愛知県院内感染地域支援ネットワーク事業

平成 27 年度　愛知県院内感染ネットワーク

報　告　書

～相談事例・参考資料～

AICHI NURSING ASSOCIATION

公益社団法人 愛知県看護協会

はじめに

今年度は、デング熱について海外渡航履歴のない国内感染例８月末にあり、一般県民における認知が一気に高まりました。また、インフルエンザやノロウイルスなどの流行により、医療・介護施設側、患者・利用者側の双方で院内感染への意識が高まっています。院内感染防止のため、病院側も医師・看護師・職員の手指衛生・個人防護具の使用などの徹底や、医療機器の洗浄、消毒または滅菌、院内環境の整備等の対策はますます重要となっています。しかし、そこまでしても院内感染の完全防止は難しいのが現状です。ひとたび施設で院内感染が発生すると、患者に不必要な苦しみと医療費の支出を強いるとともに、その施設にも過大な負担が及ぶことに留意しなければなりません。これらのことから、院内感染に関して、日常的に安心して相談ができ、かつ適切な助言が受けられる体制を充実させる必要性が求められております。

愛知県看護協会では、平成 20 年度より、愛知県の委託を受け、院内感染地域支援ネットワーク事業の一環として、地域の医療機関や大学の専門家からなる院内感染ネットワーク委員会を設置しております。この委員会においては、設置時より、相談窓口による相談や疑問への回答にとどまらず、地域における感染制御を目的とした多剤耐性菌調査の実施、依頼のあった病院へ出向いての直接支援などの活動を通じ、地域の支援ネットワークの充実に取り組んできております。27 年度は常滑市民病院に特定感染症病床が開設され、全国で４か所目の指定開設にあたり当事業も指導及び助言をしました。本報告書には、県内の医療関係者からの相談事例を中心に、院内感染防止のための支援活動や、対策の参考となる通知等の資料を掲載いたしました。また、これらは当協会のホームページでも広く公開しておりますので、ご活用いただければ幸いと存じます。大きい小さいに関わらず医療現場で生じる疑問の照会はもとより、院内感染対策に関する評価等にも、是非この相談窓口をご活用いただき、問題解決への一助としていただきたいと願っております。最後に、解決の方法を丁寧に提示していただくなど、回答者としてご協力いただきました院内感染ネットワーク委員の先生方に心から感謝申し上げます。

平成 28 年３月

公益社団法人愛知県看護協会

会　長　鈴木　　正子

目　次

1　平成27年度院内感染等に関する相談事例
（1）　相談事例　1：次亜塩素酸ナトリウム液の消毒効果について…… 1
（2）　相談事例　2：血液、血液製剤、脂肪乳剤を側管より点滴する場合のルート交換について… 2
（3）　相談事例　3：B型肝炎ワクチンの接種間隔について…… 5
（4）　相談事例　4：患者のヒゲ剃り時の手指衛生について …… 8
（5）　相談事例　5：高齢者病棟での、共有コップの消毒方法について…… 10

2　平成27年度院内感染等に関する支援 …… 13

3　平成27年度地域における感染制御を目的とした多剤耐性菌調査 …… 15
（1）　院内感染ネットワーク薬剤耐性菌サーベイランス（2015）調査…… 17
（2）　抗菌薬使用量調査 …… 33

4　院内感染に関する相談体制
（1）　院内感染ネットワーク委員会規約…… 37
（2）　院内感染相談票・回答書…… 38
（3）　院内感染に関する相談窓口…… 40

5　院内感染対策の参考となるホームページの紹介 …… 43

6　参考資料…… 45

1　平成27年度院内感染等に関する相談事例

相談事例1：次亜塩素酸ナトリウム液の消毒効果について

（相談内容）

ノロウイルス発症時に備え、ノロウイルス対策セット（嘔吐時用・隔離用）と、0.1%・0.02%の次亜塩素酸 Na 液も２ℓのペットボトルに作り置きし、流しの下に保管してあります。１ヶ月は大丈夫との情報でシーズン中、柵や取っ手、テーブル拭き掃除に利用したりもしています。１ヶ月に疑問もありますが、冷暗所なら１ヶ月はＯＫと他病院のＩＣＴチームに確認したそうですが根拠になるものも見当たりません。その都度作るのでは、いざという時、間に合わないとの意見もありますが、希釈して１か月経過した物に消毒効果があるのでしょうか。

（回答）

まず、次亜塩素酸 Na は、用時希釈での使用が原則と考える必要があります。希釈後の分解速度は、種々の条件下で異なります。密封容器、室内非遮光下にて、0.1%希釈液が 4 日間で 5%を超えて分解するデータがあり(1)、1 ヶ月後の消毒効果は保証できないと思われます。冷暗所であっても 1 ヶ月後に常に安定であることを保証できる報告はありません。加えて、ペットボトルでの希釈では、ボトル内の異物を 100%除去した状態ではなく、有機物が残存すれば、より分解が進む可能性も否定できません。さらに、シーズン中の拭き掃除にも利用されるのであれば、希釈液のボトルを開け閉めすることになり、より濃度低下が進む要因になり得ます。また、次亜塩素酸 Na は高水準消毒のカテゴリーに入り、すべての微生物を死滅させることが期待できますが(2)、1000ppm（0.1%）を超えていないと芽胞の消毒作用が十分でなく(3)、0.02%はもちろん、0.1%であっても希釈後の分解を考慮すると芽胞菌による細菌汚染が生じる可能性が否定できません。

いざという時（患者の嘔吐時など）の対応として、吐物の乾燥によるウイルスの飛散を防ぐために迅速な対応が必要なことは言うまでもありません。しかし、上述の理由から、次亜塩素酸 Na 希釈溶液の作り置きは避ける必要があります。吐物などに対しては、まず濡れた新聞紙を上にかぶせ、乾燥によるウイルスの飛散を防止する対応を取り、次亜塩素酸 Na の希釈などの用意を行うと良いでしょう。加えて、予め希釈に使用する容器に、適切な希釈量がわかる様に印をつけておくと、より迅速な対応につながると考えられます。

参考文献

1)　（株）オーヤラックス社内資料「ピューラックス® 希釈液の安定性試験-2」

2)　吉田製薬文献チーム：消毒薬テキスト第 4 版 協和企画 2012 p.51

3)　吉田製薬文献チーム：消毒薬テキスト第 4 版 協和企画 2012 付録 A

相談事例2：血液、血液製剤、脂肪乳剤を側管より点滴する場合のルート交換について

（相談内容）

血管内留置カテーテルに関連する感染予防の CDC ガイドライン 2011 の勧告の中に、血液、血液製剤、脂肪乳剤を投与するのに用いられる点滴ラインは、点滴開始から 24 時間以内に交換する　カテゴリーIB とあります。これは輸液回路内に油脂成分が付着した部位にカンジダ属菌等の集簇する温床ができるため時間制限が厳しくなっていると理解しています。

このことも踏まえ、当院の点滴ルートは JMS 製社の PVC フリーを使用しております。接続部はノーデットスペースのスプリットセプタルでかつ液だまりがなく・エアだまりが少ないプラネクタを使用しています。上記薬剤を側管よりつなげるときには、最も患者側のプラネクタを使用し、接続時には手指衛生と接続面の消毒をゴシゴシ行うよう説明しています。その中で、点滴ルートの交換は側管部分のみでよいと考えていましたが、現場は本体ルートも含めて交換していました。患者背景からも重症の患者が多くシリンジなどいくつもつながっており、本体ルートを変えることは数個のシリンジルートの付け替えがあります。かえって感染のリスクを増大させると考えますし、CV ルートの毎回交換はコストもかかります・・・。このガイドラインの解釈として本来どこまでルートを交換すべきか。以下の中でどの方法がよいかご教授ください。

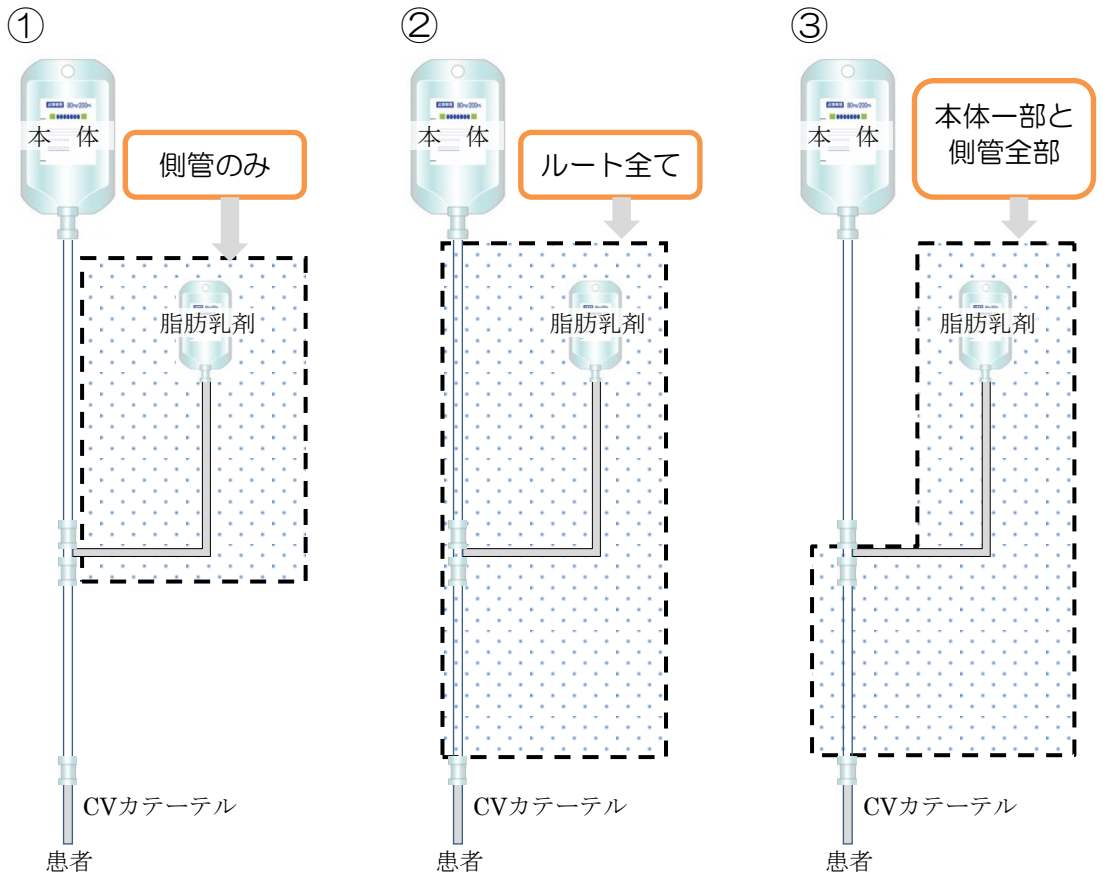
①側管部分のみのルートでよい

②本体+側管ルートすべての輸液ルートの交換

③側管ルート+本体の一部（側管を接続したところから、本体の一部分：CV カテーテル接続部まで）

（※CV ルートでの滴下は原則しないことにしていますが、末梢がどうしても取れない場合など使用します。また、本体含めてすべてと考えると CV カテーテルの交換は？と疑問も残ります。）

図は次ページ参照



（回答）

血管内カテーテル由来感染予防の CDC ガイドライン 2011（以下 CDC ガイドライン）では、血液、血液製剤、脂肪乳剤の投与に使用した「チューブ」は 24 時間以内に交換すべき旨、加えて脂肪乳剤の中でもプロポフォールは使用する「チューブ」を製造業者の勧告に従って 6 または 12 時間ごとに交換すべき旨が記載されています(1)。CDC ガイドラインでは「ライン」と「チューブ」は区別して使用されており、ここでは「チューブ」の記載であるため、CV カテーテルまで交換する必要性ではなく、体外チューブの交換の必要性が述べられています。よって、CV カテーテルは、血液、血液製剤、脂肪乳剤の投与を行なった場合でも 24 時間（プロポフォールは 6 または 12 時間）以内に交換する必要はないと解釈できます。ただし、まず末梢から単独での投与をご考慮いただくことが前提であることは申し添えいたします。

次に、ご質問の ①、②、③ の選択肢からの最適な方法の選択については、CDC ガイドラインから明確に判断することは困難です。また、静脈経腸栄養学会のガイドラインは、脂肪乳剤の投与に使用する輸液ラインは 24 時間以内に交換することを推奨し、加えて高カロリー輸液用ラインに側注の形で脂肪乳剤を投与する場合には、脂肪乳剤の投与に用いた輸液ラインのみを交換すればよいと記載されています(2)。両ガイドラインから ③ が推奨

されているとも読み取ることができ、この選択が感染対策上最も望ましいと考えられます。一方、愛知県内の感染防止対策加算 1 を算定する施設に現状を問い合わせたところ、7 施設から得られた回答では、6 施設で原則側管部分のみの交換とのことで多くの施設で ① が選択されているようです。1 施設では ③（一体化ルートで部分交換ができない場合は ② ）が選択されていました。また、いずれの場合も脂肪乳剤投与前後にフラッシュを行うことが感染対策及び配合変化の観点から重要です(3)。前述したように、③ が感染対策上最も望ましいと考えられますが、① と比較して明確に ③ が最適か否かは現状のエビデンスでは判断が困難と思われます。

したがって、ネットワーク委員会としては ③ をお勧めしたいと考えていますが、エビデンスが不足している現在の段階では貴施設で設定したルールで運用していただくことでもよろしいかと考えます。しかし、何度も申し上げますが、前述したように十分なエビデンスがないため、可能なら貴施設においてサーベイランスを実施いただき、その結果や今後他の施設から発表される報告等を参考にして、運用方法を再検討していくのが妥当かと考えます。

(1) CDC Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections 2011 pp.53-54

(2) 日本静脈経腸栄養学会：静脈経腸栄養ガイドライン第 3 版 照林社 2013 pp.82-83

(3) （株）大塚製薬：栄養管理と脂肪 2014 p.23

相談事例3:B型肝炎ワクチンの接種間隔について

（相談内容）

4 月の職員検診時に Hbs 抗原・抗体価を測定し、抗体陰性（10mIU/ml 以下）の場合０，１，６か月にて B 型肝炎ワクチンを実施しています。

在学中の B 型肝炎ワクチンや感染性ウイルス疾患に関する接種を勧めていますが、実施されている施設は少なく入職看護師の 90%近くは Hbs 抗体陰性の状況にあり、迅速な抗体価陽性を目的にワクチン接種間隔を０，１，３か月への変更を検討しています。

「遺伝子組み換え HB ワクチンの接種成績」の研究結果からは抗体価陽性 100%－95%平均抗体 14.5－20.7mIU/m との結果にて変更が妥当なのかご意見を頂きたいと思います。

また、教育施設へのワクチン接種を浸透されるためにどのような活動が効果的かもアドバイス頂けると幸いです。

（回答）

まずは、B 型肝炎ワクチンの接種間隔についてお答えいたします。

B 型肝炎ワクチンは国による違い、接種対象者の感染リスクの違い、接種目的の違いなどにより様々な接種スケジュールがあります。アメリカ疾病管理予防センター（Centers for Disease Control and Prevention：CDC）が推奨している方法は、20 歳以上は、1 回目と 2 回目を少なくとも 4 週間の間隔をあけて、3 回目を 2 回目の 4 から 6 カ月後にワクチンを接種する。この期間で接種できない時は、1 回目と 2 回目は最低 4 週間、2 回目と 3 回目は最低 8 週間、1 回目と 3 回目は最低 16 週間あけることとなっています 1)。一方現在、日本国内で承認されている B 型肝炎ワクチンは、化学及血清療法研究所が製造販売しているビームゲン®と MSD が製造販売しているヘプタバックス®-Ⅱの 2 つがありますが、この 2 つの薬剤について B 型肝炎の予防における添付文書上の用法/用量はいずれも「B 型肝炎の予防：0.5mL ずつを 4 週間隔で 2 回、更に、20～24 週を経過した後に 1 回 0.5ml を皮下又は筋肉内に注射する。」と記載されております 2.3)。また、日本環境感染学会の院内感染対策としてのワクチンガイドライン第 2 版では、ワクチンは 0、1、6 カ月後の 3 回接種（1 シリーズ）を行うことが推奨されています 4)。

医薬品添付文書は、薬事法に基づき義務付けられた警告・使用上の注意、品目仕様その他の重要事項が記載してあります。医薬品の添付文書の記載事項は、当該医薬品の危険性（副作用等）につき最も高度な情報を有している製造業者または輸入販売業者が、投与を受ける患者の安全を確保するために、これを使用する医師等に対して必要な情報を提供する目的で記載しているものですので、特段の合理的理由がない限り、記載内容を遵守する必要があります。

相談事項に記載があります研究 5）では、ビームゲン®を用いた接種で、1 シリーズ接種 1 ヶ月後に RIA 法を用いて測定した場合の抗体陽転率は、0、1、6 カ月群では 100%ですが、0、1、3 カ月群では 100%に達しない群が見られており、この群での陽転率は全体で 95.9%

(188/196)となってます5)。また、平均抗体価は0、1、6カ月群110.0-208.3 mIU/mL、0、1、3カ月群14.5-20.7 mIU/mLと低い結果であったと報告されています5)。日本国内の添付文書では上述の如く3回目の接種を20～24週を経過した後としていますが、0、1、3ヶ月とする場合には、期待される抗体価の確保ができない可能性もあります。そのため当委員会としましては0、1、6ヶ月を推奨いたしますが、0、1、3ヶ月とされる場合には、その後の抗体獲得の評価をされることも有用かと思われます。

参考となりますが、ビームゲン®を0、1、6ヶ月で接種した48名を対象にRIA法を用いて測定した日本における調査で、ワクチン3回目接種4週間後は陽性であったが、38ヶ月後に陰性化した割合は、C.I.50以上（C.I.は測定値をcut off値で割り算出した値で2.0以上が陽性）の高反応者0%（0/7名）、10から49までの中反応者34.5%（10/12名）、2から9.9までの低反応者100%（12/22名）であり、HBsの抗体持続期間は抗体価に依存すると報告されています6)。また、ワクチン接種後の7歳児1200名を14歳まで経過観察した台湾の調査では、調査期間中にHBVキャリアとなる児童はいなかったが、HBc抗体が陽転した児童が11名いたことが報告されています7)。しかし、成人になってからのHBワクチン接種の持続効果と、陰性化した場合の追加接種の必要性に関するエビデンスはまだ十分とは言えず、今後の検討が必要です。

続いて、教育施設へのワクチン接種を浸透させるための活動についてお答えいたします。

麻しん、水痘、風しん、ムンプスのワクチン接種は、自分を守ることに加え、罹患した学生が曝露源となり医療施設内における集団発生が起きることを予防するためのものであるのに対し、B型肝炎ワクチンは「学生自身を守る」ために必要なワクチンです。患者さんや他の職員を感染から守るために必要であるという目的はないため、B型肝炎ワクチンの接種を浸透させることは難しいことです。しかし、針刺し・切創などのHBV曝露による感染率は30%と言われています8)が、経皮的曝露歴のない者にも感染したという報告9)や、保育園内での園児のアウトブレイク事例10)も報告があります。HBVは環境表面でも長期生存し得ること11)、傷や粘膜面からも感染が成立し得ること8)から、血液や体液が存在する環境で教育トレーニングを受ける学生に対しては、積極的にワクチン接種を推奨する意義があります。

現在、文部科学省からは、医療系学生に対するワクチン接種を強く推奨する文書は出されていませんが、厚生労働省では、B型肝炎ワクチンの接種対象者及び接種方法についての検討が行われており、早ければ平成28年度から全出生児に対し定期接種対象となる見込みです12)。また、HBVは性感染症としての報告も多いことから、現行の母子感染リスク者や医療従事者だけではなく、ユニバーサルワクチンとして一般の人にも接種が推奨されてきています。

これらのことを基に、医療系学生のワクチン接種の必要性や曝露する前にワクチン接種が終了していることの重要性を教育機関に対して啓発していくことが効果的であると思われます。

適正なワクチン接種を実施し、抗体価を獲得しても感染が起きるブレイクスルーの発生の報告もあります。抗体を獲得することに加え、針刺し・切創、曝露などによる感染を予防する対策を強化していくことが重要となります。

参考文献

1)Center for Disease Control and Prevention Epidemiology and Prevention of Vacctine-Preventable Diseases,13th Edition April,2015:164

2)科学及血清療法研究所：ビームゲン®医薬品インタビューフォーム.第 1 版（2015 年 1 月）

3)MSD 株式会社：ヘプタバックス®医薬品インタビューフォーム.第 17 版（2014 年 3 月改訂）

4) 日本環境感染学会ワクチン接種プログラム作成委員会,院内感染対策としてのワクチンガイドライン　第 2 版,2014:S1-S11

5)磯辺親則ほか：遺伝子組換え HB ワクチンの接種成績-特に投与スケジュールと接種経路に関する検討-.Prog.Med. 1991;11,3002-3006

6)藤瀬清隆ほか：ＨＢワクチン接種者における獲得抗体価の推移.感染症学雑誌,1995;69(2),164-169

7)Lin YC,Chang MH,Ni YH,et al.Long-Term Immunogenicity and efficacy of universal hepatitis B virus vaccination in Taiwan.JID;187:134-138,2003

8)一般社団法人ワクチン産業協会：予防接種に関する Q&A 集 2014,194-199

9)IASR Vol.31 No.1 (No.359) January 2010 Vol. 31 p. 21- 22 http://idsc.nih.go.jp/iasr/31/359/kj3592.html

10)佐賀県健康増進課：保育所における B 型肝炎集団発生調査報告書について http://www.kansen.pref.saga.jp/kisya/kisya/hb/houkoku160805.htm

11)Bond WW,Favero MS,Petersen NJ,Gravelle CR,Ebert JW,Maynard JE.Survival of hepatitis B virus after drying and strage for one week.Lancet 1981;1:55

12)厚生労働省 Web サイト
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-kousei.html?tid=127713

相談事例4:患者のヒゲ剃り時の手指衛生について

（相談内容）

寝たきり（療養病床・接触予防策の必要の無い）入院患者様のヒゲ剃り時に鼻水や痰がついてもつかなくても、患者様に接した後は、WHOの「私の手指衛生の瞬間」に添い、手指消毒すると説明したところ、

①医師から鼻水や痰がついたら手指消毒でなく手洗いが必要なのではないか？

②同じ医師にそれ以前に、いつ鼻水や咳が出るかわからないから（可能性が0で無い）ヒゲ剃り時は手袋をすべきでないか？

と質問を受けました。

私は、①に関しては、ヒゲ剃り時の鼻水程度の付着は、CDCの標準予防策「手に目に見える汚れのある場合は手洗い」に該当しないと考え手指消毒で構わないと考えておりました。

②に関しては、WHOの「situations requiring and not requiring glove use」（ピラミッド型の表）に、GLOVES NOT INDICATEDの項目にcaring for eyes and ears とあるのでヒゲ剃りもそれに準ずると考え、手袋不要と考えていました。

実際のところどのように解釈・考えればよろしいでしょうか。

（回答）

手指衛生に関してはアメリカ疾病予防センター（Centers for Disease Control and Prevention：CDC）と世界保健機関（World Health Organization：WHO）がそれぞれ医療現場における手指衛生のガイドラインを出しています。

医療現場における手指衛生のためのCDCガイドラインでは、「手に見える汚れや蛋白性物質による汚染がある場合、あるいは血液や他の体液で目に見える汚染がある場合には、非抗菌性石けんと流水で、あるいは抗菌石けんと流水のいずれかで手を洗う」1)とあり、「体液、分泌物、粘膜、非健常皮膚への接触や創処置の後に、たとえ手が目に見えて汚れていなくとも、手指の汚染を除去する」1)とあります。また手袋に関して、「血液、その他感染の可能性がある体液、粘膜、損傷した皮膚との接触の可能性のある場合には手袋を着用する」1)と記載されています。

WHOの医療における手指衛生ガイドラインの中（以下WHOガイドラインと略す）では「目で見て汚れているか、血液あるいはその他の体液で目に見えて汚れているときは、手を流水と石けんで洗う」2)とあり、手袋に関しては「血液あるいはその他の感染症のある物質、粘膜あるいは正常ではない皮膚に触れる理由のある可能性がある時は、手袋を着用する」2)とあります。そして手袋の適応の項目では、GLOVES NOT INDICATED のカテゴリー中にcaring for eyes and ears(without secretions)3)と記載されており、分泌物がない場合は手袋着用の適応ではないと解釈することができます。

これらの内容からまず質問①に関しては、鼻水や痰が少量でも付着するのであれば、汚染の程度に関係なく石けんと流水で手を洗うことがよいと言えます。また髭剃りの介助時

では鼻汁や痰だけではなく口周りが唾液で汚染されていることもしばしばありますので、ケア後は手が汚染する可能性があり、この点から手指消毒ではなく手洗いがよいと言えます。

質問②に関しては、髭剃り時は鼻汁や痰、唾液などの分泌物に触れる可能性も考えられますので、GLOVES NOT INDICATED のカテゴリーに該当しない場合があります。また、床屋のカミソリによる髭剃りが HBV、HCV 感染の主要なリスクファクターである 4)との報告があり、髭剃りにカミソリを使用しているようであれば、手袋は着用したほうがよいと理解できます。したがって手袋の適応に関しては、ケア時の使用物品の種類や患者の状況により、同じ髭剃りという行為を実施する場合にも、必要な個人防護具が異なってくるため、患者の状態から判断して手袋だけではなく、その他の個人防護具も選択して使用することがよいと考えます。

ガイドラインから解釈できる質問の回答としては以上のようになりますが、実際の療養環境において、手が汚染してすぐに手洗いができるように整備されていない場合もあります。

髭剃りを含む顔のケア（目や耳や鼻、口腔のケア）に限らず、診療行為や患者ケア等においてケア者の曝露が予測される時には手袋を装着し、ケアが終了したら手袋を外してアルコール擦式消毒薬による手指消毒を実施するといったように、手洗いの適応の場合でも手袋を効率的に使用して手指衛生を実践することも必要と言えます。ただし、WHO ガイドラインでも勧告されておりますが、手指衛生のために、手袋の使用は、いかなる手指擦式あるいは手洗いに取って代わるものではない 2)ため、この点をご理解の上、施設の中で実践できる手指衛生の方法と手袋使用のタイミングを考えていくことがよいと考えます。

1)大久保憲　訳,小林寛伊　監訳:医療現場における手指衛生のための CDC ガイドライン,メディカ出版,p91-96

2)WHO 医療における手指衛生ガイドライン要約版,p12-17

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70126/12/WHO_IER_PSP_2009.07_jpn.pdf

3) Glove Use Information Leaflet　-World Health Organization-

http://www.who.int/gpsc/5may/Glove_Use_Information_Leaflet.pdf

4) A.H. Jokhio, T.A. Bhatti and M.S. Memon: Knowledge, attitudes and practices of barbers about hepatitis B and C transmission in Hyderabad, Pakistan .

http://www.emro.who.int/emhj-volume-16-2010/volume-16-issue-10/article-11.html

相談事例5:高齢者病棟での、共有コップの消毒方法について

（相談内容）

精神科単科の病院で、ICTは設置されていません。

病棟患者の服薬・水分補給などに使用するコップを以下の消毒対応の下、共有使用としています。（６回／日）

①使用後中性洗剤で洗い流水ですすぐ。

②ピューラックス480倍希釈液に浸漬消毒（１時間程度）

③流水にてすすぐ。

が、先日参加した感染対策の研修会で「抗菌と表示されている食器用洗浄で洗えば、薬剤消毒は不要」ともとれる講義内容がありました。

☆これは、共有使用コップにも適応されるのでしょうか？

☆例えば、発熱者や体調不良者は別途消毒が必要とするのでしょうか？

☆共有使用コップを継続してよいのか？

※熱処理の出来る洗浄乾燥器等はありません。

宜しくお願いします。

（回答）

「病棟患者の服薬・水分補給などに使用するコップを以下の消毒対応の下、共有使用（６回／日）している」状況に対して回答させていただきます。

器具および環境の滅菌・消毒においては、基本的にそれぞれの対象物に求められる清浄度に応じて滅菌・消毒方法を選択しなければなりません 1、2)。

一方、必要とされる以上のレベルで滅菌・消毒を行っても、それは労力や経費の無駄であり、かえって有害な対策となる場合もあります。

服薬・水分補給などに使用するコップ（食器）を経由した感染伝播の可能性が問題となる場合でも、耐熱性のものであるかぎり、熱水を用いて洗浄を行うことにより消毒を兼ねることが基本となります。日本においては器具類の熱水消毒の基本条件として 80℃10 分間が勧告されています 3、4、5)。

熱水消毒を行うことが不可能な食器で、感染伝播の可能性が問題となる場合には、消毒薬の残留毒性に鑑み、残留性や毒性の低い 200ppm（0.02%）次亜塩素酸ナトリウムに 1 時間以上浸漬することが求められています 6)。

共有コップの消毒方法については、下記の様に対応されることを推奨します。

有機物の除去として

①適切な個人防護具（PPE）を着用して、使用後のコップを中性洗剤で洗い、流水です

すぎ有機物を取り除く。

消毒として

②0.02%濃度の次亜塩素酸ナトリウム溶液に1時間浸漬を行う。(ピューラックス原液の次亜塩素酸濃度6%として300倍希釈します。例：原液10mLに水を加えて合計3Lで、0.02%次亜塩素酸ナトリウムができます。)

補足：現在はピューラックス 480 倍希釈液に浸漬消毒（１時間程度）を実施されていますが、「消毒と滅菌のガイドライン」（2011 年）で示されている濃度 200ppm（0.02%）次亜塩素酸ナトリウム使用することを推奨いたします。

消毒剤除去として

③水にてすすぎ、消毒剤の残留除去を行います。

洗浄後は食器乾燥機による乾燥をさせる、または次回使用まで浸漬したままにしておくことを推奨します。

以上のように洗浄、消毒を行えば共有使用コップを継続されても問題はありません。しかし「抗菌と表示されている食器用洗浄で洗えば、薬剤消毒は不要」のエビデンスはありません。熱水消毒、薬液消毒は必要です。

「抗菌」とは「菌の繁殖を防止する」という意味です。経済産業省の定義では、抗菌の対象を細菌のみとしています。JIS 規格でその試験法を規定していますが、抗菌仕様製品では、カビ、黒ずみ、ヌメリは効果の対象外とされています。

菌を殺したり、減少させるのではなく、繁殖を阻止するわけですが、これも対象やその程度を含まない概念です 7)。日本石鹸洗剤工業会（JSDA）

参考文献

1)　Rutala WA, Weber DJ: Infection control: the role of disinfection and sterilization. JHosp Infect 1999; 43 Suppl: S43-55.

2)　Widmer AF, Frei R: Decontamination, disinfection, and sterilization. In: Murray PR, et al ed. Manual of clinical microbiology, 7th ed. Washington DC: ASM Press 1999; 138-164.

3)　小林寛伊，大久保憲，尾家重治：消毒・滅菌の基本．小林寛伊編集．［新版］消毒と滅菌のガイドライン．へるす出版，東京，2011；8-43.

4)　厚生省健康政策局指導課医療関連サービス室、医療関連サービス研究会：医療機関業務委託関係法令解説集．行政，東京，2000；139-176.

5)　一山智：患者環境の清潔管理（リネン類を含む）．小林寛伊，吉倉廣，荒川宜親編集．エビデンスに基づいた感染制御（改訂2版）—第1集—基礎編．メヂカルフレンド社，東京，

2003; 71-80.
6)　伊藤武: 給食施設の衛生管理. 小林寛伊, 吉倉廣, 荒川宜親, 倉辻忠俊編集. エビデンスに基づいた感染制御—第3集—展開編. メヂカルフレンド社, 東京, 2003; 92-103.
7)　日本石鹸洗剤工業会 (JSDA)のHP　http://jsda.org/w/03_shiki/a_sekken30.html

２ 平成27年度院内感染等に関する支援

技術的支援

当委員会では、医療機関からの要請に対して、院内感染対策の立案や現在行なっている院内感染対策の評価に関する次の支援を行ないます。

・院内感染対策委員会への参加
・病棟ラウンドへの参加
・微生物学的解析　等

要請内容に基づき当委員会の委員を紹介しますので、医療機関が委員へ直接依頼（文書等）してください。

また、旅費その他支援に係る費用は、医療機関が負担してください。

【参考】過去の支援事例一覧

平成２７年度　２件

常滑市民病院の特定感染症病床開設に向けての指導及び助言

常滑市民病院感染症科に対する指導

平成２４年度　１件

ＨＣＵ入院患者のバンコマイシン耐性腸球菌（疑）について、菌株の同定ならびに遺伝子の分析、院内感染対策委員会にて助言等の支援実施。

平成２３年度　１件

多剤耐性アシネトバクターについて、書類上の審査と病棟ラウンドへの参加、感染対策の職員教育への助言等の支援を継続実施。

平成２２年度　１件

多剤耐性アシネトバクターについて、書類上の審査と病棟ラウンドへの参加、感染対策の職員教育への助言等の支援実施。

平成２１年度　１件

VRE アウトブレイクに際し、病棟ラウンドへ参加し、助言等の支援を継続実施。

平成２０年度　１件

VRE アウトブレイクに際し、病棟ラウンドへ参加し、助言等の支援実施。

3　平成27年度地域における感染制御を目的とした多剤耐性菌調査

（1）院内感染ネットワーク薬剤耐性菌サーベイランス（2015）調査

（2）抗菌薬使用量調査

次ページ以降、掲載。

（1）院内感染ネットワーク薬剤耐性菌サーベイランス（2015）調査

地域における感染制御を目的とした耐性菌調査のご依頼

院内感染ネットワーク

謹啓

厳寒の候、皆様におかれましては益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。日頃より院内感染ネットワークの活動に格別のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

私たちが取り組んでいる地域における感染制御活動は、耐性菌の出現率の上昇や新しい耐性菌の出現に伴い、年々その重要性を増しています。今後も愛知県における地域における感染制御活動の一環として、継続して各施設での耐性菌検出情報や抗菌薬使用状況などの感染対策に関する情報を共有し、地域で足並みをそろえた感染対策をとり相互の感染対策支援に活用できたら、と考えております。

調査結果は施設名を匿名化して共有いたします。

ご協力賜りますようよろしくお願い申し上げます。

敬白

調査対象： 2015年1月1日から12月31日の間に提出された検体から検出された菌

回答方法： 外来と入院を別々に集計する菌種、外来+入院で集計する菌種がありますのでご注意ください。

同じ種類の検体から同一菌種が複数回検出されている時は、**初回検出株を集計**してください。

感性率の記入時、「または」で記載されている薬剤が複数測定してある場合には**低い方を記載**してください。

□の欄にご回答ください。　　の欄は自動計算で入力されます。　**回答不能時は-(半角マイナス)を入れてください。**

外来・入院を別集計する項目を除いて、1患者1菌種1株で集計してください

提出は下記までよろしくお願い申し上げます。なお、提出期限は平成28年1月31日までとさせて頂きます。

ご不明な点などがございましたら、下記までご連絡くださいますようお願い申し上げます。

貴施設名：

感染防止対策加算：

記入者氏名：

職種：

1. 病院の基本情報について

貴施設の状況について伺います。

1-A 許可病床数 床

1-B 年間新入院患者数 人
（毎日の新入院患者数を年間にわたって合算したもの）

1-C 年間在院患者延べ数 人・日
（毎日24時現在病院に在院中の患者数を年間にわたって合算したもの）

1-D 平均在院日数 日

1-E 微生物培養検査検体総数 件

厚生労働省が実施する医療施設動態調査で用いられている定義に基づく

2. 血液培養検査について

2-A 血液培養機器名 [ ] →その他の場合は右欄に名称を記入 [ ]

2-B

a) 血液培養検査検体総数（総セット数） [ ] セット

100ベッドあたり [ ] セット

1,000人・日あたり [ ] セット

新入院1,000人あたり [ ] セット

b) 1セットのみでの血液培養提出数 [ ] セット

（同日付内に1セットのみしか血液培養が提出されていない場合）

複数セット採取率 [ ] %

2-C 陽性を示したセット数 [ ] セット

（好気・嫌気どちらか一方のボトルでも陽性となった場合）

（複数セット採取され、いずれも陽性の場合、それぞれ別にカウントする）

陽性率 [ ] %

2-D 汚染が疑われるセット数 [ ] セット

（複数セット採取されたエピソードのうち、以下に示す菌種が1セットのみ陽性となった場合）

コアグラーゼ陰性ブドウ球菌, *Micrococcus* 属, *S. pneumoniae* を除くα-streptococci

Propionibacterium acnes , *Bacillus* 属, *Corynebacterium* 属

（1セットしか採取されていないエピソードは除外する）

汚染率 [ ] %

3. *Staphylococcus aureus* について

3-A 同定に使用している機器名 →その他の場合は右欄に名称を記入

使用しているパネル名
（例：Pos Combo 3.1Jなど）

3-B 感受性測定に使用している機器名 →その他の場合は右欄に名称を記入

使用しているパネル名
（例：Pos Combo 3.1Jなど）

3-C 用いているブレイクポイントの判定基準

3-D Methicillin-susceptible *S. aureus* (MSSA)

外来　件数

薬剤	感性件数	感性率
PCG		%
GM		%
EM		%
CLDM		%
MINO		%
LVFX		%
ST		%

入院　件数

薬剤	感性件数	感性率
PCG		%
GM		%
EM		%
CLDM		%
MINO		%
LVFX		%
ST		%

（1）院内感染ネットワーク薬剤耐性菌サーベイランス（2015）調査

3-E Methicillin-resistant *S. aureus* （MRSA）

外来　件数

薬剤	感性件数	感性率
GM		%
EM		%
CLDM		%
MINO		%
LVFX		%
ST		%

入院　件数

薬剤	感性件数	感性率
GM		%
EM		%
CLDM		%
MINO		%
LVFX		%
ST		%

外来＋入院　件数

VCM	2≤MICの件数		%
TEIC	2≤MICの件数		%
	4≤MICの件数		%
LZD	耐性の件数		%
ABK	耐性の件数		%

DAP

感受性測定をしていますか？

はいの場合→ 感受性測定の方法

感受性測定を実施する基準

感受性を測定した件数

非感性の件数　%

4. *Enterococcus* 属細菌について

4-A 同定に使用している機器名 →**その他の場合は右欄に名称を記入**

使用しているパネル名
（例：Pos Combo 3.1Jなど）

4-B 感受性測定に使用している機器名 →**その他の場合は右欄に名称を記入**

使用しているパネル名
（例：Pos Combo 3.1Jなど）

4-C 用いているブレイクポイントの判定基準

4-D *Enterococcus faecalis*

外来＋入院　件数

薬剤	感性件数	感性率
ABPC		%
VCM		%
LZD		%

4-E *Enterococcus faecium*

外来＋入院　件数

薬剤	感性件数	感性率
ABPC		%
VCM		%
LZD		%

4-F その他の*Enterococcus*属

外来＋入院　件数

薬剤	感性件数	感性率
ABPC		%
VCM		%
LZD		%

4-G VCM-resistant enterococci (VRE)

		件数
遺伝子検査がしてある場合	*van A*	
	van B	

4-H VREアクティブ・サーベイランス

アクティブ・サーベイランスを実施していますか？

はいの場合→ 検査件数

陽性件数　%

5. *Streptococcus pneumoniae* について

5-A 同定に使用している機器名 →その他の場合は右欄に名称を記入

使用しているパネル名
（例：Pos Combo 3.1Jなど）

5-B 感受性測定に使用している機器名 →その他の場合は右欄に名称を記入

使用しているパネル名
（例：Pos Combo 3.1Jなど）

5-C 用いているブレイクポイントの判定基準

5-D 感受性 件数

外来＋入院

薬剤	感性件数	感性率
PCG（非髄膜炎の基準）		%
PCG（髄膜炎の基準）		%
CTXまたはCTRX（非髄膜炎）		%
CTXまたはCTRX（髄膜炎）		%
MEPM		%
EM		%
LVFX		%

5-E 侵襲性感染症の件数 （血液または髄液から検出された場合　両方とも検出している場合は1件とカウント）

件 %

6. *Haemophilus influenzae* について

6-A 同定に使用している機器名 →その他の場合は右欄に名称を記入

使用しているパネル名
（例：MicroFast 4Jなど）

6-B 感受性測定に使用している機器名 →その他の場合は右欄に名称を記入

使用しているパネル名
（例：MicroFast 4Jなど）

6-C 用いているブレイクポイントの判定基準

6-D 感受性 件数

外来＋入院

薬剤	感性件数	感性率
ABPC		%
SBT/ABPC		%
CTXまたはCTRX		%
MEPM		%
CAMまたはAZM		%
CPFXまたはLVFX		%

6-E 侵襲性感染症の件数 （血液または髄液から検出された場合　両方とも検出している場合は1件とカウント）

件 %

7. 腸内細菌科細菌について

7-A 同定に使用している機器名 →**その他の場合は右欄に名称を記入**

使用しているパネル名
（例：Neg Combo 6.11Jなど）

7-B 感受性測定に使用している機器名 →**その他の場合は右欄に名称を記入**

使用しているパネル名
（例：Neg Combo 6.11Jなど）

7-C 用いているブレイクポイントの判定基準

7-D *Escherichia coli*

外来　件数

薬剤	感性件数	感性率
CTXまたはCTRXまたはCAZ		%
IPMまたはMEPM		%
CPFXまたはLVFX		%
ST		%

入院　件数

薬剤	感性件数	感性率
CTXまたはCTRXまたはCAZ		%
IPMまたはMEPM		%
CPFXまたはLVFX		%
ST		%

extended spectrum ß-lactamase(ESBL) の産生確認試験をしていますか？

はいの場合→ 外来　件数

		%
CPFXまたはLVFX耐性		%

入院　件数

		%
		%

7-E *Klebsiella pneumoniae*

外来　件数

薬剤	感性件数	感性率
CTXまたはCTRXまたはCAZ		%
IPMまたはMEPM		%
CPFXまたはLVFX		%
ST		%

入院　件数

薬剤	感性件数	感性率
CTXまたはCTRXまたはCAZ		%
IPMまたはMEPM		%
CPFXまたはLVFX		%
ST		%

extended spectrum ß-lactamase(ESBL) の産生確認試験をしていますか？

はいの場合→ 外来　件数　　%

CPFXまたはLVFX耐性　　%

入院　件数　　%

　　%

7-F *Klebsiella oxytoca*

外来　件数

薬剤	感性件数	感性率
CTXまたはCTRXまたはCAZ		%
IPMまたはMEPM		%
CPFXまたはLVFX		%
ST		%

入院　件数

薬剤	感性件数	感性率
CTXまたはCTRXまたはCAZ		%
IPMまたはMEPM		%
CPFXまたはLVFX		%
ST		%

extended spectrum ß-lactamase(ESBL) の産生確認試験をしていますか？

はいの場合→ 外来　件数　　%

CPFXまたはLVFX耐性　　%

入院　件数　　%

　　%

（1）院内感染ネットワーク薬剤耐性菌サーベイランス（2015）調査

7-G *Proteus mirabilis*

外来＋入院

件数

薬剤	感性件数	感性率
CTXまたはCTRXまたはCAZ		%
IPMまたはMEPM		%
CPFXまたはLVFX		%
ST		%

extended spectrum ß-lactamase(ESBL) の産生確認試験をしていますか？

はいの場合→		%
CPFXまたはLVFX耐性		%

7-H *Enterobacter cloacae*

外来＋入院

件数

薬剤	感性件数	感性率
CTXまたはCTRXまたはCAZ		%
CFPMまたはCZOPまたはCPR		%
IPMまたはMEPM		%
CPFXまたはLVFX		%

（1）院内感染ネットワーク薬剤耐性菌サーベイランス（2015）調査

7-I *Enterobacter aerogenes*

外来＋入院

件数

薬剤	感性件数	感性率
CTXまたはCTRXまたはCAZ		%
CFPMまたはCZOPまたはCPR		%
IPMまたはMEPM		%
CPFXまたはLVFX		%

7-J *Serratia* 属, *Providencia* 属, *Citrobacter*属

外来＋入院

件数

薬剤	感性件数	感性率
CTXまたはCTRXまたはCAZ		%
CFPMまたはCZOPまたはCPR		%
IPMまたはMEPM		%
CPFXまたはLVFX		%

7-K カルバペネム耐性腸内細菌科細菌

1）2μg/mL≤IPMのMIC　かつ　64μg/mL≤CMZのMIC
2μg/mL≤MEPMのMIC　　のいずれかを満たす株

件数

菌種内訳

例：E. coli 5件, E. cloacae 3件 → E. coli;5, E. cloacae;3

検査を実施している施設のみ

2）IPM/MEPMのMIC≤1μg/mL かつ カルバペネマーゼ陽性

件数

菌種内訳

8. *Acinetobacter* 属細菌について

8-A 同定に使用している機器名 →その他の場合は右欄に名称を記入

使用しているパネル名
（例：Neg Combo 3.12Jなど）

8-B 感受性測定に使用している機器名 →その他の場合は右欄に名称を記入

使用しているパネル名
（例：Neg Combo 3.12Jなど）

8-C 用いているブレイクポイントの判定基準

8-D 感受性　外来＋入院

A. baumannii　件数

薬剤	感性件数	感性率
PIPC		%
CAZ		%
IPMまたはMEPM		%
AMK		%
CPFXまたはLVFX		%
SBT/ABPCまたはSBT/CPZ		%

A. baumannii 以外　件数

薬剤	感性件数	感性率
PIPC		%
CAZ		%
IPMまたはMEPM		%
AMK		%
CPFXまたはLVFX		%
SBT/ABPCまたはSBT/CPZ		%

<耐性菌の検出>　a) 16μg/mL≤IPM(MEPM)のMIC　b) 32μg/mL≤AMKのMIC　c) 4(8)μg/mL≤CPFX(LVFX)のMIC

a) かつ b)		%	a) かつ b)		%
a) かつ c)		%	a) かつ c)		%
b) かつ c)		%	b) かつ c)		%
a) かつ b) かつ c)		%	a) かつ b) かつ c)		%

9. *Pseudomonas aeruginosa* について

9-A 同定に使用している機器名 →その他の場合は右欄に名称を記入

使用しているパネル名
（例：Neg Combo 3.12Jなど）

9-B 感受性測定に使用している機器名 →その他の場合は右欄に名称を記入

使用しているパネル名
（例：Neg Combo 3.12Jなど）

9-C 用いているブレイクポイントの判定基準

9-D 感受性　外来＋入院　件数

薬剤	感性件数	感性率	薬剤	感性件数	感性率
TAZ/PIPC (≤4/64μg/mL)		%	TAZ/PIPC (≤4/16μg/mL)		%
CAZ		%			
CFPMまたはCZOPまたはCPR		%			
IPM (≤4μg/mL)		%	IPM (≤2μg/mL)		%
MEPM (≤4μg/mL)		%	MEPM (≤2μg/mL)		%
AMK		%			
CPFX		%			

＜耐性菌の検出＞　a) 16μg/mL≤IPM(MEPM)のMIC　b) 32μg/mL≤AMKのMIC　c) 4(8)μg/mL≤CPFX(LVFX)のMIC

a) かつ b)		%
a) かつ c)		%
b) かつ c)		%
a) かつ b) かつ c)		%

10. ß溶血性レンサ球菌について

10-A 同定に使用している機器名 →その他の場合は右欄に名称を記入

使用しているパネル名
（例：MicroFast 5Jなど）

10-B 感受性測定に使用している機器名 →その他の場合は右欄に名称を記入

使用しているパネル名
（例：MicroFast 5Jなど）

10-C 用いているブレイクポイントの判定基準

10-D A群ß溶血性レンサ球菌（同定している場合は*Streptococcus pyogenes*）

外来＋入院

件数

薬剤	感性件数	感性率
PCG		%
CTXまたはCTRX		%
MEPM		%
EM		%
LVFX		%

侵襲性感染症の件数 （血液または髄液から検出された場合　両方とも検出している場合は1件とカウント）

件　%

（1）院内感染ネットワーク薬剤耐性菌サーベイランス（2015）調査

10-E B群ß溶血性レンサ球菌（同定している場合は*Streptococcus agalactiae* ）

外来＋入院

件数

薬剤	感性件数	感性率
PCG		%
CTXまたはCTRX		%
MEPM		%
EM		%
LVFX		%

侵襲性感染症の件数 （血液または髄液から検出された場合　両方とも検出している場合は1件とカウント）

件　%

10-D C群およびG群ß溶血性レンサ球菌（同定している場合は*Streptococcus dysgalactiae* および *Streptococcus equi* など）

外来＋入院

件数

薬剤	感性件数	感性率
PCG		%
CTXまたはCTRX		%
MEPM		%
EM		%
LVFX		%

侵襲性感染症の件数 （血液または髄液から検出された場合　両方とも検出している場合は1件とカウント）

件　%

項目は以上です。
ご協力まことにありがとうございました。

（2）抗菌薬使用量調査

抗菌薬使用量調査

- 調査項目： 入院延べ患者日数 or 病床稼働率 ＋ 稼働病床数, 抗菌薬使用量集計データ, 抗菌薬延べ投与日数
- 調査対象期間：2015年（1月～12月）の1年間
  DOT調査は, 2010年1月～2015年12月（2010年はカルバペネムのみ）
- 入力手順： 各シートの入力方法は, シート記載の算出
  手順①～③をご参照ください。また, 使用する集計データの種類
  について, 下記**【AUD集計データの種類】**を選択してください。
  入力完了後, 電子データでの送付をお願いいたします。
  今回は, AUD集計シートに加え, DOT入力シートの入力もございますので併せてよろしくお願いいたします。
- 報告期日：2016年1月末日

【AUD集計データ】		備考欄
注射剤		
経口剤		

＊ AUD集計データは, 可能な限り「使用量」を用いてください。

抗菌薬使用量（AUD：Antimicrobial Use Density） 算出シート（2015年1月-12月分集計）

＜算出手順 ①～③＞

①該当期間の病床稼働率（%）をH4のセルへ入力する。

②稼動病床数をI5のセルへ入力する。

調査日数（I6）
（あらかじめ該当期間の365（days）を入力してあります。）

（なお, 該当期間の入院延べ患者日数がわかっている場合は①, ②の入力は不要です。その場合はI7のセルに直接入院延べ患者日数を入力してください）

③抗菌薬の入院患者（外来分を含まない）での使用量（本数）を該当するセル（G列）に入力する。（剤形や規格に注意してください。）

抗菌薬使用量（DDDs/1000 bed days）がJ列に自動算出されます。**（入力完了）**

病床稼働率（%）⇒	0
稼働病床数（床）⇒	
調査日数（days）⇒	365
入院延べ患者日数⇒（bed days）	0

分類	一般名	略号	代表的な薬品名	投与形態	規格	使用量（バイアル・アンプル数など製剤単位で入力）	使用量（g数に換算）	DDD値（固定）	抗菌薬使用量（DDDs/1000 bed days）
＜ｶﾙﾊﾞﾍﾞﾈﾑ系＞	ビアペネム	BIPM	オメガシン	点滴静注	0.3g		0	1.2	
	パニペネム	PAPM/BP	カルベニン	点滴静注	0.25g		0	2	
					0.5g		0	2	
					合計				
	イミペネム	IPM/CS	チエナム	点滴静注 筋注	0.25g		0	2	
					0.5g		0	2	
					合計				
	メロペネム	MEPM	メロペン	点滴静注	0.25g		0	2	
					0.5g		0	2	
					合計				
	ドリペネム	DRPM	フィニバックス	点滴静注	0.25g		0	1.5	
					0.5g		0	1.5	
					合計				
＜第四世代ｾﾌｪﾑ＞	セフピロム	CPR	ケイテン ブロアクト	点滴静注	0.5g		0	4	
					1g		0	4	
					合計				
	セフォゾプラン	CZOP	ファーストシン	点滴静注	0.5g		0	4	
					1g		0	4	
					合計				
	セフェピム	CFPM	マキシピーム	点滴静注	0.5g		0	2	
					1g		0	2	
					合計				

分類	一般名	略号	代表的な薬品名	投与形態	規格	使用量（バイアル・アンプル数など製剤単位で入力）	使用量（g数に換算）	DDD値（固定）	抗菌薬使用量（DDDs/1000 bed days）
<ペニシリン系>	タゾバクタム/ピペラシリン	TAZ/PIPC	ゾシン	点滴静注	2.25g		0	14	
					4.5g		0	14	
					合計				
<アミノ配糖体系>	アルベカシン	ABK	ハベカシン	点滴静注 筋注	25mg		0	0.2	
					75mg		0	0.2	
					100mg		0	0.2	
					200mg		0	0.2	
					合計				
<ｸﾞﾘｺﾍﾟﾌﾟﾁﾄﾞ系>	テイコプラニン	TEIC	タゴシッド	点滴静注	200mg		0	0.4	
					400mg		0	0.4	
					合計				
	バンコマイシン	VCM	バンコマイシン	点滴静注	0.5g		0	2	
					1g		0	2	
					合計				
<ｵｷｻｿﾞﾘｼﾞﾉﾝ系>	リネゾリド	LZD	ザイボックス	点滴静注	600mg		0	1.2	
				経口	錠 600mg		0	1.2	
<ﾘﾎﾟﾍﾟﾌﾟﾁﾄﾞ系>	ダプトマイシン	DAP	キュビシン	点滴静注	350mg		0	0.28	
<ニューキノロン系>	パズフロキサシン	PZFX	パシル パズクロス	点滴静注	300mg		0	1	
					500mg		0	1	
					1000mg		0	1	
					合計				
	シプロフロキサシン	CPFX	シプロキサン	点滴静注	200mg		0	0.5	
				点滴静注	300mg		0	0.5	
				合計					
	レボフロキサシン	LVFX	クラビット	点滴静注	500mg		0	0.5	
<マクロライド系>	エリスロマイシン	EM	エリスロシン	点滴静注	500mg		0	1	
	アジスロマイシン	AZM	ジスロマック	点滴静注	500mg		0	0.5	
<ポリエンマクロライド系>	アムホテリシンB リポソーム製剤	L-AMB	アムビゾーム	点滴静注	50mg		0	0.3	
<アゾール系>	フルコナゾール	FLCZ	ジフルカン	点滴静注	50mg		0	0.2	
					100mg		0	0.2	
					200mg		0	0.2	
					合計				
				経口	カプセル 50mg		0	0.2	
					カプセル 100mg		0	0.2	
					ドライシロップ 350mg/瓶		0	0.2	
					ドライシロップ 1400mg/瓶		0	0.2	
					合計				
	ホスフルコナゾール	F-FLCZ	プロジフ	点滴静注	100mg		0	0.2	
					200mg		0	0.2	
					400mg		0	0.2	
					合計				
	イトラコナゾール	ITCZ	イトリゾール	点滴静注	200mg		0	0.2	
				経口	カプセル 50mg		0	0.2	
					錠 50mg		0	0.2	
					錠 100mg		0	0.2	

分類	一般名	略号	代表的な薬品名	投与形態	規格	使用量 （バイアル・アンプル数など製剤単位で入力）	使用量 （g数に換算）	DDD値 （固定）	抗菌薬使用量 （DDDs/1000 bed days）
				経口	錠 200mg		0	0.2	
					内用液1% （140mL/本）		0	0.2	
					合計				
	ボリコナゾール	VRCZ	ブイフェンド	点滴静注	200mg		0	0.4	
				経口	錠 50mg		0	0.4	
					錠 200mg		0	0.4	
					合計				
〈フルオロピリミジン系〉	フルシトシン	5-FC	アンコチル	経口	錠 500mg		0	6	
〈キャンディン系〉	ミカファンギン	MCFG	ファンガード	点滴静注	25mg		0	0.1	
					50mg		0	0.1	
					75mg		0	0.1	
					合計				
	カスポファンギン	CPFG	カンサイダス	点滴静注	50mg		0	0.05	
					70mg		0	0.05	
					合計				

● AUD算出式：

$$\text{抗菌薬使用量（DDDs/1000 bed days）} = \frac{\text{抗菌薬使用量(g) / DDD}}{\text{入院患者延べ在院日数 (bed days)}} \times 1000$$

● DDD値は，WHOの ATC/DDD Index 2015 より引用しました．
ただし，WHOにてDDD値が設定されていない薬剤は，下記の通りとしました．
・F-FLCZ　　：FLCZのDDDと同一としました．
・L-AMB, 5-FC：国内添付文書を元に設定しました．

４ 院内感染に関する相談体制
（1） 院内感染ネットワーク委員会規約

院内感染ネットワーク委員会規約

（目的）

第１条　県内の医療機関が院内感染対策を実施するにあたって、助言や技術支援を受けることのできる相談体制を整備し、地域の院内感染対策の向上に寄与するため、専門家等で構成する院内感染ネットワーク委員会（以下「委員会」という）を設置する。

（業務）

第２条　委員会は次の業務を行う。

（１）医療機関からの院内感染の相談体制に関すること

（２）相談事例の分析及び情報提供に関すること

（３）医療機関への支援に関すること

（４）その他院内感染対策に関する事項に関すること

（委員）

第３条　委員会は、院内感染対策に知識のある医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師等で構成し、委員は、医療機関からの院内感染対策に関する相談に対応する。

（委員長）

第４条　委員会の委員長は委員の互選によって定める。

（会議）

第５条　委員会の会議は、委員長が招集し、おおむね年２回開催するものとする。

２　会議の議長は委員長とする。

（意見の聴取）

第６条　委員長が必要と認めたときは、委員以外の者に委員会への参加を求め、意見を聴取することができる。

（個人情報の保護）

第７条　委員会の運営・活動に当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう努めなければならない。

（事務局）

第８条　委員会の事務局は、公益社団法人愛知県看護協会内に置く。

（雑則）

第９条　この規約の改正は、会議出席者の過半数の賛成を必要とする。

２　この規約に定めるもののほか、委員会の運営・活動に関して必要な事項は、委員会の承認を得て別に定める。

附　則

この規約は、平成２０年１０月１５日から施行する。

この規約は、平成２２年３月１１日から施行する。

この規約は、平成２３年４月１日から施行する。

(2)院内感染相談票･回答書

送付先　ＦＡＸ　０５２－８７１－０７５７（愛知県看護協会）又は ０５２－２４１－４１３０（愛知県医師会）

院内感染相談票

平成　　年　　月　　日

院内感染ネットワーク委員会　御中

医療機関名
所在地
電　話
ＦＡＸ

所属長又は
ICT 等責任者

相談者氏名

以下の事項について、ご教示ください。

相談事項（別紙可）

送付枚数（本票のみ・本票を含み　　枚）

回答はＦＡＸで送らせていただきますので、**ＦＡＸ番号を忘れずに**ご記入ください。

- 県内の医療関係者からの相談のみを受け付けています。
- 施設として情報を共有していただくため、相談について、所属長やＩＣＴ等の了承を得てください。
- 回答はＦＡＸで送らせていただきますが、１０日前後（場合によってはそれ以上）かかることがありますのでご了承ください。
- 相談事例につきましては、院内感染防止対策推進のため、ホームページ等に掲載し情報提供いたしますのでご了承ください。なお、医療機関名、個人に関する情報等は特定できないよう配慮いたします。
- アウトブレイクの発生（疑い）事例については、保健所へご相談ください。

事務局使用欄			受付番号					
医師会受付	月	日	看護協会受付	月	日	委員受付	月	日

回　答　書

平成　　年　　月　　日

様

愛知県院内感染ネットワーク委員会

（事務局）公益社団法人愛知県看護協会
〒466-0054 名古屋市昭和区円上町 26 番 18 号
（０５２）－８７１－０７１１

平成　　年　　月　　日付けの当委員会へのご相談につきまして、以下（別紙）のとおり回答いたします。

相談内容

回答

送付枚数（本票のみ・本票を含み　　枚）

(3)院内感染に関する相談窓口

院内感染に関する相談窓口

愛知県内の医療機関等が、院内感染の防止策の立案や評価をするにあたって、地域の医療機関や大学の専門家などから助言を受けることのできる院内感染に関する相談窓口が設置されています。

1　相談受付方法　「相談票」によるＦＡＸの受付。**（下記からダウンロードできます）**

http://www.pref.aichi.jp/0000069197.html

ＦＡＸ送付先：０５２－８７１－０７５７（愛知県看護協会）
０５２－２４１－４１３０（愛知県医師会（受付協力））

2　事務局　公益社団法人愛知県看護協会

3　対応する相談の内容

・院内感染対策の立案に関すること。

・現在行っている院内感染対策の評価に関すること。

・院内感染についての一般的な質問（疑問）に関すること。

4　相談に当たっての留意事項

・県内の医療機関等（医療関係者）からの相談のみを受け付けています。

・施設として情報を共有していただくため、相談にあたっては、所属長やＩＣＴ等の了承を得てください

・ＦＡＸで回答いたしますが、１０日前後（場合によってはそれ以上）かかりますので、ご承知ください。

・相談事例につきましては、院内感染防止対策推進のため、ホームページ等に掲載し情報提供いたしますのでご了承ください。なお、医療機関名、個人に関する情報等は特定できないよう配慮いたします。

・アウトブレイクの発生（疑い）事例については、保健所へ相談してください。

（本事業は、愛知県が院内感染地域支援ネットワーク事業を公益社団法人愛知県看護協会に委託し、その一環として、専門家により構成される院内感染ネットワーク委員会を設立して、委員会として相談に対応するものです。）

ガウンテクニック
はこれでよいの？

〇〇の検査法は？

機器の洗浄はどうしたら？

消毒薬は何がよい？

感染対策SOS

地域の専門家がお答えいたします。

ＦＡＸ・メールでお問い合わせください。

「院内感染に関する相談窓口」のホームページをご覧下さい。

http://www.pref.aichi.jp/0000069197.html

ＦＡＸ：０５２－８７１－０７５７

専用の相談票を上記ＨＰからも入手できます。

メール：kansen@aichi-kangokyokai.or.jp

医療機関名（住所、電話）、相談者のお名前、所属部門･役職等、を明記して下さい。
専用の相談票を添付いただいても結構です。

愛知県院内感染地域支援ネットワーク事業

愛知県・愛知県看護協会　　協力：愛知県医師会

（本事業は、愛知県が院内感染地域支援ネットワーク事業を公益社団法人愛知県看護協会に委託し、その一環として、専門家により構成される院内感染ネットワーク委員会を設立して、委員会として相談に対応するものです。）

５ 院内感染対策の参考となるホームページの紹介

・愛知県医療安全支援センター

http://www.pref.aichi.jp/0000024491.html

愛知県が医療法第６条の１１に基づき医務国保課内に設置し、患者や家族からの医療に関する困りごとや苦情相談に対応するとともに、医療の安全の確保に関する情報提供等も行っています。

・厚生労働省

http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/index.html

・国立感染症研究所 感染症疫学センター（ＩＤＳＣ）

http://www.nih.go.jp/niid/ja/from-idsc.html

・ＪＡＮＩＳ（院内感染対策サーベイランス）

http://www.nih-janis.jp/　　＊トップページ＞資料

・独立行政法人 国立国際医療研究センター（ＮＣＧＭ）

http://www.imcj.go.jp/imcjhome.htm

・ＣＤＣ（Centers for Disease Control and Prevention）

http://www.cdc.gov/index.htm

６ 参考資料

【平成２７年度　院内感染対策関連通知・事務連絡】

・「薬剤耐性菌対策に関する提言」の送付について
（平成２７年４月１日）

・医療機関等におけるノロウイルスの院内感染予防対策の徹底について
（平成２７年１２月２２日）

※　なお、通知等の別添参考資料等は一部の掲載を省略しております。

事　務　連　絡
平成 27 年 4 月 1 日

各 都道府県 / 保健所設置市 / 特別区　衛生主管部（局）
院内感染対策主管課　御中

厚生労働省医政局地域医療計画課

「薬剤耐性菌対策に関する提言」の送付について

院内感染対策については、昨年末に「医療機関における院内感染対策について」（平成 26 年 12 月 19 日医政地発 1219 第 1 号医政局地域医療計画課長通知）を発出し、貴職におかれてはこれを参考に対応いただいているところです。

平成 27 年 2 月 2 日に第 12 回院内感染対策中央会議が開催され、薬剤耐性菌対策として、抗菌薬の適正使用、感染制御の強化、サーベイランスの強化等について、専門家による議論が行われました。この議論を受けて、院内感染対策中央会議から、行政機関、医療者、及び一般国民に向けた「薬剤耐性菌対策に関する提言」がまとめられました。

貴職におかれましては、改めて管下の医療機関に対して、提言の周知方よろしく御願いいたします。

（連絡先・問い合わせ先）
厚生労働省医政局地域医療計画課　03-3595-2194（直通）
課長補佐　山本　理絵（内 2556）

薬剤耐性菌対策に関する提言

院内感染対策中央会議

1　はじめに

近年、薬剤耐性菌問題(Antimicrobial Resistance, AMR)が国際的に大きく注目を浴びている。世界保健機関(WHO)は 2011 年の世界保健デーのテーマとして AMR を取り上げた [1]。その際には、“No action today, no cure tomorrow”(今日行動しなければ、明日の治療法はない)という印象的なキャッチコピーが採用された。20 世紀中頃から現在に至るまで、抗菌薬の存在は全ての医療にとって不可欠のものとなっている。AMR の広がりがこのまま進めば、ペニシリンが臨床現場に登場した 1940 年代以前の医療に立ち戻る可能性がある。しかし、もはや我々は、些細な傷口から入り込んだ細菌による感染症で命を落とす人々があふれる世界を、当たり前のものと受け入れることはできない。WHO は post-antibiotic era(ポスト抗菌薬時代)という言葉を用いて、そのような事態が迫っていることに警鐘を鳴らしている。さらにWHOは、2014年4月に、初めて世界の耐性菌状況をまとめた“Antimicrobial Resistance Global Report on Surveillance”(以下、グローバルレポート)を発表した [2]。このグローバルレポートによると、肺炎桿菌のカルバペネム耐性率が一部の地域で 50%を超えるなど、ポスト抗菌薬時代が 21 世紀の現実的な脅威となっている。そして、2014 年 5 月の WHO 総会において AMR に関する決議が採択され、AMR に対する対策として、感染制御の強化、抗菌薬の適正使用、耐性菌サーベイランスの強化等について、加盟国の取組を求めている [3]。さらに、G8/G7 等の国際政治の場でも、世界経済や安全保障の諸問題と並び、AMR が頻繁に議題として取り上げられている [4] [5]。また、日本学術会議も参加する国際的学術団体である G サイエンスアカデミーは、2013 年に“Drug Resistance in Infectious Agents – A Global Threat to Humanity”を発表し、薬剤耐性菌問題を克服する為の総合的アクションを提起している [6]。

また、先進各国でも AMR は大きな関心を呼んでいる。米国 CDC は 2013 年に“Antibiotic Resistant Threats in the United States, 2013”を発表し、米国内において推定される AMR の実態に基づいて警鐘を鳴らしている [7]。さらに、米国のオバマ大統領は、2014 年初頭の一般教書演説において、AMR に関する話題に触れている [8]。米国を中心に 2014 年 9 月に立ち上げられた Global Health Secutiry Agenda(GHSA)の中心的課題としても AMR が

取り上げられ [9]、同時に発表された米国大統領令でも AMR への取組を指示している [10]。また、英国のキャメロン首相も、2014 年 7 月に、AMR に対する世界規模の対応策を求める声明を出した [11]。

個別の薬剤耐性菌としては、1960 年代に英国で最初に報告されたメチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)が広く知られている [12]。MRSA はその後世界中に広がり [13]、現在、我が国においても黄色ブドウ球菌の 50%程度が MRSA となっている（JANIS 検査部門 2013 年年報より算出 [14]）。その後、バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)や、多剤耐性緑膿菌（MDRP)、多剤耐性アシネトバクター属（MDRA）など様々な耐性菌が医療現場で問題となってきた。また、最近ではカルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)が大きな問題となっており、2013 年 3 月には、米国 CDC が CRE の増加に対する警告を発出した [12]。我が国においては、2013 年の厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業(JANIS)によると、耐性率はそれぞれ、VRE で 0.7%、MDRA で 0.1%、CRE で 0.1～0.6%程度となっている [14]。これは、耐性の定義が若干異なるものの、例えば米国での耐性率がそれぞれ VRE で 79%、MDRA で 34% [16]、CRE で 10%（肺炎桿菌） [2]であることと比較し、極めて良好な状態といえる。しかし、人や物が激しく移動するグローバル化した今日にあって、海外の耐性菌状況を「対岸の火事」として見過ごすことはできない。実際に、海外で医療を受けた患者が我が国の医療機関に入院した際に、海外での流行株の多剤耐性菌が持ち込まれ、それによるアウトブレイクが起こっている [17]。

このような状況から、我が国においても AMR に対する包括的な取組を開始する必要があるとの認識に立って、今般、第 12 回院内感染対策中央会議において、院内感染を中心とした AMR について議論した。この議論を受け、院内感染対策中央会議として、国・地方自治体等の行政機関、医療機関・医療者、国民等に向けて院内感染及びその他に関わる AMR について、以下の提言を行う。

２　抗菌薬の適正使用

（１）Antimicrobial Stewardship の推進

医療機関は、入院患者に対して、注射及び内服の抗 MRSA 薬、広域スペクトラム抗菌薬、真菌血症等の侵襲性真菌感染症に対する抗真菌薬等を使用する場合、届出制・許可制にとどまらず、感染症を専門とする医師、または抗

菌薬の適正使用について特別に研修を受けた薬剤師や検査技師、看護師等による介入（いわゆる antimicrobial stewardship）を積極的に行う体制を整備すべきである。届出制は、医師が抗菌薬の使用を判断する際に、その妥当性を再考する機会を持つことを意図した仕組みだが、制度が普及するに従い形骸化の指摘もなされている。また、許可制については、医師が抗菌薬の使用を選択する際に、専門家である別の医師がその妥当性を判断できるようにする仕組みであるが、予後改善のためには迅速な投与開始も要求されており、投与の判断が遅れないように工夫することも必要である。加えて、抗菌薬の適正使用のためには、投与開始後にも投与量の調整や変更及び使用の終了の判断等が適切に行われることが重要である。届出制及び許可制は、使用の開始時のみの介入であり、不十分との指摘がなされている。入院患者に対する抗菌薬使用のうち、特に重要と考えられる抗 MRSA 薬、広域スペクトラム抗菌薬、侵襲性真菌感染症時の抗真菌薬の使用については、治療の開始から終了までを対象として、感染症を専門とする医師、または抗菌薬の適正使用について特別に研修を受けた薬剤師や検査技師、看護師等が入院患者を担当する診療科の医師らと協力することで、患者の予後が改善し、耐性菌の出現を抑えることが期待できる。

（２）国民への啓発

国民は、薬剤耐性菌によってもたらされる個人及び社会全体に対するリスクについて理解し、特に外来診療における抗菌薬の適正使用についての理解を深める必要がある。国民は、ウイルス性上気道炎等のウイルス性疾患には抗菌薬が必要のないことについて理解するとともに、抗菌薬の必要な場合は、医療者からその必要性と適切な使用方法等について十分な説明を受けることが望ましい。不必要あるいは不適切な抗菌薬の使用によって薬剤耐性菌が蔓延すれば、感染症治療の難渋化や死亡率の増加、及び医療費の増大等の社会全体に対する不利益のみならず、将来それらの耐性菌により自身が治療に難渋する感染症を発症するリスクについても理解することが望ましい。

国は、国民に対する薬剤耐性菌と抗菌薬の適正使用に関する基礎的な教育と、効果的な情報提供を行うことが必要である。WHO は、薬剤耐性菌の脅威及び抗菌薬の適正使用についての基礎的教育を学校教育において行うことが望ましいとしている。又、国はインターネットで抗菌薬を購入をしている人々を始め、広く国民に効果的な情報提供を行うべきである。

感染症診療及び感染制御に従事する医療者、医療機関及び関連学会は、AMR の当事者として抗菌薬の適正使用を積極的に推進するとともに、上記国民へ

の教育及び情報提供に関して、国に対して適切な助言を行うべきである。

３　感染制御の強化

（１）地域連携

近年、我が国独特の感染制御の在り方として、地域連携の取組が徐々に進んできている。各地で様々な先進的な取組がなされ、地域全体の感染制御の水準の引き上げに貢献している。地方自治体等の行政機関は、大学病院等の中核的医療機関からの助言を得つつ、保健所を中心とした薬剤耐性菌対策や院内感染対策のための地域連携ネットワーク（以下、地域連携ネットワーク）を支援することが望ましい。

（注）

現在、医療提供体制推進事業費補助金（いわゆる「統合補助金」）の対象事業の一つとして、「院内感染対策地域支援ネットワーク事業」があり、平成 26 年度の基準額は 1 地域当たり 3,681 千円となっている。交付する事業の選定は、都道府県が、「各都道府県の医療計画を踏まえ、地域医療の状況を把握した上で」行うこととなっており、平成 26 年度は 12 都県が交付を行っている。

保健所は、管内及びその周辺の医療機関に対し、地域連携ネットワークへの参加の呼びかけを行い、感染防止対策加算及び感染防止対策地域連携加算算定の有無に関わらず、地域連携ネットワークの構築に努める必要がある。地域連携ネットワークとしては、これまでにも感染防止対策加算により加算 1 と加算 2 の届出を行っている施設の連携が促進されており、感染防止対策地域連携加算により加算 1 同士の連携も進められているところである。しかし、中小規模の医療機関を中心に、感染対策防止加算を算定していない医療機関も多く、これらの医療機関をカバーする地域連携の枠組みを構築することが急務となっている。現在、既に保健所がハブとなっている地域連携の実例があるが、今後はこの動きが全国的に広がることが期待される。地域連携ネットワークを機能的なものとするためには、薬剤耐性菌に対する専門的知識を確保することが必須であるが、保健所は必ずしもその専門性を備えていないことから、保健所は地域の専門家から支援を得るとともに、自らの資質の向上に取り組むことが必要である。

地方衛生研究所は、薬剤耐性菌の解析等の専門性を通じて、地域連携ネットワークに積極的に貢献することが望ましい。平成 26 年 9 月 19 日に感染症

法に基づく感染症患者の届出基準の改正が行われ、薬剤耐性菌感染症としては、これまでのバンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌及びバンコマイシン耐性腸球菌に加えて、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌及び薬剤耐性アシネトバクター属の感染症の患者が全数把握疾患となった。同時にこれらの感染症は、感染症発生動向調査事業における病原体検査の対象疾患となったことから、感染症法に基づき、患者発生時に地方衛生研究所において患者由来分離株を収集・解析する事が望ましい。バンコマイシン耐性腸球菌については、地域の医療機関等における遺伝的に同一な耐性菌の広がりの把握、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌については耐性遺伝子の確認とプラスミドの性状解析、遺伝的同一性の確認が重要である。地方衛生研究所が、これらの役割を果たすことが期待される。

医療機関及び医療者は、AMR を自らの問題と認識し、地域連携ネットワークに積極的に参加し、地域全体で薬剤耐性菌対策や院内感染対策に積極的に取り組むことが必要である。平時から情報を共有し、地域全体で薬剤耐性菌対策に取り組むことで、相互に学び合う姿勢を涵養することが期待される。また、アウトブレイク時の相互支援についても、平時からの連携に基づいてより効率的に行うことが可能となると考えられる。

大学病院等の中核的医療機関は、地域連携ネットワークに対して、専門及び実臨床の立場から適切な助言や技術的支援を行うことが望ましい。大学病院等の中核的医療機関は、薬剤耐性菌や院内感染対策に関する専門知識を有しているだけでなく、地域の医療体制の中核でもあることから、地域連携ネットワークに対し指導的な役割を果たすことが期待される。

医療機関及び医療者は JANIS 等のサーベイランスのデータを持ち寄るなど、地域全体の耐性菌状況を把握する必要がある。サーベイランスのフィードバックデータは、個々の医療機関に属するものであるが、それぞれの医療機関の了解を得た上でこれらのデータを統合することで、地域全体の耐性菌状況を把握することが期待される。

（２）感染管理看護師（Infection Control Nurse, ICN）等の役割

国は、ICN の活動を促進するよう努めるべきである。ICN は、自施設での院内感染対策及び地域連携ネットワークの実務において、中心的な役割を担っている。とりわけ、地域連携ネットワークにおいて、必ずしも感染制御の専門家がいない中小医療機関に対する教育的役割の大きさを踏まえ、その活動を保証するための方策を検討する必要がある。

医療機関も、地域連携ネットワークにおける ICN の参加を積極的に支援するべきである。日本看護協会が認定する感染管理認定看護師は、他の認定看護師に比較し、所属施設外からのコンサルテーション依頼が多く、活動場所としても施設外が多い。ICN は、既に、地域連携ネットワークで必須の役割を担っているが、この活動を維持発展させていくためには、所属医療機関の理解が必要である。また、ICN 自身も、院内感染及び地域連携ネットワークに積極的に貢献するよう努めるべきである。

医療機関は、医師及び ICN に限らず、細菌検査を担当して薬剤感受性について情報提供を行う検査技師や、抗菌薬の適正使用に関して診療をサポートする薬剤師等によるチーム医療を実践することが望ましい。

医療関連職能団体及び関連学会は、院内感染に関わる職員指導からサーベイランスの実施及びその分析に至る多様な能力が求められる ICN の育成を積極的に行うべきである。現在、日本看護協会の認定する感染管理認定看護師数は 2000 人程度、感染症看護専門看護師は 30 人程度となっており、47 都道府県の全てに配置されている。また、東京医療保健大学大学院における感染制御実践看護学講座を修了した看護師は平成 22 年以降、32 都道府県で 95 名となっている。しかし、全国の医療機関の院内感染対策を標準化及び底上げするためには、さらに多くの ICN が必要である。

（３）アウトブレイク対応

医療機関は、アウトブレイクが発生した際には、必要な疫学的調査と厳重な感染対策を遅滞なく実施すべきである。アウトブレイク対応には、スクリーニング検査や環境培養、医療機器を分解して行うなどの特殊な清掃、物品の廃棄、厳重な個人防護具の使用などのためのコストがかかることが、これまでの経験から分かっている。しかし、適切なアウトブレイク対応を行うことで、病棟閉鎖や外来閉鎖による逸失利益を最小化することができるため、医療機関にとっても、早期に十分な対応を行うことは経済的な合理性があると言える。また、地域医療にとっても、医療機関が早期にアウトブレイクを収束させ、当該医療機関の本来の機能が維持されることは極めて重要である。

４　サーベイランスの強化

国は、我が国全体の耐性菌の傾向を把握し、医療機関に対して適切なフィードバックをするため、全国的な耐性菌サーベイランスの質管理を強化すべきである。現在、厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）に

は、全体の５分の１程度の病院が参加している。JANIS への参加は 2013 年までは原則として 200 床以上の病院に限られていたが、2014 年 1 月から 200 床未満の医療機関にも拡大され、従来よりも小規模の医療機関の参加が急激に増えている。また、2014 年 4 月より、JANIS 検査部門への参加が、診療報酬における感染防止対策加算 1 の施設要件に加わり、加算の算定を目的に JANIS に参加しようとする医療機関も増えている。これらの新規参加医療機関は、サーベイランスに対する理解が必ずしも十分でない場合もあり、提供されるデータの質管理が課題となっている。JANIS 事務局が行う疑義照会等のデータクリーニング作業が増大しており、国は、JANIS に対する医療機関及び国民の信頼を維持するために、JANIS 事務局機能をさらに向上させる必要がある。

また、JANIS 事務局は、医療者及び国民にとってより有益な情報とするために、地域毎の比較や国際的な比較が容易に行えるように、システムの向上に努める必要がある。

医療機関は、JANIS への参加の有無を問わず、JANIS が貴重なナショナルデータであることを十分に理解するべきである。また、JANIS に参加している医療機関にあっては、提供するデータの質の向上と有効な利用に努めることが望ましい。

＜文献＞

[1] WHO, “World Health Day – 7 April 2011,”：http://www.who.int/world-health-day/2011/en/.

[2] WHO, “ANTIMICROBIAL RESISTANCE Global Report on Surveillance,”：http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf.

[3] WHO, “SIXTY-SEVENTH WORLD HEALTH ASSEMBLY, RESOLUTIONS AND DECISIONS, ANNEXES,”：http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-en.pdf#page=25.

[4] The Global Journal, “Antimicrobial Resistance At The G8 Summit,”：http://theglobaljournal.net/photo/view/1789/.

[5] ドイツ連邦共和国保健省, “Health topics of the 2015 German G7 Presidency,”：http://www.bmg.bund.de/en/ministry/news/g7-presidency-2015.html.

[6] G-SCIENCE ACADEMIES, “Drug Resistance in Infectious Agents – A Global Threat to Humanity,”：

http://sites.nationalacademies.org/cs/groups/internationalsite/documents/webpage/international_085589.pdf.

[7] CDC, “ANTIBIOTIC RESISTANCE THREATS in the United States, 2013,”：http://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/ar-threats-2013-508.pdf.

[8] アメリカ合衆国ホワイトハウス, “President Barack Obama's State of the Union Address,”：https://www.whitehouse.gov/the-press-office/2014/01/28/president-barack-obamas-state-union-address.

[9] CDC, “Global Health Security Agenda: GHSA Antimicrobial Resistance Action Package (GHSA Action Package Prevent-1),”：http://www.cdc.gov/globalhealth/security/actionpackages/antimicrobial_resistance.htm.

[10] アメリカ合衆国ホワイトハウス, “Executive Order -- Combating Antibiotic-Resistant Bacteria,”：https://www.whitehouse.gov/the-press-office/2014/09/18/executive-order-combating-antibiotic-resistant-bacteria.

[11] イギリス保健省・首相府, “Prime Minister warns of global threat of antibiotic resistance,”：https://www.gov.uk/government/news/prime-minister-warns-of-global-threat-of-antibiotic-resistance.

[12] P. Jevons, “Celbenin-resistant staphylococci.,” British Medical Journal, 1961.

[13] R. C. M. Jr, “MRSA: the first half century,” Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 2011.

[14] 厚生労働省, “公開情報 2013 年 1 月～12 月 年報 院内感染対策サーベイランス検査部門,”：http://www.nih-janis.jp/report/open_report/2013/3/1/ken_Open_Report_201300.pdf.

[15] CDC, “CDC: Action needed now to halt spread of deadly bacteria,”：http://www.cdc.gov/media/releases/2013/p0305_deadly_bacteria.html.

[16] 院内感染対策中央会議, “日本及び海外での耐性菌の疫学的状況,”：http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000072937.pdf.

[17] 院内感染対策中央会議, “多剤耐性アシネトバクターの海外からの持ち込み対応事例,”：

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000072943.pdf.

事　務　連　絡
平成 27 年 12 月 22 日

各 ｛都道府県／保健所設置市／特別区｝ 衛生主管部（局）
院内感染対策主管課　御中

厚生労働省医政局地域医療計画課

医療機関等におけるノロウイルスの院内感染予防対策の徹底について

感染性胃腸炎については、例年、今月中旬にピークになる傾向であり、特にノロウイルスによる感染性胃腸炎に注意が必要になります。

これについては、「感染性胃腸炎の流行に伴うノロウイルスの感染予防対策の啓発について」（平成 27 年 10 月 23 日厚生労働省健康局結核感染症課、医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全部監視安全課事務連絡）により、感染予防対策の啓発について通知されているところです。

貴部局におかれましては、「医療機関等における院内感染対策について」（平成 26 年 12 月 19 日医政地発 1219 第 1 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知。）等を参考に、所管の医療機関等に対し、更なる手洗いの徹底や、糞便・吐物の適切な処理等の感染予防対策について重ねて周知徹底するとともに、医療機関等に対し、院内感染によるノロウイルスの集団感染を疑う場合や、院内感染との因果関係が否定できない死亡事例が発生した場合は、速やかに管轄保健所に報告し、支援を受けるよう周知をお願い致します。

また、院内感染対策担当部局におかれましては、感染症対策担当部局と連携を図りながら対処のほど、お願い致します。なお、所管の医療機関等においてノロウイルスに関する報道発表等を行う場合には、当課に情報提供をお願い致します。

（参考）

○ノロウイルス検出状況 2015/16 シーズン（国立感染症研究所）
http://www.nih.go.jp/niid/ja/iasr-noro.html

○ノロウイルスに関する Q&A（最終改定：平成２７年６月３０日）
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/shokuhin/syokuchu/kanren/yobou/040204-1.html

（問い合わせ先）　厚生労働省医政局地域医療計画課
課　長　補　佐　山本
医療監視専門官　宮崎・都竹
直　通　電　話　03-3595-2194
Ｆ　Ａ　Ｘ　03-3503-8562

院内感染ネットワーク委員会委員

委員長	三鴨　廣繁	愛知医科大学病院
委　員	石川　清仁	藤田保健衛生大学病院
	犬塚　和久	ＪＡ愛知厚生連
	加藤　由紀子	愛知医科大学病院
	川端　厚	トヨタ記念病院
	木下　輝美	藤田保健衛生大学病院
	佐渡本　琢也	名古屋大学医学部附属病院
	塩田　有史	名古屋市立大学病院
	田上　由紀子	名古屋市立大学病院
	中村　敦	名古屋市立大学病院
	八木　哲也	名古屋大学医学部附属病院
	山岸　由佳	愛知医科大学病院

（敬称略五十音順）

平成 27 年度　愛知県院内感染ネットワーク
報　告　書

平成 28 年 3 月 31 日 発行

公益社団法人　**愛知県看護協会**

名古屋市昭和区円上町 26 番 18 号　〒466-0054
TEL　０５２－８７１－０７１１
FAX　０５２－８７１－０７５７