

丸石 感染対策 NEWS

感染予防と消毒薬に関する
情報誌

disinfection

TOPICS

『輸液カテーテル管理の実践基準』
の改訂ポイントの解説

わたしの病院の感染対策

～セーフティネット医療における
感染治療と対策～

わたしの病院の感染対策

～地域で取り組む感染対策～



2

1

3

Infection Control ポスターコンテスト表彰結果 詳しくは本紙15～17ページ

Hand Hygiene

No. 1
2026

目次

Contents

TOPICS

1

- 『輸液カテーテル管理の実践基準』の改訂ポイントの解説
日本VADコンソーシアム事務局¹⁾、東海大学名誉教授²⁾
小嶋 純¹⁾、鈴木 利保²⁾

わたしの病院の感染対策

5

- ～セーフティネット医療における感染治療と対策～
国立病院機構西別府病院 薬剤部(薬務主任)
高橋 政成

わたしの病院の感染対策

10

- ～地域で取り組む感染対策～
医療法人徳洲会 大隅鹿屋病院 医療感染管理室 感染管理認定看護師
仮重 喜代美

ポスターコンテスト

15

- Infection Control ポスターコンテスト 結果発表/作品紹介



『輸液カテーテル管理の実践基準』 の改訂ポイントの解説

日本VADコンソーシアム事務局¹⁾、東海大学名誉教授²⁾

小嶋 純¹⁾、鈴木 利保²⁾

『輸液カテーテル管理の実践基準』はカテーテル管理と感染制御により静脈ルート確保時の患者への侵襲を最小化し、カテーテル留置中の患者の安全と静脈内投与の確実性を高めることを目指したガイドラインである。今般、改訂を行ったので誌面を借りてポイントを解説したい。今から10年前の2016年2月5日に「輸液カテーテル管理の実践基準 輸液治療の穿刺部位・デバイス選択とカテーテル管理ガイドライン」が南山堂より出版された。その序文には「わが国ではVAD(VAD: Vascular Access Device)に関する医療従事者が一堂に会して情報交換や科学的な議論をする場は限られている」と記されていた。確かに、輸液カテーテル管理の実践基準が発刊された後にはほぼ毎年日本VADコンソーシアム研究集会を開催していたものの、その状況が大きく変化したわけではない。しかし、輸液カテーテル管理の実践基準の利用が拡大するにつれ、各医療機関で共通の基準で標準化された輸液カテーテル管理が行われ始めたことは、われわれ日本VADコンソーシアムによるガイドライン策定に一定の意味があったことを示すものと考えている。

欧米では、INS(米国輸液看護協会)やAVA(輸液アクセス学会)などから、デバイス管理や感染予防に関するガイドライン^{2,3)}が次々と改訂/発表されており、我が国においても、PICC(PICC: Peripherally Inserted Central venous Catheter, 末梢挿入型中心静脈カ

テーテル)の普及や新たなデバイスであるミッドラインカテーテルが上市され、医療従事者に対する体系的な教育の重要性が増している。そして、本書を出版してから今年で約10年が経過し、医療技術やデバイスの進歩、またそれに伴う新たな課題を踏まえ、改訂が求められる時期を迎えることとなった。世話人の間では、それよりも早い時期から改訂を進める案が出ていたが、実際には、輸液カテーテル管理の実践基準の改訂をスタートした時期は、その1年後となった。

当初、「輸液カテーテル管理の実践基準」の改訂は、上述のような状況から全面的な規模で実施することを考えスタートさせたが、日本VADコンソーシアムの会員数や資金面などから十分な改訂が行える状況ではないことから、今回の改訂は小規模なものとならざるを得ないと方向を修正した。とは言え、最新の情報を盛り込むことは、将来的な大規模改訂を見据えた基盤作りとして重要な意味を持つものとも考えた。

実際に改訂を行う方法としては、図1に示すスキームに従った。2024年2月、先ず始めに日本VADコンソーシアム会員ならびに賛助企業向けに意見の募集を行った。また、同時に集まった意見について審査するワーキンググループも募集し、下記の7つのグループを編成した(図2)。

収集した意見は、日本VADコンソーシアム事務局(以下、事務局)において、意見の提出者が特定できな

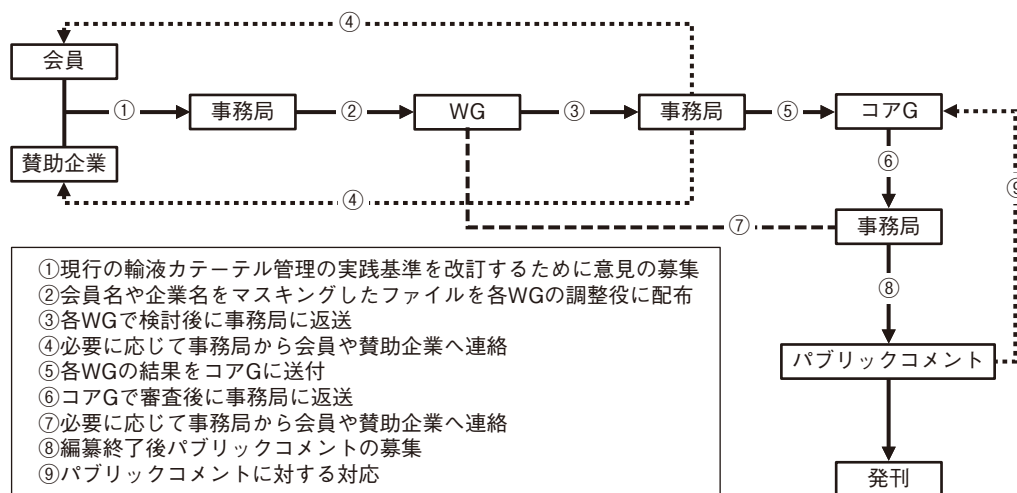


図1. ガイドライン改訂のスキーム

南山堂より許可を得て転載¹⁾

No.	ワーキンググループ (名称)
1	コアメンバー
2	感染
3	機材 (輸液、シリンジポンプ含む)
4	カテーテル (留置針、PICC、CVなど) 1
5	カテーテル (留置針、PICC、CVなど) 2+小児・母性
6	安全
7	薬剤

図2. ワーキンググループの編成

いように加工して、関係するワーキンググループに振り分け、審査を行った(図1スキーム参照)。なお、審査の基準等は初版の方法を踏襲した。各ワーキンググループで審査された結果は事務局に集められ、コアメンバーで更に審査を重ね、必要に応じて、各ワーキンググループにフィードバックし、最終案としてまとめた。最終的に全ての原稿を日本VADコンソーシアムのホームページ上に公開し、パブリックコメントを募集した。パブリックコメントで得られた意見に対しては、コアメンバーで再度審査し、修正が必要な案件は修正した後、今回の改訂版として完成させた。

一方、小規模改訂ではあるため、初版の「輸液カテーテル管理の実践基準」の構成を継承し、ガイドラインの推奨基準の各項目について、見直しをすることとした。その主な理由は、改訂2版では新たに上市されたデバイスのミッドラインカテーテルを掲載する必要があったこと、また、初版では掲載出来なかった輸液カテーテル管理の重要な駆動部分である「輸液ポンプ・シリンジポンプ」の項目を追加するとともに、従来の成人を中心とした内容から「小児の治療方法」も増設することとしたためである。

初版の本書の構成は、カテーテルの種類別に推奨基準を設けていたわけではなく、表1に示すような7つの大項目により分けられていた。例えば、末梢静脈留置カテーテルを調べる場合、「②輸液治療での感染管理基準」に2項目、「④静脈留置カテーテル選択基準」に5項目、「⑤静脈留置カテーテル挿入部位の選択基準」に5項目、「⑥静脈留置カテーテル挿入方法の基準」に6項目と分かれて記載されていた。そこで、新たにミッドラインカテーテルの項を増設した場合、初版同様に大項目に分散すると、ミッドラインカテーテルについて調べる読者はいろいろな項目を探すこととなる。そこでまず、この大項目の整理を行った。また、読者目線から、カテーテルに共通な項は敢えて重複させて掲載することで調べやすくもした。そのため、項目数は初版の165項目から289項目とおよそ2倍となった(表2)。

また、引用文献についても最新の情報を盛り込むだけでなく、例えば、初版では引用文献がある本のタイトルのみが記載されており、本から引用箇所を探す手間がかかった。しかし、改訂2版では、本のタイトル

表1. 初版の本の編成

大項目	中項目	小項目	項目数
①輸液治療に必要な能力・教育基準			12
②輸液治療での感染管理基準	全般		7
	準備		2
	挿入	共通	2
		末梢静脈留置カテーテル	2
		中心静脈アクセスデバイス	4
	留置中		10
	薬剤混合		5
③輸液治療での安全管理基準			16
④静脈留置カテーテル選択基準	業務実施に関する基準		3
	末梢静脈留置カテーテル(PVC)		5
	末梢挿入型中心静脈カテーテル(PICC)		1
	非トンネル型中心静脈カテーテル(CVC)		3
	埋め込み型中心静脈カテーテル(CVポート)		1
	トンネル型中心静脈カテーテル(トンネル型CVC)		1
⑤静脈留置カテーテル挿入部位の選択基準	末梢静脈留置カテーテル(PVC)		5
	末梢挿入型中心静脈カテーテル(PICC)		3
	非トンネル型中心静脈カテーテル(CVC)		3
⑥静脈留置カテーテル挿入方法の基準	業務実施に関する基準		7
	末梢静脈留置カテーテル(PVC)		6
	中心静脈アクセスデバイス(PICC、CVC CVポート、トンネル型CVC)		8
	穿刺部位の鎮痛		3
⑦静脈留置カテーテルの管理・抜去基準	業務実施に関する基準		7
	輸液ラインの交換		11
	ドレッシング材		9
	フラッシュ		13
	カテーテル抜去		16
総項目数			165

表2. 改訂版の編成

大項目	項目数
① 輸液治療に必要な能力・教育基準	11
② 輸液治療での感染管理基準	15
③ 輸液治療での安全管理基準	14
④ 静脈留置カテーテルの管理の実施基準	5
⑤ 末梢静脈留置カテーテル (PVC)	36
⑥ 非ガイドワイヤー型ミッドラインカテーテル	29
⑦ ガイドワイヤー型ミッドラインカテーテル	29
⑧ 末梢挿入型中心静脈カテーテル (PICC)	46
⑨ 中心静脈カテーテル(CVC, CV ポート, トンネル型CVC)	52
⑩ 穿刺部位の鎮痛	3
⑪ 輸液ラインの交換	10
⑫ ドレッシング材	11
⑬ フラッシュ	13
⑭ 薬剤	5
⑮ 輸液ポンプ・シリンジポンプ	10
	289

だけでなく引用されるページも記載するように心がけた。その他にも、略号の見直しを行い、国際的な標準的な略に変更した。加えて、推奨度の巻末に付与した資料についても見直しが行われ、「配合変化が起こりやすい主な注射剤」を削除し、新たに「小児の注意点」と「輸液ポンプ・シリンジポンプ」を増設した。また、資料の各項目についても最新の情報を盛り込む作業を行った。

さて、今回の改訂のタイミングは、新たに日本市場に導入された「ミッドラインカテーテル」を本書に組み入れるベストタイミングであった。初版時も、PICCが日本市場に導入されるタイミングであり、この10年間で多くの医療施設で使用され、また、施術者も医師から看護師へ急速に普及した。今回も同様にミッドラインカテーテルの普及の一助となるためにも、本書のガイドラインの目的である「静脈ルート確保時の患者への侵襲を最小化し、カテーテル留置中の患者の安全と静脈内投与の確実性を高めることを目指す」という考えに基づき、改訂に取り込んだ。

しかしながら、ミッドラインカテーテルに関する情報を入手してみると、日本市場に導入されるミッドラインカテーテルは3社から発売されることがわかり、ミッドラインカテーテルとして1つのカテゴリーに集約することが難しく、今回の改訂案の作成に難渋した。最

終的に、ミッドラインカテーテルとしては、「非ガイドワイヤー型」と「ガイドワイヤー型」に細分化し、表記することでまとめることが出来た。この細分化の主な理由は、ガイドワイヤーの有無により感染防止の手技が大きく異なることが要因であった。つまり、ミッドラインカテーテルを挿入する際に、ガイドワイヤーを使用するのであれば、手技者はマキシマルバリアプリコーション(手指衛生、マスク、滅菌ガウン、帽子、滅菌手袋、全身を覆う滅菌ドレープ)を行う必要があり、非ガイドワイヤー型では、マキシマルバリアプリコーションを行う必要がないという、大きな違いがあることである。

最終的には、改訂第2版では、新たなカテーテルのミッドラインカテーテルを加えたアルゴリズムを掲載した。余談ではあるが、このデバイス選択アルゴリズムは本書で一番引用される箇所であり、今回、このデバイス選択アルゴリズムの見直しを行い、治療期間別に推奨するカテーテルを明記することとした(図3A)。加えて、投与薬剤によるカテーテルの選択についても、今回、イラストを追加した(図3B)。色の濃淡で最適なカテーテルを示したが、本件については、新たなワーキンググループを作成し、我が国の実情にあった内容を今後盛り込む予定である。

「丸石 感染対策NEWS」への寄稿であるので、今

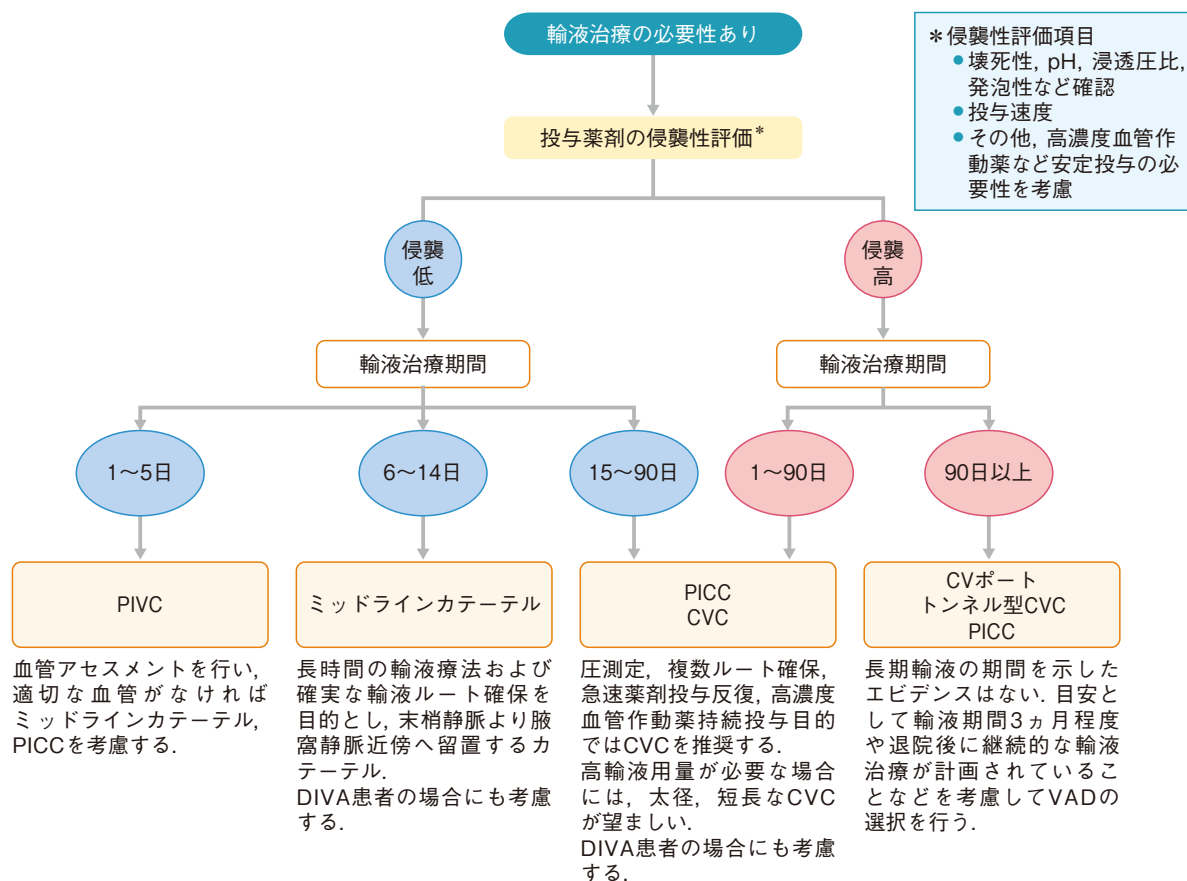


図3A. デバイス選択

南山堂より許可を得て転載¹⁾

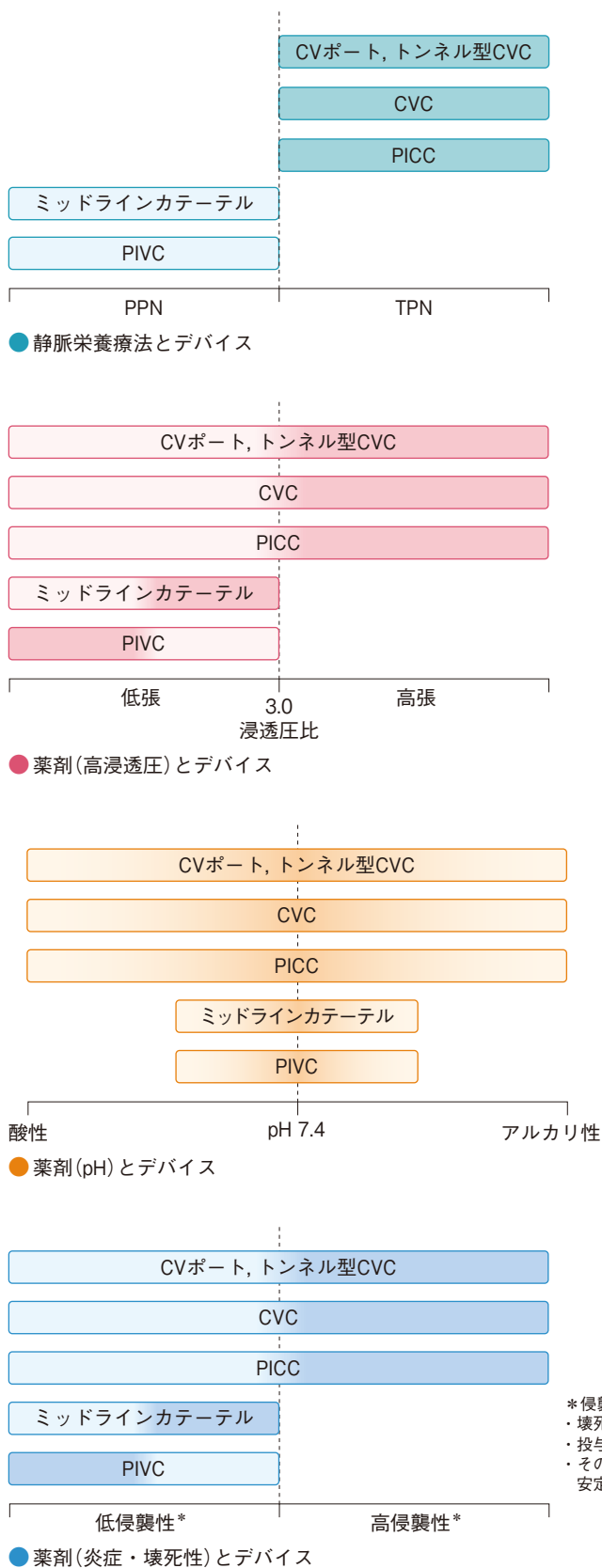


図3B. 投与薬剤によるカテーテルの選択
南山堂より許可を得て転載¹⁾

回の改訂における感染について少し詳しく述べることにする。初版では、感染に関する項目をまとめた大項目「②輸液治療での感染管理基準」があり、32項目から構成されている(表1)。しかし、改訂2版では、「②輸液治療での感染管理基準」は15項目と縮小した(表2)。お気づきの通り、初版の32項目のうち全般にある7項目はそのまま活かされ、また、共通の2項目のうち1項目と挿入の共通の2項目は活かされ、「⑥静脈留置カテーテル挿入方法の基準」の「業務実施に関する基準」の各項を加えて、新たに「②輸液治療での感染管理基準」を構成した。この構成の変更で、全般に共通の感染の項目だけを「②輸液治療での感染管理基準」に記載し、カテーテル毎に必要な感染の項目は、各カテーテルの項に集約した。以上のことから、初版の内容を維持し、読者にわかりやすいように整理を行った。

また、推奨度の巻末に付与した資料「中心静脈カテーテル挿入部の皮膚消毒」についても、最新の情報を基に記載整備を行い、引用する文献も最新のものと変更した。

終わりに

このガイドラインが、医療現場における標準的な指針として広く活用され、医療の質向上と患者安全の確保に寄与することを心より願っております。

最後に、本改訂にあたりご助言、ご協力を賜りました関係各位に深く感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 日本VADコンソーシアム編. 輸液カテーテル管理の実践基準 2025年版: 輸液治療の穿刺部位・デバイス選択とカテーテル管理ガイドライン 南山堂.
- 2) Infusion Nursing Society: Infusion Therapy Standards of Practice 2024
- 3) CDC: guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infection 2011

* 侵襲性評価項目
・壊死性, pH, 浸透圧比, 発泡性など確認
・投与速度
・その他, 高濃度血管作動薬など
安定投与の必要性を考慮



～セーフティネット医療 における感染治療と 対策～

国立病院機構西別府病院 薬剤部(薬務主任) **高橋 政成**

1. 国立病院機構西別府病院 について

国立病院機構西別府病院(写真1)は昭和46年、国立療養所別府荘、光の園、石垣原病院が統合して設立された国立療養所西別府病院が前身です。その後、平成16年の国立病院機構発足に合わせて国立病院機構西別府病院(以下、当院)となり、現在に至ります。

当院は大分県別府市の中心より車で15分ほどの距離に位置する271床の病院です。大分県下の結核医療の最終拠点であることに加え、重症心身障がいや神経



写真1. 西別府病院

難病(筋ジストロフィー・ALSなど)病棟を併設した県内唯一の施設であることから当院の診療圏は大分県全域にわたっています。また、感染対策向上加算3の算定施設として、大分大学病院や行政機関の助言の元、院内感染対策や抗菌薬の適正使用に努めています。

最近では感染症の流行状況などを考慮しながらボーリング大会や合同送別会などのレクリエーションも少しずつ再開しています。コロナ禍で忘れかけていましたが、レクリエーションによる院内スタッフとの横の繋がりは仕事においても非常に重要だと痛感しています。

2. 当院における感染管理の課題

大分県における抗菌薬使用量は全国的に見ても非常に多いのが課題となっています(図1)。

当院においても、長期入院(入所)の高齢者や人工呼吸器使用患者(約100台稼働)が多く、再燃率の高い呼吸器感染症などに抗菌薬投与が繰り返されているのが

内服+注射

都道府県別 2020年 抗菌薬種類 (ATC3) による集計

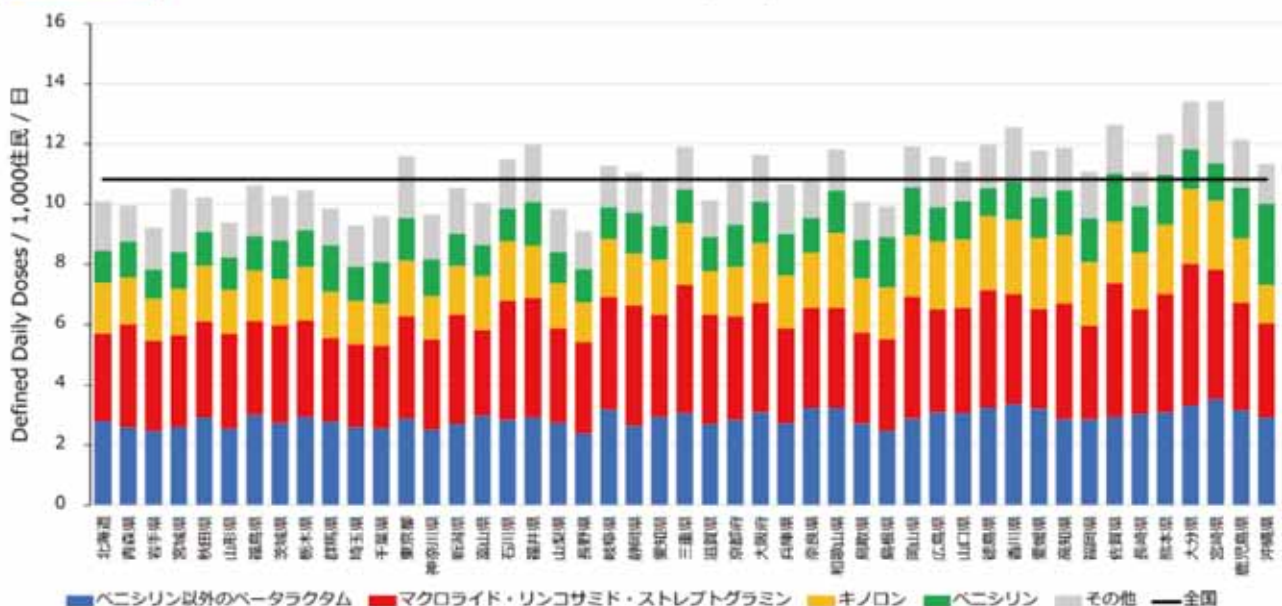


図1. AMR臨床リファレンスセンター資料¹⁾

現状です。当院の特性上、耐性菌の検出率も多くなりやすいため、様々な治療面で難渋しています(表1)。

過去には院内におけるMDRP(多剤耐性緑膿菌)のアウトブレイクを契機に、抗菌薬の適正使用の推進が急務となり2016年12月にAST(抗菌薬適正使用支援チーム)が発足したという経緯もあります。近年ではESBL産生大腸菌やMRSAの検出率が非常に高く、院内感染を予防するためのICT(院内感染対策チーム)活動と、耐性菌の蔓延を防ぐための適切な抗菌薬使用を推進するAST活動は非常に重要な役割を担っています。そこで今回は当院における感染に関わる活動などの一部についてご紹介します。

3. AST活動

週1回多職種でのASTカンファレンスを実施しています(メンバー：医師、看護師、臨床検査技師、薬剤師)(写真2)。カンファレンスの内容は、主に抗MRSA薬、広域抗菌薬投与中の患者の症例検討、TDMモニタリングについての検討です。メンバー間で該当症例における治療経過を共有し、治療抗菌薬の必要性を検討した上で、主治医に対してASTカンファレンスでの検討内容をフィードバックしています。また、耐性菌の新規検出や血液培養の陽性検出などについてはASTカンファレンスの実施日に限らず、迅速に看護師や臨床検査技師から情報共有されるため早期に抗菌薬治療方針を主治医と相談しています。

また、当院における抗MRSA薬の投与症例は低体重、低クレアチニン値の場合が多いです。そのため、TDMソフトによる通常の血中濃度シミュレーションだけでは再現性が低いため、各種文献の参照や他院薬剤師への相談を行いつつ薬剤師主導で投与設計を行なっています。特に神経難病の症例におけるバンコマイシン投与時は論文²⁾を参照し、腎機能の指標として内因性腎機能



写真2. ASTカンファレンスの様子

マーカーであるシスタチンCを用いたTDMを行っています。

最近の当院における課題の1つとして、検出頻度があがっている2剤耐性緑膿菌(多剤耐性緑膿菌の一步手前)への治療対策があげられます。2剤耐性緑膿菌はアミノグリコシド系抗菌薬に感受性を残している場合が多いですが、感染部位によっては単剤治療ではなく、様々な薬剤耐性菌治療薬の上市に伴い実施施設は少ないかとは思いますが、ブレイクポイント・チェッカーボード法を用いた抗菌薬の併用治療をASTとして提案しています(図2)。

上記でも述べていますが当院では様々な薬剤耐性菌の検出率が高いことが問題になっています。そのため、新薬を含めた薬剤耐性菌治療薬の使用を極力避けることでさらなる薬剤耐性菌の検出を防ぎつつ、今ある最良の抗菌薬治療が行えるように善処しています。しかしながら、新薬などの使用を決して否定しているわけではなく、製薬メーカー協力の元、医師、薬剤師向けに薬剤耐性菌治療薬に関する勉強会も定期的に実施しています。2016年のAST発足後は抗菌薬使用量も経時的に減少傾向にあり、必要十分な症例における抗菌薬の適正使用の概念が広く浸透してきていると感じて

表1. 耐性菌 検出率

耐性菌・非耐性菌合計検出数				耐性菌検出数				耐性菌検出率			
	R4年度	R5年度	R6年度		R4年度	R5年度	R6年度		R4年度	R5年度	R6年度
<i>S.aureus</i>	219	188	178	<i>S.aureus</i> (MRSA)	187	158	148	<i>S.aureus</i> (MRSA)	85%	84%	83%
<i>P.aeruginosa</i>	374	396	392	<i>P.aeruginosa</i> (MDRP)	1	0	6	<i>P.aeruginosa</i> (MDRP)	0%	0%	2%
<i>A.baumannii</i>	100	97	98	<i>A.baumannii</i> (MDRA)	0	0	0	<i>A.baumannii</i> (MDRA)	0%	0%	0%
<i>E.faecalis</i>	118	123	127	<i>E.faecalis</i> (VRE)	0	0	0	<i>E.faecalis</i> (VRE)	0%	0%	0%
<i>E.faecium</i>	18	28	30	<i>E.faecium</i> (VRE)	3	1	1	<i>E.faecium</i> (VRE)	17%	4%	3%
<i>E.coli</i>	200	211	249	<i>E.coli</i> (ESBL)	121	144	180	<i>E.coli</i> (ESBL)	61%	68%	72%
<i>K.pneumoniae</i>	126	169	153	<i>K.pneumoniae</i> (ESBL)	68	81	71	<i>K.pneumoniae</i> (ESBL)	54%	48%	46%
<i>K.oxytoca</i>	18	13	9	<i>K.oxytoca</i> (ESBL)	0	0	0	<i>K.oxytoca</i> (ESBL)	0%	0%	0%
<i>E.cloacae</i>	20	21	22	<i>E.cloacae</i> (ESBL)	0	0	0	<i>E.cloacae</i> (ESBL)	0%	0%	0%
<i>S.marcescens</i>	155	160	149	<i>S.marcescens</i> (ESBL)	0	0	0	<i>S.marcescens</i> (ESBL)	0%	0%	0%
<i>P.mirabilis</i>	135	160	115	<i>P.mirabilis</i> (ESBL)	11	12	8	<i>P.mirabilis</i> (ESBL)	8%	8%	7%

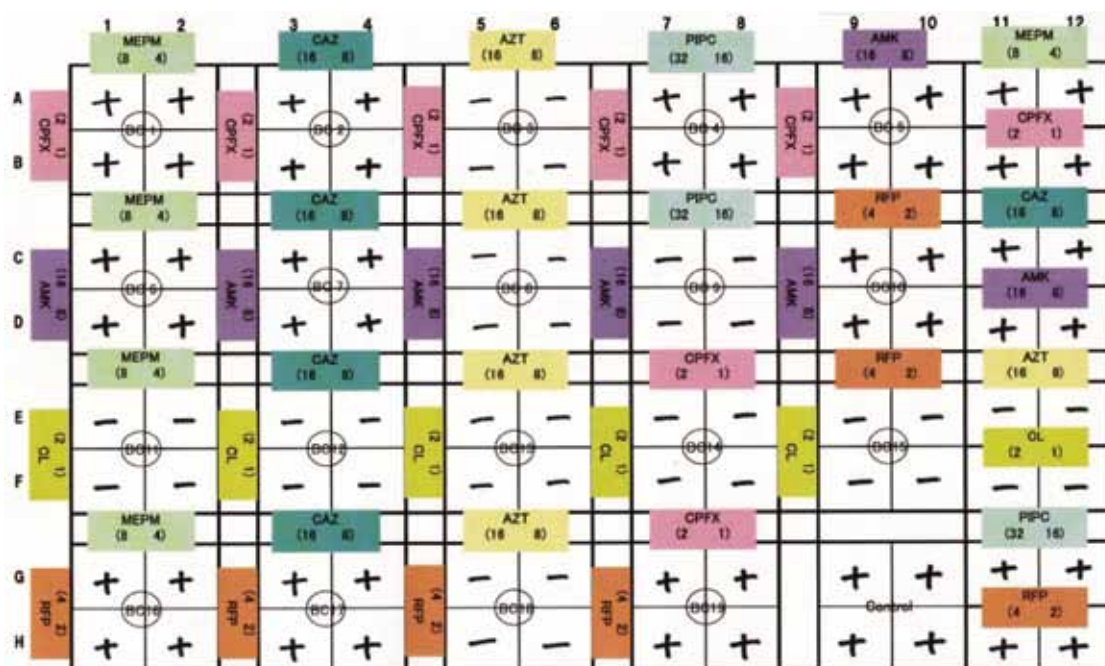


図2. ブレイクポイント・チェッカーボード法（抗菌薬併用時の薬剤感受性を確認しています）

分類	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
ペニシリン系	0.56	0.07	0.38	3.88	1.21	1.04	0.77	0.67	0.70	1.91	1.08
第一世代セフェム	0.42	0.47	0.61	0.96	1.28	0.27	0.78	0.33	0.26	0.20	0.52
第二世代セフェム系	3.42	4.39	4.86	4.48	2.91	3.59	3.83	5.73	4.75	3.63	4.82
第三世代セフェム系	10.82	9.37	10.18	6.91	7.16	7.41	7.22	7.65	7.83	8.47	7.91
第四世代セフェム系	15.10	12.15	14.68	13.37	7.16	4.23	7.57	7.47	4.94	7.78	6.38
オキサセフェム系	3.89	5.42	4.81	5.72	4.72	3.67	3.60	5.05	3.52	2.62	1.16
カルバペネム系	14.46	18.28	17.00	8.10	7.90	4.45	4.18	5.66	3.94	2.49	3.32
βラクタマーゼ阻害薬配合剤	6.12	10.58	14.28	14.78	4.89	10.86	10.44	9.82	9.53	7.34	12.09
アミノグリコシド系	1.17	1.39	0.99	0.35	0.38	1.06	0.72	0.42	0.16	0.05	0.25
ホスホマイシン系	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.12	0.03	0.06	0.10	0.23	0.05
テトラサイクリン系	0.06	0.20	0.20	0.57	0.56	0.23	0.12	0.49	0.54	0.30	0.24
リンコマイシン系	0.24	0.36	0.48	0.09	0.25	0.17	0.06	0.22	0.00	0.29	0.15
キノロン系	3.43	3.10	4.88	3.65	1.25	1.08	1.41	1.72	1.16	1.90	2.54
マクロライド系	0.03	0.00	0.00	0.19	0.09	0.00	0.13	0.00	0.00	0.00	0.00
抗MRSA薬	4.02	8.36	8.23	6.00	4.73	2.28	1.81	2.62	1.03	0.99	1.08

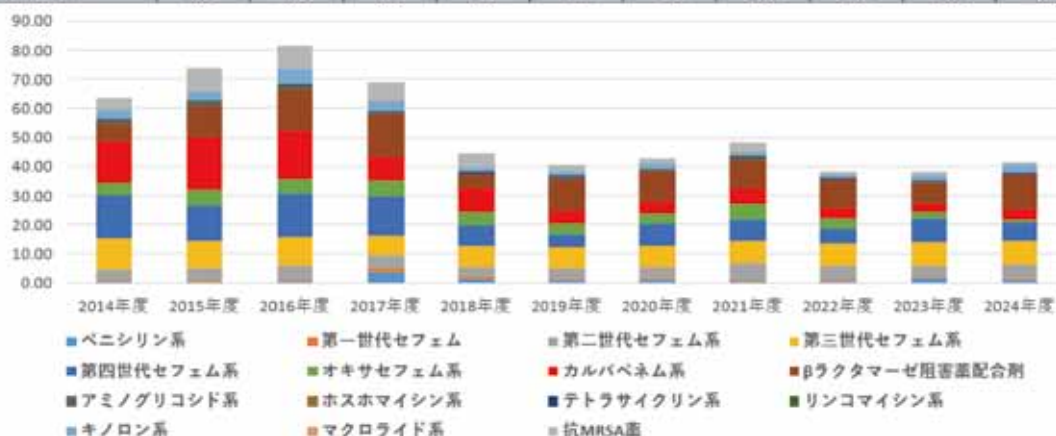


図3. 年度別AUD推移(DDDs/1000bed-days)

(AUD: Antimicrobial Use Density 抗菌薬使用密度、DDDs: Defined Daily Dose 規定1日投与量)

います(図3)。

4. ICTラウンド

週1回多職種のICTラウンドを実施しています(メンバー: 医師、看護師、臨床検査技師、事務員、薬剤師)

(写真3)。1か月かけて外来、病棟、各部門(薬剤部、検査科、リハビリテーション科など)を巡回しています。ラウンド内容としては主に環境ラウンド、手指衛生ラウンドを実施しています。

環境ラウンドでは毎月1つのテーマ(洗浄室、リネン、休憩室、感染性廃棄物など)に沿ってチェックリ



写真3. ICTラウンドの様子

ストを用いた状況確認を行っています。環境ラウンドで指摘した項目についてはICTメンバーと改善案について検討し、次回のラウンドで改善状況を確認しています。また、事務員(医療機器、物品購入の担当部門)が同行しているのは当院のICTメンバーの特徴の一つです。環境ラウンド中にハード面での必要案件(例: 洗浄機器の動作不良、使い捨て手袋の縦置きスタンドの追加購入)があれば事務員が速やかに業者に連絡、対応しています。

手指衛生ラウンドでは毎月の手指消毒剤の使用量推移と考察についてリンクナース、リンクスタッフからの報告を元に、ICTメンバーと今後の改善点について検討を行います。また、手指衛生のモチベーション強化のために、ステーション内に看護師個人の手指消毒剤使用量(1患者あたりの使用回数/日)やWHOが推奨する手指消毒剤使用の5つのタイミングについて提示を行い可視化しています(図4)。歴代ICTの尽力もあり、病棟毎に差はあるものの、1日1患者当たり15回

前後の手指消毒が実施できるようになってきました。WHO推奨を参照に、1日1患者当たり20回以上の手指消毒を病院目標に今後も指導を継続していきます。

現場の状況を確認し、改善案を提案するICTラウンドが非常に重要なのは当たり前ですが、感染対策におけるその対策案に、『どれだけ継続性があるか?』も重要です。いかに素晴らしい感染対策であっても、現場の業務量や業務内容に見合っていないければ一過性の効果で終わってしまいかねません。さらに過度の感染対策は現場の士気を下げ、逆効果になるリスクすらあります。現場スタッフの過度な負担にならないことと、十分な感染対策は相反する内容であり、どここの医療機関においても永遠の命題の一つかとは思いますが手探りで頑張っています。

また、当院では病棟や部署に画一的な感染対策だけではなく、個々のアイデアを尊重するオーダーメイド的な感染対策も実行しています。ICTラウンドでは、積極的にアイデアを提案する病棟のリンクナースとICN(感染管理認定看護師)の和気あいあいなやりとりが目立ちます。例えば、リンクナースから感染対策における掲示物の提案などがあれば、「それすごくいいね!」とICNは褒めて採用しています。

→当院のICNは褒めて伸ばすがモットーのようです笑

5. 結核教育、対策

当院は上記で説明した通り、大分県における結核医療の最終拠点になっています。そして実は、大分県は全国的に見ても結核罹患率の高い都道府県でもあります(図5)。良く(?)も悪くも結核が非常に身近な土地

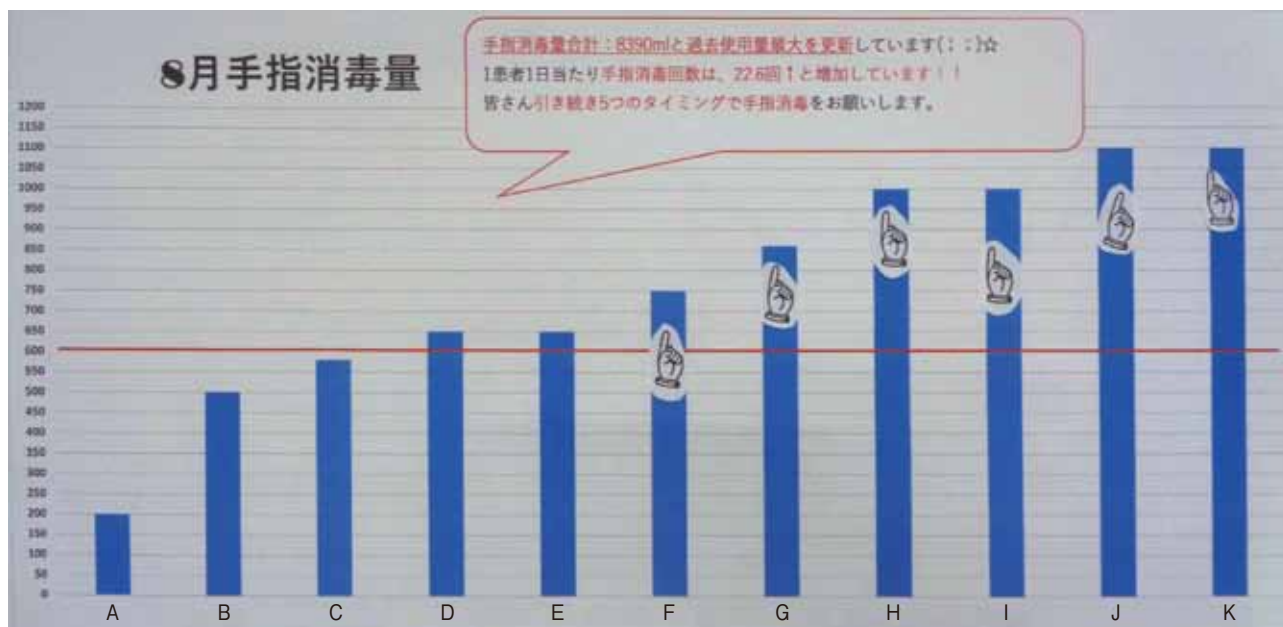


図4. 手指消毒量の掲示物

	都道府県名	罹患率
罹患率の低い5都道府県	山形	4.1
	長野	4.2
	山梨	4.4
	新潟	4.9
	北海道	5.3
罹患率の高い5都道府県	大阪	12.8
	徳島	12.3
	大分	10.7
	岐阜	10.2
	和歌山	10.2

同率の場合は小数点2位以下で順位を決定

都道府県別の結核罹患率(人口10万対)は、大阪府、徳島県、大分県、岐阜県、和歌山県の順に高く、山形県、長野県、山梨県、新潟県、北海道の順に低くなっている。
大阪府の結核罹患率は12.8であり、最も低い山形県の結核罹患率4.1の3.1倍となっている。

図5. 厚生労働省資料³⁾
(結核罹患率の都道府県別おもな順位)

柄です。そのため当院では、結核治療に直接携わらないスタッフも含めて『全職種』が定期的に、結核治療担当医からの勉強会を受講しています。

また、結核は空気感染で引き起こされるため、N95マスクの着用が欠かせません。そのためN95マスクを適切に着用するために結核病棟関係者は年1回、N95マスクのフィットテストを行っています。個々にフィットするN95マスクは違うため、数種類の中からベストなN95マスクを決定しています。

結核は非常に怖い病気ですが、適切な理解、予防を行えば『決して差別的な扱いを受ける病気ではない』というのは院内全スタッフの共通認識になっています(写真4, 5)。



写真4. N95マスクのフィットテスト



写真5. 結核に関する全職員向けの勉強会

6. 今後の展望

今年度よりJ-SIPHE(Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology: 感染対策連携共通プラットフォーム)に参加することになりました。抗菌薬処方動向などを比較、分析し、より一層の適切な抗菌薬使用に努めていく所存です。

参考文献

- 1) 国立健康危機管理研究機構AMR臨床リファレンスセンター 匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報データベース(NDB)に基づいた抗菌薬使用量サーベイランス
https://amrcrc.jihs.go.jp/surveillance/010/ref/NDB_2013-2020_pref.pdf
- 2) 日本病院薬剤師会雑誌57(11): 1269-1273, 2021.
- 3) 厚生労働省 2024年 結核登録者情報調査年報集計結果について
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001547187.pdf>(2025年12月25日確認)

～地域で取り組む 感染対策～

医療法人徳洲会 大隅鹿屋病院
医療感染管理室 感染管理認定看護師

仮重 喜代美

病院紹介

大隅鹿屋病院(以下、当院)は鹿児島県大隅半島にあります(写真1)。鹿児島県庁所在地の鹿児島市内まで、高速道路または大隅半島と薩摩半島間に運航されているフェリーを使用し2時間ほどかかります。また、鹿屋市の人口はこの20年で10万人を下回りました。病床は391床で大隅半島では唯一ICUを保有しております。



写真1. 病院外観

ICTの始まりと感染加算取得

感染対策に関する診療報酬(表1)は、1996年院内感染防止対策加算で1日5点が加算され²⁾、2000年には要件を満たさないことで5点減算³⁾、その後2006年に医療安全対策加算に含まれる形で入院初日に50点加算と変遷を重ねました⁴⁾。

2010年には感染防止対策加算として入院初日に100点加算となりましたが⁵⁾、医療安全加算1を届けていることも要件になっていました。

2012年には感染防止対策独自の加算になり、加算1は入院初日に400点加算、加算2は100点加算とそれぞれ設定されました⁶⁾。また、この年から感染防止対策連携加算としてさらに100点加算が設定されました。

直近では2022年の感染対策向上加算⁷⁾として加算1・2・3となり、710点(入院初日)加算、175点(入院初日)加算、75点(入院初日、90日毎)加算と設定されました。さらには指導強化加算30点(加算1の保険医療機関)、連携強化加算30点、サーベイランス強化加算5点(加算2又は3の保険医療機関)も設定されました。診療所では外来感染対策向上加算6点(患者

表1. 感染対策に関する診療報酬の変遷¹⁾

1996年	入院料として院内感染防止対策加算5点加算が設定された。
2000年	一般病棟入院基本料として院内感染防止対策未実施5点減算となった。
2006年	入院基本料に係る減算の廃止、入院基本料に係る医療安全対策加算として50点加算が設定された。
2010年	医療安全対策加算に感染防止対策加算として入院初日に100点加算が設定された。
2012年	入院初日に感染防止対策加算1として400点加算、感染防止対策加算2として100点加算が設定された。さらには感染防止対策地域連携加算としてさらに100点加算(感染防止対策加算1の算定が必要)が設定された。
2014年	感染防止対策加算1は院内感染対策サーベイランス(JANIS)等、地域や全国のサーベイランスに参加していることとの追記がされた。
2018年	薬剤耐性(AMR)対策の一環として感染防止対策加算の上乗せとして抗菌薬適正使用支援加算100点加算が設定された。一方で感染防止対策加算1として390点加算、感染防止対策加算2として90点加算となった。
2022年	感染対策向上加算として感染対策向上加算1として710点加算、感染対策向上加算2として175点加算、感染対策向上加算3として75点(入院初日、90日毎)が設定された。さらには指導強化加算30点(加算1の保険医療機関)、連携強化加算30点、サーベイランス強化加算5点(加算2又は3の保険医療機関)も設定された。
2024年	感染対策向上加算の施設基準の変更があり、特に感染対策向上加算1では連携する介護保険施設等に関する記載が追加された。抗菌薬適正使用体制加算5点が設定された。

1人につき月1回)が設定され、施設基準には少なくとも年2回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していることなどが設定されています。2024年の診療報酬改定では感染対策向上加算の施設基準の見直し(介護保険施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての実地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、院内感染対策に関する研修を介護保険施設等と合同で実施することが望ましい。などの記載)やサーベイランス強化加算3点となりましたが、抗菌薬適正使用体制加算5点が新たに設定されました⁸⁾。

当院では1996年ごろからInfection Control Team(以下、ICT)を立ち上げ、院内ラウンドを始めました。ラウンドはInfection Control Doctor(以下、ICD)・薬剤師・臨床検査技師・看護師の4人で行いました。ラウンドの内容は、培養結果と抗菌薬投与の確認が主なものでした。当時紙カルテでしたので、ラウンドを行う際、看護記録などで病棟スタッフが使用していないカルテの患者さんからラウンドを行っており、ラウンドには非常に時間がかかりました。また、今のように感染ラウンドがスタッフに認識されていなかったため、医師からは「診療に口出しするのか」看護師からは「カルテが使えなくて邪魔」といった厳しい意見も聞きました。

しかし、現在は「抗菌薬の使い方」、「感染経路別予防策」などの相談も、多く受けるようになりました。コロナ禍では「ICTの顔を見るだけで安心する」といった嬉しい話も聞きました(写真2、3)。

当院では、私が2010年にInfection Control Nurse(以下、ICN)を取得し、この年に感染加算の届け出を行いました。2012年、感染防止対策加算1・2が設定されると、当時大隅半島内で加算1を取得したのは当院だけでしたので、地域で加算2の7病院と連携しました。このときから「感染防止対策加算2を算定する医療機関と合同カンファレンスを年4回以上行う」という要件も足されました⁸⁾。

当時のICDが、「合同カンファレンスは連携先の病院でも開催しよう」と提案し、加算1・2で連携した8病院を2年かけて巡回する計画を立てました。

感染対策は1つの病院だけで完結することではなく、地域全体で取り組むことが重要であると考え、主催は当院で開催場所は加算2の病院で開催しました。カンファレンスは16時から開催し、その前1時間でラウンドを行いました。8病院×4人=32名をいくつかのグループに分けてラウンドし、ラウンド後に感想(フィードバック)を行いました。ラウンドの内容は感染加算1の相互ラウンドチェック票を踏襲し主に環境ラウンドを行いました。

加算1の病院だから感染対策ができるのではなく、



写真2. ICTメンバー



写真3. ICTラウンド

加算取得の有無にかかわらず、感染対策の標準化ができるように取り組みました。

また、カンファレンス終了後は、職種別に分かれて話し合いも行いました。全体の場所では発言しづらいことでも、同職種間では気軽に、忌憚のない意見も出すことができました。

感染防止対策加算連携で得られたもの

加算1・2のカンファレンスでは、病院規模で異なる培養提出数や耐性菌検出率・有病率を議論するよりも、環境整備・手指衛生の実施回数・職員のワクチン接種、自施設での感染症対策を共有しました。

他施設をラウンド(見学)することは、自施設の感染対策、特に環境整備の改善に繋げることが出来ました。ほかにも日本環境感染学会のワクチン接種ガイドラインに沿ってワクチン接種が全く実施できていなかった病院も実施ができていきました。手指衛生実施回数も加算1・2カンファレンスで情報を共有しました。当院では手指衛生実施回数の調査を2017年から始めました。調査はスタッフが《手指衛生を実施する》というイメージが付きやすいように、一患者あたりの使用量ではなく実施回数で行いました。2017年の実施回数は、5.8回(8.1mL)でWHO(世界保健機構)が推奨する20mLの約1/3という結果でした。そこで、まずは看護職員の教育から始め、その後病院全体で手指衛生の日を策定、独自の標語とポスターの作成(写真4)と病院全体の組織改革を行いました。その結果、2025年には手指衛生実施回数は43回、使用量は60mL以上に増加しました。また、手指衛生実施回数が増えたことで、MRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)の発生率は0.65%から0.44%へ、有病率は2.06%から1.04%



写真4. 手指衛生に関する
独自の標語とポスター



図1. 手指衛生実施回数とMRSA有病率・発生率

へ減少しました(図1)。当院の手指衛生実施回数向上計画を共有したことで、連携施設の実施回数も徐々に増えました。現在鹿児島県内での手指衛生実施回数は大隅半島の2病院が1・2位となっています(J-SIPHE[感染対策連携共通プラットフォーム]資料:図2)。

感染担当看護師のSNSグループを作成し、感染対策に関して情報共有を行うことも始めました。異なる病院であっても、感染対策で悩むこと・困ったこと・解決したいことはほぼ同じで、感染対策をする仲間が増えたことは、この後起きるコロナ禍でも非常に役に立ちました。

地域のICNと協働

2010～2017年までに大隅半島内で感染管理認定看護師の数は5病院6人に増えました。不定期で会議を行

い、SNSでグループを作成(前述のSNSグループとは異なる)し、自施設の感染対策、また外来患者の感染症者の受診状況など情報交換を行いました。2017年、13～15歳いわゆる中学生がインフルエンザ定点で全国1位になり、地域の小・中・高校で学級閉鎖が相次ぎました。感染対策は地域で行うことが重要だと感じていた私たち大隅半島感染管理認定看護師チーム(以下、OICN)は、できることはないか模索していました。まず、保健所の感染対策疾病課の担当に相談すると、小・中・高校の養護教諭が一同に会する講習会があることを知りました。その講習会で活動の紹介ができないか、鹿屋市の教育委員会に相談し、快諾を得られその講習会で「学級閉鎖0を目指して～インフルエンザ対策～」を講演することができました。その結果、2018年5学校、2019年

手指消毒剤使用量の推移

【期間：2024年10月～2025年9月】

表示対象：鹿児島感染制御ネットワークサーベイランス 比較対象：無し

出力内容：1患者日あたりの使用量 登録方法区分：手指消毒量 病棟区分：全て

1患者日あたりの使用量(mL)：使用量(mL)÷在院患者延数

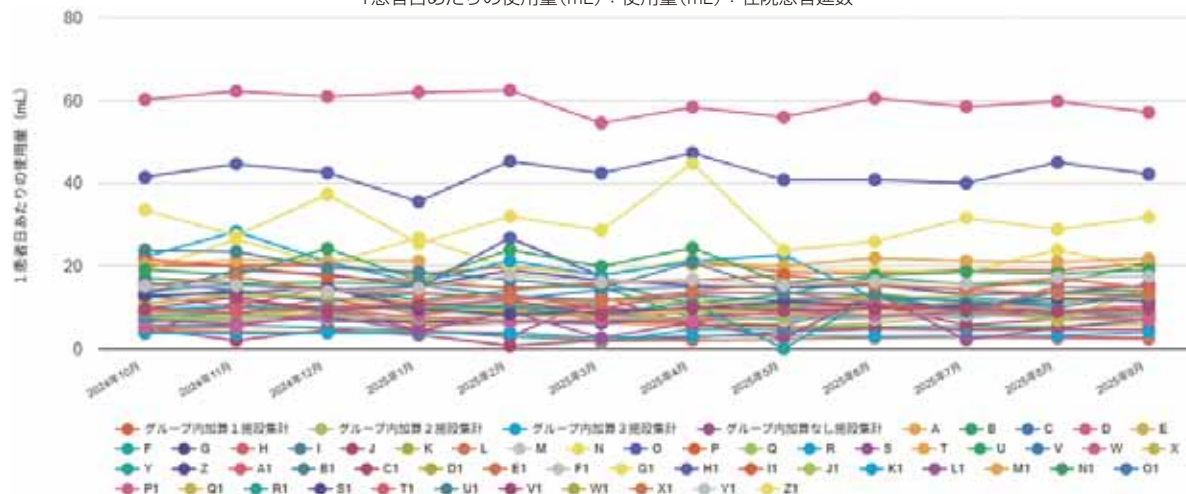


図2. 鹿児島感染制御ネットワークサーベイランス J-SIPHEより出典

7学校、2017年10学校と小・中・高校から講習会の依頼が来ました。対象は教員・保護者・生徒と様々でした。全ての講習会はOICNで分配し担当しました。

2020年からはコロナ禍に入り、医療講演の依頼は「コロナ対策」に変更となりました。

コロナ禍での協働

学校や自治体から保健所に「コロナ対策」の講演依頼が入ると、OICNに連絡が来ました。また、高齢者施設への医療講演やクラスター支援など、保健所・鹿屋市医師会とも協働して、活動を行いました。

2023年1回、2024年4回は保健所と協同開催で、高齢者対象で集合研修を行いました。2023年は感染対策の概念・手指衛生の実際・個人防護具(以下、PPE)の着脱訓練、行政への届け出や対応(法的根拠)、2024年は口腔ケア・おむつ交換など、より実践事例を加えた内容で実施しました。講師はOICNでそれぞれ分配し担当しました。

合同シミュレーション

2022年から診療報酬⁶⁾では、感染対策向上加算1の病院においては、保健所・医師会と連携し、加算2・3の医療機関と合同で新興感染症を想定した訓練を実施するという算定要件が加わりました。合同シミュレーションは、医師が感染症症例報告や新興感染症に関して、ICNが感染対策の基本をミニレクチャーで行いました。その後、感染経路別予防策を念頭に置き、PPEの選定・PPE着脱訓練を行いました。

2023年からは、コロナ禍で活躍された消防組合の方にも参加してもらいました。2023年は日本でマイコプラズマの流行があり、医師には「マイコプラズマ肺炎の症例報告」を講演してもらいました。実技では、参加医師と救急救命士にタイベックの着脱訓練を実施しました(写真5)。着脱はICNが介助しました。タイベックを初めて着用した医師からも、着用した経験のある救急救命士からも、「脱ぐのがこんなに大変なんて」と、着るときよりも脱ぐときに自身が感染曝露をしないことの重要性を認識することができました。また、コロナワクチンの任意接種が始まったことをきっかけに、コロナワクチン製造販売業者2社にもミニ説明会を行ってもらいました。

2024年はメインテーマを「有事に備えた、平時が大事」としました。そしてサブテーマにコロナ禍以降増えた「結核」をテーマに開催しました。「結核」では、医師が症例報告、救急救命士が結核患者対応事例、保健所が感染者数の推移と届け出に関して、IGRA検査会社にIGRA(インターフェロン-γ遊離)検査の有用性と



写真5. 2024年度合同シミュレーション：
タイベック着脱訓練

限界について、ICNがN95マスクユーザーシールチェックの実技を行いました。参加者103名全員でN95マスクを装着し、ICN5名が確認を行いました。その後、感染加算2・3を算定している病院から、感染加算を取得してから変わったことや今後の課題として発表を行いました。合同シミュレーションでは受動的参加より、能動的参加を念頭に計画を行っています。なぜなら、感染対策は根拠を持って自分(自施設)で考え、行動することが大切だと思っているからです。

また、2023年からは企業展示も行っています。感染対策製品を取り扱っている企業に声をかけ、参加費無料で参加してもらっています。首都圏から離れた場所の病院では、学会に参加するのも難しく、新しい感染対策製品が発売されても直接触れる機会が非常に少ないです。そこで、なるべく多くの企業に声をかけ、製品の展示をお願いしています。参加者からは、感染対策の雑誌等で見かける製品を实际手に取ってみることができて、今後自施設で導入を検討するいい機会になったと好評です(写真6-8：シミュレーション風景)。

おわりに

感染対策は、一つの病院で完結することはできません。まず、地域住民の感染対策に対して意識・知識の向上が重要だと考えます。そのために有識者であるICNにより、現場に即した感染対策の構築と支援が必要です。また、病院間での連携はもとより、行政、医師会、消防とも地域で流行している感染症の情報共有と協力も重要になっていると思います。



写真6. 企業展示



写真7. 2025年度合同シミュレーション



写真8. N95マスクユーザーシールチェックの様子

感染症は目に見えないからこそ、わかっている感染対策を、地域一体となって取り組み、一人でも多くの感染者を出さない事が、地域住民の健康を守っていただけるのだと思います。2025年現在大隅半島には、ICN・PICNが9名おりますが、今後も少しずつ増えていくと思います。僻地だから、ICNが少ないからと言い訳することなく、感染対策に取り組んでいこうと思います。

参考文献

- 1) 診療報酬関連情報
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryouhoken/newpage_21053.html 2025年12月23日確認
- 2) 診療報酬点数表等の改正等について(平成八年三月八日)
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?datald=00tb0364&dataType=1&pageNo=1
 2025年12月23日確認
- 3) 新◆診療報酬点数表◆(平成六年三月厚生省告示第五四号)等の一部改正等について(平成一二年三月一七日)
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc_keyword?keyword=%E8%A8%BA%E7%99%82%E5%A0%B1%E9%85%AC%E7%82%B9%E6%95%B0%E8%A1%A8&datald=00tb0525&dataType=1&pageNo=1&mode=0 2025年12月23日確認
- 4) 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて 保医発第0306002号 平成18年3月6日
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/03/dl/tp0314-1b02.pdf> 2025年12月23日確認
- 5) 診療報酬の算定方法の一部を改正する件(告示)平成22年厚生労働省告示第69号第2部 入院料等
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/02/dl/s0212-4m.pdf> 2025年12月23日確認
- 6) 診療報酬の算定方法の一部を改正する件(告示)平成24年厚生労働省告示第76号第2部 入院料等
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/2-2.pdf> 2025年12月23日確認
- 7) 令和4年度診療報酬改定の概要 個別改定事項I(感染症対策)
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000911809.pdf> 2025年12月23日確認
- 8) 令和6年度診療報酬改定の概要【ポストコロナにおける感染症対策】
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001224802.pdf> 2025年12月23日確認
- 9) 平成24年度診療報酬改定の概要
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/tuuchi3-1.pdf> 2025年12月23日確認

Infection Control ポスターコンテスト

— 感染対策アイデア大募集 —

★結果発表★

【コンテスト概要】

本コンテストは、医療機関等で取り組まれている感染対策を広く共有し、現場での啓発につなげることを目的として実施いたしました。募集テーマは「手指衛生」「標準予防策」「環境衛生」をはじめとする感染対策全般とし、自由な発想・創意工夫にあふれる作品を募集した結果、合計42点の応募をいただきました。

【応募期間】

2025年10月～12月

【選考方法】

社員投票によって上位3作品を表彰し、別枠で弊社審査委員による特別賞を2作品選定しました。

受賞作品のポスターは、丸石製薬株式会社 医療従事者向け情報サイト内

「お役立ちツール(<https://www.maruishi-pharm.co.jp/medical/useful-tools/>)」ページから無料でダウンロード可能です。

ぜひ貴施設の感染対策啓発ツールとしてご活用ください。

※本ポスターのご使用に際しては、制作施設の許可を得ていますが、著作権は制作者に帰属しますので、ご注意ください。



得票数1位

最優秀作品



施設名：社会医療法人神鋼記念会 神鋼記念病院
タイトル：その手、キレイ？

作者コメント

感染対策の根幹を成す手指衛生。その重要性を確かな実感として刻み込むため、私たちは「目に映り、心に残る表現」を求めて幾度も思考を巡らせた。そうして辿り着いたのが、強い視覚的訴求力をもつ本ポスターである。職員が最も頻繁に行き交う場所に、1か月という限られた時間を与えて掲示し、日常の流れの中に、手指衛生への問いを静かに投げかけた。

丸石審査委員コメント

生成AIを巧みに活用し、人間の想像力を超える緻密な劇画調の描写を実現した点に驚かされました。特に、手に付着したウイルスの禍々しさや、一瞬の表情に込められた緊迫感、見る者の足を止めさせます。最新技術を駆使した「新しい啓発のカタチ」と感じました。

得票数2位 //

優秀作品①



施設名：宗教法人聖フランシスコ病院会
聖フランシスコ病院
タイトル：手指衛生で押し活始めませんか

作者コメント

感染委員のメンバーが作成しました。アイドルの「押し活」に、手指衛生のポンプを押す「押し活」をかけています。院内掲示用のポスターには、リンクナースが作成したオリジナルの手指衛生キャラクターを、推しキャラとして載せています(病院非公認のため、外部には出せず残念ですが)。職員が少しでも楽しい気持ちで手指衛生ができるようにとの思いをこめています。各ご施設の推しキャラや写真等を入れるなど、ご活用いただけますと幸いです。

丸石審査委員コメント

流行語の「押し活」と、消毒剤のポンプを「押す」動作を掛け合わせたアイデアが非常にユニークです。アルコール手指消毒剤を使用して感染対策を徹底することは、自分自身、そして目の前の大切な方を守るための「応援」そのもので、作者の気持ちが伝わる素晴らしい作品ですね。

得票数3位 //

優秀作品②



施設名：JA長野厚生連 佐久総合病院
タイトル：もういいかい？

作者コメント

当院の感染リンクスタッフ会で実施したポスターコンクールの入選作品です。作者より「自己を守るため、他者を守るため、もういいかな～と思ったとき、もう一度もういいかい？と自身に問いかけてみよう！という思いで作成しました」というコメントをもらっています。

丸石審査委員コメント

かくれんぼの遊びになぞらえて、手洗いの「やり残し」を可視化したアイデアが光ります。自分自身の妥協に問いかける「もういいかい？」という言葉は、多忙な業務の中でも丁寧な感染対策を思い出すための、魔法の合言葉になる素晴らしい作品と感じました。



審査員賞①



施設名：名古屋市立大学医学部附属
東部医療センター
タイトル：手指消毒やります宣言

作者コメント

手指衛生キャンペーンとして、職員が「医療関連感染の予防・医療従事者の手による広がりを考える」動画を視聴し、各自が「手指消毒を〇〇の場面で必ず行う」と宣言しました。宣言内容は職種ごとのポスターとして患者の目に触れる場所へ掲示し、手指消毒の実践が見える形で促すことで、当院の感染対策の質向上を図りました。

丸石審査委員コメント

多職種を巻き込んだ手指衛生キャンペーンを通じて、「手指衛生を実施して当たり前」という文化が深く根付いている姿がうかがえます。周囲を巻き込み、行動を変えていくパワーを持った、素晴らしい取り組みと考えました。

審査員賞②



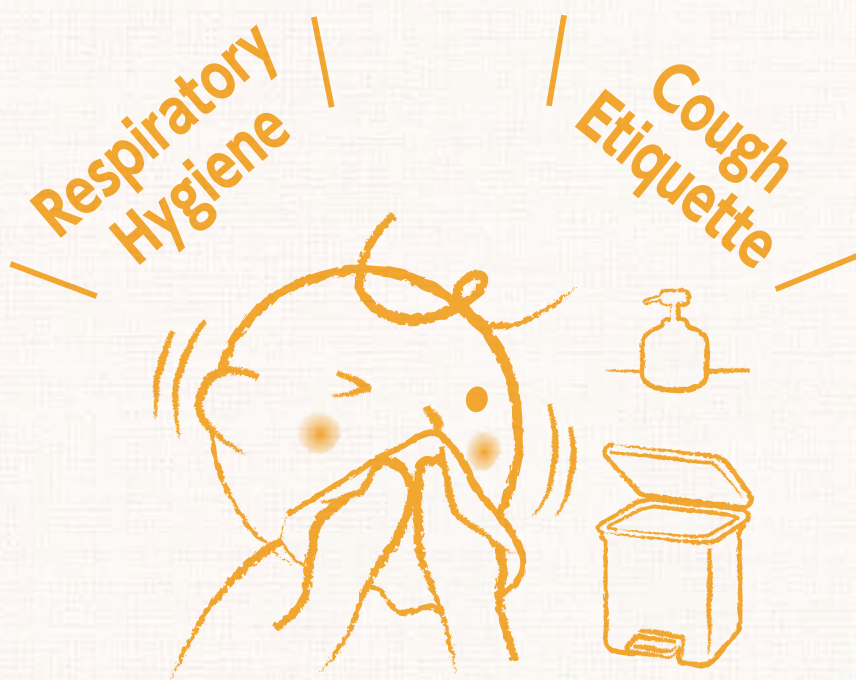
施設名：社会医療法人抱生会 丸の内病院
小規模多機能型居宅介護 四季の風
タイトル：共にやろう手指衛生

作者コメント

手指衛生の大切さを伝えるために利用者さんと職員共同で作成しました。ぬくもりのある素敵なポスターが出来上がりましたので応募しました。

丸石審査委員コメント

「利用者さんと職員の共同制作」という背景が何よりも素晴らしく、色彩豊かな指印の一つひとつに、そこに集う方々の体温や絆を感じました。感染対策を「守る・守られる」の関係を越えた、温かさを感じる作品につき選出いたしました。



 **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/>