

II. 報告書例 (MRSA 検出サーベイランス)

〇〇病棟 看護師長

〇〇様

2009 年 6 月 5 日

感染管理担当 〇〇〇〇

MRSA 検出サーベイランス報告

貴病棟の 2008 年 6 月から 2009 年 5 月までの MRSA 検出サーベイランス結果をご報告します。
昨年 7 月のプラスチックエプロン導入後は検出率が低く推移していましたが、本年 4 月以降、上昇の兆しがあります。接触予防策の実施を再度ご点検ください。

ご不明な点がありましたら、〇〇（内線〇〇）までご連絡ください。

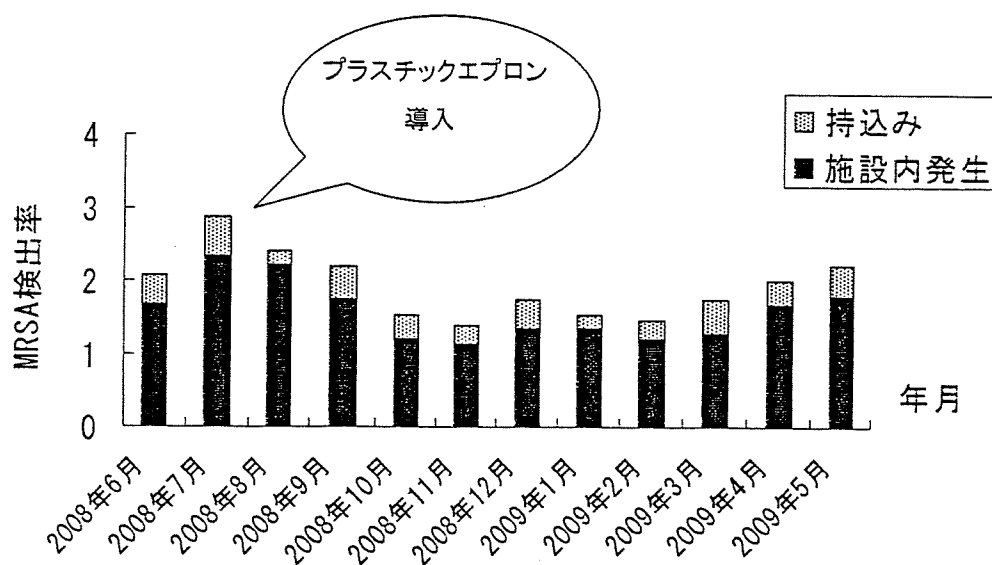


図. MRSA検出率

図 2008 年 6 月～2009 年 5 月の〇〇病棟における MRSA 検出率の推移

(注) MRSA 検出率 (件/1000 患者日) = 1000 患者日あたりの MRSA 検出件数

=MRSA 検出件数÷のべ入院患者日数×1000

Ⅲ. ワークシート例 (MRSA 検出サーベイランス)

1. 分母データワークシート例

* 毎日〇時に入院患者数を記入し毎週あるいは月末に合計する。

〇年〇月	実施場所				備考
	〇〇病棟	△△病棟	◇◇病棟	▽▽病棟	
1日					
2日					
3日					
4日					
5日					
6日					
7日					
8日					
9日					
10日					
11日					
12日					
13日					
14日					
15日					
16日					
17日					
18日					
19日					
20日					
21日					
22日					
23日					
24日					
25日					
26日					
27日					
28日					
29日					
30日					
31日					
合計 (分母)					

2. 分子データワークシート例

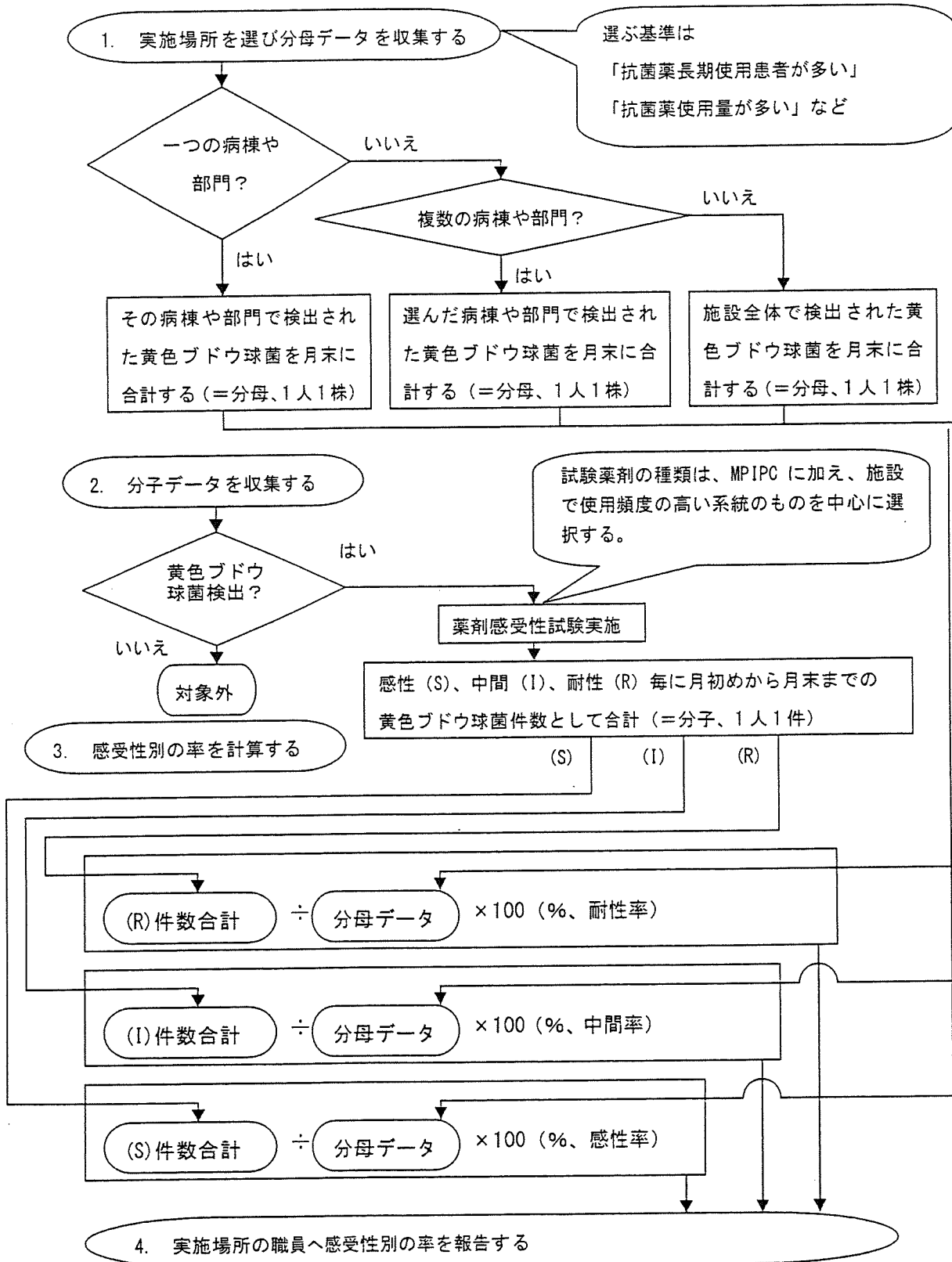
* 毎日〇時に MRSA 検出患者 ID (および検出部位) を記入する。

月末に検出件数合計を算出する。

〇年〇月	実施場所：〇〇病棟	備考
1日		
2日		
3日		
4日		
5日		
6日		
7日		
8日		
9日		
10日		
11日		
12日		
13日		
14日		
15日		
16日		
17日		
18日		
19日		
20日		
21日		
22日		
23日		
24日		
25日		
26日		
27日		
28日		
29日		
30日		
31日		
合計 (分子)		

B. 黄色ブドウ球菌薬剤感受性サーベイランス

I. 手順



II. 報告書例（黄色ブドウ球菌感受性サーベイランス）

〇〇病棟 医長

〇〇様

2009 年 2 月 5 日

感染管理担当 〇〇〇〇

黄色ブドウ球菌感受性サーベイランス報告

貴病棟の 2008 年度の黄色ブドウ球菌感受性サーベイランス結果をご報告します。

MPIPC 感受性は、上半期と下半期でほとんど変わらないため、検出された黄色ブドウ球菌に占める MRSA 率に変化ありませんが、ABK（★）では感受性が低下しております。

ABK の使用方法についてご再考ください。

ご不明な点がございましたら、〇〇（内線〇〇）までご連絡ください。

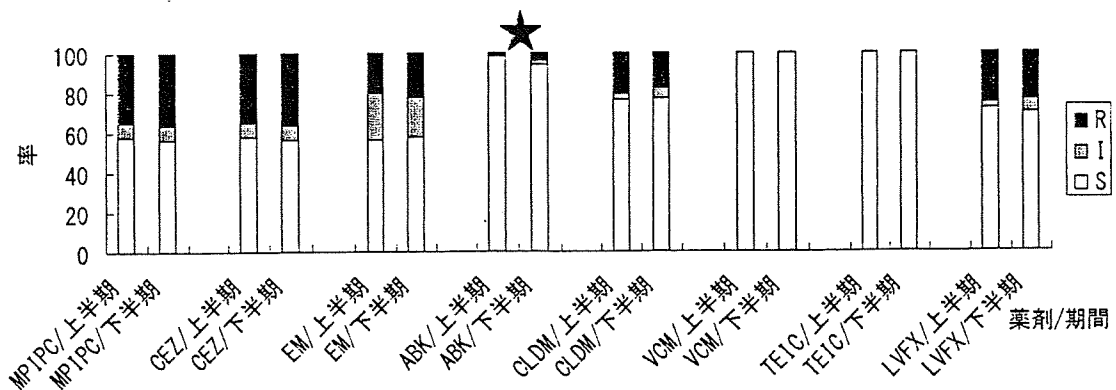


図. 感受性変化

図 2008 年上半期～2008 年下半期の〇〇病棟における黄色ブドウ球菌感受性率の推移

(注) 感受性率 (%)

= 期間中に検出された黄色ブドウ球菌あたりの感性 S・中間 I・耐性 R 菌件数

= $S \cdot I \cdot R \div \text{黄色ブドウ球菌検出数} \times 100$

Ⅲ. ワークシート例（黄色ブドウ球菌感受性サーベイランス）

期間 月 日～ 月 日 病棟名

薬剤	感受性						検査合計
	S	株	I	株	R	株	
MPIPG		%		%		%	100%
		株		株		株	株
		%		%		%	100%
		株		株		株	株
		%		%		%	100%
		株		株		株	株
		%		%		%	100%
		株		株		株	株
		%		%		%	100%
		株		株		株	株
		%		%		%	100%
		株		株		株	株
		%		%		%	100%
		株		株		株	株
		%		%		%	100%
		株		株		株	株
		%		%		%	100%
		株		株		株	株
		%		%		%	100%
		株		株		株	株

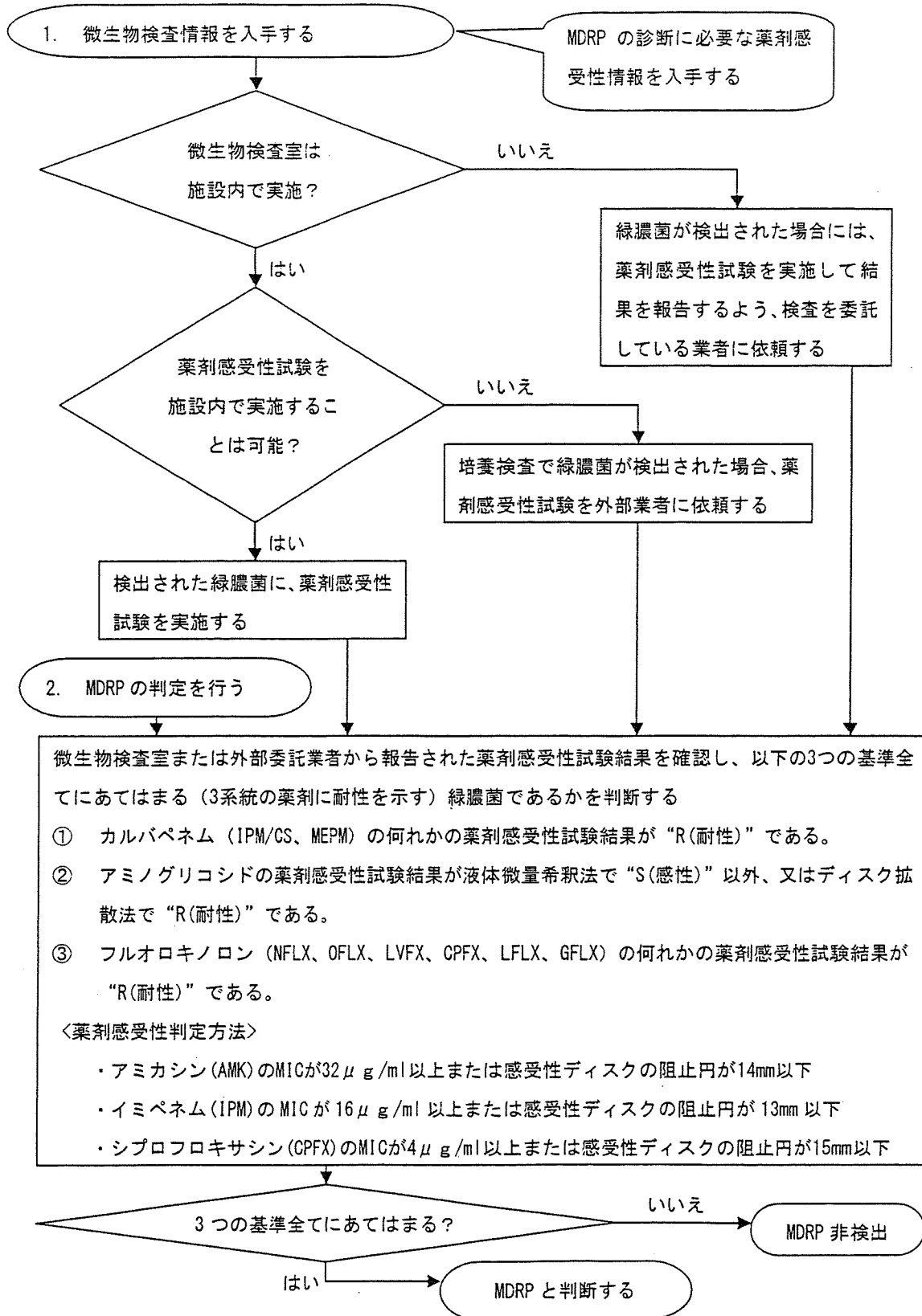
MPIPG=oxacillin

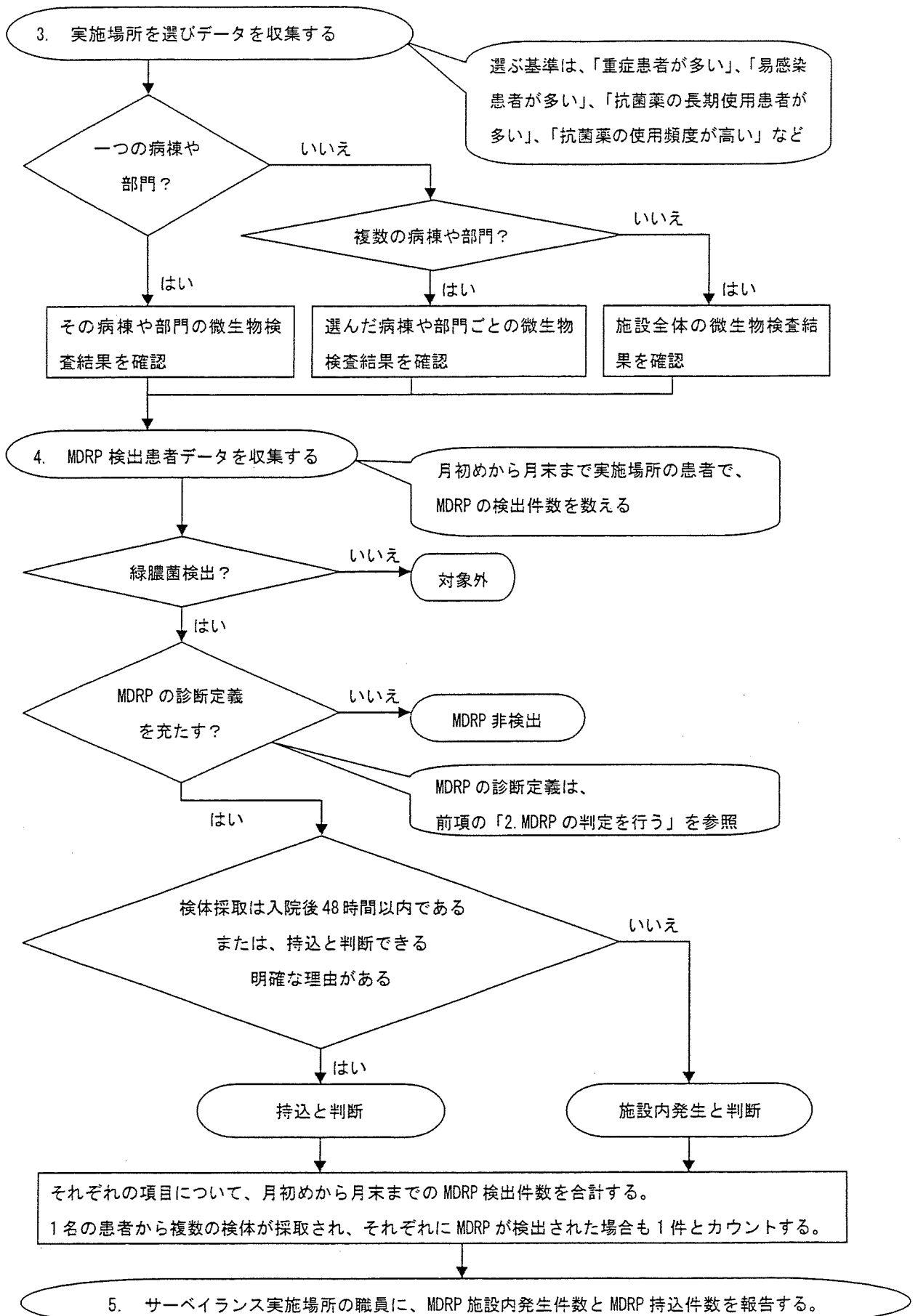
※薬剤空欄には各施設で使用している薬剤名を記載する。

S=感性 I=中間 R=耐性

MDRP(多剤耐性緑膿菌)サーベイランス

I. 手順





II. 報告書例

〇〇病棟 看護師長
〇〇様

2008年9月5日
感染管理担当 〇〇〇〇

MDRP(多剤耐性緑膿菌)サーベイランス報告

貴病棟の8月のMDRP(多剤耐性緑膿菌)サーベイランス結果をご報告します。

今年4月以降、MDRP持ち込み患者が続いて確認されています。MDRPは、いずれも尿道留置カテーテルを使用している患者の尿検体から検出されています。現在までに施設内発生や施設内伝播が疑われる事例は確認されておりませんが、尿道留置カテーテル使用患者が多い貴病棟においては、十分な注意が必要です。MDRP患者への接触感染対策(病室隔離、手指衛生、个人防护具の着用など)、他患者への標準予防策の遵守状況などを今一度御確認下さい。また、蓄尿バックからの尿の回収手技が、他施設で発生したアウトブレイク事例に共通する感染経路として報告されています。尿の回収手技の前後に実施する手指衛生、手袋、ガウンの交換等を徹底して下さい。

ご不明な点がありましたら、〇〇(内線〇〇)までご連絡ください。

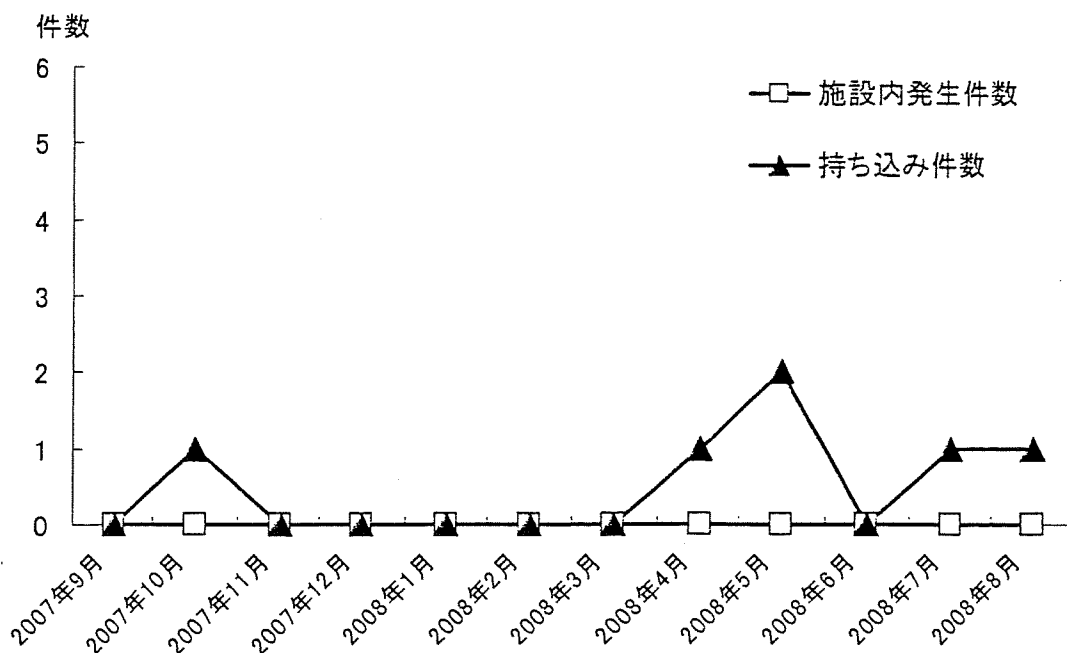


図 2007年9月～2008年8月の〇〇病棟における
MDRP施設内発生件数、持ち込み件数の推移

Ⅲ. ワークシート例

MDRP(多剤耐性緑膿菌)検出患者

ID _____ 氏名 _____ 病棟名 _____

微生物検査室または外部委託業者から報告された薬剤感受性試験結果を確認し、以下の3つの基準全てにあてはまる(3系統の薬剤に耐性を示す)緑膿菌であるかを判断する

- ① カルバペネム (IPM/CS、MEPM) の何れかの薬剤感受性試験結果が“R(耐性)”である。
- ② アミノグリコシドの薬剤感受性試験結果が液体微量希釈法で“S(感性)”以外、又はディスク拡散法で“R(耐性)”である。
- ③ フルオロキノロン (NFLX、OFLX、LVFX、CPFX、LFLX、GFLX) の何れかの薬剤感受性試験結果が“R(耐性)”である。

<薬剤感受性判定方法>

- ・アミカシン (AMK) のMICが $32 \mu\text{g/ml}$ 以上または感受性ディスクの阻止円が 14mm 以下
- ・イミペネム (IPM) のMICが $16 \mu\text{g/ml}$ 以上または感受性ディスクの阻止円が 13mm 以下
- ・シプロフロキサシン (CPFX) のMICが $4 \mu\text{g/ml}$ 以上または感受性ディスクの阻止円が 15mm 以下

入院日 _____

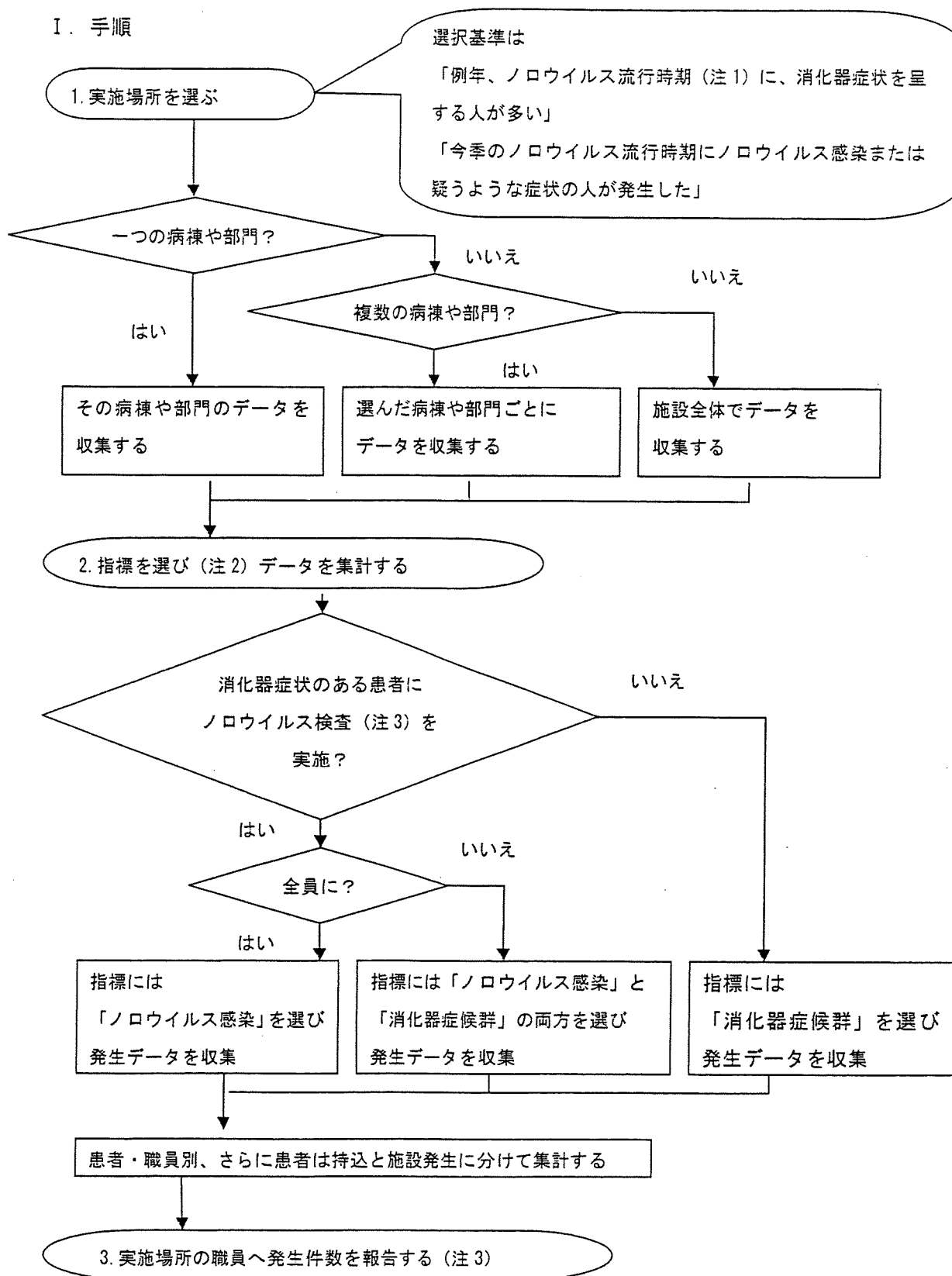
検体提出日 _____

検体名 _____ 下記より選択

喀出痰 気管内採痰 気管支洗浄液 咽頭粘液 鼻腔内 口腔内 生検材料(肺) その他(呼吸器)
自然排尿 採尿カテーテル尿 留置カテーテル尿 尿道分泌物 膈分泌物
カテーテル尿(採尿、留置カテの区別不能) その他(泌尿・生殖)
糞便 胃・十二指腸液 胆汁 生検材料(消化管) その他(消化管)
静脈血 動脈血 髄液 胸水 腹水 関節液 骨髄液 心嚢水 その他(穿刺液)
耳分泌物 眼分泌物 皮膚 褥創 羊水 開放性膿 閉鎖性膿 創部 CAPD(持続腹膜透析)排液
中心静脈カテーテル先端 カテーテル刺入部 その他のカテーテル 胸腔ドレーン排液 胸腔ドレーン先端
腹腔ドレーン排液 腹腔ドレーン先端 ドレーン刺入部 その他のドレーン 生検材料(リンパ節)
その他の生検・手術材料 その他の材料 ()

ノロウイルス感染&消化器症候群サーベイランス

I. 手順



注1 流行時期

例年の流行時期に準じて10月～3月。

ただし、毎年流行時期、程度、ピーク時期が異なるため、感染症発生動向調査結果等の情報を参考にする。

(参考) 国立感染症研究所感染症情報センター最新のウイルス検出状況 SRSV&ロタウイルス
<http://idsc.nih.go.jp/iasr/prompt/graph-kj.html>

注2 指標の選択基準

1. 消化器症状のある患者全員に対してノロウイルス検査が実施されている場合
→「ノロウイルス感染」のみ
2. 消化器症状のある患者の全員または一部にノロウイルス検査を実施している場合
→「ノロウイルス感染」と「消化器症候群」の両方
(「ノロウイルス感染」の他に「消化器症候群」を数えることで、検査感度による偽陰性や検査未実施による除外例も拾うことができる)
3. ノロウイルス検査が全く実施されていない場合
→「消化器症候群」のみ

注3 ノロウイルス検査

次のいずれかの検査。

1. ノロウイルス抗原検査 (イムノクロマト法, ELISA法)
2. ノロウイルス遺伝子検査 (RT-PCR法, NASBA法, RT-LAMP法, TRC法, SMAP法)

注4 報告頻度の目安

発生頻度の少ない時は、週1回程度の頻度で報告を行う。ただし、「同日に複数の発生が認められる」または「連日にわたり発生が認められる」場合は、報告頻度を増す。流行の終息が確認できたら、元の頻度に戻す。

II. 報告書例

〇〇病棟 各位

2008年12月7日

感染管理担当 〇〇〇〇

ノロウイルス感染&消化器症候群サーベイランス報告

ノロウイルス感染&消化器症候群サーベイランスの報告をいたします。

12月に入り散発での患者発生が認められていましたが、6日より急激に発生件数が増加し、病棟内での伝播が強く疑われます。さらに接触した職員にも感染が拡大しております。

ノロウイルスの感染力は非常に強いため、少量のウイルスでも感染するといわれています。消化器症状のある患者には、早めに接触予防策を実施してください。特に、吐物や便には大量のウイルスが存在していますので、取り扱いの際は、手袋、サージカルマスク、アイソレーションガウンを着用し、周囲環境を汚染しないよう十分に留意してください。また、アルコールに抵抗性がありますので、流水での手洗いの徹底をお願いいたします。ケアにあたる職員の皆様も健康管理には十分ご注意ください。

その他、ご不明な点がございましたら、〇〇（内線〇〇）までご連絡ください。

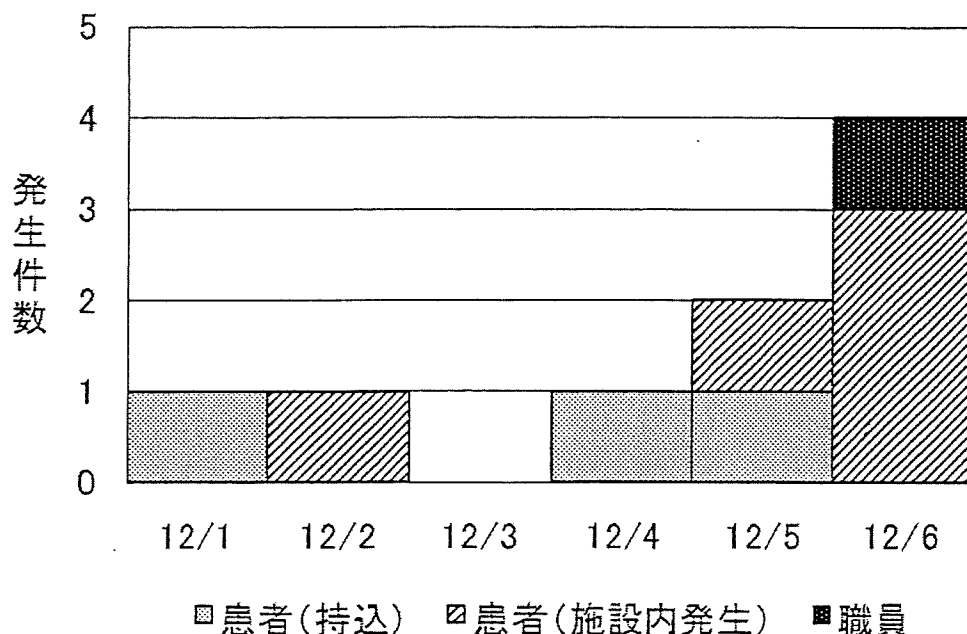


図 2008年12月の〇〇病棟における「ノロウイルス感染&消化器症候群発生件数」の推移
発生件数は「ノロウイルス感染」および「消化器症候群」と判定された件数

Ⅲ. ワークシート例

ID _____ 氏名 _____ 年齢 _____ 病棟名 _____

他に確認された原因がなく、次の徴候や症状がある。
 下痢 嘔気・嘔吐 急に発症する腹痛

はい

いいえ

ノロウイルス検査を行うことができる

「ノロウイルス感染」
「消化器症候群」なし

はい

いいえ

次のいずれか1つに当てはまる。

- ノロウイルス抗原検査にて陽性
(イムノクロマト法, ELISA法)
- ノロウイルス遺伝子検査にて陽性
(RT-PCR法, NASBA法, RT-LAMP法, TRC法, SMAP法)

はい

いいえ

ノロウイルス感染
発生日 _____

消化器症候群
発生日 _____

入院後 24 時間以内である

入院後 24 時間以内である

はい

いいえ

はい

いいえ

ノロウイルス感染
持込例

ノロウイルス感染
施設内発生例

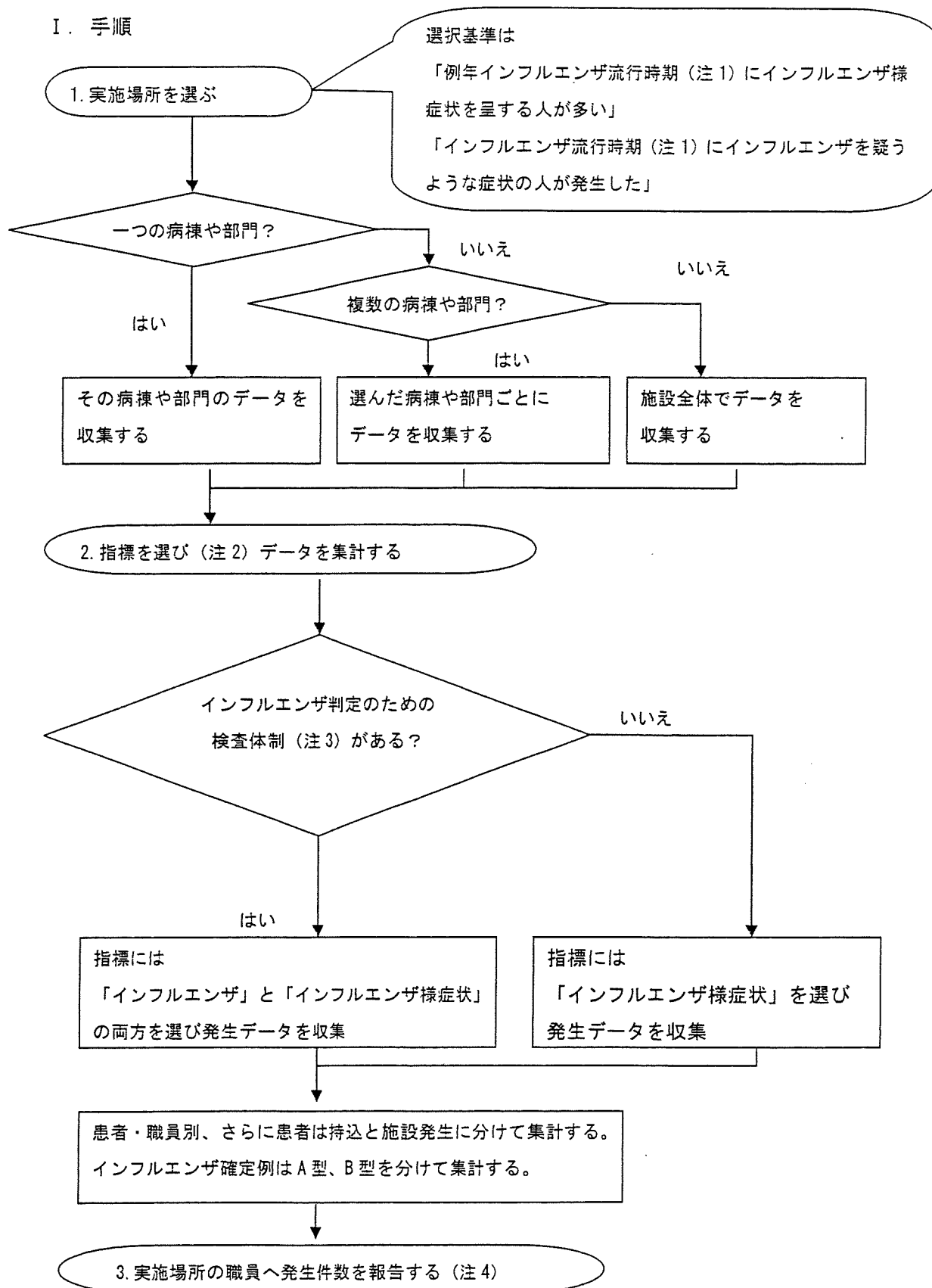
消化器症候群
持込例

消化器症候群
施設内発生例

* 職員の場合は「持込」「施設内発生」の区別は行わない

インフルエンザ&インフルエンザ様症状サーベイランス

I. 手順



注1 インフルエンザ流行時期

例年の流行時期に準じて10月～5月。ただし、地域や年により流行時期、程度、ピーク時期が異なるため、感染症発生動向調査結果等の情報を参考にする。

(参考) 国立感染症研究所感染症情報センターインフルエンザ流行レベルマップ

<https://hasseidoko.mhlw.go.jp/Hasseidoko/Levelmap/flu/index.html>

注2 指標の選択基準

1. インフルエンザ判定のための検査体制(注3)がある場合
→「インフルエンザ」と「インフルエンザ様症状」の両方
(「インフルエンザ」の他に「インフルエンザ様症状」を数えることで、検査感度による偽陰性や検査未実施による除外例も拾うことができる)
2. インフルエンザ判定のための検査体制(注3)がない場合
→「インフルエンザ様症状」のみ

注3 インフルエンザ判定のための検査体制

以下のいずれかが実施できる。

1. 迅速キットにて抗原陽性反応(咽頭または鼻腔の拭い液あるいはうがい液)
2. 検体から直接PCR法によるインフルエンザウイルス遺伝子の検出
3. 中和試験による抗体の検出(ペア血清による抗体価の有意な上昇)

注4 報告頻度の目安

発生頻度が少ない場合は週1回程度の間隔で報告を行う。ただし、「同日に複数名の発生が認められる場合」もしくは「連日にわたり発生が認められる場合」は、報告頻度を増やす。潜伏期間を過ぎても新たに発生が認められない場合は週単位もしくはそれ以上の単位で報告する。

Ⅱ. 報告書例

職員各位

2009 年 12 月 10 日

感染管理担当 ○○○○

インフルエンザ&インフルエンザ様症状サーベイランス報告

インフルエンザ&インフルエンザ様症状サーベイランスの報告をいたします。

12 月に入り、職員に連日インフルエンザが発症しました。次いで職員から患者への伝播が確認されました。今月 7 日以降、職員ならびに患者の施設内発生はありません。しかし、〇〇市全域でインフルエンザ流行の兆しがあること、連日患者の持込例もあることなどから引き続き注意が必要です。

ワクチン未接種の職員は、〇〇課に連絡し、早急にワクチンを接種してください。また、インフルエンザ様症状を有する職員がいる部署の責任者は有症状職員の勤務調整を行い、休暇を配慮してください。症状のない職員も規則正しい生活を心がけ、十分な休養を取り、健康管理に留意してください。

インフルエンザの基本対策は飛沫、接触予防策です。必要な場面でのマスクの着用と手指衛生の遵守を継続してください。

その他、ご不明な点がありましたら、〇〇（内線〇〇）までご連絡ください。

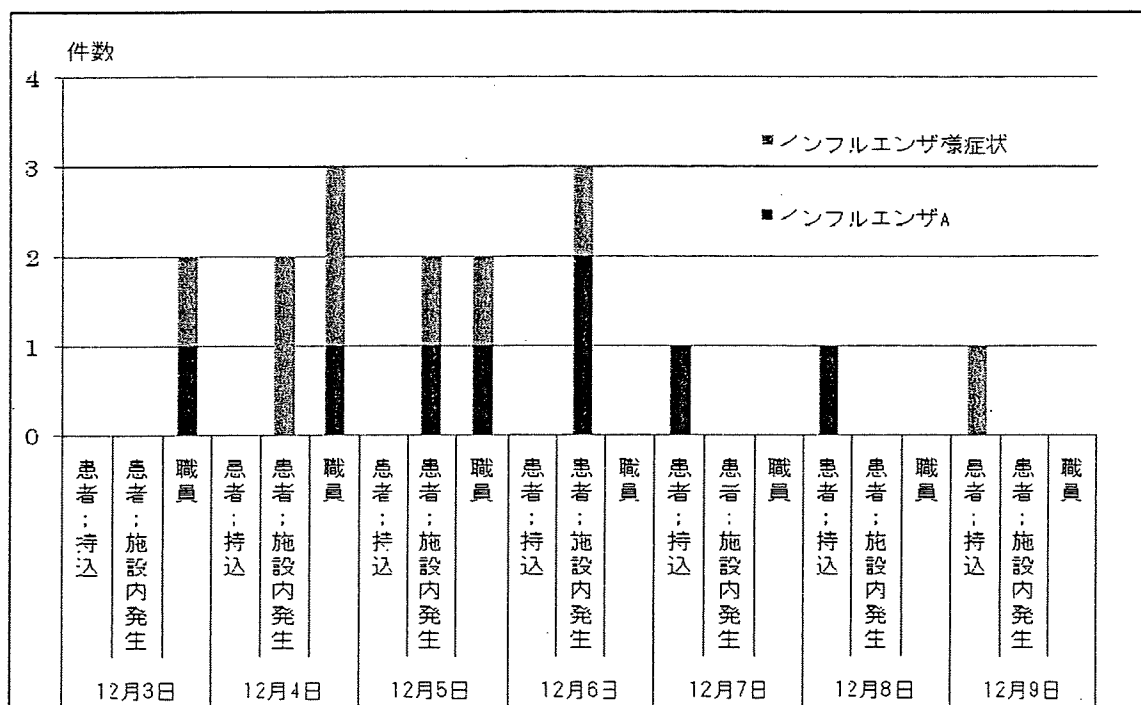
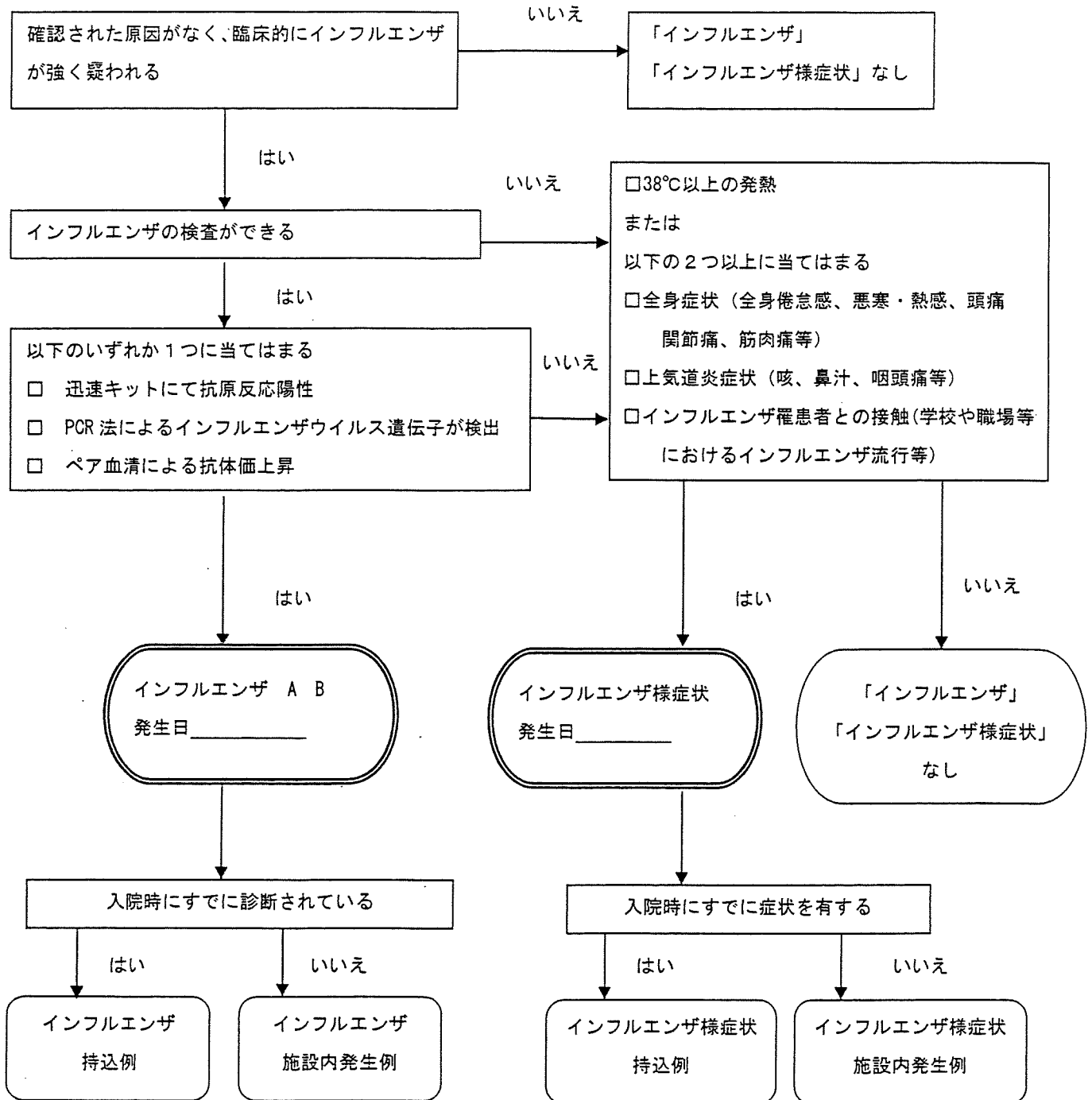


図 2009 年 12 月「インフルエンザ&インフルエンザ様症状発生件数」の推移

Ⅲ. ワークシート例

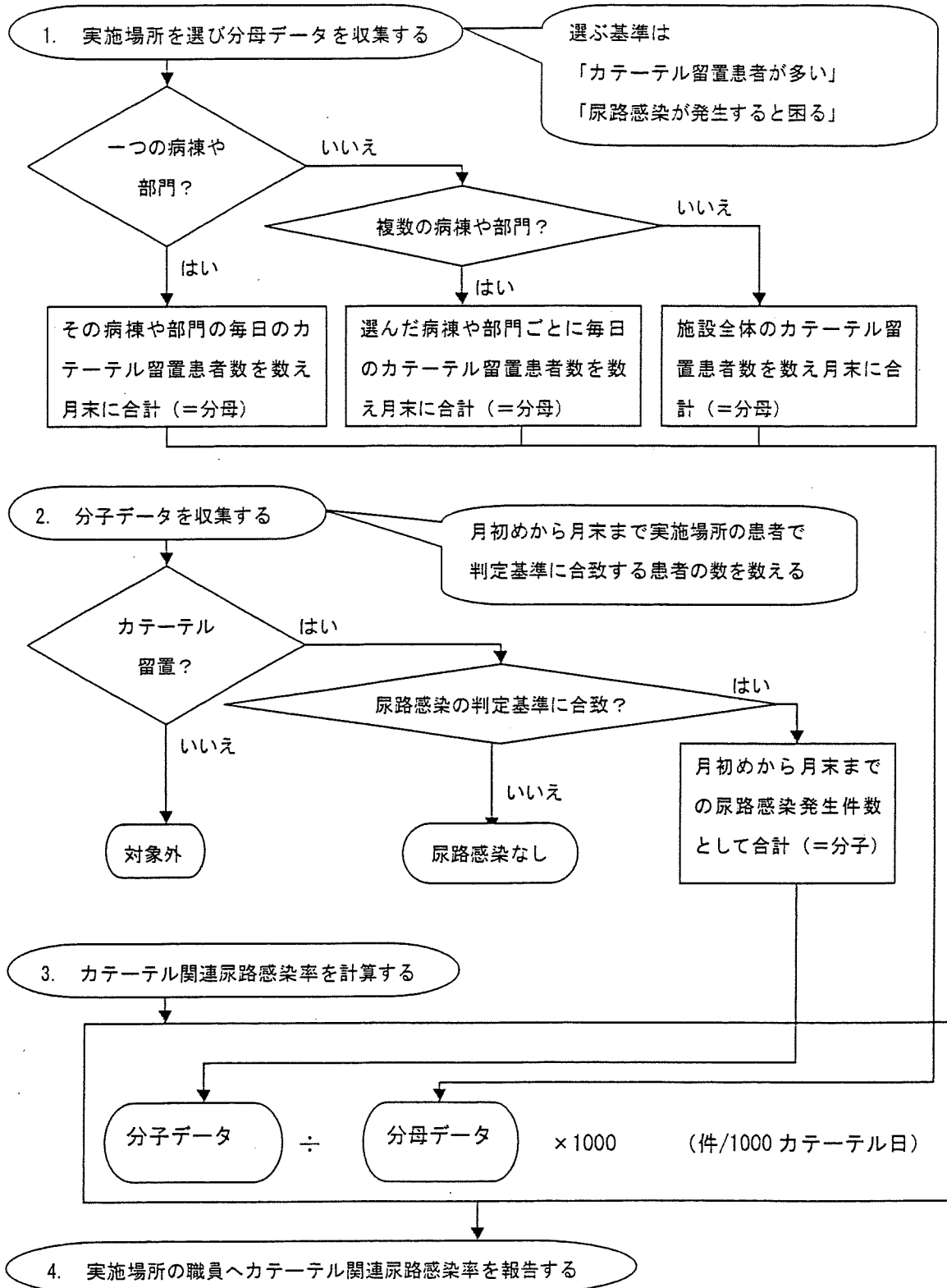
ID _____ 氏名 _____ 年齢 _____ 病棟名 _____



※ 職員の場合は「持ち込み」「施設内発生」の区別は行わない

カテーテル関連尿路感染サーベイランス

I. 手順



II. 報告書例

〇〇病棟 看護師長

〇〇様

2009年6月5日

感染管理担当 〇〇〇〇

カテーテル関連尿路感染サーベイランス報告

貴病棟の5月のカテーテル関連尿路感染サーベイランス結果をご報告します。

昨年10月の閉鎖式カテーテル使用開始後は感染率が低く推移していましたが、先月4月以降、再び上昇の兆しがあります。カテーテルの管理方法を再度ご点検ください。

ご不明な点がございましたら、〇〇（内線〇〇）までご連絡ください。

感染率（件/1000カテーテル日）（注）

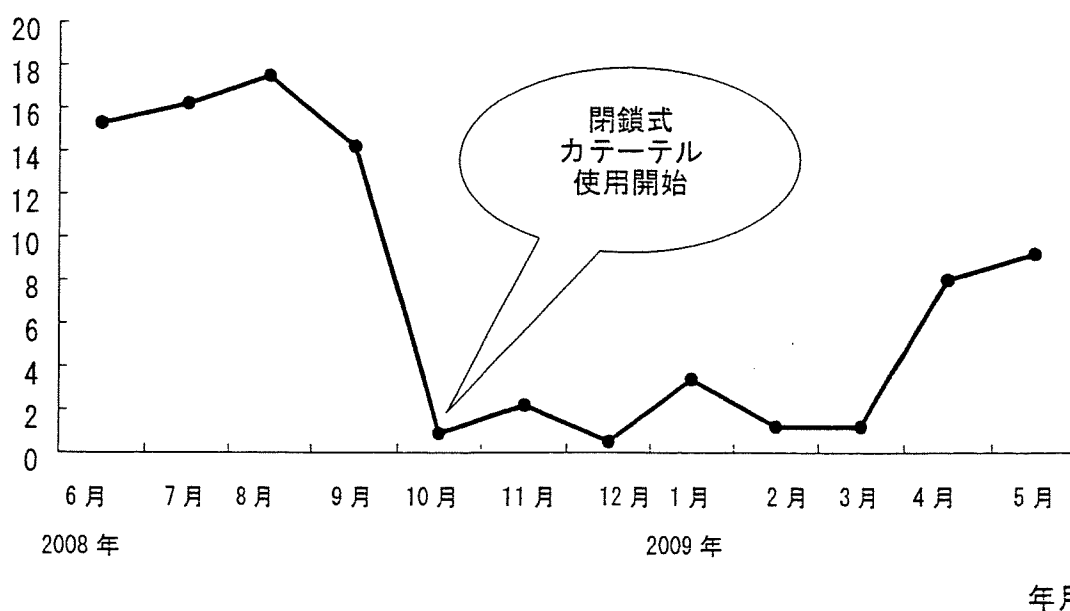


図 2008年6月～2009年5月の〇〇病棟におけるカテーテル関連尿路感染率の推移

（注）感染率（件/1000カテーテル日）

=カテーテル使用1000日あたりの尿路感染発生件数

=尿路感染発生件数÷尿路カテーテル使用日数合計×1000

* 尿路感染発生件数は「症候性尿路感染」と判定された件数