

受付番号 : 303	患者番号 : 0933795K	診療科 : 消化器一般 外科	報告日 : 2009/07/17								
受付日 : 2009/07/13	患者氏名 : ●●●●●●	病棟 : 本館6階西	報告者 : ●●●●								
採取日 : 2009/07/11	生年月日 : 1946/06/04	主治医 : ●●●●									
検査材料 : 血液(血液培養)		材料コメント : 静脈血									
報告コメント SD(容量依存的感受性)。好気ボトルのみ陽性です。好気ボトルのみ陽性となっておりますが、検出菌が好気性菌のため嫌気ボトルが陽性になる確率は低いと思われます。											
フリーコメント											
塗抹鏡検検査		迅速検査									
酵母様真菌	増菌陽性										
鏡検コメント グラム染色にて、酵母様真菌(カンダ属:推定菌名)の所見が観察されます。7/14中間報告											
培養同定検査											
培養同定菌	菌量	菌コメント									
1. Candida parapsilosis	増菌陽性	1本のみ陽性									
薬剤感受性結果 (MIC : µg/ml)											
薬剤和名	薬剤名	1菌目				薬剤和名	薬剤名	1菌目			
アンブレシニド	AMPH	0.5									
ミカファンギン	MCFG	1									
ミコザール	MCZ	1									
フルコザール	FLCZ	S 0.25									
イトラコザール	ITCZ	SD 0.25									
ボリコザール	VR CZ	S ≤ .015									

臨床分離菌サーベイランス (監視)

① 検査室 → ICT: 日報で報告

- ・ 薬剤耐性菌検出症例 (比較的分離頻度の少ない耐性菌)
MDRP, PRSP, VRE, ESBL産生菌, MBL産生菌, MRAB
- ・ 血液培養陽性症例 ・ CD陽性症例 ・ 結核菌検出症例

② 検査室 → ICT: 週報で報告

- ・ 薬剤耐性菌検出症例
MRSA, PRSP, MDRP, VRE, ESBL産生菌, MBL産生菌, MRAB

③ 検査室 or ICT → 各臨床部署: 月報で報告

- ・ 部署別臨床分離菌数
- ・ 検体別臨床分離菌数
- ・ 薬剤感受性情報 (MRSA, 緑膿菌, 肺炎球菌, 大腸菌, 肺炎桿菌)

それなりの集計システムがないと難しい!!

週報

抽出期間

2010年〇月△日～〇月●日

MRSA

MRSA table with columns: 所属, 全検体数, 患者数, 検出菌数, (%). Rows include: 呼吸器外科, 新生児センター, 本館7階西, 本館7階南, 腎病棟, ハート北, 入院合計.

ESBL

ESBL table with columns: 所属, 全検体数, 患者数, 検出菌数, (%). Rows include: 入院合計, 救命救急センター, 外来合計.

メタロβラクタマーゼ産生菌

Table with columns: 所属, 全検体数, 患者数, 検出菌数, (%). Rows include: 入院合計.

P.aeruginosa (多剤耐性)

Table with columns: 所属, 全検体数, 患者数, 検出菌数, (%). Rows include: 入院合計.

A.baumannii (多剤耐性)

Table with columns: 所属, 全検体数, 患者数, 検出菌数, (%). Rows include: 入院合計.

患者情報

MRSA

MRSA patient info table with columns: 所属, 患者名, 患者ID, 新規, 材料, 件数. Rows include: 呼吸器外科, 新生児センター, 本館7階西, 本館7階南, 腎病棟, ハート北.

ESBL

ESBL patient info table with columns: 所属, 患者名, 患者ID, 新規, 材料, 件数. Rows include: 救命救急センター.

★細菌検査室よりコメント★

＜MRSA＞
・新規MRSA検出患者は6名
・本館7西病棟より検出者は2名ともに新規患者です。
・腎病棟より新規で血液培養からの検出があります。
・ハート北より新規で血管カテーテルからの検出があります。
＜ESBL＞
・救命外来よりカテーテル尿からE.coli ESBLが検出されています。(受診当日に帰宅)

部署別臨床分離菌数月報

2012年5月分集計

2012年5月分集計 table with columns: 菌名, 外科, 別院内, 別院外, 腎臓科, H.C.北, H.C.南, 別院内, 別院外, 別院内, 別院外, 救命救急センター, ICU, 産科, 小児科, 皮膚科, 泌尿科, 消化器科, 眼科, 耳鼻科, 歯科, 7.東, 7.南, 7.西, 8.東, 8.北, 8.南, 8.西, 入院科, 総数. Rows include: Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli, Staphylococcus aureus MRSA, etc.

* MDRP, MRABの検出は無し.

MRSA-過去6か月

MRSA-過去6か月 table with columns: 菌名, 外科, 別院内, 別院外, 腎臓科, H.C.北, H.C.南, 別院内, 別院外, 別院内, 別院外, 救命救急センター, ICU, 産科, 小児科, 皮膚科, 泌尿科, 消化器科, 眼科, 耳鼻科, 歯科, 7.東, 7.南, 7.西, 8.東, 8.北, 8.南, 8.西, 入院科, 総数. Rows include: 2011年12月, 2012年1月, etc.

Pseud. aeruginosa-過去6か月

Pseud. aeruginosa-過去6か月 table with columns: 菌名, 外科, 別院内, 別院外, 腎臓科, H.C.北, H.C.南, 別院内, 別院外, 別院内, 別院外, 救命救急センター, ICU, 産科, 小児科, 皮膚科, 泌尿科, 消化器科, 眼科, 耳鼻科, 歯科, 7.東, 7.南, 7.西, 8.東, 8.北, 8.南, 8.西, 入院科, 総数. Rows include: 2011年12月, 2012年1月, etc.

検体別臨床分離菌数月報

喀痰

部署(科)名	喀痰	%
1 Staph.aureus MRSA	21	24.4
2 Pseud.aeruginosa	18	20.9
3 Strep.pneumoniae	5	5.8
4 Haemo.influenzae	4	4.7
4 Serra.marcescens	4	4.7
6 Esche.coli	3	3.5
6 Strep.pneumoniae(PRSP)	3	3.5
6 Strep.pneumoniae(PRSP)	3	3.5
その他	25	29.1
total	86	100

尿

部署(科)名	中間尿	導尿	カテーテル尿	尿計	%
1 Esche.coli	12	5	7	24	22.6
2 Enter.faecalis	3	1	5	9	8.5
3 Pseud.aeruginosa	1	1	5	7	6.6
3 Klebs.pneumoniae	4	1	2	7	6.6
5 Staph.aureus MRSA	0	1	5	6	5.7
5 Enter.faecium	3	0	3	6	5.7
7 Staph.epidermidis MRS	2	1	1	4	3.8
その他	11	5	27	43	40.6
total	23	15	37	106	100

血液

部署(科)名	動脈血	静脈血	血液計	%
1 Staph.epidermidis MRS	4	11	15	22.4
2 Staph.aureus MRSA	5	7	12	17.9
3 Esche.coli	1	3	4	6.0
3 Klebs.pneumoniae	1	3	4	6.0
3 Enter.cloacae	3	1	4	6.0
3 Staph.epidermidis	0	4	4	6.0
7 Steno.maltophilia	1	1	2	3.0
7 Serra.marcescens	0	2	2	3.0
その他	6	14	20	29.9
total	21	46	67	100

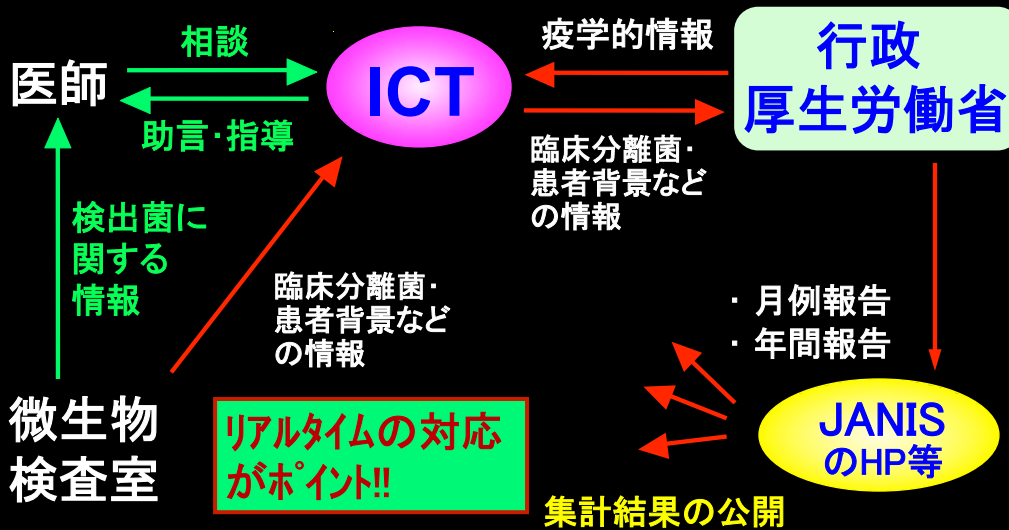
500-800/月の臨床分離菌

- ① MRSA
 - ② 緑膿菌
 - ③ 大腸菌
- } 順位は月毎に入れ替わる (40-80/月)

40-80/月の血液由来分離菌

- ・ CNSやMRSAが多い
→ 皮膚に定着した菌の混入?
- ・ 腸内細菌科は敗血症例が多い

臨床分離菌サーベイランス (日・週・月単位)



薬剤耐性菌感染症は…

MRSA, MDRP, PRSP, VRE, ESBL産生菌,
MDRA, NDM-1産生菌, KPC産生菌, ……

1. 多くの抗菌薬に耐性である (多剤耐性菌)
2. 熱・消毒薬に対しては耐性ではない
3. 健常人に感染症を起こすことは稀である
4. 主な感染経路は接触感染である
5. 標準予防策＋接触予防策を適用する

標準予防策 –Standard precautions–

手洗い: 水平感染予防の要!!

- ・患者との接触前後, 手洗いをする
- ・患者の体液・検体などに触れた後, 手洗いをする
- ・手袋を外した後, 手洗いをする
- ・ポスターで手順を確認して手洗いをする
- ・手洗い後は, ペーパータオルを用い水道の栓を閉める.
- ・手洗いを行いにくい状況では, 速乾性手指消毒薬 (消毒用アルコールが主体) による消毒で代用する.

1処置＝1手洗いが原則!!



薬用せっけん：流水での手洗い

余裕がある場合、少なくとも業務を一旦終了する時には手を洗う!!



速乾性手指消毒薬

流水での手洗いの代用。「1行為1手洗い」が原則!!

きれいな手で 大切な人をケアしましょう

石けんを使って、手を洗ってほしいのじゃ

指先までよく洗ってね

- 1 手を水でぬらします
- 2 石けんをとります
- 3 石けんをよく泡立てます
- 4 手の甲と指の間をこすります
- 5 指の間をもう一度こすります
- 6 指先と爪を手のひらでするように洗います
- 7 親指はねじるようにして洗います
- 8 手背も忘れずに洗います
- 9 水でよく洗しましょう
- 10 蛇口除菌ペーパータオルで締めましょう

指先、指と指の間、親指を忘れずにお願ひしますよ

おしまい

きれいな手で 大切な人をケアしましょう

これが消毒剤じゃ 面会の方にも使ってほしいのじゃ

指先までよくすりこんでね

指先 手のひら 手の甲

指と指の間、親指を忘れずにお願ひしますよ

手首までのばして

おしまい

正しく手を洗う (30秒以上)

腕時計をはずす! 袖をまくる! 2プッシュ以上!



1 手を水でぬらす



2 石けんを手にとる



3 石けんをよく泡立てる



4 手の甲と指の間をこする



5 指の間をもう一度こする



6 指先と爪を手のひらでこするようして洗う



7 親指はねじるようして洗う



8 手首も忘れずに洗う



9 水でよく石けんを流す



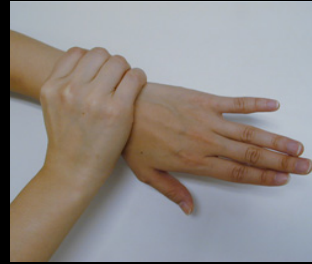
10 ペーパー材で手を拭く。
ペーパー材で蛇口を閉める

手洗い前後のATP拭き取り検査: 汚染度を反映

	手洗い前	手洗い後	除去率 (%)
医師A	10830	1008	90.7
医師B	17964	4037	77.5
医師C	5854	465	92.1
医師D	46205	1581	96.6
医師E	10830	1008	90.7
看護師A	22729	1444	93.6
看護師B	14469	858	94.1
看護師C	8721	469	94.6
看護師D	9066	1762	80.6
薬剤師A	26909	978	96.4
薬剤師B	34797	499	98.6
薬剤師C	27704	2098	92.4

院内ラウンドで気付いた 手洗いの出来ていないポイント

- ① 指輪, 腕時計を外す
- ② 手の甲と甲側の指の間を洗う
- ③ 指尖, 爪の間を掌に擦り付ける
- ④ 親指は握ってねじり洗い
- ⑤ 手首まで手を洗う
- ⑥ ペーパータオルを手にとって水栓を閉める



ポスターで手順を確認しながら手を洗う!!



病室の前にある手指消毒薬の使用量



- ・各病室の出入り口に速乾性手指消毒薬を設置してある施設が多い。
- ・患者との接触前後に手指消毒を行う!!
- ・消毒薬のボトルに**使用開始日**が記載されている。
- ・1ヶ月前の日付のボトルの中身が半分以上残っている!? →**150mL/月**程度の使用量であった!!

150mL/月 → 5mL/日 → 47° ツシュ/日

病室の出入り口では1日あたり2-4回しか手指消毒をしていない!?

速乾性手指消毒薬 (30秒以上)

手洗いの代用 水は使わない 手が大きい人は27°ツシュ

正しい手順で行えば 手は直ぐに乾く! 液は床に零れない!!



乾くまで手に擦り込む(ペーパータオルは使わない)

自然乾燥



まず指先を消毒



手のひら



手の甲



指と指の間



親指の周り



手首も忘れずに

標準予防策 -Standard precautions-

手袋の使用

- ・患者**体液・検体**などに触れる時, 手袋をする.
- ・**粘膜・無傷でない皮膚**に触る場合, 手袋をする.
- ・汚染した手袋で非汚染部位に触らない.
- ・使用後は直ちに**手袋を外して手洗い**をする.
- ・他の患者に移るときは**手袋を外して手洗い**をする.
- ・同一の患者でも, ケアする部位が異なれば必要に応じて手袋を交換する.

湿性生体物質に接触 → 手袋を着用!!

湿性生体物質: 血液, 体液, 尿, 便など

グローブはもったいないですか??





患者を抱える処置やリネン交換などではエプロンよりも
 長袖のビニールガウンを着用する方が良い!!

咳エチケットって？

- ・CDCが2007のガイドラインで標準予防策の中で示した概念
 → 呼吸器衛生/咳エチケット
- ・咳をする時はティッシュ等で口や鼻を押さえる
- ・ゴミの処理と手洗い
- ・サージカルマスク着用
- ・1-2m以上空間を保つ

あなた自身や他の人の病気の原因となる病原菌を広げない為に

咳をする時 **口と鼻を**
押さえましょう！

咳やくしゃみをする時、
ティッシュペーパーを使って
口と鼻を押さえましょう。

紙がないときはこの腕越しに。
手は使わないようにしましょう。

使い終わった
ティッシュはゴミ箱へ

他の人にうつさない
ために、サージカル
マスクをしましょう。

咳やくしゃみをした後、
手洗いを

石鹸を使い
温水で20秒、
手を洗いましょう。

速乾性手指
消毒薬も

Logos: CDC, MDH (Minnesota Department of Health), APIC (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology)

インフルエンザは空気感染するの？

2m以上の距離, サージカルマスク着用.
それでも感染した!!

接触感染の可能性が強い!!

インフルエンザは飛沫＋接触感染

- ・マスクのことばかり気にしないで, 手洗いや手指消毒も忘れてはならない. → **標準予防策**
- ・使用後マスクやティッシュの処理についても気を配る!!

マスクの意味を考えると・・・

医療従事者

- ① 自分の防御 **サージカルマスク**: 飛沫予防策
N95マスク: 空気予防策
- ② 出来るだけ感染源にならない (流行期)

一般の人

- ① 咳やくしゃみがあれば着用: **咳エチケット**
- ② 自分の防御 → 医療従事者と同様に有効?

満員電車などで長時間の緊密な接触があれば, たぶん鼻マスク, あごマスク同様あまり意味がないと思われる.

ICTにおける多職種連携の意義

1. 専門性を生かした検査・治療に関する
コンサルテーション対応, 情報発信, 教育・啓発
2. 専門性を生かしたサーベ イランスデータの収
集・解析 (臨床分離菌, 特定抗菌薬使用
状況の日報・週報・月報)
3. 院内ラウンドにおいて専門性を生かす
(抗菌薬使用, 医療環境の適正化)

多職種でのラウンドのメリット

ICD 「これは何ですか？」

医師 「滅菌水が出てくる水道です. 手を洗うのに使っています。」

ICD 「滅菌水!? 本当に?? たぶんこの水は怪しいですよ。」

医師 「大丈夫です! いつも業者がメンテナンスに来ています。」

滅菌技師 「業者の人は中のフィルターを交換するだけです.
蛇口を取り外して洗浄してますか？」

細菌検査技師 「培養をしてみますので, その水を少しください。」

薬剤師 「この水を使った手洗いよりも, 速乾性手指消毒薬を
使った方がよっぽど効率が良いですよ。」

ICN 「WHOでは医療現場での手指衛生の5つのタイミングを
提唱していて …… ここから長い説教」

2012年改訂 感染防止対策加算と地域連携

➤ 院内における感染防止対策の評価を充実させ、院内感染対策に関する取組を推進する。

(新) 感染防止対策加算1 400点(入院初日)
 (新) 2 100点(入院初日)

[施設基準]

感染防止対策加算1

- ① 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止対策部門を設置していること。
- ② 以下からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
 - ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策に関わる専任の薬剤師
 - エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師
 - (ア又はイのうち1名は専従であること。)

③ 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関は、感染防止対策加算2を算定する医療機関と共同カンファレンスを開催すること。

感染防止対策加算2 (感染防止対策加算1と異なる部分を記載)

- ① 一般病床の病床数が300床未満の医療機関であることを標準とする。
- ② 感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。感染防止対策チームの構成員については、感染防止対策加算1の要件から、イに定める看護師の研修要件を不要とする。また、ア又はイのいずれも専任でも可能とする。
- ③ 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関の主催する共同カンファレンスに参加すること。

➤ 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が年1回以上、互いの医療機関に赴いて相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設し、院内感染防止対策のより一層の推進を図る。

(新) 感染防止対策地域連携加算 100点(入院初日)

地域連携における病院内感染対策

- ✚ サーベイランスを通じてまず自分の地域 (施設) で今何が起きているのかを知るシステムを作ることが重要である
- ✚ マンパワーが足りなければ、多くの対策からできそうなことを選んでやってみる
- ✚ 施設間の連携が必須. お互いに得意な分野を相補的に協力するのが理想的である

施設の状況に応じ**継続可能な対策**を行うことが重要!
BestでなくてもBetterな対策をめざそう!!