

## REFERENCES

- [1] K. Klevens, R. Monina, et al. "Estimating health care-associated infections and deaths in US hospitals, 2002," *Public health reports*, vol. 122, no. 2, pp. 160-166, 2007.
- [2] H.C.Maltezoua, M. Drancourt, "Nosocomial influenza in children." *Journal of Hospital Infection*, vol. 55, pp. 83-91, 2003.
- [3] Bridges, Carolyn B., et al, "Prevention and control of influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)." *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports/Centers for Disease Control* 51.RR-3, pp. 1-31, 2002.
- [4] Sebillé, V. & Valleron. A. J, "A computer simulation model for the spread of nosocomial infections caused by multidrug-resistant pathogens," *Computers and Biomedical Research*, vol. 30, no. 4, pp. 307-322, 1997.
- [5] Triola, M.M., Holzman, R.S, "Agent-based simulation of nosocomial transmission in the medical intensive care unit," *Computer-Based Medical Systems, Proceedings. 16th IEEE Symposium. IEEE*, pp. 284-288, 2003.
- [6] Boon Som Ong, Mark Chen, Vernon Lee, Joc Cing Tay, "An Individual-Based Model of Influenza in Nosocomial Environments," *Lecture Notes in Computer Science*, vol. 5101, pp. 590-599, 2008.
- [7] Meng, Yang, et al, "An application of agent-based simulation to the management of hospital-acquired infection," *Journal of Simulation*, vol. 4, no. 1, pp. 60-67, 2010.
- [8] Laskowski, Marek, et al, "Agent-based modeling of the spread of influenza-like illness in an emergency department: a simulation study," *Information Technology in Biomedicine, IEEE Transactions* , vol. 15, no. 6, pp. 877-889, 2011.
- [9] N. Gilbert, "Agent-based model: Quantitative applications in the social sciences", SAGE Publications, pp. 38-46, 1999.
- [10] N. Gilbert, K.Troitzsch, "Simulation for the Social Scientist", Open University Press, pp. 199-215, 2005.
- [11] El-Sayed, Abdulrahman M., et al, "Social network analysis and agent-based modeling in social epidemiology," *Epidemiologic Perspectives & Innovations*, vol. 9, no. 1, 2002.
- [12] Longini, Ira M., et al, "Containing pandemic influenza at the source," *Science*, vol. 309.5737, pp. 1083-1087, 2005.
- [13] M.J. Keeling, M.E. Woolhouse et al, "Modelling vaccination strategies against foot-and-mouth disease," *Nature*, vol. 421, pp. 136-142, 2003.
- [14] Meyers, Lauren Ancel, et al, "Applying network theory to epidemics: control measures for *Mycoplasma pneumoniae* outbreaks," *Emerging infectious diseases*, vol. 9, no. 2, pp. 204-210, 2003.
- [15] Ichikawa, M., Koyama, Y., Deguchi, H, "Virtual City Model for Simulating Social Phenomena," *Agent-Based Social Systems*, vol. 7, pp. 253-264, 2010.
- [16] Tanuma, H., Deguchi, H., Shimizu, T, "SOARS: Spot Oriented Agent Role Simulator - Design and Implementation," *Agent-Based Simulation: From Modeling Methodologies to Real-World Applications*, pp. 1-15, 2005.
- [17] Bean, B., et al, "Survival of influenza viruses on environmental surfaces," *Journal of infectious diseases*, vol. 146, no. 1, pp. 47-51, 1982.
- [18] Centers for Disease Control and Prevention, "Prevention Strategies for Seasonal Influenza in Healthcare Settings," <http://www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/healthcaresettings.htm>. Accessed January 25, 2011.
- [19] Naffakh, Nadia, and Sylvie Van Der Werf, "April 2009: an outbreak of swine-origin influenza A (H1N1) virus with evidence for human-to-human transmission," *Microbes and infection*, vol. 11, no. 8, pp. 725-728, 2009.
- [20] H. Deguchi, T. Saito, M. Ichikawa, H. Tanuma, "Simulated Tabletop Exercise for Risk Management - Anti Bio-Terrorism Multi Scenario Simulated Tabletop Exercise," *Development in Business Simulation and Experimental Learning*, vol. 38, pp.1-21, 2011.
- [21] Glasser, John, et al, "Evaluation of targeted influenza vaccination strategies via population modeling," *PloS one* 5.9: e12777, 2010.
- [22] Grayson, M. Lindsay, et al, "Efficacy of soap and water and alcohol-based hand-rub preparations against live H1N1 influenza virus on the hands of human volunteers," *Clinical Infectious Diseases*, vol. 48, no. 3, pp. 285-291, 2009.
- [23] Loeb, Mark, et al, "Surgical mask vs N95 respirator for preventing influenza among health care workers: a randomized trial," *Jama*, vol. 302.17, pp. 1865-1871, 2009.
- [24] Otter, J. A., et al, "Assessing the biological efficacy and rate of recontamination following hydrogen peroxide vapour decontamination," *Journal of Hospital Infection*, vol. 67, no. 2, pp. 182-188, 2007.
- [25] Cowling, Benjamin J., et al, "Facemasks and Hand Hygiene to Prevent Influenza Transmission in HouseholdsA Cluster Randomized Trial," *Annals of Internal Medicine*, vol. 151, no. 7, pp. 437-446, 2009.
- [26] Aiello, Allison E., et al, "Facemasks, hand hygiene, and influenza among young adults: a randomized intervention trial," *PloS one* 7.1: e29744, 2012.
- [27] Bastian, M., Heymann, S., Jacomy, M, "Gephi: an open source software for exploring and manipulating networks." *ICWSM*, pp. 361-362, 2009.

# 感染制御における 地域ネットワークの実際

渡邊 珠代<sup>1)</sup> ・ 土屋麻由美<sup>1)</sup> ・ 丹羽 隆<sup>1, 2)</sup> ・  
太田 浩敏<sup>1, 3)</sup> ・ 鈴木 智之<sup>1)</sup> ・ 深尾亜由美<sup>4)</sup> ・  
村上 啓雄<sup>1, 5)</sup>

近年、さまざまな薬剤耐性菌の検出や病院内での伝播が報道されており、感染防止対策の一層の充実が求められている。しかし、患者が受診する医療施設は、併存疾患のため複数に及ぶ場合もあり、薬剤耐性菌の蔓延を阻止するためには、自施設の対策のみでは不十分であることが多く、地域単位の医療施設が連携・協力し、患者の診療動線に寄り添った対策を講じることが肝要である。岐阜大学医学部附属病院生体支援センターは、平成12年より岐阜県健康福祉部の支援を得て県内のさまざまな医療施設(高齢者施設を含む)との連携やネットワークの構築を行ってきた。会員制の研修会、相談窓口の設置とQ & A集の発行、訪問実地指導、アウトブレイク時の改善支援などである。その流れを汲んで平成24年4月より、診療報酬改定に伴い、県内全ての感染防止対策加算算定病院を対象とした合同の共同カンファレンスを年2回開催している。さらに、各施設に対し、感染防止対策活動の状況について、共通フォーマットでのデータ収集を行い、当センターで解析およびフィードバックを実施している。その結果、血液培養の複数セット採取率や手指消毒薬使用量の増加を認めており、感染対策の質向上のアウトカムが現れ始めた。

## はじめに

近年、日常診療の場において、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA; methicillin resistant *Staphylococcus aureus*)や、基質拡張型 $\beta$ -ラクタマーゼ(ESBL; extended-spectrum  $\beta$ -lactamase)産生菌などの薬剤耐性菌が検出されることは稀ではない。また、近年、薬剤耐性アシネトバクター

など、新たな多剤耐性菌の検出も報告されている<sup>1, 2)</sup>。

これらの薬剤耐性菌の施設内伝播を含めた医療関連感染を防ぐため、各施設での感染対策を今まで以上に強化する必要がある。しかし、感染対策に係る人員配置状況や、感染対策の実施状況は、施設により差がある現状を指摘せざるを得ない。また、患者が受診する医療施設は、併存疾患のた

Tamayo WATABNABE<sup>1)</sup> ・ Mayumi TSUCHIYA<sup>1)</sup> ・ Takashi NIWA<sup>1, 2)</sup> ・ Hirotooshi OTA<sup>1, 3)</sup> ・  
Tomoyuki SUZUKI<sup>1)</sup> ・ Ayumi FUKAO<sup>4)</sup> ・ Hiroo MURAKAMI<sup>1, 5)</sup>

1) 岐阜大学医学部附属病院生体支援センター

2) 岐阜大学医学部附属病院薬剤部

3) 岐阜大学医学部附属病院検査部

4) 岐阜大学医学部附属病院西8階病棟

5) 岐阜大学医学部附属地域医療医学センター/教授

め複数に及ぶ場合もあり、薬剤耐性菌の蔓延を阻止するためには、自施設の対策のみでは解決しないことが多く、地域単位の医療施設が連携・協力し、患者の診療動線に寄り添った対策を講じることが肝要である。

### I. 感染防止対策加算

平成 24 年度診療報酬改定において、感染防止対策加算が新設された<sup>3)</sup>。すでに平成 22 年度診療報酬改定で、医療安全対策加算 1(医療安全対策に係る適切な研修を終了した専従の医療安全管理者を配置)の届出を行っている医療機関において、感染防止対策チームによる抗菌薬適正使用等の取り組みの評価を行っている場合、1 入院あたり入院初日に 100 点を算定することが可能となっていたが、今回の改定では、医療安全対策加算の有無に関わらず、算定することができるようになり、算定点数も感染対策の状況に応じて、入院初日 400 点の感染防止対策加算 1(以下、加算 1)と入院初日 100 点の感染防止対策加算 2(以下、加算 2)の 2 段階に分けられた。

加算 1 の施設基準は、以下のように定められている。

- ①専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止対策部門を設置していること、
- ②以下からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
  - ア 感染症対策に 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師、
  - イ 5 年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師、
  - ウ 3 年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策に関わる専任の薬剤師、
  - エ 3 年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師
 (アまたはイのうち 1 名は専従であること)、
- ③年 4 回以上、感染防止対策加算 1 を算定する医療機関は、感染防止対策加算 2 を算定する医療機関と共同カンファレンスを開催すること。

加算 2 の基準は、以下のように定められている。

- ①一般病床の病床数が 300 床未満の医療機関であることを標準とする。
- ②感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。感染防止対策チームの構成員については、感染防止対策加算 1 の要件から、イに定める看護師の研修要件を不要とする。また、アまたはイのいずれも専任でも可能とする。
- ③年 4 回以上、感染防止対策加算 1 を算定する医療機関の主催する共同カンファレンスに参加すること。

さらに、感染防止対策加算 1 を算定する医療機関同士が年 1 回以上、互いの医療機関に赴いて相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設し、院内感染防止対策のより一層の推進を図った場合、感染防止対策地域連携加算として、入院初日に 100 点が算定できるようになった。

以上のように、今回の診療報酬改定によって、感染防止対策加算の点数は大きく引き上げられた。これは、地域における薬剤耐性菌の蔓延や院内でのアウトブレイクを防止するため、感染防止対策強化の必要性が認められた証であり、共同カンファレンスや相互評価を通じた加算病院同士のより一層の連携が強く求められるようになっている。

### II. 岐阜大学医学部附属病院生体支援センターの取り組み

岐阜大学医学部附属病院生体支援センターは、そのミッションの最も大きな柱として、活動開始間もない平成 12 年より岐阜県健康福祉部の支援を得て県内のさまざまな医療施設(高齢者施設を含む)との連携やネットワークの構築を行ってきた<sup>4,5)</sup>。会員制の研修会、相談窓口の設置と Q & A 集の発行、訪問実地指導、アウトブレイク時の改善支援などである。

そのような地域連携の環境整備の流れを汲んで、また岐阜県病院協会の大きな理解を得て当センターが感染防止対策加算および地域連携加算における県内病院の総合コーディネートを担当し

た。平成 25 年 8 月 1 日現在、20 施設が加算 1、36 施設が加算 2 を算定している。単なる加算 1 と加算 2 施設間、また加算 1 施設同士の連携締結のみならず、すべての加算施設で共通のフォーマットで月例データを収集・解析・フィードバックして、各施設の感染制御レベルの立ち位置や課題の抽出、また全施設の感染制御の質向上のためのアウトカム評価を行っている。

また、年 4 回以上の開催を求められている加算 1 施設と加算 2 施設間での共同カンファレンスに関しては、うち 2 回を、県内全加算病院合同カンファレンスという形で実施している。これらの取り組みについて、以下に詳しく述べる。

## 1. 岐阜県内での加算 1 および

### 加算 2 施設合同カンファレンスの実施状況

平成 24 年度は、9 月および 11 月に岐阜県内の全ての加算算定施設を対象として、合同カンファレンスを行った。平成 25 年度は、4 月に実施し、平成 25 年 5 月までに計 3 回の合同カンファレンスを開催した。

合同カンファレンスにあたり、当センターが事務局となり、各加算算定施設より、院内感染対策の実施状況に関しての月毎のデータを収集した。図 1 に示すように、具体的な質問内容は、ICT 活動の実施状況 (ICT 会議回数、ICT ラウンド回数)、薬剤耐性菌等 (MRSA、ESBL 産生菌、CD トキシン) の検出状況、血液培養の採取状況 (採取セット数、複数セット採取率、陽性率、陰性率)、擦式アルコール製剤の使用量、各種抗菌薬の使用量等としている。これらのデータをもとに、当センターで解析を行い、カンファレンスでの報告、さらに施設ごとのフィードバック資料を作成し、各施設へデータの返却を行っている。この活動とともに、図 2 に示すように各施設の擦式アルコール製剤の使用量や血液培養複数セット率の向上を認めており、各施設での ICT 活動の向上が窺える。

データの提出時には、カンファレンスで意見交換を希望するテーマや、積極的に取り組んでいる ICT 活動、意見・質問なども調査シートに記入して提出することにしており、カンファレンスの際

に意見交換や紹介を行っている。

カンファレンスでは、各施設からのデータの報告、意見交換に加え、感染対策に役立てられるようなミニレクチャーも合わせて行っている。これまで、血液培養の採取、冬季に流行する感染症対策 (ノロウイルス感染症、インフルエンザ)、針刺し・切創、粘膜・皮膚曝露対策などについての情報提供を行った。

そして、カンファレンス後には、参加者全員の氏名と職種を記載して議事録を作成し、県内の全加算施設へ配信している。

## 2. 各病院間での共同カンファレンスの実施状況

平成 25 年 5 月 1 日現在での加算 1 と加算 2 の施設は、それぞれ 18 施設、37 施設となっていた。加算 1 施設あたりの連携加算 2 施設数は、平均 2.1 施設 (範囲 1~4) であるが、平成 24 年 4 月の加算 1 施設数は 16 施設であったため、最大 5 施設の加算 2 病院と連携していた加算 1 施設もあった。

平成 24 年度の加算 1 および加算 2 施設の共同カンファレンスの実施状況に関し、県内の加算施設に対し、アンケート調査を行った。計 60 回、のべ 128 施設が参加し、共同カンファレンスが実施されていた。各施設の共同カンファレンスへの出席回数は平均 4.4 回 (加算 1 施設は平均 4.6 回、加算 2 施設は平均 4.3 回) であった。共同カンファレンスへの参加者数は 1 施設あたり平均 5.5 名、職種別では、医師 1.4 名、看護師 1.6 名、薬剤師 1.0 名、検査技師 1.1 名であった。その他、事務職員や放射線技師の参加もあった。

共同カンファレンスの開催時期は、2 月が 12 回ともっとも多く、次いで 6 月が 8 回、7 月と 10 月が 6 回であった。合同カンファレンスを開催した 9 月と 11 月はそれぞれ 2 回、1 回と少なかった。共同カンファレンスの開催場所は、83% にあたる計 50 回は加算 1 施設で行われており、残る 17% の計 10 回は加算 2 施設で開催されていた。1 回のカンファレンス時間は、平均 82 分、中央値 75 分 (範囲 30—180 分) であり、31~60 分程度が約 37% ともっとも多かった。

共同カンファレンスの内容は、各施設の活動報

病院名	加算	病床数	床	細菌検査室
のべ在院日数	(文科省数/入院日・退院日を含める)			2013年4月データ

①ICT活動の状況

ICTミーティング、会議の実施回数  回

ICTラウンドの実施回数  回

その他の活動( )  回

②薬剤耐性菌等の検出状況(患者数でお答えください)

		総数	新規
MRSA		<input type="text"/>	<input type="text"/>
ESBL産生菌		<input type="text"/>	<input type="text"/>
内訳	ESBL産生 <i>E. coli</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ESBL産生 <i>K. pneumoniae</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ESBL産生 <i>K. oxytoca</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ESBL産生 <i>P. mirabilis</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ODTキシン		<input type="text"/>	<input type="text"/>
その他※( )		<input type="text"/>	<input type="text"/>

※その他の項目には、MDRP, VREなどをご記入下さい。欄が足りない場合は、以下にご記入ください。

③感染症患者の発生状況

血液培養提出数	<input type="text"/>	セット
1セットのみの血液培養提出数	<input type="text"/>	セット
血液培養陽性数	<input type="text"/>	セット
汚染検体数	<input type="text"/>	セット

複数セット採取率#DIV/0! %

④院内感染対策の実施状況

擦式アルコール製剤の使用量

↓

使用しているアルコール製剤名	使用量	測定している場合の測定方法
①	<input type="text"/> mL	<input type="text"/>
②	<input type="text"/> mL	<input type="text"/>
③	<input type="text"/> mL	<input type="text"/>

⑤抗菌薬の使用状況

系統	薬品名	商品名 (代表例)	採用の有無	月間 使用量(g)
アミノグリコシド	ストレプトマイシン	ストレプトマイシン	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
	カナマイシン	カナマイシン	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
	アミカシン	アミカシン	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
	ゲンタマイシン	ゲンタシン	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
	ジベカシン	パニマイシン	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
	トブラマイシン	トブラシン	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
	イセパマイシン	エクサシン	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
	ペカナマイシン	カネンドマイシン	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
	リボスタマイシン	ピスタマイシン	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
	スペクチノマイシン	トロピシン	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
テトラサイクリン	ミノサイクリン	ミノマイシン	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
リンコマイシン	クリンダマイシン	ダラジンス	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
	リンコマイシン	リンコシン	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
マクロライド	エリスロマイシン	エリスロシン	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
	アジスロマイシン	ジスロマック	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
ペニシリン	ベンジルペニシリン	ペニシリンG	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
	アンピシリン	ピクシリン	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
	アンピシリン /クロキサシリン	ピクシリンS	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
	ピペラシリン	ペントシリン	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
	アスポキシシリン	ドイル	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
	アンピシリン	ユナジンス	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>
	ピペラシリン	ゾシン	<input type="checkbox"/> 選択	<input type="text"/>

図 1

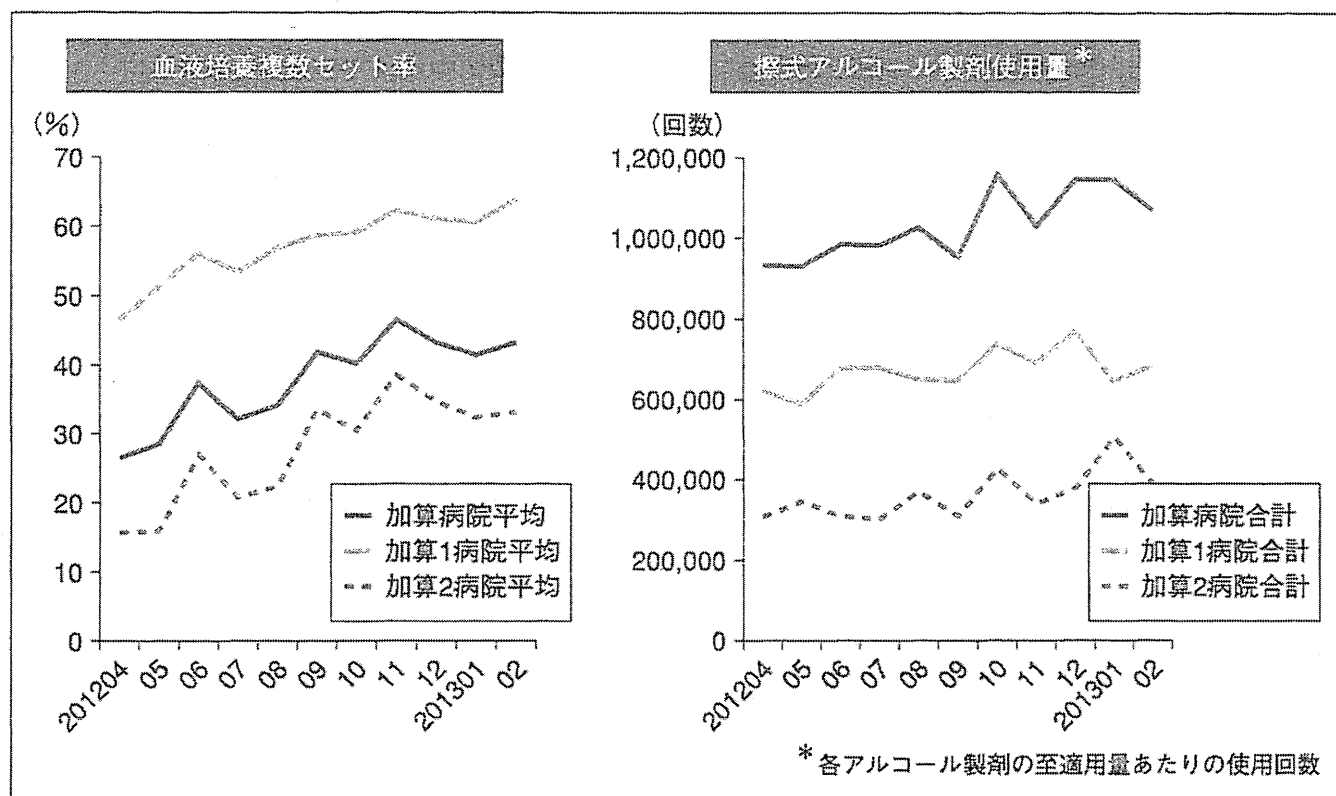


図2 平成25年度第1回岐阜県院内感染防止加算病院合同カンファレンス岐阜大学生体支援センター集計

告に加え、合同カンファレンス後の振り返り、ICT会議やICTラウンドの実施などさまざまであった。合同カンファレンスに向けての各月のデータは、加算1施設はもちろん、加算2施設も十分な記載をいただいているが、共同カンファレンスの際に、加算1施設が加算2施設に記載方法についてもアドバイスをいただいていたことが大きいと考えられる。

共同カンファレンスに対する意見として、お互いの施設の交流ができた、規模が類似しているため実情が理解しやすかったという肯定的なものや、連携施設数が多かったために十分な連携ができなかった、施設間でのレベルの差が大きかった、スタッフ数が少ないために、スケジュール調整に苦労したという意見もあった。

### 3. 加算1施設同士の相互評価

平成24年3月31日までに岐阜県内で加算1を算定していた施設数は計18施設であり、平成24年度は計18回の加算1施設同士の相互評価が実施されていた。訪問者数の平均は4.6名であり、

職種別では医師1.3名、看護師1.2名、薬剤師1.0名、検査技師1.0名であった。その他、事務職員などの参加もあった。訪問時間の中央値は180分(範囲105—240分)であり、書類審査に60分、院内ラウンドに90分、講評および意見交換に30分程度を要した施設が多かった。

厚生労働省より、相互評価でのチェック項目が公表されているが、書類審査で評価を行う項目と、実際にラウンドを行って評価する項目が混在していたため、初めての場合は困惑する可能性も考えられた。そのため、当センターでは、この評価内容を書類審査用とラウンド審査用に分けて修正したチェックシートを作成し、岐阜県内の加算施設に配布を行った。実際の相互訪問時に、このシートを用いて評価を行ったという意見もあがっている。

今回の感染防止対策地域連携加算が新設されるまでは、他施設の感染対策の実施状況を相互に確認する機会はなかったため、大変参考になったという意見がほとんどであった。また、他施設の状況を知ることで、自施設の問題点や良い点を知る

ことができたという意見や、ICTメンバー同士の交流ができたという意見もあった。相互訪問後に改善した点も多数挙げられており、各施設の院内感染対策活動の向上に寄与することができていると考えられる。

### Ⅲ. 今後の課題

今回の平成24年診療報酬改定によって、加算算定施設では診療報酬が大幅に引き上げられた。現在加算2を算定している施設は、ICNの専従化などで、加算1を算定できるよう、そして、加算を算定していない病院は、加算を算定できるよう、努力している旨の報告を受けている。しかし、特に新たに加算を算定する場合や、加算2から加算1へ変更を行う場合は、加算の算定条件を満たすことができても、連携する加算施設が見つからない等、各施設の自助努力だけでは加算を取得できないという問題点もある。連携の目的として、アウトブレイク時の改善支援など火急の際に、速やかに相談や対応ができることも求められ、できるだけお互いの距離が離れていない近隣の施設との連携が望ましいと考えられる。また、各地域での薬剤耐性菌の検出傾向が類似していることが多く、患者も共通に利用する可能性が高い近隣施設との連携により、地域の状況を把握した上で感染制御活動が展開されることが可能になると考えられる。

多くの医療機関より、医師がICT活動に参加する時間を確保できず困っているという意見を耳にすることがある。わが国では感染症を専門とする医師が少なく、特に加算2の施設では、ICD (Infection Control Doctor) を有する医師が在籍していない可能性も考えられる。現行の臨床研修制度では、感染症は基礎となる他の専門科を研修後に研修を行う分野に位置付けられている。そのため、他の臓器別専門科と比較し、感染症を専門とする医師は少なく、多くの病院では、他の診療科を専門とする医師が、ICDとしての役割も果たしているのが現状である。今後は、感染症を専門とする医師の養成とともに、それらの医師が感染症

診療と並行して感染制御を行うことが可能な体制づくりも必要と考えられる。

### おわりに

今回の診療報酬改定に伴い、多くの医療機関で加算算定の施設基準を満たせるよう、ICTの人員配置や、カンファレンスや相互評価への参加のための勤務時間の調整等、各病院の多大なる配慮のもとで成り立っていると考えられる。しかし、加算新設に伴って県全体のコーディネートを実施することの最大の目標は、感染制御の質向上と、患者診療レベルの改善である。今回の取り組みで、各病院の感染対策活動の向上も少しずつ認められており、今後も各施設のICTが積極的に活動を続けられるよう、一層の理解と協力をいただければ幸いである。

末筆ながら、毎月多数のデータを集積し報告いただき、岐阜県内の感染対策の向上にご尽力いただいている岐阜県内の加算施設の皆様に深謝いたします。

### 参考文献

- 1) Souli M, Galani I, Giamarellou H : Emergence of extensively drug-resistant and pandrug-resistant Gram-negative bacilli in Europe. *Euro Surveill* 2008 ; 13. pii : 19045.
- 2) Mera RM, Miller LA, Amrine-Madsen H, Sahm DF : Acinetobacter baumannii 2002-2008 : increase of carbapenem-associated multiclass resistance in the United States. *Microb Drug Resist* 2010 ; 16 : 209~215.
- 3) 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/gaiyou.pdf#search=%E5%8E%9A%E7%94%9F%E5%8A%B4%E5%83%8D%E7%9C%81+%E6%84%9F%E6%9F%93%E9%98%B2%E6%AD%A2%E5%AF%BE%E7%AD%96%E5%8A%A0%E7%AE%97>, accessed August 7, 2013
- 4) 村上啓雄ら : 厚生労働省モデル事業における院内感染対策地域支援ネットワーク. *INFECTION CONTROL* 2013 ; 22 : 80~83.
- 5) 村上啓雄ら : 双方向的なコミュニケーションにより感染制御の質的向上と地域連携体制の強化を実現. *Hospital Today* 2013 ; 33 : 7~10.



