

院内感染対策有識者会議（第6回）

議事次第（案）

○日時 平成15年2月26日（水）10:00～12:00

○場所 厚生労働省省議室（厚生労働本省9階）

○議題

1. 報告書の取りまとめに向けた意見交換について
2. その他

【配布資料】

資料1 報告書のとりまとめに向けてさらに検討が必要な事項

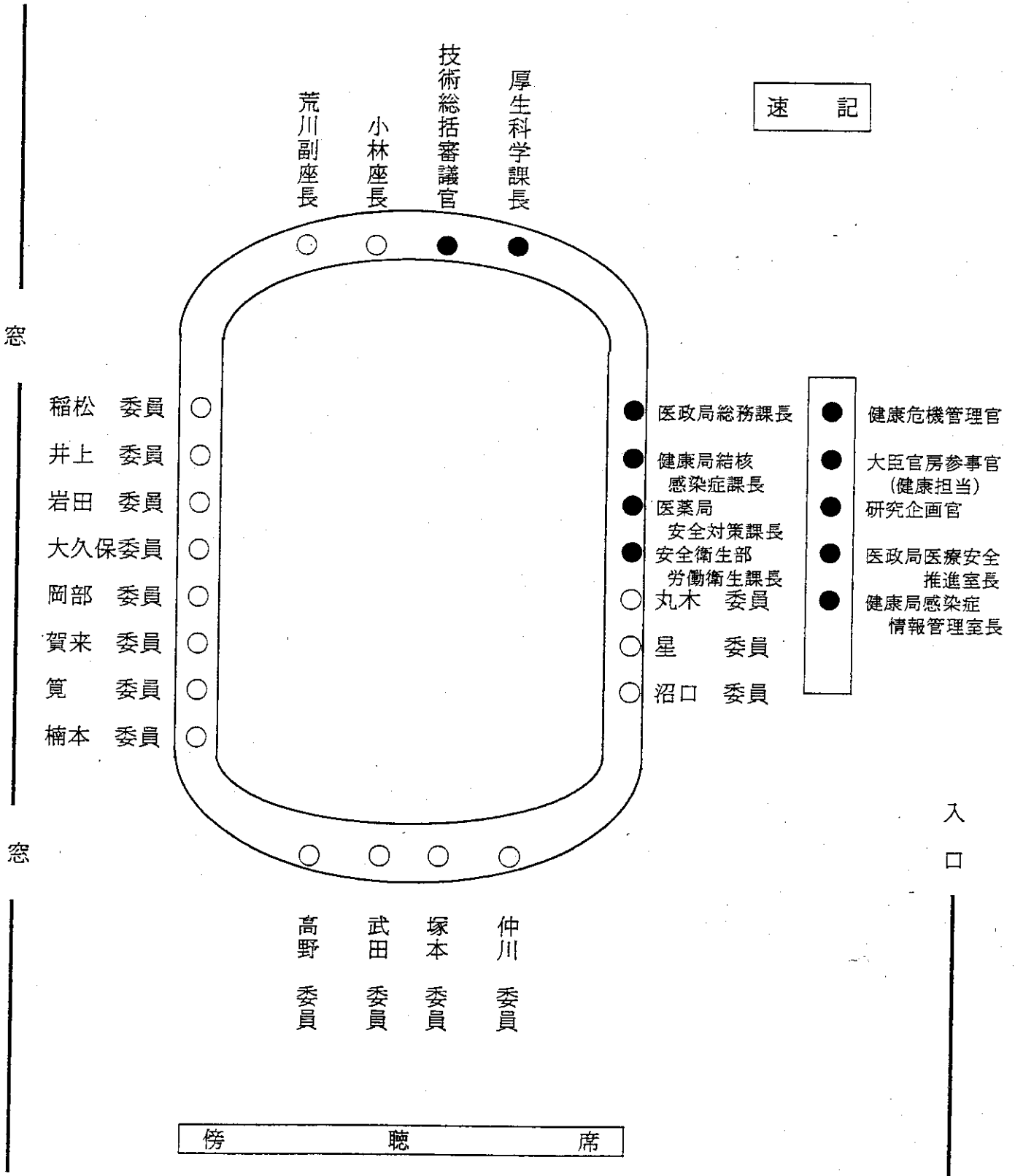
資料2 第5回までの有識者会議における意見の整理

資料3 起草ワーキング・グループ

第6回院内感染対策有識者会議

日時：平成15年2月26日(水)
 10:00~12:00
 於：厚生労働省 省議室

速記



報告書のとりまとめに向けてさらに検討が必要な事項

資料1

これまでの本有識者会議の議論を踏まえると、今後の院内感染対策として、

- 1 院内における日常的な院内感染対策
- 2 重大な院内感染発生時の対応
- 3 医療機関、国、自治体、関係団体の役割

について整理していくことが必要であるが、特に以下の事項については更に議論が必要なのではないか。

1 重大な院内感染の発生時に行うべき対応

- 1) 院内の日常的対策で対応できない事態（重大な院内感染事例）とは何か
- 2) 院内で講ずるべき対策
- 3) 外部からの支援方策（国、自治体、関係団体等）
- 4) 早期に発生を察知するための方策
- 5) その他

2 特に、小規模な医療機関における対応

- 1) 各医療機関における自主的な取り組み
- 2) 国や自治体による支援
- 3) 基幹的医療機関等を中心とした地域等の協力ネットワークの構築
- 4) 小規模医療機関向けの手引きの作成・提供等
- 5) その他

3 行政の行うべき基盤整備

- 1) 自治体の対応
 - (1) 日常の対応：医療機関への普及啓発・支援等
 - (2) 院内感染対策に関わる人材の養成
 - (3) 地域の支援体制の整備
 - (4) 重大事例発生時：地域の院内感染対策の専門家等の組織化、支援体制
 - (5) 院内感染に関する住民への普及啓発
 - (6) その他

2) 国の対応

- (1) 院内感染対策に関する医療機関や自治体への支援
- (2) 院内感染対策に必要な知見の収集・整理・提供
- (3) 院内感染対策に資する調査研究の推進
- (4) 専門機関（国立感染症研究所等）の機能強化
- (5) 院内の管理対策・体制の整備
- (6) 医療従事者への教育研修
- (7) 全国的な傾向の把握（サーベイランス）
- (8) 院内感染に関する国民への普及啓発
- (9) その他

第5回までの有識者会議における意見の整理

本資料に、第1回～第5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。

(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) 迅速な適切な取組等
- (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

*アウトソーシングの活用について

- 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

- ・院内感染の適切な予防と申すものは医療の質を確保していく上で非常に重要な問題であると認識しております。

- ・院内感染予防対策は、患者サービスや医療コストに関わるため、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と。

② 諸外国の状況

- ・米国の SENIC Study
- ・英国の院内感染対策に関するヒアリング

(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。
- ・現在の院内感染対策がエビデンスに基づいているのか見直すことが必要。

(b) 院内感染サーベイランス

- ・効果的なサーベイランスをするためには、対象の範囲の明確化、診断基準の一定化、積極的な情報収集、適切な判定が必要。
- ・サーベイランスは疫学的な視点から感染管理ができるようトレーニングを受けた感染管理担当者が行うことが望ましい、
- ・院内サーベイランスは、院内感染管理者が病棟等へ情報収集に出向くので、スタ

ツフへの意識付けの効果大きい。

- ・サーベイランスの結果によって、感染防止対策の実施が感染率を下げ、効果が明確になれば、意識付け効果大きい。

- ・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。

- ・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。

- ・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

- ・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していないところがある。

- ・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。

- ・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。

- ・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。

(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。

- ・何か変だと思ふ入口の教育は必要。

- ・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。

- ・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。

- ・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。

- ・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。

- ・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。

- ・一処置一手洗いの励行が行われな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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・教育を受けたものでも現場を離れて、暫くすると問題が起こりえる。ICS の認定を受けても、一定期間毎の再教育が必要である。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・看護教員養成講習会の定数枠が減ってくるので、その分で感染管理ナースを養成することもあり得る。
- ・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。
- ・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。
- ・医学教育で感染症教育をいかに充実させていくのか。文部省の医学教育を携わっている人にも参加してもらいたい。
- ・現場で働いているスタッフ教育は大切で、ICD の資格更の条件に地域の医療従事者への教育やセミナーを指導したことを入れてはどうか。
- ・日病が実施している診療管理の講習会は盛況であり、毎年5000人から6000人の参加があり、注目されている。

- ・患者にいかに説明するかは、医療従事者への教育の一部。

(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。
- ・ICT が巡回、各部門における患者情報をリンクナースが患者情報を一通りまとめる。

(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。
 - ・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。
 - ・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。
 - ・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。
 - ・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。
- 広範囲スペクトラムの注射薬においては、私か薬剤師の承認を得ないと薬局では提供しないことになっていて、特定のバンコマイシン等のような耐性菌発生には非常に重要です。
- ・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。
 - ・DNA のタイピングは非常に貴重な情報である。
 - ・副作用や耐性化の問題から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。
 - ・医薬品や消毒薬の一元管理を薬剤師が助言、問題点の提起をする必要がある。
- ・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。

- ・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。
 - ・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。
 - ・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。
 - ・経済性あるいは広すぎるスペクトラムなものを選んでいる、あるいは抗菌薬の選択ミス等が指摘されているところで、薬剤師が入ることで改善される。
-
- ・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。
 - ・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。
 - ・医薬品の調剤はクリーンベンチが感染予防に役立つ。
 - ・抗菌薬、消毒薬の使用を見直すことで感染予防ができる。
 - ・気管支鏡実施前に、感染リスクをへらすため鼻腔の除菌を行うようにしている。

その他

- ・清掃業者の選定や指導も必要。
- ・輸液セットを院内感染防止の観点から工夫して作成した。
- ・消毒薬の取り扱い指針をだしています。

②実施すべき対策を確実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

- ・臨床感染症医を養成する必要があるとあり、感染症科を標榜科に含むべきである。→医道審議会でも議論する可能性もあり、要望は伝えておく。
- ・感染管理担当者の重要な役割として、サーベイランスの実施、職員への教育があります。
- ・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。
- ・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。
- ・感染管理者の重要な役割は、感染の成立要因のアセスメントと適切な予防策をたてること。

・感染症の治療は感染症医が担当しており、院内横断的にコンサルテーションを受ける土壌が根付いてきている。

・感染管理者は、現場の感染管理、実践可能な予防方法を指導したり、環境整備する。

・米国では、病院が感染の ATTACK 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。

・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。

・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。

・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。

・日本では感染症科というのが標榜科になっていない。感染症科のない日本でどういうふうに臨床感染症医を育てていくのかと思っている。

・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。

・高カロリー輸液の調整等を薬剤師がクリーンベンチ等で行った方がいい。

・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。

・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。

・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。

・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。

・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。

・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。

・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。

・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。

・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。

・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。

・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。

- ・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エストメントとして決めるという考え方もある。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・病院上層部に ICT、ICN の重要性をいかに認識させるかが大切
- ・病院内での ICT の位置づけを明確にすることが大切で、これは、各施設が実施すべきであるスタッフへの教育とは違う。
- ・ある程度の規模の医療機関で勤務している ICN は地域を助ける責務を持たせては
- ・リソース・ナースとして働くためには、時間的余裕が大切。

(b) 院内マニュアル

感染症対策チームがありまして、サーベイランスをいつもやっているというようなレベルの病院、あるいは、とにかくガイドラインというか、ハンドブックあるいはマニュアルをつくるのも大変だという病院もございます。

立入検査の際には、たとえば院内感染防止対策委員会の開催状況とか、マニュアルの整備とか、研修体制とか、サーベイランスの実施状況というふうなことを、実際、書類で確認している。

- ・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。
- ・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。
- ・中小の施設でも守るべき最低レベルをしめす。
- ・絶対実施すべき点、おこなってはいけない点を明確に示す。
- ・実施上の役にたつ、等級づけのあるマニュアルがいる。

(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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・施設の整備で防げる院内感染対策もある。
- ・明らかに感染予防ができる機材（針刺し予防の道具等）の導入を促す誘因がある。
- ・医療施設は建設された時期や設備で差があるが、メンテナンスの面できちっと維持管理することが大切。

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。
- ・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。
- ・担当者ごとに責任を明確化する。

(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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。

(c) 客観的な評価

- ・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。
- ・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。
- ・病院機能評価をするときには ICD があるか否かも指摘してほしい。
- ・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。
- ・病院の評価にあたって ICD があ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。
- ・どうやって院内感染対策を評価していくのか、何が足りないのか評価し、還元する。

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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。

(2) 外部機関による院内感染対策への支援について

・外部機関による院内感染対策への協力ができる体制整備。特に中小規模の医療機関が活用できるアウト・ソーシングの確立

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。

・届出を出すのは命がけ。

・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。

・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。

・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。

・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。

・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。

・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。

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。

・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。

・行政としては、医師会と一緒に、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。

・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。

・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。

- ・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。
- ・細菌検査室は経済的に持てなくなっているのが、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。
- ・都道府県及び郡市区の組織をネットワーク化している。
- ・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。
- ・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。
- ・学際的な協力支援体制を保健所の方で築いてほしい。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。

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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・都道府県の中に医療相談専用電話を設置している。
- ・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。

- ・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。
- ・保健所は立入検査という監視的な視点より、必要な点を指導していくような立場で医療機関と接して行きたい。

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。
- ・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。
- ・水や空調などさまざまな設備の問題にしる、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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・立入検査の質を上げるには、医師が同行することが必要。
- ・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。
- ・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。
- ・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。

⑤原因解明のための標準的調査方法の確立

外部評価

- ・医療機能評価機構の評価項目に院内感染に関する項目も増やした。

(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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・起こったことの実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。
- ・インターネットなどを活用して、感染症発生時の迅速な情報把握ができるようにすべきでないか。
- ・努力している医療機関を評価し、公表するようなシステムがあってもいい。
- ・医療の質の評価。患者は自分の手術を行う医療機関の評価だけでなく、医師の技量も知りたいものである。
- ・日々患者への説明がどのように行われ、日常の診療の中で患者がどの程度満足しているかの情報提供も必要。
- ・麻疹、水痘予防など、いかに患者に伝えるかも大切。
- ・患者にいかに説明するかは、医療従事者への教育の一部。

(4) その他

①費用負担

・感染管理に使用されるものは診療報酬へ反映されず、デスポ製品の再使用の問題が起こっています。

・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。

・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。

・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。

・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。

・専任の感染管理担当者の雇用を診療報酬に反映させる。

・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。

・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

・診療報酬は院内感染などの予防的事にお金につかない。

・予防を主眼とした院内感染対策の経済効果を評価するような研究が必要

・ものの整備で予防できる、感染予防もある。そのための費用負担は誰がするのか。

・院内感染対策が経済評価的に、プラスになるかマイナスになるのかの評価が必要

・合併症をおこさない質のいい医療の評価をどうするか。

その他

・ヘパリン生食の希釈液を院内でつくっていたが、キット製品が製品化され、院内製剤しなくてすむようになった

再利用できるものの安全使用のための消毒・滅菌基準を国レベルで検討する必要がある。

院内感染対策有識者会議
起草ワーキング・グループ

- 荒川 宜親 国立感染症研究所 細菌第二部長
- 遠藤 和郎 沖縄中部病院感染症科医師
- 大久保 憲 西日本電信電話会社 東海病院外科部長
- 賀来 満夫 東北大学病態制御学（分子診断学）教授
- 仲川 義人 山形大学医学部附属病院薬剤部長
- 沼口 史衣 聖路加国際病院インфекション・コントロール・プラクティショナー

（○：ワーキング・グループ座長、五十音順）