屋表示板に適切なポストイットが貼られているか	
2. <input checked="" type="checkbox"/> 耐性菌検出患者の部屋前あるいは周囲に必要な個人防護具が準備されているか	
3. <input checked="" type="checkbox"/> 個人防護具の配置されている場所が適切な位置であるか	
4. <input type="checkbox"/> 個人防護具を使用しているか(ゴミ箱チェック)	
コメント	多剤耐性緑膿菌検出患者であったが、白ペールが適切な位置に設置されていない。使用後の個人防護具を廃棄し、すぐに手洗いができるような動線上に白ペールを設置することが望ましい。ただし、手洗い場付近にはおかない。

日本赤十字社 伊勢赤十字病院



アウトブレイク対応 など

【調査開始基準設定菌】

- MRSA,ESBL産生菌、CD、CRE:同一部署で持ち込みを除く新規検出数が3例/週以上発生した場合
- 上記以外の耐性菌(MDRP,MDRA,VRE,VRSA,MBL産生菌):1例でも発生した場合
- その他、ICTが必要と判断した場合

【その他の細菌、ウィルス】

- ICTが病棟・診療科の情報に基づき、調査開始の必要性を個別に判断する。

日本赤十字社 伊勢赤十字病院

その他のICT活動

伊勢赤十字病院 手指衛生遵守率向上計画として、「Hand Hygiene Team(手指衛生強化チーム)」を立ち上げ活動をスタート。

3年計画で、今年度は手指衛生実施状況の把握と手指衛生実施に対する意識づけを目標としている

メンバーは病棟リンクナースと各部門より1名程度選出し、毎月第3月曜日は手指衛生の日として、腕章をつけ手指衛生の呼びかけを行っている

日本赤十字社 伊勢赤十字病院

ICTたより 2016年5月第54号 平成28年5月2日発行 ICT

手をきれいにしよう!

感染対策上最も重要なのは、手指衛生です!今年度は手指衛生強化年間とし、ICTでも手指衛生に取り組んでいきたいと思います。そこで...

HAND HYGIENE TEAM(手指衛生強化チーム)を立ち上げます!

構成メンバーは
 医師・研修医・看護師(各病棟)・薬剤師・放射線技師・検査技師・臨床工学士・理学療法士作業療法士・事務部・感染管理認定看護師(石原・川口) 各部門1~2名

メンバーの活動
 ①毎月第3月曜日は手指衛生の日とし、部署で手指衛生を呼びかける。
 ②手指衛生の現状調査を行い、現場に適した手指衛生の方法を検討する。など

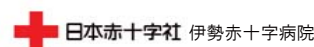
5月17・18・19日15時~18時 手洗い研修です

今年度は手指衛生ポスターコンクール実施予定!
 募集期間は5月の手洗い研修開始時~8月31日まで
 その後、職員投票を実施。
 優秀賞には豪華かもしれない景品があります☆
 どしどし応募ください!
 詳細は手洗い研修時にお知らせします。

施設におけるICT活動

施設での感染対策は標準予防策が重要

- ・「高齢者介護施設における感染対策マニュアル(平成25年3月)」が厚生労働省より公表されている
- ・老人保健施設などの施設は生活の場であり、問題となる感染症や感染対策のあり方は、急性期医療を担う病院とは異なるが、**感染対策に関する基本事項は同じ**である。
- ・医療機関とは異なり、感染対策の実践者は多職種であるためあらゆるケア場面で**標準予防策**が実践できるよう、トレーニングや環境の整備が重要である

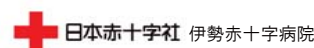
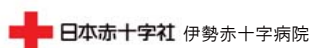


ICT活動

- ・感染対策(標準予防策)遵守のための指導・監視(ラウンド)
- ・職員啓発活動
- ・感染対策マニュアルの作成・改訂および周知
- ・感染症発生時およびアウトブレイク対応 など


施設における標準予防策の使い方

項目	高齢者施設に当てはめた対応
手指衛生	ケアをする前後で手洗いあるいは擦式消毒薬の使用
リネンの取り扱い	体液等の汚染があった場合は個別に洗濯
個人防護具の使用	おむつ交換などの際にはエプロン(ガウン)、手袋などの装着
患者周辺の環境整備	ベッド柵、サイドテーブルの清拭やトイレの清掃
咳エチケット	咳を訴える人にはマスク着用。手に付着した可能性があれば手洗い
患者ケアに使用した器材・器具・機器の取り扱い	体温計や血圧計を適切な管理する
血液媒介病原体曝露防止	ケガなど出血があれば、手袋などを装着し直接触れない



感染対策遵守のための指導・監視(ラウンド)


- ・手洗い場の整備状況やアルコール製剤の設置など手指衛生の遵守状況の確認
- ・排泄に関するケア時の標準予防策の遵守状況の確認、および物品の管理状況
おむつカートが清潔か、片づけられているか
トイレは清潔か
- ・利用者が日常的に使用する物品の管理状況
入所者用の冷蔵庫、家族が持ってくる食品の賞味期限は切れていないか
歯ブラシや義歯は清潔に管理されているか

 日本赤十字社 伊勢赤十字病院

職員啓発活動

- ・感染対策について職員が十分な知識と技術が得られるよう啓発活動を行う
- ・研修会の開催
日常の業務につなげられるよう実践的な内容で行うと効果的
例)おむつ交換
個人防護具の着脱
汚物処理
蛍光塗料を用いた手指衛生の研修
など


地域 感染管理認定看
護師 依頼

 日本赤十字社 伊勢赤十字病院

感染対策マニュアルの作成・改訂および周知

感染症発生時およびアウトブレイク対応 など

- ・「高齢者介護施設における感染対策マニュアル(平成25年3月)」などを参考に自施設で作成するとよい
- ・アウトブレイク時には速やかに報告することが重要なため、報告フローや対応を感染対策マニュアルにまとめておくとい。
- ・特に、ノロウイルス、インフルエンザ、疥癬などは対応策を検討しておく

 日本赤十字社 伊勢赤十字病院



感染対策でお困りの際には、
Mie ICNet (<http://www.mie-icnet.org/>)
にご相談を！！