



2013年1月23日放送

「感染制御の重要性～ひとりひとりができること～」

富山大学大学院 感染予防医学教授
山本 善裕

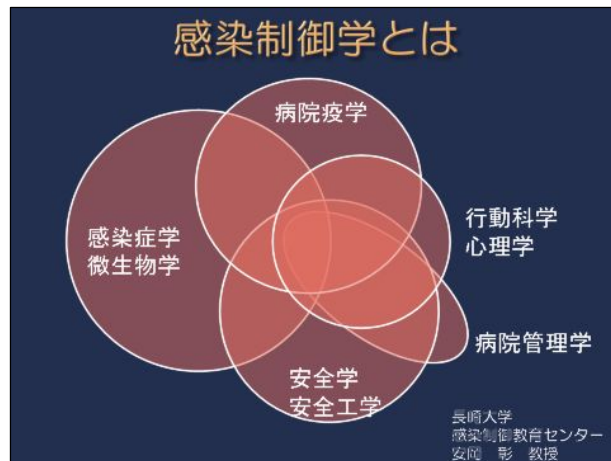
はじめに

本日は感染制御に関して3つの話をさせていただきます。

1. 感染症学と感染制御学の違い
2. わが国における感染対策の方向性
3. 感染制御の実際一です。

感染症学と感染制御学の違い

感染制御学を学ぶためには感染症学あるいは微生物学のみでは不十分です。これは私の感染制御の師匠であります、長崎大学病院 感染制御教育センター 安岡 彰教授のお考えですが、感染制御学とは感染症学に加え、病院疫学、安全学、行動科学・心理学、さらに病院管理学まで学ばなければなりません。しかしながら、これらのすべての学問の全体を把握する必要はないため、感染症専門医ではなくても、感染制御を実行できるということにもなります。



もちろん、感染症専門医が感染制御を行うことが理想ではありますが、わが国の現実的な問題として、感染症専門医が不足しているため、感染症専門医以外の先生方が感染制御を担当されている医療機関が多いようです。

もう一つ重要な事は感染症診療においてはチーム医療で完結することが可能ですが、感染対策の場合は、感染対策チームのみでは不十分であり、医療機関に勤務する全職員

が感染対策を行う必要があるということです。これは本日の話の中で最も強調したい部分です。

わが国における感染対策の方向性

大きな動きは平成23年6月に出されました厚生労働省医政局指導課長通知と平成24年度の診療報酬改定です。課長通知では留意事項として13項目が示されました。詳細は割愛しますが、

感染制御の組織化が重要です。その中でも、病院長等の医療機関の管理者が積極的に関わることが特に重要と考えます。

また、目安として300床以上の医療機関では院内感染対策委員会の元に、感染対策チームを設置することが必要です。このチームは医師、看護師、薬剤師、検査技師の各部門のエキスパートで構成されます。

300床未満の医療機関では感染対策チームの設置が困難であれば、院内感染対策委員会が地域の専門家に相談するようなネットワークを構築します。

次に、平成24年度の診療報酬改定における感染防止対策加算に関してですが、加算1の医療機関は入院初日に400点、加算2の医療機関は100点を加算することができるようになりました。さらに加算1同士の医療機関では、年に1回以上お互いの医療機関におもむいて相互に感染防止に関する評価を行った場合にはさらに100点加算できます。つまり加算1の医療機関であれば、入院初日に合計500点を加算できることになりました。

この改定は非常にインパクトが強く、全国あちこちの医療機関で加算されております。しかしながら、我々医療機関はこの点数から得られた収益を、いかに有効利用するかが重要と考えております。平成24年10月に行われました、第14回国公立大学附属病院感染対策協議会において、アンケート集計が報告されました。加算で得られた収益をどのように運用されているか、全国約50の大学病院から回答を頂きました。最も多かったのは感染対策チームのスタッフ、すなわち医師、看護師、検査技師あるいは事務職員の専従化・増員の経費であり、約35%でした。次に多かったのは保険診療では行うことができない検査に使用するで、約20%でした。医療スタッフ用の各種ウイルス抗体検査、インフルエンザをはじめとするワクチン接種、さらには入職時等のQFT検査などに使用されています。残念なことに、特になし・不明と答えた大学病院も17%ありましたが、概して、有効に活用されていることが分かりました。このような活用法を基本として、さらに有効な感染対策に活かしていく必要があります。

院内感染防止に関する留意事項

- 感染制御の組織化
- 感染制御チーム
- 標準予防策と感染経路別予防策
- 手指衛生
- 職業感染防止
- 環境整備と環境微生物調査
- 医療機器の洗浄、消毒、滅菌
- 手術と感染防止
- 新生児集中治療部門での対応
- 感染性医療廃棄物の処理
- 医療機関間の連携について
- 地方自治体の役割
- アウトブレイク時の対応

医政指発0617第1号 平成23年6月17日

感染制御の実際

私は大きく3つの事を心掛けでおく必要があると考えております。

- ①手指衛生の徹底
- ②交差感染リスクの回避
- ③Step by Step です。

手指衛生は感染制御の基本中の基本であり、医療機関に勤務する全職員が取り組むべきことであります。しかしながら私の病院を含め、多くの医療機関では十分には行えていないのが現状と思います。

手指衛生は頭というより体で覚えていく、つまり習慣づける必要があると思います。ご飯を食べる前に手を洗うのは習慣ですよね。それと同じように、患者さんの部屋に入る時、処置をする前に必ず、手指衛生をする習慣を身に着ける必要があります。そのためには、手指消毒薬を部屋の前やベッドサイドに配置する、あるいは手指消毒薬を携帯するといったことが重要となってきます。場合によっては一つのベッドに対し複数の手指消毒薬を配置することも必要となります。

次に重要なことは交差感染を未然に防ぐことです。これは少し頭を使う必要があります。

例えば一つのベッドでもよいですし、部屋単位、病棟単位、施設単位でもよいのですが、その部署において、一番清潔であるべき場所と一番不潔で良い場所を考えるのです。そして清潔な場所から不潔な場所を一方通行にするのです。これをゾーニングと言います。

病棟を例にとってみましょう。最も清潔であるべき場所は、これから患者さんの体内にはいる点滴を調整する台です。最も不潔で良い場所は汚物処理室です。この動線を一方通行にする必要があります。万一、逆行する場合は、必ずそこに手指消毒薬を配置する必要があります。

最も清潔であるべき点滴調整台の上にある針捨てボックスですが、時に血液の付着した針が入っている場合があります。これは絶対にやってはいけない行為です。そのスタッフは感染制御に関して甘い考えを持っていると言わざるをえません。感染制御は冒頭に述

感染制御学の極意

- ▣ 手指衛生の徹底
職員全員（ひとりひとり）の心掛け
- ▣ 交差感染リスクの回避
清潔な場所→不潔な場所
- ▣ Step by Step

交差感染リスクの回避

- ▣ 部署毎にひとりひとりが「考えること」
- ▣ 最も清潔な場所と不潔な場所
- ▣ 一方通行にする
- ▣ 要所にはアルコール製剤を配置
- ▣ 物理的に無理な場合は、そこでまた次善の策を「考えること」

べましたように、全職員が行う必要があります。ひとりひとりがゾーニングを考えていく必要がありますので、各医療機関での対応が重要となります。

富山大学附属病院では平成24年11月に新しく病棟が改築されました。その大きな特徴として、全病棟にサニタリールームという部屋を、病棟の中心部に設置しました。この部屋には通常の廃棄物から感染性廃棄物、さらには汚物処理に使用するベッドパンウォッシャーを設置し、全ての廃棄物をこの部屋に集めます。そうすると、考えなくても動線は点滴調整台から病室、その後サニタリールームという単純な流れになり、交差感染のリスクを低下させることができます。時期があえば、このようにハードの面から対策できる場合があります。



さて、Step by Step ですが、感染制御は急に0から100%にできるわけがありませんし、医療機関の状況により無理な場合もあります。そのような場合は徐々にレベルを上げていこうという考え方です。

たとえば「外来採血室での手袋は何人ごとに取りかえればよいですか？」という質問があります。ガイドライン上の正解としては「手袋は患者毎に取り外し、手指消毒をする」ですが、現実問題として、全国でどのくらいの医療機関が実施できているでしょうか？少なくとも私の病院ではできておりません。

そこで、第一段階として、まずは手袋を着用しましょう。休憩時間までは同じ手袋でも構いませんとします。それをクリアしたら、第二段階として採血ブースから移動するときには手袋を外しましょう。さらに第三段階として、患者さんが途切れたら手袋を替えましょうとします。最終的には多忙な時を除き、患者毎に手袋を替えましょうとします。これが Step by Step です。

もう一つ例を挙げるとすれば、消毒用アルコール綿です。以前は万能壺を使用していましたが、パック製品ができ、さらには個包装となってきました。これも Step by Step といえます。

感染制御の重要性

これまでに述べてきたことは感染制御に重要なことではありますが、最終的な目標は院内感染をできる限り少なくすることです。手洗いの回数や消毒薬の使用量などを競うのも重要ですが、その医療機関における耐性菌の分離頻度を把握することがより大切ではないでしょうか。我々の施設では平成23年度のMRSA検出率は1.4であり、黄色ブドウ

ウ球菌に占める MRSA 分離率は 31.5% です。このデータは全国的にも優秀な成績です。

一方、緑膿菌におけるカルバペネム耐性の割合は平成 23 年度で 15.8% と全国平均レベルとなっており、さらなる抗菌薬適正使用を含む感染対策を行っていかねばならないと考えております。



以上感染制御の重要性をお話ししてまいりましたが、繰り返しになりますが、最も重要なことは職員ひとりひとり（全職員）が感染対策を行っていく必要があるということもって結びの言葉にいたします。

