

## 第4回までの有識者会議における意見の整理（案）

本資料は、第1回～第4回会議において各委員から発言のあった意見等について、第1回会議において提示した検討項目を基本として、事務局において整理したもの。（なお次ページからの①～④は第1回～第4回会議での発言をさす。）

## （0）はじめに

## （1）日常的な院内の感染対策及びそれに必要な体制について

## ①院内の感染対策について

- (a) 総論
- (b) 院内感染サーベイランス
- (c) 医療従事者・院内従業員への研修等
- (d) 内部評価
- (e) 抗生物質の使用状況

## ②実施すべき対策を確実にかつ効果的に行う体制について

- (a) 院内感染対策担当者及び担当部門の設置
- (b) 院内マニュアル
- (c) 院内の構造設備

## ③特に重大な事例発生時の対応について

- (a) 迅速な取組等
- (b) 被害拡大を防止するための情報提供
- (c) 客観的な評価

## ④その他

- (a) 医療従事者等の安全管理

## （2）外部機関による院内感染対策への支援について

- ①必要な事態における自治体・国への報告の徹底
- ②医療機関と自治体・国等との連絡体制の構築
- ③自治体・国における発生・拡大防止対策に関する相談応需体制の整備
- ④院内の構造設備又は管理体制の整備状況にかかる立入検査の実施
- ⑤原因解明のための標準的調査方法の確立

## （3）患者等への理解を深めるための情報提供等について

- ①医療機関による患者等への情報の提供方法・体制の整備

## （4）その他

- ①費用負担

## (0) はじめに

## (1) 日常的な院内の感染対策及びそれに必要な体制について

### ①院内の感染対策について

#### (a) 総論

- ・ 当たり前のことをいかに当たり前に行っていくかということが重要。(①座長)

#### (b) 院内感染サーベイランス

- ・ 予防に主眼を置いて、日本の病院は感染対策を導入し、評価していかなければいけない。そのためには、サーベイランスによって、対策の効果を評価して、アウトブレイクが起こりにくい土壌をつくっていきながら、継続的に対策を評価していくことが必要。(②沼口)
- ・ リンクナースが患者情報を一通りまとめてくれる。(③仲川)
- ・ 微生物検査室がなくなるということが院内感染防止にとってもいろいろな影響があるのではないか。(③佐藤)
- ・ 病院の安全を確保するうえで外注一本やりになっていることは、大きな問題だろ

う。(③稲松)

- ・薬剤の管理、耐性菌の発生状況の把握等について、薬剤師による管理がきちんとできていないところがある。(①井上)

- ・急性期病院における院内感染の多くは耐性菌感染であり、かつ異物感染、かつ日和見感染である。(①稲松)

- ・不正確な計測やデータの質が悪いことは是正し、エンフォースメントの欠如や資源の無駄遣いについては、期待値や責任を明確に文書化し定義することが有効。(②ベル)

- ・病院での患者に対する MRSA の数や検体数に占める MRSA の割合など、病院感染をある程度把握できるようなデータを収集することが、院内感染防止に役立つ。

(④大久保)

#### (c) 医療従事者・院内従業員への研修等

- ・消毒剤の使い方一つでもかなり問題があり、また、環境の消毒についてもまだまだ十分な教育がなされていない。(①仲川)

- ・何か変だと思ふ入口の教育は必要。(①星)

- ・疫学的な目をもって、病院の現状を反映する質の良いデータを出すことができる知識を持った人が専門家としていなければならない。(②沼口)

- ・全体的な教育をしても、なかなか身につけていないということを実感しており、その場所に行って繰り返しやっていかないといけない。(②渡辺)

- ・清掃は外注なので、その責任者に対して気をつけてほしいという機会を持っている。(②渡辺)

- ・米国では、IC や SP の教育は教授の医師から教わるだけでなく、看護師からも教わっており、かなり学際的なかたちで教育が提供されている。(②ベル)

- ・できるだけ多くの感染管理ができる人を育てるため、感染症管理者等の養成をしていく予定。(③武田)

- ・一処置一手洗いの励行が行われないような状態では感染を起こすこともあり得るため、モチベーションを高める対策を講じている。(③仲川)

- ・臨床で感染管理をわかっている人がトレーニングができるような状況をつくっていくことは必要。(③沼口)

- ・米国では現場でいろいろ経験している人たちが教育のプログラムに参加するが、日本の場合は将来を見込んで未経験で教育プログラム、カリキュラムに参加する者が多い。(③座長)

- ・長い時間とお金をかけて知識と技術を得て現場で鍛え上げていけば、院内感染を具体的に減らしていくことが可能ではないかと思っている人材がいるにもかかわらず、なかなか専任で仕事をできる経済的なバックグラウンドがない。(③遠藤)
- ・教育を受けた者が専任で働けるかどうかは、経済的な理由というよりはむしろ施設の規模の問題の方が大きいのではないか。(③星)
- ・現場を離れて何ヶ月も勉強に行った後の問題が確かにあるため、ICS という現場のことを理解している人たちに勉強してもらおうという考え方が出てきた。(③武田)
- ・養成と実際にどのように現場で働いてもらえる環境や ICD と ICN 又は薬剤師との関係をつくっていくもどかしさを何とか解決できる方法を見出すことができればいい。(③星)
- ・いろいろな専門職種が熱心に取り組んでいるが、ばらばらではなく、感染という同じ対象であれば職種によって知識の格差も必要ないので、講習会も1つの職種だけではなく統合した形で行えるのではないか。(③相澤)
- ・労働の場ではいろいろな職種がお互いに意思の疎通をとりながらやっているが、医療はかなり特殊。(③相澤)
- ・ICD に早くそれなりの処遇を与えて、いろいろな情報提供の流れをつくり、研修の機会を与えていきたい。(③稲松)
- ・ICD を育てるにしても全然インセンティブが働かない。また、医療機関差が非常に大きい。(③丸木)
- ・専任で勉強しながら一番よかったと思ったことは、情報が集まることであり、現状を把握することが一番大事。(③高野)
- ・年次計画のもと厚労省・各都道府県歯科医師会共催で歯科医療従事者への研修会の開催を行っている(④塚本)
- ・インфекションコントロールチームが実働部隊になればいいが、その場合 ICN と協力しあうことで病院感染を防止する。(④稲松)

#### (d) 内部評価

- ・感染経路、手洗いの消毒等の問題について院内で調査した結果、病棟での調整や手洗い、三方活栓等の問題が提起されたことから、実践部隊としてインフェクション・コントロール・チーム (ICT) を構成。(③仲川)

## (e) 抗生物質の使用状況

- ・抗菌薬の適正使用を含めて、幅広く協議したい。(①仲川)
- ・日本とか以外の耐性菌あるいは院内感染を起こす菌の種類が微妙に違う。それに一番大きく影響しているのは抗菌薬の使い方あるいは抗菌薬の種類が違うこと。(①荒川)
- ・抗菌薬の適切な使用に関するガイドラインの作成と抗菌薬管理の強化が必要。(②渡辺)
- ・医師のバックグラウンドを生かした抗菌薬の管理というところで、本当に力を発揮していただきたい。(②沼口)
- ・抗菌剤管理については、米国では P&T というところで、どんな薬剤が提供されていて、どれがその中で適切かということ判断する。医師、薬剤師、総務の人が関与してそれぞれの薬剤のコスト効果を比較する。(②ベル)
- ・ICT が耐性菌を対象としている場合、薬剤師が関与することが重要。薬剤師は抗生物質を選択できるので、薬剤師を ICT に含めることによって臨床医に対して代替薬を提案できる。(②ベル)
- ・DNA のタイピングは非常に貴重な情報である。(③仲川)
- ・患者個人個人の病態にあった薬剤の濃度、投与間隔、投与期間等が必要なので、薬物の治療モニタリングを行っている。(③仲川)
- ・消毒薬に対する抵抗性菌がでてきているため、消毒薬についても適正使用が必要である。(③仲川)
- ・医師、薬剤師を含めたチームでの抗生剤のチェックが非常に有効。(③仲川)
- ・抗生物質のコントロール等薬剤師の役割は大きいと思うが、ドクターに遠慮している感がある。(③遠藤)
- ・ドクターは薬剤師の意見を聴く謙虚な気持ちを持って薬剤師に接し、薬剤師も現場に出てくる勉強をもっとするべきである。(③座長)
- ・抗菌薬の適正使用は重要で、医師でなくてはできない部分と薬剤師の協力の必要な部分がある。実際には目の前の患者を治すという医師としての当然の義務にウエートがかかりすぎて、耐性菌に対しておろそかであった。(④稲松)
- ・耐性菌のアウトブレイクを防ぐことができる医師をきちんと配置する。(④沼口)

## ②実施すべき対策を確実にかつ効果的に行う体制について

### (a) 院内感染対策担当者及び担当部門の設置

- ・専任の ICD、ICN、そしてサーベイランスを三本立てで始めれば、確実にある一定の割合で院内感染を減らせる。(②遠藤)
- ・認定 ICD については、300 床以上の病院では補えるだけの数になったが、200 床前後の病院をどうするかということが、非常に重要な課題になっていく。(②座長)
- ・米国では、病院が感染のアタックを受けたときに安全に対応できることを優先したのだが、その一つが専門家を置くということ。(②ベル)
- ・最新のパブリケーションによれば、患者当たりの IC の専門家を増やすことで、ケアの全体の質が上がるということが示されている。(②ベル)
- ・専任の感染管理専門家の配置、抗菌剤の管理を行う感染症専門医師の配置が必要。(②沼口)
- ・イギリスではいくつかの病院を ICN が管理していて、その病院で中心になって担当するリンクナースを配置する方法も行われている。(②渡辺)
- ・患者を診ているときであっても、ICU であっても、最新の情報を得るということは非常に重要であり、医薬品情報など薬剤学的業務を専門にやっている人を関与させることは非常に重要。(②ベル)
- ・消毒薬の一元管理や高カロリー輸液の調整等の衛生管理を薬剤師が行った方がいい。(③仲川)
- ・感染管理は組織全体で取り組む必要があるため、感染管理の専門知識を持った看護師を配置し、部門を超えて機能する必要がある。(③楠本)
- ・感染管理に対する学習が終わった人を専任で配置し、組織として活動していく体制をつくっていくことが重要。(③楠本)
- ・リンクナースをたくさんつくることも必要だが、リンクナースがいてもリンクする先がなければ、効果的、効率的な活動に結びつきにくい。(③沼口)
- ・正確でないラボ（検査室）が院内にあるよりも、遠くても正確で信頼性のあるラボがあるほうがいいが、医師として、疫学者としてラボが院内にないのは不便。(②ベル)
- ・検査室の人たちと感染管理担当者のみならず、外科医、看護師、呼吸器科の医師とも情報を共有しなければならないので、定期的にかつ事実が発見された直後に情報提供しなければならない。(②ベル)
- ・清掃業者との契約にあたっては、ICT の人も中に入りながら事務と協議している。(③仲川)
- ・ICD の称号を得たドクターたちにどういう形でインセンティブを与えていくかが問題であるが、現状ではインセンティブがなく、ボランティア的にやっている。(③稲松)
- ・欧米では 250 床にひとり ICD を必ず置くといった法律もあるが、日本にも必要

かどうか検討してほしい。(④稲松)

・インфекション・コントロール・チームの中に、きちんと施設管理が行われるような、建築に関する知識、設備に関する知識を持った方が育成され、配置され活用されていくことが必要。(④箕)

・限られた人材をどう地域の中で共有するのかというところに当面の目標を置かないといけない。(④大久保)

・いくつかの病院でひとりのドクター（ICD）を共有する方法もある。公務員の場合兼務の特例が必要。(④稲松)

・理想的なことも必要だが、現実問題として、インフェクション・コントロール・リスクアセスメントによって必要数をミニマムリクワイアメントとして決めるという考え方もある。(④賀来)

・セラチア菌感染の事故に、日本看護協会から認定看護師を一人派遣し、コンサルテーションしたことがある。(④楠本)

・ICD は病院で中心的な役割を果たすように、情報を集めてサーベイランスをする等いろいろな役割をさせられているが、講習を受けたいという方々に機会を与えていきたい。(④稲松)

・ICD は全てが専任である必要はなく兼任でも作業はできるが、ICN はサーベイランスを含めていろいろな仕事をやると随分条件がかわってくる。(④座長)

## (b) 院内マニュアル

・40から50床の病院等に対して有効な院内感染予防対策ハンドブックの作成。  
(③武田)

・国は、地方自治体との連携をはじめ、ガイドラインの整備などの基本的な、基盤的な取組みを行う立場である。(①座長)