

## Saving Lives : MRSA 等医療関連感染減少を目指した現場密着型プログラム

はじめに

### High Impact Interventions (ハイ・インパクト・インターベンション (影響力の大きい介入処置)) の採用による実際の臨床プロセスの改善

---

High Impact Interventions は Saving Lives の核心部分です。第一線に立つ臨床職員は、これらの介入措置を常時正しく実行することにより感染率を大幅な低下することが可能です。

High Impact Interventions は臨床プロセスの信頼性を高めるためのテクニックです。このテクニックでは臨床プロセスにおける少数の基本要素の根拠を、それらの基本要素が実行されたかどうかを判断するための簡単な方法と結び付けています。

High Impact Interventions のテクニックは、臨床プロセスの信頼性向上の必要性を強調している文献等の内容を反映しています。2004 年に『ランセット』誌に掲載された「Inpatient Safety (入院患者の安全)」と題する一連の論文の中で、Bion と Heffner が『安全性と信頼性こそが医療の質における最も重要な要素である』と述べています<sup>1</sup>。医療関連感染 (HCAI) の分野においては、この記事は EPIC グループの見解を反映しています。EPIC グループは 2001 年に、「すべての医療従事者がすべての入院患者に対して常に (All healthcare practitioners to the care of All hospital in-patients, All of the time)」<sup>2</sup>適用可能な基本原則ともなりうる予防策を特定しています。

High Impact Interventions は、臨床プロセスにおける無意味なばらつきを最小限に抑えることにより、すべての患者が一貫した質の医療を受けられるようにするための試みを通じて、医療ガバナンスを支援するものです。

High Impact Interventions の各介入措置は、感染管理に関する既存のガイダンスに代わるものでも追加されるものではなく、既存のガイダンスを系統的に測定可能な形式に変えるものです。医療現場にてガイダンスや方針がすでに採用されている場合は、High Impact Interventions により、または査定用のツールを現場の要求に合わせて調整することにより、臨床現場におけるそうしたガイダンスや方針の評価が可能となります。

ここでは臨床プロセスの信頼性の向上、ひいては微生物汚染や感染のリスクの低減を目標とした High Impact Interventions の利用方法を説明します。

---

### アプローチ

High Impact Interventions のもとになっているのは NHS 近代化促進局が採用している「ケアバンドル」と呼ばれる方法です。これはエビデンス、測定ツール、臨床プロセス改善戦略を結び付け

て科学的根拠に基づいた医療を提供するというものです。この方法は近代化促進局の「10 High Impact Changes for Service Improvement（サービス改善のための効果的変更事項 10 項目）」に盛り込まれており<sup>3</sup>、この策定により、医療関連感染に重点を置いた **High Impact Interventions (HII)** に情報を提供するような形になっています。

臨床プロセスを直接測定することは、治療結果を基にしたモニタリングに比べていくつか利点があることが認識されています<sup>4,5,6,7</sup>。ケアのプロセスを短い時間単位で評価することにより、その中で改善すべき点を即座に特定し、実行に移すことができます。Liford ら<sup>5</sup>は「臨床・管理の基準に対する遵守度の直接的測定」の重視が望ましいと述べています。

また、**High Impact Interventions** では、ケアの基本要素のうちひとつだけを取り上げるのではなく、関連する多数の基本要素を同時に考察します。この手法を採用する利点は、すべての基本要素が時折ではなく常時実行された場合に、患者の転帰（アウトカム）が組織全体で改善できるという点にあります。継続的な職員教育もこの手法の重要な柱です。臨床プロセスを迅速に評価することにより、それぞれの基本要素に関する科学的根拠を自覚する必要性があきらかとなります。

Janice Stevens

プログラム責任者

---

## 方法

各 **High Impact Intervention** には臨床プロセスに関わる一連の基本要素が盛り込まれており、ケアの実施に際しては、これらの基本要素を観察し、実施された旨を記録しなければなりません。

感染対策チーム (ICT) が中心となって院内のどの部署で **High Impact Interventions** を利用するかの調整を行います。ただし ICT が直接ケア実施の観察を行う必要はなく、相互監督の一環として各病棟又は部署にて現場職員による実施が可能です。

観察の頻度も現場で決めて下さい。ただ、近代化促進局の経験上、観察、結果のフィードバック、および現場職員からの改善提案を頻繁に行う方が、臨床プロセスにおける変革の効果が早く現れることがわかっています。

観察期間も現場で決めて下さい。査定用のツールはケアの実施を継続的に記録するものではなく、どこに改善の余地があるかを特定する手段です。

**Interventions** を導入する場所(病棟または部署)は、感染発生率に関する現場の知識またはパレート分析によって決定して下さい<sup>8</sup>。ただし、**Interventions** の原則は EPIC グループの見解に表明されるように(上述)、あらゆる臨床分野に適用可能です。

実際の臨床行為は3種類に分けることができ、それぞれについて測定の方法が異なります。

1. 一回限りの処置：

例) カテーテル挿入。挿入時のみ観察が可能であるため、一定期間にわたり複数の挿入例を観察する必要がある。

2. 毎日の処置：

例) 薬が投与されたかどうかの記録は1日1回でよい場合があるため、複数の患者を対象に短時間で観察件数をこなすことができる。

3. 不規則間隔で行われるケア：

例) 中心静脈カテーテルのケアの場合は観察的監査型の手法が必要となる。

例えば、中心静脈カテーテルの場合、High Impact Intervention は、挿入に関するガイダンスと継続的なケアに関するガイダンスの2つの部分に分かれています。この2つを個別に記入してもかまいません。

査定用ツール（下表参照）はレ点で印をつける簡単な表形式なので、すぐに記入できます。それぞれの基本要素が実行された、あるいは該当しない場合は「はい」をチェックします。実行されなかった場合は「いいえ」をチェックします。この基本情報をもとにケアの基本要素の遵守率を算出し、もっと習慣的に実施すべき基本要素に対する注意を喚起することができます。

観察 \ 基本要素	カテーテルの種類		挿入部位		クロルヘキシジンアルコール		微生物汚染防止 (HII 1)		すべての基本要素が実行されたか?	
	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
1										
2										
3										
合計										
遵守率 (%)										

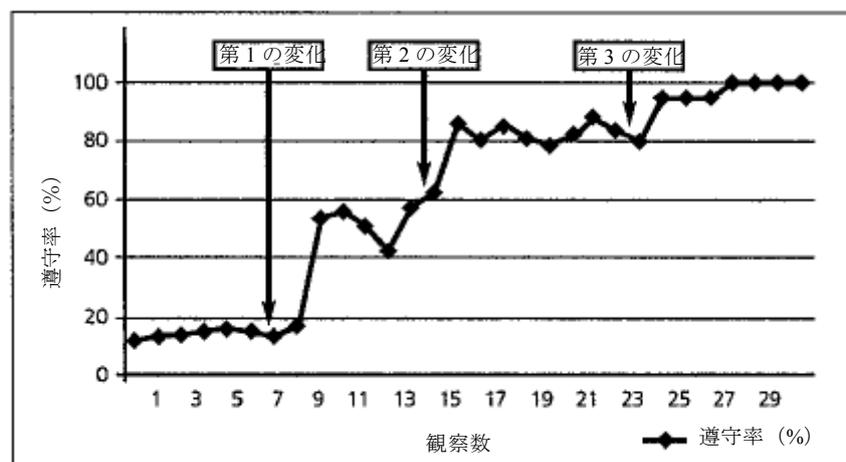
合計をもとに以下の式により基本要素別および全体の遵守率を算出します：

$$\text{遵守率 (\%)} = \frac{\text{はい}}{\text{はい} + \text{いいえ}} \times 100$$

### 臨床職員へのフィードバック

一連の観察結果を早急に臨床職員に（できればグラフ形式で）フィードバックすることにより、臨床プロセスの中で改善の余地のある部分に注目を促すこととなります。その結果、臨床プロセスの信頼性を向上させる改善提案が出され、実行に移すことができます。再度の観察により改善提案の効果を証明することも可能です。

個々の基本要素の遵守率やすべての基本要素が実行されたかどうかをグラフ形式で表すことは、単純ながら有効なフィードバックの方法となり得ます。下図は遵守率の変化をグラフで示した例で、中心静脈カテーテルのケアの臨床プロセスにおける3つの変化を反映しています。



臨床職員に対し適宜継続的にフィードバックを行うことで、短期間で臨床プロセスに変化が現れます。フィードバックに引き続いて、特定の教育や研修の必要を強調し対応することが可能です。High Impact Interventionの手法は、従来の臨床監査の手順にくらべて範囲が限定される（おおよぼである）代わりに、迅速でより現場に密着した報告機構を備えているという点が特徴です。

この方法の拠り所となっているのは、Cookらが説明するように<sup>9</sup>、認識（教育）、運営管理（臨床プロセスの図表化）、行動様式（結果のフィードバック）それぞれの特徴が取り入れられている点です。これらの特性は、観察・フィードバックによる同様の手法を取り入れている英国患者安全局（National Patient Safety Agency）の「cleanyourhands」キャンペーンと共通しています<sup>10</sup>。ガイドラインに基づいたケアが必ずしも実施されているわけではないとの証拠はありますが<sup>11</sup>、HCAIに関わる4種類の最も重要な臨床行為を軸として臨床プロセスを測定する方法は、科学的根拠に基づいたケアの提供につながると期待されています。

#### 感染管理に最善のケアを提供する

感染管理に関連する臨床活動を念頭において5つのHigh Impact Interventionsが策定されており、いずれも科学的根拠に基づいた明確な基本要素を示しています。

High Impact Intervention No.1：微生物汚染リスク防止

High Impact Intervention No.2：中心静脈カテーテルのケア

High Impact Intervention No.3：手術部位感染の予防

High Impact Intervention No.4：人工呼吸器装着患者（または気管切開患者）のケア

High Impact Intervention No.5：導尿カテーテルのケア

## 参考文献

1. Bion JF, Heffner JE. Challenges in the care of the critically ill. *Lancet* 2004; 363: 970-977.
2. Pratt RJ, Pellowe C, Loveday HP, Robinson N, Smith GW, et al. The EPIC project: developing national evidence-based guidelines for preventing healthcare associated infections. Phase1 guidelines for preventing hospital acquired infections. *J Hosp Infect* 2001; 47: S3-S82. Available from <http://www.epic.tvu.ac.uk/epicphase/1.html> (Accessed March 1, 2005).
3. NHS Modernisation Agency. Ten Reliability Changes for service improvement and delivery: a guide for NHS leaders. NHS Modernisation Agency: Leicester; 2004. Available from <http://www.modern.nhs.uk/highinpactchanges> (Accessed April 5, 2005).
4. Pronovost PJ, Nolan T, Zeger S, Miller M, Rubin H. How can clinicians measure safety and quality in acute care? *Lancet* 2004; 363: 1061-1067.
5. Lilford R, Mohammed AM, Spieglehalter N, Thomson R. Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. *Lancet* 2004; 363: 1147-54.
6. Mant J, Hicks N. Detecting differences in quality of care: the sensitivity of measures of process and outcome in treating acute myocardial infarction. *BMJ* 1995; 311: 793-796.
7. Hayward J. Promoting clinical effectiveness. *BMJ* 1996; 312: 1491-1492.
8. The Improvement Network (homepage on the internet). Nottingham: The Improvement Network; September 2004, How to construct a Pareto chart (Accessed April 5, 2005). Available from <http://www.tin.nhs.uk/index.asp?pgid=1135>
9. Cook DJ, Montori VM, McMullin JP, Finfer SR, Rocker GM. Improving patients' safety locally: changing clinician behaviour. *Lancet* 2004; 363: 1224-30.
10. National Patient Safety Agency. Ready, Steady, Go! The full guide to implementing the cleanyourhands campaign in your Trust. National Patient Safety Agency: London; 2004. Available from <http://www.npsa.nhs.uk/cleanyourhands>. (Accessed March 1, 2005).
11. Rello J, Lorente C, Bodi M, Diaz E, Ricart M, Kollef MH. Why do physicians not follow evidence-based guidelines for preventing ventilator-associated pneumonia? A survey based on the opinions of an international panel of intensivists. *Chest* 2002; 122: 656-661.

## High Impact Interventions スプレッドシート使用の手引き

---

High Impact Interventions では Excel ファイルを利用してケアの基本要素が実行されたかどうかを記録、計算、表示します。スプレッドシートを使用する前に必ずパソコンに保存して下さい。

スプレッドシートは複数のワークシートで構成されますが、**データの入力は「観察用」ワークシートに行ってください。**遵守率が自動的に計算され、グラフに表示されるので、臨床職員に速やかにフィードバックできます。

スプレッドシートを作動させるには、Excel の「**マクロを有効設定する**」必要があります。「ツール」の中の「マクロ」を選択し、「セキュリティ」のレベルを「中」にしてください。その後ファイルを開くとマクロを有効設定にするかとの質問が表示されるので、「はい」または「マクロ有効設定」を選択してください。

### 「観察用」ワークシートへのデータ入力

「観察用シート」には、以下の要領で観察ごとにデータを入力します。

- ・ 各ケアの基本要素が正しく実行された場合、あるいは該当しない場合には、「1」と入力します。
- ・ 実行されなかった場合は「0」と入力します。

観察結果をすべて入力したら（たとえば、5～10 回の観察後）、**「観察セットシートにデータをコピーする」**をクリックしてください。データが「観察用」ワークシートから「観察セット」ワークシートに送られ、グラフが作成されます。

指定期間内の観察総数が終了した時点で、「観察セット」タブをクリックし、データが「観察セット」ワークシートに送られていることを確認してください。

### 次のグラフデータポイントを作成する

「**監査ツールをクリアする**」をクリックし、「観察用」シート上のデータをすべて消去します。これにより新たな観察データの入力が可能となります。

### グラフを表示する

タブをクリックすると、基本要素が実行された割合（%）を示すグラフが表示されます。遵守率の低い基本要素に関してはグラフで示すことで注意を喚起できます。

記録期間は最大 31 件まで設定できますが、デフォルトではグラフは 10 件となっています。グラフのサイズは自動的に変更されます。

## データの削除

データの収集が完了したら、「観察用」シートと「観察セット」シートから全データを削除する必要があります。

- ・「観察データ消去」をクリックし、「観察用」シート上のデータをすべて削除します。
- ・「観察セット」シートのデータを消去します。数値の記入されたセルをすべて選択し、「編集」「クリア」「すべて」を選択してセルの内容を削除します。

## High Impact Intervention No.1 :

### 微生物汚染リスク防止



#### 目標

日常業務における微生物汚染のリスクを低減する

---

#### 背景

2000年の英国監査局(NAO)の報告書<sup>1</sup>に、「一部のトラストにおける低水準の衛生基準遵守率、手洗いの不履行、鋭利器材廃棄における不備」の記載があります(第4.7段落)。報告書ではまた、医療関連感染(HCAI)防止に関して科学的根拠に基づいたガイドラインがないことも指摘されています。

2001年、テムズ・バレー大学のEPICチームは保健省の委託を受けて、HCAI予防に関する文献の系統的レビューを発表しました<sup>2</sup>。この論文には「すべての医療従事者がすべての入院患者に対して常に(All healthcare practitioners to the care of All hospital in-patients, All of the time)適用可能な感染管理の基本原則」(原文にて強調)、ならびに導尿カテーテルや中心静脈カテーテルに由来する感染の具体的な予防勧告が明記されています。英国保健臨床エクセレンス研究所(National Institute for Clinical Excellence)も一次医療および地域社会でのHCAI防止に関する同様のガイドラインを2003年に発表しています<sup>3</sup>。

2002年、英国患者安全局は「cleanyourhands」キャンペーンを試験的に開始しました<sup>4</sup>。これは、手洗いという、臨床プロセスの中でも感染管理に大きく関わる基本要素の実施率向上を目的とした大規模な系統的試みです。

2003年、「Winning Ways」<sup>5</sup>では病院職員が「HCAIのリスク低減に効果が認められている対策を常時厳正に」実施することを勧告し、手洗いや手指消毒の手順、防御具の着用、鋭利器材の適正廃棄に対する遵守率を高める必要があると明記しています。

2004年、前回の報告(2000年)以降の感染対策進捗状況を評価した英国監査局の報告書では<sup>6</sup>、「引き続き感染対策業務不遵守が認められ(結論16)」ることが記載されており、「Winning Ways」で勧告される高水準の衛生・臨床プロセスを病院が実現すべき状態であることが強調されています。また、報告書にはNHS幹部の見解として、HCAI発生率が15%低下した場合に1500万ポンドの経費削減につながるとの記載もあります。

2004年、感染管理看護師協会が急性期施設トラストでの感染管理業務をモニターする手段となる監査ツール<sup>7</sup>を発表しました。「cleanyourhands」キャンペーンも英国内の多くの急性期施設トラストで展開されました<sup>8</sup>。

## 臨床プロセスの基本要素

以下に示すケアの基本要素はEPICのガイドラインに基づいており、微生物汚染のリスク低減の礎となるものです。

これらの基本要素は既存のガイドラインに代わるものではなく、臨床プロセスの信頼性を高める手段として機能します。医療現場にてガイダンスおよび方針がすでに採用されている場合は、このInterventionを用いて、または査定用のツールを現場のニーズに合わせて調整することで、そうしたガイダンスや方針の臨床現場における遵守の評価を行うことができます。

<p>手指衛生</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者との接触の前後に手指の汚染を除去する</li> <li>・正しい手指衛生手順に従う</li> </ul>
<p>個人防御具</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・体液に曝露される危険性がある場合は検査用手袋を着用する</li> <li>・手袋は使い捨てとする</li> <li>・血液や体液が飛散するおそれのある場合は、ガウン、エプロン、目・顔面防御具が必要となることもある</li> </ul>
<p>無菌操作</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・侵襲的なデバイスを挿入する際には、必要に応じてガウン、手袋、ドレープを使用する</li> </ul>
<p>鋭利器材の安全な廃棄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・鋭利器材用の専用廃棄容器を使用現場に設置する</li> <li>・注射針と注射器を分解しない</li> <li>・鋭利器材を手渡ししない</li> <li>・専用廃棄容器は満杯にしない</li> </ul>
<p>High Impact Intervention No.1：微生物汚染の防止はHigh Impact Interventions No.2～5の基本となるものであるから、処置の際に記録すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・High Impact Intervention No.2：中心静脈カテーテルのケア</li> <li>・High Impact Intervention No.3：手術部位感染の予防</li> <li>・High Impact Intervention No.4：人工呼吸器装着患者（または気管切開患者）のケア</li> <li>・High Impact Intervention No.5：導尿カテーテルのケア</li> </ul>

## 微生物汚染の査定用ツール

目標：日常業務における微生物汚染のリスクを低減する

観察	処置前の手指衛生		個人防御具		無菌操作		鋭利器材の安全な廃棄		処置後の手指衛生		すべての基本要素が実行されたか？	
	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
合計												
遵守率 (%)												

### 査定用ツールの使用方法

それぞれの基本要素につき、実行された場合あるいは当てはまらない場合は「はい」を、実行されなかった場合は「いいえ」に印をつけます。

- ・目標は臨床プロセスのすべての基本要素が常に実行されることです。
- ・遵守率は要注意の基本要素を示す指標となります。
- ・この High Impact Intervention No.1 は、すべての臨床場面でも実施し得るものです。

High Impact Interventions No.2、4、5についても「微生物汚染防止」の基本要素は不可欠であるため、「微生物汚染防止」の項を設けています。

中心静脈カテーテルのケア	カテーテル挿入時およびカテーテルアクセス時
人工呼吸器装着患者（または気管切開患者）のケア	気道分泌物吸引時
導尿カテーテルのケア	カテーテル挿入時

手術部位感染についても、創部処置の際に微生物汚染のリスクを低くすることで感染発生率を低減することができます。

## ベストプラクティスガイド

EPIC ガイドライン<sup>2</sup>

「cleanyourhands」キャンペーン文献<sup>4,8</sup>

ICNA 監査ツール<sup>7</sup>

米国医療感染管理実践諮問委員会（American Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)）の手洗いに関する勧告<sup>9</sup>

## 参考文献

1. National Audit Office. The Management and Control of healthcare associated infection in Acute NHS Trusts in England. London: The Stationery Office; 2000. Available from [http://www.nao.org.uk/publications/nao\\_reports/9900230.pdf](http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/9900230.pdf) (Accessed April 5, 2005).
2. Pratt RJ, Pellowe C, Loveday HP, Robinson N, Smith GW, et al. The EPIC project: developing national evidence-based guidelines for preventing healthcare associated infections. Phase1 guidelines for preventing hospital-acquired infections. J Hosp Infect 2001; 47: 53-582 Available from <http://www.epic.tvu.ac.uk/epicphase/1.html> (Accessed March 1, 2005).
3. National Institute for Clinical Excellence. Infection Control: Prevention of healthcare associated infections in primary and community care. London National Institute for Clinical Excellence: 2003. Available from: [http://www.nice.org.uk/pdf/CG2fullguidelineinfection\\_control.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/CG2fullguidelineinfection_control.pdf) (Accessed April 5, 2005).
4. National Patient Safety Agency. Ready, Steady, Go! The full guide to implementing the cleanyourhands campaign in your Trust. London: National Patient Safety Agency; 2004. Available from <http://www.npsa.nhs.uk/cleanyourhands> (Accessed March 1, 2005).
5. Department of Health. Winning Ways: working together to reduce healthcare infection in England. London: The Stationery Office; 2003 Available from [http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4064682&chk=Vqjhyn](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4064682&chk=Vqjhyn)
6. National Audit Office. Improving patient care by reducing the risk of healthcare associated infection: A progress report. London: The Stationery Office; 2004. Available from [http://www.nao.org.uk/publications/nao\\_reports/03/04/03044876es.pdf](http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/03/04/03044876es.pdf) (Accessed April 5, 2005)
7. Infection Control Nurses Association. Audit tools for monitoring infection control standards. London: Infection Control Nurses Association; 2004. Available from <http://www.icna.co.uk> (Accessed April 5, 2005).
8. National Patient Safety Agency. Achieving our aims: evaluating the results of the pilot cleanyourhands campaign. National Patient Safety Agency: London; 2004. Available from <http://www.npsa.nhs.uk/cleanyourhands> (Accessed March 1, 2005).
9. Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in healthcare settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force. Mortality and Morbidity Weekly Report 2002; 51: 1-44 Available from <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR5303.pdf>

## High Impact Intervention No.2 :

### 中心静脈カテーテルのケア



#### 目標

カテーテル由来血流感染の発生率を低減する

---

#### 背景

中心静脈カテーテル挿入に由来する血流感染は、患者の重症化の原因として重要視されています。英国では実に年間 6,000 人ものがカテーテル由来の血流感染症に罹患すると推定されています<sup>1</sup>。2000 年、英国監査局 (NAO)<sup>2</sup>は、血流感染により患者 1 人あたり 6,209 ポンドの追加費用がかかるとの推計を発表しています。

2000 年の NAO の報告書では、調査対象となっている病院のうち 14 施設でカテーテルケアのガイドラインが採用され、医療関連感染 (HCAI) の発生率が低下したと記載しています。ところが、2004 年の追跡調査報告によると<sup>3</sup>、回答のあったトラストの 10%が依然としてガイドラインを採用しておらず、また回答者の中には所属するトラストの一部において中心静脈カテーテルの管理に関するガイドラインが採用されていないとの回答もみられました。

2001 年、保健省はテムズ・バレー大学の EPIC チームに HCAI (特にカテーテル由来の血流感染) 予防のためのガイドラインの作成を委託しました<sup>4</sup>。「Winning Ways」<sup>5</sup>にも中心静脈カテーテルの管理に関する勧告が提示されており、ICNA の査定用ツールにも中心静脈カテーテルのケアに関する項を設けています<sup>6</sup>。

中心静脈カテーテル挿入のガイドラインとモニター用ツールの併用が、ある集中治療室におけるカテーテル由来血流感染の発生率の有意な低下につながったことが証明されています<sup>7</sup>。

## 臨床プロセスの基本要素

中心静脈カテーテルのケアにおける基本要素は、EPIC のガイドラインおよび専門家の助言に基づいています。

これらの基本要素は既存のガイドラインに代わるものではなく、中心静脈カテーテルの挿入・管理を扱う臨床プロセスの信頼性を高める手段として機能します。医療現場にてガイダンスおよび方針がすでに採用されている場合は、この **Intervention** を用いて、または査定用のツールを現場のニーズに合わせて調整することで、そうしたガイダンスや方針の臨床現場における遵守の評価を行うことができます。

中心静脈カテーテルのケアに関する評価は、実際の手順を反映した査定を行いやすくするため、2つの部分に分かれています。ひとつはカテーテル挿入に関する基本要素、もうひとつはカテーテル留置に伴う日常の継続的ケアに関する基本要素となっています。

<b>カテーテル挿入時</b> カテーテルの種類 ・治療上特に指定がない場合はシングルルーメンとする
<b>挿入部位</b> ・鎖骨下または内頸静脈
グルコン酸クロルヘキシジンアルコールによる皮膚消毒を行い、自然乾燥させる（アレルギーがないことを条件とする）
<b>微生物汚染防止</b> ・ High Impact Intervention No.1 を実施する
<b>継続的に行うケア</b> 刺入部を定期的に観察する ・ 1日1回以上
<b>カテーテル刺入部のケア</b> ・ 綻びのない清潔なドレッシング材を使用
<b>カテーテルアクセス</b> ・ カテーテルポートにアクセスする際は無菌操作を実施
カテーテルの定期交換は行わない

## 中心静脈カテーテルの使用に関する査定用ツール

目標：カテーテル由来血流感染の発生率を低減する

### カテーテル挿入時

観察	基本要素		カテーテルの種類		挿入部位		クロルヘキシジンアルコール		微生物汚染防止 (HII 1)		すべての基本要素が実行されたか？	
	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
合計												
遵守率 (%)												

### 継続的に行うケア

観察	基本要素		刺入部の定期的観察		刺入部のケア		カテーテルアクセス		微生物汚染防止 (HII 1)		定期交換は行わない		すべての基本要素が実行されたか？	
	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
合計														
遵守率 (%)														

### 査定用ツールの使用方法

それぞれの基本要素につき、実行された場合あるいは当てはまらない場合は「はい」を、実行されなかった場合は「いいえ」に印をつけてください。査定用ツールの目的は臨床プロセスのすべての基本要素が常に実行されるようにすることです。遵守率を見ることで、どの基本要素については是正措置が必要かがわかるようになっています。

---

## ベストプラクティスガイド

EPIC ガイドライン<sup>4</sup>

ICNA 監査ツールの中心静脈カテーテル管理の項<sup>6</sup>

---

### 参考文献

1. Waghorn DJ. Intravascular device associated systemic infections: a two year analysis of cases in a district general hospital. *J Hosp Infect* 1994; 28: 98-101.
2. National Audit Office. The Management and control of healthcare associated infection in Acute NHS Trusts in England. London: The Stationery Office; 2000. Available from [http://www.nao.org.uk/publications/nao\\_reports/9900230.pdf](http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/9900230.pdf) (Accessed April 5, 2005).
3. National Audit Office. Improving patient care by reducing the risk of healthcare associated infection: A progress report. London: The Stationery Office; 2004. Available from [http://www.nao.org.uk/publications/nao\\_reports/03/04/03044876es.pdf](http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/03/04/03044876es.pdf) (Accessed April 5, 2005).
4. Pratt RJ, Pellowe C, Loveday HP, Robinson N, Smith GW, et al. The EPIC project: developing national evidence-based guidelines for preventing healthcare associated infections. Phase1 guidelines for preventing hospital-acquired infections. *J Hosp Infect* 2001; 47: S3-S82 Available from <http://www.epic.tvu.ac.uk/epicphase/1.html> (Accessed March 1, 2005).
5. Department of Health. Winning Ways: working together to reduce healthcare infection in England. London: The Stationery Office; 2003 Available from [http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4064682&chk=Vqjhyn](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4064682&chk=Vqjhyn)
6. Infection Control Nurses Association. Audit tools for monitoring infection control standards. London: Infection Control Nurses Association; 2004. Available from <http://www.icna.co.uk> (Accessed April 5, 2005).
7. Berenholtz SM, Pronovost PJ, Lipsett PA et al. Eliminating catheter related bloodstream infections in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004; 32: 2014-2020.

## High Impact Intervention No.3 :

### 手術部位感染の予防



#### 目標

手術部位感染の発生率を低減する

---

#### 背景

1996年に国が行った院内感染有病率調査では、手術部位感染は感染全体の9%を占めていました<sup>1</sup>。

2003年の「Winning Ways」<sup>2</sup>によれば、NNISシステムによる調査の結果、ガイドライン発表にもかかわらず、手術部位感染の発生率は1997年から2001年まで横ばいであったとのことです。ただし、大半の施設ではこの間の感染率が低かったことが確認されています。

米国医療感染管理実践諮問委員会（American Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)）<sup>3</sup>は、1999年に手術部位感染予防のためのガイドラインを策定しています。英国保健臨床エクセレンス研究所（National Institute for Clinical Excellence）はガイドライン策定作業を開始していますが、その報告期限は2006年となっています。

MRSAのスクリーニングおよび汚染除去に関する具体的勧告が、英国抗菌化学療法学会（British Society for Antimicrobial Chemotherapy）、病院感染学会（Hospital Infection Society）、およびInfection Control Nurses Association（感染管理看護師協会）の作業部会より発表されています<sup>4</sup>。

すでに発表されている各種ガイドラインには、周術期の抗菌薬予防投与に関する勧告も含まれています。スコットランド大学間共通ガイドラインネットワーク（Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)）は、2000年にガイドラインを策定しており<sup>5</sup>、また2001年から2004年にかけて各種手術における抗菌薬投与のエビデンスをまとめた一連の論文がDrug and Therapeutics Bulletin誌に掲載されています<sup>6,7,8,9</sup>。医療技術評価（Health Technology Assessment）プログラムからも勧告が出されています<sup>10,11</sup>。整形外科の患者に関するある論文には、ベッドを環状に囲うこともさることながら、臨床プロセスの細部に至るまで注意を払うことがいかにMRSA感染率低下に貢献したかが報告されています<sup>12</sup>。これには地域のガイドラインに従って抗生物質の処方を厳重にコントロールした点も含まれていました。

周術期における患者の血糖コントロールや体温調節も手術部位感染予防に効果のあることが示

されています<sup>13,14,15</sup>。

## 臨床プロセスの基本要素

以下に示す基本要素は既報のガイドライン<sup>3</sup>および専門家の助言に基づいています。

これらの基本要素は既存のガイドラインに代わるものではなく、臨床プロセスの信頼性を高める手段として機能します。医療現場にてガイダンスおよび方針がすでに採用されている場合は、この Intervention を用いて、または査定用のツールを現場のニーズに合わせて調整することで、そうしたガイダンスや方針の臨床現場における遵守の評価を行うことができます。

<b>術前</b> <b>MRSA のスクリーニング</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・インプラント埋植、心臓胸部の手術、神経手術を受ける患者全員</li><li>・上記以外の患者については地域のトラストの方針（整形外科、血管手術等）に従う</li></ul>
<b>MRSA 汚染除去</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・推奨される MRSA 汚染除去法については病院感染学会（Hospital Infection Society）のサイトを参照<sup>4</sup></li></ul>
<b>除毛</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ヘッド部分が使い捨てのバリカンを使用し、剃刀による剃毛は行わない</li></ul>
<b>周術期</b> <b>抗菌薬予防投与</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・必要と判断された場合に適切な抗菌薬を正しいタイミングで使用する</li></ul>
<b>血糖値のコントロール</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・糖尿病患者では血糖値が 11mmol/L 未満に維持された場合に創部感染率低下が認められている<sup>1</sup></li></ul>
<b>正常体温</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・周術期の体温が 36℃以上に維持された場合に感染率低下が認められている<sup>14,15</sup></li></ul>

## 手術部位感染予防の査定用ツール

目標：手術部位感染の発生率を低減する

### 術前

基本要素 観察	MRSA の スクリーニング		MRSA 汚染除去		除毛		すべての基本要素が 実行されたか？	
	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
合計								
遵守率 (%)								

### 周術期

基本要素 観察	抗菌薬予防投与		血糖値のコントロール ( $<11\text{mmol/L}$ )		正常体温 ( $>36^{\circ}\text{C}$ )		すべての基本要素が 実行されたか？	
	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
合計								
遵守率 (%)								

### 査定用ツールの使用方法

それぞれの基本要素につき、実行された場合あるいは当てはまらない場合は「はい」を、実行されなかった場合は「いいえ」に印をつけてください。査定用ツールの目的は臨床プロセスのすべての基本要素が常に実行されるようにすることです。遵守率を見ることで、どの基本要素については是正措置が必要かがわかるようになっています。

## ベストプラクティスガイド

American Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) <sup>3</sup>

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 出版番号 45<sup>5</sup>

### 参考文献

1. Emmerson AM, Enstone JE, Griffin M, Kelsey MC, Smyth ET. The second national prevalence survey of infection in hospitals - overview of the results. *J Hosp Infect* 1996; 32: 175-90.
2. Department of Health. Winning Ways: working together to reduce healthcare infection in England. London: The Stationery Office; 2003. Available from [http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4064682&chk=Vqjhyn](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4064682&chk=Vqjhyn)
3. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, et al. Guidelines for prevention of surgical site infection, 1999. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999; 20: 247-278. Available from [http://www.cdc.gov/ncidod/hip/SSI/SSI\\_guideline/htm](http://www.cdc.gov/ncidod/hip/SSI/SSI_guideline/htm) (Accessed April 5, 2005).
4. Combined working party of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy, the Hospital Infection Society and the Infection Control Nurses Association. Revised guidelines for the control of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus Infection control in hospitals. *Journal of Hospital Infection* 1998; 39: 253-90. Available from: [http://www.his.org.uk/\\_db/\\_documents/MRSA\\_Guidelines\\_final\(revised\)\\_aug98.doc](http://www.his.org.uk/_db/_documents/MRSA_Guidelines_final(revised)_aug98.doc)
5. Scottish Intercollegiate Guideline Network. Antibiotic Prophylaxis in Surgery. A National Clinical Guideline. SIGN publication number 45, July 2000. Available online at: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/45/index.html> (Accessed April 5, 2005).
6. Consumers' Association. Antimicrobial prophylaxis for orthopaedic surgery. *Drug Ther Bull* 2001; 39: 43-6.
7. Consumers' Association. Antibacterial prophylaxis in surgery: 1 - Gastrointestinal and biliary surgery. *Drug Ther Bull* 2003; 41: 83-6.
8. Consumers' Association. Antibacterial prophylaxis in surgery: 2 - Urogenital, obstetric and gynaecological surgery. *Drug Ther Bull* 2004; 42: 9-13.
9. Consumers' Association. Antibacterial prophylaxis in surgery: 3 - Arterial surgery on the abdomen, pelvis and lower limbs. *Drug Ther Bull* 2004; 42: 43-47.
10. Song F, Glenny AM. Antimicrobial prophylaxis in colorectal surgery: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Technology Assessment* 1998; 2(7). Available from <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon207.pdf> (Accessed April 5, 2005).
11. Song F, Glenny AM. Antimicrobial prophylaxis in total hip replacement: a systematic review. *Health Technology Assessment* 1999; 3(21). Available from <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon321.pdf> (Accessed April 5, 2005).
12. Biant LC, Teare EL, Williams WW, Tuite JD. Eradication of MRSA by "ring fencing" of elective orthopaedic beds. *BMJ* 2004; 329: 149-51.
13. Furnary AP, Zerr KJ, Grunkemeier GL, Starr AI. Continuous intravenous insulin infusion reduces the incidence of deep sternal wound infection in diabetic patients after cardiac surgical procedures. *Ann Thorac Surg* 1999; 67: 352-362.
14. Kurz A, Sessler DI, Lenhardt R. Perioperative normothermia to reduce the incidence of surgical wound infection and shorten hospitalisation. *N Engl J Med* 1996; 334: 1209-15.
15. Melling AC, Ali B, Scott EM, Leaper DJ. The effects of pre-operative warming on the incidence of wound infection after clean surgery: a randomised controlled trial. *Lancet* 2001; 358: 882-886.

## High Impact Intervention No.4 :

### 人工呼吸器装着患者のケア



#### 目標

人工呼吸器関連肺炎の発生率を低減する

---

#### 背景

呼吸器感染症は英国内の院内感染の第2位を占めています<sup>1</sup>。

人工呼吸器関連肺炎（VAP）は、人工呼吸器を装着している重症患者や術後の患者における重症化や死亡の原因として重要視されています。欧州集中治療室内感染罹患調査（European Prevalence of Infection in Intensive Care study）によると<sup>2</sup>、感染症の中ではVAPの発生頻度が最も高く、欧州でのICUの全感染症の45%を占めている一方で、人工呼吸器装着患者におけるVAPの発生率には9～68%と大きなばらつきが生じています<sup>3</sup>。VAPは人工呼吸器装着期間、ICU在室日数、入院期間、費用との間に関連が認められています。米国の調査では、VAPによる追加費用は患者1人あたり約11,897ドルに上ると推計されています<sup>4</sup>。

米国疾病管理予防センター<sup>5</sup>およびカナダ集中治療医学会（Canadian Critical Care Society<sup>6</sup>）が、科学的根拠に基づいたVAP予防のガイドラインを策定しています。「Winning Ways」では、人工呼吸器用のチューブの適正管理がVAP予防に有効であると指摘しています<sup>7</sup>。

人工呼吸器の「ケアバンドル」の4つの基本要素（ベッドヘッド部の挙上、鎮静状態の一時的中断、深部静脈血栓の予防、胃潰瘍予防）が策定されており<sup>8</sup>、英国内の実地臨床で採用されています<sup>9</sup>。

## 臨床プロセスの基本要素

以下に示す基本要素は参考文献および専門家の助言に基づいています。

これらの基本要素は既存のガイドラインに代わるものではなく、臨床プロセスの信頼性を高める手段として機能します。医療現場にてガイダンスおよび方針がすでに採用されている場合は、この Intervention を用いて、または査定用のツールを現場のニーズに合わせて調整することで、そうしたガイダンスや方針の臨床現場における遵守の評価を行うことができます。

<b>定期的な観察項目</b> ベッドヘッド部を 30～45° 挙上する ・ VAP の予防 <sup>6</sup>
<b>鎮静状態の一時的中断</b> ・ 人工呼吸器装着期間を短縮し、VAP のリスクを低減する <sup>10</sup>
<b>深部静脈血栓予防</b> 重症症例における合併症を予防する <sup>11</sup>
<b>胃潰瘍予防</b> 重症症例における合併症を予防する <sup>12</sup>
<b>吸気の湿度を適正に保つ</b> ・ 気道分泌物の濃縮を防止する <sup>5</sup>
<b>チューブの管理</b> ・ チューブの交換は目に見えて汚れたり機械的な故障の場合に限り行う <sup>5</sup>
<b>継続的に行うケア</b> <b>気道分泌物の吸引</b> ・ 検査用手袋を着用し、吸引処置の前後に手指の汚染除去を実施する <sup>5</sup>

備考：査定用ツールは気管切開患者に適用されます。ただし、患者の収容場所（病棟等）によっては薬剤関連の基本要素が該当しない場合があります。現場の臨床医が判断してください。

## 人工呼吸器のケアに関する査定用ツール

目標：人工呼吸器関連肺炎の発生率を低減する

### 定期的な観察項目

観察	基本要素		鎮静状態の一時的中断		深部静脈血栓予防		胃潰瘍予防		吸気加湿		チューブの管理		すべての基本要素が実行されたか？	
	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
合計														
遵守率 (%)														

### 継続的に行うケア－人工呼吸器装着患者または気管切開患者の吸引テクニック

観察	基本要素		個人防衛具 (PPE)		鋭利器材の安全な廃棄		処置後の手指衛生		すべての基本要素が実行されたか？	
	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
合計										
遵守率 (%)										

### 査定用ツールの使用方法

それぞれの基本要素につき、実行された場合あるいは当てはまらない場合は「はい」を、実行されなかった場合は「いいえ」に印をつけてください。査定用ツールの目的は臨床プロセスのすべての基本要素が常に実行されるようにすることです。遵守率を見ることで、どの基本要素につ

いて是正措置が必要かがわかるようになっています。

## ベストプラクティスガイド

American Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) ガイドライン、2003年<sup>5</sup>

Canadian Critical Care Trials Group<sup>6</sup>

American Institute for Healthcare Improvement は人工呼吸器の care bundle を広く採用しています。詳細はこちらから。

<http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/Tools/VentilatorBundle.htm>

---

## 参考文献

1. Emmerson AM, Enstone JE, Griffin M, Kelsey MC, Smyth ET. The Second National Prevalence Survey of infection in hospitals - overview of the results. *J Hosp Infect* 1996; 32: 175-90.
2. Vincent JL, Bihari DJ, Suter PM, Bruining HA, White J, Nicolas-Chanoin MH, et al. The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe. Results of the European Prevalence of Infection in Intensive Care (EPIC) Study. *JAMA* 1995; 278: 639-644.
3. Bowton DL. Nosocomial pneumonia in the ICU: year 2000 and beyond. *Chest* 1999; 115 Suppl 3: S28-S33.
4. Warren DK, Shukla SJ, Olsen MA, Kollef MH, Hollenbeak CS, Cox MJ, et al. Outcome and attributable cost of ventilator-associated pneumonia among intensive care unit patients in a suburban medical center. *Crit Care Med* 2003, May; 31: 1312-7.
5. Tablan AC, Anderson LJ, Besser R, Bridges C, Hajjeh R. Guidelines for preventing healthcare-associated pneumonia, 2003: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2004; 53(No. RR-3): 1-36. Available from <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR5303.pdf> (Accessed April 5, 2005).
6. Dodek P, Keenan S, Cook D, Heyland D, Jacka M, Hand L et al. Evidence-based clinical practice guideline for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Ann Intern Med* 2004; 141: 305-313.
7. Department of Health. *Winning Ways: working together to reduce healthcare infection in England*. London: The Stationery Office; 2003. Available from [http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4064682&chk=Vqjhyn](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4064682&chk=Vqjhyn)
8. Berenholtz SM, Dorman T, Ngo K, Provonost PJ. Qualitative review of intensive care unit quality indicators. *J Crit Care* 2002; 17: 12-15.
9. Fulbrook P, Mooney S. Care Bundles in critical care: a practical approach to evidence based practice. *Nurs Crit Care* 2003; 249-255.
10. Kress JP, Pohlman AS, O'Connor MF, Hall JB. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med* 2000; 342: 1471-77.
11. Attia J, Ray JG, Cook DJ, Douketis J, Ginsberg JS, Geerts WH. Deep vein thrombosis and its prevention in critically ill adults. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1268-79.
12. Cook DJ, Fuller HD, Guyatt GH, et al. Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *N Engl J Med* 1994; 330: 377-81.

## High Impact Intervention No.5 :

### 導尿カテーテルのケア



#### 目標

導尿カテーテル留置に由来する尿路感染の発生率を低減する

---

#### 背景

尿路感染は医療関連感染（HCAI）の最大の原因で、全体の 23%を占めています<sup>1</sup>。

導尿カテーテルを使用していること、またその留置期間が尿路感染の発生に関わっています。医療機関における尿路感染の 80%はカテーテル挿入に由来しています<sup>1</sup>。2000 年の英国監査局（NAO）の報告書<sup>2</sup>では、導尿カテーテル管理方針を改定することにより尿路感染発生件数の減少が期待できるとのことでした。ところが、感染対策チームを対象としたその後の NAO の調査結果では<sup>3</sup>、所属する各トラストの 75%において導尿カテーテルガイドラインが採用しているとの見方を示したのは回答した感染対策チームのわずか 2分の 5のみに過ぎず、さらに 10%のトラストはガイドラインを全く採用していないことが判明しました。尿路感染による追加費用は患者 1 人あたり 1,122 ポンドと推計されています<sup>2</sup>。

保健省は急性期施設における短期留置の導尿カテーテルの挿入および管理も含めた HCAI 防止のためのガイドラインの作成を、テムズ・バレー大学の EPIC チームに委託しました<sup>4</sup>。「Winning Ways」<sup>5</sup>にも導尿カテーテルの管理に関する勧告が提示されています。

## 臨床プロセスの基本要素

導尿カテーテルのケアにおける基本要素は、EPIC グループのガイドライン<sup>4</sup>および専門家の助言に基づいています。

これらの基本要素は既存のガイドラインに代わるものではなく、臨床プロセスの信頼性を高める手段として機能します。医療現場にてガイダンスおよび方針がすでに採用されている場合は、この Intervention を用いて、または査定用のツールを現場のニーズに合わせて調整することで、そうしたガイダンスや方針の臨床現場における遵守の評価を行うことができます。

導尿カテーテルのケアに関する評価は実際の手順を反映し、また査定を行いやすくするため、2つの部分に分かれています。ひとつはカテーテル挿入に関する基本要素、もうひとつはカテーテル留置に伴う日常の継続的ケアに関する基本要素となっています。

<b>カテーテル挿入時</b> カテーテル挿入の必要性を評価する ・できれば使用を避ける
<b>尿道口洗浄</b> ・カテーテル挿入前
<b>無菌の閉鎖式排尿システム</b>
<b>微生物汚染防止</b> ・ High Impact Intervention No.1 を採用

<b>継続的に行うケア</b> <b>無菌的採尿</b> ・指定のポートから無菌的に採取する
<b>採尿バッグの位置</b> ・床より上、ただし逆流や汚染を避けるため膀胱より低い位置とする
<b>検査用手袋</b> ・カテーテル操作の際には検査用手袋を着用し、処置の前後に手指の汚染を除去する

## 導尿カテーテルの使用に関する査定用ツール

目標： 導尿カテーテル留置に由来する尿路感染の発生率を低減する

### カテーテル挿入時

観察	基本要素		尿道口洗淨		無菌の閉鎖式排尿システム		微生物汚染防止 (HII 1)		すべての基本要素が実行されたか？	
	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
合計										
遵守率 (%)										

### 継続的に行うケア

観察	基本要素		無菌的採尿		採尿バッグの位置		カテーテル操作		すべての基本要素が実行されたか？	
	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
合計										
遵守率 (%)										

### 査定用ツールの使用方法

それぞれの基本要素につき、実行された場合あるいは当てはまらない場合は「はい」を、実行されなかった場合は「いいえ」に印をつけてください。査定用ツールの目的は臨床プロセスのすべての基本要素が常に実行されるようにすることです。遵守率を見ることで、どの基本要素については是正措置が必要かがわかるようになっています。

## 成功事例ガイド

導尿カテーテル管理に関する EPIC ガイドライン<sup>4</sup>

ICNA 監査ツールの導尿カテーテル管理の項<sup>6</sup>

## 参考文献

1. Emmerson AM, Enstone JE, Griffin M, Kelsey MC, Smyth ET. The Second National Prevalence Survey of infection in hospitals - overview of the results. *J Hosp Infect* 1996; 32: 175-90.
2. National Audit Office. The Management and control of healthcare associated infection in Acute NHS Trusts in England. London: The Stationery Office; 2000. Available from [http://www.nao.org.uk/publications/nao\\_reports/9900230.pdf](http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/9900230.pdf) (Accessed April 5, 2005).
3. National Audit Office. Improving patient care by reducing the risk of healthcare associated infection: A progress report. London: The Stationery Office; 2004. Available from [http://www.nao.org.uk/publications/nao\\_reports/03/04/03044876es.pdf](http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/03/04/03044876es.pdf) (Accessed April 5, 2005).
4. Pratt RJ, Peillowe C, Loveday HP, Robinson N, Smith GW, et al. The EPIC project: developing national evidence-based guidelines for preventing healthcare associated infections. Phase1 guidelines for preventing hospital-acquired infections. *J Hosp Infect* 2001; 47: S3-S82. Available from <http://www.epic.tvu.ac.uk/epicphase/1.html> (Accessed March 1, 2005).
5. Department of Health. Winning Ways: working together to reduce healthcare infection in England. London: The Stationery Office; 2003. Available from [http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4064682&chk=Vqjhyn](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4064682&chk=Vqjhyn)
6. Infection Control Nurses Association. Audit tools for monitoring infection control standards. Infection Control Nurses Association: London; 2004. Available from <http://www.icna.co.uk> (Accessed April 5, 2005).