

感染対策地域連携支援システム システム構築参考価格表

※ 「地域連携活用ツール研究 感染対策地域連携に活用できるソフトウェアの開発に関する研究」で検討されている岐阜県内の感染対策地域連携支援システムのシステム化に必要な項目一覧です。

システム構築

※ ハードウェア/ソフトウェア費は含みません

分類	項目	参考価格	
構築	ネットワーク	300,000	※ 設計・テスト含む
構築	WEBサーバ	300,000	※ 設計・テスト含む
構築	DBサーバ	300,000	※ 設計・テスト含む
製造	ログイン	400,000	※ 設計・テスト含む
製造	メニュー	525,000	※ 設計・テスト含む
製造	病院基本情報登録	900,000	※ 設計・テスト含む
製造	データ登録	1,750,000	※ 設計・テスト含む
製造	結果参照	1,900,000	※ 設計・テスト含む
製造	帳票ダウンロード	750,000	※ 設計・テスト含む
製造	病院管理	1,525,000	※ 設計・テスト含む
製造	マスタメンテナンス	1,750,000	※ 設計・テスト含む
製造	集計	2,525,000	※ 設計・テスト含む
製造	帳票作成	2,525,000	※ 設計・テスト含む
資料	操作マニュアル	550,000	
資料	保守マニュアル	300,000	
導入	サーバ搬入・セットアップ	150,000	
導入	立ち会い(サーバ設置場所)	100,000	

計 16,550,000

その他経費

セキュリティソフト

回線

サーバ保守対応

問い合わせ対応

※ 打合せ等の出張・交通費は含みません

感染対策 地域連携支援システム

参考ハード構成・価格表

Ver.1.0

2013/10/24

キーウェアソリューションズ株式会社
ソリューション事業本部
医療事業部

【ご参考】ハードウェア機器(ご提案1)


【タワータイプ+UPS750VA+バックアップ用HDD】

型名	製品名	標準価格			標準保守費用(ご参考)		備考
		標準単価	数量	標準合価	月額保守単価	月額保守合価	
Dellサーバ	Dell(TM) PowerEdge(TM)T110II Server	518,307	1	518,307	保守バック対応	保守バック対応	
※ CPU:インテル® Xeon® プロセッサ E3-1220				【小計①】	518,307	【小計】	0

型名	製品名	標準価格			標準保守費用(ご参考)		備考
		標準単価	数量	標準合価	月額保守単価	月額保守合価	
7NQ-00234	(OPアカデミック)SQL Server Standard CORE2 ソフトウェアアシュアランス	334,000	2	668,000	-	-	
HD-PZ1.0U3-BC	耐衝撃/ハードウェア暗号化機能搭載 ポータブルHDD 1TB	15,700	1	15,700	-	-	バックアップ用
SMT750J	無停電電源装置(Smart-UPS 750 LCD 100V) 本体のみ	64,000	1	64,000	-	-	
14344749	pcAnywhere 12.5 HOST & REMOTE	12,800	1	12,800	-	-	リモートメンテナンス用
NVR500	ブロードバンドVoipルーター-NVR500	36,000	1	36,000	-	-	リモートメンテナンス用
		【小計②】		796,500	【小計】	0	

【合計】	1,314,807	【小計】	0
------	-----------	------	---

詳細構成



Dell(TM) PowerEdge(TM) T110II Server- for 3.5 inch HDD
 標準価格 518,307円
 (配送・税込)

お支払いはいつものデルリースで
 60回リース価格 月々11,900円¹

● Dell(TM) PowerEdge(TM) T110II Server- for 3.5 inch HDD

日付	2013/10/24 17:26:41 日本時間			
カタログ番号	353504 小売 jpgem1			
カタログ番号 / 詳細	製品コード	Qty	SKU	ID
ベース: PowerEdge T110 II	PET110II	1	[210-36024] [213-11045] [219-11987] [340-16378] [370-16478]	1
シャーシオプション: スレーブ PSU & TPM リモート - T110 II	PET110CSALL	1	[321-10372]	116
CPU: インテル® Xeon® プロセッサ E3-1220 (3.10 GHz, 8M キャッシュ, Turbo, 4C/4T, 80W)	PET110CPU1	1	[213-13651]	146
OS: Microsoft® Windows Server® 2008 R2 SP1 Standard Edition (x64/5Cat), 工場インストール, 日本語版	W8SP1-SEJ	1	[619-29937] [619-29936]	11
メモリ: 4GB (2x2GB)1R/1600MhzUDIMM(スビー)は CPU次第	4GB2Q4	1	[370-23346]	3
RAID構成: C9 RAID5 (PERC S300, 3-4 3.5インチ, 3-6 2.5インチ SAS/SATA HDD)	PE019	1	[405-11324] [760-12831]	1009
内蔵カード: PERC S300 コントローラー (3.5インチ HDD用)	PE-S300	1	[403-10817] [405-11316]	278
ハードディスク: 450GB 15,000RPM (SAS6 HDD)3.5インチフルフラ ャイブ対応	PESAS003	3	[400-19278]	656
パーティション: 80GB フォトパーティション	PSC44SOW4	1	[402-10031]	1312
コントローラカード: Broadcom® NetXtreme 5722 4ポートイーサネット 10-ギブ(C)Express x1, シングルポート	PCIE01	1	[540-10641]	1204
電源ケーブル: 100V電源ケーブル 2メートル 3P	PT110PC1	1	[492-10526]	221
付属品一式: 付属品一式	PESHIP05	1	[340-25454]	21

Additional Software: サーバプロテクションスイートSBE(Windows)	SYMSPSS	1	[568-BBB6]	1661
Dell Services: E-Support Label. E-mail support label - Power Edge	JPEMAL3	1	[693-14368] [693-14496] [693-14497] [693-14526] [693-14644] [693-14645] [693-14771] [754-40310] [754-70753] [754-70754] [754-70756] [754-70757] [754-70762] [754-70763] [754-87318] [754-87399] [883-14327]	738
保証プラン: 【7日無料】5年間当日4時間対応(オンライン診断付) 保守サービス(営業日9-21時)	XD6-WR1388(JP)	1		29
基本導入サービス: インストールサービス	X-IR1	1	[683-12965]	1290
リモートアドバイザーサービス: リモートバイリザリサービス選取無し	XH6A-WR1737	1	[715-10959]	1286
データプロテクション: 【7日無料】HDD選取不要サービス 3年間	XA3A-WR272	1	[704-10202]	1291
インフォメーション: スベックカード(日本語)	PECTY13	1	[800-12223]	129
Dell Services: Future Technical Support: 通常業務時間内対応電話サポート	XF5A-WR1259(JP)	1	[685-14159]	33
クライアントアクセスライセンス: Windows Server 2008 SP2, Standard Edition, x86/x64, R2 SP1用(ラック型)ドライバ, 日本語版	SP2-R2SP1SE-JP	1	[620-13676]	672
Open Manage: Dell OpenManage (電子マニュアルシステム管理ソフトウェア)	OM1	1	[631-10811]	49
液晶ディスプレイ: デルモニター E1713S 17インチ LCD モニタ	PE-MON62	1	[460-17180] [460-AABR]	5
キーボード: Dell™ KB212-B USB エントリー型 日本語キーボード	PE-KEYBD35	1	[580-18213]	4
マウス: Dell™ MS111 USB オプティカルマウス(2ボタン, 3メートル)	PEMSE02	1	[570-11180]	12
光学ドライブ: 16倍速 SATA DVD-ROM ドライブ	PEOPT01	1	[429-14552] [429-15905]	16
配送: 配送料	PT110FRT1&	1	[980-20066]	950
配送料: 国内配送	PXXXXDELNO	1	[219-11710]	957
モニタ配送: 17インチ モニタ配送料	PT110MFRT1	1	[990-20221]	958

【ご参考】 ハードウェア機器(ご提案2)


【タワータイプ+UPS750VA+バックアップ用HDD】

型名	製品名	標準価格			標準保守費用(ご参考)		備考
		標準単価	数量	標準合価	月額保守単価	月額保守合価	
Dellサーバ	Dell(TM) PowerEdge(TM)T110II Server	506,757	1	506,757	保守バック対応	保守バック対応	
※ CPU:インテル® Core™ i3-3220 プロセッサー		【小計①】			506,757	【小計】	0

型名	製品名	標準価格			標準保守費用(ご参考)		備考
		標準単価	数量	標準合価	月額保守単価	月額保守合価	
7NQ-00234	(OPアカデミック)SQL Server Standard CORE2 ソフトウェアアシュアランス	334,000	1	334,000	-	-	
HD-PZ1.0U3-BC	耐衝撃/ハードウェア暗号化機能搭載 ポータブルHDD 1TB	15,700	1	15,700	-	-	バックアップ用
SMT750J	無停電電源装置(Smart-UPS 750 LCD 100V) 本体のみ	64,000	1	64,000	-	-	
14344749	pcAnywhere 12.5 HOST&REMOTE	12,800	1	12,800	-	-	リモートメンテナンス用
NVR500	ブロードバンドVoipルーター-NVR500	36,000	1	36,000	-	-	リモートメンテナンス用
		【小計②】			462,500	【小計】	0

【合計】	969,257	【小計】	0
------	---------	------	---

詳細構成



Dell(TM) PowerEdge(TM) T110II Server- for 3.5 inch HDD
販売価格 506,757円
(配送・税込)

お支払いはいつものデルリースで
60回リース価格 月々11,600円¹

● Dell(TM) PowerEdge(TM) T110II Server- for 3.5 inch HDD

日付	2013/10/24 16:15:46 日本時間			
カタログ番号	353504 小売 jpgem1			
カタログ番号 / 詳細	製品コード	Qty	SKU	ID
ベース: PowerEdge T110 II	PET110II	1	[210-36024] [213-11045] [219-11987] [340-16376] [370-16478]	1
シャーシオプション: サーバーPSU & TPMマザーボード-T110 II	PET110CSALL	1	[321-10372]	116
CPU: インテル® Core™ i3-3220 プロセッサー (3.30GHz 3MB キャッシュ, 2C/4T, 55W)	ICB3220	1	[338-16760]	146
OS: Microsoft® Windows Server® 2008 R2 SP1 Standard Edition (x64/5Cat). 工場出荷時、日本語版	W8SP1-SEJ	1	[619-29937] [619-29938]	11
メモリ: 4GB (2x2GB/1R/1600MHzUDIMM)(スピードは CPU次第)	4GB2Q4	1	[370-23348]	3
RAID構成: C9 RAID5 (PERC S300, 3-4 3.5インチ, 3-6 2.5インチ SAS/SATA HDD)	PE019	1	[405-11324] [780-12831]	1009
内蔵カード: PERC S300 コントローラード (3.5インチ HDD用)	PE-S300	1	[403-10817] [405-11318]	278
ハードディスク: 450GB 15,000RPM (SAS6 HDD/3.5インチホットプラグ非対応)	PESAS003	3	[400-19278]	656
パーティション: 80GB フォトイメージ	P3C44SOW4	1	[402-10031]	1312
コントローラカード: Broadcom® NetXtreme 5722 3ギガビットイーサネット 10-ギガ(PCI Express x1, シングルポート)	PCIE01	1	[540-10641]	1204
電源ケーブル: 100V電源ケーブル 2メートル 3P	PT110PC1	1	[492-10526]	221
付属品一式: 付属品一式	PESHIP05	1	[340-25454]	21

Additional Software: サーバプロテクションスイートSBE(Windows)	SYMSPSS	1	[666-6666]	1661
			[693-14368] [693-14496] [693-14497] [693-14526] [693-14644] [693-14645] [693-14771]	
Dell Services: E-Support Label: E-mail support label - Power Edge	JPEMAL3	1		738
			[754-40310] [754-70753] [754-70754] [754-70756] [754-70757] [754-70762] [754-70763] [754-87398] [883-14327]	
保証プラン: [プロホ-]5年間当日4時間対応(オンサイト診断付) 保守サービス(8営業日9-21時)	XD6HWR1388(JP)	1		29
基本導入サービス: インストールサービス	X-R1	1	[683-12965]	1290
リモートアドバイザリーサービス: リモートアドバイザリーサービス選択無し	XH6A-WR1737	1	[715-10958]	1286
データプロテクション: [75]推奨HDD送却不要サービス3年間	XA3A-WR272	1	[704-10202]	1291
インフォメーション: スペクトラム(日本)	PECTY13	1	[800-12223]	129
Dell Services: Future Technical Support: 通常業務時間内対応電話サポート	XF5A-WR1259(JP)	1	[685-14159]	33
クライアントアクセスライセンス: Windows Server 2008 SP2 Standard Edition, x86/x64, R2 SP1用ダウングレードライセンス、日本語版	SP2-R2SP1SE-JP	1	[620-13676]	672
Open Manage: Dell OpenManage (電子マニュアル/システム管理ソフトウェアキット)	OM1	1	[631-10811]	49
液晶ディスプレイ: デルモニター E17113S 17インチ LCD モニタ	PE-MON62	1	[480-17160] [480-AABR]	5
キーボード: Dell™ KB212-B USB 12キー日本語入力日本語キーボード	PE-KEYBD35	1	[580-18213]	4
マウス: Dell™ MS111 USB有線マウス(2ボタン、ホイール付き)	PEMSE02	1	[570-11180]	12
光学ドライブ: 16倍速 SATA DVD-ROM ドライブ	PEOPT01	1	[429-14552] [429-15905]	16
配送: 配送料	PT110FRT18	1	[990-20066]	950
配送料: 国内配送	PXXXXDELNO	1	[219-11710]	957
モニタ配送: 17インチモニタ配送料	PT110MFR1	1	[980-20221]	958

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

Clostridium difficile 感染症 (CDI) の病院サーベイランスに関する研究

研究分担者 荒川 創一（神戸大学大学院医学研究科腎泌尿器科学分野特命教授）
研究協力者 吉田 弘之（神戸大学医学部附属病院感染制御部副部長）

研究要旨

Clostridium difficile 感染症 (CDI) による腸炎は抗菌薬関連下痢症の 30%前後を占めるとされている。本研究は本症のわが国におけるその発症頻度を明らかにし、その病態や重症度などについても解析を加えることにより、その治療学および感染制御学に寄与するものである。

A. 研究目的

本研究では、我が国でのクロストリジウム・ディフィシル感染症（*Clostridium difficile* infection、以下 CDI）の 2 歳以上入院患者における incidence を推定すること、CDI のハイリスク群を同定することを目的とする。また、*C. difficile* の臨床分離株を得て、薬剤感受性や分子疫学的解析を行う。

B. 研究方法

（対象）

本研究に参加する国公立大学附属病院で以下の基準を満たす入院患者を組み入れる。

- ・ 2 歳以上の入院患者
- ・ 24 時間以上病院に滞在した者（外来のみの患者は除く）

（症例定義）

以下の条件を満たす患者を CDI と定義する。

1. 症状：直近 24 時間以内に 3 回以上の軟便、または 24 時間以上の下痢症状の持続
2. 検査：
 - ・ 酵素免疫測定法【イムノクロマト迅速キットを含む】で CD 毒素陽性（毒素陰性で抗原のみ陽性の場合、培養を行い生えてきた菌で CD 毒素陽性を確認）

- ・ 最初から培養し陽性で CD 毒素も陽性
- ・ PCR で CD 毒素遺伝子陽性のいずれかを満たす。

*ただし、上記に限らず、CDI と考えられる検体はなるべく培養に供し、*C. difficile* の分離を行うこととする。培養で得られた菌株はクックドミート培地で保存し、一定期間を置いて、神戸大学医学部附属病院感染制御部 吉田弘之あて郵送する。神戸大学では、分離株の毒素の証明および解析を行う。

（実施場所）

本研究に参加する国公立大学附属病院

（サーベイランスの方法）

本研究においては、糞便という排泄物が検体であり、サンプル収集に患者苦痛は伴わない。また当該患者の便中のクロストリジウム・ディフィシルの存否は第三者にはわからないような試験デザインとする。

（サーベイランスの実際）

以下のいずれかとする。

- ① 全病院サーベイランス：検査部で CD が陽性となった数（分子）をカウントし、全病院入院患者数を分母として、感染率を算定する。
- ② 限定病棟ターゲットサーベイランス：調査対象の病棟を選択し、当該病棟における

全入院患者をサーベイランスの対象として組み込む。組み込まれた患者は、医療スタッフにより CDI の臨床症状の有無を毎日確認されることによりアクティブサーベイランスに編入される。直近 24 時間以内に 3 回以上の軟便または 24 時間以上下痢症状の持続する臨床症状が観察された場合には、CDI であるか否かの検査のため、便検体は臨床検査室に送られる。各下痢症状の発現ごとにただ 1 つの便検体のみ検査されることとする。検査結果所見が最終診断となる。アクティブサーベイランスは退院をもって終了となる。対象病棟は、①腫瘍・血液内科、②呼吸器内科、③小児科、④消化器外科、⑤心臓血管外科、以上の 5 種のいずれかとし、いくつ選んでもよい。

倫理面への配慮

本研究は通常の診療の中で行われる糞便を検体とした調査研究であり、全く侵襲性を伴わないこと、および疫学研究のうちの観察研究であり介入研究ではないこと、文部科学省・厚生労働省による「疫学研究に関する倫理指針」の記載のうち、インフォームド・コンセントの簡略化等に関する細則の中の②当該方法によることが、研究対象者の不利益とならないこと。③当該方法によらなければ、實際上、当該疫学研究を実施できず、又は当該疫学研究の価値を著しく損ねること。に相当する（同意を得る作業が患者に根拠のない不当な不安感を与え同意取得が得られない例が増えると、正確なサーベイランスとはならず、本邦でいまだ CD の罹患実態が不明確な現在、そのようなバイアスがかかる懸念のあるデザインは極めて好ましくないと判断される）ことから、本研究の内容を当該病院内に掲示し、かつホームページに掲載することをもって、同意を得たものとするのが最も妥当と考えられる。ただし、糞便または培養で得られた菌の CD トキシン陽性、トキシン遺伝子が PCR で陽性の場合、得られた菌と臨床情報は登録番号を割り当てることで連結可能匿名化する。

C. 研究結果

倫理委員会での承認を待って、2013 年 12 月 1 日から、全国国公立大学附属病院中 27 病院が参画して、試験を開始。2014 年 2 月現在、上記①のいわゆる検査室ベースのサーベイランスが順調に進行し、2 月末までに全国から 200 株前後の CD 臨床分離株が収集される見込みである。

D. 考察

本研究の準備段階において、2 回の班会議での論議を経て、わが国で最も先進的で均質な医療に取り込んでいる、大学病院という枠における CDI の実態、罹患率が明らかにされることにより、その発症機転の解析、院内感染対策の確立などに大きく寄与することが期待される。CDI は抗菌薬関連下痢症の中でもっとも頻度が高く、海外では binary toxin (二元毒素) を産生する強毒株の蔓延が問題視されている。患者予後にも場合により大きな影響も持つ本症の実態解明と対策の検討は、喫緊の課題である。

E. 結論

抗菌薬投与に関連して、あるいは宿主患者の免疫能の低下等により、高頻度に見られる CDI のわが国における本態が初めて系統的に明らかにされ、その予防対策と治療学に寄与する研究と捉えられる。倫理委員会承認等の手続きを経て、2013 年 12 月に研究に着手しており、次年度で、具体的成果が得られる見込みである。

G. 研究発表

1. 論文発表
特になし

2. 学会発表
特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況
特になし

重篤な *Clostridium difficile* 感染症へのアプローチに関する研究

研究分担者 中村 敦

(名古屋市立大学大学院医学研究科 共同研究教育センター 感染制御室 准教授)

研究要旨

近年欧米を中心として重篤な *Clostridium difficile* 感染症 (CDI) が増加してきており、今後我が国においても重篤例の増加が懸念される。重篤例では Binary toxin 産生菌によるものが多く、今後これら強毒株の早期検出に向けた新たな診断法の導入が急務となる。海外での重篤化の予測因子として、腎機能低下、白血球増多・減少、低アルブミン血症が示されており、今後我が国のデータに基づく重篤化の予測因子を検証していく必要がある。重篤例に対する特別な感染伝搬防止策はないが、発症予防のための抗菌薬適正使用をより啓発する必要がある。新規治療薬や新たな治療法など、重篤例への治療戦略の確立が必要である。

A. 研究目的

近年欧米を中心として重篤な CDI が増加してきている。今後我が国においても重篤例の増加が懸念されるため、重篤な CDI に対するアプローチを明らかにする。

B. 研究方法

我が国の重篤例へのアプローチの参考となる欧米の重篤な CDI の臨床像を文献的に検証する。

C. 研究結果

重篤例には Binary toxin 産生菌による CDI が多く、強毒型とされる 027/078 の死亡率が高い。Binary toxin 産生菌による CDI の迅速診断法として、リアルタイム PCR による自動化遺伝子検査システムを用いた毒素遺伝子迅速検出法について検証した。*C. difficile* 臨床分離保存株を用いた検討では、PCR 法による毒素遺伝子の検出結果と一致し、その有用性が確認された。

海外における重篤化の予測の因子として、腎機能低下や白血球増多ないし減少、低アルブミン血症の相関が示されている。発症の予防には、抗菌薬の使用制限が基本とな

るが、従来危険因子として指摘されてきたセファロsporin系薬、クリンダマイシン、キノロン系薬に加え、近年カルバペネム使用との相関が指摘されてきており注意喚起が必要である。抗菌薬中止後 1 ヶ月を超えると CDI の発症リスクが軽減することも示されている。2000 年以降 metronidazole による CDI 治療失敗例再発例が増加してきている。腎不全患者や白血球増多例の治療後の再発率に関して vancomycin に比べて fidaxomicin の優位性が示されている。

新たな治療法として便移植による腸内細菌移植療法が試みられ良好な効果が示されている。

D. 考察

CDI とりわけ重篤例へのアプローチでは、強毒株の早期検出に向けた新たな診断法の導入が急務となる。重篤な CDI 症例の早期検出について、リアルタイム PCR による自動化遺伝子検査システムを用いた毒素遺伝子迅速検出法は今後の臨床応用に期待がもたれる。一方、重篤例の臨床像の収集・解析を積み重ね我が国の重篤化の予測因子を検証していく必要がある。

CDI の外因感染予防に関し重篤例に特化した特別な感染予防対策はなく、個室隔離と標準・接触予防策の徹底、適切な排泄物処理の遵守が基本となる。内因感染発症の予防には、カルバペネムを含む抗菌薬の使用制限、投与期間の短縮、長期の抗菌薬休止期間の設定を啓発する。CDI の治療では、重症例、反復例では vancomycin を選択し、外科治療のタイミングを逃さないようにする。難治例や再発例に対し将来的には現在臨床試験中の fidaxomicin の有用性が期待される。腸内細菌移植療法の導入については安全面、倫理面などの検討が必要である。

E. 結論

強毒菌を含む毒素産生菌の新たな検出法の導入や我が国のデータによる重症化予測因子に基づく重篤例の早期発見、新たな治療法の確立が重要である。

G. 研究発表

1. 論文発表
特になし
2. 学会発表
特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

厚生労働科学研究費補助金（新型インフルエンザ等新興・再興研究事業研究事業）
分担研究報告書

医療機関における感染制御に関する研究
(インフルエンザ研究 わが国の医療機関におけるインフルエンザ対策の実態と課題)

研究分担者 村上 啓雄（岐阜大学医学部附属病院生体支援センター センター長・教授）
研究協力者 渡邊 珠代（岐阜大学医学部附属病院生体支援センター 臨床講師）

研究要旨

【背景】わが国では、毎年冬季に季節性インフルエンザが流行し、多くの患者が医療機関を受診する。しかし、各医療機関でのインフルエンザ対策、特にインフルエンザの診断・治療、職員へのインフルエンザワクチンの接種状況、予防投薬状況、集団発生時の対応などは明らかではない。

【目的】季節性インフルエンザを中心に、インフルエンザの診療体制および感染制御についてのわが国の現状を整理し、各医療機関で活用可能な指針の作成、マニュアル策定や診療体制整備の参考となる資料を作成することを目的とする。研究初年度である平成 25 年度は、国内の医療機関におけるインフルエンザ対策の実態調査を行うことを目的とした。

【平成 25 年度の研究内容報告】わが国の医療機関における各インフルエンザへの対策状況に関してのアンケート調査を実施した。アンケート対象施設は、全国の感染防止対策加算算定施設(加算 1; 1,045 施設, 加算 2; 2,552 施設)および岐阜院内感染対策検討会の会員施設(感染防止対策加算算定施設を除いた 146 施設)とした。回収率は全体で 22.5%(加算 1; 251 施設、加算 2; 508 施設、不明 29 施設、岐阜院内感染対策検討会会員施設; 53 施設)であった。ほぼ全ての施設で職員に対してインフルエンザワクチンが接種されていたが、曝露後患者や職員への予防投薬基準、職員のマスク着用基準、インフルエンザ様症状を呈した職員の就業制限や勤務状況、集団発生の判断基準や保健所への届出基準、近隣施設への援助要請基準等については、施設間で差を認めた。

【次年度への課題と目標】わが国の医療機関でのインフルエンザ対策は、施設間で大きな差があることが、今回のアンケート調査で明らかになった。今後は季節性インフルエンザ対策の均てん化を図ることを目標に、曝露後予防投薬、院内での感染伝播の予防法、集団発生の判断基準や対応方法を中心に、対策に関する資料集の作成に取り組む予定である。

A. 研究目的

わが国では、毎年冬季に季節性インフルエンザが流行し、多くの患者が医療機関を受診する。しかし、各医療機関での診療体制、インフルエンザの診断・治療、職員へのインフルエンザワクチンの接種状況、曝露を受けた患者や職員への予防投薬状況等、実態は明らかではない。

以上の背景から、季節性インフルエンザを中心に、インフルエンザの感染制御につ

いてわが国の医療機関の現状を整理し、各機関で活用可能な指針の作成、マニュアル策定や診療体制整備の参考となる資料を作成することを目的とした。

B. 研究方法

平成 25 年度は、国内の医療機関におけるインフルエンザ対策の実態調査を行った。

平成 24 年度診療報酬改定に伴う、全国の感染防止対策加算算定施設(以下加算施設、

加算1; 1,045施設, 加算2; 2,552施設)および岐阜院内感染対策検討会の会員施設(以下非加算施設、感染防止対策加算算定施設を除いた146施設)を対象とし、インフルエンザ対策の実態についてのアンケート調査を実施した。

質問内容は、施設データ(病床数、ICTの有無等)、季節性インフルエンザ対策の実施状況(職員へのインフルエンザワクチンの接種状況、インフルエンザ発生状況、患者に対するインフルエンザ曝露後予防投薬状況、職員への予防投薬の状況、職員のマスク着用状況、インフルエンザ様症状を呈する職員の勤務状況、手指衛生やうがいの推奨状況、集団発生の判断基準、集団発生時の保健所への届出基準、近隣施設への援助要請基準)、鳥インフルエンザ対策の実施状況(マニュアルの整備状況、診療環境、発生時の役割)、新型インフルエンザ対策の実施状況(マニュアルの整備状況、診療環境、発生時の役割)とした(添付:アンケート用紙)。

収集されたデータは、岐阜大学医学部附属病院生体支援センターにて解析を行った。加算施設と非加算施設それぞれについて集計し、おのそのの内容分析と、両者のデータ比較検討を行った。

なお、本研究は岐阜大学医学部医学研究等倫理審査委員会の承認を受けた(承認番号25-190)。

C. 研究結果

(1) アンケート回収率(表, 図1, 図2)

合計841施設(加算施設:759施設(加算1; 251、加算2; 508、加算種別不明29)、非加算施設:53施設)より回答を得た(表)。回収率は22.5%であった。岐阜院内感染対策検討会の会員施設のうち、加算算定施設は全国の感染防止対策加算算定施設に含めたため、岐阜院内感染対策検討会会員施設は、高齢者施設が半数以上を占める結果となった。

	加算1施設	加算2施設	不明	計
北海道・東北	24.1 (32/133)	17.2 (82/476)	5	25.0 (119/476)
関東・甲信越	18.4 (63/343)	15.1 (110/727)	8	16.9 (181/1,070)
北陸	50.0 (16/32)	36.4 (24/66)	1	41.8 (41/98)
東海 (うち岐阜県)	41.9 (49/117)	35.2 (80/227)	2	38.1 (131/344)
関西	100 (20/20)	100 (35/35)	0	100 (55/55)
中国	22.0 (40/182)	15.7 (73/466)	6	18.4 (119/648)
四国	22.7 (17/75)	21.8 (42/193)	1	22.4 (60/268)
九州・沖縄	25.6 (10/39)	18.3 (24/131)	1	20.6 (35/170)
不明	19.4 (24/124)	18.3 (73/399)	3	19.1 (100/523)
不明			2	
加算施設合計	24.0 (251/1,045)	19.9 (508/2,552)	29	21.9 (788/3,597)
岐阜会員施設	-	-	-	36.3 (53/146)
計	24.0 (251/1,045)	19.9 (508/2,552)	29	22.5 (841/3,743)

表: アンケート回収状況

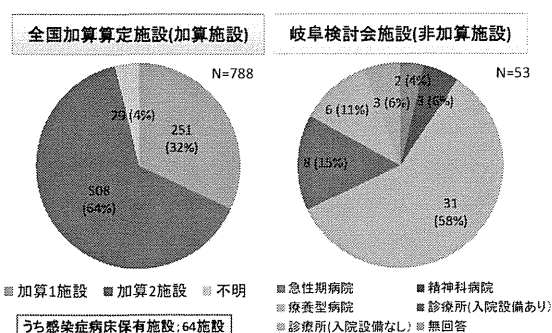


図1: アンケート回答施設の内訳

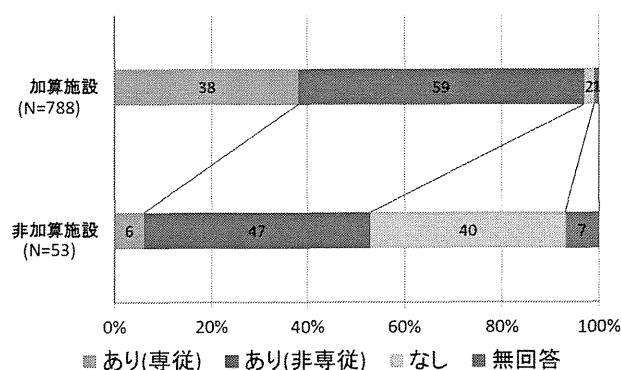


図2: アンケート回答施設の感染対策チーム(ICT)の設置状況

図2にアンケート回答施設の感染対策チーム(ICT)の設置状況を示す。加算施設の97%、非加算施設の53%でICTが設置されており、専従スタッフが配置されているICTが設置されていたのは加算施設の38%、非加算施設の6%であった。

(2) 職員に対するインフルエンザワクチン接種状況(図3, 図4)

図 3 に示すように、職員に対する季節性インフルエンザワクチン接種は、加算施設および非加算施設ともにほぼ全ての施設で実施されていた。

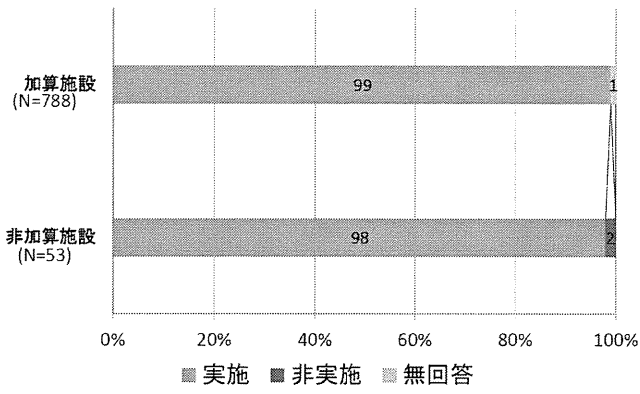


図 3：インフルエンザワクチン接種状況

図 4 に正職員の医療従事者に対するインフルエンザワクチンの自己負担状況を示す。加算施設の 54%、非加算施設の 58%では、ワクチン接種の自己負担はなく、逆に加算施設の 46%、非加算施設の 42%では一部あるいは全額の自己負担が必要であった。

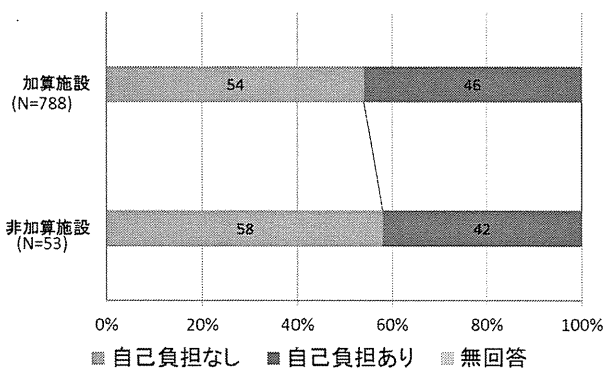


図 4：インフルエンザワクチンの自己負担状況

(3) インフルエンザ曝露後の患者への予防投薬状況(図 5～図 7)

図 5 に 2012 年に日本感染症学会より出された提言「インフルエンザ病院内感染対策の考え方について」の認識状況を示す。加算施設の 72%、非加算施設の 60%がこの提

言を認識されていたが、この提言を参考にしていたのは、加算施設の 60%、非加算施設の 47%であった。

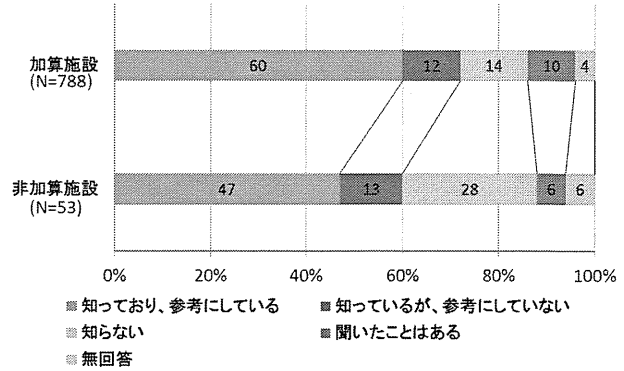


図 5：日本感染症学会提言 2012「インフルエンザ病院内感染対策の考え方について」の認識

図 6 に、インフルエンザ曝露を受けた患者への予防投薬基準の作成状況を示す。加算施設の 40%、非加算施設の 77%で基準が作成されていた。逆に加算施設の 48%、非加算施設の 6%では基準が作成されていなかった。

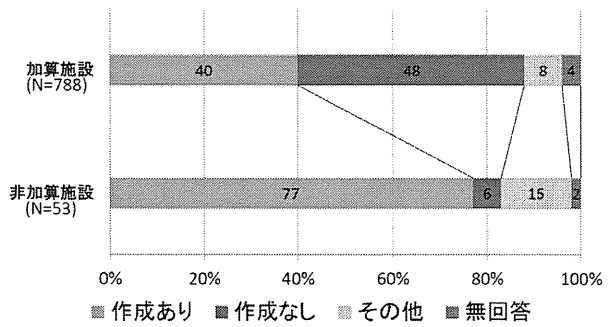


図 6：インフルエンザ曝露を受けた患者への予防投薬基準の作成状況

図 7 に、インフルエンザ曝露を受けた患者への予防投薬の実施状況を示す。インフルエンザ曝露後の予防投薬状況は、加算施設、非加算施設ともに施設間で対応に差が認められた。

加算施設では、ハイリスク患者が同室者などから曝露した場合、全員を予防投薬の対象とする施設が 54%と最も高く、場合により対象の 26%と次いでいた。同様にワク

チン未接種の患者が同室者から曝露を受けた場合、全員予防投薬の対象とする施設が47%と最も多く、場合により対象とする施設が31%と次いでいた。

一方、同室者から曝露を受けたハイリスク患者への予防投薬は、非加算施設では全員対象とする割合は26%と加算施設の半数以下であった。

同一病棟や同一フロアの患者全員への予防投薬は、加算施設のそれぞれ0.5%、0.8%は全員対象、34%、24%は場合により対象とされており、非加算施設では全員対象とする回答はなく、それぞれ28%、30%が場合により対象とされていた。

全体的に、曝露を受けた患者については非加算施設と比較し、加算施設で予防投薬の対象とされる割合が高い傾向があった。

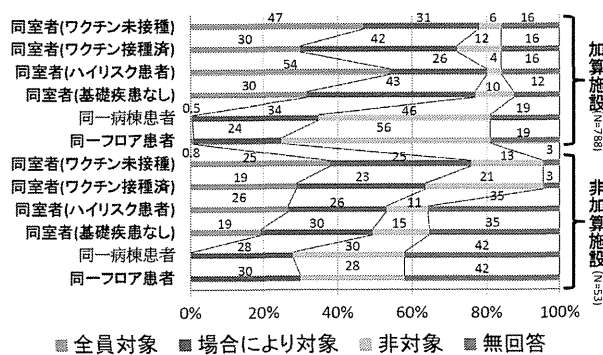


図 7：インフルエンザ曝露を受けた患者への予防投薬基準

(4)インフルエンザ曝露後の職員への予防投薬状況(図 8)

図 8 に職員への予防投薬の実施状況を示す。加算施設の 52%、非加算施設の 58%では、職員に対する予防投薬は原則なされていなかった。一方、加算施設の 19%では基準を決めて実施、22%では基準なく実施されていた。非加算施設でも、13%が基準のもとに実施、19%は基準なく実施されていた。

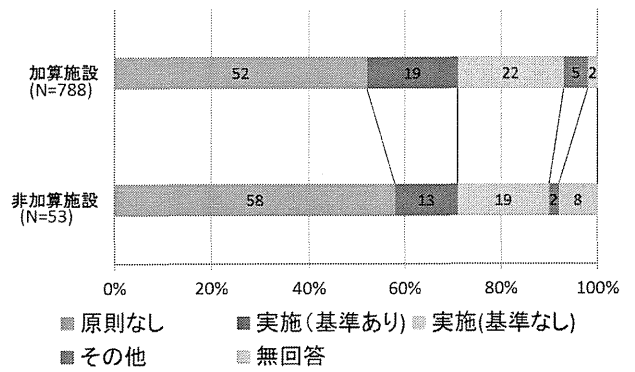


図 8：曝露した職員に対する予防投薬の実施状況

患者への予防投薬状況と同様、職員への予防投薬も、非加算施設と比較し、加算施設で実施される割合が高かった。

(5)職員および患者のマスク着用実態(図 9、図 10)

図 9 に職員に対するマスク着用基準の状況を示す。加算病院の 61%、非加算病院の 45%で院内基準が設けられており、加算病院の 7%、非加算病院の 4%は部署での基準が設けられていた。一方、加算病院の 9%、非加算病院の 19%ではマスク着用の基準が設定されておらず、加算病院の 22%、非加算病院の 32%では日常的に着用されていた。

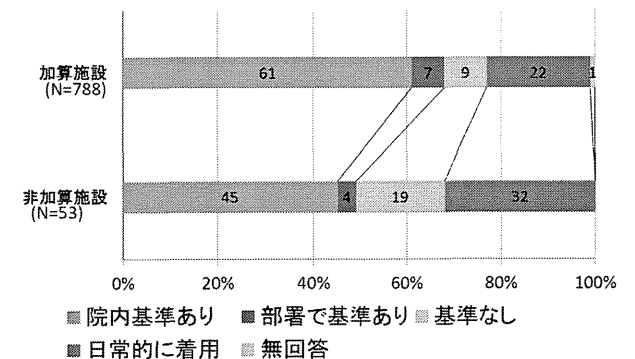


図 9：職員に対するマスク着用基準

患者へのマスクの提供状況を図 10 に示す。加算施設の 49%では無償で提供、40%では有償で提供されており、全体で 89%が患者へマスクが提供できる体制であった。一方、非加算施設では、無償での提供は 76%

と加算施設より高いものの、有償での提供は2%と、全体で78%にとどまっていた。

加算施設、非加算施設ともに、有償での提供の場合、マスク1枚あたりの価格は50円が最も多く、30～100円程度での提供が大多数であった。販売場所は、自動販売機が最も多く、院内の売店が次いでいた。

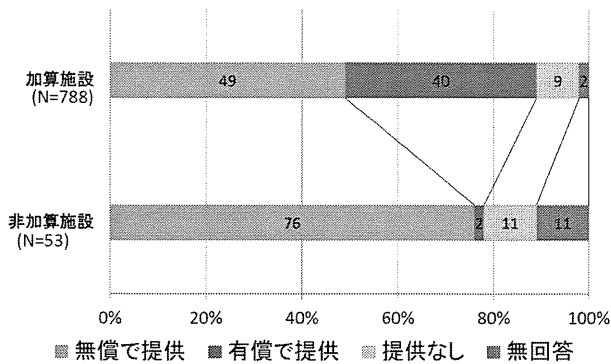


図 10：患者へのマスク提供状況

(6)インフルエンザ様症状(ILI)を有する職員の勤務状況(図 11～図 15)

本研究では、インフルエンザ以外の明らかな原因がなく、37.8℃以上の発熱と咳または咽頭痛があることを、インフルエンザ様症状(ILI)と定義した。

図 11 に、ILI を呈する職員の就業制限の有無を示す。加算施設の78%、非加算施設の74%でILIを呈する職員の就業制限が設定されている一方、加算施設の21%、非加算施設の26%では就業制限が設定されていなかった。

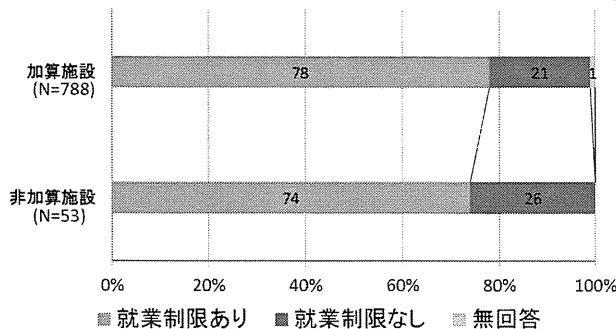


図 11：ILI を呈する職員の就業制限の有無

ILI を呈する職員の勤務状況に関しては、加算施設の52%、非加算施設の約64%では、全職員が休暇を取得していたが、それ以外の施設では、ILIを呈しながらも勤務している状況が推測された(図 12)。

ILI を呈した場合の休暇取得の割合が、非加算施設の方が加算施設よりも高かった要因として、非加算施設は岐阜県の施設のみのものであり、県内の非加算施設の何らかの特異事情を考えた。そこで、感染制御に関する教育や連携等の体制条件が同一である岐阜県内の加算施設(以下、岐阜加算施設)と非加算施設の状態を比較した(図 13)。しかし、岐阜加算施設では、ILIを呈する職員が休暇を取得しているのは全体の45%と全国平均を下回っていた。これらの結果から、必ずしも岐阜県内の非加算施設の状態が全国の非加算施設の状態と大きく異なっているとは限らないと考えられ、非加算施設での休暇取得率が高いことは、インフルエンザ患者を診療する機会がより多く体制整備の意識が高い、施設規模が比較的小さいために、体調不良者を認識しやすく、シフト勤務などの配慮がしやすい等の理由が推察された。ただし、今後岐阜県以外の非加算施設の調査を実施して確認する必要がある。

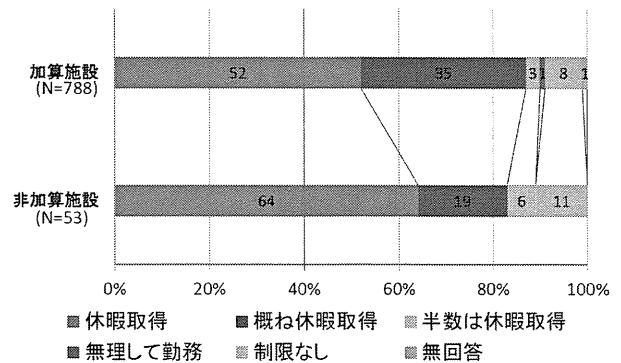


図 12：ILI を呈する職員の勤務状況

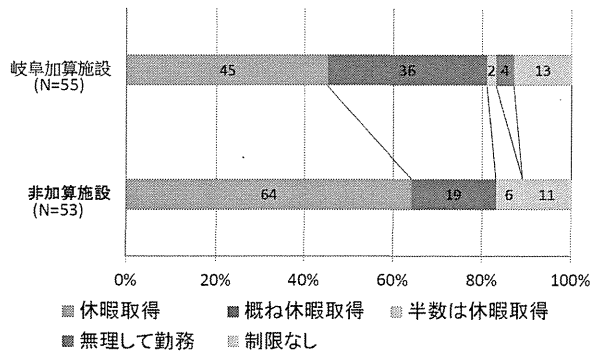


図 13：ILI を呈する職員の勤務状況(岐阜県内施設での比較)

図 14 に、有症状時の休暇の取りやすさを示す。休暇が取りやすいと回答があったのは、加算施設は 40%であった一方、非加算施設は 72%と 2 倍近くとなっていた。この結果は、図 13 での結果を裏付けていると考えられる。

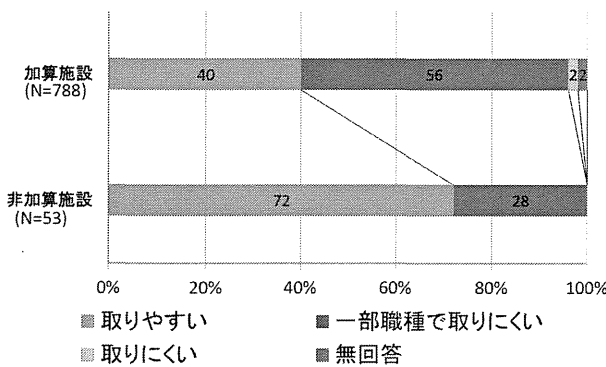


図 14：有症状時の休暇の取りやすさ

業務の代行の可否について図 15 に示す。加算施設の 36%、非加算施設の 40%が全職種で業務代行が可能であり、加算施設の 58%、非加算施設の 60%が一部職種で業務代行が不可能であった。ここでは、加算算定の有無での差は認められなかった。

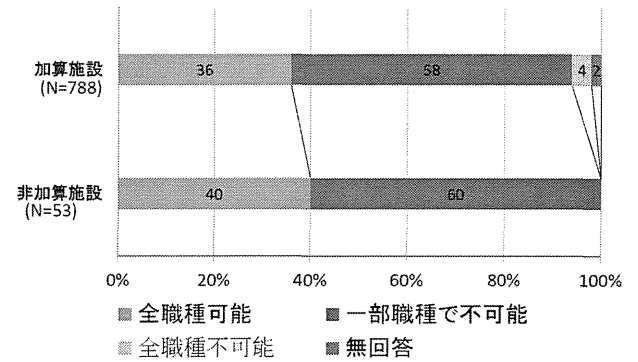


図 15：業務の代行の可否

(7)手指衛生およびうがいの推奨状況(図 16 ~図 19)

本研究では、インフルエンザのシーズンを 12 月から 3 月、非シーズンを 4 月から 11 月とした。

多くの医療機関では、インフルエンザシーズン中に、患者や職員を対象として手指衛生やうがいの推奨が行われていた(図 16、図 17)。

図 16 にインフルエンザシーズン中の手指衛生の強化状況を示す。加算施設の 72%、非加算施設の 86%では、患者と職員の両方に手指衛生の強化対策が実施されていた。患者あるいは職員のどちらかのみへの実施も含めると、加算施設の 96%、非加算施設では全てで手指衛生の強化対策が実施されていた。

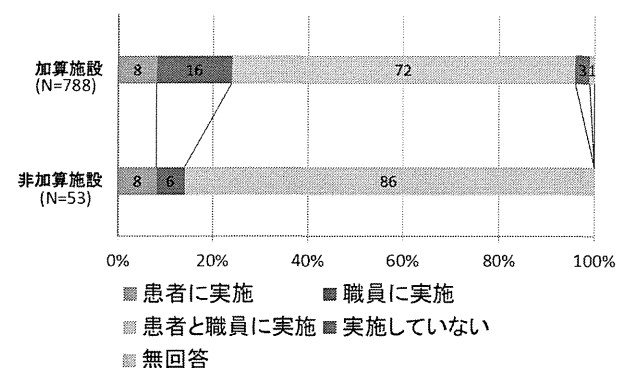


図 16：インフルエンザシーズン中の手指衛生の強化状況

インフルエンザシーズン中のうがいの推奨状況を図 17 に示す。職員と患者の両方を

対象として実施されていたのは、加算施設の44%、非加算施設の75%であった。職員または患者のどちらかへの実施も含めると、加算施設の67%、非加算施設の89%で実施されていた。この結果から、うがいは、手指衛生と比較し、推奨されている割合が少なかった。

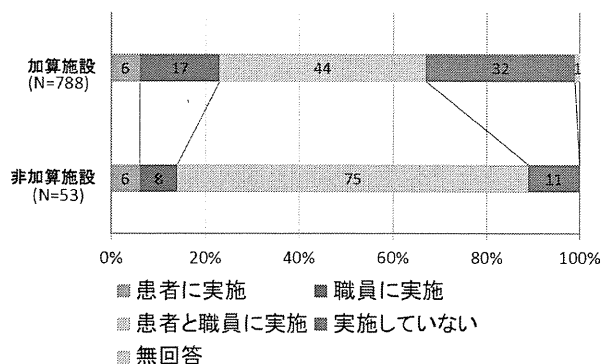


図 17: シーズン中(12月～3月)のうがいの推奨状況

インフルエンザ非シーズン時のうがいの推奨状況を図 18 に示す。患者と職員の両方に推奨されていたのは、加算施設の14%、非加算施設の32%にとどまり、加算施設の63%、非加算施設の53%では推奨はされていなかった。

インフルエンザシーズンと比較し、非シーズンではうがいを推奨されることが明らかに少なかった。

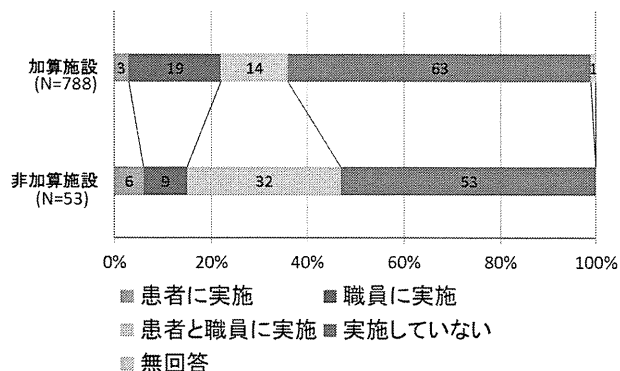


図 18: 非シーズン(4月～11月)のうがいの推奨状況

各施設で推奨されている含嗽液を図 19 に示す。加算施設では指定なしが58%と最

も多く、水道水が25%、ヨード等の消毒薬が14%と次いでいた。一方、非加算施設では、ヨード等の消毒薬が46%と最も多く、指定なしが31%、水道水が13%と次いでいた。

近年、ヨード等の消毒薬は組織障害性などの問題から、消毒液によるうがいの感染予防効果が疑問視されている。一方で、水道水によるうがいは消毒薬によるうがいと同等以上の効果があることも報告されており、これらの情報も提供していく必要があると考えられる。

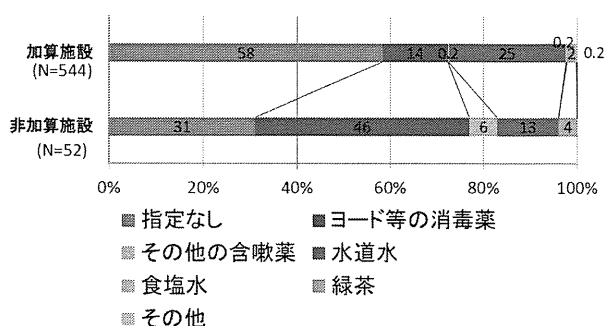


図 19: 推奨している含嗽液(複数回答あり)

(8)集団発生時の対応(図 20～図 22)

図 20 にインフルエンザの集団発生の判断基準の有無を示す。インフルエンザ症例が多発した際の、集団発生の判断基準が決められていたのは、加算施設の39%、非加算施設の24%にとどまっていた。これらの施設の多くは、平成23年6月17日付厚生労働省医政局指導課長通知の「医療機関等における院内感染対策について」に従っている施設が大多数であった。この通知では、インフルエンザに関しての明言はないが、アウトブレイクを疑う基準として、同一機関内で同一菌株と思われる感染症の発症症例が計3例以上特定された場合が挙げられている。今回、回答を得た施設での基準は、3名という回答が大半であったが、その範囲は病院全体あるいは部署や病棟等、多岐にわたっており、期間も、1週間と設定されている施設もあれば、特に設定されていない施設など、様々であった。

また、加算施設の 44%、非加算施設の 45%では、状況で判断と回答されていた。具体的には、臨時の ICT 会議等や、病院幹部の判断で、事例ごとに集団発生の判断がなされていた。一方、加算施設の 14%、非加算施設の 23%では、集団発生時の判断基準が設けられていなかった。

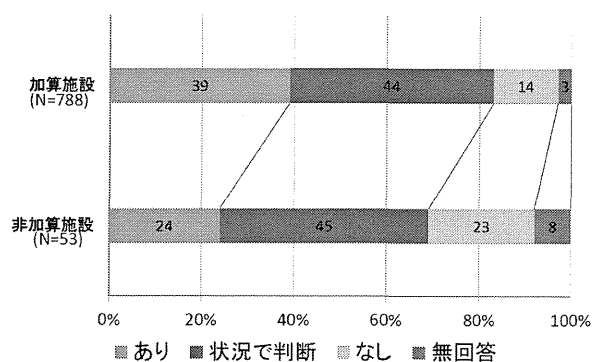


図 20：集団発生時の判断基準

図 21 に集団発生時の保健所への届出基準について示す。加算施設の 33%、非加算施設の 40%は、届出基準が設定されていた。加算施設の 43%、非加算施設の 36%では、状況で届出の是非を判断されており、加算施設の 21%、非加算施設の 15%は基準を設定されていなかった。

届出基準があると回答した施設では、多くが 10 名の発症あるいは 1 例でも死亡例、重症例の発症した場合を基準としていたが、10 名発症の母集団は施設全体あるいは病棟や部署など様々であり、期間も 1 週間以内、1~2 週間の間、設定なし等、様々であった。また、一部の施設では、5 名を超えた時点で、保健所に相談する等、比較的早期の段階で保健所に連絡していた。

状況で判断されていた施設では、集団発生時の判断と同様、臨時の ICT 会議等での決定や、病院幹部の判断が大多数であった。

平成 23 年 6 月 17 日付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」では、「医療機関内での院内感染対策を講じた後、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は、管轄する保健所に速やかに報告すること」とされているが、インフルエンザやノロウイルス関連胃腸炎などの届出基準については明らかにされておらず、これらの基準を明確にすることが課題であろう。

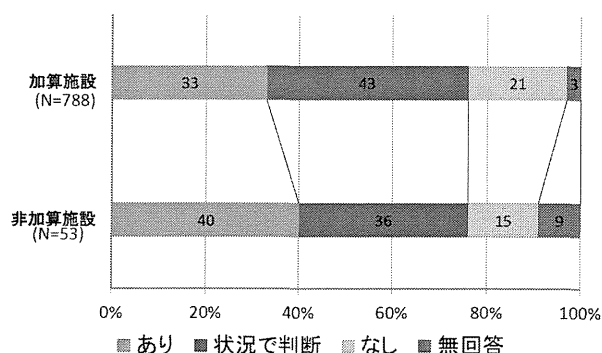


図 21：保健所への届出基準

図 22 に集団発生時の近隣施設への援助要請基準の判断状況を示す。要請基準が設定されていない施設が過半数を占め、加算施設の 65%、非加算施設の 58%であった。

基準を設定されていたのは、加算施設の 10%、非加算施設の 15%と低かった。これらの施設で設定されていた基準の多くは、院内感染対策を講じた後にも新規症例が発症した場合とされていた。平成 23 年 6 月 17 日付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」で、「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、院内感染対策に不備がある可能性があると判断し、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」と明記されており、これに基づいて設定されているものと推測される。また全国保健所長会を中心に、多剤耐性菌等院内感染行政専門家連携メーリングリストや保健所から医療機関への対応・指導に関して感染管理専門家が保健所を支援するシステム構築が整備されつつあり、現場医療機関と保健所との間の感染対策連携体制を周知徹底し、より実効的な活動を推進する必要があるだろう。

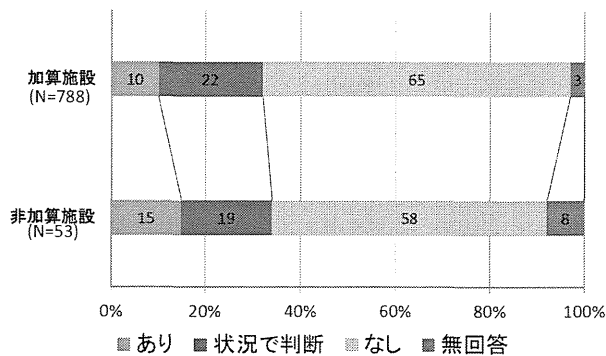


図 22：近隣施設への援助要請基準

(9)鳥インフルエンザへの対策状況(図 23～図 27)

鳥インフルエンザ対策マニュアルの作成状況を図 23 に示す。加算施設の 51%、非加算施設の 30%で、鳥インフルエンザマニュアルが作成されていた。加算施設の 38%、非加算施設の 24%ではマニュアルの改訂も実施されていた。一方、加算施設の 23%、非加算施設の 40%では、マニュアルの作成予定はなかった。

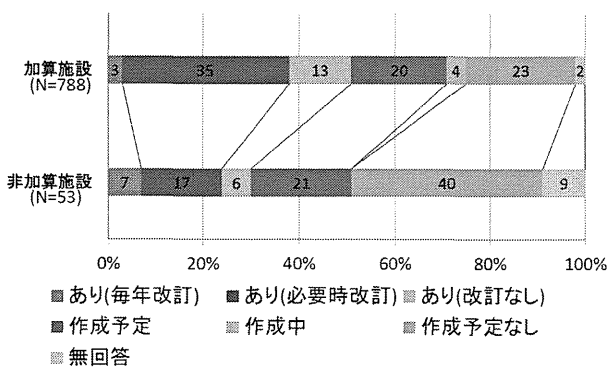


図 23：鳥インフルエンザ対策マニュアルの作成状況

図 24 に、鳥インフルエンザに関しての地域での検討状況を示す。加算施設の 63%が検討の場があると回答されたのに対し、非加算施設で検討の場があると回答されたのは、17%と低かった。加算施設での検討の場として、連携している加算施設とのカンファレンスという回答が最も多く、その他、都道府県や市町村などの行政主体の会議、

保健所主催の会議等の回答が多かった。非加算施設では、感染防止対策加算に関連したカンファレンスへの参加等の機会はなく、検討の場が少ないことが考えられる。

一方で加算算定病院においては、連携病院との連携や、地域での連携が強化されていることが考えられる。

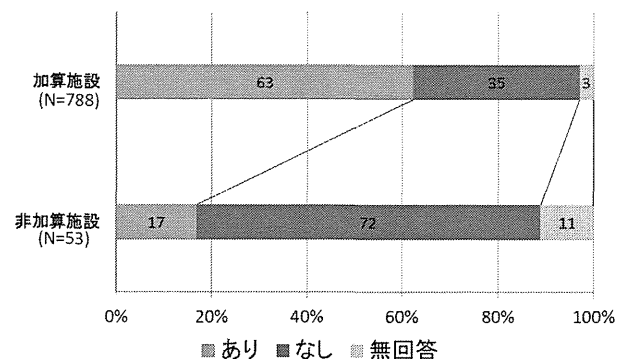


図 24：診療圏域での鳥インフルエンザに関する検討状況

図 25 に鳥インフルエンザ診療時の診察室の有無を示す。加算施設の 17%が陰圧空調の診察室、36%が非陰圧空調の診察室での対応と回答された一方、45%が対応不可と回答されていた。加算施設のうち、感染症病床の有無で比較すると、感染症病床のある加算施設の 97%は対応可能と回答があったのに対し、感染症病床のない加算施設では、対応可能と回答されたのは 49%と約半数にとどまっていた。非加算施設は、76%が対応不可と回答されていた。

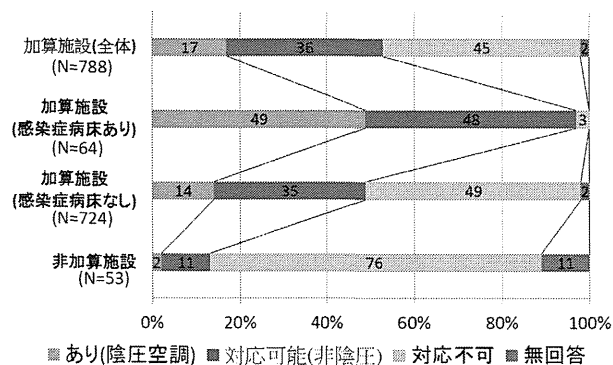


図 25：鳥インフルエンザ診療時の診察室

図 26 に、鳥インフルエンザ患者入院時の病室の状況について示す。加算施設全体の

54%が対応可能、28%が陰圧空調での入院対応、26%が非陰圧空調での入院対応と回答されていた。感染症病床の有無で比較した場合、感染症病床のある加算施設の86%が陰圧空調下の病室、12%は非陰圧空調下の病室での対応と回答されていた。また、感染症病床のない加算施設では、入院対応が可能と回答されたのは50%に留まっていた。非加算施設では、陰圧空調の診察室はなく、32%は入院設備がなかった。

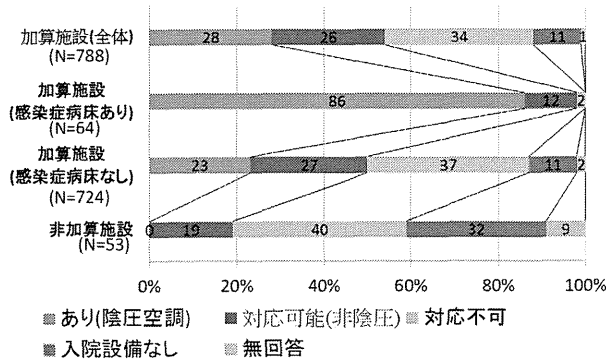


図 26：鳥インフルエンザ診療時の病室

各施設で予定されている鳥インフルエンザ発生早期の役割を、図 27 に示す。加算施設の30%が外来診療のみと最も多く、23%は外来および入院診療、24%は診療予定なしであった。感染症病床の有無で比較すると、感染症病床を有する加算施設の81%は外来および入院診療、10%が外来診療のみ、6%が入院診療のみの予定であった。一方、感染症病床のない加算施設では、32%が外来診療のみと最も多く、診療予定なし26%、外来および入院診療 18%、電話相談のみ17%という回答であった。

非加算施設では、診療予定なしの41%が最も多く、外来診療のみの19%、電話相談のみの13%が次いでいた。

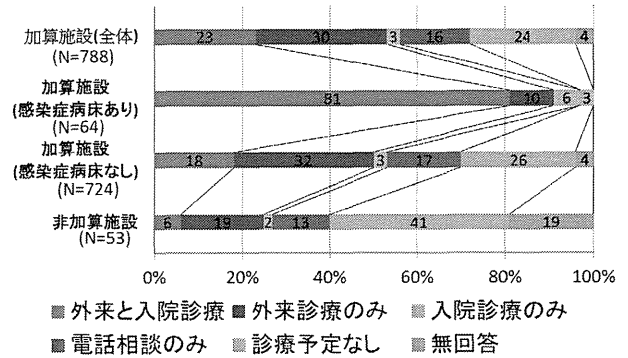


図 27：鳥インフルエンザ発生早期の役割

(10)新型インフルエンザへの対策状況(図 28～図 33)

図 28 に新型インフルエンザ対策マニュアルの作成状況を示す。マニュアルが作成されているのは、加算施設の69%、非加算施設の61%であり、加算施設の51%、非加算施設の48%で改訂もされていた。作成予定のない施設は、加算施設の11%、非加算施設の9%にとどまっていた。作成中や作成予定も含めると、マニュアルを整備する施設の割合は、加算施設の87%、非加算施設の78%を占めていた。非加算鳥インフルエンザ対策マニュアルと比較し、多くの施設で、新型インフルエンザ対策マニュアルを作成される傾向が高かった。

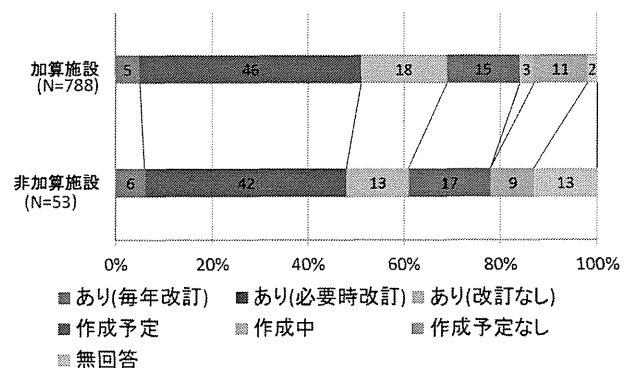


図 28：新型インフルエンザ対策マニュアルの作成状況

診療圏域での新型インフルエンザに関する検討状況を、図 29 に示す。加算施設の64%、非加算施設の19%で検討の場が設けられており、鳥インフルエンザ対策と比較

し、わずかに多かった。

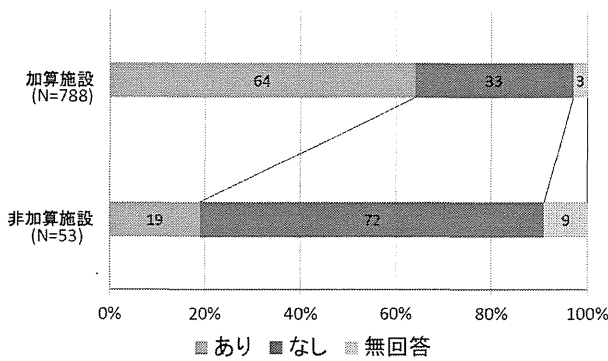


図 29：診療圏域での新型インフルエンザに関する検討状況

新型インフルエンザ診療時の診察室の状況を図 30 に示す。加算施設全体の 17%が陰圧空調の診察室、42%が非陰圧空調の診察室の対応と回答、合計 59%は診察可能と回答であった。一方、39%は対応不可と回答された。感染症病床の有無で比較した場合、感染症病床のある加算施設のうち、陰圧空調下での診察予定は 50%、非陰圧空調下での診察予定は 47%であり、合計 97%であった。一方、感染症病床のない加算施設では、対応不可と非陰圧下での診察予定がともに 42%であり、陰圧空調下での診察が 14%と次いでいた。

非加算施設では、76%が対応不可、15%が非陰圧空調下での診察可能と回答されていた。非加算施設では、外来機能を有しない高齢者施設が過半数であることも反映した結果と考えられる。

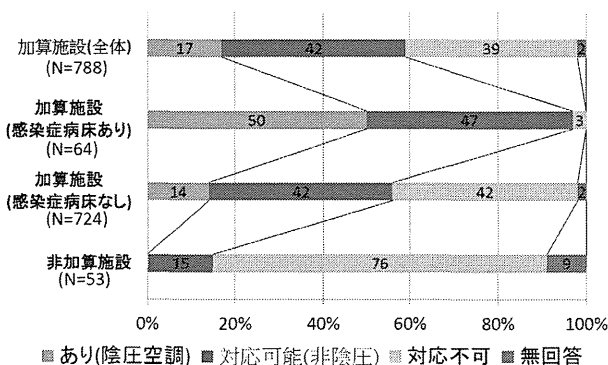


図 30：新型インフルエンザ診療時の診察室

図 31 に新型インフルエンザ診療時にお

ける病室の状況を示す。加算施設全体の 28%は陰圧空調の病室を有しており、31%は非陰圧空調の病室で対応可能と回答されていた。感染症病床の有無で比較すると、感染症病床を有する加算施設の 84%が陰圧空調の病室での対応、12%が非陰圧空調の病室での対応可能と回答があった。感染症病床のない加算施設では、鳥インフルエンザ診療の際と比較し、陰圧空調での病室での対応は 23%と同数、非陰圧空調の病室での対応は 33%とわずかに低かった。

非加算施設では、陰圧病室のある施設はなく、19%が非陰圧空調の病室での対応、42%は対応不可、30%は入院設備自体を有していなかった。

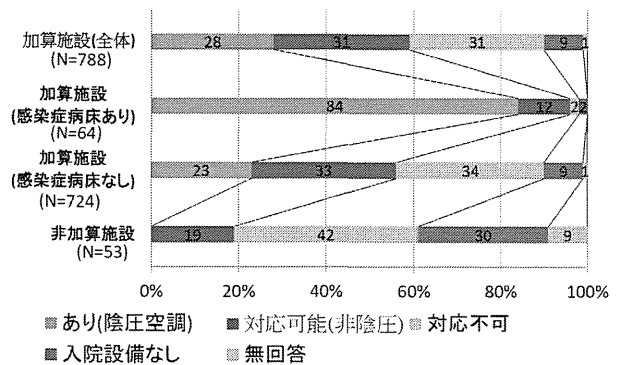


図 31：新型インフルエンザ診療時の病室

新型インフルエンザ発生早期の各施設で予定されている役割を図 32 に示す。

加算施設全体では外来診療のみが 32%と最も多く、外来および入院診療の 26%、診療予定なしの 20%、電話相談のみの 15%と次いでいた。感染症病床を有する加算施設では、外来および入院診療が 84%と最も多く、外来診療のみの 9%、入院診療のみの 5%が次いでいた。一方で、感染症病床を有さない加算施設では、外来診療のみが 34%と最も多く、外来および入院診療、診療予定なしが 21%で次いでいた。

非加算施設では、41%が診療予定なし、23%が外来診療のみであった。6%の施設は、外来および入院診療と回答していた。

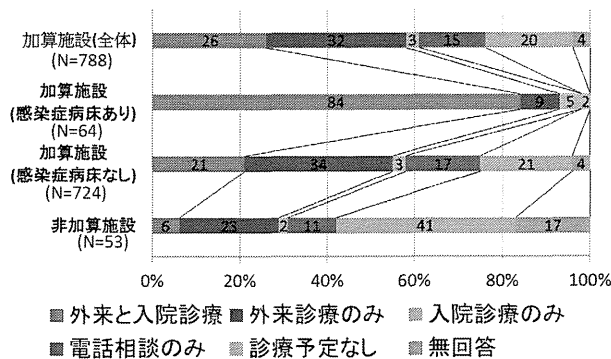


図 32：新型インフルエンザ発生早期の役割

新型インフルエンザ地域感染期に想定される各施設の役割状況を図 33 に示す。

加算施設全体の 46%が外来および入院診療を予定されており、発生早期から地域感染期への流行の拡大に伴い、対応の拡大が認められた。ただし、地域まん延期となっても 24%の施設は外来診療のみ、13%は診療予定なし、9%は電話相談のみと回答していた。

感染症病床の有無で比較した場合、感染症病床を有する加算施設では、発生早期とほぼ同様に、89%が外来および入院診療、6%が入院診療のみ、5%が外来診療のみを想定していた。感染症病床のない加算施設では、発生早期と比較し、外来および入院診療の割合が 42%に増え、最も多く、外来診療のみの 25%、診療予定なしの 14%、電話相談のみの 10%が次いでいた。

非加算施設では、発生早期とほぼ同様の回答であり、診療予定なしの 43%が最も多く、外来診療のみの 23%が次いでいた。

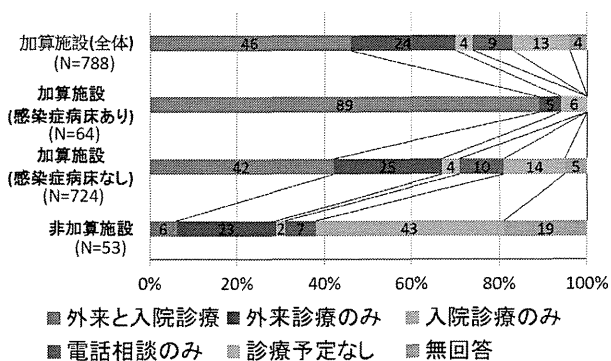


図 33：新型インフルエンザ地域まん延期の役割

D. 考察

全国の加算施設および岐阜県の非加算施設へのアンケート調査の結果、ほぼ全施設で共通して実施されていたインフルエンザ対策は、季節性インフルエンザワクチン接種のみであった。

毎年、日本の大多数の医療機関が実施している季節性インフルエンザ対策においても、施設間に大きな差を認めた。特に、曝露した患者や職員に対する予防投薬の状況、ILI を呈する職員の勤務状況、集団発生時の対応等、院内感染対策において重要な役割を持つ対策においても統一されておらず、感染拡大を招いている危険が示唆された。集団発生時の対応に関しては、平成 23 年 6 月 17 日付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」を判断根拠とされている施設が多かったが、この通知では主に薬剤耐性菌を念頭に置かれているため、感染経路が市中および院内の多岐にわたる季節性インフルエンザ対策においては、別の判断基準が必要であると考えられる。

以上より、第一に、わが国での季節性インフルエンザ対策を統一できるよう、具体的かつ実践的なガイドラインの作成および、国内医療機関への情報提供が緊急の課題と考えられる。

また、鳥インフルエンザおよび新型インフルエンザの発生時の診療体制整備状況が整備されているとは言い難く、また地域での役割分担が不明瞭であり、診療圏域ごとの事前の取り決めや連携強化を実施しておく必要もあると考えられる。

E. 結論

次年度以降、インフルエンザ対策における具体的かつ実践的なガイドラインの作成を行う予定である。現場で診療機会の多い季節性インフルエンザ対策の不統一が見られ、その徹底整備こそが鳥インフルエンザ、新型インフルエンザ発生時の対策の基本になると考えられ、まずは季節性インフルエンザ対策の均てん化を図ることを第一の目