

ラウンド

2013年11月28日

東京都院内感染対策強化事業

公立昭和病院

感染管理認定看護師

土橋直子

本日の内容



- ICTラウンド
- リンクスタッフラウンド
- 耐性菌ラウンド
- 血液培養ラウンド
- 抗MRSA薬ラウンド



2012年 診療報酬改定 感染防止対策加算の見直し

医科 第1章 基本診療料 第2部 入院料等 第2節 入院基本料等加算 A 2 3 4 - 2 感染防止対策加算（入院初日）

ア 感染制御チームは、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。



写

(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。
- 病棟ラウンドに当たっては、検査室からの報告等を活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。
- 感染制御チームは、医療機関内の抗菌薬の使用状況を把握し、必要に応じて指導を行うこと。
- 複数の職種によるチームでの病棟ラウンドが困難な中小規模の医療機関（目安として病床が 300 床未満）については、必要に応じて地域の専門家等に相談できる体制を整備すること。



院内ラウンドのポイント

- ★ サイクルを繰り返す事で
感染対策の質改善
- ★ 現場にいかに効果的に
フィードバックしていくか



ラウンドの種類

ICTラウンド	ICTメンバー	毎週木曜日 1時間
リンクスタッフラウンド	リンクスタッフメンバー	第3木曜日
耐性菌ラウンド	検査技師・医師・薬剤師 看護師	耐性菌検出時
血液培養ラウンド	医師・看護師	血液培養陽性
抗MRSA薬ラウンド	医師・薬剤師・看護師	抗MRSA薬使用時



ICTラウンド

病棟ラウンドシート 2013年月日 ラウンド場所

2013年度 ICT ラウンドシート

点滴作成、刺入部管理のラウンドシート 2013年 月 日 ラウンド場所

2013年度 ICT ラウンドシート

項目	評価	評価	コメント
① 点滴作成前に手洗いしている。	○	○	
② 点滴作成時、点滴台をショードックで清拭している。	○	○	
③ アンブル・ボトル・バイアル開封時アルコール綿を使用している。	○	○	
④ 点滴調剤時、薬液注入前にアルコールで清拭している。	○	○	
⑤ 点滴をつなげる時手指衛生をしている。	○	○	
⑥ 点滴を側管からつなげる時アルコール綿で清拭している。	○	○	
⑦ サーフ口挿入日の記入がある。	○	○	
⑧ CV刺入部に消毒した日にちの記入がある。	○	○	
⑨ 点滴の刺入部が清潔に固定されている。	○	○	
⑩ 点滴刺入部を毎日観察している。	○	○	
⑪ 滅菌物の管理（包装材が破損しない）有効期限がまもられている。	○	○	
⑫ 医療廃棄物が適切に廃棄されている。	○	○	
⑬ 薬品の管理、使用期限が守られている。	○	○	
合計	○	○	

○ = 3 △ = 1 × = 0



日本認定看護師協会
Certified Nurse

ICTラウンド

NICUのラウンドシート NO2

2012年度 ラウンドシート4

リハビリ室のラウンドシート

2013年度 ラウンドシート4

項目	評価	評価	コメント
① 手洗い場にペーパータオルホルダーが設置されている。	○	○	
② 液体石鹸、拭式消毒剤に開封日が記入されている。	○	○	
③ 拭式消毒剤は必要な場所に配置されている。	○	○	
④ ゴミ箱は匂いがせず、汚れていない。	○	○	
⑤ 作業用テーブルは清掃されている。	○	○	
⑥ フロアは綺麗ですべらない。	○	○	
⑦ トイレは整備されて unnecessary な物が置かれてない。	○	○	
⑧ 清掃用具は乾燥され、モップなどは上向きに置いてある。	○	○	
⑨ 共有して使用するものは使用の度にショードックで清拭している。	○	○	
⑩ 耐性菌検出患者さんのリハビリ時は適切な PPE を着用している。	○	○	
⑪ 手すりやベッドなど使用后ショードックで清拭している。	○	○	
⑫ お湯を使用する浴槽などは適切に清掃され乾燥している。	○	○	
⑬ 医療廃棄物が適切に廃棄されている。	○	○	
⑭ 薬品の管理、使用期限がまもられている。	○	○	
⑮ 診療材料の管理、使用期限がまもられている。	○	○	
⑯	○	○	
⑰	○	○	
合計	○	○	

○ = 3 Δ = 1 × = 0

参加者：小田・一ノ瀬・土橋・児玉・伊東

普段より感染対策にご協力いただきありがとうございます。

点数 25点/(33点中)

75%

講評

良い点・点滴台の上が綺麗に整頓されていました。

・全体的に整理整頓されていました。

医療廃棄ボックスの蓋に分別しやすいように写真がはってありました。



改善すべき点

スポンジが直置きになっていました。



吸引チューブをいれる容器の下にチューブが丸まってはいつていました。



医療廃棄物の中に紙ごみが入っていました。



ナートセットの期限が切れていました。



リンクスタッフへの一言

- ・スポンジが直置きになっているので乾燥しやすいようなものを設置してください。
- ・医療廃棄物に対象以外のものが入らないようにしてください。

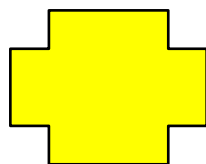
項目
院内感染対策マニュアルが所属の所定の場所に常備してある
部署のスタッフがマニュアルの置いてある場所が言える(3人に聞く)
耐性菌検出患者の表示がしてある
シンクのまわりを清潔に保ち、近くに石鹸が置いてある
汚物室にPPEが(手袋、マスク、ビニール靴、シート付きマスク)設置してある
PPEはシンク周囲から離れたところに設置してある
グローブや靴は乾燥した状態で保管しており、劣化したら交換している
浸漬する消毒薬の濃度が容器などにきちんと表示されている
滅菌物の管理(包装材が破損しない)有効期限がまもられている
医療廃棄物が適切に廃棄されている
薬品の管理、使用期限が守られている
合計



リンクスタッフラウンド

- 2012年より感染リンクスタッフのメンバーに看護師以外の職種を追加し全職種が感染対策に関われるような活動内容を検討した。

各部署より
看護師
17名



薬剤師・栄養士
臨床工学士・放射線技師
臨床検査技師・事務職員
理学療法士
歯科衛生士
委託清掃業者



目標

具体策

ICTからの情報・指導を受け感染の基本的知識を習得する

感染に関する情報を伝達する
感染対策の基本知識を習得する
院内感染対策マニュアルを
学習する

現場での感染防止技術の疑問・
問題点などをグループで検討し
明確にする

グループで感染防止技術を
はじめ感染に関する問題点に
取りくむ

所属部署の問題点を明らかにし
改善できる

ラウンドの意義・着眼点を学び、
所属部署を改善する

病棟・外来における
役割モデルとして
教育・啓発・改善活動を行う
ICTからの課題を所属部署で
活動し、毎月評価することができる

感染対策に関する研修に
積極的に参加する
啓発活動及びレクチャーの
手法を習得する
ICTからの課題を実施し
評価する



点滴作成、刺入部管理のラウンドシート 2013年 10月24日 ラウンド

項目	評価	評価
① 点滴作成前に手洗いしている。	○	3
② 点滴作成時、点滴台をショードックで清拭している。	○	3
③ アンプル・ボトル・バイアル開封時アルコール綿を使用している。	○	3
④ 点滴調剤時、薬液注入前にアルコールで清拭している。	○	3
⑤ 点滴をつなげる時手指衛生をしている。	○	3
⑥ 点滴を側管からつなげる時アルコール綿で清拭している。	○	3
⑦ サーフロ挿入日の記入がある。	7/8	1
⑧ CV刺入部に消毒した日にちの記入がある。	2/2	3
⑨ 点滴の刺入部が清潔に固定されている。	○	3
⑩ 点滴刺入部を毎日観察している。	○	3
⑪ 滅菌物の管理（包装材が破損しない）有効期限がまもられている。	△	1
⑫ 医療廃棄物が適切に廃棄されている。	△	1
⑬ 薬品の管理、使用期限が守られている。	×	0
合計	76%	30/39

ICT ラウンド報告書 2013年10月24日

ラウンド場所 北3

参加者：高山 北村 関口 中山

皆様より感想お寄せいただきありがとうございます。

点数 30点 / (39点中)

76%

講評

良い点

- スポンジに使用開始日が記入され、上からつるしてきれいに乾燥していた
- 医療廃棄ボックスに廃棄するものや注意を促す写真を貼り、わかりやすかった
- 汚物室など全体的にとてもきれいに整理整頓されていました



改善すべき点

- ウォッシュボンの開封日が未記入でした
- シジェルの使用期限が守られていませんでした(調剤室)
- サーフローの挿入日が1人ありませんでした
- 医療廃棄物ボックスにゴミスタックが混入していました



リンクスタッフへの一言

定期的に開封日、期限切れのチェックをお願いします
引き続き病棟内の整理整頓、清潔に努めてください



公立昭和中病院
Certified Nurse

年度末にはラウンドの点数をまとめて項目毎で評価し、
 グラフにして各部署のデータをまとめて発表

リンクスタッフラウンド報告書 2012年〇月〇日..

ラウンド場所 〇〇

参加者: 青木・四宮・白井・金子..

点数 23点/27(点中)

講評

85%

良い点..

- シンク周囲の清潔が保たれていました。
- マニュアルの場所をスタッフがきちんと把握していました。
- 家具管理、使用期限が守られていました

改善すべき

・ 椅子さんが汚

医療廃棄ボックス

鏡水筒の中に水拭

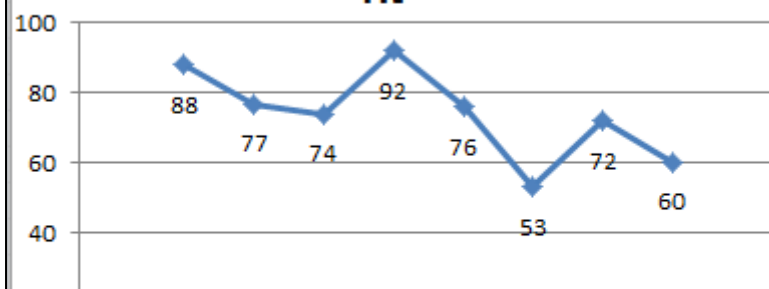
かびの発生にもな

感染リン

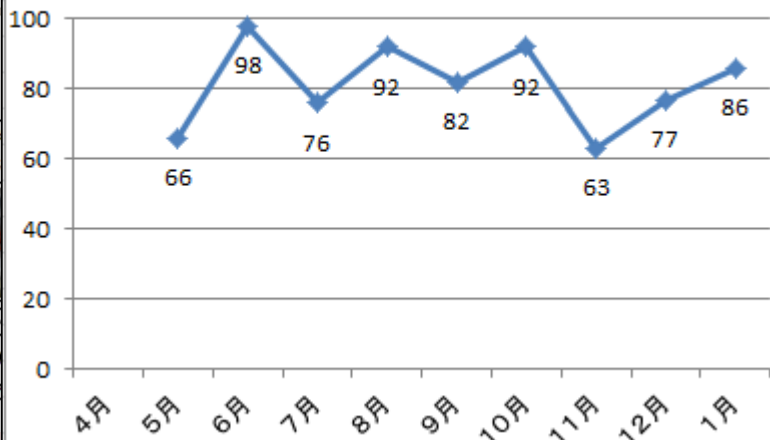
- ゴミの分別、廃

- シールド付きマ

南4



心血センター



耐性菌ラウンド

ICTからのお知らせ

トップに出す

<< 前へ | 次へ >>

差出人: (臨床検査科) 2013/10/30(水) 14:36

宛先: (62人) [宛先をすべて表示](#)

CDトキシン陽性のお知らせ

所属: 本5
患者番号:
氏名: 様
2013年10月30日提出された検体のCDトキシンが陽性になりました。

感染予防策の徹底をお願いします。
ICT

閲覧状況 (48人/62人)

その他の操作

削除する

CD

移動する

(確認済み)

トップに出す

<< 前へ | 次へ >>

フォロー

発言者: 土橋 直子 (医療安全管理室)

テキスト(A) 書式編集(A)

内容

ファイル

参照...

書き込む

土橋 直子 (院内感染対策委員会) 2013/11/1(金) 10:05

返信する

削除する

普段より感染対策にご協力頂きありがとうございます。
10月31日にICTラウンドを実施しました。
接触感染対策「ランク3」の対応を実施していました。
ハイケアに入室されているため、追加でベッド柵など
環境整備に「泡洗浄ハイター」を使用していただくように
説明しました。
アルコールが効きにくいため患者や患者周囲に触れた後は
石鹸と流水での手洗いの徹底をお願いいたします。

耐性菌ラウンド

検査結果一般細菌 - ()

確認(M) 切替(C) 表示(D)

感受性 印刷

2012/07/09 2012/07/09 2012/07/09 2012/07/09 2012/07/11 2012/07/11 2013/10/30 2013/10/30 2013/10/30 2013/10/30 2013/11/01

検体情報

採取日 2013/10/30 検体番号 201310**05117 受付日 2013/10/30 報告日 2013/10/30 /最終報告

塗抹鏡検

菌名	結果
----	----

検査材料 CDTキシンA・B
採取部位
報告コメント
細菌検査室内No.2013105117

尿定量培養

その他検査

検査名	結果	判定日
CDトキシンA・B	陽性	
GDH抗原	陽性	

同定

菌名	菌数	感受性有無	菌コメント
----	----	-------	-------

依頼コメント

検体コメント

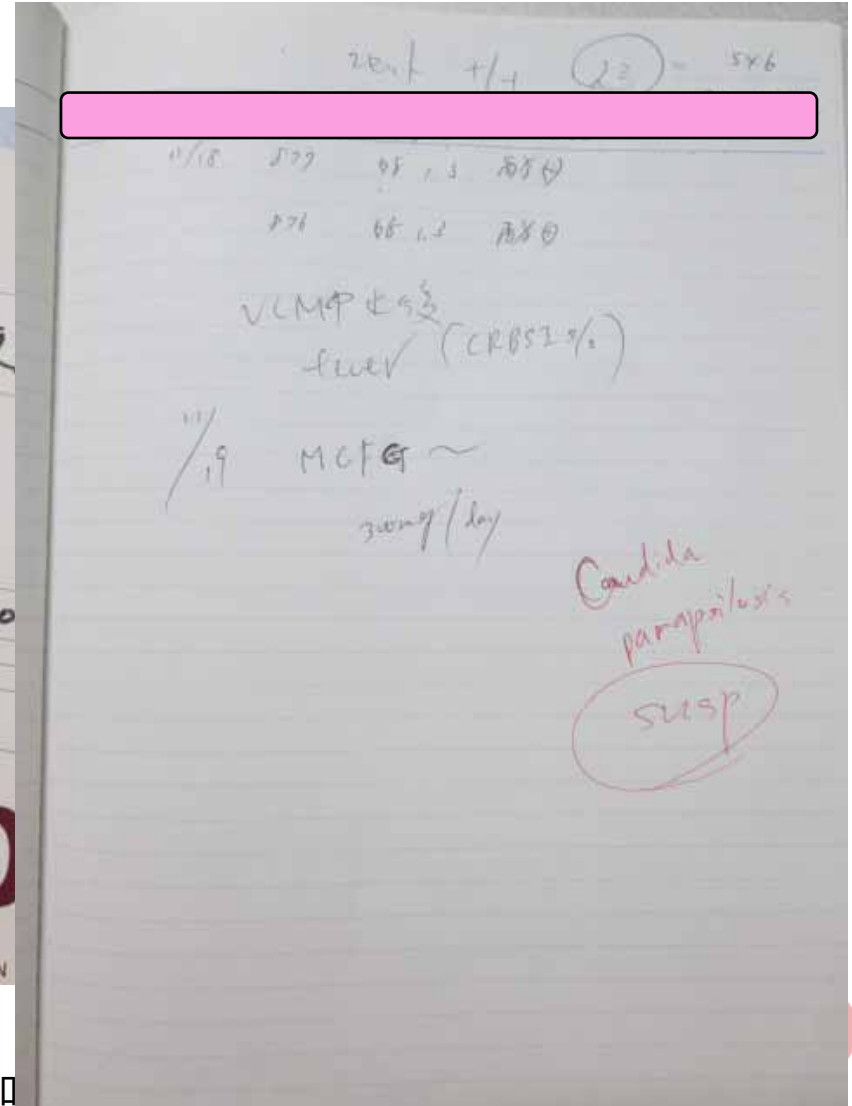
血液培養ラウンド



記入日	患者ID	氏名	採出日/種別No	ボトル情報	グラム所見	その他	Dr/小田 確認
11/12	450	[Redacted]	1	好気 0.5 gpr			小田
			2	嫌気			小田
11/11	459	[Redacted]	1	好気 1.3 gnr			小田
			2	嫌気			小田
11/11	460	[Redacted]	1	好気 1.3 gnr			小田
			2	嫌気			小田
11/11	493	[Redacted]	1	好気 2.2 gnr	11/14		小田
			2	嫌気 0.9 gnr			小田
11/12	530	[Redacted]	1	好気 1.5 gpc	11/14		小田
			2	嫌気 1.0 gpc	7"		小田
11/11	492	[Redacted]	1	好気 2.9 gnr	11/15		小田
			2	嫌気 1.9 gnr			小田
11/13	640	[Redacted]	1	好気 0.5 gnr			小田
			2	嫌気 0.5 gnr			小田
11/13	641	[Redacted]	1	好気 0.6 gnr			小田
			2	嫌気 0.5 gnr			小田
11/12	531	[Redacted]	1	好気 2.9 gpc	7"		小田
			2	嫌気			小田
11/14	648	[Redacted]	1	好気 1.1 gpc	7"		小田
			2	嫌気			小田



血液培養ラウンド



血液培養ラウンド

						11~12月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	01
No.	ルート	薬剤名	使用量	単位	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日		
2013.1	1-1	DIV	ソルアセトF輸液(500mL)	1	袋	緊														
検体	1-2	DIV	ソルアセトF輸液(500mL)	1	袋	緊														
採取	2-1	DIV	ゾシン静注用4.5g	1	瓶	緊														
塗抹	2-2	DIV	ゾシン静注用4.5g	1	瓶	緊														
菌	2-3	DIV	ゾシン静注用4.5g	1	瓶	緊														
	3-1	DIV	ガスター注射液20mg(2mL)	1	A	緊														
	4-1	DIV	ビーフリード輸液 1000mL	1	キット		定													
	4-1	DIV	ソルデム3A輸液(500mL)	1	袋			定	定											
	5-1	DIV	セファゾリンNa注射用1g「タイヨー」	1	瓶		緊													
	5-2	DIV	セファゾリンNa注射用1g「タイヨー」	1	瓶		緊													
	5-3	DIV	セファゾリンNa注射用1g「タイヨー」	1	瓶		緊													
同定	6-1	DIV	セファゾリンNa注射用1g「タイヨー」	1	瓶			定	定											
菌	6-2	DIV	セファゾリンNa注射用1g「タイヨー」	1	瓶			定	定	定										
酵母	6-3	DIV	セファゾリンNa注射用1g「タイヨー」	1	瓶			定	定	定										
	7-1	IV	ヘパフラッシュ100単位/ml 10ml	1	筒		緊	定	定											
	8-1	IV	ヘパフラッシュ100単位/ml 10ml	1	筒					定										
	9-1	DIV	セファゾリンNa注射用1g「タイヨー」	1	瓶					定										
	9-2	DIV	セファゾリンNa注射用1g「タイヨー」	1	瓶					定										
	9-3	DIV	セファゾリンNa注射用1g「タイヨー」	1	瓶					定										
	10-1	DIV	ソルデム3A輸液(500mL)	1	袋					定										
依頼	11-1	IV	ヘパフラッシュ100単位/ml 10ml	1	筒				必											

MRSA感染対策マニュアル

MRSA感染対策

1. MRSAとは
2. MRSAが検出されたとき
3. 検出時の対応
4. 患者用リーフレット

抗MRSA薬の適正使用

1. 投与方法
2. TDM

使用届出制・許可制

MRSAサーベイランス



公立昭和病院
Certified Nurse

抗MRSA薬使用届出用紙

院内感染対策委員長	院内感染対策副委員長	診療科部長	病棟師長

抗MRSA薬使用届出用紙

平成 年 月 日

院内感染対策委員長殿

診療科名 _____

医師名 _____

下記の項目に記入またはチェックをし、投与開始3日以内に提出してください。

使用理由	<input type="checkbox"/> 治療 ・ <input type="checkbox"/> 予防投与		
感染症名 (治療の場合)		感染部位 (治療の場合)	
起因菌 (治療の場合)	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> PRSP <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> MRS(CNS) <input type="checkbox"/> クロストリジウム・ディフィシル	
使用理由詳細 (予防投与)			
使用薬剤	<input type="checkbox"/> 塩酸バンコマイシン注 ・ <input type="checkbox"/> テイコoplanin注 ・ <input type="checkbox"/> ハベカシン注 <input type="checkbox"/> 塩酸バンコマイシン散 ・ <input type="checkbox"/> パクトロバン軟膏		
使用開始日	平成 年 月 日		
投与方法	<input type="checkbox"/> 点滴静注 ・ <input type="checkbox"/> 経口 ・ <input type="checkbox"/> 鼻腔内塗布 <input type="checkbox"/> その他()		
下記は院内感染対策委員会にて記載します。			
No.	届出受領日: 年 月 日	感染症科	確認
備考			

抗MRSA薬の使用届出制・許可制

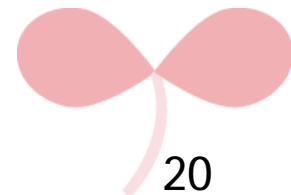
★使用届出制対象薬剤

バンコマイシン、テイコプラニン
ハベカシン、ムピロシン

★使用許可制対象薬剤

ザイボックス

上記薬剤使用時には、処方医が電子カルテ
端末より、それぞれ、使用許可申請書もしくは
使用届出用紙を記入し提出する。



使用届出制・許可制の流れ

届出制：2006.4～

バンコマイシン、テイコプラニン
ハベカシン、ムピロシン

抗MRSA薬使用開始

主治医：届出用紙記載（3日以内）

所属科部長の確認

病棟看護師長確認

看護部長室へ提出

院内感染対策委員会

許可制：2008.1～

ザイボックス

主治医がLZD使用を検討

主治医：LZD許可申請書記載

感染症科・小田医師へ連絡

検討小委員会招集

使用の可否を検討

許可された後に
LZD使用開始



抗MRSA薬の使用上の注意

- ★ 感染症の治療に十分な知識と経験を持つ医師またはその指導のもとで行うこと。
- ★ 原則として抗MRSA薬および他の抗菌薬に対する感受性を確認すること。
- ★ 投与期間は、感染部位、重症度、患者の症状等を考慮して適切な時期に抗MRSA薬の継続投与が必要か判定し、治療上必要最低限の期間にとどめること。



東京都 院内感染対策 強化事業



院内感染対策の担当者を応援します

院内感染対策の基礎知識を学ばせよう

写真でわかる

院内感染対策



院内感染対策に重要な環境整備。
都内病院の協力を得てまとめた、
院内のチェックポイントが
ひと目でわかるコーナーです。

