



2016年8月17日放送

「地域連携による感染制御力向上の取組み」

岐阜大学病院 生体支援センターセンター長
村上 啓雄

はじめに

住民にとって適切な感染対策を考える際に、地域全体で感染制御力を高めることが必要であるとずっと以前から考えていました。病原微生物は施設ごとに感染性が異なるわけではありませので、施設ごとに異なる感染対策をしていたのでは、患者さんや家族は混乱してしまいます。一方、現場では、施設によっては感染制御の知識・技術が不十分で、微生物という目に見えないものに対する恐怖感が職員自身に存在し、施設間の相互理解や情報共有も十分ではないことがわかりました。

そこで私たちは、岐阜県内の感染制御力の規格統一とレベルアップを目指すことこそ、医育機関である大学病院の使命であると考え、十数年前から地域連携による感染制御力の向上に取り組んできました。本日は、その取組みについてご紹介したいと思います。地域の事情はそれぞれ違いますので、私たちの経験やノウハウがそのままご参考になるとは思いませんが、少しでもお役に立てれば幸いです。

感染防止対策加算・地域連携加算算定前

2004年以降、米国CDCは「病院感染：Hospital Infection」という言葉に代わって、「医療関連感染：Healthcare-Associated Infection (s HAI(s))」という用語を提唱し、世界的に「医療関連感染」という言葉が使われるようになりました。「院内」で

表1：岐阜大学医学部附属病院の地域連携の取組み(加算前～)

- (1) 岐阜院内感染対策検討会：H12年11月～33回
会員制(ほぼ全施設)：医療機関、高齢者施設、保健所、自治体
 研修会・アンケートとフィードバック・情報交換と共有
- (2) 岐阜県健康福祉部医療整備課との連携
(院内感染対策委託研究事業)：H17年4月～
 相談窓口・Q&A集発行・アウトブレイク改善支援(12事例)
 訪問実地指導(未加算施設を含めた中小病院56施設)
- (3) 岐阜県健康福祉部保健医療課との連携
岐阜県予防接種センター委託事業：H20年4月～
 相談窓口・Q&A集発行・研修会・3次予防接種の実施
 岐阜県リアルタイム感染症サーベイランスシステム稼働
 2009pdmから開始・毎日20：30に当日までの患者発生動向公表

はなく、さまざまな医療施設や在宅ケアなどでの感染も含めて考えよう、というものです。まさにこの医療関連感染の概念で進めていけばいいだろうと考え、私たちは感染制御の地域連携構築に取りかかりました(表1)。

(1) 岐阜院内感染対策検討会 2000年11月～

岐阜院内感染対策検討会とは、いわゆる研修会、勉強会ですが、会員登録制にしたことが特徴のひとつです。初めに岐阜県内のすべての医療機関と高齢者施設にダイレクトメールを送り、参加を募りました。その結果、ほとんどの医療機関、高齢者施設が賛同してくださり、さらに保健所や社会福祉協議会、県感染対策関連行政部門、製薬企業なども参加し、産官学一体となって活動しています(表2)。検討会は年

表2：岐阜院内感染対策検討会(概要)

活動開始日	平成12(2000)年11月18日
活動内容	岐阜県内および岐阜大学関連医療施設における医療関連感染対策に関する情報交換、学術講演会、テーマ別研究活動、院内感染対策相談窓口・技術相談事業
役員	岐阜県内のICD10名、ICN6名を中心としたメンバー(全25名)
会員施設 (登録制)	①病院・医院などの医療施設：125 ②高齢者施設：269 ③岐阜県内各保健所・社会福祉協議会：19 ④岐阜県健康福祉部医療整備課・保健医療課 ⑤製薬企業等：8
事務局	岐阜大学医学部附属病院生体支援センター(NST/ICT) 〒501-1194 岐阜市柳戸1番1 TEL：058-230-7246 FAX：058-230-7247 E-mail：kansan@gifu-u.ac.jp

に2回開催し、学術講演、その時々々のトピックや会員施設のICTの紹介に加え、テーマに合わせた事前のアンケートと当日フィードバックや質問に答えるセッション、情報交換の場・時間を多く設け、全員参加型の研修会を目指してきました。

(2) 岐阜県健康福祉部医療整備課との連携 2005年4月～

県の施設内感染対策担当課との連携として、院内感染相談窓口を開設し、回答するとともに、年度末にQ&A集として冊子化し、岐阜県医師会ホームページでも公開しています。医師、看護師、保健所関係者、高齢者施設の担当者など、多職種の方から多様な質問が届きます。回答は、岐阜県内の加算1の施設のICD、ICNが担当しています。できるだけ数日以内に回答するよう、クイックレスポンスを心がけています。

希望する施設への訪問実地指導にも取り組んでいます。2006年から年間5施設程度を訪問し、2015年12月までに延べ56施設を訪れました。そのうち、感染防止対策加算を算定していない中小病院が3分の2ほどになります。急性期病院の常識を一方的に押し付けるのではなく、現場の実態を知り、生の声を聞き、現場

表3：訪問実地指導担当者のアドバイスポイントまとめ

- 1) 清潔不潔のゾーニング**
 - ・患者使用前の物と使用後の物が同じエリアに置けないように配慮
(処置車、点滴調剤台、汚物処理室等)
- 2) ディスポズの必要性**
 - ・シングルユース物品の再利用の是非
 - ・リスクや業務量、相対的なコストの検討
- 3) 病院の感染対策機能について**
 - ・感染症発生時の対応について
(情報共有・マニュアル化)
 - ・職員感染対策システム整備

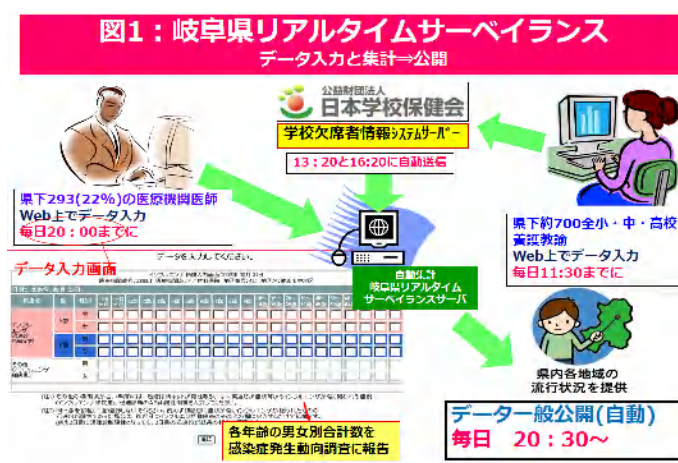
に則した指導を心がけました。訪問することで私たち自身の勉強にもなります(表3)。

実地指導のほか、アウトブレイク施設訪問・改善支援も実施しています。事案が生じた場合、保健所や県の窓口を通じて相談がありますので、状況に合わせて県内の専門家に対応してもらいます。

(3) 岐阜県健康福祉部保健医療課との連携 2008年4月～

県の感染症予防・治療担当課との連携では、岐阜県予防接種センター相談窓口を開設しています。前述した院内感染相談窓口と同様に、年度末にはQ&A集の冊子を発行し、岐阜県医師会ホームページでも公開しています。

数ある連携事業の中でも、世界一のレベルと自負しているのが、岐阜県健康福祉部保健医療課、岐阜県医師会の事業に協力した岐阜県リアルタイム感染症サーベイランスシステムです



(<http://infect.gifu.med.or.jp/influ/influcondition>) (図1)。県内の約1/5の医療機関医師のご協力で毎日午後8時までに、その日のA型、B型インフルエンザの発症状況を年齢別、男女別にフォーマットに従い入力されます。一方、県下約700のすべての小・中・高校の養護教諭のご協力で、学校欠席者情報を毎日午前11時半までに入力していただきます。これらのデータが最終的に県のサーバーに集まり、当日の午後8時半には県内の当日までのインフルエンザ患者発生動向が一般公開されます。全県統計はもちろんのこと、圏域別の流行状況に加え、型別・年齢別などの流行曲線、学校単位での流行も把握でき、個々の感染予防対策に役立てていただいています。インフルエンザ以外に、他の小児感染症についても1週間単位で流行動向を公開しています。

感染防止対策加算・地域連携加算算定後

(1) 加算病院ネットワーク

まず、岐阜県病院協会のご協力で同協会からの委託の形で、岐阜大学医学部附属病院生体支援センターが事務局として加算病院連携体制、すなわち県内すべての加算病院のペアリング(加算1および加算2施設間の組み合わせおよび加算1同士の組み合わせ)を当センターが実施しました。加算施設にはこのシステムを理解していただき、加算2から加算1に移行等に伴う、加算1⇔2のペアリング変更等も風通し良くできている状況で

す。

年4回の合同カンファレンスのうち、2回は全加算病院合同カンファレンスとしてあります。この全加算病院合同カンファレンスの際には、各施設から毎月収集しているデータを集計

したものをフィードバックしています(図2)。これについてはあとで述べます。

図2：感染防止対策加算算定病院岐阜県ネットワーク 岐阜県病院協会の協力を得て(2012.4～)

(1)岐阜大学医学部附属病院生体支援センターが加算施設連携体制制御

2016年2月現在加算1：24病院、加算2：33病院のペアリング実施
地理的負担を考慮し調整・加算1同士のペアリングも調整

(2)全加算病院合同カンファレンスを年2回開催

下記データフィードバック・事前のテーマ募集と意見交換

(3)月例データ収集とフィードバック事業継続

年2回の合同カンファレンスに合わせてデータ収集・フィードバック
ICT活動実態・薬剤耐性菌検出状況・血液培養実施状況・抗菌薬使用状況等
岐阜県全体の感染制御の精度を推測可能に
自施設の立ち位置(他施設との比較)確認によるICT活動の目標提示
ABHR使用量・血液培養2セット採取率・ICT活動指標→経時的改善確認



(2) 感染制御実施状況の「可視化」

各職員の感染制御の遵守率と技術の評価はなかなか難しいと思います。各職員は適切な感染制御力の自己評価ができず、自分が感染予防策を遵守できていないことに気づきません。では、どのようにすればいいか。感染制御の教育、動機付け、システム変更は「可視化」して取り組む。これがキーワードです。

当院では、院内手指衛生の遵守率を高めるため、擦式アルコール手指消毒薬の全看護師個人使用量を毎日調べるようにしたのです。各看護師には個人使用量「可視化」データを示し、自分自身で他職員との相違を自覚することによって、使用量が少ない看護師が自然に使用量を増やすアクションを起こすきっかけができるであろうと考えました。実際にこの取り組みを10年以上継続した結果、個人使用量は右肩上がりに上昇し続けています。

(3) 施設の立ち位置・目標を「可視化」～ICT活動の質を評価するためのサーベイランス

加算病院をペアリングしただけでは感染制御力向上にはつながりませんので、当院の手指衛生遵守率向上の取り組みをヒントに、地域全体の感染制御力向上のため、各施設の立ち位置・目標を可視化することを考えました。それが先ほどの(図2)で示した月例データ収集とフィードバック、すなわち「ICT活動の質を評価するサーベイランス」事業です。加算病院での院内感染対策の実施状況を継続的に把握し、データをフィードバックすれば、各施設が全体の状況を把握し、自施設の立ち位置を確認することができます。それによって自施設の課題を見つけてもらうことができ、ICT活動の目標設定ができま

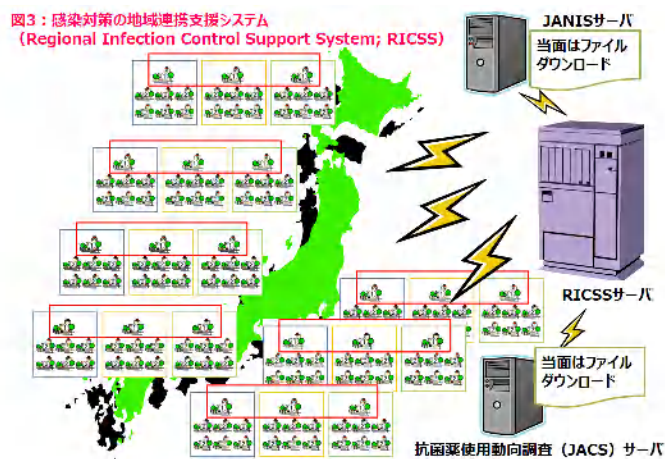
す。さらに、この調査結果を用いて、各施設におけるICT 活動改善動向を把握し、加算のもたらす効果の評価を行うこともできます。

各施設から毎月収集しているデータはICT活動状況（ICT会議数、ラウンド数）、MRSAの検出率、擦式アルコール手指消毒薬使用量、抗菌薬使用量、血液培養提出率…等々です。エクセルのフォーマットにデータを入力すれば、いろいろなデータが自動計算されるように設計されています。フィードバックは、全病院の平均、加算1の平均、加算2の平均をグラフで示し、施設ごとの立ち位置が一目でわかるようにプロットしています。

実際に地域全体としてICT活動状況の適正化、擦式アルコール手指消毒薬使用量の増加、血液培養2セット率の向上などのアウトカムが得られました。課題は薬剤耐性菌検出をいかに減少させるか、抗菌薬使用状況の有益なフィードバック方策です。

(4) 感染対策の地域連携支援システム (Regional Infection Control Support System: RICSS)

われわれが4年間継続実施してきたサーベイランス事業は、一定の成果を生みましたが、一方で、データ集計や解析およびフィードバックには、莫大な労力と時間を要したことを課題として指摘せざるを得ませんでした。これを厚生労働省の院内感染対策サーベイランス (JANIS) と同様に、またJANIS本体と連携して自動化しようとするプロジェクトが感染対策の地域連携支援システム (Regional Infection Control Support System: RICSS) です (図3)。



H28年度に日本医療研究開発機構 (AMED) の支援により、東海大学の藤本修平教授のもと本格的な開発に着手しています。これが実現すれば我々のノウハウを他の地域や全国に容易に展開でき、病院機能別集計など、自由なグループ化分析も可能となり、極めて大きな期待がかかっています。

(5) 診療動線に寄り添った連携の強化・継続

岐阜県での地域連携による感染制御力向上の取組みは、こうして県の行政機関、保健所、病院協会、医師会のご理解と支援をいただきながら、十数年かけてやっところまで来ました (図4)。われわれは診療報酬のみにとらわれないリーダーシップを発揮し、またご依頼があったときのクイックレスポンスに心がけ、地道な積み重ねによって、すべての関係者の信頼関係を築いてきました。この信頼関係が、地域連携の基礎になってい

と言えるでしょう。

すべての職種、すべての県内の医療機関が同じ方向を向き、共通の認識や知識・技術をもって地域の感染制御力を高めていく。今後も患者さんの診療動線に寄り添った連携を強化し、活動を継続していくことが重要だと思います。

図4：岐阜県における感染対策地域連携組織図
(2016.2.28作成)

