

透析医療における感染対策

三木陽二

令和元年 10 月 10 日/熊本県「熊本県透析施設協議会秋の講演会」

当院は千葉県千葉市にある 199 床の急性期病院である。施設は老朽化しハード面で多々問題を抱える。感染症科はなく、バスキュラーアクセストラブル、透析患者の重症な心疾患、透析患者の脊椎や四肢や股関節の骨折症例、担癌症例など他院での診療困難な方が多く紹介来院される。

筆者は感染対策の格別の経験もない一介の外科医であり、当院赴任直後に病院側より依頼され偶然 ICD (infection control doctor) となった。感染対策に濃厚に関与する契機は 2012 年末から 2013 年年始にかけてのインフルエンザアウトブレイクでありこの経験から多くの知見を得た。職員が感染を院内に持ち込んでおり、新規発症者を見落とし、1 患者 1 日当たりの手指衛生回数 (以下手指衛生指数) は 4.2 回/患者日と手指衛生の不足が明らかだった。2013 年冬季もまたインフルエンザアウトブレイクが生じ、4 つあった病棟全てでアウトブレイクが生じいわゆる「病棟閉鎖」になった。感染対策の質が向上した実感は無く、職員の認識を知るためにアンケートを行った。予防内服の完遂は 70% にとどまり、手指衛生の意義目的や使い分けが周知されていないことがわかった。これらの事実を踏まえ ICT (infection control team) が中心となり ICC (infection control committee)、院内研修会などで周知を図り冬季感染症予防のためのバンドルの提供を開始した。

このような一連の活動に対して、協力的な職員も非協力的な職員もいる。感染対策の重要性の周知を図っているつもりでも職員の姿勢と乖離がみられるならば、それは職員が納得していないからと考えられる。この点で無視できないファクターは「職員がどのような医学教育を受けてきたのか」だろう。一例をあげれば標準予防策が CDC (Centers for Disease Control and Prevention) から発表されたのは 1996 年であり、2019 年現在で 40 代後半の医療従事者はまず間違いなく標準予防策を医学教育課程で受けていない。どの職員も資格試験合格までは一定均一の内容を学ぶ。しかし資格取得後の知識の習得は個人差があることは容易に想像され、職歴が長くなるほど職員により知識に粗密が生じていく。加えて医学知識は現在爆発的に増大していると言われている。つまり感染対策において職歴の長さが影響を及ぼすことは十分に考えられる。管理職など病院で権限を握る立場になるほど感染対策に疎い、つまり「ベテランほどモノを知らない」可能性がある。個人が己のみの努力で会得できる知識はもはやわずかであり、「共有する」「広がりのある」知識や知性を求めて、集団としての知識と知性の共有向上を目指すべきである。

ところで透析医療における感染対策を考えると、確かに特有の側面はある。透析患者は隔離を要する疾患に罹患しても来院中止にはできず、他の患者にとっては感染のリスクとなる。週 3 回の血液透析を受ける患者ならば 1 年間で約 300 回以上も血管穿刺を受け感染機会の多さは尋常ではない。

加えて透析患者が易感染性であるのは自明である。だが透析における感染対策の内容を吟味すれば、それらは標準予防策に収斂されるのだ。つまり標準予防策遵守が出発点でありゴールであるとおもわれ、透析における感染対策とはすなわち自施設の標準予防策遵守を考える事である。

感染対策に関わる管理者・ICC・ICTにはそれぞれに活動の要諦があるようにおもえる。管理者に必要なのは高い倫理性・完璧な現実把握そして勇気であろう。管理者は人的・時間的・経済的な決定権を持っており、管理者に人を得なければ決して感染対策は充実しないだろう。ICCは管理者に必要な判断材料を与えるために、常に優先度・重要度の高い問題を解決すべきである。ICTは管理職・ICCに完璧な現状把握をさせ、常に感染対策の面からみた最適解を示さねばならない。私見ではICTの中核をなす検査部・薬剤部・感染管理認定看護師は問題が生じた際に、当初から最適解を知っていると日常的に感じる。しかし彼らが他の職種へアプローチするのは時に困難を伴う。特に威圧的な非協調的な職員や部署が相手ではなおさらである。ICDは医師を含めたすべての職種にアプローチするのに最も適しており、ICDが職員の勇気と能力を引き出せば組織全体の知識・知性の向上につながるだろう。

(本稿の要旨は令和1年5月19日日本透析医会研修セミナーで発表したものと同様である。)

利益相反自己申告：申告すべきものなし。