

出國報告（出國類別：進修）

提升感染科控制至國際醫療水準與  
感染症病人全人照護能力  
(東京慈惠大學附設醫院感染科)

服務機關：衛生福利部桃園醫院感染科

姓名職稱：林宜君醫師

派赴國家：日本

出國期間：108-12-01 至 108-12-14

報告日期：109-02-19

## 「提升感染科控制至國際醫療水準與感染症病人全人照護能力」

### 摘要

東京慈惠大學附設醫院為 1024 床位於東京都之教學型私立醫院。醫院規模與本院相當，為日本少數有 10 位以上感染科醫師之醫療院所，該院執行感染管制制度的精神與落實度為日本之標竿醫院。

本次學習主要在了了解學習感染控制團隊之合作方式 ICT(Infection Control Team)，其分工較台灣為細膩與感染管制落實度更能加深化，各職類間皆有完整的病歷紀錄與溝通制度，可考慮規劃植入本院相關運作方式。比較創新的部分為利用 UVC 對 CRE 菌種環境消毒，成效卓著。亦值得本院導入相關設施，並加強本院環境清潔消毒，減少多重抗藥性菌種產生。研習期間參與日本私立醫院(私立大阪醫院)之跨院間互相感控評核制度見習，可考慮各部立醫院間亦可相互交流與評核，以促進各院區之間感染管制制度落實與進步。

# 目次

摘要.....	1
本文	
一、目的 .....	3
二、過程 .....	3
三、心得 .....	3
四、建議事項 .....	5

## 本文

### 一、 目的：

至日本學習有關感染科病人照護與感染管制制度與觀念，並瞭解有關各部門對感染管制工作的運作方式，同時藉由實際參訪強化與日本醫院間的相互交流。

### 二、 過程：

1. 出發：搭乘中華航空公司 CI0222 號班機於 108-12-01 18:25 起飛至東京羽田機場 22:05，經由機場捷運系統抵達住宿處。
2. 進修內容：108-12-2 日早上至東京慈惠大學附設醫院感染科辦理報到，並進行感染科與感染管制之相關工作，並參與例行會議。
3. 108-12-11 並前往大阪參與私立醫院間感染管制互相評核體制系統見習。
4. 返台：108-12-14 午自東京前往機場，14:15 搭乘坐中華航空公司 CI0221 班機 17:15 返抵國門結束行程。

### 三、 心得：

東京慈惠大學附設醫院為 1024 床位於東京都之教學型私立醫院。

感染科主要編制為醫師 10 名（含感染科醫師 8 名，感染管制專責醫師 2 名），感染管制護理師 3 名，感染管制藥師和醫檢師各 1 名；醫院中感染管制部門是和醫療安全管理部門，在相同辦公室工作。感染管制措施因為為醫院非營利項目，日本政府提供每位新住院病人 400 點（約日幣 4000 元）加強院內感染管制落實，另外提供 100 點（約日幣 1000 元）加給，醫院須協助小於 300 床醫院落實感染管制任務。

該院為落實感染措施組成 ICT(Infection Control Team)，其成員主要有醫師，藥師，醫檢師和感控護士；

藥師負責 TDM (Therapeutic Drug Monitoring)，血液培養結果追蹤，後線抗生素劑量核對，與抗生素使用期間過長(大於兩週)監視，抗生素除了

做 AUD 監測外也做 DOT 監測。

**護理師**負責抗藥性菌種隔離和監測，每週醫師和護士須共同審視各病房院內抗藥性菌種隔離狀況與人員執行認知調查至少一次(稽核表格依不同病房，由日本私立大學醫院感染對策協議會統一提供)。

**感染科醫師**主要負責會診病人之每日追蹤，感染管制專責醫師負責血液培養結果追蹤與感染管制措施查房，感染管制系統建立，人員間溝通。

有關感染科和感染管制上的資訊系統相當便利，在住院系統的畫面就是感染管制地圖，多重抗藥性細菌所在位置一目了然(圖一)，另外 ICT(Infection Control Team)應該介入的時機也很清楚，醫師、藥師、護理師可點選應介入項目，並做追蹤紀錄，電子病歷紀錄非常清楚，值得學習(圖二)。

該院感染管制措施會對其他醫院轉入病人做主動鼻腔與糞便培養，菌種解除隔離標準也和台灣不同。洗手監測除了稽核以外也做各單位的乾洗手液用量做指標(一般病房標準為 10-20ml/patient-days, NICU 要達到 80-100ml/patient-days)。感染管制護理更是設計隨身洗手瓶加上隨身袋(圖三)。

感染管制措施比較創新的部分為利用 UVC 對 CRE 菌種環境消毒(圖四)，成效卓著。值得本院導入相關設施，並加強本院環境清潔消毒，減少多重抗藥性菌種產生。

#### **日本醫院特殊文化：**

除了感染管制系統以外和國內醫院比較不一樣的地方，為診間裡無跟診護士，醫師自行叫號，但在各科別外面有專門櫃台以供病人諮詢與報到，病患看診完畢會印出結帳流程表與下次看診流程順序(比如先到抽血櫃台抽血再報到，門診處設有侵入性治療與各式檢驗解說專門櫃台(Green area)，以月曆系統做為病患住院期間顯示。

本次學習主要在了解學習感染控制團隊之合作方式 ICT(Infection

Control Team)，其分工較台灣為細膩與感染管制落實度更能加深化，各職類間皆有完整的病歷紀錄與溝通制度。比較創新的部分為利用 UVC 對 CRE 菌種環境消毒，成效卓著。研習期間有幸參與日本私立醫院(私立大阪醫院)之跨院間互相感控評核制度見習，日本醫院在環境清潔度遠超過本國，但評核的基本精神和台灣相似，可考慮各部立醫院間亦可相互交流與評核，以促進各院區之間感染管制制度落實與進步。

#### 四、建議事項：

##### 1. 建議洗手活動需導入指標為各單位

a. 乾洗手液耗用量 b. 院內感染率 c. 洗手遵從性

目前乾洗手耗用只有全院使用量，並未有各單位使用量評估，建議以乾洗手使用量作為單位洗手落實情形之評估。比傳統用種子成員觀察較為客觀。

##### 2. 建立與落實 Linking nurse 制度

Linking nurse 文化在該院已有二十多年，深化各單位感染管制措施。

感染管制是每月需要回饋指標，此可加強落實單位種子與感染管制室間互動。

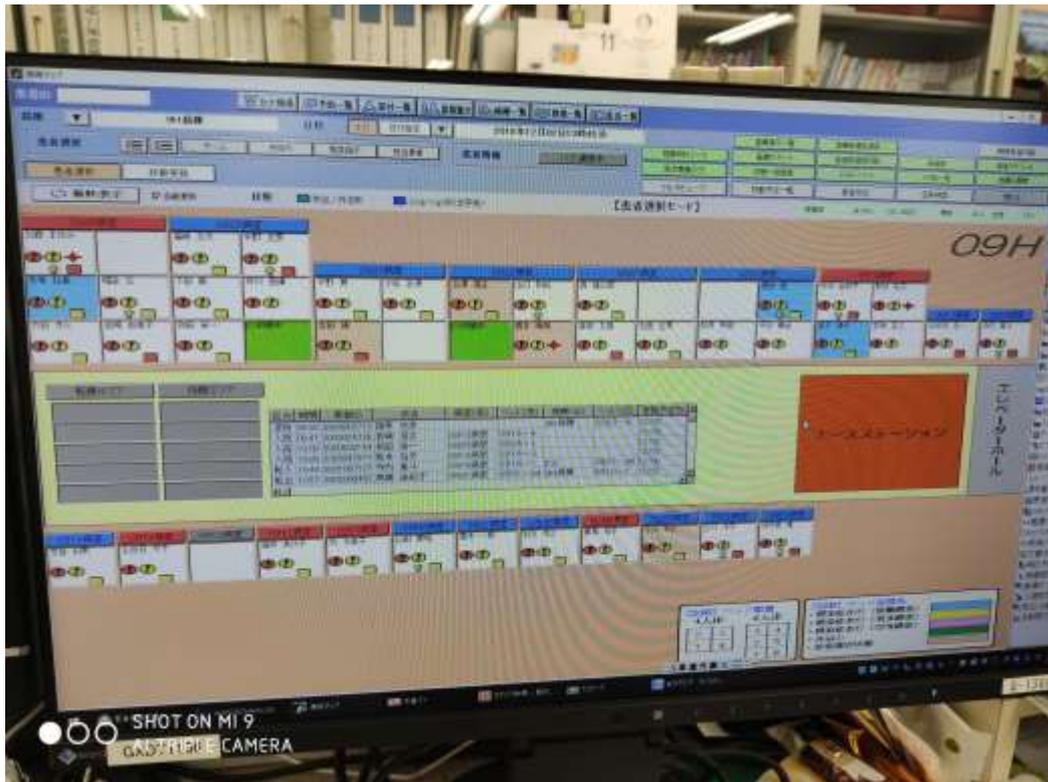
主要指標為 a. 洗手監測 b. 抗藥性菌種監測 c. 各部位別感染率監測 (圖五)。感染管制室可依其需要再增加回饋項目

##### 3. 以科學技術強化本院環境消毒

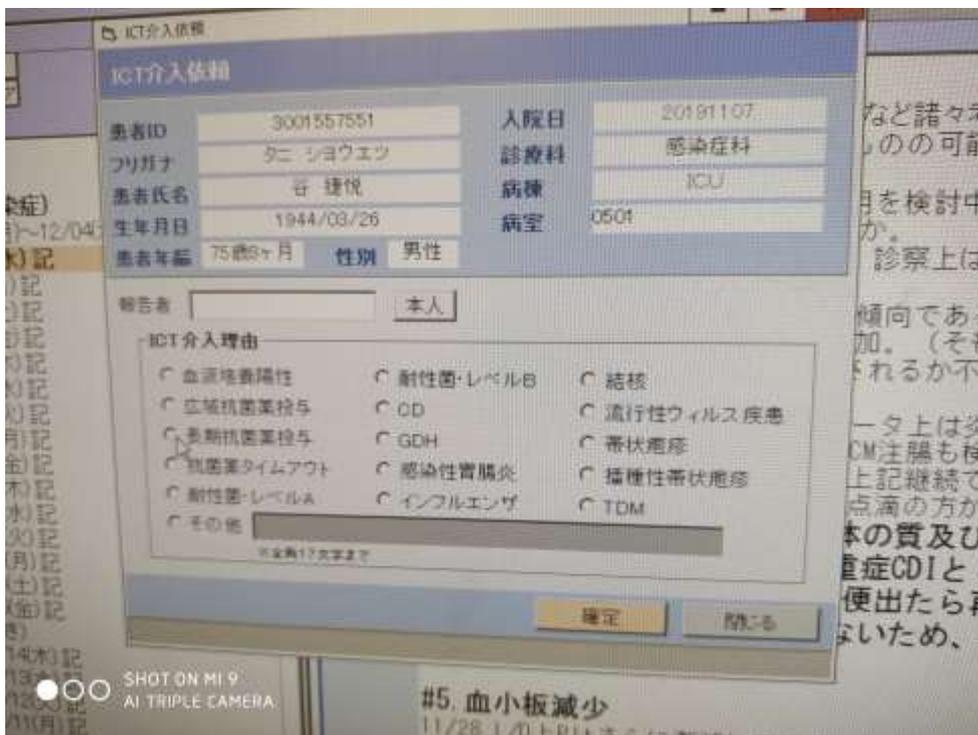
本院可購入 UVC 環境消毒相關設施，可加強本院環境清潔消毒，減少多重抗藥性菌種產生，避免院內感染產生。

##### 4. 強化各部立醫院間互相之感染管制交流系統

可考慮除醫院評鑑系統外，建立各部立醫院間亦可相互做感染管制交流與評核系統，以促進各院區之間感染管制制度落實與進步。



圖一 住院系統畫面的感染管制地圖



(圖二) 感染控制小組(ICT)的介入時機畫面



圖三 與感染管制人員合影(所指物品為該院自行設計之乾洗手瓶與隨身袋)



圖四 UVC 消毒燈消毒執行情形

