

(c) 院内の構造設備

- ・既存の施設と新しく建てる場合とによって、対策の立て方はだいぶ違うのではないだろうか。(①覧)
- ・わが国の病院建築においては、米国などのガイドラインを勉強して建物をつくっていかうということは、つい最近の動きである。(④覧)
- ・病院の中にはファシリティマネジメントをやるような専門職がきちんといて、医療廃棄物の管理や危機管理プログラム等に対応している。(④覧)
- ・医療施設における施設環境のガイドラインについては、作業上職員、患者、来訪者に対する安全確保や感染管理等も評価項目の中の一つになっているオーストラリアのようなものを作っていく必要がある。(④覧)

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

- ・アウトブレイクの操作において重要なことは、即時にやる、客観的にやること。(②ベル)
- ・遅延が生じた場合、コミュニティ、マスコミ、地域の住民から信頼を失うことになる。(②ベル)
- ・担当者ごとに責任を明確化する。(②ベル)

(b) 被害拡大を防止するための情報提供

- ・CDC が最も活発に PR を行っている分野は抗菌剤の使用であり、コミュニティをトレーニングして抗菌剤を医師に求めないようにするという PR をしている。(②ベル)
- ・コミュニティへ提供する情報というのは、アウトブレイク関連の情報で、先手を打って情報を提供してこなかった。(②ベル)

- ・院内感染防止という視点に立てば、感染症法に基づく届出、4類感染症の中にVREとかウイルス性肝炎等の全数把握のものがなかなか届出がきちんとされていない。(③佐藤)
- ・医師と看護師だけではなく、ハウスキーピング、補給機関、薬剤師、微生物検査室、総務室の人と情報を共有する。(②ベル)

(c) 客観的な評価

- ・院内の感染対策は、病院の患者サービスの問題、医療コストの問題、ひいては病院の医療の質に関わる問題であるので、これらはその病院の機能を評価する一つの指針になるのではないか。(武田)
- ・明確に文書化された手続きがあって、問題が発生した場合は、それに基づいて解決する。(②ベル)
- ・目標を立ててプランを書き、その次に重要なのは、結果を客観的にレビューすること。(②ベル)
- ・病院機能評価をするときにはICDがいるか否かも指摘してほしい。(④稲松)
- ・サーベイランスが遅れて専門家が入った段階では、現状の証拠は何もなくなっているので、参考になるような資料が結局収集できないで終わっていることは問題であり、すぐに調査できる体制も考えなければならない問題。(④座長)
- ・病院の評価にあたってICDがいるということが一つの活動をピュアにするためにはいいのではないか。(④丸木)

④その他

(a) 医療従事者等の安全管理

- ・医療従事者のことも十分検討する必要がある。(①相澤)
- ・針刺し事故防止のための安全器具の導入などを早急に進められるような体制整備

が必要。(③楠本)

・医療機関においてケアや処置を受ける全ての患者、全ての職員、あるいは訪問してくる人々なども対象にした感染防止対策をつくる。(①沼口)

・医療従事者の安全も大事。特に中小病院あるいは診療所での針刺し事故の実態というのは恐らく正確な把握はできていなく、情報としてなかなか出しにくいところ。

(③大久保)

・針刺し事故の問題とともに、医療廃棄物の問題も忘れてはならない事例であり、環境行政と手を携えながらやっている。(④塚本)

(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

・何人患者が出たら報告しなさいというものはなく、特に健康危機と思われるものについて本庁に報告いただいている。(①山中)

・届出を出すのは命がけ。(③星)

・院内感染と考えられる事例が起こった場合、任意の場合もあれば、感染症法に基づく積極的疫学調査、あるいは医療法に基づく立入検査もある。(④佐藤)

・保健所に情報を集めて市の衛生研究所と共同で情報処理した後、国に報告するというシステムが構築されている。(④佐藤)

・感染症発生動向調査の活用は不徹底であり、全数届け出ることになっているものでも十分でない。(④佐藤)

・定点把握のものについては、指定された医療機関以外の情報は入ってこないため、院内感染が起きた事例があっても漏れてしまう。(④佐藤)

・時間をおいて散発的、継続的に生じる場合、発生に気づくことがかなり難しく、届出の項目内容の工夫など、感染症法の見直しの中で議論してほしい。(④佐藤)

・根本的な問題は、院内感染が起きたとしても、事例を通報する法定基準が医療機関にないということで、保健所として覚知が遅れる。(④佐藤)

②医療機関と自治体・国等との連絡体制の構築

- ・医療機関と自治体との信頼関係に裏付けられた連携、しかも迅速に対処できることが大きな課題。(①座長)
- ・20数床の病院と特定機能病院と同じようなレベルを要求するのは困難だが、その病院のレベルに応じた対応の仕方を医療機関と一緒に考えていく。自主管理を支援できたらと思う。(①佐藤)
- ・行政としては、医師会と一緒にあって、患者を中心に、どういった医療、どういったサービスを提供できればいいのかということを考えていきたい。(①山中)
- ・県の役割、医師会の役割、専門家の先生たちの役割というものが具体的に位置付けられるような関係が不足している。(①星)
- ・感染症危機管理室を設置し迅速に情報を提供し、また重大事例の発生時の状況を把握する等を行っている。(③星)
- ・病院の薬剤師と開局の薬剤師との間での連携も大事にしているので、講習会等の枠をもう少し増やしてほしい。(③仲川)
- ・細菌検査室は経済的に持てなくなっているので、地域の医療機関同士がネットワークを組んでラボをオープンすることにより、何も全て医療機関に細菌検査室は必要ない。(③星)
- ・都道府県及び郡市区の組織をネットワーク化している。(④塚本)
- ・医療機関と都道府県・保健所がよい関係を保ち、情報を早く入手することによって、専門の先生に伝えることができる。(④佐藤)
- ・支援にあたっては、現場のことがわかっていて、科学的な裏付けのある専門的な提言をすることのできる感染管理の専門家を出してほしい。(④沼口)
- ・学際的な協力支援体制を保健所の方で築いてほしい。(④沼口)
- ・地域の中でICDを持っている先生がいて利用しようとしても、十分活用できていない。(④大久保)
- ・公務員であることに縛られて他の病院を見に行けないので、特例的に自由に動けるようにしてほしい。(④稲松)
- ・独立行政法人という形が今後出てくるので、もっと自由な形でうまく活用できればいい。(④賀来)
- ・宮城県では東北大学内に感染管理室を設置し、感染相談窓口を開設しているほか、地域の医療施設へもラウンドを実施している。そのような地域のネットワーク構築が必要不可欠。(④賀来)
- ・地域においては情報社会の中、電話、ファックス、メールを使って相談できるシステムが必要。(④大久保)

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

・いろいろ相談に乗っているが、そういった経験を多くの医療施設が共有して、それをまた参考にして、対策の充実を図れるようなシステムを作る必要がある。(①荒川)

・平素どうするのか、そのときに関係者がどのような準備や情報交換をするのか、何かが起こったときにどういう対応をするのかということがいま一つ地域で機能していない。(①星)

・医師会の一つの活動の中に、医療経営、病院経営を守るという視点から、院内感染対策に関して具体的に相談をこれまで以上に細かくやってもらえる部署を整備してほしい。(①荒川)

・少なくとも都道府県レベルで専門家が相談してくれる窓口があったらいい。(③星)

・いろいろな団体が競合して、相談にのってもらえるような組織があると、インシデントが本当に大きなアクシデントになる前に対策が立てられる。(③高野)

・都道府県の中に医療相談専用電話を設置している。(④山中)

・院内感染を疑われる症例が発生した場合に、適切な処置をとることができるような医療機関を支援できる仕組みがないというのが実情であり、このため行政、学会、医師会のネットワークで互いに助け合う形がなければいけない。(④山中)

・医師の充足率が低い場合など、少ない人材を効率的に活用するためには、ネットワークをつくるような形でないといけない。(④山中)

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

・医療機関の新規開業や改築の際、個室の増設や交差感染の場を減らすような施設にしてもらえないか。(①佐藤)

・医療機関への立入検査は、自治体によってかなり状況にばらつきがあるので、質を上げるよう努力する。(①佐藤)

- ・水や空調などさまざまな設備の問題にしろ、医療系のスタッフだけでなく、事務系、特に施設管理系の人たちも巻き込んだ形でなにかできないか。
- ・ハードウェアを日常的につくるだけではなくてメンテナンス、管理していくところと院内感染をどう絡めていくかも今後の検討。(③箕)
- ・空調、院内の環境整備、病院の改築、増築、新築の場合に最初から関わって、できあがってから本当に最初のポリシーのとおり院内で活用させているかという関心まで含めて、大事な役割の人が今後必要ではないか。(③大久保)
- ・医療機関への立入検査は医療法に基づく自治事務であり、すべての病院を対象にして、原則年1回実施することになっている。(④佐藤)
- ・医療法に基づく立入検査は構造の部分に重点をおいてみているが、これからの院内感染防止という立場から行って行くには、プロセスに注目した取組をすべき。(④佐藤)
- ・立入検査の質を上げるには、医師が同行することが必要。(④佐藤)
- ・小さな病院を含めて管理レベルの底上げをしていくには、立入検査は重要な役割を担う。(④佐藤)
- ・医療監視体制に入っていく方々の質的向上とともに、その核になる専門化というのをきちんと育てていかないと、今の状況が打開できない。(④楠本)
- ・ICDの活動を病院評価機構のチェック機構にいれ。例えば患者の立場からいって、この病院は安全です、ICDのちゃんとした人がいますというふうな評価を加える。(④丸木)

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

- ・受療される方々への啓蒙をお願いしたい。ひとつの報道の事例がすべての医療機関に大きくのしかかってくると、現場の混乱を招く。(①塚本)
- ・情報の普及はほとんどの場合、医療界の中で行わなければならないが、その一方

で、一般の社会のコミュニティーもかかわるべき場合がある。(②ベル)

- ・米国でもリスクのコミュニケーション・ストラテジーはある。(②ベル)

- ・米国の病院は、いままでの経緯からいろいろ学習したと思うので、公式なスポークスマンを通して、メディアに対してできるだけ早く情報を提供している。何かを隠しているというよりはオープンであるという姿勢を見せている。(②ベル)

- ・一たん感染が起こったときに、行政への報告は重要だが、患者への情報提供という問題も重要。(③岩田)

- ・起こったこと的事实をきちんと説明することが最も重要なことだから、カルテの開示を含めて情報提供を積極的にやることは間違いのない方向。(③星)

(4) その他

①費用負担

- ・院内感染対策に立てているハードウェアに対するイニシャルコストのかけ方が違う。対策を示したときにそのコストをどう補償するのかという問題が出てくる。(①筧)

- ・感染対策を効果的にやっていくためにも、やはり何らかのインセンティブが必要ではないか。(②賀来)

- ・1996年にはじめて院内感染対策に診療報酬がついたとき、日本の院内感染は一步前進したように思っていたが、2000年の減算で勢いがかえって止まってしまった。(②遠藤)

- ・5年くらいの計画で認定看護師、感染看護師の養成ができると思っているが、財源が伴う話であり、国等で教育課程を開いたり財政的が相次いだ。(③楠本)

- ・専任の感染管理担当者の雇用を診療報酬に反映させる。(②渡辺)

- ・教育を受けた感染管理責任者による疫学的視点からのサーベイランスの診療報酬へ反映させる。(②渡辺)

- ・感染率を低下させることにより、施設に経済的効果をもたらせるような診療報酬(②渡辺)