

## 仙台市立病院における感染対策チーム (ICT) の活動について

山 陰 敬, 原 田 雄 功, 高 橋 澄 江  
佐 藤 浦 子, 大 矢 彦 次 郎, 小 笠 原 正 則  
佐 々 木 浩

### はじめに

仙台市立病院 ICT は平成 14 年 7 月 1 日に設置が決定され、メンバー選定などを経て、同年 10 月より実質的な活動を開始した。この 1 年間の活動状況を報告するとともに今後の問題点について検討した。

### 1. ICT 設立までの経過

当院では従来、院内感染は安全対策委員会のなかで議論されてきたが、その重要性に対する認識が次第に深まり、昭和 62 年に院内感染対策委員会が設置された。しかしその活動は不定期であり、感染症に関する問題が生じた都度集合してその場限りの対策を立てるという域を出なかった。その後、MRSA については独立した対策が必要という気運になり、平成 3 年 3 月に MRSA マニュアルが作成され、平成 8 年 4 月に MRSA 委員会が設置された。本院ではこの組織が本来の意味での院内感染対策委員会 (ICC) の役目を担い、院長主催で毎月一回開催され、MRSA を中心に、担当検査技師が病原菌分離状況を報告して動向を把握してきた (図 1)。しかし、近年、きめの細かい院内感染対策が提唱されるようになり、少人数による感染対策チーム (ICT) が、全国の主要病院に設立されるようになってきたのを機に、当院でも平成 14 年 7 月に ICT の設置要綱が定められ、同年 9 月より活動を開始している。

### 2. ICT の設置要綱

メンバーは、内科系感染管理医師 (責任者)、外科系感染管理医師、感染症病棟看護師長、中央材料室看護師長、微生物担当臨床検査技師、薬剤師、総務部担当者 (事務局) の合計 7 名である。目的は ① 院内感染の発症を速やかに察知し適切な対策を講じる。② 感染防止の評価、対策、相談、職員教育を行なう。の 2 点に大別される。また、ICT の業務を補佐する目的で各病棟、外来、手術室などの部署でリンク・ナースを選定し、配置した。

### 3. 活動の実際

#### (a) ミーティングの開催

毎週水曜日午後 4 時より、ICT およびリンク・ナース、栄養室合同の『院内感染防止ミーティング』を開催している。その場では、① 院内感染疑い症例 (『入院後 48 時間以降に 38 度以上の熱発をきたした症例』と定義) を各部署から報告 ② 1 週間の病原微生物の検出状況報告と討議 ③ 各現場での感染対策における問題点の提示と対策の協議、などを行っている。

また、第 3 水曜日には ICT メンバーにより院内のラウンドも行って現場の状況を把握し、相談に応じている。

平成 14 年 10 月 1 日より平成 15 年 9 月 30 日までの MRSA 検出例は合計 57 例で内訳は感染発症例 14 例、定着例 43 例であった。

また同じ期間の MRSA 以外の院内感染疑い症例数は合計 214 例で、内訳は上気道炎が 38 例、肺炎が 30 例、インフルエンザが 13 例、創部感染が

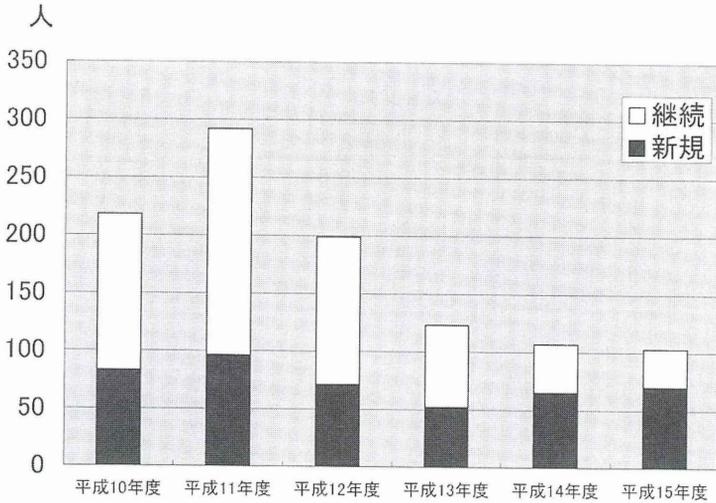


図1. 年度別 MRSA 検出件数

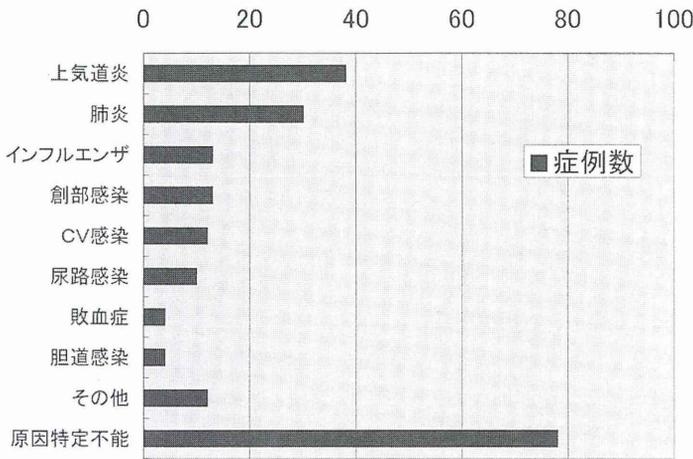


図2. 院内感染症疑い症例数

13例、中心静脈カテーテル感染が12例、尿路感染が10例、胆道感染が4例、敗血症が4例、その他12例、原因を特定できなかったものが78例であった(図2)。原因不明の78例のうち、悪性腫瘍との関連が示唆されるものが10例あった。

**(b) 感染対策ガイドラインの制定**

また、平成15年4月には、CDCおよび国立大学医学部付属病院感染対策協議会<sup>2)</sup>に準拠した『仙台市立病院感染対策ガイドライン』を制定して、そ

の後、4回に亘って説明会を行ない、徹底を計っている。

**(c) 感染防止の職員教育**

一方、感染防止のための職員教育もICTの重要な業務である。新採用の看護師には4月、新採用の研修医に対しては5月のオリエンテーション期間にCDCの考え方に基づいた院内感染防止策の講義を行なっている。また、施設設備関係職員や清掃業務担当者にも感染防止の知識は必須である

ので、年一回はスタンダード・プリコーションを中心とした講習を開催している。

#### (d) 過剰な対策の廃止

CDCによりICUにおけるガウン、キャップ、マスクの着用、スリッパの履き替えは院内感染の発生を減少させないとのエビデンスが示されていた<sup>3)</sup>。そこで、ガウン、キャップ、マスクについては平成14年2月から着用を廃止し、スリッパについては議論を深めた上、平成14年10月より履き替えを廃止した。

廃止後に院内感染が増加したり、MRSAの検出率が高まったりした事実はなかった(図3)。

#### (e) 『手洗い』の改善

接触感染様式をとる病原微生物が原因となる院内感染を防止するためには手洗いが最も重要であることは論を待たない。そこで、我々は、軟化して雑菌が付着しやすくなる固形石鹸を廃止し、すべて液体石鹸に切り替えた。また流しは可能な限り自動水栓のものにし、下向きに引き出す形式のペーパータオル・ホルダーを設置した。一方、アルコール系速乾性手指消毒剤は廊下や病室入り口にも設置していつでも消毒できるようにしてい

る。最近ではジェル状の手指消毒剤が主流となってきたので順次切り替え中である。

#### (f) 医療廃棄物の分別の徹底

針捨て容器に注射針の包装物や針キャップ、血液付着酒精綿など本来分別して捨てなければならないものが入れられていたことがICTのラウンドで判明した。リンク・ナースを中心に分別の徹底を図り、前年同月比で約20万円の廃棄費用を削減できた(図4)。

#### (g) サプライ物品の簡素化

万能壺とセッシ立てを廃止した。消毒用綿球も数個単位で包装されたディスポーザブル製品を導入した。ガーゼも一枚から数枚単位で消毒したものを使用している。これらにより中央材料室における洗浄作業がかなり軽減されてきた。

#### (h) 予防接種の推進

更に、インフルエンザ予防接種の推進もICTとして呼びかけを行なった。SARS再流行予測との関係もあって必要性の認識が向上したためか、平成15年の接種率は平成14年と比べて大幅に向上している(図5)。

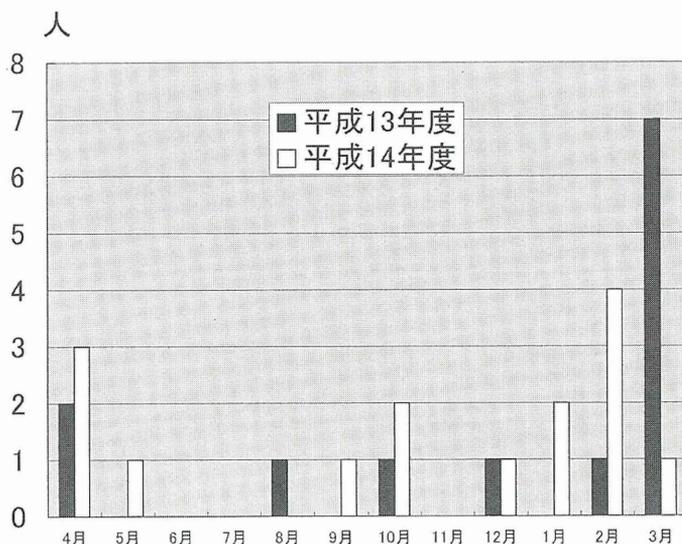


図3. MRSA 検出患者数 (救命救急センター病棟)

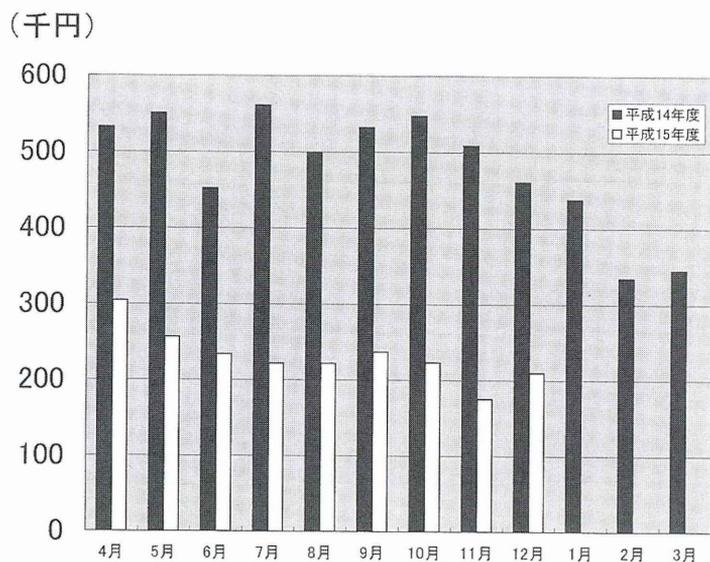


図4. 注射針, メス等の廃棄費用

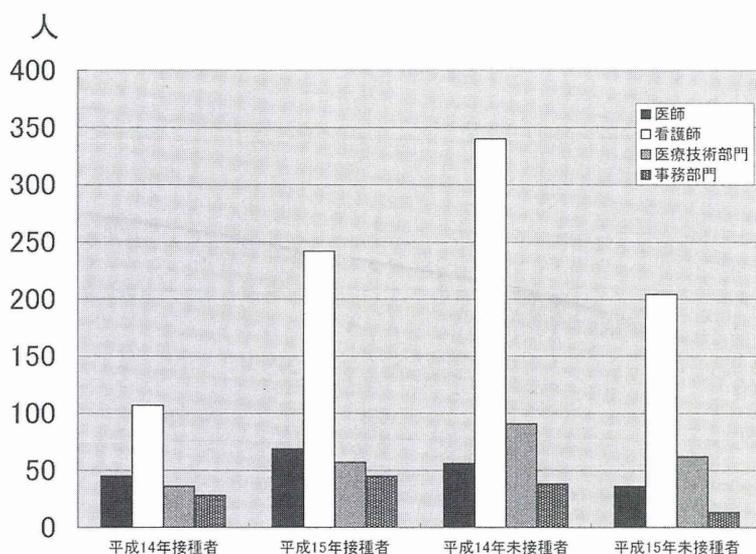


図5. インフルエンザ予防接種状況

#### 4. 今後の問題点

##### (a) サーベイランス

現在は『入院48時間以後に38度以上の発熱をきたした症例』を院内感染疑い症例として毎週のミーティングでリンク・ナースから報告してもらっており、今のところ、いわゆるアウトブレイ

クは起こっていない。しかし患者背景の分析がまだまだ不十分である。またMRSA発生状況の分析も十分ではない。筆者も所属する『宮城感染コントロール研究会』で全県共通のサーベイランス方式を検討しており、策定されればそれに従ってサーベイランスを行なう予定である。

### (b) 抗生物質の適正使用

サーベイランスとも密接な関係があるのが抗生物質の使用法の問題である。今や、耐性菌の増加は深刻な問題であり、原則的な手順に従った抗菌剤の使用が望まれる。『宮城感染コントロール研究会』では『抗菌薬使用ガイドライン 2003』<sup>4)</sup>を分担執筆によって発行したところであり、これを基に適正使用法を浸透させたい。

### (c) 洗浄と滅菌と消毒の問題

中央材料室を中心に意欲的に取り組んでいるところであるが、依然として、ごく一部の部署ではあるがホルマリンやクレゾールなどの人体や環境に有害な消毒剤が使われているのが現状である。高温洗濯機など環境に無害な方法を早急に取り入れていかなければならない。

## 5. ま と め

平成 14 年 9 月からの当院 ICT の活動について述べた。今のところ、院内感染のアウトブレイク

はなく、検出病原微生物の動向にも異常は見られない。医療廃棄物の分別徹底により、針類、メス類などの廃棄コストの削減に成功した。今後は滅菌、消毒、洗浄の分野での安全対策とコスト削減を計りたい。サーベイランスについては方法論を含め更なる検討が必要である。

最後に、ICT 活動を支えて頂いているリンク・ナース各位と経費計算やインフルエンザ予防接種の集計を担当して頂いた総務部各位に深謝する。

## 文 献

- 1) 賀来満夫：ICT の機能と各専門職の役割. 感染対策 ICT 実践マニュアル(大久保憲, 賀来満夫編), メディカ出版, 東京, pp 15-26, 2001
- 2) 国立大学医学部附属病院感染対策協議会病院感染対策ガイドライン(一山 智編), 非売品, 2002
- 3) Maki DG et al: Relation of the inanimate hospital environment to endemic nosocomial infection. N Engl J Med **307**: 1562-1566, 1982.
- 4) 抗菌薬使用ガイドライン 2003 (宮城感染コントロール研究会編), 非売品, 2003