

【研修報告】

米国での感染管理の実状からみた日本における感染管理の課題

近 藤 真 紀*

米国感染管理研修への参加

2001年5月21日から25日にかけて、アメリカロサンゼルス市のグレンデルメモリアル病院において、Association for professionals in infection control and epidemiology : APIC ロサンゼルス支部の Basic infection control program に参加した。

この病院は350床の community hospital で、患者は、ラテン系アメリカ人、アルメニア系アメリカ人、白人で構成される病院であった。

今回、感染管理研修の講師は Center for Disease Control and Prevention : CDC で感染管理のトレーニングを受け、認定感染管理士 Infection Control Practitioner : ICP の資格を有し、病院での感染管理コーディネーターを行なうと共に感染管理教育に携わっている方々であった。

参加者は、現在病院内で Infection Control Team: ICT の一員として活躍されている臨床ナース、医師、検査技師、薬剤師や、中央材料部の外部依託を請け負っている方々、医療機材メーカーの方、そして、現在教育・研究機関に席をおいているもの達と様々であった。

このプログラムでは主にサーベイランスの基礎、施設管理、滅菌消毒を中心にした講義と、手術室、集中治療室、外来、隔離病棟、セントラルサプライ、その他の病棟での感染管理の実状をラウンドしながら見聞できるよう構成されていた。

ICP の活動

ICP が感染管理を行なっていく上で重要なのは、病院の理念と一致していること、病院に対して何に貢献するのかを明確にしておくことであると言われていた。病院の規模、特性、院内の管理システムの違い、従業員の数と種類、どのような専門科がある

かなどの条件にあわせ、病院の理念との整合性のある実践可能な感染管理を行なっていかなければならないのである。そのため ICP は感染に関わる全ての部署に対して関わっていかなければならないということであった。ICP は、病院感染などから患者や家族を守ること、病院に帰属する全ての医療関係者を感染から守ること、コストの維持・削減に有効な管理を行なうために新しい、科学的根拠をもったガイドラインを用い管理を推進すること、ICP の教育によって正確に分析されたデータを、臨床現場へ速やかにフィードバックさせ、広めていくことなど、幅広い領域に関わっていた。このように ICP は病院内の感染管理のために活躍していた。

日本の看護教育では、北里大学大学院修士課程感染看護学講座において既に Infection Control Nurse: ICN 育成の教育が開始されており、2000年から、日本看護協会は ICN 認定の教育コースが開講した（廣瀬、2000）。しかし、日本看護協会での ICN 認定者は初年度で最大21名、修士課程修了者は数名であり、未だ人数的に多いわけではない。また現時点では、ICN の活動が発揮できるような病院システムとしての役割や業務の位置付けがまだ明確化されていない。そのため、充実した感染防止対策の展開に至っていないことが考えられた。

サーベイランスの展開

現在日本では、実際に感染防止のために行っている手順やケアを見直して行くためには、ICT を中心とした活動による、各臨床現場での長期的なサーベイランスが必須であると言われている（山口、廣瀬、小林、1999）。しかし、人材、システム、そして知識の不足から、広くサーベイランスが行なわれているとは言いがたい。

しかし、米国においては ICP を中心に確実に科学

* 日本赤十字広島看護大学 kondou@jrhc.ac.jp

的根拠をもとに感染管理を行なうことができるよう、サーベイランスの実施がされている。病院全体を対象とした包括的サーベイランスは経費、労力がかかるが具体的な結果目標に適さないためあまり行なわれていないようだが、優先順位別のターゲットサーベイランスは広く行なわれている様子であった。それは、サーベイランスによる結果が速やかに臨床現場でいかされるものになる事に対する信用があるためだと考えられた。

広く行なわれているサーベイランスとしては、尿路感染、血流感染（カテーテル由来感染）、手術部位感染、人工呼吸器関連肺炎であった。日本においてもこれらのサーベイランスのいずれかの結果は学会などで報告されるようになってきている。

各サーベイランスのための定義、算出方法は明確に定義されているため、ICPのように率先して行なう専任者と、それを行なう意味を把握しているスタッフが整えば、感染防止、ひいてはケアの質の向上につながると考える。

施設管理

清掃についての基準は文書化され、推進されていた。病院ラウンドの折に病院内がきれいに清掃・整頓されていたことが印象的だった。日本では未だにぬれたモップでの清掃を行っている施設はいくつもあるだろう。グレンデールメモリアル病院、そして昨年訪英時の病院においてもウエットな清掃は行われていなかった。日本の学会でも清掃についてドライな方法を用いるべきという発表はされているが、今までの伝統的な習慣からぬけ出せないでいる施設はまだ多いことが予測される。

リネン類については全て同様の取扱いを行っており、それが血液などで広範囲に汚染していたとしても同様の扱いを行っていた。その背景には、微生物などで汚染されていても高温水で洗浄し、清潔なリネンが提供できているかについて、業者の洗濯の行程を確認しているためであった。

その他食品管理、サプライ物品についても信用できるものが供給できるかなどのチェックが行われていた。

病院ラウンド

セントラルサプライを中心に手術室は隣接しており、術中不足した物品があった場合は速やかに供給できる設計になっていた。またサプライではナース

はおらず、全てテクニシャンであった。テクニシャンは能力別に取り扱う作業が異なっていた。日本ではまだナースがセントラルサプライで作業している施設が見受けられる。機械的な作業を行うことで患者へのリスクがないのであれば、臨床で直接ケアを行うことができるナースをサプライに置かないことは患者・ナースともどもメリットがあると考えた。

救急外来にはトリアージ室があり、患者の状態に応じた対応がなされていることが伺えた。また、インタビュールームもあり患者が落ち着いて話せる場所が確保されていた。日本での患者サービスの環境づくりはまだ発展途上であることを感じた。

隔離病棟では、各疾患の程度に応じ隔離基準が設けられていた。そして、内容毎に文書化、色別化され、対象となる患者の部屋のドアに貼ってあり、間違った基準で入室することが回避できる様配慮されていた。しかし、隔離基準がドアに貼ってあることは患者の倫理的配慮が欠如するのではないかと考えた。

米国と日本

筆者は輸液ラインの感染について調査・研究を進めている。そこで気になったのが三方活栓だが、重症のNICUのベビーのラインの1箇所しか見学した範囲では見当たらなかった。実際使用する頻度は稀であるということだった。また、輸液ラインのプラグや採血時の消毒には全てディスプレイブルアルコール綿が使用されていた。日本では万能つぼに作り置きし、さらには注ぎ足すこともあると質問した答えは「30年以上前のお話ですね」とのことだった。

海外を見聞するたび、日本との違い、特にシステム化されているかいないかの違いを強く感じる。米国で良しとされていることが直接日本で行えるかについては疑問がある。今後もあらゆるところでの見聞をし、学習していく中で、実践できる感染管理のあり方を考えていきたいと考える。

文 献

- 廣瀬千也子 (2000). わが国における ICN- 感染管理認定看護師の育成. インフェクションコントロール, 9 (10), 1122-1127.
- 山口恵三, 廣瀬千也子, 小林寛伊 (1999). サーベイランスを日本でどう定着させていくか. インフェクションコントロール, 8 (11), 1100-1111, 1999.