

第10回 院内感染対策中央会議
議事次第

平成22年12月21日(火)
13時00分～15時00分
厚生労働省専用第23会議室

〈 議事 〉

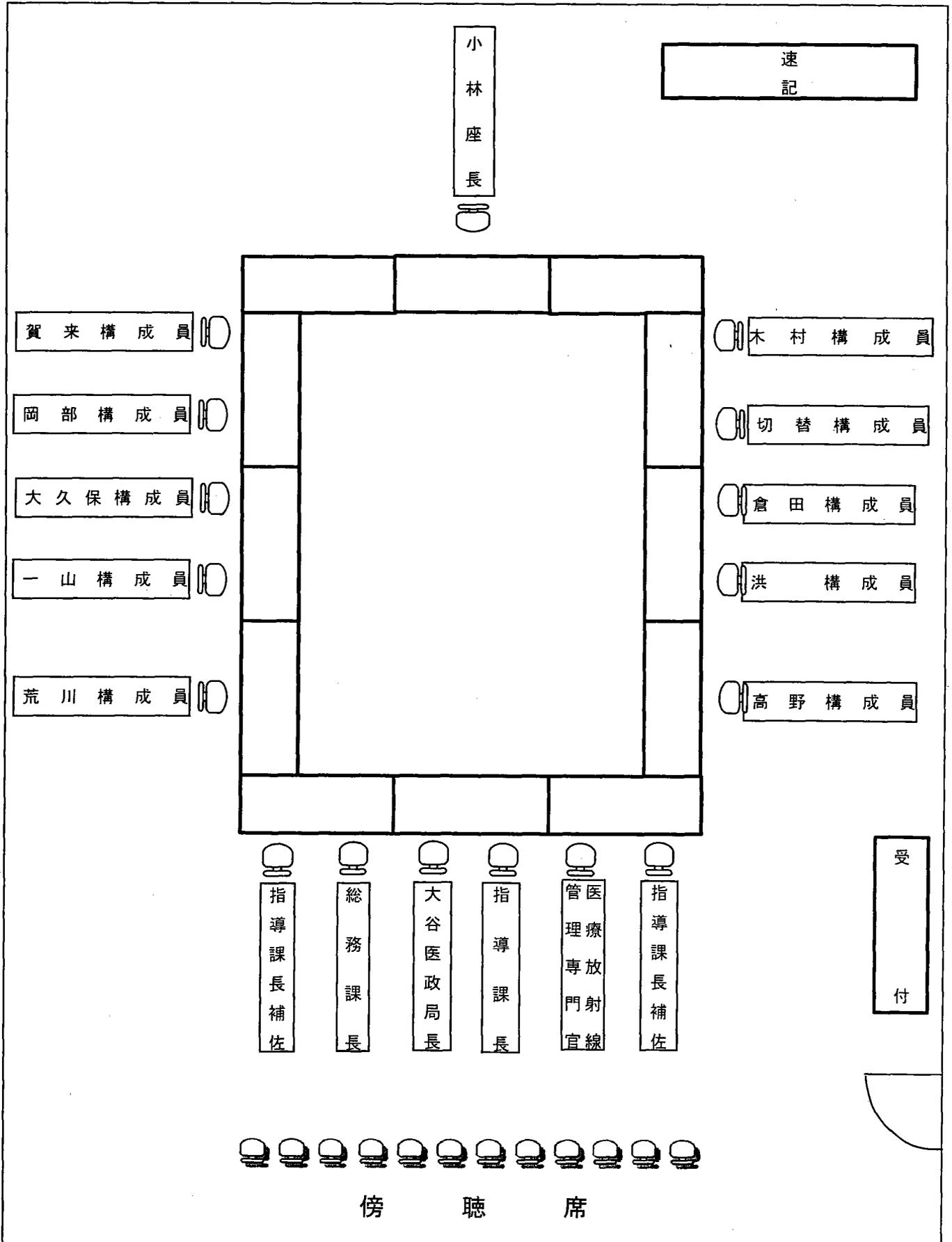
1. 院内感染対策に関する提言について
2. その他

〈 資料 〉

- 資料1 一山構成員提出資料
- 資料2 賀来構成員提出資料
- 資料3 大久保構成員提出資料
- 資料4 院内感染対策中央会議提言(案)
- 資料5 平成22年度補正予算関連資料

第10回 院内感染対策中央会議

平成22年12月21日(火)
 13:00~15:00
 厚生労働省専用23会議室



院内感染対策中央会議

〈構成員〉

- | | |
|-------|--------------------------|
| 荒川 宜親 | 国立感染症研究所細菌第二部長 |
| 一山 智 | 京都大学感染制御部教授 |
| 大久保 憲 | 東京医療保健大学医療情報学科科長 |
| 岡部 信彦 | 国立感染症研究所感染症情報センター長 |
| 賀来 満夫 | 東北大学大学院医学系研究科教授 |
| 木村 哲 | 東京逋信病院長 |
| 切替 照雄 | 国立国際医療研究センター研究所感染症制御研究部長 |
| 倉田 毅 | 富山県衛生研究所長 |
| 洪 愛子 | 社団法人日本看護協会常任理事 |
| 小林 寛伊 | 東京医療保健大学学長 |
| 高野八百子 | 慶應義塾大学病院感染制御センター調査役 |

【資料1】
2010.12.21

国立大学病院における 感染管理への取り組みと展望

京都大学病院副院長（感染対策・医療安全担当）
全国国立大学病院感染対策協議会会長
一山 智

国立大学附属病院感染対策協議会

```

    graph TD
      A[国立大学医学部附属病院長会議] --> B[国立大学附属病院感染対策協議会]
      B --> C[事務局]
      B --> D[会長]
      D --> E[常任会議]
      E --> F[作業部会]
      E --> G[専門職部会]
      E --> H[事業]
  
```

- ・サーベイランス
- ・ガイドライン
- ・教育(ブロック研修)、臨床検査技師
- ・職業感染対策
- ・医師・歯科医療
- ・看護師・薬剤師
- ・改善支援調査
- ・感染対策相互チェック

感染対策に関わる医師・看護師数

医師		看護師	
人数	大学数	人数	大学数
1人	13	1人	27
2人	12	2人	11
3人	8	3人	1
4人	5	4人	2
5人	3	7人	1
8人	1		
専任	23	専任	41

ICD・ICN共に専任：23校

2010年 全国国立大学病院

アウトブレイク事例に対する改善支援(16事例)

年度	大学	事例
2004年	秋田大学	心臓血管外科におけるMRSA及びVREアウトブレイク
2004年	新潟大学	耳鼻咽喉科・産婦人科でのセパシア・セラチア集団発生
2004年	大阪大学	心臓血管外科・小児外科術後患者での多剤耐性緑膿菌アウトブレイク
2004年	京都大学	血液内科における多剤耐性緑膿菌感染アウトブレイク
2005年	鳥取大学	VRE院内感染事例
2005年	金沢大学	術後輸血後HbS抗原陽性事例
2005年	長崎大学	多剤耐性緑膿菌感染症複数発生事例
2006年	高知大学	多剤耐性緑膿菌の院内感染事例
2006年	自治医科大学	Bacillus cereus 血液培養陽性アウトブレイク
2006年	神戸大学	心臓血管外科におけるMRSAアウトブレイク
2007年	大阪大学	気管支鏡を介した多剤耐性緑膿菌アウトブレイク
2008年	札幌医科大学	高度救命救急センターにおける多剤耐性緑膿菌感染多発事例
2008年	山梨大学	多剤耐性緑膿菌多発検出事例
2009年	岐阜大学	心臓血管外科手術後緑膿菌多発事例
2009年	山口大学	心臓外科における術後緑膿菌多発事例
2010年	香川保健衛生大学	多剤耐性 Acinetobacter baumannii 複数検出事例

京大病院

計11人
多剤耐性緑膿菌で

院内感染2人死亡

京都新聞
2004.9.2

社会の反応

- ◆病気を治すために入院したのに...
- ◆重大な過誤があったのでは？
- ◆発見や公表が遅れたのでは？

京都府立総合医療センター（京大病院）で、多剤耐性緑膿菌による院内感染が2人死亡した。この感染は、手術後の患者から始まり、他の患者にも広がった。病院側は、感染の原因を特定し、対策を講じたが、発見が遅れたと指摘されている。

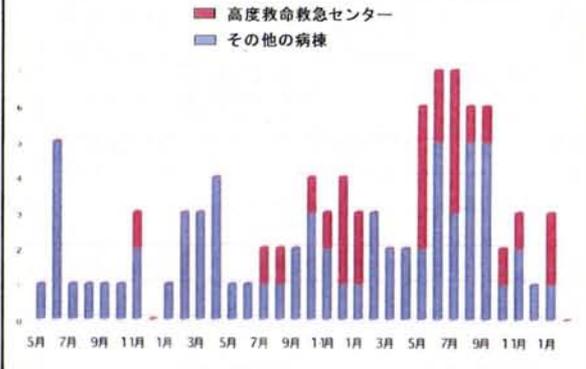


感染アウトブレイク疑い基準

対象となる耐性菌	病棟別新規発生数
MRSA	≥3例/1ヶ月 or ≥6例/3ヶ月
メタロ陽性菌 多剤耐性緑膿菌 ESBL産生菌	≥2例/3ヶ月 or ≥3例/6ヶ月
VRE	検出されれば直ちに

特定の病棟内で特定の耐性菌の検出が増える
⇒感染伝播の可能性
⇒ICTによる積極的な介入実施

MDRP排菌患者数の経時的推移



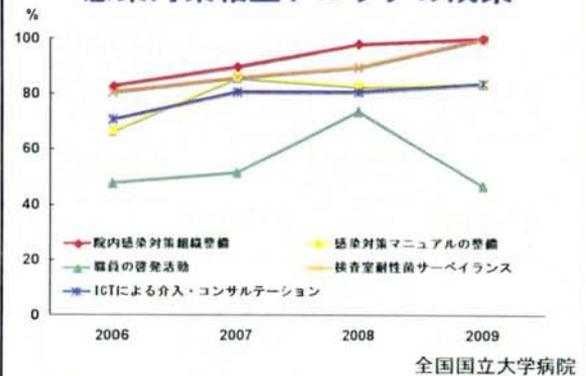
改善支援調査を受審して

～救命救急センターにおけるMDRPの院内感染事例～

- ◆ 感染制御部(ICT)の病院における重要性が高まった
- ◆ ICTの組織体制が強化され(ICN増員)役割が明確になった
- ◆ 診療各科に感染対策リンクDrとリンクNsが設置された
- ◆ 救命救急センターとICTの連携が進んだ
- ◆ 救命救急センターの設備(浴室やシャワーなど)が改善された
- ◆ 大学間相互チェックが重要と感じた

札幌医科大学病院

感染対策相互チェックの成果



全国国立大学病院

医療事故および院内感染事例の公表基準(私案)

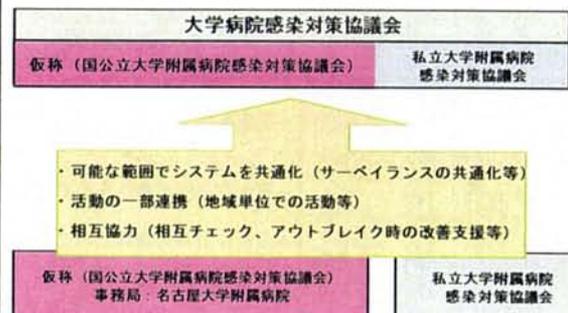
京都大学病院
神戸市立病院群医療安全会議

		死亡	後遺症	回復(軽重差)	回復(軽重不)
過失	明らか	a	b	c	d
	不明	e	f	g	h
	なし	i	j	k	l
社会的・教育的な見地から公表が必要		m			

- 原則的にすみやかに公表 a、b、m
- 事例ごとに検討し方針決定 c、e、f、g

国立大学病院長会議提言参照

国公立大学附属病院における感染対策組織(案) ～今後の取組み～



第10回院内感染対策中央会議

宮城県・東北地域における 感染対策地域ネットワーク

東北大学大学院医学系研究科
感染制御・検査診断学
賀来 満夫

厚生労働省院内感染対策有識者会議からの提言

地域ネットで院内感染防ぐ

中小医療機関を支援 厚生労働省

8カ所でモデル事業へ

医療関連感染(HAI)

Healthcare Associated Infection

病院だけでなくクリニックや診療所、
長期療養施設、さらに在宅など医療
行為に関連する施設での感染が注目
されている

病院感染から医療関連感染へ

宮城県内医療施設へのアンケート

(平成16年度厚生労働省生命科学特別研究事業)

宮城感染コントロール研究会参加の105 医療施設および県内全病院を対象に実施
・135施設が回答(回答率81.8%)

感染管理の情報	市中感染の日常診療に おける相談の希望	院内感染についての 相談の希望
■不十分 58.5%	■よくある+ ■ある 81.5%	■よくある+ ■ある 88.9%

感染対策地域ネットワークのニーズは
大きく、その構築は不可欠

今、求められているもの

↓

病院のみならず、クリニックや
診療所、さらには 長期療養施設
を含めた地域における感染症の
マネジメント：**地域ネットワーク**

病院感染 (HI: Hospital Infection) から
医療関連感染 (HAI: Healthcare Associated Infection)

地域での連携が重要

各施設の 感染対策担当者が共通の課題
に対して感染制御に関するさまざまな
情報交換などが可能なネットワークの
構築が必要不可欠

施設内だけでなく地域全体の
医療関連施設を結んでいくと
いう広い視野に立った総合的
な危機管理システム構築が必要

MRSA
多剤耐性緑膿菌

平成11年8月 宮城感染コントロール研究会発足

『宮城感染コントロール研究会(仮称)発足に関する趣意書』

● 病院長への呼びかけ
● 地域全体の取り組みの重要性

→ 病院感染対策は各施設
そして地域における
トップリスクマネジメント
との認識で一致

宮城・東北感染制御地域ネットワークの歩み

- 1999年 8月 研究会準備会開催 (18施設)
- 1999年11月 第1回研究会開催 (31施設 147名参加)
- 2000年 7月 第1回講習会開催 (158名参加)
- 2000年11月 第2回講習会開催 (181名参加)
- 2001年 3月 第2回研究会開催 (53施設 225名参加)
- 2001年 7月 第3回講習会開催 (289名参加)
- 2001年10月 バイオテロ緊急対策講習会開催
- 2001年11月 第3回研究会開催 (67施設 318名参加)
- 2001年11月 ICR(インフェクション・コントロール・ラウンド)開始

宮城・東北感染制御地域ネットワークの歩み

- 2002年 2月 イギリスICD・ICN講習会開催
- 2002年 3月 第1回「KIDSかんせんセミナー」開催
- 2002年 7月 第4回講習会開催 (71施設 278名参加)
研究会が講習会形式にて継続決定
- 2002年12月 第5回講習会開始 (83施設 283名参加)
- 2003年 3月 第2回「KIDSかんせんセミナー」開催
- 2003年 6月 「SARS緊急対策講習会」開催
- 2003年 7月 第6回講習会開催 (93施設 346名参加)
「抗菌薬使用ガイドライン」完成
- 2003年10月 「多剤耐性緑膿菌サーベランス」開始
- 2003年12月 第7回講習会開催

宮城・東北感染制御地域ネットワークの歩み

- 2004年 3月 第3回「KIDSかんせんセミナー」開催
- 7月 第8回講習会開催
- 8月 夏季講習会開催
- 9月 第4回「KIDSかんせんセミナー」開催
- 10月 秋季講習会開催予定(109施設)
- 12月 第9回講習会開催

- 病院長の理解を得て発足し、多数の施設が自主的に参加(117施設)
- 幅広い職域からの参加(ICTメンバー)
- 臨床現場における実際上の問題点・課題の討議

東北大
6県で感染症ネット
請病院連携情報を共有

河北新報

宮城から東北地域全体へ

東北感染制御ネットワーク

宮城県・東北地域における感染症対策・感染症診療地域ネットワーク

抗菌薬ガイド作成部会
薬ガイド作成部会
耐性
検査
臨床
教育
ペイ
ベストプラクティス部会
アル検討部会

アクションプラン

- ① 情報の共有化
- ② 連携・協力
- ③ 支援
- ④ 人材育成

② ネットワークのアクションプランと活動

① 感染対策情報の共有化

- ・感染対策講習会の定期的開催（東北感染制御ネットワーク）
- ・Website・ホームページの活用（各種感染対策情報の掲載、PDF資料、DVD、マニュアル等）

② 感染対策の協力・連携

- ・共通ガイドライン・マニュアルの策定
 - 抗菌薬ガイドライン（2003年） 消毒薬のガイドライン（2007年）
 - 介護施設・高齢者施設の感染防止マニュアル（東北厚生局）
 - ベストプラクティスマニュアル
- ・共通ポスターの作成と配布
 - 手洗い関連・咳エチケットポスター（東北厚生局）
- ・サーベイランスの実施（病原体サーベイ・アンチバイオグラム）
- ・啓発・教育セミナー（キッズ感染セミナー/Medical & Media ワークショップ）

③ ネットワークのアクションプランと活動

③ 感染対策の支援

- ・感染症相談窓口の開設
 - 電話、FAX、インターネットによる
- ・施設を超えた院内感染対策ラウンドの実施
 - 院内感染対策、アウトブレイク支援、新型インフルエンザ
- ・東北厚生局との院内感染研修会の共同開催
 - 平成17年より毎年実施、東北 6県の拠点病院を研修場所とし、保健担当者、近隣の医療施設の医療従事者も参加
 - 午前中講義・午後ラウンド形式の実践的スタイル

④ 人材育成支援

- ・感染症危機管理人材育成システム（セミナーの開催）
- ・感染症診療地域連携寄附講座の開設（セミナー・指導）

東北感染制御ネットワークフォーラム

第2回 東北感染制御ネットワークフォーラム

2009年8月29,30日、約900名以上が参加

- ・新型インフルエンザシンポジウム
- ・感染制御ベーシックレクチャー
- ・アウトブレイクビデオシミュレーションセミナー
- ・薬剤耐性菌制御ワークショップ
- ・感染症診療ケースカンファレンス
- ・ベストプラクティスシンポジウム
- ・薬剤師のためのICワークショップ
- ・ICMTワークショップ
- ・各種機器展示
- ・微生物観察コーナー（市民参加）
- ・手洗い体験実践コーナー（市民参加）

2008年より毎年開催 地域における情報共有の場

東北感染症危機管理ネットワーク

地域におけるネットワーク活動

<http://www.tohoku-icnet.ac>

DVDをダウンロードし、活用することができます

Web を利用しての情報の提供、連携、支援

SARS対応DVDの作成と配布

新型肺炎 医療従事者向けDVD作成

東北大病院が対応指針を

各種DVDマニュアルの作成

SARS 対応受付 PPE 着脱法-1 PPE 着脱法-2

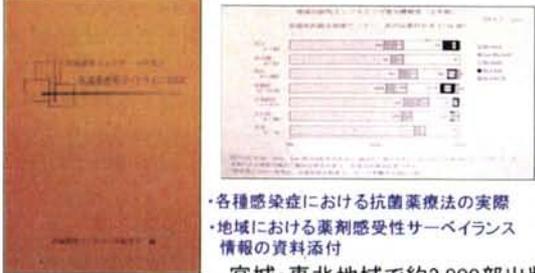
咳エチケット N 95 mask 着用法

パンデミック対応のためのDVD資料
—医療機関での対応—



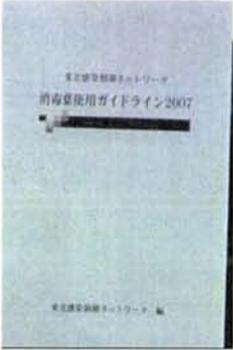
パンデミック発生時の医療施設での
取り組みをシミュレーションしたもの

地域版抗菌薬使用ガイドライン2003
(宮城感染コントロール研究会編)



・各種感染症における抗菌薬療法の実際
・地域における薬剤感受性サーベイランス
情報の資料添付
宮城・東北地域で約3,000部出版

**東北地域の薬剤師による
実践的な地域版消毒薬
ガイドラインの作成**



実践的で臨床現場での
消毒薬使用に極めて有用

各種マニュアルの作成と共同利用



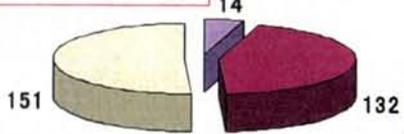
ポスターの共同利用
啓発ポスター作成と地域での共同利用



多剤耐性緑膿菌共同サーベイランス

● 地域や施設にかたよりがみられる
● 介護・老健施設などからも
検出されている
● 尿道留置カテーテル患者の尿か
らの検出例が多い
● 感染発症例は少なく定着例が多い

定着例も含めた集計結果
(2001.1-2003.6)



■ 県南5施設 ■ 仙台市内8施設 □ 県北6施設

リスクコミュニケーションの構築

- 医療従事者だけが感染症対策を実施しているという認識だけでは不十分
- 感染症は共通リスクであるとの認識を共有することが不可欠
- 感染症の伝播リスクや特殊性を医療従事者だけでなく、患者さんを含めた一般の方々やメディアの方々にも情報を提供し、理解を深めていくことが重要

キッズかんせんセミナーの開催



- ・年一回
- ・小学生(中高学年)
- ・20~40人が参加

- ・手洗い講習
- ・グラム染色
- ・手洗いダンス

キッズかんせんセミナーの風景



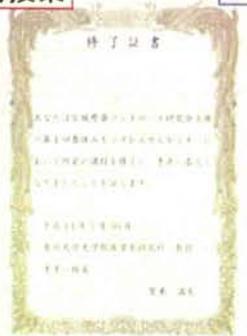
微生物を身近に感じてもらい
手洗いの重要性を理解してもらう

感染のリスクや感染予防の大切さを
一般の方々やメディアにも理解してもらう

小学校への出前授業



キッズかんせんセミナーの感想
ドミニコ学院 小学校4の1 前O 卓O
「ぼくは、キッズかんせんセミナーを勉強してとても楽しかったです。最初にいろいろなきんを見て不思議だと思いました。けんび鏡で口にいるきんを見たのもおもしろかったです。手に不思議な薬をつけて手を洗ってみました。手を洗った後にはきんが白く見える不思議な光で、手のきんを見ました。何回も手を洗わないとなかなかとれなかったです。特に、つめの部分は何回洗ってもなかなかとれなかったです。ぼくは、手洗いはとても大切だと思いました。」



Medical & Media ワークショップの開催



メディア各社との情報の共有化を通じ、
感染症対策の難しさ、問題点を理解

感染症・感染対策相談窓口の開設



- ・治療・予防全般に対応
- ・直接出向いての対応 (インターネットによる対応)
- ・様々な情報提供・支援

院内・院外問わず受け付け

平成19年度TCMID短期コース(9月)

感染制御指導法(宮城)

臨床微生物学(平島)

抗菌剤の適正使用(國島)

バイオテロ対策(加来)
災害医療と感染症対策
輸入感染症
感染症学

臨床微生物学実習(長沢)

リスクコミュニケーション
核施設者会見
(高坂・日経新聞)

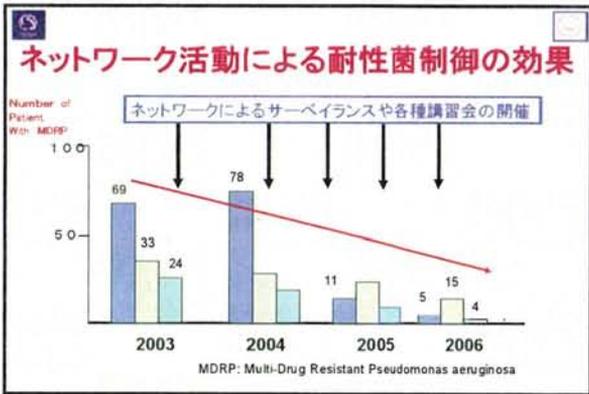
感染症診療地域連携 寄附講座の開設

宮城県からの寄附講座として
2010年4月1日開設

東北大学
宮城県

感染制御・検査診断学
臨床微生物
解析治療学
大学病院
感染管理室

地域医療機関
社会福祉施設
県内拠点病院
行政
市民



- ### 東北感染制御ネットワーク活動の特徴
1. 病院長の理解を得て発足し、その後、多数の施設が自主的に参加
 2. 幅広い職域からの参加(医療従事者・行政担当者)
 3. 臨床現場における実際的な問題点・課題の討議
 4. 東北厚生局、地域自治体との連携
 5. アクションプランの策定・実施とフィードバック
 6. メディアや市民を含めた社会ネットワーク
 7. 社会的使命(Mission)としての認識の定着

東北感染症危機管理ネットワーク

Healthcare-associated infections: think globally, act locally
Regional infection control network in Japan
J. P. Marcel, M. Alfa, F. Baquero, et al CM 1, 14, 895-907, 2008

社会全体の感染症危機管理

感染症はすべての壁を越える

↓

個人や施設・分野を超えた、社会全体の危機

病院のみならず、クリニックや診療所、さらには長期療養施設を含めた医療関連施設全体、そして在宅・学校など地域社会全体の感染症危機管理の構築が必要不可欠

情報の共有化、連携・協力、支援、人材育成に関するネットワーク構築が必要

日本環境感染学会教育施設認定制度規則

第1章 総則

第1条

この制度は、医療関連感染 healthcare associated infection (HCAI) に関連した知識と実践業務とを教育することにより、人類の健康と福祉および医療の安全に貢献することを目的とする。

認定された教育施設は、感染制御専門職等の教育研修、地域の病院および診療所等の感染制御 infection prevention and control に関する相談への対応、その他、感染制御分野の教育に関する諸問題への対処等をおこなうことを目的とする。

第3章 認定資格

第7条

教育施設の認定を受けるためには以下の条件を満たすこと。

1. ICDの資格を持つ日本環境感染学会員が常勤職員で1名以上いること
2. 日本環境感染学会員のインフェクションコントロール担当看護師 (ICN) が常勤職員で1名以上いること
3. 感染制御 (感染対策) チーム (ICT) が、感染制御に関する介入を目的とする臨床現場へのラウンドを、全病棟 (分割してでも) 週に1回以上の頻度で実践していること
4. 本学会事業である Japanese healthcare associated infections surveillance (JHAIS) system に準じた対象限定サーベイランスを、微生物検査室情報に基づく病棟ラウンドにより実践していること
5. 微生物検査室をもち、ICT に対して、全病棟の微生物分離情報が1週間に1回以上定期的に報告され、問題の微生物が分離同定された場合には緊急に報告される体制が確立していること
6. 感染制御に関する検討会や教育が適切におこなわれていること、および、必要な情報が適宜全職員にフィードバックされていること
7. 厚生労働省が定める臨床研修病院であること

認定番号	施設名・担当者・TEL/FAX	認定期間
200101	琉球大学医学部附属病院 担当：藤田 次郎（第一内科教授・感染対策室長） TEL：098-895-1142 FAX：098-895-1414	2007.4～ 2012.3
200102	NTT 東日本関東病院 担当：谷村 久美（感染対策推進室） TEL：03-3448-6651 FAX：03-3448-6617	2007.4～ 2012.3
200103	独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 担当：企画課専門職 TEL：03-3411-0111 FAX：03-3411-0958	2007.4～ 2012.3
200104	神戸市立中央市民病院 担当：春田 恒和（小児科・感染症科部長） 坂本 悦子（感染管理認定看護師） TEL：078-302-4321 FAX：078-302-7537	2007.4～ 2012.3
200105	神奈川県立循環器呼吸器病センター	2007.4～ 2012.3
200107	東京大学医学部附属病院 担当：森屋 恭爾（感染制御部教授） TEL：03-3815-5411 FAX：03-5800-8796	2007.4～ 2012.3
200108	神戸大学医学部附属病院 担当：荒川 創一（泌尿器科） TEL：078-382-6610 FAX：078-382-6378	2007.4～ 2012.3
200109	千葉大学医学部附属病院 担当：佐藤 武幸（感染症管理治療部） TEL：043-226-2661 FAX：043-226-2663	2007.4～ 2012.3
200110	独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 担当：白阪 琢磨（免疫感染症科長） 阿島 美奈（感染管理認定看護師長） TEL：06-6942-1331 FAX：06-6943-6467	2007.4～ 2012.3
200111	岡山大学病院 担当：草野 展周（感染制御部副部長） FAX：086-235-7635	2007.4～ 2012.3
200112	東邦大学医療センター大橋病院 担当：草地 信也（院内感染対策委員長） TEL：03-3468-1251 FAX：03-3469-8506	2007.4～ 2012.3
200113	川崎医科大学附属病院 担当：寺田 喜平（小児科准教授・院内感染対策室専任医師） TEL：086-462-1111 FAX：086-462-1199	2007.4～ 2012.3
200114	京都大学医学部附属病院 担当：（感染制御部副部長） TEL：075-751-4967 FAX：075-751-3758	2007.4～ 2012.3
200115	新潟大学医歯学総合病院 担当：内山 正子（看護師長） TEL：025-227-0726 FAX：025-227-0727	2007.4～ 2012.3

200116	慶應義塾大学病院 担当：岩田 敏 (感染制御センター センター長) 高野八百子 (感染制御センター感染症看護専門看護師) TEL：03-5363-3710 FAX：03-5363-3711	2007.4～ 2012.3
200201	奈良県立医科大学附属病院 担当：笠原 敬 (感染症センター) TEL：0744-22-3051 FAX：0744-24-9212	2007.7～ 2013.3
200202	大分大学医学部附属病院 担当：平松 和史 (感染制御部副部長) TEL：097-549-4411 FAX：097-586-5439	2007.7～ 2013.3
200203	筑波メディカルセンター病院 担当：石原 弘子 (副看護部長) TEL：029-851-3511 FAX：029-858-2733	2007.7～ 2013.3
200204	川崎医科大学附属川崎病院 担当：沖本 二郎 (内科部長) TEL：086-225-2111 FAX：086-232-8343	2007.7～ 2013.3
200206	坂出市立病院 担当：中村 洋之 (診療部長) TEL：0877-46-5131 FAX：0877-46-2377	2007.7～ 2013.3
200301	下関市立中央病院 担当：吉田 順一 (呼吸器外科部長) 石野 恵子 (看護師) TEL：083-231-4111 FAX：083-224-3838	2009.4～ 2014.3
200401	藤枝市立総合病院 担当：石野 弘子 (感染対策室長) TEL：054-646-1111 FAX：054-646-1122	2010.4～ 2015.3
200403	浜松医科大学医学部附属病院 担当：前川 真人 (感染対策室長) TEL：053-435-2721 FAX：053-435-2096	2010.4～ 2015.3
200405	福岡大学病院 担当：高田 徹 (感染対策医師) 橋本 丈代 (感染対策専任看護師) TEL：092-801-1011 FAX：092-862-8200	2010.4～ 2015.3
200406	前橋赤十字病院 担当：立花 節子 (感染管理室師長) TEL：027-224-4585 FAX：027-243-3380	2010.4～ 2015.3
200408	横須賀市立うわまち病院 担当：三浦溥太郎 (副院長) 松永敬一郎 (副院長・院内感染対策委員長) TEL：046-823-2630 FAX：046-827-1305	2010.4～ 2015.3
200501	市立札幌病院 担当：石角 鈴華 (感染管理推進室主査) TEL：011-726-2211 FAX：011-726-7918	2005.7～ 2011.3
200502	半田市立半田病院 担当：中根 藤七 (医療安全管理室室長)	2005.7～ 2011.3

	佐藤チエ子 (同副室長) TEL : 0569-22-9881 FAX : 0569-24-3253	
200601	県西部浜松医療センター 担当 : 矢野 邦夫 (感染症科長・衛生管理室長) 松井 泰子 (衛生管理室長補佐) TEL : 053-453-7111 FAX : 053-452-9217	2007. 4～ 2012. 3
200602	東京慈恵会医科大学附属病院 担当 : 中澤 靖 (感染制御部) TEL : 03-3433-1111 FAX : 03-5400-1249	2007. 4～ 2012. 3
200701	大樹会 総合病院 回生病院 担当 : 松本 尚 (外科系診療部長) TEL : 0877-46-1011 FAX : 0877-45-6410	2008. 4～ 2013. 3
200702	宮城厚生協会 坂総合病院 担当 : 残間由美子 (感染制御室室長) TEL : 022-365-5175 FAX : 022-367-9125	2008. 4～ 2013. 3
200801	東京労災病院 担当 : 戸島 洋一 (感染対策委員会責任者・呼吸器内科部長) TEL : 03-3742-7301 FAX : 03-3744-9310	2009. 4～ 2014. 3
200802	愛知医科大学病院 担当 : 三嶋 廣繁 (感染制御部・教授) 山岸 由佳 (感染制御部・助教) 加藤由紀子 (感染予防対策室・感染管理認定看護師) TEL : 0561-62-3311 FAX : 0561-61-1842	2010. 4～ 2015. 3
200803	国立大学法人 三重大学医学部附属病院 担当 : 田辺 正樹 (感染制御部副部長) TEL : 059-232-1111 (内線 5658) FAX : 059-231-5308	2009. 4～ 2014. 3
200804	健和会 大手町病院 担当 : 山口 征啓 (総合診療内科部長 ICD) TEL : 093-592-5511 FAX : 093-592-2726	2009. 4～ 2014. 3
200901	横浜医療センター 担当 : 小林 慈典 (小児科医長) TEL : 045-851-2621 FAX : 045-851-3902	2010. 4～ 2015. 3
200902	順江会 江東病院 担当 : 島田 憲明 (血液浄化療法部長・ICD) TEL : 03-3685-2166 (内線 3505) FAX : 03-3685-2708	2010. 4～ 2015. 3

質 問 用 紙

日本環境感染学会 認定教育施設

年 月 日

(質問の回答をお願いする施設名)

(同所属名)

(同担当者名) _____ 先生

下記についてアドバイスを頂きたく FAX いたします。

所属施設長サイン (自筆) _____ 役職名 _____

所属施設 _____

所属部署 _____

担当者名 _____

連絡先：電話番号 _____ FAX 番号 _____

: E-mail _____

質問事項 (具体的に)

回答を希望される施設
事務局 03-5420-2407

} 両方に FAX して下さい。

日本環境感染学会事務局

〒141-8648 品川区東五反田 4-1-17 東京医療保健大学内

TEL : 03-5420-2406 FAX : 03-5420-2407 E-mail : jsei@thcu.ac.jp

医療関連感染地域支援ネットワークの活用について

日本環境感染学会教育施設認定委員会委員長 小林寛伊

日本環境感染学会では、一昨年より中小病院に対する感染制御のための支援活動をおこなっています。(下記の事項をご希望の場合には、学会員であることが必要です。)

1. 感染制御に対する相談窓口：感染制御に関する質問事項がありましたら、学会ホームページの「[認定制度／資格](#)」のサイトから質問用紙をダウンロードして、学会事務局と近隣の認定教育施設に FAX にて質問をお寄せください。認定教育施設の専門家がご質問にお答えいたします。認定教育施設はホームページに記載しています。
2. 病棟ラウンドを経験されたい場合には、近隣の認定教育施設において ICT ラウンドを経験させていただくことができます。ご希望の場合には、学会事務局にお問い合わせください。
3. 主な病院感染症のアウトブレイクを迅速に特定するための手引きがあります。ご活用ください。

[中小病院における主な病院感染症アウトブレイクの迅速特定 Quick Identification of Outbreaks \(128KB\)](#) 

4. 中小病院／診療所を対象にした医療関連感染制御策指針（ガイドライン）：病院や診療所において、感染制御のために最低限守らなくてはならない事項について掲載しています。東京医療保健大学大学院のホームページの「調査」のサイトをご覧ください。<http://thcu.ac.jp/faculty/inquiry.html>

中小病院における主な病院感染症アウトブレイクの迅速特定

Quick Identification of Outbreaks

— 感染症治療にはここでは言及せず —

(2010年3月26日案)

病棟ラウンド ward liaison により、通常より多い新規感染症例の存在に気付いた際は、病院感染アウトブレイクを疑う。アウトブレイク頻度の高い菌種に関しては、以下の判定基準に従って原因菌種を特定する。細菌検査情報においてアウトブレイクを示唆された場合も同様である。下記特定と一次的対応とに続く次の段階での対処は、今後逐次検討追加することとする。

なお、1例からの菌分離であっても、菌種によっては、そのうしろに複数の保菌者が隠れており、アウトブレイクの予備軍となっている可能性もあり、下記4. の一次的対応2) に示したように、適切な調査をおこなって、アウトブレイク防止に努めることが望ましい場合もある。

1. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA)

1-1. Hospital acquired (Healthcare-associated) MRSA (HA-MRSA)

- 1) 複数MRSA 感染症例の存在
- 2) 抗菌薬感受性パターンの類似性
：ここでMRSA アウトブレイクを疑う
一次的対応
- 3) 感染経路の迅速な特定（医療従事者/患者スクリーニング、環境スクリーニング、その他）による制圧
- 4) 同一の診療グループが関与していないかどうかの検討と介入
- 5) MRSA拡散につながる感染症例は、可能な限り個室アイソレーション isolation、もしくは、コホート（集団）アイソレーション cohort isolation（註：保菌例のアイソレーションも望ましいが、日本の現状ではその率からいって現実的には困難な場合が多い。日本における現状での全体的感染率増加も見られていない）
- 6) 専門機関に依頼しての Pulsed field gel electrophoresis (PFGE)による確証（可能な限り）

1-2. Community-acquired (-associated) MRSA (CA-MRSA)

- 1) 通常より多い複数の新規皮膚/軟部組織感染症例の存在
- 2) それらの内に複数MRSA 感染症の存在
- 3) HA-MRSA に比して比較的感受性良好な抗菌薬感受性パターンの類似性
：ここでCA-MRSA アウトブレイクを疑う
一次的対応
- 4) 感染経路の迅速な特定（医療従事者/患者スクリーニング、環境スクリーニング、その他）による制圧
- 5) 専門機関に依頼しての遺伝子解析による確証（可能な限り）

2. *Acinetobacter baumannii*

- 1) 複数の *A. baumannii* 分離症例（保菌例を含む）
- 2) 抗菌薬感受性パターン（特に多剤耐性株に留意）の類似性
：ここで *A. baumannii* 感染症アウトブレイク/交差汚染多発を疑う
一次的対応
- 3) 感染経路の迅速な特定（医療従事者/患者スクリーニング、環境/機器（特に人工呼吸器

関連機器等)スクリーニング、血管内ルートの点検、その他)による制圧

- 4) 多剤耐性*A. baumannii* の場合は、感染症例、保菌例ともに個室アイソレーション、もしくは、コホート・アイソレーション
- 5) 専門機関に依頼してのPFGE による確証 (可能な限り)

3. *Clostridium difficile* (CD)

- 1) 原因不明の新規複数下痢症例の存在
- 2) 下痢症例の検体採取によるCD トキシン(A/B) 検査陽性
: ここで *C. difficile* 関連感染症アウトブレイクを疑う
一次的対応
- 3) 特に高齢者/基礎疾患の重篤な症例/抗菌薬多用症例などの下痢症例は早期特定と個別管理(個室アイソレーション/接触予防策など)による制圧
- 4) 感染経路の迅速な特定(特に環境汚染に注意)と清浄化(環境消毒を含む)による制圧
- 5) 専門機関に依頼しての polymerase chain reaction (PCR) ribotyping などによる確証 (可能な限り)

留意点: CD による重症腸炎患者が発生した場合は、重症化しやすい北米流行型の NAP1/BI/027 株も想定した検査と対策が必要(註: 日本での分離はこれまではごく僅か)

4. Vancomycin-resistant enterococci (VRE)

- 1) 複数のVRE 分離症例(保菌例を含む)
: ここでVRE 感染症アウトブレイク/交差汚染多発を疑う
一次的対応
- 2) 1 例のみからの分離であっても日本の現状に鑑みて周辺への波及を疑って調査する
- 3) 感染症例、保菌例の個室アイソレーション、もしくは、コホート・アイソレーション
- 4) 特に、おむつや排便介助の必要な VRE陽性症例における接触予防策の徹底
- 5) 感染経路の迅速な特定(特に環境汚染に注意)と清浄化による制圧
- 6) グリコペプチド系薬その他の抗菌薬の長期投与症例/基礎疾患の重篤な症例/長期入院症例に留意して制圧
- 7) 専門機関に依頼しての polymerase chain reaction (PCR)、あるいは、PFGE による確証(可能な限り)

5. *Pseudomonas aeruginosa*

- 1) 複数の*P. aeruginosa* 感染症例の存在(特に多剤耐性緑膿菌 multidrug resistant *P. aeruginosa* (MDRP)に留意する)
- 2) 抗菌薬感受性パターンの類似性
: ここで*P. aeruginosa* 感染症アウトブレイクを疑う
一次的対応
- 3) 感染経路の迅速な特定(人工呼吸器、加湿器などの器具表面汚染/洗浄室など湿潤環境汚染その他)と清浄化による制圧
- 4) MDRP 感染症例、保菌例の個室アイソレーションもしくはコホート・アイソレーション
- 5) 蓄尿関連器材、設備の点検
- 6) 専門機関に依頼してのPFGE による確証(可能な限り)

6. *Serratia marcescens*, *S. liquefaciens* など

- 1) 複数の*Serratia* spp. 感染症例の存在
- 2) 抗菌薬感受性パターンの類似性
: ここで *Serratia* spp. 感染症アウトブレイクを疑う

一次的対応

- 3) 感染経路の迅速な特定（点滴関連の薬剤、器材、注射液などの作り置き、ルート管理に関する点検、吸入器、人工呼吸器など水管理に関する点検、環境スクリーニング、その他）と清浄化による制圧
- 4) カルバペネムを含む多剤に耐性を示す *Serratia* spp. の場合、感染症例、保菌例の個室アイソレーション、もしくは、コホート・アイソレーション
- 5) 専門機関に依頼してのPFGE による確証（可能な限り）

7. *Norovirus*

- 1) 複数の原因不明の下痢あるいは嘔吐症例の存在
- 2) *Norovirus* が原因と考えられる症例の吐物、排泄物との関連性の有無のチェック
：ここで*Norovirus* 腸管感染症アウトブレイクを疑う

一次的対応

- 3) 感染経路の迅速な特定（患者吐物、下痢便との接触もしくは粉塵を介した感染の可能性、医療従事者・家族・面会者の症状確認、食材、調理場などの点検、その他）と特定された感染経路の遮断による制圧
- 4) 感染症例の個室アイソレーション、もしくは、コホート・アイソレーション
- 5) 吐物、下痢便の適切な処理（空中飛散防止が重要）
- 6) 迅速検査により原因が *Norovirus* かどうかの確定（可能な限り）

8. *Mycobacterium tuberculosis*

- 1) 一名以上の活動性肺結核患者、喉頭結核患者の存在（菌排出患者が診断されずに隔離されていなかった場合）-Index case の存在
- 2) 複数の接触者検診において、全血インターフェロン γ 応答測定法 whole-blood interferon gamma release assay (IGRA) (QuantiFERON[®]-TB2G クオンティフェロン[®]-TB2G(QFT)) 陽性、あるいは、持続する咳嗽、不明熱、通常の抗菌薬に反応しない呼吸器疾患、遷延化する肺疾患、などの症例において、塗抹検査、PCR 検査（非定形抗酸菌症との鑑別：可能な限り）、胸部レントゲン検査など実施の結果、結核感染症を疑う症例が複数確認された場合
：ここで肺結核のアウトブレイクの可能性を疑う

一次的対応

- 3) 感染経路の迅速な特定、患者の個室アイソレーション（空気感染対策のための陰圧室へアイソレーション。陰圧室のない場合は、排気ファン作動、あるいは、個別エア・コンディショナー（エアコン）の場合は窓開放。複数室一括再循環空調方式の場合は、交差汚染防止のため、速やかに専門医の指示を得る。）
- 4) 保健所への届け出と対応の協議（接触者検診の実施の必要性について検討）
- 5) 抗結核薬の投与（注：専門医の指示のもとで早期の二次感染防止策として）と、速やかな結核指定医療機関等への転院措置
- 6) 結核菌に暴露された可能性のある患者/職員の接触者検診

9. *Influenza virus*

- 1) 医療従事者を含む複数のインフルエンザ様症状（咳嗽、発熱の持続）の確認
- 2) 迅速診断キットにて *Influenza A / B virus* の診断
：ここでインフルエンザのアウトブレイクを疑う

一次的対応

- 3) 患者の個室アイソレーション、もしくは、コホート・アイソレーション
- 4) 患者移動時には患者自身にサージカルマスク着用

- 5) 抗インフルエンザ薬の投与（註：二次感染拡大防止のため）
- 6) 感染拡大防止策の総合的遵守
- 7) 必要に応じて polymerase chain reaction (PCR) 検査の実施

10. *Bacillus* spp.

- 1) 発熱症例の集団的あるいは散発的な持続的発生（特に気温が高くなる時期）
- 2) 複数の患者の血液からの *Bacillus cereus* などの *Bacillus* spp. の検出
：ここで *Bacillus* spp. のアウトブレイクを疑う
一次的対応
- 3) 感染経路の迅速な特定（アルコール綿容器、カテーテル、点滴／輸液製剤の培養検査）
- 4) オシボリ、タオル等の使用後の保管状況および洗浄時の衛生管理状況の点検と培養検査
- 5) カテーテル、輸液ライン等の衛生管理状況の確認と処置時の手指衛生の徹底
- 6) 専門機関に依頼してのPFGE による確証（可能な限り）

11. 以上のいずれの条件にも合致せず、新規感染症が通常より増加している場合

- 1) 分離された細菌より他のアウトブレイクを疑って検討する

院内感染対策中央会議提言（案）

1 はじめに

わが国における院内感染は、患者の高齢化による易感染者の増加や、多剤耐性菌の拡がりにより、各医療機関における対応が難しくなっている現状があり、医療法施行規則に則り、個々の医療機関における日常的な実効ある感染制御の取り組みとともに、地域の医療機関等でネットワークを構築し、院内感染発生時にも各医療機関が適切に対応できるよう相互に支援する体制の構築が重要である。

今般の提言において、通常時と院内感染発生時における院内感染対策を、各医療機関内、医療機関間の連携、行政の関わりという観点からそれぞれとりまとめたので参考とされたい。

2 通常時の対応

(1) 医療機関内における対応

1) 医療機関における院内感染対策の組織体制について

医療機関内の業務従事者のいずれもが起因微生物を媒介する可能性を持つことから、全ての業務従事者が感染対策に対する正しい知識等を有し、その対策を徹底することが重要である。現実には、医療機関内の院内感染対策は、入院する患者の特性から、それぞれの病棟ごとに医療従事者の意識が異なる傾向があるが、基本となる標準的予防策が確実に行われる必要がある。そのためには、医療機関内の各部署から院内感染に係る情報が院内感染対策委員会^(※)に報告され、院内感染対策委員会から状況に応じた対応策が現場に迅速に還元されなければならない。

(※下線のある用語については末尾にその説明を付している。以下同じ)

また、各医療機関の管理者は、感染制御チームが円滑に活動できるよう、感染制御チームの院内での役割と位置づけを明確化し、医療機関内の業務従事者からの理解と協力が得られる環境を整える必要がある。

2) 感染制御チームについて

病床規模の大きい医療機関（目安として病床が300床以上）における感染制御チームによる定期的なラウンドは、可能な限り1週間に1度以上の頻度で感染制御に携わる医師、看護師、検査技師、薬剤師のうち少なくとも2名以上の参加の上で行うことが望ましい。その際には、検査室の病棟別のデータ等を活用して感染症患者の発生状況等を

点検するとともに、各種の予防策の実施状況やその効果等を定期的に評価し、各病棟のリンクナースの活用等により臨床現場への適切な支援を行っていくことが必要である。

リンクナースや病棟の責任者、診療科責任者は、それぞれ業務従事者に対し、感染制御チームから提供された情報を確実に伝達するとともに、標準的予防策の励行等基本的な事項の徹底も含め、必要に応じた対策を遵守させることが必要である。

中小規模の医療機関（目安として病床が300床未満）におけるラウンドでは、マンパワーが少ない傾向がみられるため、看護師が1人でラウンドすることが多く、医師等に意見することに苦慮するケースも存在する。些細な問題についても管理者や地域のネットワークに参加する医療機関の専門家等に相談し、支援を受けることができる体制を確立することが必要である。

また感染制御チームは、ラウンドにおいて各病棟における抗生剤の使用状況を確認し、必要に応じて指導を行うことが必要である。

（2）医療機関間の連携について

医療機関における院内感染対策は、各医療機関それぞれの判断と責任において実施されるべきものであるが、緊急時に地域の医療機関同士が速やかに連携して各医療機関の対応への支援がなされるよう、医療機関相互のネットワークを地域において構築し、日常的な相互の協力関係を築くことが必要である。その際、地域のネットワークの拠点の医療機関として、大学病院や国立病院機構傘下の医療機関、公立病院等地域における中核医療機関、あるいは学会指定医療機関等が中心的な役割を担う必要がある。

（3）行政の関わり

1）地方自治体の役割

各医療機関が地域での院内感染の発生動向を把握し、適切な院内感染対策を講じることができるよう、各地方自治体は厚生労働省が実施する院内感染対策サーベイランス（JANIS）事業において収集した薬剤耐性菌の検出状況や特定の薬剤耐性菌等による感染症患者の発生動向に関する地域別の情報を把握・分析し、積極的に各医療機関へ情報提供することが必要である。そのためにも、地方衛生研究所等における院内感染の起因微生物の検査体制を充実強化させる必要がある。

また、関係医療機関との調整により、地域における院内感染対策の

ためのネットワーク作りを支援することが必要である。具体的には、院内感染発生時に備え、ICD (Infection Control Doctor) や ICN (Infection Control Nurse) などの専門家のリストアップを行うことや医療機関相互の日常の協力関係が構築できるよう関係者への呼びかけを行うなどが考えられる。

2) 国の役割

各医療機関が自ら院内感染対策の充実を図れるよう、院内感染対策サーベイランス(JANIS)事業の情報発信機能を強化する必要がある。具体的には、JANIS参加医療機関から得られたデータを、各自治体や一般の医療機関が有効に活用できるようわかりやすく情報提供するとともに、参加医療機関にとっても日常的な院内感染対策において活用しやすい形式での情報の還元が望まれる。

例えば、各自治体に対しては、所管地域の医療機関における薬剤耐性菌の検出状況や感染症患者の発生動向を把握・分析し、医療機関に情報提供しやすい形式で、情報を自治体に提供することが必要である。

一般医療機関に対しては、JANISからの季報等の公表データから薬剤耐性菌の発生動向が把握できるよう、できるだけ迅速に、参加医療機関から収集したデータを集計・解析し、公開する必要がある。

JANIS参加医療機関に対しては、特定の薬剤耐性菌の各病棟での分布状況等、視覚的にも認知できるデータ解析ツールを提供するなど、より院内感染対策の充実に結びつきやすい形式で情報提供する必要がある。

院内感染の発生の防止や感染拡大への対応のための費用や感染制御医療従事者の養成のコストが、各医療機関に負担になっているとの指摘があることから、必要な検査の実施や、一定の院内感染対策のための体制を確保する方策について検討すべきである。

また、新型の薬剤耐性菌などの出現や拡大などを想定し、それらに対応可能な研究体制の充実や、解析体制の強化への支援も行う必要がある。

3 院内感染発生時の対応

多剤耐性菌による院内感染事例を想定している。他の起因微生物に対しては、それぞれ微生物の性質に鑑み、必要に応じて以下の基準を参考に対策を立てることが適当である。

(1) 医療機関内での対応

同一医療機関内又は同一病棟内で同一菌種による感染症の集積が見られ、疫学的にアウトブレイクが疑われると判断した場合、当該医療機関

は院内感染対策委員会を開催し、1週間以内を目安に院内感染対策を策定かつ実施することが必要である。アウトブレイクと仮定する目安としては一例目の発見から4週間以内に、同一病棟において新規に同一菌種による感染症例3例以上が特定された場合、あるいは、同一施設内で同一菌株と思われる感染症例（抗菌薬感受性パターンが類似した症例等）3例以上が特定された場合などが考えられる。

その後、新たな感染者または保菌者（以下「感染者等」という）を認めた場合、院内感染対策に不備がある可能性があると判断し、速やかに通常時から協力関係にある地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家に感染拡大の防止に向けた支援を依頼することが必要である。

(2) 医療機関間の連携と支援

院内感染が発生した医療機関から依頼を受けた地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家は、当該医療機関が策定した院内感染対策の内容や実施方法について助言し支援を行うことが求められる。

地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家による支援のみでの解決が難しいと判断される場合は、地方衛生研究所や国立感染症研究所等への相談等必要である。

(3) 行政の関わり

医療機関内での院内感染対策を講じた後、同一医療機関内で同一菌種による感染者等が多数にのぼる場合(目安として10名以上となった場合)または当該院内感染事案との因果関係が否定できない死亡者が発生した場合においては、管轄する保健所にすみやかに報告する必要がある。(このような場合に至らない時点であっても、医療機関の判断の下、必要に応じて保健所に連絡・相談することが望ましい)

院内感染発生 の報告を受けた保健所は、当該院内感染発生事案に対する医療機関の対応が、事案発生当初の計画どおり実施され効果を上げているか、また地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家による支援が順調に進められているか、一定期間内、定期的に確認し、必要に応じてJANISのデータを活用して指導及び助言を行うことが重要である。保健所による指導及び助言は、必要に応じて地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家の判断も参考にすることが求められる。また、院内感染の起因となる微生物の発生動向に関し、当該医療機関内のみならず地域的な広がりについても把握する必要がある。

なお保健所は、医療機関からの報告を受けた後、都道府県や政令市等と緊密な連携をとり、必要に応じて対応していくことが重要である。

ただし、保健所への報告を法律上で義務付けることについては、個々

の事案が報告すべき事項に該当するかどうかは必ずしも厳密に判断できるものではなく、また、法律上義務付けることで各医療機関が萎縮してしまうおそれもあることから、報告を求める方法としては、通知による運用を念頭に検討すべきである。

4 その他

現在の医療において、院内感染の発生そのものを全て無くすことは不可能であり、救急患者の受け入れ等を積極的に行う医療機関ほど発生の確率が高くなると考えられる。的確な院内感染対策を実施している医療機関においても、院内感染は一定頻度起こり得るものであるため、そのような際にも医療機関の院内感染対策について冷静に判断することが重要であり、社会的非難を恐れてかえって院内感染の発生が報告されず対応が後手に回ってしまうことのないよう、国民的な理解を進めることが求められる。

用語の説明

院内感染対策委員会（感染対策委員会） Infection Control Committee (ICC)

医療機関が管理者（院長や理事長）直属に設置する院内感染対策のための委員会のことを指し、医療機関内の様々な職種の代表者を委員として、定期的且つ問題があった場合に開催するもの

感染制御チーム Infection Control Team (ICT)

院内で発生する感染症（医療関連感染症 healthcare-associated infections）を管理する、つまり、感染制御 infection prevention and control（感染症の予防と制圧）を任務とする、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師等により構成されたチームのことを指す

インフェクション・コントロール・ドクター Infection Control Doctor (ICD)

感染制御を任務とする医師のことを指し、感染制御チームの一員として院内感染拡大防止や発生予防を主な任務としている

インフェクション・コントロール・ナース Infection Control Nurse (ICN)

感染制御を任務とする専門的な研修を受けた看護師のことを指し、感染制御チームの一員として院内感染拡大防止や発生予防を主な任務としている

ラウンド Ward liaison

感染制御チームによって医療機関内全体をくまなく、あるいは、必要な部署/部位を巡回し、必要に応じてそれぞれの部署に対して指導など行う。

リンクナース Link nurse(s)

各部署に配置され、感染制御チームと臨床現場とのパイプ役としての任務を行い各部署で模範的に感染対策を推進する看護師をさす。

標準的予防策 Standard precautions

(cf:① www.reproline.jhu.edu/english/4moreh/4ip/IP_manual/02_StandardPrecaution.pdf

② <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>)

医療従事者が業務にあたり、全ての患者に対して感染予防のために行う予防策のことを指し、手洗い、手袋やマスクの着用といった基本的な内容が含まれている。

院内感染対策サーベイランス (JANIS) 事業

薬剤耐性菌による感染症の発生状況を調査するために、調査に参加している医療機関から定期的に薬剤耐性菌の発生状況を収集し分析した上で、参加医療機関、一般に対し情報を提供している。

院内感染対策サーベイランス機能強化事業の実施

【資料5】

平成22年度補正予算について

平成22年10月26日閣議決定

院内感染対策サーベイランス機能強化事業の実施 48,500千円

事業の目的

世界的に多剤耐性菌による院内感染が拡がりを見せ、日本においても多剤耐性菌による院内感染への対応が喫緊の課題となっている。

各医療機関における院内感染対策の徹底のため、院内感染対策サーベイランス事業が実施されているが、参加医療機関から提供された情報を基にした情報提供、機能を強化し各医療機関においてより実効性のある対応がとられるよう支援していくことが必要。

※ WHOは2010年8月各国政府に多剤耐性菌による院内感染対策を重点的に実施するよう警告している。

事業の概要

院内感染対策サーベイランス事業を担う国立感染症研究所の情報提供機能を強化するため、全国の医療機関に提供される薬剤耐性菌の検出状況データの精度の向上を図るとともに、遺伝子配列に注目した解析結果のフィードバックを行う。また、事業の参加医療機関を対象に院内感染の発生状況の分析の高度化を図る。

院内感染対策サーベイランス機能強化事業実施による効果

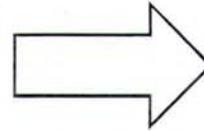
48,500千円

○ 薬剤耐性菌の解析機能強化

(35,000千円)

【概要】

国立感染症研究所に、薬剤耐性菌等の遺伝子配列に着目した解析が可能な分析機器を導入。



【効果】

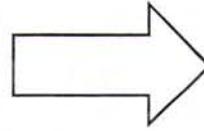
全国の医療機関から薬剤耐性菌等の検体を収集して解析結果をフィードバックすることにより、当該医療機関の院内感染対策を支援。

○ 集約したデータの精度の向上

(12,000千円)

【概要】

国立感染症研究所に、医療機関から収集した検体データに含まれる誤データの補正等を行うデータクリーニング機器及びデータのバックアップ機器を導入。



【効果】

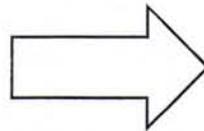
全国の医療機関に提供される薬剤耐性菌の発生状況データの精度が向上。

○ 参加医療機関に対する院内感染発生状況の解析の高度化

(1,500千円)

【概要】

院内感染発生状況の解析の高度化のための新しいプログラムを導入。



【効果】

院内感染対策サーベイランス事業に参加する医療機関における薬剤耐性菌の院内拡散を高精度で分かりやすく「見える化」