

岡山大学病院 ICT サーベイランス運営方針

制定 令和6年 7月10日

サーベイランス実施の目的

医療関連感染の発生は患者生命への直接的な影響に加え、在院日数を延長させ、患者満足度を著しく低下させるものである。高度医療による易感染者の増加に伴い、病院施設が取り組む医療感染対策はこれまで以上に医療の質を評価する指標としての性格を強めている。

サーベイランスとは特定の疾患や出来事について、発生分布や原因に関するデータを継続的かつ組織的に収集・統合・分析し、改善につながる情報をタイミングよく提供することと定義される。

このような活動を恒常的に維持することで、職員全体の感染対策に対する意識向上を果たすことも期待される。

当院で実施している主な ICT サーベイランスの種類と対象一覧

医療器具関連(デバイス)サーベイランス

- ・中心静脈カテーテル関連血流感染(CLABSI)サーベイランス
- ・カテーテル関連尿路感染(CAUTI)サーベイランス
- ・人工呼吸器関連イベント(VAE)サーベイランス
- ・人工呼吸器関連肺炎(VAP)サーベイランス
- ・手術部位感染(SSI)サーベイランス

病原体サーベイランス

手指衛生サーベイランス

特定抗菌薬使用量サーベイランス

岡山大学職員感染症症候群サーベイランス

医療器具関連感染対策プロセスサーベイランス

手術部位感染対策プロセスサーベイランス

※ICT: Infection Control Team

| サーベイランスの種類 | 対象 | 期間 | 判定基準 | 計算式 | データ分析・評価方法 | データの活用方法 |
|----------------------------------|--|--------------------|-----------------------|--|---|---|
| 中心静脈カテーテル関連血流感染 (CLABSI) サーベイランス | 中心静脈カテーテルを入院中に使用した全病棟・全入院患者 (病棟毎) | 1月毎に算出(毎月1日～末日) | JHAIS判定基準LCBIに準ずる | CLABSIを発症した患者/中心静脈カテーテルを使用した延べ日数×1000 (発生率/1000デバイスデイズ) 中心静脈カテーテル使用総日数/全患者延べ日数 (使用比) | 使用比・発生率・現場ラウンドの情報から管理方法の問題点を分析し、評価する | 毎月PSM会議にて分析結果をフィードバックする 必要時に対象部署へ必要な情報の提供と感染対策に関する指導を行う |
| カテーテル関連尿路感染 (CAUTI) サーベイランス | 尿道留置カテーテルを入院中に使用した全病棟・全入院患者 (病棟毎) | 1月毎に算出(毎月1日～末日) | JHAIS判定基準SUTI1・2に準ずる | CAUTIを発症した患者/尿道留置カテーテルを使用した延べ日数×1000 (発生率/1000デバイスデイズ) 尿道留置カテーテル使用総日数/全患者延べ日数 (使用比) | 使用比・発生率・現場ラウンドの情報から管理方法の問題点を分析し、評価する | 毎月PSM会議にて分析結果をフィードバックする 必要時に対象部署へ必要な情報の提供と感染対策に関する指導を行う |
| 人工呼吸器関連イベント (VAE) サーベイランス | 人工呼吸器を入院中に使用した全集中治療室 (総4ICU・東3階ICU・西3階ICU) | 1月毎に算出(毎月1日～末日) | JHAIS判定基準VAEに準ずる | VAEを発症した患者/人工呼吸器を使用した延べ日数×1000 (発生率/1000デバイスデイズ) 人工呼吸器使用総日数/全患者延べ日数 (使用比) | 使用比・発生率・現場ラウンドの情報から管理方法の問題点を分析し、評価する | 3か月毎にPSM会議にて分析結果をフィードバックする 必要時に対象部署へ必要な情報の提供と感染対策に関する指導を行う |
| 人工呼吸器関連肺炎 (VAP) サーベイランス | 人工呼吸器を入院中に使用した集中治療室を除いた、全一般病棟患者 | 1月毎に算出(毎月1日～末日) | JHAIS判定基準VAPに準ずる | VAEを発症した患者/人工呼吸器を使用した延べ日数×1000 (発生率/1001デバイスデイズ) 人工呼吸器使用総日数/全患者延べ日数 (使用比) | 使用比・発生率・現場ラウンドの情報から管理方法の問題点を分析し、評価する | 3か月毎にPSM会議にて分析結果をフィードバックする 必要時に対象部署へ必要な情報の提供と感染対策に関する指導を行う |
| 手術部位感染 (SSI) サーベイランス | 手術を実施した全患者 (術式毎) | 1月毎に算出(毎月1日～末日) | JHAIS判定基準SSIに準ずる | 対象術式 (49術式) のSSI発症件数/対象術式総件数 (発生率) 標準感染比 (SIR) = 自施設で発生したSSIのR別発生件数の総和/JHAISの前年度R別SSI発生件数の総和 | 発生率・SIRのデータを基に現場ラウンドを行い、術前・中・後の管理方法に関する問題点を分析し、評価する | 3か月毎にPSM会議にて分析結果をフィードバックする 必要時に対象部署へ必要な情報の提供と感染対策に関する指導を行う |
| 病原体サーベイランス | 全患者、全検体 (病棟・診療科毎) | 1月毎に算出(毎月1日～末日) | | MRSA, ESBL, MBL, CRE, MDRP, MDRA, VRE, VRSA などの薬剤耐性菌とその他1～9科感染症で院内感染対策に重要な病原体、クロストリディオイデス・デフィシルの検出状況をモニタリング | JANIS, J-SIPHE, AMRリアレンスセンターなどの発生状況と比較検討する | 毎月PSM会議にて分析結果をフィードバックする 必要時に対象部署へ必要な情報の提供と感染対策に関する指導を行う |
| 手衛生サーベイランス | 全入院患者 (病棟毎) | 1月毎に算出(毎月1日～末日) | | 一か月に使用した総手消毒アルコール量/入院患者延べ日数 (1患者1日あたりの手消毒アルコール使用量) | 患者に接触する頻度を観察し必要量との比較検討を行い、問題点を分析し、評価する | 毎月PSM会議にて分析結果をフィードバックする 必要時に対象部署へ必要な情報の提供と感染対策に関する指導を行う |
| 特定抗菌薬使用量サーベイランス | 特定抗菌薬を使用した全患者 | 1月毎に算出(毎月1日～末日) | | 全抗菌薬、抗MRSA薬、カルバペネム薬、広域ペニシリンの使用量 (AUD) / 使用日数 (DOT) / 長期使用例 (件数) をモニタリング | 隔月の使用状況の増減を監視し、使用上の注意喚起を促している | 毎月PSM会議にて分析結果をフィードバックする 必要時に対象部署へ必要な情報の提供と感染対策に関する指導を行う |
| 岡山大学職員感染症症候群サーベイランス | 岡山大学病院全職員 | 1月毎に算出(毎月1日～末日) | | 新型コロナウイルスエンゼルザ/麻疹/風疹/水痘/ムンプス/結核/胃腸炎/流行性角結膜炎 に対する罹患状況をモニタリング | 週毎に集計し、岡山市等との流行状況を比較罹患後の対応 (休業など) の指導に役立てる | 毎月PSM会議にて分析結果をフィードバックする 必要時に対象部署へ必要な情報の提供と感染対策に関する指導を行う |
| 医療器具関連感染対策プロセスサーベイランス | 医療器具を使用している全職員 | 年間2回 (前期・後期) 評価を行う | 感染制御部が作成したチェックリストを用いる | プロセスの自己評価を5段階評価し、達成率を算出する | 医療器具を使用している全医療職員の医療器具管理方法について、感染制御部が作成したチェックリストを用いて、部署のリンクケースが評価を行う | 院内感染リンクケース会で結果を共有し、必要時にPSM会議などで全体に周知・注意喚起を行う |
| 手術部位感染対策プロセスサーベイランス | 全患者の周術期に関わる全職員 | 年間3回 (前期・後期) 評価を行う | 感染制御部が作成したチェックリストを用いる | プロセスの自己評価を6段階評価し、達成率を算出する | 周術期の患者に対する管理方法について、感染制御部が作成したチェックリストを用いて、部署のリンクケースが評価を行う | 院内感染リンクケース会で結果を共有し、必要時にPSM会議などで全体に周知・注意喚起を行う |