

みんな で育む 未来の 感染制 御

プログラム・抄録集



第41回 日本環境感染学会総会・学術集会

会期 2026年7月9日(木)～11日(土)

会場 パシフィコ横浜 ノース・展示ホールC+D

会長 四柳 宏 国立健康危機管理研究機構 理事

副会長 吉田 理香 東京医療保健大学 医療保健学部 看護学科/
大学院 医療保健学研究科 教授

第41回

日本環境感染学会総会・学術集会

プログラム・抄録集

会長

四柳 宏（国立健康危機管理研究機構 理事）

副会長

吉田 理香（東京医療保健大学医療保健学部看護学科/大学院医療保健学研究科 教授）

プログラム委員長

森兼 啓太（山形大学医学部附属病院検査部）

会期

2026 年 7 月 9 日（木）～11 日（土）

会場

パシフィコ横浜 ノース・展示ホール C+D

テーマ

みんなで育む未来の感染制御

第41回日本環境感染学会総会・学術集会の開催にあたって

第41回日本環境感染学会総会・学術集会を担当いたします国立健康危機管理研究機構の四柳宏（よつやなぎひろし）と申します。2025年3月までは東京大学医科学研究所および附属病院で感染症および感染制御の活動に携わっていました。

2026年7月9日から11日にかけて2025年と同じ会場（パシフィコ横浜ノース）での開催になります。副会長は東京医療保健大学の吉田理香先生、プログラム委員長は山形大学の森兼啓太先生にお願いしました。

新型コロナウイルス感染症が5類になってから2025年5月で2年になりました。やっと普段通りの仕事、暮らしにも戻ったかなと感じます。

新型コロナウイルス感染症が私たちから奪った最大のものが、対面でのコミュニケーションでした。私は2023年4月、コロナ明け前夜に吉田正樹先生と感染症学会・化学療法学会の合同学会を主宰させて頂きました。その時と比べて今は倍近い人が現地参加されています。リモートだけの学会はもうたくさんですね。

協賛していただく方も含め、医療にかかわりのある多くの人が集まり、お互いの経験や思いを共有すること。久しぶりに会う人と旧交を温めたり、新しい友達を作ること、そんな中から明日の感染対策が生まれることを願い、学会のテーマは「みんなで育む未来の感染制御」としました。ポスターにもその思いを込めました。

2025年4月に国立健康危機管理機構が発足しました。国と様々な医療機関・研究期間を結ぶ“ハブ”となることが期待されています。日本環境感染学会との間にも太いパイプができつつあります。

“ハブ（hub）”とは車輪の中心であり、ネットワークの中心でもあります。日本環境感染学会は医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師といった様々な職種の方が集まる“ハブ”ですが、高齢者施設に勤務される方など様々な人が集まる場にもなる場です。

よく似た言葉に“パブ”があります。皆が集いビールやウイスキーを飲みながらお互いに親交を深める英国の酒場です。そんな中でよき伝統・文化が育まれてきたのだと思います。日本環境感染学会も“ハブ”、“パブ”であればよいなと思います。

第40回は主題や特別企画が満載の学会でした。第41回は皆さん一人一人が改めて感染症・感染制御を楽しみながら学べるような企画を組む予定です。同時にじっくり考えて頂く企画も考えたいと思っています。

多くの皆様とお会いできることを楽しみにしています。来たれ横浜に！

第41回日本環境感染学会総会・学術集会
会長 四柳 宏
(国立健康危機管理研究機構・理事)



第41回日本環境感染学会総会・学術集会の開催にあたって

この度、第41回日本環境感染学会総会・学術集会の副会長を拝命いたしました、東京医療保健大学の吉田理香でございます。本大会において、大会長の四柳宏先生（国立健康危機管理研究機構）、プログラム委員長の森兼啓太先生（山形大学医学部附属病院）、事務局長の堤武也先生（東京大学医学部附属病院）とともに、運営の一翼を担う機会を賜りましたことを、大変光栄に存じます。

本学術集会のテーマは「未来を育む 感染制御」です。私たちは新型コロナウイルス感染症のパンデミックという未曾有の事態を経験し、医療現場のみならず社会全体が感染症と向き合う重要性を痛烈に再認識いたしました。現在、社会は平時へと移行しつつありますが、このタイミングだからこそ真の正念場であると考えております。感染制御を一過性の流行対策として終わらせるのではなく、いかにして持続可能な文化として定着させ、次なる危機に備えた「平時の感染制御」へと発展させていくかが、今まさに問われています。

感染制御の輪は、もはや医療機関の中だけに留まるものではありません。地域社会、高齢者施設、障がい者福祉施設、そして教育現場など、生活のあらゆる場面において実践されるべき共通の基盤です。その実践を支えるのは、職種や立場の垣根を越えた多職種の連携と、それぞれの現場で培われた知見の共有に他なりません。本学術集会が、専門職同士の活発な対話と協働の場となり、そこから生まれる新たな視点や発想が、未来の感染制御を形作る重要な契機となることを切に願っております。

また、本大会では特に「次世代の育成」に重きを置きたいと考えております。未来を担う若手医療従事者や研究者の皆様が、感染制御という学問の奥深さと社会的意義を肌で感じ、自らの言葉で理想を語り、勇気を持って行動へとつなげていく。その第一歩を後押しできるような場を提供することが、私たちの使命です。

最後になりますが、本学術集会が参加される皆様にとって実り多きものとなり、日本の感染制御のさらなる発展に寄与できることを確信しております。多くの皆様のご参加と、会場での活発なご討議を心よりお待ちしております。

第41回日本環境感染学会総会・学術集会

副会長 吉田 理香

（東京医療保健大学医療保健学部看護学科/大学院医療保健学研究科 教授）



日本環境感染学会総会・学術集会記録

回	開催年	開催地	歴代会長
第1回	1986年	東京	上田 泰 (東京慈恵会医科大学 名誉教授)
第2回	1987年	東京	清水喜八郎 (東京女子医科大学 内科)
第3回	1988年	東京	小林 寛伊 (東京大学医学部 中央手術部)
第4回	1989年	大阪	三輪谷俊夫 (大阪大学微生物病研究所)
第5回	1990年	東京	五島瑛智子 (東邦大学医学部 微生物学)
第6回	1991年	東京	出月 康夫 (東京大学医学部 第二外科)
第7回	1992年	福岡	熊澤 淨一 (九州大学医学部 泌尿器科)
第8回	1993年	東京	川名 林治 (岩手医科大学医学部 細菌学)
第9回	1994年	東京	松本 文夫 (神奈川県衛生看護専門学校付属病院)
第10回	1995年	倉敷	副島 林造 (川崎医科大学 呼吸器内科)
第11回	1996年	東京	斎藤 厚 (琉球大学医学部 第一内科)
第12回	1997年	新潟	荒川 正昭 (新潟大学医学部 第二内科)
第13回	1998年	東京	岩井 重富 (日本大学医学部 第三外科)
第14回	1999年	名古屋	品川 長夫 (名古屋市厚生院)
第15回	2000年	大分	那須 勝 (大分医科大学 第二内科)
第16回	2001年	東京	柴 孝也 (東京慈恵会医科大学 内科学)
第17回	2002年	大阪	永井 勲 (社会保険紀南総合病院)
第18回	2003年	横浜	木村 哲 (東京大学医学部附属病院 感染制御部)
第19回	2004年	横浜	砂川 慶介 (北里大学医学部 感染症学)
第20回	2005年	神戸	守殿 貞夫 (神戸大学大学院 腎泌尿器科学)
第21回	2006年	東京	山口 恵三 (東邦大学医学部 微生物・感染症学)
第22回	2007年	横浜	小西 敏郎 (NTT 東日本関東病院)
第23回	2008年	長崎	河野 茂 (長崎大学医歯薬総合研究科 感染免疫学)
第24回	2009年	横浜	辻 明良 (東邦大学医学部看護学科 感染制御学)
第25回	2010年	東京	小野寺昭一 (東京慈恵会医科大学 感染制御部)
第26回	2011年	横浜	大久保 憲 (東京医療保健大学大学院 感染制御学)
第27回	2012年	福岡	尾家 重治 (山口大学医学部附属病院 薬剤部)
第28回	2013年	横浜	賀来 満夫 (東北大学大学院医学系研究科 感染制御・検査診断学分野)
第29回	2014年	東京	岩田 敏 (慶應義塾大学医学部 感染症学)
第30回	2015年	神戸	荒川 創一 (神戸大学医学部附属病院 感染制御部)
第31回	2016年	京都	一山 智 (京都大学大学院医学研究科 臨床病態検査学)
第32回	2017年	神戸	森屋 恭爾 (東京大学大学院医学系研究科 病因病理学専攻 感染制御学)
第33回	2018年	東京	針原 康 (NTT 東日本関東病院)
第34回	2019年	神戸	竹末 芳生 (兵庫医科大学 感染制御学)
第35回	2020年	横浜	金光 敬二 (福島県立医科大学 感染制御学講座)
第36回	2021年	名古屋	三嶋 廣繁 (愛知医科大学大学院医学研究科 臨床感染症学)
第37回	2022年	横浜	吉田 正樹 (東京慈恵会医科大学 感染制御科)
第38回	2023年	横浜	満田 年宏 (東京女子医科大学 感染制御科)
第39回	2024年	京都	飯沼 由嗣 (金沢医科大学 臨床感染症学講座)
第40回	2025年	横浜	舘田 一博 (東邦大学医学部微生物・感染症学講座 教授)
第41回	2026年	横浜	四柳 宏 (国立健康危機管理研究機構 理事)

第41回日本環境感染学会総会・学術集会 プログラム委員

プログラム委員長

森兼 啓太 山形大学医学部附属病院感染制御部

プログラム委員

網中真由美	国立看護大学校 感染管理看護学
泉川 公一	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 臨床感染症学分野
一木 薫	兵庫医科大学病院 感染制御部
大毛 宏喜	広島大学病院 感染症科
加來 浩器	防衛医科大学校
掛屋 弘	大阪公立大学大学院 医学研究科 臨床感染制御学
笠原 敬	奈良県立医科大学附属病院
金井信一郎	信州大学医学部附属病院 感染制御室
川村 英樹	鹿児島大学 大学院医歯学総合研究科 感染症専門医養成講座
菊地 圭介	京都府立医科大学病院
忽那 賢志	大阪大学医学部附属病院 感染制御部
國島 広之	聖マリアンナ医科大学 感染症学講座
具 芳明	東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野
黒須 一見	国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所
興梠 裕樹	高千穂町国民健康保険病院
四宮 聡	箕面市立病院 感染制御部
新庄 正宜	防衛医科大学校病院 医療安全・感染対策部 感染対策室
高橋 幹夫	SG グループ感染対策アドバイザー/岩手医科大学医学部総合診療医学講座
高山 和郎	東京大学医学部附属病院 薬剤部
東后真奈美	医療法人溪仁会 札幌西円山病院 TQM センター 感染防止対策室
長尾 美紀	京都大学医学部附属病院 検査部・感染制御部
中村 造	東京医科大学病院 感染制御部 感染症科
西 圭史	日本大学薬学部薬剤師教育センター
野田 洋子	社会医療法人青仁会亀岡シミズ病院
浜田 幸宏	高知大学医学部附属病院、薬剤部
早川佳代子	国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター
原田 壮平	東邦大学 医学部微生物・感染症学講座
平野 明博	東京大学医学部附属病院
藤田 烈	国際医療福祉大学 大学院医学研究科 公衆衛生学専攻
堀 賢	順天堂大学 大学院医学研究科感染制御科学
堀野 哲也	東京慈恵会医科大学内科学講座感染症内科
松元 一明	慶應義塾大学 薬学部 薬効解析学講座
水野 香里	岩手県立釜石病院
森 美菜子	広島大学病院
八木 哲也	名古屋大学医学部附属病院 中央感染制御部
山岸 由佳	高知大学医学部 臨床感染症学講座
山本 剛	大阪大学大学院医学系研究科 変革の感染制御システム学寄附講座
山本 善裕	富山大学学術研究部医学系 感染症学講座

(敬称略、五十音順)

事務局長

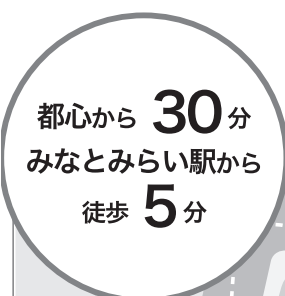
堤 武也 東京大学医学部附属病院 感染制御部・感染症内科



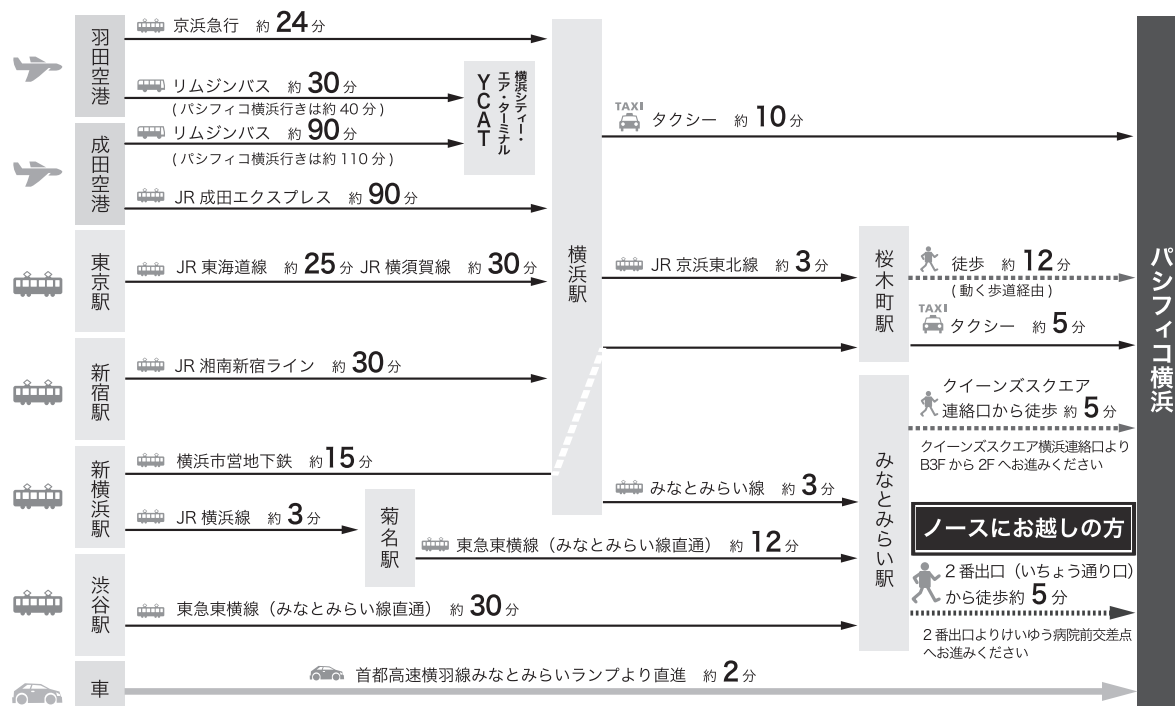
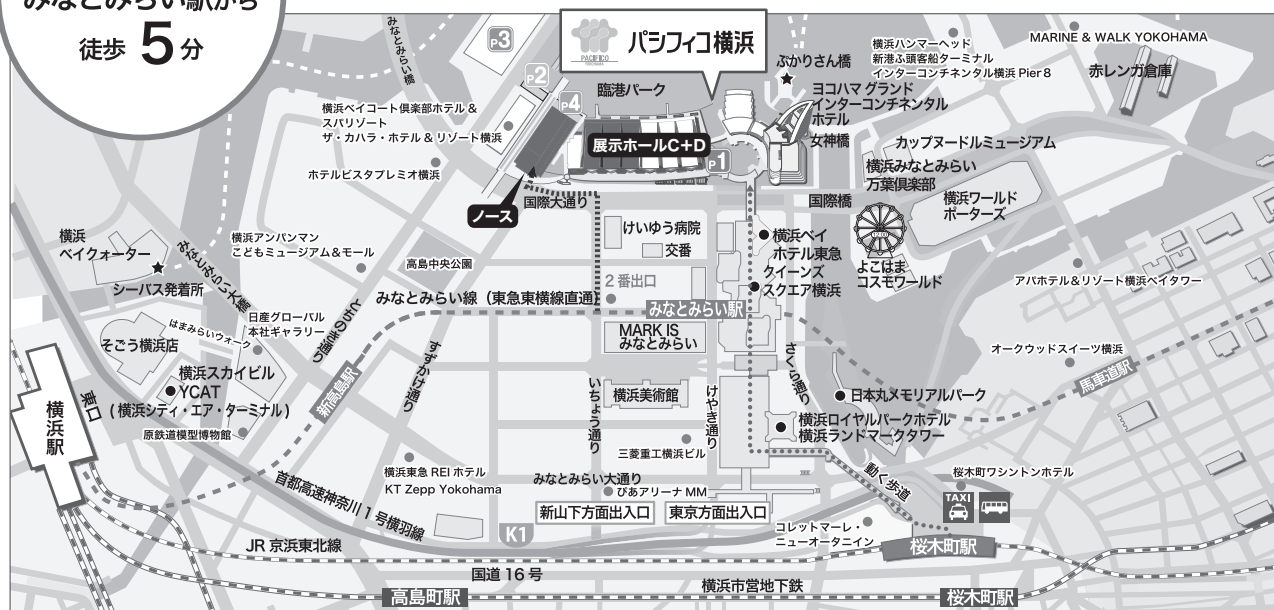
目次

第41回日本環境感染学会総会・学術集会の開催にあたって	2
日本環境感染学会総会・学術集会記録	4
第41回日本環境感染学会総会・学術集会プログラム委員	5
交通のご案内	7
会場のご案内	8
参加者へのご案内	11
企業展示場・スタンプラリーのご案内	15
演者・座長の先生方へ	17
第41回日本環境感染学会総会・学術集会プログラム	
会長講演・理事長講演	20
副会長講演	20
会長特別企画	20
副会長特別企画	20
緊急企画	21
特別企画	21
特別講演	22
招請講演	22
シンポジウム	23
合同シンポジウム	38
パネルディスカッション	39
ベーシックレクチャー	46
委員会企画	51
第514回ICD講習会	60
Young Challenger Award 受賞講演	61
スポンサードシンポジウム	61
ランチョンセミナー	61
スイーツセミナー	66
一般演題（口演）	69
一般演題（ポスター）	106
講演抄録	125
一般演題口演抄録	308
一般演題ポスター抄録	412
協賛一覧	478

〒220-0012 横浜市西区みなとみらい 1-1-2 TEL: 045-221-2155



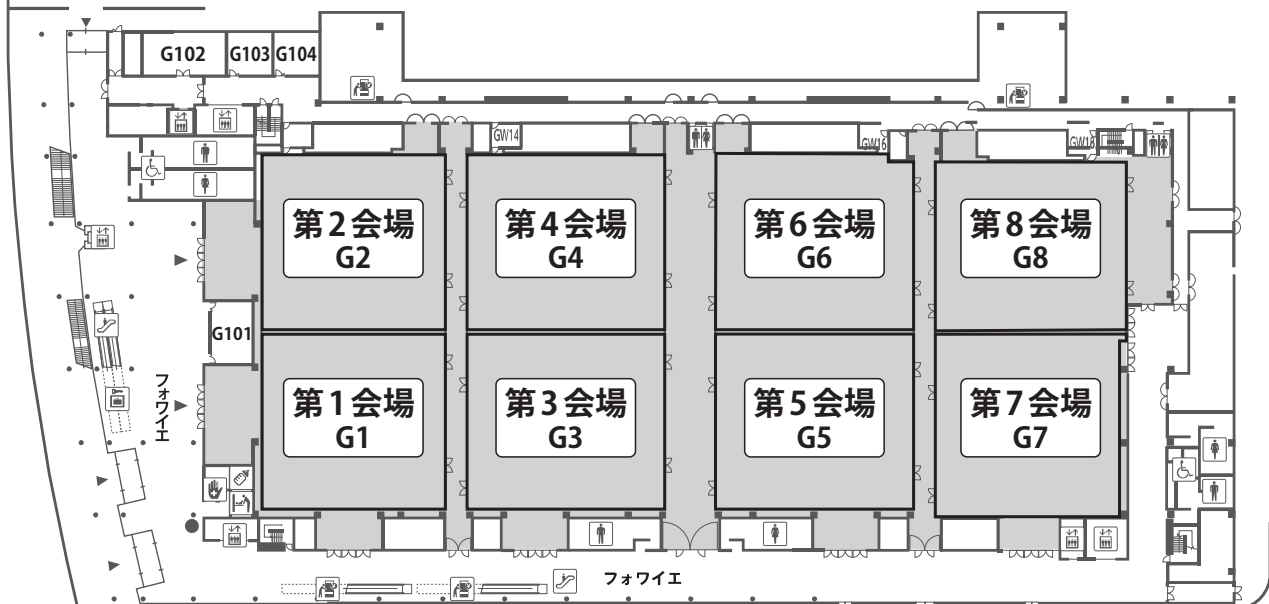
東京国際空港（羽田）から約 **30** 分
成田国際空港から約 **100** 分
新横浜駅から約 **20** 分
首都高速横羽線みなとみらいランプより約 **2** 分



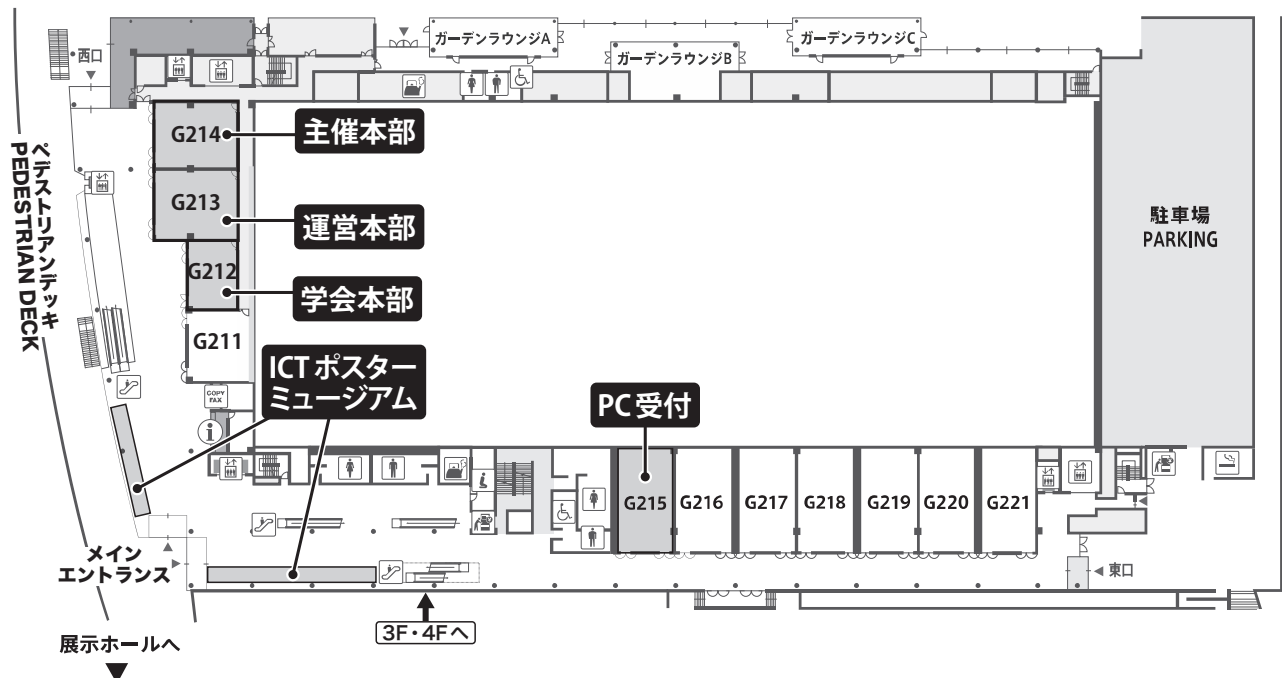
会場のご案内

パシフィコ横浜 ノース

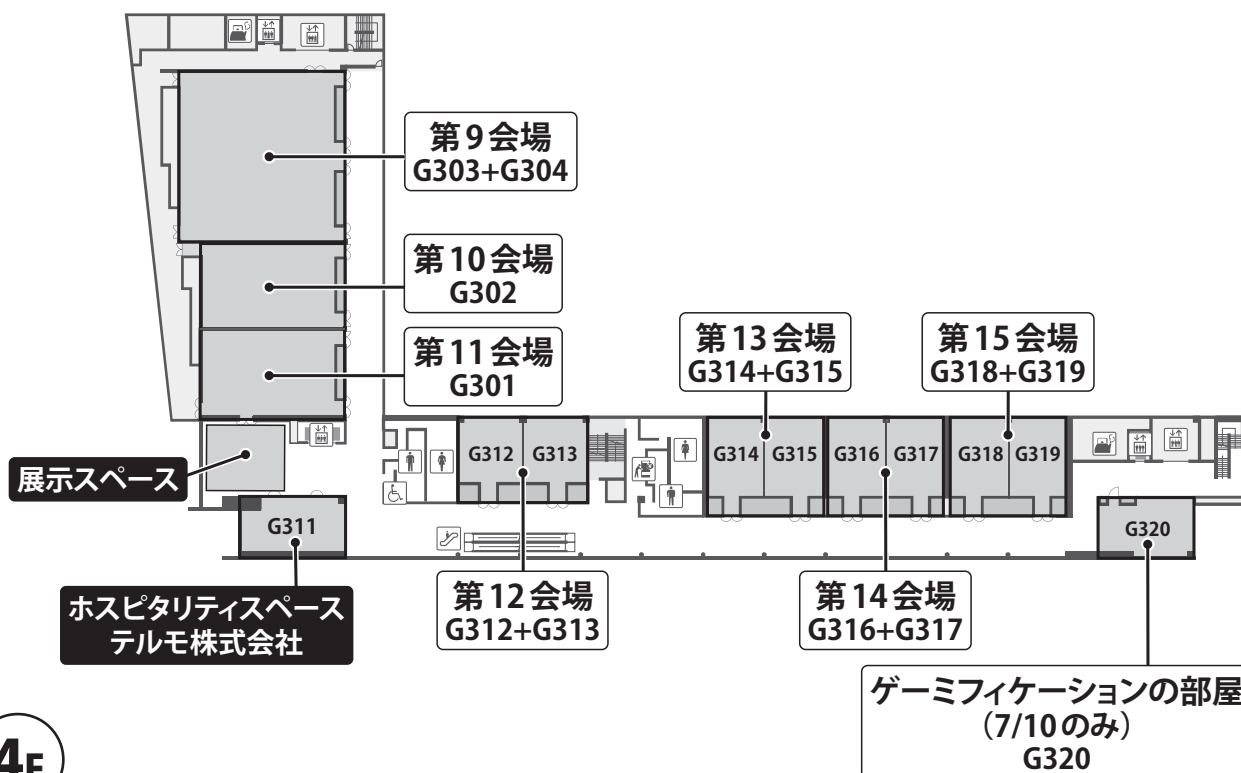
1F



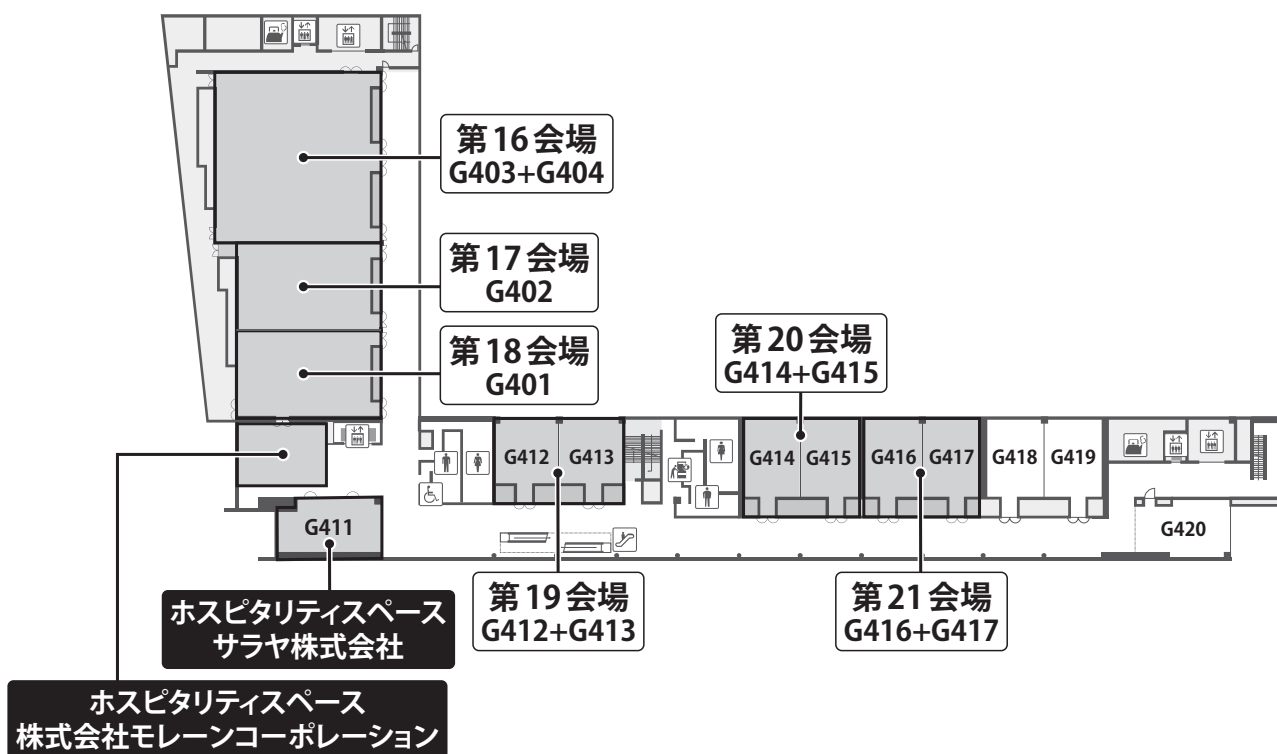
2F



3F

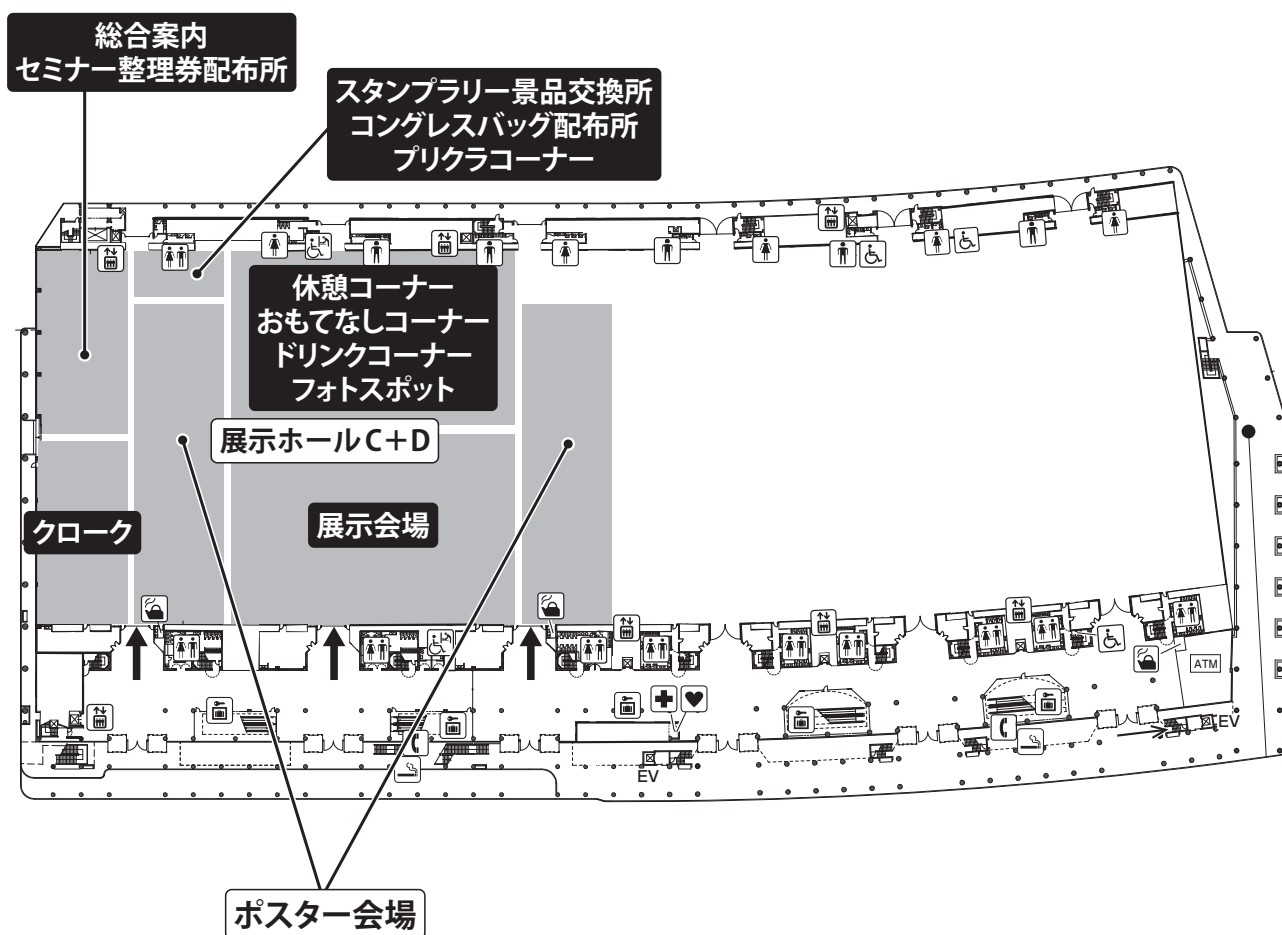


4F



パシフィコ横浜 展示ホール

1F



参加者へのご案内

本学術集会は現地開催です。

ご来場いただく皆様におかれましては、こまめな手指消毒や混雑時のマスク着用など、引き続き感染対策にご協力くださいますようお願い申し上げます。

※オンデマンド配信はございません。

1. 総合案内

日時：7月9日（木）14：30～18：30

7月10日（金）8：00～17：30

7月11日（土）8：00～15：00

場所：パシフィコ横浜 展示ホール D

※プログラム・抄録集は学術集会ホームページよりダウンロードいただけます。

2. 学会参加費

学術集会参加登録ホームページよりご登録ください。

【事前登録】一般（会員・非会員）：12,000 円

【通常登録】一般（会員・非会員）：14,000 円

※学部学生：無料（学生証のアップロードが必要）

※必ずご来場前に、オンライン参加登録をお済ませの上、ご自身で参加証（ネームカード）を印刷して会場にお越しください。ネームカードケースはクロック付近にてご用意しております。

※登録方法は学術集会ホームページからのオンライン登録のみです。当日、窓口現金による受付はございません。

3. おもてなしコーナー

日時：7月10日（金）8：30～18：30

7月11日（土）8：30～15：00

場所：パシフィコ横浜 展示ホール C+D

※詳細は大会ホームページをご参照ください。

4. 懇親会（ワイン&チーズ）・表彰式

日時：7月10日（金）17：30～18：30

場所：パシフィコ横浜 展示ホール C+D

5. 評議員会

日時：7月9日（木）17：55～18：45

場所：第2会場（パシフィコ横浜 ノース 1F G2）

6. 名誉会員・功労会員授与式/学会賞表彰・受賞講演・上田 Award 表彰

日時：7月10日（金）16：10～17：10

場所：第1会場（パシフィコ横浜 ノース 1F G1）

7. WEB 参加

・41 回大会ではオンデマンド配信はございません。



8. 第514回 ICD 講習会

日時：7月11日（土）15：40～17：40
 場所：第8会場（パシフィコ横浜 ノース 1F G8）
 テーマ：ワクチンエッセンシャルズ
 【ICD 講習会に関する問い合わせ先】
 ICD 制度協議会
 URL：https://www.icdjc.jp/klist
 TEL：03-5842-5845 FAX：03-5842-5846
 E-mail：icd@theia.ocn.ne.jp

9. ランチョンセミナー・スイーツセミナー整理券

- (1) 整理券の受取には参加証が必要です。
- (2) ランチョン、スイーツそれぞれおひとり様一枚限り、開催当日分のみ受取いただけます。
- (3) 当日整理券の配布は先着順のため、なくなり次第終了させていただきます。
- (4) 発券時間終了後、整理券が余っている場合は、各セミナー会場前で配付します。
- (5) 整理券はセミナー開始時刻に無効となり、その後は整理券をお持ちでない方も入場いただけます。
- (6) 整理券をお持ちでない場合でも、当日の会場の空き状況によってはご入場いただけますが、入場は整理券をお持ちの方を優先させていただきます。

配布場所	配布日時	対象セミナー
展示ホール D	7月10日（金） 7：30～11：00	ランチョンセミナー 1～10 スイーツセミナー 1～5
	7月11日（土） 7：30～11：00	ランチョンセミナー 11～20

〈ランチョンセミナー・スイーツセミナー整理券を事前申込みされた方へ〉

参加証（ネームカード）にご予約いただいたセミナー番号が印字されますので、セミナー会場入口でご提示ください。

ご提示のない場合は、入場をお断りいたしますので、忘れずにお持ちください。

なお、当日会場にて事前申込みされたセミナーの変更は、お受けいたしかねますので予めご了承ください。

10. 企業展示

開催日時：7月10日（金）8：30～17：00
 7月11日（土）8：30～15：00
 場所：パシフィコ横浜 展示ホール C+D 1F 展示ホール内

11. 日本環境感染学会事務局からのお知らせ

〈入会に関するお願い〉

新しくご入会いただく方は、日本環境感染学会のホームページ事務手続きよりご入会申請をお願いいたします。

〈年会費納入に関するお願い〉

第41回日本環境感染学会総会・学術集会会場では年会費の納入が出来ません。

事務局よりお送りいたしました「払込取扱票」にて、年会費をお振込みくださいますようお願いいたします。

〈上記に関するお問い合わせ〉

〒141-0022 東京都品川区東五反田 5-26-6 池田山パークヒルズ 202 号室
 一般社団法人日本環境感染学会事務局
 URL：https://www.kankyokansen.org/

TEL : 03-6721-9131 FAX : 03-6721-9132
E-mail : jsipc@kankyokansen.org

12. クローク

日時：7月9日（木）14：30～18：30

7月10日（金）8：00～18：30

7月11日（土）8：00～15：30

場所：パシフィコ横浜 展示ホール D

※貴重品のお預かりは出来ません。お預けの荷物は当日中にお引き取りください。

13. その他のご案内

- 1) 会場内での写真・ビデオ撮影は固くお断りいたします。
- 2) 携帯電話の会場内での使用はご遠慮ください。
- 3) 会場内での呼び出しはいたしません。

14. 休憩・Wi-Fi エリア

休憩エリア：パシフィコ横浜 展示ホール C+D

※展示ホール内の休憩スペースには一部、電源使用可能な休憩スペースがございますが、使用時間は30分以内に限りです。使用時間を守って、より多くの参加者が快適に過ごせるようご協力いただきますようお願いいたします。

以下のエリアにて Wi-Fi をご利用いただけます。

Wi-Fi エリア：ノース・展示ホール全館

ノース SSID：FREE-PACIFICO-NORTH

展示ホール SSID：FREE-PACIFICO

※パスワードは不要です。

※フリー Wi-Fi となりますので、混雑している場合には繋がりにくい場合がございます。

15. プリクラコーナー、フォトスポット

展示ホール D にてプリクラコーナー、フォトスポットをご用意しております。ご参加の記念に是非お立ち寄りください。

16. ICT ポスターミュージアム

各施設から集った啓発ポスターを、2階のフォワイエに展示いたします。投票で優秀賞が決定いたしますので、是非ご覧ください、好きなポスターへご投票ください。

投票日時：7月10日（金）8：00～16：00

17. ゲーミフィケーションの部屋

日時：7月10日（金）9：30～15：30

場所：パシフィコ横浜 ノース G320

ゲームの要素をゲーム以外の分野に応用する手法をゲーミフィケーションと言います。

感染対策の教育啓発に楽しく活用できるゲームを体験できます。お気軽にいらしてください。

18. 日病薬病院薬学認定薬剤師制度

- ・事前に日本病院薬剤師会の会員管理システムにログインし、生年月日や薬剤師名簿登録番号が正しいかご確認ください。
- ・一週間前を目途に「出席登録URL」をご案内いたしますので、各自、研修支援システム（HOPESS）のエントリーをお願いいたします。
- ・当日、1日ごと2回（入場・退場）のキーワード用紙を配布いたしますので、研修支援システム



(HOPESS) へキーワードを登録ください。キーワードの配布日時は総会ホームページに掲載いたします。キーワード受理表を配布し、受理表に受領シールを貼付いたします。

19. クールビズ推奨のご案内

本学術集会ではクールビズを推奨しておりますので、軽装でのご参加を歓迎いたします。

なお、演者および座長におかれましては「環境省におけるクールビズの服装の可否」の「クールビズ」を基準とし、TPOに応じた節度ある着用にご協力をお願いいたします。

会場エアコンの状況で、寒く感じる場合もありますので、調整できる服装でのご参加をよろしくお願いいたします。

学会スタッフ・運営スタッフもクールビズに取り組みますので、ご理解の程、お願い申し上げます。

企業展示場・スタンプラリーのご案内

会期中、企業展示場内でスタンプラリーを開催いたします。

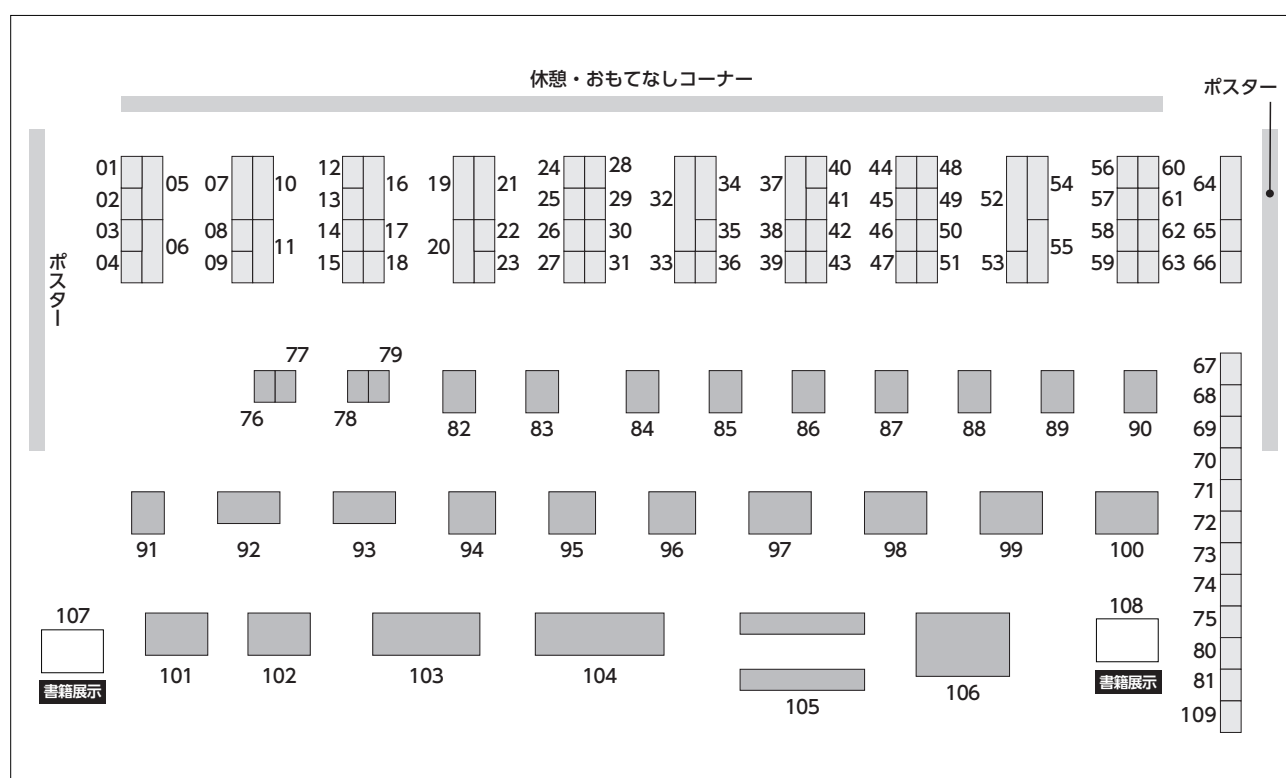
スタンプを集めていただき条件を達成した方には、展示ホール内の景品交換所にて景品をお渡しいたします。

開催日時：7月10日（金）8：30～17：00

7月11日（土）8：30～15：00

景品交換：おひとり様1回まで

景品交換所：パシフィコ横浜 展示ホール C+D



…基礎小間

…スペース小間



第41回 日本環境感染学会総会・学術集会

小間番号	企業名
01	株式会社セーフマスター
02	シャボン玉石けん株式会社
03	株式会社林寺メディノール
04	スリーエムジャパン株式会社
05	イワツキ株式会社
06	日本製紙クレシア株式会社
07	株式会社リジョイスカンパニー
08	株式会社ファーストレイト
09	株式会社ヤマト
10	吉田製薬株式会社
11	富士フイルムメディカル株式会社
12	株式会社重松製作所
13	大衛株式会社
14	シオエ製薬株式会社
15	株式会社 GramEye
16	サクラ精機株式会社
17	サンスター株式会社
18	日本パーカライジング株式会社
19	花王プロフェッショナル・サービス株式会社
20	ユースキン製薬株式会社
21	株式会社名優
22	株式会社オネスト
23	関東化学株式会社
24	TOTO株式会社
25	株式会社パルメディカル
26	株式会社マルクリーン
27	白十字株式会社
28	株式会社シンリョウ
29	旭化成アドバンス株式会社
30	国立健康危機管理研究機構
31	ブルカージャパン株式会社
32	興研株式会社
33	健栄製薬株式会社
34	オオサキメディカル株式会社
35	株式会社ニッポン
36	柴田科学株式会社
37	ASP Japan 合同会社
38	ニッシン・ア・岩尾株式会社
39	株式会社 SCOPION
40	有限会社グツツール
41	シーバイエス株式会社
42	株式会社アイテックス
43	天昇電気工業株式会社
44	日科ミクロン株式会社
45	株式会社長谷川綿行
46	クリエートメディック株式会社
47	株式会社エアドッグジャパン
48	ビオメリュー・ジャパン株式会社
49	AMR 臨床リファレンスセンター J-SIPHE・診療所版 J-SIPHE「OASCIS」事務局
50	松吉医科器械株式会社
51	ナノソニックスジャパン株式会社
52	株式会社ジェイ・エム・エス
53	第一衛材株式会社
54	ケンツメディコ株式会社
55	O&M Halyard Japan 合同会社

小間番号	企業名
56	株式会社 ICST
57	株式会社ティ・アシスト
58	大阪ガス株式会社
59	杏林製薬株式会社
60	DGSHAPE 株式会社
61	バクスタージャパン株式会社
62	メディキット株式会社
63	MDPI Japan G.K.
64	株式会社共和
65	日本カノマックス株式会社
66	株式会社アースブルー
67	辻本メディカル株式会社
68	宇都宮製作株式会社
69	泉工医科工業株式会社
70	東京ダイレック株式会社
71	特定非営利活動法人 ワールド・ビジョン・ジャパン
72	ドヨン株式会社
73	株式会社キッツマイクロフィルター
74	栄研化学株式会社
75	ケーディーアイコンズ株式会社
76	marubun&co. 株式会社
77	株式会社 SunBlooming
78	一般社団法人パンデミックレディ・コンソーシアム
79	有限会社マーキュリー衛研
80	株式会社セントラルユニ
81	株式会社 SEGNOS
82	杉田産業株式会社
83	メドライン・ジャパン合同会社
84	シミックホールディングス株式会社
85	エムベクタ合同会社
86	キリンホールディングス株式会社
87	Pall Medical
88	アイテック阪急阪神株式会社
89	ジーサイエンス株式会社
90	株式会社小池メディカル
91	株式会社 VIP グローバル
92	株式会社ミタス
93	ケアフォート株式会社／株式会社写真化学
94	ニプロ株式会社
95	株式会社ニチオン
96	ソルベンタム合同会社
97	株式会社メルシー
98	丸石製薬株式会社
99	エム・シー・メディカル株式会社
100	株式会社 VIP グローバル
101	株式会社モレーンコーポレーション
102	小川医理器株式会社
103	日本ベクトン・ディッキンソン株式会社/ 株式会社メディコン
104	ハクゾウメディカル株式会社
105	サラヤ株式会社
106	ミドリ安全株式会社
107	丸善雄松堂株式会社
108	株式会社ガリバー
109	平和物産株式会社

演者・座長の先生方へ

1. 抄録について

本プログラム・抄録集に印刷されている演題は、インターネットによって応募された抄録内容が直接印刷されております。

表記の統一はなされておられません。（ごく一部において機械的に変更されている場合もあります）

共同演者は、日本環境感染学会会員のみ記載しております。（2026年5月時点）

2. 指定演題・一般口演座長の方へ

ご担当のセッション開始 20 分前までに、各会場前方右側の次座長席までお越しください。

3. 一般ポスター発表座長の方へ

ご担当のセッション開始 15 分前までに、一般ポスター発表座長受付までお越しください。

4. 指定演題・一般口演演者の方へ

1) 発表時間

- ・指定演題：発表時間は別途ご案内しております。スライド枚数に制限はありません。
- ・一般口演：発表 7 分＋質疑応答 3 分の計 10 分です。スライド枚数に制限はありませんが、発表時間内で収まる枚数で作成してください。
- ・演者の方は PC センターでのチェック終了後、会場内の「次演者席」へ 15 分前までにお越しください。
- ・座長の指示に従い、時間厳守にご協力ください。
- ・発表終了 1 分前に黄色ランプ、終了・超過時には赤色ランプを点灯してお知らせします。
※原則、現地登壇のみとなり、リモート登壇は出来かねます。

2) 発表データの準備

- ・PC 発表（PowerPoint）のみです。サイズはワイド画面（16：9）を推奨しております。
- ・会場に用意する PC の OS は Windows11 となります。他の Windows のバージョンや Mac で作成された場合は、必ず上記環境で動作確認済みのデータをお持ちください。
- ・発表データは、PowerPoint2019、2021 及び Office365 のバージョンで作成してください。
- ・PowerPoint の「発表者ツール」は使用出来ません。発表用原稿が必要な方は、あらかじめプリントアウトした原稿をお持ちください。会場でのプリントアウトは対応していません。
- ・スライドの 1 枚目はタイトル、2 枚目は COI 自己申告スライドとしてください。

〈データ持込みによる発表の場合〉

- ・作成に使用された PC 以外でも必ず動作確認を行っていただき、USB フラッシュメモリーでご持参ください。
- ・フォントは文字化け、レイアウト崩れを防ぐため下記フォントを推奨いたします。
MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝、Arial、Century、Century Gothic、Times New Roman
- ・発表データは学会終了後、事務局で責任を持って消去いたします。

〈PC 本体持込みによる発表の場合〉

- ・会場に用意する PC ケーブルコネクタの形状は、HDMI です。この出力端子を持つ PC をご用意いただくか、この形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご持参ください。電源ケーブルもお忘れなくお持ちください。
- ・再起動をすることがありますので、パスワード入力は“不要”に設定してください。
- ・スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除しておいてください。
- ・動画データ使用の場合は、Windows Media Player で再生可能であるものに限定いたします。
- ・PC をご持参された方は、発表終了後、降壇時に、各会場の PC オペレーター席にて PC をお受け取りください。

3) 発表データの登録

- ・セッション開始 30 分前までに、PC センターで発表データの登録・確認を行ってください。PC センターでのチェック終了後、会場内の「次演者席」へ 15 分前までにお越しください。
- ・舞台上には、モニター、キーボード、マウス、レーザーポインターを用意いたします。舞台上に上がると最初のスライドが表示されますので、その後の操作は各自で行ってください。
- ・発表用のデータを差し替える場合は、PC センターにて新しいデータのコピーをお預かりし、メディアはその場でお返しいたします。また、発表終了後、データは主催者側で責任を持って消去いたします。

※バックアップデータを持参されることをお勧めいたします。

〈発表データ受付時間〉

受付時間：7 月 9 日（木）13：00～17：30

7 月 10 日（金） 8：00～17：00

7 月 11 日（土） 8：00～15：00

受付場所：パシフィコ横浜ノース 2F G215

5. 一般ポスター発表演者の方へ

1) 発表時間および発表形式

- ・発表 5 分＋質疑応答 2 分の計 7 分です。
- ・座長の指示に従い時間厳守で発表を行ってください。
- ・発表者はセッション開始 5 分前には、ご自身の発表ポスター前にて待機ください。
- ・現地でのご発表のみとなります。
- ・時間厳守にご協力ください。

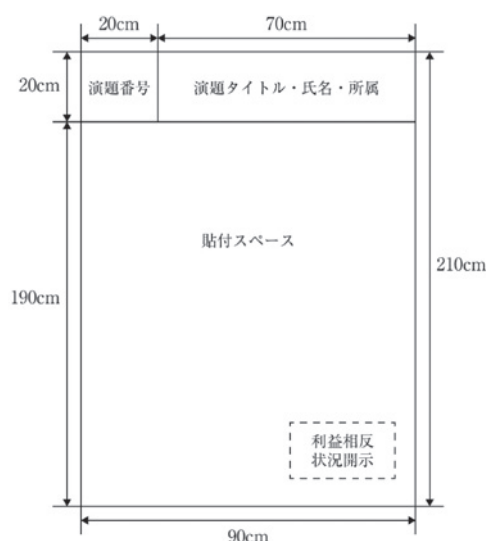
2) 貼付・発表・撤去

- ・ポスターは以下の日時に貼付、発表および撤去を行ってください。

ポスター番号	ポスター貼付	発表	ポスター撤去
P1-001～P1-128	7 月 10 日（金） 8：00～10：00	7 月 10 日（金） 13：00～14：00	7 月 11 日（土） 14：00～15：00
P2-001～P2-136		7 月 11 日（土） 13：00～14：00	

3) ポスター展示

- ・ポスター本文の貼付面は縦 190cm×横 90cm です。（右図参照）
- ・演題番号は事務局で用意いたします。
- ・演題名、演者名、所属（縦 20cm×横 70cm）は各自で作成ください。
- ・掲示のための画鋏をご用意いたします。
- ・ポスター中に「COI（利益相反）」の開示をお願いします。



6. 利益相反（COI）について

- ・COI 自己申告の標準に基づき、発表時に講演者・一般演題発表者は、利益相反（COI）の開示をお願いいたします。1枚目はタイトルスライド、2枚目は自己申告スライドを入れてください。
- ・COI 自己申告の基準については学会ホームページの利益相反細則第2条をご参照ください。
<https://www.kankyokansen.org/about/coi/>

1) 口頭発表

学会集会以て口頭発表時、スライドの最初に過去3年間のCOI状態を開示する。

- 1) 学会集會口頭発表時、過去3年間にわたり申告すべきCOI状態がない場合、
- A) 発表者全員が、大学などの教育職・研究職、病院・医院職員、NPO法人などに所属
- B) 発表者の中に、企業を含む営利を目的とする団体などに所属している人がいる場合

日本環境感染学会 COI 開示	
発表者名：◎ 環境太郎、○村□子、△原◇美、▽川○吉、◇井△郎、 ☆田○夫、○田×子 （◎代表者）	
A) 演題発表に関連し、	開示すべきCOI関係にある企業などはありません。
B) 演題発表に関連し、	・○村□子、☆田○夫は「A製薬株式会社」に所属しています。 ・その他に開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

- 2) 学会集會口頭発表時、過去3年間にわたり申告すべきCOI状態がある場合、

日本環境感染学会 COI 開示	
発表者名：◎ 環境太郎、○村□子、△原◇美、▽川○吉、◇井△郎、 ☆田○夫、○田×子 （◎代表者）	
演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業として、	
・講演料：環境太郎（A製薬、B製薬）、○村□子（A製薬） ・原稿料：▽川○吉（C薬品） ・受託研究・共同研究費：環境太郎（A製薬）、○田×子（A製薬） ・奨学寄付金：環境太郎（A製薬、B製薬、D製薬）、○村□子（A製薬） △原◇美（A製薬）、▽川○吉（A製薬、C薬品）、	

- 注1. ①顧問、②株保有・利益、③特許使用料、④講演料、⑤原稿料、⑥受託研究・共同研究費、⑦奨学寄付金、寄付講座所属、⑧贈答品などの報酬のうち、COIがある項目だけを記載する。
- 注2. COI関係にある発表者名、企業・団体名を記載する。

2) ポスター掲示

学会集会以てポスター掲示の最後に、過去3年間のCOI状態を開示する。

- 1) 学会集會ポスター発表時、過去3年間にわたり申告すべきCOI状態がない場合、
- A) 発表者全員が、大学などの教育職・研究職、病院・医院職員、NPO法人などに所属
- B) 発表者の中に、企業を含む営利を目的とする団体などに所属している人がいる場合

日本環境感染学会 COI 開示	
発表者名：◎ 環境太郎、○村□子、△原◇美、▽川○吉、◇井△郎、 ☆田○夫、○田×子 （◎代表者）	
A) 演題発表に関連し、	開示すべきCOI関係にある企業などはありません。
B) 演題発表に関連し、	・○村□子、☆田○夫は「A製薬株式会社」に所属しています。 ・その他に開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

- 2) 学会集會ポスター発表時、過去3年間にわたり申告すべきCOI状態がある場合、

日本環境感染学会 COI 開示	
発表者名：◎ 環境太郎、○村□子、△原◇美、▽川○吉、◇井△郎、 ☆田○夫、○田×子 （◎代表者）	
演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業として、	
・講演料：環境太郎（A製薬、B製薬）、○村□子（A製薬） ・原稿料：▽川○吉（C薬品） ・受託研究・共同研究費：環境太郎（A製薬）、○田×子（A製薬） ・奨学寄付金：環境太郎（A製薬、B製薬、D製薬）、○村□子（A製薬） △原◇美（A製薬）、▽川○吉（A製薬、C薬品）	

- 注1. ①顧問、②株保有・利益、③特許使用料、④講演料、⑤原稿料、⑥受託研究・共同研究費、⑦奨学寄付金、寄付講座所属、⑧贈答品などの報酬のうち、COIがある項目だけを記載する。
- 注2. COI関係にある発表者名、企業・団体名を記載する。



第41回日本環境感染学会総会・学術集会プログラム

会長講演・理事長講演

7月10日(金) 15:30~16:00 第1会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G1)

座長：賀来 満夫(聖マリアンナ医科大学)

CPL 日本環境感染学会の今後について

四柳 宏(第41回日本環境感染学会会長/一般社団法人日本環境感染学会理事長)

副会長講演

7月10日(金) 14:55~15:25 第1会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G1)

座長：木村 哲(東京医療保健大学 名誉学長)

APL 感染制御を自分の言葉で語ろう！—育てる・つなぐ・未来へバトンを渡す—

吉田 理香(東京医療保健大学大学院 医療保健学研究科 感染制御学)

会長特別企画

7月11日(土) 14:00~15:00 第1会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G1)

大規模自然災害を体験して(岩手・熊本)

座長：櫻井 滋(東八幡平病院)

川口 辰哉(熊本保健科学大学)

CPP-1 東日本大震災下の避難所サーベイランスとICAT

加来 浩器(防衛医科大学校 防衛医学研究センター)

CPP-2 ICATの熊本地震支援に帯同した協力企業の気づきとその後

笠井 健(北良株式会社)

CPP-3 熊本地震における熊本県感染管理ネットワークの災害時感染制御活動

藤本 陽子(熊本大学病院)

CPP-4 熊本地震を経験して—県行政と保健所の立場から—

木脇 弘二(熊本県 健康福祉部)

副会長特別企画

7月10日(金) 14:00~14:50 第1会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G1)

座長：吉田 理香(東京医療保健大学/大学院 医療保健学研究科感染制御学)

ACP 感染制御を自分の言葉で語ろう！—感染制御は“人と組織を動かす”マネジメントである—

坂本 すが(東京医療保健大学)

緊急企画

7月9日(木) 16:10~17:10 第2会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G2)

医療機関における COVID-19 伝播に対する抗ウイルス薬の予防投与

座長：堀野 哲也(東京慈恵会医科大学 内科学講座 感染症内科)
坂本 史衣(板橋中央総合病院)

EP-1 COVID-19 予防のエビデンスと課題

泉川 公一(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科臨床感染症学分野)

EP-2 インフルエンザ予防投与の実際

國島 広之(聖マリアンナ医科大学感染症学講座)

EP-3 COVID-19 に対する予防投与を検討する場面は一重症化リスクを有する患者に対する抗ウイルス予防投与の提案—

掛屋 弘(大阪公立大学大学院 医学研究科 臨床感染制御学)

特別企画1

7月9日(木) 16:50~17:50 第1会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G1)

感染制御におけるデジタルトランスフォーメーションを考える

座長：三鴨 廣繁(学校法人朝日大学病院)

SP1-1 医療 DX で再設計する感染管理：感染対策マネジメント支援システム「ManGo」を活用した業務効率化と PDCA の質向上

吉田 葉子(サラヤ株式会社 メディカル事業本部)

SP1-2 AI は ICT/AST の仲間になれるか—感染対策 DX の現状と課題—

飯沼 由嗣(金沢医科大学 臨床感染症学)

SP1-3 感染対策 DX の実装—つながるデータ、AI、地域連携は ICT/AST をどう変えるか—

泉川 公一(長崎大学病院総合感染症科・感染制御教育センター/長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 臨床感染症学)

SP1-4 “見える化” の先へ：データ駆動型感染対策の現在地と未来

國島 広之(聖マリアンナ医科大学感染症学講座)

特別企画2

7月9日(木) 14:30~15:30 第2会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G2)

SP2 医療機関における補助犬同伴受け入れについて～身体障害者補助犬法を知っていますか？～

高柳 友子(社会福祉法人 日本介助犬協会/愛知医科大学医学部)

特別企画3

7月11日(土) 8:30~9:00 第1会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G1)

座長：森屋 恭爾(東京医療保健大学)

SP3 清水喜八郎先生と日本環境感染学会

奥住 捷子(医療法人社団 愛友会 上尾中央総合病院 検査技術科)

特別企画4

7月11日(土) 10:10~10:40 第1会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G1)

座長：岡部 信彦(川崎市健康安全研究所)

SP4 故 柴 孝也先生を偲んで—日本環境感染学会とともに歩まれた足跡—

吉田 正樹(新橋南桜パーククリニック/東京慈恵会医科大学)



特別企画5

7月11日(土) 10:00~10:45 第21会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G416+G417)

座長: 小西 敏郎(東京医療保健大学大学院)

SP5 レジェンドの部屋

大久保 憲(医療法人幸寿会 平岩病院)

特別企画6

7月11日(土) 11:00~11:45 第21会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G416+G417)

座長: 吉田 理香(東京医療保健大学/大学院 医療保健学研究科感染制御学)

SP6 ウーマンレジェンドの部屋

洪 愛子(神戸女子大学)

特別講演1

7月10日(金) 10:40~11:40 第1会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G1)

地域感染症を振り返って

座長: 川村 英樹(鹿児島大学病院)

千酌 浩樹(鳥取県立中央病院)

SL1-1 福井県における感染症寄附講座の活動

酒巻 一平(福井大学医学部 感染症学講座)

SL1-2 岐阜県における感染症寄附講座の活動

手塚 宜行(岐阜大学 大学院医学系研究科 感染症寄附講座)

特別講演2

7月11日(土) 9:05~10:05 第1会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G1)

座長: 四柳 宏(国立健康危機管理研究機構)

SL2 2040年に向けた地域包括ケアシステムの進化の方向と課題

武田 俊彦(一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス)

招請講演1

7月9日(木) 14:30~15:30 第1会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G1)

座長: 堤 武也(東京大学医学部附属病院 感染制御部)

IL1 感染症危機管理体制の強化に向けた国の取組—感染症対応人材の育成を中心に—

木庭 愛(厚生労働省 健康・生活衛生局 感染症対策部 感染症対策課)

招請講演2

7月9日(木) 15:40~16:10 第1会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G1)

座長: 四柳 宏(国立健康危機管理研究機構)

IL2 欧州におけるファージ療法の“今”

吉田 敦(東京都健康長寿医療センター 感染症内科)

招請講演3

7月10日(金) 8:30~9:30 第1会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G1)

座長: 高橋 聡(札幌医科大学 医学部 感染制御・臨床検査医学講座)

IL3 日本環境感染学会と日本医師会が連携して生まれた新興感染症対策研修—感染対策の専門知識を地域医療の隅々まで浸透させる仕組みを作る—

平林 弘久(日本医師会 診療所における新興感染症対策研修検討委員会)

招請講演4

7月10日(金) 9:35~10:35 第1会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G1)

座長：四柳 宏(国立健康危機管理研究機構)

IL4 インフルエンザ対策の実際～抗ウイルス薬、予防投与、ワクチンの適正使用～

永井 英明(独立行政法人国立病院機構東京病院)

招請講演5

7月11日(土) 10:45~11:45 第1会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G1)

座長：森兼 啓太(山形大学医学部附属病院 検査部・感染制御部)

IL5 感染予防ガイドランスの多極化時代～CDC 中心時代の終わりにどう向き合うか

後藤 道彦(University of Iowa Carver College of Medicine)

招請講演6

7月11日(土) 14:00~15:00 第8会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G8)

座長：堤 武也(東京大学医学部附属病院 感染制御部)

IL6 気候変動と感染症の疫学

橋爪 真弘(東京大学・院・医・国際保健政策学)

シンポジウム1

7月9日(木) 14:30~16:00 第3会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G3)

ICT・職種連携

座長：森下 幸子(医療法人利田会久米田看護専門学校)

中澤 靖(東京慈恵会医科大学附属病院感染対策部)

SY1-1 感染対策の多職種連携—ICD と ICN は、喧嘩してちょうどいい—

忽那 賢志(大阪大学医学部附属病院 感染制御部)

太田 悦子(大阪大学医学部附属病院 感染制御部)

SY1-2 薬剤耐性菌検出事例を契機とした多職種感染対策介入の再構築

笠原 敬(奈良県立医科大学附属病院 感染管理室/奈良県立医科大学附属病院 感染症内科)

中村 明世(奈良県立医科大学附属病院 感染管理室)

SY1-3 多職種連携における視点の違いを踏まえたインフルエンザ院内感染対策の検討

小林 里沙(九州大学病院グローバル感染症センター)

本村 良知(九州大学病院グローバル感染症センター)

SY1-4 微生物情報を起点とした ICT/AST 活動における多職種連携の意義

植田 貴史(兵庫医科大学病院 感染制御部/兵庫医科大学 感染制御学)

石川かおり(兵庫医科大学病院 感染制御部)



シンポジウム2

7月9日(木) 14:30~16:00 第4会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G4)

地域で行う抗菌薬の適正使用に向けた取り組み

座長：平山 忍(東邦大学医療センター大森病院)
村木 優一(京都薬科大学)

SY2-1 千葉県船橋市の抗菌薬適正使用に向けた取り組み

並木真貴子(船橋市立医療センター 感染制御室・薬剤局)

SY2-2 加算連携の枠を超えた抗菌薬適正使用の取り組み

西村さやか(高知県立幡多けんみん病院 AST)

SY2-3 杏林大学医学部付属杉並病院における地域で行う抗菌薬適正使用に向けた取り組み

井田 陽子(杏林大学医学部付属杉並病院 臨床検査部)

SY2-4 地域全体で支える抗菌薬適正使用—臨床微生物検査技師による支援の可能性—

武藤沙起里(地方独立行政法人 東京都立病院機構 東京都立広尾病院 検査科)

SY2-5 地域で広まる薬剤耐性菌—抗菌薬適正使用の意義と課題

鈴木 里和(国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 薬剤耐性研究センター 第1室)

シンポジウム3

7月9日(木) 16:10~17:40 第4会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G4)

マンネリ化しない！多職種で育むこれからの ICT ラウンドについて

座長：松島 由実(岡波総合病院)
藤田 昌久(日本医大病院)

SY3-1 持続可能な ICT ラウンドを目指して—リンクメンバーと築く実践的 ICT 体制—

小松崎直美(順天堂大学医学部附属順天堂医院 感染予防管理部 感染予防対策室)

SY3-2 30年の歴史を紡ぐ ICT ラウンドの進化—マンネリ化を防ぐ工夫と持続可能な活動の再構築—

西田 和晃(東京大学医学部附属病院 看護部)

SY3-3 多職種で挑む！モチベーション維持に繋げる ICT 活動

幸前 里奈(京都府立医科大学附属病院 薬剤部)

SY3-4 これからの ICT ラウンドを考える—監査型から現場支援型・多職種協働型ラウンドへ—

藤田 直久(京都岡本記念病院)

シンポジウム4

7月9日(木) 14:30~16:00 第5会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G5)

院内感染対策の「人材育成」を考える

座長：早川佳代子（国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター）

菊地 圭介（京都府立医科大学病院）

SY4-1 感染対策チームに必要な医師は育てられるのか—医師の立場から考える人材育成と組織形成—

藤田 裕晃（東京医科大学病院）

SY4-2 2040年を見据えた感染管理に従事する看護職の人材育成について考える

渋谷 智恵（公益社団法人 日本看護協会 看護研修学校 認定看護師教育課程）

SY4-3 院内感染対策に関わる薬剤師の人材育成を考える

丹羽 隆（岐阜大学 医学部附属病院 薬剤部/岐阜大学 医学部附属病院 感染制御室）

SY4-4 臨床検査技師の視点から考える人材育成

小棚 雅寛（埼玉医科大学病院 中央検査部/埼玉医科大学病院 感染対策室）

シンポジウム5

7月9日(木) 16:10~17:40 第5会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G5)

病院と地域で Step to Future、高齢者施設との感染対策連携の深みを目指す

座長：仲本 光一（岩手県県央保健所）

森 美菜子（広島大学病院 感染制御部）

SY5-1 新型コロナウイルス感染症による介護老人保健施設のクラスター解析と課題

長澤 茂（一般社団法人岩手県介護老人保健施設協会）

SY5-2 高齢者施設での感染症協力医療機関との連携と感染症対策課での課題

大下 寿（敬仁会 介護老人保健施設 アットホームくずまき）

SY5-3 高齢者施設における感染対策支援の現状と課題—感染管理認定看護師の連携の視点から—

嶋守 一恵（岩手医科大学附属病院/岩手医科大学附属内丸メディカルセンター/ICAT）

SY5-4 地域を基盤とした感染対策連携の進化—感染制御人材の裾野を拡げる—

下沖 収（岩手医科大学 総合診療医学講座）



シンポジウム6

7月9日(木) 16:10~17:40 第6会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G6)

環境消毒薬評価指針 2025—消毒薬・ワイプ製品の選び方—

座長：継田 雅美(新潟薬科大学 医療技術学部)

中川 博雄(長崎大学病院薬剤部)

SY6-1 消毒薬評価指針の認知度・活用状況に関する会員アンケート結果と今後の課題

山口 諒(東京大学医学部附属病院 薬剤部/一般社団法人 日本環境感染学会 消毒薬評価委員会)

SY6-2 消毒薬の有効性評価指針とは—「環境消毒薬の有効性評価指針 2025」改定のポイント—

継田 雅美(新潟薬科大学 医療技術学部 臨床検査学科/一般社団法人 日本環境感染学会 消毒薬評価委員会)

SY6-3 環境整備に用いられる製品の法規制の状況と業界の取組み

西尾 正也(花王株式会社 研究戦略・企画部 レギュラトリーサイエンス戦略)

SY6-4 目的に応じた環境クロス製品の選び方

笹原 鉄平(自治医科大学附属病院 感染制御部)

シンポジウム7

7月10日(金) 8:30~10:00 第3会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G3)

ICT・ASTにおける多職種から見た検査技師は？進め微生物検査技師よ

座長：高橋 幹夫(SGグループ/岩手医科大学医学部総合診療医学講座)

成田 和也(岩手医大附属病院中央検査部)

SY7-1 市中病院 ICT・AST における微生物検査技師のありがたみと医師からの期待

谷崎隆太郎(市立伊勢総合病院 総合診療教育研究センター)

SY7-2 ICT・AST における多職種から見た検査技師：薬剤師の立場からの考察

浜田 幸宏(高知大学医学部附属病院 薬剤部)

SY7-3 その名は“片山” 浅ノ川 ICT・AST で無双する～感染管理認定看護師が求める臨床検査技師像～

江波 麻貴(医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院)

SY7-4 微生物検査技師が変える抗菌薬選択

米田 真也(岩手医科大学 総合診療医学講座/岩手医科大学附属内丸メディカルセンター)

SY7-5 ICT・AST における臨床微生物検査技師の実践的参画と今後の課題

鷲尾 洋平(日本医科大学付属病院 臨床検査部)

シンポジウム8

7月10日(金) 10:10~11:40 第3会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G3)

ICNのミッション！ICNが牽引する手指衛生遵守率向上戦略

座長：水野 香里（岩手県立釜石病院）
三浦 美穂（久留米大学病院 感染制御部）

SY8-1 手指消毒剤使用量増加への取り組みーリンクドクター・リンクナース・看護師長との連携の効果ー

河崎 千穂（宮崎大学 医学部 附属病院）

SY8-2 WHO 手指衛生目標値未達成施設が全病棟同時達成に至るまでの実践プロセス

村田 舞（伊勢赤十字病院）

SY8-3 開院2年における手指衛生遵守率向上の取り組みの評価と今後の課題

小柳 浩子（済生会新潟県中央基幹病院）

SY8-4 持続可能な手指衛生改善活動を目指したWHO手指衛生多角的戦略の実践

森野 誠子（独立行政法人 国立病院機構 下志津病院）

シンポジウム9

7月10日(金) 14:00~15:30 第3会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G3)

ICNの人材育成

座長：上灘 紳子（鳥取大学医学部附属病院）
平野 明博（東京大学医学部附属病院）

SY9-1 次世代ICNを意識した看護師教育

森 美菜子（広島大学病院 感染制御部）

SY9-2 戦略的な人材育成と人員確保～専門性を組織の力に変える「見える化」の実践～

美島 路恵（東京慈恵会医科大学附属病院）

SY9-3 新米ICNの奮闘記、リンクナースからICNへ

小野友里江（独立行政法人自動車事故対策機構 岡山療養センター）

SY9-4 地域におけるICNの育成

鈴木 徳洋（市立豊中病院）

シンポジウム10

7月10日(金) 10:10~11:40 第4会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G4)

学んで備えるアウトブレイク対応

座長：原田 壮平（東邦大学）
田辺 正樹（三重大学）

SY10-1 起こるべくして起こったCDIアウトブレイク～現場を確認してはじめてわかった現場の実情～

吉盛奈津美（公立豊岡病院組合立 朝来医療センター）

SY10-2 学んで備えるアウトブレイク対応：CPE対応の経験から考える初動と連携

平井 潤（日本医科大学千葉北総病院 感染制御部）

SY10-3 学んで備えるアウトブレイク対応：インフルエンザ

三嶋 廣繁（学校法人朝日大学病院 感染症内科/愛知医科大学）

SY10-4 疥癬の一般内科病棟におけるアウトブレイク対応から学んだこと

十菱 大介（東京通信病院 感染予防対策室）



シンポジウム11

7月10日(金) 14:00~15:30 第4会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G4)

ICN 活動の充実

座長：萬井美貴子（住友病院）

一木 薫（兵庫医科大学病院 看護部）

SY11-1 特定行為研修修了による ICN 実践の深化

新居田敦子（医療法人社団三喜会 横浜新緑総合病院 看護部）

SY11-2 13 年間の専従 ICN を経験し、病棟所属の兼任 ICN となって見えてきたもの・感じたこと～所属施設の変更も経験して～

荒木 大輔（国家公務員共済組合連合会 斗南病院）

SY11-3 感染管理の輪を広げる—他領域・多職種・他部門との協働の実際と課題—

平松 玉江（国際医療福祉大学成田病院 感染制御部）

SY11-4 看護管理者の立場から ICN 活動に期待すること～伴走支援と相互理解がもたらす組織の力～

戸田美穂子（津久見市医師会立津久見中央病院）

シンポジウム12

7月10日(金) 15:40~17:10 第4会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G4)

医療機関における結核感染対策

座長：東后真奈美（医療法人溪仁会 札幌西門山病院 TQMセンター感染防止対策室）

関谷 紀貴（東京科学大学大学院医歯学総合研究科 感染症健康危機管理学分野）

SY12-1 結核を疑うタイミングと診断前、診断後の対応について

飯沼 由嗣（金沢医科大学 臨床感染症学）

SY12-2 結核菌検査を感染対策に活かす：3 連痰・塗抹・培養・PCR の実践的解釈

山本 剛（大阪大学大学院医学系研究科変革的感染制御システム開発学寄附講座/大阪大学医学部附属病院感染制御部）

SY12-3 中小規模病院における結核感染対策の構築と課題

藤澤 美穂（社会医療法人 北海道恵愛会 札幌南三条病院）

シンポジウム13

7月10日(金) 8:30~10:00 第5会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G5)

感染症と AI：感染症と AI の未来と感染対策業務への活用

座長：池内 和彦（東京大学）

笠井 正志（兵庫県立こども病院）

SY13-1 感染対策業務における生成 AI 活用と AX：現場実装の可能性と課題

福家 良太（仙台駅スマートクリニック/AI コンサルタント SendAI）

SY13-2 現場から創る AI 時代の感染対策

太田 悦子（大阪大学医学部附属病院感染制御部）

SY13-3 すでに訪れている未来と感染対策業務への応用

山口 征啓（コネクト合同会社）

SY13-4 電子カルテ環境における生成 AI 活用の実装と運用

山下 貴範（九州大学病院メディカル・インフォメーションセンター）

シンポジウム14

7月10日(金) 10:10~11:40 第5会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G5)

ワンヘルスから見た医療関連感染対策

座長：賀来 満夫（聖マリアンナ医科大学）
加来 浩器（防衛医科大学校）

SY14-1 動物由来感染症について

仲村 究（岩手医科大学 医学部 臨床検査医学・感染症学講座）

SY14-2 環境由来菌について

遠藤 史郎（東北医科薬科大学 医学部 感染症学教室）

SY14-3 院内感染対策の院内外への啓発について

大曲 貴夫（国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 国際感染症センター）

SY14-4 ワンヘルスの視点から考える薬剤耐性菌対策

松本 哲哉（国際医療福祉大学 医学部 感染症学講座）

シンポジウム15

7月10日(金) 14:00~15:30 第5会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G5)

忘れてはいけない感染症検体採取の重要性・再提出を可能にするには

座長：早川佳代子（国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター）
和田 直樹（札幌徳洲会病院臨床検査室）

SY15-1 不適切喀痰はなぜ再提出されないのか

小野寺克洋（岩手県立胆沢病院 呼吸器内科）

SY15-2 「喀痰品質」へのこだわり 不適切検体と向き合い続けた22年間の軌跡

谷道由美子（日本大学医学部附属板橋病院 臨床検査部）

SY15-3 検体の質担保に向けた実践的アプローチと再提出につなげる取り組み

千葉美紀子（東北大学病院 診療技術部 臨床検査部門）

SY15-4 NAAT 検査の導入を契機に行った Rejection criteria の策定

八幡 照幸（沖縄県立北部病院/沖縄県立八重山病院/沖縄県立中部病院/沖縄県立南部医療センター・こども医療センター/沖縄県立宮古病院）

シンポジウム16

7月10日(金) 8:30~10:00 第6会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G6)

感染対策と標準化

座長：長島 梧郎（川崎市立多摩病院（聖マリアンナ医科大学））
上灘 紳子（鳥取大学医学部附属病院）

SY16-1 外部評価と感染制御マネジメントの標準化

八木 哲也（名古屋大学医学部附属病院）

SY16-2 感染対策における標準化の意義—感染管理認定看護師の立場から考える—

菊地 圭介（京都府立医科大学附属病院 感染対策部）

SY16-3 JCI 認証病院における感染管理の標準化：当院の実践と課題

村中 裕之（済生会熊本病院 TQM 部）

SY16-4 スマートホスピタル時代における感染対策の実装とは

草場 恒樹（株式会社モレーンコーポレーション）

シンポジウム17

7月10日(金) 10:10~11:40 第6会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G6)

感染制御と医療経済：ICT・AST がもたらす価値を再考する

座長：長尾 美紀（京都大学医学部附属病院 検査部・感染制御部）
小野寺直人（岩手医科大学医学部臨床検査医学・感染症学講座）

SY17-1 ICT 活動と医療経済：院内感染がもたらすデメリット

柿内 聡志（長崎大学病院 総合感染症科 感染制御教育センター）

SY17-2 感染制御はコストか投資か：ICT・AST がもたらす医療経済的価値の再評価

長尾 美紀（京都大学医学部附属病院 検査部・感染制御部）

SY17-3 AST 活動と医療経済

浦上 宗治（佐賀大学医学部附属病院 感染制御部）

SY17-4 病院経営からみた感染制御活動

山本 善裕（富山大学副学長・附属病院長）

シンポジウム18

7月10日(金) 14:00~15:30 第6会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G6)

病院環境の清掃について考える

座長：金光 敬二（東北大学大学院医学系研究科）
長尾 美紀（京都大学医学部附属病院 検査部・感染制御部）

SY18-1 ICN と清掃従事者の協働による環境清掃の最適化—感染リスクに応じた層別化とコスト削減の両立—

植村 明美（京都大学医学部附属病院）

SY18-2 在宅での環境整備の現状と課題～訪問看護の立場から～

石川美千留（医療法人相馬病院 訪問看護ステーションそうま）

SY18-3 清掃実務者からみた病院清掃の問題（人材、ロボット、環境消毒、清掃品質、コスト等）

齋藤 真尚（東朋産業株式会社）

SY18-4 清掃業界における感染対策教育

森山 由紀（一般社団法人横浜メディカルグループ）

シンポジウム19

7月10日(金) 15:40~17:10 第6会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G6)

ESBL 産生菌の感染対策（診断・治療も含めて）

座長：山岸 由佳（高知大学医学部臨床感染症学講座）
美島 路恵（東京慈恵会医科大学附属病院）

SY19-1 ESBL 産生菌に対する院内サーベイランスと多職種連携による感染対策の実際

秋山 祐哉（高知大学 医学部附属病院 感染管理部/高知大学 医学部附属病院 看護部）

SY19-2 β ラクタマーゼ産生の耐性グラム陰性桿菌に対する効果的な臨床検査

中村 明子（愛知医科大学病院 感染制御部）

SY19-3 抗菌薬適正使用の観点から考える ESBL 産生菌の感染対策

丹羽 隆（岐阜大学 医学部附属病院 薬剤部/岐阜大学 医学部附属病院 感染制御室）

SY19-4 ESBL 産生菌の現状と診断・治療

鈴木 広道（筑波大学附属病院 感染症内科）

シンポジウム20

7月10日(金) 8:30~10:00 第7会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G7)

いつまでするの？そのコロナ対策は、COVID-19 が感染制御にもたらしたもの

座長：山本 善裕（富山大学附属病院感染症科）

中谷 佳子（聖マリアンナ医科大学病院 感染制御部）

SY20-1 大学病院における多面的な COVID-19 感染制御：リスク階層化と AST・ワクチン外来を軸とした新体制の構築

馬場 啓聡（東北大学 大学院 医学系研究科 総合感染症学分野）

SY20-2 新型コロナウイルス感染症対策からの学び

鈴木 直子（岩手県立中央病院 感染管理部（前 岩手県立二戸病院））

SY20-3 COVID-19 における 2 類と 5 類移行後の比較分析及び今後の対応について～介護老人保健施設での感染対策アンケート調査から～

長澤 茂（一般社団法人岩手県介護老人保健施設協会）

SY20-4 最大限の予防から最適な対策へ 地方衛生研究所の立場から

三崎 貴子（川崎市健康安全研究所）

シンポジウム21

7月10日(金) 10:10~11:40 第9会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G303+G304)

地域連携活動を充実させるサーベイランス

座長：村上 啓雄（ぎふ総合健診センター）

橋本 丈代（福岡大学病院）

SY21-1 地域全体で推進する J-SIPHE を活用した感染対策と抗菌薬適正使用

岡田 恵代（大阪公立大学医学部附属病院 感染制御部）

SY21-2 三重県における微生物サーベイランスの変遷と現状

安田 和成（三重大学医学部附属病院 検査部/三重大学医学部附属病院 感染制御部）

SY21-3 中小病院における J-SIPHE を活用した双方向型地域連携の取り組み

五十川達哉（国家公務員共済組合連合会新別府病院 薬剤科）

SY21-4 ローカルな多施設研究で見えてくること

森岡 悠（名古屋大学医学部附属病院 中央感染制御部）



シンポジウム22

7月10日(金) 14:00~15:30 第16会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G403+G404)

民間精神科病院における感染対策と地域連携の構築～東京精神科病院協会の活動報告と今後の展望

座長：糠信 憲明（（一社）精神科領域の感染制御を考える会）
高濱 正和（植木病院）

SY22-1 東京精神科病院協会の感染症対策委員会の概要

西村 和子（公益財団法人 井之頭病院/東京精神科病院協会 感染症対策委員会）

SY22-2 感染担当者連絡会および院内感染対策研修会の活動報告

金成 千鶴（医療法人財団 青溪会 駒木野病院/一般社団法人 東京精神科病院協会 感染症対策委員会）

SY22-3 東京都内の民間精神科病院における感染対策の現状と変遷—東京精神科病院協会による継続的アンケート調査の結果から—

川内 健史（医療法人社団積信会 長谷川病院）

SY22-4 東京精神科病院協会感染症対策委員会による COVID-19 クラスター支援・研修・マニュアル作成について

池ヶ谷訓章（昭和医科大学烏山病院）

パネリスト：森田 亮一（兵庫県立ひょうごこころの医療センター）

シンポジウム23

7月10日(金) 14:00~15:30 第17会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G402)

疥癬のアウトブレイク対応

座長：牧上久仁子（東京品川病院）
黒須 一見（国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 薬剤耐性研究センター）

SY23-1 高齢者福祉施設における疥癬アウトブレイクの実地疫学調査から明らかとなった要因と課題

高橋あずさ（国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 応用疫学研究センター）

SY23-2 疥癬の地域的集団発生に対する感染拡大防止の取り組み—感染管理認定看護師主導で取り組んだ地域ネットワークの構築—

中山 秀明（JA 長野厚生連 下伊那厚生病院 感染対策室）

SY23-3 「地域ケアにおける疥癬対応マニュアル」改訂と普及の取り組み～東京都多摩立川保健所～

土方 奈々（東京都杉並区 杉並保健所）

SY23-4 疥癬のアウトブレイクに遭遇したあなたに伝えたいこと

牧上久仁子（東京品川病院）

シンポジウム24

7月10日(金) 8:30~10:00 第18会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G401)

抗菌薬アレルギーに対するデラベリングの考え方と実践

座長：日馬 由貴(大阪大学大学院 医学系研究科 感染制御学)

松元 一明(慶應義塾大学 薬学部 薬効解析学講座)

SY24-1 抗菌薬アレルギー時の代替療法とデラベリングの重要性

酒井 義朗(久留米大学病院 薬剤部)

SY24-2 ベータラクタムアレルギーに対するデラベリングプロトコルを実践するための考察

石川 和宏(江戸川病院感染制御部)

SY24-3 抗菌薬アレルギーの正確な情報収集と把握、抗菌薬選択支援体制の構築に向けた取り組み

茂見 茜里(鹿児島大学病院 感染制御部)

SY24-4 抗菌薬アレルギー登録システムの現状と課題

小林 里沙(九州大学病院グローバル感染症センター)

SY24-5 抗菌薬アレルギーに対するデラベリングの実践と課題—アレルギー中心拠点病院における取り組み—

原間 大輔(国立成育医療研究センター アレルギーセンター 総合アレルギー科/山梨大学 医学部 小児科)

シンポジウム25

7月10日(金) 14:00~15:30 第18会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G401)

SFTS

座長：加藤 康幸(国際医療福祉大学 医学部 感染症学)

氏家 無限(国立健康危機管理研究機構)

SY25-1 日本における重症熱性血小板減少症(SFTS)の包括的な疫学解析

加藤 博史(国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所)

SY25-2 SFTSに関する最近の話題

前田 健(国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 獣医科学部)

SY25-3 西三河北部医療圏におけるSFTS流行拡大への対応—2025年アウトブレイクを教訓とした院内・地域・行政連携の実践—

渡口 賢隆(JA愛知厚生連 豊田厚生病院 総合内科)

SY25-4 SFTSの治療と感染対策

泉川 公一(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科臨床感染症学分野)



シンポジウム26

7月11日(土) 8:30~10:00 第3会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G3)

感染症を予防するための抗菌薬の使い方とポリファーマシー対策

座長：松元 一明(慶應義塾大学 薬学部 薬効解析学講座)
池谷 修(慶應義塾大学病院学術研究支援課)

SY26-1 手術時の予防抗菌薬適正使用への取り組みと課題

高橋 佳子(兵庫医科大学病院 薬剤部)

SY26-2 血液内科領域における予防的抗微生物薬の使い方

坂本 靖宜(横浜市立大学附属病院 薬剤部)

SY26-3 歯科領域における予防的抗菌薬の適切な使用方法—SSI リスク評価による適正化へのアプローチ—

山神 彰(慶應義塾大学 薬学部)

SY26-4 De-escalation は感染症や耐性菌の発生を抑制できるのか？

前田 真之(昭和医科大学 薬学部 臨床薬学講座 感染制御薬学部門)

SY26-5 感染症診療を薬剤全体から捉える：高齢者ポリファーマシー対策の実践

島崎 良知(地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 薬剤科)

シンポジウム27

7月11日(土) 10:10~11:40 第3会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G3)

求められる医療従事者のワクチンとその現状

座長：掛屋 弘(大阪公立大学)
新庄 正宜(慶應義塾大学医学部 小児科)

SY27-1 医療関係者ワクチンの国際的潮流と日本での実装課題

田中 健之(長崎大学 熱帯医学研究所 臨床感染症学分野/長崎大学病院 総合感染症科)

SY27-2 医療従事者および学生を対象としたワクチン情報の一元管理

田内 久道(愛媛大学医学部 附属病院 感染制御部/愛媛大学大学院 感染制御学)

SY27-3 小児病院における、抗体価とワクチン歴管理

新庄 正宜(防衛医科大学校病院 医療安全・感染対策部/慶應義塾大学病院 小児科)

SY27-4 市中急性期病院における医療従事者へのワクチン接種の管理と対応

松原 啓太(社会医療法人三栄会ツカザキ病院 小児科)

シンポジウム28

7月11日(土) 10:10~11:40 第5会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G5)

高齢者・障害者ケア領域における感染対策～感染対策の実際と連携に着目して～

座長：興梠 裕樹（高千穂町国民健康保険病院）

菅原えりさ（一般社団法人感染防止教育センター/東京医療保健大学）

SY28-1 【高齢者ケア領域】高齢者施設における医療機関との連携と感染対策の実際と課題—高齢者施設等感染対策向上加算取得に向けた取り組みを中心に—

佐々木恭兵（医療法人社団 国立あおやぎ会 介護老人保健施設 国立あおやぎ苑）

SY28-2 【障害者ケア領域】精神科・重症心身障害児(者)病棟における感染対策の実際と連携の課題

比嘉理恵美（独立行政法人国立病院機構 都城医療センター）

SY28-3 【医療機関】高齢者・障害者ケア施設との連携の実際と具体策の提案

高山 直樹（独立行政法人国立病院機構天竜病院）

シンポジウム29

7月11日(土) 14:00~15:30 第5会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G5)

対応に苦慮する場面における抗菌薬適正使用

座長：堀野 哲也（東京慈恵会医科大学 内科学講座 感染症内科）

原田 壮平（東邦大学）

SY29-1 非常勤感染症専門医と行う新しい視点での市中病院 AST 活動

小野 朗弘（JCHO 横浜中央病院 薬剤部）

SY29-2 特殊な環境下での抗菌薬適正使用—地域連携の場合—

中居 肇（大館市立総合病院 感染制御室/薬剤科）

SY29-3 がん患者の抗菌薬適正使用

冲中 敬二（国立がん研究センター東病院）

SY29-4 特殊な患者における抗菌薬適正使用：固形腫瘍患者の場合

倉井 華子（静岡県立静岡がんセンター）

シンポジウム30

7月11日(土) 8:30~10:00 第6会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G6)

どこまでやるの？居住系施設での感染対策

座長：篠原 久恵（訪問看護ステーション レジハピ）

高山 和郎（東京大学医学部附属病院薬剤部）

SY30-1 どこまでやるの？居住系施設での感染対策～呼吸器感染症～

家入 裕子（山口県立大学 看護栄養学部 看護学科）

SY30-2 居住系施設における腸管感染症対策—「どこまでやるか」をどう判断するか—

萩野 貴志（NTT 東日本札幌病院 感染管理推進室）

SY30-3 住居系施設における疥癬アウトブレイク対策

三浦 美穂（久留米大学病院 感染制御部）

SY30-4 病院における AST の常識はどこまで通用するのか

笹原 鉄平（自治医科大学附属病院 感染制御部）



シンポジウム31

7月11日(土) 10:10~11:40 第6会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G6)

サーベイランスを活用した質改善活動

座長：縣 智香子（東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野）
嶋 雅範（三菱京都病院）

SY31-1 プロセスサーベイランスを活用した質改善活動とリンクワーカーとの協働

近藤奈津子（JA 北海道厚生連旭川厚生病院 感染対策科）

SY31-2 包括的サーベイランスを活用した CLABSI 対策一組織で取り組む質改善の実践

藤井 昭人（大阪公立大学医学部附属病院 感染制御部）

SY31-3 CAUTI 低減への多段階の質改善活動：リンクナース参画による形骸化打破

甲斐 美里（済生会熊本病院 TQM 部 感染管理室）

SY31-4 手術部位感染（SSI）サーベイランスを活用した質改善活動

佐野 由佳（広島大学病院 感染制御部）

シンポジウム32

7月11日(土) 14:00~15:30 第6会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G6)

薬剤耐性菌アウトブレイク時の医療機関および行政との連携

座長：山岸 拓也（国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 薬剤耐性研究センター第四室）
黒須 一見（国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 薬剤耐性研究センター）

SY32-1 薬剤耐性菌アウトブレイク対応としての実地疫学調査—国立感染症研究所実地疫学専門家養成コースと医療機関・行政の連携—

大野 智裕（国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 薬剤耐性研究センター）

SY32-2 長期にわたるバンコマイシン耐性腸球菌アウトブレイク対応と地域連携の意義～4年8か月の経験から得た学び～

白井 保子（沼津市立病院）

SY32-3 大分県における VRE アウトブレイクへの行政の対応

池邊 淑子（大分県 福祉保健部 健康政策・感染症対策課）

SY32-4 薬剤耐性菌アウトブレイクに院内・地域の「チーム」で対峙する

藤谷 好弘（札幌医科大学 医学部 感染学講座微生物学分野/感染症学分野）

シンポジウム33

7月11日(土) 10:10~11:40 第7会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G7)

真菌症の院内感染対策～最新の知見と課題～

座長：國島 広之（聖マリアンナ医科大学 感染症学講座）

猪狩 英俊（千葉大学医学部附属病院 感染制御部）

SY33-1 地球・真菌・ヒト：ワンヘルスの視点から考える真菌感染症の院内感染対策

榎村 浩一（帝京大学 医真菌研究所/帝京大学大学院 医学研究科 宇宙環境医学医真菌学）

SY33-2 アスペルギルス症に対する環境管理と薬剤耐性を踏まえた院内感染対策

田代 将人（横浜市立大学大学院医学研究科 感染症内科学/横浜市立大学附属病院 感染制御部/横浜市立大学 新興感染症研究センター）

SY33-3 真菌を見つけるのは検査室だけの仕事かー院内感染対策につなげる検体提出時の情報共有ー

鈴木まりな（地方独立行政法人東京都立病院機構 がん・感染症センター都立駒込病院 臨床検査科）

SY33-4 腎移植外来におけるニューモシスチス肺炎アウトブレイクから学ぶ

大野 誉子（日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第二病院）

シンポジウム34

7月11日(土) 14:00~15:30 第7会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G7)

手術室の環境衛生を強化する

座長：針原 康（医療法人社団大坪会 東和病院）

塚田 真弓（東邦大学病院）

SY34-1 手術室の水質管理

深柄 和彦（東京大学 医学部附属病院 手術部）

SY34-2 手術室における持続可能な空調管理体制の構築

赤瀬 望（市立豊中病院）

SY34-3 整形外科領域での手術室の環境衛生強化

山田 浩司（医療法人社団悠愛会 溝ノ口整形外科/一般社団法人 OrthoSupport/東京大学 整形外科）

SY34-4 患者安全を支える手術室清掃と多職種協働～術間・術後清掃の現場から見える連携のかたち～

高田 恵（ワタキューセイモア株式会社）

シンポジウム35

7月11日(土) 8:30~10:00 第8会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G8)

シミュレーション&ケーススタディ：新人もベテランも学ぶ！感染対策の判断分岐点

座長：興梠 裕樹（高千穂町国民健康保険病院）

寺坂 陽子（長崎大学病院 感染制御教育センター）

SY35-1 麻疹症例で考える感染対策の判断分岐点

日高 悠介（国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 国際感染症センター）

早川佳代子（国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 国際感染症センター）

SY35-2 角化型疥癬症例で考える感染対策の判断分岐点

正司麻衣子（東京大学医学部附属病院 看護部）

平野 明博（東京大学医学部附属病院 感染対策センター）



シンポジウム36

7月11日(土) 10:10~11:40 第8会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G8)

中小規模病院で取り組む感染管理活動

座長：東后真奈美(医療法人湊仁会 札幌西門山病院 TQMセンター感染防止対策室)
山口 征啓(コネクト合同会社)

SY36-1 リンクスタッフ活動～中小規模病院の特性を活かしたリンクスタッフ支援の形～

中西 穂波(医療法人八女発心会 姫野病院)

SY36-2 【サーベイランス】中小規模病院におけるサーベイランス体制構築—非専門部門との連携によるデータ一元化と段階的導入の実践報告—

勝平 真司(社会医療法人純幸会関西メディカル病院)

SY36-3 【感染管理教育】景色を分かち合うための感染管理教育

串間真由美(社会医療法人慶明会 けいめい記念病院)

SY36-4 【地域連携】地域における感染対策連携強化のための取り組み

木下 庸佑(医療法人伯鳳会 東京曳舟病院)

シンポジウム37

7月11日(土) 14:00~15:30 第9会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G303+G304)

特定行為「感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与」の実践と展望—感染に係る薬剤投与関連修了者に求められる役割と活躍の可能性—

座長：武良 由香(公益社団法人日本看護協会 看護研修学校 認定看護師教育課程 感染管理学科)
網中真由美(国立健康危機管理研究機構 国立看護大学校)

SY37-1 急性期病院における抗菌薬臨時投与の意義と課題—特定行為の運用見直しを通じて—

佐竹 孝文(日本赤十字社 徳島赤十字病院)

SY37-2 「感染に係る薬剤投与関連」修了者に期待されるチーム医療推進

洪 愛子(神戸女子大学)

SY37-3 感染症医の立場からみた特定行為修了者との協働—特定行為の実践で見据えるべき真のゴールとは？—

三村 一行(埼玉医科大学総合医療センター 総合診療内科 感染症科・感染制御科)

合同シンポジウム

7月9日(木) 16:10~17:30 第8会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G8)

NICU におけるワクチン

座長：野崎 昌俊(大阪母子医療センター周産期・小児感染症科/新生児科)
美島 路恵(東京慈恵会医科大学附属病院)

JSY-1 NICU 入院児、特に早産児における予防接種の考え方と対応

島 孝典(大阪母子医療センター新生児科)

JSY-2 NICU におけるワクチン接種時の感染対策

神崎多紀子(総合病院 山口赤十字病院)

JSY-3 NICU におけるきょうだい面会者・医療者へのワクチン接種

小泉 亜矢(群馬県立小児医療センター 新生児科)

JSY-4 母体ワクチンの現在とこれから

堀越 裕歩(東京都立小児総合医療センター 総合診療部 感染症科、免疫科/東京都立小児総合医療センター 小児感染症センター)

パネルディスカッション1

7月9日(木) 16:10~17:40 第3会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G3)

「手指衛生」、現在地と向かうべき方向

座長：堀 賢(順天堂大学大学院医学研究科感染制御科学)
中村 造(東京医科大学病院 感染制御部)

PD1-1 手指衛生の遵守状況とモニタリング法

森野 誠子(独立行政法人 国立病院機構 下志津病院)

PD1-2 手指衛生に関する認識具合と意識改善のための教育

中村 造(東京医科大学病院)

PD1-3 当院における WHO 多角的戦略を用いた課題整理と改善策

増谷 瞳(慶應義塾大学病院 感染制御部/慶應義塾大学病院 看護部)

PD1-4 手指衛生の改善は、臨床ガバナンスと組織マネジメントで達成する

堀 賢(順天堂大学大学院 医学研究科 感染制御科学)

パネルディスカッション2

7月10日(金) 10:10~11:40 第7会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G7)

感染症対策における医薬品供給不安とその対応

座長：具 芳明(東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野)
関 雅文(埼玉医科大学医学部 国際医療センター感染症科・感染制御科)

PD2-1 我が国の医薬品の安定供給

松下 俊介(厚生労働省)

PD2-2 抗菌薬供給不安が続く今こそピンチをチャンスに変える適正使用戦略と現場実践—

岸田 直樹(一般社団法人 Sapporo Medical Academy)

PD2-3 感染症対策における医薬品供給不安とその対応〜ワクチンについて

多屋 馨子(神奈川県衛生研究所)

パネルディスカッション3

7月10日(金) 14:00~15:30 第7会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G7)

臨床研究ネットワークの構築

座長：上原 由紀(順天堂大学)
藤村 茂(東北医科薬科大学 臨床感染症学教室)

PD3-1 臨床研究ネットワークの構築の取り組み

齋藤 翔(国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 国際感染症センター)

PD3-2 感染症領域における臨床研究ネットワークの構築：COVID-19 の教訓とネクストパンデミックへの備え

南宮 湖(慶應義塾大学 医学部 感染症学教室)

PD3-3 SNAP 試験の経験から

岡本 耕(東京科学大学 統合臨床感染症学分野)



パネルディスカッション4

7月10日（金） 15：40～17：10 第7会場（パシフィコ横浜 ノース 1F G7）

医療機関と保健所の効果的なネットワーク構築

座長：森兼 啓太（山形大学医学部附属病院 検査部・感染制御部）
近内美乃里（神奈川県鎌倉保健福祉事務所）

PD4-1 「院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業」事業班の活動経過から

豊田 誠（高知市保健所）

PD4-2 VRE 感染症対策をきっかけとした感染症対策ネットワークの構築

神戸 千佐（和歌山市保健所）

PD4-3 感染症対策ネットワーク活動を基盤とした高齢者施設等への感染対策

廣瀬智恵子（吹田市 健康医療部 保健医療総務室）

PD4-4 医療機関と保健所の効果的なネットワーク構築に関する考察—感染管理担当者の実践経験を通して—

枘田美加子（橋本市民病院）

パネルディスカッション5

7月10日（金） 8：30～10：00 第8会場（パシフィコ横浜 ノース 1F G8）

VRE 感染対策 AMR アクションプランの成果指標は達成できるのか？

座長：鈴木 里和（国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 薬剤耐性研究センター）
加藤 英明（横浜市立大学附属市民総合医療センター）

PD5-1 バンコマイシン可変性腸球菌（VVE：Vancomycin variable enterococci）（ステルス型）の現状からみる VRE 感染対策

宮崎 博章（小倉記念病院 感染管理部）

PD5-2 大分県の現状と課題

平松 和史（大分大学 医学部 医療安全管理医学講座）

PD5-3 地域における感染制御ネットワークを活用した VRE アウトブレイク対応と課題

寺坂 陽子（長崎大学病院 感染制御教育センター）

PD5-4 我が国におけるバンコマイシン耐性腸球菌（VRE）の現状

鈴木 里和（国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 薬剤耐性研究センター 第1室）

パネルディスカッション6

7月10日（金） 10：10～11：40 第8会場（パシフィコ横浜 ノース 1F G8）

特殊な水衛生設備の感染対策を考える

座長：八木 哲也（名古屋大学大学院医学系研究科 臨床感染制御学）

泉川 公一（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 臨床感染症学分野）

PD6-1 無菌室・手術室の水感染対策

中村 造（東京医科大学病院 感染制御部・感染症科）

PD6-2 歯科治療に使用される水について考えてみませんか（考えたことありますか）？—歯科診療チェア—

松本 和浩（大阪歯科大学 歯学部 口腔外科学第1講座）

PD6-3 快適さが生んだ盲点～ウォーターサーバー・製氷機・加湿器などの“医療機器未満”のリスク管理～

中村 麻子（国際親善総合病院）

PD6-4 冷却塔水のレジオネラ属菌による感染リスクと防止対策

縣 邦雄（アクアス株式会社 つくば総合研究所）

パネルディスカッション7

7月10日（金） 14：00～15：30 第8会場（パシフィコ横浜 ノース 1F G8）

抗菌薬適正使用

座長：青柳 哲史（東北大学）

池谷 修（慶應義塾大学病院学術研究支援課）

PD7-1 抗菌薬適正使用

小林美奈子（三重大学 感染制御部）

PD7-2 抗菌薬適正使用における微生物検査室の役割

佐々木雅一（東邦大学医療センター大森病院 臨床検査部）

PD7-3 抗菌薬適正使用支援における 6R 遵守に向けた看護師の役割と当院における多職種連携している取り組み

塚田 真弓（東邦大学医療センター大森病院）

PD7-4 6R と PK/PD 理論に基づく抗菌薬適正使用

浜田 幸宏（高知大学医学部附属病院 薬剤部）



パネルディスカッション8

7月10日(金) 15:40~17:10 第9会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G303+G304)

多剤耐性菌対策—対応の実際と課題—

座長：千酌 浩樹（鳥取県立中央病院）

馬場 尚志（岐阜大学医学部附属病院 感染制御室/生体支援センター）

PD8-1 ICUにおけるシンクに関連した KPC-2 産生腸内細菌目細菌のアウトブレイク事例：分子疫学的調査と感染対策の実際

土井 朝子（神戸市立医療センター中央市民病院 感染症科/神戸市立医療センター中央市民病院 感染管理室）

PD8-2 VRE アウトブレイクを経験して～対応と課題～

竹村 美和（滋賀医科大学医学部附属病院 感染制御部）

PD8-3 CPE 検出時の積極的介入戦略—接触者スクリーニングと分子疫学的解析の実践と課題—

岡 圭輔（名古屋大学医学部附属病院 中央感染制御部）

PD8-4 多剤耐性菌対策における院内活動と地域連携の実際—リンクスタッフ支援・行政との協働・ICN ネットワークの構築—

植村 明美（京都大学医学部附属病院）

パネルディスカッション9

7月11日(土) 14:00~15:30 第3会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G3)

隣の感染対策～就業制限編～

座長：尾崎 浩美（弘前大学医学部附属病院）

川西 史子（大阪医科薬科大学病院）

PD9-1 「就業制限を守る」と「現場を維持する」の狭間で—327 床中小病院における感染対策の葛藤—

橋本 渚（社会福祉法人 恩賜財団大阪府済生会千里病院）

PD9-2 職員感染症罹患時の就業制限について

上田 史子（社会福祉法人 石井記念愛染園附属 愛染橋病院）

PD9-3 職員の感染症罹患時における就業制限判断と院内運用の実際

藤井 昭人（大阪公立大学医学部附属病院 感染制御部）

PD9-4 複数の県立病院間で異動がある職員の就業制限基準統一への取り組みと現実

大利 美香（宮崎県立宮崎病院 感染管理科）

パネルディスカッション10

7月11日(土) 8:30~10:00 第4会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G4)

中央材料部と ICT の連携強化

座長：四宮 聡（箕面市立病院感染制御部）
大石 貴幸（済生会横浜市東部病院）

PD10-1 リコールは、悪ではない

齋藤 篤（大阪大学 医学部 附属病院）

PD10-2 洗浄・滅菌工程の安全をどう考えるかー中央材料部と ICT 連携の取り組みー

武内未来子（医療法人社団洛和会 洛和会丸太町病院）

PD10-3 受託企業目線からの連携実態

大町 智之（ワタキューセイモア株式会社 メディカル営業本部 請負事業部 滅菌管理課）

PD10-4 滅菌供給部門と感染制御チームとの連携強化の重要性ー現場から見た課題と改善活動の実際ー

斉藤 貴志（広島市立北部医療センター安佐市民病院）

パネルディスカッション11

7月11日(土) 10:10~11:40 第4会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G4)

地域での新興感染症等対応訓練の実践

座長：藤田 利枝（全国保健所長会）
川村 英樹（鹿児島大学病院）

PD11-1 連携協議会を核とした多層的訓練スキームの統合と専門医ネットワークによる地域展開

笠原 敬（奈良県立医科大学 感染症内科学講座）

PD11-2 コロナ禍を経た地域連携 WE-AID（秋田の感染症に知恵を出し合う会）を基盤とした新興感染症対応の取り組み

嵯峨 知生（秋田大学医学部附属病院 感染制御部/秋田大学大学院医学系研究科附属感染制御総合センター 感染統括制御部門）

PD11-3 保健所職員と医療従事者を対象とした実事例に基づくケーススタディによるアウトブレイク対応力強化研修

山岸 拓也（国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 応用疫学研究センター）

PD11-4 川崎市における新興・再興感染症発生等想定訓練

三崎 貴子（川崎市健康安全研究所）



パネルディスカッション12

7月11日(土) 14:00~15:30 第4会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G4)

消毒薬適正使用の取り組みの実際

座長：植田 貴史(兵庫医科大学 感染制御学)
西村 信弘(国際医療福祉大学福岡薬学部)

PD12-1 退院時環境消毒における過酸化水素噴霧装置の適正使用—COVID-19、耐性菌、Clostridioides difficile 患者病室のターミナル清掃—

久留宮 愛(愛知医科大学病院 感染制御部)

PD12-2 消毒薬適正使用を現場に定着させるために一標準化、教育、現場確認をつなぐ取り組み—

下平 智秀(東京医科大学病院 薬剤部/東京医科大学病院 感染制御部)

PD12-3 消毒薬を製造・販売する企業における消毒薬有効性評価指針の活用事例

梶浦 工(吉田製薬株式会社 研究開発本部)

PD12-4 長崎大学病院が目指す抗菌薬適正使用

今村 政信(長崎大学病院薬剤部/長崎大学病院感染制御教育センター)

PD12-5 アルコール過敏症者に配慮した低刺激性手指消毒薬の適正使用への示唆

浜田 幸宏(高知大学医学部附属病院 薬剤部)

パネルディスカッション13

7月11日(土) 8:30~10:00 第5会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G5)

徹底的に考える、標準予防策の教育と実践

座長：高野八百子(慶應義塾大学病院 感染制御部)
鍋谷 佳子(大阪大学医学部附属病院)

PD13-1 今一度見直そう 標準予防策

吉田 理香(東京医療保健大学大学院 医療保健学研究科 感染制御学)

PD13-2 患者参加型の手指衛生プログラムによる医療者の手指衛生への効果

渡邊 裕介(東京医科大学茨城医療センター 集中治療部)

PD13-3 全職員を対象としたクリーンハンドキャンペーンの実施

植田 貴史(兵庫医科大学病院 感染制御部)

PD13-4 ボトムアップ型感染対策の推進—リンクメンバー制度による現場改革—

小松崎直美(順天堂大学医学部附属順天堂医院 感染予防管理部 感染予防対策室)

パネルディスカッション14

7月11日(土) 8:30~10:00 第7会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G7)

多職種で取り組むアウトブレイク・ケーススタディ

座長：笠原 敬 (奈良県立医科大学附属病院 感染症内科・感染管理室)
山本 剛 (大阪大学大学院医学系研究科変革的感染制御システム開発学寄附講座/医学部附属病院感染制御部)

PD14-1 黒色真菌血症を契機に環境調査から感染対策につなげた事例

高橋 佑輔 (大阪大学医学部附属病院 感染制御部)
戎 諒子 (大阪大学医学部附属病院 感染制御部)
砂田 淳子 (大阪大学医学部附属病院 感染制御部)
太田 悦子 (大阪大学医学部附属病院 感染制御部)
忽那 賢志 (大阪大学医学部附属病院 感染制御部)

PD14-2 当院で経験した複数病棟にまたがる VRE アウトブレイク

小林 勇仁 (東京医科大学病院 感染制御部)
奥川 麻美 (東京医科大学病院 感染制御部)
三浦 悠里 (東京医科大学病院 感染制御部)
下平 智秀 (東京医科大学病院 感染制御部)

パネルディスカッション15

7月11日(土) 8:30~10:00 第9会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G303+G304)

知りたい&議論したい! 血管内カテーテル管理 Series 1 (CV、CV ポート、PICC)

座長：中村 造 (東京医科大学病院 感染制御部)
野田 洋子 (亀岡シミズ病院)

PD15-1 CVC、CVP、PICC による血管内カテーテル感染症のガイドライン・エビデンスレビュー

岡本 耕 (東京科学大学 統合臨床感染症学分野)

PD15-2 血管内カテーテル管理における感染対策—ICU における中心ライン関連血流感染 (CLABSI) 発生率増加を契機とした対策と実践—

秋山 祐哉 (高知大学 医学部附属病院 感染管理部/高知大学 医学部附属病院 看護部)

PD15-3 PICC の普及は CRBSI 対策に寄与するのか—特定行為看護師による PICC 挿入件数の増加とカテーテル管理の重要性—

跡治江理奈 (柏厚生総合病院 看護部)

パネルディスカッション16

7月11日(土) 10:10~11:40 第9会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G303+G304)

知りたい&議論したい! 血管内カテーテル管理 Series 2 (末梢カテーテル、嚙のミッドライン)

座長：中村 造 (東京医科大学病院 感染制御部)
野田 洋子 (亀岡シミズ病院)

PD16-1 末梢血管カテーテルとミッドラインカテーテルの感染対策エビデンスレビュー

中村 造 (東京医科大学病院 感染制御部・感染症科)

PD16-2 末梢静脈カテーテルの感染対策とデバイス管理の再考

松澤真由子 (東京慈恵会医科大学附属病院)

PD16-3 当院の Midline 導入に向けた取り組みと導入後の効果—患者と看護師にとっての最適なデバイス選択を目指して—

西脇 直美 (市立長浜病院)



パネルディスカッション17 7月11日(土) 14:00~15:30 第10会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G302)

医療施設における水衛生の感染対策を考える

座長：八木 哲也(名古屋大学大学院医学系研究科 臨床感染統御学)
笹原 鉄平(自治医科大学附属病院 感染制御部)

PD17-1 医療施設における水系感染症のオーバービュー

岡 圭輔(名古屋大学医学部附属病院 中央感染制御部)

PD17-2 上水設備・吐水口

高城 一郎(宮崎大学医学部附属病院 感染制御部)

PD17-3 手洗いシンクの衛生管理を考える

笹原 鉄平(自治医科大学附属病院 感染制御部)

PD17-4 院内排水管の清掃・消毒～感染制御の“死角”をどう管理するか～

柿内 聡志(長崎大学病院 総合感染症科 感染制御教育センター)

パネルディスカッション18 7月11日(土) 14:00~15:30 第11会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G301)

感染症インテリジェンス機能と人材育成

座長：千酌 浩樹(鳥取県立中央病院)
山本 善裕(富山大学附属病院感染症科)

PD18-1 大阪健康安全基盤研究所における、感染症インテリジェンス機能と人材育成

本村 和嗣(地方独立行政法人 大阪健康安全基盤研究所 公衆衛生部)

PD18-2 大学病院における感染症医育成ー日本でのニーズを踏まえた取り組みー

田頭 保彰(東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野/東京科学大学病院 感染症内科・感染制御部/東京科学大学 感染症センター(TCIDEA))

PD18-3 地方大学の感染症インテリジェンスへの関わりについての一考察

古本 朗嗣(長崎大学病院総合感染症科・感染症医療人育成センター)

PD18-4 感染症インテリジェンス人材育成に大学病院が果たす役割

中澤 靖(東京慈恵会医科大学附属病院)

ベーシックレクチャー1 7月9日(木) 16:30~17:00 第7会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G7)

座長：大毛 宏喜(広島大学)

BL1 病院機能評価受審に向けてのポイント

長島 梧郎(医療法人社団 三喜会 横浜新緑総合病院/公益財団法人日本医療機能評価機構)

ベーシックレクチャー2 7月9日(木) 17:05~17:35 第7会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G7)

座長：満田 年宏(遠藤医院(神奈川県平塚市))

BL2 薬剤感受性検査結果を正しく理解するために

黒沼 幸治(札幌医科大学 医学部 感染学講座感染症学分野)

ベーシックレクチャー3 7月10日（金） 8：30～9：00 第2会場（パシフィコ横浜 ノース 1F G2）

座長：山田 智之（大阪医科薬科大学病院 薬剤部）

BL3 バンコマイシン TDM における 2 点採血の必要性を実践から考える

鈴木 絢子（北里大学 薬学部 薬物動態学/北里大学病院 薬剤部）

ベーシックレクチャー4 7月10日（金） 9：05～9：35 第2会場（パシフィコ横浜 ノース 1F G2）

座長：小野 和代（東京科学大学病院）

BL4 今こそ基本に立ち返ろう！麻疹の基本的な感染対策

須田江津子（埼玉医科大学総合医療センター）

ベーシックレクチャー5 7月10日（金） 9：40～10：10 第2会場（パシフィコ横浜 ノース 1F G2）

座長：上原 由紀（順天堂大学）

BL5 疥癬研究者が疥癬に罹ってみてわかったことーセルフ症例報告

牧上久仁子（東京品川病院）

ベーシックレクチャー6 7月10日（金） 10：15～10：45 第2会場（パシフィコ横浜 ノース 1F G2）

座長：崎浜 智子（久留米大学医学部看護学科/大学院感染看護学分野）

BL6 基本に立ち返る・CAUTI 対策

齊藤 悟（前橋赤十字病院）

ベーシックレクチャー7 7月10日（金） 10：50～11：20 第2会場（パシフィコ横浜 ノース 1F G2）

座長：小林 治（国立がん研究センター中央病院）

BL7 下水から読み解く感染症：流行動態とそのメカニズム

村上 道夫（大阪大学 感染症総合教育研究拠点）

ベーシックレクチャー8 7月10日（金） 14：00～14：30 第2会場（パシフィコ横浜 ノース 1F G2）

座長：本田 仁（藤田医科大学）

BL8 CDI サーベイランスの現状と課題～診断適正使用のターゲットとして～

田頭 保彰（東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野/東京科学大学病院 感染症内科・感染制御部/東京科学大学 感染症センター（TCIDEA））

ベーシックレクチャー9 7月10日（金） 14：35～15：05 第2会場（パシフィコ横浜 ノース 1F G2）

座長：貫井 陽子（京都府立医科大学）

BL9 ICT が知っておきたい情報のまとめ方の基本

塚田 敬子（国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 応用疫学研究センター）



ベーシックレクチャー10

7月10日(金) 15:10~15:40 第2会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G2)

座長: 岡森 景子 (社会医療法人 生長会 ベルランド総合病院)

BL10 感染管理チームが知っておきたい基本的な PC スキル—Excel・PowerPoint と AI の活用術—

濱野 飛鳥 (社会医療法人畿内会 岡波総合病院)

ベーシックレクチャー11

7月10日(金) 8:30~9:00 第11会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G301)

座長: 豊川 真弘 (福島県立医大)

BL11 血液培養に基づく AST 活動における微生物検査技師の役割

松尾 裕央 (大阪大学医学部附属病院 感染制御部/感染症内科)

ベーシックレクチャー12

7月10日(金) 9:05~9:35 第11会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G301)

座長: 具 芳明 (東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野)

BL12 デザイン思考からアプローチする感染対策

井戸 健二 (株式会社東芝 DX・デザイン&コミュニケーション部)

ベーシックレクチャー13

7月10日(金) 9:40~10:10 第11会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G301)

座長: 田頭 保彰 (東京科学大学 統合臨床感染症学分野)

BL13 感染対策に活かす実装科学: エビデンスを現場に根付かせるための考え方

島津 太一 (国立研究開発法人 国立がん研究センター)

ベーシックレクチャー14

7月10日(金) 10:15~10:45 第11会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G301)

座長: 栗原 英見 (下松デンタルアカデミー専門学校)

BL14 歯科領域における抗菌薬適正使用—抗微生物薬適正使用の手引き第四版歯科編の概要と実践—

田頭 保彰 (東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野/東京科学大学病院 感染症内科・感染制御部/東京科学大学 感染症センター (TCIDEA))

ベーシックレクチャー15

7月10日(金) 10:50~11:20 第11会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G301)

座長: 柳原 克紀 (長崎大学病院 臨床検査科)

BL15 CRE/VRE

山岸 拓也 (国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 応用疫学研究センター)

ベーシックレクチャー16

7月10日(金) 14:00~14:30 第11会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G301)

座長: 遠藤 史郎 (東北医科薬科大学)

BL16 血液培養検査の結果を深〜く読みとる

山本 剛 (大阪大学大学院医学系研究科変革的感染制御システム開発学寄附講座/大阪大学医学部附属病院感染制御部)

ベーシックレクチャー17 7月10日(金) 14:35~15:05 第11会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G301)

座長：中谷 佳子(聖マリアンナ医科大学病院 感染制御部)

BL17 MRSA と ESBL を正しく理解する～定義・環境生存・感染経路から予後まで～

大石 貴幸(済生会横浜市東部病院 感染管理対策室)

ベーシックレクチャー18 7月10日(金) 15:10~15:40 第11会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G301)

座長：堀越 裕歩(東京都立小児総合医療センター 総合診療部 感染症科、免疫科)

BL18 成人RS ウイルス感染症の病態と予防

倉井 大輔(杏林大学 医学部 臨床感染症学)

ベーシックレクチャー19 7月11日(土) 8:30~9:00 第2会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G2)

目で見える外科感染対策

座長：山田 浩司(溝ノ口整形外科)

BL19-1 目で見える人工股関節周囲感染(PJI) 対策

内山 勝文(北里大学医学部 医学教育研究開発センター 医療安全・管理学研究部門)

BL19-2 目で見える外科感染対策

重村 克巳(倉敷成人病センター)

ベーシックレクチャー20 7月11日(土) 9:05~9:35 第2会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G2)

座長：加藤 博孝(大崎市民病院岩出山分院)

BL20 ロボット手術における感染対策

下田 次郎(岩手県立胆沢病院)

ベーシックレクチャー21 7月11日(土) 9:40~10:00 第2会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G2)

座長：橋本 丈代(福岡大学病院)

BL21 外科系全診療科 SSI サーベイランス実施のための戦略

藤田 明子(大阪公立大学 大阪国際感染症研究センター 感染管理認定看護師教育課程/前 大阪公立大学医学部附属病院 感染制御部)

ベーシックレクチャー22 7月11日(土) 10:05~10:35 第2会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G2)

座長：丹羽 隆(岐阜大学医学部附属病院 薬剤部)

BL22 抗菌薬の基本～コモンな感染症と治療薬・治療期間～

西 圭史(日本大学 薬学部 薬剤師教育センター)

ベーシックレクチャー23 7月11日(土) 10:40~11:10 第2会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G2)

座長：村木 優一(京都薬科大学)

BL23 こう使ってます、新しい抗菌薬：耐性機序に基づく適正使用と実臨床での位置付け

西村 翔(兵庫県立はりま姫路総合医療センター 感染症内科)



ベーシックレクチャー24

7月11日(土) 11:15~11:35 第2会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G2)

座長：加来 浩器(防衛医科大学校)

BL24 エアロゾルと空気感染

岡本 耕(東京科学大学 統合臨床感染症学分野)

ベーシックレクチャー25

7月11日(土) 14:00~14:30 第2会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G2)

座長：坂木 晴世(国際医療福祉大学大学院)

BL25 これからはじめるサーベイランス

藤田 烈(国際医療福祉大学大学院 医学研究科 公衆衛生学専攻)

ベーシックレクチャー26

7月11日(土) 14:35~15:05 第2会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G2)

座長：和田 耕治(国立健康危機管理研究機構)

BL26 医療従事者における職業感染対策

吉岡 範(大阪大学 医学部 附属病院 医療技術部 検査部門/大阪大学 医学部 附属病院 臨床検査部)

ベーシックレクチャー27

7月11日(土) 9:05~9:35 第11会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G301)

座長：三澤 成毅(順天堂大学医療科学部 臨床検査学科)

BL27 検査結果を臨床へ伝える力：報告例と情報提供の工夫

黒川 正美(国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 中央検査部門)

ベーシックレクチャー28

7月11日(土) 9:40~10:10 第11会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G301)

座長：高橋 幹夫(SGグループ/岩手医科大学医学部総合診療医学講座)

BL28 微生物検査技師さんと一緒に鏡検し、臨床に生かすグラム染色の経験

小野寺千夏(岩手医科大学附属病院 小児科学講座)

ベーシックレクチャー29

7月11日(土) 10:15~10:45 第11会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G301)

座長：春木 宏介(獨協医科大学)

BL29 感染症における血清学的検査の解釈：基本とピットフォール

篠原 浩(京都大学大学院医学研究科 臨床病態検査学/京都大学医学部附属病院 検査部・感染制御部)

ベーシックレクチャー30

7月11日(土) 10:50~11:20 第11会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G301)

座長：小野寺直人(岩手医科大学医学部臨床検査医学・感染症学講座)

BL30 微生物検査はここから始まる！！～キホンがわかる検体採取法～

安藤 隆(東京慈恵会医科大学西部医療センター 中央検査部)

委員会企画1

7月9日(木) 14:30~16:00 第6会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G6)

【注射薬無菌調製の適正化ガイダンス作成委員会】医療現場における注射薬無菌調製の課題とガイダンス作成の目的

座長：西 圭史（日本大学薬学部 薬剤師教育センター）
柿内 聡志（長崎大学病院 総合感染症科 感染制御教育センター）

CP1-1 注射薬無菌調製の適正化に向けた薬剤師の役割—非無菌的環境でのエビデンス構築を中心に—

佐道 紳一（長崎みなとメディカルセンター 薬剤部）

CP1-2 病棟・外来における注射薬調製の現状と課題—非無菌的環境下での安全な調製に向けて—

富田 学（東邦大学医療センター大森病院 感染管理部）

CP1-3 保険薬局における注射剤調製の現状

由良 温宣（有限会社 由良薬局）

CP1-4 医療現場における注射薬無菌調製の課題とガイダンス作成の目的

中川 博雄（長崎大学病院薬剤部）

委員会企画2

7月9日(木) 14:30~16:00 第7会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G7)

【災害時感染制御検討委員会】災害と感染症、感染対策～DICT と連携する他団体の活動と DICT への期待～

座長：泉川 公一（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 臨床感染症学分野）
川村 英樹（鹿児島大学病院）

CP2-1 DMAT の活動と DICT への期待

近藤 久禎（国立健康危機管理研究機構 危機管理・運営局 DMAT 事務局）

CP2-2 災害と感染症、感染対策～JMAT（日本医師会災害医療チーム）の活動と DICT への期待～

平林 弘久（日本医師会 救急災害医療対策委員会）

CP2-3 災害時における DICT と赤十字救護班の協働

植田 信策（日本赤十字社 医療事業推進本部（兼）事業局救護・福祉部）

CP2-4 厚生労働省委託事業としての DICT の歩みとこれから

川村 英樹（鹿児島大学 大学院医歯学総合研究科 感染症専門医養成講座）

委員会企画3

7月9日(木) 15:30~16:00 第8会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G8)

【臨床研究推進委員会】

座長：三鴨 廣繁（学校法人朝日大学病院）

CP3 感染対策イノベーション 2026

國島 広之（聖マリアンナ医科大学 感染症学講座）



委員会企画4

7月10日(金) 8:30~10:00 第9会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G303+G304)

〔地域セミナー委員会〕地域セミナーの現在地と未来—多様化する地域課題にどう向き合うか—

座長：遠藤 史郎(東北医科薬科大学)

掛屋 弘(大阪公立大学)

CP4-1 九州・沖縄地区地域セミナーの取り組み

泉川 公一(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科臨床感染症学分野)

CP4-2 地域セミナー(四国ブロック)の開催について 愛媛県での取り組み

田内 久道(愛媛大学医学部 感染制御部/愛媛大学大学院 感染制御学)

CP4-3 関西・中国ブロックの4年間の取り組みから見た高齢者施設における感染対策の課題

鍋谷 佳子(大阪大学医学部附属病院)

パネリスト：小山田玲子(北海道大学病院 感染制御部)

金井信一郎(信州大学医学部附属病院)

馬場 尚志(岐阜大学医学部附属病院 感染制御室/生体支援センター)

堀野 哲也(東京慈恵会医科大学 内科学講座 感染症内科)

青柳 哲史(東北大学)

委員会企画5

7月10日(金) 14:00~15:30 第9会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G303+G304)

〔リスクコミュニケーション委員会〕予防接種におけるリテラシーとリスクコミュニケーションについて考える

座長：西 圭史(日本大学薬学部 薬剤師教育センター)

田崎 陽典(TAZAKIコミュニケーションコンサルティング)

CP5-1 リスクコミュニケーション総論—予防接種をめぐる主体とリテラシーを考える—

奈良由美子(放送大学大学院 文化科学研究科 生活健康科学プログラム)

CP5-2 予防接種従事者の教育の重要性について

神谷 元(三重大学大学院 医学系研究科 公衆衛生・産業医学・実地疫学分野)

CP5-3 予防接種推進におけるリテラシーと対話の統合：海外の教育プログラムと国内の最新知見から

齋藤 あや(新潟大学大学院医歯保健学研究科)

CP5-4 特別発言

中島 一敏(大東文化大学スポーツ・健康科学部健康科学科)

委員会企画6

7月10日(金) 8:30~10:00 第10会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G302)

〔国際委員会 (SHEA)〕 Isolation Precautions Update and Preparedness for the Next Pandemic

座長：金森 肇 (金沢大学医薬保健研究域医学系感染症科学・臨床検査医学)
岡本 耕 (東京科学大学統合臨床感染症学分野)
本田 仁 (藤田医科大学)

CP6-1 Respiratory Viral Infection Prevention and Control: Preparing for the Present and the Future

Sharon B. Wright (Chief Infection Prevention Officer, Beth Israel Lahey Health/Past President, Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA), USA)

CP6-2 Isolation Precaution Guideline Update

森兼 啓太 (山形大学医学部附属病院 検査部・感染制御部)

CP6-3 Emerging Infectious Diseases Preparedness in Japanese Healthcare Facilities: Lessons Learned from the COVID-19 Pandemic

馳 亮太 (日本赤十字社成田赤十字病院 感染症科)

委員会企画7

7月10日(金) 10:10~11:40 第10会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G302)

〔国際委員会 (APIC)〕 Infection Prevention and Control in Long-Term Care Facilities and the Role of Infection Preventionists— Future Perspectives across the United States and Japan—

座長：松永 早苗 (神奈川県立保健福祉大学)
田島 太一 (国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター AMR臨床リファレンスセンター)
本田 仁 (藤田医科大学)

CP7-1 Infection Prevention and Control in Long Term Care

Katherine Ward (APIC (Association of Professionals in Infection Control and Epidemiology, USA))

CP7-2 日米の高齢者施設における感染管理の比較と共通する課題—制度・施設背景・実践の違いを踏まえて—

藤本 要子 (国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター AMR 臨床リファレンスセンター)

CP7-3 高齢者療養病院における感染管理の実際と課題

金谷 育子 (地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 看護部)

CP7-4 地域で連携して進める高齢者入居施設の感染対策支援の実際と課題—吹田市の取り組み—

中田 淑子 (地方独立行政法人 市立吹田市民病院)

パネリスト：水野えりこ (独立行政法人国立病院機構 佐賀病院)



委員会企画8

7月10日(金) 14:00~15:30 第10会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G302)

【ホームページ・SNS 等運営委員会】学会発信情報いいとこ取り 2026~ホームページやメルマガを活用しよう~

座長：金井信一郎(信州大学医学部附属病院)
藤田 烈(国際医療福祉大学)

CP8-1 学会 HP：手指衛生の改善のためのサポートサイトの活用

鈴木 由美(NHO 下志津病院 感染症内科/NHO 下志津病院 小児科)

CP8-2 CDC ウォッチを通じた情報発信：15年の歩みと最新の知見

矢野 邦夫(浜松医療センター)

CP8-3 JHI サマリー日本語版を徹底解説—効率的な学術情報の収集とデータから紐解く感染管理のトレンド—

一色 理沙(株式会社モレールコーポレーション 技術開発本部 学術グループ)

委員会企画9

7月10日(金) 15:40~16:40 第10会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G302)

【日本外科感染症学会教育委員会との合同企画】

座長：大毛 宏喜(広島大学)

CP9 術中 SSI 対策を見てみよう~消化器外科編~

畑 啓昭(国立病院機構 京都医療センター 外科・感染制御部)

委員会企画10

7月10日(金) 8:30~10:00 第12会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G312+G313)

【JHAIS 委員会】サーベイランス集計結果報告および事例判定解説

座長：森兼 啓太(山形大学医学部附属病院 検査部・感染制御部)
黒須 一見(国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 薬剤耐性研究センター)

CP10-1 SSI サーベイランス報告

清水 潤三(市立豊中病院)

CP10-2 デバイスサーベイランス報告①：ICU・一般病棟部門

藤田 烈(国際医療福祉大学)

CP10-3 デバイスサーベイランス報告②：NICU 部門

坂木 晴世(国際医療福祉大学大学院)

CP10-4 事例判定：SSI

畑 啓昭(国立病院機構京都医療センター外科・感染制御部)

CP10-5 事例判定：CLABSI

窪田 志穂(国立国際医療センター)

CP10-6 事例判定：CAUTI

縣 智香子(東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野)

CP10-7 事例判定：VAE

佐々木顕子(北里大学病院)

委員会企画11

7月10日（金） 10：10～11：40 第12会場（パシフィコ横浜 ノース 3F G312+G313）

〔NICU 感染対策検討委員会〕 NICU ラウンドを考える

座長：高野八百子（慶應義塾大学病院 感染制御部）

坂木 晴世（国際医療福祉大学大学院）

CP11-1 大学病院 NICU における環境整備の実践—ICT 介入から自立に至る 10 年の取り組み—

三橋 美野（東京大学医学部附属病院 看護部 感染対策センター）

CP11-2 NICU 経験のない CNIC による NICU 感染対策の実践

石川かおり（兵庫医科大学病院）

CP11-3 NICU ラウンドチェックリスト解説①

美島 路恵（東京慈恵会医科大学附属病院）

CP11-4 NICU ラウンドチェックリスト解説②

寺坂 陽子（長崎大学病院 感染制御教育センター）

委員会企画12

7月10日（金） 8：30～10：00 第16会場（パシフィコ横浜 ノース 4F G403+G404）

〔C. difficile 感染対策ガイドライン策定委員会〕 Clostridioides difficile 感染対策ガイド改訂のポイント

座長：國島 広之（聖マリアンナ医科大学 感染症学講座）

一木 薫（兵庫医科大学病院 看護部）

CP12-1 疫学と診断

森永 芳智（富山大学 学術研究部医学系 微生物学講座）

CP12-2 Clostridioides difficile に対する感染対策

中村 敦（名古屋市立大学大学院医学研究科臨床感染制御学）

CP12-3 CDI 感染対策

森 美菜子（広島大学病院 感染制御部）

CP12-4 CDI 感染対策ガイド改訂のポイント—CDI 患者退室後の清掃・ターミナルクリーニングについて—

三鴨 廣繁（学校法人朝日大学病院 感染症内科/愛知医科大学）



委員会企画13

7月10日(金) 10:10~11:55 第16会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G403+G404)

〔教育委員会〕AMR 時代の手指衛生向上にむけて：今ある gap を明らかにする

座長：森兼 啓太(山形大学医学部附属病院 検査部・感染制御部)

鈴木 由美(国立病院機構下志津病院)

CP13-1 日本におけるアクションプランの現状と今後について【様々な GAP を考える】

小谷 聡司(厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課)

CP13-2 2009 年 WHO 手指衛生ガイドライン推奨事項に対して 私たちはどこまで到達できているのか？

鈴木 由美(NHO 下志津病院 感染症内科/NHO 下志津病院 小児科)

CP13-3 手指衛生向上に向けて WHO 手指衛生多角的戦略を導入した成果と今後の課題

土田 陽子(横浜南共済病院)

CP13-4 WHO 手指衛生多角的戦略で可視化された組織文化のギャップへのアプローチ

豊留 有香(名古屋大学医学部附属病院 看護部感染対策/中央感染制御部)

CP13-5 多施設アンケート研究から見えてきた現場の課題

岡本 耕(東京科学大学 統合臨床感染症学分野)

CP13-6 日本の医療機関等で手指衛生推進に取り組む医療従事者の困難と公的支援のニーズ—リアルタイム Web アンケートによる双方向的な実態調査—

川上 和美(川崎市立看護大学大学院 看護学研究科 感染看護学領域)

委員会企画14

7月10日(金) 8:30~10:00 第17会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G402)

〔職業感染制御委員会〕エピネット日本版最新データ報告と咬みつки・ひっかきを考える

座長：貫井 陽子(京都府立医科大学)

網中真由美(国立健康危機管理研究機構 国立看護大学校)

CP14-1 エピネット日本版サーベイランス(JES)の進展と課題、および最新データの報告

細見由美子(一般社団法人 職業感染制御研究会)

CP14-2 咬傷・擦過傷の発生状況と背景因子の解析～エピネット日本版サーベイランスデータに基づく職業感染リスクの検討～

大石 貴幸(済生会横浜市東部病院 感染管理対策室)

CP14-3 患者から医療者へのひっかき・噛みつき予防の取り組み

渡邊 愛子(NTT 東日本関東病院 感染対策推進室)

CP14-4 咬傷・擦過傷の曝露後対応を考える—感染・安全・心理の三位一体モデル—

吉川 徹(独立行政法人労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所)

委員会企画15

7月10日(金) 10:10~11:40 第17会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G402)

【医療環境委員会】医療環境とレジオネラ症～基礎から医療機関の対応まで～

座長：古谷 直子（亀田総合病院地域感染症疫学・予防センター）
浅野美奈子（社会医療法人河北医療財団河北総合病院手術室）

CP15-1 医療環境とレジオネラ症：疫学

関谷 紀貴（東京科学大学病院 感染症内科・感染制御部）

CP15-2 レジオネラ症の集団発生事例

中下 愛実（昭和薬科大学 社会薬学研究室）

CP15-3 レジオネラ症対策とリスク評価

四宮 聡（医療法人協和会）

CP15-4 医療環境におけるレジオネラ症対策：法的根拠に基づく組織的協働と継続的なリスク管理

古関 義隆（元 港区衛生試験所）

CP15-5 特別発言

坂本 史衣（板橋中央総合病院）

委員会企画16

7月10日(金) 15:40~17:10 第17会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G402)

【マスギャザリング関連感染症対策委員会】現場で考えるマスギャザリング関連感染症 Part.3

座長：吉田 正樹（新橋南桜パーククリニック）
藤村 茂（東北医科薬科大学 臨床感染症学教室）

CP16-1 東京オリンピック・パラリンピックの経験から

藤村 茂（東北医科薬科大学 大学院薬学研究科 臨床感染症学教室）

CP16-2 マスギャザリングイベントにおける感染症危機管理：リスクアセスメント、リスクマネジメント、リスクコミュニケーション

中島 一敏（大東文化大学 スポーツ・健康科学部 健康科学科）

CP16-3 大阪・関西万博を経験して一国際都市大阪における感染症対策

掛屋 弘（大阪公立大学大学院 医学研究科 臨床感染制御学）

CP16-4 マスギャザリング時代における薬剤耐性菌持ち込み対策—入院時スクリーニングと高度耐性菌対応の実践—

一木 薫（兵庫医科大学病院 看護部）

CP16-5 大阪・関西万博感染症情報解析センターの取り組みについて

本村 和嗣（地方独立行政法人 大阪健康安全基盤研究所 公衆衛生部）

委員会企画17

7月10日(金) 10:10~10:40 第18会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G401)

【利益相反委員会】

座長：黒沼 幸治（札幌医科大学医学部 感染症講座感染症学分野）

CP17 臨床研究および医療専門職教育における利益相反

樋之津史郎（札幌医科大学 医学部 医療統計・データ管理学講座）



委員会企画18

7月10日(金) 10:50~11:20 第18会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G401)

〔四学会合同抗菌薬感受性サーベイランス運営委員会〕

座長：村木 優一（京都薬科大学）

CP18 四学会合同抗菌薬感受性サーベイランス報告—*Clostridioides difficile* 感染症—

國島 広之（聖マリアンナ医科大学感染症学講座）

委員会企画19

7月10日(金) 15:40~17:10 第18会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G401)

〔編集委員会〕報告から原著へ

座長：藤田 烈（国際医療福祉大学）

堀野 哲也（東京慈恵会医科大学 内科学講座 感染症内科）

CP19-1 日常業務の「？」を論文に変える一屆出制という日本独自の制度に着目した研究の立案から論文の採択まで—

田中 雄大（東京大学 医学部附属病院 薬剤部）

CP19-2 報告から原著へ：原著採択に必要な研究デザイン・新規性・記述品質の再構築

浜田 幸宏（高知大学医学部附属病院 薬剤部）

パネリスト：高橋 佳子（兵庫医科大学病院 薬剤部）

委員会企画20

7月11日(土) 8:30~10:00 第10会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G302)

〔ワクチン委員会〕医療関係者のためのワクチンガイドライン第5版

座長：山岸 由佳（高知大学医学部臨床感染症学講座）

三鴨 廣繁（学校法人朝日大学病院）

CP20-1 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、水痘ワクチン

多屋 馨子（神奈川県衛生研究所）

CP20-2 百日せきワクチン

岡田 賢司（福岡看護大学/福岡歯科大学医科歯科総合病院予防接種センター）

CP20-3 新型コロナワクチン

藤村 茂（東北医科薬科大学 大学院薬学研究科 臨床感染症学教室）

CP20-4 B型肝炎ワクチン、ダニ媒介性脳炎ワクチン

金井信一郎（信州大学 医学部附属病院 感染制御室）

委員会企画21

7月11日(土) 10:10~11:40 第10会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G302)

【新興・再興感染症対策委員会】今、取り組むべき新興・再興感染症

座長：松本 哲哉（国際医療福祉大学医学部感染症学講座）

泉川 公一（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 臨床感染症学分野）

CP21-1 *Candida auris* の国内外の現状と必要な対策：診療の手引き第2.0版に基づく最新知見

石金 正裕（国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 国際感染症センター）

CP21-2 海外から持ち込まれる新興・再興感染症への対応

高谷 紗帆（国際医療福祉大学 成田病院 感染症科/国際医療福祉大学 医学部 感染症学講座）

CP21-3 医療機関における新興・再興感染症検査体制の課題：検査の立場から

山本 剛（大阪大学大学院医学系研究科変革的感染制御システム開発学寄附講座/大阪大学医学部附属病院感染制御部）

CP21-4 重症熱性血小板減少症候群（SFTS）の現状と診断・治療・感染対策上の注意点

宮崎 泰可（宮崎大学 医学部 内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野）

委員会企画22

7月11日(土) 8:30~10:00 第12会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G312+G313)

【認定制度委員会】企画1 新しい認定制度について教えて！

座長：渋谷 智恵（日本看護協会看護研修学校）

八木 哲也（名古屋大学医学部附属病院）

CP22-1 新しい認定制度（CIP）とは？

八木 哲也（名古屋大学医学部附属病院）

CP22-2 第1ステップ（CIP）の試験制度

坂本 史衣（板橋中央総合病院）

CP22-3 高齢者施設での感染対策の課題と認定制度

大毛 宏喜（日本環境感染学会 認定制度委員会）

委員会企画23

7月11日(土) 10:10~11:40 第12会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G312+G313)

【認定制度委員会】企画2 新認定制度第1ステップに向けた基礎講座

座長：小野 和代（東京科学大学病院）

八木 哲也（名古屋大学大学院医学系研究科 臨床感染制御学）

CP23-1 感染対策に必要な微生物学と感染症治療の基本

堀野 哲也（東京慈恵会医科大学 内科学講座 感染症内科）

CP23-2 標準予防策・感染経路別予防策

三浦 美穂（久留米大学病院 感染制御部）

CP23-3 洗浄・消毒・滅菌

小野寺隆記（社会医療法人 渡邊高記念会 西宮渡辺病院 感染対策室）

CP23-4 医療環境の感染対策

古谷 直子（亀田総合病院 地域感染症疫学・予防センター）



委員会企画24

7月11日(土) 14:00~15:30 第12会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G312+G313)

〔臨床研究推進委員会〕医療の場における換気・空調管理ガイド

座長：三鴨 廣繁（学校法人朝日大学病院）
 國島 広之（聖マリアンナ医科大学 感染症学講座）

CP24-1 医療の場における換気・空調管理の基本的な考え

青柳 哲史（東北大学大学院医学系研究科 感染病態学分野/総合感染症学分野）

CP24-2 感染対策としての換気を考える

遠藤 史郎（東北医科薬科大学 医学部 感染症学教室）

CP24-3 医療施設の空調換気性能と COVID-19 エアロゾル感染への影響

林 基哉（宮城学院女子大学）

CP24-4 医療施設における空調管理の実効性を高める教育・人材育成と多職種連携

美島 路恵（東京慈恵会医科大学附属病院）

委員会企画25

7月11日(土) 14:00~15:30 第17会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G402)

〔多剤耐性菌感染制御委員会〕みんなで育む多剤耐性菌対策～多職種での実践と最新知見

座長：森永 芳智（富山大学学術研究部医学系微生物学講座）
 渡邊都貴子（山陽学園大学 看護学部）

CP25-1 薬剤耐性菌対策の地域連携

川村 英樹（鹿児島大学 大学院医歯学総合研究科 感染症専門医養成講座）

CP25-2 微生物検査が支える薬剤耐性菌対策

小佐井康介（長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 薬物治療学）

CP25-3 高齢者施設で耐性菌対策を育めるか？

菅原えりさ（一般社団法人感染防止教育センター/東京医療保健大学）

CP25-4 多職種による臨床微生物ラウンドの実践とその効果

森永 芳智（富山大学 学術研究部医学系 微生物学講座/富山大学附属病院 検査・輸血細胞治療部）

第514回ICD講習会

7月11日(土) 15:40~17:40 第8会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G8)

ワクチンエッセンシャルズ

司会：國島 広之（聖マリアンナ医科大学 感染症学講座）
 堤 武也（東京大学医学部附属病院 感染制御部）

ICD-1 医療従事者のためのワクチンガイドラインのポイント

三鴨 廣繁（学校法人朝日大学病院 感染症内科/愛知医科大学）

ICD-2 女性と妊婦のためのワクチン

川名 敬（日本大学 医学部 産婦人科学系産婦人科学分野）

ICD-3 小児感染症予防における定期接種の役割：これまでの成果とこれからの課題

神谷 元（三重大学大学院 医学系研究科 公衆衛生・産業医学・実地疫学分野）

ICD-4 成人（ハイリスク者含む）のためのワクチン

岡本 耕（東京科学大学 統合臨床感染症学分野）

Young Challenger Award 受賞講演 7月11日(土) 15:00~15:30 第1会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G1)

座長：四柳 宏（一般社団法人日本環境感染学会理事長）

03-2 RS ウイルスワクチン接種勧奨における感染管理看護師と医師の職種間連携の有用性

岡田 恵美（北海道立北見病院 感染管理室）

032-5 院内職員に対するインフルエンザワクチン筋肉内投与による副反応の調査

駒澤 宏紀（手稲溪仁会病院 感染制御管理室）

053-5 重症心身障害児（者）施設の長期入所集団における *Pseudomonas aeruginosa* の薬剤耐性化傾向の解析

菅原 優（陽光福祉会 仙台エコー医療療育センター）

053-4 *Clostridioides difficile* 腸炎を対象とした症候群サーベイランスの効果の検討

妙中 勇貴（埼玉医科大学病院 感染対策室）

025-5 バンコマイシン耐性腸球菌に対する機械学習を用いたスクリーニングモデルの構築

古谷 賢人（名古屋市立大学大学院医学研究科 感染症学分野/名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 感染症内科/伊豆赤十字病院 内科）

スポンサードシンポジウム 7月10日(金) 8:30~9:30 第4会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G4)

医療施設における感染リスクと空調換気

座長：森屋 恭爾（東京医療保健大学）

SSP-1 医療施設におけるエアロゾル感染と空調換気対策

菊田 弘輝（北海道大学）

林 基哉（宮城学院女子大学）

SSP-2 医療施設における換気性能の実態調査

谷口景一郎（東京大学大学院工学系研究科）

SSP-3 医療施設における換気性能の実態調査を踏まえた感染リスクシミュレーション

小川 夕季（ダイキン工業株式会社）

共催：ダイキン工業株式会社

ランチョンセミナー1 7月10日(金) 12:00~13:00 第2会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G2)

座長：森兼 啓太（山形大学医学部附属病院 検査部 感染制御部）

LS1 感染症よもやま話～2026年夏トピックス Best 5～

笠原 敬（奈良県立医科大学 感染症内科学講座）

共催：丸石製薬株式会社

ランチョンセミナー2 7月10日(金) 12:00~13:00 第3会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G3)

いま考えるべき血液培養の課題と最適解

座長：長尾 美紀（京都大学大学院医学研究科 臨床病態検査学）

LS2-1 医師の視点から

中村 造（東京医科大学病院 感染制御部）

LS2-2 看護師の視点から

中川 祐介（滋賀県立総合病院 看護部 兼 感染管理室）



ランチョンセミナー3

7月10日（金） 12：00～13：00 第4会場（パシフィコ横浜 ノース 1F G4）

座長：渋谷 智恵（日本看護協会看護研修学校）

LS3 『私たちのサーベイランス実践 ～つまずきどころと、先駆者が選んだ打ち手～』

細田 清美（福井県済生会病院）

パネリスト：小林 真美（長野赤十字病院）

高村 敦史（熊本労災病院）

共催：NPO 法人 HAICS 研究会

ランチョンセミナー4

7月10日（金） 12：00～13：00 第5会場（パシフィコ横浜 ノース 1F G5）

エアロゾル対策用空気清浄機を活用した事例発表

座長：賀来 満夫（聖マリアンナ医科大学 感染症学講座）

LS4-1 医療現場における感染性呼吸器粒子（IRPs）対策の現状と課題

遠藤 史郎（東北医科薬科大学 医学部 感染症教室）

LS4-2 小児科病棟における医療機関向け空気清浄機を活用した陰圧ブースによるアウトブレイク対策

浅井さとみ（東海大学 医学部 基盤診療学系臨床検査学）

松岡 明美（東海大学医学部付属病院 看護部）

共催：富士フイルムメディカル株式会社

ランチョンセミナー5

7月10日（金） 12：00～13：00 第6会場（パシフィコ横浜 ノース 1F G6）

座長：四柳 宏（国立健康危機管理研究機構）

**LS5 DPC 時代における新型コロナウイルス感染症対策を考える
ーワクチンの位置付けを考えるー**

三鴨 廣繁（学校法人朝日大学病院 感染症内科）

共催：モデルナ・ジャパン株式会社

ランチョンセミナー6

7月10日（金） 12：00～13：00 第7会場（パシフィコ横浜 ノース 1F G7）

座長：飯沼 由嗣（金沢医科大学 臨床感染症学講座）

LS6 抗菌薬の安定供給が抱える問題点と今後の方策

松本 哲哉（国際医療福祉大学医学部 感染症学講座/国際医療福祉大学成田病院 感染制御部）

共催：Meiji Seika ファルマ株式会社

ランチョンセミナー7

7月10日(金) 12:00~13:00 第8会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G8)

病室の感染対策におけるイオンレス®(次亜塩素酸水)の活用

座長: 吉田 正樹(新橋南桜パーククリニック/東京慈恵会医科大学)

LS7-1 小児病棟プレイルームにおける環境菌の実態とイオンレス次亜塩素酸水の空間噴霧の活用—薬剤耐性菌に対する抗菌に対する抗菌・抗バイオフィルムの効果—

屋宮 清仁(久留米大学医学部 小児科学講座)

LS7-2 Bactericidal efficacy of atomized hypochlorous acid water against CRAB and MRPA in a hospital room.

Sunjoo Kim (Department of Laboratory Medicine, GC Labs, Yangsan, Korea)

共催: ニプロ株式会社

ランチョンセミナー8

7月10日(金) 12:00~13:00 第9会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G303+G304)

軟性内視鏡における感染の現状と課題~十二指腸内視鏡リプロセスにおける滅菌ソリューション~

座長: 堤 武也(東京大学医学部附属病院 感染制御部)

LS8-1

金森 肇(金沢大学医薬保健研究域医学系 感染症科学・臨床検査医学)

LS8-2

大木 大輔(東京大学医学部附属病院 感染制御部)

共催: ASP Japan 合同会社

ランチョンセミナー9

7月10日(金) 12:00~13:00 第10会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G302)

座長: 金光 敬二(東北大学大学院)

LS9 病院環境整備と消毒

尾家 重治(病院衛生研究所)

共催: 公益社団法人全国ビルメンテナンス協会

ランチョンセミナー10

7月10日(金) 12:00~13:00 第17会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G402)

座長: 大塚 喜人(医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 臨床検査部)

LS10 血液培養から始まる感染症診療—Diagnostic Stewardship の実践—

菊池 航紀(医療法人涇仁会 手稲涇仁会病院 感染症科)

共催: ビオメリュー・ジャパン株式会社

ランチョンセミナー11

7月11日(土) 12:00~13:00 第2会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G2)

座長: 吉田 理香(東京医療保健大学/大学院 医療保健学研究科感染制御学)

LS11 感染対策と AI~生成 AI を活用した手指衛生の直接観察~

中澤 靖(東京慈恵会医科大学附属病院 感染対策部)

共催: 株式会社モレーンコーポレーション



ランチョンセミナー12

7月11日(土) 12:00~13:00 第3会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G3)

座長: 山岸 由佳 (高知大学医学部臨床感染症学講座)

LS12 医療関係者のためのワクチンガイドラインにみる新型コロナワクチンの特性と今後の展望

藤村 茂 (東北医科薬科大学大学院薬学研究科臨床感染症学教室)

共催: 武田薬品工業株式会社

ランチョンセミナー13

7月11日(土) 12:00~13:00 第4会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G4)

改訂されたガイドラインに学ぶ CAUTI 予防—Catheter Harm と Catheter Lifecycle に基づくカテーテル管理—

座長: 森兼 啓太 (山形大学医学部附属病院)

LS13-1 臨床感染症医の視点で読み解く新ガイドライン—CAUTI 診断の落とし穴と適切な検査・管理のあり方—

藤田 崇宏 (独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター)

LS13-2 Catheter Harm に着目した取り組み実践

美島 路恵 (東京慈恵会医科大学附属病院)

共催: 株式会社メディコン

ランチョンセミナー14

7月11日(土) 12:00~13:00 第5会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G5)

今求められる高齢者の呼吸器感染症予防

座長: 掛屋 弘 (大阪公立大学大学院医学研究科 臨床感染制御学)

**LS14-1 高齢者の肺炎を「治す」から「防ぐ」へ
～生活機能・認知機能を守る呼吸器感染症予防～**

山本 寛 (東京都健康長寿医療センター 呼吸器内科)

LS14-2 地域で取り組む高齢者の感染症予防

高山 義浩 (沖縄県立中部病院 地域診療科)

共催: ファイザー株式会社 メディカルアフェアーズ

ランチョンセミナー15

7月11日(土) 12:00~13:00 第7会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G7)

CRBSI 対策の展望

座長: 中村 造 (東京医科大学病院)

LS15-1

石塚 孝子 (医療法人 徳洲会 札幌東徳洲会病院)

LS15-2

渡邊 健太 (杏林大学医学部付属病院)

共催: ソルベンタム合同会社

ランチョンセミナー16 7月11日(土) 12:00~13:00 第9会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G303+G304)

座長：笹原 鉄平 (自治医科大学附属病院)

LS16 医療施設におけるレジオネラ対策：第5版レジオネラ症防止指針の活用

安齋 博文 (公益財団法人 日本建築衛生管理教育センター 調査研究部 検査課)

共催：ポールメディカル

ランチョンセミナー17 7月11日(土) 12:00~13:00 第10会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G302)

院内感染管理における次世代シーケンサーの活用

座長：高橋 聡 (札幌医科大学医学部感染制御・臨床検査医学講座)

LS17-1 次世代シーケンスの基礎

奥村 元 (イルミナ株式会社)

LS17-2 感染対策における薬剤耐性菌のゲノム解析とアウトブレイク対応

金森 肇 (金沢大学医薬保健研究域医学系感染症科学・臨床検査医学)

共催：イルミナ株式会社

ランチョンセミナー18 7月11日(土) 12:00~13:00 第11会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G301)

感染症と闘う医療現場の新戦略—院内空気清浄と COVID-19 後遺症への臨床アプローチ

座長：宮下 修行 (関西医科大学内科学第一講座 呼吸器感染症アレルギー科/関西医科大学附属病院 感染制御部)

LS18-1 院内空間を守る科学—Airdog が変える院内感染制御の新戦略—

丸毛 聡 (公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院 呼吸器内科・感染症科)

LS18-2 COVID-19 後遺症の臨床実践—診断から治療戦略まで—

平畑 光一 (医療法人社団創友会 ヒラハタクリニック)

共催：株式会社エアドッグジャパン

ランチョンセミナー19 7月11日(土) 12:00~13:00 第17会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G402)

座長：舘田 一博 (東邦大学微生物・感染症学講座)

LS19 Clinical implementation of metagenomic NGS opportunity, obstacles and experience sharing

Yee-Chun Chen (National Institute of Infectious Diseases and Vaccinology, National Health Research Institutes, Taiwan/Department of Medicine, National Taiwan University, College of Medicine, Taiwan/Division of Infectious Diseases, Department of Internal Medicine, National Taiwan University Hospital, Taiwan)

共催：APG アジア準訳ジャパン株式会社

ランチョンセミナー20 7月11日(土) 12:00~13:00 第18会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G401)

座長：國島 広之 (聖マリアンナ医科大学 感染症学)

LS20 高用量インフルエンザワクチンの臨床的意義—75歳以上定期接種時代に75歳未満へどう勧めるか、医療関連感染予防の視点も含めて—

三鴨 廣繁 (学校法人 朝日大学病院 感染症内科)

共催：サノフィ株式会社



スイーツセミナー1

7月10日(金) 15:50~16:50 第2会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G2)

座長：三鴨 廣繁(学校法人朝日大学病院 感染症内科/愛知医科大学)

SS1 ワクチン接種率の向上に向けて

國島 広之(聖マリアンナ医科大学感染症学講座)

共催：Meiji Seika ファルマ株式会社

スイーツセミナー2

7月10日(金) 15:50~16:50 第3会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G3)

ベスプラで手指衛生を改善しよう！

座長：吉田 理香(東京医療保健大学/大学院 医療保健学研究科感染制御学)

土井 英史(一般社団法人日本感染管理支援協会)

SS2-1 ベスプラをやってみよう

藤田 直久(京都岡本記念病院 感染症科・感染管理対策室)

SS2-2 日本感染管理ベストプラクティス研究会のこれまでと、これから

吉田 理香(東京医療保健大学/大学院 医療保健学研究科感染制御学)

SS2-3 行政とのコラボワーキンググループ

田辺 正樹(三重大学医学部附属病院 感染制御部)

SS2-4 Web ワーキンググループ

加藤 彰(東京医科大学茨城医療センター 感染制御部)

SS2-5 地域での対面ワーキンググループ

菊地 圭介(京都府立医科大学附属病院 感染対策部)

共催：一般社団法人日本感染管理ベストプラクティス研究会

スイーツセミナー3

7月10日(金) 15:50~16:50 第5会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G5)

座長：坂本 史衣(板橋中央総合病院)

SS3 超音波プローブの管理と感染対策の現在地—病院横断調査を踏まえて—

金森 肇(金沢大学医薬保健研究域医学系 感染症科学・臨床検査医学研究分野)

共催：ナノソニックスジャパン株式会社

スイーツセミナー4

7月10日(金) 15:50~16:50 第8会場(パシフィコ横浜 ノース 1F G8)

インフルエンザ・COVID-19 治療・予防 update

座長：時松 一成(昭和医科大学病院)

SS4-1 インフルエンザの治療・予防戦略

渡辺 彰(公益財団法人宮城県結核予防会)

SS4-2 COVID-19 の治療・予防戦略

泉川 公一(長崎大学)

共催：塩野義製薬株式会社

スイーツセミナー5 7月10日（金） 15：50～16：50 第16会場（パシフィコ横浜 ノース 4F G403+G404）

ICN が知っておくべき環境清拭のポイント

座長：藤倉 雄二（北里大学医学部 感染症内科学）

SS5-1 環境整備に用いられる各種製品の特性と適切な使い分け

入倉 悠（山梨大学医学部附属病院）

SS5-2 環境清拭ワイプの効果を引き出すには一運用と教育の視点から一

森田 真介（久留米大学病院 感染制御部）

共催：杏林製薬株式会社

一般演題 口演

【第2日目】7月10日（金）
〈O1-1～O38-5〉

【第3日目】7月11日（土）
〈O39-1～O68-7〉

第2日目 7月10日(金) 第12会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G312+G313)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O1 標準予防策全般 14:00~15:00	印田 宏子 (花王プロフェッショナル・サービス株式会社)	O1-1	排泄・清潔援助場面における標準予防策定着を目指した段階的介入の活動報告	昭和医科大学江東豊洲病院	高久 美穂
		O1-2	療養病棟における多剤耐性菌対策の介入効果	医療法人へブロン会大宮中央総合病院 看護科	北村有理香
		O1-3	大学病院の看護師の鼻腔において <i>Staphylococcus aureus</i> が検出される頻度と分離株の遺伝学的性状—1年間の追跡調査—	東邦大学 看護学部 感染制御学	榎本 美郷
		O1-4	ケアミックス型病院における看護師とリハビリテーション専門職の標準予防策の知識・態度・実践と関連要因	医療法人社団健齢会 ふれあい東戸塚ホスピタル	高津 夢翼
		O1-5	<i>Clostridioides difficile</i> 感染症の減少を目的とした「感染管理ベストプラクティス」の手法を用いたおむつ交換の教育効果	公益社団法人 地域医療振興協会 市立奈良病院	一ノ瀬裕樹
		O1-6	臨地実習を経験した看護学生の家庭内における感染予防策の実施状況	虎の門病院分院 看護部	大村 沙羅
O2 感染経路別予防策 15:10~16:10	浦沢 昌恵 (独立行政法人国立病院機構さいがた医療センター)	O2-1	モーションキャプチャシステムを用いた感染性の高い疾患に対する個人防護具脱衣動作の解析：看護師15名を対象とした調査	防衛医科大学校 医学教育部 看護学科	佐藤 昭太
		O2-2	安全性とコストのちょうどいいバランスを探して～PPE使用の変容から見えた、持続可能な感染症対策のカタチ～	医療法人伯鳳会 赤穂中央病院	中川 拓也
		O2-3	二重手袋のインナー手袋汚染に関する検証～看護補助者のアウター手袋の脱衣動作から～	医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院	辻 奈津美
		O2-4	空気感染隔離ユニットを用いた小児集中治療室における空気感染予防策の検討	国立成育医療研究センター 感染制御部	二木 良平
		O2-5	感染経路表示のイラスト化による視認性向上の取り組み	社会医療法人社団 蛭水会 名戸ヶ谷あびこ病院 ICT	加藤久美子
		O2-6	海外渡航後インフルエンザA型患者診療に関連した医療従事者二次感染事例と感染対策の再検討	筑波大学附属病院	志塚 彩香

第2日目 7月10日(金) 第12会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G312+G313)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O3 ワクチン 16:20~17:20	須田江津子 (埼玉医科大学総合医療センター)	O3-1	ナッジを用いた職員のインフルエンザワクチン接種率向上への取り組み	国立がん研究センター 東病院 感染制御室	橋本 麻子
		O3-2	RS ウイルスワクチン接種勧奨における感染管理看護師と医師の職種間連携の有用性	北海道立北見病院 感染管理室	岡田 恵美
		O3-3	感染対策の遵守が困難な環境における新型コロナワクチンの有効性～精神科病院での2つのアウトブレイク事例の解析～	阪南病院 医療安全管理室	山田 学
		O3-4	透析室におけるワクチン接種支援体制構築の取り組み	社会福祉法人 京都社会事業財団 西陣病院 臨床工学科	古田 貴志
		O3-5	带状疱疹ワクチン接種歴・接種意向に関連する要因：中山間地域病院における外来受診者アンケート	日野病院組合 日野病院	橋本真之介
		O3-6	病院職員のウイルス(麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎)の抗体価・予防接種歴管理に向けた取り組み	JA 愛知厚生連 安城更生病院 感染制御部	稲富 里絵

第2日目 7月10日(金) 第13会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G314+G315)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
O4 手指衛生 1 8:30~9:30	大石 努 (関西医科大学附 属病院)	O4-1	KPI マネジメント導入による手指消毒剤使用量増加への効果—WHO 手指衛生多角的戦略下での取り組み—	岡山済生会総合病院	立道 優太
		O4-2	当院における POEM スコアを用いた手湿疹(手荒れ)の有病率調査	NHO 岩国医療センター	上成 敏爾
		O4-3	3段階手指衛生技術(3-HT)導入による手指消毒の質的向上の評価	三陽会 前田内科病院	前田 大登
		O4-4	手指衛生遵守向上に向けたLS活動計画の改良と強化部署制の導入	独立行政法人国立病院機構東名古屋病院 感染対策室	鈴木 京子
		O4-5	救急救命士養成課程における擦式手指消毒の技能修得に向けた縦断教育の効果	朝日大学 保健医療学部 看護学科	垣根 美幸
		O4-6	副診療部の手指衛生実施率向上へ向けた取り組み	大和徳洲会病院 感染対策室	長坂 洋子
O5 手指衛生 2 9:40~10:40	石川美菜子 (JA三重厚生連三 重北医療センター いなべ総合病院)	O5-1	A 病院成人病棟の手指消毒実施回数と手指消毒遵守状況の関連について	社会医療法人母恋 天使病院 感染制御室	岡村 智実
		O5-2	回復期リハビリテーション専門病院における WHO 手指衛生多角的戦略の導入	医療法人溪仁会 札幌溪仁会リハビリテーション病院	伊藤 美里
		O5-3	一般病棟における手指衛生動画研修と確認テストの反復介入—受講歴別の正答率比較—	藤田医科大学病院 医療の質・安全対策部 感染対策室	犬塚 勝理
		O5-4	薬学実習生における手指衛生の実態と課題	神鋼記念病院 診療技術部 薬剤室	前田 翠
		O5-5	ICT と組織で取り組む手指衛生推進活動~それぞれのポジションパワーを活かして~	東京都立多摩北部医療センター	鮎川 美城
		O5-6	当院における7年間の手指衛生実施状況の推移と現状分析による課題の検討	弘前大学医学部附属病院 感染制御センター	尾崎 浩美

第2日目 7月10日(金) 第13会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G314+G315)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O6 手指衛生 3 10:50~11:50	下川 結花 (国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 感染制御部)	O6-1	夜勤帯の手指衛生遵守率モニタリング	埼玉医科大学国際医療センター 感染対策室	鴨下 文貴
		O6-2	急性期病院の集中治療室と一般病棟に勤務する看護師の手指衛生遵守に関連する要因	医療法人至誠会 なゆたの森病院	重松 孝誠
		O6-3	COM-B モデルを活用した病院内手指衛生行動の多角的要因分析	市立豊中病院 感染対策室	鈴木 徳洋
		O6-4	病棟における手指消毒使用量増加に向けた取り組み～設定タイミングに対する実施度アンケート調査による要因分析とその効果～	地方独立行政法人 茨城県西部医療機構 茨城県西部メディカルセンター	海老澤裕美
		O6-5	手指消毒剤使用量および遵守率向上を目指して～COM-B 行動変容モデルを活用した手指消毒行動改善の取り組み～	九州大学病院 看護部	本村 祐介
		O6-6	当院リハビリテーションセンターにおける3年間の手指衛生遵守状況の推移と改善にむけた取り組み	NTT 東日本札幌病院 リハビリテーションセンター	伊藤 翔太
O7 手指衛生 4 14:00~15:00	谷口とおる (社会医療法人神鋼記念会 神鋼記念病院)	O7-1	手術室における手指消毒剤使用の実施率向上への取り組み—適切なタイミングでの使用を目指して—	東京都立病院機構 東京都立東部地域病院	河越 千佳
		O7-2	手指衛生キャンペーン実施効果—手指消毒薬使用量および薬剤耐性菌検出率に与える影響—	岡山済生会総合病院 中央検査科	上山 海斗
		O7-3	リンクナース主導の目標設定と管理者介入による手指衛生遵守向上への取り組み—組織文化の構築を目指して—	南東北グループ 医療法人財団 健貢会 総合東京病院 看護部	永島 佑亮
		O7-4	救急病棟における手指衛生の行動変容と定着を目的とした取り組み	鹿児島大学病院 救急部	若松 友香
		O7-5	がん専門病院における手指衛生遵守に向けた行動変容への取り組み	国立がん研究センター 東病院 看護部	藤井 薫
		O7-6	当院における看護職員の手荒れ実態とハンドケア実施状況の把握	日本赤十字社 長岡赤十字病院	岡田 香織

第2日目 7月10日(金) 第13会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G314+G315)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
O8 手指衛生 5 15:10~16:10	佐々木顕子 (北里大学病院)	O8-1	看護職員の手指消毒剤使用量目標達成率向上を目的としたペアリングの効果	医療法人社団 康幸会 かわぐち心臓呼吸器病院	下谷 勇貴
		O8-2	WHO 手指衛生自己評価フレームワークサポートブックの作成	名古屋大学医学部附属病院	豊留 有香
		O8-3	手指衛生低遵守病棟に対する感染管理認定看護師(CNIC)による戦略的介入とその効果	金沢医科大学病院	日向千恵子
		O8-4	ナッジ理論に基づく手指衛生行動可視化介入の量的検証	医療法人財団 荻窪病院	石井みちる
		O8-5	患者の行動調査に基づく必要手指衛生回数と実態の把握—患者は擦式手指消毒薬を使用しているのか?—	独立行政法人 労働者健康安全機構 愛媛労災病院	和田 司
		O8-6	メディカルサポートセンターにおける感染予防啓発活動と部署別の傾向	聖マリアンナ医科大学(大学院)	星野 恵理
O9 院内ラウンド 16:20~17:10	大迫ひとみ (兵庫県立尼崎総合医療センター)	O9-1	病院内の「運ぶ・届ける人」の感染対策を支援する搬送ラウンド	慶應義塾大学病院 感染制御部/慶應義塾大学病院 看護部	北 美紗子
		O9-2	感染対策の質向上を目指した感染管理認定看護師によるラウンドの導入効果	近江八幡市立総合医療センター 感染制御室	伊庭 雅代
		O9-3	環境ラウンドのDX化~iPadを用いた迅速な情報伝達~	NTT 東日本関東病院 感染対策推進室	櫻井 隆之
		O9-4	リンクナースと連携して取り組む感染対策ラウンド	久留米大学医療センター 医療安全・感染対策室	江崎 祐子
		O9-5	環境ラウンドから始まる改善文化の定着	地方独立行政法人 京都市立病院機構 京都市立病院	金沢 律子

第2日目 7月10日(金) 第14会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G316+G317)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O10 環境整備 1 8:30~9:30	中西 文美 (京都府立医科大学附属病院)	O10-1	集中治療部の新棟運用開始に伴う環境の微生物群衆構造と薬剤耐性の推移	東京科学大学 大学院 医歯学総合研究科 微生物・感染免疫解析学分野	齋藤 里名
		O10-2	大学病院における環境重点ラウンドの取り組みとその成果	東京大学医学部附属病院 看護部	三橋 美野
		O10-3	パルス方式キセノン紫外線 (PX-UV)照射装置における、有効照射範囲の検証及び単一回照射と複数照射の消毒効果について	豊橋市民病院	高橋 亮治
		O10-4	水系環境の効果的な除菌方法に関する研究 (第1報)	自衛隊中央病院 看護部	波多野祐美
		O10-5	病棟清掃改善のための効果的な取り組み	徳島大学病院	矢野由美子
		O10-6	感染対策に配慮した院内清掃作業の質改善に関する取り組み	長野赤十字病院 感染管理室	小林 真美
O11 環境整備 2 9:40~10:40	赤井寿美子 (社会医療法人清仁会 洛西ニュータウン病院)	O11-1	用途別シンクにおける排水管内汚染の実態と清掃後の再形成過程の評価	東邦大学医療センター 大森病院 感染管理部	西川栄里子
		O11-2	ESBL 産生菌対策に着目した環境整備介入の実践報告—体制構築期における現場との協働と3年間の歩み—	三愛会総合病院	鈴木 佳子
		O11-3	COVID-19 クラスターから高齢者施設の環境衛生管理における換気の重要性を考える—換気調査結果からみた今後の課題—	特別養護老人ホーム 竹の里ホーム	花瀬 朋子
		O11-4	療養病棟における高頻度接触表面の清拭標準化—看護職と看護補助者の役割分担の再構築による実施率向上—	医療法人聖比留会 セントヒル病院	横山 敬子
		O11-5	ネズミによる獣害と環境汚染への組織的介入—食害部位からの <i>Enterococcus casseliflavus</i> 検出を契機とした感染対策の強化—	独立行政法人 労働者健康安全機構 中部労災病院	近藤 年忠
		O11-6	患者療養環境における 6S の実践—適切な療養環境の習慣・定着に向けて—	帝京大学ちば総合医療センター	井浦まりあ

第2日目 7月10日(金) 第14会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G316+G317)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O12 環境整備 3 10:50~11:50	尾崎 浩美 (弘前大学医学部 附属病院)	O12-1	リンクナース活動を通じた環境改善による薬剤耐性菌 (MRSA 及び ESBLs 産生菌) 院内発生の有意な減少	社会医療法人信愛会 巖生会脳神経外科病院	亀田 郁江
		O12-2	清掃受託事業者と実践した療養環境整備における感染対策について	学校法人慈恵大学財務 部施設課	小田 慶治
		O12-3	エアコン空調設備の洗浄介入が病棟内の空中浮遊真菌数に及ぼす影響—アクティブ・サンプリング法による定量的な除菌効果の検証—	市立ひらかた病院 医療安全管理室 感染防止対策部門	嶋木 美和
		O12-4	病棟環境における緑膿菌汚染状況の把握と感染対策の検討	社会医療法人社団 陽正会 寺岡記念病院	今村 誠志
		O12-5	X 病院におけるアスペルギルス属菌の調査—第1報—建築年数による病院内でのアスペルギルス属菌を含む真菌の検出状況	株式会社竹中工務店	齊藤 智
		O12-6	X 病院における真菌およびアスペルギルス属菌の調査—第2報—屋内湿度と病院内でのアスペルギルス属菌を含む真菌の検出状況	杏林大学 医学部 付属病院 感染制御部	倉井 大輔
O13 洗浄・消毒・滅菌 1 14:00~15:00	山田 真紀 (町立中標津病院)	O13-1	環境ウイルス対策としての精製次亜塩素酸水の有用性	ニプロ株式会社 医薬品研究所	千田 修平
		O13-2	環境消毒薬の有効性評価指針に基づく精製次亜塩素酸水の適正使用法の検討	ニプロ株式会社 医薬品研究所	大塚 愛美
		O13-3	精製次亜塩素酸水含浸ワイプの消毒剤低感受性細菌に対する除菌性能	ニプロ株式会社 医薬品研究所	荒木 陸
		O13-4	精製次亜塩素酸水噴霧による迅速除菌法(室内換気システムを超えるエアロゾル感染対策)	ニプロ株式会社 医薬品研究所	橋川 大介
		O13-5	人工皮膚上の <i>Pseudomonas aeruginosa</i> に対するクロルヘキシジングルコン酸塩の殺菌力	東北医科薬科大学大学院 薬学研究科 臨床感染症学	河村 真人
		O13-6	器材の適正処理に向けた汚物室改修の成果	独立行政法人国立病院機構佐賀病院 感染対策室	水野えりこ

第2日目 7月10日(金) 第14会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G316+G317)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O14 洗浄・消毒・滅菌2 15:10~16:10	一ノ瀬裕樹 (公益社団法人 地域医療振興協会 市立奈良病院)	O14-1	既滅菌エリアの温度・湿度管理	臼杵市医師会立コスモス病院	大津佐知江
		O14-2	外来における内視鏡洗浄技術習得に向けた看護師への関わり～研修動画視聴及び個別指導を行って～	地方独立行政法人埼玉県立病院機構 埼玉県立循環器・呼吸器病センター	木村めぐみ
		O14-3	環境消毒薬の評価指針に基づいたMA-T®の効果検討	慶應義塾大学院 薬学研究科 薬効解析学講座	島田 そら
		O14-4	バイオフィルム形成多剤耐性緑膿菌に対する精製次亜塩素酸水の除菌メカニズムの検証	ニプロ株式会社 医薬品研究所	清水 明子
		O14-5	義歯洗浄剤を用いた胃瘻延長チューブ洗浄・消毒の試み	医療法人社団 CHCP ヘルスケアシステム 洞爺温泉病院 ICT	橋本 美紀
		O14-6	業者貸し出し器械 (Loan Instruments)の使用前洗浄工程確立に向けた取り組み	東海大学医学部附属病院 中央手術センター 中央滅菌材料室	鬼丸みゆき
O15 COVID-19 1 16:20~17:10	小野寺直人 (岩手医科大学医学部臨床検査医学・感染症学講座)	O15-1	COVID-19 の入院隔離期間短縮を見据えた換気調査	坂総合病院 呼吸器内科	矢島 剛洋
		O15-2	兵庫県丹波医療センターにおける新型コロナウイルス5類化後—第3報—	兵庫県立丹波医療センター	西崎 朗
		O15-3	COVID-19 院内感染による超過在院日数の推定：単施設後ろ向きコホート研究	名古屋市立大学医学部附属みどり市民病院 感染制御室/名古屋市立大学医学部附属みどり市民病院 薬剤部/名古屋市立大学大学院 医学研究科 臨床薬理学分野	工藤 正治
		O15-4	全室個室病棟における COVID-19 集団感染事例からみた空調換気性能評価および空気清浄機によるエアロゾル曝露低減効果の検討	札幌北楡病院 感染対策室	長倉 竜也
		O15-5	COVID-19 クラスター6年間の解析—透析患者と回復期リハ病棟を中心とした院内伝播構造の検討	ふれあい東戸塚ホスピタル 総合診療内科	織本 健司

第2日目 7月10日(金) 第15会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G318+G319)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
O16 地域連携 1 8:30~9:30	塚田 真弓 (東邦大学病院)	O16-1	診療所発熱外来の物理的体制整備の 支援ニーズと優先支援分野の検討	医療法人祥杏会おもろ まちメディカルセン ター	黒崎 里乃
		O16-2	保健福祉事務所管轄地域での感染対 策ネットワークの構築	大和市立病院	中野 敦美
		O16-3	明石市内 5 病院における ESBL 産生 菌検出患者の背景と動向	社会医療法人愛仁会 明石医療センター 感 染管理室	甲谷千恵子
		O16-4	能美市における感染対策向上加算 1 施設間の協働による感染対策支援の 取り組み	医療法人社団 和楽仁 芳珠記念病院 感染制 御室	小谷口みさき
		O16-5	地域の感染症危機対応能力を向上す るための名古屋市保健所西保健セン ターの取り組み	名古屋市保健所 西保 健センター	田邊 裕
		O16-6	地域連携での相談対応事例—輸血製 剤セッティング場所に関する検討—	愛知医科大学病院 感 染制御部	川端亜紗子
O17 地域連携 2 9:40~10:40	川合 英樹 (山形済生病院)	O17-1	合同カンファレンスにおける地域感 染対策ニーズの経年変化~3 年間の アンケート調査による検討~	市立敦賀病院 感染制 御センター	田邊こずえ
		O17-2	地域感染対策ネットワーク構築とそ の実践活動報告	伊那中央病院 感染管 理室	奥原 朋美
		O17-3	感染対策向上加算取得に向けた支援 と連携の実践	医療法人 宝持会 池 田病院	北井 律子
		O17-4	和歌山市内の病院における手指衛生 を阻む要因 感染対策向上加算別に みた現状調査—Part1	和歌山県立医科大学附 属病院 感染制御部	小谷 智美
		O17-5	感染対策向上加算における医療機関 連携：臨床検査技師としての役割と 実践	和歌山県立医科大学附 属病院 感染制御部	辻田 愛
		O17-6	和歌山市内の病院における手指衛生 を阻む要因 感染対策向上加算別に みた現状調査—Part2	和歌山県立医科大学附 属病院 感染制御部	則村 大輔

第2日目 7月10日(金) 第15会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G318+G319)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
O18 地域連携 3 10:50~11:50	増田 千恵 (学校法人聖路加 国際大学 聖路加 国際病院)	O18-1	地域連携による血液培養採取改善活動の実践と評価—大阪市感染対策支援ネットワーク南部ブロックの取り組み—	南大阪病院	夜久 直也
		O18-2	地域ネットワーク構築と感染症リテラシー:「感染症疫学情報アップデート」の活動と意識調査	東北医科薬科大学 医学部 感染症学	吉田真紀子
		O18-3	感染対策向上加算未取得精神科病院に対する加算1施設による地域連携支援の効果と課題	静岡市立清水病院	齋藤 敦子
		O18-4	バンコマイシン耐性腸球菌アウトブレイク事例のケーススタディを通じた啓発活動の課題検討	鹿児島大学病院 感染制御部	有村 尚子
		O18-5	重症皮疹により治療中断を繰り返す粟粒結核患者の在宅療養支援—病院感染管理者と保健師の連携の効果と課題—	神戸市民病院機構 神戸市立西神戸医療センター	新井まゆ子
		O18-6	地域連携における環境改善支援の効果	原町赤十字病院	富沢 陽子
O19 地域連携 4 14:00~15:00	米田 立 (東京大学医学部 附属病院感染制御部)	O19-1	多職種連携による災害ケースマネジメント研修の試み—DWAT・DICT・DHEAT・DMAT・合同研修の実践報告—	奈良県立医科大学附属病院 看護部・感染管理室	中村 明世
		O19-2	群馬県における災害時感染対策体制構築を目的としたDICT研修の実践と課題	SUBARU 健康保険組合 太田記念病院	土屋映里佳
		O19-3	加算を取得していない精神科病院との連携	高砂市民病院	中島 博美
		O19-4	天草地域における感染症患者搬送訓練~夜間帯を想定した搬送訓練の実施~	天草地域医療センター	三田由美子
		O19-5	地域の医師会と加算1病院の連携による外来感染対策向上への取り組み	社会医療法人信愛会 暖生会脳神経外科病院	亀田 郁江
		O19-6	感染対策向上加算1病院を中心とした茅ヶ崎市内に於ける感染対策地域連携—第4報—	茅ヶ崎徳洲会病院 感染防止対策室	相原 幸生

第2日目 7月10日(金) 第15会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G318+G319)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
O20 地域連携 5 15:10~16:10	古谷 直子 (亀田総合病院地 域感染症疫学・予 防センター)	O20-1	地域医療機関の感染対策改善支援～ 訪問指導を通じて得られた成果～	地方独立行政法人東京 都健康長寿医療セン ター 看護部	金谷 育子
		O20-2	ICN が市職員と実施する感染対策研 修の教育効果と教育的役割の検討	所属なし	松原 友紀
		O20-3	精神科病院特有の課題を踏まえた感 染対策地域連携の継続的取り組み	浜松医科大学医学部附 属病院 感染制御セン ター	澤木ゆかり
		O20-4	感染症連携カンファレンスと継続的 な換気調査について	公益財団法人 宮城県 結核予防会	斎藤 彰
		O20-5	地域における感染対策支援の課題と 方向性	医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院	西出由紀子
		O20-6	J-SIPHE を活用した広域の地域連携 の取り組み	滋賀県立総合病院 外 科/滋賀県感染制御ネッ トワーク	大江 秀典
O21 COVID-19 2 16:20~17:10	奥川 周 (東京大学医学部 附属病院感染症内 科)	O21-1	COVID-19 の2次感染低減に向けた 各病室の換気状況の客観的指標を用 いた分析	独立行政法人労働者健 康安全機構 福島労災 病院	加賀 陽子
		O21-2	透析室における新型コロナウイルス ・インフルエンザ感染症対策マ ニュアルを活用した感染対策行動に 関するスタッフの意識調査	山形県立中央病院 人 工透析室	結城 愛美
		O21-3	血液内科病院における病院職員の COVID-19 に対する罹患後休業期間 と PCR Ct 値に関する検討	社会医療法人財団董仙 会 恵寿金沢病院 看 護部	井上 直美
		O21-4	いずみの病院における SARS-Cov-2 感染：障害者病棟における疫学的検 討	医療法人防治会いずみ の病院	並木健一郎
		O21-5	新築移転に伴う全室個室化が COVID-19 院内感染に及ぼした影響	仙台厚生病院	阿部 祐也

第2日目 7月10日(金) 第19会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G412+G413)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
O22 抗菌薬適正使用 1 8:30~9:30	池谷 修 (慶應義塾大学病 院学術研究支援課)	O22-1	当院の抗菌薬適正支援チーム (AST) 設置後のカルバペネム系抗菌 薬の使用状況について	朝倉医師会病院 感染 制御チーム	西川 容子
		O22-2	中小病院における AST 始動後の抗菌 薬使用量と <i>Pseudomonas aeruginosa</i> 薬剤感受性の変化	名戸ヶ谷あびこ病院	松田裕士郎
		O22-3	週1回の AST カンファレンスから 「毎日のリアルタイム介入」へー専従 看護師による全培養評価が変える感 染症診療の質ー	国家公務員共済組合連 合会東北公済病院	富樫 ふみ
		O22-4	抗菌薬適正使用支援チームへの AI サマリー活用: プロンプト設計の実 践と考察	慶應義塾大学病院 感 染制御部	福田 正悟
		O22-5	<i>Bacillus cereus</i> /I血培陽性増加を契 機とした AST 専従薬剤師による末梢 アミノ酸輸液投与時間介入の初期評 価	順天堂大学医学部附属 順天堂医院 薬剤部	青嶋 瑞樹
		O22-6	AST 活動の抗菌薬使用量と血液培養 指標に対する効果	市立ひらかた病院 薬 剤部/市立ひらかた病院 医療安全管理室 感染 防止対策部門	田中 鉄也
O23 細菌感染症 1 9:40~10:40	山岸 由佳 (高知大学医学部 臨床感染症学講座)	O23-1	大腿骨遠位軟骨肉腫術後の腫瘍用人工 関節周囲感染に対し、CLAP 療法に よりインプラント温存が可能であつ た1例	阪和記念病院 整形外 科	竹内 弘之
		O23-2	NAAT 導入前後の CD トキシン検出 率の比較と導入による効果	社会医療法人 畿内会 岡波総合病院	原 貴久
		O23-3	溶血性レンサ球菌菌血症の検討<劇 症型溶血性レンサ球菌感染症を中心 に>	日産厚生会 玉川病院 感染管理室/日産玉川病 院 脳神経内科	齋藤 和幸
		O23-4	当院で診断されたレジオネラ症の感 染源・感染経路の検討	JA 岐阜厚生連岐阜・西 濃医療センター西濃厚 生病院 検査科	伊藤陽一郎
		O23-5	<i>C. difficile</i> ELITe MGB Kit を用いた 融解曲線解析による PCR-ribotype 027 推定の検討	静岡市立清水病院	塩川 一樹
		O23-6	当院で発生した <i>Bacillus cereus</i> 菌血 症事例の発生因子の検討	岩手県立磐井病院	松澤 亮

第2日目 7月10日(金) 第19会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G412+G413)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O24 細菌感染症 2 10:50~11:50	佐田 誠 (国立循環器病研究センター)	O24-1	新規入院患者の耐性菌保菌状況に関する検討	小倉到津病院 放射線科	荒上 文秀
		O24-2	ESBL 産生腸内細菌目細菌の院内新規保菌状況の検討	神奈川県立こども医療センター 感染制御室	鹿間 芳明
		O24-3	入院患者におけるバンコマイシン耐性腸球菌保菌の陰性化までの期間の検討	国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 応用疫学研究センター 実地疫学専門家養成コース	赤澤 奈々
		O24-4	<i>Lactobacillus</i> 属菌血症に関する後方視的検討	市立ひらかた病院 医療安全管理室 感染防止対策部門/市立ひらかた病院 臨床検査科/大阪医科薬科大学 功労教授	浮村 聡
		O24-5	陰部ケア方法の変更が <i>Clostridioides difficile</i> 抗原陽性率に与える影響	総合病院 鹿児島生協病院	堀之内ルミ
		O24-6	ICU 入室患者における真菌菌血症—在室日数への影響と危険因子—	社会医療法人生長会 ベルランド総合病院 感染管理室	山田加代子
O25 細菌感染症 3 14:00~15:00	小崎 浩一 (野田総合病院)	O25-1	侵襲性髄膜炎菌感染症発生時における対応の実際と課題	医療法人社団洛和会 洛和会音羽病院	井上 通人
		O25-2	本邦医療機関の排水より分離された薬剤耐性腸内細菌目細菌の分子遺伝学的解析	奈良県立医科大学 微生物感染症学講座	鈴木 由希
		O25-3	石川県をモデルとしたカルバペネム耐性緑膿菌分離患者数の推計	国立感染症研究所応用疫学研究センター実地疫学専門家養成コース/金沢大学医薬保健研究域医学系感染症科学・臨床検査医学	塩本 高之
		O25-4	呼吸器科病棟における浮遊細菌調査	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 病態解析・診断学分野/長崎大学病院 臨床検査科/検査部	加勢田富士子
		O25-5	バンコマイシン耐性腸球菌に対する機械学習を用いたスクリーニングモデルの構築	名古屋市立大学大学院医学研究科 感染症学分野/名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 感染症内科/伊豆赤十字病院 内科	古谷 賢人
		O25-6	セレウス菌は高頻度に院内感染する	椙山女学園大学 看護学部 看護学科	石原 由華

第2日目 7月10日(金) 第19会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G412+G413)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
O26 細菌感染症 4 15:10~16:10	櫻井 隆之 (NTT東日本関東 病院 感染症内科)	O26-1	当院における血流感染症由来 ESBL 産生 Escherichia coli の遺伝子型分布 と薬剤感受性状況	金沢大学 医薬保健研 究域医学系 感染症科 学・臨床検査医学	長田 翔夢
		O26-2	多剤耐性アシネトバクター 12 カ月連 続陰性を確認し退院可能となった患 者の看護	国立病院機構長崎医療 センター	中村 みさ
		O26-3	名古屋市立大学病院における複雑性 腎盂腎炎に対する抗菌薬治療の現状	名古屋市立大学大学院 医学研究科 腎・泌尿 器科学分野/名古屋市立 大学病院 感染制御部	恵谷 俊紀
		O26-4	頭部血管肉腫の頭部排膿から Can- dida auris が検出された事例における 感染対策	国立がん研究センター 中央病院 医療安全管 理部 感染制御室	村上 順子
		O26-5	バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)の アウトブレイク事例における終息ま での取り組みについて	地方独立行政法人公立 甲賀病院	木下 桂
		O26-6	クラリスロマイシンを曝露後予防投 与したが発症したマクロライド耐性 百日咳の双胎例	安城更生病院 小児科	鈴木 道雄
O27 ウイルス感染症 16:20~17:20	濁川 博子 (新潟医療セン ター)	O27-1	2024-2025及び2025-2026インフルエン ザ流行期における、院内入院患者にお ける曝露後予防投与の現状について	藤田医科大学病院 医 療の質・安全対策部 感染対策室	菱田 恵美
		O27-2	離島医療機関における SFTS 疑い症 例への初動対応—感染対策と早期搬 送判断の実践—	社会医療法人 義順顕 彰会 種子島医療セン ター	谷 英佳
		O27-3	麻疹アウトブレイクを経験して～N 95 マスクの重要性について～	大阪府済生会茨木病院 感染管理室	中家 聖子
		O27-4	急性呼吸器感染症(ARI)サーベイラ ンスに過疎地域の保健所はどのよう に関わるか	石川県能登中部保健所	城田 侑香
		O27-5	サービス付き高齢者住宅の2フロア で生じた RS ウイルス感染症の集団 発生の一例	医療法人社団八千代会 メリィホスピタル ICT/広島大学大学院 医系科学研究科 消化 器・移植外科学	三枝 義尚
		O27-6	インフルエンザ A 入院患者のウイル ス量推移と隔離解除判断の検討	公立昭和病院 感染管 理部	一ノ瀬直樹

第2日目 7月10日(金) 第20会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G414+G415)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O28 血管内留置 カテーテル関連 感染対策 1 8:30~9:30	鈴木 理絵 (医療法人徳洲会 湘南藤沢徳洲会病 院)	O28-1	末梢挿入型中心静脈カテーテル留置時のアルコール清拭の効果の検討：単施設後ろ向きコホート研究	市立旭川病院 救急科/ 旭川医科大学 救急医学講座	丹保亜希仁
		O28-2	手袋着用タイミングの違いが血流感染に及ぼす影響～末梢静脈カテーテル挿入手技における比較検討～	宮崎大学医学部附属病院 感染制御部	安藤 大介
		O28-3	中心ライン関連血流感染低減に向けた取り組み	八尾市立病院	道野真美亜
		O28-4	包括的サーベイランスで実現した組織的な CLABSI 対策の費用対効果評価	大阪公立大学医学部附属病院 感染制御部	藤井 昭人
		O28-5	全部署へ CHG ドレッシングを導入した効果	富山市立富山市民病院	平野 規久
		O28-6	血液内科病棟における CLABSI 低減に向けた取り組み	千葉大学医学部附属病院 看護部	漆原 節
O29 血管内留置 カテーテル関連 感染対策 2 9:40~10:40	木下 輝美 (藤田医科大学病 院)	O29-1	特定看護師による PICC 挿入症例の後方視的研究	福井大学医学部附属病院 医療環境制御センター 感染制御部	松山 千夏
		O29-2	中心静脈ライン関連血流感染防止の手技獲得による効果と課題	東京都立病院機構 東京都立多摩南部地域病院 看護部	梅原亜佑美
		O29-3	点滴汚染事例を契機とした点滴作成・交換時の感染対策遵守状況の評価と再発防止への取り組み	松戸市立総合医療センター	松田 典子
		O29-4	観察記録と検体情報の標準化による全病院的デバイス関連感染サーベイランスの構築	金沢医科大学病院 感染制御室	中川 佳子
		O29-5	敗血症を疑う場合の微生物検査提出フロー導入により末梢静脈カテーテル由来感染症の早期診断に至った取り組み	金沢医科大学病院 看護部	西岡 美保
		O29-6	A 病院消化器外科病棟における過去8年間の中心静脈カテーテル関連血流感染に関する分析	福井大学医学部附属病院 感染制御部	西村 一美

第2日目 7月10日(金) 第20会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G414+G415)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O30 血管内留置 カテーテル関連 感染対策 3 10:50~11:50	濱野 飛鳥 (社会医療法人畿 内会 岡波総合病 院)	O30-1	側管注射手技の直接観察による血流 感染対策の取り組みから見えた課題	厚生連高岡病院 看護 部	畠山 朝美
		O30-2	末梢静脈挿入式中心静脈カテーテル 関連血流感染低減への取り組み	医療法人徳洲会 八尾 徳洲会総合病院	萩原 美香
		O30-3	透析カテーテル関連血流感染 (VAI) 低減に向けた多角的介入の試 み	鶴岡市立荘内病院 医 療安全管理部	若松由紀子
		O30-4	血液腫瘍内科病棟における CLABSI 対策の評価と課題	関西医科大学総合医療 センター	西本 研二
		O30-5	CVC 留置時マキシマル・バリアプリ コーション遵守率 100% 達成への取 組み—物品セット化と報告書によ るフィードバックの効果—	社会医療法人駿甲会コ ミュニティーホスピタ ル甲賀病院	帯金 里美
		O30-6	PICC 挿入管理標準化と ICT 連携に よる PICC 関連血流感染低減への取 組み	藤田医科大学病院 FNP室	加藤 唯記
O31 血管内留置 カテーテル関連 感染対策 4 14:00~15:00	中村 忠之 (長浜赤十字病院)	O31-1	経静脈栄養療法を受ける成人摂食障 害患者の中心静脈アクセスデバイス 関連皮膚障害発生率とリスク因子の 検討	聖路加国際病院 看護 部/順天堂大学大学院 医療看護学研究科 博 士前期課程感染制御看 護学分野	駒井 瑞穂
		O31-2	集中治療室看護師の輸液管理手技と 中心ライン関連血流感染(central line associated bloodstream infection) の 関連性の検討	東京都立多摩総合医療 センター	神田亜彩希
		O31-3	当院におけるクロルヘキシジン含有 穿刺部保護パッチからクロルヘキシ ジン含有ドレッシング材への変更前 後 CLABSI 発生状況比較	NTT 東日本札幌病院 感染管理推進室	萩野 貴志
		O31-4	15 年間の CLABSI サーベイランスか ら見える血流感染の要因分析と改善 へのプロセス	宝塚第一病院	雪田 智子
		O31-5	頭頸部癌・食道癌患者の中心ライン 血流感染予防に向けた取り組み	国立がん研究センター 中央病院	室谷美々子
		O31-6	透析関連感染サーベイランス研究会 (DSN-J) が推奨するパスキュラーア クセス関連感染(VAI)対策と今後の 介入の検討	医療法人清栄会 清瀬 病院/透析関連感染サー ベイランス研究会	大石恵理子

第2日目 7月10日(金) 第20会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G414+G415)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O32 職業感染対策1 15:10~16:10	神保 昌世 (橋本市民病院)	O32-1	手術室におけるハンズフリー法の導入による針刺し・切創事象の減少について	地方独立行政法人 東金九十九里地域医療センター 東千葉メディカルセンター	阿内 剛
		O32-2	針刺し切創事故0を目指して「使用者廃棄の原則」徹底へ向けた取り組み	JA 尾道総合病院	棒田 静香
		O32-3	透析室における職業感染対策としての針刺し事故改善への取り組み～事故当事者への聞き取りと現場観察の導入～	総合病院 南生協病院	小栗 生江
		O32-4	職員の麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎ワクチン接種プログラムの再構築	札幌徳洲会病院 ICT	松田まなぶ
		O32-5	院内職員に対するインフルエンザワクチン筋肉内投与による副反応の調査	手稲溪仁会病院 感染制御管理室	駒澤 宏紀
		O32-6	急性期病院職員における麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘の抗体保有状況とワクチン接種に関する検討	社会医療法人 ベルランド総合病院	田中まこと
O33 職業感染対策2 16:20~17:10	奥新 和也 (東京大学医学部附属病院)	O33-1	実習生受け入れにおけるワクチン接種歴および抗体価確認体制の整備—院内合意形成と教育機関との調整—	泉大津急性期メディカルセンター	大東 芳子
		O33-2	若年医療従事者における水痘・麻疹抗体価の実態調査と対応	東京都立小児総合医療センター 総合診療部 感染症科、免疫科/東京都立小児総合医療センター 小児感染症センター	申 俊鎬
		O33-3	新規採用1年目の初期臨床研修医および看護師を対象とした職業感染防止演習の導入とその効果	奈良県立医科大学附属病院 感染管理室	徳谷 純子
		O33-4	A 病院における流行性ウイルス感染症ワクチンプログラムの取り組み	武蔵野陽和会病院	山之内美幸
		O33-5	当院における10年間の針刺し・切創事故の分析	稲城市立病院 小児科	新谷 亮

第2日目 7月10日(金) 第21会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G416+G417)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O34 職業感染対策 3 8:30~9:30	三浦利恵子 (関西医科大学香里病院 感染制御部)	O34-1	当院における N95 マスクのフィットテスト結果と装着指導の取り組み	自衛隊仙台病院 医療安全評価官	渡邊 智記
		O34-2	人獣共通感染症対策としての職業感染管理～獣医療従事者における感染対策の整備再び～	宮崎県立宮崎病院	大利 美香
		O34-3	インスリン針による針刺し防止活動	千葉大学医学部附属病院 感染制御部	谷中 麻里
		O34-4	抗体価の可視化を起点とした職員の予防行動変容への挑戦—教育・個別フィードバック・調査を連動させた実践—	社会医療法人財団 池友会 香椎丘リハビリテーション病院	坂田 彰則
		O34-5	高齢者施設における針刺しリスクと認識の乖離～同一グループ病院との比較分析～	社会医療法人松涛会 安岡病院	藤井 智恵
		O34-6	整形外科単科病院における職員雇用時の IGRA 検査導入までの過程と課題	整形外科北新病院 ICT	高橋 朋子
O35 教育啓発 9:40~10:50	小川麻由美 (済生会兵庫県病院)	O35-1	当職員のマスク着用に関する意識調査	田主丸中央病院 感染管理課	右田 早苗
		O35-2	介護認定区分と耐性菌保菌率の関係についての調査	伊賀市立上野総合市民病院 看護部	前田きよ美
		O35-3	「かるた」を通して院内感染防止マニュアルの活用を促す試み	社会福祉法人恩賜財団済生会支部茨城県済生会 水戸済生会総合病院	岡野 里美
		O35-4	整形外科病棟における陰部清拭ケアの標準化を目指した CAUTI 予防バンドル教育の実践報告	久留米大学医療センター	中村ゆかり
		O35-5	やさしい日本語を用いた感染対策研修の効果と上司評価とのギャップ	戸田中央メディカルケアグループ本部 看護局	高橋 峰子
		O35-6	研修医の手指衛生遵守向上を目指した取り組み	医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院	早川 都子
		O35-7	ICN の視点から見た病棟の感染対策に対するアプローチ方法の検討	杏林大学医学部付属杉並病院	来栖那津季

第2日目 7月10日(金) 第21会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G416+G417)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O36 人材育成・組織 体制 1 14:00~15:00	塩原 真弓 (信州大学医学部 附属病院)	O36-1	感染管理特定認定看護師による NST・AST 双方介入の有用性の検討	医療法人春秋会 城山 病院	貴志 裕子
		O36-2	コロナ禍を契機に導入したeラー ニングの運用と評価—全職員を対象と した教育の取り組み—	独立行政法人国立病院 機構 北海道医療セン ター	三熊 有香
		O36-3	見えない汚染の可視化を活用した看 護補助者への感染対策教育	福山市民病院	三宅智津恵
		O36-4	リンクナースの個人防護具選択認識 と環境ラウンド結果の関連	市立岸和田市民病院	宅間 環
		O36-5	感染制御専従看護師における上司の 言動と部下の心理的安全性との関連	石川県立看護大学 看 護学研究科博士前期課 程	坂本 信彰
		O36-6	外国人技能実習生の受け入れと結核 対策—当法人で今出来ること—	医療法人社団八千代会 メリオホスピタル ICT	山本 聡美
O37 人材育成・組織 体制 2 15:10~16:10	坂本 麗花 (大阪鉄道病院 感染制御部)	O37-1	破傷風トキソイド供給制限下におけ る曝露後予防体制の再構築—離島二 次救急医療機関での ICT 介入—	社会医療法人義順顕彰 会 種子島医療セン ター	下江 理沙
		O37-2	東京都感染対策リーダー養成研修の 効果と修了後の活動—令和4年度から 令和6年度受講者へのアンケート 調査—	公益社団法人 日本看 護協会 看護研修学校	浅野 恵子
		O37-3	ICP 講習会後の実践定着に向けた育 成課題の検討	北播磨総合医療セン ター 感染対策部	松本 千明
		O37-4	目標成果発表会の導入による手指衛 生行動の改善—リンクスタッフ活動 4年間の検討—	埼玉石心会病院 病院 安全管理部 感染対策 室	武内 三枝
		O37-5	回復期リハビリテーション病棟立ち 上げに向けたリハビリテーションス タッフへの吸引手技教育の取組み	JCHO 京都鞍馬口医療 センター 感染対策室	中村 早苗
		O37-6	歯科医師主導による院内感染対策の 有効性と課題	社会医療法人 嵐陽会 三之町病院 歯科口腔 外科	安楽 純子

第2日目 7月10日(金) 第21会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G416+G417)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
O38 人材育成・組織 体制 3 16:20~17:10	井原本昌章 (東京武蔵野病院)	O38-1	タイ王国_A 病院の感染対策向上に向けた取り組み—手指衛生講習会の開催・ICT ラウンドの整備を通して—	大阪公立大学大学院 看護学研究科	喜田 雅彦
		O38-2	病院機能評価を契機とした多職種による院内 SSI サーベイランス体制の構築	高知大学 医学部附属 病院 感染管理部/高知 大学 医学部附属病院 看護部	三好紗矢香
		O38-3	多職種グループワークを活用した感染対策担当者(ICS)育成の取り組み～ICS の成長の可視化～	JA 長野厚生連 南長野 医療センター篠ノ井総 合病院	宮野 美幸
		O38-4	感染制御リンクナースと本音を言い合える仲間づくりのための活動	社会福祉法人埼玉医療 福祉会丸木記念福祉メ ディカルセンター 感 染対策室	松本 千秋
		O38-5	新潟県の病院薬剤師におけるアウトブレイク時の記述疫学の担当職種および役割認識	昭和薬科大学	中下 愛実

第3日目 7月11日(土) 第13会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G314+G315)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O39 手指衛生 6 8:30~9:30	谷中 麻里 (千葉大学病院)	O39-1	多職種への効果的な手指衛生啓発活動	広島大学病院 看護部/ 広島大学病院 感染制御部	近末 彩香
		O39-2	患者・家族参加型キャンペーンによる手指衛生質の向上への取り組み	地方独立行政法人 東京都立病院機構 東京都立小児総合医療センター	大田 美幸
		O39-3	手指衛生多角的戦略2年目の評価とICM 制度再構築による行動変容へのアプローチ	武蔵野徳洲会病院	工藤 智史
		O39-4	VRE アウトブレイクを契機とした手指衛生遵守率向上のための取り組み	九州大学病院	永山 瑞紀
		O39-5	サンクスカードによる承認が手指衛生行動に与える影響—手指消毒薬使用量を用いた評価—	社会医療法人 嵐陽会 三之町病院	田中 美保
		O39-6	ナッジ理論を用いた手指衛生の取り組み—透析患者を主体とする病棟における多職種連携による環境介入と課題の検討—	医療法人徳洲会 静岡徳洲会病院	石谷 智代
O40 手指衛生 7 9:40~10:40	崎浜 智子 (久留米大学医学部看護学科/大学院感染看護学分野)	O40-1	WHO 手指衛生手順変更を含んだ多面的な取り組みとその結果	富山大学附属病院 感染制御部/富山大学附属病院 看護部	青木 雅子
		O40-2	当院の WHO 手指衛生多角的戦略導入後1年目の成果—メディカルスタッフ<医師・看護師を除く>の活動支援—	独立行政法人国立病院機構 栃木医療センター ICT	丸山沙緒里
		O40-3	外科病棟における WHO 手指衛生多角的戦略を活用した手指衛生改善の取り組みと成果	鶴岡市立荘内病院 看護部	本間 春圭
		O40-4	A 病院看護部における「手指衛生5つの瞬間」に関する課題と教育ニーズの明確化	社会福祉法人 聖隷福祉事業団 浜松市リハビリテーション病院	西尾 知佐
		O40-5	持ち運び型ブラックライトを活用した患者参加型手指衛生チェック	医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院	澤出 里奈
		O40-6	リハビリテーション専門職における手荒れと手指衛生知識の関連—法人内10施設を対象としたアンケート調査—	苑田第一病院 リハビリテーション部	遠藤 貴之

第3日目 7月11日(土) 第13会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G314+G315)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O41 手指衛生 8 10:50~11:50	水内 豊 (学校法人四徳学園 長野保健医療大学)	O41-1	ノンアルコール手指消毒薬の適正使用に向けた製剤選定と届出制導入の取り組み	高知大学 医学部附属病院 感染管理部/高知大学 医学部附属病院 看護部	谷内 彩乃
		O41-2	一般撮影室における手指衛生実施指数の有用性:理論値 1.00 を基準とした独自モニタリングモデルの構築	国立病院機構 埼玉病院 放射線科/国立病院機構 埼玉病院 Infection Control Team	皆川 梓
		O41-3	WHO 手指衛生多角的戦略に基づく組織的介入:経営層による経済的インセンティブ導入の効果評価	三重大学医学部附属病院	塚脇美香子
		O41-4	WHO 手指衛生多角的戦略に基づき HHSFA を活用した中小規模病院における手指衛生向上の取り組み	社会医療法人社団同樹会 結城病院	関口 尋紀
		O41-5	自走式車椅子操作に伴う床由来手指汚染の部位別定量評価	国際医療福祉大学 成田病院/国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 修士課程	井出 豊彰
		O41-6	手指衛生行動見直しをもたらした CLABSI 発生率の低減	医療法人信和会明和病院	奥田久美子
O42 手指衛生 9 14:00~15:10	工藤 智史 (武蔵野徳洲会病院)	O42-1	手指衛生遵守向上に向けた WHO 多角的戦略の効果と課題:文献的考察	県立広島大学大学院 総合学術研究科/日本赤十字社 医療事業推進本部	山水有紀子
		O42-2	手術室における手指衛生遵守率向上に向けた取り組み~行動特性と業務動線に着目した実践~	新潟大学地域医療教育センター 魚沼基幹病院	金澤 元気
		O42-3	コメディカルスタッフにおける手指衛生の取り組み	柏市立柏病院 感染防止対策室	藤井 清貴
		O42-4	病棟看護職員を対象とした手指衛生向上への取り組み	医学研究所北野病院	濱 ひろみ
		O42-5	日本国内の病院における手指衛生モニタリングの実態:全国規模オンラインアンケート調査	東京科学大学 統合臨床感染症学分野/東京科学大学病院 感染症内科・感染制御部	岡本 耕
		O42-6	患者視点の VR 研修が病棟の手指衛生行動に与える効果と定着に向けた課題	市立札幌病院	伊原 利彦
		O42-7	手指衛生自己評価フレームワークを活用した手指衛生推進活動の評価と改善活動	東京医科大学病院	伊藤 幸子

第3日目 7月11日(土) 第14会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G316+G317)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O43 高齢者・介護施設での感染対策 1 8:30~9:30	石井 幸 (順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター)	O43-1	社会福祉施設における地域感染リンクスタッフ育成への取り組み—基幹病院と行政が連携した感染対策支援モデルの構築—	掛川市・袋井市病院企業団立 中東遠総合医療センター 看護部	山本 恭子
		O43-2	多職種連携による高齢者施設への感染対策介入の効果	医療法人社団江頭会 さくら病院 看護部	柳川 博
		O43-3	COVID-19 集団発生後対応に不安を抱える高齢者施設への感染対策指導	JA 秋田厚生連 かづの厚生病院 院内感染防止対策室	奈良 悦子
		O43-4	沖縄県の特別養護老人ホームにおける5類感染症移行後のCOVID-19クラスターの特徴	琉球大学大学院 医学研究科 感染症・呼吸器・消化器内科学講座	井手口周平
		O43-5	医療療養型病院における介護福祉士手指衛生チャンピオン導入の実践報告	医療法人勝又 高台病院 看護部	府川真理子
		O43-6	高齢者介護施設のN95マスク使用の現状と課題	医療法人札幌山の上病院	香取 弘子
O44 高齢者・介護施設での感染対策 2 9:40~10:40	西川美由紀 (日本赤十字社医療センター)	O44-1	特別養護老人ホームで働く介護職員の手袋の適正使用行動に関する心理的要因構造の探索的検討	新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院	目崎 恵
		O44-2	事前質問収集・解説型形式による高齢者施設向け感染対策研修の取り組み	柏たなか病院	小野 裕子
		O44-3	群馬県における高齢者施設への感染対策支援の分析	群馬大学医学部附属病院/群馬県感染症対策連絡協議会	大嶋 圭子
		O44-4	感染制御専門介護職員養成プログラムの評価—学習設計再構成による教育効果の検討—	茨城県立医療大	桜井 直美
		O44-5	ケアミックス型病院におけるUV-C照射装置を用いた環境除菌効果の検証	医療法人松田会 松田病院	平間 里美
		O44-6	介護老人保健施設における介護・看護職員の手指衛生遵守率の実態	医療法人徳洲会 館山病院/順天堂大学大学院 医療看護学研究科 博士前期課程 感染制御看護学分野	杉田 雅央

第3日目 7月11日(土) 第14会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G316+G317)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O45 高齢者・介護施設での感染対策 3 10:50~11:40	進藤 亜子 (がん・感染症センター都立駒込病院)	O45-1	感染対策サポート契約施設における環境ラウンドの実施結果—多施設法人Aを対象としたラウンド報告—	感染対策サポート 柿サボ	柿原 朱美
		O45-2	A県内の高齢者施設を対象とした感染対策リーダー育成研修の取り組み	奈良県総合医療センター	福井 優貴
		O45-3	とちぎ感染症対応力強化プロジェクト活動報告(第2報)—高齢者施設等における感染対策コーディネーターの育成と継続研修—	上都賀総合病院 薬剤部/栃木地域感染制御コンソーシアム (TRICK)	野澤 彰
		O45-4	協力医療機関を明示した包括協定と専従者配置を基盤とした高齢者施設への感染対策支援体制の構築と初期成果	医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院 感染対策室	坂本 信彰
		O45-5	庄内地域における高齢者・福祉施設等感染予防リーダー養成研修の取り組みと成果	鶴岡市立庄内病院	栗田 香
O46 その他1 14:00~15:10	保科 斉生 (東京慈恵会医科大学)	O46-1	避難所候補施設における換気不足の実態と空気清浄機による飛沫抑制効果の実証	国立研究開発法人産業技術総合研究所	篠原 直秀
		O46-2	児童養護施設における感染対策の実情と課題	JA 長野厚生連佐久総合病院	中澤 友也
		O46-3	感染管理認定看護師主導による血液培養採取主義標準化と採血量モニタリングが汚染率低減に及ぼした効果	医療法人徳洲会 成田 富里徳洲会病院	高野 寿枝
		O46-4	当院で検出されたカンジダ属の薬剤感受性について	地方独立行政法人 三重県立総合医療センター 中央検査部	高羽 桂
		O46-5	医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査の感染対策関連項目の地域差の検討	国立療養所 多磨全生園 内科/国立療養所 多磨全生園 研究検査科/公立昭和病院 感染管理部	小田 智三
		O46-6	繰り返す増量にもかかわらず、ポリコナゾールが有効血中濃度に到達しなかった事例	静岡県立静岡がんセンター 薬剤部	望月 敬浩
		O46-7	モデル病棟事業による院内感染予防の検証	順天堂大学医学部附属 浦安病院 医療安全推進センター 感染対策室	中村 翔一

第3日目 7月11日(土) 第15会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G318+G319)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O47 手術部位感染対策1 8:30~9:30	畑 啓昭 (国立病院機構京都医療センター外科・感染制御部)	O47-1	当院の心臓血管外科における手術部位感染(Surgical Site Infection: SSI)サーベイランスの後ろ向き観察研究	杏林大学医学部附属病院 集中治療室	渡邊 健太
		O47-2	手術部位感染サーベイランス結果と感染予防対策強化への取り組み	独立行政法人国立病院機構別府医療センター	櫻井 優
		O47-3	抗菌薬適正使用を含む SSI 予防バンドル導入による脳神経外科手術部位感染率改善と在院日数に与える影響の検討	医療法人社団 KNI 北原国際病院	佐藤 朋子
		O47-4	術前尿培養陽性は経尿道的膀胱腫瘍切除術後発熱のリスク因子となるか: 適切な予防的抗菌薬投与下での検討と routine 実施の再評価	小牧市民病院 薬局	大西 克浩
		O47-5	心臓血管外科術後患者における創部管理の統一による看護師の意識向上を目指した取り組み	社会医療法人財団 池友会 福岡和白病院	東 まみこ
		O47-6	患者の衛生活動支援を組み込んだ周術期介入による SSI 低減効果の検討	独立行政法人労働者健康安全機構 富山労災病院	高本 恭子
O48 手術部位感染対策2 9:40~10:40	清水 潤三 (市立豊中病院)	O48-1	感染管理認定看護師が特定行為として陰圧閉鎖療法を術後創へ実施する意義~術後創に対し予防的陰圧閉鎖療法の実施 第1報~	茅ヶ崎市立病院	蘭賀 都己
		O48-2	感染管理室主導の多職種連携による SSI サーベイランス導入の取り組み~省力化システムの構築と実践~	市立函館病院	梶 憲太郎
		O48-3	拡大経蝶形骨洞手術後の髄膜炎リスクに関する研究~鼻洗浄、口腔ケア、吸引、便秘と髄膜炎との関連検討~	国家公務員共済組合連合会 虎の門病院	栃尾 悟
		O48-4	<i>Mycobacteroides abscessus</i> complex による腹腔鏡下骨盤内臓全摘術後の手術部位感染症の一例	名古屋大学医学部附属病院 中央感染制御部/名古屋大学 医学系研究科 臨床感染統御学	神田 宏平
		O48-5	心臓血管外科手術における SSI サーベイランスの現状と課題	社会医療法人財団 池友会 福岡和白病院	崎田 大輔
		O48-6	A 診療科手術における術中感染対策実施状況の実態調査~B 大学病院における観察研究~	岡山大学病院 看護部	藤田 泰嗣

第3日目 7月11日(土) 第15会場(パシフィコ横浜 ノース 3F G318+G319)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
O49 尿道カテーテル 関連感染対策1 10:50~11:50	中村 寛子 (市立長浜病院)	O49-1	多職種連携による尿道留置カテーテル関連尿路感染症低減への取り組み	昭和医科大学江東豊洲病院	高久 美穂
		O49-2	ケアバンドル活用によるカテーテル関連尿路感染率改善の取り組み	昭和医科大学横浜市北部病院	福海夏津子
		O49-3	A病棟における医療関連感染カテーテル関連尿路感染サーベイランスの取り組み	徳島健康生活協同組合徳島健生病院	岸本 愛
		O49-4	ICT版【無災害記録】を活用した称赞型プロセスサーベイランスの実践—ポジティブフィードバックによるCAUTI低減活動—	埼玉県済生会加須病院	小美野 勝
		O49-5	陰部保清ケアの標準化を目的とした清拭用ワイプ導入とCAUTI発生率の検討	宗教法人在日本南ブレスピテリアンミッション淀川キリスト教病院	浅野志津香
		O49-6	一般病棟における尿道カテーテル関連尿路感染サーベイランスの導入に向けて	桐生厚生総合病院 ICT	須永 泰明
O50 尿道カテーテル 関連感染対策2 14:00~15:10	家入 裕子 (山口県立大学看護栄養学部看護学科)	O50-1	感染管理認定看護師不在施設におけるカテーテル関連尿路感染症サーベイランス導入と組織横断的介入の取り組み	イムス太田中央総合病院 感染制御チーム	新井 美穂
		O50-2	CAUTI予防におけるナッジ理論活用の効果	地方独立行政法人 秋田県立病院機構 秋田県立循環器・脳脊髄センター	阿部亜矢子
		O50-3	看護係長を核とした分散実践体制によるCAUTI対策の組織的取り組み	日本赤十字社 京都第一赤十字病院 看護部	松村 架成
		O50-4	脳梗塞患者の尿道留置カテーテル使用に関する現状調査	山口県立総合医療センター	中野 正樹
		O50-5	小児集中治療室におけるCAUTIサーベイランス	東京都立小児総合医療センター 看護部	山中 歩
		O50-6	脳神経内科病棟におけるCAUTI発生低減に向けた多角的介入	東京慈恵会医科大学西部医療センター 感染制御室	斉藤 麻里
		O50-7	カテーテル関連尿路感染の低減を目的とした取り組み(第二報)—師長会を活用したデバイス留置の可視化による組織的管理の推進—	長野医療生活協同組合 長野中央病院	宮川 佳也

第3日目 7月11日(土) 第16会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G403+G404)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
O51 NICU/小児領域 の感染対策 8:30~9:30	若松由紀子 (鶴岡市立荘内病 院)	O51-1	大規模 NICU における MRSA アウト ブレイクに対する感染制御チーム内 対応のバンドル化による取り組み	鹿児島市立病院 感染 制御部	楠生 亮
		O51-2	NICU における ATP ふき取り検査を 用いた環境清拭状況の可視化と MRSA 院内伝播抑制への試み	仙台赤十字病院 NICU	太田宮城子
		O51-3	NICU における <i>Klebsiella pneumo- niae</i> アウトブレイクへの対応~病棟 管理者による組織的変革アプローチ~	国立病院機構高崎総合 医療センター NICU	中沢まゆみ
		O51-4	NICU における MSSA 監視培養を含 めた <i>Staphylococcus aureus</i> サーベイ ランスの取り組み	浜松医科大学医学部附 属病院 感染制御セン ター	名倉 理教
		O51-5	当院 NICU・GCU における新規 MRSA 発生率低減に向けた取り組み	金沢医科大学病院 看 護部	北川真理子
		O51-6	成人混合病棟との往来を伴う新生児 集中治療室におけるメチシリン耐性 黄色ブドウ球菌サーベイランスの有 用性	日本医科大学多摩永山 病院	松本 多絵
O52 手術室の感染対 策 9:40~10:40	濱田 亜弥 (鹿児島市医師会 病院)	O52-1	高機能再生覆布(リユース覆布)導入 に伴う結腸・直腸手術部位感染への 影響の検討	社会医療法人 恵佑会 札幌病院	伊藤 由佳
		O52-2	自施設における小児患者の術前抗菌 薬投与マニュアル作成の取り組み	大阪赤十字病院 麻酔 科・集中治療部	辻井 俊二
		O52-3	感染性排泄物の処理を非接触型へ変更 する取り組み~職員の感染予防・環 境汚染防止~	公益財団法人 天理よ ろづ相談所病院	宮崎 優生
		O52-4	手術室における周術期抗菌薬投与量 の適正化に向けた取り組み	社会医療法人生長会 ベルランド総合病院	山川 真哉
		O52-5	腱鞘切開における簡易ドレープの使 用が手術部位感染発生と手術コスト に与える影響	西奈良中央病院 整形 外科・手外科センター	鈴木 大介
		O52-6	手術室の低体温把握のための体制構 築からみえた現状と課題	済生会熊本病院 手術 室	村上美佐子

第3日目 7月11日(土) 第16会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G403+G404)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O53 様々なサーベイランス 10:50~11:50	岡本みちる (三菱神戸病院)	O53-1	院内全部署を対象としたデバイスサーベイランス実施に向けたシステムの構築	信州大学医学部附属病院 感染制御室	塩原 真弓
		O53-2	超音波診断装置の管理に関する横断的実態調査	金沢大学附属病院	森 三佳
		O53-3	超音波プローブの細菌汚染状況の病院内横断的調査	金沢大学附属病院 検査部	森 三佳
		O53-4	<i>Clostridioides difficile</i> 腸炎を対象とした症候群サーベイランスの効果の検討	埼玉医科大学病院 感染対策室	妙中 勇貴
		O53-5	重症心身障害児(者)施設の長期入所集団における <i>Pseudomonas aeruginosa</i> の薬剤耐性化傾向の解析	陽光福祉会 仙台エコー医療療育センター	菅原 優
		O53-6	多剤耐性菌スクリーニング検査体制の見直しと運用改善の取り組み	学校法人聖路加国際大学 聖路加国際病院 QI センター感染管理室	増田 千恵
O54 病院内全般 14:00~15:10	岡森 景子 (社会医療法人 生長会 ベルランド総合病院)	O54-1	小児専門病院における外来静注抗菌薬療法の現状と課題	神奈川県立こども医療センター 薬剤科/神奈川県立こども医療センター 感染制御室	清水 祐一
		O54-2	血液培養コンタミネーション低減に向けた多角的介入と、採取場所特定による現状把握の試み	那覇市立病院 感染防止対策室	久高 全達
		O54-3	感染性廃棄物の分別見直しとコスト削減効果	東京医科大学八王子医療センター 感染制御部/東京医科大学八王子医療センター 看護部	後藤 弘樹
		O54-4	療養型病院における入院経路別培養検出菌の状況	医療法人社団親和会えとう内科病院	藤原 絵美
		O54-5	委託清掃業者と共同で病院設備の美観・衛生管理の工夫	済生会川口総合病院 感染管理室	千葉 礼子
		O54-6	入院病棟における面会者への手指衛生とマスク着用指導の取り組み	東京医科大学茨城医療センター	加藤 彰
		O54-7	多職種によるトイレ清掃手順確認と手洗いシンク排水口消毒強化による腸内細菌目細菌および <i>Pseudomonas aeruginosa</i> 検出率の低減	東京医科大学病院 感染制御部	山口 大

第3日目 7月11日(土) 第17会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G402)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
O55 アウトブレイク 1 8:30~9:30	加藤 彰 (東京医科大学茨 城医療センター)	O55-1	精神科医療機関における感染症アウトブレイク対応力評価チェックリストの検討:パイロット研究	国立感染症研究所 応用疫学研究センター/浅香山病院 感染管理室	金崎美奈子
		O55-2	角化型疥癬の発見を契機に未認識の通常疥癬アウトブレイクが判明し、伝播動態の変化を認めた療養型病院の一例	社会医療法人 康和会 札幌しらかば台篠路病院 感染管理部	佐々木 恵
		O55-3	異なる運動部員間で発生した <i>S.pyogenes</i> による伝染性膿痂疹アウトブレイク事例	朝日大学病院 感染対策室	尾崎 明人
		O55-4	消化器外科病棟における <i>Clostridioides difficile</i> アウトブレイク対応とその効果	防衛医科大学校病院 医療安全・感染対策部	市江 希
		O55-5	医療施設併設保育所における季節性インフルエンザ集団発生事例の後ろ向き検討	JA 愛知厚生連 江南厚生病院 感染制御部	仲田 勝樹
		O55-6	外来受診を契機に判明した混合病棟での流行性角結膜炎伝播への介入~多職種による早期対応と終息までの経過報告~	富士宮市立病院 感染対策室	古谷 陽沙
O56 アウトブレイク 2 9:40~10:40	竹村 美和 (滋賀医科大学医学部附属病院 感染制御部)	O56-1	<i>S. marcescens</i> のアウトブレイクを契機に実施した NICU・GCU における水回りの環境培養	愛知医科大学病院 感染制御部	川本 柚香
		O56-2	COVID-19 流行下における医療機関向け高性能空気清浄機導入効果の検討	南風病院 感染制御室	山路 友美
		O56-3	新型コロナウイルス感染症5類移行後の院内発生倍増に対する要因分析と、初動可視化による介入プロセスの再構築	鳥取市立病院 感染防止対策室	中谷 知子
		O56-4	COVID-19 アウトブレイクにおける病室 CO2 測定を用いた環境要因の検討	医療法人 回生会 大西病院 感染制御部	山下 矩史
		O56-5	VRE アウトブレイクに対する感染対策の取り組みについて	九州大学病院	今利 雅子
		O56-6	分子疫学的解析により院内伝播が示唆された CPE アウトブレイクの一例	札幌徳洲会病院 ICT	井畑 理沙

第3日目 7月11日(土) 第17会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G402)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
O57 アウトブレイク 3 10:50~11:50	富田 学 (東邦大学医療セ ンター大森病院 感染管理部)	O57-1	POT 法を利用した <i>Clostridioides dif- ficile</i> 感染症の同一病棟複数発生例の 検討	川崎医科大学附属病院 中央検査部	長山 香織
		O57-2	ノロウイルス感染症のアウトブレイ ク対応の評価・今後の課題	愛知医科大学病院 感 染制御部	久留宮 愛
		O57-3	IMP-1産生 <i>Enterobacter cloacae</i> com- plexの分子疫学解析における ECC- POT の有用性	札幌徳洲会病院	和田 直樹
		O57-4	ESBL産生 <i>Klebsiella pneumoniae</i> ア ウトブレイクの1事例—ER 病棟にお ける環境要因の検討—	順天堂大学医学部附属 浦安病院 医療安全推 進センター 感染対策 室	安田 雅一
		O57-5	精神科病院における OXA-48 カルバ ペネマーゼ遺伝子陽性 <i>Escherichia coli</i> 集団発生に対する地域連携支援 の経験	浜松医科大学医学部附 属病院 感染制御セン ター	古橋 一樹
		O57-6	周産期病棟における IMP 型カルバペ ネマーゼ産生 <i>Klebsiella pneumoniae</i> の患者・医療環境アウトブレイクと 水回り対策	医療法人豊田会刈谷豊 田総合病院	藏前 仁

第3日目 7月11日(土) 第18会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G401)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
O58 その他 2 8:30~9:40	本田 順一 (田主丸中央病院)	O58-1	感染管理認定看護師のセカンドキャリアモデルとしての地域感染対策支援	感染対策サポート 柿サポ	柿原 朱美
		O58-2	多業種者におけるノロウイルスの検査状況	株式会社 LSI メディエンス 食の安全サポート部 検査グループ 微生物・DNA チーム	三原 英悟
		O58-3	Candida 血症の病態からみた治療上の要点と問題点	金沢医科大学 臨床感染症学/金沢医科大学 一般・消化器外科	上田 順彦
		O58-4	特定行為研修修了者による末梢挿入型中心静脈カテーテル挿入を受ける患者に対する看護の実際—感染症看護における課題の検討—	社会福祉法人 恩賜財団大阪府済生会千里病院	橋本 渚
		O58-5	看護部感染委員会の運営改革：出席率向上と感染対策強化への挑戦	恵寿総合病院	土谷 節
		O58-6	感染管理特定認定看護師による抗菌薬臨時投与実装に向けた体制構築と月2回の活動体制下での ASTカンファレンスの活用	JA 長野厚生連 南長野医療センター 篠ノ井総合病院	小林 恭平
		O58-7	感染管理特定認定看護師が担う末梢留置型中心静脈カテーテル挿入の役割	市立池田病院	生地あゆみ
O59 様々な部署での 感染対策 1 10:50~11:50	橋本 明子 (特定医療法人 新生病院)	O59-1	ワクチン接種推進の戦略 ショート動画で透析患者の HBV ワクチン接種が増えた	医療法人 翔誠会おおはし腎透析クリニック	際本真奈美
		O59-2	ICU における VAP 予防バンドル遵守率の評価と VAE 予防チーム介入による感染率低減効果	高知大学 医学部附属病院 感染管理部/高知大学 医学部附属病院 看護部	秋山 祐哉
		O59-3	いつも変わらぬリハビリテーション提供を目指す感染防止対策の取り組み	医療法人財団善常会 善常会リハビリテーション病院 看護部	福井真理子
		O59-4	血液内科病棟における POU フィルター導入がシャワー水培養に与える影響	長岡赤十字病院 感染管理室	川上 朱美
		O59-5	口内法エックス線検査時における汚染重点箇所の特定	大阪歯科大学附属病院 ICT	小滝 真也
		O59-6	新興および再興呼吸器感染症流行時における非接触方式胸部 X 線撮影の有用性検討	市立函館病院 中央放射線部技術科	小濱 達也

第3日目 7月11日(土) 第18会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G401)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
O60 様々な部署での 感染対策2 14:00~15:10	平野 明博 (東京大学医学部 附属病院)	O60-1	第二種感染症指定初年度に実施した 初回患者受入訓練で明らかとなった 課題～運用体制構築に向けた管轄保 健所との共同訓練～	藤枝市立総合病院 医 療安全・感染管理セン ター 感染管理室	戸塚美愛子
		O60-2	無菌治療室における感染対策の適正 化と標準化による感染管理の質向上 への取り組み	鹿児島大学病院	村田 奈穂
		O60-3	内視鏡定期培養検査で患者由来菌の 検出に対するリフレクションの報告	富士宮市立病院 中央 診療	矢邊 絵美
		O60-4	一般病棟に併設された隔離病床で結 核患者を受け入れるための体制構築	福井赤十字病院	田本 聡子
		O60-5	インシデント報告システムを活用し た CNIC 相談内容の可視化と感染管 理体制強化への取り組み	公益財団法人ときわ会 常磐病院 感染対策部	古川 由紀
		O60-6	透析室における感染対策強化を目的 としたベッドシート廃止とマットレ ス清拭導入の評価	社会医療法人 名古屋 記念財団 新生会第一 病院 院内感染対策室	山本 晃裕
		O60-7	感染症を死因とする腎移植患者の検 討	野田総合病院 外科	小崎 浩一

第3日目 7月11日(土) 第19会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G412+G413)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O61 新興感染症 1 8:30~9:30	仲松 正司 (琉球大学病院)	O61-1	保健所と共催した新型鳥インフルエンザ対応実動訓練の活動報告 第2報	京丹後市立久美浜病院 感染防止対策部門	牧野みち子
		O61-2	地域における新興感染症訓練の取り組み	越谷市立病院	浦上 生美
		O61-3	当院のBCP(新型インフルエンザ等感染症継続計画)改訂の取り組み	千葉大学医学部附属病院 感染制御部	千葉 均
		O61-4	一類感染症疑い患者受け入れを想定した搬送訓練の実施と課題	群馬大学医学部附属病院 感染制御部	須田 崇文
		O61-5	新興感染症の発生等を想定した訓練のとりくみ報告	パナソニック健康保険組合 松下記念病院 感染制御室	中西 夕香
		O61-6	鹿児島医療圏の外来感染対策向上加算算定施設における新興感染症訓練に基づく対応の現状と課題	鹿児島市医師会病院 感染管理室	折田 富之
O62 新興感染症 2 9:40~10:40	藤田 浩之 (済生会横浜市南部病院)	O62-1	加算2・3施設で <i>Candida auris</i> 疑い患者の発生を想定した、当地域における新興感染症机上訓練の成果	国保直営総合病院君津中央病院 感染制御部	在原久美子
		O62-2	感染対策向上加算1取得施設を中心とした地域多機関連携による新興感染症訓練の成果	社会医療法人社団 蛭水会 名戸ヶ谷あびこ病院 ICT	加藤久美子
		O62-3	川崎市が考案した新興再興感染症対応訓練の実施後の評価	川崎市健康福祉局保健医療政策部	小泉 祐子
		O62-4	医療機関・行政・医師会が連携した但馬圏域全体での新興感染症合同訓練の取り組み	公立豊岡病院組合立豊岡病院	藤本 裕子
		O62-5	長崎県県央地区のCNICが取り組んだ新興感染症訓練の成果と課題	独立行政法人地域医療機能機構 諫早総合病院	竹村 恵
		O62-6	新興感染症の発生を想定したロールプレイ訓練の実施報告	地方独立行政法人 山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院 看護部	佐藤 幸子

第3日目 7月11日(土) 第19会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G412+G413)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O63 ICT 活動 1 10:50~11:50	長坂 洋子 (大和徳洲会病院)	O63-1	感染制御チームと手技に習熟した看護師との効果的な連携により、血液培養の高い汚染率を低減させた試み	大分県杵築市立山香病院	羽田野佳哉
		O63-2	ICT の手指衛生推進活動の取り組み評価 手指消毒回数増加による新規 MRSA 検出率の低下について	日本赤十字社盛岡赤十字病院	杉村 明子
		O63-3	感染対策へのデザイン思考アプローチ：ワークショップを通じた医療従事者の体験理解	東京科学大学病院感染制御部	横倉千恵子
		O63-4	地域包括ケア病棟における手指衛生の遵守向上への取り組み～行動変容に対する多角的アプローチ～	社会医療法人 堀ノ内病院 検査科/感染制御室	水村瑚ノ葉
		O63-5	ラウンド結果の分析に基づく介入の工夫—感染対策行動の改善と定着を目指した取り組み—	独立行政法人国立病院機構 東名古屋病院	志波 幸子
		O63-6	当院で経験した髄膜炎菌検出事例における感染制御チームの活動報告	飯塚病院 医療安全推進本部 感染管理センター	尾崎みな美
O64 ICT 活動 2 14:00~15:10	青山 恵美 (愛知医科大学看護学部)	O64-1	皮膚消毒薬変更による血液培養の汚染率の変化についての調査	長岡赤十字病院 検査技術課	鈴木 里奈
		O64-2	滅菌手袋と滅菌シートのルーチン併用を追加した新たな血液培養汚染(以下コンタミ) 予防 Bundle	知多半島りんくう病院	木原 庸介
		O64-3	環境培養で細菌が繰り返し分離され、シャワーヘッドの交換に至った1例	医療法人康幸会 かわぐち心臓呼吸器病院	大河原 恵
		O64-4	血液培養検査検体採取手技の簡素化の試み J-SIPHE データの活用	医療法人橘会 東住吉森本病院	荻田 千歌
		O64-5	コアグラゼ陰性ブドウ球菌血液培養 2Set 陽性患者数の増加を契機とした末梢ライン管理における感染対策活動	北里大学病院 感染管理室	白津 和慶
		O64-6	適切な感染性廃棄物の分別に向けた取り組み	浜松医科大学医学部附属病院 感染制御センター	塚本 彩花
		O64-7	<i>Staphylococcus aureus</i> 菌血症低減を目標とした感染制御部多職種連携QI (Quality Improvement) 活動の取り組み	大阪大学医学部附属病院 感染制御部	太田 悦子

第3日目 7月11日(土) 第20会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G414+G415)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
O65 抗菌薬適正使用 2 8:30~9:30	山本 真也 (東京大学医学部 附属病院感染症内科)	O65-1	周術期抗菌薬適正使用モニタリング導入によるプロセス改善効果	公益社団法人 地域医療振興協会 市立大村市民病院	大久保あかね
		O65-2	慢性期病院における抗菌薬フォーミュラリーの作成	医療法人光ヶ丘病院 薬剤科	脇田 真之
		O65-3	感染管理特定認定看護師の専門性を活かした血液培養陽性ラウンドにおけるタスクシフトの実践	飯塚病院 感染症科/飯塚病院 医療安全推進本部 感染管理センター	浅沼 翼
		O65-4	周術期クリニカルパスに対する抗菌薬適正使用チームとパス委員会の介入効果:後方視点的研究	東京科学大学病院 感染症内科/東京都保健医療局 感染症対策部 調査・分析課/東京科学大学 大学院医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野	酒本 健汰
		O65-5	A 病院における血液培養陽性患者を対象とした AST 推奨内容と受諾状況に関する実態調査	公立学校共済組合 九州中央病院 看護部	衛藤 理奈
		O65-6	リアルタイム集計を活用した抗菌薬適正使用研修開催の取り組み	JR 札幌病院	佐々木光義
O66 抗菌薬適正使用 3 9:40~10:40	古賀 道子 (東大新世代感染症センター)	O66-1	「対話型 AST 活動」が感染性心内膜炎の早期診断に寄与した一例— <i>Enterococcus faecalis</i> 菌血症に対する能動的な多職種介入の実践—	埼玉県済生会加須病院 感染対策室	小美野 勝
		O66-2	当院のカルバペネム系薬使用量削減の取り組み～連日 AST 活動 in 微生物検査室～	地方独立行政法人桑名市総合医療センター 薬剤部	川崎 好人
		O66-3	AST ラウンドにより診断に至ったヨードホルムガーゼ中毒の一例	済生会加須病院 薬剤部	佐藤 和樹
		O66-4	急性胆管炎・胆嚢炎に対する抗菌薬適正使用に向けての取り組み	飯田市立病院 薬剤部	市瀬 雄一
		O66-5	当院の血液培養陽性者におけるデ・エスカレーション実施率と広域抗菌薬使用者の血液培養採取率の推移	岡谷市民病院	小口 渉
		O66-6	AST 活動における抗菌薬使用量の継続的可視化と業務効率化を目指した自動化の実践	JA 愛知厚生連安城更生病院 抗菌薬適正使用支援チーム	白井 麻奈

第3日目 7月11日(土) 第20会場(パシフィコ横浜 ノース 4F G414+G415)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
O67 抗菌薬適正使用 4 10:50~11:50	安達 英輔 (東大医科研病院 感染免疫内科)	O67-1	投与8日目以降に固定化したAST介入戦略の妥当性の検証	社会医療法人東和会 第一東和会病院	吉野 正治
		O67-2	生成AIを用いた抗菌薬適正使用支援: AI事前ASTコメントと実カンファレンスの一致性の前向き検証	社会医療法人財団 池友会 福岡和白病院 医療安全・感染管理室	崎田 宏
		O67-3	小児専門病院における発熱性好中球減少症発症時のバンコマイシンの使用と血液培養分離菌の検討	神奈川県立こども医療 センター薬剤科	岩崎 文香
		O67-4	千葉大学病院における抗菌薬適正使用支援チーム(AST)の活動と感染症内科コンサルテーションへの連携	千葉大学医学部附属病院 感染制御部・感染症 制御部	吉川 寛
		O67-5	ESBL産生腸内細菌目菌血症を伴う腎盂腎炎患者における経口抗菌薬スイッチ療法への取組とその効果	国立病院機構静岡医療 センター薬剤部/国立病 院機構呉医療センター 感染対策部	高田 正弘
		O67-6	処方後監査とフィードバックにおける感染症専門医の個人差や判断の一致度、抗菌薬使用量への影響に関する後方視点的研究	東京科学大学病院 感 染症内科/東京科学大学 病院 感染制御部	藤井 裕菜
O68 MRSA 14:00~15:10	溝口美祐紀 (東京大学医学部 附属病院感染制御 部)	O68-1	新生児集中治療管理室/新生児回復室でのメチシリン耐性黄色ブドウ球菌汚染に対するパルスドキシセノン紫外線消毒の効果	藤田医科大学病院 医 療の質安全対策部 感 染対策室	中川 雅貴
		O68-2	MRSA発生率低減に向けたマニュアル改訂の効果検証—自施設の状況に即した隔離・解除基準の明確化と病棟管理者との連携—	社会医療法人 孝仁会 札幌孝仁会記念病院	平井 亜美
		O68-3	PCR法を用いたメチシリン耐性遺伝子迅速検査による抗菌薬適正使用への効果	国家公務員共済組合連 合会 呉共済病院 検 査部/国家公務員共済組 合連合会 呉共済病院 感染対策室	佐々木 彩
		O68-4	2006年から2024年における成人入院患者のMRSA監視培養の推移と役割の再評価	日本赤十字社医療セン ター 感染管理室	西川美由紀
		O68-5	当院における15年間のMRSA動態	福井大学医学部附属病 院 検査部	久田 恭子
		O68-6	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌スクリーニング培地の検出性能の評価	長崎大学病院	川良 洋城
		O68-7	当院におけるMRSA迅速鑑別PBP2'検出イムノクロマトキット導入の検証~MRSA・MSSA早期同定における抗菌薬適正使用の有用性~	国立病院機構栃木医療 センター ICT	黒岩ひかり

一般演題 ポスター

【第2日目】7月10日（金）
〈P1-001～P1-128〉

【第3日目】7月11日（土）
〈P2-001～P2-136〉

ポスター番号	日程	ポスター貼付	発表	ポスター撤去
P1-001～P1-128	7月10日（金）	8：00～10：00	13：00～14：00	—
P2-001～P2-136	7月11日（土）	—	13：00～14：00	14：00～15：00

第2日目 7月10日(金) ポスター会場(パシフィコ横浜 展示ホール C・D)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
P1 手指衛生 1 13:00~14:00	赤平 恵美 (青森県立中央病院)	P1-001	感染対策リンクナースの手指衛生推進活動を目的としたツールの作成と導入	香川大学医学部附属病院 感染制御部 感染対策室	藤村 佳世
		P1-002	手指衛生遵守に向けた看護師長への介入効果～「看護師の手指衛生に関する組織風土尺度」を活用して～	社会福祉法人北海道社会事業協会小樽病院 感染対策管理室	石田裕美子
		P1-003	手指衛生直接観察におけるリンクナースと感染管理認定看護師の観察結果の違い	日本赤十字社和歌山医療センター	白井 昌行
		P1-004	学習シールを使用した擦式手指衛生剤使用量増加への取り組み	公立豊岡病院組合立 朝来医療センター	吉盛奈津美
		P1-005	手指衛生向上への新たな取り組み	独立行政法人国立病院機構 鳥取医療センター	谷口 亜紀
		P1-006	精神科病棟における手指衛生遵守に向けた意識変容の取り組み手指消毒剤の使用量の測定および可視化を用いたフィードバックの効果	医療法人 水明会 佐潟公園病院	伊藤 誠
		P1-007	多様な背景を持つ看護補助者に対する感染対策指導方法の検討—手指衛生の実践状況評価を通して—	沖縄医療生協中部協同病院	與那覇謙吾
		P1-008	速乾性手指消毒薬の採用品見直し及使用実態および費用に与えた影響	那須赤十字病院 感染管理室/那須赤十字病院薬剤部	高野 尊行
P1 手指衛生 2 13:00~14:00	網中眞由美 (国立健康危機管理研究機構 国立看護大学校)	P1-009	HHSAP 導入後の手指衛生剤使用量と自由記載共起ネットワーク解析	国立病院機構あわら病院 看護部	桑田由香利
		P1-010	大幅な職員入れ替わりに伴い低下した手指衛生への介入—病棟別アンケートを活用した評価と介入検討—	医療法人協和会 箕面市立病院	野瀬 正樹
		P1-011	健診センターにおける手指衛生ベストプラクティスの策定と実践効果	独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院	中田 圭
		P1-012	感染症流行と教育的介入が速乾性手指衛生剤使用量に与える影響	三郷中央総合病院 感染防止対策室	大杉 朋之
		P1-013	個人携帯用手指消毒剤の導入が手指衛生遵守に与える影響の検討	石岡第一病院	興野 裕汰
		P1-014	手指衛生の指標として泡の色が変わる手洗い石鹸の反応機構	シーバイエス株式会社 研究開発部	宮澤めぐみ
		P1-015	擦式消毒剤使用量を可視化し使用量が増加した取り組み	社会医療法人栗山会 飯田病院	福地 明子
		P1-016	リンクナース主導による手指衛生アドヒアランス向上への多面的介入の実践報告	箕面市立病院	鱈 章乃

第2日目 7月10日(金) ポスター会場(パシフィコ横浜 展示ホール C・D)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
P1 個人防護具 13:00~14:00	金澤美弥子 (日本赤十字社長 崎原爆諫早病院)	P1-017	当院におけるマスク着用推奨解除再開と着用率の変化	千葉大学医学部附属病院 感染制御部	豊田 陽子
		P1-018	アイシールド使用状況と今後に向けた取り組み	福井循環器病院	村中 聖恵
		P1-019	継続的教育介入による PPE 着脱手順遵守の維持効果	福山市民病院	園田美由紀
		P1-020	内服薬取り出し場面における手袋適正使用に関する当院血液内科病棟の取り組み	国立国際医療センター	千葉みゆき
		P1-021	A 病棟における感染経路別予防策の課題について	独立行政法人 国立病院機構 敦賀医療センター	梅田 真樹
		P1-022	COVID-19 流行下の急性期病院におけるユニバーサルマスキングの適正着用率と陽性職員接触患者の二次感染率の実態調査	磐田市立総合病院 感染対策室	熱田 洋平
		P1-023	産婦人科病棟におけるゴーグル着用率 UP に向けた取り組み	社会医療法人友愛会 友愛医療センター	久志 彩乃
		P1-024	感染経路別予防策における掲示物の工夫による個人防護具選択の適正化	三田市民病院	福井 淳宏
P1 環境整備 1 13:00~14:00	小西 直子 (タムス杉並病院)	P1-025	ATP 検査を用いた環境整備の定着と手指衛生への行動変容: 5 年間の継続的介入による効果	下関市立市民病院 感染管理室	又賀 明子
		P1-026	ワゴン車清掃手順の遵守向上への取り組み~ATP 拭き取り検査を取り入れた「見える化」による意識変容の効果~	厚生連高岡病院 看護部	藤田 朝美
		P1-027	日常清掃下における排水口へのコーティング施工による表面菌数推移の比較検討	大阪公立大学医学部附属病院 感染制御部	藤井 昭人
		P1-028	人工的に汚染させた制菌加工カーテンと市販カーテンの生菌回収数の比較実験	北里大学大学院 看護学研究科	栗山 聡美
		P1-029	環境整備の推進を目指した取り組み~リンクナースが自部署の「あるべき姿」を視覚化して~	東京都健康長寿医療センター 看護部	松本 葵
		P1-030	蛍光マーカースタンプを用いた退院時病室清掃遵守率評価とフィードバック活動	金沢大学附属病院 感染制御部	田中 靖也
		P1-031	新規環境クロスの導入に関する検討	藤田医科大学ばんだね病院 臨床検査部	湯浅 麻里
		P1-032	リハビリテーション病院の共有ホールにおける環境表面汚染の実態	医療法人 喬成会 花川病院	大類由加理

第2日目 7月10日(金) ポスター会場(パシフィコ横浜 展示ホール C・D)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
P1 地域連携 1 13:00~14:00	齋藤 潤栄 (医療法人隆仁会 納病院)	P1-033	感染対策加算 1 施設における地域連 携を活用した新興感染症受入れ訓練 の実際	社会医療法人 天神会 新古賀病院	前野 慎一
		P1-034	模擬病棟 MAP を用いた新興感染症 を想定した訓練の実施	一般公益社団日本海員 救済会小樽救済会病院 感染対策室	久保亜佐子
		P1-035	健康福祉事務所と連携した地域の感 染対応力向上への取り組み~2025 年 度の活動報告~	赤穂市民病院 感染対 策室	望月 佐紀
		P1-036	山形県村山地域 AMR (薬剤耐性) ネットワークの活動報告	山形市立病院済生館	織田 士子
		P1-037	精神科領域における地域連携活動 を通じた感染対策の質向上に向けた取 組み	独立行政法人国立病院 機構 東尾張病院	田尻理恵子
		P1-038	施設間を跨ぐ VCM 治療における薬 剤師連携と救急救命士の有用性: MRSA 化膿性関節炎の転院搬送事例 から	社会医療法人 豊生会 東苗穂病院 薬剤科/社 会医療法人 豊生会 東苗穂病院 感染対策 室	武田 元樹
		P1-039	カード教材を用いた参加型感染対策 研修の有用性—泉州地域での実践報 告—	医療法人徳洲会 岸和 田徳洲会病院	望月 和美
		P1-040	外来感染対策向上加算取得施設への 指導強化加算活動報告	独立行政法人国立病院 機構 三重中央医療セ ンター ICT	近澤 香織
P1 人材育成・組織 体制 13:00~14:00	金子ゆかり (佐賀大学医学部 附属病院)	P1-041	徳洲会グループ薬剤部における病院 横断的な感染制御推進支援の評価— 抗菌薬 TDM 臨床実践ガイドライン 2022 推進活動についての調査—	医療法人徳洲会 福岡 徳洲会病院 薬剤部/徳 洲会薬剤部 感染委員 会	田中 博和
		P1-042	ノロウイルス感染対策に対する職員 の認識と対応力の現状	医療法人 千寿会 道 後温泉病院	平松 航
		P1-043	群馬県 ICN 分科会による若手 ICN の 活動推進に向けた支援研修会報告	上武大学 看護学部	千木良悦子
		P1-044	科学的根拠に基づいた呼吸器防護体 制の構築	医療社団法人 哺育会 白岡中央総合病院	松本 早苗
		P1-045	組織で取り組む感染対策~感染対策 向上加算2算定病院へStepUp~	医療法人 社団橘会 新生病院	宮部 由佳
		P1-046	行政機関と協働した感染対策エキ スパート職員フォローアップ研修の実 施と評価	医療法人社団如水会 今村病院	古賀 陽子
		P1-047	組織における感染管理認定看護師・ リンクナースの感染管理機能を発揮 するための役割行動の明確化	国立がん研究センター 東病院 看護部	早坂 和恵
		P1-048	リンクナース(以下 LN)の院内感染発 生時の問題意識と対応スキルの向上 について	大阪府立病院機構 大 阪はびきの医療セン ター	橋本 美鈴

第2日目 7月10日(金) ポスター会場(パシフィコ横浜 展示ホール C・D)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
P1 ICT 活動 1 13:00~14:00	高城由美子 (北里大学看護 キャリア開発・研 究センター)	P1-049	抗菌薬適正使用への取り組み～感染 制御チーム 4 職種によるカルテ介入 の効果～	国立病院機構 医王病 院	池下 聖子
		P1-050	WHO 手指衛生自己評価フレーム ワーク (HHSAF) を活用した手指衛生 遵守の取り組みと成果	産業医科大学若松病院 感染制御部	寺本美江子
		P1-051	無菌調製された高カロリー輸液製剤 における調製後投与時間の適正化に 向けた取り組み	前橋赤十字病院 薬剤 部	堀内 志帆
		P1-052	血液培養検査のコンタミネーション 率減少に向けた取り組み	地方独立行政法人奈良 県立病院機構奈良県西 和医療センター 感染 対策室	森脇美智子
		P1-053	陰部洗浄方法の見直し～陰部洗浄ボ トルから単回使用の紙コップへ変 更～	医療法人財団 明理会 行徳総合病院	高井 愛子
		P1-054	一般病棟管理とした肺結核症例にお いて ICT が苦慮した感染対策上の課 題	橋本市民病院	長坂 光芳
		P1-055	陰部洗浄から陰部清拭への変更に向 けた取り組み	地方独立行政法人大牟 田市立病院 感染管理 室	川後田美穂子
		P1-056	多職種協働による包括的サーバイラ ンス体制の構築と定着への取り組み	藤沢市民病院	小林 直美
P1 手術・デバイス 関連感染対策 1 13:00~14:00	土佐理恵子 (市立札幌病院)	P1-057	人工膝関節 SSI 低減に向けたサーベ イランス構築と初期介入の実施	医療法人いずみ会 阪 堺病院	内野美有紀
		P1-058	乳癌手術における手術部位感染 (SSI) サーベイランスと対策の評価	相良病院 腫瘍内科	味八木寿子
		P1-059	手術部位感染対策の検討ー臍部表層 SSI 低減への取り組みー	独立行政法人 国立病 院機構 三重中央医療 センター	水谷 恵里
		P1-060	小規模病院における整形外科手術部 位感染 (Surgical Site Infection : SSI) サーベイランスの導入と予防対策の 取り組み	越前町国民健康保険織 田病院 看護部	高阪奈緒美
		P1-061	SSI の精度を高めるための取り組 み～感染リンクスタッフとしての活 動～	市立敦賀病院 看護部	平井 美和
		P1-062	SSI 発生低減ワーキングチーム立ち 上げへのアプローチとその効果	川西市立総合医療セン ター	西田左恵子
		P1-063	当院における小児心臓手術後の縦隔 炎の特徴	公益財団法人 榊原記 念財団附属 榊原記念 病院 集中治療科	正谷 憲宏
		P1-064	SSI サーベイランスの DX 化と全手 術対象化を目指して～診療録検索を 用いた絞り込み作業の試み～	NTT 東日本関東病院 感染対策推進室	櫻井 隆之

第2日目 7月10日(金) ポスター会場(パシフィコ横浜 展示ホール C・D)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
P1 手術・デバイス 関連感染対策 2 13:00~14:00	西川美由紀 (日本赤十字社医 療センター)	P1-065	血液内科病棟における中心静脈カ テテル関連感染(CLABSI)減少に 向けた活動報告	国立健康危機管理研究 機構 国立国際医療セ ンター	水谷 純子
		P1-066	ミッドラインカテテルの適正使用 に向けた院内導入体制構築の活動報 告	湘南東部総合病院	片石 剛史
		P1-067	中心ライン関連血流感染サーベイラ ンス「入力項目の漏れ」改善に向けた システム運用の再構築にむけて	医療法人 おもと会 大浜第一病院	比嘉 義光
		P1-068	尿道留置カテテル適正使用に向け た現状調査と課題	千葉市立青葉病院	佐々木みゆき
		P1-069	尿道留置カテテル管理改善の取り 組み	JCHO 下関医療セン ター	坪根 淑恵
		P1-070	尿道留置カテテル使用基準の導入 と可視化による CAUTI 減少への取 り組み	山口県済生会下関総合 病院	國弘 健二
		P1-071	全病棟を対象とした尿道留置カテー テル管理の実態把握と標準化介入の 取り組み	東北大学病院 看護部	遠藤 春樹
		P1-072	尿道留置カテテル抜去後の残尿量 に基づく導尿実施とコンサルト要否 のアセスメントツールの作成	地域独立行政法人 神 戸市民病院機構 神戸 市立西神戸医療セン ター	志喜屋亜衣
P1 領域別感染対策 1 13:00~14:00	山根のぞみ (社会福祉法人函 館厚生院 函館五 稜郭病院)	P1-073	ICU における観血的動脈ライン管理 の標準化と血液培養陽性率の変化	社会医療法人 敬愛会 中頭病院	中山 優香
		P1-074	ICU 病棟における手指衛生遵守率向 上の取り組み	筑波大学附属病院 看 護部 ICU 病棟	川口 久乃
		P1-075	小児における血管内留置カテテル 管理の見直しー閉鎖式接続システム 導入による感染リスク低減への取り 組み	苫小牧市立病院	齋藤志奈子
		P1-076	小児病棟における中心静脈カテー テル関連血流感染(CLABSI)予防活動 とその成果	琉球大学病院	菅 力也
		P1-077	NICU・GCU で発生した MRSA (USA300 株) アウトブレイクにおけ る皮膚定着能に着目した感染対策の 実践報告	大阪公立大学医学部附 属病院 NICU・GCU 病棟	井上 諒子
		P1-078	新生児集中治療室における肺炎桿菌 分離増加の背景解析ー単施設および 地域データをを用いた検討ー	独立行政法人 国立病 院機構 高崎総合医療 センター	笹澤 優花
		P1-079	業者貸し出し手術器械の滅菌前洗浄 の導入にむけて	公益財団法人健和会 健和会大手町病院	若林 美由
		P1-080	人工膝関節全置換術(TKA)における 手術部位感染(SSI)のリスク要因の検 討	熊本整形外科病院	井村 昭寛

第2日目 7月10日(金) ポスター会場(パシフィコ横浜 展示ホール C・D)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
P1 ワクチン・職業 感染対策 1 13:00~14:00	吉田眞紀子 (東北医科薬科大 学 医学部)	P1-081	ワクチン接種対象者の適正化に向けた多職種連携と体制整備の取り組み	医療法人徳洲会 湘南厚木病院 感染防止対策室	小島 直美
		P1-082	障がい者病棟患者(50歳以上)に対する带状疱疹ワクチン接種への取り組み	NHO 長良医療センター ICT	安江亜由美
		P1-083	A 病院医師・看護師・助産師の三種混合ワクチン(トリビック)接種に関する KAP (知識・態度・行動) 調査	群馬県立小児医療センター 看護部 感染対策室	石川さやか
		P1-084	高齢者带状疱疹ワクチンの定期接種導入に伴う院内での接種体制整備と啓発活動の取り組み	医療福祉生活協同組合 おおさか コープおおさか病院	上田 有希
		P1-085	感染管理認定看護師(ICN)の介入による職員ワクチン接種プログラムの標準化と適正運用への転換	地域支援病院オープンシステム徳山医師会病院 感染制御チーム	岡崎 美紀
		P1-086	医療従事者の HBV・MMRV 抗体価およびワクチン接種歴のデジタル管理と接種促進の取り組み	江別市立病院	中根志のぶ
		P1-087	ムンプスワクチン接種後に無菌性髄膜炎を発症した外国人就労者の 1 例	加賀市医療センター 感染管理室	小森 幸子
		P1-088	アウトブレイクを契機とした職員の水痘感受性評価と対応体制構築	医療法人錦秀会 阪和記念病院	風間 千陽
P1 教育啓発 13:00~14:00	中江 舞美 (札幌医科大学附 属病院)	P1-089	地域の医療機関を対象とした感染対策実践の取り組み	地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立広尾病院	武藤沙起里
		P1-090	ファシリテーター育成と沖縄県の地域主導 WHO 手指衛生多角的戦略研修の効果	沖縄県立中部病院/沖縄県看護協会 感染対策委員会	上地智賀子
		P1-091	デジタル端末を用いた新しい歯科医療安全教育の開発—歯学部学生に対する針刺し・切創対策についての臨床教育—	日本歯科大学新潟病院	水谷 太尊
		P1-092	疥癬アウトブレイクを契機とした精神科における早期発見体制の整備と啓発の取り組み	公益財団法人 松原病院 精神科	田中 智啓
		P1-093	看護師を対象としたスワブスティック型消毒薬の適正使用に関する調査の現状と課題	朝倉医師会病院 感染管理部	古賀 尚史
		P1-094	インドネシア人看護助手に対する感染対策に関する教育の取り組み	寺岡記念病院 薬剤科	高橋 弘明
		P1-095	病棟統合に伴う部署内教育の再構築とオンデマンド型学習の導入~兼任感染管理認定看護師による継続学習へのアプローチ~	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	下里 徳輝
		P1-096	静脈注射認定看護師に対する静脈炎早期発見に向けた体験型教育の導入とその効果	金沢医科大学病院 看護部	福原 奈美

第2日目 7月10日(金) ポスター会場(パシフィコ横浜 展示ホール C・D)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
P1 耐性菌・抗菌薬 適正使用 1 13:00~14:00	北原 隆志 (山口大学医学部 附属病院)	P1-097	小児心臓血管外科手術症例における 周術期テコプラニン投与設計の妥 当性の検討	群馬県立小児医療セン ター 薬剤部	新井 咲紀
		P1-098	保健所の院内感染対策ネットワーク 構築の支援を目的とした多剤耐性病 原体アウトブレイク演習記録につい ての検討	文京区保健衛生部(文京 保健所) 予防対策課	小島 絵里
		P1-099	尿路感染症と診断された血液培養陽 性患者の抗菌薬治療期間と予後に関 する調査	田主丸中央病院薬剤科	大石 泰也
		P1-100	過体重手術患者への薬剤師介入によ るセファゾリン増量投与の有効性評 価～感染症治療抗菌薬への変更率を 指標とした後方視的検討～	小倉記念病院 薬剤部	町田 聖治
		P1-101	外来 AS 活動に向けた急性気道感染 症抗菌薬処方実態の可視化: 薬剤 データと ICD-10 コード統合による処 方動向調査	静岡市立清水病院 感 染防止対策室	土屋 憲
		P1-102	簡易届出制の導入による外来経口抗 菌薬適正使用への影響と評価	医療法人徳洲会 大垣 徳洲会病院 AST	後藤 雄真
		P1-103	AST による外来経口抗菌薬適正使用 に向けた取り組み	NTT 東日本札幌病院 感染管理推進室	檜山 瑠美
		P1-104	糖尿病患者のおむつ内環境モデルに よる尿路感染リスクの検討ー模擬細 菌尿を用いた実験的解析ー	高崎健康福祉大学 薬 学部 地域医療薬学研 究室	飛田 翔
P1 耐性菌・抗菌薬 適正使用 2 13:00~14:00	平原 康寿 (宮崎大学医学部 附属病院)	P1-105	生成 AI の支援を想定した段階的患 者情報提示による抗菌薬適正使用に 必要な情報要素の検証	高崎健康福祉大学 薬 学部 地域医療薬学研 究室	鈴木 芹菜
		P1-106	感染対策向上加算 1 取得前の抗菌薬 使用状況の AWaRe 分類解析	徳山医師会病院 抗菌 薬適正使用支援チーム	渡邊なつ美
		P1-107	当院における特定抗菌薬使用状況と 耐性菌検出動向の年次推移	地域医療支援病院オー プンシステム徳山医師 会病院感染制御チーム	有馬由美子
		P1-108	抗菌薬適正使用支援チーム (AST) 活 動を通して見た、近年の当院における 抗菌薬の使用傾向と耐性菌の変化	JCHO 諫早総合病院 薬剤部	中路 洋輔
		P1-109	遺伝子解析装置 FilmArray [®] の導入が 髄膜炎・脳炎に対するエンピリック 治療に与えた影響	広島市立北部医療セン ター安佐市民病院 薬 剤部	植竹 宣江
		P1-110	当院における腎機能別 VCM 投与設 計ノモグラムを用いた投与法による、 目標 AUC _{24h} 達成の検討	旭川赤十字病院 薬剤 部	竹田 享平
		P1-111	第三世代セファロスポリン系抗菌薬 の院内処方停止が抗菌薬使用状況に 与える影響の評価	医療法人桜丘会 水戸 ブレインハートセン ター 薬剤科	鴨志田 聡
		P1-112	産科病棟スタッフと取り組んだ MRSA 感染対策	高知医療センター 感 染対策センター	山崎みどり

第2日目 7月10日(金) ポスター会場(パシフィコ横浜 展示ホール C・D)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
P1 その他 1 13:00~14:00	望月 敬浩 (静岡県立静岡がんセンター)	P1-113	当院における手指消毒の順守と院内感染症のアウトブレイクの関連についての検討と課題	高松平和病院 感染管理室	植本 一駿
		P1-114	次亜塩素酸ナトリウム消毒薬である J's Guard の性能評価	東海大学医学部附属病院 院内感染対策室/東海大学医学部附属病院看護部	川村 亨
		P1-115	集団生活の感染リスクを戦略的に考える新興感染症等訓練—離島地域における加算 1 医療機関と保健所の取り組み—	社会医療法人義順顕彰会 種子島医療センター	下江 理沙
		P1-116	現場意識の向上を目指した医師による感染対策ラウンド	阪和記念病院 整形外科	竹内 弘之
		P1-117	中性 pH 条件下における亜塩素酸ナトリウム (NaClO ₂) とカフェインの相乗的殺菌・殺真菌効果	大阪大学 大学院薬学研究科/大阪大学 先導的学際研究機構	古西 清司
		P1-118	看護衣を汚染したウイルスの感染性の時間変化	和歌山県立医科大学 保健看護学部	池田 敬子
		P1-119	子宮頸がんワクチンのキャッチアップ接種～接種率向上にむけた職域接種の取り組み～	札幌徳洲会病院 感染管理室	天野 詩織
		P1-120	市中発生の針刺し事故における受傷者（市中曝露者）への対応	医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院 感染管理室	伊藤 恭子
P1 その他 2 13:00~14:00	山田 武宏 (北海道科学大学薬学部)	P1-121	令和 6 年能登半島地震における公立 A 総合病院の感染対策—断水下で実施した感染対策—	公立能登総合病院	澤田 明美
		P1-122	国際空港検疫所との搬送訓練に伴う 2 類感染症病床稼働時の取り組み	JA 愛知厚生連 知多厚生病院 感染制御部	相川 浩孝
		P1-123	発熱者記録の現状と課題 データウェアハウスと紙記入を比較して	地方独立行政法人広島県立病院機構 県立安芸津病院	中壽賀 弘
		P1-124	RPA を活用した全病棟医療器具関連感染サーベイランスシステムの構築と運用	地方独立行政法人 広島市立病院機構 広島市立広島市民病院	多田 裕貴
		P1-125	非定点医療機関における看護職主導型小児 ARI サーベイランスの実践	市立横手病院	小川 伸
		P1-126	当院における感染対策—血液培養の適正実施と汚染率について—	江東病院 臨床検査科	清水 彩加
		P1-127	当院における百日咳患者の現状	博慈会感染制御室	小池さゆり
		P1-128	発熱サーベイランスに関する情報共有紙記録と DWH 抽出データの乖離と看護業務負担	地方独立行政法人広島県立病院機構 県立安芸津病院	中壽賀 弘

第3日目 7月11日(土) ポスター会場(パシフィコ横浜 展示ホール C・D)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
P2 手指衛生 3 13:00~14:00	西田 和晃 (東京大学医学部 附属病院 看護部)	P2-001	整形外科病棟の手指消毒使用量増加にむけた取り組み	医療社団法人 哺育会 白岡中央総合病院	田中 京子
		P2-002	手術室看護師のウォーターレス法導入後における手洗い評価についての活動報告	市立敦賀病院 中央手術室	阿部 玲那
		P2-003	リハビリテーション専門病院における携帯式消毒薬導入後の手指衛生5つのタイミングに対する意識の変化～継続調査の報告～	つくば国際大 看護	北島 元治
		P2-004	当院の COVID-19 クラスター発生からみた患者 ADL および手指消毒実施状況の関連	医療法人 医和基会 戸畑総合病院	村上 りか
		P2-005	手指衛生キャンペーンを活用した手指衛生遵守率向上への取り組み	社会福祉法人 恩賜財団済生会支部茨城県済生会 水戸済生会総合病院	大森由香里
		P2-006	介護老人福祉施設の職員に対する多角的手指衛生教育の効果～職員の手指衛生遵守率と入居者の感染罹患率に関する分析～	湘南医療大学 保健医療学部 看護学科	渡部 節子
		P2-007	擦式手指消毒の手技の判定に「AI がチェックする手洗い判定システム: TeA-L/Right®」を用いることの妥当性に関する研究	京都府立医科大学医学部看護学科	山本 容子
		P2-008	手指衛生遵守率向上に向けた多角的介入の成果と今後の課題	医療法人偕行会 名古屋共立病院 感染管理室	伊藤佐知子

第3日目 7月11日(土) ポスター会場(パシフィコ横浜 展示ホール C・D)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
P2 手指衛生 4 13:00~14:00	江崎 祐子 (久留米大学医療 センター)	P2-009	全職員を対象とした手指衛生研修が 手指消毒薬使用量に与えた影響—自 己チェックから客観的指標への移行 と多面的介入の検討—	医療法人社団 北樹会 病院	佐藤 和男
		P2-010	看護職参画型研修による排泄ケア時 感染対策ベストプラクティス作成と 運用	公立丹南病院 医療安 全管理部 感染管理室	遠藤 築
		P2-011	病棟看護師における感染対策の強み 認識と手指衛生実践との関連—「特 になし」回答に着目した検討—	公益社団法人昭和会 まきいれ総合病院 感 染管理課	立和名聖子
		P2-012	「泡の色が変わる手洗い石鹸」による 手洗いの「見える化」が手洗い行動と 除菌効果に与える影響	シーバイエス株式会社 研究開発部	菊地原紀裕
		P2-013	医療従事者における手荒れ実態調査 と関連要因の検討	医真会八尾総合病院 感染制御チーム	吉本 理恵
		P2-014	保育従事者の手指衛生実践の可視化 と課題—ATP 測定および手洗い チェッカーを用いた検討—	東京情報大学 看護学 部 看護学科	佐藤真由美
		P2-015	手術室における手指衛生改善の取り 組み～リンクナースと協働して～	地方独立行政法人京都 市立病院機構 京都市 立病院	石川 優
		P2-016	リンクスタッフへの個別 On-the-Job Training(OJT)と目標管理を併用し た教育介入の効果—LS 活動に自律性 を持たせる取り組み—	沖縄県立中部病院 医 療安全管理室	屋嘉比真紀
P2 標準予防策、洗 浄・消毒・滅菌 13:00~14:00	島崎 豊 (NPO法人 日 本・アジア口腔保 健支援機構)	P2-017	病院救急車は“移動するレッドゾ ーン”—蛍光剤での可視化と汚染状況・ 感染対策の検討と環境対策—	医療法人徳洲会 神戸 徳洲会病院	矢部 真弓
		P2-018	臨床看護師の標準予防策遵守度評価 尺度日本語版(CSPS-J)の遵守率と遵 守に影響する背景要因の検討	高崎健康福祉大学 保 健医療学部	安野 朝子
		P2-019	陰部ケアの清拭化による感染対策の 標準化と業務効率への影響—地域包 括ケア病棟における活動報告	医療法人陽明会増田病 院	篠原真理子
		P2-020	滅菌コンテナ選定に係る性能検証試 験の取り組み	愛知県医療療育総合セ ンター中央病院	桑山 祐樹
		P2-021	外部ラウンドを契機とした滅菌供給 部門の組織整備と緊急滅菌運用の最 適化	独立行政法人国立病院 機構 舞鶴医療セン ター 感染対策室	尾辻明日香
		P2-022	爪ケア物品の洗浄と消毒(1)～在宅施 設で実施できる現場手順書～	医療法人偕行会在宅医 療事業部	三宅喜代美
		P2-023	爪ケア物品の洗浄と消毒(2)～家庭用 小型洗浄器を活用した在宅医療事業 部における再生処理手技の検討～	医療法人偕行会 名古 屋共立病院 感染管理 室	萩原佑香里
		P2-024	滅菌済み RMD の保管状況と取り扱 いの実態からみる無菌性維持の検証	JA 岐阜厚生連 岐阜・ 西濃医療センター 岐 北厚生病院 手術室・ 中央材料室	森川 晶帆

第3日目 7月11日(土) ポスター会場(パシフィコ横浜 展示ホール C・D)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
P2 環境整備 2 13:00~14:00	三橋 美野 (東京大学医学部 附属病院 看護部 感染対策センター)	P2-025	アデノシン三リン酸(ATP)測定法による清掃委託業者の清掃状況評価と今後の課題	市立釧路総合病院	立花みどり
		P2-026	ナッジ(nudge)を活用した廃棄物管理の適正化に向けた取り組み	地方独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立がんセンター 医療の質管理部 感染制御室	中野 了爾
		P2-027	清潔リネン保管環境の適正化を目的としたリネン庫改善の取り組み～物品混在の原因調査と教育介入による改善～	福山市民病院	手嶋 純子
		P2-028	転倒事故防止効果が期待される床用速乾性洗浄剤の開発と有効性の確認	日華化学株式会社 界面科学研究所 商品開発研究部	末吉 政智
		P2-029	トコジラミ持ち込み事例を契機とした院内害虫対応体制の構築と運用評価	社会医療法人財団石心会 川崎幸病院 病院安全管理部 感染管理課	高橋由記子
		P2-030	小児専門病院における日常環境清掃の質の向上に向けた取り組みと課題	千葉県こども病院	秋山 真祐
		P2-031	集中治療部門におけるエコプローブの汚染状況	新潟大学医歯学総合病院 医療技術部 臨床検査部門	草間 文子
		P2-032	閉鎖式保育器と周辺機器の高頻度手指接触面の汚染度の比較～適切な清掃回数の検討に向けて～	群馬県立小児医療センター 看護部	諏佐 和也

第3日目 7月11日(土) ポスター会場(パシフィコ横浜 展示ホール C・D)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
P2 地域連携 2 13:00~14:00	坂根 圭子 (島根県立大学出 雲キャンパス)	P2-033	感染対策実地指導の継続的介入から 見えた小規模介護・福祉施設の感染 対策上の課題	新武雄病院 感染管理 部門/佐賀県感染防止対 策地域連携協議会	安藤 朋子
		P2-034	結核接触者健診体制の標準化と実効 性向上急性期病院と保健所の連携に よる対応強化	和泉市立総合医療セン ター	小田 学
		P2-035	地域保険薬局における感染対策の実 態調査	産業医科大学若松病院 薬剤部/産業医科大学若 松病院感染制御部	吉原 郁夫
		P2-036	院内感染対策における成熟度 3 層モ デルの検討—奈良県 75 病院の横断解 析から—	南和広域医療企業団南 奈良総合医療センター 感染症内科/奈良県中和 保健所	宇野 健司
		P2-037	高齢者施設の感染対策の質の向上を 目指して—実地指導で見えた現状と 課題—	朝倉医師会病院 感染 管理部	井上 聡子
		P2-038	感染対策地域連携の構築—A 地域全 体での合同カンファレンスを開催—	昭和伊南総合病院	前田いづみ
		P2-039	トコジラミ持ち込み事例 10 例の検討 から明らかとなった地域連携と再持 ち込みの課題	社会医療法人財団石心 会 川崎幸病院 病院 安全管理部 感染管理 課	高橋由記子
		P2-040	新興感染症を想定した多機関合同感 染症危機管理訓練による課題抽出	地方独立行政法人 奈 良県立病院機構 奈良 県総合医療センター	東學 善友
P2 ICT 活動 2 13:00~14:00	多湖ゆかり (彦根市立病院)	P2-041	当院におけるノンアルコール手指消 毒薬使用者の手荒れの実態	名古屋市立大学医学部 附属東部医療センター ICT	河合 晴美
		P2-042	麻疹患者対応から見えた今後の課題	社会医療法人社団光仁 会 総合守谷第一病院 看護部/感染対策室	高島美和子
		P2-043	受講率 100% を目指す感染管理研修 会の企画運営	独立行政法人 地域医 療機能推進機構 JCHO 札幌北辰病院	高木 静江
		P2-044	カンボジアでの国際医療 NGO ボラ ンティア活動で経験した院内 ICT 活 動について	元ジャパンハートこど も医療センター	森 三郎
		P2-045	ICT 研修を通じた抗菌薬適正使用の 取り組み	三重中央医療センター ICT/AST	築川 樹
		P2-046	感染管理活動におけるリンクナース との協働—リンクナースの視点を生 かして—	医療法人徳洲会 福岡 徳洲会病院 感染管理 室	片渕 由貴
		P2-047	ICT ラウンドにおける DX 化—限ら れた時間で効率的に進めるために—	医療法人松田会 松田 病院	平間 里美
		P2-048	当院における ICT 活動—ラウンド表 の活用—	久米川病院	竹内 健人

第3日目 7月11日(土) ポスター会場(パシフィコ横浜 展示ホール C・D)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
P2 手術・デバイス 関連感染対策 3 13:00~14:00	成瀬 美佐 (高知赤十字病院)	P2-049	チームで取り組む肝切除術の SSI サーベイランス	兵庫県立西宮病院 消化器外科/兵庫県立西宮病院 感染対策チーム	橋本 和彦
		P2-050	末梢静脈挿入型中心静脈カテーテル 関連血流感染におけるリスク因子の 検証	滝川市立病院 感染制御部	工藤 ゆかり
		P2-051	外来皮下植え込み型中心静脈ポート 関連感染の調査と課題	社会医療法人神鋼記念 会 神鋼記念病院	石田 珠水
		P2-052	消化器疾患患者が多い A 病棟におけ る中心静脈カテーテル関連血流感染 リスク因子の検討	社会医療法人清恵会 清恵会病院	小川 一恵
		P2-053	特定看護師による PICC 挿入後の管 理実践と CLABSI 予防に向けた取り 組みおよび課題	社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院 感染対策チーム	清水 真介
		P2-054	中心静脈カテーテル関連血流感染を 防止する為の取り組み	帝京大学ちば総合医療 センター	高岡 佳代
		P2-055	当院における中心ライン関連血流感 染の現状と評価	独立行政法人労働者健 康安全機構 中国労災 病院	山根 克也
		P2-056	消化器外科病棟におけるカテーテル ラウンドの見直しと教育的介入によ る血流感染防止対策	金沢医科大学病院 看 護部	水口 美香
P2 手術・デバイス 関連感染対策 4 13:00~14:00	室井 洋子 (坂井市立三国病 院)	P2-057	当院の入院患者における尿道カテー テル適正使用に関する実態	長崎大学病院 総合感 染症科 感染制御教育 センター	渡辺 瑞紀
		P2-058	カテーテル関連尿路感染防止に向け ての当院の取り組み～介入方法変更 後のアンケート調査を元に～	東京警察病院 感染制 御対策室	折茂 香織
		P2-059	尿道留置カテーテル適正使用への継 続的介入の効果	医療法人厚生会 福井 厚生病院	高柳 淳子
		P2-060	整形外科病院の CAUTI 予防の多角 的取り組み 発生事例の見える化 フィードバックと早期抜去パスの検 討	医療法人 札幌円山整 形外科病院	中山 梨香子
		P2-061	整形外科病棟における尿道留置カ テーテル早期抜去アセスメントテン プレート導入の検討	高知赤十字病院	野川 洋枝
		P2-062	チームで取り組む人工呼吸器関連事 象 (VAE) サーベイランスの実践	兵庫県立淡路医療セン ター	速水 恵
		P2-063	人工呼吸器関連イベント (VAE) 低減 に向けた取り組み	福島赤十字病院	北村 慶
		P2-064	当院における VAP サーベイランス 精度向上の取り組み～ICU ウォーキ ングカンファレンスに参加して～	仙台市立病院 感染対 策室	佐藤 綾

第3日目 7月11日(土) ポスター会場(パシフィコ横浜 展示ホール C・D)

セッション	座長(所属)	演題番号	演題名	所属	演者
P2 アウトブレイク 13:00~14:00	目次 香 (鳥取大学医学部 附属病院 感染制御部)	P2-065	小児・成人混合病棟におけるノロウイルスアウトブレイクの伝播要因と早期介入策の検討	苫小牧市立病院	齋藤志奈子
		P2-066	麻疹アウトブレイクから学んだワクチンプログラムの重要性	藤沢市民病院	仲家 朋香
		P2-067	急性期病棟におけるノロウイルスアウトブレイクの要因分析と対策の検討	横浜新緑総合病院 感染対策室	佐藤由有子
		P2-068	看護師の疥癬患者対応に関する実態調査と感染対策上の課題	田川市立病院	井上 真紀
		P2-069	人工呼吸器装着患者3名における <i>Mycobacteroides abscessus</i> complex 同時検出事例	戸畑けんわ病院 薬剤科	橋本 治
		P2-070	<i>Bacillus cereus</i> 血流感染症アウトブレイクに関する対応の報告	近畿大学奈良病院 感染制御部	天野智佳子
		P2-071	CPE 検出事例に対する環境評価および排水管消毒を含む水回り対策	東北大学病院 感染管理室	遠藤 春樹
		P2-072	当院における Binary toxin 産生 <i>Clostridioides difficile</i> 感染症アウトブレイクによる感染対策の取り組み	東京警察病院 感染制御対策室	莊子久美子
P2 領域別感染対策 2 13:00~14:00	湯原 里美 (社会福祉法人 白十字会 白十字 総合病院)	P2-073	徳洲会グループリハビリテーション部会の感染対策に対する取り組み～感染対策マニュアルの作成～	医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院 リハビリテーション室	坂下 竜也
		P2-074	車椅子の駆動輪およびハンドリムに対する清掃方法の違いによる衛生状態の比較検討	岐阜保健大学 リハビリテーション学部	小島 誠
		P2-075	臨床実習中のユニフォーム交換行動に影響する環境要因と認知的要因の検討—作業療法・理学療法臨床実習における実態から—	岐阜保健大学 リハビリテーション学部	宇佐美知子
		P2-076	産科外来で発生した麻疹疑い事例に対する院内対応の検討	大阪母子医療センター 感染管理室	木下 真柄
		P2-077	当院における外来での麻疹患者対応への取り組み	社会医療法人 信愛会 交野病院 感染防止対策室	牧瀬 信栄
		P2-078	侵襲性髄膜炎菌感染症3例を契機に構築した曝露者管理体制と広域連携の課題	公益社団法人 日本海員救済会 名古屋救済会病院 感染対策室	二神 諒子
		P2-079	演題取り下げ		
		P2-080	高齢者介護施設の現場を守る介護職～洗面設備がない個室環境での安全なケアと感染対策の工夫～	医療法人偕行会 介護付有料老人ホームのぞみ	稲葉 優希

第3日目 7月11日(土) ポスター会場(パシフィコ横浜 展示ホール C・D)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
P2 領域別感染対策 3 13:00~14:00	細田 清美 (社会福祉法人恩賜財団済生会支部 福井県済生会病院)	P2-081	高齢者施設における感染対策の実践 に影響を及ぼす多様な要因：行動科学 の理論的枠組みに基づく質的研究	岡山大学 大学院ヘル スシステム統合科学研 究科 博士後期課程	藤本 要子
		P2-082	老人介護保険施設における「ミニレク チャー」の効果について	公益財団法人北海道医 療団帯広第一病院	青山 由香
		P2-083	グループ内での感染管理認定看護師 としての継続活動：老健 ICD との共 同活動 1 年間の活動報告	医療法人財団善常会 善常会リハビリテー ション病院 看護部	福井真理子
		P2-084	兼務感染管理認定看護師の部署活動 による感染対策強化の取り組み—直 接介入がもたらす現場変容—	静岡県立総合病院 看 護部	山田 愛実
		P2-085	脳神経内科病棟における誤嚥性肺炎 予防の取り組みと抗菌薬使用量への 影響	公益社団法人日本海員 掖済会 名古屋掖済会 病院	横井 博子
		P2-086	バンコマイシン耐性腸球菌検出に伴 う内視鏡培養検査と環境 ATP 調査 を実施した結果について	公立藤田総合病院	渡邊 勇七
		P2-087	当院における疥癬検査の取り組み	医療法人社団八千代会 メリオホスピタル ICT	石元真由美
		P2-088	精神科病棟においてノロウイルスの 集団発生の伝播要因を考える	社会福祉法人埼玉医療 福祉会 丸木記念福祉 メディカルセンター 感染対策室	松本 千秋
P2 ワクチン・職業 感染対策 2 13:00~14:00	高山 和郎 (東京大学医学部 附属病院薬剤部)	P2-089	医療従事者のためのワクチン接種記 録・抗体価管理システムの複数医療 機関における先行利用	シミックホールディン グス株式会社	北原沙也加
		P2-090	带状疱疹ワクチン接種導入の報告	岡谷市民病院	源田 和子
		P2-091	新入職員に対するワクチン接種体制 の課題と他部署連携による改善の取 組み	社会医療法人 敬愛会 中頭病院	浜元 沙織
		P2-092	演題取り下げ		
		P2-093	せん妄状態の患者さんによる切創・ 咬傷から職員を守る手袋の開発	昭和医科大学 横浜市 北部病院 臨床病理診 断科/昭和医科大学 富 士吉田教育部	木村 聡
		P2-094	ペン型インスリン注入器の投与前針 刺しにおける血液曝露リスク認識と 空打ち後リキャップの実態：A 病 院・他施設看護師の比較調査	琉球大学病院 看護部	呉屋 秀憲
		P2-095	ペン型インスリン注入器の誤投与に 伴う感染管理に関する A 病院・他施 設看護師の認識差：Web 調査比較と 全国公表事例の分析	琉球大学病院 看護部	呉屋 秀憲
		P2-096	ペン型インスリン注入器の血液逆流 リスクに関する安全対策の歴史的変 遷：日米比較スコーピングレビュー	琉球大学 医学部 保 健学科 基礎看護学講 座 基礎看護学分野	渡慶次道太

第3日目 7月11日(土) ポスター会場(パシフィコ横浜 展示ホール C・D)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
P2 耐性菌・抗菌薬 適正使用 3 13:00~14:00	山口 諒 (東京大学医学部 附属病院 薬剤部)	P2-097	特定看護師によるカンジダ血症治療 バンドルの遵守監査および介入結果 と今後の課題	藤田医科大学病院 看 護部	尾関 貴昭
		P2-098	抗菌薬使用量サーベイランスにおけ る請求データと実投与データの乖離 要因-病棟特性による比較-	神奈川県ハビリテー ション病院 薬剤科	三浦 愛理
		P2-099	こども病院における AST 薬剤師の活 動報告	静岡県立こども病院 薬剤室	平田 健志
		P2-100	ICN が中心となり構築した AST 活 動-カルバペネム使用量適正化への 多職種連携の取り組み-	医療法人社団宏和会 岡村記念病院	神谷 薫
		P2-101	当院における血液培養採取時の皮膚 消毒剤変更と汚染率低下の検証	兵庫県立淡路医療セン ター	中田 友実
		P2-102	病棟薬剤師の支援による血液培養陽 性患者への早期 AST 介入体制の構築 と評価	医療法人 社団哺育会 白岡中央総合病院 薬 剤部	馬場 歩
		P2-103	カルバペネム系抗菌薬長期使用にお ける背景要因と AST 介入の課題	社会医療法人 松本快 生会 西奈良中央病院	岡田 麻子
		P2-104	当院における過去 7 年間の AST 活動 について	北九州市立医療セン ター 抗菌薬適正使用 支援チーム	村上 由花
P2 耐性菌・抗菌薬 適正使用 4 13:00~14:00	村谷 哲郎 (医療法人社団愛 信会小倉到津病院 感染制御部)	P2-105	当院における特定抗菌薬使用届の届 出率の向上および AST 業務の効率化 への取り組み	兵庫県立淡路医療セン ター 薬剤部/兵庫県立 淡路医療センター 感 染対策部	永岩 早稀
		P2-106	段階的強化型抗菌薬適正使用支援介 入がカルバペネム使用量に与えた影 響の検討	さぬき市民病院 医療 技術部 薬剤科	鈴江 奈月
		P2-107	当院におけるタゾバクタム/ピペラシ リンの使用状況調査	社会医療法人社団順江 会 江東病院	木村 統乃
		P2-108	薬剤師による血液培養結果報告体制 変更後のメロペネム処方動向につい て	鹿児島厚生連病院	福永 晟也
		P2-109	感染症専門医不在の中小病院におけ る薬剤師主導 AST 活動と ICT ツー ルを用いた情報共有体制の構築	社会医療法人同愛会 博愛病院	中山 卓
		P2-110	慢性期病院において AS 活動を展開 するための 1st Step に向けた肺炎診 療の後方視的検討	社会医療法人友愛会 友愛医療センター薬 剤科	小杉 卓大
		P2-111	BD バックテック 21F 溶血タイプ嫌 気用ボトル P の妥当性評価	友愛医療センター	大城 輝帆
		P2-112	Antimicrobial Stewardship のこれま でと 10 年先の AS 体制構築に向けて	社会医療法人友愛会 友愛医療センター 薬 剤科	姫野 智子

第3日目 7月11日(土) ポスター会場(パシフィコ横浜 展示ホール C・D)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
P2 COVID-19 13:00~14:00	山崎 博史 (山陽小野田市民 病院)	P2-113	新型コロナウイルス感染症発生時における初期対応の可視化～アクションカード作成の取り組み～	医療法人豊田会 刈谷 豊田東病院	今井久留美
		P2-114	COVID-19 発端者のうち二次症例が2例以上になるリスク因子の検討	東京はくと医療生活協 同組合 王子生協病院	廣川 和恵
		P2-115	新型コロナウイルス感染症による高齢者施設クラスター対応に対する感染管理認定看護師支援の双方向評価	京都府立医科大学大学 院	内海 桃絵
		P2-116	新型コロナウイルス感染症流行下の高齢者施設クラスター対応における感染管理認定看護師派遣のバックアップ体制	京都府立医科大学大学 院	内海 桃絵
		P2-117	COVID-19 罹患後職員の復帰前検査と就業復帰について	旭川赤十字病院	橋爪 美樹
		P2-118	5 類感染症移行後の当院における COVID-19 によるクラスターの考察	医療法人辰星会 柊記 念病院 感染対策室	熊田ふみ子
		P2-119	5 類移行後に 3 病棟で同時期に発生した COVID-19 アウトブレイクに対する介入：環境対策から標準予防策再徹底への転換	弘前大学医学部附属病 院 感染制御センター	木村 俊幸
P2 その他 3 13:00~14:00	頼岡 克弘 (山陽小野田市立 山口東京理科大学)	P2-120	新興感染症発生時における部署別アクションカードの有用性	久留米大学医療セン ター	爲廣 侑子
		P2-121	病院全面移転に伴う感染対策の再構築	琉球大学病院 感染制 御部 感染対策室	鈴木 聡美
		P2-122	外国人補助者受入れを契機とした入職前結核スクリーニング体制の再構築について	社会医療法人 友愛会 友愛医療センター 感 染制御管理室	金城 聖子
		P2-123	LC-Plasma の事前添加による熱ストレス下における pDC 活性の維持および pDC によるウイルス貪食の可視化	キリンホールディング ス株式会社 ヘルスサ イエンス研究所	唐 暢
		P2-124	生成 AI (ChatGPT) を活用した一味違った新興感染症訓練	神戸市立医療センター 中央市民病院 感染管 理室	山本 達也
		P2-125	インフルエンザウイルスによるヒトパラインフルエンザウイルス 3 型の増殖抑制：重感染モデルによるウイルス干渉の in vitro 解析	国立健康危機管理研究 機構 国立感染症研究 所 インフルエンザ研 究センター	浜本いつき
		P2-126	当院における職員へのインフルエンザ予防内服体制整備と発症抑制効果の検討	三田市民病院	福井 淳宏
		P2-127	ICT 連携が臨床への情報提供の一助となった <i>Capnocytophaga</i> 菌血症の一例	社会医療法人 財団新 和会 八千代病院 中 央検査部	小寺 佑果

第3日目 7月11日(土) ポスター会場(パシフィコ横浜 展示ホール C・D)

セッション	座長(所属)	演題 番号	演題名	所属	演者
P2 その他 4 13:00~14:03	鹿角 昌平 (長野中央病院)	P2-128	中規模病院における AUD の推移と新規 <i>C. difficile</i> 陽性密度率との時系列関連性の検討	医療法人石井会 石井病院 内科	石田 克敏
		P2-129	2剤耐性 <i>Acinetobacter baumannii</i> complex 検出患者周囲における環境汚染の実態	大分大学 医学部附属病院 感染制御部	兒玉 知久
		P2-130	当院における ESBL 産生腸内細菌目細菌の 10 年間の推移と遺伝子型解析	東京大学 医学部附属病院 感染制御部	藤本 文恵
		P2-131	抗酸菌の分離状況	東京大学 医学部 附属病院 感染制御部	日暮 芳己
		P2-132	特定看護師が感じた懸念から化膿性脊椎炎、腸腰筋膿瘍の診断に至った一症例	社会医療法人純幸会 関西メディカル病院	勝平 真司
		P2-133	医療施設の清潔エリアにおける微小昆虫の発生源および侵入経路調査—天井裏・壁裏等の影響について—	シーアンドエス株式会社	鮫島 大樹
		P2-134	過去 6 年間の血液培養検出状況	静岡徳洲会病院 検査科	黒田 浩記
		P2-135	感染対策の DX 化に向けて—職員の体調不良時の報告返信システム構築運用の取り組み—	長野県立総合リハビリテーションセンター	小沼百合子
		P2-136	当院における ESBL 産生菌の検出状況の分析とその課題	医療法人徳洲会 八尾徳洲会総合病院	宮本 幸子

講演抄録

会長講演・理事長講演	〈CPL〉
副会長講演	〈APL〉
会長特別企画	〈CPP〉
副会長特別企画	〈ACP〉
緊急企画	〈EP〉
特別企画	〈SP〉
特別講演	〈SL〉
招請講演	〈IL〉
シンポジウム	〈SY〉
合同シンポジウム	〈JSY〉
パネルディスカッション	〈PD〉
ベーシックレクチャー	〈BL〉
委員会企画	〈CP〉
第514回ICD講習会	〈ICD〉
スポンサードシンポジウム	〈SSP〉

会長講演・理事長講演

CPL

日本環境感染学会の今後について

第41回日本環境感染学会会長¹⁾、一般社団法人日本環境感染学会理事長²⁾

四柳 宏（よつやなぎ ひろし）^{1,2)}

日本環境感染学会は1986年に設立され、本年で設立40年を迎えます。

学会発足時には、院内における多剤耐性菌対策が最大の課題でした。その解決に向けて、感染対策チーム（ICT）や抗菌薬適正使用支援チーム（AST）が組織されてきました。抗菌薬の適正使用は国としても重要な課題であり、外来における適正使用を推進するために「抗菌薬適正使用体制加算」の制度も創設されました。これらの多様な取り組みが着実に進められることで、日本の感染対策は徐々に発展してきました。

今後の最大の課題は、高齢化社会における感染対策であると考えています。加齢に伴う免疫機能の低下や、悪性腫瘍などの疾患にともなう免疫抑制状態により、ヒトの細菌叢は変化し、多剤耐性菌保有者の割合も増加していきます。しかし、その実態把握と適切な対策はいまだ十分とは言えません。

これまで感染対策は、免疫力の低下した患者が入院する機会の多さから、主に病院で実践されてきました。しかし、高齢化の進展に伴い、多くの人が介護施設などに入所・通所する時代となり、施設における感染対策の重要性が高まっています。こうした環境の変化の中で、新型コロナウイルス感染症のパンデミックが発生しました。私たちは社会全体における感染対策の在り方を模索し、実践してきました。このパンデミックは、感染対策に携わる人材の育成と一般市民への啓発の重要性を改めて示したと言えるでしょう。

私は本学会設立の年である1986年に大学を卒業し、日本の感染対策の歩みを肌で感じながら今日まで歩んできました。本講演では、この40年を振り返るとともに、今後の日本環境感染学会の進むべき方向について、皆様と共に考えたいと思います。



副会長講演

APL

感染制御を自分の言葉で語ろう！一育てる・つなぐ・未来へバトンを渡すー

東京医療保健大学大学院 医療保健学研究科 感染制御学

吉田 理香（よしだ りか）

第41回日本環境感染学会総会・学術集会において、副会長という大変光栄な役割を拝命しましたことを心より感謝申し上げます。

私が感染管理看護師として活動を始めてから20年が経過しようとしています。その以前から感染制御に強い関心を持ち、「実際にアメリカやイギリスではどのような感染対策が行われているのだろうか」という思いから、現地の医療機関を訪問しました。そこで目にした感染対策の考え方や組織体制は当時の日本とは大きく異なり、その差に驚きと衝撃を受けたことを今でも鮮明に覚えています。

私が大学病院で感染対策責任者として活動を開始した2006年頃は、感染対策の重要性が現在ほど認識されておらず、専従者も限られていました。また、インターネット環境も十分ではなく、情報収集の多くは海外文献に頼らざるを得ない時代でした。このような環境でも職員が同じ方向に向いて感染対策が実施できたのは、当時のICC、ICT、看護部をはじめ多くの職員が共感して協力してくれたに他なりません。その後、感染防止対策加算の創設をはじめとする制度整備により、感染管理認定看護師、感染症看護専門看護師、感染制御実践看護師など看護師の専門職の活躍の場は大きく広がりました。さらにCOVID-19パンデミックを経験したことで、感染対策は医療に不可欠な専門領域として社会からも認識されるようになりました。

一方で、パンデミックによって高まった感染対策への関心や意識は徐々に薄れつつあり、この度のホルムズ海峡の影響などもあり、感染管理担当者を取り巻く環境は決して容易なものではありません。全国には今なお感染対策の重責を担い、多忙な業務の中で悩みながら活動している看護師が数多く存在します。感染対策は正しい知識を持つだけでは実践できません。現場の職員との対話、多職種との協働、経営層への働きかけ、そして時には組織文化そのものに向き合うことも求められます。

私はこれまで医療現場と教育機関の双方に身を置きながら、多くの感染管理担当者とお会いしてきました。その中で強く感じているのは、感染制御の本質は「人を動かすこと」にあり、そのためには感染対策を自らの言葉で語り、相手に伝え、共感を得る力が必要であるということです。感染制御の未来は、特別な誰かが創るものではなく、全国の現場で奮闘する一人ひとりの実践によって築かれていきます。本講演では、自身の感染制御活動を振り返りながら、全国で奮闘する感染対策担当者への感謝とエールを込めて、人を育て、人をつなぎ、感染制御を次世代へ継承していくことの大切さについてお話ししたいと思います。

会長特別企画

CPP-1 東日本大震災下の避難所サーベイランスと ICAT

防衛医科大学校 防衛医学研究センター¹⁾、東八幡台病院内科²⁾○加来 浩器 (かく こうき)¹⁾、櫻井 滋²⁾

2011 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災では、約 30～40 万人が避難生活を余儀なくされた。避難所では過密状態、寒冷環境、衛生環境の悪化などを背景として、インフルエンザ、ノロウイルス感染症、急性呼吸器感染症などの集団発生が懸念された。一方、被災地では医療・保健体制そのものが被災しており、平時と同様の感染症発生動向調査を実施することは困難であった。演者らは、2004 年スマトラ沖津波災害における感染症サーベイランス活動の経験を踏まえ、岩手県感染制御支援チーム (ICAT: Infection Control Assistance Team of Iwate) と協力し、避難所を対象とした症候群サーベイランスシステム (DSOD: Daily Surveillance for Outbreak Detection) を構築した。スマトラ沖津波災害では、国際機関や NGO による診療実績を週単位で集計するサーベイランスが実施されたが、医療チームの活動内容や対象集団が絶えず変化するため、アウトブレイクの早期探知には限界があった。また、診療データだけでは避難所における実際の感染症発生状況を十分に把握できないことも経験した。このため東日本大震災では、「医療機関ではなく避難所から直接情報を収集する」「週報ではなく日報とする」「情報提供者への迅速なフィードバックを行う」を基本理念としてシステムを設計した。避難所の担当者がタブレット端末を用いて、急性胃腸症候群、急性呼吸器症候群、発疹症候群などの発生状況を毎日入力し、その情報をサーバーに集約した。集積されたデータはリアルタイムで解析され、地図情報として共有された。本システムは、単なる情報収集ではなく、1) アウトブレイク兆候の早期探知を行う「センサー機能」、2) 衛生環境や感染リスクを評価する「トリアージ機能」、3) 異常を検知した際に現地支援を行う「スクランブル機能」、4) 避難所や医療支援チームへ情報提供を行う「アナウンス機能」の 4 つの機能を有していた。異常な症候群発生が認められた場合には、当時岩手医科大学の櫻井滋先生を中心とする ICAT メンバーが現地状況を確認し、必要に応じて感染制御支援を実施した。本活動を通じて、避難所単位の日次サーベイランスと迅速なフィードバックは、災害時における感染症アウトブレイクの早期探知と初動対応に有効であることが示された。岩手県では震災後、この経験を基盤として 2012 年に ICAT が常設化された。また、本取り組みは後の災害感染症対策チーム (DICT) の考え方や災害時感染症リスク評価体制の整備にもつながった。その後、熊本地震や能登半島地震などの災害対応を通じて、避難所アセスメント、症候群サーベイランス、感染症リスク評価を統合した災害感染症対策の重要性が広く認識されるようになり、現在の DICT 活動にその理念と経験が継承されている。

会長特別企画

CPP-2 ICAT の熊本地震支援に帯同した協力企業の気づきとその後

北良株式会社

笠井 健 (かさい けん)

2016 年 4 月 14 日に発生した熊本地震において、当社では、いわて感染制御支援チーム (以下、ICAT) が行った被災地での感染制御に関する活動に人員や物資の輸送、現地での活動支援を目的に帯同した。この経験を基に、災害支援活動に関わる企業の担当者の視点から、そして感染制御の専門家ではない者の視点から、得られた気づきとその後の災害支援でどのような効果があったのかを報告する。

発災から 4 日後の 4 月 18 日に日本環境感染学会から岩手県知事宛てに避難所感染対策専門チームの派遣要請があり、ICAT の派遣が決定した。同 20 日に岩手県から当社に対して ICAT 構成員による調査活動に係る資料輸送、現地での活動支援について協力要請があり、長距離走行が可能な車両と物資輸送のためのトレーラー各 1 台と人員 1 名の供出を決定した。

具体的な支援内容は、被災地での医療提供体制と避難所の調査、感染対策や避難所施設の管理者への助言、ニーズの聞き取り、調査後の支援体制の検討、インフルエンザ、アノロウイルスなどの感染症対策の専門物資の供給となっており、活動期間は 4 月 22 日から 25 日の 4 日間であった。派遣チーム全体では車両 2 台 (うちトレーラー 1 台を牽引)、医師、薬剤師、臨床検査技師、企業担当者の 4 名での活動となり、岩手県から熊本県まで片道約 1,800km の移動を経て現地入りした。

当初、感染制御支援チームは避難所の運営者、支援者に対して感染制御に関する正しい手順を「指示」してまわるものだと思っていた。しかし、ICAT では各避難所において、「観察」「傾聴」「提案」を基本姿勢とし、避難所の出入口、土足の範囲やトイレ、手洗いの数量、位置、水の管理体制や残留塩素濃度、使用されている消毒薬の種類、成分などを丁寧に調査した上で、改善すべき点や実現可能な対策、手順に加え、具体的にどのような製品を推奨するか持ち込んだ物品の中から適したものを提供し、使用方法についても丁寧に解説していた。また、各避難所を回るだけでなく、災害医療支援チームのロジ拠点、熊本県の保健行政の担当、自衛隊の指揮を取っている駐屯地など避難所、被災者に関わる支援者に対しても感染制御の重要性、現状を調査した結果と改善が必要なポイント、具体的で実行可能な対策を説明していた。被災者に関わる関係者を包括的に支援し、感染症リスクの早期把握、発生後の拡大防止を被災地全体で実現するために効果的なアプローチであること、また、支援者においては支援活動において、感染症を持ち込まない、広げないという意識の向上と、活動中に現地でのリスクを認めた場合に専門家への早期の情報共有と適切な判断を相談することの重要性を認識した。

この経験はその後の全国での災害支援活動でも役立っており、能登半島地震の支援ではシャワー、手洗いの設置支援を行ったが、その際には現地の専門家と連携しながら適切な配置を行うことが出来た。

会長特別企画

CPP-3

熊本地震における熊本県感染管理ネットワークの災害時感染制御活動

熊本大学病院

藤本 陽子（ふじもと ようこ）

2016年4月14日に震度7の地震が熊本を襲い、16日の本震によって甚大な被害をもたらした。最大で855箇所の避難所が設置され、避難所の感染対策ニーズがにわかに高まった。被災地の感染管理認定看護師（以下、CNIC）が、熊本県感染管理ネットワーク（以下、ネットワーク）の一員としてどのように活動したかをお伝えする。熊本地震では多くの医療機関が被害を受け、13施設で約1,500人の患者を転院させる必要が生じた。当院の主要施設は免震構造のため、停電や断水もなく病院機能を維持することができ、発災直後から多くの患者受入れ対応を行った。私は、東日本大震災の災害支援派遣の経験があったため、大規模災害時の避難所感染対策の重要性を感じ、ネットワークの一員として活動を開始した。まずはネットワーク会員のCNICへメールでの安否確認、地域の情報共有を依頼した。ネットワークは熊本県医療救護調整本部へボランティア登録し、ネットワークの会員と共に組織的な活動ができるような環境を整えた。これまでネットワークは、行政と感染対策で連携した実績が無く、医療救護調整本部からの招集はなかったが、こちらから出向き対策会議に参加し、避難所におけるICT巡回の重要性の説明を行った。行政側も避難所感染対策の重要性は把握されていたが、行政側だけではマンパワーと専門知識が不足しており、正式にネットワークへの活動依頼が行われた。その後、日赤チーム管轄の避難所へのICT派遣の打診があり、ネットワーク会員14施設のICTメンバーで構成される巡回チームを組織し、計158か所の避難所巡回を実施することができた。巡回時は、東北感染制御ネットワークで作成されたチェックリストを一部改変し、リスクポイント化して、ポイントの高い避難所を重点的に巡回した。また、保健師の日報をもとに症候群サーベイランスを実施し、保健所へフィードバックを行った。発災当初は感染対策の物資が不足していたため、当院の取引業者5社に直接、物資の支援を依頼した。1人のCNICからの依頼にもかかわらず快く了承し物資を届けて頂きとても感謝している。その後、当学会の災害時感染制御検討委員会の支援活動の一環として、この5社を含む賛助企業から組織的に必要な感染対策物資の支援が得られるようになった。熊本地震後、当学会による災害時感染対策マニュアルの整備、研修会開催、DICTメンバー登録など、次の大規模災害に備えたDICTの組織化が進んでいる。2024年1月の能登半島地震では、発災直後に石川県からDICT派遣要請があり、保健医療福祉調整本部にDICT本部が設置された。全国から招集されたDICTメンバーによる迅速な感染制御活動が展開されている。熊本地震での地域ネットワークの活動が、被災地側のDICT活動として、少しでもお役に立てていれば幸いである。

会長特別企画

CPP-4

熊本地震を経験して一県行政と保健所の立場から―

熊本県 健康福祉部

木脇 弘二（きわき こうじ）

【熊本地震の特徴】

熊本地震は、震度7の前震・本震、15日間に震度5弱以上の揺れ18回、体感余震約3,000回と揺れの強さと多さが特徴であり建物の損壊が多数となった。「耐震」でも非構造部材の損壊から使用できる指定避難所に限られ、住家損壊に揺れへの不安も重なり避難者数は最大で18万人を超え避難所の「過密」、多数となった車中泊への対応が求められた。

【急性期の医療対応】

医療機関も建物損壊・受水施設ダメージ等から「病院避難」に至った施設が10以上あり、約1,500人の患者搬送が医療チームの大きな業務となった。医療機関から水の要請が殺到、県医療政策課等が全力で対応し最初の5日間で約1,300トンの給水を手配、県内93の透析施設の内25施設が本震翌日（Day1）に「透析不可」となったが、給水等によりDay2には「不可」を10施設に減ずることができた。重症DVTは急性期に集中、機能を維持した3次救急病院の対応により死亡者は最小限に抑えられた。Day3より「KEEP project」のDVT検診がスタート。

【調整体制】

前震後県に入ったDMATを中心に急性期の体制が立ち上げられ、Day2にはDMAT・厚労省・熊本県で「DMAT後」体制を協議、Day3に厚労省が呼びかけ県・熊本市・県内全保健所、活動中の内外の医療チーム代表等計約70名が参集、県が「亜急性期」体制を提示した。県本庁にDMAT調整本部を引き継ぐ「県医療救護調整本部」を設置、圏域拠点本部を、熊本市役所、御船・阿蘇・菊池の3県保健所（後に宇城保健所を追加）に置くというものであった。急性期にはDMATや日赤救護班、DPATはじめ医療救護チームが全国から多数参集、以後もDMATロジスティックチームやJMAT、災害関連学会チーム等々、また各職能チーム等が参集、地域の災害マネジメントを強力に支援した。Day5より「災害医療コーディネーター会議」が県本庁にて、内外の医療保健チーム代表等と県・熊本市が参画して連日開催された。同時期にADRO（阿蘇）に代表される圏域体制が構築され市町村と連携しての対応が進められた。これらの受援経験をもとに、熊本県と熊本市の行政医師は、後にDHEAT制度立ち上げに貢献した。

【感染症への対応】

避難所が過密となり断水等の影響もあり、感染対策は最重要課題として医療保健チームや保健所等に認識され対策が行われた。散発的に発生する感染症事例について保健所が即対応的に対処したが、拡大防止のための保護室的なスペース確保に苦労した。「熊本県感染管理ネットワーク」を軸に内外からの支援ICTの調整が行われ、各圏域で系統的に活動いただいた。リスクアセスメントや実際の予防対策、発生時の対応について同じ基準で動けるようご提示いただいたことが、地域の保健師等から高く評価された。

あらためて熊本地震での対応を振り返る。

副会長特別企画

ACP

感染制御を自分の言葉で語ろう！—感染制御は“人と組織を動かす”マネジメントである—

東京医療保健大学

坂本 すが（さかもと すが）

感染制御は、医療安全と医療の質を支える重要な専門領域として発展してきた。1980年代以降のMRSA流行、院内感染対策の制度化、感染防止対策加算の創設、感染管理認定看護師（CNIC）の養成などを通して、日本の感染対策は大きく前進してきた。とりわけCNICは、ICT（感染管理チーム）のキーパーソンとして、多職種と協働しながら組織的感染対策を推進してきた。さらに新型コロナウイルス感染症の拡大は、感染制御の重要性を社会全体に可視化した。同時に、感染対策は単なる知識や技術だけでは成立せず、「人と組織をどう動かすか」というマネジメントの問題であることを浮き彫りにした。エビデンスを示すだけでは人は動かない。多様な職種や立場の人々と対話し、共有ビジョンを形成し、現場の行動変容につなげる力が求められる。そのためには、患者に近い看護師をはじめ、医療職一人ひとりが感染対策の意味を理解し、自らの言葉で説明し、それを周囲へ伝え、行動につなげていくことが重要である。人が本当に理解するとは、「なぜそうするのか」が分かった時であり、その第一歩が「自分の言葉で語る」ことである。感染制御は、ICD（Infection Control Doctor）やCNIC、ICTだけが担うものではない。忙しさと慣習の中で感染対策が形骸化することもあるが、そんな時こそ、「なぜそれが必要なのか」に立ち返ってみたい。感染対策は、単にルールを徹底するだけでは長続きしないことはもうわかっている。多職種の行動変容につなげていくためには、どのような言葉で語ることが有効か。専門用語や難しい理屈だけではなく、現場で伝わる“ひらがなのことば”で感染制御を腹落ちさせることも大切なかもしれない。本講演では、感染制御を“人と組織を動かすマネジメント”として捉え直しながら、本学会に集う皆様の知恵もお借りし、ともに考えていきたい。

緊急企画

EP-1

COVID-19 予防のエビデンスと課題

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科臨床感染症学分野

泉川 公一（いずみかわ こういち）

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の予防について、一義的にワクチンによる発症予防、ならびに重症化予防が最も有効な手段と考えられている。一方で、抗ウイルス薬による曝露後予防については、医療機関はもとより、高齢者・介護・福祉施設など、リスク因子を多く有する患者や入所者がいる場においては、多くのニーズがあると思われる。これまで、ニトマトレルビル、モルヌピラビルの予防投与に関する試験が行われたものの、有効性が示されていなかった。エンシトレルビルによる家庭内での COVID-19 の伝播予防における試験 (グローバル第3相曝露後発症予防試験・SCORPIO-PEP 試験) が行われ、有効性が示され、2026年3月に予防に関する効能効果の適応が追加となった。本試験の対象は、一般家庭であり、医療機関や、高齢者・介護・福祉施設ではなく、こういったハイリスク者が多く存在するセッティングでのエビデンスではないものの、COVID-19の抗ウイルス薬においてはじめて、予防の適応がとれたことは、大きな朗報と思われる。今後は、様々な場面での投与が行われる可能性があるが、保険適応がないために、実際の投与には高額な薬剤費が必要となる。そのため、投与によるコストベネフィットが現実的に考慮される。本企画では、かかる状況で、現実的な予防投与について、みなさんと検討したい。まずは、予防投与のエビデンスについて紹介し、議論の出発点としたい。

緊急企画

EP-2

インフルエンザ予防投与の実際

聖マリアンナ医科大学感染症学講座

國島 広之（くにしま ひろゆき）

医療機関や高齢者施設におけるインフルエンザの集団感染対策において、抗インフルエンザ薬の曝露後予防投与 (post-exposure prophylaxis: PEP) はこれまで広く実施されてきた。日本感染症学会インフルエンザ委員会は2012年の提言において、高齢者施設や病院でのアウトブレイク時に早期からの PEP を積極的に行うよう推奨している。また、WHO (2024年ガイドライン)、米国 CDC、英国 UKHSA はいずれも、重症化リスクの高い対象に限定した PEP を条件付きで推奨しており、発症リスクの低い健常者への一律投与は推奨しない点で一致している。Lancet 掲載のネットワークメタ解析 (2024年) においても、PEP は高リスク集団において中等度のエビデンスで発症抑制効果を示す一方、低リスク群への効果は限定的であることが示されている。

これらの知見を踏まえ、PEP の実施にあたっては発症リスク因子と臨床的背景を個別に評価することが原則であり、対象者の適切な選択が重要である。さらに、施設内における感染伝播経路の評価も不可欠であり、非薬物的感染対策との組み合わせによる多層的予防戦略の中に PEP を位置づけ、対象・タイミング・期間を最適化したエビデンス創出が期待される。

緊急企画

EP-3

COVID-19 に対する予防投与を検討する場面は一重症化リスクを有する患者に対する抗ウイルス予防投与の提案—

大阪公立大学大学院 医学研究科 臨床感染制御学
掛屋 弘（かけや ひろし）

医療機関における COVID-19 伝播は、患者安全と医療提供体制の維持の両面から重要な課題である。特に免疫不全患者、高齢者、重篤な基礎疾患を有する患者では、院内曝露後の感染成立が重症化や診療継続へ影響する可能性がある。経口抗ウイルス薬エンシトレビル（ゾコーバ）は 2026 年 3 月に曝露後予防の適応症が承認され、感染対策の新たな選択肢として、その活用可能性が議論されている。本講演では、院内曝露時に予防投与を検討し得る場面として、(1) 血液悪性腫瘍、臓器移植後、B 細胞枯渇療法中など著明な免疫不全患者、(2) ワクチン応答不十分が懸念される患者、(3) 高齢かつ多疾患併存により重症化リスクの高い患者、(4) 病棟内アウトブレイク時に発症回避の便益が高いハイリスク患者群、などを想定し、リスク層別化に基づく選択的投与戦略を提案する。予防投与は「誰にでも行う介入」ではなく、限られた医療資源を最大限有効活用するためのリスクベースド・アプローチとして位置付けるべきである。高リスク患者を適切に選定し、感染対策と薬物介入を組み合わせることは、院内 COVID-19 対策の新たな選択肢となり得る。本講演では、現時点でのエビデンス、適応を考える上での課題、そして医療機関での実装可能性について議論したい。

特別企画 1

SP1-1

医療 DX で再設計する感染管理：感染対策マネジメント支援システム「ManGo」を活用した業務効率化と PDCA の質向上

サラヤ株式会社 メディカル事業本部

吉田 葉子（よしだ ようこ）

医療現場における感染対策は患者安全の根幹であるが、従来の記録や集計業務に依存したアナログな手法は、多大なリソースを浪費し、本来注力すべき現場介入の時間を圧迫している。この業務過多は、データの形骸化や感染管理の質的停滞を招く要因となっている。本講演では、感染対策業務の効率化と質向上を実現する総合マネジメント支援システム「ManGo」を核とした、医療 DX 時代の感染管理再構築について論じる。

「ManGo」は、PC、タブレット、スマートフォンに対応し、感染対策ラウンドにおける PDCA サイクルの全段階をデジタルで統合管理するツールである。その最大の特長は、現場でのリアルタイム入力によるペーパーレス化と、科学的根拠に基づいたチェックリストの提供、そしてエビデンスの自動蓄積にある。これまで煩雑であった転記作業やデータ集計時間を大幅に削減することで、感染管理担当者が本来注力すべき「患者観察」「現場教育」「アウトブレイク対応」へリソースを再配分することが可能となる。

また、本システムは単なる記録ツールに留まらない。クラウド上に集積されたデータを活用し、時系列での改善軌跡の可視化、部署間比較、さらには全国データとの対比による自施設の立ち位置の把握までを実現する。この客観的指標の提示は、感染対策の強みと弱みを明確にし、データに基づいた科学的な介入計画の立案を強力に支援する。特に、現場スタッフの意識をナッジ理論等で変革するアプローチや、組織全体での PDCA サイクルの加速は、医療 DX がもたらす最大の成果である。

本講演では、ManGo 導入による業務負担軽減の具体的なプロセスと、システムが導く「医療従事者が本質的な感染対策に集中できる環境」の実現について詳述する。デジタル技術を武器に、複雑化した感染対策業務をシンプルかつ効率的なサイクルへと再設計することは、医療の質を飛躍的に向上させる。本講演が、次世代の持続可能な感染管理体制の構築に向けた、ひとつの具体的解となることを期待する。

特別企画 1

SP1-2

AI は ICT/AST の仲間になれるか—感染対策 DX の現状と課題—

金沢医科大学 臨床感染症学

飯沼 由嗣（いいぬま よしつぐ）

【背景】医療 DX とは、医療保健福祉分野で発生する情報をデジタル技術（AI、IoT、クラウド等）で全体最適化・標準化する取り組みである。新型コロナウイルスのパンデミックや大規模災害時において、医療情報伝達や共有の重要性があらためて認識され、昨今の AI 技術の急速な進歩もあり、医療分野においてもさまざまな領域でシステムの開発および実装が始まっている。本発表では、感染対策分野における医療 DX（感染対策 DX）の現状と課題について解説する。

【感染対策 DX 活用の実例】感染対策 DX とは、様々なデジタル技術を活用し、感染制御の業務効率化と質向上を図る取り組みと定義される。電子カルテと連動した感染制御支援システムが、電子カルテベンダーや微生物検査機器メーカーなどにより開発され活用されている。その機能は様々だが、特に感染症サーベイランスのためのデータ収集に大きな力を発揮する。また AMR 臨床リファレンスセンターが運用する J-SIPHE は、感染対策に関連する情報を統合的に収集・可視化できるシステムであり、感染対策向上加算との関連で導入が進んでいる。ICT の日常業務にも医療 DX の活用が進められている。患者のスマートフォンを用いて来院前に AI 問診を実施し、感染症患者の動線管理を行うシステムが開発された。また手指衛生の遵守率モニタリングは、消毒薬の使用量のみで行われることが多いが、不適切なタイミングでの実施は感染率の低下につながらない。精度の高い直接観察は手間と時間がかかり、ホーソン効果が課題となる。これらの問題の解決のため、消毒薬メーカーなどにより IoT センサーによる自動記録・集計システムや AI カメラによる動作記録・解析システムなどが開発されている。ICT の院内ラウンドは重要な業務であるが、ラウンドに要する時間とともに解析およびフィードバックにも時間を要する点が課題となる。これに対して、ラウンドデータのデジタル化、感染症関連データの一元管理などにより業務効率化を図ることのできるシステムが開発されている。AST の業務については、先に述べた感染制御支援システムにより抗菌薬使用状況のモニタリングや介入が可能となる。微生物検査では、AI 技術を用いたグラム染色像の解析による原因菌の推定を支援するシステムの導入が進んでいる。

【課題および将来展望】感染対策 DX の導入は、医療介護環境の様々な変化の中においても、専門家のリソースを守りつつ、業務の質向上に繋がる可能性も期待される。一方で幾つかの懸念点もある。AI の学習に伴う病院情報の流出のリスク、次々と開発される DX 関連機器の評価と導入後のサポート、導入コストと成果（パフォーマンス）の評価も必要となる。またこれらを利用する医療者のデジタル技術リテラシーの教育も必要である。

特別企画 1

SP1-3

感染対策 DX の実装—つながらるデータ、AI、地域連携は ICT/AST をどう変えるか—

長崎大学病院総合感染症科・感染制御教育センター¹⁾、長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 臨床感染症学²⁾泉川 公一 (いずみかわ こういち)^{1,2)}

医療 DX (デジタルトランスフォーメーション) とは、デジタル技術を活用して保健・医療・介護の情報を一元化し、業務効率化やサービスの質向上を図る取り組みを指す。感染対策の現場は今、大きな変革の時代を迎えている。現場では人材不足や業務負担の増大が深刻化する一方で、電子カルテ上には、患者の状態を含めた診療記事、微生物検査、抗菌薬使用量など膨大なデータが日々蓄積されている。その中から、感染対策に関わる情報を取り出してきて、医療機関内で適切なメッセージを発信することが求められている。DX は、これらのデータを「集める」から「つなげる」「活用する」へと迅速に転換させるエンジンとなる。感染症発生 の 早期探知、耐性菌サーベイランスの自動化、抗菌薬適正使用支援、アウトブレイク対応の迅速化など、ICT や AST に関する活動には欠かせないデータをいかに迅速に、正しく評価、使用するか、大きな課題である。さらに近年急速に発展している AI 技術は、情報収集や解析、リスク評価、意思決定支援などに活用され始めており、感染管理担当者の業務を支援する新たなパートナーとなる可能性を秘めている。一方で、感染対策は単一施設で完結するものではなく、患者の移動が日常化する中、急性期病院、回復期・慢性期施設、介護施設、在宅医療、行政機関を含めた地域全体での感染対策が求められていることはいうまでもない。データ共有基盤や情報連携システムは、地域の感染対策ネットワークを支える重要なインフラとなる。本講演では、感染対策 DX と AI 活用の動向を紹介したい。ただし、DX や AI は感染管理担当者の仕事をすべて代替するものではなく、その専門性をさらに高め、限られた人的資源でより大きな成果を生み出すための強力な支援ツールとなるはずである。データと人、施設と地域をつなぐ感染対策の未来像を展望し、これからの ICT・AST 活動のあり方についてもみなさんとともに考えたい。

特別企画 1

SP1-4

“見える化” の先へ：データ駆動型感染対策の現在地と未来

聖マリアンナ医科大学感染症学講座

國島 広之 (くにしま ひろゆき)

院内感染対策における“見える化”は、サーベイランス、抗菌薬使用量、手指衛生遵守率、耐性菌動向のダッシュボード等として、ICT/AST の基盤的活動に定着してきた。我が国では JANIS や J-SIPHE が全国基盤として整備され、AMR 対策アクションプラン 2023-2027 でもその強化が明記されている。WHO は 2024 年に IPC グローバル行動計画を採択し、八つの戦略的方向性の一つに「Data for Action」を掲げ、サーベイランス、迅速なフィードバック、行動への接続を要請している。米国 CDC の NHSN や欧州 ECDC の HAI-Net も自動化・リアルタイム化を志向する。

一方、情報量と AI 解析の高度化が進むほど、データから意思決定、さらに行動・社会受容へとつなぐ「翻訳工程」が感染対策 DX の最大の課題として残されている。“Data for Action”とは、単なる情報配布ではなく、インテリジェンス・サイクルにおける actionable intelligence への変換に他ならない。COVID-19 以後の IPC をめぐっては、エビデンスが整いつつあるにもかかわらず判断と行動が割れる論点が複数存在する。たとえば面会制限の緩和（厚労省 2024 年事務連絡・5 学会診療指針 2025）、医療従事者の常時マスク着用（CDC は 2022 年に普遍的着用の推奨を撤回し、SHEA は頻繁な方針変更への懸念を表明、2024 年ドラフトで流行性病原体への継続着用を再提示）、医療従事者・市民におけるワクチン忌避（WHO がグローバル健康十大脅威、infodemic の管理）など、いずれも“データ”と“判断”と“行動”の間のギャップが鮮明である。

今後は、医療機関、患者・市民、社会全体との行動ギャップを埋めるリスクコミュニケーション・実装支援の設計ならびに「データを読み解く」ICT/AST メンバーの人材育成、ネットワークが重要である。

特別企画 3

SP3

清水喜八郎先生と日本環境感染学会

医療法人社団 愛友会 上尾中央総合病院 検査技術科¹⁾、医療法人社団 愛友会 上尾中央総合病院 臨床検査科/感染制御室²⁾

○奥住 捷子（おくずみ かつこ）¹⁾、熊坂 一成²⁾

清水喜八郎先生は、2025年3月16日に老衰により享年97歳でご逝去されました。謹んでお悔やみ申し上げます。

清水先生は、1952年に東京大学医学部医学科を卒業され、1953年に東京大学医学部第一内科に入局され、1962年に東京大学医学部附属病院中央診療部（現在の検査部）の助手になられ、筆者・奥住捷子の直接の上司でした。1974年に筑波大学医学部臨床系内科助教授、1977年に東京女子医科大学内科教授・中央検査部部长に就任され、感染症・化学療法分野の研究・教育・診療に従事されました。

清水先生が、第2代の理事長となった日本環境感染学会は、ブドウ球菌や緑膿菌の病院感染が報告され、その後、多剤耐性菌が話題となり、海外ではacquired immunodeficiency syndrome (AIDS) が問題となっていた時期の1983年に設立されました。一方、岩手医科大学川名林治先生の発案の元に、東八幡平シンポジウム（セミクロズドの合宿勉強会）が開催されており、この会は幅広い視野で院内感染を語る目的で、手指消毒、手術にまつわる感染、消毒薬、高齢者施設での感染、食中毒などを含めた多角的なテーマが選ばれ開催されており、参加者も微生物学者から化学療法の専門家、滅菌消毒などの感染制御の専門家などが集い、ここで培われたネットワークが、この後のわが国の感染制御に大きく貢献することになりました。このシンポジウムの中で小林寛伊先生（東京大学）が、英米の専門家から、日本においても院内感染に関する学術集会を組織するよう提言されたと報告しました。

清水喜八郎先生（東京女子医科大学）は、上田 泰先生（東京慈恵会医科大学）、川名林治先生（岩手医科大学）、熊本悦明先生（札幌医科大学）、小林寛伊先生（東京大学）、松本文夫先生（神奈川県衛生看護専門学校）など諸先生方と1985年に日本環境感染学会を立ち上げました。

病院感染への対応には、医師だけでなく多職種のチーム医療が欠かせないという立場から、川名林治先生が主催されていた東八幡平シンポジウムが契機となり、本学会の設立の機運が高まってきたのです。

環境由来の感染の一つに病院感染が位置づけられてきており、本学会では、病院感染制御を中心的な研究課題としていくなかで、環境の変化によって発生する感染症、感染症の疫学調査と原因の究明、感染予防対策、病院建築設備と感染、腸管感染症などにも課題を広げていくことが確認されました。近年、病院感染制御の領域においては、薬剤耐性菌の多発、院内での空気感染、医療技術の向上に伴う複雑な感染、易感染患者に対する日和見感染症などが特に課題となってきました。日本環境感染学会の果たす役割は多岐にわたりますが、医療関連感染の制御に関わる看護師をはじめ多くの職種の方々が活躍しておられる現状に、清水先生も安堵なさっておられるに違いありません。

特別企画 4

SP4

故 柴 孝也先生を偲んで—日本環境感染学会とともに歩まれた足跡—

新橋南桜パーククリニック¹⁾、東京慈恵会医科大学²⁾

吉田 正樹（よしだ まさき）^{1,2)}

故 柴 孝也 先生は、日本環境感染学会の創設期より学会を支え続けられ、発展に多大な貢献を果たされました。本講演では、柴先生の学術的業績のみならず、その温厚なお人柄、日本環境感染学会との深い関わりについて、思い出を交えながら振り返ります。柴先生は1939年11月5日、岩手県釜石市に生まれ、1967年に東京慈恵会医科大学を卒業後、第四内科（上田泰教授主宰）に入局されました。以来、感染症診療、感染対策、抗菌化学療法分野において診療・研究に尽力され、1987年講師、1992年助教授、1998年教授に就任されました。退任後の2005年には客員教授に就任されています。

尿路感染症や抗菌薬の体内動態に関する研究において数多くの優れた業績を残され、抗菌薬開発に寄与した薬物動態研究に対して、第20回志賀潔・秦佐八郎記念賞を受賞されました。また、国民健康保険中央会、社会保険診療報酬支払基金特別審査委員会、日本医師会疑義解釈委員会などにおいても幅広く活動され、保険診療の適正化と医療制度の発展に尽力されました。さらに、大学では長年にわたり保険指導室長を務められ、衆議院医務室での診療にも従事されました。加えて、第76・77代内閣総理大臣 海部俊樹氏の海外渡航時には随行医師として尽力され、その功績により2018年には瑞宝小綬章を受章されています。

2024年10月30日、柴先生は逝去されました。柴先生は常に温かい思いやりをもって若手を導いてくださり、多くの門下生や関係者に深い影響を与えられました。本講演を通じて、柴孝也先生のご功績を偲ぶとともに、長年にわたるご指導とご厚情に深く感謝申し上げ、謹んでご冥福をお祈り申し上げます。

特別講演 1

SL1

地域感染症を振り返って

川村 英樹（かわむら ひでき）

鹿児島大学病院

千酌 浩樹（ちくみ ひろき）

鳥取県立中央病院

○酒巻 一平（さかまき いっぺい）

福井大学医学部 感染症学講座

○手塚 宜行（てつか のぶゆき）

岐阜大学 大学院医学系研究科 感染症寄附講座

新興感染症対応の地域対応にあたっては感染症専門医を含む感染管理の専門家の関与が欠かせない一方、その育成体制は十分とはいえない。今般の COVID-19 パンデミックにあたっては様々な都道府県等の自治体で感染症学の寄附講座が大学に設置され、パンデミック対応だけでなく、その後の感染症診療・研究・教育体制の構築・運営に携わっている。

一方、引き続き世界が新興感染症等の発生のおそれに直面していることや、感染症危機が広がりやすい状況に置かれていることから、予防計画の策定や感染症法改正に基づく新型インフルエンザ感染症等に関する医療措置協定・検査等措置協定も含め、今後都道府県が感染症・感染制御対策を進めていくことが求められている。一方、寄附講座を含む大学が自治体と連携して地域感染症対策に申し込んでいる業務継続は COVID-19 パンデミック対応が一段落した現在岐路に立たされている。

本セッションでは県が設置した寄附講座に関わる 4 名で寄附講座の成果を振り返りつつ、「自治体における感染症対策の在り方と実際の体制構築の状況」「自治体が感染症・感染制御対策を進めていく上での課題」「課題解決につなげるための大学の役割（寄附講座の展望も含めて）」を中心に整理し、自治体と大学・学術団体等が連携した感染症対策はどのようにあるべきなのか、を議論していく予定である。

特別講演 2

SL2

2040 年に向けた地域包括ケアシステムの進化の方向と課題

一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス

武田 俊彦（たけだ としひこ）

2025 年に向けて地域包括ケアの構築に取り組んできた我が国だが、現在、さらに少子高齢化が進む 2040 年に向け、医療介護の重複ニーズを抱える生活者を地域でどう支えるかが大きなテーマとなってきた。団塊の世代が 85 歳に近づいていく我が国だが、85 歳を過ぎると二人に一人は要介護者であることを考えると、在宅ケアが医療介護の中心的ニーズへと変化していくことが想定されているからだ。この 85 歳モデルを中心とした医療介護の形への対応が現下の課題となっているのである。入院から在宅へ、ケアの姿が転換していくということは、治療の場から生活の場へ、管理の場から本人主体の場へとケアの本質が変化していくということを意味する。これを踏まえて、医学/歯学教育モデル・コア・カリキュラムも令和 4 年度改訂版において「総合的に患者・生活者を見る姿勢」が医師/歯科医師に求められる基本的な資質・能力に追加されている。この理念の転換をいかに実際の医療に実装していくかは大きな課題となっている。一方で、2040 年型の医療においては、在宅の場は単に高齢者が人生の最終段階を穏やかに過ごす場所というだけではなく、入院の予防あるいは入院の代替として、入院医療で行われている医療機能がある程度在宅にも提供することが必要になっている。しかし、在宅の場はあくまで生活主体の場であり、ここでどの程度、またどのような形で確保していくかは、新たな課題と言わざるを得ない。新型コロナウイルス感染症の感染拡大時においては、社会のあらゆる局面で感染管理の対応を迫られたが、当初、医療は専門医療機関で行われる一方で、感染拡大に伴いいずれ在宅においても対応が迫られることは確実と思われ、初期段階から日本在宅ケアアライアンスでは災害対策委員会を転換・活用して連日コロナ対応を協議し、厚生労働省や各在宅ケア関係団体とも連携して在宅でのコロナ対応の基本方針、対応方針、プロトコルを作成、同時に各地の在宅医などと連携して各地の状況を把握し、共有したところである。感染管理の一定の体制を整えることができたと思えるが、この時の経験をどう維持し伝えていくかは 1 つの課題だと考えている。関係学会との連携も十分図ってきておらず、感染症対応の必要性に対する気運も低下していないか危惧されるところである。一方、この連携体制を活かすべく、在宅ケアにおける災害対応をアップデートをしてきていたところ、先般の能登半島地震が発生したため、これについても対応を図ったところである。このような大きな変化の時代に当たり、これまでの政策の変遷、現下の医療提供体制の課題、新型コロナウイルス感染症と災害への対応を振り返り、今後の在り方を展望してみたい。

招請講演 1

IL1

感染症危機管理体制の強化に向けた国の取組—感染症対応人材の育成を中心に—

厚生労働省 健康・生活衛生局 感染症対策部 感染症対策課

木庭 愛 (こば あい)

新型コロナウイルス感染症対応の経験を踏まえ、次なる感染症危機に効果的に対応できる体制を構築するため、令和5年9月に、感染症にかかる危機管理の対応方針の企画立案、各省庁間の総合調整を一元的に所掌する内閣府感染症危機管理統括庁が創設され、厚生労働省の対応を取りまとめる組織として感染症対策部が設置された。そして、統括庁を中心にとりまとめられた政府行動計画が令和6年7月に閣議決定され、感染症危機管理における政府対応の基盤を構成している。また、感染症等の情報分析・研究・危機対応、人材育成、国際協力、医療提供等を一体的・包括的に行い、政府に科学的知見を提供する新たな専門家組織として、令和7年4月に、国立健康危機管理研究機構(JIHS)が創設された。次なるパンデミックに備えては、こうした政府全体の枠組み・体制整備に加えて、平時から、中長期的な視野に立ち、感染症危機管理人材の育成を行うことの重要性もコロナの経験を通じて得られた教訓である。感染症危機管理においては、政策立案を担う人材、臨床現場で患者の治療に当たる医療専門職、院内や施設等における感染拡大防止対策を行うための感染管理の専門家、感染症疫学等の情報を分析・評価する専門家など、多様な人材が必要とされる。政府行動計画には、「専門性の高い人材の育成、感染症危機管理人材の裾野を広げる取組として、より幅広い対象(危機管理部門や広報部門等)に対する訓練や研修、地域の対策のリーダーシップの担い手や感染症対策の中核となる保健所職員といった地域での人材の確保・育成に取り組む」こととされているが、将来の感染症危機において地域の対策のリーダーシップをとることができる人材を確保することは極めて重要である。国は、都道府県やJIHSと連携して、令和6年度から「感染症危機管理リーダーシップ人材育成事業」を通じて、こうした人材育成に取り組んでいる。また、令和4年の感染症法等の改正により、都道府県が策定する予防計画において「人材の養成及び資質の向上に関する事項」について定めることとされ、保健所職員や都道府県職員等が年1回以上研修及び訓練を受けることが目標とされている。JIHSに期待される役割も大きい。JIHSは、従前より「実地疫学専門家養成コース(FETP)」を通じて、感染症対策に関して専門的な知見を有し、情報収集や対応策の検討を担い、感染症研究や感染症対策の現場においても活躍できる主として公衆衛生人材を育成してきたが、感染症に対応する医療人材、病原体分析や研究開発を推進できる人材等の専門人材の養成についても、大学等の関係機関と連携して一層推進する役割が期待される。新型コロナウイルス感染症対応を通じて得られた教訓を踏まえた、感染症対策に関する最近の動向、とりわけ感染症危機対応人材の育成に関する取組について概説する。

招請講演 2

IL2

欧州におけるファージ療法の“今”

東京都健康長寿医療センター 感染症内科

吉田 敦 (よしだ あつし)

近年、薬剤耐性菌による感染症や難治性感染症の増加に伴い、バクテリオファージを治療に用いたファージ療法への関心が高まっている。現在のところ、ファージ療法は抗菌薬療法を補完する役割としてその有効性が評価されているが、ファージ療法そのものは20世紀初頭にフェリックス・デレーユやギオルギ・エリアヴァによって開始・発展したものであり、その歴史は抗菌薬療法よりも古い。開発後、ファージ療法はソビエト連邦で続けられてきたが、中でもジョージアのエリアヴァ研究所(G. Eliava Institute of Bacteriophages, Microbiology and Virology)は約1世紀にわたってファージの研究や製剤の生産の中心となり、現在でもファージ療法による診療が日常的に行われており、また多数の菌種に対する潤沢なファージライブラリーを有する。

ファージ療法には、大別して個別化ファージ療法と固定化ファージ療法がある。個別化ファージ療法とは、患者ごと、原因菌ごとに最も効果的なファージを選択するもので、治療効果が高く、さらに患者の病態・状態に応じた個別な対応を取りやすい利点をもつ。しかしながらファージライブラリーの確保、ファージ選定・精製の技術、専門的な研究機関と病院機能が求められる。一方で固定化ファージ療法は、対象の菌種に対し広く効果を有するファージをあらかじめ複数選んでおき、実際の診療に利用するもので、治療までの時間を短縮し、かつコストを下げることができる。ただし効果の低下と耐性化の防止が課題である。本研究所でも両方のファージ療法が可能であるが、特に固定化ファージ療法に用いる製剤を複数開発し(それぞれ複数菌種を対象とした複数のファージを含有する)、尿路感染症、皮膚化膿巣、耳鼻科感染症、慢性骨髓炎、糖尿病の足、創部感染・瘻孔、呼吸器感染症などに使用している。なおファージの投与経路は内服、局所、経尿道、静脈内などである。

西欧においてもファージの基礎的研究、および臨床的研究はますます加速している。前者としては、抗菌作用の向上、宿主域の変更、バイオフィームへの活性の向上などを目的とした様々なファージの開発・応用や、ファージ由来酵素の臨床導入へ向けた検討が盛んである。後者としては、新規のファージの臨床的評価や、ファージ療法に関するネットワーク(例:症例に関して専門家に相談できるGlobal Clinical Phage Rounds)や患者登録制度(Phagistry)の立ち上げ、ガイドライン作成などが挙げられる。2024年には個別化ファージ療法を行った欧州の100例についての成績が発表された(Nat Microbiol 2024; 9(6): 1434-1453)。

演者は今回、ESCMID(欧州臨床微生物感染症学会)によってエリアヴァ研究所で開催されたファージ療法に関する研修に参加し、ジョージア、西欧各国での現況を知り、ファージに関連する検査や症例検討にも参加する機会を得た。本演題ではそれらについても言及する。

招請講演 3

IL3

日本環境感染学会と日本医師会が連携して生まれた新興感染症対策研修～感染対策の専門知識を地域医療の隅々まで浸透させる仕組みを作る～

日本医師会 診療所における新興感染症対策研修検討委員会

平林 弘久（ひらばやし ひろひさ）

日本医師会（日医）は「都道府県医師会及び郡市区等医師会との連携のもと、医道の高揚、医学及び医術の発達並びに公衆衛生の向上を図り、もって社会福祉を増進すること」ことを目的とし、事業計画で新興・再興感染症への取り組みとして都道府県医師会、医療関係団体、行政、関係学会・組織との連携を強化することとしている。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミック下で、地域医療に診療所が果たす役割の重要性が改めて認識されたが、初期には空間確保、医療資源の制約に加え感染対策への知識の不足が大きく個々の医療機関の診療への参加を妨げていたことも事実である。次のパンデミックに備え全国の診療所を対象とする新興感染症対策の一層の充実・向上を目的に、「診療所における新興感染症対策研修プロジェクト」（本委員会）が2023年10月に松本吉郎日本医師会会長の指示で設置され、館田一博委員長のもとで、都道府県医師会の担当役員に加え日本環境感染学会（学会）から委員が任命された。学会と日医は2022年10月に締結した日医災害医療チーム（JMAT）と学会の災害時感染制御支援チーム（DICT）が災害発生時において協力する協定に基づき、JMAT研修COVID-19オプション研修を開催した実績があり、その経験と信頼関係が本委員会でも研修会を企画し実施することに活かされた。また2024年から感染症法改正により新興感染症発生に備えた医療措置協定の締結時期とも重なり、指定医療機関に実施が求められる研修・訓練に合致する形を示すことが求められた。本委員会では、各都道府県医師会の代表医師がEラーニングによる事前学習ののち日本医師会館に参集しPPE着脱、手指衛生、診療所のゾーニング等の実技の指導方法を学ぶモデル研修を実施し、その内容を地域で横展開していく取り組みを企画した。第1回研修会は2024年3月に開催し、その事後検証に基づき第2回を2025年10月に開催したので、それらの詳細と地域での展開について報告する。

今回委員会では、医師会組織を通して学会が有する専門的知識を地域に広く循環させる仕組みを作り、地域医療の現場、とりわけ診療所で新興感染症に備え実効性のある感染対策を浸透させる画期的な取り組みとなった。地域で持続可能な研修体制の構築とその実践には医師会・医療機関・学会のネットワーク形成に、行政との連携が極めて重要になる。今後、地域の実情に合わせた感染対策を定着させるために、中央での学会と日医の協力関係と同様に都道府県医師会レベルでも学会との連携関係構築が進むことを期待したい。

招請講演 4

IL4

インフルエンザ対策の実際～抗ウイルス薬、予防投与、ワクチンの適正使用～

独立行政法人国立病院機構東京病院

永井 英明（ながい ひであき）

インフルエンザは毎年冬期に流行を繰り返しており、高齢者にとっては疾病負荷が大きく、60歳を超えると重症化率が一気に増加する。高齢者では免疫老化がみられ、免疫応答の低下により感染リスクが高まり、ワクチンの有効性が若年者に比べ低下する。慢性肺疾患、心疾患、腎疾患などの併存疾患の存在は、インフルエンザの重症化リスクでもある。我が国の医療現場では、インフルエンザの早期診断、早期治療が浸透しており、2009年に新型インフルエンザA（H1N1）pdm09が流行したときには諸外国に比べ死亡例が極めて少数であった。日本感染症学会は定期的にインフルエンザ関連の提言を発表しているが、常に早期診断、早期治療を提唱している。とくに、高齢者や重症化リスクのある患者には積極的に抗ウイルス薬の投与が勧められる。現在、使用できる抗ウイルス薬は5種類あり、ノイラミニダーゼ阻害薬（NAI）のオセルタミビル、ザナミビル、ラニナミビル、ペラミビル、キャップ依存性エンドヌクレアーゼ阻害薬のバロキサビルである。バロキサビルは遅れて市場に登場し、エンドヌクレアーゼにアミノ酸変異を来したウイルスが時に分離され、効果と安全性について慎重な意見が見られていた。日本感染症学会は近年の国内外の新たな知見を参照し、バロキサビルの使用に関する提言を2025年11月に発表した。そこでは、バロキサビルによる治療効果はNAIに優ること、アミノ酸変異を生じたウイルスが分離されても治療効果が無効になることはないことなどが述べられている。我が国では、インフルエンザ曝露後予防としてはオセルタミビル、ザナミビル、ラニナミビル、バロキサビルが使用可能である。いずれの薬剤も曝露後48時間以内の投与が必須である。インフルエンザワクチンの有効性について、我が国の2001年から18期における前向きコホート研究では、発症の相対リスクは、15歳以下では0.61に減少し、16歳以上64歳以下では0.72に減少したのに対して、65歳以上では1.12とむしろ増加していた。これは前述の免疫老化によると考えられ、高齢者用のインフルエンザワクチンとしては、有効性がより高いワクチンが求められていた。そこに高用量インフルエンザワクチンが登場した。これは標準用量インフルエンザワクチンと同じ不活化スプリットワクチンであるが、ヘマグルチニン抗原を標準用量の4倍量含むことで高い免疫誘導を実現している。高用量は、欧米では2009年の米国FDA承認以降、数十カ国以上で導入されており、高齢者に広く推奨されている。我が国では昨年12月に製造販売承認を取得し、今秋から投与可能となり、75歳以上が定期接種対象と決まった。インフルエンザについては、早期診断・早期治療、予防としては高齢者・重症化リスクのある人への積極的なワクチン接種が重要である。

招請講演 5

IL5

感染予防ガイダンスの多極化時代～CDC 中心時代の終わりにどう向き合うか

University of Iowa Carver College of Medicine

後藤 道彦（ごとう みちひこ）

米国 CDC は長年にわたり、医療関連感染対策、公衆衛生政策、ワクチン、抗菌薬適正使用に関する科学的ガイダンスの中心的存在であり、日本を含む多くの国々において（その役割や目的について少なくない誤解を持たれながらも）重要な参照先とされてきた。米国 CDC の本質的な優位性は、単なる行政機関としての権威ではなく、サーベイランス、アウトブレイク対応、専門家委員会、エビデンスレビュー、実装可能性を踏まえた実践的推奨を統合する「科学的根拠に基づいた信頼のインフラ」にあった。

しかし近年、米国では公衆衛生機関の人員・組織体制、専門家諮問委員会、ワクチン政策、感染対策ガイダンス作成過程をめぐる変化が相次ぎ、CDC の推奨を国際的基準として参照する時代は転換点を迎えている。これは CDC の科学的価値が失われたことを意味するのではなく、各国が外部のガイダンスを批判的に読み解き、自国の疫学、医療提供体制、人的資源、文化的背景に即して適応する能力を持つ必要性が高まっていることを示している。

本講演では、米国の感染症専門医・病院疫学者・疫学研究者の立場から CDC の歴史的役割と近年までの感染予防ガイダンス作成プロセス、HICPAC を含む専門家諮問体制が果たしていた意義を概説したうえで、現在米国で生じている公衆衛生政策およびガイダンス生成過程の変化を客観的に整理する。さらに、米国の諸専門学会の対応を踏まえつつ、「ポスト CDC 時代」の感染予防ガイダンスに日本が何を学び、どのように備えるべきかを考察する。特に、CDC ガイダンスを崇拝するのでも否定するのでもなく、科学的根拠を批判的に評価し、日本の医療現場に適した形で採用・修正・保留・却下する枠組みの必要性を論じる。最後に、日本独自の透明性あるガイダンス生成プロセス、国内データ基盤、そして次世代の感染対策・抗菌薬適正使用研究・公衆衛生人材への投資の重要性を提言する。

なお、会場における自由な議論を促進するため、録画・撮影・オンデマンドでの配信をお断りすることをご了承頂きたい。

招請講演 6

IL6

気候変動と感染症の疫学

東京大学・院・医・国際保健政策学

橋爪 真弘（はしづめ まさひろ）

気候変動は 21 世紀における最大の健康課題の一つであり、その影響は熱中症や自然災害による直接的な健康被害にとどまらず、感染症の発生動態にも大きな変化をもたらしている。気温上昇や降水パターンの変化、洪水や干ばつなどの極端気象により、病原体や媒介生物の生態、人々の曝露機会が変化し、感染症リスクが増大する。デング熱やマラリアなどの節足動物媒介感染症の流行域拡大に加え、豪雨や洪水に伴う下痢症、コレラ、レプトスピラ症などの水系感染症の増加が懸念されている。

これらの健康影響は、気候要因のみならず、生物多様性の変化、土地利用、都市化、人や動物の移動など複数の要因が複雑に関与しており、「ヒト・動物・環境」の健康を一体的に捉えるワンヘルスの視点が不可欠である。

本講演では、気候変動が感染症の疫学に及ぼす影響について最新の知見を概説するとともに、感染症サーベイランス、早期警戒システム、保健医療分野の適応策など、気候変動時代に求められる感染症対策について議論する。

シンポジウム 1

SY1-1 感染対策の多職種連携—ICD と ICN は、喧嘩してちょうどいい—

大阪大学医学部附属病院 感染制御部

○忽那 賢志（くつな さとし）、○太田 悦子（おおた えつこ）

COVID-19 パンデミック以降、感染対策には「正しい感染対策を考える」だけでなく、「負担を最小化し、継続可能な形にする」という視点が、より求められるようになった。その結果、マニュアルやガイドラインを基準とした対策を、いかに現場で実効性のある形に落とし込めかを検討する機会が増えたように感じている。

当院では、感染症内科と感染制御部が同じ空間で業務を行っており、医師、ICN、薬剤師、臨床検査技師、事務職員などが日常的に連携しやすい環境にある。一方で、どの施設においても、ICD である医師と ICN である看護師の間で、意見の相違を感じる場面は少なくないのではないだろうか。ガイドラインやエビデンスが我々のプラクティスの根拠となる一方、煩雑な現場状況を踏まえ、「感染対策を行うことによる患者や医療者の利益と不利益のバランス」や「現場の裁量をどこまで認めるか」については、しばしば議論となる。本セッションでは、そのような“リアルな多職種連携”について紹介する。

職種間連携が有効であった事例として、看護師による血液培養採取導入を挙げる。当院では従来、医師が血液培養を採取してきた背景があり、血液培養汚染率の高さと複数セット採取率の低さが課題となっていた。採取手技は医師個人の経験や技量に依存していたが、ICT、AST、看護部、検査部が協働し、採取手順の標準化、シミュレーション教育、動画教材作成、データフィードバックを実施した。その結果、血液培養汚染率は低下し、複数セット採取率は有意に上昇した。本取り組みは単なるタスクシフトではなく、看護師の実践力を生かし、「診断に貢献する役割」として再定義した実践であった。

一方で、感染対策はしばしば“理想”と“現場”の間で揺れる。感染制御部としては、夜間休日を含めた迅速介入や厳格な制御を重視したい。しかし現場からは、「人もベッドも足りない」「その運用は継続できない」という声が上がる。実際、当院 ICT/AST でも、「感染症は夜も動く」「いや、現場も 24 時間動いている」と議論になることは少なくない。こうした対立に対し当院では、「どちらが正しいか」を決めるのではなく、「どの状況で何を優先するか」を多職種で議論し、リスクに応じた柔軟な運用を構築してきた。

ICT/AST が多職種である意義は、単なる役割分担ではない。異なる職種が加わることで、一人では見えていなかった視点が見える。そして、その視点をそれぞれの専門性から再度アセスメントすることで、より現実的で継続可能な感染対策につながる。多職種連携とは、“同じ意見になること”ではなく、“違う視点を持ち寄り、本気で議論できること”なのかもしれない。

シンポジウム 1

SY1-2 薬剤耐性菌検出事例を契機とした多職種感染対策介入の再構築

奈良県立医科大学附属病院 感染管理室¹⁾、奈良県立医科大学附属病院 感染症内科²⁾○笠原 敬（かさはら けい）^{1,2)}、○中村 明世（なかむら あきよ）¹⁾

【背景】

当院では、感染管理室が感染管理業務全般を担い、抗菌薬適正支援チーム（AST）を配置している。各部署では、実務院内感染対策チームとしてリンクスタッフが情報共有や感染対策の推進を担っている。診療報酬上、院内感染対策チーム（ICT）ラウンドは 2 職種以上での実施が求められており、感染管理室 ICT は平時から現場との対話を重ね、部署が主体的に課題を考え改善できる環境づくりを行っている。一方、アウトブレイク時は ICT 感染管理認定看護師（CNIC）が中心となることが多く、単一職種のみでは十分な対応が困難となる場合がある。特に薬剤耐性菌対策では、多職種が異なる専門性から感染対策を捉えることで、早期終息や実効性の高い介入につながる。そこで当院における ICT およびリンクスタッフの活動について、薬剤耐性菌対策事例を通して、多職種介入の意義を検討した。

【方法】

202X 年に A 部門で発生した薬剤耐性菌検出事例について、ICT およびリンクスタッフの役割、部署・関連部門との関わりを振り返った。

【結果・考察】

CNIC は日常的に各部署へ出入りし、アウトブレイク時には現場で対話を重ねながら感染対策を調整していた。一方、ICT 医師・薬剤師・臨床検査技師は、診療や抗菌薬相談、検査依頼時の関与が中心であり、定期ラウンド以外で現場介入する機会は限定的であった。そのため、部署特性や感染経路、感染拡大要因の理解が不十分となり、介入の遅れや部署との温度差が生じていた。そこで ICT とリンクスタッフが合同ラウンド、文献共有、意見交換を複数回実施した結果、感染対策の優先順位が明確となり、多角的かつ実効性の高い対策につながった。リンクドクターは予防的抗菌薬使用の見直しを提言し、リンクナースと CNIC は患者背景やケア内容を共有した。ICT 臨床検査技師は微生物学的視点から採取部位や検査方法を提案し ICT 医師と薬剤師は、消毒に関する手順や詳細を提示した。さらに施設・清掃部門は空調管理や清掃手順を見直したことで、設備面や清掃運用上の課題が明確となった。特に空調清掃では認識のズレが明らかとなり清掃範囲や頻度の見直しにつながった。また、多職種で感染経路や拡大要因を分析したことで、他部署との関連追及や病院経営部門による人的・物的支援調整も可能となった。一方で、ICT メンバーの中には兼任業務による多忙さから十分な現場介入が困難な場面もあり、感染対策実行の遅れにつながった可能性が示唆された。

各職種が専門性を統合し、ICT とリンクスタッフが対話を重ねることは、「診療」「薬剤」「検査」「処置・ケア」「施設・環境管理」の視点を統合した継続的かつ実践的な感染対策につながると考えられた。また、平時から現場へ足を運び、良好な関係性を構築することは、早期介入やアウトブレイク早期終息につながる重要な要素であると考えられた。

シンポジウム 1

SY1-3 多職種連携における視点の違いを踏まえたインフルエンザ院内感染対策の検討

九州大学病院グローバル感染症センター

○小林 里沙（こばやし りさ）、○本村 良知（もとむら よしとも）、三宅 典子

当院では、インフルエンザ院内発生時の対応として、発症者は発症日から7日間の隔離（発熱が続く場合は要相談）、接触者（同室者）は最終接触日から7日間の健康観察、感染対策強化および重症化リスクに応じた予防内服を基本方針としている。しかし実際の運用では、患者背景や病棟機能、人的資源などにより、現場で多様な課題が生じている。本発表では、インフルエンザ院内感染対策を通じて経験した、医師と看護師の間で考え方が異なった事例を共有し、多職種連携の意義について考察する。

基本方針に関して ICT で議論したところ、医師側から「学校保健安全法では、発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日（幼児は3日）を経過するまでとなっている。全患者一律の隔離期間ではなく、症状軽快状況、解熱後経過、免疫状態などを踏まえて、患者ごとに隔離期間の短縮や延長を検討した方が良いのではないか」との意見が挙がった。当院には、造血幹細胞移植後や化学療法後の患者が多数入院しており、病床運用や患者 ADL 低下防止、医療資源の効率化を重視した視点で、柔軟な運用を求める意見であった。一方、看護師側からは、「複数の解除基準が存在すると、現場スタッフの混乱による対応のばらつきや確認業務の増加につながる」との懸念が示された。また、接触者に関して、医師側から「インフルエンザの潜伏期間は1-4日であり、隔離期間が長すぎるのではないか」との意見が挙がった。一方、看護師側からは、「予防内服を実施する場合、健康観察期間を短縮すると、期間終了後も予防内服が継続している状況が生じる。予防内服を継続している期間は、依然として発症リスクを考慮している状態であり、終了前に感染対策を解除することは整合性に乏しいのではないか」という意見も挙がった。看護師側は実際の運用を担う立場から、基準のわかりやすさ、現場からの同意の得やすさ、および一貫性を重視していた。

ICT 内で一律基準を維持すべきか、個別化した運用を導入すべきかについて議論した結果、現場の混乱を回避することを最優先することで一旦合意したが、今後も継続した議論を重ねる必要がある。議論の過程では、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師それぞれが異なる視点から意見を出し合い、患者安全、感染伝播リスク、抗インフルエンザ薬の適正使用、現場の負担などを加味した多面的な視点でのリスクマネジメントが必要である。

本事例を通じ、ICT・AST が多職種で構成されている意義は、単に専門知識を共有するだけではなく、それぞれの職種が持つ実践的視点や価値観を相互に理解し、現実的に継続可能な感染対策を模索できる点にあると考える。職種間の意見の違いは対立ではなく、より良い感染対策を構築するための重要な議論の契機であることを共有したい。

シンポジウム 1

SY1-4 微生物情報を起点とした ICT/AST 活動における多職種連携の意義

兵庫医科大学病院 感染制御部¹⁾、兵庫医科大学 感染制御学²⁾、兵庫医科大学病院 看護部³⁾、兵庫医科大学病院 検査部⁴⁾

○植田 貴史（うへだ たかし）^{1,2)}、○石川かおり（いしかわ かおり）¹⁾、小坂知代子¹⁾、
一木 薫³⁾、山田久美子⁴⁾、飯島 紅祐⁴⁾、中嶋 一彦^{1,2)}

医療関連感染を防止し、患者安全を守るとは、感染対策に従事する医療スタッフに共通して求められるアウトカムである。その実現には、感染症診療、抗菌薬適正使用、感染対策、微生物検査など、複数の専門知見を統合する必要がある。一方で、目指すべきアウトカムは同じであっても、職種により重視するリスク、判断根拠、介入のプロセスは異なる。その相違を前提に、各職種の専門性を尊重し、治療と感染対策の両面から対応方針を検討することが重要である。当院では、感染制御部の医師、看護師、薬剤師、微生物検査技師が ICT/AST を兼務し、感染対策と抗菌薬適正使用支援を一体的に実践している。同一病棟で薬剤耐性菌のアウトブレイクが発生した事例では、微生物検査室からの検出菌情報を起点に、各職種が発生状況の評価と介入方針の検討を行った。本事例では、介入の必要性は多職種間で共有されていたが、発生状況をどの情報から解釈し、どの順序で介入を進めるかについては、職種により重視する視点が異なっていた。医師・薬剤師は、感染症診療および抗菌薬適正使用の視点から、治療介入の必要性、抗菌薬使用状況が耐性菌選択圧となっていないかを評価した。一方、看護師は、感染拡大防止と現場実装の視点から、患者配置、病棟内動線、共用物品、ケア場面、経路別予防策の実施状況などを確認し、伝播リスクと病棟介入の優先順位を評価した。微生物検査技師は、検出菌の特徴、検出時期、薬剤感受性を整理し、必要に応じて PCR-based ORF Typing 法や Repetitive sequence-based PCR 法による菌株関連性の評価を行い、院内伝播の可能性や介入範囲を判断するための微生物学的根拠を提供した。これらの情報を多職種で照合することで、検出例を単なる個別事例として捉えるのではなく、アウトブレイクの全体像、伝播経路、介入範囲、優先順位を多面的に評価することができた。菌株関連性が示唆された場合も、検査結果のみで判断せず、病棟内動線、ケアの実態、患者背景、抗菌薬使用状況を踏まえ、病棟ラウンド、環境整備、職員へのフィードバック、抗菌薬使用状況の確認を組み合わせ対応した。ICT/AST が多職種である意義は、単に役割を分担することではなく、微生物情報を起点に、治療適正化と感染拡大防止を双方向に結びつける点にある。職種による視点の違いは対応を妨げるものではなく、患者安全という共通のアウトカムに向けて、より妥当な判断を導くための基盤である。

シンポジウム 2

SY2-1 千葉県船橋市の抗菌薬適正使用に向けた取り組み

船橋市立医療センター 感染制御室・薬剤局

並木真貴子（なみき まきこ）

千葉県船橋市は人口 65 万人の中核市で、65 歳以上の老年人口は 23.4% である。船橋市立医療センター（以下、当院）は、449 床の三次救命救急センターとしての機能を有する医療機関である。現在、市内には感染症専門医は不在だが、当院を含めて 5 つの感染対策向上加算 1 を算定する病院がある。

感染制御室に薬剤師が専従配属された 2022 年より、地域連携に本格的に介入した。2022 年度に新設された外来感染対策向上加算を算定する診療所との連携は、年々拡大し、2025 年度には 12 施設となった。合同カンファレンスを通して OASCIS（診療所版 J-SIPHE）の紹介を開始し、ICD・ICN の診療所訪問に薬剤師として同行して、診療所医師に直接 OASCIS 参加登録を促した。また、OASCIS の抗菌薬データを合同カンファレンスで供覧しながら、その活用方法を解説した。OASCIS を通して得られる情報は、地域の抗菌薬使用の現状を可視化し、共通の課題認識を形成するうえで非常に有用である。

しかし、連携する診療所の診療科（内科、小児科、在宅対応、複数診療科など）、抗菌薬の処方せん枚数・抗菌薬処方率、患者の年齢層及び対象疾患は多様である。合同カンファレンスでは、抗菌薬選択の傾向に基づくフィードバックを実施して処方の最適化を支援しているが、すべての診療所に有意義な支援は難しい。診療所側も、昨今の抗菌薬の供給問題で支援通りに実践することは困難と予想される。抗菌薬の在庫状況だけでなく、患者の症状・服薬状況・受診行動などの情報が外来抗菌薬使用の適正化に関わるため、連携診療所の処方せんを応需する保険薬局と抗菌薬の情報をどのように共有し、地域全体として抗菌薬適正使用支援（Antimicrobial Stewardship：AS）を実践していくかについては、標準化された手順が確立されていない。

地域 AS を推進する上で（1）自治体規模の情報把握、（2）薬剤師間の役割分担の不明確さや認識の差、が課題として挙げられる。（1）については、船橋市医師会の協力を得て、OASCIS で作成された医師会グループへの参加を促している。加算 1 病院が作成した各グループよりも規模が大きくなり、船橋市の抗菌薬の現状把握が可能となる。（2）については、2025 年加算 1 病院の AST 薬剤師を中心に集まり「船橋の抗菌薬を考える会」を立ち上げた。院内 AS や地域 AS のお互いの活動状況の紹介や認定者育成のための症例検討会、感染に関わる診療報酬の勉強会などを定期的に行っている。加算算定施設を中心とした連携と、課題に対する小さな検討議論の積み重ねが、船橋市全体の AS の質向上に寄与すると考える。本講演では、当院の取り組みを通して得られた知見を共有し、地域 AS の今後の方向性について議論したい。

シンポジウム 2

SY2-2 加算連携の枠を超えた抗菌薬適正使用の取り組み

高知県立幡多けんみん病院 AST¹⁾、須崎くろしお病院 整形外科²⁾、佐川町立高北国民健康保険病院 整形外科³⁾○西村さやか（にしむら さやか）¹⁾、佐野 俊広²⁾、橋元 球一³⁾

高知県は全国と比較して感染症専門医や感染制御に関わる専門職種が構造的に不足しており、地域医療における抗菌薬適正使用支援（AS）の質を維持・向上させることは喫緊の課題である。特に整形外科領域の骨関節感染症は治療期間が長く、エビデンスも十分に確立されていないため、介入による改善の余地が大きい分野である。

高知県立幡多けんみん病院では 2016 年より AS 業務を開始し抗菌薬ラウンドを継続してきた。2020 年には整形外科医からの要望を受け、同科全医師との個別 AST カンファレンスを開始した。2025 年度までの累積介入数は 412 症例（計 243 回開催）に達し、血液培養提出率の向上や化膿性脊椎炎の治療期間短縮など、明確なアウトカムの改善が得られている。（日化療会誌 72（1）：17-25, 2024）

一方、高知県では高知大学整形外科の医局人事により医師が数年単位で県内を異動するため ICT や AST の存在しない施設での勤務をするケースも少なくない。このため、単施設に閉じた AS 活動では地域全体の診療の質を維持できず、広域的な支援体制の構築が不可欠であると考えた。そこで我々は 2023 年より県内整形外科医を対象とした感染症診療支援団体を立ち上げ、LINE 公式アカウントを活用した症例相談、ホームページでの資料提供、勉強会開催を開始した。登録者は県内外の整形外科医、薬剤師、看護師など多職種約 50 名に拡大している。2025 年からは高知大学整形外科と協働し、月 1 回のオンライン勉強会を開始した。平均参加者は 19 名、参加施設は 10 施設前後と徐々に広がりを見せている。大学関連施設の医師が継続的に参加することで、この広域ネットワークは施設の枠を超えた「顔の見える」専門的支援体制へと発展した。その結果、参加医師の専門性向上にも寄与し、これまでに ICD 取得者が 3 名、さらに抗菌薬化学療法認定医および結核・抗酸菌症認定医の取得者も生まれるなど、地域全体の診療レベル向上に明確な成果が認められている。

他方で近年、高知県では抗菌薬化学療法認定薬剤師が着実に増加している。公開情報によれば、県内の認定薬剤師は 9 名から 11 名へと増加し、2026 年 3 月時点では 15 名に達している。人的基盤の強化は地域 AS の持続性と質向上に直結する重要な要素であり、整形外科領域の感染症支援においても薬剤師の専門性が果たす役割は大きい。これらの人材増加は、広域ネットワークの実効性を高め、地域全体での AS 活動の底上げに寄与している。本シンポジウムでは、加算の枠組みにとらわれず、地域全体で抗菌薬適正使用を推進するための多職種連携のあり方、そして人的基盤の強化を含めた持続可能な地域 AS モデルについて議論したい。

シンポジウム 2

SY2-3

杏林大学医学部附属杉並病院における地域で行う抗菌薬適正使用に向けた取り組み

杏林大学医学部附属杉並病院 臨床検査部¹⁾、杏林大学医学部附属杉並病院 薬剤部²⁾、杏林大学医学部附属杉並病院 医療安全管理部³⁾○井田 陽子 (いだ ようこ)¹⁾、仲地 透太²⁾、井上 良太¹⁾、来栖那津季³⁾、高橋 明美³⁾

杏林大学医学部附属杉並病院は、杉並区にある病床数 340 床の中規模病院で東京都二次救急医療機関である。当院は感染症科専門医が不在であり、看護師、薬剤師、臨床検査技師が AST 業務の中心を担っている。当院での抗菌薬適正使用を目的とした活動は、週 1 回の AST カンファレンスにて血液培養陽性患者および広域抗菌薬使用患者のリストアップと各症例の調査内容を内科医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師で共有している。毎月の活動としては、広域抗菌薬の AUD を算出して過剰使用がないか監視している。2022 年度からの感染対策向上加算新設後は、加算 1 施設として加算 3 施設と地域連携を行っている。年 4 回の地域連携カンファレンスに向けて J-SHIPH を用いた広域抗菌薬 AUD の算出などをお願いしてカンファレンスにて情報共有をしている。毎月のデータを加算 3 施設のスタッフでまとめるにあたり、マンパワーの問題や抗菌薬適正使用に関する知識量の違いがあり、課題も多いと感じている。加算 3 施設に合ったデータ内容を一緒に考え、無理のない範囲でデータを取りまとめてもらい、継続可能な連携を模索中である。また加算 3 施設は臨床検査技師を有する必要がないこともあり、微生物検査結果を利用した抗菌薬適正使用 (広域抗菌薬からの De-escalation など) は実施できていない。本シンポジウムでは、当院における AST 活動や地域連携の取り組みを紹介するとともに、今後の展望や課題について述べたい。

シンポジウム 2

SY2-4

地域全体で支える抗菌薬適正使用—臨床微生物検査技師による支援の可能性—

地方独立行政法人 東京都立病院機構 東京都立広尾病院 検査科

武藤沙起里 (むとう さおり)

薬剤耐性 (AMR) 対策において、抗菌薬適正使用は個々の医療機関内にとどまらず、地域全体で推進すべき課題である。特に感染対策向上加算の算定施設を基盤とした連携は、地域における抗菌薬適正使用を進める重要な枠組みとなり得る。当院は感染対策向上加算 1 の算定施設として、加算 2・3 の算定施設や地域医療機関との連携を進め、情報共有や支援を担う立場にある。この枠組みは感染対策のみならず、地域における抗菌薬適正使用支援へ発展し得る基盤であると考えている。

臨床微生物検査技師は、検出菌情報や耐性動向を把握し、診断および治療選択に資する情報を提供できる立場にある。院内では AST・ICT 活動を通じ抗菌薬適正使用に関与してきたが、今後はその役割を地域へ展開することが重要である。その一つとして、連携施設に対するアンチバイオグラムの作成方法や活用方法の共有、地域における耐性菌動向の情報提供など、微生物検査室から発信する支援は、地域抗菌薬適正使用の推進に寄与し得る。一方で、中小医療機関では人的・体制的制約もあり、継続的支援の仕組みづくりや情報共有方法には課題も多い。

また、抗菌薬適正使用は適切な診断の基で行われるものであり、Diagnostic stewardship の観点からも、適切な検体採取や検査の質向上は重要である。この観点から、地域医療機関向けに標準予防策や適切な検体採取に関する教育用パンフレットを作成・配布し、診断支援に繋がる啓発活動を行ってきた。こうした取り組みは、適切な診断を通じて不要な抗菌薬使用を抑制し、地域における抗菌薬適正使用の基盤形成にも繋がると考える。さらにパンフレット内容に対するアンケート調査を実施し、その評価から地域ニーズや教育的有用性の把握を進めている。当日はアンケート結果も踏まえ、地域支援としての有用性について報告したい。

本講演では、Diagnostic stewardship の視点も踏まえ、当院の取り組みの紹介とその評価を共有させていただくことで、地域全体での抗菌薬適正使用支援を再考する機会となれば幸いである。

シンポジウム 2

SY2-5 地域で広まる薬剤耐性菌—抗菌薬適正使用の意義と課題

国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 薬剤耐性研究センター 第1室

鈴木 里和 (すずき さとわ)

「病原体の伝播はどこで起きているのか」—この視点は、すべての感染症対策の方向性を見定める上で欠かせない。バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE) や多剤耐性アシネトバクター (MDRA) は主に急性期医療を中心とする医療機関での施設内伝播が問題であり、標準予防策に加え接触予防策や環境整備が対策の中心となる。一方、ペニシリン耐性肺炎球菌やマクロライド耐性百日咳菌 (MRBP) などは市中、家庭や学校での飛沫感染により広まり、予防接種と抗菌薬適正使用 (AMS) が主要な対策手段となる。なお、医療機関外において標準予防策や飛沫予防策などの物理的隔離を実施することが非現実的であることは、COVID-19 の流行において実感されたところである。市中で広まる耐性菌の多くは染色体変異によって耐性を獲得する。2025 年の MRBP 急拡大が示すように、こうして出現した耐性変異株は抗菌薬を使用していない集団にも感性菌と同様に伝播し、一度広まれば自然には減少しない。さらに第一選択薬への耐性を獲得すると、その抗菌薬投与後も菌量が減少せず、感性菌より効率的に感染源となりうる。これは「最終兵器への耐性」とは本質的に異なる公衆衛生上の危機である。しかし地域で実施する AMS にはいくつかの課題がある。第一に、効果の評価が本質的に難しい。外来・地域レベルでは、抗菌薬が無効であっても深刻な副作用が生じることは少なく、自然治癒する感染症も多いため、抗菌薬の臨床的有効性を正しく評価することが入院患者と比べて困難である。さらに AMS に取り組んでも、それが耐性菌の減少に直結しているという実感を得ることはなお難しい。市中における耐性菌の伝播は抗菌薬使用量だけで決まるものではなく、ワクチン接種率・人口の年齢構成や密度・医療体制に加え国際的な菌株の流入など多因子が絡むためである。第二に、検査体制の格差という構造的課題がある。加算算定施設では薬剤感受性検査・耐性遺伝子検査の体制が整備されていることが多い一方、地域の多くの外来医療施設では十分な検査体制がなく、時間的制約の中で適切な抗菌薬選択の判断根拠を得ることが容易ではない。内服抗菌薬は全身に行き渡るため、対象病原体に耐性であれば治療効果がないだけでなく、腸管内の常在菌にも選択圧をかけ耐性菌を選択しうる。抗菌薬は使用するほどその有効性が失われうる医療資源であり、市中伝播型耐性菌対策において AMS が持つ意義はまさにここにある。加算算定施設が地域の耐性菌動向・流行状況を集約・発信し、検査体制を持たない施設の処方判断を支援する情報共有の仕組みを構築することが、地域 AMS の実質的な基盤となるのではないだろうか。

シンポジウム 3

SY3-1 持続可能な ICT ラウンドを目指して—リンクメンバーと築く実践的 ICT 体制—

順天堂大学医学部附属順天堂医院 感染予防管理部 感染予防対策室

小松崎直美 (こまつざき なおみ)

感染対策チーム (ICT) は、感染対策の専門職である医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員などで構成される実働部隊である。当院は病床数 1,051 床を有する大学病院であり、ICT ラウンドの対象部署も多く、実施には多大な労力と時間を要する。ICT ラウンドの目的は、限られた時間の中で効率的に感染対策上の問題を把握し、ICT と現場が課題を共有しながら、平時より継続的な感染対策が実践できているかを確認することである。

当院の ICT は、医師 2 名、看護師 6 名、薬剤師 7 名、臨床検査技師 8 名、事務職員 1 名で構成されている。院内 111 部署を対象とし、毎週月曜日に ICT メンバーが 2 チームに分かれて評価者となり、1 部署あたり 15 分程度、各チーム 5～10 部署のラウンドを実施している。事前準備として部署には、ラウンド前にチェックリストの自己評価を提出することとしている。

ICT ラウンドでは、現場との共通認識を形成するため、各部署の感染対策リンクメンバー (現場の感染対策担当者として、医師、看護師、コメディカルが任命されている) の同行を必須としている。ICT が指摘した事項をリンクメンバーとともに確認することで、問題点の背景や改善策を現場視点で共有しやすくし、さらにメンバーの教育の機会も担っている。

また、ラウンドの質を維持するためには、ICT メンバー間の評価精度の標準化も重要である。そのため、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師の 4 職種が共通した視点で評価できるよう、評価基準を整備している。

ラウンド結果報告書は、ICT メンバーが分担して作成し、ICN が確認し、ICT ミーティングで承認したのち現場へフィードバックしている。業務を多職種で分担することで、ICN へ業務が集中しすぎない体制づくりにも取り組んでいる。

さらに、継続的な ICT ラウンドを通じて、ICT メンバーと現場の感染対策リンクメンバーとの間に日常的なコミュニケーションが生まれ、一定の信頼関係が構築されることで、アウトブレイク発生時など有事においても円滑な連携につながっていると実感している。

多くの施設では、ICN が専任職として ICT 活動の中心的役割を担い、ラウンド計画、チェックリスト作成、報告書作成など多岐にわたる業務を担当している。一方、他職種メンバーは兼任で活動していることも多く、ICT 活動を持続可能なものとするためには、多職種で役割を分担しながら運営する視点も重要である。

本シンポジウムでは、現場を巻き込んだ ICT ラウンドの工夫を通じて、多職種協働による持続可能な ICT 活動のあり方について考えたい。

シンポジウム 3

SY3-2

30年の歴史を紡ぐ ICT ラウンドの進化—マンネリ化を防ぐ工夫と持続可能な活動の再構築—

東京大学医学部附属病院 看護部¹⁾、東京大学医学部附属病院 感染制御部²⁾、聖徳大学 看護学部³⁾○西田 和晃（にしだ かずあき）¹⁾、正司麻衣子¹⁾、間平 珠美¹⁾、平野 明博¹⁾、
三橋 美野¹⁾、内田 美保³⁾、奥新 和也²⁾、堤 武也²⁾

診療報酬における「感染防止対策向上加算」の算定要件では、感染制御チーム（Infection Control Team：ICT）による週1回程度の定期的な院内巡回（ICT ラウンド）が、感染対策の遵守状況の確認および指導等を行う重要な基盤として位置づけられている。当院においても、多職種が連携し、組織横断的に ICT ラウンドを実施する体制を構築してきた。しかし、長年継続する活動であるがゆえに、時としてマンネリ化という課題に直面してきた。

当院の ICT ラウンドは 1995 年に開始され、当初は医師、看護師、臨床検査技師が多剤耐性菌保有患者の確認を主目的に実施していた。その後、2000 年には 3 チーム体制へと拡充し、現在では毎週継続的に院内のラウンドを実施している。参画職種は、医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師にとどまらず、清掃を担当する物流環境チームの事務職員および現場の清掃責任者など多岐にわたる点が特徴である。加えて、教育的観点から開始当初より病棟の感染対策フロア委員（リンクナース）に参加を依頼してきた。さらに 2014 年からは、看護部感染対策委員会と連携し、各部署の環境整備に特化した「環境重点ラウンド」を開始し、現場の実態に即した改善を推進している。

本講演では、30 年にわたる当院の ICT ラウンドの変遷を振り返り、マンネリ化をいかに乗り越えてきたかについて具体的な工夫を交えて紹介する。多職種の専門性を活かした介入の在り方、ICT 活動をマンネリ化させないためのフィードバックの工夫、ならびに現場との協働関係を維持・発展させるための教育的アプローチについて、当院の実践例を中心に報告する。また、活動を継続する中で明らかとなった現場の努力だけでは解決困難な課題にも言及し、事務部門や施設管理部門を含めた組織全体での取り組みの必要性と今後の展望を示したい。

本報告を通じて、ICT ラウンドの意義を多角的に再考し、平時の感染対策を基盤とした持続可能な ICT ラウンドの在り方を、一つの実践モデルとして提案する。

シンポジウム 3

SY3-3

多職種で挑む！モチベーション維持に繋げる ICT 活動

京都府立医科大学附属病院 薬剤部

幸前 里奈（こうぜん りな）

医療施設における感染対策は、医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師など多職種で構成される感染対策チーム（ICT）によって取り組むことが推奨されている。それは、各職種の専門性を統合し、多角的な視点から対策を講じることで、より効果の高い感染管理を実践するためである。その中で ICT 担当薬剤師は、抗菌薬および消毒薬の適正使用を軸として、抗菌薬適正使用支援（AS）を通じた薬剤耐性菌の発生抑制および感染症診療の質向上、また、ICT ラウンドでの消毒薬使用状況の確認、擦式手指消毒用アルコール製剤の使用量を指標とした手指衛生遵守状況の把握などに関与している。一方で ICT 活動は「感染伝播の防止」が成果となる性質上、その効果が可視化されにくく、活動意義の実感が得られにくいという課題を伴う。さらに、ラウンドでの画一的な現場指導や現場の提案受入状況によっては ICT 活動の形骸化につながり、その結果、チームのモチベーション低下や活動のマンネリ化に至る可能性がある。

このような課題に対しては、各専門性を生かしながら、時として職種の枠にとらわれずに、現場の理解と納得を得て感染対策を推進することが重要であると考え。現場と協働しながら実情に即した形で感染対策を構築するためには、ガイドラインや教科書に則るだけでなく、実際にデータを収集して数値化し、それを現場に示して、対策の意義を分かりやすく提示することが有用である。こうした取り組みは、現場の主体性を促すとともに、ICT 自身の継続的な学びと成長にも寄与すると考える。そして、施設の限られた資源や環境において唯一の正解が存在しない課題に対し、最適解を探索する過程自体が、ICT 活動の新規性を育み、ICT メンバーのモチベーションの維持に寄与すると考える。そのためには、ICT と現場との関係性も重要な要素の一つである。ICT ラウンドが「指摘の場」としてではなく、「感染対策を共に推進する場」として認識されることで、現場の理解度が高まり、対策の実効性向上につながることを期待される。

当院 ICT では、現場起点の課題に着目し、メンバーの専門性や特技や強みを活用して科学的検証を行い、その成果を可視化することで知見の汎用化を図っている。これまでに、消毒薬管理の妥当性評価、エアロゾル感染対策としての病室換気評価、施設改修時におけるアスベルギルス曝露対策評価などに取り組み、現場と問題を共有しながら感染対策に取り組むことができた。

ICT 活動においては、現場と協働しながら最適解を探索し続けるプロセスが、マンネリ化の回避や持続的な質改善の鍵になると考える。本シンポジウムでは、これらの実践を踏まえ、ICT 活動の活性化に向けた方策について考察したい。

シンポジウム 3

SY3-4 これからの ICT ラウンドを考える—監査型から現場支援型・多職種協働型ラウンドへ—

京都岡本記念病院

藤田 直久（ふじた なおひさ）

【背景】ICT ラウンドは多くの医療機関で定着しているが、チェックリストに基づく定型的な巡視を繰り返すうちに、活動が形骸化し、同じ指摘を繰り返す「マンネリ化」が課題となりやすい。従来のラウンドは、手指衛生、PPE、消毒薬管理、医療器具管理などを中心に行われてきたが、現場の感染リスクは病棟内にとどまらず、換気、厨房、清掃、職員健康管理、委託業務、施設設備の運用にも広がっている。

【目的】本発表では、ICT ラウンドを単なる監査活動ではなく、病院全体の感染リスクを可視化し、現場とともに改善策を考える「現場支援型ラウンド」として再構築するための案を提示する。

【ラウンドの再構築】マンネリ化を防ぐためには、従来のチェックリスト型ラウンドに加え、重点課題を深掘りするテーマ型ラウンド、部署特性に応じた部署別リスクラウンド、実際のケアや業務の流れを観察するプロセス観察型ラウンド、現場の困りごとを聞き取る現場ヒアリング型ラウンドを組み合わせることが有用である。これにより、評価項目の確認だけでなく、実際の感染リスクが生じる場面や、ルールが守りにくい背景を把握できる。

【多職種協働の拡張】さらに、これからの ICT ラウンドでは、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師に加え、設備担当者、給食関係者、清掃担当者、事務部門、委託業者などの参加が重要である。換気ラウンドではCO2濃度や気流方向に加え、給気・排気、空気清浄機、患者・職員の位置関係を確認する。厨房ラウンドでは食材搬入から配膳・下膳までの交差汚染リスクを、清掃ラウンドでは高頻度接触面や清掃責任の分担を確認する。職員健康管理ラウンドでは、ワクチン接種、曝露後対応、体調不良時の就業判断、休憩室での職員間感染リスクを対象とする。

【まとめ】これからの ICT ラウンドは、「できていないことを指摘する監査型」から、「現場とともに感染リスクを見つけ、改善策を考える支援型」へ転換する必要がある。多職種で育む ICT ラウンドは、病棟、外来、換気、厨房、清掃、設備、職員健康管理をつなぎ、病院全体の感染対策文化を高める基盤となる。マンネリ化を防ぐ鍵は、ラウンドの対象を広げ、現場の声を聴き、改善のプロセスをともに作れるシステムをつくりたい。なお、本シンポジウムでは「換気ラウンド」を中心に解説する。

シンポジウム 4

SY4-1 感染対策チームに必要な医師は育てられるのか—医師の立場から考える人材育成と組織形成—

東京医科大学病院

○藤田 裕兄（ふじた ひろあき）、中村 造、渡邊 秀裕

感染管理チームでは、看護師、薬剤師、微生物検査技師などがそれぞれの専門性を発揮し、それらを統合することが求められる。しかし実際には、その統合が円滑に機能しない場面も少なくない。本発表では、医師の視点からこの課題を捉え、感染対策における医師の役割と人材育成について検討する。まず、大学病院で感染症医として勤務する自身が、これまでどのように感染対策に関わってきたのかを振り返る。あわせて、医師が臨床現場においてどのような存在となるべく育成されてきたのか、そしてその過程が感染対策に関与する際にどのようなギャップを生じさせるのかについて述べる。次に、これまでの経験を踏まえ、感染管理チームの統合において医師に求められる役割を検討する。理想とされる専門性の統合とは何かを定義し、医師がチーム統合のために何をすべきか、また何をすべきでないかについて整理する。最後に、医師の人材育成とは誰がどのように担うことができるのかを考察する。医師が感染対策チームの中でどのように考え、行動しているのかへの理解を深め、医師と多職種の間に存在するギャップの縮小を目指すことを本発表の主目的とする。

シンポジウム 4

SY4-2 2040 年を見据えた感染管理に従事する看護職の人材育成について考える

公益社団法人 日本看護協会 看護研修学校 認定看護師教育課程

渋谷 智恵（しぶや ちえ）

2040 年に向かい我が国の人口減少は進行する。日本の将来推計人口によれば 2026 年に 1 億 2,285 万人だった総人口は、2040 年には約 1,000 万人減って 1 億 1,284 万人と見込まれている。高齢化の進行により医療・介護の複合ニーズを有する 85 歳以上の高齢者が増加する一方で、生産年齢人口の減少による医療従事者の人手不足が大きな課題の一つである。

感染管理に従事する人材確保にも大きな影響が及ぶなか、われわれが考えておきたいことは、人が増やせない状況にあっても感染対策の質を落とさないことである。そのために今後より重要となるのが人材育成である。看護職においては、感染管理認定看護師や感染症看護専門看護師など ICN 有資格者の養成を計画的に行うとともに、リンクナースの能力向上を図っていくこと。また人手不足だからといって個人に依存する属人的な仕組みを見直し、多職種チームにおける協働を機能させること。さらには感染管理担当者の離職要因を踏まえ、ICN 有資格者やリンクナース経験者などの離職防止にも取り組む必要がある。

今後の医療においては患者を治すことを主目的とする病院完結型から、地域全体で治し支える地域完結型への変化が加速する。このことは急性期医療を担う病院から下り搬送として連携する地域病院、在宅・介護施設など療養の場の広がりを意味する。感染管理に従事する看護職も含めた人材育成に関しても、こうした地域包括ケアシステムを支える人材育成として考える必要がある。各施設で行ってきた教育体制を地域全体にわたる教育体制へと拡大させ、感染管理に従事する人材を地域で育てる仕組みについても考えたい。

シンポジウム 4

SY4-3 院内感染対策に関わる薬剤師の人材育成を考える

岐阜大学 医学部附属病院 薬剤部¹⁾、岐阜大学 医学部附属病院 感染制御室²⁾丹羽 隆（にわ たかし）^{1,2)}

【はじめに】院内感染対策に関わる 4 職種（医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師）のなかで従来の薬剤師は最も院内感染対策に関わる時間が少なかった職種と考える。かつては自身も調剤室主任の時代には 2-3 週間に 1 回、わずかな数十分の ICT ミーティングにも十分に出席できない状態であった。その後、院内感染対策に関わる時間は増加したものの、長らく孤軍奮闘した時代を経て、現在は院内感染対策に関わる薬剤師は自身を含めて 6 名となった。本シンポジウムでは自身の経験を踏まえて薬剤師の、特に AST 領域の人材育成を考える。

【裾野を広げる人材育成】薬学部における院内感染対策の教育は十分とは言えず、入職後間もない薬剤師も同様である。薬学生には病院実習にて抗菌薬の TDM、AST、ICT に同行する機会を設けている。また、入職した薬剤師は入職後 2-3 年目という早い段階で全員を TDM に配属し、用量調節だけでなく、抗菌薬選択、検出菌に応じた投与期間など AST に関する知識も教育している。

【AST・ICT 所属後の人材育成】AST に所属後は、座学による知識の向上も必要であるが、教科書に記載されていない内容の On-the-job training（OJT）が重要である。我々は prospective audit and feedback（PAF）を AST 業務の主体としているが、毎日 11 時からミーティングを行い、注視すべき症例等を全員で検討している。このミーティングでは足りない視点などをお互いに指摘することが出来ており、人材育成においても重要な役割を果たしている。このミーティング開始後は AST に所属する薬剤師の成長速度が飛躍的に向上した。

【まとめ】院内感染対策に関わる 4 職種は各職種 1 名から各職種複数名となった。世代交代も含めて人材育成はいずれの職種も急務である。

シンポジウム 4

SY4-4 臨床検査技師の視点から考える人材育成

埼玉医科大学病院 中央検査部¹⁾、埼玉医科大学病院 感染対策室²⁾小棚 雅寛（こだな まさひろ）^{1,2)}

感染対策は多職種の専門性を統合して実践されるが、各施設で求められる役割や教育環境は様ではない。とくに臨床微生物検査は、病原体の存在をいち早く捉え、その結果を臨床へ還元することで、抗菌薬選択、感染予防、アウトブレイク対応など感染対策の初動に直結する領域である。グラム染色鏡検、培養所見の解釈、薬剤耐性菌の把握、さらに検査結果を臨床現場へわかりやすく伝達する力は、感染対策チームにおける臨床検査技師の重要な専門性である。

一方で、これらの実践には経験に依存する要素が大きい。とくにグラム染色鏡検では、所見の言語化や報告の質に熟練差が生じやすい。これは個人の力量にとどまらず、教育方法や業務設計、技術継承の仕組みにも関わる課題である。従来、微生物検査は熟練者の経験やコツに支えられてきたが、今後はその判断過程を共有可能な形で整理し、若手でも一定の水準で実践できる教育体制へ再構築していく必要がある。また、感染対策に資する人材育成には、検査室内の教育だけでなく、医師、看護師、薬剤師など多職種に対して、微生物学的所見を臨床判断につながる情報として伝える力も求められる。近年、MALDI-TOF MS、自動染色装置、画像解析 AI などの導入により、微生物検査は標準化・自動化・再現性を重視する時代へ移行しつつある。私は大学病院の微生物検査業務、教育、ならびに AI 活用研究を通じて、これらの技術は熟練者を置き換えるものではなく、見落としを減らし、判定のばらつきを少なくし、教育を支援することで、人材育成を支える基盤となり得ると実感してきた。今後求められるのは、検査手技の習得に加え、機器や AI の特性と限界を理解し、その結果を適切に解釈して多職種と共有できる人材である。

本発表では、臨床検査技師の立場から、大学病院における微生物検査の実務や AI 活用研究を踏まえ、感染対策に資する人材育成のあり方を考察する。技能継承、標準化、自動化、AI 活用、多職種連携の視点から、これからの感染対策を支える人材像と育成の方向性を共有したい。

シンポジウム 5

SY5-1 新型コロナ感染症による介護老人保健施設のクラスター解析と課題

一般社団法人岩手県介護老人保健施設協会

長澤 茂（ながさわ しげる）

【目的】

介護老人保健施設（以下、老健）における新型コロナ感染症の発生状況を把握し、今後に向けた課題について検討を加えた。

【対象・方法】

岩手県内全ての老健（62 施設）を対象とし、新型コロナウイルス集団感染（5 人以上の感染：クラスター）についてアンケート調査を行った（回収率 100%）。調査期間は 2023 年（令和 5 年）3 月 16 日～同年 3 月 24 日。

【結果】

県内 52 施設（83.9%）で集団感染が発生。クラスターは第 6 波～8 波で認められ患者数は 2772 人を数えた。このうち、第 8 波の発生延べ件数は 50 件・感染者数 2079 人で全体の 75.0% を占めた。感染初期の陽性者は老健利用者（入所者・通所利用者）が 46 人、職員 50 人を数え、職種は介護職が高率。老健施設の対応が遅れた原因として（重複回答）、職員家族の体調管理不十分 40.4%、利用者の健康チェックの踏み込み不足 14.1%、抗原検査偽陰性の扱い 9.1%、抗原検査未実施 12.2%、不明 12.1% などが指摘される。感染拡大要因は（重複回答）多床室 35.9%、PPE18.5%、換気 15.2%、ゾーニング 9.2%、更衣室・休憩室 8.1%、物品不足 2.7%、不明 2.2% がみられた。感染者 2772 人のうち医療機関に入院した者は（A 群）196 人（7.1%）と一割に満たなかった。一方、入院希望はあったが老健で療養を余儀なくされた者は（B 群）1849 人（66.7%）、入院希望無し（C 群）727 人（26.2%）であり、B 群 68 例の内訳は（重複回答）「重篤化しない」27 件（39.8%）、「空床無し」23 件（33.8%）、「認知症など移動困難」6 件（8.8%）、その他「もっと重度でなければ入院不可」「発熱のみで施設療養指示」「保健所の入院調整」「併設医療機関でクラスター発生 12 件（17.6%）となる。クラスター患者の死亡は 126 人を数え、A 群 26 人（20.6%）、B+C 群 100 人（79.4%）と老健施設内死亡が 8 割を占めた。感染者数に対する死亡率は A 群 13.3%、B～C 群 3.9% で、入院希望有無別は「有り」の死亡率 3.1%、「無し」5.8%、全体では 4.5%（126/2772）であった。

【考察と結語】

クラスター発生は i) 無症状や偽陰性など早期対応が難しい症例もあり、個室確保や集団生活前 2～3 日の観察期間が必要 ii) サンプリングエラーの存在 iii) コホート隔離について「対応が遅れた部屋移動」が集団感染の一因となっていた。

当県の県立病院は全国最多の 20 病院を数え、急性期病床 4993、回復期 2891（令和 5 年）を有するが、医師偏在指標は 182.5 と全国でも低い水準が課題となっている。2024 年度の介護報酬改定により、全ての介護施設に「協力医療機関」との連携を義務化した（猶予期間 3 年）。今後、同じような感染症を想定すると病床確保に懸念がもたれた。介護度の高い高齢者は今後も増加し、病床で多職種の人員を必要とすることは容易に考えられる。「協力医療機関」が柔軟に対応できるよう、より踏み込んだ体制が求められよう。

シンポジウム 5

SY5-2

高齢者施設での感染症協力医療機関との連携と感染症対策課での課題

敬仁会 介護老人保健施設 アットホームくすまき¹⁾、岩手医科大学附属病院 睡眠医療学科²⁾

○大下 寿 (おおした じゅん)¹⁾、西島 嗣生^{1,2)}、高橋 幹夫¹⁾

高齢者施設では、施設内感染者が発生した場合、感染者の対応を行う医療機関と連携し「施設内感染者の療養」「他入所者等への感染拡大防止」が求められる。身体機能・認知機能低下に対応した感染対策の実施と、設備不足による、隔離・マスク着用等の感染対策が難しく、高齢者施設において感染症集団発生を経験している施設が多いと報告がある。施設内への感染症の持ち込みを防ぐことは難しく、施設の特性から3密が感染拡大につながる要因である。高齢者施設でのアウトブレイクはBCP上、大きな問題である。

当施設では、令和4年8月～令和6年10月まで4度のCOVID-19によるクラスターを経験した。3度目は、職員と入所者計83名の大規模クラスターとなった。保健所と連携し、施設感染対策委員会を中心にCOVID-19策（公表されていた初期対応）で対応していたが、感染者が日々増加し終わりの見えない状況であった。そこで、岩手医大附属内丸メディカルセンター感染制御部と共にラウンドし、PPE・ゾーニング・換気の方法など、再度見直し徹底することで、終息することができた。この経験を基にマニュアル見直し、施設内研修、職員全体で振り返り時間を設け職員教育に努めた。4度目は、市販されているニプロ（株）のイオンレス次亜塩素酸水（シーエルファイン）の空間噴霧を導入し、感染対応職員を固定する等、これまでの修正点を踏まえた感染対策を実施したことで、8名で終息できた。それ以降、新たなクラスターは発生していない。COVID-19の流行が落ち着いても、全職員を対象とした研修会を開き、正しい知識・対応方法を施設内で周知し、現在では、職員の勤務開始前、入所者の毎日のバイタルサインに加え、利用者が入所施設以外で利用する施設などの感染流行状況を確認し感染リスクを把握している。又、職員・利用者に体調不良者がした場合、確定診断後まで無症状者との接触を制限している。現在、施設内でBCPを用いた訓練・研修を行い、協力連携機関病院との合同研修・感染ラウンド・PPE着脱演習などを実施している。施設利用者はリハビリテーションや日常生活支援を受け家庭復帰を目指しているが、アウトブレイク時は入所者の行動制限、提供サービスの低下、環境の変化による心理的影響、ADL低下が課題である。今後、将来的な新興感染症の感染拡大時に備え、感染症の正しい情報と知識の共有、感染予防の能力向上に努めている。更に、お互いレベルアップの為に、協力連携機関病院との連携強化が必要であるが、連携病院もマンパワー不足があり、ICAT（いわて感染制御支援チーム）との連携が必要と考える。保健所の行政主導から本学会や介護施設協会等が主導での施設間、医療機関との連携強化が必要であり、近々の重要な課題と考える。

シンポジウム 5

SY5-3

高齢者施設における感染対策支援の現状と課題—感染管理認定看護師の連携の視点から—

岩手医科大学附属病院¹⁾、岩手医科大学附属内丸メディカルセンター²⁾、ICAT³⁾

○嶋守 一恵 (しまもり かずえ)^{1,2,3)}、高橋 幹夫^{2,3)}、下沖 収^{2,3)}

当院は加算1施設として地域の施設と連携し、年数回の相互訪問、J-SIPHEを活用した情報共有、定期カンファレンスを通じて相談・支援を行っている。これにより各施設の感染状況や対策実施状況を継続的に把握することが可能となり、顔の見える関係性の構築や相談しやすい環境整備につながっている。現場スタッフとの意見交換を通じて感染対策に対する認識の差や実践上の課題が可視化され、知識共有と意識向上に寄与している。しかし、アウトブレイクや災害時など迅速な対応が求められる局面では、院内業務との両立や施設間手続きの制約により、速やかな現地支援が困難であるという課題がある。COVID-19流行期においても、正式依頼や所属施設の許可がなければ院外活動が制限され、必要なタイミングでの介入が遅れる事例を経験した。実際の現場では、ゾーニングが不十分なままケアが継続されていたり、PPEの着脱手順が統一されていない、物資不足により適切な感染対策が継続できないといった状況がみられ、初動対応の遅れが感染拡大につながるリスクがあった。岩手県ではICAT（岩手感染制御支援チーム）の枠組みにより、県からの派遣要請のもと保健所と連携した支援が可能となった。ICATでの支援活動は、ゾーニングやPPEの取り扱い、廃棄物の搬出、検査の実施など多岐にわたる。一方で、高齢者施設は機能や人員体制、環境が多様であり、基本的感染対策の徹底に加え、必要な物資や人員の確保自体が困難な施設も存在するなど、一律の評価や対応が困難であるという特徴があった。そのため机上の助言のみでは不十分であり、現地に赴き、スタッフとともに動線やケアの流れを確認しながら課題を抽出し、その場で実践可能な対策へと具体化することが不可欠であった。さらにICAT内での情報共有により県内高齢者施設のクラスター発生状況を俯瞰的に把握でき、地域流行や施設特性を踏まえた介入が可能となった。先行研究においても、支援要請から開始までに7日を要したとされ、「必要な時に支援が受けられない」という課題が報告されている。COVID-19の位置づけ変更後は行政・医療機関の関与が減少し、「相談しても最終判断は施設側に委ねられる」との声も聞かれ、施設側の負担増大が顕在化している。以上より、高齢者施設への感染対策支援においては、平時からの継続的な連携により現場の実情を相互に理解し、信頼関係を構築しておくことが、有事の迅速な介入を可能にする基盤となる。その上で、アウトブレイク時に躊躇なく現地支援が実施できる体制整備を両輪として機能させる必要がある。すなわち、多様な施設特性に対応しうる柔軟性と即応性を兼ね備えた支援体制へと再構築し、行政や学会主導のもと官民が一体となった実効性の高い仕組みを確立することが急務である。

シンポジウム 5

SY5-4 地域を基盤とした感染対策連携の進化—感染制御人材の裾野を拡げる—

岩手医科大学 総合診療医学講座¹⁾、SGグループ²⁾、ICAT統括部（岩手医科大学附属病院 感染制御部³⁾、岩手医科大学附属病院 感染制御部⁴⁾、岩手県保健福祉部医療政策室⁵⁾

○下沖 収（しもおき おさむ）¹⁾、高橋 幹夫²⁾、長島 広相³⁾、嶋守 一恵⁴⁾、
平賀 孝佑⁵⁾、松舘 宏樹⁵⁾

【ICATの活動】いわて感染制御支援チーム（以下ICAT）は2011年東日本大震災時に、岩手県内避難所における感染症蔓延防止とサーベイランスを目的として、県内の感染対策有資格者を中心に発足した。翌年には岩手県の組織として常設化され、組織体系を整備しながら、県内各圏域からアクティブメンバーを募り活動を継続してきた。実際の活動として、2016年台風10号、2019年台風19号、2025年大船渡林野火災、2026年大槌町林野火災における避難所などの感染対策支援のほか、平時から教育・訓練活動を重ねている。COVID-19パンデミック時には施設内クラスター発生が相次ぎ、ICATメンバーによる現地支援を行った。

【COVID-19施設内クラスター対応支援】2020年12月に発生した病院クラスター支援を皮切りに、18医療施設への支援（のべ39回）、47高齢者施設への支援（のべ88回）を行い、障害者施設、児童福祉施設等も含め、のべ269名のメンバーを派遣した。当初はICATコアメンバーを中心とした派遣対応を行い、県全体の感染状況を俯瞰しながら支援する「広域俯瞰型支援体制」を構築した。その後、圏域ごとに「地域版ICAT」を組織し、保健所からの支援要請に基づき当該施設へ直接赴き支援を行う「地域密着型支援体制」へ発展した。地域版ICATの活動状況は岩手県ICAT統括部が把握し、必要に応じて圏域を越えた連携・支援を行った。顔の見える関係性を基盤とした平時からの感染対策連携や研修会を通じ、高齢者施設も含めた地域全体の感染制御レベル向上を目指した活動を継続している。一方でメンバーが自信をもって活動するためには、知識と経験を認証する仕組みと所属施設からのサポートが不可欠である。

【感染制御教育の裾野を拡げる】岩手県においても、施設内クラスターは医療施設から高齢者施設へと発生の方がシフトしていった。その要因の1つには、高齢者施設における感染対策を主導できる人材不足や、感染対策教育機会の不足があった。日本環境感染学会が2026年度より開始するCIP認定制度は、専門職に限らずに、現場で感染対策を実践できる人材養成として期待される。感染対策は一部の専門職だけでなく、地域全体で支えるべきものへと変化している。医学部教育においても、従来の感染症診療や院内感染対策教育に加え、地域全体における感染対策の組織的活動、すなわち地域・災害・社会システムを含めた感染対策教育の視点が求められる。東日本大震災およびCOVID-19パンデミックの経験は、感染対策を地域全体で支える人材育成の重要性を示しており、次代を担う医療人教育において不可欠な課題である。

シンポジウム 6

SY6-1 消毒薬評価指針の認知度・活用状況に関する会員アンケート結果と今後の課題

東京大学医学部附属病院 薬剤部¹⁾、一般社団法人 日本環境感染学会 消毒薬評価委員会²⁾

山口 諒（やまぐち りょう）^{1,2)}

日本環境感染学会消毒薬評価委員会では、消毒薬における標準化された有効性評価基準として、「生体消毒薬の有効性評価指針：手術野消毒2013」、「環境消毒薬の評価指針2020」、「生体消毒薬の有効性評価指針：手指衛生2023第2版」、「環境消毒薬の有効性評価指針2025」を发出してきた。これらの指針は、試験評価自体を医療施設が行うのではなく、標準化された試験系で評価され公開された製品の中から、自施設に適切な消毒薬を選定するための前提として、クリアすべき有効性データを得る基本的基準として活用されることを目的としている。しかし、これらの指針が会員にどの程度認知され、実際の製品選定や教育に活用されているかは十分に把握されていない。そこで委員会では、各評価指針の認知度、理解度、活用状況、活用上の障壁、今後必要とされる支援を明らかにすることを目的として、2026年1月28日から2月27日に会員向けWebアンケートを実施した。

回答は550件で、職種は看護師63.5%、医師16.0%、薬剤師12.9%が中心であり、勤務先は病院が90.4%を占めた。各評価指針を「知っている」と回答した者は52.9%であった一方、内容の把握状況では「読んだことがない」が46.4%を占め、十分に理解している層は限定的であった。施設内の消毒薬選定に関与している回答者は63.3%であったが、実際に選定時に各評価指針を「いつも参考にする」は14.5%、「時々参考にする」は29.8%にとどまり、「ほとんどしない」が55.6%であった。活用が難しい理由としては、「認知度が低い」、「内容が難しい」が多く、学会に求める支援としては、eラーニング、教育資料、研修会が上位を占めた。自由記載では、施設内での消毒薬や環境清拭ワイプの選定変更、院内研修、マニュアル作成への活用といった実践例がみられた一方で、現場での具体的な使い方が分かりにくい、一覧表や簡易版、活用事例集が欲しいといった意見が目立った。特に、活用支援として、現場目線のチェックリストや、シンポジウム、研修会を通じた継続的な周知の必要性が示された。

以上より、消毒薬評価指針は一定の認知を得ているものの、現場で十分に使いこなされる段階にはなお至っていないことが示唆された。今後は、指針そのものの周知に加え、分かりやすい解説、具体的活用事例、教育資料、簡便な補助ツールの整備を通じて、指針を実務に橋渡しする取り組みが重要である。本シンポジウムでは、本アンケート結果を踏まえ、消毒薬評価指針の認知度向上と利活用促進に向けた具体策を議論したい。

シンポジウム 6

SY6-2

消毒薬の有効性評価指針とは―「環境消毒薬の有効性評価指針 2025」改定のポイント―

新潟医科大学 医療技術学部 臨床検査学科¹⁾、一般社団法人 日本環境感染学会 消毒薬評価委員会²⁾継田 雅美 (つぎた まさみ)^{1,2)}

【はじめに】

医療関連施設では多様な消毒薬や消毒薬含有製品が使用されているにもかかわらず、日本では2011年に本学会消毒薬評価委員会より「生体消毒薬の有効性評価指針：手指衛生2011」が発表されるまで、環境消毒薬にいたっては2020年の「環境消毒薬の評価指針2020」まで標準化された有効性評価指針がなかった。欧米ではすでに消毒薬の評価方法が確立されており、米国では環境消毒薬は米国環境保護庁(EPA)、生体消毒薬は米国食品医薬品局(FDA)の管轄で評価され、欧州では欧州標準化委員会(CEN)によるEN規格に基づく試験により評価されていたため、欧米の基準を参考に評価指針が策定された。

【環境消毒薬の評価指針】

2020年の評価指針では、試験に用いる細菌やウイルスを指定し、試験法には「サスペンション試験」と「サーフェス試験」を設け、どのような微生物をどれくらい減らせれば「有効性あり」と言ってよいか、という評価基準を示した。

・サスペンション試験

消毒薬と微生物を混ぜて、経時的に生き残っている微生物数を測定する。清浄条件と、羊血球を添加した汚濁条件で実施する。

・サーフェス試験

微生物液をシリコンディスクやステンレス板などに滴下して乾燥させ、その表面に消毒薬を滴下して、経時的に生き残っている微生物数を測定する。

2025年改訂では、まず目的を明確にした。つまり、この指針における試験評価は医療施設(ユーザー)が行うのではなく、消毒薬メーカーが実施し公開するものであること、様々な製品の中から自施設に適切な消毒薬を選定するために活用されることを目的としていることを明記した。さらに試験法として、ワイプ試験を取り入れた。

・ワイプ試験

合成樹脂素材やプラスチックシェルの表面に微生物液を塗り広げ、乾燥させる。その後消毒薬を含浸させたワイプで拭拭し、任意の作用時間経過後にエリアの表面に生き残っている微生物数を測定する。

【雑品の扱いについて】

医療現場や介護施設など、消毒薬を扱う場所では、医薬品以外の雑品に分類される消毒薬がワイプ製品などの形で広く使用されている。本指針は医薬品である消毒薬が対象であるため、雑品については有効性を表示することはできない。一方、今後環境用医薬品としての消毒薬が新たに上市される可能性は低く、雑品が主流になる、その中で、雑品であってもこの指針に則った試験を行っているということが製品選択のエビデンスに繋がるよう、ユーザー側が指針を活用していくべきと考える。

【おわりに(指針の使い方)】

消毒薬の有効性評価基準は、医療現場で使用する消毒薬の均質で信頼性の高いエビデンスとして、抗菌薬におけるMICブレイクポイントのような有効性の指標として活用されることが望まれる。そのためには、学会員に指針の存在を認知していただき、施設内での適切な消毒薬選定に活かしていただきたい。

シンポジウム 6

SY6-3

環境整備に用いられる製品の法規制の状況と業界の取組み

花王株式会社 研究戦略・企画部 レギュラトリーサイエンス戦略

西尾 正也 (にしお まさや)

病院の環境消毒に使用する薬剤やワイプ製品は、一般にバイオサイド製品として扱われる。欧州ではBPR(殺生物性製品規則)、米国ではFIFRA(連邦殺虫剤・殺菌剤・殺鼠剤法)に基づく登録・規制の対象となる。それ以外にも、こうした製品に公的な承認又は登録を求める国は多い。日本では、殺菌・消毒薬は薬機法の対象であり、主に人体や医療器具等に使用される製品である。一方、主として環境に用いる製品は薬機法の対象外となることが多く、バイオサイド製品に関する制度も未整備であるため、雑品として取り扱われることが多い。そのため、病院の環境整備に用いられる製品、特にワイプ製品には雑品が多い。雑品の中にも、有効性に関するエビデンスを有するものは多く存在する。例えば、洗剤等に含まれる界面活性剤は、洗浄効果を示す濃度でエンベロープウイルスを不活化でき、洗浄と不活化を同時に行うことが可能である。新型コロナウイルス感染症のパンデミック時には、行政から界面活性剤等の代替消毒物質の有効性評価結果や製品リスト等の情報が公表され、社会的にも有用であった。しかしながら、雑品であっても表示内容によっては未承認の医薬品の広告に該当すると判断され、薬機法上の規制の対象となり得る。殺菌や消毒の文言だけでなく、試験に用いた病原体名や病原体の減少量の表示にも制約があり、有効性を担保するための適切な使用方法なども十分に伝達しにくい。そのため、雑品について企業が有効性情報を使用者に訴求することは困難である。医薬部外品制度において、物品の消毒・殺菌を目的とする消毒剤を対象とする枠組みが2022年以降整備された。ただし、有効成分は物品、室内、浴室等の消毒・殺菌をうたった医薬品に配合実績のあるものに限られ、申請時の濃度や効能・効果、添加剤、剤形等も、既承認の一般用医薬品の前例の範囲またはそれ準じた範囲内に限定されている。このため、多様な形態の商品の開発や、病院で求められる性能との一致という観点では、課題があると考えられる。業界団体等においては、特定のマーク等を付与することにより、製品に一定の除菌効果があることを伝達する取組みも行われている。住居用合成洗剤等の「除菌」表示は公正競争規約等に基づいて運用されており、ウェットワイパー類の除菌表示については、日衛連で自主基準が定められ、JISも制定されている。これらでは、除菌活性値2以上が基準として用いられている。一方で、「除菌」は物理的な除去であっても表示可能であるため、この表示のみで有効性を一律に判断することには課題がある。感染症に対する社会的レジリエンスの向上のため、石鹼洗剤工業会等では、感染対策に資する有効性のエビデンスを有する雑品について、適切な情報提供が可能となるよう、薬機法の運用の見直しを求める取組みを行っている。

シンポジウム 6

SY6-4 目的に応じた環境クロス製品の選び方

自治医科大学附属病院 感染制御部

笹原 鉄平（ささはら てっぺい）

環境表面を清潔に保つことは、標準予防策における環境整備を確かなものにするためには欠かせないプロセスである。

環境クロス製品は、環境表面から微生物を効率的に除去できるツールとして、今や医療施設のみならず、福祉施設などでも広く用いられている。しかし、環境クロスは、製品ごとに特徴が異なることはあまり知られていない。

このセッションでは、現場のニーズを把握したうえで、様々な環境クロス製品から適切なものを選択する際に配慮すべき側面に焦点を当てる。

第一に、環境クロスが含有する有効成分による分類に注目すべきである。どの種類の微生物に有効なのかという、スペクトラムからの観点である。

第二に、環境クロスの材質による特徴の違いを知ることである。クロスの材質は、有効成分との相性や、使用対象への拭き取り効果に影響を与える。

最後に、使用感とコストである。日常的に使用される環境クロス製品は、ユーザーがストレスなく使用でき、かつ低コストが維持できるものが望ましい。

これらのポイントから、実際の製品選択について参加者とともに考えていく。

シンポジウム 7

SY7-1 市中病院 ICT・AST における微生物検査技師のありがたみと医師からの期待

市立伊勢総合病院 総合診療教育研究センター

谷崎隆太郎（たにざき りゅうたろう）

市中病院の感染症診療では、感染症専門医や専従スタッフが限られる一方、感染症を契機に受診・入院する高齢患者、医療関連感染、耐性菌、重症感染症への対応が日常的に求められる。ICT・AST の質を高めるうえで、微生物検査技師の参画は、単に菌名と薬剤感受性を報告する役割にとどまらず、診断と治療を同時に支援する基盤であり、市中病院の医師にとって日々「ありがたい」存在である。臨床が多忙な医師の立場から特に期待したい点は三つある。第一に迅速性である。とくにグラム染色は、初期治療の選択、治療効果判定、追加検査や感染対策の判断を左右する重要な検査であり、微生物検査技師の専門性が専門外の医師にも伝わりやすい強力なツールである。第二に、得られた結果をもとにした病態解析への関与である。菌名だけではなく、菌量、炎症細胞、検体品質、単一菌か混合菌か、血液培養の陽性セット数などを踏まえた一言は、感染と定着、汚染と真の菌血症、治療対象と非対象の判断を助け、不要な広域薬継続や過剰治療を防ぎ得る。これは忙しい医師にとって、まさに「結果以上の結果」である。第三に、データの可視化とその読み方の共有である。全体のアンチバイオグラムに加え、検体別・病棟別アンチバイオグラム、耐性菌検出状況、血液培養陽性率・コンタミ率、Time to Positivity、血液培養陽性からグラム染色報告までの Turnaround time、de-escalation 可能症例などを ICT・AST 活動と結び付けることで、経験的治療の精度向上と抗菌薬適正使用に寄与できる。一方で、医師とのコミュニケーションには更なる発展の余地がある。結果を迅速に電子カルテへ表示するだけでなく、臨床的意義、推奨抗菌薬、感染対策上の注意点を能動的に共有する体制が望まれる。そのためには、検査室と臨床が「問い合わせる側・問い合わせられる側」ではなく、同じ症例を前に建設的に議論できる文化が必要である。当日は、医師の立場から見た微生物検査技師の参画の意義と、診療現場で感じている「ありがたみ」を共有し、今後さらに期待したい役割について述べる。

シンポジウム 7

SY7-2

ICT・ASTにおける多職種から見た検査技師：薬剤師の立場からの考察

高知大学医学部附属病院 薬剤部

浜田 幸宏（はまだ ゆきひろ）

演者は薬剤師として国内の大学病院4施設で勤務し、感染症治療および感染制御に携わってきた。その経験を通じて、臨床現場で微生物に関する疑問や判断に迷う場面では、まず臨床検査技師の先生方に相談することが常であった。施設ごとに文化や雰囲気は異なるものの、検査技師の先生方は常にアットホームで相談しやすく、迅速かつ的確な助言をいただける存在であった。演者にとって検査技師は、感染症診療における最も身近で頼れるパートナーである。

薬剤師としては、患者治療において医師と検査技師をつなぐ「橋渡し役」を担い、感染制御の場面ではブレイクアウト疑い事例を医師・看護師と共有しながら、検査部門と協働して問題解決に取り組んできた。本セッションでは、これまで検査技師の先生方と議論した場面を振り返りながら、病態・微生物・薬物動態の三者を統合的に捉える重要性を、臨床事例を交えて紹介する。感染対策には「感染制御」と「感染症治療」の両輪があり、その基盤となるのが検査の実施と解釈である。まず検査の適切な活用として、感染症が疑われる際の迅速な検査依頼、標準手順に基づく適切な検体採取、臨床経過と照らし合わせた検査結果の総合的解釈が重要である。これらが適切に行われなければ、診断の遅れや治療の誤りにつながる。

次に、臨床検査部門との情報共有はICT・AST活動の根幹である。検査技師や感染症専門医とのコミュニケーションを確保し、検査意図を明確に伝えること、検査結果が診療にどのように影響したかをフィードバックすることは、検査精度の向上にも寄与する。また、耐性菌情報や地域の感染症動向をリアルタイムで共有することは、施設全体の感染対策力を高めるうえで欠かせない。専門医が不在の施設では、薬剤師や看護師がその役割を担うことも多く、多職種連携の重要性はますます高まっている。

本シンポジウムでは、薬剤師として検査技師と協働しながら問題を解決した具体的な事例を紹介し、臨床現場での「体（病態）と菌と薬」の関係性をどのように理解し、治療に活かしてきたかを共有する。検査技師の先生方への感謝を込めつつ、今後のICT・AST活動における多職種連携の深化に向けた一助となることを期待している。

シンポジウム 7

SY7-3

その名は“片山” 浅ノ川 ICT・AST で無双する～感染管理認定看護師が求める臨床検査技師像～

医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院

江波 麻貴（えなみ まき）

感染管理に関わるチーム活動において、臨床検査技師の役割は非常に大きい。各種サーベイランスの実施や抗菌薬の適正使用支援、アウトブレイク対応、教育・啓発活動、他施設との地域連携や感染制御支援など多面的な活動を行っている。

感染管理認定看護師が求める臨床検査技師像の要素には、総合的・体系的に感染リスクを評価し、制御につとめるといった感染管理の視点に基づいた多職種との円滑なコミュニケーションと連携が必要であると考えられる。ICTのみならず、ASTでの症例検討や患者ラウンドを重ねるにつれ、各職種の視点から抗菌薬治療や医療関連感染対策について問題提起されるようになってきた。これまで看護師の仕事、検査技師の仕事等「それぞれの職種での仕事」と認識されてきたことが、他職種の専門知識について「ちょっと教えて」と気軽にコミュニケーションがとれる風土になってきた。それぞれの職種が実施していることを互いに知ろうとする姿勢やできる・気づけることをチームで協力するという歩み寄りが少しずつ行えるようになってきたと考える。

当院の臨床検査技師である片山は、日常より感染対策室へ気軽に出入りし、情報の発信・共有を行っている。チーム内でも持ち前の明るさと話しやすいキャラクターを活かし、多職種へのハブとしての役割や円滑なコミュニケーションを図っている。AST研修では、演技を取り入れた興味を引く内容を考案し、提供している。当院ならではのICT・ASTを通じた臨床検査技師との具体的な活動に加えて、今後の展望についてお話をしたい。

シンポジウム 7

SY7-4 微生物検査技師が変える抗菌薬選択

岩手医科大学 総合診療医学講座¹⁾、岩手医科大学附属内丸メディカルセンター²⁾○米田 真也 (まいた しんや)^{1,2)}、高橋 幹夫²⁾、嶋守 一恵²⁾、寺長根大輝²⁾、高橋あおい²⁾、
田中 美里²⁾、牧口 礼²⁾、西島 嗣生²⁾

岩手医科大学附属内丸メディカルセンターは、併設する歯科医療センターとともに、岩手医科大学附属病院の都市部外来機能を担う施設である。高度な専門性を背景に持ちつつ、病床数は50床と特定機能病院ではないため、紹介状を持たない患者の診療も行うなど、プライマリ・ケアとしての側面を併せ持つ。当センターの抗菌薬適正使用支援チーム（AST）では、薬剤耐性（AMR）対策の一環として、特に外来処方薬における、AWaRe分類に基づくAccess抗菌薬の使用比率向上に向けた多職種連携に取り組んできた。活動の柱は、医師、看護師、微生物検査技師、薬剤師が一体となった合同カンファレンスとサーベイランスである。具体的には、微生物培養で特殊な菌が検出された症例や抗菌薬の長期使用例を抽出し、適切な細菌検査（検体提出方法やタイミングなど）、正確な臨床診断と、抗菌薬の継続やde-escalationの可否を多角的に検討し、必要に応じて主治医へ能動的な介入を行っている。2025年度は、2026年2月末までの検討症例は84件であり、疾患内訳は皮膚感染36%、尿路感染24%、口腔内感染12%であった。介入を行った症例のうち、実際に抗菌薬の中止や変更に至った割合は87%に達した。また、システム面での対策として、頻回に使用される薬剤処方セットの最適化や、全職員向けレクチャーを実施し、特にWatch抗菌薬に分類されるセファクロル、ミノサイクリンからAccess群であるセファレキシン、ドキシサイクリンへの切り替えを強力に推進した。これらの取り組みの結果、セファクロルの処方量は大幅に減少し、院内のAccess抗菌薬使用比率は2024年度上半期の31%から、2025年度下半期には42%へと上昇した。これに伴い、参加施設間におけるAccess抗菌薬使用比率の順位も上位33%から18%へと大きく改善した。本活動において微生物検査技師は、単なる検査結果の報告者に留まらない。検出される菌の特性やグラム染色における食食像などから、感染症の病態を推測し、地域の感受性傾向をチームで共有することで、医師が安心して最適な抗菌薬を選択できるよう専門的アドバイスを提供する極めて重要な役割を担っている。臨床検査技師を含めた各職種の専門性がチームの意思決定に直結し、互いに高め合う仕組みは、メンバーの自己効力感やプロフェッショナルリズムを醸成し、実効性のあるAST活動を継続するうえで不可欠である。

シンポジウム 7

SY7-5 ICT・ASTにおける臨床微生物検査技師の実践的参画と今後の課題

日本医科大学付属病院 臨床検査部

鷺尾 洋平 (わしお ようへい)

近年、感染症診療および感染対策における臨床微生物検査技師の役割は大きく変化している。従来のように培養結果や薬剤感受性結果を報告するのみではなく、患者背景や病態を踏まえ、診療側へ実践的な微生物学的情報を提供することが求められている。特にICTやAST活動においては、diagnostic stewardshipの観点から、適切な検体採取、迅速かつ正確な検査、検査結果の臨床的意義付けなど、微生物検査技師が担う役割は多岐にわたる。

当院は日本最大規模の高度救命救急センターを有する特定機能病院であり、重症感染症患者を含め多くの感染症診療を行っている一方、感染症科の設置は無く、臓器別診療科が感染症診療を担当、医療安全管理部に属する感染制御室がICTやASTを通じ、感染対策と感染症診療を支援している。そのなかで微生物検査室では、ICT・AST活動へ積極的に参画し、医師、薬剤師、看護師と密接な情報共有を行っている。特に血液培養陽性例、耐性菌検出例、抗菌薬適正使用支援介入症例などでは、グラム染色所見や培養結果のみならず、検体品質、推定感染臓器、汚染菌の可能性、患者背景、抗菌薬使用状況などを踏まえ、多職種間でディスカッションを行っている。迅速なグラム染色報告は初期抗菌薬選択や感染臓器推定に大きく寄与するため、単なる形態報告ではなく、「なぜこの菌が検出されたのか」「病態と整合性があるのか」を考えながら結果を解釈することが重要である。また、ICTラウンドやASTカンファレンスは、臨床微生物検査技師にとって“生きた臨床感染症教育”の場としても重要である。医師がどのように感染症診療を考え、薬剤師がどのように抗菌薬を評価し、看護師がどのように患者ケアや検体採取を行っているかを理解することは、検査室内だけでは得られない視点につながる。当院では若手技師を積極的にICT・AST活動へ同行させ、多職種とのディスカッションを共有することで、病態理解や臨床的思考力の向上を図っている。さらに、不適切検体への対応や検査説明を通じて、診療側とのコミュニケーション能力向上にも努めている。一方で、日常検査業務とチーム活動の両立、人員不足、教育体制整備、臨床情報へのアクセス、多職種間での共通言語形成など、多くの課題も存在する。特に若手育成においては、微生物学的知識や技術だけでなく、感染症の成立や病態、診療側のニーズを理解する教育が不可欠である。

今後、臨床微生物検査技師には、単に「正確な検査結果を返す」だけではなく、患者背景や病態を踏まえ、検査結果を“解釈し提案できる”能力がより求められると考える。本シンポジウムでは多職種連携を通じ、感染症診療および感染対策へ積極的に参画できる臨床微生物検査技師の役割について考察したい。

シンポジウム 8

SY8-1

手指消毒剤使用量増加への取り組みーリンクドクター・リンクナース・看護師長との連携の効果ー

宮崎大学 医学部 附属病院

○河崎 千穂 (かわさき ちほ)、安藤 大介、高城 一郎、平原 康寿、土生 陵太、
恵 稜也

本取り組みは、手指消毒剤使用量の増加を目的に、リンクドクター・リンクナース・看護師長の連携強化による介入効果を評価した実践報告である。

当院ではコロナ禍以降、手指消毒剤使用量が減少し、1患者の1日あたりの手指消毒使用量は、令和2年度の56.4mLをピークに令和5年度には42.1mLまで低下した。さらにMRSAやクロストリディオイデス・デフィシルの複数検出事例を経験した。これを背景に、令和6年度より、1. リンクドクター・リンクナース・看護師長による行動計画の策定、2. 感染制御部ICNとの定期面談(年3回)、3. 全職員対象の教育、4. ポスターによる啓発の4項目を実施した。

4項目の詳細は、1. 行動計画の策定では、一部署一枚のシートに各人が行動計画を記載し、多職種で共有しやすくした。また、5W1Hに沿って記載することで、計画の進捗状況を把握しやすくし、早期に介入することを目標とした。2. 感染制御部のICNが各人の行動計画を確認し、実施可能か困難な要因がないかをヒアリングし、必要時支援した。また、手指衛生に関する文献やガイドラインの提供を行った。3. 全職員対象の研修にて、手指衛生に関する知識、手指の汚染状況と伝播のステップ、手指衛生の5つのタイミング等を医療職以外でも理解できるよう講義内容を工夫した。4. 病院長のメッセージ入りポスター、ならびに各部署が目標を達成するための意気込みを表したスローガンと写真ポスターにして掲示し、啓発を行った。

また、本取り組みの評価には使用量に加え、WHO手指衛生自己評価スコアを活用し、多角的に評価した。

令和6年度の手指消毒剤使用量は48.8mLとなり、前年度と比較して6.7mL、約15.9%増加した。また、WHO手指衛生自己評価スコアも155点(必要最小限)から360点(中程度)へ大幅に改善した。アンケートでは、全参加者が面談の有用性を評価し、意識向上や行動変容が示唆された。一方で、直接観察の実施、遵守率の把握やWHO手指衛生自己評価フレームワーク「評価およびフィードバック」の改善、手袋の適正使用が今後の課題として挙げられた。本取り組みは、リンクドクター・リンクナース・看護師長との連携と継続的介入が手指衛生向上に有効であることを示唆した。

更に令和7年度には、手指消毒剤使用量は71.8mLとなり、前年度と比較して23mL、約47.1%増加した。増加した要因として、手指衛生の推進活動の継続やアルコール製剤を液体からゲル剤へ変更したことで、1回量が手に取りやすくなったことから、更なる使用量増加に繋がったと考えている。

シンポジウム 8

SY8-2

WHO手指衛生目標値未達成施設が全病棟同時達成に至るまでの実践プロセス

伊勢赤十字病院

村田 舞 (むらた まい)

【背景・目的】A病院は620床の高度急性期病院であり、2016年より手指衛生サーベイランスを開始している。手指衛生強化広報活動や、直接観察ラウンドを実施しているが、世界保健機関(WHO)が推奨する手指衛生遵守率目標値に到達できない状況が続いていた。そこで、2024年2月に手指衛生自己評価フレームワーク(HHSAP)をA病院でも導入し、課題抽出と組織的改善を図った。本取り組みの詳細と成果を報告する。

【活動内容】HHSAP評価にて、A病院において弱みと考えられた「現場掲示」や「組織文化」に注力し、2024年度は病院幹部と手指衛生強化チームを結成しラウンドを行い、掲示物を増やした。また、予算をとり、手指衛生優秀者に景品を贈呈するなどのキャンペーンを実施した。しかし、目標達成には至らず、前年度と比較し、手指衛生遵守率が向上した部署(t検定にて有意差のあった部署)の看護師対象に手指衛生をしようと思ったきっかけについて調査をした。その結果、師長からの声かけが最も高い要因となった。景品や院長ラウンドは印象には残るが、効果は一時的であり職員の行動変容につながりにくいことが分かった。手指衛生遵守率向上には景品やラウンドよりも、部署の管理者が方針を示すことが重要であることがわかった。そこで、2025年度は看護部目標に手指衛生遵守率向上を掲げ、看護部門全体で手指衛生強化に取り組む体制づくりを目指した。これにより看護師が配置される全部署の目標に手指衛生強化が追加され、部署のチーム活動や、PDP活動などでも取り上げられる回数が増加した。ラウンドは院長ラウンドではなく、感染管理認定看護師が直接検温や清拭時についていき、確認・指導するスタイルに変更した。さらに、手指衛生の阻害要因の1つである手荒れ対策に取り組み、皮膚保護剤を導入した。

【成果・考察】2025年11月に初めて全部署で同時にWHO目標値を達成することができた。職員数の多い看護師への働きかけと、部署管理者が主体的に方針を示す組織文化の醸成が行動変容に寄与したと考えられる。手指衛生遵守率向上には、単発のキャンペーンよりも、幹部の関与と現場密着型支援を基盤とした継続的かつ、組織的介入が重要である。2024年度一般病棟の1患者1日当たりの手指消毒薬使用量13.8mlから2025年度は29.7mlまで改善した。

シンポジウム 8

SY8-3 開院 2 年における手指衛生遵守率向上の取り組みの評価と今後の課題

済生会新潟県中央基幹病院

小柳 浩子（おやなぎ ひろこ）

【背景・目的】当院は、新潟県の県央地域における急性期医療の集約化を目的に 2024 年 3 月に 2 病院が統合し開院した。開院当初は、診療体制の立ち上げや業務が優先され、適切な感染対策が徹底されていない場面が散見された。手指衛生は、医療関連感染を防止する上で最も基本かつ重要な感染対策である。当院では、開院時より手指消毒剤の払い出し量から 1 患者あたりの使用回数を算出し評価してきたが、2024 年度の全病棟平均は 7.4 回と低値であった。また、ラウンド時にも適切なタイミングで手指衛生が実施されていない現状が確認された。そこで、直接観察により手指衛生の遵守率を可視化し、これまでの遵守率向上の取り組みを評価するとともに、今後の課題を検討した。

【活動内容】2025 年 5 月より直接観察を開始した。観察場面は、当院の「オムツ交換ベストプラクティス」で手指衛生のタイミングを含む手順が標準化されていることから、オムツ交換時とした。対象は ICU を除く全病棟の看護師と看護補助者とし、各病棟につき月 1 回、午前のオムツ交換の時間帯に観察を行った。観察は感染管理認定看護師 2 名が担当し、WHO「手指衛生の 5 つのタイミング」に基づき手指衛生の遵守率を算出した。結果は、観察当日に部署へフィードバックするとともに、6 月から毎月の看護課長補佐会、感染管理委員会でも報告した。部署へのフィードバックでは、「オムツ交換ベストプラクティス」を用いて、遵守率が低かったタイミングとそのタイミングで手指衛生を行う根拠を提示した。看護課長補佐会および感染管理委員会には、遵守率と手指消毒剤の使用回数をグラフ化して報告し、全体的に遵守率の低かったタイミングを共有したうえで改善方法を提案した。さらに、観察時には、できている点と改善が必要な点を個人へタイムリーに伝えるよう努めた。

【結果・考察】取り組み後、遵守率は 37% から 48% へ増加した。一方で、手指消毒剤の使用回数は 6.5 回から 5.7 回へ減少した。手指衛生の 5 つのタイミングでは、オムツ交換の手順に含まれない「清潔/無菌操作の前」を除く「患者に触れる前」「体液に曝露された可能性のある場合」「患者に触れた後」「患者周辺の物品に触れた後」の 4 場面で遵守率が増加したが、「患者に触れる前」は低値にとどまっていた。今回の取り組みにより、オムツ交換における遵守率は増加した。しかし、観察場面が特定されていたため、日常業務における手指衛生行動の定着には結びつかなかったと考えられる。その結果、オムツ交換以外では適切なタイミングでの手指衛生が実施されず、使用回数の増加にはつながらなかった可能性がある。今後も直接観察を継続し、遵守率が低い「患者に触れる前」の遵守率向上を進めるとともに、日常業務における手指衛生行動の定着を図る必要がある。また、長期的には観察対象を多職種へ拡大し、組織全体で手指衛生行動を定着させることが課題である。

シンポジウム 8

SY8-4 持続可能な手指衛生改善活動を目指した WHO 手指衛生多角的戦略の実践

独立行政法人 国立病院機構 下志津病院

森野 誠子（もりの もとこ）

【背景】当院は重症心身障害児（者）病棟、筋ジストロフィー病棟の 2 種類の障害者病棟が病床の過半数を締める病院であり、2013 年度までは組織的な手指衛生改善の取り組みは実施されていなかった。2014 年に障害者病棟において発生した「手指衛生遵守の不足」が原因と思われる多剤耐性菌アウトブレイクを契機に、WHO 手指衛生多角的戦略に則った手指衛生改善に病院全体で取り組んだ。

【内容】手指衛生は、医療職のみならず、病院で患者に関わるすべての職種が実践する必要がある。当院では、保育士や児童指導員など非医療職が患者と密接に関わり、病棟ごとに家庭的な文化を有していることが特徴である。そのため、現場職員が主体的に「楽しく」「分かりやすく」「継続できる」仕組を構築することを重視しながら WHO 手指衛生多角的戦略を包括的に導入した。導入にあたっては、「導入の手引き」に示される「必要最低限項目」から着手し、「HHSAF に含まれないことは重視しない」など、優先順位を明確にした。また、院長の支持を得て院内感染防止対策委員会で決議し、病院全体で取り組む体制を整備した。さらに、現場で手指衛生をはじめとする感染対策を推進するリーダーたちの会として感染対策マネジャー部会を立ち上げ、ICT が設定した病院全体の年度目標やキャンペーン方針をもとに、各部署の課題に応じた活動を展開できるようにしている。部会では取り組み内容を共有し、「取り組み発表テンプレート」を活用することで、活動方法の標準化とマネジャーの負担軽減を図った。また戦略を導入 4 年目より、手指衛生遵守が伸び悩む部署を「ハイリスク病棟」として選定し、ICT が一定期間集中的に支援を行うシステムも導入した。ここでは単なる遵守率向上だけでなく、「部署の文化として手指衛生を根付かせる」ことを重視した介入を行い、その後の活動内容を部会で共有した。導入開始から 2 年間は ICT 中心に院内全体の体制整備を進めたが、3 年目以降はマネジャー主体の活動へ移行した。さらに 6 年目からは毎年マネジャー向けに WHO 手指衛生多角的戦略について講義を実施し、病院全体の多角的な取り組みを共有するとともに、部署単位での応用を促した。9 年目には、成果を上げる部署の多くが HHSAF に沿った多角的な取り組みを実践していることが明らかとなり、10 年目からは全部署が「5 つの要素」と「5 つのステップ」を意識した活動ができるよう体制を整備した。

【結果】WHO 手指衛生多角的戦略を継続して実践するにあたり、自施設の文化や到達レベルに適した方法で、現場が楽しみながら負担感なく取り組める環境を整備したことが、持続可能な「手指衛生文化」の定着につながったと考える。



シンポジウム 9

SY9-1 次世代 ICN を意識した看護師教育

広島大学病院 感染制御部

森 美菜子（もり みなこ）

【はじめに】

医療の高度化・複雑化や新興感染症の出現、地域医療連携など、ICN に求められる役割は拡大している。そこで、将来を見据えた計画的な次世代 ICN の育成が求められる。

【リンクナース教育を活用した人材育成】

リンクナースは各部署の感染対策実践の中心的役割を担うが、任期が短く ICN 育成につながりにくい。そこで、育成の第1段階として、任期中に成功体験や達成感を積み重ね、感染管理の面白さを実感できる関わりを重視した。個々の知識向上と所属部署の課題解決を支援するとともに、ICN 自身が楽しく仕事をしている姿を見せることが大切であると考えた。

【段階的な人材育成】

広島県には感染管理認定看護師教育機関がなく、資格取得は高いハードルである。また、感染制御部はリスク管理部門であることから、実践力だけでなく管理能力が求められる。そこで当院では第2段階として、感染管理に関心を持つ看護師を感染制御部に専従または兼任で配置し、業務経験を通して資格取得の意向確認と適正評価を行った。その後、第3段階として資格取得を支援している。資格取得に至らない場合でも、本経験は部署での感染管理活動に活用可能である。

【感染制御部配置後の人材育成】

配置された看護師は知識及び実践力ともに十分ではないため、細やかな教育体制の構築が必要である。独自に作成した「新人 ICN の感染管理実践能力チェックリスト」及び「感染管理ラダー」を用いて、実践能力の評価と教育を行い、成長につなげている。さらに、週1回勉強会の時間を設け、知識向上と事例の振り返りによる管理能力の向上を図っている。

【結語】

次世代 ICN 育成のためには、段階的な育成と、細やかな教育体制の構築が効果的であると考えた。また、感染管理を語る場を設けることが、後輩 ICN の知識や行動力の促進と専門性の継承につながり、人材育成が進むものと考えた。

シンポジウム 9

SY9-2 戦略的な人材育成と人員確保～専門性を組織の力に変える「見える化」の実践～

東京慈恵会医科大学附属病院

美島 路恵（みしま ゆきえ）

ICT に求められる役割は、近年の診療報酬改定や施設間連携の強化に伴い、施設内に留まらず地域全体へと拡大している。活動内容に見合った計画的な人材育成と人員配置は、組織の持続可能性において不可欠な課題である。本シンポジウムでは、自施設における具体的な人材育成の仕組みと、病院経営層への「見える化」を通じた組織的支援の在り方について報告する。

米国の SENIC プロジェクトによれば、効果的な感染制御には「250 床に 1 人の配置」となるフルタイムの感染制御実践者（ICP）が必須であり、これを満たすことで病院感染の 30% が予防可能であるとされている。日本でも 2012 年の「感染対策防止加算」新設により、ICN の専従配置が進んだ。しかし、役割の増加に対し人員不足を感じる施設は多く、人員増加へのハードルは依然として高い。これを打破するためには、ICN が自施設の状況と目指すべき方向性を明確に提示し、経営層の理解を得る戦略が求められる。

人員増加を単なる要望で終わらせないためには、客観的データの提示が重要である。当院では「感染対策 Quality Indicator」を作成し、耐性菌の検出頻度やアウトブレイク事例の低減などを数値化して提示している。この成果の「見える化」により、病院幹部が ICT 活動の価値を具体的に認識することが可能となり、結果として適切な人員配置や事務員の専従配置といった環境整備にも繋がると考えている。

ICT の将来ビジョンを描く際、人材育成と人員確保は両輪である。活動の成果をデータとして可視化し、組織としての意思決定プロセスに組み込むことで、ICN が専門性を発揮できる環境が整う。合わせて、次世代の ICN を育成していくために自身の活動も可視化し、自らがビジョンを示すオピニオンリーダーとしての役割を果たしていく必要がある。当院においても未だ課題が多く、最適な在り方を模索している段階ではあるが、今後も地道な実践と継続的な対話を通じて、より成熟した ICT を構築していきたい。

シンポジウム 9

SY9-3 新米 ICN の奮闘記、リンクナースから ICN へ

独立行政法人自動車事故対策機構 岡山療護センター

小野友里江（おの ゆりえ）

当院は自動車事故による重度後遺障害者（遷延性意識障害患者）専門の病院（50 床）である。COVID-19 パンデミック以降、感染管理人材の確保は中小規模医療機関・介護施設にも求められ、当院も 2024 年に感染管理認定看護師（ICN）を 1 名確保した。ICN 1 年目は、自部署（看護部）における感染対策実践の組織文化の醸成に取り組んだ。具体的には感染リンクナース会の構成を見直し、役職者および世代のバランスを考慮したメンバー構成と運営方法の改善を行った。感染管理におけるプログラムを実施するためには、自部署の問題点の抽出、人間関係も含めた組織分析、自部署に適した改善策の検討・導入の一連の流れを「実施可能な方法で現場に落とし込む」ことを念頭に具体化しなければならない。そのためには、ICN が部署内で役職を問わず各世代の看護職から理解を得た上で共同して実行しなければ現場に浸透しない。役職者ではない ICN が、各役職者、管理者の責務や人柄を踏まえ、業務や管理内容によって最適任者に物事を依頼すれば、それぞれから支援が得られる。かつ、各々のリーダーシップが発揮され、現場の感染管理における意識や行動が変容していくことを ICN の活動の中で学び得た。経験・知識が十分でない ICN が現場で活動するためには、他者を巻き込み、多様な価値観を受容しつつ、主体的行動を促すといったアダプティブリーダーシップが重要となる。院外活動では県内 ICN ネットワークに参加し、地域の感染対策活動・事業への参加機会を得た。また、県内の ICN との交流により、感染管理に関する相談ができる関係性が、他施設の ICN との間で構築できている。ICN は医療機関・施設の規模や機能により求められる役割は異なるが、一般的な医療機関とは異なる特性を持つ当院において、ICN が活動するためには上司および同僚の理解と協力、ならびに他部門の支援が不可欠である。また、感染対策において当院が地域から孤立しないためにも外部との関わりは重要である。本シンポジウムでは、自部署や院外で行った ICN 活動実践例を紹介し、ICT 組織の未整備、感染対策向上加算が未取得、連携施設を持たない医療機関における ICN の役割について言及しつつ、中小規模医療機関・施設における ICN の人材育成や、活動における課題や展望について意見を得たいと考える。

シンポジウム 9

SY9-4 地域における ICN の育成

市立豊中病院¹⁾、国立病院機構 大阪刀根山医療センター²⁾、社会医療法人 純幸会 関西メディカル病院³⁾、公益財団法人 唐澤記念会 大阪脳神経外科病院⁴⁾、医療法人 篤友会 坂本病院⁵⁾○鈴木 徳洋（すずき のりひろ）¹⁾、赤瀬 望¹⁾、岸田 未来²⁾、森本 夏子²⁾、勝平 真司³⁾、今井 健悟⁴⁾、堂浦 知行⁵⁾

地域において真に求められる感染対策人材は、各施設の現場で自ら課題を見つけ、改善を図っていける実践者であるとする。そこで、地域の ICN が協働し、地域全体の感染対策のレベルを向上させることを目的として、年間 4 回の「感染対策リンクナース育成事業研修」を中心としたキャパシティ・ビルディングに取り組んでいる。本発表では、地域における ICN の育成に向けた 3 段階の育成について報告する。第 1 段階は、現場の感染対策推進者としてのリンクナースを対象とする年 4 回の対面研修を実施している。本研修では、知識の補完として、各 ICN からの講義と、個人または参加者同士でグループワークを行っている。最大の特長は、参加者の主体的取り組みを支援するため、グループワークにおいて「ICN は直接的な助言を行わない」点にある。個別リフレクションで自部署の課題を構造化した後、3 人 1 組の「トロイカコンサルティング」を実施する。参加者は、自身の状況を他者にどう分かりやすく伝えるか、また、相手の話を聞き、どのような改善ができるかを自ら検討する。この相互コンサルテーションを通じて各自がセルフエフィカシーを意図的に引き出し、現場での自律的な PDCA サイクルの実施を促す。

第 2 段階は、認定看護師教育課程進学支援

市内において感染管理認定看護師教育課程への進学に向けた支援を行う。地域の現役 ICN による支援を受けることで、資格取得後も地域全体としてのネットワーク形成にもつながると考える。

第 3 段階は、地域のシステム設計となるべく、資格取得後の ICN が本研修の講義を実施する。ICN が研修に関わることで、「教える・助言する」のではなく「他者の学びを支援する」という役割を担い、ICN 自身の専門性の向上およびセルフエフィカシーを引き出すことにつながっていると考える。

本プログラムは、グループワークで「ICN が教えずに見守る」という非指示的アプローチにより、参加者間に「心理的安全性」と当事者意識が確保される点に特長がある。これにより、機能や規模の異なる施設の看護師が対等に交わる場が提供される。また、複数施設の ICN による共催体制は、将来的に医療機関の文化に依存しない地域における感染対策の標準化につながっていくと考える。

地域医療においては、各施設で自律的に課題解決を図れる人材の育成が必要である。ICN による知識の補完も重要であるが、本プログラムはキャパシティ・ビルディングを念頭に置き、参加者の主体的取り組みを促すことで、各施設の「現場の感染対策推進者」を育成するアプローチとなっている。今後もこの参加者の主体性を重んじる育成方法を推進し、地域完結型の感染対策の向上と次世代 ICN の支援をしたいと考える。

シンポジウム 10

SY10-1 起こるべくして起こった CDI アウトブレイク～現場を確認してはじめてわかった現場の実情～

公立豊岡病院組合立 朝来医療センター
吉盛奈津美（よしもり なつみ）

Clostridioides difficile 感染症 (CDI) は、発生率は患者背景や医療内容により異なるものの、どこの医療機関や高齢者施設でも発生する感染症である。CDI は医療関連感染として重要な感染症であり、医療機関や高齢者施設等でアウトブレイクが発生すると対応に難渋する。*C. difficile* は CDI 患者や無症候性キャリアの便とともに病原体が排泄され、芽胞の形態ではアルコール等の消毒薬や乾燥に耐性であり、医療スタッフの手指を含めた医療環境に存在し続けるため、排泄ケアを中心とした標準予防策が CDI 感染対策の鍵となる。2019 年 2 月から 6 月、当時の勤務地であった豊岡病院 A 病棟で CDI アウトブレイクを経験した。アウトブレイクを覚知後、連日 A 病棟で新規 CDI 患者が確認され、患者数は合計 18 名に上り、ピークであった 3 月は CDI 発生率が 69.9/10,000 patient-days に及んだ。A 病棟で発症した CDI 患者のうち、11 患者における 12 エピソードで菌株解析が行われ、全 12 株で遺伝子型が一致した。アウトブレイク期間中、CDI 発生率が 2018 年と同程度であった他病棟入院中に、CDI を発症した複数患者からの菌株の遺伝子解析も実施したが、A 病棟で検出された遺伝子型の菌株は他病棟では検出されなかった。アウトブレイク覚知後に病棟現場を確認すると、数々の「だめだめ」な感染対策が展開されていた。多くのスタッフが、CDI 患者接触後にアルコール擦式剤で手指衛生を実施しており、CDI 患者接触時に PPE は着用せず、着用していても正しく脱衣できていなかった。加えて、オムツ交換時の清潔行為と不潔行為が意識されていなかった。また、A 病棟には下痢症状があるが検査が行われていない患者が多数いる事も、アウトブレイク覚知後に判明した。様々な標準予防策を含む基本的感染対策が破綻しており、現場を視れば視るほど「だめだめ」な対策が展開されていたことを知った。アウトブレイク覚知後より、現場で医師も含めたスタッフ全員に PPE 着脱手技練習やオムツ交換、環境整備等の実技指導を繰り返した。しかし新規 CDI 患者が次々と確認され、感染拡大防止と対策の徹底のため約 1.5 か月に及ぶ病棟閉鎖を実施した。アウトブレイク終息後も、定期的な環境整備ラウンドや PPE 着脱手技確認、動画を使ったオムツ交換時における感染対策指導などを約 1 年間にわたり継続した。清掃業務委託会社とは業務内容の変更を行い、現場で清掃指導も行った。また、CDI の発生率を日常から収集することで平常時の発生ベースラインを把握し、早期にアウトブレイクが覚知できるよう努めた。今回当院の「だめだめ」であった対策とそれらに対して行った改善策、また、この経験から学んだことを共有することで、将来皆さんの施設で「起こるべくして起こるアウトブレイク」を未然に防ぐ一助になれば幸いである。

シンポジウム 10

SY10-2 学んで備えるアウトブレイク対応：CPE 対応の経験から考える初動と連携

日本医科大学千葉北総病院 感染制御部
平井 潤（ひらい じゅん）

医療機関におけるアウトブレイク対応は、ICT のみならず、部署責任者を含めた多職種が関与する組織的対応が不可欠であり、その成否は初動対応と平時からの備えに大きく依存する。

本シンポジウムでは、当院におけるカルバペネム耐性腸内細菌目細菌 (CPE) アウトブレイク対応の経験をもとに、実践的対応の要点を整理するとともに、現場で再現可能なアウトブレイク対応体制の構築について考察する。発表当日は、会場の皆様と活発な議論ができれば幸いである。

シンポジウム 10

SY10-3 学んで備えるアウトブレイク対応：インフルエンザ

学校法人朝日大学病院 感染症内科¹⁾、愛知医科大学²⁾三嶋 廣繁 (みかも ひろしげ)^{1,2)}

インフルエンザは毎年流行を繰り返し、医療機関内では患者・家族・医療従事者を巻き込むアウトブレイクに発展しうる。本シンポジウムでは、医療施設内流行時に求められる「平時の備え」と「発生時の初動」を、実臨床データをもとに整理する。大学病院における A (H3) アウトブレイクでは、症例の迅速な同定と隔離に加え、曝露前・曝露後予防投与を導入することで、介入前 97 例に対し介入後は 7 例へ減少し、再生産値も 1.89 (95%CI 1.59-2.24) から 0.65 (95%CI 0.02-1.00) へ有意に低下した。3702 人への予防投与を含む多面的介入は、院内伝播抑制に有効であった[1]。一方で、医療従事者への予防投与では安全性とアドヒアランスの検討が不可欠である。2014 - 2015 シーズンの調査では、オセルタミビル予防投与後の有害事象は 22.5% に認められ、消化器症状 13.4%、全身・局所症状 11.8%、神経系症状 7.9%、神経精神症状 0.5% であった。これに対し、ザナミビルの有害事象は 3.4% で、アドヒアランスも良好と報告された[2]。以上より、インフルエンザ・アウトブレイク対応では、(1) 平時からのワクチン接種、連絡体制、曝露評価基準、薬剤選択の整備、(2) 発生時の迅速診断・隔離・接触者追跡、(3) 予防投与の効果と副作用を踏まえた職員支援、の 3 点が重要である。本シンポジウムでは、抗インフルエンザ薬を「使うか否か」ではなく、「誰に、いつ、何を、どのように使うか」という視点から、実践的なアウトブレイク対応を議論したい。1) Hagihara M, Kato Y, Yamagishi Y, Mikamo H, et al. Intern Med. 2018 ; 57 (4) : 497-501. 2) Kato H, Hagihara M, Yamagishi Y, Mikamo H. J Infect Chemother. 2017 ; 23 (10) : 683-686.

シンポジウム 10

SY10-4 疥癬の一般内科病棟におけるアウトブレイク対応から学んだこと

東京通信病院 感染予防対策室

○十菱 大介 (じゅうびし だいすけ)、佐藤 明子

【背景】疥癬は皮膚内に寄生するヒゼンダニによる感染症で、重篤な状態を引き起こすことは少ないものの、感染力は強く、特に角化型疥癬は高齢者施設などでしばしば集団感染を起こすことが知られている。今回は一般内科病棟における疥癬のアウトブレイク (合計 14 症例) を経験したため、発覚から終息するまでの 2 か月以上にわたる当院での対応と再発予防策について振り返る。

【事例の概要】X 月に一般内科病棟である A 病棟に入院していた複数名の患者で皮疹が確認され、全員が皮膚科を受診した上で疥癬と診断された。病棟内アウトブレイクと判断し、該当患者の共通点を確認したところ、診断された全員が X-2 月の特定の 5 日間の間に A 病棟に入院していた時期があることが判明した。また、一例目と考えられる症例は当院入院中の X-2 月時点では疥癬と診断されておらず、退院後に退院先の施設で角化型疥癬と診断されていたことがわかった。これをうけ、該当時期に入院していた患者および対応したスタッフ全員のスクリーニングを行ったところ、最終的に合計で患者 13 名、スタッフ 1 名が疥癬と診断された。

【感染経路の推定】同時期に A 病棟で入院患者を担当していた医療従事者が一名陽性となっており、手に疥癬トンネルがあったことから、スタッフを介した院内感染の可能性は考えられた。ただし角化型疥癬であった一例目の患者と異なり、このスタッフは単純型疥癬であったため感染力が強かったとは考えにくく、短期間で該当患者全員への感染が本当に成立するのか疑問が残った。一例目の患者は X-2 月の 12 日まで当院に入院していたが、2 例目以降の患者は例外なく X-2 月の 8 日から 12 日の 5 日間に入院していた日があったことから、この 5 日間の間に共有していた物品などを介して曝露を受けていた可能性は考えられた。寝具やベッドなどの共有はなく、マットレスは再使用前に高温で消毒されており、消毒されていない物品の共用は血圧計のみだった。そのため、血圧計についた落屑を介して感染した可能性は否定できなかったが、推測のみで感染経路の断定には至らなかった。

【アウトブレイクの早期発見に向けて】2 例目以降は入院中の患者の発症であり、はじめに疥癬と診断されてから病棟アウトブレイクとして感染対策を強化するまでの間に 3 週間のタイムラグがあった。疥癬は潜伏期が長い感染症であるため、今回感染していた患者は 2 例目が診断された時点で全員感染していたものと思われるが、より早期に介入することで終息を早めることができた可能性はある。本事例を経験した後は、入院中の患者が一名でも疥癬と診断されたらその時点で皮膚科と感染予防対策室で情報を共有し、感染予防対策の強化が必要かその都度検討することとなった。その後は現在に至るまで当院で疥癬の集団感染は発生していない。

シンポジウム 11

SY11-1 特定行為研修修了による ICN 実践の深化

医療法人社団三喜会 横浜新緑総合病院 看護部

新居田敦子（にいだ あつこ）

医療の高度化や多職種連携の拡大に伴い、感染管理認定看護師(ICN)に求められる役割は、従来の感染対策にとどまらず、臨床判断や組織的視点を含む多面的なものへと変化している。A 課程から B 課程への移行や特定行為研修修了者の増加により、ICN の専門性は「感染管理の専門家」から、診療と組織の双方を理解しながら実践を支える存在へと広がりつつある。ICT 活動では、専従 ICN の実践を俯瞰しつつ、多職種とともに組織全体の感染管理の方向性を検討してきた。ICT の判断は、組織全体としての感染管理の質を維持するために、どのような仕組みを整えるかという視点が求められる。その一方で、AST での抗菌薬選択に関する検討や医療器具の管理については、診療の流れを理解していなければ適切な判断が難しい場面にも多く遭遇する。こうした経験から、ICN は感染リスクだけでなく、診療の文脈を理解したうえで判断する力が求められるものと考ええる。特定行為研修で得た学びは、個々の患者に対する診療の理解を深める基盤となった。臨床推論を体系的に学んだことで、医師が診断し治療方針を決定する際のプロセスを理解でき、感染管理に関わる判断を診療全体の流れの中で位置づけられるようになった。感染管理の視点だけで提案するのではなく、患者の価値に基づく診療方針を踏まえて、全体を俯瞰しながら検討する必要があることを学んだことは、ICN としての判断の質を高める重要な契機となった。目の前の患者にとっての最適な治療を考える視点を学んだことで、患者の個別の状況に寄り添う姿勢と、組織全体を俯瞰する視座の双方を持って判断できるようになった。これにより、ICN としての検討内容はより実践的で患者の状態を踏まえたものとなり、多職種との協働にも広がり生まれた。こうした学びは、ICT の活動にも影響を与え、感染対策上検討すべき事項と、診療方針に関わる医師の診療判断として扱うべき事項の境界が明確になり、対応の進め方を整理しやすくなった。管理者、兼任 ICN として ICT 活動を行う中でも、権限や役割分担を踏まえて判断できる場面が増え、組織内での調整が円滑になっている。さらに、認定看護管理者として認定看護師や特定行為研修修了者を支援する立場から、専従の ICN が感染管理の専門性をもとに現場を支え、特定行為研修修了者が診療の理解に基づく実践を通して OJT に関わることで、組織にとって大きな価値をもたらしていると感じている。双方の専門性が日常の実践で協働することで、組織として管理と実践の連続性が確保されているものと考ええる。本発表では、ICT での取り組みを通じて得た組織的視点と、特定行為研修で培った臨床推論がどのように相互に作用し、ICN の判断の質を高めているかを述べる。診療の理解を深めることが、結果として組織全体の感染管理を支える基盤となり、ICN の活動領域をさらに広げる可能性につながると考える。

シンポジウム 11

SY11-2 13 年間の専従 ICN を経験し、病棟所属の兼任 ICN となって見えてきたもの・感じたこと～所属施設の変更も経験して～

国家公務員共済組合連合会 斗南病院

荒木 大輔（あらき だいすけ）

2012 年の診療報酬改定において感染対策が大きく評価されたのをきっかけに、感染防止対策室が立ち上げられ、当時感染管理認定看護師研修に行っていた私は、施設に戻ると同時に専従看護師として勤務異動となった。感染症病棟、結核病棟を有する 500 床以上の急性期総合病院としての役割を果たすため、院内での感染管理体制の構築、職員教育、リンクスタッフ活動をはじめ、院外においても加算算定の有無に関わらず約 20 の施設で組織された感染対策地域ネットワーク活動や保健所との連携、講師、執筆活動など幅広い活動に奔走した。その中でアウトブレイクや COVID-19 対応なども行い、感染対策の重要性が改めて認識された現在、院内外において感染対策部門は日々の診療においてなくてはならないものとなったといっても過言ではないと感じている。多くの困難もあったが、振り返ってみると ICN という資格を取得したことで多くの人々と出会い、専従 ICN として楽しく仕事ができていた。

2024 年 12 月に念願の 2 人目の ICN が誕生し、2025 年 7 月には専従交代となり病棟勤務となった。病棟での感染対策を確認すると、マニュアル通りにできていること、やりすぎていること、全く浸透していないことなど、これまでは見えていなかった実情を把握することができた。また、基本的な感染対策でも自分が実践すると忙しい病棟業務の中では正しい手順で行うのは難しいと感じることも度々あった。これまで、多くの新しいマニュアルの発信や徹底させなければならない対策については、各部署のリンクスタッフや所属長から現場の声を聴き、時には他施設の状況も踏まえ、こちらのやり方を押し付けるのではなく、現場に最も合った形で落としどころを見つけながら提案し、その後は ICT ラウンドで何度も確認し実践状況を把握してきたつもりであったが、見えていない部分も多くあったと痛感した。病棟勤務では、これまで専従 ICN としてやってきたことが正しかったのか振り返る機会にもなっていた。

現在は、2026 年 4 月より現施設に入職し、病棟で勤務している。施設風土や病棟スタッフの感染対策に対する意識の違いを実感する中、前施設での専従、兼任の両方の経験は自分自身の大きな強みとなっている。複数の ICN が在籍する施設も増えており、現場に所属する ICN の役割は大きく感じている。さらに、所属施設が変更となり勤務されている ICN も多くなっていると思われる。本シンポジウムでは、専従 ICN と良好な関係性を構築しながら、兼任 ICN が今後益々活躍できるような活発な意見交換を行いたい。

シンポジウム 11

SY11-3 感染管理の輪を広げる—他領域・多職種・他部門との協働の実際と課題—

国際医療福祉大学成田病院 感染制御部

平松 玉江（ひらまつ たまえ）

感染管理認定看護師(ICN)は、認定制度の発足当初より組織横断的な活動の中で、多職種・他部門との連携が求められてきた。しかし、感染管理活動がICNのみで完結しがちな現状もあり、いかに組織全体を巻き込み、成果につながるシステムを構築するかが依然として課題である。

本シンポジウムでは他領域CN/CNSとの連携として手術看護認定看護師との連携、多職種として薬剤師との連携、他部門として管理課事務職員との連携を紹介したい。

1. 手術看護認定看護師とともに食道がん患者の術前外来を立ち上げ、術前より術後感染のリスクアセスメントを行い、関連部門への情報共有体制を構築してきた。現在は患者サポートセンターに組み込まれたシステムへと発展している。
2. 抗菌薬適正使用支援チーム(AST)の薬剤師と連携し、血液培養陽性例や特定抗菌薬使用患者に対して、看護師の視点でのベッドサイド介入を組み合わせ、感染予防指導や看護ケアの改善に取り組んでいる。
3. 清掃担当者の管理責任を担う管理課事務職員と連携し、清掃マニュアルの共同作成と研修を通じて清掃の標準化を進めた。清掃担当者の背景や理解度に応じた関わりが必要であり、十分な成果には至っていない部分もあるが、他部門との協働における課題として提示したい。それぞれの実践を通じ、ICNがどのように他者と関係性を構築し、連携の仕組みを育ててきたかを共有するとともに、皆さんとともに、連携のあり方について考える機会にしたい。

シンポジウム 11

SY11-4 看護管理者の立場から ICN 活動に期待すること～伴走支援と相互理解がもたらす組織の力～

津久見市医師会立津久見中央病院

戸田美穂子（とだ みほこ）

人材育成とは、個の力を引き出す「伴走」と、その力を発揮できる「環境」の両輪である。専門資格の取得はゴールではなく、その専門性を組織や地域に還元するためのスタートに過ぎない。看護管理者の役割は、専門職が孤立することなく、個人のビジョンと組織のミッションを重ね合わせながら、自律して輝ける土壌を作ることである。私がこのように考えるに至った背景には、院内第1号の認定看護師として活動を開始した際の苦い経験がある。当時は役割への理解が乏しく、権限や活動時間の確保に奔走し、成果が見えにくい感染管理分野において評価を得るまでには長い年月を要した。この「資格だけでは専門性は発揮できない」という原体験が、現在の私の看護管理者としてのマネジメントの原動力となっている。現在、当院では認定看護師に対し、職務記述書による役割の明確化、目標管理、業務報告書の提出を求め、定期的な面談を行っている。さらに、組織横断的な仕組みとして「認定看護師会」を定期開催している。この会は、日々の葛藤や成功体験を共有し、組織を動かすための交渉術を学び合うなど、専門職同士が互いに高め合う拠点として機能している。また、専用の「診療・認定看護師ルーム」を設置し、プライマリ領域の診療看護師と時間を共有できる環境を整えている。思考プロセスや地域を俯瞰する力など互いの視野を広げつつ、適度な距離感のもとで何でも話せるこの空間が、専門職としてのレジリエンスを支えている。加えて、大学の指導のもと、各々が研究活動に取り組んでいる。この活動を通じて「共に学び、共に考え、共に悩み、共に助け合い、共に達成する」プロセスを経験し、エビデンスに基づいた看護の質向上の実現を共有している。地域に向けては、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」において認定・診療看護師を登録し、地域からの相談を直接受けている。また「医療・介護関係者の研修」においては、「いるかごネットワーク津久見」を通じて、高齢者施設向け研修の講師に認定・診療看護師を活用するなど、地域に貢献できる人材育成を進めている。感染管理は「感染がなくて当たり前」とされる過酷な分野である。だからこそICNの皆様には、看護管理者の理解が得られないと嘆くのではなく、自らの活動の意義を言語化し、組織や地域にどう貢献しているかを粘り強く働きかけ続けてほしい。看護管理者は皆様の最大の理解者でありたいと願っている。対話を通じて組織との相互理解を深めることこそが、これからのICN活動をより充実させる鍵となると確信している。

シンポジウム 12

SY12-1 結核を疑うタイミングと診断前、診断後の対応について

金沢医科大学 臨床感染症学

飯沼 由嗣 (いいぬま よしつぐ)

【はじめに】日本は2021年以後、人口10万人あたりの罹患率が10を下回る結核低まん延国の基準を維持している。そのため、日常的に結核患者に接する機会が減少し、臨床医の経験も少なくなり、発見や治療の遅れの原因となることもある。本発表では、特に診断前、診断後の対応について解説したい。

【結核を疑うタイミング】現在わが国の年間の新規患者数は1万人程度であるが、7割ほどが60歳以上の高齢者が占める一方で、若年層(20-29歳)では外国生まれが90%となっている。結核のほとんどは肺結核で発症するため、まずはすべての原因が明らかではない肺陰影に対して、特に高齢者および外国生まれの患者については結核を疑う必要がある。典型的な陰影のみならず、非典型的な陰影も多いため、画像所見のみで否定はできない。活動性結核患者のIGRAの感度は高く、補助診断として推奨されるが、特に高齢者では免疫不全の基礎疾患による偽陰性に注意する。

【結核を疑うタイミングと感染対策】喀痰等呼吸器系検体の抗酸菌の塗抹培養の3日採取(三連痰)、うち1回PCR検査を行う。入院中であれば、結果が判明するまで個室隔離が望ましい(可能であれば陰圧空調個室)。検査が陰性と判明した場合には、個室隔離は一旦解除されるが、培養検査の結果がでるまで(6週間程度)は完全な否定はせず、陰影の推移と培養結果を慎重にフォローする。

【感染対策の必要性の評価】標準的治療が行われれば、薬剤耐性がない場合は48-72時間以内に感染性は急速に低下する。このため確定診断後は、なるべく早く治療を開始することが重要である。また退院基準として、2週間以上の治療により咳、発熱、痰などの臨床症状が消失し、塗抹検査の陰性化等が用いられているが、入院を継続する場合には、治療経過が良好で、多剤耐性がないことを確認し隔離解除することが望ましい。肺外結核患者(結核性胸膜炎、リンパ節結核、粟粒結核など)では、感染性の評価のため、呼吸器系検体からの排菌の有無を必ず確認する。

【接触者検診】塗抹陽性の肺結核患者とN95マスクなどの空気予防策をとらず、長時間接触した職員や同室の入院患者が対象となる。特に咳嗽が強い場合や、難聴などで大きな声で会話をした場合、呼吸状態の悪化で挿管や心肺蘇生などをした場合には感染リスクが高くなる。接触者のリスク評価を記したリストを作成し、最終的な対象者の選定は管轄の保健所と相談し決定する。

【治療後の対応】退院基準を満たし、経過良好にもかかわらず、再び塗抹陽性となることがあるが、通常死菌であり隔離予防策は不要である(塗抹陽性培養陰性)。また、治療後の再燃率は1-5%であり、多くは治療終了後2年以内に発症するとされる。このため発症後2年以内の陰影の増悪に対しては再燃を疑い積極的な検査が必要である。

シンポジウム 12

SY12-2 結核菌検査を感染対策に活かす：3連痰・塗抹・培養・PCRの実践的解釈

大阪大学大学院医学系研究科変革的感染制御システム開発学寄附講座¹⁾、大阪大学医学部附属病院感染制御部²⁾

山本 剛 (やまもと ごう)^{1,2)}

【はじめに】結核は診断の遅れが医療機関内の曝露や接触者対応に直結する感染症である。院内感染対策では、感染性を早期に評価し、空気感染対策の開始・継続・解除を適切に判断する必要がある。本講演では、検査室の立場から結核菌検査の流れと結果解釈を概説する。

【塗抹検査】抗酸菌塗抹検査は迅速性に優れ、排菌量や感染性を推定する重要な検査である。感染性評価では3連痰が必須であり、少なくとも1検体は早朝痰を含め、各検体は8時間以上間隔をあけて採取することが重要である。喀痰は必ずしも膿性痰である必要はないが、唾液ではなく下気道由来の検体を3回確実に採取することが重要である。自発喀痰が得られない場合は、誘発痰や気管支鏡下採取を検討する。塗抹陰性は接触者調査や隔離解除を考えるうえで重要な所見であるが、肺結核を否定する所見ではない。適切に採取された複数検体で陰性であること、臨床像や画像所見と矛盾しないことを含めて総合的に判断する。

【培養検査】培養検査は結核診断のゴールドスタンダードであり、塗抹やPCRで判断しきれない症例の確定診断に不可欠である。さらに、薬剤耐性菌の確認、薬剤感受性検査、菌株保存、分子疫学解析の基盤となるため、感染対策上も省略してはならない。特に院内曝露が疑われる場合、培養分離株を用いた遺伝子型解析や全ゲノム解析は、患者間の関連性評価や接触者調査の妥当性確認に役立つ。MGIT法は迅速性と感度に優れ、小川培地は菌株確保や混合感染の確認に意義がある。培養陰性も、検体の質、採取回数、培養期間、抗結核薬投与歴を踏まえて解釈する。

【PCR検査】PCR/NAATは結核菌群を迅速に検出でき、塗抹陽性例では結核菌群と非結核性抗酸菌の鑑別を早める。塗抹陰性例でPCR陽性なら結核を強く支持する。しかし、PCR陰性でも結核は否定できず、検体量、菌量、採取部位、阻害物質などの影響を受ける。また、生菌と死菌を区別できず、培養検査や薬剤感受性検査を置き換えるものではない。PCRは迅速判断を補助する検査であり、その限界を理解して用いる必要がある。

【その他の検査】薬剤感受性検査は全施設で院内実施する必要はないが、初回分離株では治療方針、耐性結核の早期把握、接触者の潜在性結核感染症治療薬の選択に関わる。外部委託を含め、必要な結果を確実に得る体制が求められる。

【まとめ】結核菌検査は診断だけでなく、感染性評価、空気感染対策、接触者調査、治療方針に直結する。3連痰の意義、培養検査を省略しない重要性、PCR陰性の限界を多職種で共有することが、過不足のない結核感染対策につながる。

シンポジウム 12

SY12-3 中小規模病院における結核感染対策の構築と課題

社会医療法人 北海道恵愛会 札幌南三条病院

藤澤 美穂（ふじさわ みほ）

結核は医療機関内で依然として重要な感染症であり、迅速な対応が求められる。当院は肺がん患者の診療を主としており、臨床症状が結核と類似するため初期鑑別が困難である。また中小規模病院では感染症専門医が不在であることも多く、限られた設備と人員で柔軟な感染対策を構築する必要がある。本報告では、当院における結核感染対策の実施内容と運用上の課題を整理する。当院ではまず動線管理と隔離体制の整備を行った。新型コロナ流行以降、発熱・呼吸器症状を有する患者は通常の待合から分離し、換気困難な外来環境の制約から結核等の空気感染を疑う場合は、約2畳の個室を隔離スペースとして活用した。喀痰塗抹陽性患者は受付後直ちに個室へ誘導し、塗抹陰性であっても症状や背景から感染リスクが否定できない場合はICNが判断し隔離を継続した。判断に迷う症例では、ICNがICT医師へ随時相談し確認を行った。多職種連携の強化も重要であった。ICNが接触者健診対象者の抽出とリスト作成を担い、保健所と緊密に連携した。また、他院結核病床退院後に当院で外来治療を継続する患者に対しては、検査実施の要否など行政との調整役を担った。さらに、退院後の体調改善に伴う通院拒否や服薬手帳不持参など、フォローが困難な事例もみられ、口頭確認等の個別対応を余儀なくされた。結果として、感染症専門医不在であってもICNがICT医師へ随時相談できる体制を整えたことで、院内チームとして機能的な対策を実施できた。特に、感染性消失後の就業制限解除の判断など迷う場面では、保健所と密に連携し、患者の同意を得ながら対応を行った。これにより、曝露時対応や職員教育を含む組織的な管理体制の基盤が構築された。結論として、中小規模医療機関においても多職種連携と行政との協働により結核感染対策は十分に実施可能であると考えられる。一方で、肺がんとの鑑別困難例への対応、設備制約、退院後フォローの不明確さなど課題は残る。これらの解決には、マニュアル整備に加え、ICTを中心とした機動的な相談体制の維持が不可欠である。

シンポジウム 13

SY13-1 感染対策業務における生成 AI 活用と AX：現場実装の可能性と課題仙台駅スマートクリニック¹⁾、AIコンサルタントSendAI²⁾福家 良太（ふけ りょうた）^{1,2)}

生成 AI の急速な進展は、感染対策部門における情報処理、知識共有、業務運営の再編を促している。本講演では、感染対策業務における生成 AI 活用を、単なる効率化手段や文書作成支援としてではなく、AX (AI Transformation) の観点から位置づけ、その現場実装の可能性と課題を考察する。感染対策部門には、サーベイランス、教育、手順書整備、会議運営、報告、部門間調整など、定型性と専門性が混在する知的業務が集積している。生成 AI は、これらの領域において、文書の下書き、要約、時系列整理、説明文の変換、教育資料作成、情報共有の迅速化を通じて、知的雑務の圧縮と情報流通の再設計を支援し得る。また、この変化は単一職種の省力化にとどまらず、多職種が関与する感染対策実務の接続様式そのものを変え得る。一方で、その役割は症例定義の最終確定や患者ごとの最終判断の代替ではなく、導入の成否はモデル性能そのものより、対象業務の選定、利用環境の整備、入力統制、人間レビュー、記録保存、責任分界といった運用設計に依存する。さらに、生成 AI により試作や内製化の敷居は低下しつつあるが、作れることと安全に運用し続けられることは同義ではない。したがって、自作・購入・ハイブリッドの選択は、機能差ではなく、維持管理、定義変更への追従、障害対応、監査可能性を含めて判断されるべきである。感染対策における AX は、AI 導入そのものではなく、業務フロー、情報流通、保守体制、説明責任を含む組織的再設計として構想されるべきであり、匿名化しやすく、停止時に手作業で代替可能な業務から段階的に導入する実践的アプローチが求められる。

シンポジウム 13

SY13-2 現場から創る AI 時代の感染対策

大阪大学医学部附属病院感染制御部

太田 悦子 (おおた えつこ)

感染対策専従者を取り巻く環境は変化している。2026 年度診療報酬改定では、感染対策向上加算における専従者要件が見直され、高齢者施設等への支援業務に加え、一定範囲で感染対策以外の院内業務への従事も可能となった。一方で、特定機能病院では医療関連感染サーベイランスの拡充や質向上が求められており、感染対策業務の効率化が重要となっている。今後、限られた人的資源の中で、効率的かつ継続可能な感染対策業務運営が必要となる。しかし、感染対策業務は、サーベイランス、実践指導、コンサルテーションなど、多くの人的作業によって支えられている。また、日本の感染対策領域では、電子カルテとの接続性やデータ標準化に課題が多く、AI を搭載した感染対策支援システムは限定的である。

SSI サーベイランスは、感染対策業務の中でも特に負担の大きい業務の一つである。当院では、電子カルテから検出菌、抗菌薬投与、画像検査、基本情報等の情報を定期抽出し、NHSN 定義に準じたアルゴリズムに基づき SSI 疑い症例の抽出の省力化を行い、最終判定は感染管理担当者と診療科医師が行っている。SSI 判定は条件分岐型の要素が多く、AI やアルゴリズムとの親和性が高い領域と考えられる。今後は、AI を活用した症例抽出や判定支援により、サーベイランス負担軽減、実施施設の拡大、データ品質均質化、さらには信頼性の高いナショナルデータ構築に貢献できることが期待される。

さらに近年の Generative AI は、データ整理や判定支援のみならず、思考整理、アイデア創出、資料作成、データ可視化、Excel 集計自動化、アプリケーション作成など、感染対策担当者の日常業務支援にも活用可能となっている。当院では、自作アプリによる手指衛生遵守率解析や個人の手指衛生剤使用量管理、感染対策マニュアルのアプリ化など、現場課題を起点とした支援ツール作成を行っており、本シンポジウムではその一部についても紹介する。

AI 時代に求められる未来の感染対策は、データ収集・解析の仕組みを、課題に直面している私達自身が作っていくことである。AI は感染対策担当者を代替するものではなく、感染対策業務を支援・拡張し、持続可能な感染対策を支えるツールとなり得る。本シンポジウムでは、感染対策領域における AI 活用の現状と課題、さらに現場主導型 DX の可能性について、看護師の立場から考察する。

シンポジウム 13

SY13-3 すでに訪れている未来と感染対策業務への応用

コネクト合同会社

山口 征啓 (やまぐち ゆきひろ)

生成 AI をはじめとする AI 技術は、感染症診療と感染対策業務において、もはや遠い未来の話ではなく「すでに訪れている未来」として捉える段階に入っている。たとえば AST (抗菌薬適正使用支援チーム) の業務では、患者背景、感染臓器、培養結果、腎機能、抗菌薬投与歴、地域の耐性菌状況、診療ガイドラインなど、多様な情報を短時間で統合し、適切な介入につなげる必要がある。AI はこれらの情報を整理し、見落としやすい論点、追加で確認すべき検査、抗菌薬選択や de-escalation の検討点、介入内容の整理などを支援し得る。

感染症領域では、発熱患者の鑑別診断、薬剤耐性菌対策、アウトブレイクの早期探知、地域流行情報の把握、論文やガイドラインの検索・要約など、多くの場面で AI 活用が期待される。今後は電子カルテ、検査結果、画像、微生物検査、サーベイランス情報、院内ルールなどが連携し、臨床医や感染対策担当者に対して、状況に応じた選択肢を提示する支援ツールへ発展していく可能性がある。一方で、現状の AI は専門職を置き換えるものではない。人が最終判断することを前提に、情報処理、教育、記録作成、業務設計を支える道具として位置づけることが重要である。

本講演では、AI をすでに現場に入り始めている技術として、感染症診療および感染対策業務における具体的な活用場面を整理する。事例として、第一に、膨大な論文やガイドラインから必要な情報を効率よく探すエビデンス検索への応用を紹介する。第二に、LLM を活用した教育用スライドや職員研修資料の作成を取り上げ、専門知識を現場に伝えるための新しい支援手段としての可能性を示す。第三に、演者が作成し無料アプリとして公開している ICT ラウンドアプリ【めぐる君】を紹介する。本アプリは、各施設で用いられているチェックリストを活かしながら、ラウンド時の記録、結果の整理、振り返りにかかる手間を減らすことを目的としている。高価で専門的なシステムだけに依存せず、現場の課題を小さなアプリで解決できる「アプリの民主化」の時代の感染対策業務のあり方を考察する。

シンポジウム 13

SY13-4 電子カルテ環境における生成 AI 活用の実装と運用

九州大学病院メディカル・インフォメーションセンター¹⁾、九州大学大学院医学研究院医療情報学講座²⁾○山下 貴範 (やました たかのり)¹⁾、西山 謙²⁾、中島 直樹^{1,2)}

医師の働き方改革や医療 DX 推進が求められる中、診療業務の負担軽減と診療データ品質向上の両立が重要な課題となっている。近年は生成 AI 技術が急速に発展しており、医療現場における診療記録作成支援や情報整理等への実用の期待が高まっている。九州大学病院では、医師の業務負担軽減を目的として、2024 年 7 月より生成 AI を用いた診療記録支援の試験運用を開始し、2025 年 4 月から本格運用へ移行した。本取り組みでは、電子カルテ端末上で統合的に利用可能な環境を整備し、退院時サマリ、診療情報提供書、IC 記録(音声入力)、外部からの紹介情報整理、議事録作成等を対象に運用した。本格運用から 1 年を経て電子カルテでの生成 AI 利用は現場へ浸透しており、1 日平均約 300 件の利用を記録している。特に退院時サマリ作成では、診療科による差はあるものの、従来約 60 分を要していた作業が約 15 分へ短縮されるなど、大幅な業務効率化を認めている。また、紹介状事前取り込み機能により、医師が患者と向き合う時間を確保しやすくなり、コミュニケーション向上や診療の質向上にもつながる可能性が示唆された。

一方で、生成 AI の医療現場運用には、ハルシネーションや不適切な要約による誤情報混入リスクへの対策が不可欠である。当院では、生成 AI のプロンプト設計・作成および検証を管理部門と診療部門が連携し、出力内容は医療者が必ず確認する運用を徹底し、安全性確保を前提とした利用体制を整備した。利用ログ管理やアクセス制御、3 省 2 ガイドラインを踏まえた情報セキュリティ対策等も実施している。現在は、診療記録監査、ワーニング・エラー支援、DPC コーディング支援、感染対策領域における記録や運用の支援なども検討しており、多職種への展開も進めている。また、生成 AI の活用を全院的に拡張し、促進するための認知拡大およびスキル向上の契機として、AI コンテストを開催した。

生成 AI を適切に管理・運用することで、業務負担軽減のみならず、医療の質および安全性向上に寄与する医療 DX 基盤としての有用性が示唆された。

シンポジウム 14

SY14-1 動物由来感染症について

岩手医科大学 医学部 臨床検査医学・感染症学講座

仲村 究 (なかむら きわむ)

動物由来感染症には様々な病原体が含まれ、感染経路としては動物から人間への直接伝播と、感染源である動物と人間との間に何らかの媒介物が存在する間接伝播に大きく分かれる。さらに、間接伝播は感染動物体内の病原体を節足動物等のベクターが介在するもの、動物由来の病原体が周囲の環境を汚染するもの、あるいは水産・畜産物等の食品が動物由来の病原体で汚染するもの等に分けられる。動物より直接伝播される病原体としてはパスツレラやトキソプラズマなどがあり、多くは標準予防策および接触感染予防策で対応される病原体である。しかし、MERS、鳥インフルエンザのような呼吸器感染症も存在し、飛沫あるいはエアロゾル感染による院内感染報告も見られる点には注意を要する。節足動物等のベクターが介在するものの代表例としてはダニ媒介性疾患があげられる。近年、様々なダニ媒介性疾患の発生地域が拡大しており、SFTS も関東や北陸地方へと拡大し、病原体を保有するマダニはすでに全国的に分布していることが確認されている。SFTS による院内感染事例の報告が散見され、特に血液成分を含む生体物質に曝露された医療従事者での院内感染事例が報告されており、疑い例の診察や観血的処置の際には厳重な感染予防を行う必要がある。動物由来の病原体に環境が汚染される例としてはレプトスピラ症やクリプトスポリジウム症があり、自然災害の避難中の感染事例などがある。動物由来病原体の食品汚染に伴う感染事例は多く存在し、生肉の汚染に伴う病原性大腸菌感染や、海産物汚染によるノロウイルスの集団感染、あるいは輸入感染症としてサルモネラ・チフスなどが例年のように見られている。本発表では報告例を中心に示しながら、様々な動物由来感染症における医療関連感染のリスクとその対策について述べる。

シンポジウム 14

SY14-2 環境由来菌について

東北医科薬科大学 医学部 感染症学教室

遠藤 史郎 (えんどう しろう)

医療関連感染対策はこれまで主としてヒト-ヒト感染を中心に体系化されてきたが、近年、ワンヘルスの視点の普及に伴い、「環境」を含めた包括的理解の重要性が改めて認識されている。本講演では、環境由来菌感染症のうち、とくに水由来および土壌由来感染に焦点を当て、院内感染対策に関して改めて考察してみたい。水環境は院内感染における重要なリザーバーであり、配管系に形成されるバイオフィルムを基盤として、*Pseudomonas aeruginosa*、非結核性抗酸菌 (NTM)、*Legionella pneumophila* などが持続的に存在することが知られている。これらは免疫不全患者や集中治療領域において菌血症や侵襲性感染症の原因となり得る。近年では、シンク排水や自動水栓、さらには貯水構造を有する医療機器など、新たな水系リザーバーの関与が報告されている。特に、従来閉鎖系と考えられていた機器においても、内部水系からのエアロゾル化や飛散を介して周囲環境へ微生物が拡散し、アウトブレイクに関与する事例が報告されている。また、シンク周囲の水はね (splash) による環境汚染や手指汚染を介した伝播も確認されており、水回り設備そのものが感染源となり得ることが示されている。さらに近年、病院シンク内に抗菌薬残渣が蓄積し、これが耐性菌選択圧として作用する可能性が指摘されており、環境と薬剤耐性の相互作用という新たな課題が浮上している。加えて、「Opportunistic premise plumbing pathogens (OPPP)」という体系化された考え方として、水系を単一の生態系として統合的に捉える視点が広まりつつあり、「水=リスク源」というパラダイムシフトが進行している。一方、土壌由来菌としては、*Aspergillus fumigatus* をはじめとする *Aspergillus* 属や NTM が挙げられ、病院改修・建設工事が病原体の患者環境への侵入契機となることが知られている。とくに免疫抑制患者では、空气中真菌や環境中抗酸菌が侵襲性感染症を引き起こすリスクが高く、病室の圧管理 (陽圧/陰圧)、HEPA フィルタの適切な運用、工事時の粉塵管理など、施設設計と運用を一体とした対策が不可欠である。以上より、環境由来菌対策は単なる清掃・消毒にとどまらず、「水・土壌・ヒト」を統合したワンヘルスのアプローチとして再検討される必要がある。今後は分子疫学的手法による伝播経路の可視化に加え、シンク配置や水回り設計の最適化といった構造的介入を含めた多層的対策が求められる。特に医療施設においては、環境を積極的に制御対象とする新たな感染対策戦略の確立が急務である。

シンポジウム 14

SY14-3 院内感染対策の院内外への啓発について

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 国際感染症センター

大曲 貴夫 (おおまがり のりお)

MERS や COVID-19 に代表される新興感染症は、動物由来の「スピロオーバー (種を超えた感染)」として発生するが、その脅威は最終的にヒトからヒトへの感染拡大を経て、医療機関における院内感染対策の問題として顕在化する。インフルエンザ、SFTS、エボラ出血熱、mpox などと同様であり、動物や自然環境を起点とする病原体であっても、医療現場においては患者・医療従事者・環境を介した「伝播制御」が対策の成否を分かつ。また、近年では環境由来耐性菌の拡散や、農業・植物環境を背景とした薬剤耐性 (AMR) 菌の汚染が、耐性腸管感染症として医療に深刻な影響を及ぼす事例も増加している。これらの病態に共通するのは、多様な起点を持つ感染経路が、最終的には「人-人」または「人-環境-人」へと収斂し、医療関連感染対策の枠組みでの対応を余儀なくされる点である。パンデミック対策における病原体サーベイランスやリスク評価は、結果として院内感染対策の高度化に直結する。一方で、未知の感染症においては、診断検査体制が確立されるまでスクリーニングが困難であり、その空白期間に発生する院内アウトブレイクが医療提供体制を機能不全に陥れることを、我々は COVID-19 パンデミックを通じて経験した。こうした背景から、麻疹対策に代表される「症状に基づく初期感染対策 (Syndromic Surveillance and Precaution)」が極めて重要となる。これは診断未確定段階においても院内伝播を抑止し、同時に動物由来スピロオーバー感染症の流入防止にも寄与する。JIHS は、これら診断確立前や流行初期の早期段階におけるリスク対応を担う立場にある。本発表では、ワンヘルスアプローチに基づくパンデミック対策が、平時の医療関連感染対策と不可分であることを示す。その上で、院内環境整備、医療従事者の健康管理、地域への拡散防止を通じた「医療機関の機能持続性 (サステナビリティ)」を支える基盤としての重要性を論じる。

シンポジウム 14

SY14-4 ワンヘルスの視点から考える薬剤耐性菌対策

国際医療福祉大学 医学部 感染症学講座

松本 哲哉（まつもと てつや）

薬剤耐性（AMR）は、ヒト・動物・環境の三領域がいずれも重要な要素となり得る典型的なワンヘルスの課題である。医療機関を中心にこの課題を考えた場合、ヒトという視点では、医療機関で選択・増幅された耐性菌は、保菌状態となった患者を介して地域社会へと拡散し、再び医療現場へ持ち込まれ、新たな院内感染の要因となりうる。動物の視点においては、愛玩動物が耐性菌を保有しているリスクがあり、飼い主がその耐性菌に感染して院内に持ち込むリスクが生じうる。また、環境の視点では、すでに医療機関の汚水槽などには多種多様の耐性菌が存在するという報告も見られており、それが環境を汚染する可能性も考えられる。このような循環構造を断ち切るためには、医療現場単独の対策では不十分であり、ワンヘルスの概念を基盤とした包括的なアプローチが不可欠である。医療従事者は、医療機関を中心とした耐性菌の循環の中で最も感染伝播リスクが高いと考えられ、耐性菌の定着・伝播を防ぐためには、標準予防策および接触予防策の徹底はもとより、抗菌薬適正使用支援（AMS）への積極的な実施が求められる。特に、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌（CRE）や多剤耐性緑膿菌（MDRP）、多剤耐性アシネトバクター（MDRA）などの多剤耐性菌については、より慎重な対応が求められる。具体的には、明らかに耐性菌保有のリスクが高いと考えられるような患者に対しては、スクリーニングを実施して保菌の有無を確認するとともに、実際にそのような患者が入院してきた場合には、必要に応じて院内の環境調査を実施するなど、監視体制を構築する必要がある。本講演では、AMR をめぐるワンヘルスの観点を基本として、医療機関における感染対策実践の方策について論じる。

シンポジウム 15

SY15-1 不適切喀痰はなぜ再提出されないのか

岩手県立胆沢病院 呼吸器内科¹⁾、岩手県立胆沢病院 ICT²⁾○小野寺克洋（おのでら かつひろ）¹⁾、高橋 日和¹⁾、下田 次郎²⁾、吉田 裕子²⁾、小原 貴恵²⁾

呼吸器感染症診療において喀痰培養は起炎菌同定および抗菌薬適正使用に寄与する重要な検査である。しかし、口腔内常在菌の混入などによる不適切検体は、その診療的価値を低下させる要因となる。不適切検体に対しては再提出を促すことが望ましいが、実臨床では十分に行われていない。今回、再提出を困難にしている要因について検討した。当院における1年間の喀痰培養の実態を解析するとともに、岩手県内19の県立病院群において、医師・看護師・細菌検査担当者を対象としたアンケート調査を実施し、検体採取・評価・報告に関する現状と課題を検討した。当院での喀痰培養検査では、検体処理まで24時間以上を要した場合、および事前抗菌薬投与がある場合に、有意菌検出割合が低下していた。一方、喀痰検体の再提出は不適切検体を理由としたものは認めず、治療効果判定や抗菌薬変更に伴うものが中心であった。アンケート調査では、看護師は90%以上で喀痰の質を意識・確認していた一方で、良質な喀痰が採取困難な場合には半数以上が不適切検体でも提出しており、技術的・環境的課題が示唆された。医師では、検体の質評価を意識している割合は56%にとどまったが、不適切検体に対する再提出依頼に対する抵抗は少なく、67%が「抵抗なし」と回答した。細菌検査室ではグラム染色の当日報告は限定的であり、特に連休時には検体処理の遅延がみられた。また、不適切検体への対応は施設間で差があり、統一された運用基準は認めなかった。これらの結果から、不適切検体の発生および再提出困難の背景には、職種間の認識差に加え、検体採取時早期の評価・フィードバック不足という構造的課題が存在すると考えられた。当院ではこれを踏まえ、不適切検体に対する迅速なコメントによる再提出促進および培養未実施の段階的介入を導入した。喀痰検査の有用性を最大化するためには、採取時点での質担保とグラム染色の迅速な実施・報告を基盤とした早期フィードバック体制の構築が必要と考えられる。

シンポジウム 15

SY15-2 「喀痰品質」へのこだわり 不適切検体と向き合い続けた 22 年間の軌跡

日本大学医学部附属板橋病院 臨床検査部

谷道由美子（たにみち ゆみこ）

喀痰培養検査は、呼吸器感染症の診断において重要な役割を担っている。しかしその一方で、口腔内常在菌の混入という特性から、検体の質が結果の信頼性に大きく影響することが知られている。不適切な検体に基づく結果は、臨床判断を難しくし、不必要な抗菌薬使用につながる可能性もあるため、「検体の質」に目を向けることは、「感染症診療の質」を高めるうえで欠かせない。

当院では 2003 年より、Geckler 分類を用いて品質不良と判断した喀痰に対し、採り直しを依頼する取り組みを継続してきた。この取り組みの始まりは、検査技師が自ら病棟へ足を運び、看護師と直接対話しながら検体を返却するという泥臭い活動であった。当初は戸惑いも見られた現場とのやり取りだが、長年の地道なコミュニケーションの積み重ねにより、徐々に理解と協力が得られ、現在では電話連絡を中心とした体制へと発展している。

2023 年には、この取り組みの意義を改めて検証するため、入院検体 2016 検体を対象とした前向き調査を実施した。その結果、品質不良として採り直し依頼をした 135 検体からは、肺炎球菌やインフルエンザ菌といった主要な肺炎起炎菌は一件も検出されなかった。この事実は、「品質不良検体での培養検査は診断的価値が低い」という微生物検査室の主張に、根拠を与えるものとなった。

一方で、これらの品質不良検体からも ESBL 産生菌や MRSA などの薬剤耐性菌が約 6% 検出された。これらは必ずしも感染の原因菌とはならないが、院内における保菌状況や伝播リスクを把握するうえでは重要な情報と考えられた。「診断的価値がないためリジェクトすべき」という立場と、「感染対策の観点から無視できない」というもどかしい現実の狭間で、微生物検査室は新たな役割を求められている。

「不適切検体のリジェクト」は、決して現場に負担を強いるためのものではない。真に治療が必要な患者に、最適な抗菌薬を届けるための、臨床検査技師としての使命感の表れである。抗菌薬適正使用支援(AS)が重要視される現在、微生物検査室は検体受領後の工程だけでなく、検体採取の段階にも関わっていくことが求められている。

22 年の軌跡を経て、今や採り直し依頼は当院の日常の風景となった。多職種が「質の高い医療」という共通の目標に向かって歩み寄った成果であると考えている。検体品質こそが感染症診療の質を担保する最前線であるという信念のもと、私たちはこれからも不適切検体と向き合い、臨床現場と共に歩み続けたい。

シンポジウム 15

SY15-3 検体の質担保に向けた実践的アプローチと再提出につなげる取り組み

東北大学病院 診療技術部 臨床検査部門

千葉美紀子（ちば みきこ）

感染症診療において、微生物検査結果をもとに治療方針が決定される場面は多い。しかし、その結果がどのような検体から得られたものかという点は、十分に意識されていないことも少なくない。検体の質が担保されていないれば結果の解釈を誤る可能性があり、結果の信頼性を検体の質の観点から評価することは、診療に関わる多職種で共有すべき重要な視点である。検体の質を担保する手段として、不適切検体のリジェクトは重要である。しかし、検体の種類や採取状況によっては、一律の基準でのリジェクトが困難な場合もある。また、本来は検体受領時の情報に加え、臨床情報やグラム染色所見等を踏まえて培養実施の可否を判断することが望ましいが、業務負荷とのバランスを考慮した現実的な運用が求められる。当院では、検体特性に応じた運用を行っている。喀痰検体については、膿性痰が得られにくい症例もあり一律基準でのリジェクトが困難であることから、Miller & Jones 分類、検体量および Geckler 分類などを総合的に評価し、その結果を報告コメントとしてフィードバックすることで、検体の質を臨床側と共有し、再提出を促している。便検体については、便性状や入院日数に応じた提出基準を設け、基準外の検体はリジェクトまたは報告コメントで対応している。その際、検査適応の再考を促すとともに、誤解釈の防止や再提出時の注意点を提示している。また、不適切容器や期限切れ容器で提出された検体についても、可能な限り再提出を依頼している。一方で、細菌検査では抗菌薬投与前の検体採取が重要であるため、状況に応じて参考値として報告するなど、臨床的影響を考慮した柔軟な対応も行っている。不適切検体に対して個別に再提出の依頼や注意喚起を行う対応は負担が大きい、適正な検査と診療につなげるためには不可欠であり、継続的に取り組んでいる。さらに、電話対応内容を定期的に解析し、不適切提出が多い項目について院内全体へ周知することで、提出行動の改善を図っている。再提出を実現するためには、検査室からの一方的な判断ではなく、医師・看護師との合意形成が重要である。本講演では、検体ごとの特性と実務上の制約を踏まえた現実的な品質管理と、多職種連携による再提出の仕組みづくりについて紹介する。検体の質を臨床と共有することが、再提出の促進と診療の質向上につながる可能性について考えたい。

シンポジウム 15

SY15-4 NAAT 検査の導入を契機に行った Rejection criteria の策定

沖縄県立北部病院¹⁾、沖縄県立八重山病院²⁾、沖縄県立中部病院³⁾、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター⁴⁾、沖縄県立宮古病院⁵⁾

八幡 照幸（はちまん てるゆき）^{1,2,3,4,5)}

【経緯】

2019 年 10 月末、沖縄県立中部病院において、年明けに GeneXpert（セフィエド）を導入し、院内で結核菌群および CD トキシン B の PCR 検査を実施することになった。結核菌群検査キットは、試薬カートリッジに添加する検体量が 2mL 以上（略痰：前処理試薬=1：2）必要であること、また日本臨床微生物学会 感染症領域新規検査検討委員会から CDI の NAAT (Nucleic acid amplification test) を踏まえ、Bristol Stool が 5～7 の性状の検体を用いることが推奨されたことより、適切な検体提出基準の策定が急務であった。

また沖縄県の県立 5 病院は 24 時間の救急医療に対応しており、夜間に提出されたこれらの検体について、量不足で検査が実施できない場合は、会計を済ませて帰宅した再来予定のない患者に対して郵送で返金手続きを行うなどの事例も発生していたため、検体の提出基準だけでなく Rejection criteria (返却手順) についても策定する必要があった。

【マニュアルの策定】

略痰材料については、同一検体で“一般培養検査”、“抗酸菌塗抹・培養”が同時に提出依頼されることがあるため、検査種類に応じて採取量の設定（各 1mL 以上）を行い、採取容器別（スビッツ、カップ）の採取適量画像を提示した。また量だけでは検査の質が担保できないため、痰の定義と膿性検体の提出を明記した。

便材料については CDI 検体についてのみ規定し、微生物学会の推奨する Bristol Stool form scale をイラストとともに提示した。

返却手順については以下のとおり規定した。

- 1) 看護師に量や性状の確認を依頼し、望ましい検体を得られていない場合は、依頼医師へ説明し再採取か依頼中止の判断を求める
- 2) 再採取検体を含め検査室へ届いた検体は、技師が不適切と判断した場合は看護師へ再採取を依頼する
- 3) 適切検体の採取が困難な場合は医師へ判断を求める
- 4) 不適切検体でも医師が検査を希望する場合は、電子カルテに「依頼理由コメント」の記載を求める

【運用の開始】

医局会で提出基準と返却手順について ICD から説明してもらい、了承を得た。その後 CNIC と一緒に外来、および朝の引継ぎ時の病棟へ出向き、作成したマニュアルを配布して模擬検体を見せながら、適切検体の提出基準と、不適切検体の返却手順について説明を行い、適切検体提出への協力を求めた。約 1 週間で全部署への説明が終わり、1 月半ばより完全運用とした。

またこの取り組みは、年に 2 回開催している県立病院感染対策合同会議でも共有し、全病院で導入していくよう促した。

検体性状の確認を看護師へ依頼することで、検体性状が診断や治療方針に影響することへ理解が深まったと考えられ、運用開始後、検査室から看護師への再採取の依頼に対して、特に大きなトラブルは無かった。また外来での患者帰宅による返金作業等の本来不要な業務の削減にもつながった。

シンポジウム 16

SY16-1 外部評価と感染制御マネジメントの標準化

名古屋大学医学部附属病院

八木 哲也（やぎ てつや）

当院は JCI 認定病院で、JCI standards（以下 JCI 基準）に基づいて感染制御プログラムを立案し、実践している。JCI 基準は、時が経るにつれ改訂され最新のものは ver.8 で、1. 患者中心の基準、2. 医療機関の管理に関する基準、3. グローバルヘルスに関する基準、4. 教育医療機関に関する基準の大きく 4 つのパートに分かれている。感染制御に関する基準は、1 の中の薬剤の管理と使用（MMU）の中に Antimicrobial stewardship program、国際患者安全目標（IPSG）の中に手指衛生の基準が記載され、2 の感染の予防と管理（Prevention and Control of Infections）の中に PCI.01 から PCI.08 まで 8 項目、職員の資格と職員教育（SQE）のところにワクチンプログラムの項目が含まれている。JCI 基準の中で重要な項目に関しては文書化を求められる部分があり、それらの項目については方針手順書を作成する。この方針手順書によって、病院全体の診療や管理の方針が体系的に示されることになる。こうした構造の中で、手指衛生が IPSG の一つとして位置づけられており、病院全体としての組織文化を育んでいく上で重要な要素となっている。もちろん、1 の患者中心の基準の中で、感染症患者をどのように評価し治療やケアを行っていくかについても、方針手順書の中で記載されている。当院の具体的な感染制御プログラムは、PCI.01 & PCI.02（医療関連感染症の予防と管理に関わるプログラムと連携に関する）の方針手順書で示しており、私達は 1) 手指衛生、2) 多剤耐性菌など疫学的に重要な病原体に対する対策、3) デバイス関連感染症・手術部位感染症対策、4) 教育・啓発、5) パンデミックへの備え、6) 抗微生物薬適正使用支援、7) 感染症（菌血症）治療、8) 職業感染対策、9) 環境衛生管理、10) 物品管理、11) 地域連携の 11 項目を挙げ、優先順位をつけて実践している。これら 11 項目で、測定可能な項目について目標を掲げ、継続的にサーベイランスして改善活動を実践している。この改善活動はもちろん PDCA サイクルを回すものである。これらの評価項目は、毎年見直され目標を達成したものは、新たな項目に入れ替えられ改善活動が継続されることになる。

以上が当院での、JCI 基準に沿った感染制御マネジメントの概要であるが、病院全体のマネジメントの中で感染制御が正当に位置付けられ、そのマネジメントも標準化されるところが、JCI の大きなメリットと考えられる。

シンポジウム 16

SY16-2 感染対策における標準化の意義—感染管理認定看護師の立場から考える—

京都府立医科大学附属病院 感染対策部

菊地 圭介 (きくち けいすけ)

近年、医療 DX やスマートホスピタル化の推進に伴い、医療の質と安全を支える基盤として「標準化」の重要性が高まっている。厚生労働省が進める電子カルテ情報共有サービスでも、診療情報提供書、退院時サマリー、感染症、検査等の情報共有が位置づけられており、質の高い医療を支える情報基盤整備が進められている。感染対策においても同様に標準化は課題となっている。その一方で、標準化やプロトコル化は安全性向上に寄与する反面、臨床判断や現場の柔軟性とのバランスが課題となる。そのため、感染対策における標準化の本質は、手順を一律にそろえることではなく、患者の安全を守るために必要な実践を、誰もが一定の水準で継続的に実施できる仕組みを整えることにある。感染対策は、多職種が 24 時間 365 日行うものあり、個々の知識や経験のみに依存しては質の担保が困難である。実際の現場では、同じマニュアルが存在していても、PPE の選択、症状に応じた経験的な隔離予防策の開始などの運用に差が生じやすい。こうしたばらつきは、実践レベルに影響するだけでなく、評価や改善を困難にする要因ともなる。そのため標準化は、感染対策の質保証と継続的改善の前提条件として捉える必要がある。JCI (Joint Commission International) が重視するのも、感染リスクの把握、方針・手順の整備、教育、サーベイランス、改善活動までを含めた継続的マネジメントである。すなわち、感染対策における標準化は PDCA サイクルを有効に機能させる基盤となる。基準が曖昧であれば、実践は属人的となり、評価の一貫性も失われ改善も場当たり的になる。感染対策の標準化とは、手順の統一にとどまらず、判断基準、記録様式、確認項目、評価指標、フィードバック方法を含めた運用全体の標準化である。感染管理認定看護師の役割は、この標準化を単に作成・提示することではなく、エビデンスや方針を各部署の現場実践に落とし込み、定着を支援し、評価と改善を繰り返すことにある。感染対策を追加業務ではなく日常診療の流れに組み込まなければならない。また、医療 DX やスマートホスピタルの視点では、感染症・耐性菌情報の電子的共有、隔離予防策の開始・解除支援、デバイス関連感染や抗菌薬使用状況の可視化、サーベイランスの効率化などが、標準化された感染対策の実装を支える。本発表では、感染対策における標準化の意義を、感染管理認定看護師の立場から、PDCA サイクルや、医療 DX・スマートホスピタルとの接続を踏まえて整理し、今後の感染対策部門に求められる実践的役割に繋げていく。

シンポジウム 16

SY16-3 JCI 認証病院における感染管理の標準化：当院の実践と課題

済生会熊本病院 TQM部¹⁾、済生会熊本病院 TQM部 感染管理室²⁾、済生会熊本病院 中央手術部³⁾○村中 裕之 (むらなか ひろゆき)¹⁾、川村 宏大²⁾、甲斐 美里²⁾、有馬 勝洋²⁾、
九万田由貴江²⁾、徳永 晃己²⁾、岩永 祐季²⁾、村上美佐子³⁾

【背景・目的】感染管理の標準化とは、属人的な医療から脱却し、エビデンスに基づいたベストプラクティスを組織のルーチンに組み込むことで、患者と医療者の安全を等しく守る体制を構築することである。JCI (Joint Commission International) 認証基準では、「組織全体で行うリスクアセスメント」、データに基づく「自律的改善」、そして「システムや施設環境 (DX) の整備」が厳格に求められる。本発表では、JCI 基準を元に進める当院の感染対策について、実際のデータと多職種連携の事例を踏まえ、医療 DX やスマートホスピタルを見据えた当院の取り組みとその意義を報告する。

【組織全体で行うリスクアセスメント】JCI では、少なくとも年 1 回各委員会・各部門がデータ分析に基づくリスク評価と優先順位付けが必須である。当院感染管理委員会での 2025 年のリスクアセスメントでは、集中治療室での BSI (血流感染) や CAUTI (カテーテル関連尿路感染症) の発生率高値、手指衛生遵守率の低下が課題として抽出された。これに対し、院内感染委員会メンバーで構成されるチームが、それぞれの問題点に対する実践的対策を遂行している。加えて、2025 年の年間計画では「院内及び地域での薬剤耐性菌発生低減」を重要目標に掲げ、広域抗菌薬開始時の培養検査実施や適正使用の推進にも注力している。

【データに基づく自律的改善】品質改善プログラムの一環として、CAUTI、CLABSI、SSI、耐性菌、広域抗菌薬などのサーベイランスデータを抽出・分析し毎月各診療科のカンファレンスに参加して医療安全を含む品質管理指標とともに共有している。継続的な PDCA サイクルを回すことで、臨床現場が感染管理を「自分ごと」として捉え、自律的な質改善に向かう文化を醸成している。

【システムや施設環境 (DX) の整備と今後の課題】人に依存しない「システムによる標準化」も重要である。医療機器の洗浄・滅菌において、JCI は個々の患者まで器具を正確に追跡 (トレーサビリティ) するプロセスを求めている。当院ではシステム構築は実現には至っていないが、JCI 基準の要求事項があるからこそ高度なトレーサビリティの必要性を理解し前向きにシステム導入を検討している。また、施設環境の標準化も不可欠である。2021 年に発生したレジオネラ肺炎の院内発生事例を契機に、施設保全室と協働して給湯温度を 55℃ 以上に維持する施設管理を標準化している。

【結語】JCI という網羅的な国際基準を「物差し」とすることで、自施設の課題が浮き彫りになる。サーベイランスデータの共有による現場の行動変容と、施設環境・システム導入によるハード面の安全担保を両輪で進めることで、現場の負担を減らしつつ安全性が向上し続ける「スマートホスピタル」のあるべき姿を目指したい。

シンポジウム 16

SY16-4 スマートホスピタル時代における感染対策の実装とは

株式会社モレーンコーポレーション

草場 恒樹（くさば つねき）

人口減による人手不足や医療従事者の働き方改革が病院経営を逼迫する原因の一つとなる昨今、医療 DX とスマートホスピタル化は、避けて通れない現実であり、感染対策においてもデジタル化による「標準化」は正確性、安全性の意味からも必須のテーマである。JCI 認定が求める継続的質改善とプロセスの標準化、そして患者中心性の追求は、感染対策を属人的経験知から再現可能で測定可能なシステムへと転換する契機となると考える。

感染対策は単なる製品のみで実現できるものではなく、それらを取り巻く課題を論理的に解決することで達成される。当社はそれを目的に、患者経験価値 (PX)、従業員エンゲージメント (EX)、AI・ロボティクス自動化 (DX) の三位一体からなる「スマートヘルスケア構想」を提唱してきた。本シンポジウムでは、この構想を体現する 3 つのコンセプトを通じ、感染対策の標準化と実装の実際を報告する。

第一に、「自律走行搬送ロボット」である。シンガポールの病院で 10 年以上の運用実績を持ち、COVID-19 禍においても同国の病院機能は維持され、ロックダウンを回避できた。その背景には、給食・検体薬剤・リネン・医療廃棄物等の搬送をロボットが担うことで外部委託や人的介在を最小化し、交差感染の経路そのものを構造的に遮断した点がある。搬送経路・頻度等を規定、自動化することで、属人性を排した標準化が実現され、人手不足と感染リスクが併存する医療現場の課題解決に貢献できる。

第二に、「AI 手指衛生モニタリングシステム」である。WHO の「手指衛生 5 つの瞬間」を映像認識で自動判定し、Hand Hygiene Self-Assessment Framework (HHSAF) のロジックに沿って遵守率を客観的かつ自動的に算出する。直接観察法のサンプル数の限界やホーソン効果を克服し、AMR 対策の根幹である手指衛生をデータドリブンで改善する。観察業務から解放された感染管理認定看護師やリンクナースは、より専門性の高い業務へと役割を転換できる。

第三に、「従業員エンゲージメント向上プログラム」である。いかに医療業務を DX により自動化しても、患者やそこで働く医療従事者は「ヒト」である。標準化された感染対策も現場スタッフの納得と貢献力による実践がなければ形骸化する。DX ツールによる組織状態の数値化、関係の質改善ツール、体験研修を通じて、標準化を「押し付け」ではなく「共創」として根付かせる仕組みを提供する。

これら 3 要素は独立した製品ではなく、ハード（搬送・環境）、データ（行動・遵守）、ヒト（文化・教育）の三層を統合した感染対策標準化のフレームワークであると位置付けている。患者中心性とプロセス標準化を両輪とする JCI 認定の思想とも整合し、スマートホスピタル時代における感染対策の新たな基準軸となり得ると考える。本発表がスマートホスピタル実現への議論の端緒となれば幸いである。

シンポジウム 17

SY17-1 ICT 活動と医療経済：院内感染がもたらすデメリット

長崎大学病院 総合感染症科 感染制御教育センター

柿内 聡志（かきうち さとし）

医療関連感染 (healthcare-associated infection : HAI) は患者の予後のみならず、医療経済にも大きな影響を与える。米国の大規模メタ解析では、中心静脈カテーテル関連血流感染症、人工呼吸器関連肺炎、手術部位感染症、*Clostridioides difficile* 感染症、カテーテル関連尿路感染症の主要 5 つの HAI に関連する費用は年間 98 億ドルと推定されている。本邦でも 2010~2019 年の DPC (Diagnosis Procedure Combination) データを用いた後ろ向き観察研究で、院内感染群は市中感染群に比し入院期間が 23 日長く、ICU 入室率が 2.3% 高く、医療費が 9,209 ドル多く、院内死亡率が 4.7% 高いと報告されている。院内感染予防 (Infection Prevention and Control : IPC) プログラムは病院環境における HAI の発生を未然に防ぐ対策であるため、投資対効果が可視化しにくい。しかし、これまでの研究で、手指衛生や環境清掃などの介入は HAI 予防に寄与し高い費用対効果が報告されている。システマティックレビューにおいても、予防介入の費用抑制比の中央値は 7.0 (IQR 4.2-30.9) と極めて高く、1 ドルの投資で約 7 ドルの抑制効果が示されている。2025 年の米国感染症関連 4 学会 (SHEA/APIC/IDSA/PIDS) 合同声明は、長期療養型を除く医療機関において IPC プログラムは医療費抑制に有用であり、単に「活動的」であるのみならず、適切な専門性とリーダーシップを備え、あらゆる感染性有害事象に対応する「効果的」プログラムとして運営基盤に位置付けるべきと提言している。いかに効果的な感染管理チーム (Infection Control Team : ICT) 活動や IPC プログラムであっても、全ての感染イベントを抑制することはできない。しかし、先述したように、一度 HAI が起これば対応に要するコストは大きい。このように感染対策は高い費用対効果を有しており、ICT は患者予後の改善のみならず病院経営にも寄与する中核機能と位置付けられる。本邦では感染対策向上加算により感染対策への投資が診療報酬で評価されており、算定施設ではこの制度の有効活用が望まれる。一方で、加算の算定の有無にかかわらず、ICT 活動および IPC プログラムは全ての医療機関において不可欠であり、患者安全のみならず病院経営の観点からも、活動的かつ効果的な ICT 活動の継続が必要である。本発表では、HAI が医療経済に与える影響と ICT 活動がもたらす利益について、医療経済の視点から ICT 活動の重要性について議論したい。

シンポジウム 17

SY17-2 感染制御はコストか投資か：ICT・AST がもたらす医療経済的価値の再評価

京都大学医学部附属病院 検査部・感染制御部

長尾 美紀（ながお みき）

感染制御の推進には、清掃・滅菌業務の外部委託費や専従人材配置に伴う人件費など、一定のコストが不可避である。一方で、感染対策向上地域連携加算などの導入により財政的評価は進みつつあるものの、実際の運用コストを十分に補填しているかについては明らかでない。近年、感染制御は単なる医療安全対策にとどまらず、医療経済に直結する重要な要素として認識されている。ICT (Infection Control Team) および AST (Antimicrobial Stewardship Team) の介入は、抗菌薬適正使用を通じた薬剤費削減、耐性菌伝播の抑制、医療関連感染の減少をもたらす、結果として在院日数の短縮や総医療費の削減に寄与する。さらに、これらの効果は診療報酬の維持や病床回転率の向上を通じて、医療機関の経営改善にもつながる。

このような観点から、感染対策への投資は、感染拡大に伴う医療費増加や診療報酬低下といった将来的損失を回避する「予防的コスト」として位置づけることができる。また、感染管理認定看護師や感染症専門医などの専門人材の配置は、医療の質と経済性の両立に不可欠である。また、感染対策関連業務の運用を ICT 主導で見直すことにより、清掃・滅菌業務の適正化や医療資材の使用最適化に加え、医療関連感染に伴う間接コストの低減を含めた経費構造の再編が期待される。

本講演では、京都大学医学部附属病院における実践および既報の知見を踏まえ、ICT・AST 活動の医療経済的効果を整理するとともに、加算制度の課題や経費構造の見直しの観点から、持続可能な感染対策の在り方について検討する。

シンポジウム 17

SY17-3 AST 活動と医療経済

佐賀大学医学部附属病院 感染制御部

浦上 宗治（うらかみ としはる）

抗菌薬適正使用支援チーム (AST: Antimicrobial Stewardship Team) は、感染症治療の質を維持しながら医療資源を効率的に活用する取り組みであり、医療経済的にも大きな効果をもたらす。抗菌薬の不適正使用は耐性菌の増加を招き、結果的に治療期間の延長や医療費の増大を引き起こす。AST 活動はこの悪循環を断ち切り、持続可能な医療体制の構築に寄与する。

まず、抗菌薬コストの費削減効果が顕著である。広域抗菌薬の使用を適正化することで、年間薬剤費が 30-50% 減少した報告が国内外で多数ある。特にカルバペネム系やニューキノロン系の使用抑制は、耐性菌の発生率低下にも直結し、再入院や長期治療のコストを防ぐ。これにより病院全体の医療費削減効果が数千万円規模に達することもある。

次に、入院期間の短縮が挙げられる。Nathwani らのシステマティックレビューでは、ASP 介入後に患者 1 人あたり平均 3.24 日 (約 20%) の在院日数短縮が示されている (PMID: 36949877)。入院期間の短縮は直接的な入院費削減に加え、病床回転率の向上による病院経営改善にもつながる。

さらに、耐性菌感染症による長期治療費の抑制も重要である。耐性菌感染は治療薬の選択肢を狭め、入院期間を延ばす要因となるが、AST 活動により早期に適切な抗菌薬を選択することで、重症化を防ぎ、治療費を大幅に削減できる。近年は多剤耐性菌の増加に伴い、AST の経済的価値は一層高まっている。

日本では感染対策向上加算が創設され AST 活動が診療報酬上も評価されるようになった。これは医療経済的インセンティブを与える制度的支援であり、AST の普及促進に大きく寄与している。

総じて、AST 活動は「感染症治療の質向上」「医療費削減」「耐性菌抑制」という三つの側面から医療経済に貢献する。単なる抗菌薬適正使用に留まらず、医療の持続可能性を支える経営戦略の一環として位置づけられるべきである。

シンポジウム 17

SY17-4 病院経営からみた感染制御活動

富山大学副学長・附属病院長

山本 善裕（やまもと よしひろ）

医療機関における感染制御活動は、なくてはならない存在である。しかし一般的な現場では、感染対策が「コスト」「負担」として捉えられ、その価値が十分に共有されているとは言い難い。本講演では、富山大学附属病院長としての視点から、感染制御活動を病院経営の中にどのように位置付け、組織としてどのように考えていくかを議論したい。具体的には、ICT・ASTによる予防的介入がアウトブレイク回避、医療関連感染減少、在院日数短縮、病床稼働率の安定化といった経営指標に与える影響を整理し、感染制御に関するデータの可視化と経営層への戦略的報告が、迅速な意思決定と組織ガバナンス強化に不可欠である点を強調したい。さらに、感染制御に係る医師、看護師、薬剤師、検査技師が、臨床のみならず経営的視点を持って行動することの重要性、人材育成と評価のあり方についても言及する。感染制御活動を「現場の努力」に留めず、「病院経営を支える基盤」として組織的に展開することが、これからの高度急性期病院に求められている。

シンポジウム 18

SY18-1 ICN と清掃従事者の協働による環境清掃の最適化—感染リスクに応じた層別化とコスト削減の両立—

京都大学医学部附属病院

植村 明美（うえむら あけみ）

医療関連感染対策において環境清掃は重要な要素であり、その質は清掃従事者との協働体制に大きく依存する。しかし近年は清掃委託費の高騰や人材不足が課題となり効率的で持続可能な清掃体制の構築が求められている。

当院では、多剤耐性菌対策や免疫不全患者に対する清潔環境の維持を目的に、ICN と清掃従事者の協働体制の構築を進めてきた。本発表では、マニュアル整備・定例会・ラウンド・教育を通じた関わりと、感染リスクに応じた清掃の最適化およびコスト削減の両立について報告する。当院では、日常清掃、退院退室清掃、特別清掃、クリーン清掃、緊急清掃の5区分で清掃を運用している。「特別清掃」は、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）等の多剤耐性菌検出患者の退室時に、高頻度接触面に加え低頻度接触面や水回りを含めた徹底的な清掃と紫外線（UV）照射を実施するものである。また、血液内科病棟などの免疫不全患者が入院するエリアでは、感染対策の教育を受けた業者が担当し、造血幹細胞移植前に「クリーン清掃」を実施している。

清掃委託業者の入札時の仕様書作成、清掃マニュアルについてはICTが関与し、内容の確認と支援を行っている。さらに、清掃業者・担当事務・ICNによる定例会を毎月開催し、清掃実績や教育内容・インスペクション結果を共有している。ICNは環境ラウンド結果（床や換気口の除塵、水回りの清掃状況等）をフィードバックし、教育的介入を実施している。定例会後には合同で清掃ラウンドを実施している。清掃評価にはブラックライトおよびATP測定を併用し、清掃の質を可視化することで清掃従事者の行動変容の促進を図っている。

また、清掃委託費の増加に対応するため、看護部・ICNが中心となり感染リスクに基づく清掃箇所および頻度の見直しを実施し、清掃業務の効率化を図った。これらの取り組みにより、清掃手順の標準化と質の向上が実現できた。さらに、清掃箇所の層別化と頻度の最適化により、感染対策の質を維持したまま、コスト削減を可能とした。なお、多剤耐性菌の検出状況やアウトブレイク発生に有意な変化は認めない。

医療施設における清掃の質向上には、ICNによる教育・評価を基盤とした清掃従事者との協働が不可欠である。また、感染リスクに応じた層別化により、過不足のない清掃体制の構築が可能となる。本取り組みは、質の担保と資源の有効活用を両立する実践例である。今後は客観的評価指標を活用し、持続可能な清掃体制の構築・整備に向けた継続的改善が求められる。

シンポジウム 18

SY18-2 在宅での環境整備の現状と課題～訪問看護の立場から～

医療法人相馬病院 訪問看護ステーションそうま

石川美千留（いしかわ みちる）

医療・福祉・介護施設等（以下医療施設とする）において、環境整備は重要な感染予防対策として位置づけられている。新型コロナウイルスの流行前後では、清掃による環境の清潔維持から感染経路の遮断への認識がより高くなった。感染予防対策としての環境整備に関するマニュアルも整備されており、外部委託清掃業者と自施設職員とが役割を分担し、日々の環境整備を担っている。一方、在宅においての環境整備の実践には、多くの課題がある。医療施設では、定期的な環境整備により患者は一定の質を維持した環境で療養することができる。在宅では、患者は医療・介護・福祉サービスの利用者となり、その療養環境は個々の状況により異なる。また、利用者の生活や療養を支えるための支援者が出入りをする場でもあり、病原体伝播のリスクも考えられる。感染症の原因となる病原体を持ち込まない、持ち出さないためにも療養環境の清掃や環境消毒は継続できることが望ましい。しかし、家族構成や自宅の環境、生活動線など各個人で異なり、環境整備としていつ誰が、どこを、どこまで実施・支援できるのかを考える必要がある。また、環境整備に関して利用者の考え方や経済的な理由で環境整備の支援が計画できない場合もある。在宅での清掃は家事とされ、訪問看護では実施できない支援となっている。利用者が環境整備の支援を受ける場合は、障害者総合支援法による居宅介護サービスや介護保険による訪問介護を利用することが多い。訪問看護としての環境整備は、環境整備＝清掃ではなく、利用者の安全・安心・快適な療養生活を守るために必要なケアとして位置づけられている。感染予防、患者の安全・安楽と自立促進を目的とした看護技術としての環境整備の概念と同じである。その中で訪問看護師は、「住まいの療養環境の調整と支援」「医療処置・治療上の看護」として必要な整理整頓や環境消毒を実施している。また利用者と利用者家族、支援者と必要な環境整備について共有し実践をサポートする役割がある。医療施設では、退院後の患者の療養環境や環境整備の実践について把握することは容易ではない。今回のシンポジウムでは、在宅における「療養環境の実践」「清掃・環境消毒・感染性廃棄物」の対応についての事例と訪問看護師として感じた課題について報告する。医療施設と訪問看護とが、患者の入院時や退院支援で環境整備について情報を共有し、支援につなげることは、感染予防対策としても継続看護としても重要な視点であると考えられる。地域包括ケアシステムでは、住み慣れた地域で最期まで自分らしく生活できるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を包括的に連携するシステムとされている。地域での感染予防対策の視点でも連携を強化していきたい。

シンポジウム 18

SY18-3 清掃実務者からみた病院清掃の問題（人材、ロボット、環境消毒、清掃品質、コスト等）

東朋産業株式会社

齋藤 真尚（さいとう まなお）

1. 人材の現実として、もはや「誰でもできる仕事」ではない●担い手の変容として、以前のような「ベテランの日本人清掃員」は激減しました。現在は多国籍なスタッフ、あるいは短期間のパートタイマーが主流です。●教育の難しさとして、感染症対策、高度なケミカルの知識、医療機器への配慮。求められるスキルは上がっていますが、人材の高齢化、流動性が多くなってなかなか教育が追いつかないのが現実です。●現場を熟知した「目配りができる清掃員」がなくなり、マニュアル以上のことができない、あるいはマニュアルすら形骸化するリスクもあります。2. ロボット導入の現実●清掃ロボットは広い廊下の床清掃には威力を発揮しますが、病室内の什器周りや高頻度接触部の除菌等は、依然として「人の手」に頼らざるを得ません。また良い面では、ロボットは基本的にマッピングさせて動かすのできちんと動けば抜けない除塵等ができます。人の手だとどうしても抜けてしまうところができてしまうのが現実です。●ロボットが動くには、床に物が置かれていない、段差がないといったことが不可欠です。病院の廊下には様々な医療器具や患者様の往来が多く、なかなか思うような導入が難しいのが現実です。●コスト面でも、ロボットを導入してそれを管理、メンテナンスする人が必要で、現時点では「劇的なコストダウン」ではなく「人手不足の補填？」に留まっているのが実情です。3. 環境消毒と清掃品質について●消毒薬や洗剤のジレンマとして薬剤を強くすれば床材や備品が傷み、弱くすれば耐性菌のリスクが残る。このバランスが難しく限界があります。●品質の可視化として、「綺麗になった（気がする）」という主観を捨て、ATP検査等による数値管理という事もありますが、数値は何の汚れがついているかまでは分からず品質の担保にはなりにくいので、その測定コストや時間が「無駄」と削られる現実があります。ただ、研修などで数値を出して従業員にみせることはリスク管理において、わかりやすく効果はあると思われます。●清掃品質＝患者満足度につながるもので、清掃が疎かな病院は、患者様からの信頼を一瞬で失います。品質低下は、ダイレクトに病院の経営リスクにも直結していると考えられます。4. 有事の際の物資の調達●有事の際に医療施設に優先的に手袋、マスクが供給されて、我々業界は不足してしまう可能性があります。（コロナ化、中東情勢悪化時）●現在、手袋やマスクは委託業者が用意する委託契約が多い状況です。その辺を契約の中でどうしていくかが、有事の際または通常業務においても課題になります。5. コストの現実●最安値入札の結果として、清掃品質の低下、資材の質の低下、そしてスタッフのさらなる定着率悪化が考えられます。●清掃費を単なる「管理費」ではなく、院内感染という損失を防ぐための「保険料」と捉えていただきたいのです。

シンポジウム 18

SY18-4 清掃業界における感染対策教育

一般社団法人横浜メディカルグループ

森山 由紀（もりやま ゆき）

多くの医療施設では、医療従事者が行う環境整備と外部委託事業者による清掃が行われている。新型コロナウイルス流行初期は病原性などの詳細が分からず、厳重な防護体制の下で医療が提供されていた。そのような状況下での清掃従事者の感染に対する不安は大きく、2020年に行われた病院清掃を請け負っている1,000の清掃事業所への調査において「コロナ病床の清掃を受託できる」と回答したのは88事業所であり、1割にも満たなかった。医療現場では新型コロナウイルス感染症患者への医療提供に加えて、感染症病床の清掃も医療従事者が行わざるを得ない状況となり、多大なる負荷となっていた。

清掃事業者が消毒・除染に関する業務を断る理由として、「技術・装備がない」「マニュアルがない」「社員の感染が心配」などがあり、「社内に研修を行う人がいない」「知識がない」ことが実施に際しての課題に挙げている。このような状況を重要視し、消毒作業を含む清掃管理業務を担える人材および今後、起こり得る未知の感染症等の発生時にも対応可能な人材を育成する必要があるとの考えから、全国ビルメンテナンス協会は2021年度より「感染制御衛生管理士認定講習会」を開始した。2026年4月までに延べ679人が認定されている。なお、全国ビルメンテナンス協会は建築物内の衛生的環境を確保し、利用者に安心・安全を提供することによって日本の公衆衛生活動に寄与することを目的とする公益社団法人である。

今回のシンポジウムでは、本講習の紹介と講習に携わるICNの立場から清掃従事者への感染対策に関する教育や指導において留意すべき点に触れたい。

シンポジウム 19

SY19-1 ESBL 産生菌に対する院内サーベイランスと多職種連携による感染対策の実践

高知大学 医学部附属病院 感染管理部¹⁾、高知大学 医学部附属病院 看護部²⁾、高知大学 医学部 臨床感染症学講座³⁾、高知大学 医学部附属病院 薬剤部⁴⁾○秋山 祐哉（あきやま ゆうや）^{1,2)}、三好紗矢香^{1,2)}、谷内 彩乃^{1,2)}、北岡佐和子^{1,2)}、荒川 悠³⁾、八木 祐助⁴⁾、山岸 由佳³⁾

基質特異性拡張型 β -ラクタマーゼ（extended-spectrum β -lactamase：ESBL）産生菌は、プラスミドを介して耐性遺伝子を伝播させる。国内では2007年頃から報告され、これまでに医療機関内でのアウトブレイクも複数報告されており、すでに地域社会に一定の割合で検出されている。ESBL産生菌の伝播遮断には標準予防策を基本とし、加えて感染経路別予防策としての接触予防策の徹底が重要である。

2023年度から2025年度までの3年間に当院で検出されたESBL産生菌は、入院患者161件、外来患者59件であった。主要菌種である *Escherichia coli* におけるESBL産生率は、入院22.5%、外来14.2%であった。入院患者由来の菌種別では *E. coli* が60.9%と最多であり、次いで *Klebsiella pneumoniae* 8.2%、*Proteus mirabilis* 6.8%、*Klebsiella oxytoca* 1.9%の順であった。入院患者の検体別では尿検体が41.6%と最多で、次いで喀痰19.9%、血液検体10.6%であった。幸いにも当該期間にいわゆるアウトブレイクの定義に該当した事例は認められなかったが、短期間に複数名の検出例は認めた。

以下に当院の対応を述べる。当院では臨床検体からESBLが疑われた場合すみやかにESBL確認試験を実施し、結果は感染対策支援システムを介し臨床検査部門から感染対策チーム（ICT）へ報告するとともに、同時にICTまたは臨床検査部から病棟・外来および担当医に速やかに連絡する。さらにICTが当該部署に接触予防策の確認と徹底およびその状況を関係者と情報共有する。感染者については疑い例の時点から抗菌薬適正使用支援チーム（AST）が中心となり適切な経験的治療から標的治療まで抗菌薬選択を推奨する。同時にICTは感染・保菌にかかわらず、患者の排泄物管理状況、創部の状態、ドレーン管理、気道分泌物の有無などから感染拡散リスクを評価し、接触予防策および個室隔離やコホーティングなどの感染対策を実施している。特に排尿時の感染対策を講じることができない場合や創管理が困難な場合などには個室隔離を優先している。

当院は2025年に一部新病棟に移転した結果、個室数は病床全体の12%（71/605）から36.2%（222/613）へ増加し、感染対策上の隔離対応が実施しやすい環境となった。一方で、検出既往例の入院時には一定の感染対策を実施しているが、一律に入院時から個室管理とすることや、全患者を対象とした積極的サーベイランスは行っていない。本シンポジウムでは当院の具体的な取り組みについて事例を交えながら臨床検査部門、ICTおよびASTの多職種連携による取り組みを紹介する機会としたい。【会員外共同研究者】西田愛恵、道家章斗、三本愛里、清水優華

シンポジウム 19

SY19-2 β ラクタマーゼ産生の耐性グラム陰性桿菌に対する効果的な臨床検査

愛知医科大学病院 感染制御部

中村 明子（なかむら あきこ）

感染症治療において抗菌薬は欠かせない存在となっている。しかし、ほぼ全ての抗菌薬に対して耐性を獲得した菌が発見されているのも事実である。また、近年では新たな抗菌薬の開発が鈍化しているため、耐性菌には既存の抗菌薬の適正使用による感染症治療を実施していく必要がある。感染対策と抗菌薬適正使用は感染制御の両輪である。これらを効果的に実施するために必要な情報の一つが微生物検査結果であり、特に薬剤感受性検査結果は欠かせないツールとなっているが、薬剤耐性の機構によっては、通常の薬剤感受性検査のみでは検出が困難な場合もある。臨床検査室ではこれらの耐性機構を明らかにし、感染制御に繋げる必要がある。

グラム陰性桿菌の耐性菌として、ESBL 産生、AmpC 型 β ラクタマーゼ産生の腸内細菌、カルバペネム耐性腸内細菌（カルバペネマーゼ産生株を含む）などが挙げられる。2024 年に当院において分離されたグラム陰性桿菌の菌株のうち、これらの耐性機構が検出された割合は 9.8% であった。材料別の内訳は呼吸器系材料 8.3%、肝・胆道・消化器系材料 6.0%、泌尿器・生殖器系材料 11.6%、血液・髄液等の無菌材料 13.4%、その他の材料（膿瘍等）5.8% であった。

当院の検査室では、グラム陰性桿菌用の MIC 値を測定するプレートで ESBL の確定が可能である。測定した MIC 値が自然耐性+ESBL のみでは説明できない耐性パターンとなった株については、ディスク法による阻害試験や、自動機器を用いた遺伝子検査を追加して実施し、耐性機構を同定している。また、必要に応じて cefiderocol (CFDC)、ceftolozane/tazobactam (CTLZ/AVI) 等についても（日常検査の一環として）MIC を測定し、感染対策や抗菌薬適正使用のエビデンスとなる検査結果をオンタイムに報告している。

当日は、微生物検査の流れと耐性菌検査の例を示し、感染制御に「より役立つ」検査について考えたい。

シンポジウム 19

SY19-3 抗菌薬適正使用の観点から考える ESBL 産生菌の感染対策

岐阜大学 医学部附属病院 薬剤部¹⁾、岐阜大学 医学部附属病院 感染制御室²⁾丹羽 隆（にわ たかし）^{1,2)}

【はじめに】ESBL (extended-spectrum β -lactamase) 産生菌はペニシリン系、セファロスポリン系薬に耐性であり、カルバペネム系抗菌薬が長らく第一選択薬であった。しかしながらカルバペネム耐性菌の増加に伴い、カルバペネムスペアリングの重要性が高まっている。また、AMR アクションプランでもカルバペネム系の静注抗菌薬の使用量削減が成果指標のひとつとなっている。ここでは、抗菌薬適正使用の観点から ESBL 産生菌を述べる。

【ESBL 産生菌の抗菌薬選択】タゾバクタム/ピペラシリンは ESBL 産生菌に対する代替薬であるが、タゾバクタムは菌量が多いと効果が低下する inoculum effect を有し、菌血症などではカルバペネム系薬に比較して効果が劣るとされている。また、タゾバクタム/ピペラシリン自体もカルバペネム系薬ではないものの広域抗菌薬であり、適正使用の観点からは多用を避けるべき抗菌薬のひとつである。セフメタゾールは尿路感染症ではカルバペネム系薬と同等の効果が報告されているが、inoculum effect を有しており、菌量が多いと効果が低下する。また、PK/PD の観点からは ESBL 産生菌に対しては高用量が推奨されている。

経口抗菌薬では ESBL 産生菌に対する選択肢が限られる。キノロン系薬は感受性があれば使用できるが、ESBL 産生菌はキノロン系薬に耐性の頻度が高い。またキノロン系薬も多用を避けるべき薬剤である。ST 合剤は忍容性の面では使用し辛い。

【ESBL 産生菌の検査】近年は迅速診断法の進歩により菌同定に要する時間は短縮されたが、薬剤感受性が判明するまでには時間を要する。ESBL 産生菌の頻度が高い E. coli は薬剤感受性も菌毎に多様であるため、菌名が判明した後も詳細な薬剤感受性が判明するまで definitive therapy に変更し辛い。我々は ESBL スクリーニング培地を使用することにより、より早い de-escalation を推奨している。

シンポジウム 19

SY19-4 **ESBL 産生菌の現状と診断・治療**

筑波大学附属病院 感染症内科

鈴木 広道 (すずき ひろみち)

ESBL 産生菌の現状と診断・治療 ESBL 産生菌は、MRSA と同様に日常診療で比較的高頻度に遭遇する代表的な耐性菌であり、感染症診療における重要な課題の一つである。臨床的には大腸菌が最も多く尿路感染症、腹腔内感染症、胆道感染症、菌血症など多様な感染症の原因となる。近年は医療機関内にとどまらず市中においても検出される機会が増えており、その制御は世界的に重要な課題となっている。わが国においても、感染対策の推進、微生物検査体制の整備、抗菌薬適正使用の実践など、多方面から対策が講じられている。

本耐性菌による感染症は、初期治療の遅れや治療選択の制約を通じて、患者予後に影響を及ぼしうる。本セッションでは、ESBL 産生菌の疫学的現状を概説するとともに、診断・治療の基本的な考え方と感染症予後への影響について整理し、続く各職種からの発表の理解を深める導入としたい。

シンポジウム 20

SY20-1 **大学病院における多面的な COVID-19 感染制御：リスク階層化と AST・ワクチン外来を軸とした新体制の構築**

東北大学 大学院 医学系研究科 総合感染症学分野

馬場 啓聡 (ばば ひろあき)

2019 年 12 月に発生した新型コロナウイルスによる新興感染症、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の未曾有の世界的流行は、多数の感染者・死亡者を伴いながらも次第に収束し、現在では社会全体での制御が進んでいる。本邦では 2023 年 5 月に感染症法上の位置付けが 5 類感染症となり、政府対策本部が廃止されマスク着用の判断が個人に委ねられるなど通常の医療体制に移行した。それ以来、多くの医療機関で対策の緩和が進む一方、重症化リスクの高い層における死亡者数は依然として多く、その疾病負荷は無視できない。

高度急性期医療を担う大学病院には、COVID-19 重症化リスクの低い患者と、悪性腫瘍や免疫抑制状態にある高リスク患者が同時に入院している。そのような環境の中で、COVID-19 の院内伝播は高リスク患者に対し大きな脅威となる一方、一律の厳格な隔離対策は、リハビリテーションの遅延や面会制限による患者 QOL の低下、さらには医療従事者への過度な負担を招く。したがって、低リスク患者が多くを占める部署においては対策の緩和を進める一方、高リスク患者の多い部署においてはより慎重な対応を維持するなど、患者の免疫状態や病態に応じたメリハリのある管理が不可欠である。

東北大学病院では、これら環境面での対策に加えて、抗菌薬適正使用支援チーム (AST) が全 COVID-19 患者を把握し、個別のリスクアセスメントに基づき抗ウイルス薬の適応判断や薬剤選択の推奨を行う COVID-19 診療支援体制を構築している。さらに、2025 年冬シーズンには、患者および職員を対象とした COVID-19 ワクチン外来を開設した。本外来では、対象者の背景疾患やニーズに応じて、予防効果の最大化と副反応の軽減を両立するワクチン選択と接種計画を提案している。こうした接種機会の提供は、ワクチン接種率の推進を通じて、重症化予防による医療負荷の低減のみならず、病院全体の感染制御機能の強化に寄与している。本講演では、大学病院という特殊環境における、これら多面的な取り組みについて紹介する。

シンポジウム 20

SY20-2 新型コロナウイルス感染症対策からの学び

岩手県立中央病院 感染管理部（前 岩手県立二戸病院）

鈴木 直子（すずき なおこ）

岩手県は20病院+6診療センターを県立として運営しており、9つの二次保健医療圏ごとに基幹病院を設置している。自身が所属する岩手県立中央病院をはじめ、10病院に13名の感染管理認定看護師（以下CNIC）が配属され、医療局感染対策委員会（以下ICC）の下部組織として感染管理認定看護師部会（以下CNIC部会）が組織されている。CNICは所属病院の異動もある中で、各々の所属する病院での感染対策を普段の業務としているが地域連携を行い圏域の感染対策における問題・課題について、CNIC部会を通じて情報共有を行いながら、効果的な感染対策を県のスケールメリットとして展開している。また、CNICが配属する基幹病院はすべて感染対策向上加算1を算定し、周囲の加算2・3施設との連携により、県全体の感染対策の質の向上に取り組んでいる。これまでCNIC部会では、職員の就業制限期間や復職時の検査、コロナ入院患者の療養期間、面会制限やユニバーサルマスクの実施について情報共有を行いながら、職員がコロナに罹患した場合や濃厚接触した場合の対応手順、コロナ入院患者への対策について推奨策を起案し、ICCを通じて全県立病院へ通知等を行った。今回、コロナが5類へ移行後3年が経過し、改めてCNICの所属病院にて、コロナ対策の現状について、面会やマスクの着用、クラスター対応等について調査を行い、面会は時間・人数・場所の制限、ユニバーサルマスクは7病院で継続、クラスター対応のスクリーニング検査は状況に応じて実施という結果であった。さらに、ユニバーサルマスクから咳エチケットへ変更した病院の現状は来院する患者、職員の多くはマスク着用し来院している現状もあった。さらにユニバーサルマスクや面会制限の解除、スクリーニング検査の廃止等、5類へ移行した当初よりも緩和傾向にあるが、平時の感染対策へのシフトチェンジにおいては病院毎の差異が見られている。誘因として、クラスター発生による入院・救急診療の制限や職員罹患によるマンパワーの低下など、クラスター発生時のインパクトの規模、およびこれらを取り巻く構造、設備の違いも大きく影響したと考えられる。加えて、入院患者の多くが高齢者や重症化リスクの高い患者が多く、季節性インフルエンザよりも致死率が高い事も考慮するとコロナにおいては全県立病院で統一した基準を設け、体制を変化させずらかったと振り返る。しかしながら、地域医療を守るための通常医療の維持は感染対策において必須の課題であり平時から有事へ、そして有事から平時への柔軟な対応と総合的な管理的視点が求められていると考える。今回、コロナへの感染対策の経験を振り返り病院機能維持の視点をふまえ、これまでの感染対策を総括し、改めてコロナ感染対策について一考を述べる。

シンポジウム 20

SY20-3 COVID-19における2類と5類移行後の比較分析及び今後の対応について～介護老人保健施設での感染対策アンケート調査から～

一般社団法人岩手県介護老人保健施設協会

長澤 茂（ながさわ しげる）

【目的】

新型コロナウイルス感染症法の扱いが「2類」（2020年1月～2023年5月7日）から「5類」感染症（2023年5月8日～現在まで）に位置付けられた。当該期間、介護老人保健施設（以下、老健）の対応を検討し新たな感染症に対する取組を検討した。

【方法】

2024年12月から2025年2月までの期間、県内63施設の老健を対象にアンケート調査を実施（回収率76.2%）した。調査項目は、(i) 職員や家族への感染対策 (ii) 面会制限 (iii) 入所者・施設内対応（スクリーニング検査等）(ix) クラスター発生時の対応 (v) 行政連携 (vi) 費用・物資 (vii) 自由記載等である。

【調査結果】

2類では、老健職員の健康チェック、面会制限、スクリーニング検査、ゾーニングで9割以上が厳格な対応をしていた。特に、家族との面会は「原則禁止」「オンラインのみ」が中心で、「対面面会」はごく一部に限られていた。一方、5類後は対面での面会が大幅に緩和された。入居者のQOL（満足度）の向上がみられた。しかし、面会基準は施設ごとに異なり、判断のばらつきが広がっている。入所者対応では、「スクリーニング検査常時実施」は2類で66.7%、5類は25%と減少し、活動制限も緩和された。共用スペースの消毒・換気は「常時」が83.3%から60.4%へ減少。クラスターの対応は、2類で保健所・ICAT（いわて感染制御支援チーム）・医療機関の支援が広範に得られたが、5類は「支援なし」が7割を占め施設に判断を求められるケースが増加した。5類移行、物資の調達改善はしたが費用補助の縮小により「感染対策費の持ち出し」が多数報告された。自由記載では、5類の課題として「判断が施設側に委ねられる場面が増えた」「入院調整の困難」「家族の感染対策意識の低下」「認知症高齢者の隔離困難」「報告業務の負担」などが多く挙げられた。

【考察】

2類は行政主導で統一的な対応が可能であったが、5類後は支援縮小により各施設にそれぞれの判断が求められ、対応に差異がみられた。面会はQOL向上に寄与した一方、基準の不統一が新たな課題となっている。また、制度の変更（療養期間短縮、全数把握廃止、ワクチン有償化等）は、現場の負担を増加させ、感染対策の継続性に影響を与えている。

今後はi) クラスターの最低限の支援ライン（入院調整・検査・物資）の明確化 ii) ICAT等による専門的助言体制の維持 iii) 面会を含む施設対応のガイドライン iv) 感染対策費用の継続的補助が望まれる。老健は在宅復帰や地域支援が求められ、外との親和性が高い。デイサービスの感染対策は振れ幅が大きく5類での感染状況の把握は困難と考える。そのため地域ごと「面会の在り方」に工夫を凝らしているが、少なからず影響を被っている。今後、同様の感染症が発症した場合、5類下での情報共有には課題があると思われる。

シンポジウム 20

SY20-4 最大限の予防から最適な対策へ 地方衛生研究所の立場から

川崎市健康安全研究所

三崎 貴子（みさき たかこ）

COVID-19 流行の初期を振り返ってみると、武漢市衛生局が同市において原因不明のウイルス性肺炎患者 59 人が報告されたと公表したのが、2020（令和 2）年 1 月 5 日のことであった。翌 1 月 6 日に厚生労働省から事務連絡「中華人民共和国湖北省武漢市における非定型肺炎の集団発生に係る注意喚起」が発出されたが、この時点では病原体の特定すらできていなかった。原因が新型コロナウイルスであることが判明し、WHO により暫定的に 2019-nCoV と命名され、全ゲノム解析結果が公開されたのが 2020（令和 2）年 1 月 12 日で、その後 2 月 11 日に国際ウイルス分類委員会が SARS-CoV-2 と正式に命名している。SARS-CoV-2 を原因とする COVID-19 は全世界で調査と研究が行われ、病態が解明され、ワクチンが開発された。驚くべきことに、ワクチンの実用化はウイルス特定からわずか 1 年弱という短期間であり、これは人類史上初めてのことであった。

全国の衛生研究所では、PCR 検査だけでなく、ゲノム解析を行なって変異株を特定しその変化を公表してきたが、ウイルスの変異やワクチンの普及とともに COVID-19 の病態や流行状況もかなり変化している。2024（令和 6）年 7 月 2 日に、日本感染症学会、日本化学療法学会、日本呼吸器学会の三学会が合同で厚生労働大臣に要望書「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療についての情報の up-to-date に関する要望とご提案」を提出し、「今後の新型コロナウイルス感染症においては、重症化リスクがある患者を重症化させない、という点に重点を置くべきである。」と強調した。最大限の予防を講じるという初期の対応から、データやエビデンスに基づいて up-to-date し、有効かつ合理的な対策へと変化してきたと言える。同様に COVID-19 の感染対策についてもこの 6 年で徐々に現場に即した対応に変化している。現在持続している流行や今後も起こり得る流行を見据えて、地方衛生研究所の立場で情報を整理し、最適な対策について考えてみたい。

シンポジウム 21

SY21-1 地域全体で推進する J-SIPHE を活用した感染対策と抗菌薬適正使用

大阪公立大学医学部附属病院 感染制御部¹⁾、大阪急性期・総合医療センター²⁾、南大阪病院³⁾、大阪鉄道病院⁴⁾、東住吉森本病院⁵⁾、大阪暁明館病院⁶⁾、大阪府済生会泉尾病院⁷⁾、友愛会病院⁸⁾、阪和記念病院⁹⁾、大阪公立大学医学研究科臨床感染制御学¹⁰⁾

○岡田 恵代（おかだ やすよ）¹⁾、川波美由紀²⁾、夜久 直也³⁾、坂本 麗花⁴⁾、荻田 千歌⁵⁾、丸岡 実⁶⁾、田中 ちよ⁷⁾、杉本 安代⁸⁾、風間 千陽⁹⁾、藤井 昭人¹⁾、掛屋 弘¹⁰⁾

地域における感染対策および抗菌薬適正使用（Antimicrobial Stewardship：AS）の推進には、施設間で課題を共有し、継続的に評価・改善する仕組みが不可欠である。本発表では、当院が中心となり構築した地域連携ネットワークにおいて J-SIPHE を活用した地域全体で取り組む感染制御の実践について報告する。

当該ネットワークでは、急性期病院から中小病院、介護施設までを含む多施設が参画し、感染対策の標準化と質向上を目標としている。COVID-19 パンデミックを契機に連携体制が強化され、現在は定期的なカンファレンスや ICT ラウンドを通じて、顔の見える関係の構築と実践的な相互支援を行っている。J-SIPHE の導入により、微生物、抗菌薬使用量、手指衛生、医療関連感染などのデータを地域単位で可視化し、施設間比較や経時的評価が可能となった。これらのデータをもとに、耐性菌検出状況や抗菌薬使用の偏りなどの課題を抽出し、地域全体で共有することで、AS 活動および感染対策の重点目標を設定している。

さらに、血液培養の提出数や複数セット率、汚染率といったプロセス指標の評価を通じて、診療の質改善にも取り組んでいる。これらの取り組みにより、一部指標では改善傾向が認められる一方、専門人材が不足する施設では依然として課題が残存している。

地域全体で感染対策と AS を推進するためには、データに基づく現状把握とフィードバックが重要であり、J-SIPHE はその基盤として有用である。今後は、データ活用能力の向上と施設間支援の強化により、より実効性の高い地域連携体制の構築を目指す。

シンポジウム 21

SY21-2 三重県における微生物サーベイランスの変遷と現状

三重大学医学部附属病院 検査部¹⁾、三重大学医学部附属病院 感染制御部²⁾○安田 和成 (やすだ かずなり)^{1,2)}、田辺 正樹²⁾

【はじめに】感染制御の地域連携活動を充実させるにはサーベイランス活動を実のあるものにする必要がある。三重県では、平成 27 年度より各医療機関等の感染対策を医療機関相互で支援できるネットワーク構築を目的として、三重県感染対策支援ネットワーク (Mie Infection Control Network: 以下、MieICNet) を発足した。MieICNet では、アウトブレイク支援や日常的な感染対策への相談支援、微生物・抗菌薬サーベイランス、感染症・感染症対策の情報発信等を行っている。本講演では三重県微生物サーベイランス (Mie Nosocomial Infections Surveillance: 以下、MINIS) について報告する。

【方法】平成 27 年度から令和 3 年度は、専用の解析プログラムを用いて実施していたが、令和 4 年度からは感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) の微生物・耐性菌関連情報を用いてサーベイランスを実施している。

I. 三重県を 3 つの地域 (北勢・中勢・南勢) に分類し、薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン成果指標との比較

II. グラフ集計・出力機能を利用した主な薬剤耐性菌の検出率やアンチバイオグラムの作成

前述の結果を MieICNet 研修会で報告している。

【結果】2024 年の実績として、県内医療機関 93 施設のうち 50 施設が MINIS に参加している。

I. 黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率は、42.1% であり、地域別では北勢 37.1%、中勢 41.9%、南勢 48.2% であった。大腸菌のカルバペネム耐性率は、イミペネム 0.1%、メロペネム 0.2% であった。大腸菌のレボフロキサシン耐性率は、37.3% であった。肺炎桿菌のカルバペネム耐性率は、イミペネム 0.4%、メロペネム 0.5% であった。緑膿菌のカルバペネム耐性率は、イミペネム 11.1%、メロペネム 6.2% であった。大腸菌のカルバペネム耐性率以外は成果指標を達成できていなかった。

II. 主な薬剤耐性菌の検出率などを加算別に算出し、全国データと比較した結果、MRSA 検出率/第三世代セファロsporin 耐性大腸菌検出率/CDI 発生率は加算 1 で同等、加算 2・3 では低かった。キノロン耐性大腸菌検出率は加算 1 でやや高く、加算 2・3 では低かった。カルバペネム耐性腸内細菌目細菌検出率は加算 1・2 でやや高く、加算 3 で同等であった。カルバペネム耐性緑膿菌検出率は加算 1・2 で同等、加算 3 で低かった。

【結論】三重県では平成 27 年度より MieICNet を発足し、MINIS を実施している。地域別での耐性菌検出状況の把握や加算別の菌検出率を比較することで県内の感染制御に役立てている。また、抗菌薬サーベイランスや今年度より実施予定の手指衛生サーベイランスと併せて継続することで、感染制御の地域連携活動をより一層充実したものできると考える。

シンポジウム 21

SY21-3 中小病院における J-SIPHE を活用した双方向型地域連携の取り組み

国家公務員共済組合連合会新別府病院 薬剤科

五十川達哉 (いそがわ たつや)

令和 4 年度診療報酬改定で新設された「感染対策向上加算 1・2・3」および「外来感染対策向上加算」では、すべての加算において抗菌薬適正使用支援 (AS) に関する施設基準が示され、地域単位での AS 活動の推進が求められている。その実践において、感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) を用いて各施設の抗菌薬使用状況などを継続的に把握すること (サーベイランス) は、地域で課題を共有する有用な手段と考えられる。

一方で、本邦の医療機関の多くを占める中小病院では、感染症専門医の不在や薬剤師の人員不足など、医療資源の制約により AS 活動の推進が難しい場合がある。このような状況では、J-SIPHE を通じて得られるサーベイランスデータを日常の AS 活動に結び付けることも容易ではない。

新別府病院 (以下、当院) は、大分県別府市に位置する 263 床の感染症専門医不在の中規模病院である。感染対策向上加算 1 を算定し、感染対策向上加算 2・3 算定施設、未算定施設および診療所を含む計 11 施設と連携している。当院ではこれまで、J-SIPHE を活用して院内の AS 活動を推進してきた。また、地域連携においても、年 4 回の合同カンファレンスでサーベイランスデータを活用してきた。しかし、従来の合同カンファレンスでは当院からの一方的な情報提供が中心であり、各施設が自施設の課題を捉えにくく、AS 活動の推進に十分結び付いていなかった。

そこで 2025 年 4 月から、当院の薬剤師および臨床検査技師が連携施設を訪問し、サーベイランスデータに基づき、各施設担当者と訪問施設における抗菌薬使用状況や課題を共有し、改善策を協議する双方向型の連携を開始した。これにより、サーベイランスデータを各施設の実情に応じた対話と改善行動につなげることを試みた。

本シンポジウムでは、中小病院の立場から、自施設および地域連携における J-SIPHE の活用例を紹介し、実のある地域連携活動の在り方を考えたい。

シンポジウム 21

SY21-4 ローカルな多施設研究で見えてくるとこと

名古屋大学医学部附属病院 中央感染制御部

森岡 悠（もりおか ひろし）

病院間での感染対策・抗微生物薬の適正使用を進める上で、同じ地域にある病院と比較することで自院の特徴・改善点が明らかにすることができる。現在、J-SIPHE を用いることで、デバイス関連医療関連感染症・耐性菌の検出・抗微生物薬の適正使用状況などは他施設と比較が可能になった。一方で、患者背景、関連感染症の全体像・有病率、外来を含めた抗微生物薬の適正使用状況の把握の比較は J-SIPHE では比較できない。そのため、J-SIPHE で得られない情報は、地域で能動的にデータを集める必要がある。

我々は 2020 年に愛知県で横断的疫学研究を行い、医療関連感染症・抗微生物薬使用状況（周術期を含む）を明らかにした。病院の機能・規模により基礎疾患を含む患者背景は大きく異なっていた。医療関連感染症としては、肺炎、尿路感染症、手術部位感染症の順で有病率が高かったが、病院の規模によりこの順位は異なっていた。抗微生物薬使用も、市中感染症に対してはセフトリアキソンが最多で使用されていたものの、医療関連感染症に対しては、メロペネムが最多である現状が明らかとなった。これらの結果を参加施設のみならず、愛知県の当時感染対策防止加算 1 の病院にフィードバックを行った。

外来の抗菌薬の処方状況は、件数が多いこと、タイムリーに介入が困難なこともあり、どのような患者に何を処方しているのかの把握が困難である。そのため、レセプトなどを用いたリアルワールドデータによる解析は存在していたが、大規模な質的データが存在しなかった。2025 年、愛知県 33 の病院において、外来での抗菌薬投与状況において、適応、適切性などについて評価した。AMR アクションプランにおいて減らす対象となっている第 3 世代のセファロスポリン系抗菌薬は減少し、全体の不適正率は低下しているものの、マクロライド系抗菌薬やフルオロキノロン系抗菌薬の処方状況は大きくは変わっていないことが分かった。また、地域全体で予防的抗菌薬（特に ST 合剤）の処方割合が増加していた。

上記に加え、現在行っている愛知県での診療所を加えたアンチバイオグラムの作成についても述べる予定である。

シンポジウム 22

SY22-1 東京精神科病院協会の感染症対策委員会の概要

公益財団法人 井之頭病院¹⁾、東京精神科病院協会 感染症対策委員会²⁾西村 和子（にしむら かずこ）^{1,2)}

東京精神科病院協会（以下東精協）の感染症対策委員会は、2015 年東精協会長からの提案により、翌年 2016 年（H28）に設置され活動が開始された。精神科病院という特有の医療環境における感染対策の必要性の高まりを背景に設置された専門委員会である。東精協は、「精神科病院（医療機関）」が会員となる施設団体（業界団体）であり、感染症対策委員会は主に会員病院での感染対策を検討する点に特徴がある。精神科病院では、入院患者の高齢化、精神疾患の特徴、閉鎖的な病棟構造、集団生活、専門家の不足という点などから、インフルエンザや結核などの感染症が拡大しやすいという課題が従来から指摘されてきた。こうした状況を受け、各医療機関が個別に対応するだけでなく、協会全体として標準的な対策を共有し、感染対策の底上げの必要性が認識されるようになった。また、精神科病院では感染対策の導入時にもリスクを考慮する必要があり、各病院の感染対策担当者は情報共有の場を必要としていた。特に 2000 年代以降、SARS や新型インフルエンザ、さらに近年の COVID-19 の流行を契機として、精神科医療における感染管理体制の強化は喫緊の課題となった。この流れの中で、東精協内に感染症に特化した委員会が整備され、感染対策の担当者同士の顔の見える関係づくりを目的に連絡会が開催され、さらに新しい知見を学ぶために専門家を招いた研修会を企画している。また、会員病院のニーズ把握のために毎年アンケートを実施している。COVID-19 の流行時期には通常の活動は休止されたものの、専門的知見をもとにガイドラインを作成したり、アウトブレイクの支援では自治体と協力し訪問支援にも取り組んできている。

シンポジウム 22

SY22-2 感染担当者連絡会および院内感染対策研修会の活動報告

医療法人財団 青溪会 駒木野病院¹⁾、一般社団法人 東京精神科病院協会 感染症対策委員会²⁾

金成 千鶴 (かなり ちづる)^{1,2)}

東京精神科病院協会(以下東精協)で平成28年より感染症対策委員会が発足され、会員病院間での情報交換や意見交換を通して院内感染対策強化に繋がる顔の見えるネットワーク構築を目指し、東精協感染対策担当者連絡会を年2回(東京23区内、多摩地区に各1回)と東精協の会員病院における感染症対策担当者の教育として感染症対策研修会を年1回開催した。精神科病院では加算取得している病院も少なく、感染領域のスペシャリストも少ないため様々な課題を抱えている。そこで連絡会では感染対策担当者を対象とし、施設で抱える問題を「テーマ」にあげ、講義とグループワークで情報交換・意見交換の場とした。内容は、施設内での取り組みを主に「ICTラウンドの実際」「自施設における手指衛生の取り組み」「今更聞けない新型コロナウイルス感染症の実際」「個人防護具(PPE)の基礎知識・着脱のデモンストレーション」「オムツ交換時のPPE交換と手指衛生のタイミング」について講義やディスカッションを行った。当委員会の主旨でもある「顔の見える関係づくり」ができ、精神科単科で抱える「専門知識不足」の不安が解消されて行くことが示唆された。参加者は看護師だけでなく各施設の感染対策の役割を担った薬剤師・臨床検査技師・介護士・保健師など様々な担当者が参加されており、思いのほか需要が多いことが分かった。また、参加者からは「他の施設の様子を聞く良い機会となった。」「平時から相談窓口やラウンドの実施してほしい」と要望が多く聞かれ今後の課題とした。研修会では、東精協会員病院のニーズに合わせて感染対策協強化に繋がる最新情報の発信や教育の目的とし、東精協の感染対策委員会メンバー講義だけではなく、外部講師を迎えて講演を開催することで大きな学びとなった。パネルディスカッションではQRコードで質問を入力してもらいQ&A方式でパネリストが問題解決に向けて質疑応答を行い活発な意見交換の場となった。精神科病院の感染対策は単一の病院の努力のみならず地域全体で多様なネットワークづくりが不可欠であり、「顔の見える関係づくり」は有事に際の迅速な対応を支える基盤となると考える。今後は、会員病院間のネットワークづくりの柱である感染症担当者連絡会や研修会での継続的な教育・啓発活動が重要である。また情報の共有、プラットフォームの構築や会員病院間でのラウンド実施の現実に向けて検討している段階である。

シンポジウム 22

SY22-3 東京都内の民間精神科病院における感染対策の現状と変遷—東京精神科病院協会による継続的アンケート調査の結果から—

医療法人社団積信会 長谷川病院

川内 健史 (かわうち たけし)

【目的】東京都内の民間精神科病院における院内感染対策の充実と実情把握を目的として、東京精神科病院協会(以下、東精協)は平成28年度に感染症対策委員会を設置した。以来、会員病院を対象とした実態調査を毎年実施し、その結果を研修や事業立案に活用してきた。

本調査は新型コロナウイルス感染症のパンデミックにより令和2年度より中断し、令和5年度から再開された。

本発表では、約10年間にわたる調査データの推移を分析し、コロナ禍を経て東京都内の民間精神科病院の感染対策がどのように変遷し、現在どのような課題に直面しているかを浮き彫りにすることを目的とする。

【方法】東精協会員病院を対象に、組織体制、感染症発生状況、手指衛生、抗菌薬適正使用、環境整備等の項目について自記式アンケート調査を実施した。平成28年度から令和7年度までの各年度の主要データを比較検討した。

【結果】1. 組織体制と診療報酬: ICT(感染対策チーム)の設置率は、H28年度の53.7%からR7年度には85.7%に達した。ICT構成メンバーでは、薬剤師や精神科医の参画が顕著に増加した。一方、感染対策向上加算の算定状況は、R7年度時点で「加算3」が47.6%、「算定なし」が47.6%と二分される現状が浮き彫りとなった。2. 感染症発生状況とPPEの設置: パンデミック期(令和4年)はCOVID-19の発生が97.8%に達したが、令和6年度にはインフルエンザが57.1%まで再燃している。環境整備では、環境クロスの普及率がH30年度の71.8%からR7年度には95.2%まで向上した。また、N95マスクやガウン等のPPE(個人防護具)の設置率は、コロナ禍を経てほぼ100%の水準を維持している。3. 薬剤耐性菌: MRSA(78.6%)やESBL産生菌(64.3%)の検出が高い水準で推移する中、CREの検出率は、H30年度の2.6%からR6年度に8.3%、R7年度には19.0%へと急増している。一方で、抗菌薬適正使用支援チーム(AST)の設置率は20%にとどまり、抗菌薬使用量の数値目標を設定している施設はわずか4.9%であった。4. 手指衛生とラウンド: 手指衛生の直接観察法を実施している施設は9.8%と低迷し、53.7%が今後の実施予定なしと回答した。ラウンドの実施率は85.7%と定着している。そのうち、環境ラウンドはすべての施設で実施しているが、抗菌薬適正使用に関するラウンドは17.9%に過ぎなかった。

【結論】本調査により、都内の民間精神科病院においてICTの組織化やPPEの設置、環境整備といった「ハード面」の対策はコロナ禍を経て大きく進展したことが示された。しかし、CRE検出率が19.0%まで急増している現状は、精神科病院においても高度な薬剤耐性菌対策が喫緊の課題であることを示している。現状では、ASTの設置や抗菌薬使用の数値管理、手指衛生の質的評価といった「ソフト面」の取り組みが十分とは言えない。

本委員会では、これらの調査結果に基づき、今後の研修事業を推進していく必要があると考える。

シンポジウム 22

SY22-4 東京精神科病院協会感染症対策委員会による COVID-19 クラスター支援・研修・マニュアル作成について

昭和医科大学烏山病院

池ヶ谷訓章（いけがや のりあき）

東京精神科病院協会（東精協）では、COVID-19 パンデミック初期より、精神科医療機関特有の課題に対応するため、会員病院への多面的な支援を行ってきた。第一に、クラスター発生病院への支援として、東精協感染症対策委員会のメンバーが現場に入り、病棟スタッフと直接対話しながら感染対策の実践的介入を行った。当時は東京都の疫学調査チームや保健所など複数の支援組織が同時に介入しており、現場は混乱していた。さらに COVID-19 が新興感染症であったため、支援者側も手探りの状況であった。その中で当委員会が最初に取り組んだのは、適正なゾーニングの構築である。当初は、ナースステーションを含む病棟全体をレッドゾーンとして運用し、スタッフが常時 full PPE で業務を行う状況がみられ、現場スタッフの疲弊が顕著であった。そこで、感染リスクを適切に評価したうえでグリーンゾーンを拡大し、サージカルマスクのみで業務を実施できる環境を整備した。更に PPE の着脱手順の徹底、手指衛生の強化、環境整備、患者へのマスク着用や手指衛生の指導など、精神科病棟の特性を踏まえた介入を段階的に実施した。第二に、研修体制の維持・強化として、平成 28 年から継続してきた感染対策研修会が COVID-19 の影響で対面開催困難となったことを受け、オンデマンド形式の Web 研修を企画・実施した。精神科医療機関に求められる感染対策の基礎から、COVID-19 クラスター対応、PPE の実践、精神科特有の場面での感染管理など、会員病院が自施設の状況に応じて学習できる内容を提供し、研修機会の確保に寄与した。第三に、会員病院からクラスター報告が相次いだことを受け、精神科医療に特化した COVID-19 対応マニュアルを作成した。多くの精神科病院には感染症専門家が不在であり、「精神科では感染対策は難しい」「専門家がいらない、予算もない」といった風土的課題も存在した。そこで当委員会では、精神科病棟の構造や患者特性を踏まえ、実践可能で現場に即したマニュアル作りを重視した。具体的には、full PPE 下での鍵の取り扱い、患者の協力が得られにくい状況でのゾーニング運用、隔離や動線管理の工夫など、精神科ならではの課題に対応する内容を盛り込んだ。以上の取り組みにより、東精協はパンデミック下において精神科医療機関の感染対策力向上に寄与し、現場の混乱軽減と持続可能な感染管理体制の構築を支援した。

シンポジウム 23

SY23-1 高齢者福祉施設における疥癬アウトブレイクの実地疫学調査から明らかとなった要因と課題

国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 応用疫学研究センター¹⁾、国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 薬剤耐性研究センター²⁾、東京都板橋区保健所³⁾、東京都多摩府中保健所⁴⁾

○高橋あずさ（たかはし あずさ）¹⁾、黒須 一見^{1,2)}、長嶺 路子³⁾、安岡 圭子⁴⁾、
島田 智恵¹⁾、砂川 富正¹⁾

疥癬は、効果的な治療薬の保険適用や診療ガイドラインの確立により、個々の症例の治療は容易になった一方で、診断の困難さや集団発生対応に関する明確な指針の不足等の課題がある。

保健所支援として実地疫学調査を実施した本事例では、全入居者の 55%（52/95 人）、延べ 80 例が疥癬の確定例・治療例・可能性例のいずれかの症例定義に該当し、約 1 年 3 か月にわたり感染伝播が持続していたことが明らかとなった。症例は介護度が高く、職員の接触機会が多かったことが確認され、疥癬の再燃と考えられる症例も認められた。伝播が持続した要因として、診察を行った医師が診断にあたり虫体検出を重視したこと、診察時に施設内の流行状況が十分に共有されていなかったことによる診断・対応の遅れ、複数医療機関の関与による治療方針の不統一、職員の感染対策に関する知識・実践機会の不足、施設内の情報共有不足が挙げられた。

これらのことから、本事例は、未診断例や再燃・再感染例を契機に、主に職員の手指を介した伝播が長期に持続した事例と考えられた。高齢者施設における疥癬対策では、施設内での平時からの早期探知・受診体制の整備、ガイドラインに基づく一貫した対応、職員が適切な感染対策を実践可能な体制づくりが必要である。加えて、アウトブレイクを疑う場面では、施設は必要に応じ、保健所を通じて地域の専門家から診療・感染管理の助言や支援を受ける等、地域での連携による対応が重要である。

（会員外協力者：池上千晶、折目郁乃、熊倉恵美）

シンポジウム 23

SY23-2

疥癬の地域的集団発生に対する感染拡大防止の取り組み—感染管理認定看護師主導で取り組んだ地域ネットワークの構築—

JA長野厚生連 下伊那厚生病院 感染対策室¹⁾、飯田市立病院 感染管理室²⁾、信州大学医学部附属病院 感染制御室³⁾
○中山 秀明 (なかやま ひであき)¹⁾、桜井 一彰²⁾、金井信一郎³⁾

長野県飯田下伊那地域では、2025 年 2 月の初発例を契機に、約 20 年ぶりとなる疥癬の集団発生が確認され、現在も発生が継続している。感染者の多くは、通所・入所を含む高齢者介護施設（以下、施設）を利用する高齢者であるが、同年 7 月から 9 月にかけては医療機関において角化型疥癬の患者が確認され、多くの医療従事者への感染が生じた。疥癬は潜伏期間が長いことに加え、他の皮膚疾患との鑑別が困難であること、さらに高齢者が複数の介護サービスを利用している実態が、感染制御を困難にする要因となっている。

今回の発生に伴い、専門家を招聘した疥癬講演会の開催や、感染管理認定看護師（以下、CNIC）による臨時ハイブリッド研修会、さらに CNIC が定例開催している高齢者施設従事者向け研修会において疥癬対策を取り上げるなど、医療・介護従事者の知識向上を通じた感染対策の推進に取り組んできた。さらに 2026 年 1 月より、地域の感染対策ネットワークにおいて、感染対策向上加算 1 医療機関に所属する CNIC が中心となり、保健所および医師会と連携して「疥癬発生動向調査」を開始した。本調査は管内 172 施設を対象とし、届出対象感染症と同様に報告を義務化した。届出用紙には「感染対策相談希望の有無」の欄を設け、CNIC が介入可能な体制も整備した。

これにより、迅速な情報収集と現場への直接介入が可能となるとともに、収集した情報を医療機関や施設へフィードバックすることで、地域全体を巻き込んだ対策が実現された。届出を行った施設管理者を対象としたアンケートでは、「保健所や専門家に相談できる体制があることは心強い」、「CNIC に現場介入を依頼することで具体的な指導を受けられた」など、本取り組みの有用性が示された。一方で、介入を通じて施設における標準予防策の不十分さも明らかとなった。個人防護具の適切な着脱や手指衛生の実施は向上傾向にあるものの、特にリネンの取り扱いなどに課題が認められた。また、通常疥癬と角化型疥癬の中間的な症例において、医師間で診断に差異がみられることや、それに伴う現場での対応方針の判断にも課題があることが示唆された。

本活動が迅速に開始できた背景には、地域における新型コロナウイルス感染症対策の経験が寄与している。入院病床の見える化、施設クラスター発生時の関係機関による Web 会議の実施、迅速な CNIC 派遣体制の構築・運用など、地域一体での取り組みを通じて CNIC が重要なリソースとして機能してきた経緯がある。これにより、組織間の垣根を越えた「顔の見える関係」が構築され、CNIC に対する信頼と期待が醸成されたと考えられる。今後は、明らかとなった課題の改善に取り組むとともに、疥癬に限らず感染症対策全般における地域連携をさらに強化することが、感染対策の質の向上につながると考えられる。

シンポジウム 23

SY23-3

「地域ケアにおける疥癬対応マニュアル」改訂と普及の取り組み～東京都多摩立川保健所～

東京都杉並区 杉並保健所¹⁾、前 東京都健康安全研究センター²⁾、東京都 多摩府中保健所³⁾、東京都 板橋区保健所⁴⁾
○土方 奈々 (ひじかた なな)¹⁾、岩下 裕子²⁾、安岡 圭子³⁾、長嶺 路子⁴⁾

疥癬はヒゼンダニによる皮膚感染症であり、皮疹および皮膚そう痒を主症状とする。確定診断は熟練した皮膚科医でも顕微鏡等による虫卵・虫体の検出が困難な場合があり、臨床症状や疫学情報を踏まえた総合的な判断が重要である。自然治癒が期待できず、潜伏期間が 1～2 か月と長いことは、集団発生事例が長期化する要因である。また、本疾患は感染症法に基づく届出対象ではないため、発生動向の把握が難しく、保健所が探知した時点で既に感染が拡大している事例も少なくない。

「地域ケアにおける疥癬対応マニュアル」は平成 21 年の第 3 版発行以降、社会福祉施設等における集団発生時の対応指針として活用されてきた。しかし、令和 5 年度に多摩立川保健所において複数の大規模集団事例を経験した結果、既存マニュアルでは集団発生時の感染拡大防止策や、施設・保健所・医療機関間の連携体制に関する記載が十分でないと判断し、改訂に着手した。

改訂にあたって、まず保健所職員により改訂案を作成し、令和 6 年度に学識経験者や集団発生対応を経験した施設等で構成される改訂部会を計 3 回開催した。具体的には、治療を含む医学的情報を最新の知見に基づき更新するとともに、集団発生時における各機関の具体的な対応手順や連携方法を新たに明記した。また、集団としての皮膚観察期間は、疥癬の治療後もそう痒が遷延する可能性や再燃・再発のリスクを踏まえ、皮膚観察の継続が必要であることを前提に、目安として 6 か月とした。加えて、積極的疫学調査等で頻繁に寄せられる相談事項（治療後のそう痒への対応、ケアに従事する職員の感染対策、清掃方法、衣類の処理方法等）の記載を充実させ、Q&A 形式の項目も一部改訂した。さらに、報告様式および施設内掲示資料は写真やイラストを用いて視認性を高め、現場で即時活用できる 18 のツールを付録として収載した。

改訂後は、地域の関係機関や行政職員を対象とした研修会（77 施設・253 名参加）を開催し、冊子を配布したほか、疥癬対応の啓発とともに改訂の経緯および活用方法の周知を行った。また、紙媒体に加えてホームページからの無料ダウンロードを可能とし、東京都庁において有償刊行物としての販売も開始した。現在も保健所では日々の業務の中で改訂マニュアルを活用し、施設への助言や普及啓発を実施しており、施設職員との情報共有の円滑化にも寄与している。

疥癬の集団発生対応には、地域における関係機関連携のもと発生状況の把握、迅速な診断治療および情報共有が不可欠である。今回の改訂マニュアル第 4 版がその一助になることを期待し、主な内容と改訂のポイントについて紹介する。

シンポジウム 23

SY23-4 疥癬のアウトブレイクに遭遇したあなたに伝えたいこと

東京品川病院

牧上久仁子（まきがみ くにこ）

効果の高い疥癬治療薬（イベルメクチンとフェノトリン）の登場により、疥癬の治療はそれ以前に比べ格段に容易になったが、いまでも高齢者施設や病院でのアウトブレイクが問題になっている。疥癬の感染制御をする際に意識すべきことは、診断が難しいこと、感染力が全く異なる2つの病態があること、1ヶ月～数ヶ月と潜伏期間が長いこと、治療することで感染力が低下すること、治療しても皮疹や痒みなどの症状が改善するには時間がかかること、の5点である。

1. 診断が難しいこと：疥癬の皮疹やかゆみはヒトヒゼンダニが表皮に寄生することに対するアレルギー反応で、その皮膚所見は多彩である。他の皮膚疾患との鑑別診断が困難な場合があり、確定診断にはヒゼンダニ虫体またはその由来産物の検出が必要であるが、技術と慣れを要する。

2. 感染力の異なる2つの病態：疥癬の感染力は通常弱く、密な接触なしには感染が成立しない。アウトブレイクは免疫低下などを背景に桁違いにヒゼンダニが増えた角化型疥癬がsuper-spreaderとなっておこる。角化型疥癬は通常疥癬とは異なる皮膚所見を呈する。疥癬を「かゆいボツボツ」と思い込んでいると見逃すことがある。

3. 潜伏期間が長いこと：角化型になってしまうのは全身状態の悪い患者が多く、かゆみを全く訴えないことがある。角化型患者が診断されないまま死亡退院した1～数ヶ月後に、二次感染者が疥癬と診断されてアウトブレイクが覚知されることがある。アウトブレイクに対して「できることはなんでもやろう」と接触者の予防的治療を行っても、思いも寄らないところから潜伏期を抜けた新規発症者が出ることも「疥癬あるある」である。

4&5. 治療により感染力はすみやかに低下するが、症状が軽快するには時間がかかる：イベルメクチンやフェノトリンで治療すると、すみやかに患者の体表の生きたヒゼンダニが激減し、感染力が低下する。これは角化型でも同様である。その一方、死んだヒゼンダニが表皮からの脱落するには時間がかかる。ヒゼンダニの死骸もアレルギーとなるので、症状は治療直後には変化せず、ゆっくり軽快していく。

疥癬は潜伏期が長いために、感染源の特定が難しく、どのように感染が伝播したかを推測することも難しい。悩んだときには「通常疥癬は感染力が強くない」こと、「新規発症者を第2・第3の角化型疥癬にしないように治療していれば、かならずアウトブレイクは終息する」こと、「疥癬のアウトブレイクの終息には時間がかかるが、それはあなたの対策が不十分な訳ではなく、そもそもそういうものだ」ということを思い出してほしい。

シンポジウム 24

SY24-1 抗菌薬アレルギー時の代替療法とデラベリングの重要性

久留米大学病院 薬剤部¹⁾、久留米大学病院 感染制御部²⁾

○酒井 義朗（さかい よしろう）¹⁾、天本 雄大¹⁾、樋口 恭子¹⁾、森田 真介²⁾、
片山 英希²⁾、三浦 美穂²⁾

アレルギーは多くの薬剤で発現し、抗菌薬でも認められる。その中でペニシリン系薬によるアレルギーは最も一般的な薬物アレルギーとされ、入院患者の最大15%に報告されている[C E Lee, et al. Arch Intern Med. 2000 160 : 2819-22.]。抗菌薬アレルギーと診断された場合は診療のアルゴリズムが報告されている。感染症の治療および予防において、抗菌薬は重要な役割を担うが、近年は代替薬を使用することでの問題点が示されている。ペニシリンアレルギーが治療に与える影響には以下のことが挙げられる。

クリンダマイシンの使用増加 [Kimberly G Blumenthal, et al. JAMA Intern Med. 2020 180 : 1120-2.]

抗菌薬コスト増加 [N Powell, et al J Hosp Infect. 2020 106 : 35-42.]

入院期間の延長 [N Powell, et al. J Allergy Clin Immunol. 2014 133 : 790-6.]

代替抗菌薬による有害事象の発生率の上昇 [Derek R MacFadden, et al. Clin Infect Dis. 2016 63 : 904-10.]

MRSA等の感染症のリスク増加 [Kimberly G Blumenthal, et al. BMJ. 2018 361 : k2400.]

手術部位感染の増加 [Philip W Lam, et al. Infect Control Hosp Epidemiol. 2020 41 : 438-43.]

治療の失敗 [Meghan N Jeffres, et al. J Allergy Clin Immunol. 2016 137 : 1148-53.]

死亡率の増加 [Kimberly G Blumenthal, et al. J Gen Intern Med. 2019 34 (9) : 1685-7.]

このような理由から、代替薬を使用する場合は患者が真のアレルギーかを十分な問診を行い使用しなければならない。ただし、重症な遅延型反応などを起こしたことがある患者では代替薬を用いた治療となる。代替薬を選択する場合は対象とする感染症、原因菌、薬剤感受性を考慮した薬剤選択を行わなければならない。

今回はアレルギーの診断から代替薬の考え方とデラベリングの重要性について当院の事例を交えて発表する。

シンポジウム 24

SY24-2 ベータラクタムアレルギーに対するデラベリングプロトコルを実践するための考察江戸川病院感染制御部¹⁾、聖路加国際病院感染症科²⁾、聖路加国際大学大学院看護学研究科国際看護学³⁾○石川 和宏 (いしかわ かずひろ)¹⁾、森 信好²⁾、大田えりか³⁾、赤川 善彦¹⁾

導入ベータラクタムアレルギーの誤ったラベリングは、最適な抗菌薬治療の妨げとなり、広域抗菌薬使用の増加や薬剤耐性菌 (antimicrobial resistance : AMR) の進展につながることが報告されている。一方、欧米では Penicillin Allergy Decision Rule (PEN-FAST) や Antibiotics Allergy Assessment Tool (AAAT) といったデラベリングツールが開発され、診療ガイドラインにも組み込まれている。しかし日本では十分に普及していない。本研究では、独立行政法人医薬品医療機器総合機構 (Pharmaceuticals and Medical Devices Agency : PMDA) の副作用報告データベース (Japanese Adverse Drug Event Report : JADER) を用いてベータラクタムアレルギーの実態を解析するとともに、PEN-FAST の統合解析結果を提示し、当院で実践しているデラベリングプロトコルを紹介する。方法 PMDA ウェブサイトより取得した JADER データ (2015 年 1 月～2025 年 12 月) を用いて、重症ベータラクタムアレルギーの疫学を解析した。さらに、ランダム化比較試験および観察研究を対象として PEN-FAST の統合解析を行い、PEN-FAST スコア ≤ 2 (low risk) を陰性と定義した際の診断精度、デラベリング率、副作用発生率を評価した。研究の質評価には QUADAS-2 を使い、エビデンスの確実性は GRADE アプローチにより評価した。結果 JADER には 13,662 件のベータラクタムアレルギーが報告されていた。重症例として、アナフィラキシーショックなどの即時型反応が 997 例 (7.30%)、ステープルス・ジョンソン症候群などの遅延型重症皮膚障害が 1,333 例 (9.76%) であった。死亡例は 628 例 (4.6%) であり、ベータラクタム関連副作用報告における死亡例の約 2 割 (128/628) を占めた。PEN-FAST の統合解析では 15 研究 (ランダム化比較試験 2 報、観察研究 13 報)、計 4,133 例を対象とした。陰性的中率 (negative predictive value : NPV) は 95.5%、デラベリング率は 87.3% (スコア ≤ 2 では 95.0%)、即時型または重篤な有害事象は 1% 未満であった。QUADAS-2 ではランダム化比較試験は low risk、観察研究では 12 研究が high risk であった。GRADE によるエビデンス確実性は中等度と評価された。考察 PEN-FAST は低リスク患者に対する皮膚試験を省略した直接経口負荷試験戦略を支持する有用なツールである。この戦略はペニシリンアレルギーのデラベリングへのアクセスを拡大し、不適切な抗菌薬使用の是正および AMR 対策への寄与が期待される。一方で JADER 解析では死亡例も一定数報告されており、安全性に配慮した慎重な運用が必要である。当院では臨床研究として同意取得、標準化問診票、感染症専門医によるダブルチェックを行い、必要に応じて AAAT を併用したデラベリングプロトコルを実践しており、現時点で重大な有害事象は認めていない。

シンポジウム 24

SY24-3 抗菌薬アレルギーの正確な情報収集と把握、抗菌薬選択支援体制の構築に向けた取り組み

鹿児島大学病院 感染制御部

○茂見 茜里 (しげみ あかり)、高橋 宜宏、有村 尚子、稲森 彩、川村 英樹

日本医療安全調査機構で実施された注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例分析に基づく『医療事故の再発防止に向けた提言』において、抗菌薬は造影剤と同等にハイリスク薬とされ、投与開始後 5 分以内の症状発現が大多数であり、投与後の十分な症状観察とショックやアナフィラキシー症状出現時の事前の体制確保が重要となる。特に、感染症診療の主軸となる β -ラクタム系薬は抗菌薬アレルギーの原因薬剤としての報告が最も多い。日本化学療法学会『抗菌薬投与に関連するアナフィラキシー対策のガイドライン』にはショック既往患者では皮膚反応試験陰性確認のうえで別系統の β -ラクタム系薬は慎重投与可とされているが、緊急性を要する状況では皮膚反応試験実施が困難であることに加え、粘膜障害を伴う遅延型アレルギーの重症薬疹症例ではすべての β -ラクタム系薬を回避することが推奨されるものの、アレルゲンとしての診断が難しい一方、被疑薬とされると抗菌薬の選択がかなり限定されることも問題となる。一方で、ペニシリンアレルギーと自己申告する患者の 85-90% は皮膚試験 (陽性的中率 : 約 50%、陰性的中率 : 97-99%) が陰性だったとする報告があり、アレルギー歴の正確な情報収集は不要な抗菌薬回避につながるが、当院での抗菌薬アレルギー相談事例でも、アレルギー症状や発現時期、ショックの有無を含めた重症度に関する把握が十分でない事例が多い。そこで、我々はアレルギー歴聴取から抗菌薬投与に至る過程での院内での運用上の問題点や課題の抽出を行い、1. 入院時に全患者に実施される『アレルギー記録簿』では抗菌薬アレルギー問診での重症度や発現時期の内容が不十分、2. 抗菌薬投与時の判断フローとして使用される『抗菌薬投与時間診票』では抗菌薬アレルギーが疑われる症例での特に β -ラクタム薬に関する抗菌薬選択の判断が困難であることが考えられた。当院では課題解決のためマニュアル管理を行っている医療安全管理部と協議を行い抗菌薬アレルギー問診内容の見直しを行うことで患者基本登録へのより詳細なアレルギー情報の一元管理を図るとともに、抗菌薬アレルギーが疑われる症例への対応について感染対策マニュアルの整備とそれに基づく抗菌薬投与時間診フローの見直しを図っている。今後、運用開始後のデラベリングならびに抗菌薬適正使用への効果について検討し、更なる改善を行う必要がある。また、アレルギー歴に関する情報源の不足の要因として、患者自身によるアレルギー情報の把握や他の医療機関からの紹介状やお薬手帳の情報も十分とはいえない状況がある。院内で新たに発生した抗菌薬アレルギーに関する他院、調剤薬局への正確な情報提供体制の構築も大きな課題であり、医療 DX を含めた情報共有の改善が期待される。(非会員協力者 大塚隆生、内門泰斗、久保田真吾、大川大輔、東祐子、高見利恵、川野寛希、下野奨平、有村昂太郎、高橋菜緒、金澤直子)

シンポジウム 24

SY24-4 抗菌薬アレルギー登録システムの現状と課題

九州大学病院グローバル感染症センター¹⁾、九州大学病院薬剤部²⁾○小林 里沙 (こばやし りさ)¹⁾、佐々木恵一^{1,2)}、三宅 典子¹⁾

国内におけるアナフィラキシー死亡例の約半数は医薬品であり、特に、抗菌薬は発症例が多い薬剤として挙げられている。そのため、多くの医療機関ではアレルギー情報の取得および職種間で共有するためのシステムが構築されている。アレルギー情報は患者からの聴取や医療機関からの診療情報より取得し、医師、薬剤師、看護師などが登録することが多い。しかし、アレルギー発症時の記憶が曖昧ことや、症状がアレルギー反応であるかの不確実性など、信憑性に欠ける情報も含まれていることも多く、正確な情報の取得に苦労している。また、情報共有においても、発症時期や症状の詳細が取得しにくいアレルギー登録のフォーマットであったり、得られた情報のカルテ記載が共有しにくいことにより、一度アレルギー登録された薬剤は使用を回避せざるを得ない状況であることも事実である。また、多数の後発医薬品や合剤の把握に困難が生じていること、医療機関ごとの異なる採用薬により、アラート機能を有効活用できないなども問題点として挙げられる。感染症治療においても同様であり、特にアレルギーの原因薬剤として報告の多いβ-ラクタム系抗菌薬では代替薬の選択に難渋することも少なくない。投与時における安全確保のための対策は重要であるが、実際にはアレルギー対象でない薬剤までもアラート機能によりアレルギー対象薬剤と誤認されるなど、抗菌薬選択に大きな影響を及ぼしているのも事実である。

九州大学病院（以下、当院）における薬剤アレルギー対策においても同様の課題がある。医療安全の観点からアレルギー情報の取得の習慣化は定着しつつあるが、情報の不確実性に対する対応は次なる課題と言える。当院のASTでは、年間650件に及ぶ感染症診療のコンサルトに対応しており、2025年度のコンサルト内容をもとに、抗菌薬アレルギー登録された患者に対するコンサルト内容を調査した。その結果、アレルギー対応に対して具体的に助言した症例は少数であった。しかしながら、ASTでは迅速かつ安全な感染症診療の支援が求められるため、アレルギー登録された抗菌薬は回避せざるを得ないのが現状である。本シンポジウムでは、当院におけるアレルギー対応の傾向を分析し、看護師の視点から課題を明らかにする。

シンポジウム 24

SY24-5 抗菌薬アレルギーに対するデラベリングの実践と課題—アレルギー中心拠点病院における取り組み—

国立成育医療研究センター アレルギーセンター 総合アレルギー科¹⁾、山梨大学 医学部 小児科²⁾○原間 大輔 (はらま だいすけ)^{1,2)}、山本貴和子¹⁾、福家 辰樹¹⁾

抗菌薬アレルギーは自己申告では一定の頻度で認められるが、詳細な評価により真のアレルギーと診断される症例は限られている。不正確なラベリングは有効な抗菌薬の使用制限を招き、広域抗菌薬への依存や治療成績への影響を通じて、抗菌薬耐性(AMR)の進展にも関与しうる重要な問題である。抗菌薬適正使用支援プログラム(ASP)においても、抗菌薬アレルギー歴の再評価およびデラベリングの必要性が指摘されているが、本邦においてはその実践体制や運用の実態に関する報告は限られている。当院は日本で最大規模の小児・周産期・産科・母性医療を専門とする高度先進医療研究センターであると同時に、アレルギー疾患中心拠点病院としての機能を担っており、小児の抗菌薬アレルギーに対する体系的な評価体制を構築してきた。具体的には、詳細な問診によるリスク評価を基盤とし、皮膚テストや血液検査を組み合わせ、必要に応じて薬剤負荷試験を段階的に実施するプログラムを運用している。また、評価結果の可視化や患者教育の強化を目的として説明資料の整備やフィードバック体制の構築を行い、診断結果を臨床現場で活用可能な形で共有している。これまでに妊婦を含む症例に対してデラベリングを実施しており、周産期における抗菌薬選択の最適化という観点からもその有用性を認識している。本講演では、こうした取り組みの全体像を概説するとともに、小児における、疑いも含む抗菌薬アレルギー症例を対象とした後方視的検討の結果の一部を提示する(本研究に関係するすべての研究者は「ヘルシンキ宣言」ならびに「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に則り研究を実施する。受付番号:2025-244)。当院における薬剤アレルギー疑い症例の中では抗菌薬が最多を占め、多くの症例でデラベリングの実施が可能であった。評価を完了した症例の中では、一定割合で抗菌薬の使用制限が解除または緩和され、抗菌薬適正使用の観点から有用であることが示唆された。一方で、患者の全身状態、来院継続の困難性、家族の意思決定などにより評価が完了できない症例も一定数存在し、小児特有の臨床的・社会的要因が実装の障壁となる可能性が明らかとなった。抗菌薬アレルギーに対するデラベリングは、AMR対策の一環として今後さらに重要性を増すと考えられる。中心拠点病院としての実践を通じて得られた知見を基に、デラベリングの普及に向けた体制整備と、実臨床における課題への対応について考察する。

シンポジウム 25

SY25-1 日本における重症熱性血小板減少症（SFTS）の包括的な疫学解析

国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所

加藤 博史（かとう ひろふみ）

重症熱性血小板減少症候群（SFTS）は、致死率の高いマダニ媒介性ウイルス感染症であり、感染症法における全数把握対象の4類感染症である。2013年に届出疾患となって以降、SFTSの届出数は徐々に増加傾向になり、2025年に過去最高となった。さらに、SFTSの感染推定地域は、中部以西の西日本が中心であったが、2025年は茨城県、栃木県、神奈川県、北海道と東日本や西日本においても届出があり、徐々に東に拡大している。これらのことより、公衆衛生上の重要性が一層高まっている。

本シンポジウムでは、まず感染症発生動向調査に基づき、届出例の疫学的特徴について概説する。併せて、全国の検査実施状況に着目し、地域別の検査数および陽性率の解析結果を提示する。これにより、報告数の増加が実際の患者発生の増加を反映しているのか、あるいは検査体制や診断意識の変化に起因する可能性について考察する。

最後に、近年報告されている、動物の診療やケア等でSFTSウイルスに感染したと推定される獣医療従事者例について、職業曝露の観点からみた感染対策の重要性を指摘する。加えて、獣医師を対象とした感染対策の実態調査の結果を供覧し、個人防護具の使用状況や感染予防対策の現状および課題を明らかにする。

謝辞：日頃より感染症発生動向調査にご協力いただいている自治体本庁、保健所、衛生研究所、地方感染症情報センター、医療機関の皆様へ感謝申し上げます。調査票にご回答いただきました衛生研究所の皆様にも重ねて御礼申し上げます。

シンポジウム 25

SY25-2 SFTSに関する最近の話題

国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 獣医科学部

前田 健（まえだ けん）

2025年はSFTSが非常に話題となった年であり、SFTS患者191名、SFTS発症ネコ240頭、SFTS発症イヌ21頭とそれぞれの過去最高数を記録した。更に発生地域に関しても、SFTS患者は神奈川県、茨城県、栃木県、秋田県、北海道、SFTS発症動物は神奈川県、茨城県、栃木県で新たに報告された。SFTSウイルスは基本的にマダニで媒介されるが、患者から医師、発症動物から獣医療関係者や飼い主へのマダニを介さない感染が報告されている。これまで12名の獣医療関係者がSFTS発症動物から感染し、2025年には獣医師がなくなった。職業感染対策の重要性が改めて認識された事案となった。致死性出血熱であるSFTSの感染拡大が示唆されており、日本全国でSFTSに対する危機意識が高まっている。本講演では動物におけるSFTSの最近の話題を以下の項目について紹介する。

1) 今年のSFTSのリスクについて

2026年も動物での発生は3月末時点で過去最高となっている。また、4月になって千葉県で初めて動物での発生が報告されている。

2) 関東地方での今後の発生について

4月に千葉県から発症ネコの報告があった。昨年初めて報告された神奈川県と栃木県でも既に報告がある。関東に隣接した静岡県では2025年全国最高のSFTS発症ネコ数となっている。

3) これまで発生のない地域での発生の可能性について

秋田県での発生は流行地で感染したことが強く疑われている。北海道でも渡り鳥によるSFTSウイルス保有マダニの運搬による発生が疑われている。流行地から何らかの形で感染者や感染動物が移動して未発生地で発症する可能性がある。

4) SFTSの感染環境について

SFTSウイルスにはほぼすべての哺乳動物に感染すると考えている。流行地の野生動物の血液中のウイルス遺伝子を検出した結果、アライグマなどの食肉目の動物において高頻度にウイルス遺伝子が検出されている。これらの動物がSFTSウイルス陽性マダニを地域に広げている可能性がある。

5) 野生動物でのSFTSウイルスの感染状況の調査の重要性について

山口県、和歌山県、千葉県では野生動物のSFTS抗体保有率が上昇すると患者が発生することが明らかになっている。ヒトへの感染リスクを知るために野生動物での抗体保有状況の調査が重要である。

6) 動物での検査・解析の重要性について

動物、特に伴侶動物はヒトと異なり、地域間を移動することはほとんどない。そのため、発症動物の遺伝子解析を行うことにより、地域に蔓延するSFTSウイルスを把握することができ、感染経路究明のための重要な情報となる。

7) One Healthアプローチの重要性について

SFTSウイルスの主要な感染環境を形成しているマダニや野生動物の生息は地域環境に依存している。ヒトへのSFTS対策のためにマダニや野生動物対策が重要であり、分野横断的な統合的対策＝One Healthアプローチが求められている。

シンポジウム 25

SY25-3 西三河北部医療圏における SFTS 流行拡大への対応—2025 年アウトブレイクを教訓とした院内・地域・行政連携の実例—

JA愛知厚生連 豊田厚生病院 総合内科¹⁾、豊田厚生病院 感染制御室²⁾、豊田厚生病院 薬剤部³⁾、豊田厚生病院 臨床検査室⁴⁾、トヨタ記念病院 総合内科⁵⁾、トヨタ記念病院 感染症内科⁶⁾

○渡口 賢隆（わたりぐち としたか）¹⁾、山田 崇義¹⁾、加藤 誓子¹⁾、駒井 博子²⁾、
酒井 幹康³⁾、水野 貴仁³⁾、永田 悠起¹⁾、田中 孝正⁵⁾、加藤 拓樹⁶⁾

【背景・目的】重症熱性血小板減少症候群（SFTS）は、マダニを介するウイルス性感染症であり、近年西日本から生息域および発生地域は拡大傾向にある。西三河北部医療圏においても、2023 年、2024 年に 1 例ずつと散発的な発生を見ていたが、2025 年に入り当院において 5 例と急増した。2026 年も発生が続き、本地域は SFTS の流行地域に入ったといえる。短期間に多数の症例に対応した経験を通じ、診断のポイント、治療、院内感染対策、および地域の医療機関、保健所や地域救急隊を含む連携について検討し、未発生地域への注意喚起としたい。

【症例と診断の要点】当院で経験した 6 症例の分析では、全例において発熱、血小板減少、フェリチンの上昇、CRP 低値、所属リンパ節腫大を認めた。一部の症例では意識障害や凝固異常を伴う重症化が見られたが初期には非特異的な症状が多く、他感染症との鑑別が困難であった。診断の鍵となったのは、生活歴聴取による住環境とマダニ咬傷リスクの把握である。当院では「不明熱＋血球減少」を認めた際、SFTS を鑑別にあげる周知徹底を図った。

【対応の実例】1. 院内感染対策。SFTS は患者の血液・体液からの接触感染、飛沫感染のリスクがあるため、標準予防策に加え、ICN 主導のもとと接触・飛沫予防策を講じた。特に ER での初動対応や、重症例における気管挿管・吸引時の曝露防止について、マニュアルの再整備と病棟スタッフへの勉強会を通じ教育を行った。治療薬としてファビピラビルを使用する際の手順について薬剤部と整備を行った。2. 院外・地域連携の構築。ICT を中心に、地域の医療機関、保健所、救急隊と連携したネットワークを構築した。行政・保健所連携と検体搬送および検査依頼の迅速化を図り、確定診断までのタイムラグを最小限に抑えた。救急勉強会を通じ救急隊と搬送時から適切な个人防护具（PPE）を装着できるよう情報共有した。地域医療機関とは診断ポイントの共有を行い、早期発見・紹介のフローを構築した。マスコミを通じ地域への啓発としてマダニ対策の周知を行った。

【考察】2025 年のアウトブレイクは、地域全体での「標準予防策の再徹底」と「SFTS を常に疑う意識」の共有が診療において不可欠であることを浮き彫りにした。SADI、リケッチア研究会等の学術活動を通じた知見の集積も、実臨床における判断の一助となった。

【結語】日本国内において SFTS はもはや稀な疾患ではない。今回の経験から得られた教訓は、日常診療における標準予防策の徹底と、保健所・救急・近隣医療機関との顔の見える連携が、地域を守る最大の防御策であるということである。本報告が他地域における SFTS 診療感染対策の参考になれば幸いである。

シンポジウム 25

SY25-4 SFTS の治療と感染対策

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科臨床感染症学分野

泉川 公一（いずみかわ こういち）

重症熱性血小板減少症候群（SFTS）は、いわゆる新興感染症で、2011 年に中国でクラスターが発生したことを契機に新種の SFTS ウイルスとして発見された。本邦におけるこれまでの致死率は 27% 程度ときわめて高く予後不良な疾患であり、2025 年にはこれまでに比較して症例数が大幅に増加し、東日本、東北や北海道で症例がみられるなどダイナミックに変化してきている。本ウイルスは 2011 年に中国で見つかったものの、2005 年には長崎県で同時期に 2 例の SFTS 症例の診療記録があり、日本でも以前から存在していた感染症であることが分かっている。抗 SFTS 薬は存在していなかったが、医師主導治験と企業臨床試験を経て、ファビピラビルの有効性が証明され、保険適応が取得された。当院でも複数の使用症例があるが、元々、希少疾患であることや合併症が多いことなどから、本薬の実力を見極めるためには、全国の使用調査成績が待たれる。また、近年、SFTS ウイルスは、愛玩動物にも感染し、死に至らしめることが知られており、人畜共通感染症としても認識されている。特に動物を介した獣医師の感染など社会的な問題も発生している。さらに、ウイルス血症から体液を介した接触感染が主体であるが、気管挿管などの濃密な処置の際には、飛沫、エアロゾル感染のリスクもあり、院内感染上も問題となっており、韓国ではクラスター事例も発生している。治療と感染対策において、非常に注意が必要な疾患となっている。本講演では、当院での症例の紹介、ファビピラビルのエビデンス、そして、感染対策について、実例を交えながら紹介したい。

シンポジウム 26

SY26-1 手術時の予防抗菌薬適正使用への取り組みと課題

兵庫医科大学病院 薬剤部

高橋 佳子（たかはし よしこ）

手術室への薬剤師の常駐化も進み、周術期医療に薬剤師が介入する病院は増加している。周術期の抗菌薬は手術を受ける患者ほぼ全例に投与されるため、手術部位感染（SSI：surgical site infection）の予防と薬剤耐性菌の発生抑制の観点から適正使用が重要となる。

周術期に使用される予防抗菌薬の適正使用のポイントは、術式を考慮した抗菌薬の選択、初回投与のタイミング、体重に応じた投与量、長時間手術における追加投与、 β -ラクタム系薬アレルギー患者に対する代替薬、腎機能に応じた投与回数、投与期間が挙げられる。当院では術後感染予防抗菌薬適正使用のための実践ガイドラインを参考に、各診療科、術式ごとに推奨する抗菌薬、代替薬、投与期間をマニュアル化し、クリニカルパスに載せるなどして高い遵守率を保っている。術中に使用する抗菌薬は、各診療科の医師がオーダーするが、3時間を越える長時間手術が予定されている患者に対しては、複数の抗菌薬がオーダーされる。しかし、予期せず長時間手術となった場合に備え、必要最低限の予防抗菌薬を手術室薬品庫に定数配置している。麻酔科医師が初回抗菌薬投与からタイマーで次回投与をカウントしており、追加投与が必要になりそうであれば事前に手術室看護師が薬品庫に取りに来る。体重に応じた投与量については、手術室看護師が手術当日に体重を再度確認し、80kgを超えているにも関わらず1Vしかオーダーされていない場合にも定数配置の抗菌薬は使用される。当院では、体重に応じた投与量の間違い、追加投与忘れはインシデント報告を提出する必要がある、逸脱しないよう多職種で確認している。抗菌薬アレルギー歴も多職種で確認しているが、手術当日朝に担当看護師が代替薬としてオーダーされた抗菌薬が使用可能かどうか確認しに来るケースが多い。アレルギーの他に手術室に常駐して薬剤師が受ける抗菌薬に関する質問には、使用頻度が少ない治療抗菌薬の術中再投与間隔、体重に応じた増量が必要か否かの確認などがある。また、感染制御部は初回投与のタイミング、長時間手術における術中再投与の有無、マニュアルに応じた投与期間などの遵守率を定期的に確認しており、改善が必要であれば麻酔科や診療科にフィードバックしている。

薬剤師が手術室に常駐し術中を含めたリアルタイムの介入、長時間手術への対応や投与量の適正化、アレルギー対応の確認などの迅速な対応はインシデントの未然防止に貢献すると考える。また、多職種による体系的な管理体制の構築、継続的なモニタリングとフィードバックは、実践の標準化と質の維持・向上に不可欠と考える。一方で、術中の状況変化に応じた柔軟な対応や各職種間の情報共有のさらなる強化、教育体制の継続的な充実は今後の課題である。

シンポジウム 26

SY26-2 血液内科領域における予防的抗微生物薬の使い方

横浜市立大学附属病院 薬剤部

坂本 靖宜（さかもと やすたか）

血液内科領域では細菌だけではなく、真菌やウイルスをカバーする広義の抗菌薬が使用される機会が多い。特に予防目的の使用では、治療目的以上に多くの患者に対して使用されるため、予防的抗微生物薬の適正化が重要である。

細菌感染予防として、好中球数 $500/\mu\text{L}$ 未満が10日以上持続すると考えられる場合には、好中球低下中のレボフロキサシンによる予防投与が推奨されている。血液内科領域では移植前の前処置や急性骨髄性白血病の治療として行われる化学療法などで予防投与の対象となる。また、真菌・ウイルス感染の予防も検討が必要である。急性骨髄性白血病や骨髄形成症候群、移植患者における好中球減少時に抗真菌薬の予防投与が推奨されている。ベンダムスチンやプロテアソーム阻害剤の投与を受ける患者以外にも、移植患者や chimeric antigen receptor-T cell (CAR-T) 療法を受ける患者、二重特異性抗体の治療を受ける患者において、抗ウイルス薬の予防投与が必要である。他にも、同種造血幹細胞移植患者や急性リンパ性白血病の患者、リツキシマブ併用薬物療法を受ける患者、CAR-T 療法や二重特異性抗体の治療を受ける患者では、Pneumocystis jirovecii pneumonia (PJP) の予防投与が必要である。このように血液内科領域では、予防投与が行われるケースが多く、適正使用が課題である。

血液内科領域の予防的抗微生物薬の適正使用に向けて、様々な取り組みや研究が行われている。累積の好中球減少を評価することで経験的治療と先制治療を切り替える新規早期治療戦略を検証するために、CEDMIC 試験が実施された。この試験により D-index を指標としてアスペルギルスのカバーする抗真菌薬の使用量を減少させられることが報告されている。また、化学療法に伴う好中球減少の予防に G-CSF（顆粒球コロニー刺激因子）が使用される。FN 発症率 20% 以上の場合または特にリスク因子が高い場合（高齢者で化学療法の減量なし等）には G-CSF の予防投与が推奨されている。この予防投与対象の根拠となる主要なエビデンスは、1998 年に米国から報告された研究に基づいており、パイオシミラーが利用可能な日本国内では状況が異なる可能性がある。この G-CSF による予防投与対象の検討が FN を減らし、抗菌薬の使用量減少に寄与する可能性も考えられる。

本セッションでは、多様な患者背景や治療方法に応じた血液内科領域の予防的抗微生物薬の使い方を整理し、患者背景に基づく適正化について議論したい。

シンポジウム 26

SY26-3 歯科領域における予防的抗菌薬の適切な使用方法—SSI リスク評価による適正化へのアプローチ—

慶應義塾大学 薬学部

山神 彰 (やまがみ あきら)

薬剤耐性 (Antimicrobial resistance : AMR) 菌の拡大を背景に、抗菌薬の適正使用や使用量削減が強く求められています。一方、歯科診療においては手術部位感染 (Surgical site infection : SSI) を防ぐ手段として、予防的抗菌薬の投与が慣行となっています。口腔外科手術で最も一般的な下顎埋伏智歯 (親知らず) 抜歯において、予防的抗菌薬の使用量削減は精力的に研究されてきましたが、抗菌薬使用の是非をめぐる議論は続いており、統一された指針の欠如が課題となっています。

こうした背景のもと、演者らは下顎埋伏智歯 (親知らず) 抜歯手術における予防的抗菌薬投与の最適化を目指し、疫学的手法を用いて抜歯後感染予測モデルの構築や抗菌薬ガイドラインの影響評価などに取り組んでまいりました。

本講演では、歯科・口腔外科における抗菌薬使用の現状と課題を整理するとともに、これまで進めてきた一連の検討の経緯とその結果についてご報告いたします。本発表が、歯科領域における抗菌薬選択を見つめ直し、今後の適正使用に向けた議論を深める一助となれば幸いです。

【検討 1】抜歯手術における SSI 予防抗菌薬変更の効果検証

抜歯手術における予防的抗菌薬を、これまで汎用されてきた経口第 3 世代セフェム系抗菌薬セフカペンピボキシルから AMR 対策に資するアモキシシリンへ変更した影響を検証した。抗菌薬使用ガイドラインの影響に着目して分析した結果、その切り替えが費用対効果の観点から有効であることを示した (*J Clin Pharm Ther*, 2022, 47 (7), 1010-1019)。

【検討 2】下顎埋伏智歯抜歯手術における SSI 予測モデルの開発

SSI 発生因子の同定ならびに臨床応用を目的として、下顎埋伏智歯抜歯後の SSI 予測モデルを開発した。手術前に得られる 4 つの予測因子 (埋伏歯の水平のおよび垂直的位置を示す Pell & Gregory 分類、術者の経験年数、そして両側埋伏智歯の同時抜歯) からなる同予測モデルは、優れた予測性能を示した (*Oral Dis*, 2024, 30 (5), 3202-3211)。

【検討 3】下顎埋伏智歯抜歯手術における SSI 予測モデルの外部検証と臨床的有用性評価

開発した SSI 予測モデルが、モデル開発と異なる患者集団においても優れた予測性能を示した。さらに、下顎埋伏智歯抜歯手術において予防的抗菌薬を受けていない患者集団を対象とした臨床的有用性評価の結果、これまで一律に行われてきた予防的抗菌薬投与よりも、患者ごとの SSI リスクに基づいた予防的抗菌薬投与が有益であることを示した (*Oral Dis*, 2025, 31 (6), 1922-1931)。

シンポジウム 26

SY26-4 De-escalation は感染症や耐性菌の発生を抑制できるのか？

昭和医科大学 薬学部 臨床薬学講座 感染制御薬学部門

前田 真之 (まえだ まさゆき)

De-escalation (DE) は、「経験的治療で選択した広域抗菌薬を、病態の安定および原因微生物と薬剤感受性に基づいて狭域抗菌薬に変更する方法」として一般的に認知され、広域抗菌薬の過剰使用を抑える重要な戦略として臨床の現場で取り入れられている。一方で、DE において長らく議論になっている大きな課題は 2 つあり、第 1 にメリットと安全性が不明瞭であること、第 2 に定義がないことである。

広域抗菌薬は幅広い細菌に抗菌活性を有することから、それが効いているのにわざわざ狭域抗菌薬に変更して大丈夫なのか、そして何かメリット (例えば耐性菌の減少) があるのか、というのが DE における解決すべき重要な命題である。しかしながら、この命題への回答は長らく不明であったというのが実際のところであったが、近年いくつかの質の高い研究によって証明されつつある。

DE は国際的にコンセンサスを得られた定義が存在しないことから、研究によって定義が曖昧で異なっているという点が課題となっている。定義における一貫性の欠如は、方法と結果の再現性を著しく制限することから、有効性の検証を困難にする要因ともなっている。最大の問題は、抗菌スペクトラムについて何をもちいて広域/狭域とするのかが、それを扱う者によって解釈が大きく異なるという点にある。これを解決するために試みられたのが、抗菌スペクトラムを客観的かつ定量的に評価するためのスペクトラムスコアの開発である。これは、Madaras-Kelly らが 2014 年に報告したもので、抗菌スペクトラムを順序尺度ではなく、連続尺度として設定したものである。画期的な方法であったが、設定値の妥当性や設定方法の複雑さなどの問題もあることから一般化が課題であった。そのような中、諸々の課題に対処した評価指標として days of antibiotic spectrum coverage (DASC) が報告された (Kakiuchi et al. *Clin Infect Dis*. 2022)。DASC はスペクトラムスコア (ASC score) と抗菌薬使用日数 (DOT) の積の総和で算出される。本邦で承認されている抗菌薬の ASC score は、ほぼ全て設定されており (Maeda et al. *J Infect Chemother*. 2025. PMID : 40015375)、実用性の高い評価指標となっている。DASC が医療機関の抗菌薬適正使用評価に有用であることはいくつかの研究で示されていることに加えて、*Clostridioides difficile* 感染症の発症予測性能評価に関しても検討が進んでいる (Maeda et al. *Biol Pharm Bull*. 2026. PMID : 41765474)。すなわち、DASC は DE の客観的、定量的評価指標として機能し、DASC を減少させることで耐性菌発生の抑制が期待できる。

以上より、不必要あるいは過剰な抗菌薬使用を減らす DE は、安全性を担保しながら感染症や耐性菌の発生を抑制することが期待できる。

シンポジウム 26

SY26-5 感染症診療を薬剤全体から捉える：高齢者ポリファーマシー対策の実践

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 薬剤科

島崎 良知（しまざき よしとも）

高齢者の感染症診療では、病原体や抗菌薬選択だけでなく、背景にある処方全体を評価する視点が不可欠である。加齢に伴う腎機能・肝機能低下、フレイル、認知機能低下、嚥下機能低下、複数疾患の併存は、薬物相互作用や薬剤有害事象を増幅し、感染症治療を複雑化させる。特に抗コリン薬、向精神薬、睡眠薬、プロトンポンプ阻害薬などの潜在的に不適切な薬剤は、口腔乾燥、嚥下反射・咳嗽反射低下、尿閉、便秘、腸内細菌叢変化などを介して、肺炎、尿路感染症、C. difficile 感染症、耐性菌獲得に関与しうる。また、抗菌薬追加時にはQT延長、腎機能に応じた用量調整、抗凝固薬や糖尿病薬との相互作用、せん妄・転倒、服薬負担の増加にも注意が必要である。さらに、感染症を契機として開始された薬剤が漫然と継続されることで、退院後の処方複雑化やアドヒアランス低下を招く可能性もある。したがって感染症診療における薬剤師の役割は、抗菌薬適正使用にとどまらず、入院前から退院後までの薬剤リストを把握し、PIMs、抗コリン負荷、服薬レジメンの複雑性を評価し、処方の開始・継続・中止を多職種で再検討することにある。本講演では、高齢者医療の5MsのうちMedicationsに焦点を当て、PIMsと感染症発症・治療困難化の機序、ポリファーマシー下での抗菌薬治療の留意点、AST/ICTと病棟薬剤師が協働する処方最適化の実践について概説する。高齢者感染症では「感染は治ったが薬が増えた」を防ぎ、抗菌薬管理と併用薬管理を一体で進めることが、感染予防と安全な退院支援につながる。

シンポジウム 27

SY27-1 医療関係者ワクチンの国際的潮流と日本での実装課題長崎大学 熱帯医学研究所 臨床感染症学分野¹⁾、長崎大学病院 総合感染症科²⁾田中 健之（たなか たけし）^{1,2)}

医療関係者に対するワクチン接種は、本人の感染予防のみならず、患者安全、同僚への伝播予防、医療提供体制の維持を目的とする職業感染予防策である。日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン第5版」では、医療機関という集団での免疫度を高める mass protection を基本概念とし、標準的な minimum requirement として各ワクチンの考え方が示されている。B型肝炎、インフルエンザ、麻疹・流行性耳下腺炎・風疹・水痘（MMRV）などは国際的にも主要な職業感染予防ワクチンである。一方で、日本では、B型肝炎ワクチンにおける免疫抑制者や抗体非応答者への対応、MMRVにおける抗体価運用、接種記録管理、ムンプス任意接種の歴史など、国内承認ワクチンや制度に由来する課題がある。国内MMRワクチンの承認により、今後は小児定期接種化の動向に加え、医療関係者ワクチンプログラムにおける接種記録管理や感受性者対応への影響も注目される。接種拒否者と医学的禁忌者の取り扱いでは、教育、リスク説明、記録、曝露時対応、配置調整などを含む施設としての方針が求められる。本講演では、諸外国の実践を参照し、日本の医療関係者ワクチンの位置づけと課題を概説する。

シンポジウム 27

SY27-2 医療従事者および学生を対象としたワクチン情報の一元管理

愛媛大学医学部 附属病院 感染制御部¹⁾、愛媛大学大学院 感染制御学²⁾、愛媛大学大学院 血液・免疫・感染症内科学³⁾、愛媛大学医学部 附属病院 薬剤部⁴⁾

○田内 久道（たうち ひさみち）^{1,2)}、高瀬 正和¹⁾、末盛浩一郎^{1,3)}、村上 雄一^{1,2)}、
加賀城真理^{1,2)}、木村 博史^{1,4)}、黒川 幸朗^{1,4)}

本シンポジウムでは、医療従事者に求められるワクチン接種の範囲とその実際の運用について、各施設の取り組みを踏まえて議論する。愛媛大学医学部附属病院における医療関係者へのワクチン管理の実際と課題について報告する。

日本環境感染学会は2009年に「院内感染対策としてのワクチンガイドライン」を公表し、医療機関における標準的なワクチンプログラムを提示している。しかし当院ではこれに先駆け、2005年より職員および学生を対象として、麻疹・風疹・ムンプス・水痘・B型肝炎に対する抗体検査と必要に応じたワクチン接種、インフルエンザワクチン接種を実施してきた。

当院の特徴は、初回評価として全対象者に希望により抗体検査を実施している点である。ガイドラインでは接種歴の確認が優先されているが、ムンプスや水痘、B型肝炎では接種歴が不明確な場合も多く、抗体陰性あるいは低抗体価の者を抽出する目的で抗体検査を優先している。抗体が上昇しない場合でも、2回のワクチン接種が確認できればそれ以上の追加接種は行わない。

また、生ワクチン接種においては免疫抑制状態や妊娠の可能性への配慮が不可欠であり、接種不適当者が一定数存在する。これらに対しては、プライバシーに配慮しつつ、不利益が生じないよう勤務や実習体制を調整している。

運用面では、人事情報と連動した感染免疫管理システムを構築し、抗体価、ワクチン接種歴、インフルエンザ接種状況を一元管理している。本システムは感染制御部スタッフ、病棟医長、看護師長が院内ネットワークで閲覧可能であり、感染症曝露時に迅速な対応を可能としている。医学生・看護学生のデータも同一システムで管理し、就職後も継続利用できる体制としている。

近年、医学科および看護学科で臨床実習の比重が増加し、学生の医療行為への関与も高まっている。実習中の針刺し事故も一定数発生しており、学生の感染対策は職員と同等に重要である。抗体保有状況が不明では、带状疱疹患者への対応可否の判断も困難となる。当院では抗体情報を一元管理していることで、小児科病棟で水痘患者が発生した際にも、学生の曝露リスクを評価し実習継続が可能であった。

医療関係者へのワクチン接種は、医療従事者自身の防御のみならず、患者安全の観点からも重要である。教育機関としては学生を含めた感染対策の標準化と継続的管理が不可欠である。一方、ワクチン接種は医療行為であり一律義務化には限界がある。各個人が抗体保有状況を把握し、感染リスクに備える体制整備が求められる。

シンポジウム 27

SY27-3 小児病院における、抗体価とワクチン歴管理

防衛医科大学校病院 医療安全・感染対策部¹⁾、慶應義塾大学病院 小児科²⁾

新庄 正宜（しんじょう まさよし）^{1,2)}

小児を扱う組織では、麻疹・風疹・水痘・ムンプス（MMRV）に対するワクチン接種歴や抗体価への関心が高い。しかしながら、医療従事者および見学者に対する感染症対策の運用は施設ごとに異なり、標準化や実効性の確保が課題となっている。本講演では、周産期・小児医療センターを有する大学病院と小児専門施設における実際の運用例を提示する。

大学病院 A 内の周産期・小児医療センターでは、MMRV、B型肝炎、結核、インフルエンザなどについて人事部門および保健管理部門を中心とした体系的な管理が行われている一方、見学者や研修者に関しては管理責任が各部署対応となっている。百日咳ワクチンは産科・新生児領域を中心に導入が進められているが、COVID-19 や带状疱疹ワクチンは個別対応に委ねられている。

一方、小児専門施設 B においては総務課および産業医による一元管理が行われており、職員のワクチン接種歴や抗体価の把握に加え、見学者についても運用が明確化されている。短時間の見学では症状確認のみ、一定期間以上では接種歴や抗体価の提出を求めるなど、実務に即した運用がなされている。その反面、手続きの煩雑さを回避する目的で見学日数が短縮される例もみられる。

これらの事例を踏まえ、見学者管理を含めた運用や管理体制のあり方について、各施設の参考にさせていただきたい。

謝辞 情報提供くださった都立小児総合医療センターの堀越裕歩先生・倉持由先生に厚く御礼申し上げます。

シンポジウム 27

SY27-4 市中急性期病院における医療従事者へのワクチン接種の管理と対応

社会医療法人三栄会ツカザキ病院 小児科¹⁾、社会医療法人三栄会ツカザキ病院 感染制御室²⁾

○松原 啓太（まつばら けいた）¹⁾、浦里 恵司²⁾

当院は兵庫県姫路市西部に位置する病床数 386 床（一般 322 床、HCU8 床、SCU18 床、回復期リハビリ病棟 38 床）で急性期充実体制加算 2、救急医療管理加算、感染対策向上加算 1 を取得している急性期病院である。職員数（非常勤含む）は医師 117 人、看護師 480 人など合計 1,100 名を抱えている。当院は兵庫県西部の救急・急性期診療の一翼を担う拠点病院として機能を維持するためと、職員・施設利用者の安全を守るための手段の一つとして、感染症に対する抗体価の測定及びワクチン接種の勧奨・接種を行っている。具体的には本学会が公表した「医療関係者のためのワクチンガイドライン」に掲載された疾患のうち、第 1 版から掲載されている B 型肝炎、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎（ムンプス）、水痘、インフルエンザの 6 疾患を対象としている。その他の感染症については、近隣に県立はりま姫路医療センターなど感染症科を有した施設があることや、当院では小児の受診者が少ないこと、対象疾患の希少性から対策の費用対効果が悪いことなどの理由により恒常化した対策は取られていない。当院の職員へのワクチン接種の流れは以下の通りである。・入職時に、過去における B 型肝炎、麻疹、風疹、ムンプス、水痘の罹患の有無及び各ワクチンの接種歴をアンケートで確認（母子手帳等の証明は不要）・入職後まもなくに行われる職員健診（4 月または 10 月の集団検診、随時採用の場合はその都度個別に実施）にて上記 5 つの感染症のウイルス抗体価（EIA 法）で測定（抗体価は各人の電子カルテに記録され、随時閲覧が可能）・最新の「医療関係者のためのワクチンガイドライン」の基準を参照に、各職員に抗体価の通知と追加接種の希望の有無を確認し、接種希望者には個別に ICT が接種を行う（費用は全額病院の負担で行っている）・B 型肝炎については過去に接種歴がないか、1 クールまで済んでいる場合は、合計 2 クールまでは接種を行う（希望があればそれ以降も対応する）・インフルエンザについては毎年 10 月下旬までを目処に、希望者に対して費用は病院が負担し、原則として集団接種を行っている当院の課題は 3 点あり、1 つめは麻疹、風疹、ムンプス、水痘についてガイドライン上で「あと 2 回の予防接種が必要」に該当する職員のみにはしかワクチン接種ができていないこと、2 つめは B 型肝炎ワクチンの接種対象者から事務職員と管理栄養士が除かれ、全職員ではないこと、3 つめにインフルエンザワクチンの接種率がこの数年で急激に低下していることである。従来からの習慣やコスト、人員の不足など解決のための課題は多いが、これらは当院だけでなく、感染対策向上加算の取得の有無にかかわらず市中病院のほとんどに共通したものと思われるため、演者のこれまで在籍した施設の状況もあわせてその対応も考えていきたい。

シンポジウム 28

SY28-1 【高齢者ケア領域】高齢者施設における医療機関との連携と感染対策の実践と課題—高齢者施設等感染対策向上加算取得に向けた取り組みを中心に—

医療法人社団 国立あおやぎ会 介護老人保健施設 国立あおやぎ苑

佐々木恭兵（ささき きょうへい）

新型コロナウイルス感染症のパンデミックにより、高齢者施設では多数のクラスターが発生し、感染症対応の脆弱性が顕在化した。これを踏まえ、地域全体での感染対策向上を目的として、診療報酬および介護報酬が一体的に見直された。2024 年度診療報酬改定では、感染対策向上加算の施設基準に「連携する介護保険施設等への実地指導・助言」が追加された。同時に介護報酬改定において、高齢者施設等感染対策向上加算が新設され、医療機関との平時から有事に至る連携や研修・訓練への参加、実地指導の実施等が要件として示された。当法人は介護老人保健施設を中心に複数の高齢者介護サービスを展開しているが、法人内に医療機関を有しておらず、コロナ禍において医療機関の感染対策担当者からの感染対策支援が十分に得られなかった状況もふまえ、加算取得に向けた連携構築が課題であった。そこで 2025 年 4 月に感染管理認定看護師（CNIC）が着任したことを契機に、地域の感染症指定医療機関である基幹病院（A 病院）との連携構築に着手した。従来不明確であった連絡体制や窓口を整理し、既存の CNIC 同士の関係性を基盤として協議を開始した。その結果、A 病院主催の新興感染症対応訓練への参加、同院 CNIC による施設訪問および実地指導の実施、協定書の作成へとつながり、2026 年 4 月までに複数の法人内関連施設を含め加算取得に至った。さらに本取り組みを地域施設と共有したことで、保健所および感染対策向上加算 1 を取得している医療機関の CNIC を中心とした支援体制の強化へと波及した。一方で、手指衛生、個人防護具の適正使用、環境整備、洗浄・消毒・滅菌、職業感染対策、介護職中心の職員への教育など、現場における感染対策には依然として多くの課題が残されている。また、現在も新型コロナウイルス感染症やインフルエンザ等のアウトブレイクが散発し、過去の教訓を十分に活かしていない現状にある。これらの課題には、高齢者施設特有の環境や慣習、医療機関と異なる報酬体系に起因するコスト面の制約等の背景も影響していると考えられる。本シンポジウムでは、高齢者施設の立場から、加算取得の過程を通じた医療機関との連携構築、現場における感染対策の実践と課題について共有したい。

シンポジウム 28

SY28-2 【障害者ケア領域】精神科・重症心身障害児（者）病棟における感染対策の実際と連携の課題

独立行政法人国立病院機構 都城医療センター¹⁾、独立行政法人国立病院機構 琉球病院²⁾
 比嘉理恵美¹⁾、○金城 友子（きんじょう ともこ）²⁾

国立病院機構琉球病院は、重症心身障害児（者）病棟を併設する精神科単科病院であり、長期入院患者が集団生活を送るという特徴を有する。患者は精神症状や強度行動障害を伴うことが多く、手指衛生やマスク着用、咳エチケットなどの標準予防策を自律的に遵守することが困難な場合がある。また、閉鎖病棟や保護室など構造的制約に加え、安全確保の観点から環境整備にも制限があり、一般病院とは異なる感染対策上の課題が存在する。具体的には、一般病棟では比較的把握しやすい発熱や咳嗽、倦怠感といった感染兆候についても、症状の自己申告が困難な患者では初期兆候の把握が遅れやすい。また、患者同士の接触を完全に回避することが難しい生活環境であるため、感染拡大の予測および制御が困難となる場面がある。

このような特殊な環境の中で、我々は新型コロナウイルス感染症やインフルエンザによる複数回のクラスターを経験した。その過程において、患者個々の特性に応じたリスクアセスメントを基盤とし、環境調整やケアの工夫を行う必要性を認識した。例えば、擦式アルコール製剤については患者による誤飲リスクを考慮し、設置場所を限定して管理する必要がある。また、感染性廃棄物の配置や回収方法についても、患者の衝動性や行動範囲、転倒・逸走リスクなどを踏まえた調整が求められた。さらに、職員に対する個人防護具の適正使用に関する教育や、患者に対する視覚的教材を用いた反復的な手指衛生指導など、生活場面に組み込んだ感染対策の実践が重要であった。

感染対策向上加算においては、加算1施設との連携を通じて標準的な感染対策の実施が求められる。しかし、精神科・重症心身障害児（者）領域特有の患者特性や環境制約により、一般科で想定される感染対策をそのまま適用することが困難な場面も少なくない。隔離やゾーニングの徹底が難しい状況や、患者の行動特性により対策の継続が困難となる状況では、現場における柔軟な判断と調整が求められる。そのため、標準的な感染対策の理論と、精神科・重症心身障害児（者）病棟における実践との乖離をどのように埋めていくかが重要な課題である。本報告では、一般病院では十分に共有されにくい精神科・重症心身障害児（者）病棟における感染対策の実際を示すとともに、感染対策向上加算における施設間連携を通じて得られた成果と課題を整理する。さらに、標準的な感染対策と現場実践との間に生じる乖離について、参加者の皆様と共有し、議論を深めたい。

シンポジウム 28

SY28-3 【医療機関】高齢者・障害者ケア施設との連携の実際と具体策の提案

独立行政法人国立病院機構天竜病院
 高山 直樹（たかやま なおき）

2024年度の介護報酬改定において、第二種協定指定医療機関との連携が努力義務化され、さらに、当該医療機関等との連携や新興感染症発生時の体制確保、院内感染対策に係る研修・訓練への参加および実地指導の受入れを評価基準とした高齢者施設等感染症対策向上加算が新設された。本改定は、高齢者施設等における感染症対応力の向上を目的とするものである。COVID-19パンデミックの経験を背景に、現場では感染対策に意欲的に取り組まれている一方で、設備上の制限や人的資源の不足もあり、加算申請および感染対策の実践には、今なお課題が残されている。

当院は、感染対策向上加算1および第一種・第二種協定指定医療機関である。近隣には高齢者・障害者ケア施設があり、特別支援学校を含めた三者連携を図っており、院内の研修会への案内や訪問による研修実施等を通じて連携を行っている。加えて、当地域では、感染管理認定看護師が世話人を務める地域カンファレンスを定期的に開催し、情報交換や研修の機会を提供している。当カンファレンスは、高齢者・障害者ケア領域を含む地域レベルでの感染対策のボトムアップを目的としており、地域の基幹病院の他、療養型病院および高齢者施設等の感染対策担当者が参加している。

さらに、当院の設置主体である国立病院機構（National Hospital Organization：NHO）研究ネットワークの分科会において、「重症心身障害児（者）病棟における感染対策の手引き」を作成し、全国の重症心身障害児（者）施設211施設（2024年3月時点における全施設）に配布の上、NHOのホームページでも公開している。その中で、患者に対する呼吸器症候群サーベイランスと、職員に対する症状スクリーニングを統合した感染対策戦略 Concurrent Approach for Respiratory Epidemiological Surveillance and Symptom Screening（CARES、ケアーズ）の重要性を紹介した。CARESは、重症心身障害児（者）施設における呼吸器感染症の持ち込み防止と、感染症の早期検知の重要性を強調するものであるが、これらの取り組みは、高齢者・障害者ケア領域などにおける感染対策支援の一助となる可能性を有していると考えられる。本発表では、医療機関の立場から、高齢者・障害者ケア領域における連携の実際と課題、ならびに推進すべき対策について整理し、実効性のある連携の在り方について考察する。

シンポジウム 29

SY29-1 非常勤感染症専門医と行う新しい視点での市中病院 AST 活動

JCHO横浜中央病院 薬剤部¹⁾、JCHO東京高輪病院 感染対策室²⁾、東京医科大学病院 感染制御部 感染症科³⁾
○小野 朗弘 (おの あきひろ)¹⁾、井上 由似²⁾、浪川 正行²⁾、土田 香奈²⁾、笹原 篤²⁾、
山本 雅人²⁾、中村 造³⁾

抗菌薬適正使用支援 (AS) 活動は、医療機関ごとの現場の状況に応じた構築が求められる。市中病院である JCHO 東京高輪病院 (232 床・二次救急対応・演者前勤務施設) では、常勤の 4 職種 (医師・薬剤師・臨床検査技師・看護師) に、感染症専門医 (非常勤・週 1 回) を加えた 5 人体制で抗菌薬適正使用支援チーム (AST) を構成し、コメディカル (薬剤師) が中心となって活動している。

非常勤感染症専門医を交えた 4 職種による週 1 回の AST 活動に加え、AST 薬剤師は臨床検査技師と培養状況を含む詳細な検査結果を共有している。必要に応じて両者で連携し、主治医に最適な抗菌薬治療を提案しており、迅速かつ根拠のある介入を実践している。

感染症専門医が非常勤で週に 1 回 (常勤の感染症専門医が不在) という環境下では、AST 薬剤師の実践力 (培養・検査・診断補助・最適な抗菌薬の提案など) がカギとなる。感染症専門医が不在の状況でこそ、AST 薬剤師が積極的な介入を実施し、チームにフィードバックすることで組織的な判断が可能となり、感染症患者への不利益を減少させる抗菌薬適正使用が実現すると考えられる。

一方で、コメディカルが奮闘する AST にも限界がある。特に診断や病態の評価に関しては、リアルタイムにすべて適切に対応できるわけではなく、必要な検査のタイミング、そもそもの抗菌薬の必要性、薬剤耐性菌治療など常勤の感染症専門医でなければ「判断がつかない」問題も多く存在する。

本発表では、常勤の感染症専門医が不在の市中病院における薬剤師の立場から、JCHO 東京高輪病院での具体的な活動内容とともに、実際の臨床現場で感じるリアルな実情を率直にお伝えし、非常勤感染症専門医と行う「新しい視点での市中病院 AST 活動」について共有できれば幸いである。

シンポジウム 29

SY29-2 特殊な環境下での抗菌薬適正使用—地域連携の場合—

大館市立総合病院 感染制御室/薬剤科
中居 肇 (なかい はじめ)

2022 年度診療報酬改定において、診療所等の感染防止対策に係る評価として「外来感染対策向上加算」、「連携強化加算」、「サーベイランス強化加算」が新設され、新興感染症や薬剤耐性菌等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取り組みを地域全体で開始することとなった。「外来感染対策向上加算」は診療所やクリニック等における発熱患者の受入体制や地域連携による感染対策を評価するものであり、連携する病院から定期的な助言を受けることが求められている。

一方、医薬品の出荷規制は本邦における大きな社会問題であり、医薬品全体の約 5 分の 1 が出荷停止または限定出荷の状態にあり、抗菌薬についても供給制限により代替薬選択に苦慮している現状がある。抗菌薬の適正な使用を促進するために WHO が策定した A WaRe 分類では、抗菌薬全体に占める Access カテゴリーの割合が 60% 以上になることを目標に定めているが、供給制限により Watch カテゴリーの抗菌薬に頼らざるを得ない状況が増加している。具体的にはペニシリン系薬や第一世代セファロsporin 系薬の代替薬として、キノロン系薬の使用頻度が増加傾向にあり、大腸菌等に対する LVFX 耐性化が懸念される。

本シンポジウムでは、地域連携の取り組みを通じて特定の薬剤のみを使用しないように啓発していくことの重要性について共有したい。

シンポジウム 29

SY29-3 がん患者の抗菌薬適正使用

国立がん研究センター東病院

冲中 敬二（おきなか けいじ）

がん患者では発熱や炎症反応上昇をしばしば認めるが、その要因は感染症のみならず、腫瘍熱や免疫関連有害事象(irAE)、薬剤性副作用など多岐にわたる。さらに感染症であっても、腫瘍や術後変化に伴う解剖学的異常が背景にある場合には、抗菌薬治療のみでは改善が困難な症例も存在する。一方で、免疫不全状態により重症化リスクが高いことから、広域抗菌薬が経験的に投与されやすい集団でもある。

当院は427床のがん専門施設で、多くの診療科でチーム医療が行われており、特に夜間・休日には主担当医以外が初期対応を担うことも多い。このような状況下で広域抗菌薬の過度な制限は不適切な初期治療につながる可能性があるため、広域抗菌薬の届け出制を採用している。運用としては、広域抗菌薬開始時から使用状況（投与理由や投与量、薬剤選択など）をモニタリングし、培養検査提出の有無を確認、未提出例には提出を促している。その結果、近年の培養未提出率は1~2%以内で推移している。また、血液培養採取後72時間を目安に、耐性菌関与の可能性が低いと判断できた症例へのde-escalationを提案しており、月約60件の介入に対し、1週間以内の受け入れ率は97~98%と良好である。これらの背景には、日常的なコミュニケーションの蓄積に加え、de-escalation後も治療終了または退院までフォローし、安全性を確認している点が挙げられる。

一方、血液内科領域におけるde-escalationの提案は容易ではない。広域抗菌薬の継続は必ずしも不適切使用を意図したものではなく、重症化リスクを考慮した臨床判断であることが多い。そのため、エビデンスの提示のみでは十分ではなく、患者転帰の改善という共通目標のもとで担当医との相互理解を図ることが重要である。耐性菌検出時や改善傾向のない症例への積極的なコンサルテーション参加などを通じ、困っている場面で支援することで信頼を得る機会となり得る。一方で、提案後に臨床経過が悪化する症例も経験されるが、そのような場面こそ臨床側に寄り添った対応が信頼関係の強化につながる。

本発表では、当院における抗菌薬適正使用の取り組みを概説するとともに、発熱性好中球減少症におけるde-escalationのエビデンスについても紹介する。

シンポジウム 29

SY29-4 特殊な患者における抗菌薬適正使用：固形腫瘍患者の場合

静岡県立静岡がんセンター

倉井 華子（くらい はなこ）

固形腫瘍患者における感染症診療では、抗菌薬適正使用の実践が困難となる場面が少なくない。がん専門医療機関においては、複数菌感染の関与が高頻度に認められ、単一病原体を前提とした診断・治療戦略が成立しにくい。また、一般臨床では遭遇頻度の低い菌種の分離も散見され、汚染との鑑別や臨床的意義の判断を難しくする。さらに、術後状態やドレーン、血管内デバイス関連感染が多く、感染源が複雑化しやすい。患者背景も多様であり、高齢者を含めADLや免疫状態にばらつきが大きく、長期にわたる抗菌薬曝露により患者固有の耐性菌叢が形成されやすい。加えて、複数の医療機関にまたがる診療や診療科間の方針の差異も、抗菌薬適正使用の意思決定をさらに複雑にする要因となる。

がん専門医療機関における抗菌薬適正使用支援(AST)では、微生物学的結果のみに依拠した判断では適切な介入は成立しない。培養結果に基づく抗菌薬選択が適切であっても、臨床的改善が得られない症例は少なくなく、その多くにおいて感染源コントロールの不十分さが関与している。典型的には、閉塞性胆管炎のような胆道系感染症、腹腔内膿瘍などの膿瘍性病変、血管内カテーテルやドレーンなどのデバイス関連感染症などである。ドレナージやデバイス抜去や交換が不可欠である。培養結果のみを根拠とした判断では不十分であり、がんセンターにおけるASTは、微生物学的情報に臨床経過および解剖学的評価を統合して初めて機能するものである。

当院は2002年に開設された固形腫瘍を主体とする高度専門医療機関であり、開設当初より感染症診療が関与してきた。このような背景のもと、抗菌薬適正使用を日常診療に組み込む取り組みを継続している。具体的には、微生物学的情報と臨床経過を統合して評価するマイクロラウンド、薬物動態に基づく投与最適化を目的としたTDMラウンド、広域抗菌薬使用症例のスクリーニングおよびASTによる継続的介入を実施している。これらの取り組みにより、抗菌薬適正使用は個別症例対応にとどまらず、診療行動全体に働きかける形で定着してきた。以上より、固形腫瘍患者における抗菌薬適正使用は、単なる抗菌薬選択の最適化ではなく、微生物学的情報、宿主背景、感染源コントロールを統合した臨床意思決定の実践である。がん専門医療機関におけるASTは、この複雑性を前提とし、継続的な関与を通じて診療行動の変容を促す役割を担う。

シンポジウム 30

SY30-1 どこまでやるの？居住系施設での感染対策～呼吸器感染症～

山口県立大学 看護栄養学部 看護学科

家入 裕子（いえいり ゆうこ）

居住系の介護療養施設においては、入居者とりわけ高齢者における医療・介護関連肺炎（nursing and healthcare-associated pneumonia：NHCAP）を引き起こしやすく、日本における医療・介護関連肺炎の前向き多施設調査では、医療・介護関連肺炎患者の約40％が介護医療院や老人ホーム入所者であったと報告されている（今村ら、2022）。高齢者の多くが基礎疾患を保有していることや嚥下機能の低下による誤嚥リスクが高いことから誤嚥性肺炎、インフルエンザやCOVID-19などのウイルス性呼吸器感染症を起こしやすいと考えられる、また、2021年に結核低まん延国となった現在においても高齢者の結核罹患率は高く、侮れない感染症であると言える。居宅系施設においてはウイルス性呼吸器感染症の集団発生にもつながることから、平常時の感染対策に加え、感染症発生時対策の徹底が必要である。平常時の感染対策としては標準予防策の徹底を基本として必要時の感染経路別予防策の実施が重要であるが、まず、呼吸器感染症の発生予防として行うべきこととしてワクチンで防ぎえる感染症はワクチン接種を行うことである。肺炎球菌ワクチンは65歳、60歳以上の心臓・腎臓または呼吸器の機能に障害を有する人、免疫の機能に障害を有する人に対する定期接種が始まっており、2歳以上肺炎球菌による重篤疾患に罹患するリスクの高い人に対しては任意接種も行うことができる。インフルエンザワクチン・COVID-19ワクチンについては、65歳以上の定期接種（60歳以上の心臓・腎臓または呼吸器の機能に障害を有する人、免疫の機能に障害を有する人）に加えて、ケアを担当するスタッフへの流行期前の接種が推奨されている。個々の患者の早期発見・治療を行うため、また集団感染を早期に察知するためにも、日常の感染発生状況を把握するしくみづくりが必要である。演者が2019年に実施した調査においては、インフルエンザや感染性胃腸炎など集団感染を起こしうる疾患や症状については約8割の施設で入所後に把握していたが、肺炎や結核については、5割から6割にとどまっていた。高齢者においては、典型的な症状が認められない症例もあるため、「食欲がない」、「いつもに比べてボーっとしている」などの変化を見逃さないことも重要である。インフルエンザやCOVID-19などの流行性感症については近隣地域の流行状況を把握し、流行状況に応じたフェーズ別対応策をあらかじめ取り決めておくといふ。COVID-19流行期には、多くの居宅系施設職員からサージカルマスクやN95マスクの着脱方法や患者配置等に困ったという声を聞いた。呼吸器感染症流行期でなくても、定期的な感染対策研修や防護具着脱訓練、発生時の対応シミュレーションなどの備えをしておくことが望ましい。

シンポジウム 30

SY30-2 居住系施設における腸管感染症対策―「どこまでやるか」をどう判断するか―

NTT東日本札幌病院 感染管理推進室

萩野 貴志（はぎの たかし）

高齢者施設や障害者施設などの居住系施設は、医療機関とは異なり、日常生活を送る「生活の場」である。そのため、感染対策を実施する際には、感染拡大防止のみならず、生活の質（Quality of Life：QOL）への影響を常に考慮する必要がある。特に腸管感染症は、排泄介助や集団生活を背景に施設内で拡大しやすい一方で、対応次第では居室隔離や集団活動の中止など、入所者の生活に大きな制限をもたらす可能性がある。

実際の現場では、伝播を確実に防ぐためにはどのような対策が必要なのか迷う場面が少なくない。さらに、マンパワーや感染対策に用いる医療材料が十分に確保できない現状もあり、「病院と同じレベルの感染対策をどこまで求めるべきか」「感染対策のために生活をどこまで制限してよいのか」といった判断に苦慮することが多い。ガイドラインやマニュアルは重要な指標であるが、それらをそのまま居住系施設に当てはめることが、必ずしも現実的、あるいは望ましいとは限らないと考える。完全にゼロリスクにすることはできない。だからこそ、「何を守り、何を緩めたのか」を事前に説明できる判断が重要であると考え。

本セッションでは、居住系施設における腸管感染症対策を題材に、「どこまでやるのか」という問いに対する考え方を整理することを目的とする。特に、1. 感染拡大リスク、2. 入所者の生活への影響、3. 職員の実行可能性、の三つの視点から、実施すべき最低限の感染対策と、柔軟に判断してよい対応との線引きについて考察する。

具体的には、排泄介助時の手指衛生や、嘔吐・下痢時における標準予防策の強化、汚染環境の適切な清掃・消毒といった、腸管感染症において外すことのできない基本的対策を確認するとともに、無症状者を含めた一律隔離や過剰な行動制限など、必ずしも実施を求めなくてよい対応についても言及する。また、発生時のゾーニングや職員配置については、病院と同様の厳密な管理を前提としない、「現場で回る対策」という考え方を提示する。

さらに、居住系施設を支援する立場にある医療機関や感染管理専門職の役割にも触れ、正解を示すのではなく、現場が自ら判断し、その判断を説明できる状態を支援することの重要性を共有したい。本発表を通じて、居住系施設における感染対策は「どれだけやるか」ではなく、「何を優先し、何を守るのか」を考えることが本質であり、「やらない選択」もまた感染管理の一部であるという認識が広がることを期待する。

シンポジウム 30

SY30-3 住居系施設における疥癬アウトブレイク対策

久留米大学病院 感染制御部

○三浦 美穂（みうら みほ）、片山 英希、森田 真介

居住系施設（グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等）では、高齢で要介護度の高い入所者が多く、日常的に濃厚な介護接触が生じるため、疥癬発生時には施設内で拡大しやすい。診断の遅れ、不十分な治療、个人防护具の不適切な運用、リネン管理や環境整備の不足は、集団発生の要因となる。

当院では、2011 年から周辺地域の居住系施設を対象に、感染対策に関する訪問指導を行ってきた。その一環として疥癬事例にも対応し、発疹出現時期や診断経過の確認、皮膚科受診状況の把握、治療内容の確認に加え、現場での接触状況、个人防护具の設置場所と着脱方法、清掃方法、洗濯・乾燥方法まで含めて、現場への教育・指導を行っている。介入を通じて、施設の構造や介護場面の特性を踏まえ、接触予防策、環境整備、リネン管理を実践可能な形で運用することの重要性が示された。

居住系施設における疥癬対策では、早期発見、適切な診断と治療、接触予防策の徹底に加え、環境整備、リネン管理、清掃、職員教育を含めた実践可能な対応フローの整備が重要である。本講演では、これまでの介入経験をもとに、居住系施設において疥癬対策をどこまで講じるべきか、その判断の視点と実践上の要点について整理して提示する。

シンポジウム 30

SY30-4 病院における AST の常識はどこまで通用するのか

自治医科大学附属病院 感染制御部

笹原 鉄平（ささはら てっぺい）

薬剤耐性菌は、医療施設だけを狙って存在するわけではない。むしろ、高齢者施設などの福祉施設においても静かに、しかし確実にその浸食は続いている。

抗菌薬適正使用は、薬剤耐性菌を制御するための、重要な戦略の一つである。しかしながら、その手法は主に急性期病院の構造・文化・習慣に合わせて最適化されており、福祉施設にそのまま適合できるわけではない。むしろ、その文脈の違いを意識せずに展開することは、エンゲージメントの観点からも重大なリスクをはらんでいる。

このセッションでは、とくに居住系施設における抗菌薬適正使用に焦点を当て、どのようにして医療施設での AST 活動の経験を応用できるのかを、参加者とともに考えていく。

シンポジウム 31

SY31-1 プロセスサーベイランスを活用した質改善活動とリンクワーカーとの協働

JA北海道厚生連旭川厚生病院 感染対策科

近藤奈津子（こんどう なつこ）

【背景・目的】当院は急性期病院として、中心静脈カテーテル（CV）からの薬液投与など侵襲的処置が多く、医療関連感染のリスクが高い環境にある。輸液汚染事象や中心静脈カテーテル関連血流感染（CLABSI）への対応を経験する中で、未熟児から成人まで多様な患者層に対し、安全な手技を確実に実践することが課題であった。包括的サーベイランスが求められる一方、ICNの負担増加が問題となる中、データ収集にとどまらず質改善につなげるため、プロセスサーベイランスを活用した継続的な取り組みを実践してきた。

【活動内容】2014年度より、手指衛生および輸液投与手技を対象としたプロセスサーベイランスを導入した。対象は輸液調製、輸液投与、CVドレッシング交換とし、CLABSIサーベイランスデータと関連づけた評価を行っている。サーベイランスはICN単独ではなく、各部署のリンクワーカーと協働して実施した。リンクワーカー会議内で手技およびチェックポイントを確認し、リンクワーカーが自部署で実施することで、問題点の把握や現場への情報還元を重視した。リンクワーカーへのアンケートでは、調査時間は勤務時間内に行うようにしていたものの、41.7%のリンクワーカーが時間外に行うことがあったと回答した。調査担当はリンクワーカーのほか、58%の部署で感染対策チームメンバーが協力していた。協力者がいる場合に手技を事前共有できている割合は80～90%に達しており、調査担当側が評価の質を保つ工夫を行っていた。結果は個別にフィードバックし、自部署の教育に活用していた。一方、調査時間の確保や調査対象者との業務タイミング調整が困難であると66.7%のリンクワーカーが回答しており、課題として挙げられた。

【成果・考察】輸液投与プロセスにおける手指衛生およびアクセスポート消毒方法の遵守率は、それぞれ全部署平均90%以上と高い水準を維持している。プロセスサーベイランスを導入したことで、結果を個別に可視化し現場へ即時にフィードバックできた点が、手技の振り返りを促し、部署内教育への活用につながったと考える。一方、リンクワーカーへのアンケートからは、勤務時間外での実施や調査時間確保の困難さなど、現場負担の存在が明らかとなった。しかし、手技の事前共有や部署内協力体制の構築により、調査担当側が評価の質を担保しようとする姿勢が確認された。包括的サーベイランスが求められる現状において、ICNが単独で担う体制には限界がある。本取り組みは、プロセスサーベイランスを「現場で使える情報」として還元し、リンクワーカーと役割を分担することで、ICNの負担軽減と質改善の両立を可能にした点に意義がある。今後は、現場負担に配慮した効率的な運用を検討しつつ、継続可能な質改善活動として発展させていきたい。

シンポジウム 31

SY31-2 包括的サーベイランスを活用した CLABSI 対策—組織で取り組む質改善の実践

大阪公立大学医学部附属病院 感染制御部

藤井 昭人（ふじい あきと）

医療機関におけるサーベイランスは、質改善を組織的に推進するための重要な基盤であり、その実務を感染管理認定看護師（ICN）が担っている。一方、近年は病院機能評価等を背景に、全病棟を対象とした包括的サーベイランスの実施が求められており、データ収集や判定に要する労力の増大が課題となっている。また、サーベイランスが実施されていても、必ずしも質改善につながらないという問題も指摘されている。当院では中心ライン関連血流感染症（CLABSI）を対象に、感染対策支援システムの活用および抗菌薬適正使用支援チーム（AST）との連携により、包括的サーベイランス体制を構築した。全病棟を対象とした結果、従来サーベイランス未実施であった病棟においてもCLABSIが一定数発生していることが明らかとなり、CLABSIを病院全体の課題として共有する契機となった。さらに、病棟ICTを活用した多職種連携の枠組みの中で、サーベイランスデータを基盤としたPDCAサイクルを組織的に推進した。挿入部ケアの標準化、不必要な中心静脈カテーテルの早期抜去、エビデンスに基づく資材導入などの具体的対策を部門横断的に実践した結果、CLABSI発生率は低減し、抗菌薬使用の適正化や追加医療費削減といった臨床的・経済的効果が得られた。包括的サーベイランスを質改善につなげるためには、目的の明確化とデータの可視化に加え、行動変容を促す組織的な仕組みづくりが不可欠である。本演題では、ICNが中心となり組織全体で取り組んだ包括的サーベイランスを基盤とした質改善の実際と、その課題および工夫について報告する。

シンポジウム 31

SY31-3 CAUTI 低減への多段階の質改善活動：リンクナース参画による形骸化打破

済生会熊本病院 TQM部 感染管理室¹⁾、済生会熊本病院 中央手術部²⁾、済生会熊本病院 TQM部³⁾○甲斐 美里 (かい みさと)¹⁾、川村 宏大¹⁾、村上美佐子²⁾、有馬 勝洋¹⁾、村中 裕之³⁾

【背景・目的】カテーテル関連尿路感染症 (CAUTI) の予防において、適切な管理と早期抜去は不可欠である。当院では 2016 年より段階的な CAUTI 低減の取り組みを開始した。しかし、初期のプロトコル導入後に現場での実践が形骸化し、改善が停滞する時期を経験した。本発表では、約 8 年間にわたる多段階介入の質改善活動を、分割時系列デザイン (ITS 分析) を用いて評価するとともに、停滞期を打破するために現場のリンクナースが主体となって参画した最新の介入 (Phase 4) の有効性を報告することを目的とする。

【方法】2015 年 1 月～2016 年 3 月を介入前とし、その後 4 フェーズの介入を実施した。具体的には、Phase 1 (2016.04-2017.09) にハイリスク病棟に対する ICT ラウンド監査、Phase 2 (2017.10-) に看護師主導のカテーテル抜去プロトコル導入、Phase 3 (2019.07-) にハイリスク病棟での CAUTI 予防バンドル導入、Phase 4 (2023.08-) にリンクナースによる抜去プロトコル実施状況の監査と現場介入を行った。これらの介入効果を評価するため、EZR を使用し、カテーテル使用比および CAUTI 発生率についてポアソン回帰モデルによる ITS 分析を行った。

【結果】カテーテル使用比は介入開始直後 (Phase 1) に即時的な低下 (約 7.4% 減、 $p < 0.001$) を認めた。しかし、その後はトレンドがプラス方向へ転じるなど、プロトコルの形骸化による改善の停滞がデータからも示唆された。また、CAUTI 発生率自体も Phase 1 から Phase 3 まで有意な低下傾向は認められなかった。この現状を打破すべく、Phase 4 において現場のリンクナースを主体とした監査を強化した結果、初めて CAUTI 発生率が有意な減少トレンド (毎月約 2.2% 減、 $p = 0.0338$) に転じる事が確認された。

【考察・結論】Phase 1 や Phase 2 のプロトコル導入は、初期のカテーテル使用比抑制に寄与したが、COVID-19 の影響もあり時間経過とともに実践が形骸化し、真の感染率低減には至らない停滞期が続いた。先行研究が示す通り、CAUTI 予防の成否は技術的側面だけでなく、社会適応的アプローチに大きく依存する。Phase 4 における感染率の有意な低下は、ICT 主導の活動からリンクナースを主体とした介入へ移行したことで、現場の当事者意識が高まり主体的な行動変容が促された結果である。また、こうした現場主導の改善体制の構築は、包括的サーベイランスにより増大する ICN の負担軽減にも寄与する。データ収集のみで終わらず、持続的な質改善と最大限の成果を達成するには、現場スタッフの牽引力を活かした体制構築が不可欠である。

シンポジウム 31

SY31-4 手術部位感染 (SSI) サーベイランスを活用した質改善活動

広島大学病院 感染制御部

○佐野 由佳 (さの ゆか)、森 美菜子、大毛 宏喜

【目的】手術部位感染 (SSI) 対策は、外科系医師の意識と行動変容を要する場合がある。SSI サーベイランスを通じた看護師からのアプローチの有効性と課題を明らかにすることを目的に検討を行った。

【特定診療科に対する集中的 SSI サーベイランス】消化器外科、心臓血管外科、泌尿器科の手術を対象とした。回診に同行し、創傷管理状況と創部を確認の上、診療科医師と協議を行うことで、精度の高いサーベイランスを実施する。同時に処置時の標準予防策実施状況の把握も可能である。手袋着用前の手指衛生実施率が低い診療科では、蛍光塗料を用いた汚染の拡大の可視化を提示して教育を行った。手指消毒剤について意見のあった診療科では、院内採用の手指消毒薬の中から各自が希望するものを使用できる環境を整備し、手指衛生実施率の向上と SSI 発生率の低減につなげた。SSI 発生率が上昇を認めた事例では、医師とのディスカッションを通して、術前皮膚消毒でポビドンヨード塗布後の時間が短くなったことが判明したことから、皮膚切開までの手順を提案した。

【効率を重視した SSI サーベイランス】前述した診療科以外では、診療録から SSI 発生の有無を確認している。診療録からの情報収集であっても、感染制御部の看護師が判定を行うことで、診療科申告と比較して精度を保てる。SSI 発生率の上昇を認めた場合は、病棟看護師を交えたディスカッションを行うことで、医師と感染制御部とのコミュニケーションを図る。医師・病棟看護師・感染制御部看護師との議論により、課題の抽出や見えていなかった問題が明らかとなり、効率的なデータ収集の実施が可能となる。

【結語】全ての診療科で精度の高い SSI サーベイランスを行うことが望ましい一方で、人員と労力の確保は困難である。リスクの高い診療科での集中的な情報収集と、効率を重視した手法の併用が現実的である。ただしいずれにおいても、対策の実施にはコミュニケーションを通じた、信頼される関係構築が欠かせない。と考える。

シンポジウム 32

SY32-1

薬剤耐性菌アウトブレイク対応としての実地疫学調査—国立感染症研究所実地疫学専門家養成コースと医療機関・行政の連携—

国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 薬剤耐性研究センター¹⁾、国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 応用疫学研究センター²⁾○大野 智裕 (おおの ともひろ)¹⁾、山岸 拓也^{1,2)}、黒須 一見^{1,2)}、島田 智恵²⁾、砂川 富正²⁾

国立感染症研究所実地疫学専門家養成コース (Field Epidemiology Training Program : FETP) は、薬剤耐性菌に係る事例について、indicator-based surveillance と event-based surveillance によりシグナルを探知している。FETP は各シグナルについて、病原体・患者・病院・地域レベルの4要素から総合的なリスクを評価し、公衆衛生対応へつなげている。公衆衛生対応として、アウトブレイクが発生した自治体より支援要請があった際は実地疫学調査を実施している。COVID-19 流行時期を除き、これらの要請のうち薬剤耐性菌または医療関連感染に関する事例は高い割合を占めている。

薬剤耐性菌のなかでも、バンコマイシン耐性腸球菌 (Vancomycin-resistant *Enterococcus* species : VRE) は治療選択肢が限定され感染症の致死率が高いことに加え、院内伝播を起こしやすく接触予防策を要する、公衆衛生上重要な病原体の1つである。国は薬剤耐性対策アクションプラン (2023—2027) において、VRE 感染症の年間罹患数を 2027 年に 80 人以下で維持することを新規成果指標に掲げ、重点対象と位置づけている。しかし、感染症発生動向調査における届出数および厚生労働省院内感染対策サーベイランス検査部門における分離患者数はいずれも近年増加傾向にある。成果指標を達成するためには、アウトブレイクを早期に収束させ、さらなる拡大や事例の重積を防ぐことが鍵となる。これには、医療機関・自治体・国立感染症研究所の迅速かつ緊密な連携が不可欠である。

実地疫学調査は、「薬剤耐性病原体のアウトブレイクの調査及び対応に関する 10 ステップ」に沿って実施され、各段階で医療機関・自治体・国立感染症研究所が役割を分担する。派遣決定後は、医療機関・自治体の困り事を事前に聴取し、症例定義、事前に入手可能なデータを用いての記述疫学解析、感染対策の評価項目を設定する。現地調査では、診療録・細菌検査・感染対策記録の情報収集、感染対策担当者および現場スタッフへのインタビュー、病棟ラウンドによる環境整備・手指衛生等の直接評価を実施し、最終日または後日に所見と提言を共有する報告会を行う。その後も事例に応じて定期的な会議等を通じて継続支援を行っている。

本発表では VRE アウトブレイク事例を通じて、早期探知における医療機関からの情報提供、初動対応における自治体の調整機能、実地疫学調査の技術的支援における国立感染症研究所の役割を具体的に示し、各主体の強みを活かした連携体制構築の要点について報告する。

会員外共同演者：池上千晶、村井晋平

シンポジウム 32

SY32-2

長期にわたるバンコマイシン耐性腸球菌アウトブレイク対応と地域連携の意義～4年8か月の経験から得た学び～

沼津市立病院¹⁾、静岡県立静岡がんセンター²⁾○白井 保子 (しらい やすこ)¹⁾、倉井 華子²⁾

当院では 2021 年 2 月、消化器内科病棟を起点に複数部署でバンコマイシン耐性腸球菌 (VRE) アウトブレイクが発生し、最終的に 561 名の陽性者が生じ、収束まで 4 年 8 か月を要した。発生初期には保菌への危機認識の不足、従来の排泄ケアの慣習、標準予防策の理解不足、組織内の認識の不一致などが重なり、対策は難航した。2023 年の解析では VRE 陽性者の 58.8% がオムツ交換を要し、排泄ケアが伝播リスクの中心であることが示唆された。これを踏まえ、排泄ケア手順の標準化、電子カルテカートのゾーニング、共有物品の単回使用化、物品準備、手指衛生や手袋交換のタイミングなど行動指標を可視化し、リンクナースによるおむつ交換手技の観察と個別フィードバックで行動変容を促した結果、新規陽性者は減少傾向となった。しかし 2024 年に院内発生が再拡大し、職員から「VRE は持ち込みによる」「環境中に残るため手指衛生では防げない」などの声が聴かれた。長期化の中で初期の誤った理解が継続して根付いていたことが背景にあり、基本知識が十分浸透していない現実を痛感した。病院全体で対応するには組織的取り組みが必要と考え、2025 年 3 月より院長が病棟看護師へヒアリングを行い、誤認や現場の迷い・負担を再認識した。看護部では感染対策係の有無が病棟で異なる状況を踏まえ、既存係の役割を強化しつつ、VRE 対策に協力できる係を全病棟で機能する形に再編した。目標を設定し、係活動を具体的に促したことで現場の取り組みが明確となった。一方、患者発生が続く状況を踏まえ、院長は早急な対応が必要と判断し、陽性患者を一病棟に集約する VRE 専用病棟を再設置した。地域連携では、保健所が地域医療機関のスクリーニング検査数や陽性者数を毎月集計し、地域流行状況を把握した。さらに国立感染症研究所・隣接保健所・圏域内外の医療機関の院長や感染対策チームが参加する「東部地域 VRE 対策会議」を定期開催し、データ共有や成功例紹介、共通課題の整理が進んだ。2020 年からは「東部感染管理担当看護師等連絡会議」で VRE に関する情報共有や議論が行われ、対策マニュアル作成、排泄ケア手技や汚物処理室環境の相互ラウンドなど取り組みが強化された。チェックリストでの評価が当院職員の気づきを促し、「地域全体でケアの質を見直す」という共通認識を生み、対策を加速させた。国立感染症研究所からは訪問調査や環境整備に関する助言など継続的支援を受け、調査後も保健所・当院と定期会議を収束まで継続した。長期対応を通じ、職員の行動変容には現場の「納得」が不可欠であり、そのためには対話とフィードバックの積み重ねが重要であると実感した。また、組織的リーダーシップに加え、行政・専門機関・地域医療機関との連携があって初めて薬剤耐性菌対策は前進すると痛感した。

シンポジウム 32

SY32-3 大分県における VRE アウトブレイクへの行政の対応

大分県 福祉保健部 健康政策・感染症対策課

○池邊 淑子（いけべ としこ）、赤峰みすず、北川 高臣、一ノ瀬和也

大分県内の VRE 感染は、2018 年の県北部地域でのアウトブレイクを契機として、感染の終息が見られていない。当時は、大学病院感染制御部の助言を受け、接触感染対策の強化を図ったが、感染拡大を制御するには至らなかった。その後もアウトブレイクは継続し、県内 7 保健所管内中、6 保健所管内とはほぼ全域に拡大しており、2026 年 3 月までに、患者の報告数は累積で 94 件に上っている。

この状況に対して大分県では、行政への患者・保菌者の菌株提出を開始し感染状況を把握し、PFGE 解析により感染経路の推定を考察してきた。また、感染拡大地域の保健所が、地域での連携強化を目的に、圏域単位での対策会議を開催してきた。地域によっては、感染管理認定看護師（CNIC）と保健所保健師の連携によるリーフレット作成や、手指衛生強化の取組による好事例の共有などの成果が得られたが、病院単位、地域単位での対策では県全体での終息は困難であった。また、近年の大分市内でのアウトブレイクは、患者の転院を介した県内全域への影響が大きいことから、県全域の感染対策向上加算 1 の 15 医療機関と 7 保健所との連絡会議を 2022 年度より開催し、保菌情報を含む VRE の感染状況や CNIC による手指衛生実施状況の調査結果の共有とともに、各病院の取組の発表など機運を高める工夫をした。

保健所が支援をする中で、VRE 患者確認後の院内スクリーニング検査の実施方針が病院により異なり、保健所の助言にもばらつきがみられたため、医療機関と行政が同じツールを用いて対策を進める必要性が示唆された。そこで、大学病院感染制御部の協力により、VRE スクリーニング検査の指針を作成し、連絡会議での検討を経て、2025 年度末に公表した。今年度は、この指針を羅針盤として、好事例の収集や研修会の開催を実施予定である。

2025 年度は、院内アウトブレイクの制御に難渋している大分市内の医療機関の対策強化として、FETP が大分市保健所の支援に入った。8 日間にわたる丁寧な院内調査の結果、様々な課題が抽出され、県行政に対しては 3 つの提言がなされた。今後は、この提言に基づき、対策の継続と強化を進めていく。

行政は、現場で感染対策に取り組む医療機関を支援し、院内だけでは解決できない地域の課題を抽出し、関係者との協議により解決の方向性を定め、関係者全員がその方針に沿って取り組む体制を構築する責務があると考えている。いまだ、終息の見通しははっきりしていないものの、必ず終息させるための、いわゆる「旗振り役」を全うしていきたいと考えている。

シンポジウム 32

SY32-4 薬剤耐性菌アウトブレイクに院内・地域の「チーム」で対峙する

札幌医科大学 医学部 感染症講座微生物学分野/感染症学分野

藤谷 好弘（ふじや よしひろ）

近年、海外で報告が多い薬剤耐性菌、特にカルバペネマーゼ産生腸内細菌目細菌（CPE）やバンコマイシン耐性腸球菌（VRE）などが、日本においても渡航歴のない患者から検出されることが稀ではなくなっている。おそらく水面下での拡散が始まっており、医療機関や地域におけるアウトブレイクのリスクが高まりつつある。これらの耐性菌が検出された場合には早期に効果的な拡大防止対策を講じることが肝要である。しかし、当該施設や地域に専門人材や資源が乏しい場合もあり、対応が難航する場合も少なくない。地域を守るために感染対策向上加算や保健所等による地域での連携体制の重要性は益々高まっている。

アウトブレイク発生時にはまずは「対応チーム」を構築することが重要である。対策の指揮をとり、病院管理者との交渉を担うリーダー、感染対策強化や職員教育、耐性菌サーベイランスや検査、感染症治療や患者・家族への説明、抗菌薬適正使用活動、施設内での情報共有、物品管理や施設内外の調整を担うロジスティックスなど、アウトブレイク対応には様々な役割がある。しかし、これらの多くを感染管理認定看護師が担い、本来の感染対策業務に労力を費やせないという場面も少なくなく、結果的に終息までに時間を要することもある。また、感染対策向上加算 2 や 3、加算未取得の施設などでは微生物検査室を持たない施設も多く、人的・経営的資源も限られ、制御が困難な場合も少なくない。施設内はもちろん、地域への拡大防止には感染対策向上加算 1 施設や保健所等とともに「対応チーム」を構築することが望まれる。医療機関、行政機関それぞれの専門性や役割を双方が理解し、施設および地域での拡大防止という共通の目的を持って協働することが必要である。そして、迅速かつ効果的な対応には、平時から顔が見える関係性や地域ネットワークの構築が欠かせない。

演者は北海道立衛生研究所感染症センター在籍中に、北海道における感染症アウトブレイク対応を担う保健所の支援体制の整備に関わった。本講演では、薬剤耐性菌アウトブレイクにおける北海道の取組みについて対応事例を交えて紹介する。薬剤耐性菌は自施設だけではなく、地域における公衆衛生上の問題でもある。地域全体での感染対策の必要性、行政機関との連携の意義を考えるセッションとしたい。

シンポジウム 33

SY33-1 地球・真菌・ヒト：ワンヘルスの視点から考える真菌感染症の院内感染対策

帝京大学 医真菌研究所¹⁾、帝京大学大学院 医学研究科 宇宙環境医学医真菌学²⁾横村 浩一（まきむら こういち）^{1,2)}

真菌は約 10 億年前に地球上に出現し、主に生態系の分解者として長い進化の歴史を刻んできた。一方、ヒトの歴史はわずか約 30 万年に過ぎないことから、我々の免疫系はこの「大先輩」との共存を前提として形成されてきたと言ってもよい。しかし過去半世紀の間に生じた、免疫抑制療法の普及、広域抗菌薬の多用、侵襲的医療手技の日常化、そして急速な高齢化等により、従来共存してきた真菌との関係は当初のシナリオから崩れたものと見える。その結果生じたのが *Aspergillus*、*Candida*、および *Cryptococcus* 等による内臓侵襲型真菌感染症であり、その症例と関連死亡は劇的に増加した。直近四半世紀を観ると、さらに稀少であった真菌（*Fusarium*、*Scedosporium* 等）による感染症例も増加している。より良い衛生・医療・福祉とは裏腹に、ヒトがヒト自身に対して直接作り出した状況の結果である。しかし、ヒトが変えてしまったのは自らの在り方だけに留まらなかった。我々の営みが地球環境そのものにも深刻な影響をもたらしつつある自覚は古くからあった。しかし、その不可逆性に対するリアリティはごく最近まで広く共有されていなかった。人による地球環境および生態系に対する攪乱の帰結であることが疑われる医真菌学領域の事象としては、新興真菌の出現が挙げられる。国内では問題となっていないが、国際的には真菌として初の汎世界的流行を生じた *Candida* (*Candidozyma* とする提案もある) *auris* はその典型例であろう。地球環境温暖化との直接的因果関係を断言することは難しいが、Casadevall らは 2019 年、気温上昇が本菌の哺乳類体温域への適応を促した可能性を提唱している。2009 年に国内入院患者から記載された本菌は、現在では世界 60 か国以上で報告される汎世界的流行真菌となった。もっとも、新種真菌の増加には分子系統解析技術と同定データベースの充実も大きく寄与していることは付言しておきたい。一方で、従来から国内で知られてはいたものの、近年死亡例が散発的に継続している BSL-3 真菌 *Cladophialophora bantiana* (異名: *Cladosporium trichoides*) の台頭は One Health の枠組みでなければ理解しにくい。病原性が高いウイルスや細菌感染と異なり、真菌感染症対策は、発症例への対応にとどまらず、定着、環境汚染、診断遅延、薬剤耐性、宿主脆弱性を含みリスク管理として捉える必要がある。医療機関に求められるのは、真菌をゼロにすることではなく(不可能である)、真菌とヒトとの関係性が破綻する条件を見極め、検査室、感染対策部門、臨床現場が連携して早期に介入する体制を構築することである。本講演では、この二つの側面・ヒト側の変容がもたらした既知真菌症の増加と、環境変化によってもたらされた新興真菌の台頭・を踏まえ、わが国における真菌症の院内感染対策の現状と課題、および各施設が実践しうる対応策について議論したい。

シンポジウム 33

SY33-2 アスペルギルス症に対する環境管理と薬剤耐性を踏まえた院内感染対策

横浜市立大学大学院医学研究科 感染症内科学¹⁾、横浜市立大学附属病院 感染制御部²⁾、横浜市立大学 新興感染症研究センター³⁾田代 将人（たしろ まさと）^{1,2,3)}

アスペルギルス症は、病院環境が関与しうる深在性真菌症のなかでも、環境伝播予防の優先度が高い感染症である。*Aspergillus* 属は土壌、植物、塵埃などに広く存在し、分生子（無性胞子）は空気中を浮遊して肺胞領域に到達しうる。健常者では多くの場合問題とならないが、好中球減少、造血幹細胞移植、臓器移植、長期ステロイド投与、集中治療管理などを背景とする患者では、侵襲性肺アスペルギルス症として発症し、生命予後に重大な影響を及ぼす。したがって、院内感染対策では、ハイリスク患者が曝露される空気環境と塵埃管理に焦点を当てる必要がある。本講演では、病院環境中の真菌対策において、なぜアスペルギルスを重視すべきかを整理する。まず、病院環境におけるアスペルギルスの存在場所として、空気、空調、廊下高所などに堆積した塵埃に注目する。塵埃中の真菌分布は空気中の真菌分布を一定程度反映しうる一方、日常清掃の範囲外となりやすい高所には塵埃が蓄積し、アスペルギルス属が分離されることがある。このため、対策の基本は、特定の一点を過度に問題視することではなく、ハイリスク病棟を中心に、塵埃を蓄積させない清掃設計と、塵埃を飛散させない作業管理を組み合わせることである。また、HEPA フィルターや保護環境は空気中真菌の低減に有用であるが、空調フィルターの清掃・交換、天井裏作業、病院内外の工事などは、分生子を飛散させる契機となりうる。特に工事や設備保守は、通常の清掃とは異なり短時間で曝露リスクを高める可能性があるため、平時の環境整備と非日常作業時のリスク管理を分けて考える必要がある。工事・改修前の感染リスク評価、作業区域の隔離、陰圧管理、粉塵封じ込め、患者動線の調整、作業後清掃などを、感染制御部門、施設管理部門、診療科、清掃業者が共有する体制が重要である。さらに近年は、薬剤耐性 *Aspergillus fumigatus* の拡散も院内感染対策上の課題となっている。環境由来の耐性株は農業用アゾールの選択圧を背景に世界的に報告され、日本でも臨床・環境の双方から検出されている。耐性株が増加すれば、第一選択薬の有効性低下、経験的治療の難化、予後悪化につながりうる。耐性株対策には、臨床分離株の同定・感受性検査、環境サーベイランスを連動させる視点が求められる。アスペルギルス対策は、単発の環境培養では完結しない。宿主リスク、環境リスク、工学的管理、微生物検査、抗真菌薬管理のいずれにも目を配り、各施設の実情に応じた持続可能な対策を行うことが重要である。

シンポジウム 33

SY33-3 真菌を見つけるのは検査室だけの仕事かー院内感染対策につなげる検体提出時の情報共有ー

地方独立行政法人東京都立病院機構 がん・感染症センター都立駒込病院 臨床検査科¹⁾、東京科学大学 大学院医歯学総合研究科 感染症健康危機管理学分野²⁾

○鈴木まりな（すずき まりな）¹⁾、関谷 紀貴²⁾

院内感染対策において、真菌感染症は細菌感染症やウイルス感染症と比較して見過ごされやすい領域である。その背景には、真菌症そのものの認知度の低さに加え、微生物検査室における真菌検出体制、同定精度、結果報告後の情報共有に関する課題がある。本演題では、検査室の立場から、真菌の検出・同定に関する注意点と、院内感染対策における検査室の役割について述べる。

真菌培養では、発育に数日から数週間を要する菌種があり、細菌培養とは異なる培養期間、培地選択、培養温度の設定が必要となる。真菌感染症を想定した検査依頼がなされなければ、十分な培養期間の確保や適切な培地選択が困難となり、検出機会を逃す可能性がある。検出に加えて、同定段階においては *Candida auris* への対応が重要である。*C. auris* は医療機関内で水平伝播し、アウトブレイクの原因となりうる真菌であり、従来法では *Candida haemulonii* などと誤同定される問題も知られている。MALDI-TOF MS においてもデータベースの整備状況により正確な同定が困難な場合がある。*C. auris* が疑われる菌名が得られた場合には、確定同定を待つだけでなく、感染対策チームと速やかに情報共有する体制が求められる。

一方、*Aspergillus* 属は環境中に広く存在する糸状菌であり、造血幹細胞移植患者や長期好中球減少患者などの高度免疫不全患者では、侵襲性アスペルギルス症の原因となりうる。特に病院内の改修・解体工事、空調管理、防護環境の不備は、真菌孢子への曝露リスクとして感染対策上重要である。検査室には、臨床検体からの *Aspergillus* 属の検出状況を継続的に把握し、平時の検出頻度からの増加やハイリスク病棟での集積を感染対策チームと共有する役割がある。

さらに、特定の真菌感染症を疑って検体を提出する際には、臨床側から検査室への情報共有が不可欠である。*Coccidioides* 属や *Histoplasma* 属など、輸入真菌症の原因菌には、検査室での取り扱いに高度なバイオセーフティ対応を要するものがある。渡航歴や流行地域への滞在歴が検査室に伝達されなければ、培養後の観察や継代操作などにおいて病原体を含むエアロゾルに曝露する危険がある。検査依頼時の臨床情報の付記は、検査精度の向上のみならず、検査室スタッフの安全確保にも直結する。

真菌症の院内感染対策を機能させるためには、疑い段階での報告ルートや連絡手段を平時から構築しておくことが重要である。検査室の役割は結果報告にとどまらず、*C. auris* などの新興耐性真菌が疑われた際の迅速な警告、真菌検出動向の蓄積と感染対策チームへのフィードバックにまで及ぶ。「正しく見つけ、速やかに伝える」という検査室の機能を、多職種で再認識する契機としたい。

シンポジウム 33

SY33-4 腎移植外来におけるニューモシスチス肺炎アウトブレイクから学ぶ

日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第二病院

大野 誉子（おおの たかこ）

2004 年 7 月から 2005 年 11 月にかけて当院の腎移植外来で発生したニューモシスチス肺炎（以下、PCP）のアウトブレイクは、26 名の患者が感染するという深刻な事態を招き、当院における感染管理の脆弱性を浮き彫りにしました。この過去の事例を今改めて報告し、真菌感染症対策を考える機会としたい。

PCP の発症プロセスは、幼児期感染後の保菌者が免疫抑制状態で発症する日和見感染と、PCP 発症者や無症候性保菌者が感染源となり周囲に拡散する飛沫感染が報告されています。近年は PCP 発症者や無症候性保菌者による発症が有力視されています。アウトブレイク報告は腎移植施設が多く、外来での診察時間や待合室の共有が要因として挙げられています。当院の事例についても感冒と診断された 1 例目の PCP 発症者が、マスクを着用せずに広いと言いつつも腎移植外来で、診察や検査のために長時間の滞在を余儀なくされたことから始まりました。1 例目の発症から 4 ヶ月経過した頃、腎移植外来の患者から PCP が相次いで発症したことでアウトブレイクを認識しました。

アウトブレイクが明らかになったことを受け、多岐に渡る感染対策に着手しました。まず、医療従事者には手指衛生と個人防護具を中心に標準予防策の厳格な実施を義務付けました。次に発熱や咳を主訴とする腎移植外来受診患者には、来院前からサージカルマスクの着用を徹底しました。入院患者の隔離については、PCP 疑い患者を含む入院患者の個室確保が困難であったため、当初はコホート管理を試みました。しかしながら、この管理体制下で隣接病室の患者が PCP を発症した経験から、感染力の強い治療開始直後の数日間は、個室管理を徹底する方針へと転換しました。環境要因への対策としては、アウトブレイク発生時に旧棟解体工事や新棟建設が行われていたこともあり、換気目的での窓開放を禁止とし、環境清掃も強化しました。アウトブレイク終息 1 年後の環境調査では、外来診察室からアウトブレイク時の遺伝子型のニューモシスチス・イロベチイが検出され、環境が一時的なりザーバーとなり得る可能性を示唆し、感染症対策における環境管理の重要性を再認識させるものとなりました。予防的介入としては、それまで行われていなかった ST 合剤の 3 ヶ月間にわたる積極的な予防内服を導入しました。これらの包括的な感染対策を講じた結果、1 年以上にわたるアウトブレイクは収束しました。

PCP アウトブレイクの経験は、標準予防策、環境管理、早期対応の重要性を痛感させました。この経験は、その後の様々な感染症アウトブレイクへの対応にも活かされ、現在の感染管理体制の基盤となっています。

シンポジウム 34

SY34-1 手術室の水質管理

東京大学 医学部附属病院 手術部

○深柄 和彦（ふかつ かずひこ）、齋藤 祐平、谷口 優樹、大川 博史、河野 賢一、
築比地聖子

手術室の手術室たる所以は、その優れた衛生環境にあると言える。特に、新型コロナウイルス感染禍で脚光をあびた空調管理は、その最たるものであろう。一方、手術時の手洗いに使用する水については、いわゆる滅菌水が使用されてきたが、一般の水道水でなんら問題はないと言われるようになり、特段の配慮を必要としないで良いとも考えられている。しかし、手術部内で使用される水には、「手洗い」以外にも「手術器械の洗浄」で用いられるものがあり、「手洗い」が水道水で十分だから「手術器械の洗浄」もそれで充分とは言えない。今回の発表では、「手洗い」に最適な水は何か？、「手術器械の洗浄」に最適な水は何か？、感染対策・器械の質の維持・コストの点から探り、当施設の現状と今後のあるべき姿について報告をさせていただきたい。

シンポジウム 34

SY34-2 手術室における持続可能な空調管理体制の構築

市立豊中病院

赤瀬 望（あかせ のぞみ）

手術室における感染管理において、術野の清浄度を維持するための空調管理は不可欠な要素である。病院設備設計ガイドライン（空調設備編）HEAS-02-2022 には、空調とは対象の部屋（空間）の空気状態を「温度」「湿度」「清浄度」「気流（気圧）」の4項目について適切な状態に保つことであり、手術室の空調は医療行為上必要な空調であると明記されている。同ガイドラインでは、手術室の空調の具体的な基準として、超清浄手術室（清浄度クラス I）では吹出口への HEPA フィルタ設置に加え、層流空調の吹き出し速度を垂直層流式で 0.35m/s、水平層流式で 0.45m/s 程度とすることを強く推奨している。また一般手術室（清浄度クラス II）では、高性能フィルタによる空気清浄化、15 回/h 以上の換気回数を維持することが強く推奨されている。

手術室の空調管理を行うには、同ガイドラインに示される日常管理、定期保守点検、設備更新の三側面からのアプローチが重要であると考ええる。しかし空調は目に見えない環境要因であるため、臨床現場では安全性が当然に担保されているものとして軽視されがちである。一方で、施設整備担当者が把握している点検結果やフィルタの交換時期、老朽化による性能低下といった専門的情報は、臨床現場や感染対策チーム（ICT）に十分に還元されていない現状がある。感染管理認定看護師は、施設整備担当者と連携し、これらの設備情報を整理し、臨床現場へ具体的な安全対策を還元する役割が求められる。

これまで行ってきた対策のうち、日常管理の視点では、手術室の扉の開閉管理および吸込口の気流確保に注力してきた。扉の不用意な開放は、維持されているはずの室圧バランスを崩す。また、壁面下部の吸込口を器材等で塞ぐことは、設計上の気流を阻害し空気の滞留を招く恐れがある。こうした臨床現場の何気ない行動が空調性能に与える影響を周知し、日常的な改善を図ってきた。

また設備更新の視点では、計画段階から ICT が関与できる体制を構築した。大規模な修繕や更新時には、感染管理リスク評価（ICRA：Infection control risk assessment）の考え方が不可欠である。ICRA に基づき、工事に伴う粉塵飛散や真菌曝露リスクを事前に評価し、施設担当者や工事担当者と共同で防塵対策や動線計画を策定する仕組みを整えた。このように、ハード面の更新時においても多職種が連携し、工事由来の感染リスクを最小化するために働きかけてきた。

本発表では、これまで介入が不透明であった「定期保守点検」に焦点を当て、施設設備担当者と臨床現場をつなぐ調整を行った事案を中心に、持続可能な感染管理体制の構築について述べる。空調管理の質を高めるためには、情報共有と多職種連携を基盤とした継続的な取り組みが不可欠である。

シンポジウム 34

SY34-3 整形外科領域での手術室の環境衛生強化医療法人社団悠愛会 溝ノ口整形外科¹⁾、一般社団法人OrthoSupport²⁾、東京大学 整形外科³⁾山田 浩司 (やまだ こうじ)^{1,2,3)}

整形外科領域では定期的に整形外科感染症診療に関する国際コンセンサス（ICM）を作成している。本領域で世界的に活躍中の先生 400 名以上を世界中からお招きして、2013 年にフィラデルフィアで第 1 回のコンセンサスを作成した。204 の設問のなかで唯一“手術室への出入りを最小限にする”というコンセンサスが満場一致となった。その瞬間、会場に大きな歓声があがったことを昨日のこのように覚えている。手術室内人数とドアの開閉回数は、いずれも落下細菌量と相関することが知られている。そのため手術室への出入りは、出入りする人の増加と、ドアの開閉数増加に伴う空調変化、両方の影響で手術室内の落下細菌量が増加する。ICM2013 の投票結果は、世界中の誰の目から見ても本対策が手術部位感染予防に重要であることを物語っている。しかし、2025 年に開催した第 3 回の ICM ではドアの開閉、手術室人数の増加はいずれも SSI と直接の関連は証明されていないことが確認された。もちろん、バイオクリーンルームや宇宙服も同様であり、これらの使用で明らかに SSI が軽減できるという質の高い研究はない。そのため、ICM2025 ではこれらの対策は肯定も否定もされなかった。では、エビデンスがなければその対策は行わなくてもよいのか？ここがよく問題になる。器械台を布で覆うか覆わないかを比較した RCT では、覆っていない手術台は 8 倍汚染していた。手術中の器械台、露出している環境表面（テーブル、棚、各種モニターなど）はどれも時間依存性に落下細菌が積もり汚染しているはずである。そして、これらの培養研究で同定される細菌の多くは、整形外科手術の SSI 原因菌となりうる。すなわち、これらの落下細菌は SSI の原因になる可能性はあり、ただ単に統計学的に証明しようとするのが難しくただけである。手術室出入りの制限、宇宙服の着用、バイオクリーンルームの使用は確かに落下細菌の軽減につながるはずである。統計学的に証明されていないからといってこれらが悪だとは言えない。演者は特定の術式で多発した SSI の原因が、移植骨の準備方法に問題があるのではないかと推察し、それまでテレビの真下で行われていた作業を手術台の反対側で行うようにした。その後、同様の SSI は発生しなくなった。しかし、この発想と対策にエビデンスはない。様々な経験と知識に基づく理論に従い動いたに過ぎない。器械台の配置、準備方法を真逆にする必要があり、手術室看護師との協議は難航したが、“患者様によりよい医療を提供したい”という我々医療従事者の根底にある熱い思いが最後に通じ結実した。SSI 対策はエビデンスがとても重要である。しかし、確固たるエビデンスがないこともしばしばである。特に手術室の環境衛生はそのような難しい分野の一つである。演者のこれまでの経験と知識から特に皆様と共有しておきたい事例を時間の許す限り紹介する。

シンポジウム 34

SY34-4 患者安全を支える手術室清掃と多職種協働～術間・術後清掃の現場から見える連携のかたち～

ワタキューセイモア株式会社

高田 恵 (たかた めぐみ)

手術室の環境衛生は、手術部位感染（surgical site infection：SSI）の予防および安全な周術期医療の提供において重要な要素である。特に術中エリアの環境清掃は、微生物汚染の発生・伝播を抑制し、次症例への影響を含めた感染リスクを低減する環境管理として位置付けられる。近年、手術室の環境清掃業務の外部委託が進み、我々受託業者は実際の清掃を担う主体として感染リスク低減に直接的に関与している。しかし、受託業者は医療専門職とは異なり、症例ごとの感染リスクや汚染状況に関する情報取得が限定される中で、現場判断を求められる場面が多い。手術室における清掃は、術間清掃、術後清掃、定期清掃など目的やタイミングに応じて区分される。特に術間清掃では、次症例開始までの時間的制約が大きい。そのため、受託業者の判断に依存する場面も多く、症例ごとの汚染状況や感染リスクに関する情報共有の不足、清掃における判断基準のばらつきや過不足、役割分担の曖昧さといった課題が存在しやすいと考えている。このような状況において環境清掃の質を担保するためには、受託業者が単独で判断を担うのではなく、感染対策チーム（Infection Control Team：ICT）による感染リスク評価、手術室スタッフによる汚染状況の共有といった多職種からの情報提供が不可欠である。また、受託業者側においても、清掃についての基本的な教育（感染防御、PPE 着脱含）、作業手順の標準化、業務分担を進めることで、限られた条件下でも再現性のある清掃の実現に取り組んでいる。さらに、ICT ラウンドや部門ラウンドを通じた評価・フィードバックの共有は、受託業者を含めた現場全体の実践の質向上に重要である。多職種協働により、専門的知識と現場での実践知を統合することで、清掃対象や優先順位の判断の妥当性が高まり、環境清掃の質の均質化および感染リスク低減に寄与することが期待される。本シンポジウムでは、術間・術後清掃の現場から見てくる実状を踏まえ、患者安全を支える質の高い手術室環境衛生の維持・強化のあり方について、また、現在の連携体制が実質的な多職種協働として十分に機能しているのかについても参加者と共に考えたい。

シンポジウム 35

SY35

シミュレーション&ケーススタディで学ぶ感染対策の判断分岐点

日高 悠介（ひだか ゆうすけ）

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 国際感染症センター

早川佳代子（はやかわ かよこ）

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 国際感染症センター

正司麻衣子（しょうじ まいこ）

東京大学医学部附属病院 看護部

平野 明博（ひらの あきひろ）

東京大学医学部附属病院 感染対策センター

感染対策の現場では、初動対応、情報収集、隔離範囲の設定、接触者対応、職員・患者への説明など、限られた時間の中で複数の判断を迫られる。特に麻疹や角化型疥癬のように、感染拡大リスクが高く、対応の遅れが院内外に大きな影響を及ぼし得る疾患では、マニュアルの知識だけでなく、状況に応じた実践的な判断力が求められる。

本シンポジウムでは、「新人もベテランも学ぶ!」をテーマに、麻疹と角化型疥癬の2つのケースを取り上げ、シミュレーション形式で感染対策の判断分岐点を考える。若手の視点から、現場で迷いやすい選択肢や陥りやすい対応を提示し、参加者にはQRコードを用いたリアルタイムアンケートにより判断を共有していただく。その回答結果を踏まえ、判断の根拠、優先順位、感染経路に応じたPPE選択、患者動線管理、隔離範囲の考え方、環境対応、リスクコミュニケーションの要点などを解説する。

感染対策は必ずしも理想通りに進むとは限らない。本企画では、単に正解を提示するのではなく、「なぜその判断に至るのか」を参加者とともに検討することで、新人には実践的な判断フレームワークを、ベテランには自身の判断を言語化し再確認する機会を提供する。職種や経験年数を問わず、施設を越えて感染対策の実践知を共有する場としたい。

シンポジウム 36

SY36-1

リンクスタッフ活動～中小規模病院の特性を活かしたリンクスタッフ支援の形～

医療法人八女発心会 姫野病院

中西 穂波（なかにし ほなみ）

中小規模病院においては、人員不足や頻繁な部署異動により、リンクナースの固定や継続的な育成が困難な現状がある。当院においても、実質的には感染対策担当者個人の力量に依存する「個人戦」のような状態が続いており、組織的な教育システムの構築が大きな課題であった。2012年に感染管理認定看護師が専任配置された際、大規模病院をモデルとした教育システムの導入を試みたが、時間の確保や部署ごとの温度差といった現実と直面した。そこで当院では、型にはまった教育という考え方から離れ、「楽しみながら参加できる環境づくり」を主体とした支援体制へと転換した。まず取り組んだのは、スタッフの意識向上と主体的な参加を促すためのイベント型アプローチである。堅苦しいマニュアル学習ではなく、遊び心と競争心を取り入れた企画をリンクスタッフと共に立案した。具体的には「感染対策川柳大会」「手指衛生キャッチコピー募集」「部署対抗手指衛生大会」のほか、新型インフルエンザ等対応訓練などを実施した。また、中小規模ゆえの「距離の近さ」を活かし、看護師のみならず介護士やリハビリスタッフ、コメディカルなど多職種がリンクスタッフとして活動している。これにより職種を横断した情報共有がスムーズになり、さらにICDである院長と直接対話し、その場で即断即決を得られるスピード感が活動を後押しした。また個別支援の強化としては、異動がある中でも活動を通じて高い関心を示したスタッフに対し、専門資格へのステップアップを個別に支援した。その結果、イベントを通じた交流により、感染対策担当者のイメージは「厳しいチェック役」から「感染対策と一緒に考える仲間」へと変化した。こうした地道な「点」の活動が「線」として繋がったのが、新型コロナウイルス感染症の流行であった。当院は民間病院でありながら第1波から患者を受け入れ、全職員が一致団結して対応できた背景には、平時の活動で培われた「顔の見える関係性」と緩やかな協力体制があった。この経験はスタッフの意欲向上をもたらし、新たに感染管理認定看護師や感染制御認定薬剤師が誕生するなど次の世代に繋がっている。特別な教育制度がなくとも、中小規模病院の特性を活かした工夫次第で、リンクスタッフを巻き込み育成していくことは可能である。一方で、感染対策を一過性のものに終わらせず、いかに日常の習慣として定着・継続させていくかには課題も残っており、その在り方について引き続き検討していきたい。

シンポジウム 36

SY36-2 【サーベイランス】中小規模病院におけるサーベイランス体制構築—非専門部門との連携によるデータ一元化と段階的導入の実践報告—

社会医療法人純幸会関西メディカル病院
 勝平 真司（かつひら しんじ）

【目的】日本の病院の約8割を占める300床未満の中小規模病院において、実効性のあるサーベイランスを継続することは容易ではない。当院は、長らく加算2の施設として、専従の感染担当看護師（以下ICN）は不在、医師も感染制御医師ではなく、薬剤師や検査技師も専門資格を持たない「専門職不在」の体制で活動してきた。2025年2月の筆者の入職を経て、同年4月に加算1を取得したが、真の課題は取得後の持続可能なサーベイランス体制の構築であった。本演題では、既存の院内で限られた環境下でリソースを再編・活用し、加算1に求められるサーベイランスを段階的かつ組織的に定着させた取り組みを報告する。

【方法】1. データ一元化システムの構築（2025年3月から）サーベイランスの継続には、手作業を排した効率的なデータ抽出が不可欠である。院内でシステム構築が可能な人材を探索した結果、病歴室所属職員の協力を得ることができた。電子カルテのデータをMicrosoft Accessと連携させ、サーベイランスデータを自動集計できる仕組みを構築した。2. サーベイランスの段階的導入（2025年3月、9月）現場の混乱を避け、着実な運用を目指すため、導入時期を二段階に分けた。・第1段階（3月）：指導・管理の基盤となる手指衛生、薬剤耐性菌、抗菌薬使用状況等のサーベイランスを開始。・第2段階（9月）：中心ライン関連血流感染（以下CLA-BSI）、および当院の基幹診療科である「整形外科（FX）、HPRO、KPRO、FUSN）を対象とした手術部位感染（以下SSI）サーベイランスを開始した。3. 合意形成と現場への教育的介入 感染委員会、リンクナース会、師長会等への巡回を行い、サーベイランスの目的と方法を周知した。医師に対しては、CLA-BSI対策及び血液培養の適切な採取方法（カテーテル内血液・末梢血液の同時採取等）を具体的に説明した。CLA-BSI発生時には、現場の担当看護師と「なぜ発生したのか」のディスカッションを行い、再発防止に向けた対話型の介入を実践した。

【結果および考察】非専門部門である病歴室やシステム担当者との連携により、専門職が不足する中でも精度の高いデータ一元化が可能となった。半年間の土壌作りを経て9月からデバイス・術後感染項目へと拡大した「段階的導入」は、現場の負担軽減と質の担保を両立させる上で有効であった。発生時のディスカッションは、単なる報告に留まらず、現場スタッフの当事者意識を醸成する機会となった。

【結論】中小規模病院におけるサーベイランスの運用において、ICNに求められるのは、サーベイランスを実践する専門的な知識だけでなく、院内の潜在的なリソースを繋ぎ合わせる「コーディネーター」としての役割も求められる。本取り組みは、同様の制約を持つ施設において、現実的かつ持続可能なモデルになり得ると考える。

シンポジウム 36

SY36-3 【感染管理教育】景色を分かち合うための感染管理教育

社会医療法人慶明会 けいめい記念病院
 串間真由美（くしま まゆみ）

COVID-19感染症（以下、コロナとする）の流行を経て、様々な施設や団体でも感染症対策を実践することができるようになった。私自身が所属している組織内においても例外ではなく、いまや平時から標準予防策が遵守できるようになってきた。感染症対策の基本が当たり前に行える組織作りの一端として、自身が組織内で取り組んだ活動を報告する。当院は、地域包括病床を有する45床の小規模病院である。感染対策向上加算3を取得し、第一種・第二種協定指定医療機関であり高齢者施設等感染対策向上加算の連携医療機関である。当法人グループは当院以外にも一般病院やクリニック（眼科）、また高齢者施設等を多数有している。コロナ禍では、発熱外来・保健所との連携・コロナ患者の入院調整・ワクチン接種（集団接種会場の運営）・職員の健康管理等の院内活動と並行して法人グループの高齢者施設等からの相談・対応・実践を行った。これは小規模病院だからこそ出来る強みである。コロナ流行初期は法人グループの事業所内で感染者が発生すれば、実践的指導や対策の確認など、自身が現場に赴き直接的指導を行う。また電話での間接的指導を行うこともあった。指導する対象は看護師以外のことも多く、用語や手技など伝達に苦慮することもあり、さらに状況を確認するうえでも（電話やメールのやり取りの中で）情報共有の困難さを痛感した。また、助言や指導内容が十分に伝達されず、対策が不十分なままとなっていることもあった。さらに病院内においても自身が不在になることで通常業務の遅延や他職員への負担増となっていることもあった。感染症によって対応策は異なるが、疾患の特徴や予防策について共通した言語や想像力が必要となってくる。意思伝達の困難や実践のズレについては「共通した言語や想像力」＝「景色」が共有できなかったと自己分析した。この「景色」を一致させることが感染症対策で重要であり、なかでも伝達・実践が円滑に機能することは自身の業務負担軽減につながると考えた。そこで法人グループ内で職種不問の感染対策実践者を養成するプログラムを企画・運営を実践した。受講希望者は、当院の職員をはじめ特別養護老人ホームや介護老人保健施設・介護医療院・デイサービス・グループホームの施設管理者・看護師・介護士・看護補助・理学療法士など16名であった。全員がこのプログラムを修了し、現在は各現場で感染症対策のリーダーとして活動している。日常的な相談や感染症発症時の緊急相談においてもメールまたは電話のみで対応でき、自身が確認のために現場に赴くことはほとんどなくなった。職種は違えど、景色を共有できる仲間が増えたことで感染症対策の基本が根付き実践できる組織作りにつながっている。

シンポジウム 36

SY36-4 【地域連携】地域における感染対策連携強化のための取り組み

医療法人伯鳳会 東京曳舟病院

木下 庸佑（きのした ようすけ）

【背景】2019年以降、新型コロナウイルス感染症の流行拡大を経て、地域における連携強化の必要性が明らかとなった。2022年度の診療報酬改定では、感染防止対策加算から感染対策向上加算へと名称が変わり、これまでの医療機関同士の連携に加え、地域自治体や医師会との連携強化が求められるようになり、2024年の診療報酬改定では、高齢者施設との連携についても評価されるようになった。

【活動の内容】新型コロナウイルス感染症流行中の2021年3月より、東京都感染対策チームとして数多くの医療機関、高齢者施設のクラスター対応にあたった。2025年11月までに延べ67回（28施設）のアウトブレイク対応を行ったが、病院の所在する墨田区の施設が21施設と大半を占めた。墨田区保健所保健予防課の医師、保健師と共に介入を進める中で、アウトブレイク時の早期介入や地域の専門家の有効活用が課題として挙げた。自身が墨田区新型インフルエンザ等地域医療体制検討部会へ参加する機会があったため、地域の感染対策の質向上のため、墨田区保健所へ地域の感染対策担当者の連携を強化できる場の提供を依頼。その後に、2024年度より入院病床を持つ医療機関の感染担当者を参集する墨田区感染対策連絡会が発足した。2025年度からは、高齢者施設の感染対策担当者も加わり、年2回程度実施している。連絡会の中では、感染対策向上加算を算定する医療機関のICNが中心となり、各施設における感染対策の実施状況の共有や保健予防課からの情報提供を行う他、日常の感染対策に関する相談などを行っている。連絡会の研修という位置づけで、自身の医療機関と系列の高齢者施設を見学してもらう機会を設け、中小の感染対策向上加算1を取得する医療機関が、どのように感染対策を実践しているのか、高齢者施設における感染対策を実践する上での問題点などを共有した。

【活動の評価】地域の感染対策担当者同士と自治体が顔の見える関係を構築することで、連絡調整がスムーズになり、ICNが在籍しない医療機関が日々の感染対策で生じる問題点について相談しやすい環境ができた。また、自治体からのタイムリーな相談や医療機関同士の相談についても窓口が明確になっており、速やかに対応できるケースが増えたと感じている。

【今後の課題】中小規模病院であり、機能面から対応できる範囲に限界はあるが、地域医療機関の感染対策の質向上と並行して、高齢者施設の感染対策の質向上ならびに高齢者施設の感染症対応を支える体制作りが必要である。既存の高齢者施設感染症情報収集システムや今後導入予定のチャットシステムを有効活用した上で、地域で発生した感染症に対し、早期から地域の有識者が介入できる環境を作っていくことが課題と言える。自身は病院のICN、地域のICNとして引き続き活動をすすめていく。

シンポジウム 37

SY37-1 急性期病院における抗菌薬臨時投与の意義と課題―特定行為の運用見直しを通じて―

日本赤十字社 徳島赤十字病院

佐竹 孝文（さたけ たかふみ）

【背景】自施設は高度救命救急センターおよび災害拠点病院の機能を有し、年間約1万5千人の救急患者に対応する高度急性期病院である。迅速な初期対応が求められる中で、「抗菌薬の臨時投与」の実施機会を模索した結果、救急外来（Emergency Room：ER）における敗血症（疑い）患者への抗菌薬早期投与と、全病棟における血液培養中間報告でグラム陽性球菌が検出された患者へのバンコマイシン早期投与の2場面で実践している。一方で、特定行為「感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与」の運用においては、制度上の指示体系と現場で求められる迅速な対応との間に乖離があることが課題となった。

【目的】2つの場面での実践事例を通じて、急性期病院における抗菌薬の臨時投与の効果を検討するとともに、特定看護師の介入が抗菌薬投与までの時間に与える影響を明らかにする。さらに、「具体的指示」と「包括的指示」の使い分けに関する見直しの経緯を整理し、特定行為の実践における課題を考察する。

【方法】1. ERでの敗血症（疑い）患者への抗菌薬早期投与に関しては、特定看護師介入群と非介入群の抗菌薬投与までの時間（分）を全体（救急部門と一般病棟入院患者）、救急部門入院患者、一般病棟入院患者において算出し、比較する。また現場での事例や医師の声を紹介する。2. 全病棟を対象とした血液培養中間報告にてグラム陽性球菌陽性患者に対するバンコマイシンの早期投与に関しては、現場での事例や医師の声を紹介する。

【成績】ERにおける抗菌薬早期投与に関して、特定看護師介入群と非介入群で抗菌薬投与までの時間を比較した結果、全体、救急部門入院患者、一般病棟入院患者のいずれにおいても有意差は認められなかった。一方で、ERの診療過程においては、医師が即時対応困難な場面において特定看護師が介入する事例が認められた。医師からは「入院決定時は書類作成や説明で多忙であり、本来はERで抗菌薬を投与することが望ましいが後回しになることもある。一声かけてもらえるのは有用である」との意見が得られた。また、血液培養中間報告に基づくバンコマイシン投与においても、医師が即時対応できない場面での介入が認められた。

【結論】院内での体制を整えることで、急性期病院においても特定看護師が看護の流れの中で、抗菌薬をタイムリーに臨時投与することが可能である。また、特定看護師による抗菌薬の臨時投与は、投与までの時間に有意差を認めなかったが、診療の空白を補完する役割を担い得る可能性が示唆された。

シンポジウム 37

SY37-2 「感染に係る薬剤投与関連」修了者に期待されるチーム医療推進

神戸女子大学

洪 愛子（こう あいこ）

認定看護分野をとりまく社会的ニーズの変化に伴い、認定看護師として求められる知識・技術をさらに強化するため、2019年に特定行為研修を組み込んだ新たな認定看護師制度がスタートした。地域へと広がる看護現場で役割が期待されることから、病院現場にとどまらず、「あらゆる場で看護を必要とする対象」となった。また、認定看護師の3つの役割のひとつである実践には、「高い臨床推論力と病態判断力に基づき、熟練した看護技術及び知識を用いて水準の高い看護の実践」が追加されている。感染管理分野に関しては、改正前後で分野名である「感染管理」は変更されない。制度改正前の従来の感染管理分野では主たる対象者は集団であった。新たな制度では集団だけでなく個人が対象に加わったことが大きい。従来の知識と技術に位置付けられた「医療関連感染サーベイランスの立案・実施・評価のための技術や科学的根拠を評価し、ケアの改善に活用するための知識・技術」をはじめ「施設及び地域の医療関連感染の予防・管理システムの構築のための知識・技術」はそのままで、個人を対象とした実践である「身体所見を病態判断し、感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与ができる知識・技術」がコアの知識・技術に追加され教育内容が更新された。病院内では抗菌薬適正使用支援チーム活動の推進が期待されている。さらに、地域から求められる役割として、地域の中でのリーダーシップを発揮することや高齢者施設などにおいて特定行為研修を活用した看護実践や相談への対応があげられる。2015年10月にスタートした特定行為研修制度が10年を経過して、急性期医療から在宅医療まで地域へと広がる医療ニーズにどのように感染管理分野で実績が重ねられているか、特定行為研修制度発足の一端を担った立場から現状と課題を共に検討したい。

シンポジウム 37

SY37-3 感染症医の立場からみた特定行為修了者との協働—特定行為の実践で見据えるべき真のゴールとは？—

埼玉医科大学総合医療センター 総合診療内科 感染症科・感染制御科

三村 一行（みむら かずゆき）

感染症診療においてベッドサイドにおける感染徴候の早期探知と医学的妥当性の高い治療介入の実現は、患者安全を守りアウトカムを最大化するために不可欠な要素である。

特定行為区分「感染に係る薬剤投与関連」の修了者は、医師の思考プロセスを共有し、状況に応じて柔軟かつ高度なケアを実践できる存在としてチーム医療の質を一段階引き上げる鍵を握っている。しかし、臨床現場ではその実践が必ずしもスムーズに広がっていない現状がある。

本講演では感染症専門医の立場から、その実践を難しくしていると考えられる要因についてお伝えし、演者がいくつかの医療機関で行ってきた特定行為実践のハードルを下げる試みを紹介したい。

特定行為区分「感染に係る薬剤投与関連」の実践は「薬剤を投与すること」自体が目的ではなく、多職種と協働し、患者安全を守るための強力な「手段」である。看護師だからこそ気づける「日々の小さな変化」が、いかにして病院全体の診断の質を変え、患者のアウトカムに直結するのか。本講演が多くの特定行為修了者にとって自らの役割の大きさと可能性に気づき、明日から特定行為の実践を行ってみたいという契機となれば幸いである。

合同シンポジウム

JSY-1

NICU 入院児、特に早産児における予防接種の考え方と対応

大阪母子医療センター新生児科¹⁾、大阪母子医療センター周産期・小児感染症科²⁾○島 孝典(しま たかのり)¹⁾、野崎 昌俊^{1,2)}

NICU(新生児集中治療室)に入院する児の多くは早産児であり、各臓器の未成熟性に応じた治療、ケアを受けながら、その多くは自宅退院を目指す。そのため通常は外来診療の枠組みである予防接種を NICU 入院中に受け、ワクチンで予防できる感染症(vaccine preventable disease: VPD)に備えることになる。一方で、2020 年のロタウイルスワクチンの定期接種化を皮切りに予防接種を取り巻く環境は大きく変化している。NICU における予防接種の重要性、注意事項について概説する。

予防接種は、在胎週数・出生体重に関わらず暦月齢に応じた接種が推奨されている。早産児ほど母体からの移行抗体が少ないこと、移行抗体は生後 6 ヶ月までに消失すること、早産児ほど VPD の罹患率・死亡率が高いことが理由として挙げられる。

2020 年 10 月のロタウイルスワクチンの定期接種化をはじめ、5 種混合ワクチン抗 RS ウイルスヒトモノクローナル抗体の適応拡大など、接種可能な予防接種の種類が増加している。そのため、適切な医療情報の提供および「抜け」「漏れ」がないような一元的な体制の構築が欠かせなくなっている。

一方で、早期接種による児への影響や、NICU という特殊な環境での接種の問題が懸念される。具体的には、1. 早期接種による児への副反応・有害事象、2. ロタウイルスワクチンに代表される生ワクチン接種と免疫能、3. 消化管合併症を有する児におけるロタウイルスワクチン接種の是非、4. 手術や輸血・血液製剤を要する児のワクチンについてである。

1. に関しては、発熱や接種部位の腫脹といった軽微な副反応だけでなく、無呼吸や徐脈など呼吸状態・循環動態への影響が挙げられる。過去の観察研究、最新のランダム化比較試験の結果を交えつつ、当院での接種状況と副反応の有無について紹介する。

2. に関しては、当院では定期接種化に先駆けて 2020 年 8 月から先駆的に重症免疫不全症(SCID)のマスクリーニングを開始、2021 年 4 月からは有料の任意検査として受験者数の拡大をはかり、2024 年 3 月からは大阪府の実証事業として全例検査を開始した。このような取り組みにより、早産児の一定数で再検査を要することがわかり、免疫能の立ち上がりを見てからロタウイルスワクチンを接種する、という対応をとってきた。現時点で重篤な副反応は認められていない。

3. については、当院の特性上壊死性腸炎や消化管穿孔、胎便栓症候群など消化管合併症を有する児を多く受け入れているが、積極的に接種を進めてきた。また、4. については、施設間で対応が異なることが推察される。輸血や血液製剤は NICU においては影響なく、手術との兼ね合いについては気にかけているケースが多いのではないかと。本年度小児科学会からステートメントが発出されているため、ご紹介する。

多くの方にとって普段関わりが薄いと思われる NICU における予防接種に関して、理解とこれからの診療の助けとなることを願う。

合同シンポジウム

JSY-2

NICU におけるワクチン接種時の感染対策

総合病院 山口赤十字病院

神崎多紀子(かんざき たきこ)

国内では、乳幼児のワクチン定期接種は生後 2 か月から始まる。早産、低出生体重、疾患を持つなどの理由で NICU や GCU に入院している児に対しても、同様のスケジュールでのワクチン接種が推奨されている。ワクチンには生ワクチン、不活化ワクチンなど種類があり、生ワクチンの場合には、周囲への伝播の可能性があるため、対策の必要性が生じる。NICU や GCU においてワクチン接種時に必要となる感染対策について、自身の経験をもとに述べていきたい。

1. ロタウイルスワクチンについて

生ワクチンであるロタウイルスワクチンは、生後 8 週から接種が始まる。4 週以上あけて、2 回目接種が行われる。接種方法は経口投与である。投与後 14 日間はワクチン株ウイルスが排出している可能性が高く、唾液や吐物、排泄物を取り扱う際には、感染対策を講じる。入眠中などに唾液が溢れ出たり、胃内容物が逆流したりすることもあり、哺乳やおむつ交換の場面以外にも職員がウイルスに触れる可能性はある。使用した哺乳瓶や乳首、おしゃぶりだけでなく、リネン類の取り扱いにも気を配る必要がある。

個人防護具の交換や手指衛生を確実に行っていくことで、他の児への伝播や環境汚染の防止に努める。

2. 血液体液曝露について

ワクチン接種時の針刺し等血液体液曝露の予防策は、NICU においても常に実践する。児を取り巻く比較的狭い空間において、複数の職員が関わり接種が行われるため、針の取り扱いには注意を払う必要がある。使用後の針を速やかに廃棄容器に廃棄できるように準備を整えることが大切である。

乳幼児の定期ワクチンを進めることは、感染症から児を守るため、集団免疫により感染症の流行を阻止するために重要である。NICU や GCU には免疫能が脆弱な新生児が多く入院しており、適切に感染対策を行うことで、ワクチン接種の対象児も他の入院児も感染から守っていききたい。

合同シンポジウム

JSY-3 NICU におけるきょうだい面会者・医療者へのワクチン接種

群馬県立小児医療センター 新生児科

小泉 亜矢（こいずみ あや）

新生児は免疫機能が未熟であり、特に NICU 入院児は早産や基礎疾患を有することが多いため、重症感染症のリスクが高い。NICU 環境においては、面会者や医療従事者を介した水平伝播のリスクが常に存在する。これらの関係者への適切なワクチン接種は、感染症の持ち込みリスクを低減する重要な感染対策の一つである。

近年、Family-Centered Care (FCC) の理念の普及に伴い、家族のケアへの参加や心理的支援の重要性が高まっている。きょうだい面会は FCC の観点から推奨されるべきではあるが、きょうだいの多くは伝染性感染症罹患リスクの高い年少児であり、ワクチン接種も完了していない場合が多い。このため、感染症持ち込みの懸念からきょうだい面会を制限している施設も多く、その対応は施設間で差があるのが現状である。特に新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) パンデミック下では、多くの NICU で家族面会の制限を余儀なくされ、その影響が現在も残存している施設もあると推測される。FCC と感染対策の両立は、新生児医療における重要な課題である。米国小児科学会のガイドラインでは、きょうだい面会に際し、年齢相応のワクチンの接種完了、およびシーズン中のインフルエンザワクチンの接種が推奨されている。さらに、訓練された医療者による健康状態の評価、手指衛生の徹底、きょうだい面会者の行動管理など多面的な感染対策が求められる。

一方、医療関係者へのワクチン接種は、日本環境感染学会の「医療者関係者へのワクチンガイドライン」を参考に、各施設の状況に応じて運用されている。B 型肝炎ワクチンや麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘ワクチンは入職時のワクチン接種歴や罹患歴、抗体価の確認が原則とされ、インフルエンザワクチンは毎年の接種が推奨されている。新型コロナワクチンも接種が推奨されているが、その対応は施設毎に異なる。さらに、新生児ケアに従事する医療者では百日せき、RS ウィルス、带状疱疹ワクチン (50 歳以上) ワクチンの接種も推奨されている。特に百日せきは 2025 年に全国的大流行を認め、免疫を持たない新生児への伝播予防の重要性が再認識された。RS ウィルスワクチンは近年新たに上市され、今年改訂されたガイドライン第 5 版に新たに追加されている。これらのワクチンの医療従事者への接種により、重症化リスクの高い新生児への院内感染防止効果が期待できるが、強制力はなくあくまで任意接種であり、費用負担や副反応の問題、さらにワクチンの出荷制限などの課題がある。

本シンポジウムでは、全国の複数の NICU を対象としたアンケート調査の結果を紹介し、きょうだい面会者および医療従事者へのワクチン接種の現状と施設間格差を明らかにするとともに、今後の課題について議論したい。

合同シンポジウム

JSY-4 母体ワクチンの現在とこれから

東京都立小児総合医療センター 総合診療部 感染症科、免疫科¹⁾、東京都立小児総合医療センター 小児感染症センター²⁾

堀越 裕歩（ほりこし ゆうほ）^{1,2)}

母体ワクチンとは、妊婦にワクチンを接種することで母体に産生された抗体を胎盤を介して胎児へ移行させ、出生後早期の乳児に受動免疫による感染防御を付与する戦略である。妊婦や乳児に対しての重症化や死亡などの疾病負荷が高く、ワクチンの予防効果が高ければ意義が高い方法である。国際的に古くから実施されてきた方法であり、特に分娩時の衛生環境が十分でない開発途上国において致死的な新生児破傷風の予防を目的で、妊婦への破傷風トキソイドワクチン接種は広く推奨されている。

妊婦へのインフルエンザワクチン接種も推奨されているが、その意義は新生児破傷風とは少し異なる。インフルエンザは流行規模が大きく、妊婦の重症化予防という観点から重要性が高い一方で、乳児インフルエンザ感染症の多くは致死性ではない。新型コロナウイルスワクチンも同様の位置づけにあるが、接種費用や副反応の頻度がインフルエンザワクチンと比較して高いことが、妊婦接種の障壁である。

早期乳児で重症化しやすい感染症では、百日咳が代表的である。2024～2025 年には日本においても学童期以降の小児および成人で大規模な流行がみられ、重症化リスクの高い乳児への感染や死亡例も報告された。乳児が定期接種により十分な免疫を獲得するまでの期間を守る手段として、妊婦へのワクチン接種は有効であり、現在国内では三種混合ワクチン (DTP、トリビック) の使用が可能である。

さらに、2026 年には乳児で呼吸不全を来し得る RS ウィルスに対する母体ワクチンが定期接種化された。諸外国では RS ウィルスに対するモノクローナル抗体製剤の定期投与も導入されており、日本においてもその導入が検討されている。加えて、研究段階ではあるが、新生児期の代表的な感染症である B 群溶連菌による敗血症や髄膜炎を対象としたワクチンの臨床試験も進められている。

パネルディスカッション 1

PD1-1 手指衛生の遵守状況とモニタリング法

独立行政法人 国立病院機構 下志津病院

森野 誠子（もりの もとこ）

【背景】手指衛生は医療関連感染対策の基本であり、COVID-19 パンデミックを通じてその重要性は改めて認識された。しかし、実際の医療現場では依然として遵守率が十分とは言えず、継続的な改善が課題となっている。何事も改善させるためには計測と評価を行うことが必要不可欠であり、手指衛生遵守状況を定量的に評価する手指衛生サーベイランスは、改善のために重要なプロセス評価である。

【内容】WHO 手指衛生自己評価フレームワーク 2010 年の「3. 測定評価（評価およびフィードバック）」には、「3.3 手指衛生遵守の間接的モニタリング：アルコール手指消毒剤等の消費量」、3.4 手指衛生遵守の直接的モニタリング：手指衛生の 5 つの瞬間の直接観察による遵守率」の 2 つが評価指標として挙げられている。いずれの指標も単独では十分な評価とはならず、それぞれの特性と限界を理解したうえで実施する必要がある。モニタリングにおいて重要なのは、単なるデータ収集や数値管理に終始しないことである。手指衛生を評価するためには、現場の改善につながるサーベイランスとなるように、間接的モニタリングと直接的モニタリングの両方を相補的にバランス良く、継続し続けることが大切である。また、データは集計方法や提示方法によって良くも悪くも見せることができるため、目的を見失わず、現場改善につながる視点で評価する必要がある。特に現場の課題を具体的に可視化し、改善につなげることでフィードバックすることは大切である。当院では、ICT メンバーと感染対策マネジャー、看護部感染対策リンクナースが協働し、手指衛生サーベイランスを実施している。現場を巻き込んだ継続的活動には、観察負担、評価者間差、現場のモチベーション維持など多くの課題があるが、まずは「できる形で始める」ことを重視している。さらに、現場職員が主体的にサーベイランスへ関与することで、手指衛生に対する意識や知識の向上、そして組織文化の醸成にもつながると考える。施設の幹部に手指衛生サーベイランスの意義やその数値の意味を正しく理解していただくことも重要である。

【結論】手指衛生遵守率向上には、直接的・間接的モニタリングを継続的に実施するとともに、結果を適切にフィードバックし、現場改善へ結びつけることが重要である。数値のみを追うのではなく、現場の課題や背景を読み解きながら、手指衛生改善の本質を見失わないサーベイランス体制を構築することが求められる。このための公的なガイドの公開が望まれる。

パネルディスカッション 1

PD1-2 手指衛生に関する認識具合と意識改善のための教育

東京医科大学病院

中村 造（なかむら いたる）

手指衛生の重要性は広く認識されており、COVID-19 の流行によるその意義は一層強調された。しかし、COVID-19 の流行が落ち着くと全国的に手指衛生の実施状況は悪化している。当院での patient day と 1 回使用量で標準化した手指衛生回数は 2021 年をピークに増加しその後低下傾向となり 35-40 回/patient day で推移している。それでも全国サーベイランスデータと比較すると高値ではあるが、医療者の手指衛生への意識は低下していることを自覚している。職員の認識どのように捉えるかは難しいが、近年、Web アンケートを使用した意識調査は以前よりもそのツールが増え利用しやすくなっている。認識の程度を数値化することも、定性的に分析することも可能となっている。またアウトブレイク発生時などの緊急事態では現場の医療者と感染管理部門が対面での会議を持つなどすると、会議での伝達だけを実施している時とは異なり、現場の医療者の手指衛生への認識内容や実施しない理由や要因が確認される。そして認識の具合や内容、問題点を整理したうえでの教育介入が必要となるが、この教育介入には人的資源の投入も必要となり、多くの医療施設の課題であると言える。当院では医学生から卒後の医師・看護師を対象に感染対策シミュレーション教育コースを定期開催し基礎力の強化を行っている。また閲覧が負担にならない短時間のショートフィルム動画による教育資材を開発している。そのほか、手指衛生状況に関する定期的、かつ徹底的なフィードバックを行っている。当日はこれらを具体的に提示し議論の参考としたい。

パネルディスカッション 1

PD1-3 当院における WHO 多角的戦略を用いた課題整理と改善策

慶應義塾大学病院 感染制御部¹⁾、慶應義塾大学病院 看護部²⁾、慶應義塾大学 看護医療学部³⁾、慶應義塾大学 医学部 臨床検査医学教室⁴⁾、慶應義塾大学 医学部 感染症学教室⁵⁾

○増谷 瞳 (ますたに ひとみ)^{1,2)}、田村 祐子^{1,2)}、北 美紗子^{1,2)}、高野八百子¹⁾、宇野 俊介³⁾、上蓑 義典⁴⁾、南宮 湖⁵⁾

【目的・背景】

手指衛生は感染対策の基本であるが、その遵守率を維持・向上させることは容易ではない。当院においても 2020 年当時は患者に触れる前の遵守率が 60% 台に留まっており、標準的な教育や資材整備は進んでいるものの、現場の行動変容が停滞していることが課題であった。本発表では、WHO の手指衛生多角的戦略を用いて課題を構造的に整理し、「組織文化」の醸成と「研修教育」の見直しに着目した多面的なアプローチについて報告する。

【現状分析】

WHO の「手指衛生改善のための多角的戦略」の 5 要素に基づき自己アセスメントを実施した。その結果、「組織文化」のスコアが最も低く、手指衛生が「個人の知識や努力」に委ねられ、組織全体の優先事項として十分に共有されていない現状を明らかにした。また、比較的点数が高い「研修教育」について再検討したところ、研修の実施体制や資料提供は整備されているが、実践的な教育には至っていないという質的な課題が明らかになった。

【改善策】

抽出された課題に対し、以下の対策を展開した。

組織文化の醸成：病院幹部や診療科部長が出演する手指衛生啓発動画を作成した。病院長らが手指衛生の重要性を語り、実践する姿を可視化することで、組織としての姿勢を明確に示した。合わせて、手指衛生強化期間を設定し、職種や役職を超えて手指衛生の声かけをし合う「手指衛生声かけ運動」を推進した。

研修教育の改善：自施設の業務マニュアルに準拠した「手指衛生ベストプラクティス」を教育ツールとして作成・導入した。日常業務の中で「5つのタイミング」を理解・実践できる資材であると同時に、現場が手指衛生を相互に確認しあうためのチェックリストとしての機能も兼ね備えている。これにより、知識の提供と現場での実践評価を図った。

【結語とディスカッション】

手指衛生を現場に実装するためには、個人の意識向上だけでなく、組織的なバックアップと実践的な教育支援が不可欠である。本パネルディスカッションでは、これらの取り組みが現場の意識や行動にどのような変化をもたらしたかを共有し、持続可能な手指衛生推進体制のあり方について議論を深めたい。

パネルディスカッション 1

PD1-4 手指衛生の改善は、臨床ガバナンスと組織マネジメントで達成する

順天堂大学大学院 医学研究科 感染制御科学

堀 賢 (ほり さとし)

手指衛生は、最も基本的な感染対策でありながら、その遵守は依然として未解決の課題である。これまで原因分析、教育、評価の各手法は数多く開発されてきたが、十分な改善には至っていない。日本では「○○をやりなさい」「○○はダメです」といった指示型の教育が中心であり、現場が多忙になると優先順位が下がり、容易に省略される傾向がある。実際に現場スタッフに手指衛生の目的を問うと、「病院のルールだから」「怒られるから」といった回答が返ってくることは少なくなく、これは改善活動の方向性に課題があることを示している。一般的に行われている「声掛け」など、性善説に依拠した介入のみでは限界がある。本講演では、根本原因分析に基づき、適切な介入策と評価方法を選択し、フィードバックと一定の強制力を組み合わせた実効性のある改善手法を提示する。

＜原因分析＞手指衛生遵守不良の要因は (1) 知らない (教育不足)、(2) 知っていてもできない (実践を阻むバリア)、(3) 知っていてもやらない (目的理解不足・職業倫理の問題) の 3 つに整理できる。しかし、これらを表層的に扱うだけでは不十分であり、根本原因分析 (RCA: root cause analysis) により背景要因まで掘り下げ、原因除去を図ることが不可欠である。

＜教育＞手技については蛍光塗料を用いたトレーニング、適応場面については「5つのタイミング」に基づく教育に加え、シャドウイングや OJT による実践的指導が有効である。ただし、「知っている」「理解している」「実践できる」は別次元であり、無意識に実践できるレベルまでの反復訓練が必要である。

＜評価とフィードバック＞評価には、擦式アルコール手指消毒薬 (ABHR) 使用量による量的評価と、直接観察による質的评价がある。量的評価は日常的な実施傾向の把握に有用だが、適切なタイミングや手技の質は評価できない。一方、質的评价是詳細な把握が可能であるが、ホーソン効果による過大評価の影響を受ける。実施の容易さから量的評価に偏りがちであるが、質的评价を併用しなければ持続的改善にはつながらない。

＜臨床ガバナンスと職業倫理＞WHO の手指衛生自己評価フレームワークにおける「システム変更」と「安全文化」が不十分な施設では、改善活動は容易に停滞する。リンクナース任せ、あるいは医師への遠慮により実践を是正できない状況では、手指衛生は「一部職種による活動」にとどまる。これを、医療の質と患者安全を担保する全職員の品質改善活動 (QC 活動) として位置づけ、組織として推進する必要がある。そのためには、院長および執行部が明確に関与し、院内感染対策指針を基盤とした組織的運用を確立することが不可欠である。

パネルディスカッション 2

PD2-1 我が国の医薬品の安定供給

厚生労働省

松下 俊介（まつした しゅんすけ）

昨今、後発医薬品を中心に供給不安が顕在化しており、医薬品の安定供給の確保は喫緊の課題となっている。現在の供給不安の背景には、後発医薬品産業における少量多品目生産といった非効率な製造体制があり、これに加えて、企業による薬機法違反を契機とした供給量の低下や感染症の流行等、複合的な要因が影響している。このため、医薬品の安定供給に向けては、足下の供給不安の解消と、中長期的な産業構造改革の双方に取り組むことが重要である。足下の対策としては、企業への増産の働きかけ、増産体制整備への補助、薬価の下支え等を実施してきた。また、中長期的には、後発医薬品の非効率な生産体制の是正に向け、企業の事業再編を促進する環境整備を進めている。具体的には、令和7年5月に成立した薬機法等の一部改正法により創設された「後発医薬品製造基盤整備基金」を活用し、企業間の品目統合や事業再編を後押しすることとしている。

我が国の注射用抗菌薬の多くを占めるβラクタム系抗菌薬は、採算性等の観点から、その原材料及び原薬の多くを海外に依存している。このような状況の下、2019年には中国における製造トラブルにより原薬供給が途絶し、国内において手術延期等の深刻な影響が生じた。これを踏まえ、政府は経済安全保障推進法に基づき「抗菌性物質製剤」を「特定重要物資」に指定し、サプライチェーンの強靱化を進めている。特に、βラクタム系抗菌薬のうち、アンピシリン・スルバクタム、タゾバクタム・ピペラシリン、セファゾリン及びセフメタゾールについては、令和4年度補正予算において553億円を措置し、令和5年より原薬等の国内製造および備蓄体制の構築を開始した。2030年までに、供給途絶時においても必要量を安定的に供給できる体制の確立を目標としている。

抗菌薬の国産化は、医薬品供給の安定化にとどまらず、感染症危機時における医療提供体制の維持、産業基盤の再構築、さらには技術・人材の維持といった観点からも重要である。我が国はかつて抗菌薬原薬の主要な供給国であったが、当時の専門技術を有する人材の高齢化が進んでおり、今が国産化の「最後の機会」とも指摘されている。したがって、抗菌薬の国産化は健康・医療安全保障の確立に向けた中核的施策であり、持続可能な医薬品供給体制の構築に資する重要な取組である。

本演題では、以上を踏まえ、医薬品の安定供給に関する厚生労働省の取組について概説する。

パネルディスカッション 2

PD2-2 抗菌薬供給不安が続く今こそ一ピンチをチャンスに変える適正使用戦略と現場実践—

一般社団法人 Sapporo Medical Academy

岸田 直樹（きしだ なおき）

アモキシシリン・セファレキシンをはじめとする適正使用上重要な内服抗菌薬の供給不安は、2024年以降「安定的に不安定」な状態が続いている。一部では改善傾向も見られるが、回復した薬剤の情報が末端の臨床現場まで届いていないケースは少なくない。さらに深刻なのは、供給不足の期間に研修を終えた若手医師たちが、本来の適正使用上重要な抗菌薬をほとんど経験しないまま独り立ちしているという現実だ。これは単なる供給問題にとどまらず、次世代の抗菌薬使用文化そのものを歪めかねない構造的問題である。国内外のデータが示すように、供給不足を契機として広域抗菌薬（Watch群）の使用が増加しており、本末転倒な状況が生じている。しかし私はこの状況を「ピンチはチャンス」と捉えている。第一に、供給不足は適正使用介入の絶好の契機となる。される側は不快に感じることも多い適正使用の介入だが、「かどが立ちにくい」この環境だからこそ、処方文化を変えられる機会が生まれる。第二に、現在の感染症治療のトレンド自体が、供給不足への対応と同じ方向を向いている。「Shorter is better」「No antibiotics, No resistance」「Oral is the New IV」。これらのパラダイムシフトは、薬剤の使用量・期間・種類いずれの面でも節約的方向に向かっており、危機への対応と適正使用推進の戦略が重なり合う。逆境は、むしろ追い風になりうる。本講演では、現場で今すぐ使える実践的な視点として、(1)「不足薬に対する別な在庫薬」ではなく「感染症のロジック（背景・臓器・微生物）からのセカンド・サードチョイス」という適正使用の思考法、(2)回復しつつある薬剤の情報共有と優先順位づけ、(3)供給不足を逆手にとった多職種医療者・若手教育と適正使用新戦略、の3点を中心に議論する。供給不安という逆境を、日本の抗菌薬適正使用文化をさらに洗練させる好機に変えるための戦略を、感染制御の現場に携わる皆様とともに考えたい。

パネルディスカッション 2

PD2-3 感染症対策における医薬品供給不安とその対応～ワクチンについて

神奈川県衛生研究所

多屋 馨子（たや けいこ）

必要不可欠な薬剤やワクチンが突然入手困難な状況になる場合がある。解消の見通しがなく、待ったなしの対応が臨床現場には求められる。本パネルディスカッションでは、このような状況に臨床現場ではどのように対応していくのか、ワクチンの供給不安時の対応について考えてみたい。

厚生労働省ではワクチンの生産や流通の円滑な運用に関して、様々な調整が行われている。しかしながら、生物学的製剤であるワクチンの製造には、時に不測の事態が発生する。近年発生したワクチンの安定供給に関わる情報は、通知・事務連絡とともに厚生労働省のウェブサイトで紹介されている「ワクチンの供給状況について」。

これによると、近年発出された通知としては、令和8年4月27日付事務連絡「DPT ワクチンの出荷調整の解除について」、価格改定に伴う需要の急激な増加により、限定出荷が行われていたDT トキソイドの限定出荷解除について（令和8年4月1日）、令和8年3月31日付事務連絡「麻しん及び風しんの定期接種対象者に対する積極的な接種勧奨並びに麻しん及び風しんの任意接種に関する案内等について（依頼）」、令和7年9月19日付「季節性インフルエンザワクチン及び新型コロナワクチンの供給等について」、令和7年7月25日付事務連絡「DPT-IPV ワクチンの販売中止に伴う対応に係る留意事項について」、令和6年7月4日付事務連絡「組換え沈降B型肝炎ワクチン（酵母由来）の限定出荷の解除について」、令和5年1月30日事務連絡「乾燥ヘモフィルス b 型ワクチン（破傷風トキソイド結合体）の針なしシリンジ製品の供給開始について」、令和5年1月19日付事務連絡「乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンの限定出荷の解除について」等が挙げられる。

令和8年4月28日に厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部予防接種課から「ワクチンの安定供給に関する指針」が公表された。この指針が平時ならびに不測の事態発生時に有効に運用され、臨床現場への影響を限りなく少なくできる指針として活用されることが期待される。

ワクチン供給が不安定になった場合に、臨床現場はどのように対応していくのがよいか、臨床現場で優先順位をどう考えたらよいかについて本パネルディスカッションの中で考えてみたい。

パネルディスカッション 3

PD3-1 臨床研究ネットワークの構築の取り組み

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 国際感染症センター

齋藤 翔（さいとう しょう）

多施設共同研究では、単施設では収集が困難な多数の症例データや検体を収集・解析することでより強固なエビデンスを創出することが可能となる。一方で、その実施には、共通の目的を持つ研究者・研究施設との連携と、持続的な研究ネットワークの構築が不可欠である。新型コロナウイルス感染症が流行した2020年当初、国内には多施設共同研究を迅速に実施できる大規模な感染症の研究ネットワークは十分に整備されておらず、私たちは研究者間のコミュニケーションを通じて参加施設を拡大してきた。しかし、新興・再興感染症は今後も発生しうるため、次のパンデミックに備え、臨床研究基盤の整備が重要である。現在、iCROWN (Infectious Disease Clinical Research NetwOrk With National Repository：感染症臨床研究ネットワーク)において、医療機関ネットワークとリポジトリの運用を平時から一体的に推進している。本発表ではこれらの活動について紹介する。また、感染症が国を超えて拡大する現状を踏まえると、日本国内にとどまらず、海外施設との協力関係を構築し、国際共同研究を推進することも不可欠である。ARISE (ARO Alliance for Southeast & East Asia) は、アジア地域における研究開発の発展を目指して構築されたネットワークであり、日本、ベトナム、マレーシア、フィリピン、インドネシアから16施設が参画している。昨年度からは、第三世代セファロスポリン耐性大腸菌を対象としたレジストリ研究を開始しており、その進捗についても紹介する。最後に、日本国内ではカルバペネム耐性菌レジストリであるMDRBirdを運営しており、約20施設が参加している。カルバペネム耐性菌は1施設当たりの症例数が限られるため、多施設でネットワークを通じて臨床情報と菌株情報を収集している。上記のネットワークと比較すると小規模ではあるものの、現場から出たクリニカルクエストを解決するための実務的なネットワークとして重要な役割を果たしている。研究ネットワークは構築すること自体が目的ではない。研究者同士が直接交流し、継続的にコミュニケーションを取り、実際の研究を運用し、現場に還元できる成果を創出することでネットワークは強化され、その役割を果たすことができると考える。今後、これらのネットワークがさらに成熟し、発展していくことが期待される。

パネルディスカッション 3

PD3-2

感染症領域における臨床研究ネットワークの構築：COVID-19 の教訓とネクストパンデミックへの備え

慶應義塾大学 医学部 感染症学教室

南宮 湖（なむぐん ほう）

COVID-19 パンデミックは、日本における感染症領域の臨床研究体制の脆弱性を浮き彫りにした。多くの医療機関が診療対応に追われる中で、臨床研究の立ち上げや継続は大きく制限され、結果としてエビデンス創出の遅れが生じた。筆者は、共同研究グループであるコロナ制圧タスクフォースを立ち上げ、日本全国 100 以上の病院・研究機関の参加のもと、6,500 例以上の検体を収集し、同タスクフォースはアジア最大規模の COVID-19 バイオレポジトリとなった。しかし、医療現場の DX は十分に進んでおらず、トランスレーショナル研究を遂行するためには、倫理審査や研究プロトコルの整備にとどまらず、患者からの同意取得、検体搬送体制の確保、さらには乱立する研究データベースや行政システム（例：HER-SYS）への手入力など、多くの実務的課題に直面する。パンデミック初期には検体輸送が制限される事例もあり、現場の負担は極めて大きかった。こうした状況は、本来高いモチベーションを有する医療従事者の意欲を徐々に削ぐ要因ともなり得る。重要なのは、有事に備えた平時からの準備である。症例登録基盤、倫理審査体制、データ標準化、人材育成といった要素を持続的に整備するとともに、公平性と透明性を担保した研究体制を構築することが不可欠である。特に、現場の実務負担を軽減し、臨床とデータ科学が真に連動する仕組みの設計が求められる。臨床現場と乖離しない持続可能な研究基盤の構築こそが重要である。本講演では、COVID-19 パンデミックで得られた教訓を踏まえ、ネクストパンデミックも見据えた臨床研究ネットワーク構築のグランドデザインについて議論する。

パネルディスカッション 3

PD3-3

SNAP 試験の経験から

東京科学大学 統合臨床感染症学分野

岡本 耕（おかもと こう）

黄色ブドウ球菌菌血症は、日常診療において頻繁に遭遇する感染症でありながら、依然として高い合併症率および死亡率を伴う重大な疾患である。しかし、その最適治療戦略（抗菌薬の選択、投与期間、併用療法の有無など）に関するエビデンスレベルは必ずしも十分ではなく、世界的に標準化された高品質な大規模臨床研究が求められてきた。こうした背景から、2022 年より国際共同のアダプティブプラットフォーム試験である SNAP 試験（Staphylococcus aureus Network Adaptive Platform trial）が開始された。アダプティブプラットフォーム試験は、複数の介入を単一のプロトコル下で同時かつ効率的に評価できる研究デザインであり、中間解析の結果に応じて治療群を追加・削除できる柔軟性を持つ。悪性腫瘍領域では広く用いられているが、近年感染症領域でも注目が集まっている。SNAP 試験は、現在世界 15 か国 100 施設以上が参加する大規模ネットワークへと成長し、既に複数の重要な研究結果が公表されている。日本国内においては感染症領域でアダプティブプラットフォーム試験 APT への参加・運用経験はまだ乏しいのが現状である。本演題では、国内での SNAP 試験立ち上げのプロセスと、自施設での経験を報告する。

パネルディスカッション 4

PD4-1 「院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業」事業班の活動経過から

高知市保健所¹⁾、鳥取市保健所²⁾、佐賀中部保健所³⁾、飛騨保健所⁴⁾、高松市保健所⁵⁾、久留米市保健所⁶⁾、大分県中部保健所⁷⁾、鎌倉保健福祉事務所⁸⁾、山形大学医学部附属病院⁹⁾

○豊田 誠(とよた まこと)¹⁾、長井 大²⁾、中里 栄介³⁾、中山 文子⁴⁾、藤川 愛⁵⁾、
藤田 利枝⁶⁾、森本 卓哉⁷⁾、近内美乃里⁸⁾、森兼 啓太⁹⁾

地域保健総合推進事業「院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業」では、保健所職員が院内感染対策ネットワークや AMR 対策を含む感染症対策へ積極的に関与することを支援する活動を実施してきた。その活動の一つとして、地域の実情に応じて保健所も関与して、他の地域のモデルケースとなりうる感染症対策ネットワーク活動が展開されている好事例を調査した。その中から、本セッションでは2つの事例を報告する。令和4～7年度に、当事業班が調査した好事例の取り組みはさまざまであったが、共通してキーパーソンとなる熱心な ICN や ICD と保健所との関りが重要であり、保健所には地域の状況に応じてハブとなる役割が期待されていた。医療機関と保健所が連携することで、医療機関の専門性と保健所の持つ公益性のタイアップが期待された。また、新型コロナ感染症流行下の対応の経験を通じて、高齢者福祉施設等の分野での感染症対策の向上が今後の課題と考えられた。一方、当事業班は、保健所と地域感染症対策ネットワークの連携の状況について、全国の保健所を対象に定期的にアンケート調査を実施している。令和6年のアンケート調査では、新型コロナウイルス感染症対応や感染対策向上加算により、加算ネットワークや専門家との連携が進んでいる保健所が、全国的に増えていた。しかし、加算以外のネットワークについては、保健所が参加している割合は微増したが、それでも全体の約3分の1に留まっていた。加算以外のネットワークに参加している保健所は、参加していない保健所に比べて、専門家と共同して社会福祉施設等の感染対策に取り組んでいる割合が高かった。当事業班は、目指すネットワークを、「保健所等の行政機関と地域の医療機関や医師会、社会福祉施設等が、感染症の予防やまん延防止等の感染症対策に関して情報共有や相互支援ができるヒューマンネットワーク（顔と顔をつなぐ関係）のこと。中小病院等の管内の全医療機関が参加できることが望ましい。また、定期的な会議開催や感染対策向上加算の有無は問わない。」と定義し、今後もより良いネットワークの在り方についての検討を継続する。

パネルディスカッション 4

PD4-2 VRE 感染症対策をきっかけとした感染症対策ネットワークの構築

和歌山市保健所

○神戸 千佐(かんべ ちさ)、卯辰 暢子、原田 友紀、丹生 哲哉、笠松 美恵

和歌山市では、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行初期の2020年、複数の管内医療機関から県内で初めてバンコマイシン耐性腸球菌（VRE）の届出があった。地域でのアウトブレイクを疑い、保健所は COVID-19 対応の合間を縫って疫学調査を実施し、情報収集を進めるとともに、感染対策向上加算（加算）1 病院との情報連携を強化した。また、確保した菌株について国立感染症研究所へ分子疫学調査を依頼したところ、加算1の4病院から提出された49株のうち45株が VanA 株 ST1421 であり、医療機関を超えた伝播が示唆された。この結果を受け、2021年には国立感染症研究所 FETP チームに依頼し、4病院を対象とした調査、院内ラウンド、報告会を実施した。その過程で、4病院全体として「院外からの持ち込みではなく、院内での感染拡大と地域全体での拡がりが見え始めている」という共通認識が形成された。VRE の感染拡大を公表する際には、転院調整の拒否や風評被害を防ぐため、病院側の情報公開に合わせて、和歌山市保健所と和歌山感染症支援ネットワーク（WaICCS*）が共同で、市内病院あてに VRE 対策方針や Q&A をまとめた通知文を发出し、地域全体での共通理解を図った。2023年には、加算2の1か所の中規模病院から VRE の届出が集積し、院内感染が疑われたため、和歌山市衛生研究所で遺伝子検査を実施したところ、株が一致した。保健所は同病院と感染対策連携のある加算1病院と協力し、VRE 対策の指導を強化したほか、他の加算1病院から感染症専門医の同病院での講義等の協力も得ながら、院長の強いコミットメントを得て組織全体で危機意識の統一を図った。また、届出で把握できない保菌者情報については、2023年から独自の調査票を作成し市内全病院に協力を依頼した。これにより、保菌状況や入院前・転院先の情報を把握し、感染対策指導や状況把握に活用している。さらに2024年からは、VREを含む耐性菌対策やその他感染症対策の地域的な取り組みの必要性を踏まえ、加算1病院とともに市内全36病院を対象とした「和歌山市感染症対策ネットワーク」を立ち上げ、感染症情報の月報での共有、幹事会・年1回の全体会・研修会等を実施している。全体会で、中小病院での手指衛生を中心とした感染対策の取り組みについての報告を共有したり、実践やグループワークを取り入れた研修会で、加算1の ICN を交えた指導や情報交換を実施することで、中小の病院における感染対策に対する認識の強化、実践力の向上を図り、地域全体の感染対策の底上げを目指している。薬剤耐性菌は抗生剤を多く使用する大病院だけの問題ではなく、地域全体で一丸となって取り組まなければならない。そのために、保健所が「ハブ」となって専門家と地域の病院をつなぎ、和歌山市全体の取り組みを統一化し、中長期的な視点で感染症対策を推進している。* WaICCS：県内の感染制御医らが有志で立ち上げ、多職種が加わって現体制となった。

パネルディスカッション 4

PD4-3 感染症対策ネットワーク活動を基盤とした高齢者施設等への感染対策

吹田市 健康医療部 保健医療総務室¹⁾、吹田市 健康医療部 地域保健課²⁾、吹田市 児童部 すこやか親子室³⁾、吹田市 福祉部 高齢福祉室⁴⁾、吹田市保健所⁵⁾

○廣瀬智恵子（ひろせ ちえこ）¹⁾、芦原 奈美¹⁾、松浦 正和¹⁾、野田いずみ²⁾、山住 美沙²⁾、林 美奈子²⁾、田畑三由紀³⁾、濱本 利美⁴⁾、松林 恵介⁵⁾

【背景】

吹田市では7つの感染対策向上加算病院に8名の感染管理認定看護師（ICN）が在籍しており、院内感染対策を行う上で恵まれた環境を生かし、平成22年から院内感染の未然防止等を目的とした院内感染対策連絡会議を設置した。地域全体の感染対策向上を目的とし、平成24年からは管内全病院、令和4年には診療所も含めた全医療機関へ対象を拡大した。年4回の会議を通じて顔の見える関係を構築しながら強固な感染対策ネットワークを築いてきた。

【目的・実践内容】

高齢者施設は医療機関への入退院による薬剤耐性菌等の持ち込みや施設内感染拡大のリスクがあり、重症化した場合は地域の医療提供体制に大きな影響を与える。そのため、平時からの感染対策向上が不可欠と考え、平成27年からICNと保健所で高齢者施設への感染対策支援を開始した。地域で感染対策について中心的な役割を担える施設「核となる施設」が5施設育ってきたため、令和6年から「核となる施設」も企画・運営に参画し、当事者の声を反映した以下の取組を展開している。

- 1 高齢者施設感染対策支援検討会：高齢者施設における感染対策の向上や施設間連携、市内ネットワーク構築を目的に、ICN、核となる施設、保健所で年2回開催。
- 2 高齢者施設等感染対策リーダー育成研修：PPE着脱等の実技指導方法や施設内の感染対策マネジメントを学ぶ実効的な研修を年2回実施。
- 3 施設内ラウンド：平時にICNと保健所が同行して施設へ環境ラウンドを実施し、実践的な助言を行う。

【結果】

- 1 お互いの考えが分かる関係の構築：検討会や研修を通じて、核となる施設、ICN、保健所間のお互いの考えが分かる関係が構築できた。また、核となる施設同士で相互環境ラウンドを行う、研修参加者同士でBCPの情報交換等、自発的な協働関係ができてきた。
- 2 感染対策リーダーの継続育成：毎回30名程度の参加者があり、一定の知識を有する感染対策リーダーを継続して育成できている。
- 3 施設内ラウンド数の増加：核となる施設の意見を踏まえて周知・募集方法を改善したことで、ラウンド実施数が前年度1施設から4施設へと増加した。

【考察・今後の展望】

本取組では、立場や優先順位が異なる関係機関（医療機関、高齢者施設、保健所）が協働しており、意見の相違が発生することもある。一体的な活動に繋げるために、その都度方向性を話し合い、取組の全体像や目指すべき姿を共通言語化する等、日々工夫をしながら取り組んでいる。また、保健所が医療機関と施設をつなぐ役割を担い、地域支援のハブとして機能することで、平時の予防から有事のアウトブレイク支援までを効率的かつ効果的に機能させることが可能になると考える。今後は、本ネットワークを活用し、感染症以外の事象にも応用できる地域レジリエンスの構築を目指したい。

パネルディスカッション 4

PD4-4 医療機関と保健所の効果的なネットワーク構築に関する考察—感染管理担当者の実践経験を通して—

橋本市民病院

杵田美加子（ますだ みかこ）

【背景】近年、季節性インフルエンザや感染性胃腸炎などの地域性感染症に加え、新興感染症の出現や薬剤耐性菌の拡大により、医療機関単独での対応には限界があることが指摘されている。特にアウトブレイク発生時には、地域全体での迅速な対応が求められ、保健所との連携が重要となる。

【目的】医療機関における感染管理担当者の立場から、保健所との連携実践を振り返り、効果的なネットワーク構築に必要な要素を明らかにする。

【方法】これまでに経験した季節性・地域性感染症対応、新興感染症流行時、ならびに薬剤耐性菌アウトブレイク対応の事例を振り返り、保健所との連携内容、役割分担、情報共有および支援体制について質的に整理・分析した。

【結果】保健所との連携においては、平時からの顔の見える関係構築、役割分担の明確化、双方向かつ迅速な情報共有、状況に応じた柔軟な対応が重要であった。特に新興感染症流行時には、患者受け入れ調整や感染対策の方針決定において協働体制が機能し、円滑な医療提供に寄与した。さらに、薬剤耐性菌のアウトブレイク対応においては、保健所を介して専門機関などの外部ネットワークへ早期に接続されたことで、技術的助言や支援を受けることができ、結果として早期収束につながった。

【考察】効果的なネットワーク構築には、単なる指示・報告関係ではなく、相互に補完し合うパートナーシップの形成が重要である。実際の感染症対応においては、医療機関のみで状況判断や対応を完結することが困難な場面も多く、保健所が有する専門機関や行政機関等との広域的なネットワークを通じて、技術的助言や人的支援、地域全体を踏まえた情報提供を受けられることが、対応の質向上につながっていた。特に新興感染症や薬剤耐性菌アウトブレイクでは、医療機関ごとの対応だけではなく、地域全体で感染拡大を防止する視点が求められる。そのため、保健所を中心としたネットワークを活用し、早期から情報共有や課題の可視化を行うことが、迅速な意思決定や支援体制の構築に寄与すると考えられた。また、有事に円滑な連携を実現するためには、平時から相談しやすい関係性を築き、顔の見える関係の中で心理的距離を縮めておくことが重要である。継続的な情報交換や合同研修等を通じて相互理解を深めておくことが、緊急時における柔軟かつ実効性の高い連携につながると考える。

【結論】医療機関と保健所は、相互の役割を尊重しながら信頼を基盤としたネットワークを構築することが求められる。平時から継続的に連携を図ることで、有事における迅速な対応と支援の最大化につながり、地域全体の感染対策強化に寄与すると考える。今後は、地域内での継続的な情報共有体制や合同訓練等を通じて、さらに実効性の高い連携体制を構築していく必要がある。

パネルディスカッション 5

PD5-1 バンコマイシン可変性腸球菌（VVE：Vancomycin variable enterococci）（ステルス型）の現状からみる VRE 感染対策

小倉記念病院 感染管理部¹⁾、国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 薬剤耐性研究センター²⁾

○宮崎 博章（みやざき ひろあき）¹⁾、菅井 基行²⁾

バンコマイシンに耐性のある腸球菌（VRE：Vancomycin-resistant Enterococcus）が世界的に流行し、2024 年版の WHO 細菌優先病原体リストでは high グループに分類されている。米国では、腸球菌の内、30% が VRE と言われており、世界的に拡散している。本邦では、VRE 感染症届出数は、2019 年 80 例、2020 年 136 例、2021 年 124 例、2022 年 133 例、2023 年 115 例と、2020 年に明らかな増加が認められ、以降同水準で推移した。また、JANIS 検査部門公開情報での VRE 分離患者数と分離率は、2017 年において分離患者数 684 人、分離率 0.02% であったが、2023 年は分離患者数 1642 人、分離率 0.05% であり、分離患者数および分離率は増加していた。近年、諸外国からバンコマイシン可変性腸球菌（VVE：Vancomycin variable enterococci）の報告が相次いでいる。VVE とは、バンコマイシン耐性遺伝子を保有しているにも関わらず、表現型がバンコマイシン感受性腸球菌（VSE：Vancomycin-susceptible Enterococcus）を示す株である。つまり、バンコマイシンを含む培地を用いた通常の検査では検出されない可能性（ステルス型）がある。VVE はバンコマイシン治療中に VRE に変換して、バンコマイシンの治療に抵抗性を持つ可能性がある。特に vanA 型 *E. faecium* (ST1421) の一部の株が、VVE で、通常の VRE では認められない遺伝子の変異が報告されている。本邦の感染症法では、バンコマイシンに対する MIC が 16 μg/mL 以上を示す腸球菌のみが対象となっている。バンコマイシン耐性遺伝子には言及されていない。つまり、現行の感染症法では VVE は検出ができない可能性がある。本邦での VVE の拡散は不明である。AMR アクションプランの成果指標を達成するには、VVE の感染対策が急務と考えられる。非会員協力者 国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 薬剤耐性研究センター 第 5 室 久恒 順/瀬川 孝耶/杵野 祥子

パネルディスカッション 5

PD5-2 大分県の現状と課題

大分大学 医学部 医療安全管理医学講座

平松 和史（ひらまつ かずふみ）

バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）は欧米など世界的には高い頻度で検出されているが、我が国においてはこれまでその検出は低い状況にあった。しかしながら近年全国的にその検出頻度はやや増加傾向にあり、VRE 感染症の報告も増加している。大分県においては、以前はほとんど検出されていなかったが、近年その増加は顕著な状況にある。JANIS データを見てみると大分県における VRE の検出率は 2019 年までは 0~0.01% 程度であったが、2020 年には 0.05%、2021 年：0.4%、2022 年：1.1%、2023 年：0.96%、2024 年：1.43% へと上昇し、全国で最も高頻度に検出されている。VRE 検出率の増加に伴い、VRE 感染症の届け出数は 2020 年：4 件、2021 年：14 件、2022 年：14 件、2023 年：15 件、2024 年：19 件と増加している。こうした大分県での増加の発端は、2018 年の県内のある医療機関での小規模なアウトブレイクである。県北にある小規模医療機関において 20 人程の VRE のアウトブレイクが発生した。その後、県北に近い医療機関において大規模なアウトブレイクが発生し、県東部の医療機関、さらには県中部の医療機関へと拡散し、県南部へと拡がりつつある。JANIS のデータでは 2017 年までは大分県内のサーベイランス参加医療機関の中で VRE が検出された医療機関は 0 であったが、2018 年：3.4%、2019 年：6.1%、2020 年：21.2%、2021 年：32.4%、2022 年：41.7%、2023 年：43.2%、2024 年：52.9% へと増加している。分離された VRE を遺伝子解析してみると極めて近似的株であり、急速に VRE が拡散していることが明らかとなっている。こうした県内での流行に対応し、県独自の VRE 検出症例の全例報告制度や VRE スクリーニング検査の指針の策定、定期的な行政や医師会、医療機関との連絡会議の開催、講習会の実施などを県全体で行ってきた。このような対応、特に各医療機関の危機意識の向上や感染対策の強化によって最近の検出数はやや減少傾向にある。本パネルディスカッションにおいては大分県内の VRE の拡がりやその流行に対する対策、今後の課題を述べ、「VRE 感染対策 AMR アクションプランの成果指標は達成できるのか」について考察したい。

パネルディスカッション 5

PD5-3 地域における感染制御ネットワークを活用した VRE アウトブレイク対応と課題

長崎大学病院 感染制御教育センター

寺坂 陽子 (てらさか ようこ)

当センターは、2005 年に発生したメタロ β ラクタマーゼ産生多剤耐性緑膿菌による院内アウトブレイクを契機に設置され、以降、院内にとどまらず地域全体における感染対策の向上を目的として活動してきた。地域連携の枠組みは、2007 年に設立した長崎感染制御ネットワークによる県内全域の病院を対象とした連携と、感染対策向上加算に基づく約 20 施設との施設間連携の 2 つがある。長崎感染制御ネットワークは、2012 年より長崎県の委託事業となり、現在は県内のほぼすべての病院が参加している。主な活動として、感染対策担当者の養成を目的とした講習会の開催、アウトブレイク発生時の支援、平時の感染対策向上を目的とした複数施設へのサイトビジット等を行っている。

2023 年 4 月に県内で初めて、地域の連携病院において複数例のバンコマイシン耐性腸球菌 (以下、VRE) が検出された。本事例では、院内における VRE 発生に加え、関連する高齢者施設での感染拡大も懸念されたため、サイトビジットによる院内感染の拡大防止策に加えて、当該病院と協働して地域の複数の高齢者施設を対象に、手指衛生およびオムツ交換手技に関するハンズオンセミナーを実施し、ケア場面に即した感染対策の徹底を図った。本事例では、VRE 対策が単一施設内にとどまらず、医療機関と高齢者介護施設を含めた地域全体を対象に同時並行で対応する必要性があった。収束後は、VRE 対応を経験した病院や行政と連携し、県内医療機関を対象とした講習会を開催して、VRE の特徴、検査、感染対策やケア、行政の役割などを共有した。以降も、長崎感染制御ネットワーク講習会では、VRE アウトブレイク対応に関するシナリオベースの事例検討およびグループワークを導入し、対応力の向上を目指している。ここでは、VRE アウトブレイク対応を支援した立場から事例を振り返り、地域連携における VRE 対策の課題について考察する。

パネルディスカッション 5

PD5-4 我が国におけるバンコマイシン耐性腸球菌 (VRE) の現状

国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 薬剤耐性研究センター 第1室

鈴木 里和 (すずき さとわ)

バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE) 感染症は 1999 年より感染症法 5 類全数報告疾患としてその動向が把握されている。届出数は 2005 年に 120 例に達した後いったん減少し、2013 年には 55 例となった。しかし 2010 年代半ばから再び増加に転じ、2020 年には 137 例と過去最多を記録した。届出都道府県数もこの間に 15 から 26 へと約 1.7 倍に増加するなど、全国的な地理的拡大が明らかとなった。近年の流行は 2000 年代前半とは様相が異なり、急性期医療機関での集積にとどまらず、療養型病床を有する周辺施設への波及事例が目立つようになった。また、従来 VRE 報告のなかった地域での発生が増えていることも特徴的である。第一期 AMR 対策アクションプランの策定時期は VRE 報告数が最も少ない時期と重なっており、成果指標の対象病原体には含まれなかった。一方、その後の VRE 急増により検査や対策における課題が明らかとなり、第二期アクションプランでは「VRE 感染症の罹患数 80 人以下 (2019 年時点に維持)」として成果指標に新たに加えられた。国際的にも 2010 年代半ばより欧州を中心に VRE の増加が警戒されており、世界的に主流株が切り替わりつつあるとの報告がなされている。オーストラリアは VRE が急増した国の一つであるが、その要因として新興系統株の一つと考えられている ST1421 の出現が示唆されている。我が国における VRE 増加もこうした国際的な株の動態変化と連動している可能性がある。2020 年以降、多くの医療機関および保健行政機関の尽力により増加傾向には一定の歯止めがかかりつつあるが、依然として年間 120 例前後の高水準が続いており予断を許さない。AMR 対策アクションプランの成果指標達成に向け、いくつかの課題がある。VRE はそれを保菌した場合でも無症状のことが多く、施設内の保菌者を把握するためには糞便等によるスクリーニング検査が必要となる。しかし検査感度の限界に加え、バンコマイシン耐性遺伝子を保有していてもバンコマイシンに耐性を示さない株の存在により、全保菌者の検出は困難である。さらに感染対策向上加算未取得施設に VRE の集積が波及した場合、スクリーニングに係る費用負担が障壁となる。また高齢社会の進展に伴い排泄介助を要する患者が増加するなか、適切な感染対策の実施は現場の大きな負担となっており、特に療養型病床を中心とする医療機関における対策のあり方は急性期とは別に検討が必要である。VRE の施設への流入を完全に防ぐことは不可能に近く、「持ち込ませない」から「持ち込まれても広げない」へ、対策の軸足を移すことが求められる。VRE 対策には適切なスクリーニング検査とそれに基づく接触予防策の実施、環境整備、抗菌薬適正使用といった総合的な対策が必要であるが、その基本となるのは標準予防策である。手指衛生をはじめとする標準予防策の徹底こそが、VRE のみならずあらゆる薬剤耐性菌対策の根幹であることを改めて強調したい。

パネルディスカッション 6

PD6-1 無菌室・手術室の水感染対策

東京医科大学病院 感染制御部・感染症科

中村 造（なかむら いたる）

血液造血幹細胞移植などに使用する無菌室は無菌治療室管理加算が算定可能であり、多くの医療施設ではこの加算条件に準拠し、滅菌水供給を行うための装置を設置し、滅菌水の供給が常時可能としている。滅菌水装置は高性能フィルターによるろ過で滅菌水を生成しているが、そのフィルターでのろ過直後は滅菌水であってもフィルター以降の配管や吐水口を滅菌に保つことは簡単でない。当日は当院の事例を紹介し現在取り組むべき課題を共有する。手術室における手術時手洗い装置は2005年の医療法改正により滅菌水ではなく水道水の使用が認められ、多くの施設では水道水を使用した手術時手洗いを実施している。水道水は法令で定められた管理がされているため病原微生物が混入するリスクは低い、吐水口の汚染や手洗いシンク底面からのスプラッシュバックなどにより使用する水に必ずしも病原微生物が含まれていないとは言えない。また塩素消毒であるがゆえに抗酸菌の定着率は高く、近年手術部位感染症と抗酸菌の関連性を指摘する報告からも手術時手洗いとその手洗い装置の管理をどうするか再考が必要かもしれない。こちらも当院の事例を使用しながら考察を深めたい。

パネルディスカッション 6

PD6-2 歯科治療に使用される水について考えてみませんか（考えたことがありますか）？— 歯科診療チェア—

大阪歯科大学 歯学部 口腔外科学第1講座

松本 和浩（まつもと かずひろ）

歯科診療チェア（以下チェア）には、歯科治療に必要な機器だけでなく、給水管も備わっている。このチェアを使用して歯科治療が行われる。歯科治療では、歯を切削する場面（う蝕治療、埋伏歯抜歯、冠せのための切削等）が数多くあるが、その際に使用する機器（エアータービンや低速エンジン）で歯の切削時に熱が生じるため、切削時に注水されている。また治療部位の洗浄や患者含嗽用にも給水管から供給される水を使用している。感染対策として、切削器具のエアータービンには逆流防止弁がついてはいるが、若干の水は逆流する。そのため、チェアから供給される水は管理されている必要がある。休院などで長時間チェアを使用しない場合、給水管や機器の細管内に水が滞留することとなり、供給される水の残留塩素濃度が低下する。また、ビルの屋上に貯水タンクがある施設では、滞留しなくとも供給される水の残留塩素濃度が低下していることもある。さらに、チェアを長年使用するうちに細管内が汚染（バイオフィルムの形成）されていることもある。チェアに供給される水に対し、残留塩素濃度やチェア細管内での汚染に対する何らかの対策が必要となる。チェアの中には、給水管の消毒機能が付いているものもあるが、消毒機能がないチェアが大半を占めている。当院では、診察前に、タービン、低速エンジン、3ウェイシリンジの機器と、患者含嗽用水からのフラッシングを行い、滞留水を排出することでチェアに供給される水の管理を行っている。そこで、当院でのフラッシングにおける細菌検査結果をお示しし、今後の歯科診療の参考になればと考えている。

パネルディスカッション 6

PD6-3

快適さが生んだ盲点～ウォーターサーバー・製氷機・加湿器などの“医療機器未満”のリスク管理～

国際親善総合病院

中村 麻子（なかむら あさこ）

近年、シンクを中心とした水回り環境が医療関連感染のリザーバーとして注目されている。一方で、ウォーターサーバー、自動製氷機、加湿器といった“特殊な水衛生設備”は、患者の快適性や療養環境の質向上に寄与する一方、医療機器と生活機器の中間に位置づけられ、感染対策上の検討が十分とは言い難い。本発表では、これら機器に内在する感染リスクを、実際の感染事例の観点から再評価し、実現可能な管理方法を考察する。水を介する設備では、停滞水や配管内におけるバイオフィーム形成を基盤として、レジオネラ属菌、非結核性抗酸菌（NTM）、緑膿菌などの環境微生物が増殖しうる。過去には、製氷機由来の水の使用に関連した集団感染や、加湿器の不適切な管理に伴うレジオネラ症の発生、さらにはウォーターサーバー由来の新生児のレジオネラ症発症、給水機器の内部汚染が関与したと疑われる事例が報告されている。これらの多くは、日常的に使用される設備であるがゆえにリスク認識が低く、清掃・消毒・水交換といった基本的管理の不徹底や、点検記録の欠如が背景に存在する。加えて、これら機器に共通する課題として、1) 管理責任の所在が不明確であること、2) 標準化された管理手順が施設内で統一されていないこと、3) ヒューマンファクターに依存した運用となりやすいこと、が挙げられる。特にウォーターサーバーや製氷機は福利厚生・サービス機器として扱われることが多く、感染対策部門の関与が限定的となる傾向がある。また加湿器はエアロゾルを介した曝露を生じうるにもかかわらず、そのリスク評価は十分に体系化されていない。本発表では、これらの課題を踏まえ、使用環境（高リスク患者の有無）、曝露様式（水・水・エアロゾル）、維持管理の実行可能性を軸としたリスク層別化の枠組みを提示する。そのうえで、機器選定段階からのリスク低減、責任部署の明確化、簡便で遵守可能な清掃・点検プロトコルの構築、教育介入による行動変容の促進といった実行可能な対策を提案する。“特殊な設備”に潜む感染リスクは、必ずしも高度な技術でのみ制御されるものではなく、むしろ日常管理の質に強く依存する。本企画を通じて、見逃されがちな水衛生設備のリスクを可視化し、快適性と安全性を両立する持続可能な感染対策の在り方について議論を深めたい。

パネルディスカッション 6

PD6-4

冷却塔水のレジオネラ属菌による感染リスクと防止対策

アクアス株式会社 つくば総合研究所

縣 邦雄（あがた くにお）

病院など医療機関の建物では、年間を通じて適切な室内空気環境を維持するために空調設備が稼働している。大規模な建物では冷房能力や省エネルギー性に優れた水冷式冷房設備が採用されることが多く、冷凍機、冷却塔、及び両者を循環する冷却水で構成される。循環冷却水にレジオネラ属菌が増殖し、冷却塔から飛散した微小水滴を吸入することでレジオネラ症が発生する事例が知られている。

外国におけるレジオネラ症集団発生は多くは冷却塔が感染源とされている¹⁾。日本では入浴施設由来の報告が多いが、近年は冷却塔を感染源とする事例も報告されている²⁾。2023年7月頃から宮城県で病院の冷却塔を感染源とする集団発生があり、病院利用者8名（うち2名死亡）、周辺住民13名が発症した。このとき冷却水のレジオネラ属菌数は最大9700万CFU/100mLであった。2023年9-10月には大阪府で20名のレジオネラ症患者が発生し、周辺の各種水系を調査した結果、建物屋上の冷却塔水から19万CFU/100mLのレジオネラ属菌が検出され、感染源と推定された。入浴施設では条例によりレジオネラ属菌検査義務と菌数基準が定められている一方、空調用冷却水には検査義務がなく、特定建築物の冷却塔に対する点検・衛生管理義務にとどまる。

冷却水は水温30-40℃、溶解塩類の濃縮、空気中の塵埃の混入、日射などにより微生物が増殖しやすく、生物膜が形成される。レジオネラ属菌は生物膜中でアメーバに寄生して増殖し、冷却水中の菌数が増加する。冷却水を感染源とするレジオネラ症の防止対策は、冷却水中のレジオネラ属菌数の抑制と、冷却塔からの飛散水対策である。レジオネラ症防止指針では、冷却水のレジオネラ属菌数を100 CFU/100mL未満とすることが求められている¹⁾。そのためには、継続的なバイオサイド添加と定期的な除菌洗浄、冷却水の濃度調整が必要である。バイオサイドは抗レジオネラ用空調水処理剤協議会の登録薬剤制度を参照して選定し、薬剤添加と濃縮調整は自動化して安定的に維持管理を行うことが望ましい。

冷却水中のレジオネラ属菌数は季節、運転条件、薬剤添加の前後などで変動するため、定期的なレジオネラ属菌検査により菌数を監視し、維持管理方法を継続的に改善して常時抑制状態を維持する必要がある。

1) レジオネラ症防止指針第5版(公財)日本建築衛生管理教育センター；2024：5-7, 62-63.

2) 病原微生物検出情報 Vol.45, No.7. 感染研感染症疫学センター；2025：6-11.

パネルディスカッション 7

PD7-1 抗菌薬適正使用

三重大学 感染制御部

○小林美奈子（こばやし みなこ）、山崎 大輔、安田 和成、永田 恵一、塚脇美香子、
大平 美紀、田辺 正樹

抗菌薬適正使用とは、必要な患者に対して適切な種類・量・投与経路・期間で抗菌薬投与を行い不必要または不適切な使用を避けることで、感染症治療の効果を最大化しつつ薬剤耐性（Antimicrobial resistance：AMR）の発生・拡大を防ぐ取り組みを指す。よって、抗菌薬投与時は、(1) 抗炎症薬使用の目的を明らかにする、(2) 発症様式や患者の病態、感染臓器や侵入門戸から感染の起因为菌を推測する、(3) 推測された起因为菌をカバーするスペクトラムを有した抗菌薬選択をする、(4) 抗菌薬使用前に必要な培養検査を採取する、(5) 腎機能と使用薬をチェックする、(6) 抗菌薬投与 3～4 日後には必ず効果判定を行う、(7) 培養結果、薬剤感受性結果が判明したら経験的治療から標的治療に変更する、(8) 治療期間を守るの (1) から (8) が重要である。当院は 685 床の大学病院で、多くの入院患者に何らかの抗菌薬が投与されているが、それらの患者全てに AST として抗菌薬適正使用の適切な支援を行うことは難しく、血液培養陽性例、抗緑膿菌作用のある抗菌薬投与症例、抗菌薬の長期使用症例、耐性菌検出例、TDM 対象抗菌薬使用症例、各診療科からのコンサルト症例等を対象に支援・介入を行っている。当院の取り組み紹介し、組織として抗菌薬適正使用につき論じたい。

パネルディスカッション 7

PD7-2 抗菌薬適正使用における微生物検査室の役割

東邦大学医療センター大森病院 臨床検査部

佐々木雅一（ささき まさかず）

抗菌薬適正使用では、適切な患者に、適切な抗菌薬を、適切なタイミングで投与することが重要である。抗菌薬適正使用で提唱される 6R のうち、これら 3 点は微生物検査室が特に大きく関与する要素と考えられる。適切な患者を見極めるためには正しい診断が前提となり、感染症の原因となる病原体を適切に検出し、迅速かつ的確に報告することが求められる。

微生物検査室には、提出された検体を機械的に処理するのではなく、想定される感染症に応じた適切な検査を実施し、起因为菌の推定・同定につなげる役割がある。さらに、起因为菌が明らかになれば、その病原体に対して適切な抗菌薬を選択するために薬剤感受性検査が重要となる。一方で、感受性検査結果に不適切な抗菌薬が含まれていると、必ずしも望ましくない薬剤選択につながる可能性がある。このため、優先して使用が望ましい薬剤を選択して報告する selective reporting も、微生物検査室の重要な役割の一つである。

当日は、抗菌薬適正使用における診断支援、起因为菌の検出、薬剤感受性検査結果の報告について、微生物検査室の立場からその役割と課題を報告する。

パネルディスカッション 7

PD7-3

抗菌薬適正使用支援における 6R 遵守に向けた看護師の役割と当院における多職種連携している取組み

東邦大学医療センター大森病院

塚田 真弓 (つかだ まゆみ)

【はじめに】薬剤耐性 (AMR) 対策において、抗微生物薬適正使用支援 (AS) は感染症治療の最適化を担う。2024 年に改訂された「抗微生物薬適正使用支援プログラム (ASP) 実践のためのガイダンス」では、医師や薬剤師のみならず、看護師を含む多職種チーム (AST) による組織的活動が強調されている。特にベッドサイドで患者を継続観察する看護師は、投与管理の質を左右する重要なキーパーソンである。本報告では、AS の基本概念である「6R」の遵守と、当院における具体的な活動報告を通じ、感染管理看護師 (ICN) の役割について述べる。

【6R の遵守と看護師の役割】AS の目標は、個々の患者に対し、1. 正しい患者 (Right Patient)、2. 正しい薬剤 (Right Drug)、3. 正しい用量 (Right Dose)、4. 正しい投与経路 (Right Route)、5. 正しい投与時間・間隔 (Right Time)、6. 正しい投与期間 (Right Duration) という「6R」を最適化することにある。看護師は、適切な投与時刻の遵守 (Right Time) や副作用モニタリングによる用量評価 (Right Dose) の補助、さらに嚥下状態のアセスメントを通じた注射薬から経口薬へのスイッチ検討 (Right Route) など、実務面で 6R の根幹を支えている。

【当院における AST 活動の実践】当院の AST では、ICN が多職種連携のコーディネーターを担っている。活動として第一に「血液培養陽性者へのラウンド」で医師と ICN でベッドサイドを訪問し、デバイス関連の感染兆候や全身状態を確認した上で、必要に応じてカテーテル抜去や差し替えを現場に提案している。カテーテル関連血流感染と判断した全症例をリンクスタッフ (医師・看護師) と振り返りを実施している。第二に、届け出抗菌薬の開始時および 14 日間以上の長期使用症例への介入である。第三に、教育と地域連携である。年 2 回の院内研修を実施し、検体採取のタイミングや結果の解釈を周知するとともに、地域の医療機関からの AS に関する相談応需や、地域のカンファレンスを通じた情報共有を推進している。

【評価指標と今後の展望】当院では AS の質を評価するため、プロセス指標として血液培養複数セット提出率や AUD・DOT、TDM 実施率を、アウトカム指標として耐性菌発生率や菌血症患者の 30 日死亡率などを定期的に評価している。

ICN の全国調査した論文によると、日本の ICN の 90.6% が AST 会議で看護師の視点から発言しているが、現場へのフィードバック体制には依然として課題が残る。当院では評価した結果はリンクスタッフ会を通じて、AS 活動のフィードバックをしてディスカッションをおこなっている。

【結語】看護師が専門性を発揮し、6R の視点で多職種と連携することは、ASP の効果を最大化し、AMR 対策を推進する上で不可欠である。当院の取組みが AS 文化を醸成する体制構築の参考になれば幸いである。

パネルディスカッション 7

PD7-4

6R と PK/PD 理論に基づく抗菌薬適正使用

高知大学医学部附属病院 薬剤部

浜田 幸宏 (はまだ ゆきひろ)

抗菌薬適正使用支援 [Antimicrobial Stewardship: AMS] は、耐性菌の抑制と治療効果の最大化を同時に達成するため、現代医療における最重要課題の一つである。本セッションでは、投薬の基本原則である 6R [Right Patient, Purpose, Drug, Dose, Route, Time] と PK/PD 理論を基盤とした抗菌薬投与設計を軸に、AST が果たす役割と多職種連携の実践について概説する。

まず、6R の徹底は医療安全の根幹であり、特に抗菌薬では誤投与が治療失敗や耐性菌増加につながるリスクが高い。適切な患者・目的・薬剤・用量・投与経路・投与時間を確認することは、AMS の第一歩である。

次に、PK/PD 理論に基づく抗菌薬投与の重要性として、 β -ラクタム薬の %T>MIC、キノロン系の Cmax/MIC、AUC/MIC といった指標が治療効果と耐性化に直結する。近年、重症感染症では、持続投与や投与時間延長が有効性を高める可能性が報告されており、臨床研究やメタアナリシスのエビデンスも蓄積している。さらに、周術期抗菌薬の適正使用、腎機能・体重に応じた投与量調整、TDM の活用など、薬剤師が中心となって実践できる投与設計のポイントも明らかになっている。

一方、AMS 推進にはタスクシフト・シェアが不可欠であり、医師だけでなく薬剤師・臨床検査技師・看護師が専門性を発揮し、AST として協働する体制整備が求められる。本セッションでは、6R と PK/PD 理論を軸に、AST が多職種と連携しながら抗菌薬適正使用を推進するための実践的アプローチを紹介する。

パネルディスカッション 8

PD8-1 ICUにおけるシンクに関連した KPC-2 産生腸内細菌目細菌のアウトブレイク事例：分子疫学的調査と感染対策の実際

神戸市立医療センター中央市民病院 感染症科¹⁾、神戸市立医療センター中央市民病院 感染管理室²⁾、神戸市立医療センター中央市民病院 微生物検査室³⁾

○土井 朝子（どい あさこ）^{1,2)}、山本 達也²⁾、小倉 明子²⁾、奈須 聖子^{2,3)}

【背景】当院 ICU で発生したカルバペネマーゼ（KPC-2）産生腸内細菌目細菌のアウトブレイクについて、分子疫学的調査と一連の感染対策の実際を報告する。

【経過】022 年 10 月、末梢血幹細胞移植後に ICU へ入室した患者 A が KPC 産生 *E. cloacae* による CRBSI/敗血症性ショックで死亡。環境培養で患者 A 病室および複数の ICU/HCU シンクから同菌を検出し、同室経験者の積極的監視培養で患者 B の保菌を確認した。2023 年 3 月および 2024 年 10 月にも複数シンクで陽性が持続し、2024 年 10 月には新たな保菌者（患者 C）から *Kosakonia* sp. 類縁菌（KPC-2）が検出された。

【分子疫学的解析】次世代シーケンス解析の結果、*E. kobei* (ST32, ST24, ST27) および *Kosakonia* sp. 類縁菌が同定され、いずれも *bla*_{KPC-2} を内包する同一プラスミド（IncX3 型、約 51.5 kb、*Klebsiella pneumoniae* 由来 pKpS90 と高い相同性）を保持していた。患者株は ST32 グループ 1 に分類され、環境株から経年的に変異を蓄積していた。*Kosakonia* sp. 類縁菌は 2022 年から環境内に定着していると考えられた。【感染対策】教育的バンドル（栄養剤・薬剤・体液のシンクへの廃棄禁止、シンクから 1m 以内への物品配置禁止、アルコール含有製剤による環境清拭 1 日 2 回、スプラッシュ汚染への注意喚起）、シンクと排水管の定期消毒（次亜塩素酸ナトリウム）、培養陽性となったシンクの交換に加え、ICU 内全患者病室のシンク交換、ICU 入室患者の積極的監視培養および定期的な環境培養を継続し、アウトブレイクは終息方向にある。

【結論】排水系を介した KPC 産生菌の院内伝播において、分子疫学的解析は伝播経路解明と対策評価に有用であった。教育的介入と化学的消毒のみでは終息に至らず、シンクの物理的交換と継続的サーベイランスが終息に重要であった。

パネルディスカッション 8

PD8-2 VRE アウトブレイクを経験して～対応と課題～

滋賀医科大学医学部附属病院 感染制御部

竹村 美和（たけむら みわ）

【はじめに】当院は 2024 年から 2025 年にかけてバンコマイシン耐性腸球菌（VRE）の院内アウトブレイクを経験した。その経過と対応、そして現場への介入から見えてきた課題について報告する。

【経過】2024 年 7 月、入院患者の臨床検体から当院初となる VRE が検出された。直ちに個室隔離と接触予防策を開始したが、感染を伴わない無症候性保菌であったこと、当時は VRE のスクリーニング検査を未実施であり他に陽性者が確認されなかったことから、経過観察とした。しかし 2 か月後、転院先でのスクリーニングで陽性が判明し、さらに 1 か月後にも同院への転院時スクリーニングで別の患者の陽性が判明したとの情報提供を受けた。これを契機に院内での接触者スクリーニングを開始、対象を拡大していった結果、ICU を起点として複数病棟へ感染が広がっていることが判明した。

【対応と現場の課題】院内全体へ状況を共有し、陽性者に対する接触予防策と、全患者に対する手指衛生をはじめとする標準予防策の徹底を図った。しかし、陽性者が全員無症候性保菌であったこと、環境培養で VRE が検出されなかったことから、現場の危機意識の醸成は困難を極めた。スクリーニングを進める中、陽性者には重症者や高齢者が多く、排泄ケアやストーマ管理を要する患者が多くを占めていた。実際のケア場面や汚物室のラウンドを実施した結果、汚物室内の物品の過剰配置による清潔・不潔エリアの混在、手指衛生の不徹底、不適切な個人防護具（PPE）の着脱、手袋を着用したままの移動など、交差感染のリスクとなる運用上の不備が多数確認された。

【介入と収束】早期収束を図るため、2025 年 1 月末より陽性患者を 1 病棟にコホーティングした。さらに外部専門家の支援を仰ぎ、院内ラウンド、手指衛生の直接観察、全職員対象の研修を実施した。看護部の協力を得て汚物室を中心に物品の整理整頓を進め、委託清掃業者へも清掃手順や感染対策の再教育を行った。これらの包括的な介入の結果、新規陽性の発生はなくなり、初発から約 1 年で収束宣言に至った。

【考察と今後の課題】本事例では、易感染患者やデバイス留置患者が集中する ICU において、初動のスクリーニングの遅れが感染拡大の要因の一つとなった。しかし、VRE は腸管内保菌であれば無症状であるため、スクリーニングの必要性が院内に理解されにくいことが課題であった。また、無症候性保菌が主である特性上、平時からの標準予防策（特に手指衛生と PPE の適切な使用）の不徹底が感染拡大につながったといえる。ハイリスク領域における VRE スクリーニングの在り方、平時における手指衛生や標準予防策の遵守徹底、とくに排泄ケアにおける手指衛生および適切な PPE 使用に関する再教育、汚物室の環境整備、PPE 着脱の定期的なモニタリングなど、組織的な感染管理体制の強化が継続的な課題である。

パネルディスカッション 8

PD8-3 CPE 検出時の積極的介入戦略—接触者スクリーニングと分子疫学的解析の実践と課題—

名古屋大学医学部附属病院 中央感染制御部

岡 圭輔（おか けいすけ）

カルバペネマーゼ産生腸内細菌目細菌（carbapenemase-producing Enterobacterales：CPE）は、院内伝播と治療選択肢の制限の両面から、感染対策上きわめて重要な多剤耐性菌である。CPE 対策では、早期検出、接触予防策、接触者スクリーニング、施設間情報共有を含む迅速な介入が推奨されているが、実臨床では介入範囲や継続期間、検査対象の設定、遺伝学的評価の位置づけなど、なお多くの課題が残されている。

当院では、CPE を 1 例でも検出した場合、病棟におけるアウトブレイクの有無を早期に評価することを目的として、当該患者の同室者やケア動線が交差する患者を対象にアクティブサーベイランスを実施している。得られた分離株に対しては、必要に応じて分子疫学的解析を行い、患者間伝播の可能性やクローン性の評価を進めている。このような対応は、見かけ上、孤発例と考えられる症例の背景に潜む伝播を可視化しう一方、対象範囲の設定、検査資源の配分、結果判明までのタイムラグ、保菌と感染の解釈、施設内での対応強度の標準化といった課題も伴う。

本講演では、当院における CPE 検出時の初動対応と接触者スクリーニングの実際を提示し、分子疫学的解析を組み合わせた伝播評価の意義を検討する。あわせて、国内外のガイダンスおよび近年のアウトブレイク報告を踏まえ、単一症例検出時からどこまで介入すべきか、また医療現場において持続可能な CPE 対策をいかに構築するかについて議論したい。

パネルディスカッション 8

PD8-4 多剤耐性菌対策における院内活動と地域連携の実際—リンクスタッフ支援・行政との協働・ICN ネットワークの構築—

京都大学医学部附属病院

植村 明美（うえむら あけみ）

多剤耐性菌（MDRO）の増加は医療関連感染対策における最重要課題のひとつであり、標準予防策および感染経路別予防策の確実な実践が求められる。それらの実効性を高めるためには、医療従事者の行動変容をいかに促進するかが重要である。また MDRO 対策は患者の転院や施設間移動を通じて地域全体に影響を及ぼすため、単一施設では完結せず、地域全体での取り組みが不可欠である。わが国では、診療報酬における感染対策に関する加算の新設・再編により、連携体制の構築・強化が推進されてきた。高齢者施設等においても介護報酬において感染症対応力に関する加算が新設されたが、体制整備や教育機会の格差、支援不足など、感染対策の実践にはばらつきがあり課題となっている。感染対策向上加算施設の ICT や感染管理看護師（ICN）には、院内のみならず地域全体を牽引した感染管理発展への役割が期待されている。

当院では MDRO 対策として、半年以内に他施設に入院歴のある患者に、入院時 VRE スクリーニング検査を実施し、保菌患者の早期発見、伝播予防に努めている。MDRO 検出時には ICN 中心となり重点的な発生部署のラウンドを行っている。手指衛生をはじめとする標準予防策・接触感染予防策の実施状況をモニタリングし、その結果をフィードバックすることで職員の行動変容を支援している。また平時から感染対策リンクスタッフ（LS）による自部署ラウンドやカンファレンス開催を支援し、現場主体の課題解決を促進している。さらに ICT 医師・薬剤師による抗菌薬適正使用支援など、多面的な院内対策を展開している。

地域連携活動としては、2024 年度より近隣施設の LS を対象にした感染対策会議および支援を開始し、各施設の課題の明確化と改善活動やスタッフ指導等を支援している。また行政と当院との包括協定に基づき、高齢者施設を対象とした感染対策教育（e ラーニング・集合研修）・現地介入を実施し、地域全体の感染対策向上に寄与している。さらに地域の ICN の連帯を高め、地域貢献を目的として「きょうと ICN ネットワーク」を立ち上げ、施設横断的な情報共有と課題解決に向けた連携体制の構築を進めている。これらの取り組みを通じて、施設間での対策のばらつき、人的資源の制約、認識の差、情報共有の困難さといった課題の解決を目指している。

本セッションでは、院内および地域での MDRO 対策の実践を共有し、地域・行政・施設をつなぐ ICN の役割と今後の方向性について議論したい。

パネルディスカッション 9

PD9-1 「就業制限を守る」と「現場を維持する」の狭間で—327 床中小病院における感染対策の葛藤—

社会福祉法人 恩賜財団大阪府済生会千里病院

橋本 渚（はしもと みぎわ）

就業制限は、感染拡大防止を目的として実施される重要な感染対策の一つである。一方で、その適用範囲や期間は必ずしも一律ではなく、制度やガイドラインのみでは対応しきれない場面も少なくない。特に中小病院では人的資源の制約も大きく、「就業制限を守るべきである」という前提と、「現場を維持しなければならない」という現実の間で判断に迷う場面を経験する。

実際の現場では、感染症ごとに就業制限の判断の難しさが異なる。インフルエンザや COVID-19 では就業制限の基準が比較的明確であり、対応に大きな迷いは生じにくい。一方、マイコプラズマ感染症や手足口病、ノロウイルス感染症のように、症状が軽快していても感染性が残っている可能性のある感染症では、就業可否の判断が難しい。特に、症状の軽快と感染性の消失が一致しない場合もあり、症状のみでは感染性を十分に評価できず、本人の自覚症状や申告を踏まえながら対応せざるを得ないこともある。

このような判断に迷う場面として疥癬患者への対応後、看護師への感染がみられた事例を経験した。疥癬診療ガイドラインでは就業制限や感染期間に関する明確な基準が示されておらず、感染性をどの時点で低下したと判断するかに苦慮した。現場では人員不足への懸念から早期復帰を望む声もあり、感染対策担当者として、医療安全と現場維持の狭間で判断を迫られた。また、接触者に対する予防投与の必要性についても議論となり、感染拡大防止と過剰介入回避のバランスに難しさを感じた。

これらの問題は特別なものではなく、日常的に起こり得るものである。特に、流行性ウイルス疾患では、罹患職員のみならず曝露者への就業制限の必要性が検討される場合もあり、人員不足による病床制限や業務調整が必要となることもある。また、実際には症状、接触状況、業務内容、人員状況など複数の要素を考慮しながら判断する必要がある、簡単に線引きできない難しさがある。そのため、現場から感染対策担当者へ相談が寄せられる場面も多く、マニュアルのみでは判断が難しい場合には、感染対策委員会等で協議しながら対応方針を決定することもある。

こうした状況においても、平時からの標準予防策の徹底に加え、職員の健康管理や早期相談体制を整備しておくことは極めて重要であり、万が一感染性を有した状態で就業した場合であっても、感染拡大リスクの低減につながると考える。また、患者の状態観察を丁寧に行うことが、早期対応および二次感染防止に重要である。

本発表では、これらの実務経験をもとに、制度だけでは対応しきれない現場における就業制限の葛藤を整理し、エビデンスのみでは判断しきれない領域におけるリスクマネジメントの視点から、中小病院における現実的な運用や判断のあり方について検討する。

パネルディスカッション 9

PD9-2 職員感染症罹患時の就業制限について

社会福祉法人 石井記念愛染園附属 愛染橋病院

○上田 史子（うえだ ふみこ）、木村 裕美、井石 倫弘、塩見 正司

【目的】医療従事者の就業制限は、院内感染防止と医療継続のための労務管理という二面性をもち、施設間で判断が分かれる領域である。当院（周産期母子医療センター・ケアミックス併設 248 床）では、COVID-19・インフルエンザ・百日咳・ムンプス・RS ウイルス等を対象に、1) 感染経路と感染力の推移、2) 発症前後の感染性、3) 重症化リスク患者の存在、4) 部署特性の 4 つを判断の枠組みとして規定を整備した。一般的なガイドラインを含めた共通ルールを基本に、個別性を踏まえたリスク評価と対応について報告する。

【各疾患における個別対応】各疾患の感染力の推移や予防策の有効性をエビデンスに基づき評価し、復職時期を明文化した。1. インフルエンザは解熱後にウイルス量が大きく減少するため、一律の期間を省き「解熱後 2 日」とした。施設によっては迅速診断の陰性を確認するところもあるが、当院では飛沫予防策で対応可能と判断した。2. ムンプスは感染力が強い期間を確実にカバーするため「耳下腺腫脹後 5 日間」を基準とした。これらは飛沫・接触予防策の徹底で伝播リスクを制御できるという実務的判断に基づく。3. COVID-19 では 5 日間の休職を基本とし、高齢者等がいる成人病棟では、復職前の抗原定量値が 100 C.O.I（Cut off index）以上の場合は、吸引や食事介助等の高リスク手技を不可とした。4. 百日咳は発症早期のカタル期に感染性が高く、痙咳期には低下する特徴がある。「治療開始後から 5 日間」が標準的だが、マクロライド耐性菌（MRBP）の懸念があり、ワクチン未接種の生後 2 ヶ月未満児と接する部署では特性を重視した対応を要する。産婦人科外来職員の罹患時には、復職時に百日咳菌鼻咽頭培養の陰性確認までは同児との接触を制限した。また同部署の他職員に対しても、咳嗽がある場合は一ヶ月健診業務の回避を求め、部署内での二次・三次感染防止を徹底した。5. RS ウイルスなどは明文化された共通ルールがなく抗原検査適用が困難な病原体もあり、状況に応じた判断が必要な現状がある。

【考察・結語】運用の中で課題が明らかになった。1) ガイドラインは表現が曖昧な「推奨」ととどまるものもあり解釈の幅が広い。判断根拠の明示が職員の納得形成に直結する。2) 人員不足時の例外対応では、部署長から感染管理者への報告体制により恣意的な判断を抑制している。3) 業務制限基準の文書化と一元管理が判断のばらつき防止に有効であった。なお独自の休業命令には労務面の課題も伴うが、重症化リスク患者を守る特別の事情として許容され得る。共通ルールで判断を迅速化しつつ、不確実な局面ではリスクを指標として最適な線引きを模索し続けることが組織の責任である。

パネルディスカッション 9

PD9-3

職員の感染症罹患時における就業制限判断と院内運用の実例

大阪公立大学医学部附属病院 感染制御部

藤井 昭人（ふじい あきと）

医療従事者が感染症に罹患した場合の就業制限の判断には、患者安全の確保と医療提供体制の維持の両立が求められ、現場では困難な意思決定を迫られることが少なくない。特に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）やインフルエンザなど、流行状況が刻々と変化する感染症においては、科学的根拠に基づきつつ、実務上の現実を踏まえた柔軟な対応が重要である。COVID-19 流行以前には、軽度の体調不良であっても休務しにくい職場文化が存在していたが、COVID-19 流行を契機に「体調不良時には無理をせず休むこと」が強く推奨されるようになり、職員個人の意識や組織の対応は大きく変化した。当院では、職員が感染症と診断された場合、専用フォームを用いて感染制御部へ報告を行い、職員の感染症罹患状況をサーベイランスしている。本システムにより、院内における職員間の感染症発生状況や流行の兆候を把握し、就業制限の判断や部門間での情報共有に活用している。就業制限に伴う休務の取り扱いについては、院内マニュアルに定められた感染症に該当する場合、給与担当部署と連携し、病気休暇として取り扱う運用としている。就業制限および休務の基準を明文化し、組織として明確に示すことで、職員個人に判断が委ねられる場面を減らし、「休むべき時に休む」行動を取りやすい環境整備につながったと考えられる。また、地域における感染症の流行状況と院内の職員サーベイランス結果をあわせて評価し、注意喚起が必要と判断した場合には、院内広報を通じて情報共有を行っている。さらに、COVID-19 アウトブレイク発生時には、職員からの報告内容を基にリンクの検索を行い、院内感染の評価および対応に活用してきた。このように、職員の感染症罹患状況を継続的に把握し、就業制限の判断を組織として支援する仕組みは、患者安全の確保のみならず、職員自身を守る文化の醸成にも寄与したと考える。本パネルディスカッションでは、職員の感染症罹患時対応に関する当院の院内運用を一例として紹介する。

パネルディスカッション 9

PD9-4

複数の県立病院間で異動がある職員の就業制限基準統一への取り組みと現実

宮崎県立宮崎病院 感染管理科¹⁾、宮崎県立延岡病院 感染管理科²⁾、宮崎県立日南病院 感染管理科³⁾○大村 美香（おおむら みか）¹⁾、清野美智子¹⁾、中武 和利²⁾、松尾 里美³⁾

【背景・目的】宮崎県立病院は3つあり、県立病院間で職員の異動がある。職員の就業制限は、各病院で管理され、統一されていなかった。職員異動がある中で統一した基準がないことは、感染対策の一貫性を損なうだけでなく、現場の判断負担を増大させる要因となっていた。県立病院の職員の感染症罹患時における就業制限基準の統一について検討したため、報告する。

【活動内容】宮崎県立病院は、宮崎 502 床・延岡 399 床・日南 204 床の3病院で構成され、総職員数は1681人、うち看護師1142人である。各病院に感染管理科を置き、連携会議で、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）やインフルエンザ（Flu）の罹患職員数や感染対策等の情報共有を行う。当院では、感染管理科への報告対象感染性疾患を定め、感染対策マニュアルに記載のある疾患は所定期間、それ以外は、責任者と協議し、就業制限期間を決定する。就業制限期間の休業の扱いは、7日未満は傷病休暇もしくは年次有給休暇を選択、7日以上は、診断書を取得し傷病休暇となる。就業制限のための特別休暇はない。就業制限は経済的負担となるケースがあり、長期化・複数名に及ぶとマンパワー不足や業務量増加、勤務変更の頻発が各職員の負担となり、医療提供体制の維持にも影響を及ぼす。3県立病院感染管理科では、各病院間の就業制限の差による混乱を避け、一定の基準のもと流行性疾患の伝播を防ぎ、業務を継続できることを目的に、各病院の就業制限の現状と、感染対策マニュアル、文献、ガイドライン、学校保健法をもとに、就業制限基準を作成した。他の2県立病院では基準全てを統一できたが、当院の各部署の意見を募るなかで、職員数が多く、ケースバイケースで柔軟な対応が必要と意見があり、統一の就業制限基準を用いる疾患と、感染リスク・症状・業務内容に応じて層別化を行い、就業制限を検討する疾患に分ける方針とした。

【成果・考察】職員の就業制限は、院内感染を防ぎつつ医療提供体制を維持するためにやむを得ず実施するものである。感染リスクが高く、長期間就業制限がかかる麻しんや流行性角結膜炎、Flu・COVID-19等の市中の流行状況に左右され、罹患数が多く医療提供体制に影響がある疾患など、就業制限が必要な疾患は多種多様である。医療提供体制の維持を考えると、感染リスク・症状・業務内容に応じて層別化を行い、部署の状況に応じて柔軟性に検討する選択肢も必要となる。今回、3県立病院統一の就業制限基準を検討した。全て統一することは困難であったが、病院規模の違い、考え方の違いがあるなかで県立病院職員の感染症罹患時における就業制限基準を示すことができた。COVID-19のようにデータの蓄積により就業制限が短縮されることもある。今後も世界の情勢や部署の状況に応じ柔軟に就業制限を検討することで、医療提供体制維持と院内感染防止の両立に努めたい。

パネルディスカッション 10

PD10-1 リコールは、悪ではない

大阪大学 医学部 附属病院

齋藤 篤（さいとう あつし）

滅菌供給部門と ICT の連携は、医療安全の質をどのように向上させるのか。本発表では、滅菌供給部門を管理する立場からその意義を考察する。滅菌供給部門の業務は多くが手作業に依存しており、自動化・省力化が進む現在においても、完全な無人化は実現していない。そのため、工程の逸脱や手順の誤り、不十分な状態でのリリースといった「失敗」は、人が介在する限り不可避である。一方で、供給先には医療者と患者が存在し、その安全は絶対に担保されなければならない。このように、「失敗は起こり得る」という前提と、「ネバーイベントは許されない」という要求の間にジレンマが存在する。この課題に対し、滅菌供給部門では品質マネジメントシステム（QMS）に基づき、工程管理および継続的改善を実践している。失敗事例に対しては原因分析を行い、是正処置とその有効性のモニタリングを行うことが求められる。しかし、原因の特定やリスクの抽出には多角的な視点が不可欠であり、ここに ICT との連携の意義がある。ICT はサーベイランスや臨床現場の情報を通じて、滅菌供給部門単独では捉えきれないリスクの可視化に寄与する。また、再生処理業務には慣習的に継続されている工程も多く、第三者の視点による監査や介入は、潜在的リスクの抽出に有効である。ICT との協働は、失敗の予防と影響最小化の両面において重要な役割を果たす。本パネルディスカッションでは、「リコールは改善の機会である」という視点のもと、多職種の立場から滅菌供給部門と ICT の連携がもたらす価値と、その実践について議論する。

パネルディスカッション 10

PD10-2 洗浄・滅菌工程の安全をどう考えるかー中央材料部と ICT 連携の取り組みー

医療法人社団洛和会 洛和会丸太町病院

武内未来子（たけうち みきこ）

【背景】手術部門における感染対策は、中央材料部（以下、中材）における洗浄・滅菌工程の質に大きく支えられている。とくに洗浄工程は滅菌保証の前提となる重要な工程であり、その適切性は手術部門の安全に直結する。しかし、洗浄工程は手術室からは見えにくく、実施状況や妥当性を十分に評価できる機会は限られている。当院では中材業務を外委託業者に依頼しているが、業務を委任するだけでなく、医療機関と委託業者が協働しながら質の維持・向上に取り組むことが求められている。こうした背景から、感染リスクをより多角的に捉えるため、感染制御チーム（ICT）と連携し、中材業務全体を見直す必要性が高まっている。

【目的】手術看護認定看護師であり手術室管理者でもある立場から、中材の洗浄・滅菌工程における感染リスクについて ICT と協働し、対策の導入可否に至る意思決定プロセスを共有する。そして、その過程から得られた意義や、実践上感じられた課題について考察することを目的とした。

【取り組み内容】当院では中材業務検討会議を基盤とし、ICT の一員である感染管理認定看護師の参加のもと、洗浄工程の評価や標準作業手順書、リリース基準の見直しを進めた。洗浄インジケータについては、第 1 種滅菌技師および委託業者からの提案を契機に、洗浄工程の見える化を目的として運用を検討した。その結果、洗浄不良リスク低減に寄与する有効な手段と評価された一方、毎回使用による業務負担やコストについて ICT から懸念が示され、継続的な運用の現実性が課題として共有された。さらに、経営部門からもコスト負担の観点で指摘があり、導入の可否については慎重な検討が求められた。また、洗浄・乾燥・保管工程については ICT の助言を踏まえ、手順書およびリリース基準を再整理し、判断根拠の明確化を図った。なお、手術室には第 1 種滅菌技師がおり、その専門的視点も中材業務の質向上に活かされている。

【考察】洗浄インジケータは感染対策上の有用性が示されたが、業務および運用全体への影響を踏まえ、現時点での導入は保留と判断した。本取り組みから、ICT との連携は特定の対策を一律に導入することではなく、感染対策の妥当性と手術医療の継続性を両立させるための意思決定プロセスを支えるものであると示唆された。また、ICT は監査的役割にとどまらず、現場とともに基準を構築するパートナーであり、最終的な判断は日々の運用を把握する管理者が責任をもって行うことが重要であると考えられた。

【結論】中材と ICT の連携強化とは、洗浄・滅菌工程を含む感染リスクについて多職種で共有し、現実的かつ持続可能な意思決定を積み重ねるプロセスである。手術看護認定看護師・手術室管理者がその調整役を担うことは、感染対策と手術医療の安全をつなぐうえで、大きな意義を持つと考える。

パネルディスカッション 10

PD10-3 受託企業目線からの連携実態

ワタキューセイモア株式会社 メディカル営業本部 請負事業部 滅菌管理課
大町 智之（おおまち ともゆき）

病院機能において中央材料部（以下、中材）は不可欠な存在であり、滅菌（一部消毒）工程を経ない医療器材は医療行為に使用できず、医療そのものが成立しない。中材は直接的な収益を生む部署ではないが、滅菌の品質が保証されない器材供給は医療関連感染を引き起こすリスクを有する部署であることは周知の事実である。一般社団法人医療関連サービス振興会が公表した「令和6年度医療関連サービス実態調査の概要」によると、中材の外部委託率は43.5%に達しており、国内では年々その比率が増加している。これは、病院職員が中材業務を直接管理する機会が減少していることを意味する。受託企業各社は独自の感染制御に関する勉強会や研修などの企業努力を進めているものの、院内の一員としてチーム医療に参画する意識が希薄となり、ICTや他部署との連携が十分に図られていないケースも散見される。実際に弊社受託病院においても、中材が手術部門に付随する部署との認識から、院内監査や外部監査において巡回対象から除外されていた経験がある。各種ガイドラインや病院機能評価解説集では、業務の最終責任は病院にあると明記されているが、外部委託化によって院内連携が形骸化していないかという課題が浮き彫りになる。仕様書を満たすことのみが請負業務の目的となり、関係各所との協働・連携が十分に行われていない病院も少なくないと考えられる。そこで本セッションを担当するにあたり弊社では、今後のICTとの連携を見据え、弊社受託病院における現状把握を目的としてアンケート調査を実施した。調査内容は、弊社社員のICT・ICNの存在認知度、中材への巡回頻度、巡回時の指摘事項の3点とした。具体的な数値は当日提示するが、結果からは病院と受託企業がより強固な連携を構築するための課題とポイントが見えてきた。理想と現実のギャップを認識しつつ、タスクシフトが進む医療現場においては、病院と受託企業が相互に協力しなければ連携および強化は望めない。本セッションでは、受託企業の立場からの期待や課題提起も含め、中材を軸としたICT連携の在り方について討論したい。

パネルディスカッション 10

PD10-4 滅菌供給部門と感染制御チームとの連携強化の重要性—現場から見た課題と改善活動の実態—

広島市立北部医療センター安佐市民病院
斉藤 貴志（さいとう たかし）

洗浄・消毒・滅菌を担う滅菌供給部門（以下CSSDとする）が、医療現場で使用する再使用可能医療機器（以下RMDとする）の再生処理を適切に実施できていることを評価、管理することは、患者に安全かつ安心な医療を提供するために感染管理認定看護師（以下CNICとする）が実施すべき役割の1つである。当院は、広島県の北部から県外までの医療を担う高度急性期病院である。CSSD部門は、看護師長（管理者）と医療資格を持たない業務員が勤務しており、管理者も含め滅菌供給業務に関する資格を有している職員は所属していなかった。また、4年前の新病院移転後より、低侵襲手術である内視鏡手術やロボット手術が主流になり、高度かつ複雑なRMDの再生処理が増加傾向にあった。しかし、再生処理に対する知識・技術不足や経験・慣習に基づく業務が行われており、根拠に基づく品質保証の手順を十分に網羅できていない課題があった。私はCNICを取得後、手術室で勤務する専任として活動していたが、手術室看護師はCSSD業務に携わることがなかったことから、CSSDでの経験がなく苦手意識があり、また知識が不十分であることが自身の課題であった。そのために、まず「医療現場における滅菌保証のガイドライン2021」をもとにCSSDの現状把握と課題の明確化から取り組んだ。その中で、現状把握にむけ「現場へ出向く」こと、課題の明確化にむけた「医療現場における滅菌保証のための施設評価ツール」の活用を重点においた。専任業務を開始した2022年から現場に出向き、手術室看護師の視点とCNICの視点の双方から情報収集を行い、その結果を感染制御チーム（以下ICTとする）へ共有した。その後、ICTとCSSD管理者で改めてツールを活用した施設評価をおこない、課題の抽出、共有を行った。その結果をもとに、個人防護具の着脱といった感染対策から洗浄方法、包装方法といった滅菌保証にむけた指導などの現場での教育、業務改善に専任CNICとして主体的に取り組んだ。2025年には病院機能評価を受審したが、その際もそれまでのICTとCSSDの連携が図れていたことにより円滑に準備から対応までおこなえた。感染管理の中でCSSDは専門性が高くCSSDに所属していない方では苦手と感じ、介入が難しいと考える方も多いのではないだろうか。しかし、CSSDで適切に再生処理されたRMDなくしては、安全で安心した医療は提供できない。そのためには、ICTがCSSDとコミュニケーションを良好に図り、連携を強化していくことは不可欠である。そして、病院においてもCSSDが安全で安心した医療を提供する上で中核を担う部署であることが理解され、適切に実施できていることを評価、管理されるよう推進していくことが重要であると考え。最後に、これまでの改善活動を通じて本テーマである「中央材料部とICTの連携強化」について、他のパネリストやフロアとのディスカッションの機会としたい。

パネルディスカッション 11

PD11-1 連携協議会を核とした多層的訓練スキームの統合と専門医ネットワークによる地域展開

奈良県立医科大学 感染症内科学講座

笠原 敬（かさはら けい）

【背景】

新興感染症対応訓練には、診療報酬（感染対策向上加算）に基づく医療機関ネットワーク活動、保健所等の行政主導による危機管理訓練、感染症指定医療機関としての訓練など、目的や運営主体の異なる複数の枠組みが存在する。また対象も急性期病院のみならず、診療所、訪問看護、介護施設等に広がっている。これらが個別に運用されることは、現場負担や地域内の非効率を招く要因となる。本県では「奈良県感染症対策連携協議会」をプラットフォームとし、多様な訓練スキームの統合と、各層のニーズに応じた訓練パターンの最適化を推進している。

【目的・方法】

本協議会による体制整備を基盤とし、本学感染症内科が担う「学術的基盤の提供」と「専門医の育成・配置」を中核とした地域展開モデルを構築した。

- 1) 体制統合と学術的担保：協議会において県・保健所・医療機関が訓練計画を共有し、行政主導訓練と医療機関ネットワーク活動の役割分担を整理した上で、本学専門家が各種訓練想定に関与し、医学的・疫学的妥当性を担保している。
- 2) 専門医ネットワークによる地域ハブ機能の形成：本学で育成した感染症専門医を県内各地域の基幹病院へ派遣し、各病院が二次医療圏レベルでの加算ネットワーク活動や行政連携訓練を主導する体制を構築している。
- 3) 対象に応じた階層的訓練の実践：高度急性期領域では、一類感染症受入れ訓練や保健所・消防等との大規模合同移送訓練を実施した。地域・福祉領域では、県委託事業等を活用し、診療所向け初期対応シミュレーション（麻疹疑い等）、県内 25 病院へのカスタマイズ型実地研修、訪問看護・介護職向け実習およびオンデマンド教育を展開した。

【結果】

協議会による「体制の取りまとめ」と、専門医配置による「地域ハブ機能」が融合することで、行政主導訓練と医療機関ネットワーク活動との有機的連携が可能となった。各地域の基幹病院を中心に、診療所・福祉施設を含めた教育・訓練が継続的に展開され、現場の実情に即した対応力向上や多職種への教育波及効果が確認された。また、実動訓練を通じて機関間連携やマニュアル上の課題が抽出され、継続的改善につながった。

【結論】

新興感染症対応訓練の実効性を高めるためには、多様な訓練スキームを統合する協議会機能に加え、大学病院が専門医を育成・配置し、地域に学術的・実践的ハブを形成する人的ネットワーク構築が重要である。本県では、協議会を軸に、専門医育成・地域配置・階層別教育を連動させた「奈良県モデル」の構築を進めている。

パネルディスカッション 11

PD11-2 コロナ禍を経た地域連携 WE-AID（秋田の感染症に知恵を出し合う会）を基盤とした新興感染症対応の取組み

秋田大学医学部附属病院 感染制御部¹⁾、秋田大学大学院医学系研究科附属感染制御総合センター 感染統括制御部門²⁾

嵯峨 知生（さが ともお）^{1,2)}

コロナ禍は地域の感染症の課題を浮き彫りにした。秋田においても外来診療場所の不足、入院病床逼迫と調整困難、社会福祉施設等におけるクラスター発生への対応の3つは殊更困難であった。これらは現在も未解決で、次なる新興感染症流行時にも再び直面することが必至である。一方、コロナ禍を経て行政・大学間の連携は強化され、県などの補助・支援を受けて秋田大学に感染症のセンターが設置された。しかし、例えば研修や訓練を県内の誰がどのように行っているかを互いに知る機会はなく、連携強化の余地は大きかった。

これらを踏まえ、大学の呼びかけで行政や医療機関、医師会や専門職などの各組織が秋田の感染症の課題について継続的に情報共有と議論を行う場として、WE-AID (Wisdom Exchange on Akita Infectious Diseases: 秋田の感染症に知恵を出し合う会) という会議体を 2023 年 12 月に開始した。月 1 回のウェブミーティングおよびメーリングリストで地域が直面する感染症の課題を継続的に議論・情報共有を行う体制を構築した。WE-AID では秋田が取組むべき 5 つの課題として、新興感染症、災害時感染対策、抗菌薬適正使用・AMR、インバウンド/アウトバウンド感染症、先進遺伝子解析技術を挙げた。

この体制を活用し、秋田県などと共同で社会福祉施設等のクラスターを想定した新興感染症等対応研修を 2024 年度から開始した。この研修は、クラスター発生施設等への支援を行う医療機関の指導者育成と、施設等職員向けの研修の二本立てで企画しており、感染管理認定看護師を中心に作成された動画・確認テストから成る事前研修と、県内各地で実施する半日の対面研修で構成される。対面研修では PPE 着脱・手指衛生の実技研修と感染症発生対応のシミュレーション演習を行っている。2 か年で県内各地で 23 回開催され、受講者は延べ 700 名以上に達したほか、研修実施担当者の連携強化や県内の感染対策の標準化の議論にもつながっている。

加えて、2026 年 1 月に県主催で新型インフルエンザ疑似症患者対応の行政・検疫所・大学を含む大規模訓練が実施された。県の要請を受けて専用病棟を設計・建設して第一種感染症指定医療機関となった当院は患者受入を担当した。訓練当日の振り返りでも活発な意見交換がなされ、訓練の準備および事後の振り返りは WE-AID でも共有された。

地方が抱える感染症の課題は容易でないものが多いが、着手が遅れるとその分だけ前進や達成も遅れてしまう。感染症を専門とする者が主導し、地域の実情を踏まえて十分に議論し、どの段階でどこまで到達すべきかを“見える化”して、中長期的な見通しを共有しながら取組むのが理想と考える。ネットワークの構築・活用と教育・啓発・人材育成を車の両輪としながら、WE-AID を“自律共助型の次世代感染症課題解決プラットフォーム”へと発展させて地域の感染症の課題解決に取り組んでいきたいと考えている。

パネルディスカッション 11

PD11-3 保健所職員と医療従事者を対象とした実事例に基づくケーススタディによるアウトブレイク対応力強化研修

国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 応用疫学研究センター

山岸 拓也 (やまぎし たくや)

地域における新興感染症等への迅速かつ適切な対応のためには、医療従事者や行政担当者の実践的な対応力強化が不可欠である。本発表では、医療関連感染のアウトブレイク事例をもとにして作成したケーススタディを用いた、行政担当者や医療従事者を対象にした実践的なアウトブレイク対応力強化研修について紹介する。医療従事者を対象にした研修では、アウトブレイクの確認、初動の動き、リスク評価、症例定義の重要性、ラインリストの作成と維持の重要性、記述疫学、行政や連携医療機関との密な連携などをテーマとして実施している。参加者4-6名でグループを作り、仮想ICTとしてシナリオを進めることで臨場感をもった研修となる。行政担当者を対象にした研修では、医療関連感染を起こす病原体の理解に時間を割きつつ、行政視点でのリスク評価、周辺医療機関との連携、地方衛生研究所との連携などにも触れている。特に薬剤耐性菌は保健所職員には馴染みが乏しく、研修を通じて親しんでもらうことを意図することもある。また、上長への報告を簡潔に行うセッションを設けると、チームワークが求められることから盛り上がることが多い。研修を医療従事者と行政担当者とともに行うと、基本的な初動の動きの確認、多様な視点からリスク評価や対策についての議論が深まること、研修を通じた平時の連携強化につながることから、理想的である。本発表では、上記研修の具体例を紹介しつつ、地域における有効な新興感染症対応訓練の在り方を議論する。

パネルディスカッション 11

PD11-4 川崎市における新興・再興感染症発生等想定訓練

川崎市健康安全研究所

三崎 貴子 (みさき たかこ)

令和4年度に診療報酬改定があり、感染対策向上加算1を取得する医療機関は年1回の訓練が取得要件の一つとなった。同じく、令和4年度は「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」が公布されたことから、自治体が策定する「感染症予防計画」の記載事項を充実させ、保健所設置市においても予防計画の一部項目を定めることが行政に義務付けられた。どちらも、医療機関と行政等の関係機関が連携して、実践的な訓練を実施することが盛り込まれた内容となっている。

川崎市においては、新型インフルエンザ等対策訓練の一環として、以前から市内の医療機関と連携し模擬患者を使った実践的な訓練を実施してきた。医療機関と行政との合同訓練はなかなか思うようにいかないことも多いが、この訓練では参加者に疾患名を明かさずに進行することから、お互いに連携せざるを得ず、参加した医療機関や保健所に比較的好評であった。そこで、令和4年以降はこの訓練をアレンジして複数の医療機関と保健所、衛生研究所等が参加できる机上訓練を考案し、年に2回合同で実施することとなった。

本訓練における目的は、「リスクアセスメント」と「連携」である。新興・再興感染症をはじめとする健康危機事象は、現実の社会において必ずしも身近なものではなく、平時から慣れておくことは難しい。しかし、実践型の比較的现实な机上訓練を通じて集団発生などの事例を体感すると、想定外の事態が発生した際に気づくであろうギャップや弱みが自ずと明らかになる。また、これを繰り返すことで平時の対応の見直しが可能になるとともに、参加機関同士の連携も強化され、実際の事例に直面した際に活かすことができる。本訓練は川崎市内だけでなく、依頼を受けた複数の自治体でも実施してみたが、各自治体の地域の特性に合わせて少し想定を変えることでよりリアルになり、シナリオ自体は繰り返し使用することが可能であった。

訓練は、危機対応に備えるための現実的、効果的かつ費用対効果の良い方法である。ここではその概要を紹介し、今後どのように役立てることができるかを考えてみたい。

パネルディスカッション 12

PD12-1 退院時環境消毒における過酸化水素噴霧装置の適正使用—COVID-19、耐性菌、*Clostridioides difficile* 患者病室のターミナル清掃—

愛知医科大学病院 感染制御部¹⁾、朝日大学病院 感染症内科²⁾

○久留宮 愛（くるみや あい）¹⁾、三嶋 廣繁^{1,2)}

医療環境表面は病原体のリザーバーとなりうるが、退院時清掃にはばらつきがあり、手作業のみでは拭き残しを完全に避けることは難しい。特に、*Clostridioides difficile* は芽胞形成により環境残存性が高く、次患者への伝播リスクが問題となる。一方、新型コロナウイルス感染症患者病室では、適切な換気時間の確保後に通常の清掃・消毒を行うことが基本であり、過酸化水素噴霧装置は手作業清掃の代替ではなく補助的位置づけで考えるべきである。日本環境感染学会「*Clostridioides difficile* 感染対策ガイド改訂版」では、CDI 患者退院後、手作業の清掃・消毒を確実に実施した上で、自動過酸化水素噴霧装置の併用は推奨できるとされ、エビデンスレベル 4、推奨グレード C1、紫外線殺菌照射機器の併用も推奨できるとされ、エビデンスレベル 3、推奨グレード C1 である¹⁾。村松、三嶋らは、*C. difficile*、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌、多剤耐性アシネトバクター属に対する過酸化水素ドライミストの病室内殺菌消毒における有効性を検討している²⁾。Miyazaki、Mikamo らは、模擬病室において、過酸化水素噴霧により MRSA で 6 分後 5log 以上、ESBL 産生 *E. coli* で 2 分後 5log 以上、*C. difficile* で 2 分後 3log 以上の減少を示し、安全域も確認した³⁾。以上より、過酸化水素噴霧装置は、CDI 患者、耐性菌保有患者、清掃精度の均質化が求められる高リスク病室、あるいはアウトブレイク時の退院清掃に有用と考えられる。一方で、密閉空間の確保、無人化、稼働時間、コストなどの制約があり、COVID-19 患者病室を含む全退院室に一律導入するのではなく、対象病原体の特性、環境汚染リスク、運用可能性を評価し、手作業清掃を中核に選択的に追加することが、消毒薬適正使用の観点から重要である。1) 日本環境感染学会. *Clostridioides difficile* 感染対策ガイド 改訂版. 2026. 2) 村松有紀, 山岸由佳, 加藤俊二, 他. 日本嫌気性菌感染症学会雑誌. 2022 ; 52 (2) : 90-99. 3) Miyazaki N, Kurumiya A, Takayama M, et al. J Infect Chemother. 2025 ; 31 (11) : 102820.

パネルディスカッション 12

PD12-2 消毒薬適正使用を現場に定着させるために一標準化、教育、現場確認をつなぐ取り組み—

東京医科大学病院 薬剤部¹⁾、東京医科大学病院 感染制御部²⁾

下平 智秀（しもだいら ともひで）^{1,2)}

消毒薬は医療現場の多様な場面で日常的に使用されるが、不適切な使用は期待される効果を損ない、有害事象や医療関連感染のリスクとなるため、医薬品と同等に管理すべきである。しかし、同一成分でも濃度や使用対象によって用途が異なり、医薬品、医薬部外品、医療機器、雑品など法的位置づけの異なる製品が混在し、薬剤部門以外で管理される製品も多い。したがって、消毒薬の適正使用は採用品目の整理にとどまらず、誰が、どの製品を、どの場面で、どのように使用するかを管理する運用上の課題である。

当院では、不適切使用を低減するため、消毒薬の現状把握、推奨品の標準化、使用ルールの整備に取り組んできた。全 71 部署の定数配置状況を調査した結果、使用予定のない製品や用途誤りがみられ、特に低水準消毒薬で誤使用が生じやすいことが判明した。これを受け、推奨消毒薬を整理し、部署定数を統一するとともに、非推奨品の定数配置を申請制へ変更した。併せて、使用目的や濃度を明記した早見表を作成し、院内マニュアルに反映させた。

しかし、製品の標準化のみで現場での適正使用が担保されるわけではない。現場では利便性や過去の慣習が優先され、意図せず不適切な製品が配置・使用されることがある。当院でも、本来の用途と異なる消毒薬が配置され、別目的で使用されていた事例を経験した。消毒薬は体内に投与する薬剤ではないことから、医薬品としての認識が希薄になりがちであり、必要な知識を欠いたまま安易に使用される現状がある。この構造的課題を踏まえ、教育と現場確認を組み合わせ、配置や使用実態を継続的に評価する必要がある。教育面では、集合研修やマニュアル周知に加え、短時間で反復学習が可能な e-learning の活用が有効である。当院では、感染対策の基本手技や消毒薬を用いた処置の教育にオンデマンド動画を導入している。例えば、吐物処理キットに QR コードを貼付し、必要時に短時間の動画を視聴できるようにするなど、教育へアクセスできる工夫を行っている。e-learning は手技を標準化し、有事の際に情報を迅速に共有する手段として有用である。

一方で、動画の視聴が現場での正確な実践を直接保証するものではない。消毒薬の運用では、配置、保管状況、希釈、使用対象などを現場で直接確認しなければ把握できない問題が多い。そのため、環境ラウンドによる実態把握と、即時の修正・指導が不可欠である。

消毒薬適正使用を院内で機能させるには、採用品目の標準化、手順の簡素化、e-learning 等の教育、環境ラウンドによる現場確認、運用状況の評価を一連のシステムとして構築することが重要である。本発表では、感染対策チーム、薬剤部門、医師、看護部門、清掃委託業者、資材・購買部門などの多職種連携を通じた適正使用推進の課題と展望について議論し、現場で機能する運用体制構築の一助としたい。

パネルディスカッション 12

PD12-3 消毒薬を製造・販売する企業における消毒薬有効性評価指針の活用事例

吉田製薬株式会社 研究開発本部

梶浦 工 (かじうら たくみ)

日本において消毒薬に関する有効性の評価を行う場合、公的な試験法や評価基準が存在しないため、独自に構築した試験法や、海外の試験法を参考に実施しているのが実情で、それらの試験データを相互比較したり検証することは容易ではない。このような背景を踏まえ、日本環境感染学会消毒薬評価委員会では、主に医療に用いられる消毒薬を対象に、生体、手指、並びに環境に用いる消毒薬の有効性評価指針を策定、公表し、適宜改定している。策定・改定に際しては、欧米における消毒薬の承認申請や認可登録時の有効性の根拠として活用されたり、国際的な学術誌において引用等されることのある、信頼性の高い公的な標準試験法並びに有効性評価基準を参考に、国内の事情も考慮して行っている。

当該指針の主たる目的として、例えば『環境消毒薬の有効性評価指針 2025』の本文中では「試験評価自体を医療施設（ユーザー）が行うのではなく、標準化された試験系で評価され公開された製品の中から自施設に適切な消毒薬を選定するための前提としてクリアすべき有効性データを得る基本的基準として活用されること」と説明している。換言すると、消毒薬を製造・販売する企業は、当該指針で規定されている標準的試験法と基準に則って自社製品の有効性を評価してそのデータを公開し、医療施設は、自施設において適切と思われる製品の選定等に際して、これらの公開データを参考、参照して活用する、ことを意図している。

医療に用いられる消毒薬を製造・販売する企業における当該指針の活用法としては、消毒薬の適正使用に向けた製品販売促進活動の一環として、指針に則した自社製品の有効性評価を行うことのほか、製品開発時における成分や使用方法の検討、有効性の検証、また製品の薬事承認申請に関わる利用展開、等が考えられる。関連して、当該指針に関わる解説や解釈等をはじめとする指針の啓発活動は、企業が担うべき役割の一つと思われる。消毒薬を製造・販売する企業における当該指針の活用事例として、弊社での取り組みの一端を紹介する。

パネルディスカッション 12

PD12-4 長崎大学病院が目指す抗菌薬適正使用

長崎大学病院薬剤部¹⁾、長崎大学病院感染制御教育センター²⁾○今村 政信 (いまむら まさのぶ)^{1,2)}、森塚 暁裕^{1,2)}、福重 友理^{1,2)}、谷口 隼輔^{1,2)}、
泉川 公一²⁾、中川 博雄¹⁾

消毒薬の適正使用において薬剤師が担う役割は大きい。消毒薬の効果を最大限に発揮するためには、適切な濃度、十分な接触時間、適正な温度条件のもとで使用する必要があり、さらにこれらを消毒薬の特性や対象物に応じて適切に使い分けることが求められる。このような複雑な条件を現場で破綻なく運用するためには、薬剤師による管理・監督が不可欠である。本発表では、長崎大学病院（以下、当院）における消毒薬適正使用に関する取り組みを紹介する。病棟で頻用される次亜塩素酸ナトリウム水溶液による浸漬消毒は、濃度と接触時間の確保が重要となる。一方で、調製が簡便であるがゆえに管理が軽視されやすく、不適切な運用により消毒効果の破綻を起こすリスクがある。当院において各病棟の浸漬溶液濃度を抜き打ちで測定した結果、一部で有効濃度を下回る状態が確認された。これらの結果を院内にフィードバックするとともに、ICT ラウンドにおいて継続的なモニタリングを実施することで、現場の意識向上と管理体制の是正を図っている。昨今的手指消毒薬については、液体、ジェル、フォームといった剤形の違いに加え、低アルコール製剤やノンアルコール製剤など選択肢が拡大している。適正な手指消毒の実施には回数やタイミングのみならず、適切な 1 回使用量の確保が重要であり、当院ではオートディスペンサーの導入により吐出量の標準化を図っている。一方で、これまで製品の有効性を統一的に評価する指標が乏しく、製品間の比較が困難であった。しかし近年、環境感染学会より「生体消毒薬の有効性評価指針：手指衛生 2023 第 2 版」および「環境消毒薬の有効性評価指針 2025」が発出され、共通の有効性指標による製品選択が可能となった。当院においてもこれらの指標を活用し、統一された評価指標をもとに製品評価と採用を進めている。最後に、当院の感染制御に関わる薬剤師の体制について紹介する。当院では ICT および AST において専任・兼任を含め 8 名の薬剤師が活動している。専従配置とせず、チーム全体で均質な介入を実現する体制を構築している点が特徴である。また、若手薬剤師を対象とした早期体験プログラムを実施し、感染制御業務への段階的な参画を促している。将来的には教育を受けた薬剤師が次世代を指導する循環の構築を目指している。本セッションではこれらの実践を通じて、薬剤師が消毒薬適正使用に関わる重要性、および継続していく方策について議論したい。

パネルディスカッション 12

PD12-5 アルコール過敏症者に配慮した低刺激性手指消毒薬の適正使用への示唆

高知大学医学部附属病院 薬剤部

浜田 幸宏（はまだ ゆきひろ）

医療現場では手指衛生が感染対策の基本である一方、高濃度アルコールによる刺激のため、頻回の手指消毒が困難となる医療従事者の存在が報告されている。この課題に対応するため、低刺激性手指消毒薬が市販されているが、その殺菌力について臨床的・細菌学的に網羅的な評価は十分ではない。そのため、市販されている低刺激性手指消毒薬 7 製品を対象に、*in vivo*、*in vitro* の両面から殺菌効果を検証した。*in vivo* 評価では、第 2 類医薬品 1 種、第 3 類医薬品 2 種、指定医薬部外品 3 種、化粧品 1 種を対象とし、WHO 手指消毒手順を一部改変した方法で手指消毒を実施した。殺菌力はグローブジュース法（ASTM E2755 準拠）およびパームスタンプ法により評価し、*Escherichia coli* K12 を供試菌として対数減少値と擦り込み時間を測定した。

in vitro 評価では、ASTM E2315 に準じた Time-Kill 試験を実施し、グラム陰性菌 2 種、グラム陽性菌 2 種、真菌 1 種を供試菌として 15 秒および 30 秒作用後の対数減少値を算出した。

本研究により、低刺激性手指消毒薬の殺菌力には製品間で差異があることが明らかとなった。アルコール過敏症者への配慮と消毒薬の適正使用を両立するためには、刺激性だけでなく殺菌効果と皮膚安全性を総合的に評価した製品選択が重要である。

パネルディスカッション 13

PD13-1 今一度見直そう 標準予防策

東京医療保健大学大学院 医療保健学研究科 感染制御学

吉田 理香（よしだ りか）

標準予防策は、すべての患者に対して適用される感染対策の基本であり、医療関連感染対策の根幹をなす考え方である。本学会に参加される多くの医療従事者にとって、標準予防策は既に十分理解されている内容であり、「知らない」ということはほとんどないと考えられる。しかしながら、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の流行を経て、医療現場では感染対策への関心が高まった一方で、標準予防策の本来の目的や適応が曖昧となり、不適切な対応が散見されるようになった。例えば、手指衛生の遵守率低下、必要以上の個人防護具 (PPE) の使用、不潔なマスクを交換せず装着し続ける、手袋着用による手指衛生の省略、場面に応じた PPE 選択の不徹底、環境整備や器材管理の形骸化などである。また、「感染症患者への特別な対策」と「すべての患者に適用すべき標準予防策」が混同されている場面も少なくない。標準予防策は、「すべての患者の血液、体液、分泌物、排泄物、損傷した皮膚、粘膜には感染性がある可能性がある」と考えて対応する基本原則である。そのため、患者を守るだけでなく、医療従事者自身を守り、さらに医療環境全体で感染拡大を防止するという視点が重要である。

本発表では、COVID-19 流行後の医療現場で見られる標準予防策の課題を整理するとともに、手指衛生、PPE の適切な選択と着脱、環境管理、医療器材の取り扱いなど、日常実践において見直すべきポイントについて具体例を交えながら再確認する。さらに、「なぜその感染対策が必要なのか」を理解し、現場で継続可能な感染対策につなげる視点について考察する。

パネルディスカッション 13

PD13-2 患者参加型の手指衛生プログラムによる医療者の手指衛生への効果

東京医科大学茨城医療センター 集中治療部

渡邊 裕介 (わたなべ ゆうすけ)

院内感染の予防には標準予防策が最も重要であるが、その浸透は容易ではない。手指衛生においては医師の遵守率の低さを指摘する報告があるが、実践を促す際にどのようなアプローチが効果的であろうか。標準予防策の重要性や手指衛生の必要性を、個人が知識として、持つことは重要であるが、医師に限らず、教育・啓蒙のみでの意識改革、行動変容は困難である。我々は新型コロナウイルス感染症の流行期に、短期間で手指衛生の向上が求められ、患者参加型の手指衛生プログラムと称した取り組みを行った為、一例として紹介する。東京医科大学病院において、2020年12月から2021年3月まで、メンタルヘルス病棟を除く一般病棟を対象とし、入院患者を対象に病院内職員は手指衛生に取り組んでいることを説明、入院時に病棟から患者へ手指衛生の指導、入院患者に医師や看護師を含めて訪室時および退室時に手指衛生をしているか匿名化した手指衛生評価表を用いてチェック、を依頼した。また、このプログラムの実施は、職員に広く周知した。ベースラインとして介入前の2020年1月から11月までの平均手指衛生回数23.4回/患者日は、介入後37.3回/患者日と増加した。手指衛生遵守率は38.5%から45.2%と増加した。患者からみた手指衛生の機会の観察数は、医師で12月20回、1月96回、2月134回、3月296回であり、看護師で12月40回、1月400回、2月460回、3月448回であった。我々の取り組みでは、患者からの手指衛生の観察数の増加とともに手指衛生の向上が観察された。その理由の一つとして、患者が医療者の手指衛生を観察する行為自体が医療者に対するリマインダーとしての機能を果たした可能性がある。これまでも患者や患者家族を巻き込んだ手指衛生活動により、手指衛生剤の使用量の増加や、手指衛生の回数の増加が報告されているが、一方で患者の参加には障壁があることも知られている。その主たる障壁は患者が医療者を評価することにより、自身の医療やケアの質が下がるのではないかと懸念であるが、我々の取り組みでは評価表を匿名化したことで患者の感情的な負担は軽減されたと考える。手指衛生の向上の為には、特定の職種のみに向けたアプローチや強制力をもったトップダウン方式の取り組みではなく、患者の医療参加による医療者の能動的な行動を促進することが有効な可能性がある。

パネルディスカッション 13

PD13-3 全職員を対象としたクリーンハンドキャンペーンの実施

兵庫医科大学病院 感染制御部¹⁾、兵庫医科大学 感染制御学²⁾、兵庫医科大学病院 看護部³⁾、兵庫医科大学病院 検査部⁴⁾、兵庫医科大学病院 薬剤部⁵⁾

○植田 貴史 (うえだ たかし)¹⁾、石川かおり¹⁾、小坂知代子¹⁾、一木 薫³⁾、山田久美子⁴⁾、飯島 紅祐⁴⁾、田久保慎吾⁵⁾、中嶋 一彦^{1,2)}

手指衛生は、医療関連感染対策において最も基本的かつ重要な標準予防策の一つである。しかし、医療従事者の多くがその重要性を理解している一方で、実際の遵守状況は必ずしも十分とは言えない。手指を介した病原体の伝播を防止するためには、手指衛生コンプライアンスの向上とその維持が重要であり、これは患者に関わるすべての職種に求められる課題である。当院では、手指衛生遵守率向上を目的として、2010年より全職員を対象とした「クリーンハンドキャンペーン」を年1回開催している。本取り組みが一部の職員のための活動、いわゆる「他人事」とならないよう、多職種で構成されるプロジェクトチーム(約30名)を立ち上げ、プロジェクトリーダーは感染制御部以外のさまざまな部門・職種の職員が担っている。また、本キャンペーンを医療講演会として位置づけ、病院全体を巻き込んだ取り組みとして継続している。できるだけ多くの職員が参加できるよう、開催時期を分けて年2回実施し、さらに非正規職員の参加も考慮して、時間外だけでなく勤務時間内にも複数回開催している。医師については、医局会後が参加しやすいとの意見を踏まえ、事前にすべての医局と時間調整を行っている。その結果、2012年以降の医師参加率は78.0~94.1%、全職種では86.1~94.1%で推移している。実施内容は、15~20分で完結する実践型の講習会としている。「蛍光塗料を用いた流水と石けんによる手洗い」と「アルコール手指消毒」を隔年で実施し、毎年交互にテーマを設定して、手技確認と動画によるレクチャーを行っている。手技確認では、クリーンハンドキャンペーン運営スタッフが参加者と1対1で対応し、蛍光塗料を用いた洗い残しの確認やアルコール手指消毒の実施手技の確認を行っている。2023年度からは、手指衛生に加えて標準予防策全体を伝える機会としてキャンペーンを展開しており、2025年度はアルコール手指消毒および個人防護具の着脱を実施した。効果的な動機づけや参加者の興味を引き付ける工夫として、当院ではレクチャーに動画を活用している。特に、WHOが推奨する手指衛生の5 momentsについては、実際の業務場面においてどのタイミングで手指衛生が必要となるのかを、動画を用いて視覚的に示している。2019年以降は、看護師および視聴覚部門の職員の協力のもと、当院職員が出演する動画を作成しており、病原体の伝播が視覚的に理解できる内容や、5 momentsの実施タイミングを示したNG場面、さらにスタンブ培養を用いて患者ゾーンから耐性菌がどの程度検出されるのかを示す内容など、毎年テーマを設定し、職員の関心を高める工夫を行っている。本発表では、職員の興味を引き付け、記憶に残る教育方法の一つとして、動画を活用した当院の全病院的なクリーンハンドキャンペーンの取り組みについて紹介する。

パネルディスカッション 13

PD13-4 ボトムアップ型感染対策の推進—リンクメンバー制度による現場改革—

順天堂大学医学部附属順天堂医院 感染予防管理部 感染予防対策室

小松崎直美（こまつぎき なおみ）

標準予防策は、感染の有無にかかわらず、すべての患者に適用される基本的な感染対策であり、すべての医療従事者が日常的に実践すべき予防策である。

多くの医療機関では、医療法に基づく院内感染対策講習、新入職員研修、部門別研修など、年間計画に沿って集合研修や e-learning 等を活用した教育が行われている。しかし、実際の現場で標準予防策が十分に実践されているか、現任者教育を誰が担うのか、また職種ごとの業務特性に応じた感染対策をどのように浸透させるのか、といった課題が存在する。

感染対策を実効性のあるものとするためには、感染対策委員会や ICT からのトップダウン型の指導だけでなく、現場からのボトムアップ型の取り組みが重要である。当院では 1990 年代より看護部にリンクナースを配置し活動してきた。その後、感染対策委員会の下部組織として再編した後も、診療部門やコメディカル部門には感染対策担当者が不在であり、多職種への継続的な教育や実践支援には限界があった。

そこで当院では、2016 年 5 月より感染対策リンクメンバー制度を導入し、院内全部署に 1 名ずつ感染対策実務責任者を配置した。医師はリンクドクター、看護師はリンクナース、コメディカル職員はリンクスタッフと位置づけ、リンクメンバーとして統括した。

感染対策リンクメンバーは月 1 回の全体会への参加を必須とし、副議長を 2 名選出して主体性を持たせた。なお、議長は感染対策委員長ではなく感染対策委員会副委員長が担当した。これは、現場職員が自由に意見を出しやすい環境を維持するためである。

全体会では、感染対策委員会での決定事項の共有に加え、ワーキンググループ活動を実施している。ワーキンググループには、手指衛生、環境整備、針刺し事故防止、患者教育、職員教育などがあり、各グループ内で現場の問題点を抽出し、主体的に改善提案を行う体制としている。この活動により、現場の実情に即した改善策が提案されやすくなり、職員の当事者意識の向上や、多職種間の連携強化につながっている。また、感染対策リンクメンバー制度は、現任教育の充実のみならず、患者安全文化を重視する組織風土の醸成にも寄与していると考えられる。

標準予防策の実践状況については、ICT ラウンドや ICN による耐性菌ラウンド等を通じて確認し、その場でフィードバックを行っている。標準予防策を組織文化として定着させるためには、反復的かつ継続的な教育と、現場主体の実践活動が不可欠である。本発表では、当院におけるリンクメンバー制度を活用した教育と実践の取り組みについて紹介する。

パネルディスカッション 14

PD14 多職種で取り組むアウトブレイク・ケーススタディ

座長のことば

笠原 敬（かさらは けい）

奈良県立医科大学附属病院 感染症内科・感染管理室

山本 剛（やまもと ごう）

大阪大学大学院医学系研究科変革的感染制御システム開発学寄附講座/医学部附属病院感染制御部

医療機関におけるアウトブレイク対応では、早期発見、伝播状況、接触者対応、職員教育、環境整備など、多面的の対応が求められる。これらを円滑に進めるためには、医師、看護師、臨床検査技師、薬剤師など、多職種がそれぞれの専門性を発揮し、ICT として連携することが重要である。

一方で、医療機関ごとに人員体制、病床規模、検査体制、施設環境は異なり、学会や研究会でアウトブレイク対応の企画を行った場合では着地点が合わないことがあり、どのように応用すべきかが見えにくい場合がある。

本企画では、大阪大学医学部附属病院および東京医科大学病院の 2 施設から、感染対策に関するアウトブレイク対応事例を提示いただき、各職種がどのような視点で判断し、どのように連携したのかをケーススタディー形式で検討する。大学病院のみならず、中小規模の医療機関においても実践可能な対応の工夫や課題を共有し、参加者とともに、結核アウトブレイク対応における多職種連携のあり方を考える機会としたい。

パネルディスカッション 14

PD14-1 黒色真菌血症を契機に環境調査から感染対策につなげた事例

大阪大学医学部附属病院 感染制御部

- 高橋 佑輔（たかはし ゆうすけ）、○戎 諒子（えびす りょうこ）、
○砂田 淳子（すなだ あつこ）、○太田 悦子（おおた えつこ）、
○忽那 賢志（くつな さとし）

ICT ラウンドにおける血液培養陽性例を確認する過程で、好中球減少を認めない患者の血液培養 2 セットから黒色糸状菌である *Exophiala* 属が検出されていることを確認した。患者は中心静脈カテーテルを留置中であり、臨床経過や患者背景からカテーテル関連血流感染症と判断した。*Exophiala* 属は湿潤環境や医療施設内の水回りからの検出される黒色真菌であるが、免疫不全患者における深在性真菌症の原因となるだけでなく、医療環境を介した院内アウトブレイク事例も報告されている。そのため、本症例を単発の真菌血症として扱うのではなく、医療環境との関連も含めて評価する必要があると考えた。

具体的には、感染症内科医師、感染管理認定看護師、微生物検査技師、薬剤師を中心とした ICT により、患者周囲環境および病棟環境を調査し、真菌汚染の可能性のある部位を中心に環境培養を行った。その結果、点滴作成台の架台表面の環境培養から、臨床分離株と類似した黒色真菌を検出した。質量分析法では環境分離株の同定は困難であったが、ITS 領域および 28S rRNA 領域の塩基配列解析により、臨床分離株および環境分離株はいずれも *Exophiala dermatitidis* と高い相同性を示し、同一菌種であることが判明した。

本症例では、臨床分離株と環境分離株が同一起源であるかを判断する詳細な遺伝子解析は実施しておらず、感染源の確定には至らなかった。しかし、真菌汚染が想定されやすい水回りではなく、点滴作成台の架台表面から病原真菌が検出されたことは医療環境管理の観点から重要な所見であった。既報では、*Exophiala* 属を代表とする一部の病原真菌は、乾燥や消毒薬曝露などの環境負荷下でも生存し得ることが報告されており、本症例の環境培養の結果を踏まえて、空調の位置を考慮した点滴作成台の配置変更、清掃・消毒手順や薬剤調製環境などの再評価を行う方針となった。本発表では、多職種からなる ICT チームが血液培養陽性例を起点に、それぞれの専門性を活かしながら、患者背景、デバイス使用状況、病原体の特徴、病棟環境を総合的に評価し、臨床現場と連携しながら感染対策上の介入につなげたケーススタディとして報告する。

パネルディスカッション 14

PD14-2 当院で経験した複数病棟にまたがる VRE アウトブレイク

東京医科大学病院 感染制御部

- 小林 勇仁（こばやし たけひと）、○奥川 麻美（おくがわ あさみ）、
○三浦 悠里（みうら ゆうり）、○下平 智秀（しもだいら ともひで）

当院は東京の西新宿に位置する病床数 904 床の大学病院であり、院内の感染症に関する問題の対応は、診療・制御を問わず、演者が所属する感染制御部が行っている。特にアウトブレイク対応は、情報収集と初動、関係部署との調整、アウトブレイク原因の探索など、複数の業務を並行かつ迅速に行う必要があり、多職種での緊密な連携や総合的なマネジメント力が求められる重要な業務である。

当院では近年、集中治療部門を含む 3 病棟にまたがるバンコマイシン耐性腸球菌（VRE）のアウトブレイクを経験した。幸いにも感染症を発症した患者はいなかったが、最終的に保菌患者が 14 名に上る、当院始まって以来の大規模な VRE アウトブレイクであった。種々の調査の結果、アウトブレイクの要因として、①手指衛生回数の不足とタイミングの不遵守、②手袋の連続使用、③トイレ清掃の不備、④トイレ使用に関連した患者指導の不足、⑤手による感染性廃棄物ボックスの蓋の開閉、が推定された。これらの要因に対するものを中心に様々な方策を同時進行的に導入し、アウトブレイクは終息した。

本講演では今回の VRE アウトブレイクについて、その覚知から終息までの対応を時系列的な観点も踏まえて概説するとともに、各職種視点でのディスカッションポイントについて議論を行う予定である。提示するディスカッションポイントとしては、「アウトブレイク対応において ICN が最も力を発揮するのは情報分析か、現場改善か、調整機能か」「検査技師としての早期覚知、適切で迅速な検査実施、患者スクリーニングや環境培養など次の対応への準備」「消毒薬の適正使用」「データクリーニング」などを想定している。

パネルディスカッション 15

PD15-1 CVC、CVP、PICC による血管内カテーテル感染症のガイドライン・エビデンスレビュー

東京科学大学 統合臨床感染症学分野

岡本 耕（おかもと こう）

血管内カテーテル感染症は医療関連感染症の重要なひとつで、死亡率の増加、医療費の増大、さらには在院日数の延長の原因とする重大な合併症である。血管内カテーテル感染症は適切な管理によって一定程度以上予防可能であるとされている。しかし、現在のところ本邦においては予防に特化した国内の標準的なガイドラインが存在せず、臨床現場での管理方法は各施設での判断に委ねられている部分が多いのが現状である。

国内の臨床現場においては、2011年に発表された米国疾病予防管理センターおよび医療感染管理諮問委員会（CDC/HICPAC）の「血管内カテーテル由来感染予防のためのガイドライン」が有名であり、広く活用されてきた。しかし、その後のエビデンスの蓄積に伴い、近年ではCDC以外にも様々な学会・団体から新しいガイドラインが発表されている。本講演では、米国の諸学会（SHEA/IDSA/APICなど）、世界保健機関（WHO）、国際感染症学会（ISID）、アジア太平洋感染制御学会（APASIC）などが発表した中心静脈カテーテル、中心静脈ポート、末梢挿入型中心静脈カテーテルに関連する血管内カテーテル感染症の防止のためのガイドラインを概説し、共通して強く推奨されている基本対策と結論が定まっていない点について整理する。

パネルディスカッション 15

PD15-2 血管内カテーテル管理における感染対策—ICUにおける中心ライン関連血流感染（CLABSI）発生率増加を契機とした対策と実践—

高知大学 医学部附属病院 感染管理部¹⁾、高知大学 医学部附属病院 看護部²⁾、高知大学 医学部 臨床感染症学講座³⁾、高知大学 医学部附属病院 薬剤部⁴⁾

○秋山 祐哉（あきやま ゆうや）^{1,2)}、尾崎 千芳²⁾、三好紗矢香^{1,2)}、谷内 彩乃^{1,2)}、
北岡佐和子^{1,2)}、荒川 悠³⁾、八木 祐助⁴⁾、山岸 由佳³⁾

血管内カテーテル関連血流感染は、重篤化や在院日数延長に直結する重要な医療関連感染の1つである。中心静脈カテーテル（CV）、中心静脈ポート（CVポート）、末梢挿入型中心静脈カテーテル（PICC）は広く使用されている一方、その管理方法にはガイドラインが存在するものの、施設間・職種間でばらつきがあることが知られており、標準化は難しいのが現状である。

当施設では、2021年から2023年にかけて、ICUにおける中心ライン関連血流感染（CLABSI）発生率の増加を認めた。要因として、手指衛生のタイミング不遵守、刺入部消毒薬や方法のばらつき、ドレッシング管理の不均一が抽出された。これらの課題に対し、感染対策の徹底に加え、現場の業務負担や業務フローにも配慮し、ナッジ（自然に望ましい行動を促す仕組み）の視点に基づく働きかけが重要である。その上で、現場に足を運び、ICUカンファレンスへ毎日参加し、関係者との連携強化を図るとともに、物品庫および物品配置の状況、スタッフの動線など実際の運用状況を確認した。さらに、現場責任者に対してCLABSIサーベイランス結果の定期的な共有を実施し、課題の可視化とチーム内での認識の統一を図った。また、自作の教育動画を活用し、手指衛生の再教育、刺入部消毒手技の標準化、CHG含有ドレッシングの使用徹底を行った。動画では、ガイドラインに基づいた標準手順を明示するとともに、誤った手技の例も提示することで、正しい手順の理解と定着を促した。さらに、電子カルテの写真登録機能を活用した挿入部位の観察・記録の標準化や、汚染時の迅速なドレッシング交換の徹底により、日常管理のばらつきの是正と早期対応の強化を図った。これらを包括的に実施した結果、2023年以降ICUにおけるCLABSI発生率は低減傾向を示した。

本セッションでは、これらの実践を踏まえ、エビデンスに基づく血管内カテーテル感染対策をどのように現場で実践し、定着させるか、また、なぜ対策が徹底されないのかという観点から議論する場としたい。医師・看護師をはじめとする多職種が協働し、教育体制および継続的な評価とタイムリーかつ実践的なフィードバックの在り方を共有することで、実効性のある血管内カテーテル感染対策の構築を目指す。

パネルディスカッション 15

PD15-3 PICC の普及は CRBSI 対策に寄与するのか—特定行為看護師による PICC 挿入件数の増加とカテーテル管理の重要性—

柏厚生総合病院 看護部¹⁾、柏厚生総合病院 感染防止対策室²⁾
○跡治江理奈（あとじ えりな）¹⁾、田中 美紀²⁾

PICC（末梢静脈挿入型中心静脈カテーテル）は、上腕から挿入する中心静脈カテーテルであり、一般的に大腿静脈や内頸静脈と比較して感染率が低いと言われている。

当院では、約 10 年前に大腿静脈からの CVC 留置が多く、マキシマルバリアプリコーションの実施率が悪かった。これらの課題解決のため、特定行為研修を修了した看護師（以下特定看護師）が PICC 挿入を行い、大腿静脈からの CVC 留置件数の減少、マキシマルバリアプリコーションの実施率上昇へ繋げ、CRBSI の件数の減少に寄与するのではないかと考えた。

結果、特定看護師が PICC 挿入を開始した後から、中心静脈ライン全体における PICC の割合が 8 割程度に増加し、大腿静脈からの CVC 留置件数は減少した。看護師による PICC 挿入では全例マキシマルバリアプリコーションを行い、実施率を上げることができた。

一方で、PICC は自己抜去リスクがある患者にも比較的使いやすく、管理が容易、医師から看護師へのタスクシフト、特定看護師への PICC 挿入依頼のハードルの低さ、高齢者増加に伴う低栄養患者の増加、コロナ禍での末梢ライン確保困難患者の増加、病院全体の高度急性期への機能変化が重なり、PICC 導入前に比べて PICC と CVC を合わせた中心静脈カテーテル延べ患者数が約 2 倍となり、一方で感染率は減少しなかった。カテーテル挿入時の感染対策は以前よりも徹底して行っていたにもかかわらず、感染率が減少しなかったことで、中心静脈カテーテル管理の徹底が最も重要であることがわかった。クロルヘキシジン含有ドレッシング剤とカテーテルハブへのアルコールキャップの導入、ハブをゴシゴシ拭く消毒操作の徹底を指導し、徐々に感染率は低下したが、常に注視が必要である。

TPN 目的での PICC 留置が多く、低栄養患者の栄養状態改善には寄与したが、本来経管栄養が推奨される症例でも PICC 挿入・TPN 投与されているケースが多く見られた。中心静脈カテーテルの適正使用を推進し、不必要な中心静脈カテーテル留置を減らす対策が重要である。中心静脈カテーテル適正使用対策として、末梢ライン確保困難患者の PICC 留置件数を減少させるため、ミッドラインカテーテルの活用へ取り組み始めている。

パネルディスカッション 16

PD16-1 末梢血管カテーテルとミッドラインカテーテルの感染対策エビデンスレビュー

東京医科大学病院 感染制御部・感染症科
中村 造（なかむら いたる）

中心静脈留置カテーテルの感染対策に関するガイドラインやエビデンスは利用可能なものが多数あり、本邦においても標準的な感染対策が実際されるようになってきている。一方で末梢血管カテーテルは留置される患者が多いにもかかわらず、より効果的な感染対策は何かについての情報が不足している。加えて新しい医療デバイスであるミッドラインカテーテルが使用されるようになり、そのカテーテルの特徴も十分に理解されぬまま留置症例が増加し一方で実施すべき対策が明確でないという問題点がある。この 2 つのカテーテルについて現時点で共有すべきエビデンスのレビューを行う。

パネルディスカッション 16

PD16-2 末梢静脈カテーテルの感染対策とデバイス管理の再考

東京慈恵会医科大学附属病院

松澤真由子（まつざわ まゆこ）

末梢静脈留置カテーテル(Peripheral Intravenous Catheter：PIVC)は、日常診療において最も頻用される血管内デバイスである。一方で、中心静脈カテーテル関連血流感染（CLABSI）対策が広く普及する中、PIVC 関連感染は「末梢だから安全」という認識のもと、どちらかというと十分に注目されてこなかったと思われる。しかし近年、黄色ブドウ球菌菌血症をはじめとする血流感染の原因として無視できず、原因不明菌血症との関連が報告されるなど、PIVC 管理の重要性が再認識されている。

2024 年に WHO より公表された末梢カテーテル関連感染予防ガイドラインでは、手指衛生（hand hygiene）、“触らない”ことを重視した無菌操作（aseptic non-touch technique：ANTT）、接続部の消毒（scrub the hub）、カテーテル必要性の評価（daily necessity assessment）、不必要なカテーテルの早期抜去など、多面的な感染対策の実践が推奨されている。また、留置針の定期交換から臨床的必要時交換への移行など、従来の管理方法を再考する動きもみられている。

当院では、PIVC 管理の質向上を目的に、CRBSI 発生時のカンファレンス開催、LN を中心としたハブ消毒手技の監査とスタッフ教育、病棟 ICT での発生状況のフィードバックを継続的に実施している。本パネルディスカッションでは、最新ガイドラインや文献を踏まえ、PIVC 関連感染対策の現状と課題を整理するとともに、現場における実践的な取り組みを共有し、PIVC の最適管理について検討したい。

パネルディスカッション 16

PD16-3 当院の Midline 導入に向けた取り組みと導入後の効果—患者と看護師にとっての最適なデバイス選択を目指して—

市立長浜病院

西脇 直美（にしわき なおみ）

2024 年 2 月に末梢用 Midline カテーテル（以後、Midline と略す）が国内販売開始となった。当院でも同年 11 月に採用し、2025 年度は 126 件の挿入を実施した。従来、末梢静脈路確保困難患者には中心静脈カテーテル（以後、CVC と略す）や末梢留置型中心静脈注射用カテーテル（以後、PICC と略す）が選択されていたが、Midline の導入により低侵襲で安全な血管確保手段を選択できるようになり、不要な CVC/PICC の選択が減少している。そこで、Midline の導入に向けた当院の取り組みと、導入後の現状および感染対策上の成果、今後の展望について報告する。当院には PICC 挿入の特定行為研修修了看護師が 2 名在籍し、放射線科医師とともに PICC チームを組織し活動している。約 1.5 年の活動の中で、医療機器の装着や循環作動薬の使用など、患者の移動に伴うリスク回避のため CVC への変更を余儀なくされたケースや、BSC (Best Supportive Care) の方針の患者では侵襲的処置を希望されない場合があり末梢静脈路の確保に難渋するケースを経験した。このことから、PICC チームにて協議を重ね末梢静脈路確保のための再穿刺に伴う患者・看護師の精神的な苦痛の軽減と安全な静脈路確保を目的として Midline の導入に至った。Midline は、PICC と挿入部位や形状が類似しており、管理方法も従来の末梢静脈路と大きく変わるため、薬剤誤投与の可能性が考えられた。そこで、導入前に 5 日間の全職員研修会を開催した。また、PICC と Midline の対比表や管理方法についてリーフレットを作成し周知した。導入後、Midline 挿入の依頼件数が急激に増加した。材料費などが全て病院負担であるため、安易な選択を避け適切なデバイス選択が行われるように、バスキュラーアクセスデバイス選択のアルゴリズムを整備し、全職員へ向けて再度周知を行った。導入後は、Midline や PICC を含めた管理方法や困ったこと、悩むことについては、いつでも PICC チームに相談していただくようにアナウンスし相談体制を整えた。あわせて、必要時ラウンドを行うことで、感染対策を含めた管理方法についての現状把握に努め、感染対策を強化した。導入初年度は 126 件の Midline 挿入を実施し、Midline 導入後適応以外使用についてのインシデント報告はなく、サーベイランスデータから CR-BSI の発生は認めていない。また、Midline 挿入により、患者や看護師からは、痛みによる苦痛の軽減となっている。再三の穿刺に悩まなくて済む。というようなポジティブフィードバックを受けている。今後も継続的な周知活動を行うことで、血管確保困難による治療の遅延や患者の苦痛をゼロにすること、末梢静脈路確保のための再穿刺に伴う患者・看護師の精神的な苦痛の軽減を図ることを目的に適切な Midline の挿入と管理が実施されるように活動を行っていきたいと考えている。

パネルディスカッション 17

PD17-1 医療施設における水系感染症のオーバービュー

名古屋大学医学部附属病院 中央感染制御部

岡 圭輔（おか けいすけ）

医療施設における水環境は、患者ケアを支える重要なインフラである一方、微生物の定着・増殖および伝播を介して医療関連感染に関与しうる重要な環境因子である。

近年、手洗いシンク、排水口、吐水口、給排水設備などの水関連設備が感染源あるいは伝播媒体として注目されている。

水系感染症のリスクは、易感染患者の存在、曝露される医療環境、原因微生物の特性が重なり合うことで顕在化する。特に血液疾患・悪性腫瘍患者、造血幹細胞移植患者、集中治療（人工呼吸器管理、循環補助装置使用、新生児）を要する患者などでは、水系微生物による感染の影響が大きい。

水環境には、*Pseudomonas aeruginosa*、*Acinetobacter calcoaceticus-baumannii* complex、*Serratia marcescens*、*Enterobacter* spp.、*Aeromonas* spp.、非結核性抗酸菌、*Legionella* spp. などが関与しうるが、その背景には湿潤環境への適応性、バイオフィーム形成、消毒薬耐性、設備構造への依存性といった特性が存在する。さらに近年は、カルバペネム耐性菌を含む薬剤耐性菌の水回り環境への定着と拡散も問題視されている。

水系関連感染対策の難しさは、原因微生物、汚染部位、曝露経路、施設構造、診療行為が複雑に関与し、単一の対策では十分でない点にある。施設内の水関連リスクは、上水のみならず、貯水槽・貯湯槽、建物内配管、蛇口末端、整流器、温度調整器、シンク排水口、排水系へと連続したシステムとして把握する必要がある。したがって、対策は局所的清掃や単発の消毒だけでは不十分なことがあり、フラッシング、温度管理、残留塩素管理、日常清掃、設備設計の見直し、微生物学的監視、アウトブレイク時の疫学的評価を統合して進める必要がある。本講演では、医療施設における水系関連感染の全体像を概説し、関与する微生物、患者側リスク、施設側リスクを整理し、適切な感染対策を考えるための導入としたい。

パネルディスカッション 17

PD17-2 上水設備・吐水口

宮崎大学医学部附属病院 感染制御部

高城 一郎（たかじょう いちろう）

医療施設における水は、飲用基準を満たしていても無菌ではない。浄水場で処理された水は配水管を経て医療施設に入り、受水槽・貯水槽・貯湯槽、建物内配管、末端蛇口、シャワー、シンク、排水口、製氷機、医療機器内水回路などを通過する過程で、滞留、温度変化、残留消毒剤の低下、バイオフィーム形成、改修工事後の異物混入などの影響を受ける。医療環境における水回り関連機器・設備には、蛇口整流器、シンク、排水口、シャワー、トイレ、加湿装置、人工呼吸器、内視鏡、氷製造機、乳児用器具、経腸栄養装置、口腔ケア用具などがあり、患者背景や水の使用目的によって感染リスクは大きく変わる。関与しうる微生物も、レジオネラ、緑膿菌・アシネトバクターなどのブドウ糖非発酵菌、腸内細菌目細菌、非結核性抗酸菌（NTM）、アスペルギルス、ノロウイルスなど多様である。本講演では、このうち「上水整備・吐水」に焦点を当て、特に水道蛇口整流器およびNTMを中心に、医療施設の水衛生を感染対策としてどのように評価し、管理するかを整理する。NTMは結核菌群・らい菌を除く抗酸菌の総称であり、水系、湿潤環境、土壌、バイオフィーム中に広く存在する。塩素消毒に比較的抵抗性を示し、蛇口、シャワーヘッド、整流器、配管内面などに付着して持続しやすい。蛇口整流器は水流を整え水跳ねを軽減する一方、網目構造が異物やバイオフィームを保持し、NTMのリザーバーとなり得る。当院では病院再整備後、臨床検体から *Mycobacterium paragordonae* の検出が増加した。環境調査では、取り外した水道蛇口整流器内部の網目に工事関連と考えられる異物が認められ、整流器から同菌が高頻度に検出された。症例検討で発症者は確認されず、検体採取や環境混入による pseudo-outbreak と判断した。対策として、病棟および患者飲用の可能性がある蛇口からの整流器撤去、シャワーヘッド交換、製氷機運用の見直し、抗酸菌検査前の水道水うがい回避、免疫不全患者への飲水指導などを実施し、検出頻度は低下した。この経験は、医療施設の上水管理では「水質基準を満たす」だけでは不十分であり、浄水場から施設内の末端吐水口までの流れを把握し、患者リスク、水の用途、設備構造を結び付けた Water Management Program として管理する必要があることを示している。平時には、高リスク区域にある水回り設備の設置場所と使用状況を一元化し、使用頻度の低い蛇口や水が滞留しやすい配管を確認する。また、残留塩素濃度や水温のモニタリング、吐水口・整流器・シャワーヘッドの清掃、交換、撤去の方針、改修後の環境サーベイランス、クラスター発生時の初動対応について、手順書として整理し、関係者で共有しておく。感染制御部門、施設管理部門が、水の供給経路や各水回り設備の位置が分かる配管図・設備配置図を共有し、設備管理を感染対策に結びつけることが実践の鍵である。

パネルディスカッション 17

PD17-3 手洗いシンの衛生管理を考える

自治医科大学附属病院 感染制御部

笹原 鉄平（ささはら てっぺい）

様々な薬剤耐性菌アウトブレイク事例の解析から、施設内シンの微生物汚染が、医療施設内での耐性菌伝播に大きく関与していることが示唆されている。

一方で、アウトブレイクが起こっていない定常状態において、シンの微生物汚染がどの程度起こっていて、患者に影響を与えているかについてのデータは多くない。

このため、現時点では、医療施設におけるシンの衛生管理方法についての推奨は確立しておらず、各施設においても十分に対策されているとは言い難いのが現状であろう。

本セッションでは、医療施設における水衛生の管理の一環として、シンクへのアプローチについて、参加者とともに紐解いていく。

パネルディスカッション 17

PD17-4 院内排水管の清掃・消毒～感染制御の“死角”をどう管理するか～

長崎大学病院 総合感染症科 感染制御教育センター

柿内 聡志（かきうち さとし）

排水管は、シンクでの手指衛生や器具洗浄に伴う有機物・洗浄剤の流入、および下水管からの逆流を防ぐ封水構造の存在により、微生物が定着しやすい環境である。排水管は細く長いので手指が直接届かず、ブラシや薬液による清掃・消毒に頼らざるを得ない。加えて、汚染状況や消毒効果の把握も困難で、実態が見えないまま管理を要する。結果として、院内感染原因菌や薬剤耐性菌が定着することもある。排水管が感染源となった院内アウトブレイクは多数報告されている。海外のシステムティックレビューでは、排水口・排水系を原因とするアウトブレイクが複数報告され、主要原因菌は *Pseudomonas aeruginosa*、*Acinetobacter* 属、腸内細菌目細菌（Enterobacterales）で、カルバペネム耐性 *P. aeruginosa* も含まれていた。本邦でも、新設病棟において extended-spectrum β -lactamase (ESBL) 産生 *Klebsiella pneumoniae* が複数患者から分離され、シンク排水管を介した伝播が報告されている。長崎大学病院でも 2025 年、固形臓器移植後の患者から IMP-1 型メタロ β -ラクタマーゼ産生 *P. aeruginosa* が検出された。当該病棟環境からは分離されなかったが、後の調査で、患者が以前入室していた病棟の複数の排水管から IMP-1 産生 *Enterobacter cloacae* complex が検出され、排水管が IMP-1 遺伝子のリザーバーとなっていた可能性が示唆された。次亜塩素酸ナトリウムによる清掃・消毒を 1 日 3 回まで強化したが、2 週間後のフォローアップ培養でも 2 か所が陽性であったため、1 か所は排水管を交換、使用頻度の低い 1 か所はシンクごと撤去した。以後、清掃頻度を 1 日 1 回に戻しても再発は認めていない。一度排水管に定着した細菌の除去は容易でなく、定着を未然に防ぐ日常対策が重要である。次亜塩素酸ナトリウムは簡便だが、清掃者間での消毒の質のばらつきや、真鍮製配管の劣化促進などの課題がある。発表者らは近年、排水管を 1 日数回加熱することで細菌定着を低減する装置の有効性を報告した。複合的な対策は、薬剤耐性菌の定着・伝播予防の効果的な手段となる可能性がある。直接の観察や清掃が困難な一方、薬剤耐性菌のリザーバーとなりうる排水管の管理の重要性について、本セッションで皆様と議論したい。

パネルディスカッション 18

PD18-1 大阪健康安全基盤研究所における、感染症インテリジェンス機能と人材育成

地方独立行政法人 大阪健康安全基盤研究所 公衆衛生部

本村 和嗣（もとむら かずし）

大阪健康安全基盤研究所は、2017年4月1日に、大阪府立公衆衛生研究所と大阪市立環境科学研究所（衛生部門）が統合され、発足した。2018年4月1日に、機能強化の一つとして、公衆衛生部（健康危機管理課、疫学解析研究課）が設置され、所内の検査部門、保健所、行政機関の関係部署との連携を密にし、健康危機事象発生時の迅速な対応、行政施策に必要な科学的知見を提供している。この2つの課は、密に連携して、感染症インテリジェンスの活動、(1) 事例の早期探知、(2) 情報の検証、(3) 事象の評価をしている。

健康危機管理課は、大阪府基幹感染症情報センターと疫学調査チーム（O-FEIT：Osaka-Field Epidemiologic Investigation Team）の運営を行っている。大阪府基幹感染症情報センターは、常時、大阪府内の感染症の発生動向を監視しながら、異常の探知にあたっている。毎週、専門家（医師）、保健所、地衛研から構成される大阪感染症情報解析委員会（毎週 開催）を運営し、週報、月報を作成し、HPで発信している。O-FEITは、国立感染症研究所の実地疫学専門家養成コース（FETP-J）を修了した研究員を中心に構成され、平時は、大阪府内保健所や行政機関の担当者を対象に研修を実施し、健康危機事象の発生時には、大阪府内保健所等の疫学調査において、後方支援を行っている。疫学解析研究課は、数理疫学、統計学的手法等、多様な解析手法の活用などにより、感染症の流行予測や流行の要因について、具体的には、新型コロナウイルス感染症の流行予測、RSウイルス感染症の流行の目安となる基準値を推定し、その成果を行政機関、保健所と共有し、調査研究を進めている。

人材育成では、2018年より、定期的に、実地疫学専門家の養成のため、FETP-Jの研修のため、研究員を派遣している。2023年4月からは、当研究所に、FETP大阪拠点が設置され、研修者の研修参加の負担が少なくなった。2025年度からは、国立感染症研究所主催のサーベイランスオフィサーへの研修にも、研究員を派遣している。数理疫学研究者の育成には、国内の大学の研究室で指導を受け、解析技術の向上・更新をしている。

公衆衛生部において、大阪府基幹感染症情報センター、O-FEIT、疫学解析研究課は、常に連携し、データの解析、共有を行い、包括的な感染症への理解を深め、感染症インテリジェンス活動にあたっている。

パネルディスカッション 18

PD18-2 大学病院における感染症医育成—日本でのニーズを踏まえた取り組み—

東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野¹⁾、東京科学大学病院 感染症内科・感染制御部²⁾、東京科学大学 感染症センター（TCIDEA）³⁾、東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 感染症健康危機管理学分野⁴⁾

○田頭 保彰（たがしら やすあき）^{1,2,3)}、関谷 紀貴^{2,3,4)}、岡本 耕^{1,2,3)}、具 芳明^{1,2,3)}

【はじめに】新興感染症および薬剤耐性（AMR）対策の強化が求められるなか、リーダーシップを発揮できる感染症専門人材の育成は喫緊の課題です。感染症診療や感染対策において、情報を収集・評価・解釈し、臨床および組織の意思決定につなげる能力の重要性が高まっており、大学病院はその担い手の育成に重要な役割を担っています。

【当施設について】東京科学大学大学院統合臨床感染症学分野は、COVID-19パンデミック下の2021年に設立されました。病院では感染症内科と感染制御部を一体的に運営し、臨床感染症診療、抗菌薬適正使用支援（ASP）、感染管理（IPC）、診断適正使用支援（DSP）、病院疫学（HE）を横断する研修体制の構築を目指しています。設立後は指導医体制の整備を進めるとともに、感染症フェローの研修、学生および研修医教育に取り組んできました。さらに、薬剤師、感染管理認定看護師、臨床検査技師との多職種協働も研修の重要な要素として位置づけています。

【感染症医という選択肢】当分野では、1、臨床感染症診療、2、ASP・DSP・IPC・HE（AID+HE）、3、教育、4、Quality Improvement（QI）・研究、5、マネジメント・リーダーシップの5領域からなるコンピテンシー枠組みと、これに対応するEntrustable Professional Activitiesを策定し、2026年度から本格運用を開始する予定です。とくに臨床コンサルテーション以外の領域は、国内で体系的に学ぶ機会が十分ではありません。今後はAID+HE領域の講義プログラムを整備し、形成的評価と指導医による個別フォローアップを実施したいと考えています。加えて、演者個人の意見ですが、限られた人員でも業務効率を高める体制を構築する能力、すなわち感染症診療、抗菌薬適正使用支援、感染管理を持続可能な仕組みとして実装する能力も重要です。さらに、地域連携や支援体制の拡張を見据えると、遠隔医療に関する実践的能力の獲得も必要性が高まっていると考えます。

【課題と展望】大学病院には、多様な症例、豊富な教育資源、行政へのアクセスという強みがあります。一方で、育成した人材の地域への還流や、リソースの限られた地域病院とのネットワーク形成は今後の課題です。本パネルでは、当施設の経験を共有し、大学病院が担うべき人材育成の役割について議論したいと考えています。

パネルディスカッション 18

PD18-3 地方大学の感染症インテリジェンスへの関わりについての一考察

長崎大学病院総合感染症科・感染症医療人育成センター¹⁾、長崎大学病院総合感染症科・国際感染症予防診療センター²⁾、長崎大学病院総合感染症科・感染制御教育センター³⁾

○古本 朗嗣 (ふるもと あきつぐ)¹⁾、井手昇太郎¹⁾、田中 健之²⁾、泉川 公一³⁾

感染症インテリジェンスは、感染症の発生動向のみならず、病原体の性状、臨床像、診断法、治療法、ワクチン等の予防法、疫学・数理モデル、医療提供体制、社会的影響、国民生活・国民経済、リスクコミュニケーション、さらに研究開発動向を含め、政策上の意思決定と実務上の判断に資する情報へ統合・翻訳する機能である。地方大学は、この機能の中で、病原体研究、臨床評価、診断技術開発、治療薬・ワクチン研究、感染拡大予測、リスク評価、住民向け情報発信、感染症リテラシー向上に重要な役割を担う。加えて、大学研究者自身が感染症インテリジェンスやインシデントコマンド下の危機管理の基本を理解し、学内で教育・啓発を進めることも必要である。平時からの取組として、新興・再興感染症データバンク事業ナショナルリポジトリ (REBIND) や 感染症指定医療機関等による「感染症臨床研究ネットワーク」である iCROWN への参画することは、有事における迅速な症例組入れ、臨床情報・検体の収集、臨床研究、情報共有、研究開発協力の一端を担う機会になる。また、SCARDA 事業はワクチン・治療薬等の研究開発インテリジェンスを直接支え、J-PEAKS は大学が感染症インテリジェンスを担うための研究・国際連携基盤を強化しうる機会となりうる。また、実地疫学専門家養成コース (FETP) や感染症危機管理リーダーシップ研修 (短期) など、大学人も参加しうる研修を通じて行政の意思決定過程と危機対応を学び、国・自治体・大学の人材交流を進めることは感染症危機管理に関する共通認識の形成に有用と思われる。今後、大学内の感染症インテリジェンスに関する基礎教育の体系化、自治体・地方衛生研究所・基幹病院との合同訓練、兼務型コア人材の育成を進めていく必要もあるが、地方においては、人材・予算・データ基盤・専門職支援が不足し、単独機関で機能を完結させることは難しいものと思われる。その対策として、複数の大学で、専門人材、研究資源、教育機会、データ基盤を相補的に活用できるネットワーク体制を構築することも一法である。地方大学は、個別の研究拠点であると同時に、地域と地域を結ぶ感染症危機管理を支えていく知のハブとしての役割が求められていくであろう。

パネルディスカッション 18

PD18-4 感染症インテリジェンス人材育成に大学病院が果たす役割

東京慈恵会医科大学附属病院

中澤 靖 (なかざわ やすし)

新型コロナ対応を通じて明らかになったのは、病原体そのものへの対策だけでなく、「情報」を集約し、分析し、現場の意思決定につなげる感染症インテリジェンスの重要性である。感染症インテリジェンスとは、「感染症による公衆衛生上のリスクを早期に探知・評価し、予防や制御の意思決定につなげるための、体系的な情報収集・分析・解釈のプロセスとそれを担う体制」を指す。感染対策、感染症内科、公衆衛生、基礎医学、国際保健を横断し、エビデンスに基づく政策判断と医療現場の運用をつなぐフレームとして位置づけられる。

全国レベルでは、国立健康危機管理研究機構 (JIHS) が組織され、東京都では東京 iCDC が設置されるなど、強力なインテリジェンス機能の整備が進んでいる。それらと整合しつつ、公衆衛生や感染症医療を担う人材を輩出する場として、大学は重要な役割を持つ。感染対策部門・感染症診療部門、公衆衛生学・国際保健など多様な部門は、感染症インテリジェンスに必要な視点を学ぶ場となる。

一方、感染の最前線である医療圏レベルでも感染症インテリジェンスは重要である。医療圏を一つの感染症インテリジェンス組織として機能させるには、大学病院・地域中核病院・介護施設・診療所・保健所等を結ぶ情報共有の枠組みを、平時から共同で設計・訓練しておくことが不可欠である。COVID-19 対応で得られた経験を踏まえ、今後は地域での AMR 対策や災害時の感染症対策を見据えた情報収集・分析・連携体制を構築する必要がある。地域の中核病院でもある大学病院は、医療圏の感染症インテリジェンス人材を育成する実践の場としても重要な役割を果たしうる。

我々が病院で実践している感染対策は、「感染データを収集・分析し、意思決定に資する形に整理する」という点で、感染症インテリジェンスと共通部分を多く有する。病院の ICT は、サーベイランス等のデータを収集・解釈した上で、病院長直轄の立場から多職種・多部門を調整し、病院全体の方針決定に寄与する上位機能を担っている。その中心的役割を担う ICD には、理論的思考、データ解釈、リスクコミュニケーションといった感染症インテリジェンスの基礎的能力を修得することが求められる。大学病院は、こうした能力を ICT・地域連携の実務を通じて磨く場として、感染症インテリジェンス人材育成のハブとなることが期待される。

ベーシックレクチャー 1

BL1 病院機能評価受審に向けてのポイント

医療法人社団 三喜会 横浜新緑総合病院¹⁾、公益財団法人日本医療機能評価機構²⁾○長島 梧郎 (ながしま ごろう)^{1,2)}、佐藤由有子¹⁾

日本医療機能評価機構は、国民の医療に対する信頼を揺るぎないものとし、その質の一層の向上を図るために、病院の医療機能を学術的観点から中立的な立場で評価し、その結果明らかとなった課題の改善を支援する第三者機関として、1995年に設立された。2025年には創立30周年を迎え、この間9回に及ぶ評価項目の改定を行い、現在は3rdG: Ver.3.0が運用されている。そして2028年に向けて、現在さらなる改定作業が進行中であるが、改定と改定の間にも、社会状況や各種ガイドラインの更新に合わせて、適宜評価項目の修正を行ってきた。感染制御については、2000年前後から病院内での活動が本格化し、当初は看護師を中心とした活動だったものが、次第に感染症専門医を巻き込んだ活動に発展し、本学会を中心にさらなる進化を遂げてきている。日本医療機能評価機構では、こうした動きに合わせて審査体制の整備を進めてきた。評価体系を大幅に刷新し、特定機能病院に特化した領域を追加した2018年の新たな審査体系では、感染制御に関する評価を診療サーベヤーが行うこととなり、さらに深く、さらに詳細な評価ができるよう整備を進めてきた。現在行われている改定作業では、医療計画、地域医療構想、診療報酬改定などの医療を取り巻く様々な課題に基づいた今後の医療の方向性を前提に、現在運用されている3rdG: Ver.3.0の運用状況や受審病院からの評価などを勘案しながら、ステークホルダーの意向やISQua（国際医療の質学会）の各国の病院機能評価を評価するInternational Accreditation Programme 要求事項も念頭に、Joint Commission Internationalなどの海外の第三者評価の動向も踏まえながら検討を進めている。日本医療機能評価機構が展開する病院機能評価は、ストラクチャーに基づいて実施される医療行為のプロセスと、そのアウトカムに重点を置き、さらに日本特有の倫理観や文化的背景、医療保険制度も考慮した、日本に特化した審査体系となっている。医療は常に変化し続けており、2年に一度改定される診療報酬制度や新しい技術の開発など、新しい環境に適切に対応して評価体系を進化させていくためには、関係する学会との緊密な連携が必要である。諸物価高騰による経営環境の悪化、少子高齢化に伴う人材不足、増加する高齢者に伴う疾病構造の変化など、本邦の医療はこれまでにない危機に晒されている。さらにAIの進化に伴う社会構造の急速な変化、温暖化に伴う気象状況の変化など、様々な課題が山積している。本レクチャーでは、こうした社会情勢をどのような形で病院の評価に落とし込んでいくのか、現在進行中の改定の方向性とその根拠、これまで行われてきた感染制御に関する評価方法やその主な変遷について、自院の評価結果も踏まえて概説する。会員医療機関の病院機能評価に対する理解を深める一助となることを期待している。

ベーシックレクチャー 2

BL2 薬剤感受性検査結果を正しく理解するために

札幌医科大学 医学部 感染学講座感染症学分野

黒沼 幸治 (くろぬま こうじ)

薬剤感受性検査は、感染症診療や抗菌薬適正使用において重要な検査である。しかし実際の臨床現場では、「S・I・Rの意味が分かりにくい」「MIC値をどのように解釈すればよいかわからない」と感じる場面も少なくない。また、検査結果だけでは臨床効果を十分に予測できない場合もある。本講演では、薬剤感受性検査の基本的な考え方について、できるだけ分かりやすく解説する。

まず、ディスク法やMIC測定の基本、ブレイクポイントの考え方、S (susceptible)、I (increased exposure)、R (resistant) の意味について整理する。さらに、同じ「S」であっても感染部位や薬剤投与量によって治療効果が異なること、耐性菌では検査結果の背景にある耐性機序を考える重要性について紹介する。

また、ESBL産生菌やMRSA、緑膿菌など、日常診療で遭遇することの多い耐性菌を例に、検査結果をどのように臨床へ活かすかを具体的に解説する。加えて、「検査結果をうのみにしない」ために知っておきたい注意点についても触れる予定である。

本講演を通じて、感染対策担当者、薬剤師、臨床検査技師、看護師、医師など多職種が、薬剤感受性検査結果を共通の視点で理解し、日常診療や抗菌薬適正使用に活かすための基礎を学ぶ機会としたい。

ベーシックレクチャー 3

BL3 バンコマイシン TDM における 2 点採血の必要性を実践から考える

北里大学 薬学部 薬物動態学¹⁾、北里大学病院 薬剤部²⁾

鈴木 絢子 (すずき あやこ)^{1,2)}

バンコマイシンは、Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* を中心としたグラム陽性菌感染症に用いられる抗菌薬であり、治療薬物モニタリング (TDM) を行いながら使用される。以前はトラフ濃度 ($10-20 \mu\text{g/mL}$) を指標としていたが、現在は国際的なガイドラインに基づき、area under the concentration time curve (AUC) 評価が導入され、目標範囲は $400-600 \mu\text{g} \cdot \text{h/mL}$ とされている。AUC の推定には、Practical AUC-guided TDM for vancomycin (PAT) をはじめとするベイズ推定によるシミュレーションソフトが用いられており、過去の患者集団から得られた母集団薬物動態パラメータを基に AUC を推定する。この手法はトラフ値 1 点のみでも推定は可能であるが、トラフ値にピーク値を加えた 2 点採血と比較すると、乖離が生じ、推定精度が劣る可能性がある。しかし、実臨床において 2 点採血の負担は大きく、全例に 2 点採血を導入することは困難な可能性が考えられる。実際には症例を選択して 2 点採血を実施している施設も多いと考えられるが、どの症例で 2 点採血が必要かは十分に議論されていない。さらに、follow-up TDM においては、初回 TDM の実測値を取り入れたベイズ推定が可能となるため、2 点採血が必要となる場面は初回 TDM と異なる可能性がある。PAT は version 3.0 が更新され、現在は version 4.1 となっており、version による違いが AUC 推定値に影響を与える可能性がある。

そこで、バンコマイシン TDM における 2 点採血の必要性について 1 点採血と 2 点採血による AUC 推定の違いに着目し、推定精度と乖離するそれぞれの特徴を整理する。さらに、PAT の version の差について、同一患者において AUC が乖離することを示し、この差が AUC 目標範囲に対して臨床的に無視できない影響である可能性について考察する。

これらの内容から 2 点採血が必要な患者を検討し、実臨床の限られた資源の中で、選択的に実施することの重要性を検討する。

ベーシックレクチャー 4

BL4 今こそ基本に立ち返ろう！麻疹の基本的な感染対策

埼玉医科大学総合医療センター

須田江津子 (すだ えつこ)

2001 年における日本の麻疹患者は、約 28.6 万人 (米国：116 人の 2500 倍) と推定され、日本国内で麻疹の大流行が社会問題となった。これを受け、2006 年には MR ワクチンの定期接種が開始されたこと、2008 年～2012 年にはこれまで接種機会のなかった世代への追加接種が行われたことによって、麻疹患者数は大幅に減少した。2010 年以降、日本の常在麻疹ウイルスと考えられていた遺伝子型である D5 型ウイルスの検出がないことを受け、2015 年日本は「麻疹排除国」と認定された。しかし、2016 年以降では、海外で感染した人々からの「輸入感染症」として、麻疹患者との接触者を中心としたアウトブレイクが発生した。2019 年には 744 人の麻疹患者の発生が報告され、2020 年の COVID-19 のパンデミックに伴う渡航制限等により一時的に減少したものの、2025 年より再び急激に増加し、ワクチン接種歴のある人でも感染する「ブレイクスルー感染」の問題もあり、注意が必要な状況にある。また、集団免疫を強化する上では、ワクチン 2 回接種率を 95% 以上に保つことが求められているが、2022 年には全国で 95% 未満となり、90% を下回る地域もあり、ワクチン接種の推進を図っていくことが重要課題となっている。

麻疹は、麻疹ウイルスによって引き起こされる急性ウイルス感染症であり、基本再生産数は 12～18 と非常に感染力が強く、免疫のない人が麻疹ウイルスの曝露を受けた場合、ほぼ確実に発症すると言われている。また、麻疹ウイルスは空気感染し、麻疹患者と同一空間に在室している場合のみならず、換気の悪い部屋では別室あるいは退室後 1 時間経過後の入室でも感染する可能性もあるとされており、適切な空気予防策の遵守や換気が重要である。また、ワクチン 2 回接種率向上に向けた各地域での呼びかけ強化により、全国的な水準の底上げを図っていくことも必要である。

本セミナーでは、麻疹ウイルスの特徴や感染経路、感染予防策や発生時の対応等に関する基本的な知識の理解を深め、各臨床現場での対策についてあらためて考える機会として、皆様の感染制御活動の一助となれば幸いである。

ベーシックレクチャー 5

BL5

疥癬研究者が疥癬に罹ってみてわかったこと—セルフ症例報告

東京品川病院

牧上久仁子（まきがみ くにこ）

【背景】疥癬はイベルメクチン内服とフェノトリン外用という効果の高い治療薬が保険適用となったことで以前に比べて格段に治療が容易となったが、病院や高齢者施設等でアウトブレイクが発生している。アウトブレイクを起こす感染源のほとんどは通常疥癬に比べて桁違いに感染力が高い角化型（ノルウェー）疥癬と考えられている。演者は30年にわたり疥癬のアウトブレイクに介入し、感染制御の視点から研究を行ってきたが、昨年29年目にして初めて疥癬に罹患したのでセルフ症例報告を行い、その経験から疥癬診療に役立つポイントを提示する。

【症例】62歳女性・医師、X日に疥癬疑いの患者を診てほしいと言われ診察した。手掌に疥癬トンネルがあり、当初通常疥癬と考えたが、角化型疥癬除外のために全身の皮膚を診たところ、両足底に特有の過角化を呈しており、落屑から多数のメス成虫が検出され、限局型角化型疥癬と診断した。診断後はPPEを装着したが、患者の靴下を脱がせて過角化を発見するまでの約7分間は手袋ガウンなしで接触していた。患者との接触からX+25日頃から演者の大腿、体幹に丘疹が出現したが、疥癬トンネルが見つからないため経過を観察した。X+38日に右指側面に長さ7mmのトンネルを発見し、疥癬と自己診断した。フェノトリン2回外用を行い治癒した。

【考察・結論】疥癬の診断には特異疹である疥癬トンネルを探して虫体由来産物を検出することで行う。疥癬トンネルは繊細な皮疹で通常疥癬では一人の患者に数カ所しかなく、慣れないと難しい。トンネルを探すには触診が役立つが、手袋をすると触知しにくく、演者は素手で診察していた。演者は今までに数百人の疥癬患者を素手で触診してきたが、今まで一度も感染したことがなかった。通常疥癬の感染力が強くないことの逸話的証拠として報告してきたが、今回のように限局型角化型疥癬では感染リスクがある。疥癬トンネルはそう痒がほとんどなく、意識して探さないと発見が難しかった。

ベーシックレクチャー 6

BL6

基本に立ち返る・CAUTI対策

前橋赤十字病院

齊藤 悟（さいとう さとる）

カテーテル関連尿路感染（Catheter-Associated Urinary Tract Infection：以下、CAUTI）は、医療器具関連感染の中でも頻度が高く、適切な介入により予防が可能である。しかし臨床現場では、業務の多忙さの中で膀胱留置カテーテルが常態化し、感染リスクとしての認識が希薄化している。その結果、本来徹底すべき基本的対策が十分に実践されていない現状がある。本ベーシックレクチャーでは、「基本に立ち返る・CAUTI対策」をテーマに、現場で徹底すべき3つの基本的対策を整理するとともに、それを支える感染管理特定認定看護師の役割について考える。第一の基本は、「そもそも必要か」を問い直すことである。膀胱留置カテーテルは利便性の高さから選択されやすいが、留置されている限り感染リスクは不可避である。適応を適切に判断することがCAUTI対策の出発点となる。その判断は、患者の病態や治療上の必要性を考慮して行われる。第二の基本は、「1日でも早く抜去する」ことである。膀胱留置カテーテルは留置そのものが感染リスクとなり、留置期間の延長とともにリスクは増大する。閉鎖式ドレナージシステムを維持した適切な管理は重要であるが、それだけでは十分ではない。不要な膀胱留置カテーテルを早期に抜去する視点が不可欠であり、抜去の判断には患者の身体所見に基づく評価が求められる。第三の基本は、「正しく疑い、正しく判断する」ことである。膀胱留置カテーテル留置中の患者では、CAUTIを疑う際に発熱などの感染徴候を確認する必要がある。尿混濁や尿臭のみでCAUTIと判断すべきではなく、患者の全身状態を踏まえて評価し、無症候性細菌尿に留意することが重要である。そのうえで、適切な方法とタイミングで培養検査を実施することが、適切な診断および治療につながる。これら3つの基本を実践するためには患者の身体所見を把握し、評価することが重要である。このような実践を支えるうえで、特定行為研修で培うフィジカルアセスメントおよび臨床推論の視点は、CAUTI対策における患者評価と現場支援に活かすことができる。病棟に足を運び、現場スタッフとともに考えることがCAUTI対策の基盤となる。適応を見極め、不要であれば速やかに抜去し、必要時には適切に管理・観察・評価する。この基本を確実に実践することが、CAUTI対策につながる。

ベーシックレクチャー 7

BL7 下水から読み解く感染症：流行動態とそのメカニズム

大阪大学 感染症総合教育研究拠点¹⁾、東京大学 大学院工学系研究科 附属水環境工学研究センター²⁾○村上 道夫（むらかみ みちお）¹⁾、北島 正章^{1,2)}

感染動向や物質使用状況を把握する手法である。2024 年の新型インフルエンザ等対策政府行動計画において、平時からの実施が位置付けられており、代表性・早期検知性・非侵襲性などの特性から、臨床サーベイランスを補完する手段として期待されている。本講演では、COVID-19 およびインフルエンザを例に、その有用性を概説する。

COVID-19 については、下水中の SARS-CoV-2 RNA 濃度と報告陽性者数の相関が限定的とする報告もある。一方、札幌市で 2021 年 4 月から 2023 年 9 月にかけて週 15 試料という高頻度で採取し、高感度かつ再現性の高い手法で分析した研究では、全数把握が行われていた 2 類相当期において、両者の間に強い相関 ($r=0.87$) が確認された (Murakami et al., 2024, Sci Total Environ)。さらに、調査方法を詳細に検討することで、検出限界未達率 40% 以下、週 3 試料以上 (望ましくは 5 試料以上)、50 週以上の調査が、地域の感染状況把握に有効であることが示された。

一方、5 類移行後には、下水中ウイルス濃度に対する定点医療機関あたりの新規陽性者数が低下した。北海道大学病院の外来患者データを用いて解析したところ、検査数で補正することで、下水中ウイルス濃度と新規外来患者数の間に強い関連が確認された (Murakami et al., 2026, Environment International)。

この結果は、(1) 感染者あたりの排出量変化、(2) 受診行動の変化、(3) 検査実施数の低下、(4) 免疫獲得や弱毒化による軽症化、のいずれか、または複合的影響を示唆する。神奈川県データの解析では、波ダミーや変異株で補正することで、下水濃度と陽性者数・入院者数・重症者数との間に強い関連が得られた (Murakami et al., 2026, medRxiv)。時間経過とともに陽性者数や重症者数は下水濃度に対して低下したが、入院者では明確な低下は見られず、主因は感染者当たりの排出量変化ではなく、受診行動や検査体制、病原性変化の影響と考えられた。

さらに、北海道および神奈川県の解析では、陽性者数は同週の下水濃度と、入院者数や院内新規感染、重症者数は前週の下水濃度と強く関連した。インフルエンザについても、A 型・B 型別に下水中ウイルス濃度から高精度で推定可能であることが示されている (Murakami et al., 2026, Water Environ J)。下水中ウイルス濃度は採取後 1~2 日で測定可能であり、定点報告におけるタイムラグを考慮すると、約 1 週間、入院・重症指標については約 2 週間早く動向を把握できる可能性が示唆されている。

ベーシックレクチャー 8

BL8 CDI サーベイランスの現状と課題～診断適正使用のターゲットとして～

東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野¹⁾、東京科学大学病院 感染症内科・感染制御部²⁾、東京科学大学 感染症センター (TCIDEA)³⁾田頭 保彰（たがしら やすあき）^{1,2,3)}

Clostridioides difficile 感染症 (CDI) は、院内下痢症の主要な原因であり、重症例では死亡に至ることもある重要な医療関連感染症です。薬剤耐性 (Antimicrobial Resistance: AMR) 対策においては、抗菌薬適正使用プログラムのアウトカム指標の一つとして CDI 発生率が位置づけられており、CDI を適切に診断し、サーベイランスを行うことは、AMR 対策の達成度を正確に評価するうえでも重要です。日本の疫学データについてみると、複数の後方視的研究では CDI 発生率は 0.8~6.78/10,000 患者日と報告されていました。一方、2014~2015 年に全国 12 施設を対象として実施された多施設前向き研究では、CDI 発生率は 7.35/10,000 患者日であり、欧米と同等の疾患頻度が確認されています。しかし、同研究における施設間差は 0.6~75.5/10,000 患者日と極めて大きく、日本では CDI が「少ない」のではなく、「検査が不十分なため見えていない」可能性が示唆されています。また、CDI 検査実施率の平均値は 53.4/10,000 患者日であったものの、施設間の幅は 3.6~256.8/10,000 患者日と大きく、過去に報告されている「発生率は検査頻度と相関する」という知見にも合致します。さらに、J-SIPHE に登録された加算 1 および加算 2 算定施設の 2023~2025 年データを抽出したところ、CDI 検査実施率の平均値はそれぞれ 19.2 および 9.5/10,000 患者日、CDI 発生率の平均値はそれぞれ 1.5 および 1.3/10,000 患者日にとどまりました。これらは前向き研究で報告された発生率の約 5 分の 1 であり、日本において CDI が過小評価されている可能性が示唆されます。また、加算 1 では加算 2 と比べて検査頻度が約 2 倍であるにもかかわらず、発生率はほぼ変わらず、検査頻度だけでは説明できない要因の関与も考えられます。米国では CDI の過剰診断が指摘され、診断適正使用の観点から研究が進められてきましたが、日本では対照的に過小診断が生じている可能性があり、診断適正使用の対象として捉える必要があります。データは限られているものの、医療従事者の疾患認識不足に加え、院内での検査運用や保険診療の制約もその一因と考えられます。とくに、感度・特異度に優れたトキシンの遺伝子検査は、加算 2 算定施設では保険診療として認められておらず、診断精度向上を妨げる構造的障壁となっています。本講演では、CDI の基本事項 (疫学、診断、治療、感染対策) を概説したうえで、このような過小評価の実態とその背景、さらに AMR 対策のアウトカム指標として診断適正使用をどのように実現するかについて論じます。日本における CDI サーベイランスの改善に向けて、参加者の皆様とともに考える機会にしたいと考えています。

ベーシックレクチャー 9

BL9 ICT が知っておきたい情報のまとめ方の基本

国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 応用疫学研究センター

○塚田 敬子 (つかだ けいこ)、島田 智恵、砂川 富正

医療機関における感染対策チーム(ICT)の活動において、院内感染の早期探知および適切な対応のためには、まず院内の情報・状況を整理することが重要である。そのためには、記述疫学の基本的な理解が不可欠である。本講演では、ICT が日常業務の中で活用できる記述疫学の考え方と実践方法について解説する。記述疫学は、「時(いつ)、人(誰が)、場所(どこで)」という三要素に基づき、疾病の分布や発生状況を整理・可視化する手法であり、アウトブレイクの初期対応や異常検知の基盤となる。ICT の現場においては、患者属性(年齢、病棟など)、発症時期、病室配置や動線、さらには医療行為などの情報を系統的に整理することで、全体像や、感染伝播のパターンなどの可能性を把握することが可能となる。具体的には、流行曲線の作成により発生の時間的推移を把握し、単一感染か持続感染かといった流行様式の推定が可能となる。また、病棟マップ上への症例の配置は、空間的なクラスターの可視化に有用であり、感染対策の重点領域の明確化に寄与する。さらに、基本的な指標(罹患率など)を用いることで、発生規模やリスクの程度を定量的に評価することができる。これらの手法は高度な統計解析を要さず、現場で迅速に実施可能である点に特徴がある。一方で、症例定義の設定やデータの正確性が結果に大きく影響するため、適切な情報収集と解釈が重要となる。加えて、得られた情報を医療従事者間で共有し、迅速に感染対策へとつなげることも ICT の重要な役割であると考えられる。本講演では、実際の事例を交えながら、記述疫学の基本概念と ICT 業務への応用について具体的に紹介する。記述疫学を活用することで、現場での意思決定の質を高め、感染対策の迅速化・効率化に寄与することを目的とする。

ベーシックレクチャー 10

BL10 感染管理チームが知っておきたい基本的な PC スキル—Excel・PowerPoint と AI の活用術—

社会医療法人畿内会 岡波総合病院

濱野 飛鳥 (はまの あすか)

感染管理チーム(ICT)は、サーベイランスやラウンド等で得られたデータや実践内容を現場へフィードバックし、感染対策の実践につなげる役割を担っている。こうした活動の中で、データを分かりやすく可視化し対象に応じて伝えること、さらに限られた時間の中で効率的に資料を作成することへのニーズは高い。近年では AI の活用も広がり、資料作成や情報整理を支援する手段として注目されている。

ICT メンバーが日常業務で活用しやすい基本的な PC スキルに加え、短時間で相手に伝わる資料を作成する工夫や AI の補助的な活用について整理し、同じデータでも見せ方を工夫することで、理解だけでなく行動変容につなげる発信を目指す。

本レクチャーでは、Excel を用いたデータ整理や集計を基本として、データの構造やフィルター機能、実務で活用しやすい関数を中心に解説し、日常のサーベイランスデータを扱いやすく整える方法を紹介する。また、複数の指標を同時に把握するためのグラフ作成や、情報の見せ方の工夫についても触れる。さらに、Excel で作成したグラフを PowerPoint に活用する際の留意点など、実務に即したポイントを取り上げる。

PowerPoint では、1 スライド 1 メッセージの原則や視覚的に伝わるスライド構成、強調の工夫などを示し、院内ラウンド報告や委員会資料への活用方法を紹介する。あわせて、テンプレート活用や構成設計による効率化に加え、AI を用いた文章整理や構成案作成など、短時間で資料作成を行うための工夫についても触れる。さらに、プレゼンテーション資料作成を支援するツールについても簡単に紹介し、目的に応じた活用の視点を提示する。また、現場スタッフ、リンクスタッフ、上層部といった対象ごとの伝達の違いを整理し、同じデータでも伝え方を工夫することで理解や行動につながりやすくなる点について解説する。

ICT における PC スキルは、データを根拠として現場の行動変容につなげるための重要な手段である。分かりやすい情報発信と効率的な資料作成の工夫を取り入れることで、より実践につながる感染対策の推進が期待される。

本報告は個人が特定される情報を含まず、所属施設の倫理規定に則り実施した。

ベーシックレクチャー 11

BL11 血液培養に基づく AST 活動における微生物検査技師の役割

大阪大学医学部附属病院 感染制御部/感染症内科

松尾 裕央 (まつお ひろお)

近年、抗菌薬適正使用支援チーム (antimicrobial stewardship team : AST) 活動は多くの医療機関で実践されている。微生物検査室は AST が制度化される以前から、血液培養陽性時の迅速報告や起因菌推定などを通じて、抗菌薬適正使用に長年関与してきた。一方で、AST 活動が広く認識されるようになった現在でも、従来業務の延長として血液培養陽性結果を AST へ共有することに留まっている施設も少なくない。

しかし、AST 活動における微生物検査技師には、単なる検査結果の提供にとどまらず、検出微生物と患者背景、使用抗菌薬との関連を意識しながら情報を解釈し、臨床へ還元する姿勢が求められる。AST 活動の中では、血液培養結果や薬剤感受性結果を基に、使用抗菌薬の妥当性や de-escalation の可能性について検討する場面も少なくない。そのためには、培地上の情報だけでなく、患者の病態や感染症診療への理解が必要となる。

AST 活動は、医師、薬剤師、微生物検査技師をはじめとする多職種が、それぞれの専門性を持ち寄ることで成立する。一方で、微生物検査技師の専門性を AST 活動の中でどのように活かしていくかについて、模索が続いている施設も少なくない。医師は臨床情報、薬剤師は薬物療法、微生物検査技師は微生物学的情報を専門とするが、真に有効な AST 活動のためには、それぞれが他職種領域にも関心を持ち、相互理解を深めることが重要である。このような専門領域の重なりを広げていくことが AST 活動の本質であり、それが患者予後の改善や適切な医療提供につながると考える。

本講演では、血液培養症例や実際の AST 活動を提示しながら、AST における微生物検査技師の役割、求められる視点、今後の方向性について考察したい。

ベーシックレクチャー 12

BL12 デザイン思考からアプローチする感染対策

株式会社東芝 DX・デザイン&コミュニケーション部

○井戸 健二 (いど けんじ)、緒方 啓史、清水 秀人

デザイン思考とはデザイナーの仕事の進め方を誰もが扱えるように形式知化した方法論、すなわちプロセスと考え方の総体である。「デザイン」と聞くと、製品の見た目を美しく仕上げる美術・装飾的な側面を思い浮かべる人も多いが、デザインとはもっと広義な概念であり、その目的はそれを利用する人々を中心に据えた問題解決やこれまでにない新しい価値を生み出すことである。そして対象は製品や建物・空間などの有形物に留まらず、ビジネスモデル、制度・仕組みなど無形物にまで広範に及び、それら有形物・無形物を組み合わせた統合的なサービスの創出も行う。

旧来よりデザイナーは、確立された手順や絶対的な正解の無いテーマに対して、これまでの枠組みにとらわれない仮説を打ち立て、仮説検証と修正を繰り返しながら、人々の生活や社会をより良くしていく解決案を社会実装する活動を行ってきた。20 世紀終盤から 21 世紀初頭にかけて、先進諸国を中心に生活の基盤を支えるような基本的な製品・インフラが社会に行き渡り、それまでの大量生産・大量消費のビジネスでは多様化してきた人々のニーズや価値観、人々が潜在的に抱えている問題へ対応することが困難になってきた。そのころからデザイナーが暗黙的に行ってきた仕事の進め方が注目されるようになり、欧米を中心にデザイナー流の仕事の進め方を誰もができるように形式知化した「デザイン思考」が提唱されるようになり、それが世界に広まっていった。日本では 2010 年前後から産業界で注目を集めはじめ、2018 年には経済産業省と特許庁が共同で日本の産業力強化のためにデザインを経営資源として活用することを推し進めるために「デザイン経営宣言」という報告書を発行している。

デザイン思考は現在、教育・地方自治・行政など様々な領域において真に人の役に立つ新たな価値創出のために活用されており、もちろん医療の世界にも適用可能である。東京科学大学病院・感染制御部では院内感染防止施策に対して新たな切り口を発見して試すためにデザイン思考に注目し、筆者の所属する株式会社東芝のデザイン部門との連携を行っている。本講演では基礎的なデザイン思考に関する知識やマインドセットを解説するとともに、誰もが持っている創造性を引き出して多様なメンバーでアイデアを考えるための方法、医療現場における感染対策への応用可能性、および東京科学大学病院・感染制御部での取り組みについて述べる。

ベーシックレクチャー 13

BL13 感染対策に活かす実装科学：エビデンスを現場に根付かせるための考え方

国立研究開発法人 国立がん研究センター

島津 太一（しまづ たいち）

保健医療の領域では、有効性が示されたガイドラインや介入が存在していても、現場では十分に実践されない、あるいは継続しにくいという「エビデンス・プラクティスギャップ」がしばしばみられる。研修や周知を重ねても「取り組んでいるのに変わらない」と感じられる背景には、個人の知識や意欲だけではなく、人員や時間などの資源、組織文化、業務の優先順位、多職種間の関係性といった文脈の影響が存在する可能性がある。

実装科学は、このようなギャップに対して、「何を行うべきか」だけでなく、「どのように現場で機能させ、定着させるか」を探究する学問領域である。本講演では、感染対策を知識不足の問題としてではなく、実装の問題として捉え、現場で生じる課題を構造的に理解する視点を提示する。具体的には、実践を妨げたり支えたりする要因を整理し、それぞれの文脈に応じて試行錯誤しながら改善していくという考え方を共有したい。

また、感染対策領域で従来から重視されてきた質改善（QI）の取り組みにも触れつつ、実装科学との関係を整理する。QI が現場の改善活動を支える一方で、実装科学は、各施設で得られた改善の知見や工夫を、他の施設や異なる文脈でも活用可能な形として整理し、持続可能に展開していく視点を含んでいる。両者は対立するものではなく、相補的に機能しうる。

解決策として特定の方法を一律に推奨するのではなく、小さく試すこと、関係者を早い段階から巻き込むこと、実践から得られるフィードバックを活用することなど、比較的汎用性の高い方向性についても紹介する予定である。

医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、高齢者施設職員など、多様な専門職が集う本学会は、知識や経験を持ち寄る「ハブ」とであると同時に、立場を越えて実践や悩みを共有できる「パブ」としての役割も持つ。そのようなネットワーク自体が、感染対策の実装を支える重要な資源となりうることにについて、参加者とともに考えたい。

ベーシックレクチャー 14

BL14 歯科領域における抗菌薬適正使用—抗微生物薬適正使用の手引き第四版歯科編の概要と実践—東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野¹⁾、東京科学大学病院 感染症内科・感染制御部²⁾、東京科学大学 感染症センター（TCIDEA）³⁾田頭 保彰（たがしら やすあき）^{1,2,3)}

薬剤耐性（Antimicrobial Resistance：AMR）は世界的な公衆衛生上の課題であり、わが国でも抗菌薬適正使用の推進が求められています。2023年に改訂されたAMR対策アクションプラン（2023-2027）では、2027年までに人口千人あたりの一日抗菌薬使用量を15%削減する目標が掲げられています。歯科における経口抗菌薬使用は抗菌薬全体の約1割を占め、その多くは術後感染予防を目的とした予防的投与です。また、日本の歯科領域では第3世代セファロスポリン系抗菌薬の使用割合が高いことが課題とされています。これらの薬剤は、基質特異性拡張型β-ラクタマーゼ（Extended-Spectrum Beta-Lactamase：ESBL）産生菌やClostridioides difficile感染症のリスクとの関連が指摘されており、使用量低減の対象とされています。こうした背景を踏まえ、厚生労働省は「抗微生物薬適正使用の手引き 第4版 歯科編」を策定されました。歯科診療における抗菌薬適正使用を考えるうえでは、感染症治療だけでなく、周術期の予防的投与が処方の大きな割合を占めること、外来診療を中心に経口抗菌薬が用いられること、さらに医科と比較して第3世代セファロスポリン系抗菌薬の使用割合が高いことなど、歯科特有の処方実態を踏まえた内容で構成されています。本レクチャーでは、まず医科と比較した歯科の抗菌薬処方の特徴を概説し、そのうえで「抗微生物薬適正使用の手引き 第4版 歯科編」の内容をレビューします。特に、予防的抗菌薬投与の考え方、推奨薬剤の選択、ならびにペニシリンアレルギーや腎機能低下患者への対応、抗菌薬供給不安時の対応を取り上げます。本レクチャーが、歯科診療におけるAMR対策を考える契機となることを目指します。

ベーシックレクチャー 15

BL15 CRE/VRE

国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 応用疫学研究センター

山岸 拓也 (やまぎし たくや)

本レクチャーでは、CRE と VRE に関して、特に疫学や感染対策について紹介する。CRE はカルバペネム耐性腸内細菌目細菌 (Carbapenem-resistant Enterobacterales) を、VRE はバンコマイシン耐性腸球菌 (Vancomycin-resistant Enterococcus species) を指しており、ともに国内で注意すべき耐性菌として薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン 2023 でも名前が挙げられている。薬剤耐性菌は 3-4 文字の略語で示されることが多いが、CRE と VRE は同じ“E”を使用していて、示している細菌やそのレベルが異なることに注意が必要である。感染症発生動向調査ではメロペネム非感性の腸内細菌目細菌を“CRE”と定義して CRE 感染症の報告を診断した全ての医師に求めており、毎月 70 例前後の症例が報告されている。CRE は極めて多くの科や属を含んでいるが、臨床で多く遭遇するのは大腸菌や肺炎桿菌であり、AMR 対策アクションプラン 2023 でも大腸菌や肺炎桿菌のカルバペネム耐性率 (割合) 0.2% 以下が成果指標の一つとされている。CRE の薬剤耐性には様々な機序が存在するが、特に問題とされるのが、カルバペネム系抗菌薬を分解するカルバペネマーゼを産生する CPE (Carbapenemase-producing Enterobacterales) であり、国内では本学会をはじめとする 4 学会が CPE に対しては特に厳密な接触予防策の実施を推奨している。VRE は感染症発生動向調査では、2023 年までは年間約 120-130 例の報告があり、国内の一部地域に報告が偏っていた。分布の偏りは厚生労働省院内感染対策サーベイランス (JANIS) 検査部門の分離率でも同様に認めており、国内で検出頻度にばらつきを認めていた。なお、AMR 対策アクションプランでは、年間 80 例以下が成果指標とされている。CRE、VRE とともにアウトブレイクを起こし、その際に共通して実施する対策としては、症例情報の整理 (症例定義、積極的症例探索、記述疫学)、感染対策強化のための体制整備、系統的なスクリーニングを含む適切な症例発生状況の把握、手指衛生を中心とした標準予防策の強化、接触予防策の徹底、環境整備の見直しと徹底、抗菌薬適正使用の推進、院内外のコミュニケーションなどが挙げられる。また、記述疫学で特定の感染源や感染経路が見つかった場合はその対策を行う。レクチャーでは、アウトブレイク時の対策の具体例も交えながら、押さえておくべき基本を振り返る。

ベーシックレクチャー 16

BL16 血液培養検査の結果を深く読みとる

大阪大学大学院医学系研究科変革的感染制御システム開発学寄附講座¹⁾、大阪大学医学部附属病院感染制御部²⁾山本 剛 (やまもと ごう)^{1,2)}

【はじめに】血液培養検査は、菌血症・敗血症診療において原因微生物を直接捉える検査で、Diagnostic Excellence (DxEx)、Diagnostic stewardship (DS)、Antimicrobial stewardship (AS) をつなぐ重要な検査である。一方で、その結果は「陽性か陰性か」「菌名は何か」だけで判断するものではない。採取条件、培養時間、陽性化したボトルの種類、陽性化時間、Gram 染色像、検出菌の臨床的意義を総合的に読みとることが重要である。

【採取のタイミングと陰性判断】血液培養は、抗菌薬投与前に 1 エピソードあたり 2 セット以上採取することが原則である。採取のタイミングは発熱時に限らず、悪寒戦慄や全身状態の変化を捉えて判断する。多くの施設では自動血液培養装置を用い、一定期間発育がなければ陰性と判断する。一般的には 5 日間程度で陰性判定されることが多いが、感染症や対象微生物によっては培養期間の延長が必要となる場合もある。

【培養ボトルから得られる情報】血液培養陽性時には、ボトルの性状確認も菌種推定の一助となる。溶血性、ガス産生、好気ボトルのみ陽性、嫌気ボトルのみ陽性といった情報は、原因菌の推定や臨床的意義の判断に役立つことがある。陽性化時間 (time to positivity: TTP) は、血液培養ボトルを装置に入れてから陽性となるまでの時間であり、血液中の菌量や病態を考える補助情報となる。末梢血とカテーテル採血の陽性化時間差 (differential time to positivity: DTP) は、カテーテル関連血流感染を疑う際に参考となる。特に皮膚常在菌の汚染が疑われる場合には、TTP、DTP、陽性ボトル数が解釈に役立つ。

【Gram 染色像から考える菌種】Gram 染色で Gram 陽性球菌 (GPC) が観察された場合は、黄色ブドウ球菌、コアグラゼ陰性ブドウ球菌、レンサ球菌、腸球菌などを考える。黄色ブドウ球菌はクラスター状、レンサ球菌はレンサ状に観察されることが多く、菌種推定に役立つ。特に黄色ブドウ球菌が推定される場合は、汚染菌と考えず、感染巣検索や心内膜炎の評価が重要である。Gram 陰性桿菌 (GNR) が観察された場合は、腸内細菌目細菌、緑膿菌、嫌気性菌などを想定し、尿路感染症、胆道感染症、腹腔内感染症、カテーテル関連血流感染などの感染巣を考える。酵母様真菌が検出された場合も真の真菌血症として扱い、速やかな対応が必要である。

【患者情報との整合性】血液培養陽性時は、臨床症状、採取目的、カルテ情報との整合性を確認する。コアグラゼ陰性ブドウ球菌などの皮膚常在菌が発育した場合、1 セットのみ陽性であれば汚染の可能性を考える。一方、複数セット陽性、短い TTP、カテーテルや人工物の留置、免疫不全などがあれば、真の菌血症として評価する。また、プロバイオティクス関連菌血症や納豆菌血症では、内服歴や食事歴の確認が手がかりとなる。

【まとめ】血液培養結果を深く読みとることは、DxEx を高め、DS と AS を結びつける実践である。

ベーシックレクチャー 17

BL17 MRSA と ESBL を正しく理解する～定義・環境生存・感染経路から予後まで～

済生会横浜市東部病院 感染管理対策室

大石 貴幸 (おおいし たかゆき)

【はじめに】

薬剤耐性菌への対応は ICT にとって最重要課題である。特にメチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) と、基質特異性拡張型 β -ラクタマーゼ (ESBL) 産生菌は臨床現場で最も遭遇頻度が高い。本レクチャーでは、これら耐性菌の定義、環境生存特性、伝播経路、および非耐性菌との予後の違いについて概説する。

【MRSA と ESBL の基本的定義と特徴】

MRSA は、ペニシリン結合蛋白の変異により、ほぼ全ての β -ラクタム系抗菌薬に耐性を示す。一方、ESBL は主に大腸菌や肺炎桿菌などの腸内細菌目細菌が産生する酵素で、第三世代セファロスポリン系やアズトレオナムを分解が、カルバペネム系には感受性を維持する場合が多い。ESBL 産生遺伝子はプラスミドを介して菌種間で伝播しやすく、アウトブレイクの原因となりやすい。

【病院環境における存在と生存性】

MRSA はヒトの鼻腔や皮膚に定着し、環境での生存率が非常に高い。乾燥したベッド柵やドアノブ等で数週間から数ヶ月生存可能であり、環境汚染が持続的な伝播源となる。対照的に、ESBL 産生菌は主にヒトの腸管内に定着する。乾燥には弱い、シンクの排水口やトイレの洗浄レバーなどの湿潤環境での生存に長けており、これらがリザーバーとなる。排水トラップから飛散するエアロゾルによる汚染の可能性も指摘されている。

【感染経路とその対策】

両菌の主な経路は、手指や汚染器材を介した「接触感染」であり、対策の根幹は標準予防策の徹底にある。特にケア前後の手指衛生は最も効果的である。既知の保菌者には接触予防策を適用するが、MRSA、ESBL とともに世界的な蔓延状況から全例適用には議論がある。施設の状態に応じたりリスク評価に基づき、高リスク患者やアウトブレイク時に重点を置いた対策を講じることが重要である。

【非耐性菌との予後の比較】

耐性菌感染症が非耐性菌と比較して予後が悪い主因は、適切な初期治療の遅れにある。耐性菌による敗血症や菌血症では、初期に使用された抗菌薬が無効である確率が高く、有効な治療薬に変更されるまでのタイムラグが死亡率の上昇に直結する。MRSA 菌血症は、感受性菌 (MSSA) と比較して死亡率や合併症発生率が有意に高い。ESBL 産生菌においても、初期治療が無効な場合の 30 日死亡率上昇、入院期間の延長、医療コスト増大が報告されている。迅速で適正な診断と抗菌薬適正使用が予後改善には不可欠である。

【おわりに】

MRSA や ESBL への対応は感染対策/の基本に立ち返る作業ともいえる。ICT の一員として、これらの菌の特性を正しく理解し、現場のスタッフに「なぜその対策が必要なのか」を理論的に説明できる能力が求められる。本レクチャーを通じて、基礎知識をアップデートし、明日からの感染対策の実践に役立てていただければ幸いである。

ベーシックレクチャー 18

BL18 成人 RS ウイルス感染症の病態と予防

杏林大学 医学部 臨床感染症学

倉井 大輔 (くらい だいすけ)

RSV 感染症は小児期にほぼ 100% が感染するとされるが、終生免疫を得られず、再感染を生涯繰り返す。感染者の多くは、自然軽快する風邪症状であるが、一部の高齢者や基礎疾患を有する患者は重症化し、肺炎、基礎疾患の増悪等で入院あるいは死亡することがある。近年の国内外の報告では、RSV 感染症で入院した成人患者は、抗ウイルス薬・ワクチン共に存在するインフルエンザや COVID-19 との比較しても予後が悪いことが示されている。RSV には、特異的な抗ウイルス薬は存在せず、ワクチン接種が期待できる予防方法になる。現在、3つの RSV ワクチン (アレックスビー、アブリスボ、エムレスビア) が国内でも認可されている。成人での RSV 感染症は、特異的な症状がなく他の呼吸器感染症との区別が難しい。また、再感染である成人では迅速抗原検査の感度が低く、その存在が見逃されてきた。呼吸器ウイルスの遺伝子検査の発達に伴い、成人での RSV 感染症の診断がされるようになり、本感染症の重要性が認識されるようになった。高齢者への RSV はその疾病負荷から、米国・英国等で接種が推奨され、その接種対象者も徐々に変化してきている。本講演では、RSV 感染症の日本の疫学、重症化しやすく接種が推奨される患者像、国内で使用可能な RSV ワクチン (アレックスビー及びアブリスボ) の 2 シーズン目以降の有効性の結果、リアルワールドデータでの入院抑制効果に対する有効性・ギランバレー症候群などの頻度の稀な副反応について、日本感染症学会の RSV 感染症診療の手引きをもとに紹介する。また、COVID-19 のパンデミック以降は RSV の流行時期が不明確になっており、ワクチン接種の時期に関しても紹介する。

ベーシックレクチャー 19

BL19-1 目で見る人工股関節周囲感染（PJI）対策

北里大学医学部 医学教育研究開発センター 医療安全・管理学研究部門

内山 勝文（うちやま かつふみ）

【背景と目的】人工股関節周囲感染（periprosthetic joint infection：PJI）は、人工関節手術の増加に伴いその絶対数が増加しており、患者の機能予後のみならず医療資源にも大きな影響を及ぼす重篤な合併症である。感染例では複数回の手術や長期入院を要し、医療費は非感染例の数倍に及ぶことも少なくない。一方で、予防・診断・治療の各段階において知見は蓄積されているものの、実臨床ではそれらが体系的に統合されているとは言い難い。本講演では、実際の手術動画をを用いながら、PJI 対策を「予防・診断・治療」の連続した戦略として再構築し、実践的に提示することを目的とする。

【予防戦略】PJI は宿主因子と医療介入が交差する病態であり、術前からの介入が重要である。喫煙、肥満、糖尿病、低栄養などの修正可能因子に対する最適化は感染率低減に寄与する。また、術前抗菌薬の適切なタイミング投与や体重に応じた用量設定、鼻腔内スクリーニングと除菌、術前清潔化などを組み合わせたケアバンドルの実践が有効である。さらに SSI サーベイランスにより施設特有のリスクを可視化し、対策を継続的に改善することが重要である。

【診断の課題と進歩】PJI 診断では、抗菌薬投与例や弱毒菌感染における培養陰性例、さらには無菌性ゆるみや炎症性疾患との鑑別が臨床上の課題である。近年、関節液中 α ディフェンシンは高い感度・特異度を有する有用なバイオマーカーとして注目されている。また PCR 法などの分子生物学的手法により迅速診断が可能となりつつある。ICM2018 の診断基準ではスコアリングシステムが導入され、診断の標準化が進んでいるが、グレイゾーン症例への対応は依然として課題である。

【治療戦略の実際】治療選択は感染時期とインプラントの固定性に基づいて決定される。早期感染では DAIR（デブリドマン・インプラント温存療法）が有効であり、モジュラーコンポーネント交換と局所抗菌薬戦略の併用が重要である。一方、慢性感染ではインプラント抜去と抗菌薬含有セメントスプレーによる二期的再置換術が標準的治療となる。骨欠損に応じた再建と機能回復の両立が求められる。

【新規治療概念】近年、continuous local antibiotic perfusion (CLAP) 療法が注目されており、iMAP や iSAP は骨・軟部感染に対して良好な成績が報告されている。さらに関節内持続投与である iJAP は、インプラント温存を可能とする新たな戦略として期待される。本講演では、当院での治療経験を提示し、その有用性と限界について考察する。

【結語】PJI 対策は単一の治療手技ではなく、予防・診断・治療を連続した戦略として捉えることが重要である。本講演は動画を通じてその実践を可視化し、日常診療に応用可能な知識の共有を目指す。

ベーシックレクチャー 19

BL19-2 目で見る外科感染対策

倉敷成人病センター

○重村 克巳（しげむら かつみ）、山口 雅也、崎浜 綾乃、白石 雅裕、佐久間貴文、
黒田まゆら、日下 信行、石戸 則孝、高本 均、山本 康雄

一般的に外科感染対策となると手術部位感染症とそれへの予防策ならびに対策が考えられる。特に手術部位感染症を語るにあたり、まず重要な事は手術の汚染度の分類である。すなわち手術の特徴として、清潔手術、準清潔手術（尿路の開放）、汚染手術、そして感染に対する手術と分けられる。これらの汚染度に応じた感染予防抗菌薬が推奨されている。泌尿器科領域においては 2023 年度に泌尿器科手術における周術期感染症予防ガイドラインが改訂された。本発表はそのガイドラインを参考にさせて頂いた。その中では特に前回の 2015 年版との大きな差異は、総論として術前、術中、周術期のマネジメントに関する記載の増加であろうか。例えば、術前処置でいえば、術前の禁煙は手術部位感染を減らすのか、術前の禁酒はどうか、などである。その他では術前の栄養状態の改善はどうか、また術前尿培養陽性の場合にはどう対処するか、並びに昨今進行癌で術前薬物治療を行っている症例もしばしば経験するが、その際の休薬のタイミングは？などである。さらに術中処置としては、術者の術前手指消毒法について、術前の術野消毒液、さらには術野ドレープの問題なども議論されている。患者側因子としては、術中の血糖管理や保温による手術部位感染症への影響についても重要である。また手術すなわち術者側の因子では、術中の手袋交換の是非や手術機器交換の是非、ならびに胃管留置の是非や術後ドレーン留置の是非や閉創時の吸引糸の使用や手術終了時の創部の生理食塩水での洗浄の是非なども重要である。さらに各論としては、各術式における予防抗菌薬の種類ならびに期間については、昨今の抗菌薬の適正使用ならびに Antimicrobial Resistance (AMR) の概念から、より狭域のもの、より短期間での使用が推奨されており、多くの術式で単回投与もしくは 1 日投与が推奨される。さらには膀胱内視鏡検査や経尿道的手術においてもハイリスク症例を除くと予防抗菌薬は非投与のケースもある。これらのように昨今では外科感染対策も変化を遂げてきている。実際の発表時には、写真やクリニカルケースション (CQ) などを交えつつ、「目で見える」感染対策について発表したい。

ベーシックレクチャー 20

BL20 ロボット手術における感染対策

岩手県立胆沢病院

下田 次郎（しもだ じろう）

現在のロボット支援下手術（以下、ロボット手術）は、米国で開発されたダビンチ・サージカルシステムを中心に発展し、米国内では2000年にFDAの承認を得て急速に普及した。わが国では2012年度に初めて「K843-4 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）」として保険収載され、2016年度からは診療報酬改定の度に術式が追加収載され、泌尿器科から胸部外科、心臓外科、消化器外科、婦人科、頭頸部外科領域へと対象が拡大した。それと共に全国でロボット導入が進み、現在では世界第2位の手術ロボット保有国となっている。2020年には国産ロボットも参戦し、2025年末時点、国内で900台以上の手術ロボットが稼働し、ロボット手術は既に標準治療となっている。

ロボット手術の大部分は腹腔鏡、胸腔鏡など体腔鏡下手術であり、執刀医はコックピットで体内の画像を見ながらロボットを操縦し、助手は患者の側で鉗子による介助、術野の吸引・洗浄、内視鏡・鉗子類の交換等を担当する。開始前にはロボットを滅菌ドレープで覆い、手術終了後の内視鏡や鉗子等インストゥルメントの洗浄・滅菌は、メーカーが細かく定めた工程に従って行う。専用インストゥルメントの再生使用回数は厳密に規定されており、自動的にカウントされるため規定以上の使用は不可能である。手術中、患者周囲の空間の大部分はロボット本体やアームにより占領されるが、内視鏡やインストゥルメントを動かすロボットアームは、患者の体外では時として予想外の動きをするので、近くにいる助手や看護師は、自らの頭部などが不用意に接触しないよう注意する必要がある。カメラケーブルや複数の電気メス、シーリングデバイスのコード、送気、吸引チューブ等、コード、チューブ類が多く、術中交換する頻度も高いので汚染しないよう整理して扱う。また、ロボット・アームの動きは力強く激しいため、術後の創トラブルを避けるため、トロッカー刺入部の皮膚・体壁にストレスがかからないよう、適切なセッティングが求められる。

ロボット手術の手術部位感染症発生率は開放手術に比較して有意に低く、特に肥満患者等では大幅にリスクを下げることで報告されている。体腔鏡下手術とはほぼ同等とされるが、胃癌手術ではロボットが、鼠径ヘルニア手術では体腔鏡下が優るとする報告もあるなど、術式によっては差がある。予防的抗菌薬の種類や投与法について、ロボット手術として設定されている指針はなく、一般に開放手術または体腔鏡下手術に準じた投与が推奨される。手術が長時間に及ぶ場合には追加投与を検討する。

JANISのSSIサーベイランス部門では、2025年12月にフォーマットが改定され、ロボット支援（使用あり、使用なし）の入力項目が追加された。今後の集計が待たれる。

ベーシックレクチャー 21

BL21 外科系全診療科 SSI サーベイランス実施のための戦略

大阪公立大学 大阪国際感染症研究センター 感染管理認定看護師教育課程¹⁾、前 大阪公立大学医学部附属病院 感染制御部²⁾藤田 明子（ふじた あきこ）^{1,2)}

全病院的なサーベイランスは、施設の感染症発生動向の把握や異常の早期発見の観点から重要とされ、第三者機関による医療の質評価でも積極的な実施が求められるようになってきている。その一方で、包括的サーベイランスは非常に労力が大きく、マンパワーやシステム導入費用など多くのハードルがあるため、着手できている施設は少ないのが実情と考えられる。当院においても、病院機能評価受審を契機に、従来、感染管理認定看護師（以下 CNIC）が1診療科（3つの手術手技）で実施していたSSIサーベイランスを、全外科系診療科へ拡大することを決定した。しかし、支援システムを活用してサーベイランスを実施しているものの、CNICのみで全外科系診療科への拡大を実現することは困難と考え、各診療科に感染判定を委ねることとし、機能評価受審を根拠にトップダウンで協力依頼を行った。まず、7診療科による3か月の試行期間を設け、作業負担のポイントや問題点の洗い出しを行った。その後、作業負担を最小限にするシステム改修を経て、外科系全13診療科にサーベイランスを拡大した。さらに、開始後も、感染判定が継続できるよう、リマインドメールや個別相談対応などの判定サポートを行い、データの集計および定期的なフィードバックはCNICが行った。その結果、サーベイランス対象手術手技は3種類から34種類に拡大し、SSI発生の全体像が明確になったことで、感染率の高い診療科が判明した。当該診療科には感染制御部として介入を開始した。また、自ら感染判定を実施したことで問題を認識し、病棟と独自に多職種チームで取り組みを開始する診療科も現れた。一方、判定入力忘れが目立つ診療科もあり確実な入力を継続することが課題となっている。効果的なサーベイランスを継続していくためには、より効率化を進め、サポート体制を強化するとともに、多少の負担はあってもサーベイランスの意義を認識して継続できるように、アウトカムの改善や経済効果などをデータで示していくことも重要と考えている。本ベーシックレクチャーでは、これらの外科系全診療科サーベイランス拡大への戦略について紹介する。

ベーシックレクチャー 22

BL22 抗菌薬の基本～コモンな感染症と治療薬・治療期間～

日本大学 薬学部 薬剤師教育センター

西 圭史 (にし よしふみ)

抗菌薬が必要な状況は、細菌が感染を引き起こしている状況であり、どの臓器が感染しているか、その臓器に感染を起こしている細菌はなにかを考えることに至る。その後培養に提出する検体を採取する過程を経て、これらを想定して、患者背景を加味して抗菌薬の投与が始まる。すなわち感染症であるという診断が抗菌薬選択の出発点であり、これを誤るとどの抗菌薬の投与が適切か、何日間の投与が必要かという議論自体が成立しない。

本レクチャーでは、日常で頻繁に遭遇する市中肺炎、尿路感染症、皮膚軟部組織感染症などを取り上げ、それぞれの第一選択薬と治療期間の基本を整理する。例えば市中肺炎では肺炎球菌を中心とした起炎菌を想定し、重症度に応じた抗菌薬選択が求められる。尿路感染症ではカテーテル留置の有無も含めて、単純性か複雑性かの区別が重要であり、皮膚軟部組織感染症では膿瘍形成の有無やドレナージの必要性が治療の成否を左右する。これらはすべて「どこに感染があるか」「起炎菌は何か」という基本に立ち返ることで整理できる。

抗菌薬治療には必ず開始と終了がある。開始時に終了を意識することが重要であるが、実臨床では明確な投与期間が定まっていなかった疾患も多い。その結果、「解熱したから中止」「炎症反応が高いから継続」といった曖昧な判断により、超短期投与や超長期投与が生じる。前者では再燃や再発のリスク、後者では耐性菌選択や副作用増加といった問題が生じる。

近年、複数の臨床研究により、従来より短い治療期間でも同等の臨床成績が得られることが示されている。市中肺炎や尿路感染症、軟部組織感染症などにおいても、一定の条件下で短期治療が可能であることが報告されている。一方で、黄色ブドウ球菌菌血症のように長期治療が必須な感染症も存在する。重要なのは「短くできるか」ではなく、「なぜその期間が必要か」を理解することである。

本レクチャーでは、抗菌薬選択と治療期間を一連の「思考過程」として捉えよく遭遇する感染症に対する基本戦略を考えてみたい。すなわち、適切な診断、適切な治療、適切な評価、という一連の流れを理解することで、抗菌薬適正使用の実践につなげることを目標とする。

ベーシックレクチャー 23

BL23 こう使ってます、新しい抗菌薬：耐性機序に基づく適正使用と実臨床での位置付け

兵庫県立はりま姫路総合医療センター 感染症内科

西村 翔 (にしむら しょう)

2020年度以降、本邦では新規抗菌薬として、2021年にレレバクタム・イミベネム・シラスタチン(レカルプリオ)、2023年にセフィデロコル(フェトロージャ)、2024年にアビバクタム・セフトラジジム(ザビセフタ)が相次いで承認された。これらに先立ち、2019年にタゾバクタム・セフトロザン(ザバクサ)が承認されており、いずれも高度耐性グラム陰性桿菌感染症に対する新規βラクタム系抗菌薬である。これら4剤のうち、添付文書上カルバペネム耐性菌に対する適応が明確に規定されているのはレレバクタム・イミベネムとセフィデロコルであるが、その他の2剤についても、臨床エビデンスおよび耐性選択の観点からは、原則としてカルバペネム耐性菌感染症を主な対象として使用すべきである。新薬の抗菌活性はカルバペネム耐性機序に強く依存するため、耐性機序の同定なくして適切な薬剤選択は困難である。臨床問題となるカルバペネム耐性グラム陰性桿菌は、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌(CRE)、カルバペネム耐性緑膿菌(CRPA)、カルバペネム耐性アシネトバクター(CRAB)、および内因性にカルバペネム耐性を示す *Stenotrophomonas maltophilia* に大別される。本邦ではCRABの分離頻度は低く、主たる対象はCRE、CRPA、*S. maltophilia* である。

CREにおいては、カルバペネマーゼ産生株(CPE)か否か、さらにCPEであれば酵素型によって有効な薬剤が規定される。カルバペネマーゼ非産生株(non-CP-CRE)では、タゾバクタム・セフトロザンを除く3剤はいずれも活性が期待される。一方、CPEでは酵素型に応じた選択が不可欠であり、日本で最も分離頻度の高いメトロβラクタマーゼ(MBL)産生株に対してはセフィデロコル、あるいはアビバクタム・セフトラジジムとアズトレオナムの併用療法が選択肢となる。

CRPAの多くはカルバペネマーゼ非産生株であり、各新薬に一定の活性が期待されるが、これまでの臨床実績およびエビデンスの蓄積から、タゾバクタム・セフトロザンが第一選択となる場合が多い。

S. maltophilia は染色体性にMBLを産生するため、新薬の中で活性が期待できるのはセフィデロコル、あるいはアビバクタム・セフトラジジムとアズトレオナムの併用療法に限られる。

強調すべきは、各カルバペネム耐性グラム陰性桿菌感染症と新薬の組み合わせで、既存薬に対する明確な臨床的優越性が示されている場面は限定的であるという点である。さらに、新薬はいずれも高コストであり、安易な「とりあえず新薬」という選択は、医療経済および耐性選択の両面から望ましくない。既存薬で十分な治療効果が期待できる症例では既存薬を選択しつつ、新薬の有益性が真に期待される局面では躊躇なく新薬を導入する、メリハリのきいた抗菌薬選択が求められる。

本セッションでは、新薬を臨床でいかに活用しているのかについて、耐性機序に基づく選択プロセスとともに実症例を提示し、臨床における適正使用の考え方を共有したい。

ベーシックレクチャー 24

BL24

エアロゾルと空気感染

東京科学大学 統合臨床感染症学分野

岡本 耕（おかもと こう）

長年、感染管理領域では粒子径 5 μ m を境界として飛沫と飛沫核を厳密に区別し、それぞれ飛沫予防策、空気予防策で対応するという考え方が広く受け入れられ、基本的に結核・麻疹・水痘のみが空気予防策を要する対象とされてきた。しかし COVID-19 出現後、特に換気が不良な空間における感染事例が多数報告され、従来の画一的な分類が実態にそぐわないことが明らかになった。また、「エアロゾル」の工学的な定義は「気体中に浮遊する微小な液体または固体の粒子と周囲の気体の混合体」であるが、統一的な定義が共有されずに異なる意味で用いられることが現場の混乱を招いてきた。

近年の研究によりヒトの呼吸や発声によって発生する微粒子は、気流による気管支内の液膜の破裂などで生じ、これらは排出直後から水分が蒸発して連続的に粒子径を変化させ、空気中を浮遊するフェーズに移行することが分かってきた。WHO は 2024 年に従来の飛沫や飛沫核といった粒子径による区別を改め、「感染性呼吸器粒子（IRP：Infectious Respiratory Particle）」と総称する新概念を提唱した。伝播様式は「空気を介した感染」として包括され、浮遊する IRP の「空気感染/吸入」と、従来の「飛沫感染に相当する」至近距離での粘膜への「直接沈着」に再定義された。しかしながら、世界的には広く受け入れられるに至っておらず、今なお議論が進行中である。2026 年現在の日本の医療現場では、WHO の空気感染/吸入のうち、主に COVID-19 を念頭に、発生源の近くで高濃度のエアロゾルを吸入したり、離れた場所で気流によって運ばれエアロゾルや換気不良の空間に滞留するエアロゾルを吸入して起こる感染を「エアロゾル感染」と位置付け、「エアロゾル感染予防策」と区別する考え方が浸透しつつある。

ただ、呼吸器感染症の伝播は粒子径だけでなく、換気や温湿度といった環境因子、病原体の特性、発生源の要因によって複雑に変化する。伝播の抑制は、N95 等の適切な个人防护具の選択のみならず、吸入を防ぐための換気対策など包括的なアプローチが必要である。本講演では、エアロゾルや空気感染に関する近年の考え方・知見の変遷を整理し、現場での実践につなげることを目標とする。

ベーシックレクチャー 25

BL25

これからは始めるサーベイランス

国際医療福祉大学大学院 医学研究科 公衆衛生学専攻

藤田 烈（ふじた れつ）

数多くの病院に感染制御活動を専門に行う部門が設置され、その主要業務のひとつとして医療関連感染サーベイランスに取り組む施設が増えている。サーベイランスは、多くの時間と労力を要する地道な活動ではあるが、自施設の感染予防対策を評価し、継続的な質改善を果たすために、欠かすことのできない極めて重要な活動である。サーベイランスの重要性や本質的な役割は、施設規模の大小によらず共通するものである。しかしながら、その実施においては、施設の規模、実施される医療行為、流行が想定される感染症の種類などを慎重に考慮して、方法や対象を慎重に選択するべきである。とりわけ、利用可能な医療資源が制限される小規模・療養型病院においては、サーベイランス活動自体の効率性を考え、施設の実情に応じた効果的、効率的なサーベイランスを選択する必要がある。

このベーシックレクチャーでは、これから医療関連感染サーベイランスに取り組む医療職員を主な対象として、医療機関で実施されるサーベイランスの目的と役割、種類と方法、実施および評価における留意点等、サーベイランスの基本について解説を行う。

ベーシックレクチャー 26

BL26 医療従事者における職業感染対策

大阪大学 医学部 附属病院 医療技術部 検査部門¹⁾、大阪大学 医学部 附属病院 臨床検査部²⁾
吉岡 範（よしおか のり）^{1,2)}

医療従事者は、日常診療において血液、体液、飛沫、空気感染性病原体などに曝露する機会が多く、職業感染対策は医療安全の観点から極めて重要である。特に近年は、新型コロナウイルス感染症の流行を契機として、標準予防策の再徹底と感染経路別予防策の重要性が再認識されている。

職業感染対策の基本は、すべての患者の血液・体液を感染性があるものとして取り扱う「標準予防策」である。具体的には、手指衛生、個人防護具（PPE）の適切な使用、環境整備、鋭利器材の安全管理などが含まれる。中でも手指衛生は最も基本的かつ効果的な感染対策であり、適切なタイミングでのアルコール手指消毒や石けんと流水による手洗いの徹底が求められる。

針刺し・切創事故は職業感染の主要な原因であり、B型肝炎ウイルス（HBV）、C型肝炎ウイルス（HCV）、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）などの感染リスクが存在する。そのため、安全機構付き器材の導入、リキャップ禁止、事故発生時の迅速な報告体制と曝露後対応（PEP）の整備が重要である。加えて、HBV ワクチン接種をはじめとするワクチンによる予防も有効であり、職員の免疫状況把握と接種推進が必要である。

さらに、結核や麻疹、水痘など空気感染を起こす疾患への対応では、N95 マスクの適切な装着や陰圧室の活用が求められる。感染対策は個人の努力のみでは十分ではなく、医療機関全体として教育、訓練、マニュアル整備、感染対策チーム（ICT）の活動を継続的に実施することが重要である。

医療従事者を職業感染から守ることは、医療従事者自身だけでなく、患者や地域社会への感染拡大防止にも直結する。今後も科学的根拠に基づいた感染対策を継続し、安全な医療環境を構築する必要がある。

本稿では様々な職業感染対策の中で極めて感染力の強い麻疹の感染対策を中心に紹介する。

ベーシックレクチャー 27

BL27 検査結果を臨床へ伝える力：報告例と情報提供の工夫

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 中央検査部門
黒川 正美（くろかわ まさみ）

微生物検査における「報告」は、単に菌名や薬剤感受性結果を返却する作業ではなく、患者診療へ直接影響を与える重要なコミュニケーションである。特に近年は、質量分析装置や遺伝子検査等の迅速診断技術の普及により、微生物検査室から提供される情報量と速度が大きく向上した。しかし、検査結果そのものが患者を良くするわけではなく、結果をどのように読み取り、どのように臨床へ伝達し、どのように活用してもらうかによって、はじめて検査の価値が最大化される。

本講演では、微生物検査技師に求められる「伝える力」に焦点を当て、実際の報告例を交えながら、臨床的意義を意識した情報提供の工夫について解説する。具体的には、血液培養陽性時の第一報、薬剤耐性菌検出時の注意喚起、輸入感染症や危険菌を疑う際の対応、質量分析装置による同定結果の解釈支援、検体の質による臨床的意義の強弱などを取り上げる。

さらに、報告内容の標準化、多職種との連携、感染対策部門との情報共有など、日常検査において実践可能な取り組みについても触れる。ベーシックレクチャーとして、若手技師や微生物検査にあまり詳しくない他職種にも理解しやすい内容を目指し、明日から実践できる「伝わる報告」の考え方を共有したい。

ベーシックレクチャー 28

BL28

微生物検査技師さんと一緒に鏡検し、臨床に生かすグラム染色の経験

岩手医科大学附属病院 小児科学講座

小野寺千夏（おの でら ちなつ）

私が初期研修でお世話になったのは岩手の真南にある一関市の県立磐井病院だった。一関市は人口11万人で岩手県内では人口は第3位であり栗駒山、巖手山、大湯湖などの景勝地が有名である。医療圏は岩手県南、宮城県北で地域の中核病院としての役割を担っている。病床数は315床あり、年間8人の初期研修医を受け入れ、昨年の救急外来患者は1日27.3人、救急車搬入件数は9.9件だそうだが、私が研修していた際はそれより多かった印象である。救急患者は初期研修医が初期対応に当たるシステムで、かなりの野戦病院であったと記憶している。指導体制も他院に比べ確固たるシステムはなく、主に研修医や若手医師たちが各々勉強し研鑽しあう環境であり、自ら治療方針を考え、実行するという臨床を学ぶには厳しいがこれ以上ない環境でもあった。院内には人格的にも優れた指導者がおり自らの時間を割いて研修医達を支え導いて下さる方も存在した。その一人が検査技師の高橋幹夫さんであった。我々研修医に細菌のグラム染色の技術を教示し、院内の感染症で困った患者さんがいれば一緒に鏡検し、菌体からの菌種推定や貪食像、炎症反応像等を教えてくれ、感染の焦点や抗菌薬選択に有意義なコメントをくれた。記憶に残った患者さんについて御紹介しようと思う。早産・超低出生体重児による重度の脳性麻痺により寝たきりのお子さんが肺炎で入院された。その患者は慢性肺疾患も合併し在宅酸素を行っている状態で、水頭症もあり、呼吸中枢の問題から無呼吸発作も度々みられるような患者さんだった。既往から誤嚥性肺炎を疑い、MINOと第3セフェム系抗菌薬で治療を開始したが、入院時の吸引痰培養からはインフルエンザ桿菌、モラクセラ・カタラーリス、緑膿菌と複数菌がみられ PIPIC に変更後、炎症反応、呼吸状態は改善した。しかし栄養を再開するたびに呼吸状態の悪化と炎症反応の再燃がみられ、その都度、痰培養とグラム染色で起病菌を確認し治療方針を検討した。結果、誤嚥を繰り返していると判断し、喉頭気管分離術を選択することになった。これに至る経緯には適切な病態の評価と両親への説得が必要であり、グラム染色での病原菌の確認は大変有意義であった。同期研修医にも同様にグラム染色手技を教示して下さり、感染症患者の抗菌薬の選択に役立った。現在、私の同期の医師は各専門で活躍しているが、いずれも研修医時代に微生物検査技師さんとの鏡検は大変有意義だと意見している。今後も微生物検査技師さんが若手医師のみならず、感染治療に従事している医師・看護師と連携し感染症に対し意見交換を行うことは患者さんの病態の把握と適切な治療選択に大きな役割を持つと思われ、このような体制が広まり、継続していくことを期待する。

ベーシックレクチャー 29

BL29

感染症における血清学的検査の解釈：基本とピットフォール

京都大学大学院医学研究科 臨床病態検査学¹⁾、京都大学医学部附属病院 検査部・感染制御部²⁾篠原 浩（しのはら こう）^{1,2)}

感染症における血清学的検査とは、血液検体を用いて、体内に侵入した微生物の抗原（微生物の持つタンパク質）あるいは抗体（微生物を抑制するためにヒトの免疫細胞が作り出すタンパク質）を検出・測定することを指す。

感染症の診断において、塗抹検査や培養検査によって病原体の存在を証明することは、コッホの時代からの原則であるが、塗抹や培養により検出が可能な微生物は現在我々が対峙する感染症のごく一部の原因に過ぎない。

そうした、ウイルスなど培養等で検出が難しい微生物による感染症の診断、あるいは過去の感染既往、現在の抗微生物免疫の有無を確認する手段として、血清学的検査は大きな役割を持つ。

また、血液検体は比較的容易に低侵襲で採取が可能であり、検体の質も安定しているため、血清学的検査はアクセスの良い検査である。一方で、いずれの検体検査にも共通の limitation ではあるが、血清学的検査にも偽陽性・偽陰性があり、解釈に悩む事例にも多く遭遇する。本レクチャーでは、日常的に目にする機会の多い、B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルス、ヘルペスウイルス属、HIV、梅毒などを中心に血清学的検査の概要と解釈の基本的な考え方について論じる。また、血清学的診断におけるピットフォールについても紹介する。

ベーシックレクチャー 30

BL30

微生物検査はここから始まる！！～キホンがわかる検体採取法～

東京慈恵会医科大学西部医療センター 中央検査部

安藤 隆（あんどう たかし）

微生物検査は検体が検査室に届いてから始まるのではなく、検体を採取するその瞬間からすでに始まっています。正しい検査結果を得るためには、「採取する」「運ぶ・保管する」「検査する」という一連の流れがとても大切で、特に検体採取や輸送・保管などその後の取り扱いは結果の正確さに大きく影響します。どんなに高性能な検査機器を使っても、採取や管理が不適切だと正しい結果にはつながりません。

検体採取の重要性を理解している医療従事者は意外と少ないのではないのでしょうか。そこで本講演では、国内外の最新のガイドラインの情報を踏まえつつ、日々の業務ですぐに実践できる「検体採取のキホン」について、できるだけわかりやすく解説します。特に、次の5つのポイントに注目していきます。

【Point 1】適切なタイミングで採取する！

- ・細菌培養検査は、原則として抗菌薬投与前に検体を採取する。
- ・すでに抗菌薬が投与されている場合は、一時的に中断後、または抗菌薬濃度が最も低いタイミング（次回投与前など）に採取する。

【Point 2】感染部が疑われる部位から十分量を採取する！

- ・適切な検査材料を選択する。
- ・肉眼的にもっとも病的な部位から採取する。
- ・膿などの液状検体は材料そのものを採取する（スワブは採取量が少ないため不適切）。

【Point 3】検体および検査に適した容器を用いる！

- ・検体および検査内容に適した容器を選択する。
- ・採取容器に含まれる培地やスワブの種類にはそれぞれ目的と意義がある。
- ・嫌気性菌が疑われる場合は、死滅を防ぐため嫌気性菌用の輸送容器を使用する。

【Point 4】常在菌や消毒薬が入らないようにする！

- ・検体採取時は適切な消毒と無菌操作を徹底し、常在菌の混入を防止する。
- ・血液培養などでは、消毒薬が十分に乾燥してから採取を行う。

【Point 5】速やかに検査室に提出する！

- ・採取した検体は、できる限り速やかに検査室へ提出する。
- ・提出や輸送に時間を要する場合は、検体に応じた適切な条件で保存する。

微生物検査は、検体採取における日常のわずかな工夫により結果の質が大きく左右されます。本講演を通じて検体採取の基本を再整理し、明日からの業務に直結する実践的なポイントを持ち帰っていただきたいと思います。さらに、それぞれの現場での運用に活かす契機とし、微生物検査の質向上および診療へのより一層の貢献につながることを期待します。

委員会企画 1 【注射薬無菌調製の適正化ガイドンス作成委員会】

CP1-1

注射薬無菌調製の適正化に向けた薬剤師の役割—非無菌的環境でのエビデンス構築を中心に—

長崎みなとメディカルセンター 薬剤部

佐道 紳一（さどう しんいち）

医療現場における注射薬調製業務は、抗菌薬や高カロリー輸液（TPN）の混注、あるいは在宅医療への移行に伴う輸液管理の複雑化など、微生物汚染のリスクと常に隣り合わせにある。本来、注射薬は無菌室等の管理された環境下で調製することが理想とされる。しかし、実情としては、夜間・休日や緊急時、あるいは外来化学療法室や一般病棟において、非無菌的な環境で調製を行わざるを得ない場面が多々存在し、その手順や管理方法の標準化は十分とは言えない。

2003年の日本病院薬剤師会による「高カロリー輸液の調製に関するガイドライン」以降、無菌調製に関する包括的な指針の更新は停滞しており、近年の医療安全や感染制御の基準との乖離が生じている。特に、病棟等の非無菌的環境下での調製においては、「環境整備」「手指衛生」「調製後の投与期限」に関する現場の裁量が大きく、医療関連感染の潜在的なリスクとなっている。本発表では、病院薬剤師の立場から、現場で直面している調製環境の限界と、多職種連携における課題を提示する。また、新たに発足した「注射薬無菌調製の適正化ガイドンス作成委員会」において、現在我々が進めている非無菌的環境下での調製の骨子案を紹介したい。特に、リソースが限られた現場において今日から実践可能な無菌操作の境界線と、最新のエビデンスに基づいた適正な投与期限の設定について議論を深める一助としたい。

注射薬調製の安全性向上には、単なる理想論の提示ではなく、現場の実態に即した多職種共通のガイドンスが不可欠である。本シンポジウムを通じて、各職種が抱える課題を共有し、本委員会が目指す適正化の方向性を明らかにしたい。

委員会企画 1 【注射薬無菌調製の適正化ガイドンス作成委員会】

CP1-2

病棟・外来における注射薬調製の現状と課題—非無菌的環境下での安全な調製に向けて—

東邦大学医療センター大森病院 感染管理部

富田 学（とみだ まなぶ）

病院の病棟・外来では、多くの施設でナースステーションや処置室といった非無菌的環境下において注射薬調製が行われているのが現状である。こうした環境は患者動線や人の出入りが多く、水回りや空調直下など微生物汚染リスクが高い場所での作業を余儀なくされる場合も少なくない。さらに、電話対応やナースコール等による業務中断が生じやすく、無菌操作の連続性が担保されにくい構造的な問題を抱えている。

調製手技の面では、バイアルへのアクセスに際し毎回新しい滅菌シリンジ・針を使用すること、複数回使用バイアルの複数患者への流用を避けることにより、血液媒介感染症や細菌感染症のアウトブレイクを避けることができる。また、服装についても、看護ケアから連続して注射薬調製を行う際の汚染リスクがあるにも関わらず、手袋・エプロン・マスクの着用基準が統一されていない。

これらの課題の背景には、Aseptic Non-Touch Technique（ANTT）の概念が国内の医療現場に十分普及していないことがある。ANTTとは、注射薬調製や血管内カテーテル操作などの無菌操作において、感染リスクの高い「キーパーツ（注射針の先端・シリンジの内筒・輸液ポート等）」および「キーサイト（穿刺部位・開放された血管内留置部等）」への直接的・間接的な接触や汚染を防ぐことを原則とする技術体系である。英国を中心に普及し、調製環境や術者の技量にかかわらず適用可能な実践的フレームワークとして国際的に評価されており、日本血管内留置カテーテル研究協議会による日本語版の翻訳作業も進んでいる。ANTTの視点からみると、現在の病棟・外来調製の多くはキーパーツ保護の意識が不十分であり、体系的な教育・手順化が急務といえる。

委員会では、こうした現状整理と並行して、学会会員を対象とした注射薬調製の実態調査アンケートを実施した。本アンケートは、調製環境・手技・教育体制の実態把握と課題抽出を目的としており、結果の詳細は当日のスライドにて報告する。本セッションを通じ、現場が活用しやすいガイドンス策定に向けた議論を深めたい。

委員会企画 1 【注射薬無菌調製の適正化ガイドンス作成委員会】

CP1-3 保険薬局における注射剤調製の現状

有限会社 由良薬局

由良 温宣（ゆら はるのぶ）

保険薬局薬剤師は、今まで以上に在宅患者への対応が求められている。在宅患者の対応には内服・外用剤等の調剤から、高カロリー輸液・麻薬の調製まで様々な知識・技能が求められる。しかし、現状の保険薬局ではそれら在宅業務の対応が難しい状況も散見される。例えば個人宅での在宅業務を行う場合、薬局所在地から半径 10km の患者宅を仮定すると、移動に往復 40 分を必要とし、説明と業務後の報告書作成等に 20 分と概ね 1 時間必要となる、さらに、報告書を直接医院に届ける場合は、別に 1 時間の時間を要することもある。また疼痛コントロール目的に麻薬注射剤を使用している患者の対応では、麻薬の調製に専念する時間が必要だけでなく、効果や副作用の確認目的の患者宅訪問は、週末等の休日に関係なくほぼ毎日となり、シリンジ交換等訪問看護師との時間の調製、残液の廃棄確認等時間を必要とする。設備面においてはクリーンベンチの設置を検討したとき、既存の薬局内にあらたにクリーンルームを設置することは難しい。そのため調剤室内において注射剤の調製を実施、または注射剤の調製ができないことを理由に患者の希望とは関係なく病院に入院していただく等の対応を行う場合もある。本シンポジウムでは、在宅患者対応における注射剤の混注業務を実施するには、様々な要因に起因する問題があることを多職種間で共有し、注射剤の適正使用に向けた方向性を示していきたい。

委員会企画 1 【注射薬無菌調製の適正化ガイドンス作成委員会】

CP1-4 医療現場における注射薬無菌調製の課題とガイドンス作成の目的

長崎大学病院薬剤部

中川 博雄（なかがわ ひろお）

注射薬の調製は薬剤師が無菌的な環境で調製することが望まれているものの、非無菌的な環境で非衛生的に注射薬調製が行われているケースも少なくない。そのため、注射薬の微生物汚染による医療関連感染が散見されている。さらに、注射薬の不適切な使用や管理方法によっても、微生物汚染のリスクは高まる。注射薬無菌調製の指南書としては、2003 年度に「高カロリー輸液の調製に関するガイドライン」が日本病院薬剤師会により作成されたものの、その後更新はされていない。また、2023 年度には「調剤指針 第 14 改訂（増補版）」が日本薬剤師会より示されているが、注射薬調製に関わる医療従事者の考え方について統制は取れていない。そうした背景を踏まえ、環境感染学会では医療現場における注射薬調製業務の感染防止対策強化の目的で、注射薬無菌調製の適正化ガイドンス作成委員会を新設した。現在、本委員会にて“注射薬無菌調製の適正化ガイドンス”を作成中である。本シンポジウムでは、病院薬剤師、看護師、薬局薬剤師それぞれが抱える注射薬調製の課題について意見を出し合う。さらに、注射薬無菌調製の適正化ガイドンス作成委員会として取り組むべき方向性および活動内容について示していきたい。

委員会企画 2 【災害時感染制御検討委員会】

CP2-1 DMAT の活動と DICT への期待

国立健康危機管理研究機構 危機管理・運営局 DMAT事務局

近藤 久禎、○赤星 昂己（あかほし こうき）

阪神淡路大震災においては、救命医療提供が遅れ、その結果、平時の状態であれば救えたであろう「避けられた災害死」が約 500 名存在する可能性が指摘された。これを受け、災害時でも救命医療を迅速に提供すべく本邦の災害医療体制の整備が始まった。この流れは DMAT 発足へとつながった。従って、DMAT は当初、被災地における救命医療の提供するチームとして整備されたのは歴史的な事実である。DMAT は 2005 年に発足し、それ以降、中越沖地震を皮切りに東日本大震災、熊本地震、西日本豪雨、胆振東部地震、令和元年台風 15 号、19 号、令和 2 年 7 月豪雨など、発足以降の大規模な災害で活動した。しかし、これらの活動の中で、大規模な救命医療提供支援が実施されたことはなかった。その一方、ライフラインの途絶した病院への物資支援、入院患者の搬送支援・病院避難は、大規模な DMAT の動員が行われた災害ではほぼ毎回実施されている。需要拡大の原因である災害により発生した患者対応より資源制限による既存の患者の医療継続の方が数的にも多いことが明らかになった。そのため、まず、都道府県、災害拠点病院に本部を設置し、医療機関等の被害状況を集約することを通じて、災害医療体制を確立する。被害状況の集約を通じて、被害がありそうな医療機関等が明らかになれば、そこを訪問し、困りごと（ニーズ）を正確に聞き取り、分析する。このことにより、医療機関等の混乱を防ぎ、現有資源で最大のパフォーマンスができる体制を確保する。その上で、物資支援調整、搬送支援、診療支援を実施する。これこそが DMAT の基本活動であると整理された。新型コロナ感染症対応では、多数の療養型病院、社会福祉施設で感染の拡大・クラスターが発生した。施設における医療・介護の提供不全による死亡・悲劇、患者の急性期医療機関への流出による医療逼迫への対応するため、これらの施設を支える支援が重要であった。DMAT は、ダイヤモンド・プリンセス号対応を皮切りにクラスターが発生した全国の 550 を超える病院・施設に派遣され、災害支援の考え方に基づいた体制・施設・従事者を支える活動を行い、患者及び病院・施設の被害を最小限にとどめ、早期復興に寄与してきた。このように DMAT は、新たに発生した傷病者、避難者に直接医療を提供することを目的にするのではなく、災害により傷ついた被災地の保健医療福祉の提供体制、施設を、現地の従事者を支えることにより、守っていくことを目的としている。DICT には、災害により傷ついた被災地の衛生環境、保健提供体制、従事者を支えることを目的に、感染症の専門家として、単に感染症拡大を防止に関することだけではなく、被災地で起こる様々なリスクを鑑み、相対化された感染リスクに対し、その適切な対応を助言、支援していただくことを期待したい。

委員会企画 2 【災害時感染制御検討委員会】

CP2-2 災害と感染症、感染対策～JMAT（日本医師会災害医療チーム）の活動と DICT への期待～

日本医師会 救急災害医療対策委員会

平林 弘久（ひらばやし ひろひさ）

医師会の災害対応の最終的な目標は、被災地に地域医療や地域包括ケアシステムを取り戻すことにあり、日本医師会災害医療チームである JMAT：Japan Medical Association Team はその達成のために活動し、被災者の生命及び健康を守り、被災地の公衆衛生を回復し、災害関連死ゼロを目指し、被災地の地域医療や地域包括ケアシステムの再生・復興を支援することを目的とすることを JMAT 要綱の基本理念で定めている。業務として、1. 医療支援と健康管理、2. 公衆衛生支援、3. 被災地医師会支援、4. 被災地行政支援、5. 被災地での検視・検案支援、6. 現地の情報の収集・把握、及び日本医師会・都道府県医師会・JMAT 関係者への情報の発信と共有などがある。その活動は被災地のコーディネート機能と JMAT の指揮系統に基づく行動として保健医療福祉調整本部等に参画する DMAT（災害派遣医療チーム）や日本赤十字社チームなどの様々な保健医療福祉医療支援チームと連携することを明記している。これまでの災害、特に 2024 年の能登半島地震災害での活動を踏まえて 2026 年 1 月に JMAT 要綱を改訂した。

日本環境感染学会と日本医師会は 2022 年に協定を締結し、DICT と JMAT が災害発生時に医療支援活動に必要な情報を共有し、相互支援を行うことを確認した。協定では研修・訓練等においても相互協力がうたわれており、2023 年には JMAT 研修オプション研修（COVID-19 編）を開催した。JMAT 隊員に新型コロナウイルス感染症まん延下の被災地での感染対策を学ぶと共に DICT との協働を広く周知する機会となった。その約 5 ヶ月後に発生した能登半島地震災害では、DICT と JMAT はさまざまな場面で協働した実績も積み上げつつ、更なる協力関係の周知も行った。

医師会が組織する JMAT は、特に地域医療の復興を果たすために被災医師会と医療機関支援に活動の重点を置き、被災地外の支援 JMAT から地域の医療機関に継ぎ目なく医療を引き継ぐことを目指している。DICT が行う J-SPEED や D24H のデータ解析を活用した被災地住民の避難所や施設での集団感染の発生リスクを早期に把握するための活動、および避難所内で発生する感染症の抑止や発生時の制御に資する活動、専門的助言は被災地で活動する JMAT のみならず地域医療を継続する被災医師会や医療機関にも重要である。日本医師会ではこれまで JMAT 研修等の場で DICT に関して連携を調整する統括 JMAT や現地で協働する支援 JMAT を対象に協力体制を周知してきたが、これからは最終的に地域医療の担い手となる受援側となった被災医師会や医療機関にも対象を拡大する必要があると考える。今後 DICT にはこれまで以上に災害時だけでなく、研修・訓練等における JMAT ならびに医師会との相互協力関係の強化を望みたい。

委員会企画 2 【災害時感染制御検討委員会】

CP2-3 災害時における DICT と赤十字救護班の協働

日本赤十字社 医療事業推進本部（兼）事業局救護・福祉部¹⁾、日本赤十字社 事業局救護・福祉部²⁾○植田 信策（うえだ しんさく）¹⁾、佐藤 展章²⁾

自然災害等における避難所は、一義的には災害を免れた被災者が安全に過ごせる場所とならなければならない。そのためには傷病者を救助し、体調不良者、配慮が必要な避難者に対応することだけでなく、避難者に健康被害が発生することの予防も救護活動の目的であると考えられる。その目的に対して、DICT と赤十字救護班が協働して行う戦略には次の二つが考えられる。すなわち避難所における感染症発生時の蔓延抑止と沈静化、そして感染症の発生予防である。具体的な活動としては、前者においては、避難所管理者や保健師、そして避難所を巡回する医療救護班が感染症発生の兆候を検知し、その対処を DICT と協議し実施すること、後者においては避難所開設時、または開設後早期に避難所環境の衛生上の問題点を検出し、改善することなどが考えられる。それを可能とする仕組みは、保健医療福祉調整本部における（1）DICT と医療救護チーム、および保健師間での情報の共有と課題の抽出、（2）対策の検討と実行計画の策定、そして（3）現場での対策の実施、であると思われ、第1階層の都道府県庁保健医療福祉調整本部から、第2階層の保健所地域保健医療福祉調整本部、さらに避難所を設置、管理する市町村役場に置かれた第3階層の保健医療福祉調整本部までの各階層にまたがって機能しなければならない。災害発生時の協働を有効にするためには、災害マネジメントサイクルにおいて、被害を最小限にするための平時からの備えが重要である。すなわち、上述の仕組みが国内で標準化されること、さらに災害発生を想定した、DICT、医療救護班、そして行政が協働して行う実動訓練を計画し、定期的に行うことである。加えて、第1階層の都道府県庁から第2階層の保健所、さらに、第3階層の市町村役場まで、DICT の活動拠点を災害規模と災害の種類に応じて選定する司令塔を有することが必要となろう。一方、日本赤十字社の国際救援活動は海外におけるパンデミックに対しても行われているが、国内でのコロナウイルスなど新興感染症のパンデミック対応や医療機関のクラスター対応にあたる赤十字救護活動においても、DICT との協働が重要となる。

委員会企画 2 【災害時感染制御検討委員会】

CP2-4 厚生労働省委託事業としての DICT の歩みとこれから

鹿児島大学 大学院医歯学総合研究科 感染症専門医養成講座

川村 英樹（かわむら ひでき）

2024年1月1日に発災した令和6年能登半島地震では、新型コロナウイルス感染のパンデミック後ということもあり、長期化する避難所生活の中で感染症対策の重要性が改めて認識された。避難所では密集環境、断水、衛生資材不足、高齢者を中心とした脆弱な避難者の存在などから、呼吸器感染症や感染性胃腸炎の発生リスクが高まった。このような状況に対し、石川県からの要請を受けて、厚生労働省の全体統括の下国立国際医療研究センター（当時）・国立感染症研究所と共同で本学会 DICT が1月3日より現地支援を開始した。避難所巡回、感染リスクアセスメント、ゾーニング、感染対策支援物資配布、手指衛生・トイレ環境改善、感染症発生時の助言などを実施する感染制御専門職チームの必要性と、これら活動においては保健医療福祉調整本部の下 DMAT、DHEAT、JMAT、保健所等と連携しながらの活動が重要であることも再認識することとなった。こうした経験を踏まえ、厚生労働省委託事業としての DICT 体制整備が進められている。令和6年能登半島地震で得られた知見から、避難所感染対策、情報共有、保健医療福祉調整本部との連携、平時からの人材育成・整備整備の重要性が整理され、DICT を災害保健医療体制の一翼として位置づける取り組みが開始された。また、DICT 活動の標準化を目的として「DICT 活動要領」の策定が進められた。活動要領では、原則として被災都道府県から DICT 事務局への派遣要請に基づき、避難所等における衛生環境を維持するための技術支援要請に対し、迅速かつ円滑に対応することを目的とし、平時からの準備、初動、都道府県保健医療福祉調整本部、都道府県 DICT 調整本部等の役割、DICT の活動について定められている。また、DICT 人材育成を目的としてこの活動要綱に基づく厚生労働省委託事業 DICT 研修会も昨年開催された。集団感染の発生や拡大を未然に防ぐためには、その基礎部分においては医療機関における感染制御活動との共通項が多いものの、施設や人員、資材、対象者の背景は災害支援では医療機関とは著しく異なる。また実際の活動には CSCA を基本とする災害時支援の原則や他団体の役割・関係性、また何より支援活動が被災者のためによりそい、現地の支援者と伴走すること、被災地の最適解には柔軟な判断が求められることについて熟知しておく必要がある。今後、DICT は災害関連感染症を最小化するための重要な専門支援チームとなるため、さらなる強化が求められている。

委員会企画 3 【臨床研究推進委員会】

CP3 感染対策イノベーション 2026

聖マリアンナ医科大学 感染症学講座

國島 広之（くにしま ひろゆき）

医療関連感染対策は標準予防策やサーベイランスを基盤として発展してきたが、近年は人手不足や業務負担の増大、新興感染症への対応などにより、従来手法のみでは限界が指摘されている。本講演では、最新の研究知見と実装事例をもとに、産学連携を軸とした感染対策イノベーションの現状と今後の方向性について概説する。

近年、電子的手指衛生モニタリングやゲーミフィケーションなど、行動変容を促す技術が臨床現場に導入されつつある。これらは単なる教育介入にとどまらず、デバイス開発企業との連携により実装され、遵守率向上や業務効率化に寄与している。また、AI 画像認識技術を用いた手指衛生や個人防護具（PPE）着脱評価、VR による教育、AI による清掃支援などは、教育の質の均質化と技能向上を可能とする新たなプラットフォームである。

さらに、診療支援領域では電子カルテと AI を統合した感染症診断・予測が進展しており、手術部位感染の自動検出や *Clostridioides difficile* 感染症の発症予測など、臨床現場の意思決定支援と負担軽減に寄与する。一方で、AI の判断には特異度や文脈依存性の課題があり、専門家との協働が不可欠である。環境対策やサーベイランスにおいても、全ゲノムシーケンシングや自動化技術、さらには下水サーベイランスなど、企業技術と臨床現場の融合により新たな感染制御手法が確立されつつある。これらはアウトブレイクの早期検出や介入に寄与し、費用対効果の観点からも重要である。

感染対策のイノベーションは、単一施設の努力ではなく、医療機関・企業・研究機関が連携することで初めて社会実装が可能となる。臨床研究推進委員会の理念に基づき、エビデンス創出と実装を同時に進める産学連携モデルの構築が、今後の感染対策の質向上に不可欠である。

委員会企画 4 【地域セミナー委員会】

CP4-1 九州・沖縄地区地域セミナーの取り組み

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科臨床感染症学分野

泉川 公一（いずみかわ こういち）

日本環境感染学会の地域セミナー委員会は、2019 年に主に感染防止対策加算非算定医療機関、高齢者施設職員・開設者を対象に、行政機関と連携し感染対策を推進することを目的として設置された。全国を 1) 北海道・東北地区、2) 関東地区、3) 北陸・甲信越・中部地区、4) 関西・中国地区、5) 四国・九州地区の 5 ブロックに分け、それぞれのブロック代表者を設定し、各ブロックで、少なくとも 1 年に 1 度、セミナーを開催し、地域の感染対策が十分でない医療機関や施設の感染対策の向上に務めてきた（四国と九州は 2024 年以降、分離された）。私は 2019 年から本委員会の委員長を務め、各ブロックの先生方と協力してセミナー開催を行ってきた。四国・九州地区の地域セミナー委員は、久留米大学の酒井義朗先生、九州大学の清祐麻紀先生、長崎大学の寺坂陽子先生、泉川と 4 職種、4 人の委員でスタートした、現在は鹿児島大学の化川村英樹先生にも委員になっていただいている。第 1 回の地域セミナーは、2020 年 8 月に長崎で開催した。後援として長崎県福祉保健部医療政策課、長崎県社会福祉協議会、長崎市保健所と行政を巻き込み、行政を通じて、四国・九州の各県にフライヤーなどを配布し参加者を募った。折しも、COVID-19 のパンデミックが始まった年からの開催で、2021 年は対面開催は難しくなり、全国地域セミナーが完全オンラインで開催された。2022 年 11 月に長崎、2024 年 3 月に博多、2024 年 12 月に再び長崎、2026 年 4 月に鹿児島で対面、ハイブリッドで開催された。九州は沖縄まで入れると範囲が広く、離島も多いことなど、特に COVID-19 の対応には苦慮した施設が多かったと思われる。医療機関での感染対策をベースに、高齢者施設のスタッフの皆様への感染対策のスキルを向上させることが重要と思われた。このことは、ひいては医療機関の感染対策にもつながるため、地域セミナーの継続的な開催は重要であると考えられる。毎回、参加者から大会評価を受けるセミナーであるが、年によっては、参加者が少ないことが課題として挙げられる。将来は、行政をうまく巻き込みながら、九州各県でセミナーを順番に開催し、地域全体の底上げを担えようと考えている。本講演では、九州地区の取り組みについて概説したい。

委員会企画 4 【地域セミナー委員会】

CP4-2 地域セミナー（四国ブロック）の開催について 愛媛県での取り組み

愛媛大学医学部 感染制御部¹⁾、愛媛大学大学院 感染制御学²⁾、愛媛大学大学院 血液・免疫・感染症内科学³⁾、愛媛大学医学部 附属病院 薬剤部⁴⁾、愛媛大学大学院 顎口腔外科学⁵⁾

○田内 久道（たうち ひさみち）^{1,2)}、高瀬 正和¹⁾、末盛浩一郎^{1,3)}、村上 雄一^{1,2)}、
木村 博史^{1,4)}、日野 聡史^{1,5)}

日本環境感染学会地域セミナーは、医療機関に加え高齢者・介護・福祉施設に勤務する職員を対象に、環境感染学会の活動を地域へ展開する重要な取り組みである。本委員会企画では、愛媛県における実践をもとに現状と成果を整理し、多様化する地域課題への対応と今後の方向性を検討する。

我々は四国ブロックにおいて3回の地域セミナーを担当した。初回はハイブリッド形式で現地25名・Web173名、2回目は同形式で現地15名・Web85名、3回目は完全Webのみの開催で106名の参加を得た。参加者同士のつながりを期待して現地参加にこだわったが、参加を促すことは容易ではなかった。当初は対象施設や関係団体の把握が困難でセミナーの案内先の情報を得るのに苦労したが、感染症対策協議会等のネットワークを基盤に周知を進め、医師会や保健所を含む多数の高齢者施設団体に案内することが可能となった。

内容面では、標準予防策、手指衛生、個人防護具、消毒薬といった基礎に加え、口腔ケアやワクチンなど現場ニーズの高いテーマを取り上げてきた。特に口腔ケアは実践的かつ施設横断的な課題として評価が高く、参加者の満足度も高かった。またHIV感染症を取り上げたが、高齢者施設への入所時に対応に苦慮する事例が散見されており、職員の知識不足や偏見、受け入れ体制の未整備といった問題が顕在化している。今後、高齢化の進展とともにHIV陽性高齢者の増加が予想され、この課題はより顕著になると考えられる。アンケートからも、感染発生時の初期対応、耐性菌対策、BCP（事業継続計画）、在宅・訪問領域の感染対策など、より具体的かつ実務的なニーズが明らかとなった。一方で課題も明確となった。高齢者施設は種別や運営主体が多様であり、ニーズの一元化が困難であることに加え、既存の県主導研修や保健所研修、精神科領域の研修との役割分担が求められる。愛媛県においては、高齢者施設および精神科領域の感染対策については一定の体系化が進みつつあるが、訪問看護・訪問介護など在宅領域へのアプローチは依然として不十分であり、地域包括ケアを支える上での重要な課題である。

地域セミナーは単なる知識提供にとどまらず、地域の感染対策を担う多職種・多機関をつなぐハブとして機能することが期待される。今後は、実務ニーズに即したテーマ設定、既存研修との戦略的連携、未充足領域への展開を進めることで、「地域セミナーの次の10年」に向けた持続的発展を目指す。

委員会企画 4 【地域セミナー委員会】

CP4-3 関西・中国ブロックの4年間の取り組みから見た高齢者施設における感染対策の課題

大阪大学医学部附属病院¹⁾、広島大学病院²⁾、兵庫医科大学病院³⁾、京都府立医科大学附属病院⁴⁾、大阪公立大学医学部附属病院⁵⁾

○鍋谷 佳子（なべたに よしこ）¹⁾、森 美菜子²⁾、植田 貴史³⁾、菊地 圭介⁴⁾、掛屋 弘⁵⁾

関西・中国ブロックでは、2022年度2回（大阪・広島：参加者187名）、2023年度2回（兵庫・岡山：参加者216名）、2024年度1回（大阪：参加者173名）、2025年度1回（京都：参加者108名）の合計6回の地域セミナーを開催した。2023年度からはハイブリッド開催を導入し、関西・中国ブロック以外の地域からの参加も受け入れている。職種は看護師と介護士が中心で、8割が高齢者施設からの参加である。

研修の内容は、「高齢者施設で注意すべき感染症」「標準予防策や経路別予防策の考え方や高齢者施設での具体的な感染対策」「消毒薬の使い方と高齢者に必要なワクチン接種」の講義を行っている。この内容はほぼ固定であるが、アンケート結果等を参考に少しずつ更新している。アンケートでは参加者の9割以上が「理解できた」「参考になった」と回答している。

また講義の後には質疑応答の時間を1時間設定し、様々な質問に答えている。質問内容は、高齢者施設における具体的な感染対策の内容が多い。回答は単に感染対策の方法を回答するのではなく、施設や状況によって感染対策が異なることやその理由も含め説明し、感染対策の考え方を理解してもらえるように配慮している。Webでの参加者も含め、毎回30～40程度の質問を受けるが、すべての質問に必ず回答している。アンケートでも「質疑応答が大変参考になった」「理想だけでなく現場で行う感染対策の方法を知れてよかった」「質問コーナーではより職場での感染対策を考えることができた」等など質疑応答が参考になったという意見が多い。

2025年度の研修では高齢者施設での感染対策に関する課題について検討するため、アンケート内容を変更した。その結果、感染対策上の課題として「手指衛生」「個人防護具の使用」「感染対策の組織・体制作り」が多く挙げられ、感染対策を推進する上で「現場スタッフに受け入れられない」「費用面での実施が難しい」「感染対策実務上のリーダーがいない」ことに困っていた。高齢者施設感染対策向上加算の開始に伴い、感染対策の担当者が配置され、マニュアルが整備されているものの、専門家不在による現実的な感染対策の立案の困難さ、感染対策への教育背景が多様である職員への教育などから実践が困難なことが伺えた。

セミナーの運営に関しては運営会社の支援を受け、会場選定や参加申込、当日の運営（会場準備、受付、ハイブリッド配信など）も依頼している。これにより、委員は講義に専念でき、大きな負担なくセミナーが開催できていると考える。

この4年間のセミナー開催を通して、アンケートからも高齢者施設に特化した研修会を希望する声は多い。また質問内容から生活の場である高齢者施設の感染対策は、実施する際に煩雑なことが伺える。高齢者施設にも感染対策の基本を理解し、具体的な対策に繋げることができると期待される。

委員会企画 5 [リスクコミュニケーション委員会]

CP5-1 リスクコミュニケーション総論—予防接種をめぐる主体とリテラシーを考える—

放送大学大学院 文化科学研究科 生活健康科学プログラム

奈良由美子（なら ゆみこ）

リスクコミュニケーションとは、個人、機関、集団間での情報や意見のやりとりを通じて、リスク情報とその見方の共有を目指す活動である。適切なリスク対応（必要な情報に基づく意思決定・行動変容・信頼構築等）のために行われ、多様な関与者の双方向性、相互作用を重視した概念である。

リスクコミュニケーションの機能には、一方向の情報発信にとどまらず、相手の考え方や状況を把握する「聴くコミュニケーション」も含まれる。これは予防接種についても同様である。ワクチンの効果や副反応等について、相手に分かりやすい言葉で科学的・客観的なリスク情報を示すことは有効であるし必須のリスクコミュニケーションである。加えて、相手の予防接種や当該感染症に対するリスク認知はどのようなか、さらには、接種行動に対する抑制要因として何に関わっているかを把握することも必要となる。

本講演では、リスクコミュニケーションの総論を示すとともに、欠如モデルの課題にも言及しながら、市民および専門家といった主体に求められるリテラシーを考える。本セッションにおいて、予防接種とリスクコミュニケーションを考える基層として位置づけたい。

委員会企画 5 [リスクコミュニケーション委員会]

CP5-2 予防接種従事者の教育の重要性について

三重大学大学院 医学系研究科 公衆衛生・産業医学・実地疫学分野

神谷 元（かみや はじめ）

予防接種をめぐるのは、感染症の流行状況、ワクチンの有効性・安全性、副反応、接種対象や接種間隔など、多岐にわたる情報が日々発信されている。一方で、インターネットやSNSを通じて、不確かな情報、断片的な経験談、強い感情を伴う発信も容易に拡散され、被接種者やその家族は「何を信じてよいのか」「自分や家族は接種すべきなのか」という迷いを抱きやすい。こうした状況において被接種者が求めているのは、単に情報量の多さではなく、自らの意思決定に役立つ正確で、理解しやすく、納得につながる情報である。また、その前提として、不安や疑問を否定されずに受け止められること、判断に必要な点を一緒に整理してもらえることも重要である。そのためには、接種に関わる医療者・専門職が、まず予防接種に関する科学的根拠、制度、リスクとベネフィット、限界や不確実性について正しい知識を有し、常に更新していく必要がある。加えて、専門家が正しい情報を一方的に伝えれば相手の理解や行動が変わる、という発想だけでは十分ではない。相手の年齢、生活背景、価値観、情報環境、これまでの医療体験を踏まえ、何に困り、何を知りたいのかを確認しながら、対話を通じて信頼関係を築く姿勢が求められる。しかし、残念ながら国内では予防接種について包括的に学習する機会が提供されていないのが現状である。今回は演者が米国の保健所勤務の際に経験したレジデントや看護師への予防接種教育の現場をご紹介しますとともに、日本における医療従事者を対象とした教育プログラムの必要性、重要性について参加者の皆様と考えるとともに、演者らが取り組んでいる国内予防接種従事者向け予防接種啓発プログラムについてご紹介する。

委員会企画 5 【リスクコミュニケーション委員会】

CP5-3

予防接種推進におけるリテラシーと対話の統合：海外の教育プログラムと国内の最新知見から

新潟大学大学院医歯保健学研究科

齋藤 あや（さいとう あや）

予防接種の推進において、対象者に正しい知識を提供しヘルスリテラシーを高めることは不可欠である。しかし、専門家が陥りがちな「欠如モデル（正しい情報さえ提供すれば行動変容が起きるという前提）」だけでは、複雑化するワクチンへの懸念やワクチン忌避（Vaccine Hesitancy）に十分に対応できないことが明らかになってきている。リテラシーの向上に加えて、接種者や保護者の個別の不安や価値観に耳を傾け、双方向の意思疎通を図るリスクコミュニケーション（対話）が両輪として機能する必要がある。本シンポジウムでは、まず海外における接種対象者や医療者向けの教育プログラムの動向を紹介する。これらのプログラムは、単なるワクチンの有効性・安全性の知識提供にとどまらず、公衆衛生の意義や医療者としての倫理観、そして何より「対話を構築するためのスキル」を幅広く含む構成となっており、我が国の今後のリスクコミのあり方に多くの示唆を与えている。さらに、演者らが最近実施した、日本の保護者を対象とした WHO の BeSD（Behavioral and Social Drivers of Vaccination）フレームワークに基づく全国調査（N=2,400）の結果を報告する。本調査では、医療者とのコミュニケーションの質（質問のしやすさ、説明の明確さ、回答への満足度など）が高いと感じている保護者ほど、ワクチン接種スケジュールを遵守するオッズが有意に高いこと（OR=1.49, $p<0.001$ ）が示された。また、保護者がデジタル情報を活用することや、実際に医療者に質問する行動は、コミュニケーションの質を向上させる要因として機能していた。日本の文化的背景として「医療者への質問を控える」傾向がある中で、ウェブ情報等で事前知識（リテラシー）を得た上で質問しやすい環境が提供されることは、対話の質を高め、結果として接種行動を後押しする可能性がある。知識の付与（リテラシー向上）はそれ自体が目的ではなく、より良い対話（リスクコミ）を行うための準備状態を作ることでもある。本講演では、予防接種に携わる看護職の実践的視点も交え、デジタル情報源と対面でのコミュニケーションを統合し、対象者の心理的安全性を担保した「質問しやすい環境（Question-friendly climate）」をいかに構築していくかについて考察したい。

委員会企画 6 【国際委員会（SHEA）】

CP6-1

Respiratory Viral Infection Prevention and Control: Preparing for the Present and the Future

Chief Infection Prevention Officer, Beth Israel Lahey Health/Past President, Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA), USA

Sharon B. Wright

The COVID-19 pandemic fundamentally reshaped how healthcare systems approach respiratory viral infection prevention and control, exposing both critical vulnerabilities and opportunities for sustained improvement. This presentation examines how the pandemic experience can inform future strategies in both endemic and emerging infectious disease contexts. Drawing on lessons learned over the past several years, this presentation highlights the need to reassess foundational infection prevention practices while strengthening systems-level preparedness for future public health crises.

A central theme of this discussion is the importance of reinforcing core infection prevention principles. During the pandemic, practices such as hand hygiene, appropriate use of personal protective equipment (PPE), environmental cleaning, and patient isolation were placed under intense scrutiny. While these measures are well established, COVID-19 revealed gaps in consistent implementation, training, and adherence across healthcare settings. This presentation will emphasize that returning to and sustaining these fundamentals, while adapting them to evolving evidence, remains essential for mitigating the spread of respiratory viruses, including influenza, RSV, and novel pathogens.

The presentation also addresses the significant supply chain challenges that emerged during the pandemic. Global shortages of PPE, diagnostic supplies, therapeutics, and vaccines underscored the fragility of global and domestic supply systems. This presentation explores strategies used to mitigate any concerns preparing for and during viral respiratory season.

Another key focus is the role of collaboration in reducing the impact of infectious disease threats. The pandemic demonstrated that coordination between healthcare facilities, such as hospitals within a system, as well as partnerships with public health and regional healthcare systems, can significantly enhance response efforts. It is critical to strengthen these relationships in advance of future crises to enable more rapid, cohesive responses and reduce fragmentation across the healthcare continuum.

In addition to operational and clinical considerations, the presentation highlights the importance of effective risk communication. Throughout the COVID-19 pandemic and again during each respiratory viral season, healthcare organizations face challenges in delivering clear, consistent, and trustworthy information to healthcare workers, patients, and the public. Misinformation and rapidly changing guidance often contributed to confusion and reduced trust. There are key strategies for improving communication in healthcare settings, including transparent messaging, timely updates, and tailoring information to diverse audiences. Effective communication not only supports adherence to infection prevention measures but also fosters confidence in healthcare systems during uncertain times.

Finally, the presentation looks ahead to future pandemic preparedness. Emphasizing that preparation must be proactive rather than reactive, it is important to integrate lessons learned into policy, training, and infrastructure updates. This includes investing in workforce development, enhancing surveillance systems, and ensuring flexibility in response plans to accommodate a range of potential scenarios. By embedding resilience into everyday practices, healthcare systems can better withstand the pressures of future infectious disease outbreaks.

In summary, this presentation provides a comprehensive overview of how the COVID-19 pandemic has influenced approaches to respiratory viral infection prevention and control. By focusing on core practices, strengthening supply chains, fostering collaboration, and improving communication, healthcare systems can be better equipped to manage both ongoing and emerging infectious threats. These lessons offer a roadmap for building a more prepared, coordinated, and resilient response to the next infectious crisis.

委員会企画 6 【国際委員会 (SHEA)】

CP6-2 Isolation Precaution Guideline Update

山形大学医学部附属病院 検査部・感染制御部

森兼 啓太 (もりかね けいた)

The U.S. CDC's guidelines on isolation precaution form the cornerstone of healthcare-associated infection control, and any changes to their content have a significant impact. During the COVID-19 pandemic, it gradually became clear that the transmission routes of SARS-CoV-2 were difficult to explain using conventional concepts and that it took a form intermediate between airborne and droplet transmission. Consequently, a proposal was made to revise the guidelines to accommodate such infectious diseases, and the CDC's Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), which had been responsible for the practical work of revising the guideline, has been discussing this since 2022. A draft was released in 2023, proposing to reduce the number of transmission routes from the previous three to two by temporarily grouping airborne and droplet transmission under the same category of "transmission by air," and then further subdividing the prevention measures for this transmission route into three categories: Routine, Special, and Extended. Discussions continued, and the draft revision had largely reached its final stage along these lines when the change in government administration occurred in January 2025. The new administration dismissed the HICPAC. Consequently, the revision process itself has stalled, and the outlook for the future is highly uncertain.

委員会企画 6 【国際委員会 (SHEA)】

CP6-3 Emerging Infectious Diseases Preparedness in Japanese Healthcare Facilities: Lessons Learned from the COVID-19 Pandemic

日本赤十字社成田赤十字病院 感染症科

馳 亮太 (はせ りょうた)

The COVID-19 pandemic provided significant insights into infection control practices at healthcare facilities in Japan. The experience demonstrated that highly transmissible emerging infectious diseases cannot be managed solely by designated medical institutions for infectious diseases, and that infection control measures are essential at all healthcare facilities. Moreover, Japanese healthcare facilities, where multi-bed rooms are predominant rather than private rooms, experienced repeated nosocomial clusters. Nosocomial transmission associated with aerosol-generating procedures, such as suctioning, also emerged as a critical challenge. To prepare for the next pandemic, we must systematically apply these experiences. This presentation will discuss emerging infectious disease preparedness, drawing on the experiences of our hospital – a medical institution designated for specific infectious diseases located near an international airport – during the COVID-19 pandemic.

委員会企画 7 【国際委員会 (APIC)】

CP7-1 Infection Prevention and Control in Long Term Care

APIC (Association of Professionals in Infection Control and Epidemiology, USA)

Katherine Ward

The Presentation will describe Long Term Care in the U.S. This will include description of the types of Long Term Care and the differences in the regulatory oversight. The role of the Infection Preventionist (IP) in Long Term Care as compared to Acute Care will also be discussed. Challenges within Long Term Care include the presence of Multiple Drug Resistant Organisms (MDRO) and the various roles the IP may have when working within Long Term Care.

委員会企画 7 【国際委員会 (APIC)】

CP7-2 日米の高齢者施設における感染管理の比較と共通する課題—制度・施設背景・実践の違いを踏まえて—

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター AMR臨床リファレンスセンター

藤本 要子 (ふじもと かなこ)

本発表では、米国と日本の高齢者施設における感染管理のあり方を比較しながら、共通して取り組むべき課題について考える。高齢者施設は医療ケアと日々の暮らしが重なる場であり、感染管理の実践は、各国の制度や施設の役割・背景、人員配置、そして入居者の状況やニーズなどの影響を受ける。

米国では、制度による要件に基づき感染対策プログラムの整備や感染管理担当者 (Infection Preventionist) の配置が求められており、一定の枠組みが示されている。日本では、多様な施設形態のもとで、診療報酬や介護報酬において定められた要件があり、地域でのネットワークや現場の工夫に支えられながら実践が行われている。こうした制度や背景の違いは、現場での感染管理の実践や進め方、感染管理専門職の関与の仕方にも影響する。

本発表では、日米それぞれの制度や施設背景、実践の特徴を概観したうえで、それらの違いを踏まえながら、感染管理の実践 (implementation) における阻害要因および促進要因にも触れつつ、現場に共通する課題を整理する。あわせて、両国に共通する課題を示し、日米双方の視点から議論の土台を共有することを目的とする。

委員会企画 7 【国際委員会 (APIC)】

CP7-3 高齢者療養病院における感染管理の実際と課題

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 看護部

金谷 育子 (かなだに いুকこ)

高齢者療養病院では、慢性期の医療的ケアを長期間必要とする患者が多く入院している。人工呼吸器管理、経管栄養、尿道カテーテル管理など侵襲的医療処置を要する患者も多く、薬剤耐性菌 (MDRO) の伝播防止は重要な課題である。一方で、高齢者療養病院は急性期病院とは異なり、患者が長期間生活を送る「生活の場」としての側面も有している。この「医療」と「生活」の両立が、現場の感染管理を困難にしている要因の一つである。MDRO 保菌患者に対して接触感染予防策を徹底することは重要であるが、長期間にわたる個室隔離や共用スペース利用制限は、患者の活動性や社会的交流を低下させ、療養生活の質 (QOL) に影響を及ぼす可能性がある。高齢者療養病院では、感染対策の実施と QOL 維持のバランスが常に求められている。また、施設構造上の課題も感染管理を難しくしている。例えば、吸引用配管が患者ごとに整備されておらず、吸引器を複数患者で共用している施設も存在する。このような環境では MDRO の水平伝播リスクが高く、適切な感染対策が必要となるが、現場には十分な感染管理知識を有する人材が配置されていない場合も少なくない。さらに、個室数が限られている施設では、高度耐性菌保菌患者の受け入れが困難となっている現状がある。特に、転院元医療機関で実施されている厳格な個室隔離を継続できないことを理由に、受け入れを断念している事例もみられる。しかし、長期ケア施設においては、急性期病院と同一の感染対策を一律に適用するのではなく、各施設の機能や環境に応じた実践可能な対策を検討する必要がある。令和 4 年度診療報酬改定では指導強化加算が新設され、感染管理認定看護師 (CNIC) 等による連携医療機関への訪問指導体制が強化された。これにより、高齢者療養病院においても専門家から感染対策に関する助言を受ける機会が増加し、施設管理者への働きかけを通じて感染対策に必要な予算確保につながった事例も認められている。近年、米国長期ケア施設を中心に、Enhanced Barrier Precautions (強化型バリア予防策) が提唱されている。これは、ケア場面を限定して个人防护具を使用しつつ、患者の活動制限を最小限とする考え方であり、「生活の場」としての側面を重視する高齢者療養病院においても有用な概念となる可能性がある。今後は、日本の高齢者療養病院の実情に応じて、専門職による支援・指導体制を充実させながら、Enhanced Barrier Precautions をどのように適応・実装していくかが課題である。

委員会企画 7 【国際委員会 (APIC)】

CP7-4 地域で連携して進める高齢者入居施設の感染対策支援の実際と課題—吹田市の取り組み—

地方独立行政法人 市立吹田市民病院

中田 淑子 (なかだ よしこ)

吹田市は大阪北部に位置する中核都市で、比較的若い世代が多い一方、高齢者人口は増加傾向にあり、重症化リスクの高い高齢者を守り、地域全体の医療・介護体制を持続可能なものとするためには、高齢者施設に対する感染対策支援は重要な役割を担う。また、吹田市では医療機関と高齢者施設間での往来が多く、地域内で感染症が拡大しやすい状況にあるため、地域で連携した感染対策の強化が不可欠である。このような背景を踏まえ、吹田市では、コロナ禍以前の早い段階から、高齢者施設の感染対策の資質向上を目的として、市内の感染対策向上加算 1 を取得する医療機関の感染管理認定看護師 (ICN) が高齢者施設を支援するシステムが構築され、保健所を中心とした地域連携のもと高齢者施設支援が始動した。取り組み当初は、ICN が各施設を個別に訪問して感染対策の助言や施設職員への研修を実施していた。しかし、ICN 主体の支援には限界があること、また高齢化が一層進む将来を見据え、施設自身が主体的に感染対策に取り組む体制構築が必要と考え、2018 年より地域の中で核となる施設を育成する教育システム「高齢者施設感染対策リーダー育成支援」を新たに始動した。現在は、保健所を中心に、核となる施設の介護士・看護師・管理者など施設の代表者が主体となり、ICN が支援する形で研修会やグループワークを企画・運営し、それらの研修会等を通し核となる施設の育成および施設間連携を促進している。将来的には、核となる施設が他施設を支援することが可能となり、核となる施設を中心とした相談・連携ネットワークの形成を目指している。計画通りに進まないこともあるが、長年かけて築き上げてきた地域の「繋がり」は吹田市の大きな強みであり、今後も保健所、高齢者施設、医療機関 (ICN) が連携し、地域の感染対策体制をさらに発展させていきたいと考えている。

委員会企画 8 【ホームページ・SNS 等運営委員会】

CP8-1 学会 HP：手指衛生の改善のためのサポートサイトの活用

NHO下志津病院 感染症内科¹⁾、NHO下志津病院 小児科²⁾鈴木 由美 (すずき ゆみ)^{1,2)}

医療・介護施設における手指衛生改善のためのサポートサイトは、2024 年から本学会の HP 内で公開している。学会のトップページのバナーから誰でもこの「目次」のようなメインページに簡単にアクセスできる。各ツールは医療、ケア、教育を提供する現場の職員の手指衛生教育や指導のためであれば、誰でも使用可能であり、上記以外の施設において同等の目的のためであれば、JSIPC の個人会員、または企業会員であれば使用可能としている。パワーポイントやワード形式で公開しているツールは適宜各施設に合わせて改変して使用することも推奨している。メインページのツールの並び順は、WHO 手指衛生ガイドラインのツールの 1 つである「導入のてびき：Guide to Implementation」の 9 ページの図を参考にしている。

これらのツールの中で 2025 年度下半期に最もよく見られていたのが、「手指衛生教育動画」、次いで 2 番目が「手指衛生『5 つの瞬間』サポートサイト」であった。教育動画は 22 シナリオを掲載している。各施設内での直接観察者のトレーニングや観察者の認定などに活用できるよう、この動画を掲載しているページ自体には、解説や解答は掲載していない。このため、手指衛生の『5 つの瞬間』や直接観察について学ぶ際には、まずは「手指衛生『5 つの瞬間』サポートブック」を使用することを推奨する。ここでは「テクニカルリファレンスマニュアル」の中の「5 つの瞬間、直接観察」に直接関連する部分を抜き出して、豊富なカラフルな図表やコミカルなイラストと共に解説している。

3 番目によく見られているのが「HHSAF スコア入力ツール」であった。HHSAF 手指衛生自己評価フレームワークは、自施設の手指衛生の取組のプロセス評価のためのチェックリストのようなものであり、WHO 手指衛生多角的戦略多角的戦略を進めるための最重要ツールの 1 つである。当然のことながらこのスコアをつけるだけで自動的に施設の手指衛生が改善するわけではなく、このツールをうまく使いこなす必要がある。その一助になるように、TTT-Japan による手指衛生指導者育成セミナーで使用しているエクセルのスコア入力ツール、およびその使い方の解説を公開している。またこの度、HHSAF の各項目について詳細な解説や、国内における Adapt 例をまとめた「HHSAF サポートブック」も新規公開した。HHSAF の各項目で加点することに役立つツールも多数ある。

他にも「現場や管理者とのコミュニケーション」「教育ツールやポスター作成のための素材」として役立つツールなども用意している。エビデンスに基づき、かつ、日本の現状にあわせてアレンジされている各ツールを積極的にご活用いただき、各ご施設の手指衛生の向上に楽しく、取り組んでいただけると幸いである。

委員会企画 8 【ホームページ・SNS 等運営委員会】

CP8-2 CDC ウォッチを通じた情報発信：15 年の歩みと最新の知見

浜松医療センター

矢野 邦夫 (やの くにお)

感染対策において、CDC が発信する情報は、世界的な標準として極めて重要な役割を果たしている。CDC の主要な広報媒体である「Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)」は、タイムリーで信頼性が高く、権威ある公衆衛生情報と推奨事項を科学的に発表する「CDC の声」として知られている。本講演では、2008 年 1 月に創刊された情報配信誌「CDC ウォッチ」を通じて、15 年以上にわたる CDC 情報の国内発信の歩みを振り返るとともに、感染対策に関する知見について解説する。

CDC の情報発信体制において中核を成すのは、ACIP（予防接種実施諮問委員会）および HICPAC（医療感染対策実践諮問委員会）という二つの専門委員会である。ACIP の勧告は CDC の承認と MMWR への掲載を経て初めて公式なものとなり、HICPAC の勧告も CDC の判断に基づき世界中の医療現場へ届けられる。これらの勧告に基づき、手指衛生、隔離予防策、血管内カテーテル関連感染対策などの主要なガイドラインが策定されてきた。

近年の報告において、医療現場の新たな脅威として注視されているのが、多剤耐性を示す真菌 *Candida auris* である。初期報告では致死率 57% に達し、環境表面で数ヶ月間生存して接触感染を広げるなど、環境清掃の重要性が再認識されている。また、病院の製氷機に潜むバイオフィルムを原因とする *Burkholderia multivorans* のアウトブレイク事例も報告されている。

公衆衛生の観点からは、一般市民への啓発が必要な課題も多い。小型のカメを介したサルモネラ感染症のリスク（米国では 10cm 未満のカメの販売が禁止されている）や、不適切なコンタクトレンズ使用による深刻な眼感染症などがその例である。さらに、トコジラミの識別や、マダニに刺された際のピンセットを用いた適切な除去方法など、環境に潜む有害生物への対応策についても、CDC のパブリックドメイン資料を基に最新の知見を提示する。

ワクチンに関しては、特に妊婦への推奨事項の変遷を概説する。胎盤を通じて乳児に免疫を渡すための、すべての妊娠における Tdap（百日咳・ジフテリア・破傷風混合ワクチン）の毎回接種の重要性や、乳児の下気道疾患を防ぐための妊婦への RSV ワクチン接種について解説する。さらに、インフルエンザワクチンについては、卵アレルギー患者への制限緩和や妊婦への安全性が長年のデータ蓄積により確立されてきた過程を確認する。

15 年を超える「CDC ウォッチ」の活動を通じて見えてきたのは、正確な情報を迅速に収集し、現場の実践に落とし込むことの重要性である。最新の公衆衛生情報を正しく理解し、医療現場や地域社会で共有することが大切である。

委員会企画 8 【ホームページ・SNS 等運営委員会】

CP8-3

JHI サマリー日本語版を徹底解説—効率的な学術情報の収集とデータから紐解く感染管理のトレンド—

株式会社モレエンコーポレーション 技術開発本部 学術グループ

一色 理沙 (いっしき りさ)

感染管理の現場において、エビデンスに基づいた対策の実践は不可欠である。しかし、多忙を極める医療従事者にとって、日々更新される膨大な国際誌の英語論文に目を通し、自施設に適した知見をタイムリーに抽出・適用することは、多大な労力と時間を要する。本セッションのテーマである情報の「いいとこ取り」を具現化するツールとして、英国の感染管理学術誌「Journal of Hospital Infection (JHI)」の抄録を和訳・公開しているサイト「JHI サマリー日本語版」(以下、本サイト)を紹介し、その活用法を提案する。

本サイトは、感染管理分野の第一人者による監訳のもと、JHI に掲載された最新知見を日本語で把握できるサービスを提供している。2006年から弊社モレエンコーポレーションが運営し、今年で20周年を迎える歴史を持つ。現在、日本環境感染学会の電子情報配信誌「JSIPC-WIRE」において JHI 最新号の論文タイトルが会員向けに配信されており、本サイトへアクセスできる仕組みとなっている。

本講演の前半では、まず、本サイトを単なる翻訳集としてではなく、業務を効率化する学術情報収集ツールとして使いこなす方法を解説する。第1に「キーワード検索」である。手指衛生や環境整備、薬剤耐性菌といった現場のニーズに即した多様なキーワードを指定し、過去20年分の蓄積から特定の課題に対するエビデンスを迅速に検索できる。第2に「掲載年月」による絞り込みである。最新のトレンドを把握するだけでなく、特定時期のトピックを時系列で追うことで、知見の変遷を確認できる。第3に「注目指標(★印)」の活用である。これは監訳者の専門的視点から付与された独自の指標であり、膨大な論文群の中から特に臨床的意義が高いものや、優先的に確認すべきものを一目で判別するためのガイドとなる。これらの機能を組み合わせることで、限られた時間で効率的に情報を収集することができる。

後半では、弊社が保有する本サイトのアクセスデータと JHI 掲載論文の内容を照らし合わせ、運営側の視点から情報ニーズのトレンドを分析する。具体的には、近年のユーザー動向と掲載論文に絞ったデータから、現在関心が高まっているテーマや最新知見を共有する。また、長期間にわたるアクセスデータから、感染管理において普遍的に求められている情報の特性を整理する。これらの内容を踏まえ、日本国内の現場が抱える需要と世界的な研究トレンドを考察する。

委員会企画 9 【日本外科感染症学会教育委員会との合同企画】

CP9

術中 SSI 対策を見てみよう～消化器外科編～

国立病院機構 京都医療センター 外科・感染制御部

畑 啓昭 (はた ひろあき)

【はじめに】

外科医が所属していない ICT のメンバーにとっては、SSI 予防のための対策は、実際に目で見ることが少ないため実感がわきづらく、外科医の考えを聞く機会も少ないと思われる。本ジョイント企画では、消化器外科の立場から、動画や写真を用いて術中の SSI 対策の手技の例を提示する。今後は実際の手技のイメージを持って、少しでも自施設での対策に役立てて頂ければと考えている。

【紹介する手技】

消化器外科領域においては、日本外科感染症学会の「消化器外科 SSI 予防のための周術期管理ガイドライン 2025」が発刊されており、新しく採用されたクリニカルクエストを中心に取りあげ、実際に周術期にはどのように実践しているかを提示する。

- ・SSI バンドル対策は SSI を減らせるか？

新しく、有効性のある対策を「束(バンドル)」で行うと効果が出やすいとして、チェックリストが作成された。

- ・どの消毒薬が SSI 予防に推奨されるか？

新しい消毒薬も増え、選択肢が増えている現在、禁忌も併せて理解しておくことが重要と思われます。

- ・ドレーン留置について

消化管手術における予防的ドレーンについては、不要とする研究が多く報告されているが、実際には留置されることも多い。背景にある外科医の考えと、実際の手技を供覧する。

- ・術前の予防抗菌薬投与について

ガイドラインに従った抗菌薬の選択と実施が望ましいが、実際の指示のタイミングや確認の方法を再確認して頂ければと考える。

- ・術中の抗菌薬再投与について、最近の考え方と看護師や麻酔科の役割

近年のガイドラインでは術中の再投与に関する推奨が異なっているが、現在の日本で行うとよいと考えられる手技について供覧する。

- ・消化管吻合における清潔操作と手術器具の交換について

ガイドラインでは術中の手術器具の交換について根拠はないとするものもあるが、基本的な清潔手技を考慮した消化管の吻合時の対策について提示する。また、近年ロボット手術の広がりや、体腔内で吻合する、新たな取り組みを始めている施設も増えており、これまでとの違い、注意点を共有する。

委員会企画 10 【JHAIS 委員会】**CP10 サーベイランス集計結果報告および事例判定解説****座長のことば****森兼 啓太（もりかね けいた）**

山形大学医学部附属病院 検査部・感染制御部

黒須 一見（くろす ひとみ）

国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 薬剤耐性研究センター

医療関連感染対策の質を高めるためには、標準化されたサーベイランスの実施と、その結果を適切に解釈し現場の実践へ還元するプロセスが不可欠である。日本環境感染学会 JHAIS 委員会では、全国規模でのデータ収集・解析を継続的に行い、医療機関における感染対策の質改善に資するベンチマークデータの提供を行っている。

対象とする医療関連感染は、手術部位感染（SSI）、尿道留置カテーテル関連尿路感染（CAUTI）、中心ライン関連血流感染（CLABSI）、人工呼吸器関連肺炎（VAP）、人工呼吸器関連イベント（VAE）であり、ICU および一般病棟、さらに NICU を含む診療ユニットを対象としている。サーベイランスにおいては、データ収集方法や診断定義等の標準化が重要であり、JHAIS では統一された手法の整備と普及を進めてきた。一方で、臨床現場では、症例によって感染の判定に迷いが生じる場面も少なくない。解釈の違いがサーベイランス結果に影響を及ぼす可能性があり、こうした点への理解が求められる。

本セッションでは、前半に最新の全国集計データを提示し、各医療関連感染の発生状況や経年的変化について概説する。後半では、事例を用いて症例判定のプロセスを具体的に解説する。本企画が、サーベイランスデータの適切な解釈と実践への活用を促進し、各施設における実践の質向上に寄与することを期待する。

委員会企画 11 【NICU 感染対策検討委員会】**CP11 NICU における感染管理の実践と標準化に向けたラウンドチェックリストの構築**

NICU 感染対策検討委員会 委員長

美島 路恵（みしま ゆきえ）

NICU 入室児は、免疫能の未熟性、常在菌叢の未形成、皮膚・粘膜の未発達状態にあり、compromised host である。さらに、NICU 病棟はオープンスペースで管理されている施設が多く、患者因子・環境因子の両側面から感染リスクが非常に高い部署である。そのことから、NICU 病棟における MRSA アウトブレイクの報告も多く、そのコントロールに苦慮している施設は少なくない。そのため、平時からの感染予防策の徹底と、発生時の迅速かつ適切な対応体制の整備が重要である。一方で、NICU に勤務経験がない ICT メンバーの中には、特殊な環境や患者背景から、NICU への介入に難しさを感じている者もいるのではないだろうか。

本シンポジウムでは、そのような視点も踏まえ、NICU における感染対策の現状評価と質向上を目的に、前半 2 演題では NICU 経験のない感染管理認定看護師（ICN）によるラウンド実践を、後半 2 演題では NICU 感染対策検討委員会が作成中のラウンドチェックリストを紹介する。

アウトブレイク対応を含む感染対策は ICT のみで完結するものではなく、NICU スタッフをはじめとした多職種協働と、組織的支援体制の構築が不可欠である。また、限られた人員・設備環境においても実践可能な対策を平時から整理し、有事に迅速な初動対応が行える体制づくりが求められる。4 演題を通して、安全な医療環境の構築に向けた実践と課題を共有し、NICU における感染対策の標準化と質向上を図るとともに、アウトブレイク発生時にも迅速かつ組織的な対応につなげることを目指している。

本シンポジウムを契機に、各施設において NICU スタッフと ICT がディスカッションを重ね、それぞれの施設特性に応じた実践的な感染対策を構築していくことが期待される。

委員会企画 12 【C. difficile 感染対策ガイドライン策定委員会】

CP12-1 疫学と診断

富山大学 学術研究部医学系 微生物学講座

森永 芳智（もりなが よしとも）

Clostridioides difficile 感染症 (CDI) は医療関連感染として重要であり、近年の診断技術向上や分子疫学的手法の普及によって、医療環境における *C. difficile* の様相の把握が徐々に進んできた。本演題では、改訂された感染対策ガイドのポイントを整理し、微生物学的基礎知識からタイピング法のアップデート、診断までを概説する。

C. difficile には多様な型が存在し、その疫学的傾向の把握は、我が国における感染対策や治療方針の策定において極めて重要である。日常診療でアウトブレイクが発生した際、その菌株が施設特有のものか、あるいは国内外で広範に認められる型かを同定することは、感染源の推察や対策の立案に直結する。現在、我が国では諸外国で流行した BI/NAP1/027 株等の検出は依然として少なく、独自の疫学的傾向を維持している。本講演では、近年の文献調査に基づく最新の国内データを共有したい。

菌株の型決定 (タイピング) 手法も変遷している。従来のリボタイプやシーケンスタイプの決定法と比較し、迅速・簡便な POT 法 (PCR-based ORF Typing) は、施設内アウトブレイクの早期検知に有用である。POT 法は日本独自の普及を遂げたため、海外データとの直接比較が困難という課題があったが、近年、国内外の評価を比較した報告が増え、その活用の幅が広がっている。

診断においては、臨床症状に加え、便中の毒素 (Toxin A/B) および GDH 抗原の迅速検査が基本となる。核酸増幅検査 (NAAT) は高い感度を有し、アウトブレイク時の迅速対応に有用であるが、無症候性キャリアも陽性となるため、検査結果と臨床像の乖離を考慮した慎重な解釈が求められる点は従来通りである。

委員会企画 12 【C. difficile 感染対策ガイドライン策定委員会】

CP12-2 *Clostridioides difficile* に対する感染対策

名古屋市立大学大学院医学研究科臨床感染制御学

中村 敦（なかむら あつし）

Clostridioides difficile は抗菌薬関連下痢症をおこす代表的な原因菌であり、宿主の免疫状態に腸内細菌を攪乱するような抗菌薬や医療行為への暴露などが関与することによって下痢症や偽膜性腸炎、中毒性巨大結腸症など多彩な病態を引き起こす。また *C. difficile* は環境に長期わたり定着し、アルコール消毒薬にも抵抗性を示すため、医療関連感染の主要な原因微生物でもある。このような *C. difficile* に対し、第1に *C. difficile* 感染症 (CDI) の発症を抑制する、第2に CDI 患者を早期に発見する、第3に CDI 患者から *C. difficile* の水平伝播を起こさない、などの対策が必要である。

医療の過程で CDI の発症を完全に抑制することは困難だが、発症をできるだけ抑えるよう努める必要がある。CDI の発症リスクのうち、抗菌薬や制酸剤による発症リスクの軽減は対応が可能なものである。今回、最近多用されるようになったカリウムイオン競合型アシッドブロッカー (P-CAB) を制酸剤リスク因子のひとつに追加した。これらの薬剤の適正化のために Antimicrobial Stewardship (AS) 活動が極めて重要となる。

次いで CDI 患者を早期に発見し、早期から感染対策をとることにより施設内の *C. difficile* の拡散を未然に防ぐことが大切である。そのためには CDI に対する適正な診断の支援、Diagnostic Stewardship (DS) 活動が求められる。DS には医師のみならず看護師、検査技師など、それぞれの職種に応じた取り組みが必要となる。高リスク者に対する CDI の遺伝子診断 (NAAT) が適応拡大されることで、早期に診断し感染対策を講じ易くなることは好ましいが、過剰診療に繋がらないよう AST による評価が必要である。

CDI の感染対策として、患者からの *C. difficile* の水平伝播を抑制するため、従来からさまざま対策がとられてきた。近年これらの対策をいくつか組み合わせたバンドルアプローチの有効性が報告されている。ただし対策の項目はさまざまであり、どのような項目を推奨すべきであるか具体的な結論には至っていない。

今回の改訂では、上記に加え感染対策がより明確なるよう感染対策のフローチャートや手指衛生、個人防護具の着用、消毒薬、ターミナルクリーニングなどについて追加・修正し、少しでも読みやすくなるようカラーの図表やイラストも加えてみた。各 Clinical Question のエビデンスレベル・推奨度の見直し作業もおこなった。このガイド改訂版が臨床の場で活用いただければ幸いである。

委員会企画 12 【C. difficile 感染対策ガイドライン策定委員会】

CP12-3 CDI 感染対策

広島大学病院 感染制御部

森 美菜子（もり みなこ）

【はじめに】

C. difficile Infection (CDI) は院内感染対策としても重要な感染症である。CDI 感染対策のポイントを以下に述べる。

【下痢症患者の早期発見】

CDI 患者との同室患者の発症リスクは高いことから、拡大予防のためには迅速な感染対策の開始が大切である。そのため、下痢症患者に早期に気づき、CDI 診断につなげることが重要であり、患者の日常生活援助を行う看護師の役割が大きい。一方で、下痢消失後に CDI 検査が行われないよう、看護師には患者の症状に伴う検査の必要性を判断する能力も求められる。

【CDI 感染対策】

CDI は個室管理の上、下痢症状の改善後 48 時間まで接触予防策を適応することが推奨される。C. difficile は芽胞菌であるため、アルコールによる手指消毒では除菌効果が乏しく、石鹸と流水での手指衛生が効果的である。さらに、患者接触時は手袋とガウンの着用が強く推奨されている。手袋の適切な使用は重要な感染対策の一つである一方で、長袖ガウンと袖なしエプロンの使い分けについては明確にされていない。陰部洗浄など排泄物に触れる機会がある時は、長袖ガウンにするなど、リスクに応じた使い分けも検討できる。袖なしエプロンを使用する場合は、ケア後に肘までの手洗いを徹底することが重要である。隔離解除においては陰性を確認する必要はない。芽胞菌であるため下痢消失後も腸管に保菌されるが、症状軽快によって感染性は下がったとみなし、標準予防策の遵守によって伝播リスクを下げるのが現実的である。また、C. difficile は環境中に長期間生存し、環境を介した感染の報告もあることから、環境清掃も重要な感染対策の一つである。次亜塩素酸ナトリウムを用いた環境清掃に加え、ターミナルクリーニングに紫外線照射を併用することも効果がある。

【結語】

下痢症患者の早期発見と、複数の有効な感染対策を組み合わせることが CDI 発生率の低下につながる。CDI 対策においては、これら 1 つ 1 つの感染対策の遵守率向上が重要である。

委員会企画 12 【C. difficile 感染対策ガイドライン策定委員会】

CP12-4 CDI 感染対策ガイド改訂のポイントーCDI 患者退室後の清掃・ターミナルクリーニングについてー

学校法人朝日大学病院 感染症内科¹⁾、愛知医科大学²⁾三嶋 廣繁（みかも ひろしげ）^{1,2)}

Clostridioides difficile 感染対策ガイド改訂版の CQ17、18、19 は、CDI 患者退室後の病室環境管理における『ノンタッチ消毒』の位置づけと限界を整理した点に特徴がある。CQ17 では、過酸化水素噴霧装置は、手作業の清掃・消毒を確実に実施した上での補助的併用として推奨できるとされ(推奨グレード C1、エビデンスレベル 4)、CQ18 では、紫外線殺菌照射機器も、多発事例などにおいて手作業清掃後の追加介入として併用を考慮してよいとされた(C1、レベル 3)。一方で、これらはいずれも標準的対策を置き換えるものではなく、過酸化水素噴霧装置では操作時間、密閉空間の確保、費用、運用体制への配慮が必要であり、紫外線殺菌照射機器では照射距離、陰となる部位への効果、機器ごとの差異、安全管理を踏まえた導入判断が求められる。これに対し CQ19 では、次亜塩素酸水は C. difficile 芽胞に対する十分な殺菌効果を支持する根拠が乏しく、退室清掃後の環境表面殺菌としては推奨されないと明示された(D、レベル 6)。すなわち改訂版の実践的メッセージは、CDI 対策の基本はあくまで確実な手作業清掃と芽胞に有効な消毒薬による環境整備であり、過酸化水素噴霧や紫外線照射はアウトブレイク、多発事例、高リスク環境における補助策として位置づけるべきという点にある。退室後環境管理では、追加技術の導入そのものではなく、基本清掃の質保証を前提として、エビデンスと実装可能性の両面から手段を選択することが重要である。

委員会企画 13 【教育委員会】

CP13-1 日本におけるアクションプランの現状と今後について【様々な GAP を考える】

厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課

小谷 聡司（こたに さとし）

薬剤耐性（AMR）対策では薬剤耐性微生物による疾病負荷を減らすことを目指している。そのためには抗菌薬を適切に使用すると同時に耐性菌の発生・拡大を抑える医療環境の構築および維持し薬剤耐性菌による死亡例を減らしていくために、日本では WHO が策定する GAP を踏まえつつ、AMR 対策アクションプランを策定している。我が国の AMR 対策アクションプランは 1：普及啓発・教育、2：動向調査・監視、3：感染予防・管理（IPC）、4：抗微生物剤の適正使用、5：研究開発・創薬及び 6 国際協力の合計 6 つの分野に関する目標を掲げており、IPC を AMR の拡大防止に資する重要な戦略の一つに位置づけている。特に IPC の基盤である手指衛生は、かつての個人の衛生習慣という枠組みから、国家戦略に基づく感染予防策へと変貌を遂げてきた。本シンポジウムでは、AMR 対策アクションプランを足がかりとして、感染症対策、医療提供体制、医薬行政、診療報酬等にまたがる AMR 対策の横断的な構造を示し、AMR 対策を含めた感染症対策の方向性を現場での実装と定着につなげるために、行政と現場に存在する様々な「GAP」を認識することで、共通の感染症対策像を共有したい。政府として目指す AMR 対策の姿は、個々の医療機関の努力の総和にとどまらず、診療、感染対策、検査、地域連携、教育、サーベイランス等が相互に接続された持続可能なシステムである。AMR による疾病負荷を減らすという観点においても、感染を拡大させないための IPC の重要性を踏まえた取組のさらなる強化が必要と考える。

委員会企画 13 【教育委員会】

CP13-2 2009 年 WHO 手指衛生ガイドライン推奨事項に対して 私たちはどこまで到達できているのか？

NHO 下志津病院 感染症内科¹⁾、NHO 下志津病院 小児科²⁾鈴木 由美（すずき ゆみ）^{1,2)}

日本のアルコール手指消毒剤消費量は、10.1（消費量）または 7.7（払出量）L/1000 患者・日（2024 J-SIPHE 年報、中央値）であり、ヨーロッパ全体の 34.4L/1000 患者・日（2022-2023 ECDC、中央値）の 1/3 以下である。多くのヨーロッパ諸国より MRSA 等の耐性菌による疾病負荷も高い。

WHO 手指衛生ガイドライン 2009 年には「推奨事項：Consensus Recommendations」9 項目が提示されている。法的な根拠のある公的文書（2014 年厚生労働省通知「2026 年診療報酬改定に関する通知」）にも、一定程度「手指衛生に関する推奨事項」が記載されているが、上記の 9 項目を全て満たしているものはなく、up to date な内容とは言えない。例えば流水と石けんによる手洗いの強調や、point of care に手指消毒剤を携帯することに否定的な表現などが最新の通知にも残っている。9 項目の中でも「手技」「医療従事者の爪」「教育的、意欲を促すための働きかけやプログラム」「国家および施設としての責務」の 4 項目については、全く言及がない、もしくは「やった方がよい」という表現に留まり、具体的な推奨されるアクションの記載はない。本学会の教育委員会では、ウェブサイト上のコンテンツとして「手技」「教育的、意欲を促すための働きかけやプログラム」「施設としての責務」に関連する具体的なツールも提供しているが、まだまだ不足している内容も多い。学会公式の「手指衛生ガイド」もなく、今後の課題である。

WHO は 2024 年に「感染予防管理アクションプランとモニタリングフレームワーク」を公開している。これは「AMR アクションプラン」の「感染予防管理とこれに関するモニタリング」版に該当する。ここでは「8 つの戦略的な方向性」が示されており、その中の「項目 5：アクションのためのデータ」「項目 6：啓発や広報」には、手指衛生に関する具体的な内容が含まれている。項目 5 の「手指衛生遵守に関するデータを国家指標（ナショナルインディケーター）としてモニタリングするシステムの構築/強化」、項目 6 の「国として世界手指衛生の日に参加し、感染予防管理に焦点をあてた広報やキャンペーンなどを企画する」は、いずれも日本として大きな改善の余地があるところである。手指衛生モニタリングは、一般的な医療関連感染に関するサーベイランスとは質が異なり、実践そのものやデータの解釈に一定の難しさがある。しかし何事もモニタリングせずに改善させることはできない。J-SIPHE のデータを「改善のための具体的なアクション」に繋げていくためにも、「手指衛生遵守を国家指標としてモニタリングするためのシステムの整備」は重要であると考えられる。

国外の成功事例やエビデンスを参考にしながら、日本の文化や医療機関の現状にあった形で、現在の課題（GAP）の解決に繋がるような公的な推奨事項のアップデート・公的なモニタリング体制の構築・国家的なキャンペーンの開催などが望まれる。

委員会企画 13 【教育委員会】

CP13-3 手指衛生向上に向けて WHO 手指衛生多角的戦略を導入した成果と今後の課題

横浜南共済病院

土田 陽子（つちだ ようこ）

【背景・目的】当院は擦式アルコール性手指消毒剤（Alcohol-based Hand Rub：以下 ABHR）の使用量が他施設と比較して低い水準であり、これまでに様々な介入を行ってきたが効果的な改善は図れず、ABHR の使用量は低い状態であった。手指衛生を推進する各病棟の感染リンクナースは経験 5 年程度の若手が多く、活動に個人差が見られた。一部部署では管理者の支援が不十分で、リンクナースが 1 人で活動している現状があった。このような背景から、ABHR 使用量の向上と医療関連感染の低減を目指し、WHO が提唱する手指衛生多角的戦略（以下、多角的戦略）を 2024 年度から本格導入した。本報告では、多角的戦略導入の具体的な取り組み事例と成果を振り返り、組織文化の醸成に向けた今後の課題について考察する。

【活動内容】自己評価フレームワーク（Hand Hygiene Self-Assessment Framework：以下、HHSAF）のスコアは、250 点で、5 つの要素に基づき、多角的戦略を開始した。第一に物品設備として、低アルコール製剤や使用感の良い ABHR を新規採用して選択肢を広げた。第二に研修教育では、手指衛生手順を WHO が提唱している 6 ステップに変更した。手指衛生の「5 つの瞬間」の理解度を調査した結果から、出張講演会や手指衛生ゲームを用いた参加型研修を導入し、医療エリアと患者ゾーンの概念の浸透を図った。第三に測定評価として、感染制御チームによる手指衛生の直接観察と個別指導を強化した。第四に現場掲示では、ポスター管理を徹底し、手指衛生を啓発するポスターを毎月更新したり、リンクナースに自部署のポスターを選んでもらったりすることで関心を高めた。第五に組織文化として、手指衛生強化月間に病院長による院内放送を実施した。また、年 2 回、部署毎に ABHR 使用量の多いスタッフを所属長から表彰し、オリジナルシールを贈呈する制度を設けた。

【成果・考察】HHSAF のスコアは、2025 年度は 335 点へ上昇した。しかし、組織文化が 60 点で 5 つの要素の中で最も低い結果となった。1000 患者 1 日あたりのアルコール使用は、2020 年度の約 6L から 2025 年度には約 14.3L へ増加したが、使用量には課題が残る。管理者が積極的に支援した病棟では ABHR 使用量の改善が見られたことから、リンクナースのみでは活動推進に限界があり、推進力のある師長・主任の関与が成果を上げる鍵であると考えられる。また、現在は病院長が感染制御チームに参画しているため強力な支持・支援が得られているが、公的に担保されたものではなく、病院長交代など組織体制の変化により活動への支援体制に影響を及ぼすことが懸念される。変化に左右されない体制を築くことが今後の重要課題である。

委員会企画 13 【教育委員会】

CP13-4 WHO 手指衛生多角的戦略で可視化された組織文化のギャップへのアプローチ

名古屋大学医学部附属病院 看護部感染対策/中央感染制御部

豊留 有香（とよどめ ゆか）

【背景・目的】

当院では、患者を医療関連感染症から守るために手指衛生を遵守することを、組織全体の重要目標の一つとして位置付けている。2016 年より手指衛生改善活動を開始し、2017 年から WHO 手指衛生自己評価フレームワーク（Hand Hygiene Self-Assessment Framework：HHSAF）による評価を実施している。2020 年からは WHO 手指衛生多角的戦略を導入した。HHSAF による評価では、特に組織文化の項目が低く、2017 年は 15/100 点であった。手指衛生の実践を向上させるためには組織文化の醸成が重要であると考え、継続的な取り組みを行っている。

【活動内容】

当院では、組織全体で手指衛生を推進するために、Hand Hygiene Supporter (HHS) 制度を 2016 年から開始した。制度開始当初は、直接観察を ICT のみで実施することが困難であると考えていたため、HHS に直接観察の支援を期待していた。しかし観察結果においては、ICT による評価との乖離が生じていることが明らかとなり、信頼性の課題があることを認識することとなった。そのような経緯から当院では、公式の直接観察は限られたメンバーで継続し、HHS は部署内における手指衛生推進役としての活動する役割へ変更した。

HHS には、育成・ステップアップ講習会を毎年実施している。「手指衛生のエビデンス」「手指衛生 5 つの瞬間」「手荒れ予防」について事前学習を行い、集合研修で直接観察の結果から抽出した課題に基づく教材の活用方法や、部署内教育の進め方を指導している。

また、手指衛生が実施されていない場面において、クロスモニタリングの推進をすることも HHS の活動に位置付けている。クロスモニタリングは TeamSTEPPS® のスキルであり、チームメンバーがお互いの行動や状況を確認し合い、エラーや安全上の問題・危険に気づいた時に声をかけるなどのアクションの実施を依頼している。公式の直接観察とは別に、現場でも手指衛生のモニタリングが行われることにより、病院全体を巻き込みながら、数値だけに惑わされない手指衛生行動の改善につなげる取り組みを行っている。

【成果・考察】

手指衛生改善活動の当初は、「直接観察で見られているから行う手指衛生」の場面も多くあった。現時点では十分な手指衛生が実施できているとは言いが、手指衛生の必要性を理解し、自ら考えて行動する職員が増えてきている。また、部署内の課題を共有し、継続した教育とフィードバックを行うことで、HHS を中心に改善策を検討・実践する部署が増加してきた。

限られたメンバーのみで改善策に取り組むことには限界があるが、HHS と協働することで患者のために必要な手指衛生を考え実践する組織文化の醸成に寄与していると考えられた。

委員会企画 13 【教育委員会】

CP13-5 多施設アンケート研究から見てきた現場の課題

東京科学大学 統合臨床感染症学分野

岡本 耕（おかもと こう）

演者らは2026年2月から3月にかけて複数のML等を活用し、全国の医療機関で感染対策に従事する者（主に感染管理認定看護師）を対象に、手指衛生のモニタリングおよび関連する厚生労働省の通知（「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0305第5号・令和6年3月5日）別添2「院内感染防止対策の基準」における「(5) 職員に対する流水による手洗いの励行、および病室への水道または速乾式手指消毒剤等の設置」に関する実践状況）に関して、オンラインのアンケート調査を行った。有効な回答があった432施設のうち、厚生労働省の通知にし、9施設が厚生局から、11施設が保健所から指導を受けたことがあると回答した。本講演では回答結果を簡単に紹介しつつ、浮かび上がった課題について考察する。

委員会企画 13 【教育委員会】

CP13-6 日本の医療機関等で手指衛生推進に取り組む医療従事者の困難と公的支援の二重リアルタイム Web アンケートによる双方向的な実態調査一

川崎市立看護大学大学院 看護学研究科 感染看護学領域¹⁾、東京科学大学 統合臨床感染症学分野²⁾、独立行政法人国立病院機構 下志津病院³⁾、国際医療福祉大学大学院 医学研究科 公衆衛生学専攻⁴⁾、慶應義塾大学 医学部 感染症学教室⁵⁾、奈良県立医科大学附属病院 感染管理室⁶⁾、日本環境感染学会教育委員会⁷⁾、山形大学医学部附属病院 検査部・感染制御部⁸⁾

○川上 和美（かわかみ かずみ）¹⁾、岡本 耕²⁾、鈴木 由美³⁾、藤田 烈⁴⁾、
斎藤 浩輝⁵⁾、中村 明世⁶⁾、Do Dang An²⁾、森兼 啓太^{7,8)}

【背景】2014年の厚生労働省通知「医療機関における院内感染対策について」および「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン2023-2027」において、手指衛生は感染対策の根幹として位置づけられ、医療機関等での積極的な実施が推奨されている。しかし、わが国では、WHO手指衛生ガイドラインを日本の医療文化に即して適応させた独自の手指衛生ガイドラインや指針の整備が十分ではなく、診療報酬感染対策向上加算の施設基準でも手指衛生に関する具体的な項目は定められていない。演者らの先行調査では、医療現場の感染対策担当者等の医療従事者がエビデンスに基づく手指衛生を推進する際に、施設内や行政からの支援体制の不足に起因する困難に直面している実態が示唆された。したがって、現場の医療従事者が抱える困難と公的支援のニーズを把握し、可視化することは、実効性のある対策を講じる上で喫緊の課題である。

【目的】本セッションでは、ライブアンケートツール（Slido）を用いたリアルタイム Web アンケート調査を実施し、医療機関等で手指衛生推進に取り組む医療従事者の困難と、行政および学会による公的支援のニーズを明らかにすることを目的とする。

【方法】本調査は、科学研究費助成事業基盤研究C（課題番号24K13709）「WHO手指衛生多角的戦略による手指衛生の推進と医療関連感染の減少に向けた基盤の構築」の一環として、川崎市立看護大学研究倫理委員会の承認を得て実施する。対象は、医療機関等の手指衛生推進に取り組む医療従事者とする。セッション中に提示するSlidoのQRコードからWebアンケート画面に遷移し、対象者に同意の意思を確認する。調査への参加は対象者の自由意思に基づき、同意しなくても一切の不利益は生じない。同意を得た参加者に対し、無記名で基本情報（職種、経験年数、所属施設の種類、感染対策向上加算取得状況）、所属施設の手指衛生推進における困難や公的支援のニーズに関する11項目の回答を依頼する。結果はセッション中にリアルタイムで集計・提示し、参加者と双方向的に知見を共有する。

【期待される成果】本調査の結果は、わが国における手指衛生推進に向けた行政や学会による公的支援の必要性を示す根拠資料として活用する。現場のニーズを反映した具体的な支援を提案することで、日本の医療機関のみならず福祉施設や在宅療養の場における手指衛生の向上と、医療関連感染の減少に寄与することが期待される。

委員会企画 14 【職業感染制御委員会】

CP14-1 エピネット日本版サーベイランス (JES) の進展と課題、および最新データの報告

一般社団法人 職業感染制御研究会

細見由美子 (ほそみ ゆみこ)

はじめに

エピネット日本版は、針刺し・切創報告書と皮膚・粘膜曝露報告書及びその集計・解析ソフトを中心に構成されており、職業感染制御研究会が制作し発行している。本講演では、エピネット日本版開発の経緯、およびエピネット日本版サーベイランス (JES) の成果と課題について報告する。

エピネット日本版サーベイランス (JES) の進展

職業感染制御研究会から発行されているエピネット日本版は EPINet™ (Exposure Prevention Information Network) を基に、A：針刺し・切創報告書、AO：針刺し・切創報告書/手術部用、B：皮膚・粘膜曝露報告書、BO：皮膚・粘膜曝露報告書/手術部用の4種類の血液体液曝露報告書と、それぞれに対応した集計・解析ソフト (Episys401) 等によって構成されている。

当研究会では職業感染予防にはデータの蓄積および分析が重要と考え、2009年にエピネット日本版サーベイランスワーキンググループ：JESWGを立ち上げ、エイズ拠点病院の参加協力を得てエピネット日本版サーベイランス：JES (Japan-EPINet Surveillance) を開始した。以降、最新のJES2024に至るまで継続的に針刺し切創、皮膚粘膜曝露事例のデータを収集分析し、職業感染予防に貢献すべく学会等での発表および参加病院にフィードバックするなどの活動を継続している。

エピネット日本版サーベイランス (JES) の成果と課題について

JES2009で収集された2004年度の報告データから、最新のJES2024で収集した2023年度までの20年間の針刺し・切創報告事例は56,784件、皮膚・粘膜曝露事例は4,224件であり、当研究会HPでデータ公開している。

この20年間、2004年度と2023年度を比較すると、リキャップ時の針刺し切創の割合は13.6%から6.2%と減少しており、作業管理予防策であるリキャップ禁止遵守の普及が示唆される。また、同期間の比較において針刺し切創時に手袋を着用していた割合は、48.7%から87.8%と増加しており、標準予防策の普及が示唆される。

JESの課題のひとつとして、エピネット日本版で収集された報告データが、実際に発生していた状況を反映していない事例の割合が挙げられる。例えば咬みつき・ひっかきが原因の咬傷・擦過傷は、針刺し・切創報告書の「原因器材：爪、歯」で報告すべきところ、「その他の器材」や無回答、あるいは皮膚・粘膜曝露報告書での報告事例が確認されている。

おわりに

エピネット日本版の針刺し・切創報告書、皮膚・粘膜曝露報告書は、曝露の実態を把握し予防対策を導き出すことを目的として異なる設問が設定されており、実際に発生している血液体液曝露事例の実態を把握するためには、正確な報告データを収集するシステムの確立が望まれる。

委員会企画 14 【職業感染制御委員会】

CP14-2 咬傷・擦過傷の発生状況と背景因子の解析～エピネット日本版サーベイランスデータに基づく職業感染リスクの検討～

済生会横浜市東部病院 感染管理対策室

大石 貴幸 (おおishi たかゆき)

【はじめに】本報告は、2021年4月から2024年3月におけるエピネットA針刺し切創における患者から医療従事者が受けた「咬傷・擦過傷」に該当する事例に焦点を当てた解析結果である。対象事例数は548件であり、医療従事者が日常業務において直面する非鋭利器材による身体的損傷と、それに伴う職業感染リスクの実態を明らかにする。

【発生状況の概況】曝露者の職種は「看護師」が447件 (81.6%) と圧倒的に多く、次いで医師21件、看護助手10件などとなっている。発生場所は「病室 (集中治療室を除く)」が347件 (63.3%) と最多で、次いで「病棟病室外」53件、「集中治療室」43件と、主に病棟内でのケアや処置で発生している。発生時間帯は、日勤帯の活動ピーク時に多い傾向にあるが、深夜帯 (午前3時頃など) にも一定数の発生が認められ、24時間体制のケアに伴うリスクが示唆される。

【曝露の背景と要因】事例発生状況の主因は、「患者の不穏行動による接触」が346件 (63.1%)、「患者の抑制介助時」が191件 (34.9%) であり、これらで全体の大多数を占める。具体的な内容からは、認知症やせん妄、知的障害、あるいは精神的な興奮状態にある患者への対応中に曝露するパターンが顕著である。

特に「口腔ケア・吸引」時の咬傷 (100件) では、開口を維持するための介助中や、口腔内の汚れを除去しようとした際に強く噛まれる事例が目立つ。また、点滴の自己抜去を阻止しようとした際や、体位変換、オムツ交換などの身体介助中に、不意に噛みつかれたり、爪で引っ掻かれたりするケースが多く報告されている。

【曝露の程度と防御策】曝露の程度は「表在性・少量の出血」が286件 (52.2%)、「出血なし」が202件 (36.9%) と、多くは軽微な損傷に留まっている。しかし、「中程度・中等量の出血」も29件認められ、真皮に達する創傷や腫脹、熱感を伴う事例も存在する。

手袋の着用状況については、304件 (55.5%) で着用されていたが、198件 (36.1%) では未着用または片手のみの着用であった。自由記述からは、手袋を着用していても、咬圧によって手袋が破損し、皮膚が損傷するケースがあった。

【結論と提言】本解析により、医療現場における「指の爪、歯」による曝露は、看護師を中心に、患者の不穏行動や抑制介助、口腔ケアといった密接な身体接触を伴う業務で頻発していることが確認された。鋭利器材による針刺しとは異なり、予測困難な患者の動作が直接的な原因となるため、標準予防策の徹底に加え、不穏・せん妄患者へのチーム対応や、開口補助具の適切な使用、厚手の手袋の検討など、状況に応じた多角的な安全対策が求められる。また、咬傷はB型肝炎等の血液媒介病原体への曝露リスクを伴うため、受傷後の迅速な洗浄と適切な医学的フォローアップ体制の維持が不可欠である。

委員会企画 14 【職業感染制御委員会】

CP14-3 患者から医療者へのひっかき・噛みつき予防の取り組み

NTT東日本関東病院 感染対策推進室¹⁾、NTT東日本関東病院 感染症内科²⁾、NTT東日本関東病院 看護部³⁾

○渡邊 愛子 (わたなべ あいこ)¹⁾、黒田 潤子¹⁾、櫻井 隆之^{1,2)}、木村 沙織³⁾

【背景・目的】当院で起こった血液体液曝露事例の傾向として針やメスなどの鋭利機材による受傷以上に、患者からのひっかき・噛みつき事例の割合が多いことが挙げられる。その事例の多くが患者の危険行動を制止しようとした時におきる医療者の受傷であり、患者に認知機能低下やせん妄症状がある事例が大多数を占めている。受傷した当事者と振り返りを行う中で、類似事例防止のためには患者の怒りや暴力から離れるといった医療者の危険回避行動だけでなく、患者の安心を得ることによって暴力的になること自体を防ぐことが重要なのではないかと考えるに至った。入院患者の高齢化に伴い、認知症を持つ患者、せん妄症状を呈する患者が増加する中で、患者との関わり方の見直しが事例数に影響するかを調べることにした。

【活動内容】ひっかき・噛みつき事例をすべて針刺し・切創事例として報告するよう定めた。受傷した職員は感染症内科医のリスク評価とフォローアップを受けることに加え、全例で再発防止のための振り返りの場を設けるようにした。患者からのひっかき・噛みつきによる受傷、患者の唾吐きによる眼への曝露といった事例では振り返り面談に精神看護専門看護師が同席し、認知症ケア・せん妄ケアの視点から患者対応のアドバイスを受けられるようにした。またリンクスタッフ教育として「ひっかき・噛みつき防止につなげる患者ケア」を実施し、一般的な認知症患者のケアの演習を実施した。その後各部署の特色に合わせた講習会をリハビリテーション療法士や医師のアドバイスを踏まえて実施した。多職種の協力を得ながら患者を加害者にしない、医療者が被害者にならないための教育活動を継続した。

【成果・考察】振り返りや職員教育を行ってもひっかき・噛みつき事例件数の減少には至らなかった。振り返り内容の分析では、面談前は認知機能低下やせん妄のある患者からの受傷は防ぎようのないものと諦めている医療者が多かったが、面談の場で事例発生前の患者の精神状態や行動を振り返ることで患者理解が深まり、より根源的、具体的な再発防止策を考えられるようになる傾向があった。精神看護専門看護師の面談同席により、患者が暴力的になったときに医療者自身の受傷をどう防ぐかといった視点だけでなく、どのようにケアを行うことが患者の安心につながったかといった視点で振り返ることができるようになった。受傷後に部署で事例の振り返りやカンファレンスでの共有を促した結果、事例発生の前に患者への快刺激やユマニチュードを取り入れたケアを行っている事例が見られるようになった。怒りや暴力から離れるといった危険回避行動に加えて、患者の安心を得ることによって暴力的になること自体を防ぐ、という新たな視点からひっかき・噛みつき予防を考える場ができ、実践につなげることができていると考える。今後も継続して取り組みを行い、事例数の減少につながるか見極めたい。

委員会企画 14 【職業感染制御委員会】

CP14-4 咬傷・擦過傷の曝露後対応を考えるー感染・安全・心理の三位一体モデルー

独立行政法人労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所

吉川 徹 (よしかわ とおる)

本報告では、医療・介護現場における咬傷（噛みつき）・擦過傷（ひっかき）について、「感染（Infection）・安全（Safety）・心理（Psychological Support）の三位一体による曝露後対応モデル」を提案する。

医療・介護従事者に対する患者・利用者からの咬傷（噛みつき：菌などによる）・擦過傷（ひっかき：爪などによる）は、病棟における身体介助や口腔ケア、不穏患者への対応時などに発生し、看護師を中心に少なくない事例が報告されている。咬傷・擦過傷は感染症リスク、労働災害としての対応、被災者への心理的支援を必要とする複合的な職業曝露である。しかし、現場では曝露後の感染対策に注目が集まる一方で、安全管理（外傷の評価、損傷予防、労災防止視点）や心理的支援（心のケア）の視点が十分に整理されていない場合も少なくない。第一に、「外傷である」という視点（安全の視点）。咬傷・擦過傷では皮膚損傷のみならず、受傷部位や受傷状況によっては腱損傷や関節損傷などの重篤な障害や後遺症などを生じる可能性がある。そのため、まず外傷としての適切な評価と処置と、再発防止のための発生日時、場所、状況、患者要因などの記録が重要である。咬傷・擦過傷は業務中に発生した労働災害であり、インシデント報告、受診体制の確保、処置後の労災手続きとの連携が必要である。発生状況や曝露内容を正確に記録することは、再発防止のみならず、エビネット日本版サーベイランスの質向上にも寄与する。

第二に、「噛まれて腫れて、ばい菌・ウイルスに感染するかもしれない」不安への対処である（職業感染の視点）。咬傷ではHBV、HCV、HIVなどの血液媒介感染症への対応に加え、口腔内常在菌や嫌気性菌による創部感染への対応が重要となる。重篤な創部感染症や敗血症を生じる可能性もあることから、曝露後には創傷の十分な洗浄と評価を行い、必要に応じて抗菌薬投与や外科的評価を検討する。また、HBVワクチン接種歴や抗体価の確認、曝露状況に応じた検査およびフォローアップを実施する。

第三に、「人に噛まれると、心がとても傷つく」点である（心理的支援の視点）。咬傷は暴力的な体験として受け止められることが多く、感染への不安や嫌悪感、怒り、ストレス反応を引き起こし得る。外傷としての心理的負担は残りやすく、適切なケアと継続的なフォローを行い、必要に応じて産業医やメンタルヘルス支援につなげることが重要である。

咬傷・擦過傷への曝露後対応は感染対策担当者のみで完結するものではない。医療従事者、感染管理担当者、職場の管理者、産業保健スタッフが連携し、「感染」「安全」「心理」の3側面を同時に評価・支援することで、医療従事者、咬傷・擦過傷の行為者、医療・介護サービス提供事業体を守られる。本発表では、咬傷・擦過傷に対する三位一体の曝露後対応モデルを提案し、医療・介護現場での実践的な対応のあり方を考察する。

委員会企画 15 【医療環境委員会】

CP15-1 医療環境とレジオネラ症：疫学

東京科学大学病院 感染症内科・感染制御部

関谷 紀貴（せきや のりたか）

レジオネラ症は、偏性好気性のグラム陰性桿菌であるレジオネラ属菌を原因とする細菌感染症であり、肺炎とポンティアック熱の2病型を呈する。本シンポジウムの導入として、基本となる疫学的特徴および医療関連レジオネラ症で留意すべき特徴について概説する。

全体の報告数は世界的に増加傾向にある。日本では一貫した罹患率の上昇が報告されており（1999年：0.0004/10万人、2017年：1.37/10万人）、特に高齢者層で目立つ。増加の背景には、尿中抗原検査（2005年導入）やLAMP法（2011年保険収載）など診断技術の進歩、医療従事者の認識向上、高齢化や免疫抑制薬使用患者の増加などが想定されている。発生には季節性があり、日本では7-9月の夏季にピークがみられる。欧州の報告では気温と降水量が同時に上昇した場合にリスクが高まることが示されており、気候変動との関連も注目されている。医療関連レジオネラ症は、「症状発症前10日間の全期間を病院または長期療養施設で過ごした場合（確定例）、またはその一部を医療施設で過ごした場合（可能性例）」と米国CDCは定義しており、米国では全レジオネラ症の20%（確定例3%、可能性例17%）、欧州では全レジオネラ症の10%が医療関連と報告されている。

主な感染源として、循環式浴槽を有する公衆浴場・温泉施設（特に日本で重要）、大規模建築物の冷却塔、医療機関の給水システムが挙げられる。感染経路はエアロゾル吸入が主体であり、ヒトからヒトへの直接感染は基本的に成立しない。潜伏期間は病型により異なり、レジオネラ肺炎では2-10日（多くは6-7日）、ポンティアック熱では5-66時間（多くは24-48時間）である。

発症リスク因子としては、宿主側として50歳以上・男性・喫煙・アルコール多飲・慢性疾患（糖尿病・慢性呼吸器疾患・心血管疾患・腎疾患）・悪性腫瘍・免疫抑制状態（ステロイド投与・抗TNF- α 療法・臓器移植後など）が挙げられる。環境側のリスク因子としては、水の停滞・水質管理不良・高温多湿などの気象条件が知られている。

致死率は一般に8-12%であるが、医療関連例では15-34%に達する。日本の大規模入院患者データでは6.4%と報告されており、経時的な改善傾向も認められる。予後不良因子には、高齢・重症度スコア高値・適切な治療開始の遅れ・造血幹細胞移植および固形臓器移植後の状態が含まれる。

医療関連レジオネラ症は、致死率が高まる易感染性患者が集積する環境で、複雑な水系設備を背景に発生するため、適切に疑われないことによる過小診断や診断の遅れ、環境対策の難しさが課題となりうることに留意する。

委員会企画 15 【医療環境委員会】

CP15-2 レジオネラ症の集団発生事例

昭和薬科大学 社会薬学研究室

中下 愛実（なかした まなみ）

レジオネラ症の集団発生は、医療機関や福祉施設においても発生している。これまでに国内外から多くの報告があり、給水設備や加湿器に関連した事例のほか、冷却塔に関連した事例も報告されている。本発表では、これらの集団発生事例の特徴や実施された対応について紹介する。

1. 給水設備：2014年米国の大学病院の新設病棟での事例では、病棟オープン前の滞留水のフラッシング不足や、残留塩素濃度・水温などの基本的なモニタリングの欠如が要因と考えられ、熱水消毒や高濃度塩素洗浄、給水栓へのフィルター設置、院内の水質管理プログラムの改訂が行われた。

2. 医療機器（ネブライザー）：1980年代米国の病院での事例では、レジオネラによる院内肺炎が13例確認され、うち9例ではジェットネブライザーが使用されていた。貯湯タンクの温度管理不備による給水系統の汚染に加え、ネブライザーの洗浄・すすぎに水道水を使用していたことが要因と考えられた。対策として、呼吸器機器への水道水使用禁止と給湯設備の管理徹底が図られた。

3. 加湿器：2017～2018年に大分県の高齢者施設で発生した事例では、加湿器への水道水（ぬるま湯）の継ぎ足し使用により、タンク内の残留塩素が消失していたことが要因と考えられ、全加湿器の交換と施設内の大規模清掃・消毒が実施された。

4. 空調設備（冷却塔）：2023年に宮城県の病院で発生した事例では、冷却塔の化学的洗浄が未実施であったことで高濃度の菌が飛散し、窓の開放等を通じて院内へ拡散した可能性が指摘された。対策として、冷却塔設備の物理的洗浄および化学的洗浄が行われた。

施設ごとに設備の状況や管理体制は様々であるが、これら過去の事例から学ぶべき点は多く、自施設の状況把握や見直しの参考になれば幸いである。

委員会企画 15 【医療環境委員会】

CP15-3 レジオネラ症対策とリスク評価

医療法人協和会

四宮 聡（しのみや さとし）

【はじめに】レジオネラ症は人工水環境を介した環境由来感染症であり、重症化リスクの高い医療機関や福祉施設における予防策の確立は急務である。特に専門家が常駐しない施設では、ガイドラインに基づいた体系的なアプローチが求められる。本発表では、ICT（感染対策チーム）のみに依存せず、多職種が連携して取り組む「リスク評価」の実践と、組織全体で取り組む持続可能な「感染対策」のあり方について概説する。

【多職種連携による体制構築】レジオネラ症対策の実効性を高めるためには、ICTだけでなく、施設維持管理、清掃、事務、そして経営部門を含めた組織横断的なチーム構築が不可欠である。設備管理の専門知見と臨床側のリスク情報を統合することで、初めて施設の実態に即した科学的根拠に基づく対策が可能となる。また、設備の改修や維持管理には予算措置や施設運用への影響を伴うため、経営層を意思決定の枠組みに含めることが、計画的かつ持続可能な取り組みを推進する鍵となる。

【リスク評価の基本的枠組み】リスク評価は、施設内の潜在的な危険箇所を網羅的に把握し、優先的に是正すべき点を明確化するために行う。評価の柱は、給排水設備の構造や水質管理状況を確認する「工学的評価」と、患者の易感染性やケア内容を考慮する「臨床的リスク評価」を統合することにある。例えば、微生物が増殖しやすい環境の特定として水の滞留、不適切な温度管理、バイオフィーム形成の温床となる箇所の把握などが挙げられる。

【包括的な水質管理プログラムの運用】特定されたリスクに基づき、施設独自の「水質管理プログラム」を策定し、運用する。例えば、微生物繁殖の抑制策として、水の停滞防止や定期的な物理的清掃、部品交換など、微生物の定着を未然に防ぐ維持管理をマニュアル化して実施することが挙げられる。また、測定した記録を単なる点検結果として保存するだけでなく、多職種で共有・分析することで、異常の早期察知と予防的な是正措置につなげることが重要と考えられる。

【おわりに】施設におけるレジオネラ症対策の本質は、単なる点検記録の作成ではなく、多職種がそれぞれの専門性を発揮し、コミュニケーションを通じて現場の異常を是正し続ける継続的な改善活動そのものである。発生してから慌てるのではなく、日常的なモニタリングと組織的な情報共有を基盤とすることが、施設における最大の防御となる認識につなげたい。

委員会企画 15 【医療環境委員会】

CP15-4 医療環境におけるレジオネラ症対策：法的根拠に基づく組織的協働と継続的なリスク管理

元 港区衛生試験所

古関 義隆（こせき よしたか）

レジオネラ属菌による感染症は冷却塔・給湯設備・浴槽・加湿器など施設内の多様な水環境が感染源となり、医療機関でも集団感染がみられている。しかし、「自施設にどの法律が適用されるか」「検査はどこまで実施すべきか」といった疑問に対し明確な答えを出すことは難しい。今回、関係法令等を積極的に活用した安全確保と組織的な協働について考えてみたい。

医療機関のレジオネラ症対策の根拠は、「法律上の義務（A）」「告示・通知等による推奨（B）」「施設の自主的判断（C）」という3つの区分で整理できる。まず、（A）の内容は、自施設の給水方式によって異なる。例えば、一定の大きさ以上の受水槽を設置し、水道事業者の水道から受水している場合（簡易専用水道）は、年1回以上の法定検査受検、水槽の定期清掃等の義務が課される（水道法）。その他、院内感染対策の組織的実施（医療法）、患者発生時の届出義務（感染症法）なども（A）に含まれる。次に（B）については、平成15年7月25日厚生労働省告示第264号（平成30年8月3日厚生労働省告示第297号により一部改正）「レジオネラ症を予防するために必要な措置に関する技術上の指針」などがその例にあたる。告示には「特に多数の者が利用する公衆浴場、宿泊施設、旅客船舶等の施設又は高齢者、新生児及び免疫機能の低下を来す疾患にかかっている者が多い医療施設、社会福祉施設等においては、入浴設備、空調設備の冷却塔、給湯設備、加湿器等における衛生上の措置を徹底して講ずることが必要である」と明記されており、実務上推奨される基準が示されている。最後の（C）は、施設がリスクに応じて自主的に判断する領域である。給湯末端・シャワーヘッドの検査頻度や、フラッシングの具体的な手順の設計などがその例に該当する。

各法律が異なる管理主体にそれぞれの責務を課しており、レジオネラ症対策は単一部門・単一法令では完結しないことがみえてくる。そのため、法令や通知をもとに、施設管理部門と感染対策部門が、問題発生を待たず平時から管理状況を相互に確認・評価する体制が重要である。また、技術的支援を得るために保健所等の行政機関との連携を強化しておくことも重要である。このように「法令等の根拠に裏打ちされた先行的なリスク管理」の継続が、医療機関におけるレジオネラ症の発生を未然に防ぐために有効である。

委員会企画 16 【マスギャザリング関連感染症対策委員会】

CP16-1 東京オリンピック・パラリンピックの経験から

東北医科薬科大学 大学院薬学研究科 臨床感染症学教室

藤村 茂（ふじむら しげる）

東京オリンピック・パラリンピックは、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の世界的流行の影響を受け、当初の2020年開催から1年延期され、2021年に開催された。東京をはじめとする多くの競技会場では無観客開催が採用されるなど、感染対策を最優先とした極めて異例のマスギャザリングとなった。一方で、サッカー競技会場となった宮城県では、観客数を制限した上で有観客開催が実施され、地域における感染対策の実装が重要な課題となった。本大会の開催にあたり、宮城県では多数の市民ボランティアが動員され、競技運営や来場者対応に従事した。これらのボランティアは多様な年齢層・背景を有しており、感染症対策に関する知識や経験にも差があることから、均質かつ実効性のある教育が不可欠とされ、開催に先立ち約6か月間にわたり体系的な研修プログラムが実施された。研修内容は、単なる感染対策手技の習得にとどまらず、微生物学の基礎知識をはじめ、国外から持ち込まれる可能性のある感染症とその疫学的特徴、過去のマスギャザリングにおける感染症アウトブレイク事例の紹介などを含む包括的なものであった。さらに、市民レベルで実践可能な感染制御として、手指衛生、マスク着用、環境消毒といった基本的対策の意義と実践方法を繰り返し指導した。また、夏季開催であることを踏まえ、熱中症対策についても重要な健康リスク管理として位置づけ、感染対策との両立を意識した教育が行われた。こうした取り組みは、一般市民ボランティアに対して、科学的根拠に基づく感染対策の理解と実践を可能とし、結果として安全な大会運営に寄与したと考えられる。マスギャザリングにおける感染症対策は、医療従事者のみならず、現場で活動する多様な人材の理解と協働によって成立するものであり、その教育的介入の重要性が改めて示された。本発表では、東京オリンピック・パラリンピックにおける宮城県での経験をもとに、FUSEGU2020の活動や市民ボランティアへの感染対策教育の実際とその意義を概説し、今後のマスギャザリングにおける感染症対策のあり方について考察する。

委員会企画 16 【マスギャザリング関連感染症対策委員会】

CP16-2 マスギャザリングイベントにおける感染症危機管理：リスクアセスメント、リスクマネジメント、リスクコミュニケーション

大東文化大学 スポーツ・健康科学部 健康科学科

中島 一敏（なかしま かずとし）

マスギャザリングとは、特定の場所に特定の目的を持ってある一定期間、人々が集積することで特徴づけられるイベントで、その国やコミュニティの計画や対応リソースに負担をかける可能性があるものと定義される（WHO）。また、日本集団災害医学会は、一定期間、限定された地域において、同一目的で集合した多人数の集団と定義しており、国内では、概ね1万人以上の規模とされることが多い。

感染症による公衆衛生事象や感染症危機に対応するためのベストプラクティスとして、WHOは一貫性（Consistency）、迅速性・適時性（Timeliness）、良好な科学技術（Technical Excellence）、透明性と説明責任（Transparency and Accountability）が重要としている。すなわち、「科学的根拠に基づいた対応を市民の共感・納得を得て迅速に行うこと」と言い換えられる。科学的根拠に基づく対応には、専門家によるリスクアセスメントと政治や行政によるリスクマネジメントが連携することが、また、市民の共感・納得を得るためには、それらが、リスクコミュニケーションと連携することが必要となる。マスギャザリングにおいては、対象となるイベントは非日常の状況であり、その特性による感染症の発生と拡大のリスク、国内外からの人や物の流入出に伴う病原体の持ち込みや拡散リスクなどを検討し、イベントの運営における予防や対応が、また、影響が国内外の地域社会に及ぶことを考えた、より広域な予防や対応が時には必要となる。

東京2020大会においては、当初の開催予定日の前から、イベント特性の分析、感染症発生に関するリスクアセスメントが行われ、強化サーベイランスを含めた対策が準備されていた。しかし、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）パンデミックの発生により、延期を余儀なくされた。ワクチン等の効果的な予防法がなく、医療・公衆衛生の対応キャパシティが限られた中で健康被害を最小化するため、政府や自治体は、感染者、濃厚接触者、さらには地域社会、一般市民に、多方面かつ広範囲の感染予防行動や行動制限を呼びかけ、時には緊急事態宣言も行った。

果たして、東京2020大会は、パンデミック発生から約1年半経過した2021年7月21日から開催された。国、東京都、組織委員会、IOC、IPCから成る5者協議は、当初、有観客での開催を計画していたが、専門家からの感染拡大への懸念と提言の表明、デルタ株による感染レベルの上昇、緊急事態宣言の発出を受けて、無観客での開催に踏み切った。シンポジウムでは、パンデミック下におけるその一連の経緯を時系列で整理し、マスギャザリングにおけるリスクアセスメント、リスクマネジメント、リスクコミュニケーションの関係について再考する機会としたい。

委員会企画 16 【マスギャザリング関連感染症対策委員会】

CP16-3 大阪・関西万博を経験して—国際都市大阪における感染症対策

大阪公立大学大学院 医学研究科 臨床感染制御学

掛屋 弘 (かけや ひろし)

2025年に開催された大阪・関西万博は、長期間にわたり国内外から多数の来場者を受け入れる都市型マスギャザリングであり、国際都市大阪における感染症リスクを顕在化させる重要な機会となった。医療機関においては、輸入感染症や新興・再興感染症、さらには集団感染の発生に対する備えが不可欠であり、平時とは異なる高度な感染対策体制が求められた。本講演では、公開資料に基づき、万博における感染症対策を主に病院感染対策の視点から概説する。感染症情報解析センターを中核とした統合サーベイランスでは、医療機関の診療情報、薬局処方データ、会場内の健康関連情報、さらには海外における感染症流行状況などが集約され、多層的に解析された。これにより、地域の感染動向がリアルタイムに可視化され、医療機関における早期診断・早期介入の意思決定を支援するとともに、院内感染対策の迅速な強化につながった。また、下水サーベイランスの導入により、無症状感染者を含む集団レベルでの感染動向の把握が可能となり、臨床報告に先行する兆候検知として早期警戒機能を発揮した点は特筆すべきである。さらに、臨床現場では、机上訓練および実地訓練を通じて疫学調査やクラスター対応の手順が事前に検証され、医療従事者教育や多職種連携の強化が図られた。加えて、迅速診断体制の整備、患者搬送ネットワークの構築、市民へのリスクコミュニケーションの充実などが一体的に推進され、実効性の高い対応体制が確立された。これらの取り組みは、行政と医療機関が密接に連携し、地域全体で感染対策を実装した実践例であり、「都市の免疫力」を高める試みとして評価される。本経験は、今後のパンデミック対応において、サーベイランスと臨床現場を結ぶ仕組みの重要性、ならびに平時からの準備と多機関連携の必要性を示すものであり、国際都市における感染症対策のモデルケースとして重要な知見を提供する。

委員会企画 16 【マスギャザリング関連感染症対策委員会】

CP16-4 マスギャザリング時代における薬剤耐性菌持ち込み対策—入院時スクリーニングと高度耐性菌対応の実践—

兵庫医科大学病院 看護部¹⁾、兵庫医科大学病院 感染制御部²⁾、兵庫医科大学病院 臨床検査技術部³⁾○一木 薫 (いちき かおる)¹⁾、石川かおり²⁾、小坂知代子²⁾、植田 貴史²⁾、中嶋 一彦²⁾、山田久美子³⁾、飯島 紅祐³⁾

【背景】国際的な人流の増加に伴い、インバウンドおよびマスギャザリング関連感染症のリスクは高まっている。とりわけ海外由来の薬剤耐性菌の持ち込みは、医療機関における院内感染対策上の重要課題であり、従来の院内中心の対策のみでは対応が困難となっている。

【目的】兵庫県南東部の中核市に位置する大学病院における、海外由来の高度耐性菌持ち込みに対する対策として、1. 海外渡航歴・居住歴のある患者に対する入院時スクリーニング体制、2. 高度耐性菌に対する感染対策の現状と課題を明らかにする。

【活動】当院では、過去に海外由来のカルバペネム分解酵素産生腸内細菌目細菌 (CPE: KPC 型) が入院後に判明した事例を契機に、1年以内の海外居住歴および海外での医療曝露歴に基づき、入院時に便・尿・鼻腔 (必要に応じ創部・喀痰) の監視培養を実施し、結果判明まで先制的接触予防策を適用、個室隔離を基本としていた。しかし、1年半前の海外医療曝露歴を有する症例がスクリーニング対象外と認識され、その後 NDM 型 CPE が検出された事例を経験したため、対象期間を過去3年以内へ拡大する運用へ改訂した。この期間設定は明確なエビデンスに基づくものではないが、実践可能性とリスクのバランスを考慮して設定している。また、耐性菌は伝播リスクおよび治療困難性に応じて段階的に分類し、高度耐性菌に対しては迅速な ICT 介入や環境清掃強化等を実施している。さらに、CPE やバンコマイシン耐性腸球菌 (VRE) に加え、近年は *Candida auris* への対応を強化している。

【結果】リスク評価および監視培養基準を含めたスクリーニングマニュアル整備により、海外持ち込み耐性菌の早期検出が可能となり、先制的接触予防策を適用することで院内伝播は認めなかった。また、高度耐性菌検出時には、1例検出時点から迅速な対応を行うことで、アウトブレイクへの進展を防止できた。一方で、渡航歴のない患者からも NDM 型 CPE や *C. auris* が検出されており、持ち込み対策のみでは十分ではない現状が明らかとなった。

【結論】マスギャザリング時代における感染対策では、院外からの耐性菌持ち込みリスクを前提とした戦略的なマニュアル整備と運用が不可欠である。しかし、水際対策のみでは耐性菌流入を完全に防ぐことは困難であり、日常診療における標準予防策および接触予防策の徹底が院内伝播防止の根幹である。ICN は国内での検出状況を把握したうえで、リスク評価、現場介入、教育を担うハブとして機能し、多職種連携の中で対策を推進する役割を果たす必要がある。

委員会企画 16 【マスギャザリング関連感染症対策委員会】

CP16-5 大阪・関西万博感染症情報解析センターの取り組みについて

地方独立行政法人 大阪健康安全基盤研究所 公衆衛生部

本村 和嗣（もとむら かずし）

2025 年日本国際博覧会（大阪・関西万博、以下、「万博」とする）は、国内外から同時期、同じ目的で特定の場所・地域に多くの者が集まる「国際的マスギャザリングイベント」である。我々は、2023 年 6 月から、万博におけるリスク評価、および、「大阪・関西万博感染症情報解析センター」（以下、「万博解析センター」）の運用について、大阪府、大阪市、2025 年日本国際博覧会協会（以下、「博覧会協会」）、国立感染症研究所（以下、「感染症研」：2025 年 4 月 1 日より国立感染症研究所と国立国際医療研究センターは統合して国立健康危機管理研究機構が発足）、大阪健康安全基盤研究所（以下、「大安研」）の 5 者で協議をしてきた。2025 年 1 月 1 日に万博会場などで発生した感染症の情報を収集、解析する万博解析センターが大安研に設置され、同年 1 月 14 日から 11 月 30 日まで運用してきた。

準備として、自治体職員、博覧会協会職員、感染症研職員、大安研職員、感染症発生動向調査指定届出機関（疑似症定点）職員を対象に、蚊媒媒介感染症訓練、麻しん対応訓練、麻しん・侵襲性髄膜炎菌感染症対応訓練、疑似症サーベイランス対応訓練、万博解析センター運用確認訓練を行い準備を進めてきた。国内外からの感染症の持ち込みや二次感染が発生し、短時間で広範囲に感染が拡大する危険性があること、開催期間が春から秋にかけて、約半年間になるというイベントの特徴、万博（来場者、スタッフ）に関連した集団発生、国外からの持ち込みのリスク、大規模事例かつ重症度の高い疾患を踏まえ、リスク評価において、麻しん、侵襲性髄膜炎菌感染症、腸管出血性大腸菌感染症は、特に、注意すべき感染症となった。

我々は、強化サーベイランス対象疾患の早期探知を目的に、Indicator based surveillance と Event based surveillance の 2 種類のサーベイランスをもとに、5 つの指標から、感染症の発生動向を監視した。5 つの指標は、a) 万博関連情報の探知強化：通常の感染症発生動向調査の徹底（全数把握感染症、定点把握感染症）、b) 会場内の感染症兆候の探知、c) 蚊媒媒介病原体の探知強化、d) 万博に影響のある国内外の感染症に関するメディア情報収集、e) 抗インフルエンザ薬等の処方数による推計患者数の情報を収集、である。

万博解析センターで得られた経験を、今後のレガシーとして、(i) 既存のサーベイランス システムの強化（行政機関、保健所との連携強化）、(ii) 学会発表、論文発表、(iii) 他の自治体へ経験を伝える、(iv) 人材育成に、活かしていきたい。本発表では、強化サーベイランスの仕組み、意義、対応、万博後のレガシーについて、紹介したい。

委員会企画 17 【利益相反委員会】

CP17 臨床研究および医療専門職教育における利益相反

札幌医科大学 医学部 医療統計・データ管理学講座

樋之津史郎（ひのつ しろう）

近年、学会発表スライドなどの 2 枚目には「利益相反」開示の記載を必須としている学会が増えてきている。学会や施設によって開示の基準が多少違うが、企業名などを開示することになる。

厚生労働省の「厚生労働科学研究における利益相反の管理に関する指針」に書かれているように、利益相反（Conflict of Interest：COI）とは「具体的には、外部との経済的な利益関係等によって、公的研究で必要とされる公正かつ適正な判断が損なわれる、又は損なわれるのではないかと第三者から懸念が表明されかねない事態」と定義されている。COI で開示するのは、経済的な利益関係にある（研究者が所属する機関以外の）機関から給与等を受け取るなどの関係である。

文部科学省の「産学官連携による共同研究強化のためのガイドライン」には、「産業構造の変化やグローバル化などにより、企業や大学・国立研究開発法人を巻き込んだ国際競争が激化している」ことから、産学官連携した共同研究が推奨されている。そこでは知財の管理や、COI の管理についても言及されている。

このようなことから、先進的な研究を行うために多額の資金を必要とする場合に限らず、企業などからの資金提供は専門家に対して多く行われており、管理された状態の COI であれば、企業等からの資金提供を否定するものではない。

逆に、現在の COI 管理の多くの部分は自己申告であることから、正確な開示はもちろんのこと、単に「開示した」ことで、すべての道義的な義務を果たしたと信じることは問題に対応したことにはならない。

医療専門職教育の場面においても COI は管理が必要で、学生の成績は試験の評価において、「親族関係」や「経済的依存関係」を開示し、関連のある教員は評価プロセスから外れるように規定を作成している教育機関もある。

今回のセッションでは、臨床研究と教育現場での COI についてまとめ、COI 管理の基本的な考え方を共有することを目的とする。演者は利益相反の専門家ではないが、長く臨床研究支援業務に携わっており、倫理指針のもとで行われる臨床研究に精通していることから、自らの経験に基づき COI に関する情報を提供するものである。

委員会企画 18 【四学会合同抗菌薬感受性サーベイランス運営委員会】

CP18

四学会合同抗菌薬感受性サーベイランス報告—*Clostridioides difficile* 感染症—

聖マリアンナ医科大学感染症学講座

國島 広之（くにしま ひろゆき）

【目的】四学会合同抗菌薬感受性サーベイランスは、2009 年より日本化学療法学会、日本感染症学会、日本臨床微生物学会が合同で実施し、2023 年から日本環境感染学会が参加した。本調査では *Clostridioides difficile* 感染症（CDI）患者由来株の各種抗菌薬感受性および分子疫学を検討した。

【方法】2024 年 6 月～12 月に全国 11 施設のうち 10 施設から収集された 129 株より、別菌種等 23 株を除外した 106 株を解析した。CLSI 準拠の寒天平板希釈法によりバンコマイシン（VCM）、メトロニダゾール（MNZ）、フィダキソマイシン（FDX）、モキシフロキサシン（MFLX）、チゲサイクリン（TGC）の MIC を測定し、CLSI M100-S33th Edition および EUCAST v15.0 に基づき耐性率を算出した。さらに PCR リボタイピング、POT 法、CD toxin PCR（Toxin A/B、Binary toxin）を実施した。

【結果】施設種別では大学病院 87 株（82.1%）、一般病院 19 株（17.9%）であった。CLSI 基準では MFLX に 24.5%（26/106 株）が耐性を示し、VCM・MNZ は全株が感性、EUCAST 基準では MFLX 24.5%（26 株）、FDX 0.9%（1 株、MIC 64μg/mL）、TGC 0.9%（1 株、MIC 0.5 μg/mL）が耐性であった。PCR リボタイピングは 35 型に分類され、ST 8 が 19.8%（21 株）、ST 42 が 17.0%（18 株）であった。POT 法では 65 型に分類され、827-3 型が 13.2%（14 株）であった。Binary toxin は全例陰性であった。

【結論】本邦の CDI 分離株では VCM および MNZ は全株感性、1 株が MIC 64μg/mL と耐性を示した。MFLX には約 25% が耐性を示した。分子疫学的には ST 8、ST 42、POT 827-3 型が主要な型であった。

委員会企画 19 【編集委員会】

CP19-1

日常業務の「？」を論文に変える—届出制という日本独自の制度に着目した研究の立案から論文の採択まで—

東京大学 医学部附属病院 薬剤部

田中 雄大（たなか たけひろ）

量的研究は仮説を先に立てて、データで確かめるアプローチで一般化できる法則の提示を目的とするが、その前提となるリサーチクエスションは日常臨床の「気づき」から生まれることが多い。

演者は東京大学医学部附属病院薬剤部において抗菌薬適正使用支援チーム（antimicrobial stewardship team：AST）担当薬剤師として抗菌薬使用届出制の運用に携わる中で、「抗菌薬使用届出書（以下、届出書）をきちんと書けば、感染症治療の方針が担当医の中で明確になるため、抗菌薬適正使用は改善するのではないか？」という素朴な疑問を抱いた。届出書は我が国で独自に発展した抗菌薬適正使用支援ツールであるにもかかわらず、届出書の記載状況と抗菌薬適正使用のプロセス実行率との関連を検証した報告は存在しなかった。

先行研究の文献検討を経て設定したリサーチクエスションは、「届出書の記載状況において、記載良好群と不良群の間でプロセス実行率に差があるか」という比較を問うものであり、後ろ向き観察研究による量的研究デザインを選択した。抗 MRSA 薬・カルバペネム系抗菌薬投与患者 399 例を対象に解析した結果、投与量・TDM・培養採取率等の全プロセス実行率において両群間に有意差は認められなかった。AST 支援体制が整備された施設では、届出書の記載割合がプロセス実行率に与える影響は限定的であることが示された。論文化の過程では、比較対象の設定や除外基準の根拠、プロセス指標の操作的定義など方法論の構築に多くの議論を要したほか、査読者からの指摘を前向きに捉えて研究の精度を高めていく作業が、論文としての完成度を大きく左右することを痛感した。こうした方法論の構築と精緻化のプロセスこそが、日常業務の観察や記述的報告を原著論文として成立させるために重要であり、その道筋は職種を問わず多くの臨床家に共通するものと考えている。

本演題では、日常業務の疑問をリサーチクエスションへと昇華させた過程、研究デザイン・除外基準・評価指標の設定における試行錯誤、そして査読対応の実際について率直に紹介する。

委員会企画 19 【編集委員会】

CP19-2 報告から原著へ：原著採択に必要な研究デザイン・新規性・記述品質の再構築

高知大学医学部附属病院 薬剤部

浜田 幸宏（はまだ ゆきひろ）

本発表の目的は、「原著から報告となった理由」を基盤に「報告を原著へ推奨するための具体的なポイント」を提示することである。近年、学会投稿論文において「原著」から「報告」への事例が増加している。2023-2025 年度に投稿された論文のうち、原著として不採択となった事例を体系的に分析し、主要因を抽出した。23-25 年度の対象論文を年度別・大項目別に分類し、指摘内容を共通項目にマッピングした。そのうえで、各指摘項目を「変更すべき要件」として再構成した。原著化のためのポイントとして、以下があげられる。

1. 研究デザイン・方法論の不備（10 件）：研究計画の厳密化
「対象者選定の根拠不足」「統計解析の欠如」「評価方法が標準指針に準拠していない」といった指摘が複数の論文で確認された。
・対象者選定の根拠を明確化し、サンプルサイズの妥当性を示す
・統計解析計画を事前に定義し、比較方法の妥当性を担保
・評価指針・標準化手法に準拠した測定・解析を採用
・質的研究ではコード化・カテゴリ化の信頼性確保（再現性の提示）
2. 新規性・独自性の不足（8 件）：研究の独自価値の明確化
「既存研究との差別化が弱い」「既知の知見の再確認に留まる」といった指摘が多かった。
・既存研究のギャップを明確化し、研究の位置づけを再定義
・新規性を示すための追加解析・サブ解析の導入
・普遍性のある知見へ昇華するための理論的背景の強化
3. 結果と考察の不一致（7 件）：論理構造の再構築
「結果に基づかない考察」「論旨の飛躍」が複数の論文で指摘された。結果 → 解釈 → 結論の因果関係を明確化
・文献の妥当性を再検証し、過度な一般化を避ける
・データが示す範囲内での結論形成
4. 記述の不備・整合性欠如（6 件）：記述品質の向上
「誤字脱字」「表と本文の不一致」「英文要旨の不自然さ」が典型的な指摘として挙げられた。
・用語定義の統一
・表・図・本文の整合性チェック
・英文校正・文章構造の最適化
・研究報告としての読みやすさ・論理性の確保
5. 原著としての完成度不足（5 件）：研究全体の深度向上
「科学的厳密性が不足」「活動報告レベルに留まる」といった総合的な弱点が確認された。
・研究の深度を高める追加データ・補足解析
・再現性・普遍性を担保する方法論の強化
・原著としての「科学的貢献」を明確化

以上、原著として採択されるためには、研究デザインの厳密化、新規性の明確化、論理構造の整合性、記述品質の向上が不可欠である。今後は、これらの基準を研究支援・教育・査読者トレーニングに活用することで、原著論文の質向上に寄与できると考える。

本発表にあたり、日本環境感染学会誌の編集委員の先生方、またデータ抽出にご協力いただきました編集事務局の小室美都里に深く感謝申し上げます。

委員会企画 20 【ワクチン委員会】

CP20-1 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、水痘ワクチン

神奈川県衛生研究所

多屋 馨子（たや けいこ）

本ガイドラインの第 1 版「院内感染対策としてのワクチンガイドライン」が 2009 年 5 月に発行されてから、17 年の歳月が過ぎた。ワクチンの種類も増えて、2026 年には第 5 版を発行するに至った。

2009 年当時は、医療機関に勤務する人を対象としたワクチンや抗体検査は普及しておらず、これらのワクチンを接種するのは一般的ではなかった。しかし、医療機関に勤務する職員が発症すると、その後の対策は困難を極め、麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜの予防は喫緊の課題であった。

麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜを予防するワクチンはいずれも弱毒生ワクチンで、妊娠中や免疫抑制状態にある者等は接種不適当者であり、接種できない。2026 年 5 月現在、乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチン（以下、MR ワクチン）、乾燥弱毒生麻疹ワクチン、乾燥弱毒生風しんワクチン、乾燥弱毒生水痘ワクチン、乾燥弱毒生おたふくかぜワクチンが用いられているが、2026 年には、かねてからの念願であった乾燥弱毒生麻疹おたふくかぜ風しん混合ワクチン（以下、MMR ワクチン）が国内で薬事承認され、4 月現在、販売に向けた準備中である。

抗体検査の考え方を表として掲載しているが、医療機関に勤務している者や実習生、救急隊を対象としていることから、感染予防レベルの高い値を挙げている。しかしながら、この値になるまでワクチンを受け続けなければならないということではない。1 歳以上で 2 回の予防接種の記録を個人と医療機関の双方で保管することが原則であり、これが確認できれば抗体検査は必須とはしていない。母子健康手帳がないという成人は多いが、実家に確認すれば、母子健康手帳が大切に保管されていることが多い。予防接種歴のページだけでも写真にとって、自分の携帯電話に送ってもらえれば、一生の記録として、肌身はなさず、保管しておくことが可能となる。まずは、この記録の確認である。2026 年は世界的にも麻疹の流行規模が大きくなっており、国内発生例も急増している。MR ワクチン、水痘ワクチン、おたふくかぜワクチンは、医療に直接従事する者のみならず、医療機関で勤務している人全員が対象となるワクチンである。自らの発症を予防し、周りにいる患者や職員に感染を広げてしまわないように、事前の接種を完了させておきたい。

委員会企画 20 【ワクチン委員会】

CP20-2 百日せきワクチン

福岡看護大学¹⁾、福岡歯科大学医科歯科総合病院予防接種センター²⁾岡田 賢司 (おかだ けんじ)^{1,2)}

2025 年国内の百日咳報告数は 89,387 例に達し、2018 年本感染症が感染症法で 5 類定点把握疾患から全数把握疾患へ変更されて以来最大の流行となりました。感染者数が増加すると、懸念されていた 5 種混合ワクチン接種開始前の生後 2 か月未満の新生児・早期乳児の重症例・死亡例が全国から報告されました。2025 年の届出患者年齢分布では、10-14 歳 52%、5-9 歳 24% と全体の 3/4 を占めています。重症例・死亡例では、同胞が咳をしていて家族内感染も疑われる症例が半数以上を占めています。一方、この 5-14 歳の感染者のうち 70% 以上が百日せき含有ワクチン 4 回接種しており、現行の幼児期以降に追加接種のない接種スケジュールでは、新生児・早期乳児の重症化は抑えることができないことが明らかとなりました。欧米でも百日咳が再興しています。米国では 2024 年約 35,000 例が報告され、2023 年の約 5 倍の報告となりました。2025 年も高い発生状況が続いており、死亡例も 2024 年 16 例、2025 年 16 例報告されています。欧州でも 2023-2024 年に大規模流行が発生しています。2024 年 29 か国の報告数は 209,674 例で、12,827 例 (7.5%) が入院しています。年齢別では乳児が 5,246 例 (41%) と半数近くを占め、1-4 歳が 2,191 例 (17%) でした。予後が判明した 186,209 例のうち死亡が 84 例でした。44 例が乳児、29 例が 65 歳以上でした。乳児が最も重症化しやすい集団であることに国内外で変わりありません。百日咳再興に伴い、欧米では医療従事者への Tdap 接種の重要性が再認識されています。欧米で最も明確な医療従事者への Tdap 接種制度を提案している英国のガイドが 2024 年 8 月に更新されました。接種目的は、・乳児への曝露防止・周産期病棟アウトブレイク予防・職員感染予防となっています。接種対象は、・NICU スタッフ・新生児室スタッフ・産科病棟スタッフ・助産師・小児医療従事者とされています。接種条件は過去 5 年間に Tdap ワクチン未接種の医療従事者です。欧米諸国共通の目標とする接種対象者は「乳児へ接触する医療従事者」で、Maternal Tdap 接種単独ではなく、Healthcare Worker Tdap 接種との組み合わせが標準的対策として定着しています。当日は、本委員会から公開している医療関係者のためのワクチンガイドライン第 5 版で提案している接種対象者（職業上の推奨）を紹介し皆様のご意見を伺いたいと思います。まとめ欧米では「乳児を守るための妊婦への Tdap 接種と医療従事者への Tdap 接種」が標準的対策となっており、日本でも早急な検討が必要な時期になっている。

委員会企画 20 【ワクチン委員会】

CP20-3 新型コロナワクチン

東北医科薬科大学 大学院薬学研究科 臨床感染症学教室

藤村 茂 (ふじむら しげる)

COVID-19 は毎年ワクチン株が選定されることから、2022 年の追補版以降、2024 年、2026 年と約 2 年ごとに改訂が行われてきた。本年 1 月に改訂された日本環境感染学会ワクチンガイドライン第 5 版において、新型コロナウイルスワクチンの位置づけが再整理された。2025-26 シーズンはインフルエンザが早期より流行拡大した影響もあり、COVID-19 の感染者数は相対的に抑制されて推移したものの、高齢者を中心とした重症化リスクは依然として存在し、さらに罹患後症状(Long COVID)の観点からも、感染予防および重症化予防の重要性は変わっていない。本ガイドラインでは、こうした疫学的背景を踏まえ、新型コロナワクチンの接種意義が改めて明確化された。今回の改訂における重要なポイントとして、医療関係者への接種推奨である。新型コロナワクチンは個人の重症化予防に加え、医療機関内での感染伝播抑制および医療提供体制の維持の観点からも重要であり、医療従事者への接種が推奨される。さらに、施設としての実装に関しては、有効性や安全性のみならず、剤型や貯法といった製剤特性も考慮してワクチンを選択することの重要性が明示された。また、副反応の出現時期や頻度を踏まえ、接種後の勤務体制に配慮することなど、医療機関としての運用面にまで踏み込んだ内容が示された点も今回の改訂の大きな特徴である。加えて、本ガイドラインでは 2025-26 シーズンに向けたワクチン抗原の更新も反映された。2024-25 シーズンでは JN.1 株が用いられていたが、2025-26 シーズンでは、製薬企業 2 社が XEC 株、3 社が LP.8.1 株を抗原組成とするワクチンを供給している。これらはいずれも 2025 年夏に流行した NB.1.8.1 株に対しても交差免疫が示されており、流行株の変化に対応しつつ広範な防御を志向した抗原設計が採用されている。一方で、我が国において新型コロナワクチンは B 類疾病として位置づけられ、主に 65 歳以上の高齢者および基礎疾患を有する者を対象に、年 1 回の定期接種が実施されている。この制度は重症化予防を主な目的としており、努力義務を伴わない点が特徴である。すなわち、わが国の制度は高齢者の重症化予防を中心とした接種体制を規定するものであるのに対し、本学会ガイドラインは医療機関内での感染対策および医療体制維持の観点から医療関係者への接種意義を示しており、両者は目的と対象の違いを踏まえて理解する必要がある。現在我々は 5 つのワクチン製剤を選択出来るようになったが、今回のガイドライン改訂は、本来新型コロナワクチンに期待される「高齢者の重症化予防」を担保しつつ、医療現場においては「感染伝播抑制と医療体制維持」を目的として活用することの重要性を示したものと見える。本シンポジウムでは、これらの改定ポイントを概説し、今後の COVID-19 感染対策におけるワクチンの位置づけについて考察する予定である。

委員会企画 20 【ワクチン委員会】

CP20-4 B型肝炎ワクチン、ダニ媒介性脳炎ワクチン

信州大学 医学部附属病院 感染制御室

金井信一郎（かない しんいちろう）

医療関係者のためのワクチンガイドライン第5版改定にあたり、「B型肝炎ワクチン」および「ダニ媒介性脳炎ワクチン」のポイントを解説する。

【B型肝炎ワクチン】

B型肝炎ウイルス（HBV）は血液媒介感染症の中でも感染力が非常に強く、ワクチン接種は患者や血液、血液が付着した環境表面に接触する可能性のあるすべての医療関係者を対象とする。第4版改定後間もないことから、第5版では内容の変更は行っていない。

欧米では、十分な抗体（HBs 抗体 10 mIU/mL 以上）を獲得すれば、その後 HBV 陽性血に曝露されても顕性の急性 B型肝炎は発症せず、抗体価が低下しても防御効果は持続するため追加接種は不要とされている。本ガイドラインでも同様に、免疫獲得者に対する定期的な抗体価測定や抗体価低下に伴う追加接種は不要とし、この考え方を踏襲した。

一方、抗体価低下後には HBV 曝露後に HBV DNA が一過性に陽性化する例や、免疫抑制下で再活性化が生じる可能性がある。そのため一部施設では抗体価測定や追加接種などのより厳格な対応が行われているが、本ガイドラインは発症予防を目的とした最低限の要求事項を示すものであり、これらを否定するものではない。

【ダニ媒介脳炎ワクチン】

ダニ媒介性脳炎（Tick-borne encephalitis：TBE）は、TBE ウイルスを保有するマダニ刺咬により感染し、中央・東ヨーロッパ、ロシア、中国などで流行している。臨床経過や転帰はウイルスの亜型により異なり、日本では致死率の高い極東型が分布している。

国内では 2024 年に不活化ワクチン（タイコバック水性懸濁筋注）が承認・発売され、第5版より本ガイドラインに追加した。患者発生は北海道に限られるが、他地域でも抗体保有例が確認されており、ウイルスの広範な分布が示唆される。

接種は主に流行地への渡航者を対象とし、初回免疫は3回接種（1～3か月後、5～12か月後）で行い、その後は年齢に応じて追加接種を行う。抗体陽性率は約 99% と高いが、高齢者では抗体価が低下しやすい。副反応は概ね軽度である。

TBE はヒトからヒトへの感染はなく、医療従事者としての職業曝露リスクは低いが、流行地での野外活動、TBE ウイルス実験従事者、流行地に勤務する獣医学関係者などには接種が推奨される。

委員会企画 21 【新興・再興感染症対策委員会】

CP21-1 *Candida auris* の国内外の現状と必要な対策：診療の手引き第 2.0 版に基づく最新知見

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 国際感染症センター

石金 正裕（いしかね まさひろ）

Candidozyma auris (*Candida auris*) は 2009 年に日本で初めて報告されたカンジダ属真菌であるが、現在では世界的に拡大が続く重要な新興病原体である。2022 年に WHO が真菌優先病原体リストに指定し、海外では院内アウトブレイクが相次いでいる。米国では 2023 年に年間 4,500 例超の臨床例が確認され、英国でも 2025 年 4 月から届け出対象疾患への制度に移行した。主に 4 つの遺伝子型（clade I～IV）が存在し、2018 年以降は第 5・第 6 クレードも報告されている。国内では、2009 年の初報告（clade II・非侵襲性）以降、侵襲性症例の報告はしばらくなかったが、2020 年に海外由来株（clade I）による真菌血症死亡例が確認された。2023 年の厚労省事務連絡発出後、2025 年 1 月までに 18 都道府県から 34 例の相談・報告があり、確定例 8 例はいずれも局所感染症であった。国内 70 株の解析では大半が clade II であり、フルコナゾール耐性株は 20%、エキノキャンディン系・ポリエン系への耐性株は確認されていない。*C. auris* は他のカンジダ属と比較して薬剤耐性率が高く、侵襲性感染時の致死率は 30～60% に達する。正確な同定には質量分析法または遺伝子検査が必要であり、生化学的性状での誤同定に注意が必要である。治療はエキノキャンディン系を第一選択とし、感受性試験の実施と治療中の耐性化監視が推奨される。感染対策の要点は、手指衛生の徹底・個室隔離を原則とした接触予防策・高頻度接触表面の消毒強化（エタノール・次亜塩素酸ナトリウム等の中水準以上）の 3 点である。環境中で 3～4 週間以上生存可能であり、退院時の最終清掃と転院先への情報共有が不可欠である。1 例の確認時点でアウトブレイクを疑い、速やかに接触者スクリーニングを実施することが重要である。国際的な人流の増加を背景に、国内での *C. auris* 感染症リスクは今後高まると予測される。早期診断体制の整備と院内感染対策の強化が急務であるため、本セッションで最新の知見を共有したい。

委員会企画 21 【新興・再興感染症対策委員会】

CP21-2 海外から持ち込まれる新興・再興感染症への対応

国際医療福祉大学 成田病院 感染症科¹⁾、国際医療福祉大学 医学部 感染症学講座²⁾高谷 紗帆 (たかや さほ)^{1,2)}

グローバル化に伴い、新興・再興感染症が海外から日本国内に持ち込まれるリスクが高まっている。感染症指定医療機関だけでなく、多くの医療機関でも海外からの持ち込み感染症を診療しうることにある。最前線でその診療にあたるのはとても不安なことだ。感染経路が新しいわけではなく、医療現場で行うべき感染対策も変わらないものの、対峙する相手をよく知っておかなければならないのは間違いない。特に海外から持ち込まれる新興・再興感染症については、実際に持ち込まれる前から情報をアップデートして準備を整えておく必要がある。今回は結核を例にとり、WHOの推奨する結核感染対策の階層構造：hierarchy of tuberculosis infection prevention and control measures (administrative controls, environmental controls, respiratory protection) に沿って考えてみたい。

委員会企画 21 【新興・再興感染症対策委員会】

CP21-3 医療機関における新興・再興感染症検査体制の課題：検査の立場から

大阪大学大学院医学系研究科変革的感染制御システム開発学寄附講座¹⁾、大阪大学医学部附属病院感染制御部²⁾山本 剛 (やまもと ごう)^{1,2)}

【はじめに】新興・再興感染症への備えは、COVID-19 パンデミック以降、医療機関における感染対策上の重要課題となっている。結核、麻疹、輸入感染症、薬剤耐性菌などは、院内感染対策、初動対応、診断体制、行政連携に大きな影響を及ぼす。一方で、検査室の立場から見ると、国内の検査体制には多くの課題が残されている。

【検査の目的】検査対象となる微生物の幅は広く、細菌、抗酸菌、真菌、ウイルス、寄生虫までを含む。微生物検査の目的は、原因微生物を迅速に把握し、適切な治療につなげることに加え、二次感染防止のために必要な感染対策を判断することである。対象には、麻疹ウイルスや結核菌のように感染伝播リスクが高く速やかな隔離判断を要する病原体もあれば、緑膿菌などの病原性は必ずしも高くなくても薬剤耐性により治療選択や感染対策が困難となる病原体も含まれる。したがって、検査結果は診断補助にとどまらず、患者配置、個人防護具の選択、接触者対応、抗菌薬適正使用にも関わる重要な情報となる。そのため、単一の検査手法や一施設内の経験だけで対応することは難しく、検査室には幅広い知識と柔軟な対応力が求められる。

【検査対応と課題】病原体ごとに必要な検査法は大きく異なる。ウイルス感染症では血清学的検査やPCR検査が中心となる一方、病院の微生物検査室では培養検査を中心とした体制が主流である。そのため、検査室内でも部門を超えた連携が求められる。結核菌検査では、塗抹検査とPCR検査、培養、同定、薬剤感受性検査が重要であるが、検査に時間を要し、バイオセーフティ、人員、設備面での負担も大きい。院内で一連の検査を実施している施設は限られている。さらに、感染症法上の届出疾患に該当しても、診療報酬に紐付かない検査や採算性の低い検査もあり、新興感染症や輸入感染症の検査を一般医療機関で継続的に担うことは難しい。発生数の少ない輸入感染症では、検査室に対応経験や運用体制がなく、医師が保健所への検査依頼や行政調整を個別に担うこともある。このような状況では、検査室として症例や検査需要を把握しにくく、平時からの準備、教育、訓練にもつながりにくい。また、関係機関との連絡体制や役割分担が不明確な場合、発生時の初動が遅れる可能性があり、課題が多く残されている。

【おわりに】新興・再興感染症対策では、検査室単独の努力には限界がある。診療部門、感染対策部門、行政機関が一体となり、技術的、人的、財政的、制度的課題を共有しながら、平時から持続可能な検査体制を構築する必要がある。本発表では、結核感染対策を含む再興感染症への備えを出発点として、医療機関の検査室が担うべき役割と、迅速な検査依頼、結果共有、感染対策判断を可能とする連携のあり方について考察する。

委員会企画 21 【新興・再興感染症対策委員会】

CP21-4 重症熱性血小板減少症候群（SFTS）の現状と診断・治療・感染対策上の注意点

宮崎大学 医学部 内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野

宮崎 泰可（みやざき たいが）

重症熱性血小板減少症候群（severe fever with thrombocytopenia syndrome：SFTS）は、SFTS ウイルスによるマダニ媒介性人獣共通感染症であり、西日本を中心に国内発生が継続している。近年は発生地域の拡大、伴侶動物（ネコ、イヌなど）を介した感染リスク、高齢者や基礎疾患を有する患者における重症化が問題となっており、地域医療および感染症診療における重要性は増している。

SFTS の潜伏期間は 1-2 週間で、発熱、倦怠感、頭痛などの症状で発症し、その後嘔吐下痢などの消化器症状を呈することが多い。全身性の皮疹や肝脾腫は稀であり、マダニの刺し口を認めるのは約半数である。血液検査では、血小板減少、白血球減少、肝機能異常などを高頻度に認め、CRP は基準範囲内のことが多い。また、PT 正常・APTT 延長、フェリチン上昇なども認める。自然経過や対症療法のみで軽快する場合もあるが、意識障害や出血傾向を呈し第 7 病日頃から重症化していくケースがある。その場合は血球貪食症候群、菌血症、侵襲性肺炎、アスベルギルス症などの合併症を伴い、多臓器不全が進行して致死的な経過をたどる。2024 年、SFTS に対する世界初の抗ウイルス薬として、ファビピラビルが日本で承認された。本症の予後改善には、早期診断と重症化予測に基づく治療介入が極めて重要である。

感染対策上は、患者血液・体液・分泌物を介した医療関連感染や家族内感染の報告があることから、標準予防策に加え、血液・体液曝露を想定した接触予防策を徹底する必要がある。気管挿管、吸引、剖検、遺体処置など高リスク手技では、適切な個人防護具の使用、針刺し・切創防止、環境清拭、曝露後対応の明確化が不可欠である。また、伴侶動物診療や動物由来感染の観点から、獣医療・公衆衛生領域との情報共有も今後の課題である。SFTS はまれではあるが致死率の高い感染症であり、専門医には、診断の遅れを防ぐ臨床的感度、地域横断的な検査・紹介体制の構築、ならびに医療従事者を守る感染対策教育を主導する役割が求められる。

当日は、SFTS の現状や臨床上の注意点に加え、西日本で行っているレジストリ研究の状況と解析結果についてもご紹介したい。（宮崎大学 医の倫理委員会：O-1413-1, 承認日 2024 年 11 月 12 日）

委員会企画 22 【認定制度委員会】

CP22-1 新しい認定制度（CIP）とは？

名古屋大学医学部附属病院

八木 哲也（やぎ てつや）

日本環境感染学会では、本年度より新しい認定制度を立ち上げました。今回の委員会企画では、新しい認定制度の設立の背景、運用の実際についてお話したいと思います。

この認定制度は、新型コロナウイルスの流行や薬剤耐性菌の拡がりを経験し、より幅広く現場で感染制御を担う人材育成を推進する必要性が高まったために設立されたものです。これまでの感染制御に関する認定は、各医療専門職の分野別に設立された認定制度に基づいていましたが、今回の日本環境感染学会認定制度（CIP）は職種横断的な感染制御の認定制度になっています。これまで感染制御の認定制度のなかった職種や、高齢者施設の職員にも門戸を開いています。

認定制度の内容は、

第 1 ステップ（Certified Infection Preventionist：CIP）

医療従事者のビギナーレベル、高齢者施設の従事者レベル

第 2 ステップ（Advanced CIP：A-CIP）

ICT の一員として活動するメンバーに求められるレベル

第 3 ステップ（Expert CIP：E-CIP）

感染制御に関わる各医療専門職の分野で認定される資格よりも高度なレベル

となっていて、今回動き出したのは第 1 ステップの CIP の認定制度です。第 2 ステップ（A-CIP）、第 3 ステップ（E-CIP）については、今後制度化して運用していく予定です。CIP の認定では、すでに各専門職の感染制御の認定資格のある方は受験免除で認定する予定です。会員の皆さんは是非認定制度の意義を理解して、この認定制度に参加して頂きたいと希望します。



委員会企画 22 【認定制度委員会】

CP22-2 第1ステップ (CIP) の試験制度

板橋中央総合病院

坂本 史衣 (さかもと ふみえ)

本講演では、2026年に運用が開始された日本環境感染学会認定制度の第1ステップである Certified Infection Preventionist (CIP) の試験制度を概説する。

CIPは本認定制度の3段階 (CIP、Advanced CIP、Expert CIP) の入口に位置づけられ、医療従事者のビギナーレベルおよび高齢者施設従事者レベルの受験者を想定している。職種を問わず受験可能であり、従来の職種別の認定の枠組みでは感染管理の専門性を証明する手段がなかった医療関係者にも、職種横断的かつ客観的にそのコンピテンシーを示す道が開かれた点に大きな意義がある。

出題範囲は、疫学・統計学、微生物学・感染症学、感染防止技術、ワクチンプログラム、洗浄・消毒・滅菌、成人教育・コミュニケーション、医療環境管理、情報管理、感染管理プログラム、関係法規の10領域から、感染管理の実務者が共通して身につけておく必要がある基本的な知識を幅広く問う構成となっている。受験準備の支援として、会員専用ページに教材スライドが整備されている。

本講演がCIPの受験を検討する方々や、感染管理の人材育成を担う方々にとって参考になれば幸いである。

委員会企画 22 【認定制度委員会】

CP22-3 高齢者施設での感染対策の課題と認定制度

日本環境感染学会 認定制度委員会

○大毛 宏喜 (おおげ ひろき)、渋谷 智恵、坂本 史衣、小野 和代、上灘 紳子、
川村 英樹、高橋 幹夫、長尾 美紀、畑 啓昭、三浦 美穂、村木 優一、
吉田真紀子、八木 哲也

我が国の感染制御は、1990年前後に流行したMRSAの院内感染をきっかけに、国の施策が次々に打ち出された。院内感染防止対策加算 (1996年)、院内感染対策サーベイランス (JANIS) 事業開始 (2000年)、施設基準としてのICT設置 (2010年) 等と、初期の20年は主に大規模医療機関を中心に感染制御水準の向上が図られた。

その後地域連携加算 (2012年)、薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン (2016年)、抗微生物薬適正使用の手引き (2017年)、感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) 公開 (2019年)、外来感染対策向上加算・連携強化加算 (2022年) 等と、最近15年あまりは中規模医療機関や診療所への薬剤耐性菌対策が推進されている。

現在の状況は、感染対策向上加算1算定医療機関の感染制御水準が一定の目標に達し、加算2、3算定医療機関との連携が実を結びつつある段階と考える。診療所については、抗菌薬適正使用支援システム (OASCIS) が2022年に始動し、今後の成果が期待されている。本学会は1985年の発足以来、学術団体として国の施策と連動し、学術レベルの向上と人材育成を行ってきた。今後目指すべきは、高齢者施設をはじめとする社会福祉施設における感染対策の推進である。高齢者施設内での薬剤耐性菌の広がりは、地域連携の枠組みの一つとして重要性が増している。ただし高齢者施設では感染制御を担う人材の育成や財源が課題となる。また生活の場に近い環境であることから、医療機関で行っている感染対策の手法をそのまま適応するのは不適切である。

そこで今回本学会では、職種を問わず基本的な知識から高度な内容まで習得可能な認定制度を設計した。第一ステップでは高齢者施設の職員等も対象とした人材育成を目指している。

委員会企画 23 【認定制度委員会】

CP23-1 感染対策で必要な微生物学と感染症治療の基本

東京慈恵会医科大学 内科学講座 感染症内科

堀野 哲也（ほりの てつや）

医療施設や介護施設では、発熱、咳嗽、下痢などの症状を呈する患者や利用者に対して、その症状により標準予防策に加えて感染経路別予防策を選択し、適切な感染対策を実施しつつ肺炎や尿路感染症の診断のもと感染症に対する治療が開始される。感染対策の目的のひとつとして微生物の蔓延を防ぐことがあげられ、感染症治療のひとつとして抗微生物薬の投与があげられることから、感染対策、感染症治療のいずれも患者が感染した微生物を想定して対応する必要がある。

微生物は大きく分けて、ウイルス、細菌、真菌、寄生虫に分類される。ウイルスはインフルエンザウイルスやノロウイルス、麻疹ウイルスなどの RNA ウィルス、水痘・帯状疱疹ウイルスやアデノウイルスなどの DNA ウィルス、ヒト免疫不全ウイルス (HIV) などのレトロウィルスに分類されるが、感染対策の観点からは、麻疹や水痘のように空気予防策をすべきか、HIV 感染症のように標準予防策のみで良いのかといったような感染経路別予防策を選択すべきかということに加え、ウイルス粒子の外側にある脂質二重膜の構造であるエンベロープを有するか否か、つまり、アルコール消毒の有効性ということも重要になる。細菌は好気性菌と嫌気性菌に分類され、偏性嫌気性菌は酸素の曝露によって死滅するため、偏性嫌気性菌による感染症を疑って培養を提出する際は専用の容器で採取、運搬しなければならない。そのため、培養検査を提出する際にはどのような細菌を想定して提出するのかということも考える必要がある。また、分離された細菌に対する治療の必要性を考えなければならない。血液や髄液のように通常無菌である検体から分離された場合は血流感染症あるいは髄膜炎として治療が必要ことが多いが、喀痰や開放創などから分離された際には肺炎や皮膚軟部組織感染症の原因菌なのか、あるいは常在菌や汚染菌なのかを検討し抗菌薬投与の必要性を決定する。分離された細菌が薬剤耐性菌であった場合は接触予防策や環境調査の必要性を検討するとともに、感染症法に則った届出の必要性についても考慮する必要がある。真菌も同様に感染症の原因か、保菌なのかということを検討し、環境からの感染の可能性も含めて、感染経路を推定しなければならない。

このように、感染対策や感染症治療を適切に実践するためには常に微生物を想定しておく必要があり、ここでは微生物と感染症治療の基本についてお話しさせていただきます。

委員会企画 23 【認定制度委員会】

CP23-2 標準予防策・感染経路別予防策

久留米大学病院 感染制御部

三浦 美穂（みうら みほ）

医療機関や介護施設には、診断名が確定する前の患者、無症候性保菌者、症状が非典型的な患者など、感染性を判断しにくい状況が多く存在する。そのため、感染対策では、感染症の有無や検査結果にかかわらず、すべての患者に対して標準予防策を実践することが基本となる。標準予防策は、血液、体液、分泌物、排泄物、健常でない皮膚、粘膜などを感染性があるものとして取り扱い、手指衛生、個人防護具の使用、呼吸器衛生/咳エチケット、患者に使用した器材の取り扱い、周辺環境整備、リネンの取り扱い、患者配置、安全な注射手技、腰椎穿刺時の感染予防、血液媒介病原体への曝露防止などを組み合わせて実践する考え方である。

一方で、標準予防策のみでは感染伝播を十分に防止できない病原体や臨床状況では、感染経路別予防策を追加する必要がある。たとえば、薬剤耐性菌の保菌・感染が確認または疑われる場合、*Clostridioides difficile* 感染症やノロウイルス感染症が疑われる下痢、通常のケアでは十分に被覆できない創部排液がある場合などでは、接触予防策を検討する。また、発熱や咳などの呼吸器症状があり飛沫による伝播が想定される場合には飛沫予防策を、麻疹、水痘、肺結核など空気を介する伝播が問題となる感染症が疑われる場合には空気予防策を選択する。感染経路別予防策は、病原体の感染経路だけでなく、患者の症状、排泄物や分泌物の管理状況、曝露の可能性、医療行為の内容を踏まえて総合的に判断する。

本講演では、標準予防策と感染経路別予防策の基本的な考え方を整理し、手指衛生や個人防護具の選択、患者配置など、現場で迷いやすい場面を例に挙げながら、どのように予防策を選択し、実践につなげるかを解説する。本講演が、標準予防策と感染経路別予防策を「暗記する知識」ではなく、日々のケアの中で判断し実践するための基礎として学び直す機会となれば幸いである。

委員会企画 23 【認定制度委員会】

CP23-3 洗浄・消毒・滅菌

社会医療法人 渡邉高記念会 西宮渡辺病院 感染対策室

小野寺隆記（おの でら たかのり）

医療施設や介護施設では様々な医療器材が使用されている。患者・利用者に使用される医療器材を介して感染を拡大することを防止するために、適切な洗浄・消毒・滅菌が大切である。医療関連感染を予防するうえで不可欠な「洗浄・消毒・滅菌」の基本概念と実践方法について解説する。

洗浄は血液や分泌物、微生物などの有機物を器材から物理的に除去する工程であり、すべての消毒・滅菌処理の出発点となる。洗浄をしないで消毒薬に浸漬する、滅菌の工程に進むことは間違いであり、十分な消毒や滅菌の効果を得ることができない。消毒薬の効果減弱、滅菌材の浸透が不十分になる可能性がある。さらに器材へ汚れを固着させてしまい、性能・機能の低下や発熱物質（パイロジェン）の残存によって発熱の原因となる。洗浄方法には、用手洗浄、浸漬洗浄、超音波洗浄、ウォッシュャー・ディスインフェクターがあり、特に用手洗浄では、適切な个人防护具の着用、洗浄液中での作業による飛散防止、洗浄液濃度の管理が重要である。適切な洗浄が次の工程である消毒・滅菌の前に不可欠である。

消毒は熱消毒の使用可否を検討することが基本であり、耐熱性器材には80℃10分間の熱水消毒を優先する。熱消毒が不可能な場合には消毒薬を使用するが、その際は消毒前の十分な洗浄、適切な濃度・時間・温度管理、目的に応じた薬剤選択、噴霧や燻蒸の回避、化学物質曝露への配慮が不可欠である。医療器材はス波尔ディングの分類に基づき高リスク・中リスク・低リスクに3段階に分類される。リスク分類によって処理方法を決定し、高リスクは滅菌、中リスクは高水準または中水準消毒薬、低リスクは低水準消毒薬を選択する。適切な消毒薬を選択することが基本となる。

滅菌は、細菌芽胞を含むすべての微生物を死滅または除去する工程であり、高圧蒸気滅菌、過酸化水素低温ガスプラズマ滅菌、エチレンオキサイドガス滅菌など、器材特性に応じた方法を選択する。滅菌を保障するためには物理学的・化学的・生物学的インジケータを用いて多角的に確認する。物理学的インジケータで温度・圧力・時間などを記録する。科学的インジケータでは温度や薬液などの浸透を色の変化で確認できる。生物学的インジケータは生きた菌が死滅していることを確認する。そして、滅菌された機材は適切な保管環境と期限管理が重要である。

感染対策において適切な医療器材の処理はとても重要な要素の一つである。このような洗浄・消毒・滅菌の基本についてお話しさせていただきます。

委員会企画 23 【認定制度委員会】

CP23-4 医療環境の感染対策

亀田総合病院 地域感染症疫学・予防センター

古谷 直子（ふるや なおこ）

医療環境が医療関連感染に関与する頻度は、直接的な身体接触や医療行為に比べはるかに低いものの、病原体は医療環境内で生息・生存しており、場合によっては長期間にわたり存在し続けることがある。メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)やクロストリディオイデリス・ディフィシルは、スタッフの手に付着したり、医療機器を介して患者に伝播したりする可能性のある微生物の例である。レジオネラ属菌などの微生物は、施設内の給水システム内に生息し、深刻な集団感染を引き起こすほどの濃度で存在することがある。さらに、アスペルギルス属菌などの微生物は、建築工事中に伝播する可能性があり、免疫不全患者の健康に深刻な影響を及ぼす恐れがある。医療環境を管理することは、感染を予防・管理することに密接に結びついている。そして適切に設計され、周到に管理された医療環境は、多くの感染予防・管理活動の基盤となる。新認定制度基礎講座では、医療環境の感染対策として「水・換気・ゾーニング・清掃・廃棄物処理」を取り上げ、それぞれの基本的な考え方や対策をまとめている。ベッドサイドにおける実践者として、病棟におけるリンクナースとして、施設における感染管理担当者として、そして医療環境に携わる方へ、基本的な内容を学び各施設における医療環境の感染対策に役立てていただきたいと思います。本シンポジウムでは、それぞれの内容を簡単に紹介する。

委員会企画 24 【臨床研究推進委員会】

CP24-1 医療の場における換気・空調管理の基本的な考え

東北大学大学院医学系研究科 感染病態学分野/総合感染症学分野

青柳 哲史 (あおやぎ てつじ)

医療施設における換気・空調 (HVAC) 管理は、快適な療養・労働環境の提供のみならず、医療関連感染 (HAI) を物理的に抑制するための極めて重要な工学的対策 (Engineering Controls) である。本講演では、わが国の法的要件および国際的な技術基準に基づき、医療安全の基盤としての空気環境制御の原則について解説を行う予定である。医療法第 20 条および第 23 条、ならびに施行規則第 16 条において、医療施設に対し、清潔の保持および衛生上の安全性を担保する構造設備を義務付けており、特に感染症病床等における汚染空気の流出防止が明文化されている。空調システムは、単なるインフラではなく、法的に規定された感染管理手段である。環境制御の核心は、圧力勾配を利用した室圧制御によるクロスコンタミネーションの防止にある。手術室等の清潔区域では「陽圧管理」を維持し、外部からの汚染粒子の侵入を物理的に遮断する。対して、空気感染隔離室 (AII 室) 等の汚染区域では「陰圧管理」を徹底することで、感染性粒子の院内拡散を封じ込める。これら一連の制御は、気流の方向性を確定させ、高度な物理的隔離を実現するために不可欠なプロセスである。また、空気清浄度の管理においては、ISO 14644-1 に準拠したクラス分けに基づき、各室の用途に応じた微粒子制御が行われる。特に高度な清潔度が要求される術野領域においては、HEPA フィルターによる高効率ろ過に加え、高い換気回数 (ACH) と一方向流 (層流) による気流設計が、術後感染リスクの低減に直結する。これらの要件は、ASHRAE Standard 170 や HEAS-02 (病院設備設計ガイドライン) といった客観的指標に基づく統合的な管理が必要とされる。医療の場における環境管理は、医学的知見と工学技術が融合した多領域横断的なアプローチである。科学的根拠に基づく空調・換気制御の適正な運用と維持管理こそが、大事なポイントであると考えられる。本講演が、最新のガイドラインに即した院内環境の再評価および感染対策の深化に寄与することを期待する。

委員会企画 24 【臨床研究推進委員会】

CP24-2 感染対策としての換気を考える

東北医科薬科大学 医学部 感染症学教室

遠藤 史郎 (えんどう しろう)

医療現場における感染対策において、換気・空調管理は患者および医療従事者双方の曝露リスクを低減する上で最も重要な基盤的要素である。わが国の病院設備設計ガイドラインや Centers for Disease Control and Prevention の指針においても、空調管理は医療関連感染対策の中核として明確に位置付けられている。本講演では、換気・空調管理の基本原則とそのエビデンスを整理し、実臨床における適切な運用および課題について考察する。空調管理は人的要因に依存せず持続的に機能することが求められる一方で、その性能を維持するためには設計段階のみならず、継続的な保守管理および運用体制の確立が不可欠である。空気感染対策としては陰圧管理が基本であり、結核、麻疹、水痘などの感染症においては陰圧隔離室の使用が推奨されている。さらに、エアロゾル発生手技を伴う COVID-19 やインフルエンザにおいても陰圧環境の重要性が指摘されている。陰圧室では毎時 12 回以上の換気回数、約 2.5Pa の差圧維持、清潔区域から汚染区域への気流方向の確保が重要であり、前室の設置や差圧モニタリングによる運用確認が求められる。これらの対策の有効性は複数の研究により支持されており、例えば結核病棟における陰圧換気の導入は医療従事者の感染リスクを有意に低減する。一方、空調管理が不十分な環境では、麻疹や水痘において空気を介した遠隔伝播が発生した事例も報告されている。また、インフルエンザや COVID-19 においても換気不良環境が集団感染の主要因となることが示唆されており、換気管理の重要性は一層高まっている。一方、陽圧管理は外部からの微生物侵入を防止する目的で、手術室や造血幹細胞移植患者など免疫不全患者の保護環境において不可欠である。HEPA フィルタを併用した陽圧環境は侵襲性アスペルギルス症の発症率低下と関連することが報告されており、圧管理の破綻や空調不良は感染リスクの上昇と密接に関連する。また、局所排気装置は発生源近傍で汚染物質を効率的に捕集する補助的手段として有効であり、内視鏡洗浄室や手術室における曝露低減に寄与する。さらに近年では CO₂ モニタリングが換気状態の簡便な指標として使用される場合もあり、室内濃度の上昇が感染リスクと相関する可能性も示されている。以上より、換気・空調管理は単なる設備の問題にとどまらず、感染対策の中核として体系的に捉える必要がある。今後は設備設計、日常運用、モニタリングを統合した多層的管理体制の構築とともに、現場での実効性を担保する運用戦略の確立が求められる。

委員会企画 24 【臨床研究推進委員会】

CP24-3 医療施設の空調換気性能と COVID-19 エアロゾル感染への影響

宮城学院女子大学

林 基哉 (はやし もとや)

新型コロナウイルス感染拡大の当初、感染経路は主に接触感染と飛沫感染とされた。しかし、クラスター対策班の調査に基づいて換気対策が必要とされた。国立感染症研究所はエアロゾル感染を定義し、新型コロナウイルス対策分科会は、室内気流によってエアロゾルが移動することによる風下感染と換気不足によってエアロゾルが空間内に拡散充満することによる空間拡散感染の2つのリスクに基づく対策を示した。しかし、その後も医療福祉施設ではクラスターが発生し続けた。一連の調査結果に基づいて、医療福祉施設の空調換気設計の見直しが急務となった。空気調和・衛生工学会及び日本環境感染学会は、既存医療施設における対応と換気設備の設計基準の見直しを検討した。最も重要な条件は感染者が滞在する病室や処置室等で換気量を確保しエアロゾル濃度を抑制すること、さらにエアロゾルの流出を抑制することが必要であり、対象室に簡易排気装置や空気清浄機を設置する方法、給気量を削減して陰圧にする簡易陰圧法が推奨される。病棟内の空気の流れは、クラスターの発生リスクだけではなく発生時の対応に大きな影響を与える。一般的には、共用トイレや汚物室等のダーティーゾーンは排気され陰圧になっているが、前述のように病室と廊下の空気の流れは設計段階でも一様でない上、維持管理状況によって設計と異なる可能性がある。また、廊下やスタッフステーション等の共用空間は、病室やダーティーゾーンの給排気バランスによって空気の流れが左右される。このように空気の流れが制御されていない状況は、感染者が確認された後の対処を難しくする。平時から、病棟をゾーン分けしてグリーンゾーンから病室及びダーティーゾーンへの空気の流れを維持し、病室及びダーティーゾーンの空気が病棟内に拡散しないように制御することが望まれる。しかし、多くの既存病院では換気性状が制御されていないため、エアロゾル感染対策は簡単ではない。そのため、市中感染の状況や施設内でのクラスター発生のリスクを踏まえて、平時、院内感染リスク上昇時、感染者治療時のそれぞれに対する換気対策の検討が行われた。COVID-19 に対する換気設計の基準は暫定的な段階である。日本医療福祉設備協会は、COVID-19 感染対策の暫定的推奨として、室内圧が隣接空間に対して陽圧にならないこと、中性能以上のフィルタの使用することを示した。WHO は、循環空気を含めた必要換気量は 60 L/s/人、エアロゾル手技を行う現場は 80 L/s/人とした。空気調和・衛生工学会の「医療施設における感染症対策のための空調換気指針特別委員会」は、エアロゾル感染対策を踏まえた施設内の空気の流れを実現するための空調換気設計の基準を検討している。インターパンデミックにおいて、空気の流れを制御できる医療福祉施設が整備されることは、次のパンデミックの備えとして極めて重要である。

委員会企画 24 【臨床研究推進委員会】

CP24-4 医療施設における空調管理の実効性を高める教育・人材育成と多職種連携

東京慈恵会医科大学附属病院

美島 路恵 (みしま ゆきえ)

医療施設における空調管理は、単なる環境維持にとどまらず、施設内感染制御の基盤として重要な役割を担う。特に新興感染症流行時やエアロゾル感染対策においては、陰圧室の適切な運用や十分な換気回数の確保が不可欠である。しかし、高度な空調設備を有していても、運用・維持管理に関わる職員の知識・技術が十分でなければ、その機能は最大限に発揮されない。本シンポジウムでは、空調管理の実効性向上に向けた「教育・人材育成」および「多職種連携体制構築」の重要性と具体的アプローチについて述べる。

空調設備の維持管理を担う技術職員に対しては、定期的な研修と実地訓練が不可欠である。陰圧・陽圧の差圧管理、換気回数測定、HEPA フィルター保守、結露・カビ対策などの日常業務は感染制御に直結するため、単なる設備管理ではなく「感染対策の一環」として理解する必要がある。そのためには、技術職員と定期的にコミュニケーションをとり、意識の共有を図ることが重要である。また、ガイドライン改訂や新興感染症の発生に応じて教育内容を更新し、最新知識と技術を備えた人材を継続的に育成する体系的教育体制の構築が求められる。一方、医師・看護師など臨床スタッフに対しても、空調に関する基礎知識の教育が重要である。温湿度が快適であっても換気が十分とは限らないことを理解し、二酸化炭素濃度モニタリングの意義や、換気設備の日常的確認の重要性を共有する必要がある。さらに陰圧室では、ドア開閉、前室運用、気流を妨げないベッド配置など、日常行動が陰圧維持に大きく影響する。教育により得られた知識を日常点検へ活用し、異常の早期発見と迅速な対応につなげることが、感染対策としての空調管理の実効性向上に寄与する。安全な医療環境を持続的に提供するためには、多職種が協働し、継続的な教育・人材育成サイクルを確立することが重要である。

委員会企画 25 【多剤耐性菌感染制御委員会】**CP25-1 薬剤耐性菌対策の地域連携**

鹿児島大学 大学院医歯学総合研究科 感染症専門医養成講座

川村 英樹（かわむら ひでき）

薬剤耐性菌対策はどの医療機関においてもアウトブレイクの防止等の観点から取り組むべき感染対策である。その中でも、サーベイランスは問題となる薬剤耐性菌の検出を早期に探知し、その拡散を防止すること、および平時の薬剤耐性菌対策の効果を評価するため重要である。バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）やカルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）、多剤耐性緑膿菌・多剤耐性アシネトバクターは1例でも院内に探知した場合アウトブレイクに準じた対応が求められている。また、共通する薬剤耐性遺伝子を含有するプラスミドを有すると考えられる細菌による感染症の集積がみられる場合にもアウトブレイク対応が求められる。一方、院内に微生物検査室がない施設も多く、また中小医療機関では薬剤耐性菌検出の把握や対応が難しいケースも見られ、サーベイランスが容易ではないことも散見される。このような視点からは地域連携による対策の強化の必要性も増しているものと思われる。さらに近年地域から医療機関への持ち込みによる VRE 等の薬剤耐性菌アウトブレイクなども報告されており保健所を含めた地域を包括した対策がカギとなるが、一方保健所の薬剤耐性に対する取り組みについても様々である。これらのことから地域全体で平時の状況を把握すること、異常探知した場合には速やかに医療機関単位さらには地域全体で連携を図ることも重要な活動であるが、どのような形ですすめるかは難しい課題ととらえる必要がある。本講演では地域ネットワークの実情や取り組み事例などを含めて薬剤耐性菌対策の地域連携について、平時のサーベイランス・有事に備えた活動など本県の取り組みや課題を踏まえてその在り方を考えたい。

委員会企画 25 【多剤耐性菌感染制御委員会】**CP25-2 微生物検査が支える薬剤耐性菌対策**

長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 薬物治療学

小佐井康介（こさい こうすけ）

微生物検査は原因菌の同定や薬剤感受性の評価にとどまらず、臨床における抗菌薬選択および感染対策の意思決定において重要な役割を担っている。感染症の治療においては初期治療の適切性が予後に直結する一方で、過剰な広域抗菌薬の使用は薬剤耐性菌の出現を助長する可能性があるため、検査結果を踏まえた適切な抗菌薬の選択が求められる。微生物検査には、染色、培養(菌の同定・薬剤感受性)、抗原検査、遺伝子検査などあり、必要に応じて実施される。グラム染色は迅速な原因菌の推定に有用である。また、培養検査により原因菌の同定や薬剤感受性の結果が得られる。一方で、正確な結果を得るためには各検査の特徴を理解するとともに、適切に検体採取を行う必要がある。さらに、得られた検査結果を臨床的に解釈し、治療に反映させることが重要である。培養結果から検出された微生物が原因菌であるか、あるいは汚染や定着であるかを判断するには、患者背景や感染臓器、臨床経過を踏まえた総合的な評価が求められる。また、経験的治療において選択された抗菌薬を菌種や薬剤感受性結果に基づいて適正化することは治療効果を維持しつつ不要な広域抗菌薬の使用を減らすうえで重要である。しかし、原因微生物の同定が困難な場合や臨床的改善が乏しい場合など、その判断に迷う場面も少なくない。本講演では、微生物検査の特徴や解釈における留意点を概説しつつ、得られた結果を抗菌薬の適正使用に活用するプロセスについて考えてみたい。

委員会企画 25 【多剤耐性菌感染制御委員会】

CP25-3 高齢者施設で耐性菌対策を育めるか？

一般社団法人感染防止教育センター¹⁾、東京医療保健大学²⁾菅原えりさ（すがわら えりさ）^{1,2)}

高齢者施設で注目される感染症は、蔓延状況が目に見えるインフルエンザや COVID-19、そしてノロウイルス感染症などで、啓発教育する側もそれらの感染症を念頭に進めることが多い。実際「薬剤耐性菌」が問題になることはほぼない。しかし、保菌者の存在は報告されており、特に病院から入所する利用者にそのリスクは高いが、検査体制は確立されていなくその実態は必ずしも明らかではない。その中においても、耐性菌対策もウイルス感染症対策も感染制御の基本は標準予防策を知り実行することに他ならないが、それより重要と言っても過言ではないのが組織体制の構築であると考え。『組織的』とはまさに「みんなで育む」こととを感じるの私だけでしょうか。COVID-19 パンデミック後、高齢者施設スタッフの感染対策のモチベーションの維持は感染対策担当者にとっての課題であり、危機意識の薄れる中での啓発活動は容易ではない。今回、感染対策のための組織的活動を象徴する「施設内ラウンド」を紹介しながら、高齢者施設の実情と課題の多い感染対策について共有したい。

委員会企画 25 【多剤耐性菌感染制御委員会】

CP25-4 多職種による臨床微生物ラウンドの実践とその効果

富山大学 学術研究部医学系 微生物学講座¹⁾、富山大学附属病院 検査・輸血細胞治療部²⁾、富山大学附属病院 感染制御部³⁾○森永 芳智（もりなが よしとも）^{1,2)}、青木 雅子³⁾

医療現場における薬剤耐性（AMR）対策を実効的なものにするには、多職種による情報の共有と、臨床像に基づいた詳細な解析が不可欠である。当院では毎週、多職種が参加する「Clinical Microbiology Round（以下、CMR）」を開催し、分離菌情報の共有と臨床支援を行ってきた。本発表では、CMR を通じた多職種連携の実際と、基礎研究との融合による成果、および院内啓発活動について報告する。

CMR は、感染症医、研修医、薬剤師、臨床検査技師、および基礎研究者で構成される。毎週、新たに分離された AMR を中心にレビューを行い、検査技師による症例概説に対し、医師や研究者が耐性メカニズム、抗菌薬選択、AST/ICT の介入状況、解釈上の留意点について議論を行っている。さらに、月に 1 度は特定のテーマを設け、臨床と基礎の枠組みを超えた情報交換を実施している。

例えば、CMR における定期的なレビューから、ESBL 産生大腸菌の月別トレンドを解析した際、キノロン耐性率の特異な変動を察知した。これを受け、基礎研究側で詳細な分子疫学解析を実施した結果、特定のシーケンスタイプ（遺伝子型）による院内トレンドの変化が明らかとなった。これは、日常診療では気づけない AMR の動向を、検査室ベースで可視化しただけでなく、具体的に菌株レベルで特定し、現在は臨床検査技師による動向の追跡にも繋がっている重要な成果である。

また、看護部門との連携においては、ICT/AST を兼務するメンバーが CMR に同席することで迅速な情報共有を図っている。特に MRSA については、担当看護師からの POT 法解析依頼を契機に、CMR の場で院内特有の POT 型を共有するなど、看護師主導の質向上にも寄与している。

職種間の理解をさらに深めるため、全職種共同による院内勉強会「AMR EXPO」も開催した。看護師や学生も広く参加し、展示等を通じて AMR の脅威と対策の重要性を周知することで、病院全体での AMR 対策のボトムアップを行った。

多職種参加型の CMR は、臨床情報の共有にとどまらず、基礎研究の知見を臨床に還元し、さらに看護師や学生を巻き込んだ多層的な AMR 対策を可能にする。この連携モデルは、地域や施設の特性に応じた AMR 対策を育む上で極めて有効な一助となり得る。

第514回 ICD 講習会

ICD-1 医療従事者のためのワクチンガイドラインのポイント

学校法人朝日大学病院 感染症内科¹⁾、愛知医科大学²⁾三鴨 廣繁 (みかも ひろしげ)^{1,2)}

日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン第5版」は、医療関連感染対策の一環として、医療機関という集団で免疫度を高める“mass protection”を基本概念に、各施設が備えるべき minimum requirement を示したものである。本講習会では、第5版の改訂点を踏まえ、医療関係者に対するワクチンプログラムの実践上の要点を概説する。まず、B型肝炎、麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘(MMRV)、インフルエンザは、引き続き中核をなす推奨ワクチンである。特に、MMRVでは、1歳以上で2回の接種記録確認を原則とし、2回の記録があれば抗体検査は必須ではないこと、抗体価を理由に接種を重ねる運用を避け、1歳以上で4回以上の接種は推奨しないことが重要なメッセージである。B型肝炎では、曝露リスクのあるすべての医療関係者を対象に3回接種と接種後抗体確認を基本とする。第5版では新たに、RSウイルス、エムボックス、腸チフス、ダニ媒介性脳炎ワクチン、高用量インフルエンザワクチンが取り上げられた。さらに、百日せきワクチンでは、産科病棟、新生児・乳児ケア、妊婦や新生児に直接接触する医療関係者、妊娠中の医療関係者など推奨対象がより明確化され、国内未承認のTdapではなく、国内で成人追加接種が承認されているDTaPを推奨すると明記された。加えて、新型コロナワクチンについても最新の製剤・知見が反映されている。本ガイドラインの対象は医師・看護師に限らず、事務職、学生、派遣・委託職員、救急隊員、保険薬局勤務者まで含む。各施設は、接種記録、罹患歴、抗体価を適切に管理し、自施設のリスク評価に基づく実装可能な接種体制を整備することが求められる。

第514回 ICD 講習会

ICD-2 女性と妊婦のためのワクチン

日本大学 医学部 産婦人科学系産婦人科学分野

川名 敬 (かわな けい)

女性に恩恵の大きいワクチンはHPVワクチンである。これは男性の疾患予防にもなるが、女性にとって圧倒的である。子宮頸癌はほぼすべてがHPVに起因する癌であり、外陰癌、陰癌も多くはHPVに起因する。これらのがん予防が可能となることは、女性のがん死亡率減少はもちろんのこと、ワクチンによって救われた子宮によって次世代の子孫の誕生も得られる。これ以上の予防医学はないと言っても過言ではない。国内では2009年に接種が始まり、2013-2021年は一時的な接種勧奨中止の時期があり、2022年から再度勧奨再開となっている。2022-2025年の3年間はキャッチアップ接種も実施された。現在日本の女性の定期接種ワクチンの接種率は50%弱となっている。安全性の懸念もないことが確認されているが、依然として勧奨中止時代の報道による偏見によって接種率が伸び悩んでいる。現在は9価HPVワクチンが唯一の定期接種ワクチンとして導入されている。今後は男性への定期接種化も含めたGender-neutral vaccination(男女平等接種)が待たれる。妊婦へのワクチン接種は、産婦人科医や妊婦の中に慎重論が続いた時代があったと感じる。しかし、新型コロナウイルスのパンデミックの際に8割近い妊婦が新型コロナワクチンを接種した経験から産科医療現場で一気にワクチンが身近なものとなった。近年、妊婦自身の感染症重症化予防のみならず、妊婦から出生する乳児の呼吸器感染症予防を目的とした母子免疫ワクチンが普及してきた。RSウイルス(Respiratory Syncytial Virus)は乳幼児における細気管支炎や肺炎の主要な原因であり、新生児期の感染は将来的な喘息やアレルギー疾患の発症リスクとも関連する。母子免疫ワクチンによって母体から胎児に移行する抗体による受動免疫が新生児期の感染予防において重要な役割を果たす。RSウイルスワクチンは、2026年4月から国内初の妊婦に対する定期接種ワクチンとなった。今後は百日咳ワクチンによる乳児呼吸器感染症の予防も本格化すると期待されている。女性と妊婦にとってワクチンは欠かせない予防ツールとなってきた。新しいワクチンによる感染対策の時代が到来したと言える。本講演ではこの2点を中心に概説したい。

第514回 ICD 講習会

ICD-3

小児感染症予防における定期接種の役割：これまでの成果とこれからの課題

三重大学大学院 医学系研究科 公衆衛生・産業医学・実地疫学分野

神谷 元（かみや はじめ）

近年、わが国で接種可能なワクチンの数は大幅に増え、小児に対する予防接種は、単に個々の感染症を予防する手段にとどまらず、乳幼児期から思春期までの健康を支える重要な社会基盤となっている。定期接種として導入されてきたワクチンは、麻しん、風しん、百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ、日本脳炎、結核など、かつて小児に重篤な合併症や死亡をもたらしてきた感染症の発生を大きく減少させてきた。また、Hib 感染症や肺炎球菌感染症に対するワクチンの導入により、侵襲性感染症や細菌性髄膜炎の疾病負担も大きく低下した。水痘、B 型肝炎、ロタウイルス感染症、ヒトパピローマウイルス感染症などに対する予防接種も、小児期のみならず、その後のライフコース全体にわたる疾病予防に寄与している。このように、小児定期接種は、個人を感染症から守るだけでなく、集団免疫の形成、地域における流行抑制、医療負担の軽減、さらには将来世代の健康保護という役割を果たしてきた。一方で、接種可能なワクチンが増えたことにより、接種スケジュールは複雑化し、保護者や医療者が把握すべき情報も増えている。接種時期の遅れ、接種機会の逸失、同時接種に対する不安、副反応への懸念、ワクチンに関する誤情報などは、現在も小児予防接種をめぐる重要な課題である。特に、疾患が見えにくくなった時代には、ワクチンによって予防されている感染症の重さや、接種を継続する意義が実感されにくくなるという側面もある。これからの小児予防接種には、既存の定期接種を高い接種率で維持することに加え、新たなワクチンや接種対象の拡大を、科学的根拠、疾病負担、費用対効果、公平性の観点から適切に評価し、必要な人に確実に届ける仕組みが求められる。また、単に制度として接種を勧めるだけでなく、保護者が納得して意思決定できるよう、ワクチンの有効性、安全性、接種しない場合のリスクをわかりやすく伝えることが重要である。小児の予防接種は、子ども自身を守る医療であると同時に、家庭、地域、社会全体で感染症から子どもを守る公衆衛生の実践でもある。本講演では、小児定期接種がこれまで果たしてきた感染症予防上の成果を振り返り、今後の小児ワクチンが果たすべき役割と、医療者・感染対策担当者に求められる視点について考えたい。

第514回 ICD 講習会

ICD-4

成人（ハイリスク者含む）のためのワクチン

東京科学大学 統合臨床感染症学分野

岡本 耕（おかもと こう）

日本のワクチン接種は小児の定期接種を中心に発展してきたが、成人、特に基礎疾患を有するハイリスク者に対する予防接種は、依然として各診療科の担当医の判断に依るところが大きい社会の高齢化が進むのみならず、悪性腫瘍、自己免疫疾患、移植医療など様々な理由で免疫不全となっている患者が増えている現状を踏まえると、成人ハイリスク者をワクチンで防げる疾患から守ることはより重要性を増している。本講演では、見落とされがちな成人のワクチン適応を整理し、特に免疫不全者への実践的な介入方法について概説する。

スポンサードシンポジウム

SSP-1 医療施設におけるエアロゾル感染と空調換気対策

北海道大学¹⁾、宮城学院女子大学²⁾

○菊田 弘輝（きくた ひろき）¹⁾、林 基哉²⁾

1970年に「建築物における衛生環境の確保に関する法律（建築物衛生法）」が制定され、空気環境の調整、給排水の管理等について建築物環境衛生管理基準が定められた。建築物衛生法では、興行場、百貨店、集会場、図書館、博物館、美術館、遊技場、店舗、事務所、学校、旅館の特定用途に使用される建築物を「特定建築物」と定義し、その所有者、占有者等に対して、「建築物環境衛生管理基準」に従った維持管理を義務付けている。

医療施設は医療サービスを提供する空間として、目的や用途に応じた適切な空気環境の実現が求められる。一方で、医療施設は建築物衛生法における特定建築物には含まれていないため、努力義務が課せられているものの、維持管理に関する明確な規定は示されていない。また、2022年に発行された「病院設備設計ガイドライン（空調設備編）HEAS-02-2022」は病院空調設備の設計・管理指針であり、維持管理に関する具体的な規定は示されていない。そのため、空気環境の定期的な測定が十分に行われていない医療施設も多く、その実態は明らかになっていない。

このような状況において、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が拡大し、医療施設においてもクラスターの発生が相次いだ。パンデミックに関する数多くの研究から、COVID-19やインフルエンザ患者の唾液にウイルスが含まれていることが明らかになり、そのウイルスを含む唾液がエアロゾルとして空气中に拡散する可能性が指摘されている。加えて、厚生労働省から感染拡大防止に効果的な換気の徹底が周知され、換気的重要性が明確に示されている。したがって、医療施設において空気を介した感染伝播を防ぐためには、適切な空気環境の維持管理と空調換気設備の保守運用が重要である。

前回のスポンサードシンポジウムでは、「医療施設におけるエアロゾル感染と空調換気対策」と題し、建築物衛生法に準じた建築環境衛生管理の必要性や、エアロゾル感染を踏まえた空調換気設計の重要性について報告した。そこで今回、同様の演題のもと、クラスターが発生した医療施設（3病院）を対象とし、不特定多数の人が利用する外来診療部及び特定多数の人が利用あるいは長期滞在する病棟部における空気環境及び換気特性の実態について報告する。

スポンサードシンポジウム

SSP-2 医療施設における換気性能の実態調査

東京大学大学院工学系研究科

谷口景一郎（たにぐち けいいちろう）

医療施設では、空気感染対策の観点から適切な換気の確保が求められる。国内では病院設備設計ガイドライン（空調設備編）HEAS-02-2022において、室用途に応じた換気量や換気回数等の推奨値が示されており、医療施設の空調・換気設備計画の重要な指針となっている。一般に換気設備の設計風量は、室用途や収容人数、一人当たり必要換気量等に基づいて定められるが、実際には施工不良や設備の劣化による有効換気量の変動に加え、室利用状況による在室人数の変動も存在する。そのため、設計風量のみでは実際の換気性能を十分に評価できず、換気不足による室内空気質の悪化や感染リスクの増大、あるいは過換気による空調・換気エネルギー消費量の増大が生じる可能性がある。本研究では、有効換気量と在室人数を二軸とした換気性能評価チャートを用い、基準換気量を満たす時間割合を「充足率」として評価することで、医療施設における換気性能の実態把握を試みた。

3つの大学病院を対象として短期的な換気風量実測調査を実施した。また、そのうち1施設において約半年間にわたり、病室を対象とした長期実測調査を行った。長期実測では換気風量に加え、室内温湿度・CO₂濃度および病室の滞在人数を継続的に計測し、有効換気量と在室人数の関係から換気性能の時系列変動を評価した。

短期実測の結果、すべての病室で設計風量が確保されているわけではなく、換気性能には大きなばらつきが認められた。換気ファンの不具合により特定の換気系統全体で風量不足が生じている事例や、ダクトの分岐・曲がり等の設計・施工上の要因により局所的な風量不足が発生している事例が確認された。長期実測では、病室によって設計風量への到達状況が異なり、設計風量を満たしている病室であっても、一時的な在室人数の増加によって必要換気量を下回る状況が発生することが確認された。また、対象施設では換気設備が定風量制御で運用されており、在室者が少ない時間帯には過換気状態となり、空調・換気エネルギーの余分な消費が頻繁に生じていた。

以上より、医療施設における実際の換気性能は、設備仕様のみならず、設備の維持管理状況や空間利用実態の影響を大きく受けることが明らかとなった。感染対策と省エネルギーの両立を図るためには、有効換気量と在室人数の双方の不確かさを考慮した評価が重要である。実測データに基づく継続的な換気性能の把握とデータドリブンな運用改善は、室内空気質の向上とエネルギー消費量削減の双方に寄与するものと考えられる。

スポンサードシンポジウム

SSP-3

医療施設における換気性能の実態調査を踏まえた感染リスクシミュレーション

ダイキン工業株式会社

○小川 夕季（おがわ ゆうき）、中澤 武馬、笹井 雄太

HEAS（病院設備設計ガイドライン）では、COVID-19をはじめとするエアロゾル感染対策として室容積または在室人数に応じた換気回数により、室用途に応じて基準となる換気風量を設定している。しかし、換気装置のメンテナンス不足や現場判断による換気口の閉鎖等により、実際には十分な風量で運用されていないことがある。また、実際の病棟運用においては感染者が確認されるまで病室扉が開放されていることも多く、設計通りの室圧管理が行われていない可能性がある。

実際の病院を対象に換気風量の実態調査を行い、風量変化および扉開閉に伴う室圧変化による感染リスクへの影響について検証した。4つの病棟における換気風量調査から病棟全体でみて換気風量が半減しており、病室によっては設計量の数%しか給気されていないことが明らかになった。給気と排気の風量低下率は換気口によって差があったことから、室圧バランスが設計時とは異なる状態であることが確認された。また、微小気流の可視化から床面からの高さによって廊下の上部と下部では流れの方向が異なることがあり、扉が開いている場合は病室や廊下の間においても温度差等により空気が成り行きで出入りすることが示唆された。

換気風量や扉の開閉を比較条件として4病棟におけるシミュレーションを実施した。実際のクラスター発生状況から感染者の位置を決定し、病棟におけるIRPs（感染性呼吸器粒子）の輸送拡散を演算し、感染リスクを可視化した。病室の扉が開いている場合、感染者がいる病室から流出したIRPsが廊下などの共用部を通じて他の病室へ流入する様子が確認された。経年使用に伴う換気風量の低下によって感染リスクがより高くなった。フィルタのメンテナンス不足は特に給気量の低下に影響を与え、病棟全体の給気・排気の風量バランスが変わることでその感染リスクが高い範囲が広がることが示された。病室の扉が閉まっている場合でも必ずしも感染者がいる病室にのみIRPsを閉じ込められるわけではなく、その病室が陽圧だと扉のアンダーカット等の隙間から廊下へ流出する。また、給排気のバランスが適切に維持され等圧室または陰圧室であれば感染リスクは抑制されるが、病棟全体が陰圧である場合は廊下への多少の流出が確認された。今回の病院におけるシミュレーションによる感染リスクの相対評価として、病室においては「扉の閉鎖」と「陰圧化」、病棟全体においては「過度な陰圧とならないような風量バランスの設計」が好ましいことが示された。

一般演題口演抄録

〈O1-1～O68-7〉

01-1

排泄・清潔援助場面における標準
予防策定着を目指した段階的介入
の活動報告

昭和医科大学江東豊洲病院

○高久 美穂 (たかく みほ)

【背景・目的】当院では2023年度に複数の集団感染が発生し、排泄・清潔援助場面における標準予防策の遵守不足が課題として明らかとなった。2024年度には教育資料の整備および遵守状況の評価を中心とした介入を実施し、遵守率の改善および感染発生件数の減少が認められた。しかし、手順の実践定着には至らず、集団感染は引き続き発生していた。このため2025年度は、2024年度に整備した手順を基盤に、リンクナースによる現場指導を中心とした実践的介入を導入し、標準予防策を日常ケアとして定着させることを目的に活動を行った。

【活動内容】2024年度は、排泄・清潔援助場面の標準手順を明確化し、チェックリストおよび教育動画を作成・配信した。また、リンクナースを中心に相互評価を行い、手順理解の促進を図った。2025年度は、定着不足を課題として、リンクナースによる現場指導を中心とした介入を実施した。感染リスクの高い部署を重点対象とし、実際の援助場面において手順確認と助言を行うとともに、ICN同行によるフィードバックを通じて、正しい実践をその場で共有した。

【成果・考察】チェックリストの遵守率は2024年度最終75.9%から2025年度最終93.1%へと向上した。集団感染件数は、2023年度と比較して2024年度に減少し、2025年度は2024年度と概ね同程度で推移したが、発生部署は感染リスクの高い一部部署に限定された。以上より、段階的かつ継続的な介入により、標準予防策は「知識として理解している手順」から「日常ケアの中で意識的に実践される行動」へと変化したと考えられる。特に相互確認や援助場面における即時的な助言は、スタッフの理解を深め、実践の質の向上に寄与したと推察される。今後は、リンクナースおよび感染係による評価と現場介入を継続的な仕組みとして定着させ、正しい手順および実施タイミングの理解に基づいた実践を維持・向上させていくことが課題である。

01-2

療養病棟における多剤耐性菌対策
の介入効果医療法人へブロン会大宮中央総合病院 看護科¹⁾、一般社団法人感染防止教育センター²⁾○北村有理香 (きたむら ゆりか)¹⁾、菅原えりさ²⁾

【背景・目的】療養病棟は在院日数が長く医療・介護依存度が高いため、多剤耐性菌(MDRO)の定着および伝播リスクが高いが、MDROへの関心は高いとは言えない。ICTはスタッフが注意すべきMDRO検出情報を可視化し、MDROが頻度高く検出される「痰と尿に係わる処理」について検討が必要と考えた。そこで、MDRO検出情報の伝達および把握の徹底と見直した痰と尿処理ケアの実践がMDROの新規発生に与える影響を明らかにすることとした。

【方法】療養病棟を対象に、2024年1月～2026年1月の期間で実施した。新対策として、MDRO(MRSA、ESBL)検出時に病室名札、尿道留置カテーテル(尿カテ)バッグ、吸引器に識別表示を行い、週1回のラウンドで遵守状況を確認した。尿カテ管理と吸引手技の遵守状況は、作成したチェックリストでICNまたはリンクナースが週1回評価し所属長へフィードバックした。評価は介入前後の新規陽性者(陰性確認されており療養病棟入室48時間以降に陽性化)検出率比較と背景となる尿カテ留置日数、抗菌薬使用量比較、新手法の遵守率を確認した。(大宮中央総合病院倫理委員会承認3)

【結果】介入前後のMRSAとESBL新規陽性者の検出率は、介入前1.26%に対し介入後0.74%($P=0.737$ (>0.05) $OR=1.71$)と有意差はなかった。また、尿カテの使用状況は介入前後で差は認められなかったが($P=0.89$ (>0.05)), 抗菌薬使用状況には差が認められた($P=0.012$ (<0.05))。新対策の遵守率は吸引手技96%、尿カテ管理97%であった。

【結論】新対策は概ね徹底されたが、MRSAとESBLの新規発生率を有意に低下させるには至らなかった。しかし、ESBL発生リスクとなる尿カテの使用状況に介入前後の差はなく、この状況下で新規発生率が低下したことORからも、これらの対策は新規のMDRO発生の抑制に寄与している可能性があると考え、引き続き継続することとした。また、抗菌薬の使用量が介入後に有意に低下していることとの関連は不明であり、今後もサーベイランスを継続する必要がある。

01-3

大学病院の看護師の鼻腔において
Staphylococcus aureus が検出
される頻度と分離株の遺伝学的性
状—1年間の追跡調査—

東邦大学 看護学部 感染制御学

○榎本 美郷 (えのもと みさと)、小野 聖子、
森田 将弘、金坂伊須萌、勝瀬 明子、小林 寅吉

【背景・目的】*Staphylococcus aureus* はヒトの鼻腔、表皮、腸管等の常在菌であり、医療従事者が長期間に渡り鼻腔に*S. aureus*を保菌する場合、鼻腔の*S. aureus*が手指に付着し、周囲へ伝播することにより医療関連感染の原因となることが推測される。本研究は、長期に渡り看護師の鼻腔から*S. aureus*が検出される頻度と分離株の遺伝学的関連性を明らかにすることを目的とした。

【方法】2024年5月から2025年10月に、A大学病院の一般入院病棟計6病棟に所属する看護師から鼻腔粘膜を擦過した試料を月1回、最大で12回採取し、培養後、*S. aureus*を同定した。*S. aureus*について、pulsed-field gel electrophoresis (PFGE)法により遺伝学的同一性を確認した。また、抗菌薬感受性試験によりMRSAを判定し、SCCmec typingの実施およびPVL遺伝子の検索を行った。

【結果】61名の看護師のうち、35名(57.4%)の鼻腔より*S. aureus*が検出され、このうちMRSAは4例(6.6%)に見られた。全てのMRSAはSCCmec type IVを示し、PVL遺伝子は検出されなかった。2回以上試料採取を行った58例のうち、8例(13.8%)は、最大12か月の期間に採取された全ての試料より*S. aureus*が検出され(継続検出例)、26例(44.9%)は*S. aureus*が検出されない試料も見られた(間欠検出例)。なお、残りの24例は*S. aureus*が検出されなかった。58例のうち、全ての継続検出例(8例)、および間欠検出例のうち19例の計27例(46.6%)は、各例の全ての分離株が同一PFGEパターンを示した。残りの間欠検出例7例(12.1%)の各例においては、分離株のPFGEパターンが採取時期により異なった。

【結論】長期の追跡調査により、大学病院の看護師においては、鼻腔より*S. aureus*が継続的に検出される例、および間欠的な検出例において、遺伝学的同一株が検出される例が見られ、約半数の看護師の鼻腔からは長期間に渡り同一の*S. aureus*が検出されることが明らかとなった。特にこれらの例では、*S. aureus*は長期間に渡り頻繁に鼻腔から手指に付着し、手指や医療環境へ伝播することにより、医療関連感染の原因となる可能性が考えられた。

01-4

ケアミックス型病院における看護
師とリハビリテーション専門職の
標準予防策の知識・態度・実践と
関連要因

医療法人社団健齡会 ふれあい東戸塚ホスピタル

○高津 夢翼 (たかつ ながれ)

【背景・目的】回復期・療養型機能を有するケアミックス型病院では、感染症に脆弱な高齢患者が多く入院しており、医療関連感染予防の観点から標準予防策の徹底が求められる。しかし、患者と関わる機会が多い看護師とリハビリテーション専門職の知識・態度・実践を量的に比較した国内研究は乏しく、職種特性に応じた教育介入の根拠が不十分な状況にある。本研究は両職種の知識・態度・実践の実態と実践行動の規定因子を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象施設に勤務する看護師および理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を対象とした横断研究である(配布140名、有効回答115名、有効回答率82.1%)。WHO手指衛生ガイドラインと複数の感染管理専門家の助言を参考に作成した無記名自記式質問紙を用い、知識・態度・実践を評価した。回答結果について職種間比較、態度・実践ギャップ分析、階層的重回帰分析、およびBootstrap媒介分析を実施した。

【結果】知識得点は両群ともに高く(全体平均12.73点/15点満点)、職種間に差を認めなかった($p>0.1$)。態度得点も両群ともに高く(全体平均3.96点/5点満点)、職種間に差を認めなかった($p>0.1$)。実践得点は看護師群が有意に高く($p<0.05$, Cohen $d=0.630$)、態度・実践ギャップは全対象者で有意に存在し(Cohen $d=0.914$)、リハビリテーション専門職で特に顕著であった($d=1.329$)。階層的重回帰分析において態度得点は基本属性・知識得点を統制後も実践の主要な規定因子であり($\beta=0.693$, $\Delta R^2=0.365$, $p<0.05$)、知識の追加説明力は認めなかった($\Delta R^2=0.005$, $p>0.1$)。Bootstrap媒介分析では年齢が実践に及ぼす影響の59.6%が態度を介した間接効果で説明された(バイアス修正加速法95%信頼区間[0.156, 0.355]、部分媒介)。

【結論】実践の主要な規定因子は態度であり、年齢の影響も態度を介して説明されることから、知識提供中心の教育に加え、態度形成・行動変容を促す介入(職種特性に応じた実践場面に即したトレーニングや環境整備)を重点化し、多職種で標準予防策の実践を向上させる取り組みが必要である。

01-5 Clostridioides difficile 感染症の減少を目的とした「感染管理ベストプラクティス」の手法を用いたおむつ交換の教育効果

公益社団法人 地域医療振興協会 市立奈良病院
○一ノ瀬裕樹 (いちのせ ゆうき)

【背景・目的】市立奈良病院（以下：当院）における *Clostridioides difficile* 感染症（以下：CDI）院内発生件数は、2023 年 4 月から 2024 年 1 月の期間で 10,000 患者日あたり 4.92 であった。これは、感染対策連携共通プラットフォーム（Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology：J-SHIPHE）の 2023 年報による 10,000 患者日あたり 0.7 の中央値と比較すると当院が高かった。当院では CDI 発生の減少を目的に、2024 年から一般社団法人日本感染管理ベストプラクティス研究会による「感染管理ベストプラクティス」(以下：ベスブラ) の手法を用いたおむつ交換の教育を導入した。本研究の目的は、観察研究として CDI 院内発生件数を後方視的に観察し、おむつ交換の教育前後での実施割合の変化から CDI 減少への効果があったかを明らかにする。

【方法】2024 年 4 月から 2026 年 1 月の期間において、看護師および看護補助者計 21 名を対象におむつ交換の教育を実施した。教育方法はベスブラの手法による「イラスト手順書」「危害リスト」「チェックリスト」を活用し、教育介入の前後で手順の実施割合を測定した。また、教育導入前の期間（2023 年 4 月から 2024 年 1 月）と導入後の期間（2025 年 4 月から 2026 年 1 月）における 10,000 患者日あたり CDI 院内発生件数を比較分析した。

【結果】ベスブラの導入により、おむつ交換における手順全体の実施割合は教育前の 67% から教育後には 91% へと改善が見られた。一方、CDI 院内発生件数は、導入前の期間（2023 年 4 月から 2024 年 1 月）が 10,000 患者日あたり 4.92 であったのに対し、導入後の期間（2025 年 4 月から 2026 年 1 月）では 10,000 患者日あたり 1.74 へと減少を認めた。

【結論】ベスブラを活用した教育介入により、おむつ交換の正しい手順の遵守につながった。結果として CDI 院内発生件数の減少が認められた。感染防止技術を感染管理ベストプラクティスの手法を用いることで効果的な教育に繋がったと考える。今後も継続的な教育と手順の遵守状況のモニタリングを維持していくことが重要である。

02-1 モーションキャプチャシステムを用いた感染性の高い疾患に対する個人防護具脱衣動作の解析：看護師 15 名を対象とした調査

防衛医科大学校 医学教育部 看護学科
○佐藤 昭太 (さとう しょうた)

【背景・目的】エボラウイルス病など感染性の高い疾患では、医療従事者の二次感染防止のため安全かつ確実な個人防護具（personal protective equipment：PPE）の脱衣が重要である。しかし、脱衣時に皮膚や衣服への汚染リスクとなる動作は十分に解明されていない。本研究は、モーションキャプチャシステムを用いて PPE 脱衣動作を定量化し、汚染リスク動作を特定することを目的とした。

【方法】看護師 15 名は標準化された PPE 着脱教育を受講し、知識評価後に参加した。その後、衣服型モーションキャプチャシステム（e-skin MEVA, Xenoma, Japan）を装着した状態で PPE 脱衣 11 手順を実施した。脱衣前に手袋を装着した手に蛍光塗料を塗布した。汚染は脱衣後に皮膚または衣服に付着した蛍光塗料と定義し、UV ライトで確認した。全手順を 2 台のカメラで記録し、関節角度を解析した。さらに汚染が生じた手順では、汚染群と非汚染群の動作を比較した。統計学的有意水準は 5% とした。本研究は研究者所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した（4905）。参加者には書面により研究内容を説明し、自由意思に基づく文書同意を取得した。

【結果】参加者の平均年齢は 35.3 歳（SD = 9.0）、平均臨床経験年数は 12.6 年（SD = 9.6）であった。14 名（93.3%）が PPE 着脱経験を有していた。N95 マスク取り外し手順では、左肩関節外転角度の最大値は平均 74.0°（SD = 25.1）に達し、最大 124.2°を記録した。これは参考可動域の 60°を超えていた。13 名（86.7%）に 1 か所以上の汚染を認め、平均汚染部位数は 1.9 か所（SD = 1.39）であった。汚染は N95 マスク取り外しで最多（7 名、46.7%）で、顎部および肩部に多かった。汚染群（n = 7）では肩関節外転角度の最大値が非汚染群（n = 8）より有意に大きかった（右：49.0° vs. 40.1°、p = .049、r = .67；左：53.1° vs. 36.3°、p = .028、r = .57）。

【結論】N95 マスク取り外しでは正常範囲を超える肩関節運動が生じ、特に肩関節外転角度の増大が衣服および顔面汚染と関連する可能性が示された。したがって、N95 マスク取り外し時には過度な肩関節運動を避けることが、汚染リスク低減と安全な PPE 脱衣に寄与すると考えられる。

01-6 臨地実習を経験した看護学生の家庭内における感染予防策の実施状況

虎の門病院分院 看護部¹⁾、川崎市立看護大学大学院看護学研究科 感染看護学領域²⁾
○大村 沙羅 (おおむら さら)¹⁾、川上 和美²⁾

【背景・目的】看護学生にとって「自宅」は主な感染経路であり、同居家族の罹患や学生自身の感染が講義や実習参加の制限につながるため、家庭内での感染予防策が重要である。本研究の目的は、感染症に罹患した同居家族からと、自身が感染時の家庭内感染伝播を防ぐために、看護学生が行う感染予防策の実施状況を明らかにする。

【方法】研究デザインは質的記述的研究である。臨地実習を経験した看護系大学 4 年生で家族と同居し、在学中に家族または本人がインフルエンザまたは新型コロナウイルスに罹患した経験を持つ者を対象とした。同意を得た対象者から基本属性を収集し、対面で 20 分程度の半構造的面接を実施した。面接データの逐語録を質的帰納的に分析し、家庭内における看護学生の感染予防策の実施に関する内容をコード化し、サブカテゴリ、カテゴリに分類した。本研究は川崎市立看護大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】看護学生 5 名より協力を得た。半構造化面接から 137 コード、33 サブカテゴリ、5 カテゴリが抽出された。5 カテゴリは【学生の日常生活と感染者発生時に行う感染予防行動】【家庭内で取り決めた感染予防策の実施】【看護学生の強みを生かした家族への感染予防策の提案】【家庭内感染に影響を与える家族の行動と課題】【家庭内感染を防ぐための今後の課題】であった。看護学生は日常的に手指消毒やマスク着用、外出自粛など感染リスクを意識し行動していた。家庭内感染者発生時は、フロア分けや別室での生活、トイレや浴室の使用順の調整、環境消毒、食事場所の分離など、家族と協力し感染予防策を実施していた。さらに看護学生は大学で学んだ知識を基に家族へ感染予防策を提案し、実習期間には家族にも感染予防策の徹底を求めている。一方、自宅の構造や家族の人数、幼い家族の存在により接触回避が困難な状況も語られた。今後の課題は隔離期間の遵守、感染予防策の再徹底、家族への情報提供が挙げられた。

【結論】看護学生は、家庭内の感染予防策として日常的な対策に加え、感染状況に応じた追加策を段階的に実施し、学習した知識・技術を活かした専門的な判断や家族への指導を行っていた。

02-2 安全性とコストのちょうどいいバランスを探して～PPE 使用の変容から見た、持続可能な感染症対策のカタチ～

医療法人伯鳳会 赤穂中央病院
○中川 拓也 (なかがわ たくや)、矢部 博樹、榎 祥吾

【背景・目的】2023 年 5 月に新型コロナウイルス感染症の 5 類感染症移行に伴い、医療機関における感染対策は一律の厳格な対応から、各施設の実況に応じた標準予防策を基軸とした対応へ大きく舵を切った。本報告では、移行前後における PPE の使用状況、コスト、備蓄体制、及びスタッフ教育の変化を比較し、今後の持続可能な感染対策の在り方を考察する。

【活動内容】移行前の PPE 着脱基準は、全ての疑い患者に対してガウン、手袋、N95 マスク、ゴーグル、キャップのフル装備を原則としていたが、5 類移行後はリスクアセスメントに基づき、飛沫・接触の可能性に応じた選択へと移行した。PPE の使用量は移行前の 2019 年度と比較し、5 類移行後の 2023 年度においてもサージカルマスクの使用量は約 1.5 倍、N95 マスクは約 230 倍と高止まりしている。備蓄体制においては、常に最大限の在庫を抱えるフェーズから、流通の安定化に伴い適正在庫の維持とサプライチェーンの確保へと変容した。そのことから過剰在庫を控え、有効期限切れのリスクを考慮し、ローリングストック法の徹底を行っている。スタッフへの指導と教育では、5 類移行後、マニュアルの簡略化と、現場の判断力の向上が課題となった。何でも着るからなせ着るかの理解を深める教育を実施し、感染経路別や場面別に応じた着脱訓練にシフトした。手指衛生のタイミングの再徹底と、汚染部位を意識した安全な脱衣手順の再教育を行っている。

【考察】PPE の変容は、医療リソースの最適化とスタッフの労働環境改善に寄与した。一方で、コスト削減や簡略化が感染リスクの増大に繋がらないよう、継続的なサーベイランスと教育が不可欠である。今後は、コストバランスと安全性を両立させた持続可能な感染対策を文化として定着させる事が重要である。

02-3

二重手袋のインナー手袋汚染に関する検証～看護補助者のアウター手袋の脱衣動作から～

医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院

○辻 奈津美 (つじ なつみ)、西出由紀子

【背景・目的】A 病院では近年、看護補助者による二重手袋の着用場面が増加していた。二重手袋の汚染に関する先行研究を参考に、日常場面での使用は制限した。今回の研究で二重手袋脱衣時のインナー手袋の汚染部位とその要因を明らかにした。

【方法】研究期間：2025 年 1 月 16 日～2026 年 3 月 2 日。対象者：調査日に勤務していた看護補助者 7 名（標準予防策研修受講済み）。二重手袋（ガウンなし）のアウター手袋全面に蛍光塗料を塗布し、アウター手袋脱衣、インナー手袋の脱衣の様子を動画撮影した。インナー手袋の汚染カ所を確認し、感想をインタビューした。後日汚染部位と動画を照合して汚染要因を検証した。インナー手袋の汚染部位は指間、第 1 指、第 2 指、第 3 指、第 4 指、第 5 指、手掌、手の甲、手首に分類した。脱衣動作時間は手袋の手首部分をつかむ、めくって引っ張り外す、握り込むに分類した。

【結果】インナー手袋は全員汚染しており被験者は大変驚いていた。二重手袋着用理由は「自分は汚れたくなかった」「衛生的で効率的だと思込んでいる」との言葉があった。汚染部位は指間 1 人（14.3%）、第 1 指 5 人（71.4%）、第 2 指 6 人（85.7%）、第 3 指 5 人（71.4%）、第 4 指 4 人（57.1%）、第 5 指 4 人（57.1%）、手掌 2 人（28.6%）、手の甲 1 人（14.3%）、手首 7 人（85.7%）だった。アウター手袋：インナー手袋の脱衣時間は各平均 15.7 秒・10.3 秒で、手袋の手首をつまむまでの平均時間は各 2.3 秒・1 秒、めくって引っ張り外す時間は各 4.8 秒・4.4 秒であった。アウター手袋を外す際には摩擦によりインナー手袋の手首部分が捲れていた。全体として顕著な汚染部位は最初にアウターを脱いだ方のインナーの指先と、反対側のインナーの手首部分だった。うち 3 名は同じ部位が汚染しており、インナー手袋の指先を反対のアウター手袋の外側に食い込ませていた。

【結論】看護補助者が二重手袋を脱衣する際の、インナー手袋の汚染要因について検証した。インナー手袋を汚染させない脱ぎ方は難しく手首や指先が汚染すること、対象者がインナー手袋の汚染の自覚がなく脱ぎ方が難になっていたことが判明した。水平感染を防止するためには、日常場面での安易な二重手袋の使用は避けるべきである。

02-5

感染経路表示のイラスト化による視認性向上の取り組み

社会医療法人社団 蛭水会 名戸ヶ谷あびこ病院 ICT

○加藤久美子 (かとう くみこ)、松田裕士郎、坂本 美香

【背景・目的】感染予防対策を効果的に行うためには、微生物（病原体）の感染経路を理解し、その経路を遮断することが重要である。感染経路別予防策には空気予防策、飛沫予防策、接触予防策があり、これらは標準予防策に加えて実施する必要がある。当院では感染経路別予防策の表示として、色別の丸いシールを使用していたが、感染症の有無を個別に確認する必要があり、視認性に課題があった。そこで、感染経路別にイラストを用いた新しい表示を作成し導入した。その作成経緯と導入後の効果を報告する。

【活動内容】当初はピクトグラムを検討したが、「意味が分かりにくい」「直感的に判断できない」との声があった。感染経路の特徴を「動き」や「自然界の現象」に重ねたイラストを作成した。空気感染は虹、空気中に広がる様子を色の帯で表現した。飛沫感染は小鳥の「飛ぶ」動作を飛沫の飛散に重ねた。接触感染はミツバチが花粉を運ぶ様子を、耐性菌が接触により運ばれるイメージとして表現した。流水と石けんが必要な感染症は、水に入るイルカで手洗いの必要性を示した。また、感染経路別表を作成・掲示し、耐性菌発生時は表を確認することで、職員が必要な予防策を速やかに行動に移すことができた。導入後、委託業者・コメディカル・病棟職員への聞き取りを実施し、視認性・理解度・業務効率の変化を評価した。

【成果・考察】聞き取り調査では「分かりやすい」「迷わなくなった」との意見が多く、確認時間が減少したとの声も得られた。委託業者からは、必要な予防策を即時に判断できるようになり、業務の流れが円滑になったとの評価があった。コメディカルスタッフからも、イラストが感染経路の特徴を直感的に示しているため、非常勤スタッフにも説明しやすく、教育的効果が高いとの意見が得られた。また、耐性菌発生時には感染経路別表を用いたことで、スタッフ間での統一した行動につながった。自然界の動きを用いたイラストは視覚的理解を促進し、感染経路の概念を身近に感じられる工夫となった。以上より、イラストを用いた感染経路表示は視認性と理解度の向上に有効であり、多職種が関わる医療現場における感染対策の質向上になる。

02-4

空気感染隔離ユニットを用いた小児集中治療室における空気感染予防策の検討

国立成育医療研究センター 感染制御部¹⁾、浜松医科大学 小児科²⁾

○二木 良平 (ふたつぎ りょうへい)¹⁾、三浦 祥子¹⁾、菅原 美絵¹⁾、宮入 烈¹²⁾、大宜見 力¹⁾

【目的】水痘など空気感染する感染症は、前室を備えた二重扉を有する陰圧個室での管理が望ましいが、施設や病棟によっては十分な設備を有していないことがある。当院の小児集中治療室(PICU)には前室を備えた二重扉を有する陰圧個室がないため、空気感染対策を行う場合は、陰圧個室に空気感染隔離ユニット（隔離ユニット）を設置して管理を行っている。当院 PICU における隔離ユニットの使用実態および病床運用への影響を評価することを目的とした。

【方法】本研究は単施設後方視的観察研究で、2017 年 12 月～2024 年 12 月に当院 PICU で、空気感染対策（エアロゾルを介した感染対策を含む）として隔離ユニットを用いた症例を対象とした。年齢、性別、隔離ユニットの使用に関連する事項（使用開始・終了日、使用理由、解除理由、PICU 退室転帰）を感染制御部記録から収集した。本研究は施設倫理委員会の承認を得て行った（受付番号 2025-275）。

【結果】対象は 67 例で、月齢中央値 55 か月（四分位範囲 16-104）、男児が 46% であった。空気感染対策を行った理由の内訳は、新型コロナウイルス関連 42 例（62%）、水痘・帯状疱疹関連 13 例（19%）、結核関連 12 例（18%）であった。特に、2020 年 1 月から 2023 年 5 月までの新型コロナウイルス流行期では新型コロナウイルスに関連した使用が 84% を占めた。隔離期間の中央値は 2 日（四分位範囲 1-4）であった。主な隔離ユニットの中止理由は、転棟 35 例（52%）、空気感染対策が必要な感染症の除外 23 例（34%）であった。隔離ユニット使用中に PICU 内での二次伝播は認めなかった。隔離ユニット使用に伴う PICU 稼働停止床日数は 0 床日であった。

【結語】当院 7 年間の経験において、PICU での空気感染予防策として隔離ユニットの使用は、二次伝播を生じさせず、安全に通常の病床稼働を継続することが可能であった。

02-6

海外渡航後インフルエンザ A 型患者診療に関連した医療従事者二次感染事例と感染対策の再検討

筑波大学附属病院

○志塚 彩香 (しづか あやか)、海津 麻子、宮内 美穂、菅原美知子、飯田貴美代、鈴木 広道

【背景】海外渡航後患者の診療では輸入感染症を想定する一方、インフルエンザなど一般的な呼吸器感染症への対応も重要である。本報告では、渡航歴を有するインフルエンザ患者の診療後に医療従事者への二次感染を認めた事例を経験し、その経過と感染対策の見直しについて検討した。

【症例】渡航後外来を受診した 50 代男性。マレーシア渡航後、発熱および激しい咳嗽を主訴に来院した。来院時は布マスクを着用していた。診療中に鼻咽頭ぬぐい液を採取し、核酸増幅検査にてインフルエンザ A 型陽性と判明した。当該患者の診療には医師 3 名、看護師 2 名が従事した。その 2 日後、従事していた医師 1 名および看護師 2 名が感冒症状を呈し、全員がインフルエンザ A 型と診断された。診療時の感染対策は、陰圧室を使用し、病室内の換気回数は 12 回/時間 を保持していた。医療従事者はサージカルマスクを着用し、鼻咽頭ぬぐい液採取時のみアイシールドを追加で着用していた。感染した医療従事者は、患者と 1m 以内の接触があった。RNA シークエンス解析にて塩基配列相同性解析を行った。その結果、いずれも近年の流行株である 6B.1A.5a.2a.1 であった。

【考察・結論】医療従事者は、飛沫感染予防策を実施して、換気回数が保たれている空間で診察していたのにも関わらず、患者からの医療従事者への感染が示唆される事例を経験した。医療従事者二次感染の背景としては、患者の布マスク使用、医療者が検体採取時以外で、アイシールドを装着していなかったために、飛沫の曝露を受けて感染したと考える。本事例を受けて、診療時の感染対策を見直し、患者への不織布マスク着用の徹底に加え、咳嗽を有する患者の診療時には、飛沫感染予防策に基づき、患者の半径 1m 以内に入る場合は、医療従事者のアイシールド着用を徹底することとした。感染対策の徹底後、咳嗽を有する海外渡航後患者への対応において、医療従事者への新たなインフルエンザの二次感染は認められていない。本研究の RNA シークエンス解析にご尽力いただいた筑波大学ウイルス学川口敦史教授に深謝申し上げます。

03-1 ナッジを用いた職員のインフルエンザワクチン接種率向上への取り組み

国立がん研究センター東病院 感染制御室¹⁾、国立がん研究センター東病院 看護部²⁾、国立がん研究センター東病院 感染症科³⁾
○橋本 麻子 (はしもと あさこ)¹⁾、早坂 和恵²⁾、
沖中 敬二^{1,3)}

【背景・目的】医療者へのインフルエンザワクチン接種は自身の感染予防のみならず、患者への二次感染リスク低減にも寄与する。当院では職員にインフルエンザワクチン接種を推奨している。2023年度までは申込用紙に記載し提出する方式であったが2024年度よりWebによる個別申込方式へ変更した。その結果、事務部門の負担は軽減した一方で申込忘れや問い合わせが増加し、当日の対応や負担が増え、接種率は例年より低下した。そこで職員のインフルエンザワクチン接種率向上を目的に行動経済学に基づくナッジを導入し、その効果を検証した。【方法】2025年度職員へのインフルエンザワクチン接種には、ナッジのフレームワークであるEASTの視点を活用した。具体的には1. 初期設定(デフォルト)を「接種しない場合のみWebアンケートに回答する」方式へ変更(Easy)、2. 「接種を希望しない場合は人数把握のためにQRコードより登録」と記載した簡潔明瞭なポスターの掲示(Attractive)、3. 職員宛てメールおよびポスターに社会的規範を用いたメッセージを提示(Social)、4. 接種日前に複数回のリマインドメールの配信と接種日や接種場所を記載したポスターの掲示(Timely)を行った。ポスターやメールには接種は強制ではないことを明記した。2024、2025年度の接種率および申込率を比較した。本研究は当院倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】全職員数は2024年度1731名、2025年度1792名であった。接種率は2024年度75.9%、2025年度89.5%と有意に上昇した($P<0.05$)。2024、2025年度の職種別接種率は、医師58.2% (申込率52.7%) から91.0%、看護師81.5% (申込率82.8%) から89.8%、診療放射線技師48.3% (申込率44.8%) から92.2%とその他の職種においても接種率が向上した。

【結論】ナッジを導入した結果、接種率は有意に向上した。「接種しない場合のみ手続きが必要」とするデフォルト設定の変更により、申込みや意思決定に伴う負担が軽減され、接種に関するタイムリーな情報提供により接種行動が促進されたと考えられる。強制やインセンティブを用いずに実施可能なナッジは、ワクチン接種率の向上に有用な方策である。

03-3 感染対策の遵守が困難な環境における新型コロナワクチンの有効性～精神科病院での2つのアウトブレイク事例の解析～

阪南病院 医療安全管理室

○山田 学 (やまだ まなぶ)

【背景・目的】精神科病院は、施設構造や患者の疾患特性が一般病院と大きく異なる特殊な環境であり、感染症が持ち込まれば非常にアウトブレイクしやすい。当院においても2021年より新型コロナウイルス感染症(以下、COVID-19)のアウトブレイクを何度も経験してきたが、精神科病院のような感染対策の遵守が困難な環境でのCOVID-19アウトブレイク事例における新型コロナワクチンの有効性と意義について検討を行ったので報告する。

【方法】A病棟(男女混合認知症病棟)で2025年1月18日～1月25日までに発生したCOVID-19アウトブレイク事例(入院患者53名中COVID-19陽性者20名)とB病棟(男女混合慢性期病棟)で2025年1月23日～2月4日までに発生したCOVID-19アウトブレイク事例(入院患者56名中COVID-19陽性者41名)の2事例において、新型コロナワクチン接種を曝露群と非曝露群に分け、コホート研究を実施し、フィッシャーの直接確率検定を用いて解析した。 $P<0.05$ を統計学的に有意差ありとみなした。

【結果】精神科病院では、個室が少なく共有スペースが多い施設構造、患者の疾患特性でマスク着用や手指衛生などの感染対策が遵守しにくいことなどにより、感染予防行動などの交絡因子を抑えることができ、一般病院よりも新型コロナワクチンの発症予防効果を確認することができる。A病棟では入院患者53名中16名が新型コロナワクチン接種をしており、接種者16名中2名がCOVID-19を発症した。B病棟では入院患者56名中16名が新型コロナワクチン接種をしており、接種者16名中8名がCOVID-19を発症した。2つの病棟でフィッシャーの直接確率検定(両側検定)を用いて解析した結果、A病棟・B病棟共に新型コロナワクチン接種の有無とCOVID-19罹患の間には統計学的に有意差を認めた(A病棟の $P=0.0150$ 、B病棟の $P=0.0203$)。

【結論】精神科病院では、施設構造や疾患特性によりCOVID-19がアウトブレイクしやすい環境であるが、新型コロナワクチンの発症予防に対する有効性が確認された。今後は精神科病院や介護施設等において新型コロナワクチンの接種がより促進されることが期待される。

03-2 RSウイルスワクチン接種勧奨における感染管理看護師と医師の職種間連携の有用性

北海道立北見病院 感染管理室¹⁾、旭川医科大学 内科学講座 呼吸器・脳神経内科学分野²⁾、北海道立北見病院 呼吸器内科³⁾
○岡田 恵美 (おかだ めぐみ)¹⁾、木田涼太郎²⁾、
小笠 壽之³⁾、志垣 涼太³⁾

【背景・目的】RSウイルス(RSV)は、高齢者や基礎疾患保有者で重症化リスクが高い。本邦でも成人向けRSVワクチン接種が開始し普及が期待されているが、任意接種ゆえの情報提供体制の不足や勧奨への受容性が課題である。本研究では、医師および感染管理看護師(ICN)の説明介入に対する判断意向を分析し、患者の意思決定支援に寄与する職種間連携のあり方を検討した。

【方法】2024年7月～2025年6月に当院呼吸器内科外来を受診した60歳以上の接種条件を満たす患者に同意を得て調査した。医師4名、ICN1名が共通の説明資料を用いて標準化した説明を実施した。医師は診察時、ICNは外来待ち時間に説明し、その後の診察で患者からの質問へ医師が対応した。説明当日以降に接種是非、判断理由等の回答を得て、希望者にはワクチンを接種した。説明者により医師群およびICN群の2群に分け、接種率、判断期間、理由等を統計学的に比較分析した。

【結果】同意を得た269名(医師群176名、ICN群93名)を解析対象とした。両群間の年齢、性別に有意差はなかったが、基礎疾患において間質性肺炎($p=0.04$)、肺腫($p=0.03$)の割合がICN群で有意に多かった。当日に判断した患者は医師群54.0%、ICN群45.2%と有意差は認められなかった($p=0.17$)。接種率(医師群55.1%、ICN群48.4%、 $p=0.29$)、当日判断者の接種意向($p=0.67$)についても両群に差は認められなかった。接種理由は、医師群55.7%、ICN群48.9%とともに「主治医の勧め」が最多であった。非接種理由の複数回答において「費用」を挙げた割合は両群とも半数を超えたが、これを主理由とする割合($p=0.01$)および「費用」を理由とした当日非接種の割合($p=0.01$)はICN群で有意に低かった。

【結論】RSVワクチン接種において、主治医の推奨は強力な動機づけとなる。一方、ICN介入は医師との連携により同等の接種率を示す傾向があり、患者は経済的要因による制約下においても、自身の背景に即した内省的な検討を含む意思決定プロセスを辿っていた。外来における医師とICNの職種間連携は、RSVワクチン接種に関する情報に基づく意思決定支援として有用であった。

03-4 透析室におけるワクチン接種支援体制構築の取り組み

社会福祉法人 京都社会事業財団 西陣病院 臨床工学科¹⁾、社会福祉法人 京都社会事業財団 西陣病院 看護部²⁾、社会福祉法人 京都社会事業財団 西陣病院 医務部³⁾

○古田 貴志 (ふるた たかし)¹⁾、伊藤 良子²⁾、
柳田 國雄³⁾

【背景・目的】透析患者は感染症に罹患するリスクが高いため、ワクチン接種による予防が推奨されている。一方、接種時期や公費適用の有無などの情報は複雑であり、当院透析室ではワクチンに関する情報提供が十分とはいえない状況であった。そこで、院内で取り扱いのあるワクチンのうち、透析室で接種可能なワクチン情報を整理し、患者への情報提供と相談対応を行う取り組みを開始した。

【活動内容】2025年8月より、当院透析患者約375名を対象に、インフルエンザ、新型コロナウイルス、肺炎球菌、带状疱疹ワクチンについて、接種の効果や公費適用の有無をまとめた資料を作成し配布した。配布後は個別相談に対応するとともに、接種状況を確認できる管理表を作成し運用した。ワクチンは透析日に接種可能とし、外来受診を要さない運用とした。接種内容は主治医を含む医師と連携しながら進めた。

【成果・考察】資料配布後、ワクチンに関する問い合わせがみられ、肺炎球菌ワクチンは9名中7名、带状疱疹ワクチンは13名中12名が接種に至った。接種に至らなかった背景として、価格面での負担や接種歴を十分に把握できていなかったことがあった。また、患者からの依頼に基づき、肺炎球菌ワクチンを含む複数ワクチンの年間接種スケジュールを作成し、計画的に接種を調整した。これらの取り組みにより、透析室内でのワクチン接種を支援し、接種状況の把握につながった。

03-5 带状疱疹ワクチン接種歴・接種意向に関連する要因：中山間地域病院における外来受診者アンケート

日野病院組合 日野病院

○橋本真之介（はしもと しんのすけ）、孝田 雅彦

【目的】当地域では2022年から带状疱疹ワクチンの助成を開始し2025年4月から定期接種が開始されたが、接種率向上が課題である。本研究の目的は、当院受診者を対象に、ワクチン接種状況と接種意向を把握し、接種関連要因を明らかにすることである。

【方法】50歳以上を対象に自己記入式アンケートを実施し、有効回答231名を得た。带状疱疹ワクチンの認知、情報源、助成制度の認知、ワクチン全般への態度、接種歴、接種意向を尋ねた。接種歴あり/なし、未接種者の接種意向あり/なしで各変数を比較検討した。さらに、1带状疱疹ワクチン接種歴あり（vsなし）、2未接種者の接種意向あり（vsなし・不明）に従属変数として、年齢、性別、知識レベル、医師からの情報提供、助成制度認知、ワクチン全般への態度を説明変数に多変量ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】接種歴ありは45名（21.2%）で、接種ありは知識高群で高く（28.1% vs 3.4%）、医師から情報を得ている群で有意に多かった（39.7% vs 14.3%）。助成制度を内容まで理解している群では86.8%が接種済みであり、不十分群の3.9%と比べ高率であった。多変量解析でも助成制度認知高群は接種歴ありと強く関連し、オッズ比14.9であった。一方、未接種者146名中、接種意向ありは66名（45.2%）であり、年齢や知識レベル、助成制度認知とは有意な関連を認めなかったが、ワクチン全般に対する態度とは有意に関連した。「推奨される頻度で必ず受ける」と回答した群に比べ、「できるだけ避けたい」「わからない」群では接種意向ありの割合が低く、オッズ比も0.11、0.10であった。

【結論】中山間地域において、带状疱疹ワクチン接種歴は助成制度の認知と医療者からの情報提供、ワクチン全般に対する積極的な態度と強く関連していた。未接種者の接種意向はワクチン全般への不安・躊躇の影響を受けていた。定期接種化と自治体助成の内容をわかりやすく周知し、医療者が疾患・ワクチンの安全性と必要性を説明し、漠然とした不安を軽減することで、ワクチン接種率向上につながると考えられた。

04-1 KPI マネジメント導入による手指消毒剤使用量増加への効果—WHO手指衛生多角的戦略下での取り組み—

岡山済生会総合病院

○立道 優太（たてみち ゆうた）、池田 房雄、
上山 海斗、五藤 輝之、友野 良美

【背景・目的】当院では2024年度よりWHO手指衛生多角的戦略を導入している。導入前の手指消毒剤使用量は2.48mL/患者/日、手指衛生自己評価フレームワークは、115点（組織文化0点）と不十分であった。このような状況から、質的向上に先立ち、認知度向上と組織文化の醸成を目的とした戦略を実施した。その結果、使用量は3.51mL/患者/日と改善したが、目標の設定方法や実施体制の課題が明らかとなった。そこで2年目は、目標を明確化し進捗を可視化する目標管理の仕組みとしてKPIマネジメントの考え方を導入し、その効果を検討した。

【活動内容】2025年4月よりKPIマネジメントの考え方を導入し、感染対策委員会および感染リンクナース会の目標を「手指衛生の強化」に一本化、KPIを「1患者/日あたりの手指消毒剤使用量10mL以上」と設定した。5月に感染臨床セミナーによる周知、部署目標の設定・掲示、年間行動計画の立案を行い、6月より運用を開始した。運用開始後は、委員会掲示板の設置による部署別使用量の定期的な可視化とフィードバック、年2回のキャンペーン開催、毎月のニュースレター発行、ICNによる部署支援を実施した。評価については、感染リンクナース会において定期的な進捗確認を行い、10月に中間評価を実施し、各部署の課題の共有と改善策の検討を行った。

【成果・考察】KPI導入後8か月間の手指消毒剤使用量は、平均6.73mL/患者/日、最大7.91mL/患者/日となり、導入前比で約1.9倍に増加した。多角的戦略導入後も使用量は増加傾向であったが、KPIマネジメント導入後に増加がより明確となった。これは、目標値の可視化や定期的なフィードバックにより、現場の行動変容が定着した可能性を示唆する。また、使用量増加に伴い、MRSA検出率は0.811から0.486へと約54%低下しており、手指衛生の徹底が医療関連感染リスク低減に寄与した可能性が考えられた。組織文化が未成熟な段階では、質的評価に先立ち、意図的に「風」を起こす啓発的介入によって社会的規範を形成する戦略が有効であり、組織文化を転換する初期段階として重要であったと考える。今後は、この基盤の上に質的向上を目的とした戦略へ段階的に移行する予定である。

03-6 病院職員のウイルス（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎）の抗体価・予防接種歴管理に向けた取り組み

JA愛知厚生連 安城更生病院 感染制御部¹⁾、JA愛知厚生連 安城更生病院 感染対策チーム²⁾

○稲富 里絵（いなとみ りえ）¹⁾、外山 ゆき²⁾、
杉浦 康行²⁾、白井 麻奈²⁾、鈴木 道雄²⁾

【背景】日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン」(以下、ガイドライン)では、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎ウイルスおよびB型肝炎ウイルスの抗体価および予防接種歴の管理が推奨されている。当院ではこれまで入職前の抗体価・予防接種歴を確認しておらず、入職時健診の抗体価のみに基づき追加の予防接種を案内していた。今回、入職前後を通じた抗体価・予防接種歴の管理体制の見直しを行ったため報告する。

【方法】2025年4月入職者156名を対象に、接種証明書や母子手帳に基づく予防接種歴及び、入職前に測定された抗体価を確認し、入職時健診の抗体価と合わせてデータベースを作成した。ガイドラインに基づき追加接種の要否を評価し、情報は院内感染管理支援システムで一元管理した。

【結果・考察】入職時健診の抗体価のみで評価した場合、追加接種が必要と判定されたのは麻疹114名、風疹89名、水痘17名、流行性耳下腺炎36名、B型肝炎51名であった。一方、予防接種歴、入職前抗体価、及び入職時健診の抗体価を含めて評価すると、麻疹25名、風疹36名、水痘3名、流行性耳下腺炎17名、B型肝炎43名に減少した。予防接種歴及び入職前の抗体価を確認したことでデータベース化により適切な接種対象者の抽出が可能となり、過不足のない接種推奨につながった。また、感染管理支援システムにより職員自身が抗体価および接種歴を確認できる体制を整備できた。

04-2 当院におけるPOEMスコアを用いた手湿疹（手荒れ）の有病率調査

NHO岩国医療センター

○上成 敏爾（うえなり としじ）

【背景・目的】手湿疹（手荒れ）は手指衛生の阻害要因となり、医療関連感染対策上の課題である。看護師は手荒れを起こしやすい職種とされるが、当院における実態は把握されていなかった。本研究では、POEMスコアを用いたアンケート調査により、当院看護師の手荒れ有病率を明らかにするとともに、関連する背景因子を検討することを目的とした。

【方法】2025年1月末から2月中旬にかけて、当院ICUおよび救急センター病棟に勤務する看護師71名を対象に、POEMスコアおよび背景因子に関する質問紙調査を実施した。研究に同意が得られた回答を解析対象とし、手荒れの有無と背景因子との関連について χ^2 検定を行った。

【結果】43名から有効回答が得られ（回答率60.5%）、POEMスコアによる手荒れ有病率は約28%であった。手荒れの重症度が高いほど平均年齢は低下する傾向がみられ、男性の割合が増加した。背景因子では、「手荒れで医療機関を受診した経験」「アトピー性皮膚炎や乾癬の既往」「アルコール消毒で手荒れを起こした経験」が手荒れの有無と有意に関連していた。一方、「アレルギーの既往」は有意差を認めなかったが、手荒れを有する割合は高い傾向であった。

【結論】当院看護師における手荒れ有病率は約28%で、先行文献と同程度であった。若年層や皮膚疾患の既往、アルコール消毒による刺激が手荒れの重要な関連因子と考えられた。本結果を踏まえ、リスクの高い看護師を意識した手荒れ予防教育と対策の強化が必要である。

04-3 3段階手指衛生技術(3-HT)導入による手指消毒の質的向上の評価

三陽会 前田内科病院

○前田 大登(まえだ ひろと)、河村 洋子

【背景】WHOは6段階手指衛生技術(6-HT)を推奨しているが、手技の複雑さから遵守率低下が懸念されている。一方、手技を簡略化した方法でも6-HTと同等の消毒効果が得られることが報告されている。本研究では、より簡便な3段階手指衛生技術(3-HT)導入の有用性を、客観的指標としてアルコール使用量、主観的指標としてアンケート評価により検討した。

【方法】3-HT指導3か月後から6か月間と、導入前年同月の6か月間を比較した。病棟および透析室における月ごとの患者1人あたりアルコール使用量を算出し、手指衛生実施状況の客観的指標として評価した。また、指導前および指導1か月後に職種・勤務年数別のアンケートを実施し、理解度、実施しやすさ、忍容性、継続意向を評価した。

【結果】アルコール使用量は導入後に増加し、特に透析室で顕著であった(病棟+6.1%、透析室+120%)。アンケートでは、3-HTは理解しやすく実施しやすいとの回答が多く、全体として受容性および継続意向は高かった。

【結論】3-HT導入により、手指衛生の質的向上が示唆された。簡便で現場に導入しやすい手指衛生技術として、医療現場での実践的活用が期待される。

04-4 手指衛生遵守向上に向けたLS活動計画の改良と強化部署制の導入

独立行政法人国立病院機構東名古屋病院 感染対策室

○鈴木 京子(すずき きょうこ)、志波 幸子

【背景・目的】当院では看護部およびリハビリテーション科で構成されるリンクスタッフ(以下、LS)会を運営し、LSは各部署の感染対策推進役を担っている。しかし従来の年間活動計画では、計画立案後の実践が個人に委ねられ、実施状況に差が生じ、十分な改善につながらない状況がみられた。また、取り組み内容が多岐にわたり、部署全体を巻き込むことが困難であった。そこで感染対策の基本である手指衛生に焦点を絞り、LS会活動計画の見直しを行った。

【活動内容】2024年度は手指衛生に限定した活動計画とし、患者背景や接触回数を踏まえてLSが自部署の手指消毒剤の目標使用量を設定した。2025年度はLSによる計画立案を廃止し、手指消毒剤使用量、手指衛生遵守率、クラスター発生状況を基にICTが毎月手指衛生強化部署を選定した。強化部署ではLSと副看護師長が課題と取り組み内容を協議し、必要時にCNICが支援を行った。取り組み内容と改善状況は翌月のLS会で共有した。

【成果・考察】2024年度は、手指消毒剤使用量の増加は認められたが、手指衛生遵守率の改善はみられなかった。2025年度は強化部署制導入により、強化対象部署で一時的に使用量が増加したが、取り組みから数ヶ月後に減少する部署もあった。院内全体の使用量は2024年度18.18L/1000患者・日から2025年度20.18L/1000患者・日へ有意に増加した($p<0.05$)。強化部署制は「やらざるを得ない」状況を作り、部署全体の実践を促す仕組みとして一定の効果を示したと考える。本取り組みをKotterの組織変革8段階に照合すると、データ共有による危機意識の醸成、副看護師長の参画による変革推進体制の構築、翌月報告による行動促進など、複数の段階に対応した介入が実践可能であった。一方、取り組み後に使用量や遵守率の低下がみられる部署もあり、手技の定着には至っていない。今後は特に第7・8段階に該当する「変革を持続させる」「組織文化として根付かせる」ための継続的介入が課題である。

04-5 救急救命士養成課程における擦式手指消毒の技能修得に向けた縦断教育の効果

朝日大学 保健医療学部 看護学科¹⁾、朝日大学 保健医療学部 救急救命学科²⁾、京都橘大学 健康科学部 救急救命学科³⁾、明治国際医療大学 保健医療学部 救急救命学科⁴⁾

○垣根 美幸(かきね みゆき)¹⁾、澤田 仁²⁾、関根 和弘³⁾、平出 敦⁴⁾

【背景・目的】手指衛生は感染対策の基本であるが、医療従事者においても遵守率のばらつきや技能の不十分さが指摘されており、基礎教育段階での継続的教育の重要性が示唆されている。本研究は、救急救命士養成課程学生に対し手指衛生の縦断教育を実施し、長期効果(未消毒部位の経年的減少)、短期効果(各年度の教育前後での改善)、教育効果の変化(学年進行による効果量変化)を検証することを目的とした。

【方法】2022から2025年度の4年間、学生に年1回の手指衛生教育を実施した。擦式手指消毒の手順は、WHO手指衛生ガイドラインが示す6部位(手掌、手背、指間、指背、母指、指先)に手首を加えた7部位を対象とし、蛍光塗料を用いて手技後の未被覆部位を未消毒部位として記録した。分析は、4年間すべて受講した学生38人を対象に、未消毒部位数の年次推移および教育前後差を一般化線形混合モデルで解析した。

【結果】教育前後($p<0.001$)および年×教育前後($p=0.025$)は有意であったが、年の主効果は有意ではなかった($p=0.080$)。推定平均未消毒部位数は1年次で1.921から0.526へ減少した。2年次では1.816から0.789、3年次では1.816から0.816、4年次では1.079から0.737へ減少した。教育による改善幅は低学年ほど大きく、教育前の未消毒部位数は学年進行に伴い低下した。

【結論】手指衛生教育は各年度で即時的改善をもたらし、さらに教育前水準の低下から技能の定着も示唆された。救急救命士養成課程における手指衛生の縦断教育は、擦式手指消毒の確実な技能修得に有用である可能性が示された。

04-6 副診療部の手指衛生実施率向上へ向けた取り組み

大和徳洲会病院 感染対策室

○長坂 洋子(ながさか ひろこ)

【背景・目的】手指衛生は、感染予防の基本と言われ必要なタイミング、決められた手順での実施が求められる。A病院では直接観察法による手指衛生実施率で評価を行っており、全体的な結果としては、「実施している」「手順など不足しているが実施している」を合わせて70%前後で推移している。職種別でみると2023年度は看護師、看護補助者が70%以上の実施率である一方、リハビリテーション職員、臨床工学技士、放射線技師の実施率は40%程度であった。そこで、副診療部全体の取り組みとしてイラスト手順書を作成し手指衛生実施率の向上への取り組みを行ったので報告する。

【活動内容】2024年4月より副診療部の感染リンクスタッフで活動を開始した。リンクスタッフには、手指衛生の必要性、タイミングなどの手指衛生の勉強会を行い、次に職種ごとの業務で手指衛生が必要だと思う場面を1つあげ、手順の書き出しとどこで手指衛生が必要になるかを議論した。その後、職種ごとにイラスト手順書を作成、検討、改訂を繰り返した。2025年4月～7月には、最終的なイラスト手順が完成し各職種で説明と周知を行い、現場での実施を開始とした。

【成果・考察】2023年度から2025年度の手指衛生直接観察の結果ではリハビリテーション職員、臨床工学技士は手指衛生実施率が向上し、放射線技師は変化がなかった。リハビリテーションのリンクスタッフは、業務中のどのタイミングで手指衛生を行うことが必要か、可能かをほかの職員を交えて検討し、部署内での周知したことで2024年度から実施率の向上が見られた。臨床工学技士は、シャント穿刺時の場面に取り組んだ。看護師も一緒に使用する手順であり感染リンクナースと協力、相談し手順作成に取り組んだ。手順の完成まで時間を要したが、2025年度の直接観察は実施率が向上していた。放射線技師は、業務が多忙であり委員会の参加が困難で、手順は作成したが現場への周知が不十分となり実施率は変わらなかった。業務の中でどこに手指衛生が必要かを主体的に考え、必要性、実施できない理由を周りの職員を巻き込んで検討することでスタッフ間の意識統一と周知につながり、手指衛生実施率の向上につながった。

05-1

A 病院成人病棟の手指消毒実施回数と手指消毒遵守状況の関連について

社会医療法人母恋 天使病院 感染制御室¹⁾、社会医療法人母恋 天使病院 薬剤科²⁾、社会医療法人母恋 天使病院 麻酔科³⁾
 ○岡村 智実 (おかむら ともし)¹⁾、小澤 純²⁾、石川 太郎³⁾

【背景・目的】A 病院では手指消毒薬使用推進に向けて、毎月病棟毎の患者あたりの手指消毒実施回数を算出しフィードバックを行っている。各部署での活動は ICT リンクスタッフ主体で行い、2024 年度は手指消毒の直接観察を実施した。今回は、A 病院成人病棟の手指消毒実施回数と手指消毒遵守状況の関連について調べることを目的に研究を行った。

【方法】A 病院の成人 4 病棟 (B 病棟・C 病棟・D 病棟・E 病棟) の看護師を対象とし、2024 年 10 月から 12 月の病棟毎の手指消毒実施回数と同期間の手指消毒の直接観察データの関連を調べた。手指消毒目標回数は患者あたり 1 日 10 回とした。直接観察の方法として、病室への出入り時に手指消毒を行っているかを確認し、実施と未実施 (手袋の着用を含む) を評価した。倫理的配慮として、所属施設の看護研究倫理審査委員会の承認を得て実施 (承認番号: 2025-6)。病院名、部署が特定されないように記号化した。

【結果】対象期間の手指消毒実施回数は、B 病棟 13.2 回 (SD=2.44)、C 病棟 12.0 回 (SD=0.53)、D 病棟 13.1 回 (SD=2.30)、E 病棟 10.9 回 (SD=4.20) であり、病棟毎に差はみられなかった。同一期間の手指消毒遵守率は、B 病棟 82.2%、C 病棟 14.0%、D 病棟 76.1%、E 病棟 79.2% であった。B・D・E 病棟は遵守率 75% 以上と、先行研究の手指衛生遵守率中央値 40% より高く、回数も目標に到達していた。C 病棟は目標回数に到達しているが、遵守率は低く結果に乖離がみられた。

【結論】本研究では、手指消毒実施回数と手指消毒遵守率に関連は認められなかった。C 病棟は遵守率が低い回数に維持されており、適切な実施ができていない対象者がいることが推察される。一方で、適切なタイミングで実施できていない対象者も一定数いることが予測される。実施を阻害する要因として知識不足、理解しているが実施できない状況であるなど、改善には詳細を把握する必要がある。今回は短期間の調査であったため今後も継続した活動を行い、実施回数と遵守率の両方から評価することが手指消毒の質向上につながると思われる。

05-3

一般病棟における手指衛生動画研修と確認テストの反復介入—受講歴別の正答率比較—

藤田医科大学病院 医療の質・安全対策部 感染対策室¹⁾、藤田医科大学 医学部 微生物学講座感染症科²⁾
 ○犬塚 勝理 (いぬづか かつまさ)¹⁾、中川 雅貴¹⁾、本田 仁²⁾

【背景・目的】A 病院では手指衛生のタイミングの統一を目的に、「カーテンを開けた後・閉めた後」を実施基準として第 1 回動画研修を行った。しかし、研修後も理解が十分とは言えない状況が明らかとなったため、確認テストを反復実施し、理解度の推移を評価した。

【活動内容】WHO 手指衛生ガイドラインの概念に基づき、多床室および個室の入退室 4 場面を想定した教育動画を作成し、Microsoft Forms に掲載、QR コードで視聴可能とした。対象は一般病棟看護師とし、確認テストの回答を参加指標とした。第 1 回研修 (202X/10/21~12/10) では、初回テスト後に教育動画を提示し、同一テストを再度実施した。前後両方に回答がある同一職員を対象に、正答率の変化を McNemar 検定 (両側、 $p<0.05$) で評価した。第 2 回研修 (202Y/1/22~2/20) では同一テストを単回実施し、職員番号により第 1 回研修参加歴の有無を判定した。参加歴あり群となし群で各場面の正答率を比較し、Fisher の正確確率検定 (両側、 $p<0.05$) で評価した。期間中に手指衛生直接観察を計 4 回実施したが、網羅的ではない。本研究は看護部倫理審査会の承認を得て実施した。

【成果・考察】第 1 回研修 (対応あり $n=521$) では、正答率は研修前後で多床室入室 31.7 から 41.1%、個室入室 17.9 から 25.1%、個室退室 9.8 から 16.5% と上昇した (各 McNemar $p<0.01$)。一方、多床室退室は 97.1 から 96.0% で有意差を認めなかった ($p=0.263$)。第 2 回研修の回答者 704 名のうち、研修あり群は 390 名、研修なし群は 314 名であった。正答率は、研修あり群となし群で多床室入室 67.4%、50.0%、個室入室 57.9%、42.7%、個室退室 41.8%、31.2% といずれも研修あり群が高値であった (Fisher $p<0.05$)。多床室退室は 88.3% と 93.0% ($p=0.04$) であったが、もとも正答率が高い項目であり、解釈には慎重を要する。本比較は非ランダム化であり、経験年数や職務役割などの交絡の影響を否定できないという限界がある。以上より、動画を用いた確認テストの反復は理解度向上と関連する可能性が示唆された。一方で特定場面の正答率は低く、今後は動画教育に加え、直接観察等を組み合わせた継続的な介入が必要である。

05-2

回復期リハビリテーション専門病院における WHO 手指衛生多角的戦略の導入

医療法人溪仁会 札幌溪仁会リハビリテーション病院
 ○伊藤 美里 (いとう みさと)

【背景・目的】当院は回復期リハビリテーション専門病院として 365 日体制で集中的なリハビリを提供している。その遂行には医療関連感染の防止が不可欠であり、手指衛生の目標を 1 患者 1 日あたりの手指消毒剤使用量 20ml とし教育や啓発を行ってきたが、目標を大きく下回る状況に試行錯誤していた。そこで、WHO 手指衛生多角的戦略 (以下、多角的戦略) を導入し、手指衛生改善に向けて包括的な取り組みを開始した。

【活動内容】2024 年度末に WHO 手指衛生自己評価フレームワーク (HHSAF) で現状把握を行い、多角的戦略の 5 つの要素のうち「組織文化」「測定評価」「研修教育」を重点課題として取り組み計画を立案した。「組織文化」では幹部へ HHSAF と計画を提示し、多角的戦略導入と WHO の SAVE LIVES Clean Your Hands キャンペーン登録の承認を得て、院内周知後に職員参加型キャンペーンを開催した。リンクスタッフ活動は手指衛生に重点を置き、感染制御チームと共に「手指衛生チーム」として各種計画を具体化した。「測定評価」では直接観察法による手指衛生遵守率の調査を開始し、初年度の観察は多職種が関わる食事ケア場面に限定した。「研修教育」では全職員対象の研修を年 1 回以上実施することとした。その他、手指消毒剤の種類を追加し、6 ステップの手指衛生手順を採用した。

【成果・考察】HHSAF スコアは 1 年目で 205 点 (初級) から 272.5 点 (中級) となり、手指消毒剤使用量は 9.7ml から 12.7ml、手指衛生回数は 1.8 倍に増加したが、手指衛生遵守率は 21% と低いことが明らかになった。HHSAF 活用の効果として、5 つの要素の伸びしろと課題の優先順位を把握でき、根拠に基づく計画立案と実行が可能になった。また、多角的戦略は 5 か年計画が前提であるため、目先の結果ではなく計画性・継続性を重視する方向に安心して思考転換できた。リンクスタッフ活動の軸を手指衛生チーム活動としたことは手指衛生推進に有効であった一方、他の感染対策の停滞もみられ、チームの在り方は課題である。今後は、リハビリ職が約半数を占める組織特性を踏まえた研修教育の充実、直接観察法の見直しと継続、職員のモチベーション向上に繋がるアウトカム提示の検討が必要である。

05-4

薬学実習生における手指衛生の実態と課題

神鋼記念病院 診療技術部 薬剤室
 ○前田 翠 (まえだ みどり)

【背景・目的】医療現場において手指衛生は、医療スタッフのみならず、実習に来る薬学実習生 (薬学 5 年生、以下学生) にとっても重要である。薬学実習の内容は、調剤業務のみではなく、高カロリー輸液の調製、ベッドサイドでの服薬指導など多岐に渡っており、学生においても正確な手指衛生の実施が求められている。そこで 2025 年度の学生を対象に手指衛生の実態を調査し、薬剤師職員との比較により課題を検討した。

【活動内容】当院における 2025 年度実務実習を行った学生 4 名を対象に、WHO の 6steps による手洗い手順を参考に作成した 10 点満点のチェック項目で手洗いを評価した。また手指衛生に関するアンケートを実施し、手指衛生に対する学生の認識を調査した。さらに当院薬剤師 13 名に対して、同様のアンケートを実施比較した。

【成果・考察】手洗い手順における評価は実習開始時平均 8 点で、全員「手をよく流す」や「手洗い全体で 40~60 秒かける」ができていなかった。実習終了時の再評価では、一部改善を認めたが、当初できていた「蛇口に触れずに締める」ができていなかった。手指衛生に関するアンケート結果においては、手指衛生に関して「知っている」と全員回答し、特にアルコール消毒の使用については全員が実践していると回答した。しかし、病室に入る時の手指衛生については全員「できていない」と回答した一方で、病室から出る時や患者等に触れた時の手指衛生が「できていない」と回答したのは 1 名のみであった。学生の手指衛生の実態調査から、学生はある程度大学で手指衛生の基本的な知識を学び、重要性を認識しているものの、実際の習慣として一貫性に欠け、薬剤師と比較しても患者等に触れた時など感染対策上重要な場合での実践が不十分であった。今後学生の手指衛生を充実させるためには、学生に対して単なる知識を教えるだけでなく、手指衛生を実践的に習得できる教育が必要と考えられる。実務実習期間において、手指衛生の実践の強化を行うことが重要である。一方、薬剤師も手指衛生の実施は十分とは言えず、職員教育の課題が見える結果となった。

05-5 ICTと組織で取り組む手指衛生推進活動～それぞれのポジションパワーを活かして～

東京都立多摩北部医療センター¹⁾、上尾中央総合病院²⁾、東京医科大学八王子医療センター³⁾

○鮎川 美城 (あゆかわ みき)¹⁾、鈴木 清澄^{1,2)}、平井 由児^{1,3)}

【背景】東京都立多摩北部医療センター(337床、平均在院日数9.3日)は感染対策向上加算1を標榜する急性期医療機関である。一般病棟の手指衛生回数目標は、患者1日あたりの回数(手指消毒剤使用量/1.0ml/延べ入院患者数)で20回を目標としている。2014～2018年度平均5.7回、新型コロナウイルス感染症(以下、COVID-19)対応を行った2019～2022年度は平均12.3回であり、目標には達していなかった。COVID-19クラスター発生を何度も経験したにも関わらず、COVID-19が5類へと類型変更されると同時に手指衛生への意識が薄れてきていた。ここで改めて感染対策の基本である手指衛生を定着させ、院内感染を起こさないことを目標に取り組みを開始した。

【方法】2023年11月からICTによる手指衛生直接観察法を開始した。フィードバック用紙を院内全体で共有し、各病棟でカンファレンス後、ICTへ対策案を返信する方法を取り入れた。個人の手指消毒剤使用量を表に示し、見える化も行った。2024年度、病院のクオリティインジケータの重要項目の1つに手指衛生を掲げ、院としての取り組みを宣言した。2024年4月と10月にA病棟でCOVID-19クラスターが発生し、看護師長が介入し手指衛生を強化した。その後、2025年6月から全病棟で看護師長が介入し取り組みを強化した。

【結果】ICTによる直接観察法を実施し、手指衛生回数は実施前(2022年11月～2023年10月)平均10.4回、実施後(2023年11月～2024年10月)平均15.2回と増加したが、目標の20回には達しなかった。A病棟で試験的に看護師長が介入し取り組みを強化したところ、手指衛生回数が20回を超えた。この結果をもとに全病棟で看護師長が介入し取り組みを強化したところ、手指衛生回数が患者1日あたり20回を超え、有意差をもって増加した($p=0.0156$ 、対応のある2群間ウィルコクソン検定)。

【結論】ICTによる直接観察法実施や院として手指衛生強化の目標を掲げたこと、そして看護師長の管理のもと手指衛生を強化して取り組んだことは効果的であった。手指衛生改善の取り組みはICNと感染管理リンクナースのみでは推進が困難であるため、それぞれのポジションパワーを活かし組織で取り組むことが重要である。

05-6 当院における7年間の手指衛生実施状況の推移と現状分析による課題の検討

弘前大学医学部附属病院 感染制御センター¹⁾、弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科・感染症科²⁾

○尾崎 浩美 (おざき ひろみ)¹⁾、糸賀 正道^{1,2)}、木村 俊幸¹⁾

【背景・目的】手指衛生は医療関連感染予防の基本であり、その遵守率向上には継続的なモニタリングが不可欠である。当院では、手指消毒剤使用量および直接観察による遵守率を指標として評価してきた。本報告では、過去7年間の手指消毒剤使用回数と遵守率の推移に加え、直近2年間の詳細な観察結果を分析し、改善点および今後の課題を検討することを目的とした。

【方法】2019～2025年の手指消毒剤使用回数(回/患者日)および遵守率を年次別に集計した。さらに2024年および2025年は、WHO 5 Moments別ならびに職種別の遵守率を比較した。また、手指衛生評価結果分析マトリクス図(遵守率×使用回数)を用いて病棟単位での状況を可視化した。

【結果】平均使用回数は13.1回/患者日から19.5回/患者日に増加し、2023年以降は19回前後で推移した。中央値は8.9回/患者日から12.8回/患者日に上昇し、2024年に一時低下したが2025年に再増加した。遵守率は30%前後から48%前後へ改善し、2022年後期以降は40～50%で推移した。一方、「患者に触れる前」は35～37%と最も低値であった。職種別では医師およびコメディカルが20～36%と低く、看護師・看護助手は50%前後であった。手袋の不適正使用が多い病棟も確認された。フィードバック後に改善した病棟もあったが、マトリクス図では遵守率と使用回数の乖離や、手指衛生が全体的に不十分な病棟が複数みられ、病棟間のばらつきが大きかった。

【考察】手指消毒剤使用量の増加は手指衛生行動の活性化を一定程度反映すると考えられる。しかし遵守率の改善は限定的であり、特に「患者に触れる前」や医師・コメディカルの遵守率に課題が残存した。行動変容には場面別の具体的なフィードバックや病棟特性に応じた介入が重要である。また、手袋の不適正使用は遵守率低下の一因となる可能性があり、適正使用教育の強化が求められる。今後は継続的な教育およびフィードバック体制の整備により、遵守率向上が期待される。

06-1 夜勤帯の手指衛生遵守率モニタリング

埼玉医科大学国際医療センター 感染対策室¹⁾、埼玉医科大学国際医療センター 感染症科・感染制御科²⁾

○鴨下 文貴 (かもした ふみたか)¹⁾、小野 誠¹⁾、久保沢千恵¹⁾、関 雅文²⁾、光武耕太郎²⁾

【目的】手指衛生遵守率(以下、遵守率)は、日中の直接観察データであることがほとんどである。先行研究では、医療従事者は夜勤中に遵守率が低下すると報告されており、夜勤帯に直接観察を行い、遵守率をモニタリングする意義は大きい。外部評価機構からの指摘もあり、夜勤帯の遵守率モニタリング体制を構築し、遵守率結果を分析したため報告する。

【方法】観察期間は2025年8月～12月、観察対象は全病棟の看護職と医師とした。直接観察者は各部署の感染制御リンクナースとし、夜勤帯の自部署観察とした。観察方法はWHO 5 momentsに準拠し、感染対策室の観察方法と相違が無いよう、手順書の作成とリンクナースに動画教育とOJTを実施した。得られた夜勤帯の観察回数と遵守率を感染対策室が直接観察している日中の遵守率と比較した。統計学的解析は、Easy R[®]を用いて、Wilcoxon符号付順位検定とSpearmanの順位相関係数を行った。

【結果】夜勤帯における全病棟の総観察回数は、1ヶ月あたり928～1571回であった。5 momentsの中で、「清潔・無菌操作の前」の観察回数が、全タイミングに占める割合は日中2.4%vs夜勤帯9.4%(5ヶ月)、「体液に触れた可能性のある場合」の割合は日中3.5%vs夜勤帯10.2%(5ヶ月)であり、夜勤帯の方が多い傾向であった。夜勤帯の遵守率は73.4～79.7%で推移した。同期間の日中の遵守率は70.6～76.1%であった。日中と夜勤帯の遵守率比較は、全ての観察月で有意差は無かった($p>0.05$)。有意な相関関係も認めなかった($p>0.05$)。5ヶ月平均の遵守率をタイミング別で比較すると、「患者周辺の物品に触れた後」は、日中よりも夜勤帯の方が低く、その他4つのタイミングは、日中より夜勤帯の方が高い結果であった。

【結論】感染制御リンクナースを教育して協力を得ることで、夜勤帯の遵守率モニタリングが可能になった。今回の調査期間では、日中と夜勤帯の遵守率に有意差は無かった。今後も夜勤帯の遵守率モニタリングを継続し、遵守率の変化や影響要因を評価していく。

06-2 急性期病院の集中治療室と一般病棟に勤務する看護師の手指衛生遵守に関連する要因

医療法人至誠会 なゆたの森病院¹⁾、福岡国際医療福祉大学 医療学部²⁾、福岡女学院看護大学³⁾、福岡医療専門学校⁴⁾、国際医療福祉大学大学院 看護学分野⁵⁾

○重松 孝誠 (しげまつ たかのぶ)¹⁾、池田 拓郎²⁾、藤川 真紀³⁾、瀬戸山美和⁴⁾、楠葉 洋子⁵⁾

【背景・目的】病原体伝播を遮断するためには、確実なタイミングで手指衛生を実践する必要がある。手指衛生遵守向上へ向けた取り組みは、感染管理教育において重要な課題である。そこで、本研究では、頻繁な手指衛生が求められる急性期病院に勤務する看護師の手指衛生遵守の実態およびその関連要因について明らかにすることを目的とした。

【方法】九州管内5か所の急性期病院の集中治療室と一般病棟に勤務している看護師を対象に、郵送法による無記名自記式質問紙調査を実施した。調査期間は2025年7月から8月であった。調査項目の手指衛生遵守項目は、WHOが推奨する手指衛生の5つのタイミングに基づき作成した15項目(得点範囲0～15)を用いた。その関連要因を、個人属性、個人および組織の感染管理項目に関する要因で構成した。手指衛生遵守項目総得点を従属変数、その関連要因を個人属性(同居者の有無、看護師経験年数、病気への脆弱性、所属部署)、個人の感染管理項目(手指衛生習慣、院内感染対策委員経験、院外研修受講経験)、組織の感染管理項目(院内感染対策担当者の有無、組織風土)の9項目として重回帰分析(変数増減法)を行った。本研究は国際医療福祉大学倫理審査委員会の承認(承認番号:25-KS-010)を得て実施した。

【結果】分析対象者は128名、看護師経験年数は3±7.8年、手指衛生の遵守総得点平均は10.8±3.3点、体液に曝露した後が最も遵守数が多く、少なかったのは「患者に触れる前」であった。重回帰分析の結果、集中治療室に勤務している、同居者がいる、日常的な手指衛生の習慣、院外研修受講経験、職場風土尺度の総得点が手指衛生遵守に有意な影響力を持つ変数として採択され、モデル全体で分散の23.2%が説明された。

【結論】手指衛生遵守向上には、感染曝露リスク判断の重要性だけでなく、所属部署や同居者の有無、日頃の生活での手指衛生習慣、院外研修受講による刺激、職場風土に着目した感染管理教育の重要性が示唆された。「利益相反自己申告:申告すべきものなし」

06-3 COM-B モデルを活用した病院内手指衛生行動の多角的要因分析

市立豊中病院 感染対策室

○鈴木 徳洋 (すずき のりひろ)、赤瀬 望

【背景・目的】医療関連感染対策において手指衛生の遵守率向上は重要課題である。本研究では、Michie ら (2011) が提唱した科学的行動変容理論「COM-B モデル (能力・機会・動機)」に基づき看護職の手指衛生行動における多角的に要因を分析した。さらに、客観的指標である手指消毒剤払い出し量との統計学的関連を明らかにし、エビデンスに基づく効果的な介入策を検討した。

【方法】対象と期間：A 病院の看護職 466 名を対象に対して、2026 年 1 月から 2026 年 2 月まで

研究デザイン：横断的観察研究

調査内容：COM-B に基づく質問紙調査 (知識、実施の容易さ、物品・時間、社会的影響、優先順位、習慣化の 6 項目 5 件法) を実施した。

分析方法：病棟ごとの消毒剤払い出しデータ (L/1000 患者日数) を用い、スコアとの相関分析を実施した。経験年数別の差異は一元配置分散分析で比較した。解析ソフトには R version 4.2.3 を使用した。

【結果】全体的傾向：「物品・時間の確保」「ルールの理解」は高値 (平均 4.0 以上) だが、「同僚・上司の実施 (社会的影響)」「優先順位」は有意に低かった ($p < 0.05$)。知識や環境に比べ、組織風土や多忙時の優先度に課題がある。

相関分析：病棟間の消毒剤使用量には顕著な差があった (9.8-233.0 L/1000 pd)。使用量と「習慣化」($r = 0.714$, $p = 0.004$)、「社会的影響」($r = 0.653$, $p = 0.012$) は強い正の相関を示したが、「ルールの理解」とは有意な相関を認めなかった。

経験年数別比較：経験 21 年以上の群は「知識」スコアが高いが、「優先順位」等は若手・中堅と有意差なし。一方、使用量が多い病棟では年代を問わず「同僚・上司の実施」スコアが高かった。

【考察・結論】知識教育や物品配置だけでは手指衛生の遵守には不十分であり、使用量を高めるには「周囲の実施 (社会的機会)」と「習慣化 (自動的動機)」が重要であることが統計的に示された。今後は教育や環境構築に加え、使用量の低い部署に対しては、相互に承認することや使用本数の可視化などの介入を促していきたいと考える。

06-5 手指消毒剤使用量および遵守率向上を目指して～COM-B 行動変容モデルを活用した手指消毒行動改善の取り組み～

九州大学病院 看護部

○本村 祐介 (もとむら ゆうすけ)

【背景・目的】手指衛生は医療関連感染対策の基本であるが、知識を有していても行動として定着しにくいという課題がある。A 病院 B 病棟は整形外科病棟であり、インプラント手術を受ける患者が多く、感染予防の観点から手指衛生の重要性が高い。しかし、手術件数の増加に伴い、手指消毒剤使用量および遵守率は低下傾向を示していた。そこで、行動変容モデルである COM-B モデルに基づき、能力、環境・機会、動機付けの観点から介入を行い、手指衛生行動の改善を図ることを目的とした。

【活動内容】対象は B 病棟の看護職 56 名とし、手指衛生に関するアンケート調査および知識確認を行い、その結果を踏まえて介入方法を検討した。能力向上として手指衛生のタイミングを示した掲示物を活用した知識の定着や患者・家族向けオリエンテーションを行った。環境・機会として、手指消毒剤の設置場所や手指消毒剤が不足した際の補充体制を整備した。また、手指消毒剤使用を適切に実践するロールモデルとなる看護師を選定した。動機付けとして、個人および病棟全体の使用量・遵守率を可視化し、定期的なフィードバックと前向きな声掛けを実施した。活動前後で手指消毒剤使用量および遵守率を評価した。

【成果・考察】手指消毒剤使用量は 18.7mL/患者/日から 28.5mL/患者/日に増加し、遵守率は 72% から 80% に向上した。特に、病室前や共有スペースでの手指消毒剤使用量が増加し、業務場面に応じた手指衛生行動が実践されるようになった。これは、掲示物の活用による知識の統一と、手指消毒剤の設置場所の見直しや補充体制の整備による環境改善が影響したと考える。また、ロールモデルの存在や手指消毒剤使用量の可視化、定期的なフィードバックにより、看護師間で手指衛生を意識する発言や相互の声掛けがみられた。これは、知識の提供やルール設定のみの介入ではなく、環境整備と動機付けへの働きかけを組み合わせた包括的な取り組みが、手指衛生行動の定着につながったと考える。本活動を通して、COM-B モデルは手指衛生行動改善を計画的に整理し、介入を検討する枠組みとして有用であることが示唆された。

06-4 病棟における手指消毒使用量増加に向けた取り組み～設定タイミングに対する実施度アンケート調査による要因分析とその効果～

地方独立行政法人 茨城県西部医療機構 茨城県西部メディカルセンター¹⁾、自治医科大学 地域臨床教育センター²⁾

○海老澤裕美 (えびさわ ひろみ)¹⁾、小松 憲一^{1,2)}

【背景・目的】当院では、擦式アルコール製剤目標使用量を過去の使用量を基準に各部署で設定していたが、その目標値は前年度比 X% 増など根拠がなかった。そこで、2021 年から、WHO 推奨の手指衛生のタイミングに沿って具体的な手指消毒のタイミングを想定し、擦式アルコール製剤量の基準値を設定してきた。COVID-19 流行期を除外すると、1 患者・日あたりの使用回数は、全体として 2019 年が 4 回であり、2024 年 11 回と増加していた。一方、使用量が伸び悩んだ病棟からクラスター発生があり、手指消毒使用量増加に向けた介入が必要と考え、使用量が増加しない要因を明らかにするためアンケート調査を実施した。

【活動内容】アンケートは、自記式で、手指消毒の設定タイミング毎の実施度を 100 点満点で自己採点する形式とした。その他、全体的な手指消毒実施度、基準値や設定タイミングの認知度、手指衛生の重要性についても自己評価を実施した。手指消毒のタイミングは当該病棟が自ら想定した 1) 検温実施前後 2) オムツ交換・清拭前後 3) 点滴刺入部確認・点滴実施前後 4) 食事介助前後とした。アンケート結果から、手指消毒のタイミングを多くのスタッフは理解していたが、患者に接する前での実施率が低いことがわかった。このことから、必要なタイミングでの消毒不足が使用量の増加しない要因として挙げられ、特に患者に接する前の使用徹底が必要と分析した。分析結果は病棟スタッフと共有し、手指消毒不足の現状と患者に接する前の低実施率を説明し、徹底するよう指導した。

【成果・考察】当該病棟では 1 日使用量の可視化と、患者接触前の手指消毒徹底が呼びかけられ、使用回数が介入前の 8 回程度から 15 回/患者/日へと改善した。手指消毒改善を目的とした介入として直接観察法が知られているが、今回は実施を断念した。しかし、手指消毒実施状況をアンケートにより自己評価することで、実施できていない部分が可視化でき、手指衛生行動を見直すきっかけの一つになったと考える。今後は、他病棟でもアンケート調査とそれに基づく介入が有効か検証し、遵守率向上に向けた活動を図っていく予定である。

06-6 当院リハビリテーションセンターにおける 3 年間の手指衛生遵守状況の推移と改善にむけた取り組み

NTT 東日本札幌病院 リハビリテーションセンター¹⁾、NTT 東日本札幌病院 感染管理推進室²⁾、NTT 東日本札幌病院 看護部³⁾

○伊藤 翔太 (いとう しょうた)¹⁾、桑原 理江²⁾、金子 陽香³⁾、萩野 貴志²⁾

【背景・目的】当院のリハビリテーションセンターでは感染対策スタッフ (ICS) が擦式手指消毒剤の使用量調査に加え、手指衛生遵守 5 か年計画の一環として 2023 年度から直接観察を開始した。1 患者 1 日当たりの手指衛生回数 (1 か月擦式手指消毒剤使用量/1.5/1 か月延べ患者数：以下、手指衛生回数) の目標は業務内容のタイミングを踏まえ 4 回としていたが、2023～2024 年度は約 1 回に留まり、必要なタイミングでほとんど実施できていなかった。このため 2025 年度は、優先順位の高い「患者接触前後」のタイミングの確実な実施として短期目標を 2 回と設定し、改善活動を行った。本報告ではその取り組みと成果について述べる。

【活動内容】2024 年度までは手指消毒剤の個人使用本数を正の字で記録していたが、2025 年度からは棒グラフ式に変更し、1 本使用ごとにマスを塗りつぶす方式とした。手指消毒剤の目標使用量がグラフ内に明示した。毎月の手指衛生回数結果のフィードバックに加え、2025 年度からは月中旬に目標到達状況の中間フィードバックを行った。直接観察では、タイミングと手技を観察シートで評価・実施率を算出し、フィードバックを行った。「患者接触前後」の手指衛生の徹底や、15 秒かけての擦り込みを部内の定期ミーティングで繰り返し周知した。

【成果・考察】手指衛生回数の年平均値は 2023 年 1.2 回、2024 年 1.0 回、2025 年 1.6 回であった。月単位では 2025 年 10～11 月に 2 回となり短期目標を達成した。直接観察は 3 年間でタイミングが 40.3%→54.2%→61.4% と改善を示した。「患者接触前後」の手指衛生の呼びかけや直接観察のフィードバックがタイミング改善に影響したと推測される。また、記録用紙の可視化と中間フィードバックにより、個々が振り返る機会が増え、改善に寄与したと考える。しかし、まだ本来必要なタイミングでの実施はできていないため、今後は「何のために取り組んでいるのか」という感染リスクを強調し、デモンストラレーションを含む教育強化や視覚的支援の導入などにより、正しいタイミングで手指衛生を実施することで目標値を達成できるように取り組む。

07-1 手術室における手指消毒剤使用の実施率向上への取り組み—適切なタイミングでの使用を目指して—

東京都立病院機構 東京都立東部地域病院

○河越 千佳 (かわごえ ちか)

【背景・目的】A 病院では、手指消毒剤消費量の目標を患者一人当たり 18 ml、患者入室から手術開始までの手指消毒剤使用のタイミングについては未評価であった。個別のケアが分散する一般病棟と異なり、手順が標準化され処置が密集する麻酔導入期は、既存の評価法は難しい。今回、手術室用手指衛生直接観察チェックリスト（以下、チェックリスト）を作成し、適切なタイミングでの使用に取り組んだ。

【活動内容】対象：手術室看護師 21 名。方法：1 患者入室から手術開始までの動線を 17 項目に分けた、チェックリストを作成。2 適切なタイミングのシミュレーション動画（以下、動画）を作成。3 チェックリストを用いて 1 回目の直接観察実施後、結果を本人へフィードバックし、動画視聴。4 チェックリストを用いて 2 回目の直接観察実施。5 チェックリストと動画の活用で適切なタイミングの意識への変化についてアンケートを実施

【結果・考察】1 回目と 2 回目の直接観察結果では 17 項目中 15 項目で実施率が向上した。特に「カルテ確認後、患者に触れる前」は 1 回目 29% から 2 回目 81% と 52% 上昇した。結果を本人へフィードバックしたことで、自身の行動が可視化されたと考える。また、この項目は麻酔導入開始前であり、時間的余裕があると考える。アンケートでは、チェックリストは 18 名 (85%)、動画は 15 名 (71%) の看護師の手指衛生に対する意識が変わるきっかけになったと回答した。対照的に、向上しなかった項目は「体位変換前、パルーンカテテル挿入介助前」で、1 回目 31% より 2 回目 29% と後者が 3% 減少した。この項目は医師の指示や患者の安全確保などの動きが重なり、手指衛生の優先順位が低下しやすいと考えられる。また、全員が動画視聴をしていないことも要因と考える。今回の活動で、手指消毒剤消費量の目標は達成していたが、適切なタイミングでの手指衛生に課題が残った。今後も全項目の実施率向上と適切なタイミングでの手指衛生の定着に向け、継続的な介入を行う。

07-2 手指衛生キャンペーン実施効果—手指消毒薬使用量および薬剤耐性菌検出率に与える影響—

岡山済生会総合病院 中央検査科¹⁾、岡山済生会総合病院 感染制御チーム²⁾

○上山 海斗 (うえやま かいと)¹⁾、立道 優太²⁾、池田 房雄²⁾、五藤 輝之²⁾、友野 良美²⁾

【背景・目的】手指衛生は抗菌薬耐性菌の広がりを防ぐために必要不可欠であるが、新型コロナウイルス感染症の 5 類感染症移行後、手指消毒薬（ABHR）使用量の減少が懸念される。当院で実施した手指衛生キャンペーンの効果について、後方視的に検討した。

【方法】2023 年 6 月～2025 年 12 月の期間に細菌培養検体が提出された当院入院患者（n=3520）を対象とする。当院で手指衛生キャンペーンが開始された 2024 年 6 月を境に、取り組み前：2023 年 6 月～2024 年 5 月（12 ヶ月）、取り組み後：2024 年 6 月～2025 年 12 月（19 ヶ月）に分けて集計した。さらに、取り組み後については ABHR 使用量別に（閾値未満と以上に分けて）集計した。1 患者/日あたりの ABHR 使用量は「ABHR 使用量（mL）/入院患者延べ日数」、新規 Health-care associated Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (HA-MRSA) 率は「HA-MRSA 新規検出患者数/入院患者延べ日数×1,000」に基づき算出した。また、ABHR 使用量の目標値設定は標準誤差を考慮し片側 99% 信頼区間（Z=2.33）に基づき「閾値+Z×標準誤差」で算出した。なお、連続データの比較は、Student t 検定により解析を行い、p<0.05 を有意差ありとした。

【結果】1 患者/日あたりの ABHR 使用量は取り組み前が 2.5 mL (±0.1)、後が 4.6 mL (±1.6) と有意に増加した（p<0.001）。新規 HA-MRSA 率は取り組み前が 0.26 (±0.20)、後が 0.32 (±0.18) と微増したが（p=0.392）、取り組み後の ABHR 使用量 5 mL 未満と 5 mL 以上を比較すると、5 mL 未満が 0.40 (±0.16)、5 mL 以上が 0.19 (±0.13) と有意に減少した。その他の閾値（4、6、7 mL）については有意差を認めなかった。

【考察】手指衛生キャンペーンにより ABHR 使用量が増加し、接触感染による院内感染の頻度が減少したことにより、新規 HA-MRSA 率が減少したと推測された。ABHR 使用量が 5mL/患者・日以上になると、新規 HA-MRSA 率が有意に減少したことから、個人目標の下限値を 5.9mL に設定することで、MRSA の院内発生を低減できると考える。

【結論】手指衛生キャンペーンの効果により ABHR 使用量が 5mL/患者・日以上に増加し、それにとともに、新規 HA-MRSA 率が減少することが示された。

07-3 リンクナース主導の目標設定と管理者介入による手指衛生遵守向上への取り組み—組織文化の構築を目指して—

南東北グループ 医療法人財団 健真会 総合東京病院 看護部

○永島 佑亮 (ながしま ゆうすけ)

【背景・目的】医療関連感染対策において手指衛生は基本であるが、その遵守維持は容易ではない。A 病院の 2024 年度看護師の手指消毒薬使用量は平均 17.21mL/人/日であり、WHO 推奨の 20mL/人/日を下回っていた。A 病院は WHO の手指衛生自己評価フレームワークでは総スコア 390 点と「上級」に位置するが、項目別では「組織文化」が 50 点と低値であり、直接観察法による遵守率も低迷していた。本活動は、看護部感染対策委員会にてリンクナース（以下 LN）による主導的な目標設定と、看護管理者の承認・介入を組み込んだ仕組みを構築し、その効果を手指衛生の量的・質的評価および MRSA 新規発生率から評価することを目的とした。

【活動内容】対象は A 病院の全 14 病棟および外来・中央部門の看護師とした。2024 年 2 月より以下の介入を実施した。1) 手指衛生年間プログラムの導入。LN が自部署の状況を踏まえ次月の手指衛生目標を策定。2) 感染管理看護部が目標の妥当性を評価。3) 看護管理者が内容を確認し、署名およびコメントを付与して組織的に承認する仕組みを導入した。4) 手指衛生目標未達成者へは LN による個別の振り返りを実施した。5) LN による定期的な他部署への直接観察法のクロス評価を継続し、質的評価も併用した。

【成果・考察】介入後、手指消毒薬使用量は 2025 年 4 月の 19.5mL/人/日から上昇し、5 月以降は 20mL/人/日以上を安定して維持した。9 月および 11 月には最大 22.0mL/人/日に達し、前年度比較で顕著な増加を認めた。MRSA 新規発生密度率は使用量の増加に反比例し、2024 年度 0.26 から 2025 年度 0.19 へ減少した。一方、直接観察法による遵守率は大きな変化を認めなかった。本取り組みにより、LN への権限委譲と管理者の参画が、手指衛生を「組織の優先課題」へと変容させ、コミットメントを強化したと考えられた。LN による心理的安全性を担保した振り返りは、具体的な行動修正に寄与した可能性がある。手指消毒薬使用量の向上は感染制御に一定の効果を示したが、適切なタイミングでの手指衛生には至っていない。今後は、手指衛生の質的向上を目指し臨床の場面にフォーカスした教育プログラムへの発展が必要である。

07-4 救急病棟における手指衛生の行動変容と定着を目的とした取り組み

鹿児島大学病院 救急部¹⁾、鹿児島大学病院 感染制御部²⁾

○若松 友香 (わかまつ ともか)¹⁾、有村 尚子²⁾、稲森 彩²⁾、坂下 麻美¹⁾

【背景・目的】医療関連感染予防において手指衛生は最も基本的かつ重要な対策であるが、WHO が提唱する「手指衛生の 5 つの瞬間」を確実に実践することは容易ではない。救急病棟では、「手指衛生の 5 つの瞬間」の定着を目指し、1 日 1 患者あたりの手指消毒薬使用回数 100 回を目標に手指消毒推進活動を実施している。そこで今回、感染リンクナースによる手指消毒回数の可視化を中心とした取り組みを行い、スタッフの行動変容と実践の定着を目指した。

【活動内容】まず、手指消毒薬の使用本数を可視化し、一目で把握できるようにした。そして、感染リンクナースが、毎月手指消毒薬使用本数のデータを集計し、結果を掲示した。次に、「手指衛生の 5 つの瞬間」の理解促進のため、指差し呼称を実施した。さらに、実践につながるように「手指衛生の 5 つの瞬間」に沿ってケア場面を想定し、必要な手指消毒薬使用のタイミングを具体的に検討した。その結果、適正な必要回数は 224 回であることを共有した。また、取り組み開始から 5 か月後に、手指消毒薬使用本数が増加した医師・看護師へインタビューし、成功体験を記事にして掲示した。成功事例を共有することで、他の看護師の行動変容の促しを図った。

【成果・考察】1 日 1 患者あたりの手指消毒薬使用回数は、前年平均 95.78 回から 127.31 回と増加した。この結果は、手指消毒使用回数の可視化と継続的なモニタリング結果の共有によって、必要回数と実施回数の乖離から自己の行動を認識し、加えて「手指衛生の 5 つの瞬間」を正しく理解して実践しようとする個人の主体的な行動に繋がったことが奏功したのではないかと考える。また、成功事例を共有することで、看護師にモデリング効果をもたらされたのではないかと考えられる。今回の取り組みでは、手指消毒薬使用回数は増加したが、「手指衛生の 5 つの瞬間」での実施の評価には至っていない。必要な場面での手指消毒の実施評価と、継続的な取り組みによる行動の定着化が今後の課題である。

07-5 がん専門病院における手指衛生遵守に向けた行動変容への取り組み

国立がん研究センター東病院 看護部¹⁾、国立がん研究センター東病院 感染制御室²⁾

○藤井 薫(ふじい かおる)¹⁾、湯之原 絢¹⁾、橋本 麻子²⁾、早坂 和恵¹⁾

【背景・目的】消化器がん患者の診療を主とする A 病棟では手指消毒使用回数が平均 21.4 回/患者/日であり、目標値 25 回/患者/日へ届かず、手指衛生の不遵守が課題であった。がん患者は感染症に罹患すると重症化するリスクが高く、手指衛生の不十分な実施は患者の安全が守られない状況である。今回、手指消毒使用回数の向上を目的にリンクナースが中心となり職員の行動変容を促す取り組みを行ったので報告する。

【活動内容】2025 年 8 月に A 病棟における手指衛生場面の直接観察を行ったところ看護師の遵守率は 55% であり、医師の遵守率は診療科ごとに観察し 12.5~20% であった。看護師等を対象に行った意識調査では、「手指衛生ができていないと感じることがある」「忙しくて省略することがある」と回答があった。そこで A 病棟においてナッジ理論を用いた行動変容への取り組みを行った。1. 手指消毒剤使用量がタイムリーに可視化されるよう手指消毒剤ボトル使用毎にマース塗りつぶし、目標使用量達成すると絵が完成するポスターを病棟内に掲示し、看護師・医師・看護補助者へ周知した。2. 看護師が携帯する手指消毒剤ボトルは使用毎にシール色を変更し、毎月使用量の個別ランキング表を掲示した。3. 使用量が少ないスタッフは、感染制御室と連携して直接観察を実施し、振り返りを行った。4. 知識の定着を目的に看護師や看護補助者を対象に勉強会を開催し、看護師 34 名対象に手指衛生実施のタイミングについて口頭試問を行った。5. 診療科長へ医師の直接観察結果を報告し、手指衛生遵守に協力を依頼した。取り組み実施後に看護師へ意識調査を実施し、手指消毒剤使用回数を取り組み前と比較した。

【成果・考察】取り組み後の手指消毒実施回数は 24.1 回/1 患者/日であり、使用回数は介入前より増加した。介入後の意識調査では「手指衛生ができていない」との回答率が 100% であり、職員の手指衛生に対する意識の向上が認められた。ナッジ理論を取り入れた取り組みは手指消毒剤使用量の可視化を通じて職員の関心を高め、手指衛生行動の継続的な実践を促すアプローチとして有用である可能性が示唆された。

【学会外協力者】猪狩匠 安植柚乃

07-6 当院における看護職員の手荒れ実態とハンドケア実施状況の把握

日本赤十字社 長岡赤十字病院

○岡田 香織(おかだ かおり)、川上 朱美、牧 和久、高山 拓海、鈴木 里奈

【背景・目的】医療従事者の頻回な手指衛生は手荒れの主要因であり、皮膚損傷は病原菌の定着を招く。当院では 2025 年 12 月よりノンアルコール手指消毒剤の導入と高保湿剤配合アルコール製剤への切り替えを決定したが、職員の手荒れ実態やハンドケアの詳細は不明であった。本研究の目的は、看護職員の手荒れ実態を可視化し、今後の手指衛生環境整備の基礎資料とすることである。

【活動内容】2025 年 9 月、看護師・助産師 683 名を対象に無記名自記式アンケートを実施した。調査項目は属性、手荒れ実態、Larson らが用いた指標による自己評価、手指衛生剤の使用感、ハンドケア実施状況とした。有効回答 224 名を分析対象とし、クロス集計を用いて、手荒れとの関係性を記述的に比較検討した。当院の倫理審査委員会の承認を得て報告する。

【成果・考察】有効回答の 32.6% が手荒れを自覚していた。原因分析では「勤務中の手指衛生」が 47.2% で最多であり、職業的負荷がリスクに直結している可能性が示された。自己評価では「手指の保湿状況(乾燥)」が 3.8 点と最も低く、非自覚群の 27.8% にも中等度~重度の乾燥を認めた。ハンドケア実施率は 70.5% であったが、その実施タイミングは勤務外に偏る傾向が見られた。自覚群においても勤務中の実施者は 45.2% に留まり、特に「1~2 回」の層では 73.8% が勤務中にケアを行っておらず、多忙や動線等の環境的要因が勤務中の保護行動を抑制している実態が明らかとなった。また、自覚群の 75.3% が擦式アルコール製剤に身体的障壁を感じており、刺激の低減が不可欠である。これらを踏まえ、当院の取り組みは、手指衛生に伴う攻撃因子を最小化する適切な環境整備である。今後は保湿剤の配置動線の再検討や効果的な保湿タイミングの情報提供など、個人の努力に依存しない組織的な支援の推進が重要である。

08-1 看護職員の手指消毒剤使用量目標達成率向上を目的としたペアリングの効果

医療法人社団 康幸会 かわぐち心臓呼吸器病院

○下谷 勇貴(したや ゆうき)、大河原 恵、森井 大一

【目的・背景】医療関連感染(HAI)予防において、手指衛生は最も基本的かつ重要な対策であり、適切な実践は病原微生物の伝播防止に直結する。特に看護師および看護助手は患者と接触する機会が多く、手指衛生の徹底が求められる。当院では毎月、手指消毒剤の目標使用量を設定しているが、達成率が十分ではない状況が続いていた。世界保健機構(WHO)は、手指衛生向上には単発の教育や監査のみでは不十分で、複数の要素を組み合わせた多面的介入が必要であると示している。そこで看護部では、手指消毒剤目標使用量の達成率向上を目的に、看護職員同士が相互に観察・フィードバックを行う「ペアリング」を導入し、その効果を検討した。本研究では、その取り組みの効果について報告する。

【活動内容】期間は 2025 年 4 月から 2026 年 1 月までの 10 か月とし、対象は看護師および看護助手の全看護職員とした。院内感染対策委員会にてペアリング表を作成し、各部署の感染リンクスタッフが組み合わせを調整した。ペア間で手指衛生の実施状況や使用量について日常的に声掛けを行った。目標使用量未達成者には、感染リンクスタッフが要因のヒアリングを行い、その内容をもとに月次で分析をした。

【成果】手指消毒剤目標使用量の達成率は、2024 年度 85.3% から、2025 年度(4 月から 1 月の 10 ヶ月) 95.3% へ向上した。

【考察】ペアリングによる相互フィードバックは、手指衛生に対する意識向上に寄与したと考えられる。未達成者のヒアリングでは、「使用していると思っていた」「手指衛生の 5 つのタイミングを十分に意識できていなかった」といった気づきが得られ、観察者と行為者の視点交換が行動の見直しに有効であった。本取り組みは、他者の行動観察や相互作用を通じて行動変容が生じるとする社会的認知理論に合致しており、ペアリングが自己認識の修正と手指衛生行動の強化に寄与した可能性が示唆された。今後は、手指衛生 5 つのタイミングの遵守率や院内感染発生状況との関連についても検討したい。

08-2 WHO 手指衛生自己評価フレームワークサポートブックの作成

名古屋大学医学部附属病院¹⁾、日本看護協会 看護研修学校²⁾、川崎市立看護大学大学院³⁾、神奈川県立保健福祉大学⁴⁾、NHO 下志津病院⁵⁾、東京科学大学病院⁶⁾、山形大学医学部附属病院⁷⁾

○豊留 有香(とよどめ ゆか)¹⁾、小澤 賀子²⁾、川上 和美³⁾、黒木 利恵⁴⁾、森野 誠子⁵⁾、岡本 耕⁶⁾、鈴木 由美⁵⁾、森兼 啓太⁷⁾

【背景・目的】WHO 手指衛生多角的戦略に準じた手指衛生改善プログラムが世界各国で導入され、成果を上げている。多角的戦略を施設で効果的に推進するために、5 つの要素で自施設の手指衛生改善の取り組みを数値で自己評価する WHO 手指衛生自己評価フレームワーク(Hand Hygiene Self-Assessment Framework: HHSAF)が使用されている。しかし、日本では、これに関する日本語の手引きや教育ツールはないため、解釈、評価、活用が困難である。また、現時点で世界的なガイドラインに準拠した包括的な手指衛生改善プログラムが存在しないことも、実践への導入を妨げる一因となっている可能性がある。そこで、日本国内の医療施設で HHSAF を活用する際の理解を助け、手指衛生改善活動につなげるためのサポートブックを作成することとした。

【活動内容】HHSAF サポートブックの作成において、利用者の自己解釈による改変ではなく、国内の医療施設の現状に則した Adapt to Adopt(変化に合わせて導入)の参考となる手引きの作成を目指した。そのためサポートブックの構成は、正しい理解の元で導入するためのエビデンスと、実装のための解釈・評価・活用のための工夫を確認できる章立てとし、以下 5 章で構成した。

第一章. HHSAF とは(WHO 手指衛生多角的戦略における HHSAF の位置付けなど)

第二章. 5 つの要素別解説(医療施設の状況に合わせて導入の工夫)

第三章. HHSAF を用いた手指衛生多角的戦略の計画立案と基本ポイント

第四章. 活用時の注意点・ビットフォール

第五章. 世界データ・論文の紹介

作成した HHSAF サポートブックは、環境感染学会のホームページに公開予定である。

【成果・考察】作成の過程で、特に第二章に関連して、HHSAF の各項目について自施設に adapt しながら取り組んでいる国内医療施設の実践例が数多く集まった。これは今後 HHSAF を活用する施設にとって大いに参考になると考えられる。ホームページ公開による成果については、今後、活用される学会員からのご意見募りながら評価し、適宜修正や追加していく予定である。

08-3 手指衛生低遵守病棟に対する感染管理認定看護師(CNIC)による戦略的介入とその効果

金沢医科大学病院¹⁾、金沢医科大学病院 薬剤部²⁾、金沢医科大学臨床感染症学³⁾

○日向千恵子(ひゅうが ちえこ)¹⁾、中川 佳子¹⁾、多賀 允俊²⁾、上田 順彦³⁾、飯沼 由嗣³⁾

【背景・目的】当院の一般病棟では、手指衛生の年間目標を「1患者・1日あたり25回以上」と設定しているが、全病棟での達成は困難な状況が続いていた。そこで、院内の感染管理認定看護師(CNIC)5名が全病棟を対象に直接観察による手指衛生タイミング調査を実施した結果、遵守率の著しい低下が判明した。特に遵守率が低かった5病棟を対象に部署固有の課題を明確化し解決するための戦略的介入を実施し、その成果と遵守改善に向けた課題について報告する。

【活動内容】対象部署の管理者およびリンクナースに対し、事前調査用紙(1. 現状の課題、2. これまでの振り返り、3. 今後の対策、4. 相談事項)を用いて面談を実施し、部署ごとの対策を決定した。その後、手指衛生強化期間を3か月間と設定し、以下の介入を行った。1) 週1回以上の部署ラウンドによる直接観察と、観察結果の即時フィードバック、2) 適切な手指衛生タイミングに関するショートシミュレーションの反復実施、3) 目標達成率の算出および毎月の結果フィードバック、4) 師長会における取り組み内容と結果の定期的な報告・共有。

【成果・考察】2025年7月のデータを基準とし、低遵守5部署へ介入を開始した結果、介入2か月目で3部署が目標値を達成した。未達の2部署においても改善傾向が認められた。ショートシミュレーションでは「患者接触前後」や「点滴投与場面」を想定し、具体的なタイミングを実地で提示したことが、部署全体の周知と理解促進に寄与したと考えられた。さらに、現場スタッフから「目標回数を達成した」「意識して実施している」などの自主的な発言が見られるようになり、行動変容が確認された。事前評価に基づく強化期間の設定と、CNICによる集中的な介入により、手指衛生遵守率改善につながった。各部署固有の課題が明確化し、具体的な場面を想定したシミュレーション教育がスタッフの理解と遵守率の向上に結びついたと考えられる。達成率を「前月比+5% 向上」などの可視化で小さな成功体験を積み重ねたことが、モチベーション維持に有効であったと推察された。

08-5 患者の行動調査に基づく必要手指衛生回数と実態の把握—患者は擦式手指消毒薬を使用しているのか?—

独立行政法人 労働者健康安全機構 愛媛労災病院

○和田 司(わだ つかさ)、塩出 昌弘

【背景・目的】医療従事者の手指衛生は感染対策の基本であり、その遵守率向上に向けた取り組みは多い。しかし、患者自身の手指衛生については、重要性が指摘されながらも実施状況の十分な把握や具体的な指導介入は十分にされていない。本研究では、患者の病室出入り回数と擦式手指消毒薬の使用状況を調査し、実態を把握することを目的とした。

【方法】2025年12月の7日間、A病院の一般病棟を対象に、患者が使用した病室前擦式手指消毒薬の総消費量、延べ患者数、安静度、流水手洗い回数を調査した。さらに2026年2月の2日間、患者の病室出入り回数(トイレ後直帰、トイレ後他所立ち寄り、トイレ以外等)を調査した。これらのデータから1患者1日あたりの必要手指衛生回数を算出し、実際の使用回数との比較を行った。

【結果】1患者1日あたりの擦式手指消毒薬の平均使用量は2.4mlであり、A病院の推奨量(1回約2ml)換算で擦式手指消毒回数は平均1.2回、流水手洗いは平均5.8回実施されていた。病室出入り調査では、1患者1日あたりの病室出入り回数は、平均19.5回(トイレ後直帰9.4回、トイレ後他所立ち寄り2.6回、トイレ以外等6.1回)であった。これらの結果から、排泄後(流水手洗い)、入退室時(擦式手指消毒薬)を患者が実施するとすれば、流水手洗い6.0回、擦式手指消毒13.5回が必要となる。実際の使用回数と比較すると、トイレ後の流水手洗い実施率は96.7%(5.8回/6.0回)であった。病室出入り時の擦式手指消毒実施率は8.9%(1.2回/13.5回)であった。調査の結果、患者の擦式手指消毒の頻度が低い実態が明らかになった。

【結論】患者は排泄後の手洗いは習慣化されているものの、病室入退室時のアルコール消毒は習慣化されていない。病棟内感染伝播対策として、患者が院内感染の原因とならないためには、今後病室出入り時の手指消毒の習慣化を啓発する具体的な介入が必要である。

08-4 ナッジ理論に基づく手指衛生行動可視化介入の量的検証

医療法人財団 荻窪病院

○石井みちる(いしい みちる)

【背景・目的】手指衛生介入は多くの施設で実施されているが、イベント期間中のみ行動が増加し、終了後に元の水準へ戻る「イベント依存」の課題がある。当院においても同様の傾向が認められた。そこで2025年度は、ナッジ理論に基づき行動を可視化する介入を導入し、職員の自発的行動を促す仕組みを構築した。本研究は、手指衛生行動可視化介入の効果を量的に検証することを目的とした。

【活動内容】前期(8月)および後期(11月)に全11グループを対象とし、手指衛生行動を「意識(1点)・実践(3点)・発信(5点)」の行動ポイント制で可視化した。週次でグループ別得点を集計・共有し、アルコール消毒剤使用量とのマトリックス分析を実施した。後期では各グループに目標設定を定め、主体的関与を強化した。

【成果・考察】前期では全体として行動ポイントの上昇を認めたが、部署間で温度差がみられた。後期では目標設定により行動ポイントの増加幅が拡大し、一部部署では使用量増加との関連が確認された。特に行動ポイント上位群において使用量増加傾向が明確であった。行動可視化はナッジとして機能し、一定の行動促進効果を示した。一方で、持続性には課題が残り、構造的な定着モデルの必要性が示唆された。本介入は、手指衛生行動を量的に評価し得る仕組みとして有用であると考えられた。

08-6 メディカルサポートセンターにおける感染予防啓発活動と部署別の傾向

聖マリアンナ医科大学(大学院)

○星野 恵理(ほしの えり)、山口 朝子

【背景・目的】A病院メディカルサポートセンター(以下MSC)では、看護師は退院支援・入院前支援・専従部門の3部署に分かれ、入院前支援所属の感染リンクナース1名が3部署へ感染予防の啓発活動を行っている。2025年度、感染リンクナースとして、各スタッフ手指消毒剤の月1本消費を目標に活動し、併せてATPふき取り検査(A3法)を実施した。本報告では、取り組みに対する部署別の実践傾向と課題を明らかにする。

【活動内容】対象はMSC所属の看護師29名、期間は2025年4月から2026年1月で実施。各スタッフがGoogleスプレッドシートへ手指消毒剤の使用本数を入力し、偶数月に2か月ごとの使用率の推移をGoogleチャットやミーティングで提示した。面談前後の手指消毒を推奨し、抜き打ちでMSC内3部署の環境表面にATPふき取り検査(A3法)を実施した。データは部署別・職位別に分析した。

【成果・考察】手指消毒剤月1本消費の目標に対し、月ごとの達成率割合は平均63%であった。全月の目標達成者の割合は27.6%となった。部署別平均は、退院支援が47.6%、入院支援が105.7%、専従が112%であった。各部署の管理職に限定すると、退院支援が53.3%、入院支援が140%、専従が136.7%であった。偶数月の使用率提示による上昇は、 $p=0.53$ で有意差を認めなかった。ATP測定値平均は2327.8RLUであり、部署別によると、退院支援が3901.5RLU、入院支援が1073RLU、専従が1443.2RLUであった。手指消毒剤の使用率を部署別かつ管理職別と比較すると、管理職の使用率が部署全体の使用率と連動する傾向が確認された。さらにATP測定結果においても部署間で差がみられる。部署内のリーダーシップのある人物・管理職が率先して規範的な実践を示し、日常的な声掛けや助言を行っていたことが、各部署の実践の向上に寄与している可能性がある。一方で、フィードバックのみでは使用率上昇につながらず単一介入の限界が示唆された。今後は各部署で管理者を中心に実践者の協力体制の強化を含め、組織的・個人的要因の双方に働きかける多層的な介入が求められる。

09-1 病院内の「運ぶ・届ける人」の感染対策を支援する搬送ラウンド

慶應義塾大学病院 感染制御部¹⁾、慶應義塾大学病院 看護部²⁾、
慶應義塾大学 医学部感染症学³⁾、慶應義塾大学 医学部臨床検査
医学⁴⁾

○北 美紗子 (きた みさこ)^{1,2)}、増谷 瞳^{1,2)}、
田村 祐子^{1,2)}、河西 貴子²⁾、福田 正悟¹⁾、
高野八百子¹⁾、八木 一馬^{1,3)}、上糞 義典^{1,4)}、南宮 湖^{1,3)}

【背景・目的】院内感染対策の一つとして実施している施設ラウンドは、主に病棟内の物品管理や環境に焦点を当てている。当院の搬送業務は委託業者が担っているが、使用前後の物品など搬送時の感染対策は明らかでなかった。そこで搬送過程における感染対策や管理状況を確認することを目的に搬送ラウンドを実施した。その活動内容と現状を報告する。

【活動内容】搬送は、清潔な物の納品と不潔な物の回収に分類した。食事、医療資材、滅菌資材、薬剤、洗濯済みのリネンを納品する搬送、患者に提供された食事、使用済みの滅菌資材やリネン、検体を回収する搬送、カート交換を対象とした。確認内容は、搬送業務のルールや手順、動線、カートなどの清掃、搬送前・納品時・回収時・搬送後の手指衛生とした。事前に関係者と調整し、感染管理看護師・薬剤師が搬送場面に同行した。第1回は2022年3月から7月に11種類、第2回は2025年1月から8月に12種類の搬送ラウンドを実施し、関係各所に報告した。

【成果・考察】第1回の搬送ラウンドでは、清潔物品に触れる前の手指衛生の未実施、回収業務中の不要な手袋の装着、搬送容器やカートの不十分な清掃管理が明らかとなった。第1回で指摘した点について、第2回では手指衛生や手袋の着脱のタイミングが改善され、搬送容器やカートの清掃頻度や手順などの管理が定着していた。搬送ラウンドによって、院内に出入りする物の流れが可視化され、担当部門の管理者が感染対策を業務の流れに組み込む機会となった。約3年経過後も改善状態が維持されていたことから、担当部門の管理者が委託業者と協働して手順を再構築したことで、継続的な改善につながったと考える。物を運ぶ・届ける人の感染対策を可視化し、担当部門の管理者が調整することは、清潔な状態を維持したまま患者に届け、院内環境の汚染拡大を防ぎ、納品と回収における搬送管理の質を担保し、安全な医療環境の提供に貢献できる。自動搬送ロボットが一部の搬送に活用されており、ロボットの清掃管理や取り扱う職員の手指衛生の実態を確認予定である。

09-3 環境ラウンドのDX化～iPadを用いた迅速な情報伝達～

NTT東日本関東病院 感染対策推進室

○櫻井 隆之 (さくらい たかゆき)、黒田 潤子、
渡邊 愛子

【背景・目的】医療分野におけるDX化はまだ始まったばかりである。とりわけ感染制御分野ではDX化が遅れており、特に環境ラウンドの結果報告については時間と労力を要しているのが実際である。そこで、環境ラウンド時の観察内容や写真、状況の共有をDX化する取り組みを始めた。

【活動内容】具体的には次の通りの流れとした。まずMicrosoft365のFormsを使用して、ラウンド時の入力フォームを作成した。このフォームに、写真のアップロードの項目も作成した。リスト化や自動振り分けのシステムを設計しこれを活用することとした。実際のラウンドでは、iPadを持ち歩き、タップでの入力のほか、iPadで撮影した写真をその場でアップロードする方式を採用した。実際の様子は当日写真で供覧したい。

【成果・考察】ラウンド結果と写真は各部署用のフォルダーに自動的に振り分けられ、迅速に結果の共有ができるようになった。また、リストが自動的に作成され、どの部署にどのような問題点が指摘されたかも一目瞭然で判別できるようになった。この結果、写真の割り振りやコピーアンドペースト、結果共有の連絡や手問などがすべて省かれ、労力の削減が可能となり、その分の時間と労力を別の業務に振り替えることができたほか、時間外労働を削減することが可能となった。DXによる業務の効率化は今後も非常に重要であり、こうした取り組みをラウンドのみならず、各種サーベイランス活動などに広げていきたい。

09-2 感染対策の質向上を目指した感染管理認定看護師によるラウンドの導入効果

近江八幡市立総合医療センター 感染制御室

○伊庭 雅代 (いば まさよ)、中村 祥

【背景・目的】ICTメンバーによる定期ラウンドでは、決められた曜日・時間に実施し、主にナースステーション周囲の環境確認を行ってきた。しかし、病室内やベッドサイドにおける実際の手技やカテーテル管理、手指衛生のタイミングなどの実践場面の評価は十分とはいえず、現場の実態把握や具体的な改善介入に課題があった。そこで実践レベルでの感染対策の質向上と現場の実態把握を目的に、感染管理認定看護師による追加ラウンドを導入した。

【活動内容】従来のICTメンバーによる定期ラウンドに加え、令和6年4月より週1回、感染管理認定看護師が各部署を巡回した。ラウンド内容は事前に検討し、実践場面の観察や課題項目を中心に実施した。改善が必要な事項は現場の責任者とその場で共有し、改善策を検討した。さらに、ラウンド当日に現状、根拠、改善提案を明記した報告書を作成し配信した。

【成果・考察】ラウンド増加によりこれまで把握が困難であった実践場面での課題が具体的に抽出され、現場からの質問や相談が増加し、直接指導の機会が拡大した。報告書を即日共有することで、感染管理認定看護師のみならず、現場責任者、管理者も現状把握ができ、課題の可視化と改善点の明確化につながった。1回の介入では改善に至らない事項も認められたが、継続的な介入とフィードバックにより改善行動が促進され、感染対策に対する意識向上も認められた。感染管理認定看護師による追加のラウンドは実践レベルでの感染対策の質向上に寄与する有効な取り組みであると考えられた。

09-4 リンクナースと連携して取り組む感染対策ラウンド

久留米大学医療センター 医療安全・感染対策室

○江崎 祐子 (えざき ゆうこ)

【背景・目的】ICTでは環境ラウンドを毎週実施し、共用部分の水回りやナースステーション等を中心に確認し、改善が必要な項目をフィードバックしている。その他に感染対策看護師(ICN)として、ICTラウンドでは確認しづらい病室洗面台の周辺環境やADLが低下した患者のベッド周囲等も定期的に確認しているが、毎回同じような項目の改善を求めているにもかかわらず進まない部署が認められた。そこでリンクナース(LN)と連携し、自部署の感染対策上の課題改善に取り組む「自部署ラウンド」を取り入れたため、その成果について報告する。

【活動内容】自部署ラウンドは、年間2回、ICNとLN、新人看護師の3者で、病室の水回りやADLが低下した患者のベッドサイドを訪問し、患者にとって身近な場所での感染対策の視点から見た環境整備について一緒に検討している。

【成果・考察】改善具体例として、病室洗面台のペーパータオルの直置きは不適切でありホルダーに収納するよう説明を繰り返したが改善できない部署があった。自部署ラウンドで検討すると、人工関節置換術後患者は体を捻ることで脱臼部位となり従来のホルダーの位置では使用しづらいことが分かり、病室を限定しペーパータオルホルダー設置場所を増やし改善した部署がある。毎日の病室の環境整備が継続できなかった部署は、実際のベッド周辺の汚染状況を確認し、環境整備の必要性を再度検討した。誰が、いつ、実施するかが明確でないために環境整備が後回しになっていたことが分かった。そのため業務内にベッドサイドの環境整備時間を設定し、管理職からの声掛け、実施後チェックを行うことで定着した部署がある。LNと連携して取り組む自部署ラウンドにより、現場特有の課題の改善に繋がりが効果的である。さらに新人看護師も参加することで、ベッドサイドの環境整備のポイントを共有することに繋がりが、非常に高い教育効果があると考えられる。今後もICNとLNが連携し、柔軟な改善活動を継続し患者にとって清潔で安全な療養環境を提供し維持することが課題である。

09-5 環境ラウンドから始まる改善文化の定着

地方独立行政法人 京都市立病院機構 京都市立病院
○金沢 律子（かなざわ りつこ）

【背景・目的】環境ラウンドは、患者の療養環境を整備・維持するとともに、病院で働くすべての職員の安全な職場環境を確保することを目的として実施している。当院では、以前よりリンクナースや ICT メンバーのみでラウンドを実施していたため、各部署のスタッフがラウンドの目的や内容を十分に理解したうえで参画しているとはいえなかった。また、結果は部署へ周知されているものの、次回ラウンドまでに改善されず、同様の指摘が繰り返されるという現状であった。今回、環境の整備、維持ができる環境ラウンド改善するためにフィードバックを見直すことになった。

【活動内容】従来のラウンド方法は、リンクナースが事前ラウンドを行っていたが、スタッフが実施するよう変更し、ラウンド後の結果をリンクナースが確認後、改善し ICT へ提出していた。これをうけて ICT は、改善された状況を中心にラウンドを行った。さらに、ラウンド後の結果はリンクナースだけでなく部署で取り組むことを目的に 2021 年「ラウンド改善表」を作成し、2022 年に改善表の見直しを行った。

【成果・考察】スタッフが事前ラウンドを実施する方法に変更したことにより、ラウンドの目的と実感が理解されるようになった。また、フィードバックを見直したことで、スタッフ同士で問題点や改善策について話し合う機会が増えた。環境ラウンドの達成率は 2022 年 82%、2023 年 84%、2024 年 86% と改善傾向である。中でも汚物室に関連した項目の達成率が低いと、重点的に取り組んだ結果、2021 年 51%、2022 年 87%、2024 年は 93% になった。これらのことからリンクナースが、環境ラウンドを部署の問題として共有し、スタッフを巻き込んだ感染対策ができるようになった。また、検討内容を管理者と共有することで、部署内のハード面での課題が改善されやすくなった。これまでの環境ラウンドはリンクナースと ICT の一方向の関わりであったが、今回の方法により、管理者を含め双方向の連携が構築されたと考える。今後も、リンクナースが中心となり部署全体を巻き込みながら課題解決に向けた取り組みができるよう支援することが重要であると考えられる。

010-1 集中治療部の新棟運用開始に伴う環境の微生物群衆構造と薬剤耐性の推移

東京科学大学 大学院医歯学総合研究科 微生物・感染免疫解析学分野¹⁾、東京科学大学 大学院医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野²⁾

○齋藤 里名（さいとう りな）¹⁾、太田 悠介¹⁾、具 芳明²⁾、齋藤 良一¹⁾

【背景】医療関連感染（HAI）は薬剤耐性（AMR）の増加で深刻化している。特にシンク等の水回りや高頻度接触面は AMR 菌のリザーバーとして注視されるが、初期定着の時期に関する知見が乏しいため環境⇄患者の伝播方向を解釈する際に限界がある。本研究では、本学大学病院集中治療部（ICU）の新棟移設という低病原体汚染環境を活用して、医療等の開始に伴う微生物群衆構造および AMR 推移を培養法と非培養法により評価した。

【方法・結果】新棟 ICU 稼働前、稼働 3、6、12、18 ヶ月後（nICU0、nICU3、nICU6、nICU12、nICU18）に、病室と共用部から環境試料を採取後、培養法にて ESKAPE 病原体関連 AMR 株をスクリーニングした。その結果、nICU0 にて菌発育が認められなかった一方、稼働後は複数菌が分離されたが、AMR 遺伝子は検出されなかった。次いで、16S アンプリコン解析を行った結果、*Staphylococcus* 属が nICU6 以降の病室で 10% 以上の存在比で確認されたほか、*Pseudomonas* 属が nICU12 の病室シンクで一時的な増加が確認された。Shannon 多様性指数は、病室において nICU3 と他時点間で有意差が認められた。さらに、ショットガンメタゲノム解析を行ったところ、シンクや汚物槽から多数の AMR や接着に関わる病原遺伝子が検出された。

【結論】新棟 ICU での医療や清掃等の開始により、微生物叢と AMR 量が増えることを明らかにした。これらは新たな環境整備策の基盤情報になると考えられた。先進的なメタゲノム解析手法を培養法と併用することで、感染対策の高精度化に繋がると示唆される。非会員共著者：東京科学大学 鈴木彩葉、三島有華、若林健二、壹岐陽一

010-2 大学病院における環境重点ラウンドの取り組みとその成果

東京大学医学部附属病院 看護部¹⁾、東京大学医学部附属病院 薬剤部²⁾、東京大学医学部附属病院 感染制御部³⁾

○三橋 美野（みつはし よしの）¹⁾、平野 明博¹⁾、間平 珠美¹⁾、西田 和晃¹⁾、正司麻衣子¹⁾、山口 諒²⁾、堤 武也³⁾

【背景・目的】当院では過去に多剤耐性緑膿菌（MDRP）およびバンコマイシン耐性腸球菌（VRE）が水回り環境を介してアウトブレイクした事例を経験した。これを契機に、環境整備の重要性を再認識し、2014 年より環境重点ラウンドを開始した。導入から 10 年が経過したため、その活動内容と成果を報告する。

【活動内容】2014 年に環境重点ラウンドを導入し、ナースステーション、汚物室、浴室、病室、処置室、検査室などのエリアごとに 87 項目のチェックリストを作成した。内容は整理整頓、物品配置やゾーニング、水回り管理、清掃状況、滅菌物管理、消毒管理、患者療養環境など多岐にわたる。毎週の感染対策チーム（Infection Control Team：ICT）ラウンドに加え、月 1 回 ICT 看護師・医師・看護部感染対策委員会メンバーで環境重点ラウンドを実施し、各部署が年 1 回対象となるよう計画した。実施手順としては、対象病棟が事前にチェックリストで自己点検を行い、ラウンド当日は部署の感染対策担当看護師または看護管理者とともに現場を確認した。ラウンド後 2 週間以内に、写真付きレポートを看護管理者、病棟管理責任医師、感染対策担当医師、感染対策担当看護師へ送付した。さらに、1 カ月後に病棟から改善報告が提出され、ICT が改善状況を確認し、定着化を図った。

【成果・考察】2015 年度と 2024 年度の一般病棟データを比較した結果、環境整備不十分と指摘された部署の割合は、ナースステーション 17.7%→9.3%、介助浴室 16.0%→10.0%、車いすトイレ 15.1%→6.1%、汚物室 12.5%→7.0% といずれも減少した。加えて、清潔・不潔のゾーニングに関する指摘は 10.9%→3.3%、清掃業者関連項目は 11.5%→6.7% に減少した。これらは病棟看護師および清掃業者の協力による不用品撤去や清掃の徹底、物品配置とゾーニングの適正化が寄与したと考えられる。また、2014 年の導入以降、環境を原因としたアウトブレイクは確認されていない。教育や意識改革などソフト面の効果は継続して認められる一方、建物の経年劣化に伴うカビ、換気口内部の埃など清掃のみでは解決困難な課題があり、今後はハード面の計画的改善が必要である。

010-3 パルス方式キセノン紫外線（PX-UV）照射装置における、有効照射範囲の検証及び単一回照射と複数照射の消毒効果について

豊橋市民病院

○高橋 亮治（たかはし りょうじ）、伊藤賀代子、福井 通仁、山本 恵子、山本 優、中村宗一郎

【背景・目的】パルス方式キセノン紫外線照射装置（以下 PX-UV）は環境消毒の観点から有用性が認められている製品である。細菌学的な効果や医療関連感染の減少につながる研究は国内外問わず多い。一方で有効な照射範囲や距離についてはやや懐疑的である。PX-UV の照射距離を含む有効範囲を明確にし、効果的な使用方法を確立する目的で検証を行った。

【方法】PX-UV は全パルス回数の 25% を消費した状態で使用した。照射時間は 1 回 5 分間とした。照射効果はメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）、ESBL 産生大腸菌、セレウス菌を塗布した 3 種の血液寒天培地を用いて、照射後の生育を目視確認した。有効照射範囲を測る検証では、廊下を使い PX-UV の中心部分より 10 メートル先まで 1 メートル間隔に 3 培地を床に配置し照射した。照射の影響を加味し培地の蓋は外した。全培地の半分をアルミ箔で覆い遮蔽物による照射の影響を図った。照射回数は 1 回とした。単一回照射と複数回照射の効果の検証は病室で行った。部屋の 5 ヶ所に各培地を 2 枚ずつ配置し、PX-UV から各培地の距離を計測した。床からの高さは 95 センチメートルと統一した。1 回目の照射後、5 ヶ所から各培地を 1 枚ずつ回収し、PX-UV の配置を変えて 2 回目の照射を行った。

【結果】有効照射範囲を測る検証で菌の死滅が確認できた距離は 1~3 メートル地点で、2 メートル地点が最も顕著であった。4 メートル以降はいずれの培地でも菌の死滅は確認できなかった。また、アルミ箔下では菌の死滅が確認できなかった。単一回照射と複数回照射の効果の検証では、2 メートルの範囲内で 2 回の照射を受けた培地の全てで菌の死滅を確認した。2 回の照射のうち、どちらか 1 回が 2 メートルを超えていた場合は、前者と比較し菌の死滅は少なかった。2 回とも照射範囲が 2 メートルを超える範囲では、菌の死滅は確認できなかった。一番抵抗性を示したのはセレウス菌であった。

【結論】PX-UV の有効照射範囲は 2 メートル以内で、遮蔽物のある病室内では 2 回以上の複数回照射が菌の死滅に効果的であった。また有効的な照射を行うためには、多角的である以外にも、十分な照射時間を確保する位置取りも重要となること示唆された。

010-4 水系環境の効果的な除菌方法に関する研究 (第1報)

自衛隊中央病院 看護部¹⁾、自衛隊中央病院 医療安全・感染対策室²⁾、自衛隊中央病院 診療技術部 臨床検査課³⁾、自衛隊中央病院 診療科⁴⁾

○波多野祐美 (はたの ゆみ)¹⁾、吉ノ蘭道子²⁾、松村 裕³⁾、小寺 力⁴⁾

【背景および目的】当院では、数年前から *Stenotrophomonas maltophilia* 保菌患者が複数発生していることから、定期的に主に水系環境の調査、および各種対策を実施してきた。今回我々は病室の排水口の除菌に有効、かつ実用的な手段が何かを検証する目的で研究を行った。

【方法】*S.maltophilia* を保菌していた入院患者が使用していた洗面台を使用した。実験開始前、各洗面台の細菌培養が陰性であることを確認した後、(1) 定期的な開栓による吐水 (2) 吐水後、ペーパータオルによる拭き取り乾燥 (3) 吐水後、少量の消毒剤を散布の3群にわけ、その後排水口の菌検索を実施した。消毒剤としてルビスタ® (杏林) を使用した。

【結果】(1) 対照群として置いた1度も吐水しなかった排水口からは菌は検出されなかったのに比し、2時間ごとに吐水した排水口からは菌が検出された。(2) 2時間ごとおよび8時間ごと、定期的にペーパータオルによる拭き取りを実施した群からは菌の検出は見られなかった。(3) 少量の消毒剤を散布した群は、2時間ごとに吐水した排水口からは菌の検出はなかったが、8時間ごとの排水口からは菌が検出された。

【結論】排水口において、拭き取り等による乾燥は細菌の増殖防止に有効であることが示された。また、吐水後に消毒剤を少量頻回に散布する方法もある程度有効であることが示された。日常生活/診療において排水口を常時乾燥させておくことは非現実的であるため、拭き取りを定期的に実施することの有用性が示唆されたと同時に、吐水時に少量の消毒剤を同時に流すことにより菌の繁殖を防止できる可能性が示唆された。

010-5 病棟清掃改善のための効果的な取り組み

徳島大学病院

○矢野由美子 (やの ゆみこ)、片岡 梢、後藤さおり

【背景・目的】A 病院 B 病棟にて病院清掃と関連が疑われる ESBL 産生菌のアウトブレイクが発生した。これを機に 2022 年より全病棟対象の清掃点検チェックシートを用いた清掃ラウンドを開始した。しかし、清掃責任者と感染制御部看護師の評価結果に乖離があり、適切な指導が実施できておらず、改善が乏しい状況が続いた。

そこで清掃責任者と感染制御部看護師が、同じ視点で清掃指導を行い、清掃手順や方法が改善できることを目的に取り組みを実施した。

【活動内容】清掃ラウンドは、清掃責任者が毎月実施し、感染制御部看護師は1年に3回、清掃責任者とともに実施している。清掃点検チェックシートは、洗面所・トイレの水回り清掃手順と物品管理に関する20項目について3段階で評価している。20項目中、清掃手順や方法に関する15項目に評価指標を作成し、2025年9月より改訂したチェックシートを用いて清掃ラウンドを実施した。清掃責任者による清掃ラウンドのみでは、改善が確認できなかったため、清掃業者を管理する施設課担当者を交え協議した。同年12月より清掃ラウンドに施設課担当者が同行し、清掃責任者の指導状況を確認した。

【成果・考察】感染制御部看護師と施設課担当者、清掃責任者で清掃ラウンドを実施中に、清掃責任者が評価指標に基づき、具体的に清掃手順や方法の改善点を清掃担当者に指導していることが確認でき、適切な指導が実施されていると評価できた。感染制御部看護師が実施する評価においても、明文化された評価指標があることで、一貫性の確保された評価ができるようになった。また、感染制御部看護師と清掃責任者が同じ視点で清掃指導ができるようになった。加えて、清掃担当者からの要望や確認事項等にも、施設課担当者が清掃ラウンドに同行していることで速やかに対応できるため、有意義な清掃ラウンドとなった。

感染制御部看護師の専門的な視点と、施設課担当者の管理的な視点双方のモニター効果は大きく、未だ課題の多い清掃状況を改善する基盤が整えられた。今後は病原微生物の感染経路を遮断し、清潔で快適な患者の療養環境のため、関係部署と協働し病院清掃の改善に取り組んでいく。

010-6 感染対策に配慮した院内清掃作業の質改善に関する取り組み

長野赤十字病院 感染管理室

○小林 真美 (こばやし まみ)、松坂智栄子

【背景・目的】当院は築40年で6人の多床室を中心とした病床構成である。そのため接触予防策や飛沫予防策を多床室内で実施する場面が多く、院内清掃においては感染対策に配慮した清掃順位や作業手順が求められる。2022年に委託清掃業者が変更となった。海外出身の作業員もいる中で清掃業者から、感染対策に配慮し安全性を担保した上で効率的に作業を進めるための情報共有方法や手順の整理に関する要望があった。このような背景から、感染対策に配慮した清掃作業が実施できるよう委託清掃業者と管財施設担当者として報告する。

【活動内容】1. 委託清掃業者、管財施設担当者、感染管理認定看護師による月1回の会議の開催。2. 新型コロナウイルス対応病棟・CRE・VRE発生病室における清掃手順作成と担当職員教育の実施。3. 非感染症病床から経路別予防策を実施している感染症病床の順を基本とした清掃順位設定のための「感染症病室清掃表」の作成・実施・評価・改定。4. 各作業員に対する携帯用アルコール手指消毒剤とポーチの配布。5. 作業員に対する実践演習を交えた感染対策に関する教育の実施。6. 流行性ウイルス性疾患に関する清掃作業員の抗体価測定実施の推進。

【成果・考察】新型コロナウイルス感染症やCRE等の感染症対応は清掃業者にとって不慣れた対応であったが、当院の感染対策マニュアルに沿った作業手順の作成や職員教育を行うことで作業員の不安軽減に寄与できたと考える。また、「感染症病室清掃表」により清掃順位ルールを明確化したことで、多床室における経路別予防策実施患者らの清掃手順が統一され現場での迷いや判断のばらつきが減少した。改訂版では個人防護具選択の一覧も追加し、より分かりやすくなったと意見が聞かれた。手指衛生剤へのアクセスの改善、演習を含めた教育の実施、抗体価測定による免疫状態の確認を行うことで清掃作業における感染対策の質の向上に寄与できたと考える。委託清掃業者変更後関係者が協働して課題解決に取り組み清掃作業の質改善を図ることができたと考える。

011-1 用途別シンクにおける排水管内部汚染の実態と清掃後の再形成過程の評価

東邦大学医療センター大森病院 感染管理部¹⁾、東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター²⁾、東邦大学医療センター大森病院 臨床検査部³⁾、東邦大学医療センター大森病院 薬剤部⁴⁾

○西川榮里子 (にしかわ えりこ)¹⁾、富田 学¹⁾、塚田 真弓¹⁾、宮崎 泰斗^{1,2)}、村上日奈子^{1,3)}、大谷真理子^{1,4)}、安田 寛^{1,4)}、館田 一博¹⁾

【背景・目的】A 病院では2017年にカルバペネマーゼ産生腸内細菌目細菌 (Carbapenemase-producing *Enterobacterales*: CPE) のアウトブレイクを経験した。この事例ではゲノム解析により病棟シンクおよび入院患者から同一プラスミド由来のCPEが検出され、シンクから患者への伝播の可能性が示唆された。排水管内の汚染は耐性菌の環境リザーバーとなり得るとされている。CPEの対策として、A 病院では2025年よりシンクを用途別に区分し、給水用シンクと洗浄用シンクを設定した。給水用シンクは手洗い・洗浄を禁止とした。本研究にて排水管内部の汚染実態と、単回清掃後における用途別シンクの汚染について比較検討した。

【方法】ファイバースコープを用いて清掃前・清掃直後・清掃3~5か月後の排水管内部を内視鏡的に観察した。観察ポイントは排水トラップ直上流部とした。汚染の定義は排水管内壁に肉眼で確認できる堆積物または広範な汚れが存在する状態とし、汚染の有無を評価した。清掃は全シンクにおいて同一手順で実施し、1. ブラシによる機械的洗浄、2. アルカリ性排水管洗浄剤の塗布、3. シンクに貯水および2回の流水、4. シンク周囲の清拭の手順で行った。

【結果】13病棟の給水用シンク14か所、洗浄用シンク17か所、計31か所を観察した。清掃前の汚染は給水用シンクで79% (11/14か所)、洗浄用シンクで88% (15/17か所) に認められた。清掃後に汚染が除去できなかった排水管を除く、給水用シンク13か所と、清掃により汚染が除去された洗浄用シンク11か所を対象に、3~5か月後の汚染形成を評価した。汚染形成率は給水用シンク43% (5/13か所) に対し、洗浄用シンクでは67% (7/11か所) であった。

【結論】給水用シンクと洗浄用シンクでは、清掃後の排水管内部における汚染の形成過程が異なることが示唆された。給水用シンクでは清掃後に有機物が流れることが少ないため汚染の形成が抑制されたと推察される。シンクの用途は、清掃頻度を決定する際の考慮事項となり得る。

011-2 ESB� 産生菌対策に着目した環境整備介入の実践報告—体制構築期における現場との協働と3年間の歩み—

三愛会総合病院

○鈴木 佳子（すずき よしこ）、有村 康夫、今井 雅之

【背景・目的】2022年11月の病院移転に伴いICT体制を刷新したが、感染対策の定着には課題が残っていた。特に吸引および排泄ケア頻度の高い病棟では基質特異性拡張型β-ラクタマーゼ（ESBL）産生菌の新規検出が継続し、吸引管理患者の口腔内からESBL産生菌や *Enterococcus faecalis* などの消化管由来菌が検出される事例もみられた。これらはケア環境を介した交差伝播の可能性を示唆していた。本報告は、ESBL産生菌に焦点を当てた環境整備介入の効果と、介入を通じた現場スタッフの行動変容を評価することを目的とした。

【活動内容】2023年2月より、手指衛生の実施量を部署別・個人別に可視化し、スタッフが自身の実践状況を把握できるようにした。排泄ケア台車は清潔区域と不潔区域を視覚的に区別し、ケア動線が乱れないよう整備した。さらに、吸引器周囲の清掃を徹底するとともに環境培養を実施し、汚染状況を可視化して改善の必要性を共有した。これらの介入はICTと現場スタッフが協働し、日常ケアの中で無理なく継続できる仕組みとして導入した。

【成果・考察】手指衛生実施回数は1患者1日あたり5.4回から14.7回へ増加した。2023年2月から2026年1月までのそれぞれ1年間のESBL産生菌の新規検出数は15件、19件、18件と横ばいで推移したが、吸引環境培養では初回調査で5名中4名（80%）から患者由来菌が検出されたものの、6か月後には全例陰性化した。環境培養による汚染の可視化は行動変容を促す契機となり、現場では「排泄ケア直後の吸引を避ける」などケア順序の適正化や環境保持が自発的に実践され、これらの変化はESBL産生菌以外の耐性菌にも影響した。その結果、2023年度2件検出された多剤耐性緑膿菌（MDRP）も感染拡大なく終息し、その後も発生を認めなかった。ESBL産生菌が横ばいであった背景には市中からの持ち込みや長期保菌が考えられる。しかし、体制構築期においても現場との協働を通じた環境整備は耐性菌伝播防止に有効であり、特に吸引環境の改善は短期間で明確な効果を示した。環境整備と可視化を組み合わせた本介入は、感染対策の定着が課題となる施設においても再現性の高いアプローチであると考えられた。

011-4 療養病棟における高頻度接触表面の清拭標準化—看護職と看護補助者の役割分担の再構築による実施率向上—

医療法人聖比留会 セントヒル病院

○横山 敬子（よこやま けいこ）、濱部 陽子

【背景・目的】病室は患者の生活の場であり、療養環境の維持は感染予防における看護の重要な役割である。高頻度接触表面は接触を介した病原体伝播の媒介となり、医療関連感染・交差感染のリスク因子となり得る。A病棟B病棟においてベッドコントロールの汚染・故障が発生し、環境管理の不備が顕在化した。高頻度接触表面の清拭実態を分析し、業務標準化による感染リスク低減効果を検証することを目的とした。

【方法】2025年7月、看護師12名・看護補助者7名を対象に、ベッド周辺10項目の清拭実施頻度と未実施理由について無記名アンケート調査を実施した。課題抽出後、「いつ・誰が・何をを行うか」を明確化した清拭手順書を作成・周知した。介入後（2025年12月から2026年1月）はチェックリストによる自己評価と週1回の環境評価を行った。

【結果】回収率は100%であった。介入前、「日動で1回実施」は両職種とも27%にとどまり、看護師の30%・看護補助者の18%が「ほとんどしていない」と回答しており、汚染表面が日常的に放置されていた可能性が示された。未実施理由は看護師では「多忙」「優先順位が低い」、看護補助者では「業務範囲外」が多く、オーバーテール部の清拭において職種間の役割認識の差が顕著であった。介入後は手順遵守率100%となり、ベッドコントロールの汚染および故障件数はともに0件となった。ただし清潔保持の質には個人差が残存した。

【結語】高頻度接触表面における清拭不徹底の背景には、職種間の役割認識の差と業務範囲の曖昧さがあった。ベッドコントロールやオーバーテールは病原体が手指を介して患者間に伝播する接触感染・交差感染の温床となり得る。特に療養病棟では免疫機能が低下した長期入院患者が多く、環境由来の医療関連感染が重篤化するリスクが高い。業務標準化により各職種の責任の所在が明確化され、汚染・故障件数がともに0件となったことは、清拭の徹底が環境中の病原体量を減少させ、接触感染経路の遮断に寄与した可能性を示している。今後は感染発生率や環境表面の清浄度（ATP測定）などの客観的指標による評価体制を整備し、継続的な教育・監査体制の構築が重要である。

011-3 COVID-19 クラスターから高齢者施設の環境衛生管理における換気的重要性を考える～換気調査結果からみた今後の課題～

特別養護老人ホーム 竹の里ホーム¹⁾、京都府保健環境研究所²⁾○花瀬 朋子（はなせ ともこ）¹⁾、藤田 直久²⁾

【背景と目的】2019年から発生した新型コロナウイルス感染症の流行で高齢者介護施設においても集団感染事例が多く発生した。その原因の一つがエアロゾル感染であることもわかった。このことから、新型コロナウイルス感染症を含む呼吸器感染症予防のため施設の空調管理の重要性を明確にする必要があると考えた。

【方法】京都府健康福祉部内の換気調査チームに調査を依頼し、自施設の入居者の居室10室の換気扇の換気量を測定した。換気扇ファンおよび排気ダクトの清掃前後で測定した風量を評価した。なお、建築後28年経過しており、建設当時の設定風量が不明のため、定格風量を基準に評価した。

【結果】10室（個室及び4人室）の換気扇風量は、清掃前は定格風量の1/2から1/5に低下していた。清掃後は全体的に10%～40%程度の風量増加が認められ、清掃による効果が認められた。しかしながら、清掃前後で変化の認められないものもあり、これについてダクトの設置状況を確認したところ、ダクトの急な折れ曲がりがあることが判明した。

【考察】当施設は建築後28年が経過し老朽化も進んでいる。その間に故障により換気扇の取り換えをしている居室もある。新しく設置された換気扇であるにも関わらず、居室人数に対する必要換気量が確保されていない居室もあった。新型コロナウイルス感染症エアロゾル感染防止における「換気不良の部屋に当たらない」換気量は1人あたり30m³/hとされているが、それを満たす部屋は個室のみであった。さらに数年前から、自施設のエアーハンドリングユニット（空気調和機）は一部故障で運転を止めており、測定階（3階）の外気導入はあるが、2階は停止中である。このように新型コロナウイルス感染症を契機として「換気」の重要性が叫ばれているものの、清掃修繕等が行われている施設は少ないのではないかと推察される。京都府換気調査チームの換気調査において、72%が機械換気量不足で、その原因の48%が掃除不足であったことが明らかとなった。定期的な清掃、点検における環境衛生管理体制に目を向けなければならない。

011-5 ネズミによる獣害と環境汚染への組織的介入—食害部位からの *Enterococcus casseliflavus* 検出を契機とした感染対策の強化—

独立行政法人 労働者健康安全機構 中部労災病院

○近藤 年忠（こんどう としただ）

【背景・目的】2025年6月、院内の複数箇所でネズミの目撃と糞便を確認した。同時期、アンギオ室等で点滴が食害に遭い、環境培養から大量の *Bacillus cereus* が分離された。さらにアンギオ室内の造影装置ケーブル断線や、食害を受けた三方活栓パッケージ穿孔部近傍から、バンコマイシンに自然耐性を有する *Enterococcus casseliflavus* が検出された。事務室での菓子類やコーヒー粉末の食害も確認され、食物が誘引源となっている可能性が示唆された。本事例は獣害が医療資材の無菌性を直接的に破綻させ、薬剤耐性菌を媒介する重大なリスクであることを示しており、環境整備および職員の行動変容を含む多角的な感染防止策を再構築したため報告する。

【活動内容】感染管理室主導のもと、以下の介入を実施した。1. 物理的被害対策：天井裏・床下ビット等の調査を実施したが、侵入経路の特定には至らなかった。そのため配管貫通部などへのトラップ設置を施行した。また再汚染・再食害防止のため、点滴や薬剤を密閉可能な棚等への収納へ変更した。2. 職員への介入：誘引源排除を目的に、全職員に対し食物類の密閉容器収納を呼びかけ、診療エリア内での飲食を禁止とした。3. 環境管理の強化：汚染沈静化まで、過酢酸配合の環境清拭クロスを用いた高頻度接触面および医療機器の環境消毒を指導し、芽胞菌を含む環境消毒を徹底した。4. 血流感染対策の再点検：害獣侵入を想定し、マキシマル・バリア・プリコーションの遵守状況監査と穿刺部消毒薬の乾燥時間確保を再周知した。

【成果・考察】介入開始後も目撃情報は散発したが、同年9月、院内の床下ビット内にてネズミの死骸が発見・除去された。餌場の遮断と環境整備により、これ以降、新たな糞便付着や医療器材・食物の食害、目撃情報は消失した。また、これらに関連したと思われる医療関連感染の発生は認められていない。医療機関における獣害対策では、侵入経路の遮断と誘因除去に向けた組織的介入が不可欠である。また、今回のような侵入経路の特定が困難な状況下では、これに加え、侵入を想定した清潔な環境整備への介入が、院内におけるリスクマネジメントにおいて有効であることが示唆された。

011-6 患者療養環境における6Sの実践～適切な療養環境の習慣・定着に向けて～

帝京大学ちば総合医療センター

○井浦まりあ（いうら まりあ）、太野 拓馬、
桑原 彩、佐藤 朗子

【背景・目的】自部署は脳血管疾患や高次脳機能障害等により全介助を要する患者が多く看護師が私物管理を担う場面が多い。また、業務が煩雑化すると清潔・清掃面が疎かになる現状がある。Soh M らは「看護の安全・効率・衛生管理の基盤を支える重要な概念です」3) という先行研究がなされている。そこで6S(整理、整頓、清掃、清潔、躰・習慣、作法)を用い、快適な療養環境の提供、感染対策実践を通して看護の質向上を目的とした。

【方法】6Sおよび感染に関する知識・実践について「研究開始時」「実践時」「終了時」の3つのタイミングで質問紙を用い調査した。実践評価では各勤務帯で他者が評価するチェックリストを活用し、自己評価を点数化した。データ分析はSPSSVer.30を使用し記述統計を行った。本研究は看護部倫理審査会の承認を得て実施した。

【結果】アンケートは「不要な私物・物品がなく必要なものだけが配置されるよう心掛けている」「清潔な環境が患者・家族の安心感や信頼につながる」という設問に対して取り組む前後では、どちらも75%以上が「できている」と回答した。チェックリストでは「整理・整頓・清潔・躰習慣・作法」の項目で80%以上が「できた」と回答し「通路を邪魔するような物品が置かれていない」の設問では全員が「できた」と回答した。清掃の「ルビスタ清拭やローラーで環境整備できているか」の項目では62%に留まった。全項目において $p<0.05$ で有意差はなかった。

【結論】6Sの実践を通して、看護師間の共通認識が形成され、勤務交代時の円滑な引き継ぎに寄与した。吉川は「夜勤や交代勤務も考慮した適切な職場づくり」1) が重要と述べているが、忙しさから業務中の環境整備の維持が難しい傾向がみられた。特にチェックリストを勤務終了時にしたことによって評価対象が「最終時点」に偏りやすく、業務中の清潔維持に課題が残った。多忙な病棟ほど6Sの効果は大きく Moore AJS, Webster-Edge S らは「作業効率が高まり看護の質向上に寄与する」2) と示している。今後評価タイミングを見直し、常時整った療養環境を維持する仕組みを創り、看護の質向上と部署全体の意識改革・定着に繋げていくことが重要である。

012-2 清掃受託事業者と実践した療養環境整備における感染対策について

学校法人慈恵大学財務部施設課

○小田 慶治（おだ けいじ）

【背景と目的】院内の療養環境整備の一環である清掃は、重要な感染予防対策の一つである。病院清掃の担い手は清掃事業者といっても過言ではない。当院でも感染予防を考慮した感染対策マニュアルを整備しているが、更に感染リスクを考慮した上で、細やかな環境整備が不可欠である。感染対策部とともに現状の問題点・課題を抽出し、病院清掃の改善について、取り組みを行った過程や成果を報告したい。

【方法】1) 清掃事業者の責任者とコミュニケーションを図り、毎月開催する清掃事業者との会議を通じて、院内感染防止に関する意識向上に努めた。2) 院内感染防止の理解を深めることを目的に感染対策部が主催する感染対策講習会を開催し、手指消毒や個人防護具の着脱方法を実践した。3) 感染対策部とは密接な連携をとり、適宜、情報共有をしている。その上で、清掃事業者と定期的な会議を開催することで手洗いシンク並びにトイレ清掃に関する手順を構築し、新型コロナウイルス感染症が流行した際は個室管理となる病室の清掃手順も作成した。

【結果】院内感染防止を強化するには、病院側も一緒に取り組んでいくことが重要である。その結果、感染対策講習会の開催が実現し、手洗いシンク並びにトイレ清掃手順構築により耐性菌発生防止に繋がった。新型コロナウイルス感染症患者を初めて受け入れた際、ウイルスの性質や病態の情報が未確定のこともあり、感染エリアの清掃は、清掃事業者には依頼できず、看護師が行っていた。看護師の負担が過重となり、清掃手順や個人防護具の着脱について、感染対策部の指導を仰ぎながら、清掃事業者による対応が実現した。

【結論（考察）】管理範囲が曖昧で責任が明確にされていない清掃は、感染リスクを高めることになる。そのため、清掃事業者とコミュニケーションを図り、教育することの重要性が認識でき、その結果、院内感染防止に関する意識や清掃の質が向上し、安全な医療環境に寄与することが出来た。このような取り組みを継続することで、院内感染防止への意識が浸透し、また課題も見え、更なる改善に繋がり、傑出した療養環境の提供が可能となる。

012-1 リンクナース活動を通じた環境改善による薬剤耐性菌（MRSA 及び ESBLs 産生菌）院内発生の有意な減少

社会医療法人信愛会 暇生会脳神経外科病院

○亀田 郁江（かめだ いくえ）

当院では、薬剤耐性菌検出状況の評価を週1回で行っている。MRSA と ESBLs 産生菌の院内発生件数を継続的に確認しているが、ESBLs 産生菌の検出数が多い週があり院内発生件数の増加が懸念された。そこで2024年度リンクナースと共に、手指衛生はもとより環境の改善に取り組んだ。環境改善の実施期間は、2024年5月から2025年2月までとし、対象は全7病棟の環境とした。改善すべき環境は、「ビニール袋の吊り下げ廃止」「聴診器の管理」「PC 台に設置のゴミの管理」「個人防護具の管理方法」について1項目毎に2ヵ月かけて改善に取り組むことにした。この計画は、4月にリンクナース会議で説明を行い、リンクナースが部署で活動しやすくするため、ICN が各部署を廻り師長にリンクナースの協力者になってもらえるように計画を説明した。進捗状況の確認のため、毎日病棟ラウンドを行い、相談を受けながら助言・指導を行った。また、リンクナース・師長・ICN の協働で1項目ずつ整えていき全病棟が計画の全てを実施することが出来た。MRSA については、環境改善に取り組み始めた頃より徐々に減少がみられ、ESBLs 産生菌については、トイレに設置の個人防護具の廃止後に著しく減少した。2024年4月から2025年9月までの6ヵ月毎の（MRSA + ESBLs 産生菌）院内発生件数は、30件、24件、12件と減少した。2024年の実施中と2025年の実施後の各4月から9月の院内発生件数（MRSA + ESBLs 産生菌）を比較すると、P 値 0.01 (有意水準 0.05) であり、環境を改善し整備したことは薬剤耐性菌の院内発生の減少に効果を示す結果となった。この結果は各部署の努力の成果として感染対策委員会で報告し、以降は継続することが重要であることを説明した。厚生労働省の「医療施設における院内感染の防止について」の中で、環境整備について「清掃や環境管理が適切に行なわれる必要がある。」とされている。今回の取り組みで、環境管理の必要性を身近なこととして知るきっかけとなった。良い結果を得て終わりではなく改善された環境を維持するため、日々のラウンドでの状況の確認と耐性菌院内発生状況の確認を行い必要に応じた指導・助言の継続は必要である。

012-3 エアコン空調設備の洗浄介入が病棟内の空中浮遊真菌数に及ぼす影響—アクティブ・サンプリング法による定量的な除菌効果の検証—

市立ひらかた病院 医療安全管理室 感染防止対策部門¹⁾、市立ひらかた病院 臨床検査科²⁾、市立ひらかた病院 薬剤部³⁾

○嶋木 美和（しまき みわ）¹⁾、田中 鉄也^{1,3)}、
浮村 聡^{1,2)}

【背景・目的】真菌症は表在性と深在性に大別されるが、特に深在性真菌症の防止は院内感染対策上の重要課題である。アスペルギルス症等は環境が発生要因となり得るため、病院環境の整備が不可欠である。空調(HVAC)システムは微生物のリザーバーとなりやすく、放出されるバイオエアロゾルによる感染リスクが懸念される。本研究では、空調機内部の包括的洗浄が空中浮遊真菌数の低減に及ぼす効果を定量的に検証した。

【方法】病院内16地点を対象とした。空調機のフィルター、熱交換器、ドレンパンのバイオフィーム除去を含む洗浄を実施。空中浮遊真菌の測定にはエアサンプラー（衝突法）を用い、エアコン直下に一定量の空気を吸引、サブロー培地に捕集した。35℃で120時間培養後、CFU/m³を計数。統計解析にはウィルコクソン符号付順位検定を用い、菌数0の地点には1/2 LOD 補正 (0.5 CFU) を代入した。

【結果】清掃前、浮遊真菌数は合計311 CFU (中央値17.5) であったが、介入後は合計22.5 CFU (中央値0.5) へと劇的に減少した ($p<0.001$)。総負荷ベースの減少率は92.8%に達し、16地点中11地点で検出限界未満まで改善した。一部地点で少数の菌が残留したが、清掃前に確認された *Aspergillus niger* と推定されるコロニーは介入後には認められなくなった。

【考察】吸引法の採用により、沈降しにくい微細な胞子を感度良く捕捉した。劇的な菌数減少は、空調機が能動的な放出源であったことを裏付けている。特に結露水が滞留するドレンパンの洗浄が供給源遮断に極めて有効であった。一部の残留菌は、人の活動による床面からの再飛散等、空調以外の要因と推測される。35℃培養下での減少と病原性真菌の消失は、感染曝露リスクの直接的低減を意味する。

【結論】空調内部の包括的洗浄は、空中浮遊真菌を9割以上低減させ、環境衛生を向上させる手法として標準的なメンテナンスプロトコルに組み込むべきである。

012-4 病棟環境における緑膿菌汚染状況の把握と感染対策の検討

社会医療法人社団 陽正会 寺岡記念病院

○今村 誠志 (いまむら せいし)、高橋 弘明、土路生智美、堀川 俊二

【背景・目的】*Pseudomonas aeruginosa* (緑膿菌) は湿潤環境を主な生息域とする代表的な日和見感染菌であり、院内肺炎、尿路感染症、菌血症などの原因となる。高齢者や免疫抑制状態にある患者、医療デバイス装着患者では重症化リスクが高く、環境表面を介した接触伝播も指摘されている。そのため、病棟環境における汚染実態を把握し、検出時の適切な対応策を検討することは院内感染予防の観点から重要である。本活動では、一般病棟の環境中における緑膿菌汚染状況を明らかにし、検出時の環境整備など感染対策の実践内容を検討することを目的とした。

【活動内容】202X年Y月、6病棟の計42か所(詰所シンク、汚物槽、共用洗面用シンク、病室内洗面台、喀痰吸引ビン)を対象に滅菌スワブによる拭き取り検査を実施した。検体はNAC寒天培地に接種し35℃で48時間培養後、発育コロニーを生化学的性状および同定キットにより同定した。薬剤感受性試験はKBディスク法(MEPM)でスクリーニングし、IまたはR判定例は微量液体希釈法によりMICを測定しカルバペネム耐性の有無を判定した。

【成果・考察】42検体中23検体(54.8%)から緑膿菌が検出され、シンク周囲などの湿潤環境からの検出が多かった。病室洗面台1か所からはカルバペネム耐性緑膿菌(CRPA)を検出した。当該病室にはCRPA保菌患者が入院していたが、分子疫学的同一性の検討は行っていない。CRPA検出部位は、環境クロスや次亜塩素酸ナトリウムによる環境消毒を実施し、その後の再検査では同部位からの検出は認めなかった。本活動により、湿潤環境が主要なリザーバーであることが再確認され、一般病棟においても緑膿菌の環境汚染は一定頻度で認められた。病棟環境における緑膿菌検出時には、環境整備の徹底と職員教育、デバイス装着状況を踏まえた患者対応の包括的対応とリスク管理、また多職種連携による対応が重要である。継続的な環境サーベイランスの実施は、環境由来感染への早期介入および院内感染対策の強化に寄与すると考えられた。

012-6 X病院における真菌およびアスペルギルス属菌の調査—第2報—屋内湿度と病院内でのアスペルギルス属菌を含む真菌の検出状況

杏林大学 医学部 付属病院 感染制御部¹⁾、株式会社竹中工務店²⁾

○倉井 大輔 (くらい だいすけ)¹⁾、種岡 貴子¹⁾、齊藤 智²⁾、瀬戸 洋子²⁾、渡辺 玲奈²⁾

【背景・目的】病院で改修工事時は、アスペルギルス症の発症リスクが上昇するため適切な感染対策が求められる。また、高温多湿の状態は真菌の増殖に大きな影響を与える。冬季に調査した1報では、湿度と天井裏の全真菌数との間に関連は認めなかった。2報では高温多湿の夏季における湿度と天井裏に存在するアスペルギルス属菌を含む真菌の検出状況の関連を明らかにする。

【方法】X病院の各棟異なる階の天井裏の20箇所(A棟2、F棟3、G棟3、H棟12箇所)から、滅菌した綿棒で対象場所の天井裏表面5cm角(25cm²)をふき取り、付着物を採取し、滅菌水に遊離希釈後DG18寒天培地に塗布、培養した。培養は25度および37度で行い、全真菌数、全アスペルギルス数、肺アスペルギルス症の主要3菌種(*Aspergillus fumigatus*, *Aspergillus flavus*, *Aspergillus niger*)数を測定した。調査期間は2025年6月と9月各1回実施した。対象箇所の天井裏湿度は2025年6月～9月にデータロガー付き温湿度計にて連続測定した。【結果】肺アスペルギルス症の主要3菌種は、6月は25℃培養で5箇所、37℃培養で6箇所、9月は25℃、37℃培養ともに3箇所検出されたが、必ずしも湿度が高い箇所ではなかった。天井裏湿度はH棟では地下1階の1箇所以外は全て平均値が70%を超えており、G病棟の2箇所、F棟1箇所でも平均値が70%を超えていた。2回の調査ともに、天井裏の平均湿度が70%を超えた場所と全真菌数が100cfu/25cm²以上検出される場所はほぼ一致し、25℃培養の全真菌数(対数変換後)と湿度では相関が認められた($R^2=0.63$)。25℃培養と37℃培養の全真菌数とは、対数変換後で相関($R^2=0.59$)が認められた。一方で、全真菌数や全アスペルギルス菌数の多さと、肺アスペルギルス症の主要3菌種の検出には関連を認められなかった。

【考察と結論】天井裏湿度と肺アスペルギルス症の主要3菌種の数とは関連は認められなかったが、天井裏湿度の高さは、天井裏の全真菌数を多くする可能性が示唆された。改修工事では湿度に関係なく、従来どおり工事エリアの患者像や工事内容を踏まえて、感染対策を行なう必要がある。

012-5 X病院におけるアスペルギルス属菌の調査—第1報—建築年数による病院内でのアスペルギルス属菌を含む真菌の検出状況

株式会社竹中工務店¹⁾、杏林大学 医学部 付属病院 感染制御部²⁾

○齊藤 智 (さいとう さとし)¹⁾、倉井 大輔²⁾、種岡 貴子²⁾、瀬戸 洋子¹⁾、渡辺 玲奈¹⁾

【背景・目的】病院における改修工事の際、アスペルギルス症の発症リスクが高まるため、適切な感染対策が求められる。今回、建築年数による改修時の感染リスク評価の目的で、建築年数が異なる棟の天井裏に存在するアスペルギルス属を含む真菌の検出状況を調査した。

【方法】X病院の8棟(1985年～2012年に竣工で古い順にA～H棟)の各階の天井裏全142箇所から、滅菌した綿棒で対象場所の天井裏表面5cm角(25cm²)をふき取り、付着物を採取し、滅菌水に遊離希釈後、DG18寒天培地に塗布、培養した。培養は25度および37度で行い、全真菌数、全アスペルギルス数、肺アスペルギルス症の主要3菌種(*Aspergillus fumigatus*, *Aspergillus flavus*, *Aspergillus niger*)数を測定し、病棟間での菌の検出状況を比較した。調査期間は、2024年12月某日4日間とした。また、検体採取時、データロガー付き温湿度計にて検体採取場所の天井裏と室内の温湿度を測定した。

【結果】肺アスペルギルス症の主要3菌種は142箇所中、25℃培養で30箇所、37℃培養で32箇所から検出された。最も新しく竣工したH棟で全真菌数が最も多く検出された。また、築年数と天井裏の全真菌数との間に明確な関連は認めなかった。各階別の天井裏の全真菌数もばらつきが大きかった。冬季の調査であったが、天井裏の湿度は、D棟、G棟、H棟で相対的に高値を示した。しかし、湿度と天井裏の全真菌数との間に関連は認めなかった。培養温度別では、25℃で培養した全真菌数と全*Aspergillus*属菌数の間には相関が認められた(対数変換後にて $R^2=0.79$)が、肺アスペルギルス症の主要3菌種とは相関が認められなかった。

【考察と結論】本調査では、*A. fumigatus*, *A. flavus*, *A. niger*が検体採取場所から散発的に検出されたが、築年数による差異は認めなかった。改修工事での病原性の高い上記の肺アスペルギルス属3菌種の曝露リスクは築年数では予測できず、従来どおり工事エリアの患者像や工事内容を踏まえて、協議をしながら感染対策を行なう必要がある。

013-1 環境ウイルス対策としての精製次亜塩素酸水の有用性

ニプロ株式会社 医薬品研究所

○千田 修平 (ちだ しゅうへい)、宗友 真帆、更田 宏史、新開 規弘、川村 尚久

【背景・目的】精製次亜塩素酸水は高い安定性と安全性を有し、広範な微生物に対して有効であることから、新規消毒剤として期待される。消毒用ワイブの殺菌性能を評価するためのワイブ試験は、実際の拭布操作を含めた評価が可能であり、医療施設における環境消毒の実態に即しているが、細菌を対象とする場合が一般的であり、ウイルスを対象とした評価方法は整備されていない。本研究では、ウイルスにおけるワイブ試験を構築し、精製次亜塩素酸水(HOCl)の有効性を評価した。

【方法】消毒剤評価としてサスペンション試験及びサーフェス試験は、欧州標準試験法に基づき実施した。ワイブ試験は、EN16615:2015を参考にウイルスを固着させた試験板上を1往復拭拭後、残存ウイルス感染力価を計数した。対象ウイルスはC型肝炎ウイルス代替ウイルスである *Bovine viral diarrhoea virus 1* (BVDV)、ヒトノロウイルス代替ウイルスである *Feline calicivirus* (FCV)、*Influenza virus* (Flu)とし、試験物質としてHOCl、次亜塩素酸Na(NaOCl)及び80%エタノール(EtOH)を用いた。

【結果】BVDV、FCV及びFluを対象としたサスペンション試験において、HOClは5分間の接触でそれぞれ3.11、4.17及び5.17の対数減少値(以下、LRV)を示した。一方、サーフェス試験ではEtOHは何れのウイルスに対しても高いLRVを示したのに対し、HOCl及びNaOClは、それぞれBVDVで0.11及び0.78、FCVで0.98及び0.25、Fluで3.17及び1.00を示し、効果が限定的であった。ワイブ試験では、HOCl及びEtOHは全てのウイルスに対して>4.0のLRVを示したが、NaOClはFCVに対してLRV=2.00となり、効果が限定的であった。

【結論】精製次亜塩素酸水は、ワイブ剤とすることで特に、透析施設において問題となるウイルスに対して高い有用性が示された。本試験法は、消毒用ワイブの殺ウイルス性能を評価する有用な試験法となることが期待される。

013-2 環境消毒薬の有効性評価指針に基づく精製次亜塩素酸水の適正使用法の検討

ニプロ株式会社 医薬品研究所

○大塚 愛美 (おおつか まなみ)、友池 英樹、
荒木 陸、高見 直哉、清水 明子、更田 宏史、
新開 規弘、川村 尚久

【目的】サスペンション試験は消毒剤の殺菌効力評価に有用だが、実使用環境への外挿には限界がある。そのため、より実使用を反映できる試験法として、物品表面上の細菌に対するサーフェス試験や拭き取り操作を含むワイプ試験の活用が求められている。本研究は、環境消毒薬の有効性評価指針 2025 を参考に、精製次亜塩素酸水の物品表面除菌の有効性を評価し、適正使用の一助とすることを目的とした。

【方法】対象菌種は *Staphylococcus aureus* (S. aureus) および多剤耐性 *Pseudomonas aeruginosa* (MDRP)、試験物質は精製次亜塩素酸水とした。サーフェス試験は欧州標準試験法 BS EN17387:2021 を参考に、菌懸濁液を滴下・乾固させた試験担体上に試験物質を滴下後、残存生菌数を計数した。ワイプ試験は欧州標準試験法 BS EN 16615:2015 を参考に、菌懸濁液を塗布・乾固させた試験担体上に試験物質含浸ワイプで1往復清拭した後、担体上およびワイプ剤中の残存生菌数を計数した。

【結果】サーフェス試験: S. aureus に対して、300ppm および 600ppm の精製次亜塩素酸水は、生菌数をそれぞれ 2.1log および 2.4log 減少させたが、その効果は何れも限定的な効果であった。MDRP に対して、300ppm および 600ppm の精製次亜塩素酸水は、それぞれ 2.4 log および 6.8log の濃度依存的な生菌数の減少を示した。ワイプ試験: S. aureus および MDRP に対し、300ppm の精製次亜塩素酸水は、生菌数をそれぞれ 7.0log および 6.2log 減少させ、両菌種ともに高い除菌効果を示した。また、ワイプ中の生菌数の残存も観察されず、ワイプによる菌液塗布部以外への拡散も認めなかった。

【結論】精製次亜塩素酸水の表面除菌は、サーフェス試験に比して、ワイプ試験でより高い効果が認められたことより、本剤による環境消毒は、物理的拭布操作を併用することでより高い効果が発揮されることが明らかとなった。医療現場では拭布操作を伴う消毒法が一般的であり、本研究結果は精製次亜塩素酸水が実使用において有用であることを示唆している。

013-3 精製次亜塩素酸水含浸ワイプの消毒剤低感受性細菌に対する除菌性能

ニプロ株式会社 医薬品研究所

○荒木 陸 (あらき りく)、友池 英樹、大塚 愛美、
清水 明子、高見 直弥、更田 宏史、新開 規弘、
川村 尚久

【背景・目的】精製次亜塩素酸水は高い安定性および安全性、ならびに広域な抗菌スペクトルを有していることから、ワイプ剤としての応用が期待される。ワイプ製品は消毒剤を含浸させて使用することから、その除菌性能は、消毒作用と物理的な拭き取り作用を合わせた効果が期待できる。一方で、ワイプ剤の清拭は、条件によっては細菌を拡散させてしまうリスクも指摘されており、適切な評価手法並びに使用方法の確立が求められる。本試験では、消毒剤低感受性細菌である *Bacillus subtilis* (B. subtilis) に対し、精製次亜塩素酸水含浸ワイプの除菌性能を評価した。

【方法】試験物質は、精製次亜塩素酸水、次亜塩素酸ナトリウム (次亜塩素酸 Na) および 80% エタノール (EtOH) をワイプに含浸させたものを用いた。対象菌種は B. subtilis を用いた。ワイプ試験は、欧州標準試験法 EN 16615 を参考に実施した。すなわち、菌懸濁液を塗布・乾固させた試験担体上に試験物質で1往復清拭した後、担体上およびワイプ中の生菌数を計測した。なお、ワイプ清拭操作後の消毒剤との接触時間は1および5分間とし、ワイプ中の生菌数は清拭操作終了後1分に回収した。

【結果】接触時間5分間において、精製次亜塩素酸水は B. subtilis に対して、生菌数を4log減少させた。次亜塩素酸 Na および EtOH は B. subtilis に対して、何れも生菌数が3log未満の減少となった。接触時間1分間において、精製次亜塩素酸水は B. subtilis に対して生菌数を4log減少させた。次亜塩素酸 Na および EtOH は2log未満の生菌数減少となった。ワイプ中の B. subtilis に対して、精製次亜塩素酸水は生菌数を4log減少させた。一方で、次亜塩素酸 Na および EtOH は生菌数に明確な変化を及ぼさなかった。

【結論】本試験の結果より、精製次亜塩素酸水含浸ワイプは、消毒剤低感受性細菌に対する効果も期待できることが明らかとなった。加えて、ワイプ試験は、ワイプ剤の除菌性能を詳細に評価する上で有用となると考えられた。

013-4 精製次亜塩素酸水噴霧による迅速除菌法 (室内換気システムを超えるエアロゾル感染対策)

ニプロ株式会社 医薬品研究所

○橋川 大介 (はしかわ だいすけ)、更田 宏史、
川村 尚久

【背景・目的】精製次亜塩素酸水は高い安定性及び幅広い抗菌スペクトルを有することから、エアロゾル感染対策を目的とした、空間噴霧での有効性が期待される。今回、既出ガイドラインを参考に確立した自社評価系を用い、本剤の空間噴霧による除菌効果について検討した。空間噴霧については、実空間での使用方法を想定し、予め本剤を噴霧した空間における除菌効果を評価した。

【方法】三室二隔膜型電解製次亜塩素酸水に対し精製操作を加えた検体 (精製次亜塩素酸水:有効塩素濃度 30 ppm) を用いた。対象菌は *S.aureus* とした。25 m³ の密閉された試験室内で、超音波式噴霧器を用いて検体を噴霧した。室内はサーキュレーターを稼働して均一化した。噴霧は試験室内の相対湿度が+20%RHとなるよう調節した。その後圧空式ネブライザーにより菌懸濁液をエアロゾル化して導入し、経時的に浮遊菌を吸引回収し生菌数を評価した。対照試験として、2水準の換気回数 (2回/h、12回/h) による除菌試験も同様に実施した。

【結果】精製次亜塩素酸水の事前噴霧による除菌効果は初期サンプリングポイントである5分時点で菌導入量 (3.6×10⁷ cfu/25 m³) より 2.3 log 減であった。換気回数 2回/h による除菌効果は同時点で 0.2 log 減、12回/h については 0.6 log 減であった。精製次亜塩素酸水の事前噴霧による初期の除菌効果 (2.3 log 減) に達するには、換気2回では60分以上、換気12回では約30分必要であり、精製次亜塩素酸水の除菌効果は換気よりも速いことが示唆された。なお、空間噴霧用途に関する安全性について検討すべく、1000 ppm 精製次亜塩素酸水を用いサル90日間反復吸入毒性試験を実施したところ、暴露濃度 18 mg/L において毒性変化は観察されなかった。

【結論】精製次亜塩素酸水の事前空間噴霧により同室内の浮遊細菌数が換気よりも速く減少することが示された。このことから、本手法が、エアロゾル感染対策手法の一つとして有用であることが示唆された。

013-5 人工皮膚上の *Pseudomonas aeruginosa* に対するクロルヘキシジングルコン酸塩の殺菌力

東北医科薬科大学大学院 薬学研究科 臨床感染症学

○河村 真人 (かわむら まさと)、藤村 茂

【目的】長期療養施設等では、週2回以上の入浴・清拭により皮膚感染症や尿路感染症などの予防が図られている。一方で、入浴回数の増加は対象者の身体的負担になることから、皮膚保清が維持されない期間が存在する。本研究は、人工皮膚上における *Pseudomonas aeruginosa* の生存期間およびクロルヘキシジングルコン酸塩 (CHG) が皮膚表面における殺菌効果の検討をした。

【方法】被験菌株である *P. aeruginosa* PAOI 株を McFarland No. 0.5 に調整し、人工皮膚 (VITRO-SKIN[®]) 表面に 10 μL (約 1.5×10⁶ CFU/mL) 滴下し、温度 30℃、湿度 50±10% の暗所条件下で静置した。静置後 0、24、48、72 および 168 hr に人工皮膚上の生菌数を測定した。さらに、0.5% CHG に浸漬処理した人工皮膚を用い、同様の条件下で生菌数を評価した。加えて、人工皮膚上に生残した *P. aeruginosa* を Live/Dead 染色による生菌死菌の識別、および共焦点レーザー顕微鏡による形態学的観察を実施した。

【結果】コントロールとして人工皮膚上に接種した *P. aeruginosa* の生菌数は、0 hr: 8.15×10⁵ CFU/mL、24 hr: 1.04×10⁵ CFU/mL、48 hr: 6.75×10⁴ CFU/mL、72 hr: 6.05×10³ CFU/mL であり 168 hr 後には検出限界以下であった。一方、CHG 浸漬人工皮膚では 0 hr において 5.35×10⁵ CFU/mL の *P. aeruginosa* が生残し、24 hr 後には検出限界以下を示した。この菌体における Live/Dead 染色でも、それを支持する成績であった。

【結論】CHG は、皮膚上において殺菌効果が持続することから感染対策に有用である。さらに、*P. aeruginosa* に対する CHG 曝露に伴う菌体の損傷が示唆された。(会員外共同研究者: 神谷 玖海、種市 裕乃)

013-6 器材の適正処理に向けた汚物室改修の成果

独立行政法人国立病院機構佐賀病院 感染対策室
○水野えりこ（みずの えりこ）

【背景・目的】汚物室は、汚物や不潔器材が集まり薬剤耐性菌等の病原体伝播リスクが高い場所の1つである。しかしながら、A病院の汚物室は狭く収納も少ないことから、清潔・不潔のゾーニングが明確にできず、洗浄・消毒後の器材も清潔に管理できていない。また、ガーグルペーセンなどの一部の器材は、未だ大きなバケツに0.1%次亜塩素酸ナトリウム溶液で浸漬消毒しており、1回/週程度の交換頻度のため消毒の質が担保できないなどの課題が数多くあった。

そこで、今回汚物室を媒介とした医療関連感染を防止し、患者さんに安心して器材を提供できるよう感染対策の強化を目的として汚物室の改修を行ったため、その取り組みについて報告する。

【活動内容】R6年2月より事務部と連携して改修案を検討し、R6年7月～9月に4つの一般病棟の汚物室を全面改修した。また、改修に先駆けて陰部洗浄ボトルは単回使用品へ変更し、洗浄・消毒しにくい既存の器材は処分するなど、院内の整備も同時に進めた。改修の評価のため、R7年3月に看護職員166名を対象として改修後のアンケート調査を実施した。

【成果・考察】改修は概ね1病棟あたり2週間程度の工事期間で、既存のベッドパウンウォッシャーを更新すると共に、洗浄・消毒業務の効率化と災害時を踏まえ、単回使用のバルブ器材及び専用の粉碎システムであるマセレーターも新たに導入した。また、清潔・不潔のゾーニングができるよう機器や清潔保管庫等備品の配置を工夫し、新たに手洗いシンクも設置した。

アンケート調査結果（回収率：約89%）では、改修に対し「とても良かった」「良かった」が100%を占めた。その理由では「不潔なイメージを改善できた」「器材管理がより衛生的になった」「汚物関連業務時間が削減できた」「汚物に触れる機会が減った」が上位を占めた。理想とするゾーニングが実現できたことで医療関連感染防止に強い汚物室となったと同時に、患者さんにとって安心で職員にとっても働きやすい環境へと整備することができたと考えられる。

今後は、適切な汚物室環境の維持と汚物処理時の手指衛生やPPEの着脱タイミングなど実践面の指導が課題である。

014-2 外来における内視鏡洗浄技術習得に向けた看護師への関わり～研修動画視聴及び個別指導を行って～

地方独立行政法人埼玉県立病院機構 埼玉県立循環器・呼吸器病センター
○木村めぐみ（きむら めぐみ）

【背景・目的】A病院の内視鏡検査室は、外来看護師が他の業務配置の中、日替わりで内視鏡を担当する。国内外では、内視鏡の洗浄と消毒が不十分であったことによる感染事例も報告されており、洗浄・消毒の確実な実施は重要な課題である。そこで、内視鏡を担当する外来看護師を対象に、研修動画視聴と個別指導を組み合わせた教育介入による内視鏡洗浄技術習得状況を明らかにし、感染防止に向けた教育方法としての有用性を検討した。

【方法】内視鏡洗浄方法の研修動画及び内視鏡洗浄技術チェック表はガイドライン等を参考に研究者が作成した。外来看護師16名が研修動画を視聴し、研究者である感染管理認定看護師が内視鏡洗浄技術チェックを行う。洗浄技術が到達できていなかった項目に対して個別指導を行い再度内視鏡洗浄技術チェックを行う。動画視聴後と個別指導後で内視鏡洗浄技術チェック表の10項目を5段階評価（合計50点）とし総合点を算出する。更に項目ごとに技術達成度について4点以上を達成とみなし、技術達成度を算出する。洗浄技術の達成度の高い項目、低い項目を抽出し、要因を分析する。

【結果】動画視聴後の総合得点は平均44.1±3.5点、中央値は43.5点（範囲：39-48点）であった。一方、個別指導後の総合得点は平均48.9点±2.1点、中央値は48.5点（範囲：46-50点）であった。項目別達成度では、動画視聴において1. 必要物品の準備 3. 個人防護具の着用 4. 内視鏡外表面の洗浄 10. 洗浄機セットの4項目は達成率100%であった。一方、2. 手指衛生 68.8%、5. 先端部側（45度挿入）とスコープコネクター側（90度挿入）のブラシ挿入・採み洗い 68.8%、6. 吸引シリンドーと鉗子口金にブラシを挿入したまま1回転させてブラッシング 75%、7. 吸引シリンドーや鉗子栓取付口からのブラシ挿入・採み洗い 56.3%、9. ボタン類と鉗子栓のブラッシングと採み洗い 68.8%であった。個別指導後には5. スコープの角度を除く9項目で達成率が100%となった。5. スコープの角度についても達成率は93.8%まで改善した。

【結論】動画視聴と個別指導を組み合わせた段階的教育は、内視鏡の洗浄手技の理解及び実践を支援する教育方法として有用である可能性が示唆された。

014-1 既滅菌エリアの温度・湿度管理

白杵市医師会立コスモス病院
○大津佐知江（おおつ さちえ）

【目的】「医療現場における滅菌保証ガイドライン 2021」の滅菌物の保管では、バリアされた滅菌物を保管する際の換気・照度の勧告に加え、「室内は温度20-25℃、湿度40-50%を目安に維持し、温湿度変動による結露発生を防止する空調管理をおこなう」とある。また、「湿度が70%まで上昇すると無菌バリアシステムに影響を及ぼす可能性がある」と記載されており、既滅菌エリア内の湿度を機械的に制御する必要があることが示されている。

当院の既滅菌エリアには湿度・温度計が設置されていたが管理は十分ではなかった。そこで今回、温度・湿度データロガーを既滅菌エリアに設置し一定期間計測し、状況を把握することとした。

【方法】測定に使用した温度・湿度データロガーは、株式会社エー・アンド・デイ Bluetooth[®] 対応温度・湿度データロガーサーモログ AD-5327 THである。設置場所は、既滅菌エリアの閉鎖式保管庫の内と外の2か所とした。また、条件として、滅菌保管庫内のデータロガーは滅菌物に見立て滅菌バッグに収納し、滅菌保管庫外は「直射日光やエアコンの風があたらない」「除湿器や加湿器などが近傍にない」「結露しやすい窓際でない」場所とした。

【結果】当院の既滅菌エリアは、洗浄・組立エリアと分離独立しているが、空調は勤務時間中の稼働としており、測定された湿度・温度は、季節や天候等周囲環境の影響を受けて変化することが確認されたため24時間稼働に変更した。

また、閉鎖式保管庫の内と外の湿度・温度には差があり、保管庫内は外に比して低かった。温度・湿度管理には、閉鎖式保管庫を使用することも有効な手段と考える。

【結論】既滅菌エリアにデータロガーを設置し温度・湿度の定時観測を実施した。湿度・温度が季節や天候等周囲環境の影響を受けて変化することが分かり、既滅菌エリアの温度・湿度管理は重要であることが認識できた。今後も適切なモニタリングを実施していく必要がある。

014-3 環境消毒薬の評価指針に基づいたMA-T[®]の効果検討

慶應義塾大学院 薬学研究科 薬効解析学講座
○島田 そら（しまだ そら）、松元 一明

【目的】MA-T[®]は、亜塩素酸イオンから必要な時にのみ水溶性ラジカルを生成する酸化制御技術により、広範な微生物に対し高い抗菌活性を持つ。しかし現在は雑貨品としての販売に留まっており消毒剤としての承認は得ていない。本研究では、MA-T[®]の医療環境における有用性を評価するため、環境消毒薬の評価指針に準じた殺菌・抗真菌効果の検討を行った。

【方法】細菌および真菌に対するサスペンション試験（EN13727）と、サーフェス試験（EN13697）を実施した。推奨菌株5種を用い、菌液濃度を10⁸ CFU/mLに調製した。負荷物質として洗浄条件では0.03% ウシ血清アルブミン、汚濁条件では（0.3% ウシ血清アルブミン+ 0.3% 羊血液）の2種を設定した。サスペンション試験では、MA-T[®]（100 ppm）と各試験液を混合・作用させ、経時的にサンプリングを行った。サーフェス試験では、ディスク上に菌液と負荷物質を混合・塗布して乾燥させた後、MA-T[®]（100 ppm）を添加し経時的に作用させた。いずれもコロニーカウント法により生菌数を測定し、生理食塩水を対照としてLRV（対数減少値）を算出した。

【結果】細菌に対し5LRV以上、真菌に対し4LRVを達成するMA-Tの作用時間は洗浄条件下で、*S. aureus*、*E. hirae*、*P. aeruginosa*、*E. coli*、*C. albicans* に対しそれぞれ30秒、60秒、15秒、60秒、90秒であった。汚濁条件ではそれぞれ60秒、60秒、15秒、90秒、120秒であった。サーフェス試験を実施したが、*P. aeruginosa*、*E. coli*、*C. albicans* はそれぞれ3分、5分、5分でLRV基準を達成したがグラム陽性菌は達成しなかった。

【結論】MA-T[®]は液相中において、汚濁条件下でも広範囲かつ迅速な殺菌・抗真菌活性を示した。一方で、乾燥担体上ではグラム陽性菌に対する効果が限定的であった。本剤を環境消毒に適用する際は、対象菌種や表面の状態を考慮し、十分な接触時間の確保や物理的な清拭の併用が必要である可能性が示唆された。

【学会員外共同研究者：小林慶大、川崎あやの、五十嵐裕貴、榎木裕紀】

014-4 バイオフィーム形成多剤耐性緑膿菌に対する精製次亜塩素酸水の除菌メカニズムの検証

ニプロ株式会社 医薬品研究所

○清水 明子（しみず あきこ）、更田 宏史、
新聞 規弘、川村 尚久

【背景・目的】緑膿菌は貧栄養環境でも生育が可能であり、加えて湿潤環境を好むため、流しなどの水環境を介して伝播するとされる。抗菌薬に対して高い自然耐性を示すだけでなく、高いバイオフィーム形成能を有することも薬剤抵抗性に寄与する要因である。特に多剤耐性緑膿菌（MDRP）は幅広い抗菌薬に対して抵抗性を示すことから院内感染菌として臨床的課題となっている。本研究では、精製次亜塩素酸水を用い、バイオフィームを形成した MDRP に対する除菌効果とそのメカニズムを検証した。

【方法】BHI 培地に MDRP を懸濁し、24 時間培養した。培養 24 時間後に BHI 培地を交換し、再び 24 時間培養した。これを繰り返し 96 時間後まで培養を行った。培養 24 時間後と培養 96 時間後に形成されたバイオフィームに 500 ppm の精製次亜塩素酸水を 5、15、60 分間処置し、回収して生菌数を測定した。また、次亜塩素酸水処置を行ったバイオフィームから DNA とタンパク質を抽出し、電気泳動を行い、確認した。

【結果】培養 24 時間後のバイオフィーム形成 MDRP は、15 分間の精製次亜塩素酸水処置により生菌数が検出限界以下まで減少したが、培養 96 時間後の成熟バイオフィームでは殺滅には至らなかった。一方、60 分間の精製次亜塩素酸水処置では、生菌数は検出限界以下まで減少した。24 時間培養のバイオフィーム形成 MDRP では、DNA およびタンパク質の何れも分解していたが、96 時間培養のバイオフィームでは DNA のみに分解が見られた。

【結論】本研究より、バイオフィームの形成、成熟は、精製次亜塩素酸水の除菌性能に大きく影響し、バイオフィームによる次亜塩素酸水の透過性の低下が除菌効果の低下に寄与していると考えられた。すなわち、院内感染予防には、日常的な環境衛生管理に加え、バイオフィーム形成状況をふまえた適切な除菌方法の選択が重要であると考えられた。

014-5 義歯洗浄剤を用いた胃瘻延長チューブ洗浄・消毒の試み

医療法人社団CHCPヘルスケアシステム 洞爺温泉病院 ICT

○橋本 美紀（はしもと みき）、水谷 一寿

【背景・目的】栄養セットやカテーテルチップは単回使用である。ボタン型胃瘻では、栄養投与時に接続して使用する胃瘻延長チューブ（以下チューブ）や栄養接続チューブは再使用され、洗浄・消毒の工程が必要となる。再使用する場合は大量調理施設衛生管理マニュアルに示されている容器等と同等の衛生管理が求められる。チューブの洗浄・消毒はスタッフの作業負担が大きく、十分な内部洗浄は難しい。そこで当院では作業負担の軽減と清潔を保つことを目的に義歯洗浄剤を用いたチューブ洗浄・消毒を試みたため報告する。

【活動内容】当院ではGB 胃瘻ボタン用フィーディング・減圧チューブ®を使用している。義歯洗浄剤（デントクリア®）の使用方法是、製品の使用方法を参考に、メーカー推奨濃度に準じて洗浄液を調製した（1 錠/温水 200 mL）。カテーテルチップで洗浄液の吸引・排出を複数回繰り返し、チューブ内腔を洗浄液で満たした後、チューブ全体を浸漬した。次回使用時まで浸漬し、使用前に水道水で十分にすすいで再使用した。＜消毒効果の検討＞従来法（中性洗剤によるブラシ洗浄後、次亜塩素酸ナトリウム液浸漬）と義歯洗浄剤による方法について、チューブ内腔を綿棒で拭き、血液寒天培地に塗布し、洗浄前後の一般細菌生育の有無を比較した。＜洗浄時間の検討＞各洗浄方法に要するチューブ洗浄作業時間を測定し比較した。

【成果・考察】消毒効果の検討では、洗浄前のチューブ内腔ではコロニーの検出を認めたが、洗浄後はいずれの方法でもコロニーの検出は認めなかった。洗浄作業時間は従来法 63 秒、義歯洗浄剤法 13 秒で、義歯洗浄剤法で有意に短縮を認めた（t 検定、 $p < 0.01$ 、 $n = 20$ ）。さらに、義歯洗浄剤は安価で入手可能であり、経済的負担軽減の観点からも有用と考えられた。義歯洗浄剤法は、従来法と比較して作業負担の軽減が期待され、一般細菌レベルでは同等の洗浄効果が得られる可能性が示唆された。本検討はサンプル数が少なく、血液寒天培地による簡易的評価にとどまるため、嫌気性菌や真菌の評価は行っていない。今後は義歯洗浄剤の効果について、さらなる評価を実施していきたい。

014-6 業者貸し出し器械（Loan Instruments）の使用前洗浄工程確立に向けた取り組み

東海大学医学部付属病院 中央手術センター中央滅菌材料室

○鬼丸みゆき（おにまる みゆき）

【背景・目的】業者貸し出し器械（Loan Instruments：LI）は、医療機器業者（以下、業者とする）から一時的に借用される再使用可能な医療器械であり、整形外科手術を中心に使用頻度が増加している。A 病院でも整形外科、形成外科、歯科口腔外科を中心に 7 つの診療科で LI を使用している。多くのガイドラインでは、医療施設において使用前の洗浄および滅菌処理を実施することが推奨されている。A 病院では、使用前洗浄に必要な洗浄機器は整備されているが、十分な使用前洗浄の実施ができていなかった。洗浄の実施は、SSI リスク低減のみならず、器械の作動に関する質を担保し、安全な使用に繋がる。そこで、LI の使用前洗浄工程の確立に向け取り組み始めたため報告する。

【活動内容】LI の使用前洗浄の導入にあたり中央滅菌材料室スタッフと検討した結果、洗浄時間の確保が課題となった。そのため、2 日前までの LI の納品が必要と考え、以下の活動を行った。(1) 業者に LI の発注について確認し、発注期限を手術日 5 日から 7 日前までとした。(2) 医師に対して、発注期限の変更に伴う利点を説明し、協力を依頼した。(3) 中央滅菌材料室スタッフと従来の工程に洗浄を加えたシミュレーションを実施し、工程を確認した。(4) 納品期限の変更による LI の増加に伴う器械の判別の困難さや管理場所の確保等の課題に対しては、曜日別のカラーファイルや洗浄時に識別クリップを使用した。また、中央滅菌材料室の配置を見直し、作業台や保管場所の確保により工程を再構成した。

【成果・考察】取り組みの結果、LI の 2 日前納品率は 80% となり、手術器械を安定供給することにつながった。一方、LI の納品が 2 日前にできなかった要因は、発注の追加や遅延、器械の不足によるものであった。新たな工程を組み込んだシミュレーションの実施は、工程管理上の課題に気付く、複数の LI を取り扱う中で生じる問題に対処することができた。これにより LI の使用前洗浄実施率は 100% を達成し、安全な手術医療に寄与することができたと考える。

015-1 COVID-19 の入院隔離期間短縮を見据えた換気調査

坂総合病院 呼吸器内科¹⁾、坂総合病院 感染制御室²⁾

○矢島 剛洋（やじま たけひろ）¹⁾、菅浪 昌子²⁾、
高橋 洋¹⁾

【背景・目的】COVID-19 外来例の隔離期間は 10、7、5 日間と段階的に短縮されている。一方で、入院例の隔離期間は 10 日間のまま変更なく、各病院の判断に委ねられている。当院では、経過順調かつマスク、手洗い、うがい、カーテンなどのセルフコントロール可能な症例は、隔離期間を 7 日間に短縮している。ウイルスの病原性や感染効率が今後も変わらないと仮定した場合、外来例と同様に 5 日間と短縮するためには、多床室の換気効率も重要だと考え、当院の換気調査を行った。

【方法】当院は 2005 年に建て替え開院した、階数地下 1 階、地上 10 階、病床数 357 床の総合病院である。呼吸器内科病棟（全 46 床、内訳は個室 13、空気感染隔離室 1、2 床部屋 4、4 床部屋 6）およびリハビリテーション科病棟（全 46 床、内訳は個室 10、4 床部屋 9）の 2 病棟において、風量、換気回数を測定した。また呼吸器内科病棟において、CO₂濃度を測定した。風量は TABmaster mini Model 6750（KANOMAX 社）を使用し、換気回数は風量と室内容積から計算した。CO₂濃度は Aranet4 HOME（Aranet 社）を 4 床部屋の床頭台に設置して、約 2 週間におわり定点測定した。風量が 1 人あたり 30m³/h 以上、換気回数が病室と廊下 2 回/h 以上、便所 10 回/h 以上、CO₂濃度が 800ppm 以下の場合は換気良好と判断した。

【結果】各病棟における病室と廊下の室内容積は約 2900 m³、吸気ファンの風量は 7240 m³/h であり、設計上は換気回数 2 回/h 以上であるが、多床室の風量が 1 人あたり 16-34m³/h、換気回数が 0.58-1.60（回/h）であり、便所が 2.48-7.10（回/h）だった。CO₂濃度は平日 500-850ppm、休日 500-730ppm であり、看護師の巡回、面会可能時間を中心に一時的に上昇する傾向にあったが、800ppm を超えるのは一時的だった。

【結論】全ての多床室・便所における換気回数がそれぞれ 2 回/h、10 回/h を満たしておらず、換気不良と判明した。隔離解除後に多床室を用いる場合は、サーキュレーターや空気清浄機による換気補助を行うこととした。病室、便所ともに換気回数のばらつきが大きいことは、埃や紙詰まりによる換気効率の低下が原因の一つであると考えられ、換気口の定期的な清掃も重要である。

015-2 兵庫県丹波医療センターにおける 新型コロナ 5 類化後—第 3 報—

兵庫県立丹波医療センター¹⁾、柿サボ²⁾

○西崎 朗 (にしき ほがら)¹⁾、川野 友子¹⁾、
柿原 朱美²⁾

【背景・目的】兵庫県立丹波医療センター (TMC) は高齢化率 37% と高齢化の進んだ丹波医療圏域の中核病院である。2023 年 5 月の新型コロナ 5 類化後の経過を直後 7 か月、その後 12 か月にわたって定点観測し本学会で報告した。今回その後の直近の 12 か月につき検討した。TMC における 2024 年 12 月から 2025 年 11 月末までの COVID-19 入院患者につき臨床的に検討し前回、前々回と比較する。

【対象・方法】前述の期間に TMC に入院した COVID-19 患者を対象に、臨床データを電子カルテ (FujitsuEG-MAIN-GX) より抽出した。スタディデザイン：単施設、後ろ向き検討

【結果】今回の入院患者数は 144 例 (男性/女性 = 86/58) ひと月当たり平均入院数は 12 例。年齢中央値 84 歳 (32–97 歳)、入院時軽症/中等症 I/中等症 II/重症 = 72/36/30/6 (中等症 II 以上割合 25%)、依頼は園域内/外 = 130/14、転帰は生存/死亡 = 126/18 (死亡割合 12.5%) であった。3 回の検討を比較すると、1 回目から順に、月当たり入院患者数 16/16.7/12、男性割合 58.9%/55.0%/59.7%、年齢中央値 77/84/84、入院時中等症 II 以上割合 39%/36%/25%、死亡割合 5.4%/9%/12.5% であった。

【考察・結論】直近では入院患者数は減少傾向にあり、入院時重症度も相対的に軽かった。しかし、死亡割合は直近が最も高い。入院患者の高齢化や男性割合が多いことが影響している可能性がある。高齢化の進んだ丹波医療圏では、いまだに COVID-19 は警戒すべき感染症である。院内感染対策に配慮するとともに、高齢者・男性へのワクチン接種等の対応は検討に値すると考えられる。

015-3 COVID-19 院内感染による超過在 院日数の推定：単施設後ろ向きコ ホート研究

名古屋市立大学医学部附属みどり市民病院 感染制御室¹⁾、名古屋市立大学医学部附属みどり市民病院 薬剤部²⁾、名古屋市立大学医学部附属みどり市民病院 看護部³⁾、名古屋市立大学医学部附属みどり市民病院 中央臨床検査部⁴⁾、名古屋市立大学医学部附属みどり市民病院 感染症・総合内科⁵⁾、名古屋市立大学大学院 医学研究科 臨床薬理学分野⁶⁾

○工藤 正治 (くどう まさはる)^{1,2,6)}、福田 範子^{1,3)}、
犬塚 恵^{1,3)}、森田 康之^{1,4)}、長谷川千尋^{1,5)}

【背景・目的】COVID-19 院内感染 (院内感染) により入院患者の在院日数が延長する可能性がある。しかし、超過在院日数の規模は十分に評価されていない。本研究は因果推論手法を用い、院内感染に伴う超過在院日数を推定した。

【方法】2023 年 4 月～2025 年 5 月に当院に入院した患者を対象とした。入院 5 日目以降に COVID-19 と診断された患者を院内感染群 (121 例) とした。各院内感染患者の COVID-19 診断日 (インデックス日) 時点で未感染であり、入院日および入院契機が一致する患者を対照として抽出し、非感染群 (5564 例、重複可) とした。共変量として年齢、チャールソン併存疾患指数、入院時 Barthel Index を含む 11 項目を調整した。アウトカムはインデックス日から退院 (転院・死亡退院を含む) までの日数と定義した。主解析は g-formula、感度解析は逆確率重み付け (IPW) を用い、インデックス日から 60 日までの制限平均在院日数差 (平均超過在院日数) を平均因果効果として推定した。欠測は多重補完で対処し、分散は患者単位のクラスター・ブートストラップ (g-formula) およびクラスター・ロバスト分散推定 (IPW) により推定した。本研究は名古屋市立大学医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】院内感染に伴う平均超過在院日数は、g-formula による推定では 5.4 日 (95% 信頼区間：2.3～8.5 日)、IPW による推定では 7.1 日 (95% 信頼区間：2.7～11.6 日) となり、いずれの手法でも在院日数の延長を示す推定値であった。

【結論】院内感染により入院患者の在院日数は平均 5.4 日延長する可能性が示された。この在院日数の延長は患者の身体的・経済的負担を増やすだけでなく、病床回転率を低下させ、入院受入や転院調整、計画入院の運用に影響し得る。本研究結果は、院内感染による平均超過在院日数を定量化し、院内感染対策の重要性を考える上での基礎情報となる。

015-4 全室個室病棟における COVID-19 集団感染事例からみた空調換気性 能評価および空気清浄機によるエ アロゾル曝露低減効果の検討

札幌北楯病院 感染対策室¹⁾、国立保健医療科学院²⁾

○長倉 竜也 (ながくら たつや)¹⁾、倉本 朗¹⁾、
木田 秀幸¹⁾、開原 典子²⁾

【背景・目的】新型コロナウイルス感染症は主に空気介して伝播することが知られている。2025 年 1～2 月、病室ドアを通常時閉鎖している全室個室型の A 病棟において、職員 2 名、入院患者 17 名の COVID-19 集団感染が発生した。感染経路調査の過程で空気感染の関与が疑われたことから、本研究では当該病棟の換気性能および空気流動を評価するとともに、換気性能が十分でない環境における補完的対策として空気清浄機のアロゾル曝露低減効果を検証することを目的とした。

【方法】小型風量計を用いて、病室、廊下、ナースステーションに設置された空調・換気設備の風量を測定した。データロガー 9 台 (病室 5 か所、廊下 2 か所、ナースステーション 2 か所) を設置し、二酸化炭素濃度および温湿度を 2 週間連続測定した。感染源病室でトレーサーガス (CO₂) を発生させ、病室等 14 か所における CO₂ 濃度の時間変化からアロゾル拡散性状を推定した。2 社の空気清浄機を対象に、運転条件別のアロゾル捕集効果を評価した。

【結果】空気清浄機のアロゾル捕集効果は、未使用時と比較してアロゾル濃度を 45% (HEPA フィルタ方式)、29% (電気集じん方式) に低減できる運転条件が確認された。一方、換気性能評価では病室排気量の低下および病室内 CO₂ 濃度の一時的上昇が認められた。感染源病室を起点としたトレーサーガス実験では、病室ドア開放後に廊下および近隣病室へのアロゾル拡散が生じた可能性が示唆された。

【結論】本事例から、全室個室型病棟であっても換気性能の低下により空気を介した感染リスクが生じ得ることが示された。換気設備の適切な維持管理に加え、換気不全下においては空気清浄機がアロゾル曝露低減の補完的手段となり得る可能性が示唆された。今後は、医療施設における実装可能性を踏まえた多層的な空気感染対策の検討が重要である。

(会員外共同研究者：国立保健医療科学院 本間義規、北海道大学大学院工学研究院 菊田弘輝、林基哉)

015-5 COVID-19 クラスター 6 年間の解 析—透析患者と回復期リハ病棟を 中心とした院内伝播構造の検討

ふれあい東戸塚ホスピタル 総合診療内科

○織本 健司 (おりもと けんじ)

【背景】当院は 150 床のケアミックス病院で、個室が極めて少なく、4 人部屋主体である。入院透析患者 85 名、回復期リハ患者 85 名を抱え、年間 400 から 450 件の新規紹介入院を受け入れている。COVID-19 流行期に 12 件のクラスターを経験したが、病棟機能の違い (回復期リハ・障害者・透析) および病棟再編成により、伝播パターンが大きく異なった。本研究では、6 年間のクラスター発生状況を整理し、多床室主体病棟における現実的な感染対策の要点を抽出することを目的とした。

【目的】1) クラスターの規模・期間・死亡率を比較し、2) 病棟 (3 階・4 階・5 階) および透析部門における感染伝播の特徴を明らかにする。

【方法】2020 から 2025 年に当院で発生した 12 クラスターを後方視的に解析した。陽性数、病棟別内訳、透析患者・外来透析患者の感染状況、職員の Index case、二次感染率 (同室者) 等を集計した。

【結果】累計感染者 356 名、死亡 32 名 (致死率 9.0%) であった。5 階回復期リハ病棟は感染者 140 名と最多で、12 件中 10 件でクラスターに関与し、「感染流入・拡散の主たる入口」となっていた。一方、4 階・3 階障害者病棟は致死率が各 13.3%、11.5% と高く、重症化の主戦場であった。入院透析患者は 187 名 (52.5%) と高率に巻き込まれたが、透析室内での院内伝播は 0 件であった。また、同室者の二次感染率は 30% と、多床室環境としては良好であった。外来透析患者 (常時 20 名) は感染 5 例・死亡 0 例であった。Index case は看護職員 8 件、リハ職員 2 件で、職員由来が大半を占めた。

【考察・結論】多床室主体の病棟構造下でも、バリエーション運用・換気・動線管理により、同室者二次感染率を 30% に抑制し得た。感染の入口は 5 階回復期リハ病棟、重症化は 4 階・3 階に集中した。透析室は 6 年間で院内伝播ゼロと極めて強固な防御レイヤーとして機能した。病棟機能に応じた分散的感染管理こそが、クラスター縮小に有効であることが示唆された。

016-1 診療所発熱外来の物理的体制整備の支援ニーズと優先支援分野の検討

医療法人祥杏会おもろまちメディカルセンター¹⁾、医療法人はごろも会那覇ゆい病院²⁾、医療法人おもと会大浜第一病院³⁾、医療法人寿仁会沖縄セントラル病院⁴⁾、沖縄医療生活協同組合沖縄協同病院⁵⁾、地方独立行政法人那覇市立病院⁶⁾、日本赤十字社沖縄赤十字病院⁷⁾

○黒崎 里乃(くろさき さとの)¹⁾、翁長由貴亜²⁾、平良 小夏³⁾、山城 美幸³⁾、宇都宮 彩¹⁾、松本 幸作⁵⁾、久高 全達⁶⁾、田中 康司⁶⁾、仲間 綾乃⁷⁾

【背景・目的】診療所の発熱外来は、地域の感染症診療において重要な役割を担う。那覇市内では、感染管理認定看護師が講師となり、那覇市医師会主催で診療所を対象に感染対策の研修・訓練を実施している。本研究では、2025年度に実施した訓練後のアンケートを分析し、診療所発熱外来の物理的体制整備の支援ニーズの整理と優先支援分野を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象：那覇市内の診療所の医師・看護師18名のうち、研究への同意が得られた13名の有効回答を分析。研究デザイン：探索的観察研究。内容：1. 発熱外来の物理的体制整備支援を目的に、5つの分野「発熱外来の診療報酬」「ゾーニング」「動線」「物品の設置」「換気」に分け訓練を実施。2. 訓練後各分野の現状・重要度・実現可能性について5段階自己評価によるアンケート調査を実施し、平均値を算出。3. 二軸マトリクスにより、優先支援分野を検討した。

【結果】現状の評価が最も高い分野は「発熱外来の診療報酬(平均4.50)」最も低い分野は「動線(平均3.69)」、重要度の評価が最も高い分野は「ゾーニング(平均4.69)」最も低い分野は「動線(4.38)」、実現可能性の評価が最も高い分野は「発熱外来の診療報酬(平均4.46)」最も低い分野は「動線(平均3.92)」であると示された。また二軸マトリクス分析の結果、優先的に支援が必要とされる(現状が低く重要度が高い)分野は「ゾーニング」「動線」、自施設で早期改善が期待できる(重要度と実現可能性が高い)分野は「発熱外来の診療報酬」「換気」、自施設での改善が困難で外部支援を必要とする(現状と実現可能性が低い)分野は「動線」「ゾーニング」であることが示された。

【結論】本地域では、設備構造上の制約等で感染対策に困難を来しやすい「ゾーニング」「動線」に対する支援ニーズが高く、優先支援が必要であることが示唆された。本手法は診療所の感染対策支援に応用可能である。

016-3 明石市内5病院におけるESBL産生菌検出患者の背景と動向

社会医療法人愛仁会 明石医療センター 感染管理室¹⁾、地方独立行政法人 明石市立市民病院 感染対策室²⁾、特定医療法人誠仁会 大久保病院 看護部医療安全室³⁾、医療法人社団英明会 大西脳神経外科病院 感染対策室⁴⁾、兵庫県立がんセンター 医療安全管理室⁵⁾

○甲谷千恵子(こうたに ちえこ)¹⁾、吉本 誠²⁾、堀井 直美³⁾、出口 英典⁴⁾、佐藤 瑠美⁵⁾

【目的】明石市内の病院では高齢者施設からの受診患者で尿培養からESBL産生菌検出が継続して認められ、その背景の整理が必要と考えられた。こうした状況を踏まえ、本研究では感染対策向上加算1取得の市内5病院において、受診後48時間以内にESBL産生菌が検出された患者の年齢構成および受診前生活状況から、その特徴を明らかにすることを目的とした。

【方法】市内5病院を対象に、2020年4月～2025年3月の過去5年間に外来受診または入院後48時間以内にESBL産生菌が検出された患者の背景を後方視的に調査した。収集項目は検体種別・菌種、年齢、性別、居住地、受診前生活状況、転帰、胃ろうおよび各種デバイスの有無とした。尚、本研究は代表医療機関の倫理委員会にて承認(2025-12)を得た。

【結果】ESBL産生菌検出者は計1,867人で、年度別に大きな増減はなかった。平均年齢78.9歳、中央値82歳、65歳以上が88.0%を占めた。受診前生活状況は自宅57.6%、高齢者施設31.7%であった。検体2,153件で尿が59.3%と最多で、無菌検体は17%であった。65歳以上の解析ではデバイス保有全体では有意差を認めなかったが(p=0.265)、胃ろう保有率は高齢者施設群で有意に高かった(p<0.001)。

【結論】ESBL産生菌検出患者は高齢者が中心であり、高齢者施設入居者は約3割を占めていた。65歳以上では胃ろう保有率に差を認め、生活背景が検出患者の特徴に関与している可能性があると考えられた。市井にはESBL産生菌保有者が一定程度存在し、常に病院内に持ち込まれるリスクがある中、全体の受診者の3割を占めた高齢者施設入所者の特に胃ろう保有者に保菌者が多かったことは特徴的な点である。本結果は課題の多い高齢者施設内の感染対策に寄与する情報の一端となると思われる。このような検討を更に進めてリスク要因を明確にし、医療・福祉での方向性のある対策と施設間連携・情報共有につなげることが、地域全体の感染対策に有用と考える。

016-2 保健福祉事務所管轄地域での感染対策ネットワークの構築

大和市立病院¹⁾、南大和病院²⁾、中央林間病院³⁾、大和徳洲会病院⁴⁾

○中野 敦美(なかの あつみ)¹⁾、吉良 由香²⁾、平野 和美³⁾、長坂 洋子⁴⁾

【背景・目的】A保健福祉事務所が管轄しているB県C市とD市には、病院が10ヵ所存在する。感染対策向上加算による部分的な地域連携以外に連携はなく、院内の感染対策は身近な相談先もない中で各病院が手探りで実施している状態であった。その為、病院規模や特色に限らず、日頃から感染対策の共有やアウトブレイク時の相談が出来、新興感染症対応時に連携が行える体制が必要であると考えた。地域病院と関わりのあるA保健福祉事務所の協力も得て、感染対策向上加算1の2病院の感染対策を担う看護師によってネットワークを立ち上げ、活動を行った。

【活動内容】2024年3月の活動開始を目指し、地域病院へネットワーク立ち上げを案内し、活発な情報共有を図る為、病院内で中心的に感染対策活動を担う看護師、助産師、保健福祉事務所の保健師に限定し、職員の派遣を依頼した。開催は2か月に1回、対面形式で時間は90分とした。開催毎にテーマを決め、各病院の課題や日頃の疑問等を共有し、解決に向けた提案・検討を行うと共に、保健福祉事務所からの県内の感染症流行状況や県からの通知の伝達の間も兼ねた。メーリングリストも作成し、会議以外でも相談出来る体制を構築した。ネットワーク2年目は、情報交換に加え、病院見学や研修会を実施した。

【成果・考察】7病院と保健福祉事務所で開始した参加病院は、2025年度は10病院全て参加となり参加率は97%であった。メーリングリストを用いた相談件数は、2年間で9件ありタイムリーな相談が可能となった。アンケートによる年度評価は、保健福祉事務所を含む8施設の回答が得られ、自施設に役立つ情報共有・研修であったと共に多職種の参加を希望する回答も得られた。病院規模や特色に限らず保健福祉事務所管轄内でネットワークを発足した事は、感染対策に従事する担当者の顔の見える関係が構築され、地域全体の感染対策の課題を解決に導くための足がかりとなり、アウトブレイクや新興感染症発生時に相互に支援する体制が構築できる素地となる。今後は、多職種で地域の感染対策の強化を見据えたネットワークの活動が課題である。

016-4 能美市における感染対策向上加算1施設間の協働による感染対策支援の取り組み

医療法人社団 和楽仁 芳珠記念病院 感染制御室¹⁾、国民健康保険 能美市立病院 医療安全部 感染制御室²⁾

○小谷口みさき(こたにぐち みさき)¹⁾、太田 律子²⁾、若山 綾子¹⁾

【背景・目的】2022年度診療報酬改定により、地域における感染対策向上加算(以下、加算)1取得施設が指導の立場となり、カンファレンスや訓練の実施が要件化された。石川県南部に位置する能美市(人口約5万人)には、加算1施設が2病院、加算3施設が1病院、外来感染対策向上加算算定施設が9施設存在する。能美市全域で加算1施設が個別に活動を行うには人的資源に限界がある。そこで、加算1を取得する2病院に所属するICD3名および感染管理認定看護師3名が施設間の枠組みを超えて協働した。さらに能美市医師会や南加賀保健所と連携することで、地域一体となって感染対策を推進する体制を構築した。

【活動内容】1. 訪問指導：全ての連携施設を対象に、毎年ラウンドを実施した。共通のチェックリストを用いて現状を点数化した。結果は、現場の写真を添付し具体的な助言を記載したレポートを文書でフィードバックした。2. 加算連携カンファレンス：加算1施設の2病院が共同主幹となり開催。両施設のアンチバイオグラムを開示し、地域における耐性菌検出率や薬剤感受性率の動向、抗菌薬適正使用について情報共有とディスカッションを行った。3. 事例共有：カンファレンスにおいて、他施設の好事例や全体平均との比較を提示し、各施設が自施設の取り組みを客観的に評価・振り返りできる機会を設けた。

【成果・考察】4年間にわたる継続的な活動により、以下の成果が得られた。第一に定期的な訪問指導により各施設の環境整備や手順が着実に改善し、地域全体の感染対策水準の底上げが図られた。加算1施設側にとっても、訪問ラウンドを通じて診療所特有の課題を認識することができた。これらを踏まえた現実的な代替案や工夫を提案することで、より実践的な支援が可能となった。第二に複数施設の専門職が協働することで、施設による助言のばらつきが解消され、地域内での相談対応が標準化された。第三に顔の見える関係の構築により、感染管理認定看護師への日常的な相談が増加し、密に情報共有ができる協力ネットワークが確立された。この体制は、中小規模自治体における持続可能な感染対策支援のあり方として有用である。

016-5 地域の感染症危機対応能力を向上するための名古屋市保健所西保健センターの取り組み

名古屋市保健所 西保健センター¹⁾、名鉄病院²⁾
○田邊 裕 (たなべ ひろし)¹⁾、齋場 三季²⁾

【背景・目的】新型コロナウイルス感染症で経験したような、感染症が全国的かつ急速にまん延し、国民の生命・健康、国民生活・国民経済に重大な影響が及ぶ事態を感染症危機と言う。感染症危機に地域で適切に対応するには、関係機関が迅速に情報を共有し、それを基に活動することが必要である。そのためには平時から関係機関が顔の見える関係を構築しておくことが重要である。名古屋市保健所西保健センターでは、地域の病院同士、または病院と保健センターで感染症対策担当者同士が顔の見える関係を深めることを目的に、西区病院間健康危機管理連絡会（以下、連絡会）を立ち上げた。本報告ではその活動と成果を示す。

【活動内容】令和5年度より、区内4病院（感染対策向上加算1：1施設、加算3：1施設、非加算：2施設）と保健センターで連絡会を開始した。年5回程度開催し、加算1算定病院・加算3算定病院・保健センターが輪番で当番幹事を担った。テーマは毎回協議して設定し、加算1病院が幹事の2回は外来感染症対策連携カンファレンスを兼ねた。また、令和7年には連絡会のメンバーで地域保健総合推進事業「院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業」研究班のオンライン AMR 対策公衆衛生セミナーへ参加した。

【成果・考察】地域の感染症危機対応には、関係機関間の相互理解と信頼関係が不可欠である。その上で、会議体や協定の整備、演習・訓練の実施が有効である。令和4年度診療報酬改定で、加算1病院を中心とした感染対策体制が整備された一方、非加算病院の対応は課題として残る。今回、行政が主体となり連絡会を設立したことで、非加算病院を含む全病院の担当者間の関係性が強化され、合同研修への参加など具体的な協働につながった。今後は感染症発生時の地域での役割分担の検討や、検討内容に基づいた机上演習などに発展させていきたい。

017-1 合同カンファレンスにおける地域感染対策ニーズの経年変化～3年間のアンケート調査による検討～

市立敦賀病院 感染制御センター
○田邊こずえ (たなべ こずえ)、大磯 未来、
田中 恵実、新谷 智則、川端 直樹、清水 和朗

【背景・目的】当院は感染対策向上加算1を算定しており、感染対策向上加算2および外来感染対策向上加算を算定する医療機関、地域保健所、地域医師会と連携し、合同カンファレンスおよび訓練を実施している。開始初年度は地域14施設が参加し、各医療機関が参加しやすい環境整備と感染対策の基礎的内容を重視した運営を行った。令和7年度は参加施設が19施設に拡大し、基礎的理解の定着を踏まえて内容の質的充実を図り、地域全体の感染対策向上を目指す取り組みへと発展している。そこで、本活動におけるアンケート結果の経年変化を分析し、地域連携の取り組みの成果について検討した。

【活動内容】開始初年度である令和4年度は、合同カンファレンスおよび訓練を年4回開催し、各医療機関が参加しやすいよう開始時間を19時台とするなどの工夫を行った。内容は、地域保健所による法令や発生届出対応の説明、当院による院内事例や感染対策の共有などとし、医療機関、地域保健所、地域医師会が同席する地域連携の場として継続開催している。初年度以降は、参加施設を対象に毎年無記名アンケートを実施し、希望テーマや課題を把握して次年度の企画に反映させた。アンケートは選択式および自由記載形式を基本とし、一部年度では自由記載形式で実施した。

【成果・考察】アンケート結果では、令和5年度は流行性ウイルス感染症や結核など疾患別テーマに関する要望が中心であったが、令和6年度には感染対策全般に関する要望がみられた。さらに令和7年度には、新興・再興感染症への対応、地域における役割分担、法令・通知の解説などのテーマが選択された。標準予防策をはじめとした基礎的な感染対策への関心から、新興感染症発生時の対応や院内発生を想定した訓練など、より実践的な内容へと関心が高まっていた。「感染対策の基本を知ること」から「地域における感染対策の実践力向上」へとニーズが変化しており、本取り組みは感染対策向上加算連携の趣旨に沿った地域の協働的感染対策体制の構築に寄与していると考えられた。

016-6 地域連携での相談対応事例ー輸血製剤セッティング場所に関する検討ー

愛知医科大学病院 感染制御部
○川端亜紗子 (かわばた あさこ)、今井 美恵、
久留宮 愛、渡邊永理香、三嶋 廣繁

【背景・目的】感染対策向上加算1を算定しているA病院では、連携施設からの相談に対しエビデンスに基づいた回答を行い、カンファレンス時に情報を共有している。2025年12月連携施設より輸血製剤のセッティング場所に関する相談を受けた。輸血製剤の取り扱いが感染管理の観点から適切な場所で行う必要があるが、輸血製剤の特性から施設間で異なる認識がある可能性がある。そのためA病院での運用や関連ガイドラインに基づき検討し、回答を行ったため報告する。

【活動内容】この研究は所属施設の看護部研究倫理審査会の許可を得た。相談のあった連携施設では輸血製剤は血液による感染リスクを考慮し、一部の部署では汚染ゾーンで準備を行っていた。A病院の輸血療法マニュアルには輸血製剤のセッティング場所に関する記載がなく、病棟・透析室・ICU・外来へセッティングの実施場所について調査し、かつ輸血部の見解を確認した。各種ガイドラインにも輸血製剤のセッティングの場所に関する記載がなかったため、「輸血療法の実施に関する指針」等の輸血系の指針やゾーニング等感染に関するガイドラインを検索し検討した。検討の結果、輸血用血液製剤は「無菌製剤」相当として扱われることから、無菌操作が遵守できる清潔面でのセッティングが望ましい。しかし、必ずしも清潔エリアのミキシング台ではなく、前後に清拭等を行い清潔な環境で無菌操作が可能な場所であれば施設の動線によって場所を決定してよいと示した。また、血液の漏出時には血液汚染として対処可能な体制を整備する必要があるとした。これら調査して得られた内容を地域連携カンファレンスにて連携施設へ共有した。

【成果・考察】本活動を通して、ガイドラインおよびA病院の運用を整理して共有することで、輸血製剤のセッティング環境に関する考え方を明確にすることができた。このような相談事例についてガイドラインに立ち返り整理することは安全な医療実践に重要である。また、施設間で情報共有を行うことで地域における医療の質向上につながると考えられた。

017-2 地域感染対策ネットワーク構築とその実践活動報告

伊那中央病院 感染管理室
○奥原 朋美 (おくはら ともみ)

【背景・目的】COVID-19のパンデミックを経験し、新興感染症発生時に地域の医療機関全体で迅速な対応が行えるシステムを作る必要性を強く感じた。今回、保健所の協力を得て地域内の医師会及び全ての病院と、新興感染症発生時の対応や地域全体の感染対策向上を目的としたネットワーク作りを行うことができた。さらにネットワーク内の活動により、曝露対応の支援システムを構築することができたためここに報告する。

【活動内容】1. 保健所とCOVID-19対応の問題点を抽出2. 平時から連携し、新興感染症が発生した場合に地域内での対応を迅速に判断し実行できるネットワークの検討と決定3. 地域におけるパンデミック対応の実際と今後に必要な対応の説明（保健所長）4. 感染対策における地域内の決定機関となる病院長等会議の開催（1回/年）5. 病院長等会議の下部組織となる上伊那地域感染対策ネットワークの開催（4回/年）6. 上伊那地域感染対策ネットワークで、針刺し・粘膜曝露事故対応の検討を実施し、支援体制を構築

【成果・考察】今回、保健所と協力してネットワークシステムを構築し、スムーズなシステム運営につながることができたのは、次の3点によるものと考えた。1. 保健所との良好な関係性の維持2. 当地域の新興感染対策上の問題を保健所と共に抽出3. 地域内の医師会及び病院に対する丁寧な説明 実際のネットワーク活動では、各医療機関での面会制限や、ユニバーサルマーケティングの情報を共有し、一定の方針が決定することができた。さらに針刺し・粘膜曝露事故対応においては感染対策向上加算1の病院が、各医療機関の実施内容に合わせた支援システムを構築した。医師会を通じ支援システムを周知することで、合同カンファレンスに参加していない医療機関とも、コミュニケーションを図る機会が増えた。課題として、針刺し粘膜曝露事故対応における、高齢者施設や調剤薬局などの安全な職場環境の整備が必要である。今後も平時から情報共有と対策の改善を協力し、地域全体で新興感染症に立ち向かえる様に実践を積み重ねていきたい。

017-3 感染対策向上加算取得に向けた支援と連携の実例

医療法人 宝持会 池田病院

○北井 律子(きたい りつこ)

【背景・目的】当院は感染対策向上加算(以下加算とする)を取得していない精神科単科病院と、2022年4月から感染対策での連携をすることになった。相談対応や連携カンファレンスと訓練の全てに参加されていた。また大阪府看護協会では自施設で感染管理活動のできるリンクナース育成研修が行われており、精神科病院にも研修を修了したリンクナースが所属している。これら連携を通じ精神科病院へ加算取得を促し、2024年12月に加算3を取得した。今回加算取得に向けた支援と連携支援における感染対策の取組について報告する。

【活動内容】感染管理認定看護師(以下CNIC)は、精神科病院のリンクナース及び感染担当者や日頃の対策やクラスター時の相談対応等を通じ、精神科病院の感染対策実施状況や組織的な取組姿勢を知る機会があった。このため客観的かつCNICの視点から精神科病院は、加算3取得が可能であると考え随時加算取得を促した。2024年4月、精神科病院感染担当者から加算取得を目指すため指導・支援の要請があり、当院事務職員とともに訪問した。訪問では令和4年度改定分の加算要件をもとに感染対策活動状況について聞き取り、その活動がわかる記録や提出書類について指導を行い、同年12月に加算3を取得された。加算連携とリンクナース連携の両面から相談対応を続け精神科病院では、病棟別特性に応じたCOVID19でのゾーニング見直しやマニュアル改訂がされた。更に嘔吐物処理方法や消毒剤管理方法の見直し、環境整備方法見直しによるクロスの導入、現場に即した感染対策研修の実施やマスク着用基準作成等に取組まれ、その都度電話やメールで相談対応を行った。

【成果・考察】精神科病院は加算取得前、COVID19発生から終息までに約1か月以上の経過を要していたが、加算取得後の2025年は1か月せず終息している。またマニュアル改訂や職員教育の充実と感染対策に必要な物品の検査や導入がされる際は、CNICを連携体制の下で活用することでエビデンスに基づく検査が病院組織でされ、病院全体の感染管理に関する知識、技術、活動力の向上になったと考える。今後も精神科病院の特性を理解し実践可能な対策を検討し、感染被害を最小限にとどめるための一助になりたい。

017-5 感染対策向上加算における医療機関連携：臨床検査技師としての役割と実践

和歌山県立医科大学附属病院 感染制御部¹⁾、和歌山県立医科大学附属病院 看護部²⁾、和歌山県立医科大学 臨床感染制御学講座³⁾

○辻田 愛(つじた あい)¹⁾、小島 光恵²⁾、則村 大輔¹⁾、小谷 智美¹⁾、森本 将矢^{1,3)}、小泉 祐介^{1,3)}

【背景・目的】感染対策向上加算1施設には、連携施設への訪問指導を通じた地域全体の感染対策の質向上が求められている。微生物検査を外部委託している施設では、検査前・後プロセスの管理や結果解釈の支援が十分でない場合がある。今回、大学病院の臨床検査技師として専門的視点から連携施設の現状把握を行い、その結果に基づき実施した改善支援について報告する。

【活動内容】2023年5月、連携施設7施設を対象に微生物検査に関するアンケートを実施した。抽出された課題に対し、以下の介入を行った。

- 1) 教育支援：「正しい検査は適切な検体採取から」という原則に基づき、依頼内容や職員教育の重要性を伝えた。特に、医師は採取検体を直接見ないまま結果を判断するため、不適切検体が誤診に繋がるリスクを共有した。良質な喀痰採取には患者説明が重要であり、図表を用いた工夫がポイントであることを伝達した。
- 2) 微生物検査の診断支援：外部委託検査も含めた、適切な検査前・後プロセスの見直しを行った。薬剤感受性パネルを確認し、改正されたCRE届出基準に対応できない可能性を共有したほか、CDI診断においてGDH陽性かつ毒素陰性時に培養検査を追加するよう外注契約の見直しを提案するなど、専門的知見に基づく助言を行った。
- 3) 多角的な支援：対面による「顔の見える関係」を重視し、日常業務の疑問を直接相談できる体制を促した。

【成果・考察】アンケートの結果、検体の品質管理を「行っていない」施設が42.9%、委託先との検査契約の見直しを「行っていない・ほぼ行っていない」が85.7%、検体採取に関する職員教育も57.1%が「行っていない・新人時のみ」であった。微生物検査において、適切な検体採取は重要な条件であり、新入職員だけでなく定期的な職員教育や周知の継続が必要である。大学病院の技師が専門家として介入し、外部委託を含めた検査プロセスの見直しを支援することは、検体品質管理の盲点を防ぎ、地域全体の質向上に寄与する。訪問指導を通じた交流は臨床検査技師同士が気軽に相談できる体制構築に有効であった。

017-4 和歌山市内の病院における手指衛生を阻む要因 感染対策向上加算別にみた現状調査—Part1

和歌山県立医科大学附属病院 感染制御部¹⁾、和歌山県立医科大学 臨床感染制御学講座²⁾、和歌山県立医科大学附属病院 看護部³⁾

○小谷 智美(こたに さとみ)¹⁾、則村 大輔¹⁾、辻田 愛¹⁾、森本 将矢^{1,2)}、中野 美幸³⁾、小島 光恵³⁾、小泉 祐介^{1,2)}

【背景・目的】和歌山市では2023年に新興感染症や薬剤耐性菌の流行・院内伝播から市内の病院を守るために、和歌山市感染症ネットワークが組織された。ネットワークでは、すべての施設の背景に合わせた感染対策を実践するためのシステムの構築を目指している。そこで今回、市内全ての病院を対象に、各施設の手指衛生環境についてアンケート調査を実施した。

【方法】和歌山市内の全ての36病院を対象とした。和歌山市保健所の協力を得てアンケートを配布し、郵送で回収した。手指消毒剤の設置場所と携帯状況、非/低アルコール製剤の導入等を調査した。A群(加算1:4施設)・B群(加算2/3:18施設)・C群(未加算:14施設)の3群に分類し、各項目を分析した。群間比較にはFisherの正確確率検定を用いた。差がみられた項目はBonferroniによる多重比較補正をし、2群間のFisher検定を実施した。統計学的有意水準は5%とし、統計解析にはEZRを用いた。

【結果】アンケートの回収率は100%であった。アルコールの設置場所では、病室(p=0.357)、詰所(p=0.202)、処置室(p=0.280)は差が小さかった。おむつカートでは差がみられ(p=0.001)、A群はB群・C群よりも低値を示した(p=0.052, 0.005)。B群・C群の差は小さかった。非/低アルコール製剤の導入には差があり(p=0.008)、A群はB群・C群と比較すると有意に高かった(p=0.014, p=0.003)。アルコール製剤の個人携帯は、差が小さかった(p=0.737)。携帯の職種別では、療養士(p=0.097)で差を示す傾向を認めた。2群間での有意差は認めなかった。他の職種別の携帯状況では、大きな差はみられなかった。

【結論】病室・詰所・処置室のアルコールの設置状況や個人携帯・職種別の比較では大きな差は認めなかった。一方で、おむつカートと非/低アルコール製剤の導入に関して加算別で有意差がみられ、加算1が他と異なる傾向であった。加算1はおむつカートがない運用であり、運用ルールが手指衛生に影響する可能性も考えられる。本研究は厚労科研(25CA2031)の一環としておこなった。

017-6 和歌山市内の病院における手指衛生を阻む要因 感染対策向上加算別にみた現状調査—Part2

和歌山県立医科大学附属病院 感染制御部¹⁾、和歌山県立医科大学附属病院 看護部²⁾、和歌山県立医科大学 臨床感染制御学講座³⁾

○則村 大輔(のりむら だいすけ)¹⁾、小谷 智美¹⁾、辻田 愛¹⁾、森本 将矢^{1,3)}、中野 美幸²⁾、小島 光恵²⁾、小泉 祐介^{1,3)}

【背景・目的】和歌山市では2023年に新興感染症や薬剤耐性菌の流行・院内伝播から市内の病院を守るために、和歌山市感染症ネットワークが組織された。ネットワークでは、すべての施設の背景に合わせた、感染対策を実践するためのシステムの構築を目指している。今回市内全ての病院を対象に、各施設の手指衛生環境についてアンケート調査を実施した。

【方法】和歌山市内の全ての36病院を対象とした。和歌山市保健所の協力を得て、アンケートを配布し、郵送で回収した。手指衛生環境および設備について調査した。分析方法は、各項目をスコア化した。加算1(4施設)をA群、加算2/3(18施設)をB群、加算なし(14施設)をC群とした3群に分類し、各項目について比較した。手洗い設備および関連物品の設置状況について、3群間の比較にはKruskal-Wallis検定を用いた。有意差が認められた項目については、Steel-Dwass法による多重比較を行い、群間の差を検討した。

【結果】アンケート結果の回収率は100%であった。職員用および患者用の手洗い設備、石鹸、ペーパータオルの設置状況について3群間比較を行った。Kruskal-Wallis検定の結果、職員用処置室におけるペーパータオルの設置状況が有意差を示した(p=0.043)。また、患者用石鹸における病室個室の設置状況では有意な傾向を認めた(p=0.09)。両項目ともC群はA・B群と比べて設置率が低かった。その他の職員用・患者用の手洗い設備、石鹸、ペーパータオルの各項目ではいずれも有意差は認められなかった。職員用処置室のペーパータオルについてさらに、Steel-Dwass法による多重比較を実施したが、いずれの群間比較においても有意差は示されなかった。

【結論】本研究では、手洗い設備および関連物品の整備状況は多くの項目で大きな差は認めなかったが、職員用処置室のペーパータオルの設置状況においてのみ群間差の可能性が示された。この結果より、加算未取得病院では処置室等の特定の環境においても、手指衛生の環境が整えられていない可能性がある。本研究は厚労科研 25CA2031の一環として行った。

018-1 地域連携による血液培養採取改善活動の実践と評価—大阪市感染対策支援ネットワーク南部ブロックの取り組み—

南大阪病院¹⁾、大阪鉄道病院²⁾、東住吉森本病院³⁾、大阪暁明館病院⁴⁾、大阪急性期・総合医療センター⁵⁾、大阪公立大学医学部附属病院⁶⁾、大阪府済生会泉尾病院⁷⁾、友愛会病院⁸⁾、阪和記念病院⁹⁾、大阪公立大学大学院¹⁰⁾

○夜久 直也(やく なおや)¹⁾、坂本 麗花²⁾、
萩田 千歌³⁾、丸岡 実⁴⁾、川波美由紀⁵⁾、岡田 恵代⁶⁾、
田中 ちよ⁷⁾、杉本 安代⁸⁾、風間 千陽⁹⁾、掛屋 弘¹⁰⁾

【背景・目的】大阪市感染対策支援ネットワーク(OIPC)南部ブロックでは、感染対策向上加算算定32施設が地域課題に基づく共通目標を設定し活動している。2024年度は抗菌薬適正使用(AS)活動を推進したが、AS推進には適切な培養検査、特に血液培養の質確保が不可欠である。そこで2025年度は適切な血液培養採取を目標に掲げ、課題抽出と改善策検討を行った。本調査では、これらの取り組みが血液培養実施状況に与えた影響を検証した。

【活動内容】OIPC南部ブロック会において感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)を用い、血液培養陽性セツト率、複数セツト提出率、汚染セツト率を指標に各施設の課題を明確化した。2025年5月に採取手順、マニュアル整備状況、職員教育頻度を調査し、改善前の状況を把握した。抽出課題を共有後に改善策を検討・実施し、2026年1月に同一内容の調査で改善状況を評価した。活動評価として、2024年4月～2025年3月(ボトル出荷制限のあった7～11月を除く)と2025年4月～11月の指標を算出し、両側2標準比率z検定で比較した。有意水準は0.05とした。

【成果・考察】血液培養提出率は各加算区分で有意に上昇した。全国に加算2・3算定施設では提出率が減少傾向である一方、南部ブロックでは上昇し、地域で目標を共有した取り組みの効果が示唆された。区分別では加算2算定施設で複数セツト提出率も有意に改善した。採取マニュアル整備および教育実施施設が増加し、標準化と教育体制の改善がみられ体制の整備が進んだと考えられた。一方、加算3算定施設では複数セツト提出率に有意な改善を認めず、汚染セツト率および陽性セツト率が有意に上昇した。同施設群では消毒薬変更などの改善はみられたが、教育未実施施設が増加し、手順および教育の定着が不十分であった可能性が示唆された。今後は加算区分に応じた支援を行い、教育の充実と手順の見直しを通じて質を担保した血液培養実施の定着が必要である。

018-3 感染対策向上加算未取得精神科病院に対する加算1施設による地域連携支援の効果と課題

静岡市立清水病院¹⁾、独立行政法人地域医療機能推進機構 清水さくら病院²⁾、医療法人社団 宗美会 清水駿府病院³⁾

○齋藤 敦子(さいとう あつこ)¹⁾、米津 苗子³⁾、
大嶋 裕子²⁾、宮上 麻実¹⁾、池ヶ谷佳寿子¹⁾、
土屋 憲¹⁾、増田 昌文¹⁾

【背景・目的】静岡市では感染対策向上加算1を取得している総合病院が多い一方、人的・組織的要件の整備が困難で、加算2および3の取得に至らない医療機関も存在する。特に精神科病院では、患者特性や療養環境の違いから、一般病院と同等の感染対策を導入・定着させることが難しいとされている。本報告では、感染対策向上加算1施設である当院が未加算であった精神科病院へ地域連携の一環として感染対策介入を行い、加算取得後も継続して支援を行った事例を通じて、その効果と課題を検討した。

【活動内容】当院が行った支援内容としては、年4回の感染対策委員会への参加を通じ、感染対策体制の確認、マニュアル整備への助言、職員教育の支援を実施した。また、感染症発生時には加算1施設のICTが現地ラウンドを行い、直接、現場スタッフと対話し、実践可能な感染対策介入や感染対策物品の見直し、提案を行った。そして、年4回の訪問毎に前回の提案や指摘事項を確認し、感染管理体制および現場での変化を評価した。

【成果・考察】精神科病院が感染対策向上加算未取得であった時期は、感染管理担当者が不在でありマニュアルの整備や職員に対する感染対策教育が十分とは言えなかった。加算1施設が支援をすることで、マニュアルの見直し・リンクスタッフの配置・サーベイランスの開始・ディスプレイや針捨てBOXなど感染対策物品の新規導入等、感染管理体制の整備に繋がった。また、当該病院では、感染対策に対する病院全体の意識が向上し、その過程で加算3の取得に至った。これらの結果から、加算1施設との連携は感染対策推進に有効であり、加算1施設は地域の感染対策の向上推進の中心となる存在であることが示唆された。今後は更に他の医療施設等との連携を推進し、地域医療における連携の一部として感染対策地域連携を進め、支援を継続していくことが望ましいと考えた。

018-2 地域ネットワーク構築と感染症リテラシー：「感染症疫学情報アップデート」の活動と意識調査

東北医科薬科大学 医学部 感染症学¹⁾、聖マリアンナ医科大学 感染症学講座²⁾

○吉田真紀子(よしだ まきこ)¹⁾、遠藤 史郎¹⁾、
今井 悠¹⁾、水野 友貴¹⁾、賀来 満夫²⁾

【背景・目的】感染症危機発生時には情報が大量かつ高速に流通し、感染症対策担当者には情報収集・解釈から対策の計画・説明・実施を短時間で行うことが求められる。我々は2015年より感染症情報週報「感染症疫学情報アップデート」をメール配信し、情報提供を行ってきた。本活動の概要と、情報の受け取り側である感染症対策担当者の情報行動・課題を把握するための意識調査結果について報告する。

【活動内容】本活動は、イベントベースサーベイランスの視点から感染症情報収集の実践として、医療施設および保健行政の担当者を中心とするメール配信ネットワーク(約800件のメールアドレス)に対し、週1回、国内外の感染症に関する公式情報、論文情報、メディア情報等を要点整理して配信するものである。配信はメールで行い、返信等により担当者間の情報共有が可能な運用としている。2025年7月に本ネットワークメンバーを対象としてオンライン横断調査を実施した(有効回答208名、有効回答率28.1%)。調査は匿名・任意回答で実施した。回答者の所属は医療機関73.1%、保健行政13.5%で、45～54歳が47.5%であった。配信内容について「全部・ほぼ読む」と回答した割合は、国内メディア94.2%、国内公的情報93.3%、ホットトピック89.9%、論文情報58.2%であった。情報確認後に追加検索を行う者は82.7%で、配信情報を実務に活用したのは96.2%であった。

【成果・考察】回答者の多くが配信情報を高頻度に閲読し、追加検索を行いながら実務に活用していることが示された。一方で、論文情報の閲読割合は他カテゴリより低く、一次情報の理解・解釈支援の必要性が示唆された。今後の課題として、双方向性を活かした地域連携の具体的な仕組みを整備し、ネットワーク機能の実効性を評価する必要がある。本情報配信は感染症リテラシーを支える基盤として、地域ネットワーク構築を促進する情報ハブになり得る。(学会員外共同研究者：鈴木 潤)

018-4 バンコマイシン耐性腸球菌アウトブレイク事例のケーススタディを通じた啓発活動の課題検討

鹿児島大学病院 感染制御部¹⁾、鹿児島厚生連病院²⁾、鹿児島市医師会病院³⁾、国立感染症研究所薬剤耐性研究センター⁴⁾

○有村 尚子(ありむら しょうこ)¹⁾、川村 英樹¹⁾、
秋山 久美²⁾、折田 富之³⁾、山岸 拓也³⁾

【背景・目的】鹿児島県ではバンコマイシン耐性腸球菌(VRE)の検出頻度が低く、感染対策向上加算1算定医療機関でも、自施設でのVRE対応や連携施設の支援の経験が殆どない。地域全体で有事に備えるため、令和8年1月、鹿児島感染制御ネットワーク学術講演会において、VREアウトブレイク対応のケーススタディを実施した。行政と医療機関が参加するケーススタディでみえた、感染対策啓発活動の課題を検討した。

【活動内容】行政と医療機関で感染制御の役割を担うパネリスト等7名と、現地・WEBから33名が参加し、他県VREアウトブレイク事例の公開情報(IASR Vol.44 p59-60)をもとに、初発例探知・アウトブレイク覚知の場面に応じて設問を設定し、アンケートフォームでの質問(スクリーニング検査の必要性の判断や対象者の選定、優先すべき研修内容等)・回答による参加型のケーススタディを実施した。場面ごとに解説を交え、参加者の理解を促した後に、次の設問に移れるよう工夫した。終了後、満足度を把握するためのアンケート調査を行った。

【成果・考察】アンケート結果では、I. 明確で分かりやすかったII. 興味をもつことができたIII. 今後に役立てられる、の質問に、非常に思う、とても思う、と回答した者が9割を占め、本ケーススタディは経験のないVREアウトブレイク対応への理解を深めることに有効だった。また、行政と医療機関が同時に参加することで、双方の動きや考え方を共有し、平時からの連携体制の重要性を再認識する機会となった。一方、優先すべき研修内容について、標準予防策、排泄ケア関連、抗菌薬適正使用と回答結果がさまざまであったことから、VRE対策で押さえておくべき注意点をまとめ、加算1主導のカンファレンスや訪問支援を活用し、地域の医療機関や介護施設に広く啓発していく必要がある。ケーススタディを含むこれらの活動は、他薬剤耐性菌対策でも有用であり、地域連携において積極的に取り入れることが重要である。(非会員研究者：岩松洋一、濱田結花)

018-5 重症皮疹により治療中断を繰り返す粟粒結核患者の在宅療養支援—病院感染管理者と保健師の連携の効果と課題—

神戸市民病院機構 神戸市立西神戸医療センター
○新井まゆ子（あらい まゆこ）

【背景と目的】白血球等の血液疾患を基礎疾患に持つ患者の粟粒結核は、免疫不全により重症化や結核性髄膜炎併発のリスクが極めて高いだけでなく、結核の再燃や耐性化を招く危険がある。本事例は、白血球を基礎疾患に持つ高齢の粟粒結核患者が、治療早期から重症皮疹により4剤併用療法の継続が困難となった。肺結核は未発症のため外来治療に移行したが、減量や休薬を繰り返す不安定な状況下で、いかに安全に在宅療養を継続し、治療完遂を目指すかが課題となった。本報告では、病院の感染管理者（感染症看護専門看護師）と保健所の保健師が連携した在宅療養支援のプロセスを振り返り、その成果と課題を報告する。

【活動内容】月1回の外来DOTSカンファレンスを軸に、以下の活動をした。
1. 情報のリアルタイム共有：病院側から最新の検査データや皮膚症状の推移、薬剤調整の意図を共有。保健師は、自宅での服薬状況や生活意欲、QOLの低下を報告した。

2. 副作用マネジメントの統一：重症皮疹に対し、保湿剤の使用や掻痒のマネジメント、症状の観察項目を統一。

3. 心理的支援の継続：治療中断による患者の不安の確認と、治療中断は失敗ではなく、安全な治療のための調整であることを伝え続け、治療意欲の維持を図った。

【成果と考察】治療中断を繰り返しながらも、多職種によるモニタリングにより、副作用の早期発見と速やかな再開が可能となり、現在も治療を継続できている。また、DOTSカンファレンスを通じて感染症看護専門看護師が役割分担を明確化したことにより、病院側は医学的妥当性、保健所側は生活の継続性という専門性を補完し合う支援体制が構築された。今後は、基礎疾患の増悪に伴う全身状態の変化と、副作用リスクのバランスを考慮した意思決定支援のあり方が課題である。複雑な合併症を持つ結核患者の在宅療養では、単なる服薬確認に留まらない、高度な症状マネジメントを伴う連携が不可欠である。本事例のような「治療困難例」に対する、病院・保健所間の連携を強化し、地域全体での結核管理の質向上を目指したい。

019-1 多職種連携による災害ケースマネジメント研修の試み—DWAT・DICT・DHEAT・DMAT・合同研修の実践報告—

奈良県立医科大学附属病院 看護部・感染管理室¹⁾、健生会土庫病院 消化器外科²⁾、南奈良総合医療センター 感染症内科³⁾、日本赤十字社和歌山医療センター 感染症内科⁴⁾、長崎大学病院 総合感染症科・感染制御教育センター⁵⁾、奈良県立医科大学附属病院 感染症内科・感染管理室⁶⁾

○中村 明世（なかむら あきよ）¹⁾、中尾 武²⁾、宇野 健司³⁾、古宮 伸洋⁴⁾、泉川 公一⁵⁾、笠原 敬⁶⁾

【背景】災害時の初動において、各支援チーム間の迅速な情報共有と連携が課題となっている。そこで奈良県にて多職種協働による実践力向上を目的に、DWAT（災害福祉支援チーム）、DICT（災害感染対策チーム）、DHEAT（災害時健康危機管理支援チーム）、DMAT（災害派遣医療チーム）が連携し、ラビッドアセスメントによる初動評価、D24H（災害時24時間報告システム）の運用、感染対策を踏まえたTKB（トイレ、キッチン、ベッド）整備およびDICT支援物資の紹介、被災者再建カードを用いた災害ケースマネジメントの合同研修を実施した。

【方法】対象は研修参加者51名。研修では、各ツールの実践的な活用を通じ、発災後の情報共有と支援方針決定プロセスを演習した。研修後に任意無記名のアンケートを実施し、参加者の属性や研修内容の有用度（5件法）を評価した。

【結果】アンケート回収率は62.7%（n=32）。所属は行政・保健所38%、福祉施設・在宅31%、病院13%。職種は介護職22%、保健師16%、看護職13%、医師9%であった。派遣経験ありは47%（DWAT28%、DICT9%、DMAT3%）。各項目の有用性（「とても思う」「そう思う」の合計）は、ラビッドアセスメントおよびD24Hが97%、TKB整備・DICT支援物資が79%、被災者再建カードが85%であった。自由記述では「D24H入力を実践し重要性を理解できた」とする一方、「避難所支援者からの聞き取りが難しい」といった課題も挙げられた。

【考察】本研修により、医療・保健・福祉が一体となった実践的訓練が、多職種連携の理解促進と情報共有の基盤構築に寄与することが示された一方、現場のアセスメント手法に課題もみられた。今後も継続的な研修を通じ、迅速な状況把握と災害ケースマネジメントモデルの確立を目指したい。非会員協力者：芝浦工業大学 市川学・藤田進太郎、群馬県社会福祉協議会 鈴木伸明、奈良県社会福祉協議会 増井敏弘、厚生労働省 中務智彰

018-6 地域連携における環境改善支援の効果

原町赤十字病院¹⁾、西吾妻福祉病院²⁾

○富沢 陽子（とみざわ ようこ）¹⁾、小池 淳子²⁾、嶋村 洋子¹⁾、高橋 和宏¹⁾

【背景・目的】当院は地域連携の中で2023年からA病院に訪問支援を行っている。A病院は「救急医療」「高齢者医療」「在宅サービス」でB県C地域を支える病床数74床のへき地拠点病院である。訪問時の環境ラウンドでは、病室・ナースステーション内に設置されている手洗いシンク周囲の木製部材に経年劣化が見られ、耐水性の低下や変色等が発生するなど見た目の悪化に加え、衛生的な管理に困難を有する状態となっていた。また、院内の他部署では収納スペースの利便性から段ボールの床への直置きやコード類の乱雑な状態がみられるなど、環境にいくつかの課題がみられた。

【活動内容】2023年12月から2024年1月の間に訪問支援を3回行った。訪問後には報告書を作成し提出した。介入内容としては、手洗いシンクの改善について、大規模かつ費用面からも計画的な準備が必要であることから、現状を病院側と共有することや、外部からの意見として報告書を活用することを提案した。また、直置きやコード類については、現場中心の取り組みによる改善を提案した。

【成果・考察】2回目の訪問時、コード類はデスクの足や壁にケーブルを設置したことで清掃のしやすさが改善、整理整頓が進んだ。段ボールの直置きについても、すのこを活用し保管環境が改善した。現場中心に取り組んだことで現実的運用が実現した。2026年の訪問では手洗いシンクが人工大理石に変わっており改善が実現したことがわかった。訪問支援では、大規模で費用もかかる改善について、報告書を活用することで着実に実施できた。また、身近な改善策を職員の主体性を引き出す支援により、現場主体の環境改善が可能であることがわかった。地域連携による訪問支援は、単なるアドバイス提供にとどまらず、「A病院の職員が自ら動ける環境づくり」を促す役割を持つ。専門性を活かしながら、A病院との良好な関係性を続けることが、改善提案を受け入れやすく持続可能な感染対策につながったと考えられる。A病院も「外部専門家の客観的な視点により、設備改修への意思決定がスムーズになり、現場の自発的な改善意欲が向上した」と実感している。

019-2 群馬県における災害時感染対策体制構築を目的としたDICT研修の実践と課題

SUBARU健康保険組合太田記念病院¹⁾、群馬大学医学部附属病院²⁾、高崎総合医療センター³⁾、伊勢崎市民病院⁴⁾、渋川医療センター⁵⁾、川島内科クリニック⁶⁾

○土屋映里佳（つちや えりか）¹⁾、大嶋 圭子²⁾、中沢まゆみ³⁾、柴草 仁志⁴⁾、篠原 友里⁵⁾、川島 崇⁶⁾

【背景・目的】近年、自然災害の頻発に伴い、災害時感染対策体制の構築が重要課題となっている。避難所等の集団生活では感染症リスクが高まり、災害の二次被害となり得る。一方、災害時の感染対策は発災後に即時構築できるものではなく、平時からの体制構築と多職種連携の強化と実践的教育が基盤となる。そこで、群馬県において災害時感染対策体制構築を目的とした災害時感染制御支援チーム（以下DICT）研修会を実施したため、その研修の成果と課題を報告する。

【活動内容】群馬県内のDMAT、感染管理看護師、災害支援ナース、保健所職員等を対象に研修会を開催した。参加者は46施設73名。研修は前半に被災地支援医師による避難所感染対策の講演会、後半は多職種混成グループを編成し、避難所における感染対策（ゾーニング、物資不足下での対応、各職種の役割）を討議した。グループワークでは災害時の感染対策に関する課題や対応策を検討した。研修終了後、無記名のアンケートを実施し、参加者の学習効果や研修の有用性を評価した。

【成果・考察】アンケート回答は50名（回収率68.5%）であった。災害時感染対策の重要性について回答者全員が「理解できた」「まあ理解できた」と回答し、意識の変化については74%が「大きく変化した」「まあ変化した」と回答した。自由回答では、発生しやすい感染症を想定したゾーニングや物資制限下での対応、多職種連携の明確化が今後の課題として挙げられた。演習を通じ、平時の役割認識の差異や、災害時の指揮命令系統の課題が明らかとなった。また顔の見える関係構築が進み、地域内での迅速な情報共有体制の可能性が示唆された。本研修は地域の災害時感染対策ネットワーク形成の契機となり、平時からの継続的訓練と評価体制構築の必要性を再認識された。今後も県内の多職種・多施設が参画し、地域全体で実践力を高める災害時感染対策ネットワークへと発展させていく方針である。

019-3 加算を取得していない精神科病院との連携

高砂市民病院

○中島 博美（なかしま ひろみ）、福田 純子、
有本 忍、渡部 宜久

【背景・目的】精神科病院の患者は、自己衛生管理が不十分で、生活における他患との距離間が近く、環境は閉鎖的であり、感染症が持ち込まれたら一気に拡大する可能性が高い。A 病院の COVID-19 感染症のアウトブレイク発生のため介入を行った。その後の連携で、保健所とのラウンド、現場における感染対策の相談、加算カンファレンスの参加、感染症を疑う複数の患者発生に対して ZOOM 対応をするなど継続して相談指導を行った経過について報告する。

【活動内容】A 病院からの電話相談を受けての介入で、計 5 回の介入を実施 1. 令和 7 年 1 月 A 病院からラウンドの希望があり保健所と連携して施設ラウンド「地域における感染症対応向上促進事業」を実施 2. 令和 7 年 2 月 加算カンファレンス参加後の対面での感染対策相談（病原菌対応、針刺し事故対応、消毒液、環境消毒等）3. 令和 7 年 5 月 肺炎球菌感染症を疑う患者の複数発生の ZOOM 相談対応 4. 令和 7 年 8 月 疥癬感染拡大の対応 5. 令和 8 年 2 月 呼吸器感染症を疑う患者の複数発生に対して ZOOM 相談対応

【成果・考察】以前 A 病院との連携は全くなかったが、COVID-19 感染症アウトブレイク対応の後、病院からの依頼もあり保健所と同行し現場の対策を確認・指導を行った。現状に即した指導を行うことができ、相談できる関係性を構築することができた。その後 A 病院からは、相談できる医療機関がなく、感染対策の基本を見直し職員全体でとりくみができるよう対策を検討したいので助言してほしいとの依頼があった。研修会の開催や現場の改善できる対策を共有化し、自分たちでは気づくことができなかった対策の見直しをすることができた。感染症患者が複数発生した事例では、電話・メールで情報を確認し、当院の制御室と A 病院の医師を含む病棟の感染担当者と ZOOM 会議を実施し、感染症・検査・薬剤の観点から考えられる提案を行い、収束を迎えた報告を頂いた。A 病院は積極的に加算カンファレンス参加し、来年度には加算を取得する方向で検討されている。

019-4 天草地域における感染症患者搬送訓練～夜間帯を想定した搬送訓練の実施～

天草地域医療センター¹⁾、天草中央総合病院²⁾、上天草総合病院³⁾
○三田由美子（みた ゆみこ）¹⁾、尾崎かおり³⁾、
坂本 陽子²⁾、山本 直美¹⁾

【背景・目的】天草地域では、感染対策向上加算の連携施設、医師会、保健所、消防と連携し、感染症患者搬送訓練を年 1 回実施している。訓練後の検証会で、夜間・休日帯など保健所閉庁時間帯を想定した訓練の要望が多く、2025 年度は夜間帯を想定した訓練を実施した。

【活動内容】診療時間外に鳥インフルエンザ疑い患者が当院を受診し、自家用車内で診察・検査を実施した。迅速検査でインフルエンザ A 型陽性であった。死亡野鳥への接触歴から鳥インフルエンザを疑い、保健所の夜間対応携帯電話へ報告した。保健所ではチャットツール等を活用しており、職員間での情報共有・検討を行い、患者対応および行政への検体提出について当院へ指示があった。患者は酸素化不良により入院し、同居家族は感染対策等を説明し帰宅とした。検体は当院で保管し、翌日保健所職員によって行政へ提出が提出された。検査結果より第二種感染症指定医療機関へ搬送となった。訓練の様子は現地と WEB で共有し、訓練終了後に、防護用具の着脱や手指消毒の演習、消防によるアイソレーターの説明、検証会とアンケートを実施した。

【成果・考察】訓練には、34 施設 76 名が参加し、参加者の約 50% が WEB で共有していた。また、防護用具の着脱演習は 40 名が演習に参加し、手指消毒の演習は参加者全員を対象として実施した。アンケートでは、医療機関・保健所・消防の連携の重要性や、夜間・休日帯における保健所への連絡方法、所内での対応体制が理解できたとの意見が多く、実際のやり取りを可視化したことが理解促進につながった。特に「誰に・どのように連絡するか」「確実な情報共有」の重要性が再認識された。また、防護用具の着脱や手指消毒演習でも、改めて正しい着脱を確認できた、自施設でも演習を行いたいなどの意見も聞かれていた。本訓練は、夜間帯の実践的な対応を共有する有効な機会となり、今後の感染症対応力向上に寄与すると考えられた。

019-5 地域の医師会と加算 1 病院の連携による外来感染対策向上への取り組み

社会医療法人信愛会 暇生会脳神経外科病院¹⁾、医療法人藤井会 大東中央病院²⁾、医療法人徳洲会 野崎徳洲会病院³⁾

○亀田 郁江（かめだ いくえ）¹⁾、森本 千絵²⁾、
谷澤 由香³⁾

2022 年度の診療報酬改定により、地域の医療機関の連携による感染対策を推進する観点から外来感染対策向上加算が新設された。これにより、2023 年度から当地域の医師会と加算 1 の医療機関が連携を図ることになった。2022 年 10 月医師会と加算 1 医療機関の CNIC が集まり、連携に関する話合いの時間が設けられた。同年度より、医師会と連携の開業医 20 施設を CNIC 3 人が分担し、指導強化加算に係る施設ラウンドを行った。2023 年度より、外来感染対策向上加算合同カンファレンスが開始となった。開催は年 2 回とし、内容は「抗菌薬についての講演」「外来抗菌薬の使用状況」「新興感染症患者の発生を想定した訓練」とした。参加者は、医師会と連携の開業医 20 施設及び加算 1 医療機関 3 施設の ICT メンバーとした。CNIC の役割は、新興感染症患者の発生を想定した訓練であり、2023 年度と 2024 年度は Full PPE の着脱訓練を行い、2025 年度は個人防護具の代替品の作成を行った。2025 年度には、施設ラウンドの結果報告と、開業医の院内ラウンドのため、CNIC が使用している施設ラウンドチェック表を配付した。訓練には興味を持ってもらうことが出来、訓練に対する意見や感想も多数聞くことができた。PPE の着脱は「何回行っても良い」代替品の作成は、「ある物で簡単に作成することができて驚いた」「家庭内でも活用できそう」、次年度の訓練の希望では「換気」や「人の移動について」等、感染対策に積極的な意見があった。ラウンド結果の報告について、医師会会長からは「良かった項目を強調するのよいが、改善が必要な項目について何施設中何施設あったか」という報告がよいとの助言があった。また、カンファレンスで行った訓練が各開業医の学習会のテーマに活用されていることが施設ラウンドの際に、確認できた。外来感染対策向上加算の施設基準の要件に、発熱外来の協定締結が追加になった。このため、加算を算定している開業医では、「新興感染症発生・まん延時の対応」準備の意識が高くなったものと考えられる。今後も連携を継続していく上で、感染対策への知識を開業医の先生方に提供できるよう、私達自身も CNIC としてのスキルを磨き続けていきたいと思う。

019-6 感染対策向上加算 1 病院を中心とした茅ヶ崎市内に於ける感染対策地域連携—第 4 報—

茅ヶ崎徳洲会病院 感染防止対策室¹⁾、茅ヶ崎市立病院 感染管理室²⁾、湘南東部総合病院 感染対策室³⁾

○相原 幸生（あいはら さちお）¹⁾、蘭賀 都己²⁾、
片石 剛史³⁾

【背景・目的】令和 4 年度より、茅ヶ崎市内の感染対策向上加算 1 病院 3 施設（以下、市内加算 1 病院）は、茅ヶ崎市保健所・茅ヶ崎医師会と連携し、地域の感染対策強化に取り組んできた。これまでに各施設の新興感染症対応業務継続計画（BCP）の整備は進んだが、有事に計画を具体的行動へ転換する指揮命令系統の確立が課題であった。その課題に対応する仕組みとして緊急時統合調整システム（ICS）の概念を導入し、アクションカードを媒介に、地域の初動対応を標準化し判断基準を共有することを目的とした。

【活動内容】令和 7 年 10 月 17 日、新興感染症の発生等を想定した訓練として、市内加算 1 病院主催、茅ヶ崎市保健所・茅ヶ崎医師会共催のもと、Web 双方向会議形式で実施し、医療機関や高齢者施設など 20 施設以上が参加。2024 年に AI を活用して設定した架空の新型 MERS（MERS-CoV-2）の発生を想定した。第一部は全施設参加型で、外来・病棟・高齢者施設の場面ごとに作成したアクションカードを用い、「誰が・いつ・何をするか」を明確化する演習と、酸素飽和度や呼吸数などの客観的指標に基づく搬送判断基準（トリアージ）を共有した。第二部では高齢者施設等を対象に、BCP と ICS の統合に関する講義を実施。指揮命令系統の一本化と共通言語化の重要性を解説し、アクションカードが BCP を現場で機能させる実践的ツールであることを確認した。カードは各施設で改定可能な形式で提供し、訓練後の振り返りや継続的な見直しを可能とした。

【成果・考察】訓練を通じて、アクションカードという共通手順を用いた初動対応確認の手法を地域で共有し、BCP を動かすために ICS の重要性を周知できたことは一定の成果が得られた。また、訓練での気づきや振り返りを各施設がカードに反映・改定することで、BCP の質が高まり、今後の実践的な改善にもつながっていく。一方、各施設における BCP 修正・承認・周知の実施状況の把握は今後の課題であり、訓練での改善点が確実に計画改定へ反映されているかをフォローアップする必要がある。今後も ICS という共通言語を活用し、初動対応の実効性を高めつつ、継続的訓練と情報共有を通じて地域連携体制の定着を図る。

020-1 地域医療機関の感染対策改善支援～訪問指導を通じて得られた成果～

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 看護部¹⁾、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 感染症内科²⁾
○金谷 育子 (かなだに いくこ)¹⁾、小金丸 博²⁾

【背景・目的】令和4年度の診療報酬改定にて指導強化加算が新設され、感染管理認定看護師(CNIC)などによる連携医療機関への訪問指導体制が強化された。A病院では令和4年度より本加算を算定し、令和4年10月から令和8年2月にかけて連携10医療機関へ計16回の訪問指導を実施した。この訪問活動で感染対策の現状確認および課題整理を行うとともに、改善に向けた助言等の支援を行った。その内容を報告する。

【活動内容】訪問指導の内訳は、部署ラウンドおよび助言12件、スタッフ研修2件、COVID-19クラスター発生時の指導2件であった。部署ラウンドでは事前にチェックリストによる自己評価を依頼し、当日はそれを基にラウンドを行い、改善に向けた助言を行った。研修ではN95マスクのフィットテスト、標準予防策を中心とした日々のケアの感染対策について講義を行った。クラスター発生時には、当該部署をラウンドし、感染拡大要因や強化すべき対策について部署スタッフを交えながら意見交換・指導を行った。また、令和7年12月に各施設の現状と課題、改善状況を連携カンファレンスで共有した。その後も訪問指導を行い、改善状況の確認を継続した。

【成果・考察】訪問した10医療機関の中で、CNICまたは感染制御実践看護師が配置されていたのは2施設のみだった。訪問施設からは、感染管理の専門家から指導してもらえることで、自施設の感染対策の現状や改善すべき点を明確に出来たという声が聞かれた。特にオムツカートならびに包交車は積載物品が多く、ゾーニングできていない施設が散見されたが、訪問指導後、積載物品を見直し、ゾーニングも改善できた施設が多かった。その他にも、訪問時の助言を上層部へ報告することで、ペーパーホルダーの設置や経管栄養物品を単回使用に変更できた施設もあった。訪問指導の助言が感染対策に必要な予算確保に繋がり、感染対策向上に寄与したと考える。また、平時から訪問指導することで、各施設の課題把握、改善推進をできるとともに、顔の見える関係が構築された。この積み重ねが、有事の際の円滑な相談や指導に繋がれたと考える。引き続き訪問指導を通じて地域の感染対策を推進していく。

020-3 精神科病院特有の課題を踏まえた感染対策地域連携の継続的取り組み

浜松医科大学医学部附属病院 感染制御センター¹⁾、浜松医科大学医学部看護学科²⁾

○澤木ゆかり (さわき ゆかり)¹⁾、鈴木 利史¹⁾、名倉 理教¹⁾、塚本 彩花¹⁾、高岡 雅代¹⁾、脇坂 浩²⁾、古橋 一樹¹⁾

【背景・目的】精神科病院では、長期入院、集団生活、患者の感染対策遵守の困難さ、閉鎖的病棟構造など、一般病院とは異なる感染対策上の課題がある。加えて、感染対策向上加算の算定が困難な施設も存在し、感染管理担当者の配置や教育機会に限られる場合も少なくない。そのため、専門的支援や施設間の継続的な情報共有体制の整備が重要である。そこで浜松医科大学医学部附属病院を中心に、浜松市内の精神科病院と連携し、2019年10月より「精神科病院の感染制御を考える会」を立ち上げ、継続的な地域連携活動を行ってきた。本活動の実践内容と成果を報告する。

【活動内容】本会では精神科病院の感染対策担当者を中心に、年3回の定期カンファレンス、院内ラウンド、随時相談支援を実施し、各病院の感染発生状況、面会・外出対応、ゾーニング、個人防護具の運用、マニュアル整備等を共有した。COVID-19流行期には1回のみオンライン開催としたが、可能な限り対面開催を継続し、クラスター事例の検討や院内ラウンドも含めた実地支援を行った。近年は疥癬、ノロウイルス、薬剤耐性菌対策、排泄ケア手順なども議題としている。

【成果・考察】各施設で共通する課題が継続的に可視化され、患者特性に起因する標準予防策実践の難しさ、人員不足、職員不安、療養環境の制約、隔離や行動制限の調整困難といった、精神科病院特有の問題を共有し整理できた。また院内ラウンドを行うことで各施設が自施設の課題を具体化し、改善策を持ち帰る仕組みが定着した。加えて、加算未取得病院を含めて同一の場で議論することで、施設間の経験差を補完し、地域全体で標準的な感染対策の底上げを図ることができた。更に平時からの顔の見える連携により、早期相談、他施設事例の横展開、クラスター発生時の助言・支援が可能となり、各施設の感染対策の質向上につながった。精神科病院に特化した継続的地域連携は、個々の施設支援にとどまらず、地域全体の感染対策対応力の底上げをする実践的モデルとなり得る。

020-2 ICNが市職員と実施する感染対策研修の教育効果と教育的役割の検討

所属なし¹⁾、流山中央病院²⁾

○松原 友紀 (まつばら ゆうき)¹⁾、鈴木理恵子²⁾

【目的・背景】ICN2名は市より依頼を受け、介護施設職員(以下施設職員)を対象とした集合型の感染対策研修会を2023年より毎年実施してきた。本活動の教育的成果の整理および市職員へ影響を明らかにし、地域における感染対策の体制の向上と持続可能な支援体制の検討に活用することを目的としてアンケートを実施した。

【活動内容】2026年に実施した感染対策研修会参加者33名を対象に研修会終了後WEBアンケートを実施し(有効回答26名、回答率78%)、研修会の実践可能性、必要とする支援内容等を調査した。また、研修の効果判定のため市職員17名を対象としたアンケートをあわせて行い、業務への活用状況や継続実施への評価を確認した。

【結果・考察】施設職員対象の回答は、研修内容を「役立つ」と100%(64%が「とても役立つ」)回答があり、「実践可能」との回答も100%(61%が「明日から実践できる」)であった。全回答者が具体的な行動変容を記載し、特に手指衛生や個人防護具に関する内容が多かった。また、施設内における感染対策対応の困難さがあるという回答は36%だった。市職員の回答は、研修会が「業務として活用できる」87.5%、「業務が進めやすくなった」63%、「研修会の継続的な実施への支持」は87.5%であった。本活動は、施設職員の実践可能性および具体的な行動変容を促す教育的役割を果たすとともに、市職員への業務支援や知識の向上など地域の感染対策体制の基盤強化に寄与していることが示唆された。ICNと市職員が協働し、地域の実情や課題に寄り添いながら継続的に研修会を行うことは、地域の感染対策の質向上に繋がる実践である可能性も見出された。さらに、本取り組みは定期的な研修や個別相談支援など継続的な支援への施設職員のニーズが示され、市職員が実施している相談対応や、判断基準の共有に活用されていることが分かった。このことはICNの専門性を地域へ拡大・定着させ、地域課題に対応できる持続可能な感染対策支援モデルを構築していく契機となり得る。今後も継続的な研修会やニーズに基づいた支援を充実させ、地域に根ざした感染対策体制の発展に寄与していきたい。

020-4 感染症連携カンファレンスと継続的な換気調査について

公益財団法人 宮城県結核予防会

○斎藤 彰 (さいとう あきら)

【背景・目的】新型コロナウイルス感染症の流行をきっかけに換気に対する知識、施設設備のメンテナンスの重要性が改めて見直され、新興感染症等に対して自施設の換気状況を気にする病院は多くなってきている。石巻圏域感染症連携カンファレンスで実施してきた換気調査の取り組みも2年目が過ぎた。対象施設の感染症の発生などにより、調査に多少の遅れが出たものの必要があれば継続的に調査を行うことも決定している。最終目的は各施設における自発的な換気としながらも、室内環境の可視化と施設に応じた効果的な換気を考えることを追加することとした。これまでの経緯と調査内容をまとめることとする。

【活動内容】1年目は感染症連携カンファレンスに参加している施設の中から、感染症患者を中心的に受け入れる基幹病院の調査をおこなった。事前に図面、空調機器リスト、ダクト図を提出、実際の風量からどの程度低下しているのか、居室の必要換気量は足りているのかを調査した。調査後にデータをまとめ、報告書を作成する。感染対策上、気を付けるべき場所があった場合は当日のうちに報告する。2年目からはクリニックや老健施設(ICNが訪問後、問題があった施設)の調査をおこなう。各施設で悩みや相談事があれば、その都度連携カンファレンスの中で対応し、連絡をいただくこととした。

【成果・考察】これまで病院と老健施設の間には感染症対策に対する意識に大きな隔たりがあった。令和6年度介護報酬改定が行われ、新興感染症の対応を行う医療機関との連携、高齢者施設等感染対策向上加算が新設された。施行1年が経過し施設側の感染症に対する意識の変革や、向上加算に参加する施設数も増加してきている。感染症連携カンファレンス参加のICN・看護師が増えることで、一般的な感染症対策はもとより、換気対策の指導を幅広く行っている実感がある。実際に散発的な発生はおこるものの集団感染につながることは少なくなっている。

020-5 地域における感染対策支援の課題と方向性

医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院
○西出由紀子 (にしで ゆきこ)、辻 奈津美

【背景・目的】2025年度の1年間、感染対策向上加算1の要件に基づき、連携病院および高齢者施設を訪問し、感染対策に関する質問対応や介入指導を実施した。本報告では、訪問時に得られた相談内容や支援ニーズをKJ法で分析し、地域における感染対策支援の課題と方向性を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象は、当院と連携する5病院および3つの高齢者施設である。2025年3月～2026年3月に実施した訪問記録、質問内容、介入指導内容を収集し、KJ法により質的データを分類・統合した。カテゴリー化の過程では複数名で検討し、信頼性を確保した。

【結果】KJ法により、相談内容221項目、サブカテゴリー32項目、カテゴリー8項目に分類し、相談内容と支援ニーズは以下の主要カテゴリーに整理された。1. アウトブレイク対応への不安と支援要望患者のデメリットを最小にした生活と感染対策の調整、ゾーニングの実施方法、情報共有体制、に関する相談が多かった。2. 組織的な感染対策支援や整備に関する要望マニュアルなどの業務標準化と導入支援、地域連携相談体制、運用ルールの業務標準化など。3. 感染対策に関する環境改善手指衛生管理の整備、消毒方法、個人防護用具、環境整備など。4. 感染対策の知識不足、経験不足に伴う実践的支援にニーズ個人防護用具の選択と着脱、エビデンスを求める支援、教育体制など。5. 高齢者施設特有の課題認知症患者への対応、生活環境の質の維持と感染対策の両立。

【考察】地域の医療機関・高齢者施設では、アウトブレイク対応から感染対策の支援や整備、環境改善まで幅広い支援ニーズが存在していた。特に高齢者施設では、生活の質と感染対策の両立に関する悩みが顕著であり、医療機関と異なる視点での支援が求められた。感染対策向上1地域連携に係る訪問は、現場の不安を可視化し、実践的な支援につながる有効な機会であると考えられた。

【結論】2025年度の訪問支援を通じて、地域の医療・介護施設における感染対策の不安や支援ニーズが明確となった。今後は、施設特性に応じた教育支援、アウトブレイク対応力の強化、組織的な感染対策体制の構築支援を継続的に行うことが重要である。

020-6 J-SIPHE を活用した広域の地域連携の取り組み

滋賀県立総合病院 外科¹⁾、滋賀県立総合病院 感染管理室²⁾、滋賀県感染制御ネットワーク³⁾

○大江 秀典 (おおえ ひでのり)^{1,3)}、中川 祐介²⁾、岩根めぐみ²⁾、西田 和輝²⁾、織田 麻希²⁾

【背景】・2022年度の診療報酬改定で感染対策が見直され、地域連携が重視されるようになった。

・2016年に策定された薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプランにより開発された感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) を利用することにより、病院同士の連携拡大が容易となった。

・転院等で複数の病院に入院する患者が増えつつあり、特に耐性菌検出状況については広域での情報共有が院内感染防止対策上必要となっている。【活動内容】・滋賀県が事業主体である感染制御ネットワークの呼びかけで病院のJ-SIPHE加入が勧められた。

・感染対策向上加算病院同士の連携では、保健所圏域毎にJ-SIPHEの還元情報をもちて定期カンファレンスを行うこととした。

・加算1施設については滋賀県全体で連携し情報共有する方針とした。

【成果】・病院のJ-SIPHE導入は、院内および地域連携カンファレンスの資料作成にかかる労力を大きく削減する利点もあることから導入が進み、加算1施設: 16/16 (100%)、加算2施設: 16/18 (89%)、加算3施設: 7/9 (78%)、未加算施設: 6/14 (43%) の加入状況となった。

・保健所圏域毎のカンファレンスではJ-SIPHEの還元情報を用いることで、資料作成の労力も削減され、数施設で固定化していた連携よりも広域の情報共有をすることができ議論が活性化された。

・バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE) アウトブレイク発生時、速やかに情報共有されたことが、患者の転院等を円滑に進めることに寄与した。

・加算1施設については県全体でグループを作成しているが、特に手指衛生のデーターを院内の感染対策委員会にフィードバックすることで病院全体の感染対策の取り組みを刺激することができた。

【考察】J-SIPHEで地域連携を行っていく事は、資料作成の労力を大きく削減し、広域での連携を可能とする。患者が広域で移動することが多くなりつつある現在、J-SIPHEの院内感染防止対策に寄与するところは大きいと考える。

021-1 COVID-19 の2次感染低減に向けた各病室の換気状況の客観的指標を用いた分析

独立行政法人労働者健康安全機構 福島労災病院¹⁾、進和テック株式会社²⁾、公益財団法人宮城県結核予防会³⁾、国立大学法人電気通信大学⁴⁾、東北医科薬科大学⁵⁾

○加賀 陽子 (かが ようこ)¹⁾、宮澤 正紹¹⁾、杉山 昌宏¹⁾、佐藤 弘子¹⁾、加藤 辰夫²⁾、斎藤 彰³⁾、石垣 陽⁴⁾、遠藤 史郎⁵⁾

【背景・目的】COVID-19の主要感染経路の一つにエアロゾルがあることが整理され、医療機関では換気管理が重要な対策となっている。当院では2021年に全館換気停止下で初回クラスターを経験した。その後中央換気設備は復旧し設計風量は維持されていたが、2023年および2024年に市内最多のクラスター発生を繰り返した。本研究では、病室単位の実測換気量を定量化し、クラスター発生との関連を検証することを目的とした。

【方法】対象は6病棟85室。観察期間は2023年4月から2025年12月で、期間中のクラスター発生は19回であった。各病室において給排気風量を実測し、1床あたり換気量 (m³/bed) およびACH (時間換気回数) を算出した。主要解析として換気量40 m³/bedを閾値とし、クラスター発生時の初発陽性室の割合をFisherの正確確率検定 (両側) で比較した。40 m³/bedは本院病室の中央値容積 (16.7 m³/bed) から換算してACH約2.4回/時に相当し、ACH2回/時を上回る換気水準を反映する値として設定した。副次解析としてACH2回/時以上について同様に検定を行った。

【結果】主要解析として換気量40 m³/bed以上を閾値とした全病室解析では、クラスター発生時の初発陽性室の割合は40 m³/bed未満の室と比較して有意に低かった (Fisher 両側 p<0.001)。病棟別解析でも発生率の低下の傾向は複数病棟で認められた。副次解析としてACH2回/時以上を閾値とした場合、病棟間解析では初発陽性室との有意な関連は認めなかった (p>0.05)。

【結論】換気量40 m³/bed以上はクラスター発生率低下と関連した。一方、ACH2回/時のみでは明確な関連を示さなかった。病棟間で関連の強さに差が認められ、換気量の確保に加え、空間的分離や運用条件が発生に影響する可能性が示された。

021-2 透析室における新型コロナウイルス・インフルエンザ感染症対策マニュアルを活用した感染対策行動に関するスタッフの意識調査

山形県立中央病院 人工透析室
○結城 愛美 (ゆうき まなみ)、矢萩 勝

【背景・目的】2024年の透析患者の死因一位は感染症となっている。透析室では平時より多職種で連携して透析を行っており、統一した感染症対策を行う必要性からコロナ・インフルエンザ感染症対策マニュアル (以下マニュアル) を作成した。本研究は、マニュアルを活用した感染対策に対するスタッフの意識を明らかにすることを目的とした。

【活動内容】2025年12月に透析室に所属する看護師8名、臨床工学技士2名、医師3名の計13名を対象に職種別にアンケートを実施した。データの分析は、単純集計し職種は伏せて分析を行った。本研究は院内倫理審査にて承認を得た後に実施した。

【成果・考察】透析開始時のPPE装着を「意識していると思う」に関しては、手袋、ゴーグル、N95マスク装着の意識が85%以上だった。しかし、袖つきエプロンとキャップ装着の意識は70%程度だった。アラム対応時も袖つきエプロン、N95マスク、手袋装着の意識が80%以上だったが、キャップ装着の意識は40%だった。コロナ検査時のPPE装着の意識は、N95マスク、手袋は70%以上で、袖つきエプロンとキャップ装着の意識は40%だった。マニュアルを活用できているかについては「活用できていると思う」が透析開始時とアラム対応時が30%程度であり、その他の場面では50%程度に留まった。マスクや手袋などは透析時の標準予防策として、普段から装着をしているため意識が高い事が考えられる。キャップ装着の意識は低い事が明らかとなり、コロナの5類移行により意識が希薄化した事も要因として考えられる。コロナ・インフルエンザ検査時は、医師と介助者が互いに適切なPPE装着ができているか確認することで、PPE装着の徹底をはかることができる。マニュアルを活用する意識が低かった要因としては、内容が複雑だったことが考えられるため、改訂が必要であると考えられる。したがって、キャップなど意識の低かったPPE装着の意識を高めると、マニュアルを活用しやすい内容に改訂することが必要であると考えられる。透析室において、スタッフ一人ひとりが統一した感染対策を遵守し、多職種で連携して感染リスクの低減をはかる必要があると示唆された。

021-3 血液内科病院における病院職員の COVID-19 に対する罹患後休業期間と PCR Ct 値に関する検討

社会医療法人財団董仙会 恵寿金沢病院 看護部¹⁾、社会医療法人財団董仙会 恵寿金沢病院 外科²⁾
○井上 直美 (いのうえ なおみ)¹⁾、道輪 良男²⁾

【背景・目的】当院は一般病床 89 床のうち 20 床が無菌室であり、自家移植を行っている国内でも稀な血液内科中心の病院である。免疫抑制状態の症例が多数入院しており、COVID-19 に関しても、血液内科で治療中の症例は、感染が遷延し、重篤化することがあるため、2020 年以降嚴重な感染対策が必要であった。その中で、病院職員が COVID-19 に罹患した場合は、10 日間休業後に就業可能な基準としていたが、就業可能な職員の確保が困難となり、2023 年 3 月からは「7 日間の休業後 PCR 検査を行い Ct 値が 35 以上となった場合」に就業可能な基準を変更した。しかし隔離解除基準を Ct 値 30 以上としている病院も多数認められるため、今回、COVID-19 罹患後休業期間と Ct 値の関係について検討した。

【方法】2020 年 4 月～2025 年 3 月に COVID-19 に罹患した当院職員の内、感染後就業前検査として PCR 検査を行った 53 例を対象に、発症日を 0 日とした発症後日数と PCR Ct 値について調査した。

【結果】症例の内訳は、年齢：19-64 歳 (中央値：42 歳)、男：女=5：48 であった。発症後 7 日に PCR を行った症例 (n=41) では、Ct 値 35 以上の症例は 28 例 (68%) であったが、Ct 値 30 以上の症例は 38 例 (93%) であった。Ct 値 30 未満であった症例は 3 例で、年齢中央値は 40 歳、Ct 値は 26.2-29.3 (平均 28.0) であった。発症後 6 日に PCR を行った症例 (n=3) では Ct 値 35 以上は 2 例 (67%)、Ct 値 30 以上は 3 例 (100%)、発症後 8 日に PCR を行った症例 (n=5) では Ct 値 35 以上は 3 例 (60%)、Ct 値 30 以上は 5 例 (100%) で、発症後 3 日に PCR 検査を行った症例を 1 例認めたが、Ct 値は 27.6 であった。

【結論】当院職員の COVID-19 罹患後 7 日目の PCR Ct 値は、Ct 値 35 以上の症例は全体の 68% であったが、Ct 値 30 以上であれば全体の 93% が該当した。COVID-19 に関しては、ウイルスが分離されない値として PCR Ct 値 35 以上を隔離解除基準としているが、職員においては感染防御を十分に行うことが可能と判断し、就業可能な基準を「7 日間の休業後 PCR 検査を行い Ct 値が 30 以上となった場合」に変更した。入院患者に関しては、免疫抑制状態であることを考慮し、隔離解除は Ct 値 35 以上を継続している。

021-5 新築移転に伴う全室個室化が COVID-19 院内感染に及ぼした影響

仙台厚生病院

○阿部 祐也 (あべ ゆうや)、佐々木周人、本田 芳宏

【目的】当院は 2024 年 5 月に新築移転し、全病室が個室となった。全室個室化に伴い、2020 年より実施していた面会制限を解除した。全室個室化が COVID-19 の院内感染に及ぼした影響を検討する。

【方法】移転前の 2023 年 5 月から 2024 年 4 月までの 1 年間と、移転後の 2024 年 5 月から 2025 年 4 月までの 1 年間において、COVID-19 と診断された入院患者数を発症日別に比較した。発症日は入院前から入院 2 日目、入院 3 日目から入院 6 日目、入院 7 日目以降に分類した。入院 2 日目までの症例を市中発症例、入院 7 日目以降の症例を院内発症例とした。入院 3 日目から 6 日目までの症例については判定困難例とした。また、移転後の 1 ヶ月あたりの面会患者数を確認した。

【結果】移転前 (2023 年 5 月から 2024 年 4 月) の COVID-19 入院患者数は 760 人であり、市中発症例は 44.2% (336/760)、院内発症例は 43.8% (333/760) だった。移転後 (2024 年 5 月から 2025 年 4 月) の COVID-19 入院患者数は 218 人であり、市中発症例は 95% (207/218) 院内発症例は 1.4% (3/218) だった。移転後の院内発症例 3 例のうち、面会者から感染したと考えられる症例は 1 例だった。全室個室となった移転後は移転前と比較し、院内発症例は大幅に減少した。また、移転前は面会制限を行い、面会者がいなかった。移転後は面会者へサージカルマスクの装着、手指衛生の遵守、健康状態の確認を行った上で面会を許可した。移転後の 1 病棟あたりの面会者数/月は 1013 人、平均面会者数/日は 32.67 人であった。面会制限解除後に院内発症例は増加していなかった。

【結論】全病室が個室になったことで、患者間での感染拡大が防止され、院内発症例の減少につながったと推察される。また、適切な感染対策のもとであれば、面会が院内感染の主要な要因にならないことが示唆された。

021-4 いずみの病院における SARS-Cov-2 感染：障害者病棟における疫学的検討

医療法人防治会いずみの病院¹⁾、高知学園大学健康科学部臨床検査学科²⁾

○並木健一郎 (なみき けんいちろう)¹⁾、古井 郁恵²⁾

【目的】新型コロナウイルス感染症 (以下 COVID-19) は、高齢者や基礎疾患を有する患者において重症化リスクが高い。中でも障害者病棟には、低 ADL・長期臥床・経管栄養等に加え、気管切開下での人工呼吸器 (以下 TPPV) 管理を要する患者が多く入院している。これらの患者は免疫機能の低下に加え、ケアに伴う密接な接触が避けられないことから、病棟内にウイルスが持ち込まれば、感染拡大と重症化の連鎖が懸念される環境にある。しかしながら、障害者病棟において TPPV が COVID-19 発症や予後に与えるを明らかにした報告は乏しい。本研究は、障害者病棟入院患者における SARS-Cov-2 感染危険因子を明らかにすることを目的とした。

【方法】2020 年 1 月 1 日～2025 年 3 月 31 日に当院障害者病棟へ入院した全患者を対象とし、収集項目は性別・年齢・入院日数・基礎疾患・ADL・栄養方法・呼吸管理・ワクチン接種歴・SARS-Cov-2 感染エピソード・COVID-19 発症の有無と予後・職員の感染者数および市中感染状況を調査した。主要評価項目として感染頻度 (回/1000 患者日) を算出し、副次評価として COVID-19 発症リスクの関連を、年齢・ADL・栄養方法・基礎疾患・ワクチン接種歴・市中流行状況等を交絡因子として検討する。

【結果】調査期間中に障害者病棟へ入院した患者は 201 名であり、延べ入院日数は 89,190 日であった。同期間中における SARS-Cov-2 感染エピソードは 64 回であり、このうち COVID-19 発症は 62 回であった。

【結語】障害者病棟における感染頻度と関連因子を統計学的に検討し、重症化予防策と病棟内感染対策の最適化に資する知見の提示をしたい。

022-1 当院の抗菌薬適正支援チーム (AST) 設置後のカルバペネム系抗菌薬の使用状況について

朝倉医師会病院 感染制御チーム

○西川 容子 (にしかわ まさこ)、井上 聡子、古賀 尚史、甲斐 健一

【背景・目的】当院では、2022 年 4 月より感染向上加算 1 の算定に伴って、AST を設置した。週 1 回のカンファランスを行い、2024 年 4 月には医師 1 名が加入し、カンファランスの内容が充実した。当院ではカルバペネム系抗菌薬の使用が多いため、AST 設置後のカルバペネム系抗菌薬の AUD ((抗菌薬使用量 ÷ DDD) ÷ 在院患者延数 × 100)、DOT (抗菌薬使用日数 ÷ 在院患者延数 × 100)、AUD/DOT の使用状況について報告する。

【活動内容】2022 年 4 月～2025 年 3 月までの採用カルバペネム系抗菌薬メロペネム (MEPM)、ドリベネム (DRPM)、チエベネム (IMP/CS) の 3 種類について、J-SIPHE を活用し AUD、DOT、AUD/DOT を算出し、年度毎に比較・評価した。

【結果】AUD : MEPM (1.58→1.55→1.24)、DRPM (0.22→0.12→0.05)、IPM/CS (0.08→0.04→0.09)、DOT : MEPM (3.24→2.83→2.62)、DRPM (0.26→0.13→0.06)、IPM/CS (0.17→0.08→0.17)、AUD/DOT : MEPM (0.49→0.55→0.47)、DRPM (0.84→0.89→0.83)、IPM/CS (0.49→0.53→0.53) であった。

【考察】2022 年以降、新型コロナ感染症の感染防止策のマスク着用の緩和、行動制限の緩和や外国人の受け入れなどがあり、抗菌薬の使用量が増加すると思われた。AST を設置し、カルバペネム系抗菌薬を使用した患者に早期介入し、抗菌薬の適正使用について、薬剤の変更や投与量の増量・減量、投与日数などの提案を行った。その結果、AUD について急激な増加はみられなかった。DOT については MEPM や DRPM はやや減少した。AUD/DOT については大きな変化はなかった。今後も AST 活動を充実させ、カルバペネム系抗菌薬の適正使用につなげていこうと考える。

022-2 中小病院における AST 始動後の抗菌薬使用量と *Pseudomonas aeruginosa* 薬剤感受性の変化

名戸ヶ谷あびこ病院

○松田裕士郎（まつだ ゆうじろう）、加藤久美子、坂本 美香

【背景・目的】抗菌薬適正使用支援チーム（AST）は、抗菌薬使用の適正化を通じて薬剤耐性菌の発生および拡大の抑制を目的として活動している。特に感染対策体制の整備が十分でない中小規模医療機関においては、AST を中心とした抗菌薬適正使用の推進が重要とされている。

病床数 141 床の当院は、2024 年 7 月より感染対策向上加算 1 を取得し、同年より AST 活動を開始した。

今回、AST 始動によって当院の抗菌薬使用量と *Pseudomonas aeruginosa* (*P.aeruginosa*) 変化を始動前後 1 年間と比較・評価した。

【活動内容】当院における AST 活動は、月 2 回の実施から開始し、広域抗菌薬使用症例への介入を行い、AST 担当医師より電子カルテ上に処方提案や評価等の内容を記録することとした。

【成果・考察】AST 開始前（2023 年 7 月～2024 年 8 月）と後（2024 年 9 月～2025 年 8 月）で、カルバペネム系 DRPM・MEPM、広域ペニシリン系 TAZ/PIPC の AUD (DDDs/100 patient-days) は、DRPM [前 2.39/後 3.34]、MEPM [前 0.10/後 0.63]、TAZ/PIPC [前 2.39/後 3.34] となった。

P.aeruginosa の薬剤感受性率は、LVFX[前 87.1%/後 87.1%]、TAZ/PIPC[前 81.0%/後 79.1%]、MEPM[前 83.9%/後 85.6%] となった。TAZ/PIPC について詳細に見ると、S 率はほぼ維持された一方で I 率は [前 12.1%/後 15.1%] へやや増加し、R 率は [前 6.9%/後 5.8%] へ減少していた。MIC 分布では、I 群で MIC64 株が減少し MIC 32 株が増加する傾向が認められ、I 領域内で低 MIC 側のシフトが示唆された。さらに MEPM の S 群において MIC ≤ 0.12 株 [前 23.1%/後 36.1%] へ増加しており、感受性の改善がより明確に示された。

カルバペネム系抗菌薬および TAZ/PIPC の AUD は、開始前と比較して高い値となり、使用量増加が認められた。*P.aeruginosa* の薬剤感受性率については、カルバペネム系抗菌薬および TAZ/PIPC の感受性率の改善傾向が認められた。

これらの結果を踏まえると、当院においても AST 活動による適正使用によって *P.aeruginosa* に対する薬剤耐性率減少に寄与しているものと考えられる。

今後も抗菌薬の適正使用および *P.aeruginosa* の薬剤耐性減少を目標により良い AST 活動と続けていきたい。

022-4 抗菌薬適正使用支援チームへの AI サマリー活用：プロンプト設計の実践と考察

慶應義塾大学病院 感染制御部¹⁾、慶應義塾大学医学部 臨床検査医学²⁾、慶應義塾大学医学部 感染症学教室³⁾

○福田 正悟（ふくだ しょうご）¹⁾、上糞 義典^{1,2)}、宇野 俊介^{1,3)}、八木 一馬^{1,3)}、高野 八百子¹⁾、南宮 湖^{1,3)}

【背景・目的】慶應義塾大学病院の Antimicrobial Stewardship Team（以下、AST）では、専従薬剤師が電子カルテより病名・経過を手動で収集・整理してリストを作成しており、業務負荷が課題であった。当院では電子カルテ情報をセキュリティが担保された環境下で ChatGPT と連携した AI サマリー機能（以下、AI サマリー）が実装されており、2025 年 9 月より AST 業務における病名・経過の要約に活用を開始した。大規模言語モデル Large Language Model（以下、LLM）を実臨床へ活用するうえで適切なプロンプト設計は不可欠であり、AST 業務向けに実施した設計の工夫と知見を報告する。

【活動内容】AI サマリーには GPT-4.1 を使用した。プロンプト設計にあたり、以下 4 点を工夫した。(1) 役割付与：「感染症専門医として患者のカルテを時系列にまとめる」役割を LLM に明示し、臨床的に意味ある情報の選択的抽出を促した。(2) 目的の明文化：「患者データを元に事実に基づく感染症治療の経過を記載する」と目的を提示し、出力方向を臨床業務に絞った。(3) 出力形式の安定化：具体的な記載例を提示することで、一貫したフォーマットを確保した。(4) 正確性の担保：「事実に基づき簡潔かつ正確に記述すること」を明記し、根拠のない推測の排除を図った。

【成果・考察】設計したプロンプトにより、AST 業務フローに適合した安定的なサマリー出力が実現した。運用を通じて AI 出力の精度はカルテ記載内容に直接依存することが確認された。AI はカルテ記載の範囲内でのみ出力するため根拠のない情報が生成されにくい利点がある反面、カルテ記載の質が出力精度に直結するという制約を伴う。これらの設計の工夫が、汎用 LLM を AST 業務に実用化するための有効な指針となると考える。一方、本検討は GPT-4.1（指示追従型モデル）を対象としたが、近年は自律的な思考過程を持つ推論モデルが主流化しつつある。モデル特性の変化に応じたプロンプトの再設計が求められ、AI の進化に合わせた継続的な見直しが持続的運用の鍵となる。（会員外共同研究者）橋本正弘、横山諒一、正好奏斗（慶應義塾大学病院 放射線科）

022-3 週 1 回の AST カンファレンスから「毎日のリアルタイム介入」へー専従看護師による全培養評価が変える感染症診療の質ー

国家公務員共済組合連合会東北公済病院

○富樫 ふみ（とがし ふみ）、千葉 博暁、千田 千春、竹中 尚美

【背景・目的】微生物検査外注および専門医不在の市中病院では、週 1 回の AST カンファレンスのみでは介入にタイムラグが生じ、最適治療を逸する懸念がある。当院では 2016 年より、専従看護師が電子カルテ掲示板を活用し、全培養結果に「毎日・即時」にアセスメントを行う体制を構築した。本報告では 10 年間の活動による臨床指標の変化と、質への影響を検証する。

【活動内容】専従看護師による以下の介入をルーチン化した。1. 治療最適化支援：グラム染色や感受性結果を精査し、抗菌薬の妥当性や組織移行性を考慮した変更の必要性を全例の掲示板に記載した。2. 臨床判断支援：把握が困難な前医での治療歴や培養結果を整理・分析し、現在の分離菌との整合性から「真の起炎菌」を同定。また、耐性パターン解析に基づき、抗菌薬使用時の注意点や代替薬を、医師記録に引用可能な形式で提示し迅速な判断を支援した。3. 感染源特定：菌種特性に基づき、抗菌薬使用歴や食習慣等の生活背景の深掘りを促す情報を提示し、原因の特定や再発予防を支援した。4. 採取手技の徹底：1% クロルヘキシジングルコン酸塩エタノール製剤の使用や 2 セット採取を再徹底し、汚染防止を図った。

【成果・考察】1000 人あたりの血液培養採取数は、2018 年度の 27.5 から 2025 年度（1 月時点）は 49.4 へと向上し、全国指標（45 以上）を達成した。陽性率は 21.7% と高く、看護師による迅速な情報補完が診断精度向上に寄与したと考えられた。毎日の介入が治療遅延を防ぎ、再発予防まで見据えた包括的な診療体制を構築できた。専従看護師によるリアルタイム介入は、市中病院の感染症診療を劇的に変える有効なモデルである。

022-5 IBacillus cereus/I 血培陽性増加を契機とした AST 専従薬剤師による末梢アミノ酸輸液投与時間介入の初期評価

順天堂大学医学部附属順天堂医院 薬剤部¹⁾、順天堂大学医学部総合診療科学講座²⁾

○青嶋 瑞樹（あおしま みずき）¹⁾、久保田早苗¹⁾、池田麻穂子²⁾、鈴木 麻衣²⁾

【背景・目的】IBacillus cereus/I は末梢ブドウ糖加アミノ酸輸液中で増殖し、投与時間延長が感染リスクとなる。当院では本菌の血液培養陽性例が増加し、2025 年 9 月時点で前年の年間件数を上回る 17 例（9 月のみで 5 例）を認めた。これを受け AST（Antimicrobial Stewardship Team）は輸液管理への介入が必要と判断した。本研究では薬剤師へ教育的介入を実施し、適正投与（8 時間以内）割合の変化を評価した。

【方法】2025 年 10 月、AST 専従薬剤師が薬剤師全体へ長時間投与のリスクと適正投与時間を周知し（適正投与：8 時間以内、不適正投与：8 時間超と定義）、8 時間超の処方時は疑義照会を行うよう病棟薬剤師へ依頼した。対象はビーフリード®500mL/1000mL 製剤、パレプラス®500mL 製剤とした。介入前（2025 年 1～9 月）と介入後（2025 年 11 月～2026 年 2 月）で投与時間区分別割合（6 時間以内、6：01～8 時間以内、8：01～12 時間以内、12：01 以上）および処方数（本）を比較した。介入後の割合は各月割合の単純平均で示した。

【結果】適正投与割合は、ビーフリード®500mL 製剤で介入前 67.7% から介入後 86.6%、パレプラス®500mL 製剤で 79.8% から 87.5% へ上昇した。パレプラス®500mL 製剤の処方数（月平均 741 本→770 本）に大差はなかった。一方、ビーフリード®1000mL 製剤の適正投与割合は 3.4% から 32.2% へ改善したが、月平均処方数は 179 本から 27.8 本へ大幅に減少した。これは 1000mL を 8 時間以内で投与し切るという運用上の制約が影響した可能性がある。また、適正投与に関する疑義照会件数は、介入前の月平均 0.78 件から周知直後の 1 週間で 10 件へと急増し、11 月以降も月平均 8 件で推移した。

【結論】AST が血液培養結果から課題を抽出し、専従薬剤師による教育的介入を起点に薬剤部内で共通認識した。その結果、病棟薬剤師による疑義照会が増加し、対象製剤における適正投与割合が増加したことから、末梢ブドウ糖加アミノ酸輸液の投与時間適正化に寄与した可能性が示された。

022-6 AST 活動の抗菌薬使用量と血液培養指標に対する効果

市立ひらかた病院 薬剤部¹⁾、市立ひらかた病院 医療安全管理室 感染防止対策部門²⁾、市立ひらかた病院 中央検査科³⁾

○田中 鉄也 (たなか てつや)^{1,2)}、嶋木 美和²⁾、
浮村 聡^{2,3)}

【背景・目的】市立ひらかた病院は335床の急性期病院である。当院では2018年4月に抗菌薬適正使用支援加算の算定を開始し、2024年4月には感染症専門医が着任しAST活動の活性化を開始した。本研究では、AST加算算定後8年間の抗菌薬使用量とプロセス指標の推移を記述し、AST活動の実践状況を評価した。

【方法】2017年1月～2025年12月の単施設後方的研究。評価項目は、注射抗菌薬のAntimicrobial Use Density (AUD) および Days of Therapy (DOT) を月別算出し年平均を算出、内服抗菌薬のDefined Daily Doses (DDDs) を算出し外来受診患者延数100あたりに標準化しAWaRe分類による評価、血液培養のプロセス指標(15歳以上の提出率、複数セット率、汚染率)について経時変化を評価した。本研究は、当院倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号:202402)。

【結果】注射抗菌薬では、カルバペネム系DOTが2017年2.026から2018-2019年は1.958-2.097で推移した。2020年はCOVID-19受け入れによるマンパワー不足の影響で2.688へ増加し、2021-2023年も2.479-2.965の高値で推移した。2024年の感染症専門医着任とAST活動活性化後は1.890へ減少し、2025年は1.680となり、2017年比で17%減少した。内服抗菌薬では、第3世代セファロスポリン(セフカペン)が2017年3.0 DDDs/外来受診患者延数×100から2024年0.9へ70%減少した。AWaRe分類 Access群では、アモキシシリン/クラバン酸が2017年0.4から2024年1.4へ増加、ドキシサイクリンが2019年0.5から2024年8.0へ増加、セファレキシムが2021年採用開始後2024年0.6となった。血液培養提出率は2017年15.1%から2024-2025年平均24.0%へ上昇した。複数セット率は90%以上を維持し、汚染率は1%前後で推移した。

【結論】AST加算算定後8年間で、カルバペネム系使用量の削減、内服抗菌薬のAWaRe分類 Access群への適正化、血液培養提出率の向上が観察された。COVID-19によるマンパワー不足で一時増加したカルバペネム系使用量は、感染症専門医着任によるAST活動活性化後に大幅に削減された。継続的なAST活動と専門医の関与が抗菌薬適正使用に有効であることが示唆された。

023-2 NAAT 導入前後の CD トキシン検出率の比較と導入による効果

社会医療法人 畿内会 岡波総合病院

○原 貴久 (はら たかひさ)、松島 志保、
藤澤 春美、濱野 飛鳥

【背景】「Clostridioides difficile 感染症診療ガイドライン2022」の検査のフローチャートでは Clostridioides difficile 感染症の検査として、Glutamate dehydrogenase (GDH) / トキシン検査と Nucleic acid amplification test (NAAT) が示されている。当院では2025年1月までは、GDH陽性・トキシン陰性の場合には便を2日間培養し、得られた菌株でトキシンを再検査する培養法を行っていた。2025年2月からはPCR機器(GeneXpert®/ベックマンコールター社)を導入し、GDH陽性・トキシン陰性の場合には即日NAATにてC.difficileのトキシンB遺伝子を検出する方法に変更した。変更前後で検出率の変化と感染対策期間の短縮効果を調査した。

【方法】2024年2月から2025年1月までの1年間と導入後の1年間でNAAT導入前後のCDトキシン検出率を調査した。また、NAATにて即日陰性が判明したため個室隔離・接触予防策に至らなかった患者の数を調査した。

【結果】検査数:導入前91件、導入後101件であった。トキシン陽性数:導入前10件、導入後7件であった。GDH陽性・トキシン陰性検体のトキシン陽性化率:導入前(培養法)50.0%、導入後(NAAT)44.4%であり、2者に有意な差はみられなかった(p>0.1)。また、NAATにて即日陰性が判明した患者は5名であった。これまでの培養法では判定までに2日を要するため、結果が判明するまで接触予防策対象として管理していた。しかしNAATでは即日判定できるため、下痢などの症状がない事を確認した上で対策を解除することができる。よって、リハビリテーション介入が可能となりADL低下の抑制が期待される。また、医療従事者においては、PPEは標準予防策に準じた着用であるためケア提供の効率性が向上した。さらに感染隔離に伴う個室ベッドの確保が不要になった。検査の試薬代については、1件あたり培養法では1078円、NAATでは4650円であったが、感染対策向上加算1の施設基準を満たした病院ではNAATに450点加算できるため負担は小さかった。

【結論】培養法とNAATではCDトキシンの検出率に有意差はなく、NAATでは患者や病院への不利益がより少なかった。感染対策向上加算1の病院では培養法よりNAATが有益である。

023-1 大腿骨遠位軟骨肉腫術後の腫瘍用人工関節周囲感染に対し、CLAP療法によりインプラント温存が可能であった1例

阪和記念病院 整形外科

○竹内 弘之 (たけうち ひろゆき)

【背景】広範切除を必要とする骨軟部腫瘍における手術部位感染(SSI)は発生率が高く、その管理は極めて困難である。特に悪性疾患自体が稀少であるため、エビデンスに基づいた治療法が確立されていない現状がある。今回我々は、悪性骨腫瘍術後のインプラント周囲感染(PJI)に対し、持続局所抗菌薬療法(CLAP)を施行し、インプラントを抜去することなく患肢温存と社会復帰を達成した良好な経過を経験したので報告する。

【症例】患者は61歳男性。既往歴にアトピー性皮膚炎、2型糖尿病。現病歴、左大腿骨遠位軟骨肉腫の再発に対し、広範切除および腫瘍用人工関節置換術を施行した。術後11か月、創部痛および発赤が出現し、インプラント周囲感染症と診断。膿汁および血液培養よりMethicillin-susceptible Staphylococcus aureus (MSSA) が検出された。デブリードマンおよび洗浄術を施行し、入院中はセファゾリン(CEF)+リファンピシン(REF)、外来移行後はセファクロル(CCL)+REFの内服治療を行い、一旦は鎮静化した。しかし、半年後にアトピー性皮膚炎に伴う皮膚掻痒感が増悪。皮膚科通院の中断もあり、掻破痕を伴う創部周囲の感染徴候、内部より膿汁も認めためて再感染と診断した。皮膚科との連携により皮膚疾患の管理を強化。患者の患肢温存希望が強く、インプラント抜去を回避するためCLAP療法を選択した。デブリードマン、洗浄に加え、持続局所灌流および抗菌薬含有V.A.C.療法を施行した。2回のCLAP療法施行後、感染は鎮静化した。術後の経過は極めて良好であり、現在、患者は介護職への職場復帰を果たしている。

【考察・結論】腫瘍用人工関節術後感染に対する標準的治療として、抗菌薬投与、デブリードマン、一次的あるいは二次的再建術、または切断術が検討される。近年、整形外科領域における開放骨折や難治性骨髄炎に対し、CLAP療法の有効性が報告されている。本症例のように、悪性骨腫瘍術後PJIにおいても、CLAP療法はインプラント温存および機能維持を実現する有用な選択肢となり得ることが示唆された。

023-3 溶血性レンサ球菌菌血症の検討<劇症型溶血性レンサ球菌感染症を中心に>

日産厚生会 玉川病院 感染管理室¹⁾、日産玉川病院 脳神経内科²⁾

○齋藤 和幸 (さいとう かずゆき)^{1,2)}、横溝 直子¹⁾、
高野 綾香¹⁾

【背景・目的】劇症型溶血性レンサ球菌感染症(STSS)の約30-40%が死亡する。増加するSTSSの経過を考察する。

【方法】2024年4月1日から2026年2月末日まで血液培養陽性溶血性レンサ球菌菌血症24例(男:女=12:12;年齢83.8±11.3歳)のうちSTSS群4例A(蜂窩織炎2例、足趾潰瘍、不詳;全て死亡)、感受性判明までにショック症状のない死亡群3例B、生存17例C群の臨床経過を後方視的に検討した。

【結果】G群溶血性レンサ球菌19例(STSS4例)、B群溶血性レンサ球菌5例、感染源は蜂窩織炎10例、腸腰筋・傍脊柱筋・大腎筋膿瘍、足趾潰瘍、感染性心内膜炎、肺炎、尿路感染症、眼内炎、6例は不明であった。発症から入院まで平均1.42±1.91日、血液培養でGram陽性球菌判明まで19時間55分±9時間26分、感受性判明まで3.79±0.87日要した。7例が死亡した。平均入院期間は30.3±26.4日、A群はC群と比べ有意に短かった(3.8±1.3日、38.3±26.5日;P=0.047)。感受性判明までの最低収縮期血圧(SBP)は99±16mmHgであった。主な血液検査はWBC11913±6627/μl、Plt19.7±12.1万、D-Dimer6.2±6.5μg/ml、Alb3.0±0.6g/dl、CRP11.7±8.2mg/dlであった。C群(104±8mmHg)に比べ、死亡A+B群(85±21mmHg;P=0.005)及びA群単独(68±12mmHg;P=0.000023)でSBPが有意に低かった。B群(10時間27分±6時間20分)はC群(19時間56分±6時間10分)に比べGram陽性球菌判明まで有意に短かったが(P=0.032)、A群(23時間0分±16時間23分)ではB群及びC群と有意な差はなかった。A群では、入院時と比べ翌日のCRP(7.0±8.1mg/dl、23.5±6.9mg/dl;P=0.036)は有意に上昇していた。A群はB群に比べSBP(68±12mmHg、106±7mmHg;P=0.01)及びCRP(7.0±8.1mg/dl、23.2±1.0mg/dl;P=0.00006)が有意に低く、感受性判明まで長い傾向にあった(4.5±0.5日、3.0±0.9日;P=0.052)。

【結論】STSS群AではSTSS以外の死亡群Bと比べSBP及びCRPが有意に低く、Gram陽性球菌判明まで長時間要していたことから、入院時にSTSSを見極めるのは極めて困難であると予想された。

023-4 当院で診断されたレジオネラ症の感染源・感染経路の検討

JA岐阜厚生連岐阜・西濃医療センター西濃厚生病院 検査科¹⁾、
JA岐阜厚生連岐阜・西濃医療センター西濃厚生病院 感染対策
室²⁾

○伊藤陽一郎 (いとう よういちろう)¹⁾、渡邊亜矢子²⁾、
小寺志津枝²⁾

【背景・目的】レジオネラ症の主な感染経路はレジオネラ族菌を含むエアロゾルの吸入であり、代表的な感染源は冷却塔水、加湿器、循環式浴槽等の人工環境水である。また感染経路として粉じん吸入があり感染源として腐葉土が挙げられている。レジオネラ症は温泉・入浴施設、病院、高齢者施設等での人工環境水を感染源とした集団感染事例が発生しているが、散発例では感染源が不明であることが多い。当院症例の感染源・感染経路を検討した。

【方法】対象は2023年10月から2025年12月までに当院でレジオネラ症(肺炎型)と診断された散発例7例である。疫学調査と喀痰培養による細菌学的検討を行った。

【結果】全例が男性で年齢は50代1例、70代4例、80代2例であった。全例がレジオネラ尿中抗原検査で診断され、診断月は7月1例、10月4例、11月2例であった。海外旅行関連疑いの1例(50代男性、11月診断)を除き6例に発症2日前から10日前の潜伏期間中に野外作業歴があった。電動草刈り機を用いた田や道路脇の草刈りが3例、高圧洗浄機を用いた庭の清掃が1例、高圧洗浄機を用いた碎石場でのダンプトラックのタイヤ泥落としが1例、畑のシート除去作業が1例であった。野外作業歴のある6例中5例に喀痰培養が行われ、4例から *Legionella pneumophila* 血清群1が分離された。分子疫学解析では2株が土壌分離株が多く含まれるグループに属していた。(1株は本邦2例目でいずれのグループにも属さない、1株は検査中)

【結論】レジオネラ族菌は水中や土壌のアメーバ等内に存在する環境細菌で、20～45℃で繁殖し36℃前後が発育至適温度である。またレジオネラ族菌は降雨量が多い環境で繁殖しやすく、レジオネラ症は日本では夏から秋にかけて多い。好発時期に機械類を用いた野外作業や土埃の舞うシート除去作業を行うことによりレジオネラ族菌を含むエアロゾルや粉じんを吸入しやすい状況になったと推測された。農作業やガーデニング、災害復旧作業等の野外作業による感染は報告されているが、レジオネラ症においてどの程度占めるのか不明である。野外作業による感染が従来思われているよりも多いのではないかと推測され、さらなる症例の蓄積が必要である。

023-6 当院で発生した *Bacillus cereus* 菌血症事例の発生因子の検討

岩手県立磐井病院

○松澤 亮 (まつざわ まこと)、千葉 優花

【背景】2021年7月から9月にかけて血液培養(以下血培)から *Bacillus cereus* (以下 *B.cereus*) の検出が3件続いた。原因分析を行い、環境培養の結果をもとに2022年1月から清拭タールをディスプレイに変更した。その後も *B.cereus* 菌血症の報告が続いたため、2022年6月からは側注時の消毒方法の見直し(ゴシゴシと擦る)をリンクナース会等で開始した。その結果、2022年9月以降の発生はなくなった。この経験を踏まえ、当院における *B.cereus* 菌血症の発生に関連した因子を明らかにするため、患者背景を含めた分析を行い、課題を見出したので報告する。

【方法】2017年1月～2023年9月に入院48時間以降に採取した血培検体で *B.cereus* が2セット陽性の患者を対象とし、診療録からの後ろ向き調査を行った。調査項目は、診療科・入院病棟・入院区分・既往歴・免疫抑制剤使用の有無・糖尿病の有無・投与経路(末梢静脈または中心静脈)・末梢ブドウ糖加アミノ酸製剤(以下アミノ酸製剤)使用歴と投与時間(6時間以上)・混注や側注の有無・アミノ酸製剤使用後血培陽性になるまでの日数・他の部位の感染巣の11項目とし、単純集計、共通因子を抽出した。

【結果】対象患者は12名で、平均年齢79.8歳(中央値83歳)であった。対象患者のうちアミノ酸製剤使用患者は11名であった。アミノ酸製剤使用患者11名全員が「65歳以上」「緊急入院」「アミノ酸製剤6時間以上の持続投与」「末梢静脈」の項目が該当し、「側注あり」は10名が該当した。診療科や入院病棟、混注の有無、免疫抑制剤の使用、糖尿病の有無、他の部位の感染巣の有無については、関連性はみられなかった。

【結語】当院で発生している *B.cereus* 菌血症症例について後ろ向き調査を行った結果、先行研究と同様に「アミノ酸製剤6時間以上の持続投与」が該当した。加えて、「末梢静脈栄養」「側注あり」が共通因子であった。このことから、当院においても「アミノ酸製剤の6時間以内投与」を推進していくことが必要である。さらに、側注時の消毒方法を見直した後に *B.cereus* 菌血症が減少したことから当院の感染対策上、側注時の消毒方法(ゴシゴシと擦る)が重要であることが明らかとなった。

023-5 *C. difficile* ELITe MGB Kitを用いた融解曲線解析によるPCR-ribotype 027推定の検討

静岡市立清水病院

○塩川 一樹 (しおかわ かずき)、池ヶ谷佳寿子、
谷藤 流空、更谷 和真、齋藤 敦子、宮上 麻実、
土屋 憲、芦澤 洋喜、増田 昌文

【目的】*Clostridioides difficile* 感染症(CDI)において、高病原性株であるPCR-ribotype 027(RT027)はアウトブレイクの高リスクが高く、早期の把握は院内感染対策上極めて重要である。*C. difficile* ELITe MGB Kit(ELITechGroup社)は、MGBプローブ法により *tcdB* 遺伝子を検出するが、RT027の直接同定機能は有していない。一方、添付文書には融解曲線解析における *tcdB* 遺伝子のTm値が62.00℃以上の場合、RT027の可能性が示唆される旨が記載されている。本研究では、本試薬の融解曲線解析におけるTm値の差異を利用し、RT027を推定可能か検討した。

【方法】2023年4月から2024年12月までに当院で *tcdB* 陽性と判定された臨床検体53検体、*C. difficile* ATCC 43596(非RT027)、*C. difficile* ATCC BAA-1870(RT027)、バイナリートキシン陽性臨床分離株を対象とした。全自動遺伝子解析装置GeneLEAD VIIIおよび本試薬を用い、各検体の融解曲線解析から得られた *tcdB* 遺伝子のTm値を比較した。

【結果】臨床検体53検体のTm値の平均は60.82±0.47℃であり、全例が62.00℃未満であった。非RT027のTm値は60.40℃であった。一方、RT027およびバイナリートキシン陽性臨床分離株のTm値はいずれも62.60℃を示した。この値は臨床検体群の平均値から3.5SD以上乖離した値であり、62.00℃を境界とすることで、RT027の可能性が高い検体を抽出するスクリーニング手法としての有用性が示唆された。

【結論】*C. difficile* ELITe MGB KitにおけるTm値解析は、追加の試薬や検査工程を必要とせず、検査過程においてRT027の可能性が推定可能な手法である。高病原性株の可能性を早期に臨床およびICTへ共有するためのスクリーニング法として、迅速な院内感染対策への応用が期待される。

024-1 新規入院患者の耐性菌保菌状況に関する検討

小倉到津病院 放射線科¹⁾、小倉到津病院 感染制御部²⁾

○荒上 文秀 (あらかみ ひでふみ)¹⁾、村谷 哲郎²⁾、
朔 晴久²⁾

【背景・目的】当院は特殊疾患病棟53床、医療療養病棟47床を有する平均在院日数513日(2025年)の病院である。抗菌薬の適正使用、感染対策には力を入れているが、入院患者の耐性菌保菌率が高い。また、当院は入院時に便、喀痰、尿の細菌培養検査を実施している。今回耐性菌対策の一環として入院時の耐性菌保菌状況を検討したので報告する。

【方法】2018～2025年の8年間に1回以上細菌培養検査を実施した500名の細菌検査の結果を対象とした。入院後48時間以内に細菌検査を行った患者のうち、再入院患者(2012年以降)を除いた313名の結果を新規入院患者のデータとした。同一患者の異なる材料から同一菌種が分離された場合、薬剤耐性が同じ株は1株として集計した。

【結果】VREは5名から分離、CREは2020年に1名からカルバペネムゼン非産生 *Enterobacter cloacae* が分離、MDRAは2024年に1名分離されたが、いずれも他の患者への伝播は認めなかった。入院中の患者からMDRAの分離はなく、CREはMEPM感受性、IPMおよびCMZ耐性株が3名の患者から分離された。MRSAは81名から分離され、新規患者を含めた入院患者203名から分離された。MDRPは入院時に分離されていないが、入院中の患者から2018年に1名分離された。ESBL産生大腸菌および肺炎桿菌は102名および33名から分離され、入院患者256名および147名から分離された。

【結論】入院時に耐性菌が持ち込まれるケースが多に多いことが明確となった。嚴重な感染対策が必要なVRE、CRE、MDRAが分離されたが、すべて入院中の患者に伝播せず、いずれも早期に消失しており、現在の感染対策は問題ないと考えられた。一方、新規入院患者の保菌率および入院患者で1度でも検出された割合は、MRSA 25.9%および40.6%、ESBL産生大腸菌32.6%および51.2%、ESBL産生肺炎桿菌10.5%および29.4%といずれも入院時よりも耐性菌保菌率が増加していた。これらの耐性菌は鼻腔や腸内に常在している菌種である。また、3ヶ月連続陰性となっても、再び分離されるので、消失させることは難しい。当院は60%強の患者が人工呼吸器を使用しており、呼吸感染症発症が多く、適切な感染対策が重要である。

024-2 ESB� 産生腸内細菌目細菌の院内新規保菌状況の検討

神奈川県立こども医療センター 感染制御室

○鹿間 芳明（しかま よしあき）、大原 祥、
松野真佐俊、山下 恵、川合 貴子、清水 祐一、
新海 実希、岩崎 文香

【背景・目的】多剤耐性菌検出率の増加は公衆衛生上の世界的な問題とされている。ESBL (Extended-spectrum beta-lactamase) 産生腸内細菌目細菌（以下 ESB� 産生菌）は代表的な多剤耐性菌のひとつであり、病院内伝播の防止に努める必要があるが、接触感染予防策の必要性については議論が分かれている。今回我々は、当院入院患者で検出された ESB� 産生菌が院外からの持ち込みか院内伝播による新規保菌かを検討したので報告する。

【対象・方法】2023 年 1 月から 2025 年 12 月までの 3 年間で、入院時もしくは入院後に ESB� 産生菌の保菌が判明した患者を診療録から後方視的に抽出した。それぞれの患者の入院日時と保菌が判明した日時を比較して、保菌判明時の検体採取が入院前もしくは入院後 72 時間以前であれば「持ち込み」、入院後 72 時間以降であれば「院内伝播」とした。長期入院中の患者で、調査期間以前に保菌が判明している患者は対象外とした。「持ち込み」「院内伝播」事例に関して、菌種・入院病棟等で比較を行った。独立した 2 群間の比率の比較には Fisher の正確検定を用いた。

【結果】ESBL 産生菌の保菌が判明した入院患者は 3 年間でべ 110 名で、菌種別では大腸菌 64 名（院内 23：持込 41）、肺炎桿菌 28 名（院内 17：持込 11）、*Citrobacter freundii* 9 名（院内 9）、*Proteus mirabilis* 8 名（院内 4：持込 4）、*Citrobacter koseri* 1 名（院内 1）であった。大腸菌と比較して肺炎桿菌は有意に院内伝播例の割合が高かった。*C. freundii* は全例 NICU・新生児病棟での院内伝播例であった。病棟別では、NICU・新生児病棟で院内 26：持込 11 と他の病棟に比べ有意に院内伝播例の割合が高かった。年ごとの比較では院内伝播例の増加・減少は認めなかった。

【結語】当院では現在、NICU・新生児病棟でのみ ESB� 産生菌保菌者の接触感染予防策を行っているが、これらの病棟では院内伝播例の割合が高く、接触感染対策を続けることは妥当であると考えられた。また、大腸菌に比べ肺炎桿菌は水平伝播のリスクが高い可能性が示唆された。

024-3 入院患者におけるバンコマイシン耐性腸球菌保菌の陰性化までの期間の検討

国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 応用疫学研究センター 実地疫学専門家養成コース¹⁾、国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 応用疫学研究センター²⁾、国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 薬剤耐性研究センター³⁾、沼津市立病院 感染対策室⁴⁾、静岡県立静岡がんセンター 感染症内科⁵⁾

○赤澤 奈々（あかざわ なな）¹⁾、山岸 拓也^{2,3)}、
黒須 一見^{2,3)}、白井 保子⁴⁾、倉井 華子⁵⁾、菅井 基行³⁾

【背景・目的】バンコマイシン耐性腸球菌（vancomycin-resistant enterococci：VRE）は医療機関における感染対策上重要な耐性菌であり、保菌患者の隔離期間やフォローアップ方針の決定には保菌者の自然経過や陰性化までの期間に関する知見が重要である。しかし保菌経過の報告は限られている。本研究では、市中の総合病院（以下、A 病院）における VRE 保菌患者の陰性化までの期間および再陽性化の状況を明らかにすることを目的とした。

【方法】2021 年 2 月 22 日から 2025 年 12 月 31 日までに A 病院で VRE が分離された入院患者を対象とした後ろ向き観察研究を実施した。陰性化は 1 週間以上の間隔をあげた 3 回連続陰性と定義した。分離から陰性化までの期間、患者背景および再陽性化の状況について検討した。

【結果】研究期間中に 572 例から VRE が分離され、そのうち 3 回連続陰性を確認できた症例は 74 例（13.1%）であった。男性 41 例、女性 33 例で、年齢中央値は 80 歳（IQR：72–83 歳）であった。全例が保菌例であった。VRE 分離から陰性化確認までの期間の中央値は 52 日（IQR：16–144 日）であった。陰性化を確認した 74 例のうち 7 例（9.5%）で再陽性化を認め、再陽性化までの期間の中央値は 101 日（IQR：66–260 日）であった。

【結論】VRE 保菌患者の一部では一定期間で陰性化を確認できた。VRE は一般に 3 回連続陰性確認が感染対策解除の日安とされており、本研究結果は VRE 保菌患者の管理方針や隔離解除基準、検査戦略の検討する上で有用な知見と考えられた。

024-4 *Lactobacillus* 属菌血症に関する後方視的検討

市立ひらかた病院 医療安全管理室 感染防止対策部門¹⁾、市立ひらかた病院 臨床検査科²⁾、大阪医科大学 功労教授³⁾、市立ひらかた病院 薬剤部⁴⁾

○浮村 聡（うきむら あきら）^{1,2,3)}、田中 鉄也^{1,4)}、
嶋木 美和¹⁾

【背景】*Lactobacillus* 属はグラム陽性桿菌で正常な消化管および泌尿生殖器の常在菌で、病原性が低く免疫機能正常者における感染症の原因としては稀である。しかし免疫不全患者における *Lactobacillus* 属菌血症の意義についての報告や感染性心内膜炎（IE）の起因菌となるという報告があるが、その臨床的意義は十分に解明されていない。*Lactobacillus* 属菌血症患者を後方視的に検討し、その臨床的意義について既報と比較し検討する。

【症例】当院で過去 7 年間の血液培養陽性患者から *Lactobacillus* 属菌血症患者を抽出しその病像と *Lactobacillus* 属の抗菌薬感受性について検討した。合計 4 例の *Lactobacillus* 属菌血症患者を認め 3 例が男性で 1 例が女性、年齢は 78±10 歳と高齢であった。1 例が消化管穿孔で 2 例はウロゼブシ、1 例の侵入門戸は不明であった。4 例中 3 例で血液から複数菌が検出された。全例で基礎疾患を認め、2 例は悪性腫瘍、1 例はたこつぼ心筋症による低心拍出状態であった。Charlson Comorbidity Index (CCI) は 4–8 点で 8 点の 1 例が死亡した。経験的治療が *Lactobacillus* 属にも有効であったのが 3 例で 1 例は感受性のない IPM で治療されたが臨床的に改善を認めた。2 例で心エコーにより IE が除外された。抗菌薬感受性では ABPC は 1 例で耐性であり AMPC/CVA と CLDM はすべて感性、IPM は 1 例で耐性、VCM は 1 例のみ感性でセフェム系抗菌薬の感受性は多様であった。

【考察・結論】*Lactobacillus* 属自体の病原性は高くはないと考えられ、抗菌薬のカバーなしで改善する症例も存在した。*Lactobacillus* 属とともに複数菌が同時に検出される症例が多く、CCI も高値であり *Lactobacillus* 属菌血症は重篤な基礎疾患や消化管穿孔を合併する患者の指標となる可能性が考えられた。当院における AST 活動が活性化する以前は主治医がコンタミネーションと判断し、合併の報告がある IE の除外が行われなかったのが半数で、治療対象と考えられていなかったと推定された。治療面では β ラクタム系抗菌薬の感受性は多様で ABPC 耐性菌も認め、 β ラクターマーゼ阻害薬配合ペニシリンが有力な選択剤となる可能性が示唆された。

024-5 陰部ケア方法の変更が *Clostridioides difficile* 抗原陽性率に与える影響

総合病院 鹿児島生協病院

○堀之内ルミ（ほりのうち るみ）、佐伯 裕子、
山口 浩樹、田上 昭代、工藤寿三枝

【背景・目的】*Clostridioides difficile*（以下 *C. difficile*）は環境中での生存性が高く、医療関連感染の重要な原因菌である。当院では陰部ケアに石鹸とお湯を使用していた。洗浄時の飛沫がベッド周囲環境へ付着し環境汚染を介した伝播と、使用後の物品を汚物室で洗浄する際にも水の飛沫が発生し汚物室環境を介した伝播が懸念された。

陰部ケア方法を「石鹸とお湯によるケア」から「陰部清拭用ワイプシート（以下ワイプシート）によるケア」へ変更することで、*C. difficile* 抗原陽性率に変化が生じるかを検証する。

【方法】2022–2025 年に実施した *C. difficile* 抗原検査を対象とし、2022 年：石鹸とお湯、2023–2025 年：ワイプシートの 2 群に分けて陽性率を比較した。統計解析にはカイ二乗検定を用いた。

【結果】2022 年の陽性率は 28.1%（158/562）であった。ワイプシート導入後の陽性率は、2023 年：18.1%（98/540）、2024 年：17.0%（77/454）、2025 年：12.7%（53/417）と年々減少した。2023–2025 年の合算陽性率は 16.2%（228/1411）であり、2022 年との比較では $p < 0.0001$ と有意に低下した。

【考察・結論】石鹸とお湯を用いた陰部ケアでは、洗浄時の飛沫がベッド周囲環境へ拡散し環境汚染を介した伝播が生じた可能性がある。また、汚物室での物品洗浄時にも飛沫が発生し、環境を介した伝播に寄与したと考えられる。ワイプシートの導入により飛沫発生が抑制され、環境汚染の低減につながった結果、陽性率が有意に低下したと考える。

陰部ケア方法をワイプシートへ変更することで、*C. difficile* 抗原陽性率は有意に低下した。飛沫抑制を目的としたケア方法の見直しは、環境を介した伝播防止に有効である可能性が示唆された。

024-6 ICU入室患者における真菌菌血症—在室日数への影響と危険因子—

社会医療法人生長会 ベルランド総合病院 感染管理室

○山田加代子(やまだ かよこ)、田中まこと、南村 弘佳

【背景・目的】真菌菌血症は重症患者における重要な院内感染の一つであり、診断や治療の遅れは予後悪化や入院期間延長につながる事が知られている。本研究では、急性期病棟 ICU 入室患者において、真菌菌血症合併と在院日数の関連および発症の危険因子について検討を行ったので報告する。

【方法】2022 年 1 月から 2024 年 12 月に ICU に入室した 2,594 例を対象とした。真菌菌血症は血液培養検査における真菌検出をもって定義した。まず、真菌菌血症合併の有無と在室日数の関連について Mann-Whitney U 検定を用いて比較した。次に、説明変数を年齢、性別、7 日以上入室とし、多変量ロジスティック回帰分析(強制投入法)を行った。さらに、年次別発生割合については χ^2 検定で比較した。最後に真菌菌血症合併例(再入室例除外後 23 例)に対し、抗菌薬投与から真菌検出までの日数調査を行った。

【結果】真菌菌血症は 2,594 例中 26 例(1.0%)であった。年次別発生割合は 2022 年 0.5%、2023 年 1.5%、2024 年 0.9% であり、有意差は認めなかった($p=0.59$)。真菌菌血症合併群の ICU 在室日数中央値は 13 日、非合併群では 3 日であり、合併群は非合併群と比べて約 4.3 倍の在室日数であり、長期入室がリスク因子として示唆された($p<0.001$)。年齢および性別と真菌菌血症との関連は認めず、在室 7 日以上が有意な危険因子であった($OR=8.58$, 95%CI: 3.86-19.08)。真菌検出までに抗菌薬が投与されていた日数の平均は 14.6 日(中央値 14 日、最大値 37 日、最小値 0 日)であった。【結論】ICU 入室患者における真菌菌血症合併は在室日数延長と強く関連していた。ICU 在室 7 日以上が真菌菌血症合併の危険因子であることが示唆された。また、抗菌薬の投与平均が 14.6 日であったことから、抗菌薬との関連を探索する必要がある。本研究は単施設後ろ向き研究であり、対象症例数が少数であることから、今後は症例数を増やした前向き研究での検証が今後の課題である。

025-1 侵襲性髄膜炎菌感染症発生時における対応の実際と課題

医療法人社団洛和会 洛和会音羽病院

○井上 通人(いのうえ みちと)

【背景・目的】侵襲性髄膜炎菌感染症(IMD)は進行が極めて早く、発症後 24~48 時間以内に致死的となることがあり、一例発生でも「アウトブレイク」と捉え即時対応が求められる感染症である。当院では IMD の報告を受け、院内での IMD 発生時対応を実施した。本報告では、当院での IMD 疑い例発生時の対応プロセスを整理し、実施した活動と得られた課題・改善点を明らかにすることを目的とした。

【活動内容】IMD 発生時対応ガイドライン(第二版)を基盤に、1. 発生届受理後の即時情報収集、2. 濃厚接触者の抽出、3. 予防内服の迅速な実施、4. 検査体制の事前整備、5. 標準予防策の再確認、の 5 点を重点項目として体制を構築した。濃厚接触者は「症状出現 7 日前~治療開始 24 時間後までの曝露」に基づき抽出し、医療従事者については PPE 不使用で咽頭分泌物に曝露した者を対象とした。院内外での予防内服は迅速性を重視し、院外接触者への対応は自費診療となるため保健所との連携(受診案内等)を必要とした。院内では受診動線と処方箋発行・処方までの調整を行った。また、検体提出に際しては包装責任者の配置確認、検査室との事前連携、保健所との搬送手順確認を実施した。

【成果・考察】本取り組みにより、接触者リスト作成から予防内服開始までの時間短縮が可能となり、IMD 対応における最大の目的である二次感染防止に寄与した。特に、健康観察期間(20 日間)の指導体制整備により、接触者の早期受診につなげる仕組みが確立できた。一方、院外調整や複数部署を跨ぐ情報伝達には課題が残り、平時からの訓練や統一フォームの整備が重要と考えられた。IMD は稀な感染症であり、医療機関だけでなく保健所でも対応に慣れているとは言えないこと、さらに重症化リスクが高いことから、院内即応体制の継続的改善および平時からの保健所との連携強化が重要であると考えられた。

025-2 本邦医療機関の排水より分離された薬剤耐性腸内細菌目細菌の分子遺伝学的解析

奈良県立医科大学 微生物感染症学講座¹⁾、奈良県立医科大学 感染症内科学講座²⁾

○鈴木 由希(すずき ゆき)¹⁾、笠原 敬²⁾、矢野 寿一¹⁾

【背景・目的】近年、薬剤耐性菌対策の一環として排水のモニタリングや処理方法が注目されている。しかし、排水中の薬剤耐性菌の実態やヒト由来分離株との関連性、ヒトへのリスクについては不明な点が多い。今回私たちは、本邦医療機関の排水を対象に、分離された薬剤耐性腸内細菌目細菌の分子遺伝学的特徴を解析し、その実態を明らかにした。

【方法】2020 年 7 月から 2023 年 3 月に、本邦の一医療機関の排水を計 32 回採取し、mSuper CARBATM と DHL 寒天培地にて薬剤耐性菌を選択培養した。コロニー形態と薬剤感受性パターンの異なる株を選択し、質量分析、16S rRNA 解析により菌種を同定した。耐性遺伝子(ESBL、カルバペナーゼ)の型別は PCR とシーケンシングにより、薬剤感受性は CLSI に準拠した寒天平板希釈法により決定した。大腸菌と肺炎桿菌のゲノム型は MLST 解析で決定した。

【結果】採取した病院排水 32 サンプルより、計 3,534 株のグラム陰性桿菌が分離された。ESBL あるいはカルバペナーゼ産生腸内細菌目細菌は 329 株同定され、大腸菌 120 株、肺炎桿菌 124 株、Enterobacter 属 36 株、Citrobacter 属 30 株などであった。薬剤感受性は CTX 0.5- >256 $\mu\text{g/ml}$ 、IPM ≤ 0.06 -64 $\mu\text{g/ml}$ 、LVFX ≤ 0.06 -256 $\mu\text{g/ml}$ であった。遺伝子解析では、CTX-M-15 が 58 株、CTX-M-27 が 45 株、GES-24 が 57 株、IMP-1 が 33 株など検出された。MLST 解析の結果、大腸菌では ST131 が 63 株と最も多く、調査期間を通じて継続的に検出された。また ST1193、ST38 などヒトからも分離される ST を含め多様なゲノム型が検出された。肺炎桿菌についても、ST307 などを含む多様なゲノム型が分離された。

【結語】医療機関の排水中にはヒト臨床より報告の多い CTX-M-15 や CTX-M-27 産生大腸菌 ST131 が定期的に存在することが明らかとなった。一方、本邦のヒト臨床では報告の稀な GES-24 が多く分離された。これら排水由来株とヒト分離株との疫学的関連性および環境内での耐性遺伝子の拡散機構についてさらなる解析が必要と考えられた。

025-3 石川県をモデルとしたカルバペネム耐性緑膿菌分離患者数の推計

国立感染症研究所応用疫学研究センター実地疫学専門家養成コース¹⁾、金沢大学医薬保健研究域医学系感染症科学・臨床検査医学²⁾、国立感染症研究所応用疫学研究センター³⁾、国立感染症研究所薬剤耐性研究センター⁴⁾、昭和薬科大学社会薬学研究室⁵⁾、金沢医科大学臨床感染症学・感染症科⁶⁾

○塩本 高之(しおもと たかゆき)^{1,2)}、山岸 拓也^{3,4)}、黒須 一見^{3,4)}、中下 愛実^{3,4,5)}、金森 肇²⁾、飯沼 由嗣⁶⁾、菅井 基行⁴⁾、島田 智恵³⁾、砂川 富正³⁾

【背景】カルバペネム耐性緑膿菌(Carbapenem-resistant *Pseudomonas aeruginosa*: CRPA)は、世界保健機関が公表した Bacterial Priority Pathogens List 2024 において優先度 High に位置付けられ、わが国の薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン 2023-2027 では、血液由来 CRPA の分離率が成果指標の一つとされている。しかし、地域における、血液由来に限定しない分離患者数等の実態に関する知見は限られる。そこで本研究では、CRPA の分離状況をより正確に把握するため、石川県をモデルにその分離状況を調査した。

【方法】石川県内 89 病院を対象に、2018-2023 年の各年の病床数等基本情報、入院患者数、培養検体提出患者数、CRPA 分離患者数を質問紙で収集する横断研究を 2024 年 7 月に実施した。分離患者数を培養検体提出患者数で除したものを分離率と定義した。県全体の CRPA 分離患者数は、単回帰分析と、病床数によるカットオフ値(なし、300 床)で回答病院を二分する推計法により算出し、95%信頼区間を求めた。

【結果】回答が得られた 28 病院(31.5%)は、病床数別内訳は、200 床未満:12 病院(43%)、200-299 床、300-399 床、400-499 床、500 床以上:各 4 病院(各 14%)だった。病床数が多い病院ほど CRPA 分離患者数は多かったが、分離率は病床規模に依らず一定で、各年 0.41-0.55% であった。年間分離患者数の推計は、単回帰分析で 283.9 人(95%CI: 104.2-463.7)、カットオフ値を設定した場合は、なし:464.5 人(95%CI: 383.6-545.5)、300 床:295.0 人(95%CI: 245.8-344.2)だった。

【考察】病院規模に依らず CRPA が一定割合で分離され、石川県全体で年間約 280 人の患者から CRPA が分離されると推計された。本推計は、抗菌薬に耐性を示す緑膿菌に関する監視の指標や体制を検討する上での基礎資料となりうる。

【謝辞】本研究にご協力を賜りました石川県内の病院の皆様および関係各位に感謝いたします。(会員外共同発表者:大竹正悟、木村慎吾)

025-4 呼吸器科病棟における浮遊細菌調査

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 病態解析・診断学分野¹⁾、長崎大学病院 臨床検査科/検査部²⁾

○加勢田富士子 (かせいだ ふじこ)^{1,2)}、賀来 敬仁^{1,2)}、小佐井康介^{1,2)}、柳原 克紀^{1,2)}

【背景】病院環境における空気中浮遊細菌は、院内感染のリスク因子の一つであり、その濃度は在室者数や換気条件の影響を受ける。浮遊細菌の多くは常在菌由来とされているが、*Staphylococcus aureus* などの病原菌が検出されることもあり、空気環境の実態把握は重要である。特に呼吸器科病棟では咳嗽や喀痰に伴う微生物拡散が懸念され、浮遊菌の評価は感染対策上意義が大きいと考えられるが、呼吸器科病棟における調査、さらに患者由来菌との関連を検討した報告は限られているため、今回調査した。

【方法】2025年2月に長崎大学病院呼吸器科病棟において、病室18か所(4床室8、4床室2人使用1、個室9)、トイレ17か所、共用部9か所で調査を実施した。エアサンプラーにより100L/分で1分間各場所の空気を吸引し、浮遊細菌を羊血液寒天培地に捕集した。37℃で5日間培養後、コロニー数(CFU)を測定し、MALDI-TOF/MSで菌種同定を行った。さらに病室内浮遊菌と病室在室患者の培養検体から検出された菌種を比較した。

【結果】18か所から計412CFUを検出し、80株(19.4%)は同定不能であった。同定可能株では *Staphylococcus* spp. 136株(33.0%)、*Corynebacterium* spp. 54株(13.1%)、*Cutibacterium acnes* 29株(7.0%)で、皮膚由来菌が半数以上を占めた。平均CFU数は病室7.9±4.9、トイレ12.8±13.8、共用部5.9±3.8であった。病室では4人部屋9.3±5.3、その他6.8±4.5であった。*Stenotrophomonas maltophilia* を3か所で検出し、そのうち2か所は同菌が継続して検出されている患者の病室および付属トイレであった。

【結語】呼吸器科病棟における浮遊細菌は、主として皮膚常在菌由来であった。また、患者検体から継続的に検出されている菌種が空気中からも検出され、患者由来菌が浮遊細菌として周囲環境へ拡散する可能性が示唆され、適切な換気管理および環境整備の重要性が再確認された。

025-5 バンコマイシン耐性腸球菌に対する機械学習を用いたスクリーニングモデルの構築

名古屋市立大学大学院医学研究科 感染症学分野¹⁾、名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 感染症内科²⁾、伊豆赤十字病院 内科³⁾

○古谷 賢人 (ふるや けん)と^{1,2,3)}、伊東 直哉^{1,2)}

【背景】バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)に対する感染対策として active surveillance culture (ASC) が推奨されているが、実施対象に関する明確なコンセンサスはない。本研究では、小規模病院において発生したVREアウトブレイク時のASCデータを用い、機械学習による効率的なVREスクリーニングモデルの構築を目的とした。

【方法】伊豆赤十字病院において、2023年7月から2024年11月に発生したVREアウトブレイク時にASCを実施した。本研究はASCが行われた全入院患者を対象とした後ろ向き研究である。ASCは入院時全症例および月1回の全入院患者を対象に実施した。患者背景、抗菌薬使用歴、3か月以内の入院歴、アルコール手指消毒薬(ABHR)使用量、地域VRE流行指標を説明変数とし、ランダムフォレスト分類器を用いて、入院時ASCおよび病棟ASCそれぞれの予測モデルを構築した。モデル性能はROC曲線下面積(AUC)で評価し、SHAP解析により各因子の寄与度を検討した。またSHAP解析により各因子の寄与度を検討した。

【結果】入院時ASCでは958例中21例(2.2%)が陽性であり、VRE保菌歴、VRE流行地域にある病院への入院歴、抗菌薬使用歴がリスク因子であった。入院時ASCモデルのAUCは、臨床情報のみで0.77、地域のVRE流行状況を追加したモデルは0.79であった。一方、病棟ASCでは691例中84例(12.2%)が陽性であり、VRE保菌歴、抗菌薬使用歴、経管栄養がリスク因子であった。病棟ASCモデルは臨床情報のみではAUC 0.58であったが、ABHR使用量を加えることでAUCは0.70に改善し、SHAP解析ではABHR使用量が最も重要な寄与因子であった。

【結論】機械学習によるVREスクリーニングの決定因子は入院時と病棟で異なり、入院時のVRE保菌は主に患者因子に、病棟内でのVRE獲得はABHR使用量などの環境・行動因子に強く影響されていた。機械学習を用いたASCは、状況に応じた効率的なVREスクリーニング戦略の構築に有用である。

025-6 セレウス菌は高頻度に院内感染する

椋山女学園大学 看護学部 看護学科¹⁾、名古屋大学大学院 医学系研究科 分子病原細菌学²⁾、名古屋大学大学院 医学系研究科 臨床感染統御学³⁾、名古屋大学大学院 医学系研究科⁴⁾、岐阜保健大学 リハビリテーション学部⁵⁾

○石原 由華 (いしはら ゆか)¹⁾、柴山 恵吾²⁾、八木 哲也³⁾、太田美智男^{4,5)}

【目的】セレウス菌は人の体内に常在しない環境細菌であるが、しばしば入院患者に重症感染を起こす。セレウス菌が患者間に院内感染を起こすかどうか検討した。

【方法】我々はA総合病院で2022年から2024年に別々の入院患者の血液培養で分離されたセレウス菌30株(同一患者1株)についてRAPD-PCR(random amplified polymorphic DNA-polymerase chain reaction)による分子疫学解析を行い、類似的な増幅パターンを示す菌株17株のIllumina NovaSeq X PlusによるPaired end全ゲノム解析を行った。配列のGalaxyによるassemble、DFASTによるannotation後に抽出した*glpF*、*gmk*、*ilvD*、*pta*、*pur*、*pycA*、*tpi*の各遺伝子配列に基づいて、PubMLSTによってMLST解析を行った。また全ゲノム配列の菌株間の比較を行った。比較のために健康者皮膚ならびに環境から分離されたセレウス菌9株についても同様のゲノム解析を行った。

【結果】MLST解析の結果、3つの遺伝的に同一あるいは近縁のグループが見いだされた。

グループA: 血培株B3FA、B7FA、B8FA、B23FAがMLST-ST365(ST-365 complex)と同一であり、またB24FAがMLST-ST167、B14FAがMLST-ST167でどちらもST-365 complexに属していた。

グループB: 血培株B12FA、B13FAはMLST-ST24を示し同一であった。

グループC: 血培株B1FA、B5FAはMLST-ST18を示し同一であった。

【考察および結論】A病院の3年間の血液培養分離株30株中10株に遺伝的に同一あるいは近縁のセレウス菌3グループが見いだされた。したがって、セレウス菌が高頻度に院内感染していたことが明らかとなった。

026-1 当院における血流感染症由来ESBL産生Escherichia coliの遺伝子型分布と薬剤感受性状況

金沢大学 医薬保健研究域医学系 感染症科学・臨床検査医学¹⁾、金沢大学附属病院 感染制御部²⁾、金沢大学附属病院 検査部³⁾

○長田 翔夢 (おさだ しょうむ)¹⁾、北谷 葉^{1,2,3)}、久保 超人^{1,2)}、金森 肇^{1,2,3)}

【背景・目的】近年、基質特異性拡張型βラクタマーゼ(ESBL)産生腸内細菌目細菌による感染症の増加が問題視されている。本邦のEscherichia coliのESBL遺伝子型としてblaCTX-M型が多く報告されているが、地域や施設によって遺伝子型の検出頻度に差がある。特に、ESBL産生E. coliによる血流感染症は抗菌薬治療の選択肢が限られており、治療の遅延や不適切な抗菌薬使用により患者の予後悪化につながりうる。本研究において、血液培養から検出されたESBL産生E. coliの遺伝子型および薬剤感受性の特徴について検討を行った。

【方法】2015年1月から2025年12月までに当院の血液培養から分離されたESBL産生E. coli 71株を対象に、Cica Geneus®ESBL Genotype Detection KIT 2 (関東化学、東京)を用いたmultiplex PCR法にて遺伝子型解析を実施した。次いで、菌株の薬剤耐性率を算出し、検出頻度の高かった遺伝子型間で各薬剤の耐性率を検討した。

【結果】検出遺伝子はblaCTX-M-1 group: 4株(5.6%)、blaCTX-M-1 group + blaTEM: 8株(11.3%)、blaCTX-M-2 group: 1株(1.4%)、blaCTX-M-8 group + blaTEM: 1株(1.4%)、blaCTX-M-9 group: 31株(43.7%)、blaCTX-M-9 group + blaTEM 17株(23.9%)、blaTEM 6株(8.5%)、検出なし: 3株(4.2%)だった。各年度間で遺伝子型分布の比較を行ったが、顕著な年次変化は認められなかった。薬剤耐性率はβラクタム系抗菌薬においてはABPC: 100%、CEZ: 100%、CTX: 98.6%と極めて高く、非βラクタム系抗菌薬においてもLVFX: 66.2%、CPFX: 71.8%、ST: 56.3%と高い傾向を認めた。一方でIPM、MEPM、CMZに対する耐性株は認められなかった。

【結語】当院の遺伝子型組成割合は本邦で一般的に報告されている流行分布を反映していると考えられる。薬剤感受性については、非βラクタム系抗菌薬への耐性化が進んでいる可能性が示唆された。今後、抗菌薬耐性動向も踏まえた適切な抗菌薬選択の推進とともに、院内におけるESBL産生菌の伝播防止を目的とした感染対策の強化が重要であると考えられる。

026-2 多剤耐性アシネトバクター 12 カ月連続陰性を確認し退院可能となった患者の看護

国立病院機構長崎医療センター

○中村 みさ (なかむら みさ)、木場みちよ、近藤 晃

【背景】2018 年、A 病院の高度救命救急センターで、医療従事者の手指や医療機器などの環境を媒介し、多剤耐性アシネトバクター (以下 MDRA) によりアウトブレイクした。陽性患者は B 病棟に集約した。今回、発端となった C 氏が 2025 年末に退院できた。B 病棟で C 氏へ実践したケアについて報告する。本報告の倫理的配慮については、個人が特定できないように配慮し、当院倫理審査委員会の承認を得ている。

【症例】C 氏は、2018 年末に海外で就業中に転落受傷し、急性硬膜下血腫で、同国で手術、抗菌薬治療後に本邦での治療目的で入院となった。4 人家族の 70 代男性で、喉頭分離と胃瘻造設術を受けており、日常生活自立度は全面介助であった。MDRA アウトブレイク後は、第三者委員会に相談しながら対応していった。第三者委員会の意見を踏まえ、解除基準を「検出部位から連続 9 カ月陰性、さらに喀痰・鼻腔・便・尿・皮膚の連続 3 カ月陰性を確認後に退院可能」とした。毎月 1 回の検体検査を行っていった。検出部位の尿の検査で連続陰性が途切れ、落胆することもあったが、個室管理で接触予防策や清掃の感染対策に加え、計画を立ててケアを行っていった。毎日の全身清拭と陰部洗浄、(週 1 回弱酸性洗浄クリームでの洗浄)、股関節の拘縮があるため他動訓練と坐位保持訓練、1 日 3 回の嚥下訓練や口腔ケア、週に 1~2 回の手浴、足浴、洗髪を実施した。特に、喀痰吸引、口腔ケアや胃瘻処置に対しては、抵抗が強かったが、声かけながら患者や看護師の負担を減らすために必ず 2 人組で行っていった。さらに、精神面のケアのため、散歩や外出をカンファレンスで検討し実施した。先日、当院の解除基準を達成し退院できた。

【考察・結論】全身清拭は、クロルヘキシジンでの清拭が微生物の増殖を抑制できる利点であり、短期間で陰性化した可能性があるが、過敏症の心配があり、通常の清拭の方法を選択した。通常の清拭でも念入りに行うことで、皮膚トラブルも発生させることがなかった。耐性菌対策において、感染対策はもちろん、身体の治癒力を発揮させるために清拭を中心とした清潔ケア、さらに精神的ケアは重要である。

【学会員外共同研究者】菅明美 中村裕紀子

026-3 名古屋市立大学病院における複雑性腎盂腎炎に対する抗菌薬治療の現状

名古屋市立大学大学院 医学研究科 腎・泌尿器科学分野¹⁾、名古屋市立大学病院 感染制御部²⁾

○恵谷 俊紀 (えたに としき)^{1,2)}、中村 敦²⁾

【背景・目的】複雑性腎盂腎炎は単純性腎盂腎炎に比べて検出される原因菌も多彩で、広域抗菌薬を初期治療で使用せざるを得ない場合が少なくない。当院では、AST カンファレンスを週 5 回行い、血液培養陽性または広域抗菌薬使用例において観察および介入を行っているが、すべての使用抗菌薬を対象とした介入は行っていない。本研究では当科における腎盂腎炎の原因菌や治療状況について検討した。

【方法】2017 年 4 月から 2022 年 3 月に当科で腎盂腎炎と診断し入院で治療した 440 件の入院を対象とし、電子カルテデータを用いて後方視的に調査した。

【結果】入院前に尿路にカテーテルが留置されている例は 65 件/14.7% だった。尿培養からの検出菌は、*Escherichia coli* が最も多く 19.3%、*Enterococcus faecalis* が 11.1%、*Pseudomonas aeruginosa* が 6.2%、*Klebsiella pneumoniae* が 5.3% だった。血液培養の陽性数は 141 件であり、*E. coli* が 34.4%、*Staphylococcus aureus* が 7.5%、*P. aeruginosa* が 6.9%、*K. pneumoniae* が 6.3% だった。初期治療に使用された抗菌薬は CTRX が 47%、TAZ/PIPC が 24%、MEPM が 7%、LVFX が 6% だった。変更後の抗生剤は、LVFX が 21%、CCL が 20%、CTRX が 10% だった。AST からのカルテ上のコメントがあったのは 192 件/43.6% であった。血液培養陽性例のうち、初期抗菌薬に対して感受性がなかった患者の在院日数中央値は 13 日で、感受性があった患者では 10 日だった。

【結論】変更後の抗生剤の内容からは、内服薬へのスイッチの際に抗菌薬が変更されている例が多いことが推測された。会員外共同研究者：坂本晴紀 (名古屋市立大学大学院医学研究科修士課程 診療看護師コース)、近藤周平²⁾、安井孝周¹⁾ 倫理委員会承認：済

026-4 頭部血管肉腫の頭部排膿から *Candida auris* が検出された事例における感染対策

国立がん研究センター中央病院 医療安全管理部 感染制御室

○村上 順子 (むらかみ じゅんこ)、小林 治、塩塚 美歌、石田 康子、中野貴代子、来田 真純

【背景】*Candida auris* は他のカンジダ属菌種と比較して抗真菌薬に対する耐性率が非常に高く、時に侵襲性感染症を起こす。海外ではしばしばアウトブレイクの原因となっており 1 例の確証をもってアウトブレイクと考え対応していくことが望ましいとされている。今回、当院で検出された症例において実践した感染対策について報告する。

【症例】70 代男性。2021 年 5 月に頭部血管肉腫と診断され、放射線化学療法、薬物療法が実施された。2022 年 12 月硬膜下膿瘍を合併し、抗菌薬治療を長期間継続。自宅では週 5 回訪問看護を利用し、頭部の洗浄・処置を受けていた。2024 年 9 月に腫瘍切除、頭蓋骨露出部のデブリードマンおよび植皮術目的で入院し、手術予定であった。入院時に、頭部の骨露出部付近より排膿が認められたため、スワブ検体を培養へ提出したところ、真菌が検出され、質量分析にて *Candida auris* が疑われた。後に国立感染症研究所での遺伝子検査で、*Candida auris* Clade 2 と判明した。

【考察・結論】*Candida auris* の検出が疑われた直後より感染対策は常時接触予防策を開始し、個室管理継続とした。同時に病棟内の共有エリアや物品のアルコール清拭と手指衛生を徹底して実施した。当該患者は、患者間で共有する洗髪台で創部を毎日洗浄していたが、洗髪台、使用したケープは洗浄せず乾燥のみで、次の患者が使用していた。また、週に 2~3 回病棟の処置室で医師による創部処置が行われていたが、同室では処置の必要な患者が連続して順番に処置を受けていた。以上から、洗髪台と処置室を共有した患者をスクリーニング対象とした。*Candida auris* は Clade が判明するまでは注意して対応する必要がある。今回同菌種が疑われた直後から、基本的な感染対策の強化と曝露を受けた可能性がある患者を速やかに検討し、スクリーニングを実施した。結果として感染の拡大はなかったことから、基本的な感染対策と適切なスクリーニング対象者の選定により、水平伝播を防ぐことができたものと推察された。

026-5 バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE) のアウトブレイク事例における終息までの取り組みについて

地方独立行政法人公立甲賀病院

○木下 桂 (きのした かつら)、國領 俊之、加藤 香

【背景・目的】2025 年 7 月、A 病棟で初めてバンコマイシン耐性腸球菌 (VRE) の陽性患者が発生し、当該病棟のスクリーニング検査を実施した結果、新たに 5 人の陽性者を確認した。対策を講じ、定期的なスクリーニング検査を開始、また患者の転棟歴に関連する病棟の検査を実施した結果、最終的に 23 人の陽性者を確認した。発生から終息するまでの約 6 ヶ月間を振り返り、当院の感染対策やその課題を報告する。

【活動内容】A 病棟の感染対策として、1. 直ちに手指消毒や防護用具の着脱・交換、環境消毒の徹底と強化、2. 2 週間毎のスクリーニング検査と当該病棟入院時のスクリーニング検査の実施、3. 検査対象者の転棟制限 (転院は説明の上了解が得られれば可)、4. 外科回診車の室内持込を禁止、5. オムツ交換車の見直しを実施。これらの実施状況は毎日訪問して確認と指導を行い、院内メールでは VRE の発生状況を配信した。環境消毒においては、過酸化水素ドライミストの噴霧装置を導入し VRE 陽性者退室後の室内消毒を実施した。また、VRE 陽性者の転棟歴が、B 病棟に集中していることが判明し、スクリーニング検査を実施したところ、複数の陽性者を確認したため、A 病棟と同様の対策を実施した。さらに、県内の感染制御ネットワークに感染対策支援を依頼し専門家による病棟ラウンドと疫学調査を実施した。また、全職員に対して VRE の発生・拡大の危険性を理解してもらうため、研修会を開催した。

【成果・考察】VRE の検出は、A 病棟のスクリーニング検査は 6 回目以降、B 病棟は 2 回目以降より陰性化し、12 月に終息した。B 病棟の陰性化が早かった理由は、血液内科病棟であることから職員の意識が高く、アウトブレイクを境に手指消毒薬使用量が増加したことや防護用具の着脱等の対策が遵守できたことが要因として考えられる。しかし、終息後、A・B 病棟共に手指消毒薬の使用量が低下し、必要な感染対策が維持されていない。県内では、他の医療機関でも VRE の発生が相次いでいることから、いつでも持ち込まれる状態でもあるため、手指消毒を中心とした感染対策の励行に向けた取り組みを継続することが重要である。

026-6 クラリスロマイシンを曝露後予防投与したが発症したマクロライド耐性百日咳の双胎例

安城更生病院 小児科¹⁾、安城更生病院 臨床検査室²⁾
○鈴木 道雄 (すずき みちお)¹⁾、杉浦 康行²⁾

【背景】乳児の百日咳感染症は重症化することがあり、家族内で発症した場合等の濃厚接触時には抗菌薬の曝露後予防投与が推奨されている。2025年には国内で百日咳の流行がみられたが、後にマクロライド耐性 *Bordetella pertussis* (MRBP) が多くを占めていたことが報告された。流行初期に百日咳を発症した乳児の双胎に対しクラリスロマイシン (CAM) による曝露後予防投与を行ったが発症し、後に MRBP と判明した事例を報告する。

【症例】生後3か月の男児。双胎第2子。2週間続く咳嗽が4日前から悪化し外来を受診した (day1)。多項目遺伝子検査により百日咳感染症と診断しCAMを開始したが、咳嗽に伴う嘔吐、哺乳量の減少もみられたため入院治療とした。発作性の咳嗽が徐々に改善し、哺乳量も回復したためday10に退院した。day11に外部委託検査会社から *B. pertussis* を培養で検出したと報告された。双胎第2子の感染が判明後、第1子に対して曝露後予防について説明し、day4からCAMを7日間投与した。しかし、day21から咳がみられ、咳嗽に伴う嘔吐もみられたためday32に外来を受診した。多項目遺伝子検査により百日咳感染と診断し、ST合剤による外来治療を行った。本児の百日咳菌培養もday39に陽性となった。培養で検出された *B. pertussis* にEテストを実施し、MRBPと判明した。

【考察・結論】マクロライド系抗菌薬による予防投与を行ったが発症予防はできなかった。予防投与開始までに濃厚接触期間が長く、すでに感染が成立していた可能性はあるが、MRBPであったことがCAMによる予防失敗の一因となった可能性が考えられた。本症例は流行初期の発生で、当時の疫学情報も不明であり、百日咳診断時にはマクロライド感受性が不明であったため予防投与は標準的なマクロライドを選択した。迅速にマクロライド感受性が判明する検査法の確立が望まれるとともに、マクロライド系抗菌薬以外の薬剤による曝露後予防効果が明らかになることが期待される。

027-1 2024-2025及び2025-2026インフルエンザ流行期における、院内入院患者における曝露後予防投与の現状について

藤田医科大学病院 医療の質・安全対策部 感染対策室¹⁾、藤田医科大学 医学部 微生物学講座感染症科²⁾

○菱田 恵美 (ひしだ えみ)¹⁾、犬塚 勝理¹⁾、中川 雅貴¹⁾、本田 仁²⁾

【背景・目的】COVID-19パンデミック後、冬季におけるインフルエンザ流行が増大し、院内でのインフルエンザ入院症例およびそれに伴う入院患者への曝露事例が認められている。曝露患者に対しては、医学的適応がある場合に抗ウイルス薬による曝露後予防投与 (post-exposure prophylaxis: 以下 PEP) が検討される。近年、インフルエンザワクチンを含むワクチン忌避の影響により、インフルエンザワクチン未接種患者の入院増加が懸念されている。さらに、2025-2026シーズンは大規模なインフルエンザ流行が予測されており、曝露した入院患者に対する抗ウイルス薬の PEP について、2024-2025シーズンと2025-2026シーズン間での相違点を検討する。

【方法】A病院では、2024年よりインフルエンザ流行時における抗ウイルス薬の PEP プロトコルを改訂し運用している。本研究は、対象とする2シーズンにおけるインフルエンザ入院患者数、PEP実施入院患者数、PEPに使用された抗ウイルス薬の種類および薬剤費、副作用の発生状況、ならびにインフルエンザ発生状況を流行期間中に1週間間隔で追跡した後方視的研究である。

【結果】2024-2025シーズン (12/2024-02/2025) のインフルエンザ入院患者数は89例で入院患者において PEP が必要になった症例は21例であった。2025-2026シーズン (10/25-02/26) は12月31日時点 (暫定集計) で入院86例、PEP27例であった。PEPに使用した薬剤はオセルタミビル錠 (2024-2025シーズン: 15例、2025-2026シーズン: 20例)、タミフルドライシロップ (2例、3例)、イナビル吸入粉末剤 (4例、4例) で、薬剤費用総額はそれぞれ32,308円と33,221円であった。PEP実施例で副作用の発生報告はなく、追跡期間中の発症者もみられなかった。

【結論】2025-2026シーズンは、インフルエンザの流行に伴い、入院患者の PEP 件数は2024-2025シーズンと比較して29%の増加を認めた。原因は多岐にわたるが、インフルエンザシーズンの長期化、曝露した入院患者はインフルエンザのワクチン未接種の患者が多いことが挙げられる。両シーズンとも PEP 後に発症したインフルエンザ症例はゼロであり、抗インフルエンザ薬投与に伴う重篤な副作用は認めず、PEP自体は安全であることが示唆されているが、薬剤費は病院費用負担に寄与するため、一般人のインフルエンザワクチン接種の啓発は今後も継続的に必要である。

027-2 離島医療機関における SFTS 疑い症例への初動対応—感染対策と早期搬送判断の実践—

社会医療法人 義順顕彰会 種子島医療センター
下江 理沙、○谷 英佳 (たに あやか)

【背景】2013年に四類感染症に指定された重症熱性血小板減少症候群 (SFTS) は、血液・体液曝露による院内感染リスクを有し、急速に重症化し得る感染症である。当地域は離島であり二次救急医療が最大機能であるため、高度治療が必要な場合は本土搬送を要する。これまで発生報告はなかったが、2025年に2例を経験した。院外感染症専門医への相談、「SFTS診療の手引き」の活用、地域感染制御ネットワークを通じた搬送調整を行い、初動対応と体制整備について検証した。

【症例】症例Aは60歳代女性。下痢、全身痛、倦怠感で3病日に受診し、白血球・血小板減少を認めた。疫学歴からSFTSを疑い、消化器症状を踏まえ嘔吐発生を予測し、受診時より接触・飛沫予防策を強化し感染症病床で管理した。4病日である入院2日目、SFTS検査結果を待たない段階で大学病院へ転院した。家族同伴の船舶搬送となり、保健所と連携し排泄物処理方法を共有した。症例Bは基礎疾患を有し、5病日に受診。発熱、血球減少を認め入院し、疑い段階から接触予防策を実施した。検査陽性確定後、3次救急病院へ搬送した。いずれも院内二次感染および職員罹患は認めなかった。

【結果・考察】2例とも本土の二次救急病院受入は困難で、三次救急搬送となる。離島医療においては、重症化予測段階での早期搬送判断が救命に直結する。同時に、疑い段階からの環境整備、PPE運用の標準化、搬送機関との感染対策共有が曝露リスク低減に重要であった。当院では、疑い時点での保健所即時報告体制、迅速検査導線、抗ウイルス薬 (アビガン®) 処方登録および確定後即時発注体制を整備した。重症化を想定した平時からの対応フロー明文化と訓練の継続が不可欠である。本研究の体制整備過程における感染管理認定看護師の役割については、看護管理の視点から別学会で報告予定である。

【会員外共同著者】遠藤禎幸 濱口匠 窪田唯伊 田方健人 蘭田剛嗣 高尾尊身

027-3 麻疹アウトブレイクを経験して～N95マスクの重要性について～

大阪府済生会茨木病院 感染管理室
○中家 聖子 (なかいえ せいこ)

【背景】麻疹ワクチンは、2回以上の接種後、抗体価が基準値を上回った場合、罹患するリスクは少ないと考え、N95マスクの着用をせず患者と接触する場面が臨床ではしばしば見られる。2019年当院で、ワクチン2回接種済で、麻疹抗体価が基準値以上の職員がN95マスクを着用せず、麻疹患者と接触後、麻疹を発症した。その後、患者、職員合わせ10名が麻疹に感染した。このアウトブレイクを通し、N95マスク着用の重要性について報告する。

【症例】2019年、発熱と発疹で受診した30代の男性。職場で麻疹感染者と接触。麻疹IgG55.9、麻疹IgM2.71、麻疹PCR陽性で麻疹と診断された。患者対応した職員が10日後、麻疹を発症した。この職員は、ワクチン2回接種歴があり、サージカルマスクを着用していた。患者の妻もワクチン接種歴は不明で、麻疹を発症した。同じ時間に待合室にいた38歳と45歳の患者2名が麻疹に感染した。この患者は、麻疹症状が現れ、他院で麻疹と診断された。また、同時期に当院で防災訓練が行われ、参加した職員1名が麻疹を発症した。3日後、訓練に参加した職員4名と内科医師1名が麻疹を発症した。訓練中、マスクは着用せず、感染した職員全員、罹患歴はなく、ワクチンを2～3回接種していた。

【考察】1例目の患者は、検査等の結果やワクチン接種歴がないことから、典型麻疹と診断され、この患者から、広範囲に感染が拡大したと考える。1例目の患者が待合室に待機していたときから、ウイルスが空気中を浮遊し、同じフロアにいた抗体価の低い患者、職員が感染したと考えられた。ワクチンを接種していれば、終生免疫が獲得され、感染しないと考えていたが、抗体価の低下などにより、修飾麻疹に感染する。ワクチン接種歴や抗体価の値に関わらず、N95マスクの着用は必要であると考ええる。

【まとめ】現在、麻疹は抗体価より、ワクチン接種回数が重要視されるようになり、当院でも、2回接種証の提出があれば、抗体価の検査は不要とした。ただし、麻疹患者や疑似患者と接触する場合は、N95マスクが必要である。

027-4 急性呼吸器感染症(ARI)サーベイランスに過疎地域の保健所はどのように関わるか

石川県能登中部保健所

○城田 侑香 (しろた ゆうか)、後藤 善則

【背景・目的】2025年4月に急性呼吸器感染症(ARI)サーベイランスが始まり、ARI定点から患者数が報告され、病原体定点では検体が採取されている。ARI定点からはインフルエンザ(Flu)やCOVID-19等疾患別患者数も報告される。国の定点数削減基準によれば能登中部保健所管内は6定点(小児科4、内科2)が2定点(小児科1、内科1)となり、定点を有さない市町が増え流行状況を把握できないことが懸念され、石川県は従来通りとした。病原体定点は各保健所1医療機関とし県や中核市の衛生研究所にて遺伝子検査を実施している。一方、保健所には厚労省通知による社会福祉施設等での感染症集団発生や、学校での集団かぜ発生が報告されている。事業開始1年が経過し、ARI等発生動向や病原体の検出状況から定点の妥当性を検討した。

【方法】2025年第15週から2026年第7週、ARI・Flu・COVID-19について管内定点数を削減した設定で報告数の推移を算出しその影響を考察した。次に、各感染症の発生動向と保健所が探知した集団発生件数を比較した。また、病原体の検出結果とFlu・COVID-19の発生動向の連動性を評価した。

【結果】石川県のARI定点当たり報告数の傾向は全国と同じだが程度はやや下回った。管内ARI・Flu・COVID-19の発生動向は変動幅が大きく、定点数削減により顕著となる。Flu定点当たり報告数は保健所が探知する集団発生と連動し、病原体検索によるウイルス検出も同時期だった。COVID-19の集団発生は発生動向と無関係で、流行期でも病原体の検出は乏しかった。管内の病原体定点は小児科で、97.7%が15歳未満から採取されていた。

【結語】人口減少が進む過疎地域は国の定点削減基準によると従来よりも定点数が削減される。管内で削減したなら報告数の傾向に影響を及ぼさないが変動は大きくなり、流行の注意報・警報の発令に留意しなければならない。Flu流行を保健所は集団発生報告からも捉えられるが、サーベイランスに依らないCOVID-19の集団発生は施設・病院(感染管理認定看護師)と連携した不断の予防対策が必要である。脅威となる感染症の覚知を病原体検索に期待するならば、一律ではなく人口構成や人流を考慮した病原体定点の設定が求められる。

027-6 インフルエンザA入院患者のウイルス量推移と隔離解除判断の検討

公立昭和病院 感染管理部¹⁾、公立昭和病院 小児科²⁾、公立昭和病院 感染症科³⁾

○一ノ瀬直樹 (いちのせ なおき)¹⁾、大場 邦弘^{1,2)}、小田 智三^{1,3)}、谷山 大輔^{1,3)}

【背景・目的】本邦ではインフルエンザ患者の隔離解除は発症5日かつ解熱後48時間経過を目安として運用されることが多い。しかし入院患者では二次性肺炎などを合併し、発熱や咳嗽などの症状が持続する場合があります。隔離解除の判断に苦慮することがある。本研究ではインフルエンザA入院患者における患者病日とreal-time RT-PCR検査のcycle threshold (Ct)値の関係を検討し、隔離解除判断の参考となる指標を探索することを目的とした。

【方法】2025年11月1日から2026年2月28日までに公立昭和病院においてインフルエンザAと診断され入院となった患者のうち、鼻咽頭検体を用いたreal-time RT-PCR検査でCt値が測定された症例を解析対象とした。患者病日とCt値の関係を線形回帰分析で検討した。また患者病日7日以内と8日以降の2群でCt値を比較した。

【結果】18例26検体を解析した。Ct値は患者病日と有意な正の相関を示した($r=0.57$)。線形回帰式は $Ct=22.7+0.89 \times \text{患者病日}$ であり、回帰式からCt値30に到達する時期は約8日と推定された。患者病日7日以内(11検体)と8日以降(15検体)の平均Ct値はそれぞれ27.2および32.6であり、8日以降で有意に高値であった($p=0.005$)。患者病日7日頃までにCt値は上昇し、その後は上昇が緩徐となる傾向がみられた。

【結論】インフルエンザA入院患者においてCt値は患者病日とともに上昇し、患者病日約8日以降ではウイルス量の低下が示唆された。症状が持続する入院患者においても、患者病日8日前後が隔離解除判断の参考となる可能性があることが示唆された。

027-5 サービス付き高齢者住宅の2フロアで生じたRSウイルス感染症の集団発生の一例

医療法人社団八千代会 メリィホスピタル ICT¹⁾、広島大学大学院 医系科学研究科 消化器・移植外科学²⁾

○三枝 義尚 (さえぐさ よしたか)^{1,2)}、山本 聡美¹⁾、石元真由美¹⁾

【背景】Respiratory syncytial virus (RSウイルス)は乳幼児の下気道感染症として知られるが、高齢者でも重症化、入院、死亡のリスクが高い。特に心疾患や慢性呼吸器疾患などの基礎疾患を有する場合リスクは増加し、インフルエンザやCOVID-19と同等以上とする報告もある。高齢者施設における集団発生も散発的に報告され、感染予防および早期診断の重要性が指摘される。

【事例】12月上旬より、当院グループのサービス付き高齢者住宅(1フロア48名、全472床)のうちの1つのフロアで、発熱および上気道症状を呈する入居者が12名認められた。COVID-19およびインフルエンザ抗原検査はいずれも陰性であり、当初はウイルス性上気道炎として経過観察された。RSウイルス抗原検査を当院で新規に導入したところこのうち検査が実施された5名が陽性であった。同時期に、別フロアでも類似症状を呈する入居者10名を認め、多くは検査が実施されなかったが1名がRS陽性であった。これらの2フロアの入居者のうち、RS陽性者5名、未検査の気道症状を有する患者5名が入院加療を要した。全例軽快退院し、1月末には終息した。流行期間中、確定診断前の有症状入居者が2フロア間で居室移動しており、これが感染拡大に関与した可能性が示唆された。

【考察・結論】感染が拡大してから検査体制を整備したため情報が限られるが、本事例では確定例および疑い例を含め約半数が入院加療を要し、高齢者施設におけるRSV感染の重要性を再認識する結果となった。当施設で発生した患者は全員が生存退院したが、死亡例も報告されており、対策は急務である。ポストコロナ時代において、COVID-19・インフルエンザの主要2疾患が検査陰性であった場合に警戒が緩みやすいが、実際にはRSVを含む他の呼吸器ウイルスが流行し得る。原因不明の発熱・上気道症状が集積した時点で、広く呼吸器ウイルスを想定した対応(早期の病原体検索、フロア間移動の制限)を行う必要がある。今回の集団感染を経験し、RSVの検査体制を確立し、疾患の重要性を職員が認識することができた。標準予防策・接触予防策の徹底、ならびに重症化リスクの高い高齢者へのワクチン接種の検討が重要である。

028-1 末梢挿入型中心静脈カテーテル留置時のアルコール清拭の効果の検討：単施設後ろ向きコホート研究

市立旭川病院 救急科¹⁾、旭川医科大学 救急医学講座²⁾、市立旭川病院 感染制御部³⁾、市立旭川病院 麻酔科⁴⁾

○丹保亜希仁 (たんぼ あきひと)^{1,2)}、寺部 美香³⁾、丹保 彩⁴⁾

【目的】カテーテル関連血流感染症は、入院期間の延長や死亡率上昇と関連する重大な医療関連感染症であり、その予防は急性期医療における重要課題である。国際ガイドラインでは、カテーテル挿入時の適切な皮膚消毒が推奨されているが、消毒前に皮脂や表面汚染を除去するための機械的清拭の追加的意義については十分に検証されていない。本研究は、末梢挿入型中心静脈カテーテル(peripherally inserted central catheter, PICC)挿入時にアルコール綿による皮膚の機械的清拭を行うことが、CLABSI(central-line associated blood stream infection)発生率を低減させるかを検討することを目的とした。

【方法】2019年4月から2023年3月までに当科でPICC留置を受けた患者を対象とした単施設後ろ向きコホート研究を実施した。PICC留置中の患者を対象に、ポビドンヨード消毒前にアルコール綿による機械的清拭の実施の有無で群間比較した。主要評価項目はCDC/NHSN基準に基づくCLABSI発生とした。発生率は1,000 catheter daysあたりで算出し、Poisson回帰モデルを用いて発生率比を推定した。本研究は当院倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号:令和6年度第5号)。

【結果】196例(非実施群44例、実施群152例)を解析対象とした。CLABSIは16例に発生した。発生率は非実施群5.26/1,000 catheter days、実施群1.70/1,000 catheter daysであった。Poisson回帰モデルによる発生率比は0.32(95%信頼区間0.12-0.87, $p=0.03$)であり、実施群で有意に低値であった。

【結論】PICC留置中の患者において、ポビドンヨード消毒前にアルコール綿による機械的清拭を追加することは、CLABSI発生率の低下と関連した。本研究は、PICC挿入時のアルコール綿での清拭がCLABSI予防に寄与する可能性を示唆する。

028-2 手袋着用タイミングの違いが血流感染に及ぼす影響～末梢静脈カテーテル挿入手技における比較検討～

宮崎大学医学部附属病院 感染制御部

○安藤 大介(あんどう だいすけ)、恵 稜也、
土生 陵太、平原 康寿、河崎 千穂、岩尾 千紘、
力武 雄幹、高城 一郎

【背景・目的】これまでカテーテル関連血流感染に関する研究は数多く行われてきたが、末梢静脈カテーテル関連血流感染症(以下、PVC-BSI)に関しては明らかにされていない点が多い。そこで、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(以下、MRSA)で模擬的に汚染させた駆血帯(以下、汚染駆血帯)を作製し、手袋着用のタイミングの違いがPVC-BSIへ及ぼす影響を検討したため報告する。

【方法】厚生労働省が定める新人看護職員研修ガイドラインの点滴静脈注射手技を参考に、手袋着用のタイミングを変更して検討を行った。具体的には、最初に手袋を着用した状態で、汚染駆血帯に1回接触した後に穿刺した場合(以下、方法1)、最初に手袋を着用した状態で、汚染駆血帯に3回接触した後に穿刺した場合(以下、方法2)、素手で汚染駆血帯に1回接触し、穿刺直前に手袋を着用した場合(以下、方法3)の3通りに分けて実施した。方法1から3の手技で末梢静脈カテーテルを挿入し、手袋の手形培地検体や穿刺部のスワブ検体、血液培養検体(静脈注射回路内の輸液検体)、留置針や点滴接続部の平板培養検体採取し、MRSA検出の有無を評価した。なお、本研究は、宮崎大学医学部附属病院の倫理委員会の承認を得て実施した。(倫理委員会承認番号:C-0188)

【結果】手袋の手形培地検体では、方法1と2の検体から検出された。また、穿刺部のスワブ検体では、方法2の検体から検出された。血液培養検体では、生理食塩液で1回、アミノ酸・糖・電解質・ビタミンBI液で1回、いずれも方法2の検体から検出された。平板培地検体では、方法1の検体から検出された。今回の検討でMRSAが検出されたのは、いずれも方法1と2の手技であり、方法3の検体からMRSAは検出されなかった。

【結論】今回の検討で、手袋着用のタイミングや汚染駆血帯の使用によって、PVC-BSIに繋がる危険性があることが示唆された。末梢静脈カテーテルを挿入する場合の手技として、日本では一般的に最初に手袋を着用するよう教育が行われているが、穿刺直前に手袋を着用した方がPVC-BSI予防に有効である可能性が示唆された。引き続き検討を行い、PVC-BSI予防に向けて取り組む必要があると考える。

028-4 包括的サーベイランスで実現した組織的なCLABSI対策の費用対効果評価

大阪公立大学医学部附属病院 感染制御部¹⁾、大阪公立大学 大学院医学研究科臨床感染制御学²⁾

○藤井 昭人(ふじい あきと)¹⁾、岡田 恵代¹⁾、
藤田 明子¹⁾、掛屋 弘^{1,2)}

【背景・目的】中心静脈カテーテル関連血流感染(CLABSI)は患者予後や医療費に大きく影響する。当院では包括的サーベイランスを導入し、病院全体で課題を共有し、多職種連携で対策を推進した。昨年の本学会発表(2025年)では2024年12月までのデータで発生率の有意な低減を報告済みである。本研究では2025年3月までの追加データを含め、経済的妥当性を評価した。

【方法】2023年度および2024年度のCLABSI症例を抽出し、DPCデータを用いてBSI判定日から14日間に生じた追加医療費(抗菌薬、血液・微生物検査、画像検査、カテーテル再挿入等)を診療報酬点数(1点=10円)で算出した。比較可能性を確保するため、算定期間は病原体にかかわらず14日間とした。評価指標はCLABSI発生件数および発生率(/1,000 device-days)、追加医療費総額、症例あたり平均費用、前年度比から算出した回避件数に基づく費用対効果比、介入費を加味したROI(介入費用に対する医療費削減額の割合を示す経済的評価指標)とした。介入はICT会議での重点課題の設定、リンクナース活動支援、病棟ICTでの多職種協議、3カ月ごとのフィードバック、CHG含有ドレッシング導入とした。

【結果】CLABSI件数は58件から42件へ減少し、発生率は1.87から1.23/1,000 device-daysへ低下した($p<0.05$)。追加医療費は10,332,790円から7,590,671円へ減少し、差額は2,742,123円で、1症例あたり平均約18万円であった。回避できた件数は16件で、費用対効果比は約96,000円/回避件であった。直接介入費(CHG含有ドレッシング導入)1,536,150円を加味した評価では、純削減額1,205,973円、ROIは約1.78倍であった。

【考察・結論】包括的サーベイランスに基づく組織的介入によるCLABSI発生率の低減と医療費削減が確認された。ROIは約1.78倍であり、感染対策への投資は費用対効果の観点から妥当と考えられる。本研究は前後比較研究であり、患者背景因子の調整や間接費を含めたさらなる検討に課題は残るが、多職種連携による組織的な取り組みは、患者安全の向上のみならず、経済性の観点からも有用であると考えられる。

028-3 中心ライン関連血流感染低減に向けた取り組み

八尾市立病院

○道野真美亜(みちの まみあ)

【背景・目的】中心ライン関連血流感染症(CLABSI)は患者の予後悪化、入院期間の延長、医療費の増加に関与する。そのため挿入時および維持管理における感染予防対策の徹底が重要である。当院では2024年4月から1年間にCLABSIの発生が多く認められ、中心静脈カテーテル管理に関する対策強化が課題となったため、多面的な改善活動を実施し、その効果を評価した。

【活動内容】対象は全部署とし、カテーテル挿入時およびドレッシング交換時の皮膚消毒剤をクロルヘキシジナルコールへ変更した。併せて、挿入時チェックリストの運用を開始し、CLABSI発生状況を全部署へ定期的にフィードバックした。さらに、スタッフを対象にCLABSI対策に関する知識および実践状況のアンケート調査を実施し、不履率の高い項目を抽出し、リンクナースを中心とした勉強会の実施と遵守状況の確認、掲示物による周知、マニュアル整備、ドレッシング管理の再教育を行った。本研究は、当院倫理審査委員会の承認を得て実施した。(承認番号:学倫180226-264)

【成果・考察】介入前(2024年4月~2025年3月の12カ月間)と介入後(2025年4月~12月の9カ月間)を比較すると、CLABSI発生件数は15件から6件へと減少し、発生率は4.84から2.31(/1000device days)へ低下した。統計学的有意差は認めなかった($p=0.12$)。臨床的には52.3%減少し一定の介入効果が示唆された。本介入では、皮膚消毒適正化とチェックリスト導入により、挿入手技の標準化と無菌操作の遵守が向上し、アンケート結果に基づく重点介入や継続的フィードバックが、実践的改善と当事者意識の維持に有効であったと考えられる。以上より、本介入は統計学的有意差には至らなかったものの、臨床的に意義のある感染率低下を示し、ガイドラインに基づく対策導入に加え、多面的介入が、感染予防に寄与した可能性が示唆された。今後も発生状況を継続的に評価し、対策の見直しと改善を重ね、CLABSIゼロを目指していきたい。

028-5 全部署へCHG ドレッシングを導入した効果

富山市立富山市民病院

○平野 規久(ひらの のりひさ)、一ノ山拓也

【目的】A病院では2023年に血液内科病棟にクロルヘキシジン含有ドレッシング(以下、CHGドレッシング)を導入した結果、Central Line-Associated Bloodstream Infection(以下、CLABSI)感染率は2023年の4.07/1000catheter-daysから2024年には0.64/catheter-daysへと減少した。一方その他の病棟では、感染率は1.55/1000Device daysで推移していた。さらなるCLABSI低減を目的として、2025年度よりCHGドレッシングを全病棟へ導入した。全病棟導入前後のCLABSI発生状況を比較し、その導入効果および費用対効果を検討した。

【方法】CHGドレッシング導入前後におけるCLABSI発生件数をポアソン回帰分析を行った。また、CHGドレッシング導入に伴う材料費の増加額を算出し、CLABSI発生による医療費増大に関する先行研究¹⁾と比較することで、費用対効果について検討した。

【結果】CHGドレッシング導入後のCLABSI感染率は0.63/1000catheter-daysとなり、57%の減少が認められた。感染件数では、年間推定で約5件/年の減少が示唆された。導入前後を比較したポアソン回帰分析では、 P 値 <0.01 であったが、IRRの95%信頼区間は0.13~1.42であった。

【結論】CHGドレッシング導入後にCLABSI感染率の低下が認められた。しかし、IRRの95%信頼区間が1をまたいでいたことから、統計学的に有意な差が得られなかった。これは、介入後の観察期間が短かったことが主な要因であると考えられる。CLABSIの減少率などから、全病棟へのCHGドレッシング導入は、A病院におけるCLABSI対策として一定の有効性を有する可能性が示唆された。費用対効果の検討では、CHGドレッシング導入により材料費が年間約40万円増加した。しかし、先行研究¹⁾では、CLABSIが発生した場合、1件あたりの追加の医療費増加は17.9万円と報告されており、推定で5件のCLABSI発生が防止できたことで、直接的な医療費の観点からもCHGドレッシング導入は費用対効果に優れる可能性がある。さらに、CLABSI発生時には、医療従事者の業務量は大幅に増加する。CHGドレッシングの導入により追加の業務負担を軽減できた可能性があり、有用な対策であると考えられた。

028-6 血液内科病棟における CLABSI 低減に向けた取り組み

千葉大学医学部附属病院 看護部¹⁾、千葉大学医学部附属病院 感染制御部²⁾、千葉大学医学部附属病院 感染症内科³⁾

○漆原 節(うるしはら みさお)¹⁾、谷中 麻里^{1,2)}、千葉 均^{1,2)}、猪狩 英俊³⁾

【背景・目的】血流感染は在院日数の延長や死亡率の増加、医療費を増大させる主要な医療関連感染症である。血液内科では治療のために中心静脈カテーテル(以下 CVC)や末梢挿入型中心静脈カテーテル(以下 PICC)を長期留置する症例が多く、当院では2016年より感染症内科医師、感染管理認定看護師、血液内科医師、病棟看護師にて中心静脈ライン関連血流感染(以下 CLASBI)判定会を月1回実施し感染率をフィードバックしてきた。今回、2023年の感染率が4.10/1,000device-daysと上昇したことをうけ、介入を実施したため報告を行う。

【活動内容】2024年1月に病棟看護師に対し、ルート接続部位の消毒と手指衛生についての勉強会を実施した。特に接続部位の消毒については、1.0kg程度の力で擦るように消毒することが最も細菌除去率が高いという研究もあることから、デジタル秤を使用し1.0kgの力を体感してもらった。病棟看護師の入れ替わりがあったことから2025年10月にも同様の内容の勉強会を実施した。次に2024年7月よりクロルヘキシジン含有フィルムドレーシング材の導入し、使用方法について病棟看護師に説明していった。また当院では注射薬調製の際には安全キャビネットを使用することとリスクマネジメントおよび病院感染予防対策マニュアルに記載されているが、血液内科病棟では安全キャビネットを使用せずに作業台にて注射薬調製が行われていた。そのため2025年9月より注射薬調製時には安全キャビネットを原則使用することとし、病棟看護師に周知徹底していった。

【成果・考察】2024年の感染率は1.16/1,000device-daysと減少したが約3ヶ月間の血液培養ボトルの供給不安定があり十分な判定を行うことができなかった。2025年は3.12/1,000device-daysであり2023年と比較し感染率は減少した。今回、血流感染の原因の中でも「輸液の汚染」と「ルート接続部位の汚染」に対しアプローチしたことで、感染率低下に効果があったと考えられる。しかしながら依然として高い感染率で推移しており、今後も継続的な介入を行っていく必要がある。

029-2 中心静脈ライン関連血流感染防止の手法獲得による効果と課題

東京都立病院機構 東京都立多摩南部地域病院 看護部

○梅原亜佑美(うめはら あゆみ)、佐藤かおり、中村みち子

【背景・目的】2015年より中心静脈ライン関連血流感染(以下 CLABSI)サーベイランスを開始した。2024年外科系病棟において中心静脈カテーテル(以下 CV、PICC)の使用比と感染率が増加したため全 CLABSI 症例の分析をおこなった。分析の結果、脂肪乳剤や血液製剤投与症例は全 CLABSI 12件中7件(58.3%)であった。感染症例に共通の要因が推測できたことから、接続部の消毒、パルシングフラッシュ、陽圧ロックの手法が原因と仮定し現状調査と手技訓練、訓練後の手技調査を実施した。

【活動内容】期間 2025年4月～12月、対象：病棟・HCU・外来・手術室の看護師(新人看護師、看護師長除く)1電子カルテより調査：2024～25年の CV、PICC 使用症例の内脂肪乳剤や血液製剤投与症例数と投与経路調査、感染症例より原因分析、2現状調査項目の選定(接続部消毒、パルシングフラッシュ、陽圧ロック)と前期調査、3結果集計、フィードバック資料作成、4感染リンクナースによる手技訓練、5後期調査

【成果・考察】＜介入前後の数値比較＞介入前(以下：前)2024年1月～25年7月(使用比0.05、感染率2.92、感染症例15件)、介入後(以下：後)2025年8～12月(使用比0.04、感染率4.45、感染症例6件)で比較。1 全 CV、PICC 症例中脂肪乳剤や血液製剤を CV、PICC 又は末梢から投与症例数：前130件(42.9%)後30件(33.7%)、2 1の内 CV、PICC から投与症例数：前98件(75.4%)後17件(56.7%)、3 2の内 CLABSI 症例数：前9件(60%)後3件(50%)。＜調査数と結果＞人数：前217名、後210名(調査率100%)。手技訓練参加数217名、遵守率1接続部消毒(前90%後97%)、2パルシングフラッシュ(前60%後91%)、3陽圧ロック(前88%後97%)3項目とも上昇した。今回は手技の獲得が感染率の低減に及ぼした効果は確認できなかった。ポイントを絞り演習を交えた手技訓練は手技を具体的に学べる機会となった。引き続き CLABSI 発生時は原因分析とそれに対する対策の実施を行い、手技の再習得を行う。また今回習得した手技の定着を確認するために定期的に定期的な他者評価を行う。(多摩南部地域病院倫理委員会承認番号 R07-44)

029-1 特定看護師による PICC 挿入症例の後方視的研究

福井大学医学部附属病院 医療環境制御センター 感染制御部

○松山 千夏(まつやま ちなつ)

【目的】当院では、高度急性期医療の充実および医療従事者の負担軽減による働き方改革の推進を目的に看護師による特定行為実践を行っている。末梢挿入型中心静脈カテーテル(PICC)は挿入時の感染対策および挿入後の管理が大切である。今回、当院で実践している特定看護師による PICC 挿入症例の実態および管理中の合併症発生状況を後方視的に分析した。

【方法】2024年2月から2025年12月までに特定看護師が PICC 挿入を試みた131例のうち、挿入断念3例を除いた128例を対象とした。内容は、診療科、挿入目的、留置期間、管理中の合併症(感染、閉塞、逸脱)について診療録を用いて後方視的に調査した。

【結果】診療科は11診療科にわたり、耳鼻咽喉科・頭頸部外科51例、循環器内科33例が多かった。挿入目的は末梢ルート確保困難例73例、高カロリー輸液64例、化学療法5例であった。留置期間は平均21±13.7日であった。管理中の合併症は12例(9.4%)あり、内訳が感染4例(3.1%)、閉塞4例(3.1%)、逸脱4例(3.1%)であった。感染例の留置期間は平均18±15日であり、挿入直後の感染発症例は認められなかった。菌種はカンジダ属1例、ブドウ球菌2例、臨床的敗血症1例であった。

【考察】留置期間は平均21日であり、カテーテル選択アルゴリズムからも妥当な期間と考える。末梢ルート確保困難例が多く、PICC を選択することで、患者および看護師の負担軽減ならびに治療の円滑な遂行に寄与すると考えられた。挿入直後の感染症例は認められず、挿入時の感染対策は適切に実践されていたと考えられる。

【結論】特定看護師による PICC 挿入は多診療科で安全に実施可能であり、挿入時の感染対策も適切に実践されていた。今後は留置中の管理を含めた標準化された感染対策教育および評価体制の整備について検討する必要がある。

029-3 点滴汚染事例を契機とした点滴作成・交換時の感染対策遵守状況の評価と再発防止への取り組み

松戸市立総合医療センター

○松田 典子(まつだ のりこ)、高柳 晋

【背景・目的】2025年にアミノ酸製剤の細菌汚染事例が発生した。点滴製剤は血管内へ直接投与されるため、わずかな手技の不備でも重篤な医療関連感染を引き起こす危険性がある。そこで、感染対策の遵守状況を客観的に評価し、問題点を明確化したうえで再発防止策を立案し、その効果を検証した。

【活動内容】多職種により病棟の職員9名に対し、手指衛生の実施・手袋の適切な装着・バイアルおよび点滴ボトルのゴム栓部のアルコール消毒を確認したところ、8名の職員が手順を守れていなかった。ICTによる啓蒙活動を実施し、点滴作成・交換時における標準予防策の徹底を周知した。さらに、環境要因の影響を考慮し、注射準備室の空調を停止することで空気の乱流による汚染リスクの低減を図った。遵守状況の評価は、リンクスタッフの協力のもと直接観察法により実施し、手指衛生の実施・手袋の適切な装着・バイアルおよび点滴ボトルのゴム栓部のアルコール消毒の実施状況を調査した。結果は速やかにフィードバックした。加えて要点を視覚的に整理したポスターを作成し、点滴作成室および電子カルテ起動画面に掲示した。3か月後に同様の方法で再調査を行い、改善状況を評価した。

【結果・考察】リンクスタッフの1回目の調査では3項目すべてにおいて適切に感染対策手順が遵守されていた割合は63%であった。評価項目ごとで確認すると、手指衛生実施83%、手袋装着91%、ゴム栓部の消毒適正76%であった。啓蒙およびポスター掲示後2回目の再調査では、適切に感染対策手順が遵守されていた割合は62%、手指衛生実施87%、手袋装着89%、ゴム栓部の消毒適正78%であった。多職種による調査から遵守率は大きく上昇し、一定水準を維持していた。一方で、ゴム栓部の消毒の不十分は依然として高率であり、重点的な対策が必要であることが明らかとなった。知識の周知により一定の実践水準は維持されていたが、さらなる向上が求められる。今後も定期的な監査と、手技の標準化やチェックリスト導入、など多角的介入が必要である。ICTだけでなく手順遵守を組織文化として定着させることが、点滴汚染再発防止につながると考える。

029-4 観察記録と検体情報の標準化による全病院的デバイス関連感染サーベイランスの構築

金沢医科大学病院 感染制御室¹⁾、金沢医科大学病院 薬剤部²⁾、
金沢医科大学 臨床感染症学³⁾

○中川 佳子（なかがわ よしこ）¹⁾、日向千恵子¹⁾、
多賀 允俊^{1,2)}、上田 順彦^{1,3)}、飯沼 由嗣^{1,3)}

【背景・目的】当院は感染管理支援システム（以下、支援システム）を用いたサーベイランスが可能であるが、観察記録の電子カルテと支援システムへの二重入力や、挿入・抜去入力の手間による現場負担が課題であり、CLABSI以外のデバイス関連感染サーベイランスは実施できていなかった。2023年電子カルテ更新後、観察記録が支援システムへ同期可能となった。これを契機に、PLABSI、CAUTI、VAPを対象に現場負担を最小限とした全病院的デバイス関連感染サーベイランス体制を構築したので報告する。

【活動内容】電子カルテ更新後、中心・末梢静脈ライン、尿道留置カテーテル、人工呼吸器の観察記録を電子カルテ内経過表「感染管理」欄へ各勤務入力する運用を徹底し、それらを看護記録として統一した。その観察記録日数を情報管理課が集計し、延べ器具使用日数が算出可能となった。

また、CLABSI・PLABSIは「血液培養」、CAUTIは「留置カテ尿」、VAPは「気管内吸引痰」と検体項目を標準化し院内へ周知した。これらの提出検体項目から感染疑い症例を抽出し、培養陽性例を対象にICT/ASTが定義に基づき週1回判定している。併せて必要な検体項目の取漏れ防止を目的にデバイス感染症診断チャートを作成し周知した。

【成果・考察】2025年8月～12月の感染判定件数（感染率/1,000 device-days）は、PLABSI 9件（0～0.7）、CAUTI 18件（1.4～2.5）、VAP 4件（0～5.9）であった。判定症例についてはCLABSIと同様に部署と要因および改善策を検討している。血液培養以外は同年8月より新規導入した検体採取名であったが、周知徹底により誤採取はほとんど認めなかった。さらに、留置カテ尿および気管内吸引痰の培養提出状況をデバイス挿入状況と関連づけて把握することが可能となった。本取り組みにより、現場負担を増やすことなく継続的な全病院的デバイス関連感染サーベイランス体制を構築できた。結果は毎月の感染対策委員会で共有し、感染率上昇時の早期介入に繋げている。一方、本体制は感染症疑い時の適切な検査実施に依存するため、VAP疑い時の胸部レントゲン撮影の徹底や、診療科・看護部との継続的な教育と協働が重要である。

029-6 A病院消化器外科病棟における過去8年間の中心静脈カテーテル関連血流感染に関する分析

福井大学医学部附属病院 感染制御部¹⁾、福井大学医学部附属病院 感染症学講座²⁾

○西村 一美（にしむら かずみ）¹⁾、廣澤 祐太¹⁾、
松山 千夏¹⁾、酒巻 一平^{1,2)}

【背景・目的】末梢挿入型中心静脈カテーテル（PICC）使用頻度増加に伴い、院内でPICC管理手順を作成した。消化器外科病棟においても2018年以降PICC使用割合が増加しており、中心静脈カテーテル関連血流感染（CLABSI）サーベイランスデータをもとに管理状況を分析した。

【方法】2018年から2025年における消化器外科病棟のCLABSIサーベイランスデータより、カテーテル種別（中枢挿入型中心静脈カテーテル（CICC）、PICC、完全皮下埋め込み式ポート）、使用目的、感染率、器具使用比、CLABSIまでの留置日数、CLABSIの菌種について調査、集計した。

【結果】カテーテル種別ではPICCが最多で50%前後で推移し、主な使用目的は栄養管理、抗がん剤治療であった。器具使用比は2020年0.18に減少し、その後増加した。感染率は2018年2.32から2025年1.36に減少した。CLABSIまでの留置日数は、PICCで平均34±18.5日、CICCで平均41±50日であった。CLABSIの菌種は全期間でコアクラゼ陰性ブドウ球菌（CNS）が50%前後を占めていた。

【考察】PICC使用割合が増加したことからも、PICCが第一選択に定着したと考える。そのため、挿入部位による感染リスクが低減し、感染率の低下につながった可能性がある。管理手順作成に伴い、統一した手順でのPICC管理につながった可能性はあるが、CNSの割合に変化はなく、特に輸液作成時やライン操作時の手指衛生の遵守、挿入部や接続時の消毒方法などCNSの血流感染防止対策に焦点を当てた教育、啓発活動が必要と考える。カテーテル留置日数はCLABSIのリスク因子であるが、PICCのCLABSIまでの留置日数は30日前後とCICCより短く、PICC使用時は短期留置でも感染する可能性がある。

【結論】PICCが第一選択となり感染率は低下したが、CLABSIの菌種でCNSの割合は多いため、PICC管理手順の挿入部消毒など感染対策の遵守状況を確認し、啓発活動へつなげる必要がある。

029-5 敗血症を疑う場合の微生物検査提出フロー導入により末梢静脈カテーテル由来感染症の早期診断に至った取り組み

金沢医科大学病院 看護部¹⁾、金沢医科大学病院 感染制御室²⁾、
金沢医科大学病院 薬剤部³⁾、金沢医科大学 臨床感染症学⁴⁾

○西岡 美保（にしおか みほ）¹⁾、中川 佳子²⁾、
日向千恵子²⁾、多賀 允俊^{2,3)}、上田 順彦^{2,4)}、飯沼 由嗣^{2,4)}

【背景・目的】末梢静脈カテーテル由来血流感染（PLABSI）は、局所所見が乏しい場合、診断の遅延から敗血症など重症化を招くおそれがある。当院の消化器外科病棟では、2024年度にPLABSIから敗血症に至った症例を経験し、看護師による観察および検体提出の標準化が課題となった。そこで、ICT作成の「敗血症を疑う場合の微生物検査提出フロー」（フロー）に基づき、PLABSI疑い症例に対する迅速かつ適切な検体提出を導入した。本取り組みがPLABSIの早期診断に寄与したため報告する。

【活動内容】対象は、2024年4月～2026年2月に同病棟で末梢静脈カテーテル（PVC）留置中または抜去直後に血液培養が陽性となり、PLABSIが疑われた症例である。2025年7月にフローを導入し、病棟看護師へ1) INS 静脈炎スケールによる局所所見評価、2) 血液培養2セット採取、3) PVC抜去およびカテーテル先端培養の同時提出、を周知徹底した。介入前（2024年4月～2025年6月）と介入後（2025年7月～2026年2月）における、血液培養2セット実施率、カテ先端培養提出率、および両者の菌一致率を比較した。さらに、病棟看護師28名を対象にPVCに関する意識調査を実施した。

【成果・考察】PLABSI発生数は介入前5件、介入後4件であった。1) 静脈炎スケール評価は、介入前（3+：2件、2+：2件、所見なし：1件）に対し、介入後は（2+：2件、所見なし：2件）であった。2) 血液培養2セット実施率は60%（3/5件）から100%（4/4件）へ、3) 先端培養提出率は0%（0/5件）から75%（3/4件）へ改善した。局所所見の有無にかかわらず、血液とカテーテル先端から同一菌種が検出され、的確なPLABSI判定に繋がった。意識調査では、「局所所見の観察・記録の実施（100%）」「発熱時の先端培養の提案（80%）」と回答され、観察および検体提出の実践強化が確認された。フローの導入により発熱時の検体提出が標準化され、看護師から医師への主体的な検査提案が可能となった。結果として、PLABSIの見逃し防止と確定診断に至るプロセスの明確化に大きく寄与したと考える。

030-1 側管注射手技の直接観察による血流感染対策の取り組みから見た課題

厚生連高岡病院 看護部¹⁾、厚生連高岡病院 医療関連感染管理部²⁾

○畠山 朝美（はたけやま ともみ）¹⁾、廣野 和子²⁾、
浦上 恵里²⁾

【背景・目的】当院では中心静脈カテーテル関連血流感染（以下CLABSI）のサーベイランスを実施している。CLABSIの背景要因の一つとして、側管注射を含むカテーテル操作時の清潔操作不備が関与している可能性がある。血流感染は敗血症へ移行する重篤な感染症であり、予防対策が重要である。当院では抗菌薬投与や側管注射の機会が多いことから、側管注射手技を直接観察により把握し、清潔な手技の遵守につなげることを目的とした。

【活動内容】2023年12月、全病棟を対象に独自の評価表による側管注射手技8項目の直接観察を実施し、同月結果を踏まえてA病棟看護師全員に対し個別指導を行った。2024年3月、認定看護師研修会にて血流感染の基礎知識について勉強会を実施した。9月、リンクスタッフ委員会にて適切な側管注射手順検討のグループワークを実施した。2025年1月、閉鎖式3方活栓の導入に伴い、全看護師が側管注射手技動画を視聴した。2月、全病棟を対象に評価表による直接観察を実施した。さらに2025年8月、クリニカルラダー2・3を対象に血流感染防止講義とグループワークを行い、事後課題として各部署での周知活動を実施した。2026年1月、再度、全病棟を対象に評価表による直接観察を行い、リンクスタッフを対象に注射手技間違い探し動画を用いた勉強会を実施した。

【成果・考察】3回の直接観察の結果、「手袋着用後に寝具やPDAなどに触れない」「アルコール綿の拭く面を変える」「一連の側管注射手技において6つのタイミングで準じた手指衛生を行う」の3項目は、いずれも遵守率が低かった。一方、当院のCLABSI発生率は2023年度から2024年度にかけて減少傾向を示した。これは、直接観察と教育介入を継続したことで側管注射手技に対する適切な清潔操作の行動変容が促された可能性がある。また、繰り返しの直接観察とフィードバックが、自身の手技を振り返る機会となった可能性もある。特にブラグ消毒や清潔操作は遵守率が高く、これらの徹底が感染率低下に寄与した可能性が示唆された。遵守が低い項目はいずれも手技の流れの中で意識的に注意を要する行動であり、今後これらに焦点を当てた継続的な直接観察と教育介入が必要である。

030-2 末梢静脈挿入式中心静脈カテーテル関連血流感染低減への取り組み

医療法人徳洲会 八尾徳洲会総合病院

○萩原 美香 (はぎわら みか)、渋谷 豊克

【背景・目的】当院では2022年度より診療看護師、特定行為研修修了者および研修医による末梢静脈挿入式中心静脈カテーテル(以下:PICC)挿入が拡大し、挿入本数は2022年度平均26.0本/月、2023年度39.6本/月、2024年度46.3本/月へと増加した。また、PICC関連血流感染率は2022年度1.88%から2023年度2.52%へと増加した。管理状況を確認したところ、PICC管理方法が統一されておらず、末梢静脈ラインと同様の管理が行われていることが明らかとなった。そこでPICC関連血流感染の低減に向けた取り組みを行った。

【活動内容】米国疾病予防管理センター(CDC)「血管内カテーテル関連感染予防ガイドライン2017年」に基づき、段階的に取り組みを行った。第1期(2024年7月~2025年6月)、挿入時ケアバンドルとして、挿入前手指衛生、マキシマルバリアプリコーション、皮膚消毒(10%ボピドンヨードから1%グルコンサンクロルヘキシジナルコールへ消毒薬変更)、無菌的挿入・固定の4項目を実施した。PICC固定手順、ドレッシング・輸液ルート交換基準を標準化したマニュアルを作成し、教育を行った。また、クロルヘキシジン含有ディスクスポンジを使用していたが、刺入部への接触を懸念する意見を踏まえ、クロルヘキシジン含有透明ドレッシングへ変更した。第2期(2025年7月~2025年12月)、感染管理認定看護師による定期ラウンド、ICTリンクナースによる部署内ラウンドを開始した。ラウンドでは、PICC固定、ドレッシングの汚染や剥がれ、ドレッシング・輸液ルート交換状況を確認した。ラウンド結果は病棟スタッフ・所属長へフィードバックし、PICC挿入を行う診療看護師、特定行為研修修了者、研修医にも管理状況の確認を促した。

【結果・考察】PICC関連血流感染率は介入前(2023年4月~2024年6月)2.3%、第1期3.56%、第2期1.89%であり、統計学的有意差は認めなかった。しかし、減少率は介入前と第2期で17.8%、第1期と第2期で47.5%となった。第1期では管理方法にばらつきがみられたが、第2期にラウンドによる管理状況の直接確認と継続的フィードバックを実施したことで管理方法の統一が促進され、感染率低下につながった可能性が示唆された。

030-4 血液腫瘍内科病棟におけるCLABSI対策の評価と課題

関西医科大学総合医療センター

○西本 研二 (にしもと けんじ)

【背景・目的】血液腫瘍内科患者はその病態や治療により易感染状態となりやすく、中心静脈カテーテル(以下CVC)の使用頻度も高い。当院では2024年度より当該病棟での中心静脈ライン関連血流感染サーベイランスを開始し、その取り組みから得られた結果と課題について報告する。

【活動内容】2024年度よりCVCおよびCVポートの使用比、感染率をNHSNの判定基準を基に算出した。導入前には病棟スタッフに対して研修会を開催し、サーベイランスの必要性について説明した。サーベイランス開始後、年度前半の感染率の高さから、CVC管理の確認および指導を目的として病棟管理者と相談の上、週1回のCVCラウンドを病棟スタッフと感染管理認定看護師で実施した。ラウンドの項目として1.ドレッシング材の交換日記載2.ドレッシング材の剥がれ3.CVC挿入部の血液汚染4.アクセスポートの汚染について確認した。またラウンド時にはスタッフの手指衛生遵守についても観察し、即時フィードバックを実施した。さらに2025年度より病棟の全症例でクロルヘキシジン含有ドレッシング材を導入し、管理方法についてもCVCラウンドにて引き続き確認した。ドレッシング材によるスキントラブルについては病棟管理者および皮膚排泄ケア認定看護師と連携し対策を講じた。2024年4月から翌年1月と2025年4月から翌年1月までの感染率をカイ二乗検定にて分析し、対策を評価した。

【成果・考察】CVC管理の遵守率は2024年度で87.5%、2025年度では95%に上昇した。また病棟の1患者1日あたりの手指消毒回数は2024年度5.0回、2025年度9.3回、増加率は86%であり介入に一定の効果があったと考える。しかし、病棟目標は20回でありスタッフ教育を継続していく必要がある。2024年度の使用比は0.38、感染率は5.57/1000 device-daysであった。2025年度の使用比は0.28、感染率は1.15/1000 device-days($P<0.05$)であり有意差を認めた。一方で、ドレッシング材に伴う副作用も発生していることから、病棟と連携し対策に努めていく。

030-3 透析カテーテル関連血流感染(VAI)低減に向けた多角的介入の試み

鶴岡市立荘内病院 医療安全管理部¹⁾、鶴岡市立荘内病院 看護部²⁾

○若松由紀子 (わかまつ ゆきこ)¹⁾、栗田 香²⁾、本間 春圭²⁾

【背景・目的】2024年度、当院において透析カテーテル関連感染(VAI)が11件(非カフ型4件、カフ型7件)発生し、例年と比較して増加傾向を認めた。透析患者における血流感染は予後を左右する重大な合併症である。そこで、客観的な実態把握と感染防止策の再構築を図るため、2025年度よりサーベイランスを導入し介入を実施した。本報告では、介入前後における感染状況の変化および多角的な介入の有効性について検討する。

【活動内容】透析関連感染サーベイランス研究会(DSN-J)の判定基準に基づき、2024年度の発生率を後ろ向きに算出した。その結果、1,000透析日あたり非カフ型18.26、カフ型2.29であり、DSN-Jの発生率と比較して高値であることが判明した。現場の課題抽出のため、カテーテル挿入・ドレッシング交換・穿刺・回収などの各場面を直接観察し、以下の介入を行った。1)カテーテル挿入時の1%クロルヘキシジナルコールによる皮膚消毒の徹底2)穿刺・回収時のベストプラクティス手順の再構築と、動画教材を用いたスタッフ教育3)皮膚トラブル発生時の消毒薬・被覆材・被膜材の選択フローの作成4)フィルムドレッシング材の選定見直し5)感染徴候発生時のICTによる即時ラウンドとケア介入6)経過記録の標準化による情報共有の強化7)多職種(医師・看護師・臨床工学技士)間での最新ガイドラインおよびエビデンスの共有

【成果・考察】2025年4月から2月のVAI発生率は、1,000透析日あたり非カフ型0.00、カフ型0.58(出口部感染2件)となり、前年度と比較し大幅な低減を認めた。サーベイランスの導入により、現場介入とコンサルテーションの機会が増加し、ICTと現場の心理的安全性および連携が強化された。また、リンクナースを中心に従来の慣習を見直し、自律的に改善策を検討・実施する組織文化が醸成された。サーベイランスに基づく現状把握と多角的な介入は、VAI発生率の低減に極めて有用であり、今後も継続的な評価を行い、対策の定着と質の維持を図っていく必要がある。

030-5 CVC留置時マキシマル・バリアプリコーション遵守率100%達成への取り組み—物品セット化と報告書によるフィードバックの効果—

社会医療法人駿甲会コミュニティホスピタル甲賀病院

○帯金 里美 (おびかね さとみ)

【背景・目的】中心静脈カテーテル関連血流感染(CLABSI)予防において、マキシマル・バリアプリコーション(MBP)の遵守は極めて重要である。しかし、当院(349床)ではCVC留置時の遵守状況を客観的に把握する手段がなく、現場からは「物品準備の負担」や「遵守不足」を懸念する声が続いていた。本活動の目的は、中材部門および各病棟と連携した介入により、MBP遵守状況を可視化し、その遵守率を向上させることにある。

【活動内容】2024年10月より、以下の3点を柱とした介入を実施した。

1. 構造的介入(セット化):各病棟でCVキットとMBP必要物品(ガウン、大型ドレープ等)をセット化し、物品不足を理由に遵守を断念させない体制を構築した。ICTラウンドによる準備状況の確認を継続した。
2. プロセスの介入(報告書の導入):中材部門の協力により、CVキット払い出し時に「MBP遵守状況報告書」を添付した。報告書には「介助者が実施者に遵守を促したか」という項目を設け、看護師の役割を明確化した。
3. 教育・フィードバック:回収した報告書に基づき、感染制御支援システムへの入力を行ってリンクナースへ教育した。また、遵守率の低い個人に対して具体的なフィードバックを実施した。

評価期間を、介入0.5年(第1期)、介入0.6~1年(第2期)、介入1~1.5年(第3期)の3期に分け、遵守率を比較した。

【結果】MBP遵守率は、第1期82.1%(55/67件)、第2期94.2%(49/52件)、第3期100%(19/19件)と有意に向上した(Fisherの直接確率検定: $\text{Sp}=0.0185$)。特に第1期と3期の比較において有意差を認めた($\text{Sp}=0.0465$)。また、本活動を通じてCLABSIサーベイランス体制が確立され、院内全体の血流感染率は1.43/1000 device-dayと算出された。

【成果・考察】「物品のセット化」による物理的障壁の除去と、「報告書」による行動の可視化が、遵守率向上に大きく寄与した。特に、介助者が医師へ働きかける仕組みと、データに基づく個別フィードバックが、医師の行動変容を促し、第3期における遵守率100%達成に繋がったと考えられる。今後は、この高い遵守率を維持するとともに、MBP遵守がCLABSI低減に与える長期的影響を評価していく。

030-6 PICC 挿入管理標準化と ICT 連携による PICC 関連血流感染低減への取り組み

藤田医科大学病院 FNP室

○加藤 唯記 (かとう ただき)

【背景・目的】中心静脈カテーテル関連血流感染 (central line-associated bloodstream infection: CLABSI) はカテーテル局所の感染にとどまらず全身感染症へ進展し、重篤化すると致死的となり得るため、中心静脈カテーテル (central venous catheter: CVC) 管理において予防が重要な合併症である。当院の CVC 挿入は挿入トレーニングを修了した者のみが施行可能となっているが、2024 年度における CVC 関連 CLABSI 発生率は、集中治療室 1.18/1000 catheter-days、一般病棟 1.49/1000 catheter-days であり、改善を要する課題であった。2024 年度の末梢挿入式中心静脈カテーテル (peripherally inserted central catheter: PICC) 挿入件数は年間 1646 件にのぼり、その 9 割以上を診療看護師 (nurse practitioner: NP) が施行している。しかし、PICC 挿入に関する体系的な教育体制は十分に整備されておらず、挿入手順の標準化も行われていなかった。そこで CLABSI 低減を目的として、ICT と連携し、PICC 挿入管理の標準化に取り組んだ。なお CLABSI は日本環境感染学会 Japanese Healthcare Associated Infections Surveillance (JHAIS) の定義に基づき判定した。

【活動内容】院内で統一した挿入教育体制の確立を目的として、PICC 挿入マニュアルを作成し、エコーガイド下挿入を基本とした無菌操作、必要物品、手技手順の統一を図り、PICC 挿入管理の標準化を行った。

【成果・考察】本取り組みにより、NP のみならず医師および特定看護師を含めた PICC 挿入管理の標準化が促進され、CLABSI 低減に寄与する可能性が示唆された。また、院内における安全な PICC 挿入体制の整備にもつながる可能性がある。今後は導入前後の CLABSI 発生率を比較し、本取り組みの有効性を検証していく必要がある。

031-2 集中治療室看護師の輸液管理手技と中心ライン関連血流感染 (central line associated bloodstream infection) の関連性の検討

東京都立多摩総合医療センター

○神田亜彩希 (かんだ あさき)

【背景・目的】中心ライン関連血流感染 (central line associated bloodstream infection、以下 CLABSI) は致死率が高く、患者の苦痛、入院期間の延長、追加の医療費が発生するため、侵襲的なデバイスを留置する患者が多い集中治療室の感染対策は重要である。発生要因のひとつに医療従事者の清潔操作があり、適切な輸液管理が必要となる。今回は、看護師の点滴作成から輸液接続までの手技に着目し勉強会を実施、効果を明らかにするために介入前後の手技に関するプロセスサーベイランスの実施及び感染率を比較した。

【活動内容】研究デザイン：介入前後比較

研究研究期間：2024 年 4 月 1 日～2025 年 12 月 31 日

看護師に CLABSI と輸液管理手技に関する勉強会を実施、集中治療室の感染率について周知した。勉強会前後の輸液管理手技のプロセスサーベイランス結果と感染率を比較した。プロセスサーベイランス結果は個別にフィードバックし、感染率は毎月病棟で周知した。

【成果・考察】CLABSI の発生なく経過した。勉強会と個別のフィードバックで輸液管理手技の知識や対策を習得し、感染率を低下させた要因になったと考察する。特に、感染が発生せず経過している状況を毎月周知することは職員のモチベーション維持と行動変容に繋がり、部署全体で感染管理に取り組む文化の形成ができたことと考える。目に見えない汚染に対する手順を省く傾向があり、行動の習慣化が難しかった。原因や方法を伝えるだけでは改善効果が低いため、それぞれの行動の有効性や具体的な方法を科学的根拠を用いて示すアプローチが必要である。また、時間の経過により遵守率は低下するが、勉強会を実施すると再度上昇した。適切な手技を実践に落とし込み、維持するためには、勉強会→監査→フィードバックを繰り返し継続することが不可欠である。

今後の課題は、自分たちの行動が感染源となる可能性があることをより認識してもらうことである。実際に消毒が不十分な例を画像や動画で可視化し、シミュレーション教育を取入れて体験してもらう等、多角的な取り組みを実践する。職員が積極的・自発的に携わり経験を積み重ねることで、主体性を伸ばしより高い実践力の習得ができると考える。

031-1 経静脈栄養療法を受ける成人摂食障害患者の中心静脈アクセスデバイス関連皮膚障害発生率とリスク因子の検討

聖路加国際病院 看護部¹⁾、順天堂大学大学院 医療看護学研究科 博士前期課程感染制御看護学分野²⁾、川崎市立看護大学大学院 看護学研究科 感染看護学領域³⁾

○駒井 瑞穂 (こまい みずほ)^{1,2)}、川上 和美³⁾

【背景・目的】摂食障害患者の治療では、中心静脈アクセスデバイス (CVAD) を挿入し、長期的な経静脈栄養療法を行う。CVAD 挿入部位の皮膚障害で、カテーテル関連血流感染 (CRBSI) のリスクが高まる。本研究では、経静脈栄養療法を受ける成人摂食障害患者の CVAD 関連皮膚障害 (以下、皮膚障害) の発生率とリスク因子を明らかにする。

【方法】2020 年 1 月～2024 年 12 月に A 病棟で摂食障害と診断され、心療内科に入院し経静脈栄養療法を受けた 18 歳以上の者を対象とし、後ろ向きコホート研究を実施した。調査項目は、患者属性、CVAD 挿入、皮膚障害の発生状況、リスク因子として患者要因、治療関連要因、看護ケア要因を収集した。Broadhurst ら (2017) の定義を用いて皮膚障害を判定し、発生率を算出した。分析は記述統計を行い、リスク因子の検討は皮膚障害発生群と未発生群で、単変量解析として Mann-Whitney U 検定またはカイ二乗検定、さらに二項ロジスティック回帰分析を行った。本研究は、順天堂大学大学院医療看護学研究科研究倫理委員会の承認を得た。

【結果】研究対象者は 114 名で全員が女性であり、入院時年齢の中央値は 25.5 歳であった。挿入 CVAD は 149 本で、うち 79 本 (53.0%) の挿入期間中に皮膚障害が発生し、皮膚の炎症が最も多かった。1000 CVAD 使用日あたりの皮膚障害発生率は 15.7 であった。皮膚障害のリスク因子として単変量解析で CVAD 以外の挿入物、不定期ドレッシング材交換、毎日シャワー実施、全身清拭で有意差があった。二項ロジスティック回帰分析による皮膚障害の独立したリスク因子は、不定期ドレッシング材交換 (aOR、2.92; $p=0.014$) と毎日シャワー実施 (aOR、4.95; $p=0.011$) であり、外的要因であった。

【結論】摂食障害患者は痩せ型で皮膚と保護フィルムの隙間がでやすく、シャワー時に CVAD 挿入部位の浸水が生じ、度重なるドレッシング材交換が皮膚障害のリスクを高めた。シャワー時の挿入部位保護方法やドレッシング材交換方法などの看護ケア開発の必要性が示唆された。

031-3 当院におけるクロルヘキシジン含有穿刺部保護パッチからクロルヘキシジン含有ドレッシング材への変更前後 CLABSI 発生状況比較

NTT東日本札幌病院 感染管理推進室¹⁾、NTT東日本札幌病院 看護部²⁾

○萩野 貴志 (はぎの たかし)¹⁾、金子 陽香²⁾、加藤 彰子^{1,2)}、桑原 理江¹⁾、笠原 英樹¹⁾

【背景】中心ライン関連血流感染症 (central line-associated bloodstream infection: CLABSI) は重篤な医療関連感染症であり、中心静脈カテーテル挿入部管理は感染予防において重要である。当院では CLABSI 低減を目的にクロルヘキシジン含有穿刺部保護パッチ (以下、CHG 含有パッチ) を使用してきたが、貼付手技の煩雑さや密着性のばらつき、観察性の低下といった課題があった。これらを踏まえ、貼付操作の簡便化と清潔操作の標準化を目的として、2024 年 12 月を移行期間とし、2025 年 1 月よりクロルヘキシジン含有ドレッシング材 (以下、CHG 含有ドレッシング) へ変更した。

【目的】CHG 含有パッチ使用期 (2023～2024 年) と CHG 含有ドレッシング使用期 (2025 年) における CLABSI 発生状況を比較し、被覆材変更後の感染発生への影響を評価する。

【方法】2023～2025 年の CLABSI サーベイランスデータを用い後ろ向きに解析した。両期間の 1000device-days 当たりの発生率を算出し、Poisson 回帰モデルを用いて比較した。また、被覆材変更に合わせて感染対策マニュアルを改訂し、無菌操作の徹底、交換記録の明確化、ゲルパッド位置の適正化についてなど管理のポイントを職員へ周知した。

【結果】CHG 含有パッチ使用期は 20 件/9303device-days (2.15/1000)、CHG 含有ドレッシング使用期は 7 件/3958device-days (1.77/1000) であった。率比は RR=0.82 (95% 信頼区間 0.35-1.95) で、有意差は認められなかった ($p=0.65$)。

【考察】被覆材変更後、CLABSI 発生率は低下傾向を示したが有意差は認められなかった。貼付操作の簡便化と管理手技の標準化により、無菌操作の遵守向上や病棟間のばらつき低減に寄与した可能性がある。本研究は単施設・後ろ向き解析であり交絡因子を十分に調整できていない。今後も継続的なサーベイランスと挿入部管理の標準化が重要である。

031-4 15年間のCLABSIサーベイランスから見える血流感染の要因分析と改善へのプロセス

宝塚第一病院

○雪田 智子 (ゆきた ともこ)

【背景・目的】15年間のCLABSIサーベイランスの実施と感染対策バンドルの継続的な実践がCLABSI感染率低減につながったため報告する。

【方法】2011年～2025年の15年間のCLABSIサーベイランスデータを対象とし、アウトカム評価としてCLABSI感染率と器具使用比を算出した。プロセス評価として感染対策バンドルの定着を図るため、週1回のCV回診を行い、デパイスおよび患者属性の分析も行った。サーベイランス報告は感染対策委員会や該当部署だけでなく、医局会でも報告を実施した。【結果】CLABSIサーベイランスは、アウトカム評価をメインで実施した時期(2011年～2017年)、プロセス評価を追加した時期(2018年～2023年)、PICCを導入した2024年以降で分析した。感染率(1000device-day)は、アウトカム評価時期は1.1、使用比は平均0.10だった。プロセス評価時期の使用比は0.04に低下したが、感染率は2020年0.7、2021年以降高く2023年3.8まで上昇した。2023年に医局会で報告し、2024年にPICCの導入、プロセスケアの推進を図り、2025年には感染症例がゼロとなり使用比も0.02まで低下した。患者属性は平均年齢80歳以上の高齢者が大半で、留置期間は平均40日を超えていたが2025年は平均21.2日に低下した。留置期間は血流感染ありとなしで有意差はない($P=0.08$)が、長期留置はリスクとなっている。ルーメン数はシングルとダブルではRR2.34(95%CI: 1.35～4.06)でダブルルーメンがリスクとなっていた。部位は、大腿静脈VS鎖骨下静脈(RR1.00)、内頸静脈VS鎖骨下静脈(RR0.92)、大腿静脈VS内頸静脈(RR1.08)で有意差はなかった。認知症患者の自己抜去防止で大腿静脈を選択する症例があり、感染リスクの高い大腿静脈への留置が多いのが現状である。消毒を1%クロルヘキシジンへ変更、ドレッシング交換手順の標準化、手順書を動画にして教育を行った結果、遵守率は向上しケアの改善につながった。

【結論】サーベイランスの実施・分析とプロセス改善にむけた現場教育に加え、医局会を巻き込み組織全体で取り組むことで感染率と使用比の低減につながった。

031-6 透析関連感染サーベイランス研究会(DSN-J)が推奨するバスキュラーアクセス関連感染(VAI)対策と今後の介入の検討

医療法人清栄会 清瀬病院¹⁾、透析関連感染サーベイランス研究会²⁾○大石恵理子(おおいし えりこ)^{1,2)}、森兼 啓太²⁾、谷口 弘美²⁾、前多 香²⁾、細田 清美²⁾、帯金 里美²⁾、山下 恵美²⁾、多湖ゆかり²⁾、水野 住恵²⁾、坪根 淑恵²⁾、畠山 国頼²⁾、吉川美智代²⁾、赤尾 康子²⁾、小林 美枝²⁾、宮田こず恵²⁾、山下 敦司²⁾、中林 准子²⁾、谷掛 真弓²⁾、柏原 久乃²⁾

【背景・目的】透析関連感染サーベイランスデータより明らかになったリスク因子に基づくDSN-J参加施設が行う対策、今後の介入について検討する。

【方法】2008年3月～2024年12月の多施設共同サーベイランス結果からリスク因子を分析し、具体的な対策について検討した。

【結果】17年間のVAI発生頻度は1000透析日あたりシャント0.046・グラフト0.49・動脈表在化0.10・非カフ型カテ7.75・カフ型カテ1.39である。サーベイランス開始当初と比較すると、VAI減少率はシャント42.5%・グラフト73.9%・動脈表在化68.8%・非カフ型カテ39.0%・カフ型カテ46.8%。2012年以降、非カフ型カテ感染率は顕著な減少は見られず高止まりの状態が続く。アクセス別リスク比(RR)は血流感染(LCBI/CSEP)ではシャントと比較し非カフ型カテは631(95%CI: 482-826)倍、カフ型カテは80.8(95%CI: 60.2-108)倍であり、リスクの高さが強調される。挿入部位は非カフ型、カフ型カテ共に鼠径部がリスク因子である。頭部と比較したRRは非カフ型カテ1.46(95%CI: 1.22-1.74)、カフ型カテ2.53(95%CI: 1.56-4.10)。季節は夏が冬に比べて23%と高い。糖尿病は非カフ型カテでRR1.24(95%CI: 1.04-1.47)と有意である。起因菌はシャント・グラフト・非カフ型カテでMSSA、カフ型カテはMRSAが最も多く検出された。

【結論】昨年本学会でDSN-Jは以下5項目のVAI対策を推奨した。1. 計画的なシャント、アクセス作成を行う。2. 鼠径部のカテ挿入は控える。3. 夏は挿入時の皮膚清浄化、出口部、アクセス時の消毒強化が重要。4. 非カフ型カテは糖尿病がリスクである。5. 主な起因菌は抗菌薬選択の目安となる。非カフ型カテ自体のリスクは回避できないが、計画導入による非カフ型カテ使用の回避や挿入時のマキシマルバリアアプリケーションの徹底が可能となる。季節、患者のリスク因子に基づく異常の早期発見、援助の工夫を行うことでVAI低減に繋がると考える。

031-5 頭頸部癌・食道癌患者の中心ライン血流感染予防に向けた取り組み

国立がん研究センター中央病院

○室谷美々子(むろや みみこ)、塩塚 美歌、石田 康子、中野貴代子、小林 治

【背景・目的】当院はがん専門病院であり、部位別に内科・外科で診療科が分かれている。そのうち、2024年度の中心ライン関連血流感染(以下、CLABSI)件数が頭頸部・食道の内科で最も多く、当該診療科の入院病棟のうち、所属病棟での中心ライン関連血流感染件数も最も多かったため、原因を検討し、減少に向け、介入を開始することとした。

【活動内容】2025年4月より介入開始した。2024年4月から3月を介入前、2025年4月から2026年2月を介入後とし、中心ライン関連血流感染のうち、皮下埋め込み型ポート(以下、CVポート)での感染件数が12件中8件と多かったため、皮下埋め込み型ポート感染予防を中心に対策を検討した。CVポートへのポート針挿入時に未滅菌手袋を使用していたが、気管孔がある患者や頸部に腫瘍がある患者が多く、ポート周囲が汚染しやすく、汚染した場所に触れた未滅菌手袋でポート針を挿入していた可能性があった。また、所属病棟では前日にポート針へ生理食塩水を注入し、透明フィルムドレッシング材も外装から出して準備していた。そして、2024年度の所属部署の手指衛生遵守率が84%と当院での手指衛生遵守率目標値である85%より低値であった。そのため、CVポートへのポート針挿入時の滅菌手袋の使用、使用物品の準備を直前に行うこと、手指衛生遵守率の向上に取り組んだ。

【成果・考察】所属部署の2024年4月～2025年3月のCLABSI率1.3(1,000catheter-day)であったが、2025年4月～2026年2月のCLABSI率は0.3(1,000catheter-day)、CLABSI件数は3件、うちCVポート関連血流感染件数は1件と減少した。がん患者は免疫能の低下から感染症を発症しやすく、発症すると重篤化しやすいため、CLABSIを予防することが重要である。そのため、今回取り組んだCVポート針挿入時の手技や準備手順を確認し、定着できるようマニュアル化していく必要がある。また、手指衛生遵守率維持向上を継続していくことが重要である。そして、現場での感染管理について定期的に自己評価、他者評価などを行い、適切な中心ライン管理を維持し、感染を予防していく。

032-1 手術室におけるハンズフリー法の導入による針刺し・切創事象の減少について

地方独立行政法人 東金九十九里地域医療センター 東千葉メディカルセンター

○阿内 剛(あうち つよし)、大山 華、大久保美登里、森 雪絵、笠原 靖紀、岩立 康男

【背景・目的】当センター手術室における針刺し、切創事象は年間平均7.8件(2019～2023年)発生していた。そのうち鋭利器材を直接手渡しに起因する事象は年間平均3.6件(2019～2023年)であった。針刺し、切創事象の抑制を目的として、当院におけるハンズフリー法の導入と導入後の針刺し・切創事象の減少について報告する。

【活動内容】手術手技によって、鋭利器材の直接手渡しを要する手術と、ハンズフリー法による器材の受け渡しが可能な手術に区分した。直接手渡しを要する手術は「針刺し等ハイリスク手術」と定義し、手術開始前のタイムアウト時に手術に関わるスタッフ全員で共有するルールとした。ハンズフリー法が可能な手術についてはニュートラルゾーンとして専用トレイを設置し、未使用鋭利器材をセッティングした上で術者が直接器材を取る方法とした。鋭利器材の返却についても術者が返却用の専用トレイに戻す方法とした。

【成果・考察】ハンズフリー法を導入した手術では2025年2月～2026年1月の1年間に針刺し・切創事象の発生は認められなかった。すべての手術手技への導入も検討したが、ハンズフリー法が円滑な手術進行を妨げ、患者の不利益につながる可能性があるため、「針刺し等ハイリスク手術」に限定して注意喚起を図り、手術を行うこととした。今後も手術室と感染管理部門が協働してさらなる取り組みを進めていく。

032-2 針刺し切創事故 0 を目指して「使用者廃棄の原則」徹底へ向けた取り組み

JA尾道総合病院

○棒田 静香（ほうだ しずか）

【背景・目的】針刺し切創の減少を目的として、経年的に報告事案を分析し改善策を検討してきたが、近年、ペン型インスリン針による事故が増加傾向にある。当院で報告のあった5年間のペン型インスリン針による事故について分析し、要因と今後の課題を明確にする。

【活動内容】2020年4月から2025年3月までに報告された17件のペン型インスリン針による事故を職種別、勤務年数、勤務時間帯、患者背景、発生時の状況について調査し要因を分析した。

【成果・考察】職種では看護師16件、薬剤師が1件であり、インスリンは看護師により準備から注射まで実施していた。発生時の状況では、使用後針の未除去による（35%）が最も多く、後で片づけようとして（18%）、リキャップ（12%）、廃棄時の動作による（12%）が続き、勤務年数、勤務時間帯に偏った傾向はみられなかった。また、使用後針の未除去による事例以外では、インスリン注射時に大半が針捨てボックスを携帯していない（71%）ことが明らかとなった。使用後針の未除去事例についても、針捨てボックスを携帯しその場で廃棄していれば防げた事故と考える。以上の結果から、針捨てボックスを携帯する意識が根付いていないことを問題と考え、看護部に報告し啓発活動を行った。特に使用後針の未除去による事故は、他者へ及ぼすリスクが高いため該当者にインシデント・アクシデントレポートの提出を課した。このレポートは、原因・要因分析と改善に至るプロセスを部署内カンファレンスで協議し提出するため、ともに考えることで該当者だけでなく個々の行動変容に繋がることを期待した。対策開始後よりペン型インスリン針による事故は減少傾向にある。

針刺しの発生要因として針捨てボックスの未携帯によるものが大半を占めていた。「使用者廃棄の原則」を徹底するために携帯用針捨てボックスの使用を習慣づける継続的な取り組みが今後も重要と考える。

032-3 透析室における職業感染対策としての針刺し事故改善への取り組み～事故当時者への聞き取りと現場観察の導入～

総合病院 南生協病院

○小栗 生江（おぐり いくえ）、板津 慶太、長坂 陽子、片桐 純

【背景・目的】当院の針刺し切創粘膜曝露事故（以下事故）の報告は簡易な記載にとどまり詳細な背景把握は困難であったため再発防止策の立案に十分活用できていなかった。そこで実効性のある改善につなげることを目的として、2024年より事故当時者への聞き取りを開始し、発生状況、作業手順、環境・心理的背景を聴取した。その過程で血液透析室において、過去2年間発生していなかった事故が2025年に入り3件発生し、うち2件は穿刺後の針による事故であり2か月間に集中していたため、詳細な検証を行った。

【活動内容】聞き取りでは安全機能付き穿刺針の作動不良が疑われたが、発売元への確認により製品の不具合は否定された。一方で穿刺直後の針はすぐに廃棄されないことが判明した。穿刺直後に廃棄されないことは問題であり、事故は防げた可能性があると考え見学をしたところ、穿刺針は使用後の物品とまとめて廃棄する運用であり、使用直後の廃棄手順ではなかった。背景には針廃棄容器を手元に設置するためのスペースが不足していたことがあった。透析室スタッフと協議し、穿刺物品を配置している移動式ワゴンに針廃棄容器を固定し、穿刺直後に廃棄できる手順へ変更した。導入後業務に影響なく運用されており、穿刺針による針刺し事故は発生していない。

【成果・考察】聞き取りの導入により報告書だけでは把握できなかった事故の背景要因が明らかとなり、聞き取りと現場観察を組み合わせたことで有効な改善の取り組みにつながった。透析室では現場観察を通じて別な課題も確認され、継続的な感染対策の推進につながった。本取り組みは職業感染対策の質の向上に寄与したと考える。また報告体制の見直しも行われ、事故報告書はインシデントレポートへ統一された。

032-4 職員の麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎ワクチン接種プログラムの再構築

札幌徳洲会病院 ICT

○松田まなぶ（まつだ まなぶ）、和田 直樹、井畑 理沙、菅沼 美里、天野 詩織

【背景・目的】当院では、2003年より職員のワクチン接種を開始した。入職時の抗体価が基準を満たさない場合は一律1回の追加接種（以下旧基準とする）を行っていたが、不必要な接種や、必要な接種ができていない可能性があった。今回「医療従事者のためのワクチンガイドライン第4版」（以下ガイドラインとする）の発行を受けて、ワクチン接種プログラムを見直したため報告する。

【活動内容】入職者の抗体価検査に加えて、ワクチン接種歴を確認した。ワクチン接種歴確認表を作成し、B型肝炎・麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎ワクチン接種回数と、接種証明書の提出を義務付けた。抗体価は、ガイドラインを参考に「陽性」「基準を満たさない陽性」「陰性」の3つに分けた。2回の接種歴があり、「基準を満たさない陽性」は追加接種不要、「陰性」は1回追加接種とした。1回の接種歴があり、「陽性」は追加接種不要、それ以外は1回追加接種とした。接種歴がない場合は、「基準を満たさない陽性」は1回追加接種、「陰性」は2回接種とした（以下新基準とする）。

【成果・考察】2025年度入職者は95人で、95人（100%）のワクチン接種歴確認表を回収した。接種歴があると答えた職員は、B型肝炎69人（72.6%）、麻疹80人（84.2%）、風疹78人（82.1%）、水痘42人（44.2%）、流行性耳下腺炎59人（62.1%）だった。そのうち証明書があった職員は、B型肝炎51人（73.9%）、麻疹76人（95.0%）、風疹73人（93.6%）、水痘32人（76.2%）、流行性耳下腺炎51人（86.4%）だった。旧基準と新基準のワクチン接種対象者の差は、麻疹が68人から21人（47人）、風疹が42人から14人（28人）、水痘が8人から7人（1人）、流行性耳下腺炎が28人から22人（6人）となり、56人の不必要な接種を防ぐことができた。また、接種歴がなく陰性だった2人に2回の接種をすることができた。ワクチン接種歴と抗体価で評価することで、不必要な接種と、接種回数の不足を抑制できた。一方で、ガイドラインでは接種記録と罹患歴の有無により抗体価検査を実施している。今後、罹患歴の確認も行い、不要な検査の回避も検討する。

032-5 院内職員に対するインフルエンザワクチン筋肉内投与による副反応の調査

手稲溪仁会病院 感染制御管理室

○駒澤 宏紀（こまざわ ひろき）、菊池 航紀、山崎 晃憲、猫宮由美子、竹ヶ原北斗、増永 伸吾、佐藤由美子、大西 新介、安保 義恭

【目的】インフルエンザワクチンは、皮下接種と比較して局所副反応が少なく免疫原性も同等以上とされることが、諸外国では筋肉内接種が推奨されている。一方、本邦では添付文書上、原則として皮下接種が用法とされている。当院では2023年度より院内職員の希望者にインフルエンザワクチンの筋肉内注射を行っており、過去3年分の有害事象の発生率を調査したので報告する。

【方法】インフルエンザワクチン筋肉内投与は添付文書上の適応外使用に該当するため、院内の薬事委員会では実施可否の審査・承認を得て実施した。対象者には適応外使用であることを文書で説明し、希望者から同意を取得した。解析および発表は匿名化したデータを用いて行った。2023～2025年度に対象職員に事前調査を行い、筋肉内投与（IM）群と皮下投与（SC）群に分け、接種後24時間以内に発現する有害事象を調査した。調査する有害事象は、接種部位疼痛、接種部位発赤、接種部位腫脹、接種部位掻痒感、頭痛、倦怠感、全身筋肉痛、全身関節痛、悪心嘔吐、寒熱、38度以上の発熱、症状出現なし、とした。評価方法は筋肉内投与群と皮下投与群における各有害事象の発生率を比較した。

【結果】3年間で皮下投与4039例、筋肉内投与1406例を実施した。いずれの年度でも局所副反応（疼痛・発赤・腫脹）はIM群で低率であった（各 $P<0.01$ ：SC/IM：疼痛 62.67%/38.45%、発赤 58.66%/4.8%、腫脹 60.64%/5.12%）。接種部位掻痒感（3.63%/0.1%）もIM群で有意（ $P<0.01$ ）に少なかった。一方、頭痛、全身筋肉痛、悪心嘔吐、38度以上の発熱、に関してはいずれの年度でも有意な差は認められなかった。

【結語】筋肉内投与の方が皮下投与と比べて有害事象が少なく、接種者の負担を軽減できる。一方、筋肉内投与による手技関連事象を回避するための教育・監査が必須である。また、有害事象発生時の対応（受診導線、記録、救済制度の確認）を含めた運用と説明・同意の標準化が重要である。

032-6 急性期病院職員における麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘の抗体保有状況とワクチン接種に関する検討

社会医療法人 ペルランド総合病院
○田中まこと（たなか まこと）、山田加代子

【背景・目的】当院では麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘（以下、MMRV）の4種感染症に対するワクチン接種の取り組みについて、2018年度以降の入職者を除く、在職者に対しての実施ができていなかった。そこで今回、ワクチンキャッチアップ接種プログラムを作成し、対象となった職員の抗体保有状況と接種率に関する調査を行ったので報告する。

【方法】職員1347名中571名に対し、MMRV抗体価検査（EIA法）を実施した。「医療関係者のためのワクチンガイドライン第4版」に基づき、「今すぐの予防接種は不要」と判定された者を抗体陽性とし、追加接種が推奨される者を抗体不十分とした。年齢とMMRV抗体保有状況及びワクチン接種希望との関連を検討するため、名義ロジスティック回帰分析を行った。統計学的有意水準は5%（ $p < 0.05$ ）とした。

【結果】対象者の年齢は中央値44歳（21～78歳）であり、性別は女性445名（77.9%）。各抗体陽性率は、麻疹47.1%、風疹74.1%、流行性耳下腺炎78.8%、水痘95.6%。年齢と抗体保有状況との関連をみると、麻疹（OR=0.90、95%CI：0.88～0.92、 $p < 0.001$ ）、風疹（OR=0.91、95%CI：0.89～0.93、 $p < 0.001$ ）、流行性耳下腺炎（OR=0.97、95%CI：0.95～0.99、 $p = 0.009$ ）では、年齢の増加に伴い、抗体不十分となるオッズは低下し、有意な関連が認められた。一方、水痘（OR=0.96、95%CI：0.92～1.00、 $p = 0.08$ ）については有意な関連は認められなかった。いずれかのワクチン接種が必要と判定されたのは376名（65.8%）、接種希望者は340名であり、接種率は90.4%であった。年齢とワクチン接種希望との間に統計学的に有意な関連は認められなかった（OR=1.00、95%CI：0.96～1.03、 $p = 0.79$ ）。

【結論】（±考察）本研究の結果から、年齢と麻疹、風疹、流行性耳下腺炎の抗体不十分との関連が認められ、若年層では抗体不十分者が多い可能性が示唆された。一方で、年齢と水痘の抗体不十分及び接種希望との関連は認められなかった。したがって、抗体価の確認やワクチン接種の推進が重要であると考えられた。

033-2 若年医療従事者における水痘・麻疹抗体価の実態調査と対応

東京都立小児総合医療センター 総合診療部 感染症科、免疫科¹⁾、東京都立小児総合医療センター 小児感染症センター²⁾、東京都立小児総合医療センター 看護部³⁾

○申 俊鎬（しん じゅんほ）^{1,2)}、村田 陽^{1,2)}、中村 敬子^{2,3)}、堀越 裕歩^{1,2)}

【背景・目的】東京都立小児総合医療センターでは、入職時にワクチン接種歴を確認し、水痘および麻疹ワクチンについては2回接種歴が記録で確認できれば、追加接種や抗体検査は不要としている。接種歴が確認できない場合には、抗体検査に基づくワクチン対応、または2回のワクチン接種を行っている。しかし、2回接種歴のある20代看護師が水痘患者のケア後に水痘の職業感染を経験した。また麻疹も同様の事例が他院で報告されている。小児病院では職務上曝露機会が多く、2回接種歴のみでは職員の安全を十分に担保できない可能性がある。特に若年世代は自然感染や曝露を経験していない場合が多い。そこで職業感染リスクを評価するため、若年医療従事者における水痘および麻疹の抗体価を緊急測定した。

【活動内容】1995年4月2日以降出生（検査時30歳未満）で当院に勤務する看護師および看護補助者を対象として、2025年1月に水痘および麻疹の抗体価を測定した。対象者276名のうち243名（88%）で血液検査を実施した。併せて水痘ワクチンおよび麻疹含有ワクチンの接種歴を確認した。

【成果・考察】水痘IgG（EIA法）4.0未満は13名（5%）、麻疹IgG（EIA法）16.0未満は185名（75%）であった。水痘抗体価低下者13名のうち、水痘ワクチン接種歴は2回以上7名、1回6名であり、水痘罹患歴はあり2名、なし9名、不明2名であった。带状疱疹罹患歴はなし11名、不明2名であった。麻疹抗体価低下者185名のうち、麻疹含有ワクチン接種歴は2回以上144名、1回28名、接種歴不明13名であった。麻疹罹患歴はあり4名、なし134名、不明47名であった。水痘抗体価低下者13名には、水痘患者の入院が多いことを踏まえ、水痘ワクチンを追加接種した。麻疹抗体価低下者は、ワクチン供給不足も考慮し、2回接種が確認できない場合は追加接種をし、2回接種が確認されている場合でも可能な範囲で3回目の追加接種を推奨した。若年医療従事者では、抗体価測定や追加接種は職業感染予防の選択肢となり得る。

033-1 実習生受け入れにおけるワクチン接種歴および抗体価確認体制の整備—院内合意形成と教育機関との調整—

泉大津急性期メディカルセンター
○大東 芳子（だいとう よしこ）

【背景・目的】医療関係者のためのワクチンガイドライン第5版では、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎およびB型肝炎について、医療従事者に加え実習生にも抗体保有が推奨されている。当院では実習生の免疫状況の確認について統一した基準がなく、職種および教育機関ごとに対応が異なる状況であった。そのため、実習生の免疫状況を把握できない場合があり、職業感染予防の観点から体制整備が必要であった。そこで、実習生受け入れ時のワクチン接種歴および抗体保有状況の確認体制を整備し、その運用上の課題を検討した。

【活動内容】202X年7月、当院ではすべての実習生受け入れに際し、前述5疾患のワクチン接種歴または抗体保有状況の確認を行う体制を整備した。抗体価が基準を満たさない場合はワクチン接種を求めた。確認には所定の書式を作成したが、教育機関独自の書式の使用も可とした。書類は各職種の実習受け入れ部署の所属長へ提出とし、抗体保有状況により実習受け入れの可否の判断が困難な場合は所属長が感染制御室に相談することとした。これらの体制を感染防止対策委員会で決定し、教育機関へ文書で周知した。また教育機関の対応状況を考慮し一定の猶予期間を設けて運用を開始した。

【成果・考察】体制整備により、実習生の抗体保有状況の確認について院内で統一した対応が可能となった。院内体制の整備には院内合意形成が重要である。感染防止対策委員会で現状の課題とエビデンスに基づく対応の必要性を共有したことが共通理解に基づく体制整備につながった。一方、教育機関によっては対応が困難との意見があり、調整を要する事例が認められた。実習生が抗体を保有した状態で実習に臨むことは患者および実習生自身の安全確保のため重要である。しかし、教育機関によっては準備と理解に時間を要する場合があるため、教育機関や院内関係部署に配慮した段階的導入および調整が円滑な運用に寄与すると考えられた。実習生受け入れにおける感染対策体制の整備には、院内合意形成、関係機関への周知、猶予期間の設定および事後の調整対応が重要と考えられた。

033-3 新規採用1年目の初期臨床研修医および看護師を対象とした職業感染防止演習の導入とその効果

奈良県立医科大学附属病院 感染管理室¹⁾、奈良県立医科大学 感染症内科²⁾

○徳谷 純子（とくだに じゅんこ）¹⁾、中村 明世¹⁾、松本 紗織¹⁾、村田 賢哉²⁾、笠原 敬²⁾、関根 隆博²⁾

【背景】鋭利器材損傷防止機能付き安全器材（以下、安全器材）を複数採用しているが使い方や操作方法は、業務の一連として現場スタッフの指導に依存するため、一貫性がなく安全器材を正しく使用しないケースが散見された。特に初期研修医は実技指導の機会が乏しく、不慣れた操作やリキップによる針刺し切創（以下、針刺し）が継続していた。当院における針刺しは減少傾向にあるものの、エビネット日本版集計による就業2年未満が全体の約31%（2020-2021年度平均）を占め、中でも1年未満の針刺しが大きな課題となっていた。これらをふまえ入職者を対象とした合同実技演習を2022年度から導入し一定の成果を得たため報告する。

【方法】入職オリエンテーションとは別に4時間の必須実技演習を企画した。対象は新規採用の研修医約50名と看護師約100名とし、4日間の午後に分散実施した。演習は、1. 過去の事例紹介による当事者意識の醸成、2. 安全器材の正しい使用法の習得、3. 安全なリキップ・分注方法の習得を目的とした。会場に針刺し防止演習を2か所設置と手指衛生・防護具着脱・N95フィットテスト（1か所）の3ブースを設け、ローテーション形式で実技体験させた。特に扱いを知らない者が増えている通常のインスリン自己注射針と安全器材注射針の違い、CVポート針の抜去、翼状針の収納、安全なリキップ法、分注デバイスの操作を中心に指導を行った。

【結果】本演習の導入により以下の成果が得られた。1. 就業2年未満の針刺し割合が、32%（2020-2021年度平均）から23%（2022-2023年度平均）へ減少した。2. 安全器材による針刺しが13件から5件に減少した。3. 受講者アンケートでは98%が演習は非常に役立ったと回答した。4. 演習の指導補助として参加した多数のリンクナースにとっても知識を再確認する教育機会となった。

【結語】安全器材は採用だけでなく、正しい使用方法が周知されて初めて安全が担保される。臨床現場でのOJTに依存するのではなく、器材を使用し始める入職初期（1年目）の段階で、体系的かつ実践的な手技を学ぶ機会を設けることが、新人職員の針刺し切創防止において極めて重要である。

033-4 A 病院における流行性ウイルス感染症ワクチンプログラムの取り組み

武蔵野陽和会病院

○山之内美幸 (やまのうち みゆき)、石濱 晴美

【背景・目的】 職業感染防止対策として医療関係者は予防接種で防ぐことのできる疾病 (以下 VPD) に対して免疫を持つことが必要であり、ワクチン接種が推奨されている。感染防止対策部門が中心となり病院職員の流行性ウイルス感染症ワクチンプログラムの構築に取り組んだので報告する。

【活動内容】 2024 年 5 月常勤職員 201 名に対し、ワクチン接種歴、抗体価測定の有無を調査した。アンケートは、本学会医療関係者のためのワクチンガイドライン第 3 版を基に作成した。その結果から抗体価測定が必要な職員を抽出し、測定対象者に対して 2025 年の職員健診時に、病院負担で抗体価測定を行った。結果より、本学会医療関係者のためのワクチンガイドライン第 5 版を基にワクチン接種対象者を抽出した。

【成果・考察】 抗体価測定対象者は麻疹 156 名、風疹 140 名、ムンプス 163 名、水痘 142 名となった。抗体測定後の抗体価からワクチン接種対象者を抽出した結果、麻疹 84 名 (41.8%)、風疹 32 名 (15.9%)、ムンプス 54 名 (26.9%)、水痘 6 名 (3%) が対象者となった。ワクチン接種対象者に対し、希望者には病院負担でワクチン接種をすることを決定した。しかし、ワクチン供給が安定せず、ワクチン接種には至っていない。供給が安定した段階で開始する予定とした。ガイドラインを基に流行性ウイルス感染症のワクチンプログラムを構築したことで、ワクチン接種対象者が明確になった。ワクチン供給が安定せず、入手困難となりワクチン接種に至っていないが、市中での流行もあり、VPD に対する免疫獲得に関心を持つ職員も増えてきたことで、ワクチン接種の認識が上がった。また新入職職員は、ワクチン接種もしくは抗体価の提出を義務づけている。ワクチン入手可能になり次第、順次摂取できるよう取り組んでいる。職業上の安全性の観点から、勤務開始前に免疫を獲得しておくことで流行性ウイルス感染症患者、あるいは疑い患者の受診を想定した診療体制整備と発生時に向けた備えることができ、リスクを軽減し、迅速な対応ができると考える。今後は、ワクチン接種を実施できた後、抗体獲得率の検証をすることが課題である。

034-1 当院における N95 マスクのフィットテスト結果と装着指導の取り組み

自衛隊仙台病院 医療安全評価官

○渡邊 智記 (わたなべ ともしき)

【背景・目的】 COVID-19 パンデミックを契機に医療現場においても N95 マスクを着用する機会が増えている。また、自衛隊病院である当院では、その特性として各種災害対処なども職務に含まれており、このことから職員に対して曝露防止のために自分に適合した N95 マスクの選定と確実な着用要領を身に付けることが重要である。また当院の特性上、定期異動による職員の入れ替え機会が多く、新たに着用の対象者となるものも多いため、正しい装着方法とマスクの選定の促進を図るべく定量的フィットテストを行った。

【活動内容】 N95 マスク着用のある全職種 (医師・看護師・薬剤師・救急車搭乗員) に対し、N95 マスク手順とユーザーシールチェック方法のイラストを掲示し、着用について ICN が指導。N95 マスクは当院で採用している折り畳み型とカップ型の 2 種類の N95 マスクを準備 (折り畳み型: A 社、カップ型: B 社)。ユーザーシールチェックを行い漏れがないことを確認した後、椅子に座り静止した状態で普通に呼吸をしてフィットテストを行った。漏れ率 (5% 以下) を合格基準とした。

【成果・考察】 2025 年 9 月～2026 年 1 月の期間で計 132 名を評価。テストの結果、合格率は A 社: 91% (平均漏れ率 4.63%)、B 社: 45% (平均漏れ率: 18.37%) であった。いずれかのマスクのテスト 1 回で合格基準に達したのは 84%、不合格後に漏れの部位の確認と装着要領の指導により合格に至ったのは 13%、複数回テスト受けるもいずれのマスクも適合しなかった者は 3% であった。医療スタッフが適切なマスクの着用・選択を行う上で、フィットテストおよび ICN の指導は有効であった。マスクの形状による適合率は個人差が大きいため、職員の安全を考慮する上で複数の N95 マスクを配置するとともに、定期的または恒常的にフィットテストを行うことで着用指導と適切なマスクの選定の場を設けることが必要であると考えられる。

033-5 当院における 10 年間の針刺し・切創事故の分析

稲城市立病院 小児科¹⁾、稲城市立病院 感染管理部²⁾

○新谷 亮 (にいや りょう)¹⁾、小林 里佳²⁾

【背景・目的】 新型コロナウイルス流行で手指衛生などの感染予防意識が高まる一方で、当院における針刺し切創事故の報告件数には大きな変化はみられていない。そこで当院における過去 10 年間の針刺し・切創事故の実態を調査し、発生要因や対策を検討した。

【方法】 当院における 2016 年 4 月から 2026 年 3 月までの 10 年間の針刺し・切創事故について、報告書をもとに職種、年齢、経験年数、HBV 抗体保有状況、受傷部位の PPE 着用率、事故要因、事故後対応について後方視的に分析した。

【結果】 対象は 10 年間で 112 件であった。職種別では、看護師 62 件、医師 32 件、臨床検査技師 9 件の順に多かった。年齢の平均は 39 歳、経験年数の平均値は 12.2 年であった。HBV 抗体保有率は 80% だった。受傷部位における PPE 着用率は 74.1% であった。事故要因としては処置中の操作ミスや器材の受け渡し時のミス、処置後の針の放置、不適切な針の廃棄などが多くみられた。体液汚染された器材による事故は 83 件であり、そのうち 9 件を感染リスクありとして事故後フォローが必要と判断した。内訳は HBV 感染リスク 5 件、HCV 感染リスク 3 件、汚染元不明 1 件であった。HBV 感染リスク 5 件のうち 4 件は受傷後に抗体陽性が確認された。抗体陰性であった 1 件は HBIG 投与および HBV ワクチン接種を行い、感染予防は可能であったが、抗体獲得には至らなかった。HCV 感染リスク 3 件では 1 件は受傷直後、1 件は受傷 1 か月後、1 件は受傷後 1 年のフォローを確認でき、いずれも感染はなかった。汚染元不明の 1 件は、受傷後 1 年後までフォローを行い、梅毒、HBV、HCV、HIV いずれの感染も認めなかった。また同一者による事故報告は 1 人が 5 件、3 人が 3 件、9 人が 2 件であった。

【考察】 処置中の操作ミスや器材管理の不備など人的要因による事故が多いことが明らかとなり、自己注射針の不適切な管理による針刺し事故も目立ち、医療従事者だけでなく使用者への注意喚起も必要と考えられる。また PPE 着用率が十分でなく、場面にあった PPE の選択ができるように教育することが有用ではないかと考える。さらに同一者による複数回の事故も認められ、個々の医療従事者への教育やフィードバックの重要性が示唆された。

034-2 人獣共通感染症対策としての職業感染管理～獣医療従事者における感染対策の整備再び～

宮崎県立宮崎病院¹⁾、宮崎県立延岡病院²⁾

○大川 美香 (おおのり みか)¹⁾、清野美智子¹⁾、山口 順一¹⁾、麻生 静²⁾、山中 篤志¹⁾

【背景・目的】 重傷熱性血小板減少症候群 (SFTS) は、伴侶動物からヒトへの感染事例がある。2025 年には SFTS 罹患猫診療後に SFTS を発症した獣医師の死を契機に、SFTS はマダニに限らずペット等動物を介して感染しうる注視すべき人獣共通感染症として再度注目を浴びた。今回、地域の獣医師や動物診療施設と連携し、コロナ禍で中断していた獣医療従事者における職業感染管理に取り組んだ。

【活動内容】 医師、獣医師、研究者、行政職員、看護師等で構成する宮崎 OneHealth 研究会に属し活動した。コロナ禍の経験や SFTS 罹患動物の診療増加に伴い、動物病院でも環境消毒や個人防護具の使用は普及しつつあるが、準備できる防護具には差があり、着脱演習も含めた感染対策教育を受ける機会は少ない。そこで、動物病院で働く職員や学生を対象に感染対策研修会を開催した。動物診療では血液・体液等の曝露対策でマスクやガウン、フェイスシールドを使用する。動物に密着して保定する、動物の爪や牙等による防護具の破損、SFTS 罹患猫は急激に体調が悪化し易出血となるなど、血液・体液曝露リスクが高いという特徴がある。エリザベスカラー・保護手袋等の併用、職員教育を継続し安全な動物診療の環境を整備していく必要がある。また、ヒトの医療とは異なり、公的医療保険制度はない。診療に必要な感染対策費用は資材高騰もあり病院の経営を圧迫するという問題もある。受講後アンケートで、防護具の着用頻度は、「毎日」から「全くつけない」まで様々であった。「(感染対策の) 経費がかかる。動物病院の場合スタッフが感染するとサポートが全くない」「感染対策の現実と難しさを感じた」「現場に出る前に獣医療における基本を身につけられた」など様々な意見があった。

【成果・考察】 宮崎県は SFTS の発生届出数が全国で最も多く、飼育猫での発生数も多いため、医療従事者、獣医療従事者をはじめとした多職種による情報の共有や連携が不可欠な地域である。今後もヒトと動物、環境の健康を一体として捉える「ワンヘルス」の実践的な活動として、動物診療の特徴を踏まえた感染対策の整備、継続的な教育が必要である。会員外共同研究者: 宮崎 OneHealth 研究会

034-3 インスリン針による針刺し防止活動

千葉大学医学部附属病院 感染制御部

○谷中 麻里 (やなか まり)、千葉 均、漆原 節、矢幅 美鈴、谷口 俊文、猪狩 英俊

【背景・目的】当院では2024年の針刺し切創事象のうち約2割がインスリン針による針刺しであった。針刺しの状況は「針を拾った際の受傷」「リキャップ」「針の廃棄時」「針の外し忘れによる針装着時の受傷」の順に多かった。職種は看護師が最も多く、次いで看護補助者、清掃等委託業者であった。インスリン針による針刺し防止活動について報告する。

【活動内容】看護師に多かった針刺し場面を動画にして公開した。動画は院内HP、当院の公式YouTubeチャンネルで閲覧できるようにした。また、動画には針刺しが多い部署のスタッフに出演を依頼した。針を拾った際の受傷防止のため、清掃委託業者には感染対策研修の際に、実際のインスリン針を見てもらい注意喚起を図った。新入職者研修時には針刺しが多い場面を説明し、針捨てBOXの適切な使用と使用後の速やかな廃棄について講義をした。さらに、毎年針刺し切創が増える6月頃にインスリン針の針刺し注意喚起のポスターを各部署に掲示した。

【成果・考察】針刺し防止活動を実践したことでインスリン針による針刺し件数が前年度より減少した。委託業者や看護補助者の針刺しはなかった。具体的な場面を動画にすることで、どのような状況で生じるのか理解しやすくなったこと、同僚が出演することで興味を持って視聴してもらえたことが効果的であったと考える。また、清掃委託業者など医療者ではない方には実物を見てもらうことで、どの程度の大きさや形なのかのわかり、注意しやすくなったのではないかと考えた。

034-4 抗体価の可視化を起点とした職員の予防行動変容への挑戦—教育・個別フィードバック・調査を連動させた実践—

社会医療法人財団 池友会 香椎丘リハビリテーション病院

○坂田 彰則 (さかた あきのり)

【背景・目的】「医療従事者のためのワクチン接種ガイドライン第5版」では、医療従事者の職業感染対策ではワクチン接種歴の把握が重要とされるが、接種歴を正確に記憶していない職員も多い。当院では接種歴に依存した管理の限界を課題と捉え、抗体価の可視化を起点とした行動変容型感染対策の実践を目的とした。

【活動内容】2024年に抗体価とワクチン接種に関する研修を実施し、抗体価の意義と感染リスク評価の考え方、抗体価保有率について全体共有した。2025年には麻疹、風疹、水痘、ムンプス、HBsの抗体価結果を職員健康管理カードとして個別配布し、結果に基づく個別説明を行った。2026年2月にアンケート調査を実施し、抗体価を認識した契機、理解度、追加接種の検討・実施状況を評価した。

【成果・考察】回答者168名のうち抗体価認識の契機は健康管理カード105名(62.5%)、入職時健診42名(25.0%)であり、可視化により感染リスクを初めて具体的に認識した職員が多かった。追加接種の検討または実施は30名(17.9%)であった。抗体価低値を契機に母子手帳や接種証明の確認を申し出るなど主体的行動もみられ、可視化は行動変容の契機となる一方、実際の接種行動を促進するには組織的支援や制度的介入を併用する必要があることが示唆された。新入職員については、接種証明提出を求めているが、既存職員を含めた全職員への接種証明収集は運用上の負担が大きいため、現時点では抗体価測定結果の可視化を中心とした管理を行っている。本取り組みでは抗体価測定結果の整理、カード作成、個別説明、相談対応までを一体的に実施した。さらに、抗体価低値者への接種費用や接種機会に関する情報提供を行い、行動変容を支援する環境づくりを試みた。これらの段階的介入により、抗体価の可視化を契機とした感染対策意識の向上が院内全体で共有された。本モデルは、医療機関規模を問わず接種歴情報が不十分な小規模医療機関においても実施可能な職業感染対策の一手法となり得る。今後は接種率向上に向けた制度的支援の検討と長期的評価を継続する予定である。

034-5 高齢者施設における針刺しリスクと認識の乖離～同一グループ病院との比較分析～

社会医療法人松涛会 安岡病院

○藤井 智恵 (ふじい ともえ)、金子 隆幸

【背景】高齢者施設における医療行為の実施は増加しているが、針刺しの発生状況や報告行動の実態は十分に把握されておらず、潜在的な過小把握の可能性は否定できない。本研究は、同一グループ内の病院および高齢者施設を対象に、針使用実態、針刺し経験、事故認知、報告行動、予防策の整備状況を明らかにすることを目的とした。

【方法】同一グループ内の病院職員および施設職員を対象に、無記名自記式質問紙調査を実施した。調査項目は、部署内の針使用の有無、自己の針使用状況、部署内の針刺し事故の見聞、針刺し経験、報告行動、自部署における予防策の有無、職種、年齢、経験年数等とした。主要項目に欠損のない652名を有効回答数とし、群間比較には χ^2 検定を用いた。

【結果】部署内で針使用があると回答した割合は、病院57%、施設42%であった。一方、自己が針を使用している割合は、病院46%、施設20%であり、施設では乖離が大きかった。部署内の針刺し事故を見聞した割合は、病院36%、施設9%であり、施設で有意に低かった($p<0.01$)。針刺し経験は病院9%、施設4%で認められた。発生時の報告書提出率は病院74%、施設93%であった。自部署における予防策について、「分からない」「特に行われていない」と回答した割合は、病院4%、施設10%であり、施設で高かった。同一施設内で針使用の有無に関する回答が一致しない施設は72% (24/33施設) で認められ、自由記載では「針刺しが本当に起きているとは思わなかった」との意見があり、施設において針刺し事故が共有・顕在化しにくく、針刺しリスクの認識が施設内で十分に統一されていない可能性が示唆された。

【結論】高齢者施設において針刺しリスクは存在するが、事故の認知や日常的なリスク認識が十分に共有されていないことにより、潜在的な過小把握が生じている可能性が示唆された。一方、事故発生後の報告率は病院と同程度以上であり、課題は事故としての捉え方や予防策に対する理解にあると考えられた。今後は、グループ全体の統一的な運用指針の整備とともに、各施設の業務特性に応じた教育介入を行い、針刺し予防対策の定着を図る必要がある。

034-6 整形外科単科病院における職員雇用時のIGRA検査導入までの過程と課題

整形外科北新病院 ICT

○高橋 朋子 (たかはし ともこ)

【背景・目的】当院では職員の雇用時健診でツベルクリン反応検査(ツ反)を実施していたが、BCG接種歴による偽陽性や判定の主観性の問題を認識し、インターフェロ γ 遊離試験(IGRA)検査の導入を検討した。本報告は、雇用時健診および在職職員のベースライン把握を目的としたIGRA検査導入までの過程と課題を明らかにする。

【活動内容】地域中核医療機関3施設および近隣の整形外科単科病院3施設を対象に、職員雇用時のIGRA検査採用状況を確認した。また、ツ反とIGRA検査の費用比較ならびに在職職員に対するベースライン検査実施時の費用を試算した。さらに、今後想定される結核高蔓延国からの外国人介護人材受入に伴う感染リスクを整理し、病院長および理事会へ提案した。承認後、感染対策チーム(ICT)にて検査手順の整備、外部委託検査機関との運用調整、陽性および判定不可時の対応フローを策定した。

【成果・考察】調査の結果、地域中核医療機関の一部では雇用時IGRA検査の不採用が確認された。不採用理由については確認していないが、血液媒介感染症検査と比較して費用が高く、入職者数が多い施設では総費用が増大すること、また医療職は結核感染の機会はあるものの発症リスクは低いとされることから費用対効果が得られにくい可能性が示唆された。しかし、当院では今後の外国人職員採用を考慮し、導入を決定した。ただし、長期間経過後におけるベースライン検査結果の有用性については課題が残る。接触者健診結果との比較におけるその活用可能期間については今後の検討が必要である。また、採用後には一定数の陽性結果を生じることが予測されるため、その際の職員への説明や受診体制の整備は重要である。特に産業医体制が限定的な施設では、不安軽減を含めた結果解釈の説明と専門医受診への案内はICTの重要な役割であると考えられた。IGRA検査導入は単なる検査方法の変更ではなく、施設特性を踏まえた職業感染対策体制の再構築につながる取り組みであることが示唆された。

035-1 当職員のマスク着用に関する意識調査

田主丸中央病院 感染管理課¹⁾、田主丸中央病院 薬剤科²⁾、田主丸中央病院 総合質管理部³⁾

○右田 早苗 (みぎた さなえ)¹⁾、大石 泰也²⁾、
本田 順一³⁾

【背景・目的】当院では2025年5月より院内職員、患者など病院に関わる全ての人を対象にマスク着用は「個人の自由」とし、自分に発熱や上気道症状がある場合や標準予防策に基づき必要な場面でのマスク着用を推奨した。マスク本来の目的は「症状がある人が他者へ感染させないため」であるが、コロナ禍を経て「自分が感染するかも」という不安感などで着用している職員が多く、マスク本来の目的が理解されていない可能性があった。そこで正しいマスク着用の啓発に繋げる目的で、2025年7月当職員を対象にマスク着用状況と理由を尋ね、マスク着用に関する意識調査を行った。

【活動内容】2025年7月3日～7月22日に当法人職員979名を対象に意識調査を行い、437件(44.6%)の回答を得た。アンケート方法は任意回答とし、集計はGoogleフォームを利用した。調査項目は、【職種】【年代】【性別】【質問1：院内でのマスク着用状況について】【質問2：常にマスクを着用している理由について複数回答・自由記載】とした。

【成果・考察】2025年7月時点での常時マスク着用をしている職員は70.7%であった。マスク着用の理由で一番多かったのは、「患者からの感染を予防するため」(77.7%)であった。本来のマスク着用の目的である「自分に症状がある時に他者へ感染させないため」と回答した職員は全体のわずか6.2%に留まった。その他の理由で65.8%が、他者の評価を気にする心理的理由、容姿、または自身の体調管理を優先してマスクを着用して(複数回答・自由記載より集計)いることが分かった。これらのことから、コロナ禍を経て「ユニバーサルマスキング」が広まったことで、本来のマスク着用目的に誤解が生じ、5類移行後も感染への不安感が職員に強く根付いていると考えられた。また、マスク着用に関して正しい理解をしていない職員がほとんどであり、標準予防策の教育が不足している事が示唆された。その後職員に向けた啓発活動として啓発ポスターやキャンペーンを実施した。2026年3月に再度アンケート実施予定であり、啓発活動後のマスク着用に対する意識の変化について報告する予定である。現在 田主丸中央病院 研究倫理委員会申請中

035-3 「かるた」を通して院内感染防止マニュアルの活用を促す試み

社会福祉法人恩賜財団済生会支部茨城県済生会 水戸済生会総合病院

○岡野 里美 (おかの さとみ)、菊池 恵子、廣木さなみ

【背景・目的】院内感染防止マニュアル(以下マニュアル)は、感染症への適切な対応を図ることを目的とし、必要な感染症の知識や対応方法がまとめられている。しかし、現状では、有事中心の活用にとどまり、日常的な活用が十分とは言えない。また、副看護課長のように、スタッフのロールモデルとなる立場であっても、日頃の軽微な疑問が生じた際に、マニュアルを活用することが少ない。そこで、副看護課長自身が、マニュアルを活用する習慣を醸成することを目的に、「かるた」を用いた勉強会を実施したので報告する。

【活動内容】副看護課長38名を5グループに分け、感染に関する内容を盛り込んだ15枚のかるたを作成した。机の上に絵札を広げて開始し、読み手が読み札を読み上げると、各グループのメンバーが該当する絵札を取った。絵札の裏面に記載された質問に対し、マニュアルを参照しながらグループで回答をまとめ、絵札を取ったメンバーが代表して発表した。研修終了後に、アンケートを実施し、感想や今後の活用に向けた意見を調査した。

【成果・考察】勉強会の内容については、研修参加者全員が良かったと回答した。また、「わかりやすい内容で、実践でマニュアルを活用したい」「必要時マニュアルを確認する習慣をつけたい」「自部署の勉強会で活用したい」と前向きな回答だった。「かるた」という親しみやすいツールを活用し勉強会を実施することで、疑問が生じた際にも気軽にマニュアルを参照する習慣や活用機会の増加、感染対策の質の向上につながると考えられる。また、遊びの要素を取り入れた学習方法は、感染対策を主体的に学ぶ機会となり、日常的にマニュアル活用を促進する可能性がある。日常的なマニュアルの活用が定着すれば、感染対策の質の向上、及び医療従事者が感染源にならない安全な医療提供につながると考える。

035-2 介護認定区分と耐性菌保菌率の関係についての調査

伊賀市立上野総合市民病院 看護部¹⁾、伊賀市立上野総合市民病院 感染防止対策室²⁾

○前田きよ美 (まえだ きよみ)¹⁾、足立 直輝²⁾

【背景・目的】当院が所在するA市の高齢化率は34.1%と全国より高い。高齢化の進展とともに介護認定率も、2024年まで20.4%程度で推移していたところ、2025年には20.8%に増加、それ以降さらに増加している。入院患者の感染対策を考えた場合、介護度が高いほど患者に接する場面が多くなることから、適切な手指衛生が重要になる。我々は介護度が高いほど耐性菌保菌率が高いという仮説の元、その関係を可視化することで手指衛生の遵守率向上に役立つのではないかと考え、2024年のデータから示唆される傾向を検討した。

【方法】対象：2024年4月から8月に当院に入院した患者1000名。
方法：電子カルテから患者の介護認定の有無と認定区分、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(以下MRSA)と基質特異性拡張型βラクタマーゼ(以下ESBL)の保菌の有無を調査。
統計的評価：2群間の比較にはFisher's exact testを使用し、危険率 $p < 0.05$ を有意水準とした。

【結果】対象者1000名中、介護認定ありは40.3%でA市の介護認定率より顕著に高かった。認定区分では要介護1が21.1%と最も高く、介護度が重い要介護5は11.4%であった。1000名中のMRSA保菌率は3.0%、その中で介護認定ありは76.7%、介護認定なしは23.3%。ESBLでは保菌率2.2%で、その中で介護認定ありは86.4%、介護認定なしは13.6%であった。介護認定ありの患者は、MRSA、ESBLいずれの保菌率においても認定なしの患者より高かった($p < 0.05$)。

また、介護度別に保菌率をみると、軽度(要支援1.2)ではMRSA、ESBLいずれも0%。中度(要介護1.2)ではMRSA13.3%、ESBL21.0%、重度(要介護3～5)は、MRSA87.0%、ESBL79.0%と介護度が重度の方が保菌率は高かった($p < 0.05$)。

【結論】当院は全入院患者に入院時培養検査を実施していないが、介護認定があり、その区分が重度であるほど耐性菌を保菌している可能性が高い事が示唆された。この結果は手指衛生の改善、定着に繋げるための意識付けの材料として、院内感染対策のリーダーが在籍する委員会等において周知し、部署ごとの取り組みを実施している。今後、具体的な活動内容と効果について検証する必要がある。

035-4 整形外科病棟における陰部清拭ケアの標準化を目指したCAUTI予防バンドル教育の実践報告

久留米大学医療センター

○中村ゆかり (なかむら ゆかり)、佐々木由恵、
江崎 祐子、大塚 直美

【背景・目的】A整形外科病棟では年間約270例の人工股関節置換術(以下、THR)が行われ、全症例に膀胱留置カテーテル(以下、BL)が留置されている。従来THR術後は創部汚染を懸念し、抜糸までの創部閉鎖環境維持を目的として陰部洗浄は行わず清拭タオルによる清拭を実施していた。しかし、カテーテル関連尿路感染(以下、CAUTI)予防の観点から清拭方法や清潔管理が適切に実施されているのか疑問があった。そこで、CAUTI予防バンドルの一要素として陰部清拭ワイプを導入した。本実践では、感染対策・皮膚ケア・教育の3つの視点を統合したスタッフ教育を実施しその成果を明らかにすることを目的とした。

【活動内容】感染・皮膚ケア・教育の担当看護師の役割を明確にし、連携体制のもとCAUTI予防バンドルを実践した。バンドルは1. 陰部清拭ワイプによるケアの標準化 2. BL挿入・継続・抜去の基準の明確化 3. 挿入・抜去理由とケア内容の記録管理 4.カンファレンスでの留置継続理由の共有と早期抜去の推進 5. BL管理教育と技術評価の5項目で構成した。感染担当と感染管理者は、CAUTI予防バンドル内容の妥当性を担保し、サーベイランスを実施した。皮膚ケア担当は、陰部の皮膚状態評価や皮膚障害予防の観点から、安全で継続可能な清拭方法を検討した。教育担当は、陰部模型を用いた技術演習や術後1日目の個別指導を行った。さらに、導入前・1か月後・6か月後の技術評価を行い、理解度と手技の均一を図った。管理者は、記録の監査、清拭用ワイプの選定を行った。

【成果・考察】令和7年4月～令和8年2月の対象期間中、CAUTIの発生は1件であった。技術評価では陰部清拭手技の統一と維持が確認され、スタッフからは「カテーテルを意識してケアするようになった」などスタッフの行動変容が見られた。感染対策のみではなく皮膚ケアと教育を組み合わせた多面的アプローチにより、陰部ケアがCAUTI予防を目的とした看護実践へと再定義され、標準化の定着につながった。複数介入を組み合わせたバンドルは汎用性が高く有用である。一方、CAUTIが1例発生しており今後は他要素を含めた介入が課題である。

035-5 やさしい日本語を用いた感染対策研修の効果と上司評価とのギャップ

戸田中央メディカルケアグループ本部 看護局¹⁾、狭山脳神経内科²⁾、熱海所記念病院³⁾

○高橋 峰子(たかはし みねこ)¹⁾、及川 美香²⁾、
西島 志枝³⁾、片岡 恵子¹⁾

【背景・目的】医療・介護現場では外国籍職員が増加し、感染対策の理解不足が業務リスクとなっている。特に日本語能力が十分でない職員に対しては、専門用語を多用する従来型研修では理解が不十分となりやすい。本研究では、「やさしい日本語」を用いた感染対策研修を実施し、研修前後の理解度の変化および研修生の自己評価と上司評価の乖離を明らかにすることを目的とした。

【方法】当グループ介護施設に勤務する外国籍職員 26 名を対象とした。感染対策に関する 12 項目について研修前後で自己評価を実施し、前後比較にはウィルコクソン符号付順位検定を用いた。また、研修後に上司による 9 項目の評価を行い、研修生の研修後スコアとの差をギャップとして算出した。上司評価が得られなかった 1 名を除外し、25 名をギャップ分析の対象とした。

【成果・考察】ウィルコクソン符号付順位検定の結果、複数項目で有意な向上が認められ($p<0.05$)、研修として一定の効果が示された。一方、ギャップ分析では 9 項目すべてで「上司評価-研修後スコア」が負の値を示し、平均ギャップは 2.42 ～ 3.50 であった。研修生が理解したと感じている内容が現場での行動として十分に表れていない可能性が示唆された。これは、知識の習得と行動変容の間に乖離が存在することを意味し、研修後のフォローアップや職場での実践支援が必要であると考えられた。やさしい日本語を用いた研修とロールプレイは理解促進に有効であったが、実践定着には追加的な支援が求められる。

035-6 研修医の手指衛生遵守向上を目指した取り組み

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院

○早川 都子(はやかわ みやこ)、澤出 里奈、
夏目美恵子

【背景・目的】手指衛生は、医療関連感染予防の基本であり、医療従事者全員が適切に実施することが求められる。A 病院では、医師に対して手指消毒手順や塗り残し確認などの教育を行っている。しかし、手指衛生が十分にできていないと感じており、医師の手指衛生を習慣化させたいと考えた。そこで、2024 年度研修医より、手指衛生遵守向上を目的に、教育のタイミングと継続性に着目した介入を行ったので報告する。

【活動内容】研修医へは、毎年入職時に感染対策教育を実施しているが、手指消毒剤と携帯用ポシエットは渡していなかった。そのため、2024 年度研修医より適切なタイミングで手指衛生が行えるよう手指消毒剤と携帯用ポシエットを配布した。その後、手指消毒剤の未携帯者に随時声掛けを行った。2024 年 9 月より手指消毒剤使用量を測定し、結果をポスター掲示した。また、個別フィードバックを通じて手指衛生に対する考えを聞き取った。さらに同年 10 月より啓発活動を毎月実施した。一方、2025 年度研修医は、入職直後の 4 月から毎月継続的な啓発活動を行った。また、研修医対象の手指衛生教育を 2025 年 12 月に追加で実施し、さらに上級医の教育にも参加する機会を設け、教育回数を増やした。

【成果・考察】2025 年度研修医は、2024 年度研修医よりも手指消毒剤の使用人数および使用量が多かった。両者の結果には、教育開始時期の違いが影響した可能性がある。2024 年度研修医は、啓発開始が入職半年後であり、手指衛生の初期習慣化が不十分であったと考える。一方、2025 年度研修医は、入職直後から継続的な介入を受けたことで、手指衛生が早期に習慣化し、手指衛生剤の使用人数や使用量が高まったと推察する。また、追加の手指衛生教育と上級医の教育に参加した研修医は、手指消毒剤の使用人数や使用量がさらに増加した。研修医の手指衛生遵守向上には、継続的な介入をすることで遵守がより確実に維持される。また、入職直後のモチベーションが高い時期に教育を開始することで、手指衛生の初期習慣化を促すことができると考える。

035-7 ICN の視点から見えた病棟の感染対策に対するアプローチ方法の検討

杏林大学医学部付属杉並病院

○来栖那津季(くるす なつき)

【背景・目的】当院の 1 日 1 患者あたりの手指衛生回数は 10～15 回未満で推移していた。手指衛生回数がなぜ向上しないのかを考察するため、ICN が病棟看護師として介入し、病棟の業務を遂行しながら病棟看護師の手指衛生状況を観察することとした。手指衛生回数向上を目指し、病棟にとって必要な感染対策を検討した。

【活動内容】期間：2025 年 3 月 3 日～3 月 28 日 平日午前中 方法：ICN が病棟看護師の 1 ペアに付き、感染対策の視点を持ち一緒にラウンドを行いながら直接的に感染対策の指導を行った。また、病棟内の環境についても感染対策の視点から改善点を提案し、病棟職員と一緒に改善方法を検討した。実践を通して、感染対策としての改善すべき点と手指衛生遵守率を 1 週間おきにフィードバックした。その内容は、病棟内職員間で共有し感染対策に対する改善方法も ICN と一緒に検討した。さらにこの活動について看護部とも共有した。

【成果・考察】今回の手指衛生回数について回帰分析を行い評価した。介入前は毎月 0.2% ずつ僅かに低下していた。ICN の介入により 1 ヶで 1.4% 上昇したが、即効の変化はなかった。しかし、介入後は毎月 0.7% ずつ上昇し、病棟職員の意識向上により手指衛生回数が緩やかに上昇していることが明らかになった。手指衛生遵守率も介入前半は 25.7% であったのに対し、介入後半は 47.5% まで上昇した。今回当該病棟ではリネンやケア物品、医療器材を取り扱う際に清潔・不潔の区別が不明瞭であった。この状況を病棟へフィードバックすることで清潔・不潔が意識され手指衛生場面が増加した。さらにこれは病棟における水回りなどの感染対策を確認する環境ラウンドでも成果があり、2024 年度の環境ラウンド遵守率 77% に対し、2025 年度は 84% へ上昇した。今回、ICN が病棟看護師として現場を直接体験しながら感染対策を見直したが、目的の一つである手指衛生回数の向上に大きな影響力は無かった。しかし、病棟の潜在能力を知る機会となり、病棟の特徴を活かした感染対策へのアプローチ方法を検討できる良い機会となった。

036-1 感染管理特定認定看護師による NST・AST 双方介入の有用性の検討

医療法人春秋会 城山病院

○貴志 裕子(きし ゆうこ)

【背景・目的】感染症患者では、発熱や倦怠感により食事摂取量が低下し、脱水や低アルブミン血症を呈することが多い。また、感染に伴う炎症反応はエネルギー消費を亢進させ、栄養状態の悪化が感染症の回復を遅らせる要因となる。そのため、感染管理と栄養管理を関連づけた介入が重要であるが、当院では栄養サポートチーム (NST) と抗菌薬適正使用支援チーム (AST) が別々のメンバーで構成されており、両視点を横断した評価・介入が困難であった。本報告では、特定行為研修を修了した感染管理特定認定看護師による NST・AST の双方介入の有用性を検討した。

【活動内容】2023 年 7 月より、栄養・水分管理および感染症に係る薬剤投与の特定行為研修を修了した感染管理特定認定看護師が、NST ラウンド(月 1 回)および AST ラウンド(週 1 回)に継続的に参加した。2024～2025 年に NST ラウンドで介入した 317 例のうち、AST ラウンドでも介入を要した患者を抽出し、栄養管理と抗菌薬適正使用の両面から評価・介入を行った。

【成果・考察】NST で介入した 317 例中、AST で介入を要した症例は 115 例 (36.3%) であり、感染管理と栄養管理の双方からの検討を要する症例が一定数存在した。栄養状態不良の患者では感染症治療に時間を要する傾向があり、複数月にわたり介入を要した 27 名の血清アルブミン値の平均は 2.2 g/dl であった。栄養状態の改善が困難な症例や抗菌薬の変更が難しい症例も多かったが、感染管理特定認定看護師が NST・AST 両チームに継続して関わることで、課題の把握や対応方針の共有が可能となった。介入後に血清アルブミン値が 0.3 g/dl 以上改善した症例は 8 名、不変 13 名、悪化 6 名であった。また、適切な抗菌薬選択と栄養面からの支援により、感染部位の炎症改善や経口摂取量の増加が認められた症例もあった。以上より、感染管理特定認定看護師が NST・AST 双方に関与する体制は、チーム医療の質向上に寄与する可能性が示唆された。今後は、限られた介入機会を効果的に活用する方法の検討が課題である。

036-2 コロナ禍を契機に導入したeラーニングの運用と評価—全職員を対象とした教育の取り組み—

独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター

〇三熊 有香（みくま ゆか）、網島 優、工藤 綾栄

【背景・目的】医療法では、当該病院等に即した内容で職種横断的に参加する院内感染対策研修を年2回開催することが求められており、これは感染対策向上加算1の算定条件にもなっている。当院では2019年度まで集合研修にて院内感染対策研修を実施していたが、職員数の増加に伴い、受講の周知や受講状況の把握、受講率の算出が煩雑となり、開催時間・場所・回数の調整に苦慮していた。加えて、コロナ禍により集合研修の実施が困難となったことを契機に、感染対策教育を継続的かつ均一に実施することを目的として、eラーニングを導入した。

【活動内容】eラーニング導入当初は、既存の研修コンテンツの中から当院に即した内容を選定し、院内感染対策研修として活用した。2021年度には「COVID-19のup-to-date」という内容で独自に講義を作成し、配信した。2023年度からは、感染対策に関する講義を独自に作成し、eラーニング上にアップロードする運用とした。集合研修で実施していた際は、未受講者への対応として研修資料の配布や研修動画の視聴を行っていたが、受講状況の把握が困難であるという課題があった。eラーニング導入初期においても未受講者への積極的な対応は行っておらず、受講率は80～90%で推移していた。2023年度からは、未受講者に対し研修資料および確認テストを配布し、テスト回収をもって受講完了とする対応を実施した。また、eラーニングシステムを活用し、職場長から未受講者への受講促しを行う体制を整えた。

【成果・考察】eラーニングの活用により、職員が勤務時間内に自身の都合に合わせて受講できる点や、時間・場所の制限なく研修を実施できる点、受講状況をリアルタイムで把握できる点などの利点が得られた。受講状況のリスト化や受講率の自動算出により、未受講者への対応が容易となり、これらの取り組みにより受講率は90%後半まで向上した。また、独自に研修を作成することで、当院の実情に即した内容の提供が可能となった。eラーニングは感染対策教育を継続的に実施する上で有用な手段であり、今後は対面研修と組み合わせながら、より効果的な教育方法について検討していく必要がある。

036-4 リンクナースの個人防護具選択認識と環境ラウンド結果の関連

市立岸和田市民病院

〇宅間 環（たくま たまき）

【背景・目的】標準予防策および感染経路別予防策は感染管理の基盤であり、正確な知識に基づく個人防護具（Personal Protective Equipment：以下PPE）選択が求められる。A病院では、感染経路別予防策が必要な患者に対し、必要なPPEをベッドサイドに表示しているが、リンクナース会での報告内容と実際の表示との間に乖離が認められていた。本研究は、リンクナースを対象とした教育介入による認識の変化を評価し、環境ラウンド結果との関連を検討することを目的とした。

【方法】リンクナース15名を対象に、2025年度上半期並びに下半期に、PPE表示及び標準予防策・感染経路別予防策におけるPPE選択に関する筆記式ミニテストを実施した。PPE表示は選択式、PPE選択は記述式とし、感染管理専従者が評価した。介入として、PPE選択に特化したミニレクチャーをリンクナース会で実施した。介入前後の正答率を対応のあるt検定で比較した。環境ラウンド結果は、年間を通して一覧化し、リンクナース会及び師長会でフィードバックした。本研究は、市立岸和田市民病院倫理審査委員会の承認（承認番号：第45号）を得て実施した。対象者には研究目的・方法・自由意思による参加であることを説明し、口頭にて同意を得た。個人が特定されないよう匿名化し、データは厳重に管理した。

【結果】介入前、PPE表示ではゴーグル使用に関する正答率が低く、PPE選択では微生物特性や曝露経路に関する理解不足が認められた。介入後の正答率は介入前と比較して有意に上昇した（対応のあるt検定、 $p<0.001$ ）。一方、ミニテスト結果と環境ラウンド結果との間に関連は認められなかった。

【結論】リンクナースを対象としたPPE選択に関する教育介入は、知識向上に有効であった。環境ラウンド結果との直接的な関連は認められなかったが、管理者への可視化されたフィードバックは、環境整備への関与を促進する可能性が示唆された。本研究は、単施設・少人数を対象とした知識評価であり、実践行動や感染指標への影響を評価していない点が限界である。今後は、知識向上を実践へ結びつける介入方法の検討が課題である。

036-3 見えない汚染の可視化を活用した看護補助者への感染対策教育

福山市民病院

〇三宅智津恵（みやけ ちづえ）、手嶋 純子

【背景・目的】看護補助者は環境整備や患者移送、検体搬送など、感染管理上の重要な役割を担う。しかし、感染対策ラウンドでは、ワゴンのゾーニング不備や個人防護具（Personal Protective Equipment：以下PPE）着脱手順の逸脱が散見された。なぜこの手順が必要か？という根拠理解が十分ではないことが形骸化につながっていると考え、視覚的納得感を重視した参加型研修を実施した。

【活動内容】看護補助者60名に、研修を実施した。エラー発見型研修として、指導者が、現場で起こりやすい不適切行動を意図的に実演し、参加者がリスクを指摘・検討した。蛍光塗料を高頻度接触表面に塗布し、ブラックライトで清拭後の汚染拡散を可視化した。

【成果・考察】研修参加者からは、理解しやすい、自身の手技を振り返る契機となったとの声が聞かれた。ラウンドではPPE着用のまま廊下を歩行する場面は減少した。しかし、5か月後のPPE着脱手順遵守率は77.4%と一時低下したが、手順と一緒に確認することで93.0%へ改善した。参加型の学習と視覚的フィードバックは手順の必要性理解を促進する一方、時間の経過とともに手技が自己流に陥る可能性があるため、定期的なリマインドは必要である。

036-5 感染制御専従看護師における上司の言動と部下の心理的安全性との関連

石川県立看護大学 看護学研究科博士前期課程¹⁾、石川県立看護大学 石川県寄附講座 災害実践看護学²⁾、石川県立看護大学 基礎看護学講座 基礎看護学³⁾

〇坂本 信彰（さかもと のぶあき）¹⁾、木田 亮平²⁾、石川 倫子³⁾

【背景・目的】本研究の目的は、感染制御の専従看護師である部下が認識する心理的安全性と、その上司の具体的言動との関連を明らかにすることである。感染制御部署では、感染対策向上加算1の普及や新興感染症対応の拡大に伴い専従者の複数配置が進み、上司-部下の関係を形成している。上司の言動は部下の発言行動や学習行動に影響し、知識共有や対話の促進・抑制に関わる。心理的安全性は、考えや感情を気兼ねなく発言できると認識する状態であり、率直な意見交換や省察を通じて双方向の学びを促し、感染対策の改善に寄与すると考えられる。

【方法】本研究は石川県立看護大学倫理委員会の承認を得て実施した。全国1,373施設の加算1届出医療機関を対象に2025年9～10月に無記名オンライン調査を実施した。調査項目は心理的安全性尺度、先行研究から抽出した上司の言動32項目、および対象者の性別、看護師経験年数、上司との勤務年数、感染制御経験の差異などの共変量であった。サンプルサイズは重回帰分析を想定し、G*Powerにより効果量 $f^2=0.15$ 、 $\alpha=.05$ 、検出力0.80、独立変数10個として118名を必要数と見積もった。統計解析は主要変数間のPearson相関を算出し、上司の言動32項目に主成分分析を行った抽出因子を独立変数、心理的安全性を従属変数とする重回帰分析で関連を検討した。

【結果】回答151名のうち147名を分析対象とした（有効回答率97.4%）。主成分分析の結果、[業務支援言動][成長促進言動][感情的支援言動]の3因子が抽出された（Cronbach's $\alpha=.85\sim.87$ ）。重回帰分析では、各因子を単独で投入した場合はいずれも心理的安全性と有意な正の関連を示した（ $p<.01$ ）。一方、3因子を同時投入したモデルでは[感情的支援言動]のみが有意であり（ $p<.01$ ）、共変量はいずれも有意ではなかった。

【結論】感染制御専従看護師の心理的安全性は、上司の受容的・支援的な関わりと関連し、特に感情的支援言動が基盤的要因を担う可能性が示唆された。抽出した3因子は、感染制御部署において部下の心理的安全性を高める上司の実践的言動として活用できると考えられる。

036-6 外国人技能実習生の受け入れと結核対策—当法人で今出来ること—

医療法人社団八千代会 メリィホスピタル ICT¹⁾、広島大学大学院 医系科学研究所 消化器・移植外科学²⁾

○山本 聡美 (やまもと さとみ)¹⁾、三枝 義尚^{1,2)}、石元眞由美¹⁾

【背景】2016年に外国人技能実習制度、2019年に特定技能制度がそれぞれ開始となり、2024年3月から結核の入国前スクリーニングが導入された。その一方で2024年の新登録結核患者10051人のうち1980人が外国出生者という現状もある。当法人では2021年8月より特定技能労働者、2023年7月より技能実習生の受け入れをそれぞれ開始し、これまでに30名を受け入れたが、そのうち4名が入国後に結核と診断された。症例を振り返り、今後の円滑な受け入れ体制構築について検討した。

【症例】症例1：技能実習生A、20歳。2024年9月にインドネシアより来日。11月に血痰出現し受診。PCR陽性で治療開始。症例2：技能実習生B、20歳。2023年7月にインドネシアより来日。2024年12月より咳嗽などの症状出現し受診。塗抹検査陰性だったが、培養検査陽性となり、治療開始。症例3：技能実習生C、19歳。2025年9月にインドネシアより来日。入職時健診の胸部CTで異常影、T-SPOT陽性治療が開始。症例4：技能実習生D、19歳。2025年9月にインドネシアより来日。入職時健診のT-SPOTで陽性、無症状・塗抹検査陰性のため潜在性結核として治療開始。

【考察・結論】当法人ではインドネシア、ベトナム、ミャンマー、フィリピンから受け入れられているが、今回の症例はいずれもインドネシア出身であった。結核の入国前スクリーニングは一部の国で開始されているが、インドネシアでは調整中である。外国出生結核患者のうちインドネシア出身が最多である現状からも早急な制度整備が求められる。症例1と症例2より、当法人はT-SPOTによるスクリーニング検査を開始した。その結果、症例3と症例4を早期発見することが出来た。国による整備が整うまでの間に私たちが今出来る事として、1. 入国前および入国後の健診結果を入手し確認する、2. スクリーニング検査としてT-SPOTを実施する、3. T-SPOT陽性事例は行政と連携し早期治療につなげ、治療支援をする、以上3点を継続し、今後も外国人技能実習生の受け入れを円滑に行いたい。

037-1 破傷風トキソイド供給制限下における曝露後予防体制の再構築—離島二次救急医療機関でのICT介入—

社会医療法人義順顕彰会 種子島医療センター

○下江 理沙 (しもえ りさ)、谷 英佳

【背景・目的】2025年7月、破傷風トキソイドの供給不足が生じ、限られた医療資源下での適正使用体制の整備が急務となった。当院は離島に位置する二次救急医療機関であり、外傷患者への曝露後予防として一定量を使用してきた。供給制限下において在庫管理と臨床的妥当性を両立させることを目的に、救急科およびICTで対応体制を構築した。

【活動内容】過去3年間の使用実績は2022年83件、2023年113件、2024年155件と増加傾向であり、在庫状況から数週間単位で枯渇する可能性が示唆された。院外感染症専門医および地域感染制御ネットワークへ相談し、学会推奨指針を基に創傷の性状、接種歴、最終接種時期を踏まえた優先投与フローを作成し院内周知を行った。さらに、破傷風トキソイドは接種直後の抗体獲得が期待できない特性に着目し、曝露後対応に加えて事前免疫の重要性を強調した。供給制限下で在庫不足による接種不能例はなく、外傷受診時に接種歴確認と追加接種の必要性を説明する文書を作成・配布し、予防的接種の啓発を行った。本取り組みは供給制限解除後も継続している。

【成果・考察】供給制限期間中に重大な在庫逼迫は回避され、破傷風発症例は認めなかった。説明文書配布後、自発的に追加接種を希望し来院した住民が1例あった。整備開始(7月末)から翌年2月中旬までの破傷風トキソイド接種対象者は69件であり、受傷機転はマムシ咬傷8件、鎌作業および屋外転倒が各6件、猫咬傷および草刈り機使用や基地整備関連作業が各5件と、屋外作業や不慮の事故が多かった。離島という地理的特性から屋外作業機会が多い地域背景を踏まえ、外傷予防と併せて平時からの免疫獲得促進に向けた啓発を継続する必要がある。本取り組みは、破傷風トキソイド供給制限を契機としてICTが診療支援体制を再構築する機会となり、災害等の有事への備えを含めた感染制御体制強化につながる取り組みと考える。

【会員外共同著者】遠藤禎幸 濱口匠 野田健仁 高尾尊身

037-2 東京都感染対策リーダー養成研修の効果と修了後の活動—令和4年度から令和6年度受講者へのアンケート調査—

公益社団法人 日本看護協会 看護研修学校¹⁾、国立国際医療センター²⁾、東京曳舟病院³⁾、国立あおやぎ苑⁴⁾、杏林大学医学部付属病院⁵⁾、江戸川病院⁶⁾、東京臨海病院⁷⁾、東京都立松沢病院⁸⁾

○浅野 恵子 (あさの けいこ)¹⁾、堀井 久美²⁾、木下 庸佑³⁾、佐々木恭兵⁴⁾、種岡 貴子⁵⁾、土屋 尚子⁶⁾、長井 直人⁷⁾、柳澤 敏子⁸⁾

【背景・目的】公益社団法人東京都看護協会は、新型コロナウイルス感染症のパンデミックを契機に、東京都内医療機関において感染対策の中核を担う人材の育成を目的として、東京都から委託を受け「東京都感染対策リーダー養成研修」を令和4年度から令和6年度の3年間実施した。研修修了者を対象としたフォローアップ研修時のアンケート調査を通じ、研修効果の実感および修了後の活動状況を明らかにすることを目的とした。

【活動内容】対象は、東京都内の医療機関に勤務し、院内感染対策リーダーの役割を担う、または今後担う予定の医療職(看護師、薬剤師、臨床検査技師)で、施設長の推薦を受け研修を修了した者とした。研修はオンライン講義2.5時間、オンデマンド16時間、集合演習12時間の計30.5時間で構成した。令和4年度から令和6年度の研修修了者499名のうち、フォローアップ研修参加希望者212名を対象に無記名自記式アンケートを実施し、188名から有効回答を得た(有効回答率88.7%)。量的データは記述統計を用いて集計し、自由記載はテキストマイニング(共起ネットワーク分析)により補足的に整理した。

【成果・考察】「受講効果を実感した」および「施設の感染対策に役立つ」と回答した者はいずれも90%以上であった。受講年度、職種別、病床規模別で有意差は認められなかった。また、アクションプランの実施率は70%であり、課題を明確にして取り組むことができていた。自由記載からは、「他院」「自院」「課題」「グループワーク」などが抽出され、他施設との比較や課題共有を通じた実践的学習への意識が示唆された。本報告は参加希望者を対象とした自己申告調査でありバイアスの可能性はあるが、多職種・多規模施設において一定の有効性が示唆された。修了後の活動を促進するためには、研修後の継続的支援や実践共有の場の整備が重要であると考えられた。【学会員外協力者】西塚至(東京都保健医療局)、仙道かほる・鴨田玲子(東京都看護協会)

037-3 ICP講習会後の実践定着に向けた育成課題の検討

北播磨総合医療センター 感染対策部

○松本 千明 (まつもと ちあき)、高月 清宣

【背景・目的】当医療センターでは、自部署の感染対策上の課題を主体的に改善できる人材育成を目的として院内感染管理実践者(Infection Control Practitioner: ICP)講習会を実施している。本講習会は知識の習得のみならず、各部署で感染対策を推進できる実践者の育成を目的として継続してきた。しかし近年、受講後のICPが現場で十分に役割を発揮できているのかという疑問が生じた。受講者数は増加している一方で、部署内での改善活動の広がりや継続性には差がみられ、教育と実践の間に隔たりが存在する可能性が考えられた。そこで、受講後の実践状況を明らかにし、実践定着に向けた課題を検討することを目的とした。

【活動内容】過去のICP講習会受講者を対象に無記名でアンケート調査を実施し、講習の有用性、実践状況、活動内容、活動頻度、活動上の困難、部署支援の有無、今後求める支援内容について分析した。さらに自由記載内容を質的に整理し、実践が進む要因と停滞する要因を抽出した。

【成果・考察】講習内容は理解しやすく有用であるとの評価が多く、感染対策部と現場スタッフとの意識共有の機会としても肯定的に受け止められていた。一方で、受講後に部署内で継続的な改善活動や指導を実施している者は限定的であり、実践が個人の努力に依存している実態が明らかとなった。活動が進まない要因として、業務多忙による時間不足、ICPとしての役割の曖昧さ、部署内での位置づけの不明確さ、成果を共有・評価する仕組みの不足、相談体制の不十分であることが挙げられた。さらに、上司およびICTを含む組織的支援体制が機能している部署では実践が進みやすい傾向がみられ、個人の努力のみではなく組織的後押しの重要性が示唆された。ICP講習会は意識向上の契機として有効であるが、実践定着には講習会後の継続的支援と環境整備が不可欠である。今後はICPの役割を明確化し、部署目標と連動した活動計画の策定、定期的な活動報告と振り返りの機会の設定、管理者とICTが連携した実践支援体制を構築し、教育から実践、さらに育成体制の再構築が課題である。

037-4 目標成果発表会の導入による手指衛生行動の改善～リンクスタッフ活動 4 年間の検討～

埼玉石心会病院 病院安全管理部 感染対策室
○武内 三枝 (たけうち みえ)、石川 直幸

【背景・目的】リンクスタッフは ICT と連携し、所属部署における感染対策の実践と推進を担うロールモデルとして活動している。部署の現状分析から課題解決の計画、実施、評価、修正し改善へとつなぐ PDCA サイクルに基づく活動を 1 年間かけて行う。A 病院では 2021 年より活動成果を共有する「目標成果発表会」を開催し、2025 年で 5 回目となる。本報告では、4 年間の活動を整理し、特に手指衛生に関連する指標の変化に着目して検討することを目的とした。

【活動内容】リンクスタッフ 29 名を 10 グループに編成し、ICT および看護部主任・師長をリーダーとして支援体制を構築した。毎月の会議では計画の進捗を確認し、必要に応じてグループディスカッションを行い、リーダーから助言を受けながら活動を進めた。5 月に目標を決定し、6 月に年間スケジュールを策定した。7 月以降は実施を進め、9 月には上半期評価を踏まえて計画を修正した。10 月以降は再度実施と評価を繰り返し、12 月からは発表準備を並行して行い、2 月に発表会を開催した。また、手指衛生直接観察法は、2020 年 7 月より ICT とともにリンクスタッフも同行する仕組みを導入しており、年間を通して直接観察法を実践し、部署での改善に活かす視点を獲得している。

【成果・考察】4 年間の取り組みにより、擦式手指消毒薬使用量は取り組み前の 2020 年の 1 日 1 患者あたり 6.4mL から 2024 年には 11.1mL へ増加した。手指衛生遵守率は、2021 年 64.8%、2022 年 58.4% と低下したが、2022 年からの 3 年間で改善傾向がみられた。リンクスタッフ活動は、部署ごとの課題抽出から PDCA サイクルに基づく改善を進める実践的な取り組みであり、活動内容を可視化と改善点の明確化が図られた。また、ラウンド同行による手指衛生直接観察法の習得は、現場改善に向けた着眼点を養ううえで有用性が示された。観察を通じて得た気づきが部署内での指導や声かけにつながり、スタッフ全体の意識向上を促したと推察される。さらに、グループ体制とリーダーによる支援は部署横断的な協働を促し、活動の継続性を支えた。これらの取り組みの積み重ねが擦式手指消毒薬使用量および手指衛生遵守率の改善に寄与した可能性が示唆された。

037-6 歯科医師主導による院内感染対策の有効性と課題

社会医療法人 嵐陽会 三之町病院 歯科口腔外科
○安樂 純子 (あんらく じゅんこ)、田中 美保、阿部 宣仁

【背景・目的】感染管理認定看護師 (CNIC) 不在の医療機関における、歯科医師主導による感染対策の有効性と問題点を明らかにする。

【方法】病床数 210 床、職員数約 300 名、CNIC 不在の中、2018 年 10 月に病棟診療経験を有する歯科医師 (口腔外科医) が中心となり、看護師・薬剤師・臨床検査技師で ICT を立ち上げ、同時に感染防止対策加算 2 の算定を開始した。2019 年 1 月に当該歯科医師が感染制御医 (ICD) 資格を取得後は、ICT 活動の中核として感染対策に関与した。歯科医師は、口腔ケアや診療を通じて他診療科と接点を持つ機会が多く、ICT 活動を行う上で調整や合意形成を円滑に進めやすい利点がある。加えて加算算定を通じた地域連携も活用し、感染対策方針の整備 (職員ワクチン管理、病床運用や入院制限判断、職員復帰基準策定、外部機関連絡、感染対策物資を含む医療材料の適正使用に関する職員教育) を行った。ICT 活動の初期の成果目標として手指消毒剤使用量の増加、季節性インフルエンザおよび新型コロナウイルス感染症によるアウトブレイク件数抑制を掲げた。

【結果】手指消毒剤使用量 (1 患者日あたり) は、活動開始前の 2018 年に 2mL 未満が、2025 年 12 月時点で 10mL を超えるまでに増加した。季節性インフルエンザおよび新型コロナウイルス感染症の院内発生時に病棟で影響を受けた患者数は、2023 年 21 人、2024 年 15 人、2025 年 11 人と年次的に減少した。また院内感染対策研修の出席率は 2025 年に 100% に達するなど、ICT 活動による職員の意識向上が示された。CNIC 不在下では、手指消毒の直接観察、サーベイランス、AST など専門性が高く時間を要する業務の実施に限界があったが、2025 年 4 月の CNIC 着任によりこれらの課題は改善され、感染対策の更なる強化に繋がっている。

【結論】CNIC 不在下において、歯科医師が ICT 立ち上げに関与し、ICD 資格取得後に中核的役割を担うことで感染対策を実装し得た。一方で、継続的な感染対策体制の構築には CNIC の配置が重要である。

037-5 回復期リハビリテーション病棟立ち上げに向けたリハビリテーションスタッフへの吸引手技教育の取り組み

JCHO 京都鞍馬口医療センター 感染対策室
○中村 早苗 (なかむら さなえ)

【背景・目的】当院は 2026 年 4 月に回復期リハビリテーション病棟の開設を予定している。回復期では誤嚥リスクを有する患者が多く、リハビリテーション中に吸引を要する場面の増加が想定された。しかし、リハビリテーションスタッフの吸引手技の経験の有無や感染対策に関する理解度、実践能力には個人差があり、安全性の確保及び手技の標準化が課題であった。そこでリハビリスタッフの安全な吸引手技獲得を目的として、リハビリテーション部と看護部、感染対策室で協働し回復期リハビリテーションに関わる予定のスタッフへの段階的吸引手技教育を実施することとした。

【活動内容】教育は三段階で構成した。第一段階として、感染管理担当看護師から口腔・鼻腔の解剖学的基礎、合併症リスク、適切な吸引圧設定と安全な手技、標準予防策を中心とした感染対策について座学を実施した。第二段階では少人数グループによる吸引シミュレーター人形を使用した模擬演習を行い、当院の看護手順に基づき清潔・不潔操作の区別、個人防護具の適切な選択と着脱を確認しながら看護部と感染管理担当看護師が実践的指導を行った。第三段階として、受講者一人ずつに対して感染管理担当看護師が実技評価を実施し、チェックリストを用いて吸引手順の遵守状況及び感染対策の実践状況を確認した。

【成果・考察】教育前はリハビリテーションスタッフから吸引手技実践に対する戸惑いや感染対策への不安の声が聞かれたが、教育後は吸引手技に対する理解度と自己効力感の向上がみられ、感染対策を意識した行動の重要性に対する認識も高まった。段階的教育により、単なる手技習得にとどまらず、感染伝播リスクを踏まえた安全な実践の視点が共有されたと考える。また、本取り組みを通じて、看護部とリハビリテーション部門間の連携が強化され、回復期リハビリテーション病棟における標準化体制の基盤形成につながった。今後はアンケート結果の分析や継続的評価を行い、教育内容の改善と再教育体制の整備を図って行く必要がある。

038-1 タイ王国 A 病院の感染対策向上に向けた取り組み—手指衛生講習会の開催・ICT ラウンドの整備を通して—

大阪公立大学大学院 看護学研究科¹⁾、大阪公立大学医学部附属病院 感染制御部²⁾、大阪公立大学大学院 経済学研究科³⁾、大阪公立大学医学研究科 臨床感染制御学⁴⁾、大阪国際感染症研究センター 人材育成部門⁵⁾

○喜田 雅彦 (きた まさひこ)¹⁾、岡田 恵代²⁾、
藤井 昭人²⁾、金子 勝規^{3,5)}、佐藤 淑子^{1,5)}、
掛屋 弘^{2,4,5)}

【背景・目的】大阪国際感染症研究センター人材育成部門では、事業の一環である「国際・学際的感染症研修」を通じ、タイの医療機関と感染対策上の課題や解決策を共有している。タイの一部の病院では多剤耐性アシネトバクター等の蔓延が深刻な課題となっており、感染対策に活用可能な予算や資源が限られている状況がある。そのような状況において、アジア諸国の感染対策上の課題解決は、輸入型薬剤耐性菌防止の観点から、日本の感染制御にもつながる重要事項である。本活動では、タイ A 病院において手指衛生講習会の実施および ICT ラウンドの体制整備を支援することを目的とした。

【活動内容】A 病院の感染管理看護師と共同で、全職員を対象とした手指衛生教育講習会を企画・開催した。手指消毒手技の評価には「デジコーチ (moraine 社)」を使用し、参加者の満足度調査も実施した。また、2 回の院内視察を経て ICT ラウンド時の重点確認項目を整理・共有し、現場の実情に即した ICT ラウンド用チェックリストを共同作成した。

【成果・考察】2 日間の講習会参加者は 126 名、アンケート回収率は 91.3% (115/126 名) であった。デジコーチによる手技スコアの平均は 77.1±17.2 点 (25-100 点) で、職種間での有意差は認められなかった。講習会の満足度は 5 段階評価で平均 4 以上と高く、手指衛生向上に向けた支援として「携帯用消毒剤の導入」を求める声が 71.8% に上った。ICT ラウンドの整備においては、尿道カテーテルバッグの接地防止器具を自作する等の自発的な改善行動が見られ、ICT ラウンド時の重点項目の共有が意識変容を促したと考えられた。今後は共同作成したチェックリストの運用による、感染対策の定着度を検証する必要がある。

038-2 病院機能評価を契機とした多職種による院内 SSI サーベイランス体制の構築

高知大学 医学部附属病院 感染管理部¹⁾、高知大学 医学部附属病院 看護部²⁾、高知大学 医学部 臨床感染症学講座³⁾、高知大学 医学部附属病院 薬剤部⁴⁾

○三好紗矢香 (みよし さやか)^{1,2)}、秋山 祐哉^{1,2)}、谷内 彩乃^{1,2)}、荒川 悠^{1,3)}、八木 祐助^{1,4)}、山岸 由佳^{1,3)}

【背景・目的】手術部位感染 (SSI) サーベイランスは、手術関連感染の発生状況を疫学的原則に基づき収集・分析・解釈し、その結果を共有することで安全な手術医療に寄与する重要な活動である。当院ではこれまで消化器外科、心臓血管外科、整形外科の一部術式を対象に実施してきた。しかし病院機能評価では、医療関連感染の発生状況を継続的に把握・分析・評価し改善に活用することが求められている。そのため対象術式拡充と継続的な把握・評価体制の強化が必要となった。そこで診療科横断的に SSI 発生状況を把握し、周術期感染対策を組織的に推進することを目的に、多職種による SSI サーベイランス体制を構築した。【活動内容】感染対策委員会の下部組織として SSI サーベイランス専門部会を新設し、構成メンバーは対象診療科の医師・歯科医師、感染管理部職員、手術部看護師とした。対象は各診療科と協議し 13 診療科 21 術式とし、特に手術件数が多く SSI 発生リスクの高い術式として、消化器外科では食道手術、胃切除術(幽門側・胃全摘)、ヘルニア手術、整形外科では人工股関節置換術、人工膝関節置換術、脊椎固定術を重点設定とした。SSI 判定は専門部会委員が実施し、感染管理支援システムへ入力した。診療科間で判定基準を共有し定期レビューを行い、判定のばらつき低減に取り組んだ。結果は月次・年次でフィードバックし、専門部会および感染対策委員会へ報告した。

【成果・考察】全体の SSI 発生率はベンチマークと比較して高値ではなかったが、特定術式で SSI 発生が継続していることを早期に把握できた。専門部会委員を窓口診療科と共有し、要因分析と改善策を協議した。一部症例では手術手技変更が背景にある可能性が示唆され、周術期感染対策に加え手術プロセス全体の検討につながった。本取り組みにより SSI 発生を継続的に把握し診療科と協働する体制が整備され、病院機能評価で求められるモニタリング体制強化に寄与した。今後も施設全体でサーベイランスを継続し、データに基づく周術期感染対策改善を推進し SSI 低減を目指す。

038-4 感染制御リンクナースと本音を言い合える仲間づくりのための活動

社会福祉法人埼玉医療福祉会丸木記念福祉メディカルセンター 感染対策室

○松本 千秋 (まつもと ちあき)、中村美由紀

【背景・目的】当院は、毎年いきいき職場環境づくり活動を実施している。昨年度までは上司や管理者が活動を応援してくれていると感じていない、自分を認めてくれないというネガティブな側面があり、自分は頑張っている、感染対策活動は楽しいと感じているポジティブな側面があることがわかった。リンクの頑張りや承認・認知し、言葉にして伝えることでモチベーションに繋がり、人間関係の構築に繋がると考えた。そこで年齢や序列にとらわれることなく、「とにかく楽しいチーム活動にする」ことをリンク活動のビジョンとした。本音を言い合える仲間づくりを目的として活動したため紹介する。

【活動内容】リンクは、初めて経験者が 64% であり、実務経験年数が 5 年から 30 年以上 (平均 14 年) と幅広い経験値である。大半が管理者からの強制的な任命であり、「内向的動機付け」が低い集団である。思いを言葉にして伝え、良好なコミュニケーションが必要と考えた。しかし、面と向かって言えない人もいるため自分の思いや感謝を言葉を手紙やビデオレターを作成し、伝えるように支援した。また管理者からリンクにサプライズメッセージを送るよう依頼した。評価はアンケートで率直な意見を確認した。また、ビデオ内でお互いの表情を確認し、大笑い、愛想笑い、微笑み、苦笑いの 4 パターン (笑顔評価) で評価した。

【成果・考察】リンクから伝えた管理者には「感謝」「心の支え」「憧れ・尊敬」「今の不安な気持ち」などを伝えていた。管理者からリンクには「励ましや激励・労い」「日々の感謝」「評価や承認」「これからの期待」「リンクナースを選出した本音」などを伝えていた。アンケートでは、自分自身がどのように思われているのかを認識することができ、頑張ろうという気持ちが沸き、気分良く仕事できた。などの意見がみられた。笑顔評価では、大笑い 13%、愛想笑い 0%、微笑み・照れ笑い 87%、苦笑い 0% であり、対面型コミュニケーションの効果があったと評価できる。副次効果として、管理者とリンクのお互いの距離が縮み、活力性も高まり関係性がより一層深まり、承認欲求が満たされたと考える。

038-3 多職種グループワークを活用した感染対策担当者 (ICS) 育成の取り組み～ICS の成長の可視化～

JA長野厚生連 南長野医療センター篠ノ井総合病院

○宮野 美幸 (みやの みゆき)

【背景・目的】当院では各部署から選出された 39 名の感染対策担当者 (以下、ICS: Infection Control Staff) が自部署の感染対策を担っているが、これまでの活動は現場スタッフへの声掛けや注意喚起が中心であり、実践的な現場指導は十分とはいえなかった。2025 年度は「指導できる ICS になる」を目標に、多職種グループワークを活用した育成に取り組んだ。本取り組みを通して、ICS の成長を可視化することを目的とした。

【活動内容】2025 年度は「指導できる ICS になる」を目標に、多職種によるグループワークによる活動を実施した。4 月に ICS の役割や課題を共有し、5 月には手指衛生などをテーマにグループメンバー間で指導演習を行った。6 月～9 月は各部署及び ICS ラウンドにおいて現場指導を実践し、10 月に中間評価として現場指導の進捗状況を共有した。12 月にはグループごとにテーマを設定し、指導方法や評価方法を検討したうえで、1～2 月に各部署での現場指導の実践につなげた。年度末に事後回想型質問紙調査を行い、ICS の指導行動および多職種連携能力の変化を 5 段階尺度 18 項目で評価した。また、感染対策に関する知識の確認のため、4 月と 2 月に確認テストを実施した。

【成果・考察】事後回想型質問紙調査では、39 名中 31 名から回答を得た (回収率 79.5%)。現場指導は 21 名 (67.7%) が実施しており、実施予定 4 名を含めると 25 名 (80.6%) が現場指導に取り組んでいた。自己評価総得点は活動前 61.3 点、活動後 69.8 点へ有意に上昇した ($p < 0.001$)。カテゴリ別にみても、「ICS としての態度・信念」、「グループワーク運営スキル」、「目標達成行動」、「現場指導の実践」、「グループ活性化のための態度」、「ICS としての役割遂行」のすべてで有意に向上した (いずれも $p < 0.001$)。多職種グループワークを通して課題共有や指導方法の検討を行い、現場指導の実践に繋がったことが ICS の役割認識と行動変容を促進し、成長の可視化に繋がったことが示唆された。組織的な感染対策を機能させるためには、ICS が現場で役割を発揮できる体制整備が重要であり、ICN (Infection Control Nurse) による継続的な支援とマネジメントが必要である。

038-5 新潟県の病院薬剤師におけるアウトブレイク時の記述疫学の担当職種および役割認識

昭和薬科大学¹⁾、国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所²⁾、新潟薬科大学 医療技術学部³⁾、下越病院⁴⁾、新潟市民病院⁵⁾、新潟聖籠病院⁶⁾

○中下 愛実 (なかした まなみ)¹⁾、山岸 拓也²⁾、継田 雅美³⁾、三星 知⁴⁾、大崎 角榮⁵⁾、寺井 美樹⁶⁾

【目的】医療機関における感染症アウトブレイク対応では、記述疫学が対応策の優先順位や方向性を検討する上で重要である。本来、Infection Control Team (ICT) を構成する多職種が協働して担うべき業務だが、看護師以外の職種では学ぶ機会が十分ではない。また、国内医療機関のアウトブレイクにおける記述疫学の担当職種の実態は明らかではない。本研究は、ICT 薬剤師を対象に、アウトブレイクにおける記述疫学の担当職種および役割認識の実態を明らかにすることを目的とした。

【方法】2026 年 2 月開催の新潟県病院薬剤師向けアウトブレイク対応研修参加者を対象に、研修前後で自己記入式 Web アンケートを実施した。研修は 1 時間の座学と 3 時間のケーススタディとした。アウトブレイク対応経験、記述疫学の担当職種の実態、役割理解と理解度を記述的に検討した。本研究は昭和薬科大学倫理審査委員会に申請し、「該当せず」との判断を受けた。

【結果】参加者 13 名のうち 12 名から回答が得られた (回答率 92%)。院内アウトブレイク対応経験を有する者は 6 名 (50%) であった。このうち、実際の対応における記述疫学の主担当は看護師と回答した 4 名のうち、2 名では感染管理関連資格を有する看護師が単独で担当していた。一方、主担当が薬剤師との回答も 2 名 (33%) で確認された。記述疫学の担い方として「ICT 内の複数職種が協働すべき」とする回答は、研修前 4 名 (33%) から研修後 9 名 (75%) へ増加した。研修前は「手順の説明はできない」と回答した者が 7 名 (58%) であったが、研修後は全員が「確認しながら作業可」以上のレベルであった。

【結語】実際のアウトブレイク対応で薬剤師が主担当であったとの回答は 2 名で、研修前の回答でも薬剤師が主担当となるべきとする意見はなかった。一方、研修により複数職種協働によるアウトブレイク対応の重要性の認識の高まりがみられ、多職種を含めた教育機会の必要性が示唆された。複数職種が協働することで、より効果的な対応につながる可能性も考えられた。非学会員協力者：原梓、塩原悠貴、佐藤諒介、山崎哲、大宮智美

039-1 多職種への効果的な手指衛生啓発活動

広島大学病院 看護部¹⁾、広島大学病院 感染制御部²⁾

○近末 彩香 (ちかすえ あやか)^{1,2)}、金子 由紀¹⁾、
五郎丸加奈子¹⁾、森 美菜子²⁾、近藤 美穂¹⁾

【目的】多職種で協働する部門における効果的な手指衛生啓発活動を明らかにする。

【方法】当院の画像診断部門 (CT 室・透視室) に勤務する診療放射線技師 21 名と看護師 12 名を対象とした。2025 年 10 月～12 月で手指衛生実施状況を観察し、タイミング別の手指衛生実施率を基に職種別の課題を抽出した。顕在化した問題の場面に、菌の拡がりを可視化した動画教材を独自に作成し動画視聴による教育介入を行った。さらに、観察中は適正なタイミングでの手指衛生を促す声掛けを行った。2026 年 1 月～2 月に同対象者を再調査し評価した。

【結果】診療放射線技師の介入前の手指衛生実施率は 36.8% であり、特に患者接触前が低かった。患者接触時には手袋を着用したまま医療エリアの共有物品に触れる場面が散見され、自身の手の汚染防止を優先していた。そこで医療エリアで汚染した手袋を介して菌が移動する様子を動画で示し、手指衛生のタイミングとその根拠を教育した。その結果、実施率は 66.7% に有意に上昇し ($p<0.01$)、全てのタイミングで実施率は改善した。一方、看護師の介入前の実施率は 49.2% であり、処置中の手袋のまま共有物品等に触れ環境に汚染を拡大させる場面が散見された。そこで、手袋着用が必要な清潔操作前と体液曝露後のタイミングを重点的に教育した結果、清潔操作前の実施率は 67.8% に有意に上昇したが ($p<0.01$)、体液曝露後の実施率は改善しなかった。

【結論】手指衛生の教育は各職種の業務の特性を理解し各課題に応じた介入が効果的である。診療放射線技師では菌の拡がりがイメージできる動画視聴により手指衛生のタイミングの根拠の理解と声掛けによる正しいタイミングの意識付けが行動変容に繋がり、全てのタイミングで実施率が向上した。一方で改善を認めなかった看護師の体液曝露後の手指衛生は、より具体的な介入の必要性が示唆された。CT 室と透視室はルート確保や侵襲的な処置に対応する部署であり、適正なタイミングでの手指衛生は院内感染伝播のリスク軽減の可能性があると考えられる。

【会員外共同研究者】佐藤 未由季¹⁾

039-2 患者・家族参加型キャンペーンによる手指衛生質的向上への取り組み

地方独立行政法人 東京都立病院機構 東京都立小児総合医療センター

○大田 美幸 (おおた みゆき)、堀内真由子、高木三枝子

【背景・目的】手指衛生は医療関連感染対策の基本であり、多面的な介入が求められる。A 病院では直接観察法による遵守率評価、手指消毒剤使用量の可視化、教育およびフィードバックを継続して実施してきた。その結果、看護師の全病棟平均遵守率は 89% と高値を維持している。しかし、手指衛生を全く実施しない医療従事者が毎年一定数存在していた。そこで、手指衛生を全くしない人をなくすことを目的に、2023 年より患者・家族が医療従事者の手指衛生行動を評価する「アライグマキャンペーン」を開始した。

【活動内容】世界保健機構が提唱する手指衛生 5 つのタイミングのうち、「患者に触れる前」と「触れた後」の 2 場面に焦点を当て、患者・家族が実施状況を評価する取り組みを行った。実施期間は 2023～2025 年度の各年度で 3～4 週間とし、評価は「していた」「していない」「わからない」の 3 択から選び、該当するシールを貼付する形式で行った。

【成果・考察】2023・2024 年度は入院病棟の看護師を対象に実施し、参加延べ人数はそれぞれ 807 人、957 人であった。2025 年度は外来も含め病院全体へキャンペーンを拡大し、SNS や掲示板、のぼり設置など広報活動を強化した結果、参加者は 1,965 人に増加した。手指衛生を「していた」の評価は各年度とも 9 割以上で、医療従事者が患者・家族から「見られている」と意識することで、手指衛生への意識向上につながった可能性が示唆された。「していない」または「わからない」との回答も一部あり、実際に手指衛生が行われていなかった可能性に加え、患者・家族から視認しづらい場面があったことも示めされた。患者・家族の参加は、医療従事者が感染対策に積極的に取り組む姿勢を示す機会となり、確実な実施に加え「見せる」ことを意識した行動の重要性も明らかになった。さらに、広報活動を段階的に強化することで院内全体へ波及し、看護師のみならず全医療従事者が意識的に手指衛生に取り組む契機となった。コロナ禍以降、大きなアウトブレイクは発生しておらず、病院全体で感染対策に取り組む体制が構築されてきている。今後も、継続的な取り組みを行い、手指衛生の向上と習慣化を目指す。

039-3 手指衛生多角的戦略 2 年目の評価と ICM 制度再構築による行動変容へのアプローチ

武蔵野徳洲会病院

○工藤 智史 (くどう さとし)

【背景・目的】当院は WHO 手指衛生多角的戦略を導入し、手指消毒剤使用量 (以下、使用量と表記) 向上に取り組んでいる。COVID-19 流行初期以降に急増した使用量は、流行後期に向かい減少に転じた。継続的な教育介入を行っているものの、高病床利用率に伴う過密な業務環境下では、手指衛生の優先順位が相対的に低下し、遵守行動の維持を阻害している可能性が推察される。本報告では、戦略導入 2 年目の評価と、行動変容を促進する 3 年目に向けた課題を検討した。

【活動内容】ICM 設置部署を対象に使用量を集計し、低使用量職員への ICM による啓発、所属長面談、ICT による直接介入を実施した。また、当グループで実施している 3 ヶ月間の手指衛生推進期間時、事前に ICM への手指衛生直接観察法の教育を行い、自部署の手指衛生遵守調査を試行した。併せて、ICT ラウンド時に、観察者の存在が職員の手指衛生行動に与える影響を評価した。さらに、持続的な観察環境の構築を目指し、患者教育用パンフレットを用いた新たな介入策を策定した。本パンフレットには職員の手指衛生実施に対する宣言を明文化し、患者による観察効果を狙うものとした。

【成果・考察】介入の結果、低使用量職員の一部で使用量が増加傾向となった。一部の職員に留まった要因として、ICM の経験的立ち位置での介入に限界があったことが挙げられる。また、所属長が自身の立ち位置を活かし介入することで、責任感と行動変容が促される有効性が示唆された。さらに、ICT による観察下では手指衛生行動が顕著に増加するホーンソン効果が明白となった。一方、ICM による遵守調査では、ICM の知識・観察力の持続性に課題が浮き彫りとなった。当グループ内の短期的キャンペーンのみでは不十分であり、年間を通した実務継続の必要性が確認された。これらを踏まえ、次年度より ICM の選出規定を「任期 2 年・職種経験年数」で明確化し、事前オリエンテーションと基礎知識テストを導入することで、組織的な質担保を目指す方針を固めた。所属長の積極的参画と ICM 制度の質的再構築、および患者参画型の観察環境の構築により、多角的戦略 3 年目の取り組みを強固に継続し、さらなる手指衛生の定着を推進する。

039-4 VRE アウトブレイクを契機とした手指衛生遵守率向上のための取り組み

九州大学病院

○永山 瑞紀 (ながやま みずき)、今利 雅子、
内藤 朱里、桑田 陸子、小林 里沙

【背景・目的】A 病棟は消化器外科と皮膚科の混合病棟であり、消化器外科では肝臓移植後に免疫抑制療法を受ける患者も多く、日々の感染対策は治療経過や予後に直結する重要な課題である。しかし 2025 年 3 月、A 病棟において VRE アウトブレイクが発生した。VRE は環境残存性が強く、接触感染対策の中でも手指衛生は最も重要であるが、A 病棟の手指消毒剤使用量および遵守率は低かった。その要因について、人的、環境、物的、業務要因の 4 側面から分析を行い、課題を抽出し、病棟全体で課題解決に取り組んだ。

【活動内容】感染対策を自主的かつ継続して実施できるよう、レビン K. Lewin の変革理論を活用した。まず、感染対策の必要性を意識づけるために、正しい手指衛生と PPE 着脱についての動画視聴と演習、VRE 勉強会、朝礼で正しい手順の手指消毒実施、具体的な手指衛生場面の口頭確認を行った。次に行動変容を促すために、ベストプラクティス調査と指導、観察室の環境整備を行い、グローバル感染症センターと協働して不定期に手指衛生遵守率調査を行った。そして行動を定着させるために、手指衛生遵守率調査の結果や手指消毒剤使用量を 1 カ月ごとにフィードバックし、結果を共有することでスタッフが自身の行動変容を確認でき、継続した感染対策への取り組みを促した。

【成果・考察】手指衛生遵守率は 2024 年度の平均 79% から 83% まで上昇し、6 月に朝礼での声かけを開始して以降は 90% 以上を維持した。また、手指消毒剤使用量は平均 21mL/患者/日から 27mL/患者/日へと増加し、8 月のベストプラクティス調査と指導後は 30mL/患者/日まで更に増加を認めた。毎日の朝礼での声かけ、手指消毒剤使用量と遵守率調査の結果のフィードバック、環境整備などを継続して行った結果、スタッフからは「手指消毒を行うべきタイミングを意識するようになった」との声が聞かれるようになり、感染対策への意識向上が認められた。さらにベストプラクティス調査と指導を実施したことで、スタッフ自身が誤った感染対策に気づき、正しい感染対策を行うことへの行動変容と定着に繋がったと考えられる。

039-5 サンクスカードによる承認が手指衛生行動に与える影響—手指消毒薬使用量を用いた評価—

社会医療法人 嵐陽会 三之町病院

○田中 美保 (たなか みほ)、阿部 宣仁

【背景・目的】手指衛生は感染対策の基本であり、遵守率向上には職員の行動変容を促す働きかけが不可欠である。当院では、適切なタイミングで手指衛生を実施した職員へ「サンクスカード」を配布する取り組みを導入した。本活動の目的は、サンクスカードによる承認が手指衛生行動に与える影響を、導入前後の手指消毒薬使用量(L/1,000 患者日)により検証することである。

【活動内容】感染管理認定看護師が直接観察に基づき対象者を選定し、所属長が感謝メッセージを記載したサンクスカードを配布した。対象とした4病棟のうち、A病棟ではカードをナースステーション内に掲示し可視化する仕組みを導入した。他3病棟(B・C・D)は個別配布のみとした。評価指標として、介入前後各6か月の手指消毒薬使用量を算出し、その変化率を比較した。病棟間の差を検証するため、一元配置分散分析(ANOVA)および効果量(Cohen's d)を用いて行動変容の程度を評価した。

【結果・考察】病棟全体の平均手指消毒薬使用量は、前期10.41、後期10.20と大きな変化を認めなかった。病棟別の解析では、A病棟のみ前期15.67から後期18.78へと19.86%増加し、中等度の効果量(Cohen's d=0.52)を示した。月別推移では介入直後の1か月目に20.89と大幅に改善し、その後も高水準を維持した。一方、他病棟はB(-7.97%)、C(-8.81%)、D(-4.16%)いずれも減少した。ANOVAの結果、病棟間の変化量に有意差を認め(F=4.95、p<0.05)、A病棟の改善は統計的に特異的であることが確認された。職員からは、「掲示により自分たちの取り組みが認められる」と実感できる」といった主観的評価も得られた。サンクスカードに視覚的な共有を付加したA病棟で有意な行動変容が確認されたことから、承認の可視化が職員の内発的動機づけを高めたと考えられる。サンクスカードによる承認は、視覚的な共有の仕組みと組み合わせることで、手指衛生行動の改善に有効であることが示唆された。

【参考文献】1.WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, World Health Organization, 2009.

2.医療現場における手指衛生のための手引き、一般社団法人日本環境感染学会, 2022.

040-1 WHO 手指衛生手順変更を含んだ多面的な取り組みとその結果

富山大学附属病院 感染制御部¹⁾、富山大学附属病院 看護部²⁾、

富山大学附属病院 感染症科³⁾

○青木 雅子 (あおき まさこ)^{1,2)}、笹原志央里^{1,2)}、松浦 美里²⁾、加藤 典子¹⁾、長岡健太郎^{1,3)}、山本 善裕^{1,3)}

【背景・目的】当院では感染制御部とリンクナースが中心となり、手指衛生推進活動を継続しているが、患者一人当たりの手指消毒薬使用量および遵守率はいずれも伸び悩んでいる。職員教育の機会は複数あるものの、多くが講義形式に限られている。学習定着率ピラミッドでは講義の定着率は約5%、デモンストレーションは約30%とされ、講義中心の教育では行動変容につながりにくいとが示唆されている。従来、実技指導は新人看護師研修や研修医オリエンテーションなど初期教育の場でのみ行っていたが、この時期は多くの情報を同時に習得する必要があり、手指衛生の手順の定着には不十分であると考えられた。2024年よりWHOの多角的戦略のフレームワークを導入し、手指衛生推進活動を再構築した。手指衛生手順の変更点を効果的に周知し、職員の理解と実践につなげることを目的とした。

【活動内容】WHO推奨手順の変更点(手首の削除、インターロックの追加)を重点項目とし、以下の多面的な周知活動を段階的に実施した。1. 2024年7月：院内感染対策マニュアルの手指衛生手順を改訂。2. 2024年12月：院内感染対策講習会にて手順変更を伝達。3. 2025年12月：全部署に恒常的な手指衛生手順イラストポスターを掲示。4. 2025年4月：週2回の院内ラウンドで手順確認と所要時間の計測を行い、不十分な点を個別指導した。

【成果・考察】手指消毒の所要時間と手順の実施状況を2期で比較したところ、所要時間は微増した。手順の実施状況ではインターロックの実施率が44.4%から48.2%へ増加し、指先や親指の実施率も向上した。講義中心の教育では学習定着が限定的であり、WHOの多角的戦略に基づき、デモンストレーションや実技を組み合わせた教育方法が有用である。特に手順変更のような重要ポイントは、初期教育に限定せず、継続的かつ多様な学習機会を提供することで行動変容につながる可能性が高い。

039-6 ナッジ理論を用いた手指衛生の取り組み～透析患者を主体とする病棟における多職種連携による環境介入と課題の検討～

医療法人徳洲会 静岡徳洲会病院

○石谷 智代 (いしがや ちよ)

【背景・目的】当院の障害者病棟は透析患者が多く、院内でもMRSAおよびESBL産生菌の新規発生数が最多である。手指衛生回数は一定数あるが、看護師、臨床工学士、理学療法士等、多くの職種が頻繁に接触する特性上、職種を跨いだ実施タイミングの徹底が難しく、感染伝播を抑えきれていない課題があった。そこで無意識に行動を促す「ナッジ理論」に着目し、床面足跡マークによる動線誘導とイラスト掲示による環境介入を開始した。今回、多職種で取り組んだプロセスの報告と、現状分析から得られた改善策を検討する。

【活動内容】介入対象は透析を主とする病棟の接触予防策実施個室および無作為選定病室とした。初期介入として床面に足跡マークを貼付し消毒剤まで誘導、動物のイラストを掲示した。評価には1患者1日あたりの消毒回数、新規耐性菌発生数、直接観察を用いた。導入2か月目に手指消毒回数が減少し耐性菌も増加傾向となったため、医師、看護師、臨床工学士、理学療法士ら計69名を対象にアンケートを実施。結果を即座に反映し2月中旬より再介入を開始した。具体的には、看護師が多用する汚物室やベソコン台に加え、理学療法士の訓練動線である廊下やエレベーター付近へ掲示場所を最適化した。さらに掲示物のサイズ拡大、勤務前の「手指衛生の5つのタイミング」の唱和、イラストの定期更新を行い、現在も改善を図っている。

【成果・考察】初期介入では、消毒回数は開始1か月目に微増したがその後低下し、耐性菌減少には至らなかった。アンケートからは視覚的慣れに加え、職種により消毒薬が目に入る動線が異なる実態が明確となった。特に理学療法士からは足跡マークの剥がれによる転倒リスクの指摘があり、ナッジ介入においては掲示後の安全な維持管理体制が不可欠であると再認識した。掲示物が剥がれ、環境が荒廃した状態ではスタッフの遵守意欲も低下する。そのため、定期的な貼り替え等の維持管理を徹底し、強制ではなく自然とやれる環境の質を保つことが、多職種による遵守継続に繋がると考える。成果は未だ途上だが、今後も共通意識を持って取り組める持続可能な手指衛生モデルの構築を目指したい。

040-2 当院のWHO手指衛生多角的戦略導入後1年目の成果～メディカルスタッフ<医師・看護師を除く>の活動支援～

独立行政法人国立病院機構栃木医療センター ICT

○丸山沙緒里 (まるやま さおり)、黒岩ひかり、河野 圭、山口 慎夫

【背景・目的】当院では、医師・看護師以外のメディカルスタッフに感染対策を周知する時は、部署長へ連絡、又は院内電子掲示板で行う。メディカルスタッフの手指消毒薬使用量はデータ収集のみであり、リンクスタッフがないため、フィードバックや取組は十分出来ていない。病院全体の手指消毒薬使用量は、8ml/患者・日であり手指衛生自己評価フレームワークのスコアは262.5点/500点、組織風土尺度における組織文化のスコアが20点/100点と特に低値であった。手指衛生使用量の増加を目指しWHO手指衛生多角的戦略を導入し医師以外のメディカルスタッフの活動支援を行ったため報告する。

【活動内容】2025年4月に手指衛生チーム発足、院長始め幹部職員の手指衛生取組強化ポスター発行。手指衛生リーダーを放射線科、検査科、薬剤部、栄養管理室、リハビリテーション科、事務より選出、6月から手指衛生リーダー育成研修を開始し(月30分の研修を全10回)、主に手指衛生の知識や直接観察法を指導した。6月と10月に知識や実技確認の手指衛生ラウンドを実施、病院の手指衛生目標値(15ml/患者・日)を伝達、確認した。

【成果・考察】メディカルスタッフの手指衛生ラウンド達成度は、6月79%から10月92%、目標値確認は、7月16.6%から12月83.3%に上昇した。手指衛生自己評価フレームワークのスコアは327.5点/500点で、組織風土尺度における組織文化のスコアが55点/100点と飛躍的に上昇した。メディカルスタッフの手指消毒薬使用量は、2024年度108,928ml/4～12月から2025年度162,614ml/4～12月と比較し、約530,000ml(+149%)増加した。手指衛生リーダーが、目標値の掲示や手指消毒薬の配置の変更等、部署内でアプローチすることで手指消毒薬使用量が増加したと考える。部署別では、栄養管理室が+215%、事務が+326%と増加率が顕著で、薬剤科、リハビリテーション科も+155%、+144%と増加が確認できたのに対し、放射線科は-0.5%、検査科は-9.7%の横ばい～低下しており、働く場所が数カ所ある部門は、指導や周知に課題を残した。今後は、手指消毒薬使用量のみでなく、手指衛生リーダーと協力し遵守率を把握し向上する取り組みを行いたい。

040-3 外科病棟における WHO 手指衛生 多角的戦略を活用した手指衛生改善の取り組みと成果

鶴岡市立荘内病院 看護部¹⁾、鶴岡市立荘内病院 医療安全管理部²⁾

○本間 春圭 (ほんま はるか)¹⁾、遠藤 由紀¹⁾、板垣 菜央¹⁾、小原 桃¹⁾、若松由紀子²⁾、栗田 香¹⁾

【背景・目的】当院外科病棟では、術後管理や化学療法を行う易感染状態の患者が多く、医療関連感染予防のために適切な手指衛生の実施が不可欠である。看護師の1日あたりの患者接触機会は、バイタルサイン測定や清潔ケア、検査搬出などで平均15回にのぼり、最低でも30回の手指消毒が必要となる。しかし、リンクナースを中心に改善活動を行っているものの、実施回数は14.9回にとどまり、WHO手指衛生5つの瞬間の遵守率は70.3%と低かった。そこで、国内でも効果が報告されているWHO手指衛生多角的戦略を活用し、手指衛生の改善を図った。

【活動内容】WHO手指衛生多角的戦略の「5つのステップ」のうち、「準備決意」「事前評価」「事後評価」を実施した。「準備決意」では、病棟全体で取り組みを表明した。「事前評価」では、手指衛生自己評価フレームワーク(HHSAF)を用いて5つの要素を評価し、課題を明確化した上で必要最低基準の達成状況を確認し、各要素の偏りが改善するよう優先順位をつけ計画を立案した。また、2024年度の手指消毒実施回数と遵守率を収集した。「実施結果」では、頻度の高いケア場面における手指衛生のタイミングを示す動画を作成し、学習会を開催した。さらに、8月を手指衛生強化月間とし、ポスター掲示、スタッフによる手指衛生強化宣言、責任者による朝の声かけを行った。取り組み後には実施回数と遵守率、HHSAFの再評価を行い、前後比較をした。【成果・考察】HHSAFの総合スコアは242.5点から355.0点へ上昇し、手指衛生レベルは「初級」から「中級」へ向上した。特に「組織文化」「現場掲示」「研修教育」「測定評価」で大きな改善がみられた。手指衛生実施回数は14.9回から17.4回へ増加し、遵守率は70.3%から76.0%と5.7ポイント上昇した。学習会後のアンケートでは、動画を用いた学習の有用性や、手指衛生が看護の質向上に寄与すること、ゾーニングの重要性に関する肯定的な意見が得られた。今回の取り組みは約半年と短期間であるため、継続的な実践と評価が必要である。今後は本戦略を院内全体へ拡大し、組織的かつ戦略的に取り組むことで、さらなる成果が期待される。

040-5 持ち運び型ブラックライトを活用した患者参加型手指衛生チェック

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院

○澤出 里奈 (さわで りな)、早川 都子、夏目美恵子、藏前 仁

【背景・目的】手指衛生は、医療関連感染対策の基本であり、来院者が院内へ病原体を持ち込まないためにも重要である。ブラックライトを用いた塗り残しの可視化は、手指衛生における自己の塗り残しを客観的に認識できることから、有用な教育方法とされている。A病院では、医療安全推進週間に外来患者・家族を対象として、蛍光塗料とブラックライトを用いた手指衛生塗り残しチェックを実施した。2023年度まではブラックライトを設置したブースを設け、来院および帰宅時の患者・家族・面会者に参加を呼びかけていた。A病院の外来患者数は、1日平均1,657人であるが、2023年度の実施人数は158人とどまり、参加者数が少ないことが課題であった。本取り組みでは、持ち運び型ブラックライトを活用した巡回方式を導入し、外来患者・家族参加型の手指衛生塗り残しチェックを実施したため報告する。

【活動内容】2024-25年の医療安全推進週間の平日に実施した。持ち運び型ブラックライト装置を作成し、診察・会計・調剤待ちの患者・家族へ声かけを行う巡回方式(以下、巡回)と、従来どおりブースに設置する方式(以下、ブース)の2通りで行った。参加者数は、2024年度445人(巡回363人、ブース82人)、2025年度364人(巡回321人、ブース43人)であった。

【成果・考察】巡回方式の導入後は、従来と比較して参加者数が大幅に増加した。外来患者・家族の待ち時間を活用したことで、参加機会の拡大に有効であったと考えられる。また、参加者からは、「こんなに手が洗えていないとは思わなかった」「自分ができていないところを知ることができた」といった発言があり、家族同士で塗り残し部位を確認し合う様子もみられた。これらのことから、視覚的に確認できる体験型の取り組みは、手指衛生に対する意識向上や行動変容の促進につながると考える。今後も、患者・患者家族が参加できるような感染対策向上のための活動を推進していきたい。

040-4 A 病院看護部における「手指衛生 5つの瞬間」に関する課題と教育ニーズの明確化

社会福祉法人 聖隷福祉事業団 浜松市リハビリテーション病院
○西尾 知佐 (にしお ちさ)

【背景目的】A病院は回復期リハビリテーションを主機能とし、看護ケアはベッドサイドに留まらず、食事・排泄・整容といった療養生活支援に深く関わる。A病院では、世界保健機関(WHO)の「手指衛生5つの瞬間」を感染対策の基本に掲げ、「ベッドサイドにおける5つの瞬間」のイラストを用いて職員への教育や周知徹底を行ってきた。一方、あらゆる生活の場面でケアを提供するA病院で、看護職員が各場面で「手指衛生5つの瞬間」をどのように捉えているか十分に明らかにできなかった。今回、看護ケア場面における「手指衛生5つの瞬間」の理解度を調査し、A病院における課題と教育ニーズを明確にし、今後の教育に繋げる。

【方法】看護部職員(看護師・准看護師・看護補助者・クラーク)179名に「手指衛生5つの瞬間」に関するアンケート調査
所属施設の臨床倫理審査会にて承認(受付番号25-65)

【結果】回答数131名(回収率73.2%)。「手指衛生5つの瞬間」の理解度は、人に説明できる31.3%、知っている64.1%、詳しく知らない3.8%、知らない0.8%であった。医療環境における「医療エリアと患者ゾーン」の理解度は、人に説明できる6.9%、知っている42.0%、詳しく知らない38.9%、知らない12.2%であった。「手指衛生5つの瞬間」のうち必ず実施するタイミングは、患者に触れる前77.9%、清潔/無菌操作の前90.1%、体液中に曝露された可能性のある場合90.8%、患者に触れた後93.1%、患者周辺の物品に触れた後77.1%であり意識づけができていた。看護ケア場面での「手指衛生5つの瞬間」を意識した手指衛生の実践は、職種により意識している場面に差があった。また関連する場面であっても行為によって意識に差があることが分かった。

【結論】「手指衛生5つの瞬間」の理解度は高かった。しかし「医療エリアと患者ゾーン」の理解度が低いこと、看護ケア場面での手指衛生の実施の意識について差があるという課題と教育ニーズが明らかになった。これらをふまえ今後、研修を再構築する。

040-6 リハビリテーション専門職における手荒れと手指衛生知識の関連～法人内10施設を対象としたアンケート調査～

苑田第一病院 リハビリテーション部

○遠藤 貴之 (えんどう たかゆき)

【背景・目的】手指衛生は、医療関連感染対策の基本であるが、頻回の手指衛生は手荒れを惹起する可能性がある。リハビリテーション専門職は患者接触機会が多く、手荒れは手指衛生の継続に影響を及ぼす可能性がある。しかし、多施設におけるリハビリテーション専門職の手荒れの実態および関連する認識についての報告は少ない。そこで今回、法人内10施設のリハビリテーション専門職を対象に、手荒れと手荒れに関連する手指衛生知識の実態を明らかにすることを目的としたアンケート調査を実施した。

【方法】法人内10施設のリハビリテーション部に所属する理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)を対象に無記名自記式アンケート調査を実施した。調査は冬季に実施した。調査項目は手荒れの有無、強いかゆみの有無、皮膚科受診の有無、手荒れを生じやすい手指衛生方法に関する知識、自由記載とした。職種別手荒れ率および手荒れの有無と手指衛生知識の関連についてカイ二乗検定を用いて検討した。

【結果】回答は382名(PT273名、OT68名、ST41名)から得られた。手荒れを有する者は223名(58.4%)であった。手荒れありのうち、強いかゆみを伴う者は84名(37.7%)、皮膚科受診者は27名(12.1%)であった。職種別手荒れ率はPT56.0%、OT67.6%、ST58.5%であり、職種間で有意差は認めなかった($p=0.22$)。手荒れ原因の知識では、流水石けんによる手洗い179名(正答率46.9%)、アルコール手指消毒133名(34.8%)、分からない70名(18.3%)であった。手荒れの有無と知識の正答・誤答に有意差は認めなかった($p=0.085$)。自由記載ではハンドローション設置など環境整備に関する要望が多くみられた。

【結論】本研究では、リハビリテーション専門職の約6割に手荒れを認めた一方、皮膚科受診率は低かった。また、手荒れ原因に関する知識にはばらつきが認められ、正答率は46.9%であった。手荒れ対策には個人のセルフケアだけでなく、教育および環境整備を含めた組織的介入が重要であると考えられた。

041-1 ノンアルコール手指消毒薬の適正使用に向けた製剤選定と届出制導入の取り組み

高知大学 医学部附属病院 感染管理部¹⁾、高知大学 医学部附属病院 看護部²⁾、高知大学 医学部 臨床感染症学講座³⁾、高知大学 医学部附属病院 薬剤部⁴⁾

○谷内 彩乃 (たにうち あやの)^{1,2)}、秋山 祐哉^{1,2)}、三好紗矢香^{1,2)}、荒川 悠³⁾、八木 祐助⁴⁾、山岸 由佳³⁾

【背景・目的】医療現場における手指衛生は院内感染対策の基本である。しかし当院ではノンアルコール手指消毒薬（塩化ベンザルコニウム塩化物 0.05w/v%）が慣習的に使用され、適応基準が明確でなかった。さらに1回使用量不足や手技のばらつきにより消毒効果が十分得られていない可能性があった。また、ノンアルコール製剤は使用者が不確定で、1患者1回当たりの使用量が算出できず、使用実態の評価が困難であった。そこで感染管理部が主体となり、製剤選定と運用方法の標準化、届出制導入による適正使用体制の構築に取り組んだ。

【活動内容】アルコール非含有塩化ベンザルコニウム塩化物 0.2w/v%以上、携帯可能サイズ、1回適正使用量1プッシュの条件を満たす3製剤を選定した。感染対策リンクスタッフに使用感、皮膚刺激、速乾性、業務適合性の評価を依頼し、結果を踏まえて採用品目を決定した。さらに、申請者が3製剤の中から自身の手指状態に適した製剤を選択できる運用とした。2025年度より使用対象者を限定した届出制を導入し、申請から配布までの運用フローを整備した。Web申請により皮膚トラブルを写真で確認できる仕組みを構築し、適正使用量と手技の教育、在庫管理と定期モニタリングを実施した。さらに手荒れ時は褥瘡対策チームへ相談できる連携体制を整備した。

【成果・考察】2025年度の延べ申請者は50人で、内訳はアルコール過敏（アルコールアレルギーを含む）20人、手荒れ26人、手荒れ以外の皮膚状態不良3人、その他1人であった。届出制導入により漫然使用が抑制され、対象者の明確化と使用理由の可視化が実現した。使用量と手技の標準化に加え、在庫可視化によるコスト抑制効果も得られた。感染対策リンクスタッフによる評価は職員の納得感を高め、適正使用に向けた行動変容を促進した。皮膚トラブルへの早期介入や個別対応が可能となり、継続的使用支援体制の整備につながった。本取り組みは院内感染対策の強化と安全な医療提供体制の構築に資する取り組みとなった。

041-2 一般撮影室における手指衛生実施指数の有用性：理論値 1.00 を基準とした独自モニタリングモデルの構築

国立病院機構 埼玉病院 放射線科¹⁾、国立病院機構 埼玉病院 看護部²⁾、国立病院機構 埼玉病院 Infection Control Team³⁾

○皆川 梓 (みながわ あずさ)^{1,3)}、工藤 圭美^{2,3)}、福本 由紀^{2,3)}、平林亜希子^{2,3)}

【背景・目的】WHOの提唱する医療における手指衛生5つの瞬間で手指衛生を実施することにより医療関連感染を低減できるとしている。手指衛生遵守率の評価において、WHO推奨の「使用量 20mL/患者日」は病棟環境を前提としており、短時間接触が主となる一般撮影室従事の診療放射線技師（以下、技師）の指標としては乖離が大きい。本研究では、一般撮影室の業務特性に即した独自のモニタリングモデルを構築し、その妥当性を検討する。

【方法】対象は一般撮影室従事の技師6名。ジェルタイプ手指消毒剤（1mL/push）を使用した。WHOの提唱する医療における手指衛生5つの瞬間のうち、一般撮影室では患者に触れる前と触れた後の瞬間が主となるため、「前患者の接触後と次患者の接触前を同時に行う1患者1プッシュ（mL）」を遵守ルールと定義した。このルールに基づき、100%遵守時の理論値を1.00（mL/人）と設定する。8ヶ月間の手指衛生実施指数（使用量/撮影人数）の推移を算出するとともに、最終月に直接観察法を実施し、理論値および遵守率との整合性を評価する。

【結果】観察期間中の手指衛生実施指数は平均 0.80 ± 0.06 であった。最終月の指数は0.78であり、同月の直接観察法による手指衛生遵守率は80%であった。X管理図（Mean $\pm 3\sigma$ ）による解析では、期間中の指数変動はすべて管理限界内に分布していた。観察期間中には、指数0.95と、上方警戒限界（ $+2\sigma : 0.92$ ）を超える月が認められ、この期間はインフルエンザ流行期と同時期であった。また、直接観察法で遵守率80%を示した月の指数0.78は平均値 $\pm 1\sigma$ の範囲内であった。

【結語】理論値1.00を基準とした手指衛生実施指数は、一般撮影室における手指衛生遵守状況を反映する指標となり得る可能性が示唆された。本指標を用いることで、直接観察法を用いずに継続的かつ定量的なモニタリングが可能となり、一般撮影室における手指衛生サーベイランスの一手法として有用であると考えられた。

041-3 WHO 手指衛生多角的戦略に基づく組織的介入：経営層による経済的インセンティブ導入の効果評価

三重大学医学部附属病院

○塚脇美香子 (つかわき みかこ)、大平 美紀、新居 品恵、福田みどり、小林美奈子、田辺 正樹

【背景・目的】当院では2023年7月に手指衛生推進プロジェクトチームを設置し、WHOが提唱する多角的戦略に基づいた活動を開始した。2025年4月より、オーストラリア手指衛生イニシアチブ（NHHI）の基準に準じた直接観察と即時フィードバックを開始したが、遵守率は目標の60%に達しなかった。そこで、職員の行動変容を促す新たな介入として、経営層の関与による組織的な経済的インセンティブ制度を導入した。本活動の目的は、この制度導入が手指衛生実施状況およびデバイス関連感染症（DAI）発生率に与える影響を評価することである。

【活動内容】2025年7月から12月を介入期間とし、前年同時期（2024年7月～12月）の指標と比較評価を行った。組織的インセンティブの受賞要件は、以下の項目を3か月間維持することと定義した。直接観察法による遵守率：60%以上 手指消毒剤使用量：一般病棟 20mL/患者日以上。評価にあたっては、手指消毒剤使用量について Mann-Whitney の U 検定を用い、DAI発生率（CLABSI および CAUTI）についてはポアソン検定を用いて統計学的有意差を検証した。

【成果・考察】介入の結果、手指衛生プロセス指標である手指消毒剤使用量は、前年同期の平均 6.86mL から 13.55mL へと約2倍に増加し、有意な改善を認めた（ $p < 0.05$ ）。DAI発生率については、CLABSI が 1.68 から 0.87 へと 48.2% 減少し、統計学的有意差を認めた（ $p < 0.05$ ）。CAUTI は 1.58 から 1.03 へと 34.8% 減少した。CAUTI は有意差には至らなかったものの（ $p = 0.28$ ）、介入後は継続して国公立大学サーベイランスの中央値を下回る水準を維持した。以上の結果から、直接観察による個別指導に組織的な動機付けを組み合わせたことで、手指衛生のプロセス指標が改善し、CLABSI 発生率の有意な低下に寄与したと考えられる。多角的戦略において、組織的なインセンティブ制度は職員の行動変容を促進する有効な手段であることが示唆された。

041-4 WHO 手指衛生多角的戦略に基づき HHSAF を活用した中小規模病院における手指衛生向上の取り組み

社会医療法人社団同樹会結城病院

○関口 尋紀 (せきぐち ひろき)

【背景・目的】医療関連感染の主要な伝播経路は手指であり、手指衛生は感染低減および薬剤耐性菌対策の基盤である。一方、医療機関では物品環境、評価体制の未整備などにより手指衛生の定着が課題となることがある。当院では手指消毒実施回数の把握は行っていたが、感染対策専門担当者が不在であったため評価結果に基づく具体的な介入には至っていなかった。2024年に感染管理認定看護師が配置され、感染対策チーム（Infection Control Team：ICT）として手指衛生推進活動を開始した。そこで WHO 手指衛生多角的戦略に基づき Hand Hygiene Self-Assessment Framework（HHSAF）を活用した介入を実施した。

【活動内容】期間は2024年4月～2025年12月で、ICTが中心となり手指衛生向上の取り組みを実施した。まず、院内目標として手指消毒実施回数 10 回/患者・日を掲げ、現状把握のため HHSAF をによる事前評価を行った。評価結果から課題を抽出し「物品設備」および「測定評価」を重点介入項目とした。物品設備ではアルコール手指消毒剤の個人携帯の原則化、低刺激性手指消毒剤およびバリアローションの導入、手荒れ防止石けんへの変更を行った。測定評価では ICT が週1回各病棟を巡回し手指消毒剤使用量の把握と直接観察ラウンドを実施した。併せて研修動画による職員教育、掲示物更新、組織的フィードバックなど他要素にも段階的に取り組んだ。

【成果・考察】手指消毒実施回数は院内平均 3.71 回/患者・日から 7.81 回/患者・日へ増加し、一部病棟で 10 回/患者・日を超える月も確認された。また、HHSAF 総得点は介入前 2024 年度の 185 点から、2025 年度では 277 点へ上昇し、重点介入項目で改善が認められた。以上より、WHO 手指衛生多角的戦略に基づき HHSAF を活用した体系的介入は、手指衛生実施量の向上に寄与する可能性と、中小規模医療機関においても HHSAF を活用した体系的評価に基づく段階的介入は実践可能であることが示唆された。しかし、本取り組みは導入段階であり、行動変容の定着や組織文化への影響を評価するには観察期間が十分とはいえない。今後は WHO 手指衛生多角的戦略の5つのステップを継続的に循環させ、質的評価を併用した検証を行う必要がある。

041-5 自走式車椅子操作に伴う床由来手指汚染の部位別定量評価

国際医療福祉大学 成田病院¹⁾、国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究所 修士課程²⁾、国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究所³⁾

○井出 豊彰 (い で とよあき)^{1,2)}、坂木 晴世³⁾、遠藤 英子³⁾

【背景・目的】自走式車椅子は床面と接する駆動輪を有し、環境由来病原体の拡散経路となる可能性がある。しかし、操作に伴う手指汚染の実態は十分に検討されていない。本研究は、床由来汚染を想定した環境下において、自走式車椅子操作後の手指汚染の程度および部位別分布を明らかにし、感染対策上の課題を検討することを目的とした。

【方法】成人ボランティア 15 名を対象に、車椅子タイヤおよび走行経路床面の一部に蛍光塗料を塗布した環境下で、直進および方向転換を含む標準化した走行を実施した。操作後の手指汚染を画像解析型評価装置 (HandWel、株式会社モレノンコーポレーション) により 72 セクションに区分して定量評価した。利き手と非利き手の比較および腕の長さとの関連を統計的に検討した。本研究は国際医療福祉大学倫理審査委員会の承認を得て実施した (承認番号: 25-TA-102)。

【結果】汚染は主に手掌に集中し、手背の汚染はほとんど認められなかった。手掌総汚染量 (中央値 [IQR]) は利き手 94.4 [59.0-443.1]、非利き手 261.7 [133.4-539.5] であり、非利き手が有意に高値であった ($p=0.01$)。腕の長さとの汚染量に有意な相関は認めなかった。タイヤを直接把持した 2 例では、ハンドリム操作例と比較して汚染は手掌全体に広範に分布する傾向を示した。

【結論】自走式車椅子は床由来汚染を手指へ媒介する可能性が示された。操作後の手指汚染は手掌に集中し、身体的特性よりも操作様式の影響を受ける可能性が示唆された。車いすの清掃重点部位の再検討と管理の強化、操作後の手指衛生実施タイミングの明確化および教育の重要性が示された。

041-6 手指衛生行動見直しがもたらした CLABSI 発生率の低減

医療法人信和会明和病院

○奥田久美子 (おくた くみこ)

【背景・目的】中心静脈ライン関連血流感染症 (Central-line associated bloodstream infection: 以下 CLABSI) は重症化や死亡率の増加、入院期間の延長、医療費の増大を招く深刻な問題である。当院でも 2024 年度血液培養から真菌検出症例が 11 例あり、うち CLABSI 判定が 8 例あった。カテーテルを挿入した部位からの細菌侵入やカテーテルの接続部分からの汚染などが主な感染経路が考えられ、CLABSI 予防策と日々の手指衛生行動の見直しに向けて働きかけた。

【活動内容】CLABSI 予防への取り組みとして、2024 年 9 月真菌検出症例の提示と、清潔操作直前の手指衛生のタイミングを徹底するよう周知した。2025 年度からは 1 患者 1 日あたりの手指衛生回数を部署別に提示し、年度はじめに各部署の 1 患者 1 日あたりの手指衛生回数の目標値を設定した。ICT リンクナースが中心となり、実践に取り組んだ。

【成果・考察】1 患者 1 日あたり手指衛生回数は、2024 年 5.8 回から 7.6 回へ増加した。医療器具関連感染発生密度率 (医療器具関連感染発生件数 (件) ÷ 分子と同期間の医療器具使用日数 × 1000) は、2024 年の 10 (対延べ 1,000 カテーテル) に対し、2025 年は 3.8 (対延べ 1,000 カテーテル) に低減した。真菌検出症例は、2024 年 8 例、2025 年 5 例と減少した。CLABSI の感染経路は、カテーテル挿入部からの微生物侵入やハブ・接続部への医療従事者の手指を介した汚染が主な原因であるため、感染経路を遮断する最も基本的かつ効果的な予防策が手指消毒となる。今回、手指衛生行動の向上に向けて働きかけたことで CLABSI 感染リスク低減に具体的な成果を示すことが出来た。しかしながら、手指消毒剤使用量の増加だけでは、CLABSI 予防の全てを網羅できるわけではないため、カテーテル挿入や管理時における無菌操作の遵守、CHG アルコール製剤による適切な皮膚消毒、不必要なカテーテルの早期抜去といった CLABSI 予防バンドルとして包括的に実施することが重要であると考えられる。また、定期的な教育と正しい実践ができていないかの評価を通じて、医療従事者の手指衛生の実践力を高める多角的なアプローチも不可欠である。

042-1 手指衛生遵守向上に向けた WHO 多角的戦略の効果と課題：文献的考察

県立広島大学大学院 総合学術研究科¹⁾、独立行政法人 国立病院機構 東広島医療センター²⁾、県立広島大学 保健福祉学部 保健福祉学科³⁾、日本赤十字社 医療事業推進本部⁴⁾

○山水有紀子 (やまみず ゆきこ)^{1,4)}、津村 直輝²⁾、岡田 淳子³⁾

【背景・目的】医療関連感染 (HAI) は罹患率・死亡率を増加させ、入院期間延長や医療費増大を招く重大な問題である。医療従事者の手指は病原体伝播の主要経路であり、手指衛生は最も基本的かつ重要な対策である。WHO は 2009 年に手指衛生改善の多角的戦略と手指衛生自己評価フレームワーク (HHSAP) を公開した。一方、多角的戦略は遵守率改善に有効とされるが、日本における実施状況や各要素の寄与度、HHSAP 活用状況は十分に明らかでない。本研究では国内外文献を検討し、有効性と日本の課題を整理することを目的とした。

【方法】医学中央雑誌 Web で「手指衛生/hand hygiene」「多角的戦略/multimodal strategy」「WHO」をキーワードに検索し、海外文献はハンドサーチ、さらに WHO 資料を加えた 15 文献を対象とした。多角的戦略の 5 要素、遵守率への影響、阻害要因、国内外の実践状況を整理した。

【結果】WHO 多角的戦略は国際的に遵守率改善に寄与し、導入後には 51% から 67% へ向上した (Allegranzi et al, 2013)。また、HHSAP スコアが高い施設ほど遵守率が高く、戦略要素が組織文化の改善にも影響していた (Stewardson et al, 2014)。各要素の影響度には差がみられ、教育・訓練、評価とフィードバック、手指消毒剤へのアクセス改善等のシステム変更が特に有効であった。これらを強化した施設では遵守率が顕著に向上し、管理者の支援も改善の持続に寄与していた。一方、時間的制約、設備不足、行動変容への抵抗といった阻害要因は国内外で共通し、日本でも同様の課題が確認された。国内研究では教育や手荒れ対策など一部要素の導入で改善した例はあるが、持続性には課題が残った。また、5 年間の継続実施で MRSA 発生率が低下した報告もある (Suzuki et al, 2025) が、各要素の寄与度を定量評価した研究は乏しく、HHSAP 活用状況も十分に把握できていなかった。

【結論】多角的戦略は遵守率改善に有効であるが、日本では一部要素のみ導入される例が多く、実施状況や寄与度の評価が不十分であった。今後は要素別の実施状況を把握し、手指衛生向上との関連を明らかにする研究が求められる。

042-2 手術室における手指衛生遵守率向上に向けた取り組み～行動特性と業務動線に着目した実践～

新潟大学地域医療教育センター 魚沼基幹病院

○金澤 元気 (かなざわ げんき)

【背景・目的】手術室では手術進行により業務が連続し、予測困難な状況変化にも即時対応する必要がある。そのため手指衛生の実施の瞬間が業務の流れで記憶されにくい。さらに手袋の着脱や患者・医療領域の移動が頻回に生じることで、手指衛生の実施判断が曖昧となりやすい状況にあり、手指衛生の重要性は共有されているものの、実践につながっていないことが課題であった。本取り組みでは、その要因を行動特性や業務の流れの視点から整理し改善を図ることを目的とした。

【活動内容】・領域運用の整理

手術室内の患者・医療領域の区分を示した図と手指衛生 5 つの瞬間の図を合わせて提示し、視覚的に理解できるよう対応した。

手術に使用する体位固定・除圧物品などをあらかじめ必要最小限のみワゴンに準備し、ワゴン上を患者領域、物品が保管されている棚を医療領域と区別し、領域間の移動を減らす工夫を行った。

看護師用のパソコンを患者領域として扱い症例ごとに清拭する運用へ変更し、領域の整理を行った。

・学習会の実施

手術室内の行動動画をを用いた学習会を開催し、各場面がどの瞬間に該当するかをスタッフと考えながら解説し、知識と実践の結びつきを図った。

・取り組みの成果の共有

取り組み前後の手指衛生実施回数 (患者/日) 及び手指衛生遵守率を算出し、スタッフへ共有した。

【成果・考察】取り組み前後において手指衛生の実施回数は 26 回 (4 月～7 月) から 30.6 回 (8 月～12 月) に、遵守率は 50% から 66% へ向上した。この結果から取り組みは一定の効果を示したと考えられた。しかし、手袋除去後の手指衛生は実施されるが、手袋を着けたまま行動することで手指衛生が未実施となる状況もみられた。挿管介助などの迅速な対応が求められる手術室では、短時間の領域移動や他業務への移行時に手袋を着けたままにしてしまうことが考えられた。このように、手指衛生未実施は特定の個人の知識不足だけではなく、業務の流れの中で生じやすい心理・行動上の特性が影響していると考えられた。これらを課題と捉え、判断を要する場面を減らし、心理・行動上の特性を考慮した介入を行うことが手術室の手指衛生改善に重要である。

042-3 コメディカルスタッフにおける手指衛生の取り組み

柏市立柏病院 感染防止対策室¹⁾、柏市立柏病院 消化器内科²⁾
○藤井 清貴 (ふじい きよたか)¹⁾、永山 和宣²⁾

【背景・目的】当院の ICT 委員会はこれまで看護師主体で運営され、コメディカルグループは集合研修を担う立場として、手指衛生の手法研修や看護部から依頼を受けた外来での吐物処理研修を実施してきた。2024 年に感染防止対策室が設置されたことを契機に、ICT 委員会はリンクスタッフ会へ改称され、看護師グループとコメディカル・事務グループに分かれて活動する体制となった。手指衛生に関する報告は看護師主体のものが多い一方、コメディカル各職種が主体となった取り組みの報告は少ない。そこで今回、当院におけるコメディカルスタッフ主体の手指衛生への取り組みについて報告する。

【活動内容】コメディカルグループでは 2019 年より、擦式手指消毒薬および流水と石けんによる手洗いの手技指導に注力し、手洗い評価表を作成して手技習得を図ってきた。さらに、必要な場面で確実に手指衛生を実施できるよう、擦式手指消毒薬の個人携帯を視野に入れつつ、コスト等の観点から最適な供給方法を検討した。その過程で、手指衛生を行うべき場面の理解が看護職と比較して十分でない状況が明らかとなった。そこで、手指衛生の 5 モーメンツを基に、各部署の業務内容に即したポスターを作成し、スタッフ教育を実施した。また、評価と改善のため、コメディカルスタッフを対象にアンケート調査を行った。

【成果・考察】アンケートでは、手指衛生を「実施できている」と回答した割合は 97% と高かった一方、「適切なタイミングを意識している」は 87%、「1 患者ごとに実施している」は 68% であった。これらより、手指衛生の必要性は概ね理解されているものの、場面に応じた実施の徹底には課題が残ることが示唆された。背景として、業務内容や動線によりタイミングを捉えにくい場面や、擦式手指消毒薬の配置など環境面の影響が考えられた。今後は教育的介入に加え、業務に即した環境整備や具体的事例を用いた継続的な啓発が有用と考えられる。本取り組みにより、手技習得に加え、手指衛生のタイミングを意識する視点を共有する基盤を形成できた。

042-4 病棟看護職員を対象とした手指衛生向上への取り組み

医学研究所北野病院

○濱 ひろみ (はま ひろみ)、梅地加奈子、亀澤 恵、
中島 俊樹、丸毛 聡

【背景・目的】当院ではリンクナース (LN) が手指衛生の直接観察を行い、感染制御チーム (ICT) は LN への活動支援と手指消毒剤払出量のモニタリングを実施していた。1 日 1 患者あたりの使用回数 (使用回数) の病棟平均は 2023 年度 7.0 回、2024 年度 6.8 回と低い。そこで 2025 年度は使用回数の少ない病棟へ集中的に介入を実施したので報告する。

【活動内容】LN による直接観察は、LN 全員がタイミングを正しく理解し指導できるよう、具体的な処置場面を設定した学習会を実施し、継続とした。全 16 病棟中 2024 年度の使用回数の少ない 6 病棟を介入対象とした。対象病棟には、個人別の手指消毒剤使用量調査を開始、集計結果は LN と病棟師長にフィードバックした。使用回数 0 回のスタッフがいた病棟には、調査方法の確認、ノンアルコール製品への切り替えを提案するなど、病棟師長とも原因の検討を行った。また、使用回数が少ないスタッフを ICT の直接観察の対象とし、抜き打ちで直接観察を実施した。不適切な場面を観察した際は、実施しなかった理由を確認、適切なタイミングを指導した。

【成果・考察】使用回数は、全病棟平均で 2024 年度 6.8 回に対し、2025 年度 12 月迄は 8.3 回と増加した。病棟別では、4 病棟が 2024 年度より 2025 年度の使用回数が減少し、うち 1 病棟は介入病棟であった。しかし、実際に介入を開始した 6 月前後と比較すると、4・5 月の 2 ヶ月平均より 6~12 月の 6 ヶ月間平均が減少した病棟はなかった。非介入病棟が 4・5 月平均 7.5 回から 6~12 月平均 9.6 回に増加したのに対し、介入病棟では 4・5 月平均 4.0 回から 6~12 月平均 7.9 回と回数の伸びが大きかった。遵守率は、2024 年度 80%、2025 年度は 84% と改善傾向を示した。病棟全体への一律の活動では効果が停滞していたが、今回、手指衛生が不十分なスタッフに焦点を絞り介入することで改善傾向がみられた。しかし介入による効果は一過性のことが多く、今後は定着に向け病棟ごとの特性に合わせて介入方法を検討する必要がある。

042-5 日本国内の病院における手指衛生モニタリングの実態：全国規模オンラインアンケート調査

東京科学大学 統合臨床感染症学分野¹⁾、東京科学大学病院 感染症内科・感染制御部²⁾、独立行政法人国立病院機構下志津病院 感染症内科・小児科³⁾、国際医療福祉大学 大学院医学研究科⁴⁾、奈良県立医科大学附属病院 感染管理室⁵⁾、川崎市立看護大学 大学院看護学研究科⁶⁾

○岡本 耕 (おかもと こう)^{1,2)}、鈴木 由美³⁾、
藤田 烈⁴⁾、中村 明世⁵⁾、川上 和美⁶⁾

【背景・目的】WHO は手指衛生多角的戦略を提唱し、手指衛生モニタリングを含む包括的なアクションプランを提示している。日本では J-SIPHE 等のサーベイランスで手指衛生モニタリングのデータが提示されているが、その実態に関するデータは不足しているため、本研究は国内病院の手指衛生の実態を解明することを目的とした。

【方法】国内病院の感染対策担当者を対象とした横断研究で、日本感染管理ネットワークや各都道府県感染管理認定看護師ネットワーク、TTT-Japan を通じて案内を行い、Web アンケートで 1 施設につき 1 回答を収集した。調査項目は、所属施設属性、WHO 多角的戦略の理解・実施状況、手指衛生の直接観察の方法、および手指消毒剤の使用量とし、記述統計で分析した。本研究は、東京科学大学医学系倫理審査委員会より承認を得た。

【結果】計 304 施設から回答を得た。手指衛生の直接観察を「実施している」は 78.3% (238 施設) であった。うち、主要評価項目である観察方法は、「5 つの瞬間」が 58.4%、「入退室時」が 14.3% であった。直接観察の実施者は、施設全体の感染対策担当者が最も多く (57.1%)、次いでリンクナース等が自部署で観察を行っている場合が多かった (42.4%) であった。観察者の事前トレーニングを「実施している」施設は 48.3%、即時フィードバックの実施施設は 44.5% にとどまった。手指消毒剤消費量調査の実施は 227 施設 (74.7%) で、そのうち 101 施設 (44.5%) が WHO の推奨する L/1000 患者・日で算出していた。直接観察を行う人員・時間・教育の不足、ホーンソン効果などが課題として多かった。

【結論】国内病院の手指衛生モニタリングの多様な実態が明らかとなった。特に、直接観察法で WHO 推奨の「5 つの瞬間」を導入している施設は約 6 割に留まり、観察者のトレーニングや基準の標準化などの課題も示唆された。(会員外協力者 Do Dang An 東京科学大学統合臨床感染症学分野)

042-6 患者視点の VR 研修が病棟の手指衛生行動に与える効果と定着に向けた課題

市立札幌病院

○伊原 利彦 (いはら としひこ)、土佐理恵子、
平間 留美

【背景・目的】医療現場の手指衛生は感染対策の基本だが継続的な定着が課題である。当院では 2025 年 8 月、手指消毒不足による汚染の広がり患者視点から可視化できる Virtual Reality (VR：仮想現実) 研修を導入した (受講 834 名)。本研究の目的は、VR 研修が手指衛生行動にもたらした変容を検証し、継続的な改善の課題を明確にすることである。

【方法】対象期間を、研修前のベースライン期 (5-7 月、174 ケース)、研修導入・推進期 (8-11 月、355 ケース)、評価・定着期 (12-1 月、170 ケース) の 3 期に分類し比較検討した。評価指標には遵守率 (%) および質を反映する手指消毒使用量 (mL/患者日) を用いた。統計解析について、遵守率は 3×2 分割表のカイ二乗検定を実施し、多重比較 (ボンフェローニ補正) で差を確認した。使用量は一元配置分散分析 (ANOVA) を実施し、Tukey 法により具体的にどの期間で差が生じたかを特定した。

【結果】全 18 部門の比較において、遵守率は研修前の 42.1% から研修中に 61.3% へ増加し、定着期も 59.5% と改善水準を維持した (p<0.01 有意差を認めた)。手指消毒使用量も 20.4 から 24.6 へ増加し、定着期も同値を維持した (p<0.01 有意差を認めた)。全体像として、全 18 部門中 13 部門で研修期に遵守率が向上し、うち 12 部門は定着期も改善を維持し広く行動変容が確認された。病棟別解析では、A 病棟等で遵守率 (p=0.04 有意差を認めた) および使用量 (p<0.01 有意差を認めた) が向上し理想的な定着を示した。一方、B 病棟では定着期に使用量が 21.9 から 17.1 へ (p<0.01 有意差を認めた)、C 病棟でも 24.3 から 17.4 へ低下し (p=0.02 有意差を認めた)、繁忙期の実施の形骸化や質低下が示唆された。

【結論】VR 研修は全般的な手指衛生の向上に極めて高い有効性を示したが、繁忙期の質低下が課題である。今後は個人の意識付けから、業務動線改善等を通じ、手指衛生が自然に成立する環境づくりへの移行が必要である。

042-7 手指衛生自己評価フレームワークを活用した手指衛生推進活動の評価と改善活動

東京医科大学病院

○伊藤 幸子（いとう さちこ）、堀之内莉菜、山口 大、奥川 麻美、中村 造、渡邊 秀裕

【目的】手指衛生は医療関連感染対策の基本であるが、世界的な遵守率は40%未満と報告されている。当院では新型コロナウイルス感染症流行期に手指衛生回数の増加がみられたが、感染症法上の位置づけ変更後はその維持および遵守率向上が課題となった。そこでWHOが推奨する手指衛生自己評価フレームワークを用いて自施設の手指衛生体制を評価し、抽出された課題に基づく組織的な改善活動を実施した。

【活動内容】評価の結果、物品整備、研修教育、測定評価、現場掲示、組織文化の各側面で改善課題が抽出された。特に現場掲示や教育に関する項目が低値であり、手指衛生を想起させる視覚的提示や継続的啓蒙の不足が示唆された。これらに対し感染制御部が中心となり、1、手洗いシンクおよび病室入口への手指衛生ポスターの統一掲示とラウンドによる確認、アルコール手指消毒剤オートディスペンサーの追加設置、2、患者への手指衛生指導および入院時視聴用動画の作成、3、手指衛生観察（遵守率・回数）の月次集計と各部署へのフィードバック、4、WHOの手指衛生5つのタイミングに基づく研修を継続した。

【成果・考察】手指衛生自己評価フレームワークを用いた評価により、自施設の手指衛生推進体制の課題を体系的に把握することができた。抽出された課題に対し環境整備、教育、フィードバック、患者参加型活動など複数の介入を実施したことで、手指衛生を実践しやすい環境整備と推進体制の強化につながった。また定期的なフィードバックは各部署の意識向上や手指衛生行動の定着に寄与した可能性がある。一方で手指衛生回数や遵守率の明確な向上には至っておらず、今後も継続的な評価と介入が必要と考えられる。

043-1 社会福祉施設における地域感染リンクスタッフ育成への取り組み—基幹病院と行政が連携した感染対策支援モデルの構築—

掛川市・袋井市病院企業団立 中東遠総合医療センター 看護部
○山本 恭子（やまもと きょうこ）

【背景・目的】COVID-19流行期、社会福祉施設では環境整備や標準予防策の不十分さにより感染拡大し、施設機能停止に至る事例が報告された。感染管理専門職が不在の施設において、ハイブリッド型教育（動画学習・集合研修・訪問支援）による地域感染リンクスタッフ育成を行い、環境整備、標準予防策遵守への影響と、施設・医療機関・行政間の情報共有による地域連携体制への影響を検討した。

【活動内容】連携する59施設のうち参加を希望した33施設（高齢者入所施設32施設、障害者入所施設1施設）58名を対象とした。原則1施設2名（うち1名は看護職）とし、2024年6月～2025年3月の10か月間実施した。介入は1）月1回の動画配信と確認テスト、2）年3回の集合研修、3）希望施設への訪問研修（7回）、4）随時コンサルテーションとした。効果は感染対策実施状況を問うアンケートを用い、施設単位で研修前後を比較した（回収率100%）。

【成果・考察】介入後、感染対策の実施状況は改善した。手指衛生への意識向上は75%で認められ、携帯用アルコール手指消毒剤および袖なしディスポエブロン導入・検討は41%→84%、38%→84%へ増加した。高頻度接触面清掃（56%→72%）、発熱者隔離（66%→100%）、BCP・マニュアル見直し（72%→100%）、環境ラウンド実施・検討（28%→94%）も向上した。物品・環境面では、おむつ交換車、陰洗ボトル、水回り、歯ブラシ管理で改善がみられた。役立った内容は標準予防策（78%）が最多で、94%が研修に満足し全員が継続を希望した。集合研修と訪問研修により、高齢者施設等感染対策向上加算1は33%、加算2は27%の施設で取得された。施設および行政との情報共有体制が強化され、感染症発生時の助言・介入や重症患者搬送時の対応が円滑となった。

ハイブリッド型教育は知識の標準化と実践支援を両立し、施設間の感染対策レベル差の縮小と標準予防策遵守の向上に寄与した。また、感染状況の情報共有は救急対応体制の整備にもつながった。一方、改善速度には施設間差があり、継続的支援体制の構築が課題である。本取り組みは、感染管理専門職が不足する社会福祉施設への支援モデルとして有用と示唆された。

043-2 多職種連携による高齢者施設への感染対策介入の効果

医療法人社団江頭会 さくら病院 看護部

○柳川 博（やながわ ひろし）

【背景・目的】2024年度診療報酬改定により、医療機関と高齢者施設の連携による感染対策強化が求められている。高齢者施設は生活の質が重視される一方、感染対策資源が限られることで薬剤耐性菌等の潜在的伝播リスクが高い。当院は2024年4月より、多職種（看護師・ソーシャルワーカー・事務職員）で構成する医療連携室が施設からの連絡窓口となり、感染症関連情報を感染対策専任看護師へ共有する体制を構築し、連携施設への感染対策支援を開始した。目的は、高齢者施設との平時からの情報共有と教育的支援により、感染対策の質向上および感染症発生を抑制することである。

【活動内容】2024年7月、A施設に対する感染対策実地指導を実施し、おむつ交換時の手指衛生の不徹底や個人防護具の使用など具体的な課題を把握した。同年9月、医療連携室は、A施設からの入院患者に基質特異性拡張型βラクタマーゼ（ESBL）産生菌による尿路感染症が散発していることを把握し、専任看護師と共有した。分析の結果、要因の一つはおむつ交換手技の関与が示唆されたため、A施設に対して、おむつ交換時の手指衛生のタイミング、手袋・エブロン適切な交換、環境清拭の方法について重点的に指導した。また、ケア用具の個別化や追加購入を提案した。当初、施設側はコスト面から導入に消極的であったが、耐性菌集積と関連付けた指導により必要性が理解され導入に至った。介入後も、月例の連携会議を通じて継続的に改善状況の確認と評価を行った。

【成果・考察】2024年6月～11月にESBL産生菌起因の入院が8件認められたが、2024年12月以降、現在まで発生していない。今回、医療連携室が情報管理の窓口となり、専任看護師が専門的介入を行う連携体制が、A施設の耐性菌伝播の把握と迅速な介入に寄与した。特に、おむつ交換等の日常的ケアを改善したことは、耐性菌の水平伝播を遮断し、感染症の発生を回避する上で有効であったと考える。また、リスクの可視化が施設側の行動変容を促した過程は、今後の施設介入における重要な知見である。今後も本連携体制を維持・発展させることで、高齢者施設の感染対策の質向上および感染症発生抑制が期待できる。

043-3 COVID-19 集団発生後対応に不安を抱える高齢者施設への感染対策指導

JA秋田厚生連 かづの厚生病院 院内感染防止対策室

○奈良 悦子（なら えつこ）

【背景・目的】当院と連携するA高齢者施設では、2022年8月新型コロナウイルス感染症（COVID-19）集団発生後2年7か月間集団発生がなかった。2025年3月に大規模な集団発生が起きた。A施設は入所者99名、職員70名であるが、それぞれ入所者83名、職員29名の大規模なCOVID-19集団発生が起きた。今回、A施設から今までの感染対策を分析し、今後の改善策を検討したいとの要請があり、感染症の集団発生予防を目的に当院感染管理認定看護師が活動したことを報告する。

【活動内容】初回訪問時、感染対策委員会に参加し、ゾーニング、個人防護具の使用と着脱について、換気などを指導した。その後、施設内ラウンドし、職員の不安解消に努め指導を行い、意見交換を行った。手指衛生実施タイミングの見直し、手指衛生方法選択、おむつ交換時の個人防護具の使用、陰部洗浄ボトルの使用法、ケア物品の洗浄消毒方法と保管、浴室の換気、空気清浄機の置き場所の見直しなどの改善案を提案した。ラウンド結果報告は、画像で記録し、施設長、感染対策委員会と共有、次回訪問時に再評価を行った。その後、施設側から当院の感染対策の現状見学と手指衛生、個人防護具の使用と着脱、嘔吐物処理について研修開催の要望があり実施した。

【成果・考察】A施設で集団発生後、改善策の実施の提案を辛抱強く継続した。施設ラウンドを行い、職員の意見を丁寧に聴き不安解消に努めた。介護現場においての感染拡大の防止には、標準予防策の徹底と日頃からの取り組みが重要である。職員が納得して日頃から標準予防策を実施することでCOVID-19発生対応を含む施設内の感染対策が見直され、感染症の集団発生予防ができている。今後も連携する医療機関として、高齢者施設と意見交換を行い、標準予防策の徹底を指導することが重要である。そのことが、感染症の集団発生予防や未知なる新興感染症対策に繋がるものと考えられる。

043-4 沖縄県の特別養護老人ホームにおける5類感染症移行後のCOVID-19クラスターの特徴

琉球大学大学院 医学研究科 感染症・呼吸器・消化器内科学講座¹⁾、ファイザー株式会社ワクチンメディカルアフェアーズ部²⁾、沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科³⁾

○井手口周平 (いでぐち しゅうへい)¹⁾、姜 仁奈¹⁾、山入端一貴¹⁾、宇治宮 路¹⁾、池宮城七重¹⁾、伊村 美紀²⁾、田邊 康祐²⁾、高山 義浩³⁾

【背景・目的】高齢者施設におけるCOVID-19クラスターは医療・介護体制に大きな負荷をもたらしてきた。2023年5月にCOVID-19が5類感染症へ移行したが、その後の高齢者施設におけるクラスター発生状況に関する報告は限られている。本研究では、沖縄県の特別養護老人ホームにおける5類移行後のCOVID-19クラスターの特徴を明らかにする。

【方法】沖縄県内で入所者50人以上を擁する7施設を対象とした。施設特性、入所者のCOVID-19およびインフルエンザワクチン接種率、2023年5月～2025年8月に発生したCOVID-19およびインフルエンザクラスターを調査した。クラスターは2人以上の同時期の発生(最終症例から10日以内に次症例が発生)と定義した。クラスター規模(患者数、継続日数)、職員欠勤負荷(欠勤人数×日数)を算出し、施設特性およびワクチン接種率との関連を検討した。

【結果】5施設がユニット型、2施設が従来型で、入所者数は70～100人、ケア職員数派33～67人であった。COVID-19ワクチン接種率は2022年秋冬(61.3～93.7%)から2024年秋冬(17.1～80.0%)へ低下傾向を示した。一方、インフルエンザワクチン接種率は2022年秋冬(88.0～98.0%)、2024年秋冬(82.9～98.0%)と大きな変化は認めなかった。COVID-19クラスターは全施設で発生し(計29回、中央値4回、範囲1～7回)、デイスサービス等の複合施設でより発生数が多く、インフルエンザクラスターは2施設で計4回発生し、発生した施設はすべて従来型かつ複数人部屋であり、アルコール手指消毒剤の各個装着がなかった。COVID-19クラスターは患者中央値12人、期間中央値10日、職員欠勤中央値26人日であり、インフルエンザクラスター(患者中央値10人、期間中央値6日、職員欠勤中央値15人日)と比較して規模および職員負担が大きい傾向を示した。

【結論】5類感染症移行後もCOVID-19クラスターは高齢者施設で頻回に発生しており、インフルエンザと比較して施設負担が依然として大きい可能性が示唆された。

043-6 高齢者介護施設のN95マスク使用の現状と課題

医療法人札幌山の上病院

○香取 弘子(かとり ひろこ)

【背景・目的】当院と連携する5か所の高齢介護者施設(以下、施設)では、新型コロナウイルス感染症のクラスター発生時に、初めてN95マスクを装着した職員が多くみられた。N95マスクは、適切な装着とフィットテストが必要であるが、施設における実態は明らかではない。そこで施設職員を対象に定量的フィットテストおよびアンケート調査を実施し、N95マスクを使用する上での課題を調査した。

【方法】5施設で勤務している職員14名(看護師6名、介護士5名、生活支援相談員3名)を対象に、各施設で使用しているN95マスクを装着し、定量的フィットテストを実施した。テスト前にN95マスク着脱方法の動画を視聴し、装着時には個別に装着方法を確認した。終了後、アンケートでフィットテスト受講歴や装着方法の指導歴についてアンケート調査を行った。

【結果】定量的フィットテストの結果、漏れがなく合格したのは1名(7%)のみで、13名(93%)は全て漏れがあり不合格だった。不合格の13名中7名(50%)は、ノーズグリップおよびゴム紐位置の調整により合格したが、6名(43%)は調整後も不合格となり、マスクが顔の形状にフィットしていない可能性が示唆された。アンケートでは、14名全員が定量的フィットテストは今回が初めてであり、N95マスク装着方法の指導歴があると回答したのは看護師6名のみであった。自由記述では、「施設にあるN95マスクは1種類だが、顔に合ったマスクを準備する必要があると感じた」「着け方は出来ても、漏れを確認することが必要だとわかった」など、顔に合ったマスクの必要性や漏れ確認の重要性に気付いたとの意見が多くみられた。

【考察】施設では、N95マスクが適切にフィットしているか確認する体制が整備されていない現状が明らかになった。また一定数、一種類のマスクでは合わない職員がいることも明らかになり、複数の種類のマスクを準備する必要があると考えられた。今後は、N95マスクの定量的フィットテストや装着方法の指導を継続的に、施設の中で指導ができる人材を増やしていくことが必要であると考えられる。

043-5 医療療養型病院における介護福祉士手指衛生チャンピオン導入の実践報告

医療法人勝又 高台病院 看護部

○府川真理子(ふかわ まりこ)、小野 葉子、西澤 里奈、平塚世津子

【背景・目的】医療型療養病床を有する当院は、介護福祉士の就業割合が高い一方、感染予防対策は主に感染リンクナース(Infection Control Link Nurse: ICLN)を中心に推進されてきた。多職種構成病棟においては、ICLNによるトップダウン型の推進のみでは全職種への浸透に限界がある。当院では2024年度より個人携帯型手指衛生製剤を導入したが、A病棟では介護福祉士の製剤使用量がケア実践内容に比して低値であることが課題であった。また、看護職と比較して介護福祉士の使用量は低く、従来の指導のみでは十分な改善が得られていなかった。

そこで、当院で介護福祉士を対象とした手指衛生チャンピオン導入の取り組みとその効果を検討することを目的とした。

【活動内容】2025年度より、手指衛生製剤使用量が相対的に多く感染対策への意欲の高い介護福祉士を手指衛生チャンピオン(Hand Hygiene Champion: HHC)として選出し、病棟看護師長が公式に任命した。ICLNがHHCへの教育・指導を担い、同職種内での実践促進および情報共有の役割を明確化した。さらに、CNICと介護福祉士間の意図や思いを可視化するコミュニケーションノートを導入し、双方向の連携強化を図った。評価指標は月別の一患者一日あたり手指衛生回数とし、2024年6～12月と2025年6～12月の同月データに対応のあるデータとして比較した。正規性はShapiro-Wilk検定により評価したが、対象月数が7と少数であることを踏まえ、分布の仮定に依存しないWilcoxon符号付順位検定を用いた。

【成果・考察】介護福祉士における一患者一日あたりの手指衛生回数は、導入前の中央値7.89回(IQR 6.25-8.77)に対し、導入後は11.57回(IQR 9.99-17.17)であった。Wilcoxon符号付順位検定の結果、有意な増加を認めた($p < 0.05$)。病棟全体では有意な増加は認められなかった。同職種内にHHCを配置し、病棟師長による公式任命と役割の明確化、さらに双方向コミュニケーションを組み合わせる取り組みは、介護福祉士層への感染対策実践の浸透に寄与した可能性が示唆された。本実践は、多職種構成病棟における職種特性を踏まえた感染対策推進モデルの一例となり得る。

044-1 特別養護老人ホームで働く介護職員の手袋の適正使用行動に関する心理的要因構造の探索的検討

新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院¹⁾、国際医療福祉大学大学院²⁾

○目崎 恵(めざき めぐみ)¹⁾、坂本 晴世²⁾、遠藤 英子²⁾

【背景・目的】特別養護老人ホームでは手指衛生の実施率が低いことが報告されており、その要因の一つとして手袋の適用外使用が指摘されている。さらに、これにより交差感染リスクが高まる可能性が示されている。しかし、手袋の適正使用行動の心理的要因構造に着目した研究は少ない。そこで本研究は、計画的行動理論に基づき、介護職員の手袋の適正使用行動に関連する心理的要因構造を探索的に明らかにすることを目的とした。

【方法】A県内の特別養護老人ホームに勤務する介護職員933名を対象に無記名自記式質問紙調査を実施し、有効回答591名(回答率63.3%)を分析対象とした。態度(16項目)、主観的規範(10項目)、行動コントロール感(13項目)の計39項目について、最小二乗法・プロマックス回転による探索的因子分析を行った。本研究は国際医療福祉大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(25-TA-046)。

【結果】第1因子「手袋の適正使用行動に対する理解と態度」($\alpha = 0.952$)、第2因子「他者からの期待に応える規範意識と環境支援」($\alpha = 0.778$)、第3因子「手袋の過剰使用を避ける行動コントロール感と規範意識」($\alpha = 0.831$)の3因子(累積寄与率35.4%)が抽出された。手袋の適正使用行動は、知識や態度のみによって規定されるのではなく、職場内で共有される規範意識や環境条件が関連する心理的要因構造が示された。特に、感染リスクの低い場面において手袋の着用・非着用を判断するための規範意識、および行動コントロール感の弱さが、過剰使用につながる可能性が示唆された。

【結論】手袋の適正使用行動を促進するためには、感染リスクの低い場面における手袋着用の判断に関する規範の明確化と、その判断を支える教育的支援を行うことが重要である。本研究は、手袋の適正使用行動を支える心理的構造を明らかにし、標準予防策の実践を強化するための基礎的知見を提供するものである。

044-2 事前質問収集・解説型形式による 高齢者施設向け感染対策研修の取 組み

柏たなか病院¹⁾、国立がん研究センター東病院²⁾、東葛クリニック
病院³⁾、松戸市立総合医療センター⁴⁾、北柏リハビリ総合病院⁵⁾、
キッコーマン総合病院⁶⁾、流山中央病院⁷⁾、野田総合病院⁸⁾、千葉
感染制御研究所⁹⁾

○小野 裕子(おの ひろこ)¹⁾、橋本 麻子²⁾、
谷口 弘美³⁾、秋山 純子⁴⁾、湯上 幸子⁵⁾、松田 典子⁴⁾、
桐原英理奈⁶⁾、鈴木理恵子⁷⁾、杉崎ゆかり⁸⁾、柴田 幸治⁹⁾

【背景・目的】千葉県院内感染対策地域支援ネットワーク東葛北部地区では、2
次医療圏内の感染管理看護師(以下 ICN)を中心とする医療職が協働し、地域の
医療者や介護職員を対象に感染対策向上を目的とし研修を行っている。今回、高
齢者施設から事前に質問を募り質問に対する回答や解説を行う形式で研修会を
開催した。事前質問の内容および研修後アンケート結果から、地域における感染
対策向上への示唆が得られたので報告する。

【活動内容】研修会は2025年10月に開催し、対象は東葛北部地区の高齢者施設
職員とした。参加者募集は、圏域内3保健所にも協力を依頼した。申し込み時に
Webフォームで質問事項を事前に収集した。質問はICNらが集まって協議し
回答案を作成した。研修終了後にはアンケート調査を実施した。

【成果・考察】研修参加者は44人(介護士15名、看護師25名、その他4名)で
あった。事前質問は67項目あり、特別養護老人ホームからの質問が一番多く
34%、次いで介護老人保健施設16%、居宅介護支援事業所等が18%であった。
質問は現在の状況下における、COVID-19に罹患した入居者や職員の療養期間、
発熱者対応等に関することが22%、また感染対策研修会や会議の進行方法、マ
ニュアルの作成方法、感染者が発生した場合の組織的な行動等、組織体制整備に
関することも22%と多かった。特別養護老人ホームの看護師はCOVID-19に関
する質問が多く、組織体制整備に関してはケアマネジャーからの質問が多かつ
た。参加者からは「他の施設の質問は自分も疑問に思っていた」など意見が聞か
れた。事前質問に基づく研修形式により各施設の実情に沿った学習ニーズに対
応できた。特別養護老人ホームでは、COVID-19対応について課題になっていた
ことが明らかになった。ケアマネジャーから感染対策に関する研修やマニユ
アル、BCP等の質問があり、組織体制整備に関心がある可能性があった。今後は
質問傾向の継続的分析により支援内容を検討する必要がある。

044-4 感染制御専門介護職員養成プログラ ムの評価—学習設計再構成によ る教育効果の検討—

茨城県立医療大

○桜井 直美(さくらい なおみ)、小瀧 紀子

【背景・目的】高齢者介護施設の感染症対策は地域公衆衛生に直結する重要
課題であり、入所者と日常的に接する介護職員が主体的に感染制御を実
践できる体制整備が求められる。我々は自ら考え医療職と連携して感染制
御を実践できる感染管理専門介護職員の養成を目的として旧プログラム
を運用してきたが、学習進行の遅延や到達度のばらつきが課題となった。
そこで2025年度は教育内容を変更せず学習の組み合わせと進行方法を再
構成した新プログラムを編成した。教育内容を一定に保ったままの学習設
計変更が学習到達度と実践設計の質に与える影響を検証し、人材育成モ
デルの可能性評価を目的とした。本研究は教育内容を統制した条件下で学習
設計変更の教育効果を検討する準実験的検討である。

【活動内容】旧プログラムの課題を踏まえ、新プログラムでは1)学習全体
スケジュールの明確化、2)初期・中間段階での対面講習導入、3)学習進
捗の可視化を目的とした構成の再設計を行った。学習内容と小テストは変
更せず、実践実習計画書はSMART形式で記載する様式へ変更した。新旧
比較には小テスト得点率と正答率を用いた。計画書(初回提出分)を対象
に教育目標に基づくルーブリックでAI支援下のテキストマイニングを行
い4段階評価した。統計解析にはWelchのt検定、Fisherの正確確率検
定、MannWhitney U検定を用い、有意水準5%とした。

【成果・考察】実践移行率は新プログラム68.2%、旧プログラム7.8%で
あった。新プログラム申込者26人のうち初回対面講習受講者22人、学習
継続者18人、計画書提出者15人であった。旧プログラムでは学習開始者
115人中9人が計画書を提出した。小テスト得点率では一部項目で有意差
を認めたが、設問別正答率では有意差は認められず教育到達度は概ね維持
されていた。計画書ルーブリック評価にも有意差は認められなかったが、
新プログラムでは教育方法や評価の具体化、旧プログラムでは危機管理や
組織対応の記述が多い傾向がみられ、受講時の感染症流行の影響が反映さ
れた可能性が考えられた。以上より教育内容を変更せず学習設計を再構成
することで教育到達度を維持し実践移行を促進できる可能性が示された。

044-3 群馬県における高齢者施設への感 染対策支援の分析

群馬大学医学部附属病院¹⁾、群馬県立心臓血管センター²⁾、群馬中
央病院³⁾、日高病院⁴⁾、群馬県医師会⁵⁾、群馬県感染症対策連絡協
議会⁶⁾

○大嶋 圭子(おおしま けいこ)^{1,6)}、小野 雄一^{2,6)}、
大塚 春彦^{3,6)}、折居 泰仁^{4,6)}、川島 崇^{5,6)}

【背景・目的】新型コロナウイルス感染症(以下COVID-19)のパンデミッ
クを契機に、高齢者施設における感染症対応力の強化と、医療機関等との平
時からの連携体制の重要性が明確となった。2024年介護報酬改定では高齢
者施設等感染対策向上加算が新設され、医療機関や感染症専門家による助
言や実地指導が評価される仕組みが整備された。群馬県感染症対策連絡協
議会 ICN(infection control nurse)分科会では、医療機関、行政、医師会、
高齢者施設等が参画する連携体制が構築されており、この枠組みを活用し
て継続的な感染対策支援を実施してきた。本研究は、2024年度に実施した
49件の高齢者施設感染対策支援について、報告書およびチェック表を用い
て後方視的に分析し支援の現状と課題を明らかにすることを目的とする。

【活動内容】対象は介護保険施設39件、住宅型施設3件、福祉施設6件等
である。ICNが施設を訪問し、感染対策の実践状況の確認・助言を行いその内
容を報告書に記録した。また、施設側とICNがチェック表を用いて相互評
価を行い課題を共有した。

【成果・考察】COVID-19を契機に、利用者・職員の健康観察や相談窓口体
制を継続している施設は98%と高く、管理者が感染対策の知識を持ち、職
員への周知が図られている状況が確認できた。一方で、マニュアルが更新さ
れず、施設の実情に即していないなど多くの施設で共通する課題がみられ
た。助言内容は、手指衛生の標準化、感染症の有無にかかわらず曝露リスク
に応じた個人防護具の使用、口腔ケア時の飛沫曝露予防など標準予防策に
関する基本的事項が中心であった。感染対策の重要性の理解は進んでいる
が、効果的な実践に結びついていない状況が示唆された。また、未だ施設側
のCOVID-19対策に関心が高く、5類移行後も過剰な対策が継続されて
いる傾向がみられた。チェック表では、布エプロンの使用や消毒剤の継ぎ足
し使用などの指摘が多かった。以上より、多くの施設は感染対策を理解し改
善に前向きであるが、実践の質を高めるためには継続的な支援が不可欠で
あり、COVID-19対策についても現状に即した助言が求められていること
が明らかとなった。

044-5 ケアミックス型病院における UV- C 照射装置を用いた環境除菌効果 の検証

医療法人松田会 松田病院¹⁾、金沢大学医薬保健研究域医学系 感
染症科学・臨床検査医学²⁾、金沢大学附属病院 感染制御部³⁾、サ
ラヤ株式会社 サラヤ総合研究所⁴⁾、サラヤ株式会社 メディカル
事業本部⁵⁾

○平間 里美(ひらま さとみ)¹⁾、北谷 栞^{2,3)}、
原田 裕⁴⁾、村井 浩紀⁴⁾、青木 徹⁵⁾、吉田 葉子⁵⁾、
金森 肇^{2,3)}

【背景・目的】医療関連感染は医療機関や高齢者施設の安全に関わる重要な課題
であり、薬剤耐性菌の伝播がその一因となる。環境表面や医療機器を介した交差
汚染の防止には徹底した環境消毒が不可欠であるが、従来の用手清掃には限界
があり清掃精度にはばらつきが見られる。この課題を改善するため、本研究で
は、UV-C照射装置(SEPALIGHT)を高頻度接触表面の環境清掃に使用し、そ
の除菌効果を評価した。研究期間を延長し、評価対象となる環境表面の採取回数
を拡大し、環境汚染状況および除菌効果をより包括的に評価するとともに、一般
細菌に加えメチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)に対する除菌効果について
も検討した。

【方法】2024年7月~2025年8月の間に、ケアミックス型病院の病棟内で対象と
なる高頻度接触表面を設定し、紫外線照射前後に高頻度接触表面をスポンジ
ティックで拭き取り、スポンジを採み出した希釈液を寒天培地と混和して培養
した。形成されたコロニーの数を計測し、拭き取り面積当たりの紫外線照射前後
の一般細菌数を算出し、対数スケールに直して評価した(log10(cfu/サンプル))。

【結果】UV-C照射前と比較して、照射後の一般細菌数は有意に減少した(照射前
2.6 [95% CI 1.1~3.5]、照射後 1.9 [95% CI 0.9~2.6]、p=0.0016)。また、MRSA
患者が入室していた病室においては、MRSAの菌数にも有意な減少を認めた(照
射前 2.7 [95% CI 0.9~3.6]、照射後 1.0 [95% CI 0~1.0]、p=0.0036)。

【結論】本研究により、UV-C照射装置が、ケアミックス型病院における環境表面
のMRSAを含む一般細菌の除菌に有用であることが示された。UV-C照射装置
は、従来の用手清掃を補完する形で導入されたノータッチ・メソッドのひとつ
であり、手の届きにくい部位や見落とされがちな箇所も効果的に消毒できる技
術として医療現場での活用が広がりがつつある。今後、UV-C照射技術を効果的に
活用し、環境消毒の精度をさらに向上させることが重要である。

044-6 介護老人保健施設における介護・看護職員の手指衛生遵守率の実態

医療法人徳洲会 館山病院¹⁾、順天堂大学大学院 医療看護学研究科 博士前期課程 感染制御看護学分野²⁾、川崎市立看護大学大学院 看護学研究科 感染看護学領域³⁾

○杉田 雅央 (すぎた まさお)^{1,2)}、川上 和美³⁾

【背景・目的】介護老人保健施設（以下老健）は医学的管理下で機能訓練を実施し在宅復帰を目指す施設であるが、医療行為や介護ケアを通じて医療関連感染や集団感染発生リスクがあり、職員の手指衛生実施が重要である。本研究の目的は、老健の施設全体と5つの瞬間別、職種別、介護ケア別の手指衛生遵守率を明らかにする。

【方法】研究デザインは実態調査研究である。A 県 B 医療圏の老健 6 施設の介護・看護職員を対象とした。施設より許可を得たフロアで、研究者が介護・看護場面の手指衛生直接観察を行った。介護・看護職員の手指衛生の観察機会数を分母とし、手指衛生の実施機会数を分子として施設全体、5つの瞬間別、職種別、介護ケア別に手指衛生遵守率を算出し、 χ^2 検定またはフィッシャーの正確確率検定で手指衛生実施状況の差を比較した。本研究は順天堂大学大学院医療看護学研究科研究等倫理委員会の承認を得た（順看倫第 2025-1）。

【結果】6 施設の介護・看護職員 176 名（79.6%）より同意を得た。観察した手指衛生機会数は 1677 機会であった。6 施設全体の手指衛生遵守率は 23.4% であり、5つの瞬間別では1の瞬間が 14.6% と有意に低く（ $p < .01$ ）、3の瞬間 34.5%、4の瞬間 28.5% での遵守率が有意に高かった（ $p < .01$ ）。職種別では介護職 24.8%、看護職 19.1% で、介護職の遵守率が有意に高かった（ $p < .05$ ）。介護ケア別のうち、排泄関連ケアの1の瞬間 14.2%（ $p < .01$ ）、移動介助関連ケアの1の瞬間 21.7%（ $p < .05$ ）、医療関連行為の2の瞬間 6.5%（ $p < .01$ ）が有意に低く、排泄関連ケアの3の瞬間 37.4%（ $p < .01$ ）、移動介助関連ケアの4の瞬間 49.3%（ $p < .01$ ）、医療関連行為の4の瞬間 24.5%（ $p < .01$ ）が有意に高かった。

【結論】老健の介護・看護職員の手指衛生遵守率は 20% 台と低く、特に看護職の手指衛生遵守率が介護職より低いこと、排泄ケア関連や医療行為関連の手指衛生遵守率が低いことが明らかとなった。施設内で職員の手指を介した感染伝播リスクが高いことが示唆された。

045-1 感染対策サポート契約施設における環境ラウンドの実施結果—多施設法人 A を対象としたラウンド報告—

感染対策サポート 柿サボ

○柿原 朱美 (かきはら あけみ)

【目的】地域の障がい者施設、高齢者施設、保育施設等では、感染対策に関する専門的助言や継続的な支援を受ける機会が限られている。感染対策サポート事業として、サービス・サポート契約をいただいた施設に対し、環境ラウンド（以下：ラウンド）を計画し実施している。本報告は、筆者のサービスに関心を持ち契約いただいた A 法人において実施したラウンドの結果をまとめ、現状把握を目的として報告する。

【活動内容】A 法人は、障がい者支援施設、特別養護老人ホーム、障がい者グループホーム、通所介護施設、養護老人ホーム、ケアハウス、認定こども園など、大小合わせて 20 数施設を運営している。年 2 回のラウンドを計画し、1 回目は福祉施設用に作成したチェックリストを用いて、施設の担当者とのラウンドを実施した。感染対策体制、手指衛生、環境整備、消毒薬管理、就業制限等について確認し、結果を報告書として各施設および法人グループで共有した。指摘事項については、各施設の実情に応じた改善対応を依頼し、2 回目のラウンドで改善状況を確認することとした。

【結果・考察】1 回目ラウンドで抽出された指導事項は、手指消毒剤・石鹸・感染対策物品管理、消毒薬の濃度・期限・管理、清掃用具の乾燥管理、ペーパータオル・手洗い場環境、空気清浄機、エアコン管理などである。施設種別や使用状況により指摘内容の傾向は異なるものの、多施設を対象とした環境ラウンドにより、各施設の感染対策上の課題が可視化された。2 回目ラウンドの結果も併せて改善状況について当日報告する。

045-2 A 県内の高齢者施設を対象とした感染対策リーダー育成研修の取り組み

奈良県総合医療センター¹⁾、白庭病院²⁾、奈良医療センター³⁾、西和医療センター⁴⁾

○福井 優貴 (ふくい ゆうき)¹⁾、東學 善友¹⁾、熊澤 史織²⁾、中村 祐太³⁾、森脇美智子⁴⁾、森下 幸子¹⁾

【背景・目的】令和 3 年度高齢者施設等感染対策向上加算が新設、令和 6 年度は介護施設を対象に感染対策を含めた事業継続計画（Business Continuity Plan、以下 BCP）作成が義務化された。しかし、高齢者施設で勤務する職員は、感染対策に関する教育機会が少なく、組織構築や自施設に応じたマニュアル、BCP 作成等に課題があると考え、これらの課題に取り組めるリーダー育成に着目した。今回、A 県内の高齢者施設を対象に感染対策リーダー育成研修のプログラムを立案、開催した取り組みを報告する。

【活動内容】1. A 県介護保険課の支援を受け、県内高齢者施設へメールで参加を募り、40 施設の申し込みを得た。2. 教育プログラムは、事前学習と演習に分け、事前学習は「標準予防策」「経路別予防策」「職業感染予防」「感染対策における地域連携」とし、7 月～9 月までオンデマンド配信、演習は 1 回目「現場が使える感染対策マニュアル、BCP について」2 回目「1）感染対策マニュアル、BCP 見直し 2）職員周知するための課題と対策」3 回目「1）感染対策マニュアル、BCP 完成 2）発表 3）情報交換会」を企画した。また、感染管理認定看護師（Certified Nurse in Infection Control、以下 CNIC）が各グループを担当し、参加者の支援と研修課題である感染対策マニュアルや BCP 作成を進めた。3. 研修後、アンケート調査を行い評価した。

【成果・考察】アンケート調査では、97% が感染対策マニュアルや BCP を修正し、75% が周知方法の検討ができたと回答した。CNIC の支援や研修内容への満足は 90% を上回った。自由回答では、「施設間のネットワークができた」「他施設を参考に、自施設の対策が強化できた」の意見があり、3 回目の情報交換会も効果的であったと考える。CNIC が継続的に支援した結果、参加者が施設に応じたマニュアル、BCP を主体的に修正し、施設間のネットワーク構築ができたと推察できる。今回、高齢者施設の課題解決を推進できる感染対策リーダー育成の教育プログラムを立案し実施した。今後は、感染対策リーダーを対象としたフォローアップ研修等継続した学習の提供、保健所等行政機関との連携を課題とし、地域を対象としたネットワークの構築を図る。

045-3 とちぎ感染症対応力強化プロジェクト活動報告（第 2 報）—高齢者施設等における感染対策コーディネーターの育成と継続研修—

上都賀総合病院 薬剤部¹⁾、自治医科大学附属病院 感染制御部²⁾、栃木地域感染制御コンソーティアム（TRICK）³⁾

○野澤 彰 (のざわ あきら)^{1,3)}、阿部 奈美^{2,3)}、江連 彩美^{2,3)}、木村由美子^{2,3)}、笹原 鉄平^{2,3)}

【背景・目的】高齢者施設等において新興感染症等が発生した際にも適切に対応ができる体制を構築することを目的に、栃木県と地域ネットワークが連携し、栃木県内の感染症対応力の強化に向けた活動を開始した（第 40 回日本環境感染学会・学術集会 P1-131）。本報告では、その取り組みを基盤として実施した感染対策コーディネーターの育成、継続研修、地域ごとの活動報告会について報告する。

【活動内容】多職種で構成される栃木地域感染制御コンソーティアム（TRICK）と栃木県感染症対策課で協議し、3 年間で人材育成と情報発信を中心とした支援体制の構築を計画した。感染対策に精通した医療者を地域アドバイザーとして保健所圏域ごとに配置し、保健所と連携して相談支援、保健所開催等の会議への参加を行った。施設内の感染対策を担う人材として感染対策コーディネーターを養成し、令和 6 年度に 327 名、令和 7 年度に 287 名、合計 614 名を任命した。教育研修資料は 15 カテゴリーに整理し、ホームページに公開して活用できるようにした。継続事業として養成研修に加えて参集型研修を実施し、感染症発生時の対応を想定した机上訓練を行い、実践的内容を含めたフォローアップ研修をおこなった。

【成果・考察】感染対策コーディネーターを年間 300 名のペースで養成している。介護老人保健施設は 52 施設中 32 施設（62%）で、特別養護老人ホームでは 193 施設中 70 施設（36%）で配置がされている。一方でサービス付き高齢者住宅や認知症対応型グループホームで 10% 未満にとどまりコーディネーターが配置されない施設へのプロジェクト参加促進が課題である。また 2025 年の高齢者施設から保健所への集団発生報告では小規模のアウトブレイクが多く報告されていた。施設が早期にアウトブレイクを感知して保健所に届け出ている可能性が示唆された。これらの取り組みは、平時からの感染症対応力とネットワーク整備を通じて、有事の際の情報や連絡の精度向上に寄与し、住民の健康増進に寄与するものと考えられる。

045-4 協力医療機関を明示した包括協定と専従者配置を基盤とした高齢者施設への感染対策支援体制の構築と初期成果

医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院 感染対策室¹⁾、医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院 呼吸器内科²⁾、医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院 整形外科³⁾

○坂本 信彰(さかもと のぶあき)¹⁾、加藤 諒²⁾、小峰 伸彦³⁾

【背景・目的】医療が地域全体で支える体制へ移る中、感染制御も地域包括的に進める必要がある。高齢者施設の資源は限られ、医療機関と地域施設が一体で取り組む枠組みが求められる。令和6年度の診療報酬・介護報酬同時改定で協力医療機関の役割と高齢者施設等感染対策向上加算(以下、同加算)の研修・実地指導要件の明確化を受け、当院は感染制御の地域連携専従者(以下、専従者)を配置し、協力医療機関協定と同加算要件を組み合わせた包括協定により、継続的・体系的な支援体制の構築を目指した。

【活動内容】地域医療連携部と感染対策室が協働で包括協定書を作成し、金沢北部の高齢者施設に訪問し説明した。本協定は、従来の協力医療機関協定で規定される急変時対応、健康管理への助言、入院調整、情報共有などの役割に、感染対策支援の要点を組み合わせたものである。要点は、相談窓口二本立て(感染症診療＝地域医療連携室、感染対策＝感染対策室)、年1回以上の研修(当院が企画・運営、グループワーク中心とし、共有と関係構築を重視)、3年に1回以上の実地指導(巡回・助言・個人防護具着脱・初動確認等を実施)、1年自動更新と協議解決である。専従者は相談対応、研修企画、実地支援、委員会参加を担い、「気軽に相談できる関係」と周知した。活動期間は2024年4月から2026年2月とした。

【成果・考察】上記の包括協定を31施設と締結した。実地指導は延べ30回を超え、公式相談は約10件だったが、非公式相談が日常化し、初期段階からの相談が増えた。月1回の感染対策委員会へオブザーバー参加の施設は2施設、アウトブレイク後の振り返り支援は計3回実施し、関与の場を定例化・多様化させた。手指衛生の量の可視化・直接観察法に自主的に取り組み学会発表する施設も現れた。協定により相談ルールが明確化され、院内説明・合意形成が進めやすくなり、相談増と助言の迅速化につながった。制度枠組みと専従窓口を継続運用した結果、相談から研修・委員会、実地支援を経て施設主導の改善へ発展する流れが確認された。

046-1 避難所候補施設における換気不足の実態と空気清浄機による飛沫抑制効果の実証

国立研究開発法人産業技術総合研究所¹⁾、一般社団法人日本空気と水の衛生推進機構²⁾、株式会社エアドッグジャパン³⁾、近畿大学⁴⁾、北里大学⁵⁾、東京女子医科大学⁶⁾

○篠原 直秀(しのはら なおひで)¹⁾、橋本 晴男²⁾、上田 啓太³⁾、水越 厚史⁴⁾、武藤 剛^{5,6)}、吉川 純代³⁾

【背景・目的】災害時の避難所では多数の避難者が密集し空気を介した感染のリスクが高まる。東日本大震災や熊本地震では避難所での感染症集団発生が報告され、対策としての換気的重要性が指摘されている。しかし避難所候補施設の換気性能を科学的に評価し、空気清浄機の介入効果を実環境で検証した報告は極めて少ない。本研究では鳥取県の避難所候補施設を対象に換気性能と感染リスクを定量的に推定し、空気清浄機による気中飛沫核の低減効果を実証した。

【活動内容】フェーズ1(2025年10月)では県内10施設(学校体育館3、公民館2、福祉施設3、温泉施設2、収容70-1950人)を対象に、CO₂減衰法(ASTM E741準拠、密閉後2時間連続測定)により換気回数(ACH)を算出した。Wells-Rileyモデル(量子生成率3.1quanta/h、就寝中ばく露8時間を7日間と想定)で空気清浄機導入前後の感染リスク低減効果を推定した。フェーズ2(2026年2月)では2施設で空気清浄機(TPAフィルター方式、CADR 315m³/h)を複数台導入し、人工飛沫核を発生させた実環境での除去性能および拡散抑制効果を検証した。

【成果・考察】フェーズ1では全10施設の1人あたり換気量がビル管理法推奨値(30m³/h/人)を下回り(達成率5.59%)、特に収容密度の高い福祉施設や公民館で著しい換気不足が認められた。Wells-Rileyモデルによる空気清浄機導入前後の比較では、感染リスクは平均で71.3%低減し、小規模施設では最大92%低減すると推定された。フェーズ2の実環境試験ではCADRがカタログ値と同等(314-347m³/h)であることを確認した。人工飛沫の95%以上を除去し、空気清浄機稼働時と停止時の比較では発生源周囲での飛沫濃度を最大92%抑制した。空気清浄機導入により全施設でビル管理法推奨換気量を満たすことを実環境データとして確認した。

【結論】避難所候補施設の自然換気は感染症対策基準を大幅に下回り、空気清浄機は実環境においても飛沫核への曝露低減に有効であった。施設特性に応じた設備計画の策定が災害時の感染症対策に重要である。

045-5 庄内地域における高齢者・福祉施設等感染予防リーダー養成研修の取り組みと成果

鶴岡市立荘内病院¹⁾、地方独立行政法人 山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院²⁾、山形県立こころの医療センター³⁾、医療法人徳洲会 庄内余目病院⁴⁾、医療法人健友会 本間病院⁵⁾、山形県庄内保健所⁶⁾

○栗田 香(くりた かおり)¹⁾、若松由紀子¹⁾、本間 春圭¹⁾、佐藤 幸子²⁾、高橋 美喜²⁾、高山 公利³⁾、齊藤 由理⁴⁾、田岡 奈々⁵⁾、森 福治⁶⁾

【背景・目的】院内の感染制御を担う立場として地域連携の重要性を認識し、個別施設へのラウンドや単発研修を行ってきたが、これらの取り組みだけでは地域全体の感染対策を継続的に支えるには十分とは言えなかった。特に高齢者施設ではコロナ禍でリーダー人材の不足が顕在化し、既存の支援体制では知識や実践にばらつきが生じていた。そこで、地域全体で継続的に学び合う仕組みを構築することが持続可能な感染対策の基盤になると考え、行政の枠組みを活用し、保健所と感染管理認定看護師(CNIC)が協働して、施設内で感染対策を主導できる人材育成を目的としたリーダー養成研修を実施した。

【活動内容】庄内保健所管内の高齢者・福祉施設等を対象に、2024年度から年間全4回の研修プログラムを策定し、以下の方法で実施した。体制は、事務局を保健所に置き、CNICと協働で企画・運営した。対象は、リーダー層の多職種で、定員40名とした。内容は、標準予防策、ゾーニング、換気、おむつ交換・吐物処理等の講義と、実技演習に加え、各回で自施設の課題を抽出し、「行動目標シート」に基づきアクションプランを立案した。最終回で実践状況を共有し、相互評価とリフレクションを行った。

【成果・考察】5市町すべてから看護師・介護福祉士・管理職・生活指導員・歯科衛生士・保育士など多職種が参加し、2年間で75名の感染対策リーダーが育成された。事後アンケートでは実施時期・回数・時間はいずれも適当との回答が多く、集合研修での意見交換への高いニーズが示された。行動目標シートにより各施設が主体的に課題を抽出し実践につなげた点は大きな成果であり、次年度の受講希望も97%と高かった。保健所とCNICが行政の枠組みで役割分担し「顔の見える関係」を構築した本研修は、施設間ネットワークの強化と担当者の意識向上に寄与した。今後は修了者が自施設で教育を継続できるよう、フォローアップ体制の整備が求められる。

046-2 児童養護施設における感染対策の実情と課題

JA長野厚生連佐久総合病院

○中澤 友也(なかざわ ともや)

【背景・目的】COVID-19のパンデミック後、介護施設などでは高齢者施設等感染症対策向上加算が新設されたことにより、病院と連携し感染対策の知識の習得など以前に比べアップデートがしやすい環境が整ってきている。一方で、児童養護施設では新しい感染対策の情報が入りにくくアップデートがされにくい状況にある。今回は、児童養護施設における感染対策の実情と課題について報告する。

【活動内容】A施設は約30名の職員が在籍しているが、児童指導員がほとんどを占めており、医療従事者は在籍していなかったが、x年から看護師1名が非常勤で採用されていた。ある日施設内でCOVID-19の集団発生があり、対応に苦慮していた看護師より相談があった。COVID-19対策・感染対策の実施状況を含め訪問指導と助言を実施。後日、職員を対象に感染対策の研修会を実施した。

【成果・考察】訪問したA施設の児童棟はユニット化されているが、児童は各々個室を与えられていた。COVID-19を発症した児童は自室での隔離が困難なため、発症していない児童を他の棟に移した。その影響か、大きなクラスターに発展することはない収束した。感染対策のラウンドでは、様々な課題が見えてきた。手指衛生では、施設は児童にとって「家」であり、病院や介護施設のようにペーパータオルは使用せず、自身のタオルを使用していた。また、職員の手指衛生のためのアルコール製剤は使用期限が切れている状況であった。マスクの着用についても、中学生以下では装着は難しく、かつ「家」であるため常時着用は現実的ではなく、空気清浄機や換気扇などを使用し適時換気を実施しているようであった。環境清掃に関しても、アルコールを噴霧し消毒としていた。また、内服薬に関しても管理ができておらず、ポリファーマシーのような状況であり、薬剤師の介入も必要だと感じた。現状を把握したうえで、後日職員向けに、感染対策の基本といくつかの感染症対策について研修会を実施。良好な反応を得た。介護施設だけではなく、感染対策にかかわる最新の情報や知見が届きにくい児童養護施設にもわれわれ専門家が目をつけ、訪問指導や研修会の実施・継続が必要であると考えている。

046-3 感染管理認定看護師主導による血液培養採取主義標準化と採血量モニタリングが汚染率低減に及ぼした効果

医療法人徳洲会 成田富里徳洲会病院
○高野 寿枝（たかの ひさえ）

【背景】当院では2022年4月から2023年5月の血液培養汚染率が国立国際医療研究センター AMR 臨床リファレンスセンター（以下 J-SIPHE）の全国平均を上回っていた。血液培養の汚染は偽陽性による不要な抗菌薬投与や入院期間延長を招く重要な課題であり、採取手技の標準化と質保証体制の構築が求められた。そこで、感染管理認定看護師（以下 ICN）手動で介入を実施した。

【方法】対象は2022年10月から2025年7月に採取された全入院患者の血液培養検体とした。2024年5月より ICN が全病棟へ出向き、時間を設定して、各病棟3回程度の研修を実施した。内容は採取手技、皮膚消毒剤、手順の統一である（介入1）。さらに同時期により ICN 出勤日に血液培養ボットの採取量を計測し、標準10mL/ボトルを基準としたフィードバックを行い、手技の均一化を図った（介入2）。汚染率および相対リスク（以下 RR）を算出した。

【結果】介入前（2022年10月から2023年5月）の汚染率は2.22%であったが、介入後（2023年6月から2025年7月）は1.14%へ低下し、発生リスクは49%減少した。相対リスクはRR=0.51(95%Confidence Interval: 0.38-0.68)であり、有意な改善を認めた。

【結果】ICN が病棟へ直接介入し、教育と採血量モニタリングを継続的に実施したことにより、血液培養汚染率は有意に低減した。ICN 主導による実践的介入は、採取精度の向上および医療の質改善に有効であると示唆された。

046-4 当院で検出されたカンジダ属の薬剤感受性について

地方独立行政法人 三重県立総合医療センター 中央検査部
○高羽 桂（たかば けい）

【背景・目的】近年、医療の高度・先進化により、免疫低下状態にある患者が増加傾向にある。抗菌薬の使用増加による菌交代現象などもあり、細菌感染はもとより、真菌感染症例が増加している。深在性真菌症例も増加傾向にあり、ますますその臨床的重要性を高めている。当院で過去13年間に検出されたカンジダ属のうち、薬剤感受性検査を実施したものを対象に薬剤感受性結果の調査を行い、その傾向を検討することを目的とした。

【方法】2012年4月から2025年3月までの13年間に提出された培養検体から検出され、薬剤感受性検査を実施したカンジダ属71株について調査および検討を行った。なお、同定はVITEK2（バイオメリュー）およびMALDI-TOF MS（BLUKER）、薬剤感受性試験はVITEK YSTカード（バイオメリュー）およびASTY（極東製薬）を使用し添付文書に従った。

【結果】薬剤感受性検査を実施したカンジダ属71株の内訳は *Candida albicans* 37株、*Candida parapsilosis* 12株、*Candida glabrata* 9株、*Candida tropicalis* 4株、その他9株であった。VITEK YSTカードを使用したのは32株（*C. albicans* 20株、*C. parapsilosis* 7株、*C. glabrata* 2株、その他3株）で、ASTYを使用したのは39株（*C. albicans* 17株、*C. parapsilosis* 5株、*C. glabrata* 7株、その他8株）であった。VITEKとASTYの結果を比較したところ、大きな乖離はみられなかった。また、ASTYを使用した薬剤感受性結果を、三重県内10施設で2011年1月までに検出された株を対象に、同じくASTYで実施されたカンジダ属の薬剤感受性結果とMIC50およびMIC90を用いて比較したところ、*C. albicans*、*C. parapsilosis*、*C. glabrata* の3菌種で大きな変化はみられなかった。

【結論】近年、真菌の薬剤耐性化が問題になっているが、当院で検出された株では耐性傾向は認めなかった。今後も注視していきたい。倫理審査委員会：承認済

046-5 医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査の感染対策関連項目の地域差の検討

国立療養所 多磨全生園 内科¹⁾、国立療養所 多磨全生園 研究検査科²⁾、公立昭和病院 感染管理部³⁾
○小田 智三（おだ としみ）^{1,2,3)}、一ノ瀬直樹³⁾

【背景・目的】日本では医療機関に対して、法令基準遵守を確認するため医療法第25条第1項の規定に基づき立入検査が実施されている。主な項目は厚生労働省の示した要綱に基づき共通しているものの、実施自治体に一定の独自性が認められている。今回我々は、病院に対する立入検査の感染対策関連項目について自治体間でどのような地域差があるのかを検討したので報告する。

【方法】2020年国勢調査で人口100万人超の都市および東京特別区の12自治体を対象とし、インターネット上で公開されている令和7年度立入検査項目・チェックリストのうち病院を対象としたものについて比較検討した。

【結果】厚生労働省の立入検査要綱通りの自治体が5件。独自の内容を加えている自治体が6件。不明が1件であった。独自の内容の主なもの、感染対策向上加算関連が4件。必要な感染対策マニュアルの項目が3件。感染制御チーム・ICTに関するものが4件。抗菌薬使用状況および抗菌薬適正使用に関するものが5件。アウトブレイクの基準に関するものが2件。針刺し事故・汚染事故等の職業感染対策に関するものが4件であった。感染対策指針に関する項目は、すべての自治体で厚生労働省の要綱に準拠されていたが、1件は独自項目として、患者からの相談対応を指針に記載することを求めるものがあった。

【考察・結論】今回の検討では、立入検査の感染対策関連項目で求められる内容について、自治体ごとに独自色の強いものがあることが判明した。立入検査の感染対策関連項目において、地域の自治体・行政機関が感染対策上望ましいと考える方向の独自色を出すことで、各病院が自ら感染対策改善活動を実現するように促す特徴が認められた。今後は、自治体間の差異が地域の感染対策関連アウトカム指標にどのように影響しているか観察していくことが求められる。

046-6 繰り返す増量にもかかわらず、ポリコナゾールが有効血中濃度に到達しなかった事例

静岡県立静岡がんセンター薬剤部¹⁾、静岡県立静岡がんセンター感染症内科²⁾
○望月 敬浩（もちづき たかひろ）¹⁾、倉井 華子²⁾

【背景】ポリコナゾール（VRCZ）の代謝酵素であるCYP2C19の遺伝子多型には人種差が存在する。Poor Metabolizerの頻度が15~20%と高い日本人では、有効域下限（1μg/mL）に到達しない患者は少ない。今回は、増量を繰り返したにも関わらず、VRCZが有効域に到達しなかった事例を経験したため、文献等の情報も交えて報告する。なお、当センターではVRCZは外注検査のため、結果判明まで3~4日程度（営業日）要する。

【症例】50代男性。171.8cm、85.9kg。急性骨髄性白血病に対する寛解導入療法予定の患者に予防目的でVRCZの経口投与（1回200mg 1日2回、ローディングドーズなし）が開始された。8日目のトラフ値は0.09μg/mL以下であり、異常低値の可能性を考慮し、14日目に再検したが、0.10μg/mLであった。18日目〜、1回250mg 1日2回に増量し、25日目の血中濃度は0.15μg/mLであった。31日目〜、1回300mg 1日2回に増量後、39日目の血中濃度は0.17μg/mLであった。繰り返す増量にも関わらず、血中濃度が有効域に上昇しないことから、49日目〜、ボサコナゾール（PSCZ）に変更となった。VRCZのアドヒアランスは良好で、VRCZの血中濃度を低下させる併用薬や健康食品の使用はなく、吸収低下の要因となりうる下痢などの消化管異常もみられなかった。また、VRCZ服用期間中に真菌感染症はみられなかった。

【考察・結論】600mg/dayまで増量しても、VRCZの血中濃度が0.17μg/mLと低値な患者を経験した。今回の事例でのCYP2C19の遺伝子多型は不明であるが、Ultrarapid Metabolizer（東アジア人：0.04%）またはRapid Metabolizer（東アジア人：2.5%）であった可能性が考えられる。海外のガイドラインでは、Ultrarapid Metabolizerでは、VRCZ以外の抗真菌薬が推奨されており、今回、PSCZに変更したことは妥当であったと考えられる。一方、VRCZ使用中の真菌感染症の発症はなかったが、PSCZへの変更までに時間を要したことから、治療目的で使用する場合には、より早期に判断していく必要がある。院内の倫理審査委員会の承認を得ている（承認番号：J2025-206-2025-1）。

046-7 モデル病棟事業による院内感染予防の検証

順天堂大学医学部附属浦安病院 医療安全推進センター 感染対策室

○中村 翔一（なかむら しょういち）、安田 雅一、川松 恵子、中澤 武司、佐々木信一

【背景・目的】医療関連感染対策において手指衛生の向上は最も重要な基本対策の一つである。当院では、感染対策の意識の低下による院内感染やアウトブレイクの発生がみられ、2012年より手指衛生を中心とした感染対策活動を強化する必要が生じた。

【活動内容】感染制御モデル病棟とは、当院において、病棟と診療科が協力し、感染対策を継続できる組織文化を醸成するための活動である。2012年より感染制御モデル病棟を開始し、各病棟で期間を設け、重点的に感染対策に取り組んだ。その結果、2012年以降院内全体の擦式手指消毒薬払出量が増加し、MRSA分離率が低下した。2012年を境に介入前（2005年から2011年）と介入後（2012年から2024年）の2群に分けて比較し、擦式手指消毒薬払出量とMRSA分離率、MRSA菌血症発生率でモデル病棟の実施状況と成果を評価した。統計解析は、Mann-Whitney U検定を用い、有意水準は $p<0.05$ とした。

【成果・考察】MRSA分離率の中央値は介入前4.66%、介入後1.84%であり統計学的有意差を認めた（ $p<0.001$ ）。さらに、2015年以降、厚生労働省院内感染対策サーベイランス（JANIS）と比較しても、当院のMRSA分離率は低い値を維持していることが明らかとなった。1000患者あたりの擦式手指消毒薬払出量は介入前平均7.27L、介入後24.50Lであり統計学的有意差を認めた（ $p<0.001$ ）。WHOの手指衛生ガイドラインでは、1000患者あたり20L以上の擦式手指消毒薬使用が推奨されており、当院でも手指消毒薬払出量が1000患者あたり20Lを維持できており、MRSA分離率が低い要因と考える。一方、MRSA菌血症は介入前平均0.85%、介入後0.52%と統計学的有意差を認めた（ $p=0.046$ ）。2012年の感染制御モデル病棟開始以降、擦式手指消毒薬払出量が増加するとともに、MRSA分離率は低値で推移し、MRSA菌血症も低下している。手指衛生文化を醸成するためには、単に手指衛生の推奨だけではなく、現場の行動変容を促す感染対策を継続していく必要がある。

047-2 手術部位感染サーベイランス結果と感染予防対策強化への取り組み

独立行政法人国立病院機構別府医療センター

○櫻井 優（さくらい ゆう）、原 利宝、川中 博文、岡本 龍郎

【背景・目的】手術部位感染（surgical site infection：SSI）は患者予後や医療資源に大きな影響を及ぼす重要な合併症である。当院ではSSIサーベイランスを継続して実施してきたが、対象病棟において手指衛生遵守率や包帯交換率（以下、包交率）の物品管理に課題が認められていた。2022年に現場所属の筆頭者が感染管理認定看護師（CNIC）の資格を取得したことを契機に、現場に関与するサーベイランスおよび指導を実践し、その効果を検討した。

【活動内容】2023年1月から2024年12月まで、COLO（大腸手術）、REC（直腸手術）、GAST（胃手術）、BILI群（肝胆膵手術）を対象にSSIサーベイランスを実施した。カルテ診と現場観察を併用し、手指衛生の直接観察・現場指導、包交率物品の検討・削減を行い、手指消毒使用回数、包交時の手指衛生遵守状況、包交率物品管理状況を評価した。

【成果・考察】2023年のSSI発生数は5件で、術式別SSI率はCOLO 2.3%、REC 10%、GAST 0%、BILI群 6.7%であり、表層切開創SSI 4件、深部切開創SSI 1件であった。2024年もSSI発生数は5件で、SSI率はCOLO 7.6%、REC 5%、GAST 4%、BILI群 6.9%、内訳は表層切開創SSI 3件、深部切開創SSI 1件、臓器/体腔SSI 1件であった。いずれの年度・術式においてもJANISベンチマークと比較してSSI発生率は低値であった。CNICがカルテ診に加え、創部直接観察、医師・看護師への直接指導、医師との情報共有を組み合わせてサーベイランスを実施したことで、複数の情報源から感染徴候を把握でき、SSI判定の妥当性およびサーベイランス精度の向上につながった。さらに、手指消毒使用回数は年度を追って増加し、包交時の手指衛生遵守率も向上した。包交率では不必要物品や期限切れ物品が削減され、処置別物品のセット化により管理の効率化が図られた。これらの介入および結果のフィードバックは、SSI予防行動の改善とスタッフの意識向上に寄与したと考えられた。今後も多職種と連携し、継続的な現場介入と評価が重要である。

047-1 当院の心臓血管外科における手術部位感染（Surgical Site Infection；SSI）サーベイランスの後ろ向き観察研究

杏林大学医学部付属病院 集中治療室

○渡邊 健太（わたなべ けんた）、井上美和子

【背景・目的】SSIは医療関連感染の約20%を占めていると報告されており、患者予後の悪化や医療費の増大など多くの弊害が生じる。当院ではICU所属のCNICが中心となり、心臓血管外科領域においてSSIサーベイランスを導入し、結果のフィードバックと医師との協働による感染対策の検討を行ってきた。本研究では、SSIサーベイランス導入前後におけるSSI発生率の変化を明らかにすることを目的とした。

【方法】2017年1月1日～2024年8月31日までの期間に当院心臓血管外科でTAA、CARD、CBGB、CBGC、TAEが行われた患者を対象にSSIサーベイランスを実施した。SSIの判定は、JANISの判定基準に基づき、医師およびCNICが協議の上で行った。データは診療録およびJIPADから収集し、統計処理、解析はEZRを用いた。結果対象患者は918名であり、内訳はサーベイランス開始前529名、サーベイランス開始後389名であった。SSI発生率は、サーベイランス導入前が6.5%、サーベイランス導入後がSSI発生率は5.8%であり、OR：0.88（95%CI：0.46-1.61）と低下傾向を認めたが統計学的有意差は認めなかった。感染部位別に検討した結果、臓器/体腔SSIではOR：0.78（95%CI：0.33-1.75）、表層および深部切開創SSIではOR：0.71（95%CI：0.26-1.83）と、いずれも低下傾向を認めたが、統計学的有意差は認めなかった。一方、手術時間（ $p<0.001$ ）、出血量（ $p<0.001$ ）、入院期間（ $p<0.05$ ）では、サーベイランス導入後に統計学的有意に改善が認められた。

【結論】SSIサーベイランスの導入により、SSI発生率は低下を示したが、統計学的有意差を認めなかった。SSI低減を目指す上では、結果指標、診療プロセスを継続的に見直し、改善していくことが重要であるため、今後も各種ガイドラインの遵守状況や関連指標のモニタリングを継続し、医師および関連部門職員へのフィードバックを通じて、さらなるSSI発生率の低減に寄与していきたい。

047-3 抗菌薬適正使用を含むSSI予防バンドル導入による脳神経外科手術部位感染率改善と在院日数に与える影響の検討

医療法人社団KNI 北原国際病院

○佐藤 朋子（さとう ともこ）

【背景・目的】100床未満の脳神経外科単科、二次救急医療機において、開頭術をはじめとする外科手術の手術部位感染（Surgical Site Infection：以下、SSI）発生率が6%を上回り、全国に比べて高値であった。SSIの発症は、患者の生命予後への影響のみならず、在院期間の延長や医療経済的な損失を招くことが知られる。本報告の目的は、2024年より段階的に導入した多職種連携によるSSI予防バンドルの効果を、臨床的および経済的側面から評価することである。

【活動内容】多職種協議を経て、以下の項目からなるSSI予防バンドルを段階的に導入した。

- (1) 2024年10月：予防抗菌薬の3時間毎追加投与、および80kg以上の患者に対する用量変更を開始。
- (2) 同時期：術後48時間の創閉鎖維持を周知し、看護師による創部管理を統一。
- (3) 2025年8月：術者および手術室看護師の手袋二重装着を導入。
- (4) 同時期：手術当日朝の入浴・洗髪を開始。

【成果・考察】2023年1月から2025年12月に行われた手術のうち、対策導入前535例のSSI発生率6.92%に対し、予防抗菌薬適正化後417例のSSI発生率は2.64%へと有意に減少した（リスク比0.381、95%CI [0.197, 0.739]、 $p=0.004$ ）。

在院日数（中央値 [四分位範囲]）は、SSIあり群はなし群に比して総在院日数が短く（14.00 [9.00, 28.75] 日 vs 9.00 [4.00, 18.00] 日、 $p=0.002$ ）、術後在院日数が有意に延長しており（10.00 [8.00, 16.00] 日 vs 8.00 [3.00, 15.00] 日、 $p=0.008$ ）、SSIが退院・転院の阻害因子であることが示された。

介入開始後の全手術患者の在院日数は9.00 [4.00, 16.00] 日となり、介入前の9.00 [4.00, 22.00] 日と比較して短縮を認めた（ $p=0.0353$ ）。

本介入により、臨床的なSSI減少効果のみならず、病床回転率の向上や、長期病床占有による機会損失の回避といった病院経営的観点からも有用な結果が得られた。単科病院においても、多職種が介入するバンドルアプローチは強力な感染対策となり得ることが示唆された。

2026年発行予定の脳神経外科領域のSSI予防ガイドラインに先んじて、抗菌薬適正使用を含む多職種でのバンドルアプローチの有用性を、臨床的改善および病院経営的観点の双方から支持する結果が得られた。

047-4 術前尿培養陽性は経尿道的膀胱腫瘍切除術後発熱のリスク因子となるか：適切な予防的抗菌薬投与下での検討と routine 実施の再評価

小牧市民病院 薬局¹⁾、名古屋大学医学部附属病院 中央感染制御部²⁾

○大西 克浩 (おおにし かつひろ)¹⁾、森岡 悠²⁾

【背景・目的】経尿道的膀胱腫瘍切除術 (TURBT) において、術前尿培養 (PUC) 陽性は術後感染症のリスク因子として報告されている。しかし、PUC 結果に基づき適切な抗菌薬予防 (AP) を実施した場合においても、PUC 陽性が術後感染のリスクとなるかは明らかではない。また、PUC の実施が術後感染予防にどの程度寄与するかについても十分な検証はなされていない。本研究では TURBT において、PUC に基づいた適切な AP 実施下でも、PUC 陽性が術後発熱 (POF) のリスク因子となり得るかを検討するとともに、PUC の routine での実施の必要性について評価した。

【方法】2019 年 5 月から 2025 年 4 月までに小牧市民病院において TURBT を施行した患者のうち、術前 2 か月以内に PUC を提出し、術前に単回 AP を実施した患者 (n=830) を対象に PUC の陽性率および PUC の結果に基づく AP 変更率、POF の頻度、ならびに POF の術前リスク因子を後方視的に調査した。なお、TURBT における AP は、セファゾリンまたはセフォチアムを使用し、PUC からの検出菌がこれらに感受性を示さない場合には、薬剤感受性に基づき抗菌薬を変更した。

【結果】PUC 陽性率は 5.4% (45/830) であり、PUC 結果に基づき AP の変更を要した症例は 3.3% (27/830) であった。POF の頻度は 3.3% (27/830) であり、PUC 陽性群と PUC 陰性群の頻度に有意な差は認められなかった (4.4% [2/45] vs. 3.2% [25/785], p=0.653)。POF の術前リスク因子について多変量解析を行った結果、間欠導尿の実施 (OR 12.19, 95%CI 3.65-40.74, p<0.001)、American Society of Anesthesiologists Physical Status $\geq$ 3 (OR 3.25, 95%CI 1.42-7.44, p=0.005)、多発病変 (OR 3.73, 95%CI 1.46-9.54, p=0.006)、腫瘍径 $\geq$ 2cm (OR 3.12, 95%CI 1.38-7.04, p=0.006) が POF のリスク因子として検出された。一方で、PUC 陽性は有意なリスク因子として検出されなかった。

【結論】PUC からの検出菌に対して有効な単回 AP を実施した場合、PUC 陽性は POF のリスクとならない可能性が示唆された。一方で、PUC 陽性率、AP 変更率、および POF の頻度はいずれも低率であり、TURBT における PUC の routine 実施の妥当性については検証が必要であると考えられた。

047-6 患者の衛生行動支援を組み込んだ周術期介入による SSI 低減効果の検討

独立行政法人労働者健康安全機構 富山労災病院

○高本 恭子 (たかもと きょうこ)、朴 在鎬、高橋慎太郎、佐々木一成、本川亜紗子、佐々木悦子

【背景・目的】当院では、「消化器外科 SSI 予防のための周術期管理ガイドライン」を参考に手順を策定し、バンドル対策を実施している。また、手指衛生については WHO「5つのタイミング」に基づき医療者が遵守しており、その実施率は高い。しかし、1 か月間に SSI (いずれも表層感染) が 3 件発生した。月 3 件の SSI 発生は稀であることから症例の振り返りを行った結果、患者自身の手指の保清不足している可能性が示唆された。高齢患者では、認知機能低下などにより衛生行動が自立して行えない場合が多く、不十分な手指衛生が創部への自己接触を介して SSI リスクを上昇させる可能性がある。また、耐性菌は検出部位以外の体表面からも検出され得ること、人が無意識に身体の高部位へ接触する行動特性を持つことから、患者手指の清潔保持は SSI 予防において重要である。このような背景から、患者の手指保清に焦点を当てた介入を追加し、SSI 発生率への影響を検討することを目的とした。

【活動内容】2025 年 3 月より、消化器外科手術症例を対象に以下の追加対策を導入した 1. 術前日または当日の皮膚清浄化の徹底 2. 術前看護外来での衛生的手洗い指導 3. 離床困難な患者への手浴実施 4. 離床後の 1 日 1 回の石鹸による手洗い実施 5. リハビリ終了後の手指消毒をリハビリ技師が支援する体制の構築である。これらを多職種と協働し、患者の衛生行動を包括的に支援する形で実施した。

【成果・考察】介入前 (2024/4-2025/3) は手術 119 件中 SSI 13 件 (10.9%) であったのに対し、介入後 (2025/4-12) は 129 件中 5 件 (3.88%) となり、Z 検定で p=0.0326 と有意差を認めた。JANIS 2024 SSI 還元情報との比較では、当院は年齢および手術時間が全国平均より高く、SSI リスクが高い集団である可能性が示された。今回の「患者の手の保清」に焦点を当てた介入は、感染伝播経路、高齢者の行動特性、術後早期回復プログラムの観点など多角的背景を踏まえた実践であり、SSI 低減に寄与したと考える。一方で、離床後の患者の自発的衛生行動には十分つながっておらず、患者教育の継続が課題である。また、症例数は十分とはいえず、継続的な取り組みが必要である。

047-5 心臓血管外科術後患者における創部管理の統一による看護師の意識向上を目指した取り組み

社会医療法人財団 池友会 福岡和白病院

○東 まみこ (ひがし まみこ)、加藤 力斗、遠座 杏美、崎田 大輔

【背景・目的】当 ICU では年間 200 例以上の心臓血管外科術後患者を受け入れており、術後創部管理は SSI (手術部位感染) 予防の観点から重要な看護実践の一つである。しかし、創部管理に関するマニュアルや明確な規定がなく、創部が汚染されたまま経過している事例が見られた。これまで処置の決定は医師・診療看護師主体で行われることが多く、看護師による創部管理は統一されていないという課題があった。看護師の問題点として「異常の判断基準が不明確」「どのタイミングで誰に報告するか分からない」などが挙げられた。そこで創部管理を統一し、看護師が根拠をもって創部の異常を判断・報告できる体制を構築することで、創部への意識向上を目的とした。

【活動内容】ICU 看護師 50 名を対象にアンケート調査、医師・診療看護師への聞き取り調査を実施した。その結果、創部観察内容や報告基準、処置のタイミングに関する共通認識が不十分であることが明らかとなった。そこで心臓血管外科医師・診療看護師監修のもと、発赤・創部の不整・浸出液・創部周囲 5cm 以内の発赤の 4 項目を評価項目とした当院オリジナルの創部評価表を作成し、紙媒体で運用を開始した。さらに記録の効率化と継続的評価を目的に電子カルテへ入力できるシステムを導入し、ICU 看護師を対象に勉強会を開催して評価方法と報告基準の共有を行った。

【成果・考察】介入により創部観察の統一化が図られ、創部記録の入力率向上を認めた。看護師からは「創部の経過が追やすい」「記録時間の短縮につながった」「根拠をもって医師・診療看護師へ報告できるようになった」との意見が得られた。また医師・診療看護師からも創部に関する相談や処置依頼・提案が増え、情報共有が円滑になったとの評価を得た。創部評価表の導入により看護師の観察意識の向上と行動変容がみられ、観察力向上と早期発見に寄与したと考える。今後は評価点を活用した報告基準や項目ごとのカットオフ値設定などスコアリングの精度向上を図り、継続的な教育介入を行い創部管理の質向上を目指す。

048-1 感染管理認定看護師が特定行為として陰圧閉鎖療法を術後創へ実施する意義～術後創に対し予防的陰圧閉鎖療法の実施 第 1 報～

茅ヶ崎市立病院

○蘭賀 都己 (らんが さとし)

【背景・目的】消化器外科手術は、術式により手術部位感染 (Surgical Site Infection: 以下 SSI) のリスクが高く感染予防と創傷治癒促進を両立した創傷管理が不可欠である。陰圧閉鎖療法 (Negative Pressure Wound Therapy: 以下 NPWT) は、感染予防と創傷治癒促進に有効とされている手段の一つである。A 病院では、2025 年 7 月より創傷管理関連の特定行為研修を修了した感染管理認定看護師 (Certified Nurse in Infection Control: 以下 CNIC) が、消化器外科医師と皮膚・排泄ケア認定看護師 (Wound Ostomy Continence Nurse: 以下 WOCN) と協働し NPWT の実践を開始した。CNIC が実践した NPWT の 6 か月間の活動と NPWT を担う意義を感染管理の視点で報告する。

【活動内容】対象は、消化器外科手術の術後創に対し NPWT を実施した 21 症例である。内訳は、人工肛門閉鎖創 17 症例、腹部正中創 4 症例である。NPWT の手順は、手術当日または術後 1 日目に創と創周囲を泡石けんで洗浄し NPWT のドレッシング剤を貼付後、機器を装着し陰圧閉鎖療法を開始した。原則 7 日間装着し、3 から 4 日後ドレッシング剤を 1 回交換した。CNIC が SSI 予防の観点からプロセスサーベイランスを行い、医師および WOCN や病棟看護師と連携しながら NPWT を管理した。

【成果・考察】21 症例すべてにおいて NPWT を安全に実施でき、全症例で術後創の浸出液は減少または消失し肉芽形成の促進を認めた。また、術後 30 日までの SSI の発生率は 0% である。NPWT を実施時に、CNIC が術後創を直接観察する事で感染管理の専門的な視点によるプロセスサーベイランスが可能となった。実際では、術後創とその周囲に消毒薬の残存や血液の付着を確認した。微生物の温床となるため、NPWT の標準的なケアである泡石けんで有機物を除去し SSI 予防を図った。CNIC が特定行為として NPWT を担うことは、創傷管理と感染対策を統合的に実践できる体制の構築に繋がり SSI 予防および創傷治癒促進の両立に寄与する可能性が示唆された。今後は、SSI 発生率や治療期間等の指標を用いた、NPWT の有効性の検証を行うとともに、プロセスサーベイランスの結果を対象部署や職種へフィードバックし SSI 対策の質改善へ繋げていく事が課題である。

048-2 感染管理室主導の多職種連携による SSI サーベイランス導入の取り組み—省力化システムの構築と実践—

市立函館病院¹⁾、(株) LSIメディエンス²⁾

〇梶 憲太郎 (かじ けんたろう)¹⁾、小濱 達也¹⁾、池町 香澄²⁾、埜畑 有子¹⁾、酒井 好幸¹⁾

【背景・目的】手術部位感染 (SSI) は入院期間の延長、再手術リスクの増大、死亡リスクの増大をもたらす、医療経済的にも大きな負担となる。継続的なサーベイランスとフィードバックにより SSI 発生率が低下するエビデンスがあり、WHO・CDC もその実施を強く推奨している。当院では 2007 年より消化器外科手術において JANIS 手術部位感染部門への登録 (以下 SSI サーベイランス) を医師中心で実施してきた。しかし、対象科拡張の必要性や医師の働き方改革等を背景に、感染管理室主導の多職種連携体制へ順次移行することとした。本報告では、手術患者のデータベース化とカルテ全文検索を活用した省力化に取り組んだ SSI サーベイランスの導入経験を報告する。

【活動内容】2025 年 10 月より心臓血管外科手術の SSI サーベイランスを試験的に開始し、2026 年 1 月に本格始動した。電子カルテおよびデータウェアハウス (DWH) から必要データを取り込んだ手術患者データベースを市販ソフトで構築し、報告用紙・患者リストを感染管理室が各部署 (医師・病棟・外来) へ定期配布する仕組みを整えた。SSI 発生時にはカルテ記事へ「SSI」と明記することを事前に決め、全文検索による患者抽出を可能とした。対象科医師 1 名・感染管理室医師 1 名を連絡役とし、不明点を確認し合いながら運営した。役割分担として、手術棟は術後に手術情報を感染管理室へ提供、病棟・外来看護師は感染徴候をカルテ記録し、感染管理室がデータ管理・SSI 判定・JANIS へのデータ送信を担当した。

【成果・考察】2025 年 10 月から 2026 年 1 月の 183 例の手術中、38 例がサーベイランス対象となった。感染管理室の業務負担は平均 1.5 時間/週程度であり、他部署との連携も円滑であった。データベース活用により必要情報の確認が効率化され、省力化を実現した。多職種が役割を分担することで、持続可能なサーベイランス体制を構築できたと考える。今後は消化器外科手術にも感染管理室主導のサーベイランスを拡大し、栄養状態等の患者データも追跡していく予定である。

048-4 *Mycobacteroides abscessus* complex による腹腔鏡下骨盤内臓全摘術後の手術部位感染症の一例

名古屋大学医学部附属病院 中央感染制御部¹⁾、名古屋大学 医学系研究科 臨床感染制御学²⁾

〇神田 宏平 (かんだ こうへい)^{1,2)}、奥村 俊彦¹⁾、岡 圭輔¹⁾、森岡 悠¹⁾、八木 哲也^{1,2)}

【背景】非結核性抗酸菌 (NTM) による手術部位感染 (SSI) は、主に迅速発育菌により引き起こされる。海外からは美容整形、心臓外科手術、眼科処置、デバイス挿入などに関連したアウトブレイクが報告されているが、本邦の詳細な疫学やリスク因子は不明である。今回、腹腔鏡下手術後の *Mycobacteroides abscessus* complex による SSI の 1 例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

【症例】81 歳、男性。直腸癌に対して腹腔鏡下骨盤内臓全摘術、左腹直筋皮弁充填を実施した。術後 4 日目に発熱があり、ピペラシリン・タゾバクタムが開始された。同日に採取された血液培養から *Pseudomonas aeruginosa*、*Klebsiella aerogenes* が検出、CT では両側尿管導管縫合不全が疑われ、同部位を侵入門戸とした菌血症と考えられた。上記抗菌薬治療のみで経過は良好で、術後 13 日目に後腹膜と皮弁部のドレーンが抜去された。抜去時に提出された皮弁部ドレーン排出のグラム染色で難染性の桿菌を認め、抗酸菌を疑い蛍光法、チール・ネルゼン染色を追加したところ多数の抗酸性のある菌体を認めた。液体培養法で 6 日目に菌が発育し、質量分析法により *M. abscessus* complex と同定された。ドレーン抜去後も全身状態は安定しており、再検した CT で悪化を示す変化がなかったため、同菌に対する抗菌薬治療は行わない方針とした。その後も全身状態の悪化はなかったが、褥瘡の処置およびリハビリテーション継続のため術後 35 日目に他院へ転院となった。

【考察】本症例では、*M. abscessus* complex は 2 本留置されていたドレーンのうち 1 本の排泄のみからの検出であり、CT ではドレーンの先端に液貯留を認めず、ドレーン抜去のみで経過良好であったため、患者の骨盤内臓器由来ではなくドレーンからの逆行性感染と考えられた。患者は病棟のシャワーを使用し、また創処置に水道由来の微温湯を使用していたが、院内で他に同様の感染事例はなく、感染経路は不明であった。NTM による SSI は本邦では稀であるが、水道水への曝露には十分注意し、またグラム染色で一般細菌を認めない SSI では本菌を含む NTM 症を鑑別に挙げ、抗酸菌検査の追加を考慮する必要がある。

048-3 拡大経蝶形骨洞手術後の髄膜炎リスクに関する研究—鼻洗浄、口腔ケア、吸引、便秘と髄膜炎との関連検討—

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院

〇栃尾 悟 (とちお さとる)

【背景・目的】下垂体腫瘍の手術には開頭手術、経蝶形骨洞手術、拡大経蝶形骨洞手術がある。拡大経蝶形骨洞手術は頭蓋底腫瘍の摘出が可能で脳神経合併症が少ない一方、細菌性髄膜炎が 7.3~16% に発生すると報告されている。細菌性髄膜炎は重篤な後遺症を残す可能性があり、術後予防が重要である。拡大経蝶形骨洞手術後の髄膜炎リスク要因としては、Body Mass Index (BMI) 高値や術後髄液漏が報告されているが、鼻洗浄、口腔ケア、吸引、便秘などの術後ケアや症状との関連は十分に検討されていない。本研究は拡大経蝶形骨洞手術後患者において、これらのケアや症状と髄膜炎との関連を明らかにすることを目的とした。

【方法】2012 年 1 月 1 日から 2020 年 5 月 31 日までに 1 医療施設で拡大経蝶形骨洞手術を受けた 353 例を対象に診療録調査を行った。患者属性、術前情報、術後経過、ケアや症状、髄膜炎診断項目など 105 項目を収集し、髄膜炎発症との関連について単変量解析および多変量解析を行った。

【結果】分析対象 300 例のうち術後髄膜炎は 27 例 (9.0%) に発症し、発症までの日数中央値は 10 日であった。多変量解析の結果、排便がある日の割合が 40% 未満である「便秘」は髄膜炎の有意なリスク因子であった (OR 3.152、95%CI1.258-7.903)。鼻洗浄、口腔ケア、吸引と髄膜炎との有意な関連は認めなかった。また、術前在院日数 (OR1.095、95%CI1.001-1.198) および腰椎ドレーン挿入 (OR6.071、95%CI2.012-18.318) もリスク因子であった。

【結論】拡大経蝶形骨洞手術後に排便を 2 日に 1 回以上確保するよう管理することで、術後髄膜炎リスクを低減できる可能性が示唆された。

048-5 心臓血管外科手術における SSI サーベイランスの現状と課題

社会医療法人財団 池友会 福岡和白病院

〇崎田 大輔 (さきた だいすけ)

【背景】手術部位感染 (SSI) は医療関連感染の中でも重要な合併症の一つであり、特に心臓血管外科手術では重篤化する可能性がある。そのため発生状況を把握しリスク因子を分析するサーベイランスは、感染対策を検討するうえで重要である。当院では 2017 年および 2023 年 4 月より SSI 対策の一環として心臓血管外科手術症例を対象に SSI サーベイランスを実施している。

【目的】当院における心臓血管外科手術後の SSI 発生状況を把握し、患者背景および手術関連因子を分析するとともに、標準化感染比 (SIR) を用いて全国データと比較し、感染対策上の課題を明らかにする。

【活動内容】2017 年 163 件・2023 年 194 件・2024 年 223 件のサーベイランスデータから、性別・緊急手術の有無・糖尿病・喫煙歴・肥満・術前入浴・術前剃毛の 7 項目で SSI 発生率の比較を行った。また、手術時間・創分類・ASA 分類から導かれた risk index を算出し、厚生労働省院内感染対策サーベイランス (JANIS) の全国集計データを基に SIR を、年度別および手術コード別に算出した。SSI の判定は心臓血管外科医師と感染管理認定看護師で行い、サーベイランスの結果は関係部署を対象に報告会を実施した。

【結果】サーベイランスの結果、どの年代においても 5~7 件の SSI が発生していることが明らかになった。SSI 症例では緊急手術の割合が高く、胸部大動脈手術 (TAA) および心臓手術 (CARD) に多く認められた。患者背景因子では糖尿病、肥満を有する症例が含まれていた。手術手技別の SIR では、3 年間のいずれも 1 を上回り、全国平均と比較して SSI 発生率が高い傾向を示した。

【考察】当院の心臓血管外科手術における SSI は、緊急手術や患者背景因子が影響している可能性が示唆された。また一部の手術手技では SIR が 1 を上回り、全国平均と比較して SSI 発生率が高いことが明らかとなった。SSI サーベイランスの実施により、自施設の SSI 発生状況を客観的に把握することが可能となった。SSI 予防には術前・術中・術後の各段階における継続的な感染対策が重要であり、今後もサーベイランスを継続するとともに、リスク因子に基づいた感染対策の強化および手術手技別の予防策の検討が必要であると考えられる。

048-6 A 診療科手術における術中感染対策実施状況の実態調査—B 大学病院における観察研究—

岡山大学病院 看護部¹⁾、岡山大学病院 感染症内科²⁾
○藤田 泰嗣 (ふじた やすし)¹⁾、木口 隆¹⁾、
萩谷 英大²⁾

【背景・目的】手術部位感染 (surgical site infection: SSI) は患者予後の悪化、入院期間の延長、医療費の増加など多方面に影響を及ぼし、国際的にも継続的な予防対策が求められている。SSI の発生には患者因子、手術手技、術中環境など多様な要因が関与する。本研究では B 大学病院 A 診療科における術中の SSI 予防対策のプロセスの実施状況を把握し、評価することを目的とした。

【方法】2025 年 7 月から 8 月に B 大学病院 A 診療科で手術を受けた全患者を対象とした観察研究とした。「手術医療の実践ガイドライン (改訂第 3 版)」等を基に、独自に作成した SSI 予防プロセスチェック表を用いて手術室看護師が術中感染対策の実施状況を確認した。観察項目は、予防的抗菌薬投与、手術部位消毒、個人防護具の着用、手術室環境管理、術者の手の状態、手袋交換、創部洗浄、術中体温管理など 30 項目とした。

【結果】観察対象となった 40 症例における感染対策全体の実施率は 79.4% であった。予防的抗菌薬の種類選択ではセフェム系抗菌薬が 95% で使用されていた。皮膚切開の 1 時間前以内に抗菌薬の初回投与が実施されたのは 93% であった。消毒部位の乾燥確認後の皮膚切開は 90% で実施されていた。適切な血糖管理ができた (血糖値: 目標値 150 から 200mg/dL) は 83% で実施できていた。その他、手術室環境の整理や個人防護具の扱いはいずれも 90 から 100% であった。一方、術中の抗菌薬追加投与は 27%、術中体温管理 (36℃ 以上維持) は 44% であった。執刀医の術中手袋交換は 59%、閉創前の創部洗浄は 62%、創部洗浄後の手袋交換は 19% であった。

【結論】術中に投与する抗菌薬の種類や皮膚消毒方法、個人防護具の使用法やその他手術室の設備管理など、基本的な SSI 予防対策における対策の約 8 割は実施されていたことが確認できた。その一方で、A 診療科の特性上、ガイドライン通りの対策を実施することが困難な項目も認められた。また、A 診療科の患者群では従来の Risk Index のみでは捉えきれない SSI リスク要因の存在も示唆された。

049-2 ケアバンドル活用によるカテーテル関連尿路感染率改善の取り組み

昭和医科大学横浜市北部病院¹⁾、昭和医科大学横浜市北部病院 感染管理室²⁾、昭和医科大学横浜市北部病院 看護部³⁾
○福海夏津子 (ふくうみ なつこ)¹⁾、大岡 久美²⁾、
福岡 絵美³⁾

【背景・目的】当院の尿道留置カテーテル関連尿路感染 (以下 CAUTI) は、2024 年に 17 件 (感染率 0.89) であったが、2025 年 1~3 月は 7 件 (感染率 1.37) と増加傾向を示した。背景に CAUTI・ケアバンドルへの知識不足、適正使用・早期抜去のアセスメント不足、感染リンクナースへの支援不足があると考えられた。そこで CAUTI 予防策としてケアバンドルを導入し、CAUTI の改善に取り組んだ。

【活動内容】CAUTI ケアバンドルはサーベイランス対象部署である ICU、内科病棟で既に導入していたが、これに加えて全ての病棟を対象に追加した。ケアバンドルの内容は、カテーテル適正使用の有無、カテーテル管理、早期抜去に向けたアセスメントとした。2025 年 6 月に感染リンクスタッフ会議で CAUTI の発生状況を共有し、7 月より対象部署でケアバンドルによる予防策の徹底を開始した。ケアバンドルの実施状況を毎月評価し、ケア内容の振り返りをリンクナースと行った。介入開始 3 か月で特に遵守率の低かった早期抜去に向けたアセスメントの強化について、適正使用に当てはまらない症例に関しては、患者の苦痛症状に合わせた抜去時期の検討、管理方法の徹底を指導した。また、CAUTI 発生時には迅速な現場へのフィードバックを行い、管理方法や改善策について検討を行った。

【成果・考察】ケアバンドル導入後の CAUTI 件数は、2025 年 7 月~9 月 3 件、10 月~12 月 1 件で、感染率は 0.65 から 0.18 へ減少した。使用比は 7 月~9 月 0.08、10 月~12 月 0.10 であった。ケアバンドル遵守率は 90% 台で推移し、早期抜去に向けたアセスメントの遵守率は 82.6% から 92.5% へ上昇した。適正使用の可視化によりカテーテル早期抜去に向けた評価が促進された。使用比に変化はなかったが、日本環境感染学会のベンチマークの 10~25 パーセンタイル値であり、挿入期間は比較的短期間で管理されたと考えられる。ケアバンドルの活用により膀胱留置カテーテルの適正使用の統一化、早期抜去に向けた医師との協働やアセスメント力の向上、標準的な管理方法の定着が図られ、抜去困難例も管理方法の標準化を図ることで感染率低減につながり、ケアバンドルは CAUTI 感染率の低減に有効であったと考える。

049-1 多職種連携による尿道留置カテーテル関連尿路感染症低減への取り組み

昭和医科大学江東豊洲病院
○高久 美穂 (たかく みほ)

【背景・目的】尿道留置カテーテル関連尿路感染症 (以下 CAUTI) は、留置中の管理不備や留置期間の長期化により発生リスクが高まる医療関連感染である。当院では 2025 年 5 月以降、尿道留置カテーテル留置中の不適切な管理に起因すると考えられる CAUTI が複数発生した。特に移動・リハビリ時の尿バッグ位置管理不良 (膀胱より高く持ち上げる、床に接触している等) が確認され、日常的なケアの中で基本的管理が徹底されていない現状が明らかとなった。本活動では、CAUTI 発生要因を明確化し、留置中管理の改善および早期抜去の定着を目的として改善活動に取り組んだ。

【活動内容】2025 年 5 月の事例発生直後に感染リンクナースとともに発生状況の確認を行ったが、2025 年 7 月にも CAUTI の発生が継続した。そこで現場の管理状況を再確認した結果、尿バッグが床に接触していても対策が取られていない、移動時に尿バッグを持ち上げてはいけないことを認識していない等、留置中管理に関する知識・技術不足が明らかとなった。これを受け、感染リンク会にて医師・看護師・コメディカルが多職種で事例共有を実施し、尿道留置カテーテル管理マニュアルの再確認および改定を行った。あわせて現場ラウンドおよび講習会配信を実施し、外来・コメディカル部門を含めたアンケートにより理解度と実践状況を評価した。

【成果・考察】改善活動後、移動・リハビリ時に尿バッグが適正な位置で管理され、床接触防止を目的とした工夫が現場で確認されるなど、留置中の管理意識向上が認められた。一方で、2025 年 11~12 月には長期留置症例における CAUTI の発生があり、留置期間の長期化が依然として重要な感染リスクであることが再確認された。留置中管理の改善に加え、留置の必要性評価と早期抜去に向けた多職種による継続的なアセスメント体制の構築が今後の課題である。

049-3 A 病棟における医療関連感染カテーテル関連尿路感染サーベイランスの取り組み

徳島健康生活協同組合 徳島健生病院
○岸本 愛 (きしもと めぐみ)、野上由起子

【背景・目的】当院は、他院から尿道留置カテーテルを留置したまま転院されてこられる症例や、入院中に漫然と留置が継続される症例も多い状況にあった。一部病棟において CAUTI サーベイランスを実施しているが、病棟間での情報共有や定期的なフィードバックが十分でなかった。そこで A 病棟を対象に CAUTI サーベイランスを実施し、尿道留置カテーテルの使用状況および尿路感染症の発生状況を把握し、感染対策の評価と改善に取り組んだ。

【活動内容】対象は、A 病棟に入院中で尿道留置カテーテル (以下カテーテル) を挿入・留置している患者とし、2025 年 5 月 1 日から 2026 年 1 月 31 日まで実施した。サーベイランス開始にあたり、A 病棟のスタッフに CAUTI サーベイランスの説明及びカテーテル管理状況を写真を用い学習会を開催した。当院は感染管理システムを導入しているためシステム上でデータを収集した。また、病棟ラウンドを実施し、カテーテル挿入中の患者状態および管理状況を確認した。月別の感染率および使用比を算出し、日本環境感染学会医療関連感染サーベイランス (以下 JHAIS) が定める判定基準に基づき評価を行った。実施期間中、2 回 (8 月、2 月) のフィードバックとカテーテル管理に関する学習会を開催した。

【成果・考察】感染率は、5 月は 0 であったが 6~9 月にかけて上昇し 9 月には 15.5 を示した。その後、10・11 月は 0、12 月は 4、1 月は 10.3。JHAIS (1.1) と比較し月ごとの変動はみられたが、10 月以降は低下がみられた。器具使用比は、JHAIS (0.16) を下回って推移し、12 月は 0.164 と一時的な上昇がみられたが、1 月は 0.077 と再び低下した。フィードバックや勉強会により、バッグの床付の消失やクリップの活用が定着した。一方、器具使用比は JHAIS を概ね下回って推移したが、感染率は高値を示す月もあり、今回の行動変容以外の日常的なカテーテル管理が感染発生に影響した可能性があると考えられる。長期留置が必要な患者では尿路感染症の発生がみられ、尿閉などの理由から抜去が困難な症例も存在した。A 病棟では、抜去が困難な患者を一定数含む特性があることから、抜去の可否にかかわらず、日常的なカテーテル管理の徹底が重要である。

049-4 ICT 版【無災害記録】を活用した称賛型プロセスサーベイランスの実践—ポジティブフィードバックによる CAUTI 低減活動—

埼玉県済生会加須病院

○小美野 勝（こみの まさる）

【背景・目的】当院では、2013 年 7 月よりデバイスサーベイランスを開始し、CAUTI 発生率は 0.3～0.9 件/1,000device-days で推移していた。COVID-19 流行および病院移転により約 4 年間の中断を経てサーベイランスを再開したところ、2024 年度は 2.7 件/1,000device-days に増加していた。要因として、移転や三次救急開始による患者背景の変化や、スタッフ教育の停滞が考えられた。CAUTI 対策を再構築するため、称賛型プロセスサーベイランスを導入した実践活動について報告する。

【活動内容】2024 年度の CAUTI 発生率を踏まえて、以下の活動を展開した。

- ・2025 年 6 月～CAUTI 発生部署への事例共有
- ・2025 年 8 月～CAUTI ラウンド開始（各病棟 1 回/2 週）

留置適応の相談・ラウンド結果のフィードバック

- ・2025 年 9 月 看護師対象部署勉強会（各部署 2 回）

排尿自立支援チームとの連携開始

- ・2025 年 11 月～CAUTI ラウンドに救急センター（ER）を追加・挿入前陰部洗浄啓発

- ・2026 年 1 月～ER ラウンドを ICN 勤務日毎に増加し、スタッフへの声かけを実施

ER に対して【無災害記録】を用いたポジティブフィードバックを開始

- ・2026 年 2 月～【無災害記録】の全病棟展開

【成果・考察】CAUTI 発生率は、移転前 0.3～0.9 件/1,000device-days。対策導入前（2024 年 4 月～2025 年 7 月）2.8 件/1,000device-days。対策後（2025 年 8 月～2026 年 1 月）2.1 件/1,000device-days であった。称賛型プロセスサーベイランスにより、感染事例発生に着目したネガティブな評価から、無災害（感染）期間の継続を称賛するポジティブな視点へと現場の意識が変化し、プロセス遵守の継続が CAUTI 低減につながった可能性が示唆された。称賛を軸としたフィードバックは、臨床現場の心理的負担を軽減し、感染対策を「守られるもの」から「達成を共有する取り組み」へ転換する効果があったと考えられる。

※無災害記録：工事現場など、一定期間において、業務上の死亡や休業災害が一度も発生しなかった状態のこと。記録を達成した事業場に対し、厚生労働省が記録証を授与し、安全への取り組みを称える制度がある。

049-6 一般病棟における尿道カテーテル関連尿路感染サーベイランスの導入に向けて

桐生厚生総合病院 ICT

○須永 泰明（すなが やすあき）、山田あゆり、小野 昭浩

【背景・目的】現在、当院では尿道カテーテル関連尿路感染（以下、CAUTI とする。）サーベイランスを実施していない。今回、一般病棟で CAUTI サーベイランスを導入するにあたり、感染率や器具使用比を算出するために必要なデータを収集する仕組みを整備したので報告する。

【活動内容】全病棟を対象に実施することはデータ収集が困難と考え、年間の尿道カテーテルの使用量を基に 1 病棟を選択した。2023 年 7 月から外科、整形外科の混合病棟でデータ収集を開始した。サーベイランスシートは、延べカテーテル使用日数を算出するもの、患者の詳細を記入するものの 2 種類を作成し使用した。感染管理システムは導入されていないため、週に 1 回の頻度で新規入院患者のカルテを開き、カテーテルが挿入されているかを確認した。カテーテル挿入者を正確に把握するため、対象病棟の看護師に対して事前にサーベイランス計画について説明し協力を得た。具体的には延べカテーテル使用日数を算出するサーベイランスシートに、新規や再挿入を問わず入院中にカテーテルを挿入した患者の氏名、挿入している期間の記入を依頼した。記入された内容は、月に 2～3 回ほど病棟を訪問し確認した。判定基準は JHAIS のものを使用した。感染率や器具使用比の推移などの集計結果について、3 ヶ月ごとに対象病棟へ報告を行った。

【成果・考察】対象病棟の看護師の協力を得てデータを収集する仕組みを整備し、感染率や器具使用比を算出することができた。2023 年 7 月から 2025 年 12 月までのデータでは、感染率が 3.58、器具使用比が 0.27 となり、当院のベースラインが明らかになった。これまでデータを収集することに焦点を当てていたため、現時点では改善活動までに至っていない。現在、カテーテル管理が適切に行えているかについて、チェックリストを用いた監査を試験的に開始している。そこから明らかになった問題点を病棟の看護師と共有し、現場で取り組める解決策を検討し、感染率と器具使用比の改善につなげていく。

049-5 陰部保清ケアの標準化を目的とした清拭用ワイプ導入と CAUTI 発生率の検討

宗教法人在日本南プレスビテリアンミッション淀川キリスト教病院

○浅野志津香（あさの しずか）、矢田 真理、永谷 啓晃、瀬戸 崇光、今崎 美香

【背景・目的】陰部保清ケアは尿道留置カテーテル管理および皮膚清潔保持において重要である。当院では従来、陰部洗浄ボトルと不織布、石鹸を用いた陰部洗浄を実施していた。2024 年度に *Clostridioides difficile infection*（以下、CDI）による同室患者への水平伝播が疑われた事例を契機に、物品共用や手技の個人差が感染リスクとなり得ることに再着目した。そこで、陰部保清ケアの標準化による感染予防を目的に個包装の陰部清拭用ワイプ（以下、ワイプ）を導入し、尿道カテーテル関連尿路感染（Catheter-associated urinary tract infection：以下、CAUTI）の発生率を指標として検討した。なお、CAUTI の発生率は JHAIS の定義に基づいて判定した。【活動内容】2025 年 6 月 26 日より、陰部保清ケア方法を従来の陰部洗浄からワイプへ変更した。導入に際しては、清拭手順の統一および使用方法・適用に関する職員教育を実施し、さらに病棟責任者および看護部感染防止委員会を通じて看護師・看護補助者へ周知した。対象は NICU を除く小児部門および手術部門を含む皮膚疾患のない患者とした。CAUTI の発生率は「感染件数/尿道留置カテーテル延べ器具日数×1,000」として算出し、導入前（2025 年 3 月～2025 年 6 月）と導入後（2025 年 7 月～10 月）の月別推移を比較した。

【成果・考察】導入前 4 ヶ月間の CAUTI の発生率は 0～2.5/1,000 device-days で推移し、平均 1.4/1,000 device-days であった。導入後は 7 月 1.4、8 月 1.5、9 月 1.1、10 月 1.0/1,000 device-days と推移し、平均は 1.3/1,000 device-days であった。導入初期には CAUTI の発生率に変動がみられたものの、増加傾向は認められなかった。また、ワイプの導入により物品共用の機会が減少し、手技の統一が図られたことで陰部保清ケアの標準化が進んだと考えられた。これらの取り組みにより、陰部保清ケアの標準化が感染予防に寄与する可能性が示唆された。一方、本検討は単施設かつ観察期間が限定的である。そのため、今後も継続的な評価を行い、適切なワイプ使用の定着とともに感染予防の質向上につなげていくことが求められる。

050-1 感染管理認定看護師不在施設におけるカテーテル関連尿路感染症サーベイランス導入と組織横断的介入の取り組み

イムス太田中央総合病院 感染制御チーム

○新井 美穂（あらい みほ）、服部菜々子、白井 知秋、宮本 正秀

【背景・目的】当院は、急性期から慢性期までを担う二次救急医療機関であるが、感染管理認定看護師（以下、CNIC）が不在であったため、感染対策の組織的介入が十分ではなかった。特に尿道留置カテーテル（以下、カテーテル）の不適切な使用および管理が課題であった。そこで、カテーテル関連尿路感染症（以下、CAUTI）サーベイランスを導入し、感染率およびカテーテル使用比を把握するとともに、現場における感染対策の実施状況を調査し、課題を明確化することを目的とした。

【活動内容】活動期間は、2025 年 4 月～2026 年 1 月とし、カテーテル使用頻度の高い慢性期病棟を対象とした。介入内容は、1. 現場でのカテーテル管理状況の直接観察、2. カテーテル留置適応の評価と適正使用の推進、3. 尿培養検査提出状況の把握、4. CAUTI 感染率およびカテーテル使用比の算出し、実態評価を行った。

【成果・考察】CNIC を中心とした組織横断的介入により、カテーテル管理の実態が明確となった。留置症例 40 例中 67.5% が不適切使用であり、月間入院患者数の 52.7% にカテーテルの留置を認めた。1 患者当たりの延べ留置日数は平均 433.1 日、月間留置日数は平均 27.5 日であった。直接観察では、挿入・管理・抜去手技および尿廃棄方法の理解・実践不足が確認された。CAUTI を疑う症例は 29 例あったが、尿培養提出率は 10.3% と低値であった。また、当院の検査システムでは細菌数 10⁶CFU/mL の確認が困難であった。CAUTI 感染率およびカテーテル使用比はいずれも日本環境感染学会 JHAIS サーベイランスデータと比較して高値であった。以上より、カテーテルに関する理解および実践が不十分であり、カテーテルの適正使用および CAUTI 予防教育の不足が示唆された。また、発熱時の原因精査として尿培養が十分に実施されていない現状も明らかとなった。CNIC による組織横断的介入は、スタッフの理解度および実践状況の可視化を可能とし、自施設の課題を明確化するうえで有用であり、PDCA サイクルを推進する基盤整備に繋がったと考える。本介入は短期間であったため、今後は院内全部署を対象に継続的なサーベイランスを実施し、介入効果の検証と質改善活動の定着を図りたい。

050-2 CAUTI 予防におけるナッジ理論活用の効果

地方独立行政法人 秋田県立病院機構 秋田県立循環器・脳脊髄センター

○阿部亜矢子（あべ あやこ）、齊藤 伸、古谷 伸春、高橋 和孝

【背景・目的】カテーテル関連尿路感染（以下 CAUTI）予防は医療関連感染の主要な課題である。当院では 2025 年 4 月よりナッジ理論を活用した感染対策を導入した。尿道留置カテーテル（以下カテーテル）管理に対する直接的な指導は行わず、カテーテルラウンドによる客観的監査結果を可視化しフィードバックする情報提示を行った。本研究ではその介入下における CAUTI 発生率の推移を評価することを目的とした。

【活動内容】2023 年から 2025 年の 4 月～12 月に当院に入院し、カテーテルを挿入した患者を対象に延べ入院患者数、延べカテーテル日数、CAUTI 発生件数を、後ろ向きに介入前後比較を行った。介入前を 2023 年から 2024 年、介入後を 2025 年とした。介入として、独自に作成したカテーテルラウンド表によるラウンド（以下ラウンド）を実施し、カテーテル管理（以下管理）状況、カテーテルの必要性の評価、早期抜去のためのカンファレンスの実施状況等を確認した。ラウンド結果と CAUTI 発生状況は、定期的にフィードバックした。なお、管理に関して直接的な指導は行わず、カテーテルの適応や管理状況の可視化、部署別の管理状況および CAUTI 発生状況を書面ならびに口頭による報告など、ナッジ理論に基づく情報提示を中心とした。

【成果・考察】介入前の延べカテーテル日数 5297 日、CAUTI22 件に対し、介入後は 3618 日、11 件であった。感染率は、1000 カテーテル日数あたりそれぞれ 4.15、3.04 であった。感染率は 27% 低下したが有意差は認めなかった（ $p>0.05$ ）直接的な指導を行わず、データのフィードバックを中心としたナッジ理論にもとづく介入により、CAUTI 発生率は減少傾向を示した。本介入では、部署別の管理状況や CAUTI 発生状況を可視化し共有することで社会規範の提示を行った。また、管理に関して直接的な指導は行わず、選択の自由を維持し意思決定できる環境として情報提示を行ったことで自発的な行動変容に繋がったと考える。症例数が限られ、統計学的有意差には至らなかったが今後も症例数を蓄積し継続的に評価する必要がある。

050-4 脳梗塞患者の尿道留置カテーテル使用に関する現状調査

山口県立総合医療センター

○中野 正樹（なかの まさき）、大村 佳那、藤本 晃治、薫 陽子、山田 恭子

【背景・目的】尿道留置カテーテル（urinary catheter：UC）は全身管理や尿量測定のため使用されるが、カテーテル関連尿路感染症（CAUTI）のリスクを伴う。当院脳卒中病棟における UC 使用状況の詳細な検討はこれまで行われていなかった。本研究では脳梗塞患者における UC 使用の現状を明らかにすることを目的とした。

【方法】後方視的観察研究とした。対象は 2024 年 4 月 1 日から 2025 年 3 月 31 日に脳梗塞で脳卒中病棟へ入院した患者とした。診療録より年齢、性別、入院期間、UC 使用の有無、挿入期間、再挿入・導尿の有無、皮膚トラブルの有無、退院転帰、入退院時 modified Rankin Scale (mRS)、Functional Independence Measure (FIM) 運動・認知項目、日常生活機能評価を収集し、UC あり群と UC なし群で比較した。統計解析は t 検定を用いた。

【結果】対象は 201 名で、UC あり群 76 名、UC なし群 125 名であった。入院時 mRS は UC あり群 4.1 ± 1.5 、UC なし群 3.5 ± 1.4 であり有意差を認めなかった（ $p=0.50$ ）。退院時 mRS は UC あり群 3.6 ± 1.6 、UC なし群 2.5 ± 1.3 であり UC あり群で高値であった（ $p<0.001$ ）。FIM 運動は UC あり群 29.2 ± 19.7 、UC なし群 46.1 ± 22.8 、FIM 認知は UC あり群 16.9 ± 9.9 、UC なし群 22.7 ± 9.7 であり、いずれも UC あり群で低値であった（いずれも $p<0.001$ ）。日常生活機能評価は UC あり群 10.7 ± 5.1 、UC なし群 6.3 ± 4.4 であり UC あり群で高値であった（ $p<0.001$ ）。入院期間は UC あり群 24.5 ± 13.4 日、UC なし群 16.0 ± 8.9 日であり UC あり群で長かった（ $p<0.001$ ）。UC あり群 76 名のうち 46 名が抜去に至り、再挿入 6 名、導尿 7 名であった。また CAUTI9 例、UC 非留置患者における尿路感染症 6 例を認めた。

【結論】本研究により、当院脳梗塞患者における UC 使用状況および抜去後経過の現状が明らかとなった。今後は本結果を基礎資料として、UC 適正使用の評価および管理体制の検討を行う必要がある。

050-3 看護係長を核とした分散実践体制による CAUTI 対策の組織的取り組み

日本赤十字社 京都第一赤十字病院 看護部

○松村 架成（まつむら かなり）、弓場 達也

【背景・目的】当院では尿道留置カテーテル使用比は感染対策向上加算 1 施設（以下、加算 1 施設）平均より低値で推移している。一方、カテーテル関連尿路感染（以下、CAUTI）の発生率は年次的に上昇し、2024 年は同平均を上回った。従来、CAUTI 対策の教育・実践は各部署の裁量に委ねられていた。今年度は当院の看護係長（師長を補佐する副師長相当職）の約半数を部署の教育担当とし、うち 6 名を企画・評価を担うコアメンバーとする分散型体制を構築した。本活動は看護係長を CAUTI 感染制御の実践リーダーとして活用し、基盤強化を図ることを目的とした。

【活動内容】6 名のコアメンバーが現状分析を行い、尿道留置カテーテルの維持管理における手技の不備と抜去判断過程を課題として抽出した。電子カルテで用いる留置基準テンプレート活用状況調査、直接観察評価の設計、実践場面の写真を用いた OJT 資料作成、全看護師対象アンケート作成・集計、尿道留置カテーテル管理手技に関するレター発行を実施した。初回は看護係長が全病棟を分担してラウンドし、管理状況を直接観察した。翌月以降は各部署で看護師数名を抽出して観察を継続するとともに、看護係長が部署内 OJT を実施した。

【成果・考察】直接観察により尿道留置カテーテルの固定手技は改善したが、尿湿漏時の対応など判断を要する場面ではばらつきがみられた。アンケートからは、直接観察では把握困難な判断基準の差が可視化された。2025 年の CAUTI 発生率は前年より減少したが、依然として加算 1 施設平均を上回った。本活動では企画・評価をコアメンバー、教育と継続観察を看護係長と看護師が担い、動画視聴中心の学習から、実践状況を確認しながら是正する仕組みを組織内に組み込んだ。感染対策はリンクナースを通じて展開されることが多いが、知識や経験、部署内影響力は個人差に依存しやすい。一定の実践能力と組織内影響力を有する中間管理職を担い手としたことで、実装力と継続性を担保し得た。感染管理専従者のみでは全病棟への均質介入に限界があるが、担い手を中間管理職へ拡張することで、専従者が限られる施設でも組織的に展開可能な体制となり得る。

050-5 小児集中治療室における CAUTI サーベイランス

東京都立小児総合医療センター 看護部

○山中 歩（やまなか あゆみ）、中村 敬子

【背景・目的】A 病院 PICU におけるカテーテル関連尿路感染症（CAUTI）は、ベンチマークと比較すると器具使用比に差はないが感染率が高いことから、CAUTI 発生率と尿路カテーテルの管理状況を把握し、今後の感染予防を目的にサーベイランスを実施した。

【活動内容】2025 年 5 月～同年 9 月の PICU 入室患者のうち尿路カテーテルを留置している全ての患者を対象とした。電子カルテから入退院日、疾患名、カテーテル留置日数、症状、PICU 入室患者数を情報収集し、CAUTI 感染率と医療器具使用比を算出した。

【成果・考察】延べ入院患者数：2367 名、延べカテーテル留置期間 1197 日、感染発生件数 2 件、感染発生率 $1.67/1000\text{device-days}$ であり、ベンチマークデータと比較すると感染率は $50\sim75\%$ タイル値、器具使用比は $25\sim50\%$ タイル値の位置にあった。また、CAUTI 疑いの症例が 15 件、うち 8 件は臨床的治療を行っていた。A 病院では、医療用麻薬による尿閉予防のため、挿管中は尿路カテーテルを留置している。今回 CAUTI に感染した 2 名は、気道感染に伴う呼吸不全と術後の管理により尿路カテーテルの留置期間が長期化していた。しかし、尿路カテーテルの厳密な抜去基準はなく個々の判断に委ねられているため、基準に沿ってアセスメントし適切な時期に抜去することが求められる。今回、疑い症例が 15 件と多かったが、感染除外理由としては、CAUTI が疑われる際に尿培養検査がされていないこと、尿培養検査はされているがサーベイランスの基準に満たないこと、尿培養検査の結果が陽性であるが発熱等の症状がみられないなどがあった。また、日常管理として感染兆候の観察が不十分であることがわかった。小児では年齢や鎮静剤の投与等により意思疎通が難しく体温を感染の指標とすることが多いが、看護師が体温上昇しないようクーリング等で適宜体温調整を行っており発熱に気づきにくい。体温の変化だけでなく感染兆候の観察を確実に行えるよう教育していく必要がある。今後、尿路カテーテルの適切な管理や尿培養検査の採取基準についての教育及び抜去基準を定めることで医師への報告や検査に繋げ、尿路カテーテルの留置期間及び CAUTI 発生率の軽減に繋げていく。

050-6 脳神経内科病棟における CAUTI 発生低減に向けた多角的介入

東京慈恵会医科大学西部医療センター 感染制御室¹⁾、東京慈恵会医科大学附属病院 感染対策部²⁾

○齊藤 麻里(さいとう まり)¹⁾、美島 路恵²⁾、松澤真由子²⁾

【背景・目的】自施設では、2023 年より脳神経内科病棟におけるカテーテル関連尿路感染 (Catheter-associated Urinary Tract Infection: CAUTI) サーベイランスを実施している。2023 年 1 月から 9 月の CAUTI 発生率は 4.34/1000device-days (カテーテル使用比 0.13) であり、挿入理由の不明確さや抜去アセスメントの不足が課題であった。脳血管疾患急性期患者における CAUTI 対策の困難さを踏まえ、多角的な介入を実施した。その予防効果と課題を報告する。

【活動内容】2023 年 10 月より、脳神経内科病棟において多角的な CAUTI 予防介入を段階的に実施した。まず、全看護師を対象とした勉強会と発生事例のデブリーフィングを行い、ケアバンドル遵守を強化した。2024 年度にはロジックツリーを用いて発生原因を分析。病棟カンファレンスへ参画し、感染症が個別患者に与える影響を再認識させることで、ケアおよび抜去アセスメントの視点を支援した。さらに、リハビリスタッフとの合同勉強会を通じてリハビリ中の尿逆流防止策を策定。2025 年度には、リハビリ前の尿廃棄をルーチン化するため、多職種間での相互声掛けによる運用を徹底した。

【成果・考察】2023 年 10 月から 2025 年 9 月の CAUTI 発生率は 2.48/1000 device-days (カテーテル使用比 0.15) となり、介入前と比較して減少した。脳神経内科病棟における CAUTI 低減には、多角的かつ継続的な介入が必要と考える。一方、CAUTI 発生 11 件中、挿入適応外が 3 件認められた。また、尿閉により尿道留置カテーテルが再挿入された患者は、全例排尿ケアチームへ依頼されていたが、抜去困難と判断された場合、転院や退院まで留置が継続される傾向があった。今後は、リハビリスタッフと病棟看護職との更なる連携強化に加え、抜去困難症例への退院後の生活を見据えたアセスメント力の向上が課題である。

050-7 カテーテル関連尿路感染の低減を目的とした取り組み (第二報) —師長会を活用したデバイス留置の可視化による組織的管理の推進—

長野医療生活協同組合 長野中央病院

○宮川 佳也(みやがわ よしや)

【背景・目的】当院のカテーテル関連尿路感染 (以下 CAUTI) の感染率は 3.60 であり感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) の 1.89 を大幅に上回っていた。チェックリストのデジタル化による管理体制の強化と長期留置患者のラウンドを通じたスタッフとの連携強化を実施し、感染率は 1.61 まで改善したが 2024 年 10 月から 2025 年 4 月の感染率は 3.11 と再度上昇した。特に長期留置患者における感染の増加や、ラウンド人数が増加したため、管理者に確認したところ病棟全体のデバイス留置状況を把握できていない状況であった。個人だけでなく組織全体で適切な管理を推進し、CAUTI の低減を認めたため報告する。

【活動内容】以下を 2025 年 5 月から開始した。1. 留置人数の日報 従来、使用比や感染率は月次報告であり、介入までにタイムラグが発生していた。管理者がデバイス留置状況を速やかに把握できる体制を構築するため、各病棟の尿道留置カテーテル、中心静脈カテーテル (以下 CVC)、末梢留置型中心静脈カテーテル (以下 PICC) の留置人数を日報とした。日報報告書は 10 分で作成可能であった。2. 毎日の師長会での共有 毎朝の師長会で各病棟のデバイス留置人数を共有し、留置人数が増加している部署の管理者に対し、早期抜去と適切な管理を促した。またチェックリストの不備も師長、主任を通じてフィードバックし、組織的な改善を図った。

【成果・考察】日報を導入した結果、各部署の留置人数や推移を速やかに分析し、管理者に共有することが可能となった。介入前 (2024 年 10 月から 2025 年 4 月) と介入後 (2025 年 5 月から 2026 年 2 月) の感染率は 3.11 から 1.73、使用比は 0.16 から 0.14 と有意に減少した。また CVC や PICC の使用比も 0.10 から 0.07 と有意に減少した。(いずれもカイ二乗検定、 $P < 0.05$) これらの結果から師長会での共有を毎日行ったことで師長の意識変化を促し、組織全体での管理に変化した可能性がある。以上より、日報による介入までのタイムラグ解消と、毎日の師長会での共有による組織管理の促進は CAUTI を低減させる上で有効な手段であることが示唆された。

051-1 大規模 NICU における MRSA アウトブレイクに対する感染制御チーム内対応のバンドル化による取り組み

鹿児島市立病院 感染制御部¹⁾、鹿児島市立病院 小児科²⁾、鹿児島市立病院 内科³⁾

○楠生 亮(くすばえ りょう)¹⁾、永尾 香織¹⁾、兄玉 祐一^{1,2)}、浜田 憲子¹⁾、久保 直美¹⁾、池田 賢一^{1,3)}

【背景・目的】病床数 36 床の大規模 NICU 内で *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA) のアウトブレイクに対して、週 1 回の定期的監視培養と病棟全体で接触感染対策を実施したが新規検出者数は減少せず、2023 年 10 月には 18 人に至った。職員と患者の MRSA スクリーニングと鼻腔内除菌を行ったが効果は一時的であった。対策の強化でも収束せず現場の諦念や負担感が増加していたことから、ICT 内の対応を強化した。

【方法】1. スクリーニングと評価、2. 現場確認、3. 強化すべき対策の具体的な指示、4. 結果のフィードバックを ICT 内で強化する「バンドル」として整理した。対策に取り組む前の 2022 年 1 月から 2023 年 10 月を Group A、鼻腔内除菌など現場対策を強化した 2023 年 11 月から 2024 年 4 月を Group B、バンドル対応が安定した 2024 年 5 月から 2025 年 12 月を Group C とし、各期間内の MRSA と、他細菌の評価目的に *Methicillin-resistant coagulase-negative Staphylococci* (MR-CNS) の新規検出者数を検討した。3 群間の統計学的解析は、Kruskal-Wallis 検定、Steel-Dwass 法を用いて行った。

【結果】新規 MRSA 検出者数 (人) の中央値は Group A で 4 (1~18)、Group B で 5 (3~11)、Group C で 2 (0~7) であった。Kruskal-Wallis 検定で 3 群間に有意差を認め ($p = 0.003$)、Steel-Dwass 法による多重比較では Group A と Group B では有意差を認めなかったが ($p = 0.94$)、Group A と Group C、Group B と Group C ではいずれも有意差をもって Group C の検出者数が少なかった (それぞれ $p = 0.008$, 0.03)。新規 MR-CNS 検出者数 (人) の中央値は、Group A で 27 (18~39)、Group B で 28.5 (14~36)、Group C で 31.5 (26~44) であった。Kruskal-Wallis 検定で 3 群間に有意差は認めなかった ($p = 0.05$)。

【結論】大規模 NICU の MRSA アウトブレイクでは、現場のみの対策強化では限界があることが示唆された。ICT 内の対応を強化し、確実に行う項目を整理しバンドルとして行うことは、対象とした細菌のアウトブレイクを収束へと導く可能性がある。

051-2 NICU における ATP ふき取り検査を用いた環境清拭状況の可視化と MRSA 院内伝播抑制への試み

仙台赤十字病院 NICU¹⁾、仙台赤十字病院 感染管理室²⁾

○太田宮城子(おおた みきこ)¹⁾、那須 晃²⁾

【目的】2024 年 9 月から 10 月にかけて、当院 NICU 入院患者 11 名の監視培養より MRSA が検出され、環境や医療機器を介した院内伝播が疑われた。本研究の目的は、生物学的汚染度を ATP ふき取り検査により数値化して評価し、その結果を指標とした新たな清拭方法の導入が、環境整備の質向上及び MRSA の新規検出数減少に寄与するかを検討することである。

【方法】対象は NICU 内の環境表面 (調乳テーブル、冷蔵庫取手等) 及び医療機器 (搬送用保育器、生体情報モニター、超音波診断装置等) 計 25 点とした。キッコーマンバイオケミファ社製ルミテスター Smart[®]を用い、従来の清拭後 (可視化前) と、汚染度に応じた対策実施後 (清拭強化後) の ATP 値を比較した。清拭強化策として、超音波診断装置には高濃度第四級アンモニウム塩配合シートへの変更と清拭回数の増加を、特に汚染が顕著であった搬送用保育器には、臨床工学技士の指導下で分解洗浄・消毒を実施した。評価項目は ATP 値の変化及び MRSA 新規検出数とした。

【結果】全測定箇所において、清拭強化後の ATP 値は可視化前と比較して半減した。可視化前は、調乳テーブルや搬送用保育器のファン、SpO₂ ケーブル等の高頻度接触部位から、基準値 (500 RLU) の 3~5 倍となる 1,500~2,500 RLU を検出したが、清拭強化後は概ね 500 RLU 以下まで減少した。特に超音波診断装置では、清拭強化後の ATP 平均値が他部位と比較して有意に低値を示した ($p < 0.05$)。さらに MRSA 新規検出数は、可視化前の 1 月には 3 件認められたのに対し、清拭強化を開始した 2 月以降は 4 月まで各月 1 件に抑制されたことから、機器ごとの清拭手順の明確化と実施状況の可視化が、環境清浄度の均てん化に有効であった可能性が考えられた。

【結論】ATP 検査による数値的評価に基づき清拭方法を改善することは、環境整備の最適化に直結する。定期的な ATP 値の周知は、スタッフの継続的な清拭への意識付けに繋がり、MRSA 院内伝播発生を抑制する要因の一つになることが示唆された。今後も定期的な ATP 検査を実施していく。

051-3 NICUにおける *Klebsiella pneumoniae* アウトブレイクへの対応～病棟管理者による組織的変革アプローチ～

国立病院機構高崎総合医療センター NICU¹⁾、国立病院機構高崎総合医療センター 感染管理室²⁾

○中沢まゆみ (なかざわ まゆみ)¹⁾、笹澤 優花²⁾、小澤 薫子²⁾、中川 純一²⁾、五十嵐恒雄¹⁾、柿崎 暁²⁾

【背景・目的】新生児集中治療室 (NICU) において *Klebsiella pneumoniae* によるアウトブレイクが発生し、収束まで約4か月を要した。定期的スクリーニングにより入院後複数の新規検出例を認め、院内伝播が疑われた。地域保健所および Field Epidemiology Training Program (FETP) の介入のもと、環境培養と遺伝子解析を含む実地疫学調査を実施した。感染管理認定看護師かつ病棟副看護師長の立場から、困難な状況下での組織的感染対策の実践プロセスと成果を報告し、病棟管理者による組織的変革アプローチの有効性を検討する。

【活動内容】本対応は John P.Kotter の企業変革8段階プロセスを枠組みとして活用した。まず現状とリスクを全職種で共有し、危機意識の統一を図った。医師、看護師長、リーダーによる推進チームを編成し、意思決定および実行体制を明確化した。共通ビジョンを安全・安心な療養環境の提供とし、収束と再発防止を目標に掲げた。介入内容は、標準予防策の徹底、水回り使用方法の見直し、清潔・不潔区分および物品配置の整理などの環境整備、業務手順の標準化を段階的に実施した。接触予防策は追加せず、標準予防策の質的強化に特化したのが本対応の特徴である。改善事項は現場対応可能なものと組織的調整が必要なものに分類し、後者は病院管理部門と連携して設備・運用面の改善を図った。

【成果・考察】遺伝子解析により院内伝播が示唆されたが、侵入経路は特定できなかった。拡大要因として、標準予防策の不徹底、水回りを含む環境衛生上の問題、清潔・不潔区分が困難な物理的環境が挙げられた。職種間の情報共有と合意形成により感染対策への共通理解が醸成され、行動変容が促進された。働きやすさを重視した環境整備と、現場と病院組織をつなぐ調整機能強化が収束につながったと考える。侵入経路が特定できない状況においても、拡大要因に基づく行動と環境の構造的見直しは収束および再発防止に有効であった。また、感染管理の専門性を持つ病棟管理者が現場と組織の双方に関与できる立場が、困難な状況下における組織的感染対策の推進に寄与したと考える。

051-5 当院NICU・GCUにおける新規MRSA発生率低減に向けた取り組み

金沢医科大学病院 看護部¹⁾、金沢医科大学病院 感染制御室²⁾、金沢医科大学病院 薬剤部³⁾、金沢医科大学 臨床感染症学⁴⁾

○北川真理子 (きたがわ まりこ)¹⁾、中川 佳子²⁾、日向千恵子²⁾、多賀 允俊^{2,3)}、上田 順彦^{2,4)}、飯沼 由嗣^{2,4)}

【背景・目的】2024年8月～2025年6月、当院のNICU・GCUにおける新規MRSA感染者数は20例、発生率(1,000患者・日あたり)はNICU 9.84、GCU 3.85と高い状況が続いていた。同病棟では、小児科、小児心臓外科、小児外科の複数診療科が診療に関与し、侵襲的処置やデバイス使用による医療者の接触機会の多さがMRSA伝播の要因と考えられた。環境培養(60か所)からはMRSAは検出されなかったが、看護師の手指衛生直接観察の平均遵守率は70.2%であり、特に「環境に触れた後」が54.5%と低値であった。そこで、MRSA発生率の減少を目的に、手指衛生を中心とした包括的感染対策を実施したので報告する。

【活動内容】2025年7月より、NICU・GCU看護師28名を対象に毎月手指衛生直接観察を実施し、リンクナースを中心に結果の共有と改善策の検討を行った。オープンフロアの特性を踏まえ、環境接触後の手指衛生遵守向上を目的に、患者区画をテーブルで区切り、患者ゾーンを視覚的に明確化した。また、「指先の消毒不足」「擦り込み時間の不足」という課題に対し、適正量の使用と正しい擦り込み方法の習慣化を図るため、朝礼時に手指消毒手技の相互確認を導入した。さらに、ベッドサイドの整理整頓不足に対し、12月に環境整備の重要性および清潔・不潔が交差しない清掃手順に関する教育を実施した。

【成果・考察】本取り組みの成果として、2025年7月～2026年1月の新規MRSA発生率は、NICU 1.19、GCU 0へと著明に減少した。11月の手指衛生直接観察では、平均遵守率が93.6%、「環境に触れた後」の遵守率も81.2%まで向上した。患者ゾーンの明確化と手指消毒手技の反復確認により手指衛生の実施状況が改善し、MRSA伝播の防止に寄与したと考えられる。また、毎月のサーベイランスとフィードバックがスタッフの意識向上と行動変容につながった。今後は医師を含む多職種へ対象を拡大し、手指衛生遵守率のさらなる向上を目指して継続的な取り組みを行う予定である。

051-4 NICUにおけるMSSA監視培養を含めた *Staphylococcus aureus* サーベイランスの取り組み

浜松医科大学医学部附属病院 感染制御センター¹⁾、浜松医科大学医学部看護学科²⁾

○名倉 理教 (なぐら おさのり)¹⁾、塚本 彩花¹⁾、磯部 裕介¹⁾、森下由加里¹⁾、高岡 雅代¹⁾、鈴木 利史¹⁾、澤木ゆかり¹⁾、脇坂 浩^{1,2)}、古橋 一樹¹⁾

【背景・目的】新生児集中治療室 (NICU) / 新生児回復室 (GCU) における *Staphylococcus aureus* 伝播対策ではMRSA監視が重視される一方、MSSAは院内伝播や侵襲性感染症の原因となり得るにもかかわらず、感染対策の指標として十分活用されていない。当院NICUでは2013年よりMRSA・MSSAの週1回監視培養を継続しており、MSSA増加を契機に感染対策強化を行ったため、その意義を検討した。

【活動内容】2025年MSSA検出増加時にPOT法を実施したところ、1か月以内に検出された8株中6株で同一のPOT型を認め、院内伝播が疑われた。これを契機にNICU/GCUと感染制御センターで2025年6月から月1回の合同ミーティングを開催し、検出状況、ベッドマップ、手指衛生直接観察、アルコール手指消毒薬使用量を共有しながら対策を検討した。具体的には、採血・おむつ交換手順の標準化、ベストプラクティス作成、MSSA/MRSA表示方法の明確化、環境整備方法の統一、ゾーニングの見直し、新人・異動者教育の体制整備、放射線技師・臨床工学技士を含む多職種への介入を実施した。

【成果・考察】手指消毒薬使用量は一時改善したが、繁忙時には再低下し、直接観察でも手袋交換や患者エリア外物品への接触後の手指衛生不徹底が確認された。さらに同一のPOT型MSSAはその後も散発的に検出され、伝播リスクの持続が示唆された。MSSA監視は、MRSAのみでは捉えにくい *S. aureus* 伝播を可視化し、多職種による継続的な感染対策介入の契機となった。NICU/GCUにおいてMRSAに加えてMSSA増加にも着目することは、*S. aureus* 伝播の早期把握と感染対策の質改善に有用である可能性が示唆された。

051-6 成人混合病棟との往來を伴う新生児集中治療室におけるメチシリン耐性黄色ブドウ球菌サーベイランスの有用性

日本医科大学多摩永山病院

○松本 多絵 (まつもと たえ)、佐藤 志保、大山 桃花、黒田 香織、竹内千恵子、丸山 弘

【目的】新生児集中治療室 (NICU) ではメチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (*methicillin-resistant Staphylococcus aureus*) : MRSAは院内伝播および侵襲性感染の原因となるため、監視培養を含む感染対策が行われている。しかしその運用は施設構造や疫学状況により異なる。当院では新生児回復期治療室を有しておらず、NICU満床時には比較的安定した新生児を成人患者を含む混合病棟で管理し、NICUのベッドが空いた場合には再入室する運用となっている。本研究では、このようなNICUと成人混合病棟を往来する診療体制におけるMRSA監視培養の有用性を検討した。

【方法】2021年から2025年までに当院新生児集中治療室 (NICU) へ入室した新生児を対象とした後方視的観察研究とした。入室時および週1回の鼻腔培養によるメチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (*methicillin-resistant Staphylococcus aureus* : MRSA) 監視培養を実施し、菌検出時には同室者を中心とした接触者スクリーニングを行った。入室時陰性で入室後にMRSAが検出された症例を院内獲得例と定義し、MRSA検出までの日数および接触者スクリーニング結果を評価した。

【結果】対象期間中の総入室数は620例であった。入室時MRSA陽性は2例 (0.32%) であり、いずれも他院からの転院症例であった。入室時陰性例のうち入室後にMRSAが検出された院内獲得例は11例 (1.77%) であった。MRSA検出までの日数中央値は7日であった。MRSA検出時に実施した接触者スクリーニングは20例に行われ、そのうち6例 (30.0%) が直後の検査で陽性であった。一方、その後の監視培養で新たに陽性化した接触者は認めなかった。

【結論】成人患者を含む混合病棟との往來を伴う新生児診療体制においても、NICU入室時および週1回のMRSA監視培養と菌検出時の接触者スクリーニングは、MRSA院内伝播の把握および封じ込めに寄与する可能性が示唆された。

052-1 高機能再生覆布（リユース覆布）導入に伴う結腸・直腸手術部位感染への影響の検討

社会医療法人 恵佑会札幌病院
○伊藤 由佳（いとう ゆか）

【背景・目的】手術医学会「手術医療の実践ガイドライン改訂第三版」において、覆布は「耐水性に優れて手術野の清潔の保てる素材やガウンを使用する。単回使用または複数回使用のガウンや覆布をそれぞれの施設の事情に合わせて選択する」と記載されている。当院は2014年から使い捨て覆布を、2023年から感染性廃棄物の処理費用等のコストを見なおし高機能再生覆布（以下、再生覆布とする）を導入した。現在再生覆布を使用した供給方法とコスト削減に関する報告はあるが、手術部位感染についての報告が少ないことから、導入前後の手術部位感染（SSI）発生状況を検証した。

【方法】2012年からSSIサーベイランスを継続している結腸（COLO）、直腸（REC）の手術を対象に、使い捨て覆布使用期間（導入前）2022年1月～2022年12月（12ヶ月）と、再生覆布使用の移行時期ならびに、覆布と使い捨て覆布を併用し始めた2024年1月以降を除外した期間（導入後）2023年5月～2023年12月（8ヶ月）のSSI発生状況を比較した。データの解析には χ^2 検定またはフィッシャーの直接確率計算法を用いた。

【結果】手術件数は導入前COLO223件REC80件、導入後はCOLO163件REC60件。SSIはCOLO導入前17件・7.62%、導入後5件・3.07%（ $P>0.05$ ）と導入後のSSIは減少した。これは内視鏡使用手術におけるダビンチ件数が導入前41件から導入後79件へと有意に増加しており（ $P<0.05$ ）、この変化が結果に影響したと考えられるが、ダビンチ手術のSSIの発生件数には有意差が見られなかった。（ $p>0.05$ ）RECは導入前10件・12.5%、導入後8件・13.33%とやや増加したが有意差は見られなかった。（ $p>0.05$ ）導入後に発生したSSIの細菌培養検査において、表皮ブドウ球菌 *Staphylococcus epidermidis* 等の皮膚の常在菌は検出されなかった。

【結論】再生覆布の使用はSSI発生への影響はないと評価する。一方で、院内では、同一部位の摩擦や出血が多い長時間の手術において、ガウンの撥水機能の低下による血液体液曝露が数件報告されその都度対応をしているが、今後も注視が必要である。

052-2 自施設における小児患者の術前抗菌薬投与マニュアル作成の取り組み

大阪赤十字病院 麻酔科・集中治療部¹⁾、大阪赤十字病院 感染管理室²⁾

○辻井 俊二（つじい としつぐ）¹⁾、大井 通子²⁾、小谷 奈穂²⁾、吉野 秀紀²⁾

【背景・目的】術後感染予防のための術前抗菌薬投与が推奨されていることは広く知られており、当院においても手術室を利用するすべての診療科で実践が試みられている。しかし日頃から成人患者を多く扱い、小児患者を扱い慣れていない診療科においては抗菌薬の溶解方法が統一されておらず、執刀時に投与終了できていない状況が散見された。推奨に則った予防抗菌薬投与を遵守する目的で、小児の術前抗菌薬投与マニュアルを作成した。

【活動内容】当院の予定手術においては、手術室入室後に各診療科医師が溶解した抗菌薬を麻酔科医師が投与している。成人を主に扱う診療科では小児症例においても成人症例と同様の感覚で抗生剤が溶解され、静脈留置針のサイズによる投与速度の制限が考慮されていない点などが問題として挙げられた。入室から執刀までの制限された時間の中で目的量を投与終了できることを着眼として、溶解方法や投与方法を統一するためマニュアルを作成した。作成にあたっては複数診療科、多職種、感染対策チームで協議を重ね、各診療科に到達した。

【成果・考察】2025年2月からマニュアルに則った運用を開始した。介入前の1年間と介入後の1年間における6歳以下の小児症例で、予防抗菌薬が執刀時までに投与終了しているかを比較した。術前に投与される機会が多く、今回介入可能であったcefazolinとcefmetazoleにおいては、介入前は52件中40件でしか達成できていなかったが、介入後は31件全例で達成できた（ $p<0.05$ ）。すべての診療科で統一されたマニュアルを作成し、それに沿った運用を行うことで達成率の向上に寄与したと考える。また、各診療科医師、麻酔科医師、手術室看護師が共通の認識を持つことで投与量の誤認などのエラーを減らす効果も得られる。

052-3 感染性排泄物の処理を非接触型へ変更する取り組み～職員の感染予防・環境汚染防止～

公益財団法人 天理よろづ相談所病院
○宮崎 優生（みやざき ゆい）

【目的・背景】A病院手術室では経尿道的手術、経腔的内視鏡手術で発生する感染性排泄物を、術野の足元に設置したバケツで受け、術後に洗浄室まで運び汚水槽に流すという手順を踏んでいた。移動の際にこぼれるリスクがあり環境汚染・他の職員への曝露も危惧された。作業者は、バケツの内容を汚水槽に流す際に身体に近付けて作業しなければならぬことや、こぼれ跳ね返りを危惧していた。感染性排泄物を非接触的に処理する方法に変更し職員への曝露予防・環境汚染予防を行うことを目的として対策を行った。

【活動内容】手術中に発生した感染性排泄物を非接触的に処理できるよう、吸引装置を用いて感染性排泄物を回収することとした。まず手術ドレープ付属の排液管を吸引装置とつなぎ回収する。その後、回収した感染性排泄物は凝固して医療廃棄物として破棄したり、自動処理機能付きの電動吸引装置を使用したりする方法に変更した。3年間の実施期間後、A病院手術室で勤務する看護師39名、委託清掃業者職員11名の計50名を対象に2025年10月に対策実施後のアンケート調査を行った。調査の目的、方法、プライバシーの保護、調査への協力は自由意志に基づくものであり、対象者に不利益のないように配慮すること等について挙げ、質問紙の回収をもって同意とした。A病院看護部倫理委員会の承認を得た。

【成果・考察】対策は対象手術全例で実施をした。アンケート回答率は65%であった。65%の職員が、バケツでの感染性排泄物の処理を行ったことがあり、その全員が曝露・環境汚染リスクがあると答えた。また100%の職員が現在の方法に変更されてから曝露リスク・環境汚染リスクは軽減されていると答えた。アンケートの結果から、吸引器・電動吸引器を用いて感染性廃液を処理する方法により、職員は感染性排泄物の回収時から破棄までを非接触的に行うことができ、処理・運搬・処分時の密閉性が確保されたと感じることが出来た。感染性廃棄物を日常的に取り扱う中で、感染源となり得るものへの曝露の機会をなくすという取り組みは、環境汚染・職員の曝露・感染予防という観点において有効な対策であったと考える。

052-4 手術室における周術期抗菌薬投与量の適正化に向けた取り組み

社会医療法人生長会 ベルランド総合病院
○山川 真哉（やまかわ しんや）、山田加代子

【背景・目的】手術部位感染（SSI）予防において、適正投与量を遵守することは重要である。しかし当院では、体重80kg以上の患者において適正量が投与されていない症例が散見されていた。そこで、全手術症例を対象に抗菌薬投与量の適正化を目的とした取り組みを実施したので報告する。

【活動内容】対象は2024年4月～2025年10月の全手術症例とした。まず、導入前の周術期抗菌薬投与量を後方視的に調査した。ガイドラインは、「術後感染予防抗菌薬適正使用のための実践ガイドライン」を参考とした。次に、麻酔科医・外科医・看護師・薬剤師による多職種チームで標準投与量の院内基準を作成し、研修動画をういて周知・教育を行った。外科医へのアプローチとしては、定期的に開催される外科カンファレンスにチームメンバーが参加し、ガイドラインに基づく適正投与量の必要性や院内基準の内容を直接説明した。特に体重80kg以上の患者では増量が必要である点を、症例を交えて共有し、外科医の理解と協力を得る機会とした。また、手術室部署内の看護師に対しても教育を実施し、体重80kg以上の患者では抗菌薬の増量が必要であることを判断基準として明確化した。これにより、看護師が投与前の確認段階で医師へ増量を提案できる体制を整え、投与量の適正化を支援するプロセスを構築した。対象薬剤はCEZおよびCMZとし、手術室における投与量確認プロセスを統一した。さらに、基準の運用状況を定期的に確認し、スタッフへのフィードバックを実施した。最後に、介入前後の適正投与の変化をフィッシャーの正確確率検定を用いて比較した。

【成果・考察】体重80kg以上の患者における適正投与率は、介入前9%（3/35例）から介入後77%（20/26例）へと上昇した（ $p<0.01$ ）。スタッフからは、基準の明確化により判断が容易になった、投与量確認の負担が軽減した、との意見が得られた。これらの結果から、ガイドラインに基づく投与量の標準化と教育介入は、手術室における周術期抗菌薬の適正使用向上に有効であることが示唆された。今後は、継続的なモニタリングとフィードバックを通じて適正使用の定着を図り、さらなる質向上につなげていく必要がある。

052-5 臍鞘切開における簡易ドレープの使用が手術部位感染発生と手術コストに与える影響

西奈良中央病院 整形外科・手外科センター¹⁾、西奈良中央病院 感染管理室²⁾、西奈良中央病院 薬剤科³⁾

○鈴木 大介 (すずき だいすけ)¹⁾、巽 紀子²⁾、岡田 麻子³⁾

【背景・目的】手術部位感染（以下 SSI）予防のためには適切なドレーピングが必要だが、具体的なエビデンスは乏しい。当院では手外科手術にあたり、ハンド用ドレープを用いていた。しかしその納入価は比較的高額である一方、患者請求はできない。ばね指や De Quervain 腱鞘炎に対する臍鞘切開は、手術時間が短く感染リスクは低いと見込まれ、また手術点数が低いため手術コストの削減が重要である。このためドレーピングを簡易化する合理性は高いと考えた。本研究の目的は、臍鞘切開におけるドレーピングの簡易化が、SSI 発生を増加させることなく、手術コストを低減できるか検証することである。【方法】当院にてドレープを変更する前後それぞれ 1 年間で臍鞘切開を施行した 133 例を対象とした。全例手術室で、局所麻酔もしくは区域静脈麻酔を用いた日帰り手術として行った。一般的な直視下臍鞘切開のみを対象とし、より小皮切となるエコガイド下は除外した。ハンド用ドレープ使用群が 69 例、簡易ドレープ使用群が 64 例であった。評価項目は各群における年齢、性別、手術時間、術後経過観察期間、SSI 発生数と発生時期、検出菌と感染への対応とした。費用面は当院における各ドレープの納入価格差を調査した。各評価項目につき、二群間で有意性検定を行った。【結果】SSI 発生数はハンド用ドレープ群で 2 例、簡易ドレープ群では 0 例であった。SSI が生じた 2 例の感染発生時期は術後 15 日目と、28 日目であった。検出菌は、1 例は MRSA であり、外来での穿刺排膿、CEZ 点滴静注 1g を 1 日 2 回、5 日間と MINO200mg/day 内服を 17 日間行った。もう 1 例は MSSA であり、外来での穿刺排膿と CFPN-PI 300mg/day 内服を 3 日間行い、それぞれ感染は沈静化した。二群間で、手術時年齢、性別、手術時間、術後経過観察期間に有意差は認めなかった。当院における納入価格差は 1 件あたり 1868 円であった。【結論】臍鞘切開において、簡易ドレープの使用はハンド用ドレープと比べ、SSI 発生を増加させることなく、手術コストを削減することが可能であった。

053-1 院内全部署を対象としたデバイスサーベイランス実施に向けたシステムの構築

信州大学医学部附属病院 感染制御室¹⁾、信州大学医学部附属病院 材料部²⁾

○塩原 真弓 (しおはら まゆみ)¹⁾、城井 三奈²⁾、古瀬 正朗¹⁾

【背景・目的】当院は 2017 年に病院機能評価を受審したが、その時点ではリスクの高い部署のみを対象にデバイスサーベイランスを実施していた。しかし、2024 年の病院機能評価（3edG：Ver3.0「一般病院 3」）では院内全体を対象としたデバイスサーベイランスの実施が求められており、対象部署拡大に向けて早急に体制を整える必要があった。そこで、院内全部署を対象としたデバイスサーベイランス実施に向けたシステム構築に取り組んだ。【活動内容】最初の課題は、デバイス挿入患者の把握であった。2020 年 4 月より、デバイス使用状況を従来の紙運用から電子カルテ入力へと変更した。入力項目はカテーテルの使用状況や感染兆候の有無に加え、カテーテルのサイズ、テープの剥がれなどのデバイス管理の状況も含めた。これにより、単なるサーベイランスのためのデータ入力ではなく、スタッフ全員が統一した視点で観察・記録ができる仕組みとした。電子カルテへの入力は従来サーベイランスを実施していた部署から開始し、その後全部署へ拡大した。また、入力データの質を担保するため、リンクナースが自部署の 1 か月分のデータの入力率を算出し（年 1 回）、部署へフィードバックを行った。さらに 2023 年からは、感染症管理システムに電子カルテ入力情報を連携させ、延べデバイス使用日数を自動集計できる体制を整備した。【成果・考察】電子カルテ入力を観察項目と一体化したことで、看護部の協力を得ることができ、デバイス使用状況のデータ収集が可能となった。デバイス入力率は 2023 年には 83.1% であったが、2025 年には 90.5% まで上昇した。これらの取り組みにより、2017 年時点では CLABSI（2 部署）、VAP（2 部署）、CAUTI（0 部署）であったデバイスサーベイランスを 2024 年には 17 部署へと拡大することができた。今後は、より正確なサーベイランスデータ算出のため、入力率 95.0% 以上を目標として取り組みを継続する。

052-6 手術室の低体温把握のための体制構築からみえた現状と課題

済生会熊本病院 手術室

○村上美佐子 (むらかみ みさこ)、甲斐 美里、有馬 勝洋、川村 宏大、村中 裕之、九万田由貴江

【背景・目的】A 病院では年間 5,000 件を超える手術を行っている。SSI 予防の観点から、ガイドラインで推奨される周術期の低体温予防（ケアバンドル）の実践が重要視されている。低体温予防として強制対流式加温装置にて体温管理を行っているが、全身麻酔患者（食道温・直腸温で管理）に対し、脊髄くも膜下麻酔（以下脊椎麻酔）患者は、術中体温の記録がなされていない。そこで、脊椎麻酔を含む手術患者（局所麻酔を除く）の低体温発生状況の把握を目的として、手術室退室時の非接触性体温計による測定・記録体制を構築した。本活動により明らかになった体温管理の現状と課題について報告する。

【活動内容】2025 年 7 月より電子カルテに「体温プローブ挿入時」「体温プローブ抜去時」の記載項目を追加した。全身麻酔患者は各プローブの挿入時と抜去時の体温を記載する。脊椎麻酔患者は同項目を利用し、「挿入時」に入室時体温、「抜去時」に退室時の非接触性体温計で測定した値（リカバリ室で測定）を記録する運用とし、スタッフへ周知の上、同年 8 月より運用を開始した。ガイドラインの深部体温 36℃ 未満を全身麻酔・脊椎麻酔患者とともに低体温の基準とした。

【成果・考察】2025 年 8 月から 10 月 31 日までの全身麻酔または脊椎麻酔患者は、延べ 975 名であった。「体温プローブ抜去時」の未入力は 69 件（7%）にとどまり、退室時測定は概ね定着したと言える。退室時体温が 36℃ 未満の患者は 185 名（20%）であった。診療科別では呼吸器外科が 51.5% と最も高く、次いで心臓血管外科が 42.7% であった。これらは側臥位手術が多い診療科であり、側臥位における保温方法の再検討が必要であることが示唆された。しかし本活動の課題は、深部体温に対し非接触性体温計による皮膚温も同一基準で評価したことにより、測定精度が不足している点である。今後は、測定精度の向上に努め、各診療科と連携し、麻酔方法や体位に応じた低体温予防策を推進し、SSI 低減に繋げていく。

053-2 超音波診断装置の管理に関する横断的実態調査

金沢大学附属病院¹⁾、金沢大学医薬保健研究域医学系 感染症科学・臨床検査医学²⁾

○森 三佳 (もり みか)¹⁾、金森 肇^{1,2)}

【背景・目的】超音波診断装置は非侵襲的かつ迅速に臓器や組織の評価が可能であり、医療現場で広く使用されている。近年、ポイントオブケア超音波検査（Point-of-care Ultrasound, POCUS）の普及により使用者・使用場所が多様化する一方で、超音波装置やプローブの再処理が不十分な場合、細菌汚染による交差感染リスクが報告されている。本研究では、超音波診断装置およびプローブの再処理方法を含めた管理の実態を明らかにすることを目的とした。

【方法】病院各部署の感染制御担当者（Infection Control Manager：ICM）80 名を対象に、超音波検査の実施体制、装置・プローブの使用状況、再処理方法・頻度や手指衛生、管理マニュアルの有無などを調査するアンケートを実施し、51 名（64%）から回答を得た。結果を記述統計で整理し、再処理実施と関連する要因を探索した。

【結果】回答 51 件のうち、使用後に毎回プローブを再処理すると回答した部署は 33 件（64.7%）にとどまり、必要時のみまたはほとんど実施しない部署もあった。再処理方法では、「乾拭きのみ」「乾拭き＋アルコール清拭」「アルコール清拭」が各 8 件（各 15.7%）で上位を占め、第 4 級アンモニウム清拭は 3 件（5.9%）にとどまった。手指衛生はアルコールのみが 29.4%、石鹸・流水併用が 25.5% だった。手袋着用は、非滅菌手袋の毎回交換が最多で 37.3% となり、手袋を着用していない部署は 13.7% で認められた。また、管理マニュアルを使用している部署は 7 件（13.7%）にとどまり、未整備が約 65% を占めた。プローブ 1 本あたり月間使用回数の中央値は 20 回（四分位範囲 10-50）で、再処理頻度や管理マニュアルの有無との関連は認められなかった。再処理頻度は使用量よりも各部署の自主的な取り組みに左右されることが推察された。

【結論】超音波検査装置およびプローブの再処理、手袋着用や手指衛生の方法にばらつきがあり、標準化された清掃・消毒手順や管理マニュアルの整備が必要と考えられた。

053-3 超音波プローブの細菌汚染状況の 病院内横断的調査

金沢大学附属病院 検査部¹⁾、金沢大学医薬保健研究域医学系 感染症科学・臨床検査医学²⁾

○森 三佳 (もり みか)¹⁾、金森 肇^{1,2)}

【背景・目的】超音波検査は非侵襲的で多診療科において日常的に施行されているが、プローブは患者間で反復使用される医療機器であり、細菌残存による交差感染が懸念される。本研究では、超音波プローブの細菌汚染状況を横断的に把握することを目的とした。

【方法】病院で使用されている超音波プローブ計 265 本を対象とし、調査日に連続的に採取した。プローブ表面を無菌綿棒で全面擦拭し、混釈培地および液体培地を用いて培養を行った。対象プローブには、表在用(セクタ・コンベックス・リニア)プローブ、体腔用(経膈・経直腸・経食道)プローブを含めた。菌数(cfu)測定および菌種同定を実施し、部署別、診療科別、プローブ種類別の汚染率を χ^2 検定で比較した。

【結果】全体の 67.4% (180/265 本) で細菌を検出し、菌数中央値は 10 cfu (0-870 cfu) であった。分離菌は計 1617 株で、そのうち 36.3% が病原菌であり、MRSA および MRSE など耐性菌も検出された。部署別では、外来 79.7%、病棟 79.2%、検査部 90.7%、手術部 52.4% と汚染率に有意差が認められた ($\chi^2=18.66$, $p=0.0003$)。診療科別では、内科 96.6%、小児科 90.9%、救急科 88.9% と高率で、外科およびその他 (それぞれ 67.2%、64.3%) は低率であった ($\chi^2=14.47$, $p=0.006$)。プローブ種類別では、体表用プローブ (リニア・コンベックス・セクタ) は 71.6% が陽性であるのに対し、体腔用プローブ (経直腸・経膈・経食道) は 38.5% が陽性だった。体表用プローブの方で汚染率が高いことが示唆された ($\chi^2=10.36$, $p=0.0013$)。さらに、外観上汚染がないと判断されたプローブでも 67.5% で細菌が検出され、視覚的な汚染の程度は細菌の検出率と相関しなかった。

【結論】病院全体を対象とした調査により、超音波プローブの約 3 分の 2 で細菌が残存していることが明らかになった。部署、診療科およびプローブ種類によって汚染率に差が認められた。また、外観上の汚染が少ないプローブでも多くが細菌を保持しており、病原菌や薬剤耐性菌も含まれていたことから、プローブの清掃・消毒プラクティスを改善していく必要がある。

053-4 Clostridioides difficile 腸炎を対象とした症候群サーベイランスの 効果の検討

埼玉医科大学病院 感染対策室¹⁾、埼玉医科大学病院 薬剤部²⁾、埼玉医科大学病院 中央検査部³⁾、埼玉医科大学 感染症科・感染制御科⁴⁾

○妙中 勇貴 (たえなか ゆうき)¹⁾、星野みなみ¹⁾、坂田由美子¹⁾、吉原みき子¹⁾、小泉 盛^{1,2)}、小棚 雅寛^{1,3)}、戸叶美枝子^{1,4)}、樽本 憲人^{1,4)}

【背景・目的】当院では 2023 年 6 月より、*Clostridioides difficile* (以下、CD) 腸炎の検出も踏まえた取り組みとして症候群サーベイランスを導入し、病棟で自発的に CD 検査が実施されていない症例に対しては、感染対策室から検査の実施を推奨してきた。今回、その有効性を検証したので報告する。

【方法】調査期間は、症候群サーベイランス導入前の期間として 2022 年 4 月から 2023 年 1 月までを開始前、運用が安定した導入後の期間として 2025 年 4 月から 2026 年 1 月までを開始後とした。調査対象は入院中の 2 歳以上の患者のうち、CD トキシン抗原検査またはトキシン遺伝子検査が陽性となった症例とし、後方視的に発生件数、分離率、診断状況、治療内容、およびアウトブレイク発生状況を比較・評価した。また、病棟からの自発的な検体提出率および職員の有症状者 (感染性胃腸炎) の報告数の比較・評価は、サーベイランス開始後から 2026 年 1 月を対象期間とした。

【結果】対象症例は 79 例 (開始前: 50 例、開始後: 29 例) であった。平均年齢、性別、各種リスク因子に有意差は認めず (いずれも $p>0.05$)、両群間の患者背景に偏りはなかった。症候群サーベイランスの開始以降、下痢症状確認日から検体提出日までの期間は、2.9 日から 1.4 日に短縮し ($p<0.05$)、CD トキシン分離率は 8.8% から 4.7% に低下した ($p<0.05$)。また、サーベイランス開始前には特定の部署で CD によるアウトブレイクが確認されたが、開始後は認めなかった。さらに、病棟からの自発的な CD 検査の提出率は、67.8% から 80.4% に上昇し、職員の有症状者 (感染性胃腸炎) の報告数は 2 件から 8 件に増加した。

【結論・考察】症候群サーベイランス導入により、CD トキシン陽性例の早期発見と迅速な感染対策介入が可能となり、アウトブレイク抑止に寄与した可能性が示唆された。また、病棟からの自発的な検体提出率の向上や職員の有症状者報告数の増加から、感染対策への意識の向上と組織文化の変化も示唆された。

053-5 重症心身障害児 (者) 施設の長期入所集団における *Pseudomonas aeruginosa* の薬剤耐性化傾向の 解析

陽光福祉会 仙台エコー医療療育センター

○菅原 優 (すがわら ゆう)、徳田 浩一

【目的】重症心身障害児 (者) 施設 (以下、重心施設) の利用者は、重度の基礎疾患や構造的奇形に加え、気管切開等のデバイス管理を必要とする高い脆弱性を有し、感染症の重症化リスクが高い。一方で、検査体制の外部委託や、小規模施設における狭域抗菌薬の流通制限といった制約により、迅速な De-escalation が困難な場面も多く、広域抗菌薬に依存せざるを得ない構造的課題も抱えている。本研究では、重心施設特有の複合的な背景が耐性化に及ぼす影響を検討するため、長期入所中の同一集団における感受性率推移を統計的に解析し、臨床現場の課題を抽出することを目的とした。

【方法】2018 年から 2024 年の 7 年間に、当施設の気管孔保持者を対象として毎月定期実施している監視培養 (喀痰細菌培養・感受性検査) により分離された緑膿菌 *Pseudomonas aeruginosa* (以下、*P. aeruginosa*) を解析対象とした。主要抗菌薬の年度別感受性率推移について、Cochran-Armitage 検定を用いて傾向性を解析し、回帰直線からの乖離についても評価した。なお、本研究は院内倫理審査委員会の承認を申請中である。

【結果】解析の結果、LVFX および MEPM において有意な感受性低下 ($p<0.05$) を認めた。LVFX は 7 年間を通じて回帰直線からの乖離はなく、継続的に有意な低下傾向を示した。一方で MEPM は回帰直線からの乖離にも有意差 ($p<0.05$) を認めた。すなわち、MEPM 感受性率は 2023 年まで概ね 90% 以上を維持していたが 2024 年には 69.9% へと急落しており、安定した推移から一転し、直近で耐性化が進行していた。

【結論】重心施設における *P. aeruginosa* の耐性化進行には、救命優先の広域抗菌薬選択や De-escalation の困難さに伴う選択圧の関与が考えられた。この脅威に対し、抗菌薬使用の質的・量的評価に加え、現場での耐性菌を広めない活動の推進が不可欠である。特に近年の MEPM 感受性率急落を受け、手指衛生の徹底や環境整備、正確な吸引手技の定着といった臨床現場への介入強化が急務であり、適正使用支援と現場対策を両輪とした多角的なアプローチ体制の構築が重要課題である。

非会員協力者：天江新太郎、金沢千佳子、阿部道代

053-6 多剤耐性菌スクリーニング検査体制の見直しと運用改善の取り組み

学校法人聖路加国際大学 聖路加国際病院 QI センター感染管理室

○増田 千恵 (ますだ ちえ)

【背景・目的】当院では転入院患者および海外医療機関入院歴のある患者を対象に、CRE/CPE、VRE、MDRP、MDRA の多剤耐性菌スクリーニング検査を実施してきた。しかし、「過去 5 年以内の海外医療機関入院歴」を対象とする基準は他施設と比較して広く、業務負担や結果判明まで接触予防策を継続するコストの大きさが課題となっていた。さらに、入院直後に病棟で検体採取が集中し現場の負担となっていた。院長より基準見直しを諮問されたことを契機に、対象基準の妥当性と運用改善に取り組んだ。

【活動内容】国内外のガイドラインを調査したところ、国立国際医療センターのガイダンスでは海外医療機関の入院歴の対象期間は各国ばらつきがあったが、当院の基準が特に広いことが明らかになった。加えて、保菌期間の文献を整理し、検出後 1 年以上経過すると保菌率が大きく低下することを示した。これらを踏まえ、対象期間を「1 年以内」へ短縮し、検出後 1 年以上経過した患者については複数回の陰性確認による解除の検討を提案し、感染予防委員会承認された。

また、運用改善として外来・病棟・検査部と協議し、入院前にスクリーニング検査可能な患者は、外来で検体採取する新フローを整備した。結果共有の方法や動線を調整し、手順書の改訂と周知を行った。導入前は外来での事前検査は 0 件であったが、導入後は月 1~2 件の実施が可能となった。

【成果・考察】対象基準の見直しにより抽出の適正化が図られ、外来事前検査の導入により病棟の入院直後の負担軽減と不要な隔離措置の削減につながった。現場からは「入院時の混雑が減った」「判断がしやすくなった」との声が得られた。一方、フロー整備後も検査実施率の改善は限定的であり、基準や手順の整備のみでは運用が定着せず、現場の理解と行動変容が不可欠であることを再認識した。今回の取り組みを通じ、感染管理者には多職種との協働と PDCA を継続し、現場文化や業務負担に配慮しながら運用を定着させる姿勢が求められることを学んだ。

054-1 小児専門病院における外来静注抗菌薬療法の現状と課題

神奈川県立こども医療センター 薬剤科¹⁾、神奈川県立こども医療センター 感染制御室²⁾

○清水 祐一（しみず ゆういち）^{1,2)}、新海 実希¹⁾、
岩崎 文香¹⁾、山下 恵²⁾、鹿間 芳明²⁾

【背景・目的】外来静注抗菌薬療法（OPAT）は、入院期間の短縮や医療資源の効率的な活用に寄与することから、国際的に導入が進んでいる。しかし、日本では特に小児領域における OPAT 体制が十分に整備されておらず、適応判断、安全性、家庭環境の調整など、多くの課題が存在する。そのため実際の導入例は限られている。本研究では、当センターにおける小児 OPAT の実施状況を明らかにし、薬剤師介入が治療最適化に寄与しうるかを検討することを目的とした。

【方法】2021 年 1 月から 2025 年 12 月に当センター外来にて静注抗菌薬が投与された症例を後方視的に解析した。調査項目は使用抗菌薬、各種培養からの微生物検出状況、抗菌薬使用期間、経口抗菌薬への切り替え状況、入院率とした。

【結果】外来で静注抗菌薬が投与された患者のうち 35.7% でセフトリアキソン（CTRX）が選択された。CTRX の外来投与症例は 136 例で、年齢の中央値は 7.7 歳、このうち 2 日以上投与された症例は 7 例であった。本研究では CTRX が投与された患者について詳細な検討を行った。主な適応は気道感染症・尿路感染症・蜂窩織炎等であった。さらに CTRX が投与された症例の 30.9% が無脾症患者であり、重症化リスクを考慮した抗菌薬選択がされていた。培養提出率は 88.2% で培養陽性は全体の 28.7% であり、検出された微生物は血液培養からは *Streptococcus pneumoniae*、喀痰培養からは *Moraxella catarrhalis*、尿培養からは *Escherichia coli* が多かった。経口抗菌薬への切り替え率は 58.8% であり、最も多かった経口抗菌薬はアモキシシリンとクラブラン酸/アモキシシリンで、ともに 22 例であった。一方、CTRX で外来治療を行った症例の 31.6% は入院治療を要した。

【考察】不適切な外来静注抗菌薬の使用も一部見受けられ、OPAT を前提とした運用は十分に確立されていなかった。小児三次救急医療機関における OPAT は家族の支援、病院へのアクセス、服薬管理など複数の課題が考えられる。小児適応のある薬剤にも限られることや、経口スイッチへの基準が明確ではないため、経口スイッチも容易ではない。小児 OPAT と経口抗菌薬の最適化には AST を中心に多職種で基準の構築と薬剤師による介入は不可欠である。

054-2 血液培養コンタミネーション低減に向けた多角的介入と、採取場所特定による現状把握の試み

那覇市立病院 感染防止対策室¹⁾、那覇市立病院 総合内科²⁾、那覇市立病院 検査科³⁾

○久高 全達（くだか まさみち）¹⁾、知花なおみ^{1,2)}、
大城 健哉^{1,3)}、田中 康司¹⁾

【目的】血液培養におけるコンタミネーション（以下コンタミ）は、不適切な抗菌薬使用や治療の遅延を招き、患者の不利益や医療資源の非効率の使用・医療費の過剰消費に直結する。2025 年 1 月から 5 月の期間において、小児科外来でのコンタミ件数の上昇を認め、原因究明のため環境培養を実施したが、環境由来の菌は検出されなかった。この結果から、原因は環境因子ではなく採血手技の不統一にあると推察し介入した。本活動は、採血手技の標準化および採取場所の明記によるデータ分析を行ない、コンタミ率の低減を図ることを目的とする。

【方法】2025 年 7 月より、以下の 3 点を中心に介入を行なった。1. 手技の標準化の再周知について (1) アルコール綿による皮脂除去の徹底、(2) 消毒薬の完全乾燥の遵守、(3) ボトルキャップ消毒を含む清潔操作の徹底を全部署に周知した。2. マニュアルの改訂について 上記標準化プロセスを明記したマニュアルを全部署へ配布した。3. 採取場所の識別管理について培養ボトルラベルへの採取場所明記を義務化した。これにより部署別のコンタミ率の抽出を可能とし、フィードバック体制を構築した。介入前後のコンタミ件数を比較し、各部署の手技遵守率状況との相関を評価指標とした。

【結果】環境調査により環境因子が否定されたことで、適切な手技の確認と遵守を中心に介入することでスタッフの納得を得られ行動変容に繋がった。特に皮脂除去と乾燥時間の確保という具体的手技の再周知により、手技のばらつきが少なくなった。また、採取場所の明記を義務化したことで、全部署のコンタミ率が可視化された。2025 年 1 月から 5 月の期間に小児科外来で検出されたコンタミは 5 件あったが、介入後 0 件へと減少した。【結語】原因の特定が困難なコンタミ増加に対し、環境因子の評価、手技の標準化と採取場所の可視化は極めて有効な対策であると思われる。採取場所別のデータを継続的にフィードバックする体制を維持することで、微生物検査の質向上と抗菌薬適性使用に寄与していきたい。

054-3 感染性廃棄物の分別見直しとコスト削減効果

東京医科大学八王子医療センター 感染制御部¹⁾、東京医科大学八王子医療センター 看護部²⁾、東京医科大学八王子医療センター 感染症科³⁾、東京医科大学八王子医療センター 薬剤部⁴⁾

○後藤 弘樹（ごとう ひろき）^{1,2)}、山田加奈子^{1,2)}、
波多野 壘^{1,2)}、平井 由児^{1,3)}、松永 宣史^{1,4)}

【背景・目的】感染性廃棄物は、管理も厳重でありその他の廃棄物に比べてコストも高く、病院経営への影響も大きい。近年の物価高もあり、廃棄物の廃棄コストはさらに上昇している。当院では、廃棄物の分類は、マニュアルに記載はあったが、細かい分類は明記していなかった。今回、感染性廃棄物の適正化とコスト削減のための取り組みを行ったため、報告する。

【活動内容】感染性廃棄物をはじめとする廃棄物全体の分別見直しを感染対策チームで検討後に、事務担当者や清掃担当者、廃棄物運搬業者と分別内容を協議した。試運用を開始すると、処理工場より一般廃棄物に、プラスチックごみが混入していると指摘を受け、内容を事務担当者・清掃担当者と共に見直しを行った。その後、院内感染対策委員会や看護師長会、リンクスタッフ会を通して、院内全体へ周知を行い、分別の変更を 2025 年 1 月から開始した。分別変更後は、直後と 2 か月後にラウンドを行い、フィードバックを行った。また、院内感染対策委員会において、感染性廃棄物推移について報告した。2025 年度からは、感染対策チームラウンドおよびリンクスタッフによる環境チェックの内容を変更し、毎月分別の調査とフィードバックを繰り返し、改善策を部署スタッフが立案できるように変更した。

【成果・考察】2025 年の廃棄物分別を見直しが開始され、同年 1 月から 12 月の間で、感染性廃棄物は約 270t、約 3700 万円であった。2024 年と 2025 年での比較では、約 100t、約 1100 万円の減少となったが、廃プラスチックと一般廃棄物排出が増加したため、最終的に約 850 万円のコスト削減につながった。

感染対策チームが中心となり、分別の見直しを行い、繰り返し周知や現場の疑問を解決していったことで、現場が意識して分別を行い、正しい廃棄を行えるようになり、コストを削減につながった。多職種による定期的な廃棄物分別の見直しや現場で分別して廃棄することは、感染対策だけでなく、病院経営上も重要であると考え、分別を正しく行うためには、繰り返しフィードバックを続けることが必要である。

054-4 療養型病院における入院経路別培養検出菌の状況

医療法人社団親和会えとう内科病院

○藤原 絵美（ふじわら えみ）、松永 研一

【目的】当院は 58 床の障害者施設等入院基本料（10 対 1）を算定する一般病棟である。高齢の長期療養者が多く、急性期病院、有料老人ホーム等（以下高齢者施設）からの紹介による入院が大部分を占める。2024 年から感染対策向上加算 3 の算定を開始し、他院との比較により当院の細菌保有率が高いことが明らかとなった。そこで、入院時における患者の各種細菌の保有率を調査した。

【方法】2024 年 4 月から 2025 年 3 月までの期間に入院した 163 名のうち入院後 3 日以内に細菌培養検査を実施した検体を対象とした。入院元の内訳は病院 33 人、高齢者施設 62 人、自宅 68 人である。対象の検体数は 132 件あり内訳は喀痰 72 件、尿 56 件、血液・穿刺液各 1 件、糞便 3 件である。急性期病院、高齢者施設、自宅の区分で検出率、検出菌種を比較した。

【結果】MRSA（喀痰）は病院 9 件（50%）、高齢者施設 9 件（24.3%）、自宅 1 件（5.9%）と入院元を問わず検出された。肺炎桿菌（喀痰）は病院 4 件（22.2%）、高齢者施設で 3 件（8.1%）検出された。緑膿菌は病院由来では少なく、高齢者施設および自宅由来で多く検出された。ESBL 産生菌では病院由来で喀痰 2 件（11.1%）尿 3 件（30.8%）、高齢者施設で喀痰 2 件（5.4%）尿 3 件（8.3%）検出された。また、喀痰培養の口腔常在菌のみと好気性菌の発育を認めずの割合は、病院 3 件（16.7%）、高齢者施設 8 件（21.6%）、自宅 9 件（52.9%）であった。尿培養での好気性菌の発育を認めずの割合は病院 5 件（38.5%）、高齢者施設 23 件（63.9%）、自宅 4 件（57.1%）であった。

【考察】本研究では、細菌保有者は入院元が医療機関である患者に多く認められ、非保有者は自宅からの入院患者に多い傾向がみられた。医療機関間の転院患者では、抗菌薬使用等の影響により、耐性菌を含む細菌を保有している可能性が高いことが考えられる。当院は療養型病院であり、複数の慢性疾患を有し長期療養を要する患者を多く受け入れているため、入院時点で細菌保有率が高いことが明らかとなった。今後は入院時のリスク評価体制の整備や感染対策のさらなる徹底により、院内感染発生の予防に努める必要がある。

054-5 委託清掃業者と共同で病院設備の 美観・衛生管理の工夫

清生会川口総合病院 感染管理室

○千葉 礼子 (ちば れいこ)、大山 昇一

【背景・目的】病院内の清掃作業は委託業務としている施設が多く、委託内容は清掃範囲・内容などにより業務契約されている。当院の清掃委託業者は2023年8月から変更しており、仕様書の中には「清掃業務の効率化、業務の品質改善、コストダウンなど業務の改善と病院施設の美観・衛生環境の維持向上に努める」とあり、実際に日常清掃内容の工夫から時間を生み出しさまざまな提案と改善が行なわれている。日常清掃内容の工夫から生み出す時間の中には、ごみ回収場所削減もありこの行動は病院にとって場所の有効活用、ごみ箱削減、ゴミ袋代金削減にもなっている。今回ごみ回収場所削減の方法と、工夫して生み出した時間で課題としていた清掃場所の介入について報告する。

【活動内容】1. 院内のごみ箱設置場所をラウンドし不要な場合は撤去とした。また各会議でごみ箱削減についてインフォメーションし、ごみ箱削減に協力を求めた 2. 日常清掃業務には入っていないが、技術保有者に清掃依頼したい場所を清掃委託業者に提示した

【成果・考察】院内のごみ箱回収数は現時点で470から407に減少。1つのごみ箱の袋回収と袋設置時間を平均20秒とすると、1日20分、1週間(5日稼働)で100分、1ヵ月(4週計算)で400分(6時間66分)の時間ができ、他の清掃に費やす時間ができた。ゴミ袋は1枚5円として1日315円の削減。1週間(5日稼働)で1575円、1ヵ月(4週計算)6300円の削減できた。作業調整で作った時間で、超過料金はなく院内の清掃仕様区分グレーゾーンである部分やその他の作業ができた。病院設備の美観・衛生管理を維持することは難しく、維持するための管理方法も理解していないとできない。限られた資源(時間・人材・資金)で今後も関係部署、清掃委託業者と協力し病院設備の美観・衛生管理に努めていきたい。

054-6 入院病棟における面会者への手指 衛生とマスク着用指導の取り組み

東京医科大学茨城医療センター¹⁾、東京医科大学病院²⁾

○加藤 彰 (かとう あきら)¹⁾、渡邊 裕介¹⁾、
渡邊 秀裕^{1,2)}

【背景・目的】当院では2024年に保健所管内の新型コロナウイルス感染症(以下COVID-19)定点報告が5以上であった40週(52週内)の期間に、COVID-19院内発生(入院48時間以降の発生)が0.47/1000patient-daysであった。COVID-19の持込防止策として、患者との面会条件を「面会時間30分以内・親族2名」までとし、面会受付事務より面会者への手指衛生とマスク着用の説明を実施していた。しかし入院病棟では、面会者のマスク外しや手指衛生をせずに入退室すること、当院の出入口が複数あり面会受付を bypass して直接に入院病棟へ来る面会者がいることから、現場での指導を要していた。2025年3月に単一の入院病棟(以下、A病棟)にて、患者13名のCOVID-19クラスター事例があり、感染対策チームにて介入を行った。A病棟の事例において、COVID-19患者13名の約70%に発症5日以内の面会があった。そのためCOVID-19の持込防止策として、保健所管内のCOVID-19定点報告が5以上となった期間に、入院病棟での面会者への手指衛生とマスク着用の指導(以下、面会者指導)を行った。その成果について検討した。

【活動内容】当院の入院病棟で、2025年8月1日よりCOVID-19持込防止策として面会者指導を実施した。COVID-19クラスター事例のあったA病棟における、2025年3月1日から3月31日まで(以下、期間α)と、面会者指導を実施した2025年8月1日から9月30日(以下、期間β)について、COVID-19院内発生状況を比較した。

【成果・考察】A病棟のCOVID-19院内発生は、期間α:9.89/1000patient-days、期間β:0.76/1000patient-daysであった。A病棟の手指消毒回数(回/患者日)は、期間α:22.9回、期間β:2025年8月:26.0回、9月:30.1回であった。面会者指導は、面会者が患者に直面する直前での正しい手指衛生とマスク着用となる。病院外から面会受付を bypass して直接に入院病棟に行ける病院において、入院病棟での面会者指導はCOVID-19院内発生の低下や手指衛生の実施回数の上昇に繋がると考える。

054-7 多職種によるトイレ清掃手順確認 と手洗いシンク排水口消毒強化による腸内細菌目細菌および *Pseudomonas aeruginosa* 検出率の 低減

東京医科大学病院 感染制御部

○山口 大 (やまぐち ひろし)、奥川 麻美、
伊藤 幸子、堀之内莉菜、渡邊 由紀、三浦 悠里、
中村 造、渡邊 秀裕

【背景・目的】腸内細菌目細菌および *Pseudomonas aeruginosa* は医療環境の排水系に定着し、医療関連感染の原因となり得る。2024年に当院で多剤耐性緑膿菌アウトブレイクを経験したため、排水系対策および清掃管理体制の強化を実施した。2025年1月の環境培養で腸内細菌目細菌および *P. aeruginosa* を検出したため、排水口消毒および清掃手順管理をさらに強化した。本研究では、これらの介入が排水口における腸内細菌目細菌および *P. aeruginosa* 検出率に与える影響を検証した。

【方法】培養採取場所は患者トイレ内の手洗いシンク排水口6か所とし、各排水口をスポンジで順次拭き取り検体を採取した。培養はマッコンキー培地、NAC培地、ESBL培地を用いて腸内細菌目細菌および *P. aeruginosa* を対象とした。培養採取は本介入前1回(2025年1月)および本介入後2回(2025年8月、2026年2月)の計3回実施した。排水口対策として、患者トイレ内手洗いシンクの排水口に加熱除菌ユニットを設置し、排水口へ次亜塩素酸ナトリウム含有フォーム製剤の噴霧を行った。2025年8月1日より噴霧回数(1日1回)は変更せず、1回あたりのプッシュ数を3プッシュから5プッシュへ増加した。さらに2025年6月よりチェックリストを用い、清掃委託業者を統括する事務部門および病棟師長が清掃委託業者のトイレ清掃手順の確認を開始した。本介入前(1回目)と本介入後(2・3回目)腸内細菌目細菌および *P. aeruginosa* の検出率を McNemar 正確検定および Cochran の Q 検定で検定した。

【結果】腸内細菌目細菌および *P. aeruginosa* 検出率は1回目100%(6/6)、2回目17%(1/6)、3回目0%(0/6)であった。本介入後は5/6か所で持続的陰性化を認めた。1回目と3回目の比較で有意な減少を認め($p=0.031$)、3時点比較でも有意差を認めた($p=0.006$)。

【結論】チェックリストを用いた多職種によるトイレ清掃手順確認と排水口消毒強化後、医療関連感染の原因となり得る腸内細菌目細菌および *P. aeruginosa* の検出率は低下した。本検討は検体数が限られた探索的検討であり、今後さらなる継続的評価が必要である。

055-1 精神科医療機関における感染症ア ウトブレイク対応力評価チェッ クリストの検討:パイロット研究

国立感染症研究所 応用疫学研究センター¹⁾、浅香山病院 感染管理室²⁾、昭和薬科大学 社会薬学研究室³⁾、広島国際大学 看護学部⁴⁾、静岡県立こころの医療センター 感染対策室⁵⁾、井之頭病院 感染防止対策室⁶⁾

○金崎美奈子 (かねさき みなこ)^{1,2)}、中下 愛実^{1,3)}、
土橋 西紀¹⁾、山岸 拓也¹⁾、糠信 憲明⁴⁾、鈴木 健一⁵⁾、
西村 和子⁶⁾、砂川 富正¹⁾

【背景・目的】精神科医療機関では感染症アウトブレイクが発生しやすく、感染症アウトブレイクを制御する体制を整備することは重要である。本研究では、精神科医療機関において自施設の感染症アウトブレイク対応力を可視化して体制整備に役立てるためのチェックリストを作成し、その活用可能性について検討した。

【方法】チェックリストの質問項目は、著者ら研究班が実施した研究結果および各種ガイドライン等を参考にして作成した。作成したチェックリストを大阪府堺市内の精神科医療機関5施設の感染管理担当者を使用してもらい、チェックリストの結果および使用性や受容性等をフォーカスグループインタビューで調査した。本研究は国立感染症研究所ヒトを対象とする医学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号:1719)。

【結果】対象となった5施設は、感染対策向上加算(以降、加算)1が2施設(40%)、加算3が1施設(20%)加算算定なしが2施設(40%)であった。チェックリストの結果は、「職員の健康管理体制」と「感染予防行動およびワクチン接種状況の管理体制」の項目で特に施設間の違いが確認された。5施設すべてがチェックリストの回答時間は現実的であると答えた。5施設のうち中小規模の精神科単科病院3施設では自施設の強み・弱みが可視化されたと評価した。一方、感染管理に関する専門家がいなかった精神科単科病院で体制整備や取り組みを継続するためには、外部支援が必要であるという意見が挙った。

【結論】本チェックリストは自施設の感染症アウトブレイク対応力の可視化に役立つ可能性があった。また、チェックリストの結果から外部支援に繋げることで、精神科医療機関の感染症アウトブレイク対応力を向上させる可能性が示唆された。

055-2 角化型疥癬の発見を契機に未認識の通常疥癬アウトブレイクが判明し、伝播動態の変化を認めた療養型病院の一例

社会医療法人 康和会 札幌しらかば台篠路病院 感染管理部
○佐々木 恵 (ささき めぐみ)

【背景・目的】疥癬はヒゼンダニを病原体とする感染症であり、通常疥癬と角化型疥癬に分類される。通常疥癬は感染力が比較的弱く主に長時間の皮膚接触で感染する一方、角化型疥癬は寄生ダニ数が著しく多く、短時間接触や環境を介した感染も起こり得る高感染性病型である。しかし、角化型疥癬の出現が院内伝播動態に及ぼす影響を実際の経過から検討した報告は限られている。本研究では、角化型疥癬の発見を契機に判明した院内アウトブレイクの経過を解析し、病型差が院内伝播様式に与える影響を検討する。

【方法】240床の療養型病院において、角化型疥癬診断を契機に当該病棟全患者55名の皮膚所見一斉観察を実施した。虫体等確認例を確定例、臨床所見と接触歴から治療を要した例を臨床例と定義し、診断前後をフェーズ分類して患者および職員の発症状況を解析した。

【結果】98歳女性の角化型疥癬診断後に調査を行った結果、55名中34名(62%)に疥癬を疑う所見を認め、通常疥癬が既に広範に存在していたことが判明した。診断前のフェーズ1では職員発症は確認されなかったが、診断後のフェーズ2以降に23名の有症状職員が出現し、発症は12月中旬から1月初旬に集中していた。接触予防策強化と治療介入後、新規症例は減少した。

【考察】全介助を要する高接触環境や免疫低下宿主の存在により、通常疥癬でも患者間で広範な伝播が成立した可能性が示唆された。さらに角化型疥癬出現後に初めて職員症例が顕在化したことから、角化型疥癬が伝播対象を患者間から医療従事者を含む広範な集団へ拡大させ、院内の伝播構造を変化させた可能性が考えられた。慢性期医療施設では、角化型疥癬の発見時には既に水面下で通常疥癬が拡大している可能性を考慮し、包括的かつ迅速な感染対策の実施が重要である。

055-4 消化器外科病棟における *Clostridioides difficile* アウトブレイク対応とその効果

防衛医科大学校病院 医療安全・感染対策部¹⁾、防衛医科大学校病院 検査部²⁾
○市江 希 (いちえ のぞみ)¹⁾、濱本 隆明²⁾

【背景・目的】2025年2月～3月にかけて、当院の消化器外科病棟において5例の *C. difficile* 毒素が検出されたことによりアウトブレイク事例となった。院内疫学調査、手洗いの励行、ペルオキソー硫酸水素カリウム含浸クロスによる環境消毒および清掃業者への情報共有、看護補助者に対し環境消毒に関する指導介入などの対策を実施したことで、同年6月に収束となった。本事例により、同毒素アウトブレイク発生時における環境調整に関する早期介入の重要性について経験したので報告する。

【活動内容】陽性者に対し初動として1) 接触予防策の徹底、2) 手洗いの励行、3) ペルオキソー硫酸水素カリウム含浸クロスを使用した環境清拭消毒の徹底、を行った。併行して4) 疫学的調査を行った。当該病棟における *C. difficile* 毒素検出の流行曲線より、一定期間にわたり検出が認められ、環境を介した曝露の関与が示唆された。陽性者の病床移動歴、処置・治療歴をみても、一定の場所や処置に集積は認めなかったが、診療科では下部消化器外科の患者に偏りが見られた。ストーマ造設患者も少なくなく、緩下剤を使用せざるを得ない患者が多かったことから、下痢症状が見えづらく、本毒素を疑った検査実施に至らなかった患者もいたことが予測された。この結果を受け、5) ストーマケアなどの状況・処置に合わせた流水と石鹸による手洗いの選択と励行、6) 病棟全体の清拭消毒をアルコールクロスからペルオキソー硫酸水素カリウム含浸クロスに変更、7) 清掃部門を含めた関連部署への情報共有、8) 看護補助者に対する清拭消毒の指導介入、を行った。

【成果・考察】同菌 POT 法による分子疫学的解析では、各症例で分離された菌の関連性は明らかにならなかった。しかし、初動感染対策に追加して、特にストーマ管理および排泄物関連処置後の手洗い遵守と環境消毒に重きを置き対応した結果、同年3月29日以降、新規陽性者は発生しなかった。このことから、本症例におけるアウトブレイクの原因が医療従事者の手指または医療環境であったことが考えられ、当院消化器外科病棟における *C. difficile* 毒素対応として手洗いおよび環境調整が有効であったと結論を得た。

055-3 異なる運動部員間で発生した *S. pyogenes* による伝染性膿痂疹アウトブレイク事例

朝日大学病院 感染対策室¹⁾、愛知医科大学医学部 臨床感染症学講座²⁾

○尾崎 明人 (おざき あきひと)¹⁾、坂田 美樹¹⁾、西谷 佳紀¹⁾、棚橋富士和¹⁾、畠山大二郎¹⁾、三嶋 廣繁^{1,2)}

【背景】A大学で異なる運動部員間での伝染性膿痂疹アウトブレイク事例を経験したので報告する。

【症例】2024年11月から12月に当院皮膚科外来にA大学の複数の運動部員が肘部や膝部の皮膚潰瘍にて受診し、伝染性膿痂疹と診断され、集団感染の疑いがあることがICTに報告され介入した。最終的に7名の運動部員(自転車部5名、相撲部1名、バスケット部1名)が感染していることが判明した。全員の創部膿培養から *S.pyogenes* が分離され、薬剤感受性パターンも類似していた。学生への聞き取りの結果、タオルやウェア、トレーニング器具等の部員間での共用はなかったが、人工芝が敷かれた場所で、肘や膝を接地させて荷重トレーニングを行うことがあり、種目の異なる複数の運動部員が場所を共用していることが判明した。病院事務を通じて経過を大学に報告し、トレーニング環境表面の清浄化とストレッチマットを使用する際は部員間の共用はせず専用化することを提案した。当該7名の部員については劇症型溶血性連鎖球菌感染症の発症が懸念されたが、劇症型の経過をたどることなく抗菌薬治療により軽快した。以後、同様の症状を訴える部員はなく終息した。

【考察・結論】異なる運動部が共用する荷重トレーニングスペースの環境表面を介した *S.pyogenes* 接触伝播によるアウトブレイクと考えられた。今回感染した運動部の種目は、落車や相手選手とのコンタクト等による四肢の皮膚損傷の機会が多く、皮膚損傷部位への感染であった。スポーツ時の軽微な皮膚損傷は軽視されやすく、創部のケアが不十分であった可能性もある。普段からのトレーニング環境表面の清浄化とストレッチマットの個別化に加え、創傷管理、創部の被覆徹底が重要であると考えられた。

055-5 医療施設併設保育所における季節性インフルエンザ集団発生事例の後ろ向き検討

JA愛知厚生連 江南厚生病院 感染制御部¹⁾、JA愛知厚生連 江南厚生病院 感染症内科²⁾

○仲田 勝樹 (なかつ まさき)¹⁾、井口 光孝²⁾

【目的】保育所は季節性インフルエンザの集団発生が起こりやすく、特に医療施設併設の保育所での流行は医療従事者の欠勤を招き、地域医療の継続性に影響を及ぼす。本研究では、院内保育所でのアウトブレイク事例を振り返り、初発例から終息までの経過を分析することで今後の適切な対応策を検討した。

【方法】2025年11月19日から12月12日の期間、当院保育所に在籍した園児および勤務した保育士と保育助手を対象とした後ろ向き記述疫学研究である。既存の記録(資料)および保育所報告書に基づき、発症者数、発症日(診断日)、クラス(年齢区分)、介入内容と時期、集団発生の規模や終息までの期間を調査した。

【結果】11月19日に園児1名(家族内感染)が発症。翌20日に保育士1名の診断と園児3名の有症状者を確認し、個人防護具使用を徹底した。21日には保育士4名、園児3名の新規発症が判明し、計10名(保育士5名、園児5名)の確定診断に至った。同日より保育士14名と保育助手2名に対し抗インフルエンザ薬の予防投与を実施した結果、保育士と保育助手の新規発症は認めなかった。園児は12月5日の最終発症者まで計20名が診断され、終息した。

【結論】本事例では最初の園児発症から2日後、計10名の累積発症を確認した時点で予防投与に踏み切った。11月20日時点で実施していれば翌日の発症の一部を防げた可能性はあるが、保育所は高齢者施設等と比較し重症化リスクが限定的である。アウトブレイクと判断した21日の介入は、薬剤服用の妥当性と感染拡大抑制のバランスの観点から概ね適切であったと考えられた。(本研究は、JA愛知厚生連江南厚生病院治験・臨床研究審査委員会の承認を得て実施した[承認番号:2025-052 (0657)]。)

055-6

外来受診を契機に判明した混合病棟での流行性角結膜炎伝播への介入～多職種による早期対応と終息までの経過報告～

富士宮市立病院 感染対策室
○古谷 陽沙（ふるや ひさ）

【背景・目的】医療機関における流行性角結膜炎（以下、EKC）は、外来診療や医療器具を介した接触による集積を生じることがあり、迅速な原因評価と感染対策が求められる。今回、当院の混合病棟に入院歴のある患者において、EKCの集団発生を認めた。本事例の多くは、退院後の初回外来受診時に判明したことが特徴である。本報告では、外来での陽性報告を契機とした感染対策室による早期探知と、多職種連携による介入の有効性について検証することを目的とする。

【活動内容】2025年7月、外来スタッフより当日受診した患者のうち2名がEKC陽性であったとの報告を受けた。これを受け、感染対策室にて直ちにカルテを調査したところ、当該2名を含む発症者の多くに同一病棟への入院歴があることを特定した。直ちにICTへ報告し、合同での介入を開始した。接触による感染伝播の可能性が高いと判断し、感染経路として点眼薬の共有、眼圧計や診察用レンズなど直接目に接触する器具の汚染、手指衛生後の再汚染の可能性を想定した。その後、多職種による緊急対策会議を行い、医師、看護師、視能訓練士等と現状を共有し、現場の視点から感染源の検討と対策の合意形成を図った。対策として、共有していた点眼薬の全廃棄及び新規交換、診察器具の消毒手順の徹底、環境整備方法の見直しを実施した。

【成果・考察】これらの対応後、8月に終息を確認した。全症例の約4割が退院後の初回受診時に陽性と判明していたが、いずれも潜伏期間から病棟内での曝露が強く示唆された。EKC発生時には、点眼薬、診察器具、環境整備を含めた多角的な対策を速やかに講じることが、早期終息に有効であると考えられた。また、システムに頼らない外来現場からの迅速な報告と、感染対策室による調査が早期探知の鍵となった。今後は、報告体制の構築とともに、これらの対策を標準化していくことが再発防止に向けた課題である。

056-1

*S. marcescens*のアウトブレイクを契機に実施したNICU・GCUにおける水回りの環境培養

愛知医科大学病院 感染制御部¹⁾、愛知医科大学病院 感染症科²⁾
○川本 柚香（かわもと ゆずか）¹⁾、中村 明子¹⁾、
川端亜紗子^{1,2)}、渡邊永理香^{1,2)}、久留宮 愛¹⁾、
今井 美恵¹⁾、宮崎 成美¹⁾、山田 敦子¹⁾、太田 浩敏¹⁾、
三嶋 廣繁^{1,2)}

【背景・目的】当院NICU・GCUで赤色色素産生 *S. marcescens* が複数患者の監視培養検体から検出された。環境の汚染状況および清掃の質の評価を目的として環境培養を行った。

【方法】1回目）NICU・GCUの水回り（沐浴槽、ベビーバス、手洗いシンク）とこれらの吐水口から出る水道水の合計12箇所を対象とした。清掃前と清掃後1週間経過後に検体を採取し、すべての検体をBTB寒天培地を用いて35℃で48時間培養した。（水道水は遠心後の沈査を用い、トリソブロス用いた増菌培養も追加実施した。）2回目）1回目の環境培養で水道水より *P. aeruginosa* が検出されたベッド横手洗いシンクの水栓を分解し、7箇所を対象とした。清掃前と高圧洗浄による清掃の直後に検体を採取し、1回目と同様に培養を行った。

【結果】1回目）清掃前の環境培養は、手洗いシンクの吐水口1カ所より赤色色素産生 *S. marcescens* が検出された。加えて、別の手洗いシンクの吐水口、排水口、水道水から *P. aeruginosa* が検出された。清掃1週間後の環境培養からは、いずれも菌は検出されなかった。2回目）清掃前検体では7箇所中2箇所より *P. aeruginosa* が検出された。高圧洗浄による清掃後には菌は検出されなかった。

【結論】清掃前の環境からは *S. marcescens* や *P. aeruginosa* が検出されたが、清掃1週間後と高圧洗浄後の環境からはこれらの菌種は検出されず、清掃の質には問題がないと考えられた。この結果を清掃のインターバルの設定に活用していきたい。

056-2

COVID-19 流行下における医療機関向け高性能空気清浄機導入効果の検討

南風病院 感染制御室
○山路 友美（やまじ ともみ）

【背景・目的】当院本館病棟は1978年竣工の施設であり、各病室に吸排気口がなく換気が構造的課題であった。COVID-19流行以降、市販空気清浄機や送風機による簡易対策を行ってきたが、同病棟では2024年8月までに計16回（累計353名）のクラスターを経験した。病床受入制限は経営上の重大課題となり、医療機関向け高性能空気清浄機（以下、高性能空気清浄機）を導入した。本研究は、高性能空気清浄機導入前後でのクラスター発生状況および病床受入制限日数を比較し、その効果を検証することを目的とした。

【方法】2024年11月、本館全大部屋へ高性能空気清浄機を導入した。比較期間は導入前1年間（2023年11月～2024年10月）および導入後1年間（2024年11月～2025年10月）とした。クラスターは同一病棟内で5名以上の院内感染発生と定義した。導入に伴い市販機器は撤去し、窓の常時開放を終了した。機器管理は半年毎の業者点検とし、ICTラウンドで週1回設定確認を行った。期間中、その他の感染対策体制に大きな変更はなかった。

【結果】導入後、エアロゾル感染が主因と推測される大規模クラスターは認めなかった。病床受入制限日数は導入前79日から導入後21日へと58日短縮した。減収回避額は1日平均入院単価に基づく推計で約3,712,000円/床であった。機器購入費は約700万円であったが、清掃業務削減に伴う人件費低減を含めると費用対効果は高いと考えられた。

【考察・結論】換気設備のない旧規格病棟においても、高性能空気清浄機の計画的導入と適切な管理体制により、クラスター抑制および病床稼働確保に寄与する可能性が示唆された。

056-3

新型コロナウイルス感染症5類移行後の院内発生倍増に対する要因分析と、初動可視化による介入プロセスの再構築

鳥取市立病院 感染防止対策室
○中谷 知子（なかに ともこ）、櫻井 重久

【背景・目的】新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）の5類移行後、当院の2025年における入院72時間以降の院内発生患者数は前年比2.2倍（73人）に急増した。要因分析の結果、感染拡大の要因は患者側因子ではなく、病棟における「患者の発症から感染対策強化までの初動対応の遅延」であることが判明した。また、感染防止対策チームの業務過密により、各事例へのタイムリーな介入が困難という課題も浮き彫りとなった。本活動の目的は、初動対応の遅延要因を可視化し、病棟職員と感染防止対策チームが即時に情報共有を図るためのシステムを構築することである。

【活動内容】2024年および2025年、当院入院後にCOVID-19と診断された計119人の患者を対象とし、後方視的調査を実施した。解熱鎮痛剤の定期使用率（約46%）や対策実践困難な患者割合に変化は認められなかったが、発症から対策強化までの平均時間は8時間10分から15時間35分へと大幅に遅延していた。インフルエンザにおいても同様の初動遅延が確認されたことから、急性呼吸器感染症全体に対する察知機能の低下が示唆された。これを受け、初動対応を即時評価するため、患者情報と事例の経過を集約するガントチャートに「初動時間の自動計算機能」および「解熱鎮痛剤によるマスク等リスク因子項目」を追加した。さらに得られた結果を可視化し、タイムリーな現場介入を可能にする「感染拡大防止共有シート」を作成した。

【成果・考察】感染拡大の真の要因を、患者側因子ではなく医療提供側の初動対応の遅れとして明確化した。「感染拡大防止共有シート」は、リスクの客観的可視化に加え、「適切な対応が取られている点」を肯定的にフィードバックする機能を備え、現場の心理的安全性を担保しながら「次に改善できることは何か」を後押しする支援ツールとした。試行段階の現在、病棟看護師長から「状況の可視化により、できていること、改善点を病棟職員に分かりやすくかつタイムリーに伝えやすい」という感想が聞かれている。本ツールを活用した情報共有体制を確立することで、急性呼吸器感染症に対する持続可能な早期察知機能の再構築が期待される。

056-4 COVID-19 アウトブレイクにおける病室 CO₂ 測定を用いた環境要因の検討

医療法人 回生会 大西病院 感染制御部

○山下 矩史(やました のりふみ)、鯨岡 一彦、山本 泰司

【背景・目的】当院は築 50 年以上 248 床のケアミックス病院である。2025 年 11 月、4 病棟に及ぶ COVID-19 アウトブレイクを経験した。拡大要因として、個室隔離が困難な事に加え、病室に機械換気設備がなく、冬季で窓解放換気困難が関与したと考えられた。そこで、アウトブレイク発生病棟において CO₂ 測定および空気の流れの調査を実施し、その結果と当院での今後の感染対策について報告する。

【活動内容】アウトブレイク期間中と終息後に、4 病棟、27 病室を対象に CO₂ 測定を実施した。あわせてスモークテストを行い、病室と廊下における空気の流れを調査した。その結果、病室内から廊下へと一定方向で空気が流れている状況が確認された。廊下給排気の特徴を踏まえ、2 病棟において一時的に廊下換気を停止し、CO₂ 測定を行いながら廊下と病室の窓開放換気を実施した。また、A 病棟における CO₂ 汚染 (>1000ppm)、非汚染 (<1000ppm) に分けて換気的重要性を検討した。統計処理については、フィッシャーの正確確率検定を用い、有意水準を 0.05 未満とした。

【成果・考察】4 病棟における COVID-19 発生病室割合は 90% で多床室であった。A 病棟 13 室の調査結果、10 室で CO₂ 1000ppm 以上があり、そのうち陽性が 6 室で 13 名の陽性者がでた。CO₂ 汚染と COVID-19 陽性の関連を評価したところ、オッズ比 1.44 で正の関連性があつたが、統計学的有意差は認めなかった(p=0.70)。CO₂ 濃度は人数や呼吸状態などの影響を受けるため、測定結果のみで全てを評価することは難しい。しかし、病室に機械換気設備がないことや空気の流れの特徴など、当院の構造的課題は明らかとなった。廊下換気を一時的に停止した 2 病棟では、その後アウトブレイクは終息した。2026 年 1 月に B 病棟内で Covid-19 アウトブレイクが発生したが、同対策を行い、患者 5 名の短期間で終息した。環境調整が感染拡大防止に一定の役割を果たした可能性は考えられ、隔離対応が困難な病床運用下において病室内換気は感染対策上、より重要であると思われる。今後は病室への空気清浄機の早期設置の検討、空気の流れにも着目し、当院で実施可能な環境整備を進めるとともに、継続的な環境評価が今後の課題である。

056-6 分子疫学的解析により院内伝播が示唆された CPE アウトブレイクの一例

札幌徳洲会病院 ICT

○井畑 理沙(いばた りさ)、和田 直樹、松田まなぶ、菅沼 美里、天野 詩織

【背景・目的】近年、医療機関におけるカルバペネマーゼ産生腸内細菌目細菌(以下、CPE)の分離患者数は増加している。当院では 2020 年に入院患者から CPE が検出され、その 1 年後にも別病棟で検出された。2024 年には同一病棟で複数例の院内感染を認めたため、アウトブレイクの一例を分子疫学的に解析した。

【活動内容】2024 年 6 月、患者 A の喀痰から CPE が検出された。同病棟の入院患者にスクリーニング検査を実施し 1 例検出され、以後同年 8 月までに新たに 3 例検出され、合計 5 例となった。検出された菌は、すべて *Enterobacter cloacae* complex の bla IMP-1 group だった。患者はいずれも日常生活介助および気管内吸引を要しており、職員の手指や環境・物品を介した接触伝播の可能性が考えられた。そこで、気管内吸引手技の確認と指導、環境培養の実施、紫外線照射による環境消毒の強化、手洗いシンク清掃の標準化、全入院患者の喀痰培養の CPE スクリーニング検査、以上の 5 つの対策を実施した。検出された菌株については、全ゲノム解析による MLST 解析、薬剤耐性遺伝子解析および ECC-POT 解析を実施した。

【成果・考察】2024 年 6 月から 8 月、院内で CPE が検出された患者 5 人はすべて同一病棟であった。気管内吸引の手順 17 項目中、吸引操作前の手指衛生の実施率が 55.2% であり、手順書を用いて直接指導した。環境培養は、水まわりを中心に 11 箇所を実施し、スタッフエリアの手洗いシンクと患者の洗面所から検出された。2024 年 9 月から 12 月、全入院患者の喀痰培養の CPE スクリーニング検査を実施し、新たな検出はなかった。分子疫学的解析では患者 5 人の株と環境 2 箇所の株は、MLST 解析ではすべて ST133 に分類され、ECC-POT 解析でも POT1 値はすべて 1239 であった。以上の結果から、患者、環境は同一株であり院内伝播が示唆された。患者や環境の伝播は、職員の手指を介していた可能性があり、複合的な感染対策を実施したことでアウトブレイクが終息した。

056-5 VRE アウトブレイクに対する感染対策の取り組みについて

九州大学病院

○今利 雅子(いまり まさこ)、永山 瑞紀、桑田 睦子、小林 里沙

【背景・目的】当院は、医師、感染管理認定看護師等で構成したグローバル感染症センターを設置し、さらに各病棟に感染対策医師・看護師を配置し院内感染対策に取り組んでいる。2025 年 3 月に当病棟で VRE アウトブレイクが発生したため、感染経路の特定、感染管理の見直し、改善策についてグローバル感染症センターと協議し、多職種で連携して感染拡大防止を図った。

【活動内容】VRE 陽性患者発生後、オムツ使用患者にスクリーニング検査で陽性が確認され、病棟の全患者にスクリーニング検査を拡大実施した。更に、陽性患者 6 名を対象に、患者間に共通する背景要因と看護ケアについて分析したところ、手指衛生や個人防護具使用が適切な場面で実施できていなかった。また、5S 管理が不十分であった。その為、学習会、標準予防策の徹底、環境チェックシート作成、物品の患者専用化、ベストプラクティスに沿った指導、経管栄養物品の適切な管理、陽性患者対応、保菌検査の 8 項目に取り組んだ。環境整備や物品管理はスタッフに委ねていた為、環境チェックシートを作成し、スタッフだけでなく、看護師長も確認を行うことで適切な 5S 管理ができるようになった。また、患者に使用する排泄ケア用品やストーマ物品は、汚染した医療者の手指を介して接触感染した可能性を考え、可能な限り患者専用化、陰部洗浄ボトルの共有を中止し、おしり拭きクロス導入、ストーマ物品の見直しを行い接触感染予防策の強化を図った。

【成果・考察】当病棟の VRE アウトブレイクは上記の対策にて 9 ヶ月後に終息した。入院患者の受け入れや予定手術継続など通常の病棟運営と VRE 陽性患者対応を同時に行う状況下でも感染拡大を防げたのは、学習会や継続的な取り組みを通してスタッフの感染管理に対する意識が向上し、正しい行動が定着したことが大きく寄与したためと考える。さらに、VRE 検出患者への対策のみならず、標準予防策および感染経路別予防策を適切に実施したことも終息に結びついていた。

057-1 POT 法を利用した *Clostridioides difficile* 感染症の同一病棟複数発生例の検討

川崎医科大学附属病院 中央検査部¹⁾、川崎医科大学 臨床感染症学²⁾、川崎医科大学附属病院 看護部³⁾、川崎医科大学附属病院 薬剤部⁴⁾

○長山 香織(ながやま かおり)¹⁾、大石 智洋²⁾、高木理恵子¹⁾、村上 悦子¹⁾、石井 康太³⁾、寺尾 有子³⁾、大取 敏絵³⁾、山下 真利³⁾、藤井 哲英⁴⁾、森原 順子⁴⁾、吉岡 大介²⁾

【背景・目的】*Clostridioides difficile* (以下 CD) は抗菌薬治療などの誘因による異常増殖および毒素産生が引き起こされ、抗菌薬関連下痢症や偽膜性大腸炎を発症する。そして、CD は芽胞を産生するため、消毒等に抵抗性で院内感染予防策にも注意が必要である。しかしながら、健常者の一部にも存在するため、複数発生時にそれが院内伝播したものであるかの判断が困難なことも少なくない。菌株の解析として、近年、PCR-based ORF Typing (POT 法) によるクローン解析が可能になった。このたび、当院における 2 つの病棟にて複数例の発生があり、その菌株につき POT 法による解析を行ったので、報告する。

【活動内容】当院において、A 病棟及び B 病棟の 2 つの病棟にて、(時期が異なるが) いずれも 5 名の CD 腸炎患者が短期間に発生した。A 病棟では 2025 年 7 月に、最初の患者発生から約 6 週間、4.9.4.20 日間隔で CD 腸炎の新たな発生があり、B 病棟では 2026 年 1 月に、最初同日に 2 例、その後 7.4.6 日間隔で CD 腸炎の新たな発生が見られた。A 病棟では 1. 2 例目は同室(大部屋)であったが、B 病棟では同部屋同士の発症はなかった。当院の感染制御チーム (ICT) が病棟に出向き、環境整備や流水と手洗いによる手指衛生の指導を行い、糞便検体につき、シカジーニウス分子疫学解析 POT キット (C. ディフィシル用) を用いた POT 法による解析を行ったところ、A 病棟では解析可能であった 4 検体のうち、3.4.5 例目が同一の POT 値 (POT1: 827, POT2: 3)、B 病棟では解析可能であった 4 検体 (1.3.4.5 例目) 全て同一の POT 値 (POT1: 794, POT2: 23) であった。この結果について病棟スタッフにも報告し、その後、発生は収束した。

【成果・考察】POT 法により同一病棟における CD 腸炎の複数発生の原因となった CD の多くが同一、すなわち院内で感染している事が明らかになり、本件を病棟スタッフに説明することで、より説得力のある、かつ、協力が得られやすい感染対策を施行することができた。

057-2 ノロウイルス感染症のアウトブレイク対応の評価・今後の課題

愛知医科大学病院 感染制御部

○久留宮 愛（くるみや あい）、今井 美恵、
渡邊永理香、川端亜紗子、中村 明子、三嶋 廣繁

【背景・目的】2026年1月下旬から2月にかけて、複数部署でノロウイルス感染症のアウトブレイクを経験した。ICT活動の評価と今後の課題について報告する。

【活動内容】2026年1月30日（金）脳神経外科病棟より、嘔吐・下痢・発熱等の患者・職員が複数発生していると報告あり、直ちにICTによる介入を開始。有症状者の把握をした結果、患者8名・職員7名と判明。個室管理・コホーティング・トイレ固定、接触・飛沫・塵埃感染対策、適切な個人防護具の使用、環境清掃・消毒の徹底、リハビリ出棟の制限、新規入院制限等の対策を開始した。A病棟ではICT看護師・臨床検査技師365日勤務体制であり、週末も状況把握とベッドコントロール・感染対策指導を継続。週末、患者5名・職員6名の新たな発症者が出現したため、抗原迅速検査（以下、抗原）陽性3名を除く患者35名に対し、遺伝子検査（以下、PCR）を実施した。結果、PCR陽性14名、うち無症状3名、抗原陰性・PCR陽性1名と判明しコホーティングを継続した。その後も症状出現時2本検体採取し、抗原陰性の場合にPCR検査を実施。透析患者を介した伝播も示唆され、3病棟にわたる発症者の拡大があり、総感染者は検査陽性患者25名、検査陰性の有症状患者11名、有症状職員16名となった。2月7日新規陽性患者を最後に2日間新規発症なく、同10日新規入院再開。その後、終息と判断した。この研究は所属施設の看護部研究倫理審査会の許可を得た。

【成果・考察】3病棟にわたるアウトブレイクとなったが、ICTによる早期介入を開始し約10日間で終息できたことは、基本的な感染対策強化に加え、ICT週末勤務による対応の継続、PCRによるスクリーニング検査に基づいた早い段階からの新規入院制限が有効であったと考える。今回、ICTへの報告時点で複数名にわたる発症者が発生しており、初発の適切な嘔吐・排泄物処理や防護具着脱が不十分であったことがアウトブレイクに至った要因と考える。今後の課題として、ノロウイルス感染症流行期における職員への注意喚起、嘔吐・排泄物処理方法等の教育の強化が必要である。

057-4 ESBL産生 *Klebsiella pneumoniae* アウトブレイクの1事例 —ER病棟における環境要因の検討—

順天堂大学医学部附属浦安病院 医療安全推進センター 感染対策室

○安田 雅一（やすだ まさかず）、中村 翔一、
川松 恵子、中澤 武司、佐々木信一

【背景】集中治療部門では侵襲的デバイス管理や各種処置が頻回に行われるため、薬剤耐性菌の伝播リスクが高い。今回、ER病棟においてESBL産生 *Klebsiella pneumoniae* の検出が一定期間に集積し、アウトブレイクが疑われたため、感染経路および環境要因について検討した。

【症例】ER病棟において喀痰よりESBL産生 *K. pneumoniae* の検出増加をみとめたため、2025年2月26日～9月10日までの間で、積極的スクリーニングを実施した。結果、12名の喀痰からESBL産生 *K. pneumoniae* が検出された。多くの症例で人工呼吸器や気管支鏡検査などの侵襲的デバイスが使用され、尿道留置カテーテルや胃チューブなどの処置が実施されていた。アウトブレイクに対する感染対策は、接触予防策の強化、手指衛生遵守の徹底、環境清掃の強化を行った。あわせて環境調査を実施したところ、シンク下配管に微細な水漏れがあり、収納内部が湿潤状態となり、共有物品の汚染が判明した。さらに排水口からディスプレイ内視鏡を挿入して排水管内を観察した結果、排水不良を伴う閉塞および汚泥様沈着物を認めた。当該シンクは、配管の修繕およびシンク下の物品の収納場所を変更した。シンク修繕後、ESBL産生 *K. pneumoniae* の新規検出は認めずアウトブレイクは終息した。

【考察・結論】本事例では侵襲的デバイスの使用や高頻度の看護ケアといった患者要因に加え、シンク配管の水漏れや共有物品の汚染などシンク周囲の環境要因がアウトブレイクの発生に影響した可能性が示唆された。人工呼吸器使用患者の喀痰から多く検出されたことは、口腔ケア時に口周囲を清拭するディスプレイホルダーが当該シンク横に置かれており、シンクを使用するごとに、ESBL産生 *K. pneumoniae* に曝露された可能性が考えられた。また、シンク下には消毒後の吸引機器が収納されていたが、微小な水漏れなどにより汚染していた可能性が推察された。

ICUにおける薬剤耐性菌対策では、標準予防策の徹底のみならず、水道シンク配管の故障の有無や保管環境の点検を含めた包括的な環境管理が重要である。

057-3 IMP-1産生 *Enterobacter cloacae* complexの分子疫学解析におけるECC-POTの有用性

札幌徳洲会病院

○和田 直樹（わだ なおき）、天野 詩織、菅沼 美里、
松田まなぶ、井畑 理沙

【はじめに】*Enterobacter cloacae* complex (ECC) に対するPCR-based ORF Typing (ECC-POT) は、菌株識別に加え菌種推定やblaIMP-1 groupの検出も可能な手法である。当院では2024年6月～2025年2月にA、B病棟でIMP-1産生ECCによる院内感染事例を経験した。今回、当該期間に検出されたIMP-1産生ECCにECC-POTを用い、有用性を評価した。【対象・方法】対象は2024年6月～2025年2月に検出されたECC 28株（患者由来8株、環境由来20株）とした。菌種同定はMALDIバイオタイパーを用い、全ゲノム解析（WGS）によるAverage Nucleotide Identity (ANI) 解析、Multilocus Sequence Typing (MLST)、薬剤耐性遺伝子解析を行い、これらとECC-POTの結果を比較検討した。

【結果】ECC-POTでは28株すべてがECCと判定、blaIMP-1 groupを保有していた。遺伝子型は患者由来株でA病棟の5株が1239-943、B病棟は3株中2株が3005-1277、1株が2081-41だった。環境由来株は患者株と同一型に加え複数型が検出された。ECC-POTによる菌種推定は全てANI解析結果と一致した。MLST解析では患者由来株はA病棟がST133、B病棟がST32とST919、環境由来株のみST252が検出された。薬剤耐性遺伝子は、WGSにおいてもすべてblaIMP-1 groupを保有しており、一致した結果であった。

【考察】ECC-POTによる菌種推定とIMP-1遺伝子解析はWGS結果と一致し、遺伝子型による分子疫学解析に加え菌種推定とIMP-1検出を同時に行えるため、院内感染対策に有用と考えられた。本研究にあたり、ECC-POTおよび全ゲノム解析をご実施いただいた日本医療大学 小池祐史先生、望月真希先生、品川雅明先生に深謝いたします。

057-5 精神科病院におけるOXA-48カルバペネマーゼ遺伝子陽性 *Escherichia coli* 集団発生に対する地域連携支援の経験

浜松医科大学医学部附属病院 感染制御センター¹⁾、国立健康危機管理研究機構²⁾

○古橋 一樹（ふるはし かずき）¹⁾、名倉 理教¹⁾、
塚本 彩花¹⁾、高岡 雅代¹⁾、鈴木 利史¹⁾、澤木ゆかり¹⁾、
脇坂 浩¹⁾、松井 真理²⁾、鈴木 里和²⁾、菅井 基行²⁾、
窪田 志穂²⁾、木村 英恵²⁾、大曲 貴夫²⁾

【背景・目的】OXA-48カルバペネマーゼ産生腸内細菌目細菌はカルバペネム低感受性を示さない事があり、表現型検査のみでは見逃されやすい。OXA-48型株はカルバペネムMICにばらつきがあり、感性和判定され得る。国内でも海外渡航歴のない症例報告がみられ、拡がりが懸念される。今回、感染対策向上加算未取得の精神科病院でX年10月から発生したOXA-48カルバペネマーゼ遺伝子陽性 *Escherichia coli*（以下OXA-48-*E. coli*）集団発生に対し、保健所、大学病院、国立機関が連携支援した経験を報告する。

【活動内容】症例定義はX年4月1日からX+1年8月25日までに病院入院中又は入院歴があり、検体からOXA-48-*E. coli* が検出された患者とした。患者背景、介護内容、感染対策上の課題、薬剤感受性、全ゲノム解析結果を後方視的に検討した。加えて、保健所、浜松医大、国立健康危機管理研究機構が連携し、訪問指導、標準・接触予防策の徹底支援、選択分離増培を用いた病棟及び入退院時スクリーニング、関連施設入所者検査、市内医療機関への周知とモニタリングを行った。

【成果・考察】X+1年8月25日時点で35例（感染症2例、無症状病原体保有者33例）を確認した。中央値90歳、要介護3以上69%、おむつ交換100%、摘便86%、入浴89%で濃厚な介護を要した。入浴時の患者移送物品の共用や標準・接触予防策の不徹底を認めた。分離10株は国内未報告のST11672で、薬剤耐性遺伝子は全株一致し、bla_{OXA-48}が染色体上に2コピー確認された。届出2株以外はメロベム感性和、表現型検査のみでは把握困難であった。介入後52例が追加陽性となったが、X+2年9月以降3か月間は転院時陽性例を除き新規例を認めず、院内伝播なしと判断し、同年12月に対応を終了した。本事例は国内初のOXA-48-*E. coli* 集団発生事例であり、外部持ち込みと不適切な感染対策下での介護を介して伝播が疑われた一方、精神科病院のような濃厚な介護依存環境でも、行政、専門機関、地域医療機関の連携支援が封じ込めと地域拡大防止に有効である事が示された。

057-6 周産期病棟における IMP 型カルバペネマーゼ産生 *Klebsiella pneumoniae* の患者・医療環境アウトブレイクと水回り対策

医療法人豊田会刈谷豊田総合病院

○藏前 仁（くらまえ ひとし）、木本 真帆、
早川 都子、澤出 里奈、夏目美恵子、仲島さより

【背景】カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）の増加は世界的に問題となっており、我が国では2014年に5類感染症に指定された。中でもカルバペネマーゼ産生腸内細菌目細菌（carbapenemase-producing Enterobacteriales：CPE）はβ-ラクタム系以外の抗菌薬にも耐性を示すことが多く、プラスミドを介した水平伝播も報告されている。そのため迅速な検出と適切な感染対策が求められる。今回、周産期病棟において患者および医療環境からIMP型カルバペネマーゼ産生 *Klebsiella pneumoniae* が多発した事例とその対応について報告する。

【事例】双胎妊娠のため予定帝王切開により出生した児の生後6日目に実施した鼻腔スクリーニング培養から *Klebsiella pneumoniae* が検出された。抗菌薬感受性試験および遺伝子検査によりIMP型カルバペネマーゼ産生が判明したため、直ちにICTを招集し対応を開始した。NICUおよびGCU入院児7名を対象に鼻腔・糞便・尿培養検査・糞便検体からの耐性遺伝子検査を実施した結果、当該児を含む2名の糞便からIMP型カルバペネマーゼ遺伝子が検出された。さらに環境培養を広範囲に実施したところ、シンクや沐浴槽など水回りを中心に11箇所から同菌が検出された。分離株はいずれもIMP型カルバペネマーゼ遺伝子を保有していたことを確認した。これらの結果を踏まえ、陽性児の個室管理、環境清掃の強化、NICU・GCUの部分的利用制限を実施した。加えて沐浴槽管理方法の統一、シンクの用途別機能分化（手洗い用・器材洗浄用）、清掃方法の標準化、コット洗浄の中央化、一部シンクの更新・集約化などの対策を講じた。その結果、約2週間後にNICU・GCUの通常運用を再開した。【考察・結論】CPEは医療環境、特にシンクや排水口などの水回りをリザーバーとして院内伝播を引き起こすことが報告されている。本事例でも排水口を含む水回り環境から同菌が検出され、シンクの用途別機能分化を含む水回り管理の強化がアウトブレイク収束に寄与したと考えられた。本経験を契機として、当院では水回り管理の見直しと職員教育を推進し、院内教育および感染対策向上加算連携施設との訓練・情報共有にも活用している。

058-2 多業種者におけるノロウィルスの検査状況

株式会社LSIメディエンス 食の安全サポート部 検査グループ
微生物・DNAチーム

有路寿美枝、大井 彩耶、加藤 正章、

○三原 英悟（みはら えいご）

【背景・目的】ノロウィルスは感染力が強く、手指や食品を介して感染し、嘔吐、下痢腹痛などの症状を引き起こす胃腸炎の原因のひとつであり、小児や高齢者では重症化することもある。我々グループでは、医療・福祉・教育関係、飲食店や食品加工工場、宿泊業や清掃サービス業などに従事する健康者からノロウィルス検査を受託し検査を実施している。今回それらの多業種におけるノロウィルスの検査状況を解析したので報告する。

【方法】2021年から2025年に検査依頼のあった129,241件のうち解析可能であった128,538件を対象にリアルタイムPCR法で測定し、陽性件数、陽性者における型別と検査回数、複数回提出者の検査実施間隔別、業種別（(1)医療・福祉・教育関係群、(2)飲食・食品加工等食品を扱う群、(3)宿泊業や清掃サービス群）に分類し解析を行った。

【結果】5年間の陽性件数（陽性率）は、2021年106件（0.35%）、2022年91件（0.37%）、2023年156件（0.64%）、2024年202件（0.84%）、2025年590件（2.31%）で、対前年比では2022年85.85%、2023年171.43%、2024年129.29%、2025年292.08%と増加傾向を示した。陽性者の型別ではG1が6.11%、G2が93.36%、G1+G2が0.52%でG2の陽性が優位であった。陽性者における陰性に至るまでの検査実施回数では2回が61.11%、3回が21.79%、4回以上が17.09%で、検査実施間隔では1～3日間隔は38.15%、4～7日間隔は45.64%、8日以上間隔は16.21%であった。業種別での提出率は(1)24.54%、(2)20.69%、(3)54.77%、陽性率は(1)13.51%、(2)29.05%、(3)66.89%であった。

【結論・考察】健康者での陽性キャリアが増加傾向であった。検査回数や複数回提出者の解析では無症状の陽性キャリアではないかと推測された。検査結果を報告するだけでなく、二次感染防止対策の一助となれるよう顧客に対し感染情報などの情報発信も必要と考える。

058-1 感染管理認定看護師のセカンドキャリアモデルとしての地域感染対策支援

感染対策サポート 柿サボ

○柿原 朱美（かきはら あけみ）

【背景】感染管理認定看護師として2015年より丹波地域の中核病院において感染管理専従として勤務し、感染管理システムを一から構築した。院内感染制御に一定の成果を上げるとともに、第2種感染症指定医療機関として新型コロナウイルス感染症流行初期からフェーズに応じた感染対策の実務を担った。また、地域で発生したクラスター事例では、保健所からの派遣要請を受け福祉施設等で感染対策支援を行い、医療機関と比較して感染対策の知識や体制が十分でない地域施設の現状を実感した。2024年3月の定年退職を見据え、これまで培った専門性を活かし、地域施設の感染対策支援に貢献するセカンドキャリアを目指した。

【活動内容】定年前より起業塾や起業セミナーに参加し、多職種・多分野の支援を受けながら事業構想を具体化し、2024年5月に感染対策サポート事業「柿サボ」を起業した。実績を有するフリーランスの感染管理認定看護師が、地域の福祉施設や感染防止支援を必要とする施設を対象に、感染対策研修の開催やコンサルティング等を行う事業計画を策定した。

【成果】初年度は事業の挨拶回りや事業案内、単発研修の実施が中心であった。地域の中核病院における新型コロナウイルス感染症対応の実務経験や、丹波健康福祉事務所および丹波市からの派遣要請に基づく支援実績が地域における信頼につながり、次年度には複数法人との年間契約に至ったと考える。本実践は、地域感染対策支援の新たな形として、感染管理認定看護師の専門性を地域に還元するセカンドキャリアの一例として報告する。

058-3 Candida 血症の病態からみた治療上の要点と問題点

金沢医科大学 臨床感染症学¹⁾、金沢医科大学 一般・消化器外科²⁾、金沢医科大学病院 薬剤部³⁾、金沢医科大学病院 中央臨床検査部⁴⁾、金沢医科大学病院 看護部⁵⁾、金沢医科大学 感染制御室⁶⁾、金沢医科大学 放射線科⁷⁾

○上田 順彦（うえだ のぶひこ）^{1,2)}、多賀 允俊³⁾、
西田 祥啓³⁾、高多 暲治³⁾、村 竜輝¹⁾、北川真理子⁵⁾、
西岡 美保⁵⁾、中川 佳子⁶⁾、日向千恵子⁶⁾、飯沼 由嗣¹⁾、
三浦 聖子⁷⁾

【背景】Candida血流感染（以下、Candida血症）は日常診療でしばしば経験し、稀に重篤化することもある。そのため病態を考慮した対策が必要である。

【目的】Candida血症の病態を解析し、対策および治療上の課題を明らかにすること。

【対象と方法】過去4年間に当院でCandida血症と診断された52例を対象とし、臨床的背景および治療成績などについて検討した。

【結果】(1) 物理的バリアの破綻：血管内カテーテル関連血流感染症（カテ感染）が34例（76%）、その他のバリア破綻（呼吸器、腹膜、胆道など）が11例（24%）であった。(2) 免疫能の低下：慢性的な免疫能低下は38例（84%）に認められ、内訳は80歳以上19例、がん状態17例、糖尿病8例、長期免疫抑制剤内服8例などであった。急性の免疫能低下は33例（73%）で、肺炎13例、腹膜炎6例などであった。慢性または急性の免疫能低下を認めた症例は42例（93%）であり、認めなかった症例は3例（7%）のみであった。中でも、慢性的な免疫能低下に急性の低下が加わった症例が71%と最多であった。(3) 常在菌叢のバランスの崩れ（菌交代現象）：発症前1か月以内に広域抗菌薬を使用していた症例は29例（64%）であり、その合計使用期間の中央値は10日であった。(4) 予後：軽快退院が29例（64%）、死亡が16例（36%）であった。このうち、Candida血症が直接的な死因に関与していると考えられた症例は9例（20%）であった。

【考察】カテ感染予防対策として、感染リスクの少ない部位からの挿入やカテーテルの選択、不要なカテーテルの早期抜去が重要である。菌交代現象の予防に対しては、広域抗菌薬の積極的なde-escalationを心がける必要がある。また、早期発見のための対策として、ハイリスク症例に対する積極的な培養検査やβ-Dグルカン測定などが挙げられる。

【結語】広域抗菌薬投与例などのCandida血症のハイリスク患者において、早期発見と対応により予後の改善を図る必要がある。

058-4 特定行為研修修了者による末梢挿入型中心静脈カテーテル挿入を受ける患者に対する看護の実践—感染症看護における課題の検討—

社会福祉法人 恩賜財団大阪府済生会千里病院
○橋本 渚 (はしもと みぎわ)

【背景・目的】近年、特定行為研修修了者による末梢挿入型中心静脈カテーテル（以下、PICC）挿入が普及している。PICCはカテーテル関連血流感染のリスクを有し、感染対策は重要である。本研究は、特定行為研修修了者によるPICC挿入患者への看護の実践を明らかにし、感染症看護の視点から課題を検討することを目的とした。

【方法】対象：特定行為研修修了者8名、調査期間：2025年10月～12月、データ収集方法：半構成的面接を実施した。分析方法：質的記述的分析を行った。倫理的配慮：説明文書で研究参加の自由、目的、方法、個人情報保護等を説明し、同意書を取得し同意を得た。所属機関の倫理審査承認を得た。

【結果】1. 522コード、34サブカテゴリー、11カテゴリーが抽出された。2. 実践面は【安全なPICC挿入のための念入りなアセスメント】【PICC適応の判断とジレンマ】【環境の状況によりばらつきのある穿刺時の感染対策】【正確な挿入に向けた人的・物的環境調整に注力する】【患者への負担を最小にする配慮と関わり】【PICC挿入後の管理に対するスタッフ教育】【多様なモニタリングへの取り組み】の7カテゴリーが示された。3. 役割意識は【挿入に特化した役割意識】【特定行為研修修了者としてのPICC挿入に対する責任感とプライド】【特定行為研修修了者としての教育的役割の意識】【調整者としての役割意識】の4カテゴリーが示された。

【考察】特定行為研修修了者によるPICC挿入は、挿入前後を含む感染症看護を基盤とした一連の看護実践であった。一方、穿刺時の感染対策や挿入後モニタリング、役割意識にはばらつきがあり、個人の経験や施設体制の影響が考えられた。感染症看護の課題は、1. 感染対策実践の標準化と環境整備、2. 長期的感染モニタリング体制の構築、3. 役割の明確化と多職種連携の強化が考えられた。

【結論】特定行為研修修了者によるPICC挿入は手技だけではなく包括的な看護実践であった。しかし、穿刺時の感染対策や挿入後モニタリングには差があり、感染看護の質の向上の為に、役割の明確化と組織的支援体制の構築が重要である。

058-6 感染管理特定認定看護師による抗菌薬臨時投与実装に向けた体制構築と月2回の活動体制下でのASTカンファレンスの活用

JA長野厚生連 南長野医療センター 篠ノ井総合病院
○小林 恭平 (こばやし きょうへい)

【背景・目的】特定行為研修を修了した看護師の活用は推進されているが、感染管理特定認定看護師（以下ICN）による抗菌薬臨時投与を運用できている施設はいまだ限定的である。特定行為の実装には、体制整備と継続的なトレーニングが不可欠である。本報告は、自施設（病床数418床の急性期病院）における抗菌薬臨時投与実装に向けた体制構築の過程と抗菌薬適正使用支援チーム（以下AST）カンファレンスの活用の有用性を示す。

【活動内容】ICNが中心となり手順書を作成した。導入初期のため診療科を限定し、内科的併診体制を有する整形外科入院患者を対象とした。整形外科医、リウマチ膠原病内科医、インфекションコントロールドクター、看護部と合意形成を行った。実践的トレーニングとしてASTカンファレンスを活用し、血液培養陽性例および特定抗菌薬使用例の事前アセスメントと症例提示を継続した。兼務体制のため、月2回の午前中を活動時間とした。

【成果・考察】1年半でAST症例提示は232件行い、初期30件は思考の整理を目的に症例をまとめた。抗菌薬臨時投与は3件実施し、AST介入提案を3件行った。抗菌薬臨時投与の3件は、ASTの医師の依頼で実施した。実施を通して、ASTカンファレンスでの症例検討が実践的トレーニングとして有用であることが示唆された。AST介入提案は、救急病棟の入院患者で介入が必要と判断した症例をASTカンファレンスで提示し、抗菌薬の変更や用量調整につながった。ASTカンファレンスは、特定行為実装を支える教育基盤として機能し、臨床推論能力や適切な抗菌薬の選択、治療経過を見据えた議論の質の向上に寄与した。本取り組みは、兼務体制下の月2回という限られた活動時間であっても、ASTカンファレンスを基盤とした症例共有と協働体制の構築により、抗菌薬臨時投与の実装が可能であることを示唆した。今後は勤務体制の最適化および他診療科への展開を通じ、持続可能な運用体制の確立が課題である。

058-5 看護部感染委員会の運営改革：出席率向上と感染対策強化への挑戦

恵寿総合病院
○土谷 節 (つちたに たかし)、山崎 雅英、
谷田部美千代

【背景・目的】看護部感染委員会は、これまで各病棟リンクナースがチームを組み、感染対策の課題解決に取り組んできた。このチーム活動は、担当領域の専門性を高める利点があった一方で、チーム内での業務量不均衡、情報共有の停滞、そして策定した対策の運用システムが未整備であるという課題を抱えていた。その結果、委員会活動への魅力が薄れ、2024年度の出席率は66.6%と低迷していた。そこで看護部感染委員会の運営方法を見直し、活動内容を改革することで、出席率を80%以上に向上させ、実効性のある感染対策を推進することを目的とした。

【活動内容】従来のチーム活動を廃止し、委員長主導のもと、リンクナースへの手指衛生などの基本事項から、現状で喫緊に指導が必要な内容まで、実践的な教育・指導を行う活動へと転換した。年度初めの5月度委員会では、年間行動計画とKey Performance Indicator (KPI)を明確に提示した。KPIとして、1速乾性擦式手指消毒剤の1患者1日当たり使用回数を各部門で前年度より増加させること、2血液培養汚染率を3%以下に維持すること、の2点を設定し、委員会の承認を得た。年間を通してKPIへの意識を高めるため、毎月の委員会では、1患者1日当たりの手指消毒回数をグラフ化したパワーポイント資料で各部門にフィードバックし、具体的な対策方法も提示した。また、血液培養汚染率の推移も視覚的に示すことで、口頭説明に留まらず、リンクナースの興味関心を喚起するよう努めた。活動計画は、時勢に合わせて柔軟に修正しながら運用した。

【成果・考察】本改革の結果、1患者1日当たりの手指消毒回数は、1部門を除く11部門で増加を達成した。血液培養汚染率は年間平均1.4%を達成し、目標値を大きくクリアした。委員会の出席率は2025年度に90%を達成し、当初の目標を大きく上回る結果となった。この成果は、リンクナースが「知りたい」と感じる実践的な教育指導内容への変更と、他病棟との情報共有の場を設けたことが、委員会活動への参加意欲向上に繋がったと考える。また、KPIを設定し、明確な目標を提示することで、委員会の活動意義が明確になり、出席率向上に大きく寄与したものと考える。

058-7 感染管理特定認定看護師が担う末梢留置型中心静脈カテーテル挿入の役割

市立池田病院
○生地あゆみ (いくじ あゆみ)

【背景】近年、中心静脈カテーテルの一つである末梢挿入型中心静脈カテーテル（PICC）は、安全性の観点から使用機会が増加している。当院外科病棟における2024年度の新規中心静脈カテーテル挿入患者77名のうち中心静脈カテーテル（CVC）が51名（66.2%）、PICCが26名（33.8%）であったが、2025年度には80名中CVCが27名（33.8%）、PICCが53名となり、PICC挿入が上回った。当院では、CVCは主に術中に挿入される一方、PICCは担当医師が挿入することが多く、臨床現場において業務負担の一因となっている可能性がある。特定行為研修修了看護師（特定看護師）によるPICC挿入はタスクシフトの観点から注目されているが、医師の認識や感染管理特定認定看護師（ICN）に期待される役割についての報告は少ない。そこで今回、医師を対象にPICC挿入業務に対する認識およびICNの関与に対する期待について調査し、その役割について検討することを目的とした。

【方法】当院の医師17名を対象に無記名アンケート調査を実施した。調査内容は1. PICC挿入が医師の業務負担となっているか、2. 特定看護師によるPICC挿入への賛否、3. 特定看護師によるPICC挿入が医師の業務負担軽減に寄与するか、4. ICNに期待する役割、5. PICC挿入時の無縫合固定具による固定方法への賛否とした。

【結果・考察】PICC挿入が医師の業務負担となっているかについては「やや思う」10名、「強く思う」4名であり、82.3%が業務負担と認識していた。特定看護師によるPICC挿入については全員が賛成し、医師の業務負担軽減への寄与については「強く思う」16名、「やや思う」1名であり、全員が負担軽減に寄与すると回答した。ICNに期待する役割として、PICC挿入の実施に加え、カテーテル管理教育や血流感染判定など感染管理に関する役割への期待が示唆された。また、PICC固定における無縫合固定具については賛成10名、前向きに検討7名であり、反対意見は認めなかった。以上より、ICNがPICC挿入を実践することは、医師の業務負担軽減に寄与するとともに、感染管理の専門性を活かしたカテーテル管理体制の質向上に貢献する可能性が示唆された。

059-1 ワクチン接種推進の戦略 ショート動画で透析患者のHBV ワクチン接種が増えた

医療法人 翔誠会おおはし腎透析クリニック

○際本真奈美（きわもと まなみ）、大橋 誠治

【背景・目的】透析室における感染予防のガイドラインでは、HBV 感染者の隔離透析、ベッド固定などが推奨されている。HBV ワクチン接種も強く推奨されているが、実行している施設が少ない（全国で24.5%）。今回ショート動画を作成し、啓発することとした。

【活動内容】HBs 抗体・HBc 抗体陰性の78人を対象とし、B型肝炎の知識調査をした。項目は1. B型肝炎について2. 抗体検査結果3. 感染経路4. 予防策。調査結果をもとに知識を補う3分間のショート動画を作成、透析中にベッドサイドTVで視聴してもらった。希望者にワクチンを接種。1シリーズで抗体を獲得できなかった人に、さらに2シリーズ目を追加した。接種を希望しなかった人に3か月・6か月・1年後に動画の再視聴を促した。

【成果・考察】HBV ワクチン接種者と抗体獲得者の増加、さらに業務の効率化を得られた。動画視聴後にワクチン接種希望者は1人から33人に増加。接種による抗体獲得者は16人。抗体獲得者が増えたことでベッド管理が容易になった。ショート動画を用いることで、説明の時間を1人5分から同一フロア（35床）あたり3分と大幅に短縮できた。再視聴も可能。ワクチン接種推進は、医療現場で取り組みにくい課題である。ショート動画は、患者の興味をひき記憶に残しやすく、さらに現場の負担を軽減する有効な方法と考えられた。

059-2 ICUにおけるVAP予防バンドル遵守率の評価とVAE予防チーム介入による感染率低減効果

高知大学 医学部附属病院 感染管理部¹⁾、高知大学 医学部附属病院 看護部²⁾、高知大学 医学部 臨床感染症学講座³⁾、高知大学 医学部附属病院 薬剤部⁴⁾

○秋山 祐哉（あきやま ゆうや）^{1,2)}、尾崎 千芳²⁾、谷内 彩乃^{1,2)}、三好紗矢香^{1,2)}、荒川 悠³⁾、八木 祐助⁴⁾、山岸 由佳³⁾

【背景・目的】A病院ICUの人工呼吸器関連イベント（VAE）のうち2023年度以前の人工呼吸器関連状態悪化（VAC）、感染性人工呼吸器関連合併症（IVAC）、人工呼吸器関連肺炎可能性例（PVAP）発生率は、環境感染学会JHAIS全国データと比較して高値であった。事前調査として実施した当院の人工呼吸器関連肺炎予防バンドル評価では、カフ管理や体位管理など複数項目で遵守率が低く、知識・実践のばらつきが課題となった。VAEは重症患者の予後や在室日数、医療資源消費に影響する重要な指標であり、予防ケアの標準化が求められる。そこで、遵守率の低いケアを重点的に改善する多職種介入体制を構築し、VAE、特にPVAP発生率の低減を目的とした。

【活動内容】2023年度を介入前、2024年度以降を介入後として前後比較を行い、VAEはCDC定義に基づき算出した。感染管理部とICUスタッフによるVAE予防チームを結成し、多職種ラウンドを開始した。挿管3日以上患者に自動カフ圧計を導入しカフ圧管理を標準化した。ギャップアップ角度の定点観測と声かけ、吸引適応評価や手技確認、OJTを実施した。手指消毒薬の個人使用量を測定し結果を可視化して共有した。介入内容はICUカンファレンスで共有し、継続的なフィードバック体制を構築した。また、人工呼吸器関連肺炎予防バンドル遵守率を評価し、改善サイクルを実施するとともに、多職種間で課題を共有した。

【成果・考察】介入後、体位・カフ管理・吸引ケアが改善し、手指衛生遵守率は患者に触れる前で62.5%から71.4%、患者に触れた後では66.7%から95.0%に向上した。VAE発生率は介入後に低下傾向を示し、特にPVAPは経年的な減少を認め、教育・環境整備・機器導入を組み合わせた包括的介入の有効性が示唆された。機器導入と多職種ラウンドによる観察・フィードバックは行動変容を促し、VAE発生率低減に寄与したと考えられる。組織的介入と多職種連携はICU感染対策の定着と質向上に有効であり、今後も継続的評価と教育が重要である。

059-3 いつも変わらぬリハビリテーション提供を目指す感染防止対策の取り組み

医療法人財団善常会 善常会リハビリテーション病院 看護部¹⁾、医療法人財団善常会 老人保健施設シルピス大磯 診療部²⁾

○福井真理子（ふくい まりこ）¹⁾、岡村 武彦²⁾

【背景・目的】当院は急性期の治療を終えた脳血管疾患、運動器疾患の患者を対象に、社会復帰を目指すリハビリテーション（以下リハビリ）を専門に行っている。全て個室で95床、入院期間は最大180日、リハビリは1日最大3時間行い、休日の区別なく毎日実施している。平時より標準予防策の実施をしてきたが、2020年以降、新型コロナウイルス感染症（以下COVID-19）による院内クラスターを数回経験した。クラスター発生時には外来・入院患者が共有使用となるリハビリ室の使用を制限し、病棟内リハビリを実施することもあった。2025年3月にCOVID-19が発生した際、リハビリ室を制限なく運用できるようゾーニングを実施し、平時と同等のリハビリを提供出来る方法を構築したので報告する。

【活動内容】1) 感染症拡大時対応マニュアルの見直しを行い、職員への周知を徹底した。2) リハビリ室のゾーニング方法を検討し、平時と同様の運用方法を構築した。3) 患者の機能的自立度評価法（FIM）改善幅を、クラスター前、クラスター中、クラスター後の3群に分類し、解析を行った。

【成果・考察】1) 感染症拡大時の対応マニュアルは管理者、感染対策委員会、ICT会議で共有、全職員へ周知を図った。セラピストは患者と長く接触する機会があり改めて手指衛生の演習を実施した。2) 外来、A病棟、B病棟患者が交差しないようにリハビリの機器を移動し、配置を工夫したゾーニングを構築し、運用した。クラスター中にもかかわらず新たな感染拡大は起きなかった。3) 患者のFIM改善幅の平均値はクラスター前3.14、クラスター中1.84、クラスター後5.12で、クラスター中と後で有意差が見られた。

流行性感染症発生時は感染対策に重きを置いてしまうが、リハビリ室使用制限が患者のFIM改善幅に影響を少なからず及ぼしていると考えられる。当院は「限界突破」を合言葉に潜在能力の限界を引き出すリハビリの提供を目指し、実践しており、いつも変わらぬ体制が必要である。その後リハビリ室のゾーニング運用は経験していないが、今後も定期的に訓練を実施することで感染症発生時も拡大を予防しつつ、平時と変わらぬリハビリを提供できる病院を目指して活動していきたい。

059-4 血液内科病棟におけるPOUフィルター導入がシャワー水培養に与える影響

長岡赤十字病院 感染管理室¹⁾、長岡赤十字病院 医療技術部 検体検査技術課 細菌検査²⁾、長岡赤十字病院 救急外来³⁾、長岡赤十字病院⁴⁾

○川上 朱美（かわかみ あけみ）¹⁾、鈴木 里奈²⁾、永井 美菜²⁾、岡田 香織¹⁾、牧 和久³⁾、高山 拓海⁴⁾、西堀 武明¹⁾

【背景】病院水道水は非結核性抗酸菌（以下、NTM）などの水系微生物のリザーバーとなり得る。特に高度免疫抑制患者を多く受け入れる血液内科病棟では、水系曝露低減が重要である。当院ではシャワー水培養でNTMが検出されたことを契機に、末端対策としてシャワーヘッド用point-of-use（以下、POU）フィルターを導入した。

【症例】血液内科病棟のバイオクリーンルーム（以下、BCR）、セミクリーンルーム（以下SCR）、一般患者用シャワーを対象とした。30日使用後フィルター装着、非装着1分通水、非装着5分通水、新規装着1分通水の4条件で採水し、一般細菌・真菌・抗酸菌・レジオネラ属菌を培養した。フィルター装着条件では全検体陰性であった。一方、非装着条件ではBCRおよびSCRから *Mycobacterium mucogenicum* *phocaicum* group、*M. stephanolepidis* などのNTMが検出され、通水時間延長後も検出は持続した。レジオネラ属菌は全検体陰性であった。

【考察・結論】血液内科病棟の給水系にはNTMが継続的に検出されたが、POUフィルター装着により少なくとも30日間は水中微生物検出が抑制された。POUフィルターは水道管更新が困難な状況における実践的な曝露低減策となり得るが、単独対策ではなく水管理プログラムの一要素として運用することが重要である。

059-5 口内法エックス線検査時における汚染重点箇所の特

大阪歯科大学附属病院 ICT¹⁾、大阪歯科大学附属病院 院内感染対策委員会²⁾、大阪市健康局 健康推進部³⁾

○小滝 真也(こたき しんや)¹⁾、野木 弥栄¹⁾、
谷本 啓彰^{1,2)}、鳥井 克典¹⁾、護邦 英俊^{1,2)}、
上田 衛^{1,2)}、久保田陽子¹⁾、蒲生 祥子³⁾、
松本 和浩^{1,2)}、志水 秀郎²⁾

【背景・目的】歯科診療において頻用される口内法エックス線撮影は、検出器を口腔内に挿入する手技の特性上、装置や周辺環境が唾液等による汚染を伴う。1回の撮影で複数箇所を同時に撮影する際、同じ手袋で装置を操作するため汚染が拡大しやすいが、目視では確認困難である。本研究では、ATPふき取り検査を用いて汚染状況を定量的に評価し、撮影後の患者間清掃時に清拭すべき重点箇所を特定することを目的とした。

【方法】診療放射線技師と歯科医師による模擬的な撮影を実施し、汚染状況を調査した。測定対象はヘッド、コーン、アーム、ヘッドレストとストッパー(以下ヘッドレスト)、照射スイッチと操作パネル(以下照射スイッチ)の5箇所とした。測定にはルミテスターPD-20(Kikkoman)および専用試薬(ルシバックA3 Surface, Kikkoman)を使用した。評価基準は相対的発光量(RLU)を用い、清掃直後の値を参照し、350未満を清浄、350-700を要注意、701以上を汚染と設定した。環境クロス清拭後・1回撮影後・10回撮影後の3時点において測定を2回実施し、撮影者2名の測定値を比較検討した。

【結果】清拭直後は低値であったが、撮影回数増加に伴い全ての測定対象でATP値の上昇傾向を認めた。1回撮影後、撮影者Aではヘッドレストが汚染基準を超え、アームも要注意レベルに達したが、他は清浄範囲であった。一方、撮影者Bではヘッドレストが汚染、他4箇所も全て要注意レベルを示した。10回撮影後、撮影者Aはヘッドレストとアームが汚染、他は要注意であったのに対し、撮影者Bは全箇所汚染と判定された。特にヘッドレストは1回撮影時から汚染基準を超過し、10回後には最も高い値を示した。

【結語】口内法エックス線撮影装置と周辺環境は、目視では確認できないものの、撮影回数に比例して唾液等による汚染が蓄積することが示された。特にヘッドレスト周辺は最も汚染度が高く、高頻度接触面として重点的な清拭が必要であり、院内感染対策において、可視化された汚染データに基づき、適切な清掃法を遵守する必要性が示唆された。

060-1 第二種感染症指定初年度に実施した初回患者受入訓練で明らかとなった課題～運用体制構築に向けた管轄保健所との共同訓練～

藤枝市立総合病院 医療安全・感染管理センター 感染管理室

○戸塚美愛子(とつか みあこ)、小林亜紀子、小清水直樹

【背景・目的】A病院は2026年4月に第二種感染症指定医療機関の指定を受け、ハード・ソフト両面の整備を進めてきた。しかし、実際の患者受入時に必要となる多部門連携、動線設計、マニュアルの具体化など、運用面での課題が依然として残されていた。特に指定初年度であったため、実際の受入場面を想定した具体的なイメージが院内全体で共有されておらず、対応の標準化が十分ではなかった。そこで今回、運用上の課題を抽出し、今後の体制整備につなげることを目的として、管轄保健所と連携し、本番同様の感染症患者受入訓練を実施した。

【活動内容】指定初年度訓練の目的は「当地域で二類感染症相当の感染症が発生または疑われた患者が発生した際に、患者受入要請から検体採取等の手順を確認し、実際に活用できる運用方法を策定する」ことである。管轄保健所と協働して以下の内容を含む訓練を計画した。

1. 受入調整、2. 患者受入(放射線検査実施、病床への移動、引継ぎ)、3. 行政検査検体採取・受け渡し、4. 個人防護具着脱、5. 保健所・病院間意見交換訓練は保健所からの受入要請を起点に、院内での受入調整・準備、模擬患者の搬送受入、検体採取・梱包・受け渡しまでの一連の流れを本番さながらに実施した。

終了後は保健所・病院間で振り返りを行い、各工程における課題を整理した。【成果・考察】訓練を通じて、感染管理部門は指定医療機関として整備すべき事項を把握していた一方、実際に患者対応を担う多くの部門では、未経験ゆえに必要な準備の具体像が描きにくい状況が明らかとなった。訓練により、職員は受入手順を具体的にイメージできるようになり、保健所との連携方法、院内各部門間の調整、動線設計、検体搬送手順など、運用上の未整備項目が可視化された。また、患者受入後の対応に関するマニュアル内容の不足も明確となり、今後の整備方針を検討する契機となった。

今回の訓練は、指定初年度における実践的な課題抽出に有効であった。今後も定期的な訓練を継続し、地域における感染症医療の要としての役割を果たせるよう、運用改善と職員教育を進めていく。

059-6 新興および再興呼吸器感染症流行時における非接触方式胸部X線撮影の有用性検討

市立函館病院 中央放射線部技術科¹⁾、市立函館病院 感染管理室²⁾

○小濱 達也(こはま たつや)¹⁾、埜畑 有子²⁾、
梶 憲太郎²⁾、池町 香澄²⁾、酒井 好幸²⁾

【背景・目的】新興・再興呼吸器感染症の診療において、重症化の指標である肺炎像描出は極めて重要である。しかし、画像検査は患者と接触するため、診療放射線技師(以下、技師)の感染曝露リスクが伴う。そのため技師には、感染対策の知識や、感染防御に関する高いスキルが求められるが、その知識・経験不足は否めない。特に病原体の特性が不明な感染流行初期における対応は精神的負担や健康リスクが大きい。また、個人の感染は部署内への伝播を引き起こし、検査体制の崩壊による病院運営への影響も危惧される。当院ではCOVID-19流行に際し、患者との直接接点回避する非接触方式によるガラス越し胸部X線撮影を導入した。その運用方法と実施状況、安全性および診療への影響について報告する。

【活動内容】感染管理室および看護部と協働し、感染症病棟面会室のガラスおよびCOVID-19軽症者用病棟のガラス扉を活用した撮影体制を構築した。具体的には患者に撮影用の薄型映像表示装置(FPD)を保持してもらい、ガラス越しに移動型X線装置を用いて撮影を行う。運用対象は無症状から中等症で立位または座位が可能な患者、目的は重症病棟への転棟判断の1つである入院時の肺炎像確認と入院後の経過観察とした。当院では約360回の移動型X線装置(ポータブル装置)を用いた撮影のうち約40%の143回を本方法にて行った。

【成果・考察】運用初期において、技師・看護部共に手技の習熟期間を要したが、以降は円滑な実施が可能となった。画質面では、診断目的の微小肺炎描出には限界があるものの、肺炎の有無や経過観察においては十分評価が可能であった。肺炎悪化所見確認時にはCT検査等の追加検査を実施し、本方法に起因する重症化の見逃しはなかった。また、非接触方式のため、この撮影が原因と疑われる技師の感染は認めなかった。非接触方式では感染リスクを極めて低減でき、感染対策技術の個人差に左右されにくい。また、個人防護具の供給逼迫時において、その使用を抑制できた点でも非常に有用であった。今回はCOVID-19でのみ行ったが、将来新たな呼吸器症状を伴う新興・再興感染症流行時にも有用な撮影方法となり得る。

060-2 無菌治療室における感染対策の適正化と標準化による感染管理の質向上への取り組み

鹿児島大学病院¹⁾、鹿児島大学病院 感染制御部²⁾

○村田 奈穂(むらた なお)¹⁾、有村 尚子²⁾、
稲森 彩²⁾、茂見 茜里²⁾、川村 英樹²⁾

【背景・目的】当病棟は、血液・膠原病内科と泌尿器科の混合病棟であり、17床の無菌治療室を有している。同室は、造血幹細胞移植や化学療法等により免疫力が著しく低下した患者に対して高度な防護環境を提供する役割を担っており、手指消毒の遵守や水回りの適切な管理等の厳密な感染対策が求められる。しかし、当病棟では、過去の慣習に基づいた過剰な対策や個人の経験・知識に依存した手順が混在していた。そこで本活動では、課題抽出に基づき無菌治療室における感染対策を適正化し、運用マニュアルの整備による感染対策の標準化を図るとともに、その有用性を検討した。

【活動内容】まず、医師およびスタッフを対象に、入退室手順、物品管理、清掃方法に関する実態調査を実施した。その結果、入退室時に手指消毒より流水石鹸による手洗いが優先されている現状や、環境への過剰な清拭消毒、浴室清掃手順の個人差といった課題が明らかとなった。そこで、手指消毒が徹底されていない現状を多職種で共有・検討し、スタッフ対象の勉強会を開催して手指消毒の重要性について意識の統一を図った。また、高頻度接触部位の清拭消毒は1日2回から1回へと適正化したほか、病棟で実施していたシャワーヘッドの洗浄消毒を中央管理方式へ変更し、水系感染リスクの低減を図った。さらに、陽圧確認やフィルター清掃手順をルーティン化し、これらを集約した無菌治療室の運用マニュアルを作成後にスタッフへ周知・定着を図った。

【成果・考察】実態調査に基づき従来の慣習的かつ煩雑な手順を見直したことで、合理的かつ実効性の高い感染対策へと適正化できた。1日1患者あたりの手指消毒薬の使用回数は、活動前と比較して4割増加した。この結果から、これらの活動が有用だったことが示唆される。また、シャワーヘッドの中央管理化は、個人スキルに依存しない環境管理の質向上につながる介入であった。さらに、口頭伝承に頼っていた運用方法をマニュアル化し標準化したことは、個人の経験に依存しない組織的なリスク管理体制の構築につなげる。今後は、手指消毒の遵守率や感染症の発生率等への影響を継続的に評価し、さらなる最適化を図ることが課題である。

060-3 内視鏡定期培養検査で患者由来菌の検出に対するリフレクションの報告

富士宮市立病院 中央診療

○矢邊 絵美 (やなべ えみ)、高野 二葉

【背景】内視鏡室の感染対策において、トレーサビリティは重要である。当院内視鏡室におけるトレーサビリティの一環として、2022年より消化器内視鏡定期培養を実施している。2025年10月は、送気送水ガスボタンに *Klebsiella pneumoniae* が検出し、部内で業務の見直しをした。2026年1月に再検査を行い、送気送水ガスボタンに *Klebsiella pneumoniae*・*Escherichia coli* が検出された。リフレクションを導入し、その結果を報告する。

【活動内容】2025年10月の培養結果に対して、部署内とICTにて現場検証を行い、洗浄機に入っている送気送水ボタンが、洗浄前なのか洗浄後なのか判断がつかない状況が判明し、患者由来菌の検出の要因の一つと判断した。内視鏡や処置具の洗浄消毒に携わる看護補助者・全ての看護師で話し合い、作業マニュアルの徹底遵守を決定した。2026年1月に再検査し培養結果で患者由来菌が再検出し、作業マニュアルの徹底遵守では改善が見られなかった。各個人に、考えられる原因・不明瞭な作業工程・不安に思う事の聞き取り調査をした。また、送気送水ガスボタンのバイオフィルムの固着の可能性を検証するため、すべての送気送水ガスボタンの再検査を実施した。検査結果は、微生物の検出はなく、バイオフィルムの固着は否定された。よって洗浄機には問題ないと判断し、その結果、用手洗浄・消毒後の管理と保管の一連の過程に問題があると考えた。聞き取り調査後、洗浄・消毒作業工程を中心とした話し合いを行い、スタッフ各個人が自発的に明確な問題点や課題を表出し、細かい意見の抽出を行った。抽出した問題点に対して現場の状況にあった対応案として、1. 看護補助者洗浄マニュアルの新規作成と標準化 2. 洗浄室の環境整備 3. 運用ルールの厳格化を立案した。

【成果・考察】内視鏡定期培養検査を実施し、患者由来菌が検出された事により、内視鏡洗浄・消毒・保管の一連の過程を振り返ることができた。リフレクションを行う事で、問題と課題が明確となり、具体的な対策案が立案できた。

060-5 インシデント報告システムを活用したCNIC相談内容の可視化と感染管理体制強化への取り組み

公益財団法人ときわ会 常磐病院 感染対策部¹⁾、公益財団法人ときわ会 常磐病院 看護部²⁾、公益財団法人ときわ会 先端医学研究所RIIM³⁾、日本看護協会 健康政策部⁴⁾

○古川 由紀 (ふるかわ ゆき)¹⁾、高崎 順子²⁾、秋田 友紀⁴⁾、黒川 友博³⁾

【背景・目的】当院は地方中核都市に位置する感染対策向上加算1算定の240床の中規模病院であり、感染管理認定看護師(CNIC)1名を専任配置している。院内では感染管理に関する相談が多職種・多部署から日常的に寄せられているが、その多くは個別対応で完結しており、相談内容を体系的に記録・分析する仕組みが十分に整備されていなかった。そのため、相談内容の傾向把握や再発防止策の組織的展開、部署別課題の抽出、教育テーマ設定が困難であり、相談対応の属人化が課題となっていた。そこで、CNICへの相談内容および感染管理上の気づきを可視化・蓄積・分析する体制を構築し、相談対応を個人依存から組織的改善へ転換することを目的とした。

【活動内容】電子カルテ連携型インシデント報告分析支援システムePower/CLIPに「感染関連」カテゴリを新設し、相談区分、発生部署、内容分類を設定した。システムから自動登録される報告に加え、対面や電話による相談についてもCNICが随時内容を登録する運用とした。登録データは月次で集計・分析を行い、抽出された課題を関係部署、感染対策委員会、リンクスタッフ会へフィードバックし、感染対策の改善に活用した。

【成果・考察】2025年6月から2026年2月までに134件の報告が登録された。内容別では「環境」に関するものが25件(18.7%)と最多で、次いで発熱対応関連が18件(13.4%)であった。部署別ではリハビリテーション課が23件と最多であった。これにより、分類別および部署別の相談傾向を把握することが可能となり、重点的に介入すべき課題が明確化した。また、分析結果をマニュアル改訂や院内研修テーマの設定に反映することで、相談内容の共有と対応の標準化が促進された。本取り組みは、限られた人的資源下においても実践可能な感染管理体制強化構築に有用であると考えられた。

060-4 一般病棟に併設された隔離病床で結核患者を受け入れるための体制構築

福井赤十字病院

○田本 聡子 (たもと さとこ)、平井 舞、寺本 敏清

【背景・目的】当院は病床編成に伴い、呼吸器センター病棟の改修工事後に一般病棟に隔離病床を新設し、結核患者を受け入れることになった。入院を強いられる結核患者は、排菌していることが多いため、医療従事者や面会人に感染させるリスクがあり、正しい知識と技術をもとに管理する必要がある。病棟看護師や看護助手(以下スタッフ)からは「一般患者と同じ病棟内で結核患者を看ることができのだろうか」「結核患者を看ることに対して不安がある」等、漠然とした心配や不安な声を聞くことが多い現状がある。そのため、一般病棟で自他ともに感染を拡げずに、一般患者と結核患者を看ることが出来るような体制作りを行い、少しでもスタッフが抱えている不安な思いを軽減できるように取り組みたいと考えた。

【活動内容】スタッフに対して、正しい知識を身に付けることができるように、薬剤師や検査技師の協力を得て、勉強会(結核の基礎知識、結核の検査、結核の治療薬)を実施した。自他ともに感染から身を守るためにN95マスクの装着方法および定量的フィットテスターを用いてフィットテストと空気感染防止対策の勉強会を実施した。フィットテストで漏れ率が高いスタッフに対してその場で直接指導を行い、再度フィットテストを行った。これまで結核病棟で使用している結核マニュアルは見直しが随時されていなかったため、一から作り直し結核病床マニュアルと称し、現状に合わせた内容で結核の基本、検査、治療、行政との連携、看護等を事細かく記載し、チェックリストを用いて行動レベルまで落とし込んだ。

【成果・考察】フィットテストの器械を用いてN95マスクの漏れ率を数値化することは、個々に合ったN95マスクの選定や装着方法の確認ができるものであり、スタッフの知識や技術を習得し不安を払拭することに繋がったと考える。また、結核病床マニュアルを電子カルテ内に掲載したことで、スタッフがいつでも確認できる資料となった。改修工事を終えて稼働する際には、マニュアル活用を推進し周知を図る必要がある。

060-6 透析室における感染対策強化を目的としたベッドシート廃止とマットレス清拭導入の評価

社会医療法人 名古屋記念財団 新生会第一病院 院内感染対策室

○山本 晃裕 (やまもと あきひろ)

【背景・目的】透析医療現場は血液汚染リスクが高く、環境清掃の徹底が不可欠である。当院透析室(100床)では、環境汚染低減と業務改善を目的に、2025年8月18日より透析後のベッドシートを廃止し、マットレスの直接清拭を導入した。本活動の導入から約3ヶ月が経過した時点での職員の実践性と運用上の課題を明らかにする。

【活動内容】院内感染対策室と連携し、職員説明や患者への周知を行った。透析終了後、洗浄・消毒剤配合の使い捨てクロスでマットレス、ベッド柵、テーブル、コンソール等を清拭し、枕と掛け布団カバーは継続使用とした。2025年11月、透析室勤務の看護師、臨床工学技士、看護助手計51名を対象に、導入目的の理解度、有効性、作業負担、皮膚トラブルの有無等に関する無記名アンケート調査を実施した。なお、本調査は無記名・任意回答で実施し、研究利用の可能性を事前に説明した上で、回答をもって同意を得た。所属施設の規定に基づき、病院長および所属上長の承認を得て実施した。

【成果・考察】有効回答48名を解析した結果、目的の理解度は93.8%(45名)、継続への賛成は83.3%(40名)と高い受容性が示された。作業時間は「短縮した」が66.7%(32名)を占め、業務効率化への寄与が確認された。スキントラブルの報告はなかったが、患者からは「冷たい」「滑る」といった快適性に関する不満が寄せられた。また、スタッフ側からは清掃手順の標準化や中腰姿勢による身体的負担、マットレスの表面劣化への懸念が課題として挙げられた。本取り組みは感染対策と負担軽減に有効であるが、今後は患者満足度調査や投書内容の分析、および褥瘡発生状況の推移も含めた多角的な評価を行い、本活動の安全性と妥当性をさらに検証していく予定である。

060-7 感染症を死因とする腎移植患者の検討

野田総合病院 外科

○小崎 浩一（こさき こういち）

【緒言】腎移植は慢性腎不全の根治療法である。腎移植患者の主たる死因は、心血管障害、感染症、悪性腫瘍であり、これらに腎移植後服用する免疫抑制剤が影響している可能性がある。その中で感染症は移植後のどの時期においても発症し、治療の時期を失すると直ちに生命に危機を及ぼすことに繋がるため、感染症に対しては厳重な管理が必要である。今回我々が経過観察した腎移植 141 例を対象に感染症による死亡例を検討した。

【患者】腎移植 141 例の内訳は、生体腎 105 例、献腎 36 例、男性 86 例、女性 55 例、移植時平均年齢 48.5（15～75）歳。死亡例は 22 例、死因は心血管障害 11 例、感染症 8 例、悪性腫瘍 3 例。

【結果】感染症による死亡 8 例の移植後平均年数は 8.13（2～19）年で、感染症の原因は、肺炎 4 例（原因：インフルエンザ・コロナウイルス・誤嚥性 2 例）、敗血症 4 例（敗血症に至る原疾患：腸管穿孔・感染性腸炎・咽後膿瘍・糖尿病性足壊疽）であった。今回対象とした腎移植患者の感染症による死亡原因は、免疫抑制下にある移植後の患者に特有な免疫が正常の患者では遭遇しない日和見感染症ではなく、一般患者と同様に、創部感染、尿路感染、肺炎、Clostridium difficile 感染症などの細菌感染症で、市中でもインフルエンザ、尿路感染症など、これも一般患者と同様のものではなかった。

【結論】腎移植患者では免疫抑制剤の進歩により移植臓器に対する拒絶反応が減少する一方で、免疫抑制状態における移植後の感染と移植に関連した悪性腫瘍が移植患者の予後規定因子となっており、中でも移植後感染症は生命予後が不良になることがある。検討した死亡例の感染症発症時期は術後平均 8.13 年と移植後晩期である。我々移植医は移植後早期の強力な免疫抑制下にある患者の日和見感染症などに対しては予防を含め厳重な管理を行うが、移植後の状態が安定している晩期では、移植医、移植患者の感染症への配慮が移植後早期に比べて緩和されることがある。感染症は移植後のどの時期においても移植患者を死に至らしめる可能性があるため、移植後早期だけでなく、定期的な観察を行って早期に診断、治療することが移植患者の生命予後を良好に保つために重要と考える。

061-2 地域における新興感染症訓練の取り組み

越谷市立病院

○浦上 生美（うらがみ いくみ）、利根川千春、柴田 健太、石井 直美、新妻 隆広

【背景・目的】感染対策向上加算の算定要件として、「少なくとも、年 1 回は新興感染症の発生を想定した訓練を実施すること」が求められている。これまで当院で実施してきた訓練は、防護具の着脱や院内対応を中心とした部分的な内容が多く、新興感染症発生時の一連の流れを包括的に理解するには不十分であった。そこで今回、越谷市保健所（以下保健所）からの提案を契機として、保健所、病院（7 病棟）、消防が連携した新興感染症訓練を実施したため、その取り組みを報告する。

【活動内容】令和 7 年 4 月より保健所と訓練日程、会場、訓練内容について協議を開始した。6 月には、新興感染症訓練のシナリオを作成し、保健所および当院の 2 か所を会場とし訓練計画を立案した。訓練は休日である令和 7 年 7 月 5 日（土）に実施した。保健所では、新興感染症に関する講義、新興感染症発生時を想定した医療機関、行政間の連絡模擬訓練、検体の搬送訓練を実施した。当院では、患者来院を想定し、外来診察、入院決定後の病室までの搬送、患者急変時における感染症指定医療機関への救急搬送訓練を実施した。訓練終了後には、保健所においてディスカッションを行い、その後質問紙調査を実施した。

【成果・考察】今回の訓練参加者は 65 名であった。訓練終了後、37 名を対象に質問紙調査を実施し、1 名を除く 36 名から回答を得た（回収率 97.3%）。質問紙調査では、「発熱外来で感染確認後は他医療機関へ搬送しているため、その窓口対応等を再検討したい」「紙面上の流れだけでなく、実際の動きを伴う訓練を繰り返す必要がある」「感染症疑い患者の隔離場所や、聞き取り内容について、明確なフローチャート作成の必要がある」「事業継続計画は策定されているが、現実には即してない内容になっており再検討をしていく」などの意見が挙げられた。今回の訓練を通じて、新興感染症発生時の保健所、病院、消防の連絡体制および具体的な行動内容を確認することができた。今後も、地域全体での取り組みを継続し、新興感染症発生時に各機関が連携し、迅速かつ的確で実際に対応できる体制構築を目指したい。

061-1 保健所と共催した新型鳥インフルエンザ対応実動訓練の活動報告 第 2 報

京丹後市立久美浜病院 感染防止対策部門¹⁾、京丹後市立久美浜病院 診療部内科²⁾、蘇生会総合病院 救急科³⁾

○牧野みち子（まきの みちこ）¹⁾、瀬尾 泰正^{1,2)}、山路 哲雄³⁾

【背景・目的】新型コロナウイルス感染症の急速拡大を経験し、新型鳥インフルエンザや中東呼吸器症候群などの新興感染症・輸入感染症発生時における院内対応マニュアルの作成ならびに、各行政機関との連携フロー作成の必要性を実感した。そのため、令和 6 年度に保健所・消防機関と合同で机上訓練を実施した。その際に抽出された課題等を踏まえ、より実践的な対応能力の向上および課題の再抽出を目的として実動訓練を実施した。

【活動内容】令和 7 年 10 月、当院発熱外来において丹後保健所と合同で、総勢 18 名が参加し実施した。鳥インフルエンザ A（H7N9）流行国から帰国後に発熱した患者を想定し、保健所への連絡、対策本部設置、発熱外来での診療および検体採取、個人防護具着脱確認等をシナリオに沿って実施した。前回の机上訓練での意見を反映し、事前にシナリオを配布するとともに実動者自身が物品配置や動線を確認し環境整備を行った。当日は連絡手段として PHS および固定電話を使用し、配役名を記載したビブスを着用して訓練を実施した。また、訓練を俯瞰的に評価する評価者を配置した。終了後は多職種で振り返りを行い、アンケート調査を実施した。

【成果・考察】振り返りでは、参加者全員から意見を得ることができた。訓練後のアンケート回収率は 61%（n=11）であった。参加者からは、臨場感があり有効な訓練であったとの意見が多く、院内外での情報共有および役割認識の向上が確認された。特に物品の配置や通信手段を明確化したことで、実際の診療動線を想定した実践的な対応が可能となった。訓練により人・物・情報の準備の重要性を再認識した。一方、患者および家族への説明方法、検査結果の伝達経路、保健所来院時の受付連携、クロノロ作成方法などの課題が明確となった。評価者を配置したことでより課題を客観的に抽出することができ、改善点の具体化につながった。机上訓練の経験を活かした実動訓練は、新興感染症発生時における実践的対応力の向上および関係機関との連携体制強化に有用であった。今後も継続的に合同訓練を予定しており、他の医療機関と合同での訓練も計画していきたいと考えている。

061-3 当院の BCP（新型インフルエンザ等感染症継続計画）改訂の取り組み

千葉大学医学部附属病院 感染制御部¹⁾、千葉大学医学部附属病院看護部²⁾

○千葉 均（ちば ひとし）¹⁾、谷中 麻里¹⁾、漆原 節²⁾、矢幅 美鈴¹⁾、谷口 敏文¹⁾、猪狩 英俊¹⁾

【背景・目的】本院の新型インフルエンザ等感染症診療継続計画（感染 BCP）は 2020 年 12 月の第 3 版策定後、COVID19 対応を通じて多くの知見と課題が明らかとなった。行政フェーズの変更、診療チームの役割拡大、実習生対応、職員欠勤時の業務体制など、従来計画では十分に想定されていなかった事項が浮き彫りとなった。また、国のフェーズ分類が再整理されたことから、BCP の見直しが必要となった。本改訂の目的は、COVID 19 で得られた実践知を反映し、より実効性の高い診療継続体制を構築することである。

【活動内容】感染制御部を中心に BCP を作成した。COVID19 対応で作成された各部門 BCP や診療チームの業務内容を収集し、計画全体を再構成した。主な改訂点は、本院に存在する 3 種類の BCP（感染、災害、IT）の位置づけを明確化、対象感染症の範囲整理の見直し、新型インフルエンザ等対策政府行動計画（内閣府感染症危機管理統括庁）に合わせた「準備期・初期期・対応期」への変更と当院オリジナルで「収束期」の追加、対策本部設置基準の明確化、診療チームの役割と COVID19 時の業務内容の反映、手術・リハビリ・委託業者・実習生対応の追記、職員欠勤時の業務体制を COVID19 時の実績（1 日の実働ベースで約 10% 欠勤、病床稼働率 80% 制限）に基づき具体化、ワクチンセンター設置や職員・学生等への接種体制の追加、県との協定に基づく医療材料備蓄の明文化、地域医療機関との協働体制を追記し 27 ページとなった。また、COVID19 関連資料を整理し、参考となる資料は約 260 ページと大幅に追加となった。

【成果・考察】今回の改訂により、COVID19 で得られた知見を体系的に反映し、より現実的で運用可能な BCP へと改善できた。特に、診療チームの役割明確化や職員欠勤時の業務体制の具体化は、次の新興感染症発生時に迅速な意思決定を可能にする。また、実習生・委託業者・地域医療機関など関係者への対応を追加したことで、院内外の連携強化にも追記した。今後は改訂した BCP を用いて訓練を重ね、実効性の検証と継続的改善を行っていく。

061-4 一類感染症疑い患者受け入れを想定した搬送訓練の実施と課題

群馬大学医学部附属病院 感染制御部

○須田 崇文(すだ たかふみ)、塚原 千晶、大嶋 圭子、山田まり子

【背景・目的】当院は群馬県唯一の第一種感染症指定医療機関であり、群馬県および各市保健所等と連携し、一類感染症疑い患者の安全かつ迅速な搬送・受け入れ体制の確保を目的として、隔年で搬送訓練を実施している。今回、エボラ出血熱流行国から帰国し健康監視対象となっていた者が、群馬県内の自宅帰宅後に発熱した事例を想定した搬送訓練を実施したため報告する。

【活動内容】健康監視対象者の発熱に伴い群馬県から関係機関へ連絡があり、保健所による当院への搬送訓練が開始された。当院では救急車受け入れから病室への移送までを想定し、防護具着用下で患者を受け入れた。具体的には、アイソレーターの開閉、バイタルサイン測定、採血・採尿、鼻咽頭ぬぐい検査、胸部X線撮影を一連の流れで実施し、その後防護具の脱衣まで行った。訓練終了後には院内感染対策委員会による振り返りおよび群馬県等関係機関との合同振り返りを実施し、課題と改善点を確認した。

【成果・考察】当院での患者受け入れおよび検査対応は、看護師3名と医師1名で実施し、さらに検体処理を担当する臨床検査技師1名、胸部X線撮影を担当する診療放射線技師1名を加えた計6名が、防護具を着用した状態で約1時間対応した。院内振り返りでは、訓練参加により患者対応への理解が深まったとの肯定的意見が得られた一方、防護具着用時の暑さや作業のしづかさなどの課題も挙げられた。また群馬県等との振り返りでは、当院受け入れ場所の共有不足や搬送付き添い者からの引き継ぎ担当者への対応では、対応者は日常業務とは異なるリスクや不安の中で業務を行うことになる。そのため、防護具の防護性能や安全な着脱方法の確立に加え、長時間着用時の快適性も考慮した物品選定や手順の検討が重要である。平時から定期的な着脱訓練を実施し、職員の習熟を図る必要がある。また患者搬送・受け入れは当院のみならず群馬県全体で連携して実施されるものであり、今後も関係機関と協力し、今回の課題を踏まえた実践的な訓練を継続していききたい。

061-5 新興感染症の発生等を想定した訓練のとりくみ報告

パナソニック健康保険組合 松下記念病院 感染制御室

○中西 夕香(なかにし ゆか)、松林 宏実、新子 円香

【背景・目的】当院は2012年より感染防止対策加算1(現在の感染対策向上加算1)を算定し、加算2を算定している5施設と連携を開始した。時代の流れの中、当時の加算2施設は大半が加算1となり、2025年現在は加算2・3施設各1施設とクリニック20施設と連携している。カンファレンス参加施設が病院主体から大きく変遷し、合同カンファレンス・新興感染症の発生を想定した訓練(以降訓練とする)の在り方について、見直しが必要とされた。病院だけでなく、クリニックの参加者にも、前向きな参加に繋がる工夫の一環として、感染症患者の来院を想定した、実践を中心とした訓練について報告する。

【活動内容】1. ICDより外来受診患者に新興感染症を疑う症例を講義、2. 自施設職員によるタイベック着脱動画上映、3. 作成した写真入り着脱手順をもとに、前でデモンストレーションを行いながら演習、4. 演習は参加者を職種別でペアにし、前半・後半で実施者・介助者を入れ替えて全員が体験、5. 演習後に意見交換、という流れで行った。

【成果・考察】参加者からは、「お互い助言しあいながら楽しんで行えた、参加型学習によって理解しやすかった」という声が多く、経験者からは「コロナ禍では、きちんとした手順を学ばず着脱していたため、安全な着脱が理解できた」など繰り返し学習による習熟度の向上について意見があった。限られた時間による訓練の下準備として、1. 事前に一般職員がタイベックを着脱して、着脱しにくかった点や汚染リスクのある点などを把握し、実況を交えた動画を作成、2. 着脱手順は各施設で振り返り伝達学習を行えるように持ち帰るよう準備を行った。また、デモンストレーションは会場の動きを確認し、一つ一つの動作に区切って解説しながら実施したり、実施者・介助者を交代して行うことで2回学習する形となり習熟度が高まったと考える。日頃より、合同カンファレンスでは分かり易さを意識し、一方通行になりにくくように職種別での対話時間を持っていたことも、功を奏したと考える。今後も困った時に相談したいと思われる関係性を構築できる機会になるよう努めていきたい。

061-6 鹿児島医療圏の外来感染対策向上加算算定施設における新興感染症訓練に基づく対応の現状と課題

鹿児島市医師会病院 感染管理室¹⁾、鹿児島大学病院 感染制御部²⁾、鹿児島市立病院 感染制御部³⁾

○折田 富之(おりた とみゆき)¹⁾、濱田 亜弥¹⁾、川村 英樹²⁾、有村 尚子²⁾、楢生 亮³⁾、永尾 香織³⁾

【背景・目的】COVID-19流行以降、新興感染症対策等医療機関の地域連携が推進され、基幹医療機関と外来医療機関においては、外来感染対策向上加算を通じた連携の取り組みが進められている。当院は基幹病院として、鹿児島医療圏で最多の外来医療機関と連携している。新興感染症を想定した発熱患者対応の訓練を通して、外来感染対策向上加算の連携施設における対応の現状と課題を検討した。

【活動内容】外来感染対策向上加算の連携施設を対象に、新興感染症想定の上訓練および訓練直前に発熱患者対応の実態把握を目的として、アンケートを実施した。訓練は、鹿児島市保健所が実施したMERS想定患者の搬送訓練動画を活用し、発熱患者対応シミュレーションを組み合わせて、受付から診察・検査までの一連の流れを確認した。訓練後は、課題および工夫点を連携施設間で情報共有した。

【成果・考察】訓練に参加した71施設中の59施設からアンケートの回答があった。「発熱患者が受診を希望する場合、来院前に電話で問診を行う」(59%)、「空間的ゾーニングを行い他患者と待合を分けて待機する」(81%)、「MERSを疑う事例と判断された場合に管轄の保健所と連携する」(78%)の回答が多かった。多くの施設で受診前の電話による問診対応や受診後の空間的分離による発熱者対応が可能であり、基本的な感染対策が実施されていた。一方、「診察後にインフルエンザとCOVID-19の抗原検査を行う」と回答した施設が多く、場面別でのPPE選択では、「診察時は手袋・サージカルマスクを着用して対応する。呼吸器検体採取時はフェイスシールドを追加して対応する」との回答が多かった。新興感染症を想定した場合には、専用動線や診察スペースの確保、適切なPPE選択の判断について施設による対応差が認められ、課題が明らかとなった。今後も新興感染症を想定した定期的な訓練を継続し、訓練結果を踏まえた情報共有を図ること、地域全体として実効性の高い外来感染対策体制の構築につなげていくことが重要である。

062-1 加算2・3施設でCandida auris疑い患者の発生を想定した、当地域における新興感染症机上訓練の成果

国保直営総合病院君津中央病院 感染制御部¹⁾、千葉大学真菌医学研究センター²⁾

○在原久美子(ありはら くみこ)¹⁾、堀井 俊男¹⁾、亀井 克彦^{1,2)}、漆原 崇司¹⁾

【背景・目的】世界的に薬剤耐性カンジダが重要視されており、新興感染症として当地域の院内感染対策においても今後問題となる可能性がある。真菌感染症の感染対策に関する知識の共有と、地域の感染対策の水準を上げ各施設の自立を支援する目的で、加算2・3施設でCandida auris(C. auris)疑い患者が発生という設定で机上訓練を行った。

【活動内容】シナリオは「肺炎で入院した85歳男性、施設入所中。痰培養よりC. aurisが分離された可能性がある」と、検査センターより報告を受ける。患者は入院から1週間大部屋に在室し、ADLは全介助。」とし、事前に加算2・3施設や保健所、医師会に送付した。検討事項は、「発見と初動、必要な予防策と患者管理、同室者や同病棟に入院していた患者への対応と家族説明、スクリーニングの有無と範囲設定、保健所への報告の流れ」とし、訓練には回答待参での参加を案内した。

【成果・考察】C. aurisの発見と初動に関して、結果報告がC. aurisと報告されることがあること、検査センターとの連携の重要性を共有した。同室者などのスクリーニングに関しては、腋窩や鼠径部だけでなく、国内で検出が散見される耳からの検体採取を加えても良いこと、C. aurisが気道感染を起こすことはほぼなく痰培養は不要と思われること等を確認した。患者家族説明、地域・行政機関との情報共有については、参加医療機関からの「感染力や死亡リスクが分かれば家族への説明に役立つ」という意見に対し、皮膚や粘膜に定着状態となりうる一方で、真菌血症になると重症化し死亡率は50%程度となること、薬剤耐性率が高い等の病原性についての知見を共有した。保健所からは、疑い例は早期から相談するよう呼びかけられた。訓練終了後、加算2・3施設から「自施設の感染対策を検討する機会となり、C. aurisに限らず耐性菌発生時の動きをパターン化する事に繋がった」との意見があった。今回の机上訓練は、各施設がそれぞれ実施可能な対策を考える良い機会となった。他施設や専門家、行政機関からの情報収集で実践的な知見をさらに深め、当地域での感染症対応力の向上に繋がったものと考えた。

062-2 感染対策向上加算 1 取得施設を中心とした地域多機関連携による新興感染症訓練の成果

社会医療法人社団 望水会 名戸ヶ谷あびこ病院 ICT
○加藤久美子（かとう くみこ）、松田裕士郎、坂本 美香

【背景・目的】新興感染症は発生様式や感染性が不確実であり、地域の医療提供体制には迅速かつ多機関での連携対応が求められる。当院は2024年に我孫子市で唯一、感染対策向上加算1を取得し、ICTが中心となって市内の医療機関・介護施設・乳幼児施設に対しラウンドや研修を継続して実施してきた。これらの取り組みにより地域内の感染対策ネットワークが強化され、新興感染症訓練に多様な機関が参加できる基盤が形成された。この体制を活かし、2024年度・2025年度に新興感染症を想定した多機関連携訓練を実施した。訓練は地域の取り組みとして新聞やNHKで報道され、社会的関心の高い活動となった。訓練の概要と成果を報告する。

【活動内容】訓練は2024年度エボラ出血熱、2025年度新型麻疹を疑う症例を題材として実施した。参加機関は医師会、保健所、市役所、外来診療所、介護施設、連携加算病院、加算未取得病院、障害者施設、消防である。疑似症例の対応手順を多機関で協働して映像化し、それをを用いた机上訓練を行った。初動対応、情報共有、搬送調整、検体採取と提出、保健所との連絡体制、入院調整などの役割分担を確認した。さらに、市内で実際に新興感染症が発生した場合を想定し、各機関がどのタイミングで情報共有・搬送・入院調整を行うかを全体で確認し、地域として対応の明確化を図った。

【成果・考察】加算1取得施設としてICTが地域にて、月10時間以内でラウンドや研修を継続してきたことは、地域内の信頼関係の醸成に寄与し、訓練参加機関の拡大に繋がった。ビデオを基盤とした検討により、各機関が自らの役割や他機関の視点を共有しやすくなり、課題の可視化と改善策の議論が促進された。特に、加算未取得病院や介護・障がい者施設など、これまで訓練参加の機会が限られていた機関も参加し、地域全体の感染対策力向上に寄与している。意見を出しやすい心理的安全性の高い場づくりも、率直な課題共有を後押しし、地域連携の強化につながった。これらの取り組みは、地域で新興感染症が発生した際の迅速な対応体制構築に資するものであり、地域連携モデルとして有用であると考えられる。

062-4 医療機関・行政・医師会が連携した但馬圏域全体での新興感染症合同訓練の取り組み

公立豊岡病院組合立豊岡病院

○藤本 裕子（ふじもと ゆうこ）、福岡 美佳

【背景・目的】当地域は、兵庫県北部に位置し県全体の面積の約4分の1を占めている。医療機関も広域に点在し、病院規模や機能も多様である。感染対策向上加算に基づく体制は但馬圏域に2つあり、合同カンファレンスおよび訓練は各々に実施している。こうした中、兵庫県新型インフルエンザ等対策行動計画の改訂及び医療措置協定の創設により、平時から但馬圏域での連携が一層求められている状況にある。今回、感染対策向上加算1施設である当院が中心となり、新興感染症の発生を想定し、但馬圏域の医療機関、医師会、保健所の合同訓練を実施した。各施設の役割と事前の備えを確認することを目的に訓練を実施したので報告する。

【活動内容】保健所より県と医療機関が平時から締結する医療措置協定と、新型インフルエンザ等対策行動計画の説明を行い、参加医療機関の役割を確認した。架空症例は、新型インフルエンザ等対策行動計画の対応期を焦点とし「県内初の新興感染症が発生、その後感染経路が追えない時期で、但馬地域はまだ患者が確認されていない」とした。1. 地域発生前の事前準備、2. 疑い患者からの連絡、3. 受診、保健所への連絡、4. 病院へ搬送、5. 入院までの5場面を想定した。場面ごとに自施設の対応について話し合い、参加医療機関全ての意見を発表し情報を共有した。また、研修後にアンケート調査を行い、保健所と振り返りを行った。

【成果・考察】訓練は2025年10月に但馬圏域の連携施設9施設と4医師会、2保健所の計60名で行い、同時に医師会がWebで閲覧できる機会を設けた。それぞれの医療施設は事前準備や対策を整えながらも、疑い患者の受け入れについて保健所から柔軟な対応が可能であるとの返答に安堵する場面もあった。訓練後のアンケートでは、回答者の91%が圏域合同訓練は「役立っ」と回答し「架空症例により施設の状況を確認できた」「医療措置協定を知ることができた」等の意見があった。合同訓練を通し、平時からの連携体制の構築、役割分担の明確化と但馬圏域全体で実施することの重要性を再認識すると同時に、今後も行政と連携し地域の感染対策のリーダーとして役割を遂行していく責任を痛感した。

062-3 川崎市が考案した新興再興感染症対応訓練の実施後の評価

川崎市健康福祉局保健医療政策部¹⁾、川崎市健康福祉局健康安全研究所²⁾

○小泉 祐子（こいずみ ゆうこ）¹⁾、岡部 信彦²⁾、三崎 貴子²⁾

【背景・目的】川崎市では、リスクアセスメント及び連携を目的とした机上訓練を考案し医療機関と合同で実施している。本訓練の有用性を複数の自治体において検証した。

【方法】2023-2025年度に本市を含む9自治体、延べ17施設において訓練を実施し、参加者995名を対象にアンケートを行った。内容は、満足度、実施時期及び訓練時間の3項目に加え、リスクアセスメント、情報共有、医療機関同士の連携及び行政との連携の4項目とした。時期及び時間は1を「早い(短い)」、5を「遅い(長い)」とし、他の項目は1を「できなかった」、5を「できた」とする5段階評価とした。実施時期等の妥当性の評価とともに、訓練の有用性と目的の達成度を実施回数及びシナリオごとに検証した。

【結果】回答は708名(71.2%)から得られた。満足度は4及び5が全体の92.5%を占め、時期及び時間は、いずれも「3(ちょうどよい)」が75.8%、65.4%と概ね妥当と回答した。リスクアセスメント及び情報共有は4及び5が各57.5%、62.7%であった。医療機関同士の連携は3が35.7%と最多であり、次いで4が25.7%で、5は11.7%であった。行政との連携は3が33.2%、4が24.3%で、5は11.0%に留まった。初回参加者のみを抽出し市内・市外に分けて比較したところ、リスクアセスメント(P<0.001)、情報共有及び行政との連携(P<0.01)は市内の方が有意に良好であった。身近なテーマのシナリオの方が、リスクアセスメント(P<0.01)の評価が有意に高かった。

【考察】本訓練は、全体的に参加者の満足度が高く、時期及び時間も妥当と考えられた。また、回数を重ねると評価が大きく改善することがわかった。リスクアセスメント、情報共有、行政との連携は、市外より市内での評価が高く、本訓練を継続的に実施している成果と考えられた。身近なテーマをシナリオに用いることでリスクアセスメントが容易になると思われた。連携に関しては他の項目よりも評価が低く、今後の課題である。

【非学会員共同研究者】加藤康幸

062-5 長崎県県央地区のCNICが取り組んだ新興感染症訓練の成果と課題

独立行政法人地域医療機能機構 諫早総合病院¹⁾、独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター²⁾、日本赤十字社 長崎原爆諫早病院³⁾、公益社団法人地域医療振興協会 市立大村市民病院⁴⁾、独立行政法人国立病院機構 長崎川棚医療センター⁵⁾

○竹村 恵（たけむら めぐみ）¹⁾、木場みちよ²⁾、小川 麻子³⁾、大久保あかね⁴⁾、高橋 奈央⁵⁾

【背景・目的】長崎県県央地区では感染対策向上加算1施設が合同で新興感染症訓練を開催している。2025年度は初めて対面による集合研修を実施し、成果と課題を報告する。

【活動内容】開催にあたり加算1施設の感染管理認定看護師(以下、CNIC)で企画会議を複数回実施した。内容を個人防護具着脱訓練、N95マスクフィットテスト、麻疹の対応講義とし各施設のICTで内容を検討し最終決定した。当初はハイブリッド方式としたが100名程の参加者となり加算1施設ICTのみでは人員不足が予想され、集合研修のみとした。また、保健所職員や加算2施設CNICへも協力を依頼し、共同する手配を行った。個人防護具訓練は、タイベック防護服着脱動画視聴と体験、個人防護具着脱実技とし、事前に手順書を配布した。2会場で3か所ブースを設置し、参加者はCNICをリーダーとした6Gに分け、2Gずつ各20分で交代する運用とし、各ブースに加算1施設ICTを訓練の指導、補佐として配置した。N95マスクフィットテストは時間を要するため、フィットチェックへ変更した。テスター機器不足のため販売業者と保健所へ協力を依頼し、機器を6台準備し、ほとんどの参加者が実施できた。実技終了後、各会場で麻疹の講義を聴講し、質疑応答等を含め2時間で訓練を終了した。

【成果・考察】参加者から対面による実技により日頃の対応を振り返る機会となり自施設の教育や指導に役立てられる、N95マスクフィットチェックは良い体験ができた、自施設のマスクの優劣が明確となったなど好意的な意見だった。また、麻疹講義は職員の抗体価把握とワクチン接種推進のきっかけとなったという意見もあり、訓練は効果的であったと考える。しかし、連携施設や保健所との複数回の会議や打合せ等に時間や労力を要し、主催したCNICの負担は大きかった。さらに、対面の移動時間内の開催により、外来加算施設の参加が困難となった。今後は企画段階から医師会や保健所と内容を検討し、地域の感染対策向上に繋がる取組を継続していく。

062-6 新興感染症の発生を想定したロールプレイ訓練の実施報告

地方独立行政法人 山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院
看護部¹⁾、鶴岡市立荘内病院 医療安全管理部²⁾、鶴岡市立荘内病院
看護部³⁾、医療法人徳洲会 庄内余目病院 感染管理室⁴⁾

○佐藤 幸子(さとう さちこ)¹⁾、高橋 美喜¹⁾、
若松由紀子²⁾、栗田 香³⁾、本間 春圭³⁾、齊藤 由理⁴⁾

【背景・目的】感染対策向上加算1の施設基準に、保健所及び地域の医師会と連携し、加算2又は3に係る届出を行った保健医療機関と合同で新興感染症の発生等を想定した訓練を実施することが求められている。当院は、加算1を取得しており、新型インフルエンザ疑い患者の受け入れから入院調整・保健所連携までの初動対応を総合的に確認・強化する目的で、模擬患者の搬送、ロールプレイ訓練を実施した。訓練の実際、評価、アンケート結果から見えてきた課題について報告する。

【活動内容】発生期は国内発生早期、平日日中帯の発生を想定し、(1)保健所から病院に受診要請、院内での受診調整、(2)特殊診察室へ誘導、(3)問診、診察、検体採取、(4)PCR検体採取、保健所職員への受け渡し、(5)入院調整、病棟への搬送をロールプレイで実施した。観察者は、保健所、加算1を取得している病院に依頼した。加算2,3を取得している保健医療機関、地域の多くの施設が参加できるよう、開催方法は会場とオンラインによるハイブリッド開催とした。参加者は、管内医療機関、医師会、薬剤師会、高齢者施設等、約240名となった。

【成果・考察】訓練後の評価、講評では、保健所との連携が円滑に行われた点や模擬患者の動線分離・隔離対応が適切に行われていたことが評価された。匿名オンラインアンケート回答者123名のデータから、「個人防護具の着脱は適切に行われていたと思いますか」の質問項目に「とても適切」「概ね適切」と回答した割合は98.4%であった。「訓練の目的(新興感染症対応力の向上)は達成できたと思いますか」の質問項目に対しては「十分達成」「概ね達成」の回答割合が98.4%であり、訓練の目的は達成できたと考える。自由記載では「ロールプレイを行ったことで、流れが確認できた」「理解が深まった」と肯定的な意見があり訓練方法は効果的だったと考える。訓練の改善点として、夜間の想定や重症者を想定した訓練についての意見があった。今後も、新興感染症の発生等を想定した様々な状況での訓練を継続し、連携や対応を強化していく必要がある。

063-2 ICTの手指衛生推進活動の取り組み評価 手指消毒回数の増加による新規MRSA検出率の低下について

日本赤十字社盛岡赤十字病院

○杉村 明子(すぎむら あきこ)、工藤 晋、
丹代 恭太、萩野 沙織

【背景・目的】ICT(infection control team)は、2013年より手指衛生の遵守率向上に取り組み、擦式アルコール消毒剤の使用状況を継続的に評価した。12年間のICTの活動の内容を振り返り、手指消毒回数の増加に伴って接触感染制御の評価指標である新規MRSA検出率がどのように変化したのかを検討したので報告する。

【方法】期間は2013年1月1日から2024年12月31日まで。その間のICTの手指消毒推進活動を振り返った。擦式アルコール消毒剤の払い出し量から計算する入院患者1人あたりの手指消毒回数と入院患者1000人あたりの新規MRSA検出率を毎月算出した。手指消毒回数と新規MRSA検出率の相関関係評価としてExcel関数(CORREL)を用いてピアソンの相関係数rを算出した。

【結果】ICTによる手指消毒推進として毎年、手指消毒回数サーベイランスや様々なキャンペーン等を実施した。2017年より手指衛生直接観察を始め、2023年には手指衛生観察アプリを導入した。WHO手指衛生5つのタイミングを簡便にチェックし集計できフィードバックの効率が向上した。手指消毒回数は2013年は入院患者1人あたり平均消毒回数3回と低い水準だった。2020年の新型コロナウイルス感染症のパンデミックを契機として2024年に約30回まで増加した。新規MRSA検出率は2013年に0.75%から2024年には0.24%に低下した。手指消毒回数と新規MRSA検出率の間には強い負の相関関係(相関係数0.87)が認められた。

【結論】手指衛生の実践が新規MRSA検出率の低下に寄与した結果となり、12年間のICTの手指衛生推進活動が院内感染予防に有効な医療環境の構築に貢献した。手指消毒回数サーベイランスを基盤にキャンペーン等の実施と直接観察を行い職員に行動変容を促したことが効果的であった。結論は、2013年から2024年において入院患者1人あたりの手指消毒回数と新規MRSA検出率の間には強い負の相関関係(相関係数0.87)が認められ、手指消毒回数の増加に伴い新規MRSA検出率は明確に低下したこと、手指消毒回数の継続的なサーベイランスに加え、キャンペーンや直接観察などICTによる多面的な手指衛生推進活動を通じて、院内感染を予防しうる医療環境の構築が可能となったことである。

063-1 感染制御チームと手技に習熟した看護師との効果的な連携により、血液培養の高い汚染率を低減させた試み

大分県杵築市立山香病院

○羽田野佳哉(はのだ よしや)、半田 陽祐、
安部 茂、小野 隆司

【目的】杵築市立山香病院では、血液培養の汚染率が8%を超える状況が続き、血液培養検査ガイド(日本臨床微生物学会刊)やCUMITECH1C血液培養検査ガイドライン(医歯薬出版株式会社刊)で示される2-3%を遥かに上回った状態であった。感染制御チーム(ICT)は、正しい血液培養採取法の勉強会を開催し、病棟ラウンドでの助言を継続したが、汚染率は改善しなかった。そこで、現場の状況をよく知り血液培養採取手技に習熟した看護師(以下、依頼看護師)と情報共有を行い、対策への協力を依頼した。院内血液培養採取マニュアルを共同で改訂し、感染管理認定看護師と依頼看護師が実際の処置に同席して、直接指導を行うことで、汚染率低下を実現した。

【方法】調査期間は2023年4月から2025年12月。取り組み前(2023年4月から2024年3月まで)(n=580)、取り組み期間(2024年4月から2025年3月まで)(n=761)、取り組み後(2025年4月から2025年12月まで)(n=743)において、血液培養検査ガイドおよびCUMITECH1C血液培養検査ガイドラインを参考にして、1000patient-daysあたりの採取セット数、2セット採取率、陽性率、汚染率、分離菌について比較検討した。

【結果】コンタミネーションを評価する指標の中で、汚染率は8.27%(48/580)(前)から2.89%(22/761)(期間中)を経て、0.94%(7/743)(後)へ低下した。主な汚染菌であるコアグラエゼ陰性ブドウ球菌(CNS)の全陽性数に占める割合は26.2%(26/99)から5.26%(9/171)を経て、2.45%(3/122)へと大きく減少した。

【結論】依頼看護師の協力が得られ現場での指導が改善したことで、ICTによる座学の内容や指摘が効率よく関連するスタッフに浸透した。その結果、手技の標準化が達成され、効率的な評価とフィードバックができたと考える。感染管理に必要な知識を実際の手技に活かすために、感染管理を主導するICTと、必要に応じて現場を知るスタッフとの連携が重要と考える。

063-3 感染対策へのデザイン思考アプローチ：ワークショップを通じた医療従事者の体験理解

東京科学大学病院感染制御部¹⁾、東京科学大学病院感染症内科²⁾

○横倉千恵子(よこくら ちえこ)¹⁾、岡本 耕^{1,2)}、
田頭 保彰^{1,2)}、関谷 紀貴^{1,2)}、渡邊 由香¹⁾、
縣 智香子¹⁾、具 芳明^{1,2)}

【背景・目的】デザイン思考とは、今の状態を探って課題をみつける「課題発見」、解決策を考えて試して洗練する「課題解決」を通じて、現状をより良い状態に変えることを目指す手法である。正解のない課題に対して、組織横断的に協働して試行錯誤を繰り返すこのアプローチはビジネス領域で広く用いられているが、感染対策を含めヘルスケア領域において活用されている例は少ない。今回、デザイン思考のアプローチを用い、病棟において感染対策を実践する上での課題を発見、共有し、解決策の糸口を探ることを目的とした。

【活動内容】デザイン思考の外部専門家を招き、感染制御部医師4名、感染管理認定看護師2名が参加する5時間のワークショップを行った。デザイン思考の基本について解説を受け、参加者全員で討議しながら、典型的な医療従事者の代表的な人物像(ペルソナ)を看護師3名、医師1名分設定した。次に、それらの人物に影響を与える利害関係者を洗い出した相関図(ステークホルダーマップ)および、看護師1名について一連の行動を時系列で可視化した図(カスタマージャーニーマップ)を作成した。参加者が作業を通じて得た気づきを共有して議論した。

【成果・考察】ワークショップを通じて、医療従事者の背景には、業務負担、時間的制約、心理的報酬の乏しさがあり、感染対策が後回しにされやすい背景がある可能性が示唆された。また、遵守状況を減点的に評価するフィードバックが無意識に行動変容を阻害している可能性や、感染対策の意義が個々の実感に結びついていない点が課題として共有された。ペルソナやカスタマージャーニーマップ作成を通じて、感染対策部門に従事している参加者が、病棟に勤務する看護師の体験へ視点を移すことができ、感情や意義に着目した介入設計の重要性が認識された。デザイン思考の手法を用いることで、病棟において感染対策を実践する医療従事者に対する理解を深めることができた。今後はこれらを踏まえた研修やフィードバック方法を構築し、試行と評価を通じて効果的なアプローチの確立を目指す。(会員外協力者 井戸健二株式会社東芝DX・デザイン&コミュニケーション部)

063-4 地域包括ケア病棟における手指衛生の遵守向上への取り組み～行動変容に対する多角的アプローチ～

社会医療法人 堀ノ内病院 検査科/感染制御室¹⁾、社会医療法人 堀ノ内病院 看護部²⁾

○水村 瑚ノ葉 (みずむら このは)¹⁾、中村 英世¹⁾、長野美保子²⁾

【背景・目的】当院は地域医療に力を入れている二次救急病院で、高齢者の受け入れによりケア度が高い状況である。感染制御チームでは、手指衛生遵守の指標として MRSA 新規検出率と1患者当たりの平均手指衛生回数を15回として評価を行い、遵守向上のため取り組みを行っている。今回、手指衛生の遵守向上を目的とし、地域包括ケア病床であるA病棟に対して介入を行った。介入前の当該病棟の平均手指衛生回数は12.5回である。A病棟に対する取り組みを報告する。

【活動内容】1. 手指衛生に対する意識調査全看護職員を対象に手指衛生に関する意識調査を実施し、結果より下記の対策を立案2. A病棟へのアプローチ・毎月の使用量を一覧表に記入・使用量の少ない職員に対して手指衛生の妨げとなる要因を聴取し解決・病棟内のICT職員がケア時に手指衛生のタイミングを提案・使用量が多いまたは増加した職員に対し声掛けを行い、モチベーションの向上を図った・業務内容から1日当たりの目標使用量を提示・ATP測定検査を実施し、結果を職員にフィードバック3. 再評価介入開始から複数回、A病棟のみに再度意識調査を実施

【成果・考察】アプローチの結果、1患者当たりの平均手指衛生回数は17.0回という結果となった。意識調査から、多角的アプローチで意識が変化した職員が100%、自身のアルコール使用量を意識するようになった職員が約76%、環境整備を意識するようになった職員が約88%であった。また、アプローチ前と比較して手指衛生を怠るリスクを理解し手指衛生の優先度が上昇した職員が約84%となったことから、職員の意識の変化が1患者当たりの平均手指衛生回数の増加に繋がったと考えられる。その他、毎月の使用量を一覧表に記入し、他者の使用量を意識することで病棟全体の意識が向上したことが理由としてあがった。よって、上記の取り組みが1患者あたりの手指衛生回数の増加に繋がったと考えられる。一方、15秒以上かけて手指衛生を行っている職員の割合は60%であった。今後は、必要な場面での手指衛生の遵守向上を目指していく。

063-5 ラウンド結果の分析に基づく介入の工夫—感染対策行動の改善と定着を目指した取り組み—

独立行政法人国立病院機構 東名古屋病院

○志波 幸子 (しわ さちこ)、鈴木 京子

【背景・目的】当院のICTラウンド（以下ラウンド）は感染性廃棄物の管理を中心に、手指衛生の遵守状況等をチェックリストを用いて評価し、写真を用いたフィードバックを実施してきた。しかし、評価の根拠や理由が部署内で十分に共有されておらず、行動変容や改善の定着に至らないことが課題であった。また、フィードバック内容が定型化し、マンネリ化している点も阻害要因と考えられた。そこで、感染対策行動の改善と定着の向上を図ることを目的にICT主導の分析に基づく改善活動に取り組んだ。

【活動内容】ラウンド結果を3ヶ月ごとに集計しICTで課題を抽出し、改善の優先度の選定および改善策の検討を行った。短期間に改善できる内容を優先し、不使用時は携帯用針捨てBOX（以下針捨てBOX）の蓋を閉める、感染性廃棄物の廃棄量管理、廃棄物放置の防止から取り組んだ。介入は掲示物による注意喚起とし、掲示の見慣れを防ぐため内容を2ヶ月ごとに変更した。評価は同一のチェックリストで継続的に実施した。

【成果・考察】ラウンド結果より抽出された課題は、個人防護具、針捨てBOX、感染性廃棄物の管理および廃棄物放置であった。針捨てBOXの蓋を閉める行動を促す掲示物とした。介入直後は実施率60～80%まで向上したが、時間の経過とともに低下した。意識づけを高めるために蓋の外側に加え内側にも掲示を行ったが、実施率は介入前の2024年度39.2%から介入後（2025年7～12月）40.2%にとどまり、行動の定着には至らなかった。一方、感染性廃棄物は廃棄容器の容量8割での交換基準と処分費用を明示した結果、廃棄物が容器から溢れている割合は介入前2024年度の46.4%から介入後（2025年7～12月）20%へと低下した。廃棄物放置防止に関する掲示では明確な改善は認められなかった。従来のフィードバックでは十分な改善には結びついておらず、ラウンド結果を分析し介入内容を検討したことは、行動改善に一時的ではあるが有効であったと考える。今後は介入手段や掲示方法の工夫に加え、スタッフへの指導・教育を組み合わせた継続的な取り組みが必要であると考えられる。

063-6 当院で経験した髄膜炎菌検出事例における感染制御チームの活動報告

飯塚病院 医療安全推進本部 感染管理センター¹⁾、飯塚病院 感染症科²⁾、佐賀大学医学部附属病院 感染制御部³⁾

○尾崎みな美 (おざき みなみ)¹⁾、小出 容平^{1,2)}、笠井 雅大^{1,2)}、的野多加志^{2,3)}

【背景・目的】当院で経験した、髄膜炎菌検出事例における初療から接触者の予防投与に至るまでの感染対策に関わる活動の実際と課題を報告する。

【活動内容】症例は意識障害を主訴に当院へ救急搬送された40代の患者である。搬入時、昏睡状態であったが、抗うつ薬、抗てんかん薬の空ヒートがあり、薬物過量内服を疑われ、集中治療室に入院した。発熱や嘔吐などの症状がなかったことから髄膜炎の可能性は低いと判断され、髄液検査は実施されなかった。第1病日は休日であったため、救急外来で採取された喀痰培養検体は、休日・夜間対応として冷蔵庫に保存された。第2病日、臨床検査技師がグラム染色の塗抹所見を確認し、培地を作成した。第3病日、判定したコロニーよりMALDI TOF-MSで同定したところ、髄膜炎菌と判定されたため、微生物検査室より感染管理認定看護師(CNIC)へ、CNICから感染症科医師(ICD)へ報告した。生化学的検査での最終同定をもって濃厚接触者の判定を行う方針となり、患者が経過した部署に、関与した全職種との接触状況のリスト化を依頼した。第4病日、生化学的検査で髄膜炎菌と判定されたため、予防投与対象の9名へCNICが報告、ICDより予防抗菌薬が処方された。翌日、追加判定の依頼があり、2名の対象者が追加で発生し、合計11名に予防投与した。

【成果・考察】血液や髄液から髄膜炎菌が検出される侵襲性髄膜炎菌感染症は急速に進行し、致死率が高い疾患である。一方で、健常者の鼻咽頭からも低頻度ながら分離される。本症例は喀痰からの検出であり、侵襲性髄膜炎菌感染症の定義には当てはまらず、予防投与は過剰だった可能性が否定できない。しかし、意識障害の要因が薬物過量内服なのか髄膜炎症状なのか悩ましい症例であった。また、濃厚接触者の抽出が必要な症例の判断や予防投与の対象とする基準、対象となった際の説明から処方までの流れが不明瞭であり、混乱が生じた。当院は感染症科の当直体制をとっておらず、CNICも平日日勤帯のみの対応となるため、休日・夜間を含めた有事の対策を明確にし、マニュアルを作成し、運用まで繋げることが今後の課題と考える。

064-1 皮膚消毒薬変更による血液培養の汚染率の変化についての調査

長岡赤十字病院 検査技術課¹⁾、長岡赤十字病院 看護部²⁾、長岡赤十字病院 薬剤部³⁾、長岡赤十字病院 感染症科⁴⁾

○鈴木 里奈 (すずき りな)¹⁾、川上 朱美²⁾、岡田 香織²⁾、牧 和久²⁾、高山 拓海²⁾、品田 識博³⁾、永井 美菜¹⁾、西堀 武明⁴⁾

【背景・目的】第39回日本環境感染学会総会・学術集会にて、救急外来での血液培養採取時の皮膚消毒薬を10%ポビドンヨード（以下、PVI）から無色の1%クロルヘキシジナルアルコール消毒布（以下、CHG-AL消毒布）へ試験的に変更し、CHG-AL消毒布で汚染率が低下したことを報告した。院内では着色された1%クロルヘキシジナルアルコール綿棒（以下、CHG-AL綿棒）が採用されたため、今回PVI、CHG-AL消毒布、CHG-AL綿棒の3種類の消毒薬を使用した場合の血液培養の汚染率の変化について調査したため報告する。

【活動内容】救急外来で採取された血液培養を対象とし、2022年8月1日～2023年7月31日を第Ⅰ期（PVI使用期）、2023年9月1日～2024年8月31日を第Ⅱ期（CHG-AL消毒布使用期）、2024年12月1日～2025年11月30日を第Ⅲ期（CHG-AL綿棒使用期）とし3つの期間での汚染率を比較した。血液培養汚染は2セット以上提出症例においてコアグラゼ陰性ブドウ球菌(CNS)、Cutibacterium acnes、Micrococcus 属、Corynebacterium 属、Bacillus 属、緑色連鎖球菌が1セットのみ陽性になった場合とした。15歳以下の症例は除外した。検討にはカイニ乗検定を用い、 $p<0.05$ を有意差ありとした。【成果・考察】汚染率は第Ⅰ期5.4%（53/990）、第Ⅱ期1.8%（19/1030）、第Ⅲ期2.8%（33/1167）であった。第Ⅰ期と第Ⅱ期、第Ⅰ期と第Ⅲ期で有意な低下がみられたが、第Ⅱ期と第Ⅲ期では有意差はなかった。菌種では3期間ともCNSが最多であり、汚染率は第Ⅰ期4.1%（41/990）、第Ⅱ期0.8%（8/1030）、第Ⅲ期1.9%（22/1167）であった。CNSでも第Ⅰ期と第Ⅱ期、第Ⅰ期と第Ⅲ期で有意な低下がみられたが、第Ⅱ期と第Ⅲ期では第Ⅱ期に汚染率が有意に低下した。その他の菌種では汚染率に差はなかった。今回、CHG-AL使用期に形状や着色の有無の違いでCNSの汚染率に差がみられたことから、消毒薬の形状が皮膚常在菌を物理的に除去する際に影響を及ぼす可能性も考えられた。しかし、PVIと比較しCHG-ALでは消毒布、綿棒ともに汚染率が低下していたため、CHG-ALは形状や着色の有無に関わらず汚染率低下に有用であると考えられる。

064-2 滅菌手袋と滅菌シートのルーチン併用を追加した新たな血液培養汚染（以下コンタミ）予防 Bundle

知多半島りんくう病院¹⁾、兵庫医科大学 感染制御学²⁾
 ○木原 庸介（きはら ようすけ）¹⁾、竹末 芳生^{1,2)}、
 牧野みゆき¹⁾、谷川 暁子¹⁾

【目的】コンタミ例では検査、治療コスト増加が問題となり、目標は<3%から、最近では<1%と厳しく設定されている。当院で実施した旧コンタミ予防バンドル (Doi et al.: PLoS One 2024) では、採血困難予測例において滅菌手袋装着としたが、実施は低率であった (本学会 2025 年)。そのため、条件付きではなくルーチンに滅菌手袋を使用する新バンドルを導入した。

【方法】旧バンドル 4 項目 (B-1. 手指衛生、B-2. 血培ボトル消毒、B-3. 1% クロルヘキシジナルアルコール皮膚消毒、B-4. 分注ホルダー使用) に B-5. 滅菌手袋、B-6. 滅菌シートを追加した (費用は計 172 円/2 セット、介助は任意)。血培採血調査用紙は 1 両日中に確認し、全項目達成のバンドル遵守を評価した。コンタミ率はバンドル導入前 (2019 年 5 月から 3 年)、旧バンドル期 (2022 年 5 月から 3 年)、新バンドル期 (2025 年 5 月～12 月) で比較した (倫理審査承認番号 2024-14)。

【結果】新バンドル期は 428 症例で、バンドル各項目の達成率は、B-1 (99.3%)、B-2 (100%)、B-3 (99.1%)、B-4 (100%) であり、滅菌操作の B-5 (98.6%)、B-6 (96.3%) も高率に達成。6 項目達成した遵守例は 95.6% (介助なし 37.7%)。コンタミ率はバンドル導入前 1.95% (112/5728 セット)、旧バンドル期 1.01% (61/5990 セット)、新バンドル期 0.59% (5/843 セット) と減少した (Cochran-Armitage 傾向検定、 $p<0.001$)。

【結論】ルーチンに滅菌手袋と滅菌シートを取り入れたバンドルの遵守率は 95.6% と高率であり、検討した 3 期間でコンタミ率は段階的に減少した。

064-3 環境培養で細菌が繰り返し分離され、シャワーヘッドの交換に至った 1 例

医療法人康幸会 かわぐち心臓呼吸器病院
 ○大河原 恵 (おおかわら めぐみ)、下谷 勇貴、
 大野 智美、森井 大一

【背景】浴室設備は水系由来微生物の増殖環境となりやすく、特にシャワーヘッド内部はバイオフィーム形成のリスクが高いことが知られている。当院では感染管理の一環として浴室シャワーヘッドを対象に定期的な環境培養を実施してきた。

【活動内容】当院浴室で使用されていたシャワーヘッド (プラスチック製) は、開院から約 10 年間交換されていなかった。2025 年 7 月 X 日に実施した定期培養により *marcescens* 検出されたため、同年同月 X+6 日に、ブラシで可及的に洗浄の上、次亜塩素酸ナトリウム 200ppm で浸漬消毒を行った。その後実施したシャワーヘッド表面のスワブ培養検査で *cloacae complex* 検出されたため再度、次亜塩素酸ナトリウム 500ppm で浸漬消毒を実施した。さらに X+21 日後に、3 回目の環境培養を実施したところ、*aeruginosa* 検出された。これらの結果から、洗浄・消毒のみでの管理には限界があると判断し、当該シャワーヘッドを交換した。交換後、使用されていたシャワーヘッドを分解して確認したところ、外表面には明らかな異常は認められなかったが、内部には汚泥様残留物が付着しており、通常の洗浄・消毒では十分な除去が困難な状態であった。

【成果・考察】本事例では、定期的に環境培養を実施しその都度洗浄・消毒を行ったにもかかわらず複数回にわたり細菌の検出が継続した。このことから、長期間使用されたシャワーヘッドにおいては洗浄・消毒による管理のみでは十分な微生物制御が困難であることが示唆された。環境培養は施設由来微生物の残存を可視化し、シャワーヘッドの交換を含めた管理判断に有用であった。浴室シャワーヘッドの管理においては、定期的な環境評価に加え、使用年数を考慮した計画的な交換が重要である可能性が示唆された。

064-4 血液培養検査検体採取手技の簡素化の試み J-SIPHE データの活用

医療法人橘会 東住吉森本病院
 ○荻田 千歌 (おぎた ちか)

【背景・目的】血液培養は感染症診断において極めて重要な検査であり、汚染率の管理は検査精度の維持に不可欠である。当院の 2025 年の血液培養検査の総数は 3567 件であり、67% が救急外来で検体が採取されている。緊急性の高い患者に対し、迅速かつ確実な対応が求められており精度の高い血液培養の実施を行うことが重要である。2023 年より感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) を活用し、汚染率の評価を開始した結果、当院の平均汚染率は 0.9% と、全国平均の 1.8% を大きく下回っていた。この安定した低汚染率を踏まえ、手技の簡素化および業務効率化を目的として、感染対策チームが中心となり、採取時の手袋を滅菌手袋から末滅菌手袋へ変更する取り組みを実施した。

【活動内容】2025 年 11 月、全職員 594 名を対象に血液培養に関する動画研修を実施し、手技および検体の取り扱いについて再確認を行った (受講率 99%)。研修と同時にマニュアルを改訂し、2026 年 1 月 15 日より手袋を末滅菌手袋へ変更した。皮膚の 2 回消毒、消毒部位への非接触、消毒薬の乾燥確認などの清潔操作は従来通り継続し、感染対策チームおよび感染リスクナースを通じて院内への周知を徹底した。変更後の汚染率は J-SIPHE の月次データを用いて評価し、全国平均を上回った場合には従来の手技に戻す方針とした。

【成果・考察】手技変更後の汚染率は 1.58% と、変更前 (0.9%) よりやや上昇したが、全国平均の 1.8% は下回っており、安全性を大きく損なうことなく手技変更を実施できた。データ採取期間が短いため、汚染率の変化については今後の経過観察が必要であるが、現時点では業務の簡素化および物品コストの削減に向けた取り組みとして、一定の成果が得られたと考える。J-SIPHE の活用により、全国平均との比較が可能となり、手技変更の妥当性を客観的に評価することができた。今後も継続的なモニタリングとスタッフ教育を通じて、感染対策の強化と医療資源の最適化を図っていく。

064-5 コアグラゼ陰性ブドウ球菌血液培養 2Set 陽性患者数の増加を契機とした末梢ライン管理における感染対策活動

北里大学病院 感染管理室¹⁾、北里大学医学部附属新世紀医療開発センター 横断的医療領域開発部門 感染制御学²⁾
 ○白津 和慶 (しらつ かずよし)¹⁾、藤田いくみ¹⁾、
 佐々木顕子¹⁾、太田佐知子¹⁾、高山 陽子^{1,2)}

【背景・目的】脂肪乳剤を含有する輸液は微生物増殖を助長する可能性があり、輸液ラインの不適切な管理は血流感染のリスクとなる。当院 A 病棟にて 2024 年 7～10 月に血液培養 2Set でコアグラゼ陰性ブドウ球菌 (CNS) 陽性患者数が増加したため、末梢ライン関連血流感染症疑い例として血液培養 CNS 2Set 陽性を指標に原因分析および ICT による支援を実施した。

【活動内容】患者背景を精査した結果、脂肪乳剤含有末梢静脈栄養剤 (商品名: エネフリード) の使用患者が他病棟より多いことが明らかとなった。投与状況を確認した所、脂肪乳剤投与時の 24 時間毎のライン交換が徹底されていないことが判明した。2024 年 10 月に A 病棟へエネフリードの適正使用 (24 時間毎のライン交換、輸液ラインの側管からの薬剤投与の制限、消毒操作の徹底) を周知した。11 月にリンクスタッフ会を通じ病棟部門全体へ共有し、2025 年 3 月には職員向け情報誌で院内全体へ再周知した。その後も血液培養陽性患者数のモニタリングを継続し、2026 年 1 月に A 病棟へ経過報告と再周知を行った。

【成果・考察】血液培養 CNS 2Set 陽性患者数は 2024 年 7～10 月は月 3～4 例 (平均 3.25 件/月) であったが、2024 年 11 月～2026 年 1 月は月 0～2 例 (平均 0.73 件/月) へ減少した。エネフリード投与患者数は同期間で平均 503 名/月から 86 名/月へ減少した。血液培養陽性患者のうち事前にエネフリードを投与されていた割合は 100% (13/13 例) から 54.5% (6/11 例) へ低下した。以上より、脂肪乳剤含有末梢静脈栄養剤の使用状況およびライン管理は血液培養 CNS 陽性患者数の増加と関連する可能性が示唆された。本研究は単施設観察に基づくため因果関係の断定はできないが、脂肪乳剤を含有する輸液製剤投与時の管理標準化と継続的監視体制の重要性が示された。

064-6 適切な感染性廃棄物の分別に向けた取り組み

浜松医科大学医学部附属病院 感染制御センター

○塚本 彩花 (つかもと あやか)、澤木ゆかり、
鈴木としふみ、磯部 祐介、名倉 理教、高岡 雅代、
脇坂 浩、古橋 一樹

【背景・目的】当院ではICTによる環境ラウンドを週1回実施しているが、感染性廃棄物の不適切な分別の場が確認されていた。不適切な分別は医療者だけでなく清掃業者等の針刺し・切創リスクを高め、感染予防の観点からも重要な課題である。更に感染性廃棄物の処理費用は年々増加傾向にあり、感染性廃棄物容器への非感染性廃棄物の混入が費用増加の一因と考えられた。そこで、11月を「感染性廃棄物分別強化月間」と定め、適切な分別の定着を目的に多面的介入を行ったため報告する。

【活動内容】分別強化月間に以下の取り組みを実施した。啓発ツール（缶バッジ・標）の作成・配布とICTラウンド時の着用及び院内アナウンス、院内ニュースの臨時発行、全職員対象の院内感染対策講習会での講義、動画コンテンツの作成と職員メールでの配信。動画視聴前後で理解度を点数化して評価し、視聴後アンケートにより感想や意見を収集して分別に対する意識も調査した。加えて、ICTラウンドでは感染性廃棄物管理項目を重点的に確認し、キャンペーン前後で分別状況を評価した。併せて、処理費用の推移も評価指標とした。

【成果・考察】動画視聴前後の理解度チェックでは407件の回答を得た。平均点は視聴前後で5.9点から6.9点へ上昇し、教育介入により分別に関する知識の向上が示唆された。自由記載では、前向きな意見（187件）が多い一方、分別・廃棄方法（45件）や表示・掲示（15件）、教育（14件）に関する具体的な要望や課題もあり、ルールの理解だけでなく現場運用（表示・物品・周知）の整備ニーズが明らかとなった。ICTラウンドでは、適切な分別ができていない場合を1点として評価したところ、病棟、その他部署は8点から11点、外来は3点から11点へ改善傾向を示した。一方、感染性廃棄物の処理費用はキャンペーン前後で変化を認めなかった。以上より、知識や意識の向上は得られたものの、適切な分別の定着や費用削減といった効果への反映には、継続的な教育に加えて、表示・物品の標準化など現場で実行しやすい仕組みが重要と考えられた。今後も教育と現場支援を組み合わせた介入を継続し、分別状況および処理費用の推移を含めて評価していく。

065-1 周術期抗菌薬適正使用モニタリング導入によるプロセス改善効果

公益社団法人 地域医療振興協会 市立大村市民病院
○大久保あかね (おおくぼ あかね)、山田 康一

【背景・目的】当院では周術期抗菌薬適正使用に関する体系的モニタリングが実施されておらず、投与プロセスの適正性について十分な評価がなされていなかった。本研究では、教育介入が周術期抗菌薬の投与プロセス指標および手術部位感染（SSI）発生率に与える影響を検証することを目的とした。

【方法】単施設における介入前後比較研究。介入はレクチャー形式で実施し、手術室運営委員会において1. 体重80kg以上症例への倍量投与、2. 手術時間180分超症例への術中追加投与、3. 術後24時間以上投与の是正について周知・教育を行い、複数回のフィードバックを実施した。評価項目はプロセス指標（倍量投与、術中追加投与、術後24時間以上投与）およびSSI発生率とした。統計解析はカイ二乗検定またはFisher正確確率検定を用い、有意水準5%とした。

【結果】80kg以上症例への倍量投与は、介入前1/18例（5.6%）から介入後5/8例（62.5%）へ有意に増加した（ $p<0.05$ ）。180分以上症例への術中追加投与は、介入前23/24例（95.8%）、介入後13/13例（100%）であり、有意差は認めなかった。術後24時間以上の投与は、介入前13/220例（5.9%）から介入後6/180例（3.3%）へ減少したが、有意差は認めなかった（ $p=0.23$ ）。SSI発生率は両群間で有意差を認めなかった（ $p=0.77$ ）。

【結論】教育介入により倍量投与は有意に改善し、術後24時間以上投与も減少傾向を示した。本研究により、教育介入により周術期抗菌薬使用のプロセス指標の改善が示された。

064-7 Staphylococcus aureus 菌血症低減を目標とした感染制御部多職種連携QI(Quality Improvement)活動の取り組み

大阪大学医学部附属病院 感染制御部¹⁾、大阪大学感染症総合教育研究拠点（CiDER）人材育成部門²⁾

○太田 悦子 (おおた えつこ)¹⁾、中上理紗子¹⁾、
砂田 淳子¹⁾、日馬 由貴¹⁾、山本 剛^{1,2)}、忽那 賢志^{1,2)}

【背景・目的】Staphylococcus aureus 菌血症（Staphylococcus aureus bacteremia：以下、SAB）は重篤な転帰をとり得る重要な医療関連感染であり、その発生には血管内カテーテル管理、手指衛生、抗菌薬使用、診療体制など複数の要因が関与する。これらの課題に対して単一部門のみで対策を行うことには限界がある。当院感染制御部では、SAB低減を共通アウトカムとして、医師、看護師、薬剤師、微生物検査技師の4職種が連携しQI活動を開始した。本活動の取り組みとその意義について報告する。

【活動内容】感染制御部においてSAB低減を共通目標とし、各職種でQI指標を設定した。看護師はCLABSIサーベイランスにおけるMRSAおよびS. aureus 検出状況、バンドル遵守率、手指衛生遵守率および手指消毒薬使用量、環境ラウンド評価得点の推移を指標とした。薬剤師は抗MRSA薬の使用状況や広域抗菌薬使用前血液培養採取状況を評価した。微生物検査技師はMRSAおよびS. aureus 検出状況の推移、血液培養検査結果のモニタリングを行った。感染症診療ではS. aureus 菌血症症例に対する感染症診療のバンドル遵守状況の確認を行った。これらの指標を定期的に集計し、3か月毎に多職種合同カンファレンスを開催して結果共有および症例レビューを行っている。

【成果・考察】本活動により、感染対策、抗菌薬適正使用、診療バンドル、微生物検査の各領域の指標を共通のアウトカムの視点で共有する体制が構築された。また、多職種での症例検討を通じて各職種の視点の違いを踏まえた課題抽出が可能となり、単一職種では把握しにくい要因を多角的に検討することができた。共通アウトカムを設定した多職種連携QI活動は、職種間の相互理解を促進するとともに、院内感染対策を統合的に推進する有効な枠組みとなり得ると考えられる。

065-2 慢性期病院における抗菌薬フォーミュラリーの作成

医療法人光ヶ丘病院 薬剤科¹⁾、医療法人光ヶ丘病院 看護科²⁾

○脇田 真之 (わきた まさゆき)¹⁾、丹保 智子¹⁾、
萩行 愛²⁾

【背景・目的】慢性期病院の入院患者は高齢者が大半を占め、複数の疾患を抱えて易感染状態である。在院期間も長いため院内感染のリスクが高く耐性菌を保有している場合もある。入院患者が細菌感染症に罹患した場合エンビリック治療による抗菌薬投与が試みられるが、代謝機能の低下や血管等の脆弱化による末梢ルート確保の困難、嚥下機能の低下、認知症によるルート抜去のリスク等 抗菌薬を投与される側の宿主因子より抗菌薬の種類及び投与経路が制限される。結果として抗菌薬の選択が限定的となり、感染症の治療、AMR対策及び経済性に支障をきたす場合がある。そこで医師がより適切に初期投与と抗菌薬の選択が行えるように支援するため院内採用抗菌薬の特徴、注意点等を記載した抗菌薬フォーミュラリーの作成に取り組んだ。

【活動内容】抗菌薬フォーミュラリーは注射剤と内服剤に分けて構成した。まず注射剤フォーミュラリーであるが作成する場合には通常疾患別あるいは感染臓器別に作成されることが多い。しかし慢性期病院では院内感染リスクが高いため感染症の起原菌が市中感染のそれとは異なり、また感染臓器が特定できないケースもある。そこで当院の採用抗菌薬の使用状況を基にAエンビリック治療高頻度選択抗菌剤（4品目）B院内特定抗菌剤（5品目）Cその他採用抗菌剤に分けて、抗菌薬ごとに簡易抗菌スペクトラム表、適応症、投与可能経路（静注、筋注等）、内服置換、代謝経路、前年使用数量、薬価、その他注意事項等について記載した。内服剤フォーミュラリーについては消化管吸収率、消化管での薬物相互作用等についても追加記載した。

【成果・考察】抗菌薬フォーミュラリーを品目ごとに記載することで各抗菌薬の使用数量やアンチバイオグラムとも連携しやすくなりAMR対策及び経済性の改善に資することができると考えられる。今後抗菌薬の使用状況に合わせて継続的にフォーミュラリーを更新してエンビリック治療における抗菌薬適正使用に取り組んでいきたい。

065-3 感染管理特定認定看護師の専門性を活かした血液培養陽性ラウンドにおけるタスクシフトの実践

飯塚病院 感染症科¹⁾、飯塚病院 医療安全推進本部 感染管理センター²⁾、佐賀大学医学部附属病院 感染制御部³⁾

○浅沼 翼 (あさぬま つばさ)^{1,2)}、丸谷 知実²⁾、尾崎みな美²⁾、笠井 雅大^{1,2)}、小出 容平^{1,2)}、的野多加志^{1,3)}

【背景・目的】血液培養陽性症例への早期介入は、適切な抗菌薬治療の開始、予後改善および AMR 対策の観点から重要である。当院 (1006 床) では年間約 1000 件の血液培養陽性例があり、2022 年より AST 活動の一環として感染症科医師を中心に平日毎日の血液培養ラウンドを実施してきた。陽性件数の多さから医師のみでの運営には業務負荷の課題があり、感染管理特定認定看護師 (CNIC) の役割を段階的に拡大した。本報告では CNIC の関与の変遷と、ラウンドの質的变化および感染症科医師の業務再編への影響を明らかにすることを目的とする。

【活動内容】CNIC の関与を 3 段階に分けて整理した。第 1 期 (2022 年 10 月—2023 年 5 月) : CNIC は感染症科医師とともに陽性症例の抽出・カルテ確認・Excel への記録を担当し、ラウンドの流れの習得と記録様式の標準化を行った。第 2 期 (2023 年 6 月—2025 年 9 月) : CNIC が主体的にスクリーニングおよびカルテ情報の事前収集を行い、医師名併記でのカルテ記載と記載内容の定型化を進めた。第 3 期 (2025 年 10 月—現在) : CNIC が陽性結果の確認から症例抽出・介入の優先順位付けまでを担い、医師への電話での微生物学的検査結果の報告および抗菌薬選択に関する推奨も行うようになった。

【成果・考察】CNIC の段階的な業務拡大により、ラウンド運営は CNIC が中心的役割を担う体制へ移行した。これに伴い感染症科医師はコンサルテーション対応や広域抗菌薬の適正使用支援など、より専門的判断を要する業務に注力可能となった。また CNIC がラウンドを主導する過程で、看護師への血液培養採取手技や採取タイミングに関する教育的介入も展開し、感染管理への意識向上にも寄与していると考えられる。本取り組みは CNIC の専門性を活かした段階的タスクシフトモデルとして、他施設の AST 活動における多職種協働の参考となりうる。今後はラウンド介入件数や推奨受入率等の指標を用いた定量的検証を行いたい。

065-5 A 病院における血液培養陽性患者を対象とした AST 推奨内容と受諾状況に関する実態調査

公立学校共済組合 九州中央病院 看護部

○衛藤 理奈 (えとう りな)

【背景・目的】抗微生物薬適正使用支援プログラムの最終目的は薬剤耐性菌の発現抑制や遅延であり、その効果を評価するには抗菌薬使用のアウトカム評価が不可欠である。本研究では、A 病院における抗菌薬適正使用支援チーム (antimicrobial stewardship team : AST) において、血液培養陽性患者を対象としたラウンドにおける推奨内容と、それに対する受諾状況を明らかにすることを目的とした。さらに、AST 推奨の受諾の有無によって 30 日後の死亡リスクに差があるかについて検討した。

【方法】2024 年 4 月 1 日～10 月 31 日に A 病院で血液培養陽性となった患者を対象とした後ろ向き観察研究である。電子カルテおよび AST 記録から、患者背景、AST ラウンド内容、AST ラウンド日から 30 日後の死亡の有無を収集した。対象者を、抗菌薬を適正使用していた群と、AST 推奨を行った群に大別し、後者はさらに推奨内容を受諾した群と受諾しなかった群に分類した。受諾群と非受諾群の比較は、ウィルコクソン順位和検定、フィッシャーの正確確率検定を用いた。また、30 日後の死亡リスクに関する生存時間解析は Kaplan-Meier 法を用いてログ・ランク検定により比較した。

【結果】調査期間中に A 病院で血液培養陽性となった 188 人のうち、抗菌薬を適正使用している者は 85 人、AST 推奨がなされたのは 103 人 (受諾群 76 人、非受諾群 27 人) で非受諾率は 26% であった。AST 推奨内容では de-escalation が 66% と最多であった。非受諾率の高い原因疾患は胆管炎 (58.8%) であった。胆管炎の重症度規定因子のなかで、ノルアドレナリンを使用している場合や白血球数の異常を来している場合に、非受諾となる傾向が見られた。生存時間解析においては、適正使用群・受諾群・非受諾群の 3 群間で有意な差は認めなかった。

【結論】胆管炎の重症患者では de-escalation の施行が躊躇される状況があり、重症度規定因子のなかで、とくにノルアドレナリンを必要とするような循環動態の悪化や、白血球数の異常がある場合には、非受諾となる傾向があることが示唆され、AST が適切な推奨を検討する上での重要な指標となると考えられた。

065-4 周術期クリニカルパスに対する抗菌薬適正使用チームとパス委員会の介入効果：後方視点的研究

東京科学大学病院 感染症内科¹⁾、東京都保健医療局 感染症対策部 調査・分析課²⁾、東京科学大学病院 感染制御部³⁾、東京科学大学 大学院医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野⁴⁾、東京科学大学 感染症センター (TCIDEA)⁵⁾、東京科学大学病院 薬剤部⁶⁾

○酒本 健汰 (さかもと けんた)^{1,2,4)}、田頭 保彰^{1,3,4,5)}、山本理紗子^{3,6)}、具 芳明^{1,3,4,5)}

【背景・目的】手術部位感染は主要な術後合併症の一つで、適切な周術期抗菌薬投与を含む多面的な介入で発生率を低減できる。周術期抗菌薬の原則は抗菌薬の術前投与である。術後投与の有効性は限定的だが、しばしば慣行として術後も継続投与されている。不要な抗菌薬投与は *Clostridioides difficile* 感染症や急性腎障害などの有害事象、薬剤耐性のリスクとなる。多くの施設で術式別に周術期抗菌薬の種類や投与期間が標準化されているが、抗菌薬適正使用支援チーム (Antimicrobial Stewardship Team : AST) がその内容をレビューして行った修正提案や、その受け入れ状況を体系的に示した報告は限られている。本研究は、当院の周術期クリニカルパスに対しパス委員会と協働した AST 介入の実態 (レビュー件数、提案内容、採択率) を明らかにし、適正化の取り組みを評価する目的で行った。

【方法】2022 年 4 月～2025 年 3 月に東京科学大学病院で、新規作成または改訂のためパス委員会に提出された周術期クリニカルパスのうち、抗菌薬投与を含むパスを対象とした。各パスについて、修正提案の有無と内容 (薬剤選択、投与期間、代替案の提示等) を後方視的に収集した。提案の採否はパスの最終版への反映状況から判定し、診療科別に集計した。

【結果】提出された 439 パス中、抗菌薬投与を含むパスは 330 パス (75.2%) であった。AST はそのうち 203 パス (61.5%) をレビューし、135 パス (40.9%) に対し修正提案を行った。修正提案を行った 135 パス中、123 パス (91.1%) で提案が採用された。その内訳は、4 パス (3.0%) で抗菌薬削除、13 パス (9.6%) で抗菌薬変更のみ、69 パス (51.1%) で投与日数短縮のみ、37 パス (27.4%) で抗菌薬変更と投与日数短縮の両方であった。診療科別では、修正提案が採用された 123 パスのうち整形外科が 45 パス (36.6%) と最多であり、次いで眼科が 36 パス (29.3%) であった。

【結論】パス委員会と連携した AST の周術期クリニカルパス介入は、抗菌薬適正使用の推進に資する可能性がある。

065-6 リアルタイム集計を活用した抗菌薬適正使用研修開催の取り組み

JR札幌病院

○佐々木光義 (ささき みつよし)、櫻田 玲子、宮崎 浩光、白土 泰彦、遠藤 亮佑

【背景・目的】薬剤耐性 (Antimicrobial Resistance : AMR) の増加は世界的な課題であり、抗菌薬適正使用支援 (Antimicrobial Stewardship : AMS) の推進が求められている。しかし、抗菌薬の選択は医師・薬剤師が主体で行われ、多職種が関与する機会は限られている。そこで当院では、感染管理認定看護師が中心となり、医師・薬剤師・臨床検査技師ら多職種を巻き込んだ教育研修を企画し、リアルタイム集計を活用した抗菌薬適正使用研修を開催し、理解度の向上を図ることを目的とした。本取り組みでは、研修前後の理解度について分析結果を報告する。

【活動内容】参加者は、医師・薬剤師・看護師・臨床検査技師の計 24 名。研修の概要は、基礎講義 (20 分)、症例検討 (30 分) の二部構成。症例検討はケーススタディ形式で、Google フォームの 4 択問題にスマートフォンから QR コードを読み取りアクセスし、回答をリアルタイム集計した。理解度の評価は、Q1「de-escalation を理解できた」、Q2「細菌の確定方法を理解できた」、Q3「抗菌薬の選び方を理解できた」の 3 つの設問より、研修前後に匿名で、5 段階尺度のアンケートで収集した。統計解析は Fisher の正確確率検定 ($\alpha = 0.05$) を用いて評価した。

【成果・考察】研修前後の理解度の比較では、Q2「細菌の確定方法を理解できた」が 19.0% から 63.2% へ上昇し、 $p = 0.009$ と統計学的に有意差を認めた。一方、Q1「de-escalation を理解できた」は 33.3% から 63.2% へ上昇したが、 $p = 0.112$ と有意差には至らず、Q3「抗菌薬の選び方を理解できた」も 47.6% から 57.9% へ上昇したものの、 $p = 0.545$ で有意差は認められなかった。本取り組みでは、基礎講義後に応用として症例検討を行った反復学習に加え、リアルタイム集計による回答結果を即時に可視化する仕組みが理解向上に寄与したと考えられる。今後は有意差の得られなかった領域に焦点を当て、継続的な教育研修の開催を企画し、スタッフの知識定着を図る。

066-1 「対話型 AST 活動」が感染性心内膜炎の早期診断に寄与した一例—*Enterococcus faecalis* 菌血症に対する能動的多職種介入の実践—

埼玉県済生会加須病院 感染対策室¹⁾、埼玉県済生会加須病院 薬剤部²⁾

○小美野 勝 (こみの まさる)¹⁾、佐藤 和樹²⁾

【背景】*E. faecalis* は、緑色レンサ球菌やブドウ球菌とともに感染性心内膜炎 (IE) の主要起因菌であり、全体の約 10% を占める。今回、AST の能動的かつ対話型の介入と多診療科医師の連携により IE の早期診断に至った症例を報告する。

【症例】60 歳代男性。腎結石に伴う尿路感染症から *E. faecalis* 菌血症を発症。第 6 病日に血液培養が陽性となり、AST が介入した。介入時、炎症反応は改善傾向であったが、右腰痛が持続し体動困難な状態であり、「いつもの痛みと異なる」との訴えを認めた。感染管理看護師による医療面接および身体診察から IE と腸腰筋膿瘍の合併を疑い、主治医へ心エコーおよび腰椎 MRI を提案した。経胸壁心エコーで大動脈弁疣贅疑い、MRI で椎間板炎および腸腰筋膿瘍を認め、修正 Duke 基準より IE の可能性ありと診断された。薬剤師は培養結果を踏まえ、Ampicillin + Gentamicin 併用療法への変更および治療期間を主治医に提案し共有した。診断後は、泌尿器科・循環器内科・整形外科による多診療科連携体制が構築され、軽快退院となった。

【考察・結論】当院には感染症専門医が不在であり、AST は感染管理看護師と感染制御認定薬剤師主導で活動している。また、血液培養結果を随時確認し、各診療科医師と対面でディスカッションする「対話型 AST 活動」を実践している。本症例では、炎症反応改善のみで治療評価を行わず、患者背景・起因菌・身体所見から統合的にアセスメントを行い、IE の早期診断と適切な抗菌薬治療につながった。さらに、日常的な対面ディスカッションを通じて構築された横断的なコミュニケーション基盤が、迅速な検査実施および治療方針決定を可能にしたと考えられる。多職種が主体的に専門性を発揮し、能動的に実践する「対話型 AST 活動」は、感染症専門医不在の施設においても多職種の専門性を統合し、感染症の早期診断および抗菌薬適正使用を推進し得る実践的 AST モデルとなる可能性が示唆された。

066-3 AST ラウンドにより診断に至ったヨードホルムガーゼ中毒の一例

済生会加須病院 薬剤部¹⁾、済生会加須病院 感染対策室²⁾

○佐藤 和樹 (さとう かずき)¹⁾、小美野 勝²⁾

【背景】ヨードホルムガーゼは、感染制御や壊死組織除去を目的としてデブリードマン後や深部ポケットを有する褥瘡に広く使用されている。一方で、全身性副作用の報告は少なく、臨床現場では見逃されやすい。今回、AST ラウンドにおいて創部処置に着目し、ヨードホルムガーゼによる意識障害を疑い介入した症例を経験したため報告する。

【症例】60 代男性。左股部壊死性筋膜炎の診断で入院し、創部培養から *Streptococcus pyogenes* を検出、抗菌薬治療およびデブリードマン術が施行された。術後、創部処置継続のため当院に転院となった。転院時よりせん妄症状を認め、徐々に意識レベルが低下していた。発熱および炎症反応高値が持続したため、抗菌薬治療の再評価、創部観察を目的に AST ラウンドを実施した。創部が深く、ヨードホルムガーゼが大量に使用されていたことからヨード中毒を疑い、主治医へ使用中止および尿中ヨウ素測定を提案した。尿中ヨウ素濃度は 999,000 μg/L 以上と測定上限を超える高値であった。ヨードホルムガーゼ中止後、意識レベルは改善傾向を示した。その後再度デブリードマン目的で転院となった。

【考察・結論】ヨードホルムガーゼは大量使用に限らず、少量でも長期使用例ではヨード中毒を来す可能性があり、添付文書や既報でも注意喚起されている。本症例では、1 日約 5g を 2 週間以上使用し、さらに深部創で吸収されやすい状態であった。意識障害は術後せん妄や薬剤性などが鑑別に挙げられたが改善せず、AST ラウンドにおいて、看護師による創部の深さやヨードホルムガーゼ使用量の評価と、薬剤師による外用剤の吸収・中毒リスクの視点を共有し評価を行ったことで診断に至った。感染症診療においては抗菌薬治療のみならず、創部処置や外用剤も含めた包括的な評価が重要であり、AST の多職種の視点が有用であることが示唆された。

066-2 当院のカルバペネム系薬使用量削減の取り組み～連日 AST 活動 in 微生物検査室～

地方独立行政法人桑名市総合医療センター 薬剤部¹⁾、地方独立行政法人桑名市総合医療センター 検査室²⁾、地方独立行政法人桑名市総合医療センター 看護部³⁾

○川崎 好人 (かわさき よしと)¹⁾、籠 徹²⁾、岩間 弘晃³⁾、伊藤 和恵³⁾、佐藤友美子³⁾

【背景・目的】当院のカルバペネム系薬の使用量は県内最多で適切な抗菌薬使用が求められていた。従来の会議室における週 1 回抗菌薬適正使用支援チーム (AST) 活動では培養結果確定から介入まで最大 6 日のラグがあった。そこで 2024 年より、始業時に医師・薬剤師・看護師・微生物検査技師の 4 職種が微生物検査室に連日 (月～金) 集合し、リアルタイムに培養状況の確認・追加検査等を行い、提案決定からカルテ記載まで行う体制へ変更した。この体制により抗菌薬変更等を適時提案しカルバペネム系薬の使用量削減を図った。

【活動内容】活動期間は 2023 年から 2024 年とした。活動は提案と相談に分類し、提案は微生物検査室で血液培養陽性例・耐性菌検出例に対して能動的に活動したもの、相談は場所を問わず医師等からの依頼に対して受動的に活動したものとした。その活動内容を薬剤変更、デ・エスカレーション等に分類した。評価項目は件数、受入率、内容、カルバペネム系薬の使用密度 (AUD)、使用日数 (DOT)、AUD/DOT、平均投与期間とし、2023 年 (体制変更前) と 2024 年 (体制変更後) で比較した。各指標は月次で算出し、統計解析は Mann-Whitney の U 検定を用いた (有意水準 5%、EZR 使用)。

【成果・考察】件数は 129 件から 500 件へ増加した。内訳は相談件数 90 件から 118 件へ微増した一方、提案件数は 39 件から 382 件へ約 10 倍に増加した。受入率は相談時 94.4% から 97.0% へ維持された一方、提案時は 92.3% から 82.2% へ低下した。内容では薬剤変更は 39 件から 123 件、デ・エスカレーションは 8 件から 87 件に増加した。AUD は 2.93 から 2.43 ($p=0.046$)、DOT は 5.17 から 4.12 ($p=0.012$) といずれも有意に低下した一方、AUD/DOT は 0.567 から 0.589 と有意差を認めなかった ($p=0.419$)。また、平均投与期間は 9.76 日から 8.10 日へ有意に短縮した ($p<0.001$)。これらの結果から、微生物検査室での連日 AST 活動導入により情報収集が効率化され、提案件数が約 10 倍と有意に増加した。AUD・DOT は有意に低下し、AUD/DOT は変化がないため投与期間短縮による DOT 低下が AUD 低下に寄与したと考えられ、微生物検査室での連日 AST 活動はカルバペネム系薬使用量削減に有効な戦略といえる。

066-4 急性胆管炎・胆嚢炎に対する抗菌薬適正使用に向けての取り組み

飯田市立病院 薬剤部

○市瀬 雄一 (いちのせ ゆういち)

【背景・目的】当院では以前より、急性胆管炎・胆嚢炎の治療薬としてセフトラゾラム/スルバクタム (CPZ/SBT) が第一選択薬として使用されていた。CPZ/SBT は *Pseudomonas aeruginosa* に感受性のある抗菌薬であることや、処方量が国際的な投与量からすると少ないといった問題がある。今回、抗菌薬適正使用支援チーム (AST) で急性胆管炎・胆嚢炎に対する抗菌薬適正使用に向けた取り組みを行ったので報告する。

【活動内容】2021～2022 年の胆汁培養陽性検体数は 113 件であった。分離率の高い菌は件数の多い順に *Klebsiella pneumoniae* 38 件、*Escherichia coli* 26 件、*Clostridium perfringens* 22 件、*Enterococcus faecalis* 22 件、*Enterococcus faecium* 16 件であり、*Pseudomonas aeruginosa* は 3 件のみ検出されていた。消化器内科医師と AS 担当薬剤師で協議し、「急性胆管炎・胆嚢炎の治療薬」を新たに作成。作成した「急性胆管炎・胆嚢炎の治療薬」では、市中感染の急性胆管炎・胆嚢炎に対しては、*Escherichia coli* と *Klebsiella pneumoniae* への感受性率がほぼ 100% であったセフトラゾラムを第一選択薬とし、アンピシリン/スルバクタムを第二選択薬とした。院内発症もしくは医療関連感染の急性胆管炎・胆嚢炎には *Pseudomonas aeruginosa* に感受性のあるメロペネムもしくはピペラシリン/タゾバクタムを第一選択薬とした。「急性胆管炎・胆嚢炎の治療薬」は、2023 年 1 月に院内全体に配信した。

【成果・考察】当院の CPZ/SBT の days of therapy (DOT) は 2022 年 12 月 1.509 DOTs/100bed-days から、2023 年 1 月 1.010 DOTs/100bed-days、2 月 0.363 DOTs/100bed-days へと大幅に減少した。CPZ/SBT はほとんどが消化器内科での使用であったため、2023 年 3 月には採用が削除された。また、抗緑膿菌活性のあるセフェム系抗菌薬であるセフトラジム (CAZ) とセフエピム (CFPM) の *Pseudomonas aeruginosa* に対する感受性率 (2022 年→2024 年) は CAZ : 94→98、CFPM : 96→99 へと上昇した。今後は感受性率だけでなく、変更後の急性胆管炎・胆嚢炎の治療についての臨床評価も行っていくたい。

066-5 当院の血液培養陽性者におけるデ・エスカレーション実施率と広域抗菌薬使用者の血液培養採取率の推移

岡谷市民病院¹⁾、岡谷市民病院 感染対策室²⁾

○小口 渉 (おぐち わたる)¹⁾、源田 和子²⁾

【背景・目的】2022 年度「感染対策向上加算 1」の新設に伴い、抗菌薬適正使用支援チーム (AST) の設置が必須となったが、従来、検査室が血液培養陽性報告時に抗菌薬について主治医と協議し、治療経過の調査を実施してきた。この活動からデ・エスカレーション実施率を算出する事が可能であった。活動指標の変化を評価するため、血液培養陽性者におけるデ・エスカレーション実施率と併せて広域抗菌薬使用者の血液培養採取率の推移を調査した。

【方法】1. 血液培養陽性者におけるデ・エスカレーション実施率 2018 年度～2024 年度の血液培養陽性中、当院届け出広域抗菌薬が投与された症例を対象とした。デ・エスカレーションの定義は「感受性結果報告後、速やかに狭域抗菌薬へ変更されたもの」とし、可否は「JAID/JSC 感染症治療ガイド」を参考に評価。コンタミネーション疑いや結果報告前の転院等は除外した。2. 広域抗菌薬使用者の血液培養採取率 2019 年度～2024 年度、広域抗菌薬使用全症例を対象とし、薬剤開始時における血液培養採取率を調査した。

【結果】1. 解析対象は 104 件。2018 年度の 20.0% から上昇傾向を示し、AST が発足した 2022 年度に 47.6% と過去最高を記録。しかし、2023 年度は 22.2%、2024 年度は 33.3% と推移した。2. 2019 年度の 30.9% から着実に上昇し、AST 発足後 2022・2023 年度には 56.3% に達し、2024 年度も 48.0% と高水準を維持した。

【考察】AST 発足の 2022 年度に両指標が最高値を記録した事は、意識向上の成果と考えられた。血培養採取率は日本病学会 QI プロジェクト 2024 年度報告 (中央値 39.9%) を上回り、広域抗菌薬開始前の血液培養採取が院内に定着している事が示唆された。一方で、デ・エスカレーション実施率は先行研究と比較して改善の余地がある。2023 年度以降の低下は、専門医不在による意思決定支援の限界が考えられた。今後は、感性判明時の積極的な情報発信や支援の標準化等、多職種連携の強化が課題である。

【結語】加算の算定以前より、検査室が適正使用の現状を可視化してきた。施設規模に依存せず、検査室が能動的に参画する意識が肝要である。指標のモニタリングを継続し、質の高い抗菌薬適正使用を推進したい。

067-1 投与 8 日目以降に固定化した AST 介入戦略の妥当性の検証

社会医療法人東和会 第一東和会病院

○吉野 正治 (よしの まさはる)

【背景・目的】当院ではカルバペネム系抗菌薬メロベネムの使用量が、J-SIPHE (Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology) におけるメロベネムの Days of Therapy (DOT) 中央値と比較しても高値であり、是正が課題であった。培養結果判明後も広域抗菌薬が継続される症例が散見されたため、投与 8 日目以降も広域抗菌薬を使用している患者への介入に固定化した。本戦略が限られた体制下で有効かを検証した。

【活動内容】2024 年より広域抗菌薬および抗 MRSA 薬使用症例のうち、投与 8 日目以降も継続している症例に対し AST 介入を実施した。AST は兼任体制で週 1 回カンファレンスを行い、年間介入件数は約 220 件であった。2020～2021 年と 2024～2025 年の月次データを用い、メロベネムの DOT/1000 patient-days を分割時系列解析で評価し、2024 年以降は介入受諾率も算出した。

【成果・考察】メロベネム DOT は前期平均 4.63 から後期平均 4.28 へ低下したが、水準変化 ($\beta = -0.67$, $p = 0.21$) および傾き変化 ($\beta = -0.003$, $p = 0.93$) とも有意差は認めなかった。受諾率は約 13～14% で、約半数は重症例等により変更困難であった。8 日目以降固定化は運用可能であったが使用量の有意な低減には至らず、投与 3 日目前後への早期介入を含む体制再検討が必要である。

066-6 AST 活動における抗菌薬使用量の継続的可視化と業務効率化を目指した自動化の実践

JA愛知厚生連安城更生病院 抗菌薬適正使用支援チーム¹⁾、JA愛知厚生連安城更生病院 小児科²⁾

○白井 麻奈 (しらい まな)¹⁾、稲富 里絵¹⁾、杉浦 康行¹⁾、外山 ゆき¹⁾、鈴木 道雄²⁾

【背景・目的】抗菌薬適正使用の推進には使用量データの継続的な把握と可視化が重要である。当院の感染担当薬剤師は 1 名かつ兼務体制にあり、限られた時間の中で各種データ集計や会議資料作成など、多くの定型業務を効率的に遂行する必要があった。そこで、日常的に取り扱う抗菌薬関連データの処理を自動化し、業務負担の軽減と継続的なデータ活用を両立を図ることを目的とした。

【活動内容】プログラミング言語を用いて業務で扱うデータを自動処理するプログラムを作成した。入院患者の抗菌薬使用量推移については J-SIPHE へ取り込み、その還元データを加工することで、診療科別・薬剤別の年間および月間推移を任意の形式でグラフ化できるようにした。

また、抗菌薬適正使用体制加算のアウトカム指標である Access 使用比率は既存システムで把握可能であり、各薬剤の月次使用量推移や系統別使用量も確認できる。一方で、AWaRe 分類の各区分における薬剤別構成や相対的使用状況を横断的に把握することは必ずしも容易ではない。そこで、各システムに含まれる薬剤の使用量を月別に可視化できる仕組みを構築した。

さらに、毎月定例で作成している抗菌薬使用状況報告資料については、元データを CSV 形式で出力し指定フォルダに格納するのみで、集計から表作成、報告書形式への出力までを一括で行うプログラムを構築した。これにより、従来手作業で行っていた資料作成に要する時間を大幅に削減し、他の AST 業務に充てる時間の確保につながった。本取り組みは開発した機能の一部であり、運用しながら継続的に改良を行っている。

【成果・考察】抗菌薬使用量の推移や薬剤レベルでの特徴を容易に把握できる環境を整備し、データに基づく現状把握が可能となった。また、資料作成の自動化により業務効率が向上し、限られた人的資源下においても継続的なモニタリング体制の構築に寄与した。本取り組みは薬剤師自ら内製化した点に特徴があり、追加費用を要せず、柔軟に改修できる利点がある。一方で、学習コストや担当者変更時の引き継ぎは課題である。AST 業務の定型業務自動化は、活動を効率的に推進する一手段と考えられた。

067-2 生成 AI を用いた抗菌薬適正使用支援：AI 事前 AST コメントと実カンファレンスの一致性の前向き検証

社会医療法人財団 池友会 福岡和白病院 医療安全・感染管理

室¹⁾、社会医療法人財団 池友会 福岡和白病院 医局²⁾

○崎田 宏 (さきた ひろし)¹⁾、藤井 勇佑²⁾

【背景・目的】AST は院内の感染症患者に対して介入を行い、培養結果や全身状態を踏まえて最適と考えられる対応を助言する役割を担う。培養・感受性結果が得られた場合、AST の提案は各種ガイドラインとすり合わせた内容となる。本研究では、生成 AI により作成した AST コメント (AI-AST) が実カンファレンスの結論と一致し、実務適用可能かを前向きに検証した。

【方法】1 か月間に AST カンファレンス対象となった入院患者 33 例を前向きに登録し、カンファレンス前に電子カルテ情報から AI で事前コメントを JAID/JSC 感染症治療ガイド 2023 をもとに生成した。評価は 5 項目 (診断、抗菌薬方針、薬剤選択、用量、期間/追加提案) を各 1/0.5/0 で採点し、成立 (方針一致かつ総点 ≥ 3)、部分一致、不一致を判定した。根拠妥当性 (2/1/0) と不一致要因を記録した。運用中にプロンプトを段階改良し、抗菌薬・培養抽出を強化して固定し、判定理由・薬剤・菌種を読み込みやすい記載へ整備した。成功基準は成立一致率 70% とした。

【結果】評価可能 32 例で、成立 29/32 (90.6%)、部分一致 1/32 (3.1%)、不一致 2/32 (6.3%) であった。成立一致率 90.6% (95% 信頼区間 75.8～96.8%) で、成功基準 70% を片側二項検定で有意に上回った ($p = 0.0055$)。平均一致スコア 3.83 ± 0.88 点。根拠妥当性は 2: 22/32 (68.8%)、1: 9/32 (28.1%)、0: 1/32 (3.1%)。非成立 3 例の内訳は、(1) 最新の培養結果の取り込み不足、(2) 薬剤アレルギー情報を反映した代替提案の提示に至らず、(3) 同一検体で 3 菌種検出時に 3 菌種目以降の読み取りが不十分で、であった。

【結論】AI-AST は短期間の前向き検証で高い成立一致率と根拠妥当性を示した。今後の課題は 2 点である。第一に、薬剤情報、アレルギー、複数菌種などを確実に抽出できるよう、カルテ情報の入力・記載の実践力を強化し、AI が読み取りやすい情報整備を行う必要がある。第二に、ガイドラインの第一選択提示は概ね可能であった一方、禁忌・アレルギー等によりガイドラインから逸脱する状況での第二選択提示は難しく、より大きなデータに基づく AI の学習・生成能力の向上が求められる。

067-3 小児専門病院における発熱性好中球減少症発症時のバンコマイシンの使用と血液培養分離菌の検討

神奈川県立こども医療センター薬剤科¹⁾、神奈川県立こども医療センター感染制御室²⁾、神奈川県立こども医療センター感染免疫科³⁾

○岩崎 文香 (いわさき ふみか)¹⁾、清水 祐一^{1,2)}、新海 実希¹⁾、山下 恵²⁾、鹿間 芳明^{2,3)}

【背景・目的】発熱性好中球減少症 (FN) の経験的治療として、敗血症の原因となるグラム陰性桿菌を抗菌スペクトラムに含むβラクタム薬が使用され、発熱が持続する場合には抗MRSA薬の併用が検討される。当院の血液・腫瘍科におけるバンコマイシン (VCM) のDOT (DOTs/1000 Patients-Day) は、他の小児専門病院に比べて多い傾向にある。今回、FN発症時のVCMの使用と血液培養分離菌を検討したので報告する。

【方法】2023年1月から2025年12月に発熱性好中球減少症を発症しセフェムが投与された患者について、血液培養分離菌およびVCMの投与期間を電子カルテから後方視的に調査した。統計解析にはEZRを使用し、単変量解析にはMann-Whitney U検定を使用した。

【結果】FNを発症した477症例のうち54例から55株の細菌が検出され、グラム陽性菌は36株 (65.5%) であり、抗MRSA薬の投与が不要な株は23株あった。血液培養陽性かつVCMが投与された36例において、VCMの投与が不要な症例は25例 (69.4%) あり、そのうち9例において10日間を超えるVCMの投与が行われていた。また、血液培養陰性例 (423例) に対して151例 (35.7%) でVCMの投与が行われ、投与期間の中央値は7.0日であった。そのうち、急性骨髄性白血病患者のVCM投与期間の中央値は9日 (p=0.01) であり、他の疾患の患者に比べて投与期間が有意に長かった。また、造血幹細胞移植患者のVCM投与期間の中央値は8.5日 (p=0.09) であり、有意差はないものの非移植患者に比べて投与期間が長い傾向にあった。

【結論】当院におけるFN発症患者の血液培養分離菌におけるグラム陽性菌の割合は、FN診療ガイドラインにおける報告と同等であった。ABPCやMPPICに感受性を示す株やグラム陰性菌に対するVCMの投与の継続や、血液培養陰性例におけるVCMの長期使用が、VCMのDOTを上昇させる要因であると考えられる。また、急性骨髄性白血病や造血幹細胞移植の症例では主治医の判断により長期使用になっていることが示唆される。血液培養結果をもとにVCMの使用の必要性を検討し、薬剤師が積極的に介入していくことで、VCMの使用量を減少させることができると考えられる。

067-5 ESBL産生腸内細菌目菌血症を伴う腎盂腎炎患者における経口抗菌薬スイッチ療法への取組とその効果

国立病院機構静岡医療センター薬剤部¹⁾、国立病院機構呉医療センター感染対策部²⁾、広島大学病院感染症科³⁾、国立病院機構岡山医療センター薬剤部⁴⁾、国立病院機構岩国医療センター薬剤部⁵⁾、国立病院機構呉医療センター臨床検査科⁶⁾

○高田 正弘 (たかだ まさひろ)^{1,2)}、大森慶太郎³⁾、星川 果南⁴⁾、前田 龍人⁵⁾、吉野 弘絵⁶⁾、新開 美香²⁾、首藤 毅²⁾

【目的】尿路由来の腸内細菌目菌血症に対する経口抗菌薬スイッチ療法の有効性は評価されているが、基質特異性拡張型βラクタマーゼ (以下、ESBL) 産生腸内細菌目に関する報告は限られる。当院では抗菌薬適正使用支援チーム (以下、AST) 薬剤師の専従化を契機に経口抗菌薬スイッチ療法を強化した。

【方法】本研究はESBL産生腸内細菌目菌血症の腎盂腎炎患者を対象に、専従化前後 (Pre群40名、Post群68名) で比較した単施設調査である。呉医療センターは広島県呉市にある病床数700床、37診療科、三次救急医療体制を有し、常勤の感染症専門医は不在である。経口抗菌薬スイッチ療法への取組は、1) 臨床症状が改善している、2) 経口投与が可能で十分な吸収が見込まれる、3) 薬剤感受性結果から有効な経口抗菌薬の選択肢がある、4) 患者が自己中断せず継続可能であることを基準に、AST専従薬剤師主導で経口抗菌薬を選定し主治医へ介入した。評価項目は、ASTの介入件数、60日再燃率、注射抗菌薬の投与期間、ESBLに対する経口抗菌薬の内服、30日死亡率、60日再燃率とした。解析は、数量変数にU-test、カテゴリ変数にFisher's exact testを用い、有意水準は5%とした。

【結果】経口抗菌薬へのAST介入 (Pre群8%、Post群35%) は増加、経口抗菌薬へのスイッチ患者 (Pre群10%、Post群26% ; p=0.049) は増加、注射抗菌薬の投与期間 (Pre群120日、Post群105日 ; p=0.048) は短縮した。経口抗菌薬は、Post群においてMINO 39% が一番多く、次いでST 22%、FOM 17%、そしてLVFX (11%) が一番少なかった。30日死亡率は7.5% から10.3%、60日再燃率は10.8% から6.6% と、それぞれ有意な変化を認めなかった。

【考察】AST専従薬剤師はESBL産生腸内細菌目菌血症の経口抗菌薬スイッチ療法を、臨床転帰を悪化させずに推進できることが示唆された。

067-4 千葉大学病院における抗菌薬適正使用支援チーム (AST) の活動と感染症内科コンサルテーションへの連携

千葉大学医学部附属病院感染制御部・感染症制御部

○吉川 寛 (よしかわ ひろし)、矢幅 美鈴、谷口 俊文、戸来 依子、谷中 麻里、千葉 均、猪狩 英俊

【背景・目的】当院では過去にカルバペネム耐性腸内細菌目細菌 (CRE) のアウトブレイクを契機に、カルバペネム系抗菌薬や抗緑膿菌薬などの広域抗菌薬を特定抗菌薬として事前承認制で運用している。加えて広域抗菌薬の長期使用症例に対する薬剤師主導の使用状況確認、感染症内科医を含む週1回の抗菌薬ラウンドによる介入型監査・フィードバック、ならびに感染症内科への院内コンサルテーション体制を構築してきた。本研究では、当院におけるAST活動および院内コンサルテーションへの連携を後方視的に評価した。

【活動内容】2023年および2024年のAST活動記録を後方視的に解析した。特定抗菌薬 (抗MRSA薬、カルバペネム系、抗緑膿菌薬) の長期使用症例に対しては、薬剤師が使用状況を確認し、介入が必要と判断された場合、感染症内科医を含む週1回の抗菌薬ラウンドで治療方針を検討した上で、主治医に抗菌薬変更等を提案した。また、2023年から2025年にかけて感染症内科への院内コンサルテーション件数および診療科別内訳を評価した。

【成果】特定抗菌薬を使用した症例数は2024年3594件、2023年4471件であった。薬剤師による使用状況確認は2024年2153件、2023年2664件で実施され、そのうち感染症内科医を含む抗菌薬ラウンドで検討された症例はそれぞれ89件、91件であった。検討結果を踏まえ、主治医チームに対して治療方針の調整に関するフィードバックが行われた症例数は2024年60件、2023年57件であり、これらの症例の一部では、ASTの介入を契機として感染症内科への院内コンサルテーションが実施された。院内コンサルテーション件数は2025年407件、2024年279件、2023年411件であり、年間平均366件であった。消化器内科が最多で、心臓血管外科、循環器内科、整形外科と続いた。

【考察】当院のAST活動は、事前承認制および介入型監査・フィードバックを通じて、医師と薬剤師が協働して広域抗菌薬使用症例に介入する体制を構築し、抗菌薬適正使用の推進に寄与していると考えられた。一方、介入型監査・フィードバックは週1回の実施にとどまっており、今後は実施頻度や介入体制の最適化が課題である。

067-6 処方後監査とフィードバックにおける感染症専門医の個人差や判断の一致度、抗菌薬使用量への影響に関する後方視点的研究

東京科学大学病院 感染症内科¹⁾、東京科学大学病院 感染制御部²⁾、東京科学大学 大学院医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野³⁾、東京科学大学 感染症センター (TCIDEA)⁴⁾、東京科学大学病院 薬剤部⁵⁾

○藤井 裕菜 (ふじい ゆうな)^{1,2)}、田頭 保彰^{1,2,3,4)}、山本理紗子^{2,5)}、具 芳明^{1,2,3,4)}

【背景・目的】抗菌薬適正使用プログラムは、患者の予後改善、耐性菌の減少、抗菌薬の副作用の減少を目的とした活動として病院を中心に促進されている。その手法のひとつとして処方後監査・フィードバック (Post-prescription review and feedback : PPRF) が多くの病院で導入されている。しかし、適切性に関して標準的な基準がないことが指摘されており、さらに同一施設内であっても主観性に伴う評価者間のばらつき、さらに主治医の受率に差が生じる可能性がある。本研究は、PPRFにおける感染症専門医間の適切性の判定、主治医の受率について後方視的に評価することを目的とする。

【方法】東京科学大学病院で2024年5月から2025年3月までの11ヶ月間に行われた、カルバペネム系抗菌薬及びピペラシリン/タゾバクタムに対するPPRFを対象とした。感染症専門医4名が標準手順書を確認した後、それぞれ独立して同一薬剤師とともにPPRFを行なった。それぞれの感染症専門医の判定や主治医のフィードバック受率について評価を行った。

【結果】研究期間中、処方監査対象件数は全1,132件であった。それぞれの医師の担当件数は、707件 (62.5%)、164件 (14.5%)、156件 (13.8%)、105件 (9.3%) であった。このうち、適切な抗菌薬使用であると評価した割合は、それぞれ46.0%、48.2%、60.3%、31.4%であった。また、抗菌薬の変更を提案した割合は、それぞれ38.5%、30.5%、27.6%、51.4%、抗菌薬終了を提案した割合は、それぞれ8.6%、9.2%、5.1%、12.4%であった。主治医に対してフィードバックを行う対象となった案件における主治医の受率は、それぞれ69.0%、62.8%、75.0%、64.0%であった。

【結論・考察】患者背景の差はあるが、感染症専門医間で適切性の評価に差があり、さらに受率も異なることが判明した。適切性の判定には医師それぞれの背景の専門分野の違いや、判定した症例の主診療科の違いなどが影響している可能性が考えられた。

068-1 新生児集中治療管理室/新生児回復室でのメチシリン耐性黄色ブドウ球菌汚染に対するパルスドキセノン紫外線消毒の効果

藤田医科大学病院 医療の質安全対策部 感染対策室¹⁾、藤田医科大学病院看護部 NICU²⁾、藤田医科大学病院看護部 GCU³⁾、藤田医科大学 医学部 小児科学⁴⁾

○中川 雅貴 (ながかわ まさたか)¹⁾、對木 萌登²⁾、加家 茜³⁾、宮田 昌史⁴⁾、本田 仁¹⁾

【背景・目的】メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) は医療関連感染の主要な原因菌であり、NICU・GCU 入院児では重篤化しやすい。A 病院では手指衛生、標準予防策、環境整備を徹底しているが、MRSA 発生率は依然高値である。近年、非接触消毒技術としてパルスドキセノン紫外線照射が注目されている。本研究は、同機器のプロトコルを確立し、NICU・GCU における MRSA 発生率低減への有用性を探索することを目的とする。

【方法】A 病院 NICU12 床、GCU18 床を対象とし、患者退院・転出後の病床および保育器等に対し、通常清掃後にパルスドキセノン紫外線照射機器を用いた環境消毒を行う。環境培養は高頻度接触面を対象に、導入前は清掃前・清掃後、導入後は紫外線照射後を含む 3 時点で実施とする。主要評価項目は 201X 年 1 月から 202X 年 12 月までの MRSA 発生率、副次評価項目は環境からの MRSA 検出とする。安全性評価として、遮光カーテン設置下で UV-C 漏れがないことを確認した。本研究は倫理審査委員会の承認 (HM25-406) を得て実施した。

【結果】新規 MRSA 発生率の月平均は、導入前では NICU 3.66/1,000 patient-days (95% CI: 2.83-4.49)、GCU 2.37/1,000 patient-days (95% CI: 1.63-3.10) であった。導入後は NICU 2.76/1,000 patient-days (95% CI: 0.34-5.18)、GCU 1.56/1,000 patient-days (95% CI: 0.29-2.84) と、両病棟で低下傾向を示したが、統計学的有意差には至らなかった。環境培養では、導入前に NICU 感染群で清掃後も MRSA が検出されたが、導入後は通常清掃後および紫外線照射後の MRSA 検出が減少し、検出は一部に限局して認められた。

【結論】NICU・GCU においてパルスドキセノン紫外線照射導入後、新規 MRSA 発生率は低下傾向を示したが、有意差には至らなかった。導入前後で観察期間に差があり、結果に影響した可能性が考えられる。一方、環境培養では MRSA 検出箇所の減少が認められ、紫外線照射は環境中の MRSA 汚染低減に寄与する可能性が示唆された。今後は例数および観察期間を延長し、その有効性を検証する必要がある。

068-3 PCR 法を用いたメチシリン耐性遺伝子迅速検査による抗菌薬適正使用への効果

国家公務員共済組合連合会 呉共済病院 検査部¹⁾、国家公務員共済組合連合会 呉共済病院 感染対策室²⁾

○佐々木 彩 (ささき あや)^{1,2)}、山田 啓太²⁾、末貞 静香²⁾、堀田 尚克²⁾

【目的】当院では 2024 年に PCR 法による血液培養陽性液からのメチシリン耐性遺伝子迅速検査を導入し、約 1 時間で黄色ブドウ球菌 (MRSA・MSSA)、coagulase negative Staphylococcus (CNS) の報告が可能となった。今回、PCR 法が抗菌薬適正使用につながったかを検討したので報告する。

【対象・方法】対象は 2024 年 1 月～2025 年 12 月に血液培養 2 セットでブドウ球菌陽性となった 66 例とした。方法は自動遺伝子解析装置 GeneXpert、試薬 Xpert MRSA/SA BC「セフィエド」(ベックマン・コールター) を用い、得られた菌種と初期抗菌薬、結果判明後の抗菌薬変更について、血培養採取日を 0 日目、血培養陽性・PCR 実施日を 1 日目として、PCR 導入前の 2023 年と比較した。

【結果】PCR 法による菌種の内訳は MRSA11 例、MSSA31 例、CNS24 例 (MR-CNS21 例・MS-CNS3 例) であった。MRSA では 1 日目までに抗 MRSA 薬の投与ができたものは、PCR 導入前は 25% であったが、導入後は 100% となった。MSSA では 1 日目の de-escalation が 16.7% から 32.3% に増加し、1 日目の抗 MRSA 薬投与が 27.8% から 3.2% に減少した。

【考察・結論】PCR 法導入後、MRSA は抗 MRSA 薬の投与開始が 2 日目以降に遅れることはなくなった。MSSA は従来通り薬剤感受性結果を待つ最速薬に変更されたものが多かったが、1 日目の de-escalation が増加し、不必要な抗 MRSA 薬投与を削減することができた。なお、PCR 法開始当初は医師にあまり周知していなかったが、抗菌薬適正使用支援チーム (AST) が説明を行ったことで、早期の de-escalation が増加した。CNS は当初メチシリン耐性を報告していなかったが、機器の反応曲線を確認し耐性報告を行うようにした。PCR 法の導入により早期の適切な抗菌薬投与が可能となり、抗菌薬適正使用につながったと考える。

068-2 MRSA 発生率低減に向けたマニュアル改訂の効果検証—自施設の状況に即した隔離・解除基準の明確化と病棟管理者との連携—

社会医療法人 孝仁会 札幌孝仁会記念病院

○平井 亜美 (ひらい あみ)

【背景・目的】A 病院の従来マニュアルでは、MRSA 陽性者の隔離に関して「必要時に個室管理」「主治医指示による隔離」など抽象的な表現に留まり、隔離開始および解除の判断基準が明確に示されていなかった。そのため、現場では判断が担当者や病棟ごとに異なり、適切な隔離実施や病床運用が困難となる課題があった。本報告では、既存ガイドラインを基に自施設の実情に即して隔離・解除基準を再構築したマニュアル改訂が、MRSA 新規発生率に与えた影響を評価することを目的とした。

【活動内容】対象期間は 2022 年 7 月から 2024 年 6 月までの 2 年間とし、マニュアル改訂前の 1 年間 (前期: 2022 年 7 月～2023 年 6 月) と改訂後の 1 年間 (後期: 2023 年 7 月～2024 年 6 月) に分け、患者日あたりの MRSA 新規発生率 (%) を算出した。介入として、ガイドラインおよび大学病院のマニュアルを参考に、A 病院の施設環境で実施可能なリスク階層化による隔離・解除基準を策定した。主治医の個別判断に依存しない隔離判定フローを確立し、病棟管理者への基準周知と情報共有を行い、連携体制の強化を図った。

【成果・考察】延べ入院患者数は前期 73,030 人、後期 77,097 人と 5.6% 増加したが、MRSA 新規発生数は 25 件から 22 件に減少した。1,000 患者日あたりの発生率は前期 0.34% から後期 0.29% へ低下し、過去 4 年間で最低値を示した。隔離開始に加え解除基準を明確化したことで、病棟管理者との合意形成が円滑となり、高リスク症例の確実な個室管理と効率的な病床運用が可能となった。自施設の現況に即した現実的な隔離・解除基準の明文化は、MRSA 発生率抑制に有効であった。

068-4 2006 年から 2024 年における成人入院患者の MRSA 監視培養の推移と役割の再評価

日本赤十字社医療センター 感染管理室

○西川美由紀 (にしかわ みゆき)、風間 佳代、

土屋 圭祐、今井 一仁、藤井幸太郎、青島 直也、
本田 和照、馬渡 桃子、上田 晃弘

【背景・目的】MRSA 対策は AMR 対策における重要課題である。当センターでは 2006 年より、院内感染の可視化と伝播防止を目的に成人入院患者を対象として、入院時に鼻腔 (または咽頭) MRSA 監視培養を実施してきた。約 20 年が経過し、運用の再評価が求められている。本研究では長期的な検出動向を解析し、監視培養の役割を再評価した。

【方法】2006 年 1 月から 2024 年 12 月までに入院した成人患者を対象に後ろ向き解析を行った。新規 MRSA 陽性者は、当院の検査履歴上、初回 MRSA 検出例と定義した。新規 MRSA 陽性者のうち、入院後 48 時間以内の検出を「入院時検出 (持ち込み)」, それ以降を「入院後検出」と定義した。評価項目として、新規 MRSA 陽性者に占める入院後検出割合の年次推移および直近 5 年間の検査実施件数、陽性率および材料費を解析した。さらに、プロトコル遵守状況の指標として MRSA 監視培養の対象患者基準の一つである 70 歳以上患者の検査実施率 (2020 年以降) を算出した。本研究は当センター倫理審査委員会に申請中である。

【結果】入院後検出割合は監視培養開始当初の 2006 年には 61.9% であったが、その後低下した。2015 年以降の 10 年間では平均 20.6% (95% 信頼区間: 18.4～22.9%) で推移し、新規 MRSA 陽性者の約 8 割は入院時検出 (持ち込み) であった。直近 5 年間の検査実施件数は年間約 7,800 件、陽性率は 2～3% で推移し、材料費は年間約 120 万円であった。70 歳以上患者の検査実施率は 60～70% で安定しており、対象基準は概ね遵守されていた。監視培養は主として施設全体の発生動向把握に用いられ、鼻腔 (または咽頭) の MRSA 保菌のみでは追加介入を行わず標準予防策で対応していた。

【結論】院内発生割合は低位安定しており、包括的監視培養の役割は再検討すべき段階にあると考えられた。これを踏まえ、当センターでは 2025 年より定期的実施を終了し、発生状況に応じた対応へ移行した。

068-5 当院における 15 年間の MRSA 動態

福井大学医学部附属病院 検査部¹⁾、福井大学医学部 感染症学講座²⁾、福井大学医学部 腎臓病態内科学³⁾

○久田 恭子 (ひさだ きょうこ)¹⁾、酒巻 一平²⁾、
遠山 直志³⁾

【背景・目的】メチシリン耐性 *Staphylococcus aureus* (MRSA) は分離頻度が高く、院内感染対策上、継続的な監視や解析は非常に重要である。福井大学医学部附属病院では、新規で検出された MRSA の菌株を対象に PCR-based Open Reading Frame Typing (POT) 法による分子疫学解析を実施している。本法は菌株の識別だけでなく、院内感染型や市中感染型の推定も可能であり、DNA 抽出を含め約 4 時間で検査できる特徴がある。今回、これまでに測定した POT 法による型別結果を集計し、当院の傾向や年次推移を分析したので報告する。

【方法】2011 年から 2025 年までの 15 年間に、当院検査部に提出された臨床材料から分離された MRSA 株で、POT 法による解析を実施した検体を対象とした。解析には、シカジーニウス分子疫学解析 POT キット (関東化学) を使用した。POT 法検査後より一年以上経過し検出された MRSA 株は、再度解析を実施している。同一年に同一患者から複数の MRSA 株が検出された場合は、1 年 1 患者として重複処理を行い、初回検出 MRSA 株のみを対象とした。同一患者で複数年繰り返して解析を実施した例では、POT 値の変化も調査した。

【結果】全対象株 2519 件中、外来患者から検出された株は 748 件 (29.7%) であった。最も分離頻度が高かったのは 106-183-37 の型で 401 件 (15.9%)、次いで 93-191-103 の型が 201 件 (8.0%) であった。院内感染型とされる POT1 値 93 の株は減少傾向であり、市中感染型とされる POT1 値 106 の株は増加傾向であった。2017 年を境に両者の割合が逆転した。15 年間のうち、複数年にわたり繰り返して測定したのは 171 例であった。そのうちの 93 例 (54.4%) が前回測定した POT 型と同一であった。また、POT 型が同一であった 93 例中 62 例 (66.7%) が検体の材料種別が同系統であった。

【結論】院内感染型・市中感染型と区別される POT1 型の年次推移によると、2017 年を境に院内感染型から市中感染型に置き換わった。複数測定例では半数以上が前回の POT 値と同一の POT 値であり、同一患者から検出された MRSA の POT 型は年数が経過しても大きな変化が認められない事が示唆された。更に検体の材料種別が同系統である場合、型別の一致割合も高い傾向が判明した。

068-7 当院における MRSA 迅速鑑別 PBP2'検出イムノクロマトキット導入の検証～MRSA・MSSA 早期同定における抗菌薬適正使用の有用性～

国立病院機構栃木医療センター ICT

○黒岩ひかり (くろいわ ひかり)、山口 禎夫、
河野 圭、丸山沙保里

【背景・目的】血流感染症の診断において、原因菌の早期同定は、予後改善に重要な要素である。黄色ブドウ球菌が血液培養から分離された場合、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) は抗 MRSA 薬へ、メチシリン感性黄色ブドウ球菌 (MSSA) は、第一世代セフェム系薬へ変更することが推奨される。当院では、MRSA の迅速鑑別法として、パニシリン結合蛋白 2' (PBP2') を検出する Q ライン極東®PBP 2' (極東製薬) を導入した。本法の導入により、従来の薬剤感受性試験と比較して早期の抗菌薬適正化が可能になったかを検証し、その有用性を検討した。

【方法】2023 年 12 月から 2025 年 11 月の期間、血液培養で黄色ブドウ球菌と判定された 65 例を対象とした。血液培養陽性当日 (または翌日) の血液寒天培地に発育した微小コロニーを用い、PBP2' 検査を実施し、MRSA・MSSA 推定の報告を行った。報告後の抗菌薬の変更や継続状況を調査し、その妥当性を評価した。

【結果】PBP2' の検出による鑑別報告と最終的な培養同定結果による判定は全例で一致した。本法の結果を受けて薬剤感受性結果判定前に抗菌薬変更に至った症例は 17 例 (26.2%) であり、内訳は MRSA 推定による抗 MRSA 薬への変更が 7 例、MSSA 推定によるセファゾリン (CEZ) への変更が 10 例であった。MRSA7 例では全例抗菌薬の初期投与がされており、PBP2' 陽性の報告後、即日に抗 MRSA 薬に変更 (血液培養採取翌日が 5 例・2 日後が 2 例) された。また、PBP2' の結果を受けて治療継続が妥当と判断された症例は 30 例 (46.2%)、最終的な薬剤感受性結果を待ってから抗菌薬を変更した症例は 9 例 (13.8%)、その他 9 例 (13.8%) であった。

【結論・考察】従来法では血液培養陽性から薬剤感受性結果判定まで約 24 時間～48 時間を要していたが、本法の導入により全例でその前日に PBP2' の結果を得ることができた。これにより、17 例で早期の抗菌薬適正化が可能となり、迅速な治療介入につながった。また、抗菌薬継続になった症例に関しても PBP2' の結果が治療方針決定の補助となった。以上より、本法は MRSA 迅速鑑別法として有用であり、抗菌薬適正使用の推進に有効であったと考える。

068-6 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌スクリーニング培地の検出性能の評価

長崎大学病院¹⁾、長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 病態解析・診断学分野²⁾

○川良 洋城 (かわら ひろき)¹⁾、小佐井康介^{1,2)}、
賀来 敬仁^{1,2)}、加勢田富士子^{1,2)}、柳原 克紀^{1,2)}

【背景・目的】メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* : MRSA) は、我が国において最も高頻度に分離される薬剤耐性菌の一つであり、院内感染の主要な原因菌として問題となっている。特に ICU や術後病棟などの高リスク病棟では、MRSA の早期発見と適切な感染対策が感染拡大の抑制に直結する。そのため、入院時あるいは定期的なスクリーニングにより、MRSA 保菌者を迅速かつ正確に同定することが重要である。現在、MRSA スクリーニングに用いられる培地は複数市販されており、感度、特異度、選択性、コスト、検出に要する時間などが製品ごとに異なる。本研究では、国内で販売されている 6 種類の MRSA スクリーニング培地について、検出感度、特異度および偽陽性率を明らかにすることを目的とした。

【方法】2025 年 6 月から 10 月までの期間に、本院で MRSA スクリーニング目的に提出された鼻腔または鼻咽頭培養検体 398 例を対象とした。残余検体を、CHROMagar MRSA 2 (日本 BD)、ボアメディア MRSA 培地 3 (栄研化学)、アキュレート MS-CFX 寒天培地 (島津ダイアグノスティクス)、アキュレート X-MRSA 寒天培地 (島津ダイアグノスティクス)、MRSA-CI 寒天培地 (極東製薬工業)、MDRS-K 寒天培地 (極東製薬工業) の 6 種類の MRSA 培地および 5% ヒツジ血液加 TSA 寒天培地に接種した。5% ヒツジ血液加 TSA 寒天培地の培養結果を基準とし、各培地における MRSA 検出の感度、特異度および偽陽性率を算出した。

【結果】6 種類のスクリーニング培地の性能は以下のとおりであった。CHROMagar MRSA2 の感度、特異度、偽陽性率はそれぞれ 94.3%、98.6%、1.4% であった。ボアメディア MRSA 培地 3 は 91.4%、97.2%、2.8%、アキュレート MS-CFX 寒天培地は 91.4%、95.3%、4.7%、アキュレート X-MRSA 寒天培地は 94.3%、93.1%、6.9%、MRSA-CI 寒天培地は 94.3%、93.1%、6.9%、MDRS-K 寒天培地は 91.4%、97.0%、3.0% であった。

【結論】本検討により、6 種類の MRSA スクリーニング培地の性能の違いが明らかとなった。各培地の特性を十分に理解し、施設の目的や運用状況に応じて適切に選択・使用することが重要であると考えられた。

一般演題ポスター抄録

〈P1-001～P2-136〉

P1-001 感染対策リンクナースの手指衛生推進活動を目的としたツールの作成と導入

香川大学医学部附属病院 感染制御部 感染対策室
○藤村 佳世（ふじむら かよ）、間嶋由美子、
福盛 勇介、横田 恭子

【背景・目的】当院は、感染対策リンクナース（以下、リンクナース）が中心となり手指衛生推進活動を実施している。しかし、手指衛生指数や遵守率が伸び悩み、リンクナースの活動は、掲示物作成や呼びかけなどにとどまり、自部署の特性に応じた推進活動の実践が十分ではなかった。これらの課題を踏まえ、リンクナースが自部署の課題を把握し、改善に向けた取り組みを実践できることを目的として、手指衛生推進活動ツールを作成・導入した。本報告では、その作成および導入の取り組み内容について報告する。

【活動内容】手指衛生推進活動ツールとして、WHO 手指衛生自己評価フレームワーク 2010 年を参考に、部署でも活用できるような項目を 29 項目作成した。2025 年 9 月の導入時にリンクナースへ説明を行い、部署評価を依頼した。各項目を 0（未実施）、1（部分的に実施）、2 点（実施）でスコア化し、レーダーチャートで視覚化した結果をリンクナースと看護師長にフィードバックするとともに、看護師長にはリンクナースの活動支援を依頼した。リンクナースには、フィードバック結果を踏まえた部署の現状分析と具体的な活動計画の立案を促した。その後、リンクナースと個別に面談を行い、目標達成に向けた取り組みの方向性を共有した。本報告は所属施設の承認を得ている。

【成果・考察】本ツールの導入により、リンクナースが自部署の課題に対する具体的な活動計画を立案できるようになった。また、感染管理認定看護師においては、各部署の現状に応じた助言が行いやすくなった。看護師長においても、今後の取り組みをリンクナースと協議し、部署の活動メンバーを増員するなど支援的な動きが見られた。本ツールの導入は、各部署の現状を客観的に評価し、課題に対する具体的な活動を立案する助けとなると考える。本ツールを活用することで、看護師長との情報共有が可能となり、リンクナースとの個別面談を通して今後の方向性を共有できた。今後は、本ツール活用後の手指衛生指数および遵守率を評価するとともに、本ツールの見直しを行う予定である。

P1-003 手指衛生直接観察におけるリンクナースと感染管理認定看護師の観察結果の違い

日本赤十字社和歌山医療センター
○白井 昌行（うすい まさゆき）、前 知歌子

【背景・目的】手指衛生の実施状況を評価し改善活動につなげることは、感染対策を推進する上で重要な活動の一つである。手指衛生の実施状況は、実施している場面で直接観察する方法や手指消毒薬使用量から評価できる。当院では 2024 年 6 月より、感染リンクナース（以下、LN）および感染管理認定看護師（以下、CNIC）による手指衛生直接観察（以後直接観察）を開始した。観察を継続する中で、LN と CNIC が実施する直接観察結果に違いがあると感じたため調査を実施した。本報告では、入院病床を有する 18 部署（ICU、NICU、HCU を含む）において、LN と CNIC が実施した直接観察結果を比較し、遵守率および判定傾向の違いを明らかにすることを目的とした。

【活動内容】入院病棟看護師を対象に、2025 年 12 月 1 日～26 日、LN18 名・CNIC2 名が WHO「手指衛生の 5 つのタイミング」に基づき直接観察を実施した。その結果から粗遵守率および各タイミングの遵守率を算出し、判定傾向を比較した。

【成果・考察】総観察数は LN が 862 場面、CNIC が 164 場面であった。粗遵守率は LN が 84.7% (730/862)、CNIC が 56.7% (93/164) であった。LN によるタイミング別遵守率は、「患者に触れる前」82.5% (179/217)、「清潔・無菌操作前」95.2% (100/105)、「体液曝露後」93.4% (127/136)、「患者に触れた後」86.3% (187/211)、「患者周囲環境に触れた後」73.6% (142/193) であった。一方、CNIC ではそれぞれ 56.6% (30/53)、35.0% (7/20)、66.7% (18/28)、55.0% (22/40)、66.7% (16/24) であった。粗遵守率および各タイミングの遵守率はいずれも LN が高値であった。LN の遵守率が高くなった要因として、評価タイミングの見落とし、評価基準の理解不足、ホーン効果、無意識の評価者バイアスが考えられた。評価の一致に向け、基準の明確化と継続的なすり合わせ・訓練が必要である。

P1-002 手指衛生遵守に向けた看護師長への介入効果～「看護師の手指衛生に関する組織風土尺度」を活用して～

社会福祉法人北海道社会事業協会小樽病院 感染対策管理室
○石田裕美子（いしだ ゆみこ）

【背景・目的】当院では手指衛生遵守への対策検討のため、2024 年度に桐明らによる「看護師の手指衛生に関する組織風土尺度」(以下、組織風土尺度)を用いて調査した。その結果、部署間で組織風土に差があり、手指衛生遵守状況に影響していることが推測された。そこで、組織風土改善には看護師長への介入が必要であると考え、2025 年度、看護師長対象研修会を全 2 回実施した。介入前後における組織風土尺度の推移と手指消毒剤使用量の両面からその成果について述べる。

【活動内容】1. 看護師長への介入として研修会を実施(1)「部署の組織風土改善に向けた現状と課題に関する検討会(8月)」2024年度の組織風土尺度調査結果をもとに自部署を分析し、マネジメント方法を検討した。検討会后、看護師長は手指消毒剤使用量をデータで把握しスタッフに対して肯定的フィードバックを行うとともに、リンクスタッフへのサポートなど、自部署の現状に即した実践を行った。(2)「改善取り組み報告会(12月)」を開催し、看護師長同士で結果を共有した。(3)研修終了後、看護師長を対象に「実践内容と部署の変化」を記述式で調査した。2. 看護職員(120名)を対象に「組織風土尺度」を調査した。(12月)

【成果・考察】看護師長への介入前後の 2024 年度と 2025 年度の組織風土尺度および、手指消毒回数(1 入院患者 1 日あたり)を比較した。組織風土尺度調査の結果では複数の項目において改善が認められた。特に上司環境側面「上司は手指衛生ができていない部下をほめてくれる(p=0.003)」や病院環境側面「病院は職員を尊重している(p=0.002)」および「職員の仕事へのモチベーションが高い(p=0.001)」の項目が顕著に上昇した。手指消毒回数は 1 部署を除き増加し、特に A 病棟(50.4 回から 69.4 回)と D 病棟(9.3 回から 16.7 回)で大幅に増加した。定性的には、看護師長から「スタッフの指導を受け入れる姿勢の変化」「部署内の感染拡大抑制」等の実感が示された。看護師長自らが率先して手指衛生に取り組む姿勢により、組織風土は改善され、手指消毒剤使用量が増加した。以上より、看護師長に対する戦略的な介入は、手指衛生遵守向上に有効である可能性が示唆された。

P1-004 学習シールを使用した擦式手指衛生剤使用量増加への取り組み

公立豊岡病院組合立 朝来医療センター
○吉盛奈津美（よしもり なつみ）

【背景・目的】A 医療センターでは擦式アルコール手指衛生剤(以下擦式剤とする)の個人使用量(以下使用量とする)は、1 か月分ごとのシートに棒グラフで表示し病棟に掲示していた。シートの更新は 1 か月ごとであるため使用量が少ないスタッフは、毎月使用量が少ないままの状況が散見された。スタッフ同士が容易に自身や他者の使用量を把握でき、使用量が少ないスタッフは奮起できる、また使用量が多いスタッフは部署で手指衛生のロールモデルになることを目指し、学習シール(以下シールとする)を使って月ごとの使用量を容易に把握できるようにした。

【活動内容】2025 年 4 月より看護師は、擦式剤を容量の大きいボトルタイプに統一し、ポシェットでの携帯に変更となった。貼ったシールの枚数で擦式剤の使用量を、個人ごとに年間を通じて確認、比較できるようシートを作成、掲示した。シートにシールを貼るタイミングは、アルコールボトルを使いきった時点とし、月ごとにシールの色を変え、1 か月ごとの使用量や使用動向を容易に把握できるようにした。シートは定期的に確認し、使用量の増減や指導内容をリンクスタッフや病棟師長と共有した。

【成果・考察】シールの色を 1 か月ごとに変えたことで、月ごとの使用量の増減が容易に把握できた。使用量が増加したスタッフにはその理由や工夫点を聞き取り、感染リンクスタッフや看護師長からも積極的にポジティブフィードバックを行った。使用量が減少したスタッフには声をかけ、減少した理由を一緒に考え、手指衛生のタイミングやハンドケア、擦式剤の種類変更などの指導や介入を行った。その結果、病棟での 2025 年度の使用量は前年と比較し、40 から 80% 増加した。1 か月ごとに年間を通じて個人ごとの使用量が把握できるシートに変更したことで、自身はもちろん他者の使用量を容易に把握できる環境になった。それによりスタッフ間にピア効果が生まれ、競争心から使用量が増加したと考える。使用量は増加したが、手指衛生直接観察では遵守率が低いタイミングもあり、今後は使用量だけでなくタイミングも遵守できるような活動が必要である。

P1-005 手指衛生向上への新たな取り組み

独立行政法人国立病院機構 鳥取医療センター

○谷口 亜紀 (たにぐち あき)

【背景・目的】感染対策の基本は手指衛生をはじめとする標準予防策である。A 病院では各部署にリンクスタッフを配置し、個人が携帯している手指消毒剤の使用量を基に部署目標を立案している。また、WHO が推奨する「手指衛生の 5 つのタイミング」に沿って、直接観察法によるラウンドを実施し、順守率および各部署の課題を ICT 委員会で共有している。しかし 2023 年以降、手指消毒剤の使用量は低下し、新型コロナウイルス感染症のアウトブレイクが複数病棟で発生した。平時から標準予防策が徹底できていない現状から、意識向上の取り組みが必要と考え、手指衛生強化期間を設定し使用量増加を図った。

【活動内容】年 2 回 (7 月 11 月) 手指衛生ラウンドを行い、5 つのタイミングごとに遵守率を算出した。さらに半年ごとに手指消毒剤使用量を集計し、1 患者 1 日当たりの手指消毒回数を求め目標と比較した。強化期間 (6 月～1 月) には、1 職員 1 日における手指消毒回数を算出し目標と照合した。結果については、ICT 委員会で報告し、課題に対して取り組むように直接指導した。

【成果・考察】結果は、5 つのタイミング別にみると全病棟の平均遵守率は「患者接触前」前期 60%、後期 63%、「清潔無菌操作前」前期 29%、後期 39%、「暴露リスク後」前期 66%、後期 69%、「患者接触後」前期 70%、後期 73%、「環境に触れた後」前期 47%、後期 83% であった。いずれのタイミングも前期より後期は遵守率が増加したが、部署間で増加率の差があり課題が明確となった。また目標達成率は全体で 18% から 20% と増加したが基準に達していなかった。個人使用量から 1 職員 1 日当たりの回数を算出すると、一般病棟 8 回、重症心身障害児 (者) 病棟 16 回、精神科領域 6 回であり、厚生労働省が推奨している 20 回と比較して A 病院は少ないことが明らかになった。また、クラスター発生時に介入した病棟では手指消毒剤の使用量が増加し、感染対策への意識向上が示唆された。今後はその効果を維持するため、継続的な啓発と具体的対策が必要である。

P1-006 精神科病棟における手指衛生遵守に向けた意識変容の取り組み手指消毒剤の使用量の測定および可視化を用いたフィードバックの効果

医療法人 水明会 佐潟公園病院

○伊藤 誠 (いとう まこと)、河合友実子

【背景・目的】精神科病棟では対話中心のケアが多く、侵襲的処置の少なさや手指消毒剤の設置環境の制約などから、手指衛生が後回しになりやすい。当院でも遵守率の向上は長年の課題であり、個人携帯手指消毒剤の導入や啓発活動を実施してきたが、使用量の明確な増加は認められなかった。本研究では、手指衛生使用量の増加を目的として、個人別アルコール使用量の測定と、可視化を用いたフィードバックの効果を検討した。

【活動内容】患者ゾーン出入り時の手指衛生を必ず実施するよう指導したうえで、手指消毒剤の勤務日あたりの手指衛生剤の使用量調査を行った。また、使用量目安を算出し毎月個人使用量のグラフとともに病棟内に掲示した。さらに、介入開始後 1 年後に対象者へ取り組みに対する評価および意識調査を実施した。

【成果・考察】介入により手指衛生実施回数は 2.94 回/患者日から 5.6 回/患者日へ増加した。使用量の可視化により 5 割で意識向上が認められた一方、2 割に心理的負担が見られた。フィードバックは 5 割が有効と評価し、視覚的に分かりやすい形式が望まれた。手指衛生の阻害要因は皮膚トラブルおよび手袋着用であった。個人使用量の可視化とフィードバック、目標量の設定は、精神科病棟において手指衛生行動と意識の向上に寄与した。手指衛生が後回しになりやすい環境においても、達成度を客観的に把握できる仕組みに加え、病棟独自の工夫も見られ、職員の主体的な行動変容が促進された。一方で、個人評価として受け取られることによる心理的負担や、時間経過に伴う意識の低下も課題として明らかになった。今後は心理的配慮や定期的な目標の見直しなど多面的な支援が重要である。

P1-007 多様な背景を持つ看護補助者に対する感染対策指導方法の検討—手指衛生の実践状況評価を通して—

沖縄医療生協中部協同病院

○奥那覇謙吾 (よなは けんご)

【背景・目的】看護補助者は多様な職歴や資格背景を有しており、感染対策に関する知識や理解度にも差が生じやすい。当院では、看護補助者を対象とした体系的な感染対策教育の機会が限られており、現場において手指衛生を含む感染対策行動が十分に定着していない可能性が考えられた。本研究の目的は、1 看護補助者における手指衛生の理解および実践状況を把握すること、2 看護補助者の職歴や資格などの背景を明らかにすること、3 今後の感染対策指導方法を検討するための基礎資料を得ることである。

【活動内容】看護補助者を対象に、感染対策研修を実施した。研修後、職歴や資格に関するアンケート調査を行い、あわせて手指衛生に関する「5 つのタイミング」の理解度テストを実施した。その後、結果に基づくフィードバックを行い、手洗いチェッカーを用いて手指衛生の実践状況の評価した。

【結果・考察】対象者は所属病棟の看護補助者 13 名および全体研修参加者 16 名であった。アンケート調査では、介護関連資格を有する者は 16 名中 4 名であり、その他に保育士や飲食業など医療・介護分野以外の職歴を有する者が含まれていた。手指衛生「5 つのタイミング」の理解度では、「清潔・無菌操作の前」および「血液・体液に曝露された可能性のある後」において正答率が低い傾向が認められた。手洗いチェッカーによる評価では、指先に洗い残しが多い傾向が確認された。これらの結果から、看護補助者においては、手指衛生が求められる場面の判断や、手指衛生手技の一部に課題が存在する可能性が示唆された。今後は、単発の知識提供にとどまらず、評価とフィードバックを組み合わせた継続的な教育介入が必要であると考えられる。

P1-008 速乾性手指消毒薬の採用品見直し及使用実態および費用に与えた影響那須赤十字病院 感染管理室¹⁾、那須赤十字病院 薬剤部²⁾、那須赤十字病院 看護部³⁾、那須赤十字病院 内科⁴⁾○高野 尊行 (こうの たかゆき)^{1,2)}、倉井 由香²⁾、小川 史稔^{1,3)}、藤田 明美^{1,3)}、池野 義彦^{1,4)}、福島 史哉^{1,4)}

【目的】当院では 2024 年 11 月に速乾性手指消毒薬の採用品見直しを実施した。従来使用していたフォーム状製品 A および液体状製品 B は、使用後のべたつきにより手袋装着が困難であるとの意見が多く、使用感の改善および費用削減を目的として、職員アンケートを実施した。その結果、使用感が良好で安価なジェル状製品 C へ切り替えを行った。本研究では、採用品見直しが使用実態および費用、感染指標に与えた影響を検討した。

【方法】切り替え前の 2024 年 3 月から 8 月までの 6 か月間と、切り替え後の 2025 年 3 月から 8 月までの各 6 か月間を比較対象とした。速乾性手指消毒薬の実施回数および購入費用を比較し、実施回数は購入量と各製品の 1 回吐出量から算出した。また、同期間における入院患者の院内感染型 methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) および新型コロナウイルスの陽性率を比較した。当院では遺伝子検査が実施できないため、薬剤感受性検査においてクリンダマイシンの最小発育阻止濃度が 2 μg/mL 以上の株を院内感染型 MRSA と定義した。

【結果】切り替え後、速乾性手指消毒薬の実施回数は約 1.5 倍に増加し、購入費用は削減された。院内感染型 MRSA および新型コロナウイルスの陽性率はいずれも低下したが、統計学的有意差は認められなかった。

【結語】採用品見直しにより使用感が改善されたことで、手指消毒の実施頻度が向上したと考えられた。その結果、感染伝播抑制効果が期待され、有意差は認めないものの、院内感染型 MRSA および新型コロナウイルスの陽性率は低下傾向を示した。また、感染伝播抑制の間接効果として、検査件数の減少による費用削減や、感染対応に要する業務負担軽減といったマンパワー面での効果も示唆された。本取り組みは、使用感の改善、手指消毒実施回数の増加、費用削減の観点から有用であると考えられた。

P1-009 HHSAF 導入後の手指衛生剤使用量と自由記載共起ネットワーク解析

国立病院機構あわら病院 看護部¹⁾、国立病院機構あわら病院 内科²⁾

○桑田由香利(くわた ゆかり)¹⁾、伊藤 和広²⁾、吉岡 幸恵¹⁾

【背景・目的】手指衛生の高遵守率維持は容易ではない。当院は2025年度よりWHO手指衛生自己評価フレームワーク(HHSAF)を導入し、ポスター更新・院内SNS・「手指衛生の日」制定など、WHO多角的戦略の「リマインダー」「安全文化」を主軸に介入した(教育・直接観察を含む評価とフィードバックは次年度運用に向け整備中)。本研究はHHSAFと手指衛生剤使用量で介入効果を定量評価し、自由記載テキストの共起ネットワーク解析から阻害要因・改善策・ペナルティへの意識構造を抽出することを目的とした。

【方法】HHSAF導入前(2024年度)と後(2025年度)のHHSAFスコア、および外来を除く全入院の手指衛生剤使用量(L/1000のべ患者数、4~1月の月次10点)を比較した。アンケートはパイロットとして急性期病棟(5階)看護師30名に実施し(回収26名、回収率86.7%)、阻害要因・改善策・ペナルティの自由記載をKH Coderで共起ネットワーク解析した。本研究は倫理委員会承認を得た(承認番号:2524)。

【結果】HHSAF総点は230点から335点へ上昇し、特に「リマインダー(ポスター現場掲示)」と「安全文化(組織文化)」で改善が大きかった。使用量は14.2から15.0Lへ増加したが有意差はなかった(対応のあるt検定:平均差+0.84L/1000、95%CI-0.59~2.27、 $p=0.217$)。阻害要因は「忙しい」「時間」「乾燥」が中心語として結合し、改善策では「意識する」に加え「ボトル」「線」「携帯」など、可視化や携帯性向上等のハード面改善を求める結びつきが強かった。ペナルティは「破棄」「無駄」「偽装」等を招き、組織文化を損なう懸念が多数であった。

【結論】HHSAFは改善した一方、使用量の有意な増加には至らなかった。個人の注意喚起のみでは限界があり、罰則的管理は逆効果となり得る。今後は、システムチェンジ(携帯ボトル・配置最適化、可視化)と並行し、非懲罰的で教育的な直接観察とフィードバック(リンクスタッフ/ICT)を整備し、慢性期病棟を含め対象を拡大して検証する。

P1-011 健診センターにおける手指衛生ベストプラクティスの策定と実践効果

独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院

○中田 圭(なかだ けい)

【背景・目的】病院付属の健診センターは、多職種が短時間で多数の受診者と接触するため、手指衛生の遵守は感染対策の要である。しかし、業務特性上、手技の標準化や遵守率の維持が課題となりやすい。また、健診事業は特定の行為を繰り返すため接触に偏りがあり、手指衛生水準の客観的な評価やアウトカムの設定が困難であると考えられてきた。そこで当センターでは、採血業務に焦点を当てた手指衛生のベストプラクティス(以下、BP)を策定し、実施回数を具体的に定めることで、遵守率の向上と評価指標の確立を目的とした。

【活動内容】採血における手指衛生の標準手順を策定し、実施回数を「3回」と設定した。これを看護師・保健師に共有し、2年間にわたり運用した。評価指標として、手指衛生遵守率、採血ブースでの手指消毒剤使用量、センター全体の消毒剤払い出し量を継続測定した。また、勤務交代時も手技が維持されるよう、未実施が目立った「手袋装着前(清潔無菌操作前)」のタイミングに焦点を当てたOJT用説明用紙を作成し活用した。さらに、センター内の学習会でも手指衛生を取り上げ、必要なタイミングを共有する教育体制を整備した。

【成果・考察】採血ブースの調査では1回の採血あたり「3回以上」の使用となり、設定基準どおりの履行が確認された。センター全体の消毒剤払い出し量も年間平均「5.5ml」と増加傾向を示し、行動変容を裏付けた。手指衛生遵守率は当初の70%以上の水準から、BP導入後は年間平均「91.4%」、翌年からは「100%」で推移し、現在も継続している。本活動により明確な採血手順を示したことで、「どこができていて、どこが不足しているか」の具体的なフィードバックが可能となった。これにより、従来困難であった手指衛生の水準指標を確立でき、現場スタッフと明確な共通目標を共有したことが今回の結果に繋がったと考える。現在は他検診項目のBP作成にも意欲的に取り組んでおり、現場が主体的に感染対策を発案する姿勢が育っている。2年間の取り組みにより、BPは遵守率向上と適正な消毒剤使用の定着に寄与した。今後もICTの支援を継続し、さらなる標準化と安全性向上を目指す。

P1-010 大幅な職員入れ替わりに伴い低下した手指衛生への介入—病棟別アンケートを活用した評価と介入検討—

医療法人協和会 箕面市立病院

○野瀬 正樹(のせ まさき)、夏川和香子、山路 加奈、四宮 聡、山口 充洋

【目的】当院では、手指衛生改善に向けて多面的に取り組む行動の定着を図ってきた。しかし今年度は、職員の大幅な入れ替えの影響により、実施回数および遵守率の低下が認められた。そこで課題を明確化し、行動変容につながる介入方法を検討する目的として、手指衛生に関するアンケート調査を実施した。その結果、病棟や経験年数ごとに課題が明らかとなったため報告する。

【方法】急性期病棟4部署に、手指衛生を忘れやすい場面、即時フィードバックの経験と行動変化、適正量や手指衛生回数に対する認識などについて無記名アンケートを実施した。得られた自由記載内容を中心に病棟別に分類・整理し、特徴について比較検討を行った。

【結果】各病棟の回収率は100%、96.4%、92.3%、100%であった。全病棟で手指衛生の重要性は認識されていたが、「ナースコール対応時」や「パソコン入力前後」で失念が生じやすい傾向がみられた。また、手指衛生推進の方策として「手荒れ対策の充実」や「完璧を求めない病棟ルール」が支持されていた。1回の適正量では、正しく使用できていると回答した者が約4割であった一方、1回使用量の正答率は1割未満であった。経験年数別では、年数増加に伴い手指衛生の実施頻度は高まる傾向がみられたが、中堅層(4~7年目)では病棟内での声かけや指摘の実施に困難を感じ、他者からの指摘に対しても負担と認識する傾向が認められた。一方で、データや即時フィードバック、タイミングのよい声かけにより、自身の手指衛生行動の変容や改善を自覚したと回答した者は70%以上であった。

【考察・結語】手指衛生遵守率の低下には、個人の意識のみならず、環境要因や経験年数の影響が関与している可能性が考えられた。特に中堅層では、指摘されることを評価と結びつけて捉える傾向がみられ、手指衛生の実施を妨げる要因や改善に必要な支援について自らの行動を振り返る機会が求められると考えられた。今後は、病棟特性に応じた介入に加え、職種や経験年数ごとに手指衛生を実施すべき具体的な場面を明確化し、判断基準の共有や業務負担を考慮した環境調整を行うとともに、中堅層の特性に配慮した支援が重要である。

P1-012 感染症流行と教育的介入が速乾性手指衛生剤使用量に与える影響

三郷中央総合病院 感染防止対策室

○大杉 朋之(おおすぎ ともゆき)、戸来 依子

【背景・目的】手指衛生は医療感染対策の基本であるが、多忙な臨床現場で高い使用量・回数を維持することは困難であり、継続的な教育介入を要する。感染症流行は、医療スタッフが感染対策への興味を持ちやすくなる事例であり、教育効果が増強される可能性がある。本研究は、感染症流行という外部要因および組織的教育介入が速乾性手指衛生剤使用量および実施回数に与えた影響の推移を検討した。

【方法】2024年4月から2025年11月までの20か月間を観察期間とした。各病棟の手指衛生剤使用量と総患者延べ数から1患者1日あたり使用量および実施回数(1回3ml換算)を算出した。感染症流行期の定義は、院内のアウトブレイク(1病棟当たり72時間以内に3人以上の新規患者発生から収束まで)もしくは地域の流行(インフルエンザ定点医療機関あたり1を超えている期間)とした。教育的介入は、(1)スクリーンセーバーによる啓蒙、(2)手指衛生剤の個人携帯、(3)リンクスタッフによる直接観察、(4)病棟別・個人別使用量の開示、を段階的に導入した。統計解析はR4.2.0にて各期間を前後比較しt検定を行った。

【結果】流行期には使用量・回数とも有意に増加したが($p<0.01$)、収束後は速やかに低下し平常時と同程度となった。教育的介入では、スクリーンセーバー導入後、個人携帯後には有意に使用量・回数が増加し($p<0.05$)、直接観察や使用量の開示により、統計学的に有意な改善を長期的に維持した($p<0.01$)。流行期と教育的介入が同時期に実施されていたため、両者の独立した影響を分離して評価することはできなかった。

【結論】感染症流行では一時的な改善がみられたが持続しなかった。一方、多面的教育的介入は長期的改善に寄与した可能性が示唆された。

P1-013 個人携帯用手指消毒剤の導入が手指衛生遵守に与える影響の検討

石岡第一病院

○興野 裕汰 (きょうの ゆうた)、館 泰雄

【背景・目的】当院ではこれまで壁設置型消毒薬を中心に運用してきたが、必要時に消毒薬が手元にない場面も多く、5つのタイミングを遵守できないことが課題であった。そこで試験的に「個人携帯用手指消毒剤」を導入し、導入前後で回数と遵守率の比較を行った。

【方法】対象・期間：一般病棟の看護師28名、看護助手2名の計30名。2025年6月～11月の6ヶ月間を評価期間とした。介入内容：対象職員に携帯用手指消毒剤および専用ホルダーを配布し、常時携帯を推奨した。感染制御チーム（ICT）による定期的なラウンドを行い、手技やタイミングに関する実地指導を継続的に実施した。評価方法：1. 消毒薬使用量調査：介入前後における病棟全体の消毒薬消費量から、1患者1日あたりの手指衛生回数を算出し前年同期間の平均回数と比較をした。2. 直接観察法：WHO「手指衛生の5つのタイミング」に基づき、導入前（2024年6月、8月、11月）と導入後（2025年6月、8月、11月）の遵守率を比較評価した。

【結果】手指消毒回数は2024年平均：6.95回、2025年平均：9.80回へと増加した。t検定の結果、統計的に有意な差が認められた（ $p<0.05$ ）。直接観察法による遵守率は、導入前の46.7%から導入後57.3%へと向上した。t検定の結果、統計的に有意な差が認められた（ $p<0.05$ ）。一方で、個人間での使用量にばらつきが認められた。手指衛生が感染予防に直結するという個々の危機意識、自らの行動が患者安全に及ぼす影響への認識といった感染対策に対する意識差や、経験年数の差が携帯用消毒薬の使用頻度に影響を与える可能性が示唆された。

【結論・考察】個人携帯用手指消毒剤の導入により、場所や動線に左右されず手指衛生が実施可能となったことが、実施頻度の向上に寄与したと考えられる。全体的な使用量は増加したが、WHOの推奨する実施回数には到達していない。実施状況のばらつきについては、手荒れへの懸念や、多忙時における意識の優先順位などが影響していると推察される。今後は個人携帯用手指消毒剤の提供のみならず、ICTによる継続的なモニタリングと、教育的介入の強化が必要である。

P1-014 手指衛生の指標として泡の色が変わる手洗い石鹸の反応機構

シーバイエス株式会社 研究開発部

○宮澤めぐみ (みやざわ めぐみ)、菊地原紀裕

【背景・目的】感染症対策として、手指衛生は重要であり、WHOのガイドライン¹⁾では石鹸の洗浄と流水で40～60秒行うことが推奨され、石鹸による洗浄は30秒間程度である。しかしながら実際の手指洗浄の時間は個人差があるが10秒未満であることも多く、手洗い石鹸の効果が発揮できていない。この原因として、30秒間を認識することが困難であることが挙げられ、改善策として30秒程度、洗浄すると泡の色が変わる手洗い石鹸を開発した。本発表は、泡の色が変わる反応機構の考察を報告する。

【方法】1) 素手とゴム手袋着用条件での泡の色の変化確認 素手またはゴム手袋を着用した状態で軽く水で濡らし、泡の色が変わる手洗い石鹸を手に取り、洗浄した。30秒後に泡を採取し、色の変化を確認した。2) 食用油脂と泡の色が変わる手洗い石鹸の混合 泡の色が変わる手洗い石鹸を攪拌し、泡立てた後、大豆油を添加し、泡の色を確認した。3) 皮脂の各成分と泡の色が変わる手洗い石鹸の混合 泡の色が変わる手洗い石鹸を攪拌し、泡立てた後、皮脂の主な成分（モノオレイン、トリオレイン、スクアレン、リノール酸、コレステロール）を添加し、泡の色を確認した。

【結果】1) 素手の場合は、泡の色が白色に変化した。ゴム手袋では、泡の色が変化しなかった。2) 大豆油の添加前後で、泡の色が変化しなかった。3) トリオレインを添加すると泡の色が変化した。モノオレインとコレステロールは若干、変化した。スクアレン、リノール酸は変化しなかった。

【結論】素手では泡の色が変化した。ゴム手袋着用では、変化しなかったことから、手指上の成分の作用により変化したと考えられる。また大豆油、リノール酸のような油脂では変化しなかったが、トリオレインのような脂質成分では変化したことから、泡中に分散した色素と脂質が相互作用し、色素の分散状態や光の吸収状態が変化した。色調に視認可能な変化が生じたと推定している。この変化を利用した適切な手洗いは、感染対策に貢献できると考えている。1) WHO Guideline on Hand Hygiene in Health Care (2009)

P1-015 擦式消毒剤使用量を可視化し使用量が増加した取り組み

社会医療法人栗山会 飯田病院

○福地 明子 (ふくち あきこ)

【背景・目的】精神科A病棟では毎月の擦式消毒剤の使用量の目標値を設定し、目標達成できるよう活動を行っているが少ない状況である。また、材料センターからの払い出し量から使用量を算出するため個々の意識には手応えがない。そこで、使用した擦式消毒剤の空ボトルを収集し、使用量を算出。使用した空ボトル、目標量とするボトルを掲示し使用量を可視化したことで使用量が増加した経過を報告する。

【活動内容】2024年12月から2025年2月まで使用した擦式消毒剤の空ボトルに記名後指定の箱に収集し、月ごとに使用量を集計。収集した空ボトル、目標量とするボトルを掲示、個人の使用量をグラフ化した。

【成果・考察】精神科A病棟の目標使用量は1000患者当たり12Lであり、2024年平均使用量は6.0Lであったが、2025年1月8.2L、2月9.5Lと増加した。使用した量、目標とする量を可視化することでスタッフは使用量が少ないことを客観的に認識することができたと思われる。さらに、個人の使用量をグラフ化したことで個々の意識が高められたと思われる。また、全く使用していないスタッフがいることが判明し、原因対策、指導を行うことができた。今後、適切なタイミング、量での手指衛生を習慣化できる取り組みに生かしていくことができると考える。

P1-016 リンクナース主導による手指衛生アドヒアランス向上への多面的介入の実践報告

箕面市立病院

○鱈 章乃 (すずき あやの)、中村 安奈、野瀬 正樹、四宮 聡

【背景・目的】当院ではICTリンクナースを中心に、病棟単位で手指衛生目標回数を設定し推進してきた。2025年度の体制変更により、当該病棟の約半数が新規採用者（既卒者含む）となった影響もあり、1患者1日あたりの手指衛生回数は、昨年度平均17.6回から2025年4月には12.4回まで低下した。分析の結果、新規採用者および4～7年目の中堅層において実施回数の低下が認められたため、これらの層に焦点を当てた多面的介入を実施し、その効果を検証した。

【活動内容】手指衛生目標を1患者1日25回、使用量月5本と設定した。介入として、「5つのタイミング」を含む勉強会を実施するとともに、手指衛生直接観察法によるモニタリングとフィードバックを毎月実施した。また、手指消毒剤ボトルへの目盛り記載による個人別使用量の可視化を行い、個人別・経験年数別に評価結果をフィードバックした。加えて、中堅層を中心に指導を強化した。さらに業務上リーダーによるラウンド時の手指衛生観察およびスタッフへのアンケート調査を実施した。中堅層の手指衛生回数についてはt検定を用いて評価した。

【成果・考察】段階的な介入の結果、1患者1日あたりの手指衛生回数は22.1回に増加したが、目標達成には至らなかった。経験年数別の分析では、1～3年目スタッフは目標本数を達成した一方、中堅層では未達成であった。しかし、中堅層への指導強化後には介入前後で手指衛生回数の有意な本数の増加を認めた（ p 値<0.0002）。アンケートでは、「患者ゾーンから医療エリア移行時に忘れやすい」との回答が最多（36%）であり、具体的なタイミングを意識した啓発が重要と考えられた。また、90.5%が「声をかけられることに心理的な負担を感じていない」と回答しており、相互に注意喚起を行いやすい環境である可能性が示された。

【結語】ICTリンクナースを中心とした多面的介入により、特に中堅層において手指衛生回数の改善が認められた。今後は、忘れやすいタイミングに焦点を当てた介入と、業務上リーダーを含めた継続的な観察およびフィードバックを行うことで、手指衛生アドヒアランスのさらなる向上と定着を図る必要がある。

P1-017 当院におけるマスク着用推奨解除再開と着用率の変化

千葉大学医学部附属病院 感染制御部

○豊田 陽子（とよた ようこ）、戸来 依子、
漆原 崇司、谷中 麻里、千葉 均、矢幅 美鈴、
谷口 俊文、猪狩 英俊

【背景・目的】当院では、社会状況を踏まえ、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行前のような環境に戻ることを目指し、インフルエンザやCOVID-19の流行状況に応じて院内でのマスク着用を「常時着用期（ユニバーサルマスク推奨期）」と「個人判断期」に区分して運用している。そこで、マスク着用推奨に応じた院内でのマスク着用率の推移を調査した。

【方法】2025年7月から2026年3月まで月に1回、目視にて、場所別、職種別にマスク着用率の推移を調べた。

【結果】厚生労働省のコロナ対策の変化を受け、当院でも2025年5月6日から職員、患者ともにマスク着用を個人の判断とした。場所別では、2025年7月から9月までは外来エリア、病棟エリアいずれでもマスク着用率は低下傾向であったが、最大7割までの低下であった。インフルエンザの流行により11月18日から再度院内でユニバーサルマスク推奨とした直後は着用率が上がった。職種別では、看護師はマスク着用率に大幅な変化がなく90%以上の着用率を保っていた。医師、その他病院職員、外部業者は7月と比べ9月にはマスク着用率が低下していた。患者のマスク着用率は、7月から9月にかけて低下傾向になったが、ユニバーサルマスク推奨により11月には上昇した。またマスク着用を個人の判断とした期間とそれ以前3年間でCOVID-19のクラスター発生件数を比べると、発生件数の増加はみられなかった。

【結論】暑い時期にはマスク着用率が低下し、10月になり涼しくなる頃に上昇に転じ、気温の影響が考えられた。また院内でのユニバーサルマスクの推奨開始直後はマスクの着用率が上昇することから推奨の影響はあった。病院全体のマスク着用率は最低でも7割はあり、院内ではマスクを着用するという意識の向上がみられた。

P1-019 継続的教育介入によるPPE着脱手順遵守の維持効果

福山市民病院

○園田美由紀（そのだ みゆき）

【背景・目的】個人防護具（Personal Protective Equipment：以下PPE）の着脱手順は自己汚染防止の観点から重要であるが、日常的に実施されている一方で正確な手順遵守が維持されにくいという課題がある。当院では感染管理ベストプラクティスを作成し、リンクナースによる教育を実施している。本報告は、直接観察と即時フィードバックを組み合わせた継続的教育介入がPPE着脱手順の遵守率維持に効果があるのかを確認することを目的とした。

【方法】期間は2025年5月～2026年2月、対象をラダー4以上の看護師95名とした。2025年6月にPPE着脱のブラインドでの直接観察を行い、感染管理ベストプラクティスのチェックリスト（着衣7項目、脱衣8項目）を用いて評価し、その場で個別に即時フィードバックをした。同様の直接観察と個別フィードバックを10月および2026年2月に実施した。遵守率を介入前、介入直後、介入4か月後で比較した。また、継続教育の工夫に関するアンケート調査を実施した。

【成果・考察】介入前の遵守率は、着衣67.4%、脱衣74.4%であった。指導直後は着衣85.0%、脱衣87.2%に向上し、4か月後は着衣92.9%、脱衣93.0%であった。特に、着衣時の手袋の取り出し方は介入前45.2%から介入4か月後85.3%へ、脱衣時の手指消毒は介入前50.5%から介入4か月後83.1%へ改善した。アンケートでは、指摘中心ではなく、良かった点を伝える肯定的フィードバックを工夫したこと、反復型教育の実施が効果的であったとの回答が得られた。直接観察と即時フィードバックを組み合わせた継続的教育介入により、PPE着脱手順の遵守率は向上し、一定期間維持された。単回指導ではなく、日常業務の中で繰り返し確認する仕組みを構築することが行動変容の定着に寄与したこと、この教育方法は、看護師の心理的な負担を軽減しつつ、確実な技術定着を促す有効な手段である。

P1-018 アイシールド使用状況と今後に向けた取り組み

福井循環器病院

○村中 聖恵（むらなか きよえ）、森川真理子

【背景・目的】個人防護具の中で、マスク・手袋・ガウン・エプロンの使用は多いが、吸引や口腔ケア時にアイシールドを使用していないことが多い。自部署スタッフがアイシールドの必要性を理解し、正しい着用ができるようになる。

【活動内容】自部署スタッフに個人防護具の使用状況についてアンケート実施。個人防護具について勉強会実施し、アイシールドの必要性について理解してもらう。使用しやすい様ベッド再度にアイシールドを設置する。自部署スタッフに再度アンケート実施し活動内容の評価を行う。

【成果・考察】アイシールドの必要性について勉強会を行ったことで、アイシールドの正しい使い方、目を介した感染を防ぎ、安全にケアできることが理解できた。その後、使いやすい環境を整えることで、アイシールドの使用率が僅かだが増加した。今後、アイシールド着用が習慣化するように更に勉強会を行って、使用率を増加させる必要がある。

P1-020 内服薬取り出し場面における手袋適正使用に関する当院血液内科病棟の取り組み

国立国際医療センター

○千葉みゆき（ちば みゆき）、杉木 優子

【背景・目的】個人防護具（PPE）は重要な感染対策だが、過剰使用による環境負荷が指摘されている。当院血液内科病棟看護師の行動観察の結果、薬包から内服薬を取り出す場面（場面X）の手袋使用に関して、看護師間で差が認められた。スタンダードプリコーション上、場面Xでの手袋は不要である。そこで、場面Xにおける手袋の適正使用を促すことを目的に活動した。

【活動内容】主要評価指標は場面Xにおける手袋使用率、副次的評価指標は場面Xにおける手袋使用枚数及び費用（患者30名のうち20名が看護師管理で毎食後に服薬した場合の想定値）とし、病棟看護師28名を対象に以下の通り活動した。1. 意識啓発：PPEの環境負荷に関する論文を紹介し、場面Xで手袋は不要であることを示した。さらに、場面Xで消費される手袋の枚数及び費用の想定値を示し、手袋よりも手指衛生が重要であると提起した。2. アンケート調査：場面Xにおける手袋使用の実態（使用理由・不使用への賛否・不使用による懸念）を調査した。場面Xにおいて手袋を使用する理由は「その方がきれいだと思う（17名）」「自分が患者だったらそうしてほしい（9名）」が多く、「患者の要望（3名）」という意見もあった。手袋を使用しない方針に賛同は得られたが、患者が不快に思うことを8名の看護師が懸念していた。3. 看護師周知：場面Xで手袋を使用しないよう、病棟看護師に周知した。アンケート結果を踏まえ、患者から手袋使用を求められた場合、看護師長・副看護師長が対応することを明示した。

【成果・考察】場面Xにおいて手袋を使用している看護師は、18名（64.3%）から0名（0%）になった。これにより、1か月あたり2,304枚の手袋削減、16,128円の費用削減（100枚/箱あたり700円）が期待された。看護師が場面Xで手袋を使用する理由は、科学的根拠に基づく判断ではなく、看護師や患者の清潔観に影響されていることが明らかになった。PPEの適正使用を促進するためには、具体的な場面を取り上げてPPE使用の妥当性を振り返る機会を設けることが重要であると考えられた。

P1-021 A 病棟における感染経路別予防策の課題について

独立行政法人 国立病院機構 敦賀医療センター
○梅田 真樹（うめだ まき）

【背景・目的】当院の重症心身障害児（者）病棟（以下 A 病棟）は、超重症心身障害児（者）50%、準超重症心身障害児（者）8% と半数以上が非常に濃厚なケアや医療を常時必要とする。今回、令和 7 年 6 月 17 日～7 月 17 日にかけ、A 病棟でヒトパラインフルエンザウイルス感染症（以下 HPIV-3）の感染拡大があり、入院患者の 41% が HPIV-3 の症状を呈し、そのうち敗血症や呼吸器装着など 40% が重症化した。HPIV-3 疾患の特徴を病棟看護師が知らなかった事、感染経路別予防策が実施できる事を目的に、「HPIV-3 について」の勉強会で知識の充足を図った。ここで感染対策の教育内容に対する課題が明らかになった為報告する。

【活動内容】感染拡大終息後 A 病棟内看護師全員へ勉強会を実施した。その際、エプロンとガウンの選択、カーテン隔離の有無についての質問が全体の 75% を占め、その後感染経路別予防策の相談が 1 か月で 5 件あり対応した。その都度感染経路別予防策について口頭で助言し、症状のある患者の感染対策について繰り返し伝え周知した。

【成果・考察】勉強会を開催し、看護師の 50% が感染経路別予防策のアセスメントに自信がなく不安や迷いを生じている事がわかった。また、標準予防策を講じていても感染が拡大していると察知した場合は、感染経路別予防策を自らアセスメントし速やかに看護管理者に相談し、看護管理者と共に対策変更を看護師に周知することが重要であると学んだ。重症心身障害児（者）病棟では、自己で感染対策を行うことが困難であり、看護師の感染対策が重要となる。今回、HPIV-3 の感染拡大により、認定看護師として感染経路別予防策の判断と発信の重要性や知識の充足を図る活動を速やかに行う事が求められている事を再認識した。高山らは「日頃より標準予防策を遵守することが重要である。そして、患者の症状をよく観察し、感染兆候出現時には、速やかに感染経路別予防策を追加して実施する必要がある。」¹⁾ といっている。重症心身障害児（者）病棟では看護師の速やかな感染兆候の観察と同時に感染対策が求められる為、認定看護師として速やかに感染防止対策を発信し、OJT を生かした職員教育を丁寧に実施していく必要がある。

P1-023 産婦人科病棟におけるゴーグル着用率 UP に向けた取り組み

社会医療法人友愛会 友愛医療センター

○久志 彩乃（くし あやの）、川門 礼子、金城 聖子、伊敷真由美、小杉 卓大

【背景・目的】医療従事者の血液・体液の飛散等による職業感染リスクを低減するために个人防护具の適切な使用が重要である。皮膚・粘膜曝露においてゴーグル（アイガード）は重要な感染対策であるが、着用率は低い。また、産科領域では、分娩前、分娩中、および分娩後に医療従事者が血液や体液に曝されやすく、また母乳も体液であることから潜在的な感染伝播源に接する機会が多くなる。分娩時の大量出血に遭遇することも多く、産婦人科医師や助産師、看護師は産科的危機出血の対応に慣れる一方で、血液・体液曝露への危機感が薄くなっている恐れがある。当院の産婦人科病棟でも分娩時や院内マニュアルで示されているゴーグル着用の場面における着用率は 0% に近かった。そこで、産婦人科病棟看護師および助産師に対して意識調査および教育的介入を行い、ゴーグル着用に対する意識向上および装着の習慣化を目指す取り組みを行った。

【活動内容】2025 年 9 月にゴーグル着用の意識調査として事前アンケートを実施後、ゴーグル着用のタイミングおよび重要性についての勉強会を開催し、2026 年 2 月までの半年間をゴーグル着用率アップキャンペーン期間とすることとし周知した。ゴーグル着用の場面を特定したチェックリストを作成し、10 月と 1 月に自己評価と他者評価を実施。1 回目評価後の中間フィードバックとして、着用率の上位 3 名は病棟会で表彰、着用率が低かったスタッフから標語とポスターを募集し、病棟内で掲示して更なる意識向上を図った。また、事前アンケートでゴーグルの着用感について不満の声が多かったため、10 月までに新たなゴーグルを導入した。キャンペーン終了後の 2 月に再度ゴーグル着用の意識調査を行った。

【成果・考察】キャンペーン開始前の着用率は 5% であったが、開始後は分娩介助時に限ると 80% を超える着用率となり、その他の場面でも着用率が向上した。キャンペーン実施前は病院内のマニュアルで示されている場面でのゴーグル着用を知らないスタッフもいたが、勉強会およびチェックリストを用いて自己評価と他者評価を行ったことで、ゴーグル着用が必要な場面を具体的に認識し、着用率向上につながったと考えられる。

P1-022 COVID-19 流行下の急性期病院におけるユニバーサルマスキングの適正着用率と陽性職員接触患者の二次感染率の実態調査

磐田市立総合病院 感染対策室

○熱田 洋平（あつた ようへい）、黒田 志保、松原 大祐、片桐 崇志、田代 将貴、伊藤 清香

【背景・目的】COVID-19 は、無症候性陽性者および発症前の陽性者との接触による感染事例が報告されている。パンデミック下ではユニバーサルマスキングが推奨されていたが、サージカルマスクの適正着用率がどの程度維持され、実際に感染抑制に寄与したかどうかに関する報告は少ない。今回、手指衛生直接観察法実施時に合わせて観察したマスクの適正着用率と陽性判明職員と接触した患者の二次感染率を調査しユニバーサルマスキングの感染拡大防止効果を検討した。

【方法】対象期間は 2022 年 10 月から 2023 年 5 月 7 日とした。手指衛生直接観察法時に、患者と接する場面での職員のサージカルマスク適正着用率を算出した。スクリーニング検査等で陽性が判明した職員と発症（無症状の場合は判明日）2 日前以降に接触した患者に対し、最終接触日を 0 日目として判明時および最終接触 2 日目、5 日目に抗原定量検査を実施し、二次感染の有無を確認した。接触の定義は、職員はマスクを着用、患者はマスクを未着用の状態で感染のリスクが高いと考えられる手技（食事介助や口腔ケア、吸引処置等）を実施した場合とした。

【結果】職員のサージカルマスクの適正着用率は 99.3% (n=567) であった。期間中に陽性が判明した職員 194 名のうち、36 名が判明前に計 126 名の患者と接触していた。そのうち、退院の理由で検査不能であった 8 名（6.3%）を除く 118 名（内訳：5 日目までの完遂：92 名、4 日目まで：4 名、3 日目まで：11 名、2 日目まで：10 名、判明日のみ：1 名）に検査を実施した結果、二次感染率は 1.7% (2/118 名) であった。期間内に退院した患者については、退院先へ健康観察を依頼し症状出現時の連絡を求めたが症状出現の報告はなかった。

【結論】ユニバーサルマスキングを徹底し、適正着用率が高く維持されることにより、患者がマスクを着用できない場面であっても、陽性職員から患者への伝播を低く抑えられる可能性が示唆された。

P1-024 感染経路別予防策における掲示物の工夫による个人防护具選択の適正化

三田市民病院

○福井 淳宏（ふくい あつひろ）

【背景・目的】当院ではこれまで感染経路別予防策の掲示をカード差し替え方式でおこなっていたが、感染症の種類に応じたカードの選択ミスや、それに伴う不適切な个人防护具の準備が課題となっていた。そのため、適切な个人防护具の選択を容易にし、スタッフの判断の迷いや業務負担を軽減するために疾患別の対応一覧表「感染経路別予防策が必要な細菌、ウイルス分類」と感染経路別予防策に分けた視覚的なプリントを作成、導入し、その有用性を検討した。

【活動内容】感染対策上問題となる代表的な病原微生物や疾患名から必要な感染経路別予防策を調べることができる「感染経路別予防策が必要な細菌、ウイルス分類」を作成し、具体的な个人防护具のイラストを表示した視覚的なプリント 8 種類を作成した。その後、当院の 1 病棟で試験運用を実施した。運用後、病棟で勤務する職員を対象にアンケート調査を行い、个人防护具準備の正確性と業務負担の変化を評価した。

【成果・考察】導入後、職員からは「必要な个人防护具を迷わず準備することができるようになった」「マニュアルを確認する手間が省け、業務負担が軽減した」との回答が得られた。視覚情報の工夫により知識や経験の差によらず、適切な感染経路予防策を開始できる体制が整えることができたと考えられる。

P1-025 ATP 検査を用いた環境整備の定着と手指衛生への行動変容：5年間の継続的介入による効果

下関市立市民病院 感染管理室

○又賀 明子（またが あきこ）

【背景・目的】環境整備と手指衛生は感染対策の基本であり、環境汚染は手指を介した病原体が広がる要因となる。当院では、汚染を数値化する ATP 拭き取り検査（以下、ATP 検査）を、スタッフが手指衛生に対する意識向上と啓発活動に活用してきた。本取り組みでは、5年間の継続的な検査と現場指導に加え、各部署の感染委員による主体的な活動が、環境整備の定着とスタッフの行動変容に及ぼす影響を検討した。

【方法】2021 年から 2025 年の 5 年間、看護部各部署で年 2 回、高頻度接触部位である点滴調製台、吸引器スイッチ、パソコン、ドアノブの 4 箇所 ATP 検査を実施した。検査結果は、感染管理委員会で報告・共有し、各部署へ環境整備の徹底と手指衛生の遵守を促した。また、環境整備の手技指導に加え、吸引器操作時の手袋の脱衣と手指衛生のタイミングに関する研修を毎年実施した。各部署の感染委員が自部署の課題に応じた改善活動を推進し、活動が「通算 3 年以上」と「3 年未満」の部署に分け、RLU 値の 5 年間の推移を比較検討した。

【結果】5 年間の推移において、点滴調製台は 3 年以上取り組んだ部署で 2,898 RLU（2021 年）から 2,089 RLU（2025 年）へと約 28% 改善し低値で安定した。一方、3 年未満の部署では変動が大きく、改善は限定的であった。吸引器スイッチは、3 年以上継続部署で 60,720 RLU（2021 年）から 15,391 RLU（2025 年）へと約 75% の大幅な減少が認められた。しかし、パソコンは 3 年以上継続部署でも 24,796 RLU（2025 年度）と再汚染が確認された。これは、患者対応後の手指衛生不十分なまま機器操作する習慣が要因と推察された。ドアノブは多職種が接触するため数値にばらつきがあり、管理の難しさが浮き彫りとなった。

【結語】ATP 検査による「可視化」は、環境整備の定着のみならず、手指衛生の必要性を視覚的に理解させる有効な啓発活動である。現場への直接指導に加え、委員会を通じた継続的な介入が、正しい手技の定着と意識の底上げに繋がった。特に 3 年以上の継続的な活動は、対策を知識に留めず「習慣化」させる上で有効といえる。今後は、多職種を巻き込んだ手指衛生の徹底をさらに推進し、接触感染リスクの低減を図る。

P1-026 ワゴン車清掃手順の遵守向上への取り組み～ATP 拭き取り検査を取り入れた「見える化」による意識変容の効果～

厚生連高岡病院 看護部¹⁾、厚生連高岡病院 医療関連感染管理部²⁾

○藤田 朝美（ふじた あさみ）¹⁾、廣野 和子²⁾、
浦上 恵里²⁾

【背景・目的】病棟で日常的に使用される処置用ワゴン車（以降ワゴン車とする）は交差感染防止の観点から適切な清掃が重要である。しかし、当院では清掃手順は院内で定められているものの、実際の清掃手順や重点的に清掃すべき部位の認識にはばらつきがあり、清掃が実施されていても手順の抜けや清掃箇所の不足が生じている可能性が考えられた。そこで、清掃手順や清潔の考え方を見える化し、スタッフ間で認識を統一することで、ワゴン車清掃手順の遵守向上を図ることを目的に本取り組みを実施した。

【活動内容】清掃手順の動画を作成し、リンクスタッフと協同して病棟スタッフに視聴してもらった。動画では清掃の順序や注意点に加え、見落としやすい部位を具体的に示した。動画視聴後、リンクスタッフにより、各部署 5 名のスタッフの清掃手順を独自に作成したチェック表を用いて確認した。さらに、清掃後のワゴン車をランダムに選定して ATP 拭き取り検査を実施し、清浄度を数値化した。

【成果・考察】動画視聴と実技確認により、これまで遵守が不十分であった手袋装着やパイプ部分の清掃などの項目において、手順の再確認が促され、清掃行動の改善につながった。清掃手順を動画で示し、実際の行動を確認する機会を設けることで、清掃方法の標準化につながったと考えられる。また、ATP 拭き取り検査を併用することで清浄度を数値で示すことができ、清掃に対する意識向上を促す補助的な評価手段として有用であった。一方で、清掃行動の評価と ATP 拭き取り検査の結果が一致しない病棟も認められ、業務量が多い病棟はワゴン車の使用頻度も多く、汚染度が高く不浄化されないなどの環境要因が影響した可能性が考えられる。

P1-027 日常清掃下における排水口へのコーティング施工による表面菌数推移の比較検討

大阪公立大学医学部附属病院 感染制御部

○藤井 昭人（ふじい あきと）、仁木 誠、
明堂 由佳、西浦 広将、藤田 明子、岡田 恵代、
掛屋 弘

【目的】シンクの排水口は湿潤環境下でバイオフィームが形成されやすく、微生物が残存・定着しやすい部位である。微生物汚染が確認されると次亜塩素酸ナトリウムによる高濃度消毒や配管洗浄を行うが、菌の完全除去は困難で、汚染が改善せず配管交換に至る例も少なくない。さらに、日常管理では清掃スタッフ間で質のばらつきが生じる。本研究では、日常清掃を継続する条件下で、消毒後に銀微粒子を含む試験用無機コーティング材料（以下、本材料）を施工した群と対照群を設定し、表面菌数の推移を比較検討した。

【方法】施設内シンク排水口計 18 箇所を対象とした。各排水口を消毒後左右に分割し、片側を本材料施工群、反対側を無施工の対照群とした。全箇所日常清掃を毎日継続した。消毒後、7 日、14 日、21 日、28 日後に生菌数（CFU/mL）を測定した。統計解析には、菌数を対数変換した上で、中央値比較およびウィルコクソンの符号付順位検定を用いた。

【結果】対照群と施工群の菌数比較では、施工 7 日目で 61.1%（対照 2.12 vs 施工 1.71 Log₁₀ CFU/mL）、28 日目で 76.3%（対照 2.71 vs 施工 2.08 Log₁₀ CFU/mL）の菌数増加抑制率を記録した。統計解析の結果、施工 7 日目に有意な菌数増加抑制を認めた（ $p < 0.05$ ）。28 日目にも有意傾向（ $p = 0.102$ ）が確認された。21 日目では一時的に数値が逆転したが、その他の時点では施工群が低値を示した。また、対照群では 10⁵ CFU/mL を大きく超える増殖が発生したのに対し、施工群では 10² CFU/mL 程度に留まり、菌数のピークを抑える傾向が確認された。

【考察・結論】本材料施工群では、日常清掃では十分に抑えきれない排水口表面における清掃間隔中の菌数について、増加抑制傾向が認められた。本結果から、深刻な汚染や清掃品質のばらつきに対して補完的な管理手段としての可能性を示す初見が得られた。また、日常清掃と併用した条件では、菌数のピークが相対的に低く推移する傾向があり、清掃間隔中の微生物負荷管理の安定化に寄与する可能性が示唆された。なお、本試験の結果は物体表面の菌数（CFU/mL）の比較に基づくものであり、医療目的や感染予防・殺菌・消毒等の効能・効果を示すものではない。

P1-028 人工的に汚染させた制菌加工カーテンと市販カーテンの生菌回収数の比較実験

北里大学大学院 看護学研究科¹⁾、東海大学 医学部 基盤診療学系臨床検査学²⁾

○栗山 聡美（くりやま さとみ）¹⁾、葛城 建史¹⁾、
浅井さとみ²⁾、小椋 正道¹⁾

【背景・目的】特定機能病院をはじめとした大規模病院では、ベッド周囲のブライバシーカーテンは制菌加工のカーテンを導入している施設が多く、これらのカーテンは頻繁に交換されるわけではない。制菌加工カーテンを導入しても、その後の管理方法が不適切であれば感染源になりうるため、制菌加工の効果を実証する必要があると考えた。本研究では、人工的に汚染させたカーテンから生菌を回収し、経時的にその減少量を測定し比較検討した。

【方法】ビリジン加工カーテン（制菌加工カーテン）と非制菌加工カーテン（市販カーテン）、制菌加工カーテンを通常の洗濯機で 15 回洗濯したカーテン（洗濯カーテン）を人工的に菌液（*S. aureus* と *K. pneumoniae*）で汚染した後、回収 CFU を経時的に比較した。生菌回収は菌液吸収法で行い、回収した菌液を血液寒天培地上に接種し、37℃、24 時間培養後に発育したコロニーを目視でカウントした。

【結果】菌接種直後から 2 時間後の回収 CFU の減少量を比較した結果、両菌種ともに制菌加工カーテンは市販カーテンよりも回収 CFU が有意に減少していた。菌接種直後の回収 CFU から時間経過毎の回収率を算出すると 8 時間後まですべての測定時間（2、4、6、8 時間後）で制菌加工カーテンの回収率が低かった。生菌が検出されなくなるまでに要する時間は *S. aureus* では 24 時間後、*K. pneumoniae* では 8 時間後であり、カーテンによる違いは認められなかった。S. aureus における 8 時間後の回収率の比較では、制菌加工カーテンが 4.4%、洗濯カーテンが 57.6%、市販カーテンが 180.5% であり、洗濯により回収率は著明に増加していた。

【結論】制菌加工カーテンは 2 時間以内に生菌数が有意に減少することが明らかとなり、微生物伝播リスクを低減することが示され、手指衛生との組み合わせによって、より効果的な感染対策が実践できると考えられた。本実験で用いたカーテンは、15 回の洗濯により制菌効果が低下することが示され、制菌加工カーテンを導入している病院では、頻回なカーテンの洗濯は控えた方がよい可能性が示唆された。

P1-029 環境整備の推進を目指した取り組み～リンクナースが自部署の「あるべき姿」を視覚化して～

東京都健康長寿医療センター 看護部

○松本 葵(まつもと あおい)、出崎 奈美、金谷 育子

【背景・目的】医療環境の清潔保持は院内感染予防の基本であるが、環境整備は間接ケアに位置づけられ、直接ケアが優先されやすいことから優先度が低下しやすい。高齢者急性期病院である A 病院でも、環境整備の実施が不十分である現状があった。そこで、環境整備の現状と「あるべき姿」をスタッフ自ら考え視覚化し、環境整備の推進を目指した取り組みを行ったため報告する。

【活動内容】看護部感染対策委員会環境整備グループを中心に、令和 7 年 5 月から令和 8 年 2 月まで活動した。ベッド周囲環境・室内の水周りについて院内感染を防ぐ環境整備のポイントをまとめたチェックリストを作成した。各部署でチェックリストを用いた環境ラウンドを実施し現状の写真撮影を行った。ラウンド結果と写真を病棟会で共有し、課題抽出および改善策の検討を行った。結果をもとにリンクナースとスタッフが環境整備を実施し、自部署の療養環境の「あるべき姿」を定め写真撮影した。その後、各部署で撮影した「あるべき姿」を掲示するとともにチェックリストの活用を推進した。活用開始 2 か月後にグループメンバーが写真を比較しながらチェックリストを用いてラウンドを行った。その結果介入後は、いずれの部署も現状の写真を撮影したときよりも環境整備の実施状況に改善を認めた。

【成果・考察】本取り組みにより、チェックリストを活用して各部署の療養環境の「あるべき姿」をスタッフ自ら考え、写真で示すことが出来た。スタッフが自ら考えたことによって、環境整備の実践の必要性を自分事に捉えることができ、環境整備の推進に寄与したと考える。また、「あるべき姿」を写真で示したことで、スタッフが目指すべき環境整備の状態を視覚的に認識できるようになった。その結果、病室を訪室した際に現状と「あるべき姿」のギャップを視覚的に認識でき、業務の中で環境整備を実施することに繋がったと考える。しかし、現状確認をしたときよりも環境整備の実施状況は改善したが、「あるべき姿」までの実践はできていない部署も散見された。引き続きリンクナースが中心となってチェックリストの活用しながら「あるべき姿」を目指した環境整備の実践を目指していく。

P1-031 新規環境クロスの導入に関する検討

藤田医科大学ばんだね病院 臨床検査部¹⁾、藤田医科大学ばんだね病院 感染対策室²⁾

○湯浅 麻里(ゆあさ まり)¹⁾、小原 知美^{1,2)}、石田 佳子²⁾、石川 清仁²⁾

【目的】院内の環境表面の清掃には場所や目的に応じ、複数の環境クロスを使い分けている。しかし目的とは異なる使用や適切な清拭方法が遵守されていないなどの問題があった。そこで使用期限が長く、除菌効果が清拭方法に左右されにくいマイクロファイバークロス：バイオトロール®サニタizingワイプ EX (以下 A クロス) 1 種類への集約を検討するため、現行採用品のうち最も幅広い除菌効果を有するナクリア®D (以下 B クロス) との菌減少率を比較した。

【方法】対象の環境表面について、清拭前、清拭 3 分後(乾燥までの時間)および 6 時間後に同一場所を区画分けし、同一の清拭方法で A クロスと B クロスによる清拭を実施した。評価はフードスタンプ培地および ATP 拭き取り検査により行った。フードスタンプ培地は 35℃ ふ卵器で 48 時間培養後に菌数を測定し、ATP 拭き取り検査は測定値を確認した。菌減少率は(清拭前の数値-清拭後の数値)/清拭前の数値×100 として算出し、A クロスと B クロスの比較には Wilcoxon 検定を用い、有意水準は $p < 0.05$ とした。

【結果】フードスタンプ培地(9 か所)による 3 分後の減少率の中央値は、A クロス 100%、B クロス 92.3% であり($p=0.370$)、6 時間後では A クロス 75%、B クロス 75% であった($p=0.653$)。ATP 拭き取り検査(12 か所)の 3 分後の減少率の中央値は、A クロス 83.8%、B クロス 84.3% であり($p=0.773$)、6 時間後では A クロス 78.7%、B クロス 72.3% であった($p=1.000$)。

【結論】フードスタンプ培地および ATP 拭き取り検査のいずれにおいても、両クロス間で菌減少率に有意差は認められなかった。以上より、A クロスと B クロスの除菌効果は同等であることが示唆された。環境クロスの種類を 1 種類に集約することで、使用方法のばらつきといった現状の問題点の改善が期待され、環境衛生管理の質向上に寄与する可能性があると考えられた。

P1-030 蛍光マーカースタンプを用いた退院時病室清掃遵守率評価とフィードバック活動

金沢大学附属病院 感染制御部¹⁾、金沢大学附属病院 感染症科²⁾、金沢大学 医薬保健研究域医学系 感染症科学・臨床検査医学³⁾

○田中 靖也(たなか やすなり)¹⁾、佐武 多恵¹⁾、金森 肇^{1,2,3)}

【背景・目的】医療環境表面は医療関連感染の伝播に関与する可能性があり、病室清掃の質を客観的に評価し改善することは感染対策上重要である。しかし清掃評価は目視確認が中心であり、客観的評価は容易ではない。そこで当院では退院時清掃の質評価を目的として、蛍光マーカースタンプを用いた環境表面清掃評価と職員へのフィードバック活動を実施した。

【活動内容】2025 年 2 月から 2026 年 2 月まで、退院時清掃後の病室環境表面を対象に評価を行った。評価対象はベッド柵、オーバーテーブル、ナースコール等の高頻度接触面とし、21 室で実施した。清掃前に透明な円形画像付きの蛍光マーカースタンプ(スギヤマゲン 清浄度確認マーカー【すぐわかる君】)を押印し、清掃後に蛍光ライトで蛍光マーカースタンプの残存を確認した。評価には四分割法を用い、残存状況に応じて「消失」「一部残存」「ほぼ残存」の 3 段階で判定した。評価結果は清掃担当職員および病棟スタッフにフィードバックし、清掃方法の見直しを促した。

【成果・考察】評価の結果、消失率は 45% であった。部位別ではオーバーテーブル表面で 80% と最も除去率が高く、ベッド柵裏面では 15% と最も低かった。特に裏面や目視で確認しにくい部位で残存が多く認められた。評価結果を現場で共有し、拭き残しや清掃対象部位を再確認することは職員教育の機会となった。一方で、清掃時の拭き取りの強さや手技のばらつきが除去率に影響している可能性があり、清掃の質向上のためには手技の標準化と継続的な教育が必要であると考えられた。

P1-032 リハビリテーション病院の共有ホールにおける環境表面汚染の実態

医療法人 喬成会 花川病院

○大類由加理(おおるい ゆかり)

【目的】回復期リハビリテーション(以下：回リハ)病院や高齢者施設では患者・入居者が集まり、共有の時間を過ごすことが多い場所として共有ホールがある。共有ホールは食事やリハビリ、趣味活動、面会など多岐にわたり活動を行う生活の場である。回リハ病院の共有ホールにおける環境汚染状況を ATP ふき取り検査で可視化し、汚染が集中しやすい箇所を特定し共有ホールからの感染を最小限に防ぐための清掃方法を検討する。

【方法】1. 研究デザイン：単群前後比較研究 2. 研究期間：2024 年 10 月 16 日 3. 対象施設：回リハ病院 共有ホール 4. 研究方法：測定器具：ルミテスター PD-30、ルシバック A3 Surface を使用した。清掃方法：不織布ワイブにて水拭きを行い、昼食後の清掃前後を ATP ふき取り検査にて比較した。共有ホール内の高頻度接触面を検討し 11 箇所を選定した。共有ホールは患者 60 名で席は固定されている。本研究は、A 病院の審査を受け承認を得た。(花川倫 26-005)【結果】回リハ病院の共有ホールにおける高頻度接触面を対象に ATP ふき取り検査を行った結果、共用冷蔵庫把手、TV リモコン、椅子肘掛上部、机天板患者側側面の順で ATP 値が高かった。また、不織布ワイブの水拭きによる清掃前後の ATP 値を比較した結果、すべての測定箇所でも ATP 値が減少し有意差が認められた($p=0.031$)。不織布ワイブを用いた水拭き清掃は、共有ホールの環境表面に対して一定の清掃効果を有することが示された。特に、材質による汚染度の違いが示され、木製の「椅子肘掛上部」が最も清掃前後の ATP 値の減少率が低かった。また、他の木製品においても清掃前後の ATP 値の減少率が他の材質と比較して低い傾向がみられた。一方、メラミン化粧板やプラスチックの表面では清掃効果が高く、清掃前後の ATP 値の減少率も大きい傾向がみられた。今後はさらに検証を増やし、環境培養や時間経過による再汚染の検証などより多角的な評価を行っていく必要がある。【結論】回リハ病院の共有ホールにおける環境表面汚染は、共用冷蔵庫把手、TV リモコン、椅子肘掛上部、机天板患者側側面の順で高い結果であった。

P1-033 感染対策加算 1 施設における地域連携を活用した新興感染症受入れ訓練の実際

社会医療法人 天神会 新古賀病院
○前野 慎一（まえの しんいち）

【背景・目的】令和 4 年度診療報酬改定に伴い、感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算が新設された。それに合わせて、年 1 回の新興感染症訓練が必須となった。当院は、感染防止対策加算 1 を習得している施設で、毎年、地域の医師会と保健所及び近隣の医療機関と年 4 回のカンファレンスと年 1 回の新興感染症の発生等を想定した訓練を実施している。例年は患者受入れの訓練がメインであったが、今回は実際に開業医で新興感染症疑いの患者の発生から、入院受け入れの対応と患者搬送などを想定した訓練を、保健所や消防隊と開業医と合同で行った。今回、その訓練内容と今後の課題等について報告する。

【活動内容】今回の訓練は、発熱と倦怠感、咳の症状の患者が開業医を受診し、検査でインフルエンザ陽性、問診で鳥インフルエンザ流行国滞在歴と鳥との濃厚接触歴が判明し、鳥インフルエンザ（H5N1）疑いで保健所に相談していた際に、症状悪化し消防隊による移送を依頼して、当院に入院になる場面を想定したシナリオを作成し訓練を実施した。また、直接参加できない施設でも参加できるように Web での参加ができるように、ハイブリット形式で行い、場面ごとの状況が分かりやすいように解説も交えた。【成果・考察】今回の訓練では、当該地域の行政や医師会、近隣地域の行政や施設、当院連携の施設等を合わせると約 80 名程の参加があった。コロナ禍を機に、地域での感染対策を推進していくことに関心を持っていたことがわかったことや医療機関以外の意見も聞かれ参考になった。今後も感染対策の継続、維持、更なる発展をするためには、平時から地域の医療機関との信頼関係を構築していくことが必要である。

P1-034 模擬病棟 MAP を用いた新興感染症を想定した訓練の実施

一般公益社団日本海員救済会小樽救済会病院感染対策室
○久保亜佐子（くぼ あさこ）

【背景・目的】感染対策向上加算の要件として、新興感染症発生等を想定した訓練の実施が求められている。ノロウイルスはウイルス性胃腸炎や食中毒の主要な原因病原体である。感染力が非常に強く、医療施設に限らず療養型施設や通所介護施設等において、アウトブレイクの発生が毎年報告されている。今回、ノロウイルスの院内発生を想定したシナリオを作成し、模擬の病棟 MAP（以下 MAP）を用いて訓練を実施したので報告する。

【活動内容】シナリオは、ノロウイルスについて 1 初発患者の発生、2 感染拡大、3 アウトブレイクを想定し作成した。ホワイトボード上に MAP を作成し、患者に見立てたマグネット 3 種類（陽性者/接触者/その他の患者）、感染対策に必要な物品のマグネット（PPE/消毒剤/感染性廃棄物専用 BOX 等）を準備した。シナリオに沿って、吐物と下痢の対応/経路別予防策/情報共有/感染経路/接触者の管理/環境清掃・消毒/手指衛生の強化・指導/感染対策室本部の設置/ゾーニング/職員の健康管理と就業制限等についてディスカッションを行い、必要な行動を MAP 上のマグネットを移動させながら訓練した。訓練後アンケートを実施した。

【成果・考察】感染対策向上加算連携施設、医師会、保健所から医師 6 名、看護師 4 名、臨床検査技師 1 名、薬剤師 1 名、保健師 1 名が参加した。参加者は、シナリオに沿って感染対策上必要な行動について積極的にディスカッションを行い、MAP 上のマグネットを移動させ視覚的に共有しながら訓練をすすめた。アンケートには 11 名が回答した。シナリオ 1・2 の対応について全員が「とても理解できた」と回答した。シナリオ 3 の対応は 9 名が「とても理解できた」、2 名が「まあまあ理解できた」と回答した。「マグネットの想定が分かりやすかった」「視覚的に捉えることができた」「実践的な訓練はとても勉強になった」等の肯定的な意見が寄せられた。事前に設定したシナリオに基づき感染拡大防止を念頭にディスカッションし、MAP とマグネットを用いて感染対策を可視化した本訓練は、感染対策に必要な行動を容易にイメージでき、実践に近い訓練となり効果的であったと考える。今後も実践に活かせる訓練を企画・実施していく。

P1-035 健康福祉事務所と連携した地域の感染対応力向上への取り組み～2025 年度の活動報告～

赤穂市民病院 感染対策室
○望月 佐紀（もちづき さき）

【背景・目的】当院は、第 2 種感染症指定医療機関として、健康福祉事務所と共に地域における感染対策の向上を目指した対応を行っている。コロナ禍より、地域での感染管理認定看護師（以下 CNIC）の活躍が更に期待され、健康福祉事務所との連携がより強固なものになってきた。昨年度より健康福祉事務所・他院の感染管理担当者との連携強化を図り、市内の 3 施設による地域の感染対応力向上への新たな取り組みを開始している。今年度は、活動を充実させた形で継続中である。その内容を報告する。

【活動内容】昨年度より、感染症対策会議や感染予防研修会に加え、新興感染症等を想定した訓練と施設への感染対策に関する実地指導を 3 施設合同で実施している。企画内容を充実させるための検討・調整を重ね、実施後の評価と今後の課題も協議した。会議は、病院やクリニック・診療所・福祉施設に向けて、災害時の感染対策について講義形式で開催した。研修会は、福祉施設の職員を対象に口腔ケアに焦点を当て、地域の歯科衛生士とタッグを組んで講義・演習を行い、手順と注意点を共通認識する機会を作った。訓練は、感染対策向上加算連携施設・医療機関・医師会等を対象に、昨年度の演習を継承した机上訓練を実施し、自施設の備蓄状況や新興感染症疑い患者受診時の対策や体制等についてグループ討議を行った。実地指導は、継続支援を含む要望のあった施設に出向き、現場での対策を批判しない姿勢で支援した。

【成果・考察】CNIC が地域の医療機関、福祉施設に直接介入する機会が増えれば、感染予防策遵守のための知識・技術の提供のみでなく、対象施設に適した感染予防と制御に結び付けることができる。地域での活動は、顔と顔の見える相談しやすい関係性の構築につながった。また、活動を継続・充実したことで、徐々に現場環境が整い、感染管理に関する理解者を増やす活動にも発展させることができた。これらの活動は、感染症対応に関する地域医療施設間の役割分担、連携体制の構築を押し進める一歩となったと考える。今後も、健康福祉事務所と連携し、CNIC の視点で地域に根差した感染対策の推進に取り組んでいきたい。

P1-036 山形県村山地域 AMR（薬剤耐性）ネットワークの活動報告

山形市立病院済生館¹⁾、山形県庄内保健所²⁾、山形市保健所³⁾、社会福祉法人恩賜財団済生会山形済生病院⁴⁾、山形大学医学部附属病院⁵⁾、山形県立中央病院 感染症内科・感染対策部⁶⁾

○織田 士子（おだ ことこ）¹⁾、森 福治²⁾、加藤 裕一³⁾、川合 英樹⁴⁾、関口 徳志¹⁾、伊豆野良太⁵⁾、森谷 和則⁶⁾、阿部 修一⁶⁾、森兼 啓太⁵⁾

【背景・目的】薬剤耐性（AMR）は抗菌薬の不適切使用や不十分な感染対策などを背景として増加する一方、新たな抗菌薬は減少傾向にあり、世界的な課題となっている。山形県村山地域（以下、当地域）では令和 5 年 6 月に村山 AMR 等対策ネットワーク（以下、NW）を設置し、医療機関等が地域の AMR に関するデータ収集や情報共有を行い、協議を重ねてきた。令和 7 年 9 月にはワーキンググループ（以下、WG）を立ち上げ、医療機関データの経年的な分析により今後の対策について検討を行っている。

【活動内容】昨年に続き、地域の AMR の現状を明らかにするため、当地域の病院を対象に院内感染対策サーベイランス（JANIS）情報からバンコマイシン耐性腸球菌（VRE）の分離件数、黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率、大腸菌のフルオロキノロン耐性率、緑膿菌のカルバペネム耐性率、大腸菌・肺炎桿菌のカルバペネム耐性率データを抽出した。データを集計し、WG で当地域における今後の対策について検討を行っている。

【成果・考察】当地域における VRE の分離件数は令和 5 年 1 件、令和 6 年 2 件であった。黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率、大腸菌のフルオロキノロン耐性率、緑膿菌のカルバペネム耐性率、大腸菌のカルバペネム耐性率、肺炎球菌のカルバペネム耐性率は、令和 5 年と令和 6 年にそれぞれ 36.0%・38.5%、28.6%・28.2%、11.4%・8.7%、0.05%・0.00%、0.31%・0.09% だった。VRE の分離件数は、地域ごとの目標がないため、検出数の推移に注意していくことが重要である。一方、他の耐性率では、アクションプランの目標値を下回っている項目は、大腸菌のフルオロキノロン耐性率と大腸菌・肺炎桿菌のカルバペネム耐性率であった。地域の AMR 対策を進めていくためには、関係機関が連携して動向調査や情報共有を行うとともに、地域への啓発等フィードバックを含めた対応が必要である。地域の AMR への意識向上と地域連携の強化の取り組みとして、令和 7 年度は NW 研修会に社会福祉施設にも参加を呼びかけ複数の施設の参加を得ることができた。

P1-037 精神科領域における地域連携活動を通じた感染対策の質向上に向けた取り組み

独立行政法人国立病院機構 東尾張病院
○田尻理恵子（たじり りえこ）

【背景・目的】精神科専門病院 A は感染対策向上加算 1 を算定する一般病院と連携しており、同一般病院は精神科専門病院 B とも連携していた。3 病院で合同の環境ラウンドやカンファレンスを行う中で、精神科病院では病棟構造や運用上の制約により、手指衛生が適切なタイミングで実施されていない可能性が示唆された。しかし、どの場面で困難が生じ、その要因が何であるかは明確ではなかった。そこで 2025 年度は、感染対策の質向上を目的として手指衛生の直接観察を実施し、精神科病院特有の要因を具体化した上で改善策を検討した。本報告では、その取り組みと教育ツール作成までの経過を述べる。

【活動内容】3 施設合同で WHO「手指衛生 5 つのタイミング」に基づく直接観察を行った結果、精神科病院では個人防護具（以下 PPE とする）を病室前に設置できない、感染性廃棄物が施設管理されているなどの構造的制約が手指衛生の実践を妨げていることが明らかとなった。特に「患者に触れる前」の遵守率が低かったため、保護室や個室での鍵の開錠・施錠後の手指衛生のタイミング、PPE 着脱の困難さなどの要因を分析し、精神科病院でも実践可能な手指衛生のタイミングを整理した。改善策として、ナースステーション内で必要な PPE をビニール袋にまとめ、手指衛生後に患者サイドで着用する方法を検討し、これらの内容を基に精神科病院に適した手指衛生教育動画を作成した。

【成果・考察】直接観察に基づく課題の具体化と環境改善により、手指消毒剤使用量は 2025 年（4～12 月）に 5.1L/1000 患者・日となり、前年同期間より 1.1L/1000 患者・日と有意に増加（ $P<0.05$ ）した。遵守率は 57.5% から 59.9% へ上昇したが（ $P=0.21$ ）、統計学的な有意差は得られなかった。しかし多くの月で改善傾向がみられ、スタッフの行動変容が観察より確認された。これは構造的制約を踏まえた運用改善が実践を促進した結果と考える。教育動画は現在作成段階であり、その効果検証は今後の課題であるが、動画作成の過程は自身の学び直しを促し院内啓発の基盤となった。今後は動画を活用した継続的教育と定着に向けて評価を進め、精神科病院における感染対策の質向上を目指す。

P1-039 カード教材を用いた参加型感染対策研修の有用性—泉州地域での実践報告—

医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院¹⁾、市立岸和田市民病院²⁾、大阪母子医療センター³⁾、医療法人良秀会 藤井病院⁴⁾、市立貝塚病院⁵⁾

○望月 和美（もちづき かずみ）¹⁾、宅間 環²⁾、木下 真柄³⁾、森野 幸代⁴⁾、水本 雄二⁵⁾

【背景・目的】地域における感染対策の質向上には、現場での判断力や気づきを高める実践的教育が求められている。泉州地域では、泉州感染防止ネットワークが主体となり、大阪府看護協会と協働し、支部交流会として研修会を開催している。しかし、従来の研修では参加者が発言しにくいことが課題であった。また、医療・介護現場における洗浄・消毒は、施設背景や設備により対応が異なり、手順のばらつきや判断に迷う場面が多い分野である。そこで本研修では、現場を想起しやすいカード教材を活用した参加型研修を実施し、その有用性を検討することを目的とした。

【活動内容】地域の医療・介護・福祉従事者 42 名を対象に研修会を実施した。洗浄・消毒の具体的な場面を設定し、判断基準を共有しやすくなるため、器材や個人防護具を提示したカード教材を用いたグループワークを行った。視覚的に状況を共有することで、洗浄・消毒方法の選択、問題点および改善策に関するディスカッションの促進を図った。研修後にアンケート調査を実施し、研修内容を評価した。

【成果・考察】アンケートの回答率は 100% であった。グループワークは「非常に良かった」45.2%、「良かった」47.6% と高評価であった。カード教材の使用についても「非常に良かった」45.2%、「良かった」33.3% と肯定的な回答が多数を占めた。カード教材の活用により、洗浄・消毒が必要な場面を視覚的に想起しやすくなり、発言の契機となったことで、参加者間のディスカッション活性化につながったと考えられる。さらに、ファシリテーターからも教材の有用性を支持する意見が得られた。以上より、本研修は洗浄・消毒に関する知識習得の促進およびディスカッションの活性化に一定の有用性が示唆された。

P1-038 施設間を跨ぐ VCM 治療における薬剤師連携と救急救命士の有用性：MRSA 化膿性関節炎の転院搬送事例から

社会医療法人 豊生会 東苗穂病院 薬剤科¹⁾、社会医療法人 豊生会 東苗穂病院 感染対策室²⁾、公益社団法人 北海道勤労者医療協会 勤医協中央病院 薬剤部³⁾

○武田 元樹（たけだ げんき）^{1,2)}、近藤 史博³⁾、三島 紀子²⁾

【背景】救急・転院搬送の現場では感染症症例に遭遇する機会が非常に多く、搬送時における治療継続性の維持は極めて重要な課題である。特にバンコマイシン（VCM）は、TDM に基づく厳密な投与設計が求められるが、施設間移動の際に情報が断絶するリスクがある。今回、MRSA 化膿性関節炎の転院搬送において、薬剤師の専門的情報を救急救命士が確実に繋ぐことで、シームレスな薬物治療を継続できた 1 例を報告する。

【症例】70 歳代女性。急性腸炎で入院中、第 12 病日に右膝化膿性関節炎（MRSA）を併発。東苗穂病院（以下、当院）薬剤師の TDM 介入の下、VCM を負荷投与量 1.5g、維持投与量 750mg q48h で開始した（Ccr16.4mL/min、予想 VCM トラフ値 14.3μg/mL）。第 15 病日の VCM 血中濃度が 27.6μg/mL と想定外の高値を示したため、当院薬剤師は主治医に 500mg q48h への減量を提案し、了承された。第 16 病日、手術目的で他院へ転院。転院に際し、当院薬剤師は VCM の負荷・維持投与の全経過、TDM 推移、および減量に至った判断根拠を詳述した情報提供書を作成。搬送を担当する救急救命士に対し、転院先の医師および薬剤師へ本情報を直接かつ確実に共有するよう申し送った。転院先では、提供された情報を基に同院薬剤師が速やかに介入。抗菌薬局所持統灌流（CLAP）療法施行下において、「TDM 臨床実践ガイドライン 2024」に準じた適正な血中濃度制御が継続された。投与 42 日目に炎症反応の改善と培養の陰性化を確認し、治療を完遂。その後、施設入所等の検討のため当院へ再入院となった。

【考察・結論】救急現場では感染症対応の頻度が高く、薬剤師による専門的な評価内容を救急救命士が正確に「橋渡し」する本モデルは、施設間の情報伝達の脆弱性を克服する上で極めて有用であった。救急救命士が薬剤師の意図を汲み取り、臨床情報を繋ぐことは、高度な抗菌薬適正使用を推進し、患者予後を改善するための鍵となり得る。本症例は、多職種および施設間連携が感染症治療の質を担保する上で重要であることを示唆している。

P1-040 外来感染対策向上加算取得施設への指導強化加算活動報告

独立行政法人国立病院機構 三重中央医療センター ICT

○近澤 香織（ちかざわ かおり）、小林麻里子、水谷 恵里、雲井 直美、木下 絵里、築川 樹、小西 友美、鈴木 亮平、内藤 雅大

【背景・目的】当院は、感染対策向上加算 1、指導強化加算を算定している。市内で、外来感染対策向上加算（以下、外来感染）取得診療所は 76 施設ある（2025 年 12 月 1 日現在）。2022 年の診療報酬改定を受け、当院は外来感染施設との連携が重要であると考え、診療所の感染対策状況を把握する為、多職種で診療所訪問を行い、感染対策に関する助言を行ったため報告する。

【活動内容】外来感染施設の管理者が当院に年 2 回集合し、カンファレンスや訓練を実施している。2022 年当初、外来感染取得要件のセルフチェックリストを作成し、配布している。初回は内科、小児科、耳鼻咽喉科等 31 施設の参加があり、今後の統一した興味のある課題の提供によるカンファレンスは難しいのではないかと評価した。そこで、各診療所の感染対策状況や感染管理に対するニーズを把握するため、指導強化加算として、診療所訪問を 1 年に 4 か所ずつ 4 年間実施した。院内感染管理者はすべて医師であり、職員は医師、看護師、事務職員で構成されている診療所がほとんどであった。感染対策に関する取り組み事項の提示は、半数以上の診療所で提示が成されておらず指導を実施した。院内の巡回の実施については、記録が確認できた診療所は 1 施設のみであり、戸締りの時に巡回していると述べられるなど、巡回はしているが記録物としての確認は行えなかった。発熱患者の動線分離体制については、すべての診療所で体制が整備されており、特に問題は認めなかった。

【成果・考察】外来感染を取得する施設は、感染防止対策部門を設置、実施する体制及び感染症の患者を適切に診療する体制が求められている。掲示物やマニュアルの使用等方法等訪問し、他者評価で分かることもあり、診療報酬に求められる最低限の感染管理を実施し、連携する加算施設が認定することで、外来感染対策向上加算を取得している施設が自信をもって感染症患者の診療を行うことができ一助になればと考える。また、指導強化加算として、指導を行うだけでなく、主要診療科別のチェックリストなどを作成し、自己チェックを実施することで、感染管理の自立を行えるよう支援していく必要があると考える。

P1-041 徳洲会グループ薬剤部における病院横断的な感染制御推進支援の評価—抗菌薬 TDM 臨床実践ガイドライン 2022 推進活動についての調査—

医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院 薬剤部¹⁾、徳洲会薬剤部 感染委員会²⁾

○田中 博和 (たなか ひろかず)^{1,2)}、津田 裕菜¹⁾、横山 靖法²⁾、萬 淳史²⁾、亀本 浩司²⁾、小川 直紀²⁾

【背景・目的】徳洲会グループは都市部のみならず離島・へき地に病院を開設しており、その規模や環境は様々で、感染業務に習熟した薬剤師が不在の病院もある。そこで、徳洲会グループ薬剤部は「感染制御及び抗菌薬適正使用支援に関する活動を行うことにより質の向上・薬剤師の育成および臨床研究などの学術活動に貢献する」ことを目的として、2022年7月から薬剤部感染委員会の活動を開始し、病院横断的な活動を展開した。活動の効果を検証するために質問紙調査をおこなった。【活動内容】年度ごとに全国共通の活動テーマを決め、東西南北の4ブロックに分かれて活動した。2022年2月発行の抗菌薬 TDM 臨床実践ガイドライン 2022 でバンコマイシン (VCM) の Therapeutic Drug Monitoring (TDM) 評価法がトラフから Area Under the Curve (AUC) へ変更されたことから、2022年度は「抗菌薬 TDM について見直ししてみよう〜より円滑な支援と AUC ガイドの活用〜」をテーマとし、AUC 評価への移行を支援した。4ブロック合同勉強会をオンラインで開催し、その後ブロック単位で活動した。【成果・考察】活動開始時に開設していた70病院中47病院から回答があり、利用許可が得られなかった3病院を除く44回答を評価に使用した。2025年6月時点で VCM を使用しない2病院・薬剤師が TDM に関わっていない1病院を除外した41病院のうち93% (38/41) が AUC 評価を行っており、多くの病院が当該ガイドラインに準じた評価法へ移行していることが確認できた。一方、委員会からの支援の有効性に関する設問では、前任者退職等による無効5回答を除外した39病院のうち、300~499床の病院では31% (5/16) が、100~299床の病院では75% (12/16) が、50~99床の病院では50% (2/4) が委員会の支援によって AUC 評価へ移行したと回答した。なお、500床以上の3病院すべてが、委員会活動開始時点ですでに AUC 評価を行っていた。これらのことから、500床以上の病院を除き委員会による病院横断的な活動が効果を上げたことが示された。薬剤師が TDM に関わっていない病院や AUC 評価に移行していない病院への支援継続が今後の課題である。

P1-043 群馬県 ICN 分科会による若手 ICN の活動推進に向けた支援研修会報告

上武大学 看護学部¹⁾、群馬県立心臓血管センター²⁾、群馬県立精神医療センター³⁾、群馬県医師会⁴⁾

○千木良悦子 (ちぎら えつこ)¹⁾、小野 雄一²⁾、打木 洋行³⁾、川島 崇⁴⁾

【背景・目的】群馬県感染症対策連絡協議会の下部組織である ICN (infection control nurse) 分科会は、県内ネットワークの強化と感染管理の質の向上、地域への啓発を目的に活動している。現在、所属する感染管理担当者 (以下 ICN) の36% (28/78名) が ICN 経験3年以内であり、所属施設内での活動時間や内容、職位にばらつきが生じている。日々の活動に不安を抱えている ICN も存在しているが、定例会では時間の制約や経験年数の差から、個々の悩みを十分に相談できる機会が限られていた。そこで、個々の悩みを解決できる機会を設け、各施設での感染防止対策活動の推進を支援することを目的に研修会を開催した。【活動内容】研修開催にあたり、感染対策活動における悩みや課題に関する事前調査を実施し、類似した内容をカテゴリ分類した。講師は、悩みや課題に対して助言可能な ICN 4名を招聘した。研修プログラムは、事前調査で抽出した課題に対し、講師の実例を交えた意見交換や具体的な助言を行うセッション、および参加者同士で課題を共有するグループワークで構成した。研修終了後に無記名のアンケートを実施し、研修の有用性を評価した。【成果・考察】研修参加者は36名で、58% (21/36名) が ICN 経験3年以内であった。アンケート回答は23名 (回収率64%) であった。自施設での活動の上で課題と考えている事として「活動日・活動時間の確保 (21%)」、「ICN 同士の連携・業務分担 (10.5%)」、「自部署の役割と病院外活動のバランス (10.5%)」などであった。所属施設の体制が異なるため、個々に対応した支援が今後の課題である。研修の評価としては、講師の実体験に基づく助言により気持ちが高まった、同様の悩みを持つ仲間が存在を知り安心した、対人関係の重要性を再認識した等の意見が得られた。本研修は不安や課題を表出できる場となり、精神的支援に繋げることができた。ICN 分科会として、ICN が孤立感を解消し積極的に活動できるように研修会等の機会を設け、継続的な支援体制を構築していくことが重要と考えられた。

P1-042 ノロウイルス感染対策に対する職員の認識と対応力の現状

医療法人 千寿会 道後温泉病院

○平松 航 (ひらまつ わたる)、山内めぐみ、村田 洋介、大西 誠

【背景・目的】当院では複数回ノロウイルスの集団感染を経験し、以降整備してきた。2021年から2025年までに発生した2事例では迅速な対応により拡大を防止できた。しかし近年は職員の入れ替わりにより過去の教訓や危機意識の希薄化が懸念されている。特に当院は多床室が多く、自己免疫疾患患者や高齢者が多数入院している為、一度発生すると拡大リスクが極めて高い。本研究では、職員の理解度を把握し、今後の感染対策教育の指針を得る事を目的としてアンケート調査を実施した。【活動内容】対象・期間：2025年11月当院に勤務する看護職員97名 (休職者をのぞく) 調査方法：自記式質問紙調査 (経験年数、対応経験、マニュアル読了有無、理解度、対応への自信等を調査) 【成果・考察】ノロウイルス対応経験がある職員は39%に留まり、約6割の職員が未経験あるいは不明であった。手順を「よく理解している」は4%に過ぎず、「概ね理解している」の77%を合わせても、実戦的な知識の定着には不安が残る結果となった。また、ノロウイルス発生時1人で対応できる自信がある職員は19%に留まり、経時により経験がある職員39%を下回る結果であった。経験者減少に伴う暗黙知の喪失が、組織全体の対応能力を低下させるリスクがある。手順の「概ねの理解」を「確実な実践」へと引き上げる為には、継続的な教育プログラムが必要である。職員の入れ替わりにより、ノロウイルス対応経験を持つ看護職員は少数化しており、知識や経験不足による不安が顕在化している。感染拡大を未然に防ぐ為には、定期的な勉強会やマニュアルの周知徹底を行い、組織的な感染管理体制の再構築と指導の継続が不可欠である。

P1-044 科学的根拠に基づいた呼吸器防護体制の構築

医療社団法人 哺育会 白岡中央総合病院

○松本 早苗 (まつもと さなえ)、馬場 歩

【背景・目的】当院では N95 レスピレーター (以下、N95 マスク) は供給確保や価格面が優先され、適合確認がなく決定されていた。また、職員への事前アンケート (189名回答) では、9割以上が「装着方法を理解している」と回答したが、感覚的で不正確な認識が散見された。これらの課題から採用品の評価とマスク適合率の向上を図り、科学的根拠に基づく呼吸器防護具の選定と組織定着を目的に活動を行った。その有用性を Donabedian モデルに基づき検討した。【活動内容】事前アンケート結果を受け、N95 マスクの説明とフィットテストを一体化した講習会を2回企画し開催した。1回目 (35名) では旧マスクと新規候補マスクの適合率を比較評価した。2回目 (57名) では新規マスクの適合性を確認した。これらの検証結果から、採用マスクの変更のみならずフィットテスト機器の導入、年に2回の定期的なフィットテストを院内制度として確立できた。加えて、フィットテストを適切に実施するためのインストラクター育成等の教育体制を整備した。【成果・考察】フィットテストの結果、旧マスクの適合率は5.7% (2名/35名)、新規マスクの適合率は95.6% (86名/90名) と適合率は飛躍的に向上した。本活動は Donabedian モデルにおける Structure (機器導入、新規マスクの採用、インストラクター育成、制度化) を再構築し、定量的評価という Process (客観的な適合確認、実技指導) により Outcome (適合率の向上と安全性の担保) と位置付けられる。活動当初、収益とならないマスクの選定や測定機器導入のコストや、多忙な現場からの人員の捻出が大きな課題であった。しかし、従来の「感覚的な装着」では適合率が極めて低いという「定量的な事実」やアンケートで判明した「職員の不正確な認識」を可視化、共有したことが組織変革の強力な推進力となった。結果として、本試みは一過性の教育活動に留まらず、インストラクターの育成および定期的なフィットテスト実施の制度化という呼吸器防護体制の確立に繋がった。教育時間の確保が困難な新興感染症流行に備え、平時から全職員が着脱法や適合マスクを把握することは、安全な組織基盤の構築の一助となったと考える。

P1-045 組織で取り組む感染対策～感染対策向上加算2算定病院へStepUp～

医療法人 社団橘会 新生病院

○宮部 由佳 (みやべ ゆか)

【背景・目的】当院は、病床数 96 床のポストアキュートタイプの小規模病院であり、令和 4 年に新型コロナウイルスの院内アウトブレイク (47 名超) 発生により、指導対象施設として行政の外部指導で感染対策改善提案を受けた。しかし、院内感染対策の明確な組織変容には至らず、複数回の院内伝播を経験した。令和 7 年 4 月に感染管理認定看護師の雇用を契機に「組織ぐるみの感染対策」を掲げ、院内感染対策の向上を目的に活動を行った。

【活動内容】1. 組織改革：感染対策向上加算 2 の算定に向けた取り組み、Janis サーベイランス等への参加、感染対策委員会の組織内活動明確化、感染対策チーム発足後の活動内容周知、院内ラウンドを月 1 回から週 1 回への変更実施。2. 手指衛生遵守活動：手指衛生については、個人携帯の推進、個人使用量測定、委員による啓発活動、直接観察と現場へのフィードバックの実施。3. 個人防護具使用基準の見直し：標準予防策に関する誤った知識に基づき個人防護具を装着したままでの患者間・病室間移動が習慣化していた。対策として、職種ごとの接触予防策の教育指導、感染伝播リスクについての部門別研修による教育啓発活動を実施。

【成果・考察】感染対策の推進と組織の意識改革、情報共有の必要性から「感染対策向上加算 2」を申請し、県内医療機関で開催される感染対策連携会議等へ参加するとともに、加算 1 施設との連携締結による圏域内の地域連携体制を構築した。組織内では、多職種参加による院内ラウンドにより感染対策の課題抽出と対策の見直しを実践している。感染対策の基本である手指衛生遵守向上のために、擦式アルコール手指消毒剤の選定、目標設定、及び Point of Care での実施指導と啓発を行うとともに、個人使用量測定による患者日あたりの実施回数の把握とフィードバック実施により、手指衛生目標達成率が 56% 増加した。これらの活動が功を奏し、当院では令和 7 年 4 月以降院内アウトブレイクは起きていない。交差感染に影響を及ぼす個人防護具の不適切な使用については、全職員の意識改革～行動変容に対する介入が今後の課題と考える。

P1-047 組織における感染管理認定看護師・リンクナースの感染管理機能を発揮するための役割行動の明確化

国立がん研究センター東病院 看護部¹⁾、国立がん研究センター東病院 感染制御室²⁾

○早坂 和恵 (はやさか かずえ)¹⁾、橋本 麻子²⁾、小田部達彦¹⁾、遠藤 幸枝¹⁾

【背景・目的】感染管理認定看護師(以下 CNIC)は、院内での業務において専従 CNIC と兼任 CNIC が存在するが兼任 CNIC の役割は施設間で差が大きい。A 病院 (427 床がん専門病院) では CNIC4 名と養成課程修了者 1 名が在籍し、今後 CNIC 取得を希望する看護師がいる。人員配置により専従と兼任が交替する病院において、安定した感染管理体制を維持するためには専従・兼任 CNIC およびリンクナース (以下 LN) の役割を整理し、効率的な感染対策と人材育成を図る必要がある。今回、感染管理体制の質向上と認定看護師育成を目的として、それぞれの役割行動を明確化したため報告する。

【活動内容】専従および兼任 CNIC から活動における課題を聞き取りした結果、それぞれが活動している中で自分の立場でどこまで介入してよいか迷いがあることが明らかになった。そこで専従 CNIC・兼任 CNIC・LN に対して期待される役割行動を明確にした。内容は日本看護協会が定める感染管理認定看護師教育基準カリキュラムにおいて CNIC の役割とされる 7 つの分類に抗菌薬適正使用を加えたものとした。専従 CNIC の業務は、A 病院「感染制御室運営要領」に定める院内感染管理者の責務をより具体化し、病院全体を横断した感染管理活動を担うことを基本とした。また、看護部内の感染対策に関しては兼任 CNIC や LN と情報共有しながら、感染制御室と看護部の連携基盤を維持・強化する役割を明記した。兼任 CNIC は看護部内の感染対策を推進しつつ、自部署に関連する課題の改善に取り組む役割とした。現場の看護業務を担う立場を置き、臨床での気づきをもとに改善活動を継続し、看護部全体の質向上に寄与する位置づけとした。LN は自部署の日常的な感染対策の推進と LN 会の活動を役割とした。

【成果・考察】役割行動を明確にしたことで組織から求められる期待に応えやすくなり、活動における達成感につながる可能性があると考えた。また CNIC の役割や専門性を具体的に伝える構造としたことで LN から CNIC、兼任から専従を目指すキャリア形成が期待される。今後は役割行動に合わせた教育や支援を行い、LN と CNIC の実践力向上を図り感染管理人材の育成と感染対策の質向上につなげていく。

P1-046 行政機関と協働した感染対策エキスパート職員フォローアップ研修の実施と評価

医療法人社団如水会 今村病院¹⁾、地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館²⁾、独立行政法人国立病院機構 佐賀病院³⁾、医療法人至誠会 なゆたの森病院⁴⁾

○古賀 陽子 (こが ようこ)¹⁾、三好恵美子²⁾、水野えりこ³⁾、重松 孝誠⁴⁾

【背景・目的】新型コロナウイルス感染症の流行を契機に、佐賀県内中小規模医療機関における感染対策のリーダーとなる職員(看護師)の育成を目的として、佐賀県庁健康福祉政策課(以下、行政機関)と地域の感染管理認定看護師が協働し、令和 6 年度に感染対策エキスパート職員研修(以下、基礎研修)を実施した。研修では知識・技術の習得を図った後の実践状況や課題を継続的に把握し支援することは難しい。そこで今回、令和 7 年度にフォローアップ研修を開催したため、その概要を報告する。

【活動内容】令和 7 年 11 月 13 日にフォローアップ研修を実施し、基礎研修受講者 28 名中 23 名が参加した。グループワークでは基礎研修で作成した自施設の感染対策実施計画書をもとに、実施できた点、および実施困難であった点とその要因について意見交換を行った。さらに、他施設の取り組みを共有し、自施設での実施可能性を検討した。講義では、感染管理認定看護師より、感染管理に関する情報収集のための各種リソースの活用方法と改善事例を紹介し、加えて基礎研修で関心の高かった「洗浄・消毒・滅菌」をテーマに具体的事例を交えて共有した。

【成果・考察】フォローアップ研修では、他施設との取り組み共有や意見交換を通じて、自施設の感染対策を見直すとともに、連携の重要性を再認識することにつながったと考える。また、感染管理に関する各種リソースの活用方法や実践状況を提示したことで、研修生が自ら必要な情報を収集し、根拠に基づいて改善策を検討する視点を持つきっかけとなった。研修後アンケートでは、研修内容を業務に活用できるとする肯定的回答が 100% であった。一方で、実践においては人員や時間の制約、管理者の理解不足など、個人の取り組みだけでは解決が難しい課題が挙げられた。研修の運営面では、行政機関が研修の周知や参加促進に関与したことにより、参加者の確保や地域全体への普及につながった。今後も行政機関と協働し、継続的なフォローアップ体制を構築することで、地域全体の感染症対応力向上に寄与することが期待できる。

P1-048 リンクナース(以下 LN)の院内感染発生時の問題意識と対応スキルの向上について

大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター

○橋本 美鈴 (はしもと みすず)、西上奈緒子

【背景】当院では院内感染の発生時に CNIC が LN に情報収集に行くと、事の重大さに気づいておらず、危機感に欠ける LN が多く見受けられ、LN に自部署で起こっている感染に問題意識を持たせ、解決できるように導く必要があると考えていた。

【活動内容】2025 年度の LN に、自部署で起こった感染事例を「情報共有シート」を用いて事例を整理し、事例検討カンファレンス(以下事例 CF)で「自部署での情報共有」と「看護ケアや処置などの振り返り」及び「感染対策の検討」をするように課題を与えた。また事例ごとに 4 つのグループ(CLABSI、CAUTI、耐性菌、飛沫感染)に分け、各テーマの勉強会も課題とし、感染事例の原因の推測や活動内容を発表するようにした。そして LN に感染対策の意識やスキルの向上に関して、年度初期と年度末の変化を 10 段階評価でのアンケート調査を行った。

【結果】CAUTI グループ 5 部署は、事例 CF 前 16 カ月の感染率が各々 0.75、1.28、1.09、1.33、0.85 から、事例 CF 後 6 カ月では全ての部署で感染率が 0 となり、CLABSI グループ 2 部署では、感染率が両方とも 1.33 だったのが 0.78 と 0 に低減した。耐性菌グループ 2 部署では 1 日 1 患者当たりの手指消毒剤の使用量が、同時期比較で各々 4.96 から 5.68、14.63 から 13.14 で 1 部署では低下し、新規 MRSA も 1 件発生した。飛沫感染グループ 4 部署では事例 CF 後、飛沫感染による院内感染の発生はなかった。アンケート調査(LN12 人が回答)では、自部署での感染事例を振り返り LN 自身の問題意識は 2.8、病棟全体での問題意識は 2.1 上昇した。また勉強会での知識の向上では 3.5、感染対策のスキルの習得は 3.1 上昇し、意識よりも知識とスキルの方が上昇した。

【考察】アンケートの自由記載で「感染兆候の見逃がしに気づけた」、「できていなかった感染対策があった」などの記載があり、事例を検討したこと、問題意識を高める事ができ、感染率の低減に繋がったと考える。今後は院内感染の発生ごとに LN が積極的に部署全体で問題解決に取り組めるように育成していき、問題意識を持ち自ら知識をつけ、対応スキルの向上に繋がっていかせる事が課題である。

P1-049 抗菌薬適正使用への取り組み～感染制御チーム4職種によるカルテ介入の効果～

国立病院機構 医王病院

○池下 聖子 (いけした さとこ)、田上 敦朗、高橋 和也

【背景・目的】当院では薬剤耐性菌保菌者の増加により、抗菌薬適正使用に課題がある。感染対策向上加算3施設で抗菌薬適正使用支援チーム（以下AST）の実働はないが、令和4年度から感染制御チーム（以下ICT）の4職種（医師、薬剤師、検査技師、感染管理認定看護師）で、電子カルテ内に抗菌薬適正使用コメントを記載している（以下カルテ介入）。カルテ介入時、担当医へ連絡はしていないが、“全科カルテ”で全職種閲覧可能である。当院医師への認識状況と、抗菌薬選定の一助となっているかを確認する目的でアンケート調査を実施した。

【活動内容】広域抗菌薬使用時や血液培養陽性時に、ICT担当薬剤師が、介入対象患者電子カルテ内に、抗菌薬適正使用について記載する専用テンプレートを立ち上げ、カルテ介入を開始する。他ICT3職種（医師、検査技師、感染管理認定看護師）は介入開始の連絡をうけ、各々職種の立場からコメント入力を実施。

【結果・考察】常勤医師14名中、カルテ介入を‘知っている’9名、‘知らない’2名であった。‘カルテ介入を意識’が6名、‘カルテ介入記録を参考’が5名、カルテ介入への要望・意見は、‘参考にしたい’や‘カルテ介入時連絡希望’などの意見があった。また‘培養を行わないことがある’7名、‘培養結果を待たずに抗菌薬開始’10名で、その際に参考にするのは‘前治療’と6名が回答した。カルテ介入時の積極的通知はないが、半数以上の医師が認知し、抗菌薬選定の参考にしていた。AST非稼働を理由に控えめな介入であったが、今後は積極的に通知し、担当医と抗菌薬選定協議が可能であると認識できた。また培養結果を抗菌薬治療に活かしかけていない現状を明確にでき、チーム介入が抗菌薬適正使用に繋がる可能性を見いだせた。

P1-050 WHO手指衛生自己評価フレームワーク(HHSAF)を活用した手指衛生遵守の取り組みと成果

産業医科大学若松病院 感染制御部¹⁾、産業医科大学若松病院 看護部²⁾

○寺本美江子 (てらもと みえこ)¹⁾、堀辺 恵美^{1,2)}

【背景・目的】A病院では手指衛生遵守に向け様々な取り組みを実施しているが、WHOが推奨する手指消毒剤使用量の目安である20ml/患者・日には程遠い。新型コロナウイルス感染症の流行で、2021年度は手指消毒回数が8.9回/患者・日と増加したものの徐々に減少し、2023年度は6.1回/患者・日だった。今後さらに減少することを危惧し、2024年度よりWHO手指衛生自己評価フレームワーク(HHSAF)による評価を行い、新たな取り組みを開始した。その取り組みと成果について報告する。

【活動内容】2024年度HHSAFの総スコアは270/500点で、最も低かった構成要素は組織文化15/100点、続いて測定評価、物品設備と課題が明らかとなった。2024年度の取り組みとして、病院管理者による決意表明や手指衛生強化月間に各部署で目標を設定し、掲示した。また、同意の得られた看護部を対象に、12月よりポシエットを用いた手指消毒剤の携帯を導入した。訪問・居宅介護支援事業所を除く全部署の看護師と看護補助者は、個人使用量を毎月部署毎に感染管理認定看護師(CNIC)へ提出することとした。結果はCNICが可視化し、各部署の看護師長へフィードバックした。2025年度は手指衛生強化月間で各診療科も目標を設定し、手指衛生遵守に取り組んだ。毎月の払い出し量が少ない部署の所属長を感染制御部の定例会議に招き、対策を協議する取り組みも行った。

【成果・考察】2025年度HHSAFの総スコアは385/500点で、組織文化の構成要素も50/100点と上昇した。ポシエットを用いた手指消毒剤の携帯導入前後の1年間を比較すると、導入前（2023年12月から2024年11月）は5.4回/患者・日、導入後（2024年12月から2025年11月）は10.8回/患者・日と倍増している。CNICによる手指衛生の5Moment直接観察でも、全てのタイミングで遵守率が増加した。ポシエットを用いた手指消毒剤の携帯や個人使用量の可視化を継続したことは、効果があったと考える。また、手指衛生強化月間後のアンケートでは、目標の掲示は意識付けになったと、全部署・診療科が回答している。今後も手指衛生遵守に向け、多角的戦略に取り組んでいく。

P1-051 無菌調製された高カロリー輸液製剤における調製後投与時間の適正化に向けた取り組み

前橋赤十字病院 薬剤部¹⁾、前橋赤十字病院 看護部²⁾、前橋赤十字病院 感染症内科³⁾

○堀内 志帆 (ほりうち しほ)¹⁾、北原 真樹¹⁾、前原 恭子¹⁾、小林 杏²⁾、齊藤 悟²⁾、福島 暁菜³⁾、佐藤 晃雅³⁾

【背景・目的】高カロリー輸液製剤（以下、TPN製剤）は、糖やアミノ酸などを含み、万が一汚染が生じた場合には微生物が増殖しやすい製剤である。当院では、注射剤・抗がん薬無菌調製ガイドラインにおける汚染リスク1に基づき薬剤部で無菌調製を行っており、「調製後28時間以内にすべて投与される」ことが求められている。しかし、臨床における投与終了時刻の遵守状況は十分に把握されていなかった。本活動では、院内薬剤部で調製されたTPN製剤の投与実態を把握するとともに、病棟看護師への周知を通じて、調製後投与時間の適正化を図ることを目的とした。

【活動内容】2025年7月から9月の間、各月1週間を対象に、当院薬剤部で調製されたTPN製剤の病棟での交換（投与終了）時刻を後方視的に診療録から調査した。初回調査の結果を踏まえ、感染担当薬剤師が各病棟のリンクナースを対象に勉強会を実施した。勉強会では、TPN製剤における調製後投与時間と感染リスクの関連、投与終了時間を意識した管理の重要性について説明した。勉強会後は、リンクナースを通じて各病棟看護師への周知を行い、再度投与終了時刻を調査して介入前後で比較評価した。

【成果・考察】初回調査では、対象となったTPN製剤の8.9%において、調製後28時間を超えて投与されている実態が確認された。一方で、28時間以内に投与終了できている例が大多数を占めており、業務上の対応困難が主因とは考えにくい結果であった。このことから、投与時間延長の要因として、業務負担よりも調製後投与時間に対する知識や意識の不足が関与している可能性が示唆された。そこで本活動では、勉強会による周知という手法を選択し、背景を理解した上で行動を見直すことを目的とした。勉強会前後での投与終了時間の変化から、本取り組みは適正な投与時間管理の実現に寄与したと考えられる。今後も継続的なモニタリングと定期的な周知活動を行い、調製後投与時間の適正化を維持していく必要がある。

P1-052 血液培養検査のコンタミネーション率減少に向けた取り組み

地方独立行政法人奈良県立病院機構奈良県西和医療センター 感染対策室¹⁾、地方独立行政法人奈良県立病院機構奈良県西和医療センター 呼吸器内科²⁾

○森脇美智子 (もりわき みちこ)¹⁾、西田 典子¹⁾、田村 緑²⁾

【背景・目的】血液培養検査のコンタミネーションは、偽陽性を引き起こし、不要な抗菌薬投与、入院期間延長、医療費増大、さらには耐性菌のリスク増加につながる。CUMITECH血液培養検査ガイドラインでは、コンタミネーション率の目標値は2~3%と言われている。その中で当センターでは、2023年4月~9月の血液培養検査のコンタミネーション率が3.4%と上昇した。2022年度は1.5%であった。迅速な介入が必要と考え、ICN、ICT、看護部感染防止委員会メンバー（以下、LN）が連携しコンタミネーション率低下に向けて取り組み、現在まで継続し成果が得られたのでここで報告する。

【活動内容】1. 血液培養検体採取のマニュアルの改訂 (1) 2023年10月皮膚消毒薬をボビドンヨードから1%CHGアルコール含有綿棒へ変更 (2) 保清が不十分な患者に対し採取部位に消毒前の清拭クロスでの清拭実施 (3) 各部署へ改訂後のマニュアルにラミネートを行い、いつでも見ることができるよう配布 2. ICNによりLNへ血液培養検査の採取方法の勉強会と各部署での伝達講習の実施 3. LNによる血液培養採取のバストブラクティスを活用し、定期的な遵守率調査の実施

【成果・考察】対策開始後2023年度10月~3月までのコンタミネーション率1.1%であった。2024年度は7月~9月まで血液培養ボトルの供給制限があり2セット採取率が低下したがコンタミネーション率は1.0%であった。2025年度4月~1月までは0.9%という結果で現在に至る。対策後目標値である3%未満を達成し継続することができた。本取り組みにより血液培養検査のコンタミネーション率は低下した。その成功要因として、注意喚起だけでなく消毒薬変更や、救急搬送患者の血液培養検体採取でコンタミネーション件数が多かったため、穿刺部位の清潔につとめたこと、またマニュアル改訂し配布することにより手技の標準化を図ったことがあげられる。定期的なLNによる遵守率調査により現場の意識を高めたことも効果的であった。今後も継続的な改善活動を通じコンタミネーションの予防にむけ取り組んでいく。

P1-053 陰部洗浄方法の見直し～陰部洗浄ボトルから単回使用の紙コップへ変更～

医療法人財団 明理会 行徳総合病院

○高井 愛子（たかい あいこ）、中川 望、関本あゆみ

【背景・目的】当院の周辺地域は全国的にみても VRE の発件数が多い地域となっている。当院も多剤耐性菌の検出が多く、アウトブレイクも経験しており、2025 年 5 月国立感染症研究所職員による実地調査の機会を得た。耐性菌伝播において排泄ケアはリスクが高く、オムツ交換や陰部洗浄といったケアでは周囲環境の汚染や物品の汚染が考えられる。当院では、陰部洗浄時には患者ごとに陰部洗浄ボトルを使用し、使用後はベッドパンウォッシャーを使用して洗浄消毒を行っていたが、ベッドパンウォッシャーへの物品の詰め込みすぎや、ベッドパンウォッシャーを使用できない場合に十分に洗浄消毒がされずに次の患者に使用している場面があった。汚染された物品が十分に洗浄、消毒されずに他患者に使用されれば、耐性菌の伝播にもつながる可能性が高い。

【活動内容】1. 2025 年 6 月より、病棟 1 部署で陰部洗浄時に、陰部洗浄ボトルではなく、単回使用の紙コップへ移行し、実施可能か調査を行った。水圧がかからないことに不安を抱く職員は一定数いた。2. 2025 年 9 月看護部長会にて陰部洗浄ボトルから単回使用の紙コップへの移行について提案を行い、紙コップのサイズ等の検討を行った。主任会でも同様に説明を行い、紙コップへの変更に向けて各部署の看護師長と主任の協力を得た。3. 2025 年 10 月より全部署において陰部洗浄ボトルから単回使用の紙コップへ移行した。4. 紙コップへの変更が適切に実施されているか各部署のラウンドを行い確認し、毎月の主任会で問題点の確認を行った。

【成果・考察】紙コップへの変更の際には看護師長や主任の協力を事前に得ることで、全部署で移行することができた。陰部洗浄ボトルから紙コップへの変更に対して最初は手技に慣れず、洗浄のしにくさを感じているスタッフもいたが、徐々に慣れてくることもでき問題なく実践できている。陰部洗浄ボトルの変更だけではなく、患者のベッドサイドの環境整備や、日々の手指衛生や個人防護具の適切な使用方法も大切である。手指衛生の遵守状況や正しいタイミングでの PPE の交換ができていないか等、今後も現場の定期的な確認と指導の継続が必要である。

P1-055 陰部洗浄から陰部清拭への変更にに向けた取り組み

地方独立行政法人大牟田市立病院 感染管理室

○川後田美穂子（かわごだ みほこ）

【背景・目的】近年、CDI（*Clostridioides difficile* Infection）や、ESBLs（基質特異性拡張型 β ラクターマーゼ産生菌）などの薬剤耐性菌に起因する尿路感染症を有する入院患者への対応が増えている。A 病院において日常の排泄ケア（陰部洗浄）時に洗浄水が飛散することで、環境等が汚染し薬剤耐性菌の水平伝播のリスクも否定できない状況にあった。また業務面としては陰部洗浄用ボトルの準備や使用後のボトル洗浄と乾燥・保管に至るまで、関わる看護スタッフの業務内容は煩雑であった。今回感染伝播リスクの低減と業務効率化向上をめざし陰部清拭への変更について取り組んだためここに報告する。

目的：陰部清拭に変更することにより感染防止、薬剤耐性菌の伝播リスクを低減する

【活動内容】使用物品：シャボン玉石けん【全身ケアソープバブルガード®】、ビニール袋、陰部清拭用ウェットクロス、プラスチック手袋、手指消毒剤 期間：2025 年 12 月 4 日～2026 年 2 月 実施内容：1) 陰部清拭手順書を作成し、陰部清拭を実施 2) 便汚染など陰部洗浄が優先される場合は、陰部洗浄を実施する 3) 陰部（皮膚粘膜）の状況について観察し、発赤等異常が認められた場合は電子カルテに記録し陰部清拭を中止する 4) 約 2 ヶ月間試行した陰部清拭について記述式アンケートを実施

【成果・考察】アンケート回答者数 47 人（回答率 87.0%）陰部洗浄を清拭に変更することにより、患者周囲特にシーツや病衣、ベッドまわりの飛沫汚染を軽減できることが分かった。更に準備時間と後片付けの時間短縮を実感できたとの意見が多く聞かれ、業務の改善にも寄与することが示唆された。一方で泡が拭きとれないとの意見や、清拭は洗浄より汚れ落ちを不安視する意見もあった。今後泡の量や清拭クロスの使用本数、清拭方法など手順を改善し、陰部清拭への変更に引き続き取り組むことにより療養環境の改善に努めたい。

P1-054 一般病棟管理とした肺結核症例において ICT が苦慮した感染対策上の課題

橋本市民病院

○長坂 光芳（ながさか みつよし）

【背景】肺結核は空気感染対策を要する代表的疾患であり、院内感染対策の観点から適切な対応が求められる。当院は結核病床が無く、肺結核患者を一般病棟で管理せざるを得ない状況が生じる。空気感染対策の追加は院内感染対策上有効である一方、活動量低下や精神的負担など患者アウトカムへの影響、陰圧個室の確保や対策継続によるコスト増大や病床運用上の制約を伴う。そのため当院では連続 3 回の喀痰抗酸菌検査（以下：3 連痰）塗抹陰性および呼吸器症状の確認をもって隔離解除としている。今回、これらの基準に基づき管理した肺結核患者において、治療経過中に塗抹陽転化を認め、ICT として感染対策に苦慮した一例を経験したので報告する。

【症例】72 歳男性。発熱・食欲不振を主訴に精査され、胸部画像で肺粒状影を認めた。3 連痰塗抹陰性であったが核酸増幅法検査（以下：PCR）にて *Mycobacterium tuberculosis complex* 陽性となり肺結核と診断された。その後外来で抗結核薬治療が開始されたが、副作用の出現により治療中断およびレジメンの変更が必要ため入院となった。入院時は感染対策として陰圧個室に入室し、標準予防策に空気感染対策を追加し管理した。入院初日から再度実施した 3 連痰塗抹陰性および咳嗽は軽微のため一般病棟で標準予防策のみでの管理に変更した。しかし治療経過中に発熱の遷延と画像上陰影の悪化を認め、再度喀痰抗酸菌検査を実施したところ塗抹陽性となり、結核病床を有する医療機関へ転院した。

【考察・結論】肺結核患者全例を長期間隔離管理することは現実的ではない。本症例では入院基準に基づき隔離解除を行ったが、治療経過中に塗抹陽転化を認めた。結果としては二次感染が生じなかったものの、3 連痰塗抹陰性や症状確認のみでは感染性評価が不十分となり得ることが明らかとなった。今回の経験から、肺結核患者の隔離解除に際しては喀痰検査結果や呼吸器症状に加え、画像所見、臨床経過、治療反応などを ICT が総合的に評価し、状況に応じて慎重に判断する体制の構築が必要であると考えられた。

P1-056 多職種協働による包括的サーベイランス体制の構築と定着への取り組み

藤沢市民病院

○小林 直美（こばやし なおみ）、仲家 朋香、金井 明子、井澤 美紀

【背景・目的】医療関連感染対策において、感染症発生动向を組織横断的に把握し、治療と感染対策を統合して介入できる体制の構築は重要である。当院ではこれまで、消化器外科の手術部位感染（SSI）、集中治療室の中心ライン関連血流感染（CLABSI）、1 部署のカテーテル関連尿路感染（CA-UTI）に限定したサーベイランスを感染管理認定看護師（CNIC）が中心となって実施してきた。そのため、感染判定後の介入は CNIC を中心とした活動にとどまっていた。2025 年度、多職種協働による感染対策介入体制の強化と定着を目的として、全病棟での人工呼吸器関連事象（VAE）、CLABSI、CAUTI および全診療科 SSI を対象とした包括的サーベイランスを導入した。

【活動内容】院内感染対策チーム（ICT）内にサーベイランス項目別グループを編成し、医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師を含む 14 名で役割を明確化した。定例 ICT ミーティングにおいて包括的サーベイランスの意義と必要性、判定基準および運用方法を共有し、多職種で共通理解を図った。担当外の結果も毎月共有し、感染症発生动向を横断的に把握する体制とした。既存の感染管理システムの機能を見直し、必要なデータを抽出できるよう調整したことで、新たなシステム導入や追加コストを要することなく運用できた。各担当が毎月データを集計・分析し、結果は毎月院内感染防止委員会で報告し、院内情報共有システムで閲覧可能とした。さらに、延べデバイス使用日数の精度向上を目的に、看護部感染担当部長と連携し、各病棟看護師が挿入中デバイス数を把握・入力する運用体制を構築した。

【成果・考察】包括的サーベイランス導入により、抗菌薬適正使用支援チーム（AST）および ICT 活動は感染症診療や抗菌薬適正使用支援に加え、デバイス管理や標準予防策の遵守状況を含めた統合的な協議へと発展した。今後は、判定のばらつきを低減するための判定精度の向上と、介入後の成果を評価し継続的な質向上につなげる仕組みの構築が課題である。

P1-057 人工膝関節 SSI 低減に向けたサーベイランス構築と初期介入の実施

医療法人いずみ会 阪堺病院

○内野美有紀 (うちの みゆき)

【背景・目的】当院では感染管理認定看護師 (ICN) が不在で、人工膝関節手術における SSI サーベイランスは実施されていなかった。人工膝関節手術は当院で最も件数が多く、手術室スタッフから SSI 発生への懸念が寄せられていたが、実態を把握する指標がなかった。2025 年 3 月 ICN 着任を契機に、SSI サーベイランスを新たに構築し、現状の可視化と感染率低減に向けた初期介入を開始した。

【活動内容】過去の手術件数を分析した結果、人工膝関節手術が多かったことに加え、手術室スタッフから人工膝関節の SSI に関する懸念を収集した。これらを踏まえ、対象を人工膝関節手術とし、サーベイランス計画書 (詳細版・簡易版) を作成した。手術室、整形外科、感染委員会、リンクスタッフ会に目的と方法を説明し、協力体制を整備した。情報収集体制として、病棟・外来のリンクスタッフ、病棟管理者・手術室スタッフに加え、薬剤科・検査科にも報告を依頼し、感染兆候が疑われる患者を広く拾い上げる仕組みを導入した。現場の判断負担を減らすため、SSI かどうかの確定は求めず、些細な兆候でも共有してもらう方式とし、最終判断は ICN が担う体制とした。2025 年 4 月より前向きサーベイランスを開始し、過去 1 年間の後ろ向き調査も実施した。

初期介入として、慣習的に行われていた手術器械展開時の防護具着用基準や前室での器械展開を見直し、基本的感染対策を是正・標準化した。さらにエビデンスに基づきクロルヘキシジナルコールによる皮膚消毒と手術時手洗いを導入し、講習会で薬剤特性と手技を教育した。手指消毒薬携帯の運用も見直し、携帯しやすい環境を整備した。

【成果・考察】サーベイランス構築により、人工膝関節手術における SSI 発生状況を初めて定量的に把握できた。2024 年 4 月～2025 年 9 月の 366 例中、SSI は 5 例 (発生率 1.4%) であり、これに基づく SIR は 1.78 と高い傾向を示した。これにより当院の SSI リスクが客観的指標として可視化された。サーベイランス構築と初期介入を同時に進めたことで、現状把握と基本的感染対策の是正を早期に開始できた点は意義が大きい。今後も継続し、段階的な対策導入と効果検証を通じて SSI 低減を目指す。

P1-058 乳癌手術における手術部位感染 (SSI) サーベイランスと対策の評価

相良病院 腫瘍内科

○味八木寿子 (みやき としこ)

【背景・目的】乳癌の手術は Class 1 (清潔) に分類され、SSI 発生率は約 1～3% と低いが、SSI は術後治療の遅延や整容性に影響をきたすためその予防は重要である。当院は年間約 1000 件の乳癌手術を行う乳癌専門施設であり、2022 年より JANIS へ参加し SSI サーベイランスを行っている。本研究では SSI 発生率の推移と対策の効果を検討し、運用上の課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】2022～2025 年に当院で施行した乳癌手術症例を対象に、SSI 発生率を後方視的に検討した。2023 年 6 月に SSI 防止ケアバンドルを導入しており、その前後の推移を評価するため、半期別の SSI 発生率および標準感染比 (SIR) を算出し、患者背景の変化とともに検討した。

【結果】SSI 発生率は 2022 年 1.8%、2023 年 1.7%、2024 年 1.8%、2025 年 1.8% であり、年次差は認めなかった。SIR はバンドル導入前の 2022～2023 年上半期で、1.7→1.9→1.7 と高値であったが、バンドル導入後の 2023 年下半期に 0.8 へ低下した。しかし、2024 年下半期に 1.9 と再上昇した。患者背景 (年齢、BMI、合併症) や手術時間に差はなかった。一方、半期別の検討では、バンドル導入直後の 2023 年を除き、2024～2025 年で上半期 SSI 発生率 1.0% に対し下半期は 2.5% と下半期 (7～12 月) に有意に高かった ($p=0.023$)。

【結論・考察】バンドル導入により一時的に効果が得られていたが、その効果は長期的に維持されなかった。また、2024～2025 年において下半期に SSI が有意に増加しており、他術式で報告されている温暖期を中心とした季節変動と一致することから、季節要因の関与が示唆された。2025 年の再上昇の背景として、術野消毒およびラビング法の実施時間が不十分であった可能性が確認されたため、術野消毒手順の再周知、非接触タイマーの設置、ICT ラウンドの強化といった追加介入を実施した。SSI 対策の長期的効果維持には、遵守率のモニタリングを含む継続的サーベイランスと適時の再介入が重要と考えられた。

P1-059 手術部位感染対策の検討—臍部表層 SSI 低減への取り組み—

独立行政法人 国立病院機構 三重中央医療センター

○水谷 恵里 (みづたに えり)、小林麻里子、
近澤 香織、雲井 直美、木下 絵里、築川 樹、
小西 友美、鈴木 亮平、内藤 雅大

【背景・目的】腹腔鏡手術は開腹手術と比較して手術部位感染 (Surgical Site Infection: SSI) 発生率が低いと報告されている。一方で臍部は皮脂腺や角質の貯留により常在細菌叢が多く、ポート部感染の好発部位であることが指摘されている。当院では 2024 年 7 月より消化器外科手術を対象とした SSI サーベイランスを開始し、2025 年 1 月から厚生労働省院内感染対策サーベイランス (Japan Nosocomial Infections Surveillance: JANIS) に参加した。2025 年 1～6 月の SSI 発生率は 5.6% (15/266) で、そのうち 66.7% が表層 SSI であった。腹腔鏡手術の SSI は 60% が臍部の創であり、臍部表層 SSI 予防が当院の主要課題であった。そこで臍部表層 SSI の低減を目的に ICT と消化器外科医が連携し多面的介入を実施した。

【活動内容】SSI サーベイランス結果を定期的に外科カンファレンスで共有し、症例レビューによる要因分析を行った。その結果、術前の臍処置方法や手術終了時の創洗浄手技のばらつき、消毒後乾燥時間の不十分さ、術後創観察の統一性不足が課題として抽出された。2025 年 8 月よりガイドライン等の文献を参考とし、全身麻酔導入後の標準化した臍処置の徹底、消毒後のタイマーを用いた十分な乾燥時間確保、筋層縫合後の手袋交換と十分な創洗浄のルール化、ICT による術後回診同行と創部観察の標準化を導入した。また、外科病棟看護師に対し、患者への創洗浄の退院指導を依頼した。割合の比較には Fisher の正確確率検定を用いた。

【成果・考察】2025 年 7～12 月の SSI 発生率は 4.5% (10/223) に低下したが統計学的有意差は認めなかった ($P=0.56$)。表層 SSI は 1.8% (4/223) と減少傾向を示した。腹腔鏡手術の SSI に占める臍部 SSI は 60% から 37.5% へ減少したが有意差は認めなかった ($P=0.64$)。症例数が限られているため統計的検出力は十分でない可能性があるが、臍部処置の標準化と多職種連携による継続的フィードバックは表層 SSI 低減に寄与した可能性が示唆された。今後は症例集積を進めるとともに JANIS リスク因子を用いたリスク調整解析を行い、深部・臓器/体腔 SSI を含めた包括的バンドル介入へ発展させ、持続的な感染低減を目指す。

P1-060 小規模病院における整形外科手術部位感染 (Surgical Site Infection: SSI) サーベイランスの導入と予防対策の取り組み

越前町国民健康保険織田病院 看護部¹⁾、越前町国民健康保険織田病院 医療技術部²⁾、越前町国民健康保険織田病院 診療部³⁾

○高阪奈緒美 (たかさか なおみ)¹⁾、島野 敦生²⁾、根本 朋幸³⁾

【背景・目的】SSI サーベイランスは感染発生率の把握のみならず、術後創管理の質の向上に寄与する重要な取り組みである。術前・術中の感染管理は統一したプロトコルに基づき実施しやすい一方、術後の創管理は個別性が高く、特に看護師による継続的な介入が重要となる。症例数が限られる小規模病院では、SSI 発生率は変動が大きく、感染率のみでは感染対策の評価が困難である。今回、整形外科 SSI サーベイランスを導入し、看護師主体の感染予防対策に取り組んだため報告する。

【活動内容】当院は 55 床の小規模病院で、整形外科手術は年間平均 230 例実施している。2023 年 5 月より SSI サーベイランスを開始し、JANIS の SSI 部門に参加した。対象手術は観血的整復固定術 (FX)、人工股関節置換術 (HPRO)、人工膝関節置換術 (KPRO)、椎弓切除術 (LAM) とした。受け持ち看護師が記録しやすい創部観察テンプレートを作成し、日々の創部観察を実施した。感染管理認定看護師 (CNIC) は週 1 回の整形外科ラウンドに参加し、医師を含む多職種で SSI 判定基準に基づき評価した。2024 年 10 月から予防対策として、医師の手指消毒剤携帯、包交車の整備、滅菌物品の単包化、ならびにリンクナースと CNIC が協力した清潔操作に関する研修を一連の介入として実施した。また、SSI サーベイランス開始後の看護師の意識の変化についてアンケート調査を実施した。

【成果・考察】対策開始前の対象手術 121 例中、SSI は FX で 1 例、KPRO で 1 例認め、JANIS ベンチマークによる標準化感染比 (SIR) は FX2.88、KPRO1.94 であった。対策開始後から 2025 年 8 月までの対象手術 88 例では SSI は認めず、対象手術全てにおいて SIR は 0 であった。看護師アンケートでは 83% が SSI サーベイランスの習慣化を実感し、創部観察や感染に対する意識向上が認められた。小規模病院においても SSI サーベイランスは看護師主体の感染予防対策に有用であり、今後も継続して SSI 低減に取り組んでいきたい。

P1-061 SSIの精度を高めるための取り組み～感染リンクスタッフとしての活動～

市立敦賀病院 看護部

○平井 美和（ひらい みわ）、田中 恵実、田邊こずえ

【背景・目的】当院では14年前から消化器外科手術に関してのみSSIを導入していた。SSI入力に関して、外回り看護師が担当していたが、入力忘れや誤入力があり、データの信憑性がなかった。感染リンクスタッフを交代した際に、スタッフ全員が正しい入力を行えるよう取り組みを始めることとした。

【活動内容】リンクスタッフ交代前の記入率を4か月にわたって調査した。その時の記入率は平均31%であり、正しく入力されていなかった内容として、入力忘れや誤入力があった。従来方法として、SSI入力基準を口頭説明と、以前使用していたサーベイランスシート内の創分類を参考にカルテ入力を行っていた。入力忘れや誤入力をなくするため、まず表の作成を厚生労働省が発表している創分類コードを基に、外回り看護師が入力しやすいよう感染管理認定看護師と相談し手術例を挙げた。次に記入表のカルテへの取り込みについては、電子カルテシステムのレイアウトを変更し、SSI入力画面から創分類表を見ることができるようにした。そしてスタッフへ変更点について情報共有した。変更後、入力忘れや誤入力を防ぐため、その都度本人へフィードバックした。

【成果・考察】これまでの入力方法を変更したことにより、平均31%だった記入率が開始後1年で平均94%に向上した。また、記入率が上がった要因として、外回り看護師の手間を省略し負担を軽減できたこと、入力後の修正を本人へフィードバックしたことと各個人の入力に対する意識が向上し、入力忘れや誤入力は格段に減少したことに繋がったと考える。これらにより消化器外科手術の外回りとしての習慣化に至った。次に生かすためのアンケートを記入表改定後1年で実施し、消化器外科手術の外回り未経験者3名を除く13名全員が評価しやすくなったと答えた。今後の課題として、アンケートで意見のあった文字の大きさや色、手術例に対し調整・修正を加え改良していく。また、今後はより精度の高いデータを用いて、SSI感染対策の実効性を高める取り組みを推進していきたい。

P1-062 SSI発生低減ワーキングチーム立ち上げへのアプローチとその効果

川西市立総合医療センター

○西田左恵子（にしだ さえこ）

【背景・目的】当院は2022年に市立川西病院と協和会協立病院が統合再編し開院した。手術部位感染（以後SSI）サーベイランスは前施設でも行っていたが、術式が増え新たにデーターを収集している。新病院でのSSIのデーターのフィードバックを半年毎に師長会や感染対策委員会で行っていたが感染率は変化しなかった。データーが蓄積された2024年に特に発生が多い術式があることを病院幹部がいる場で問題提起した。開院時に週末清掃などいくつか前施設で行っていたことが継続できない状況であり、術中に洗浄不良が発見される等の事例もあった。状況確認と対策強化のため院長主導でSSI低減に向けた医師、事務を含めたSSI発生低減ワーキングチームを立ち上げた。

【活動内容】メンバーは院長、事務長、看護部長、手術を行う各科の代表医師、手術室師長、ICN、ICTを含んだ構成となった。3ヶ月毎の開催で発生率、手術室の現状、SSI発生要因などの状況を共有し、対策について決定していった。開院時導入できなかったガイドラインに沿った事項も検討され、手術室運営の視点からも対策を見直した。従来から行っていたSSI防止バンドルに加え追加された対策は、皮膚消毒薬の変更、委託業者による術間清掃、週末清掃、洗浄工程見直し、手術時手洗い方法の統一、器械展開の手中変更、空調設備の確認等である。

【成果・考察】ワーキングチーム主導によりICN一人の意見では導入できなかった、委託業者による清掃が行えるようになった。SSIの発生はワーキングチーム発足後低減している。特に人工関節置換術では1件のみ、人工股関節置換術3ヶ月間発生がない。それまでの感染発生が全症例3ヶ月以内であり減少していると判断している。他の術式ではチーム発足前後で感染率がJHAISの感染率を超えていた術式が9から5に減少した。認定看護師として開院1年目からSSI発生の多さやガイドラインを取り入れられないことのリスクを委員会などで伝えていたが対策追加はできなかった。院長を含めた幹部への働きかけでチームがたちあがられ、サーベイランスによるデーターの蓄積を提示できたことが医師や事務を含む多方面へのアプローチにつながった。

P1-063 当院における小児心臓手術後の縦隔炎の特徴

公益財団法人 榊原記念財団附属 榊原記念病院 集中治療科¹⁾、公益財団法人 榊原記念財団附属 榊原記念病院 感染制御部²⁾○正谷 憲宏（しょうや かずひろ）¹⁾、松嶋 淳²⁾

【背景・目的】小児心臓手術の成績は目覚ましい改善を遂げたが、術後の手術部位感染症（SSI）、特に深部SSIである縦隔炎は予後に大きな影響を与えうる。今後の小児心臓手術後の縦隔炎の予防・治療を改善するために、当院の縦隔炎症例を調査した。

【方法】本研究は2021年1月から2025年12月の5年間に当院で心臓手術を施行した16歳未満の小児症例のうち、縦隔炎と診断された症例を対象とした。診療録を用いて患者背景・手術情報・微生物学的検査・臨床経過を後方視的に検討した。

【結果】対象期間に1153例の小児開心術が行われ、20例（1.7%）で縦隔炎を発症した。うち2例は同一入院中に複数回の手術が施行された同一患者であった。全件で縦隔培養により起因为菌が同定され、複数菌検出は3例であった。検出された菌は、グラム陽性球菌が14例（全例ブドウ球菌）、グラム陰性桿菌が8例、Candida属が1例であった。菌血症の併発は9例（45%）であった。手術時年齢の中央値は月齢2ヶ月（0～155ヶ月）と特に乳児期早期に多かった。複雑先天性心疾患が19例（95%）と多くを占め、STAT Mortality Categoriesにおいてハイリスクとされる4以上の先天性心疾患手術は17例（81%）であった。発症時期は術後8日目（1～25日）、16例（80%）がICU滞在中に発症した。ICU滞在中に発症した症例のSTAT Mortality Categoriesはすべて3以上であった。術後に開胸管理を要した症例は16例で、そのうち10例では開胸管理中に発症した。9例は術後にECMO管理（すべて開胸下）を要し、緊急開胸やECPRなどの緊急処置を要したのは6例であった。初期選択抗菌薬はカンジダ以外の起因为菌を全てカバーできており、全例で開胸下ドレナージ・洗浄が行われた。縦隔炎を発症した19名の患者のうち9名（47%）が死亡退院となった。その9名のうち8名（42%）が縦隔炎治療中に死亡した。

【結論】当院の縦隔炎発生率は既報と同等であるが、乳児期早期の高難易度手術の術後で開胸管理を要した重症症例が多くを占めていた。開胸管理を最小限にできるような術後管理の向上が求められると共に開胸中のSSI予防の抗生剤投与の在り方が今後の検討課題である。

P1-064 SSIサーベイランスのDX化と全手術対象化を目指して～診療録検索を用いた絞り込み作業の試み～

NTT東日本関東病院 感染対策推進室

○櫻井 隆之（さくらい たかゆき）、渡邊 愛子、黒田 潤子

【背景・目的】SSIサーベイランスを実施するのにあたり、現状は外科と整形外科について、培養提出歴と抗菌薬使用歴から対象手術症例の絞り込みを行っている。しかし、テンプレートの入力チェックを事前に行い、検索結果を出力した後、各診療録を読み込みながらチェックを行うなど、一連の作業に必要とされる労力が大きく時間もかかっている。一方、当院の情報システムにおいて、DWH検索を用いることにより、SSIや膿瘍、創部発赤や排膿など、診療録中に記載されたキーワードの有無を検索できるようになった。そこで、これを用いて、サーベイランスの効率化や、手術対象例の拡大を試みることにした。

【活動内容】対象月に実施された全手術症例を対象に、従来の抗菌薬使用歴、培養提出歴に加え、診療録中の「SSI」「発赤あり」「疼痛あり」「創部培養」といった、SSIに関連するキーワードの存在を追加し、これらに一つでも該当する症例を「1」、一つも該当しない症例を「0」と割り振り、検索で絞り込んで出力するプログラムを組んだ。

【成果・考察】2025年12月を対象に検索すると、全手術症例は360例であった。キーワードの一つでも該当する症例を絞り込むと54例がヒットした。この54例の診療録を閲覧して確認したところ、SSIが8件確認された。従前方法で覚知されたSSI症例はすべて含まれていたほか、SSIサーベイランスでカバーされない診療科のSSIが2例見つかった。従前の方法では外科および整形外科のみで50例以上の診療録を閲覧していたが、今回の方法では全手術症例が対象で54例の閲覧となった。いわゆるDWHによる検索を用いた診療録の絞り込みにより、SSIサーベイランスの効率化や、範囲の拡大、全手術サーベイランスの実現に向けて可能性が示されたと考えるが、精度やキーワードの適正化に大きな課題もあると考えられ、今後に向けて議論の土台としたい。

P1-065 血液内科病棟における中心静脈カテーテル関連感染 (CLABSI) 減少に向けた活動報告

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター
○水谷 純子 (みづたに じゅんこ)、窪田 志穂

【背景・目的】A 病棟は血液内科で感染リスクが高く、2024 年 10 月～2025 年 3 月の中心ライン関連血流感染 (Central Line-Associated Bloodstream Infection : CLABSI) 率 4.5/1000 device days と JHAIS Japanese Healthcare Associated Infections Surveillance) の 1.7/1000 device days と比較して高値であった。そこで、CLABSI 減少を目的に改善活動を行ったので報告する。

【活動内容】まずは 2022 年 12 月～2025 年 3 月の CLABSI 判定症例 12 例を分析した。感染は CVC 挿入から一定期間経過後に多く、CVC 挿入後の管理が要因と考えた。菌種は *Staphylococcus epidermidis* 4 例、*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* 2 例と多く、CVC 挿入部消毒や医療従事者の手指を介した感染も考えられた。A 病棟へフィードバックを行い、対策としてクロルヘキシジン (CHG) 含有ドレッシング材を 2025 年 11 月に導入した。次に CVC 挿入部消毒手技の質の向上を目的に、病棟スタッフへ消毒手順の指導を行い、プロセスサーベイランスを実施した。その結果、遵守率は介入前 (2025 年 5 月) 90% が介入後 (2026 年 1 月) 96% と向上し、特にドレッシング材除去後の手袋交換の遵守率が、介入前 60% から介入後 83% へ改善した。

【結果・考察】CLABSI 感染率は介入前 (2024 年 10 月～2025 年 10 月) 3.8/1000 device days から、介入後 (2025 年 12 月～2026 年 1 月) 1.7/1000 device days と低下した。CHG による微生物増殖抑制と CVC 挿入部消毒の質向上による影響と考える。CLABSI の要因は CVC 挿入部の管理以外にも輸液作成時や投与時の清潔の破綻もある。今後はそれらに対するプロセスサーベイランスと介入を行う必要がある。

P1-066 ミッドラインカテーテルの適正使用に向けた院内導入体制構築の活動報告

湘南東部総合病院
○片石 剛史 (かたいし たけし)

【背景・目的】当院では 2025 年 11 月よりミッドラインカテーテルを新規導入した。従来、長期投与が見込まれる症例や末梢静脈路確保困難例において、デバイス選択や挿入・管理方法の標準化が課題であった。そこで、ミッドラインカテーテルの適正使用に向け、院内導入体制を構築したため、その取り組みを報告する。

【活動内容】特定行為研修修了看護師と連携し、適応、挿入、管理、抜去に関するマニュアルを整備した。感染対策の観点から、ガイドワイヤーを用いる手技であることを踏まえ、挿入時はマキシマルバリアプリコーションを実施する運用とした。また、管理方法、観察項目、記録方法について医療従事者へ周知・指導を行った。感染管理に関する内容は感染対策担当者が確認し、運用へ反映した。

【成果・考察】2026 年 2 月 26 日までに 24 例へ挿入し、総留置日数は 147 日であった。JHAIS の判定基準に基づくカテーテル関連感染症は認めなかった。ミッドラインカテーテル導入にあたっては、デバイスの導入のみならず、感染対策を含めた標準化されたマニュアル整備と継続的な教育が、安全な運用に重要と考えられた。今後は症例の蓄積を進め、合併症や適応の妥当性について継続的に評価する必要がある。

P1-067 中心ライン関連血流感染サーベイランス「入力項目の漏れ」改善に向けたシステム運用の再構築にむけて

医療法人 おもと会 大浜第一病院
○比嘉 義光 (ひが よしみつ)、平良 小夏、山城 美幸、伊藤まゆみ

【背景・目的】A 病院は 217 床を有する急性期病院であり、年間約 130 件の中心静脈カテーテル (CVC) 挿入を実施している。CVC は急性期医療で重要な処置であるが、中心ライン関連血流感染 (CLABSI) のリスクを伴い、発生時には重症化や死亡率の向上が報告されている。そのため、正確なサーベイランスデータの収集は CLABSI 予防の基盤である。当院では CLABSI サーベイランスを継続していたが、リンクナースによる電子カルテ入力漏れが多く、データ精度の低下が課題であった。そこで、正確な発生率の把握と感染対策への活用を目的に、「漏れなく入力できる仕組み」の再構築に取り組んだ。

【活動内容】入力漏れの要因を把握するため、リンクナースへ聞き取りを行った。その結果 1、自部署の CVC 挿入患者を把握できていない 2、電子カルテでの入力方法が分からない、という 2 点が主な問題と判明した。これを踏まえ、2023 年 6 月から 2024 年 5 月に改善策を実施した。まず、リンクナースの役割として、1) 部署で共有できる「CVC 挿入患者一覧」を作成し、挿入患者の確実な把握を可能とした。2) 挿入介助時には「CVC 挿入時チェックシート」を用いて必要事項を記録するよう統一した。3) 記録内容を確実に電子カルテへ入力できるよう「電子カルテ入力手順書」を作成し、入力手順を標準化した。また、感染管理認定看護師は、1)「CVC 挿入患者一覧」と「コスト伝票」を照合し、挿入患者の抽出漏れを防止した。2) 電子カルテ上の入力状況を定期的に確認し、入力漏れがあればリンクナースへフィードバックを行った。

【結果・考察】一覧表、チェックシート、入力手順書の導入により、リンクナースの業務が明確化され、入力漏れが大幅に減少した。さらに、感染管理認定看護師による照合と定期確認の体制が整ったことで、データの網羅性と正確性が向上した。これらの取り組みにより、従来の構造的な入力漏れの課題が改善し、信頼性の高い CLABSI サーベイランスデータを収集できる体制が構築された。今後は、蓄積したデータを基に感染対策の質向上に活かしていくことが期待される。

P1-068 尿道留置カテーテル適正使用に向けた現状調査と課題

千葉市立青葉病院
○佐々木みゆき (ささき みゆき)

【背景・目的】カテーテル関連尿路感染 (CAUTI) サーベイランスを実施しているが、JHAIS のベンチマークと比較して尿道カテーテルの使用頻度が高い。本調査では、カテーテル挿入理由の実態を把握し、適正使用に向けた具体的な課題を明らかにすることを目的とする。

【方法】2025 年 4 月から 12 月の期間、当院一般病棟の入院患者を対象に挿入理由を調査した。CDC の CAUTI の予防のためのガイドラインに基づき、挿入目的を 1. 急性の尿閉・膀胱出口部閉塞、2. 重篤な患者の正確な尿量測定、3. 周術期使用、4. 開放創の治癒促進、5. 長期安静、6. 終末期の苦痛緩和、7. 適応外、の 7 項目に分類し分析した。

【結果】対象患者数は 1936 名であった。内訳は、周術期使用・分類 3 が 55.9% と過半数を占め、次いで正確な尿量測定・分類 2 が 22.9%、急性の尿閉等・分類 1 が 12.2% であった。一 CAUTI 外使用が 5.0% 認められた。病棟別では外科系病棟で周術期目的が顕著であり、内科系病棟では尿量測定目的が主体であった。調査期間中の尿道留置カテーテル使用比は 0.22 で、感染率は 0.3% であった。

【考察】全体の 55.9% を占める周術期使用については、挿入期間が短期的で感染発生率も低いため、許容範囲内と考える。内科系病棟で多い尿量測定目的の留置は、漫然とした継続を避けるため、早期抜去に向けた明確な基準策定が急務である。適応外使用 5.0% では、記録外如や疼痛を理由とした挿入が散見された。適切な管理には正確な看護記録が不可欠であり、疼痛を伴う症例には安易な留置ではなく、疼痛コントロールを図った上での排泄支援アセスメントが求められる。また、周術期以外の挿入の多くが救急外来で行われていた。挿入の入り口となる救急外来での適応判断を精査し、安易な留置を抑制することが全体の使用比低下に直結する可能性がある。当院には、排尿ケアチームによる支援体制が確立されている。今後は CDC ガイドラインを遵守し、挿入継続の必要性を日々評価する仕組みを強化し、チームと連携した早期抜去を推進すべきである。

【結語】今後は排尿ケアチームとの連携し、抜去基準の明確化と、疼痛管理を含めた排泄アセスメントの向上を図ることで、CAUTI 低減を目指す。

P1-069 尿道留置カテーテル管理改善の取り組み

JCHO下関医療センター

○坪根 淑恵 (つばね よしえ)、佐伯 勝成、
田中 郁子、秋田 朋美、岩本 浩、加藤 彰

【背景・目的】2023年から2024年にかけてカテーテル関連尿路感染(CAUTI)感染率が1.59から2.55(件/1000device-days)に上昇した。尿道留置カテーテル管理ラウンドや抜去フローシートの活用など改善活動に取り組んでいたが十分な効果がなかった。多職種で協働した改善活動を振り返り、今後の課題と取り組みについて検討する。

【活動内容】CAUTI感染率低下と尿道留置カテーテル管理改善を委員会の目標の一つにし、各部署で改善策に取り組んだ。カテーテルを取り扱うことが多い看護師、介護士、理学療法士、看護補助員にカテーテルや採尿バッグの取り扱いについて勉強会をした。採尿バッグを適切に取り扱うための専用カートやS字フックなどのアイテムを準備した。CAUTIの70%を脳神経外科が占めているため、脳神経外科病棟への介入をした。医師にサーベイランス結果を報告し、抜去フローシートの活用について理解を得た。留置期間が長期化する傾向にあるため、看護師に抜去フローシート活用してカテーテル留置が必要かどうかアセスメントし、抜去後の排尿管理体制について周知した。ラウンド時に看護補助員に採尿バッグの排液方法を指導した。

【成果考察】感染率は2.33→2.23(件/1000device-days)とわずかに低下したが、J-SIPHE参加加算1施設中央値より高い。使用比は0.2→0.16と低下し、CAUTI発症者のカテーテル平均留置期間は18日間→14日間と減少した。起炎菌は、長期留置により検出されることが多いEnterococcus、Pseudomonas aeruginosa、Proteus mirabilis、Candidaが全体の48%、複数菌検出症例は38%を占めている。カテーテルの適性使用、留置期間を最小限にすることは継続した課題である。一方で留置期間の減少がみられ、適性使用に対する意識が向上したと考える。カテーテル管理は複数の職種が関与するため、単職種の介入には限界がある。CAUTI低減に向け、適応基準の明確化、定期的な必要性評価、適切な取り扱い、抜去後の排尿ケア体制の整備を含めた多職種協働の体制構築が必要である。今後はカンファレンスやラウンドを活用した継続的な評価体制を強化し、組織全体でCAUTI予防に取り組んでいく。

P1-070 尿道留置カテーテル使用基準の導入と可視化によるCAUTI減少への取り組み

山口県済生会下関総合病院

○國弘 健二 (くにひろ けんじ)、古賀香奈子

【背景・目的】カテーテル関連尿路感染(以下CAUTI)は、医療関連感染の中でも頻度が高く、適切な介入により予防可能な感染症である。米国CDCガイドライン(2009)では、尿道留置カテーテルにより1日あたり約5%の感染リスクが増加し、7日以上留置で約25%に尿路感染が発生するとされ、早期抜去が推奨されている。A病棟では、器具使用比が高値で推移し、7日以上長期留置例も散見されたことから、尿道留置カテーテルの適正使用と早期抜去を目的とした取り組みを行ったので報告する。

【活動内容】2025年1月～12月にA病棟でCAUTIサーベイランスを実施し、前期(1～6月)を介入前、後期(7～12月)を介入後として比較した。前期の器具使用比は0.31、感染は4件(感染率1.54件/1000 device-days)であり、そのうち3件は留置7日以上であった。そこで尿道留置カテーテル使用基準(以下使用基準)を作成し、医師及び看護職員に周知した。7月から8月の2か月間、毎週水曜日に留置7日以上患者を一覧で可視化し、病棟師長およびリンクナースへ提示し、留置理由を記載してもらい提出を求めた。使用基準に照らして長期留置者の抜去可否を部署内で協議し、使用基準から外れた症例については主治医へ報告して速やかな抜去の可否を検討した。さらに、カンファレンスで結果を共有し、スタッフへ使用基準遵守の周知徹底を図った。

【成果・考察】尿道留置カテーテル長期留置率(7日以上)は、前期34.5%から後期26.1%へ減少した。それに伴い、器具使用比は前期0.31から後期0.24へ低下した。感染件数は前期4件から後期1件へ減少し、感染率は1.54件から0.55件/1000 device-daysとなった。後期に発生した1件の感染は長期留置例ではなかった。今回、使用基準の明確化と長期留置患者の可視化、および定期的な情報共有を行った結果、スタッフの意識向上と早期抜去の推進につながったと考える。一方で、器具使用比は依然として高く、さらなる改善の余地がある。今後は、使用基準の継続的な周知、抜去判断のタイミングに関する教育、病棟内でのフィードバック体制の強化など、追加の介入を検討し、CAUTI予防の取り組みを継続していく必要がある。

P1-071 全病棟を対象とした尿道留置カテーテル管理の実態把握と標準化介入の取り組み

東北大学病院 看護部

○遠藤 春樹 (えんどう はるき)、池田しのぶ

【背景・目的】当院ではCAUTI発生率が国内ベンチマークと比較して高い傾向がみられていたが、尿道留置カテーテル管理の遵守状況を体系的に把握できていなかった。そこで全病棟を対象に管理状況を調査し、課題を抽出したうえで標準化介入を実施し、その影響を検討した。

【活動内容】2025年8月に全病棟を対象に、尿道留置カテーテル管理の実施状況について確認を行った。調査項目は、当院感染対策マニュアル内の管理項目のうち、日常業務において実践のばらつきが生じやすいと考えられた6項目(カテーテルの適切な固定、蓄尿バッグ内尿量が容量の2/3未満、蓄尿バッグが床や車輪に接触していない、チューブの屈曲や閉塞がない、蓄尿バッグが膀胱より高位にない、挿入前の陰部洗浄または清拭の有無)とした。これらの項目について、作成したチェックリストを用い、リンクナースを通じて各病棟の管理状況の確認および担当職員への聞き取りにより実施状況を把握した。調査の結果、蓄尿バッグの高さ、および、挿入前の陰部洗浄または清拭の実施率が低いことが明らかとなった。そこで、講習用スライドおよびリーフレットを作成し、リンクナースによる部署内伝達講習を通じて、全部署の看護師および看護補助者へ周知を行った。2か月間の周知期間の後、2026年1月に同様の方法で再度実施状況を確認した。また、CAUTI発生率(/1000 catheter-days)およびdevice utilization ratioの推移を把握した。

【成果・考察】蓄尿バッグの高さ管理は介入前112/136件(82.4%)の遵守から147/163件(90.2%)へ(p<0.05)、陰部清拭は25/64件(39.1%)から39/62件(62.9%)へ(p<0.01)と有意に改善した。CAUTI発生率は2.48から1.73へ低下したが、device utilization ratioは約0.12で大きな変化は認めなかった。リンクナースによる現場確認を通じて課題を抽出し、教育資料の作成や手技の周知・統一を図ったことが、管理遵守率の向上につながり、CAUTI発生率低下に寄与した可能性が示唆された。今後は、離床やリハビリテーション実施時に蓄尿バッグ位置が変動する可能性も踏まえ、理学療法士を含む多職種と連携した継続的な周知と評価を行う必要がある。

P1-072 尿道留置カテーテル抜去後の残尿量に基づく導尿実施とコンサルト要否のアセスメントツールの作成

地域独立行政法人 神戸市民病院機構 神戸市立西神戸医療センター

○志喜屋重衣 (しきや あい)、新井まゆ子、中島 佳代

【背景・目的】当院では、尿道留置カテーテル(以下カテーテル)抜去後の尿閉を早期発見するため、膀胱用超音波画像診断装置を用いて残尿量を測定している。しかし、A病棟で実施したカテーテル関連尿路感染(以下CAUTI)サーベイランスのプロセスにおいて、残尿量に基づき排尿介助または導尿の適応の判断に明確な基準がなく、スタッフの経験と判断に委ねられていることが判明した。今回、感染管理認定看護師を中心に、排尿ケアチームとA病棟と協働し、カテーテル抜去後の残尿量に応じたアセスメントの指標となるツールを作成したため報告する。

【活動内容】残尿量を指標とした排尿管理の適応判断のばらつきを軽減するため、アセスメントツールを作成した。アセスメントツールは、排尿ケアチームなどの専門家の助言を得た。評価項目は、1. 抜去後4時間以内の自尿の有無、2. 残尿測定の結果と導尿実施の要否、3. 残尿が持続する場合の泌尿器科コンサルトの要否判断、の3点としフローチャート形式にした。ポイントは、導尿を実施する具体的な残尿量と、尿閉が疑われ導尿の継続が必要な場合は、翌日に泌尿器科へコンサルトすることが明確に記載されたことである。アセスメントツールの実用性を確認するため、A病棟に試用してもらい意見を収集した。試用する中で実践可能なものか評価し、修正を重ね完成させた。アセスメントツールは院内マニュアルに載せ、勉強会等で活用してもらうよう看護職へ周知を図った。

【成果・考察】残尿量に応じた導尿の実施と、導尿の継続が必要な場合のコンサルト基準を明確にしたことで、スタッフの経験値によるばらつきのない判断が可能となった。アセスメントツールが活用されることで、適切なタイミングの排尿介助、尿閉の早期発見およびそれにとりもなう尿路感染予防が期待できる。今後はCAUTIサーベイランスを通じ、全病棟でのアセスメントツール活用状況を評価し、病院全体での質の高い排尿自立支援へつなげていきたい。

P1-073 ICUにおける観血的動脈ライン管理の標準化と血液培養陽性率の変化

社会医療法人 敬愛会 中頭病院
○中山 優香（なかやま ゆうか）

【背景・目的】ICUでは循環動態管理目的に観血的動脈ラインが多用されるが、当院ICUではドレッシング材の交換基準や期間、消毒方法が明確に統一されておらず、管理方法はスタッフの判断に委ねられていた。観血的動脈ライン挿入部の感染兆候観察や記録も十分とは言えず、デバイス関連血流感染の早期発見が困難であることが課題であった。日本環境感染学会の指針においても、血管内留置デバイス管理における標準予防策及び無菌操作の徹底が求められている。本活動では、観血的動脈ライン管理に関する教育及びマニュアル化による標準化を実施し、その介入が血液培養陽性率に与える影響を検討することを目的とした。

【活動内容】2021年8月1日から2022年1月31日までの6か月間に、観血的動脈ライン挿入325件を対象に血液培養陽性状況を後方的に調査した。結果を踏まえ、ICUスタッフに対し、観血的動脈ライン及び中心静脈カテーテルを含むデバイス管理について消毒方法、固定方法、ドレッシング材の交換基準を明確化したマニュアルを作成した。あわせて、勉強会や申し送りを通じて内容を周知し、標準化手順の遵守を促した。介入後は、同様に6ヶ月の期間で2022年2月1日から2022年7月31日までに挿入された症例を対象として、血液培養陽性状況を評価した。

【成果・考察】介入前の6ヶ月間では、観血的動脈ライン挿入325件中、血液培養陽性は13件（4.0%）であった。これに対し、教育及びマニュアル化による管理標準化後の6ヶ月では、挿入384件中6件（1.6%）へと低減した。消毒手技や固定・ドレッシング材交換基準の統一に加え、スタッフ教育を行なったことで手技のばらつきが減少し、デバイス関連感染予防に寄与したと考えられる。今後も遵守状況の監視と継続的な教育を行い、安全なデバイス関連体制の維持・向上を図る必要がある。

P1-074 ICU病棟における手指衛生遵守率向上の取り組み

筑波大学附属病院 看護部 ICU病棟¹⁾、筑波大学附属病院 感染制御部²⁾

○川口 久乃（かわぐち ひさの）¹⁾、飯田貴美代^{1,2)}、菅原美知子²⁾、鈴木 広道²⁾

【背景】当院のICU病棟では周術期患者や熱傷患者の入室が多く、多剤耐性菌の水平感染リスクが伴う病棟である。このため、感染対策を担当するグループを編成し、手指衛生遵守率の調査がされていた。2023年にPIPC/TAZ耐性 *Acinetobacter baumannii* の水平感染を疑う事例が発生した。手指衛生の調査回数を増やした結果、手指衛生遵守率に変化は見られなかったが、新規患者の発生も確認されなくなった。しかし、2025年1月からPIPC/TAZ耐性 *Acinetobacter baumannii* 水平感染を疑う新規患者の発生が続いたため、感染対策を見直し手指衛生強化についての一連の取り組みを実施した。その結果、手指衛生遵守率の向上を認め、2026年1月の時点では新規患者の発生は確認されなくなったため報告する。

【活動内容】手指衛生強化の取り組みをした2025年6月から12月までの活動を報告する。毎月の手指衛生の遵守率調査を実施するとともに、結果を部署の看護スタッフへポジティブフィードバックした。また、手指衛生遵守率向上を目指したポスターの掲示や手指消毒剤の設置場所の変更と増設をおこなった。そして手指衛生ができていないスタッフへタイムリーに指導するように徹底するとともに、手指衛生の調査メンバーに看護師長を加え、感染対策活動を強化した。

【結果・考察】看護師の手指衛生遵守率は、2024年の月平均47.7%から2025年は月平均73%へ向上した。手指衛生が向上した背景には、ポスター掲示や遵守結果をスタッフへポジティブフィードバックしたことによってスタッフの行動変容のきっかけとなったのではないかと考える。また、手指消毒剤の設置場所の変更と増設により手指衛生のアクセスが改善され、手指衛生回数が増加したのではないかと考える。さらに、部署において一定の権限を持つ師長が感染対策チームに加わったことで手指衛生に関して一定の抑止力となり、部署の問題（*Acinetobacter baumannii* の水平感染）に対してスタッフがより危機感をもち行動変容のきっかけとなったのではないかと考える。今後の課題は、ICU病棟に関わる全ての医療スタッフを巻き込み、より高い手指衛生遵守率を維持できるよう努めていきたいと考える。

P1-075 小児における血管内留置カテーテル管理の見直し—閉鎖式接続システム導入による感染リスク低減への取り組み

苫小牧市立病院
○齋藤志奈子（さいとう しなこ）

【背景・目的】血管内留置カテーテル由来感染予防ガイドラインでは、閉鎖式アクセスシステムが感染リスク低減策として強く推奨されている。当院小児領域では2015年に導入済みであるが、小児領域では未導入であった。小児は活動性が高く、口腔探索行為により接続部が外部環境に曝露される機会が多く、汚染リスクが成人と比較して著しく高い。11か月児が三方活栓キャップを口腔内に入れた事例が発生し、接続部の外部汚染を介した感染リスクの高さが顕在化した。感染管理認定看護師の小児領域配置を契機として、小児特有の行動特性とガイドライン推奨を照合し、閉鎖式接続システムの導入による感染リスク低減効果の妥当性を検討・明確化することを目的とした。

【活動内容】2024年6月から7月、小児科病棟・外来・救急外来において生後5か月から2歳の小児30名を対象に試行導入を実施した。従来の開放式三方活栓と比較し、接続部の無菌操作の安定性および操作手順の簡潔性について評価した。看護師21名へのアンケートでは、接続操作が容易81%、管理しやすさ95%、操作性85%と高評価を得た。閉鎖式システムは外部汚染経路を構造的に遮断し、清潔操作の確実性を高める感染予防効果が確認された。費用対効果の検証ならびに小児科医師の承認を経て、全小児患者への本格導入が決定した。

【成果・考察】2024年8月より全小児患者への導入を開始した。導入前後において末梢カテーテル感染の発生はなく、接続部に起因するヒヤリハットもゼロとなった。閉鎖式システムは側注入ポートの無菌操作を構造的に担保し、ヒューマンエラーに起因する汚染リスクを確実に低減する。小児の行動特性に基づくリスクアセスメントを実施した上でガイドライン推奨デバイスを選択することが、感染予防対策の強化に有効であることを示した。今後は末梢カテーテル感染率をはじめとする感染指標のモニタリングを継続し、閉鎖式システムの感染予防効果を客観的データとして蓄積するとともに、小児医療における感染対策の標準化を目指す。

P1-076 小児病棟における中心静脈カテーテル関連血流感染（CLABSI）予防活動とその成果

琉球大学病院
○菅 力也（すが りきや）

【背景・目的】小児病棟では血液疾患患児を中心に中心静脈カテーテル使用率が高く、中心静脈カテーテル関連血流感染（CLABSI）の予防は重要な課題である。当病棟ではCLABSI発生率が高値で推移していたことから、小児病棟の看護師・医師が主体となり、長期的かつ継続的な感染対策活動を支援した。本報告では、その活動内容と成果を明らかにすることを目的とした。

【活動内容】2019年より小児病棟において、手指衛生・中心静脈カテーテルの管理・注射手技の見直しを段階的に実施した。主な取り組みとして、手指衛生やCLABSIに関連した教育とフィードバックに加え、カテーテル関連血流感染の微生物侵入経路を意識した汚染防止対策、注射作成時のゾーニング、投与直前の手指衛生の徹底など、実践に即した対策を行った。活動は小児病棟の看護師と医師が協働で行い、日常業務の負担増加を最小限とするように段階的に取り入れた。また、定期的にデータを共有し、スタッフ間で現状課題の共有を図った。

【成果・考察】取り組み開始後、注射業務などの手技統一を図ることができた。また、手指衛生回数は16.3回/人/日から21.9回/人/日へと増加した。その結果として、CLABSI発生率は介入前8.0件/1000 device-daysから2025年に1.5件/1000 device-daysまで低下した。小児病棟の現状を把握し、実行可能な対策を段階的に導入し継続したことが、CLABSI予防策の意識向上と対策遵守の定着につながり、その結果として感染率低下に寄与したと考えられる。小児病棟のCLABSIサーベイランスはハイリスク・ハイコスト・ハイボリュームの視点からも重要であり、病棟特性を踏まえ現場と協働しながら長期的かつ継続的に取り組むことは、有用なアプローチである。

P1-077 NICU・GCUで発生したMRSA (USA300 株)アウトブレイクにおける皮膚定着能に着目した感染対策の実践報告

大阪公立大学医学部附属病院 NICU・GCU病棟¹⁾、大阪公立大学医学部附属病院 感染制御部²⁾

○井上 諒子 (いのうえ りょうこ)¹⁾、杉山 舞¹⁾、谷野 由依¹⁾、藤井 昭人²⁾、藤田 明子²⁾、岡田 恵代²⁾、塩浜麻依子¹⁾

【背景・目的】新生児は免疫能が未熟であるため感染症に罹患すると重篤化しやすいリスクを有する。今回、MRSA アウトブレイクが発生し、接触感染対策の強化により一旦終息した(第1期)。対策を継続しているにも関わらず USA300 株(以下 USA 株)によるアウトブレイクが発生した(第2期)。USA 株は、米国で主流の皮膚軟部組織感染症などの原因菌であり、健常皮膚への定着能が高い特徴がある。USA 株に対し、一般的な接触感染対策のみでは伝播を抑制できなかったため、USA 株の健常皮膚への定着能に着目した対策を追加で講じた。その結果、アウトブレイクが終息したため、この取り組みについて報告する。

【活動内容】第1期では感染制御部と協働し、手指衛生および接触感染対策を強化した。第1期前は1患者あたりの手指消毒剤使用量が40ml/日まで低下していたが、第2期前には約70ml/日まで改善しており、適切な手指衛生のタイミングとPPE着脱の技術も向上していた。それにも関わらず USA 株の伝播が止まらず、手指消毒剤使用量の増加、スタッフの意識の向上だけでは終息の兆しが見えなかった。USA 株の強い皮膚定着能への対策として、医療従事者は患者ケア実施時に袖なしエプロンから袖付きガウンへの着用に変更した。また、持続効果を期待して、2～3時間毎にクローヘキシジナルコールでの手指消毒を追加、黄色ブドウ球菌のバイオフィーム除去能があるとされるハンドソープと、毒素を分解するとされる手指消毒剤を導入した。

【成果・考察】上記の活動により4週間のUSA株の新規検出を防止できたため、アウトブレイクは終息したと判断された。手指衛生や接触予防策の強化だけでは、皮膚定着能の強いUSA株の伝播を断ち切ることは困難であった。さらに、新生児では皮膚バリア機能が未熟であり、皮膚常在菌叢が十分に成立していないことが、伝播抑制を一層困難にした要因と考えられる。そのため、ガウンの着用、持続効果のある手指消毒剤と黄色ブドウ球菌に対して効果が期待できるハンドソープと手指消毒剤の併用といった、皮膚定着能に着目した多面的な対策が効果的であったと考える。

P1-079 業者貸し出し手術器械の滅菌前洗浄の導入にむけて

公益財団法人健和会 健和会大手町病院

○若林 美由 (わかばやし みゆき)、金谷 成寿

【背景・目的】当院で、洗浄不良が原因で滅菌不良を起こした事例が散発した。調査の結果、業者貸出し手術器械(Loan Instruments: 以下 LI)で発生していることが判明した。LIの使用実績は2025年で941症例であり、そのうちの98%が整形外科手術で利用していた。整形外科手術のLI滅菌前洗浄の実施は39%であった。これらを踏まえ滅菌不良の低減に向けて業務改善を試みた。

【活動内容】看護師に向けた洗浄滅菌についての学習会を開催し、滅菌前洗浄の重要性と理解を促した。LIの種類と使用状況・搬入時間の調査を行い、搬入時間の見直しと頻回に使用している短期LIと、長期借用でも使用頻度が低い器械の管理方法を医師と取扱業者で検討をおこない変更した。また、滅菌委託仕様書を確認し、滅菌委託業者に何時までに搬入されれば滅菌前洗浄が可能か確認をおこなうと同時に洗浄法の見直しをおこなった。

【成果・考察】業務改善をおこなった結果、84%のLIが洗浄後に滅菌ができるようになった。現在、滅菌不良は起こっておらず、滅菌の質を向上させることができた。今後は滅菌前洗浄100%を目指し体制を整えていきたいと考える。また、滅菌委託仕様書からも以前はLIの洗浄後滅菌を行っていたことが確認できたが、いつからか実施されなくなっていた。これは、LIの多様化と緊急整備固定加算が開始され、追加・緊急手術が増加したこと等が原因と考える。事実、整形外科手術の75%が追加・緊急手術であり、結果LI搬入時間が遅くなっている現状がある。また、洗浄をしなくてよいと判断した当時のスタッフの知識不足は否めず、それを指摘することができたチェック機構がなかったことも要因であったと考える。今後、このような事を繰り返さないためにもスタッフへの指導の見直しと第三者の監査機構が必要であると考える。

P1-078 新生児集中治療室における肺炎桿菌分離増加の背景解析—単施設および地域データを用いた検討—

独立行政法人 国立病院機構 高崎総合医療センター¹⁾、高崎市保健所²⁾

○笹澤 優花 (ささざわ ゆうか)¹⁾、小澤 薫子¹⁾、中川 純一¹⁾、中沢まゆみ¹⁾、柿崎 暁¹⁾、麻下 絢乃¹⁾、日野 歩¹⁾、渡邊 佳奈²⁾

【背景・目的】当院新生児集中治療室(NICU)で2013年から全入室患者に対して、咽頭と便で週1回スクリーニング検査を実施していたが、2025年7月以降肺炎桿菌(*Klebsiella pneumoniae*)の分離数が急増した。院内アウトブレイクの可能性や地域流行の影響を検討するため、当院および高崎市内医療機関における分離状況を比較解析した。

【活動内容】2023年1月から2025年12月までに当院で検出された肺炎桿菌について、診療科別、月別、検体種別に分離数を集計した。さらに院内感染対策サーベイランス(JANIS)検査部門データを用い、高崎市内8医療機関の分離数推移を観察し、地域の肺炎桿菌分離数増加の有無を確認した。

【成果・考察】当院NICUを含む小児科の分離数は2023年9例、2024年20例、2025年61例と増加し、2025年7月以降に外来・入院ともに増加した。検体別では便および咽頭検体からの分離増加が目立ち、尿や血液検体は顕著な変化がなかった。全診療科の分離状況では、小児科以外で明らかな増加を示す診療科は認めなかった。高崎市内全体では2023年750例、2024年799例、2025年818例と経年的増加を認めたが、分離報告の約半数は当院由来であった。当院を除く7医療機関では2025年の明確な増加は確認されず、当院NICUでの増加は地域流行では説明できない可能性が示唆された。また各年とも7月以降に分離数が増加する季節性がみられた。伝播経路の検討を行ったが、明らかな感染経路は特定できなかった。症例の記述疫学、病棟の観察、職員へのインタビューから、乳首の管理徹底などの環境整備と手指衛生の徹底により感染は収束した。当院小児科における肺炎桿菌分離増加は院内全体や地域医療機関に共通した現象ではなく、診療科特異的要因の関与が示唆された。環境整備と手指衛生の重要性を再認識した。(疫学調査にご協力いただいた国立感染症研究所実地疫学専門家養成コース(FETP)の調査チーム、市内7医療機関、群馬県衛生環境研究所に深謝いたします。)

P1-080 人工膝関節全置換術(TKA)における手術部位感染(SSI)のリスク要因の検討

熊本整形外科病院

○井村 昭寛 (いむら あきひろ)、塩屋 実沙、和田 由香、村上 広美

【背景・目的】手術部位感染(SSI)は、患者の入院期間延長や医療費増大を招き、治療満足度を著しく低下させる。当院では高齢化に伴い人工膝関節全置換術(TKA)の症例数が増加しており、年間数件のSSI発生が認められている。本研究は、当院でTKAを施行した患者を対象に、SSIのリスク要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】2014年から2023年の10年間に当院でTKAを施行した患者2,432名のうち、SSI発生患者21名と、無作為抽出した非発生患者300名を対象とした。研究デザインは後ろ向きコホート研究とし、電子カルテより年齢・性別・肥満(BMI)・栄養状態(Alb値)・血糖値・喫煙の有無・貧血の有無・飲酒の有無・免疫抑制剤の使用の有無・手術部位の消毒方法・除毛の有無・サージカルドレープ・縫合糸・手術時間・ASAスコアの15項目を収集した。分析はFisherの正確検定、Mann-Whitney U検定を行い、有意差を認めた項目についてロジスティック回帰分析を実施した。

【結果】単変量解析の結果、肥満($p<0.006$)、手術時間($p<0.011$)、ASAスコア($p<0.003$)の3項目で有意差を認めた。これらを独立変数としてロジスティック回帰分析を行った結果、肥満(OR: 3.14, $p=0.035$)、手術時間(OR: 7.80, $p=0.002$)、ASAスコア(OR: 5.26, $p=0.002$)となり、いずれも有意なリスク因子として抽出された。その他の要因について有意差は認められなかった。

【考察・結論】先行研究でのAlb値に有意差がなかったのは、当院のTKAが待機手術であり、比較的良好な栄養状態で手術に臨む症例が多いためと考えられた。肥満やASAスコア高値は基礎疾患合併や免疫低下と関連し、手術時間延長は細菌暴露時間増加によりSSIリスクを高めると考えられる。当院のTKAにおいて、ASAスコアの高値、手術時間の延長、肥満はSSI発生の有意なリスク因子である。スタッフ一人一人がこの現状を把握し、ハイリスク患者への重点的な感染対策を徹底していくことが重要である。

P1-081 ワクチン接種対象者の適正化に向けた多職種連携と体制整備の取り組み

医療法人徳洲会 湘南厚木病院 感染防止対策室
○小島 直美 (こじま なおみ)

【背景・目的】麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎(ムンプス)ワクチンを、医療関係者のためのワクチンガイドラインに沿って接種するため、2024年にワクチン接種の研修を職員に行い、ワクチン接種記録、抗体価の調査を行った。2024年度にワクチンを接種した職員は、MR ワクチン 21 名、風疹ワクチン 1 名、水痘ワクチン 3 名、ムンプスワクチン 6 名であり、2023年度以前と接種者数の変化はなかった。MR ワクチン接種者のうち 8 名は、ワクチン接種歴が 2 回以上ある職員であり、38% を占めた。対象者にワクチン接種ができるよう、関連する職種と検討しワクチン接種の体制を見直した。

【活動内容】麻疹、風疹、水痘、ムンプスワクチン接種は、職員の健康管理の活動と位置づけ、衛生管理者と協働した。活動内容を衛生委員会に報告し、委員会名で職員へ周知した。2025 年 9 月にワクチン接種の希望調査を実施した。希望者のうちワクチン 2 回接種済み、抗体価が基準値以上ある職員は対象外とし本人に手紙で周知した。対象者数を薬剤部と共有しワクチンの入荷調整を行った。ムンプスワクチンは出荷制限により入荷できず、MR ワクチンを中心に接種した。対象者を健康増進センターと共有し、2025 年 12 月からワクチン接種を開始した。

【成果・考察】ワクチン接種を希望する職員は、麻疹 57 名、風疹 44 名、水痘 26 名、ムンプス 40 名であった。接種希望者のうち対象外の職員の割合は、麻疹 33.3%、風疹 54.5%、水痘 92.3%、ムンプス 50% であった。対象者に対するワクチン接種率は、2024 年度は麻疹 7.0%、風疹 7.0%、水痘 4.4%、ムンプス 3.9%。2025 年度は、麻疹 11.6%、風疹 6.7%、水痘 4.3%、ムンプス 0% であった。麻疹、風疹、水痘は 2024 年度と比較し有意差はなかった。ムンプスは入荷できなかったため比較対象外とした。対象者の把握により、効率よく薬剤の準備や接種予約などができ、対象者に対して適切なワクチン接種ができた。多職種での活動を委員会に報告し周知することで、職員健康管理におけるワクチン接種の組織的な位置づけが明確になった。

P1-082 障がい者病棟患者(50 歳以上)に対する带状疱疹ワクチン接種への取り組み

NHO長良医療センター ICT¹⁾、NHO長良医療センター 院内感染対策委員会²⁾

○安江亜由美 (やすえ あゆみ)¹⁾、水野 朋紀¹⁾、加藤 達雄²⁾

【背景・目的】当院障がい者病棟において、水痘、播種性带状疱疹に関する事実が 2018 年以降 7 件発生している。患者の高齢化が進んでおり、2025 年 4 月時点で、ワクチン分科会が带状疱疹ワクチンを推奨する 50 歳以上の患者は 75 名であった。2025 年度より 50 歳以上を対象に带状疱疹ワクチン接種導入計画を立案し実施した。障がい福祉施設等において带状疱疹ワクチンを計画的に接種した報告は少ない。重症心身障害者を中心とした障がい者病棟患者に対する带状疱疹ワクチン接種状況とワクチン別の副反応について報告する。

【方法】2025 年 4 月時点で 50 歳以上の障がい者病棟患者 73 名を対象とし、带状疱疹ワクチン接種意向調査を行い、ワクチン接種を実施した患者の年齢、性別、基礎疾患、接種状況、副反応について調査した。

【結果】対象者 73 名の内訳は、男性 40 名、女性 33 名で、その内 36 名が接種(49.3%)を希望された。希望者の基礎疾患は重症心身障害者が 32 名、その他 4 名であった。助成対象 6 名のうち 4 名がワクチン接種を実施した。ワクチンの種類は、本人、家族・後継者が選択した。生ワクチンを選択した患者が 16 名(44.4%)、不活化ワクチンを選択した患者が 17 名、担当医に一任の 3 名は不活化ワクチン接種とした。副反応は、生ワクチンでは出現なく、不活化ワクチン接種の 20 名中 7 名(35.0%)に発熱、接種部位の疼痛、発赤の副反応が出現した。

【考察・結論】带状疱疹ワクチンを推奨する文書で説明し、接種できる環境を整えたことにより、予防効果の理解が得られ、対象者の約半数である 49.3% の接種につながった。今年度の接種を希望しなかった患者 1 名は助成対象時期が次年度であることが理由であった。接種を希望しない理由を確認していくことも重要と考えられた。生ワクチンでは副反応は無く、不活化ワクチンで 35.0% に軽度の副反応がみられた。今回、ワクチン接種状況と副反応の把握に留まっており、効果の検証にまでは至っていない。今後はワクチン接種による効果の検証、未接種者に対するワクチン接種率の向上を目指す継続的なアプローチを行っていく必要がある。

P1-083 A 病院医師・看護師・助産師の三種混合ワクチン(トリビック)接種に関する KAP(知識・態度・行動)調査

群馬県立小児医療センター 看護部 感染対策室
○石川さやか (いしかわ さやか)

【背景・目的】新生児の重症化リスクが高い百日咳は、医療関係者のためのワクチンガイドラインで医療従事者への追加接種を推奨している。しかし、総合周産期母子医療センターを有する A 病院では、百日咳に関する教育や接種歴の把握すら未着手であり、昨今の感染者数増加に伴い、院内伝播を懸念している。本研究では、A 病院の医師・看護師・助産師を対象に KAP(知識・態度・行動)の調査を行い、効果的な教育介入や接種促進策の立案に向けた課題を抽出することを目的とした。

【方法】2025 年 8 月～9 月に、A 病院の医師・看護師・助産師 261 名を対象に Google フォームによるアンケートを実施した。有効回答 93 件を対象に、百日咳に関する知識、定期接種導入等への態度、情報収集等の行動を調査した。統計解析は EZR を用い、職種別比較に Fisher の直接確率検定、群間比較に Kruskal-Wallis 検定および Mann-Whitney の U 検定を行った。本研究は群馬県立小児医療センター看護部研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号 2025-5)。

【結果】知識については、得点の中央値が医師 3 点、看護師・助産師 2 点であり、職種間に有意差を認め(p<.02)、高得点なほど医療従事者への定期接種導入を重要と捉え(p<.03)、導入も支持していた(p<.001)。また、自身の接種意向も得点と正の相関を示した(p<.001)。態度については、全職種において三種混合ワクチンの定期接種導入を支持する回答が 79.5%、自身の接種意向が 86.0% であった。一方、導入反対理由には、「幼少期の接種で十分」等の意見があった。接種の不安については、得点による有意差が認められなかった(p=.09)。行動については、情報源として「テレビ・新聞(75.5%)」が最多で、[学会・講演会]は 10.2% に留まり、情報の多くを一般メディアに依存していた。尚、成人期以降の既接種者は 3.2% であった。

【結論】職員の接種意向および導入への賛成意向は職種を問わず高い一方、看護職における専門的知識の不足と、全職種共通の接種実績の低さが明らかとなった。職員の自律的な意思決定を支援するには、感染対策室主導による教育介入と、副反応等への対策を提示した上で接種機会をシステム化する必要性等が示唆された。

P1-084 高齢者带状疱疹ワクチンの定期接種導入に伴う院内での接種体制整備と啓発活動の取り組み

医療福祉生活協同組合おおさか コープおおさか病院
○上田 有希 (うえだ ゆき)

【背景・目的】带状疱疹は、水痘・带状疱疹ウイルスの再活性化により発症し、皮疹と神経痛を特徴とする疾患である。特に高齢者では発症率が高く、带状疱疹後神経痛(PHN)による生活の質(QOL)が低下することが懸念される。予防接種は発症抑制および重症化予防に最も有効であり、2025 年 4 月から予防接種法に基づき、高齢者を対象に带状疱疹ワクチン定期接種が導入された。高齢者の带状疱疹発症および PHN の予防を通じて健康維持、QOL の低下予防を目的として、接種向上に向けた当院における接種体制の整備と啓発活動の取り組みについて報告する。

【活動内容】高齢者の定期接種開始にあわせ、患者および地域住民を対象に医療講座を開催し、ワクチンの必要性や安全性、副反応に関する情報提供を行った。職員向けの学習会も実施し、接種勧奨における統一的対応の徹底を図った。さらに、院内ポスターの掲示や案内チラシの作成、配布により視覚的啓発を行い、予約枠を拡大することで接種体制を強化した。

【成果・考察】院内での接種勧奨の結果、高齢者の間でワクチンの必要性に対する理解が広がり、接種希望者は増加した。待ち時間中のポスターやチラシの閲覧が予約、接種につながる事例もあった。一方、公費対象者への案内チラシ配布では約 20% が実際に接種したが、半数以上は案内にとどまり、積極的な接種行動に結びつかない現状もある。接種が進まない要因として、費用負担や副反応への不安、「自分はまだ大丈夫」といった意識の問題が挙げられる。地域の疾病予防や健康増進を重視した HPH (Health Promoting Hospital) の理念に基づき、今後は個別勧奨の強化に加え、医師・看護師・コメディカルが連携した継続的な健康教育、啓発活動を行い、地域住民が主体的に予防医療ができる環境を整備する必要がある。また、接種後の安全性や有効性も情報共有し、安心して接種できる体制を整えることで、高齢者の健康維持と QOL の向上に努めていきたい。

P1-085 感染管理認定看護師（ICN）の介入による職員ワクチン接種プログラムの標準化と適正運用への転換

地域支援病院オープンシステム徳山医師会病院 感染制御チーム
○岡崎 美紀（おかざき みのり）、渡邊なつ美、
有馬由美子、温品 リエ、長谷川博康

【背景】当院はB型肝炎ワクチンを事務主導の計画により、新入職員または既職員で抗体価の陰性者に対してワクチン接種していた。初回のみ1シリーズ接種し、毎年抗体価を確認し、抗体陰性者については追加1ドーズのブースター接種し、基準値を満たせば終了とした。また抗体陰性者は無制限に追加接種していた。また、中途採用者は抗体価が陰性であっても定期的なワクチン接種時期まで接種していなかった。

【目的】感染管理認定看護師（ICN）の介入で医学的根拠に基づいたワクチン接種管理、無制限な接種の適正化の構築

【活動内容】1 2023年にB型肝炎抗体陰性者42名のうち、初回または2シリーズ目の職員に対して1シリーズのB型肝炎ワクチンを接種した。また前年度までに1ドーズの接種を繰り返している抗体陰性者に対して追加1ドーズのブースター接種をし、現時点での抗体価に基づき「完了」または「不応」として層別化した。2 中途採用者のB型肝炎ワクチン接種を入職後速やかに接種できるように事務と情報共有し調整した。3 B型肝炎ワクチン接種者の絞り込みと記録を分かりやすく整理・見直し、事務とICNが情報共有できるようにシートを作成した。

【成果・考察】2023年のB型肝炎ワクチン接種を日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン」を基に1シリーズワクチン接種した後に抗体陰性の場合には追加1シリーズワクチン接種するものとし、同年まで無制限に1回のみのブースター接種をしていたが現時点の抗体価で層別化し、無制限接種を中止した。その結果2023年の陽性率は92.9%となった。（2022年81% 2021年89.7% 2020年87.2%）抗体陰性者のワクチン接種の医学的根拠に基づいた標準的スケジュールと無制限な接種の適正化は陽性率が上昇傾向となり、成果があった。また抗体陰性中途採用者の接種時期の見直しをしたことで血液曝露のリスクを低減できる。事務で対象者の絞り込みをしていたが、ICNが介入することによって担当事務職員は陰性者の取り扱い、対象者の絞り込みなどについて負担軽減が図れた。

P1-087 ムンプスワクチン接種後に無菌性髄膜炎を発症した外国人就労者の1例

加賀市医療センター 感染管理室¹⁾、加賀市医療センター 看護部²⁾、加賀市医療センター 皮膚科³⁾

○小森 幸子（こもり さちこ）¹⁾、赤尾 康子²⁾、
木村 浩^{1,3)}

【背景】ムンプスワクチンは有効性の高いワクチンであるが、副反応として無菌性髄膜炎の頻度は10万接種あたり13.4と報告されている。医療機関では、職員に対しワクチンガイドラインに準じたワクチン接種を推奨しており、外国人就労者の場合、言語やワクチン制度の違いから母国におけるワクチン接種歴が不明確な場合が多い。今回ムンプスワクチン接種後に無菌性髄膜炎を発症した症例を経験した。当院では職員のワクチン接種はICTが管理しており、臨床経過から予防接種管理上の課題について検討する。

【症例】20代ミャンマー人女性。X年語学留学生として来日し、X+1年より当院勤務。ワクチン接種歴不明であり、抗体価は麻疹IgG抗体（EIA）10.3・ムンプスIgG抗体（EIA）2.0未満で低値であった。同意のもと入手可能であったMRワクチンとムンプスワクチンを同時に接種した。ワクチン接種23日目に発熱・頭痛・嘔吐が出現し近医を受診。発症3日目に解熱したが頭痛・嘔吐が継続したため当院内科へ紹介。脳外科に紹介された。頭部CT検査で異常はなく、以前からの片頭痛に対し内服が処方された。ワクチン接種49日目に食欲不振・体動困難となり救急搬送にて入院した。入院9日目の髄液検査では、細胞数7/μL・単核球100%・総蛋白34mg/dL・グルコース55mg/dL・エコーウイルスとコクサッキーウイルス抗体価NT法陰性。ムンプスIgM・IgG抗体価EIA法は髄液・血液ともに陽性。無菌性髄膜炎と診断された。補液療法にて症状軽減し就業復帰した。学校教員がキーパーソンとなり、受診に必ず同席し副反応救済制度に関する手続きも協力的支援により申請に至った。

【考察・結論】ムンプスワクチン接種23日目に髄膜炎症状が出現し、ムンプス患者との接触歴はなく髄液検査結果や臨床経過から、ワクチン接種による無菌性髄膜炎として矛盾しないと考えた。本症例は、確定診断までに複数科を受診し発症から約1か月が経過しており、ワクチン接種の申告がない場合その関与を推定することは難しい。職員へのワクチン接種において接種後体調不良時のICT報告に加え、外国人就労者の場合はキーパーソンを指定し、ワクチン接種情報の共有を図ることが重要である。

P1-086 医療従事者のHBV・MMRV抗体価およびワクチン接種歴のデジタル管理と接種促進の取り組み

江別市立病院

○中根志のぶ（なかね しのぶ）、芳賀 岳晴、
佐々木洸太、池間 友美

【背景・目的】日本環境感染学会のガイドラインでは、患者や患者の血液・体液に接する可能性がある場合、感受性のあるすべての医療関係者に対してB型肝炎ワクチン接種を実施しなければならない。また麻疹・風疹・水痘・ムンプス（MMRV）は抗体保有状況を確認し、個人とデータ共有することを推奨している。A病院では、ワクチン接種歴の確認は実施されておらず、入職時期により抗体価検査の管理手法が異なり、データがExcelや電子カルテ等に分散していた。曝露事故発生時の情報照合に多大な時間を要しており、効率的な一元管理体制の構築が急務であった。本取り組みの目的は、管理のデジタル化による業務効率化と職員の抗体保有状況の可視化、および接種促進である。

【活動内容】外部委託を除く全職員569名のHBV・MMRVの抗体価情報を整理し、必要な職員から罹患歴やワクチン接種歴の確認作業を実施した。総務、システム、薬剤科、感染管理室が連携し、院内導入済みのオープンソースシステムを用いたWebデータベースを構築した。各部門の役割（情報収集・入力・判定・ワクチン供給・接種）を明確化した。また、職員本人が常時閲覧できるマイページ機能を付与した。接種不十分な職員に対し、HBV（病院負担）およびMMRV（自己負担）の接種勧奨を実施した。

【成果・考察】情報の一元化により、曝露時の抗体保持状況の迅速な判定が可能となり、照合時間が約30分から1分へ大幅に短縮された。職員は自らの抗体保持状況を、いつでも即時に確認可能となった。ワクチン接種が必要な職員の抽出がスムーズとなり、接種必要な職員（n=185名）へ働きかけた結果、34.1%が接種を希望した。最終的に全職員の11.1%が追加接種を実施するに至った。既存システムを活用したデジタル化は、低コストで迅速な情報集約を可能にし、感染管理業務の質を向上させた。個人への閲覧権限付与は、自身の免疫状況への関心を高め、高い接種希望率に繋がったと考えられる。今後は経年的なデータ蓄積と、未接種者への継続的なアプローチが課題である。

P1-088 アウトブレイクを契機とした職員の水痘感受性評価と対応体制構築

医療法人錦秀会 阪和記念病院

○風間 千陽（かざま ちはる）、竹内 弘之

【背景・目的】水痘は空気感染を起こしうる感染症であり、医療施設内でのアウトブレイクは医療提供体制及び経営に影響を及ぼす。2024年11月、A病院に勤務する外国籍看護補助者が水痘を発症し、アウトブレイク対応を行った。感染源として帯状疱疹患者との接触が疑われ、当該職員の接触者調査及び緊急抗体価測定により就業制限を要した職員が発生し、経済的損失は約100万円に及んだ。

また、厚生労働省の報告では医療・福祉分野における外国人労働者は増加しており、同様事例が今後も起こり得ることから、本活動は職員の水痘感受性評価と対応体制整備を目的とした。

【活動内容】本事例では職員の予防接種歴・抗体価の把握がされていなかったことから、2024年12月麻疹（measles）・流行性耳下腺炎（mumps）・風疹（rubella）・水痘（varicella）（以下：MMRV）の抗体価測定と感受性者への対応体制構築を院内感染防止委員会及び法人本部へ提案した。併せて全職員を対象にMMRV予防接種歴を調査し、母子手帳や検査値による証明提出を必須とした。翌年、法人福利厚生として抗体価測定実施が承認され、2025年春の職員健診及び新入職者健診で実施した。結果は全職員に抗体価と必要な予防接種回数を個別で通知した。

【成果・考察】本事例を契機に、入職時抗体価測定および感受性者への予防接種を選択可能とする運用を構築した。接種歴調査（n=807）では水痘予防接種2回接種歴証明者は4名（0.4%）、抗体価証明提出者は99名（12.2%）であった。抗体価測定（n=796）では水痘IgG4.0未満（医療関係者のためのワクチンガイドライン第4版に基づく）が51名（6.4%）で、希望者は自費で予防接種を受けた。外国籍職員（n=19）はIgG4.0未満が5名（26.3%）、日本人職員（n=777）では46名（5.9%）であり、十分な抗体価保有率はそれぞれ73.6%、94.0%であった。外国籍職員では抗体価保有率が低く、出身国の予防接種制度や流行状況の違いによる免疫背景の差が示唆された。平時から水痘感受性を把握し、多様な免疫背景を踏まえた対応体制を整備することは、アウトブレイク対応の迅速化と人的・経済的損失低減に寄与すると考えられる。

P1-089 地域の医療機関を対象とした感染対策実践の取り組み

地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立広尾病院
○武藤沙起里（むとう さおり）

【背景・目的】現在、薬剤耐性菌（AMR：Antimicrobial Resistance）の増加は、世界的にも深刻な公衆衛生上の問題となっている。このような状況を受けて、日本でも2016年に「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン」が策定され、抗菌薬の適正使用、感染対策の強化、医療従事者および国民への教育・啓発の重要性が打ち出されている。2022年度に設けられた感染対策向上加算では、地域の医療機関等と連携して実践する感染対策の取り組みの推進が求められている。当院は加算1を取得しており、地域の中小医療機関やクリニックに対しても情報提供を行う立場にある。以上の背景から、地域全体の感染対策の意識向上を図るべく、啓蒙活動を開始したので報告する。

【活動内容】2024年度から、地域の医療機関を対象に検査部門に関する教育用パンフレットを作成している。その中に、標準予防策や手指衛生の重要性、手袋着用の意義を掲載したページを作成し、感染対策の基本的概念について解説した。2025年度は第2弾として、適切な検体採取方法や感染対策に特化したパンフレットを作成した。具体的には、適切な検体採取の意義、検体採取時の個人防護具の種類・着脱の順番、材料または検査ごとの適切な採取方法などをまとめ、医療機関で働く方々の業務に則した内容とした。作成したパンフレットは、当院の地域連携患者サービスと協働し、渋谷区を中心とした隣接する区の医療機関へ配布している。パンフレットの内容に関する評価は、アンケートにて意見を集約する。

【成果・考察】アンケートの中間集計結果では、実際の業務に即していた、教育に役に立つといった声が寄せられている。当日は、最終集計結果を報告し、感染対策の意識向上に繋がったか評価する。適切な感染対策と検査の知識は、中小医療機関やクリニックにおいても必要であり、その橋渡しをすることが、私たち臨床微生物検査技師の重要な役割の一つである。今後も、より多くの医療従事者に正しい知識や最新の情報を共有し、継続して実践的な支援を行うことで、医療機関における感染対策力や抗菌薬適正使用の底上げに貢献していきたい。

P1-090 ファシリテーター育成と沖縄県の地域主導 WHO 手指衛生多角的戦略研修の効果

沖縄県立中部病院¹⁾、沖縄県看護協会 感染対策委員会²⁾、ハートライフ病院³⁾、中頭病院⁴⁾、下志津病院⁵⁾
○上地智賀子（うえち ちかこ）^{1,2)}、城間 克也^{2,3)}、浜元 沙織^{2,4)}、椎木 創一¹⁾、鈴木 由美⁵⁾

【背景・目的】WHOは2009年に手指衛生多角的戦略を提唱しており、2022年のOECD報告では日本では行動変容を促す実装科学教育が課題と指摘された。沖縄県では手指衛生教育を担う感染管理認定看護師（CNIC）の中で指導者育成トレーニング（TTT）受講修了者は5名のみであった。そこで、地域主導のファシリテーター（以下、F）育成を組み込んだアクティブラーニング形式の研修を実施。Fおよび受講生に与える影響を明らかにし、効果的な感染対策教育の在り方を検討した。

【方法】TTT-Japanの鈴木由美先生の協力を得て2025年3月より就業時間後に全7回、WebにてCNIC9名に対して講義および実践的指導法の訓練を行い、Fを育成した。2025年8月に「WHO手指衛生多角的戦略」に基づく研修（受講生90名、F10名）を沖縄県看護協会主催で実施。研修直後および5ヶ月後（2026年1月）に無記名自記式アンケート調査を行った。研修前後の取り組み事項の比較、および自由記載のKJ法による質的分析で効果を評価した。

【結果】アンケート回収率はF70%（7/10名）、受講生34%（30/89名）。受講直後に比較して5ヶ月後では、Fは他者への教育経験が自身の知識・理解を深めることに繋がり、施設での「管理者への提言」や「フィードバック」など能動的・組織的行動変容が顕著に認められた。一方、受講生では受講直後の自己効力感の高さは得られたが、5ヶ月後の実践活動などの行動変容は十分には認められなかった。受講生のコメントからは、多角的戦略の要素の視覚的な啓発や環境整備などへの取り組みの障壁を減らす効果があったことが示され、戦略を理解して始める第一歩の取り組みまで到達する者もいた。

【結論】手指衛生多角的戦略に関するF育成+指導実践研修は、F自身の学習と組織的行動変容を促す効果が高かった。しかし、受講生は1回のみの講義+ハンズオン研修会でWHO戦略の学習機会にはなったが、受け身学習の要素も強く、実践活動につながる十分な行動変容を起こすことは困難であった。今後、本研修で育成されたFを中心に、今回の受講生が「教えることで学ぶ」を経験できるフォローアップ体制を構築する予定である。

P1-091 デジタル端末を用いた新しい歯科医療安全教育の開発—歯学部学生に対する針刺し・切創対策についての臨床教育—

日本歯科大学新潟病院

○水谷 太尊（みずたに ますたか）

【背景・目的】歯科大学附属病院は歯科学生の臨床実習の場となっている。医療安全については講義と基礎実習で知識・技能・態度を修得するが、臨床での様々な状況に対応するには十分とは言えない。針刺し・切創についても学生のアクシデントやインシデントが多く、対策をどのように教育するかが課題となっている。演者は医療安全教育としてショート動画を用いた方法を考案した。視聴する二種類のデジタル端末による教育効果を比較検討したので報告する。

【研究方法】臨床実習中の歯学部学生40名を2群に分けノートPCおよびスマートフォン（SP）で針刺し・切創対策に関する2分間のショート動画を視聴してもらった。視聴後に小テスト（6問）を実施し、視聴時の主観的評価を5点満点で回答してもらった。

【結果】小テストの正解は、PCで5.60ポイント、SPで5.65ポイントであった。主観的評価では、「動画のみやすさ」はPC4.50ポイント、SP4.45ポイント、「メモの取りやすさ」はPC3.70ポイント、SP3.90ポイントであった。いずれの項目でもPCとSPに有意差は認められなかった。

【考察】本院での針刺し・切創は臨床実習中の学生の事例が最も多い。様々な状況で発生するアクシデントやインシデントを実習中にどのように教育するかが課題となっている。演者は臨床実習開始直後に危険予知トレーニングを実施しその教育効果を報告している。今回はショート動画を用いた方法を考案し、二種類のデジタル端末による教育効果を比較検討した。結果としてノートPCとスマートフォンでは教育効果に有意差は認められなかった。学生はスマートフォンを常に携帯し、オンラインでYouTube、Instagram、TikTokなどのショート動画を日常的に視聴している。2021年度から運用が開始されたGIGAスクール構想のもとに教育を受けてきたデジタル世代の学生を対象とする医療安全教育では、このようなショート動画を用いた方法も必要となってくる。これまで医療現場で生じたアクシデントやインシデントの情報共有は紙媒体や電子カルテ閲覧などであったが、学生教育に限らず医療者の生涯研修の教育方法としてのデジタル端末の一層の活用と提供教材の重要性が示唆された。

P1-092 疥癬アウトブレイクを契機とした精神科における早期発見体制の整備と啓発の取り組み

公益財団法人 松原病院 精神科

○田中 智啓（たなか ともひろ）

【背景・目的】疥癬は初期対応の遅れが感染拡大の要因となる。特に精神科においては症状を正確に申告することが困難な患者が多く、発見の遅れにつながりやすい。また当院では疥癬の検査体制が確立されておらず、皮膚症状があれば家族や職員付き添いのものと院外の皮膚科受診をせざるを得ない状況であった。その結果、診断までに時間を要したことが、アウトブレイクの一因と考えられた。本事例を契機に、疥癬の早期発見と治療開始を目的に院内の検査体制の整備と職員への啓発活動を行った。

【活動内容】202X年X月より、まずはアウトブレイクが発生した病棟を対象に本取り組みを開始し、その後、全病棟へ範囲を拡大した。具体的な活動として、疑わしい皮膚症状を認めた患者に対して医師の判断で疥癬検査が行える体制を整備した。あわせて、疥癬が疑われる場合の院内対応方法を整理するとともに、疥癬の臨床的特徴や初期対応のポイントをまとめた院内向けの啓発動画を作成した。これらの内容について、皮膚症状を訴える入院患者への対応や、入院時から疥癬を鑑別に挙げる意識づけのために院内職員へ周知を行った。周知方法としては、アウトブレイク情報の院内掲示、職員研修、院内メールでの動画共有を行った。

【成果・考察】この取り組みにより、院内で疥癬検査を実施し、陽性判明後に速やかに治療開始が可能となった事例が5例認められた。また、入院時点で疥癬を鑑別に挙げ、入棟前に検査を実施した上で陽性が判明し、疥癬治療を開始しつつ入院を受け入れた事例も経験した。これらの事例から、精神科病院においても、疥癬を想定した検査体制と職員啓発を行うことが、早期発見および初期対応に結びつく可能性が示唆された。

P1-093 看護師を対象としたスワブスティック型消毒薬の適正使用に関する調査の現状と課題

朝倉医師会病院 感染管理部

○古賀 尚史(こが なおふみ)、井上 聡子、
西川 容子、甲斐 健一

【背景・目的】当院では血液培養採取時の皮膚消毒として10%ポビドンヨード(10%PVP-I)を使用してきたが、必要な乾燥時間の遵守ができなかった。そこで、乾燥時間短縮が可能とされる1%クロルヘキシジングルコン酸塩エタノール(1%CHG-AL)を導入し、併せて10%PVP-Iおよびアルコール禁忌患者対応として0.025%ベンザルコニウム塩化物を追加した。しかし、複数の消毒薬導入後も適正な使い分けが十分に浸透せず、現場で混乱が生じていた。今回の調査目的は、看護師におけるスワブスティック型消毒薬の知識・態度・実践の実態を明らかにし、課題を抽出することである。

【方法】看護師187名を対象に、無記名自記式アンケートによるKAP調査(Knowledge, Attitude, Practice【知識、態度、行動】)を実施した。調査内容は1)3種類の消毒薬の成分と適応、禁忌に関する知識、2)適正使用に対する態度、3)使用経験および選択行動などの実践、4)自由記述とした。各設問を5段階リッカート尺度にてスケール化し領域別に得点化した。得点は80%以上を高得点、60~79%を中得点、60%未満を低得点として解析した。

【結果】回答は136件(回収率73%)であった。知識得点は平均54%と低く、特に1%CHG-ALの適応と禁忌に関する誤認が多く認められた。態度得点は平均69%で、「適切な消毒薬選択は重要」「医療安全上の責任がある」とする認識は比較的高かった。一方、実践得点は平均54%と低く、血液培養や導尿時の使用消毒薬にばらつきがみられた。また「どの消毒薬を使っているか覚えていない」とする回答も一定数存在した。自由記述では「種類が多く分かりにくい」「表示や配置が不十分」「学習機会が少ない」といった意見が多く挙げられた。

【結論】複数のスワブスティック型消毒薬併用体制において、態度面が知識・実践に比べ良好であった点を踏まえると、知識面への介入を行うことで実践の改善に結びつく可能性が高いと考えられた。今後は適応と禁忌を明確にした教育の強化、表示や配置の統一などの環境整備、手順を確認できるマニュアル整備を行い、適正使用の向上に繋げることが重要と考える。

P1-095 病棟統合に伴う部署内教育の再構築とオンデマンド型学習の導入～兼任感染管理認定看護師による継続学習へのアプローチ～

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

○下里 徳輝(しもぎと のりき)、兼島 優子、
富山 辰徳、仲宗根可央里、國吉 光治

【背景・目的】2025年4月、感染症病棟と無菌室を有する血液内科病棟が統合した(職員56名)。互いの専門分野の看護経験が浅い職員も多く、統合時の調査では感染対策への不安が聞かれた。従来の朝の集合教育は、業務多忙や短時間勤務者の不参加など出席率の低迷が課題であった。そこで、全職員が勤務形態を問わず均質に菌種の理解と適切な感染予防策を習得できる環境を整えるため、教育方法の改善に取り組んだので報告する。

【活動内容】解説付きスライド動画を作成し、部署導入のビジネスチャットツールを用いて配信した。1. 2025年6月、初回動画として標準予防策、陰圧室および無菌室の管理について配信。小テストを実施し、正解率80%以上を合格ラインとした。2. 同年7月より、ICTラウンドでの指摘事項や環境整備方法、院内分離菌への対策などを5分以内の動画にまとめ、月1回定期配信を行った。なお、動画視聴完了をもって研修参加とした。評価はアンケート調査とテスト結果を用いた。

【成果・考察】初回動画の理解度テストは提出率100%、平均正解率89.3%であり、未達成者には解説付き回答を提示し再教育を行った。オンデマンド型学習に関するアンケート(回収率82.1%)では、動画配信を支持する回答が97.8%を占めた。理由は「好きな時間に視聴・反復できる」が大半であり、「勉強会が良い(対面での質問が可能)」は2.2%にとどまった。動画時間は「5分以内」、頻度は「月1回」を支持する声がそれぞれ約98%であった。動画教育への高い支持率は、時間や場所を選ばない学習スタイルが、多忙な病棟業務や多様な勤務形態に合致したためと考えられる。また、5分以内という短時間かつ月1回の頻度が、学習へのハードルを下げ、全職員への均質な教育機会の提供を可能にした。加えて、演者が兼任として日常業務を共にすることで職員の受容性が高まり、現場の状況に即したタイムリーな教育介入が可能となった。一方、本取り組みによる手指衛生遵守率の向上などの行動変容には直結していない可能性がある。知識の習得だけでなく、今後は感染対策の定着度を評価し、行動変容につなげるための関わりが課題である。

P1-094 インドネシア人看護助手に対する感染対策に関する教育の取り組み

寺岡記念病院 薬剤科¹⁾、寺岡記念病院 臨床検査室²⁾、寺岡記念病院 看護部³⁾

○高橋 弘明(たかはし ひろあき)¹⁾、今村 誠志²⁾、
土路生智美³⁾、堀川 俊二¹⁾

【背景・目的】近年、医療現場では外国人介護・看護補助職員の受け入れが進んでいるが、言語や文化の違いにより感染対策の理解・実践に課題を認めることがある。当院に勤務するインドネシア人看護助手においても、尿廃棄や吸引ビン廃棄などの業務は概ね手順通り実施できている一方、手指衛生や個人防護具の着脱といった標準予防策が十分に定着していない場面がみられた。そのため、現場の職員からは、繰り返しの声かけや確認が必要であり、指導の負担が大きいの声が聞かれていた。このことから、口頭指導や文章マニュアルでは理解が不十分である可能性が示唆された。そこで、言語依存性を低減した動画を用いた感染対策教育を実施した。今回はその取り組みを報告する。

【活動内容】感染リスクの高い業務として「尿廃棄」、「吸引ビンの処理」、「PPEの着脱」の3つを選定し、正しい手順と感染対策のポイントを示した教育用動画を作成した。その動画を当院に勤務するインドネシア人看護助手4名に閲覧してもらい、理解度評価のためのアンケートを行った。

【成果・考察】動画教材は、実際の動作や手順を視覚的に確認できる点が評価され、マニュアルのみでは伝わりにくかった部分の理解が促進されたとの意見が得られた。また、現場の職員からは、「説明の手間が軽減した」「共通の教材として指導しやすい」との反応があり、教育負担の軽減にも寄与する可能性が示唆された。アンケートでは、具体的手技に関する理解が深まったとの回答が多く、視覚教材の有用性が示唆された。今後は、動画内容のさらなる改善や他業務への展開を図り、多文化スタッフに対する感染対策教育の質向上につなげたい。

P1-096 静脈注射認定看護師に対する静脈炎早期発見に向けた体験型教育の導入とその効果

金沢医科大学病院 看護部¹⁾、金沢医科大学病院 感染制御室²⁾、
金沢医科大学 臨床感染症学³⁾

○福原 奈美(ふくはら なみ)¹⁾、西岡 美保¹⁾、
中川 佳子²⁾、日向千恵子²⁾、飯沼 由嗣³⁾

【背景・目的】当院では、静脈注射認定看護師(レベル1-4)育成研修を実施しており、レベル2では末梢静脈注射の挿入手技および挿入後の観察による静脈炎の早期発見を指導している。2024年度の「末梢静脈カテーテル管理に関するアンケート」において、ハブの適切な消毒が30%と最も低かった。また、静脈炎発見の遅れや、静脈炎スケール評価と看護記録の乖離が認められ、感染制御チーム(ICT)より観察方法に関する指摘を受けた。そこで、静脈炎の触知による早期発見と安全な静脈注射の実践を目的に、索状硬結を再現した血管模型を用いた体験型教育を導入したので報告する。

【活動内容】2025年度のレベル2研修において、1)マニュアルに準じたハブの消毒手技の習得、2)静脈炎の早期発見を目的とした教育を新たに導入した。ハブの消毒手技では、実技試験前に病棟管理者が手技を確認する二重確認体制とした。さらに、静脈炎の触知理解を深めるため、ICT指導のもと正常血管と索状硬結を比較できる血管模型を作成した。受講生はこの模型を通じて、静脈炎に特徴的な硬結の触感を体験的に学習した。その後、12月にレベル2対象者へアンケートを再実施し、教育効果を評価した。

【成果・考察】2025年度のアンケート再実施結果において、正しいハブ消毒の理解度は「表面・側面を各5回×2セット擦る」93%、「アルコール綿の面を交換しながら擦る」43%であった。静脈炎観察に関する理解度は、「触知による感染徴候の確認」90%、「抜針後の観察期間の理解」82%、「静脈炎画像のカルテ保存」80%で全てにおいて改善がみられた。また、静脈炎スケール記録の乖離は6件から1件へ減少した。血管模型を用いた触知体験は、受講生から「血管の違いや異常の理解につながった」との声が多く、観察方法の理解促進に寄与したと考えられる。一方で、ハブ消毒において擦拭力が弱い、アルコール綿の同一面を使用するといった不十分な手技もみられ、日常実践における遵守不足が課題として示唆された。今後は静脈炎やカテーテル関連血流感染症の減少に向け、より看護実践に即した実技試験の構築と、日常的な遵守状況の評価体制に取り組みが必要がある。

P1-097 小児心臓血管外科手術症例における周術期テイコプラニン投与設計の妥当性の検討

群馬県立小児医療センター 薬剤部

○新井 咲紀 (あらい さき)

【背景・目的】小児心臓血管外科領域において、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌保菌者に対して周術期にテイコプラニン（以下、TEIC）が使用されることがあるが、予防投与における血中濃度推移や臨床的妥当性に関する報告は少ない。本研究では、小児心臓血管外科手術症例における周術期TEICの血中トラフ値と、術後30日および90日以内の手術部位感染（以下、SSI）発症状況を評価し、現行の投与設計の妥当性を検討した。

【方法】2024年1月から2025年12月までに当院で心臓血管外科手術を施行し、周術期抗菌薬としてTEICを使用し、トラフ値を測定した症例を対象とした後方視的観察研究である。投与設計は、手術前日18時から12時間ごとに3回（10mg/kg/回）、以降24時間ごとに6mg/kg/回、計5日間投与とした。投与3日目のトラフ値および術後30日・90日以内のSSI発症状況を評価した。

【結果】対象は11例（男6例、女5例）、年齢中央値5か月（生後23日～10歳）、体重中央値5.3kg（2～15.7kg）であった。投与3日目のトラフ値中央値は24.1μg/mL（10.8～30.8μg/mL）であり、全例で10μg/mL以上を達成した。15μg/mL未満は1例のみであった。術後30日以内のSSIは認めなかったが、術後90日以内では1例にSSIを認めた（当該症例のトラフ値は30.8μg/mL）。

【結論】本研究において、周術期TEIC予防投与は概ね目標血中濃度を達成しており、SSI発症率も低かった。血中濃度とSSI発症との明確な関連は認められず、現行の投与設計は一定の妥当性を有すると示唆された。

P1-098 保健所の院内感染対策ネットワーク構築の支援を目的とした多剤耐性病原体アウトブレイク演習記録についての検討

文京区保健衛生部（文京保健所）予防対策課¹⁾、川口市保健所²⁾、大分県中部保健所³⁾、山形市保健所⁴⁾、神奈川県鎌倉保健福祉事務所⁵⁾

○小島 絵里 (こじま えり)¹⁾、中山 文子²⁾、森本 卓哉³⁾、加藤 裕一⁴⁾、近内美乃里⁵⁾

【背景・目的】地域保健総合推進事業「院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業」班（以下、本事業班）では、アウトブレイクに備えた地域の院内感染対策ネットワーク構築を支援するため、多剤耐性病原体（MDROs）に関する保健所等職員対象のWEB研修を2022年から実施している。本報告は、2025年の研修の演習記録を分析し、アウトブレイク時の保健所の対応と情報収集の範囲を明らかにすることを目的とした。

【活動内容】2025年12月、本事業班はMDROsの研修をWEBで実施し64保健所が参加した。感染対策向上加算未算定病院でのMDROsのアウトブレイク事例対応等について演習を行った。演習は(1)アウトブレイクの第一報があった際に病院に確認すること、(2)同一の感染源であることが判明した後の対応、(3)地域でのアウトブレイクに対する取り組み及びその課題等だった。終了後、演習記録の提出を参加保健所に依頼し、提供された58グループの記録をWHO等のガイドラインを参考にリスト化、分類し、グループ数及び割合を算出した。(1)ではアウトブレイクが否かの照会が6（10.3%）、(2)では、アウトブレイクであることを伝えるのが27（46.6%）、ICN等との訪問調査が6（10.3%）、マニュアルの遵守状況の確認が2（3.5%）だった。(3)では、研修実施が28（48.3%）、加算取得への働きかけが21（36.2%）、課題は病院の組織・体制が8（13.8%）だった。

【成果・考察】(1)では、保健所の第一報を受けての対応を平時に整理しておく必要があると考えられた。(2)では、実際の感染対策への助言を網羅していたと考えられるが、マニュアルの遵守状況を確認するのはほとんどなく、アウトブレイクの抑制に必要な情報の把握方法を検討すべきと思われる。(3)では、取り組みの課題を記載した保健所は少なかった。アウトブレイク時の対応を本研修でシミュレーションすることで、経験の少ない保健所等は対応しやすくなるのではないかと考えられる。また、演習が地域の医療資源や課題について考える契機となり得ると考えられる。本検討は本事業班報告書にも掲載した。

P1-099 尿路感染症と診断された血液培養陽性患者の抗菌薬治療期間と予後に関する調査

田主丸中央病院薬剤科¹⁾、田主丸中央病院 総合質管理部²⁾

○大石 泰也 (おおいし やすなり)¹⁾、右田 早苗²⁾、本田 順一²⁾

【背景・目的】血液培養陽性では10～14日間抗菌薬を投与されることが多く、尿路感染症の抗菌薬の投与期間は7～14日間とされている。今回、尿路感染症と診断された血液培養陽性患者の抗菌薬投与期間で再発、予後に違いがあるかについて調査を行った。

【方法】2024年9月～2025年8月に田主丸中央病院（以下、当院）で泌尿器系感染症と診断され血培養陽性が陽性あり抗菌薬を投与された当院入院患者について、抗菌薬投与日数が9日以内と10～14日の2群に分けて抗菌薬投与終了30日後以内の再発患者数と死亡患者数に違いがあるか調査を行った。統計処理はWilcoxon検定、 χ^2 検定を用い危険率5%以下を有意差ありとした。なお、当研究発表については当院倫理委員会へ承認申請中である。

【結果】血液培養から検出される細菌はESBL産生菌を含む大腸菌が多くを占めていた。尿路感染症と診断された血液培養陽性患者での再発率および死亡率は抗菌薬投与日数9日以下の患者グループと10～14日の患者グループでは違いは認められなかった。

【結論】今回の検討結果から尿路感染と診断された血液培養陽性感染症での抗菌薬治療期間の短縮できる可能性が示唆された。実際には、複雑性尿路感染症や重症度によっては14日間までの投与が必要になることもありえるため、投与開始後9日目前後での効果判定を行うことで投与期間の短縮が図れると考えられた。

P1-100 過体重手術患者への薬剤師介入によるセファゾリン増量投与の有効性評価～感染症治療抗菌薬への変更率を指標とした後方視的検討～

小倉記念病院 薬剤部¹⁾、小倉記念病院 感染管理部²⁾、小倉記念病院 看護部³⁾

○町田 聖治 (まちだ せいじ)¹⁾、宮崎 博章²⁾、山下 恵美^{2,3)}

【目的】手術部位感染（SSI）は手術後に発生する重大な合併症の1つであり、患者のQOL低下、入院期間の延長などを引き起こす可能性がある。SSI対策として適切な予防抗菌薬の投与は重要な要素である。黄色ブドウ球菌などのグラム陽性球菌によるSSIに対しては、セファゾリン（CEZ）が第一選択薬として推奨されている。ガイドラインでは過体重/肥満症例における適切な薬物動態を確保するため、体重 ≥ 80 kgでは2g、体重 ≥ 120 kgでは3gへの増量投与が推奨されている。当院では2024年10月より周術期担当薬剤師がガイドラインに基づいた過体重/肥満症例への感染予防抗菌薬の適正化業務を開始している。本研究では体重 ≥ 80 kgの手術患者において、薬剤師の介入によるCEZ増量投与の有効性を、感染症治療抗菌薬への変更率を指標として評価することを目的とした。

【方法】2024年10月～2026年1月に周術期担当薬剤師が介入した体重 ≥ 80 kgの全予定手術症例を対象とした後方視的観察調査。調査項目は患者背景（年齢、性別、身長、体重）、術式、手術時間、術後在院日数、臨床検査値（血清クレアチニン値、eGFR、血清アルブミン値、AST、ALT、ヘモグロビン濃度、血小板数）、術後の感染症治療抗菌薬への変更症例数とした。統計解析にはFisherの正確検定を用い、 $P < 0.05$ を統計学的有意とした。

【結果】薬剤師の介入により対象171症例のうち、CEZが2gに増量された症例（CEZ2g群）は154症例、1gのまま投与された症例（CEZ1g群）は17症例であり、CEZ増量投与の提案率は90.1%であった。術後の感染症治療抗菌薬への変更はCEZ2g群で11症例（7.1%）、CEZ1g群で3症例（17.6%）に認められたが、統計学的有意差は認められなかった（ $P=0.15$ ）。

【結論】体重 ≥ 80 kgの手術患者において、薬剤師の介入によるCEZ増量投与の有効性を評価した。統計学的有意差は得られなかったものの（ $P=0.15$ ）、ガイドライン推奨用量での予防抗菌薬投与により感染症治療薬への変更率が60%（17.6%→7.1%）低下する傾向が示された。薬剤師の積極的な介入により90.1%の症例でガイドライン推奨用量が採用され、感染予防の適正化に寄与していると考えられる。

P1-101 外来 AS 活動に向けた急性気道感染症抗菌薬処方実態の可視化：薬剤データと ICD-10 コード統合による処方動向調査

静岡市立清水病院 感染防止対策室¹⁾、静岡市立清水病院 検査技術科²⁾、静岡市立清水病院 薬剤科³⁾、静岡市立清水病院 呼吸器内科⁴⁾

○土屋 憲 (つちや けん)¹⁾、池ヶ谷佳寿子²⁾、齋藤 敦子¹⁾、更谷 和真³⁾、宮上 麻実¹⁾、芦澤 洋喜^{1,4)}、増田 昌文^{1,4)}

【背景・目的】抗菌薬適正使用支援チームの業務の一環として、外来急性気道感染症に対する抗菌薬処方の適正化が AMR 対策として求められている。本発表では薬剤科システムの処方データと感染管理支援システムの ICD-10 コードを統合し、AS 介入未実施下における疾患別処方実態を解析・可視化することを目的とした。【活動内容】2020 年から 2025 年の外来患者を対象とした。即日入院症例は除外した。各システムから抽出データを統合し、全体および小児の各症例において以下の 2 群を解析した。1) 急性ウイルス性気道感染症群：インフルエンザ、COVID-19、細菌感染併記のない急性上気道感染症等。2) 細菌関与群：細菌性肺炎、溶連菌性咽頭炎、あるいは混合感染と判定された症例。これらについて、処方率、薬剤系統別処方数、DOTs/1000pt の推移を算出した。【成果・考察】ウイルス性群への抗菌薬処方率は約 7 から 20% で推移した。疾患構成では急性上気道感染症 1403 例 (2020 年) から 551 例 (2025 年) へ減少する一方、2022 年以降は COVID-19、2023 年以降はインフルエンザの構成比が増加しており、流行状況に伴う疾患内訳の変化が可視化された。細菌関与群の処方率は 39 から 71% の範囲で推移した。小児の同群における DOTs/1000pt は経年的に減少し、全体と比較して処方率は低かったが、処方薬剤はマクロライド系薬が中心であった。データ統合により、疾患群別の処方動向を客観的に評価可能となった。本来抗菌薬を必要としないウイルス性疾患に対して、マクロライド系やキノロン系薬の使用が一定数みられたことは、今後の調査対象である。また、検査陽性数と登録病名数に乖離がある実態も見られ、精度の高い実態把握に向けた課題も明らかとなった。本研究で得られた知見は、今後の情報共有のあり方を検討する上で、極めて有用な基礎資料になると考える。単一施設での検討であり臨床情報の精査に限界はあるものの、長期的な処方動向を把握する上で本手法は有用であり、今後も継続した調査を行う予定である。

P1-103 AST による外来経口抗菌薬適正使用に向けた取り組み

NTT東日本札幌病院 感染管理推進室¹⁾、NTT東日本札幌病院 看護部²⁾

○檜山 瑠美 (ひやま るみ)¹⁾、金子 陽香²⁾、桑原 理江¹⁾、大越 康雄¹⁾、萩野 貴志¹⁾、笠原 英樹¹⁾

【背景・目的】Access 抗菌薬は耐性菌出現リスクや副作用が比較的低く、WHO は全抗菌薬の使用比率 60% 以上を推奨しているが、当院の 2023 年 10 月から 6 ヶ月間の使用比率は 32% と低く、気道感染症や皮膚疾患において Watch 抗菌薬が多く使用されており、早急な対策が必要と思われる。2024 年 4 月以降、抗菌薬適正使用支援チーム (AST) による外来経口抗菌薬の適正使用推進を強化した取り組みを報告する。【活動内容】抗菌薬適正使用を判断するための新たな指標である『AWaRe 分類』をベースに各々の抗菌薬の特性について院内 AST News、AST セミナーを活用し、繰り返し周知した。また、抗菌薬適正使用体制加算、気道感染症における抗菌薬使用状況、院内における問題点と改善策なども合わせて周知し、適正使用のために意識改革をする一助となるように支援した。また、Access 抗菌薬であるドキシサイクリンが未採用であったため、皮膚科で多用されていたミノサイクリンやロキシシロマイシンの代替として新規採用を提案し、処方を推奨した。【成果・考察】全診療科における外来処方抗菌薬の系統別 DDDs (2023 年→2025 年) は、ペニシリン系 (4210→4816)、第一世代セファロsporin 系 (689→1877) が増加し、第三世代セファロsporin 系 (3025→1717)、ニューキノロン系 (5550→4347)、マクロライド系 (33240→29624) は減少した。皮膚科関連では、ドキシサイクリンの新規採用により、ロキシシロマイシン (3603→2260)、ミノサイクリン (670→265) が減少、また、セファレキシ (267→569) が増加、セファクロ (328→112) は減少し、抗菌薬の適正使用に対する意識向上が示唆された。AST の継続的な介入により、2025 年 7 月からの 6 ヶ月間における Access 抗菌薬使用比率は 42.8% まで改善した。一方で、薬剤耐性アクションプランの指標である大腸菌のニューキノロン耐性率は 43% と依然高値で推移しており、今後も継続的な適正使用の推進が求められる。【会員外共同発表者】門間 貴大

P1-102 簡易届出制の導入による外来経口抗菌薬適正使用への影響と評価

医療法人徳洲会 大垣徳洲会病院 AST
○後藤 雄真 (ごとう ゆうま)、長谷川 毅

【背景・目的】2024 年度の診療報酬改定での「抗菌薬適正使用体制加算」新設により、外来における経口抗菌薬の適正使用は益々取り組むべき課題となっている。当院では算定要件となる Access 抗菌薬の使用比率が極めて低い状況であったが、AST のマンパワー不足もあり、外来抗菌薬使用への直接介入は行えていなかった。そこで 2025 年 4 月より、医師への Access 抗菌薬使用の啓発と使用理由の把握を目的に、全ての経口抗菌薬を対象とした簡易的な届出制を導入した。今回、その効果を評価したので報告する。【方法】電子カルテの届出機能を利用し、処方時に電子的な届出入力求めた。外来処方における簡便性を保つため、入力項目は「使用理由」の選択のみとした。また、届出画面上に Access 抗菌薬の推奨文と一覧表を掲載し、処方医への注意喚起を行った。導入前 (2024 年 10 月～2025 年 3 月) と導入後 (2025 年 4 月～9 月) の 2 期間において、外来処方の Access 抗菌薬選択率 (Access 抗菌薬処方件数/全抗菌薬処方件数) および Access 抗菌薬使用比率 (Access 抗菌薬 DDDs/全抗菌薬 DDDs) の変動を調査した。あわせて、導入後の届出提出率を算出し、運用の有用性を評価した。【結果】導入前後の比較において、Access 抗菌薬の選択率の 6 ヶ月平均値は 35% から 48% へ、Access 抗菌薬の使用比率の 6 ヶ月平均値は 17% から 24% へと、いずれも有意に増加した。導入後の届出提出率は、6 ヶ月平均で 91% と高い水準を維持した。【結論】簡易届出制の導入により、Access 抗菌薬の選択率、使用比率はともに向上した。2 クリックという簡便さが 91% という高い提出率に繋がりを、継続可能な仕組みであると考えられた。現時点で加算算定の基準達成には至っておらず本施策のみでは不十分だが、レセプト等からは抽出困難な「正確な使用理由」を効率的に収集できた成果は大きい。今後は収集した情報を活用して不適正使用例への介入を行うとともに、本施策で構築された「使用理由を登録する」という風土を維持し、さらなる取り組みを推進していきたい。

P1-104 糖尿病患者のおむつ内環境モデルによる尿路感染リスクの検討—模擬細菌尿を用いた実験的解析—

高崎健康福祉大学 薬学部 地域医療薬学研究室
○飛田 翔 (とびた しょう)、小見 暁子、土井 信幸

【背景・目的】糖尿病患者は、高血糖に伴う免疫機能の低下や自律神経障害による残尿、更に尿糖の存在により、健常者と比較して尿路感染症の発症リスクが高いことが知られている。臨床現場で ADL が低下した患者に使用されるおむつ内は、体温による温熱と湿潤が保たれた閉鎖的環境であり、ここに尿糖が加わることで、細菌の増殖が加速されることが懸念される。おむつ内という特殊な環境下で、尿糖濃度が細菌増殖に与える影響を直接的に検証した基礎的研究は少ない。本研究では、糖尿病患者のおむつ内環境を模した実験系を構築し、尿糖の有無が *Escherichia coli* の増殖および環境指標 (pH・アンモニア) に及ぼす影響を明らかにすることを目的とした。【方法】先行実験により得られた「紙おむつ吸水体 (直径 60 mm 相当) の尿保持量」に基づき、人工尿 20 mL を用いた培養モデルを細胞培養フラスコ内に作製した。D-グルコース添加群 (高糖濃度群：500 mg/dL) と無添加群 (0 mg/dL) の 2 群を設定し、*E. coli* (初期菌量 10⁷ CFU/mL) を接種後、37℃で加温して行った。0、2、4、6、8、24 時間後の濁度、pH、空気中アンモニア濃度、糖濃度を測定した。なお、本実験は独立して 2 回実施し、データ推移の再現性を確認した。【結果】高糖濃度群では、培養開始 4 時間後より濁度が著しく上昇し、無添加群と比較して顕著な菌増殖を認めた。これに伴い液中の糖濃度は経時的に減少し、pH についても菌の糖代謝を反映して明らかな低下が確認された。一方で、空気中アンモニア濃度については、全経過を通して両群ともに明らかな上昇や群間差は認められなかった。【結論】本検討より、おむつ内環境において尿糖は、アンモニア臭を伴わずに *E. coli* の増殖と pH の酸性化を急速に進行させることが示された。したがって、糖尿病患者においては排泄物の臭気の有無にかかわらず、菌が急増する 4 時間以内を目安におむつを交換することが、尿路感染症リスク軽減に寄与することが示唆された。

P1-105 生成 AI の支援を想定した段階的患者情報提示による抗菌薬適正使用に必要な情報要素の検証

高崎健康福祉大学 薬学部 地域医療薬学研究室
○鈴木 芹菜 (すずき せな)、小見 暁子、土井 信幸

【背景・目的】抗菌薬適正使用において、迅速かつ安価なグラム染色は極めて有用な指標であるが、正確な鏡検・解釈には高度な専門知識と習熟を要する。保険薬局では、患者の主訴や臨床検査値等の「S・O 情報」へのアクセスは可能であるが、グラム染色や細菌培養などの情報は収集しにくく、微生物学的根拠に基づき処方適正性を判断するのは難しい。本研究では、「処方情報」、「身体・検査所見」、「グラム染色画像」による生成 AI の臨床推論の妥当性を検証した。これらの情報を段階的に提示する中で、生成 AI の臨床推論がどのように変化するかを解析し、抗菌薬適正使用に必要な情報要素を明らかにすることを目的とした。

【方法】無料で利用可能な生成 AI(ChatGPT、Claude、Gemini、Microsoft Copilot、Perplexity 標準版・Pro 版)を使用した。症例は、*Enterococcus faecalis* (セファレキシシン耐性) による膀胱炎に対しセファレキシシンが処方された 30 歳女性とした。情報を「第一層：処方内容」、「第二層：身体・検査所見」、「第三層：グラム染色画像」の順で段階的に追加提示し、各段階での原因菌の特定および処方の妥当性評価、提示された情報源を比較検討した。

【結果】第一層では全生成 AI が原因菌を *E. faecalis* と推定出来ず、処方の不適切さを指摘出来なかった。第二層では Gemini のみが、第三層では ChatGPT、Gemini、Claude、Perplexity 標準版が、原因菌を同定し、処方の不適切さを指摘した。回答の根拠となる情報源の提示数は、Perplexity Pro 版が最多であった。

【結論】生成 AI は、情報の層別付与、特にグラム染色画像情報の追加により臨床推論の正確性を向上させる可能性が示された。一方、根拠となる情報源の多さが必ずしも回答の正確性に直結しないことが示唆され、生成 AI 間でエビデンスレベルにも差のあることがわかった。

P1-106 感染対策向上加算 1 取得前の抗菌薬使用状況の AWaRe 分類解析

徳山医師会病院 抗菌薬適正使用支援チーム
○渡邊なつ美 (わたなべ なつみ)、岡崎 美紀、
有馬由美子、温品 リエ、長谷川博康

【背景・目的】WHO が提唱する AWaRe 分類では、Access 抗菌薬の使用割合を 60% 以上とすることが推奨されている。当院は 229 床の完全開放型病院であり、2025 年 12 月に感染対策向上加算 1 の取得に伴い AST を設立した。本研究では AST 設立前の抗菌薬使用状況を AWaRe 分類及び J-SIPHE 指標を用いて評価し、今後の AST 介入に向けた課題を明らかにすることを目的とする。

【方法】2023 年 12 月から 2025 年 11 月までの入院患者を対象とした後方視的観察研究を行った。抗菌薬使用量 (内服及び注射) は J-SIPHE より AUD (DDD/100 patient-days) および DOT (days of therapy/100 patient-days) を抽出した。DOT に基づき、AWaRe 分類 (Access、Watch、Reserve) の使用割合を算出した。

【結果】調査期間中の抗菌薬使用量は、年間 AUD10.0~11.6、DOT15.5~17.0 で推移した。2 年間合算の AWaRe 分類別 DOT 比率は Access28.5%、Watch65.7%、Reserve1.3%、その他 4.5% であり、WHO 目標 (Access ≥60%) には達していなかった。Watch 抗菌薬ではセフトリアキソンが最も多く、次いでレボフロキサシン内服、メロペネム等の寄与が大きかった。

【結論】AST 設立前において Watch 抗菌薬の使用割合が高く、Access 抗菌薬使用促進の余地が示唆された。本研究は AST 介入前の抗菌薬使用ベースラインを示すものであり、加算 1 取得後の AST 介入効果評価の基礎資料となる。AWaRe 分類および J-SIPHE 指標は抗菌薬適正使用評価の有用な指標であり、今後の AST 活動による改善が期待される。また、開放型病院である当院では登録医による処方の影響も大きく、今後は登録医への啓発を含めた AST 介入が重要と考えられた。

P1-107 当院における特定抗菌薬使用状況と耐性菌検出動向の年次推移

地域医療支援病院オープンシステム徳山医師会病院感染制御チーム

○有馬由美子 (ありま ゆみこ)、渡邊なつ美、
岡崎 美紀、温品 リエ、長谷川博康

【背景・目的】当院における特定抗菌薬使用状況と培養実施率、ならびに耐性菌検出の年次推移を解析し、抗菌薬適正使用を検討する事を目的とする。

【方法】2021 年 4 月から 2025 年 3 月までの全病棟入院患者を対象とし、後ろ向きに検討した。特定抗菌薬 (メロペネム、バンコマイシン、タゾバクタム/ピペラシリン) 処方件数、処方時の培養未実施率、MRSA および ESBL 産生菌の検出率 (1000 入院患者あたり) を算出し、年次推移を比較した。

【結果】年間入院患者数は約 7 万人で推移した。特定抗菌薬処方件数は 2021 年 91 件から 2024 年 159 件へ増加し、メロペネムの処方が最も多かった。培養未実施率は 2021 年 18.7% から 2024 年 9.4% へ低下した。メロペネムが処方された患者のうち ESBL が検出されたのは 5 年間平均で 12% であった。また、メロペネムが処方された患者のうち、培養にて菌の検出がない、あるいは MRSA やカンジダなどの無効な菌だけが検出されている割合は、平均すると約 41% であった。その中で培養結果報告後に de-escalation されたのは 43% であり、半数以上は継続投与されていた。バンコマイシンについては、約 85% が MRSA または MRS が検出された症例に処方され、適切に使用されていた。MRSA 検出率は 2022 年 0.93 をピークに 2024 年 0.68 へ低下した。ESBL 検出率は 2025 年 1 月時点で 0.72 と増加傾向を示した。

【結論・考察】当院では特定抗菌薬の使用件数は増加傾向であったが、培養未実施率は低下し、培養結果に基づく de-escalation も一定割合で実施されていた。MRSA 検出率は減少傾向を示した一方で、ESBL 検出率は増加傾向を認めた。抗菌薬適正使用推進と培養実施率向上が耐性菌動向に影響を与える可能性が示唆され、今後も継続的なモニタリングと介入が重要である。

P1-108 抗菌薬適正使用支援チーム (AST) 活動を通して見た、近年の当院における抗菌薬の使用傾向と耐性菌の変化

JCHO 諫早総合病院 薬剤部¹⁾、JCHO 諫早総合病院 感染制御室²⁾

○中路 洋輔 (なかじ ようすけ)¹⁾、竹村 恵²⁾

【背景・目的】当院では 2018 年度から AST を発足し、抗菌薬適正使用に取り組んでいる。近年 AWaRe 分類を利用した新たな指標が提示され、適正使用のためにさらなる活動の促進が期待されている。このような背景で当院における AST の活動評価を行った。

【活動内容】職員を対象とした研修会で抗菌薬適正使用について啓発し、クリニカルパスで採用されている抗菌薬を AWaRe 分類で使用を推奨されている Access 抗菌薬に切り替えた。抗菌薬の使用状況のモニタリングのために感染対策連携共通プラットフォームに参加し、2022 年から 2025 年の期間を対象に、抗菌薬の年間使用量を抗菌薬使用密度 (AUD: DDDs/100bed-days) で評価、耐性菌に関しては年ごとの検出率で評価した。

【成果・考察】かつて、2017 年 (AST 発足前) → 2022 年の間にはカルバペネム系の AUD は 2.34→1.71 と有意に減少していたが ($p<0.05$)、2025 年の AUD は 1.83 と有意差は認められなかった ($p>0.05$)。一方、抗菌薬全体の AUD は年々増加傾向にあり、特に使用量が多い抗菌薬の傾向としては主にペニシリン系が 5.2→6.0 と有意差に増加 ($p<0.05$)、セファロsporin 系は第一世代が 2.98→4.62 と優位に増加 ($p<0.05$)、第二世代は 1.88→2.02 と有意差は認めず ($p>0.05$)、第三世代は 1.49→2.59 と優位に増加 ($p<0.05$)、第四世代は 1.55→1.30 と有意差は認めず ($p>0.05$) となった。耐性菌に関しては、2022 年→2025 年の間で検出率に有意な増減を認めた菌種は存在しなかった。AST 発足後、カルバペネム系の AUD は一旦減少したが、最近では下げ止まっている。しかし、カルバペネム系に耐性を持つ菌の増加は見られないため、以前の活動で不適切な使用は更正され、現在は適正な使用のみに抑えられていると考えられる。Access 抗菌薬に分類されるペニシリン系や第一世代セファロsporin 系の AUD の増加はパスを見直した効果が出たものと思われる。一方、最近では第三世代セファロsporin 系の AUD が増加傾向にある。主に使用されているのはセフトリアキソンで、AWaRe 分類では Watch の中でも割と Access 寄りの抗菌薬で、今のところ耐性菌の傾向にも目立った変化は見られないが今後を注視していく必要がある。

P1-109 遺伝子解析装置 FilmArray®の導入が髄膜炎・脳炎に対するエンピリック治療に与えた影響

広島市立北部医療センター安佐市民病院 薬剤部¹⁾、広島市立北部医療センター安佐市民病院 臨床検査部²⁾、広島市立北部医療センター安佐市民病院 看護部³⁾

○植竹 宣江 (うえたけ のぶえ)¹⁾、吉田 知子²⁾、播野 俊江²⁾、斉藤 貴志³⁾、森合 真治³⁾

【背景・目的】髄膜炎・脳炎が疑われた際には、原因微生物が同定される前にエンピリック治療が開始されるが、細菌培養や外部委託のPCR法では結果が判明するまでに数日かかり、その間複数の抗微生物薬が併用される。当院ではPCR法は外部委託であったが、2024年12月に遺伝子解析装置 FilmArray®が導入され、検査当日に結果が得られるようになった。そこで、FilmArray®の導入前後の抗微生物薬の使用状況について調査したので報告する。

【方法】2023年11月から2025年12月の間に当院に入院し、髄膜炎・脳炎が疑われ治療が開始された症例を対象とした。診療録より後方視的に抗微生物薬の使用状況を調査し、FilmArray®導入前後で比較検討した。データの比較についてはMann-WhitneyのU検定を用い、 $p < 0.05$ を有意差ありとした。本研究は当院倫理委員会に申請中である。

【結果】対象となった症例は48例（導入前：27例、導入後：21例）。細菌性髄膜炎3例、真菌性髄膜炎1例、単純ヘルペスウイルス（HSV）または水痘帯状疱疹ウイルス（VZV）が検出されたウイルス性髄膜炎9例、ヘルペス脳炎1例、その他の疾患が34例であった。HSVまたはVZVが検出されたウイルス性髄膜炎および治療開始時から細菌性髄膜炎と断定されたものを除外した症例（導入前：21例、導入後：15例）でのアシクロビル（ACV）の投与期間の中央値は導入前が4日、導入後は1日であり、FilmArray®導入後の方が短縮した（ $p < 0.001$ ）。

【結論・考察】FilmArray®が導入され、検査当日に結果が得られ、原因微生物が早期に絞られることで、HSVまたはVZVが検出されていない症例でのACVの投与期間が短縮できた。これは不要な薬剤を投与することによる副作用発現のリスク回避や医療費の削減につながる事が考えられる。なお、抗菌薬の使用状況に関しては、FilmArray®で検出できる菌種に限られることや、症例数が少なかったため、今回の調査では評価することが困難であった。

P1-111 第三世代セファロスポリン系抗菌薬の院内処方停止が抗菌薬使用状況に与える影響の評価

医療法人桜丘会 水戸ブレインハートセンター 薬剤科

○鴨志田 聡 (かもしだ さとし)

【目的】抗菌薬適正使用支援において、広域抗菌薬の処方制限は重要な戦略である。水戸ブレインハートセンター（以下、当院）では第三世代セファロスポリン系抗菌薬の院内処方を制限し、より狭域な抗菌薬への適正化を推進している。本研究の目的は、この介入が各抗菌薬系統の使用量（Defined Daily Dose：DDD）に与える影響を、Interrupted Time Series 解析を用いて客観的に評価することである。

【方法】2023年4月から2025年12月までの院外処方での月次抗菌薬使用量データ（DDD）を対象とした。2024年2月を介入時点とし、当院で院外処方可能な各系統（ST合剤、キノロン系、テトラサイクリン系、ペニシリン系、マクロライド系、第二世代および第三世代セファロスポリン系）について、セグメント回帰分析を用いたInterrupted Time Series 解析を実施した。各系統における介入直後のレベル変化および介入後のトレンド変化を推定し、Newey-West法を用いて自己相関および分散不均一性を補正した。有意水準は $p < 0.05$ とした。

【結果】第三世代セファロスポリン系において、レベル変化およびトレンド変化ともに有意な差を認めなかった。一方、ペニシリン系では介入直後に27.6の有意なレベル増加を認め（ $p < 0.001$ ）、介入後も有意な増加傾向を認めた（ $p < 0.001$ ）。マクロライド系では介入直後に15.6の有意なレベル増加を認めたが（ $p < 0.05$ ）、介入後のトレンドは有意に減少する傾向を認めた（ $p < 0.01$ ）。第二世代セファロスポリン系では、介入後に有意な減少トレンドを認めた（ $p < 0.01$ ）。ST合剤では介入後のトレンドに有意な増加を認めたが（ $p < 0.01$ ）、キノロン系およびテトラサイクリン系では有意な変化を認めなかった。

【結論】本介入により第三世代セファロスポリン系抗菌薬の使用量は低水準に維持され、同時にペニシリン系への有意な処方シフトが確認された。マクロライド系等への代償的な使用増加も一時的に認めたが、その後の適正化が図られており、今回の介入は抗菌薬適正化において一定の有効性を示したと考えられた。

P1-110 当院における腎機能別VCM投与設計ノモグラムを用いた投与法による、目標AUC_{24-48h}達成の検討

旭川赤十字病院 薬剤部

○竹田 享平 (たけだ きょうへい)、鈴木 正樹、牧瀬 英知

【背景・目的】バンコマイシン（VCM）はTDM対象薬剤である。抗菌薬TDM臨床実践ガイドライン2022の中で腎機能別VCM投与設計ノモグラム（以下、ノモグラム）が作成されており、AUC_{24-48h}：500 $\mu\text{g} \cdot \text{h/mL}$ を目標とした投与量を紹介している。ノモグラムを用い、AUC_{24-48h}を評価した報告が少なく、血中濃度の早期上昇を目標に、当院でノモグラムを使用した患者のAUC_{24-48h}が400-600 $\mu\text{g} \cdot \text{h/mL}$ 以内となるかを後方視的に検討した。

【方法】対象は2025年1月から2025年12月の期間で、ノモグラムに則り投与量を設計され、初回血中濃度を測定した患者（ $n = 32$ ）を単施設で調査した。調査データは性別、年齢、身長、体重、BMI、VCM初回投与時のSCr・CCr、初回血中濃度採血時点でのSCr・CCr、初回トラフ値・ピーク値、初回負荷投与量（LD）、維持投与量（MD）、PATで算出したAUC_{24-48h}とした。AUC_{24-48h}：400-600 $\mu\text{g} \cdot \text{h/mL}$ を達成した群（達成群）と達成しなかった群（非達成群）の2群に分けて、患者背景（年齢、体重、初回投与時のCCr、LD、MD/day）を比較した。統計解析にはMann-Whitney U検定を用い、有意水準を $p < 0.05$ とした。AUC_{24-48h}と各患者背景との相関関係をPearsonの積率相関係数、Spearmanの順位相関係数のいずれかを用いて算出し、有意水準を $p < 0.05$ とした。

【結果】達成群は15例（46.9%）、非達成群は17例（53.1%）であり、AUC_{24-48h}の中央値は381（IQR 310-473）だった。達成群と非達成群で、年齢（ $p = 0.867$ ）、体重（ $p = 0.867$ ）、初回投与時のCCr（ $p = 0.941$ ）、LD（ $p = 0.073$ ）、MD/day（ $p = 0.421$ ）のいずれにおいても両群間で有意差は認められなかった。相関は、体重（ $r = 0.444$ 、95%CI：0.112-0.686、 $p = 0.011$ ）、LD（ $p = 0.464$ 、 $p = 0.007$ ）で認められた。

【結論・考察】ノモグラムによる投与設計で目標AUC達成率は46.9%であった。達成群と非達成群いずれの患者背景も影響を与えるものはなかったため、今回の検定には含まなかった因子がAUCに関係している可能性はある。また、AUCと体重・LDに相関が認められたため、今後は多い症例数での検討や検定できなかった因子を組み入れた解析を進めることが、より精度の高いノモグラムを作成する上で重要であると考えられる。

P1-112 産科病棟スタッフと取り組んだMRSA感染対策

高知医療センター 感染対策センター

○山崎みどり (やまさき みどり)、西内 律雄

【背景・目的】A病院NICU・GCUでは2023年以降3年間の監視培養にてMRSA検出された新生児の33.9%が産科病棟から入院となった新生児であった。2024年には同意の得られた産科病棟新生児29名の監視培養を実施し、29名中2名よりMRSAが検出されていた。2025年新生児TSS様発疹症を疑いNICUに入院となった事例が発生し産科病棟の感染対策に取り組んだ。高知医療センター看護局倫理委員会の承認を得た。

【活動内容】具体的な取り組みは産科病棟への現状と対策の必要性を説明後、「分娩室・新生児室・沐浴室のゾーニングも含めた環境整備」「共有機器・物品の清潔管理」「手指衛生と手袋交換のタイミング」「おむつ交換・沐浴・臍処置手順の見直し」の4点に取り組んだ。環境整備は分娩室・新生児室を環境除菌洗浄剤クロスにて清拭し環境を整えた。ゾーニングは清潔・不潔という視点で新生児室・沐浴室のコットや物品の配置を見直した。共有機器・物品は手の触れるところを清拭ポイントとして追加した。手指衛生と手袋交換のタイミングは「コットは患者ゾーン」「コット以外は医療エリア」と決めその間を移動する際には手指衛生と手袋交換とした。おむつ交換・沐浴・臍処置手順の見直しはコット内と沐浴室・新生児室内を清潔・不潔に分け、物品の配置や動線も意識したマニュアルを産科病棟スタッフが主体となって作成した。その後実技研修も実施しながら遵守可能なマニュアルに改訂した。

【成果・考察】産科病棟の手指消毒剤使用量（1人の患者に1日に使用した量ml）は対策前8ヶ月の平均使用量12.6ml、対策後8ヶ月の平均使用量は28.7mlと増加した。対策後2025年7月～2026年1月の期間、産科病棟よりNICU・GCUに入院となった新生児のMRSA検出は9月に1名のみと減少した。MRSA感染対策として手指衛生・環境整備・物品の清潔管理は重要である。今回、日々MRSA感染対策に取り組んでいるNICU・GCUスタッフの支援を受けながら産科病棟が主体となって取り組んだことが継続可能な感染対策の改善につながった。

P1-113 当院における手指消毒の順守と院内感染症のアウトブレイクの関連についての検討と課題

高松平和病院 感染管理室

○植本 一駿（うえもと かずとし）、横山 達也

【背景・目的】感染管理室として感染対策を行う中で、当院での手指消毒の遵守率が低いことを認めた。また、2020年以降新型コロナウイルス感染症やインフルエンザによる院内感染アウトブレイクも多発しており、病棟での手指消毒の遵守率の低さが一因と考えられた。手指消毒の遵守徹底によって院内感染症のアウトブレイクが減少するのかを記録し、その結果を周知することで手指消毒の遵守率の向上に役立てたことを報告する。

【活動内容】感染管理室として感染対策の徹底のための指標として、2016年度より病棟ごとに手指消毒剤の払い出しをカウントすることで手指消毒の遵守ができていないか確認した。手指消毒の啓発についてはリンクナースとともに各病棟で個人単位で手指消毒薬の使用量を確認し、病棟内で掲示した。月に1回の感染管理会議の中で各病棟の手指消毒薬の払い出し量を確認、減少している場合はその原因を分析しリンクナースへのフィードバックを行った。また、院内ラウンドにて手指消毒薬の使用量やタイミングの確認を行い個々へのフィードバックも直接行った。その後、院内での主に新型コロナウイルス感染症とインフルエンザのアウトブレイクがどのように増減したのかを記録し、手指消毒剤の使用量との比較を行った。【成果・考察】手指消毒剤の使用量に関しては、集計開始の2016年度から2026年度で病棟により3倍から8倍の使用量の増加を認めた。新型コロナウイルス感染症の流行が始まった2020年度からはおよそ2倍の使用増加を認めている。新型コロナウイルス感染症の当院での入院受け入れを開始した。2023年4月からアウトブレイクはたびたび発生していたが2024年12月を最後にアウトブレイクは発生しなかった。インフルエンザに関してはアウトブレイクは2024年12月のみであった。背景には手指消毒の遵守率の向上が考えられた。手指消毒の使用量に関してはWHOの推奨している水準には達していないため、今後もさらなる手指消毒の遵守を徹底していく必要がある。

P1-114 次亜塩素酸ナトリウム消毒薬である J's Guard の性能評価

東海大学医学部付属病院 院内感染対策室¹⁾、東海大学医学部付属病院 看護部²⁾、東海大学医学部付属病院 診療技術部 臨床検査科³⁾、東海大学 医学部 総合診療学系救命救急学⁴⁾、東海大学 医学部 基盤診療学系臨床検査学⁵⁾

○川村 亨（かわむら とおる）^{1,2)}、谷津 亮祐¹⁾、宮澤 美紀^{1,3)}、梅澤 和夫⁴⁾、浅井さとみ^{1,5)}

【背景・目的】次亜塩素酸ナトリウムは、医療施設内での環境衛生に頻用される。その一方で、正確な希釈倍率を毎回作製し、ワイプやガーゼに含浸させてから使用することへの手間とストレスが生じる難点があった。J's Guard クリーパー（株式会社 JSC）には1000ppmと200ppmの製品があり、これらの溶液を含浸させたワイプタイプの環境用除菌剤である。そこで今回我々は、院内導入を考慮してJ's Guard クリーパーの性能評価を行った。

【方法】J's Guard 1000ppm および 200ppm 次亜塩素酸ナトリウムについて希釈系列を作製し検討した。200、100、50、25 ppm に希釈して、主だった細菌への効果をみた。検討する細菌には、黄色ブドウ球菌、大腸菌、パチルス菌を用いた。なお、本検討における製造販売会社との利益相反(COI)はない。

【結果】J's Guard 1000ppm および 200ppm 次亜塩素酸ナトリウムでは、25 ppm まで黄色ブドウ球菌、大腸菌、パチルス菌のいずれにも除菌効果が認められた。J's Guard 1000ppm と 200ppm 次亜塩素酸ナトリウムとの差は認められなかった。

【結論】J's Guard 1000ppm および 200ppm 次亜塩素酸ナトリウムの希釈系列実験から、これらの除菌剤は、医療施設の環境用除菌剤として使用可能と判断された。操作が簡便で希釈濃度が常に一定であり、下水管を破壊することなく使用でき、未開封であれば2年間、開封後使用期限は約1か月であることは、日常的に安心して使用できる長所である。また、J's Guard 200ppm 次亜塩素酸ナトリウムは、金属が腐食しにくい安定型に加工されていることも導入しやすい点であると考えられた。

P1-115 集団生活の感染リスクを戦略的に考える新興感染症等訓練—離島地域における加算1医療機関と保健所の取り組み—

社会医療法人義順顕彰会 種子島医療センター¹⁾、鹿児島県西之表保健所²⁾

○下江 理沙（しもえ りさ）¹⁾、谷 英佳¹⁾、亀之園 明²⁾

【背景・目的】感染対策向上加算1算定施設として、離島の医療圏において地域連携活動を開始し4年が経過する。当該地域では、医療・福祉施設において、感染管理以外の複数分野のマネジメントを兼務する管理者が複数ある。地域連携で取り組む感染対策の視点で、具体的な連携方法と感染対策の標準化、有事の意思決定過程における情報共有や支援構築を目的とした。2025年より新興感染症等訓練として日本看護管理者学会「危機管理における看護マネジメント研修ガイドライン」を活用し、継続的学習の枠組みを計画し、2年目となる。2年目は保健所と共同で開催し、感染症法対象外であっても集団生活環境において流行拡大や生活制限が求められる疾患である「疥癬」を事例に設定し、地域内施設や自宅を行き来した生活を送る要介護者支援の観点で、危機管理体制の実践的検討を行う。

【方法】ガイドラインを活用した事前動画学習、シナリオ型訓練、地域の感染症動向や基本的な感染対策の学習を行政機関および医療・福祉施設管理者と共同で実施した。役割分担、情報共有経路、意思決定過程を可視化し、振り返りを行った。

【結果・考察】行政、医療機関、福祉施設間の連携体制をイメージできる機会となったと考える。研修後アンケートをみると、疥癬を含む感染症対応に対する理解深化と意識向上がうかがえた。ゾーニングの基本的思考や発生リスト作成など実践的内容が有用との意見が多く、多職種・多施設間で事例を共有することにより、横断的な地域連携の重要性を再確認できたとの記載がみられた。さらに、アウトブレイク時に早期相談できる体制への安心感も報告された。小規模医療圏における継続的訓練の意義が示唆された。

【会員外共同著者】眞鍋佳月 南谷さやか 遠藤禎幸 濱口匠 高尾尊身

P1-116 現場意識の向上を目指した医師による感染対策ラウンド

阪和記念病院 整形外科

○竹内 弘之（たけうち ひろゆき）

【背景・目的】骨軟部腫瘍を専門とする整形外科医にとって、広範切除を伴う人工関節置換術等における術後感染（SSI）対策は、予後を左右する極めて重要な課題である。ICT活動参画から2年が経過し、感染症学的な知見が深まったことで、臨床現場における課題がより明確に可視化されるようになった。そこで、自身の日常業務の動線の中で実施可能な「病棟ラウンド」を定例化し、現場の改善に繋げることを目的とした。

【活動内容】当科患者が入院する急性期・回復期・地域包括ケアの3病棟に加え、療養4病棟、他科の急性期2病棟を対象とした。主な活動として、環境整備の確認：感染対策備品の配備状況、手洗い場のペーパータオルホルダーの管理状態、手指消毒剤等の使用期限の遵守状況を点検した。そして、手技の観察とフィードバック：病棟での処置に立ち会い、無菌操作や物品の取り扱い、適切なタイミングでの手指衛生が実施されているかを観察。処置後、即座に現場スタッフへ具体的なフィードバックを行った。

【成果・考察】昨年度の感染対策向上加算1の取得により、チームとしての士気は高まっているが、病院全体の意識改革には至っていないのが現状である。ただ、本活動初期に比べ、期限切れアルコール手指消毒剤は減少し、医師によるフィードバックを重ねることで、スタッフの行動変容を促す一助となった。日々の小さな気づきを改善に繋げる「草の根」の活動こそが、院内全体へと波及し、最終的にSSI発生率の低下に寄与するものと考えらる。

P1-117 中性 pH 条件下における亜塩素酸ナトリウム (NaClO₂) とカフェインの相乗的殺菌・殺真菌効果

大阪大学 大学院薬学研究科¹⁾、大阪大学 先導的学際研究機構²⁾、株式会社エースネット³⁾

○古西 清司 (こにし きよし)^{1,2)}、柴田 剛克^{2,3)}

【目的】亜塩素酸ナトリウム (NaClO₂) 水溶液は食品や飲料水等を消毒するのに良く用いられる消毒薬であり、HClO₂ (pKa=1.86) が抗微生物作用を有する主要な分子種であると考えられている。酸性 pH 条件下では、HClO₂ 自信の抗微生物作用と、その一部は二酸化塩素ラジカルへ変化して強い抗微生物作用を発揮するが、有機化合物が共存するとその作用が著しく低下する。中性 pH 条件下ではほとんどの分子種が亜塩素酸イオンとして存在するので、抗微生物作用は弱い¹⁾が、長時間安定に存在し、有機化合物が共存しても影響を受けにくい。今回中性 pH 条件下で NaClO₂ の弱い抗微生物作用を増強する化合物を探索したところ、カフェイン (自身も弱い抗微生物作用を有している) が NaClO₂ の抗微生物作用を増強することを見いだした。

【方法】黄色ブドウ球菌を用いて、中性の pH 条件下において NaClO₂ の弱い抗微生物作用を増強する化合物を探索するために、91 種類の食品添加物と植物に含まれている成分とそれに関連する化合物をスクリーニングした。その結果カフェインが最も有効であることが分かり、4 種類の微生物に対する作用を検討した。

【結果】1) グラム陰性菌の緑膿菌 (約 10⁶ を植菌、他の微生物も同様) に対しては、100μg/mL の NaClO₂ と 20mM のカフェインで細菌の増殖が完全に抑えられた。2) グラム陰性菌の *Acinetobacter baumannii* に対しては、5μg/mL の NaClO₂ と 5mM のカフェインで細菌の増殖が完全に抑えられた。3) グラム陽性菌の黄色ブドウ球菌に対しては、100μg/mL の NaClO₂ と 20mM のカフェインで細菌の増殖が完全に抑えられた。4) 真菌の *Candida albicans* に対しては、100μg/mL の NaClO₂ と 20mM のカフェインで真菌の増殖が完全に抑えられた。なおいずれの微生物に対しても NaClO₂ 単独、あるいはカフェイン単独では増殖阻害作用が弱かった。

【結論】中性 pH 条件下においてカフェインと NaClO₂ の組合せによって、グラム陽性菌、グラム陰性菌、真菌に対して相乗的に殺菌・殺真菌効果を示すことが明らかとなった。

P1-118 看護衣を汚染したウイルスの感染性の時間変化

和歌山県立医科大学 保健看護学部¹⁾、和歌山県立医大・医²⁾、香川大・医・分子微生物³⁾、四国大・短大⁴⁾

○池田 敬子 (いけだ けいこ)¹⁾、小山 一²⁾、桑原 知巳³⁾、長尾多美子⁴⁾

【目的】我々は医療環境の表面を汚染した種々のウイルスの感染能力の変化について系統的な解析を行ってきた。今回は、看護衣上での汚染ウイルスの感染性の時間変化を共存タンパク質濃度との関係において定量的に解析した。

【材料と方法】ウイルスには物理因子および化学因子による不活化に感受性の高いウイルスとして単純ヘルペスウイルス 1 型 HF 株 (HSV-1) を、抵抗性の高いウイルスとしてポリオウイルス 1 型 Sabin 生ワクチン株 (PV-1) およびコクサッキーウイルス B5 型 (CB5) を用いた。ウイルス液には種々の濃度のウシ血清アルブミン (BSA) を添加物として加えたリン酸緩衝塩類溶液 (PBS) を用いた。看護衣 (ポリエステル 100%) を 7 mm 角に切った布片上に 5μl のウイルス液を接種し、ファンを回した状態の安全キャビネット内に室温放置し、一定時間後に布片からウイルスを回収しブラック法で定量した。ウイルス液は保温 10 分後には見かけ上は乾いていた。

【結果と考察】0、0.1、1、5、10% の BSA を含む HSV-1 液を用いた場合 BSA による保護作用が見られ、0.1% 以下では 10 分以内に検出限界 (10⁴) まで減少するが 1% BSA 存在下では 90 分後にも感染性が残る場合がある。BSA の保護効果は 5% で最も顕著であった。HSV-1 に代えて PV-1 を用いた場合には BSA 不含有では 60 分後に 10³ まで減少する感染性は 20 時間後にも検出された。0.1% BSA 存在下では保護作用が認められるが、1% 以上では逆に不活化が促進されるような結果が得られ、120 分後には 0% で 10³、0.1% で 6x10³ に対し、1% 以上では 10⁴ 以下となった。同様の不活化の促進は CB5 でも見られた。看護衣の製造元を替えても HSV-1、PV-1、CB5 のそれぞれについてほぼ同様の結果が得られた。エンベロープウイルスと非エンベロープウイルスで汚染ウイルスの安定性が異なるのは想定通りであるが、1% BSA 以上での PV-1 の不活化促進はウイルス粒子が繊維に固着した BSA 蛋白凝集塊内に取り込まれた結果回収できなかったのではないかと考えている。本研究は科研費 (25K13735) の研究助成を受けた。

P1-119 子宮頸がんワクチンのキャッチアップ接種～接種率向上にむけた職域接種の取り組み～

札幌徳洲会病院 感染管理室

○天野 詩織 (あまの しおり)、井畑 理沙、松田まなぶ、菅沼 美里

【背景・目的】ヒトパピローマウイルス (HPV) ワクチン (以下ワクチン) は、子宮頸がん予防に有効である。日本では 2013 年からの積極的勧奨中止の影響により、諸外国と比較して接種率が低い。副反応への不安が接種を躊躇させている要因の一つとされる。2022 年よりワクチン接種の勧奨が再開し、中止期間の未接種者への公費接種 (以下キャッチアップ接種) が開始された。キャッチアップ接種における接種率向上にむけて職域接種を実施したため報告する。

【活動内容】キャッチアップ接種率向上にむけた取り組みとして、副反応への不安が課題と考え、接種対象者へ接種予約前に希望調査を実施した。その結果、「接種を希望しない」「検診中」の理由として「副反応への不安」という回答がみられた。このため接種予約前に産婦人科医師による院内勉強会を開催し、ワクチンの有効性と安全性に関する理解の浸透を図った。公費負担で接種が可能となる 2024 年 9 月から 2025 年 3 月までに全 3 回の完了を目指す計画を立案した。看護職は病棟内で接種を可能とし、その他の職種は集団接種会場で感染管理室が接種を実施した。事務手続きは感染管理室が支援し、接種体制を整備した。

【成果・考察】接種前の希望調査では、対象者 173 人中 145 人 (回答率 83.8%) が回答した。内訳は「希望あり」47 人 (32.4%)、「検診中」33 人 (22.8%)、「希望なし」65 人 (44.8%) であった。今回の職域接種の対象となった接種者は 173 人中 102 人 (58.9%) だった。接種者 102 人のうち当院で 50 人、他院等で 8 人が接種し、合計 58 人が接種した。この結果、今回のキャッチアップ接種における抗体保有率は 74.6% となり (173 人中 129 人)、国内接種率 (2024 年 8 月 JAMDA 調査: 49.5%) を上回った。専門医による教育的介入や接種手続きの簡略化など接種環境を支援することがキャッチアップ接種率の向上に繋がったと考える。副反応への不安がワクチン接種に影響を与えているため、今後は個々の不安に寄り添うことができる相談窓口の設置、エビデンスに基づいた継続的な情報提供を行うなど接種しやすい環境づくりに取り組む。

P1-120 市中発生 of 針刺し事故における受傷者 (市中曝露者) への対応

医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院 感染管理室¹⁾、医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院 薬剤部²⁾

○伊藤 恭子 (いとう きょうこ)¹⁾、片渕 由貴¹⁾、黒岩 智美¹⁾、田中 博和²⁾

【背景・目的】近隣消防本部からの依頼に応じ、救急現場において救命措置を支援する一般市民 (以後、バイスタンダー) や救急隊員に発生する血液体液曝露の感染症フォローアップ体制を構築し、救急部 (以後、ER) と協働してきた。近年、インスリン用針による一般職の針刺しや近隣歯科医療機関での針刺しなど、市中発生 of 受傷 (以後、市中曝露者) 対応が散見されている。時間外受診した市中曝露者に翌日再受診を指示し不応需とした事例が発生したため、受診日即日対応を目指しバイスタンダー対応に準じ、市中曝露者対応を整備した。

【活動内容】終業後受診となる事例が多く、昼夜対応を分けると院内で混乱が生じるため、受診時間に関わらず、対応標準化のため初診はすべて ER での対応としフローを作成した。市中曝露者の場合曝露源不詳が多いため、市中曝露者自身のフォローが滞りなく進捗できるよう当日説明に重点を置いた。フォロー体制は医療者の一般的な血液体液曝露時同様、受傷当日、1 か月後、3 か月後、6 か月後とし、電子カルテから再診目安日を印字できる仕組みを構築することで、ER スタッフや医師の業務煩雑化を回避した。また、市中曝露者は労務中の受傷が多いため、労働災害として職場協力を得られるよう対応確認を支援した。当日以外のフォローは採血コーナーでの直接対応とし、結果は電話連絡とすることで待ち時間を最小限とした。

【成果・考察】2023 年度フロー整備後より対応した市中曝露者 20 名、うちフォロー完遂者 9 名、進捗中 5 名。6 名は自己中断した。事例内訳は歯科医療者 7 名、院外医療者 5 名、一般職 8 名。B 型肝炎ワクチン接種を過剰推奨した事例が散見され、説明内容の見直しが必要であった。血液体液曝露発生の際、対応は標準化した流れで最後まで進捗することが重要である。医療機関でも検査対応困難な状況があり、一般職では発生事象そのものを曝露と認識できない場合も少なくない。そのため受診行動に繋がった事例に対し医療機関側の対応が不備とならないよう留意し、市中曝露当事者にとって不安除去や健康維持に繋がられるよう努めていきたい。

P1-121 令和6年能登半島地震における公立A総合病院の感染対策—断水下で実施した感染対策—

公立能登総合病院

○澤田 明美（さわだ あけみ）、櫻井 美幸、大井希美佳、内山 広志、矢田 真紀、裕 健

【背景・目的】2024年1月1日、能登半島地震が発生し、公立A総合病院（A病院）では約1ヶ月の断水を余儀なくされた。給水車にて水が運ばれ使用量を限定し各部署に配布されたが、手洗いや器具の洗浄、浸漬消毒等が困難となり、医療関連感染のリスクが高まった。感染対策チーム（ICT）で水の使用に関して優先順位を考慮し感染対策を検討した。当時の対策と感染発生状況を振り返ることと対策を評価し、今後同様の災害発生時の一助とすることを目的とする。

【活動内容】ICTでは、支援物資や代用品を活用した「断水下の感染対策ルール」を策定し全職員へ周知した。手指衛生は、擦式アルコール手指消毒剤による手指消毒を基本とした。患者の手洗いやトイレに手指消毒剤を設置した。給水車の水はポリタンクやウォーターバックで現場に配布され、ペットボトルやウォータージャグに詰め替え使用した。容器の汚染を防ぐため、ボトルの外側やキャップ、ウォータージャグの内部を1日1回拭き消毒し、完全に乾燥させてから再利用する運用とした。また、容器に触れることによる手指の汚染を考慮し、水の使用後は手指消毒を必須とした。器具洗浄を避けるため、口腔ケアや排泄ケアは支援物資のディスポーザブル製品や紙コップ、ビニール袋を採用した。蓄尿バッグの尿廃棄時は、集尿瓶にビニール袋をかぶせて集尿し患者毎に袋を交換する等の暫定的な運用ルールを定めた。

【成果・考察】A病院の倫理審査委員会の承認（R0713）を得て、断水期間中のClostridioides difficile感染症（CDI）とノロウイルス感染症の院内発生状況を確認したところ、CDIの発生は1件あったが他患者への伝播はなかった。また、ノロウイルス感染症は0件であったことより、A病院における断水下の感染対策は概ね妥当であったことが示唆される。手指消毒剤は支援物資を多く活用したこともあり正確な使用量の算出は困難であったが、平時と比較し大幅に増加しMRSAの初分離は0件であった。今後は、同様の災害発生時直ちにに対応できるよう、手指消毒剤、個人防護具、排泄関連用品、コック付きポリタンク等の備蓄及び、BCP（事業継続計画）やマニュアルの見直し等が重要と考える。

P1-123 発熱者記録の現状と課題 データウェアハウスと紙記入を比較して

地方独立行政法人広島県立病院機構 県立安芸津病院

○中壽賀 弘（なかすが ひろし）

【背景・目的】入院患者の発熱データ入力と情報共有は、感染症予防対策において極めて重要であり、患者横断的な情報収集を必要とする。そのため感染管理専用アプリケーションを利用する医療施設も多くあるが、小規模病院には導入費用が障壁となる。当院の感染管理チーム（以下：ICT）は感染兆候があった場合、電子カルテと患者横断的な情報共有に適した用紙（以下：情報共有用紙）へ記載するよう病棟看護師に依頼してきたが、情報共有用紙の記載漏れを発見することがしばしばあった。本研究では、電子カルテへの発熱データの入力と情報共有用紙への記載実態の把握と、課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】令和7年5月1日～令和7年8月31日に当院に入院していた全患者を対象に、（1）データウェアハウス（以下：DWH）から抽出した37.0℃以上の発熱データ件数（2）情報共有用紙に記載された37.0℃以上の発熱データ件数を確認し、いずれも勤務帯ごとの内訳も確認した。抽出した入力件数（1）（2）より、両運用のデータ一致率や、一方にしか入力されなかった件数を算出した。

【結果】全データ1,111件のうち、情報共有用紙記録データは125件で、DWH抽出データは986件、一致データは32件（2.9%）であった。情報共有用紙のみのデータ件数が93件、DWHだけから抽出されたデータ件数が954件と大差が生じた。記入傾向は情報共有用紙で深夜20.0%・日動36.8%・準夜43.2%、DWHで深夜20.4%・日動49.2%・準夜30.4%と差異がみられた。

【結論・考察】情報共有用紙記載件数はDWH抽出件数の12.7%に留まり、情報共有用紙記載運用の情報収集能力が乏しいとわかった。情報共有用紙には記載されたが、電子カルテには入力されなかった件数も93件（8.6%）あり、電子カルテへの入力も完璧ではないと判明した。発熱データの入力を電子カルテのみに一本化すれば、情報共有用紙記載にかかる手間を増やすことなく患者横断的に発熱者データを確認できることが示唆された。今後電子カルテへのデータ入力の精度を向上させられるよう、病棟看護師に教育を進める必要がある。

P1-122 国際空港検疫所との搬送訓練に伴う2類感染症病床稼働時の取り組み

JA愛知厚生連 知多厚生病院 感染制御部

○相川 浩孝（あいかわ ひろたか）、富本 茂裕、奥平 正美、松田 唱吾

【背景と目的】2020年のCOVID-19パンデミック以降、インバウンドの回復に伴い、輸入感染症や再興感染症、さらには新興感染症への対応体制の強化が求められている。当院は2類感染症病床を有し、近隣に国際空港が位置しているため、より高度な対応能力が必要とされる。当院ではCOVID-19患者を感染症病床で受け入れてきたが、2023年5月の5類感染症移行後は一般病床での受け入れ変更となった。そして感染制御部スタッフおよびリンクナース（LN）の交代により、感染症病床稼働時の実務を経験した職員が減少し、有事対応能力の低下が懸念された。そこで今回、国際空港検疫所との患者搬送訓練に合わせて感染症病床稼働訓練を実施した。本取り組みを通じた連携強化および、新たな運用体制について報告する。

【活動内容】検疫所との協議に基づき、情報共有の正確性向上を目的として、連絡手段を従来の電話単独から「電話とメールの併用」へと変更した。また、病床稼働時の決定機関である「臨時感染対策会議」において、環境整備や物品準備の漏れを防止するため、「連絡網」と連動した「感染症病床始動時チェック表」を作成した。併せて「稼働準備内容」の見直し、組織全体で活動状況を把握できる迅速な準備体制を整備した。さらに、会議での客観的記録、情報整理および課題抽出を目的として「感染症病床始動時クロノロジー（時系列記録）」の専用様式を作成した。

【成果・考察】連絡手段にメールを追加したことで、情報伝達ミスのリスク低減が図られた。また、「感染症病床始動時チェック表」を導入したことにより、臨時感染対策会議からの指揮命令系統がより明確化した。これにより、人的・物的資源の確保および環境調整の役割分担が明確となり、進捗状況の把握が容易となった。また「感染症病床始動時クロノロジー」の活用により多角的な情報の整理と課題の可視化が可能となり、管理職、感染制御部、LNが稼働時の流れを具体的にイメージできた。

P1-124 RPAを活用した全病棟医療器具関連感染サーベイランスシステムの構築と運用

地方独立行政法人 広島市立病院機構 広島市立広島市民病院

○多田 裕貴（ただ ひろたか）、宮本 良、竹内 哲也、白井 亜紀

【背景・目的】病院機能評価（3rdG：Ver.3.0）において全病棟サーベイランスが求められる中、当院ではこれまでICUや外科系病棟など限定的な部署での実施に留まっていた。全病棟への拡大には、特に分母データ（デバイス使用状況）の収集において、現場スタッフによる手入力の負担や入力漏れ、データ精度のバラつきが大きな障壁となっていた。「人の入力に依存する仕組みの限界」を打破するため、RPA（Robotic Process Automation）を活用したデータ自動収集システムを構築し、サーベイランス業務の効率化と標準化を図ったので報告する。

【活動内容】診療データウェアハウス（DWH）および電子カルテ情報から必要なデータを抽出するRPAシナリオを作成した。分母データの収集：経過表から対象デバイス（中心静脈カテーテル、人工呼吸器、尿道留置カテーテル）の挿入・抜去状況を毎日自動抽出し、病棟ごとの使用人数を集計した。分子候補の抽出：日本環境感染学会（JHAIS）の診断定義に基づき、細菌検出情報や発熱情報、呼吸器設定変更などを月2回抽出し、感染疑い事例をリスト化した。判定：抽出されたリストを基に、感染管理認定看護師（CNIC）がカルテを確認し、感染の有無を最終判定した。

【成果・考察】RPA導入により、全19病棟を網羅するサーベイランス体制が確立された。全病棟を手作業で実施した場合と比較し、1日あたり約6～7時間の業務時間短縮効果が得られ、CNICはデータ収集ではなく専門的な判断業務に注力可能となった。データ精度に関しては、人為的な入力漏れや集計ミスがほぼ消失した。また、全病棟の状況が可視化されたことで、尿道カテーテル器具使用比が多くの病棟で全国平均より高い実態など、横断的な感染リスクの傾向把握が可能となった。一方で、抽出精度はカルテ記載の正確性に依存するため、継続的な条件見直しと人による最終確認も重要である。本システムは、限られた人的資源の中で持続可能な感染対策体制を構築する上で極めて有用である。

【倫理的配慮】本研究は、広島市立広島市民病院研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した（承認番号：2025-149）。

P1-125 非定点医療機関における看護職主導型小児 ARI サーベイランスの実践

市立横手病院

○小川 伸 (おがわ しん)

【背景・目的】2025 年 4 月より、わが国において急性呼吸器感染症(以下、ARI) サーベイランスが開始された。本制度は開始から日が浅く、国内における運用実態や有効性を示した報告は十分に蓄積されていない。特に小児領域では、学校や保育施設を介した急速な感染拡大が懸念されるため、地域に根ざした動態把握が重要となる。本活動では、看護職が医師の診療記録(電子カルテ)から ARI 症例を抽出し、データ集計を行う体制を構築した。非定点医療機関である A 病院において、小児を対象とした ARI データの集計を行い、地域流行探知における有用性を検討することを目的とした。

【活動内容】2025 年 4 月から 12 月までの期間、A 病院小児科外来、救急センターを受診した患者のうち、医師により電子カルテ上に ARI の症例定義(発熱、咳嗽、咽頭痛等の呼吸器症状)に基づき「急性呼吸器感染症」と記載された全症例を対象とした。対象は 2,232 例であった。看護職がカルテから、受診日、居住地域、所属施設(学校・保育園等)の情報を抽出し、週単位で集計を行った。自施設の ARI 集計データと、県の感染症発生動向調査による公表データを比較し、地域的な動向について分析・検討した。【成果・考察】A 病院の ARI 集計データは、県の感染症発生動向調査の公表より約 4 日早く流行動向を把握することが可能であった。また、居住地や所属施設情報を活用することで、地域レベルでの小規模流行の把握が可能であった。これは、広域的な定点把握報告では困難な「局所的な流行」の可視化に寄与するものである。非定点医療機関においても、医師による適切な診断記録と、看護職による継続的なデータ抽出・集計管理により、地域流行の早期探知および院内感染対策の先制実施に大きく寄与し得ることが示唆された。カルテ情報の整理による所属施設情報の把握は、院内感染対策強化において有用な指標となると考えられる。小児を対象とした ARI サーベイランスは、地域流行の早期把握および詳細な動向分析に有効であった。本活動を継続するとともに、得られた知見を地域連携や多職種間での情報共有に活かしていくことが課題である。

P1-126 当院における感染対策—血液培養の適正実施と汚染率について—

江東病院 臨床検査科

○清水 彩加 (しみず さやか)、木村 統乃、渡部江津子、星 作男

【背景・目的】抗生剤の適正使用には培養による菌の同定と抗生剤の選択が重要である。特に敗血症や菌血症では重症事例が多く、血液培養の適正な実施が求められる。当院では AST 活動の一環として血液培養の適正な実施と陽性例の検討を行なっている。しかし血液培養陽性事例において、検出菌が起因菌なのか汚染菌なのかの評価は苦慮することがある。今回当院における過去 13 年間の血液培養の結果を精査し、汚染菌が検出される原因とその対策について検討する。

【方法】2012 年から 2025 年までの当院における血液培養実施事例について、2 セット採取率、汚染率について調査し AST 活動による汚染率改善効果を検証する。

【結果】血液培養 2 セット採取率は 2012 年は 77.3% であった。検査科からの声かけによりその後 95-96% に上昇した。2017 年より毎年研修医オリエンテーションによる研修を開始し 97% 以上にまで上昇した。血液培養で 1 セットのみコアグラゼ陰性ブドウ球菌 (CNS) もしくは *Bacillus subtilis* が検出された場合を汚染とした。汚染率は 2017 年のみ 6.9% と多かったが後は 3.4% で変化が見られない。2021 年 7 月-2022 年 6 月までの 1 年間では CNS が 85%、*Bacillus subtilis* が 15% であった。採取部位では動脈が 57% で静脈が 43% であり、やや動脈からの汚染が多い傾向があった。汚染の多い科及び採取者を見ると研修医 23.8%、整形外科 23.8%、内科 16.7%、救急 14.3%、呼吸器内科 11.9%、皮膚科 7.1%、小児科 2.4% であった。

【結論】2012 年は血液培養 2 セット採取率は 77.3% であったが、院内研修と AST 活動により 97% まで上昇したが、100% には到達しない、患者側の要因(上下肢が屈曲しているなど)で採取できないことがある。汚染の原因としては動脈か静脈かの採取部位の問題ではなく、特定の科や研修医に多い傾向があり手技に問題があると考えられる。血液培養を採取するタイミングや、2 セットで CNS が検出された場合の解釈についても考察を加える。

P1-127 当院における百日咳患者の現状

博慈会感染制御室¹⁾、博慈会記念総合病院 検体検査科²⁾、博慈会記念総合病院 薬剤部³⁾○小池さゆり (こいけ さゆり)¹⁾、保坂明日美²⁾、加藤 弓絵³⁾、田島 剛¹⁾

【目的】新型コロナウイルス感染症のパンデミック以降減少していた百日咳は 2023 年頃よりヨーロッパでの流行を皮切りに、再度世界中に流行がみられた。

ヨーロッパではマクロライド耐性百日咳菌 (MRBP) が散見される程度であったが近年中国では MRBP の増加が問題となっている。

当院でも 2025 年 5 月より百日咳の患者が多くなっており、マクロライド系抗菌薬の効果が高い症例が経験されたため MRBP について検討した。

【方法】2025 年 5 月～2026 年 2 月までに当院で百日咳と診断された患者を対象に培養検体採取の了解を得られた患者から鼻咽頭スワブを採取した。百日咳菌の培養陽性検体を、保健所に依頼し東京都健康安全研究センター(健安研)でマクロライド耐性 (MR) 遺伝子の解析をしていただいた。

【結果】当院で百日咳と診断された人、同居人が百日咳のため予防投与を行った総数は 74 名で、培養陽性者は 23 名、健安研で遺伝子解析が行われたのは 23 件であった。そのうち 11 名が MRBP であり 48% であった。入院患者は 5 名で 0 歳児は 4 名であった。ワクチン未接種が 3 名、3 回接種が 1 名だった。1 名は母親と同胞が百日咳で生後 23 日目だったため、その他の家族も含め予防投与を行ったが予防投与後 7 日目で発症し、12 日目に百日咳菌が検出され、同日転院となった。当院での治療薬投与はビブラマイシン 47 名、バクタ 6 名、アジスロマイシン 2 名、クラリス 5 名、その他 8 名だった。小児科ではビブラマイシンとバクタが投与されたが呼吸器外来ではアジスロマイシンやクラリスが投与された。市中ではマクロライド耐性が報告されているがまだマクロライド系抗菌薬が投与されている症例が多く認められた。

【結論】2024 年から日本でも MRBP の報告があり、当院でも約半年で 48% の耐性率であった。

【考察】百日咳は全数報告に変わったにもかかわらず、症例の登録が煩雑であるため報告されていない症例が多数あると推察される。また培養検査は包括医療の中では検体提出率が極端に低下する。このため検出される検体数は実際の患者数を反映していない可能性が高い。MRBP による患者数を把握するためには現実的に即した検体の収集方法が必要と考えられる。

P1-128 発熱サーベイランスに関する情報共有用紙記録と DWH 抽出データの乖離と看護業務負担

地方独立行政法人広島県立病院機構 県立安芸津病院

○中壽賀 弘 (なかすが ひろし)

【背景・目的】小規模病院の院内感染対策における症候群サーベイランスでは、専用システムの導入コストが障壁となっている。当院では電子カルテへの入力と、発熱者を患者横断的な情報共有に適した用紙(以下:情報共有用紙)に転記する二重運用が行われ、看護業務の煩雑化や記録欠落が懸念されていた。一方、当院のシステムには発熱データを抽出可能なデータウェアハウス(以下: DWH)を搭載しており、二重運用の解消が可能であった。本研究の目的は、情報共有用紙と DWH 抽出データを比較し、記録精度と二重運用に対する看護師の負担感を明らかにすることである。

【方法】令和 7 年 5 月 1 日から 8 月 31 日に当院に入院した全患者を対象に、発熱を 37.0 度以上と定義し、情報共有用紙の記録件数と DWH 抽出件数を確認した。勤務帯(深夜・日勤・準夜)別の記入傾向を解析し、病棟看護師 52 名に質問紙調査を実施した。情報共有用紙記録および二重運用の負担度(5 件法)、負担理由、ミス増加の具体例を自由記述で収集し、内容分析によりカテゴリー化した。

【結果】全データ 1111 件中、情報共有用紙記録は 125 件、DWH 抽出は 986 件、一致データは 32 件であった。記入傾向は情報共有用紙で深夜 20.0%・日勤 36.8%・準夜 43.2% に対し、DWH では深夜 20.4%・日勤 49.2%・準夜 30.4% であった。アンケート(回答 33 件、有効回答率 63.5%)では、二重運用になる看護師の負担度は 72.8% を示し、理由として「煩雑な業務による入力忘れ」「タイムリーに記入できない」「二重運用による転記ミス増加」等のカテゴリーが抽出され、多くの看護師が業務負担と精度低下を懸念していた。

【結論・考察】情報共有用紙と DWH データの一致率は極めて低く、情報共有用紙のみでは感染の発生を正確に評価できないと判明した。看護師は二重運用に対し、入力負担やミスの誘発、必要性への疑問を抱いており、二重運用が記録精度を低下させている可能性が高い。今後は電子カルテ入力を基盤とした DWH 一元管理へ移行し、看護業務負担軽減と感染対策の質向上に繋がると考える。

P2-001 整形外科病棟の手指消毒使用量増加にむけた取り組み

医療社団法人 哺育会 白岡中央総合病院

○田中 京子 (たなか きょうこ)、馬場 歩、
松本 早苗

【背景・目的】WHOは医療現場における、1患者あたり1日20mlの手指消毒剤の使用を院内感染対策の指標としている。しかし、当院の急性期整形外科病棟2024年の1患者あたりの手指消毒剤使用量(以下、使用量)は11.5mlとWHOの目安を大きく下回っていた。病棟リンクスタッフとしての活動介入によって、2025年の使用量が21.6mlと増加した。自身の活動の結果を検証し課題が明らかとなったため報告する。

【活動内容】病棟全職員29名を対象に、手指衛生直接観察法を用いて個別評価を実施し、即時フィードバックを行った。職員の手指消毒剤使用量の目標を1600ml/月と設定した。また、毎月ポスターを作成し感染対策の意識づけができるよう働きかけると共に、手指消毒使用量の推移がわかるようグラフを作成し、視覚的フィードバックを行った。さらに、5つのタイミングについての勉強会を実施し、手指消毒の質の向上と増加を目標に取り組んだ。

【成果・考察】介入後の使用量は21.6mlと増加した。また、設定した手指消毒使用量の目標に対し、29名中8名が達成した。このことから、明確な目標値の設定やグラフでの視覚的フィードバックは、職員の内発的動機付けとなり、目標達成に繋がったと考える。この結果と自身の活動との関連について、ウィルコクソンの符号付順位検定とITS検定で検証した。ウィルコクソンの符号付順位検定の結果、 $p=0.00781$ ($p<0.01$) となり、手指消毒使用量については有意差が認められた。ITS検定では、介入前には有意な増加トレンドが認められた ($\beta=0.43$, $p=0.038$)。勉強会等の介入直後は水準の上昇傾向がみられたが ($\beta=4.39$), $p=0.05007$ ($p>0.05$) 統計学的有意差には至らなかった。また、介入後については、 $p=0.077$ ($p>0.05$) で傾きの増加も認められたが有意ではなかった。今回の介入は手指消毒使用量の増加と関連していることが示唆された。今後は観察と介入を継続し、職員の行動変容及び、効果の持続性を検証する必要がある。

P2-002 手術室看護師のウォーターレス法導入後における手洗い評価についての活動報告

市立敦賀病院 中央手術室

○阿部 玲那 (あべ れいな)、田邊 莉菜、田中 恵実

【背景・目的】近年、手術時手洗いに於いて、アルコール擦式製剤を用いるウォーターレス法は、十分な手指消毒効果を有する方法として報告されている。当院手術室では令和7年5月よりウォーターレス法を導入したが、手洗いう法の質を継続的に評価することが重要であると考えた。今回、ウォーターレス法導入後の手術時手洗いを客観的に評価し、手洗いの適正化を図ることを目的とした取り組みを報告する。

【活動内容】対象は当院手術室看護師15名。令和7年8月に通常どおりウォーターレス法による手術時手洗いを実施後、バームスタンプを用いて細菌培養評価を行った。評価はコロニー数に基づき、コロニーなし(0~1個)、コロニー少数(2~5個)、コロニー多数の3段階に分類し、コロニー多数以外を適切と判定した。その後、感染管理認定看護師が直接観察および指導を実施し、令和7年10月に再評価を行った。また、8月評価でコロニー多数であった対象者については、直接観察から予備洗浄不十分およびアルコール擦式製剤量不足が考えられた為、意図的に両者の条件を設定し検証した。

【成果・考察】8月評価では、コロニーなしが7名、コロニー少数が4名、コロニー多数が4名であった。10月評価では、コロニーなし10名、コロニー少数3名、コロニー多数2名であった。8月評価で分析および指導を行ったことにより、適切な手洗い実施率が73%から87%に増加した。また、意図的に実施した方法においてはコロニー多数の結果であった。これらの結果から、バームスタンプによる可視化と直接観察を組み合わせた評価は、問題点の明確化と行動変容につながる有効な方法であるのではないかと考えられる。ウォーターレス法導入後も、定期的な評価と教育介入を継続することが、手術時手洗いの適正化を維持していくために重要であると考えられる。

P2-003 リハビリテーション専門病院における携帯式消毒薬導入後の手指衛生5つのタイミングに対する意識の変化～継続調査の報告～

つくば国際大 看護¹⁾、茨城県立医療大 付属病院²⁾、茨城県立医療大 看護³⁾、茨城県立医療大 医科学⁴⁾

○北島 元治 (きたじま げんじ)¹⁾、関 政彦²⁾、
小瀧 圭司²⁾、藤岡 寛³⁾、桜井 直美⁴⁾

【背景・目的】携帯式速乾性手指消毒薬(携帯式消毒薬)の導入メリットに、場所を問わず消毒できることがある。我々は先の学術集会で、携帯式消毒薬試用前(試用前調査)と試用後(試用後調査)、携帯式消毒薬導入2年後(継続調査1)、携帯式消毒薬導入4年後(継続調査2)における手指消毒の5つのタイミング(5つのタイミング)での手指消毒の実施意識が持続していたことを報告した。しかし継続性に課題があるとされていることから、本研究では我々の先行研究に引き続き、携帯式消毒薬導入6年後における5つのタイミングでの手指消毒の実施意識を調査(継続調査3)・比較することで、感染管理上の課題の把握と対策の検討を目的とした。

【方法】研究対象は本研究に同意が得られた医師、看護師および作業療法士・理学療法士・言語聴覚士・臨床心理士(療法士)の82名とした。調査は5つのタイミング等からなるアンケート用紙を配布・回収した。本研究では回答が得られた82名中、全調査に回答した27名を分析対象者とした。基本属性は単純集計し、手指消毒の実施意識はフリードマン検定($p<0.05$)で分析した。本研究は茨城県立医療大学倫理審査委員会(No.819)の承認を得て実施した。

【結果】各調査では、医師・看護師・療法士(医療職者)の半数程度が研究に協力していた。継続調査3では「体液に暴露された可能性のある場合」で3.0(大体している)を下回ったが、継続調査2と比べて増加した。「患者周辺の物品に触れた後」では数名が「手指消毒薬から石鹸と流水での手洗い」に移行した結果3.0を下回り、継続調査2と比べて減少した。

【結論】リハビリテーション専門病院で勤務する医療職者において、数名が手指消毒薬から石鹸と流水での手洗いに移行しており、引き続き、5つのタイミングでの手指衛生について啓蒙していくことが課題である。また啓蒙にあたり、医療職者の興味・関心を惹くような内容に洗練する必要がある。5回の調査に協力した職員は、職種内での感染予防の中心を担う職員になると考えられ、協力して感染予防行動の普及活動に注力することが必要である。

P2-004 当院のCOVID-19クラスター発生からみた患者ADLおよび手指消毒実施状況の関連

医療法人 医和基会 戸畑総合病院

○村上 りか (むらかみ りか)、野口 真吾

【背景・目的】当院では国内でのCOVID-19感染発生以来、複数回の院内クラスターを経験した。クラスター発生時の患者ADL状況は接触機会に影響し、手指衛生の実施状況とも関連する可能性がある。本研究では、クラスター発生時期ごとの患者ADL状況と手指消毒剤使用量の推移を検討し、平時の感染対策の課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】国内でCOVID-19陽性患者が確認された2020年1月から2025年3月31日までに当院入院中にCOVID-19と診断された118名のうち、転院前スクリーニング陽性例、重篤な他疾患を有する例、入院5日以内の発症例、単発発生例を除外した110名を対象とした。最終陽性患者判明から1か月以上の間隔を別期間と定義し、5期間(A~E)に分類したうえで、各期間における感染患者のADL自立度、食事介助の有無、発生病棟を評価した。また、院内クラスター発生前1か月から終息後2~3か月までの手指消毒剤使用量を比較した。

【結果】対象110名の平均年齢は80.7±11.3歳、男性が50名(45.5%)であった。期間A~E(A18名、B40名、C37名、D5名、E10名)の比較では、ADL要介助患者の割合はA5名(27.8%)、B13名(32.5%)、C20名(54.1%)、D4名(80.0%)、E1名(10.0%)であり、期間CおよびDで高値を示した。また、食事介助を要した患者はA~Cでは10%程度であったが、Dでは80.0%であった。発生は主に包括ケア病棟である6F、7Fに集積し、全体の92.7%(102/110)を占めた。一方、同病棟における平時の手指消毒剤使用量はそれぞれ6F8.8回/日、7F6.7回/日であったが、クラスター発生時にはそれぞれ11.3回/日、9.8回/日に増加した。しかし、終息後2~3か月で速やかに減少し、流行前の水準に近づく傾向を示した。

【結論】クラスター発生時には手指衛生が一時的に強化されるものの、終息後には実施状況が低下する傾向が示唆された。特にADL要介助患者が多い病棟では接触機会が多く、平時から継続的な手指衛生管理および定期的な使用量のモニタリングが重要である。流行時のみならず、日常的な感染対策の質を維持する体制整備が今後の課題である。

P2-005 手指衛生キャンペーンを活用した手指衛生遵守率向上への取り組み

社会福祉法人 恩賜財団済生会支部茨城県済生会 水戸済生会総合病院

○大森由香里（おおもり ゆかり）、廣木さなみ

【背景・目的】当院の2025年4～6月の手指衛生遵守率は32.0%と低値で、2024年10月～3月半期の平均遵守率も33.6%で低い遵守率が持続しており医療関連感染のリスク増大が懸念された。2024年12月にWHO手指衛生自己評価フレームワーク（HHSAF）を実施した結果、総得点187.5点初級レベルであり、「教育・研修」「職場での掲示・リマインダー」「組織安全文化」が低得点であった。特に「教育・研修」は0点で、早急な改善が必要であった。当院では新採用者研修のみで全職員対象の継続教育は実施されておらず、教育方法も部署任せであったため職種・部署間の意識差が懸念された。そこで手指衛生遵守率向上および組織間での意識統一を目指し、全職員対象の手指衛生キャンペーンをICTおよびリンクナース手指衛生班と協働し開催した。

【活動内容】2025年9～10月に全職員を対象とした研修を全3回開催。研修参加方法は自由参加とし、グリッターバッグによる手洗い評価、手指衛生に関する動画を視聴。また、筆記による手指衛生5つのタイミングの確認と解説を行った。

【成果・考察】3日間で253名（委託職員を除く約4割）が参加した。内訳は医師8名、薬剤部5名、看護部149名、事務部57名、その他コメディカル28名で、事務長および看護部長など院内管理者の参加もあった。5つのタイミングの記載は看護師以外で不十分な傾向があり、職種間の知識差が明らかとなった。一方、洗い残しや擦りこみ不足への気づきや、5つのタイミングの再学習および目的の理解につながったとの意見が得られ、手指衛生に対する意識向上が示唆された。また、管理者の参加により、組織的に遵守率向上へ取り組む重要性が共有された。本取り組みは、組織的な手指衛生遵守率向上への第一歩となった。しかし、参加は任意で全職員を網羅しておらず、遵守率への直接的影響は今後の評価が必要である。今後は定期開催と未参加者への働きかけ、教育体制整備およびHHSAFの継続評価を通じ、組織全体での遵守率向上に繋げたい。

P2-006 介護老人福祉施設の職員に対する多角的手指衛生教育の効果～職員の手指衛生遵守率と入居者の感染罹患率に関する分析～

湘南医療大学 保健医療学部 看護学科¹⁾、横浜市立大学 医学部看護学科²⁾、社会福祉法人恩賜財団済生会支部神奈川県済生会横浜若草病院感染制御室³⁾

○渡部 節子（わたべ せつこ）¹⁾、青盛 真紀²⁾、野口 京子¹⁾、高橋 幸子³⁾

【背景・目的】我が国における少子高齢化に伴い、高齢者介護施設数及び定員数は急増している。高齢者は免疫能が低下している上、高齢者介護施設においては集団で生活しているために感染対策は重要となる。介護老人福祉施設において多角的な手指衛生教育を実施することによる職員の手指衛生遵守率と入居者の感染症罹患率に関する有効性を検証する。

【方法】対照群を設けない単群事前事後比較デザインによる介入研究。感染看護を専門に携わる看護師が入居者の看護・介護など直接ケアを行なう職員54名を対象にWHO手指衛生多角的戦略に準拠した多角的なアプローチから成る手指衛生教育を実施した。手指衛生遵守状況は介入前、介入後1か月、介入後4ヶ月の3時点で直接観察し、入居者の感染症罹患率は介入前後で1年間のデータ収集を行ない、2時点で算出した。いずれも χ^2 検定を使用し、比較した。倫理的配慮は研究者所属施設の倫理審査委員会承認後に実施し、施設・個人が特定できないように配慮した。

【結果】職員の手指衛生遵守率は、介入前53件/515件（10.3%）、介入1ヶ月後83件/433件（19.2%）、介入4ヶ月後131件/442件（29.6%）と有意に増加した。感染症罹患率は、上気道感染症（風邪）が介入後1,000人あたり0.92から0.11、インフルエンザは0.95から0.22、尿路感染症は0.56から0.14に有意に減少した（ $p<0.005$ ）。

【結論】職員の手指衛生遵守率は、本邦における介護老人保健施設を対象にした先行研究の介入前19.7%、介入1か月後57%、8か月後55.1%と比較して低い結果であった。しかし、介入によってインフルエンザ流行期には自主的に職員・入居者・面会者のマスク着用を早めるなど感染予防に対する職員のモチベーションは上がっていた。介護老人福祉施設の職員に対する多角的手指衛生教育は、職員の手指衛生遵守率を1ヶ月後、4ヶ月後に上昇させると共に入居者の感染率を低下させる可能性があることが示唆された。

P2-007 擦式手指消毒の手技の判定に「AIがチェックする手洗い判定システム：TeA-L/Right[®]」を用いることの妥当性に関する研究

京都府立医科大学医学部看護学科¹⁾、京都府立医科大学附属病院医療技術部²⁾、医療法人社団松下会看護部長室³⁾

○山本 容子（やまもと ようこ）¹⁾、筒井 佳澄¹⁾、鬼界 里英²⁾、西内由香里³⁾、室田 昌子¹⁾、内海 桃絵¹⁾

【目的】擦式手指消毒（以下、手指消毒）の手技の判定に「AIがチェックする手洗い判定システム：TeA-L/Right[®]（株式会社NSD社；以下、テアライト）」を用いることの妥当性を検討すること。

【方法】京都府立医科大学医学部倫理審査委員会の承認を受け、2025年9月～2026年1月、手指衛生の学習が済んでいる看護学上課程1～4年生46名を対象に、手指消毒の手技をテアライト及び録画画像の直接観察から得点化した。手指消毒は研究者が1プッシュを参加者の手掌に押し出した。テアライトは、手指の10部位及び総合得点それぞれに100点満点で判定される。直接観察は、1往復の擦りこみで1点、手指の10部位毎に4点の配点、総合で40点満点としそれぞれ得点率に換算し得点化した。同時に、手指消毒前後の利き手の手背の簡易細菌検査を実施した。簡易細菌検査は、研究者が参加者の利き手の手背に培地を密着させ、バシラス属を除いたコロニーをカウントし除菌率を算出した。分析は、テアライト得点と直接観察得点、除菌率とテアライト及び直接観察得点についてスピアマンの相関係数を算出した。

【結果】有効データ数は42であった。テアライトの平均得点は、利き手手背が67.6点、総合が49.6点、直接観察では、84.0点、70.9点であった。平均除菌率は94.5%であった。テアライト総合得点と直接観察総合得点との相関係数は0.51（ $p<0.001$ ）であった。除菌率とテアライトによる利き手手背得点との相関係数は-0.17（ $p=0.30$ ）、除菌率と直接観察による利き手手背得点では-0.10（ $p=0.53$ ）であった。

【結論】テアライト得点と直接観察得点には中程度の相関がみられ、手指消毒の手技の判定にテアライトの判定を用いることは可能と考えられた。一方、除菌率とテアライト及び直接観察得点には相関がみられなかった。手指消毒薬を規定量乾くまで擦りこめば手技の違いには影響されず除菌されると推測された。

P2-008 手指衛生遵守率向上に向けた多角的介入の成果と今後の課題

医療法人偕行会 名古屋共立病院 感染管理室¹⁾、医療法人偕行会在宅医療事業部²⁾

○伊藤佐知子（いとう さちこ）¹⁾、萩原佑香里¹⁾、三宅喜代美²⁾

【背景・目的】A病院では2024年4月、WHO多角的戦略に基づく評価を実施した結果、手指衛生遵守率14%、手指衛生自己評価フレームワーク（以下HHSAF）165点であった。アウトブレイクはないものの、標準予防策遵守の低下は医療関連感染リスクとなる。そのため、手指衛生遵守率向上を目的に、教育・評価・環境整備・啓発・安全文化醸成を組み合わせた多角的介入を院内横断的に開始した。

【活動内容】2024年4月よりWHO「手指衛生5つの瞬間」に基づく直接観察法で遵守率を継続算出し、結果はフィードバック用紙で所属長へ報告し、リンクナース会や看護課長会、管理者会議、ICT、院内感染対策委員会と共有した。遵守率の低さを受け、2024年度ラダー教育に感染対策研修を組み込み、看護管理者・各ラダー・看護補助者に教育を実施した。また、感染対策向上加算1の地域連携相互ラウンドで指摘された「手指消毒剤の個人携帯」不足に対し、ICTにより啓発し、12月に個人携帯用手指消毒剤を導入した。加えて、年1回HHSAFで組織レベルを評価し、2026年1月には看護職（補助者含む）へアンケートと理解度テストを実施し、阻害要因の把握を図った。

【成果・考察】介入後、遵守率は2025年度に40～50%へ改善し、1患者あたり手指消毒剤使用量は3.22mlから6～9mlへ増加した。HHSAFも302.5点に向上し、多角的介入の効果が示唆された。一方、遵守率は50%前後で横ばいであり、患者接触「前」は2024年4月～2025年3月平均18.6%、2025年4月～2026年1月平均24.6%と依然低かった。アンケートでは「手指衛生5つの瞬間」は概ね理解されていたが、「医療エリア」「患者ゾーン」の理解が不十分で、行動に結びつかない可能性が示された。今後はラウンドでの即時フィードバックや部署勉強会、継続的観察とフィードバックを組み合わせ、ゾーニング理解を促し、患者接触前の遵守率向上を図る。

P2-009 全職員を対象とした手指衛生研修が手指消毒薬使用量に与えた影響—自己チェックから客観的指標への移行と多面的介入の検討—

医療法人社団 北樹会病院

○佐藤 和男（さとう かずお）

【背景・目的】手指衛生は医療関連感染対策における最も基本かつ重要な標準予防策である。当院では従来、自己チェックによる評価を行ってきたが、主観的評価に留まり、客観的な遵守状況や現場課題を把握する指標がなかった。そこで手指消毒薬サーベイランスを導入し、全職員を対象とした標準予防策研修を実施した。本活動の目的は、客観的指標に基づく現状把握と、研修による教育効果および行動指標（消毒薬使用量）への影響を検証することである。

【活動内容】2025年11月、全職員347名を対象に研修を実施した（参加率100%）。集合研修に加え、未参加者には研修資料の閲覧と手指消毒15秒体験を個別に行った。研修は講義、実技演習、質疑応答で構成した。評価は研修後アンケートおよび病棟別手指消毒薬使用量（1日1人当たり実施回数）を用いた。

【成果・考察】アンケート（回答率78.1%）では理解度99.6%、実意欲97.2%と高い教育効果が得られた。一方、21%が手荒れ等を理由に使用を控えていた。行動指標では研修直後に増加したが、翌月には全体で減少傾向を示し、部署間差も認められた。自由記載では「多忙で実施が困難」「15秒の維持が難しい」といった声が挙げられ、自己評価では把握できなかった実践阻害因子が客観的に抽出された。世界保健機関は、手指衛生遵守率向上には教育、評価・フィードバック、職場環境整備などを組み合わせたマルチモーダル（多面的）戦略が有効であると述べている。本研修においても教育介入による意識向上は認められた一方、手荒れや業務負担といった環境要因が実践継続の阻害因子となる可能性が示唆された。当院では保湿剤設置や環境ラウンドを開始しており、教育介入に環境整備を組み合わせたマルチモーダル介入の重要性が示唆された。

P2-010 看護職参画型研修による排泄ケア時感染対策ベストプラクティス作成と運用

公立丹南病院 医療安全管理部 感染管理室

○遠藤 築（えんどう きずき）、宮田こず恵

【背景・目的】当院ではWHOの5つのタイミングに基づく手指衛生直接観察を実施しているが、2025年度における看護職の遵守率は77%であった。感染対策ラウンドでは、排泄ケア時における手袋着脱前後の手指衛生や個人防護具（personal protective equipment：PPE）の使用が適切でない場面が散見され、都度フィードバックを行ってきた。しかし指摘中心の介入のみでは持続的改善が困難であり、現場実践に即した具体的手順を明確化し標準化する必要があると考えた。そこで行動変容を促すことを目的に看護職参画型のベストプラクティス作成研修を実施した。

【活動内容】院内感染防止研修の一環として企画し、感染防止リンクスタッフ会にて2025年5月から7月に計3回の検討会を実施した。排泄ケア（オムツ交換〔1人対応・2人対応〕およびポータブルトイレ介助）を対象に、手指衛生実施タイミング、PPEの選択および着脱手順を整理したベストプラクティスを作成した。2025年9月から10月にかけて90分間の研修を計5回実施し、対象は院内看護職とした。事前作成案を基にグループワーク形式で修正・検討を行い、参加者の意見を反映した内容に改訂した。

【成果・考察】研修参加者は58名（受講率36.7%）であった。現場看護職が作成過程に参画することで、実践場面に即した具体的手順が明確化され、内容の実効性および現場適合性が高まった。2025年12月より各部署で掲示運用を開始し、一部部署では実施前に掲示内容を確認する行動が観察された。参画型手法は当事者意識を醸成し、排泄ケア時の感染対策行動の標準化および定着を促進する取り組みであった。一方、運用開始後の遵守率評価は未実施であり、今後は排泄ケア場面における直接観察を実施し、手指衛生遵守率およびPPEの適正選択・着脱遵守率を介入前後で比較し、効果を検証する予定である。

P2-011 病棟看護師における感染対策の強み認識と手指衛生実践との関連—「特になし」回答に着目した検討—

公益社団法人昭和会いまきいれ総合病院 感染管理課¹⁾、公益社団法人昭和会いまきいれ総合病院 薬剤課²⁾

○立和名聖子（たちわな せいこ）¹⁾、久津輪久世²⁾、
藤田 理恵¹⁾

【目的】手指衛生の実践には環境整備や教育のみならず、組織文化的要因が関与すると考えられている。世界保健機関の手指衛生多角的戦略においても組織の安全文化は、中核的な構成要素とされている。本研究は、自病棟の感染対策における強みの認識に着目し、病棟の組織文化と手指衛生行動との関連を明らかにすることを目的とした。

【方法】急性期病院4病棟に勤務する看護師94名を対象に2025年12月選択式質問紙調査を実施した。「自病棟の感染対策における強み」に対する回答を病棟単位で集計し、「特になし」を選択した割合（以下、特になし選択率）を組織文化指標とした。あわせて2025年4月～12月の1日1患者あたりの手指消毒剤使用回数（以下、HH回数）の平均値を行動指標とし、両者の関連について相関分析を行った。

【結果】選択式質問紙調査の回答率は84%（94名中79名）であり、病棟別では75～100%であった。特になし選択率は11.8～38.9%、HH回数は12.7～17.7回であった。特になし選択率が最も高い病棟と最も低い病棟の間で、HH回数には4.5回の差が認められた。両者の間に強い負の相関を認め（ $r = -0.87$ ）、特になし選択率が高い病棟ほどHH回数が低い傾向を示した。

【結論】9か月間の平均HH回数との関連が認められたことから、病棟における感染対策の強み認識が乏しい状況は、一定期間の手指衛生行動と関連する可能性が示唆された。自病棟の感染対策における強みを「特になし」とする回答は、組織の自己効力感や安全文化を反映する指標となり得る。感染対策の推進には、体制整備や教育的介入に加え、病棟ごとに強みを言語化し共有する場の設定や良好な実践事例を可視化する取り組みが行動の維持・向上に寄与する可能性がある。一方、本研究は対象病棟数が限られていること、ならびに強みの認識向上が手指衛生行動に及ぼす影響を検証していない点に課題を残す。今後は、対象施設および病棟数を拡大した検討により妥当性を高めるとともに、強み認識への働きかけが手指衛生行動に及ぼす影響について経時的に検証する必要がある。

P2-012 「泡の色が変わる手洗い石鹸」による手洗いの「見える化」が手洗い行動と除菌効果に与える影響

シーバイエス株式会社 研究開発部

○菊地原紀裕（きくちはら のりひろ）、宮澤めぐみ

【背景・目的】医療現場における手指衛生は感染対策の基本であり、WHO手指衛生ガイドライン2009では、目に見える汚れは石鹸と流水による手洗いを40～60秒行う事が推奨され、石鹸による手洗い時間は30秒程度と考えられる。しかし、実際の手洗い行動は個人差が大きく、推奨時間より短時間で手洗いを終える事が少なくない。また、手洗い行動のばらつきから、石鹸の除菌効果が十分に発揮されていない事が懸念される。施設によっては、手洗いの際にタイマーの使用や、歌を歌いながら手洗いする等の取り組みが行われているが、思うように順守されていない。本発表では、「泡の色が変わる手洗い石鹸」を使用する事による手洗いを検証し、適切な手洗い時間の確保と除菌率向上への有用性を評価した。

【方法】以下の手洗いに要する時間を計測した。併せて、バームスタンプを用いて手洗い前後の菌数から除菌率を求めた。手洗い-1 従来の手洗い石鹸を用いた各自の判断による手洗い手洗い-2 「泡の色が変わる手洗い石鹸」を用いて、泡の色が変化すると判断するまで手洗い手洗い-3 従来の手洗い石鹸を用いて手洗い時間を30秒間行った手洗い

【結果】手洗い-1 手洗い時間が他の手洗いよりも短い結果となった。手洗い時間のばらつきがあり、10秒程度の短時間となるものがあつた。手洗い-2 「泡の色が変わる手洗い石鹸」を使用した手洗いは、手洗い-1よりも手洗い時間が長く、除菌率が高くなる傾向が見られた。手洗い-3 時間を計測した手洗いは、他の手洗いよりも除菌率が低くなる傾向が見られた。

【考察】手洗い-1 各自の判断から手洗い時間がばらつき、短時間で手洗いを終える傾向が見られた。手洗い-2 泡の色が変化する視覚的フィードバックにより、泡の色が変わるまで手を擦る行動が自然に促され、手洗い時間だけでなく手洗いの動作も増加した事が除菌率の向上に寄与したと推察される。手洗い-3 時間は意識したが動作が増加しなかったため、除菌効果が得られなかったと推察される。今回の結果より、「泡の色が変わる手洗い石鹸」による手洗いは、「見える化」を通じて手洗いの質を向上させる事で、感染対策に有用なものと考えられる。

P2-013 医療従事者における手荒れ実態調査と関連要因の検討

医真会八尾総合病院 感染制御チーム

○吉本 理恵（よしもと りえ）、前田 浩晶

【目的】当院では手指衛生を妨げる要因として「手荒れ」を挙げる職員が多く、対策が課題となっている。そこで職員の手荒れの実態および関連要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】2025年9月1日～14日、全職員453名を対象にWEBアンケート調査を実施した。回答は288件（回答率64%）であった。調査項目は現在および過去1年以内の手荒れの有無、症状、皮膚科受診歴、手洗い・手指消毒回数、ハンドケア実施状況、家事頻度等とした。解析は χ^2 検定を用いた。本調査は匿名アンケートとして実施し、回答は任意とした。

【結果】過去1年以内に手荒れを経験した職員は66%、現在手荒れを有する職員は36%であった。若年層で過去の手荒れ経験割合が高い傾向を認めた。職種別では、看護師・看護補助者など患者接触の多い職種で割合が高かった。手洗い回数が多い群では手荒れ割合が高い傾向を認めた。一方、手指消毒回数および家事頻度と現在の手荒れの有無との間に有意な関連は認めなかった。ハンドケア使用頻度と手荒れの有無には有意な関連を認めた（ $p<0.001$ ）。保湿剤は私物使用が80%を占め、院内備え付けのみの使用は4%と少数であった。

【結論】手荒れは一定数の職員に認められ、手洗い回数が多い群で割合が高い傾向がみられた。一方、ハンドケアは手荒れ出現後に実施されている可能性が示唆され、予防的ハンドケアの推進が重要と考えられた。

P2-014 保育従事者の手指衛生実践の可視化と課題—ATP測定および手洗いチェッカーを用いた検討—

東京情報大学 看護学部 看護学科

○佐藤真由美（さとう まゆみ）

【背景・目的】乳幼児期は成長過程において様々な細菌やウイルスに曝露されながら免疫機能が発達していく時期である。しかしこの時期は免疫機能が未熟であるため感染症に罹患しやすく、重症化のリスクも高い。また乳幼児は感染予防行動を自ら実施することが困難であるという特徴を有している。そのため、保育施設においては保育従事者が感染予防対策を適切に実施することが極めて重要である。とくにCOVID-19パンデミック期においても保育施設は開所の継続が求められ、保育従事者は自己防衛が困難な乳幼児の感染予防対策を担いながら保育を継続する必要があった。感染予防対策の中でも手指衛生は、日常の保育場面において重要な基本的対策である。本研究は、保育施設に勤務する保育従事者を対象に、ATP測定および手洗いチェッカーを用いて手指衛生実践を可視化し、その課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】日本国内の3つの保育施設に勤務する保育従事者66名を対象とした。手指衛生前後のATP（アデノシン三リン酸）発光量（RLU）の測定は52名、手洗いチェッカーによる洗い残し調査は66名に実施した。また、実施後の良かった点や感想を尋ねる質問紙調査には57名が回答した。

【結果】手洗いチェッカーによる調査では、全員に1か所以上の洗い残しが確認された。洗い残し率が50%以上と高かった部位は、左右手背部の爪・指先、母指から小指にかけてであり約84%を占めた。手指衛生後のATP拭き取り検査の結果、値平均は3,029RLUで、衛生的な基準値2,000RLUより約35%上回っていた。自由記述の分析からは5つのカテゴリーが抽出され、とくに「自身の手洗い傾向の理解」が顕著であった。回答には「洗い残しがあり、乳幼児の食事補助をしているため手洗いの大切さを実感した」「洗い残しがあったので、これまで以上に丁寧な手洗いを心掛けた」などの意見がみられた。

【結論】保育従事者が自身の手洗い傾向を視覚的に確認することは、手指衛生を適切に実施することの重要性を再認識させ、感染予防に対する意識向上につながることを示唆された。

P2-015 手術室における手指衛生改善の取り組み～リンクナースと協働して～

地方独立行政法人京都市立病院機構 京都市立病院

○石川 優（いしかわ ゆう）

【背景・目的】手術室では、静脈路確保や尿道留置カテーテルの挿入など清潔操作を必要とする手技が多く、医療関連感染の予防において手指衛生は重要である。しかし、医療機器や共有物品が多数配置されるため医療エリアと患者ゾーンの境界が複雑で、手指衛生を実施すべきタイミングの理解が難しい。当院の手術室においても、手指衛生の直接観察の結果、遵守率が低いことが明らかとなった。今回、適切なタイミングでの実施を促すことを目的に活動を行ったので報告する。

【活動内容】手術室リンクナースと協働し、「WHO手指衛生5つのタイミング」および医療エリアと患者ゾーンの理解度を確認するテストを実施した。テストでは手指衛生を実施すべきタイミングの理解や患者ゾーンの認識、手術室における境界の判断について評価した。その結果を踏まえ、具体的なケア場面や手術室内の物品配置を例に挙げながら教育介入を実施した。特に移動式電子カルテカートや共有物品など、境界が曖昧となりやすい場面を取り上げ、病原体の伝播リスクについて認識を共有した。教育介入後、直接観察により手指衛生の実施状況を再評価した。

【成果・考察】事前に実施したテストの結果では、医療エリアと患者ゾーンの理解が十分でないことがわかった。入職時研修でこれらの教育を行っているが、今回理解が十分でないスタッフが認められたことは、継続的な介入の必要性が示唆された。教育介入後の直接観察では、「患者に触れる前」「清潔・無菌操作前」といった学習会で強調したタイミングで遵守率の改善がみられた。また手指消毒剤の使用量の増加も認められた。手術室における具体的な場面を共有しながら医療エリアと患者ゾーンの認識を整理したことが量的、質的な改善につながったと考えられる。一方で、手術室では多職種が関与するため、看護師のみの教育では病原体の伝播を防ぐことは限界がある。今後は医師や臨床工技士、放射線技師など多職種を巻き込んだ教育の機会をつくることや手術室における医療エリアと患者ゾーンについて多職種で認識を統一することが重要である。

P2-016 リンクスタッフへの個別 On-the-Job Training (OJT) と目標管理を併用した教育介入の効果—LS活動に自律性を持たせる取り組み—

沖縄県立中部病院 医療安全管理室¹⁾、沖縄県立中部病院 医局²⁾

○屋嘉比真紀（やかび まき）¹⁾、上地智賀子¹⁾、椎木 創一²⁾

【背景・目的】施設内の感染対策定着には、各部署の推進役であるリンクスタッフ（LS）の現場実践が重要となる。しかし集合研修のみでは、現場での実践的指導力向上や部署特有の課題解決に十分結びつかないという課題があった。そこでLS15名に対し、専従感染管理認定看護師（CNIC）による集合研修に加え、個別OJTと目標管理を組み合わせた教育介入を実施し、LSの行動変容および部署内教育への影響を検討した。

【活動内容】1) 集合研修1回（6月）：半日かけてCNIC主導でLSに対して講義・演習を実施2) 目標管理活動：LSが自部署の課題を抽出し、個別に活動計画立案・実践3) 個別OJT：CNICがOJT可能日時枠を公表後、LSが申し込む。手指衛生直接観察トレーニングを2026年5月～2027年1月のべ112回、CNICが各LSに対して就業時間内に1回30分以内で実施

【成果・考察】個別OJTを繰り返すことにより、CNICは手指衛生適応判断の精度が向上し、現場状況に応じた説明力とコミュニケーション能力の向上が認められた。LSは指導経験をモデルとして自部署教育へ応用し、備品配置改善や遵守率向上に向けた主体的活動が見られた。期間中15名中12名が直接観察指導を実施するという行動変容を起こし、LSの段階的自律性が確認された。透析用ダブルルーメンカテーテル感染事例の分析を契機とした勉強会やOJTの実施、外来部門の多職種感染対策グループの設立と情報共有、日常業務を題材とした研修教材作成と研修実施、手荒れ職員への個別相談や連携、週1回の朝礼を活用した手指衛生教育など、LS主導の部署内教育活動の拡大が確認された。個別OJTという「具体的経験」を起点に、LSは手指衛生の直接観察を通じ手指衛生を振り返った「内省的省察」と、理解度を深めることができたOJT学習方法の「抽象的概念化」が促された。そして自部署の課題に対して「能動的試行」で変化させることができ、LSの行動変容と自律性を導いたと言える。経験学習モデルの实践型となり、LSが自律的にピア・エデュケーションに発展した点で有用であった。今後は、CNICがLSの活動進捗を含めた伴走型の支援を続けることが、活動の持続的発展に重要であるといえる。

P2-017 病院救急車は“移動するレッドゾーン”——蛍光剤での可視化と汚染状況・感染対策の検討と環境対策——

医療法人徳洲会 神戸徳洲会病院

○矢部 真弓(やべ まゆみ)、仁紙 宏之、大坪 道明

【背景・目的】当院は救急救命士の業務として、救急患者対応に加え病院救急車(以下、救急車とする)での迎え救急搬送・転院搬送を担っている。2021年10月の救急救命士法改正により、「医療機関のメディカルスタッフとして医療安全、感染対策、チーム医療の知識や技術を習得する必要がある」とされ、当院の全救急救命士は研修を受け、感染対策を意識した業務を実施している。しかし、救急車は現場から救急車内、病院到着まで、すべてがレッドゾーンと想定されているにもかかわらず、携行アルコールでさえ障害となるほど狭く、手洗い環境がないなど院内の感染対策では想定されない環境である。このような環境下での活動により、車内で人や物を介した汚染がどの程度拡大しているかは明らかではなく、感染対策も十分に体系化されていない。そこで人と物の汚染部位と汚染拡大を可視化し、汚染軽減の対策を検討し、車内環境を整備することを目的とした。

【活動内容】軽症例と重症例を想定したシミュレーションを各1例実施した。患者役人形を汚染源として蛍光ローションを塗布し、通常通りの搬送業務を再現した。終了後にブラックライトを用いて救急車内や使用した資器材の発光部位を確認し、どこにどのように汚染が広がったのかを視覚的に評価し、動画と写真で記録した。

【成果・考察】患者接触後に触れたストレッチャー・救急バッグ・ドアやモニター等の汚染が車内の広範囲に手を通じて汚染が拡大している実態が可視化された。汚染の最小化を図る対策として、現場活動での手袋の二重装着等の運用も検討が必要であると考えた。車内ではダストボックスの配置を見直すとともに手袋の配置を交換しやすい位置に変更、アルコールディスペンサーを設置した。変更後、手指消毒・手袋交換の頻度は上昇している。今後は再現回数を増やし、清拭方法も標準化を進めることで、救急隊を含めた医療従事者が同じ認識で実行できる体制を構築し、実効性のある感染対策として定着させる必要がある。

P2-018 臨床看護師の標準予防策遵守度評価尺度日本語版(CSPS-J)の遵守率と遵守に影響する背景要因の検討

高崎健康福祉大学 保健医療学部¹⁾、上武大学 看護学部²⁾、高崎健康福祉大学 看護実践開発センター³⁾

○安野 朝子(やすの あさこ)¹⁾、田村 香奈²⁾、井川沙希子³⁾

【背景・目的】標準予防策(SP: Standard Precautions)は米国CDCが1996年に発表した感染予防策である。CSPS(Compliance with Standard Precautions Scale)はLam C.S.により開発され、20の質問(Q1-20)を5つの要素(D1-5)で構成したSPの評価尺度である。日本語版CSPS-Jは田村らにより開発され、信頼性・妥当性が検証された。本報告の目的は、CSPS-Jによる日本のSP遵守率を明らかにし、遵守率向上に向けた背景要因を検討することである。

【方法】本調査は2023年4~12月に関東地方の臨床看護師を対象にWebで実施した。CSPS-Jの回答者368名中、欠損のない231名(62.8%)を解析した。CSPS-Jと背景要因の χ^2 検定を行い、有意水準は5%とし、統計分析はSPSS Ver.31を使用した。研究者の所属機関の倫理審査で承認を得た(E22-0272-M02)。

【結果】CSPS-Jにおける5要素の平均遵守率はD1:防護具の使用75.2%、D2:鋭利な物品の処理53.3%、D3:廃棄物の処理83.1%、D4:汚染除去72.4%、D5:人から人への交差感染の予防50.6%であった。対象者の背景と有意な関連が見られたのは、年齢、看護師経験年数、所属施設の病床数、病棟の種別、感染管理者の有無、標準予防策に関する研修受講の有無であった。特にD5のQ3「私は目に見える汚れが手がない場合には石鹸と流水の代わりに擦式アルコール消毒液を使う」とQ12「私は手袋を外したあとは直ちに手指衛生を行う」で有意に経験年数の長い看護師の遵守率が高かった($p<0.001$)。

【考察】D1~D4は防護具の使用や目に見える汚染の対策で、COVID-19により防衛行動が浸透したと考えられる。D5は人から人への交差感染の防止という目に見えないリスクを対象とした予防策であり、経験年数が長くなると遵守率が高く、経験年数が短いと遵守率が低い。このことは基礎教育や就職後早期の段階で、SPをより理解して遵守率を上げる学習の必要性を示唆している。

【結論】CSPS-Jの5要素では遵守率は83.1%~50.6%と幅があった。看護師経験年数は複数の項目で有意に遵守率に影響していた。今後対象を広げ、CSPSの国際比較や安全文化との関連、SPの基礎教育における教育内容を検討したい。

P2-019 陰部ケアの清拭化による感染対策の標準化と業務効率への影響——地域包括ケア病棟における活動報告

医療法人陽明会増田病院

○篠原真理子(しのはら まりこ)

【背景・目的】地域包括ケア病棟では排泄援助の頻度が高く、看護師だけでなく看護補助者を含む多職種が陰部ケアに関与している。当病棟では長年、陰部洗浄ボトルを用いた陰部洗浄が継続されてきたが、洗浄物品の準備や管理工程が多く手技のばらつきが生じやすいことが課題であった。そこで標準予防策の観点から陰部ケア方法の見直しを行い、陰部清拭用ワイプ(ケアエル)を用いた清拭へ変更し、感染対策の標準化および業務効率への影響を検討した。

【活動内容】本取り組みは感染管理認定看護師が中心となり実施した。導入前に陰部清拭用ワイプのサンプル使用を行い現場での使用感を確認した後、メーカーによる説明会を開催し手技の統一を図った。2025年7月より陰部洗浄を廃止し清拭へ移行した。清拭は従来の1日1回の陰部洗浄の代替として位置づけ、使用枚数は1回2枚程度を目安とした。排便時は従来どおりおしり拭きを使用し、排便時以外の陰部ケアを主に清拭で実施した。導入半年後、看護師24名、看護補助者11名を対象に無記名自記式アンケートを実施した。回収率は看護師22名(91.7%)、看護補助者11名(100%)であった。調査項目は準備・片付けの負担、ケア時間、感染対策への認識、清潔保持および皮膚状態とした。

【成果・考察】準備・片付けの負担軽減は看護師100%、看護補助者92%が実感した。ケア時間短縮は看護師86%、看護補助者58%であった。感染対策に有効と回答した者は73%であった。清潔保持を不十分と感じる回答も一定数認められたが、皮膚トラブルの増加は認められなかった。清拭化は作業工程の簡素化を通じて手技依存性を低減し、多職種間でのケアの標準化に寄与した可能性が示唆された。一方で主観的清潔感との乖離もみられ、今後は客観的指標による検証が必要である。

P2-020 滅菌コンテナ選定に係る性能検証試験の取り組み

愛知県医療療育総合センター中央病院

○桑山 祐樹(くわやま ゆうき)

【背景・目的】手術器械セットなどを滅菌コンテナで滅菌する施設が増えてきている。様々な機構や特徴のある滅菌コンテナが市販されており、私たちは自施設の滅菌物に適合する製品を根拠立てて選定する必要がある。しかし、その具体的な手続きや手順については各施設の裁量に任されている現状があり、参考となる報告は見当たらない。今回は新規購入計画時にA病院がおこなった滅菌コンテナ性能検証試験の実際の手続きや方法、結果の解釈などについて報告する。本報告を契機に、購入計画時点での性能検証試験が広く普及することは、滅菌コンテナ導入後の不適合事例や滅菌不良といった事象低減に寄与することが期待できる。

【活動内容】はじめに、機構や特徴の異なる同サイズの滅菌コンテナ(A・B・C)を性能検証試験品として準備した。今回は高圧蒸気滅菌における蒸気浸透性および乾燥性を評価指標としたため、試験用具として積載最大量を大幅に上回る被滅菌物、抵抗性を高めるために用いる不織布ラップ材、各種滅菌判定用具、目量1gから秤量25kgの測定が可能な計量機器を準備した。性能検証試験の手順としては、3種類の滅菌コンテナに対し、「過積載状態での滅菌」、「過積載かつ抵抗性を高めた状態での滅菌」の2通りの試験を行った。蒸気浸透性の評価としては、各種滅菌判定用具の結果を以て滅菌コンテナ間の差異を検証した。乾燥性の評価としては、滅菌前後の総重量測定での差異や、滅菌コンテナ内部の濡れを直視で観察し総合的に検証した。

【成果・考察】性能検証試験をおこなった全滅菌サイクルに異常は検知されなかった。蒸気浸透性の評価では、微小な差異は出たもののA・B・Cいずれもが合格基準を満たしていた。乾燥性の評価では、「過積載かつ抵抗性を高めた状態での滅菌」において総重量差や水濡れが増加したが、A・B・Cの間で明らかな差は生じなかった。以上から、検証した滅菌コンテナいずれもが適正使用であれば性能を十二分に発揮する製品であることが分かった。以上を確認した上で、それ以外の要素を総合的に鑑みて実際の選定をしていくことが望ましいと考える。

P2-021 外部ラウンドを契機とした滅菌供給部門の組織整備と緊急滅菌運用の最適化

独立行政法人国立病院機構 舞鶴医療センター 感染対策室
○尾辻明日香（おつじ あすか）

【背景・目的】滅菌供給部門（CSSD）における滅菌保証は患者安全を支える基盤であり、標準化と検証に基づく一定水準の確保が求められる。当院では2024年、京滋滅菌業務研究会の外部ラウンドにより、自施設CSSDと滅菌保証ガイドライン2021との乖離を可視化した。結果を踏まえ、責任体制・決裁・標準化・検証の整備を通じてガイドライン準拠の体制と運用へ移行する改善活動を行ったため報告する。

【活動内容】外部評価で、(1)組織上の位置づけ・責任者不明確、(2)手術室等関連部門との定期協議体不在、(3)ガイドラインに基づく標準作業手順書（SOP）未整備、(4)個人防護具（PPE）着脱・手指衛生ルール不明瞭、(5)緊急滅菌の検証・運用上の課題、を抽出した。結果を関係部門で共有し、病院としての適正化方針を確認後、(1)CSSD管理者の正式任命と位置づけ明確化、(2)手術室運営会議等での課題共有と決裁ライン整備、(3)SOP改訂、(4)PPE・手指衛生ルール策定と周知、(5)緊急滅菌運用見直しと滅菌検証、を順次実施した。標準化の過程では、感染対策室・CSSD協働で現状と推奨の乖離を点検し、現場の実行可能性を踏まえて合意形成した。緊急滅菌は従来未包装で搬送汚染リスクがあり、供給前の化学的/生物学的インジケータ（CI/BI）確認も不十分であった。助言を得て包装運用へ変更し、ダイナミックパルスを手回から3回へ、乾燥時間を8分から5分へと調整し、CI/BIで滅菌到達を確認した。

【成果・考察】外部ラウンド等の客観評価は課題の可視化と優先順位付けに有用であり、改善推進の契機となった。管理者任命と協議・決裁ラインの明確化により、関連部門を巻き込んだ意思決定と手順改訂が進展し、感染対策室とCSSDの連携によるSOP化が現場実装へ結び付いた。緊急滅菌は簡便さではなく検証可能性を軸に再設計し、検証結果に基づくプログラム条件変更により、安全性を担保した供給手順へ移行した。CSSDは専門性が高く、外部から課題が見えにくい領域であるため、外部ラウンドや評価ツールを用いた客観評価によりガイドライン推奨事項との整合を点検し、継続的に改善を推進することが重要である。

P2-023 爪ケア物品の洗浄と消毒(2)～家庭用小型洗浄器を活用した在宅医療事業部における再生処理手技の検討～

医療法人偕行会 名古屋共立病院 感染管理室¹⁾、医療法人偕行会 在宅医療事業部²⁾

○萩原佑香里（はぎはら ゆかり）¹⁾、伊藤佐知子¹⁾、三宅喜代美²⁾

【背景・目的】当法人在宅医療事業部では、複数施設でフットケアを実施している。その際使用される爪ケア物品はSpaulding分類上、ノンクリティカルに分類されるが、肥厚爪や巻き爪への処置は出血を伴う可能性があり、セミクリティカルに該当する場合もある。複数利用者間で物品を共用しており、交差感染リスク低減には洗浄・消毒方法の標準化が必要である。本研究は、在宅医療施設で実施可能な洗浄・消毒手技の妥当性を評価し、統一手技策定に資することを目的とした。

【方法】対象は爪ケア後の電動グラインダー金属製ビット16個とした。洗浄は、泡状中性洗剤噴霧・流水洗浄後、蛋白除去剤入り超音波洗浄（家庭用小型超音波洗浄器）5分・流水洗浄とした。消毒は80%エタノール10分浸漬後に乾燥させた。ケア直後、洗浄後、消毒後にフッドスタンプ（標準寒天培地）にビット表面を圧着し、37度で18～20時間培養後に評価した。10月～12月に在宅事業部2施設、病院事業部1施設で実施した。薬剤感受性試験は実施していない。

【結果】ケア直後の16検体すべて（100%）からコアグラウゼ陰性ブドウ球菌（CNS）を検出した。また、2検体で*Bacillus* sp.、1検体で*Corynebacterium* sp.も認めた。洗浄後は16検体中14検体が陰性であった（欠測1、培地落下1）。消毒後は16検体中7検体（43.8%）でCNSが発育し、うち4検体では30CFU以上であった。これら7検体中6検体は同一施設で実施したものであった。

【結論】洗浄終了時点で検出可能な細菌はほぼ除去されており、洗浄手技の有効性が示唆された。一方、消毒後のCNS検出は特定施設に偏在し、作業環境や物品管理、洗浄・消毒手技の手順偏差、培地への圧着方法などの運用要因が影響した可能性がある。洗浄後の菌量が十分に低減していたことから、本手技は在宅医療事業部における爪ケア物品の再生処理方法として妥当と考えられる。ただし普及に際しては、浸漬条件（完全被覆・接触時間管理）の標準化、洗浄・消毒環境および器具の衛生管理、乾燥および再汚染防止に関する教育が必要である。

P2-022 爪ケア物品の洗浄と消毒(1)～在宅施設で実施できる現場手順書～

医療法人偕行会在宅医療事業部¹⁾、医療法人偕行会名古屋共立病院 感染管理室²⁾

○三宅喜代美（みやけ きよみ）¹⁾、伊藤佐知子²⁾、萩原佑香里²⁾

【背景・目的】高齢者に多い肥厚爪は、適切なケアが行われないと爪の肥厚や変形が進行し、疼痛や歩行困難を引き起こして日常生活に影響を及ぼす可能性がある。肥厚した爪が周囲の皮膚を圧迫、損傷すれば蜂窩織炎や爪周囲炎などの感染リスクもある。高齢者のQOLを低下させないよう爪ケアは重要であるが、肥厚爪は通常の爪切りで対応するのがむずかしい。電動グラインダーを用いた爪甲の機械的なトリミングが必要となるが、先端に取り付けるビットは構造が複雑であるため用手洗浄のみでは十分な洗浄効果を得られず、中材や専用の洗浄機器のない施設では確実な洗浄が行えない。在宅施設で肥厚爪ケアを行うにあたり簡便で確実な洗浄・消毒方法を検討し、家庭用小型超音波洗浄器を用いた洗浄と消毒用エタノールによる浸漬消毒の手順書を作成した。

【活動内容】爪ケアに使用した電動グラインダーのビットを予備洗浄し、酵素系浸漬洗浄除菌剤を使用して家庭用小型超音波洗浄器で洗浄、消毒用エタノールによる浸漬消毒を行った。使用直後、超音波洗浄後、浸漬消毒後のビットの細菌培養検査を実施し、提案する洗浄・消毒方法で質保証が可能か評価した。細菌培養は法人内の病院に依頼し、その結果から在宅施設で実施可能な洗浄・消毒手順書として活用を開始した。電動グラインダーを用いる爪ケアは福祉爪ケア専門士³⁾級を取得した介護福祉士も実施するため、洗浄と消毒に関する勉強会も行った。

【成果・考察】複数の在宅施設で洗浄と消毒の評価を行ったところ、ある施設で実施した浸漬消毒後の物品で菌が発育し、消毒用エタノールへの浸漬工程で再処理の確実性に課題が示唆された。すべての施設での超音波洗浄後の器具に菌の発育は認められず、家庭用小型超音波洗浄器による洗浄が有効であることを確認できた。これらの経過を経て、在宅施設で実施できる簡便性と確実性を両立した手順書を作成し、法人内施設に展開した。今後はマニュアル作成に向けて取り組んでいきたい。

P2-024 滅菌済みRMDの保管状況と取り扱いの実態からみる無菌性維持の検証

JA岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター 岐阜北厚生病院 手術室・中央材料室

○森川 晶帆（もりかわ あきほ）、柴田佳奈子、竹尾代志美

【目的】A病院の手術室は、空調で調整されているが季節や外気温によって温湿度が上昇することがあり、手術中に何度も開閉する引き出しに滅菌物が収納されている現状がある。今回、この現状下で手術室看護師による滅菌物の保管及び取り扱いが無菌性維持を保持できるかを明らかにする。

【方法】無菌性維持確認のため高圧蒸気滅菌・過酸化水素滅菌したコッヘルと薬杯を異なる環境下3箇所（1年間保管し、寒天培地による拭き取り無菌試験を35℃・72時間で培養した。更に1ヶ月間に鋼製小物へ手が触れる回数、手術室内の鋼製小物を持ち出す毎に引き出しにシールを貼った回数、滅菌バック破損に至るまでの引き出し開閉回数を調査した。引き出しに複数の鋼製小物（総重量1.057kg）を設置し錘で負荷をかけた場合の滅菌バックが破綻するまでの開閉回数を測定。また同様の方法で単品滅菌バックの場合も調査。本研究は当院の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果・考察】拭き取り無菌試験を実施した結果どの対象からも菌は検出されなかった。1ヶ月に鋼製小物へ手が触れる回数は平均が4.7回であった。滅菌バックが破損に至る引き出しの開閉回数では複数の鋼製小物を収納した場合、開閉30回目で重量401gの滅菌バックのビニール側に破損を認めた。又、鋼製小物単品の設置では一番軽い22gの物、形状が丸みを帯びた物、先端が鋭利でない物は、50回の開閉でも破損はなかった。重量が111g以上で先端が鋭利な物では、バック紙面が下向きの場合に20回目、ビニール面が下向きの場合に10回目から破損やシワを認め、401g以上の物は5回の開閉でバック両面の破損を認めた。滅菌バックは滅菌工程のストレスと引き出し開閉によって内部の鋼製小物が収納スペースの空き空間にぶつかり、フィルムの物理的強度が低下している所からわずかな衝撃によって破損する。破損を回避するには引き出し内の空きスペースを少なくする収納により無菌性維持が保持できると考える。

【結論】手術室内の環境下では、頻繁な開閉や一部重なった状態での保管であっても、1年間の保管期間では無菌性維持が可能であった。

P2-025 アデノシン三リン酸 (ATP) 測定法による清掃委託業者の清掃状況評価と今後の課題

市立釧路総合病院

○立花みどり (たちばな みどり)

【背景・目的】病院清掃は感染対策の基盤であり、環境中の有機物汚染は病原微生物の生存を助長するため、適切な日常清掃の実施が不可欠である。A 病院では清掃業務を外部委託しており、従来は清掃ラウンドでの視覚的評価を行ってきたが、評価の妥当性に課題があった。本活動では、アデノシン三リン酸 (ATP) 拭き取り検査を導入し、清掃直後の環境表面汚染度を数値化することで、客観的な「見える化」を行い、多角的な視点から清掃の質と課題を明らかにすることを目的とした。

【活動内容】清掃ラウンド実施前に職員アンケートを行い、意見を集約した。ATP 測定は、トイレ内の高頻度接触表面 (便座、洗浄レバー、手すり、洗浄ボタン等) を対象とし、清掃直後の相対発光量 (RLU) を測定した。介入として、1 回目の測定結果と職員の意見を委託業者責任者へフィードバックし、清掃スタッフへの再教育を依頼した。その6か月後に2回目の測定を行い、清掃状況の変化を評価した。

【成果・考察】2 回目の測定では全項目で数値の低下が認められ、スタッフの意識向上と手順の一部改善に繋がった。しかし、トイレの手すり等の汚染度は11,000~14,000 RLU と、目標値 (メーカー推奨基準に基づく500 RLU 以下) を大幅に上回っていた。この結果から、委託業者への一任では改善に課題があることが明確になった。ATP 測定により、視覚では捉えきれない清掃状況を客観視できたため、今後は感染対策担当者が直接介入し、数値に基づく具体的な改善策の提示と教育的支援を行うことが、清掃の質向上に不可欠である。

P2-026 ナッジ (nudge) を活用した廃棄物管理の適正化に向けた取り組み

地方独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立がんセンター
医療の質管理部 感染制御室¹⁾、地方独立行政法人神奈川県立病院
機構 神奈川県立がんセンター 薬剤科²⁾、地方独立行政法人神奈川
県立病院機構 神奈川県立がんセンター 歯科口腔外科³⁾

○中野 了爾 (なかの りょうじ)¹⁾、皆川 真弓¹⁾、
山永 雄介²⁾、和田 光里²⁾、遠藤 麻衣^{1,3)}、築地 淳¹⁾

【背景・目的】感染性廃棄物を管理する上で、清潔区域と交差しないようにすることは重要であるが、業務の煩雑さ等により、本来清潔区域であるスタッフステーションに感染性廃棄物が持ち込まれることが多い。当院ではこれまで職員に対する教育的介入を行ってきたが、意識改革や慣習の変更は難しく、十分な改善効果が得られなかった。そこで、職員の意識に依存せず自然に行動を変容させる方策として、ナッジを活用した清潔区域への感染性廃棄物持ち込み防止の取り組みを行い、その効果と継続期間について検討した。

【活動内容】3 病棟を対象に、2024 年 11 月 18 日から 2025 年 2 月 25 日の期間、スタッフステーション入口に境界ラインの明確化および廃棄場所へ誘導する足跡シールの貼付を同時に実施した。スタッフステーションに感染性廃棄物が持ち込まれた割合を、実施前、実施直後、実施開始後 1・2・3 か月、実施終了後 1・2 か月の計 7 時点で、それぞれ 5 日間測定した。統計解析はカイ二乗検定を用い、有意水準は 5% とした。

【成果・考察】3 病棟全体の廃棄物持ち込み率は、実施前 44.1%、実施直後 29.2%、1 か月後 26.9%、2 か月後 31.1%、3 か月後 37.7%、実施終了後 1 か月 40.0%、2 か月後 52.0% であった。実施前と比較した結果、実施直後 (P=0.026)、1 か月後 (P=0.006)、2 か月後 (P=0.049) で統計学的に有意な低下を認めたが、3 か月後以降は有意差を認めなかった。ナッジを用いた介入により、清潔区域への感染性廃棄物の持ち込み率は短期的に低減し、行動変容を促す効果が認められた。一方、その効果は約 2 か月にとどまり、時間経過とともに減弱した。これは、視覚的刺激による行動誘導に対して職員が慣れを生じた可能性が考えられる。職場環境におけるナッジは単独では効果の持続が難しいため、今後は教育的介入と組み合わせ、廃棄物管理の意識の向上を図ることが重要と考えられた。

P2-027 清潔リネン保管環境の適正化を目的としたリネン庫改善の取り組み～物品混在の原因調査と教育介入による改善～

福山市民病院

○手嶋 純子 (てしま じゅんこ)、三宅智津恵

【背景・目的】医療法第 20 条では「病院、診療所又は助産所は、清潔を保持するものとし、その構造設備は、衛生上、防火上安全と認められるようなものでなければならない」と規定されており、清潔リネンは適切な環境で保管される必要がある。しかし当院では、リネン庫にリネン以外の物品が混在し、本来の用途から逸脱する状況が確認されたため、物品混在の原因を分析し、清潔リネン専用化に向けた改善と維持を目的に取り組みを行った。

【活動内容】リネン庫内物品の整理整頓を行いながら、使用状況の確認や関係者への聞き取りを実施した。調査結果を踏まえ、物品管理に特に関与している病棟クラークおよび看護補助者を対象に、清潔リネン保管の意義と適正な物品管理に関する教育を実施し、保管ルールの明確化と周知を行った。あわせて、感染対策ラウンドにより運用状況を確認し、リネン庫にリネン以外の物品を確認した場合はその都度部署の責任者へ指導をした。

【成果・考察】調査の結果、診療材料や予備物品の一時保管が常態化し、物品の抱え込みが発生していたと判明。そして、器材庫から溢れた物品の保管場所が不足したことで、リネン庫の空スペースが代替的に利用されていた実態が明らかとなった。不要な物品や棚を撤去すると、埃やゴミ、虫の死骸が確認された。清掃できない環境のためリネンの清潔保持が困難となっていた。教育介入後、必要な物品だけを確保し、リネンを清潔に保管する必要性が理解されたことで、リネン以外の物品混在は解消し、清潔リネン専用の状態が維持されている。今回の取り組みから、リネン庫の問題は運用上の原因が大きく関与していることがわかった。物品管理に関与する職員への教育介入とルールの明確化が改善の定着に重要である。本経験は指導強化加算などの訪問時に、同様の課題を有する他施設への指導にも応用可能と考える。

P2-028 転倒事故防止効果が期待される床用速乾性洗浄剤の開発と有効性の確認

日華化学株式会社 界面科学研究所 商品開発研究部¹⁾、日華化学株式会社 化学品部門 クリーニング&メディカル事業部²⁾、ワタキューセイモア株式会社 メディカル営業本部 請負事業部³⁾

○末吉 政智 (すえよし まさと)¹⁾、中村 尚良¹⁾、
杉本 和雄²⁾、大槻 和弘³⁾、斎藤恭一郎³⁾、伏見 了³⁾

【背景・目的】令和 6 年度のビルメンテナンス業における労働災害発生状況において、転倒事故は全体の 49% を占めていた。一方で、医療施設では高齢者や妊婦、歩行補助具やスリッパを利用する人たちが多く、床清掃時の残留水分に起因する転倒事故に配慮する必要がある。そこで演者らは、転倒事故防止対策の一つとして速乾性に着目した床用洗浄剤「リフレシア FW-881」を開発した。本報告では開発過程「最適原料の選定」等で得られた結果や知見に加え、使用施設における転倒事故の抑制効果に関する検証結果についても併せて報告する。

【活動内容】(1) 最適原料の選定；有効成分量を 1% に調整した界面活性剤水溶液を用い、イオン交換水で所定倍率に希釈し、その希釈液を SUS 試験片に 50μL 塗布し、乾燥時間の計測や塗布した液滴の広がりを観察した。(2) フラットモップを用いた乾燥性能評価；200mL ビーカーに水で所定倍率に希釈した薬液 10mL を入れ、裁断したモップ (約 10.5g/縦 5cm×横 14cm×厚み 1.4cm) を 15 分間浸漬した。浸漬後のモップで床面を処理し、床に残存した液滴が消失するまでの時間を計測した。

【成果・考察】(1) 最適原料の選定に関しては、試験片面での液滴の広がり大きい、すなわち接触角が小さいほど乾燥性が早い結果が得られた。また液滴の広がり大きくするには特定の界面活性剤の組み合わせやその配合比率が重要であることが分かった。(2) フラットモップを用いた乾燥性能評価に関しては、検討薬液は比較対象 (薬剤なし) に対して乾燥時間が約 35~50% 短縮できる結果が得られた。「リフレシア FW-881」は既に約 50 施設で導入されており、導入前後の転倒事故件数について追跡調査を行った。その結果、導入後には事故件数が抑制される傾向が確認され、本製品は転倒事故防止対策として有用である可能性が示唆された。

P2-029 トコジラミ持ち込み事例を契機とした院内害虫対応体制の構築と運用評価

社会医療法人財団石心会 川崎幸病院 病院安全管理部 感染管理課

○高橋由記子（たかはし ゆきこ）

【背景・目的】近年トコジラミの再流行に伴い医療機関への持ち込み事例が増加している。感染症媒介は証明されていないものの、患者移動制限や環境整備対応を要し診療運用へ影響を及ぼし得る院内環境上の課題である。当院では救急外来を中心に持ち込み事例が発生したが、対応基準が未整備であったため報告遅延や初動対応のばらつき、防災センターとの連携不足が課題となった。そこで院内初動対応の標準化および害虫対応体制の構築を目的として運用を見直した。

【活動内容】2024年6月から2025年3月までにトコジラミ持ち込み事例を10件経験した（救急外来6件、病棟4件）。多くは来院時に認識されず更衣や清拭介助時に確認された。導入前は虫体同定が困難な事例があり、殺虫方法やリスク判断が統一されていなかったため環境管理や物品取扱いが部署ごとに異なっていた。そこで虫体捕獲後に防災センターで同定する体制を整備し、患者更衣後入室および私物持ち込み制限を導入した。さらに退室後殺虫処理、環境確認、物品熱処理およびマットレスクリーニングを標準化し、連絡体制明確化と院内啓発を実施した。

【成果・考察】マニュアル導入後は救急外来、一般病棟および集中治療室において現場職員による初動対応が可能となり、時間帯に依存しない対応体制が構築された。患者私物管理および環境対応が標準化され診療運用への影響は軽減した。環境汚染リスクのある物品の病室内持ち込み抑制につながった。廊下や退室後病室で虫体を確認された事例から環境内潜伏への対応の重要性が認識された。経験の有無により対応理解に差を認め、継続的教育介入の必要性が示唆された。トコジラミ対応を契機とした体制整備は院内環境インシデント対応を見直す契機となった。

P2-030 小児専門病院における日常環境清掃の質の向上に向けた取り組みと課題

千葉県こども病院

○秋山 真祐（あきやま まゆ）

【背景・目的】小児専門病院においては、流行性ウイルス疾患やNICUでのMRSA院内感染が問題になりやすい。近年、当院で行った多角的環境調査の結果から、乳児の啼泣により飛沫感染・接触感染リスクが高まることが判明した。特に、PICUとNICUはハイリスク部門であることや、耐性菌アウトブレイクの経験がある。再発防止のため手指衛生の遵守と環境清掃を業務に組み込み、薬剤耐性菌の新規発生率は減少傾向を示している。しかし、患者はPICUと一般病棟と行き来するため、一般病棟における薬剤耐性菌予防も重要である。当院は、2023年度から手指衛生遵守向上のためWHO多角的戦略に組織的に取り組んできた。一方で、環境清掃の現状把握や介入に関しては不十分だった。病棟における日常環境清掃の実態を調査したところ、環境清掃の頻度が定まっていない病棟が複数あることや、80%の病棟が清掃手順を定めていないことが確認された。そこで、清掃の質を向上させるための取り組みを実施した。

【活動内容】2024年～2025年に、計6病棟で多角的環境調査を行い、ATP値の測定を行った。その後、高頻度接触表面の中でATP値の高い3カ所（サークルベッド・床頭台・吸引機）の日常環境清掃手順書を作成し、2025年11月～12月に看護補助者研修にて、演習による教育を実施した。研修後の評価として、2026年1月に、前回ATP値が高値であった共通の5カ所を7病棟にて測定した。各測定箇所において、ATP値5000RLUを超えた割合は42.3%～77.8%であった。ATP値の測定結果は、各部署に看護師を通じてフィードバックした。

【成果・考察】ATP値測定結果より、依然として清掃状況にばらつきがあることが分かった。測定時期は看護補助者研修終了後1カ月ほどであり、手技が未定着であることや、清掃前に測定した可能性がある。しかし、今回ATP値の測定を行ったことで、有機汚れが付着しやすい箇所を病棟の看護スタッフ全体で把握でき、今後の清掃の質向上のきっかけとなると考える。現状は、日常環境清掃は主に看護補助者が実施しているが、病棟全体でシステム化し、看護師と協働して実施できるように働きかけることが課題である。

P2-031 集中治療部門におけるエコプローブの汚染状況

新潟大学医歯学総合病院 医療技術部 臨床検査部門¹⁾、新潟大学医歯学総合病院 高次救命災害治療センター²⁾、新潟大学医歯学総合病院 呼吸器・感染症内科³⁾

○草間 文子（くさま ふみこ）¹⁾、番場 祐基²⁾、山岸 郁美³⁾、袴田真理子³⁾、張 仁美³⁾、佐藤 瑞穂³⁾、茂呂 寛³⁾

【背景】集中治療部門における超音波検査は、ベッドサイドで迅速に病態を把握し、治療方針を決定するうえで欠かせない検査である。重症患者は状態変化が急速であるため、非侵襲的で繰り返し実施できる超音波検査の有用性は高い。一方、使用頻度が多く緊急性を伴う場面も多いため、エコプローブが血液や体液で汚染されるリスクは常に存在する。プローブの汚染は医療関連感染の一因となり得ることから、適切な管理と感染対策の徹底は診療の質と安全性を確保するうえで重要である。そこで当院集中治療部門におけるエコプローブの汚染状況を把握することを目的に調査を行った。

【方法】当部門で使用されるコンベックス・リニア・セクタの3種類、計12本のプローブを対象に、ふき取り法による細菌培養検査（培養法）とATPふき取り検査（A3法）を実施した。培養法は、通常使用後のタイミングでサンプルを採取した。A3法は通常使用後とプローブ表面を環境クロスで清拭した後について、それぞれ異なる日にサンプルを採取した（計2回ずつ4回）。清拭には第四級アンモニウム塩含有クロスを使用し、ATP測定にはルミテスター Smart（キッコーマンバイオケミファ）を用いた。

【結果】培養法ではすべて陰性であった。一方A3法では、通常使用後のATP値は中央値515（153～2011）RLUとばらつきを認めた。プローブ種類別ではコンベックス1126（356～1896）RLU、リニア250（87～2246）RLU、セクタ1100（147～2583）RLUで、リニアと比較してコンベックスとセクタで高値を示す傾向がみられた。清拭後の中央値は67（33～215）RLUで、通常使用後と比べ有意に低下した（ $p<0.0001$ ）。

【結論】培養法では有意な菌は検出されなかったが、A3法では一定の汚染が確認され、特にコンベックスとセクタで高値を示した。これらは使用頻度や体液曝露リスクが高いことから、プローブの種類や使用状況により汚染度が異なる可能性が示唆された。また、環境クロスによる清拭を含む適切かつ十分な消毒を徹底することが重要であり、プローブの種類や使用場面に応じた管理方法の最適化が今後の課題と考えられる。

P2-032 閉鎖式保育器と周辺機器の高頻度手指接触面の汚染度の比較～適切な清掃回数の検討に向けて～

群馬県立小児医療センター 看護部

○諏佐 和也（すさ かずや）、石川さやか、北爪 幸子

【背景・目的】NICUに入室する早産児は免疫機能が未熟である。そのため、環境清掃は感染対策上、重要となる。A病院では過去のアウトブレイクを契機に閉鎖式保育器と周辺機器の高頻度手指接触面を1日3回清掃していたが、妥当性は検証されていない。そこで、本研究は、清掃回数1日3回と1日2回における汚染度をATP値で比較し、適切な清掃回数を検討した。

【方法】2025年3月～6月にA病院NICUの閉鎖式保育器30台を対象に、清掃回数1日3回（Aパターン）と1日2回（Bパターン）を同一保育器で1日ごとに交互に実施した。閉鎖式保育器と周辺機器の高頻度手指接触面19カ所のATP値を測定し、清掃直後と次回清掃直前で比較した（有意水準.05）。また、呼吸デバイス装着状況、採血実施等の要因との関連性も解析した。代表値は中央値と四分位範囲を用い、ノンパラメトリック検定を行った。本研究は群馬県立小児医療センター看護部研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号2024-7）。

【結果】清掃直後では一部で有意差を認めたが、両条件とも概ね管理基準とした500RLU未満であった。時間経過後（A：約6時間後/B：約12時間後）の比較では、汎用吸引チップのみBパターンが有意に高値を示した（ $p=.031$, $r=.39$ ）。その他の部位では有意差を認めなかった。一方、閉鎖式保育器の手入れ窓枠・内側A～Dでは両条件とも高値域への分布が持続し、特に内側AとBでは中央値が1000RLUを上回り、第3四分位は最大4000RLU超に達するなど高値域の広がりが顕著であった。要因別解析では、挿管症例と採血実施例で手入れ窓枠・内側のATP値が高値となる傾向を各パターンで認めた。一方、家族面会の有無によるATP値との明確な関連は認められなかった。

【結論】各パターンの比較では、汎用吸引チップを除き有意差は認められず、清掃回数の差が多くの測定箇所のATP値に大きく影響するとはいえなかった。一方、医療者が高頻度に接触する手入れ窓枠・内側では、6時間間隔の清掃でも汚染度が高値を示した。以上より、清掃回数を一律に設定するのはなく、測定箇所の特性や使用状況を踏まえた重点的清掃箇所の選定と清掃方法の工夫が重要と考える。

P2-033 感染対策実地指導の継続的介入から見た小規模介護・福祉施設の感染対策上の課題

新武雄病院 感染管理部門¹⁾、佐賀県感染防止対策地域連携協議会²⁾、杵藤保健福祉事務所 健康推進課³⁾

○安藤 朋子 (あんどう ともこ)^{1,2)}、島内 優³⁾

【背景・目的】COVID-19の流行は、小規模介護・福祉施設の感染対策の脆弱性を顕在化させ、特に小規模施設では人的・物的資源の制約から、感染対策に課題があることが指摘されてきた。佐賀県感染防止対策地域連携協議会（以下、HICPAC-S）では、2020年7月より地域の感染対策向上を目的として、小規模施設を対象に感染対策実地指導を継続している。本報告では、事業開始5年目を迎えたHICPAC-Sの実地指導内容を分析し、小規模介護・福祉施設に共通して認められた感染対策上の課題を明らかにすることを目的とした。

【活動内容】薬剤耐性菌保有者を受け入れている小規模介護・福祉施設を対象とし、2025年3月より四半期間隔で計3回の訪問ラウンドを実施した。活動内容は、汚物処理に関連する水回り環境の現状確認と改善策の提案、手指衛生に関する現状調査および実地指導、ならびに前回指導内容に対する改善策の進捗確認とした。

【成果・考察】継続的な実地指導により、耐性菌対策における感染対策上の課題点を抽出し、施設の実情に応じた改善策を提示することができた。提示した改善策は、施設側により実践され、定期的な訪問にて進捗確認を行った。また、感染対策に関する専門家が不在であった当該施設では、感染担当者が手探りで対策を立案しており、エビデンスに基づかない対応が含まれる場合も認められた。さらに、既存のルールが十分に遵守されていない状況下では、新たなルールの追加が職員の負担感につながり、対策導入の障壁となった。これらの結果から、有事対応にとどまらず、平時から感染対策を底上げするための地域連携が重要であり、保健所等と連携しつつ、各施設が実践可能な範囲で段階的に対策を向上させていく継続的な支援が求められる。また、薬剤耐性菌保有者を意識した介入や、感染予防・制御実践を阻害する要因を踏まえた支援が必要であり、インフラ整備や人材確保など長期的かつ予算措置を含めた取り組みが今後の課題である。本活動の実施にあたり、継続的な支援と連携をいただいたHICPAC-Sの関係者の皆様に感謝する。

P2-035 地域保険薬局における感染対策の実態調査

産業医科大学若松病院薬剤部¹⁾、産業医科大学若松病院感染制御部²⁾

○吉原 郁夫 (よしはら いくお)^{1,2)}、寺本美江子²⁾

【背景・目的】2024年4月に感染症法が改正され、各都道府県と医療機関との間で医療措置協定が締結された。地域保険薬局（以下薬局）は、薬の調剤に加え感染症患者への服薬指導など、自宅療養者等への医療提供を実施しなければならない。これにより、病院と薬局の連携は不可欠となる。そこで薬局における感染対策の実態を把握する目的で調査を行ったので報告する。

【方法】当院は北九州市若松区に位置しており、同区内に2021年12月より前に開局していた48薬局を対象に、1) 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の処方箋発出開始時期、2) COVID-19が2類感染症から5類感染症へ移行した前後の感染対策内容、3) 新興感染症に対する現在の物品状況、に関してアンケート調査を実施した。なおアンケート調査はGoogleフォームを用いて無記名のアンケートとした。

【結果】31薬局より回答を得た（回収率64.6%）。新型コロナウイルス治療薬が承認となる前より、COVID-19患者の処方箋を応需していた薬局が45.2%と最も多く、次いで治療薬承認後であった。一部の薬局では5類感染症へ移行後より応需していた。5類感染症移行前の感染対策は、環境消毒が最も多く96.8%の薬局が行っていた。次いでサージカルマスクとゴーグル又はフェイスシールドであった。しかし5類感染症移行後は、環境消毒を行っている薬局が87.1%とわずかに減少しており、サージカルマスクのみの対応となっている薬局が90.3%と最も多かった。一部の薬局では5類感染症移行後もゴーグルやフェイスシート、ガウンやエプロン等を着用し対応している薬局もあった。また備蓄品で一番多かったのは環境用消毒であり、次いでサージカルマスク、手袋の順番だった。

【結論】COVID-19が5類感染症へと移行した後も、過剰な個人防護具を使用している薬局もみられ、知識が不足していると考えられる。また保険薬局の薬剤師はエプロンやガウン等を使用する経験も少なく、適正に着脱できているのかも今後の検証が必要である。

P2-034 結核接触者健診体制の標準化と実効性向上急性期病院と保健所の連携による対応強化

和泉市立総合医療センター

○小田 学 (おだ まなぶ)、澤田 隆吾、吉田太映子

【背景・目的】近年、国内の結核罹患率は減少傾向にあるものの、急性期病院では依然として散発的な院内発生がみられる。当院におけるここ数年の院内結核患者発生は年間約20例前後で推移しており、そのうち接触者健診対象となった事例は、2023年度1件、2024年度2件、2025年度3件、であった。当院では、2023年度より保健所が開催している結核患者治療成績評価検討会に参加している。結核患者治療成績評価検討会では、主に診断や治療経過報告、DOTS状況の確認が中心となっており、結核接触者健診の運用に関する検討は十分とは言えなかった。そこで本取り組みでは、結核接触者健診体制の標準化と実効性向上を目的に、運用の再構築を行った。

【活動内容】当院で予期せぬ結核患者発生時には、ICTが速やかに介入し病棟や担当部署と連携し、曝露状況や接触時間、処置内容を踏まえ同心円方式でリスク分類を実施する。職員に対する最大リスク手技は、個人防護具不十分な状況で、エアロゾル発生手技を実施した職員と定義した。評価結果は院内結核小委員会で決定後、保健所と共有し連携できる体制としている。接触者健診は「結核接触者健診の手引き第6版」では、初回評価後2から3ヶ月経過後とされており、当院では10週から12週の期間を設定し、インターンフェロンγ遊離試験（IGRA）検査を実施している。保健所での結核患者治療成績評価検討会への参加体制を見直し、治療報告中心から接触者健診の進捗・課題共有へと見直した。

【成果・考察】今回の取り組みにより、結核接触者健診の手引き第6版に準拠した標準的運用の明確化、リスク評価および健診実施時期の統一も明確になった。また、地域保健所との情報共有の強化が図れたことで、対応方針のすり合わせが早期に可能となり役割分担が明確化され、院内外で一貫した対応が可能となった。急性期病院における結核対策では、診断や治療にとどまらず、職員の安全確保のためにも、接触者健診の質も担保していきたい。今後も事例の検証と情報共有を継続し、地域全体の結核対策の質向上と持続可能な連携体制の構築に寄与していきたい。

P2-036 院内感染対策における成熟度3層モデルの検討—奈良県75病院の横断解析から—

南和広域医療企業団南奈良総合医療センター 感染症内科¹⁾、奈良県中和保健所²⁾、南和広域医療企業団南奈良総合医療センター 看護部³⁾、公益財団法人 天理よろづ相談所病院 感染管理センター⁴⁾、近畿大学奈良病院 看護部⁵⁾、奈良感染管理ネットワーク⁶⁾

○宇野 健司 (うの けんじ)^{1,2)}、畠山 国頼^{3,6)}、萱島 すが^{4,6)}、天野智佳子^{5,6)}

【背景】感染対策向上加算制度の導入で院内感染対策体制は整備されつつあるが、施設間の到達度や構造的差異は十分に整理されていない。本研究は奈良県内病院の感染対策の現状を可視化し、その構造的特性を解析することを目的とした。

【方法】令和6年度に医療監視を実施した75病院（加算1：14施設、加算2+3：34施設、加算無：27施設）を対象に、201項目のアンケートを行った。項目は10の中項目（1）人員体制・専門資格（2）手指衛生プログラム（3）サーベイランス・報告体制（4）教育・研修活動（5）抗菌薬適正使用（6）デバイス関連感染対策（7）スクリーニング・隔離体制（8）PPE教育・使用（9）環境清掃・消毒（10）免疫・職業安全）に分けられ、ガイドライン等に基づき傾斜配点し中項目スコアを算出、3群間の群間比較のためにKruskal-Wallis検定およびMann-Whitney U検定、及び中項目を規定する因子調査をSpearman相関分析および重回帰分析で探索した。

【結果】サーベイランス・報告体制、スクリーニング・隔離体制、デバイス関連感染対策、抗菌薬適正使用は3群間で、人員体制・専門資格は加算の有無により有意な差を認めた。病院規模や病床構成で調整した後、手指衛生プログラムはPPE教育・使用および人員体制・専門資格と独立して関連し、サーベイランス・報告体制はスクリーニング・隔離体制およびデバイス関連対策と関連した。抗菌薬適正使用はサーベイランス・報告体制および人員体制・専門人材と独立して関連した。

【考察】感染対策は1) 現場実践、2) 体制構築、3) 組織的意思決定という性質の異なる層から構成される可能性が示された。本研究結果に基づき、感染対策成熟度の概念的3層モデルを提示する。

【結論】院内感染対策は階層的構造を有する可能性があり、本枠組みは施設特性に応じた段階的改善戦略を検討する上での理論的基盤となり得る。

【会員外協力者】奈良県中和保健所山田全啓、奈良県立医科大学医学部県民健康増進支援センター岡岡公子、奈良市保健所林潤

P2-037 高齢者施設の感染対策の質の向上を目指して—実地指導で見た現状と課題—

朝倉医師会病院 感染管理部¹⁾、朝倉医師会病院 感染制御チーム²⁾

○井上 聡子 (いのうえ さとこ)¹⁾、古賀 尚史¹⁾、
西川 容子²⁾、甲斐 健一²⁾

【背景・目的】新型コロナウイルス感染症パンデミックを経験し、地域全体で取り組む感染対策の重要性が改めて認識された。2024 年は医療・介護・障害福祉の 3 分野で診療報酬改定がされた。その中で、高齢者施設等に対する感染対策加算が新設され、地域全体の感染対策の質の向上が求められている。感染対策推進を担う感染対策向上加算 1 施設として、高齢者施設と連携を開始し地域の感染対策の現状と課題を考察したため報告する。

【活動内容】2024 年の介護報酬改定を機に、高齢者施設 6 施設と連携を開始した。まず、各施設へ実地指導を実施した。各施設の感染対策担当者や施設長に同席を依頼し、感染対策マニュアルや業務継続計画の作成状況、平時の感染対策の実施状況や感染症発生時の対応などについて、聞き取りと巡回で確認した。次に、新興感染症発生時想定訓練を行った。2024 年は保健所と消防署と合同で訓練を開催し、地域での感染症患者対応についての流れを共有した。2025 年は個人防護具の着脱訓練を行い、適切な個人防護具の取り扱いを指導した。

【成果・考察】実地指導で、各施設の感染対策への取り組み状況を確認できた。感染対策の重要性は認識しているが、最新知見を取り入れた感染対策ではなく従来の感染対策が実施されている場面が多いことが確認できた。また、医療機関とは異なり、感染対策資材を十分に使用できない施設が多いことが確認できた。さらに、感染対策担当者などが研修会等で知識の充足を図っているが、自施設の状況に合わせた効果的な感染対策を実現するまでには至っておらず、悩みを抱えていることも確認できた。実地指導で、各施設の現状に合わせた感染対策と一緒に検討したことで、「悩んでいたことが解決できた」と意見が聞かれたため、高齢者施設の感染対策の改善に向けて寄与できたと考える。

2024 年からの連携で、感染対策の重要性は認識しているが、適切な感染対策が実施できていない現状が明らかになった。今後の課題は、各施設で適切な感染対策が実施できる職員を増やすことができるよう支援体制を構築することが、地域の感染対策の質の向上に繋がると考える。

P2-038 感染対策地域連携の構築—A 地域全体での合同カンファレンスを開催—

昭和伊南総合病院

○前田いづみ (まえだ いづみ)

【背景・目的】2022 年診療報酬に伴い、A 地域の感染対策向上加算 1 の 2 病院に、加算 3 の 3 病院と外来感染対策向上加算の診療所を割り振り、加算 1 病院が別々にカンファレンスを開催した。別々の開催で加算 1 同士の連携がとりづらく、また加算 3 の病院や医師会、保健所はそれぞれのカンファレンスに参加する必要がある負担となった。地域全体で開催すれば地域の一体化や情報共有ができ、負担も軽減できると考えた。2024 年から加算 1 の 2 病院と保健所で協議を重ね、2025 年から A 地域全体でネットワーク会議、合同カンファレンス、訓練を行う事になった。その過程と地域支援の実践を報告する。

【活動内容】保健所と加算 1 の 2 病院で、問題点を抽出し対応方法を確認した。保健所から医師会、各医療機関に地域全体でのネットワーク会議とカンファレンス開催について説明し承諾を得た。2025 年より A 地域の加算 1 の 2 病院と加算 3 の 3 病院、その他の 4 病院と保健所、医師会で、ネットワーク会議を立ち上げ年 4 回開催した。それと同時に、A 地域全体で、カンファレンスを年 4 回、訓練を 1 回開催した。

【成果・考察】新興感染症が発生した場合の A 地域全体での体制を整え、訓練を全体で行う事により、新しい体制を地域全体で確認しそれぞれの役割を確認することができた。ネットワーク会議では、感染対策の情報共有に加えて、以下の 2 つを検討した。面会制限についてアンケートを行い、インフルエンザ流行期の面会制限を、流行の注意報を目安に行うよう全病院で統一した。次に血液体液曝露対策について、マニュアル、対策の実施状況、曝露後の対応等をアンケートにて確認した。血液体液曝露をした後の対応について、検査や予防投与などの対応困難な医療機関がある事が分かった。加算 1 の 2 病院でマニュアル作成し、曝露後の受診受け入れの体制を構築した。ネットワーク会議に加算未取得の病院を入れ、情報共有を行う事で、加算未取得の病院も感染対策に対する意識が高まった。また、加算未取得病院や診療所、施設等へ合同カンファレンスへの参加を促した。加算未取得の合同カンファレンスへの参加が 6 医療機関となり、診療報酬の枠組を越えて感染対策への意識が高まった。

P2-039 トコジラミ持ち込み事例 10 例の検討から明らかとなった地域連携と再持ち込みの課題

社会医療法人財団石心会 川崎幸病院 病院安全管理部 感染管理課

○高橋由記子 (たかはし ゆきこ)

【背景・目的】トコジラミは感染症の媒介は証明されていないが、医療機関では院内混乱や診療運用に影響を及ぼす環境上の課題となる。当院では持ち込み事例を契機に院内対応体制を整備したが、患者の生活環境に起因する問題は院内対応のみでは解決が困難であり、地域連携上の課題が明らかとなった。そこで当院で経験したトコジラミ持ち込み事例を整理し、地域連携と再持ち込みの課題について検討した。

【活動内容】2024 年 6 月から 2025 年 6 月までに当院で経験したトコジラミ持ち込み事例 10 例について対応状況を整理した。10 例中 9 例は救急外来受診を契機に確認され、うち 6 例は救急外来対応時、3 例は入院後に病棟で確認された。1 例は病室内で発見された。発見はいずれも看護師による更衣介助や荷物整理時であった。患者は独居、生活保護受給、透析通院など多様な生活背景を有していた。自宅で駆除が実施されたと報告された症例でも、その後患者荷物からトコジラミが確認され再持ち込みが疑われた。関連医療機関から患者移送や通院方法に関する配慮要請があり、医療機関間で対応方針が統一されていない状況も認められた。さらに保健所へ相談したが、駆除業者の紹介にとどまり、駆除費用は個人負担とされるなど行政対応には一定の限界があった。

【成果・考察】トコジラミ対応は院内感染対策のみでは完結せず、患者の生活環境や社会的背景に大きく影響される課題であった。再持ち込みの評価基準や地域医療機関間の対応方針は明確ではなく、医療現場で判断に苦慮する場面も多かった。また、院内対応に要する費用負担が医療機関側へ集中していた。医療機関単独での対応には限界があり、地域医療機関間での情報共有や連携体制に加え、生活環境に対する行政を含めた公的支援体制の検討が必要であると考えられた。

P2-040 新興感染症を想定した多機関合同感染症危機管理訓練による課題抽出

地方独立行政法人 奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター

○東學 善友 (とうがく よしとも)、福井 優貴、
森下 幸子

【背景・目的】新興・再興感染症の発生時には、医療機関と保健所など公的機関が連携した地域レベルでの危機管理体制の構築が重要である。しかし実際の患者発生を想定した多機関合同訓練の実施例は限られており、感染対策手技や運用体制の実効性を検証する機会は十分とは言えない。今回、保健所、地域医療機関、消防および警察と合同で感染症危機管理訓練を実施し、大学病院の協力を得て第三者による評価を受けることで、感染対策手技および運用体制の実効性を検証し課題を抽出することを目的とした。

【活動内容】新興感染症患者の受診を想定し、患者対応及び搬送、個人防護具 (personal protective equipment : PPE) の着脱、検体採取および検体搬送を含む一連の対応をシナリオ形式で実施した。大学病院スタッフが第三者評価者として参加し、感染対策手技、動線設計、資機材の適切性について観察評価を行った。PPE としてタイベックスーツを用いた防護体制を想定し着脱手順を確認した。また検体搬送では感染性物質の三重包装を想定した手順を検証するとともに、脱衣区域の設定や院内搬送経路など院内環境整備についても評価を行った。

【成果・考察】訓練により複数の実践的課題が明らかとなった。PPE ではタイベックスーツの着脱手順が未整備であり、使用していた防護具は粉塵対策用でフェイスシールドを備えておらず、感染対策用途として仕様の再検討が必要であった。シューズカバーは脱着の容易性や滑り止め機能を考慮した製品選定の必要性が示された。長時間対応を想定して準備した呼吸弁付き N95 マスクについては事前の個別フィット確認の重要性が確認された。検体搬送では一次容器キャップの緩み防止や吸収材配置など包装手順の改善点が認められた。今後は新興感染症を想定した対応マニュアル整備、院内外連絡体制の構築、感染症発生時の業務継続計画 (business continuity plan : BCP) の策定、PPE 運用の再評価を進める必要がある。多機関合同訓練は地域の感染症危機管理体制の課題を可視化する有効な手法であり、継続的な実施が重要と考えられた。

P2-041 当院におけるノンアルコール手指消毒薬使用者の手荒れの実態

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター ICT¹⁾、名古屋市立大学看護学研究所 感染予防看護学²⁾

○河合 晴美 (かわい はるみ)¹⁾、安岡 砂織^{1,2)}

【背景・目的】手指衛生は感染対策の基本であり、当院における1患者日あたりの手指消毒使用量は年々増加している。一方、手荒れによる業務支障の報告があり、手指衛生アドヒアランス低下の要因となる可能性がある。そこで、当院における手荒れの実態を明らかにし、今後の改善策を検討することを目的とした。

【活動内容】当院では2023年11月より、ノンアルコール手指消毒薬を使用する職員を対象に、手荒れの実態把握のためアンケート調査を毎月実施している。調査項目は、年齢層、性別、皮膚科受診歴、手荒れ症状(かさつき・赤み・ひび割れ・水ぶくれ・皮むけ)と程度、使用消毒薬の種類と量、アレルギーの有無、スキンケアの種類である。ハンドローションの変更やリンクナースへの勉強会は行ったが、手荒れのある職員への直接的介入は実施していない。2024年4月から1年間にのべ358名が回答し、記述統計とカイ二乗検定で分析した。

【成果・考察】分析の結果、職種は看護師313名(87.4%)、看護師以外45名(12.6%)で、女性が330名(92.2%)を占めた。年齢は20~29歳が140名(39.4%)と最も多かった。手荒れ症状では、かさつき202名(56.4%)が最も多く、皮むけ165名(46.1%)、ひび割れ149名(41.6%)、赤み118名(33.0%)、水ぶくれ43名(12.0%)であった。スキンケアは、市販の保湿クリームが193名(53.9%)と最も多く、処方薬の使用は119名(33.2%)、未使用は18名(5.0%)であった。アレルギーありは196名(54.7%)、皮膚科通院者は150名(42.5%)であった。手荒れの出現季節は秋が最も多く114名(31.8%)であった。皮膚科受診と症状、水ぶくれと季節、年齢層とスキンケア、症状(水ぶくれ以外)とスキンケアに関連が認められた($P<0.05$)。また、皮膚科通院と手荒れ症状の有無では、皮むけ・ひび割れ・赤み・かさつき($P<0.001$)において有意な関連が認められ、いずれも皮膚科通院がない者に症状が多かった($P<0.01$)。水ぶくれを含む皮膚症状は季節による症状変動が示唆され、適切な時期の皮膚科受診や、年齢に応じた日常的スキンケアが症状軽減につながる可能性が考えられる。

P2-043 受講率100%を目指す感染管理研修会の企画運営

独立行政法人 地域医療機能推進機構 JCHO札幌北辰病院

○高木 静江 (たかぎ しずえ)、白井 美乃

【背景・目的】施設基準としての感染対策向上加算は、年2回の感染管理研修会開催を要件としている。J病院は、230床の急性期病院で、職員は約430名、委託職員は約120名前後の中規模総合病院である。研修会は、定期的な監査等でも全職員受講が求められ、受講できなかった職員へのフォローも丁寧な対応が必要となる。全職員が受講しやすい企画運営を心掛け活動してきた結果、10年前は30%台だった受講率はここ数年100%を維持できる状態へ変化した。企画運営の中心となる感染管理部の研修会開催に関する活動に焦点をあて評価し、今後の課題を述べる。

【活動内容】時期を大きく3つに分ける。Aはコロナ禍前、Bはコロナ禍である5年から6年前、Cは4年前から現在までとした。1)開催時間と回数について、Aは時間外で受講機会1回のみ、Bは時間外で部署代表者のみ1回開催とDVD受講、Cは時間内で受講機会が10回前後、である。2)受講方法は、ABCの全期間で集合研修を基本としCは学研教育ツールも年度内1回は併用利用、未受講者はDVD受講とした。3)開催テーマは年度内流行感染症を選定することは変わらないが、Cでは特に感染管理部内でよく検討し選定した。4)講師は、AはICNの担当が多かったが、Cでは医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師の4職種へと変化した。5)抗菌薬適正使用支援研修会は感染管理研修会と別開催した時期もあったが、基本的には合同開催する形で企画実施とした。

【成果・考察】結果として受講率は、Aで30から60%、Bで60から80%、Cで100%と上昇した。しかし、知識や経験、職種が違う全職員受講を前提とした研修会は、テーマ選定や内容構成に満足できる結果を得ることは難しいことが予測された。そのため、ICN中心型の企画運営から、4職種種協力型での企画運営に変更した。コロナ禍で再確認したように、院内での感染管理活動は、研修会に限らず、チーム協働が求められていることにある。最新の知見をもったチームで検討し、4職種が専門分野を担当する形で開催する研修会はここ数年好評な結果が得られている。今後の課題は、時間内で確実な受講率を得るための開催方式の検討と考えている。

P2-042 麻疹患者対応から見た今後の課題

社会医療法人社団光仁会 総合守谷第一病院 看護部/感染対策室¹⁾、社会医療法人社団光仁会 総合守谷第一病院 医師部 呼吸器内科²⁾

○高島美和子 (たかしま みわこ)¹⁾、鶴重千加子²⁾

【背景・目的】2015年に日本は麻疹排除国として認定されたが、近年、麻疹発生の報告が増えている。そのような状況の中、2025年に当院で初めての麻疹入院患者症例を経験した。MRワクチンが枯渇している状況下で72時間以内の緊急ワクチン接種が行えず、その感染力の高さからICTが初動でくった範囲以外で二次感染者が発生した。接触者に該当した職員の多さから就業制限の困難さや様々な就業形態の職員対応、組織が協力してその対応にあたる必要性があった中で見えてきた今後の課題を報告する。

【活動内容】患者Aが救急外来から入院し、空気感染対策を講じるまでの接触者117名中、抗体価やワクチン接種歴においてワクチンガイドラインで提示されている基準を満たしていない職員は43名(37%)だった。関係機関の協力によりMRワクチンの確保に努め、72時間は過ぎてしまったが43名中26名にMRワクチンを接種した。空間接触に該当する外来受診患者への連絡、患者Aが入院した病棟に入院していた患者の抗体検査や入退院の調整、地域への公表、臨時の感染対策委員会の実施、関係各所からの問い合わせ対応、疑い患者の行政検査対応等をICTが中心となり行った。基準を満たしていない43名の接触者に該当している職員の就業制限について提案したが運営上の問題や正規職員や委託職員等の背景があり効果的な就業制限は困難だった。患者Aとの接触から10日目に1人目の二次感染者が発症し、その後接触者から計7名(院内把握)が二次感染したため接触者がさらに膨大となったが、三次感染に至らず終息することができた。ただし、二次感染した7名のうち2名は初動で接触者として判断した範囲外の職員だった。

【成果・考察】初期設定した範囲は空気感染の可能性を考慮したものだったが、範囲外にいた職員が二次感染したことから、空間接触の選定範囲をかなり広げて考える必要がある。平時から委託業者も含めた職員のウイルス抗体価・ワクチン接種歴の把握が必要である。就業制限について対象を絞り実施することで二次感染を防止し接触者数の低減を図ることができた。有事の際に各部門が役割分担を行い対応できるよう、平時に院内訓練を行うことが必要である。

P2-044 カンボジアでの国際医療NGOボランティア活動で経験した院内ICT活動について

元ジャパンハートこども医療センター

○森 三郎 (もり さぶろう)

【背景・目的】2023年12月より2025年11月まで国際医療NGOジャパンハートがカンボジアで運営するジャパンハートこども医療センター(JHCMC)にて長期ボランティア臨床検査技師として約2年間活動した。日本国内では感染制御認定臨床微生物検査技師(ICMT)資格を保有していたことからJHCMCにおいてもICT活動に参加した。資源や環境が日本と異なる開発途上国の医療現場において実行可能な感染対策の改善に取り組んだため報告する。

【活動内容】院内の感染対策の現状を確認したところ、手指衛生後の乾燥方法(共有タオル)、検体搬送方法、針刺し防止対策などにおいて日本の標準予防策とは異なる運用がみられた。そのため参加したICTミーティングにて状況を共有し改善策を検討した。特に資源面の制約もあり一度に大きな変更は難しかったため、まず手指衛生に関する取り組みを行いサーベランスの実施や乾燥方法の見直しの提案、その他検体搬送方法の工夫、針刺し防止対策の啓発など現地で実施可能な対策から段階的に導入を試みた。また、消毒薬の見直しや一次洗浄の運用整理、院内学習のためのQ&A作成などにも取り組んだ。

【成果・考察】現地スタッフは感染対策の重要性を理解しているものの、継続的な実践には時間を要することが多かった。感染対策は設備や物品だけでなく文化や習慣にも影響されるため、現地の状況に即した方法で継続的に啓発を行うことの重要性を実感した。国際医療の現場では理想的な対策を提示するだけでなく、実行可能性を考慮した段階的な導入が必要であると考えられた。

P2-045 ICT研修を通じた抗菌薬適正使用の取り組み

三重中央医療センター ICT/AST

○築川 樹(やながわ たつき)、小西 友美、
鈴木 亮平、木下 絵里、雲井 直美、近澤 香織、
小林麻里子、水谷 恵里、内藤 雅大

【背景・目的】近年、薬剤耐性菌の拡大が大きな問題となっており、医療機関には院内感染対策の徹底と抗菌薬の適正使用が求められている。また三重中央医療センター（以下、当院）では第3世代内服セファロスポリン系薬の使用量が依然として多く、内服抗菌薬の適正化が課題となっていた。そこで今回は薬剤耐性菌対策と抗菌薬の適正使用について、院内感染対策の研修（以下、ICT研修）を行い、研修内容の理解度と職種、経験年数についての調査を行ったため報告する。

【活動内容】2025年12月25日から2026年1月31日までの約1か月間、当院の非常勤を含む全職員を対象に、事前に収録したICT研修の動画をオンデマンド形式で配信した。研修は前半を薬剤耐性菌問題と院内感染対策、及び抗菌薬適正使用の重要性について講義した。後半は抗菌薬の適正な使用方法について、第3世代内服セファロスポリン系薬の経口吸収率や内服抗菌薬と他薬剤の相互作用、注射抗菌薬の配合変化、薬物動態学・薬力学から見た抗菌薬の適切な投与方法についての講義とした。また研修動画に続いて研修内容の理解度を確認する問題を5問、職種や経験年数、薬剤耐性菌についてのアンケートを4問実施した。

【成果・考察】研修内容の理解度を確認する問題については、全職員から回答が得られた。抗菌薬は症状がなくなったから自己判断で中止してよい、という設問で高い正答率が得られた一方、第3世代内服セファロスポリン系薬は経口投与での吸収率が低いため、薬剤耐性菌発生リスクになる、という設問では正答率が低い結果であった。職種や経験年数、薬剤耐性菌についてのアンケートは、90%の職員から回答が得られた。職種は看護師、助産師が最も多く、経験年数は11年以上が最も多い結果となった。15%の職員が研修受講前に、薬剤耐性菌について知らなかったと答えており、事務職員など医療職以外で多い結果となった。また研修の結果、99%の職員から薬剤耐性菌への理解が深まったとの回答を得た。本研修を通じて、普段抗菌薬に関わる機会の少ない職員を含め、すべての職種で薬剤耐性菌に対する理解が深まったと考えられる。

P2-047 ICTラウンドにおけるDX化～限られた時間で効率的に進めるために～

医療法人松田会 松田病院

○平間 里美(ひらま さとみ)、武田 春菜、田澤 寿子

【背景・目的】当院の感染管理室は専任看護師1名で従事している。感染症流行時期はラウンド後の業務は紙媒体で行う場合、紙の準備・保管場所の確保、パソコン入力など時間を費やすことが多いので滞る場合がある。限られた時間で効率的に行う目的としてタブレット端末を使用し、DX化の構築をした。今回、その結果を報告する。

【活動内容】2024年から試験的にDX導入を開始した。開始前は(1)紙のラウンドチェック表の印刷(2)デジタルカメラを準備(3)ラウンドチェック表に記載(4)改善が必要な部分の写真撮影(5)パソコンに写真を取り込み(6)デジタルカメラの片付け(7)各部署へのラウンド報告書作成(8)報告書を印刷し各部署へ配布(9)紙のラウンドチェック表の保管の流れで行っていた。開始後は、タブレット端末・感染管理室専用のGoogleアカウントを準備、スプレッドシート内にラウンドチェック表を作成し、ラウンドチェック表はプルダウン機能を使用した。ラウンド時はデジタルカメラや紙のラウンドチェック表を持参することなく、端末のみを用いて実施した。

【成果・考察】導入時にスプレッドシートでチェックリストを作成する手間はかかったが、一度作成することにより継続的に使用が可能となり書類の削減・ラウンドの業務が9工程から(3)(4)(7)の3工程に大幅に軽減できた。さらに、ラウンド後の報告書は、イントラネットでの送付へ変更した。各部署からの改善報告書は、部署によりGoogleアカウントを使用することが出来ないため、用紙での改善報告書の提出は継続とした。DX化を進めることにより業務効率の改善・作業時間の短縮に繋がった。ラウンド以外の業務についても、紙媒体で行っていることが多いので、今後もDX化の推進を検討したい。

P2-046 感染管理活動におけるリンクナースとの協働～リンクナースの視点を生かして～

医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院 感染管理室¹⁾、医療法人徳洲会
福岡徳洲会病院 薬剤部²⁾

○片淵 由貴(かたふち ゆき)¹⁾、黒岩 智美¹⁾、
伊藤 恭子¹⁾、田中 博和²⁾

【背景・目的】当ICTが行う評価表を用いた薬剤耐性菌（以下、耐性菌）検出患者の対策実施状況評価（以下、ラウンド）は、コロナ禍を機に看護部リンクナース（以下、LN）に委譲した。しかしラウンド未実施が散見され、LNによる部署内聞き取りからラウンドの実施責任不明、耐性菌に関する知識不足、既存の感染情報確認フロー（以下、フロー）の遂行困難など問題が明らかとなった。そこでLNの視点を生かしたラウンド実施環境の改善に向け協働した。

【活動内容】ラウンドの効率化にむけた評価表の電子化、ラウンド実施責任を対象患者の受持ち看護師とした。またLNの調査から耐性菌以外の菌種のラウンド実施が判明し、耐性菌に関する知識不足を考え勉強会を実施した。さらにラウンド対象患者の正しい選択を支援するため評価表内に耐性菌をプルダウン化し業務マニュアルを作成した。またフローの遂行困難原因も特定し改訂した。

【成果・考察】実働スタッフのラウンドへの不満や必要性疑問視の声にも、LNは丁寧に向き合い問題を整理した。評価表の電子化、プルダウン化、ラウンド実施責任の明確化は作業効率改善に寄与したと考える。勉強会前後のテスト正答率は5ポイントの改善であったが、勉強会4か月後まで知識が維持できたと考える。耐性菌以外の菌種を含んでいた2023年度ラウンド実施率は64%であったが、不要対象が除外でき正しく対象選択できた2024年度ラウンド実施率は63%を維持できた。フロー改訂やマニュアル作成により、誰がいつ、何をするのが明確になったことで、ラウンドへの否定的なコメントも聞かれなくなった。活動したLNからはモチベーションに繋がったとの意見も聞かれた。LNの視点を改善ポイントに置いた活動は、成功体験だけでなくICTと現場をつなぐという役割認識強化に繋がったと考える。ICTが講じる対策に対し、実働するスタッフのリアルな情報を情報としてもたらしてくれるのがLNという存在であり、LNが感染管理活動に対する疑問を臆せず表出できる関係性を日頃から構築することの重要性を改めて学んだ。今後もLNの視点を生かし、実践可能な感染対策の実現に向け協働していきたい。

P2-048 当院におけるICT活動—ラウンド表の活用—

久米川病院

○竹内 健人(たけうち けんと)、金澤真弓華、
土本 真穂、星 作男

【背景・目的】当院はICTメンバーがラウンド表を用いて院内評価をしている。指摘事項を各部門に伝え対策の提出を求めている。次のラウンド時はその対策が実行されているかどうかの確認をしている。今回は2025年1年間でどのような指摘をしたかをまとめ、今後ICTとしてどのような点にポイントを置いて重点的に活動していくべきかについて考察する。

【活動内容】院内を包括病棟・老健病棟・外来・リハビリ・薬局・検査科・放射線科・栄養科・保育園・通所リハビリ・健診部門・手術室・内視鏡室・中材の14部門に分け毎週ICTがラウンドを行なっている。ラウンド表は1滅菌機材や消毒剤・薬品などの管理状況、開封日及び期限の記載、2清掃状況特に血液の付着がないか、3針捨て容器の安全な使用、4水回り環境の汚染状況、5物品の適切な管理、6空調の汚染状況、7廃棄物の管理状況の7つのポイントとしている。

【成果・考察】2025年1年間で全部で137ヶ所の指摘をした。1滅菌器材消毒関係は55ヶ所(40.1%)、2清掃状況は13ヶ所(9.5%)、3針捨て容器は15ヶ所(10.9%)、4水回りは24ヶ所(17.5%)、5物品管理は32ヶ所(23.4%)、6空調汚染は1ヶ所(0.7%)、7廃棄物管理は17ヶ所(12.4%)であった。また部門別では包括40ヶ所(29.2%)、老健21ヶ所(15.3%)、外来18ヶ所(13.1%)、リハビリ11ヶ所(8.0%)、薬局1ヶ所(0.7%)、検査8ヶ所(5.8%)、放射線1ヶ所(0.7%)、栄養5ヶ所(3.6%)、保育所1ヶ所(0.7%)、通所リハビリ0ヶ所(0%)、健診10ヶ所(7.3%)、手術室11ヶ所(8.0%)、内視鏡10ヶ所(7.3%)、中材19ヶ所(13.9%)であった。以上のように指摘事項の多い項目と部門があることが分かった。また当院は感染対策加算2病院として加算1の連携病院より視察を受けているが、スタッフステーション内に手袋とアイガードをつけた職員がいる、病室にぬいぐるみを置かず洗浄等の管理基準を決めることなど当院とは全く異なった観点からの指摘を受けている。今後、限られた人員と時間の中でいかに効率よく有効なラウンドが可能かを議論していく。

P2-049 チームで取り組む肝切除術のSSIサーベイランス

兵庫県立西宮病院 消化器外科¹⁾、兵庫県立西宮病院 感染対策チーム²⁾

○橋本 和彦 (はしもと かずひこ)^{1,2)}、山本 美雪²⁾

【背景・目的】当院は、2016年からJANIS(厚生労働省院内感染対策サーベイランス)へ参加し、ICT(院内感染対策チーム)と連携し、消化器外科手術の手術部位感染(SSI)サーベイランスを行っている。今回、当院のチームで取り組む肝切除術のSSIサーベイランスについて検討したので、報告する。

【活動内容】当院のICTは、医師(消化器外科医のInfection control doctor含む)、看護師(感染管理認定ナース)、薬剤師、臨床検査技師の多職種で構成し、活動している。2018年から、AST(抗菌薬適正使用支援チーム)活動も開始し、ICT活動は、ASTと合同で、毎週ICT・AST会議を行っており、院内感染状況、血液培養菌検出状況、抗菌薬使用状況などについて、情報共有を行っている。当院では、2015年感染管理支援システム(ICT Web)を導入し、電子カルテ上でSSIサーベイランスデータを入力し、集計したデータをJANISに登録している。また、SSIサーベイランスは、消化器外科とICTが連携して行っており、ICT活動として、予防的抗菌薬の適正使用、ドレーンの監視培養、ICTによる病棟の定期的ラウンドなどを実施している。

【成果・考察】2019年～2024年までに当科で施行した、胆道再建を伴わない肝切除術99例を対象とし、SSIサーベイランスの現状について検討した。当院における肝切除術のSSI発生率は、12%(12例/99例)であり、SSI感染部位は、表層切開創SSI:1例、深部切開創SSI:1例、臓器/体腔SSI:10例であった。年度別では、2019年7.1%、2020年5.6%、2021年0%、2022年23.1%、2023年23.1%、2024年16.7%であった。2019年以降2021年までは、経時的に低下傾向を示し、2020年、2021年のSSI発生率は、JANISの報告値よりも低値であったが、2022年～2024年のSSI発生率は、JANISの報告値よりも高値となった。内視鏡有無別では、内視鏡有のSSI発生率は2%(1例/48例)、内視鏡無のSSI発生率は22%(11例/51例)であり、内視鏡手術のほうが、SSI発生率が低い結果であった。当院では、SSI低減のために、消化器外科とICT・ASTが連携して、肝切除術のサーベイランスデータを解析し、チーム医療で取り組む周術期感染対策を施行している。当院のチームで取り組む肝切除術のSSIサーベイランスについて報告する。

P2-050 末梢静脈挿入型中心静脈カテーテル関連血流感染におけるリスク因子の検証

滝川市立病院 感染制御部

○工藤ゆかり (くどう ゆかり)、松川 雅則、平田 豊、長尾 秀明、衛藤まり恵、佐藤 光

【背景・目的】A病院では2013年より、中心静脈関連血流感染(CLABSI)の低減を目的に末梢挿入型中心静脈カテーテル(PICC)を導入してきた。CLABSIの感染率は、JHAISの(LCBI+CSEP:急性期一般病床)の平均値である2.1/1000 device-daysと同程度で推移していた。しかし2020年以降、PICC関連血流感染(PICC-BSI)が増加傾向を示したため、その要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象は2013年1月～2024年12月にA病院でPICCを挿入した患者68例とした。電子カルテより、患者背景因子として年齢、性別、糖尿病の有無、C反応性蛋白、血清アルブミン値、脂肪乳剤および副腎皮質ステロイド剤の使用状況を、カテーテル管理因子として留置期間、挿入前後の皮膚の清潔、ルーメン数、挿入部位の出血、複数回の穿刺、透視下での挿入の有無を抽出した。単変量ロジスティック回帰分析を行い、 $P<0.1$ の因子については多変量ロジスティック回帰分析を実施した。 $P<0.05$ を有意差ありとした。なお、本研究はA病院倫理委員会の承認を得た。

【結果】PICC挿入68例のうち、PICC-BSIの発生は11件であった。主な挿入目的は完全静脈栄養、がんの周術期管理、大量薬剤投与であった。単変量解析の結果、患者背景因子においては有意性を示す項目は認められなかった。カテーテル管理因子では「挿入部位の出血」および「複数回の穿刺」に有意差(いずれも $P<0.001$)を認めた。多変量解析においても「挿入部位の出血」(OR:33.60、95%CI:3.59-756.22、 $P=0.0022$)および「複数回の穿刺」($P<0.0017$)が独立したリスク因子として有意性を示した。「複数回の穿刺」については、極めて大きなオッズ比を示した。全例にPICC-BSIが発生したため完全分離を生じ、推定値が不安定となった可能性がある。

【結論】A病院におけるPICC-BSIのリスク因子として、カテーテル管理因子である「挿入部の出血」および「複数回の穿刺」が有意に関連していることが示された。

P2-051 外来皮下植え込み型中心静脈ポート関連感染の調査と課題

社会医療法人神鋼記念会 神鋼記念病院

○石田 珠水 (いしだ たまみ)

【背景・目的】当院は2022年にがん診療センターが設立され、皮下植え込み型中心静脈ポート(以下、CVポート)の留置件数が年々増加している。CVポートは感染すると、治療の遅れにつながる。2024年に3か月間で感染による抜去が4件発生したため、外来CVポート関連感染と管理の現状を調査し、対策の検討を行った。

【方法】対象は2023年1月から2024年12月の期間に、CVポート留置術後に外来薬物療法へ移行した血液内科を除く患者とした。調査項目は、年齢、性別、留置部位、ステロイドの有無、糖尿病の有無、感染率、抜去までの日数、起因菌、その他合併症とした。感染判定基準は、全米医療安全ネットワーク血流感染判定基準および日本環境感染学会サーベイランス委員会の定義に準拠し、後方視的調査を行った。統計解析にはFisher's exact testを用い、有意水準を5%未満とした。本研究は当院倫理委員会の承認を得て行った(承認番号2528号)。

【結果】2年間のCVポート留置数は129件(前胸部100件、上腕29件)であった。感染件数は10件(感染率7.8%)、抜去までの中央値92.5日(IQR:51-115日)であった。検査で確認された血流感染8件の起因菌はMSSA3件、MRCNS3件、その他2件、培養採取のない局所感染は2件であった。合併症として血栓閉塞6件(4.7%)であった。ステロイド使用の有無($p=1.00$)、糖尿病の有無($p=0.12$)と感染に有意差は認めなかった。一方当時の管理体制を確認したところ、管理マニュアルは詳細に記載されたものではなく、穿刺は医師またはがん化学療法認定看護師の研修を終えた看護師が行い、留置後の患者指導は口頭のみであった。

【結論】本調査により感染例の多くは皮膚常在菌に起因していること、および管理方法の標準化や職員・患者教育の不足が課題として示唆された。これをうけ、がん化学療法認定看護師と協働し皮膚消毒法等含むCVポートマニュアルの整備と周知、患者指導用リーフレットの作成、留置手順の見直しを行った。当院の感染率の評価は、外来CVポート関連感染に関するデータ報告が少なく直接的な比較は困難であるが、今後も調査を継続しマニュアルの周知と手技の遵守、感染率の低減に向け対策と評価を行っていく。

P2-052 消化器疾患患者が多いA病棟における中心静脈カテーテル関連血流感染リスク因子の検討

社会医療法人清恵会 清恵会病院

○小川 一恵 (おがわ かずえ)

【背景・目的】消化器疾患患者が多いA病棟では、腸管不全や手術により、中心静脈カテーテル(以下CVC)の挿入期間が長期化しやすく、器具使用比・感染率ともに高い傾向にある。本研究では、A病棟特有の中心静脈カテーテル関連血流感染(以下CLABSI)のリスク因子を明らかにし、現場に即した感染対策を検討することを目的とした。

【方法】2023年4月から2025年3月までの期間に、A病棟でCVCを留置した患者を対象に、電子カルテより年齢、性別、挿入部位、ルーメン数、栄養指標(BMI、PNI、Alb)等を収集した。CLABSI発生の有無で2群に分け、リスク因子について後ろ向きコホート研究を実施した。なお、本研究は、社会医療法人清恵会 清恵会病院倫理審査委員会の承認を得て行った。

【結果・考察】検定の結果、年齢層において、CLABSIあり群(中央値78歳)、なし群(中央値82歳)で有意差を認めた。 $(p=0.019)$ カテーテルルーメン数については、単変量解析で有意差を認めたが($p=0.030$)、多変量解析では各群間に有意差を認めなかった。栄養指標(Alb、PNI、BMI)はいずれも低値であったが、CLABSIの有無による有意差を認めず、その他の因子も統計学的有意差を認めなかった。

CLABSIあり群で年齢が低い要因として、高齢者は状態安定後に療養病棟等へ転床することが多く、一方、A病棟での入院期間が長く、CVC留置期間が長期化している患者は比較的若年層であるという、ケアミックス病棟の構造的要因が考えられた。また、若年層は、ADL自立度が高く、行動範囲が広いと、ルート管理が不十分になりやすいことが推察された。低栄養患者が多いA病棟において、栄養管理をより積極的に推進していく必要はあるものの、経口摂取困難な高齢者が多く、積極的な栄養改善を図ること自体が困難であり、長期のCVC留置を余儀なくされている現状も推察された。

【結論】CLABSI予防のためには、必要最小限のルーメン数での挿入し、ルート管理の徹底に加え、患者のADLやQOLを考慮した上で、CVCの早期抜去および積極的な栄養管理の推進が重要である。

P2-053 特定看護師による PICC 挿入後の管理実践と CLABSI 予防に向けた取り組みおよび課題

社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院 感染対策チーム
○清水 真介（しみず しんすけ）

【背景】中心静脈カテーテル関連血流感染（以下 CLABSI）は重篤な医療関連感染で、予防は医療の質向上において重要である。長期静脈路確保が可能である末梢挿入型中心静脈カテーテル（以下 PICC）は挿入時の合併症が少ない一方、管理の不均一は感染リスクを高める。予防には、挿入技術だけでなく、挿入後の適切な管理が不可欠である。私は特定行為研修修了看護師（以下特定看護師）として PICC 挿入に携わる一方、管理には直接関与できず、感染リスクの把握や対策に課題を感じていた。そこで、管理体制の見直しと CLABSI 予防に向けた取り組みを推進してきた。本報告では、その内容と課題について述べる。

【目的】PICC 挿入後の現状を把握し、管理改善を推進することで、CLABSI の予防を目的とする。

【活動内容】感染管理認定看護師・特定看護師・ICT メンバーで 2025 年 1 月より週 1 回のラウンドを実施。2025 年 1～12 月に PICC 留置患者を対象に、ドレッシング交換頻度・消毒法・固定方法についてチェックリストで評価した。

【成果】CLABSI 発生率は 0.68、デバイス使用比は 0.04 であった。デバイス使用比は 0.02 から 0.04 と 2 倍になったが、CLABSI 発生率は 2.62 から 0.68 と減少した。ドレッシング交換時期の順守率は 87% から 98% へ、固定方法の順守率は 90% から 98% へ改善した。

【考察】特定看護師が挿入から管理まで一貫して関与することは、PICC 管理の標準化と早期異常の発見に寄与し、CLABSI の予防に有効であることが示唆された。さらに、医師・看護師間の連携が促進されることで、カテーテル使用の適正評価や適切な管理が実現し、患者安全の向上に寄与している。一方、患者の背景やリスク因子に応じたリスク層別化の必要性や、感染対策チームとの連携強化、持続的な教育プログラムの実践といった課題も明らかとなった。これらの課題に対処することで、より効果的な感染予防策の推進と、患者個別のリスクに応じた適切なケアの提供が期待される。おわりに特定看護師主導による PICC 挿入後管理の標準化と順守率向上の取り組みは、CLABSI の予防に有効な取り組みである可能性が示された。今後も症例の蓄積と多職種連携を通じて、感染制御体制の強化を図る。

P2-055 当院における中心ライン関連血流感染の現状と評価

独立行政法人労働者健康安全機構 中国労災病院
○山根 克也（やまね かつなり）

【目的】当院における中心ライン関連血流感染（以下 CLABSI）の状況把握を目的に 2024 年 4 月よりサーベイランスを開始した。その結果について報告する。

【方法】2024 年 4 月 1 日から 2025 年 10 月 31 日の期間に当院で中心静脈カテーテル（以下 CVC）と末梢留置型中心静脈カテーテル（以下 PICC）を挿入した患者 345 名を対象に日本環境感染学会サーベイランスの定義を用いて LCBI を感染判定とし、感染率と器具使用比を算出し、ベンチマーク比較を行った。また、感染と非感染群間における挿入期間、デバイス、ルーメンの比較を行った。尚、中国労災病院倫理審査は申請中である。

【結果】サーベイランス実施期間のカテーテル挿入 345 件の総使用日数は 5073 日、平均 14.7 日であり、感染件数は CVC が 3 件、PICC が 9 件の計 12 件であった。カテーテルの使用比は 0.02、感染率は 2.4（1000 カテーテル使用日あたり）であった。起炎菌として、最多は表皮ブドウ球菌で 7 件、次いでカンジダ属菌で 3 件、その他 2 件であった。感染と非感染群間の比較は留置期間で CV（ $p < 0.05$ ）・PICC（ $p < 0.05$ ）ともに有意差を認めた。デバイスの比較に有意差はなかった（ $p = 0.089$ ）。又、ルーメンの比較に有意差はなかった（ $p = 0.244$ ）。

【結論】当院の中心ライン使用比はベンチマークに比し低い。一方で、感染率が 50Percentile 値より高いことが分かった。結果からは長期間留置が感染率を高める要因と考えられた。カテーテル短期使用の検討や実施は感染低減に寄与すると考える。また、検出された細菌は表皮ブドウ球菌が 6 割を占めていたことから挿入部位からカテーテル外面を伝い血管内へ侵入した可能性が考えられた。刺入部位の消毒等、管理方法について検討の必要がある。サーベイランスによりカテーテルの使用状況及び感染状況を把握し、長期留置に伴う感染リスクの存在を知ることができた。今回はデバイス使用状況の可視化と感染状況の把握であったことから感染の原因を見出すことは困難であった。また、対策実施状況調査などは今後の課題であり、今後もサーベイランスを継続し CLABSI を減らす取り組みを進めていきたい。

P2-054 中心静脈カテーテル関連血流感染を防止する為の取り組み

帝京大学ちば総合医療センター
○高岡 佳代（たかおか かよ）、石崎 満美

【背景・目的】当院では中心静脈カテーテル関連血流感染（以下、CLABSI）サーベイランス実施と同時に挿入時ケアバンドル遵守率調査を行っている。CLABSI 感染率が年々高く、中心静脈カテーテル（以下、CVC）挿入時の消毒で推奨されているクロルヘキシジングルコン酸塩（以下、CHG）の使用が低い傾向にある。CVC 挿入時にベッドサイドで使用出来る「物品準備シート」「挿入時注意シート」（以下、チェックシート）を用いることで、ケアバンドル遵守率の変化とチェックシートの活用状況を調査し報告する。

【方法】チェックシート使用に関してリンクナースに各部署での説明を依頼、院内感染対策広報誌に記載し配布した。2024 年 12 月に全部署の CVC 挿入介助した看護師にチェックシート使用に関するアンケートを行った。また CVC 挿入時のチェックシート介入前（2021 年度～2023 年度）とチェックシート介入後（2024 年 7～12 月）のケアバンドル遵守率（手指衛生、マキシマルバリアアプリケーション [以下、MBP]、CHG など）の平均を比較した。

【結果】2024 年 7～12 月の CVC 挿入件数は 358 件だった。ケアバンドル遵守率は手指衛生 96%、MBP91.9%、CHG79%、ボビドンヨード適正使用 92% だった。CHG は 2023 年度の遵守率 53% から使用量が増加した。チェックシート介入前（2021 年度～2023 年度）とチェックシート介入後（2024 年 7～12 月）の各ケアバンドルの平均を比較した。統計学的 CHG（ $p = 0.031$ ）の平均値の差に有意差がありその他項目の平均値に有意差はなかった。CVC 挿入介助した看護師アンケートの解答部署は 10 部署、解答人数は 72 名だった。チェックシートを知らない割合が 61.1% であり、使用した割合が「物品準備シート」23.9%、「挿入時注意シート」13.1% だった。「チェックシートを必要だと思う」は 72% だった。

【結論・考察】CHG 使用割合は増加したがアンケート結果から、チェックシートだけでなく今まで感染制御部で行っていた CHG 使用推奨活動などの影響もあると考えられた。しかし他のケアバンドルよりも遵守率は低いので、遵守率向上を目指した活動を継続していく。また CLABSI 感染率は高いため CVC 挿入中の管理方法や介入方法を今後の課題としていく。

P2-056 消化器外科病棟におけるカテーテルラウンドの見直しと教育的介入による血流感染防止対策

金沢医科大学病院 看護部¹⁾、金沢医科大学病院 感染制御室²⁾、金沢医科大学 臨床感染症学³⁾
○水口 美香（みずくち みか）¹⁾、二木 優子¹⁾、西岡 美保¹⁾、中川 佳子²⁾、日向千恵子²⁾、飯沼 由嗣^{2,3)}

【背景・目的】当院の消化器外科病棟では、周術期、消化器系基礎疾患の診療科要因、加えて低栄養状態、抗がん化学療法患者が多く、血管内留置カテーテル（中心静脈ライン・末梢静脈ライン）の挿入件数が院内で最も多い。例年、カテーテル由来血流感染症（CRBSI）は年間 10 件程度（中心・末梢各 5 件程度）で推移していた。当病棟では 2024 年よりカテーテルラウンド（以下、カテラウンド）を導入したが、無縫合固定器具の不適切な貼付、ライン類の交差、末梢静脈ラインの長期留置といった課題が明らかとなった。そこで、ラウンド手法の改善および CRBSI 防止策に関する教育的介入を実施したので報告する。

【活動内容】2025 年度はカテラウンド評価表を改訂し、確認項目（中心ライン関連 19 項目、末梢ライン関連 16 項目）をより詳細かつ実践的な内容とした。カテラウンドは週 2 回、看護師 2 名体制で実施し、不備が認められた項目については担当看護師へ即時フィードバックと改善確認を行った。また、7 月に血流感染防止対策の基礎学習会、2 月に感染事例を用いたベッドサイドシミュレーションを開催した。9 月と 12 月には看護師 28 名を対象に「輸液調製時の衛生的手順」および「ハブの消毒」の直接観察評価を行い、遵守不良者に対する教育指導を継続した。さらに、不要デバイスの早期抜去やデバイス選択フローに沿ったデバイス変更について医師との協議を実施した。

【成果・考察】2025 年 4 月から 2026 年 2 月の CRBSI 発生件数は中心ライン関連 5 件、末梢ライン関連 4 件であり、減少傾向は見られなかったが、課題であった「無縫合固定器具の適切な固定」は 43.7% から 70.4% へ、「ライン交差なし」は 83.8% から 100% へと大幅に改善した。医師との協議を通じた早期抜去は 6 件、デバイス変更は 9 件であった。ラウンドの継続と多職種連携により、デバイス管理の可視化とケアの標準化が進み、看護師の意識向上や適切なデバイス管理が促進されたと考えられる。今後は、ライン管理の質的向上を維持しつつ、CRBSI の減少に向けて本取り組みを継続していく。

P2-057 当院の入院患者における尿道カテーテル適正使用に関する実態

長崎大学病院 総合感染症科 感染制御教育センター

○渡辺 瑞紀 (わたなべ みずき)、茂 佐知子、
藤田あゆみ、柿内 聡志、寺坂 陽子、泉川 公一

【背景・目的】尿道カテーテルの長期留置はカテーテル関連尿路感染症 (Catheter-Associated Urinary Tract Infections : CAUTI) の危険因子であり、早期抜去を含めた適正使用が推奨されている。当院では尿道留置カテーテルの使用実態を十分に把握されていない。本研究は、当院における尿道留置カテーテル適正使用の実態を明らかにすることを目的とする。

【方法】2023 年 10 月から 2024 年 3 月に当院一般病棟で尿道カテーテルを 8 日以上留置した症例を対象に、CDC (Centers for Disease Control and Prevention) が示す適正使用の有無についてカルテ調査を行った。CAUTI の判定は NHSN (National Healthcare Safety Network) の基準に準じて行い、発症時点でカテーテル継続留置の有無と、その適切性を評価し、さらに抜去または入れ替えを行った場合は、その理由を確認した。

【結果】対象患者は 279 名、男性 156 名 (55.9%)、年齢の中央値は 71.0 歳 (60-79)、尿道カテーテル留置期間の中央値は 16.0 日 (11-27) だった。診療科別の患者数は、脳卒中センター 50 名 (17.9%)、循環器内科 49 名 (17.6%)、脳神経外科 46 名 (16.5%)、心臓血管外科 28 名 (10.0%)、その他 106 名 (20 診療科 : 38.0%) だった。CAUTI 発症患者数は 28 名 (10.0%)、留置期間の中央値は 21.0 日 (14-50) だった。CAUTI 未発症患者数 (251 名) の留置期間の中央値は 16.0 日 (11-25) だった。適正使用を満たした患者は 255 名 (91.4%) で、理由の内訳は重症 206 名 (80.8%)、体幹固定 39 名 (15.3%)、褥瘡 13 名 (5.1%) 等だった。対象期間に抜去した患者は 216 名 (77.4%) で、抜去理由は ADL 拡大 85 名 (39.4%)、感染 5 名 (2.3%) だった。

【結論】CAUTI 発生は既報と同様に長期留置と関連する可能性が示唆された。また、対象患者の多くが適正使用基準を満たしていたが、抜去理由は主に ADL 拡大であり、抜去時期には改善の余地があると考えられた。CAUTI 予防には、留置継続の必要性を定期的に評価し、早期抜去に向けた取り組みを強化する必要があると考えられた。

P2-058 カテーテル関連尿路感染防止に向けての当院の取り組み～介入方法変更後のアンケート調査を元に～

東京警察病院 感染制御対策室¹⁾、東京医科大学病院 茨城医療センター 感染制御部²⁾

○折茂 香織 (おりも かおり)¹⁾、莊子久美子¹⁾、
橋口 淳子¹⁾、満下 恵¹⁾、渡邊 裕介²⁾

【背景・目的】院内感染対策としてカテーテル関連尿路感染 (以下 CAUTI) の予防は重要であるが、当院の看護部感染対策委員 (以下委員) に自部署の CAUTI の発生状況について把握しているかのアンケートを取った結果、はい 50%、いいえ 50% という結果であった。その為、感染発生時の感染管理認定看護師 (以下 ICN) からの報告方法を変更した上でその効果について、アンケート結果を元に報告する。

【活動報告】介入方法は、発生症例に対して部署と ICN が相互的に関わって行く必要があると考え、感染発生時には 2024 年 8 月から「医療関連感染のご報告とカンファレンスシート (以下報告書)」に変更した。内容は、発生までの経過、判定理由、ICN の感染発生要因の分析、部署で実施してほしいカンファレンス内容・部署でのカンファレンス結果、ICN からの返信を記載するようにした。また、報告書は所属長と委員に説明し提出した。部署では、ICN からの感染発生要因の分析内容を踏まえて、委員が中心となり部署全員でカンファレンス実施後、報告書に内容を記載し ICN に返信した。さらに ICN は内容を確認した上で部署に返信し相互に関わる方法を実施した。

【成果・考察】その結果、所属長や委員から、「現状の介入が正しいのか、他にも介入方法があるのか」といった具体的な質問が増えた。報告書導入後のアンケートでは、「CAUTI 防止に向けた意識は上がったか？」及び「同防止に向けた行動に変化があったか？」の質問に対して、「非常にそう思う」、「ややそう思う」は各々 71%、28% と 64%、35% という回答だった。「自部署でカンファレンスをする事は CAUTI 防止の為に有効だと思うか？」に対して「非常にそう思う」100% という結果であった。CAUTI の感染率は、報告方法変更前は 0.72/1000 device days だったが変更後から 2026 年 1 月迄は 0.60/1000 device days であり有意差は見られていないが (p=0.59)、看護師の CAUTI 発生防止に対する意識の変化に繋げる事は出来たと考える。

P2-059 尿道留置カテーテル適正使用への継続的介入の効果

医療法人厚生会 福井厚生病院

○高柳 淳子 (たかやなぎ じゅんこ)

【背景・目的】尿道留置カテーテルの不適切な長期留置はカテーテル関連尿路感染 (以下、CAUTI) の重要な危険因子である。当院ではカテーテル適正使用を目的として、2023 年度から挿入時チェックリストを導入し、適正基準の見直しや早期抜去への介入に取り組んできた。これまでの取り組みにより適正使用の改善を認めたが、改訂後の取り組み効果を評価するためのデータ蓄積が十分ではなかった。そこで本報告は、チェックリスト改訂後の継続運用によりデータを集積し、適正使用の継続的介入の効果を評価することを目的とした。

【活動内容】2023 年度から 2025 年度に尿道留置カテーテルを挿入した患者を対象に、挿入理由の明確化およびチェックリスト運用を継続した。前年度までと同様に、チェックリストを毎月回収・集計するとともに挿入患者の定期的なラウンドや適正使用のアセスメントを行った。また留置が長期化している患者に対しては早期抜去に向けた介入を個別に行った。これによりカテーテル適正使用の促進を図り、経年的に評価した。評価項目は全カテーテル挿入患者のうち 8 日以上および 14 日以上長期留置割合、カテーテル使用日、CAUTI 発生率、抜去率 (退院までに抜去となった割合) およびチェックリスト回収率とした。

【成果・考察】チェックリスト回収率は 2023 年度 25.7%、2024 年度 50.6%、2025 年度 65.3% へ改善した。抜去率は 60.7%、62.2%、65.3% へと上昇した。長期留置割合 (8 日以上) は 72.5%、62.2%、48.2% へと減少し有意差を認めた (p<0.001)。14 日以上割合も 45.6%、40.1%、31.8% と有意に減少した (p=0.037)。2023 年度から 2025 年度の感染件数は、院内全体で 1 件ずつの発生で推移した。2025 年度に CAUTI が発生した病棟 (一般急性期病棟 A) のカテーテル使用率は 0.12 (2023 年度 0.10)、発生率は 1.06 (2023 年度 0.68) であった。2023 年度からの継続的な介入は、尿道留置カテーテルの適正使用を進める上で有効であったと示唆された。

P2-060 整形外科病院の CAUTI 予防の多角的取り組み 発生事例の見える化フィードバックと早期抜去パスの検討

医療法人 札幌円山整形外科病院

○中山梨香子 (なかやま りかこ)

【背景・目的】当院は整形外科単科の急性期病院 (110 床) である。2024 年 1 月～カテーテル関連尿路感染 (Catheter-Associated Urinary Tract Infection : CAUTI) サーベイランスを開始し、2025 年カテーテル使用比 0.18%、発生率 0.13% であり、ベンチマークと比較し高率ではない。しかし、診療科の特徴として術後荷重制限や ADL 自立状況により留置期間が遷延する事例がある。留置が長期化した事例の中に抜去後の管理によっては CAUTI を回避できたのではないかと考えられた事例が数件確認された。そのため、発生事例の経過がわかる CAUTI 判定表を活用して看護職にフィードバックし、ケアの課題の見える化を試みた。その上で、尿道留置カテーテル抜去パス作成から運用への介入を行った。

【活動内容】1. 2023 年マニュアル遵守状況調査結果に基づいた全職員研修の実施
2. 2024 年 CAUTI サーベイランス開始、抜去を促すアラートシステムの導入
3. 2025 年 CAUTI と判定された事例経過を見える化したフィードバックの実施
4. 2026 年早期カテーテル抜去管理パス作成への介入

本活動は、院内臨床研究倫理委員会の承認を受け実施した。(承認番号 No.71)

【成果・考察】2024～2025 年のカテーテル使用比推移は 0.16%→0.18%、発生率は 0.11%→0.13% だった。もう一つの成果指標として大腿骨近位部骨折患者の尿道留置日数をマンホイットニー U 検定 (2024 年 n=64, 2025 年 n=61) で評価した。結果は P=0.886 と有意差はみられなかった。これらの結果から、初期の活動についての評価としては、自施設において発生する年間 10 例前後の CAUTI を、グラフや数値のフィードバックのみでは行動変容に繋がるまでには至っていないと考えられる。2025 年からの発生事例経験を部署を超えて共有できるようフィードバックしたことにより、次の段階の早期抜去パス作成への動機づけとなった。現在、運用は開始して間もない為、今後はその前後の成果を検証する。看護師が主導となり予防に果たす役割は大きく、今後も実行可能性の高い方法で多角的な介入を継続し、実践の質向上に繋げられるよう取り組んでいく。

P2-061 整形外科病棟における尿道留置カテーテル早期抜去アセスメントテンプレート導入の検討

高知赤十字病院

○野川 洋枝 (のがわ ひろえ)

【背景・目的】周術期では尿道留置カテーテルを留置する。整形外科病棟において、複数例のカテーテル関連尿路感染（以下 CAUTI）が発生し、医師の指示により周術期経過後も継続される症例があることがわかった。そこで、ベースラインの把握と改善を目的に 2022 年に CAUTI サーベイランスを開始し、2023 年に抜去に関する統一した指標として早期抜去アセスメントテンプレートを導入した。その効果について検討した。

【方法】対象は整形外科病棟で尿道カテーテルを留置した患者とした。調査期間は 2022 年 4 月～2024 年 3 月とし、導入前（2022 年 4 月～2023 年 3 月）、導入後（2023 年 4 月～2024 年 3 月）とした。CAUTI の判定は日本環境感染学会医療器具関連サーベイランス（以下 JHAIS）の判定基準に準じた。早期抜去アセスメントテンプレート導入前後で CAUTI 感染率、カテーテル使用比、留置日数を比較した。

【結果】CAUTI 感染率は導入前 2.0、導入後 1.5（7/3463vs5/3335、1000 カテーテル使用日あたり、 $p=0.60$ ）であった。カテーテル使用比は導入前 0.23、導入後 0.23（3455/15269vs3330/14740、 $p=0.93$ ）であり、いずれも統計学的有意差は認めなかった。留置日数は導入前平均 4 日（中央値 5 日、最長 33 日）、導入後平均 6 日（中央値 4 日、最長 57 日）であった。

【考察】早期抜去アセスメントテンプレートの導入により、尿道カテーテルを留置する適応基準の判断の共有が図られたと考える。しかし、カテーテル使用比は JHAIS と比較して高く、術後の離床の遅れや合併症などにより長期留置となる症例がみられた。またテンプレートの活用が十分でない可能性も示唆された。今後はテンプレート内容の見直しと適応基準の教育強化を行い、挿入時と留置中の適応基準の判断、抜去後の排尿状態の評価まで継続したアセスメントを実施することで CAUTI 低減につながると考える。

【結論】早期抜去アセスメントテンプレートを導入したが、感染率、カテーテル使用比、留置日数に有意な減少はなかった。今後はテンプレートの見直しと継続的な教育が必要である。

P2-062 チームで取り組む人工呼吸器関連事象（VAE）サーベイランスの実践

兵庫県立淡路医療センター

○速水 恵 (はやみず めぐみ)、永岩 早稀、
中田 友美

【背景・目的】A 病院は 3 次救急を担う急性期病院であり、2020 年は約 250 台の人工呼吸器を使用していた。そのため、2021 年より集中治療室（Intensive Care Unit：以下、ICU）において ICU 看護師および呼吸ケアチーム（Respiratory Support Team：以下、RST）の協力のもと、人工呼吸器関連事象（Ventilator-Associated Event：以下、VAE）サーベイランスを開始した。本報告では、その取り組みと成果について報告する。

【方法】VAE サーベイランスの手順書を作成し、ICU 看護師および RST へ協力を依頼した。ICU 看護師が毎日、人工呼吸器関連状態（Ventilator-Associated Condition：以下、VAC）判定に必要な情報を指定の用紙に記録し、その後の情報集約および判定は感染管理認定看護師が実施した。判定結果は毎月 ICU および RST と共有した。

【結果】ICU 看護師の協力により、VAC 判定に必要なデータを円滑に収集することができた。分析の結果、人工呼吸器使用比は JHAIS データと比較して 0.34 と平均的であったが、VAE 発生率は 16.4/1000ventilator-days と高い傾向にあった。また、当院は地域中核病院であり高齢者の入院が多い。VAE 判定患者の平均年齢は 74 歳で、89% が 4 か月以内に死亡しており予後不良であった。これらの結果を RST と共有し、対策を依頼した。RST は、従来実施していた人工呼吸器関連肺炎予防バンドルに加えて、口腔ケア強化と早期リハビリテーション介入を実施した。Poisson 回帰分析の結果、VAE 対策導入後の発生率は導入前と比較して有意に低下した（相対危険度 0.37、95% 信頼区間 0.21-0.65、 $p<0.001$ ）。

【結論】ICU および RST と連携した VAE サーベイランスにより、人工呼吸器管理に対するスタッフの意識が向上した。データを共有することで自施設の状況を客観的に把握し、チームで対策を検討できたことが VAE 発生率の低下につながった。VAE サーベイランスは、多職種・多チームで連携する際の共通かつ分かりやすい指標として有用である。

P2-063 人工呼吸器関連イベント（VAE）低減に向けた取り組み

福島赤十字病院

○北村 慶 (きたむら けい)、中村耕一郎、
清水 裕美、緑上 淳一、三浦 愛

【背景・目的】当院 HCU では 2020 年より人工呼吸器関連イベント（VAE）サーベイランスを開始した。2020 年の人工呼吸器関連コンディション（VAC）感染率は 13.84/1000device-days、人工呼吸器関連の肺炎の可能性（PVAP）感染率は 3.46/1000device-days、器具使用比は 0.24 であった。日本環境感染学会 JHAIS 委員会データと比較し、器具使用比は標準的な値であったが感染率が高値であったことから、VAE 低減に向けた取り組みを開始した。

【活動内容】2021 年より日本集中治療医学会 VAP バンドル（以下、バンドル）を導入するため、HCU 看護師にバンドルのアンケート調査を実施し、毎年勉強会を行った。2022 年には手指衛生サーベイランス、人工呼吸器離脱プロトコル、早期離床プログラムを導入した。2023 年はヘッドアップ実施率、2024 年はバンドル実施率を調査した。

【成果・考察】2021 年のアンケート結果では、バンドルを「理解できていない」と回答した割合が 79% であった。2022 年の手指衛生サーベイランスでは、観察項目に人工呼吸器に「触れる前後」を追加し直接観察を実施したところ、遵守率は 35.1% であり、特に「触れる前後」が低値であった。フィードバック後、遵守率は 69.9% へ上昇した。1 患者日あたりの手指消毒剤使用量は 10.36ml から 15.43ml と増加した。早期離床プログラムとして多職種カンファレンスを開始した。2023 年のヘッドアップ実施率は 37% であった。2024 年の調査では、1 患者日あたりの手指消毒剤使用量は 27.28ml、ヘッドアップ実施率は 81.3% へ上昇し、人工呼吸器離脱プロトコル実施率は 66.7% であった。人工呼吸器回路の不要な交換は行わず、鎮静管理は全観察機会でも RASS 0～-3 であった。2021 年以降の器具使用比は 0.13～0.16 で推移し標準的な値であったが、2024 年の VAE 感染率は 0/1000device-days と低減した（ $P=0.029$ ）。バンドルや早期離床プログラム等を導入し、継続的に介入したことで、VAE 低減に寄与したと考えられた。

P2-064 当院における VAP サーベイランス精度向上の取り組み～ICU ウォーキングカンファレンスに参加して～

仙台市立病院 感染対策室

○佐藤 綾 (さとう あや)

【背景・目的】当院では、集中治療室（以下 ICU）において人工呼吸器関連肺炎（以下 VAP）サーベイランスを実施している。VAP サーベイランスは日本環境感染学会（以下 JHAIS）の判定基準を用い、感染管理認定看護師（以下 CNIC）が判定している。VAP の判定には放射線検査、具体的には胸部レントゲンの読影が必要であるが、患者それぞれの主治医に相談することは困難であった。そこで、ICU で毎朝行われているウォーキングカンファレンス（以下 ICU カンファレンス）に参加し、集中治療医とともに VAP の判定を行った。その活動について報告する。

【活動内容】2024 年 4 月より週 1 回、ICU カンファレンスに参加した。人工呼吸器装着患者を対象に、CNIC がプレゼンテーションを行い、集中治療医とともに VAP の判定を行った。ICU カンファレンスには、集中治療医、主治医、ICU 看護師、理学療法士、管理栄養士、臨床工学技士、薬剤師等多職種が参加している。プレゼンテーションでは、CNIC が患者の胸部レントゲンを経時的に提示し、集中治療医や ICU 看護師とともに患者状態を確認し、VAP 予防に向けた看護ケアについて検討した。

【成果・考察】VAP 感染率（/1000device days）は 2023 年 1.92、2024 年 2.62、2025 年 1.12 となった。介入 1 年目の 2024 年は感染率が一時上昇したが、感染件数は 2023 年 2024 年ともに 2 件であり、対象患者数によるものであると考える。介入 2 年目の 2025 年の感染件数は 1 件であり、低下を認めた。器具使用比は 2023 年 0.30、2024 年 0.24、2025 年 0.27 となった。毎年 0.24～0.3 で推移しており、使用頻度は変わらないため、日々の看護ケアの向上が VAP 低減に向け重要であると考えられる。今回の活動を通して、多職種で VAP についてカンファレンスを行える場ができたことは、CNIC のやりがいにつながっている。加えて、ICU カンファレンスに参加することにより、ICU スタッフから「相談しやすくなった」との意見を得ることができ、ICU スタッフをはじめ多職種と顔の見える関係を構築できたと考えられる。今後も ICU カンファレンスに参加し、VAP を含む医療関連感染の防止に努めていきたい。

P2-065 小児・成人混合病棟におけるノロウイルスアウトブレイクの伝播要因と早期介入策の検討

苫小牧市立病院

○齋藤志奈子（さいとう しなこ）

【背景・目的】当院は診療報酬改定に伴い、小児単独病棟から成人20床・小児26床の混合病棟へ再編された。成人は眼科を中心に複数診療科が入院し、免疫抑制剤使用患者も含まれる。小児は二次救急を24時間受け入れ、緊急入院が約8割を占めるため感染症持ち込みリスクが高い。看護師25名による2チーム制で運用しているが、移行後1年で小児ノロウイルス感染症患者を契機とした患者・職員間の感染拡大を経験した。混合病棟特有の業務動線や共用物品使用が伝播に影響した可能性があり、感染対策の再評価を行った。

【活動内容】平時より感染症室は閉扉管理とし、医療機器は室内専用、持ち出し時はUV照射消毒を実施していた。アウトブレイク後は病室入口に処置・注射専用ワゴンを設置し、使用後の消毒を徹底した。付き添い者の共有設備利用禁止、病棟全室閉扉、手指衛生強化、PC・PHS等共用物品の消毒強化、高頻度接触面消毒の次亜塩素酸ナトリウム統一を行った。胃腸炎症状の職員には専用トイレを指定し、感染リンクナースと協働して全スタッフの長袖エプロン・手袋の着脱手技を再確認し標準予防策遵守を徹底した。

【成果・考察】感染症患者の入院は12月10から12日で、初発は患者に直接ケアを行った職員1名が接触翌日の12月11日に発症した。同様に直接ケアを行った職員が13日に1名発症し、14日には患者との直接接触がない職員2名が発症した。同日、成人患者への伝播も確認された。15日には別チームの小児患者1名、16日には各チームで職員1名ずつが発症した。患者との直接接触による発症は2名のみであり、共用物品や環境表面を介した伝播が主であった可能性が高い。対策強化により患者2名、職員6名の計8名で抑制され、最終発症は12月16日、21日に収束した（計11日間）。本経験から、ノロウイルス感染症または疑似時には平時対策に加え、予兆段階から病室入口の処置・注射ワゴン専用運用と全室閉扉を実施することを標準化した。混合病棟では患者層の多様性と複雑な動線を踏まえ、先行的な感染対策が重要である。

P2-067 急性期病棟におけるノロウイルスアウトブレイクの要因分析と対策の検討

横浜新緑総合病院 感染対策室

○佐藤由有子（さとう ゆうこ）

【背景】2025年5月、当院の急性期病棟においてノロウイルスによる集団感染事例が発生した。本事例は初期報告の遅延が拡大の一因となったが、感染制御チーム介入後は迅速な収束を見た。本研究の目的は、アウトブレイクの要因分析を行い、日頃の備えを活用した現実的な介入策、および手指衛生向上施策が早期終息と再発防止に与えた影響を検討することである。

【症例】期間は5月5日から21日まで、発症者は16名（患者6名、職員10名）であった。5月13日の報告を受け調査した結果、5日から既に職員へ拡大を認めていた。15日と16日に計7名へ検査を実施し4名が陽性、17日以降は新規発症なく21日に終息した。

要因として、1. 報告遅延、2. 吐物処理不備、3. 清掃不備、4. 手指衛生不足を抽出した。介入に際し、各部署に常備されている処理セット内の手順を再確認してもらうことで、手順の徹底を図る介入を行った。また、介入前の手指衛生遵守率は45%と低値であり、個人防護具（以下、PPE）着脱に伴い、準備不足から汚染区域外へ物品を取りに戻るなど汚染を拡大させる不適切な動線が散見された。これらの介入の結果、指導直後の遵守率は95%まで向上し、13日の介入から3日後となる16日の患者発症を最後に、蔓延を食い止めることができた。

【考察・結論】ICT介入からわずか3日間で最終発症に至った事実は、手指衛生遵守率の向上と各介入策が有効に機能したことを示唆している。この迅速な終息過程を鑑みると、初発段階で速やかな報告がなされていれば、ここまでの感染拡大を未然に防げた可能性が高く、早期報告体制の再構築が急務である。また、多職種・委託業者を含めた清掃点検体制の確立とともに、手指衛生対策にはWHO手指衛生多角的戦略を導入した。1ヶ月後に遵守率は70%へ低下したものの、リンクナースと協働した観察およびフィードバックを継続した結果、12月には77%と、介入前の水準を上回る状態を維持できている。各部署の動線に合わせた具体的な手順再構築を行い、手指衛生の遵守を徹底することが、早期終息と再発防止に極めて有効である。

P2-066 麻疹アウトブレイクから学んだワクチンプログラムの重要性

藤沢市民病院

○仲家 朋香（なかや ともか）、金井 明子、小林 直美、井澤 美紀

【背景・目的】2025年6～7月に小児科病棟および手術室で麻疹のアウトブレイクを経験した。当院では2016年より入職時に免疫保有状況の確認とワクチン接種の機会を提供してきたが、それ以前の入職者への対応はできていなかった。麻疹発生時には、職員の免疫保有状況の確認に多大な労力と費用を要し、就業制限を余儀なくされた職員もいた。その経験から平時におけるワクチンプログラム構築の重要性を再認識した。

【活動内容】2025年6月、小児科病棟で職員1名の麻疹発症を確認した。発症から数日経過しており接触者の特定と緊急ワクチン接種等迅速な対応が求められた。患者対応と同時に、職員の就業の可否についても検討する必要があったが免疫保有状況が不明な職員が多く苦慮した。その後、同病棟より患者2名、面会者2名、職員2名の計6名が麻疹を発症した。接触した職員は合計83名となり、緊急ワクチン接種を22名に実施し、免疫不十分な10名が就業停止となった。同年7月に小児科病棟の事例と関連が不明な手術室職員の麻疹発症を確認した。接触した職員268名のうち247名に抗体価測定を行い、31名に緊急ワクチン接種を実施した。職員の免疫保有状況が確認できるまでの3日間手術室を閉鎖し、60件の手術が延期となった。職員については接触度が高く免疫不十分と判断した9名が就業停止となった。これを契機に、全職員の免疫保有状況を一斉調査しワクチンプログラムの完了を目指した。

【成果・考察】調査の結果、「医療関係者のためのワクチンガイドライン」で推奨される麻疹のワクチンプログラムを完了していた者は医療職で約34%、非医療職で約16%、委託業者約10%と低値であった。2つの部署での麻疹発生に際して、職員の就業停止は延べ396日となり、手術室を3日間閉鎖し後日延期した手術は実施できたが、すべて中止と仮定した場合の機会損失は3818万円と試算された。平時から免疫保有状況を把握し、ワクチンプログラムを完了しておくことが感染症発生時の迅速対応と医療機能維持に重要である。今後、未完了者は是正を進め、持続可能な院内のワクチンプログラムの構築を目指す。

P2-068 看護師の疥癬患者対応に関する実態調査と感染対策上の課題

田川市立病院

○井上 真紀（いのうえ まき）

【背景・目的】角化型疥癬は接触感染によりアウトブレイクを引き起こす可能性があり、院内感染防止の観点から確実な対応が求められる。しかし、角化型疥癬の発生頻度は高くなく、日常的に対応する機会が少なく感染症である。そのため、看護師が感染対策を習熟できず、適切な予防策が実施されていない事例が認められ、感染拡大や曝露のリスクが懸念された。そこで本取り組みは、看護師の疥癬患者対応の実態と感染対策上の課題を明らかにし、院内感染防止を推進することを目的とした。

【活動内容】看護師を対象に疥癬に関する無記名アンケート調査を実施し、155名（回答率88.6%）から回答を得た。看護師の80.6%が疥癬患者対応を経験していたが、通常疥癬と角化型疥癬の違いが分からないと回答した者は62.3%であった。また、疥癬の種類に関わらず看護師の80.5%が感染対策に不安を感じていた。疥癬患者対応後の手指衛生については、76.0%がアルコール消毒と回答しており、石けんと流水による手洗いの必要性が十分に理解できていなかった。経路別予防策の選択では、82.6%が接触予防策と回答した一方で、飛沫予防策や空気予防策と回答する者もみられた。自由記載では「具体的な対応方法を分かりやすく示してほしい」との要望があった。さらに、看護師の70.3%が疥癬に関する研修を受けたことがないと回答した。これらの結果を踏まえ、全体研修を開催するとともに、初期対応から入院管理、対応終了までを整理したチェックリストを作成し、各部署で活用できる体制を整備した。

【成果・考察】アンケート調査により、看護師の疾患理解が不足しており、疥癬患者への感染対策に不安を抱えている実態が明らかとなった。また、疥癬に関する教育の必要性が示唆された。角化型疥癬患者への対応は臨床で経験する機会が限られている。知識の定着を図るためには集合研修のみでなく、リンクナースとともにOJTを実施するなど継続した現場教育が重要である。さらに、患者発生時には速やかに感染対策のフィードバックを行うとともに、作成したチェックリストの内容を適宜見直し、安心して疥癬患者対応ができる体制を構築していく必要がある。

P2-069 人工呼吸器装着患者 3 名における *Mycobacteroides abscessus* complex 同時検出事例

戸畑けんわ病院 薬剤科

○橋本 治 (はしもと おさむ)、佐藤 広子、酒見 美幸

【背景】*Mycobacterium abscessus* complex (MABC) は、土壌や水道水などの環境中に広く存在する迅速発育型の非結核性抗酸菌 (NTM) である。近年、日本国内では肺 MABC 感染症の患者が増加傾向であるが、多くの抗菌薬に耐性を獲得し治療が極めて困難とされている。MABC は一般的にはヒト-ヒト感染は起こさないとされているが、今回当院で同室病室に入院中の人工呼吸器装着患者 3 名に同時に MABC が検出されたので報告する。

【症例】(患者背景) 症例 1: 80 代男性 低酸素脳症、症例 2: 40 代男性 脳梗塞後遺症、症例 3: 60 代男性 左無気肺。3 名いずれも人工呼吸器を装着している。症例 1 の胸部レントゲン検査結果より肺結核を疑い抗酸菌検査を実施した。喀痰塗抹検査結果よりガフキー 3 号を認め、同室の患者 2 名にも抗酸菌検査を実施した。微生物学的な検査結果は、3 症例全てにおいてガフキー 3 号、結核菌群 PCR・MAC PCR は陰性、MGIT 培養陽性という結果となり、質量分析法にて同定を行った結果 MABC と同定された。患者の入浴日は異なっており共通の暴露機会はなく、同一気管切開チューブを使用している患者からは検出されなかった。病室環境を介した感染を強く疑った。

そこで、感染経路を特定するために環境調査を行った。調査場所は、病室内の 1) 洗面台、2) 人工呼吸器パネル表面、3) 患者ベッド柵、4) 吸引装置、5) 床、6) 患者ベッド間のカーテン、7) 病室に用いる電子カルテ端末の計 7 カ所とした。検査の結果はいずれの場所からも抗酸菌は検出されなかった。

【考察・結論】今回、同室患者 3 名において MABC が同時検出されたが、環境調査を含め感染経路の特定には至らなかった。明確な感染経路は不明であるが、環境由来の暴露による可能性が高いと推測される。他のアウトブレイク事例で報告されているように、エアロゾルを含めた環境調査結果を行う必要性が示唆された。

P2-070 *Bacillus cereus* 血流感染症アウトブレイクに関する対応の報告

近畿大学奈良病院 感染制御部

○天野智佳子 (あまの ちかこ)、田村さやか、嶋田 高広、村木 正人

【背景・目的】2024 年 5 月、当院 A 病棟の外科患者において *Bacillus cereus* による血流感染症 (以下、BSI) が 3 例発生した。過去の発生状況を調査したところ、2019 から 2021 年は 0 から 1 例/年であったが、2022・2023 年は 7 例/年と増加し、2024 年は 5 月までに 5 例とアウトブレイクの様相を呈していた。本菌は環境中に広く存在し、カテーテル関連感染症の原因となることが知られている。カテーテル管理についての看護手技の見直しにより、*B. cereus* BSI の減少につながったので報告する。

【活動内容】アウトブレイクの原因としてリネン汚染を疑ったが、同じリネン業者を利用する他施設での発生がないことから除外した。環境培養の結果、駆血帯から本菌が検出されたため、2024 年 7 月より患者ごとの駆血帯清拭徹底、10 月より週 1 回の新品交換を導入した。しかし、その後も A 病棟以外や外科以外の診療科でも本菌による BSI の発生が持続しており、カテーテル管理の不備を疑った。全看護師へのアンケートによる認識調査と薬剤混合および側管ルートからの与薬についての感染管理ベストプラクティスを用いた手技遵守率を評価した。その結果、輸液ラインやカテーテル交換の認識に差があり、輸液の注入口の消毒や接続時消毒方法の遵守率が低く、動画教材による全看護師への再教育を実施した。

【成果・考察】介入後、各項目の手技遵守率が改善し、2025 年度の *B. cereus* BSI は 4 例/年と減少した。本事例では、駆血帯管理の改善だけではアウトブレイクの終息に至らなかった。これは、特定病棟に限らず院内全体でカテーテル管理の基本手技遵守率が低下していたことが要因と推察される。全看護師への動画教材を用いた感染管理ベストプラクティスの実践が、*B. cereus* BSI の低減に寄与したと考えられる。今回の事例から、*B. cereus* BSI アウトブレイクの対策には、日々のカテーテル管理という基本の徹底が不可欠であると再認識した。

P2-071 CPE 検出事例に対する環境評価および排水管消毒を含む水回り対策

東北大学病院 感染管理室¹⁾、東北大学病院 総合感染症科²⁾○遠藤 春樹 (えんどう はるき)¹⁾、北村 知穂^{1,2)}、石戸谷真帆¹⁾、鈴木 寿樹¹⁾、伊藤 由佳¹⁾、池田しのぶ¹⁾、青柳 哲史^{1,2)}

【背景・目的】当院 A 病棟において、同時期に隣接個室へ入室歴のある同一診療科患者 2 名からカルバペネマーゼ産生 *Enterobacter cloacae* complex が検出された。カルバペネマーゼ産生腸内細菌目細菌 (CPE) の院内伝播の可能性を疑い、感染対策チーム (ICT) が介入し、環境評価および水回り環境への対策を実施したため報告する。

【活動内容】CPE 検出患者と同時期に A 病棟に在室していた同一診療科患者 6 名に対し、便培養による保菌スクリーニング検査を実施し、全例陰性であった。また、患者病室内シンク、ナースステーション内シンク、汚物槽など水回り計 15 か所の環境培養を実施した。その結果、3 か所 (CPE 検出患者が入室していた病室内シンク 1 か所、ナースステーション内手洗いシンク 2 か所) から CPE が検出された。うち 2 検体は患者株と同一菌種であり、1 検体は別菌種であった。これらのシンクは直ちに使用を中止し、4.5% 水酸化ナトリウムによる消毒を実施した。病室内シンクはスタッフの手洗いに加え、経管栄養剤の廃棄や口腔ケア用品の洗浄など複数用途で使用されており、排水管内バイオフィーム形成や水跳ねによる周囲環境汚染を介した伝播が生じた可能性が示唆された。そこで A 病棟看護師に対して、水回り管理の重要性について病棟カンファレンス時に説明を行い、シンクの用途区分や適切な使用方法について周知した。その後、シンク用途の固定化、シンク周囲 1m 以内での物品保管禁止、シンク清掃状況の定期ラウンドといった水回り管理の強化を実施した。また、標準予防策の徹底と有症状患者に対する培養検査の積極的な提出を周知し、検出菌のモニタリングを強化した。

【成果・考察】患者 6 名のスクリーニング検査が陰性であったことから、広範な水平伝播は示唆されなかった。また、4.5% 水酸化ナトリウムによるシンク消毒後の再培養はすべて陰性であったことから消毒方法は一定の効果が生じた。ICT 介入後、現在まで A 病棟内で新規 CPE 検出症例は認められていない。病棟内の水回り環境が CPE の潜在的リザーバーとなり得ることが示唆され、早期の環境評価と水回り管理の強化は院内伝播対策として重要であると考えられた。

P2-072 当院における Binary toxin 産生 *Clostridioides difficile* 感染症アウトブレイクによる感染対策の取り組み

東京警察病院 感染制御対策室¹⁾、東京医科大学病院 茨城医療センター 感染制御部²⁾○莊子久美子 (そうし くみこ)¹⁾、折茂 香織¹⁾、橋口 淳子¹⁾、満下 恵¹⁾、渡邊 裕介²⁾

【背景】*Clostridioides difficile* (以下 CD) は CD 関連腸炎の原因となり、時には水平感染によるアウトブレイクを発生させる。特に Binary toxin 産生 CD (以下 Binary) は臨床問題となっている。今回、当院において初めて Binary によるアウトブレイクを経験したので報告する。

【活動内容】2025 年 1 月入院患者が迅速診断キットでトキシン陽性となり CD 感染症治療が開始されたが、その後 CD 毒素遺伝子検査 (NAAT) で Binary 陽性となった。この結果により全例 NAAT を実施し、9 月までに新たに 3 名の患者から Binary が検出された。そのうち 1 名は 027 株であった。この 4 名をパルスフィールドゲル電気泳動で調査した結果、2 名が同一の泳動パターンであり院内伝播が生じた。この 2 名の患者に接触歴はなかった。初発患者が入院した 2024 年 10 月以降 CD 検査を実施した患者 92 名に対し検査陽性者を症例群、検査陰性者を対照群で分類し内視鏡検査、経管栄養、消化管手術、口腔ケア、吸引、食事介助、オムツ着用者、言語聴覚士 (以下 ST) による嚥下訓練等の関連項目で症例対照研究した結果、ST による嚥下訓練のオッズ比が 3.93 (95% 信頼区間 1.22-12.72) であった。また、チェックリストに基づき清掃職員の清掃手技を観察したところ、トイレ清掃手順、清掃用具の管理、次亜塩素酸ナトリウム希釈濃度の遵守率が 50% 以下と低かった。以上のことから、ST 及び清掃職員への行動観察及び再教育、物品管理、トイレ清掃手順の見直しを実施した結果、アウトブレイク時の発生率 0.288/1000 patient-days (PD) から、0.145/1000 PD まで低減し、当院の過去 3 年の平均値 $\pm 2SD$ 0.22 よりも低減した。

【考察・結論】当院では 2025 年 1 月 Binary が初めて検出され、手指衛生遵守率低下、物品管理の不備、トイレ清掃の不徹底からスタッフを介して院内伝播した可能性が示唆された。感染対策は Binary 陽性者の有無ではなく、日頃から CD を防止するための環境衛生、手指衛生行動が基本となると結論づけた。

P2-073 徳洲会グループリハビリテーション部会の感染対策に対する取り組み～感染対策マニュアルの作成～

医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院 リハビリテーション室¹⁾、医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院 感染管理室²⁾
○坂下 竜也(さかした たつや)¹⁾、伊藤 恭子²⁾

【背景】医療法人徳洲会は全国に約340の事業所を持つ医療法人グループである。専門分野別に各部会があり、リハビリテーション(リハビリ)部会もその一つである。2020年より生じたコロナ禍においてグループ内でも感染対策に取り組む中、各病院間のリハビリ室において感染対策の取り組みに違いが生じていた。問題点を明確にするため、感染管理に対する調査から感染対策マニュアルを作成し、グループ内での統一基準を図る取り組みを行った。

【活動内容】各施設へ1) 自施設の感染管理者を知っているか、2) 感染に関して感染管理者に相談できる環境にあるか、3) 感染管理に対する自由記載とした内容でアンケート調査を行った。実施期間は2024年4月で、対象施設は74病院、25老人保健施設(老健)の計99施設とした。回答率は病院97%、老健61%であった。1)では「はい」が100%で、2)では「はい」が94%、「いいえ」が2%、「どちらともいえない」が2%であった。相談できない理由として、感染管理者の不在が多い、他業務と兼務しているため声をかけられず等が上がった。3)では感染管理者や医師との連携が十分に図れているといった肯定的な意見がある一方、病棟とリハビリ室と感染症に関する認識の違いがある、業務介入制限などグループ内で統一した見解がない等、消極的な意見が聞かれた。これらのことから、リハビリ職の感染対策への知識の向上や、感染管理者不在時における適切な感染対策が実施できることを目的に、当グループ感染管理部会に作成・監修を依頼し、グループ内で統一した感染対策マニュアルを作成した。全国の施設へ配信し、現在その活用を推奨している。

【結論】調査の結果から、多くの施設でリハビリスタッフと感染管理者との連携が十分に図られていることが分かった。その一方で他部署との感染対策に違いや、感染管理者の不在時の対応に難渋している実態が判明した。今回マニュアルを作成し活用していくことで、これらの問題が解決されることを期待すると共に、今後活用の検証を行っていく。

P2-074 車椅子の駆動輪およびハンドリムに対する清掃方法の違いによる衛生状態の比較検討

岐阜保健大学 リハビリテーション学部¹⁾、椋山女学園大学 看護学部²⁾
○小島 誠(こじま まこと)¹⁾、宇佐美知子¹⁾、石原 由華²⁾、太田美智男¹⁾

【背景・目的】車椅子のハンドリムは高頻度接触面であり、駆動輪は床からの汚染が大きいとされる。しかし現行ガイドラインではこれら部位の清掃方法や頻度が明確でなく、施設ごとに手順が異なる。本研究は、ATP拭き取り検査により有機物量を定量評価し、清掃方法の違いが衛生状態に与える影響と、清掃だけでは不十分な部位への車いす操作指導の有用性を検討した。

【方法】本大学に保管の車椅子14台を対象に、駆動輪・ハンドリムで(1)水拭き+乾拭き、(2)流水洗浄(20秒)+乾拭きの2通りの清掃を比較し、清掃前後のATP値(RLU)から残存率・減少率を算出した。

【結果】清掃前のATP値は駆動輪が高く、ハンドリムで低かった。これは先行研究で報告されている汚染傾向とも一致していた。水拭き+乾拭き後の残存率は駆動輪73.1%、ハンドリム84.2%、流水洗浄+乾拭きでは駆動輪78.9%、ハンドリム96.2%であった。減少率は駆動輪で流水洗浄が最も高かった。ハンドリムは水拭き+乾拭きでもATP値が735.6RLUと推奨基準(2,000RLU)を大きく下回った。なお、車椅子は構造上左右で清掃前ATP値にばらつきが生じやすく、さらに対象数が14台と少ないため、清掃方法間の統計的比較を行うには検出力が不十分であった。

【結論】駆動輪・ハンドリムともに流水洗浄+乾拭きの減少率が最も高かったが、駆動輪は清掃後も残存率が高く、清掃のみで十分な衛生管理を確保することは困難であった。一方、ハンドリムは水拭き+乾拭きであってもATP値が基準値以下に低下したことから、流水の使用が難しい臨床現場において現実的な清掃方法と考えられた。したがって、ハンドリムは水拭き+乾拭きで清掃し、駆動輪については使用者の非接触を徹底する操作方法をADL指導に組み込むことが、汚染拡大防止に有効で持続可能な感染対策であると考えられる。本研究は、車椅子清掃および操作指導の標準化の必要性を示し、今後の感染対策に資する知見を提供する。

P2-075 臨床実習中のユニフォーム交換行動に影響する環境要因と認知的要因の検討—作業療法・理学療法臨床実習における実態から—

岐阜保健大学 リハビリテーション学部
○宇佐美知子(うさみ ともこ)、小島 誠

【はじめに】医療系学生が臨床実習で着用するユニフォームは、患者接触や環境接触を通じて汚染しやすい。先行研究では、ユニフォームは着用3日以下以降に細菌数が増加しやすいとされ、毎日交換が望ましい。しかし、リハビリテーション専門職養成課程学生が実習中にどの程度交換できているのか、また交換行動に影響する要因は十分に明らかでない。本研究は、ユニフォーム交換行動に関連する環境要因および認知的要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象はリハビリテーション専門職養成課程2～4年生130名とし、無記名質問紙調査を実施した。調査項目は、実際の着用日数、理想の着用日数、乾燥方法、交換できない理由(自由記述)とした。実際の着用日数は「1日」と「2日以上」に分類し、乾燥方法および理想の着用日数との関連をクロス集計した。自由記述は内容分析によりカテゴリ化した。本研究は所属施設の倫理審査委員会の承認(承認番号202404)を得て実施した。

【結果】1日で交換できていた学生は94名(72.3%)、2日以上着用していた学生は36名(27.7%)であった。交換できない理由の最多は「乾燥が間に合わない」(38.9%)で、「洗濯の時間がない」(25.0%)、「ユニフォーム枚数が足りない」(16.7%)が続いた。乾燥方法との関連では、室内干しの学生で交換困難が多く、乾燥機利用者はほぼ全員が1日交換できていた。理想は1日交換であっても環境要因により2日以上着用せざるを得ない学生が22名存在した。一方、理想として2日以上を許容する学生も30名存在し、そのうち14名は実際に2日以上着用していた。

【結論】ユニフォーム交換行動は学生の意識よりも、乾燥環境や生活リズム、ユニフォーム枚数といった環境要因に強く影響されていた。また、2日以上以上の着用を許容する学生が一定数みられ、ユニフォームは3日目以降に細菌数が増加しやすいとする先行研究との間に行動面でのギャップが示された。リハビリテーション領域は患者との身体接触が多いため、毎日交換できる環境整備とユニフォーム衛生に関する教育的介入が必要である。

P2-076 産科外来で発生した麻疹疑い事例に対する院内対応の検討

大阪母子医療センター 感染管理室¹⁾、大阪母子医療センター 周産期・小児感染症科²⁾
○木下 真柄(きのした まきえ)¹⁾、野崎 昌俊^{1,2)}

【背景・目的】麻疹は空気感染を起こす感染力の強い疾患であり、産科外来で発生した場合、多数の妊婦や新生児、他診療部門への曝露につながる。本報告では、産科外来で発生した麻疹疑い患者に対する院内対応と、接触者評価および曝露後対応の課題を検討する。

【活動内容】症例はベトナム国籍、妊娠16週で心疾患を有する妊婦。麻疹ワクチン接種歴は不明で、日本語での意思疎通は困難であった。受診2日前より咳嗽・鼻汁を認めていたが、受付時の申告はなかった。受付後に心エコー検査を実施し待合室で待機、受付から2時間後に診察室で感冒症状を訴えたため陰圧室に隔離した。その後、医師が口腔内所見を踏まえ麻疹疑いと判断し、保健所と連携して接触者調査を行った。結果、妊婦79名、新生児10名、褥婦19名に加えて、当該患者が心エコー検査室を利用してから2時間以内に同検査を受けた、造血幹細胞移植前および移植後の免疫不全者2名を接触者と判断した。症例は金曜日に産科外来を受診し、検査結果が翌日土曜夕方方に判明であったため、結果判明前から曝露後対応の準備を行った。

【成果・考察】妊婦および新生児は生ワクチン接種不可のため免疫グロブリン投与が必要となるが、準備可能本数に限りがあったため、造血幹細胞移植前後の免疫不全者2名を優先投与対象とした。また、産科では風疹ワクチン接種歴は把握されていたものの、麻疹ワクチン接種歴は事前に確認されておらず、接触者全員の接種歴確認を要した。加えて、ワクチン供給数に制限があったため、接種対象をワクチン接種歴が0回または1回で、1歳未満児を養育する褥婦に限定した。これらの曝露後対応を準備した結果、検査は陰性であったが、陽性の際には多数の妊婦への曝露が生じ得た事例であり、受付時の体調確認不足が多数曝露につながった要因と考えられた。今後は、多言語対応を含む受付問診体制の整備が課題である。

P2-077 当院における外来での麻疹患者対応への取り組み

社会医療法人 信愛会 交野病院 感染防止対策室
○牧瀬 信栄（まきせ のぶえ）

【背景・目的】大阪府では令和7年に麻疹の報告数が急増した。これに関連して、当院も麻疹接触者が発症した際、診察と行政検査の対応を初めて保健所から依頼を受けた。これに伴い、当院でも麻疹患者（疑いも含む）が一般患者として受診されるケースが想定された。そこで、外来における麻疹伝播を最小限に留めることを目的としての取り組みを行ったのでここに報告する。

【活動内容】麻疹患者と一般患者の交差を最小限に留めるために業務フローを作成し、対応職員にフローに沿った説明会を実施した。対象患者を「発熱かつ発疹を発症している患者」とし、患者から来院前の問い合わせがあるパターンと直接来院時のパターンを想定し、業務フローを作成した。また、麻疹疑い患者に対応する職員の一部は医師（麻疹診断した経験値が高い小児科医）、看護師（ICN、小児科看護師）の限定職員とした。麻疹疑いの患者は看護師が速やかに院外を案内し、院外で対応、感染症専用入口から診察室に誘導、問診票記入後診察の業務フローとした。必要時、行政検査を実施する場合は3検体（咽頭拭い・血液・尿）を診察室エリアで完結する。トイレは麻疹疑い患者専用とした。これらにより一般患者との交差機会は最小限に留められると考えた。また、初期対応が院内の場合を想定し、患者からの問い合わせがある受付（事務職員）、問診票に目を通す（事務職員、内科予診クランク）には、疾患の知識を含めて説明会を11月から12月にかけて実施した。令和8年1月より運用を開始した。2月末現在、対象患者「発熱かつ発疹を発症している患者」1名を受付（事務職員）が初期対応し、業務フローに沿って対応した。結果、麻疹は否定され、確定診断が下された。対応職員が十分な麻疹の抗体価を保有していることは確認できている。

【成果・考察】当院では麻疹疑いで来院する患者は年間で、2、3人であるが発熱かつ発疹を発症している患者は麻疹の可能性がある。まずは麻疹の抗体価を職員自身が把握しておくことを啓発する、次に事務職員や予診クランクが麻疹の知識を持ち、慌てず業務フローを実施できる体制づくりを行う。

P2-079 演題取り下げ

P2-078 侵襲性髄膜炎菌感染症3例を契機に構築した曝露者管理体制と広域連携の課題

公益社団法人 日本海員協会 名古屋協会病院 感染対策室¹⁾、JA愛知厚生連 江南厚生病院 感染症内科²⁾、名古屋大学医学部附属病院 中央感染制御部³⁾

○二神 諒子（ふたがみ りょうこ）¹⁾、井口 光孝²⁾、神田 宏平³⁾、横井 博子¹⁾、伊藤 秀明¹⁾、大西 紀子¹⁾、佐々木梨恵¹⁾、浅野 俊明¹⁾、小島 由美¹⁾

【背景】侵襲性髄膜炎菌感染症（IMD）は急速に重症化することに加え、濃厚接触者への迅速な予防投薬が求められる。一方、国内発生数は多くなく、医療機関の実務体制や連携の在り方は必ずしも標準化されていない。当院救命救急センターで2年間に3例のIMDを経験し、曝露者対応の実態と課題について報告する。

【症例1】21歳男性。発熱、電撃性紫斑で当院救急搬送。髄液鏡検でグラム陰性球菌（GNC）を認め、髄膜炎菌を疑い同日同居家族4名へciprofloxacin（CPFX）を投与。後日、髄液・血液培養より *Neisseria meningitidis*（Y群）と確定。

【症例2】5歳男児。発熱、紫斑で救急外来受診後、小児専門病院へ搬送。翌日、陽性化した血液培養液の鏡検でGNCを認め同居家族へ連絡。3名へCPFX、1歳児へceftriaxoneを投与。後日Y群確定。

【症例3】33歳女性。他院入院後、多臓器不全となり当院へ転院。前医採取の血液培養が陽性化し、鏡検でGNCを認めたとの連絡が業務時間外にあったが、外部委託されており詳細な情報の共有は困難であった。濃厚接触スタッフ3名へCPFXを投与。家族3名は約2時間の距離に居住しており、保健所管轄を超えた調整が難航したため、直接当院来院を要請しCPFXを投与した。接触のあった小児2名は来院困難で未投薬のまま経過観察となった。後日B群確定。

【結果・考察】本3事例で二次発症は認めなかった。症例を通じ救急外来医師、看護師、検査技師へのワクチン接種体制を整備するとともに、濃厚接触者抽出から予防投薬実施までのフローを標準化し、保健所との連携を整理した。IMD発生時対応ガイドライン整備は進んでいるものの、夜間休日対応や広域連携は、各施設・自治体の運用に依存する部分が大きく、迅速性の担保、広域連携体制の強化は今後の課題である。さらに救急外来部門は重症感染症診療の最前線であり、IMDのみならず新興・再興感染症が常時発生し得る環境にある。実践で得られた知見を基に定期的な教育・訓練を継続することが、迅速かつ適切な初動対応体制維持に重要であると考えられる。

P2-080 高齢者介護施設の現場を守る介護職～洗面設備がない個室環境での安全なケアと感染対策の工夫～

医療法人偕行会 介護付有料老人ホームのぞみ¹⁾、医療法人偕行会在宅医療事業部²⁾

○稲葉 優希（いなば ゆうき）¹⁾、三宅喜代美²⁾

【背景・目的】施設では、これまでに新型コロナウイルス感染症やインフルエンザのアウトブレイクを複数経験した。介護現場は慢性的な人材不足の中で日常業務を維持しており、感染症がアウトブレイクすると入居者の見守りや通常ケアと感染対応を同時に行わなければならないが、業務量が急増する。介護職にかかる心理的・身体的負担はさらに大きくなるが、入居者の安全と生活を守るため、私たちは限られた人材と資源で創意工夫を重ね現場を支えている。今回、新興感染症の対応を行う医療機関が実施した院内感染対策に関する訓練に参加したことをきっかけに、現場で継続的に実践できる感染対策について介護職主体の取り組みを開始したので報告する。

【活動内容】全個室のため感染症が発生した場合の隔離は容易であるが、居室にはトイレや洗面設備がなく、排泄物の廃棄や口腔ケアに使用した物品の洗浄などに困っていた。さらに、個人防護具の着用指示についても徹底されず、遵守状況にも課題があった。訓練で学んだことを生かし、介護職を中心に現実的で実行可能な対応について話し合った。排泄物や口腔ケア用品の処理方法だけでなく、個人防護具の着脱手順などもイラストにして居室前に掲示したことで視覚的にも分かりやすくなり、外国人スタッフの理解度も上がった。

【成果・考察】今回の取り組みで「感染対策は平時の一手が重要」であることを再認識でき、日常の習慣化された感染対策を見直すよい機会となった。感染症はたびたび発生するわけではない。これまでの感染症発生時の対応は取り急ぎの対策と口頭での情報共有になってしまい、取り決めをしても「これでいいよね」と個人の解釈での対応へ変化する。そのうち感染症が収束すれば、日常へ戻るといふその場しのぎの対応の繰り返しであった。今回の取り組みを通して、なぜそうしなければいけないのか、それをしなかった場合にどのようなリスクがあるのかを知ることができた。課題は定期的な訓練や遵守を促進するための仕組みづくりである。

P2-081 高齢者施設における感染対策の実践に影響を及ぼす多様な要因：行動科学の理論的枠組みに基づく質的研究

岡山大学 大学院ヘルスシステム統合科学研究科 博士後期課程¹⁾、京都府立医科大学 大学院保健看護学研究科 基礎看護分野²⁾

○藤本 要子（ふじもと かなこ）¹⁾、内海 桃絵²⁾

【背景・目的】高齢者施設における感染対策の推進には、現場の実践の背後にある要因の十分な理解が必要である。本研究の目的は、施設における感染対策の実践に関わる多様な当事者の経験や認識をもとに、実践に関わる要因を行動科学の視座から明らかにすることである。

【方法】4施設において、半構造化インタビュー、グループセッション、参与観察を実施した。利用者、施設職員、管理者、外部から支援する感染管理専門職の計64名が本研究に参加した。逐語録データを行動科学の理論的枠組みである Theoretical Domains Framework および Capability, Opportunity, Motivation-Behaviour model (COM-B) に基づいて分類した後、BraunとClarkeによる主題分析を用いて質的に分析した。本研究は筆頭者者所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施し、対象者または代諾者から文書による同意を取得した。

【結果】分析の結果、87の要因コード、41のカテゴリー、17のテーマが生成された。Capability（能力）領域では、【感染対策のスキル】、【感染対策の知識】といった、日常業務における実践および感染症発生時の対応に必要な知識や技術に関するテーマが生成された。Opportunity（機会）領域では、【現場の運用体制】、【組織の感染管理体制】といった組織的な実践基盤に加え、【施設ならではの利用者・家族の当事者性】、【チームでの実践に関わる他者の影響】といった、利用者を含む施設当事者間の相互作用に関わるテーマが生成された。Motivation（動機づけ）領域では、「感染を持ち込まない」という役割認識や、職種間における専門性の相互理解に関わる【職種役割と専門性に関する認識】、利用者の健康や暮らしを守ることを志向する【施設に即した目標設定とその認識】などが生成された。

【結論】施設における感染対策の実践に関わる多様な要因が、当事者の語りを通して明らかになった。施設の実情や当事者の視点を考慮した支援や施設との協働を検討するにあたり、これらの要因の理解が助けとなる可能性がある。

P2-083 グループ内での感染管理認定看護師としての継続活動：老健ICDとの共同活動1年間の活動報告

医療法人財団善常会 善常会リハビリテーション病院 看護部¹⁾、医療法人財団善常会 老人保健シルピス大磯 診療部²⁾

○福井真理子（ふくい まりこ）¹⁾、岡村 武彦²⁾

【背景・目的】善常会は回復期リハビリテーション病棟をはじめ老人保健施設、在宅サービス、特別養護老人ホームで回復期から生活期、介護期、終末期までをカバーしているグループである。演者はリハビリテーション病院で外来担当を行いながら感染管理認定看護師として勤務している。新型コロナウイルス感染症流行時には病院での感染対策を実施しながらグループ内施設でクラスター発生時や困った際の相談、対応を行い、時には施設へ訪問して感染対策活動を実施してきた。活動の中で感染についての正しい知識の普及と感染対策指導の更なる必要性を感じていた。老人保健施設は過去に新型コロナウイルス感染症、感染性胃腸炎によるクラスターを何度か経験している。継続的な介入をするための計画を考えていたところへ老人保健施設に赴任した医師がICD (infection control doctor) であることが分かり、共同活動をすることができた。同施設の職員に対して1年間かけて感染対策に関する研修を実施し、技術の向上・意識向上を図ることができたので報告する。

【活動内容】ICDと施設内ラウンドを実施し、レポートでフィードバックした。職員全員に対してアルコール消毒演習を各階ごとに朝、夕1週間連続で実施、同時に感染に関するミニレクチャーを行った。その後、蛍光塗料使用による手指衛生演習・個人防護具着脱演習・嘔吐物処理演習を順次実施した。演習後にはアンケートで理解度、認知度等を確認した。

【成果・考察】過去に入居者が流行性感染症を発症した際に相当数の職員への拡大も見られていたが、研修を重ねた結果、2025年11月新型コロナウイルス感染症発生時には職員への感染拡大は少数のみとなった。アンケート結果から職員の感染防止対策に関する意識の向上が伺えた。ICDと共に感染対策に関する指導を継続的に実施したことで職員1人1人の感染対策技術・意識の向上につながったものと考えられる。感染対策指導は継続的な実施が必要である。グループ内の感染管理認定看護師として今後も各施設の感染対策担当者として協力しあい、感染対策活動を継続して行く所存である。

P2-082 老人介護保険施設における「ミニレクチャー」の効果について

公益財団法人北海道医療団帯広第一病院

○青山 由香（あおやま ゆか）

【背景・目的】法人内の介護保険施設では、年2回感染症業務継続計画（以下、感染症BCP）訓練を含めた感染管理教育が実施されている。しかし、年2回の研修会では、感染管理に関する知識が断片的になる可能性があり、介護施設における感染対策の必要性や標準予防策が曖昧になっている現状があった。介護保険施設での感染対策がどうあるべきかを理解し、利用者と従業員を感染から守ることを目的に、法人内グループウェアを活用したeラーニングを用いた研修会を開始した。

【活動内容】事業所内感染対策委員会、eラーニングを活用した感染対策研修会「ミニレクチャー」要項を提案し承認を得た。ミニレクチャーの閲覧は、従業員の自由とし職場で実施とした。テーマは、1カ月に2つずつ配信し、テストとアンケートを実施することにより評価を得た。感染症BCP訓練・研修時は、1つのミニレクチャーとした。テストは、4～6問程度で「○×」の2選択とし、全問正解で合格とした。アンケートは、研修目的が達成できたかを確認する内容とミニレクチャーに対する意見・感想や質問を記載する項目を設けた。

【成果・考察】2025年6月から配信を開始し、1月までに15テーマを終えた。1テーマの配信時間は平均約11分、従業員の受講率は80.5%、全て受講しているのは35名（約42.2%）だった。アンケート回答率は98.4%であり、全ての研修会に対し質問・意見・感想の自由記載項目を設けた。ミニレクチャー開始当時は、勉強になりました、再確認できました等の感想が多かったが、11月頃からリネンの分別やゾーニングなど業務に関連した疑問や研修内容に関する質問が寄せられるようになった。すなわち自身の日常業務に関連するレクチャーが、実際の不安・疑問が具体化されたためと思われる。知見や経験を重視する成人にとって、机上の説明より、実体験に基づく不安・疑問の具体化が、行動変容へのステップとなりえると考えられた。

P2-084 兼務感染管理認定看護師の部署活動による感染対策強化の取り組み—直接介入がもたらす現場変容—

静岡県立総合病院 看護部

○山田 愛実（やまだ あいみ）

【背景・目的】医療関連感染防止は、患者を守る上で最重要課題の一つである。A病院は、2022年度バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）アウトブレイクが発生し、継続的、実践的な感染対策が求められた。2022年10月、感染管理認定看護師（CNIC）1名が、感染症受け入れ病棟に配置された。兼務のCNICの役割は、実践の場でスタッフと共に感染対策を実践し、現場で即時に指導を行うことができる。感染対策の定着は、反復的な実践支援と即時フィードバックが不可欠であり、感染対策の質向上につながる。病棟所属の兼務CNICとスタッフの関わりにより心理的安全性を高め、適切な感染対策継続につながったためその活動を報告する。

【活動内容】主な活動は、1. 手指衛生の直接観察、2. 個人防護具（PPE）着脱の指導・評価、3. 根拠に基づくフィードバックである。手指衛生はWHO「手指衛生5つのタイミング」に沿った直接観察を定期的に実施し、結果をフィードバックした。CNICがケアを共にに行い「何故その場面で必要か」根拠を示して指導することで、単なるルール遵守ではなく理解に基づいた行動変容を促した。PPEはチェックリストを用い、場面に応じたPPE選択と交差汚染を防ぐ着脱手順に実技を交えて実施した。マニュアルだけでは不明瞭な手技の確認は随時行い疑問点や不安点を確認した。

【成果・考察】活動開始以降、PPEチェックリスト達成率は活動前70%、活動後90%に向上した。手指消毒剤使用量は、一患者あたり6.3mL/日から23mL/日に増加した。スタッフに実施した感染対策への気持の変化に関するアンケートでは「感染対策への不安が軽減した」との回答が得られた。CNICがケアを共にに行い、継続的に関わるのがスタッフの実践能力と心理的安全性をもたらしにつながったと振り返る。病棟配置CNICの活動は、実践状況を即時に把握し、根拠に基づいた介入が可能であった。CNICが「身近な存在」として部署に配置され指導できたことが、スタッフの行動変容につながったと考察する。今後も継続的な介入、感染対策の確認・強化とともに、スタッフが自律的に感染対策を実践できる体制の構築を目指していく。

P2-085 脳神経内科病棟における誤嚥性肺炎予防の取り組みと抗菌薬使用量への影響

公益社団法人日本海員救済会 名古屋掖済会病院

○横井 博子（よこい ひろこ）、山口 弘子、二神 諒子、小島 由美、窪田まゆみ

【背景・目的】脳神経内科病棟では高齢者や嚥下障害を有する患者が多く、誤嚥性肺炎を繰り返すことで抗菌薬が長期投与となる症例がみられる。現状分析では、看護師の嚥下評価に関する知識・技術不足、患者に応じたポジショニングの不十分さ、絶食・経管栄養患者への口腔ケア不足が課題として抽出された。そこで、看護師による入院直後の早期嚥下評価体制の構築と、多職種で実践する誤嚥性肺炎予防のバンドルアプローチを導入した。本研究では、これらの予防介入が抗菌薬使用量への影響を検証する。【活動内容】誤嚥性肺炎予防を目的として、多職種と連携したバンドルアプローチを実施した。まず、看護師が入院直後から早期嚥下評価を行う体制を整備し、言語聴覚士による専門的評価開始前から誤嚥リスクを把握できるようにした。次に、理学療法士と協働してポジショニング教育を実施し、チェックリストを用いた on the job training により看護師の知識・技術の向上を図った。さらに、ベッドサイドに適切な体位を示したポスターを掲示し、経管栄養時の体位調整（30度ヘッドアップおよび側臥位時の完全側臥位）を標準化した。加えて、絶食および経管栄養患者を対象に口腔ケアプロトコルの遵守を徹底し、誤嚥性肺炎予防の実践を強化した。【成果・考察】2023年10月から2024年9月入院延べ患者数14,291名、誤嚥性肺炎発生件数22件であった。2024年10月から2025年9月入院延べ患者14,178名、誤嚥性肺炎発生件数17件であった。主な誤嚥性肺炎の治療薬の抗菌薬使用日数は、ampicillin/sulbactam 84.3日→66.8日、piperacillin/tazobactam 23.2日→12.9日へと短縮がみられた。これらの結果から、多職種と連携した看護師による嚥下評価の知識・技術向上に加え、ポジショニングや口腔ケアの強化といった予防的介入が、誤嚥性肺炎の発生抑制に寄与した可能性が示唆される。さらに、抗菌薬使用日数の短縮ができたことで、医療の質向上に寄与したと考えられる。

P2-086 バンコマイシン耐性腸球菌検出に伴う内視鏡培養検査と環境 ATP 調査を実施した結果について

公立藤田総合病院

○渡邊 勇七（わたなべ ゆうしち）

【背景・目的】当院のA病棟に入院した2名の患者の胆汁からバンコマイシン耐性腸球菌が検出された。患者は内視鏡治療によるERBDの挿入や抗菌薬治療等で軽快退院となった。しかし、これまでバンコマイシン耐性腸球菌が当院で検出されたケースはなかったため、内視鏡の洗浄・消毒もしくは内視鏡室の環境などに原因はないか調査が必要と考え内視鏡培養検査と環境ATP調査を実施した結果について報告する。【活動内容】2名の患者が使用した経胆管内視鏡と2名の患者の使用はなかったがランダムに抽出した上部内視鏡2本、下部内視鏡2本の合計5本に限り、生理食塩水を管路内に通す押し出し法で培養検査を実施した。また、キッコーマンのルミテスターPD-20&ルシバックペンのATP測定器を使用し、環境の汚染が伝播しやすい箇所を測定し結果をフィードバックした。【成果・考察】内視鏡培養検査は2名が使用した経胆管内視鏡も含め5本すべて培養検査は陰性だった。経胆管内視鏡検査のためレントゲンの透視室と内視鏡室のATP調査を行った結果、内視鏡と本体の接続部が4347RLU、吸引スイッチが5286RLU、内視鏡本体の取手（移動時使用）が2841RLU、酸素・吸引のパイピング接続部が1027RLUとATPの環境清掃後の目安基準200RLUを大きく上回っていた。今回の結果から内視鏡培養検査ではバンコマイシン耐性腸球菌は検出されなかったため、現在の内視鏡洗浄・消毒方法に問題はなかったことを確認できた。バンコマイシン耐性腸球菌の検出がきっかけではあるが、内視鏡室スタッフへの日頃の内視鏡洗浄・消毒の見直しと手指衛生や環境清掃のポイントを改めて教育する機会になったと考察する。今後も定期的に内視鏡培養検査を実施して感染対策室としても清潔に洗浄・消毒された安全な内視鏡検査を提供できる環境を継続出来るよう管理していきたい。※のちに判明したが今回検出されたバンコマイシン耐性腸球菌はEnterococcus casseliflavusとEnterococcus gallinarumのVAN Cタイプの軽度耐性で臨床的には余り問題とはならないバンコマイシン耐性腸球菌と判明した。

P2-087 当院における疥癬検査の取り組み

医療法人社団八千代会 メリィホスピタル ICT¹⁾、広島大学大学院 医系科学研究所 消化器・移植外科学²⁾

○石元真由美（いしもと まゆみ）¹⁾、三枝 義尚^{1,2)}、山本 聡美¹⁾

【背景・目的】疥癬は、高齢者施設や慢性期病院において集団発生をきたしやすく、早期診断と迅速な対応が感染拡大防止に直結する。当院は、地域包括ケア病棟97床、回復期リハビリテーション病棟102床を有する病院で、高齢患者が大半を占め緩和ケア患者も入院している。また急性期病院や介護施設からの入退院が多く、疥癬の持ち込み及び持ち出しリスクが高く、迅速な院内診断体制の構築が重要と考え、体制整備と運用を開始したため報告する。【活動内容】2024年に系列施設で疥癬の診断遅延による集団発生を経験した。そこで、疥癬に対する知識と理解を深める必要があると考え、当院のICTが中心となり、全ての職種と新人向けに学習会を実施した。入院時や入浴介助時に皮膚の観察を強化し、疑いがあれば迅速に検査ができる体制を整えた。検体採取と鏡検は、患者と看護師に病状部位を確認したうえで検査技師が行う。検査前入浴や外用薬・保湿剤を塗布することは控える。疥癬の好発部位に注意し、皮疹部位の角質を複数部位から採取している。疥癬の場合は、各病棟が接触感染対策のPPEの準備をして感染対策を実行した。ICTは症例検討やラウンドを行い感染防止拡大に取り組んだ。【成果・考察】2024年までは1年間に150件前後の検査を行い10名前後の陽性だった。2025年は249件の検査を行い21名の陽性となった。うち5名は入院後1週間程度で陽性となった。ヒゼンダニの検出は複数回の検査が必要になる事例も多い。実際に、21名中15名（71%）が1回目、4名（19%）が2回目、各1名（5%）が3・4回目の検査で陽性となった。4回目に陽性となった患者は、当院と他の病院で入院を繰り返して最終的に当院で陽性となった。当院は皮膚科常勤医が不在であるが、日々の観察を担当医と共有し、迅速な検査を実施した結果、早期隔離や治療介入につなげることができた。疥癬の潜伏期間は約2週間から半年と幅が広い。1回目の検査が陰性でも、引き続き皮膚症状を観察し、検査につなぐことが大切である。慢性期病院においては、迅速な診断体制を院内に持つことがアウトブレイク防止及び地域連携の観点から有用である。

P2-088 精神科病棟においてノロウイルスの集団発生の伝播要因を考える

社会福祉法人埼玉医療福祉会 丸木記念福祉メディカルセンター感染対策室

○松本 千秋（まつもと ちあき）

【背景】ノロウイルス感染症の感染対策は、個室隔離することが推奨され、経管栄養やオムツ介助などが要因であることは既に知られている。今回、精神科療養病棟の女子病棟と男子病棟の2つの病棟でノロウイルス感染症の集団発生を経験したため伝播要因や感染リスクを検討したため報告する。【症例】A病棟は40床の女性病棟であり、5名のノロウイルス感染症と診断された。主な症状は嘔吐であった。B病棟は50床の男性病棟であり、21名がノロウイルスと診断された。主な症状は発熱を伴う下痢であった。A病棟では、嘔吐患者1名発生したが、すぐに軽快したため様子観察した。3日後に嘔吐患者が5名発生したが、患者自ら吐物を処理していたためスタッフへの申告がなかった。3日後に嘔吐したと訴えた患者がいたため、週り調査した結果8名の嘔吐歴のある患者が確認された。ベッドサイドのゴミ箱の中や衣類の上などで吐き、吐物の処理は患者自身で実施していた状況であったため遅れた発見となった。B病棟では、発熱を伴う下痢症状が同日に2件発生した。便汚染してしまっても伝えないことが多く、吐物等で排水口が詰まっても使用してしまう状況であった。2病棟ともホールで食事を摂り、トイレや洗面所にはペーパータオルや石鹸の設置が難しい環境である。2つの部署において発症群および非発症群の患者の特徴について記述統計を行い、2つの病棟で発生したリスク因子を検討した結果、ADL、排泄、食事は自立している患者が多く、医療従事者の手を介した伝播より、患者・患者間による接触の伝播の関与が示唆された。2つの病棟に携わった配膳業務職員の糞便からノロウイルスが検出されたことから、侵入経路と推測された。【考察・結論】今回の集団発生では、ADL、排泄、食事は自立している患者が多く、患者・患者間や患者・環境・患者間での感染が伝播経路になっていることが考えられた。精神科病棟において注目すべきことは、自立患者の衛生行動の実施状況の確認をしながら、特にトイレの後と食事の前の手指衛生の行動定着をさせていくことが必要である。さらに早期発見のためのフィジカルアセスメントの職員教育も行なう必要がある。

P2-089 医療従事者のためのワクチン接種記録・抗体価管理システムの複数医療機関における先行利用

シミックホールディングス株式会社¹⁾、社会医療法人仁寿会 加藤病院²⁾、医療法人社団洛和会 洛和会音羽病院³⁾、社会福祉法人京都社会事業団 西陣病院⁴⁾

○北原沙也加(きたはら さやか)¹⁾、平川 彩¹⁾、上田 咲子²⁾、井上 通人³⁾、古田 貴志⁴⁾、伊藤 良子⁴⁾

【背景・目的】医療従事者の感染対策に伴うワクチン記録管理は、多くの現場で手作業に依存しており、記録分散や人手不足が課題であった。そこで、記録を統合管理し、業務効率化と確実な感染対策の両立を図るため、Webアプリケーション(ユーザー管理ツール)の開発を2022年より着手した。

【活動内容】本先行利用はシミックホールディングス株式会社がシステムを開発し、4医療機関が先行利用を行った。

システムは被接種者用「ユーザーアプリ」と管理者用「ユーザー管理ツール」で構成される。アプリは接種記録や抗体検査結果等を登録でき、管理ツールはそれらの閲覧や不足ワクチンの自動表示機能を備える。また、チャット機能により円滑な連絡が可能である。本発表では、医療従事者が前述のユーザーアプリを活用して入力した情報を一括管理可能なユーザー管理ツールの開発と4医療機関での先行運用事例を報告する。

【成果・考察】本先行利用では、4医療機関での運用を通じ、現場ニーズを反映したシステム改善を実施した。

開発面では「全体状況を一目で把握したい」との要望を受け、ガイドライン適合状況を可視化する抗体保有状況一覧ページ等を開発し、UIも改善した。

運用面では、中規模病院(社会医療法人仁寿会)への導入支援を行い、マニュアル整備等を通じてアナログ管理からの円滑な移行を実現した。

結果、業務効率化に加え、同施設ではガイドライン適合率が34.9%から84.7%へ劇的に向上し、B型肝炎ワクチンの接種率向上など具体的な成果が得られた。さらに職員の「自分の健康は自分で守る」という意識も深まり、過剰接種防止や接種漏れ発見にも寄与した。

最後に、本研究では現場の声を取り入れ実用的なシステムを構築してきた。これらの実績をもとに大規模・中規模病院(洛和会音羽病院、西陣病院、新さっぽろ病院)への導入も進めており、今後も医療機関と共に改善を重ねることで、広範な医療現場における業務効率化および感染制御の推進に貢献していきたい。

P2-090 带状疱疹ワクチン接種導入の報告

岡谷市民病院

○源田 和子(げんた かずこ)

【背景・目的】当院では職業感染対策として、抗体価獲得していない職員へ麻しん・風しん・流行性耳下腺炎・水痘・B型肝炎ワクチンの接種勧奨をし、インフルエンザ・COVID-19のワクチン接種機会を設けてきた。今回带状疱疹ワクチン接種を導入した背景には、带状疱疹罹患後の带状疱疹後神経痛(PHN)に悩まされながら仕事をしている者や、自施設での带状疱疹ワクチン接種希望者もいた。そこで職業感染対策として带状疱疹ワクチン接種の機会を設けることにした。

【活動内容】2024年10月時点で当院職員は、581名中50歳以上の者が248名いた。同年10月に接種対象となる職員に対して、带状疱疹ワクチンの種類と副反応費用についての案内と、接種希望の有無についてアンケートを実施した。接種希望者は91名、今回の接種は見送るが検討中では26名、接種済みが3名いた。接種希望者には生ワクチンと組換えワクチンの2種類の選択制とし、2025年1月～3月に78名が接種した。(組換えワクチンが54名、生ワクチンが24名)組換えワクチンに関しては、接種による副反応を考慮して休日前に接種日を設定した。『2025年度から65歳の方などへの带状疱疹ワクチンの予防接種が、予防接種法に基づく定期接種化が開始される』ため、次年度に該当する職員には、2025年4月以降に助成券を活用し接種できるように調整し10名接種した。接種後は副反応と接種動機アンケートを実施した。ワクチン接種の機会は今後も50歳になる職員へ定期的に案内を出す体制を整えた。アンケート結果からは、接種動機として案内がある以前から接種したいと思っていた人が39名、接種案内があったから接種した人は33名だった。

【成果・考察】定期接種対象に該当する職員のなかには、制度を活用せずにワクチン接種を希望する職員もいた。また接種会場では、職場で接種ができる便利さと、副反応の不安から自施設で接種したかったとの職員からの声が聞かれた。带状疱疹ワクチン接種の機会を設けたことは、接種したいと思っていても接種に踏み切れていなかった職員は、職場で接種できる便利さから健康管理や利便性にも繋がった。

P2-091 新入職員に対するワクチン接種体制の課題と他部署連携による改善の取り組み

社会医療法人 敬愛会 中頭病院

○浜元 沙織(はまもと さおり)、新垣美也子

【背景・目的】当院では、職員の感染防御体制を強化することを目的に、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎に関するワクチン接種歴および抗体価の把握を進めてきた。しかし、管理体制には課題が残り、接種状況の把握が困難となるケースが散見された。特に、県内で感染症が流行しはじめる時期に、職員の抗体価を急遽調査せざるを得ない状況が繰り返されており、平時からの体系的な管理の必要性が明らかとなった。そこで、接種歴・抗体価管理体制の見直しと改善を図ることを目的に本取り組みを実施した。

【活動内容】50歳以下の職員1581名を対象に遡り調査を実施し、接種歴および抗体価の確認を行った。また、リハビリテーション部・臨床工学技士の実習生約24名についても調査を行った。さらに、ワクチン管理が不十分となる要因を分析し、関係部署との連携体制を検討した。全体の12.7%にあたる200名でデータ管理が不十分であり、実習生の接種歴・抗体価の把握も不十分であった。要因として、1. 人事課による説明後のフォロー不足 2. 入職までの期間の短さ 3. 所属長による接種管理の不徹底 4. 履歴未提出 5. 抗体価未提出かつ罹患歴による接種拒否 6. 複数部署間の連携不足が挙げられた。

【成果・考察】本取り組みにより、まず関係部署間での情報共有体制を再構築し、接種歴・抗体価情報を一元的に管理できる仕組みを整備した。必要な時に迅速に把握できないという課題があったが、統一フォーマットの導入と共有ルールの明確化により、情報の抜け漏れや重複確認が大幅に減少した。さらに、管理フローを明文化し、年度ごとの確認時期や更新手順を明確にしたことで、平時から計画的に接種歴・抗体価の更新が行えるようになった。また、定期的な振り返りの場を設け、運用上の課題を都度共有・改善するサイクルを確立したことで、管理体制が継続的に強化される仕組みが構築された。これらの対策の結果、全職員の接種歴および抗体価を常時把握できる体制が整い、感染症流行時に慌てて抗体価を調査する必要がなくなった。加えて、職員自身が自身の免疫状況を把握する機会が増えたことで、職業感染対策に対する意識向上にもつながった。

P2-092 演題取り下げ

P2-093 セン妄状態の患者さんによる切創・咬傷から職員を守る手袋の開発

昭和医科大学 横浜市北部病院 臨床病理診断科¹⁾、昭和医科大学 富士吉田教育部²⁾、昭和医科大学 横浜市北部病院 内科³⁾
○木村 聡 (きむら さとし)^{1,2)}、詫間 隆博³⁾

【背景・目的】医療機関における労働災害として、針刺し、切創、体液曝露のほか、せん妄状態となった患者さんによる噛みつき、引っ掻き事故が知られている。その件数は当院の報告だけでも年間十数件に上り、事故後も残る痕跡で心に傷を負う被害者も存在する。対策には予防が重要であるが、マニュアル整備だけでは事故撲滅は難しい。ここ20年余り、携帯型針捨てボックスや自動収納型の穿刺針など針刺し防御器具は進歩を見せるが、患者さんによる不意な噛みつき、引っ掻きに対する予防器具については目立った進歩がみられない。

【活動内容・新しい解決方法の提案】演者は感染管理室の医師として開院以来、これらの事故に遭遇した医療従事者の診療にあたってきた。労働災害の分野に目を転じてみると、土木工事や食材の工場には「足の上に誤って包丁を落としても刺さらない靴下」など、刃物に対する防御性能が高い素材が登場している。これを医療の分野にも応用し、切り傷や歯型が残りにくい医療現場用の手袋開発を試みた。

【成果・考察】このほど演者の大学と、複数の製造業メーカーの協力を得て、噛まれても引っ掻かれても大きな傷が残らない手袋のプロトタイプを開発した。基本となるコンセプトは肘から指先まで柔らかい素材で覆えること、厚過ぎて細かい処置の邪魔にならないこと、白、桃色など様々な色で製作でき、通常の洗濯機で洗えば繰り返し使用が可能なこと、よく肌にフィットし、適度な保湿機能があり、様々な色とサイズで作成できファッション性もあるという特徴を持つ。現状ではまだ試作品でありナイフや針刺しに対する防御機能は開発途上であるが、患者さんが爪を立てても医療者の皮膚までは届かず切創を減らす機能は認められる。多忙で危険な医療現場において、ストレスなく切創や咬傷を確実に減らす目的のため、防御手袋の開発を鋭意進めている。なお製造販売（予定）会社との利益相反（COI）関係は無く、試作品作成費や本学会発表の費用は演者の支出による。

P2-095 ペン型インスリン注入器の誤投与に伴う感染管理に関するA病院・他施設看護師の認識差：Web調査比較と全国公表事例の分析

琉球大学病院 看護部¹⁾、琉球大学 医学部保健学科 基礎看護学講座²⁾
○呉屋 秀憲 (ごや ひでのり)¹⁾、渡慶次道太²⁾

【背景・目的】ペン型インスリン注入器（以下、ペン型注入器）は構造上の血液逆流リスクを有し、他患者への誤投与は血液媒介感染の危険を伴う。しかし、2025年に日本医療機能評価機構（以下、評価機構）は、誤投与事例において感染リスクへの言及が少なく、現場のリスク認識不足の可能性を指摘した。先行研究でも、A病院看護師（以下、A看）の認識不足が確認され、2021年からポスターで注意喚起を行ってきた。本研究の目的は、A看と他施設看護師（以下、他看）の認識差やその背景要因を明らかにすることである。

【方法】A看・他看への無記名Web調査（2023年10月～2024年3月）を行った。1患者1ペンルールの理由、誤投与発生時の各部門（医師、医療安全、感染管理）への報告意向を尋ね、比較分析にはカイ二乗検定を用いた（有意水準5%）。背景要因の検証のため、評価機構の医療事故情報収集等事業の公表事例から、ペン型注入器による誤投与事例58件を抽出し、低血糖および感染リスクに関する記載の有無を分析した。本研究は所属施設の研究倫理審査委員会の承認済である（番号：23-2173）。

【結果】有効回答384名（A看154名、他看230名）。1患者1ペンルールの理由について、A看が「感染管理上の理由（血液逆流リスク）」という科学的根拠、他看が「1患者1薬剤の原則」という規範的理由が最多回答となり、有意差を認めた（ $p<0.01$ ）。誤投与時の医師・医療安全への報告意向は両群とも約100%であった一方、感染管理部門への報告意向はA看的90.3%に対し、他看は67.4%と有意に低かった（ $p<0.01$ ）。公表事例の分析では、低血糖リスクへの記載率は48.3%であったのに対し、感染リスクの記載は21.1%に留まった。

【考察・結論】A看的認識向上の背景には、ポスターによる視覚的な教育が寄与したと考えられる。また、他看的認識不足の背景要因の一つに、誤投与時の感染症検査の必要性について、2025年の評価機構報告書に至るまで、公的機関からの具体的な言及が無かったことが影響していると推察される。実際、評価機構が公表した誤投与事例からも、現場での感染管理の浸透不足が示唆された。今後、デバイス特有のリスクと根拠を視覚的に伝える教育が必要である。

P2-094 ペン型インスリン注入器の投与前針刺しにおける血液曝露リスク認識と空打ち後リキャップの実態：A病院・他施設看護師の比較調査

琉球大学病院 看護部¹⁾、琉球大学 医学部保健学科 基礎看護学講座²⁾
○呉屋 秀憲 (ごや ひでのり)¹⁾、渡慶次道太²⁾

【背景・目的】ペン型インスリン注入器は構造上の血液逆流リスクを有し、空打ち後から投与前までの針刺しは感染リスクを伴う血液曝露となる。しかし、認識不足の看護師は薬液曝露のみと捉え、当該針刺しを報告しない可能性がある。また、日本医療機能評価機構は2025年に血液逆流リスクに関する看護師の認識不足を指摘した。A病院では2021年からポスター教育および、片手リキャップ可の針採用により、認識向上と職業感染防止に努めてきた。本研究の目的は、A病院看護師（以下、A看）と他施設看護師（以下、他看）における投与前針刺しの曝露認識の差、および空打ち後のリキャップの現状を明らかにすることである。

【方法】A看・他看への無記名Web調査（2023年10月～2024年3月）を行った。投与前針刺しの曝露認識、空打ち後のリキャップ経験とその方法を尋ね、その比較分析にはカイ二乗検定を用いた（有意水準5%）。本研究は所属施設の研究倫理審査委員会の承認済である（番号：23-2173）。

【結果】有効回答384名（A看154名、他看230名）。投与前針刺しを「血液曝露」と回答した割合はA看72.1%に対し、他看は37.0%と有意に低かった（ $p<0.001$ ）。両群の約75%が「ナースステーションで空打ち後にリキャップを行う」と回答し、その方法として、A看は片手リキャップ（44.3%）、他看は両手リキャップ（48.4%）が最多となり、有意差を認めた（ $p<0.01$ ）。また、すくい上げ法はA看28.9%、他看20%であった。

【考察・結論】病棟業務フロー上、空打ち後のリキャップ工程が生じやすい現状が確認できた。安全な注射確認のため、空打ちからインスリン単位数設定の工程をナースステーションで行う都合上、患者の元に運ぶ前に針先保護のリキャップが避けられないと推察される。他看では、空打ち後に針刺しリスクの高い「両手リキャップ」が主流で、かつ、その針刺し時の血液曝露が見逃される可能性がある。また、すくい上げ法も一定数みられたが、針先損傷のリスクが懸念される。対してA看では、ポスター教育や器材変更が認識と行動の変化に寄与したと考えられた。公的機関からの注意喚起が少ないため、今後は業務手順のリスク評価と継続的な教育が必要である。

P2-096 ペン型インスリン注入器の血液逆流リスクに関する安全対策の歴史的要因：日米比較スコーピングレビュー

琉球大学 医学部 保健学科 基礎看護学講座 基礎看護学分野¹⁾、琉球大学病院 看護部²⁾
○渡慶次道太 (とけし みちた)¹⁾、呉屋 秀憲²⁾

【背景・目的】ペン型インスリン注入器の血液逆流リスクに関する安全管理として、システム対策が進展する米国に対し、日本では2025年の日本医療機能評価機構（以下、評価機構）の報告書において看護師の認識不足が未だに懸念されるなどの課題が顕在化している。本研究は、日米の安全対策の歴史的要因を比較し、対策プロセスの特徴と分岐要因を明らかにする目的で、スコーピングレビューを実施した。

【方法】JBIおよびPRISMA-ScRに基づき、1998～2025年発行の日米の学術論文および公的機関の報告書等の42件を選定し、マッピングおよび比較分析を行った。

【結果】選定資料の国別内訳は米国31件（73.8%）、日本11件（26.2%）であり、日米の安全対策には、その量・質および対策プロセスにおいて顕著な差異が認められた。米国ではインシデント公表や医療訴訟、CDC（Centers for Disease Control and Prevention）などの公的機関による継続的な注意喚起、監査・規制強化やシステム改善、基礎看護技術の教科書への明文化といった経時的な変化が見られた。一方で、日本では2008年の厚生労働省からの通達以降は、主に評価機構からの注意喚起が散発的に行われていた。

【考察・結論】米国では安全対策プロセスが「工学的対策」や「教育の標準化」へと質的に進展したが、日本では「注意喚起の反復」や「目視確認」等の人的対策に重きが置かれるといった、明確な「分岐」が確認された。この分岐要因として、(1)施設マネジメントへの外圧（規制当局・専門職団体による注意喚起と規制、医療訴訟・監査）(2)現場への実装支援、(3)現場からのボトムアップ圧力、という3つのインセンティブ構造の違いが示唆された。米国ではこれらが多層的に機能して安全対策への強い動機付けとなった一方、日本では限定的であったことが判明した。米国のシステムアプローチは有用な示唆を与えるが、実装には医療資源の合理的配分と患者不利益とのバランスの考慮が不可欠である。

今後、日本の実情に即した持続可能なシステム構築に向け、有効なインセンティブ構造の検討が求められる。

P2-097 特定看護師によるカンジダ血症治療バンドルの遵守監査および介入結果と今後の課題

藤田医科大学病院 看護部¹⁾、藤田医科大学病院 医療の質・安全対策部 感染対策室²⁾

○尾関 貴昭 (おぜき たかあき)¹⁾、犬塚 勝理²⁾、竹山 朋子¹⁾

【背景・目的】カンジダ血症は重篤感染症であり、初期対応の適否が予後に影響する。当院では血液培養採取日を起点とし、抗真菌薬開始3日以内、中心静脈カテーテル抜去7日以内、眼科診察7日以内、血液培養再検48～72時間以内を治療バンドルとしている。本研究は、特定行為研修修了看護師（以下、特定看護師）が実施した週1回の遵守状況の監査と専門的介入の実施を整理し、その意義と課題を明らかにすることを目的とした。

【活動内容】202X年1月～202Y年9月に血液培養からカンジダ属が検出された92例を対象とした。4項目すべてが期限内実施された症例を遵守と定義した。特定看護師は週1回、抗真菌薬適正使用支援チーム会議で症例提示を行い、感染巣、侵襲的デバイスの有無、全身状態、検査推移など患者の全体像を把握したうえで未実施項目を抽出した。その後、主治医へ電話連絡し診療録へ推奨内容を記載した。実施可否は患者負担や臨床状況を踏まえ主治医の判断に委ね、実施の強制ではなく、エビデンスに基づく選択肢提示と情報共有を重視した。また、推奨期間内実施が困難と考えられる症例についても状況を整理し、多職種間で共有した。本研究は当院看護部倫理審査会の承認を得て実施した。

【成果・考察】遵守率は54%であった。抗真菌薬開始、中心静脈カテーテル抜去、眼科診察は高率であった一方、血液培養再検は63%と最も低かった。未遵守の多くは未実施ではなく推奨期間外実施であった。血液培養再検から48～72時間は最適治療に向けた目安であり、期間外実施が直ちに不適切とは言いが、再検タイミングは認識差や指示遅延が生じやすい工程であることが示唆された。監査時点での対応可能な症例は実施につながったが、多くは既に期間を超過しており、週1回監査の限界も明らかとなった。一方で、抗真菌薬適正使用支援チームとの連携により情報共有体制は維持されていた。今後は血液培養陽性判明時点での再検予定明示、電子カルテ代行入力支援、他の特定行為モデルとの連携など、特定看護師の専門性を活かした早期介入体制の構築を検討する。

P2-098 抗菌薬使用量サーベイランスにおける請求データと実投与データの乖離要因―病棟特性による比較―

神奈川リハビリテーション病院 薬剤科¹⁾、神奈川リハビリテーション病院 感染制御室²⁾、神奈川リハビリテーション病院 診療管理部³⁾、神奈川リハビリテーション病院 診療技術部⁴⁾

○三浦 愛理 (みうら あいり)¹⁾、矢野ゆう子²⁾、佐藤ひふみ³⁾、岡村 秀行⁴⁾

【目的】AMR対策アクションプランに基づき、抗菌薬使用量サーベイランスが普及している。一般にEF統合ファイル(EF)が指標算出に用いられるが、障害者施設等入院基本料を算定する病棟や、患者移動が頻繁な急性期病棟における算出精度の検証は十分ではない。本研究は、EFが電子カルテ(EMR)に基づく実投与量をどの程度正確に反映しているかを検証し、算出精度の低下を招く病棟特性ごとの構造的要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】2020年1月～2025年12月の72ヶ月を対象に、月別AUD、DOTをEFとEMRから各々算出した。両データの関連を相関係数で評価し、Bland-Altman分析を用いて系統誤差および比例誤差の有無を検討した。さらに、乖離が顕著な期間を対象に、自費診療の有無、他科受診、転棟経路、医事入力プロセスを詳細に調査した。これにより、病棟特性に応じた誤差構造の違いを定量的・質的に分析し、サーベイランスデータの解釈における限界を検討した。

【結果】全病棟の解析ではEFとEMRは強い相関(AUD: $r>0.89$, DOT: $r>0.92$)を示したが、誤差の性質は病棟特性により異なった。1. 障害者病棟(A、B病棟): AUD、DOTともに比例誤差を認めたが、対数変換により解消し、使用量に関わらず一定割合の乖離を示す性質を有していた。平均偏差はA病棟で過小評価、B病棟で過剰評価と正負が逆転した。主因は、労災等のEF作成対象外症例の混入や製剤単位への切り上げ処理であり、制度・計算構造に由来する定常的かつ予測可能な誤差であった。2. 一般手術病棟(C病棟): 対数変換後も有意な比例誤差が残存し($p<0.05$)、DOTでは平均-13.46%の過小評価と広範な一致限界を示した。術後ICU入室や他病棟への転棟により請求上のデータが分断される動的要因が寄与しており、手術件数の増加に伴い誤差が拡大する、予測困難で不規則な乖離構造を呈した。

【結語】EFに基づく指標は、障害者病棟では制度起因の定常的誤差、急性期病棟では患者フローに伴う動的誤差の影響を受ける。相関係数のみでは算出精度を評価できず、AST活動におけるデータ解釈には、病棟特性を考慮した誤差構造の理解が不可欠である。

P2-099 こども病院におけるAST薬剤師の活動報告

静岡県立こども病院 薬剤室

○平田 健志 (ひらた たけし)

【背景・目的】静岡県立こども病院（以下、当院）は静岡県にある小児専門の病院である。病床数279床の中小病院であり、薬剤師のASTへの専従はできておらず、他の業務と並行してAST業務を行っている。他病院のAST業務の活動時間、内容については把握が難しく、病院独自のスタイルになっていることが多い。当院でも2014年にICTチーム発足以来、診療報酬改定や抗菌薬適正使用推進のために薬剤師業務を改善してきたため、ここで報告する。

【活動内容】AST業務は業務稼働日に1日1時間の注射抗菌薬使用患者リスト作成とカンファレンス（医師、看護師、臨床検査技師、薬剤師）を30分から1時間行っている。カンファレンスでは、薬剤師が作成したリストをもとに最新の培養結果を共有し、医師が担当医にフィードバックを行っている。以前は広域抗菌薬使用患者リストのみ作成をして介入してきたが、現在は注射抗菌薬使用患者全例に連日介入している。2024年度の診療報酬改定で新設された抗菌薬適正使用体制加算の取得のため、外来経口抗菌薬のマニュアルの改定と全職員対象の感染対策講習会で周知した。またTDM解析ソフトへの介入も行った。TDM解析に際して病態の違いに加え、当院では超低出生体重児(1000g未満)から15歳まで対応する必要があり、解析ソフトの選択に難重することが多々ある。長期にわたり同じ解析ソフトを使用しており、患者背景によっては対応が難しい場面もあった。そこでメーカーや他のこども病院のICT薬剤師と連絡を取り合い、TDM解析ソフトの選定を行った。すべての薬剤師が解析ソフトを使用できるようマニュアルの作成を行い、薬剤室内で周知した。

【成果・考察】全例介入を週1回から連日介入することで周術期の抗菌薬の使用状況を日々把握でき、フィードバックすることで各診療科抗菌薬の使用日数は短縮し、SSI発症率の変化もなかった。抗菌薬適正使用体制加算のAware分類のAccess抗菌薬使用率は、毎回約70%、上位1%以内であり加算を取得している。新しいTDM解析ソフト導入については、実際の症例で以前のソフトと比較検討繰り返し行い精度を確認していくことと、最新の小児に関する解析ソフトの情報収集を行う必要がある。

P2-100 ICNが中心となり構築したAST活動―カルバペネム使用量適正化への多職種連携の取り組み―

医療法人社団宏和会 岡村記念病院

○神谷 薫 (かみや かおる)

【背景・目的】当院は65床の循環器専門病院であり、HCU長期滞在患者では複数のデバイス留置によりデバイス関連感染のリスクが高く、広域抗菌薬が投与されやすい状況にあった。その結果、カルバペネム使用量は高値で推移し、耐性菌発生が懸念された。当院には感染症医やICDが不在であったため、ICNが中心となり、感染症診療に精通した集中治療医を非常勤として招き、ICTがASTを兼任する形で活動を開始した。本報告では、その活動内容と成果、とくにカルバペネム使用量および緑膿菌耐性率の変化について述べる。

【活動内容】2022年9月より非常勤医師の支援を受け、広域抗菌薬の長期使用患者を中心に症例レビューを実施し、日常的な疑問点はメールで相談しながら活動を進めた。当初は抗菌薬適正使用の判断が難しい症例も多かったため、まずは処方された抗菌薬を適正量で確実に投与することを徹底した。また、必要に応じて電子カルテ上で助言を行い、主治医への直接フィードバックも実施した。さらに、当院の抗菌薬使用量が多いことを示すため、抗菌薬使用量データを他の循環器専門病院と比較し、委員会等で提示して可視化した。加えて、抗菌薬投与前の培養採取が徹底されていない事例がみられたため、電子カルテに培養提出を促すリマインダーを設定し、培養採取の徹底を図った。

【成果・考察】AST介入件数は増加し、臨床医の受け入れ率は循環器内科で51.2%から76.9%、心臓血管外科で22.2%から50%へ向上した。カルバペネム系抗菌薬のAUDは従来4.5～4.72で推移していたが、2026年1月には2015まで減少した。多剤耐性緑膿菌の発生はなかったが、2剤耐性緑膿菌の検出率は57.1%から30.7%へ低下した。これらは培養結果に基づく適切な抗菌薬選択が進んだ結果と考えられる。感染症医が常駐しない小規模病院においても、ICNを中心に非常勤医師の協力を得て多職種でASを推進することで、抗菌薬使用量と耐性菌動向の改善が可能であることが示唆された。今後もさらに精度を高め、抗菌薬適正使用を推進していきたい。

P2-101 当院における血液培養採取時の皮膚消毒剤変更と汚染率低下の検証

兵庫県立淡路医療センター

○中田 友実 (なかた ともみ)、速水 恵、永岩 早稀

【背景・目的】血液培養は菌血症の迅速な診断と適切な抗菌薬の選択に重要な検査である。採取過程における皮膚常在菌の混入による汚染は、起炎菌との区別が難しく、不要な抗菌薬投与、医療コスト増大などを引き起こす要因となる。汚染率は血液培養検査ガイドにおいて目安として2~3%以下を目標とされている。当院においては血液培養の汚染率が高値で推移しており、特に救急外来での汚染率の高さが問題となっていた。血液培養採取時の皮膚消毒剤を10% ポビドンヨード (作用時間: 2分) から1% クロルヘキシジナルコール (作用時間: 30秒) へ変更し、汚染率への影響を検証した。

【方法】皮膚消毒剤の変更時期が2024年4月で、同時期に血液培養の消毒・採血手技の院内研修を行った。汚染菌はコアグラエゼ陰性ブドウ球菌、*Cutibacterium acnes*、*Micrococcus* 属、*Viridans* 群連鎖球菌、*Corynebacterium* 属、*Bacillus* 属と定義し、汚染ボトルは上記汚染菌が血液培養ボトルから単独で検出されたものと定義した。対象期間は変更前を2023年度、変更後を2024年度とし、皮膚消毒剤変更前後での汚染率の変化を、 X^2 検定により比較した。

【結果】皮膚消毒剤の変更前後において汚染率を比較した結果、救急外来で6.19% から2.20% (X^2 検定、 $p<0.001$)、院内全体で4.15% から1.63% (X^2 検定、 $p<0.001$) と有意に低下した。

【考察】結果より、消毒剤の選択は血液培養のコンタミネーションを低減させる要因の一つであると考えられる。一方で、消毒剤変更と同時に院内研修を実施し、採血手技や消毒手順の再周知を行っており、これらの介入が汚染率低下に影響した可能性は否定できない。特に救急外来における顕著な低下は、作用時間短縮により手技遵守率が向上したことも要因の1つと考えられる。皮膚消毒剤の変更は血液培養の精度向上に寄与する有効な介入であったと考えられた。今後も定期的な精度管理と手技教育を継続し、血液培養の質を維持・向上させることで、抗菌薬の適正使用および感染症診断の質向上につなげたい。

P2-102 病棟薬剤師の支援による血液培養陽性患者への早期 AST 介入体制の構築と評価

医療法人 社団哺育会 白岡中央総合病院 薬剤部¹⁾、医療法人 社団哺育会 白岡中央総合病院 感染管理課²⁾

○馬場 歩 (ばば あゆみ)¹⁾、松本 早苗²⁾

【背景・目的】血液培養陽性患者への早期介入は予後改善に直結するが、専門医が常駐しない中規模病院では、抗菌薬適正使用支援チーム (Antimicrobial Stewardship Team: AST) のマンパワー不足や不在時の対応が課題となる。そこで、AST の迅速な介入を担保し対応の遅延を解消する目的で、薬剤部全スタッフが参画し、原則として病棟担当薬剤師が第一線の支援を担うメール通知体制を構築した。本報告では、専門的介入の迅速性と内容の確実性について評価を行った。

【活動内容】対象は2025年1月から12月に血液培養陽性が判明した158例とした。当院 (256床) では、陽性判明時に検査技術科からAST医師および薬剤部全スタッフへグループメールで通知するシステムを運用している。通知を受けた病棟担当薬剤師が即座にカルテを確認し、主治医へ抗菌薬の開始や変更を提案するフローとした。AST医師および薬剤師は、病棟薬剤師の対応を適宜フォローアップし支援する体制とした。報告内容は、陽性通知から初動確認 (医師または薬剤師) までの時間、介入率、および具体的な介入内容とした。

【成果・考察】全158例のうちAST介入は44例 (介入率27.8%) であった。通知から初動確認までの時間は中央値18.0分、平均43.5分であった。介入内容は、投与開始3例 (6.8%)、他剤追加27例 (61.4%)、薬剤変更 (経口スイッチ含む) 9例 (20.5%)、用量調整2例 (4.5%)、検査・診断支援 (血培養再検提案等) 3例 (6.8%) であった。ミカファンギンの追加、セフトリアキソンからアンピシリン・スルバクタムやメロベネムへの変更など、主治医の判断を支援する専門的介入が多くを占めた。病棟薬剤師が実務を担うことで、ASTのマンパワー不足を補完し、迅速かつ専門的な介入が可能となった。本体制により年間30例の治療遅延、適正化遅延を回避できたことは患者安全に大きく寄与したと言える。中規模病院において病棟薬剤師の支援を組み込んだ本体制は、感染症診療の質を向上させる有効な手段であるといえる。

P2-103 カルバペネム系抗菌薬長期使用における背景要因とAST介入の課題

社会医療法人 松本快生会 西奈良中央病院

○岡田 麻子 (おかだ あさこ)、巽 紀子、鈴木 大介

【背景・目的】当院では抗菌薬適正使用推進を目的に指定抗菌薬の届出制を導入し、長期使用症例の把握を行っている。カルバペネム系抗菌薬は14日以上の使用症例を介入対象としてきたが、活動の定着に伴い14日以上の症例は減少し、介入件数減少を認めた。そこで、2025年1月から介入基準を7日以上に変更している。現時点でのカルバペネム系抗菌薬の使用実態を調査し、AST介入の現状と課題を検討した。

【活動内容】カルバペネム系抗菌薬使用症例を後方視的に調査し、診療科別使用状況、感染症別傾向、投与日数、介入時期を検討した。診療科別では内科が最多であった。感染症別では肺炎が最多で、次いで肝・胆・膵系感染症であった。両者の平均投与日数に大差はなかったが、症例数は肺炎が約2倍であった。肺炎症例の平均投与日数は10日で、6~8日までの使用が多かった。11日以上の使用は約37%で、その約70%が85歳以上であった。14日超症例は約10%であったが、4週間近く継続される症例も認められた。14日を超える使用例では、高齢者肺炎、エスカレーション症例、起因菌不明例が多かった。

【成果・考察】培養検査は外注であり結果判明まで時間を要することから、未提出例も認められた。起炎菌不明例や培養陰性例では、エスカレーションにより選択されたカルバペネム系抗菌薬が継続され、漫然とした投与につながる傾向が示唆された。AST介入は主に10日前後に実施されていたが、培養結果が判明する6~8日目までの介入は十分とは言えなかった。起因菌不明例におけるエスカレーションの妥当性を早期に検討することで、漫然使用の抑制につながる可能性がある。使用6~8日目までの早期介入体制の整備と培養結果に基づく再評価体制の構築が必要である。また、グラム染色を活用した起因菌予測体制の構築も課題と考えられた。さらに、高齢者肺炎の長期使用症例では誤嚥性肺炎を背景とする症例も多いと推察され、抗菌薬治療のみならず口腔内環境や体位管理を含めた包括的評価が重要と考えられた。

P2-104 当院における過去7年間のAST活動について

北九州市立医療センター 抗菌薬適正使用支援チーム

○村上 由花 (むらかみ ゆか)、上村 優哉、谷岡 直子、古田 祥子、内藤 宏

【背景・目的】当院では2012年よりAS活動を開始したが、専従者不在のため即時的な介入は困難であった。また、血液培養複数セット採取率が低い事と、カルバペネム系薬の使用量が多い事が問題であった。2019年4月よりAST専従薬剤師が配属となり、より積極的なAS活動が可能となったため、その後7年間の活動概要と成果について報告する。

【活動内容】特定抗菌薬使用届の様式を見直し、培養提出・用法・副作用等の注意事項を追記した上で、培養未実施・血液培養1セットのみ・長期使用の場合は理由の記載を必須とする等、抗菌薬適正使用を促す内容に改良した。院内研修会でも抗菌薬適正使用の教育・啓発を行い、血液培養複数セット採取の必要性とカルバペネム系薬適正使用については特に重点的に周知した。血液培養陽性患者・特定抗菌薬使用患者等のモニタリングとフィードバックの頻度を週1回から連日に変更し、速やかな介入を試みた。主治医へのフィードバックの方法を、カルテ診療録への記載のみから電子カルテ掲示板や電話も用いたより積極的な方法に変更した。専従薬剤師はASTの多職種メンバーに加え病棟薬剤師とも連携しAS活動を行った。

【成果・考察】血液培養複数セット採取率は、2018年度は77.3%であったが、積極的AS活動開始後の2019年度は92.6%に上昇し、その後も上昇を続け、2025年度上半期は98.1%となった。特定抗菌薬使用開始時に培養提出・処方内容 (用法用量等) に問題があった割合は、積極的AS活動開始直後は51%であったが、その後徐々に減少し、2024年度は8%まで減少した。カルバペネム系抗菌薬のAUD (DDD/100bed-days) は、2022年度は3.3であったが、2025年度上半期は2.3まで減少した。専従薬剤師配置後の積極的AS活動継続の成果が現れたと考察する。

P2-105 当院における特定抗菌薬使用届の届出率の向上および AST 業務の効率化への取り組み

兵庫県立淡路医療センター 薬剤部¹⁾、兵庫県立淡路医療センター検査部²⁾、兵庫県立淡路医療センター 看護部³⁾、兵庫県立淡路医療センター 感染対策部⁴⁾

○永岩 早稀 (ながいわ さき)^{1,4)}、中田 友実^{2,4)}、速水 恵^{3,4)}

【背景・目的】当院では抗菌薬の適正使用のために、特定抗菌薬(抗 MRSA 薬と抗緑膿菌薬)について届出制を導入している。届出状況は月 1 回 AST 内で共有していたが、2024 年 4 月時点の届出率は 89% であった。2025 年 2 月より届出のない医師に対し AST 担当薬剤師が電子カルテの付箋機能を用いて届出を促す運用を開始したが、届出率は改善しなかった。また AST カンファレンスの資料作成は対象患者を薬剤部門システム、感染管理支援システムで抽出していた。治療経過、対象薬剤、採血結果、投与歴、培養結果などは電子カルテで収集し、データを Excel で管理していたため、新規患者 1 件あたり約 25 分を要していた。今回、当院における特定抗菌薬使用届の届出率の向上および AST 業務の効率化への取り組みについて報告する。

【活動内容】特定抗菌薬使用届の届出率向上のため、届出を促す付箋機能の様式について AST で再検討を行い、統一の文言、デフォルトではなく、より視認性を高め、フォントを強調し付箋自体を拡大する等の変更を行った。さらに、届出されない場合には、AST から主治医および診療科長を含む関係医師へ一斉メールで届出状況を周知する体制とした。加えて、院内感染対策委員会までに届出がない場合には電話連絡を行う運用とした。

また、AST 資料作成時、データを Excel 管理するため電子カルテ等を用いて収集していた患者情報を、一括で抽出できるよう感染管理支援システムの改修を行った。経時的介入記録を含め管理できる仕組みを構築した。

【成果・考察】取り組み開始以降、特定抗菌薬使用届の届出率は 100% を達成した。感染管理支援システムの改修により、AST カンファレンス資料の準備時間は 1 件あたり約 15 分に短縮した。さらに、多職種が AST の経時的な介入結果を確認できるようになった。必要な情報が画面に表示されることで情報の見落としを防ぐことができ、確実なスクリーニングに繋がったと考える。

一方で、届出率 100% の維持には届出状況の確認や依頼対応など一定の人的負担を要している。今後は届出の自動化やアラート機能の実装など、マンパワー依存からの脱却が課題である。

P2-107 当院におけるタゾバクタム/ピペラシリンの使用状況調査

社会医療法人社団順江会 江東病院

○木村 統乃 (きむら すみの)、玉虫 香澄、千葉 舞、佐藤 大輔、渡部江津子、清水 彩加、星 作男

【背景・目的】抗菌薬適正使用支援チーム (AST) にとって広域抗菌薬の使用量管理は、耐性菌抑制の観点から極めて重要な業務である。当院ではタゾバクタム/ピペラシリン (TAZ/PIPC) の使用量が年々増加傾向にあり、これまで AST レターによる啓発や TAZ/PIPC 使用症例に対するモニタリングおよび介入を行ってきたが、使用量の抑制には至っていない。今回、現状の課題を明確にするため、当院における TAZ/PIPC の使用状況を調査した。

【方法】対象は 2025 年 10 月から 12 月に TAZ/PIPC が投与された入院患者 158 症例とした。カルテより患者背景、処方診療科、投与理由、培養検査の実施有無、投与期間、デエスカレーションの実施状況を調査した。

【結果】対象症例の平均年齢は 81 歳 (45-98) であった。処方診療科は呼吸器内科、泌尿器科、外科の順に多く、投与理由は呼吸器感染、尿路感染が上位であった。全体の 75% で初期治療として TAZ/PIPC が選択されていたが、デエスカレーション実施率は 30% に留まった。デエスカレーションが実施されなかった症例のうち、呼吸器感染では、喀痰培養から緑膿菌、メチシリン感受性黄色ブドウ球菌などが多く検出された一方、常在菌しか検出されず起原因菌不明な症例が最多であった。尿路感染では、尿培養から大腸菌、肺炎桿菌、緑膿菌などが検出された。なお、血液培養実施率は 56% で、平均投与日数は 9.2 日間であった。

【結論】当院において TAZ/PIPC は呼吸器・尿路感染に対して初期治療として使用されている状況が多かった。デエスカレーションが進まない要因として、起原因菌未特定による標的治療への移行困難や、感受性結果に基づいた標的治療への切り替え不足が示唆された。今後は血液培養提出率向上のための取り組みや、介入のタイミングの見直し、感受性判明後の症例に対して具体的な処方提案を行う必要があると考える。本調査結果を基に、当院におけるさらなる抗菌薬適正使用を推進していきたい。

P2-106 段階的強化型抗菌薬適正使用支援介入がカルバペネム使用量に与えた影響の検討

さぬき市民病院 医療技術部 薬剤科¹⁾、さぬき市民病院 感染管理センター²⁾

○鈴江 奈月 (すずえ なつき)¹⁾、井原 由弘²⁾

【背景・目的】カルバペネム系抗菌薬は重症感染症治療において重要な役割を担う一方、過剰使用は耐性菌出現の要因となる。そのため、医療機関における抗菌薬適正使用支援 (ASP) の推進が求められている。当院はカルバペネム系抗菌薬として MEPM のみを採用しているが、使用量の増加が課題となっていた。本研究では、これらの介入が MEPM の抗菌薬使用密度 (AUD) に与える影響を評価するとともに、SBT/ABPC および CTRX の使用動向を解析し、抗菌薬選択の変化を検討した。

【活動内容】対象期間は 2017 年 4 月から 2025 年 12 月までの 105 ヶ月とし、介入前 24 ヶ月、介入 I 後 48 ヶ月、介入 II 後 33 ヶ月の 3 期間に区分した。介入 I では、抗菌薬適正使用チーム (AST) の薬剤師が MEPM 投与患者全例を対象に処方内容を確認し、投与量・投与日数の適正化および抗菌薬変更を含む提案を継続的に実施した。介入 II では体制を強化し、感染症内科医が週 1 回勤務する体制で、薬剤師と協働して抗菌薬適正使用支援活動を行った。また、e-learning とインターネットライブ講義を組み合わせた多施設 AST 支援を受けた。各抗菌薬の月次 AUD 中央値を算出し、3 期間の比較を Kruskal-Wallis 検定を用いて解析し、有意水準は 5% とした。

【成果・考察】MEPM の AUD 中央値は 2.955、2.686、0.942 と推移した。介入 I では減少傾向だが、介入前との間に有意差は認めなかった。一方、介入 II 後には有意な低下を認めた ($p < 0.05$)。SBT/ABPC は 0.7030、1.0165、2.7580 と段階的に増加し、各期間間で有意差を認めた。CTRX は 2.281、2.436、3.988 と推移し、介入 II 後に有意な増加を認めた。薬剤師主導の全例介入により広域抗菌薬使用量は減少傾向を示したが、感染症内科医との協働体制構築後にその変化は統計学的にも明確となった。これは、広域抗菌薬から狭域または標準的治療薬への適切な狭域化が組織的に推進された結果と考えられる。さらに本取り組みは、AST、薬剤科および診療部が継続的に連携する体制整備を通じて ASP を日常診療に組み込む契機となった。本結果は、段階的な ASP 体制の強化が抗菌薬選択に持続的な変化をもたらし、耐性菌対策の観点からも臨床的意義が高いことを示すものである。

P2-108 薬剤師による血液培養結果報告体制変更後のメロペネム処方動向について

鹿児島厚生連病院

○福永 晟也 (ふくなが せいや)、秋山 久美、池増 鮎美、佐多 照正、副島 賢忠、徳重 浩一

【背景・目的】当院では血液培養を含む各種培養検査を外注で実施しており、結果判明までに 1 週間以上を要する場合がある。また、結果判明後に電子カルテで閲覧できるようになるまでも時間差が生じるため、培養結果に基づく抗菌薬の継続・変更の判断が遅れることが課題であった。従来、病棟担当薬剤師は血液培養陽性例を電子カルテで医師へ報告していたが、2025 年 9 月より、陰性結果を含めて報告する運用へ変更した。本研究では、運用変更がメロペネム (MEPM) の処方動向に与える影響について検討した。

【方法】2024 年 9 月から 12 月 (変更前) および 2025 年 9 月から 12 月 (変更後) を対象に、電子カルテを用いて後方視的に調査した。

対象は呼吸器内科および肝臓内科・消化器内科において MEPM を使用した入院患者 (介入前 40 例、介入後 24 例) であった。

調査項目は 1. 培養結果判明後に処方変更・中止になるまでの期間、2. 培養結果判明後の MEPM 処方動向別症例数とした。血液培養未採取、培養結果判明前の死亡患者は除外とした。

【結果】1. 培養結果判明後に処方変更・中止になるまでの期間は変更前で平均 2.0 日、変更後は平均 0.9 日であった。薬剤師介入後は培養結果判明当日・翌日までにほとんどが中止・変更となった。

2. 培養結果判明後に MEPM 中止・処方変更となった割合は変更前 6 例 (中止 4 例、変更 2 例)、変更後 10 例 (中止 7 例、変更 3 例) であった。このうち薬剤師の介入があった症例は変更前 2 例 (変更 2 例)、変更後 8 例 (中止 5 例、変更 3 例) であった。

運用変更前の MEPM からの抗菌薬変更内容としては、レボフロキサシン注 (2 例)、ドリベネム、変更後はレボフロキサシン経口・注射、タゾバクタム/ピペラシリン、に変更された。

【結論・考察】薬剤師が培養陽性例だけでなく、陰性例にも関わることで抗菌薬処方中止・変更の意思決定に関与できた。本研究は後方視的調査であり症例数も限られていたが、今後も本取り組みを継続することで症例を蓄積し、発信していきたい。

P2-109 感染症専門医不在の中小病院における薬剤師主導 AST 活動と ICT ツールを用いた情報共有体制の構築

社会医療法人同愛会 博愛病院

○中山 卓（なかやま すぐる）、田原由紀子

【背景・目的】薬剤耐性（AMR）対策として抗菌薬適正使用の推進が求められており、抗菌薬適正使用支援チーム（AST）の役割の重要性が高まっている。しかし、感染症専門医が不在の中小病院では AST 体制の整備や多職種間の迅速な情報共有が課題となる場合がある。当院では 2022 年 4 月より薬剤師主導の AST 活動を開始し、ICT ツールを用いた情報共有体制を構築しており、本取り組みについて報告する。

【活動内容】当院は鳥取県西部にある 199 床のケアミックス病院である。AST は医師、薬剤師、臨床検査技師、看護師で構成され、薬剤師および臨床検査技師を中心に抗菌薬適正使用支援業務を行っている。血液培養陽性症例および広域抗菌薬使用症例を対象として重点的にモニタリングを行い、抗菌薬使用状況の把握および培養結果の確認を行ったうえで AST 介入の必要性を判断し、用法・用量の適正化、de-escalation の提案、TDM などの介入を実施している。AST メンバー間の情報共有には ICT ツールを活用しており、血液培養陽性の報告、グラム染色結果、菌同定結果、薬剤感受性結果などの細菌学的情報は臨床検査技師より共有され、抗菌薬適正使用支援や TDM に関する提案内容は薬剤師より共有している。医師には医学的判断が必要な場合や提案前の最終判断が必要な場合に確認や助言を依頼し、迅速な対応に努めている。

【成果・考察】AST 介入件数は 2022 年度から 2024 年度までの 3 年間で 217 件であり、医師による提案受入率は約 97% であった。カルバペネム系抗菌薬の使用量は抗菌薬使用密度（AUD）で評価したところ、AST 導入前の 2021 年度と比較して 2024 年度には約 56% 減少した。広域抗菌薬使用症例における培養提出率は 2024 年度時点で約 70% であった。ICT ツールを用いた情報共有体制は薬剤師主導 AST 活動を支援し、感染症専門医不在の中小病院における抗菌薬適正使用の推進に寄与する可能性が示唆された。

P2-110 慢性期病院において AS 活動を展開するための 1st Step に向けた肺炎診療の後方視的検討

社会医療法人友愛会 友愛医療センター薬剤科¹⁾、社会医療法人友愛会 友愛医療センター検査科²⁾

○小杉 卓大（こすぎ たくひろ）¹⁾、姫野 智子¹⁾、大城 輝帆²⁾

【目的】国内病院の約 70% は中小病院である。現在は地域連携強化対策の元で、多くの施設で感染管理体制が取られ、ガイドラインにおいても中小病院は大規模病院と同様の感染対策が望まれている。今回、同法人内で急性期の友愛医療センター（388 床）から慢性期病院の豊見城中央病院（268 床）への出向を機に、出向先施設における Antimicrobial Stewardship Team（AST）をサポートするための 1st Step として、外注委託で行われている細菌検査の状況を確認し、感染症診療へのサポート体制を構築し、診療部へフィードバックを行うため、今回、これまでに豊見城中央病院で行われた肺炎症例に対して後方視的に検討を行った。友愛医療センター倫理委員会で承認済み。

【方法】2025 年 1 月から 2025 年 12 月まで豊見城中央病院で肺炎の診断で入院した患者を対象とした。

【結果】肺炎の診断で入院した患者は 255 例で、平均年齢は 82.1±12.5 歳、男性比 129 例（50.6%）、平均在院日数 29.3 日、入院時に血液培養が採取されたのは 147 例（57.6%）、喀痰培養が採取されたのは 141 例（55.3%）、初期開始抗菌薬の内訳は CTRX112 例（43.9%）、ABPC/SBT77 例（30.2%）、MEPM15 例（5.9%）であった。また、外注委託先の細菌検査室では喀痰性状の評価は行われていなかった。

【考察】近年、慢性期病院における AS 活動報告が散見され、AS の活動が従来の急性期病院から地域へ少しずつその野が広がっている。今回、実際の臨床現場を経験したことで、施設の臨床現場の状況により合わせたサポート体制を構築することに繋がると考えられる。急性期病院に比べ、限られた院内インフラ、マンパワーの中で AS を実践していかなければいけない慢性期病院における AS 担当薬剤師の役割は重要であり、多職種、施設間での良好な連携をとっていくことが必要であると考えた。

P2-111 BD バックテック 21F 溶血タイプ 嫌気用ボトル P の妥当性評価

友愛医療センター

○大城 輝帆（おおしろ きほ）、西平 守邦、川門 礼子、金城 聖子、小杉 卓大

【背景・目的】血液培養検査は血流感染症の診断と適切な抗菌薬を選択する上で重要な検査である。当院では BD バックテック 23F 好気用レズンボトル P（以下、好気レズン）と BD バックテック 22F 嫌気用レズンボトル P（以下、嫌気レズン）の 2 本を 1 セットとして検査を実施していたが、2023 年 4 月から嫌気レズンを BD バックテック 21F 溶血タイプ嫌気用ボトル P（以下、嫌気リティック）へ変更した。嫌気リティックは、嫌気レズンよりも検出率の向上・陽性時間の短縮が可能になっている。今回嫌気レズンと嫌気リティックの陽性時間の差および、菌種ごとの違いについて検討した。

【方法】対象は 2021 年 4 月 1 日から 2023 年 3 月 31 日に提出された血液培養 20,999 本のうち嫌気が陽性になった 1735 本を A 群、2023 年 5 月 1 日から 2025 年 4 月 30 日の間に提出された 19,553 本のうち陽性になった 1631 本を B 群とし、A 群と B 群での陽性時間と検出菌を比較検討した。統計学的解析は Welch の t 検定を使用した。

【結果】陽性時間の中央値（h）は A 群で 13.8、B 群で 11.7 と 2.1 短縮した（ $P<0.001$ ）。24 時間以内の陽性率は A 群で 73.3%、B 群で 85.2% と上昇した（ $P<0.001$ ）。グラム染色別で比較した陽性時間の中央値（h）は、グラム陽性菌で 14.5 から 11.9（ $P<0.001$ ）、グラム陰性菌は 11.7 から 10.2（ $P<0.001$ ）へそれぞれ短縮した。次に検出頻度の高い *E. coli*、*S. aureus*、*K. pneumoniae* について、菌種ごとの陽性時間の中央値（h）は *E. coli* で 11.5 から 10.0（ $P<0.001$ ）、*S. aureus* では 15.5 から 11.3（ $P<0.001$ ）、*K. pneumoniae* では 11.6 から 10.3（ $P<0.001$ ）へそれぞれ短縮された。

【結論】本検討より、嫌気リティック導入により検出時間が有意に短縮されることが示された。また *S. aureus* や *E. coli* など臨床的に重要な菌種で顕著に短縮をみとめたことは早期診断および迅速な抗菌薬治療へと繋がると考えられる。また陽性時間の短縮により、日勤業務内における陽性検体処理の割合が増加する可能性があり、当直夜間帯の対応減少による医師及び臨床検査技師の業務負担軽減にも繋がるのではないかと考えられる。

P2-112 Antimicrobial Stewardship のこれまでと 10 年先の AS 体制構築に向けて

社会医療法人友愛会 友愛医療センター 薬剤科¹⁾、社会医療法人友愛会 友愛医療センター 検査科²⁾

○姫野 智子（ひめの ともこ）¹⁾、小杉 卓大¹⁾、大城 輝帆²⁾

【背景・目的】当院 ICT は 2014 年より Antimicrobial Stewardship（AS）として薬剤師が中心となり活動を継続してきた。大きな転換期として 2020 年新病院移転（急性期病院；388 床）を機に抗菌薬管理が可能な感染管理部門システム、質量分析装置を導入し、院内における一般培養検査を開始したことで、AS 活動を取り組みやすい環境が整えられた。しかし、マルチタスクをこなす薬剤師の限られた人員の中で、AS 業務に充てられる時間は十分とは言えない現状である。次の 10 年を見据えた AS 活動を創造していくため、これまでの活動を振り返り検討を行った。友愛医療センター倫理委員会で承認済み。

【方法】2021 年から 2025 年までに実施した AS 介入件数（モニタリング患者数、フィードバック症例数）と、その背景にある資源の有無、MEPM の AUD について調査した。

【結果】モニタリング患者数は、2021 年で 1207 名、2022 年では 1562 名と増加傾向であったが、2023 年は 1207 名、2025 年では 762 名と減少傾向であった。そのうちフィードバック症例数は 2021 年で 279 症例、2022 年では 400 症例、2023 年は 500 症例と増加傾向にあったが、2024 年より減少傾向で、2025 年は 222 症例であった。提案受諾率は良好で 80-90% 台を維持していた。MEPM の AUD は、2021 年は 22、2025 年では 29 と増加傾向であった。

【考察】感染管理部門システムや質量分析装置の導入、院内での一般培養検査の開始により、早期の抗菌薬処方後の評価とフィードバック体制を確立することができた。また、MEPM を使用するべきタイミングについてはさらなる介入の余地があると考えられた。今後、AS 活動の発展のためには後進の育成、検査機器や部門システム等の資源の投資が必要である。さらに充実した体制を構築していくためには、病院内のコミットメントは不可欠であり、この先 10 年の AS について目標を共有し、病院全体で取り組んでいくことが重要であると考えられる。

P2-113 新型コロナウイルス感染症発生時における初期対応の可視化～アクションカード作成の取り組み～

医療法人豊田会 刈谷豊田東病院
○今井久留美 (いまい くるみ)

【背景・目的】新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19 とする）が5類となり2年経過し、感染対策は変化した。また、COVID-19 患者数が減り、病棟職員の感染対策知識が曖昧になりつつある。このような状況で COVID-19 が発生した場合、初期対応の遅れにより感染拡大へと繋がる恐れがある。実際に COVID-19 クラスタを経験し、高齢者が多く入院する療養病棟の職員からは、不安の声が上がっていた。そこで、災害時の初期対応で用いられているアクションカードを感染対策にも活用できるのではないかと考え、COVID-19 発生時の初期対応アクションカードを作成した。初期対応を可視化することで誰もが同じ行動をとれるようになり、職員の不安も軽減できると考えた。

【活動内容】職員用・責任者用2種類のアクションカードを作成し、発熱患者への対応、COVID-19 判明時の対応、ゾーニング方法、必要物品リストをそれぞれに記載した。また、A 病棟職員の意見を参考に項目を追加した。その後、A 病棟でアクションカードを用いた初期対応の仮想訓練を実施し、訓練前後で A 病棟職員を対象にアンケート調査を行った。

【成果・考察】アンケート回収率は24名(96%)であった。『初期対応時の行動』の正解率は80%で、全員がアクションカードを見ながら行動できると回答した。自由回答では、アクションカードを用いる前は「まず、しなければいけないことがわからない」「いつでも同じように行動できる指標が欲しい」などの意見があったが、アクションカードを用いた後は「アクションカードを見ながらやれば、不安なく準備やケアが実施出来た」「場面ごとの行動や必要物品が記載してありわかりやすい」と変化した。これらのことから、COVID-19 発生時における初期対応を可視化したことで、職員・責任者それぞれが行動すべきことを理解でき、職員の不安の軽減に繋がったと考える。今後は、定期的な訓練の実施やアクションカード内容の見直しを行っていく必要がある。

P2-114 COVID-19 発端者のうち二次症例が2例以上になるリスク因子の検討

東京ほくと医療生活協同組合 王子生協病院
○廣川 和恵 (ひろかわ かずえ)、打矢 春花

【背景・目的】COVID-19 クラスタを繰り返す中で、二次症例が2例以上になった発端者に共通するリスク因子があるか検討する。

【方法】疑わしいリスク因子の抽出について、病棟看護師に2023年1月～2025年12月の期間、COVID-19 クラスタの最中と振り返り時に聞き取り調査を行った。a 咳嗽がある、b 徘徊がある発端者は二次症例が2例以上になる確率が高いと仮説をたて、2022年1月～2025年12月に入院している COVID-19 発端者(濃厚接触者がいない発端者は除く)のリスク因子 a、b の有無と、その濃厚接触者と二次症例の人数を診療録から抽出した。a、b についてカイ二乗を用い有意差があったか検討した。

【結果】病棟看護師への聞き取り調査では、咳嗽があるがマスクをしない、制止しても徘徊してしまう COVID-19 発端者がリスク因子としてあった。COVID-19 発端者は72例、その濃厚接触者165例のうち、40例が発症、発症率24%だった。COVID-19 発端者のうち a 咳嗽がある48例中、二次症例が2例以上になった発端者は8例だった。b 徘徊がある9例中、二次症例が2例以上になった発端者は4例だった。a のオッズ比1.4(p>0.01)、b のオッズ比6.4 (p<0.01)であった。

【考察・結論】COVID-19 発端者に咳嗽や徘徊があることがリスク因子であるかを検討し、徘徊がリスク因子であった。先行研究でも飛沫・エアロゾルが出る状況や徘徊があることがリスク因子とされており一致した。咳嗽に有意差がなかったのは、咳嗽があっても診療録に記載されていない可能性もあり、咳嗽の有無が正しく記録できれば有意差が出る可能性がある。徘徊がリスク因子になったのは、マスク着用できない発端者が他患者と距離を保てないからだと考えた。二次感染を防ぐには、徘徊のある発端者に繰り返しマスク着用を伝える工夫や他患者と接触しにくい環境調整が必要だと考えた。今回は後ろ向き研究のため、発端者の直接観察ができていなかったり記録の標準化ができていないため、結果の正確性には限界があると考えた。

P2-115 新型コロナウイルス感染症による高齢者施設クラスター対応に対する感染管理認定看護師支援の双方向評価

京都府立医科大学大学院¹⁾、兵庫医科大学²⁾、大阪大学大学院³⁾、大阪大学医学部附属病院⁴⁾、箕面市立病院⁵⁾
○内海 桃絵 (うつみ ももえ)¹⁾、土田 敏恵²⁾、永安 真弓³⁾、谷村 卓勇³⁾、太田 悦子³⁾、四宮 聡⁵⁾

【背景・目的】新型コロナウイルス感染症流行下において高齢者施設のクラスター対応として感染管理認定看護師(ICN)が派遣され支援を行った。本研究は支援の受け手側と提供側の双方向から支援のタイミングおよび内容の評価することを目的とした。

【方法】全国の高齢者施設の管理者およびスタッフに調査依頼書を郵送し、ICNへは一般社団法人日本感染管理ネットワークを通じて Web 質問紙調査を実施した。調査対象期間は2020年1月～2023年4月とした。調査項目は基本属性、支援開始のタイミングとその評価、支援内容などであった。評価は7段階リッカート尺度で7点満点の連続変数として処理した。統計解析には SPSS ver.23 を用い、有意水準は0.05未満とした。本研究は兵庫医科大学倫理審査委員会の承認を受けた(202402-010)。

【結果】ICN から支援を受けたのは管理者79/238人(33.2%)、スタッフ65/136人(47.8%)であり、支援を提供したICNは192/248人(77.4%)であった。クラスター発生回数は1施設あたり平均2.7回、ICN 経験年数は平均10.8年で、1人あたり1～90施設(中央値5)を支援していた。支援開始は施設では7日以内が98.2%で評価6.67点、ICN では1～2日目が67.4%と最多で評価5.58点であった。ICN 評価は5日目以降で3.38点と最も低く(p<0.001)、早期介入の重要性が示された。支援内容は双方ともゾーニング、PPE 着脱方法、ケア方法見直しの順に多く、施設側が最も効果的と評価したのはゾーニング(78.3%)とPPE 着脱方法(59.7%)であった。施設側の課題は「生活優先か感染対策優先かの判断」45.6%、「来てほしいタイミングで来てもらえない」22.4%であった。継続支援の希望は管理者6.39点、スタッフ6.33点と高かった。一方、ICN が困難と感じたのは物品不足49.2%、施設長・経営母体の考え方44.3%、施設特性の理解36.5%であった。【結論】高齢者施設とICN 双方から、ゾーニング、PPE 着脱支援が評価された。一方、介入時期や施設特性に関する課題も明らかとなった。双方向評価に基づく支援体制の調整が、より効果的なクラスター対応につながる事が示唆された。

P2-116 新型コロナウイルス感染症流行下の高齢者施設クラスター対応における感染管理認定看護師派遣のバックアップ体制

京都府立医科大学大学院¹⁾、兵庫医科大学²⁾、大阪大学大学院³⁾、大阪大学医学部附属病院⁴⁾、箕面市立病院⁵⁾
○内海 桃絵 (うつみ ももえ)¹⁾、土田 敏恵²⁾、谷村 卓勇³⁾、永安 真弓³⁾、太田 悦子³⁾、四宮 聡⁵⁾

【背景・目的】新型コロナウイルス感染症流行時、高齢者施設のクラスター対応に感染管理認定看護師(ICN)が派遣された。本研究は高齢者施設に派遣されたICNのバックアップ体制の実態を明らかにした。

【方法】日本感染管理ネットワークを通じてICNにWeb 質問紙調査を実施した。調査対象期間は2020年1月～2023年4月とした。調査項目は、対象者属性、クラスター支援の依頼元、交通費等の支給、派遣に伴う業務代行の有無、クラスター支援で自身の糧となった能力であった。統計解析には SPSS ver.23 を用い有意水準0.05未満とした。本研究は兵庫医科大学倫理審査委員会の承認を受けて実施した(202402-010)。

【結果】有効回答248人のうち、高齢者施設へ派遣されクラスター対応を行ったICNは192人(77.4%)であった。ICN 経験年数は平均10.8年、施設のICNが1人の施設は105人(54.7%)、専従勤務は142人(74.4%)であった。施設病床数は50%が300床未満であった。依頼元別の派遣時勤務状況は厚生労働省(出張扱い83.3%、交通費支給100%)、保健所(81.8%、61.9%)、看護協会(75.0%、75.0%)であった。派遣が休暇扱いとなった者は23人(12.0%)、交通費を全額自費負担した者は42人(21.9%)であった。謝金または給与加算がなかった者は82人(42.7%)、感染管理業務の代行がなかった者は131人(68.2%)であった。業務代行がなかったのは病床数200床未満(p<0.001)、ICN が1人の施設(p<0.001)であった。クラスター対応支援を行ったことが糧になった能力は、「マネージメントとコミュニケーション」183人(95.3%)、「感染性微生物の伝播予防/制御」145人(75.5%)、「サーベイランスと疫学的調査」128人(66.7%)であった。

【結論】ICN の高齢者施設派遣では労務管理や業務代行体制が十分とは言えず、特に小規模施設やICN が1人配置の施設ではバックアップが脆弱なことが示された。一方で、派遣経験はICN の専門能力向上に寄与していた。持続可能な派遣体制の構築には、労務保障および施設内での代替体制整備を含む組織的支援体制の確立が必要である。

P2-117 COVID-19 罹患後職員の復帰前検査と就業復帰について

旭川赤十字病院

○橋爪 美樹（はしづめ みき）、塩谷 光彦

【背景】当院ではCOVID-19 罹患職員の就業禁止期間を「発症日を0日とし、発症後5日間が経過し、かつ解熱および症状軽快から24時間経過するまで」とし、発症後6日目または7日目に復帰する場合は新型コロナウイルス抗原定量検査を実施、発症後8日目に降の場合は検査なしで復帰としていた。復帰前検査は、抗原量1000pg/mL未満なら当日復帰、1000～5000pg/mL未満なら8日目、5000以上なら11日目から復帰としていた。結果によっては検査なしで復帰する職員より就業復帰が遅れる状況があり、今回罹患後職員の復帰時期について検討した。

【活動内容】2024年4月から2025年12月までのCOVID-19 罹患職員402例の復帰前検査の有無と抗原量を調査した。復帰前検査の有無：6日目検査：106例(29%)、7日目検査：56例(15.3%)、検査なし：204例(55.7%)。抗原量：6日目：陰性24例(22.6%)、1.0～100未満18例(17%)、100～1000未満38例(35.8%)、1000～5000未満14例(13.2%)、5000以上12例(11.3%)。7日目：陰性19例(33.9%)、1.0～100未満21例(37.5%)、100～1000未満5例(8.9%)、1000～5000未満6例(10.7%)、5000以上5例(8.9%)。復帰前検査の約75%でウイルスが分離され、うち抗原量5000以上が約10%であった。7日目の結果では、6日目より検査陰性が多く、抗原量5000以上は減少していた。

【成果・考察】COVID-19 発症後6日目の平均的なウイルス排出量は発症日の20～50分の1とされており、復帰前検査結果も経時的な減少を示していた。また復帰前検査で抗原量1000pg/mL未満で当日復帰した職員からの二次感染の報告はなく、罹患後職員の就業復帰時期を見直し、2026年1月からは復帰前検査を中止、発症後6日目の検査なし復帰を可とした。COVID-19は規模に違いはあっても感染の流行を繰り返し、今後も高齢者を中心に死者数も高い水準で経過する疾患である。今回、職員の就業復帰までの期間を短縮したが、重症化リスクが高い患者との接触を控えるなどの勤務調整や職員自身が10日目までは他者に感染させるリスクがあることを自覚し感染対策を徹底する事は重要である。

P2-119 5 類移行後に 3 病棟で同時期に発生した COVID-19 アウトブレイクに対する介入：環境対策から標準予防策再徹底への転換

弘前大学医学部附属病院 感染制御センター¹⁾、弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科・感染症科²⁾

○木村 俊幸（きむら としゆき）¹⁾、糸賀 正道^{1,2)}、尾崎 浩美¹⁾

【背景・目的】新型コロナウイルス感染症が5類感染症へ移行後、当院では標準予防策を中心とした院内対応を実施している。しかし、現場における標準予防策の遵守状況にばらつきが認められていた。このような状況下で、2026年1月末から2月末にかけて、A病棟X階、X+1階、X+2階の3病棟において新型コロナウイルス感染症のアウトブレイクが発生した。本報告では、ICT（Infection Control Team）の介入内容と収束に至るまでの経緯を整理し、課題を検討することを目的とした。

【活動内容】A病棟X階では、1月29日に入院患者2名の感染が確認され、入院患者13名、医療従事者6名へ感染が拡大した。A病棟X+1階では、1月30日にA病棟X階から転棟した入院患者1名について2月2日に感染が確認され、その後、入院患者17名、医療従事者3名の集団発生となった。A病棟X+2階では、2月3日に入院患者1名の感染が確認され、入院患者12名、医療従事者8名へ感染が拡大した。各病棟で原因分析を行った結果、共通処置室および共通洗面所の運用方法に関する課題が抽出された。ICTは初期介入として、各病棟への直接指導、共有環境の整備、パーティション設置などを実施した。しかし、共有環境への物理的介入のみでは改善は限定的であった。再検討の結果、医療スタッフによる標準予防策の不徹底が共通要因として抽出されたため、標準予防策の再教育および共有環境の使用方法是正を実施した。加えて、当院において予定入院が集中する時期であり、近隣医療機関でもアウトブレイクが発生していたことから、発生病棟内で患者の移動を余儀なくされたが、その際の感染対策が十分に徹底されていなかったことも判明した。この点についても重点的に指導を行い、約1カ月でアウトブレイクは収束した。

【成果・考察】感染拡大には、標準予防策の遵守不足、共有環境の不適切運用、患者への感染対策指導不足が関与したと考えられる。特異的対策よりも基本的感染対策の再徹底と人的要因への介入が収束に寄与しており、継続的な教育と実践確認の重要性が示された。

P2-118 5 類感染症移行後の当院における COVID-19 によるクラスターの考察

医療法人辰星会 枳記念病院 感染対策室¹⁾、医療法人 辰星会 枳記念病院 消化器外科²⁾

○熊田ふみ子（くまだ ふみこ）¹⁾、佐久間 浩²⁾

【背景】COVID-19が5類に引き下げられて以降、世間の感染対策は大幅に緩和されてきた。しかし、ウイルス自体の感染力が減弱したわけではなく、5類感染症へ移行後もCOVID-19による院内クラスターが発生し、院内では変わることのない感染対策を継続している。そこで5類感染症へ移行後の院内クラスターの分析を行い、クラスターが及ぼす影響について考察する。

【方法】2023年5月以降の院内クラスターの発生状況、並びにクラスターが及ぼす影響についてWelchの2標本t検定を用い、有意水準 $p<0.05$ とした。

【結果】1. 2023年5月～2025年11月までのクラスターの発件数は17件であった。延べ罹患患者数235名、1回のクラスターでの罹患患者数は平均17.9名であり、医療従事者の罹患率は平均20%であった。発生したクラスターの多くは患者の発熱により発生し、同室患者への感染や医療従事者を介して拡大したと推測された。クラスターの発生経路としては患者からの持ち込みが多く、どのクラスターも県内の流行のピークに合わせて発生し、収束までに平均24.4日を要していた。クラスター発生による外来診療の中止や入院制限はなかった。また平均在院日数、病床稼働率、平均在院患者数についてクラスター発生時期と発生していない時期を比較したところ、すべてにおいて $p>0.05$ と有意差を認めなかった。

【考察】COVID-19が5類へ引き下げられて以降も、院内では多くのクラスターが発生していた。一度クラスターが発生すると、収束までに長い時間を要し、その間多くの患者や医療従事者が罹患していた。平均在院日数や病床稼働率、平均在院患者数など外来診療体制や、病院運営に大きな影響は見られなかったが、就業制限によるマンパワー低下や感染対策に関わるストレスは、5類へ引き下げられて以降も、対応する医療従事者にはあるものと考えられる。

【結語】COVID-19が5類感染症へと引き下げられたことによる、外来診療体制や病院運営に影響は認められなかった。今回は医療従事者へのストレスなどのソフト面への影響については調査しなかったが、対応する医療従事者へのケアは今後も継続していく必要がある。

P2-120 新興感染症発生時における部署別アクションカードの有用性

久留米大学医療センター

○爲廣 侑子（ためひろ ゆうこ）、磯部 美和、新地 幸江、江崎 祐子

【背景・目的】A病院では、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）第1波より入院患者受け入れ、発熱外来運営等を行ってきた。院内ではCOVID-19マニュアルに沿って対応してきたが、2021年2月当院初のクラスターが発生した。収束後、随時マニュアルを追加修正しているが、他部署からの異動者や新人看護師、看護補助者は慣れない業務に不安を感じていた。また、感染症発生時には管理者の指示を待つことが多く、主体的に適切に感染症患者対応ができる仕組み作りが必要と考えた。発熱者対応は突発的に発生するため、看護師夫々の役割を理解し迅速に行動に移せる「感染症発生時部署別アクションカード（アクションカード）」の活用が有効と考え作成した。今回、アクションカードの活用及び訓練の成果について報告する。

【活動内容】2021年11月～2024年8月、リンクナース（LN）会が中心となり、各部署の特殊性を踏まえ、陽性者担当看護師、リーダー看護師等の役割を明確にしたアクションカードを作成した。作成後は、アクションカードを元に、年2回の感染症発生時机上訓練（机上訓練）と個人防護具（PPE）着脱訓練を実施した。これまでに7回の机上訓練を行い、4回アクションカードを使用した。机上訓練後はアンケート調査を行い、発熱者対応時の理解度とアクションカードの意見を集約し、LN会で情報共有し、アクションカードをブラッシュアップさせた。

【成果・考察】看護師の役割に沿ったアクションカードの運用開始以降、COVID-19やインフルエンザ等の散発的発生はあったが、クラスターは0件である。アンケート調査では、机上訓練は98%が必要であると回答し、「行動レベルで分かりやすい」「分かっているつもりが実際に机上訓練は勉強になる」と意見があり、アクションカードを用いた机上訓練は有効である。アクションカードと机上訓練、PPE着脱訓練を組み合わせ、LN会で検討し情報共有を行ったことで、部署の特徴に応じた感染症発生時の初動に繋がったと考える。今後は、看護師だけでなくアクションカードの範囲を拡大し、看護補助者等にも活用できるものを作成し、さらにブラッシュアップさせることが課題である。

P2-121 病院全面移転に伴う感染対策の再構築

琉球大学病院 感染制御部 感染対策室

○鈴木 聡美 (すずき さとみ)、菅 力也、仲松 正司

【背景・目的】当院は2025年1月宜野湾市西普天間地区へ約5kmの全面移転を実施し、620床を有する特定機能病院として高度医療を提供、県内感染症医療の中核を担う。全面移転は設備・環境の大幅な変更、患者および職員動線の再構築、膨大な物品移動を伴う大規模プロジェクトであるうえに、感染対策をゼロから再構築する必要があり、複数の対策を同時並行で立案・実施することが求められた。

【活動内容】感染管理部門は計画初期段階から多職種・多部門と連携し、以下に取り組んだ。1. 患者搬送計画に伴う経路別予防策の整備 2. 経路別予防策表示をネームプレート表示方式へ変更し、優先度を明確化した。3. 電子カルテ停止時の針刺し・粘膜暴露対応体制整備 4. 廃棄物、リネン、清掃等の清潔/汚染ゾーニング、環境整備、運用ルールを策定 5. 第1種・第2種感染症病床整備 6. 病棟、外来、手術室、内視鏡室、廃棄物最終保管庫、院内洗濯室等のゾーニング、患者/スタッフの動線確認、レイアウト修正、個人防護具設置位置を検討した。

【成果・考察】感染管理部門は多職種・多部門と協働し、包括的感染対策を実行した。ネームプレートへの予防策表示は、患者プライバシーへの配慮、情報連携を実現し感染情報の確実な伝達に寄与した。廃棄物、リネン、清掃に関する運用を、新病院の設備・動線に基づき整備したことで、現場での円滑な運用と感染リスク低減につながった。全面移転において最も重要な課題のひとつは、既存の感染対策体制を継続しながら、ゼロから新体制を構築することであった。部分的な変更や引き継ぎができない全面移転特有の状況下では、複数の対策領域を同時に進める必要があり、他職種の密接な連携が不可欠であり、準備の早期段階から感染管理視点での介入が重要であることが改めて確認された。更に実践後の課題抽出と改善策実行プロセスは、対策の実効性を高める上で不可欠であった。今後は、移転前後の医療関連感染発生率等の定量的評価を行うとともに、運用後評価と見直し、設備変更に合わせてマニュアル更新など新たな課題への対応が求められる。本取り組みは、今後の類似プロジェクトにおける感染対策計画策定の有益な参考となる。

P2-123 LC-Plasma の事前添加による熱ストレス下における pDC 活性の維持および pDC によるウイルス貪食の可視化

キリンホールディングス株式会社 ヘルスサイエンス研究所

○唐 暢 (とう ちょう)

【背景】熱ストレスはプラズマサイトイド樹状細胞 (pDC) の機能を減弱させ、ウイルスに対する I 型インターフェロン (IFN) 産生能を弱めることが知られている。*Lactococcus lactis strain Plasma* (LC-Plasma) は pDC を活性化できる乳酸菌として発見されており、ウイルスや熱ストレスに対する防御効果が期待されている。本研究では、LC-Plasma の事前添加により、熱ストレス条件下において pDC の IFN- α 産生能を維持し得るかを、ヒト pDC を用いた in vitro 実験系で検討した。

【方法】ヒト末梢血単核細胞から磁気ビーズを用いてヒト pDC を分離し、pDC を通常温度 (37°C)、もしくは高温 (38.5°C) で培養し、不活化インフルエンザウイルス H1N1 (不活化 H1N1) のみ添加、もしくは、LC-Plasma と不活化 H1N1 の両方を添加した pDC の 48 時間後の IFN- α 産生量を ELISA 法にて測定した。

【結果】38.5°C の熱ストレス条件下では、37°C の通常培養条件下と比較して不活化 H1N1 刺激による IFN- α 産生が抑制された。一方、LC-Plasma の添加は 37°C 条件において IFN- α 産生を顕著に増強し、先行研究の結果と一致するエビデンスを取得した。また、熱ストレス条件下において LC-Plasma の事前添加により不活化 H1N1 刺激に対して IFN- α 産生の維持が認められた。さらに、ライブセルイメージング解析により、不活化 H1N1 による IFN- α 誘導にはウイルス粒子の貪食過程が関与することが示唆された。

【結論】本研究は、ヒト pDC を用いた in vitro モデルにおいて、38.5°C の熱ストレスが不活化 H1N1 刺激による IFN- α 応答を著しく阻害することを示した。一方、LC-Plasma の添加は 37°C での IFN- α 応答を増強し、さらに熱ストレス条件下においても不活化 H1N1 刺激による IFN- α 応答を維持した。これらの知見は、LC-Plasma が不活化 H1N1 に対する pDC 応答を強化し、環境性熱ストレス下における I 型インターフェロン産生能維持の一助となる可能性が示唆された。

P2-122 外国人補助者受入れを契機とした入職前結核スクリーニング体制の再構築について

社会医療法人 友愛会 友愛医療センター 感染制御管理室

○金城 聖子 (きんじょう さとこ)、川門 礼子、久志 彩乃、伊敷真由美、大城 輝帆

【背景・目的】当院では2024年より外国人補助者の受入れを開始した。医療現場では少子高齢化に伴う人材不足が深刻化しており、多様な人材の活用は今後ますます重要となる。一方、従来実施してきた入職時健診 (QFT) は、日本人スタッフを含むすべての職員において、陽性者への対応が通知のみで終わり、受診状況や経過を把握できない課題があった。今回、外国人補助者受入れに際して入職前スクリーニングや情報共有が必要となったことを契機に、国籍に関わらず全職員を対象とした結核スクリーニング体制とフォローアップの標準化を進めることとした。

【活動内容】1. 入国前・入職前スクリーニング体制の構築胸部レントゲン、喀痰検査、IGRA を母国で実施し、入国前に結果を共有。陽性・異常時は治療終了後に受入れとする基準を設定。入国後は全職員と同様に入職前健診を実施 2. 全職員の QFT 陽性者フォロー体制の整備日本人・外国人を問わず、陽性者の把握、受診案内、結果確認、経過管理を統一 3. 陽性者情報の確実な把握と共有健診センターからの結果を保健師と感染制御管理室へ共有 4. 説明文書・受診案内の標準化受診理由、必要検査、期限を明確化した文書を作成し、説明のばらつきを解消 5. 外国人補助者への支援強化派遣会社と連携し、母国語資料や通訳サポートを整備

【成果・報告】入職前スクリーニング体制の構築は、日本人スタッフを含む全職員の結核管理強化につながった。入職前からリスク把握が可能となり、陽性者は治療後に受入れられる明確な基準が整備された。従来課題であった通知のみの対応が改善され、受診・経過確認・結果フォローを確実に行える体制が構築された。国籍にかかわらず統一した運用としたことで、全職員にとって安心して働ける環境づくりが進み、感染管理体制の強化と持続可能な安全文化の醸成に寄与した。

P2-124 生成 AI (ChatGPT) を活用した一味違った新興感染症訓練

神戸市立医療センター 中央市民病院 感染管理室

○山本 達也 (やまもと たつや)、土井 朝子、田村 景子、奈須 聖子

【背景・目的】感染対策向上加算の施設基準では、定期的に開催する連携施設との合同カンファレンスにおいて、新興感染症を想定した訓練の実施が義務付けられている。机上訓練は実施しやすい反面、固定化されたシナリオによるリアリティの欠如や、当事者意識の希薄化が課題として指摘されている。本活動では、ChatGPT を訓練に活用することで、机上訓練の課題であるリアリティ不足の補完可能性について、アンケートを用いて調査した。

【活動内容】合同カンファレンスにおいて、事前に構築したカスタム GPT 「新興感染症シミュレーター」を活用し、架空の新興感染症の発生を想定した訓練を実施した。心理的安全性の確保を目的として、シミュレーションゲーム形式を採用し、GPT をシナリオ進行を管理するゲームマスターとして設定した。訓練シナリオは全8問で構成し、各設問における参加者の具体的な判断に基づき、AI が状況説明や登場人物 (患者、看護師、医師等) の反応を動的に生成する設計とした。これにより、参加者が自らの判断でシナリオを変化させたと知覚できる仕掛けを施した。訓練は Zoom を用い、ICT メンバーが自身の PC で ChatGPT を操作して画面共有を行い、参加施設の発言を代理人力する形式で実施した。訓練終了後、Google フォームを用いて、1施設につき全10問の質問調査を行い、結果を単純集計した。

【成果・考察】アンケートは全12施設から回答を得た。シナリオに「現場らしさ (リアリティ)」を感じたが 91.7% が、初動対応をイメージする助けになったが 100% の結果となった。また、既存の机上訓練との違いを選択する設問では「自分の判断が展開に反映される実感 (33.3%)」と「場面の具体的なイメージのしやすさ (33.3%)」が上位の回答となった。一方で、AI を訓練に用いることへの懸念として「AI が生成する内容の医学的妥当性 (50.0%)」が多く回答された。生成 AI が参加者の判断に応じてシナリオを動的に変化させる手法は、場面の理解を助け、没入感などの主観的なリアリティを高める上で有用である。今後は、AI を用いることに対する不安や医学的妥当性への懸念に対する配慮や工夫が必要であると考えられた。

P2-125 インフルエンザウイルスによるヒトパラインフルエンザウイルス3型の増殖抑制：重感染モデルによるウイルス干渉の in vitro 解析

国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 インフルエンザ研究センター

○浜本いつき（はまもと いつき）

【背景・目的】季節性インフルエンザ流行期には、急性呼吸器感染症患者においてインフルエンザウイルスと他の呼吸器ウイルスの重感染が報告されている。一方、ヒトパラインフルエンザウイルス3型 (HPIV3) は、季節性インフルエンザ流行期に同地域で同時流行しにくいことが知られるが、そのメカニズムは不明である。本研究では、A型およびB型インフルエンザウイルス (IAV/IBV) と HPIV3 間のウイルス干渉の可能性を in vitro で評価し、HPIV3 の増殖抑制への影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】NIID-MDCK 細胞に IAV/IBV と HPIV3 を同時感染または連続感染条件下で重感染させ、細胞内および培養上清中のウイルスゲノム量をリアルタイム PCR 法で定量した。さらに、重感染後のウイルス核タンパク質を免疫染色法で検出し、蛍光顕微鏡で観察した。

【結果】IAV および IBV との重感染により、HPIV3 の RNA 量および核タンパク質発現量は著しく抑制された。この抑制は感染多重依存性を示し、連続感染条件下においても同様の傾向が確認された。

【結論・考察】本研究により、季節性インフルエンザウイルスによる HPIV3 の増殖抑制が in vitro で確認された。これらの結果は、HPIV3 がインフルエンザ流行期に同地域で同時流行する可能性が低い理由を示唆するものである。ウイルス間相互作用が流行動態に影響を与える可能性を示し、感染強度や感染タイミングが干渉の程度を左右する重要な要因であることも明らかとなった。本知見は、冬季流行期におけるサーベイランスや同時流行リスク評価、感染管理対策の科学的根拠として役立つと考えられる。

P2-126 当院における職員へのインフルエンザ予防内服体制整備と発症抑制効果の検討

三田市民病院

○福井 淳宏（ふくい あつひろ）

【背景・目的】当院では、2020 年から職員がその家族からインフルエンザに曝露した際に予防内服を自身の意思で選択できるように体制を整えた。体制を整えるまでは曝露を受けた際には他院受診を原則としていた。しかし、近隣医療機関での予防内服目的での受診を相談しても処方拒否や初診料等による診察費用により高額な費用負担、診察後の院外薬局での薬剤払い出しまでの待機時間、診察を受ける近隣医療機関までの移動時間が障壁となり予防内服で推奨されている曝露後 48 時間以内の服用が困難なケースが散見された。そこで当院では、職員の健康管理と診療体制維持を目的に院内で迅速かつ安価（薬価＋最低限の診察費）に処方できる体制を整え、その有用性を検討した。

【活動内容】家族内でインフルエンザ曝露を受けた職員に対し、暴露後の予防内服を希望する職員に対し、薬価及び最低限の診察費で院内診察を受ける事ができ、インフルエンザ予防内服を受けることができる体制を整えた。効果検証のため、同居家族にインフルエンザ発症者が確認された職員 206 名を対象とした。予防内服を行った群 (内服群：138 名) と、内服を行わなかった、あるいは内服開始時すでに 3 日を経過していたと考えられる群 (非内服・遅延群：68 名) の 2 群に分け、発症率を比較検討した。

【成果・考察】予防内服群では発症率が約 76% 減少しており、数値上は抑制傾向が認められた。今回の体制整備の取り組みにより、他院受診に伴う職員への受診調整や診察を含めたインフルエンザ予防内服薬獲得までにかかる精神的負担やインフルエンザ予防内服薬にかかる費用の課題が解消され、迅速に職員がインフルエンザ予防内服を受けることができる環境を職員に対して提供することができたと考ええる。また、予防内服を院内で受けられることで職員が安心して働ける環境を整える事ができた。インフルエンザ流行期における欠勤リスクを最小限に抑え、医療現場のマンパワーを確保することについて有効な改善であったと考える。

P2-127 ICT 連携が臨床への情報提供の一助となった *Capnocytophaga* 菌血症の一例

社会医療法人 財団新和会 八千代病院 中央検査部

○小寺 佑果（こでら ゆか）、堤 修一

【背景】*Capnocytophaga* 属はヒトやイス、ネコの口腔内常在菌であり、咬傷・掻傷により血流感染症を引き起こすことが知られている。また、菌の発育が遅いため菌名同定までに時間を要することがあり、動物との接触歴の聴取が菌の推定において重要となる。今回、発熱のフォーカスが不明であった患者の血液培養より *Capnocytophaga* 属を疑う菌が検出され、ICT での他職種連携が医師への情報提供の一助となった症例を経験したため報告する。

【症例】50 歳代男性。既往歴は C 型慢性肝炎。X 日、発熱と腹痛を主訴に当院へ搬送された。明らかな熱源が認められず不明熱として入院となった。入院時に血液培養 2 セット採取し CEZ が投与開始された。好気ボトル 2 本が 31 時間後に陽性となり、細長い紡錘状のグラム陰性桿菌を認めたが、72 時間炭酸ガス培養で発育がほとんど認められなかった。グラム染色像及び発育状況から *Capnocytophaga* 属菌を疑ったが、入院時の聴取からは動物との接触歴の有無は不明であった。主治医へ推定菌として報告するには判断材料が乏しく、X+5 日、ICT 会議にて ICN、薬剤師に経緯を相談した。ICN から病棟へ状況説明し患者への聴取が行われ、その結果発症の前月に飼育犬に噛まれていたことが明らかとなった。病棟看護師から主治医へその旨が報告され、細菌検査室から推定菌として *Capnocytophaga* 属菌が考えられること、薬剤師から推奨抗菌薬の情報提供が行われた。X+9 日、外部委託の質量分析にて *Capnocytophaga canimorsus* と判定された。

【考察・結論】当院は感染症専門医が不在であり、細菌検査室と臨床医の間に立つ存在がない。加えて、質量分析装置を持たず、院内で実施可能な確認試験等のリソースも限られており、可能な限り臨床へ情報提供をするように努めていても科学的根拠が得られていない段階での医師への報告に慎重になることがある。今回、推定菌の報告に躊躇した症例で、ICT 会議にて相談したことで新しい情報が得られ、早期に医師への情報提供が可能となった。カルテから得られる情報のみで完結せず、より臨床に近い他職種との協力が重要であることが確認された。

P2-128 中規模病院における AUD の推移と新規 *C. difficile* 陽性密度率との時系列関連性の検討

医療法人石井会 石井病院 内科¹⁾、医療法人石井会 石井病院看護部²⁾、医療法人石井会 石井病院 薬剤部³⁾

○石田 克敏（いしだ かつとし）¹⁾、樋口 和子²⁾、今井 美穂³⁾、田島 朋美²⁾、茂木今日子³⁾、井川沙希子²⁾

【背景・目的】*Clostridioides difficile* 感染症 (CDI) は、抗菌薬使用後に発症しやすく、医療関連感染症として重要である。抗菌薬と CDI 発症の間には時間的遅れ (Lag) がある可能性があり、これを考慮した解析は抗菌薬適正使用支援 (ASP) の戦略立案に有用である。先行研究では、リンコマイシン系やニューキノロン系などの広域抗菌薬が CDI 発症と強く関連することが報告されている。本研究では、中規模病院における薬剤群別の抗菌薬使用密度 (AUD) と新規 CDI 陽性密度率との関連を、Lag0~3 か月の時系列的視点から検討した。

【方法】2020 年 4 月~2025 年 3 月の 5 年間に、当院で収集された月次データを用い、薬剤群別の AUD と新規 CDI 陽性密度率 (10,000 入院患者日あたり) を算出した。新規 CDI は、入院後 3 日目以降に下痢などの症状が出現し、CD toxin 陽性を検出した場合に院内新規発症例と定義した。AUD は Defined Daily Dose (DDD) 法に基づき算出した。Pearson 相関、単回帰分析および ARI-MAX モデルに準じたラグ付き時系列的解析により、抗菌薬使用量が CDI に与える影響を Lag ごとに評価した。

【結果】ペニシリン系は Lag0 で CDI 陽性率に対して有意な正の影響を示し ($\beta=0.0207$, $p<0.0001$)、カルバペネム系および第 3 世代セフェム系は Lag2 でそれぞれ $\beta=0.0453$ ($p<0.0001$)、 $\beta=0.0167$ ($p=0.0001$) と有意な正の相関を認めた。アミノグリコシド系やグリコペプチド系は影響が小さく、リンコマイシン系は 2 か月後に有意な負の影響を示した。

【考察・結論】Lag 解析で影響時期を定量化し、ホットスポット図で介入時期を可視化したことで、経験則に頼らない ASP 運用・最適化に資する。使用後 2 か月間を重点監視期間とし、下痢時の迅速検査・隔離と処方フィードバックを強化する。開始・中止日を起点にアラート化して週次レビューを行い、CDI の早期診断・治療を目指す。抗菌薬使用届出時に適応・期間を再評価し、de-escalation (抗菌薬の狭域化) や経口薬への変更を提案する。使用増加兆候時は病棟へ速報し、下痢出現時の検査適応を共有する。当院倫理委員会承認済、COI なし。

P2-129 2剤耐性 *Acinetobacter baumannii* complex 検出患者周囲における環境汚染の実態

大分大学 医学部附属病院 感染制御部¹⁾、大分大学 医学部附属病院 看護部²⁾

○兒玉 知久 (こだま ともひさ)¹⁾、二宮 萌^{1,2)}、眞名井理恵^{1,2)}、橋本 武博¹⁾、平松 和史¹⁾

【背景・目的】*Acinetobacter baumannii* complex (ABC) は乾燥環境下でも長期間生存可能であり、医療環境中に残存しやすいことから、環境を介した医療関連感染の原因菌として重要視されている。多剤耐性株と比較して、2 剤耐性株における患者周囲環境汚染に着目した報告は限られている。2 剤耐性 ABC は多剤耐性化に至る過程を示す段階である可能性があり、耐性度が比較的低い段階における環境汚染の実態を把握することは意義深い。本検討では、カルバペネム系薬およびフルオロキノロン系薬に耐性を示す ABC が検出された 1 患者を対象として、周囲環境における汚染状況を調査した。

【方法】急性期病棟に入院中で、臨床検体からカルバペネム系薬およびフルオロキノロン系薬の 2 剤耐性 ABC が検出された 1 患者を対象とした。患者病室内において、ベッド柵、オーバーベッドテーブル上の物品、褥瘡予防マットレスなど、医療従事者および患者の接触頻度が高い 22 か所を選定し、環境培養を実施した。採取検体は培養後、菌種同定および薬剤感受性試験を行い、さらに臨床検出株との関連性を評価するため POT 法による解析を実施した。

【結果】22 か所中 3 か所 (13.6%) から ABC が検出された。検出部位は、褥瘡予防マットレスおよびその操作パネル、オーバーベッドテーブル上の物品であった。検出株はいずれも臨床分離株と同様の 2 剤耐性パターンを示し、遺伝子解析においても同一遺伝子型であることが確認された。

【結論】本検討により、2 剤耐性 ABC 検出患者の周囲環境において汚染が認められ、本菌種は耐性度が比較的低い段階においても患者周囲環境に残存し得ることが示唆された。これらの知見は、耐性度にかかわらず、高頻度接触部位に対する環境整備および手指衛生の徹底の重要性を再認識する必要性を示すものと考えられた。

P2-130 当院における ESBL 産生腸内細菌目細菌の 10 年間の推移と遺伝子型解析

東京大学 医学部附属病院 感染制御部

○藤本 文恵 (ふじもと ふみえ)、渋谷 菜優、溝口美祐紀、三澤 慶樹、日暮 芳己、米田 立、奥仲 和也、堤 武也

【目的】世界的に増加する基質特異性拡張型 β -ラクタマーゼ (ESBL) 産生菌は、本邦では *Escherichia coli* が主体であるが、近年は菌種により耐性遺伝子の保有様態が変化しつつある。本研究では、当院の過去 10 年間の主要 4 菌種における検出状況の推移と遺伝子型別解析を行い、臨床疫学的特徴を明らかにすることを目的とした。

【方法】2016-2025 年に当院で分離された ESBL 産生 *Escherichia coli* (Ec 1792 株)、*Klebsiella pneumoniae* (Kp 316 株)、*Klebsiella oxytoca* (Ko 65 株)、*Proteus mirabilis* (Pm 51 株) を対象とした。解析可能であった保存株に対し遺伝子型別解析 (CTX-M、TEM、SHV 型) を実施した。解析期間を第 I 期 (2016 年 1 月-2019 年 12 月)、第 II 期 (2020 年 1 月-2023 年 4 月)、第 III 期 (2023 年 5 月-2025 年 12 月) の 3 期に区分し、変遷を比較検討した。

【結果】10 年間の平均 ESBL 産生率は、Ec 18.0%、Kp 7.6%、Ko 4.1%、Pm 6.9% であった。Ec が 18% 前後で高止まりする一方、Ko と Pm は一時的な上昇を除き概ね 5% および 7% 以下で推移した。対照的に Kp は 2020 年の 4.4% を底に上昇し、2024 年には 11.2% に達するなど第 III 期において高水準で推移した。遺伝子型別解析の結果、Ec (第 I 期 68%) および Pm (全期間 67% 以上) では CTX-M 単独保有が主体であった。一方、Kp と Ko は外来性の CTX-M 型や TEM 型を併せ持つ「複合型」が主体であった。特に Kp は CTX-M+TEM+SHV の 3 種混合型が第 I 期の 17% から第 III 期では 46% へと急増しており、耐性遺伝子の集積・複雑化が顕著であった。また、Ko は CTX-M+SHV 複合型が 8 割以上を占め、Pm は一貫して CTX-M-2 群が優位であり、菌種間で遺伝子分布に明らかな差異を認めた。

【結論】当院において、近年の Kp における ESBL 産生率の上昇と、複数遺伝子保有による耐性化の進行が確認された。新型コロナウイルス感染症の 5 類移行に伴う社会活動の変化や抗菌薬使用状況の変容が、新たな耐性株の流入や定着に影響を及ぼした可能性が考えられる。菌種ごとに異なる耐性傾向と遺伝子背景を把握することは、適切な抗菌薬選択および院内感染対策を講じる上で極めて重要である。

P2-131 抗酸菌の分離状況

東京大学 医学部 附属病院 感染制御部

○日暮 芳己 (ひぐらし よしみ)、渋谷 菜優、藤本 文恵、溝口美祐紀、三澤 慶樹、米田 立、奥新 和也、堤 武也

【背景・目的】本邦の 2024 年の結核罹患率は人口 10 万人あたり 8.1 となり、低蔓延国の水準を維持しているが、肺非結核性抗酸菌 (NTM) 症の罹患率は増加し、迅速発育抗酸菌の増加を指摘する報告がある。本研究は、菌種同定の結果に基づき、分離菌種の頻度の変化を調査することを目的とした。

【方法】東京大学医学部附属病院において、2018-2019 年 (前期) および 2024-2025 年 (後期) に抗酸菌同定検査が依頼された 512 症例 (前期: 228 症例 244 株、後期: 284 症例 328 株) を対象とした。菌種同定は、ギ酸・エタノール法によるタンパク抽出後、MALDI-TOF MS を用いた。なお、1 症例から複数の菌種が同定された場合は、それぞれの菌種を解析対象に含めた。統計学的解析には χ^2 検定または Fisher の直接確率検定を用い、有意水準は 5% 未満とした。

【結果】症例の背景として、女性の割合は前期で 53.1%、後期で 56.3% といずれも過半数を占め、平均年齢は前期が 69.7 歳、後期が 67.7 歳であった。分離菌種を Runyon 分類に従い分類した結果、Runyon I 群、II 群、および結核菌群の分離率に、前期と後期の間で有意な変化を認めなかった。一方、*M. avium* complex (MAC) を含む Runyon III 群では、*M. avium* の分離率が減少し、Runyon IV 群 (迅速発育抗酸菌: RGM) では、*M. abscessus* complex、*M. chelonae* の分離率は有意に増加した ($p < 0.05$)。

【結論】NTM 症は長期の治療が必要となることから、菌種同定と薬剤感受性検査は、適切な治療支援において必須である。今回の調査では、先行研究と同様に RGM の増加が認められたことから、継続的な分離菌種の動向を調査が必要である。

P2-132 特定看護師が感じた懸念から化膿性脊椎炎、腸腰筋膿瘍の診断に至った一症例

社会医療法人純幸会 関西メディカル病院

○勝平 真司 (かつひら しんじ)

【背景】人工関節置換術 (TKA) 既往患者における血行性感染は、人工関節周囲感染 (Periprosthetic Joint Infection: PJI) を引き、関節温存を脅かす重大な合併症である。そのため菌血症時は迅速な感染源の特定及びソースコントロールが不可欠だが、腰痛は非特異的な症状であり、感染症診断が遅れるリスクがある。本症例では特定看護師が臨床推論に基づき化膿性脊椎炎、腸腰筋膿瘍の診断・治療に繋げた症例を報告する。

【症例】80 歳代男性 主訴: 発熱、腰痛 既往歴: 右膝 TKA 現病歴: 発熱、腰痛を主訴に来院。入院時の腰椎 MRI 検査では骨折、炎症、膿瘍形成は認められなかった。入院時の血液培養から MRSA が検出され、バンコマイシン® (VCM) の投与が開始された。薬物血中濃度モニタリング (Therapeutic Drug Monitoring: TDM) に基づき有効血中濃度を維持したが、投与 48 時間以降も血液培養の陰性化が得られない状況であった。感染性心内膜炎の精査については MRSA 陽性判明時に提案し、経胸壁心エコー (trans-thoracic echocardiography: TTE) 実施してもらったが、疣贅の所見は無く、この時点で感染源は特定されていなかった。

【考察・結論】MRSA 菌血症に対して適切な抗菌薬治療をしているにもかかわらず、持続する菌血症を問題と捉え、フィジカルアセスメントを継続したところ持続する発熱、腰痛を問題視していた。また病初期の MRI 検査は陰性でもあったことから臨床的に疑わしかったため、主治医へ再度、腰椎 MRI 検査を提案したことは、診断の遅れを最小限にする鍵となった。さらに本症例で VCM 投与下血液培養陰性化に時間を要したのは、膿瘍形成により抗菌薬の組織移行が遮断されていたためと考えられた。早期のソースコントロールは PJI への進展を阻止する上で極めて重要な意義を持つが、VCM で徐々に改善見られていたため経過観察となった。治療の途中、患者の右膝が腫脹したが リファンピシン® (RFP) の追加等により改善傾向となり、転院となった。人工物が置換されている患者の菌血症において、特定看護師が治療経過を批判的に吟味し、臨床推論に基づいた積極的なアセスメントを行うことは、重篤な合併症回避と予後改善に直結する。

P2-133 医療施設の清潔エリアにおける微小昆虫の発生源および侵入経路調査—天井裏・壁裏等の影響について—

シーアンドエス株式会社

○鮫島 大樹（さめしま だいき）、佐藤 加奈

【背景・目的】医薬品・食品工場や医療施設等の高い衛生管理が求められる施設では、衛生管理の一環として継続的な昆虫調査が実施されている。しかし、高い清浄度で管理されている医療施設の清潔エリアにおいても昆虫類の捕獲が散見されるのが実情である。本報告では、医療施設における昆虫調査の結果を解析し、清潔エリアにおける昆虫類の発生原因および侵入経路を明らかにすることを目的とした。

【活動内容】本活動の調査対象エリアは、医療施設における清潔エリア（手術室等）および準清潔エリア（ICU 等）を中心とした。調査手法として、所定の定点に設置した昆虫調査用トラップによる捕獲調査を実施した。捕獲された個体については種レベルの同定を行い、捕獲個体数や種類に特徴が認められた箇所において、目視点検および侵入経路を確認するための追加調査を実施した。これらの調査結果をもとに、清潔エリアにおける昆虫類の侵入経路および発生原因を整理した。

【成果・考察】調査の結果、医療施設の清潔エリア・準清潔エリアにおける昆虫類の捕獲は総じて少数であったが、高度な清浄度が維持されている清潔エリアにおいても、コナチャタテ科やチャタテムシ類等の微小な食菌性昆虫が局所的に捕獲される事例が確認された。これらのエリア内は空調管理や日常・定期保清管理により清浄に保たれており、目視点検においても発生源となるカビや有機物の堆積は確認されなかったが、詳細な追加調査の結果、内装材の隙間や亀裂を介して、天井裏・壁裏から昆虫類が室内に侵入していることが判明した。室内側で食菌性昆虫類が多く捕獲された箇所周辺の天井裏・壁裏では、結露等に起因するカビや昆虫類の死骸等の有機物が確認されることが多く、これらが食菌性昆虫の発生源となっており、施設の経年劣化等に伴い生じた内装材の隙間を侵入経路として清潔エリア内へ侵入してくることが示唆された。これらの結果から、清潔エリアの衛生管理を維持するためには、目に見える室内空間の保清管理のみならず、施設の経年劣化（隙間や亀裂）に加え、天井裏・壁裏等の環境の状況や変化を把握することが重要と考えられる。

P2-135 感染対策の DX 化に向けて—職員の体調不良時の報告返信システム構築運用の取り組み—

長野県立総合リハビリテーションセンター

○小沼百合子（おぬま ゆりこ）

【背景・目的】コロナ禍より、施設内での感染症まん延防止を目的として、職員の健康観察を強化し、発熱や風邪症状がある場合は速やかに上司に報告し、必要に応じて症状のある職員の勤務を配慮することを徹底した。そうした中、感染対策チームには、発熱や風邪症状、診断された感染症の療養期間等の問い合わせの対応が増え通常業務が滞ったり、現場では体調不良者の勤務前に感染制御チームに連絡が取れず判断が遅れることがあった。今回、感染対策の DX 化を推進し、職員の体調不良発生時に、本人が体調不良の内容を Forms に入力すると本人とその上司、感染制御チームに入力内容と対応についてメールで自動返信するシステムを構築した。運用から 2 年経過したので結果を報告する。

【活動内容】発熱や風邪症状がある場合の報告、問い合わせ内容より分析し、感染制御チームと現場で必要な情報を検討しシステムを構築した。体調不良時の返信内容は、対応が多かったものを主にアルゴリズム化した。体調不良となり入力する職員は、職員名・返信用メールアドレス・発症日～2 日前の勤務と勤務中の濃厚接触者の項目を文字入力し、部署・症状出現日・症状・体温・COVID-19 自主検査結果・7 日以内に感染症患者との接触の有無・医療機関への受診の項目は選択式とし入力を工夫した。Forms で入力した内容は自動で Excel に転記され、Power Automate に作成したアルゴリズムから自動返信されるようにした。このシステムは「職員の体調不良報告フォーム」とし、新入職員入職時、感染症流行期のお知らせに QR コードを毎回添付し周知した。

【成果・結果】2023 年 12 月より導入し約 2 年で 164 件入力があった。当初、電話での問い合わせ後に促されて Forms に入力することが多かったが、周知を繰り返したことで問い合わせ前に入力されるようになった。勤務濃厚接触者の項目があることで、今まで感染制御チームで聞き取り判断していたが、現場の上司がメールをみて直接濃厚接触者の体調確認を行うようにもなった。このシステムを導入したことで、感染症流行期に速やかに職員の感染症発生情報をまとめることが出来、感染制御チームの業務軽減に繋がった。

P2-134 過去 6 年間の血液培養検出状況

静岡徳洲会病院 検査科¹⁾、静岡徳洲会病院 薬剤部²⁾、静岡徳洲会病院 看護部³⁾、静岡徳洲会病院 内科⁴⁾

○黒田 浩記（くろだ ひろき）¹⁾、奥村 仁志²⁾、石谷 智代³⁾、山之上弘樹⁴⁾

【目的】血液培養は菌血症、敗血症においては起炎菌を特定する重要な検査である。血液培養結果を最大限生かすために、自施設の血液培養検査の現状を把握することは重要である。そのために、当院での過去 6 年間の血液培養検査状況をまとめたので報告する。

【方法】2020 年 4 月から 2026 年 1 月 31 日までに当院で実施した血液培養検査を対象とした。測定機器は BACT/ALERT3D[®]を使用。各年度ごとの採取セット数、複数セット採取率、陽性率、コンタミ率、検出菌の分離状況の評価を行った。

【結果】2020 年 4 月から 2026 年 1 月 31 日までの検体数/複数セット採取率はそれぞれ、1936 検体/36.8%、2039 検体/37.4%、2476 検体/42.2%、2794 検体/46.6%、2595 検体/36.1%、2046 検体/48.2% であった。陽性率/コンタミ率は、25.1%/11.5%、21.4%/7.6%、22.3%/9.0%、18.3%/7.1%、20.5%/6.9%、18.2%/5.2% であった。検出菌は *E.coli*、MRSA、CNS がどの年度でも上位であった。

【結論】複数セット採取率が 50% 未満と低く、陽性率も高い結果となってしまった。現在使用している血液培養測定機器は血液ボトルが 120 本しか入らないので、現在の検体数でも測定器に入らないことがある。今度、検体数と複数セット採取率を上昇させていくためには、測定機器を更新し 2 セット採取の重要性を呼び掛けることが必要である。複数セット採取率が低いコンタミ率は参考値程度になってしまったが、ICT と協力して複数セット採取率の上昇と共にコンタミ率改善活動も実施する必要がある。

P2-136 当院における ESBL 産生菌の検出状況の分析とその課題

医療法人徳洲会 八尾徳洲会総合病院

○宮本 幸子（みやもと さちこ）、渋谷 豊克

【背景・目的】ESBL（基質特異性拡張型 β ラクターマーゼ）とは、細菌が産生する酵素で、ペニシリン系やセフェム系などの β ラクターマーゼを持つ抗菌薬を分解し、効果を無効化する。この酵素は遺伝子変異により第 3 世代、第 4 世代セフェalosporin 系まで分解が可能となる。また、同種だけでなく異なる菌種間でも遺伝子が伝達されることがある。経路別感染対策は標準予防策に追加して接触感染対策が必要となってくる。また、特定感染症入院医療管理加算及び特定感染症患者療養環境特別加算の対象疾患に ESBL 産生腸内細菌目細菌感染症が追加されることで、より感染対策が重要視されると考えられる。当院では ESBL の検出状況が年々増加傾向を示している。ESBL 対策を強化するうえで当院の傾向を分析したので報告する。

【活動内容】調査期間：2021 年 4 月～2025 年 3 月 対象：入院時に採取した検体の培養検査で、ESBL 産生菌検出患者 916 名 内容：患者属性、検出菌、材料、診療科、入院時病名について分析を実施した

【成果・考察】ESBL 産生菌を検出している患者は、2021 年度 165 名報告されていたが、2024 年度 212 名と 4 年間で約 1.3 倍となっている。性別は、男性 41%、女性 59% と女性の割合が多い。報告されている年代別で 80 歳代（47%）が最も多く、次いで 70 歳代（21%）、90 歳代（21%）となっており、入院患者の割合で最も多い年代から検出されている。検出されている菌の割合で見ると、*Escherichia coli* が約 80%、*Klebsiella pneumoniae* が 15% 前後を占めている。検出されている検体に関して、検体の割合は約 80% が尿と痰からの検出されていた。ESBL 産生菌感染症は、重篤な基礎疾患や手術後などで身体の抵抗力が低下している場合には敗血症、髄膜炎、肺炎、創部感染症、尿路感染症などを引き起こし、場合によっては極めて致死率が高くなるといわれている。感染の有無に関わらず入院時からの標準予防策や環境整備の徹底が重要である。また、高齢者から ESBL 産生菌が検出されていることより、入院時スクリーニングが必要であると示唆される。

協賛一覧

【共催企業】

イルミナ株式会社
株式会社エアドッグジャパン
ASP Japan
APG アジア準訳ジャパン株式会社
杏林製薬株式会社
サノフィ株式会社
塩野義製薬株式会社
公益社団法人全国ビルメンテナンス協会
ソルベントム合同会社
ダイキン工業株式会社
武田薬品工業株式会社
ナノソニックスジャパン株式会社
ニプロ株式会社

一般社団法人日本感染管理ベストプラクティス研究会
日本ベクトン・ディッキンソン株式会社
NPO 法人 HAICS 研究会
バイオメリユー・ジャパン株式会社
ファイザー株式会社
富士フイルムメディカル株式会社
ポールメディカル
丸石製薬株式会社
Meiji Seika ファルマ株式会社
株式会社メディコン
モデルナ・ジャパン株式会社
株式会社モレーンコーポレーション

【企業展示】

株式会社アースブルー
株式会社 ICST
株式会社アイテックス
アイテック阪急阪神株式会社
旭化成アドバンス株式会社
イワツキ株式会社
宇都宮製作株式会社
株式会社エアドッグジャパン
栄研化学株式会社
ASP Japan 合同会社
AMR 臨床リファレンスセンター J-SIPHE・診療所版 J-SIPHE 「OASCIS」事務局
エム・シー・メディカル株式会社
MDPI Japan G.K.
エムベクタ合同会社
O&M Halyard Japan 合同会社
大阪ガス株式会社
オオサキメディカル株式会社
小川医理器株式会社
株式会社オネスト
花王プロフェッショナル・サービス株式会社
関東化学株式会社
株式会社キッツマイクロフィルター
杏林製薬株式会社
株式会社共和
キリンホールディングス株式会社
有限会社グッツール
株式会社 GramEye
クリエートメディック株式会社
ケアフォート株式会社
ケーディーアイコンズ株式会社
健栄製薬株式会社
ケンツメディコ株式会社
株式会社小池メディカル
興研株式会社
国立健康危機管理研究機構

サクラ精機株式会社
サラヤ株式会社
サンスター株式会社
株式会社 SunBlooming
ジーサイエンス株式会社
シーバイエス株式会社
株式会社ジェイ・エム・エス
シオエ製薬株式会社
株式会社重松製作所
柴田科学株式会社
シミックホールディングス株式会社
株式会社写真化学
シャボン玉石けん株式会社
株式会社シンリョウ
杉田産業株式会社
株式会社 SCOPION
スリーエムジャパン株式会社
株式会社セーフマスター
株式会社 SEGNO
泉工医科工業株式会社
株式会社セントラルユニ
ソルベントム合同会社
第一衛材株式会社
大衛株式会社
辻本メディカル株式会社
株式会社ティ・アシスト
DGSHAPE 株式会社
テルモ株式会社
天昇電気工業株式会社
東京ダイレック株式会社
TOTO 株式会社
ドヨン株式会社
ナノソニックスジャパン株式会社
株式会社ニチオン
日科ミクロン株式会社

ニッシントーア・岩尾株式会社
株式会社ニッポン
ニプロ株式会社
日本カノマックス株式会社
日本製紙クレシア株式会社
日本パーカライジング株式会社
日本ベクトン・ディッキンソン株式会社
白十字株式会社
バクスタージャパン株式会社
ハクゾウメディカル株式会社
株式会社長谷川綿行
株式会社林寺メディノール
株式会社パルメディカル
一般社団法人パンデミックレディ・コンソーシアム
ビオメリュー・ジャパン株式会社
株式会社VIPグローバル
株式会社ファーストレイト
富士フイルムメディカル株式会社
ブルカージャパン株式会社
平和物産株式会社

ボールメディカル
有限会社マーキュリー衛研
松吉医科器械株式会社
丸石製薬株式会社
株式会社マルクリーン
marubun & co. 株式会社
株式会社ミタス
ミドリ安全株式会社
株式会社名優
メディキット株式会社
株式会社メディコン
メドライン・ジャパン合同会社
株式会社メルシー
株式会社モレーンコーポレーション
株式会社ヤマト
ユースキン製薬株式会社
吉田製薬株式会社
株式会社リジョイスクンパニー
特定非営利活動法人ワールド・ビジョン・ジャパン

【書籍展示】

株式会社 ガリバー

丸善雄松堂 株式会社

【広告企業】

アボットジャパン合同会社
MSD 株式会社
エムベクタ合同会社
キリンホールディングス株式会社
グローバルライフサイエンステクノロジーズジャパン株式会社
株式会社 SunBlooming
昭和医科大学認定看護師教育センター
株式会社タウンズ

デンカ株式会社
TOTO 株式会社
ナショナルバイオリソースプロジェクト (NBRP) 病原細菌
一般財団法人阪大微生物病研究会
ベックマン・コールター株式会社
株式会社ミタス
株式会社モレーンコーポレーション

(五十音順 6月10日現在)

第 41 回日本環境感染学会総会・学術集会

2026 年 7 月

発行：第 41 回日本環境感染学会総会・学術集会事務局

東京大学医学部附属病院 感染制御部

〒113-8655 東京都文京区本郷 7-3-1

制作：株式会社コングレ

〒103-8276 東京都中央区日本橋 3-10-5 オンワードパークビルディング

TEL：03-3510-3701 FAX：03-3510-3702