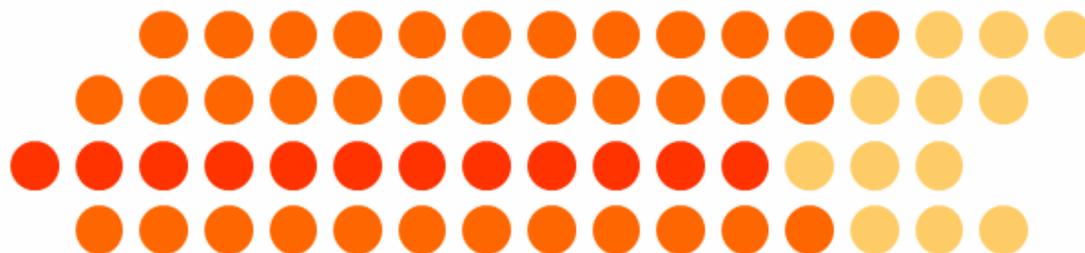


院内感染対策と検査部門

法令・通知から何が見えるか

千葉県衛生研究所
感染疫学研究室

柴田 幸治





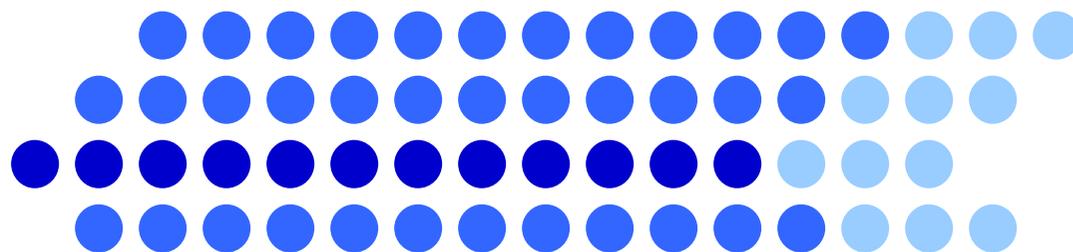
- 「医療機関等における院内感染対策について」平成23年6月17日厚生労働省医政局指導課長 通知
- 「医療施設における院内感染(病院感染)の防止について」
- 「院内感染対策のための中小規模の医療施設向けのサーベイランス手順書及び中小病院における効果的感染制御策(映像資料)のホームページ掲載について」平成22年6月厚生労働省医政局指導課
- 平成24年度診療報酬改定について
- 医療施設内結核感染対策について / 日本結核病学会予防委員会平成22年3月
- その他



「医療機関等における院内感染対策について」

平成23年6月17日

厚生労働省医政局指導課長 通知



感染制御の組織化

- 病院長等の医療機関の管理者が積極的に感染制御に関わるとともに、診療部門、看護部門、薬剤部門、**臨床検査部門**、事務部門等の各部門を代表する職員により構成される「院内感染対策委員会」を設け、院内感染に関する技術的事項等を検討するとともに、全ての職員に対する組織的な対応方針の指示や教育等を行うこと。
- 検体からの薬剤耐性菌の検出情報等、院内感染対策に重要な情報が、**臨床検査部門**から診療部門へ迅速に伝達されるよう、院内部門間の感染症情報の共有体制を確立すること。



感染制御チーム



- 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、**検査技師**、薬剤師から成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、あるいは、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などを行うことをいう。)を行うこと。病棟ラウンドは、可能な限り1週間に1度以上の頻度で感染制御チームのうち少なくとも2名以上の参加の上で行うことが望ましいこと。



感染制御チーム



- 病棟ラウンドに当たっては、**検査室**からの報告等を利用して感染症患者の発生状況等を点検するとともに、各種の予防策の実施状況やその効果等を定期的に評価し、各病棟における感染制御担当者の活用等により臨床現場への適切な支援を行うこと。



環境整備と環境微生物調査

- 近年の知見によると、**定期的な環境微生物検査**は必ずしも施設の清潔度の指標とは相関しないことから、一律に実施するのではなく、例えば、院内感染経路を疫学的に把握する際に行う等、必要な場合に限定して実施すること。





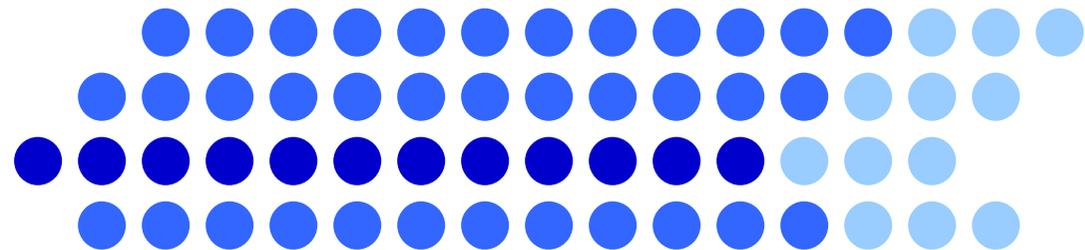
また、平成15年度 厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)による「国、自治体を含めた院内感染対策全体の制度設計に関する緊急特別研究」(主任研究者:小林寛伊)の分担研究報告書「医療施設における院内感染(病院感染)の防止について」について、引き続き活用されたい



「医療施設における院内感染(病院感染)の 防止について」

平成15年度 厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
分担研究報告書

国、自治体を含めた院内感染対策全体の制度設計に関する緊急特別研究



感染制御の組織化

- 感染対策委員会は各部門の代表者(管理的立場にある職員、医師、看護師、薬剤師、**検査技師**、**滅菌技師**等)が参加し、定期的を開催して、感染防止に対する基本姿勢と年間計画などを作成する。
- ICTの一員として抗菌薬使用に関する薬剤師及び**臨床微生物検査技師**の現場介入も必要である。



サーベイランスの実施とアウトブレイクの察知

- 日常的に自施設における感染症の発生状況を把握するシステムとして、対象限定サーベイランスを必要に応じて実施することが望ましい。
- その際、院内の各領域別の微生物の分離率ならびに感染症の発生動向から、院内感染のアウトブレイクをいち早く察知し、アウトブレイク時の初動態勢を含めて迅速な対応がなされるよう、感染に関わる情報管理を適切に行なう必要がある。
- **臨床微生物検査室**では、検体からの検出菌の薬剤耐性パターンなどの解析を行なって、疫学情報を臨床側へフィードバックする必要がある。



サーベイランスの実施とアウトブレイクの察知

- 分離菌の種類や推移が検体別、領域別に把握され、特に抗菌薬耐性菌の検出頻度と耐性化率が領域別に定期的に報告されている必要がある。
- しかし、鼻腔スクリーニングなどの監視培養は対象を限定して、入退院を繰り返している者、過去に耐性菌感染の既往がある者、侵襲の過大な手術の予定者、臓器移植患者など、それぞれの病院でハイリスクグループを決めて、必要に応じて実施すべきであり、全患者を対象としたスクリーニングの意義は疑問視されている。



環境整備と環境微生物調査

- 定期的な環境の細菌検査(落下細菌検査、表面汚染菌検査等)は行わない。
- 環境細菌検査の結果が施設清浄度の指標となるものではない。
- しかし、特異的な感染症が発生した場合に、その感染源を特定するなど疫学的な調査のための環境の細菌検査は重要である。



抗菌薬耐性菌対策



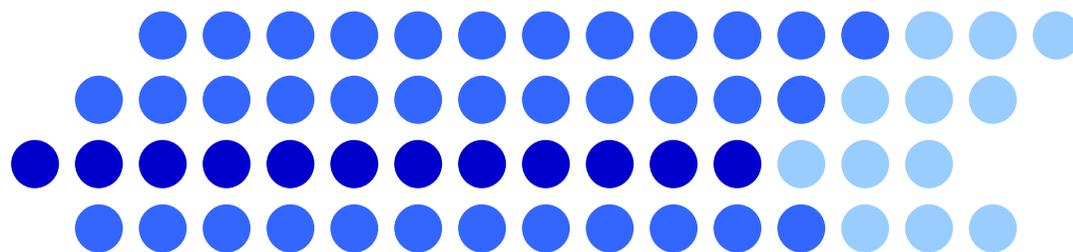
- 施設内での各種薬剤耐性菌の**検出頻度**や薬剤感受性パターン、動向などを把握しなければならない。



「院内感染対策のための中小規模の医療施設向けの
サーベイランス手順書及び
中小病院における効果的感染制御策(映像資料)の
ホームページ掲載について」

平成22年6月

厚生労働省医政局指導課



ICT ラウンド時介入項目リスト

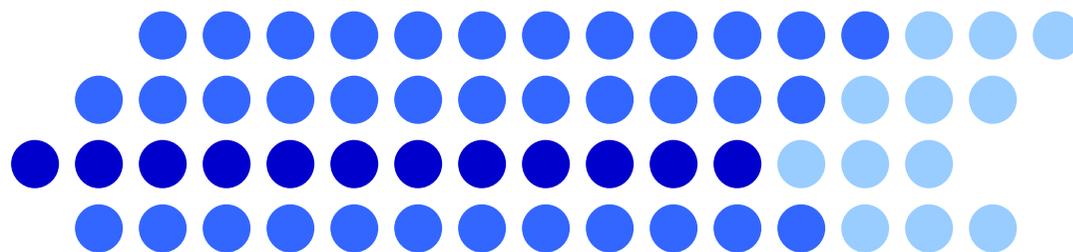


A. 検査及び治療

1. 臨床分離された微生物に関する個別患者情報を一覧表にして検討
(一般的には細菌検査技師、または臨床検査技師が最低週1回は定期的に作成することが望ましい)
2. 必要に応じて細菌検査室に赴いて情報交換、収集(検査が意中の場合は電話/メールによって情報交換/収集)
3. 細菌分離部位と分離菌量とを検討し、感染症、単なる保菌、検体汚染(コンタミネーション)などの区別を判断した上で、現場のラウンドにより担当医師、担当看護師と診療録情報を検討して、感染症であるか否かの特定



平成24年度診療報酬改定について



-5 感染症対策の推進について

- (4) 院内感染の防止策について、感染防止対策チームの評価を医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームを持つ医療機関と300床未満の医療機関との連携、及び感染防止対策チームを持つ医療機関同士が相互に感染防止対策に関する評価を行った場合や、連携して院内感染対策に当たった場合の評価を行う。



具体的な内容



1. 医療安全対策加算、感染防止対策加算の見直し

(1) 感染防止対策加算について、医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。

また、感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算2を新設し、感染防止対策加算2を算定している医療機関は感染防止対策加算1を算定する医療機関と連携していることとする。

感染防止対策加算1 400点(入院初日)

感染防止対策加算2 100点(入院初日)



具体的な内容



[施設基準] 感染防止加算1

専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。

感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、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
(医師又は看護師のうち1名は専従)、
3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、
3年以上病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師
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。



具体的な内容



[施設基準] 感染防止加算1

年4回以上、感染防止対策加算2を算定する医療機関と合同の感染防止対策に関する取組みを話し合うカンファレンスを開催していること。

感染症対策加算2を算定する医療機関から感染防止対策に関する相談を適宜受け付けること。



具体的な内容



[施設基準] 感染防止加算2

一般病床の病床数が300床未満の医療機関であること。

専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。



具体的な内容



[施設基準] 感染防止加算2

感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、
5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師
(医師又は看護師とも専任で差し支えない)、
3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任
の薬剤師、
3年以上病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師
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。

年に4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関が
開催する感染防止対策に関するカンファレンスに参加してい
ること。



具体的な内容



2. 感染防止対策加算1を算定する医療機関どうしが連携し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する。

感染防止対策地域連携加算 100点(入院初日)

[施設基準]

感染防止対策加算1を算定していること。

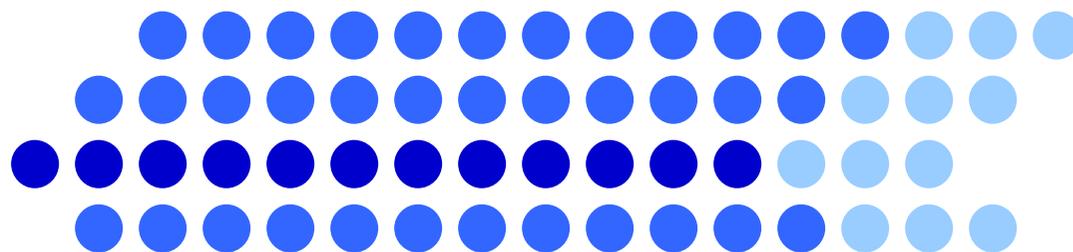
感染防止対策加算1を算定している医療機関同士が連携し、年1回以上、互いの医療機関に赴いて、相互に感染防止対策に係る評価を行っていること。



医療施設内結核感染対策について

日本結核病学会予防委員会

平成22年3月



健康診断



- 雇い入れ時の健康診断にQFT検査の実施を推奨
結果をベースラインとする
- 雇い入れ時のツ反検査は推奨しない



職員の配置



- かつて結核感染暴露の機会が多い病棟等にはツ反陰性の職員を配置しない方針の施設が多かったが、当該者のツ反陰性の理由が免疫抑制状態（HIV陽性者、免疫抑制剤・ステロイド薬大量投与等）である場合を除いては、この方針は現在もはや妥当とは考えられない



安全キャビネットの設置



- 臨床検体としての喀痰や培養菌などを取り扱う**細菌検査室**などは、バイオセーフティレベル(以下BSL)-3実験室と同等の設備が望ましく、困難な場合でもBSL-2の環境は確保せねばならない。
- すなわち、検査室内気圧を外部に対して陰圧とすべく努力は必要である。
- また室内には**安全キャビネットを設置**し、検査操作、実験操作はその安全キャビネット内で行うことが強く勧められる



安全マスクの着用



- N95以上のマスクの着用が強く望まれる
- 使用の際には、顔によくフィットしており、リークがないことを確認しておく必要がある



予防医の着用



- 喀痰採取を含め、結核菌あるいはそれを含む**臨床材料の取扱者**には、微粒子用マスクのほか、基本的にはガウン、手袋による防護が必要である
- 喀痰採取に際しては、専用の部屋(スペース)を設置するか、屋外での換気の良い良い場所で行う必要がある
- 密閉容器のキャップの開封、検体の研磨、振盪、ピペット操作などはエアロゾルが発生する危険が大きく、安全キャビネット内での操作が強く勧められる



検査技師・検査科(室)の役割



院内感染対策に対する
検査技師・検査科(室)の
果たす役割と影響は大きい

多数の臨床検体、
患者との接触

検査技師・検査科の感染対策

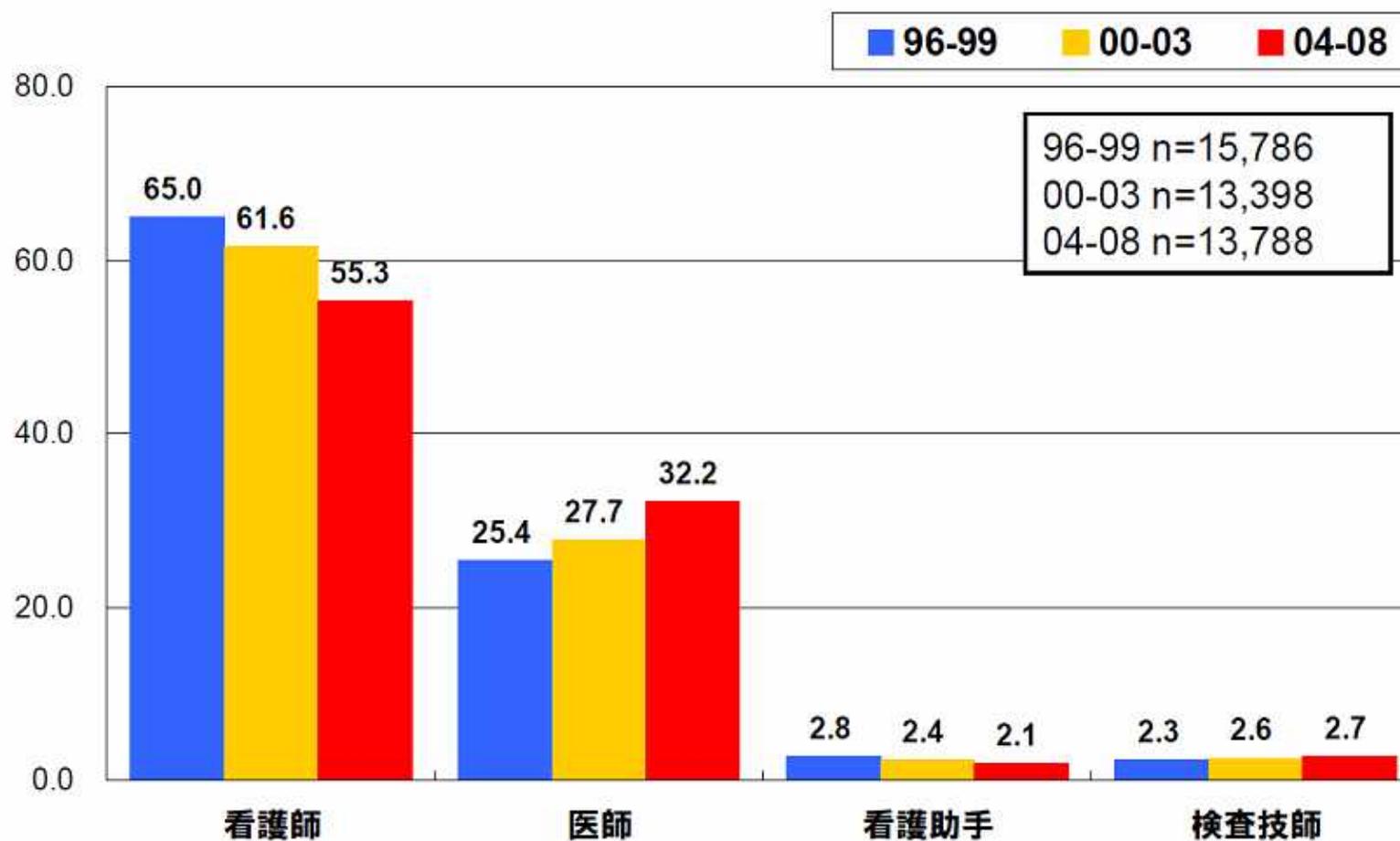


検査科(室)の感染管理

- 全てのセクションにおいて...切創・針刺し
- 採血
 - 安全装置、使用済み針の適切廃棄、PPE、採血用腕枕・駆血帯、
- 生化・血液・血清・輸血・一般・救急
 - 標準予防策、適切な検体搬送、検査後の検体の保管・廃棄
- 微生物検査室
 - 特に結核菌 安全キャビネット
- 生理検査
 - 技師 患者(インフルエンザ、結核、耐性菌)
 - 器具等 患者(電極、ベッド、枕、リネン等)

SOP(手順書・マニュアル)の重要性

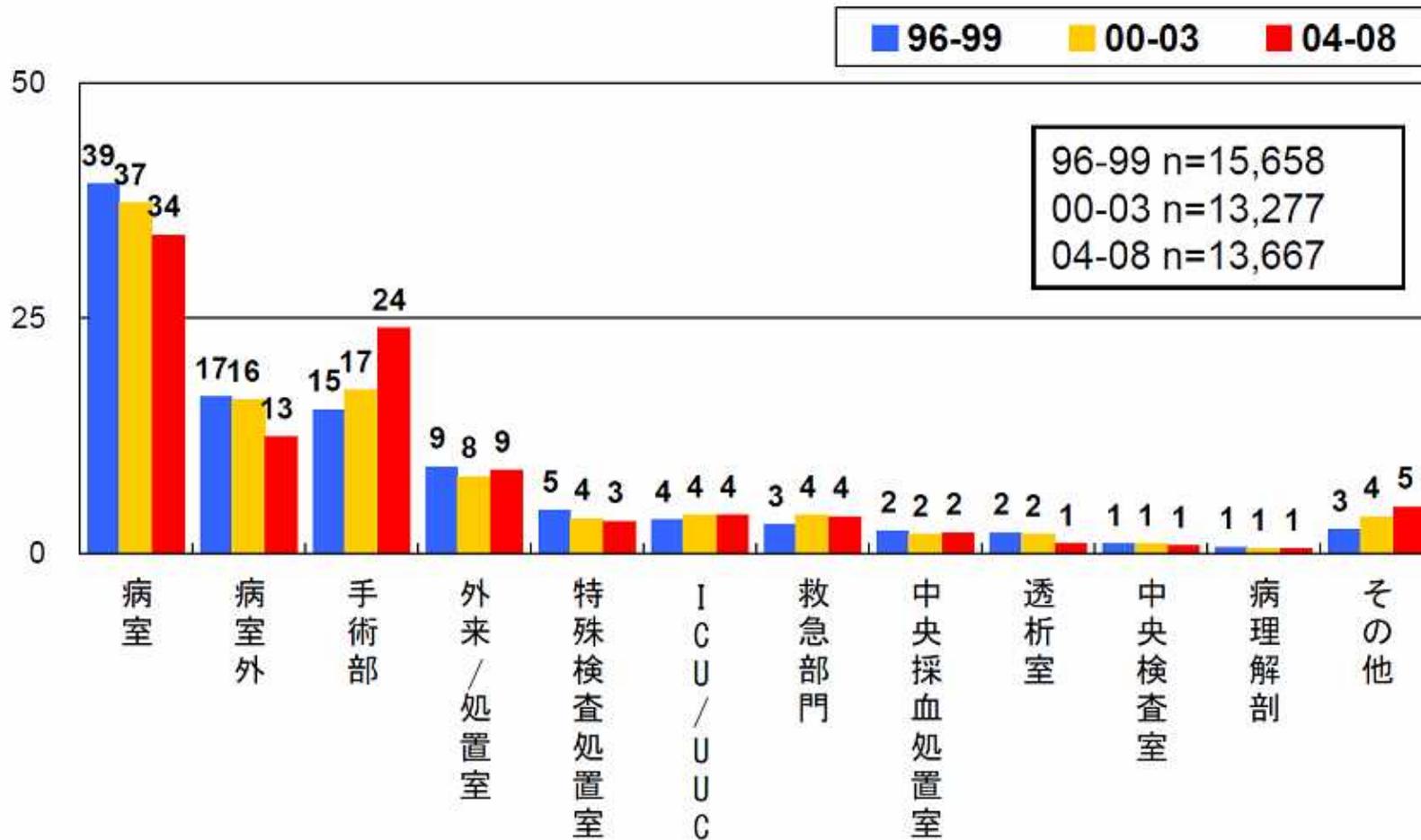
針刺し、切創事例発生 受傷者の職種割合



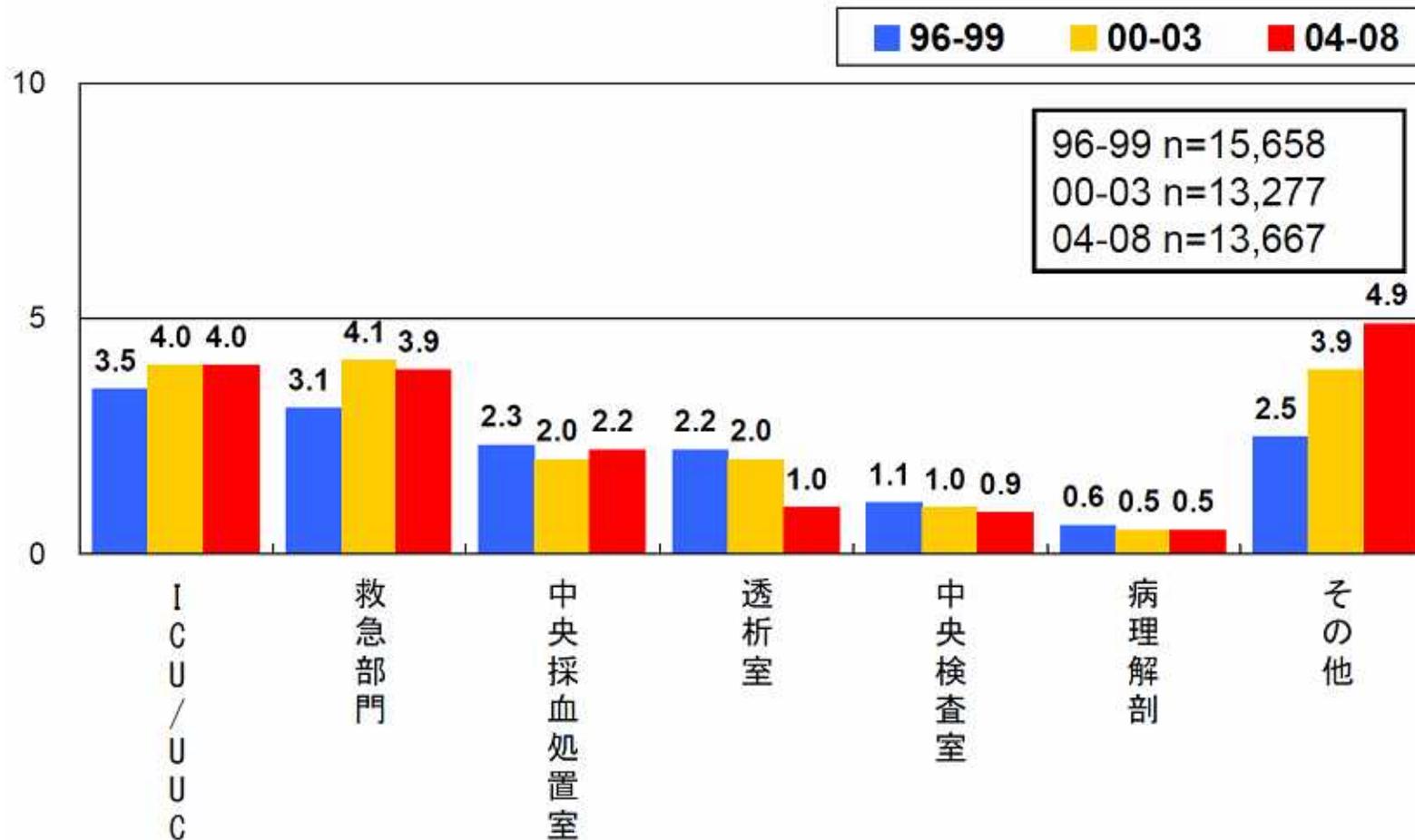
JESWG2009 by JRGOIP (The Research Group of Occupational Infection Control and Prevention in Japan)



針刺しの発生場所割合 (%)



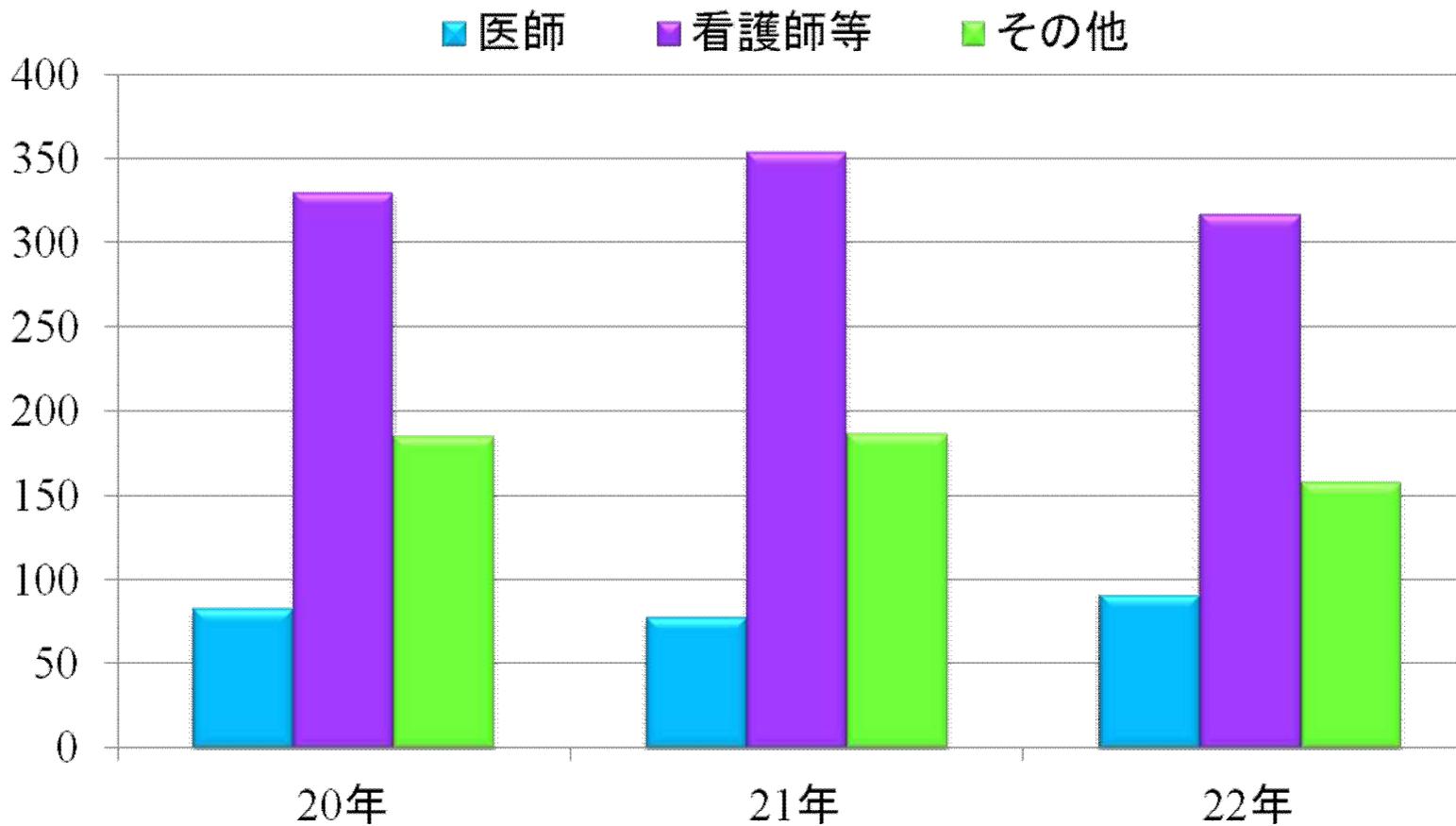
針刺しの発生場所割合 (%) < 拡大再掲 >



ISWG2009 by JRG01P (The Research Group of Occupational Infection Control and Prevention in Japan)



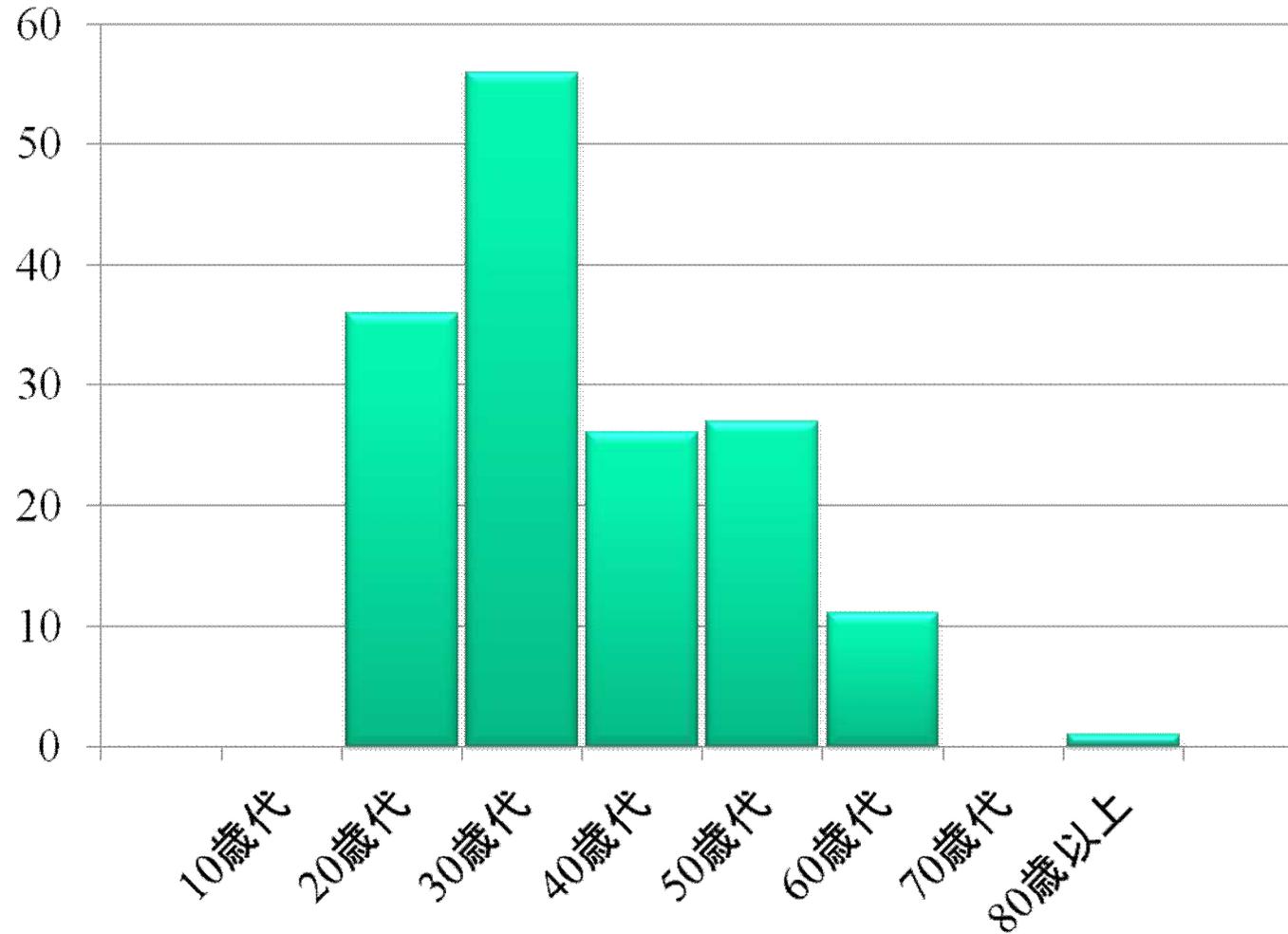
年次別医療従事者の新登録結核患者数



その他：検査技師、放射線技師、理学療法士、作業療法士等
看護師等・医師以外の医療機関に勤務する感染リスクの高い者

年齢群別 医療従事者の新登録結核患者数

(平成22年 医療従事者 = その他)



検査技師・検査科(室)の役割

院内感染対策に対する
検査技師・検査科(室)の
果たす役割と影響は大きい

多数の臨床検体、
患者との接触

検査技師・検査科の感染対策

病院の感染対策に対する
検査技師・検査科の役割

微生物に関する一
番早い情報と知識



こりゃ、
かなわん！

検査技師がいなければ
医療機関の感染対策は
成り立たない！

