

図3. 地域ネットワーク窓口 (n= 823、複数回答)

表1. 医療関連感染対策の組織および人材 (%)

		total (n=823)	100-199床 (n=621)	200-299床 (n=202)	ρ value
院内感染対策組織 (複数回答可)	ICC	99.5	99.5	99.5	
	ICT	56.1	50.2	74.3	***
院内感染対策の専門家 職種 (複数回答可)	CICD	40.8	33.5	63.4	***
	CNIC/CNSICN	31.2	26.1	47	***
	CNIC/CNSICN	14	8.9	29.7	***
	BCPIC/BCICPS	3.3	1.9	7.4	***
	ICMT	1.3	1	2.5	
	CDIC/CDHIC	0.2	0.2	0.5	
	AIC/MME	4.1	3.9	5	
院内感染担当者 担当者の勤務体制 (複数回答可)	専従	50.8	47.5	60.4	***
	専任	8.6	5	19.8	***
	専任	45.1	44.1	48	

表医療関連感染対策活動の実施状況 (%)

A. 病床別	total (n=823)	100-199床 (n=621)	200-299床 (n=202)	p value
院内感染対策研修	99.2	99.2	99.1	
院内巡視	76.2	73.9	83.2	***
サーベイランス	71.2	67	84.2	***
病原体監視	79.2	77	86.1	***
コンサルテーション	63.4	59.9	74.3	***

B. 専門家の有無	あり (n=338)	なし (n=485)	p value
院内感染対策研修 (施設内実施)	99.1	98.1	
院内巡視	79.6	73.8	*
サーベイランス	76.9	67.2	***
病原体監視	80.2	77.3	
コンサルテーション	66.9	61	

C. 担当者の勤務体制	専従 (n=47)	専任 (n=347)	専従/専任なし (n=405)	p value
院内感染対策研修 (施設内実施)	100	98.6	96.5	
院内巡視	95.7	76.9	72.6	***
サーベイランス	85.1	68.9	71.1	
病原体監視	83	77.2	77.8	
コンサルテーション	78.7	64.8	59	**

表3-1. 自施設の院内感染対策向上のために必要な体制 (n=531, 複数回答)

コアカテゴリ	サブカテゴリ	コード
感染管理にかかわる人材の配置 (n=215)	感染管理専門家 (n=144)	感染管理専門家が必要 (n=95) 感染管理専門家を配置したいが、困難である (n=2) 感染管理専門家を養成する、養成中 (n=40) 感染管理専門家を養成したいが、困難である (n=7)
	感染管理担当者 (n=71)	専従/専任者が必要 費用がかかる 人材がいない
感染防止策教育 (n=120)	スタッフの教育 ICT、リンクナースの教育	
不足 (n=116)	人材、マンパワー不足 (n=39) 費用不足 (n=48) 時間不足 (n=24) 設備不足 (n=5)	中小病院では診療報酬上感染対策費が取れない・つかない 感染対策は費用がかかる
院内感染対策活動の実施 (n=108)	院内感染対策活動の実施	院内巡視 (n=30) 標準予防策、感染経路別予防策の徹底 (n=23) サーベイランスの実施 (n=23) マニュアルの作成・改訂・遵守 (n=18) 病原体監視の実施 (n=9) 抗菌薬使用の適正化 (n=5)
院内感染に対する意識向上 (n=91)	スタッフの意識 病院管理者の意識	スタッフの意識向上、動機付け スタッフのコンプライアンス向上
感染管理組織の構築、運営 (n=60)	感染管理組織を構築する 組織の活動を充実する	
情報収集・提供・共有 (n=48)	スタッフへの情報提供 最新の情報を得ること	
医師の協力・参加・意識向上 (n=40)	医師の意識 医師の参加、協力	
連携・コミュニケーション (n=6)	院内各部署との 近隣医療施設との	

表3-2. 自施設の院内感染対策向上のために必要な外部組織との連携 (n=349, 複数回答)

コアカテゴリ	サブカテゴリ	コード
連携/ネットワークで活動する (n=235)	情報交換 (n=126)	情報交換・共有したい
		情報を提供してほしい
	コンサルテーション (n=62)	相談にのってもらいたい (n=38)
		指導、アドバイスがほしい (n=24)
教育機会 (n=31)	勉強会、研修をしてほしい	
	巡視 (n=16)	ラウンドをしてほしい
連携先 (n=158)		行政、保健所 (n=64)
		近隣、地区 (n=58)
		医師会 (n=19)
		大学 (n=17)
連携する (n=155)		連携する (n=105)
		ネットワークを作る (n=50)

Ⅱ 分担研究報告

1. ゲノム疫学による感染伝播リスクの評価・・・・・・・・・・ 27
切替 照雄
2. 医療施設における感染制御に関する現状を把握するための
アンケート（病院用）・・・・・・・・・・ 38
大久保 憲
3. 新型インフルエンザ等の院内感染制御に関する研究
—感染症危機管理地域ネットワークモデルの構築—・・・・・・ 49
賀来 満夫
4. 医療機関における感染症伝播に関する研究・・・・・・・・・・ 59
河野 文夫
5. 新型インフルエンザ等の院内感染制御に関する研究・・・・・・・・・・ 62
川名 明彦
6. 新型インフルエンザ等の院内感染制御に関する研究
—小児におけるインフルエンザ等の院内感染制御に関する研究—・・・・ 64
齋藤 昭彦
7. *Clostridium difficile* 感染症に関する研究・・・・・・・・・・ 69
加藤 はる
8. 病院施設の規模別の感染対策の実態調査・・・・・・・・・・ 72
西岡 みどり

ゲノム疫学による感染伝播リスクの評価

分担研究者 切替 照雄 国立国際医療センター研究所 感染症制御研究部

研究要旨 ゲノム疫学による院内感染起因菌の分離・同定・解析、そして感染伝播リスクの評価は、医療現場における感染伝播リスク軽減のために重要と考えられる。全ての医療従事者は、感染伝播リスクを周知し、その対策が適正に行なわれているかどうかを把握する為に、医療現場のエビデンスを収集・解析し、新たな対策を提案・実行しなければならない。今年度は、ESBLs産生大腸菌、緑膿菌及びメタロβラクタマーゼ産生エンテロバクター・クロアカの分子疫学解析を実施した。その結果、起因菌の推定や経時的な事例解析は院内感染対策の施設評価にとって重要であることがわかった。

A. 研究目的

院内感染対策は医療行為の1つである。従って院内感染対策を実施するにあたっては、科学的な根拠を検証する必要がある。言い換えると、院内感染対策はエビデンスにもとづくものであるべきである。ゲノム疫学による院内感染起因菌の分離・同定・解析を実施し、医療従事者が感染伝播リスクを周知し、新たな院内感染対策を行わなければならない。

本研究では、医療施設で分離された、ESBLs産生大腸菌、緑膿菌及びメタロβラクタマーゼ産生エンテロバクター・クロアカの分子疫学解析を実施し、施設内における院内感染の事例解析を行ったので報告する。

B. 研究方法

B-1. ESBLs 産生大腸菌の分子疫学解析

1-1. 福岡県 A 病院で平成 23 年 5 月から 6 月に入院患者 3 名から分離された ESBLs 産生大腸菌 3 株についてパルスフィールドゲル電気泳動 (PFGE) 解析を行った。

1-2. 東京都 B 病院で平成 23 年 7 月から 8 月に入院患者 9 名から分離された ESBLs 産生大腸菌 9 株について

パルスフィールドゲル電気泳動 (PFGE) 解析を行った。

B-2. 緑膿菌の分子疫学解析

東京都 C 病院で平成 23 年 7 月と 8 月に入院患者 3 名から分離されたカルバペネム耐性緑膿菌 3 株について、パルスフィールドゲル電気泳動 (PFGE) 解析を行った。

B-3. メタロβラクタマーゼ産生エンテロバクター・クロアカの分子疫学解析

東京都 C 病院で平成 23 年 11 月と平成 24 年 3 月に入院患者 4 名及び退院後外来通院中患者 1 名から分離されたメタロβラクタマーゼ産生エンテロバクター・クロアカ 5 株について、パルスフィールドゲル電気泳動 (PFGE) 解析を行った。

(倫理面への配慮)

研究対象は、患者情報と完全に切り離された臨床分離株を使用する。本研究内容は、疫学研究に関する倫理指針 (文部科学省、厚生労働省) の対象外である。

C. 研究結果

C-1. ESBLs 産生大腸菌の分子疫学解析

1-1. 福岡県 A 病院で分離された 3 株の ESBLs 産生大腸菌について事例解析を行った(図1)。

3 株のパルスフィールドゲル電気泳動(PFGE)パターンを比較検討したところ、クラスターが形成され、全て同一菌株由来のクローン株であった。この菌株による院内伝播が示唆された。

1-2. 東京都 B 病院で分離された 9 株の ESBLs 産生大腸菌について事例解析を行った(図 2)。

9 株の PFGE パターンを比較検討したところ、A(4 株)及び B(3 株)の 2 つのクラスターが検出された。残りの 2 株は何れにも含まれないパターンであった。A 及び B のクラスターに属する 2 種類の菌株による院内伝播が示唆された。

以上の結果をまとめると、これら 2 施設において ESBLs 産生大腸菌による院内感染が明らかとなった。継続した定着・伝播及び新規の定着・伝播を起こさぬよう、今後もそれぞれの施設において、院内における ESBLs 産生大腸菌の動向に注目し、院内感染対策の一層の周知、徹底が必要とされる。

C-2. 緑膿菌の分子疫学解析

東京都 C 病院で分離された 3 株のカルバペネム耐性緑膿菌の事例解析を行った(図 3)。

3 株の PFGE パターンを比較したところ、同一のパターンを示すクローン株であった。過去の多発事例菌株及び病棟内環境調査で分離された緑膿菌株との PFGE パターンを比較検討したところ、今回の 3 株はそれぞれ現在入院している病棟から分離された環境調査株と同一のパターンを示すクローン株であった。また、このクローン株は他の病棟からも分離されており、この菌株が広く院内伝播していることが示唆された。

以上の結果をまとめると、この施設においてカルバペネム耐性緑膿菌による院内感染が明らかとなった。継

続した定着・伝播及び新規の定着・伝播を起こさぬよう、今後もそれぞれの施設において、院内における緑膿菌の動向に注目し、院内感染対策の一層の周知、徹底が必要とされる。

C-3. メタロβラクタマーゼ産生エンテロバクター・クロアカの分子疫学解析

東京都 C 病院で分離された 5 株のメタロβラクタマーゼエンテロバクター・クロアカについて事例解析を行った(図4)。

5 株の PFGE パターンを比較検討したところ、A(2 株)及び B(2 株)のクローン株が検出された。B の菌株は同一病棟の入院患者 2 名から分離されていることから、この菌株が院内伝播していることが示唆された。A の菌株は病棟及び入院時期が異なっており、伝播の経路は判明していない。残りの 1 株はどちらのクローンカブとも異なっていた。

以上の結果をまとめると、この施設においてメタロβラクタマーゼ産生エンテロバクター・クロアカによる院内感染が明らかとなった。継続した定着・伝播を起こさぬよう、院内感染対策の一層の周知、徹底が必要とされる。

D. 考案

個々の医療従事者が医療現場を科学することが、日本の院内感染対策の質を高めるために最善・最短の方法ではないのかと実感しながら、現場の医療従事者の方々にお教えいただきながら研究を実施することができた。院内感染に関する学会や科学雑誌がこのための支援をすることも非常に重要な活動になるであろう。

E. 結論

ESBLs 産生大腸菌、緑膿菌及びメタロβラクタマーゼ産生エンテロバクター・クロアカについて分子疫学解析を実施した。これらの解析によって、院内感染起因菌の特徴、即ちどのような遺伝子をもった菌が院内感染に関与するのかといった原因クローンの推定や事

例解析や院内感染対策の施設評価に有効であることがわかった。今後の院内感染事例解析の基礎データとなるであろう。

F. 研究発表

なし

G. 論文発表

1. 切替照雄・川名明彦・河野文夫・西岡みどり・浅沼智恵・吉倉廣 編、院内感染防止手順、メヂカルフレンド社、2012
2. 切替照雄、多剤耐性緑膿菌、日本臨床 70(2): 231-235, 2012
3. Kitao T, Tada T, Tanaka M, Narahara K, Shimojima M, Shimada K, Miyoshi-Akiyama T, Kirikae T. Emergence of a novel multidrug-resistant *Pseudomonas aeruginosa* strain producing IMP-type metallo- β -lactamases and AAC(6')-Iae in Japan. Int J Antimicrob Agents, in press.
4. Miyoshi-Akiyama T, Yamashiro T, Mai LQ, Narahara K, Miyamoto A, Shinagawa S, Mori S, Kitajima H, Kirikae T. Discrimination of influenza A subtype by antibodies recognizing host-specific amino acids in the viral nucleoprotein. Influenza Other Respi Viruses, in press.
5. Mitarai S, Kato S, Ogata H, Aono A, Chikamatsu K, Mizuno K, Toyota E, Sejimo A, Suzuki K, Yoshida S, Saito T, Moriya A, Fujita A, Sato S, Matsumoto T, Ano H, Suetake T, Kondo Y, Kirikae T, Mori T. Comprehensive multicenter evaluation of a new line probe assay kit for identification of *Mycobacterium* species and detection of drug-resistant *Mycobacterium tuberculosis*. J Clin Microbiol, 50(3): 884-890, 2012
6. Miyoshi-Akiyama T, Kuwahara T, Tada T, Kitao T, Kirikae T. Complete genome sequence of highly multidrug-resistant *Pseudomonas aeruginosa* NCGM2.S1, a representative strain of an endemic cluster in Japan. J Bacteriol. 193(24): 7010, 2011
7. Miyoshi-Akiyama T, Matsumura K, Kobayashi N,

- Maeda S, Kirikae T. Genome sequence of clinical isolate *Mycobacterium tuberculosis* NCGM2209. J Bacteriol, 193(23): 6792, 2011
8. Kitao T, Miyoshi-Akiyama T, Tanaka M, Narahara K, Shimojima M, Kirikae T. Development of an immunochromatographic assay for diagnosing the production of IMP-type metallo- β -lactamases that mediate carbapenem resistance in *Pseudomonas*. J Microbiol Methods, 87(3): 330-337, 2011
 9. Tada T, Kitao T, Miyoshi-Akiyama T, Tanaka M, Kirikae T. Genome sequence of multidrug-resistant *Pseudomonas aeruginosa* NCGM1179. J Bacteriol, 193(22): 6397, 2011
 10. Fukushi M, Ito T, Oka T, Kitazawa T, Miyoshi-Akiyama T, Kirikae T, Yamashita M, Kudo K. Serial histopathological examination of the lungs of mice infected with influenza A virus PR8 strain PLoS One, 6(6): E21207 2011
 11. Okumura K, Arai R, Okura M, Kirikae T, Takamatsu D, Osaki M, Miyoshi-Akiyama T. Complete genome sequence of *Melissococcus plutonius* ATCC 35311. J Bacteriol, 193(15): 4029-4030, 2011
 12. Kawachi S, Matsushita T, Sato T, Nunoi H, Noguchi H, Ota S, Knemoto N, Nakatani K, Nishiguchi T, Yuge A, Imamura H, Kitajima H, Narahara K, Suzuki K, Miyoshi-Akiyama T, Kirikae T. Multicenter Prospective evaluation of a novel rapid immunochromatographic diagnostic kit specifically detecting influenza A H1N1 3009 virus. J Clin Virol, 51(1), 68-72, 2011

13. 知的所有権の取得

なし

図1 福岡県 A 病院における ESBLs 産生大腸菌の分子疫学解析

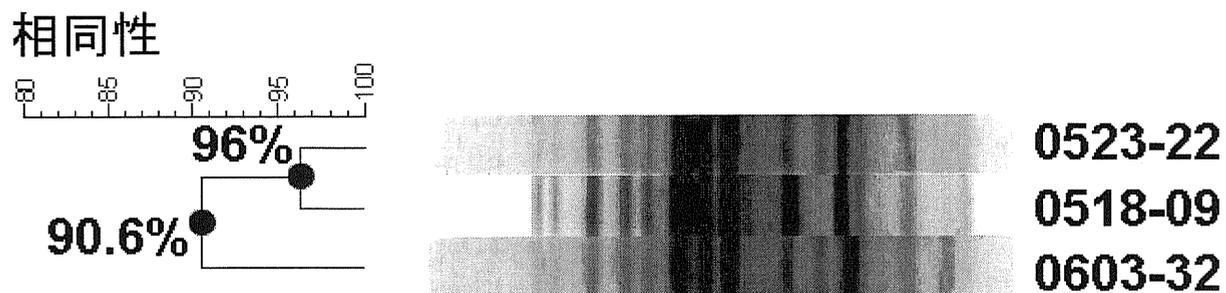


図2 東京都 B 病院における ESBLs 産生大腸菌の分子疫学解析

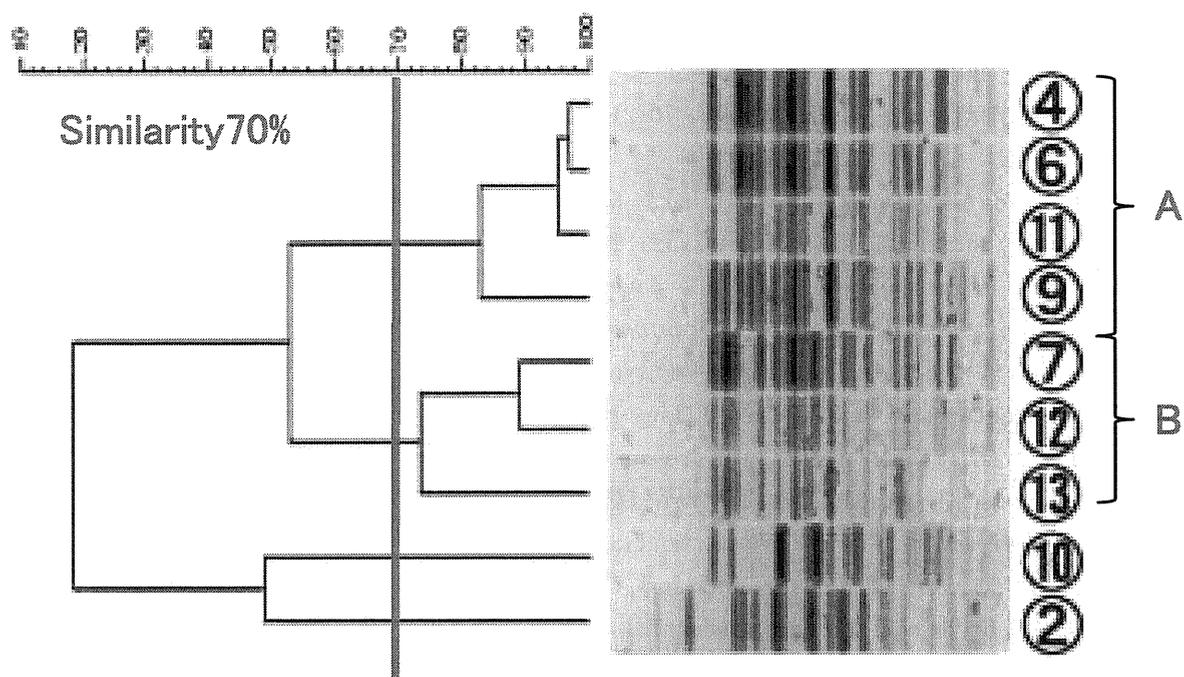


図3 東京都C病院におけるカルバペネム耐性緑膿菌の分子疫学解析

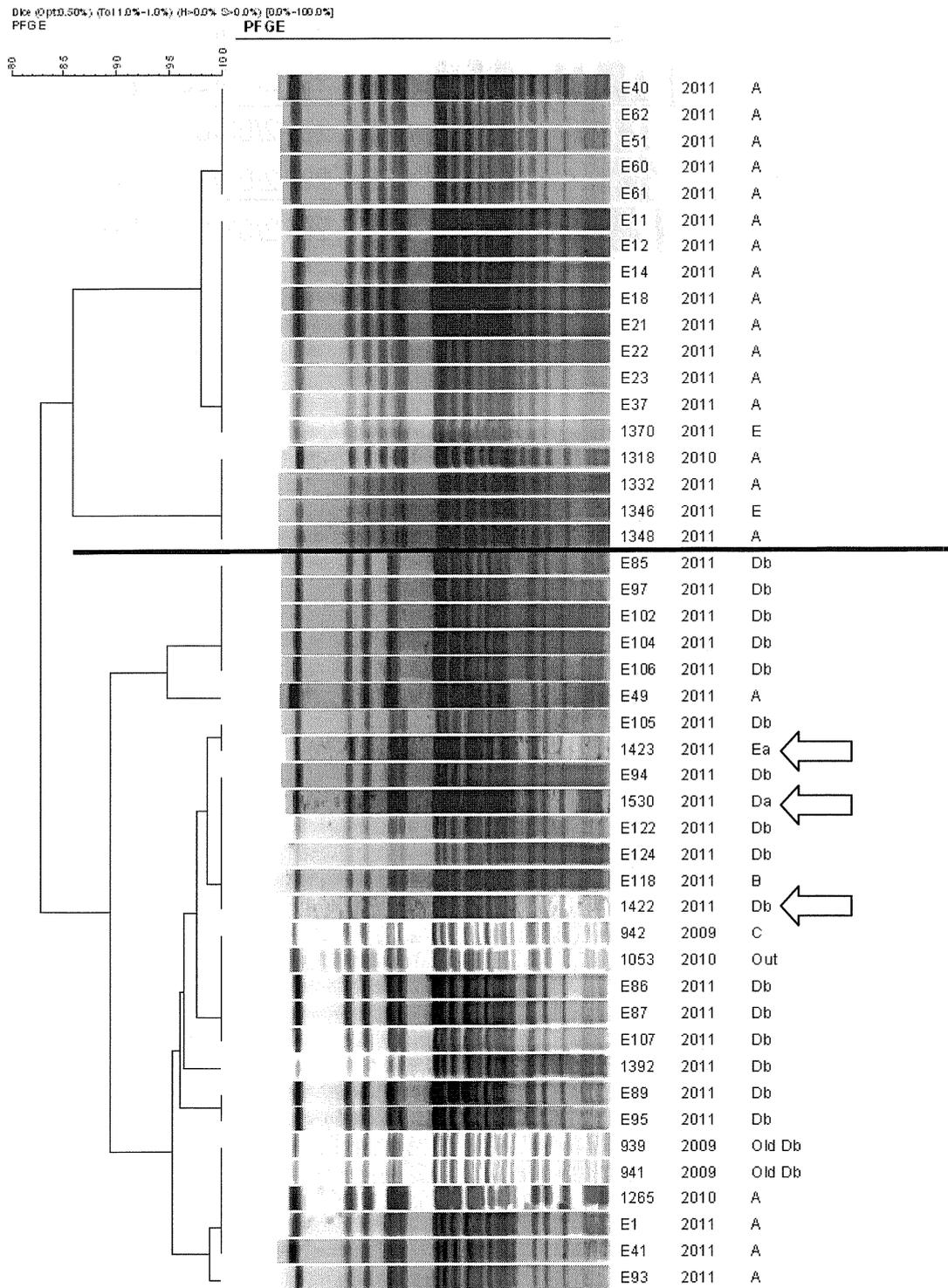
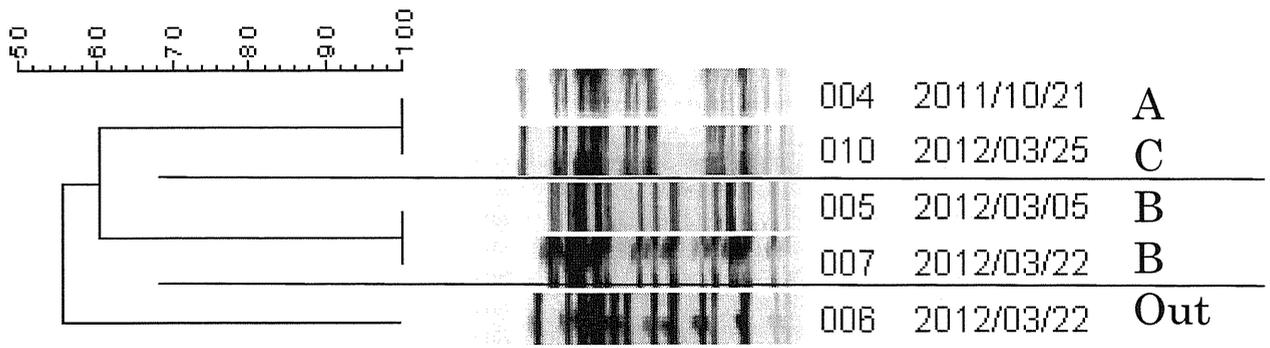


図4 東京都C病院におけるメタロβラクタマーゼ産生エンテロバクター・クロアカの分子疫学解析



事例解析例

病原体：ESBLs 産生大腸菌、*Escherichia coli*

病床数：600 床

研究様式：症例報告

検体材料：不明

分離患者数：3 名

方法：平成 23 年 5 月～6 月に入院患者 3 名から分離された ESBLs 産生大腸菌 3 株についてパルスフィールドゲル電気泳動解析（PFGE）を行った。

結果：3 株の PFGE パターンを比較検討したところ、全て同一のパターンを示した。このことから、この 3 株は同一菌株由来のクローン株であり、この菌株による院内伝播が起きていることが示唆された。

病原体：ESBLs 産生大腸菌、*Escherichia coli*

病床数：400 床

研究様式：症例報告

検体材料：尿/9

分離患者数：9 名

方法：平成 23 年 7 月～8 月に入院患者 9 名から分離された ESBLs 産生大腸菌 9 株について、パルスフィールドゲル電気泳動解析（PFGE）を行った。

結果：9 株の PFGE パターンを比較検討したところ、A（4 株）及び B（3 株）の 2 種類のパターンを確認した。残りの 2 株はパターンがそれぞれ異なっていた。A 及び B はそれぞれ同一菌株由来のクローン株であり、これら 2 種類のクローン株によって院内伝播が起きていることが示唆された。

病原体：カルバペネム耐性緑膿菌， *Pseudomonas aeruginosa*

病床数：801床

研究様式：症例報告

検体材料：喀出痰/1、尿道分泌/1、糞便/1

感染者数：3名

方法：平成23年7月～8月に、入院患者3名から分離されたカルバペネム耐性緑膿菌緑膿菌についてパルスフィールドゲル電気泳動解析（PFGE）を実施した。

結果：3名の患者から分離された3株のPFGEパターンを比較検討したところ、同一のパターンを示すクローン株であった。過去の多発事例株及び病棟の環境調査株とのPFGEパターンを比較検討したところ、3株は現在入院中の病棟から分離された環境調査株と同一のパターンを示すクローン株であった。このクローン株は他病棟の環境調査においても分離されていることから、この株による院内伝播が起きていることが示唆された。

病原体：メタロβラクタマーゼ産生 *E.cloacae*, *Enterobacter cloacae*

病床数：801 床

研究様式：症例報告

検査材料：静脈血液/1、動脈血液/2、中間尿/1、カテ尿/1

感染者数：5 名

方法：平成 23 年 11 月及び平成 24 年 3 月に入院患者 4 名、退院し外来通院中の患者 1 名から分離されたメタロβラクタマーゼ産生 *E.cloacae* についてパルスフィールドゲル電気泳動解析（PFGE）を実施した。

結果：5 株の PFGE パターンを比較したところ、入院患者から分離された 4 株で 2 種類のクローン株が検出された。これら 2 種類のクローン株による院内伝播が起きていることが示唆された。また、残りの退院後外来通院中の患者から分離された 1 株はどちらの PFGE パターンとも異なっていた。

H23年度厚生労働科学研究費補助金「新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業」
分担研究報告書

医療施設における感染制御に関する現状を把握するためのアンケート（病院用）
研究分担者 大久保 憲 東京医療保健大学/大学院

研究要旨：平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金による「新型インフルエンザ等の院内感染制御に関する研究（H22－新興－一般－003）の分担研究の一部として新版「消毒と滅菌のガイドライン」を刊行した。それに引き続いて今回は、わが国の病院における感染制御の実態を調査すべくアンケートの作成をおこなった。平成 23 年 6 月 17 日に発出の厚生労働省医政局指導課長通知に示された項目を中心に、中小医療機関を対象とした大病院に課せられた院内感染地域支援ネットワーク作りおよび院内感染のアウトブレイクが発生した場合の院内対応ならびに保健所への報告体制がどの程度構築されてきているかについての状況調査についての項目も加えた。さらに、消毒と滅菌のガイドライン刊行後の消毒や滅菌における実施状況を調査するとともに、問題点を科学的に検証するための必要な事項を抽出することを目的として調査項目について検討した。あわせて、平成 24 年度に実施された診療報酬改定に伴う、医療施設での対応についても明らかにすべく調査項目について検討した。

研究協力者
東京医療保健大学/大学院
学長 小林寛伊
山口大学医学部附属病院薬剤部
副部長/准教授 尾家重治

および、新版「消毒と滅菌のガイドライン」にて示された院内での消毒と滅菌に関する推奨事項の実施状況を把握する目的も加味して調査項目を検討し作成した。

A. 研究目的

今回、平成 23 年 6 月 17 日付けの通知では、平成 17 年厚生労働省医政局指導課長通知の内容を踏襲するものの、院内感染のアウトブレイクに対する対応と中小病院での院内感染制御のための地域支援ネットワーク構築など、厚生労働省院内感染対策中央会議からの提言での議論を反映させたものとなっている。本通知に記載されている事項について、その実施率等を調査する目的

B. 背景

1. 厚生労働省医政局指導課長通知「医療機関等における院内感染対策について」（平成 23 年 6 月 17 日付け）より
多剤耐性菌感染症や新興・再興感染症のアウトブレイクが各地で報告される中、厚生労働省「院内感染対策中央会議」では提言をまとめた。この提言は平成 23 年 2 月 8 日に厚生労働省医政局指導課から事務連絡として提示された。
提言を受けて、厚生労働省医政局指導課

長から通知「医療機関等における院内感染対策について」が2011年6月17日に発せられた。感染制御の組織化として、感染制御チーム（infection control team: ICT）の設置に関する事項を追加するとともに、多剤耐性菌によるアウトブレイク等施設内では対応が困難な事例に備え、医療機関間の連携について記載している。

- 1) 院内感染は、人から人へ直接、又は医療機器、環境等を媒介して発生する。
- 2) 地域の医療機関等でネットワークを構築し、院内感染発生時にも各医療機関が適切に対応できるよう相互に支援する体制の構築も求められる。
- 3) 手洗い及び手指消毒のための設備・備品等を整備することとともに、患者処置の前後には必ず手指衛生をおこなうこと。
- 4) 速乾性擦式消毒薬（アルコール製剤等）による手指衛生を実施していても、アルコールに抵抗性のある微生物も存在するため、必要に応じて水道水と石けんによる手洗いを実施すること。
- 5) 多剤耐性菌感染患者が使用した病室等において、消毒薬により環境消毒が必要となる場合は、生体に対する毒性等がないように配慮すること。消毒薬の噴霧、散布、薫蒸や紫外線照射などは効果が不確実であるだけでなく、作業員への危険性もあることから、これらの方法については、単に病室等無菌状態とすることを目的として漫然と実施しないこと。

以上のごとく、院内感染は人および医療器具からのみならず、環境等も感染経路となり得ることを述べている。また今回、地

域支援ネットワークの体制の構築も求めている。手洗いと手指消毒に関しては、手袋着用もしくは流水と石けんによる手洗いも考慮しての手指衛生を推奨している。すなわち、速乾性擦式アルコール消毒薬に抵抗性のある微生物が、医療関連感染から散見される現状があり、必要に応じて水道水と石けんによる手洗いも求めている。

これまで、消毒薬の噴霧、散布、薫蒸や紫外線の照射について作業員への危険性も含めて否定的であったが、多剤耐性菌やノロウイルス、*Clostridium difficile*など、環境整備上において重要な微生物が問題視されていることから、生体に対して毒性が無いように配慮しながらおこなう環境整備の必要性についても触れている。

2. 新しく示された項目

院内感染制御において、平成17年の通知に対して今回新たに追加された項目としては以下のごとくである。

- 1) インфекションコントロールチーム（ICT）に対して
 - ① 病床規模の大きい医療機関（目安として病床が300床以上）においては、医師、看護師、検査技師、薬剤師から成る感染制御チームを設置し、定期的に病棟ラウンドを行うこと。
 - ② 感染症患者の発生状況等を点検、各種の予防策の実施状況やその効果等を定期的に評価し、臨床現場への適切な支援を行うこと。
 - ③ 医療機関内の抗菌薬の使用状況を把握し、必要に応じて指導を行うこと。
- 2) 医療機関間の連携について

緊急時に地域の医療機関同士が速やかに連携し、各医療機関のアウトブレイクに対して支援がなされるよう、医療機関相互のネットワークを構築し、日常的な相互の協力関係を築くこと。

3) アウトブレイクの定義と対応

- ① アウトブレイクの定義：1例目の発見から4週間以内に、新規に同一菌種による感染症の発病症例（以下の4菌種は保菌者を含む：バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（*vancomycin-resistant Staphylococcus aureus*: VRSA）、多剤耐性緑膿菌（*multi drug-resistant Pseudomonas aeruginosa*: MDRP）、バンコマイシン耐性腸球菌（*vancomycin-resistant enterococci*: VRE）、多剤耐性アシネトバクター・バウマニ（*multi drug-resistant Acinetobacter baumannii*: MDR-Ab））が計3例以上特定された場合を基本と

する。

- ② 医療機関内の対応：アウトブレイクが疑われると判断した場合、院内感染対策委員会又は感染制御チームによる会議を開催し、1週間以内を目安にアウトブレイクに対する院内感染対策を策定かつ実施すること。
- ③ 支援依頼：アウトブレイクに対する感染対策を実施した後、新たな感染症の発病症例を認めた場合、速やかに通常時から協力関係にある地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家に感染拡大の防止に向けた支援を依頼すること。
- ④ 報告：同一医療機関内で同一菌種による感染症の発病症例が多数にのぼる場合（目安として10名以上となった場合）または当該院内感染事案との因果関係が否定できない死亡者が確認された場合においては、管轄する保健所に速やかに報告すること。

院内感染管理者の役職名： _____

感染防止に係る部門名： _____

感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師の人数： _____人

5年以上の感染管理に従事した経験を有する専任の看護師の人数： _____人

貴院が提携している（カンファレンスに参加する）加算1の施設数： _____病院

Ⅲ. 平成23年6月17日付け厚生労働省医政局指導課長通知にて示された事項の実施状況について以下にお答えください。

1. メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (methicillin resistant *Staphylococcus aureus*: MRSA)、多剤耐性緑膿菌 (multi drug-resistant *Pseudomonas aeruginosa*: MDRP)、バンコマイシン耐性腸球菌 (vancomycin-resistant enterococci: VRE)、多剤耐性アシネトバクター・バウマニ (multi drug-resistant *Acinetobacter baumannii*: MDR-Ab) などを保菌する患者病室環境（床）の清掃・消毒方法についてお答えください。

1: 洗剤を中心とした日常的な床清掃のみ

2: 次亜塩素酸ナトリウムを使用した床消毒

3: その他の薬品（製品名： _____）を使用した環境整備

2. 環境消毒の方法として下記のどの方法を採用していますか。（複数回答可）

1: モップによる清拭法

2: 消毒薬の噴霧（消毒薬名： _____）

3: 消毒薬の散布（消毒薬名： _____）

4: 消毒薬の燻蒸（消毒薬名： _____）

5: 紫外線殺菌灯の照射（照射時間： _____ 分間）

6: その他（ _____ ）

3. インфекションコントロールチーム（ICT）についてお答えください。

1) ICTは組織して活動していますか。

1: はい

2: いいえ

2) ICTによる病棟ラウンドを定期的におこなっている頻度。

1: 1週間に複数回

2: 1週間に一回の頻度

2-1: 同じメンバーにてすべての部署をラウンドしている

2-2: ICTをグループ分けしてラウンドしている

3: 月に2回程度

4: 月に1回程度

5: 定期的には病棟ラウンドしていない

3) 院内の抗菌薬使用状況を把握していますか。

1: 把握していない