

在宅ケアにおける感染管理の考え方—地域包括ケアシステムの推進に備える

高山 義浩

Concept of Infection Control in Home Care—Preparing for Promotion of Regional Comprehensive Care System

Yoshihiro TAKAYAMA

Division of Infectious Diseases, Okinawa Chubu Hospital

(2018年10月14日受付・2019年6月17日受理)

要 旨

当院では、2011年より在宅医療を実践する地域ケア科を立ち上げ、地域包括ケアシステムとの連携を強化すべく活動している。このうち、退院時に感染管理についてアドバイスすることも重要な役割となってきた。また、かかりつけ医に薬剤感受性情報や感染管理の方針などの臨床情報を適切に提供しながら、互いに相談しやすい関係が在宅ケアの現場とのあいだに構築されるよう心がけている。今後、地域で暮らす高齢者の数はさらに増加していくため、病院は在宅ケアへと積極的に関わっていく必要がある。ただし、急性期病院で使われているガイドライン等を、そのまま在宅ケアへと適用することはできない。むしろ、患者や支援者が培ってきた暮らしのなかに、在宅ケアの感染管理の答えを感じとれるセンスが病院の感染管理担当者には求められている。暮らしの感染管理とは、専門家によって一方的に指導されるものではなく、患者、家族、支援者らの参加によって共通の価値観として形成されてゆくべきものである。暮らしとは素晴らしい多様性をもっている。この多様性を支える在宅ケアへ敬意を払いつつ、地域における感染管理を支援していきたい。

Key words : 地域包括ケアシステム, 在宅医療, 退院支援, 薬剤耐性菌

1. 地域包括ケア「システム」が内包する危うさ

現代日本に見られる高齢者の医療依存の進行は、その尊厳に少なからぬ影を落としている。そして、そのきっかけが病院にあることを認めざるをえない。救急医療という病院の入口をしっかりとさせた今、これからは出口をしっかりとさせていくことが求められている。つまり、病院医療と地域包括ケアシステムとの連携を推進していくということである¹⁾。

地域包括ケアシステムとは、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステムのことである。

ただし、この言葉には危うさも感じられる。それは、「システム（社会制度）」に求められる普遍性である。普遍

性というのは、たしかに公平ではあるが、暮らしのなかにある個別性を埋めようとする。こうしてケアが普遍化されていくと、日本の高齢者は「病」のみならず、「生」までもをシステムに依存させることになりかねない。

私たちはシステムに依らずとも高齢者が暮らせるように、地域や家族の底力を高めていかなければならない。それは何かというと、個性や多様性を容認し、心地よい居場所を作ろうとする「カルチャー（地域文化）」ではないだろうか。

入院患者は、感染管理をはじめ細かく運用されるシステムによって守られているが、地域の暮らしとはカルチャーによって支えられている。もちろん暮らしのなかにも、セーフティネットとしてのシステムが必要である。ただ、いきなりそこに解決策を求めるのではなく、できるだけシステムに依存させないケアのカルチャーを育むことが大切なのだろう。

表1 当院地域ケア科において在宅看取りを支援した患者の耐性菌分離状況
(n=161, 2012年9月-2016年8月)

	人数 (重複あり)						耐性菌 分離率
	血液	喀痰	尿	胆汁	腹水	膿	
methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>	9	4	6	1		3	5.6 %
extended-spectrum β -lactamase 産生菌	8		1	7		1	5.0 %
AmpC 型 β -lactamase 産生菌	6	1	1	2	1	2	3.7 %
Metallo- β -Lactamase 産生菌	2		1	1			1.2 %
合計 (重複あり)	24	5	9	11	1	5	14.9 %

2. 退院支援における感染管理

医療の効率化の観点からも、また患者が目的に沿った適切な治療を受けるためにも、医療提供の機能分化は進められるべきである。ただし、医療提供の場が変わるときに、適切な連携がなければ、治療効果が得られないばかりか、患者を危険にさらしてしまうリスクすらある²⁾。

たとえば、新たに自己導尿を開始したり、腹膜透析や経管栄養の管理を自宅や施設に求めたりする場合など、必要に応じて訪問看護と連携しながら家族や施設職員を支援していく必要がある。また、薬剤耐性菌への対応について調整が求められることも増えてきている(表)。

退院する高齢者を地域包括ケアへと引き継ぐにあたって、その臨床情報を適切に提供する必要がある、とくに、特別な感染管理を要した患者については、どのような診断のもと、どのような対策を実施したのか、病院側には正しく伝える責任がある。

そこで、私たち感染症内科では、キノロン耐性菌やESBL産生菌が分離されている場合など、内服による初期治療が選択可能であれば、それを退院時報告で例示するよう当院の研修医に対して指導している。

また、特別な感染管理を要した患者のときには、「当院では接触予防策を実施していました」といった情報も記載している。そのうえで、「貴施設で(居宅で)どのような対策を実施されるかは、現場ごとにご判断ください。ご不明な点がございましたら、いつでも当科までご相談ください」とかかりつけ医に伝えるようにしている。

在宅ケアの現場は個性が極めて高く、その生活背景には、いろいろな経緯や事情が詰め込まれている。Centers for Disease Control and Prevention (CDC) のガイドラインなどの病院内で推奨される感染管理を提案するだけでは、在宅ケアにおける感染管理は前進しない。個別の患者について丁寧に情報提供してゆく姿勢が病院には求められている。そして、かかりつけ医は病院からの情報を参考にしながら、現場でできること、できないことをしっかり判断するというのが、病診連携における感染管理のあり方ではないだろうか。

このとき、その情報を誰に伝えるのが適切であるか理解しておく必要がある。かかりつけ医のほか、訪問看護

師や訪問薬剤師など地域における医療資源を把握しておきたい。そして、患者の暮らしに直接介入するというよりは、こうした医療資源を通じて間接的に支援するのがよい。

病院の専門性が踏み込みすぎて、介護現場を板挟みにしないような配慮が求められる。よって、施設のケアマネージャーなどから「ESBL保菌しているとのことですが、施設でどのような感染管理をすればよいですか?」、「*Clostridioides difficile* 腸炎の下痢が残っていますが、施設での感染管理はいつまで続けるべきでしょうか?」といった問い合わせを受けたときには、筆者は「診療所に情報提供させていただいています。今後の方針については、かかりつけ医に確認してみてください」と答えるようにしている。

在宅ケアの現場では、本人の疾病観、支援者の能力など、様々な事情を総合的に判断しながら感染管理の落としどころを探している³⁾。病院で働く医師や看護師にとって、自宅や施設におけるリソースは想起しがたく、そこに関わるスタッフの知識や経験も未知数であるが、感染管理の理論に基づく介入について、それを実施する意義と控えた場合のリスクについて、分かりやすく説明する努力が求められる。

3. 自宅における感染管理

一緒に暮らしている以上、在宅患者と家族の間の感染症の伝播を完全に防ぐことは困難である。家庭内における感染リスクを最小化するための努力を、一方的に家族に求めるのではなく、本人の疾病観、介護者の知識と経験など、様々な事情を総合的に判断して、とるべき感染管理の落としどころを探す必要がある。また、感染管理に必須である手袋やマスクなどの資器材が利用者負担になることを理解し、そのために理想的な感染管理が不可能な場合もあること、その一方で限られた資器材をいかに効率よく、的確に感染管理に活かす方法を本人や家族のために考えなければならない⁴⁾。

暮らすことで、介護することで、精いっぱい家庭も少なくない。患者や家族に、感染管理の細かな指示をしたところで、守れるケースはそう多くないと理解すべき

である。

とはいえ、何をやっても無駄というわけではない。たとえば、インフルエンザを発症した家族について、なるべく別室で過ごすようにしたり、一緒の部屋にいるときは、正しくマスクを着用するようにして、こまめに手洗いをしよう心がけたりといった対策は有効だろう。ただし、在宅現場とは想定外の連続であるから、しっかり管理された病院のように感染予防ができるとは期待すべきではなく、患者や家族に期待させてもならない。

専門家としてアドバイスするときには、それぞれの現場で行っている感染管理をまず聴取し、それを前提として修正するように説明するのがよい。とくに、まずは過剰な感染管理があれば省略できることを伝え、「相談すると楽になる」と思ってもらうことが大切であり、その上で実施すべき対策を提案する。

ここで注意したいのは、患者や家族、介護従事者の衛生習慣について頭ごなしに否定しないことである。本来やるべきと考えられる対策であっても、できないだけの事情があることも少なくない。多様な暮らしを支えている在宅ケアに対する敬意を忘れないようにしたい。

すでに生活のなかで確立した衛生習慣があり、それで問題が発生していないのなら、あえて専門的な介入にこだわるべきではないのかもしれない。たとえば、経管栄養の管理について、もっと清潔にあつかった方がよいかと聞かれることがある。そのようなときは、嘔吐や下痢の症状をみることがあるかを確認する。とくに問題が発生していないのであれば、自信をもって続けていただくよう、在宅ケアの現場を励ますことも必要だろう。

ただし、こうした家庭を訪問する医療や介護のスタッフが、標準予防策を遵守することは最低限必要なことである。手指衛生のほか、個人防護具を適切に使用することで、他の利用者へと伝播させないように注意しなければならない。

その他、同居する家族がインフルエンザやノロウイルス腸炎を発症しているときなど、在宅で療養する患者を守るため、家族に協力いただかなければならないこともある。ただ、やはり家族ごとには異なるため、予防できるという前提で説明しないことも大切であろう。

どこまで感染対策を徹底できるかは家族次第である。現場で続けることができず、破綻することが明らかな対策を専門家として提案すべきではない。在宅現場に挫折感や罪悪感を残すことがないように、家族ごとに「可能な感染管理のレベル」と「対策疲れに陥らない期間」を見極めたい。

4. 介護施設における感染管理

現代は高齢者の方々が一緒に老人ホームで暮らしたり、あるいは日中にデイサービスに集まって過ごしたりして

いる。かつてないほど、感染症が広がりやすい環境に高齢者は曝されているとも言えよう。

まず、何より標準予防策を徹底することが重要であり、職員の手洗い場所を確保することも含め、職員が適切に手指衛生できる環境整備が求められる。

筆者が訪問した施設では入所者が歯ブラシを共有していた施設もある。接触予防策や次亜塩素酸ナトリウム溶液の調整を議論する前に、標準予防策を徹底し、そのうえでどのようなときに接触予防策や飛沫予防策を追加するか議論すべきである。

こうした感染管理を施設に根付かせていくには、病院のようなトップダウン方式だけではうまくいかないことが多い。そのため、施設職員だけでなく、入居者も参加しながら、感染症の予防と管理についての継続的な教育が必要である。教育側のスキルとしては、感染症だけではなく、身近な課題を分かち合い、助け合い、支え合う関係性を育むようなコミュニティ作りの知識が求められる。

病院であれば、入院患者への感染管理は病院側の指示に従っていただくことになるが、施設であれば、インフルエンザ発生時の行動制限の範囲などを入所者たちで自主的に考えながら、職員とともに感染管理を工夫していくことが求められる。認知症のためそれが難しい入所者も、それぞれの理解力や判断力に応じて考えることが大切であり、これこそが暮らしのなかでの感染管理と言えるだろう。

そのうえで、インフルエンザ、ウイルス性胃腸炎などが発生した場合の対応について、施設ごとの特性を踏まえたマニュアルを作成する必要がある。とくに、施設内におけるアウトブレイク時には、医学的な判断に基づいて対応が行われるよう、その対応方針を明確にしておくことが求められる。

施設ごとに感染管理の担当者を決めておき、施設における感染症を早期に探知できるサーベイランスを確立しておきたい。たとえば、発熱や下痢などの症候を認める患者数、褥瘡を認める入居者数など、医療者でなくとも報告できるように診断名ではなく症候にもとづく項目とするのがよい。こうした基礎データをもとに施設の感染管理を推進するが、地域の医療機関や保健所の専門家による支援が求められる領域と言える。

5. おわりに

在宅ケアにおける感染管理について、筆者の限られた経験からではあるが紹介させていただいた。今後、地域で暮らす高齢者の数はさらに増加していく。そこには、心がけていただきたい感染管理があり、病院からも積極的に伝えていく必要があるだろう。ただし、病院医療の経験をもとにあまり理想を求めて介入しすぎると、せつ

かく高齢者が退院できたというのに、自宅や施設にいな
がら入院させられているという矛盾した状態へと落ち込
むことすら危惧される。

健康は管理すべきものだが、他人から管理されるべき
ものではない。高齢者自身の視点で感染管理の内容を検
討し、自律した生活のなかで豊かに暮らせるように支援
することを忘れないようにしたい。ある程度はリスクを
引き受ける覚悟がなければ、在宅での療養は続けられ
ない。それを互いに認め合う姿勢を地域で作っていき
けるかが大切である。もちろん、標準予防策を遵守するこ
となど、医療者として譲れぬところも当然ある。

家族やヘルパーなどが感じている不安を受け止め、分
かりやすく説明してゆくことが、これからの感染管理担
当者には求められよう。そのうえで、どのような対策を
選択するかは家庭ごと、施設ごとによって異なり、この
点が在宅ケアの重要な点のひとつである。個別のアイ
デアを持ち寄りながら、世界に誇れるモデルを作ってい
きたい。

本論文は第33回日本環境感染学会総会・学術集会（2018年東
京）にて発表した要旨に加筆したものである。

利益相反自己申告：申告すべきものなし。

文 献

- 1) 高山義浩：超高齢社会における「病院」と「医師」—地域の暮らしを支える包括的な活動の一部として。Hospitalist 2017; 5(4): 597-603.
- 2) Coleman EA, Berenson RA: Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. Ann Intern Med 2004; 141(7): 533-6.
- 3) 柄澤邦江, 安田貴恵子, 中林朋子, 伊藤みほ子, 高橋光子：訪問看護における在宅感染予防の実践状況と実践できないケアの理由。J Jpn Red Cross Soc Nurs Sci 2017; 17(1): 53-9.
- 4) 前田修子：在宅における医療・衛生材料の供給を取り巻く現状とその課題—感染管理の視点から—。Quality Nursing 2004; 10(9): 829-33.

〔連絡先〕〒904-2293 沖縄県うるま市字宮里 281
沖縄県立中部病院感染症内科 高山義浩
E-mail: hiro-t@umin.net]

Concept of Infection Control in Home Care—Preparing for Promotion of Regional Comprehensive Care System

Yoshihiro TAKAYAMA

Division of Infectious Diseases, Okinawa Chubu Hospital

Abstract

The Department of Home Medical Care was founded in Okinawa Chubu Hospital in 2011, and since then, we have been working with the aim of strengthening cooperation with regional comprehensive care systems. Giving advice on infection control at the time of discharging has also become an increasingly important task for us. By providing family doctors with clinical information on drug resistance and infection control policies, we have tried to make communication easier with practitioners of home medical care. As the number of elderly people living in each community will further increase, hospitals need to be more actively involved in home medical care. However, the guidelines of infection control for acute care hospitals cannot be applied directly to home medical care. Rather, an insight is needed to find clues for home care infection control strategies from the lifestyles established by patients and their supporters. Daily life infection control should not be instructed unilaterally by experts, but should rather be formed as a common value through the involvement of patients, families, and supporters. Daily life has a remarkable diversity. While respecting home medical care that has maintained this diversity, we will continue our support work so that infection control can be made a reality.

Key words: regional inclusive care system, home care, discharge support, drug-resistant organism