

## ■Opinion : The role of infection control nurse in the infection control team

# ICN の役割 – Infection Control Team の中の ICN –

菅原えりさ\*1、小林寛伊\*2、大久保 憲\*2

## はじめに

施設内の感染制御の課題は職種の壁を超えて存在し、チームで力を合わせて解決することが不可欠である。一般にチーム医療の中心に存在するのは「患者」であるが、Infection Control Team (ICT) の場合は患者と医療従事者がその中心に在り、取り組む課題は、感染症の治療を含む患者の対応、医療者の防御、器具器材の管理、更には施設設備の管理に至るまで多岐に渡るのが特徴である。その為、医師、看護師、薬剤師、栄養士、検査技師、臨床工学士等が専門知識を持ち寄りそれぞれの立場で分析し解決に当たる必要があると同時に、情報を収集整理しチーム内の専門職者が効果的に能力を発揮できるよう調整役（チームコーディネーター）が必要である。

筆者は今回、Infection Control Nurse (ICN) の日常を通して、「チームコーディネーター」としての可能性と将来像を考えてみた。

## 1. 現在のチーム医療の背景にあるもの

1997年の診療報酬改定により設置された「入院診療計画加算」は医師、看護師などが共同して入院初期に計画を策定し患者に説明した場合に加算されるもので<sup>1)</sup>、いわゆる「チーム医療」を推進する項目としてはじめて登場し、この頃から患者を中心に医療専門職が連携して医療提供することが意識化されてきた。この背景には、医療費の抑制に影響する予防医学への注目、患者意識の変化に伴う透明性とアカウンタビリティ (accountability) の強い要求、そして、Quality of Life (QOL) の追及と大きな価値観の変化がある。この医療環境の変化は対象を複雑化し、医師がトップのヒエラルキー医療だけでは解

決できない状況が顕在化してきている。

本来、チーム医療の本質は、医師の配下にグループ化されたチームの医療 (paternalism) ではなく、医療従事者が互いに連携しあう同等な関係性の中での医療のことで、真野<sup>2)</sup>は医師はコ・メディカルへと権限を移譲して行くことになる、とも述べている。

看護師は「患者中心の看護」を旨としているが、近年の医療環境の変化は「患者中心」が「本当の意味」を帯びてきたとも受け取れる。今後、同等な本来の意味での「チーム医療」が期待されると同時に、「患者中心」を長年追及してきた看護師が重要なキーパーソンになることは必然で、チーム医療の調整役として機能を果たせるよう、その覚悟と責務を認識すべきときが来ている。

## 2. ICT のチーム医療

感染制御の発展は前項で述べた医療環境の変化（医療の質の追求）が大きな追い風になっており、医療の質を担保する重要な役割を担っている。

感染制御活動は、実際的な活動ができる小グループ (ICT) を組織するのが効果的で効率的である<sup>3)</sup>。このように提唱した啓蒙書の第1版が出版されたのが1997年。チーム医療推進に拍車をかけた1997年の診療報酬改定と同年である。

その後、急速にICTの組織化が進み、チーム医療の先駆けにもなった。

ICTのチーム医療の特徴はリスク管理に重きを置いている点にある。感染制御の根底にあるのは、医療を遂行する上での医療者の行動や生活において、感染リスクを回避するための知識を持ち実践し、またそれを継続的に促していくことにある。

\*1 東京医療保健大学大学院 感染制御学 \*2 東京医療保健大学大学院

このことの実体化が、日々行われている手指衛生行動の徹底や Personal Prevention Equipment (PPE) の適正配置と適正使用、手術に代表される侵襲的処置に対する感染防御の知識技術、また、それらを包括する職員教育である。また、感染症治療と耐性菌発生を抑制するための適正な抗菌薬療法に関すること、洗浄・消毒・滅菌に関すること、職業感染に関することも重要である。更に、それらの活動を通して得られた情報を管理すること、感染率等をデータ化しリスクを分析し予測することも日々の業務である。このように感染制御は、臨床の現場に密着し best practice を支え、患者と医療従事者を感染から未然に守ることを本分としている。

一方、突然発生する予期せぬ感染症の発生には素早く対応しなければならない。疫学調査、関係各部署への情報伝達、感染対策の決定と周知等々。Infection Control Doctor (ICD) を中心にチームメンバーが総力を挙げて問題解決に当たる。

これらの感染制御の問題を考えると、その中心にあるのは抗菌薬療法といった「治療」の領域だけでなく「予防」やそれを含めたマネジメント要素が大きな割合を占めている。すなわち、問題の種類によっては必ずしも医師のリーダーシップを求めなくても良い場合もあり、ICT はチーム医療の理想とする同等な関係性を築きやすい環境にあるのではないかと考える。同等な関係性にあるということは、より自立した専門職性を発揮できるチーム構成員が必要で、その上で、知識や実践能力を適材適所でまたは総合力として発揮できるようコーディネートする存在もクローズアップされてくる。

### 3. ICN の活動

日本赤十字社医療センターで行っている3つのラウンドとデータ活用例を紹介し、ICN の役割を考えてみる。

#### 3. 1 「ラウンド」を通して

##### 1) ICN ラウンド

「ICN ラウンド」は手指衛生のチェックから始まり、患者に使用されている器具器材管理が適正に管理されているかを確認する視点、感染症患者に応じた感染経路別対策を確認する視点、更には療養環境の管理を確認する視点、など総じて感染防止技術全般を確認することを目的に、週1回実施している。

ラウンドで使用するチェックリストは最近米英で推奨されている「care bundle」の考え方を参考にした。「care bundle」とは、エビデンスに基づいた感染予防方法を実際の臨床で介入評価しやすいようにコンパクトにまとめられたツールである<sup>4)</sup>。それを参考に独自に作成したシートで点数評価しリンクナースへフィードバックする(表1)。care bundle については現在学習の途中であるが、その簡便性とわかりやすさから今後日本の臨床に受け入れられて行くことが予測される。

感染経路別対策の確認は「感染症患者病棟マップ」で確認しながらおこなう。

このようなICN ラウンドは感染対策のチェックだけでなく、臨床現場の実態を知る重要な時間となり、何よりここで得た情報は「ICT ラウンド」に生かされる。

表1 血管内留置カテーテル管理ラウンドチェックシートの一例

	チェック項目	11階	10東	10西
1	処置台には速乾性手指消毒薬(期限が切れていない)が置いてある。	1	1	1
2	処置台には70%イソプロパノール(期限が切れていない)が置いてある。	1	1	1
3	刺入部の消毒は刺入部へ外側へ消毒し乾くまで拭き取らない。	1	1	
4	CVカテにはドレッシング交換日が記載されている。	0	1	
5	CVカテ挿入部の観察項目は記載されている。	0	0	
6	末梢点滴は刺入日がドレッシング剤に記載されている。	1	1	1
7	ドレッシング剤の中心に刺入部がある	0	0	1
8	薬液接続時は閉鎖式注入口を消毒している。	1	1	1
9	処置台と流しはタイル2枚分の距離が確保されている。	1	1	
合計 (実施の合計)		6	7	5
チェック項目数		9	9	5
遵守率 (%) (実施合計/全チェック項目*100)		66.6	77.7	100

(実施: 1 否実施: 0)

##### 2) 清掃ラウンド

「清掃ラウンド」は施設担当者とICNと委託の清掃業者責任者の3者で月1回実施している。当初はICN主導ではじまったが、現在では施設担当者の業務となり、ICNはオブザーバー的存在である。評価は5段階でおこなわれ、業者側も同じ評価表で自己評価し、結果は月1回のミーティングで公表する。

清掃の目的は清潔な環境の維持管理であることは言うまでもないが、感染制御の基本でもあり、ICNが清掃評

価に関わる意味はそこにある。しかしそれだけでなく、特殊な感染症発生時の環境消毒に関すること、清掃作業員の鋭利器材事故防止を含む感染防止など、ICN にとって切っても切れない関係にある。

### 3) ICT ラウンド

「ICT ラウンド」は、主に感染症の治療と抗菌薬の適正使用の監視指導を目的に ICD、ICN、薬剤師、臨床検査技師の4名で週1回実施している。

ラウンドリスト作成は ICN の仕事である。リストは Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) 検出患者一覧、抗 MRSA 薬使用患者一覧、カルバペネム薬使用患者一覧を感染情報システム（電子診療録の部門システム）から抽出し、リストアップされた患者情報を電子診療録から収集する。

ラウンド前のカンファレンス時、患者プレゼンテーションは ICN がおこなう。また、臨床検査技師からは血液培養検査結果一覧と注目すべき検出菌(途中経過も含め)情報が、そして薬剤師からは Therapeutic Drug Monitoring (TDM) 実施状況と結果のアセスメントが提供され、その上で患者をピックアップしラウンドへ出かける。

当センターの「ICT ラウンド」は治療的側面が大きな割合を占めているが、ここで ICN は、ラウンド患者の背景や他の2つのラウンドから得た管理状況など、ラウンドに必要な情報の発信源になっている。

一般に「ICT ラウンド」はこれらをすべて網羅した内容でメンバー全員で実施している施設が多い。しかし、当センターのようにメンバーの専門性と時間的制約を考慮し目的別に実施している方法を例にみると、ICN が全ラウンドの主役や脇役になりながら、常に全体を把握する立場に位置しているのがわかる。チームの目的を明確に持ち、活動を活性化する中心的機能を果たしている ICN の姿がみえてくる。

### 3. 2 リスクを予測するデータ

3年前はじめてノロウイルス急性胃腸炎の集団発生を経験した。その後筆者は、腸管感染症の流行を公的機関の情報だけでなくもっと身近なデータで示すことはできないものかと考え思いついたのが、救急外来受診者の中の腸管感染症受診者率を調査することである。

最初に始めたのが流行期真只中であつたが、調べが進むにつれて徐々に受診者が減少し、東京都が流行の終息宣言を発表したのと、当センターの受診者率が平時（ベ

ースライン）の平均+2標準偏差（SD）を下回ったのがほぼ同時だったことがわかった。そして、当センターの流行曲線と東京都発表の流行曲線がほぼ同じ時期に放物線を描いていたことも確認できた。これを「腸管感染症サーベイランス」（図1）と名付け、このデータを流行の指標として関連会議に報告し、職員への具体的な注意喚起と PR、そして対策開始および解除の目安として使用した。

サーベイランスは米国 CDC の NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance) システム（現在は NHSN : National Healthcare Safety Network）が開発した、カテーテル関連血流感染、カテーテル関連尿路感染、人工呼吸器関連肺炎、手術部位感染の器材手技に限定したサーベイランスと耐性菌サーベイランスが一般的だが、このようなオリジナルなサーベイランスも自施設のリスク管理に寄与するものであれば有用であることを経験できた。

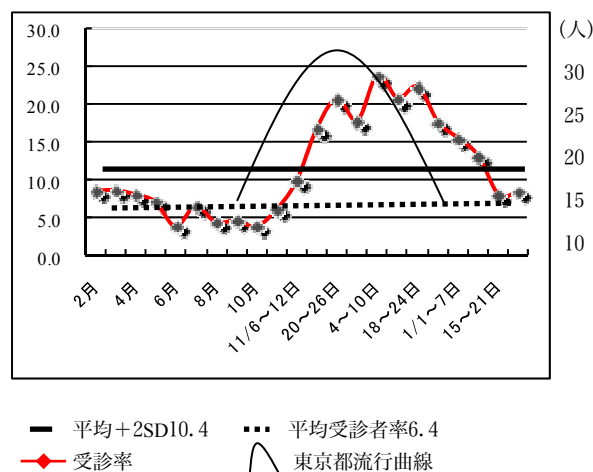


図1 腸管感染症サーベイランス 2007年

### おわりに

看護師の患者ベットサイドで費やす時間は他の専門職より圧倒的に長く、接触時間の長さは感染制御にとってリスクであるため、そういう意味で ICN の存在意義はあろう。しかしそれは感染制御の一面である。近年の医療環境の変化は医療専門職が自らの専門性だけを追い求めていても問題解決が難しくなっている。

今回 ICT の活動が構成員の専門性を生かし統合しておこなわれていることを「ラウンド」を通してお示した。同時に ICN がチーム活動の全般に渡って関与しその全体像を把握できる絶好のポジションにあることがわかる。

そもそも看護師は医療職の中で多数派で、その点 ICN は他のチームメンバーより専任を獲得しやすい環境にある。その地の利を活かし、全体をマネジメントする「チームコーディネーター」としての役割を自覚すると共にその地位を確立するべく努力しなければならない。将来的には看護職という枠組みに囚われない組織的活動もあり得るのではないだろうか。そのためにも、感染制御を深く学び、研究し、新しい視野を持って医療に貢献でき

るよう研鑽を積む必要がある。

#### ■ 参考文献

- 1) 看護管理用語検討委員会編. 最新看護管理用語辞典. 日総研, 2001 ; 154
- 2) 真野俊樹編. 医療経営. 薬事日報社 2003 ; 29-47
- 3) 大久保憲 賀来満夫編. 改訂 感染対策 ICT 実践マニュアル. 2001
- 4) Janice Stevens. Using high impact interventions. Department of Health. 2007