

- [対談] 一歩進んだ感染対策の実現へ(坂本史衣、本田仁)…………… 1-2面
- [寄稿] がん領域におけるオンライン治療の実践(中村健一)…………… 3面
- [インタビュー] 脳卒中リハビリテーションの臨床実践を支援する(金子唯史)…………… 4面
- [連載] サイエンスイラスト「伝わる」科学…………… 5面
- [連載] 心の不調に対する「アニメ療法」の可能性、他…………… 6-7面

対談

一歩進んだ感染対策の実現へ



本田 仁氏
藤田医科大学感染症科
臨床教授

坂本 史衣氏
板橋中央総合病院
院長補佐

本田 対談に臨むに当たって新刊『感染対策60のQ&A』を読ませていただきました。この一冊だけで院内の感染対策マニュアルに置き換わってしまうくらいに網羅的です。お世辞抜きでまさにバイブル。当院ではこの書籍を1年かけて感染対策のチームで輪読しようと思っています。特に書籍の顔となる第1章で標準予防策を取り上げている点はとても良いですね。先生が標準予防策の重要性を意識されていることを感じました。

坂本 ありがとうございます。コロナ禍の激動とともに書いた、私にとっても思い出の一冊です。

本田 これまで私は Hospital Epidemiologist として院内での感染対策に従事してきた中で、「なぜ医療者は標準予防策を徹底しなければならないのか」との疑問をぶつけられることが多く、その意義を理解してもらえないケースが多々あったのですが、本書はそうした根本的な疑問を解決できる解説がふんだんに盛り込まれています。例えば「病院を訪れる患者の中で、ヒト-ヒト感染する病原体を持つことが事前に判明している患者は全体のひと握りにすぎません。したがってすべての患者の湿性生体物質には感染性があると考えて取り扱うことが、既知および未知の病原体による感染から医療関係者と患者を守ることに繋がります」とのようなメッセージ。こうした前提、言わば「感染対策における哲学」が押さえられていないと、「感染対策チームから言われたのでやります」という受け身の姿勢にスタッフたちがなりやすいのです。

有益な情報にいかにアクセスできるか

本田 今回の書籍で目に留まったのは、カナダ・オンタリオ州公衆衛生局が公開している感染対策の情報が数多く引用されていたことです。一般的に感染対策の分野では米国疾病予防管理センター(CDC)や米国医療疫学会(SHEA)といった米国発の文献が紹介されることが多い中で、カナダの取り組みに着目された理由を教えてください。

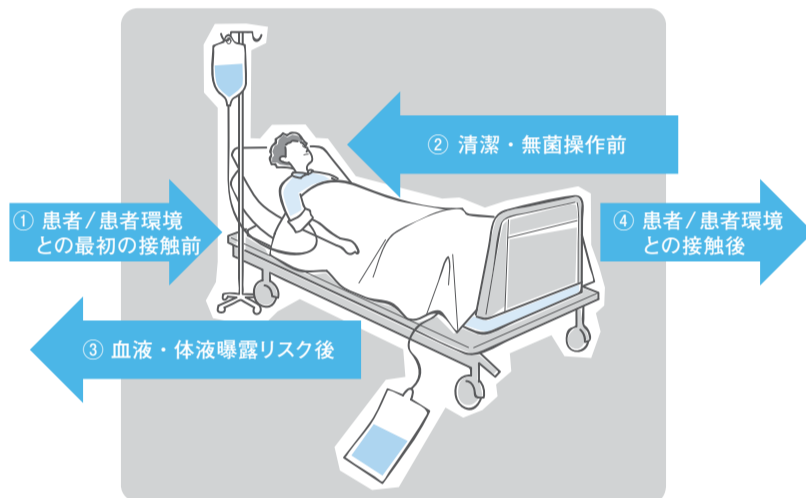
坂本 世界で広く知られ、活用されている WHO や CDC の指針を参考にすることはもちろん多いのですが、エビデンスに忠実なあまり、表現が抽象的あるいは複雑で、使いづらい勧告も多いと言えます。例えば WHO による手指衛生の5つのタイミング¹⁾は下記のように示されていますが、患者との接触については前・後が推奨されているのに、患者周辺環境との接触については後のみが推奨されている点にモヤッとすし、現場の人は覚えづらい。

- ①患者との接触前
- ②清潔・無菌操作前
- ③血液・体液曝露リスク後
- ④患者との接触後
- ⑤患者周辺環境との接触後

他方、カナダ・オンタリオ州公衆衛生局が公開している指針²⁾では下記の4項目が示されています(図)。

- ①患者/患者環境との最初の接触前
- ②清潔・無菌操作前
- ③血液・体液曝露リスク後
- ④患者/患者環境との接触後

個々の対策は現場の努力で頑張っているが、網羅的ではない——。コロナ禍を通じた感染対策への意識の高まりを評価する一方で、日本の感染対策の現状をこう評価した坂本史衣氏。同氏は、国内の感染対策のレベルを底上げするため、このたび『感染対策60のQ&A』(医学書院)を上梓した。「基本的な医療関連感染対策について、理論と活用の両面からわかりやすく語りたい」と序文で記したように、同書では医療関連感染の予防と制御に従事する初学者をメインターゲットに、感染対策における“哲学”とも表現できる、“なぜ?”に答えた解説がちりばめられている。そこで本紙では Hospital Epidemiologist として長年活躍してきた本田仁氏との対談を企画。日本の感染対策の現状を共有し、今後に向けた課題について議論を行った。



● 図 カナダ・オンタリオ州公衆衛生局による手指衛生の4つのタイミング(文献2より)

このように、カナダの指針はわかりやすく、実践に落とし込みやすいのが特徴です。他にも医療環境に関するガイドライン(https://onl.la/kMGdiJZ)の内容も質が高く、勧告を行う「背景」に関する説明が丁寧で、現場での活用例も豊富です。日本ではあまり知られていませんが、有益なガイドラインと言えます。

本田 日本の文献ではそうした痒い所に手が届くようなものはないので、海外のこうした情報にアクセスできるか否かで大きな差が生まれますよね。

坂本 ええ。その問題が可視化されたのがコロナ禍です。イタリアや米国で日本よりも先にクラスターや医療逼迫が起こっていた中、最前線の医療者が SNS を通じて発信した情報が拡散され、早い段階で感染対策の検討が進められました。新型インフルエンザや SARS, MARS の時と比較すると段違いの早さです。現地の医師とつないで

リアルな声を伝えた JAMA のポッドキャストも大変参考になりました。これら最新の情報にアクセスできた人がうまく情報をピックアップし拡散できたらよかったです。特に感染拡大初期の混乱時は、うまく切り分けられた施設と対応に苦慮した施設が国内で二極化してしまっただけでなく、今後同じ状況になった時に、好事例をいち早く共有できるプラットフォームがあればと考えています。

トップのスタンスが感染対策の成否を左右する

本田 最近では院内におけるユニバーサルマスクングをいつやめるかとの話題も議論されるようになりました。世間的には緩和ムードが漂う中で、院内における医療者の感染対策へのモチ

(2面につづく)

感染対策
60の
Q&A

坂本史衣

● A5 頁328 2023年 定価:3,300円(本体3,000円+税10%) [ISBN978-4-260-05271-9]

感染対策

60の
Q&A

坂本史衣

医療関連感染対策の
心強い相棒!

「担当者が直面する悩み」を解決する具体的な情報

シリーズ第1巻「60のQ&A」に続き、医療関係者
最前線に欠かせない科学的視点や最新情報を
Q&A形式で解説

医療関連感染対策の問題解決のための 理論と実践をQ&A形式で具体的に解説

医療関連感染対策の現場で起こる複雑で多様な問題を解決する情報が満載。押さえておきたい60テーマを8カテゴリー(①標準予防策 ②感染経路別予防策 ③医療器具関連感染予防 ④職業感染予防 ⑤洗浄・消毒・滅菌、⑥医療環境管理 ⑦サーベイランス ⑧新興感染症のパンデミック)に分類し、Q&A形式で具体的に解説。

詳細はこちら



目次

- 第1章 標準予防策—感染予防はここから始まる
- 第2章 感染経路別予防策—標準予防策に追加する対策
- 第3章 医療器具関連感染予防—適正使用とケアバンドル
- 第4章 職業感染予防—安全な職場環境作り
- 第5章 洗浄・消毒・滅菌—再生処理の全体像

姉妹書はこちら

感染対策
40の鉄則



感染対策
40の
鉄則

医療関連感染対策を
成功させよう!

- 第6章 医療環境管理—多部門で行うリスク評価と改善
- 第7章 サーベイランス—感染対策の羅針盤
- 第8章 新興感染症のパンデミック—これからの備える

医学書院

●さかもと・ふみえ氏

1991年聖路加看護大(当時)卒。97年米コロナ肺炎大衆衛生大学院修了。同年に帰国し、聖路加国際病院看護部勤務。2001年日看協看護研修学校に出席して認定看護師教育課程感染管理学科専任教員を務め、02年より聖路加国際病院にて感染管理に従事する。23年11月より現職。感染制御および疫学資格認定機構(CBIC)による認定資格(CIC)を03年に取得。『感染対策40の鉄則』『感染対策60のQ&A』(いずれも医学書院)など著書多数。専門は医療関連感染対策。



●ほんだ・ひとし氏

2000年北里大医学部卒。日本での研修後、04年より米ハワイ大にて内科研修を行う。その後、米ワシントン大にて感染症科フェロー、感染対策/医療疫学フェロー。10年に帰国し、手稲溪仁会病院総合内科・感染症科医長を経て、13年東京都立多摩総合医療センター感染症科医長。22年より現職。米国内科専門医、米国内科感染症専門医。専門は病院疫学、病院感染対策、抗菌薬適正使用、臨床感染症。



イランスデータの整備が求められます。定期的な評価を行い、ベンチマークと比較をして、明確に「ここがダメです」と可視化し、感染対策の意義をトップに理解してもらえよう訴えていくべきです。当院では、ある領域に課題を見いだした際、教授会で話をする機会を院長にセッティングしていただくこともありました。

坂本 トップが感染対策の重要性を表明し、支援してくれているのは良いですね。感染のリスクや対策の効果を可視化するには、転倒・転落や誤薬などの目に見えるインシデントとは異なり、専門技能が必要です。感染対策のプロセスやアウトカム評価を病院の質改善プログラムに組み込んで、トップを含めた関係者と共有することが推進される仕組みになることを期待します。

ポジティブなフィードバックができる場面では最大の評価を

坂本 リスクを数値で可視化し、比較を通して改善状況を評価する。こうしたリスク評価は日本人のメンタリティにすぐにはなじまないかもしれませんが、感染予防には不可欠です。米国では消費者団体が医療の質に関する各種指標を公開しており³⁾、患者は各病院の成績を見て受診する病院を決められます。このレポートは、単に「医師や看護師が親切だった」といった口コミではなく、医療関連感染の発生率など、病院から開示された客観的データに基づいて作成されています。医療の質改善の行程は、データを重要なステークホルダーである患者・家族に開示し、改善活動への参加を促すことまでを含むものだと私はとらえています。日本の文化に合った形で実現できると良いと思います。以前の勤務先では、データによる可視化を前向きにとらえてもらうために、手指衛生実施率を個人別に算出し、その結果をボーナスの算定に反映させる部署がありました。

本田 興味深い事例ですね。日本ではあまりそうしたケースは聞きません。金銭的なインセンティブはプラスに働いたのでしょうか。

坂本 スタッフ自身がモニタリングに参加し、現場で指導を行うなど主体的な改善活動を行った結果、遵守率が高い水準で維持されるようになりました。

本田 一般的に行われる感染対策指導は懲罰的に見えるので、努力した方にポジティブなフィードバックができる機会は貴重です。

坂本 医療安全についても「インシデントレポートを出させられた」と受け手側がネガティブにとらえてしまうケースは多いですね。けれどもインシデントレポートの結果を踏まえて改善ができるのだから、質改善を推進する側としては、むしろ「報告してくれてありがとう」と言うのが筋です。「インシデントレポートを提出する義務がある」と伝える必要はあるものの、そ

れだけで安全文化を作り上げるのは難しい。改善の努力に対するポジティブ

感染対策を強化するために必要なのは全体像を把握する力

本田 2014年に坂本先生も参加し開かれた座談会「全ての医療者が行うべき“スタンダード・ケア”——手指衛生からはじめよう」(本紙3096号)で手指衛生に関して議論した頃は、感染対策への医療者の関心がまだまだprimitiveであったと記憶しています。しかし、それから約10年が経過し、近年は特に疫学やデータを意識した感染対策へと変容してきたことを実感する機会が増えてきました。

坂本 臨床感染症医が感染予防の領域にも関心を示すようになったことも大きいですね。その人数は今でも決して多いとは言えませんが、彼らがかかわってくれるようになったことで感染対策の幅が広がりました。とはいえ、日本の病院での感染対策の進め方には課題もまだ多い。特に全体像から見える弱点を把握して対策を講じる力が弱いと感じます。手指衛生一つとってみても、思い付きで始めた一つの介入のディテールは気にするけれども、多面的介入のフレームワーク、つまり手指衛生を推進するために必要な全要素におけるその介入の必要性や見込まれる効果が明確ではなく、その他の介入の必要性に関するアセスメントも不十分という光景をよく見かけます。個々の対策は現場の努力で頑張っているが、網羅的ではないのです。こうした改善の取り組みをOECDはレポート⁴⁾の中で“haphazardly applied”として説明していました。つまり、質改善の取り組みが無いわけではないが、何の脈絡もなく始まり、網羅的でも継続的でもないことが指摘されているのです。

本田 日本の感染対策は、やはりどこか断片的ですね。感染対策向上加算においては、算定要件に医師、看護師、臨床検査技師、薬剤師の4職種の参加が規定され、この4職種でラウンドすることが求められているものの、果たして感染対策の改善に職種の規定が必要なのだろうか疑問を抱いています。坂本 医療関連感染予防に求められる専門性には、縦割りにした職種別の技能ではカバーできないものがあります。日常的な感染のリスク評価に求められる疫学や統計学、質改善のためのプロジェクトマネジメントや情報管理がその例で、「得意な人が誰もいない」中核となる技能は4職種の隙間に落ちてしまします。これも全体像の話になるのですが、米感染管理疫学専門家協会(APIC)が示しているような感染予防担当者のコンピテンシーモデルが、日本で示されていないことは課題と言えるでしょう。同モデルでは、感染対策担当者のレベルに応じて、リーダーシップ、プロフェッショナルとしての姿勢、質改善、プログラム運営、情報管理、研究の6領域に分けて技能レベルを評価できるようになっています。

な評価の積み重ねが安全文化を醸成していくはずですが。

本田 米国はフレームワークをつくるのがうまいです。しかもその多くがチェックリスト方式になっていて不足部分を浮かび上がらせます。

坂本 フレームワークが活用されていれば、人材に多少の能力の差はあれど最低限の質が保証されているために、組織が機能しやすいです。現状の日本は、従事する個々人の能力に大きく依存してしまっています。

本田 神の手が一人いるよりも、均質な人材が複数人いたほうが属人的な状況から抜け出すことを可能にし、組織は安定します。患者にとっても有益に働くはずですが。そうした人材を養成するためのトレーニング体制が併せて構築できれば、持続可能性を持った感染対策チームを国内でも生み出すことが十分可能でしょう。

*

坂本 米国のCIC(Certification in Infection Control)のような職種を問わない認定試験に関する検討が国内の学会でも始まっており、私もこの議論に携わらせてもらっています。個人的には、先ほど話題に挙げたAPICのコンピテンシーモデルを参考にしながら、介護施設や産業保健師などを想定した初級者レベル、認定看護師資格を取得したばかりの方を想定した中級者レベル、専従者としての経験が長く、知識が豊富な方を想定した上級者レベルの試験があるとよいのではないかと考えています。これが実現すれば、どの職種であっても所属組織のニーズにあった知識レベルを担保できるはず。最終的にこの認定基準が診療報酬の算定要件となれば、日本の感染対策は大きく変容していこうと考えています。

本田 良い取り組みですね。少なくとも上級者レベルの試験は簡単に合格できないような質の高い試験であることを期待します。実践での経験値がないと解けないような問題があればさらに良いでしょう。試験の存在が自分に足りない部分に気付くきっかけになるべきです。坂本 制度に関する細部の検討はこれからだと思いますが、試験による更新制を導入し、生涯学習を求める形になればと考えています。日本の感染対策への意識がさらに高まるきっかけになるとうれしいです。(了)

●参考文献・URL

- 1) WHO. Your 5 Moments for Hand Hygiene. 2009. <https://onl.la/eS4TkMQ>
- 2) PIDAC. Best Practices for Hand Hygiene in All Health Care Settings, 4th ed. 2014. <https://onl.la/prLafXV>
- 3) Leapfrog Hospital Safety Grade. How safe is your hospital? 2023. <https://www.hospitalsafetygrade.org/>
- 4) OECD. OECD 医療の質レビュー日本——スタンダードの引き上げ：評価と提言。2014. <https://onl.la/F2NQHjf>

(1面よりつづく)

バージョンを持続させることに苦勞をしています。

坂本 難しい問題ですね。前任の聖路加国際病院では周りに人がいない時はマスクを外してよいという方針でした(2023年10月末時点)。人がいる場面でのマスクの着用については、リスクを取りすぎると集団感染によって業務縮小に至る可能性があるため、外してもよい場面を増やしていくに当たって、リスクをどこまで許容できるのかを各施設で議論する必要があります。

COVID-19に限りませんが、感染対策の根拠となる科学と病院経営のバランスの取り方は、経営層の医療の質や安全に対する考え方の影響を大きく受けます。ですので、人の健康への影響を考えた時に妥協が望ましくない部分と、トップの判断に委ねてよい部分を切り分けて折衝するようにしています。

本田 経営層の考え方一つで感染対策の成否が大きく左右されるという点は非常に頷けます。トップのスタンスをはっきりさせることは重要です。

坂本 感染対策チームの悩みとして「スタッフが言うことを聞いてくれない」との話をよく聞きますが、「感染予防は病院の方針であり、職員はそれに従う義務がある」との明確な指針があれば、感染予防をやる/やらないの選択肢が職員側に委ねられる事態は避けられます。「価値観が異なるので承服できない」と意見する人に対しては、感染予防に対する説明責任のあるトップが、「病院の方針なので従ってください」と伝えることもできます。しかし、この責任の所在が曖昧であるが故に、感染対策チームが現場との板挟みになってしまう光景を頻繁に目にします。

本田 そうした状況を変えるためにも、感染対策チームには院内のサーベ

効果的な感染対策に欠かせない知識とコツが満載

感染対策40の鉄則

医療関連感染対策を成功させるために、筆者が実践している40のルール(=鉄則)をつぶさに紹介! 例えば、「鉄則1:手指衛生消毒薬の使用量から手指衛生実施率を知ることはできない」「鉄則23:感染経路別予防策は、感染症の疫学的特徴に合わせてカスタマイズする」など。効果的な感染対策に欠かせない科学的視点や思考過程についてわかりやすく解説。医療機関で活用できる知識とコツを満載した充実の内容。

坂本史衣

感染対策
40の
鉄則

医療関連感染対策を成功させよう!

悩める感染症医の思考過程から、適切な抗菌薬選択の考え方を学ぼう!

ケースで学ぶ抗菌薬選択の考え方 耐性と抗菌メカニズムの理解で深掘りする

抗菌薬適正使用に必要な、抗菌と耐性のメカニズムの本格的な解説が魅力。症例編では、なかなか効果が発揮されない抗菌薬治療を見直し、菌の同定、耐性の状況などを探っていく過程から、適切な処方選択・変更の考え方を学ぶことができます。

監修 矢野寿一
笠原 敬
著 小川吉彦

ケースで学ぶ
抗菌薬選択の考え方
耐性と抗菌メカニズムの理解で深掘りする