



病原体別感染症対策

27. 薬剤耐性菌

薬剤耐性菌の伝播経路は主に接触感染である。薬剤耐性が生じるメカニズムは、突然変異による場合と、耐性遺伝子の獲得による場合がある。耐性遺伝子は菌種を超えて伝播するため、感染・保菌にかかわらず、標準予防策＋接触予防策を徹底する。マニュアル1-2-参照

また、MDRP、MDRA、VREは当院では検出されていない（2017年4月現在）ため、2剤耐性菌が検出された時点で、3剤耐性菌に準じた対応をとる。

1. 多剤耐性緑膿菌(MDRP：multiple-drug resistant *Pseudomonas aeruginosa*)

多剤耐性緑膿菌(MDRP)とは、カルバペネム系、フルオロキノロン系、アミノグリコシド系の抗菌薬に耐性を獲得した緑膿菌をさす。緑膿菌は日和見感染の起炎菌として問題になっているが、菌体の周りに粘性に富んだ強力な保護膜（バイオフィルム）を形成し、複数の薬剤耐性獲得機構によって耐性を獲得する。MDRPは、緑膿菌感染症の“特効薬”として用いられてきたカルバペネム系、フルオロキノロン系、アミノグリコシド系、その他の抗菌薬に耐性を示すため、感染症に至った場合は、現存の抗菌薬では治療が困難になりやすい。

【MDRP 感染対策のポイント】

- ◆ 個室に収容し接触予防策を徹底する。(マニュアル2参照)
 - ◆ 病室前に面会制限の表示をし、病室前に必要なPPE（マスク、手袋、エプロン／ガウン、フェイスシールド）を設置する。
- *PPEは接触の程度により選択し、入室前に装着、退室前に病室内で外す。

接触の程度	具体的な処置、ケア	必要なPPE
患者・環境への接触なし	モニターの観察、会話など	入室前後の手指衛生、患者からの飛沫の曝露が考えられる場合はマスク着用
患者・環境への軽度な接触	検温、点滴調整など	入室前後の手指衛生、手袋着用、患者からの飛沫の曝露が考えられる場合はマスク着用
患者・環境への濃厚な接触	体位変換、清拭、排泄介助・おむつ交換、創処置、吸引など	入室前後の手指衛生、手袋、エプロン／ガウン着用、患者からの飛沫の曝露が考えられる場合はマスク着用

- ◆ 尿器、蓄尿瓶、便器は、本人専用とする。
- ◆ 排泄、特に排尿関連の処置などが感染伝播のハイリスク手技であるため、尿廃棄時は容器にビニール袋を被せ、ビニール袋のみ病室から持ち出し廃棄する。
- ◆ 緑膿菌は水を好む細菌であり病室の水回り環境は毎日洗剤で洗浄し乾燥状態を保つ。
- ◆ 他患者と共有する自動尿測器は使用しない。



- ◆ 患者に使用した ME 機器は病室から出す前に表面をルビスタで清拭する。
- ◆ 全ての消毒薬が有効（0.01%次亜塩素酸ナトリウム 1 時間浸漬、アルコール等）であり、ベトパンウォッシャーによる熱水消毒でもよい。
- ◆ 患者周囲環境に接触する場合も必ず手袋を着用し、病室の高頻度接触表面はルビスタで毎日 2 回清拭する。
- ◆ 清掃業者による日常清掃は最後に行う。清掃用具を専用にし、環境クロスをモップに挟み使い捨てとする。
- ◆ MDRP が検出された患者の回診や処置は入室する人数を制限し、接触の程度により PPE を適切に着用し入室する。回診車は部屋に入れず、必要な物品のみ持ち込む。
- ◆ レントゲンはポータブル撮影とし、カセットはビニール袋で覆う。撮影後はカセット表面と機器の持ち手やボタンなど技師が触れたところをルビスタで清拭する。レントゲン室で撮影する場合は、撮影後に患者が触れた環境をルビスタで清拭する。

【隔離対策解除基準】

MDRP が「陰性化」したと ICT が判断した場合、隔離対策を解除する。

「陰性化」とは 7 日間隔で少なくとも 3 回以上行われた培養検査で陰性を確認しかつ、拡散のリスク因子がなくなった状態とする。

「拡散のリスク因子がなくなった状態」の例

- ✓ 抗菌薬を中止した
- ✓ MDRP が検出されたデバイス（カテーテル、ドレーン、尿道カテーテルなど）が抜去された
- ✓ 喀痰から検出されていた患者の咳症状がなくなった
- ✓ 便から検出されていた患者の下痢が治まった

2. 多剤耐性アシネトバクター（MDRA : multiple-drug resistant *Acinetobacter*）

アシネトバクター属菌（以下、アシネトバクター）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。緑膿菌などと同じグラム陰性桿菌であり、内毒素であるエンドトキシンを産生するため、何らかの原因で、血流中に侵入するとエンドトキシンショックや多臓器不全などを誘発し、死亡することもある。

多剤耐性アシネトバクターは、カルバペネム系、フルオロキノロン系、アミノグリコシド系の抗菌薬全てに耐性を示す。一度発生すると病院環境内に広がりやすく、特に人工呼吸器のような湿度の高い環境を好む一方で、乾燥した環境でも数週間以上生存できる。手洗いや器具の消毒が不完全であると、汚染された医療器具や医療従事者の手などを通じて、他の患者に伝播する。呼吸器感染症をきたした場合は、そこから飛沫感染の形で伝播する可能性がある。



【MDRA 感染対策のポイント】

- ◆ 個室に収容し接触予防策を徹底する。(マニュアル 2 参照)
- ◆ 病室前に面会制限のポスターを掲示し、病室前に必要な PPE (マスク、手袋、エプロン/ガウン、フェイスシールド) を設置する。

*PPE は接触の程度により選択し、入室前に装着、退室前に病室内で外す。

接触の程度	具体的な処置、ケア	必要な PPE
患者・環境への 接触なし	モニターの観察、会話 など	入室前後の手指衛生、患者からの飛沫の曝露が考えられる場合はマスク着用
患者・環境への 軽度な接触	検温、点滴調整など	入室前後の手指衛生、手袋着用、患者からの飛沫の曝露が考えられる場合はマスク着用
患者・環境への 濃厚な接触	体位変換、清拭、排泄 介助・おむつ交換、創 処置、吸引など	入室前後の手指衛生、手袋、エプロン/ガウン着用、患者からの飛沫の曝露が考えられる場合はマスク着用

- ◆ アシネトバクターは水を好む細菌であり病室の水回り環境は毎日洗剤で洗浄し乾燥状態を保つ。
- ◆ アシネトバクターは乾燥した環境でも長期間生き延びる菌であり、皮膚やプラスチック、ガラスへ付着性が強い。
- ◆ 人工呼吸器、除細動器といった医療機器関連処置などが感染伝播ハイリスク手技になるため、吸引などの処置時は个人防护具を適切に着用する。
- ◆ 排泄、特に排尿関連の処置などが感染伝播のハイリスク手技であるため、尿廃棄時は容器にビニール袋を被せ、ビニール袋のみ病室から持ち出し廃棄する。
- ◆ 他患者と共有する自動尿測器は使用しない。
- ◆ 患者に使用した ME 機器は病室から出す前に表面をルビスタで清拭する。
- ◆ 全ての消毒薬が有効 (0.01%次亜塩素酸ナトリウム 1 時間浸漬、アルコール等) であり、ベッドパンウォッシャーによる熱水消毒でもよい。
- ◆ 患者周囲環境に接触する場合も必ず手袋を着用し、病室の高頻度接触表面はルビスタで毎日 2 回清拭する。
- ◆ 清掃業者による日常清掃は最後に行う。清掃用具を専用にし、環境クロスをモップに挟み使い捨てとする。
- ◆ MDRA が検出された患者の回診や処置は入室する人数を制限し、接触の程度により PPE を適切に着用し入室する。回診車は部屋に入れず、必要な物品のみ持ち込む。
- ◆ レントゲンはポータブル撮影とし、カセットはビニール袋で覆う。撮影後はカセット表面と機器の持ち手やボタンなど技師が触れたところをルビスタで清拭する。レントゲン室で撮影する場合は、撮影後に患者が触れた環境をルビスタで清拭する。



【隔離対策解除基準】

MDRA の「陰性化」に関する明確な基準はない。定期的（7 日間隔）な監視培養の結果と拡散リスクから ICT が隔離対策解除を判断する。

「拡散のリスク因子がなくなった状態」の例

- ✓ 抗菌薬を中止した
- ✓ MDRA が検出されたデバイス（カテーテル、ドレーン、尿道カテーテルなど）が抜去された
- ✓ 喀痰から検出されていた患者の咳症状がなくなった
- ✓ 便から検出されていた患者の下痢が治まった

3. バンコマイシン耐性腸球菌（Vancomycin resistant *enterococcus* spp : VRE）

Enterococcus(腸球菌)は、健常人の腸管に常在するグラム陽性球菌で、数種類の菌種が散在する。ヒトの臨床検体から分離されるのは、主に、*E.faecalis*、*E.faecium*、*E.avium* である。VRE は、バンコマイシン耐性を獲得した *Enterococcus* で、多くは保菌状態にとどまり無症状の場合が多いが、日和見感染を起こすと重症感染症に発展しやすい。耐性遺伝子型により vanA、vanB、vanC など 5 つのタイプに分けられるが、このうち临床上重要視されるのは、vanA、vanB である。これらの遺伝子は、耐性プラスミドの接合という方法を取りながら、他の菌に容易に伝播するといわれている。

【VRE 感染対策のポイント】

- ◆ 個室（可能であれば室内トイレのある個室）に収容する。
- ◆ 病室前に面会制限中のポスターを掲示し、病室前に必要な PPE（マスク、手袋、エプロン／ガウン、フェイスシールド）を設置する。

*PPE は接触の程度により選択し、入室前に装着、退室前に病室内で外す。

接触の程度	具体的な処置、ケア	必要な PPE
患者・環境への接触なし	モニターの観察、会話など	入室前後の手指衛生、患者からの飛沫の暴露が考えられる場合はマスク着用
患者・環境への軽度な接触	検温、点滴調整など	入室前後の手指衛生、手袋着用、患者からの飛沫の暴露が考えられる場合はマスク着用
患者・環境への濃厚な接触	体位変換、清拭、排泄介助・おむつ交換、創処置、吸引など	入室前後の手指衛生、手袋、エプロン／ガウン着用、患者からの飛沫の暴露が考えられる場合はマスク着用

- ◆ 排泄介助や汚物処理手技が感染伝播ハイリスクとなるため、接触予防策を徹底する。
- ◆ 患者周囲環境に接触する場合も必ず手袋を着用し、病室の高頻度接触表面はルビスタで 1 日 2 回以上清掃する。



- ◆ 清掃業者による日常清掃は最後に行う。清掃用具を専用にし、環境クロスをモップに挟み使い捨てとする。最後に室内のトイレを清掃する。
- ◆ 全ての消毒薬が有効（0.05%次亜塩素酸ナトリウム 30 分浸漬、アルコール等）であり、またはベットパンウォッシャーによる熱水消毒でもよい。
- ◆ VRE が検出された患者の回診や処置は入室する人数を制限し、接触の程度により PPE を適切に着用し入室する。回診車は部屋に入れず、必要な物品のみ持ち込む。
- ◆ レントゲンはポータブル撮影とし、カセットはビニール袋で覆う。撮影後はカセット表面と機器の持ち手やボタンなど技師が触れたところをルビスタで清拭する。レントゲン室で撮影する場合は、撮影後に患者が触れた環境をルビスタで清拭する。

【隔離対策解除基準】

VRE が「陰性化」したと ICT が判断した場合、隔離対策を解除する。

「陰性化」とは 7 日間隔で少なくとも 3 回以上行われた培養検査で陰性を確認しかつ、拡散のリスク因子がなくなった状態とする。

「拡散のリスク因子がなくなった状態」の例

- ✓ 抗菌薬を中止した
- ✓ VRE が検出されたデバイス（カテーテル、ドレーン、尿道カテーテルなど）が抜去された
- ✓ 喀痰から検出されていた患者の咳症状がなくなった
- ✓ 便から検出されていた患者の下痢が治まった

4. カルバペネム耐性腸内細菌科細菌 (CRE:Carbapenem-resistant enterobacteriaceae)

CRE 感染症は、メロペネムなどのカルバペネム系抗菌薬および広域β-ラクタム剤に対して耐性を示す大腸菌 (*Escherichia coli*) や肺炎桿菌 (*Klebsiella pneumoniae*) などの腸内細菌科細菌による感染症の総称である。広域β-ラクタム剤以外にも他の複数の系統の薬剤にも耐性であることが多いこと、カルバペネム耐性遺伝子がプラスミドの伝達により複数の菌種に拡散していくことなどにより臨床的にも疫学的にも重要な薬剤耐性菌として、国際的に警戒感が高まっている。

【CRE 感染対策のポイント】

- ◆ 可能ならば個室に收容し、接触予防策を徹底する。
- ◆ 拡散リスクを評価し(マニュアル 26 表 2 参照) 拡散リスクが少なく、患者の ADL が自立し、手洗いなどの衛生行動ができる患者の場合は多床室への收容も可とする。
- ◆ 多床室に收容する場合は隣の患者ゾーンと 1m 以上距離をとる。呼吸器症状がある場合はベット間をカーテンで仕切り飛沫感染対策をとる。
- ◆ 全ての消毒薬が有効（0.01%次亜塩素酸ナトリウム 1 時間浸漬、アルコール等）であり、またはベットパンウォッシャーによる熱水消毒でもよい。



- ◆ 病室の高頻度接触表面(洗面台やトイレを含む)は、ルビスタで毎日 2 回清拭する。
- ◆ CRE が検出された患者の回診や処置は入室する人数を制限し、接触の程度により PPE を適切に着用し入室する。回診車は部屋に入れず、必要な物品のみ持ち込む。
- ◆ レントゲンはポータブル撮影とし、カセットはビニール袋で覆う。撮影後はカセット表面と機器の持ち手やボタンなど技師が触れたところをルビスタで清拭する。レントゲン室で撮影する場合は、撮影後に患者が触れた環境をルビスタで清拭する。

【隔離対策解除基準】

CRE が「陰性化」したと ICT が判断した場合、隔離対策を解除する。

「陰性化」とは 7 日間隔で少なくとも 3 回以上行われた培養検査で陰性を確認しかつ、拡散のリスク因子がなくなった状態とする。

「拡散のリスク因子がなくなった状態」の例

- ✓ 抗菌薬を中止した
- ✓ CRE が検出されたデバイス（カテーテル、ドレーン、尿道カテーテルなど）が抜去された
- ✓ 喀痰から検出されていた患者の咳症状がなくなった
- ✓ 便から検出されていた患者の下痢が治まった

5. ESBL (Extended-Spectrum β -Lactamase) 産生菌

ESBL は基質特異性拡張型 β ラクタマーゼ (extended-spectrum β -lactamase) の略称で、ペニシリンなどの β -ラクタム環を持つ抗生物質を分解する酵素である。この β -ラクタマーゼが突然変異により分解可能な薬剤の種類を広げ、第三世代のセフェム系をも分解する β -ラクタマーゼを産生するようになったものを ESBL という。ESBL 産生菌は、肺炎桿菌 (*Klebsiella pneumoniae*)、大腸菌 (*E.coli*)、セラチア、エンテロバクターなどの腸内細菌科が中心であるが、ESBL 産生遺伝子は、同菌種間はもとより、肺炎桿菌から大腸菌というように、腸内細菌科の異なる菌種間に伝達される。このため、最近では *Serratia marcescens*、*Enterobacter cloacae*、*Proteus mirabilis* など多菌種に広がってきており、この菌種は今後さらに増えてくる傾向にある。

【ESBL 産生菌の感染対策ポイント】

- ◆ 可能ならば個室に収容し、接触予防策を徹底する。
- ◆ 拡散リスクを評価し(マニュアル 26 表 2 参照) 拡散リスクが少なく、患者の ADL が自立し、手洗いなどの衛生行動ができる患者の場合は多床室への収容も可とする。
- ◆ 多床室に収容する場合は隣の患者ゾーンと 1m 以上距離をとる。呼吸器症状がある場合はベッド間をカーテンで仕切り飛沫感染対策をとる。
- ◆ 全ての消毒薬が有効 (0.01% 次亜塩素酸ナトリウム 1 時間浸漬、アルコール等) であり、またはベッドパンウォッシャーによる熱水消毒でもよい。



- ◆ 病室の高頻度接触表面(洗面台やトイレを含む)は、ルビスタで毎日 2 回清拭する。
- ◆ ESBL 産生菌が検出された患者の回診や処置は入室する人数を制限し、接触の程度により PPE を適切に着用し入室する。回診車は部屋に入れず、必要な物品のみ持ち込む。
- ◆ レントゲンはポータブル撮影とし、カセットはビニール袋で覆う。撮影後はカセット表面と機器の持ち手やボタンなど技師が触れたところをルビスタで清拭する。レントゲン室で撮影する場合は、撮影後に患者が触れた環境をルビスタで清拭する。

【隔離対策解除基準】

ESBL 産生菌が「陰性化」したと ICT が判断した場合、隔離対策を解除する。

「陰性化」とは 7 日間隔で少なくとも 3 回以上行われた培養検査で陰性を確認しかつ、拡散のリスク因子がなくなった状態とする。

「拡散のリスク因子がなくなった状態」の例

- ✓ 抗菌薬を中止した
- ✓ ESBL 産生菌が検出されたデバイス（カテーテル、ドレーン、尿道カテーテルなど）が
除去された
- ✓ 喀痰から検出されていた患者の咳症状がなくなった
- ✓ 便から検出されていた患者の下痢が治まった

6. ペニシリン耐性肺炎球菌（PRSP : penicillin-resistant *Streptococcus pneumoniae*）

肺炎球菌や化膿連鎖球菌などグラム陽性球菌に有効な抗生物質であるペニシリンに耐性を獲得した肺炎球菌である。PRSP の病原性は、肺炎球菌と同等であり健常者の口腔などに定着していても、通常は無症状であるが、咽頭炎や扁桃炎などの炎症が発生した場合には、炎症部位で菌が増殖し感染症状を呈することが多い。また、乳幼児の化膿性髄膜炎や小児の中耳炎、肺炎、高齢者の肺炎などの原因菌となる。

PRSP が口腔や鼻腔から分離されたのみで、感染症の症状を呈さない、いわゆる保菌と判断される症例に対しては、除菌目的の抗菌薬投与や隔離は行わない。敗血症や髄膜炎、肺炎、術創感染症などの重症感染症の患者の治療には、感受性が期待できる抗菌薬の投与が必須である。

【PRSP の感染対策のポイント】

- ◆ 患者は多床室収容でも可能だが、排菌者と免疫抑制状態の高齢者などハイリスク患者と同室にしない。
- ◆ 感染者に呼吸器症状がある場合は飛沫感染対策をとる。
- ◆ 感染・発病予防法として、肺炎球菌多価ワクチン（ニューモバックス®、プレベナー13®）が認可されている。



7. アンピシリン耐性インフルエンザ菌（BLPAR、BLNAR）

インフルエンザ菌はパステレラ科のグラム陰性菌であり、呼吸器感染、耳鼻咽喉科領域感染を起因することがあり、時に肺炎、菌血症、髄膜炎を起因することもある。特にb型インフルエンザ菌は侵襲性が高く、血液や髄液など本来無菌的な部位から細菌が分離される場合があり、一般的に重症例が多い（侵襲型）。

もともとインフルエンザ桿菌にはアンピシリンが有効であったが、抗菌薬の普及とともに、β-ラクタマーゼを産生しアンピシリンへの耐性を獲得した株（BLPAR）や、β-ラクタマーゼを産生せず、ペニシリン結合タンパクそのものが変異したアンピシリン耐性株（BLNAR）も出現した。これは、アンピシリンはもとより、第二世代セフェム系薬にも耐性であり、セフォタキシムなどの第三世代セフェム系薬が有効である。

インフルエンザ桿菌	アンピシリン (ABPC)	アンピシリン・スルバクタム (ABPC/SBT)	セフォタキシム(CTX)
βラクタマーゼ産生 アンピシリン耐性 (BLPAR)	×	○	○
βラクタマーゼ非産生 アンピシリン耐性 (BLNAR)	×	×	○

・BLPAR(β-lactamase positive ampicillin resistance)

・BLNAR(β-lactamase negative ampicillin resistance)

【インフルエンザ菌の感染対策のポイント】

- ◆ 侵襲型B型インフルエンザ菌や小児の場合には飛沫予防策を追加する。
- ◆ 飛沫予防策においては、感染症例を個室に隔離するか、または、多床室でベッド間の間隔を2m以上開け、カーテンで区切るなどのベッド配置を行う。

8. クロストリジウム・ディフィシル関連疾患 (CDAD: *C. difficile* associated disease)

クロストリジウム・ディフィシルは、嫌気性グラム陽性桿菌で大腸の常在菌の一種。芽胞を形成し、環境に長期生存する。ToxinA、ToxinBの2種類の外毒素を産生し、抗生剤投与による菌交代現象により偽膜性腸炎を惹起する。症状は、抗菌薬使用後の激しい下痢、腹痛、発熱などである。感染経路は糞口接触感染。患者から他の患者へ、汚染された医療者の手、汚染された環境・医療器具などより経口的に感染する。

CDADが疑われるときは、CDチェック検査を行う。CDチェックではトキシンA/Bと、CD抗原の迅速判定が可能であるが、結果の解釈には検査キットの感度・特異度を考慮する。

検査結果	判定・解釈
トキシン (+) 抗原 (+)	CD トキシンを産生する <i>Clostridium difficile</i> 菌が存在する
トキシン (-) 抗原 (+)	<i>Clostridium difficile</i> は存在しているが CD トキシンは産生していない。しかし、検査の感度の問題で検出されないだけの場合もあるため、臨床症状や抗菌薬使用歴を考慮し判断する。
トキシン (-) 抗原 (-)	CD トキシンを産生する <i>Clostridium difficile</i> 菌が存在する可能性が低い。



【CDAD 感染対策のポイント】

- ◆ *Clostridium difficile* は、手指消毒に用いるアルコールでは芽胞が殺滅できないため、流水下の手洗いで、物理的に菌を洗い流す。
- ◆ CDAD に対する感染予防策の要点。
 - ① CDAD 患者の迅速な診断
 - ② 個室隔離を含めた下痢患者に対する標準感染予防策および接触感染予防策の徹底
 - ③ 経口用バンコマイシン、メトロニダゾールによる的確な治療

隔離	個室収容が望ましいが、多床室への収容もケースによって可能である。 *多床室への収容が可能な条件 患者のADLが自立し、感染対策への理解が得られ、衛生行動が遵守できる場合。
トイレ	個室収容の場合はポータブルトイレを使用する。 多床室収容の場合、共同トイレの1室を患者専用とする。専用化が困難な場合は、排便ごとに高頻度接触表面をルビスタで清拭する。排泄が自立している患者へは使用方法について指導する。 *指導内容 患者用トイレにルビスタと感染性ゴミ箱(小)を設置し、トイレ使用後は便座、排水レバー、ドアノブをルビスタで清拭する。 トイレの後は流水と石鹼で手洗いを行う。
環境整備	病室の環境整備にはルビスタを使用する。高頻度接触表面を2回/以上清拭する。
医療器具の消毒	0.05~0.1%次亜塩素酸ナトリウム30分浸漬、またはベットパンウォッシャーによる熱水消毒を行う。 アルコールは無効である。
便・吐物の処理	エプロン(ガウン)、マスク、手袋を装着し行う。
回診や処置	入室する人数を制限し、接触の程度によりPPEを適切に着用し入室する。 回診車は部屋に入れず、必要な物品のみ持ち込む。
レントゲン撮影	ポータブルの場合はカセットをビニール袋で覆う。撮影後はカセット表面と機器の持ち手やボタンなど技師が触れたところをルビスタで清拭する。レントゲン室で撮影する場合は、撮影後に患者が触れた環境をルビスタで清拭する。
リネンの取り扱い	通常の感染性リネンの取り扱いに準じる。ビニール袋に密閉し運搬する。
入浴・シャワー	下痢症状が治まったらシャワー浴は可とするが、入浴は避ける。 使用後は浴室清掃を依頼し、熱いお湯で全体を流す。
食事	ディスポ食器依頼は不要である。



【隔離対策解除基準】

- ◆ 有効な治療（バンコマイシンまたはメトロニダゾールの内服）が開始され、かつ下痢が改善かつ抗菌薬の使用がない場合、隔離対策を解除可とする。
- ◆ 隔離解除判定のための CD チェックは不要である。
- ◆ 治療終了後に下痢が再発した場合は CDAD の再燃と判断する。

9. 情報共有と薬剤耐性菌発生届の提出

院内で薬剤耐性菌が検出された場合 ICT は、電子カルテ患者掲示板と診療録に検出情報を記載し、職員間で情報を共有するとともに、感染対策の状況を確認する。主治医は直ちに「感染」「保菌」の判定を行い、薬剤耐性菌発生届を ICT に提出する。また各病棟は、感染制御支援システム病棟マップを活用し、病棟内全体の検出状況を把握し、スタッフ間で情報を共有する。

参考文献

- ・ 日本環境感染学会 多剤耐性グラム陰性菌感染制御のためのポジションペーパー 第1版 日本環境感染学会 多剤耐性菌感染制御委員会 編 2011年
- ・ 医療環境における多剤耐性アシネトバクター・バウマニ伝搬防止のためのガイド APIC エリミネーションガイドシリーズ 2010年
- ・ 多剤耐性菌管理のための CDC ガイドライン 2006
- ・ 感染症の隔離と解除のプロトコル&フロー INFECTION CONTROL 2016Vol.25 no.3 221-267
- ・ 補訂版 消毒と滅菌のガイドライン へるす出版 2014