

多剤耐性菌対策について

多剤耐性アシネトバクターについて

○ 多剤耐性アシネトバクターは、複数の抗菌薬に対する各種の耐性遺伝子を同時に保有しており、ほとんどの抗菌薬に耐性を示す。

※ カルバペネムという切り札的抗菌薬を分解する特殊な酵素を産生する。

※ 耐性を獲得したのは、アシネトバクター属のうち、「アシネトバクター・バウマニ」が大半。

○ 2000年頃より欧米で広がりはじめ、臨床関係者の間で警戒され始めた。

○ 我が国でも、韓国や中東、米国などの医療機関で治療を受け帰国した患者から分離され、一部は院内感染症の原因となった。

○ 2009年の、国内の約600の医療機関の調査で、アシネトバクター属菌が分離された16929名の患者のうち、32名(0.19%)の患者から、多剤耐性アシネトバクターが見つかっている。 (※厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業による)

- ・アシネトバクターは、土壌中やヒトの腸内に広く生息する、環境菌の一つであり、院内感染症や日和見感染症などの原因となる事はあるが、健常者に病気を引き起こす事は極めて稀。
- ・多剤耐性アシネトバクターは、通常のアシネトバクターと比べ、特段、病原性が強いなどの事実は確認されていない。
- ・多剤耐性アシネトバクターは一般健常者には無害であり、腸管内などに侵入しても、健常者では、無症状。

帝京大学医学部附属病院における院内感染(多剤耐性アシネトバクター)の経緯について (帝京大学からの報告等に基づく整理)

[平成22年]

2月 ・GICU病棟(一般集中治療室)において1例目検出

5月中旬 ・複数の内科系病棟で10名程度の患者から検出、全症例を個室管理

5月21日 ・感染が疑われたGICU病棟を一時閉鎖(環境消毒実施後再開)

6月 ・特定病棟において複数の患者から検出、全症例に対して培養を実施

6月24日 ・当該病棟の新規入院を停止。培養の結果、新たな保菌者が検出されなかったため
1週間後に入院再開
・多剤耐性アシネトバクター対策講習会を開催

7月12日 ・臨時感染制御委員会を開催し、今後の対策を検討
・外部委員による調査委員会の開催を決定

7月30日 ・外部調査委員会において死亡例を検討

8月4日 ・厚生労働省及び東京都による定期立入検査(特段の報告なし)

8月9日 ・保菌患者担当医師・看護師の専従化、保菌患者の監視等を実施

9月1日現在

- ・多剤耐性アシネトバクター検出例は累計46例、現在の保菌患者は9名
- ・現疾患の進行例を含め死亡例は27例
 - －因果関係を否定できない症例は9例
 - －因果関係不明とされる症例は6例
 - －因果関係なしとみなせる症例は12例

9月2日 ・同病院より、厚生労働省、東京都、板橋区保健所に対して報告

9月7～21日 ・同病院より、13例の追加報告、累計59例

NDM-1(ニューデリーメタロ-β-ラクタマーゼ-1)を産生する多剤耐性菌について

○NDM-1産生多剤耐性菌は、複数の抗菌薬に対する複数の耐性遺伝子を同時に保有しており、ほとんどの抗菌薬に耐性を示す。

※カルバペネムという切り札的抗菌薬を分解する「NDM-1」という酵素を産生する。

○NDM-1産生多剤耐性は、大腸菌、肺炎桿菌などの「腸内細菌科」の菌にみられる。

○2009年に、インド系のスウェーデン在住者の患者から最初に分離されたとの報告があった。

○インドやパキスタン地域で医療行為を受け、英国や米国等へ帰国し、感染症を呈した旅行者から多数分離され問題となった。

○我が国では、2010年9月に第1例が報告された。(2009年5月の検体から検出)

- ・大腸菌は、一般の健常者の腸内に生息する常在菌である。
- ・大腸菌は、抵抗力の弱い患者で、院内感染症や日和見感染症などの原因となるほか、健常者でも、膀胱炎などを引き起こす事がある。
- ・NDM-1を産生する大腸菌等は、通常の大腸菌等と比べ、特段、病原性が強いなどの事実は確認されていない。
- ・NDM-1産生大腸菌等が腸管内などに留まっている限り、健常者では、無害、無症状だが、膀胱に感染すれば膀胱炎、肺に感染すれば肺炎、血液中に感染すれば敗血症を発症するなどし、抗菌薬による治療が困難になることが懸念される。

これまでに専門誌に報告されているNDM-1産生多剤耐性菌

| 国(地域) <報告年> | 菌種 | 患者数/株数 |
|-------------------|-----------|----------------------------|
| 1. インド<2009> | 肺炎桿菌 | 1名 |
| 2. 米国<2010> | 大腸菌、肺炎桿菌等 | 3名 ※全てインド/パキスタンへの渡航歴有り |
| 3. インド(チェンナイ) | 大腸菌、肺炎桿菌等 | 44株 |
| 4. インド(ハリヤーナ) | 肺炎桿菌 | 26株 |
| 5. その他(インド/パキスタン) | 不明 | 73株 |
| 6. 英国 | 大腸菌、肺炎桿菌等 | 37株 ※全てインド/パキスタンへの渡航歴有り |

出典 1:American Society of Microbiology 2009 2: MMWR 2010
3~6:Lancet Infectious diseases 2010

※このほか、ベルギーにおいて、死亡患者1名があったとの報道あり。
また、カナダ、ケニアでも発見されたとの学会発表あり。

NDM-1産生多剤耐性大腸菌 国内発生に関するこれまでの経過

※枠内は獨協医科大学病院における対応

- H21.4 獨協医大病院に、50歳代の日本人男性(インドから帰国後)が入院。
H21.5 この患者に、多剤耐性大腸菌が検出されたが、原因は分からず、菌の検体を保存した。
・その後の検査で菌は検出されず、患者は退院。
・他の患者にも感染はみられなかった。

- H22.8.11 英文医学誌「ランセット」電子版に、NDM-1産生耐性菌の欧州での発生についての報告が掲載された。
H22.8.18 厚生労働省は、NDM-1産生多剤耐性菌の海外での発生を受けて、国内発生に備え、医療機関に、注意喚起を図るとともに、国立感染症研究所での検査が可能であることを周知するため、事務連絡を都道府県等に発出。

- H22.8 獨協医大病院は、上記医学誌及び、厚生労働省からの事務連絡等を受けて、保存した検体について詳細な検査を実施。
H22.8.30 獨協医大病院における検査で、NDM-1産生多剤耐性大腸菌であるとの結果が判明。

- H22.9.1～ 国立感染症研究所及び厚生労働省は、獨協医大病院での症例についての一報を受け、情報収集を実施。確認の検査のための検体の提供を依頼。
H22.9.6 NDM-1産生多剤耐性大腸菌の発生についての報道。

- H22.9.6 獨協医大病院において記者会見を実施し、NDM-1産生多剤耐性大腸菌の発生を公表。

厚生労働省の対応(1)

1. 耐性菌に関するサーベイランスの強化

○感染症法上の届出対象範囲の検討

- ・ 現在、感染症法上、5種類の耐性菌(法または省令で規定)について届出義務を課しているが、新たに発生している耐性菌を含め、対象の範囲について検討(9月10日に有識者の意見交換会を実施)

○実態調査の早急な実施

- ・ NDM-1産生多剤耐性菌等については、特殊な検査を要するため、全国から、多剤耐性大腸菌などの検体を収集したうえで、国立感染症研究所で検査を行い、国内の実態把握を実施(9月10日に通知を発出)

2. 全国の病院における院内感染の防止策

○院内感染対策の徹底に関する注意喚起

- ・ 院内感染対策の徹底に関し、都道府県を通じて全国の病院に周知する文書を発出(9月6日発出済み)

○院内感染対策のあり方に関する検討

- ・ 帝京大学医学部付属病院の事案に関する調査結果を踏まえ、院内感染対策のあり方について、今後、有識者の意見を踏まえつつ検討

厚生労働省の対応(2)

3. 帝京大学医学部附属病院における事案への対応方策

○院内感染の防止体制等に関する事実確認

- ・ 9月6日に実施した厚生労働省及び東京都による立入検査の結果等を踏まえ、院内感染の防止体制や報告までの経過等について問題がなかったか事実確認を実施中

○国立感染症研究所所属の専門家チームの派遣

- ・ 帝京大学医学部附属病院が新たに設置した調査委員会に、国立感染症研究所所属の実地疫学養成チーム(FETP)の責任者が参加。同委員会における検証の一環としてFETPの派遣を実施
※FETP・・・自治体からの要請に基づき、国立感染症研究所・感染症情報センターから技術的支援を行うために派遣されるチームであり、対策に結びつけるための実地疫学調査を実施するもの

感染症法の対象となる感染症

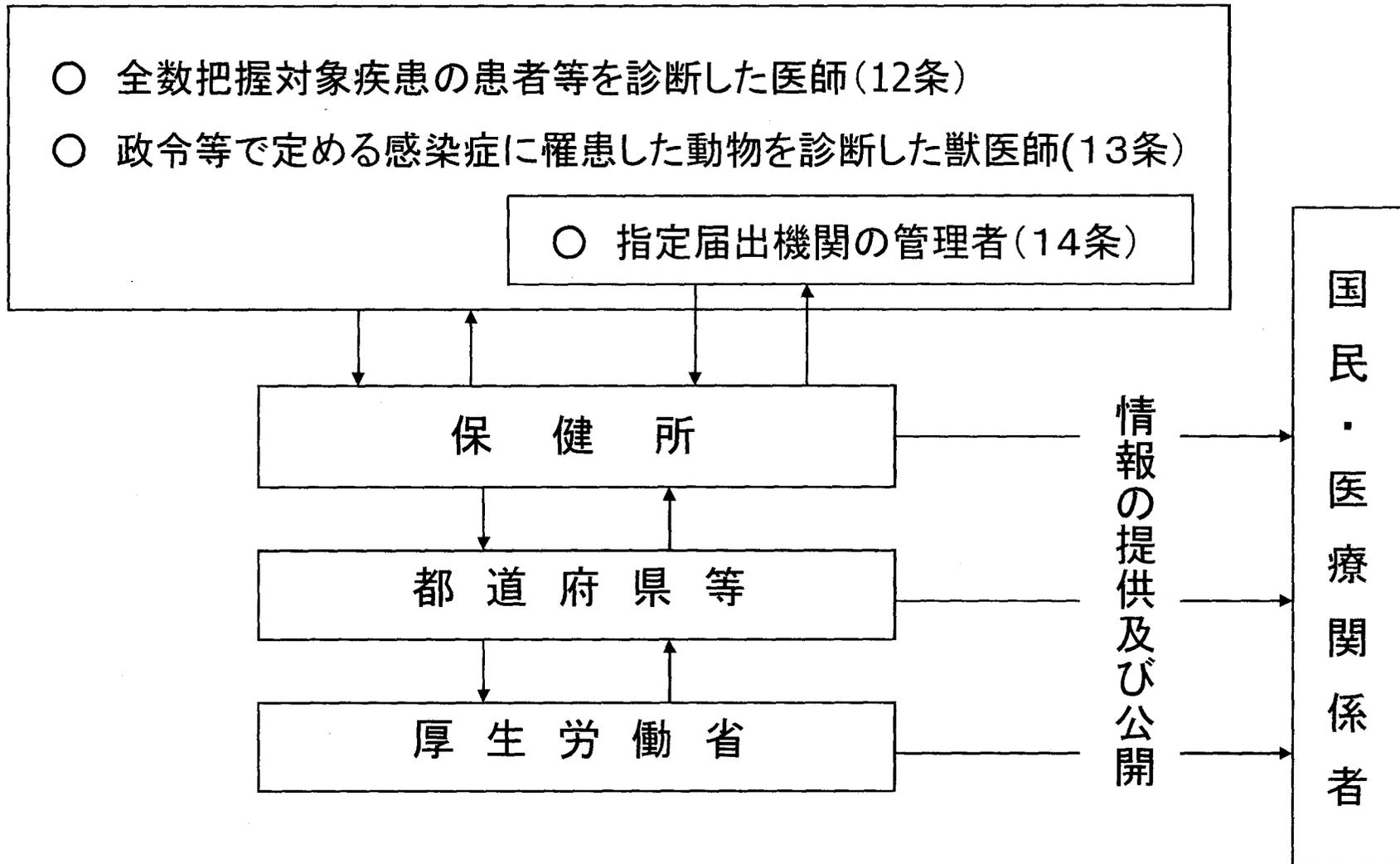
| 感染症類型 | 感 染 症 名 等 |
|---------------|---|
| 1 類感染症 | 法 エボラ出血熱, クリミア・コンゴ出血熱, 痘そう, 南米出血熱, ペスト, マールブルグ, ラッサ熱 |
| 2 類感染症 | 法 急性灰白髄炎, ジフテリア, 重症急性呼吸器症候群 (SARSコロナウイルスに限る), 結核, 鳥インフルエンザ (病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルスであってその血清亜型がH5N1であるものに限る。以下「鳥インフルエンザ (H5N1)」という。) |
| 3 類感染症 | 法 腸管出血性大腸菌感染症, コレラ, 細菌性赤痢, 腸チフス, パラチフス |
| 4 類感染症 | <p>法 E型肝炎, A型肝炎, 黄熱, Q熱, 狂犬病, 炭疽, 鳥インフルエンザ (鳥インフルエンザ (H5N1) を除く。), ポツリヌス症, マラリア, 野兔病</p> <p>政令 ウエストナイル熱, エキノコックス症, オウム病, オムスク出血熱, 回帰熱, キャサヌル森林病, コクシジオイデス症, サル痘, 腎症候性出血熱, 西部ウマ脳炎, ダニ媒介脳炎, つつが虫病, デング熱, 東部ウマ脳炎, ニパウイルス感染症, 日本紅斑熱, 日本脳炎, ハンタウイルス肺症候群, Bウイルス病, 鼻疽, プルセラ症, ベネズエラウマ脳炎, ヘンドラウイルス感染症, 発しんチフス, ライム病, リッサウイルス感染症, リフトバレー熱, 類鼻疽, レジオネラ症, レプトスピラ症, ロッキー山紅斑熱</p> |
| 5 類感染症 | <p>法 インフルエンザ (鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。), ウイルス性肝炎 (E型肝炎及びA型肝炎を除く。), クリプトスポリジウム症, 後天性免疫不全症候群, 性器クラミジア感染症, 梅毒, 麻しん, メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症</p> <p>省令 アメーバ赤痢, RSウイルス感染症, 咽頭結膜熱, A群溶血性レンサ球菌咽頭炎, 感染性胃腸炎, 急性出血性結膜炎, 急性脳炎 (ウエストナイル脳炎, 西部ウマ脳炎, ダニ媒介脳炎, 東部ウマ脳炎, 日本脳炎, ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。), クラミジア肺炎 (オウム病を除く。), クロイツフェルト・ヤコブ病, 劇症型溶血性レンサ球菌感染症, 細菌性髄膜炎, ジアルジア症, 水痘, 髄膜炎菌性髄膜炎, 性器ヘルペスウイルス感染症, 尖圭コンジローマ, 先天性風しん症候群, 手足口病, 伝染性紅斑, 突発性発しん, 破傷風, バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症, バンコマイシン耐性腸球菌感染症, 百日咳, 風しん, ペニシリン耐性肺炎球菌感染症, ヘルパンギーナ, マイコプラズマ肺炎, 無菌性髄膜炎, 薬剤耐性緑膿菌感染症, 流行性角結膜炎, 流行性耳下腺炎, 淋菌感染症</p> |
| 指定感染症 | (該当なし) |
| 新 感 染 症 | (該当なし) |
| 新型インフルエンザ等感染症 | 法 新型インフルエンザ, 再興型インフルエンザ |

感染症法の対象となる感染症の定義・類型

| 感染症類型 | 性格 | 主な対応・措置 |
|-------|--|---|
| 一類感染症 | 感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が極めて高い感染症 | <ul style="list-style-type: none"> ・原則入院 ・消毒等の対物措置(例外的に、建物への措置、通行制限等の措置も適用対象とする。) |
| 二類感染症 | 感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が高い感染症 | <ul style="list-style-type: none"> ・状況に応じて入院 ・消毒等の対物措置 |
| 三類感染症 | 感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が高くないが、特定の職業への就業によって感染症の集団発生を起し得る感染症 | <ul style="list-style-type: none"> ・特定職種への就業制限 ・消毒等の対物措置 |
| 四類感染症 | 人から人への感染はほとんどないが、動物、飲食物等の物件を介して感染するため、動物や物件の消毒、廃棄などの措置が必要となる感染症 | <ul style="list-style-type: none"> ・動物の措置を含む消毒等の対物措置 |
| 五類感染症 | 感染症発生動向調査を行い、その結果等に基づいて必要な情報を一般国民や医療関係者に提供・公開していくことによって、発生・拡大を防止すべき感染症 | <ul style="list-style-type: none"> ・感染症発生状況の収集、分析とその結果の公開、提供 |

医師の届出等

法第12条～14条に基づく情報の基本的流れ



感染症法の5類感染症の全数把握と定点把握

●全数把握(感染症法第12条)

概要: 診断した医師に届出を義務付け、全数を把握

対象疾患: アメーバ赤痢、ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く。)、急性脳炎(ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。)、クリプトスポリジウム症、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、後天性免疫不全症候群、ジアルジア症、髄膜炎菌性髄膜炎、先天性風しん症候群、梅毒、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、風しん、麻しん

●定点把握(感染症法第14条)

概要: 指定届出機関からの届出により把握

対象疾患: RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、感染性胃腸炎、水痘、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、百日咳、ヘルパンギーナ及び流行性耳下腺炎、インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)、急性出血性結膜炎及び流行性角結膜炎、性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ及び淋菌感染症、クラミジア肺炎、(オウム病を除く。)、細菌性髄膜炎、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、マイコプラズマ肺炎、無菌性髄膜炎、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症及び薬剤耐性緑膿菌感染症

※ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症及び薬剤耐性緑膿菌感染症の指定届出機関は、「患者を三百人以上収容する施設を有する病院であって、その診療科名中に内科及び外科を含むもの」のうち、適当と認めるものを指定することとなっている。(470医療機関が指定されている。)

耐性菌に関するサーベイランス

| | | 感染症法による報告(五類感染症) | JANISによるサーベイランス |
|----------|---------|--|---|
| 目的 | | 感染症発生状況の収集、分析とその結果の公開、提供を行うことを目的としている。 | 薬剤耐性菌による感染症の発生状況等を調査し、我が国の院内感染の概況の把握、各医療機関において実施される院内感染対策の改善の支援等を行うことを目的としている。 |
| 根拠 | | 感染症法(12条、14条) | 予算事業(統計法上の一般統計として承認) |
| 方法 | 報告対象と内容 | 法又は省令に定められた耐性菌による感染症(5種類)を発症した患者又は死亡者について、発生した事実及び性・年齢等を報告。 (無症候の保菌者は報告対象に含まれていない。) | 以下のうち各医療機関が希望するものを報告。 ●細菌検査による全検査データ(細菌の菌種と検出数、抗菌薬への感受性) ●入院患者における、主要な耐性菌の発生状況。 ●手術患者における創感染の部位や菌種 ●ICU/NICUにおける感染症の発生状況と原因菌等 |
| | 報告主体 | 全数把握対象疾病:全ての医師(届出の義務あり) 定点把握対象疾病:指定届出機関(全国で470医療機関を指定、管理者に届出の義務あり) | 任意に参加を希望する医療機関 (原則として200床以上の病院に限る、平成22年8月現在847医療機関) |
| | 報告先 | 都道府県等を通じて国 | 国 |
| 情報の集計・公表 | | 健康局結核感染症課及び国立感染症研究所が、全国の報告を集計し、傾向等の分析評価を加えたものを、速やかに、週報及び月報等として、都道府県等に提供するとともに、国立感染症研究所ホームページで公開。 | 事務局(医政局指導課が国立感染症研究所の支援を得て実施)が解析評価した情報(医療機関ごとの菌分離率、耐性菌の発生率、患者発生率等と全国の集計データとの比較したもの)を各医療機関に還元。 全国の概況について、四半期や年次の報告を作成し、ホームページで公開。 |
| 情報の活用方法 | | 全国における感染症の発生動向を公開することで、対策の推進を促す。 | 各医療機関が、解析評価情報を院内感染対策の評価、推進及び改善方針に利用する。 |

5類感染症のうち、多剤耐性菌の報告数

| 年 | 全数把握(12条) | | 定点把握(14条) | | |
|-------|----------------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------|
| | バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症 報告数 | バンコマイシン耐性腸球菌感染症 報告数 | ペニシリン耐性肺炎球菌感染症 報告数 | メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症 報告数 | 薬剤耐性緑膿菌感染症 報告数 |
| 1999 | - | 23 | 2,129 | 11,088 | 437 |
| 2000 | - | 36 | 4,321 | 18,013 | 555 |
| 2001 | - | 40 | 5,254 | 18,409 | 611 |
| 2002 | - | 44 | 6,132 | 20,214 | 716 |
| 2003 | 0 | 59 | 6,447 | 21,302 | 759 |
| 2004 | 0 | 58 | 6,692 | 21,827 | 671 |
| 2005 | 0 | 69 | 6,233 | 22,615 | 697 |
| 2006 | 0 | 83 | 5,294 | 23,098 | 646 |
| 2007 | 0 | 84 | 4,840 | 24,926 | 528 |
| 2008 | 0 | 80 | 5,257 | 24,898 | 460 |
| 2009 | 0 | 116 | 4,772 | 23,325 | 450 |
| 2010※ | 0 | 73 | 3,520 | 13,795 | 223 |

※2010年は、1月1日から7月31日までの集計値

注:バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症については、平成15年11月5日からの数値である。

感染症発生動向調査 情報の公表

(感染症法第16条に基づく)

国立感染症研究所に設置された感染症情報センターは、患者情報及び病原体情報を集計し、分析評価を加えた全国情報を、週報及び月報等として作成して、都道府県等の本庁に提供するとともに、国立感染症研究所ホームページで一般に公表している。

多剤耐性菌の公表について

全数把握対象疾病は、毎号の週報に掲載。
 定点把握対象疾病は、毎月1回週報に掲載。
 その他、病原微生物検出情報等に特集記事を掲載。

感染症発生動向調査 感染症週報

Infectious Diseases Weekly Report JAPAN
idwr 2010年第36週(9月6日~9月12日): 通巻第12巻第36号
 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律
 感染症発生動向調査
感染症週報
 厚生労働省/国立感染症研究所

マークをクリックするとそのページを見ることができます



発生動向総覧
P.2-10

<第36週> 感染性胃腸炎の定点当たり報告数は第33週以降増加が続いており、過去5年間の同時期と比較してやや多い。その他最新動向
 <8月> 性感染症 **薬剤耐性菌感染症について**

<http://idsc.nih.go.jp/idwr/index.html>

病原微生物検出情報 (月報)

病原微生物検出情報 月報
 Infectious Agents Surveillance Report (IASR)
<http://idsc.nih.go.jp/iasr/index-j.html>

アシネットバクター属菌3、多重耐性アシネットバクター (MDRAB) の検出: 米国3、欧州・アジア5、MDRAB 遺伝子
 公報等: 感染3、米国感染症科から分離された MCRAB、千葉2、大学病院における MCRAB 検出事例: 感染3、検査
 用データを用いた多重耐性アシネットバクター(国内分離株5、JAMB 10、手取川流域からの EV71 分離株2、感染
 11、中国からの H1N1 型インフルエンザウイルス輸入症例: 本週12、イタ・ネコにおけるジフテリア菌産生 *C. ulcerans* 12、
 イヌ・ネコの *C. ulcerans* 感染状況: 大分県12、愛媛県14、岡山県16、ホテルを感染とした広域レジオネラ菌感染:
 感染16、洗剤で初感染の HIV-1 型 B51、産生大腸菌: 秋田県18、と新佐賀県産の肝臓から検出された *Yersinia*
 コックス: 山形県19、ベトナムクワイマのクワイマ(伝染性)21、ラボウイルス集団感染: 福岡県22、急性腸炎死
 亡から大腸菌検出: 大分県11、ヒト感染クラスタ-群: WHO 23、初のクワズウイルス (QV) 検出: 感染症
 専門: イタリヤ24、向原性病原体産生の USUV 感染: イタリヤ24、チフス菌、パステラ菌のファージ型別感染26

本誌に掲載された統計資料は、1)「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に基づく感染症発生動向調査によって報告された、患者発生および病原体検出に関するデータ、2) 感染症に関する前記以外のデータに由来する、データは次の法機関の協力により提供された: 保健所、地方衛生研究所、厚生労働省食品安全部、検疫所、感染性腸炎研究会。

<特集> 多剤耐性アシネットバクター

アシネットバクター属菌(以下、アシネットバクター)は、土壌、河川水など自然環境中からしばしば分離される環境菌である(本号3ページ)。細胞侵入性は示さず、外毒素などの特定の病原因子を産生しないため、

た、2002年頃よりイラク戦争に従軍し負傷した兵隊で、多剤耐性 *A. baumannii* による血流感染症や創部感染症の多発が大きな問題となり、一般にも広く知られるところとなった。

<http://idsc.nih.go.jp/iasr/index-j.html>

ISSN 0916-5813

Vol.31 No. 7 (No.365)
 2010年7月発行

国立感染症研究所
 厚生労働省健康局
 結核感染症課
 事務局 感染症発生情報センター
 〒102-8581 新宿区戸山1-23-1
 Tel 03(5285)1111 Fax 03(5285)1177
 E-mail iasr-c@nih.go.jp

(編集) 感染症発生情報センター

厚生労働省院内感染対策サーベイランス(JANIS)

- 厚生労働省医政局指導課が、国立感染症研究所の支援を得て実施するサーベイランスシステム。
- 薬剤耐性菌による感染症の発生状況等を調査し、我が国の院内感染の概況の把握、各医療機関において実施される院内感染対策の改善の支援等を行うことを目的としている。

※院内感染の発生状況そのものを調査するものではない

- 参加を希望する医療機関(原則として200床以上の病院に限る、平成22年8月現在847医療機関)が、患者の検査により分離された細菌の薬剤感受性(抗菌薬に耐性があるかどうか)等の情報を登録している。

※各医療機関はJANISの登録情報と自施設の状況を比較することで、院内感染発生の可能性を分析

- 以下の5部門のサーベイランスを実施しており、医療機関は参加を希望する部門のサーベイランスに参加している。

○検査部門 ○全入院患者部門 ○手術部位感染部門
○集中治療室部門 ○新生児集中治療室部門

院内感染対策サーベイランス事業のあり方について

医政局指導課

院内感染対策サーベイランス事業(JANIS)は、薬剤に耐性のある細菌の発生状況等を把握するとともに、各医療機関において実施される院内感染対策の改善の支援等を行うことを目的として、平成12年度より実施。

本事業は、各医療機関の院内感染対策の自主的な取り組みを支援する仕組みとして重要な役割を果たしているところであるが、医療機関のさらなる取り組みを促進するため、今後、院内感染対策中央会議や院内感染対策サーベイランス運営委員会での議論を踏まえつつ、その充実について検討していくことが必要。

<検討項目の例>

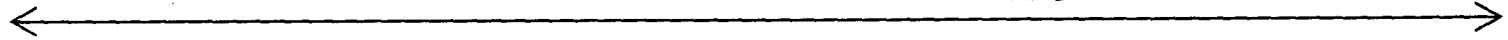
- 参加医療機関数の増加
 - ・平成22年8月現在847医療機関が参加
- 参加医療機関に対する支援の強化
 - ・院内感染発生の可能性をより認識し易くするツールの活用
- 地方自治体やJANISに参加していない医療機関との連携
 - ・地域の医療機関に対する地方自治体を通じた情報提供・注意喚起の支援
 - ・データの一般公開の迅速化

※見直しの内容によっては人件費等の新たな予算を要する場合がある。

院内感染及び耐性菌への対策の全体像

院内感染対策や医療安全
に重点を置いたもの

耐性菌の発生防止や、耐性菌
による疾病対策に重点を置い
たもの



医療
現場
での
対策

院内感染対策
(手洗いなど標準的な手技、
衛生管理、滅菌・消毒、
感染拡大防止策
等)

抗菌薬の適正使用

政府の
対策

実態把握

JANISによる
サーベイランス

感染症法による報告

具体的対策

技術的支援 (指針の作成等)

診療報酬上のインセンティブ

医療機関の指導監査

の検討
の場

院内感染対策中央会議

厚生科学審議会感染症部会 等

有識者の意見交換会における主な論点 (H22. 9. 10)

- 把握の目的についてどう考えるか。
 - ・全体の動向を把握するためか、現場の改善に結びつけるためか。
 - ・どのような場合に、全数把握を行う必要があるか。
 - ・感染症法に位置づけることによる普及啓発の効果はどう考えるか。
- 把握の対象・方法についてどう考えるか。
 - ・患者の発生数、菌の発生状況(件数・割合)、集団発生(アウトブレイク)のいずれを把握するか。
 - －保菌と発症が異なるものであり、どちらを把握する方が意義が高いか。
 - ・アシネトバクター・大腸菌など菌種ごとに把握するか、3剤耐性など耐性の状況ごとに把握するか。
 - ・JANISによるサーベイランスで、全国の状況がどのように把握できるか。
- データの活用についてどう考えるか。
 - ・各医療機関で活用できるデータはどのようなものか。
 - ・把握した結果の情報提供が関係者に分かりやすいものとなっているか。
- 制度の運用についてどう考えるか。
 - ・発生数が少ない間に限って全国的な把握するべきか。
- 医療現場への影響についてどう考えるか。
 - ・届出対象疾患や件数が増加すると、負担が増えるのではないか。
 - ・医療機関への支援やインセンティブと、法的規制をどのように組み合わせて対策を進めるか。

検討していただきたい課題

- 国民の関心が高く、諸外国の状況からも増加の懸念される「多剤耐性アシネトバクター感染症」について、その動向を把握し、情報提供することで、全国的な対策を促す観点から5類感染症に指定することとしてはどうか。

- その際、多剤耐性アシネトバクターは、既にある程度の医療機関で検出されており、今後の傾向を把握することが必要であることから、「定点把握」対象疾病としてはどうか。

- ◆ 過去3年に、200床以上の医療機関へのアンケート調査で、回答医療機関の12%で検出されたとの報告がある。

- ◆ 定点把握対象疾病の多剤耐性菌は、基幹定点(全国で470の医療機関を指定)から、月報として届出がなされている。

※ なお、「JANIS」の更なる活用を含め、院内感染対策については、今後「院内感染対策中央会議」(医政局)等で更に検討。