



## Laboratory and Epidemiology Communications

# Molecular Epidemiology of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in a Sendai Hospital in 2003

Tsukasa Asagi\*, Yoshihiro Kikuchi, Yoshiharu Sakurai, Tomoko Fujino<sup>1</sup>, Jun-ichiro Sekiguchi<sup>1</sup>, Katsutoshi Saruta<sup>1</sup>, Tadatoshi Kuratsuji<sup>1</sup> and Teruo Kirikae<sup>1</sup>

National Hospital Organization, Sendai National Hospital, Miyagi 983-8520 and

<sup>1</sup>International Medical Center of Japan, Tokyo 162-8655

Communicated by Hiroshi Yoshikura

(Accepted March 25, 2004)

Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) is a major hospital-acquired pathogen. Molecular epidemiological is essential for assessing hospital infection control measures (1-7).

Forty-five MRSA isolates were obtained from 24 inpatients during October 2003 in a hospital with 15 wards and 650 beds in Sendai city. Of these, 22 isolates, each derived from a single patient, were analyzed in terms of the following: chromosomal DNA typing with a contour-clamped homogeneous electric field system (CHEF Mapper™: Bio-Rad Laboratories, Hercules, Calif., USA), antibiotic resistance (disk diffusion tests by the National Committee for Clinical Laboratory standards method), enterotoxin serotyping (SET-RPLA™: Denka Seiken Co., Tokyo), toxic shock syndrome toxin-1 (TSST-1) production (TST-RPLA™: Denka Seiken), and coagulase serotyping (Denka Seiken).

Thirteen different pulsed-field gel electrophoresis (PFGE) patterns of *Sma*I DNA digests were detected (Fig. 1). A band-based cluster analysis (Molecular Analyst™: Bio-Rad), in which PFGE-band similarity exceeding 70% was used as the criterion of cluster formation, revealed the three following clusters, A, AV/AU, and BH (Fig. 2A). The frequency distribution of the PFGE patterns is shown in Fig. 2B. Pattern AV5 was shared by six isolates, pattern A3 by four, and pattern A4 by two. The other 10 PFGE patterns appeared in only a single isolate.

As shown in Table 1, pattern AV5 was spread over five wards (e6, w2, w3, w4, and w6). Three isolates from the neonatal intensive care unit (NICU) were of pattern A3, and two from wards e6 and s6 were of pattern A4. Other patterns were unique to each ward.

The isolates showed a wide spectrum of drug resistance, with a total of 12 different patterns (Table 2). The isolates were resistant to 7-12 of 15 tested drugs. All of the isolates

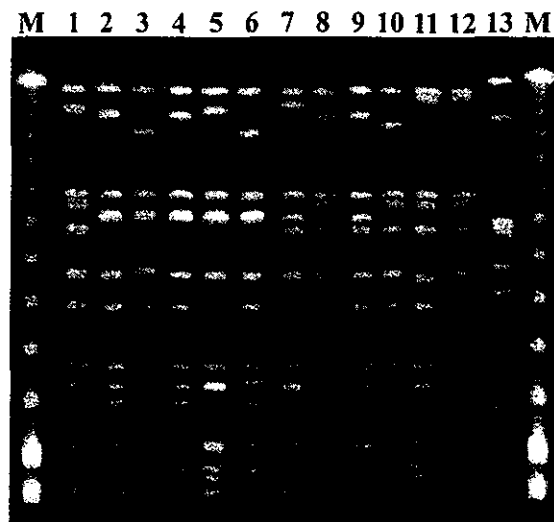
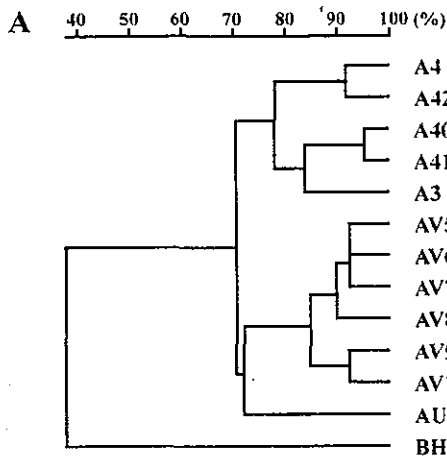


Fig. 1. Pulsed-field gel electrophoresis of *Sma*I-digested genomic DNA from MRSA isolates. M: low range PFG Marker. Lanes 1 to 13: MRSA isolates with different PFGE patterns A3 to BH shown in Fig. 2.

\*Corresponding author: Mailing address: National Hospital Organization, Sendai National Hospital, Miyagino 2-8-8, Miyagino-ku, Miyagi 983-8520, Japan. Tel: +81-22-293-1111, Fax: +81-22-293-1172. E-mail: asagit@sendai.hosp.go.jp



B

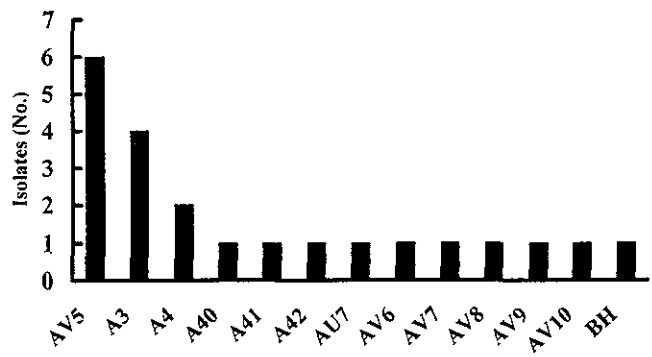


Fig. 2. Cluster analysis of MRSA isolates based on PFGE patterns of *SmaI*-digested genomic DNA.

Table 1. Distribution of MRSA in a hospital

PFGE pattern	Ward									pediatrics	NICU	Critical care center
	e				w				s			
	2	3	4	5	2	3	4	5	6			
A2										1		
A3	1	#									3	
A4			1						1	1		
A40					1							
A41									1			
A42	1											
AV5			1		1	1	2	1				
AV6			1									
AV7					1							
AV8					1							
AV9					1							
BH					1							

#: Number of patients with MRSA.

Table 2. Antibiotic pattern classified by antibiotic pattern of 15 antibiotics against MRSA

Antibiotic pattern	Antibiotics								
	LVFX	GM	TC	MINO	AMK	ABK	ST	VCM	
a	R	R	R	R	R	S	S	S	S
b	R	R	R	I	R	S	S	S	S
c	R	R	S	R	R	S	S	S	S
d	R	I	R	R	R	S	S	S	S
e	R	R	R	R	I	S	S	S	S
f	R	R	R	I	I	S	S	S	S
g	R	I	R	I	R	S	S	S	S
h	R	I	R	R	I	S	S	S	S
i	R	I	R	I	I	S	S	S	S
j	R	I	I	S	R	S	S	S	S
k	R	I	S	S	R	S	S	S	S
l	S	R	S	S	R	I	S	S	S

All the isolates were resistant to MIPIC, ABPC, CEZ, FMOX, IPM, EM, CLDM.  
 MIPIC: oxacillin, ABPC: ampicillin, CEZ: cefazolin, FMOX: flomoxef,  
 IPM: imipenem/cilastatin, EM: erythromycin, CLDM: clindamycin,  
 LVFX: levofloxacin, GM: gentamicin, TC: tetracycline, MINO: minocycline,  
 AMK: amikacin, ABK: arbekacin, ST: sulfamethoxazole/trimethoprim,  
 VCM: vancomycin, R: resistant, S: susceptible, I: intermediate.

were sensitive to sulfamethoxazole/trimethoprim and vancomycin. No antibiotic resistance pattern was found to be specific to a particular ward. No correlation was found between antibiotic patterns and PFGE patterns (data not

shown).

Among 22 MRSA isolates, 21 produced coagulase type II, and the remaining isolate produced coagulase type I. Eleven isolates produced enterotoxin type C, nine isolates entero-

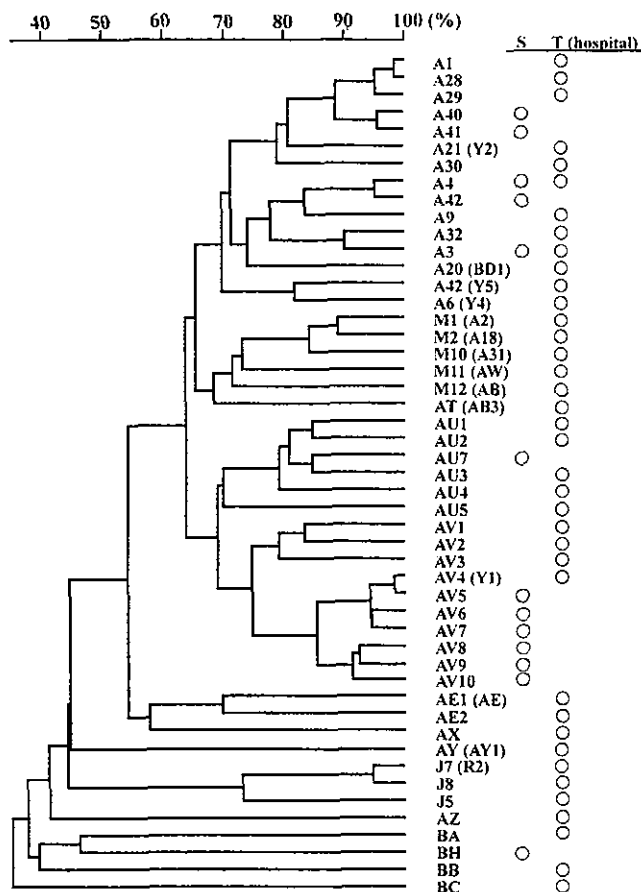


Fig. 3. Cluster analysis of MRSA isolates based on PFGE patterns. S: Sendai hospital, T: Tokyo hospital.

toxin type B, one isolate enterotoxin type D, and one isolate produced no enterotoxins. Twelve isolates produced TSST-1. Eleven isolates produced coagulase type II, enterotoxin type C, and TSST-1; their PFGE patterns were A3, A4, A40, A42, AU7, AV6, or AV7. Nine isolates produced coagulase type II, enterotoxin type B, but not TSST-1; their PFGE patterns were AV5, AV8, AV9, or AV10.

The PFGE patterns obtained in this study were compared with those identified in Tokyo in October 2003 (Fig. 3) (4). Patterns A3 and A4 were detected in both instances. Eleven patterns were unique to Sendai, and 36 were unique to Tokyo. Previous studies conducted in 2000-2003 in Tokyo (1-4) and in 2001-2003 in Kumamoto (5-7) indicated a clone propagation of the pattern A1 MRSA in both hospitals. In a Sendai hospital, a different clone with a PFGE pattern of AV5

was found to have spread (Table 1). Thus, it was determined that nosocomial infections in a hospital in Tokyo shared common clones with those in Sendai and those in Kumamoto. However, infections in hospitals in Sendai and in Kumamoto, which are geographically separated from each other, did not share clones. Considering the fact that patients, as well as doctors, nurses, and other health care workers are frequently sent to or visit large medical facilities in Tokyo, this data may help account for how MRSA spreads nationwide in Japan.

## REFERENCES

1. Fujino, T., Mori, N., Kawana, A., Kawabata, H., Kuratsuji, T., Kudo, K., Kobori, O., Yazaki, Y. and Kirikae, T. (2001): Molecular epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a Tokyo hospital in 2000. *Jpn. J. Infect. Dis.*, 54, 91-93.
2. Fujino, T., Mori, N., Kawana, A., Naiki, Y., Kawahata, H., Kuratsuji, T., Kudo, K., Kobori, O., Yazaki, Y. and Kirikae, T. (2001): Molecular epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a Tokyo hospital in 2001. *Jpn. J. Infect. Dis.*, 54, 240-242.
3. Fujino, T., Sekiguchi, J., Kawana, A., Konosaki, H., Nishimura, H., Saruta, K., Kudo, K., Kobori, O., Yazaki, Y., Kuratsuji, T. and Kirikae, T. (2002): Molecular epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a Tokyo hospital in 2002. *Jpn. J. Infect. Dis.*, 55, 210-213.
4. Fujino, T., Sekiguchi, J., Kawana, A., Konosaki, H., Nishimura, H., Saruta, K., Kudo, K., Kobori, O., Yazaki, Y., Kuratsuji, T. and Kirikae, T. (2004): Molecular epidemiology of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in a Tokyo Hospital in 2003. *Jpn. J. Infect. Dis.*, 57, 83-85.
5. Kawano, F., Miyazaki, H., Takami, J., Fujino, T., Saruta, K. and Kirikae, T. (2002): Molecular epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a Kumamoto hospital in 2001. *Jpn. J. Infect. Dis.*, 55, 29-30.
6. Kawano, F., Miyazaki, H., Takami, J., Fujino, T., Sekiguchi, J., Saruta, K., Kuratsuji, T. and Kirikae, T. (2003): Molecular epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a Kumamoto hospital in 2002. *Jpn. J. Infect. Dis.*, 56, 129-132.
7. Kawano, F., Miyazaki, H., Takami, J., Fujino, T., Sekiguchi, J., Saruta, K., Kuratsuji, T. and Kirikae, T. (2004): Molecular epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a Kumamoto hospital in 2003. *Jpn. J. Infect. Dis.*, 57, 86-88.



感染症シリーズ

## MRSA 院内感染防止対策

国立国際医療センター 切 替 照 雄

(医療第58巻第6号別刷)  
(平成16年6月20日)

情報の保存・分析・検索・伝送が可能になり、第2の産業革命ともいべき変革が引き起こされた。

このような状況のなかでわが国政府はITの生活への取り込みの重要性を強調し、IT基本戦略はとりわけ「医療」へのITの応用に高い優先順位を与えている(新IT基本戦略(e-Japan戦略II) <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/kettei/03702ejapan.pdf> 参照) すなわち、「医」の方策では2005年までの目標として認証基盤の整備とともに電子カルテのネットワーク転送などがとりあげられており、医療機関間での患者情報の共有化も強調されている。これらの提案は医療の質や効率性の向上のみならず医療費の外部チェックをも目指しているもののように思われるが、いずれにせよこのような動きは今後加速されるであろう。

ところで医療の分野ではコンピュータはかつてコンピュータ断層など画像診断に画期的な進歩をもたらしたが、診療業務でのコンピュータの利用は長期にわたって事務部門に止まり、情報システムとしての導入は遅れた。その理由として業務内容が多様であること、診療録など定型化し難い内容が多いこと、画像データなど大容量の情報が含まれること、一方、システムの導入が必ずしも収支の改善に結びつかずその維持・改良に多額の経費を要することなどがあげられる。しかし、近年、ITの進歩で大量データの処理が容易になり、また、処方などのオーダーリングシステムの有用性が実証されて財力ある施設での情報システムの導入が広まった。さて、今回のわれわれの調査では、医療情報システムの稼働率は国立病院で約44%、療養所で約20%、呼吸器ネットワーク施設で約30%であった。2002年の「新医療」の調査<sup>31-5)</sup>で稼働中と回答したのは国立病院・療養所でそれぞれ18および13施設だったので1年あまりの間にそれぞれ約10施設が新たにシステムを導入したことになるが、稼働施設でも約半数は3項目以下の実施とまだ初期状態の施設が多かった。ほかのグループとの比較として同様に全国に展開する日本赤十字社傘下病院についてみると2002年時点で91施設中33施設(36.3%)で稼働しており<sup>11-3)</sup>、国立医療施設がこの点で必ずしも先進的位置にないことがわかる。本来、共同してシステムを開発・導入できたはずの有利さが活かされることなく法人化を迎えようとしているのが実態であり、今後、この面で整備が早急にすすむことが望まれる。

一方、多施設で共同研究を行う際には、相互の間に良好な連携があることが前提になる。このような観点からみたとき、「政策医療ネットワーク」では参加施設間の

関係が対等でなくヒエラルキー的であることが問題点と思われる。今後の活動の発展のためには、研究成果が上部施設に独占され下部組織は徒労感のみに終わることがないように配慮する必要がある。また、ネットワークの閉鎖性が研究の制約になることもあるので、殻に閉じこもらない活動を目指すことも必要であろう。さて、今後ITは医療にどのような変革をもたらすであろうか。診療録が電子カルテに移行するなどして診療データの電子化がすすむと、個人の医療データはカードに収められ患者がこれを持参して医療機関を受診するようになったり、画像検査を含むデータがネットワーク上でやりとりされるようなことが一般化するかもしれない。診療は個人性の高い行為なので情報技術の利用だけで必ずしも良質の医療を提供できるようになるわけではないが、ITは医療のパラダイム・シフトをもたらすことになるだろう。遠隔医療やコンサルテーション・サービスが広まると、受診患者の診療以外にはほかの医療機関からの相談に応じることも専門医療機関の重要な任務の一つになるであろう。このようにして専門グループの「診療ネットワーク」の活動範囲は一層拡大するものと思われる。

本論文は平成15年11月1日に札幌市で行われた第58回国立病院療養所総合医学会のシンポジウム14「独立行政法人化後の呼吸器疾患ネットワークーその夢を語るー4. ITと医療ネットワーク」(座長:坂谷光則, 清水哲雄)に基づくものである。

情報システムについてのアンケート調査に協力された各国立病院・センター施設・療養所の施設長・庶務課長と、医療情報システムについての教示を頂いた東京大学医学部小野木雄三助教授に感謝する。

#### 文 献

- 1) オーダリングシステム設置病院一覧. 新医療 331: 126-143, 2002
- 2) オーダリングシステム設置病院一覧II. 新医療 332: 138-147, 2002
- 3) オーダリングシステム設置病院一覧III. 新医療 333: 142-157, 2002
- 4) 今井賢一: 情報ネットワーク社会. 岩波書店, 東京, 1988
- 5) 杉本大一郎: エントロピー入門. 中央公論社, 東京, 1993

(平成16年2月2日受付)

(平成16年2月20日受理)

感染症シリーズ

## MRSA 院内感染防止対策

切 替 照 雄

(キーワード: 標準予防策, 分子疫学, パルスフィールドゲル電気泳動法)

METHICILLIN-RESISTANT *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* (MRSA)  
INFECTION CONTROL IN MEDICAL CARE FACILITIES

Teruo KIRIKAE

(Key Words: standard precaution, molecular epidemiology, pulsed-field gel electrophoresis)

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) は, 院内感染対策上 2 つの意味で重要である。第 1 に MRSA は院内で最も高頻度に遭遇する院内感染起因菌であること, 第 2 に MRSA 感染対策は, 医療施設の質を知るためのもっとも客観的な指標となりえることである。黄色ブドウ球菌はしばしば皮膚や鼻咽頭粘膜に常在し, 接触によって容易に伝播する性質を持っている。したがって, 理想的な感染対策を実施している医療施設では, MRSA の院内伝播は発生しないはずである。本稿では, 院内感染防止策の基本を簡単に紹介し, MRSA 感染対策における分子疫学手法の有用性を紹介する。

院内感染防止策の基本<sup>1)-4)</sup>

感染防止の基本として, 標準予防策がある<sup>1)-4)</sup>。これには, 生体に関わるすべての湿性物質 (血液, 体液, 汗を除く分泌液, 排泄物, 傷のある皮膚, 粘膜) を感染性とみなして対応するという概念で, すべての患者に適用される。標準予防策がとられたうえで, 感染経路別予防策を追加適用する 2 段階の対応が推奨されている。これには主に空気感染予防策, 飛沫感染予防策と接触感染予防策がある。MRSA 感染防止策では, 通常標準予防策と接触感染予防策を行う。

標準予防策の基本は手洗いであり, 眼に見える汚れの

ある場合は石鹸と流水による手洗いを実施する<sup>2)-4)</sup>。眼に見えない汚れの場合は, 擦式消毒用アルコール製剤で手指消毒をおこなう。湿性生体物質に触れたとき, 患者の介護の前後, 手袋をはずした後などにこれを行う。湿性生体物質に接触することが予想される場合は手袋を着用する。使用後は外して破棄し, 手洗いをする。「一処置, 一手洗い」「一処置, 一手袋」が原則である。生体物質が飛散する可能性がある場合は, ガウンやビニールエプロンを着用する。眼, 鼻, 口に汚染する可能性があるときはマスクや眼鏡を着用する。針刺し事故防止も標準予防策として重要である。基本は, リキャップをしない, 感染性廃棄物専用容器へ破棄することである。このような標準予防策の考え方は, 職員の講習会で繰り返し確認すべき事項である。

MRSA は標準予防策に加えて, 接触感染予防策を適用すべき代表的な病原体である<sup>2)-4)</sup>。同様な予防策が必要な菌として, VRE, 緑膿菌や腸管出血性大腸菌 O157 などがある。湿性物質の有無に関わらず, 患者ケア時には手袋などの物理的バリアを使用する。感染患者は隔離予防として個室管理が望ましいが, 同じ菌の感染者を同一室に収容することはやむをえない処置である。

なお, 空気感染予防策を適用すべき病原体として, 結核菌, 水痘・带状疱疹ウイルス, 麻疹ウイルスがあり,

国立国際医療センター International Medical Center of Japan 研究所 感染・熱帯病研究部

Address for reprints: Teruo Kirikae, Department of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Research Institute, International Medical Center of Japan, Toyama 1-21-1, Shinjuku, Tokyo 162-8655 JAPAN

Received April 14, 2004



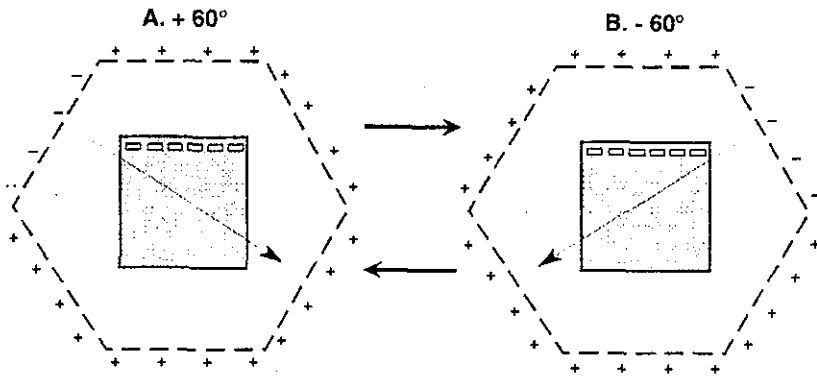


図1 パルスフィールドゲル電気泳動法の原理  
20 kbp 以上の大きさの DNA は、通常の電気泳動法では分離できない。パルスフィールドゲル電気泳動法 (PFGE) とは、左右 2 方向からの電気パルスを一定時間毎に交互に流すことでゲノム DNA などの巨大 DNA を方向転換させゲル内をジグザグに移動させ分離する手法である。

飛沫感染予防策を適用すべき病原体の代表はインフルエンザウイルスである。

MRSA の分子疫学

入院患者が次々に重症 MRSA 感染症になった場合、同じ由来の MRSA 菌株に感染したのかどうかを見極めることはその後の院内感染対策を立てるうえで重要である。このようなことを解析する手段として分子疫学がある。このうち、パルスフィールドゲル電気泳動法 (PFGE) という手法は最も有効な手段である<sup>1)</sup>。これは、

DNA の特定の配列を認識して切断する制限酵素を用いて、細菌の DNA を断片化し電気泳動で分離する手法である。この断片化した DNA は、かなり大きい DNA 断片なので電気泳動するための特殊な装置を必要とする (図 1)。また、この方法では DNA 断片を物理的に損傷しないように菌体をあらかじめゲルに固めてから DNA 断片を調整しなければならず手間と時間がかかる解析でもある。2 つの MRSA がまったく同じものであったら同じ数で同じ大きさの DNA 断片が検出され、2 つの MRSA がまったく異なるもので

あれば DNA 断片の大きさも数も大きく異なってくる。図 2 に解析結果を示す。8 種類の MRSA のうち、矢印をつけた 3 種類がまったくおなじパターンであり、この 3 つの MRSA は同一の菌に由来していることが推定できる。このような解析方法を指紋 (フィンガープリント) 法ともいう。

具体的にこの解析方法を応用した事例を示す<sup>1)</sup>。ある病院では、1 つの看護グループが NICU と一般小児病棟を、もう 1 つの看護グループが産科病棟とその中にある新生児室を担当していた (図 3)。一方、小児科の医師

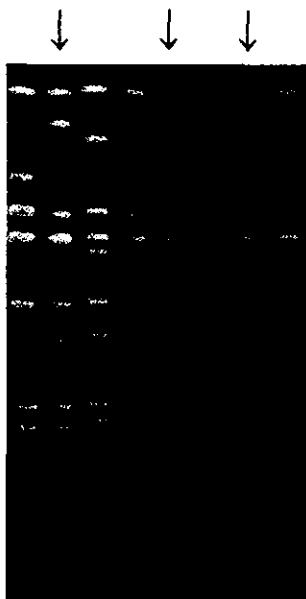


図 2 パルスフィールドゲル電気泳動法による MRSA 解析例

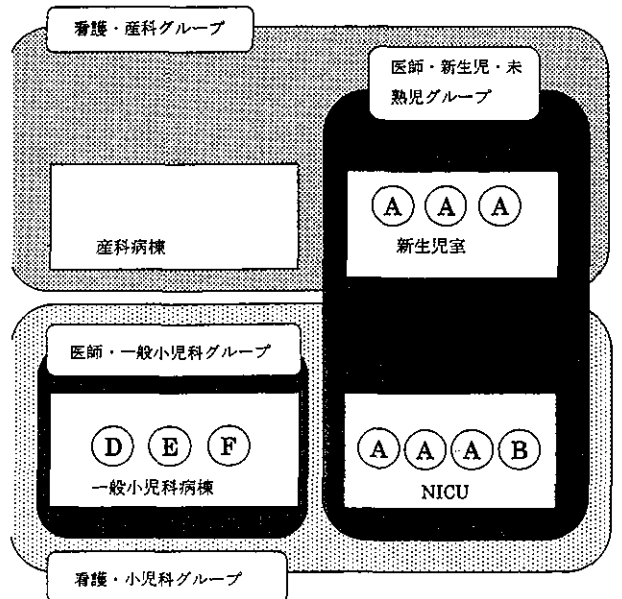


図 3 小児科病棟における MRSA 多発事例の PFGE 解析結果

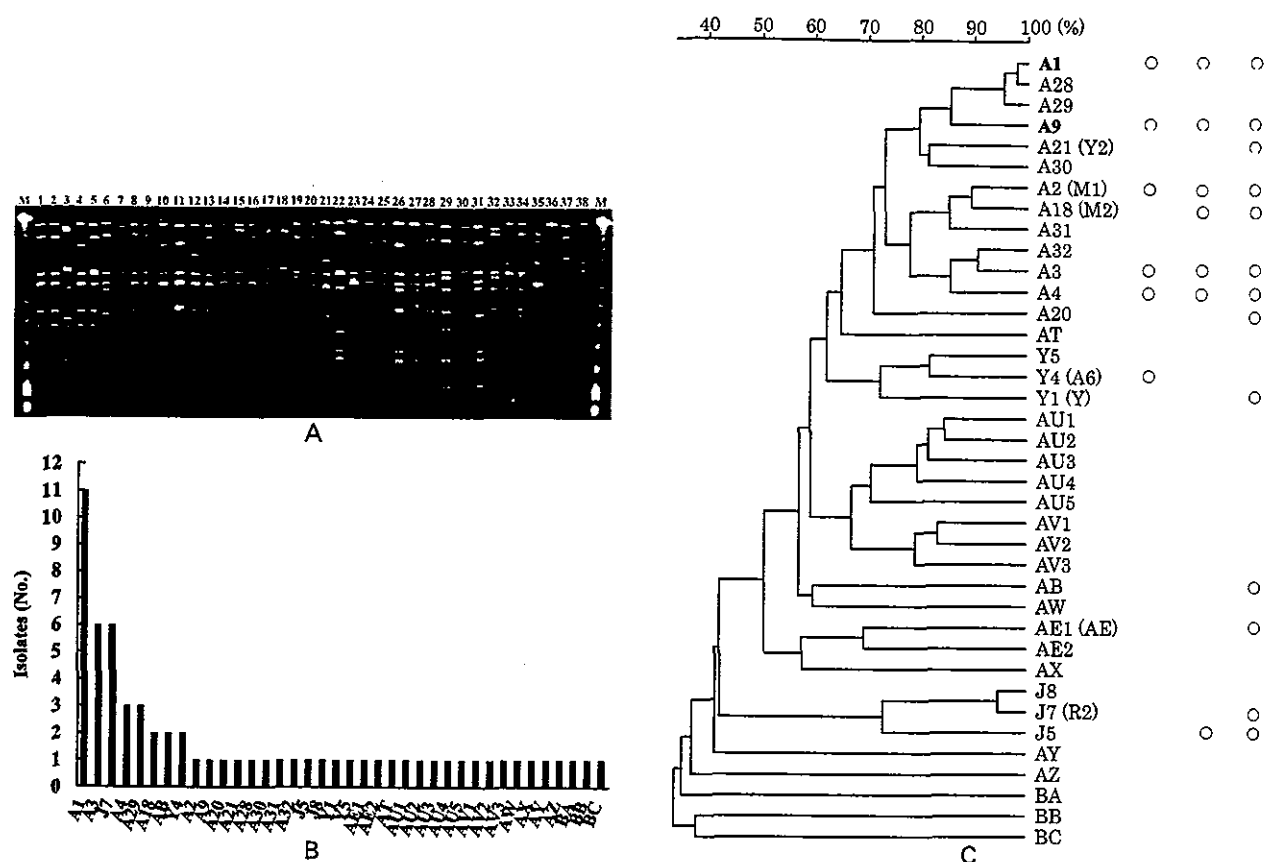


図4 MRSA 分子疫学解析サーベイランスの結果

- A. 2003年、東京の950床の病院で38種類の PFGE パターンが検出された。
- B. これらの株の検出頻度は、数株が高頻度であったが、ほとんどのパターンが1つの分離株から検出されていた。
- C. 同病院では、同様な MRSA 分子疫学解析を2000年、2001年と2002年に実施している。それらの結果を dendrogram で解析した。2003年のサーベイランスで検出された PFGE パターンのうち、2000年-2002年にも検出された PFGE パターンに丸印を付してある。ごく一部の PFGE パターンを示す MRSA 株が院内に存在し続けていることがわかる。

グループは、一般小児科病棟と NICU および産科新生児室を担当していた。これらの病棟のうち、新生児室で結膜炎が1名、NICU で結膜炎と MRSA 肺炎がそれぞれ1名、一般小児科病棟では、敗血症と中耳炎がそれぞれ1名、合計5名の MRSA 感染症がほぼ同時期に発症した。

これらの病棟では、MRSA 感染者とその他の MRSA 保菌者を含め、合計10名から MRSA が検出されたので、これらの分離株の PFGE 解析を実施した。この結果を図3に示す。この結果から明らかなように、NICU および産科新生児室から分離された MRSA は1株を除いて同じ PFGE パターンを示し、同じ株に由来していることがわかった。一方、一般小児科病棟から分離された3株は、これとは異なりまたお互いにも異なった株であることがわかった。この解析で、NICU と産科新生児室

で拡大した MRSA 多発事例は新生児・未熟児グループの医師を介して広がった可能性が示唆された。新生児・未熟児グループの手洗いの徹底とガウンテクニックの見直しなどで、その後の MRSA 伝播は沈静化した。一般小児科病棟の MRSA 感染は、徹底した接触感染予防策によって他の患児への伝播はなかった。

このような MRSA 事例解析のほかに、ある病院には何種類の株の MRSA が存在するのか? といった基本的な質問にもこの分子疫学解析は役に立つ。この調査によって、東京の950床の病院では、約30クローンの MRSA が存在し、その多くが病院に定着しないが、ある特定の数クローンが病院に定着して院内感染の原因菌となっていることがわかってきた(図4)<sup>5)</sup>。現在、これらの MRSA 株の遺伝子タイプを解析し、微生物学的側面から MRSA 院内感染の原因遺伝子の検索を始めている。

文 献

- 1) 小林寛伊, 吉倉 廣, 荒川宜親編 (厚生労働省医薬局安全対策課編集協力) エビデンスに基づいた感染制御, 第1集, 改訂2版. 東京, メヂカルフレンド社, 2003
- 2) 小林寛伊, 吉倉 廣, 荒川宜親ほか編 (厚生労働省医薬局安全対策課編集協力) エビデンスに基づいた感染制御, 第2集. 東京, メヂカルフレンド社, 2003
- 3) 小林寛伊, 吉倉 廣, 荒川宜親ほか編 (厚生労働省医薬局安全対策課編集協力) エビデンスに基づいた感染制御, 第3集. 東京, メヂカルフレンド社, 2003
- 4) 倉辻忠俊, 吉倉 廣, 宮崎久義ほか編 (厚生労働省医政局指導課編集協力): 院内感染防止手順. 東京, メヂカルフレンド社, 2003
- 5) Fujino T, Sekiguchi J, Kawana A et al: Molecular Epidemiology of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in a Tokyo Hospital in 2003. *Jpn J Infect Dis* 57: 83-85, 2004  
(平成16年4月14日受付)

## 「医療」のあり方への一意見

国立国際医療センター

工藤 宏一郎

本学会誌「医療」の今後のあり方をめぐって編集委員会等で討議されていると聞いています。小生は編集委員の一員であるにもかかわらず、その機会の編集会議を欠席していたのでこの場を借りて誌上参加させていただければと願い、思いつくままを記すことをお許しください。

「医療」のあり方の論議がなされているのは時節に相応していると思われまふ。つまり、平成16年4月を期して旧国立病院系施設の多くは新しい目標と理念をかかげて国立病院機構として出発したからです。「医療」を発売している国立医療学会の主たる母体が新しい組織として出発するからには、その主旨に沿って学術誌のあり方が再検討されるのは当然であろうと思ひます。

国立病院機構の目指すものとして、矢崎義雄機構理事長が「医療の広場」(第44巻4号)に記されています。文章の一部をしばらく勝手に引用することをお許しいただきたいと思ひます。「そもそも国立病院機構の目指すものは、医療の原点に立ち帰り、まず患者の目線に立ち、国民に満足される安心で質の高い医療を提供することである。その上で国の政策医療を各病院の機能と特色を活かして推進する、政策医療としては国民の健康を守る視点から、結核をはじめとする感染症や民間でアプローチが困難な難病や重症心身障害等への取り組み(中略)一方、国立病院がひとつのネットワークを構成して臨床研究を進め、診療の科学的根拠となるデータを集積するとともに、その情報を発信し(中略)病院に設置された臨床研究センターおよび臨床研究部を活用して、わが国で最も弱点とされた医療のエビデンスの創生と(中略)人材育成も大きな課題である。(中略)国立病院の医療をリードする医療人の育成が肝要である。」と、理事長はその文章の中で、国立病院機構の今後の目指すことを、実に簡明にかつ余すことなく述べられており、「医療」の今後の在り方を検討する際、大変参考になるのではないかとと思ひます。

一般に医学会誌の目的とするところは、その学会の学術的活動の紹介、端的に言えば研究、症例報告、あるいは学術的な総説などに限られています。しかし国立病院機構の目指すところは、先述したように医学分野が専門化、あるいは特定化されている他の医学会とは明らかに異なり、いわば総合的な医療そのものであり、かつ国民

の為の医療という原点を目指しています。従って「医療」は他の医学会誌の概念には収まらず、逆にその収まらないのが特長であると言えます。母体の目指すところを堂々と追求するのが本筋ではないでしょうか。

そのような視点に立って編集を行えば、「医療」はユニークで、医療関係者のみならず広く患者や国民に対しても一層魅力あるものになるのではないのでしょうか(今までそうでなかったといっているのではありません)。以上のような観点から具体的な提案を行いたいと思ひます。

1. 「医療」の編集方針を、新組織の目指す内容に沿って新しくすることを宣言する。新機構の発足と同様に「医療」のイメージチェンジをはかる。

2. 内容をいわゆる他の学会誌のように学術的内容だけでなく、多くの職種の方にも関心を持たれるようテーマを取り上げ、領域を広くすること。個々の内容をうすめるというのではなく、分野を広くすること。

3. 教育的、啓蒙的な内容も充分に取り入れること。これは最近の「医療」には特集や図示、セミナー等が多く編集されており、好評とお聞きしていますが、さらに推進した方がよいと思ひます。時には学会外の方にも依頼する。

4. HOSPnet と連携し、国立病院機構職員に有益な論文内容などは従来の活字文化(専門家集団内の学会誌)を越えて、広く知ってもらおうようにする。また患者あるいは一般国民にも知ってもらいたい内容を編集し直して、インターネット上にホームページを開設して広報する。言ってみれば学会誌の内容で機構と国民のPRをはかる。

5. 学会誌の財政基盤を強化する為にも、機構のスタッフで一定以上の役職の方には定期購入者になってもらう。また広告を掲載し広告料を編集事務局機能強化に資する。

6. 財政的基盤を強化すると同時に編集事務局機能を強化する。そして、例えば編集局記者を置いて、積極的に各施設に出向いて取材し、施設の活動、機能、特色をホームページ等で地域住民あるいは全国的に広報する。

思いつくままを記しましたが、要は一般的な学会誌の概念にとらわれず、掲載する内容を広く、読者を広げ、患者、国民と e-mail を利用した PR を確立すること、財政的基盤・編集事務局機能を強化することにあるかと思ひます。提言の中には事実誤認や実現不可能なことがあるかもしれませんが、参考としてとっていただければ幸いです。



厚生労働科学研究費補助金 新興・再興感染症研究事業

院内感染の発症リスクの評価及び  
効果的な対策システムの開発に関する研究

平成16年度 総括研究報告書

発行日 平成17年4月10日

発行者 倉辻忠俊

〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1

国立国際医療センター研究所 ☎(03)3202-7181

製作 株式会社メチカルフレンド社