

病原体：多剤耐性緑膿菌、*Pseudomonas aeruginosa*

病床数：644 床

研究様式：症例報告

検体材料：喀痰/2、血液/2、便/1、尿/1

分離患者数：2 名

方法：平成 24 年 7 月に入院患者 2 名から分離された多剤耐性緑膿菌 6 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：6 株の PFGE パターンを比較検討したところ、A（4 株）及び B（2 株）の 2 種類のパターンを確認した。A 及び B は相同性 93%以上である同一菌株由来のクローン株であり、こ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：メタロβラクタマーゼ産生 *Enterobacter cloacae*

病床数：801 床

研究様式：症例報告

検査材料：静脈血液/2、開放膿/1、喀出痰/1、吸引誘痰/1、胆汁/3、カテ尿/3、糞便/1

感染者数：11 名

方法：平成 24 年 4～7 月、9 月及び 11～12 月に入院患者 11 名から分離されたメタロβラクタマーゼ産生 *E. cloacae* 12 株について次世代シーケンスサーを用いた Multilocus Sequence Typing (MLST) 解析を実施した。

結果：12 株の MLST 解析結果と過去に分離された *Enterobacter cloacae* 13 株の MLST 解析結果リファレンスとして比較したところ、今回の 12 株で相異度 6% 未満である非常にクローナリティの高い集団となったことから、こ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。

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

院内感染防止に関する留意事項の検討

研究分担者 大久保 憲 東京医療保健大学・教授

研究要旨

平成 17 年に厚生労働省医政局から発出された「医療施設における院内感染（病院感染）の防止について」の改訂版として、平成 23 年 6 月 17 日付けで「医療機関における院内感染対策について」の通知が発出された。追記された主な事項は、感染制御の組織化の要である感染制御チームに係る事項、多剤耐性菌感染のアウトブレイクの定義と報告に関する取り決め、さらに医療機関同士の連携の必要性などについて述べられている。感染制御の専門家のいない施設に対して、アウトブレイク時には近隣の医療機関との連携で対処すべき必要性などが盛り込まれている。

今回の通知で示された事項が、各医療機関においてどの程度実施されているかなどについて調査するとともに、わが国の感染制御分野での消毒・滅菌に関わる考え方の動向も調査することを目的とした。これらのアンケートの結果をもとに、現状を把握しその後の行政としての対応の必要性などについてまとめた。

A. 研究目的

平成 17 年に厚生労働省医政局から発出された「医療施設における院内感染（病院感染）の防止について」に記載されている通知事項が、わが国における院内感染防止対策活動の基本となってきた。その後、多剤耐性菌感染のアウトブレイクが全国各地で報告されるようになり、アウトブレイクの定義及び届け出の基準を作成する必要が出てきた。院内感染対策中央会議（座

長：東京医療保健大学/大学院学長 小林 寛伊先生）にて議論された結果を踏まえて、平成 17 年通知の改訂版として、平成 23 年 6 月 17 日付けで「医療機関における院内感染対策について」が発出された。この通知の中で追記された主な事項は、感染制御の組織化の要である感染制御チームに係る事項、多剤耐性菌感染のアウトブレイクの定義と報告に関する取り決め、さらに医療機関同士の連携の必要性などである。中小

の医療施設などにおいて、感染制御の専門家のいない施設に対して、アウトブレイク時には近隣の医療機関との連携で対処すべき必要性などが盛り込まれている。

平成22年4月に診療報酬点数の改定で、新たに「感染防止対策加算（入院初日100点）」が算定できることになった。しかし算定要件がかなり高く設定されていたため、現実的には全病院中6.9%の届け出率にとどまった。

平成24年4月にはさらに診療報酬点数の改定があり、院内感染対策加算1として400点および加算1の病院同士が連携してお互いの施設に赴いて、感染防止対策に関する相互評価を実施することに対して更に100点が加算されることになった。これらの医療を取り巻く環境の変化が、各医療機関における感染対策に対してどのような影響を示しているかについての調査が必要となった。

通知や診療報酬の改定で示された院内感染制御のための基本的推奨事項について、アンケートの結果をもとに、現状を把握しこれからの行政対応の必要性などについてまとめた。

B. 研究方法

平成13年から平成24年9月までに日本看護協会による感染管理認定看護師として認定を受けた看護師は1,611名である。この認定看護師の内、特定非営利活動（NPO）法人として医療関連感染制御活動を支援する目的で設立された

「Healthcare Associated Infection Control Support (HAICS) 研究会（理事長 大久保憲）」がメールアドレスを確認している1,212名に対してインターネットリサーチを実施した。アンケートのタイトルは「医療施設における感染制御および洗浄・消毒・滅菌に関する現状を把握するためのアンケート」とした。具体的には、電子メールによりHAICS研究会事務局から分担研究者の名前にて直接送信して、アンケートをおこなった。

メール内のUniform Resource Locator (URL) をクリックすることにより別添（資料1）のアンケートを見ることができ、必要項目をクリックすることにより自動的に無記名で回答がデータ処理担当者に送信されるものである。この時点で個人を特定することは不可能となる。

実施期間は平成24年11月7日より同年11月30日までの24日間である。

（研究における倫理的配慮）

HAICS研究会の研究倫理審査委員会に対して、分担研究者を研究責任者として倫理審査を申請した。

1) 研究の対象となる個人の尊厳及び人権擁護

本調査への協力及び、調査票の返信は、回答の自由意思によるものとする。また、本調査に協力しないことによって不利益を被ることはない。

今回の調査はWEB上で作成しているので、

回答した者の個人を特定することはできない。また、個人を特定できる情報についても聴取していない。施設の属性については、結果分析および公開にあたって詳細な施設属性による分類はせず、施設が特定されることのないように配慮している。

調査から得られたデータおよび結果は、本研究目的以外に使用しない。調査票のデータ管理は厳重におこない、研究終了後に復元不可能な状態に処理する。

2) 研究の対象となる者に理解を求め、研究等の協力を同意を得る方法

本研究に協力するか否かは対象者の自由意思であり、研究に協力しない場合でも不利益を受けることのないように対象者の人権擁護に配慮している。またその旨をアンケート依頼文書に明記する。

なお、調査協力への同意は、調査票の回答を以って得たものとする。

3) 研究によって起こり得る個人の不利益に対する配慮

調査項目は必要最低限のものとし、回答への負担を最小限にとどめているが、対象者が回答方法や内容に疑問を感じた際に、利害に影響しない問い合わせをおこなえるよう問い合わせ先のメールアドレスをそれぞれの質問項目ごとに提示している。

対象者から、データの開示や廃棄等に関して請求があった場合にはこれに応じ適切に対応をおこなう。

回答によって対象者に不利益・危険性が生じる可能性はきわめて低いものと予想されるが、研究対象者から不利益があったとの申し出があった場合には、直ちに倫理審査委員会において議論し、誠意を持って解決にあたることとする。

C. 研究結果

C-1. インターネットリサーチの全体集計結果

インターネットリサーチの実施期間は、平成24年11月7日より同年11月30日までの24日間である。

回答が寄せられた中で有効サンプル数は233名(19.2%)であった。以下に質問事項と回答結果について記す。(欠番については、記述式設問であり別途集計項目)

Q1. 勤務先の医療機関の種別について (複数回答可)

A1. 特定機能病院 10.7%、研修指定病院 32.6%、一般病院 60.1%、その他 4.3%、無回答 0.4%。

Q2. 勤務先の主な診療内容

A2. 総合的診療 84.5%、単科の病院 8.2%、特定の疾患に特化した病院 6.4%、無回答 0.9%。

Q3. 勤務先の病床数

A3. 19床以下 0.0%、20～99床 2.1%、100～299床 34.3%、300～499床

38.4%、500床以上 24.9%、無回答 0.4%。

Q5. 回答者の役職

A5. 看護部長 0.0%、看護師長 27.0%、看護主任 38.2%、その他 30.9%、無回答 3.9%。

Q7. 院内で感染管理に関わっているか

A7. 関わっている 96.6%、実務としてかわっていない 2.1%、無回答 1.3%。

Q8. 感染管理へのかかわり状況

A8. 専従として（ほぼ100%） 68.0%、もっぱら（約80%） 9.3%、専任として（約50%） 6.7%、その他（40%以下） 16.0%。

Q9. 感染制御チーム（ICT）の位置付け

A9. 病院長直属 33.0%、院内感染対策委員会の下 62.2%、看護部直属 1.3%、その他 3.4%。

Q10. ICTによる病棟ラウンドの頻度

A10. 週に2回以上 4.7%、週に1回 74.7%、2週間に1回 9.4%、月に1回程度 10.3%、複数のグループに分かれてすべての病棟を週に1回程度ラウンドしている 0.9%。

Q11. ICTラウンドを行う場合の人数

A11. 感染管理認定看護師1名のみ 4.7%、2名程度 15.9%、3名以上 79.4%。

Q12. 主要な抗菌薬の使用状況を患者ごとに把握しているか

A12. 把握している 83.7%、把握していない 16.3%。

Q13. 速乾性擦式手指消毒薬の使用量を部署ごとに把握しているか

A13. すべての病棟で把握している 68.2%、一部の病棟で把握している 17.6%、把握していない 14.2%。

Q14. 院内手術部で主に実施されている手術時手洗い方法について

A14. 数個のブラシを使用したスクラブ法 11.2%、スクラブ剤による揉み洗い法 18.5%、指先にのみブラシを使用した揉み洗い法 32.2%、アルコール擦式消毒法のみ 1.7%、流水による素洗いとアルコール擦式消毒法 27.0%、その他 9.4%。

Q15. 職業感染防止のための安全器材の導入状況について

A15. 全面的に導入している 16.4%、多くの安全器材を導入している 50.6%、翼状針などの一部の安全器材を導入している 30.0%、安全器材は導入していない 3.0%。

- Q16. 個室病室の環境消毒の実施について
- A16. 多剤耐性菌感染患者の場合に実施している 14.6%、特別な場合のみに実施している 37.3%、広範囲の環境消毒は実施していない 48.1%。
- Q18. 広範囲の環境消毒をする場合の方法について
- A18. 消毒薬の噴霧 0.0%、消毒薬の散布 0.9%、消毒薬による清拭清掃 99.2%、紫外線殺菌灯照射 0.0%。
- Q19. 最近1年間に多剤耐性菌感染のアウトブレイクの経験の有無
- A19. 経験している 22.3%、経験していない 77.7%。
- Q20. 最近1年以内に経験した多剤耐性菌のアウトブレイクの病原体の種類は（複数回答可）
- A20. MRSA 50.0%、MDRP 11.5%、VRE 3.8%、MDRab 3.8%、その他の菌 34.6%、無回答 9.6%
- Q21. アウトブレイクが発生した場合の支援体制について
- A21. 地域の連携病院の専門家に相談する 27.5%、院内に専門家がいる 25.3%、保健所に相談する 36.5%、相談できる相手がない 4.7%、その他 6.0%。
- Q22. 滅菌業務のアウトソーシングの現状について
- A22. すべての器材を外部委託して処理している 26.2%、一部の器材を外部委託している 32.2%、外部委託していない 41.6%。
- Q23. 外部委託の場合の形態について
- A23. 院外に持ち出す院外委託 42.6%、院内への人材派遣型 57.4%。
- Q24. 院内委託の場合の処理部門の責任者は院内職員かどうか
- A24. 院内の職員 88.5%、院外の職員 11.5%。
- Q25. 汚染器材の一次処理の場所について
- A25. 使用現場で処理 24.0%、使用現場では専用の薬剤に浸漬のみ 17.6%、いわゆる感染症に使用した器材のみ現場で消毒 0.4%、使用現場では処理せずに中央にて処理 55.4%、その他 13.7%。
- Q26. 施設内での速乾性擦式手指消毒薬の使用について
- A26. 使用している 99.6%、使用していない 0.4%。
- Q27. 使用している速乾性擦式手指消毒薬の剤形は（複数回答可）
- A27. 液状 41.8%、ジェル状 82.8%、フォーム（泡）状 6.5%、その他 1.3%。

Q28. 速乾性擦式手指消毒薬の主な設置場所

A28. 病室の入り口付近 96.1%、ベッドサイド 21.6%、職員各自が持参 50.0%、その他 23.7%

Q29. 術野皮膚消毒に使用する薬剤は(複数回答可)

A29. ポビドンヨード 95.7%、クロルヘキシジン 12.0%、クロルヘキシジンアルコール 20.2%、その他 1.3%、無回答 3.4%。

Q30. 術野消毒をしてから執刀までの時間

A30. ただちに執刀 6.2%、1分間程度待機後 15.1%、2分間程度待機後 42.2%、3分間以上待機後 36.4%。

C-2. インターネットリサーチの病院規模別集計結果

病院規模を 300 床未満と 300 床以上の施設に分けて病院規模別に集計してみた。

(Q 番号は C-1 設問と連動番号)

Q8. 感染管理へのかかわり状況

A8. 専従として：300 床未満の施設では 52.9%、300 床以上の施設では 73.5%。もっぱら：300 床未満の施設では 8.2%、300 床以上の施設では 9.5%。専任として：300 床未満の施設では 10.6%、300 床以上の施設では 4.1%。その他：300

床未満の施設では 27.1%、300 床以上の施設では 8.8%。

Q10. ICT による病棟ラウンドの頻度

A10. 週に二回以上：300 床未満の施設では 1.2%、300 床以上の施設では 6.8%。週に一回：300 床未満の施設では 64.7%、300 床以上の施設では 80.3%。二週間に一回程度：300 床未満の施設では 10.6%、300 床以上の施設では 8.8%。月に一回程度以下：300 床未満の施設では 22.4%、300 床以上の施設では 3.4%。複数の ICT グループですべての病棟を週に一回ラウンドしている：300 床未満の施設では 1.2%、300 床以上の施設では 0.7%。

Q11. ICT による病棟ラウンドの参加人数

A11. 1 名のみ：300 床未満の施設では 3.5%、300 床以上の施設では 5.4%。2 名程度：300 床未満の施設では 24.7%、300 床以上の施設では 10.9%。3 名以上：300 床未満の施設では 71.8%、300 床以上の施設では 83.7%。

Q12. ICT による患者ごとの主要な抗菌薬の使用状況の把握について

A12. 把握している：300 床未満の施設では 81.2%、300 床以上の施設では 85.0%。把握していない：300 床未満の施設では 18.8%、300 床以上の施設では 15.0%。

Q21. アウトブレイクが発生した場合の支援体制について

A21. 地域の連携病院の専門家に相談する：300床未満の施設では38.8%、300床以上の施設では21.1%。院内に専門家がいる：300床未満の施設では22.4%、300床以上の施設では27.2%。保健所に相談する：300床未満の施設では30.6%、300床以上の施設では39.5%。相談できる相手がない：300床未満の施設では3.5%、300床以上の施設では5.4%。その他：300床未満の施設では4.7%、300床以上の施設では6.8%。

Q22. 滅菌業務のアウトソーシングの現状について

A22. 全ての器材を外部委託している：300床未満の施設では16.5%、300床以上の施設では32.0%。一部の器材につき外部委託している：300床未満の施設では25.9%、300床以上の施設では36.1%。外部委託していない：300床未満の施設では57.6%、300床以上の施設では32.0%。

Q23. 外部委託をしている場合の形態について

A23. 院外委託方式：300床未満の施設では24.7%、300床以上の施設では25.2%。院内への人材派遣方式：300床未満の施設では17.6%、300床以上の施設では42.9%。無回答：300床未満の施設では57.6%、300床以上の施設では32.0%。

D. 考察

平成24年4月の診療報酬点数の改定により、院内感染対策は医療安全から切り離されて、感染防止対策加算1と2が設定された。これらの医療を取り巻く環境の変化が、各医療機関における感染対策に対してどのような影響を示しているかについての調査が必要となった。

今回の研究では、通知や診療報酬の改定で示された院内感染制御のための基本的推奨事項の実施状況を把握し、これからの行政対応の必要性などについてまとめた。

1,212名に対してインターネットリサーチを実施したところ、233名(19.2%)から回答を得た。勤務先の病院の病床数別では、99床以下は2.1%、100～299床：34.3%、300～499床：38.2%、500床以上24.9%であった。病床別にはバランスよく回答が寄せられている。

回答者の中で、感染管理認定看護師として業務を行っているとしたものは96.6%であった。院内感染対策中央会議にて報告のあった感染管理認定看護師として業務をおこなっていない者が57%であったとする日本看護協会からの報告に比較すると、今回の診療報酬の改定が大きく勤務状況に反映しているものと思われる。さらに専従として勤務している者の割合は68.0%であり、専任として働いている者(6.7%)に比較して多いことが明らかとなった。

2011年の厚生労働省医政局からの通知にあるように、感染制御チーム(ICT)

による病棟ラウンドは週に一回を基本とする件に対して、74.7%の施設で毎週の病棟ラウンドが2名ないし3名以上で実施されていた。

ICTによる抗菌薬の使用状況の把握に対しては、83.7%において患者ごとの把握ができていた。厚生労働省の通知に対する順守率が高く、適切に現場の医療機関では受け止めて実施できている状況がうかがえる。

平成19年度（2007年11月）に実施した洗浄、消毒、滅菌に関する全国調査（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調査（病院用）、研究分担者 大久保憲 東京医療保健大学/大学院）の調査結果と、今回のアンケート結果を比較してみた。

手術時手洗い方法において、2007年では指先のみブラッシングをおこなってその後にもみ洗いをする者が49.3%であり、アルコール擦式消毒のみによる手洗いは3.6%であったが、今回の調査では、指先のみブラシを用いたもみ洗い法は233施設中75施設（32.2%）と減少し、それに代わってアルコール擦式消毒による手術時手洗いは67施設（28.7%）へと増加している。

同様の233施設において、職業感染防止のための注射器関連の安全器材の導入状況は、翼状針など一部の器材を安全措置付きの器材としている施設は70施設

（30.0%）、多くの安全器材を導入している施設は118施設（50.7%）、全面的に導入している施設は38施設（16.3%）となり、合計226施設（97%）で安全装置付きの器材が導入されている状況が分かった。

多剤耐性菌感染症のアウトブレイクを最近の1年間に経験したかどうかの質問に関して、233施設中52施設（22.3%）でアウトブレイクを経験していた。主な多剤耐性菌としてメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）が50.0%で最も多く、次いで多剤耐性緑膿菌（MDRP）11.5%となっている。さらに、アウトブレイク時の対応であるが、相談先として保健所へが36.5%、院内に専門家がいた施設は25.3%、地域の連携病院の専門家に相談している施設は27.5%であった。これらの結果からアウトブレイクがあった場合の支援体制として保健所に対応を期待している状況が明らかとなった。今後は、多剤耐性菌感染症に対する保健所の機能の増強が求められる。そのため、保健所では地域の感染症にかかわる専門家の協力による意見も取り入れていく体制の確保が重要となる。

その他のアンケート項目から、明らかになった点を示すと、手術や診療で使用した器械の洗浄・滅菌業務をアウトソーシング（外部委託）しているかどうかについては、外部委託は58.4%の施設で行われており、その形態は院内への人員派遣方式が57.4%を占めており、院内派遣

型の外部委託が広く行われるようになってきた。このことから、病院では中央材料部門の管理責任者の院内指名と滅菌器などの機材の提供のみでよいことになる。

診療現場にて使用した器材が最初にどこで処理されているかを見たところ、55.4%の施設ですべて中央材料部にて一括処理している状況が明らかとなり、診療現場での処理が次第に減少してきている状況であった。

手指衛生のための速乾性擦式手指消毒薬の剤形については、ゲルタイプのもの使用頻度が高まってきた。術野の皮膚消毒にはポビドンヨードを使用する頻度が非常に高く（95.7%）、消毒してから執刀までの時間も2～3分間程度の時間をかけている施設が78.6%であり、消毒薬の効果に対する知識が高まってきている状況がうかがえる。

病床規模が20～299床までの中小病院と、300床以上の病院と比較してみると、感染管理認定看護師が専従として働いている状況は、300床以上で73.5%であり、中小病院では52.9%である。ICTラウンドが週に一回の頻度で実施されている頻度は、中小病院では64.7%であったのに対して300床以上の施設では80.3%に達していた。さらに、ICTラウンドに関しては中小病院では2名程度の少人数でのラウンドであるのに対して、300床以上の施設では3名以上で実施している状況が分かった。抗菌薬の使用状況の把握に

関しては、施設規模による差はみられなかった。

その他、アウトブレイク時に地域の連携病院の専門家に相談する割合は中小病院のほうが高い。手術や診療で使用した器械の洗浄・滅菌業務をアウトソーシング（外部委託）していない率も中小病院で高い傾向にあった。

E. 結論

医療施設において、平成23年6月に厚生労働省より発出された院内感染にかかわる通知と平成12年4月の診療報酬改定を反映して、感染制御に対する体制の確保が進んでいる状況が分かった。感染管理認定看護師の専従化、感染制御チームによる病棟ラウンドの頻度の上昇、地域医療連携の確立、中小病院が連携する病院との相談体制などである。また、職業感染防止に対する認識の上昇と安全器材の導入状況、洗浄・消毒・滅菌に関する正しい認識の普及状況などが明らかとなった。

我が国の医療機関における感染制御活動は明らかに前進している。感染制御チームの活動においても、中小病院では地域の中核病院との連携によりアウトブレイク時など適切に対応できる体制が確立されてきた。その一方で、保健所が地域の中小病院の感染制御にかかわるべく体制が求められている。

F. 健康危険情報

省略

G. 研究発表

G-1. 論文発表

- 1) 大久保憲. ICTと感染制御のガイドライン. 診断と治療 2012; 100: 359-365.
- 2) 大久保憲. 医療関連感染対策 地域支援ネットワーク構築について. 感染制御 2012; 8(1): 27-32.
- 3) 大久保憲. 平成 24 年度診療報酬改定 感染症対策推進の要点. INFECTION CONTROL 2012; 21: 430-433.
- 4) 大久保憲. 厚生労働省通知「医療機関等における病院感染対策について」－わが国の感染制御の変遷を踏まえて－. 感染と消毒 2012; 19: 3-8.
- 5) Nishihara Y, Kajiura T, Yokota K, Kobayashi H, Okubo T. Antimicrobial efficacies of chlorhexidine gluconate-alcohols and a povidone-iodine solution as skin preparations *in vitro*. Healthcare Infect 2012; 17: 52-56.
- 6) 大久保憲 編. ICT/中材担当者のための洗浄・消毒・滅菌の Do Not & エビデンス 125. 大阪:メディカ出版 2012.
- 7) 大久保憲. 診療報酬改定を考える－感染防止対策加算の改定への道のり－ Special feature 感染管理と地域医療連携. 感染対策 ICT ジャーナル 2012; 7(3): 222-228.
- 8) 大久保憲. トピックス 医療機関における院内感染対策について. 病院設備 2012; 54(4): 84-91.
- 9) 大久保憲. 感染制御の道のり－厚生労働省通知から診療報酬改定へ－. The Journal of JAHMC 2012; 23(8): 11-14.
- 10) 大久保憲. 医療機関における感染のアウトブレイクについて. Ignazzo 2012; 9: 3-6
- 11) 大久保憲. 手術室環境. 於:日本外科感染症学会編. 周術期感染管理テキスト. 東京: 診断と治療社 2012; 95-100.
- 12) Yutaka Nishihara, Takumi Kajiura, Katsuhiko Yokota, Hiroyoshi Kobayashi, Takashi Okubo. Evaluation with a focus on both the antimicrobial efficacy and cumulative skin irritation potential of chlorhexidine gluconate alcohol-containing preoperative skin preparations. Am J Infect Control 2012; 40: 973-8.

G-2. 学会発表

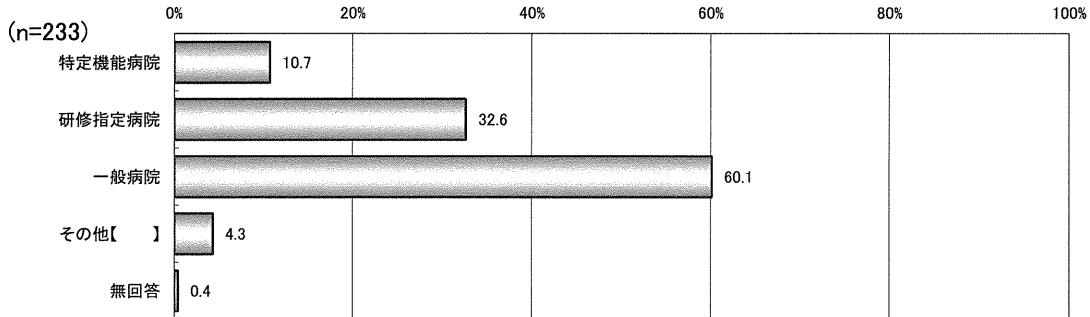
- 1) 大久保憲: SUD のリプロセス: 日本医療機器学会シンポジウム、2012. 6. 8. 札幌市
- 2) 大久保憲: 滅菌法の最新知識－ホルムアルデヒド滅菌を中心に－: 第 28 回リスタークラブ学術集会特別講演、2012. 6. 16. 東京都
- 3) 大久保憲: 新しい滅菌法と SUDs のリユースについて: 第 16 回 北海道器材・感染対策研究会、

2012. 7. 14. 釧路市
- 4) 大久保憲：医療関連感染対策をめぐる最近の動向：鹿児島 医療関連感染対策研修会、2012. 8. 1. 鹿児島市
- 5) 大久保憲：我が国の感染制御の道のりと地域連携ネットワーク：第4回 J 感染制御ネットワークフォーラム、シンポジウム「感染制御地域ネットワークの重要性と地域連携加算」特別講演、2012. 8. 25. 仙台市
- 6) 大久保憲：手術室感染制御の最近の考え方：日本手術医学会教育セミナー、2012. 9. 29. 山形市
- 7) 大久保憲：消毒薬と感染制御に関する私見と動向：日本感染症学会東日本地方会基調講演、2012. 10. 11. 東京都
- 8) 大久保憲：感染制御を考慮した病院ファシリティ：感染制御・中材ネットワーク研究会 in 山形、2012. 10. 21. 山形市
- 9) 大久保憲：新しい滅菌法と SUDs のリユースについて：第4回 北陸中材業務感染対策研究会、2012. 12. 9. 金沢市
- 10) 大久保憲：医療機関における感染制御の基本：平成24年度厚生労働省院内感染対策講習会、2013. 1. 29. 神戸市
- H. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

アンケート結果の図による表示—各質問番号と対比—(グラフ)

[GRAPH001]

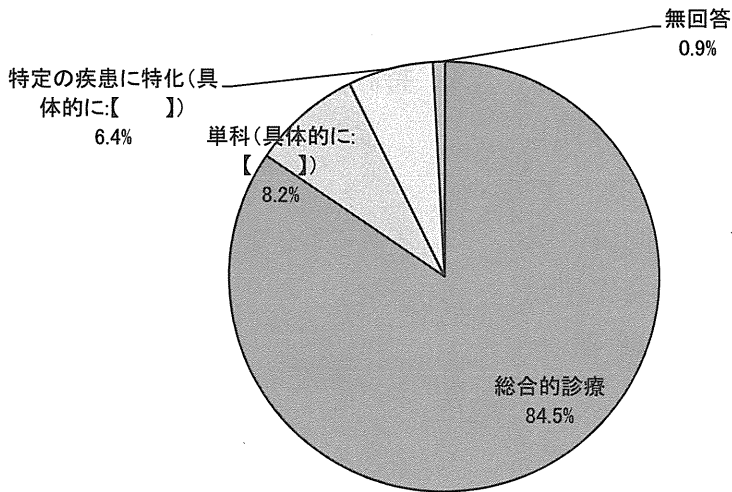
[Q1]あなたのお勤め先である医療機関の種別をお答えください。(複数回答可)



[GRAPH002]

[Q2]あなたが所属している医療機関の診療内容として最もあてはまるものをお答えください。

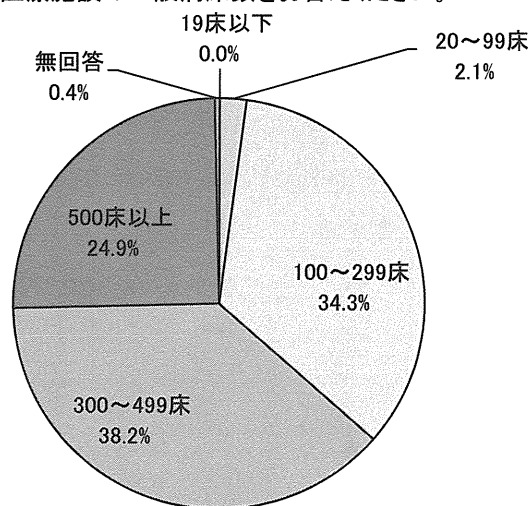
(n=233)



[GRAPH003]

[Q3]あなたが主にお勤めの医療施設の一般病床数をお答えください。

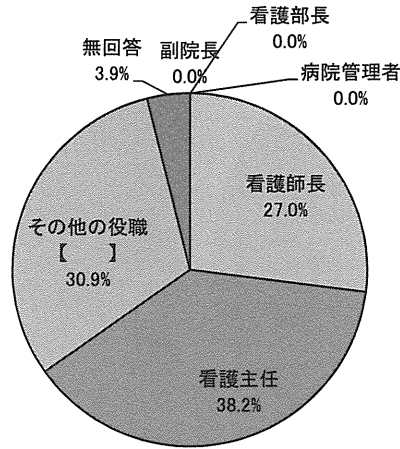
(n=233)



[GRAPH004]

[Q5]あなたのお勤め先での現在の役職をお答えください。

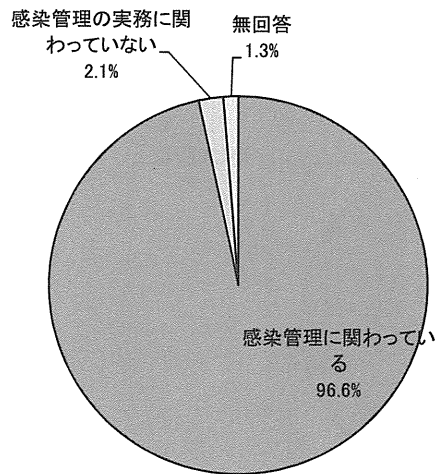
(n=233)



[GRAPH005]

[Q7]あなたは院内で感染管理にかかわっておられますか。

(n=233)

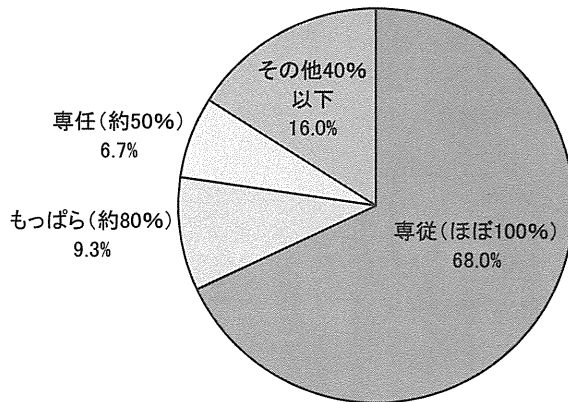


[GRAPH006]

[Q8]あなたの院内での感染管理への関わり状況をお答えください。(勤務時間を100%とした場合)

※選択肢「その他40%以下」の具体的な数値は「10%~40%」の値で記入してください。

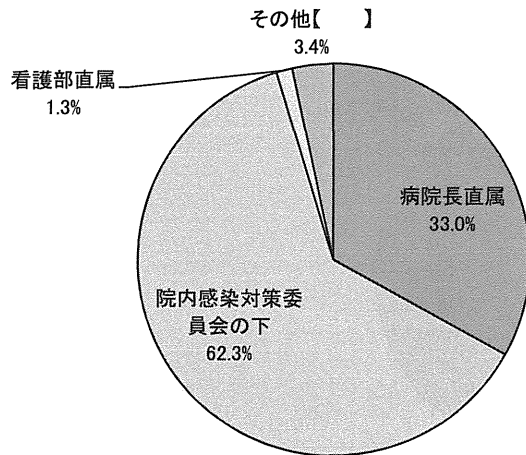
(n=225)



[GRAPH007]

[Q9]感染制御チーム(ICT)の院内での位置付けについて最もあてはまるものをお答えください。

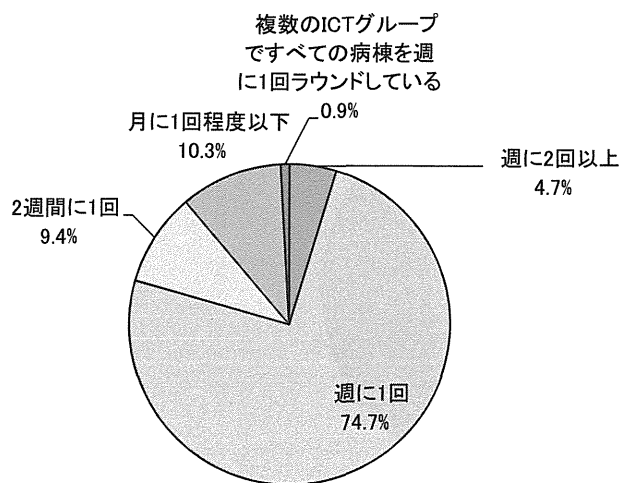
(n=233)



[GRAPH008]

[Q10]ICTの病棟ラウンドの頻度をお答えください。

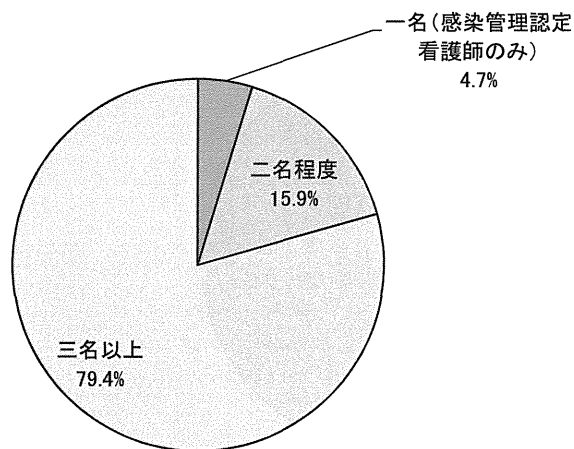
(n=233)



[GRAPH009]

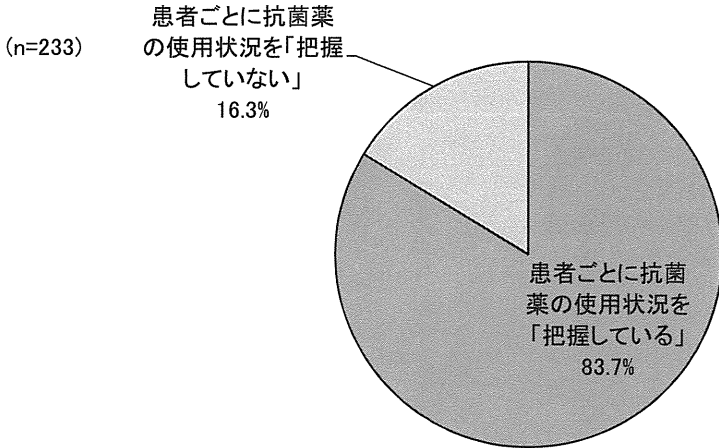
[Q11]ICTの病棟ラウンドを行う場合の人数をお答えください。

(n=233)



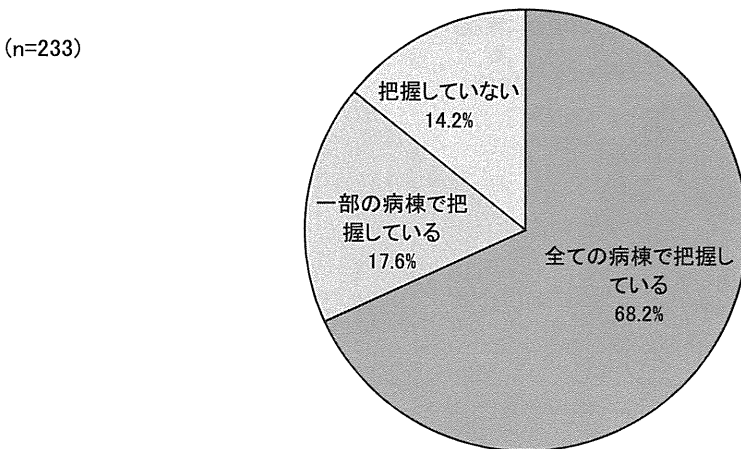
[GRAPH010]

[Q12]ICTによるバンコマイシンなどの抗菌薬の使用状況の把握について最もあてはまるものをお答えください。



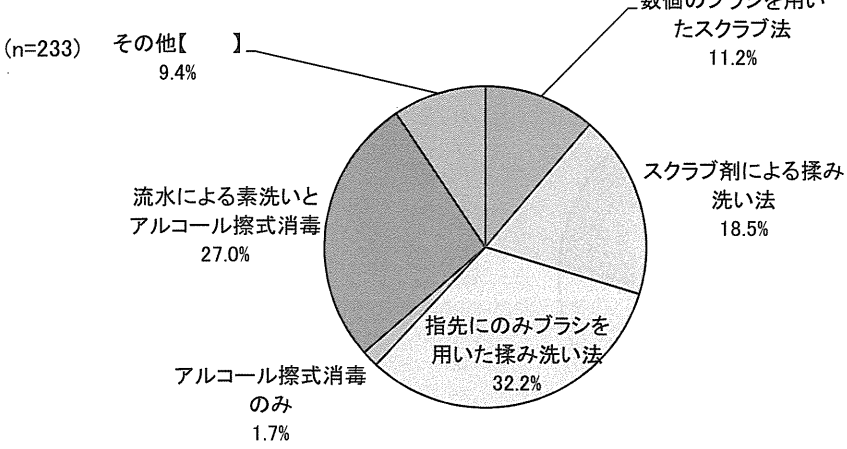
[GRAPH011]

[Q13]速乾性擦式手指消毒薬に関する部署ごとの使用量の把握について最もあてはまるものをお答えください。



[GRAPH012]

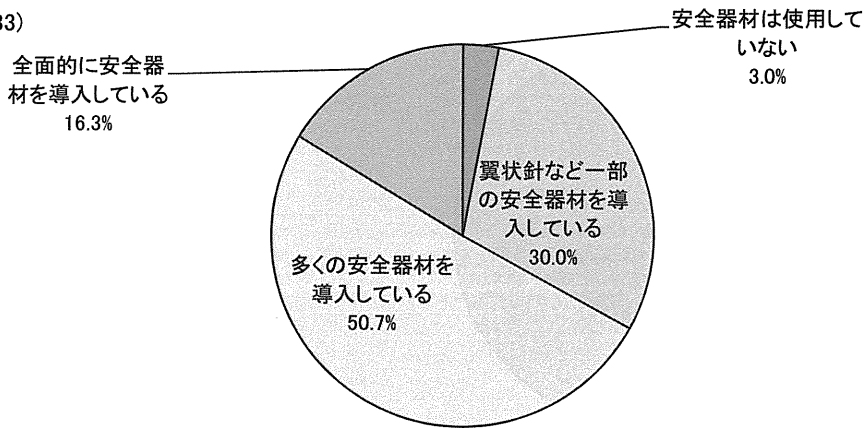
[Q14]手術時の手洗い方法について(大部分の外科医が行っている方法について)最もあてはまるものをお答えください。



[GRAPH013]

[Q15]職業感染防止のための安全器材の導入状況について最もあてはまるものをお答えください。

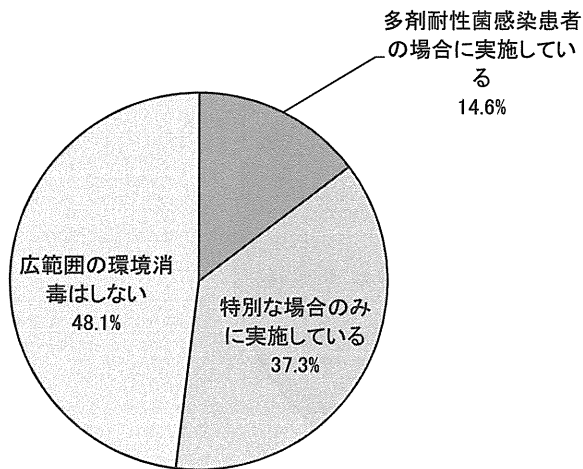
(n=233)



[GRAPH014]

[Q16]患者病室(特に個室の場合)の広範囲の環境消毒について最もあてはまるものをお答えください。

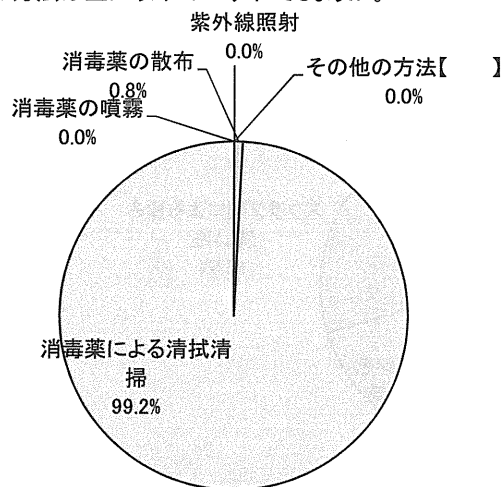
(n=233)



[GRAPH015]

[Q18]広範囲の環境消毒の方法は主に以下のいずれでしょうか。

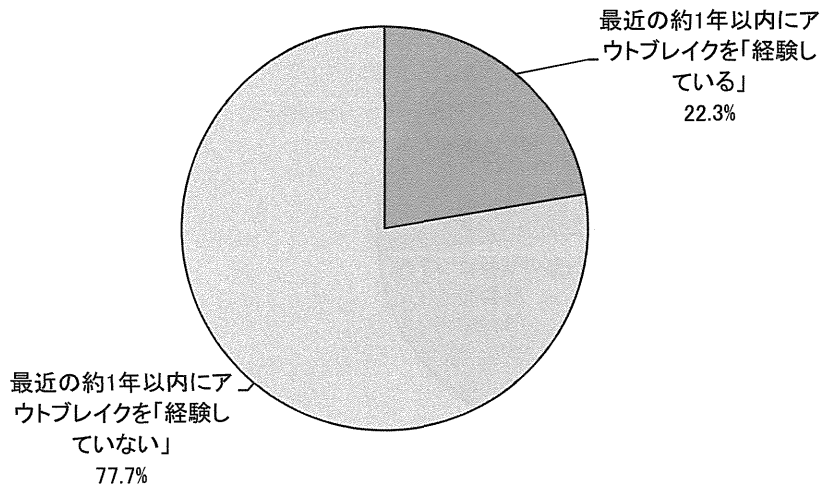
(n=121)



[GRAPH016]

[Q19]多剤耐性菌感染症のアウトブレイクの経験についてあてはまるものをお答えください。

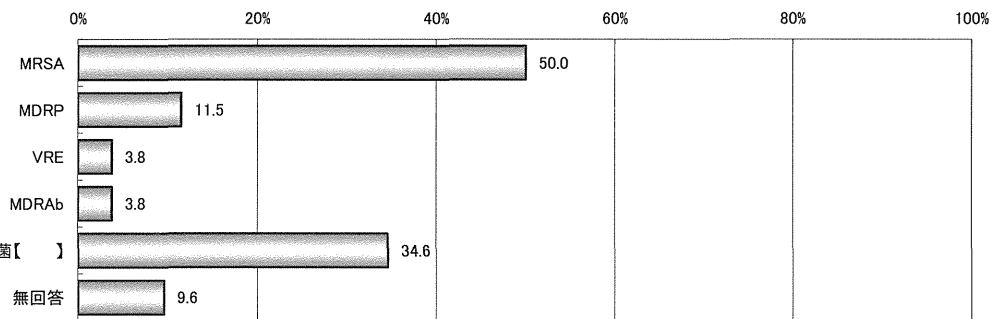
(n=233)



[GRAPH017]

[Q20]最近1年以内にアウトブレイクを経験された多剤耐性菌感染症の種類を全てお答えください。(複数回答可)

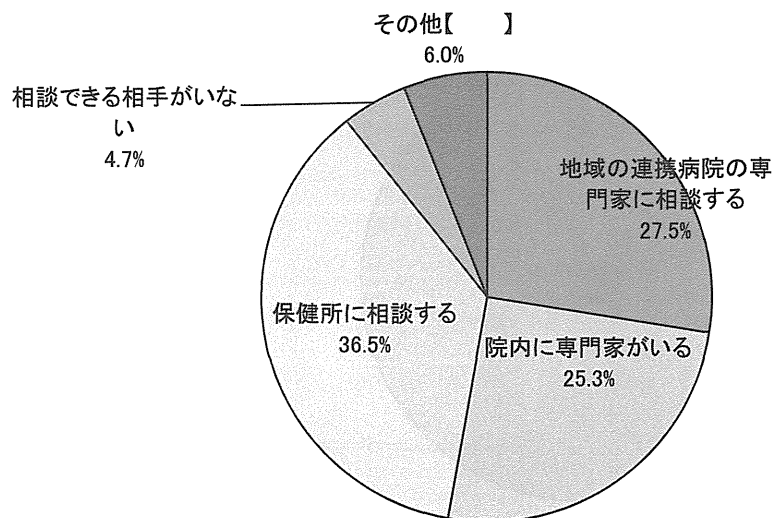
(n=52)



[GRAPH018]

[Q21]アウトブレイクが発生した場合の支援体制について最もあてはまるものをお答えください。

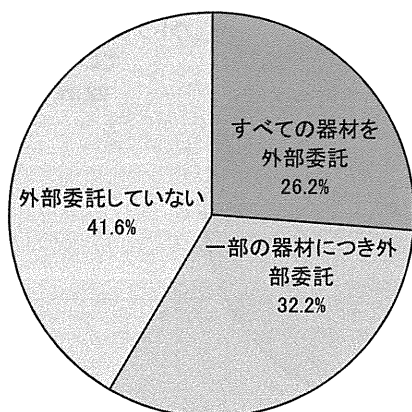
(n=233)



[GRAPH019]

[Q22]手術や診療で使用した器械の洗浄・滅菌業務をアウトソーシング(外部委託)していますか。※アウトソーシングとは…業者などの専門機関へ依頼している場合をいいます

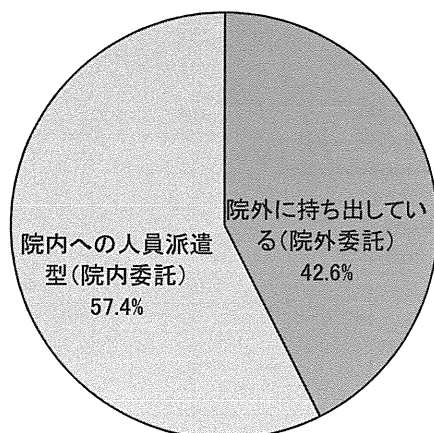
(n=233)



[GRAPH020]

[Q23]外部委託している場合は、院外委託ですか院内委託ですか。

(n=136)



[GRAPH021]

[Q24]院内委託の場合の領域(中央材料部など)の責任者は院内職員ですか。

(n=78)

