

院内感染 対策だより

第 1 1 号

平成16年7月

- ・知っておきたい耐性菌の知識
- ・機能評価受審に向けて 一質問形式一

院内感染対策チーム（ICT）発行

知っておきたい耐性菌の知識

「耐性菌」という言葉は、ときどき耳にされ、また、結構やっかいな相手であることもご存じだと思います。今回は、耐性菌についてももう少し知識と意識を高めていただければと思い、話題に取り上げました。

1. 耐性菌とは？以下のように定義できるでしょう。

1) 以前は有効性が期待できる薬剤が多く存在したが、その後、複数の抗菌薬に耐性を獲得した細菌

(例) MRSA, 多剤耐性肺炎球菌, 多剤耐性緑膿菌, 多剤耐性結核菌

2) 通常は抗菌活性が期待できる特定の抗菌薬に対し、耐性を獲得した細菌

(例) PRSP, ESBL 産生菌, メタロ-β-ラクタマーゼ産生菌, VRE

2. 耐性菌はどうして発生するのか？

耐性菌の発生原因は、とりもなおさず、「抗菌薬の使用自体」です。不適切な抗菌薬の使用が耐性菌の蔓延を引き起こします。機序としては、1) 薬剤の分解・修飾・不活化酵素の産生、2) 薬剤の標的分子の変化、3) 薬剤排出ポンプの機能亢進・外膜タンパクの変化、4) バイオフィーム形成などがあります。

3. 耐性菌にはどんなものがあるのか？下記に示します。

耐性菌	分離頻度	耐性機構など
メチシリン耐性ブドウ球菌 (MRSA)	60-80%	ご存じ MRSA. ペニシリン結合タンパクの変異 (PBP2) により発生します。
ペニシリン耐性肺炎球菌 (PRSP) (ペニシリン低感受性菌 (PISP) を含む)	20-30% >50%	新型ペニシリン結合タンパクの獲得による。当院でも特に冬に多発しています。
バンコマイシン耐性腸球菌	まれ	日本ではまだ稀ですが、要注意です。
緑膿菌 ニューキノロン耐性緑膿菌 カルバペネム耐性緑膿菌 メタロ-β-ラクタマーゼ産生緑膿菌 アミカシン耐性緑膿菌	20% 20% 1-3% 5-10%	この10年ぐらい耐性菌の状況にあまり変化がなかったのですが、最近メタロ-β-ラクタマーゼ産生菌が増加し、要注意とされています。
肺炎桿菌 ESBL 産生肺炎桿菌	<1%	器質拡張型 β-ラクタマーゼ (ESBL) 産生菌が発生、要注意。
大腸菌 ESBL 産生大腸菌	<1%	ESBL 産生
セラチア メタロ-β-ラクタマーゼ産生セラチア	5%	カルバペネム系薬を分解するメタロ-β-ラクタマーゼ産生菌に注目
インフルエンザ菌 β-ラクタマーゼ産生インフルエンザ菌 β-ラクタマーゼ非産生アンピシリン耐性インフルエンザ菌	数% 20-30%	β-ラクタマーゼ非産生アンピシリン耐性 (BLNAR) 菌が増加しつつある

4. 当院では、院内で検出された病原微生物はすべて把握され、院内感染対策委員会で報告されています。MRSA については、発生および隔離解除の報告が義務づけられています。また、MRSA 関連抗菌薬は、血中濃度測定による適切な使用を原則としています。しかし、MRSA をはじめ耐性菌の撲滅は大変困難です。感染症の治療に当たっては、常に耐性菌の発生を考慮した適切な抗菌薬の使用をお願いします。

病院機能評価受審に向けて

— 感染対策に関する問題 ① —

病院機能評価を受審するにあたり、誰もが知っていて欲しい内容を質問形式にしてみました。これを機会に感染対策の基礎知識をご確認ください。もしかしたら、サーベイヤーがあなたに質問するかも…………。

また、ICTでは、感染に関する出前講座を実施しています。ご希望の部署は、ICTまでお申し込みください。

問 題

1. スタンダードプリコーションとは、日本語で「標準予防策」で、全ての入院患者様が対象となる感染防止の基本である。
2. スタンダードプリコーションでは、全ての患者様の血液・体液・汗を感染のリスクがあるものとして取り扱う。
3. スタンダードプリコーションの基本は、「手洗い」であるから「手洗い」をしっかり行えば感染は完全に防止できる。
4. 手洗いは「一患者一手洗い」が鉄則である。
5. 手洗いは石鹸（シャボネット）を手指全体に泡立てて5秒間洗う。
6. 手洗いができないときは、速乾性擦り込み式手指消毒（ハンドクリーン）を使用する。
7. 速乾性擦り込み式手指消毒は、どんな場合でも水洗による手洗いより勝っている。
8. 手袋を使用すれば手袋をはずした手は手洗いの必要はない。
9. 処置を行ったとき手が汚れていなければ手袋の交換を行うだけで、手洗いの必要はない。
10. 同一患者様の処置を行うとき手袋が肉眼的に汚染していなければ、速乾性擦り込み式消毒すれば手袋を交換しなくてもよい。
11. 採血のときは、原則としてディスポゴム手袋を使用する。
12. 病院における感染防止対策は、空気感染・飛沫感染・接触感染を予防することである。
13. MRSA患者様は、すべて隔離する。
14. HBs 抗体（+）の人は、感染症扱いする。
15. 水痘は、隔離の必要がない。
16. 疥癬は、接触感染である。
17. O-157 感染患者の病室のドアは、必ず閉めておく必要がある。
18. 飛沫感染の患者様は、個室隔離が必要である。
19. 結核患者様には、日常的に N95 マスクを着用していただく。
20. マスクは、患者様毎に交換する。

※ 解答は次ページにあります。

<感染対策に関する問題 ① 解答および解説>

1. ○
2. × 汗以外の体液
3. × 必要に応じてエプロン・手袋・アイマスクなどの防護具を使用する
4. × 一処置一手洗いが鉄則
5. × 手首も洗い 20 秒前後かける
6. ○
7. × 有機物（眼に見える）汚染があれば水洗手洗いをを行う
8. × ピンホールまた発汗などにより手袋をしていても手は汚染されている
9. × 汚染された手で手袋を交換すれば、装着時新しい手袋が汚染される
10. × 1 度の使用で手袋が劣化するうえ消毒剤で劣化が増長するため
11. ○
12. × 感染防止の基本はスタンダードプレコーションでこれに経路別感染防止（空気・飛沫・接触）が組み合わされる
13. × 隔離が望ましいがスタンダードプコーションと接触感染予防が徹底されれば必ずしも隔離することはない
14. ×
15. × 空気感染なので個室隔離が望ましい（同病なら大部屋でも可）
16. ○
17. × 接触感染なので必要ない
18. × 隔離が望ましいが、患者間を 1m 以上（飛沫は最大 1m しか飛ばない）間隔を空け、飛沫感染予防を行えばよい
19. × N95 マスクは、結核患者様の部屋に入室時、医療者などがつけるもので患者様には使用しない
20. × 汚れない限りかえる必要はない

編 集 後 記

院内感染対策チーム（ICT）会議終了後、院内に感染対策がどのくらい実施されているのだろうかと話になった。ICT では、感染対策の実施状況が十分に把握できていないと判断し、ラウンド方法を再検討することになっている。

院内では、感染対策を的確に行っている人、感染対策に疑問を感じている人、マニュアルに書いてあることを実践できていない人がいるかも知れない。

このような、職員全員のいろんな情報が ICT やリンクナースに届くようになれば、実際、必要ですぐに知りたい情報を提供できると思われる。そうすれば一人ひとりが正しい認識のもとに的確な感染対策ができる病院になるだろう。

ICT は、皆さんのいろんな情報を大切に、これからも活動していきたいと考えている。

編 集 委 員

委員長	清水 哲朗（外科）	委員	長堀 毅（脳神経外科）	委員	川崎 聡（内科）
委員	國谷 等（内科）	委員	矢地 弘子（看護科）	委員	関 千鶴子（看護科）
委員	村田美代子（看護科）	委員	谷畑 祐子（看護科）	委員	小路 聡美（検査科）
委員	山田 悦子（リハビリ）	委員	加藤 貴子（薬剤科）	委員	田中 京美（医事課）
委員	高野 弘文（事務局）				

院内感染対策だより 第 11 号

発行責任者 清水哲朗（ICT 委員長・外科部長）

発行日 平成 16 年 7 月 1 日

発行所 氷見市民病院 院内感染対策チーム（ICT）