

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

#### Q106（サーベイランス）

当院は2階が救急病棟、3階がターミナル、4階が回復期リハビリを中心に治療を行う病床数80床の病院です。

感染対策の為のサーベイランスを実施していきたいのですが、どのようなサーベイランスをすればよいでしょうか？

#### A106

院内感染サーベイランスは大きく分けて二つの方法があります。第一の方法は病院全体の患者について感染症を把握するサーベイランス、第二の方法は病院の病棟や部署を特定し、そして疾患を限って行ういわゆるターゲットサーベイランスというやり方です。前者は病院全体を把握できるというメリットがありますが、それにかかる労力は膨大で、また、あまりにも守備範囲が広いためデータに正確性を欠くという欠点があります。一方、後者のやり方は病院の一部しかカバーできないという欠点がありますが、少ない労力で正確なデータが得られます。米国でも1980年代以前は前者のやり方を行っていましたが、上記の理由で最近では後者のやり方が勧められるようになりました。

そもそもサーベイランスの目的は、病院内で起きる院内感染の実態を正確にデータ化し、問題点を明らかにし、また、それを他の病院のデータと比較することによって、国やその地域の病院のレベルを向上させるということです。

院内感染の頻度が高く、感染症が起きれば重篤になるという患者層や病棟には、一定の傾向があります。例えば、集中治療室、心臓血管外科や腹部外科病棟などがそうです。また重要な院内感染症は、手術後創部感染、菌血症（カテーテル挿入に伴うことが多い）、肺炎（気管切開や気管内挿管に伴うことが多い）、尿路感染（尿路カテーテル挿入に伴うことが多い）の四疾患であると言われています。逆に言えば、内科領域や慢性疾患患者病棟などでは問題になることがあまりありません。

したがって、少ない労力で効果をあげようとするれば、集中治療室や急性期外科系病棟において、疾患を上記の四疾患のうちどれかに絞ってサーベイランスを行うのが懸命なやり方だと思います。環境感染学会誌にサーベイランスに関する多くの文献が掲載されておりますので参考にされると良いでしょう。