

# 感染・医療事故 防止セミナー 2014 in 中国レポート



日時：2014年5月10日(土)13:00～16:20

場所：広島国際会議場 B-2F(大会議室)ダリア

## 情報提供

### 手術用手袋の手術部位感染 (SSI)に与える影響について

株式会社アンセル・ヘルスケア・ジャパン

## 林 貴宣

手術用手袋において、伸縮性やグリップ性能、アレルギー対策などと共に重要な項目の一つにピンホールがあります。ピンホールは、手袋を装着している医療従事者の感染リスクを高めるだけでなく、医療従事者からピンホールを介して患者さんに感染させる危険があります。

装着前にすでにピンホールがある場合と、装着後にできる場合とがあります。装着後では、機器の受け渡しのときなどにひっかいてしまうなどの手術中の物理的な破損と、患者さんの体液や油脂に長時間触れていたりして劣化することによる破損とがあります。

術前のピンホールに関しては、JIS規格によるAQL(合格品質水準)で1.5以下と定められています。つまり、手袋1万枚を製造した場合、検査用サンプルを200枚取って、そのうち不良品が3枚以上(不良品率1.5%以上)あったら不合格で、販売してはいけないという意味です。逆に言えば、2枚までの不良品は許されるということです。日本で販売しているメーカーはすべてこの基準を守って提供していますし、中には自主的にもっと厳しい基準にしているメーカーもあります。それでも不良品率はゼロではないことを認識しておく必要があります。

ピンホールの61～83%は気づかぬうちに発生しています。発生に気づくには、二重装着が有効といわれています。例えば、一重手袋の場合、発生に気づく確率は37%ですが、同じ手袋を二重に装着すると67%、色が濃いアンダー手袋の上に薄い色の手袋を装着すると97%に上がるというデータがあります。手袋に付着した体液や血液は時間が経つと細菌感染源になるという研究もあるので、たとえピンホールがなくても術中の交換や二重装着が勧められます。

CDCによると、血液汚染された機器で針刺し事故などが起きた場合の感染率は、B型肝炎は6～30%、C型肝炎は4～10%、HIVは0.3%です。手術室の医療従事者は常に感染の危険にさらされているといえます。感染を防ぐために、CDCガイドラインやAORN(米国周手術期看護師協会)などでは、手袋の二重装着や手術中の交換を推奨しています。

日本のある大学病院の手術室では、手術時間が長くなるにつれ、ピンホールの発生頻度が高くなったと報告しています。ピンホールのある手袋で手術を行うと、SSIの発生率が高まるという海外の調

査もあります。いずれの調査においても、手術は手袋を二重装着して行うことが望ましいと結論付けています。

2013年秋に改訂された日本手術医学会のガイドラインにおいても、術中のSSI対策として手袋交換と二重手袋が推奨されています。

二重手袋と術中交換の必要性を理解し、医療従事者と患者さんへの感染を防ぐために、ぜひこれらを実施していただきたいと思います。

## 指定講演 座長

県立広島病院 病院長

## 桑原正雄

何年か前にJMSの担当者が私のところに、「感染・医療事故防止セミナー」を開催したいと相談に来られました。それがご縁で、広島で開催するときは、私がいつも座長を務めさせていただいております。第1回のセミナーは広島で開催され、その後、全国各地で開催していただいております。今回は、広島で感染対策で活躍されている4人の先生方に、それぞれの立場や得意分野でお話していただきます。そのあと自治医科大学附属病院の森澤雄司先生のご講演をいただきます。長丁場になりますが、参考になる内容がたくさん聞けるとお思いますので最後までお付き合いいただきたいと思っております。よろしくお願いたします。

## 指定講演 1〔医療材料／感染対策〕

### 栄養剤バッグの 完全廃止への取り組み ～感染管理の観点から

社会医療法人祥和会 脳神経センター 大田記念病院  
医療安全推進室室長

## 林 ひろみ

院内感染対策ラウンドで、患者さんの経管栄養の準備をする水回りが常に湿潤していることが問題となりました。経管栄養を終了する時間が患者さんによって異なるため、常に水回りを使っていることが影響していると考えられました。湿潤した環境においては、雑菌類が繁殖しやすく、適当ではありません。

その対策として、スタッフの環境整備を促すため、現場写真を撮り、各部署に配って見たのですが、明らかな改善はみられませんでした。次に、リンクナースや管理栄養士と意見交換し、経管栄養チュー

## 輸液ライン管理 ～適切な閉鎖式デバイスの 選択と使用方法について

日本赤十字社 広島赤十字・原爆病院  
医療安全推進室 看護係長 感染管理認定看護師

### 山水有紀子

当院の輸液ラインは、かつては三方活栓を使っていました。三方活栓は、消毒が困難で、デッドスペースがあり感染源となりうることが危惧されていました。しかし、当時発売されていた閉鎖式輸液システムは高価だったため、凹凸が少なく消毒しやすく、かつ特殊な装置を使用せず普通のシリンジでアクセスできるポートを探しました。

三方活栓に代わる新しいニードルレス静注ポートの検討のため、ポート注入口部分の採取培養実験を行ったところ、消毒前の細菌検出率は1.7%、消毒後は0%でした。ポート注入口の下流に接続したフィルターからの採取培養実験では、フィルター下流での細菌検出率、上流での検出率、中空糸からの検出率すべてが0%でした。

これらの結果から、閉鎖式ニードルレス静注ポート付輸液ラインが感染面、安全面で有効ということで、2000年5月にICUで導入されることになりました。その後、血液内科病棟、手術室、小児科と順次導入され、2003年4月には全科導入に至りました。

ポートの数や位置、輸液ラインの長さなどは、血液内科用や抗がん剤用など、用途によって変えています。また、各ポートを清潔に保ち、ルートが患者さんに巻き付いたり外れたりしないように閉鎖性に注意し、事故防止に務めています。

カテーテル関連血流感染の一般的な原因菌としてMRSA、MSSA、緑膿菌、ブドウ球菌などがあります。これらの菌の血流への侵入経路は主に挿入部や接続部の汚染、汚染された薬液といわれています。侵入を防ぐには、カテーテル挿入中の輸液ライン管理が欠かせません。そのポイントとして、挿入前の手指衛生や挿入部の適切なドレッシング、輸液セットの適切な交換頻度、ニードルレスカテーテルシステムの維持などが挙げられます。

血管内留置カテーテル関連感染予防のためのCDCガイドライン2011では、消毒剤入りの石鹸と流水を用いる手洗いか、アルコール製剤を用いた手指衛生の励行が推奨されています。挿入部のドレッシングに関しては、滅菌ガーゼあるいは滅菌済み透明・半透過性の素材で、はがれていたりよれたりしていたら交換することや、少なくとも7日ごとに交換することが推奨されています。輸液セットの交換は、特殊な投与を受けていない患者では96時間以上7日以内の間隔で交換すること、プロポフォルを投与したチューブは製造販売業者の推奨に従って交換するとしています。ニードルレスカテーテルシステムは、コンタミネーションのリスクを最小限にするために、ポート部にアクセスするときは適切な消毒薬で消毒することになっています。

当院では、研修医や看護師に向けて輸液管理に関する研修会を実施しています。研修医に対しては、採用時に輸液ルートの使用と管理方法についての技術研修を行い、その後、現場で実践状況を確認します。看護師には、新人看護師、リンクナース、感染管理専門コース研修の3種の研修を行っています。

平成23年度、24年度の当院での針刺し事故発生件数で調べたところ、インスリンと翼状針が多いことがわかりました。2013年4月～2014年3月にIVH先端から出た細菌の事例検討を行っています。サーベイランスはこれまではICUだけで行っていたのですが、今年5月から血液内科病棟でも始めました。今後もサーベイランスを通し、病棟の協力を得ながら適切に輸液管理を行いたいと思います。

ブの洗浄法や乾燥法についての対策を検討しました。経管栄養チューブの消毒時間や方法を1枚のシートにまとめて水回りに掲示したり、問題事例を写真撮影して現場に貼ったりしました。スタッフたちはそれを見たときは「汚いよね」と言うのですが、日々の忙しさの中で改善には至りませんでした。

結局、啓発に頼るだけでは解決しない、頻繁に経管栄養器具の洗浄作業を続ける限り水回りは乾燥しない、経管栄養器具の洗浄を徹底すると人員や時間がかかるということになり、完全デスポ化導入の声が現場や栄養士、ICT委員から上がりました。

その実現に向けて、最初に行ったのが、県内の他の病院の状況調査でした。完全デスポを採用している施設はわずかで、チューブだけデスポだったり、当院のようにボトル、チューブともに洗浄・消毒して再利用しているところがほとんどでした。また、完全デスポにしたいけれどコストの捻出が難しいという意見が多くありました。

次に、デスポタイプの栄養剤バッグのメリット・デメリットを検討しました。当院は脳血管障害による嚥下障害の患者さんが多く、経管栄養量が微妙に異なったり、経管栄養の種類もさまざまです。こうした特性を考慮すると、RTH製剤よりもイリゲーター・チューブ・シリンジ完全デスポがよいのではないかと意見にまとまりました。イリゲーター・チューブ・シリンジ完全デスポであれば、現在の流動食の取り扱いを変更することなく洗浄・消毒の手間がなくなり、水回りの湿潤による感染リスクが少なくなります。しかし、コストがかかることがデメリットでした。

そこでコストの調査を行いました。入院患者20人に対し看護師が行う経管栄養器具の洗浄等に要する時間を調べ、所要時間に看護師平均時給を乗じて、単価(人件費)を出しました。その結果、完全デスポ化したときにかかる費用とデスポ化により削減できる費用(人件費、光熱費、消毒剤など)との差額は月額10万～15万円増と試算されました。この額は経営側の想定範囲内だったので、導入を決定しました。

導入に当たっては、教材を開発したり、ポスターを掲示したりして、スタッフへの啓発・教育活動を行いました。導入研修も実施し、スタッフたちにデスポタイプの栄養剤を実際に試してもらいました。

導入後、病棟スタッフからは、「水回りがすっきりした」「栄養剤を入れる作業が簡単だった」「経管栄養器具の洗浄作業がなくなったので時間に余裕ができた」「注入が終わると廃棄できるのがいい」「いつも清潔だと、自然と清潔にしないとイケないと思うようになった」といった意見がありました。

栄養剤バッグ完全デスポ化導入により水回りがすっきりしただけでなく、経管栄養チューブの洗浄等から看護師が解放され、看護師の清潔に関する意識が向上し、患者のベッドサイドがより一層整頓されたことは、思いもよらない効果でした。

## 感染症対策の推進に向けた 備北庄原地域における取り組み ～市民の生活を守る 関係機関の連携を通して

日本赤十字社 総合病院 庄原赤十字病院  
感染制御室 看護係長 感染管理認定看護師

### 山根啓幸

感染症のグローバル化・ポータレス化が進む現在、安全で質の高い医療を提供するために、地域における感染症対策の推進・連携が求められています。中でも、高病原性新型インフルエンザ等のパンデミックにおいては、全世界・あらゆる地域で同時多発的に発生することから、災害や事故のように他の地域からの支援・救済を受けることができません。したがって、個人はもちろんですが、市町村等各地域における行政を中心とした総合的な対策が必要となります。

広島県の備北地域(庄原市・三次市)ではかねてより、感染率・重症化率・死亡率が高い高病原性の新型インフルエンザ等を想定した対策に取り組んでいます。平成18年度には、消防署と合同で鳥インフルエンザ患者搬送訓練を実施。平成19年度には、庄原市長をはじめ警察・消防・医師会等各機関の長で構成した新型インフルエンザ対策本部会議と共に、発熱外来(当時)における診療シミュレーション・実地訓練を行いました。平成20年度には備北地域感染症対策専門部会が設置され、研修会の開催をはじめ、実地訓練や感染対策マニュアルの作成・配布、コンサルテーション、感染症情報の提供等を行っています。さらに、新型インフルエンザは市民の生活全般に関わってくることから、翌21年度には、地域のライフライン関連事業者や食品関連会社の代表にも集まっていただき、市民の生命・生活を守るための具体的な対応を協議し、シミュレーションを行いました。平成24年度には、地域で限局して発生しているケースを想定し、移動診療車を使用して訪問診療の実地訓練を行いました。

実際の診療においては、当院は感染症協力医療機関であることから、外来診療に加え入院診療も想定し、診療継続計画を作成、体制を整えています。なかでもパンデミック期においては、マンパワーの不足が避けられないことから、関係機関と連携し、できる限りの市民の皆さまの人命と生活を守るための対策・支援が行えるような体制を考えております。具体的には、発生当初はすべて当院で診療を行います。疑い患者が増加した場合、新型インフルエンザ対策本部の判断・指示により、診療場所を庄原市休日診療センターへ移し、市医師会の医師や市の保健師の協力を得ながら診療を続けます。入院診療においては、一般入院の方には可能な限り退院していただき、入院の規模を縮小します。自宅療養が困難な方は、市内の別の病院への転院を想定しており、協力をお願いしています。併せて、スタッフが約半数となった状態を想定し、その状態で入院・外来診療が継続できるような医師・看護師の配置ならびに勤務体制を決めています。

一方で、未解決の問題点も多々あります。これまでの備北地域における取り組みは、参加されていない医療施設・介護施設等の多くのスタッフに対し、必要な知識・技術等が十分に届いていません。各施設の規模・ニーズに合った研修会や情報提供が行えているとは言えない面もあります。感染症情報に関しても、定点医療機関のみからの報告であるため、タイムリーな情報・データが伝わらないという、地域の流行とズレがあります。また、例えば耐性菌を保菌したまま退院される方がいるとします。入院していたA病院ではきちんと対

策ができていても、自宅で具合が悪くなって別のB病院に入院された際、対策が不十分だとB病院の中で感染が拡大します。介護施設等においても、同様のことが起こると考えます。耐性菌を持っていると、施設によっては受け入れてもらえないこともありますし、自宅での受け入れが困難な場合は、その方は行くところがなくなる可能性もあります。

したがって、地域全体における感染症対策の推進と関係機関の更なる連携が重要であると考え、上記の問題点の改善と連携強化を目的に、平成24年度備北庄原感染管理地域ネットワーク事業を立ち上げました。

同事業では、マニュアルの作成や研修会の開催等の活動は同様ですが、ベストプラクティスの手法を用いて手順書を作成する等、参加者のニーズ・要望を基に開催しております。現在ではお互い顔の見える関係となり、メンバー同士でも交流・連携が図れており、コンサルテーションや個別の相談も増えております。さらに同年より、市女性児童課・教育委員会と連携し、「保育所・幼稚園」と「教育機関(小・中学校)」の症候性サーベイランスを行っており、各々のデータを共有すると共に、1～2回/週程度市内の各医療施設にメールまたはFAXで提供しております。この情報は、各施設の流行状況と症状より即診断・治療につながることから、医療施設の医師からも評価を得ており、非常に有用であると考えております。その他、コンサルテーションや感染症に関する情報・ポスター・パンフレット等の提供・配布等行っております。

今後流行が予測されている高病原性新型インフルエンザのような感染症は、医療機関等の単独組織だけでは対応が難しく、関係機関の連携が重要になります。特に市民の生活全般にも関わってくることから、行政を中心とした総合的な対策が重要であると考えます。また、地域のすべての方々へ安全で質の高い医療を提供するためには、単独組織だけでなく地域における感染症対策の推進・連携が求められます。運営していく上で課題や問題は多々ありますが、市民の皆さまの人命と生活を守るため、今後も関係機関の更なる連携を通して感染症対策の推進が図れるよう尽力していこうと思います。

また、昨年度より広島県感染症・疾病管理センターとNPO法人ひろしま感染症ネットワークという組織が立ち上がりました。これらの組織を中心に、今後さまざまな取り組みを進めていく予定です。各施設の方々が安全に働き、県民の皆さまが安心・安全に暮らせる住みよい地域・広島県を築き上げるために、ご協力をお願いいたします。

## 地域感染対策の絆 ～チームで築く“AICnet”

社団福祉法人 恩賜財団 広島県済生会  
済生会広島病院

医療技術部 臨床検査室 室長心得  
感染制御認定臨床微生物検査技師

### 檜山誠也

AICnet(安芸地区地域感染対策ネットワーク)は広島市安芸区及びそれらに隣接する安芸郡において保健・医療・福祉の関連施設が感染対策上の共通課題に対し、情報交換を行い、連携・協力し、緊急時には施設同士が相互に支援する体制を構築することを目的に設置されました。

2009年に安芸市民病院のICNが2人になったことから、地域に貢献できるネットワークをつくろうと声を掛けたのがスタートでした。2012年からは、加算合同カンファレンスをネットワークに組み込

## 特別講演 座長

県立広島病院 病院長

# 桑原正雄

地域連携について指定講演でお二人の先生にお話しいただきましたが、森澤先生は、栃木地域感染制御コンソーシアムの代表世話人として地域医療連携に取り組まれております。森澤先生は、東京大学を卒業後、同大に勤められたのち、大学病院感染対策協議会委員長や日本環境感染学会の理事など多くの学会等で重要な役職に就かれて現在は、自治医科大学付属病院に勤務されています。先生が取り組まれている内容について詳しいお話を聞かせていただきます。

## 特別講演

# 地域で取り組む感染防止対策

自治医科大学附属病院  
感染制御部部长・感染症科科长

# 森澤雄司

### ■地域医療連携と情報の共有化

感染防止対策における地域医療連携をなぜしなければならないのか。「情報の共有化」「連携と協力」「アウトブレイクへの対応」の3つの理由が挙げられます。

情報の共有化の必要性がわかる事例があります。

2006年、自治医科大学附属病院でセレウス菌による血流感染症のアウトブレイクがありました。調査した結果、環境には大きな問題はありませんでしたが、リネン室のタオル・シーツから多くの菌が検出されました。そこで、洗濯を請け負っている外注業者の工場のドラムを調べたところ、大型連続洗濯機で洗濯されていることがわかりました。大型連続洗濯機を使つての洗濯では、規定どおり80℃・10分間の熱処理が行なわれていました。しかし、セレウス菌のように芽胞を作る菌はこの熱処理では死滅しません。また、洗濯機が稼働されない時間帯は、洗濯内容物は槽内に残ったままにしていたため、相当の期間、槽内の清掃がされていませんでした。洗濯前に汚染されていたシーツやタオルが槽内でさらに汚染され、プレス脱水で凝縮されてしまっていたのです。

輸液ラインを調べると患者さんの三方活栓からセレウス菌が検出されました。その後の調査で、この病棟では末梢静脈カテーテル刺し替えの際の輸液セット交換が徹底されていないことが判明しました。全職員に輸液管理に関する指導を周知するとともに、リネン洗濯業者に対しても定期的に清掃するように変更してもらったところ、それ以降、アウトブレイクは起きていません。

ここで注目しなければならないのは洗濯業者です。他の病院やホテルも、その業者に洗濯を頼んでいるわけで、そうした施設にも出来るだけ早く情報共有を進めるべきでした。そのためには平時からのシステム構築が重要になります。

### ■地域医療連携と、連携と協力

多剤耐性菌が出たときの隔離予防策について、「HICPACガイドライン2006」には、急性期ケア病院ではすべての検出例に対して接触感染予防策、長期療養施設では標準予防策を取るよう書かれています。アメリカでは医療経済優先なので、簡単には入院できないし、すぐに退院させられます。ところが在院日数が長いのがわか

み、年6回研修を行っています。これまでに計18回行い、1回の参加は15～20施設、30～50名です。研修会の内容はICNの看護師が企画し、教育講演、グループワーク、発表、実習などを行います。

AICnetの世話人メンバーには、ICD（医師）、ICN（看護師）、BCICPS（薬剤師）、ICMT（臨床検査技師）がいます。この中で私はICMTとして、4つの活動を行っています。

1つは、微生物学・検査学専門性を活かしての教育・研修活動です。例えば、インフルエンザウイルスはなぜヒトの脅威になり続けるのか、ワクチンを打ってもなぜ感染するのかなどをミス変異、宿主域という観点から話をします。

2つめは、耐性菌の疫学的集計と解析です。例えば、MRSAの全ブドウ球菌の中で占める割合や検出率、感染率を出します。ちなみに当院では、感染率が1.5を超えるとICTがアウトブレイクの示唆をし、介入する決まりになっています。

3つめは、安芸地区ローカル・アンチバイオグラムの作成です(図)。同じ大腸菌でもマツダ病院、済生会広島病院の感受性は70%台、安芸市民病院は58%の耐性傾向を認めます。それを表にしたものをアンチバイオグラム、地域を対象にしたものをローカル・アンチバイオグラムといいます。昨年ローカル・アンチバイオグラムを作成し、検討してみました。耐性菌を持った患者がほかの施設に移動していく患者構成を、マツダ病院、済生会広島病院、安芸市民病院で見ると、マツダ病院への受診者は各地に点在することがわかりました。済生会広島病院の受診者はマツダ病院とはあまり重なりません。安芸市民病院は地域に密着し、市内の基幹病院の後方支援を受けて緩和医療を行っていることから周辺地域からの受診者が多くなっています。

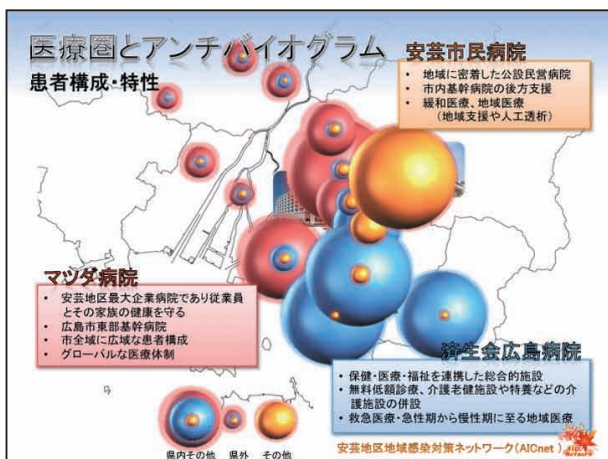


図 医療圏とアンチバイオグラム

4つめが、安芸地区多施設耐性菌のサーベイランス活動です。各施設が同じ物差しでデータを出さないと比較検討することができないので、ネットワークに参加している施設が同じ基準でデータを出せる仕組みをつくりました。集計対象菌を決め、各施設が1年分のデータシートに毎月1回検出数を入れるようにしたのです。これを集計することで安芸地区の各施設間での比較が容易になり、また個々の病院の特徴を捉えての意見交換が可能になりました。

本日は、安芸地区の「地域感染対策の絆」というテーマで、チームで築くAICnetの紹介をさせていただきました。また、臨床検査技師がその中でどのように関わっているかについてお話しさせていただきました。ありがとうございました。

国の医療の特徴ですから、急性期ケア病院であってもアメリカの長期療養施設的な面があります。現実、わが国の急性期ケア病院ですべてのMRSA検出例に接触感染予防策をすることは無理だと思います。

なぜこのような話をするかという、多剤耐性菌感染症の患者さんがある程度落ち着いてリハビリの目的で長期療養施設に移ろうとしたとき、長期療養施設から受け入れを断られることがあるからです。長期療養施設でしてほしいのは標準予防策、つまり手指衛生をしっかりとすれば大丈夫なのですが、正しい情報がないためにこのようなことが起こるのです。しかしそれは患者さんに不利益をもたらします。本来、長期療養型に行くべき人が急性期病院に居続けると、必要な人が急性期医療を受けられなくなります。リスクを高い場合は積極的監視検査をプログラムとして行い、それ以外のところは臨床検査培養のみから対策を考えるというリスクに応じた対応を図るべきです。

2009年には、新型インフルエンザが発生しました。遺伝子の全配列からスペイン風邪のような大流行にはならないことはわかっていましたが、日本各地で休日診療所に人々が殺到する事態となりました。

そのとき、茨城では保健所や医師会などが相談し、通常のインフルエンザと同じように、全施設で診療に当たることにしました。その結果、当院におけるインフルエンザの外來受診者はわずか754人でした。日中は開業医が多くの患者さんを診てくれたので、急性期の医療機関を受診したのは主に重症の患者さんだったのです。

新型インフルエンザでは、どういう患者さんをどこの病院が診るかを地域で考えておく必要があります。保健所や保健センター、医師会、都道府県、国に、診療所、一般病院、地域中核病院のすみわけを整理してもらい、役割分担をすることが必要だと思います。また、日本の場合、患者さんが自由に病院を選べるので、国民に情報提供しなければなりません。そのためにも地域ネットワークが必要です。

現在、栃木県では新型インフルエンザ等対策地域連携協議会を設け、意思決定をここで言い、県はそれを調整するという話を進めています。

## ■地域医療連携アウトブレイク対応

院内感染対策中央会議の提言では、アウトブレイクとする目安は、1例目の発見から4週以内に同一病棟において同一菌種による発症症例が3例以上特定された場合としています。発症症例が10例以上になった場合、死亡者が発生した場合は保健所に届け出る必要があると書かれています。

アウトブレイクに気づいたら、目の前にある症例が本当にアウトブレイクかを確認する必要があります。その後、振り返って同じような症例がなかったかを確認し、経過表を作成し、仮説を立て、それに基づいて対策を行い、結果を報告するというのが一連の流れです。アウトブレイク調査には緊急性があり、アウトブレイクの認識が遅くなればなるほど、有用なサンプルが得られなくなる可能性があります。

報告書は病院長や病院内委員会、あるいは保健所などの公的機関、必要な場合にはマスメディアにも配布します。ただし、公表する場合は、まずアウトブレイクに巻き込まれた患者への説明を先に行わなければなりません。

大学病院感染対策協議会では、病院感染症アウトブレイクが疑われる場合、改善支援調査を行っています。また、保健所を介して依頼すると、FETP-J(実地疫学専門家養成コース)の担当者が調査に来てくれます。現場の状況をわかっているという点では、地域感染対策ネットワークで対応することも非常に有効です。

平成23年に出された院内感染対策中央会議の提言を受け、院内感染アウトブレイク発生時には、保健所と地域の感染対策専門家が施設に入って対策を議論しようという仕組みを、現在作っているとこ

ろです。

経営学者のドラッカーは「マネジメントでやらなくてはいけないことは人を教育し、できるようにしてあげることである。そしてそれぞれの強みを生かし、弱みを中和すること。どんな現場においても違うスキル、違う知識をもっているが、それぞれの責任においてマネジメントをつくりあげていくべきである」と言っています。病院でも同じです。違う考え方や知識がある中で、皆でどうしたら安全で質の高い医療が提供できるかを考えることが感染管理です。ドラッカーは、こうも言っています。「ビジネスの結果は顧客の満足であり、病院の結果は患者の治癒である」。

患者に治癒をもたらすために、感染防止対策を地域で連携し、より安全で質の高い医療をどのように提供するかを考える、それが地域連携なのです。

---

共催：株式会社カワニシ、株式会社サンキ、株式会社セイエル、鳥取医療器株式会社、株式会社アンセル・ヘルスケア・ジャパン、株式会社大塚製薬工場、株式会社ジェイ・エム・エス（順不同）

後援：公益社団法人 広島県薬剤師会、公益社団法人 広島県看護協会、一般社団法人 日本医療機器学会、栃木地域感染制御コンソーシアム TRIC'K、博多インフェクションコントロールフォーラム(HICA)

edited by HARUMI INC.  
designed by YAMADA DESIGN OFFICE  
text by Kazuko Ogi