

Nara Women's University

日本の院内感染とその対策をめぐる研究:国、医療現場、社会の視点から

メタデータ	言語: 出版者: 公開日: 2018-06-21 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 佐藤,淑子 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10935/4703

日本の院内感染とその対策をめぐる研究

—国・医療現場・社会の視点から—

2018年

奈良女子大学大学院 人間文化研究科
社会生活環境学専攻

佐藤 淑子

目次

序論

1 院内感染はなぜ問題なのか	1
2 院内感染の現状	2
3 院内感染への対応の遅れ	3
4 院内感染対策の今日的課題	5
5 研究の目的	5
6 用語の定義	6
7 本論文の構成	6

第1章 先行研究の検討

1 国と医療現場に焦点をあてた研究	9
2 医療現場と社会に焦点をあてた研究	10
3 本研究の位置づけ	11

第2章 社会問題化の経緯からみた院内感染

1 本章のねらい	13
2 院内感染に関する新聞記事の検索および分析の方法	13
3 記事件数と医学論文数からみた院内感染に対する関心	14
4 記事内容からみた院内感染への関心	18
4.1 「院内感染」の表記と「社会問題」言説の登場	18
4.2 院内感染が社会問題となってきたとされる1980年代の記事内容	20
4.3 院内感染の訴訟報道	22
5 社会問題化からみた院内感染の特徴	23

第3章 定義の変遷からみた院内感染

1 本章のねらい	27
2 厚労省における院内感染の定義	27
3 関連学会の定義	29
3.1 日本環境感染学会での定義	29

3.2 日本感染症学会での定義	29
4 厚労省（厚生省）と関連学会の院内感染の定義の異同	30
5 院内感染から医療関連感染への用語の変化	31
6 内因性感染と外因性感染をめぐって	32
7 院内感染の複雑性がもたらすもの	34

第4章 院内感染に対する国の対応

1 本章のねらい	39
2 個々の医療機関における問題とみなされた対応	39
3 本格的な院内感染対策の始まり	42
4 医療安全の一環としての院内感染対策	46
5 医療安全に院内感染対策が包含されることへの専門家の反応	50
6 院内感染対策は国主導か自治体主体か～地域ネットワーク事業をめぐって	50
7 感染管理認定看護師の活用	55
8 本章のまとめ	58

第5章 院内感染への医療機関の対応

—感染対策チームの活動を通して—

1 本章のねらい	63
2 医療機関の感染対策組織の活動に関する調査方法	63
3 調査協力施設における感染管理の組織とその活動の概要	64
4 感染対策上の問題と対処方法	65
4.1 CNICのいない病床数100床規模の3病院	65
4.2 専従CNICがいる病床数800床以上の3病院	68
5 問題と対処方法からみえた院内感染対策の課題	71
5.1 感染対策の費用について	71
5.2 人手不足や新採用者が多いことによる弊害について	72
5.3 感染対策チームと他の医療者の協働の困難	73
6 ICT活動における看護師の役割	74
6.1 ICT内の他職種のサポート	74
6.2 地域内の医療機関との連携	74

7 本章のまとめ	79
----------	----

第6章 院内感染対策の進展と課題

—専門資格と診療報酬加算の取得状況に焦点をあてて—

1 本章のねらい	81
2 2008年および2014年の認定看護師と専門医の登録者数	82
2.1 地域別にみた認定看護師と専門医の数	84
2.2 所属別にみた認定看護師と専門医の数	86
3 2014年における加算1と加算2の取得状況	88
3.1 地域別にみた加算取得状況	88
3.2 病床規模別にみた加算取得状況	90
4 加算取得状況と認定看護師登録者数からみた加算措置の看護師への影響	90
5 本章のまとめ	92

第7章 国と医療現場と社会からみた院内感染

1 院内感染とその対策に関する認識の「ずれ」	93
2 院内感染対策におけるICNの役割	95

終章 各章の要約と本研究の意義

1 各章の要約	97
2 本研究の意義と今後の展望	100

文献	103
----	-----

資料	117
----	-----

初出一覧	125
------	-----

謝辞	127
----	-----

序章

1 院内感染はなぜ問題なのか

院内感染とは、医療機関において患者が原疾患とは別に新たに罹患した感染症および医療従事者等が医療機関内において感染した感染症とされている（厚生労働省 2014a）。院内感染が発生した場合、原因となった菌が検出・特定されたとしても、それは患者が入院してから曝露して感染したのか、入院前に曝露・保菌したのかは容易に判別することができない。そのため、潜伏期間を考慮して通常は入院後 48 時間を経過してから発症したものが院内感染とされる（五味 2012, 矢内 2017）。

院内感染の発生、すなわち患者が原疾患と別に新たな感染症に罹患するのは、医療機関で病原体に曝露するか、患者自身が持つ菌が患者の免疫力の低下によって増殖し発病した場合である。前者は、医療機関において病原体が伝播するような状況があったことを意味するため感染対策上の問題が疑われるが、後者は必ずしもそうではない。現代の医療現場では侵襲性の高い処置が行われ、患者は高齢化・重症化しており、院内感染が起りやすい現状にある。

1990 年 1 月に出版された『院内感染』という手記はベストセラーとなり社会に大きな反響を呼んだ。著者である富家恵海子の夫は、食道静脈瘤の手術を受けた病院で院内感染によるメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症を発症して亡くなった。富家は MRSA について以下のように記している。

抗生物質への過度の依存, 高度な医療用機器などの発達の中で助長される, 消毒, 手洗い, 清掃など基本を軽視する傾向, 大学病院での臨床よりも研究論文を競う風潮, 各科のセクショナリズム, 教室内の情報交換システムがスムーズにっていないこと, チーム医療・システム医療が苦手なこと, 一人一人の医師の極度に細分化された専門領域, 大学病院の労働力である研修医の教育問題, 病院長のコーディネイト力の低下, 国民皆保険による医療費の使途に対する国民の意識の甘さ, 院内感染防止への国の無策, 高い薬を使い薬価差益を稼がねばならない医療費の仕組みなど, MRSA のバックグラウンドを探ると, MRSA が日本のゆがんだ医療システムの中で構造的に生まれてきたものであり, ちょっとした対症療法では, 到底根治できないものであることが見えてくる。（富家 1990: 128-129）

さらに、続編となる手記『院内感染ふたたび』において、MRSAによる院内感染は「医学的であるだけでなく、多分に社会学的である」と指摘した（富家 1992: 73）。

医療を受けることによって、むしろ患者の健康が脅かされることを指摘した Illiich（1976=1979）は、その著書の中で 1966 年の医学論文を引きながら、抗菌薬による菌交代症や薬剤耐性菌の問題を指摘した。

抗生物質のために正常な細菌群に変化がおこり、過剰の感染をおこし、抵抗性より強い微生物が繁殖して宿主（人体）を侵すこともある。また細菌のうちには、ある薬剤に抵抗力をもつ株を育てるものもある。（Illiich 1976=1979: 29）

Illiich は抗生物質の使用によって生じるこのような問題を「過度の治療的副作用」として「臨床的医原病」（Illiich 1976=1979: 28）と呼んだ。

院内感染が問題なのは、患者にとっては入院理由である疾患に加えて、感染症のためにさらなる治療が必要となる苦痛とともに入院が長引くことであり、最悪の場合は死に至るケースもある。医療機関にとっても患者の在院日数の長期化はベッドの回転率を下げるため収入減につながり、時には患者や遺族から院内感染で提訴されて医療訴訟になる場合もあり、病院への信頼がゆらぐ恐れもある。さらに国および国民全体にとっては、院内感染のために余分な治療費が支出されることにより、国の医療費が圧迫されるという問題がある⁽¹⁾。

現代の日本では、医療機関を受診せずに一生を終える人は殆どいないため、全ての国民が院内感染に遭遇するリスクを負っているといえる。したがって、医療現場の問題である院内感染は、実は社会全体の問題なのである。

2 院内感染の現状

わが国の院内感染の現状は、厚労省の「院内感染対策サーベイランス（JANIS）事業」⁽²⁾（厚生労働省 n.d.a）によって、部分的に知ることができる。JANIS の 2016 年の年報によると、同年 1 月から 12 月の薬剤耐性菌による新規感染症患者の合計は 18,877 人で、その 93.9%にあたる 17,728 人はメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）による（厚生労働省 2016a）。MRSA の罹患率を JANIS の年報から抜粋してみると、2008 年の 6.05% から 2016 年の 3.11%まで年々減少しており、MRSA 罹患率をみる限り、わが国の院内感染は改善傾向にあるように見える（表 1）。

表1 MRSA罹患率の推移

	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016
罹患率(%)*	6.05	5.27	4.96	4.81	4.28	3.61	3.39	3.27	3.11

* 罹患率＝全医療機関の新規感染症患者数÷(全医療機関の総入院患者数－全医療機関の継続感染症患者数)×1000
厚労省JANIS公開情報「全入院患者部門(一般向け)年報」を元に作成

しかし、これは国内全ての医療機関の実態を表しているわけではない。2016年に上述のMRSA罹患率などのデータを扱った「全入院患者部門」の集計対象となったのは852施設であり、これは全国の病院8,480施設(厚生労働省2015a)の10.0%でしかなく、このうち652施設(76.5%)は200床以上の病院であった。200床未満の病院が全国の病院の68.8%(5,836施設)を占めることを考えれば、JANISのデータは病床規模の大きな一部の病院の実態でしかないのである。

院内感染の報道も後を絶たない。2017年には1年間で5件の院内感染事例が報道されていた(表2)。院内感染事例の全てが報道されるわけではないため、実際には全国の医療機関でもっと多くの院内感染事例が発生していると考えられる。

表2 2017年1年間に院内感染事例を報じた記事(朝日新聞)

発行日	見出し	朝夕刊	面名
1月26日	インフルエンザ、院内感染後死亡 鹿児島徳洲会病院、2人【西部】	朝刊	3社会
8月11日	耐性菌検出、2人死亡 全入院患者検査 北九州・東筑病院【西部】	朝刊	2社会
10月28日	院内感染か、3人死亡 千葉大病院、耐性菌検出【大阪】	朝刊	3社会
12月1日	結核院内感染、患者3人死亡 宇治 / 京都府	朝刊	京都市内・1地方
12月2日	心臓手術の乳児、院内感染で死亡 千葉・こども病院	朝刊	2社会

朝日新聞記事データベース 聞蔵Ⅱビジュアルの検索結果を元に作成

3 院内感染への対応の遅れ

日本の院内感染対策の歴史を振り返る前に、まず感染症対策の歴史を振り返ってみたい。感染症に係る最初の法律は、明治30年(1897年)に施行された伝染病予防法である。伝染病予防法では、感染症対策の基本である感染源対策、感染経路対策、感受性対策のうち、感染源対策に重点が置かれ、赤痢や腸チフスなどの法定伝染病と診断された患者は伝染病院に強制的に隔離・収容された。この法律に対して、医師である安原は、「警察官の逮捕状以上の強権」をもち、「憲法違反」「時代遅れの悪法」ではないかと指摘した(安原 1969: 91,101,102)。さらに、昭和51年(1976年)には予防接種法が改正されるにもかかわらず伝染病予防法は改正されず、死亡者が減少している赤痢や日本脳炎を伝染病とし、患者が強制隔離されている現状に対して法の矛盾を指摘した(安原 1976)。

伝染病予防法改正については、昭和43年(1968年)5月に厚生大臣から伝染病予防調査会に対して諮問が発せられ、諮問を受けた伝染病予防調査会は日本感染症学会からの意見も踏まえて、伝染病予防対策の基本方針に関する中間答申を昭和45年(1970年)6月

に厚生大臣に提出した（日本感染症学会 1970）。伝染病予防法改正に関する中間答申が出された昭和 45 年以降にも、同法改正に関する医師らの対談（浅野ら 1974）や論文（佐々木 1977）が散見され、また、法定伝染病の医療に携わっていた 13 大都市立伝染病院長・事務長協議会も平成 7 年（1995 年）から同法の改正を提唱していた（坂上 1997）。しかし、この法律の改正——正しくは改正ではなく本法の廃止と新しい法律の制定——がなされたのは、平成 11 年（1999 年）4 月 1 日であった。伝染病予防法が制定されてから 100 年以上を経てようやく「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」が施行されたのである^③。

感染症にかかわる法律の改正がこのように緩慢であったわが国では、医療施設での感染症の問題、すなわち院内感染への対応が遅れたのも当然であろう。1986 年に発足した「日本環境感染学会」の発起人の一人である川名（1974）は、「院内感染の問題は、しばしば従来は起こりうるものとして、深い注意と関心が医療従事者からも持たれなかった場合」もあるが、「患者にとっても、または病院側にとっても、さらに社会問題としても、院内感染の予防対策は、いまこそ、じゅうぶんな施策が必要である」と訴えた（川名 1974: 26）。

この訴えの効果かどうかは不明だが、1974 年から院内感染対策は医療監視の重点項目の一つとされた。しかし、それ以降、1990 年代に入るまで国の院内感染対策に目立った施策はなかった。

院内感染対策の必要性を訴える医療者を取材し、1988 年 3 月に朝の NHK ニュースにおいて MRSA 院内感染事例を報じた隈本（2008）は、「MRSA が社会問題化するまで、日本では院内感染が起きても、それは患者に気づかれることもメディアにも知られることもなく、まさに隠されていた。だから対策の必要性を訴えていた良心的な医療関係者の声がかき消され、対策が後回しにされてきた」と述べている（隈本 2008: 14）。2003 年の海外文献においても、日本は MRSA の問題を 30 年以上も単に無視してきた国と述べられていた（Harbarth and Pittet, 2003: 314）。

このように院内感染への対応が遅かった日本であったが、欧米のガイドラインを参考に院内感染対策が構築されてきた（一山 2015: 1768）。特に、米国の公的機関である疾病管理センター（Centers for Disease Control and Prevention: CDC）のガイドラインは、科学的な根拠に基づき院内感染対策を実施していく上で有用なものとなっている。1996 年に「病院における隔離予防策のためのガイドライン」に記載された標準予防策や感染経路別予防策は、院内感染防止のための基本となっており、医学・看護学の基礎教育において教授されている（木津ら 2015）。また、わが国では 2007 年から全ての医療機関に感染対策のための体制整備が義務づけられ、院内感染対策マニュアルの整備が求められており（厚

生労働省 2007a), 多くの医療機関のマニュアルには CDC ガイドラインで示された標準予防策と感染経路別予防策が含まれている。

4 院内感染対策の今日的課題

2015 年 5 月の世界保健総会において採択された, 薬剤耐性 (AMR) に関するグローバル・アクション・プランにより, わが国でも薬剤耐性に関する国家行動計画を策定することとなった。そのため厚労省では, 「国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議」のもとに「薬剤耐性に関する検討調整会議」を設置し, わが国における薬剤耐性対策を推進するための検討を重ね, 2016 年 4 月に「薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン」を発表した (厚生労働省 2016b)。AMR 対策アクションプランには, 医療・畜水産における抗微生物薬の適正使用の推進や適切な感染予防・管理の実践による薬剤耐性微生物の拡大阻止などと並び, 国民の薬剤耐性に対する知識や理解を深めることなども目標とされている。

大曲 (2014) は, 耐性菌感染症と院内感染が健康危機として認識されるようになったことは近年の動きの中で特筆すべきことであり, 具体的な思考と行動が医療者にも求められていると述べているように (大曲 2014: 363-364), 国民に理解を求めるためには, まず医療者自身が院内感染とその対策について共通の認識を持ち, 自分達の役割を果たしていくことが重要である。

今日では, 医療が提供される場は病院に限らず, 診療所, 透析センター, 在宅など様々であることや, 患者が感染症を発症した場合に病原体に曝露した場を特定することが難しいことから, 「院内感染」という用語に代わって「医療関連感染」という用語が用いられるようになってきている (矢内 2017)。

5 研究の目的

医療現場で起きている院内感染は社会全体の問題であり, 厚労省から全ての医療機関に対して院内感染対策の体制を整備するよう義務づけられたり, CDC のガイドラインのような科学的根拠に基づく感染対策も明確にされたりしているが, 院内感染は後を絶たない。「院内感染」という用語から「医療関連感染」へと用語を変えることが妥当なほど, 医療をとりまく環境が変化し, 薬剤耐性の問題への国家的な対応においては, 国民への啓発や国民からの協力も必要とされている。もはや, 医療機関の中だけで医療者だけが取り組む課題ではないといえる。このような中で, 厚労省の法令や通知では現在も「院内感染」という用語が用いられている。本研究で院内感染を扱うのは, この問題への国の対応に注目するからである。院内感染は医療機関の個別の問題ではなく, 社会全体で取り組む課題で

ある。したがって、院内感染とその対策については医療現場だけでなく、国や社会との関わりを踏まえて検討する必要がある。本研究の目的は、国と医療現場、そして社会の視点から院内感染とその対策について検討することである。

6 用語の定義

「院内感染」

本論文では、厚労省の院内感染の定義に準拠し、「院内感染とは、医療機関において患者が原疾患とは別に新たに罹患した感染症および医療従事者等が医療機関内において感染した感染症」とし、院内感染の二つの側面のうち主として患者への院内感染を扱う。

7 本論文の構成

第1章では、院内感染とその対策に関して、医療現場の視点だけでなく国や厚労省あるいは社会の視点が加えられている先行研究を概観し、本研究の位置づけを明らかにする。

第2章では、院内感染に関連する新聞記事を分析し、院内感染の社会問題化の経緯からこの問題の特徴を捉える。

第3章では、院内感染の用語の定義について、厚労省と関連学会の異同を検討することにより、この問題の特徴を捉える。

第4章では、厚労省に設置された「中央会議」の議事録を分析することにより、院内感染が社会問題となって厚労省が対策に乗り出した1990年以降の国の対応について検討する。

第5章では、全ての医療機関に感染対策のための体制整備が義務づけられた翌年に実施した看護師へのインタビュー調査から、感染対策チーム（ICT）の活動に焦点を当てて、医療機関の院内感染対策について検討する。

第6章では、診療報酬の感染防止対策加算1の新設後の2014年時点での医療機関の加算取得状況と、2008年および2014年の感染症専門医と感染管理認定看護師の登録者数から院内感染対策について検討する。

第7章では、第2章から第6章の成果をもとに、国と医療現場そして社会の視点から院内感染とその対策について検討することで見えてきた院内感染対策に関する「ずれ」と感染対策に携わる看護師の役割について考察する。

終章では、各章の概要と本研究の意義および今後の展望について述べる。

【注】

- (1) 1,000床規模の病院では、院内感染の発生により年間コストが6億3,100万円増となり、国全体では総額1兆7,000億円のコスト増になるとの試算がある(賀来 2006: 323)。
- (2) 「院内感染対策サーベイランス (JANIS) 事業」は、院内感染の発生状況や薬剤耐性菌の分離状況を調査し、医療現場に有用な情報を還元することを目的として、平成12年(2000年)から実施されている。詳細は、第4章を参照。
- (3) この法律は、それまでにあった伝染病予防法と性病予防法、エイズ予防法の内容も統合したものであり、感染症新法の制定によってこれらの法律は廃止された。

第1章 先行研究の検討

本章では、院内感染や院内感染対策をめぐって、医療現場の視点だけでなく国や厚労省あるいは社会からの視点も含めた研究を概観し、本研究の位置づけを明らかにする。

1 国と医療現場に焦点をあてた研究

国や厚労省と医療現場に焦点をあてた研究には、診療報酬の改定による医療現場への影響を調査した報告が多くなされている（西塚ら 2006；松岡ら 2013；前澤ら 2014；刈谷ら 2016；小林ら 2016）。

西塚ら（2006）は、2006年の診療報酬改定により「7対1入院基本料」が新設された後の東京都内の医療機関における看護師不足の現状と、それによる院内感染対策への影響を調査し、51.8%の病院で看護師の定員不足が生じており、看護師不足を抱えた病院では院内感染管理者の確保や外部研修への職員派遣、非常勤職員の研修会参加に悪影響が出てくる可能性があるとして報告している。松岡ら（2013）は、2012年の診療報酬改定による感染防止対策加算新設が長野県北信の地域感染ネットワークに及ぼした影響について調査し、加算算定施設では加算のメリットとして他施設との連携や院内活動の連携をあげている一方、デメリットとしては業務負担の増加の意見が多かったと報告している。これらの研究からは、厚労省の診療報酬改定が医療現場の感染対策にマイナスの影響を及ぼす場合もあることがわかる。

前澤ら（2014）は、感染防止対策加算に関わる診療報酬改定を経て、医療機関の感染管理体制や抗菌薬管理の状況がどのように変化したのか全国の有床診療施設を対象に実態調査を行い、2012年度の改定後、300床以上の施設では98%が感染防止対策加算1または加算2を算定し、加算を算定した施設ではICTラウンドの頻度の増加（59%）や抗微生物薬の使用管理の強化（51%）、既存ICTのメンバー増員（35%）などが行われ、加算改定により感染防止対策が充実してきていると報告している。刈谷ら（2016）は、大阪府内の医療機関を対象に加算導入による院内感染対策と地域医療連携の効果について調査し、加算を取得している医療機関では院内感染対策と他の医療機関との連携の取り組みが向上していたが、これらの施設が非加算医療機関との連携の充実に至っていなかったと報告している。さらに、このような結果を踏まえ、加算医療機関が非加算医療機関から感染防止に関する相談を受けることや、ネットワークへの支援およびネットワークを活用した非加算医療機関も含めた全医療機関対象の相互訪問の実施を加算要件に加えることが望ましいとしている（刈谷ら 2016）。小林ら（2016）は、自施設が「加算2」から「加算1」へ変

更となったことによる感染制御活動の推進状況と感染対策備品による施設の経済的負担の変化について検証し、「加算 1」時期は手指消毒薬を含む感染対策備品消費量が増加し、MRSA 感染症罹患率が減少したことから、感染制御活動が推進したこと、「加算 2」時期には感染対策備品費が「加算」報酬額を超えていたが「加算 1」時期は備品費が報酬額を下回ったことから、「加算」が施設の感染制御活動を推進させ、医療関連感染の削減など医療経済的に有益な制度と述べている。これらの研究から、診療報酬制度は加算を取得できる医療機関にとっては効果的に機能できるものの、加算を取得できない医療機関への支援は未だ不十分であることがうかがえる。

2 医療現場と社会に焦点をあてた研究

医療現場と社会に焦点をあてた研究には、院内感染の医療訴訟について分析したものがある（桑原ら 2016；金崎ら 2016）。

桑原ら（2016）は、1975年から2014年までの裁判例83件を解析し、MRSA関連の感染（14件）と死亡例（60件）が多いことと、争点として1975年からの20年間では「感染の予防」（13件）が「感染後の対応」（6件）より多かったが、2005年からの10年間では「感染後の対応」（22件）が「感染の予防」（17件）より多くなっていること、そして「感染の予防」が争点となった63件のうち過失が否定されたのは43件で肯定されたのは15件であったことを報告している。さらに、「感染の予防」について過失が否定されやすい最近の理由として、「医療機関が第三者にも理解できるよう医療従事者への教育、啓発も含めた感染予防や感染対策を推進しているため」と考察している（桑原ら 2016: 267）。金崎（2016）は、1994年から2013年の裁判例39件を解析し、MRSA（31件）によるものと死亡（28件）が多いことと、争点と過失の認定については院内感染防止対策の不備（19件中1件）、不適切な感染予防処置（21件中6件）、診断・治療の遅れ（26件中17件）、不適切な抗菌薬の選択・投与方法（15件中4件）であったことを報告している。そして、院内感染対策の不備が争点の50%を占めていたことから、院内感染の責任が医療機関側にあると考える患者が存在するとの見方を示し、それゆえ「術後の重傷患者は感染症を併発しやすいこと」や「院内感染の防止には技術的な限界があること」について、患者や一般社会の理解を得ることが紛争の減少につながると結論している（金崎 2016: 20）。これら院内感染による医療訴訟に関する研究からは、院内感染の予防を争点とした場合には医療機関の過失が認定されにくいことがわかる。

医療訴訟以外にも医療現場と社会に焦点をあてた研究には、住民に普及啓発が必要な感染症について調査したもの（堀口ら 2008；柏木ら 2009）や、インターネット調査により

市民の感染予防行動の認識を調査したものがあある（三宅ら 2011, 森下ら 2013）。堀口ら（2008）は、住民へ普及啓発すべき感染症が何かを明らかにするため、2005年7月～9月に行政機関に勤務する医師と獣医師を対象としたデルファイ法による調査を実施し、結核、インフルエンザ、HIV/AIDSが上位3疾患であったことや、選出理由は「疫学的特徴と臨床的特徴」「関係者の知識の程度や意識・行動」「社会的状況と対処」に分類されたことを報告している。また、上位の疾患の選出理由に知識不足や危機意識の欠如が指摘されたことから、これまでの普及活動の質が問われ、その目的が知識習得か正しい対処行動の動機付けか明確にされていなかったと考察している（堀口 2008）。堀口らと同じ所属の柏木ら（2009）は、国民に普及啓発すべき感染症とその優先順位を明らかにするため、2006年9月～12月に医療機関の医師を対象にしたデルファイ法による調査を実施し、1位から3位の疾患がHIV/AIDS、結核、インフルエンザであり、選出理由は「住民の知識の程度や意識・行動」「臨床医学的・疫学的特徴と社会的状況」に分類され、先の堀口らの研究によって選出された臨床医による上位10疾患中9疾患が順不同で一致したことなどを通し、今後の具体的な普及啓発の方法や活動評価の改善・確立の重要性と新型インフルエンザに備えた情報伝達の徹底ならびにパニックを最小限にする手段の整備が急務であるとしている。三宅ら（2011）は、市民の「咳エチケット」の認識度を明らかにするため、2009年2月と2010年3月にインターネット調査を実施し、「咳エチケット」の認知度は1回目（31.0%）より2回目（47.8%）で上昇しているが新型インフルエンザ流行後でも半数以下であることから、啓発活動の強化が急務であることと、情報源ではテレビの番組とコマーシャルを併せて74.3%と多いが「病院の掲示」も30.4%であることから、病院を訪れる機会が啓発の主要な機会であると考察している。森下ら（2013）は、患者が知る感染対策の情報や医療機関に対する期待度を明らかにするため2004年から実施しているインターネット調査の結果をもとに、新型インフルエンザ流行後の市民の感染対策に関する考え方や行動の変化を調査し、2009年から2010年には手洗いやマスク装着など自らが行う感染予防に関する意識が上がったが2011年には下がるという変化がみられたことから、一時的でなく継続的に情報提供を行う必要があると考察している。これらの研究から、感染症の予防や感染拡大防止のため、市民への啓発の効果についての研究はなされているが、院内感染に焦点を当てた研究は少ないことがわかる。

3 本研究の位置づけ

以上のように、院内感染をめぐって国や医療現場、社会に焦点を当てた院内感染対策に関する研究はなされているが、医療現場と国と社会の三者の関係を吟味し、かつそれぞれ

の視点から院内感染をとらえた研究はなされておらず、また、院内感染自体についての検討もなされてはいない。院内感染そのものが研究テーマにされないのは、先行研究のほとんどは医療者によって発表されており、医療者は院内感染そのものを問うより、院内感染対策に関心があるためと考えられる。

本研究では、先行研究で扱われることが少ない院内感染そのものについても検討していく。そして、国と医療現場、社会の視点から、院内感染とその対策について検討することで、これからの院内感染対策への示唆が得られると考える。

第2章 社会問題化の経緯からみた院内感染

1 本章のねらい

本章では、社会問題化の経緯から院内感染という問題の特徴を浮き彫りにすることを試みる。わが国では、1980年代後半になってメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）による院内感染がマスメディアによって報道され（隈本 1994）、広く一般社会に伝えられた。その後、MRSAによる多臓器不全で亡くなった患者の遺族が1990年に著した手記（富家 1990）がベストセラーとなったり、MRSAの院内感染訴訟が続いたりして、院内感染は社会から注目されるようになっていった。先の手記の続編を紹介した朝日新聞の記事には、「ほとんど抗生物質が効かないメチシリン耐性黄色ブドウ球菌による院内感染が大きな社会問題になっている」（朝日新聞 1993/01/17 朝刊）との記述がみられ、また、1994年発行の医学雑誌には「MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）による院内感染が社会問題になっている」（矢島 1994: 1441）との記述がみられる。これらのことから、院内感染が社会問題であることは、一般社会と医療界で共通の認識となっていることがわかる。

一般社会の人々は、社会問題という用語を辞書に説明されている意味合いで用いていると考えられるため、本章では社会問題を社会が解決すべき問題であり（広辞苑 2008: 1295）、何らかの社会的な対応が必要とされる問題と定義する。また、院内感染の社会問題化とは院内感染が社会問題として捉えられるようになることとする。

本章では分析資料に新聞記事を用いた理由は、新聞が一般社会に院内感染をどのように伝えてきたのかを把握することによって、情報の受け手である一般社会の認識を間接的にはあるが捉えることができると考えたためである。新聞は様々なメディアの中でも「通時的な分析可能性（網羅的なアクセス可能性）」（佐藤 2013: 55）を有していることから、分析資料として適していると考えた。

2 院内感染に関する新聞記事の検索および分析の方法

主要な全国紙である読売新聞、朝日新聞、毎日新聞の3紙は記事検索システムが充実しているため、これらのデータベース^①を利用して、「院内感染」または「病院感染」をキーワードに「見出し」と「本文」または「キーワード」で広告を除く記事を検索した。検索期間は、各紙の創刊から検索実施日（2014年12月31日）までとした。

キーワードで検索された記事のうち、国外の記事と「〇〇病院感染症科」のような表記で抽出された記事を除いたものを分析対象とした（以下、これらを検索記事とする）。医療施設での院内感染の発生やその疑いを報じた記事と院内感染の訴訟を報じた記事は「感染

報道記事」とした。ここでは、院内感染が実際に起きたのかどうか、院内感染として認定されたかどうかは問題とせず、患者、家族、医療従事者、新聞記者（編集者）などが院内感染であると主張したものはすべて院内感染を報じた記事として扱った。「感染報道記事」は、その続報が掲載されることにより記事数が増えるため、第一報を「感染報道初回記事」とした。このように記事を区別した上で、各記事数の推移を把握した。

記事内容については、「院内感染」の表記と「院内感染は社会問題」との言説や院内感染の訴訟記事が登場する時期に注目し、そこで院内感染がどのように報じられているか把握した。

これら記事数の推移と記事内容の分析によって、院内感染が社会問題化した経緯について検討した。また、院内感染が社会問題化した背景を考察するため、医療者の関心と医療施設を所管する旧厚生省の対応を把握する一助として、院内感染に関する医学論文と通知を分析に加えた。医学論文は Web 版医学中央雑誌で「院内感染」をキーワードに 1977 年以降 2014 年末までの原著論文を検索し、通知は厚生労働省法令等データベースで「院内感染」に関する通知を検索した。

3 記事数と医学論文数からみた院内感染に対する関心

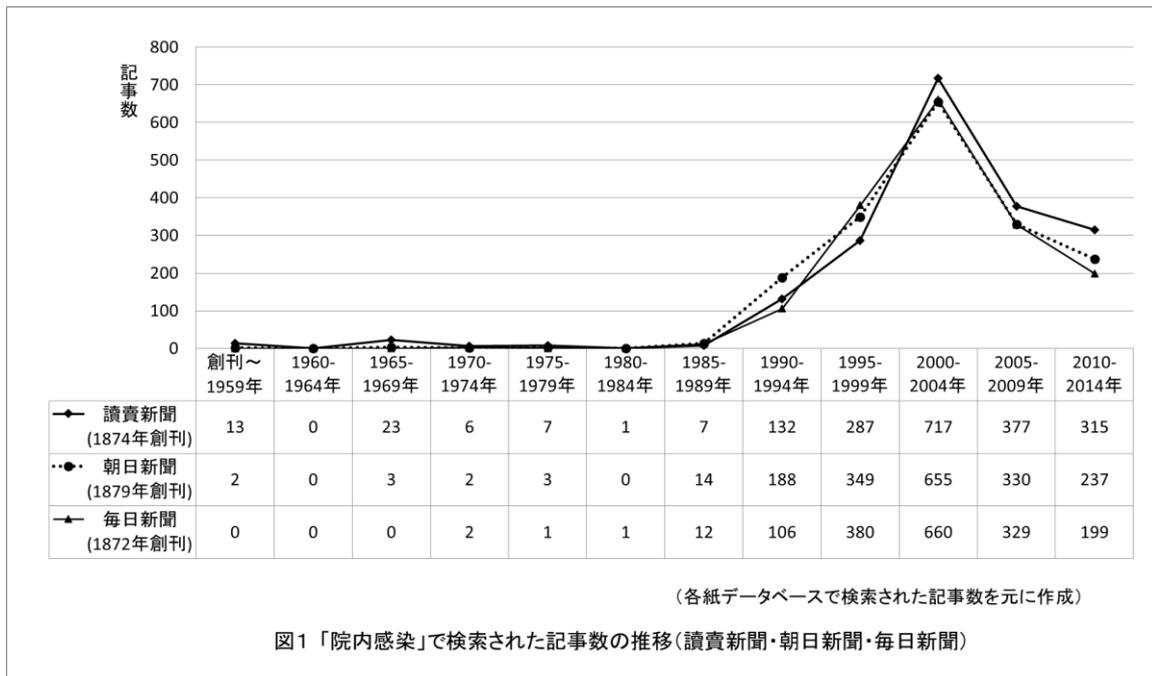
院内感染に関する記事検索の結果、読売新聞は記事数が 1885 件と最多で記事の初出も 1922 年と早かったが、「院内感染」という表記を初めて用いたのは 1941 年の朝日新聞であった（表 1）。3 紙の検索記事数の推移を 5 年区分で見ると、図 1 に示したように 1990 年代前半に 100 件を超えて以降増加を続け、2000 年代前半をピークにその後減少する類似したパターンを示した。そこで、本章では院内感染に関する記事の初出の早い朝日新聞と読売新聞を分析に用いた。

表 1 検索記事の件数と初出年

新聞種類	件数	記事初出年* ¹	表記初出年* ²
読売新聞(1874年創刊)	1885件	1922年	1966年
朝日新聞(1879年創刊)	1784件	1941年	1941年
毎日新聞(1872年創刊)	1690件	1973年	1987年

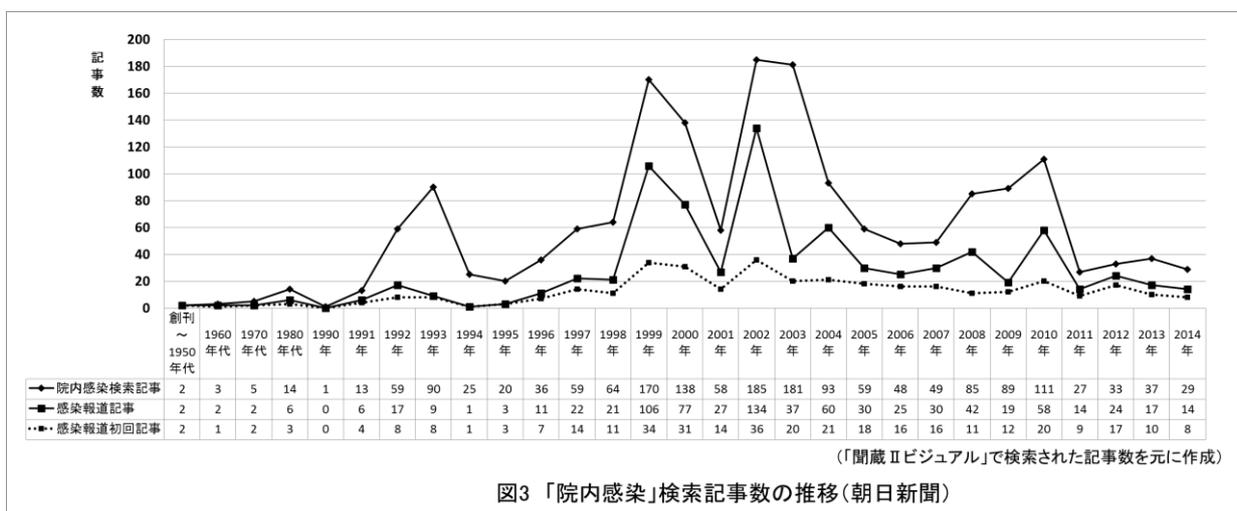
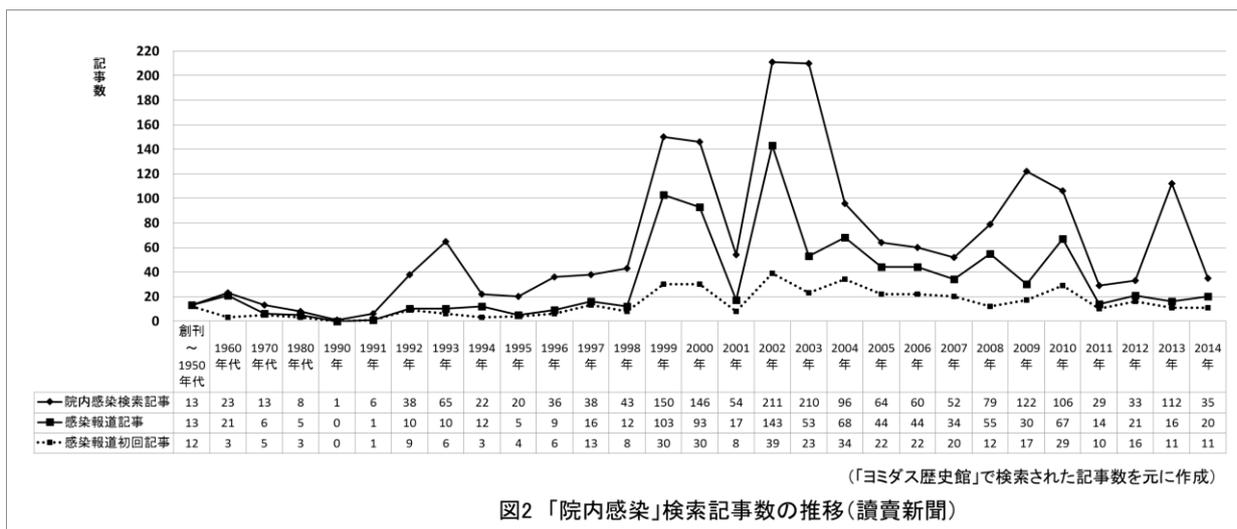
*1 「院内感染」のキーワードで検索された記事の初出

*2 「院内感染」の表記のある記事の初出



読売新聞と朝日新聞における検索記事と「感染報道記事」および「感染報道初回記事」の推移をみた結果を図2、図3に示す。なお、1990年以前は記事数が少ないため10年ごとの合計数で示している。

創刊以降、はじめに年間の検索記事数が急増するのは1992年から1993年であったが、この期間の「感染報道記事」と「感染報道初回記事」の件数に著明な増加はなかった。ここでの記事数の増加は、発生の認知を報道する記事ではなく、院内感染の解説や社会的意味などの説明記事が多くを占めていた。同じことが重症呼吸器症候群(SARS)と新型インフルエンザが世界的に流行した2003年と2009年にもみられた。



検索記事と「感染報道記事」がともに急増したのは、横浜市立大学事件と都立広尾病院事件が起きた1999年²⁾以降であり、これ以降、院内感染の報道後に続報や関連記事が繰り返し掲載される回数が増えて「感染報道記事」件数が増加し、「感染報道初回記事」件数との間に大きな差が生じていた。

試みに読賣新聞と朝日新聞で10回以上繰り返し掲載された院内感染事例を抽出してみると、ほとんどが1999年以降に報道された事例であった(表2, 表3)。院内感染の原因として報じられた感染症あるいは病原体をみると、1999年以前から院内感染の原因となっていた結核やB型肝炎, MRSAなどに加えて、300床以上の大規模病院では多剤耐性菌による院内感染が報じられていた。

表2 10回以上繰り返し掲載された院内感染事例(読賣新聞)

初出年	病床数*	掲載回数	原因となった感染症・病原体
1966年	不明	10	結核
1994年	0	11	B型肝炎
1999年	300床以上	11	結核
	0	30	B型肝炎
2000年	300床以上	36	セラチア
2001年	100～299床	11	MRSA
2002年	300床以上	10	セラチア
	300床以上	10	MRSA
	100～299床	34	バンコマイシン耐性腸球菌
	100床未満	34	セラチア
	0	12	B型肝炎
2004年	300床以上	12	MRSA
2006年	300床以上	16	多剤耐性緑膿菌
2007年	300床以上	11	C型肝炎
2008年	0	35	セラチア
2010年	300床以上	27	多剤耐性アシネトバクター

* 病床数: 院内感染が発生した医療施設の病床数(概数)を表す
(「ヨミダス歴史館」で検索された記事を元に作成)

表3 10回以上繰り返し掲載された院内感染事例(朝日新聞)

初出年	病床数*	回数	原因となった感染症・病原体
1992年	100～299床	10	MRSA
1999年	100～299床	10	インフルエンザ
	100～299床	10	結核
	0	17	B型肝炎
2000年	300床以上	20	セラチア
	300床以上	11	セラチア
2002年	300床以上	11	MRSA
	100～299床	21	バンコマイシン耐性腸球菌
	100床未満	32	セラチア
2004年	300床以上	15	MRSA
2008年	0	25	セラチア
2010年	300床以上	26	多剤耐性アシネトバクター

* 病床数: 院内感染が発生した医療施設の病床数(概数)を表す
(「聞蔵Ⅱビジュアル」で検索された記事を元に作成)

新聞記事数の増加からみると、院内感染は1992年以降に一般社会の人々から関心が向けられるようになり、1999年以降にその関心が高まってきたとみることができる。

これに対して、院内感染のキーワードで検索される医学論文の件数は、図4に示すように1980年代後半から徐々に増加していたことから、医療者の院内感染への関心はこの時期から高くなりはじめたと考えられる。医学論文数の推移をみると、新聞記事数が増加し始めた1992年から医学論文も急増し、1994年に400件を超えたのをピークにその後減少し、200件以下で推移するようになってきたことがわかる。



院内感染に関する新聞記事と医学論文の件数をみると、医学論文は1980年代後半から増加し始め、1992年から1994年に急増していたのに対し、新聞記事が最初に増加したのは1992年から1993年であった。その後、1994年に新聞記事は増加から減少へと変化したのに対し、医学論文はその年まで増加し続けていた。このような新聞記事と医学論文の増加のズレは、医療事故論文と医療事故報道ならびに医事訴訟の件数を分析した藤原ら(2003)が示唆しているように、論文執筆からデータベース登録までのタイムラグによって生じていると考えられる。藤原らは、事故報道から約1年遅れて医療事故論文が公表される傾向にあったと報告しているが、本研究では院内感染に関する医学論文が新聞記事に先立って増加していた。このことから、医療事故の中でも院内感染は特殊な問題として医療者に認識されている可能性がある。

4 記事内容からみた院内感染への関心

4.1 「院内感染」の表記と「社会問題」言説の登場

院内感染が社会問題と認識されるようになるには、「院内感染」という事象が社会から認知される必要がある。そこで、この項では、最初に「院内感染」の表記が登場した時期を確認し、次に「院内感染は社会問題である」との言説が登場した時期をみていきたい。

院内感染を最初に取り上げたのは讀賣新聞の1922年の記事であり、「千葉医専の病院に百名のチブス患者 看護婦四十名の中十名重態」との見出しで、「原因に付ては病院側では市内から伝染したやうに言つて居るが他では病院内賄の食料が悪くてそれが為病菌を発生したらしいとの説がある」(讀賣新聞 1922/07/20 朝刊)と、院内感染の疑いを報じていた。しかし、ここでは、まだ「院内感染」という表記は用いられていなかった。最初に「院内感染」という表記を用いて報じたのは朝日新聞の1941年の記事であり、「感染季節の天

然痘 地方にも猖獗，予防は種痘のみ」との見出しで、「……突如真症患者の発生を見，院内感染で忽ち四名となり……」（朝日新聞 1941/03/20 朝刊）と報じていた。一方，医学論文では医中誌 Web で検索可能な 1977 年よりも早い段階で「院内感染」の表記が登場することが予測されたため，感染症の専門学会である日本感染症学会の機関誌である『感染症学雑誌』で「院内感染」をキーワードに論文検索を実施した。その結果，1927 年発行の学会誌に，「種痘漏れであつた木村が遂ひに院内感染を出し……」（村山 1927: 86）という記述が認められた。これらの事実から，「院内感染」という事象は戦前から医療者と一般社会の人々に認知されていたことがわかる。しかし，1990 年代になるまで新聞に多く掲載されることはなかったのである。

新聞で院内感染が社会問題として扱われるようになった時期を，「院内感染は社会問題である」との言説が登場した時期とすれば，それはいつからであろうか。讀賣新聞では 1992 年の記事に，「一般の人と病院関係者に，病院は危険な場所との認識がないために，院内感染という社会問題が生じている」（読売新聞 1992/03/19 朝刊）と掲載されたのが最初であった。朝日新聞では 1993 年に，「売れ続ける火付け役『院内感染』」との見出しで「メチシリン耐性黄色ブドウ球菌による院内感染が大きな社会問題になっている」（朝日新聞 1993/01/17 朝刊）という記事が掲載されていた。これら「院内感染は社会問題である」との言説は，その後も讀賣新聞で 2008 年 8 月 20 日まで 36 件，朝日新聞で 2010 年 6 月 8 日まで 27 件の記事に認められた³⁾。一方，医学論文においても「院内感染は社会問題である」との記述はみられるが，その初出は新聞よりも早かった。たとえば 1989 年の学会誌には，病院における B 型肝炎の予防策について述べた論文の中に「近年，種々の感染症が大きな社会問題となっているが……」（房本 1989: 546）との記述がみられる。ここでは院内感染が社会問題であると直接述べてはいないが，病院内での感染防止の上から「種々の感染症が社会問題となっている」と述べているのであり，「院内感染は社会問題である」という言説として捉えることができる。これを除いても 1991 年の学会誌には，「現在 MRSA 感染は院内感染のみならず老人ホームなどの福祉施設にまで拡がりをみせ，大きな社会問題となっている」（斎藤ら 1991: 43）との記述が認められる。

このように，「院内感染は社会問題である」との言説が新聞に登場したのは，医学論文より遅く 1992 年以降であったが，その後の新聞では院内感染が社会問題となった時期を 1980 年代とする記述が現われるようになった。1993 年の讀賣新聞では，「MRSA は，最もよく使われる抗生物質（第三世代）が効かない耐性菌で……ここ四，五年社会問題になってきた」（讀賣新聞 1993/07/14 夕刊）との記事がみられ，朝日新聞も 1998 年に，「入院中に感染する院内感染が 1980 年代後半から社会問題になり……」（朝日新聞 1998/04/21

朝刊)との記事を掲載していた。院内感染が社会問題化した時期を1980年代とする見方は医学論文にも認められ、「1980年代以降、第3世代セフェム系抗生物質の汎用に伴ってMRSAによる感染が急増し、院内感染が社会問題化し……」(斎藤ら1993:23)との記述や、「院内感染対策は、1980年代のMRSAによる相次ぐ感染事例が社会問題化し……」(平松ら2010:151)などの記述がある。

では、院内感染が社会問題となってきたとされる1980年代の新聞では、どのように院内感染が伝えられていたのかみてみたい。

4.2 院内感染が社会問題となってきたとされる1980年代の記事内容

1980年代の検索記事のうち1980年の記事は1件のみであり、「新生児四人次々感染死」との見出しで「感染報道記事」が掲載され、「未熟児など抵抗力の弱い新生児に異常がなかったことから、院内感染の疑いは少ない」との病院関係者のことばが紹介されていた(読売新聞1980/06/10朝刊)。

その後4年間は検索記事がなく、1985年に検索された1件の記事は「感染報道記事」ではなく、「耐性菌の解明へ新学会」との見出しで日本環境感染学会の設立を報じたものだった。そこでは、「細菌の中には、系統が似かよった抗生物質だと、どれにも耐性を持つ菌まで現れ、せっかく新しい抗生物質を開発しても効かないことがある。……そのため、病気を治しに行った病院で新たに細菌に感染する『院内感染』が問題になっている」と耐性菌による院内感染の問題を伝えていた(朝日新聞1985/7/4夕刊)。

1986年には、「特に大きな病院の方が感染率が高いのは、重症患者が多く、免疫力が低下していて、感染を受けやすいためという。……耐性菌や日和見感染は、医療の進歩と裏腹の関係にある」と先の学会でのシンポジウムを紹介した記事(朝日新聞1986/02/06夕刊)と、「感染防止に手洗いを」との見出しで医学雑誌に掲載された米国での手洗いキャンペーンを紹介した記事(朝日新聞1986/08/17朝刊)が掲載されていた。

1987年には、三重大学医学部附属病院で小児科の研修医2人がB型肝炎の感染により死亡したことをはじめとして、全国の病院でのB型肝炎による院内感染の実態などを伝えた記事が朝日新聞で4件、読売新聞では3件掲載されていた。朝日新聞では「同様の院内感染による感染者は他病院や歯科医師の間でも起きている」と、前年に看護師が死亡した事例や10年前に医師が死亡した事例を報じた記事(朝日新聞1987/07/28朝刊)と、国立大学の附属病院で肝炎治療にあたった医師らが誤って注射針を自分の指にさしたりして免疫グロブリン製剤を投与した例が1986年度に700件近くあったとの記事(朝日新聞1987/08/19夕刊)と、1985年から1987年7月までに労災認定された人のうち73人がB

型肝炎を発症し 8 人が死亡していたことを報じた記事（朝日新聞 1987/10/11 朝刊）が掲載されていた。さらに、厚生省から B 型肝炎の感染防止対策を徹底するよう通知が出されたことが報じられていた（朝日新聞 1987/08/07 朝刊）。讀賣新聞には、三重大学の事例の詳細を報じた記事（讀賣新聞 1987/07/27 朝刊）とその続報（讀賣新聞 1987/07/28 朝刊）のほか、B 型肝炎の解説記事（讀賣新聞 1987/08/20 朝刊）が掲載されていた。

B 型肝炎以外には、讀賣新聞に掲載された「ラッサ熱、届け出遅れは厚生省の“指導”病院関係者が証言」（讀賣新聞 1987/8/17 朝刊）との記事のほか、エイズに関する記事が 2 件掲載されていた。エイズ関連の記事は、感染した恐れのある人に受診を勧める厚生省エイズ対策専門家会議委員長の発言や感染者の人権を守ることの重要性を訴えた産婦人科医の発言を紹介した記事（朝日新聞 1987/03/06 夕刊）と、ウイルス感染者の歯科診療を行った大学病院関係者の「エイズのキャリアが院内で治療を受けたことを知らなかったのがショックだった」との発言や現在の歯科診療ではほとんどの医師が手袋、マスク、ゴーグルを着用しているとの歯学部教授の話を紹介した記事（讀賣新聞 1987/09/24 朝刊）であった。

1988 年は、前年から引き続き B 型肝炎とエイズに関する社会の関心を反映した記事が掲載されていた。讀賣新聞には看護師を対象とした全国調査の結果を報じた「B 型肝炎に看護婦は不安 約 9 割が『感染心配』 対策実施は 3 分の 1」との記事（讀賣新聞 1988/04/28 朝刊）が掲載され、朝日新聞には「日本初の専門雑誌『エイズジャーナル』創刊」との記事（朝日新聞 1988/01/13 夕刊）と、「エイズ感染者手術へ防護策 国立療養所福井病院」との記事（朝日新聞 1988/03/16 夕刊）が掲載されていた。この年の「感染報道記事」は 2 件あり、国立水戸病院で研修医 3 人が赤痢になったことを報じた記事では、1983 年に同県の別の国立病院で 24 人の腸チフス患者が出ていたことも伝えていた（朝日新聞 1988/06/12 朝刊）。もう 1 件は、都内の産婦人科医院で新生児 3 人が大腸菌感染症を発症したことを報じた記事であり、産院側に届け出の義務がないことから保健所が独自のルートで異常を知り調査したが正確な原因はつかめていないと報じられていた（朝日新聞 1988/11/18 夕刊）。

1989 年は、5 月に都内で開催された日本化学療法学会（1953 年設立）の会長講演の内容から、「抗生物質を使うと、それらに比較的弱い他の細菌が殺される一方で、比較的強いブドウ球菌が耐性を獲得して MRSA に変化する……MRSA の中でも多くの薬剤に対して耐性を持つ『多剤耐性型』が年々増えている」ことなどを伝えた記事（朝日新聞 1989/05/20 朝刊）と、この講演を踏まえて文部省大学病院指導室が専門家に耐性菌対策のとりまとめを依頼したことを報じた「“伏兵”院内感染にご用心 病院管理の大きな課題 対策遅れる

日本」との記事（朝日新聞 1989/10/08 日曜版）が朝日新聞に掲載されていた。讀賣新聞には、横浜市の病院で発生した集団肝炎について病院と市衛生局が院内感染の可能性を認めたことを報じた記事が掲載されていた（讀賣新聞 1989/01/18 朝刊）。

以上のように、1980年代の新聞記事を見ると、1985年から1986年の記事では耐性菌による院内感染の問題が指摘されているが、それらは院内感染の問題に関わりのある学会や医学雑誌を情報源とするものであった。新聞記事が1980年代に伝えた院内感染の問題は、“病気を治すはずの病院で新たに感染症になる”ことであり、その原因として耐性菌が問題となってきたということであった。また、1987年から1988年には、大学病院で起きたB型肝炎の院内感染に関する記事とエイズ関連の記事が多く掲載されていたが、これらの院内感染を社会問題として取り上げたのは新聞ではなく、先述したように医学論文であった⁴⁾。医療従事者に発生したB型肝炎の院内感染が社会問題として扱われていなかったのは、一般社会の人々が院内感染を患者に起きる問題と捉えているためと考えられる。つまり、院内感染の定義となっている2つの側面のうち、患者側への影響だけに関心が向けられており、院内感染によって医療者が被害を受けることには関心が示されていないのである。新聞や一般社会の人々は、医療者の針刺しなどによる院内感染に対して、医療者が自ら招いた事態であると認識し、彼らを院内感染の被害者とは思っていない可能性がある。この医師や看護師へのB型肝炎の院内感染に対しては厚生省が反応し、1987年8月6日に「医療機関等におけるB型肝炎の予防について」（厚生省 1987）という通知を出していた。

4.3 院内感染の訴訟報道

院内感染の訴訟は、被害者が裁判という社会的な場に院内感染の問題を訴えることであり、それを取り上げた新聞報道に注目することは院内感染の社会問題化を明らかにする上で有用であろう。

院内感染の訴訟を報じた記事は、朝日新聞では1991年2月13日朝刊の「東大病院内で感染死、責任問い賠償請求 初期胃がん手術患者の遺族」との記事が最初であり、これに続いて同年12月6日朝刊にも「病院側に賠償請求 MRSA感染症で死亡の中学生の親提訴」との見出し記事が掲載されていた。これらはいずれも遺族がMRSAによる院内感染であると主張し、提訴したものであった。その後1992年には前年の訴訟記事の続報を含む3件の訴訟記事が掲載されるとともに、12月18日朝刊に「病院の責任、法廷で問う MRSA感染者の遺族ら各地で次々」との見出しで、東京、埼玉、静岡、大阪などでMRSAによる院内感染の訴訟が相次いで起きていることが報じられた。

讀賣新聞で院内感染に関する訴訟記事が最初に掲載されたのは1927年であり、11月3日朝刊に「吉岡弥生女史を入院児の父訴ふ 二人に迄も伝染病をうつしたと 千余円の賠償金要求」との見出し記事が掲載されていた。しかし、これ以降に訴訟を取り上げた記事は60年以上掲載されず、次に取り上げられたのは1992年1月13日夕刊であり、心臓手術を受けた娘をMRSAによる敗血症で亡くした両親が病院を訴えたことを報じた記事であった。

このように、院内感染の訴訟報道はMRSAによる院内感染の訴訟が契機となって1991年以降、新聞に掲載されるようになったことがわかる。しかし、大城（1994）によれば院内感染の訴訟は1965年には提訴され、1990年7月25日までに結審した事例が21件あったことが報告されている。つまり、1965年から1990年までの訴訟については新聞に取り上げられなかったことになる。ある事象が新聞記事になるかどうかは、社会からの関心と、新聞社（編集者）が社会に何を知らしめたいと考えるかに影響されると考えられるため、この25年の訴訟記事の空白期間は院内感染に対する社会の関心の低さを反映しているといえよう。また、院内感染の訴訟件数は、1965年から1990年は21件（大城1994）と少ないが、金崎ら（2016）の報告では1994年から2013年の20年間では39件みられていた。1990年までの院内感染の訴訟件数が少ないのは、院内感染の発生件数が少なかったことを意味するわけではなく、院内感染が訴訟になりにくかったと考える方が妥当であろう。

5 社会問題化からみた院内感染の特徴

院内感染の社会問題化は、医療者が1980年代に学会や医学論文等でMRSAに代表される耐性菌による院内感染の問題を指摘したことで始まったと考えられた。医療者が院内感染を社会問題であると表明したことを受けて、1980年代後半には耐性菌の問題を取り上げた記事が掲載されるようになり、1990年代に入ると院内感染に関する記事数が増加し、院内感染の訴訟記事も掲載されるようになっていった。

新聞に院内感染の記事が多く掲載された1992年から1993年には、厚生省からの院内感染対策に関する通知が立て続けに出されており、そのほとんどはMRSAに焦点をあてたものであった。1991年の通知「医療施設における院内感染の防止について」（厚生省1991）では、医療施設に院内感染対策委員会を設置して、消毒、清掃などのマニュアルを作成することが求められた。これに続き1992年7月には、全国の500床以上の病院を対象に行ったMRSA検出状況と対策に関する調査結果が添付された「医療施設における院内感染の防止について」（厚生省1992）が出され、翌1993年1月には「MRSAを中心と

する院内感染対策を総合的に推進する」ことを目的とした「院内感染対策への積極的な取り組みについて」（厚生労働省 1993a）が出された。さらに同年には「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」（厚生省 1993b）によって、特定機能病院への院内感染対策の専任者の配置を義務づけるとともに、6月には「院内感染対策施設整備事業の実施について」（厚生省 1993c）が出され、「MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）などの耐性菌の増加に伴い、院内感染症に適切に対応するため、病室の個室化及び個室の空調設備の整備を促進することにより、患者のプライバシーを保護するとともに、院内感染の拡大防止」が推奨された。

このような厚生省からの通知は、新聞報道と関連学会からの問題提起に対する同省の反応と捉えることができるが、一方で厚生省が院内感染対策のための通知を多く出したことにより、新聞というマスメディアが院内感染を社会問題と認識し始めたと考えることもできる。そして、1992年以降に「院内感染は社会問題である」との言説が新聞に掲載されるようになり、さらに遡って1980年代から社会問題になったと報じたとみることができる。

院内感染と同じ医療現場の問題である医療事故に関する医療者の意識を調査した藤原ら（2003）は、医療事故論文の研究動向が医療事故報道や訴訟などの社会情勢の動向と一致していたことから、「医療者の医療事故に対する意識は社会情勢に追従していた」と述べている（藤原 2003: 864）。しかし、院内感染では新聞の検索記事数が増加した年よりも医学論文が増加した年が1年早かったことと、「院内感染は社会問題である」との言説が新聞より医学論文で先にみられていたこと、さらに専門学会が設立されていたことなどから、医療者の意識が社会情勢に追従したのではなく、医療者が院内感染の社会問題化を先導したと考えられるのである。

医療者は、抗生物質の使用に伴って生じた耐性菌による院内感染が増えてきたことを問題視したのであり、従来から医療現場で報告され問題とされてきた院内感染という事象そのものを社会問題であると表明したのではない。耐性菌による院内感染は医療機関の感染対策の不備によるとされる従来からの院内感染とは異なり、個々の医療機関や医療者、特に医師の責任の範囲内では解決しえない問題であるとの認識が医療者側にあり、それによって院内感染を社会問題であると表明することに抵抗がなかったと考えられる。それは、耐性菌による院内感染には患者の易感染性や治療に必要な薬剤の使用による薬剤耐性菌の出現など様々な要因が関与していることを医療者が知っているからである。このように、院内感染は医療機関内部で発生し、複雑で専門性の高い問題であるため一般社会の人々やマスコミが医療者に先んじてこの問題を指摘することは困難なのである。

医療者が耐性菌による院内感染を社会問題であると表明したのに対し、新聞記事や医療

訴訟の原告らが問題としているのは「病気を治すために入院した病院で感染症になること」であり、院内感染という事象そのものである。したがって、「院内感染は社会問題である」との言説がもつ意味は医療者と一般社会の人々では異なる可能性がある。医療者にとって社会問題となっているのは、MRSAのような「耐性菌による院内感染」というように院内感染のサブカテゴリであるが、一般社会の人々にとっては「院内感染」のカテゴリ自体が社会問題として認識されていると考えられる。

このようなズレがあるとしても、院内感染が社会問題——社会が解決すべき問題であり、何らかの社会的な対応が必要とされる問題——であると一般社会の人々に認識されたことにより、院内感染は一部の医療施設だけの問題ではなくなった。それにより、厚生省、厚生労働省が全国の医療施設に向けて院内感染対策のための施策を打ち出す必要が生じ、その後の様々な対策へとつながっていったことから、院内感染の社会問題化がもたらした影響は大きかったといえる。

[注]

- (1) 朝日、讀賣、毎日の各紙の記事検索には、それぞれのデータベースである「聞蔵Ⅱビジュアル」、「ヨミダス歴史館」、「毎索」を利用した。
- (2) 1999年1月に横浜市立大学病院において肺手術と心臓手術の患者取り違え事件が起き、医師4名と看護師2名が業務上過失傷害容疑で起訴され、同年2月には都立広尾病院で消毒液を誤って静脈内に投与し患者が死亡する事件が起き、医師が医師法21条違反容疑で起訴された（厚生労働省 n.d.b）。
- (3) 「院内感染が社会問題である」ことを伝えた讀賣新聞の記事は、1992年に2件、1993年10件、1996年1件、1997年3件、1998年6件、1999年・2001年・2002年に各4件、2003年・2008年に各1件であった。一方、朝日新聞では1993年が最も多い8件で、その後は1997年3件、1998年4件、1999年2件、2000年4件、2002年4件、2006年1件、2010年1件であった。
- (4) 朝日新聞と讀賣新聞にはB型肝炎の院内感染を社会問題とする記述はなかったが、毎日新聞では1987年12月11日朝刊に「ズサンな病院の注射針処理、病院清掃従事者の半数が手を刺される」との見出しで、「注射針などによるB型肝炎の院内感染が社会問題化した」と書かれていた。しかし、これ以降は毎日新聞でも1992年の11月18日夕刊の「MRSA、漢方の『甘草』高い効果 院内感染予防に朗報」との見出し記事まで、「院内感染は社会問題である」という言説はみられていない。

第3章 定義の変遷からみた院内感染

1 本章のねらい

本章では、厚生労働省（以下、厚労省）と関連学会、さらに医学論文における院内感染の定義について確認し、院内感染が複雑で専門性の高い問題であることを述べる。

厚労省の通知や関連学会の出版物などにおける院内感染の定義は、交差感染のような外因性の要因によるものという定義から、患者自身の保有する菌による内因性の要因も含めたものへと変化していた。しかし、医学論文では、内因性の要因も含めて院内感染とするかどうかは時間経過による変化ではなく、論文発表者の捉え方による違いとして表れていた。

2 厚労省における院内感染の定義

厚労省では、現在、院内感染を次のように定義している。

「院内感染とは、①医療機関において患者が原疾患とは別に新たにり患した感染症、②医療従事者等が医療機関内において感染した感染症のことであり、昨今、関連学会においては、病院感染(*hospital-acquired infection*)や医療関連感染(*healthcare-associated infection*)という表現も広く使用されている。」(厚生労働省 2014a)

この厚労省の定義は、厚生科学研究「院内感染症の現状と対策に関する研究」の研究班が1989年に発行した『院内感染対策マニュアル』における、以下の定義を踏襲したものと考えられる。

「院内感染 (*nosocomial infection*) または病院内感染 (*hospital infection*) とは、医療施設における入院患者が原疾患とは別に新たに罹患した感染症および医療従事者が病院内において感染した感染症とする。」(院内感染対策研究会 1989: 2)。

これらの定義では、医療従事者の院内感染は「医療機関（病院）内において感染した感染症」であるとされているが、患者では「原疾患とは別に新たにり患した感染症」とだけ定義されている。医学的・微生物学的には、微生物が生体に侵入・定着し、増殖すること

を感染という（荒川 2016: 391）。したがって医療従事者の場合には、医療機関（病院）内において病原体が感染したことによる感染症が院内感染とされるが、患者の場合、たとえば心筋梗塞で入院した患者が感染症に罹患したら、それが医療機関（病院）で感染したかどうかは問わずに院内感染とされるのである。

しかし、先の二つと異なり、患者と医療従事者での区別なく、病院内で微生物が接種された場合を院内感染と定義しているものがある。厚労省医薬局安全対策課が編集協力となり、感染対策の専門家が編集して 2003 年に発刊されたテキスト『改定 2 版 エビデンスに基づいた感染制御 第 1 集／基礎編』では、患者と医療従事者ともに「病院内で接種された微生物による」感染症が院内感染（病院感染）と定義されていた。

「①病院内で接種された（植え付けられた）微生物によって惹起される感染症を院内感染（病院感染）という。②退院してから発症しても病院内での微生物接種に起因する感染症であれば院内感染である。③医療従事者が病院内で接種された微生物によって感染症を惹起した場合も院内感染である。④病院外で接種された微生物によって入院後に発症した感染症は市井感染であり、院内感染ではない。⑤特殊な院内感染として、新生児の産道感染がある」（小林 2003: 3）。

さらに、厚労省が専門家を招集した「院内感染対策中央会議」⁽¹⁾（以下、「中央会議」）の提言においても以下のように患者と医療従事者いずれも「医療施設内で感染した感染症」が院内感染と定義されていた。

「医療施設に入院した患者や医療従事者等が、医療施設内で感染した感染症のことを広義で指し、現在、院内感染に代わり、関連学会では、病院感染 (*hospital-acquired infection*) や医療関連感染 (*healthcare-associated infection*) という表現が広く使用されている。」（厚生労働省 2011a）

上述のテキストの編集および「中央会議」の構成員は、感染症関連の学会役員であることから、ここでの定義は学会による定義が反映されていると考えられるため、次の項では関連学会における院内感染の定義について確認してみたい。

3 関連学会の定義

3.1 日本環境感染学会での定義

日本環境感染学会が編集し、1990年に発行された『病院感染防止指針』では、院内感染が次のように定義されている。なお、この学会では「日本語として正確な意味を持たせるため」（小林 1990: 3）に、院内感染ではなく病院感染という言葉を用いることとしている。

「病院内での微生物接種によって惹起された感染をいう。患者のみでなく、医療従事者をも含み、退院後、あるいは、病院外で発症しても、病院内での微生物接種に起因するものは、病院感染とする。」（小林 1990: 3）

この学会の定義では、病院内での微生物接種により惹起されたものが院内感染であると明確に定義されている。この定義は1995年に発行された第2版でも変更されなかったが、その後同学会の監修により2001年に発行された『病院感染防止マニュアル』では次のように修正されていた。

「病院感染は病院内に感染源が存在し、入院患者や外来患者がそれぞれの原疾患とは別なあらたな感染症を発症した場合と定義される。さらに患者自身のもつ菌による内因性感染や菌交代症などの場合も該当する。また、医療従事者が病院内で感染した場合もこれに属し、入院患者が入院中に感染し、退院後発症した場合もこれに該当する。」（松本ら 2001: 2）

先の指針とこのマニュアルの違いは、院内感染が病院内での微生物接種によるものから、患者自身が保有する菌による内因性感染も含めたものとされている点である。さらに、感染と感染症という用語の意味の違いを踏まえ、患者での院内感染は「原疾患とは別にあらたな感染症を発症した場合」と「入院中に感染し、退院後発症した場合」が院内感染であり、それは「患者自身のもつ菌による内因性感染や菌交代症などの場合も該当する」と明確に定義されている。

3.2 日本感染症学会での定義

日本感染症学会が編集し、1995年に発行された『院内感染対策テキスト』⁽²⁾では、院内感染が次のように定義されていた。

「院内感染（病院感染） *hospital (-acquired) infection, nosocomial infection* とは、病院内で接種された微生物によって引き起こされる感染症であり、退院後に発症しても、入院中に接種された微生物による感染症であれば、院内感染となる。」（小林 1995: 1）

この定義は、先述の日本環境感染学会編集の『病院感染防止指針』と同じように、病院内での微生物接種によって起きた感染症を院内感染としており、2000年に発行された改訂第4版⁽³⁾でも変更されていなかった。この指針は2017年5月現在改訂されていないため、学会のホームページで院内感染の定義に関する記述を検索したところ、「一般の方への情報提供：多剤耐性菌を正しく理解するためのQ&A」というページに以下のような記述がみられた。

「“院内感染”の一般的な定義は、入院後48時間以降に起こった感染、というものがあ、り、何らかの病気を持った方が入院後に起こした感染というとらえ方を医療関係者はしています。院内感染の原因となった菌は、入院後に病院内で感染した場合もありますが、患者さん自身が菌を保菌した状態で入院してこられる場合もあります。」（日本感染症学会 2010a）

これは多剤耐性菌について一般市民にわかりやすく解説するためQ&A形式で書かれており、「多剤耐性菌による院内感染は病院の責任なのでしょうか」との疑問に対する回答としての記述である。ここでは、先の環境感染学会の2001年のテキストに見られたように、院内感染が患者自身の保有する菌によっても起こりうることと、入院後48時間以降に起こった感染を院内感染とすることが示されている。

4 厚労省と関連学会の院内感染の定義の異同

ここまで厚労省（旧厚生省も含む）と関連学会の院内感染の定義をみてきた。ここからわかるのは、厚労省が研究班を通じて1989年に示した院内感染の定義と関連学会の定義は、少なくとも2000年までは整合性がとれていなかったということである。厚労省の定義と関連学会の当初の定義との主な違いは、患者に起こる感染症が病院内で接種された微生物によるものであると定義しているかどうかであった。すなわち、関連学会では、院内感染は病院内で接種された微生物によると定義されていたが、厚労省の定義にはその

記述はなく、原疾患とは別の感染症に罹患したことを院内感染としていた。厚労省の定義には、患者自身の保有する菌による内因性感染が含まれると解釈できるが、関連学会の定義では内因性感染が含まれるようには読み取れない。

院内感染の定義に関する厚労省と関連学会の違いは、その後関連学会の定義が内因性感染を含むものへと変わったことにより、一旦はなくなった。しかし、関連学会の役員が編集したテキスト（2003年発刊）や構成員となっていた「中央会議」の提言（2011年通知）では、患者と医療従事者のいずれにおいても、医療施設内での微生物接種あるいは感染（＝微生物の侵入・定着・増殖）によって起こるものが院内感染であると定義されたことで再び違いが生じていた。その後は本章の冒頭に示したような定義が通知文に記載されて医療現場に周知されているところである。

このように、院内感染の範疇に内因性感染を含むかどうかは、感染と感染症（罹患）の意味の違いを知る医療者にとっては、むしろ議論のもとになる可能性がある。実際、医学論文において院内感染を説明している記述からは、内因性感染を含めて院内感染であるとする立場とそうではない立場があるように見える。医学論文に示されている院内感染の説明に関する記述を概観するにあたり、「中央会議」の提言における院内感染の定義でも言及されていた医療関連感染について、次項で確認しておく。

5 院内感染から医療関連感染への用語の変化

医療関連感染は、院内感染に代わって学会の公式用語となっている（矢野 2012: 3389）。米国疾病管理予防センター（Centers for Disease Control and Prevention : CDC）から2007年に出されたガイドラインでは、院内感染（nosocomial infection）という用語から医療関連感染（healthcare associated infection）への変更について以下のように明記されていた。

「院内感染」という用語は、医療提供のパターンの変化と感染源に曝露したり感染した場を決定することの困難さを反映し、「医療関連感染」に置き換えられる。……院内感染という用語は、病院において後に獲得した感染症だけを意味するために保持される（Siegel et al. 2007: s68, s76）。（筆者訳⁽⁴⁾）

このガイドラインをみると、病院以外でも医療が提供されている今日では、感染の原因が病院にあるかどうかを決定することが困難であるため「院内感染」という用語を「医療関連感染」に変更するが、病院で獲得されたことが明らかな場合には引き続き「院内感染」

という用語が使用されることがわかる。

わが国でも関連学会はじめ多くの場で医療関連感染という用語が使用されているが、厚労省では一貫して院内感染という用語を使用している。厚労省が扱う院内感染は米国・CDC ガイドラインで示されたような限定的な用法ではない。それは厚労省の院内感染の定義をみれば明らかである。したがって、わが国では院内感染と医療関連感染が全く同じ意味合いで使用されているのである。CDC や関連学会が院内感染という用語をやめて医療関連感染を用いるようになった趣旨からみれば、厚労省が院内感染という用語を使い続けることによる弊害があるように考えられる。院内感染は交差感染のような外因性の要因だけでなく、患者自身の免疫力低下による内因性感染によっても起こりうるものが定義から読み取れたとしても、院内感染という用語から受けるイメージは、現在の CDC が院内感染としているものと同じであろう。厚労省は、今後も院内感染という用語を使用し続けるのであれば定義を医療関連感染とは異なるものにするか、もしくは院内感染ではなく医療関連感染という用語に変更すべきであろう。

6 内因性感染と外因性感染をめぐって

先の院内感染の定義のところで述べたように、現在の関連学会の定義においては院内感染に患者自身が保有する微生物による内因性感染（自己感染ともいう）が含まれる。これに対して、関連学会の当初の定義にあったように医療施設で接種された病原体による感染は外因性感染（交差感染ともいう）という。院内感染や医療関連感染に関する医学論文では、院内感染が内因性感染を含むものと定義されている場合と外因性感染のみとされる場合がある。

関連学会における定義は、外因性感染のみを院内感染とする定義から内因性感染を含めたものへと修正されていたが、医学論文ではそのような時間の経過による変化は認められない。医学論文を概観すると、院内感染に内因性感染が含まれるという記述は年代の古い論文にもみられる一方、関連学会の定義が内因性感染を含むものに変更された 2001 年以降の論文にも外因性感染のみとする記述が認められる。

院内感染（病院感染あるいは医療関連感染）が内因性感染を含むものとして記述されている論文のうち年代の古いものでは、たとえば 1964 年発行の学会誌に掲載された滝上ら（1964）の論文がある。この論文では、緑膿菌の伝播様式について述べた以下の記述がみられる。

「院内感染の伝播様式としては、前述のごとく、直接、間接の接触伝染、Ps*保菌者や解放性 Ps 感染症患者からの交叉感染 *cross-infection* の外に、同一人における自己感染 *self-infection* の可能性が存する」(滝上ら 1964: 317) (*Ps は論文の著者による緑膿菌を意味する表記)

また、1976 年の学会誌には、母子感染ともいわれる垂直感染を含めた院内感染の定義が示されている。

「院内感染にはヒトからヒトすなわち患者から患者、職員から患者、患者から職員と直接あるいは間接的に感染を惹起する交叉感染 (*cross infection*)、何らかの誘因により自己の皮膚または粘膜に存在する常在菌が増殖し、病原性を発揮し感染を惹起する、いわゆる内因性感感染 (*endogenous infection*) と、母親から胎盤を介して胎児に病原菌が移行し感染を惹起する垂直感染 (*vertical infection*) の 3 者がある。しかし前 2 者の区別は必ずしも明らかではない」(田代 1976: 2277)

院内感染に内因性感感染が含まれることが記述されている最近の論文では、清水 (2010) が 1980 年代の院内感染の状況について述べた以下のような記述がある。

「従来重視していた外因性感感染よりも内因性感感染の重要視が強調されてきた時期であった」(清水 2010: 63)

一方、院内感染が内因性感感染を含まないものとして記述されている論文は、たとえば 1995 年の学会誌にみられる。

「院内感染とは病院内で起こる患者間、あるいは医療従事者と患者間の感染を主に言う」(太田ら 1995: 765)。

1990 年代には、先述の日本環境感染学会の『病院感染防止指針』にある定義を引用した論文が散見された(副島 1993: 1; 中澤ら 1996: 88)。関連学会の院内感染の定義が内因性感感染を含むものに変更された 2001 年以降の論文にも、以下のように内因性感感染を含まない記述が認められた。

「院内感染は、医療者による医療過誤のひとつと見なされる。院内感染とは、患者や医療者が院内で感染するということである」（山口ら 2006: 9）

「院内感染とは、病院など医療機関内で新たに接触した微生物による感染症に罹患することであり、市中感染と対をなす用語である」（齋藤 2011: 51）

このように、常在菌などによる内因性感染も含んだものを院内感染とするか、それとも外因性感染だけと捉えるのか、院内感染をどの範囲までとするかについて医療者間で見解が異なる現状にあるのは、院内感染という問題の複雑さゆえであろう。内因性感染を含めて院内感染とする定義の転換は、院内感染が起こる原因を医療者だけでなく患者側にも求めることになる。しかし、それにより院内感染が発生した場合の医療者の責任が軽くなるわけではない。内因性感染の中には、患者の皮膚の常在菌が静脈注射の際に血管内に入り、血流感染を起こすようなものも含まれる。このような過誤によるものは防がねばならないし、防ぐことが可能である。外因性の要因による院内感染は、当然医療者の責務として防がなければならない。

7 院内感染の複雑性がもたらすもの

ここまでの院内感染の定義の変遷を振り返ってみると、医療機関を所管する厚労省と感染症の専門家が所属する関連学会において院内感染の定義が一貫したものとなっておらず、それを反映するように、医学論文においても院内感染に内因性感染を含むものと含まないものが認められた。米国の CDC ガイドラインで院内感染という用語が医療関連感染に変更された際、院内感染という用語は病院で獲得された感染にのみ使用すると明確に定義された。日本の関連学会でも医療関連感染が公式な用語として使用されるようになってきたが、院内感染との使い分けは明確にされていない。2007 年以降、米国での院内感染（nosocomial infection）とわが国の院内感染は、異なる定義に基づくことを銘記しておく必要がある。

院内感染は、その用語の定義の変遷から、患者はもとより医療従事者やこの問題を所管する厚労省にとっても専門性の高い複雑な問題であると推察される。そうであれば、患者と医療従事者の間だけでなく、医療従事者間あるいは医療現場と厚労省の間で、院内感染とその対応に関する認識のズレが生じる可能性がある。

現在の医療施設には、患者の高齢化や重症化によって、感染症に罹患しやすい易感染患者が多い。易感染患者では、通常、健康な人には無害な弱毒菌や自分自身の常在菌によっ

でも感染症を発症する場合がある。特に急性期病院においては、患者の救命や病気の治療のために侵襲性の高い医療処置が行われることから感染症を発症しやすい状況にあるといえる。このような状況においては、通常、治療前に患者や家族にその危険性が説明されるため、治療を受けた患者が感染症を発症したとしても院内感染が問題とはなりにくい。たとえば、手術を受ける患者およびその家族は、術前に主治医から術後感染のほか、いくつかの合併症のリスクについて説明を受ける。そして、その説明を理解し、リスクを承知した上で手術を受けるという書類に署名して手術が行われているからである。

また、患者が自身の常在菌によって感染症を発症しうるほど免疫力の低下した状態にある場合、感染症を予防する必要があるとはいえ、常在菌をゼロにすることは不可能である。それは、患者の常在菌叢を乱すことによって外から侵入する菌の定着が容易となり、感染症のリスクが高くなってしまうからである。

このように、院内感染では易感染性や保菌など患者側の要因を除去したり、感染リスクを低下させる対策がとりにくいいため、不可抗力による感染が発生しやすいと考えられる。さらに、病原体に曝露したことは肉眼で見ることができない上、曝露後すぐには感染が成立しないため、患者自身も医療者も院内感染が発生した時点で気づくことはできないのである。

このような特徴ゆえ、医療者側は易感染患者への医療処置に伴って生じる院内感染を完全に防止することは困難だと主張するのである。たとえば、日本感染症学会では多剤耐性菌の院内感染の報道を受けて、一般向けの情報提供を行ったページで次のように説明している。

「医療行為を行う上で、感染症のリスクが高まることは避けられないことですので、入院後におこるいわゆる“院内感染”はどんなにがんばってもゼロにすることはできません」（日本感染症学会 2010a）。

また、厚生労働省の「院内感染対策中央会議」の提言においても、以下のような記述がみられる。

「現在の医療において、院内感染の発生そのものを全て無くすことは不可能であり、救急患者の受け入れ等を積極的に行う医療機関ほど発生の確率が高くなると考えられる。的確な院内感染対策を実施している医療機関においても、院内感染は一定頻度起こり得るものである」（厚生労働省 2011a）。

ここで言われている院内感染は、不可抗力によるものを指しており、過失と認定される可能性のある院内感染までも「なくすことができない」と言っているのではない。これは医療者にとって納得のいく言明であるが、一般市民には受け入れられるであろうか。弁護士の三輪は、1990年代のメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）による院内感染訴訟では、当初、医療機関の「院内感染防止義務」を争点としていたために患者側の敗訴が続いたが、のちにMRSA感染症そのものについての「早期発見・適切治療義務」が争点となり患者側が勝訴するようになったとの見解を示している（三輪 2006）。このことから三つのことが考えられるのである。一つは、院内感染が発生した場合、患者側は医療者が院内感染防止の義務を果たさなかったと認識しやすいということであり、二つめは院内感染が法的には医療者の過失とされるよりも不可抗力とみなされる場合が多いということ、そして三つめは、仮に医療者側に過失があったとしても原告である患者側がそれを立証することは難しいということである。院内感染の訴訟をみる限り、「院内感染をなくことはできない」という言明は、患者側には受け入れ難いと考えられる。

患者取違えや与薬時の薬剤間違いのような医療事故と違って、院内感染の場合には患者自身が医療や管理に起因した院内感染の発生に気づくことが困難なため、医療者の責任はより大きいと考えるべきであろう。また、院内感染に対する医療者側と患者側の認識の違いは、院内感染対策への社会の理解の妨げになる可能性があると考えられる。

【注】

- (1) 「院内感染対策中央会議」は、全国で院内感染事例が散発し、大学病院においても院内感染による死亡事例が発生している状況から、院内感染対策を強化するために院内感染対策に関する専門家による技術的な検討を行うことを目的に、2005年1月から設けられたものである（厚生労働省 2005）。この会議では、院内感染対策において留意すべき具体的事項や技術的助言等を「提言」として取りまとめ、厚労省のホームページなどで公表しており、これまで12回の会議が開催されてきた（2017年3月末現在）。
- (2) 1995年の『院内感染対策テキスト』第1版は、厚生労働省健康政策局指導課の監修のもと、同学会が編集したものであった。
- (3) 2000年発行の『病院感染防止指針』改訂第4版は、厚生労働省医薬局安全対策課の編集協力のもと、同学会が編集したものであった。

(4) 原文は以下のとおり.

Furthermore, the term “nosocomial infections” is replaced by “healthcare associated infections” (HAIs) to reflect the changing patterns in healthcare delivery and difficulty in determining the geographic site of exposure to an infectious agent and/or acquisition of infection(Siegel et al. 2007: s68).

The term nosocomial infection is retained to refer only to infections acquired in hospitals (Siegel et al. 2007: s76).

第4章 院内感染に対する国の対応

1 本章のねらい

院内感染が1980年代から社会問題となり、厚生省は1990年代に院内感染対策に関する通知を立て続けに出した(第2章)。その厚生省からの通知は、医療機関に対する院内感染への注意喚起が目的であり、院内感染が個々の医療機関における対策の問題と捉えられていたことがうかがえる。院内感染が国をあげて取り組む重要な課題として本格的な対応がとられるようになったのは、院内感染に関するデータ収集を全国規模で開始したサーベイランス事業や、院内感染対策の専門家による検討会を開催したりするようになった2000年以降であろう。

本章では、院内感染が社会問題となり、厚生省が対策に乗り出した1990年以降の厚生省・厚生労働省(以下、厚労省)の院内感染への取り組みについて検討する。具体的には、厚生省が1991年に出した院内感染対策に関する通知とその後の様々な施策をどのような意図で進めようとしてきたのか、院内感染対策の専門家はそれに対してどのように反応してきたのかという視点で専門家会議の議事録を分析する。それにより、厚労省の院内感染対策は医療事故の社会問題化に対する急速な取り組みの中で、医療安全の一環として進められてきたことと、それに対する専門家の反応から院内感染対策の課題を明らかにする。

2 個々の医療機関における問題とみなされた対応

院内感染対策に関する最初の通知は1991年の「医療施設における院内感染の防止について」であった(厚生省1991)。この通知は1985年～1987年に実施された厚生科学研究「院内感染症の現状と対策に関する研究」(主任研究者：蟻田功)の報告書が1988年にまとめられたことを受けて出され、通知の全文は以下のような簡単なものであった。

「標記については、これまでの医療法第20条の規定に基づき、医療監視等を通じて対応してきたところである。近年新たにMRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)による院内感染が問題となっていることから、この機会に改めて一般的な院内感染に対する注意を喚起するため、「院内感染症の現状と対策に関する研究」(昭和62年度厚生省厚生科学研究費補助金(特別研究事業)主任研究者：蟻田功・国立熊本病院長)のうち、関係部分の要旨を別添の通りまとめたので、貴職におかれては、今後の院内感染防止対策の推進に当たって活用されるとともに関係者への周知徹底を図られたい」(厚生省健康政策局指導課長通知 指第46号)

この通知文からは、厚生省が院内感染対策の施策として、医療監視を主要なものとして位置づけていたことがうかがえる。厚生省では、1974年から院内感染の防止を医療監視の重点項目の一つに挙げていた（佐分利 1981: 897）。医療監視の法的根拠とされている医療法第20条では「病院、診療所又は助産所は、清潔を保持するものとし、その構造設備は、衛生上、防火上及び保安上安全と認められるようなものでなければならない」と定められている。厚生省の通知文において、この規定に基づいて院内感染対策を進めてきたとされていたことから、院内感染が病院の清潔や衛生上の問題によると考えられていたことが読み取れる。

この通知に対して、夫をメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）の院内感染で亡くした富家恵海子は手記『院内感染ふたたび』の中で、厚生省の対応の遅さを批判した。

「この時期、この程度の内容は、市中の大きな病院であればとうの昔に知っていることであり……いまさらの感があるのである。……問題は、このような対策をどうやって現場で具体化し、実現し、長続きさせるかという段階にあるのに、何をとぼけたことを言っているの、という印象を正直持って持った。厚生省に『国立熊本大学病院の蟻田先生の研究レポートは何年に出されたものですか？』と聞いたら『昭和63年です』と答え、いかにも恥ずかしそうであった。」（富家 1992: 184-185）

厚生省が通知に添付して医療機関への活用を促した院内感染防止対策は、以下のような内容であった（表1）。

表1 1991年の通知で示された院内感染対策

<p>①院内感染対策委員会の設置</p> <p>委員会で消毒・清掃などの技術、処理の改善方法などを討議し、院内感染に対するマニュアルを作成する。</p> <p>職員に院内感染についての周知徹底や啓発、感染が判明した場合の報告とその対応、院内感染の調査、院内清潔度や滅菌消毒業務の調査を行う。</p>
<p>②手洗いの励行</p> <p>医療業務の中で石けんと流水により頻回に手洗いを行う。</p> <p>医療従事者ばかりではなく、患者にも手洗いを促すことが重要である。</p> <p>手術前や処置前の手洗いは滅菌水、消毒液を用いて十分に行う必要がある。</p>
<p>③清掃、施設管理</p> <p>外来部門では、頻回の清掃、除塵吸着マットの配置などの工夫が重要である。</p> <p>特に洗面所、便所、汚物処理室については念入りな清掃消毒（塩化ベンザルコニウム等による消毒）が必要である。</p> <p>清潔区域への出入りには、履物の履き替え、帽子・マスク・ガウンの着用、手洗いを必要とする。</p> <p>定期的な細菌検査（落下細菌検査、表面汚染菌検査等）は施設管理の一環としても位置づけられる。無菌治療室、ICU、手術室では、その検査結果を施設清潔度の指標とすることもできる。</p>
<p>④滅菌、消毒</p> <p>滅菌物保管の際は、清潔な場所を選び、扉付きの保管庫に収納することが望ましい。</p>

通知「医療施設における院内感染の防止について」（1991年）を元に作成

後に「中央会議」の座長を務めた小林や構成員の大久保は、この通知で示された院内感染対策について、当時日常的に実施されていたが科学的根拠に基づいたものではなかったと指摘し、さらに数年後にはエビデンスがなくなったにも関わらず修正されるまでに時間を要したことを批判した。

「1991年の通知の中で出されたものも、結局10何年かかって、1995年には既にエビデンスではなくなったことが通知として、また医療法施行規則に絡んでいるものとして、2005年までかかってやっとそれが修正されたという過去の事例も日本にはあります（第4回：小林）」（厚生労働省 2007b）

「当時の一般常識的な見解が示され、エビデンスに裏付けされた内容ではなかった」（大久保 2016: 215）。

1991年の通知は、2005年に「医療施設における院内感染の防止について」（厚生労働省 2005a）という通知が出されたことにより廃止された。2005年の通知は、平成15年度（2003年度）厚生労働科学特別研究事業の分担研究の報告書⁽¹⁾を参考に出されたものであった。この分担研究の中心者で「中央会議」の構成員でもある大久保は、1991年通知について上述のように述べる一方、2005年の通知については「特記すべきことは、エビデンスに基づいた感染防止対策について述べている点である」と強調している（大久保 2016: 215）。

厚生省が1991年以降も毎年のように院内感染対策に関する通知を出してきたことは第2章に示した通りである。それらは院内感染事例を医療機関に知らせ、感染対策の徹底について注意喚起することを目的としていた。このような通知の他にも、厚生省では日本感染症学会への委託事業である「院内感染対策講習会」と「院内感染対策相談窓口事業」を行って医療機関の感染対策を支援してきた。

「院内感染対策講習会」は、平成5年（1993年）から全国7地区において医療施設に勤務する医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師等を対象に実施された（品川・由良 1995）。この講習会については、総務省の「医療安全対策に関する行政評価・監視の結果報告書」（総務省 2013）によれば、平成21年度（2009年度）から23年度（2011年度）までの3年間では定員を上回る応募者があり、参加できない者が毎年多数発生している状況にあったと報告されている。このことから、自施設で独自に院内感染対策の講習会を開催することが困難な医療機関にとって、この事業は有益なものであることがわかる

「院内感染対策相談窓口事業」は、平成6年（1994年）から実施され、ファクシミリで

寄せられた質問に対して日本感染症学会の専門の委員が個別に対応してきた（日本感染症学会 n.d.a）。しかし、先の総務省の報告書には、院内感染対策相談窓口の利用実績が平成 21 年度（2009 年度）は 40 件、22 年度（2010 年度）は 37 件、23 年度（2011 年度）は 22 件と漸減していることと、地域ネットワーク事業（この事業については、本章で後述する）による相談窓口や保健所による相談業務などによって当該事業の必要性が低下していると述べられていた。そこで、この事業を委託されている日本感染症学会では、平成 27 年（2015 年）3 月末でこの事業を終了し、感染症の診断や治療に関するアドバイスと情報提供を目的とした“e-Consultation”を新たに設置した（日本感染症学会 n.d.b）。これは、個々の感染症症例に適切な医師を学会が紹介することにより、感染症の診療で困っている医師をサポートしようというものである。

以上のように、院内感染が社会問題となった 1980 年代直後である 1990 年代から、厚生省では院内感染対策に関する通知と委託事業を通じ、医療機関に対して院内感染事例の発生を伝えて注意喚起を促し、院内感染対策の担当者に対する支援を行っていた。しかし、1991 年の通知で医療監視が院内感染対策の主要なものとしてされていたことからわかるように、院内感染は個々の医療機関の問題であるため、その対策は医療機関単位で取り組むものであり、国はそれを支援するという観点で対策がなされてきたことがうかがえる。このことは、第 2 章において、耐性菌による院内感染が社会全体で取り組む問題、すなわち社会問題であると表明した医療者と厚生省・厚労省の考えの乖離を示している。

3 本格的な院内感染対策の始まり

2000 年には、「院内感染対策サーベイランス事業」(JANIS) が開始された。この事業は、わが国の院内感染の概況を把握し、院内感染対策に有用な情報を医療現場に還元するため、参加医療機関における院内感染の発生状況や、薬剤耐性菌の分離状況および薬剤耐性菌による感染症の発生状況を調査するものである。現在、病原体サーベイランスである検査部門と、感染症サーベイランスである全入院患者部門、手術部位感染 (SSI) 部門、集中治療室 (ICU) 部門、新生児集中治療室 (NICU) 部門の 5 部門で実施されている。JANIS は統計法に基づく国の統計調査であるが、医療機関の参加を義務付ける法的根拠はなく任意となっており、財政的補助もない (鈴木 2012)。2017 年 1 月現在の参加施設数は 1,990 施設 (厚生労働省 2017) であることから、全国の病院 8,480 施設 (厚生労働省 2015a) の 23.5%からのデータを収集していることになる。

2002 年 7 月からは、「院内感染対策有識者会議」(以下、「有識者会議」) による検討が始まった。「有識者会議」は、これまでの院内感染対策を幅広い視点から見直して、強化・充

実することを目的に設置され、表 2 に示すような幅広い分野の委員で構成されていた。

表2 「院内感染対策有識者会議」委員名簿

相澤 好治	北里大学医学部衛生学・公衆衛生学教授
荒川 宜親	国立感染症研究所細菌第二部部长
稲松 孝思	東京都老人医療センター感染症科部長
井上 章治	社団法人日本薬剤師会常務理事
岩田 太	上智大学法学部助教授
遠藤 和郎	沖縄県立中部病院感染症科医師
○ 大久保 憲	西日本電信電話株式会社東海病院外科部長
岡部 信彦	国立感染症研究所感染症情報センター長
賀来 満夫	東北大学病態制御学(分子診断学)教授
笈 淳夫	国立保健医療科学院施設科学部長
楠本 万里子	社団法人日本看護協会常任理事
◎ 小林 寛伊	東日本電信電話株式会社関東病院名誉院長
佐藤 牧人	仙台市青葉保健所長
高野 八百子	慶應義塾大学病院感染対策室感染対策専任看護師
武田 隆男	社団法人日本病院会副会長
塚本 亨	社団法人日本歯科医師会常務理事
仲川 義人	山形大学医学部附属病院薬剤部長
沼口 史衣	聖路加国際病院インフェクション・コントロール・プラクティショナー
星 北斗	社団法人日本医師会常任理事
丸木 一成	読売新聞社編集局医療情報部長
山中 朋子	青森県健康福祉部長
吉澤 浩司	広島大学医学部衛生学教授

◎座長 ○ワーキンググループ長 院内感染対策有識者会議報告書(2003年)を元に作成

「有識者会議」での 7 回の検討を経て、2003 年 9 月に報告書「今後の院内感染対策のあり方について」が取りまとめられた(厚生労働省 2003a)。「有識者会議」の報告書には、わが国の医療機関における院内感染対策の現状と課題のほか、関係団体・学会、行政等の取り組みの現状、さらに新たな院内感染対策のグランドデザインが示された。グランドデザインでは、医療機関内における感染症の新たな発症を防止し、安全かつ確実に治療できる体制とすることと、アウトブレイクおよび重大な院内感染発生時に被害を最小化するための医療機関および地域における体制としていくこと、そして医療機関、自治体、国および関係団体・学会が、それぞれ必要な対策を科学的根拠に基づいて確実に実施し、適時見直しを図る体制としていくことが目標とされた。その上で、これらの目標を実現するために、医療機関、自治体、国および関係団体・学会がそれぞれの立場で実行することを目指した将来像が示されるとともに、当面取り組むべき課題についても明示された(表 3)。わが国の院内感染対策は、「有識者会議」が示したグランドデザインに沿って進められていることになる。

表3 院内感染対策有識者会議報告書に示された新たな院内感染対策のグランドデザイン

院内感染対策の将来像
1. 医療機関の院内感染対策の将来像 1.1 日常的な院内感染対策が適切かつ迅速にまた継続的に実施されている。 1.2 重大な院内感染等の発生に際し適切な対応がなされている。 1.3 上記の実施の際に必要なマンパワーおよび院内体制が確保されている。 1.4 患者および家族に対して院内感染について十分な説明が行われ、正しい知識の普及がなされている。 1.5 医療従事者等を対象とした院内感染対策の充実が図られている。 2. 自治体の院内感染対策の将来像 2.1 院内感染地域支援ネットワーク(仮称)が構築されている。 2.2 自治体(保健所, 地方衛生研究所等)の適切な対応能力が確保されている。 2.3 重大な感染症の発生の際に, 院内感染対策を含め対応し得る体制が整備されている。 3. 国の院内感染対策の将来像 3.1 医療機関のための対策 3.2 医療機関および自治体のための対策 3.3 医療従事者等および一般国民のための対策 4. 関係団体・学会の院内感染対策の将来像 4.1 関係団体・学会の取組 4.2 教育研修機関の取組 4.3 外部評価機関・団体等における取組
当面必要な取組
1. 医療機関における取組 1.1 院内感染対策マニュアルの整備とその定期的な見直し 1.2 職員研修の充実 1.3 特定の医療機関への専任院内感染対策担当者の配置 1.4 院内感染の発生状況を把握するための院内感染サーベイランスの患者や診療科の特性, 施設規模・機能に応じた実施 2. 自治体における取組 2.1 院内感染地域支援ネットワーク(仮称)の整備 2.2 保健所, 地方衛生研究所等の担当者に対する研修や教育の充実 3. 国の取組 3.1 院内感染地域支援ネットワーク(仮称)への支援等 3.2 科学的根拠に基づく院内感染制御のガイドライン等の作成・普及 3.3 データベースの構築 3.4 医療従事者等への院内感染対策の研修を実施するための教材の作成および情報提供 3.5 感染制御に関する専門性の高い医療従事者の養成 3.6 卒前・卒後研修の充実 3.7 高度な医療を提供する大規模な医療機関等を対象とした院内管理体制の制度化 3.8 院内感染対策に有用な研究の推進 3.9 一般国民に対する院内感染全般に関する普及啓発 4. 関係団体・学会における取組 4.1 院内感染地域支援ネットワーク(仮称)に対する技術的支援 4.2 感染管理の専門家の養成および資質の向上

院内感染対策有識者会議報告書「今後の院内感染対策のあり方について」(2003年)を元に作成

院内感染対策のグランドデザインに示された医療機関における取り組みである「特定の医療機関への専任院内感染対策担当者の配置」と、国の取り組みである「高度な医療を提供する大規模な医療機関等を対象とした院内管理体制の制度化」に対応し、医療法施行規則が改正され、2004年1月と3月に特定機能病院と第1種感染症指定医療機関には、院

内感染対策に必要な知識を有する医師，歯科医師，薬剤師または看護師のいずれかを専任でおくことが義務づけられた（厚生労働省 2003b）。

しかし，このような感染対策の専門知識を有する担当者を専任で配置できる医療機関においても，患者が死亡するような院内感染事例が発生している状況から，厚労省は院内感染対策に関する専門家による各論的，技術的な検討を行うことを目的として 2005 年に「中央会議」を設置した（厚生労働省 2005b）。「中央会議」の構成員は表 4 に示した通りである。2015 年 2 月までに計 12 回の会議が開催され，院内感染対策に関する提言や厚労省が出す通知の検討の他，特定機能病院での院内感染事例についての分析など様々な検討がなされ，現在に至っている。

表4 「院内感染対策中央会議」構成員名簿

荒川 宜親	国立感染症研究所細菌第二部長
一山 智 ¹⁾	京都大学感染制御部教授
大久保 憲	NTT西日本東海病院外科部長
緒方 剛 ²⁾	筑西保健所所長
岡部 信彦	国立感染症研究所感染症情報センター長
賀来 満夫	東北大学大学院医学系研究科教授
木村 哲	国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター長
切替 照雄	国立国際医療研究センター研究所感染症制御研究部長
倉田 毅	国立感染症研究所所長
倉辻 忠俊 ³⁾	国立国際医療センター研究所長
洪 愛子 ¹⁾	社団法人日本看護協会常任理事
小林 寛伊	NTT東日本関東病院名誉院長
高野 八百子 ¹⁾	慶應義塾大学病院感染制御センター調査役
調 恒明 ²⁾	山口県環境保健センター所長
武澤 純 ⁴⁾	名古屋大学大学院医学系研究科教授

1)第8回(2009年)から 2)第11回(2014年)から 3)第7回(2008年)まで 4)第5回(2007年)まで

※ 所属は就任時のもの 第1回(2005年)～第12回(2015年)中央会議議事録を元に作成

このように，厚生省が 2000 年から本格的に院内感染対策に乗り出した背景には，1999 年 1 月に発生した医療事故が社会問題化したことが影響していると考えられる。院内感染対策を所管する厚労省医政局指導課（現在は地域医療計画課）の課長が，それを裏づける発言を「中央会議」の第 4 回会議で行った記録が議事録に残っている。

「日本の医療というのは，昭和 60 年ぐらいまで，基本的に国は最低線だけ決めて，細かなところは病院や学会にお任せします，ということでやってきたのだろうと思います。ところが，残念ながらそればかりではうまくいかないことがわかってきました。……たまたま患者の取り違いも含めた，広い意味での医療安全のようなこと

が問題になってきたので、正直申しまして国としても何らか手を出さずにはいられなくなった、というのが 6 年前ぐらいの状態でした（第 4 回:佐藤）」（厚生労働省 2007b）

1999 年の医療事故への対応、すなわち医療安全への厚労省の取り組みとして、2001 年 4 月に医療安全推進室が設置されるとともに、専門家による「医療安全対策検討会議」が設置された。その検討会議から 2002 年に出された報告書「医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために～」を受けて、厚労省に「医療に係る事故事例情報の取り扱いに関する検討部会」が設置された。同部会が 2003 年 4 月に取りまとめた報告書では、医療事故の発生予防と再発防止のために医療現場から事故に関する情報を収集し、専門家により分析した上で改善策を医療現場に提供する必要性と、国立高度専門医療センターや特定機能病院等については特に重大な事例の報告を義務付けることが提案された（厚生労働省 2003c）。これを受けて厚労省では、2004 年に「医療法施行規則の一部を改正する省令の一部の施行について」を通知し、同年 10 月から特定機能病院等における医療事故の報告を義務付けた（厚生労働省 2004）。先の厚労省担当者の発言は、このような医療安全への急速な取り組みの中で院内感染対策が推進されてきたことを述べたものである。

4 医療安全の一環としての院内感染対策

上述の「医療安全対策検討会議」による報告書では、院内感染対策を医療安全の重要な課題としつつも、「有識者会議」で院内感染対策の専門的な検討がなされることから、「今回の検討対象とはしなかった」と述べられていた（厚生労働省 2002）。しかし、2005 年に「医療安全対策検討ワーキンググループ」から出された報告書「今後の医療安全対策について」では、わが国の院内感染対策が「有識者会議」の報告書に基づいて実施されていくことを踏まえつつも、「医療安全対策の一環として総合的に取り組んでいくこととする」と明記され、当面取り組むべき課題として医療機関における院内感染対策の充実があげられていた（厚生労働省 2005c）。

院内感染対策は、1990 年代に厚生省から関連する通知が立て続けに出されたり、委託事業として医療機関の感染対策担当者への支援事業が始まったりというように、医療安全対策より早く取り組みが開始されたが、2000 年代に始まった医療安全への取り組みは急速に本格的なものとなり、院内感染対策を包含するようになっていったのである。この項では、医療安全との関連に注目して厚労省の院内感染対策について概観する。

〈医療監視・立入検査〉

院内感染対策は1974年から医療監視の重点項目の一つに挙げられていた(佐分利 1981: 897)。1994年には、医療安全対策に関しても「院内の事故防止」が重点事項として加えられた。その後、1996年には「院内感染防止対策」が重点項目となり、「院内の事故防止」が留意事項とされ(厚生省 1996a)、2008年の立入検査では「安全管理のための体制の確保等について」と「院内感染防止対策について」が共に重点項目となった(厚生労働省 2008)。このように、院内感染対策と医療安全対策は、医療監視・立入検査においては、当初から独立して扱われてきた。

また、医療監視では「管理上の重大な事故」があった場合、速やかに厚労省への報告が求められており、多数の人身事故や診療用放射線器具等の事故とならんで、「院内感染の発生」もその対象とされていた。この厚労省への報告は、2008年の立入検査以降、それまでの「報告」から「情報提供」へと変更され、2010年には「管理上の重大な事故」は単なる院内感染ではなく「院内感染の集団発生」に変更となった(厚生省 2010a)。さらに、2013年には厚労省への情報提要进行を依頼する文章がそれまでの「医療機関における医療事故の報道が相次いでいる」という表現から「医療事故や院内感染事例の報道……」に変更された(厚生労働省 2013a)。このように、当初、厚労省では院内感染を医療事故として捉えていたが、その後、院内感染の一部だけを医療事故と位置づけるようになり、さらに院内感染と医療事故が同一視されないよう配慮するようになってきたことがわかる。

〈診療報酬における加算措置〉

診療報酬で院内感染対策の加算が行われたのは1996年が最初であり、感染対策委員会を設置し、手洗い設備を備えた病院は患者1人あたり1日5点(50円)の加算を取得することができた(厚生省 1996b)。この時点では、医療安全対策に対する加算はなかった。その後2000年の診療報酬改定では、入院に関して当然に行うべき院内感染防止対策を実施しない医療機関には診療報酬が減算される「院内感染対策未実施減算」(厚生省 2000)に変更となった。ここまでは院内感染対策は医療安全とは別の扱いであったのが、2006年に「医療安全対策加算」が新設されると、その施設基準に院内感染対策が盛り込まれることとなり(厚生労働省 2006)、医療安全対策に院内感染対策が包含される形となったのである。2010年に「感染防止対策加算」(入院初日100点)が新設された際にも、その加算取得には「医療安全対策加算1」(入院初日85点)の届出を行っていることが前提になっていた(厚生労働省 2010b)。院内感染対策が医療安全対策と切り離された形で加算がつくようになったのは、2012年に「感染防止対策加算1」(入院初日400点)と「感染防止

対策加算 2」(入院初日 100 点) および「感染防止対策地域連携加算」(入院初日 100 点) が新設³⁾されて以降のことである(厚生労働省 2012a)。

以上のように、診療報酬制度からみると、院内感染は医療安全とは無関係に加算措置が始まったが、2006 年から医療安全に包含されるようになり、2012 年以降は再び院内感染対策が単独で評価されるという経過をたどっていた。

〈医療事故情報収集等事業〉

厚労省では、2004 年 10 月から医療法施行規則に基づき「医療事故情報収集等事業」を開始した。この事業では、特定機能病院のような報告義務対象医療機関⁴⁾と参加を希望する医療機関から報告された医療事故情報等を収集、分析して提供することにより、医療安全対策に有用な情報を広く医療機関が共有するとともに、国民への情報提供を通じて、医療安全対策を推進することを目的としている(公益財団法人日本医療機能評価機構 2016)。本事業は、医療事故情報収集・分析・提供事業とヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業、医療安全情報提供事業で構成されており、財団法人日本医療機能評価機構の医療事故防止センターによって運営されている(公益財団法人日本医療機能評価機構 2016)。本事業で報告を求める医療事故の範囲は、表 5 に示すようなものとなっている。

表5 医療事故情報収集等事業における医療事故の範囲

誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例
誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例(行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る)
上記のほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例

医療事故情報収集等事業の事業要綱(2016年)を元に作成

この事業において、2007 年から「特に報告を求める事例」の情報収集が始まり、「患者の熱傷」や「患者の感電」などと共に「院内感染による死亡や障害」が取り上げられた(公益財団法人日本医療機能評価機構 2007)。

このように、本事業においては表 5 に示された医療事故の範囲に該当する院内感染事例は医療事故として報告対象となるのである。

〈医療法改正による院内感染対策の体制整備の義務化〉

2006 年 6 月 21 日付けで公布された「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」(以下、「改正医療法」)により医療法の一部が改正され、そ

の施行規則が 2007 年 4 月 1 日から施行された（厚生労働省 2007a）。改正医療法では、「医療の安全に関する事項」の中に、「医療の安全を確保するための措置について」と、「医療施設における院内感染の防止について」がともに規定され、病院等の管理者に対して医療の安全管理のための体制および院内感染対策のための体制の確保が義務づけられた（厚生労働省 2007a）。このうち院内感染対策のための措置については、医療の安全を確保するための措置と一体的に実施しても差し支えないとされていた。つまり、医療法からみると院内感染対策は医療安全に包含されているのである。

表6 医療法改正により病院等の管理者に義務づけられた医療の安全に関する事項

医療の安全を確保するための措置について	医療施設における院内感染対策の防止について
①医療に係る安全管理のための指針	①院内感染対策のための指針
②医療に係る安全管理のための委員会	②院内感染対策のための委員会*
③医療に係る安全管理のための職員研修	③従業者に対する院内感染対策のための研修
④当該病院における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策	④当該病院における感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策 * 病床を有しない診療所および妊産婦を入所させる施設を有しない助産所には適用されない

「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」(2007年)を元に作成

以上、これまでみてきたように、院内感染対策は医療法においては医療安全に包含されているが、診療報酬での加算や立入検査においては、医療安全対策とは別に独立して評価されていることがわかる。また、立入検査結果の情報提供および医療事故情報収集等事業における報告においては、院内感染のすべてが医療事故の範疇に含まれるのではなく、その一部が医療事故として扱われている。

「中央会議」議事録には、院内感染対策が医療安全に包含されることに異議を唱える専門家の発言が記録されていた。次項では、院内感染対策が医療安全に包含されることに対する専門家と厚労省担当者の見解に焦点を当てて「中央会議」の議事録をみてみたい。

5 医療安全に院内感染対策が包含されることへの専門家の反応

第2回「中央会議」において、先述の「改正医療法」における医療安全の確保に関する内容について厚労省の担当者から説明がなされた。その中で、それまで法的な位置づけがなかった「医療安全支援センター」を医療法に位置づけることの説明がなされ、院内感染に対する患者や家族からの苦情についても行政的な立場で相談を受けつける機能が付与されるとの話があった。これに対して「中央会議」構成員から、院内感染が全て医療安全に包括できないとの異議が出され、厚労省の担当者からは医療安全からみた院内感染の捉え方に関する考え方が示されていた。

「感染の中のかなりの比率で、患者自身の易感染性、あるいは患者自身が持っている微生物による感染がかなりあると思います。……明らかに医療ミスといたしますか、滅菌不良ですとか、抗菌薬の使い方の間違い等であれば完全に医療安全の範囲ですけれども、そういうものでない……そういう部分も少し分けて考えるような仕組みを作っておかないと……（第2回：大久保）」（厚生労働省 2006b）

「医療の安全といったときに、これも概念が明確に定まっているわけではありませんけれども、基本的には患者の安全ということがありますので、……院内感染もその中に含まれるのではないかと考えております。……医療安全というのは……何かミスをしたからということではなくて、医学的な理由でミスがなくても感染してしまう、というようなケースも医療安全の中で取り扱うことを我々としてはしていこうと考えております（第2回：田原）」（厚生労働省 2006b）

ここでの議論は、厚労省担当者と「中央会議」構成員の間で、医療にはリスクが伴い、院内感染をゼロにすることはできないという考え方を基本にしなければ、医療安全の中で院内感染を取り上げることは難しいという見解で一致したが、その後も医療安全に院内感染対策が包含されることに対して「中央会議」構成員からは反対意見が出されていた。

「リスクマネジメントとしての基本的な概念は一緒なのですが、……内因性感染もかなりあり、抵抗力が弱ったときに悪さをするなど、外因性のものとは限らないということもあります。……医療安全という概念を持ち込むと少し無理がある、間違っただけで解釈され、評価されるということにもなると思うのです（第3回：大久保）」（厚生労働省 2006c）

「努力をしても防げないものもあるのだという事実、そのようなリスクがある現実を正しく伝える、いわゆるリスクコミュニケーションを通じて一般の国民の方にも地域の住民の方にも理解していただかないといけないと思います。……何か起こったら自分たちが責められるということだけになってしまう、そのような思いにとらわれることはやはり避けなければいけないと思うのです（第3回：賀来）」（厚生労働省 2006c）

院内感染は医療安全対策で防止しようとする他の事故と異なり、患者自身が持っている菌による内因性感染によっても生じうるため、完全に無くすことはできないと専門家は考えている。そのため、院内感染対策が医療安全対策に包含されることによって、全ての院内感染が医療事故として扱われることを危惧して上記のような発言をしていると考えられる。第9回「中央会議」においても、厚労省担当者から現行のサーベイランス事業のように任意参加の医療機関からの情報提供ではなく、全ての院内感染の報告を義務づけることに対する意見を求められた際に、構成員から以下のような意見が出されていた。

「私はそういう方向性はあってしかるべきだと思いますが……院内感染が決してゼロにはならないという現状を、多くの国民の方に知っていただくことをまず前提としてやらなければいけない（第9回：賀来）」（厚生労働省 2010c）

「いまの風潮として何か院内感染があると、これは罪悪でバッシングの対象になってしまうという社会的な状況を改善していかないと……院内感染を報告するときの仕方を慎重に考えていかないと、非常にネガティブな方向になってしまうのではないかと懸念します（第9回：木村）」厚生労働省 2010c）

これらの発言は、院内感染の発生を報告したり公表したりする前提として、「院内感染をゼロにはできない」ことの理解を進めるべきという主張であり、院内感染対策のグランドデザインにおいて国の当面の取り組みとされた「一般国民に対する院内感染全般に関する普及啓発」につながるものといえる。このような専門家の意見は、第10回「中央会議」により取りまとめられた提言に反映されている。この提言は、通常時と院内感染発生時における院内感染対策について述べたものであるが、その最後に「その他」として、以下のように記述されている。

「現在の医療において、院内感染の発生そのものを全て無くすことは不可能であり、……的確な院内感染対策を実施している医療機関においても、院内感染は一定頻度起こり得るものである。院内感染が発生した際にも……社会的非難を恐れてかえって院内感染の発生が報告されず対応が後手に回ってしまうことのないよう、国民的な理解を進めることが強く求められる。」（厚労省 2011）

この提言は、厚生労働省から各都道府県衛生主管部（局）長あてに出された事務連絡により、医療関係者へ周知されたものであるため、直接、一般国民に向けて「院内感染の発生そのものを全て無くすことは不可能」であることを訴えようとしたものではないと考えられる。そうではなく、むしろ医療関係者の間で共通の認識を持つことの重要性を示したものであり、その前提として国民的な理解を進めることが条件となるとの考えが反映されていると読める。第3章に示したように、院内感染という用語は医療関係者の間で必ずしも共通の理解がなされてはいない。院内感染対策を医療安全の中に位置づけることに対して「中央会議」構成員から異議が出るのは、そのような背景のためであろうと考えられる。その裏づけとして、「中央会議」の議事録には、院内感染という言葉に対する以下のような発言が記録されている。

「厚生労働省関係ではすべて院内感染という言葉を使ってきたと思うのですが、医療関連感染と申しますか、……院内感染だけの定義で話していると少し違ってしまいますので、まず、その言葉そのものについて少しご検討いただきたいと思っています（第3回：大久保）」（厚生労働省 2006c）

「院内感染という言葉がとても曖昧、人によって解釈が異なりますので、どういう事例を報告してほしいかということの定義がもう少し明確だといいかと思っています（第9回：高野）」（厚生労働省 2010c）

「中央会議」の中で院内感染という言葉そのものに対する問題提起は、上述の2度なされたが、院内感染の定義や用語として使用し続けることについて改めて検討されることはなく、現在に至っている。

6 院内感染対策は国主導か自治体主体か～地域ネットワーク事業をめぐる

院内感染対策の取り組みが遅れている中小病院等の院内感染対策を支援するため、地域の専門家による支援ネットワークを整備する院内感染地域支援ネットワーク（以下、地域ネットワーク）事業が、2004年に全国8県（青森県、埼玉県、静岡県、富山県、滋賀県、岡山県、香川県、鹿児島県）においてモデル事業として開始された（厚生労働省 2005d）。

「有識者会議」が示したグランドデザインでは、自治体が地域ネットワークを整備し、国はそれを支援することが当面必要な取り組みであると提言されていた。「有識者会議」から

引き続き「中央会議」に参加した複数のメンバーの発言から、地域ネットワーク事業がどのような発想のもとに考えられたものかを読み取ることができる（カッコ内のことばは筆者が加筆した）。

「地域支援ネットワークを作ってはという議論が出ましたそもそもの始まりは……地方の方々がそこ（保健所）へ報告すると、それがすぐマスメディアに公開されてしまって、異常発生ではないものが異常のように報告されると。これではみんな報告をしなくなってしまうので、何とかそこを本当に有効な対策につながるような組織が作れないかというご意見がたくさん出ました（第1回：小林）」（厚生労働省 2005e）

「当時は保健所には相談窓口がなくて……指導という非常に垣根の高い状況だったのですが……指導ではない支援をしていただくというスタンスでこれが始まったと思います（第2回：大久保）」（厚生労働省 2006a）

「世田谷のセラチア^⑤のときに小さい医療機関とはいえ有床診療所で、そういうところで院内感染に対する相談を持ちかけようがなかったのが実情だと思います。……非常に届けにくい、連絡しにくくなることですから、そこら辺がフラクにできるような構造を是非進めていただければ、院内感染対策にストレートに結び付いていくと思います（第2回：岡部）」（厚生労働省 2006b）

これらの発言からは、院内感染が起きた時に医療機関が保健所へ報告することが院内感染対策のマイナスとなっている可能性があり、それを解消するために地域ネットワークが考え出されたことがわかる。しかし、行政事業レビューシート^⑥によると、地域ネットワーク事業に参加している都道府県数は2009年度から2011年度までは7自治体、2012年度は11自治体、2013年度から2014年度は12自治体であり、全国的な広がりになっていない現状である。2009年に開催された第8回「中央会議」においても、厚労省担当者から地域ネットワークの構築が進んでいない現状が報告された。

「院内感染対策地域支援ネットワーク事業について……一定の成果を見て自立した組織になった所もあるし……根づかずに消えてしまった所もある……47都道府県からいたしますと、かなり寂しい状況……結局行政の側で、ある程度この

音頭とりができるような、感染症に理解ができる担当部署、担当官がいればいいけれども、そこに依存してしまうとなかなか先に進まないというのがいまの現実ではなかろうかと思っています（第8回：事務局）」（厚生労働省 2009）

2010年に開催された第10回「中央会議」では、ネットワーク構築について「中央会議」の提言の中で強くアピールすることを訴える構成員の発言のほか、厚労省担当者からも地方自治体の役割を明記した方がよいとの発言がなされていた。

「仕掛けがないと動き出さないとと思うのです。きっかけを作らないと。それは行政にやっていただきたいこと（第10回：岡部）」（厚生労働省 2010d）

「（地域ネットワーク事業が）当初予定していたような全国的な広がりになっておらず……県あるいは自治体によって温度差もありまして……。地方自治体の役割も、単に支援ではなくて、もう少し能動的にやるように書くほうがいいのかもかもしれません（第10回：新村指導課長）」（厚生労働省 2010d）

「有識者会議」の報告書に示された院内感染対策のグランドデザインでも地域ネットワークの構築は自治体の役割とされていたことから、地域ネットワークに関して「中央会議」の提言に盛り込む際には、自治体の役割を明確にするという点において、専門家と厚労省担当者との間に齟齬はない。これらの意見が反映され、提言の地域ネットワーク構築に関する文言は、自治体が「ネットワーク作りを支援する」という原案の表現から、「ネットワークを整備し、積極的に支援する」という表現に修正され、地方自治体の役割が明確にされた。しかし、先の総務省の2013年の報告書によれば、調査対象35都道府県等のうち11都道府県等ではネットワークが整備されておらず、その理由として厚労省からの具体的指示がないことなどが挙げられている。この総務省の調査は、2012年8月～2013年8月に実施されたものであるが、2011年2月には「中央会議」の提言が厚労省から事務連絡として出されており、その中で「具体的には、地域ネットワークの拠点医療機関等を設定し、ICD（Infection Control Doctor）やICN（Infection Control Nurse）などの専門家のリストアップを行うことや医療機関相互の日常の協力関係が構築できるよう関係者への呼びかけを行う」などの具体例が示されていた。このような状況にも関わらず総務省の調査に対して、地域ネットワーク構築に関する厚労省からの具体的な指示がないと回答があったことは、厚労省の指導課長が発言したように「県あるいは自治体によって温度差」があるこ

との表れか、もしくは厚労省からの文書が周知されていないためであろう。いずれにしても、グランドデザインで自治体の取り組みとされた地域ネットワークを支援するという国の役割は十分果たされていないといえる。

7 感染管理認定看護師の活用

第12回「中央会議」での議論を経て2015年4月に出された「薬剤耐性菌対策に関する提言」では、感染制御の強化として、「地域連携」や「アウトブレイク対応」とともに、「感染管理認定看護師（Infection Control Nurse, ICN）⁷⁾等の役割」に関する項目が設けられていた（厚生労働省 2015b）。その冒頭では、国に対して ICN の活動を促進することと、ICN が自施設はもとより地域ネットワークにおいても中心的な役割を担っていることから、ICN の地域内での活動を保証するための方策を検討する必要があることが明示されている。さらに医療機関に対しては、地域ネットワークへの ICN の参加を積極的に支援することと、自施設外での活動に対する理解を促している。

このように、「中央会議」で ICN の役割に焦点があたるようになったのは、第8回「中央会議」から看護職2人が構成員として参加したことによるところが大きい。「中央会議」に先立って2002年に厚労省に設置された「有識者会議」には、当初から看護職2人が参加していたが、「中央会議」に看護職は入っていなかった。「中央会議」に看護職が加わるようになった経緯は明らかにされていないが、2009年に発生した福岡大学病院の多剤耐性アシネトバクター・バウマニの院内感染事例について検討した第8回会議から、看護協会常任理事の洪と、感染症看護専門看護師の高野が構成員に加わった。第8回会議では、福岡大学病院の院内感染事例について、医師である構成員からの発言を受けて、医療現場における ICN の活動について発言していた。

「気づきが遅れるというのは、ある意味、専門のどなたかがいないとやむを得ないところがあるので、……福岡大学の場合はおそらく専門家もナースもおられたので、もう少し早くてもよかったのかと思いますが……（第8回：一山）」（厚生労働省 2009）

「実際、福岡にも認定看護師はいるのですが、規模がこのように大きいと細かく配慮が行き届かないところもあるのだらうと思います。……一人の職員だけではなくてチーム等でやっていくようなシステムが重要なのだと思うのです（第8回：洪 2009）」（厚生労働省 2009）

「異常を察知できる ICN がいても、一人では対応するにも限界があります。…
…相談できる場所というのは、どのような病院であっても、あったほうがいいの
ではないかと思っています（第 8 回：高野）」（厚生労働省 2009）

先述の「中央会議」提言においては、300 床未満の中小規模の医療機関におけるラウン
ドでは「看護師が一人でラウンドすることが多く、医師等に意見することに苦慮するケー
スも存在する」とされ、院内感染対策のグランドデザインでは感染対策の専門家のいない
中小規模病院が特定機能病院のような専門家のいる病院へ気軽に相談できるよう地域でネ
ットワークを構築することが提言されていた。しかし、「中央会議」における看護職の発言
からは、規模の大きな医療機関では、感染対策の専任者が配置されていても十分な活動
を行うことが難しい場合のあることと、専門知識を有する看護師がいる医療機関にとっても、
気軽に相談できる場所が必要であることを示している。

2010 年 10 月に開催された第 9 回「中央会議」では、帝京大学医学部附属病院において
発生した多剤耐性アシネトバクター・バウマニの院内感染事例について検討がなされ、本
事例の外部調査委員を務めた「中央会議」構成員の木村から、同病院の感染制御部には専
従者が配置されておらず、感染管理担当の看護師も置いていなかったことが報告された。
この会議において洪構成員は、ICN の約 57%が実際には活用されていないという現状を
報告し、「是非何とかしていかねばならない」と発言した。さらに、続く第 10 回「中
央会議」では、ICN の活用について「院内感染対策中央会議提言」の中に盛り込むよう要
望したが、それに対して医師である構成員からは理解が得られなかった。

「施設外の専門家を活用する前に、施設の専門家を活用するというニュアンス
を入れていただければと思います。……『各医療機関の管理者は、施設内の専門
家を活用して』、次にどうつなぐかですが、『感染制御チームが円滑に活動できる
よう』と（第 10 回：洪）」（厚生労働省 2010d）

「それはチームの中に入っていないか（第 10 回：小林）」（厚生労働省 2006d）

「いや、チームの中に入っていないところが多いので、あえてと思っているの
です（第 10 回：洪）」（厚生労働省 2010d）

「そこまで立ち入ると、いろいろ施設のご事情も（第 10 回：小林）」（厚生労働省 2010d）

「洪先生のおっしゃる内容は、その文章⁸⁾で含んでいるのではないですかね。あえて入れなくても（第 10 回：一山）」（厚生労働省 2010d）

「そうであれば、議事録として残ればいいのかと思います（第 10 回：洪）」（厚生労働省 2010d）

看護職である洪構成員の意見は、第 10 回「中央会議」後に出された提言には反映されなかった。しかし、先に述べた通り、2015 年の「薬剤耐性菌対策に関する提言」では ICN の役割に焦点があたり、国や医療機関に対して ICN が活動しやすいよう支援することが求められるよう変化してきたのである。このことは、2010 年に第 10 回「中央会議」が開催されて以降、2015 年に「薬剤耐性菌対策に関する提言」が発表されるまでの間に、ICN の存在意義が大きくなってきたことの表れといえる。そして、その最大の要因は、おそらく 2012 年の診療報酬改定による「感染防止対策加算 1」と「感染防止対策地域連携加算」の新設であろう。この加算を両方取得した病院は、患者 1 人につき入院初日に限り 500 点（5,000 円）を算定することができるが、そのためには感染対策チームの中に感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師の配置が必要であった（厚生労働省 2012）。感染管理認定看護師や感染症看護専門看護師などの ICN はこの加算取得条件を満たす上で必須の存在であるため、診療報酬における加算措置によって ICN の評価が高まったと考えられるのである。

2015 年 2 月に開催された第 12 回「中央会議」では、「地域連携」や「サーベイランスの強化」などと共に「感染制御における ICN の役割」について検討された。そこでは、看護職の構成員から、ICN が地域内で他施設の感染対策を支援する活動も行っていることが報告されたのに対し、医師の構成員から ICN の活動における負担について質問があった。このやり取りからは、ICN の活動の場が広がっている反面、負担も増えている実態がうかがえる。

「ICN の仕事の中身ですけれども、施設外での仕事というのが結構多いですね。……これは必要だと思うのですけれども、自施設の中での立場といいますか、例えば組織上、やりにくくはないか（第 12 回：一山）」（厚生労働省 2015c）

「一部で、やはり加算によって仕事量がふえて負担がふえたという意見を耳にします。洪先生が二、三年前のこの会議で 57% という数字……仕事ができている人の数字を出されておりましたが、それが今どういうふうになってきているか（第 12 回：小林）」（厚生労働省 2015c）

「地域連携加算をとってれば、外にも出ていきやすいし、その施設とは全部連携しているということの説明がついて院外の活動もしやすいのですけれども、全く関係がない施設だと、自分の責任で、例えば相談に乗って、回答していいのかどうかとか、そういうことがあります（第 12 回：高野）」（厚生労働省 2015c）

「施設の中でこの役割（感染防止対策地域連携加算）をと指示されますので、そのことにおいて活動しやすいというのは事実です。……結局施設内も対応して、そして施設外のことも対応するというのを求められますと、負担が大変増しているという状況がございます（第 12 回：洪）」（厚生労働省 2015c）

8 本章のまとめ

院内感染が社会問題となったことで、厚生省では 1991 年以降、院内感染対策のための通知を出したり、院内感染対策に取り組む医療従事者のための講習会や相談窓口を開始したりと、様々な対応を開始した。また、院内感染対策に取り組んでいる病院には診療報酬での加算が開始され、医療機関の院内感染対策への経済的な支援も進められた。これらは、各医療機関における院内感染対策を進めるための取り組みであり、その実施状況については医療監視によって確認・指導されてきた。2000 年以降、厚生省では院内感染対策のための全国的なサーベイランス事業を開始したり、専門家による「有識者会議」を開催して院内感染対策のグランドデザインを策定したりして、本格的に院内感染対策に乗り出した。その背景には、1999 年に医療事故が相次いで発生したことにより、医療安全対策が大きく推進されたことが影響していると考えられた。それを裏付けるような厚労省担当者の発言が「中央会議」の議事録にみられ、その後の医療法改正により、医療安全の一環として院内感染対策のための体制整備が全医療機関に義務づけられた。このように、院内感染対策が医療安全の枠組みで捉えられることに対して「中央会議」の専門家らは異議を唱えていた。それは、第 3 章でみてきたように院内感染が患者自身の保有する菌による内因性感染によっても生じうることを専門家が認識しているためであり、ゼロにはできないという主

張からであった。

医療者、特に医療現場で実際に院内感染の予防と制圧に携わっている人々にとって、院内感染対策は日常の重要な課題であるが、厚労省にとっては重大な院内感染事例が発生した場合は別として、日常的な感染対策は重要視されていない可能性がある。厚労省のホームページには、同省の医療分野の施策として「医療安全対策」の見出しはあるが「院内感染対策」の見出しはなく、「医療安全対策」の中に院内感染対策に関する記載は一つもない。厚労省に院内感染対策を所管する部署はあるが、担当者は一定期間ごとに異動となり入れ替わってしまうため、院内感染の問題に精通した職員が継続して係わることができないと考えられる。このような現状を補完するものとして、「中央会議」の存在意義が大きいといえる。

「中央会議」では、「有識者会議」によって検討された院内感染対策のグランドデザインのうち、院内感染対策を支援する地域のネットワーク構築が立ち後れている現状にあることから、何度も議題にあがり検討がなされており、その中で感染管理認定看護師の役割に焦点が当てられるようになっていた。また、地域ネットワークのような院内感染への取り組みを推進するには、国が主導すべきか地方自治体が主体となるべきかといった議論もなされていた。

以上のように、社会問題となった院内感染への国の対応を見てくると、医療安全への取り組みが院内感染対策を推進したことは確かではあるが、今後は院内感染および院内感染対策と、医療事故および医療安全対策との関係を明確にするとともに、国と地方自治体の院内感染対策への役割を明確にする必要があるだろう。また、感染管理認定看護師のように、院内感染対策のための組織で中心的な役割を果たす看護師に焦点を当てて、その活動を支援するための施策も必要となると考えられる。

第5章では、医療法施行規則の改正によって全ての医療機関に院内感染対策の体制整備が義務づけられた年の翌年に実施した看護師へのインタビュー調査をもとに、医療機関における院内感染への対応について論じる。

[注]

- (1) 平成 15 年度厚生労働科学特別研究事業は「国、自治体を含めた院内感染対策全体の制度設計に関する緊急特別研究」（主任研究者：小林寛伊）であり，分担研究の報告書は「医療施設における院内感染（病院感染）の防止について」である。
- (2) 2017 年 1 月現在，最新の医療施設調査の数字は 2015 年のものであるため，平成 27 年 (2015)医療施設（動態）調査・病院報告の概況に基づいている。
- (3) 「感染防止対策加算 1」は，専任の院内感染管理者が配置され，感染防止対策部門を設置していることに加え，ICT のメンバーが感染症対策 3 年以上経験を有する専任の常勤医師，5 年以上感染管理に従事した経験を有し感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師，3 年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策に関わる専任の薬剤師ならびに臨床検査技師となっており，医師または看護師のうち 1 名は専従が条件である。「感染防止対策加算 2」は，一般病床 300 床未満の医療機関を標準として「加算 1」の条件から看護師の研修要件を不要とし，医師または看護師のいずれも専任でよいとされている。なお，「加算 1」算定医療機関が開催する感染防止対策に関するカンファレンスへの参加も条件となっている。なお，「加算 1」算定の医療機関が主催する共同カンファレンスに年 4 回以上参加することも条件となっている。「感染防止対策地域連携加算」は，「加算 1」投資の医療機関が年 1 回以上，互いの医療機関において相互に感染対策の評価を行うことが条件となっている。
- (4) 報告義務対象医療機関は，①国立研究開発法人及び国立ハンセン病療養所，②独立行政法人国立病院機構の開設する病院，③学校教育法に基づく大学の附属施設である病院（病院分院を除く），④特定機能病院である。
- (5) 2002 年 1 月に東京都世田谷区の伊藤脳神経外科病院において発生したセラチアによる院内感染では，入院患者 12 人がセラチアに感染し，うち 6 人が敗血症性ショックなどで死亡した（朝日新聞 2004/4/10 朝刊より）。
- (6) 行政事業レビューは，各省庁が実施している全ての事業について自己点検を実施し，統一した様式のレビューシートを作成して，事業の執行状況や資金の流れを公開するものである（内閣官房 n.d.）。本文のデータは，平成 24 年度（厚生労働省 2012b）と平成 27 年度の行政事業レビューシート（厚生労働省 2015d）の情報に基づいている。
- (7) この提言では，「感染管理認定看護師（Infection Control Nurse, ICN）等の役割」と表記されているが，「感染管理認定看護師」の英語表記は“Certified Nurse in Infection Control : CNIC”である。CNIC と「感染症看護専門看護師（Certified Nurse Specialist in Infection Control Nursing : CNSICN）」を併せたものが“Infection Control Nurse :

ICN”である（第12回「中央会議」の中でICNの必要数に関する質問に対して、洪構成員は「感染管理認定看護師」と「感染症看護専門看護師」の合計数で回答している）。

- (8) 第10回「中央会議」の資料である「院内感染対策中央会議提言（案）」には、通常時と院内感染発生時における院内感染対策について提言されており、その中にある以下の文章を指している。

「各医療機関の管理者は、感染制御チームが円滑に活動できるよう、感染制御チームの院内での役割と位置づけを明確化し、医療機関内の業務従事者からの理解と協力が得られる環境を整える必要がある。」

第5章 院内感染への医療機関の対応

—感染対策チームの活動を通して—

1 本章のねらい

第4章に示したように、2007年から全ての医療機関に対して院内感染のための体制整備が義務づけられた。この章では、法による義務化直後の2008年に実施したインタビュー調査にもとづき、感染対策チーム（以下、ICT）の活動に焦点を当てて、院内感染への医療機関の対応について検討する。

2 医療機関の感染対策組織の活動に関する調査方法

本調査は、専従の感染管理認定看護師（CNIC）がいる病床数800床以上の3病院と、CNICのいない100～200床未満（以下、100床規模）の3病院で感染対策に携わっている看護師を対象に、2008年8月～9月に実施した。看護師に面接を行ったのは、筆者の経験上、彼らがICTの中で様々な調整を行っていることが多いため、ICT活動について具体的な報告がなされると期待されたためである。各施設において、およそ60分間の半構成的面接を行い、感染管理の組織と活動、感染対策上の問題と対処方法について聞いた。面接では、病院の病床規模や診療科数、職員数などの基本情報について確認し、マニュアル整備や院内ラウンド、サーベイランス、感染症発生時の対応、職員教育などに関する具体的な活動内容とともに、感染対策上の問題と対処方法について聞き取りを行った。面接内容は研究協力者の了解を得た上で録音し、病院ごとに逐語録を作成しデータとした。

分析方法は、まず各病院の逐語録を精読し、感染管理の組織とその活動、感染対策上の問題と対処方法について語られている箇所を抽出した。次に、病院ごとの感染管理システムを分析するため、ICTの構成メンバーや活動内容について、院内ラウンドの頻度やサーベイランスの実施項目などの活動ごとに整理した。感染対策上の問題とその対処方法については、前後の文脈を読み取って意味が通る簡潔な一文としたものを重要アイテムとし、意味内容の類似性による分類を行った。分析の各過程は共同研究者と協議しながら行った。

倫理的配慮として、協力が得られた病院の看護部門責任者と感染担当看護師には、研究の趣旨や方法、倫理的配慮について口頭と書面にて説明し同意を得た。なお、本研究はデータ収集時の所属大学の研究倫理委員会の承認⁽¹⁾を得て実施した。

3 調査協力施設における感染管理の組織とその活動の概要

6病院の属性は表1に示すとおりである。ここでは、各病院の病床数や職員数は概数表

記とした。病床数 100 床規模の病院 A, B, C の設置主体は全て医療法人であり，病床数 800 床以上の病院 D, E, F は大学法人と一般法人であった。病床数 800 床以上の 3 病院の面接協力者は全員専従の CNIC であり，病院長直轄の感染対策部門に配置されていた。一方，病床数 100 床規模の病院では，看護部長あるいは看護師長が感染管理の役割を担っていた。

表 1 面接調査を実施した 6 病院の属性

	病床数 100 床規模 3 病院			病床数 800 床以上 3 病院		
	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	E 病院	F 病院
設置主体	医療法人	医療法人	医療法人	大学法人	大学法	一般法人
病院タイプ	一般病院	一般病院	一般病院	特定機能病院	特定機能病院	地域医療支援病院
病床数	100	200	200	800	800	1100
診療科数	5	10	15	30	30	30
看護師数	60	60(20)	120(10)	650(10)	730(310)	850
医師数	10	25(20)	20	450(160)	590(400)	180
事務職員数	10	20	50(10)	60	130(30)	130(10)
面接協力者	看護師長	看護部長	看護部長と 看護師長	専従 CNIC	専従 CNIC	専従 CNIC

注 1. 数字はすべて概数

注 2. 職員数は非常勤を含めた総数。()内は非常勤職員数

注 3. 専従 CNIC は 3 病院とも，院長直轄の感染対策部門に配置されていた。

協力病院における感染管理の組織と活動の概要を表 2 に示す。ICT のメンバー構成をみると，病床数 100 床規模の病院では医師，看護師，薬剤師，臨床検査技師，事務に加えて関連施設の代表まで参加している病院がある一方，医師，看護師，薬剤師だけの病院もあり，病院によって職種の構成に違いが認められた。感染管理活動である感染対策マニュアルの改訂や職員研修，院内ラウンドは頻度に違いはあるものの，病床規模に関わらず全ての病院で実施されていた。サーベイランスは病床数 100 床規模の病院では準備段階もしくは開始間もない状況であったが，抗菌薬の適正使用に向けた活動についてはガイドラインや届出制を導入したり，医師への指導を行うなど，全ての病院で何らかの取り組みがなされていた。

表 2 研究協力病院の感染管理の組織とその活動の概要

	病床数 100 床規模 3 病院			病床数 800 床以上 3 病院		
	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	E 病院	F 病院
ICT 構成	医師，看護師，薬剤師，リンクナース的な役割をする看護師	副院長，看護部長，薬剤師，臨床検査技師，事務，管理栄養士，ソーシャルワーカー，手術室管理者，理学療法士，法人の事業所・老健施設の代表者	感染対策委員会＝ICT，呼吸器内科医，ICS（看護部，メディカルも含めた各部署から）	医師 4 人，CNIC2 人，薬剤師，臨床検査技師，事務，栄養士	ほぼ全科の医師，副看護部長，CNIC2 人，薬剤師，臨床検査技師，事務，栄養士，歯科医師，微生物学教員	医師 3 人，CNIC2 人，薬剤師，臨床検査技師，事務
マニュアル	年 1 回改訂	感染症流行時は随時	随時訂	定期的見直し	製本は 2 年に 1 回（電子版に）	5 年毎に見直し随時改訂
職員研修	年 2 回	年 5 回	業者へ指導は総務課が行う	委託業者，実習学生含む	年 2 回，業者も DVD 上映・貸出	年 2 回，部署を訪問して教育
院内ラウンド	ICT で週 1 回（環境ラウンド，消毒薬使用料チェック）	年 2 回（環境調査，職員意識調査）委員会メンバーと事務局で実施	ICT で月 1 回（チェックシート）	ICT で週 1 回	リンクナースと ICT 合同で年 2 回，不定期に ICN がラウンド	ICT で月 2 回
サーベイランス	SSI サーベイランスを他院の CNIC から学んで開始予定	尿路感染サーベイランスの一環でカテテル留置患者数のみ把握	サーベイランスを始めたばかり	耐性菌・SSI・BSI サーベイランス	耐性菌・SSI・NICU・ICU サーベイランス	SSIサーベイランス
抗菌薬の適正使用	特定の抗菌薬は報告書を提出 薬剤師，ICT の医師が確認	抗菌薬のガイドライン	指導は ICT の医師と薬剤師 毎月委員会で抗菌薬使用の報告	ICT で感染症医が指導	ICT リーダーから主治医に指導	届出制（検討してない）

ICT: 感染対策チーム，CNIC: 感染管理認定看護師，ICS: インフェクションコントロールスタッフ，SSI: 手術部位感染，BSI: 血流感染，NICU: 新生児集中治療室，ICU: 集中治療室

4 感染対策上の問題と対処方法

4.1 CNIC のいない病床数 100 床規模の 3 病院

表 3 に示したように，病床数 100 床規模の病院では，感染対策上の問題として〈職員の連携や協力〉〈感染対策費用〉〈職員の感染予防行動や職員教育〉に関する問題が 3 病院に共通して認められ，〈人手不足や業務の忙しさ〉〈感染対策マニュアルの活用〉〈サーベイランスの実施〉に関する問題が 2 病院で認められた。ほかに〈評価基準への対応〉の問題が 1 病院で認められた。

一方，感染対策上の問題への対処方法としては，表 4 に示したように〈人手不足への対処〉と〈感染症発生時の対応〉が 3 病院に共通して認められ，〈設備不足や費用不足への対処〉が 2 病院で認められた。ほかに〈感染対策の役割分担〉と〈効果的な職員教育〉がそれぞれ 1 病院で認められた。

表3 研究協力病院の感染対策上の問題(100床規模3病院)

A病院	B病院	C病院
<p>〈職員の連携や協力〉 ICTが推奨する抗菌薬以外のものを使用する医師がいる。 ICTが推奨してもインフルエンザワクチンの接種がすすまない署がある。</p> <p>〈人手不足や業務の忙しさ〉 人手不足で事務の協力が得られない。</p> <p>〈感染対策費用〉 コストのかかる感染対策に院長の承認が得られないため採血に使用する手袋が導入できない。</p> <p>〈職員の感染予防行動や職員教育〉 防護具の正しい使用法が身につけていないので職員教育のレベルアップが必要。 業者への指導までは出来ていない。</p> <p>〈感染対策マニュアルの活用〉 マニュアルが具体的なものでなく活用法も指導していないため、現場のスタッフが戸惑う。</p>	<p>〈職員の連携や協力〉 医師が抗菌薬のガイドラインを守ってくれない。</p> <p>〈人手不足や業務の忙しさ〉 看護師不足で看護部長が感染管理と医療安全を兼務している。 業務が忙しいためリンクナースの活動が十分に出来ていない。</p> <p>〈感染対策費用〉 高齢患者が多く点滴が難しいので複数使用するとコストがとれない安全機能付針は導入されない。</p> <p>〈職員の感染予防行動や職員教育〉 手にフィットする高価な手袋がないため、ケアしにくく採血時の手袋着用が徹底されない。 介護士やヘルパー、委託業者などにも標準予防策の教育が必要。</p> <p>〈サーベイランスの実施〉 サーベイランスの対象者が少ないためデータが取れない。</p>	<p>〈職員の連携や協力〉 薬剤師による抗菌薬の指導に医師が不満をもつことがある。</p> <p>〈感染対策費用〉 県から感染対策の物品供給がないまま新型インフルエンザに対応する必要があるため経費の不安がある。</p> <p>〈職員の感染予防行動や職員教育〉 手袋をつけるとケアしにくいためベビーの採血時の手袋着用が徹底されない。 針刺しや手術中の切創が多い。</p> <p>〈感染対策マニュアルの活用〉 マニュアルの分量が多くスタッフも見聞時間がないため活用されない。</p> <p>〈サーベイランスの実施〉 サーベイランスを始めたばかりでうまくいかない。</p> <p>〈評価基準への対応〉 病院機能評価で求められる感染対策が厳しいため対応が難しい。</p>

表4 研究協力病院の感染対策上の問題への対処(100床規模3病院)

A病院	B病院	C病院
<p>〈人手不足への対処〉 CNICがないのでサーベイランスを他院のCNICから学んで開始する。</p> <p>〈感染症発生時の対応〉 感染担当の専任者がいないので感染担当師長の病棟に検査結果が届くようにしている。 入院後に結核が判明した事例を経験したため外来で内科医がスクリーニングするようにした。</p> <p>〈設備不足や費用不足への対処〉 お金がないので感染経路別予防策の必要物品をセットにして1箇所だけ保管・管理し無駄をなくす。 インターネット環境がないため外注の検査結果をファックスで送ってもらう。</p> <p>〈感染対策の役割分担〉 職員のインフルエンザ対策が安全衛生に替わっても従来通り感染で担当している。 新任の感染担当が他の業務で忙しいので前任者が役割を継続する。</p>	<p>〈人手不足への対処〉 CNICがないため勉強会に参加した看護師から報告を受けて皆で取り組んでいる。 ケア後の物品洗浄の人手が確保できないため消毒製品を導入する。 医師や看護師の人数が少ないため事務と医療ソーシャルワーカー中心にICTの事務局を運営している。 看護師の数が少ないため業務に支障がないよう関連施設からは介護士がICTに参加する。</p> <p>〈感染症発生時の対応〉 関連施設が多いため感染が広がらないよう対策を一緒に考えるようにしている。</p> <p>〈設備不足や費用不足への対処〉 インターネット環境がないため事務局が回覧版を回して連絡している。</p> <p>〈効果的な職員教育〉 講義を聞くだけでは実践できないことが多かったため勉強会に実演を取り入れた。 スタンダードプリコーションが徹底されないためノロウイルス流行時期に分かりやすい環境整備の指針を作成した。</p>	<p>〈人手不足への対処〉 CNICがないので感染管理を研修で学んで実践している。</p> <p>〈感染症発生時の対応〉 連携している施設が多いので感染関係の情報交換をしている。 感染担当の専任者がいないので看護部長が情報の窓口になりすぐに動ける体制にしている。</p>

感染対策上の問題とその対処方法については、A、B、Cの病院ごとに組織の特徴をふまえて概略を以下に述べる。

A 病院

病床数 100 床の A 病院では、〈人手不足や業務の忙しさ〉の問題として事務からの協力が得られないことや〈感染対策費用〉の問題として院長の承認が得られず感染対策の必要物品が購入できないことなどが報告された。このような問題に対し、〈人手不足への対処〉としては、他院の CNIC を活用することや〈感染対策の役割分担〉を工夫して活動に慣れている部署や職員が担当することで対処し、〈設備不足や費用不足への対処〉としては感染対策物品の管理方法を工夫し無駄をなくすことで対処していた。また、検査室を持たずインターネット環境が整備されていない A 病院では〈設備不足や費用不足への対処〉として、外注の検査結果をファックスで送ってもらう工夫がなされていた。さらに、専従の感染担当者がいないため〈感染症発生時の対応〉が迅速になされるよう、感染担当師長の病棟に検査結果が届くように工夫されていた。そのほかいくつかの問題が認められた。〈職員の連携や協力〉の欠如の問題は抗菌薬使用に関する ICT の指示に医師が従ってくれないことであり、〈職員の感染予防行動や職員教育〉が不十分という問題は職員に感染防護具の正しい使用方法が身につけていないことであった。また、感染対策マニュアルが具体的なものになっていないことによる〈感染対策マニュアルの活用〉が不十分という問題も認められた。しかし、これらの問題に対する対処については示されていない。

B 病院

B 病院は病床数 200 床の病院であったが、看護師の人数は 100 床の A 病院と同じ約 60 人と少なく、そのため看護部長が感染管理と医療安全を兼務している状況にあり、〈人手不足や業務の忙しさ〉が問題となっていた。この〈人手不足への対処〉としては、事務や医療ソーシャルワーカーが ICT の事務局を運営するという対処がなされていた。さらに、関連施設を多くもつ B 病院では、ICT メンバーに法人組織内の事業所や老人保健施設の代表者が参加しており、病院と関連施設の対策を一緒に考えるよう〈感染症発生時の対応〉に関する工夫がなされていた。また、B 病院では点滴の刺入が困難な高齢患者が多く、複数の注射針を使用しても保険請求では認められないため、針刺し防止機能がついた注射針を導入できないという〈感染対策費用〉の問題がみられた。しかし一方で〈人手不足への対処〉として、物品洗浄に人手をあてることができないため、使い捨て製品を導入するという対処がなされていた。ほかにも〈サーベイランスの実施〉に関する問題が認められたが、

その対処については示されなかった。

C 病院

病床数 200 床の C 病院では、ICT の医師と薬剤師が抗菌薬の適正使用に関する指導を行っていた。しかし、薬剤師による抗菌薬の指導に各科の医師が不満をもつという〈職員の連携や協力〉に関する問題が報告されていたが、その対処は示されていなかった。また、〈感染対策費用〉〈職員の感染予防行動や職員教育〉〈感染対策マニュアルの活用〉〈サーベイランスの実施〉に関する問題が認められたが、これらについての対処も示されていなかった。さらに C 病院では、病院機能評価で求められる感染対策の基準が病院にとって厳しいものであることから〈評価基準への対応〉が難しいという問題が認められたが、これについても対処は示されなかった。感染担当の専従者がいない C 病院では〈感染症発生時の対応〉がなされるよう、感染担当看護師の役割を担っている看護部長に情報を集約してすぐに動ける体制をとっていた。また、C 病院は病床数からみた事務職員の数が 50 人と多いことから、総務課が委託業者への指導を担当していた。

4.2 専従 CNIC がいる病床数 800 床以上の 3 病院

病床数 800 床以上の病院では、感染対策上の問題として〈職員の連携や協力〉の困難と〈人手不足や業務の忙しさ〉に関する問題が 3 病院に共通して認められ、〈職員の感染予防行動や職員教育〉〈感染対策費用〉〈サーベイランスの実施〉に関する問題がそれぞれ 1 病院に認められた（表 5）。

一方、表 6 に示したように感染対策上の問題への対処方法としては、〈院内の協力体制〉〈人手不足への対処〉〈効果的な職員教育〉が 3 病院に共通して認められ、〈設備不足や費用不足への対処〉と〈感染対策の役割分担〉が 2 病院で認められた。ほかに〈感染症発生時の対応〉が 1 病院にみられた。

表5 研究協力病院の感染対策上の問題(800床以上3病院)

D病院	E病院	F病院
<p>〈職員の連携や協力〉 ICTの指導に従わない部署がある。 看護師の立場で医師に抗菌薬の指導をするのは難しい。 組織が大きく医師への情報周知が難しいため感染症の報告が徹底されない。</p> <p>〈人手不足や業務の忙しさ〉 人手不足で薬剤部からの協力が不十分。 医師の人手不足で協力が得られず実施できないサーベイランスがある。</p> <p>〈職員の感染予防行動や職員教育〉 手洗いと個人防護具の着脱が浸透していない。 医師の入れ替わりや看護師の新採用者が多く教育が追いつかない。</p>	<p>〈職員の連携や協力〉 根拠となる文献を示してもICTの指導に従ってもらえない。 ICTの医師のコアメンバーは内科医のため抗菌薬使用について外科医に指導しにくい。 自身の感染症罹患や針刺しを報告しない医師がいる。</p> <p>〈人手不足や業務の忙しさ〉 就業制限が必要な場合に研修医は休めるが指導医はなかなか休めない。 新採用が多くベテランの業務量が増える春先に針刺しが多い。</p>	<p>〈職員の連携や協力〉 医師同士の連携がないため抗菌薬使用について介入できない。 定点報告の感染症の届出を医師が忘れることがある。</p> <p>〈人手不足や業務の忙しさ〉 看護師が多忙でサーベイランスデータが集まらない。</p> <p>〈感染対策費用〉 償還価格がつく安全器具しか導入してもらえない。</p> <p>〈サーベイランスの実施〉 厚労省のサーベイランスデータベースは現場のフィードバックに活用しにくい。</p>

表6 研究協力病院の感染対策上の問題への対処(800床以上3病院)

D病院	E病院	F病院
<p>〈院内の協力体制〉 抗菌薬の使用について看護師の指導は聞いてもらえないのでICTの医師が指導する。 抜き打ちのラウンドは難しいため希望をとり調整して実施する。 ラウンドの結果は現場の人が落ち込まないように必ず良い点を書いてから改善案を提示する。</p> <p>〈人手不足への対処〉 専任はCNICだけなので疫学調査やICTミーティングの資料作成はCNICが担当する。</p> <p>〈効果的な職員教育〉 委託業者はそれぞれ感染対策のポイントが違うため職種別に何回か研修を行う。</p> <p>〈設備不足や費用不足への対処〉 ワクチン接種の経費が大変なので入職時に抗体検査のデータを持参してもらう。</p> <p>〈感染対策の役割分担〉 CNICの業務量が多かったため健康管理センターにワクチン業務を依頼した。</p> <p>〈感染症発生時の対応〉 感染症発生時はコアメンバーで臨時委員会を開催して直ぐに対策を実施できるようにしている。 夜間と休日も連絡がつくよう緊急用携帯電話を持ち回りで携帯している。</p>	<p>〈院内の協力体制〉 ICTの医師に主治医から相談がないのでCNICから主治医へ遠回しにコンサルテーションの依頼を促す。 CNICは管理面で分からないことがあるため副看護部長がICTリーダーから院内へ通知する。</p> <p>〈人手不足への対処〉 専任はCNICだけなのでICTラウンド以外はCNIC中心にラウンドする。</p> <p>〈効果的な職員教育〉 研修会場に職員を収容しきれないのでDVDにして1週間上映した後DVD貸出か院内LANでのeラーニング。</p> <p>〈設備不足や費用不足への対処〉 職員のワクチン接種で活動費用は無くなるため物品を教育施設から借りる。</p>	<p>〈院内の協力体制〉 現場の医師からICTの医師への苦情を聞きCNICが仲介している。 院内で協力が得られなくなるとCNICが自分から顔を見せに行く。 ICTの医師がラウンドを忘れてしまうため声をかける。</p> <p>〈人手不足への対処〉 ICTメンバーは兼務のため時間がないので1回のラウンドを1箇所にしてじっくり見る。 マンパワー不足のため限定してサーベイランスを実施する。</p> <p>〈効果的な職員教育〉 規模が大きく年2回では周知できないためICTが部署を訪問して教育する。 外部の勉強会の講師を引き受けて病院スタッフの参加を促す。</p> <p>〈感染対策の役割分担〉 感染関係は全てCNICに依頼されていたが、今はCNICが適切な部署に業務を振り分けている。</p>

病床数 800 床以上の病院についても、100 床規模の病院と同様に D、E、F の病院ごとに感染対策上の問題とその対処方法について概略を以下に述べる。

D 病院

D 病院は 800 床の特定機能病院であるが、病床規模や病院機能が同じ E 病院と比較すると医師、看護師、事務職員の全てにおいて職員数が少なく、〈人手不足や業務の忙しさ〉の問題として、医師や薬剤師から協力が得にくい状況が認められた。このような〈人手不足への対処〉として専従の CNIC が中心的な役割を担っていたが、CNIC は看護師の立場で医師に抗菌薬の適正使用に関する指導をすることは難しいと感じており、〈職員の連携や協力〉の問題が認められた。その対処としては、抗菌薬の使用について ICT の医師が指導するという〈院内の協力体制〉がみられた。また、D 病院では清掃やリネンなどの外部委託業者に対して職種別に研修を行う〈効果的な職員教育〉の工夫がなされている一方で、医師や看護師の異動や採用が多く教育が追いつかないという〈職員の感染予防行動や職員教育〉の問題が認められた。D 病院では〈感染対策費用〉の問題は認められなかったが、入職時に抗体検査のデータを持参してもらうことでワクチン接種に係る経費を抑えるという〈設備不足や費用不足への対処〉がなされていた。

E 病院

病床数 800 床の E 病院は、大学病院であることから ICT メンバーに歯科医師や微生物学の教員が含まれており、抗菌薬の使用に関しては ICT のリーダーが各科の医師に指導していた。しかし、文献で根拠を示しても ICT の指導に従ってもらえなかったり、内科医である ICT の医師が外科医には指導しにくいなど〈職員の連携や協力〉の問題があるため、〈院内の協力体制〉として、CNIC が各科の医師に対して ICT へのコンサルテーションを促していた。また、看護師の新採用が多い E 病院では、年度初めの春先に新人には任せられない業務がベテランに集中するため針刺しが多くなるという〈人手不足や業務の忙しさ〉の問題が認められた。〈人手不足への対処〉としては、専従の CNIC が中心となって院内ラウンドを実施していた。E 病院では D 病院同様〈感染対策費用〉の問題は認められなかったが、活動費のほとんどが職員のワクチン接種に費やされるため、新たな物品を購入せず教育施設から借りるという〈設備不足や費用不足への対処〉がなされていた。

F 病院

医療法人の経営による病床数 1100 床の F 病院は、他の 2 病院に比べて医師の数が少な

く、抗菌薬の使用にあたって届出制がとられてはいたが ICT での検討はされていなかった。また、F 病院では医師同士の連携がなく抗菌薬の使用について ICT が介入できないという〈職員の連携や協力〉の問題があり、〈院内の協力体制〉として、CNIC が各科の医師と ICT の医師との仲介役となって活動していた。その他、〈人手不足や業務の忙しさ〉の問題があつてサーベイランスのデータが集まらないことから、〈人手不足への対処〉として手術部位感染に限定したサーベイランスが実施されていた。また、厚生労働省が作成したデータベースが活用しにくいという〈サーベイランスの実施〉に関する問題と、安全機能付きの医療物品のうち償還価格がつくもの以外は導入されないという〈感染対策費用〉の問題は、病床数 800 床以上の病院のうち F 病院にのみ認められたが、その対処については示されなかった。

5 問題と対処方法からみえた院内感染対策の課題

調査を実施した 2008 年には、ICT の設置やその活動について法律や診療報酬の病院基準に明示されてはいなかったが、その中でも調査に協力した 6 病院では、ICT を設置してサーベイランスへの取り組みを始めるなど、感染対策に積極的に取り組んでいた。

6 病院の感染対策上の問題と問題への対処方法については、感染対策費用と人手不足や医療者の連携に関して病床規模による特徴がうかがえたため、この 3 点に焦点を当てて考察する。

5.1 感染対策の費用について

病床数 100 床規模の病院では、採血時の手袋のような日常的に使用する感染対策物品が購入できないという費用の問題があつたが、800 床以上の病院で費用の問題が報告されたのは F 病院のみであつた。他の 2 病院では、感染対策費用の不足に対する対処の中からワクチン接種の経費が問題となっていることは読み取れたが、それぞれ対処できており問題としては語られなかった。このことから、感染対策費用の問題は病床規模に関わらず存在するが、病床数 100 床規模の病院では影響がより大きいと考えられた。杉ら (2006) が行った病院経営の問題に関する調査によると、大規模病院や国立病院では調査時点における最近 3 年間の病院の経常収支が改善していたが、民間病院や 200 床未満の病院では悪化していたと報告されている。このような状況が、本調査の協力施設である病床数 100 床規模の病院においても同様であつたとすれば、その中で感染対策のための経費を支出することによる経済的負担は大規模病院よりも深刻であつたと考えられる。

国の施策によってすべての医療機関が感染対策の体制整備を義務付けられたことによ

り、医療機関では感染対策に必要な物品の購入などの支出が増えると考えため、医療機関に感染対策を義務付けるのであれば、その経済的支援もまた必要になるはずである。しかし、2008年当時は診療報酬での加算措置はなされていなかった。これに対しては、前章で示したように、2010年から感染防止対策加算が新設され、入院初日に限り患者一人あたり185点^②が加算されたのにつづき、2012年には「感染防止対策加算1」（入院初日に限り患者一人あたり400点）と「感染防止対策加算2」（同じく100点）、「感染防止対策地域連携加算」（加算1同士の連携により100点）が新設されて現在に至っている。この加算は施設基準を満たす一部の医療機関しか取得できない現状にあることから、経済的側面からみた場合に国の施策には限界があることは否定できない。

5.2 人手不足や新採用者が多いことによる弊害について

病床数800床以上の病院では医師や薬剤師の人手不足が指摘されていたのに対し、100床規模の病院では事務職員や看護師の人手不足が問題となっていた。看護師の人手不足は、2006年の診療報酬改定において「7対1入院基本料」^③が導入されたことによる大病院での看護職員の需要の高まりが背景にあった。西塚ら（2007）が2007年に都内の病院を対象に実施した看護師不足の現状と院内感染対策への影響に関する調査によると、5割以上の病院で看護師の定員数が不足し、その多くは2006年に不足に転じ、看護師不足の病院では院内感染管理者の確保が困難になったとの回答が多かった。また、2009年に日本医師会が開業医を対象に行った調査でも、病院長の6割が看護職員の採用が困難になったと回答していた^④。人手不足への対処として、病床数100床規模の病院では看護部長や看護師長が感染管理の担当者となってICTの活動を推進したり、他院のCNICからサーベイランスを学んで取り組んでいた。このように、専従の感染管理担当者を置くことが難しい病院では、院内を熟知している看護師がICT活動の中心となり、近隣の病院からサポートを得ることができれば、感染管理に必要な各種活動を推進することは可能であろう。

病床数100床規模の病院では看護師不足が問題となっていたが、一方で800床以上の病院では看護師の新採用者が多いことによる弊害が認められた。病床数800床以上の病院では、新人看護師に業務を任せられない年度初めにベテラン看護師に業務が集中することによって、彼らに針刺しが多く発生していたのである。南須原ら（2013）の調査でも、「7対1入院基本料」を算定した自施設における看護師のインシデントレポートを分析した結果、新卒者を中心に多くの看護師を採用した2007年度以降にインシデントレポートの件数が増えていたと報告されている。つまり、診療報酬に「7対1入院基本料」が導入されたことによって、看護師不足となった病院と多数の新人看護師を採用することになった病院が

あり、その双方に感染対策上の問題が生じていたことになる。このことから、感染対策においては人手不足だけではなく新採用者が多いことも問題の要因となりうることが示唆された。

5.3 感染対策チームと他の医療者の協働の困難

医療者の連携や協力に関する問題として、特に抗菌薬の使用に関しては、ICTメンバーである医師や薬剤師が介入しても従ってもらえない実態があった。通常、医師が他の診療科の医師に助言を行うのは、他科紹介の形で診療の依頼を受けた場合に限られている。感染症治療においても、各科の医師が ICT の医師に助言を求めるコンサルテーションというシステムは存在する。このコンサルテーションに基づいた介入であれば、ICT の指導に従ってもらえないという問題は起こりにくい。しかし、抗菌薬の適正使用に関する介入はコンサルテーションに関わらず ICT 活動の一環として実施されている。これは各科の医師の立場からみれば自分のニードとは無関係に治療への介入がなされることであり、それを受け入れられない医師達が ICT からの介入に対して反発し、介入困難という問題が生じていたと考えられる。

Friedson によると、医師は保健医療領域で「本当の意味で自律性をもっている唯一の職業」(Freidson1970=1992: 127) であり、「他者の仕事を指示・評価する権限をもつが、他者による公的な指示や評価に服することはない」(Freidson1970=1992: 127) ため、ICT による介入を受け入れがたいという各科の医師の反応は、特殊なものとはいえない。したがって感染管理において抗菌薬の適正使用を推進することは重要であるが、その活動においては各科の医師との関わりが今後も課題となっていくと考えられる。

病床数 800 床以上の病院では、各科の医師からの抵抗だけではなく、ICT の医師や CNIC が彼らに対する遠慮から抗菌薬の使用に関して介入しにくい現状がみられた。つまり、感染管理の専門的資格を有する ICT メンバーであっても、各科の医師に対して感染症治療への介入を行うことが心理的負担となっている可能性が認められた。CNIC の場合、本来は感染症治療への指導的関わりまで求められていないが、資格取得のための教育課程のカリキュラムには抗菌薬の適正使用に関する内容が含まれているため(日本看護協会 2009)、D 病院の CNIC は抗菌薬の使用に問題があると気づくことができたのであろう。CNIC が医師に感染症治療に対する意見を言うことは困難なことから、病床数 800 床以上の病院の CNIC は各科の医師にコンサルテーションを促したり、彼らと ICT の医師との仲介役となったりして、ICT の医師が感染症治療に介入しやすいよう調整役となってサポートしていた。このように、看護師が業務範囲内で可能な役割を果たすことにより、抗菌薬の適正使

用に貢献することは可能であると考える。

ICT内の医師には抗菌薬の適正使用を推進していく役割があるが(八木 2009)、病床数800床以上の病院ではその役割を遂行することを躊躇する医師がいた。先に考察したように、ICTによる感染症治療への介入を受け入れがたいという各科の医師の反応が医師の自律性に関わる特性によるとすれば、介入する側の医師にもその反応は予測可能であるため、ICTの医師が各科の医師へ働きかけることに抵抗を感じることは容易に推察される。このことについては和田ら(1994)も、臨床医が院内感染対策委員会などから抗菌薬の使用状況をチェックされたり指示を受けたりすることを嫌い、院内感染対策委員会も摩擦を避けるためチェックを遠慮することが多いと述べている。ICTの医師が感染症専門医ではない場合には、特に各科の医師に抗菌薬の使用について指導することが困難ではないかと推察される。

6 ICT活動における看護師の役割

2008年に実施した看護師へのインタビューから、ICTと他の医療者の協働の困難があり、その中でCNICが調整役となって感染対策を推進していることがうかがえた。この状況は今日どのような現状にあるのだろうか。ここでは、4人のICN(3人のCNICと1人の感染症看護専門看護師)に実施したヒアリング⑤にもとづき、ICNの活動に焦点を当てて論じる。なお、倫理的配慮として、記載内容については個人および所属施設が特定されないよう表現に配慮し、4人のICNに確認をとった上で、本稿への掲載の許可を得た。

表7 ICNの属性

ICN	ICN経験年数*	所属施設の病床数*
A	5年以上	400床規模
B	5年未満	500床規模
C	5年未満	300床規模
D	5年以上	900床規模

* 病床数は概数表記

6.1 ICT内の他職種をサポート

あるICNは、自施設の感染症専門医(以下、専門医)が主治医達から信頼されているにも関わらず、医師達へ感染対策について指導することができないため、専門医に代わって医局会での研修を担当していた。

「主治医の先生達は、ICTの先生のことを信頼してます。でも、『先生には先生から言ってください』って言っても、なかなか……。医局会にも私が言いに行く

んですよ、手指衛生のこと。『処置するときは半袖をお願いします』とか。何で私がプレゼンしなくちゃいけないのかなって。」(A氏)

別の ICN は、抗菌薬の指導を担当する専門医のコミュニケーションが上手ではないと認識していることから、専門医に代わって主治医への電話をかけたり、要点をメモにして伝えたりしていた。

「もう一人の先生は、あんまり口が上手じゃないんです。なので、『先生、こうやって言ったほうがいいと思います』って言ったり、……私が電話をかけたりとかします、その先生の場合は。その先生は長くいるんですけどズバッと言わなくて、他の先生からしたら話が長くて。……私が、『じゃあ先生、結局こういう結論ですよね』ってメモって、それを伝えてあげたほうが、相手の先生からしたらスムーズに話が進むかなっていう。やっぱりキャラクターによって、言ってくれる先生と、『私が言います』っていう先生と。」(B氏)

この 2 人の ICN は、ICT の医師が主治医に指導的な関わりをする際に、その役割の一部を代行したり仲介したりしていた。先に述べたように、2008 年の調査においても、抗菌薬の使用に関して ICT の医師や薬剤師が介入しても従ってもらえなかったり、ICT の医師も遠慮して介入しにくいことから、ICN が主治医と ICT の医師との仲介役になっていた。

医師以外の ICT メンバーについても、ICN がその役割を代行したり、他職種の負担を軽減したりしている現状が語られた。ICT には事務職が配置されているが、病院事務と兼任であることが多い。ある ICN は、ICT の事務を担当するパート職員が公式文書の作成等に不慣れなため、病院事務でフォローして欲しいと考えているが協力が得られず、ICN が様々な確認をせざるを得ない現状にあった。

「今は兼任で 1 人事務の人がいるんですけど……パートさんは本当に素人で分からないから。……病院長宛ての文書とかどうやって作ったらいいの、とか。……本当は病院の事務がカバーしてほしいんですけど、そこが今ちょっとうまくいってなくて。……細かいところは全部来るので。例えば、加算 1 同士で相互ラウンドしますっていうときに、『お部屋の予約取れた』とか、『お茶の準備できた』とか、『道筋案内どうやってするの』とかっていうのを確認しないといけない。」

(B氏)

他の ICN も事務職が兼任で病院事務の業務が多忙なため、会議の日程調整や会場予約だけを依頼し、議事録の作成は ICN が引き受けていた。

「事務入ってもらってるんですけど、課長でめっちゃ忙しいんです。毎日夜 11 時、12 時まで働いてたりするから。『じゃあ、議事録とか全部作るから、外部との折衝だけをお願いします』とか、『日時決めるとか会議室押さえるとかそこだけお願いします』と言ってたら……。『要るもの、前これ言ってましたね。買いますよか』とか言ってくれたりします。」(C氏)

別の ICN は、院内の研修会の準備を ICT メンバーで当番制にすることを試みたがうまくいかず、他のメンバーは兼任であることから全ての準備と終了後のアンケートまで一人で実施していた。

「研修もそうです。放送をかけてアンケートを準備して、椅子を並べて、パソコンの準備して、自分でアンケートを書いて。一時、ICT で院内研修会の当番を決めたんですよ。でも、『次、だれ担当でしたっけ?』とか、担当の人しか来ないとか。……だから、それはやめたんです。私は専従だし、現場が忙しいのはわかるから。」(A氏)

このように、ICT の中で ICN が看護職としての活動にとどまらず、他職種をサポートすることによって ICT の機能が維持されている現状が見て取れた。

6.2 地域内の医療機関との連携

4 人の ICN の所属施設は、「感染防止対策加算 1」(以下、加算 1) と「感染防止対策地域連携加算」を取得していることから、「加算 1」の病院同士で相互に院内ラウンドを実施したり、「感染防止対策加算 2」取得施設との合同カンファレンスなどを行っている。これらの加算措置は 2012 年から開始されたため、2008 年の調査では語られなかった ICN の活動が見えてきた。

ある ICN は、連携先の病院の ICN が感染対策を推進しやすいよう、相互ラウンドの結果について相手の ICN の希望通りの回答をするようにしていた。ICN が自施設の感染対策に取り入れようとして提案したことが、病院長の反対にあうなどして進まないという話

はよくあることである。この ICN は、外圧となって連携先の ICN の活動をサポートしているのである。

「連携している病院のラウンドに言ったら、『どんなこと書いて欲しいですか』って聞くんです。私たちが直接病院に訴えても聞いてもらえないんで、こんな指摘ありましたと言えるから。」(A氏)

加算を取得することができない中小規模の医療機関が気軽に感染対策の相談ができるよう、地域内でネットワークをつくるのが推奨されているが、全国的な広がりにはなっていないことは前章で述べた。ある ICN は、地元の看護協会から地域内のネットワーク構築が遅れていることを指摘されたことから、同じ自治体の ICN 達とネットワーク立ち上げを検討したものの、保健所と看護協会のいずれからも支援が得られなかった経験を語った。この ICN は、地域ネットワークの必要性を認識しつつも、現在の業務に新たな業務が加わることによって家庭と仕事のバランスが今以上に難しくなることに葛藤を感じていた。

「加算 2 にもなれないような病院がいっぱいあって、そこが相談先が全くないから困ってるってのを看護協会か連盟から言われたって……。X 市の保健所にネットワークの話した時に、『じゃあ、頭音頭取ってもらえますか』って聞いたら、『ちょっと予算がなくて』っていうので断られて。で、看護協会には『メーカーに事務局業務などをお願いしたりしてもいいですか』って言ったら、『メーカーが関与するなら利害が発生する可能性もあるので、看護協会は関与できません』って言われて。ちょっとそこで話が止まってるんです。」(C氏)

「国も『地域ネットワークで何とかしなさい』って出てますよね。大体、認定が先頭に立つじゃないですか。やっていかくちゃいけないのは分かるけど、今の業務をこなしながらはしんどいなって……。無報酬で何のためにやってんだろうって葛藤はあるんです。家庭とのバランス取れないときの。」(C氏)

別の ICN は、地域内の保健所が立ち上げた感染対策のネットワークでも活動していた。この ICN は、他にも県内の ICN の有志で自主的につくったネットワークで全県の医療者を対象とした研修会を開催しているが、そこには自治体や地元の看護協会から経済的な支援はない。

「Y保健所が『ネットワーク作ろう』って言うので、今うちのY保健所の地域のネットワーク研修会というので、その加算1の施設の認定は講演+グループワークって形で、各加算1の認定がグループリーダーになって……。そのネットワークで、加算取ってない病院への相談も保健所が窓口になって受け付けて、加算1の認定に連絡くれて、メールでちょっと返信して、まとめて返してくれるとか。」(B氏)

「自分たちでネットワーク作って研修会を(Y保健所管内以外も含めて)地域に向けてやろうと……。それは一応病院では出張扱いにしてくれています。県の規定として、全医療職対象にすれば県の後援が得られるんです。……お金は出してくれないです。一応、県と県看護協会の後援という名前だけもらう。本当に有志でお金かけずに、タダで講演する。」(B氏)

地域内の医療機関との連携が求められている中で中心的に活動しているICNはストレスを感じたり、体調を崩したりする場合もある。あるICNは、残業が増えて体調を崩し、何日か仕事を休んだ経験があった。

『この残業量とか見て』とか思うんですけど。去年何回か休んだんです、ストレス反応みたいなんで。誰も何もこの辺は鑑みてくれないな、と思いながら。」(C氏)

別のICNは、関連病院のICN達と各病院共通の取り組みを検討し、自施設に提案したが受け入れられず、ICN達と自施設との板挟みになり、ストレスで体調を悪くした経験があった。このICNの施設は加算1を取得していることから、連携する加算2の病院から感染対策に関する相談を受けることがある。ICNは院外からの相談窓口となっているため、医師に確認が必要なことは専門医と協議した上で回答している。しかし、専門医がICNの回答と全く逆の回答をすることがあり、そのことにストレスを感じていた。

「関連病院で決めたことでも、結局『うちではできない』と。間に挟まれて、私はもうすごいストレスで、関連病院のICNの中でやりとりしていて、『うちではこう言ってる』というのをメールすると、『何言ってるの』じゃないけど、ちょ

っと厳しい目で……『ちゃんとやらないと！』みたいな感じで返ってくるし。」
(A氏)

「打ち合わせしていたことが 180 度違う意見になっていきますから。……加算 2 のところから相談を受けて、先生と相談した上でお返事を返しているんです。……その病院も一緒にカンファ出てて、別の病院から、『うちはどうしました』って言われた。『しなくていいよ』と言ってたんですよ。そしたら『それが一番です。そうすべきなんです』と。ほんとに、アツとなる。だから、私がみんなの前で“イケてない看護師”になる。」(A氏)

ICN が関わっている地域内の医療機関との連携には、診療報酬の感染防止対策地域連携加算を取得していることによる加算 1 同士の相互ラウンドや、加算 2 の施設からの相談業務などのほか、保健所が立ち上げた地域ネットワークや ICN 有志で作ったネットワークにおける研修会など様々なものがあつた。この中で、地域ネットワークについては、自治体を中心となって整備し、国はその支援をする役割があるとされている。地域ネットワークの整備が進まない中、ICN は自らの業務量が増えることを承知でネットワーク構築を自治体に呼びかけたり、ネットワークのない地域の医療従事者も参加できるよう研修会を開催したりしていた。このような活動は、おそらく今回ヒアリングに協力してくれた ICN だけの経験ではないだろう。したがって、今後の院内感染対策の進展を評価するには、ICN への影響を併せてみていく必要があると考える。

7 本章のまとめ

2007 年の医療法施行規則改正を受け、全国の様々な規模の病院では院内感染対策のための体制整備が進められた。そのような中で 2008 年に実施した調査の協力施設では、当時は感染対策関連の法律や診療報酬の施設基準に明示されていなかった ICT を設置し、院内ラウンドやサーベイランスなどの感染管理活動に積極的に取り組んでいた。専従の CNIC がいる病床数 800 床以上の 3 病院と、CNIC のいない 100 床規模の 3 病院には共通の課題が認められたが、病床数 100 床規模の病院では感染対策費用の問題による影響がより大きく、800 床以上の病院では看護師の新採用が多いことによる弊害や、ICT の医師が各科の医師に対して感染症治療への介入を行うことに心理的負担を感じている可能性が示唆された。

院内感染対策における ICT と他の医療者との協働の困難は、2008 年の調査協力施設だ

けに認められた問題ではなく、現在でも複数の医療施設の ICN が認識している問題であり、その中で感染対策を推進していくために、ICN は様々な役割を担っている。また、2012 年に新設された加算 1 と地域連携加算を取得した病院で活動する ICN は、自施設の感染対策だけでなく地域内の連携施設に対する支援においても中心となって活動している。したがって、院内感染対策の体制整備の義務化や診療報酬による加算措置という国の対策の中で、ICN には身体的・心理的に大きな負荷がかかっていると考えられる。

【注】

- (1) 武蔵野大学看護学部 2008 年 1 月 9 日（承認番号 1906）。
- (2) 「感染防止対策加算」は 100 点の加算であるが、「医療安全加算 1」（85 点）の届出をしていることが条件であったため、合計 185 点の加算となった（厚生労働省 2010b）。
- (3) 「7 対 1 入院基本料」は 2006 年の診療報酬改定にあたり、手厚い看護が必要な患者の実状に合わせた適正な看護人員を確保することを目的に新設されたものであり、患者 7 人あたり看護師 1 人の配置となっている病院が届出可能であった。中四国の 7 対 1 看護体制を導入している急性期病院を対象に実施された調査によると、7 対 1 看護体制の導入により看護師数は増加したがその大部分は新人看護師であることと看護必要度に応じた人員配置になっていないことから、臨床現場での実践力の低下を引き起こし、実質上の人員不足が生じていると考察されている（宮川 2012）。
- (4) この調査の実施主体は日本医師会であるが、集計および分析は日本医師会総合政策研究機構によってなされた（前田 2009）。
- (5) ヒアリングは、2017 年 12 月 13 日と 12 月 16 日に実施したものである。4 人は全員、診療報酬の感染防止対策加算 1 と感染防止対策地域連携加算を取得している病院（病床数 300 床～900 床）の専従 ICN である。

第6章 院内感染対策の進展と課題

—専門資格と診療報酬加算の取得状況に焦点をあてて—

1 本章のねらい

前章では 2008 年に実施した病院の感染対策の実態調査を通して、感染対策費用や人手不足および医療者の連携に関する問題について触れた。すなわち、病床数 100 床規模の病院では採血時に着用する手袋のような日常的な感染対策物品を購入できないほどの費用の問題のほか、事務職員や看護師の人手不足が問題となっていた一方で、専任の感染管理認定看護師がいる 800 床以上の病院では、新採用が多いことによる弊害や各科の医師に対する感染症治療に介入することの困難さが認められた。2008 年以降には、第 4 章に示したように感染対策にかかわる診療報酬の改定が 2010 年と 2012 年にあり、特に 2012 年の診療報酬改定では患者 1 人につき入院初日に 400 点が加算される感染防止対策加算 1（以下、加算 1）と、100 点が加算される感染防止対策加算 2（以下、加算 2）、さらに加算 1 同士の連携により 100 点が加算される感染防止対策地域連携加算が新設された。この加算措置のうち、患者 1 人につき入院初日に 400 点が加算される「感染防止対策加算 1」（以下、加算 1）の取得には、ICT メンバーの中に感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師の配置が必要とされた（厚生労働省 2012）。このため加算取得を目指す病院では、看護師を日本看護協会などの感染管理認定看護師（以下、認定看護師）の教育課程へ進学させる機運が高まったと考えられる。

本章では、2014 年時点での加算取得状況と、2008 年および 2014 年の感染対策の専門資格者のデータに基づき、院内感染対策に関する制度の効果と課題について検討する。専門資格者としては、感染症専門医（以下、専門医）と認定看護師に焦点をあてる。また、加算を取得している医療機関と専門資格資格を有する医療機関について、病床規模別に検討する。本章で用いる病床規模に関する用語については、以下のように定義することとする。

- ・大規模病院：厚生労働省の院内感染対策に係る通知（厚生労働省 2011b）では、病床規模の大きい医療機関を 300 床以上と表現していることから、本章においても 300 床以上の病院を大規模病院とした。
- ・中規模病院：中規模病院と小規模病院の区分については公的な基準がない。そこで、本章では後述する小規模病院の病床数に基づき、50 床以上 300 床未満の病院を中規模病院とした。
- ・小規模病院：医療法においては、医業を行うための場所を病院と診療所とに限定し、病

院は 20 人以上の患者を入院させるための施設を有するものとされている（医療法第 1 条の 5）。したがって、小規模病院は 20 床以上の病院となるが、何床までを小規模病院とするかについては、先行研究でも 50 床未満（江口 2005）や 100 床未満（境ら 2010b, 服部ら 2014）など一定ではない。そこで、本稿では 20 床以上 50 床未満を小規模病院とした。

- ・有床診療所および無床診療所：医療法において、診療所は患者を入院させるための施設を有しないもの、または 19 人以下の患者を入院させるための施設を有するものとされている（医療法第 1 条の 5 の 2）。したがって、有床診療所は 19 床以下の病床を有する医療施設であり、無床診療所は病床を有さない医療施設である。

2 2008 年および 2014 年の認定看護師と専門医の登録者数

2008 年と 2014 年における認定看護師の登録者数については、日本看護協会のホームページに公表されていた各年の認定看護師名簿（日本看護協会 2008; 2014a）をもとに都道府県別の登録者数を算出した。専門医についても日本感染症学会のホームページに公表された各年の専門医名簿（日本感染症学会 2008; 2014）を用いて同様に登録者数を算出した。2014 年については、都道府県別のほか、所属施設の病床規模別の登録者数を算出した。

2008 年の登録者数は、認定看護師は 769 人、専門医は 870 人であったが、2014 年には認定看護師が 1,008 人増えて 1,804 人となり、専門医は 317 人増えて 1,187 人となった。2008 年から 2014 年までの認定看護師の増加については、2010 年の診療報酬改定による感染防止対策加算の新設（厚生労働省 2010b）が一つの要因と考えられる。先の章でふれたように、この加算の届出には ICT の看護師が感染管理の適切な研修を修了していることが要件となっていた。また、医師か看護師のいずれかを専従とする必要があり、人件費と勤務者の人数を考慮すると医師より看護師を配置する方が容易であるため、看護師の資格取得が進んだと考えられる。

認定看護師の資格を取得するには、感染管理分野での 3 年以上の実務経験を含む通算 5 年以上の経験と、認定看護師教育機関での 6 か月以上の研修を受けて認定審査に合格することが必要である（日本看護協会 n.d.a）。したがって、看護師が退職せずに長期にわたる研修を修了するには、職場の管理者の理解が必要である。認定看護師の資格取得に関しては、診療報酬の加算を取得したい病院管理者のニーズと、専門資格を取得したいという看護師個々のニーズがマッチしやすいと考えられる。認定看護師の資格取得に関するニーズを調査した報告によると、対象となった看護師の 56.5%が資格取得を希望していた（山口ら 2010）。日本看護協会認定部が 2012 年に実施した調査によると、認定看護師を目指し

た動機として最も多い回答は、キャリアアップや知識・技術の習得など自らの希望であり、次で所属施設（上司）のすすめであった（日本看護協会 2014b）。この順位は、感染管理に限らず救急看護や緩和ケアなど全ての看護分野に共通していたが、所属施設（上司）のすすめと回答した者の比率が最も高かったのは感染管理の分野であったことから、診療報酬で加算が続く間は、認定看護師の資格取得者が増加していくと予測される。2017年7月現在、全分野の認定看護師は 18,728 人のうち、感染管理分野の認定看護師は 2,744 人（14.7%）で、最も多くなっている（日本看護協会 2017）。

認定看護師同様、加算 1 の取得条件になっている、研修会を修了した看護師として感染症看護専門看護師（以下、専門看護師）がある。専門看護師資格を取得するには、看護系大学院修士課程を修了し、日本看護系大学協議会が定める専門看護師教育課程基準の所定の単位を取得し、3年間以上の専門看護分野の実務研修を含む通算 5 年以上の実務研修を行い、認定審査を受ける必要がある（日本看護協会 n.d.b）。しかし、日本看護系大学協議会によって認定されている専門看護師の教育課程は、全国 11 都道府県に 13 課程（日本看護系大学協議会 2016）であり、定員は 1 課程あたり数人である⁽¹⁾。これに対し、認定看護師の教育課程は全国 11 都道府県に 14 課程あり、うち 2016 年開講の 10 課程の定員は各施設 15～30 人で合計 250 人となっている（日本看護協会 2016a）。このように、専門看護師は大学院修士課程の修了とそのため最短で 2 年の期間を要することや教育課程の数ならびに入学定員が少ないことから、認定看護師ほどには増加が見込めないのである。専門看護師は 2016 年 12 月現在、全国で 45 人と少ないため（日本看護協会 2016b）、本章では認定看護師に注目する。

専門医についても登録者数は増加していたが、資格認定を行っている日本感染症学会が適正数として示している「3,000～4,000 人程度」の 4 割にも満たない状況である。専門医の増加が進まない原因として、次のことが考えられる。専門医の認定を受けるためには、基本領域学会専門医（認定医）⁽²⁾に認定されている医師が、学会指定の研修施設における 3 年間の研修を含めた感染症学の研修を 6 年以上行い、感染症の臨床に関する論文発表と学会発表の実績を積んだ上で認定試験に合格する必要がある（日本感染症学会 2013）。専門医を雇用する病院では、感染症内科のような診療科を標榜していれば専門医による診療が収益に結びつくが、感染症に係る診療科を標榜していない病院では専門医をおくことが直接病院の収益につながらない。このように、ICT において中心的役割を担うべき専門医ではあるが、絶対数が少ないうえ他の専門分野の診療に従事している場合もあるため、ICT の医師としての役割を期待することが困難な状況にあるといわれている（戸川ら 2013）。診療報酬の加算 1 の届出にあたって ICT の医師は専門医である必要はないため、

内科認定医や小児科専門医などが病院側から感染症の専門医の資格取得を勧められるようなことは考えにくい。

専門医以外にも病院の感染対策の専門資格としてインフェクションコントロールドクター（以下、ICD）という制度がある。この制度は、「感染制御の知識と実践に優れた医師および研究者を育成することにより、人類の健康と福祉に感染制御を通じて貢献することを目的」としたものであり（ICD 制度協議会 2003）、日本感染症学会と日本環境感染学会など6学会（現、23学会）により平成11年（1999年）に発足したICD制度協議会によって平成12年（2000年）から認定が開始されている。しかし、ICDの認定には、病院での実質的なトレーニングが要求されていないことが問題として指摘されており（五味2011）、「特別な資格とはいえない」（森兼 2017: 12）との声もあるため、本章ではICDではなく専門医に注目する。

2.1 地域別にみた認定看護師と専門医の数

表1に示す通り2008年の都道府県別の登録者数をみると、認定看護師は山梨と佐賀では1人であり、その他の28県でも10人未満であったが、北海道、東京、神奈川、大阪の4都道府県では30人以上であった。専門医は茨城、山梨、島根では1人であり、その他の20県でも10人未満であったが、埼玉、千葉、東京など8都府県では30人以上であった。

2014年には、認定看護師は徳島の9人が県別の最少人数であり、30人以上の県は北海道、茨城、埼玉など18都道府県に増えていた。専門医は岩手と山梨では2人であり、その他の14県でも10人未満であったが、北海道、埼玉、千葉など10都道府県で30人以上であった。

このように、認定看護師と専門医の登録者数は東京、千葉、埼玉、神奈川などの首都圏や大阪、愛知、福岡などの人口密集地に偏在している状況が続いていた。人口密集地では病院所属の医師や看護師が多いため、認定看護師や専門医も多いと考えられる。実際、2013年の医療施設調査（厚生労働省 2013b）において病院の常勤換算看護師数と医師数が多い都道府県は、専門医や認定看護師が多い県と一致していた。

表1 都道府県別感染管理認定看護師数・感染症専門医数

	2008年		2014年	
	認定看護師	専門医	認定看護師	専門医
北海道	36	28	106	34
青森	2	5	19	5
岩手	4	4	16	2
宮城	11	14	28	18
秋田	5	6	19	8
山形	5	4	14	5
福島	3	7	19	13
茨城	7	1	30	6
栃木	5	7	20	16
群馬	7	5	27	8
埼玉	20	35	55	41
千葉	20	35	68	49
東京	99	163	206	223
神奈川	44	58	128	89
新潟	8	11	28	18
富山	4	4	19	5
石川	4	8	14	9
福井	5	8	13	9
山梨	1	1	10	2
長野	12	9	51	14
岐阜	7	10	37	13
静岡	10	20	58	22
愛知	28	56	90	65
三重	7	11	40	17
滋賀	21	4	33	6
京都	15	16	38	27
大阪	47	47	122	61
兵庫	28	20	70	32
奈良	4	14	14	19
和歌山	5	3	14	6
鳥取	4	2	10	3
島根	5	1	14	7
岡山	12	16	28	22
広島	10	8	45	16
山口	4	10	45	12
徳島	3	4	9	4
香川	7	6	18	13
愛媛	11	18	25	20
高知	3	7	14	9
福岡	18	60	65	93
佐賀	1	17	11	13
長崎	6	45	14	46
熊本	3	8	27	16
大分	5	19	15	21
宮崎	2	9	15	14
鹿児島	5	10	25	12
沖縄	8	16	17	22
在外	0	0	1	2
全国	583	870	1804	1187

※2008年の認定看護師数は当時のホームページ公表者のみ
 (日本感染症学会および日本看護協会のHP掲載名簿より作成)

2.2 所属別にみた認定看護師と専門医の数

表2は2014年1月現在の認定看護師と専門医の人数を所属別に示したものである。認定看護師の1,665人(92.3%)は病院所属であり、その他の施設に所属する者は少なかった。一方、専門医のうち900人(75.8%)は病院所属であるが、ほかにも診療所に176人(14.8%)、介護施設や保健センター、研究所など医療施設以外に57人(4.8%)が所属していた。病院所属の認定看護師の73.6%と専門医の81.4%は全国の病院の20%に満たない300床以上の大規模病院に集中していた。

表2 所属別感染管理認定看護師数・感染症専門医数

2014年1月現在				
所属	感染管理認定看護師		感染症専門医数	
	人数	%	人数	%
病院	1665	92.3	900	75.8
うち大規模病院	1226	73.6	733	81.4
うち中規模病院	433	26.0	160	17.8
うち小規模病院	6	0.4	7	0.8
診療所	1	0.1	176	14.8
うち無床診療所	1	100.0	168	95.5
うち有床診療所	0	0.0	8	4.5
その他*	18	1.0	57	4.8
記載なし/非表示	120	6.7	54	4.5
合計	1804	100	1187	100.0

* その他: 感染症専門医(介護施設, 保健センター, 附属病院のない大学, 研究所, 企業, 在外)
 感染管理認定看護師(大学, 認定看護師教育機関, 企業, 医療法人本部, 在外)
 (日本症学会および日本看護協会のHP掲載名簿より作成)

表3に示したように、認定看護師がいる大規模病院は838施設であるが、これは全国の大規模病院1,533施設(厚生労働省2013b)の54.7%にあたり、中規模病院407施設と小規模病院5施設を合わせた412施設は全国の中小規模病院7,007施設の5.9%であった。専門医がいる大規模病院は333施設であるが、これは全国の大規模病院の21.7%でしかない。先述の専門医の適正数は、「300床規模以上の医療機関には専門医が常勤で勤務しているべき」(日本感染症学会2010b)との考えにより算出されているが、院内感染の問題が起きやすい大規模病院においても専門医が充足されていない現状にあることがわかる。300床未満で専門医のいる病院は更に少なく、中小規模病院151施設は全国と同規模の病院の2.2%に過ぎない。

以上のように、認定看護師と専門医はともに大規模病院に集中していたが、全国の病院

における専門家の配置という視点でみると、大規模病院でも認定看護師で約半数、専門医では1/5程度しか配置されていないことになる。中小規模病院ではさらに少なく、いずれも1割に満たないことから、院内感染対策の専門家はまだまだ充足されていない現状にあるといえる。

表3 2014年における病床規模別感染管理認定看護師・感染症専門医配置施設数

病床規模	感染管理認定看護師		感染症専門医	
	施設数	%	施設数	%
大規模病院	838	67.0	333	50.5
中規模病院	407	32.5	146	22.1
小規模病院	5	0.4	5	0.8
診療所	1	0.1	176	26.7
合計	1251	100.0	660	100.0

(日本看護協会および日本感染症学会のHP掲載名簿より作成)

図1および図2は、2014年1月時点の認定看護師と専門医の1施設あたりの人数をそれぞれ示したものである。認定看護師や専門医が複数所属している病院は300床以上の大規模病院に多く、5人以上いる病院もみられたが、1施設あたり1人から2人の病院が多かった。

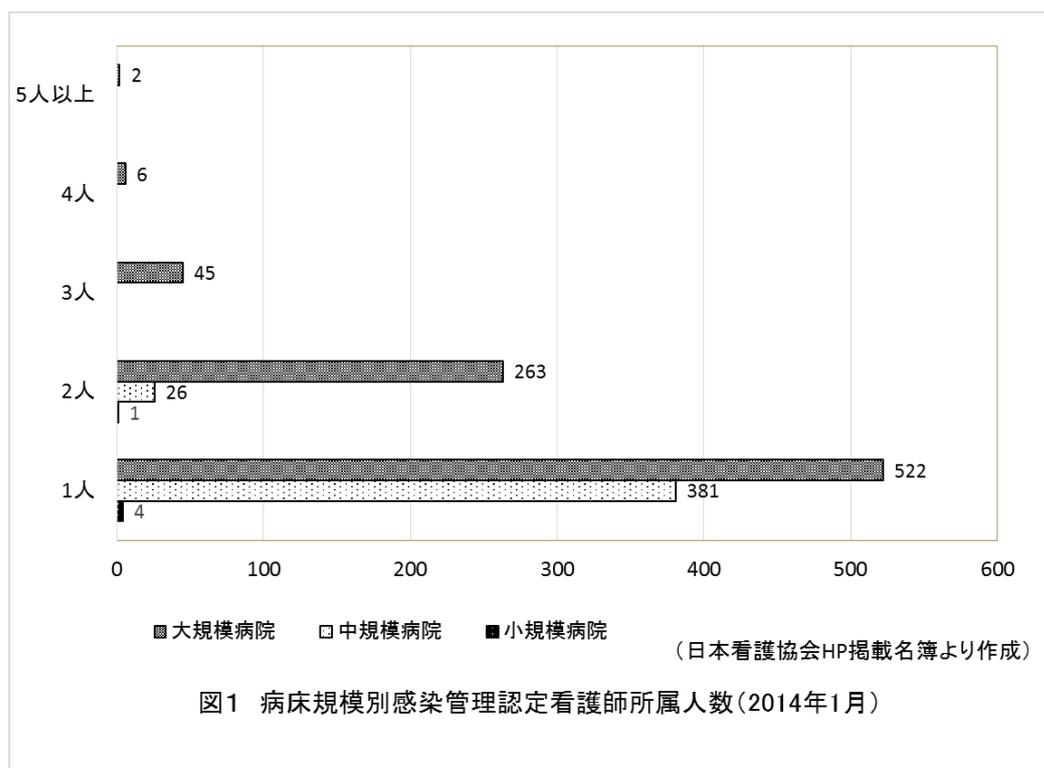
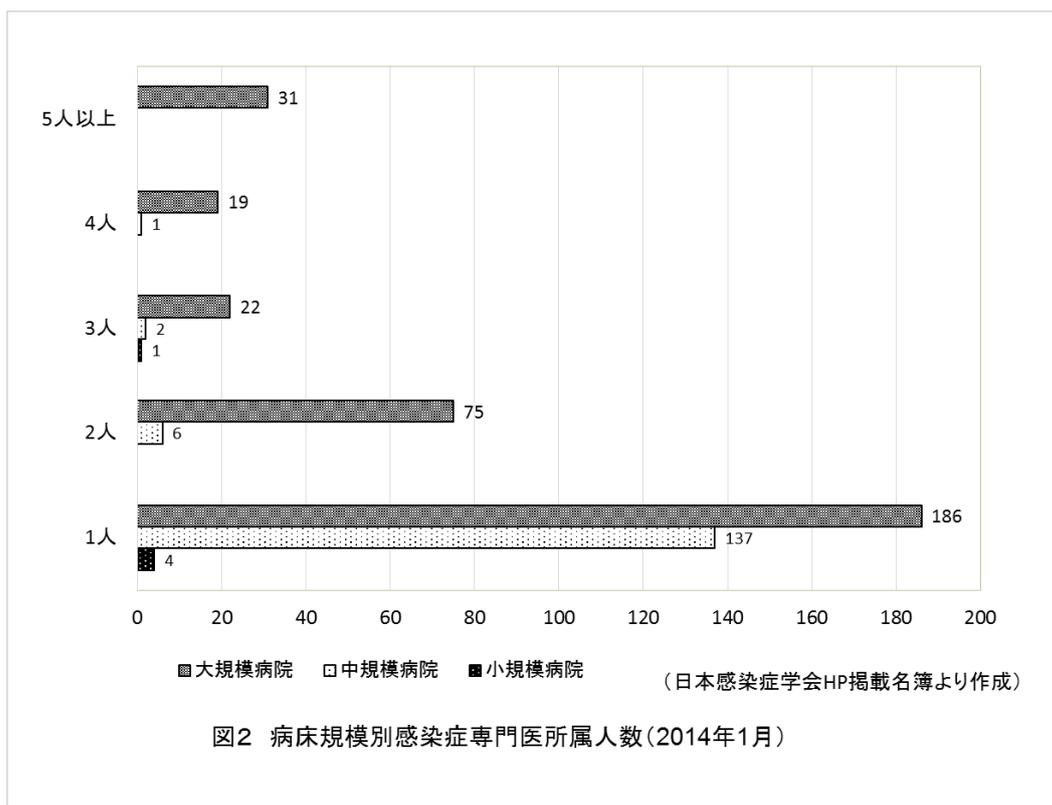


図1 病床規模別感染管理認定看護師所属人数(2014年1月)



3 2014年における加算1と加算2の取得状況

診療報酬の加算1と加算2の取得状況については、各地方厚生局から届出受理医療機関名簿を入手し、都道府県別、所属別、病床規模別の施設数のほか、2014年3月末現在の医療施設動態調査（厚生労働省 2014b）に基づく届出病院数に占める率を届出率として算出した。

3.1 地域別にみた加算取得状況

表4は2014年3月末現在の加算1と加算2の届出受理医療機関（以下、届出施設）数について、都道府県別に示したものである。加算1の届出施設は全て病院であり、全国の病院8,510施設の12.6%にあたる1,070施設であった。都道府県の病院数に対する届出施設の比率を届出率として算出した結果、滋賀（25.9%）、長野（23.7%）、岐阜（20.6%）では加算1の届出率が20%を上回っていたが、宮崎（2.8%）と徳島（6.1%）では全国平均の1/2に満たなかった。加算2の届出施設のうち病院は2,535施設であり、全国の病院に占める比率は29.8%であった。加算2の届出率では、岩手（43.5%）、兵庫（42.5%）、京都（38.7%）をはじめ23都府県で全国平均を上回っていたが、宮崎（11.3%）では加算1と同じように全国平均1/2に満たなかった。

表4 都道府県別感染防止対策加算1・加算2届出受理医療機関数（病院）

2014年3月末				
	加算1	届出率	加算2	届出率
北海道	57	10.0%	159	27.8%
青森	13	13.0%	19	19.0%
岩手	8	8.7%	40	43.5%
宮城	20	14.1%	40	28.2%
秋田	13	18.1%	20	27.8%
山形	9	13.2%	21	30.9%
福島	13	10.2%	42	33.1%
茨城	18	9.9%	52	28.6%
栃木	16	14.7%	23	21.1%
群馬	19	14.5%	47	35.9%
埼玉	39	11.5%	104	30.6%
千葉	42	15.2%	89	32.1%
東京	97	15.1%	200	31.1%
神奈川	67	19.5%	104	30.3%
新潟	19	14.5%	40	30.5%
富山	10	9.3%	20	18.5%
石川	14	14.3%	35	35.7%
福井	8	11.4%	12	17.1%
山梨	5	8.3%	16	26.7%
長野	31	23.7%	43	32.8%
岐阜	21	20.6%	32	31.4%
静岡	32	17.7%	48	26.5%
愛知	48	14.9%	110	34.1%
三重	19	18.4%	36	35.0%
滋賀	15	25.9%	21	36.2%
京都	25	14.5%	67	38.7%
大阪	77	14.4%	184	34.5%
兵庫	53	15.1%	149	42.5%
奈良	9	12.2%	25	33.8%
和歌山	10	11.6%	22	25.6%
鳥取	8	17.8%	15	33.3%
島根	6	11.3%	15	28.3%
岡山	15	8.9%	58	34.3%
広島	27	10.9%	63	25.5%
山口	19	12.8%	41	27.7%
徳島	7	6.1%	25	21.9%
香川	10	11.1%	21	23.3%
愛媛	15	10.5%	35	24.5%
高知	9	6.9%	47	36.2%
福岡	45	9.8%	150	32.5%
佐賀	8	7.4%	27	25.0%
長崎	12	7.7%	38	24.4%
熊本	16	7.5%	49	22.9%
大分	10	6.3%	41	25.9%
宮崎	4	2.8%	16	11.3%
鹿児島	19	7.3%	49	18.9%
沖縄	13	13.8%	25	26.6%
全国	1070	12.6%	2535	29.8%

※届出率は2014年3月末現在の病院数に対する届出施設数の比率

（各地方厚生局の「届出受理医療機関名簿」より作成）

3.2 病床規模別にみた加算取得状況

病床規模別にみた加算1と加算2の届出施設数は表5に示した通りである。加算1の届出施設のうち77.3%は大規模病院であり、残る22.7%が中小規模病院であった。2014年3月末現在の全国の病院数をもとに加算の届出率を算出すると、大規模病院1,533施設のうち53.9%（827施設）が加算1を取得していたことになる。同様に中小規模病院での届出率を算出すると7,007施設のうち3.5%（243施設）であった、加算1もしくは加算2のいずれかを取得した病院数でみると、大規模病院の届出率が74.3%（1,139施設）であるのに対し、中小規模病院の届出率は35.2%（2,466施設）であった。

表5 感染防止対策加算1・加算2の届出受理医療機関数

病床規模	加算1		加算2	
	施設数	%	施設数	%
大規模病院	827	77.3	312	12.2
中規模病院	242	22.6	2109	82.8
小規模病院	1	0.1	114	4.5
診療所	0	0	13	0.5
合計	1070	100.0	2548	100.0

（各地方厚生局の「届出受理医療機関名簿」より作成）

4 加算取得状況と認定看護師登録者数からみた加算措置の看護師への影響

加算1の届出に必要な施設基準には、ICTの医師か看護師が専従であることと看護師が必要な研修を修了していることが含まれていたため、認定看護師の登録者数の多い県は加算1の届出率も高いことが予測されたが、必ずしもそうではなかった。その要因として、北海道や茨城、福岡などのように認定看護師は多いが加算1の届出率の低い県では、病院所属の認定看護師の専従配置が低い可能性が考えられる。

加算1を取得した病院が併せて感染防止対策地域連携加算を取得した場合、病床数300床で平均在院日数15日、病床利用率80%の施設では、年間3,000万円の収益になるとの試算がある（櫻本 2012）。前澤ら（2014）が全国の有床診療施設を対象に実施した調査によると、2012年以降新たに加算を算定した病院の93%は加算による変化があったと回答しており、その中にはICTラウンドの頻度の増加（59%）や抗微生物薬の使用管理の強化（51%）、既存ICTのメンバー増員（35%）などが多かったが、専門的看護師の増員（14%）や専門的医師の増員（5%）と回答した施設は少なかった。この調査で専門的看護師や医師

というのは認定看護師や専門医をさすと考えられるが、かれらのような専門資格者の人件費に充てられるほどの額を算定できるのは、限られた一部の病院だけであることがわかる。

診療報酬による加算の効果については、長野県北信地域で 2013 年に実施された感染防止対策加算の効果に関する調査においても報告されている(松岡ら 2013)。この調査では、加算 1 と感染防止対策地域連携加算を併せて取得した 14 施設では他施設との連携や院内活動の充実などのメリットがあったと回答した病院があった一方で、加算取得によって「関連事務の負担が増えた」など業務負担の増加がデメリットとしてあげられていたことも報告されている。このほか、大阪府内の医療機関を対象に加算導入による院内感染対策と地域医療連携の効果について調査した刈谷ら(2016)は、加算を取得している医療機関では院内感染対策と他医療連携の取り組みが向上していたが、これらの施設が非加算医療機関との連携の充実にまで至っていなかったと報告している。さらに、このような結果を踏まえ、加算医療機関が非加算医療機関から感染防止に関する相談を受けることや、ネットワークへの支援およびネットワークを活用した非加算医療機関も含めた全医療機関対象の相互訪問の実施を加算要件に加えることが望ましいとしている(刈谷ら 2016)。

認定看護師や専門医は先述の通り 300 床以上の大規模病院に所属しており、大規模病院の多くは診療報酬の加算 1 を取得している。加算 1 取得病院は、加算 2 取得病院との相互に連携した感染対策が基本とされている。地域の中には ICT を設置することが難しく専門医や認定看護師もいない中小規模病院も多いと考えられるが、加算取得の要件となっている医療機関の連携は、加算 1 と加算 1 に準じた感染管理体制が整っている加算 2 の病院との連携である。加算を取得できる体制にない病院が先の厚生労働省からの通知にあるように、地域の専門家に相談できる体制を整備しようとするれば、加算 1 や加算 2 で連携している病院のいずれかに支援を求めることになるであろう。しかし、認定看護師や専門医などの専門資格を有する者は、自施設の感染管理業務に加え、加算取得後の病院間の連携に係る業務が増えて多忙であると推察されるため、複数の専門家がいない病院でなければ他施設からの相談に応じることは困難であろう。その上、認定看護師や専門医などの専門家が加算を取得していない中小規模病院の感染管理を推進する支援を行ったとしても現在のところ診療報酬上の加算はないため、刈谷ら(2016)が指摘するように加算取得の要件に非加算医療機関からの感染対策の相談を受けることを加えることは、加算取得できない中小規模病院の感染対策を推進する上で効果的であると考えられる。

加算を取得した医療機関と加算を取得できない医療機関との連携において、感染症診療に関する相談は主に医師や薬剤師が携わるであろうが、それ以外の多くのことを担うのは認定看護師であろう。加算 1 を取得した病院の専従者を対象とした調査によると、専従者

の 92.8% (272 人) は看護師であり、加算 2 取得病院からの相談窓口を看護師としている施設が 246 施設 (59.5%) あるなど、看護師が連携のキーパーソンとなっている現状が報告されている (鈴木 2015: 28)。この調査では、専従者にとっての不利益として、業務量が増えたこと (246 施設: 84.2%) や休暇が難しくなったこと (32.5% : 95 施設)、看護部管理当直ができなくなったこと (19.9% : 58 施設)、出張が難しくなったこと (8.6% : 25 施設)、収入が減ったこと (5.8% : 17 施設) なども報告されている (鈴木 2015: 22-23)。これらは専従者の 9 割以上を占める看護師が感じている不利益であるため、今後、地域連携により全医療機関の感染対策を推進するには認定看護師への負担軽減策を考えていく必要があるだろう。

5 本章のまとめ

2008 年から 2014 年にかけて認定看護師および専門医の登録者は増加していたが十分とはいえず、人口密集地や全国の病院の 20% に満たない 300 床以上の大規模病院に偏在していた。診療報酬の感染防止対策加算については、全国の大規模病院の 50% 以上が加算 1 を取得していたが、中小規模病院では加算 2 でも 30% 程度の病院しか取得できていなかった。

診療報酬の加算措置が院内感染対策において効果をあげているという報告は散見されるが、加算を取得できない病院への支援とともに、加算取得病院でキーパーソンとなって活動している認定看護師への負担軽減が課題となっていると考えられる。

[注]

- (1) 専門看護師の教育課程をもつ大学院では、感染症専門看護師以外にも複数の専門看護分野の教育課程を開いている。ほとんどの大学院の入学定員は合計数 (10 人~25 人程度) で示されており、専門看護分野毎の定員数は明示されていない。
- (2) 感染症専門医の認定を受けるためには、次の基本領域学会専門医 (認定医) の資格を取得している必要がある。日本内科学会、日本小児科学会、日本医学放射線学会、日本眼科学会、日本救急医学会、日本産科婦人科学会、日本耳鼻咽喉科学会、日本整形外科学会、日本精神神経学会、日本脳神経外科学会、日本泌尿器科学会、日本皮膚科学会、日本病理学会、日本麻酔科学会、日本リハビリテーション学会、日本臨床検査医学会、日本外科学会。

第7章 国と医療現場と社会からみた院内感染

第2章から第6章まで、国と医療現場そして社会の視点から院内感染とその対策について概観してきたことにより、医療者と社会の人々、医療現場と厚労省、そして医療者間での院内感染とその対策に関する認識の「ずれ」が浮き彫りになった。また、診療報酬による加算措置の開始に伴い、加算を取得した医療機関におけるICNの役割が拡張し、それによってICNの負荷が増大していることがみてとれた。

この章では、院内感染とその対策に関する医療者と社会の人々、医療現場と厚労省、そして医療者間に存在する認識の「ずれ」とその背景について考察するとともに、この「ずれ」の調整機能としてのICNの役割についても考察する。

1 院内感染とその対策に関する認識の「ずれ」

社会問題化の経緯からみた院内感染の特徴は、医療者が新聞に先んじて耐性菌による院内感染を社会問題と表明し、新聞がそれに追随したことであった。医療者は耐性菌による院内感染はゼロにはできないとの認識から、院内感染は社会全体の問題であると訴えたが、新聞に代表される社会の側は、病気を治すために入院した病院で感染症になること、すなわち院内感染そのものを社会問題と捉えていた。したがって、院内感染を無くすことはできないという医療者の主張を社会の人々が受け入れるのは難しいと考えられる。

この医療者と社会の人々の「ずれ」は、医療の専門家と非専門家という立場の違いに起因していると考えられる。院内感染の医療訴訟を分析した金崎ら（2016）は、院内感染対策の不備が争点の50%を占めていたことから、院内感染の責任が医療機関側にあると考える患者が存在するとの見方を示し、それゆえ「術後の重傷患者は感染症を併発しやすいこと」や「院内感染の防止には技術的な限界があること」について、患者や一般社会の理解を得ることが紛争の減少につながると結論している（金崎 2016: 20）。通常、手術を受ける患者およびその家族は、術前に主治医から術後感染のほか、いくつかの合併症のリスクについて説明を受けており、その説明を理解し、リスクを承知した上で手術を受けることに同意している。しかし、実際には医療の非専門家である患者側が理解できるほどには十分な説明がなされていない可能性があることも金崎らの報告から読み取れる。さらにいえば、院内感染は、その定義に関して医療者間でも共通理解されていない複雑で専門性の高い問題であるため、医療者と社会の人々の間の「ずれ」には、医療者間での認識の「ずれ」が影響していると考えられる。なぜなら、医療の専門家の間で院内感染の定義が共通理解されていなければ、患者に感染症が発生した場合に、それを院内感染と認識する医療者と

そうでない医療者との間で齟齬が生じ、それによって非専門家の理解が妨げられるからである。

院内感染の定義をめぐっては、関連学会の定義が内因性感染を含むものへと変化してきたことによって医療現場と厚労省の齟齬はなくなったが、院内感染対策を医療安全の一環として進めようとしている厚労省に対して、「中央会議」の専門家らは医療安全の範疇に院内感染対策が含まれることに異議を唱えていた。

この医療安全と院内感染をめぐる医療現場と厚労省の「ずれ」は、厚労省の施策の中で院内感染対策と医療安全対策が別々に扱われたり、医療安全対策に院内感染対策が包含されたりと、一貫していないことが一因であると考えられる。院内感染対策が医療安全の範疇かどうかという点について、実は医療者間でも共通理解が得られていない。それは、第4章に述べたように、2005年に医療安全対策検討ワーキンググループから出された報告書（厚生労働省 2005c）では、医療安全対策の一環として院内感染対策に取り組んでいくことが示され、当面取り組むべき課題として医療機関における院内感染対策の充実があげられていたことから明らかである。また、「中央会議」構成員であった武澤（2004）も「医療事故と院内感染は発現の仕様が違うため、別個の対策が必要に思われるが、患者の安全性の確保という意味では同じ範疇に入り、その解決手法の多くは重層する」（武澤 2004: 937）と述べている。

「中央会議」の構成員らが院内感染対策を医療安全の範疇に含むことに抵抗を示したのは、医療安全が医療事故を連想させ、医療事故から医療ミスや医療過誤の疑いを招く可能性があることを懸念したためである。したがって、医療安全と院内感染をめぐる厚労省と医療現場の「ずれ」は、医療者と社会の人々の「ずれ」に起因していると考えることができる。本来、医療事故には過失によるものと不可抗力によるものが含まれるため（佐藤ら 2007: 1123；山内ら 2005: 40-41）、内因性の要因による院内感染が医療事故にあたる場合は、おそらく不可抗力による医療事故に該当することになる。そのため、「中央会議」で専門家が発言していたような「ミスがなくても感染してしまう」場合や「外因性のものとは限らない」院内感染は、医療ミスや医療過誤とは異なることを社会の人々に理解してもらうことが必要であり、先述の金崎論文もこの点に言及している。しかし、日本感染症学会など関連8学会⁽¹⁾による提言「世界的協調の中で進められる耐性菌対策」の中にも、施設における感染対策を効果的で持続可能な仕組みに進化させるために「職員一人一人の気持ちの中に感染対策の文化を醸成・定着させることが重要」（日本感染症学会 2016）と明記されているように、院内感染をゼロにはできないからこそ、防ぐことが可能な院内感染を防止する責務があることを、全ての医療者は認識すべきである。

医療安全に院内感染対策が包含されることに反対する医療者とそうでない医療者がいたり、医学論文における院内感染に関する記述に内因性感染を含むものと含まないものが混在していることからわかるように、院内感染の定義やその対策の位置づけに関しては、医療者間で共通理解がなされていなかった。このような院内感染の捉え方に関する医療者間の「ずれ」は、厚労省と関連学会の間で院内感染の定義に整合性のない時期があったり、厚労省の施策における院内感染対策の位置づけが一貫していないことに起因していると考えられる。

医療者間の認識の「ずれ」は、院内感染対策における ICT と他の医療者との協働の困難という形で現れていたが（第 5 章）、このような「ずれ」があっても院内感染が助長される事態に陥っていないのは、ICN が医療者間の「ずれ」を調整しているからと考えられる。

2 院内感染対策における ICN の役割

第 5 章で述べたように、ICN は ICT の医師と各科の医師との調整役になったり、ICT 内の他職種の役割の一部を代行したりするなどして、ICT の機能を維持していた。ICN が医師を始めとした他職種をサポートすることができる、あるいはせざるを得ないのは、ICT の中で ICN 以外に専従で配置されているメンバーがいないという勤務形態に加えて、看護師という職種であることも一因であると考えられる。なぜなら、「診療の補助」と「療養上の世話」が業務である看護師は、患者をとりまく様々な職種と接点をもつ機会が多く、ICN として活動する前から他職種と協働してきたからである。専従者が医師であれば、ICN のように ICT メンバーの役割の一部を代行することは難しいであろう。病院管理者が医師と看護師のどちらを専従にするか判断する際に、どのような基準で決定しているかは明らかにされていないが、看護師の方が医師よりも人数が多いことや人件費が安いことに加えて、医師に専従としての負担を負わせないために看護師を専従にしていると考えられる。

しかし、専従の ICN であっても ICT 活動での困難がみられていた。ICT のような院内感染対策のための組織が十分に機能するには、病院管理者から感染対策に必要な権限を委譲される必要があると言われており（小林 2002, 浜田ら 2014）、医療機関の院内感染対策指針にも病院長から ICT への権限委譲について明記されているが、実際には ICT からの介入に協力的でない医療者がいたり、ICT 側も介入を躊躇するなど、権限委譲が機能していないように見受けられた。このことは、ICT の中で院内の医療者と最も接点の多いのは ICN であることを考えると、ICN が権限を発揮できていないことの表れといえるだろう。

院内感染は、医療者と社会の人々にとって共通のリスクであるが、本研究では両者の認識に「ずれ」があることが明らかとなり、リスクコミュニケーションの重要性が示唆された。リスクコミュニケーションは、「リスクのより適切なマネジメントのために、社会の各層が対話・共考・協働を通じて、多様な情報及び見方の共有を図る活動」(文部科学省 2014: 2)と定義されているが、「発信側(専門家や行政)と受け手側(一般市民)との間に情報の非対称性とリスクに係わる権限と責任の非対称性、そしてリスクそのものを引き受ける度合いの非対称性の課題が伴う」(文部科学省 2014: 7-8)ことが指摘されている。また、リスクコミュニケーションには価値観の相違が付きものであるため、人々が何に関心を持ち、何を恐れているのか理解する必要があるとの指摘もある(高鳥毛 2004)。

リスクコミュニケーションを通して、医療者と社会の人々の院内感染に関する認識の「ずれ」を是正するのに最も適任なのは、ICNといえるだろう。なぜなら、ICNは院内感染のリスクに関する知識を有しているだけでなく、看護そのものが患者・家族など対象となる人々の思いに関心を寄せなければ遂行できない仕事であることと、他の医療者に比べて患者・家族などと接する機会が多く、自身も院内感染のリスクに曝される機会が多いため、彼らの側に立ち、価値観を共有しやすいと考えられるからである。

このように、ICNの役割が期待される中、診療報酬の加算1を取得した医療機関のICNは、自施設での役割に加えて地域内の他施設の感染対策を支援する役割も担うようになり、それによるストレスも感じていた。加算の取得は医療機関にとって経済的に大きなメリットであるが、ICNにとっては役割の拡張をもたらし、身体的・心理的負荷となっているのである。厚労省は院内感染対策の専門家を配置することが困難な中小規模の医療機関を支援するため、地域でネットワークを構築することを推奨しており、このネットワークにおいてもICNは中心的役割を担っている。しかし、診療報酬の加算を算定していない医療機関への支援に対する評価は現在なされていない。第4章に示した通り、「中央会議」では2015年4月に「薬剤耐性菌対策に関する提言」を出し、その中で国や医療機関に対してICN等の活動を保証するよう勧めているが、それを反映した施策を早急に進める必要がある。

[注]

- (1) この提言は、①日本化学療法学会、②日本感染症学会、③日本臨床微生物学会、④日本環境感染学会、⑤日本細菌学会、⑥日本薬学会、⑦日本医療薬学会、⑧日本TDM学会の8学会から出された。

終章 各章の要約と本研究の意義

1 各章の要約

第1章では、院内感染や院内感染対策をめぐって、医療現場だけでなく国や厚労省あるいは社会に焦点を当てた研究を概観した。国と医療現場に焦点を当てた研究では、厚労省の診療報酬改定が医療現場の感染対策にマイナスの影響を及ぼす場合もあること、診療報酬制度は加算を取得できる医療機関にとっては効果的に機能できるものの、加算を取得できない医療機関への支援は未だ不十分であることが明らかにされていた。医療現場と社会に焦点を当てた研究として医療訴訟の分析がある。院内感染の予防を争点とした訴訟では、医療機関の過失が認定されにくいこと、また院内感染に焦点を当てた市民への啓発の効果に関する研究は少ないことが明らかになった。これまでの院内感染に関する研究では、国の政策の医療現場への影響や、医療訴訟に見られるような医療と社会の関係に焦点を当てた研究はなされているが、医療現場と国と社会の三者の関係を吟味し、それぞれの視点から院内感染を総合的にとらえた研究や、院内感染自体についての検討はなされてはいなかった。

第2章では、院内感染の社会問題化について検討することを通して、この問題の特徴を捉えた。院内感染に関連する新聞記事を分析した結果、記事数の増加は1992年に始まっており、当時の新聞は医療者側から発信されたMRSAに代表される耐性菌による院内感染という問題を報じていた。そして新聞では、1992年以降の記事において、院内感染が「社会問題である」との言説が見られた。それに対して、医学論文の推移をみると、1980年代後半から論文が増加しており、新聞より早く院内感染を「社会問題である」と表明していた。その後、医学論文と新聞記事において院内感染はすでに1980年代に社会問題になっていたとの共通の言説が登場し、現在でもその見方が定着している。

院内感染の社会問題化は医療者が先導した形で始まった。それは、院内感染が医療機関内部で発生していることに加え、1980年代に患者の易感染性や治療に必要な薬剤の使用による薬剤耐性菌の出現などが院内感染を引き起こすことが医療者の間で明らかになってきたからだ。そして医療者が耐性菌による院内感染を社会全体の問題と表明したのに対し、新聞記事や医療訴訟の原告に代表される社会は院内感染という事象そのものを問題としていると推察された。

院内感染が複雑で専門性が高い問題であることは、続く第3章でこの用語の定義を検討することでさらに明らかになった。厚労省では、原疾患とは別の感染症に罹患した場合に院内感染と定義しており、これには患者自身が保有する菌による内因性感染が含まれると

解釈できる。一方、関連学会では、当初は病院内で接種された微生物によるものが院内感染と定義され、内因性感染は除外されていると解釈できたが、のちに内因性感染を含むものへと変わっていった。医療機関を所管する厚労省と感染症の専門家が所属する関連学会において院内感染の定義が一貫していないことを反映し、医学論文では院内感染に内因性感染を含むものと含まないものが混在している。これらのことから、患者はもとより医療従事者や厚労省にとっても院内感染は専門性の高い複雑な問題であると考えられる。それゆえ、患者と医療従事者の間だけでなく、医療従事者間あるいは医療現場と厚労省の間で院内感染とその対応に関する認識にズレが生じており、それが院内感染とその対策に関する理解の妨げとなる恐れがある。

第4章では、院内感染が社会問題となったことにより、厚労省が対策に乗り出した1990年以降の国の院内感染への対応について検討した。厚労省に設置された「中央会議」の議事録を分析した結果、厚労省では1991年以降、院内感染対策のための通知を出したり、各医療機関における院内感染対策を進めるための施策を実施してきたが、国をあげて院内感染対策に取り組むようになったのは1999年に医療事故が相次いで発生し、医療安全対策が大きく推進されてからであった。「中央会議」の専門家らは、院内感染が全て医療事故として扱われることを懸念し、院内感染対策が医療安全の枠組みで捉えられることに対して異議を唱えていた。また、「中央会議」の議事録では、院内感染対策の専門家がない中小規模病院が専門家のいる病院に感染対策を相談できるようにするための地域のネットワーク構築が進んでいないことと、その中で感染管理認定看護師が重要な役割を果たしていることが見てとれた。

第5章では、2007年に全ての医療機関に感染対策のための体制整備が義務づけられたことを受けて2008年に実施したインタビュー調査にもとづき、感染対策チーム(ICT)の活動に焦点を当て、医療機関における感染対策の組織活動の課題について検討した。専従の感染管理認定看護師(CNIC)がいる病床数800床以上の3病院と、CNICのいない100床規模の3病院では、当時は感染対策関連の法律や診療報酬の施設基準に明示されていなかったICTを設置し、院内ラウンドやサーベイランスなどの感染管理活動に積極的に取り組んでいた。800床以上の3病院と100床規模の3病院における院内感染対策の課題には、感染対策費用や人手の問題、感染対策チームと他の医療者の協働の問題など共通したものが認められた。病床数100床規模の病院では、手袋のような日常的に使用する感染対策物品が購入できないなど、感染対策費用の問題の影響がより大きく、800床以上の病院では新採用の看護師が多いことによる弊害や、各科の医師に対する感染症治療への介入の困難さが認められた。2012年に新設された加算1と地域連携加算を取得した病院で活動

する ICN (CNIC と感染症看護専門看護師) への聞き取りから、院内感染対策における ICT と他の医療者との協働の困難は現在でも複数の医療施設の ICN が認識している問題であり、その中で ICN が様々な役割を担っている現状がうかがえた。さらに、ICN は自施設の感染対策だけでなく地域内の連携施設に対する支援においても中心的な役割を担っていることから、身体的・心理的に大きな負荷がかかっていることが推察された。

感染防止対策加算が始まったことで、看護師が CNIC の教育課程へ進学する機運が高まったと考えられることから、第 6 章では 2014 年時点での加算取得状況と、2008 年および 2014 年の感染症専門医 (以下、専門医) と CNIC のデータに基づき、院内感染対策に関する制度の効果と課題について検討した。2008 年から 2014 年にかけて CNIC および専門医の登録者は増加していたが十分とはいえず、人口密集地や全国の病院の 20% に満たない 300 床以上の大規模病院に偏在していた。診療報酬の感染防止対策加算については、全国の大規模病院の 50% 以上が算定額の多い加算 1 を取得していたが、中小規模病院では算定額の少ない加算 2 でも 30% 程度の病院しか取得できていなかった。診療報酬の加算措置が院内感染対策において効果をあげているという報告は散見されるが、加算を取得できない病院への支援とともに、加算取得病院でキーパーソンとなって活動している CNIC への負担軽減が課題となっていると考えられた。

第 2 章から第 6 章の検討から、医療者と社会の人々、医療現場と厚労省、そして医療者間での院内感染とその対策に関する認識に「ずれ」があることと、院内感染対策において ICN の役割が拡張し、負荷が増大していることが見てとれたため、第 7 章ではそれら認識の「ずれ」と、院内感染対策における ICN の役割に焦点を当てて考察した。

院内感染を無くすことはできないという医療者の主張をめぐっての、医療者と社会の人々間の「ずれ」は、医療の専門家と非専門家という立場の違いに加え、院内感染が医療者間でも共通理解されていない複雑で専門性の高い問題であることに起因していると考えられた。医療現場と厚労省の「ずれ」は、院内感染対策を医療安全の一環と考える厚労省と、医療安全に包含されることで医療過誤と誤解されることを懸念する感染対策の専門家の認識の「ずれ」であり、厚労省の施策の中で院内感染対策の位置づけが一貫していないことや院内感染をめぐる医療者と社会の人々の「ずれ」に起因すると考えられた。医療者間では院内感染の定義や院内感染対策の位置づけをめぐる認識に「ずれ」があり、それは厚労省と関連学会における院内感染の定義に齟齬があったり、厚労省の施策における院内感染対策の位置づけが一貫していないことに起因すると考えられた。これらの「ずれ」を調整する機能を果たしていると考えられる ICN は、ICT メンバーの活動をサポートしていたが、それは専従という勤務形態に加えて、従来から他職種と協働してきた職種であ

ることも一因であると考えられた。しかし、診療報酬の加算や地域連携の推進などによって ICN の役割は拡張し、身体的・心理的な負荷となっていることから、ICN を支援する施策を早急に進める必要性が示唆された。

2 本研究の意義と今後の展望

本研究の意義は、国と医療現場、そして社会の視点から院内感染とその対策について検討することにより、医療者と社会の人々、医療現場と厚労省、そして医療者間の認識に「ずれ」があることを明らかにしたことである。

まず、医療者間の「ずれ」については、従来から、ICT が推進する院内感染対策にスタッフから協力が得られないとの報告があることから経験的には知られているが、それがどのようなものかは明らかにされていない。本研究では、院内感染の定義の変遷と厚労省に設置された「中央会議」の議事録の分析から、医療者の間で院内感染に内因性感染を含むかどうか、また、院内感染対策を医療安全の一環と考えるかどうかといった認識に「ずれ」があることを明らかにすることができた。さらに院内感染の定義に関して、関連学会では内因性感染を含まないものから含むものへと変化してきたことも明らかになった。本研究の知見から、全ての医療機関に義務づけられている全職員を対象とした院内感染対策の研修会では、まずは院内感染の定義や院内感染対策の位置づけについて医療者間で共通理解を図ることの重要性が示唆された。

次に、医療現場と厚労省の「ずれ」は、院内感染対策を医療安全の一環として扱おうとする厚労省と、院内感染がすべて医療過誤と誤解されることを懸念し、院内感染対策は医療安全の枠組みにはそぐわないと主張する「中央会議」構成員との意見の相違として見いだされた。さらに、このような医療安全と院内感染対策をめぐる両者の認識の「ずれ」を明らかにする過程で、医療監視（現在の立入検査）や診療報酬の加算措置などの厚労省の施策において院内感染対策の位置づけが一貫していないことも明らかになった。そして、厚労省の院内感染対策に関する施策の一貫性のなさは、医療者間の認識の「ずれ」の一因になっていると考えられることから、厚労省が院内感染対策の位置づけを明らかにして医療者に明示することの必要性が示唆された。

最後に、医療者と社会の人々の「ずれ」は、院内感染の社会問題化において耐性菌による院内感染を社会問題と表明した医療者と、院内感染そのものを社会問題と捉えた社会の人々との「ずれ」であり、院内感染をゼロにはできないという医療者の主張をめぐる認識の「ずれ」として浮き彫りになった。先に述べた、院内感染対策が医療安全に包含されることをめぐる医療現場と厚労省の「ずれ」は、この医療者と社会の人々の「ずれ」に起

困していると考えられた。また、医療者と社会の人々の「ずれ」は、院内感染の定義や院内感染対策の位置づけに関する医療者間の認識の「ずれ」が一因になっていると考えられた。

以上のように、医療者と社会の人々、医療現場と厚労省、そして医療者間には院内感染とその対策をめぐる認識に「ずれ」が存在し、それらは相互に関連し合っていると考えられた。院内感染対策を推進するには、これらの「ずれ」を是正していく必要があり、現状においては、ICN が ICT メンバーと院内のスタッフと調整役になりながら、医療者間の「ずれ」を調整する機能を果たしていた。本研究では、ICN が医療者と社会の人々の「ずれ」を是正するためのリスクコミュニケーションにおいても重要な役割を担うことを示したが、院内感染対策において ICN の存在価値が高まる一方で、彼らの役割の拡張と負担の増大も明らかになった。したがって、ICN を支援する施策を早急に進める必要性が示唆された。

今後の展望として、院内感染対策の指針に明文化されている ICT への権限委譲が医療現場で十分に機能していないと考えられたことから、権限を委譲されている ICT と院内のスタッフを対象とした権限委譲に関する研究を行うことと、医療者と社会の人々間の認識の「ずれ」についても、患者や家族を対象とした調査によってより詳細に検証していきたいと考えている。

文献

【A】

荒川創一, 2011, 「感染するとはどういうことかー人体は, 医療従事者は, 感染とどう関わ
うのかー」『日本ハンセン病学会雑誌』 80, 301-304.

浅野一雄・福見秀雄, 1974, 「対談 伝染病予防法の改正問題を衝く」『日本医事新報』
2600: 83-93.

【C】

CDC, 2007, Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of
Infectious Agents in Healthcare Settings(2007) (2017年 2月 2日取得,
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines.pdf>)

【E】

江口成美, 2005, 「国内外の小規模病院の特徴と課題」『日医総研 Annual Report 2005』 1:
107-114.

【F】

藤原奈佳子・小笠原浩美・鈴木初子・宮地眞, 2003, 「医療事故に関する文献的考察と日
刊新聞との比較ー本邦の医学文献および日刊新聞のデータベースからの比較
ー」『公衆衛生誌』 50(9): 855-866.

Freidson, E., 1970, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*.
Atherton Press Inc. (=1992, 進藤雄三・宝月誠訳『医療と専門家支配』恒星
社厚生閣.)

房本英之・鎌田武信, 1989, 「感染防止システム 肝炎予防対策」『医科器械学』 59(11):
544-546.

【G】

五味晴美, 2011, 「感染症教育の現状ーグローバル化時代の感染症教育のあり方ー」『日
本内科学会雑誌』 100: 1401-1408.

五味晴美, 2012, 「院内感染の頻度と現状」『日本内科学会誌』 101(12): 3386-3395.

【H】

Harbarth S., Pittet D., 2003, Control of nosocomial methicillin-resistant
Staphylococcus aureus: Where shall we send our hospital director next time?
Infection control and hospital epidemiology 24(5): 314-316.

浜田幸宏・山岸由佳・加藤由紀子・岡前朋子・久留宮愛・末松寛之・他, 2014, 「社会的組織（システム）における感染の予防 4.医療関連感染対策の組織化」『小児科臨床』 67(4): 665-670.

服部律子・中嶋文子・奥川ゆかり・水信真美子・石川真奈美・鈴木明日香・他, 2014, 「分娩を取り扱う小規模病院、有床診療所に勤務する看護師の学習ニーズ」『愛知母性衛生学会誌』 31: 52-60.

平松和史・門田淳一, 2010, 「薬剤耐性菌感染症に対する予防・治療戦略」『日本化学療法学会雑誌』 59(2): 151-157.

堀口逸子・柏木知子・丸井英二, 2008, 「住民への普及啓発が必要な感染症は何か—行政機関感染症対策担当者を対象とした質的調査—」『感染症学雑誌』 82(2): 67-72.

【I】

ICD 制度協議会, 2003, 「インフュクシヨソコントルドクター制度規則 (ICD)」, ICD 制度協議会ホームページ, (2017年11月24日取得, <http://www.icdjc.jp/kisoku.html>)

一山智, 2015, 「多剤耐性菌の感染制御」『日本内科学会雑誌』 104: 1761-1772.

Illich, I., 1976, *Limits to Medicine: Medical Nemesis - The Expropriation of Health*, Marion Boyars, London (=1979, 金子嗣郎訳『脱病院化社会 医療の限界』晶文社.)

院内感染対策研究会編集, 1989, 『院内感染対策マニュアル』南江堂.

【K】

賀来満夫, 2006, 「病院感染症の制御とその経済効果」『日本内科学会雑誌』 95(9): 1946-1950.

賀来満夫, 2014, 「欧米における感染制御—わが国との比較—」『泌尿器外科』 17: 367-371.

金崎浩之・内藤俊夫・小林弘幸, 2016, 「院内感染に関する医療訴訟の解析」『日本病院総合診療医学会雑誌』 10(2): 16-20.

刈谷直子・朝野和典・磯博康, 2016, 「感染防止対策加算導入後の院内感染対策における地域医療連携の効果」『日本環境感染学会誌』 30(1): 24-31.

柏木知子・堀口逸子・石川直子・丸井英二, 2009, 「住民に普及啓発すべき感染症—感染症診療に従事する臨床医を対象にしたデルファイ調査」『感染症学雑誌』 83(1): 12-18.

- 川名林治, 1974, 「院内感染の予防について」『医科機器学雑誌』44(1): 26-39.
- 木津純子・堀誠治・岩田敏, 2015, 「医学部・看護学部・薬学部における感染制御教育の実態」『日本環境感染学会誌』3(3): 202-206.
- 小林寛伊, 1990, 「用語」, 日本環境感染学会編『病院感染防止指針』南山堂, 3-5.
- 小林寛伊, 1995, 「Introduction」, 厚生省健康政策局監修・日本感染症学会編集『院内感染対策テキスト』へるす出版, 1.
- 小林寛伊, 2000, 「Introduction」, 日本感染症学会編集・厚生労働省医薬局安全対策課編集協力, 『改訂4版 院内感染対策テキスト』へるす出版, 1.
- 小林寛伊, 2002, 「院内感染対策をめぐって 感染対策委員会とICTの役割」『日本医師会雑誌』127(3): 337-339.
- 小林寛伊, 2003, 「感染制御とは」, 小林寛伊, 吉倉廣, 荒川宜親編集・厚生労働省医薬局安全対策課編集協力, 『改訂2版 エビデンスに基づいた感染制御 第1集/基礎編』メヂカルフレンド社, 3-12.
- 小林寛伊, 2004, 「認定インフェクションコントロールドクターの日常業務に関する調査」『感染症学会雑誌』78(7): 609-614.
- 小林義和・吉田祐貴・山田昌矢・浅井雅彦・織田元・生田宏次, 2016, 「『感染防止対策加算1』取得前後における感染対策備品費とMRSA感染症罹患率の変化」『日本環境感染学会誌』31(6): 370-377.
- 厚生労働省, 2002, 「医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために～」, 厚生労働省ホームページ, (2017年10月6日取得,
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-1y.html>)
- 厚生労働省, 2003a, 「院内感染対策有識者会議報告書 -今後の院内感染対策のあり方について-」, 厚生労働省ホームページ, (2017年10月6日取得,
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01/s0113-6b.html>)
- 厚生労働省, 2003b, 「医療法施行規則の一部を改正する省令」の施行(特定機能病院に専任の院内感染対策を行う者を配置すること等に係る改正関係)について」(医政発第1105010号)
- 厚生労働省, 2003c, 「医療に係る事故事例情報の取扱いに関する検討部会報告書」, 厚生労働省ホームページ, (2017年10月6日取得,
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/s0415-3a.html>)
- 厚生労働省, 2004, 「医療法施行規則の一部を改正する省令の一部の施行について」(医政発第0921001号)

厚生労働省, 2005a, 「医療施設における院内感染の防止について」(厚生労働省医政局指導課長通知, 医政指発第 0201004 号 2 月 1 日)

厚生労働省, 2005b, 「院内感染対策中央会議について」, 厚生労働省ホームページ, (2017 年 10 月 6 日取得, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01/s0113-6a.html>)

厚生労働省, 2005c, 「今後の医療安全対策について」, 厚生労働省ホームページ, (2017 年 10 月 6 日取得, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0906-3c.pdf>)

厚生労働省, 2005d, 「院内感染対策地域支援ネットワークについて」, 厚生労働省ホームページ, (2015 年 10 月 16 日取得, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01/s0113-6d.html>)

厚生労働省, 2005e, 「第 1 回院内感染対策中央会議議事録」, 厚生労働省ホームページ, (2017 年 11 月 23 日取得, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/txt/s0320-3.txt>)

厚生労働省, 2006, 「平成 18 年度診療報酬改定の概要」, 厚生労働省ホームページ, (2017 年 10 月 5 日取得, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/02/dl/s0215-3u.pdf>)

厚生労働省, 2006b, 「第 2 回院内感染対策中央会議議事録」, 厚生労働省ホームページ, (2017 年 11 月 23 日取得, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/txt/s0320-3.txt>)

厚生労働省, 2006c, 「第 3 回院内感染対策中央会議議事録」, 厚生労働省ホームページ, (2017 年 11 月 23 日取得, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/txt/s0906-4.txt>)

厚生労働省, 2007a, 「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」(厚生労働省医政局長通知 医政発第 0330010 号)

厚生労働省, 2007b, 「第 4 回院内感染対策中央鍵議事録」, 厚生労働省ホームページ, (2017 年 11 月 23 日取得, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/txt/s0315-4.txt>)

厚生労働省, 2008, 「平成 20 年度の医療法第 25 条第 1 項の規定に基づく立入検査の実施について」(医政発第 0609002 号)

厚生労働省, 2009, 「第 8 回院内感染対策中央鍵議事録」, 厚生労働省ホームページ, (2017 年 11 月 23 日取得, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/10/txt/s1021-2.txt>)

厚生労働省, 2010a, 「平成 22 年度の医療法第 25 条第 1 項の規定に基づく立入検査の実施について」(医政発 0517 第 12 号)

厚生労働省, 2010b, 「平成 22 年度診療報酬改定における主要改訂項目について」, 厚生労働省ホームページ, (2017 年 10 月 6 日取得,
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/index-003.pdf>)

厚生労働省, 2010c, 「第 9 回院内感染対策中央会議議事録」, 厚生労働省ホームページ,
(2017 年 11 月 2 日取得,
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000136wh.html>)

厚生労働省, 2010d, 「第 10 回院内感染対策中央会議議事録」, 厚生労働省ホームページ,
(2017 年 11 月 2 日取得,
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000013eca.html>)

厚生労働省, 2011a, 「院内感染対策中央会議提言について」(厚生労働省医政局指導課長
通知 事務連絡 平成 23 年 2 月 8 日)

厚生労働省, 2011b, 「医療機関等における院内感染対策について」, 厚生労働省ホームページ
(2014 年 9 月 17 日取得, <http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/01/dl/tp0118-1-76.pdf>).

厚生労働省, 2012a, 「平成 24 年度診療報酬改定の概要」, 厚生労働省ホームページ, (2017
年 10 月 5 日取得,
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/gaiyou.pdf>)

厚生労働省, 2012b, 「平成 24 年度行政事業ビューシート」, 厚生労働省ホームページ,
(2017 年 10 月 5 日取得, http://www.mhlw.go.jp/jigyo_shiwake/gyousei_review_sheet/2012/h23_pdf/0024-12.pdf)

厚生労働省, 2013a, 「平成 25 年度の医療法第 25 条第 1 項の規定に基づく立入検査の実
施について」(医政発 0610 第 10 号)

厚生労働省, 2013b, 「平成 25 年(2013) 医療施設(動態)調査・病院報告の概況」, 厚生労働
省ホームページ (2014 年 9 月 8 日取得,
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/13/dl/gaikyo.pdf>).

厚生労働省, 2014a, 「医療機関における院内感染対策について」(厚生労働省医政局地域
医療計画課長通知 医政地発 1219 第 1 号 平成 26 年 12 月 19 日)

厚生労働省, 2014b, 「医療施設動態調査(平成 26 年 3 月末概数)」, 厚生労働省ホームペー
ジ (2014 年 7 月 3 日取得, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m14/is1403.html>).

厚生労働省, 2015a, 「平成 27 年(2015)医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況」, 厚生労働省ホームページ, (2017 年 4 月 2 日取得,
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/15/dl/02_01.pdf)

厚生労働省, 2015b, 「薬剤耐性菌対策に関する提言の送付について」, (厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡 平成 27 年 4 月 1 日)

厚生労働省, 2015c, 「第 12 回院内感染対策中央会議議事録」, 厚生労働省ホームページ, (2017 年 11 月 24 日取得,
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000076230.html>)

厚生労働省, 2015d, 「平成 27 年行政事業レビューシート」, 厚生労働省ホームページ, (2017 年 11 月 24 日取得,
http://www.mhlw.go.jp/jigyo_shiwake/gyousei_review_sheet/2015/h26_pdf_saisyu/003-9.pdf#search)

厚生労働省, 2016a, 「全入院患者部門 JANIS (一般向け) 期報・年報」 (2017 年 4 月 2 日取得, <https://janis.mhlw.go.jp/report/zen.html>)

厚生労働省, 2016b, 「薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン」 (2017 年 11 月 2 日取得, <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000120769.pdf>)

厚生労働省, n.d.a, 「JANIS について」 (2017 年 4 月 2 日取得,
<https://janis.mhlw.go.jp/about/index.html>)

厚生労働省, n.d.b, 「主な医療安全関連の経緯」, 厚生労働省ホームページ, (2017 年 11 月 16 日取得, <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/keii/>)

厚生省, 1987, 「医療機関等における B 型肝炎の予防について」 (厚生省健康政策局長通知, 健政発第 37 号, 8 月 6 日)

厚生省, 1991, 「施設における院内感染の防止について」 (厚生省健康政策局指導課長通知 指第 46 号 6 月 26 日)

厚生省, 1992, 「医療施設における院内感染の防止について」 (厚生省健康政策局指導課長通知 指第 56 号 7 月 23 日)

厚生省, 1993a 「院内感染対策への積極的な取り組みについて」 (厚生省健康政策局長通知 健政発第 47 号 1 月 21 日)

厚生省, 1993b 「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」 (厚生省健康政策局長通知 健政発第 98 号 2 月 15 日)

- 厚生省, 1993c 「院内感染対策整備事業の実施について」(厚生省健康政策局長通知 健政発第 387 号 6 月 15 日)
- 厚生省, 1996a, 「平成 8 年度の医療監視・経営管理及び衛生検査所の指導の実施について」(健政発第 327 号)
- 厚生省, 1996b, 「診療報酬点数表等の改正等について」(厚生省保険局長通知 保発第 20 号)
- 厚生省, 2000, 「新診療報酬点数表(平成 6 年 3 月厚生省告示第 54 号)等の一部改正等について」(厚生省保険局長通知 保発第 35 号)
- 隈本邦彦, 2008, 『医療・看護事故の真実と教訓』, ライフサポート社.
- 桑原博道・川崎志保理, 2016, 「MRSA, 緑膿菌等に対する感染予防・感染後の対応に関する裁判例の解析」『日本環境感染学会誌』 31(4): 252-268.

【M】

- 前田由美子・武野健太, 2009, 「開業動機と開業医(開設者)の実情に関するアンケート調査」『日医総研ワーキングペーパー』日本医師会総合政策研究機構ホームページ, (2013 年 9 月 27 日取得,
<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=413>)
- 前澤佳代子・寺島朝子・黒田裕子・堀誠治・木津純子, 2014, 「診療報酬改定による医療施設の感染防止対策の変化」『日本環境感染学会誌』 29: 429-436.
- 松本文夫・辻明良, 2001, 「病院感染とは」, 日本環境感染学会監修『病院感染防止マニュアル』オフィス・エム・アイ・ティ, 1-4.
- 松岡慶樹・鹿角昌平・丸山晴生・清原健二・久保田健・田中健二・他, 2013, 「長野県北信の地域感染ネットワークにおける感染防止対策加算の効果」『環境感染学会誌』 28: 361-366.
- 南須原康行・佐久嶋研・奥原芳子・渋谷かをり・伊藤陽一・石川誠・他, 2013, 「7 対 1 看護導入がインシデント報告件数に与えた影響について - 新人看護職数の増加に着目し -」『日本医療マネジメント学会誌』 14(1): 25-30.
- 三輪亮寿, 2006, 「MRSA 訴訟からの教訓」『感染症学雑誌』 80: 353-357.
- 宮川操・安原由子・谷岡哲也, 2012, 「7 対 1 看護体制導入後の急性期病院一般病床における看護師の人員配置に対する評価」『四国医学雑誌』 68(3-4): 125-130.
- 三宅寿美・脇本寛子, 2011, 「インターネット調査による我が国の一般市民における『咳エチケット』の認識度」『日本環境感染学会誌』 26(2): 87-93.

- 文部科学省, 2014, 「リスクコミュニケーションの推進方策」, 文部科学省ホームページ, (2018年1月2日取得,
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/gijyutu/gijyutu2/064/houkoku/__icsFiles/afieldfile/2014/04/25/1347292_1.pdf)
- 森兼啓太, 2017, 「解説 医療関連感染—日本の現状と対策: 他職種による共同によって感染対策は達成される」『クリニックマガジン』44(6): 9-13.
- 森下幸子・草場恒樹, 2013, 「院内感染に関する患者(一般市民)の意識・実態調査 2—過去6年間に渡る全国調査結果からみえた患者行動の変化—」『日本環境感染学会誌』28(1): 39-43.
- 村山達三, 1927, 「痘瘡小話」『日本伝染病学会雑誌』2(7): 84-86.

【N】

- 内閣官房, n.d., 「行政事業レビュー」, 内閣官房ホームページ, (2017年10月7日取得, <http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/gyoukaku/review.html>)
- 中澤靖・柴孝也, 1996, 「耳鼻科における院内感染」『耳鼻咽喉科展望』39(1): 88-93.
- 日本医療機能評価機構, 2007, 「医療事故情報収集等事業第10回報告書」, 日本医療機能評価機構ホームページ, (2017年11月24日取得, http://www.med-safe.jp/pdf/report_10.pdf)
- 日本医療機能評価機構, 2016, 「医療事故情報収集等事業要綱」, 日本医療機能評価機構ホームページ, (2017年10月6日取得, http://www.med-safe.jp/pdf/youkou_h28.pdf)
- 日本看護系大学協議会, 2016, 「平成29年度版専門看護師教育課程基準 専門看護師教育課程審査要項」, 日本看護系大学協議会ホームページ (2017年3月16日取得, <http://www.janpu.or.jp/download/pdf/cns.pdf>)
- 日本看護協会, 2008, 「感染管理の認定看護師登録者一覧」, 日本看護協会ホームページ (2008年4月21日取得,
http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/touroku/show_unit.cgi?mode=).
- 日本看護協会, 2009, 「認定看護師教育基準カリキュラム」, 日本看護協会ホームページ (2013年5月11日取得, <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2012/09/09kansen.pdf>)

- 日本看護協会，2014a，「分野別都道府県別登録者検索」，日本看護協会ホームページ
(2014年4月2日取得，<http://nintei.nurse.or.jp/certification/General/GCPP01LS/GCPP01LS.aspx>) .
- 日本看護協会，2014b，「2012年認定看護師の活動及び成果に関する調査報告書」，日本看護協会ホームページ (2014年5月5日取得，
<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2014/04/cn-2012chosa.pdf>) .
- 日本看護協会，2016a，「認定看護師教育機関別の開講状況・定員数一覧」，日本看護協会ホームページ，(2017年3月16日 http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2016/11/CN_kikanitiran_20161108.pdf)
- 日本看護協会，2016b，「都道府県別専門看護師登録者数」，日本看護協会ホームページ
(2017年4月10日取得，http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2016/12/CNS_map-201512.pdf)
- 日本看護協会，2017，「都道府県別認定看護師登録者数」，日本看護協会ホームページ
(2017年11月23日取得，http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2017/09/CN_map201707.pdf) .
- 日本看護協会，n.d.a，「認定看護師 (Certified Nurse) への道」，日本看護協会ホームページ (2017年11月24日取得，http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2017/09/CN_miti-20170714.pdf) .
- 日本看護協会，n.d.b，「専門看護師 (Certified Nurse Specialist)への道」，日本看護協会ホームページ (2017年11月24日取得，http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2016/12/CNS_miti-20161209.pdf) .
- 日本感染症学会，1970，「伝染病予防法改正問題に関する当学会としての経過報告」『感染症学雑誌』44(6): 364-366.
- 日本感染症学会，2008，「感染症専門医制度-専門医名簿 (2008年1月1日現在)」，日本感染症学会ホームページ (2008年4月21日取得，
<http://www.kansensho.or.jp/senmoni/meibo.html>) .
- 日本感染症学会，2010a，「一般の方への情報提供——多剤耐性菌を正しく理解するためのQ&A」，日本感染症学会ホームページ，(2017年10月16日取得，
<http://www.kansensho.or.jp/mrsa/100913publicqa.html>)

- 日本感染症学会, 2010b, 「感染症専門医の医師像・適正数について」, 日本感染症学会ホームページ (2014年3月23日取得,
<http://www.kansensho.or.jp/senmoni/info/14.html>).
- 日本感染症学会, 2013, 「専門医制度規則」, 日本感染症学会ホームページ (2014年3月14日取得, <http://www.kansensho.or.jp/senmoni/kisoku.html>).
- 日本感染症学会, 2014, 「専門医名簿 (2014年1月29日現在)」, 日本感染症学会ホームページ (2014年2月28日取得,
<http://www.kansensho.or.jp/senmoni/pdf/meibo.pdf>).
- 日本感染症学会, 2016, 「創薬促進検討委員会・抗微生物薬適正使用推進委員会 提言第2弾: 世界的協調の中で進められる耐性菌対策」, 日本感染症学会ホームページ (2017年11月23日取得,
http://www.kansensho.or.jp/news/gakkai/pdf/1603_resistant_bacteria_measures_02.pdf)
- 日本感染症学会, n.d.a, 「施設内感染対策事業・施設内感染対策相談窓口」, 日本感染症学会ホームページ, (2017年10月16日取得,
<http://www.kansensho.or.jp/sisetunai/>)
- 日本感染症学会, n.d.b, 「施設内感染対策事業・“e-Consultation” 症例相談コーナー」, 日本感染症学会ホームページ, (2017年10月16日取得,
<http://www.kansensho.or.jp/econsul/>)
- 新村出 (編集), 2008, 広辞苑第6版, 岩波書店.
- 西塚至・築山節・末岡栄二・鈴木宏・清水郭子・中西泉, 他, 2007, 「都内病院における看護師不足の現状と院内感染対策への影響」『日本医師会雑誌』136(9): 1797-1803.
- 【○】**
- 大久保憲, 2016, 「わが国の感染制御関連施策の変遷とその背景」『環境感染学会誌』31(4): 213-223.
- 大曲貴夫, 2014, 「感染症対策の世界的な動向」『医療の質・安全学会誌』9(4): 362-364.
- 大城孟, 1994, 「院内感染事故における医事紛争の動向」『総合臨牀』43(7): 1297-1300.
- 太田美智男・一山智, 1965, 「院内感染対策の考え方と実際」『日本細菌学雑誌』50: 765-775.

【S】

- 佐分利輝彦, 1981, 「病院管理としての感染防止」『医療』 35(11): 983-987.
- 櫻本恭司, 2012, 「院内感染対策における診療報酬改定のインパクト」『日本内科学会雑誌』 101: 3192-3200.
- 齊藤秀行, 2011, 「院内感染とリスクマネジメント」『耳鼻咽喉科・頭頸部外科』 83: 51-56.
- 斎藤博・中山淳・川上由行・沖村幸枝・森泉ゆかり・掘金若葉・他, 1991, 「信州大学付属病院における院内感染対策の現状と問題点」『日本環境感染学会誌』 6: 43-45.
- 斎藤ゆみ・賀来満夫, 1993, 「看護者の手指細菌（叢）に関する基礎的研究」『日本環境感染学会誌』 8(2): 23-32.
- 坂上賀洋, 1997, 「法定伝染病から届け出伝染病へ」『総合臨牀』 46(5): 1511-1514.
- 境美代子・長谷奈緒美・吉井美穂, 2010b, 「小規模病院, 診療所における感染対策の現状-改正医療法後における感染管理体制の実態調査より-」『環境感染誌』 25(5): 295-300.
- 佐々木忠正, 1977, 「伝染病予防法改正を急げ」『日本医事新報』 2782: 93-96.
- 佐藤雅浩, 2013, 『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』新曜社.
- 佐藤幸光・佐藤久美子, 2007, 『必携 医療安全に活かす 医療人間工学』医療科学社.
- 品川長夫・由良二郎, 1995, 「院内感染に関するアンケート成績—第2回院内感染対策講習会（東海・北陸地区）受講看護婦を対象に—」『環境感染』 10(2): 1-5.
- Siegel J., D., Rhinehart E, Jackson M, et al: 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. *American Journal of Infect Control* , 35: S65-164.
- 清水喜八郎, 2010, 「日本環境感染学会創立 25 年に想う」『日本環境感染学会誌』 25: 63-67.
- 副島林造, 1993, 「病院感染をめぐる諸問題」『日本内科学会雑誌』 82: 1-2.
- 総務省, 2013, 「医療安全対策に関する行政評価・監視 結果報告書」, 総務省ホームページ (2017年10月6日取得, http://www.soumu.go.jp/main_content/000245492.pdf).
- 杉和郎・中田範夫, 2006, 「『病院経営上の問題点』に関するサーベイリサーチ」『IRYO』 60(9): 555-561.
- 鈴木明子, 2015, 「診療報酬の変遷からみた我が国の感染制御の発展に関する研究」『東京医療保健大学大学院医療保健学研究科博士論文』

鈴木里和, 2012, 「厚生労働省院内感染対策サーベイランス (JANIS) 公開・還元情報の活用」『保健医療科学』 61(4): 324-330.

【T】

高鳥毛敏雄, 2004, 「特集-公衆衛生対策におけるリスクコミュニケーション ; 公衆衛生とリスクコミュニケーション」『公衆衛生』 68(7): 504-507.

武澤純, 2004, 「院内感染及び人工呼吸器に関連した医療事故防止システムアプローチ」『日本農村医学会雑誌』 52(6): 937-946.

滝上正・北本治・谷荘吉, 1964, 「緑膿菌感染症の臨床的研究 第3報 緑膿菌の喀痰内分布」『日本伝染病学会雑誌』 38: 311-317.

田代正昭, 1976, 「病院内感染の対策と管理特集 皮膚科」『臨床と研究』 53: 2277-2282.

戸川温・高田徹, 2013, 「ICT, ICD の役割」『感染対策 ICT ジャーナル』 8(4): 293-298.

富家恵海子, 1990, 『院内感染』, 河出書房新社.

富家恵海子, 1992, 『院内感染ふたたび』, 河出書房新社.

【W】

和田光一・荒川正昭, 1994, 「MRSA の教訓と今後の院内感染防止対策(2)MRSA が提起した日本の医療の問題点」『最新医学』 49(8): 103-106.

【Y】

八木哲也, 2009, 「医療の現場から-病院感染対策」『現代医学』 57(1): 113-117.

矢島鉄也, 1994, 「MRSA の教訓と今後の院内感染防止対策(9)院内感染に関する行政から医療機関への要望」『最新医学』 49(8): 1411-1445.

山口さおり・八代利香・吉留厚子, 2010, 「鹿児島県における専門看護師・認定看護師に関する教育ニーズ調査」『日本農村医学会雑誌』 59: 35-43.

山口雅子・乗松貞子・林沙絵子, 2006, 「効果的な手洗い指導法の検討」『大学教育実践ジャーナル』 4: 9-16.

山内桂子・山内隆久, 2005, 『医療事故 なぜ起こるのか, どうすれば防げるのか』朝日新聞社.

矢内充, 2017, 「院内感染 (医療関連感染)」『日大医学雑誌』 76(3): 121-124.

矢野晴美, 2012, 「院内感染の頻度と予防」『日本内科学会雑誌』 101: 3386-3395.

安原美王麿, 1969, 「急性伝染病の推移と伝染病予防法の再検討」『日本伝染病学会雑誌』 43(5): 91-108.

安原美王麿, 1976, 「何故に伝染病予防法を改正せぬか」『日本医事新報』 2742: 95-97.

資料

院内感染に係わる社会の出来事と国の施策

西暦	和暦	社会の出来事・感染事例など	国の施策
1897	M30		「伝染病予防法」制定
1926	T15	日本伝染病学会（日本感染症学会）設立	
1927	S2	11月_「院内感染」訴訟記事の初出（読賣新聞）	
1968	S43		厚生大臣から「伝染病予防調査会」に対して伝染病予防法改正について諮問
1970	S45		「伝染病予防調査会」が伝染病予防対策の基本方針に関する中間答申を厚生大臣に提出
1974	S49		「医療監視」の重点項目に「院内感染対策」を追加
1981	S56		「感染症発生動向調査」開始
1985	S60	「日本環境感染学会」の設立準備委員会発足（第1回総会1986年）	厚生科学研究「院内感染症の現状と対策に関する研究」開始（1987年まで）
1987	S62		8月_「医療機関等におけるB型肝炎の予防について」通知（院内感染を疑わせるB型劇症肝炎の死亡例が報道され、国民に不安が広がっていることから、感染防止に関する体制整備を呼びかけたもの）
1988	S63	3月_NHK朝のニュースでMRSA院内感染事例の報道	
1989	H1		3月_厚生科学研究班『院内感染対策マニュアル』発行（定義抜粋：入院患者が原疾患とは別に新たに罹患した感染症）
1990	H2	1月_富家恵海子『院内感染』出版	
1990	H2	12月_日本環境感染学会『病院感染防止指針』発行（定義抜粋：病院内での微生物接種によって惹起された感染をいう）	
1991	H3		6月_「医療施設における院内感染の防止について」通知（「院内感染症の現状と対策に関する研究」の報告書に基づく）
1992	H4	5月_富家恵海子『院内感染ふたたび』出版 12月_千葉県の富里病院で入院患者のうち109人がMRSAに感染し、うち80人以上死亡との報道	7月_「医療施設における院内感染の防止について」通知（全国の500床以上の病院を対象に行ったMRSA検出状況と対策に関する調査結果が添付された通知「医療施設における院内感染の防止について」が出された）

西暦	和暦	社会の出来事・感染事例など	国の施策
1993	H5		<p>1月_「院内感染対策への積極的な取り組みについて」通知 (MRSA を中心とする院内感染対策を総合的に推進するため)</p> <p>2月_「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」通知 (特定機能病院への院内感染対策の専任者の配置を義務づけ)</p> <p>4月_「院内感染対策の講習会」開始(日本感染症学会が厚労省の委託を受けて実施)</p> <p>6月_「院内感染対策施設整備事業の実施について」通知 (病室の個室化及び個室の空調設備の整備を促進し、患者のプライバシー保護と院内感染の拡大を防止する)</p>
1994	H6	<p>10月_都内の透析専門診療所で4人がB型肝炎に感染し1人死亡との報道</p>	<p>「院内感染対策相談窓口事業」開始(日本感染症学会が厚労省の委託を受けて「院内感染に関する質問についての窓口」開設)</p> <p>「医療監視」の重点事項に「院内の事故防止」を追加</p> <p>6月_「院内感染対策設備整備事業の実施について」通知 (自動手指消毒器の整備を促進し、手指を媒介とした MRSA 等による院内感染の拡大防止を図る)</p>
1995	H7	<p>3月_日本感染症学会『院内感染対策テキスト』発行(定義抜粋：病院内で接種された微生物によって引き起こされる感染症)</p> <p>4月_富家恵海子『院内感染のゆくえ』出版</p> <p>日本感染症学会「感染症認定医(現、感染症専門医)制度」開始</p>	<p>3月_「医療機関における院内感染対策の推進について」通知(東京都内の透析医療機関において発生した院内感染を疑わせる B 型劇症肝炎の死亡事例に関する調査報告書の概要を添付し、透析施設への医療監視を重点的に実施することを促す)</p>
1996	H8	<p>7月_慶應大学病院でレジオネラ症の院内感染で1人死亡との報道</p> <p>12月_朝日大学歯学部付属村上記念病院で看護師ら9人が結核に院内感染</p> <p>12月_国立奈良病院で医師・看護師ら9人が結核に集団感染との報道</p>	<p>診療報酬改定：1日につき1床あたり5点(50円)加算。「入院環境料」の中で、院内感染対策委員会、手洗い設備等の病院の院内感染防止対策を新たに評価。</p> <p>4月_「医療監視」で「院内感染防止対策」が重点項目となり「院内の事故防止」が留意事項になる</p> <p>11月_「院内感染防止対策の徹底について」通知(「レジオネラ症対策報告書」と厚生省のレジオネラ症防止指針を添付)</p>
1997	H9		<p>1月_「結核の集団感染防止対策について」通知</p> <p>4月_「バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)に対する院内感染防止対策について」通知(「薬剤耐性菌対策に関する専門家会議」の報告書の周知徹底のため)</p>
1998	H10		<p>7月_「バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)に対する院内感染防止対策について」通知(1997年通知以降、VREの感染者が9件報告されていることから、引き続き関係機関への周知徹底を図るため)</p>

西暦	和暦	社会の出来事・感染事例など	国の施策
1999	H11	<p>ICD 制度協議会「インフェクションコントロールドクター制度」開始</p> <p>1月_横浜市立大学病院で肺手術と心臓手術の患者取り違い事件が発生</p> <p>2月_都立広尾病院で消毒液を誤って静脈内に投与し患者が死亡する事件が発生</p> <p>5月_兵庫県加古川市の泌尿器科診療所で透析患2人がB型肝炎の院内感染で死亡との報道</p> <p>8月_東京都墨田区の病院でセラチアの院内感染で患者3人死亡との報道</p>	<p>4月_「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」施行 *伝染病予防法の廃止 (1981年から実施されてきた「感染症発生動向調査」を同法による施策と位置づけた。感染症の発生情報を正確に把握・分析し、その結果を国民や医療関係者に的確に提供・公開することが目的)</p>
2000	H12	<p>7月_大阪府堺市の総合病院でセラチアの院内感染で患者7人死亡との報道</p>	<p>診療報酬改定:「院内感染対策未実施減算」(1日につき1床あたり5点の減算)</p> <p>7月_「セラチアによる院内感染防止対策の徹底について」通知(セラチアのような弱毒菌であっても死亡につながる院内感染が発生する恐れがあることの注意喚起。感染症法に基づく報告の対象となっていない病原体による院内感染事例についても対策に資する重篤な事例の場合は情報提供を求める)</p> <p>7月_「院内感染対策サーベイランス(JANIS)事業」開始(わが国の院内感染の発生状況や薬剤耐性菌の分離状況を調査し、院内感染の概況を把握して医療現場に情報を還元することを目的)</p> <p>10月_「セラチアによる院内感染防止対策の徹底について」通知(堺市院内感染専門調査班による「セラチア菌による院内感染の疑い事例専門調査班報告書」がまとめられた機会に対策を周知するため)</p>
2001	H13	<p>日本看護協会「感染管理認定看護師」の認定開始</p> <p>3月_日本環境感染学会『病院感染防止マニュアル』発行(定義抜粋:患者自身のもつ菌による内因性感染や菌交代症などの場合も該当する)</p>	<p>5月_「医療安全推進室」および「医療安全対策検討会議」を設置</p> <p>9月_「エンテロバクター菌による院内感染防止対策の徹底について」通知(ヒト腸管内に常在する細菌であっても死亡につながる院内感染が発生する恐れがあることの注意喚起)</p>

西暦	和暦	社会の出来事・感染事例など	国の施策
2002	H14	1月_都内脳神経外科病院でセラチアの院内感染で7人死亡との報道	<p>1月_「セラチアによる院内感染防止対策の再徹底等について」通知（東京都内でセラチア院内感染疑いの死亡事例が報告されたことから注意喚起が目的）</p> <p>4月_「医療安全対策検討会議」報告書「医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために～」発表（今後の医療安全対策，医療安全の確保に当たっての課題と解決方策，国として当面取り組むべき課題についてまとめたもの）</p> <p>7月_「医療に係る事故事例情報の取り扱いに関する検討部会」を設置</p> <p>7月_「院内感染対策有識者会議」発足(院内感染対策についての幅広い視点からの見直し，一層の充実・強化を図ることが目的)</p> <p>7月_「セラチアによる院内感染防止対策の徹底について」通知(都内の医療機関で発生した院内感染事例に対する調査等の報告書がまとめられた機会に対策を周知するため)</p>
2003	H15	SARS（重症呼吸器症候群）の世界的流行	<p>9月_「院内感染対策有識者会議」報告書「今後の院内感染対策のあり方」発表</p> <p>◎現状分析と課題の提示</p> <p>新たな院内感染対策のグランドデザイン（提言）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関、自治体、国、関係団体・学会それぞれの院内感染対策の将来像 ・当面必要な取り組み <p>11月_「医療に係る事故事例情報の取り扱いに関する検討部会」報告書発表(医療に係る事故事例情報の現状と活用の考え方，医療に係る事故事例情報の活用のための具体的な取組についてめとめたもの)</p> <p>11月_「医療法施行規則の一部を改正する省令」の施行(特定機能病院に専任の院内感染対策を行う者を配置すること等に係る改正関係)について」通知(特定機能病院に，院内感染対策に必要な知識を有する医師，歯科医師，薬剤師または看護師のいずれかを専任で置くことが平成16年1月1日から施行されることの周知，第一種感染症指定医療機関にも平成16年3月から専任者配置)</p>

西暦	和暦	社会の出来事・感染事例など	国の施策
2004	H16	<p>3月_北海道立北見病院でメチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)による院内感染で3人死亡との報道</p> <p>6月_大阪大学医学部附属病院で多剤耐性緑膿菌(MDRP)による院内感染で1人死亡との報道</p> <p>9月_京都大学医学部附属病院で多剤耐性緑膿菌(MDRP)による院内感染で2人死亡との報道</p>	<p>「院内感染対策地域支援ネットワーク事業」開始(地域の専門家でネットワークを構築し、中小の医療機関が速やかに相談や助言をもらえるような体制を整備するため、8県=青森、埼玉、静岡、富山、滋賀、岡山、香川、鹿児島でモデル事業開始)</p> <p>9月_「医療法施行規則の一部を改正する省令の一部の施行について」通知(国立高度専門医療センター等における事故等の報告を求めることを通知)</p> <p>10月_「医療事故情報収集等事業」開始</p> <p>11月_「透析医療機関における院内感染対策の推進について」通知(厚生労働科学研究の分担研究成果に基づきまとめられた『透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル(改訂版)』の周知徹底を促すため)</p>
2005	H17	<p>9月_長崎大附属病院で死亡した患者5人が多剤耐性緑膿菌(MDRP)に感染し、うち1人は感染による死亡との報道</p>	<p>1月_「院内感染対策中央会議」設置 第1回会議</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中央会議の趣旨について ・「院内感染対策有識者会議報告書」について ・院内感染対策地域支援ネットワークについて ・第1回中央会議の提言について <p>2月_「医療施設における院内感染の防止について」通知(厚生労働科学特別研究の一環としてなされた研究成果を踏まえて、手術時の手洗いに用いる水は滅菌水である必要はないことなどが示された)</p> <p>5月_「医療安全対策検討ワーキンググループ」が報告書「今後の医療安全対策について」発表(医療事故を未然に防止するために必要な対策等についての提言)</p>
2006	H18	<p>日本看護協会「感染症看護専門看護師」の認定開始</p> <p>6月_埼玉医科大学病院で2004年から多剤耐性緑膿菌(MDRP)に感染した患者6人が死亡との報</p> <p>10月_東京医科大学病院で多剤耐性緑膿菌(MDRP)による院内感染でがん患者4人死亡との報道</p>	<p>3月_「院内感染対策中央会議」第2回会議</p> <ol style="list-style-type: none"> ①新型インフルエンザ対策について ②医療安全対策について <ul style="list-style-type: none"> ・院内感染対策サーベイランス事業について ・院内感染対策地域支援ネットワークについて <p>診療報酬改定:「医療安全対策加算」新設(入院初日に限り50点加算、施設基準に専任の院内感染管理者の配置が盛り込まれた)</p> <p>7月_「多剤耐性緑膿菌(MDRP)をはじめとする院内感染防止対策の徹底について」通知</p> <p>9月_「院内感染対策中央会議」第3回会議</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療法改正に関連する院内感染対策について ・多剤耐性緑膿菌(MDRP)に対する院内感染対策について

西暦	和暦	社会の出来事・感染事例など	国の施策
2007	H19	<p>3月_産業医科大学病院で入院患者9人がバンコマイシン耐性腸球菌(VRE)に感染したとの報道</p> <p>4月_埼玉医科大学病院で入院患者27人からバンコマイシン耐性腸球菌(VRE)が検出されたとの報道</p> <p>5月_東海大学医学部付属大磯病院で入院患者15人がバンコマイシン耐性腸球菌(VRE)に感染したとの報道</p> <p>7月_愛知県の西尾市民病院で入院患者ら28人がバンコマイシン耐性腸球菌(VRE)に感染したとの報道</p> <p>12月_神奈川県茅ヶ崎市立病院で心臓カテーテル検査を受けた患者5人が単回使用の医療機器使い回しによるC型肝炎に感染したとの報道</p>	<p>3月_「院内感染対策中央会議」第4回会議</p> <ul style="list-style-type: none"> ・院内感染対策関連の省令・通知について ・各厚生労働科学研究班の成果について ・平成19年度院内感染対策関連予算案について <p>4月_「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」施行</p> <ul style="list-style-type: none"> ・すべての医療機関に感染管理体制の整備が義務づけられた <ol style="list-style-type: none"> ①院内感染対策のための指針 ②院内感染対策のための委員会 ③従業員に対する院内感染対策のための研修 ④感染症の発生状況の報告、その他院内感染対策推進を目的とした改善のための方策 <p>10月_「薬剤耐性菌による院内感染対策の徹底及び発生後の対応について」通知(厚労省が様々な通知で院内感染対策の徹底を呼びかけてきたにも関わらず、特定機能病院や中核病院においても多剤耐性菌による院内感染が後を絶たない現状にあることから、院内感染対策に関する指導の徹底を通知)</p> <p>12月_「院内感染対策中央会議」第5回会議</p> <p>※非公開</p> <ul style="list-style-type: none"> ・最近のVREによる院内感染事例について ・国として今後必要な対策について(その他の薬剤耐性菌を含む) <p>12月_「院内感染対策中央会議」第6回会議</p> <p>※非公開</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高度医療を提供する病院で発生したVREによる感染事例について ・提言等 <p>12月_「診療行為に伴う院内感染事例の発生及び安全管理体制の徹底について」通知(単回使用医療機器が患者毎に交換されず複数の患者で使用されていた感染事例を受け、指導の徹底を求めた)</p>

西暦	和暦	社会の出来事・感染事例など	国の施策
2008	H20	2月_札幌医科大学付属病院高度救命救急センターで2006年～2007年に入院患者13人から多剤耐性緑膿菌(MDRP)が検出され、うち5人死亡との報道 6月_三重県の整形外科医院でセラチアに患者15人が感染し1人死亡との報道	3月_「院内感染対策中央会議」第7回会議 ・単回使用医療機器に係る安全管理体制の徹底について ・最近の院内感染事例について(埼玉医科大学病院の取り組み) ・札幌医科大学付属病院救命救急センターにおける事例について・バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)の多施設共同研究について ・院内感染対策サーベイランス事業について 3月_「感染症対策特別促進事業について」通知(感染症指定医療機関等の医療従事者を対象に、院内感染防止に関する研修計画を策定することと、厚労省主催の院内感染防止のための研修会へ職員を派遣し、その内容を管内の感染症指定医療機関等の医療従事者に伝達する講習を行うよう示された)
2009	H21	1月_福岡大学病院で多剤耐性アシネトバクターに23人が感染し4人が死亡との報道 新型インフルエンザの世界的流行	1月_「多剤耐性アシネトバクター・バウマニ等に関する院内感染対策の徹底について」事務連絡 10月_「院内感染対策中央会議」第8回会議 ・特定機能病院で発生した多剤耐性アシネトバクター・バウマニによる院内感染事例について ・事例を受けた今後の院内感染の施策に関して ・地域の中小病院に関する院内感染対策支援体制について *看護職2名が構成員に加わった
2010	H22	9月_帝京大学病院で多剤耐性アシネトバクターに46人が感染し9人が死亡との報道	診療報酬改定:「感染防止対策加算」新設(入院初日に限り患者一人あたり100点。「医療安全加算1」の届出医療機関で感染防止部門の設置、感染管理チームによる抗菌薬使用の管理等のほか、ICTの常勤医師と適切な研修を受けた看護師のいずれかは専従とするほか、専任の薬剤師や臨床検査技師がいることが条件) 医療監視における「管理上の重大な事故」に関する情報提供が「院内感染」から「院内感染の集団発生」に変更された 9月_「多剤耐性アシネトバクター・バウマニ等に関する院内感染対策の徹底について」事務連絡 10月_「院内感染対策中央会議」第9回会議 ・帝京大学医学部附属病院における院内感染について ・今後の院内感染対策のあり方について 12月_「院内感染対策中央会議」第10回会議 ・院内感染対策に関する提言について
2011	H23	10月_新潟の県立病院で多剤耐性緑膿菌に3人が感染し1人死亡との報道 10月_千葉県松戸市立病院で多剤耐性緑膿菌による院内感染で3人死亡との報道	2月_「院内感染対策中央会議提言について」事務連絡(第10回「中央会議」の提言がとりまとめられたことを受けて出されたもの) 6月_「医療機関等における院内感染対策について」通知(第10回院内感染対策中央会議の提言を踏まえた通知、感染制御チームの設置と地域における医療機関間の連携、アウトブレイクを疑う基準、保健所への報告が必要な目安などについて明示された)

西暦	和暦	社会の出来事・感染事例など	国の施策
2012	H24	9月_京都大学病院で多剤耐性緑膿菌に入院患者3人が感染し、うち1人死亡との報道 12月_名古屋大学病院でメチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)の院内感染で新生児1人死亡との報道	診療報酬改定:「感染防止対策加算1」(入院初日400点), 「感染防止対策加算2」(入院初日100点), 「感染防止対策地域連携加算」(入院初日100点)が新設された
2014	H26	3月_大阪医療センターでメタロβラクタマーゼ(MBL)産生菌の院内感染で2人死亡との報道	診療報酬改定:「感染防止対策加算1」に算定要件に院内感染対策サーベイランス(JANIS)等, 地域や全国のサーベイランスへの参加が追加され 8月_「院内感染対策中央会議」第11回会議 ・プラスミドを介した院内感染事例について ・通知改正について ①アウトブレイクを疑う基準について ②検査体制について ・各構成員からの意見 12月_「医療機関における院内感染対策について」通知(医療機関における院内感染対策の留意事項が取りまとめられたことを受け, 技術的助言として出されたもの) *アウトブレイクの定義を定めた
2015	H27	5月_世界保健総会で「薬剤耐性(AMR)に関するグローバルアクションプラン」採択	2月_「院内感染対策中央会議」第12回会議 ・感染制御の強化について ①地域連携について ②感染制御におけるICNの役割について ③医療機関に求められるアウトブレイク対応について ・抗菌薬の適正使用について ・サーベイランスの強化について 4月_「『薬剤耐性菌対策に関する提言』の送付について」事務連絡(第12回院内感染対策中央会議でまとめられた「薬剤耐性菌対策に関する提言」の周知のためのもの)
2016	H28		4月_「薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン」発表(医療・畜水産における抗微生物薬の適正使用の推進や適切な感染予防・管理の実践による薬剤耐性微生物の拡大阻止などと国民の薬剤耐性に対する知識や理解を深めることなどが目標とされている)

感染報道は, 朝日新聞あるいは読売新聞の記事による

初出一覧

- ・ 2014, 「病床規模の異なる 6 病院における感染対策の実態」『奈良女子大学社会学論集』
21: 107-121. 《共著・査読有》
→ 第 5 章（一部修正）
- ・ 2015, 「我が国の病院における感染管理体制－2008 年から 2014 年にかけての進展と課題」『奈良女子大学社会学論集』 22: 55-71. 《共著・査読有》
→ 第 6 章（一部修正）
- ・ 2017, 「院内感染の社会問題化に関する一考察」『医療の質・安全学会誌』 12(2): 175-
183. 《単著・査読有》
→ 第 2 章（一部修正）

謝辞

本論文をまとめるにあたり，多くの先生方からご指導や励ましをいただきました。

主任指導教員の松岡悦子先生には，終始懇切丁寧なご指導いただき，心から感謝申し上げます。先生からの様々なご助言がなければ，本論文を完成させることはできなかったと思います。

副指導教員の先生方からも温かいご指導をいただきました。中島道男先生には論文の有機的なつながりの重要性を教えていただき，水垣源太郎先生には組織論の観点から多くのご助言をいただきました。大塚浩先生には，学位論文審査で貴重なご意見やご指摘をいただきました。心より感謝申し上げます。

栗岡幹英先生には，社会学への門戸を開いていただき，いつも温かくご指導いただきました。先生から医療社会学の面白さと難しさを学ぶことができました。厚く御礼申し上げます。

山梨県立大学看護学部教授の平尾百合子先生には，共同研究者としてお世話になっただけでなく，常に励まし支えていただきました。心より感謝申し上げます。

大和大学保健医療学部教授の大野知代先生には，仕事を持ちながら学位を取得した先輩として，いつも温かな励ましをいただきました。心より感謝申し上げます。

松岡先生，栗岡先生，中島先生のゼミでの発表に対して貴重なご意見をくださった院生ならびに修了生の皆様にも御礼申し上げます。

最後に，臨床現場で多くの役割を担い忙しい日々の中，本研究にご協力いただきました看護師の皆様にも厚く御礼申し上げます。