

丸石 感染対策 NEWS

感染予防と消毒薬に関する
情報誌

disinfection

わたしの病院の感染対策(クリニック編)

歯科領域における院内感染防止対策

TOPICS

感染対策ラウンド

~For one purpose(目的に向かって一つになろう)~



Hand Hygiene

No. **1**
2024

目次

Contents

わたしの病院の感染対策 (クリニック編)

1

● 歯科領域における院内感染防止対策

東京都新宿区(愛生歯科医院) 院長
東京医療保健大学大学院 臨床教授
日本歯科大学生命歯学部 客員教授
田口 正博

TOPICS

6

● 感染対策ラウンド

~For one purpose(目的に向かって一つになろう)~

埼玉医科大学国際医療センター 感染対策室
感染管理認定看護師
鴨下 文貴

わたしの病院の感染対策(クリニック編)

歯科領域における院内感染防止対策

東京都新宿区(愛生歯科医院) 院長
東京医療保健大学大学院 臨床教授
日本歯科大学生命歯学部 客員教授

田口 正博

はじめに

院内感染防止対策は一カ所でも不十分の箇所が存在すると、対策すべてが無に帰するという恐れがある。そして、大変費用が掛かる。病院の様に豊富な人材や、最新の大型機器を採用できればマニュアル通りに実施できる。筆者も最後まで残ったのが、歯科用ユニットの逆汚染対策機能付き給水系と給気系の無菌化であった。これらの対策を全て完成させるのに15年を費やした。歯科医療の大半はクリニック規模で実施されており、やむをえず、小型の機器や一般家庭で使用されている物品を使用している現実的な対応を理解していただきたい。今後も、なるべく安価で、クリニック規模でも無理なく継続できる、院内感染防止対策を模索していく所存である。

コロナ禍における対策

コロナウイルス禍における歯科医療は今までになく院内感染防止対策が大変注目を浴びた。2020年1月15日に日本で初のCOVID-19に罹患した患者が確認されてから周知のとおりマスクが欠かせない生活が始まった。その中で様々なことが歯科業界に起こった。歯科医療従事者はCOVID-19の感染率が高い危険な職業と言われた。これをうけ、歯科医療は感染リスクが高いため、緊急性の高くない施術はできるだけ延期するよう厚労省から通知され¹⁾、結果的に歯科診療室への受診離れを起こした。そのような中、医院内で待合室が密にならないよう予約の調整を行い、マスク、アルコール製剤、グローブ、ポビドンヨードなどの不足を呈し、薬剤や備品の調達に苦労した施設も多いだろう。N95マスクやフェイスシールド、ガウンなどの経費も膨大であった。歯科医療は事のほか観血処置が多い(図1、図2)。以前より日本の歯科医療従事者の抗HBc陽性率は一般的な献血者よりも有意に高く、HBVへの曝露頻度は歯科医療従事者においては大きい²⁾ためHBVワクチン接種はすべての歯科医療従事者に義務化されている。COVID-19の対応時は、血液



図1. 血液に汚染されたタービンハンドピース (THP)

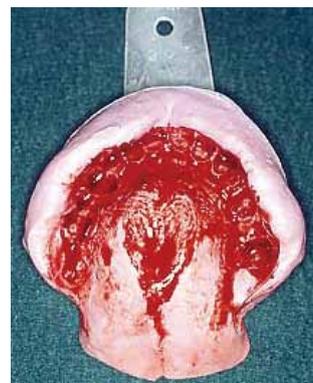


図2. 印象採取するだけでも出血

による接触感染のみならず飛沫感染やエアロゾル感染にも注意を払う必要があった。世間が日常生活に戻りつつある今日、感染リスクの高い歯科医療を実施する歯科診療室においてはCOVID-19に対する厳戒態勢を解いてはならない。

受付、設備、システム等

COVID-19蔓延後、以前の受付体制と異なる点は入室前の検温とアルコール消毒の実施、抗菌フィルム対応等である。以前は診療室内に入室してから検温を行っていたが、発熱している患者を内部に入室させないために受付窓口での検温実施に変更し、37.5℃以上の場合には受診日を変更していただいている。また各診療室に向かう前に手指のアルコール消毒を実施することを徹底した。ノロウイルスが蔓延した時と同様に、自動ドアのスイッチやトイレのスイッチなどには6か月間抗菌力が持続する抗菌フィルムを貼付した。完全予約制とし待合室が密になることを防いだ。受付窓口は以前からクローズタイプを採用していたため、患者からの飛沫などを受ける可能性は少なくできた(図3)。プライバシーの保護や診療室内の陰圧や換気の観点から診療室は個室対応である。個室入口のドアには手術室と同様の足センサー式の自動ドアを採用してお

り、待合室から医療領域への侵入ドアは当医院のスタッフが内側から開閉するようになっている。患者には歯科用ユニットに座る前には持ち物とマスクを専用のラックに置いてもらう。その後、ディスポエブロンを装着し、ポビドンヨードで含嗽して口腔



図3. クローズタイプの受付
内消毒を実施する。消毒用エタノールでの口腔外消毒は施術時に触れる可能性の高い口唇周囲に実施し、グローブへの接触汚染を軽減させた(図4、図5)。



図4. アルコール製剤による口腔外消毒



図5. 診療中に患者に被覆する穴あきタオル

問診

歯科受診時には患者は既往歴は関係ないと考え正直に告げないことが多く、特にHIV、HBV、HCVや梅毒のキャリアは正直に告げないことを何度も経験している²⁾。これらの対策だが、術前に血液検査を実施しない歯科医療では、全患者をスタンダードプリコーションで対応する以外にはない。COVID-19の場合も見極めが必要になるが、HIVなど同様に検査は実施せず、受付時の体温測定、咳の確認のみである。最近ではコロナウイルスに罹患歴ありと告げる患者が多くなってきた。

口腔ケア

いわゆるコンプロマイズドホストの口腔ケアを実施する可能性がある以上、十分な感染防止対策を講じなければ、患者および口腔ケア術者に不安感と水平感染とを発生させかねない。以前より不潔な口腔内環境が、気管内挿管術後に発生する誤嚥性肺炎等の感染症のリスクを高くすることが知られており、術前の口腔ケアの重要性が目されている。その結果、周術期口腔機能管理料が設定され、術後の発熱の抑制、CRP上昇の抑制、抗菌薬の使用期間や在院日数の短縮が認められている。しかし、2005年7月26日付けの厚生労働省医政局長からの通達では、「重度の歯周病等が無い

場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯・口腔粘膜・舌に付着している汚れを取り除き清潔にすること」は医師法第17条、歯科医師法第17条および保健師助産婦看護師法第31条の規制の対象とならないとしている。つまり、スタンダードプリコーションを熟知した専門職以外の人々が、口腔ケアを実施することも有り得るということである。自宅や介護施設で実施される患者の大半は、歯周病を有し、専門職以外が対応しているであろうことは想像に難くない。したがって器具、器材、術式などについてスタンダードプリコーションに基づく指導を必要とする(図6、図7)。



図6. 口腔ケアで単回使用される安価な器具類



図7. 口腔ケアで再使用される高価な器具類

個人防護具

歯科医療時のPPE(個人防護具)は最も重要な課題の一つである。術者らはマスクのほかに毛髪や降りかかるエアロゾルを防ぐためにキャップ、目からの感染防止⁴⁾のためにゴーグルを着用する。以前は診療衣を着用していたが、現在はガウンを装着し患者毎に交換する。グローブも同様に患者毎に交換する。ゴーグル、キャップは毎日交換で、飛沫を目視で確認した場合は都度交換する。マスクは高性能であるN95マスクを採用しており、毎日交換する。N95マスクが不足していたコロナ禍初期においては例外的に厚労省からの再使用の促進の通知を遵守していた。さらに、N95マスクの上からサージカルマスクを装着し、表面への汚染を避けている。マスクの選択についてはフィットテストを実施し、結果の優れた製品を使用している。事前に患者が何らかの感染症のキャリアと判

明している場合にはキャップ、ゴーグルを含め全てのPPEをディスポーザブルで対応している(図8)。しかし、ガウンやN95マスクなどPPEを適切に着用すると保険診療の範囲内で歯科医療を実施する場合には経費的に厳しい。早急に労力、費用、時間に対する持続的な国からの関連な支援を切望する。



図8. 診療風景

手指消毒

最近ではポンプノズルに触れない自動式が増えている。スクラブ後の手指の乾燥については通常のタオルを使用せずに滅菌ペーパータオルを使用する。市販の滅菌済ペーパータオルを購入するか、筆者は市販のキッチンペーパーを滅菌して経費を削減している(図9)。使用した滅菌バッグをカバー代わりにしてロールハンガーに装着している⁵⁾。手指消毒の方法については、衛生学的手指消毒法を採用する。グローブの装着については、装着前後に必ず手指消毒を実施する。そして唾液等に触れたグローブは患者毎に交換する。スタッフ等が万が一消毒されていない箇所にグローブを装着した手で触れた場合には、擦式手指消毒を実施する(図10)。歯科用ユニット周囲の清掃時にはグローブへの数回の擦拭手指消毒は影響を及ぼさず使用できる^{6,7)}。そして各部屋にはシンクを二か所設置し、術者とスタッフが同時に手指消毒を可能な状況にしている(図11、図12)。



図9. 滅菌したキッチンペーパーを使用



図10. 自動化されたアルコール手指消毒器



図11. グローブ、滅菌ペーパータオル、消毒薬がセットされたシンク



図12. 個室にニカ所のシンクを設置

清拭とラッピング

清拭にはアルコール製剤とペルオキシ硫酸水素ナトリウム製剤を使用する。前者はターンテーブルやライト、バキューム等の周辺の機器、後者は歯科用ユニットの椅子周辺に使用している。後者をステンレス製品の箇所に使用すると拭き残しのようによく目立つため、当医院では患者が座る椅子等のレザーやハンドル部分を中心に使用している。清拭後のタービンホースやスリーウェイシリンジ等のラッピングには、カバーする器具の形状や長さに合わせて事前にカットして準備しておく。その他PCのキーボードやマウス、口腔内カメラやライトキュア、説明用モニターのスイッチ、レントゲンのスイッチや管球、マイクロスコブなどすべてにラップやビニールで対処し、使用した患者毎にラップ等を交換する。最近ではラッピングやホースも既製品が沢山あるので、うまく活用して欲しい(図13)。



図13. 患者毎に交換するPCキーボード上のラッピング

エアロゾル対策

換気については患者の顔部分の真上の天井に設置してある換気扇を作動させ、治療部位から上部に舞上がったエアロゾルを直ちに吸引し、室外に排気する。さらに各個室内にはHEPAフィルター空気清浄器を常時作動させ、SARS-CoV-2除去に効果をあげている(図14)。診療室の換気の見直しとしては時間毎に何回

という曖昧な方法ではなくCO₂濃度計の測定で1000ppmを目安としている。口腔内バキュームと口腔外バキュームを併用することが有効である。しかし、口腔外バキュームの設置位置によってエアロゾルを吸引しないこ



図14. 各診療室のHEPAフィルター空気清浄器

とも有るので、過信は禁物である。また手術の際の穴あきドレープの様に歯を孤立させ、施術するラバーダムの装着は、エアロゾルを減らすためCOVID-19発生当初より歯科医療時の推薦事項の一つになっている。

器具の洗浄・切削器具の洗浄と滅菌

観血処置が多いため、使用する器具器材については滅菌前に十分な洗浄を必要とする。まず、血液が多く付着している器具に関しては血液溶解剤などで目視できる汚れを落としてから洗浄工程に入る(図15)。病院歯科など費用に余裕があれば、ウォッシャーディスインフェクター(WD)を使用後、滅菌すれば万全である。個人診療所であれば、器具の洗浄のみに特化した家庭用食洗器を使用するの



図15. 観血処置後直ちに洗浄剤に浸漬

のも一考の余地がある。筆者の実験ではWDよりも洗浄力は劣ったが熱水消毒に近い機能を有する食洗器も販売されている。さらに食洗器の一番の推薦理由は低価格で、WDの数分の一であるためクリニック規模には最適で、筆者は数台所有し常時稼働している^{B)}(図16)。洗浄剤には医科向けの噴射型洗浄器を使用する。一方噴射型洗浄器で洗浄するよりも、浸漬洗浄や超音波洗浄の方が洗浄力は優れているため場所と費用を加味し検討する余地がある。目詰まりの生じやすい歯牙を切削したバー類やリーマーやファイル類の洗浄には、超音波洗浄器が適している。こちら温度設定、排水機能の付いた大型の超音波洗浄器の方が、小型よりも洗浄効率は高い(図17)。その他スリーウェイシリンジやエジェクターなどの中空器具の洗浄については、耳鼻咽喉科で使用されている中空器具用洗浄器を使用する(図18)。

歯牙を切削時に使用するタービンハンドピース(THP)やマイクロモーター(MM)等の切削器具は、洗浄、注油、滅菌と工程が多く煩雑である。有機物や切削片が残存したまま滅菌工程に入れば、故障の原因となりう



図16. 噴射型洗浄食洗器



図17. 温度設定が可能な超音波洗浄器



図18. 中空器具の洗浄

るため洗浄は必要不可欠である。海外製の滅菌器には洗浄、注油、滅菌を一台で完結する機器もある。メリットはオールインワンで短時間に6本滅菌可能なことである。デメリットは、購入費用やメンテナンスが高額な事と、滅菌バックで梱包せずに仕上げるため、その後の無菌的な取り扱いには注意が必要な事である。多くの施設では洗浄、注油、滅菌の器械を組み合わせで使用する。それぞれ、器械を導入するか、用手で行うかによって掛かる費用も、人手も、効率も変わってくるので各施設に合わせて組み合わせをほしい(図19)。手動で洗浄をする場合は歯科用ユニットから取り外す際に、内部を薬液洗浄、フラッシングを実施し、外部と内部を水洗する。フラッシングの実施は歯科用ユニットのスピットンで実施するため中材に運ばれてきた時点では関係ない。注油にも手動と、自動注油装置があり、手動で実施する場合には、先端部を紙等で被い3秒間実施する。この方法は費用が掛からないが、スタッフに練習が必要となる。自動注油装置については購入に費用が掛かるが、均一の注油量を保てるなどメリットがある(図20)。



図19. 独立した滅菌室



図20. THP専用自動注油装置と滅菌器

切削器具の滅菌にはクラスBかSの切削器具専用滅菌器をお勧めする。切削器具専用滅菌器であれば、温度管理は考えなくて良い。専用滅菌機以外を使用する場合、切削器具の耐熱滅菌温度は通常135℃のため滅菌時や乾燥時に超えない様注意する。添付されている取り扱い説明書の滅菌項目を必ず参照して欲しい。なお、一般にはガス滅菌のガスは隅々まで到達せず、さらに内部に生体毒性物質を生成する恐れがあるため、切削器具には不向きである。一方、切削時に使用するタングステン製カーバイトバーについては、発錆するため乾熱滅菌かエチレンオキサイドガス(EOG)によるガス滅菌で実施するか、クラスBの高圧蒸気滅菌器で十分乾燥を実施すれば問題はない。しかし、過酸化水素プラズマガス滅菌器では刃こぼれを生じるため、カーバイトバーの滅菌には望ましくない⁹⁾。近年発錆しないステンレス製のラウンドバーも発売されている。ダイヤモンドバーについてはいずれの滅菌方法でも可能である(図21)。



図21. 滅菌されたTHPとMM

機械室

機械室は歯科診療室においては心臓部にあたる場所である。先ずセントラルバキュームで口腔内から吸引したエアを機械室内に排気せずに外部に排気することが基本である。もし機械室内に排気した場合、コンプレッサーが機械室内でその空気を使用してエアを作製し、そのエアで切削器具を稼働、スリーウェイシリンジで歯を乾燥させれば、考えただけでも不潔である。機械室内にも空気清浄器を設置し、コンプレッサーでエアを作成した直後にフィルターを通し更に歯科用ユニットに入る直前で再度フィルタリングし、切削器具やスリーウェイシリンジに清潔なエアを送

り込んでいる(図22)。また以前に歯科用ユニット内の給水系の汚さについて、指摘されたことが有る。その対処法としては、歯科用ユニットに給水する直前に逆汚染対策機能付中空糸膜フィルターを装着して対処している(図23)。本フィルターを10年ほど使用した後に大腸菌をはじめとする微生物の存在を検査したが、無菌状態を保っていた¹⁰⁾。毎朝稼働させる前にフラッシングを実施し、ユニット内に滞留している水を排出すると良い。



図22. 歯科用ユニット装着されたエアフィルター



図23. 歯科用ユニットに装着された水用フィルター

引用文献

- 1) 厚生労働省医政局歯科保健課: 歯科医療機関における新型コロナウイルスの感染拡大防止のための院内感染対策について, 事務連絡, 令和2年4月6日
- 2) 石井周子, 向田瑛子: 歯科治療における職業感染、特にHCVについて. 日環感 1995; 10(2): 48-50
- 3) 箱崎五月, 永田理加: 病棟看護師の口腔ケアの実態と既存マニュアル内容の比較検討. 日本職業・災害医学会会誌 2017; 62(2): 75-81
- 4) W. W. Bond, N. J. Peterson, M. S. Favero.et al. Transmission of type B viral hepatitis via eye inoculation of a chimpanzee. J Clin Microbiol. 1982; 15: 533-534
- 5) 田口正博: 歯科領域の院内感染予防対策—歯科医療従事者へのSuggestion21—. クインテッセンス出版, 東京 2017. 160p.
- 6) 西川美由紀, 菅原えりさ, 梶浦工, 小林寛伊: 医療用ニトリルグローブ手袋の引張強さに及ぼすアルコール手指衛生の影響. 医療関連感染 2017; 10(1): 1-7
- 7) 田口正博: 擦式消毒剤による各種手袋への影響試験. 歯内療誌 2013; 34(3): 135-139
- 8) 田口正博: 家庭用食器洗浄器を歯科医院で使用の際の留意点. 日歯内誌 2003; 24(3): 87-89
- 9) 戸田紀子: 洗浄滅菌処理による歯科用バーの表面劣化. 医機学 2005; 75(7): 375-380
- 10) 田口正博: 歯科用ユニットに装着した逆汚染対策付き給水系フィルターの長期使用後における微生物除去効果. 日歯内誌 2005; 26(2): 129-134

感染対策ラウンド

～For one purpose (目的に向かって一つになろう)～

埼玉医科大学国際医療センター 感染対策室
感染管理認定看護師

鴨下 文貴

① はじめに

当センターは2007年に開院し、がんと心臓病に対する高度専門医療に特化し、高度の救命救急医療を提供することを使命としている(図1)。2023年現在、病床数756床であり、集中治療室8部署(96床)を有し、全病床に占める集中治療室の割合は12.7%である。病院の国際評価機関であるJoint Commission International (JCI)の認証を2015年に取得し、3年ごとに更新を行っている。



図1. 埼玉医科大学国際医療センター

2023年12月現在の感染対策室メンバーは、感染症科・感染制御科医師2名、感染管理認定看護師(CNIC)2名+看護師1名、感染制御認定薬剤師・抗菌化学療法認定薬剤師1名、感染制御認定臨床微生物検査技師(ICMT)1名、事務員1名である(図2)。ICT (Infection



図2. 感染対策室メンバー

Control Team)、AST (Antimicrobial Stewardship Team)として組織横断的に院内・院外活動を行っている。

医療機関内の感染対策を効果的に実践・指導・モニタリングしていくためには、現場へ赴く感染対策ラウンドが必要不可欠である。COVID-19パンデミックにより、スタッフの感染対策における意識が向上した一方で、感染対策ラウンドの回数・時間を縮小せざるを得なかったICTも多かったと思う。そこで今一度、“医療関連感染を減らす”という目的のために、当センターで行っている感染対策ラウンドの方法・アイデアを紹介する。

② 当センターの感染対策に係わるラウンド

感染対策室では、主に8つのラウンドを実施している(表1)。

	ラウンド名	内容
1)	ICTラウンド	いわゆる環境ラウンド、各部署における感染対策実施状況の現場確認・指導
2)	薬剤耐性菌ラウンド	薬剤耐性菌検出患者の感染対策実施状況の現場確認・指導
3)	手指衛生ラウンド	手指衛生の直接観察・指導
4)	CVC ^{注1} ラウンド	対象部署を限定し、CVC留置患者全員をラウンド
5)	IUC ^{注2} ラウンド	対象部署を限定し、IUC留置患者全員をラウンド
6)	改修工事ICRA ^{注3} ラウンド	工事現場の感染対策実施状況を関係者で現場確認
7)	清掃点検・評価ラウンド	病棟・外来・中央部門の清掃実施状況を現場確認
8)	感染症科・AST ^{注4} ラウンド	感染症診療、抗菌薬適正使用支援

注1 CVC: Central Venous Catheter (中心静脈カテーテル)

注2 IUC: Indwelling Urethral Catheter (尿道留置カテーテル)

注3 ICRA: Infection Control Risk Assessment (感染管理リスクアセスメント)

注4 AST: Antimicrobial Stewardship Team (抗菌薬適正使用支援チーム)

1) ICTラウンド

感染対策室メンバーに加え、メディカルスタッフの感染対策担当者（看護部部長、臨床工学技士、放射線技師、リハビリスタッフ、管理栄養士、購買担当者）がラウンドメンバーであり、毎週1回、ラウンドを実施している。毎月ターゲットを一つ決め（个人防护具、ミキシング台、滅菌物・消毒薬、洗浄室、感染性廃棄物、ケアバンドルなど）、チェックリストを用いて現場確認を行っている。同時に他メンバーが、手指衛生の直接観察と環境全般を確認している（図3）。フィードバックはその場で行うことにしており、部署毎に管理者や感染制御リンクナース（感染対策担当者）へ報告している。ラウンド終了後は、ICTミーティングで指摘事項の共有・検討を行っている（図4）。そして、現場スタッフが速やかに対応できるよう、写真付きのラウンド報告書をCNICが直ちに作成し、同日午後に発行している。現場は指摘内容に対して、期限までに改善し、報告書を感染対策室へ返信する。さらにCNICは返信された報告書を基に改善状況を確認する（図5）。一方通行にならないよう、報告書を通じて感染対策室と現場でやりとりを行うシステムになっている。



図3. ICTラウンドの様子



図4. ICTミーティングの様子



図5. ICTラウンド報告書

2) 薬剤耐性菌ラウンド

薬剤耐性菌の新規検出時は、ICMTから速やかにCNICへ報告が入る。CNICは直ちに、病棟へ赴き、現場スタッフと共に必要な感染対策を共有、時には助言や指導を行っている。そして毎週1回は、CNICを含む看護師3名で薬剤耐性菌検出患者のラウンドを行っている。対象は全病棟の薬剤耐性菌を保菌している全患者である。病室前のプリコーションカード掲示および个人防护具の設置状況、病棟内の患者マップへの明記、看護記録(引き継ぎ票)への入力などを確認している（図6）。



図6. 薬剤耐性菌ラウンドの様子

3) 手指衛生ラウンド

CNICを含む看護師3名による手指衛生の直接観察を行っている。ICTラウンド日以外に、看護師が単独で現場へ行き、直接観察を行う。基本的には月曜・水曜・土曜日に、看護師が各部署へ訪問し、毎月全部署全職種を対象に直接観察および現場指導を行い、遵守率を算出している（図7）。年間の観察回数は合計8,000回以上となる。定期的に職種別や部署毎の5つのタイミング別データもフィードバックしている。



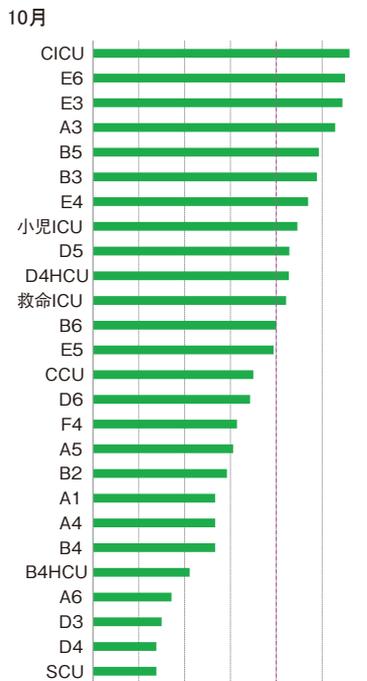


図7. 手指衛生直接観察の様子、遵守率グラフ

4) 中心静脈カテーテル(CVC)ラウンド

集中治療室のCVC挿入患者を対象に、CVCラウンドを毎週1回実施した。ラウンドメンバーは感染対策室の室員(医師、看護師、薬剤師)で、CVCの必要性をアセスメントし、当該診療科医師または病棟看護師へCVC抜去に関する介入を行った(図8)。CVCラウンドにより、担当医や現場の看護師と共に、CVC適応について協議する機会を作ることができ、CLABSI(Central Line Associated Bloodstream Infection)発生率は低下した(図9)。CVCラウンドはCVC早期抜去や、監視効果による現場スタッフのCVC適正管理に繋がった可能性がある。



図8. CVCラウンドの様子

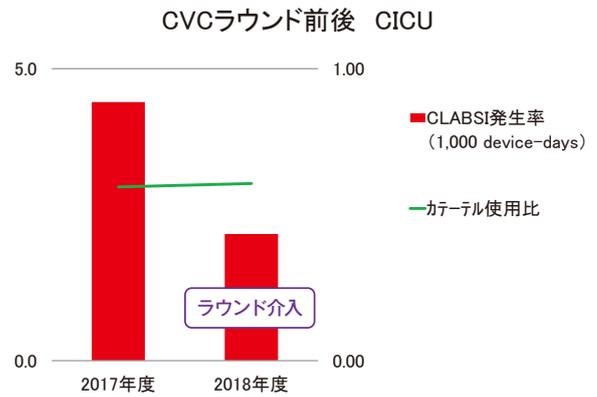


図9. CLABSI発生率グラフ

5) 尿道留置カテーテル(IUC)ラウンド

IUCは留置適応評価と早期抜去が推奨されている。しかし、必ずしも適応が正しく評価できていない現状がある。当センターでは感染対策室看護師3名によるIUCラウンドを毎週1回実施している。対象は集中治療室の患者であり、CAUTI(Catheter associated urinary tract infection)発生率・カテーテル使用比を参考にラウンド部署を検討している。ラウンド時の確認項目は、留置理由・期間、尿性状などである。IUC適応外と判断した場合は、現場スタッフと情報共有を行い、適応の再評価および抜去を推奨する。また、尿混濁については、所見とカルテ記載の不一致がないよう、実際の尿と看護記録を現場スタッフと一緒に確認し、尿混濁時の対応状況について評価・助言を行った(図10)。IUCラウンド前後でカテーテル使用比・CAUTI発生率を比較すると、どちらも低下する傾向があった(図11)。



図10. IUCラウンドの様子

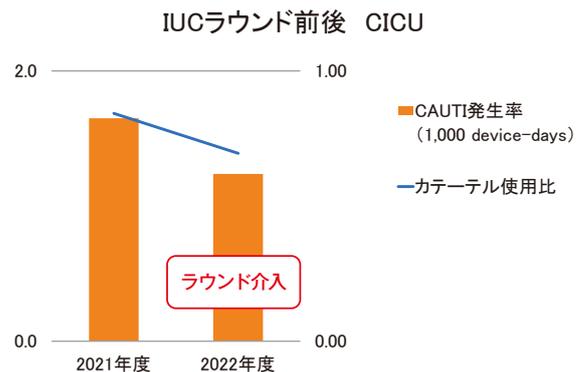


図11. CAUTI発生率グラフ

6) 改修工事ICRA ラウンド

改修工事に関連するICRA (Infection Control Risk Assessment) は、既存の施設が改修される際に行われる感染対策の一環である。このプロセスは、工事によって発生する潜在的な感染リスクを評価し、それに対処するための対策を講じることを目的としている。

ICRAの現場ラウンドは、工事中に定期的に行われる(当センターは毎週1回)。これは、工事中の感染対策が適切に実施され、計画通り進んでいるかどうかを確認するために行われる監視の一環である(図12)。ラウンド参加者は、感染対策室メンバーに加え、施設担当の責任者とスタッフ、工事業者、委託清掃業者、警備員などであり、感染対策が適切に実施されていることを確認し、必要に応じて対策を修正する。2023年度(4月-11月)の実績は、ICRA対象が12ヶ所、ラウンド実施回数は56回である。



図12. 改修工事ICRA ラウンドの様子

7) 清掃点検・評価ラウンド

当センターは委託清掃業者が3社入っている。各業者の清掃仕様書・手順書は感染対策室が定期的に確認している。さらに、実際の清掃方法との相違がないかを確認し、感染対策上のアドバイスをを行っている。また、各部署(病棟、外来、中央部門)の責任者は清掃評価表を1ヶ月に1回、感染対策室へ提出する。感染対策室は清掃評価表を基に、定期的にラウンドを行っている。メンバーは感染対策室看護師と清掃業者3社の各リーダー、総務課責任者(委託業者の管理)、施設担当者である。実際に病棟など現場へ赴き、病棟管理者と状況確認、清掃方法の調整を行う。また、実際に清掃業者に清掃を行ってもらい、手順を確認している(図13)。

8) 感染症科・ASTラウンド

抗菌薬適正使用支援チーム(AST: Antimicrobial Stewardship Team)でラウンドを行っている(図14)。感染症治療においては、抗菌薬の治療効果を高め、有害事象(副作用や耐性菌の出現)を最小限にとどめることが重要である。ASTは適切な感染症治療ができるよ

う抗菌薬の適正使用を支援するチームである。感染症科医師と薬剤師、看護師が共に毎日ラウンドを行っている。診療科とのコミュニケーションを多くとることで、症例へのスムーズな介入が可能である。

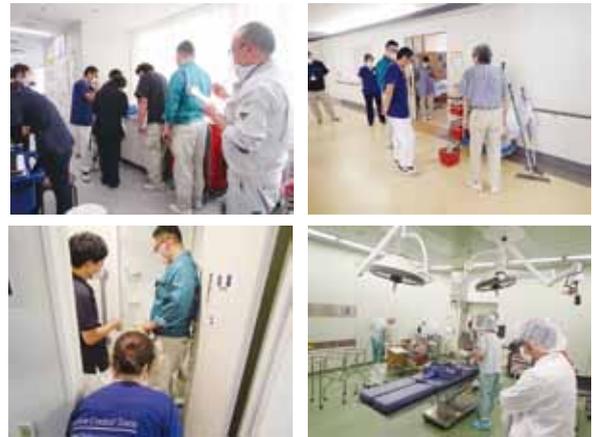


図13. 清掃ラウンドの様子



図14. 感染症科・ASTラウンド

③ おわりに

ICTが行う感染対策ラウンドは、感染対策を専門とする多職種が、“医療関連感染を減らす”という目的に向かって一つになることが重要である。普段は、各職種が各々の業務を遂行しているが、定時のラウンドや重大事項・緊急事態のときは、患者・職員・病院のために集結する。そして、それぞれの専門性を発揮し、感染制御に全力を注いでいる。離れていても、お互いを気遣い、心は繋がっている…と、筆者は信じている。普段からICTの医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師・事務員がコミュニケーションを十分にとり、チームワークを高めておくことが重要である。筆者は、これまで奮闘してきた感染管理活動と、何よりCOVID-19パンデミック対応に関して、当センターのICTメンバーがいなければ、乗り越えることはできなかったと感じている。素晴らしいICTメンバーに恵まれたことに感謝したいと思う。

Hand Hygiene



石 丸石製薬株式会社

丸石製薬ホームページ <https://www.maruishi-pharm.co.jp/>

【お問い合わせ先】

丸石製薬株式会社 学術情報部

〒538-0042 大阪市鶴見区今津中 2-4-2 TEL. 0120-014-561

<https://www.maruishi-pharm.co.jp/>