

課題番号 : 25 指 7

研究課題名 : 開発途上国における院内感染対策研修の評価と改善

分担研究課題名 : 途上国の医療施設における院内感染対策システム構築に関する促進及び
阻害因子の研究

主任研究者 : 櫻田紳策

分担研究者 : 櫻田紳策

キーワード : 院内感染対策、サーベイランス、抗菌薬の適正使用、ラオス、ベトナム、
インドネシア、カンボジア

1. 研究目的

本研究班は、途上国を対象とした院内感染対策研修の効果を評価し、その改善を図ることを目的とする。

2. 研究班の構成と初年度の班全体の研究進捗状況

本研究班では、前向きフォローアップ調査と後向きフォローアップ調査を実施して、院内感染対策実施における促進因子ならびに阻害因子を同定・分析する。さらに、ベトナムで実施されているマスタートレーナー研修 (TOT) の実施状況と現地施設における TOT の成果の評価を実施する。さらに、現地施設における環境ラウンドの実施通して問題点を見出し技術的なアドバイスを行うことによって、小規模の介入を試みる。院内感染対策分野での JICA による技術支援を受けていないネパールでのベースライン調査を実施して、他の研修受講国の施設との比較検討を行う。このように本研究では、院内感染対策受講前後の評価比較をすることにより、より効果的な研修内容の在り方を検討する。

初年度は、倫理委員会からの承認を得ることに手間取り、時間を費やしたため、本格的な調査は H26 年 2 月以降となってしまった。ただし、メールによる質問紙送付による予備調査は H25 年 11 月～H26 年 1 月に実施され、ある程度の予備的情報を収集することと調査の事前説明と施設側からの調査受入の表明は得ていた。倫理委員会から承認を得るまでの間に、NCGM がこの 10 年間実施してきた途上国向け、院内感染対策集団研修のレビューを実施した。その結果は、H25 年 11 月に、医療の質と安全学会（東京）と国際保健医療学会（沖縄名護）で、研究協力者の羽石によって発表された。

現地施設の訪問は、当初予定していたエジプトにおける調査が現地治安の悪化と研修生からの連絡途絶によりキャンセルされたことを除いて、すべての予定が消化された。前向き調査では同一施設における 2 回目、3 回目の調査並フォローアップ調査が 2 年目、

3年目に予定されている。後向き調査では、ウガンダ等アフリカにおける調査が2年目以降に予定されている。環境ラウンド実施は、訪問するほぼすべての施設で予定されている。

初年度の研究成果として、院内感染対策研修に必要な要素として現在見えてきた事項を列挙する。

- 1) 病院建築、上下水道、医療廃棄物処理等、インフラ上の問題が大きな比重を占める。
これらは医療従事者には対応が難しい問題であるが、わが国の工学技術やインフラ輸出が手助けとなる可能性があり、今後 JICA 等との検討課題となり得る。
- 2) ベトナムで顕著であったが、外来・病棟を通しての過密の問題は、レファレル・システムや専門病院の建立等とも関わってくるが、感染制御上大きな問題を提起している。
これもベトナムで顕著であったが、広域抗菌薬の濫用が多剤耐性菌の検出頻度の上昇に関与していると想像される。医師の処方箋なしに抗菌薬が簡単に入手できるシステムは途上国一般に見られるが、グローバルな規制が必要であると思われる。抗菌薬の使用に関するガイドラインは、施設によっては用意されているが、遵守されているかは、今回の調査では明らかにすることはできなかった。
- 3) サーベイランスや検査データの活用の問題がある施設が多く、ICT が十分に機能していないケースも見られた。リンクナースはインドネシアの 1 施設のみで運用されており、リンクナースの活用については課題があると思われる。
- 4) 今回、調査を実施したベトナム、ラオス、カンボジア、インドネシアの 4 ヶ国では、カンボジアの施設の感染制御対応に遅れが認められた。今後の介入を検討する必要がある。
- 5) 臨床現場の医師の意識変革や行動変容が鍵を握っていると想定されたが、最も困難な課題であると思われる。ベトナムで実施された手洗いに関する調査でも、医師の成績が一番悪い。
- 6) 以上の課題の解決には、病院管理者の強いリーダーシップ発揮が不可欠である。

1. 主任分担分成果

初年度は、ラオスのマホソット病院、ベトナムのバクマイ病院、インドネシアのスリアンティ・サロソ感染症病院の三施設を訪問し、①質問紙による調査、②キーインフォーマント・インタビュー、③環境ラウンドによる直視評価の三つを実施した。三施設とも三次施設であり、病院建物の建設や医療機材に日本の支援が入っていた。三施設からの研修生は2010～2013年の間に、NCGMにおいて「院内感染対策研修」を受けている。いずれの施設にも ICC 及び ICT またはそれに該当する組織が存在する。スリアンティ・サロソ感染症病院では、リンクナースのシステムを採用していた。今回の調査から、得られた所見。

- 1) 途上国においても、三次施設にあつては、院内感染対策のための組織、診療科別または病院全体のガイドライン、基本的な院内感染対策の知識等は持ち合わせている場合が多いことが明らかとなった。また、院長、副院長、看護師長、副看護師長レベルでのリーダーシップが非常に重要であることが分かった。
- 2) 実効的なサーベイランスの実施、微生物学検査データの活用、抗菌剤の適正使用に関しては、必ずしも上手く行っているという情報は得られていない。その理由として、院内感染を疑って早期診断を行い、早期に対策を講じることの難しさ、臨床が担当医師の裁量に任されている現実、感染制御部における検査部、薬剤部、臨床の有機的な繋がりが出来ていないこと、抗菌薬に選択における商業主義の影響が指摘された。今後、この弱点に焦点を中てて、研修をよりプラクティカルなものに修正していく必要がある。また、現場の医師に行動変容をもたらす要因の一つに、施設管理者のリーダーシップがあると思われた。また、信頼度の高い検査データを提供できる検査室を持つこと、そのデータを管理し活用するシステム作りと現場医師の意識改革と行動変容がポイントになると思われる。
- 3) 医療廃棄物処理、排水処理、上水道水の水質、結核病棟を含む感染症病棟の換気システム、病棟や外来の過密等施設のインフラの問題には、感染制御或いは病院関係者だけで解決できないものが含まれていて、悩ましい状況になっている。インフラに関する問題は、研修そのもので解決策を与えることは必ずしもできないが、さまざまなアイデアや安価で有効な技術が存在することを提示することはある程度可能である。
- 4) 個別の問題を列挙すると、①マホソット病院では、医療廃棄物とサーベイランスと結核病棟における PPE の不足が認められた。②バクマイ病院においては、ICU 及び病室の過密、上水道水質の問題、高度多剤耐性菌の出現が問題となっていた。③スリアンティ・サロソ感染症病院では、結核病棟の換気に問題があった。また、サーベイランスに関しては、検査室データを含めてデータが臨床にどれほど活用されているか、改善の可能性はあると思われた。

Subject number: 25-7

Study Title: Assessment and Improvement of Group Training for Health
Care-associated Infection Control in Developing Countries

Sub-study Title: Study on Promoting and Hindering Factor(s) in the
Development of Health Care-associated Infection Control System in
Developing Countries

Representative Researchers: Shinsaku Sakurada

Co-researchers: Toru Akiyama, Nozomi Takeshita, Hiroshi Ohara

Key words: Health care associated infection, Surveillance, Adequate Use of
Anti-Microbes, Laos, Vietnam, Indonesia and Cambodia

1. Study Objective

To assess and improve the group training for health care-associated
infection (HCI) control in developing countries

2. Structure of Research Group, Responsibility and Progress in 2004 Japanese fiscal year (JFY)

In this study we attempt to identify promoting and hindering factor(s)
in the implementation through the conducting of forward and backward
follow up surveys after the JICA group training for health care-
associated infection control. In Vietnam we assess the both
implementation of training for trainers (TOT) and following training by
the trainers at lower level of health facilities. Furthermore, we attempt to
give technical advises and small scale interventions for the improvement
through the implementation of environmental round at selected health
facilities in developing countries. JICA did not conduct technical aid in
the field of health care-associated infection control in Nepal. In addition,
no one has participated in JICA group training yet. We will conduct
baseline survey and compare the situation in Nepal to those in other
countries that sent trainees to JICA group training.

In 2013 fiscal year it took a long time to obtain approval from ethical
committee in NCGM. Therefore, we started conducting surveys after the
mid of February of 2014. However, we collected some general information

and obtained tentative approval for surveys from selected facilities by sending e-mails and attached questionnaires between November, 2013 and January, 2014. During waiting for the approval, we reviewed ten years' group training for health care-associated infection control in developing countries. The results were presented by Ms. Yumiko Haneishi, research collaborator at the annual meeting of Japanese Society for Quality and Safety in Healthcare (Tokyo, November, 2013) and Japan Association for International Health (Nago, Okinawa, November, 2013).

All planned site visits to in selected developing countries except Egypt were conducted because of deterioration of security and difficulty in contact with a focal person.

We conducted planned site visits in 2013 JFY excluding survey in Egypt, because the security had rapidly deteriorated in Egypt. In forward follow-up survey, the same facilities will be surveyed twice or three times within 3 years of the study period. In backward follow-up survey, the survey will be conducted in a few facilities in Uganda in 2014 JFY. Environmental around should be basically conducted in all facilities that we visit.

Agendas have arisen from the survey conducted in 2013 JFY as necessary elements for the group-training course for HCI control.

- 1) Hindering factors regarding infrastructure such as hospital building, water supply, sanitation and medical waste. Though these problems are difficult for health care workers to solve, there are certainly chances for Japan to export advanced technology and infrastructural systems as aid. This may be a future agenda to discuss with JICA.
- 2) Overcrowding in in-patient and out-patient wards leads a serious problem in HCI control, particularly in Vietnam, it may be related to referral system and new hospital construction policy. Abuse of broad-spectrum antibiotics is also supposed to be related to the frequent detection of multi-drug resistant strains in Vietnam. Though there is generally no regulation to purchase antibiotics without physician's subscription in developing countries, it would be necessary to regulate globally deal of drug in market. It was not evident that doctors strictly

keep their guideline in our surveys, though guidelines were prepared in some facilities.

- 3) There are common problems in surveillance and application of data to clinical practice. Limitation in ICT activities was observed in even tertiary hospitals. ICT has only little power without support from hospital administrators. Link nurse system was introduced into only Sulianti Saroso Infectious Diseases (SSID) Hospital in Jakarta, Indonesia. This could be one of our agendas in future.
- 4) We visited four ASEAN countries, Vietnam, Laos, Cambodia and Indonesia. Among them counter measures for HCI in facilities in Cambodia are behind. Intervention is required to promote taking measures based on international technical cooperation.
- 5) It was supposed that awareness reform and behavioral change in clinicians are a key issue but it may be the most difficult ones to improve. Survey on hand hygiene in Vietnam revealed that score of hand wash practice among medical doctors was worst.
- 6) To solve these problems the leadership of top administrator in facility is required.

3. Results of representative researcher's study

In 2013 JFY, 1) questionnaire, 2) key informant interview, 3) direct observation and assessment by environmental round were conducted in Mahosot Hospital in Laos, Back Mai Hospital in Vietnam and SSID Hospital in Indonesia. Trainees from the three facilities participated in JICA group training between 2010 and 2013 JFY. These facilities are tertiary and Aid from Japan contributed to building and/or medical equipment in all of them. There are ICC and ICT or equivalent organization in all facilities. Only SSID has introduced link nurse system.

Findings obtained from surveys in 2013 JFY are as follows;

- 1) It has been shown that structure and guideline(s) for whole hospital and/or each clinical department are available in these tertiary facilities. Health care workers have basic knowledge about HCI control. Moreover, the leadership of director, vice director, head nurse

and vice head nurse has been shown to be an important promoting factor.

- 2) We did not observed evident functional surveillance with effective utilization of microbiological data. The reasons could be pointed out as the difficulties in early detection and taking counter measures, relative powerless in ICT, and poor coordination among laboratory, pharmaceutical and clinical departments. Therefore, we need to focus this weakness and make the group training more practical.

Leadership of administrators is thought to be the most important promoting factor to affect behavioral change on medical doctors in clinical departments. To sum up, there are several points to improve HCI control, which are laboratory providing reliable data, functional system to manage the data and apply them to clinical practice, and behavioral change with awareness reform on medical doctors in clinical departments.

- 3) Hindering factors in infrastructure such as medical waste, water supply, ventilation system in wards including tuberculosis ward and overcrowding in in-patient and out-patient ward could not be solved by infection control staff and /or health care workers. These are likely to be “aporia”. In the group training the solutions can not be given but various ideas and effective applied technology can be introduced.
- 4) Individual issues are shown as follows; 1) medical waste, surveillance and shortage of N95 masks in tuberculosis ward in Mahosot Hospital, 2) overcrowding in ICU and patients ward, quality of tap water and frequent isolation of highly multi-drug resistant strains Back Mai Hospital, 3) ventilation in tuberculosis ward, utilization of laboratory and surveillance data in clinical practice in SSID Hospital. There may be remained possibility to improve HCI control.

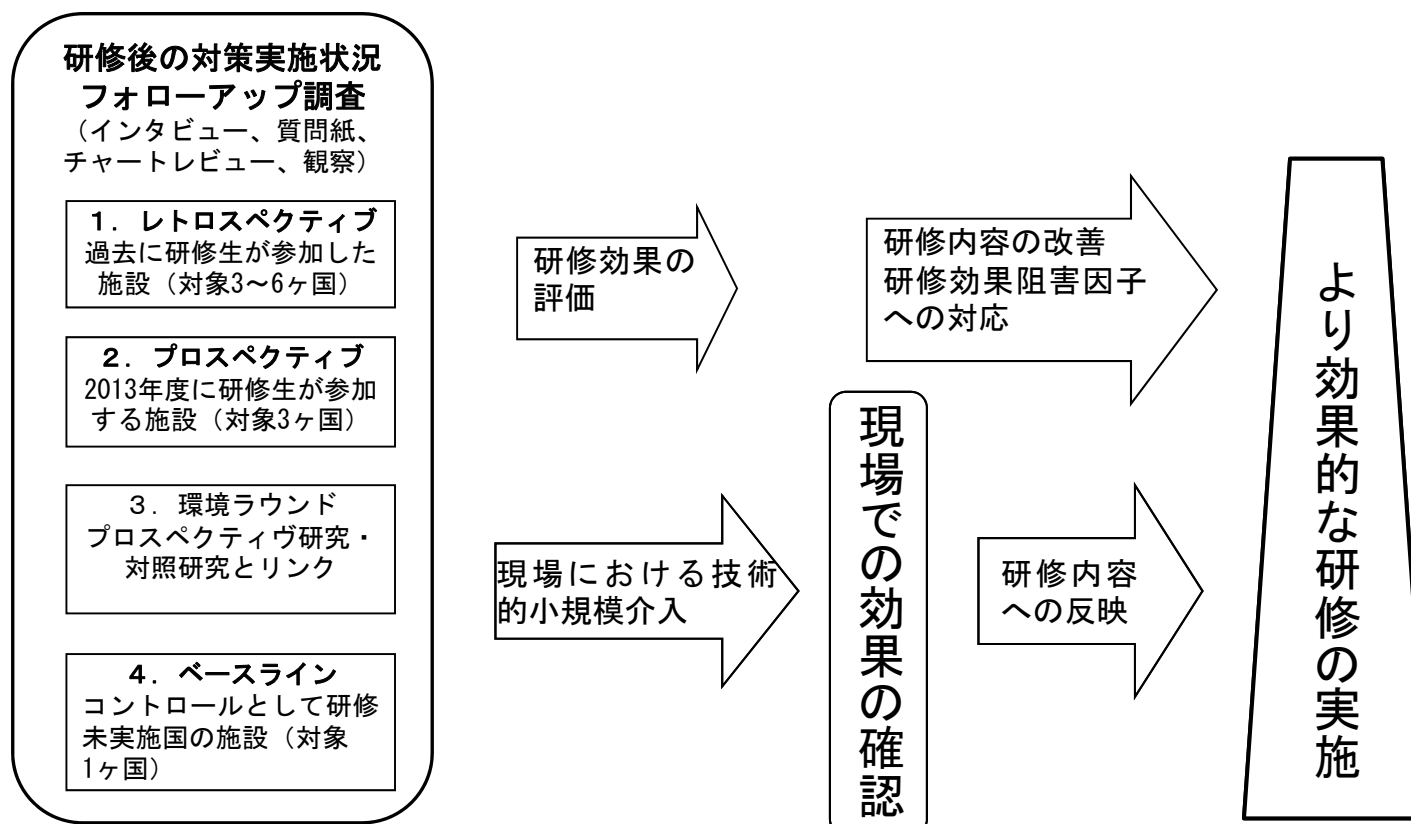
国際医療研究開発費25指7 H25年度研究事業報告

主任研究者：櫻田紳策

分担研究者：櫻田紳策

期待される成果概念図

院内感染対策システムの構築・改善と対策技術の改善



後向き調査結果

ラオス1施設、ベトナム1施設、インドネシア1施設

- 5Sや手指衛生は、ほとんどの施設において、ある程度以上周知されている。
- 建築構造、廃棄物処理、上水の水質等のインフラ面での問題存在する。(ラオス、ベトナム、インドネシア)
- 病院全体での抗菌薬のガイドラインはないことが多く、診療科単位のガイドラインはある場合とない場合がある。(ラオス、ベトナム)
- ICU、一般病棟ともに過密であり、感染制御上問題がある。(ベトナム)
- サーベイランスが機能していない、或いは機能が弱い。(ラオス、インドネシア)
- 検査データを臨床に活かすためには、ICTの権限が十分ではなく、医師の意識改革と行動変容が鍵を握る。(ラオス、ベトナム、インドネシア)
- リンクナースのシステムを持っていないところが多く、病棟スタッフ間で院内感染に関する情報の共有ができていない。(ラオス、ベトナム)
- これらの問題の解決には、病院管理者のリーダーシップが不可欠である。(ラオス、ベトナム、インドネシア)

2. 前向き調査とベトナムTOTの成果評価

ベトナム・カンボジア・ラオスの省病院現地調査

(表1) 施設の院内感染対策の状況

(ベトナム3、カンボジア2、ラオス1の合計6施設)

院内感染対策部がある	5/6
院内感染対策プロトコルがある	6/6
院内感染コントロール委員会(ICC)がある	6/6
手洗い用の消毒薬は十分	3/6
感染症モニタリングと報告システムがある	4/6
多くのスタッフが院内感染対策研修受講	5/6

(表2) 施設の問題点

(ベトナム3、カンボジア2、ラオス1の合計6施設)

建物	5/6
スタッフの個人防御	4/6
滅菌	3/6
研修機会が少ない	3/6
感染対策スタッフが不足	4/6
医師と看護師が不足	4/6
基本的対策の不適切な実施	3/6
院内感染対策に関する低い認知度	3/6
不十分な臨床検査室の機能	4/6

(表3) 病院職員の知識・実践

(カンボジア2、ラオス1の合計3施設の医師・看護師・清掃士)

病院のHAI組織を知っているか	75%
手洗いの5つのタイミングを知っているか	91%
手洗いの5つのタイミングを行っているか	82%
手洗いの基本手技を知っているか	77%
手洗いの基本手技を行っているか	75%

(表4) 職員の手指衛生コンプライアンス

(ベトナム2施設の医師・看護師)

Binh Duong省病院	47%
Kanh Hoa省病院	12%

3. 環境ラウンドによる院内感染リスクと 院内感染対策の有効性の評価

		組織	細菌検査	サーベイランス	専任担当者	手指衛生	接触感染対策	飛沫感染対策	空気感染対策	カテーテル管理	人工呼吸器管理	廃棄物扱い	汚物処理
Mit Pab	ラオス 2013	○	△	▲	▲	○	△	△	▲	○	○	○	—
KOSS AMAK	カンボジア 2013	○	△	▲	▲	○	▲	▲	▲	○	▲	○	—
Siem Reap	カンボジア 2013	○	▲	▲	▲	○	△	▲	▲	○	△	○	—
Mahosot	ラオス 2010,2012	○	△	○	△	○	△	▲	▲	○	○	○	△
Bach Mai	ベトナム 2010	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△
Sulianti Sarosoi	インドネシア 2010,2012	○	○	△	△	○	○	○	△	○	○	○	○

・方法: 開発途上国における院内感染対策の現状を評価JICA研修参加施設を対象として、現地の現状をチェックリストを用いて現状視察

・調査対象施設 カンボジア 2施設(2013)、ラオス2施設(2013-1, 2012-1)、ベトナム1施設(2011)、インドネシア1施設(2010)

4. ネパールにおけるベースライン調査で見出された問題点

Fig. 1 Hospitals with infection control manual

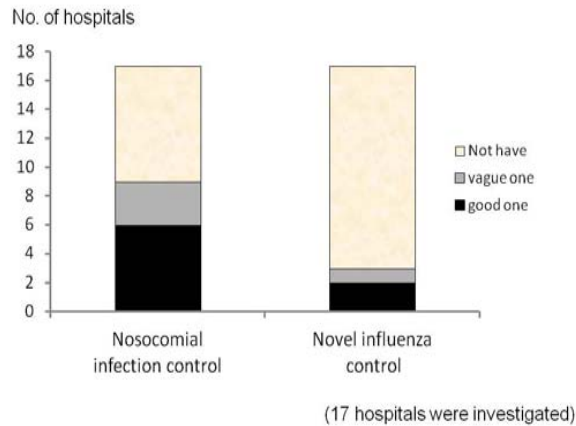


Fig. 2 Hospitals with infection control committee

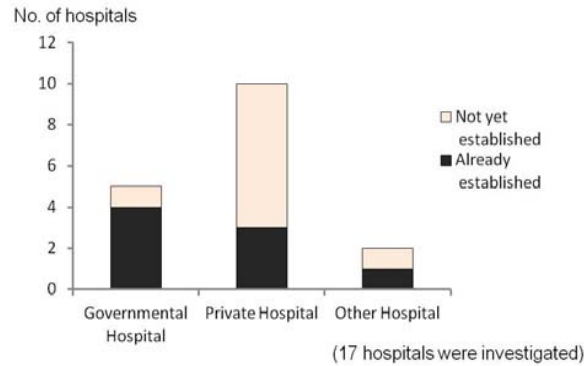


Fig. 3 Hospitals satisfying standard requirement of personal protective equipment (PPE) and disinfectants

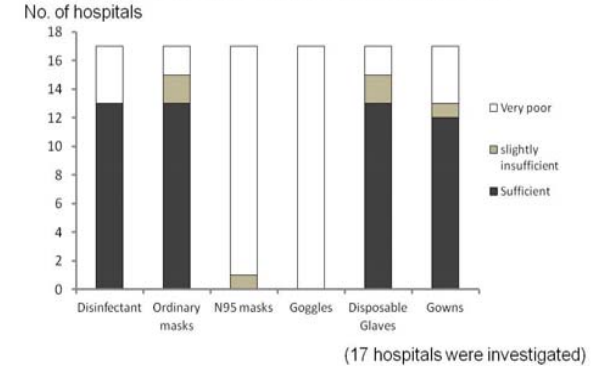


Fig. 4

Multi drug resistance (MDR) vs. Extended Spectrum Beta Lactamase (ESBL) producing bacteria.

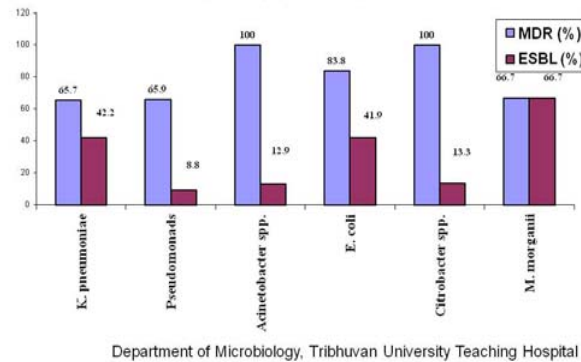
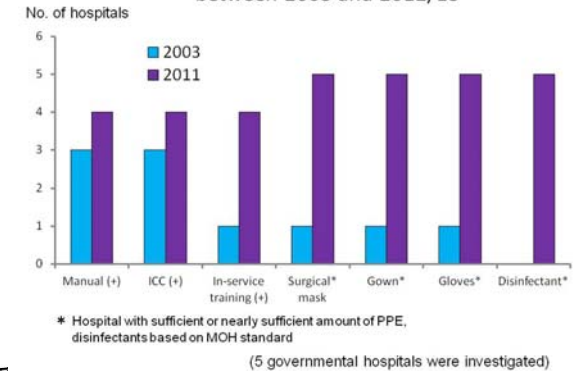


Table 1 問題点

- ICCの運営が適切でない
- スタッフが研修を受ける機会が少ない
- 抗生物質が適切に使用されていない
- 院内感染対策要員の数が少ない
- 医師、看護師の数が少なく、多忙
- 基本的機材・PPEが不足している
- 基本的手技の実行が徹底されていない
- サーベイランスの結果が適切に活用されてない
- 滅菌消毒法が適切でない
- 院内感染対策の認識が低い

Fig. 5 Comparison of infection control situation between 2003 and 2012/13



課題番号 : 25指-7
研究課題名 : 院内感染対策研修実施国における院内感染の現状と院内感染対策研修の効果に関する研究
主任研究者名 : 櫻田紳策
分担研究者名 : 秋山 稔

キーワード : 院内感染対策、集団研修、手指衛生、ベトナム、ラオス、カンボジア
研究成果 :

1. 目的

発展途上国において医療施設の重要性が高まっている一方で医療安全、院内感染対策などが不十分で医療サービス全体の質を保てていない。国立国際医療研究センター（NCGM）では平成15年から院内感染対策集団研修を実施しており、集団研修の前後で院内感染対策の実施・成果について比較・検討する。一方ベトナムの「医療従事者の質の改善プロジェクト」では院内感染対策は重点分野のひとつであり、これに対して現地研修が行われており、日本での集団研修と現地研修の効果とを比較検討する。

2. 方法

平成25年度のJICAプログラムとしてNCGMで実施された院内感染対策集団研修参加者の中からカンボジアの2病院、ラオスの1病院を選び現地調査を実施した。調査内容は病院の一般情報、院内感染対策組織及び活動、施設・機材、ICT活動、モニタリング、研修、問題点などについて質問しおよびインタビューを行い、さらに医師、看護師、清掃人に対しても院内感染対策に関する知識等の調査を行った。一方、ベトナムでJICAが実施している「医療従事者の質の改善プロジェクト」に関連して院内感染対策指導者研修実施側のホーチミン市のチョーライ病院および指導者研修を受けた2病院を含む南部3省病院を訪問し上記同様の情報収集を行った。さらにベトナムでも院内感染対策として最重要と考えられている手指衛生に関するコンプライアンス調査を行った。

3. 結果

平成25年度はベトナム、ラオス、カンボジアの合計6病院の現地調査を行った。院内感染対策の状況ではプロトコル、委員会は全ての病院にあったが、院内感染対策部はカンボジアの1病院においてまだ設立されていなかった。院内研修はラオスの1病院で一部実施されていると回答されたが、その他では大多数の職員に対しすでに実施していると回答された。問題点としては建物の構造が6病院中5病院、個人防御の問題、感染対策スタッフの不足、医師・看護師の不足、対策の不適切な実施が4病院で挙げられた。ラオス・カンボジアの3病院に対して病院職員210名の調査を実施したが、手指衛生の必要な5つのタイミングについて知っているものは91%であったのに対し実施しているものは82%であった。手指衛生の基本手技は知っているものが77%、実施しているものが75%であった。一方ベトナムにおける手指衛生コンプライアンス調査では Binh Duong 省病院で47%であったのに対し Khanh Hoa 省病院では12%であった。

4. 考察・結論

病院管理者・職員へのインタビューでは院内感染対策に関してベトナムの省病院の方がラオス・カンボジアの省病院よりも取り組み期間も長く、重要性はよく認識されている印象であった。ベトナムとラオス・カンボジアにおける現地調査とでは方法が異なり単純な比較はできなかった。後者において手指衛生を正しいタイミングで実施していると答えた割合は平均82%であったのに対し、前者では手指衛生コンプライアンスは2病院でそれぞれ47%、12%であった。これは前者では直接観察したのに対し、後者では職員本人からの回答であり信頼性は低い。今後調査の精度を上げる必要がある。

研究対象はベトナム中央の2病院、7省病院の外科症例2,072例を対象に実施されたが、医療関連感染1.2%、手術部位感染0.8%と低値であったが抗生物質の不適正使用が認められた。使用法では清潔創、準清潔創の34.7%に抗生物質予防投与が行なわれたのみで、手術症例全体の94.7%に平均5.8日の術後投与が行われていた。また、細菌培養が実施されたものは2.0%と低く、省病院での実施率は低かった。また培養の結果に基づいた抗生物質の使用が行なわれていた症例は71.1%のみに留まっていた。SSIに対する抗生物質投与に関しては米国疾病対策センター（CDC）のガイドラインに反し、今回の調査では予防投与に平均5.8日の術後投与を加え、55.1%が第3世代セファロスポリンであるという現状であり、何らかのガイドラインが必要であろう。また、細菌培養の実施率も低く、その結果を抗生物質の選択に利用していないものも約30%に認められた。この結果から特に省病院での細菌検査体制の整備とその結果を有効に利用するための研修などが必要と思われた。

課題番号 : 25指7

研究課題名 : ネパールの主要病院における院内感染対策の実情分析と効果的な改善策に関する検討

主任研究者名 : 櫻田紳策

分担研究者名 : 小原 博

キーワード : ネパール、院内感染対策、実情分析、改善策

研究成果

本分担研究は「JICA 開発途上国院内感染対策管理者研修」を受講していない国であるネパールを対象としている。院内感染対策の実情調査、問題点の分析を実施し、それらの結果に基づいて必要な改善策に関する提言を行い、改善の過程をモニタリングすることを主な内容としている。結果を研修を実施した国々と比較し、研修プログラム改善に寄与するとともに、改善指導を実施し対策能力向上に資することを企図している。初年度は以下の研究を実施した。

トリブバン大学医学部付属病院(TUTH)をはじめ、カトマンズ市内の 17 病院(国立 5、私立 9、その他 3)を対象に実情調査を実施した。

調査方法は、質問紙法と key informant interview、現地調査による。内容は、感染対策システム、研修実施状況、サーベイランスの実情、感染防護機材準備、問題点などである。2003 年に 5 国立病院を対象に同様の調査を実施しており、今回の結果と比較した。調査結果の概要は以下のとおり：

- 2003 年に実施した調査結果に比べ改善が認められている。個人感染防護 具や消毒剤の準備状況、病院や院内感染対策研修を実施している病院が増えたことが注目される。しかし、さらに改善すべき点が多く、今後一層の努力が求められる。
 - 薬剤耐性菌が大きな問題であることが指摘される。耐性菌の蔓延は院内感染を促進する要因の 1 つであることが示唆される。
 - 今後、マニュアルの改善、基本的手技の充実、院内感染対策委員会やサーベイランスなど対策システムの強化、抗生物質の適正使用が特に重要であると考えられる。
 - TUTH における研修は WHO 指針と CDC マニュアル(1996 年版)に基づいているが、外国の指導や援助を受けて実施したことはなく、指導を求める意見が強く出された。
 - 本調査結果を以下の論文にまとめ報告した。
-
- ✓ 上述の調査では職員の院内感染対策の認識度に関する調査が含まれていないので、平成 26 年度に「TUTH の医療従事者を対象に院内感染対策に関する認識と基本手技実施状況に関する KAP スタディ」を実施する方向で準備を進めた。すでに、ネパール TUTH 倫理委員会の承認を得たため、26 年度早々から調査を開始する予定である。
 - ✓ 上述の 17 病院のうち、5 病院に対し詳細な調査を実施する準備を進めた。
 - ✓ 調査結果を基に看護職員に対する改善指導を実施する準備を進めた。平成 26 年 12 月に実施する新人看護研修の計画作成に協力する予定である。

課題番号 : 25指7
研究課題名 : 環境ラウンドによる院内感染リスクと院内感染対策の有効性の評価
の研究
主任研究者名 : 櫻田 紳策
分担研究者名 : 竹下 望
キーワード : 院内感染対策、環境ラウンド
研究成果 : 2013年度の研修参加施設 カンボジア2施設 (Kossamak hospital, Siempeap hospital)、ラオス1施設 (Mit Pab hospital)を訪問、また過去の研修参加施設 (2010-2012年)であるラオス1施設 (Mahosot hospital), ベトナム1施設 (Bach Mai hospital), インドネシア1施設 (Sulianti Sarosoi hospital)を訪問し、検査室、ICUを中心にラウンドを行った。全体の傾向として手指衛生、廃棄物の分別、感染管理の組織づくりは行われているが、空気感染対策、飛沫感染対策は一部の医療機関を除いて改善の余地があると考えられた。また感染対策におけるサーベイランスが行われていない施設も多く、感染対策の問題を数値として管理することに改善の余地があると考えられた。ただし、本研究における訪問期間は1-2日の短期であることを考慮する必要がある。

研究発表及び特許取得報告について

課題番号： 25指7

研究課題名： 開発途上国における院内感染対策研修の評価と改善

主任研究者名： 櫻田紳策

論文発表

論文タイトル	著者	掲載誌	掲載号	年
該当なし				

学会発表

タイトル	発表者	学会名	場所	年月
途上国対象院内感染対策集団研修の10年間に 見えた課題	羽石弓子	医療の質・安全学 会	東京	2013年11月
Ten years experience of training to control health care associated infections in developing countries and observed problems	羽石弓子	国際保健医療学会	沖縄名護市	2013年11月

その他発表(雑誌、テレビ、ラジオ等)

タイトル	発表者	発表先	場所	年月日
該当なし				

特許取得状況について ※出願申請中のものは()記載のこと。

発明名称	登録番号	特許権者(申請者) (共願は全記載)	登録日(申請日)	出願国
該当なし				

※該当がない項目の欄には「該当なし」と記載のこと。

※主任研究者が班全員分の内容を記載のこと。