職員とのコミュニケーションにより院内感染対策の効果を最大化する
（～過去の経験を活かして～）

多摩病院　事務部長　三田村　順二郎

多摩病院の概要

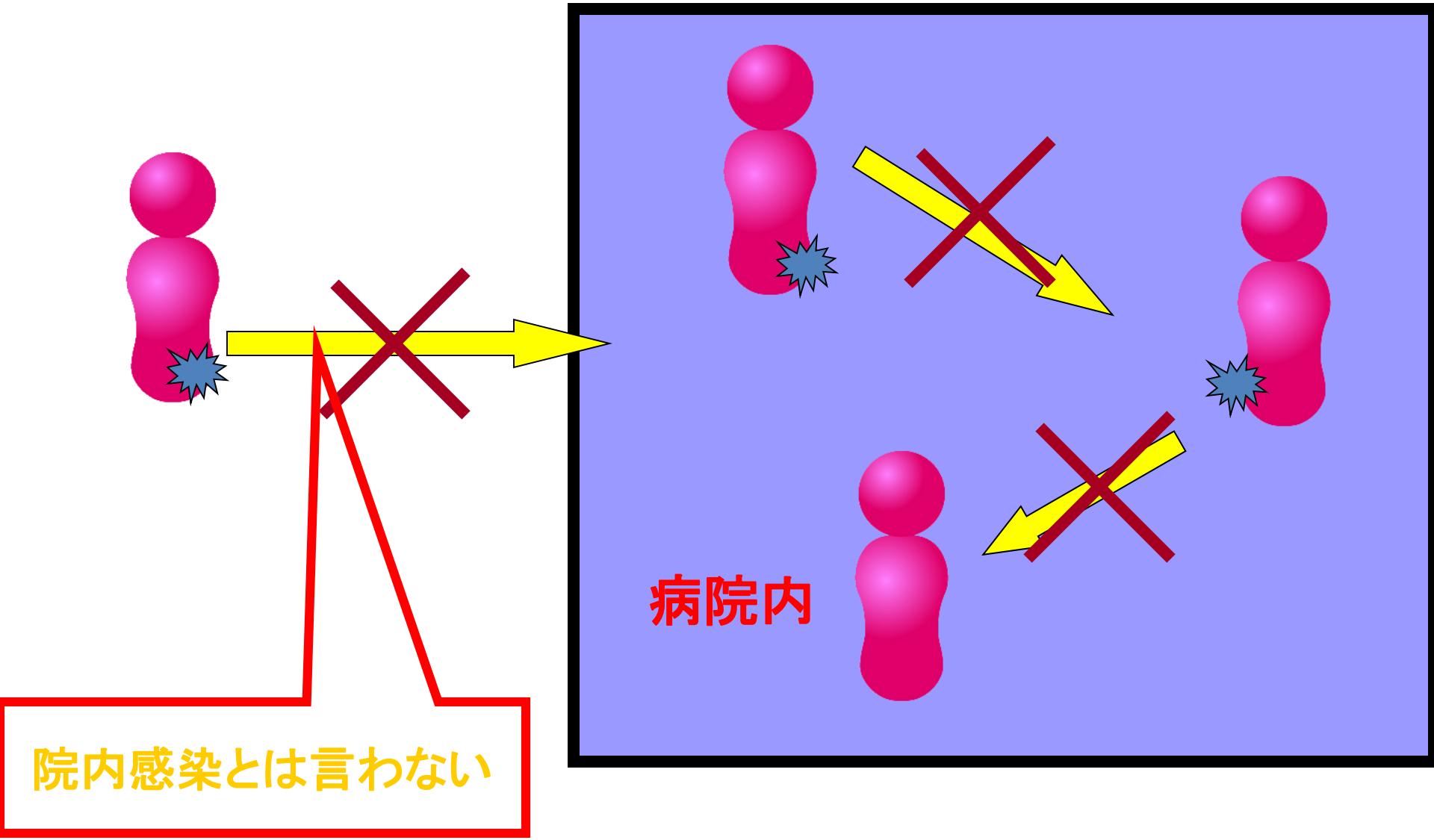
病床数　　３８４　床（精神病床）
病棟数　　６　病棟
　　4病棟　精神一般　15:1
　　2病棟　精神療養　30:1（看護補助含む15:1）
平均在院日数　607日　（平成27年）
医師数　　11.8人　（常勤換算）（内科非常勤2人別）
外来患者数　35.6　人／日　（平成27年）
面会者数　227人　（平成27年12月）
感染防止対策加算　算定　無
ICD.ICN.ICP等の専門性のある職員　無

マネージメント？？？

- システムづくり
- 経費を勘案する
- 十分な職員教育
- ICTはあるけれど…

- 習慣（手指衛生・マスク）
- アウトブレイクには躊躇せず
  （物品のコストは意識）
- 基礎的な知識で対応
  （困ったときは保健所）
- ICTは習慣づくりのお手伝い
  現場の情報収集

院内感染とは…



今さらながら…感染対策の基本

Ⅰ　入れない

Ⅱ　拡げない

Ⅲ　重症化させない

Ⅰ　入れない

手洗い（手指衛生）

⇒きちんとできてますか？

- 手技
- 手指衛生のタイミング

マスク

- つけ方
- 外すタイミング
- 装着時の癖

企画制作

東京都病院協会
感染管理特別委員会

参考資料
「実践臨床看護手技ガイド」

感染管理の基本手技

擦式手指消毒

擦式消毒剤を約3ml手のひらに取る
ポンプの場合、下まで1回押す

mL
(残量目安)
速乾性手指消毒剤
500mL
使用開始
月
日
●組成　ヒビスコール液A　100mL中
(有効成分) クロルヘキシジングルコン酸塩
0.2g
用法・用量、使用上の注意等詳細は添付文書をご参照願います。
引火性
火気厳禁
危険物第4類
アルコール類(エタノール)
水溶性・危険等級II
400
300
200
100
目安
速乾性アルコールジェル
第2類医薬品
手指消毒剤
450
500mL
クロルヘキシジングルコン酸塩0.2%w/v%配合
400
GEL
適量を手に取り、指先までムラなく乾くまで擦り込んでください。
350
のめません
300
火気厳禁
引火性
危険物第4類アルコール類(エタノール)
水溶性・危険等級II
250
使用開始
月
日
200
とりかえの目安
月
日
150
100

液体タイプ　1回　3ml

- ベタベタしない
- 空気中に飛散してしまう
- アルコール依存症の方が飲用
- 500ml　約2000円　➡　1回約12円

ジェルタイプ1回　1.7ml

- ベタベタして使用感が悪い⇒使わない
- 2日位使用しないと固まる
- 500ml　約1700円　➡　1回約5.8円

⇒どちらを選びますか？

受付・会計
ご面会の皆様へ
職員へのお心づかいは
申し訳ございませんが
ご遠慮させて頂きます
院長
Isolation Regular Mask
アイソレーション
レギュラーマスク
First Rate Corporation
December 12

身だしなみ大丈夫ですか？
身だしなみ大丈夫ですか？
入室前に
手の消毒を!!
マスク捨
ゴミ箱

多摩湖自動車

再診受付
社会保険・国民健康保険で受診される場合1割負担で10円、3割負担で40円のご負担となります。
生活保護、自立支援医療を受給されている場合はこの限りではありません。ご不明な点は外来会計窓口にお尋ねください。
多摩病院
平成22年4月1日
お知らせ
①8時から8時15分の間、外来職員が不在になります。
②診察券は、従来通り順番に緑のケースに入れて下さい。
③緊急の場合は、事務当直者に相談して下さい。
医療財団法人緑雲会
院長　持田　政彦
再診受付
First Rate Corporation
アイソレーション
レギュラーマスク
First Rate Corporation
診察券受

OUT

ワクチン

- 入院患者へのインフルエンザワクチン励行

- 高齢者への肺炎球菌ワクチン（平成20年接種）

- 職員へのワクチン励行

⇒インフルエンザ・B型肝炎は自己負担無し、その他のワクチンは実費（麻しん等）

病院特性を勘案した対応

- 病棟に入る時の鍵の消毒
- 面会者、来院者への手指消毒・マスク・うがい
- マスクは無料配布（面会者等へも）
- 家族（同居者）にインフルエンザ発症者がでた場合⇒食事は別の部屋で

職員食堂

急性期病院からの戻り

- 鼻腔ぬぐい液・創傷・炎症・部位の耐性菌検査
  ⇒高い確率でMRSA・耐性緑膿菌の検出
  ESBL産生菌も時折検出

↓

接触感染予防策の実施、2回連続で陰性となると解除

感染情報の職員へのメール配信

- 緊急時のメール配信を利用
  （月々のコストは約1万円）
  ⇒職員の登録が課題

- 感染情報
- 新型インフルエンザのアウトブレイク時にも使用
- 重大アクシデント
- 災害時の安否確認

平成27-28年シーズン

インフルエンザ発生状況のお知らせ（2)

西2病棟職員がインフルエンザを発症したと報告がありました。A型か、B型か報告はありません。昨日30日に日勤で勤務をし、夜から発熱しました。

西2病棟は一時閉鎖とします。

現在、八王子市内ではA型、B型ともに発生していますので感染には注意をお願い致します。

施設内・更衣室に入るとき、病棟内に入るとき、就業時の手指衛生の徹底をお願い致します。速乾性アルコール消毒液は15秒間以上湿らせるように使用してください。また、病棟内でのマスク着用の徹底を含め引き続きインフルエンザ対策へのご協力をお願い致します。

平成28年1月31日

⇒しかし

　いくら予防しても感染症が院内に入ることを100%防ぐことはできません。

事例1　インフルエンザ

平成26年1月15日

- 東１　1名　感染経路不明
  （作業療法の可能性）隔離室へ
- 東２　2名　（看護者1名が13日にインフルエンザ発症）隔離室へ
- 東３　3名　（看護補助者1名が13日にインフルエンザ発症）うち1名1月16日午前6時15分死亡の為委員会開催⇒患者全員に予防投与

⇒3病棟で同時に発症者が出現

事例2　結核

平成13年12月措置入院女性30代（女性入院受け入れ病棟）

入院時胸部Ｘ線施行。疑わしい影があったため近隣の病院にて他科受診　Ｇ（Ｏ）、ＰＣＲ陰性だったため肺に炎症があるのは認識していたが結核ではないであろうと判断。3月中旬措置解除のため退院。4月下旬保健所より連絡があり結核で排菌が確認されたと連絡があった。→接触者検診施行

Point：措置入院患者のため頻回の他科受診は困難が伴う
　　一度の検査で結核を否定してしまった

Ⅱ　拡げない・重症化させない

・　何が起きてるのか？

⇒感染の可能性の枠組みの設定が重要

⇒間違えると…

社団法人日本感染症学会提言2012
～インフルエンザ病院内感染対策の考え方について～

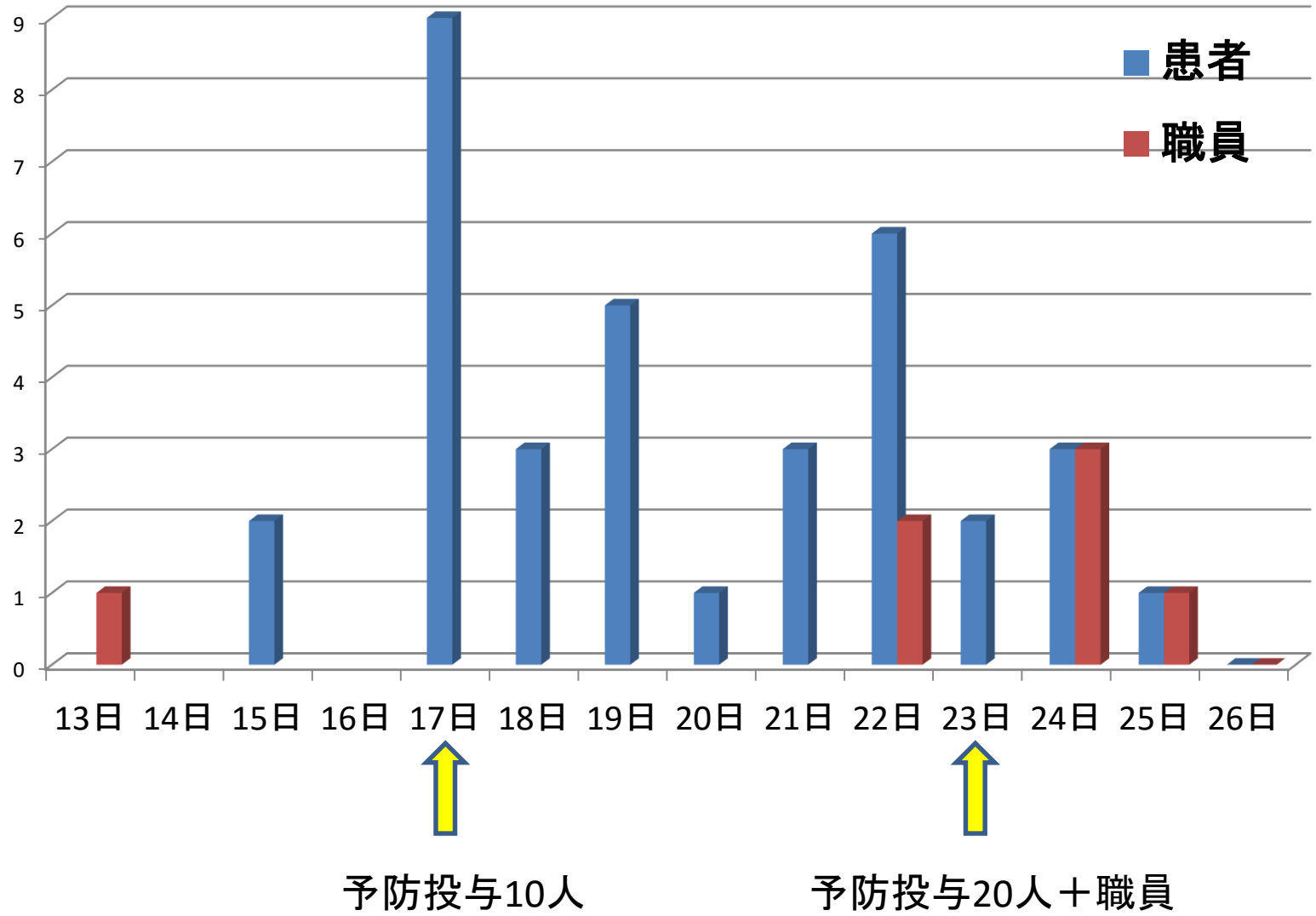
- ＜内容＞
- 要 約
- はじめに
- １．院内感染対策をもっと積極的に行いましょう
- ２．高齢者施設での対応
- ３．入院患者のインフルエンザ（疑い）発生時の対応
- ４．陰圧室の必要はありませんが、大部屋の使用も考えましょう
- ５．インフルエンザを発症した入院患者へは積極的な治療を行いましょう
- ６．インフルエンザが院内で発生した際は、他の入院患者への予防投与を行いましょう
- ７．予防投与の対象者の範囲
- ８．予防投与に伴う懸念は大きくありません
- ９．流行拡大時の職員への予防投与の考え方
- 10. 予防投与に関する他のガイドラインの考え方

抗インフルエンザ薬の予防投与

- 積極的に予防投与を行う
  ⇒発症者が限定できる場合：同室者
  ⇒限定できない場合、病棟（フロア）全体
  （職員も含む）

コスト：約3000円×人数

事例1-②　インフルエンザ発症者数



何故職員に多数感染者がでたか？

① マスクの取り扱い

- 内線電話で話すときにマスクをさげる習慣
- 内線電話受話器の消毒が行われていない
- 会話をする際にマスクをずらす習慣
- マスクを触る習慣
- 喫煙時のマスクの取り扱い
- ライターの共有や喫煙後の手指消毒

→ 職員間では感染が成立しやすい

コスト

- マスク　5.2円／枚
- グローブ　3.9円／枚（パウダーフリー）
- 袖なしビニールエプロン　10円／枚
- 紙コップ　1.7円／個
- 速乾性手指消毒薬　５００ml　　円
- 抗インフルエンザ薬　約　３０００円

事例3　結核

平成15年10月　50代男性　糖尿病　咳、体重減少等の症状あり　ヘビースモーカー　（高齢者、合併症病棟）

血糖ｺﾝﾄﾛｰﾙがうまくいかないので合併症にて他病院に送った。転院先よりG（２）と報告あり。→接触者検診施行

Point：他の内科疾患がありまたヘビースモーカーで以前より咳を繰り返していたため結核の症状で咳、体重減少、微熱等が他の疾患の症状として捕らえられてしまった。また血糖コントロールがうまくいかないため医療者の関心がそちらにむかっていたため見逃された。→他に同じ遺伝パターンで発症した方２名いた。（院内での感染成立を意味している）

事例4　結核

平成16年1月　70代　男性　結核既往あり（慢性期病棟）

微熱、咳（ー）、痰を繰り返していた。その度に去痰薬や抗生物質の投与を繰り返して一時的に改善、喀痰検査も行ったが治療を開始してからの検査だったため痰の量が減少 、 結果陰性。転倒して骨折したため他病院に転院。転院先より結核だったと報告あり。

→接触者検診施行

Point ： 喀痰を採取する時期が抗生物質や去痰薬の治療開始後であった。治療を開始する前に結核を疑わないといけなかった。一度の検査で否定してしまった。今回の例では使用されなかったがレボフロキサシン（クラビット®）では結核菌に対し効果があるため検査結果がマスクされてしまうのでレボフロキサシンで軽快して、症状を繰り返す症例は特に注意する。

事例5　結核

平成16年11月　50代男性（男子入院受け入れ病棟）

　6月より当院デイケア通院、10月デイケア、体調崩し欠席。11月上旬肝機能低下、一般科受け入れ病院 が みつからないため見つかるまで当院に入院依頼、両親高齢のため入院となる。肺炎併発し抗生物質反応せず。肝機能のｺﾝﾄﾛｰﾙも含め合併症ルートにて11月 中 旬転院、転院先より結核であることが報告される。→接触者検診一部施行

Point：入院時のスクリーニングができていなかった。入院期間が短かったので継続する有症状としてはもれていた。内科医師が細菌感染による肺炎と診断した。（結核を内科医師が疑わなかった。）転院を前提とした入院だったため医療者に油断があった。

事例６　結核

平成16年12月50代男性（慢性期病棟）

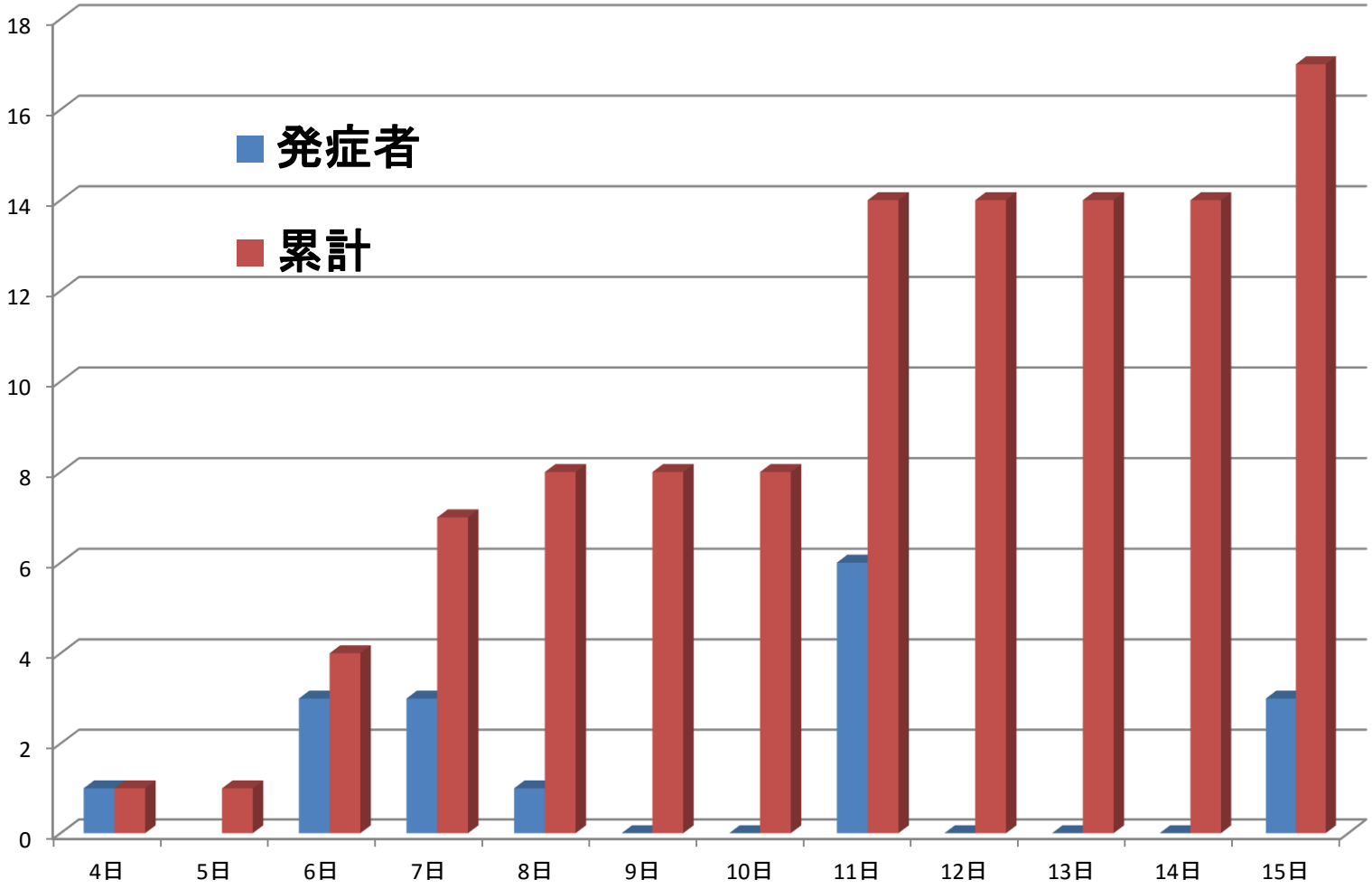
11月下旬呼吸器症状が見られたため胸部X線施行。異常陰影であった。結核も疑われたが喀痰検査（－）のため抗生物質による治療開始、パンスポリン®、カルベニン®に反応しない最終的に数回喀痰検査を行い培養にて陽性がでたため結核と診断。対策としては成功したと判断している。

Point:　排菌する前、塗沫陽性になる前に発見できたので成功例といえる。一度の喀痰検査で断定しない。抗生物質に反応しない場合は特にしつこく疑うことが大事である。

事例7　ノロウイルス

　平成24年12月。２日前外食をした患者が入浴中に便意をもよおしてトイレに下痢便を廊下にたらしながらトイレへ向かった。看護補助者は清掃後に消毒用アルコールにて消毒。２日後、下痢・嘔吐の患者が3名発生。保健所は通報後その日のうちに来院。相談、指導をしてくれた。なかなか収束せずに対応に苦慮した。

累計17名が断続的に発症



保健所からの指導

1. すぐ対応できる体制を整えておくこと	誰でもできるようにセットの中に手順書を必ず一緒に ②物品、処理の仕方、ハイター液の作り方の確認
2. 吐物、排泄物の速やかかつ正しい処理	手順に添って速やかに
3. トイレは専用にする。	表示をして判りやすくする。
4. 排泄後は、石鹸流水での手洗い。	トイレに液体石鹸設置
5. 食事前の手洗いは、石鹸流水での手洗い。	洗面所で、職員対応で、行う。タオルは個人用を使用 ⇒12月8日昼よりノロウイルスに感受性のある手指消毒薬の使用へ
6. 換気を充分行うこと。	窓開け換気
7. 環境清潔維持の維持： 便器、手すり、ドアノブ、床	0.02%次亜塩素酸ナトリウム（ハイター）＋水ぶき ⇒後日クリンメソッドによる消毒
8. 患者の観察を充分に、症状の把握と以上の早期発見	体温、排便、食事、睡眠の状態（嘔吐、下痢、発熱）
9. 配膳車の車輪の消毒	配膳車をｴﾚﾍﾞｰﾀｰﾎｰﾙに止め、食事をﾎｰﾙに運ぶ ｴﾚﾍﾞｰﾀｰﾎｰﾙの掃除（栄養科への病原体持ち込み防止）
10. 面会者対応	＊陽性者・症状のある患者の面会は制限 ＊症状の無い方の面会は、ｴﾚﾍﾞｰﾀｰﾎｰﾙにて 面会者の健康状態確認、手洗い・うがい・ﾏｽｸ着用 患者はうがい・手洗い・ﾏｽｸ着用
11. 症状のない患者の外出は制限しない （できない）	ただし、感染防止対策を前提に患者に理解と協力を得ること ①他病棟の患者との接触はさける。 ②トイレは自分の病棟で使用すること。 ③出棟・帰棟時の手洗い・うがいを確実に実施すること。

何故、収束できなかったか？

- 病棟全体に拡がった場合は収束が困難
- 標準予防策の徹底が不十分な可能性

保健所は…

積極的に指導➡やるべきことを指導

しかし…

エビデンスの乏しい事についてはノーコメント

例：病棟入口に敷く次亜塩素酸水マット等

スタンダードプリコーションの徹底を指示するが

➡全ての職員が疲弊している中できちんと遵守しているか疑問

やるべきことをなるべく少なくすることが重要

アウトブレイク時には

- 職員を疲弊させないこと
- 感染防止業務に優先順位をつける
- 1日1回は現場に顔を出し職員の顔を見る
（疲弊していないか？足りない物品は無いか？）
- 現場の責任者に、業務がいい加減になっていないかの確認

まとめ

感染対策が不十分な病院における感染対策責任者の役割

- 情報収集能力を持ち保健所等と連携をとること
- 感染発生場所の業務特性を把握すること
- 感染防止に必要な物品の購入決定権があること
- 管理者を説得させること
- 責任をもって職員を束ねること
- 職員を疲弊させないこと

➡業務の効率化、優先順位を指導

おまけ（結核）

喀痰検査の問題

- 看護者の採痰に関する行為の問題点

- 採痰技術がない
  ①安全面での配慮
  ②確実に痰をとる技術

- 喀痰が取れないときの安易な吸引

尿測あり
栄田様

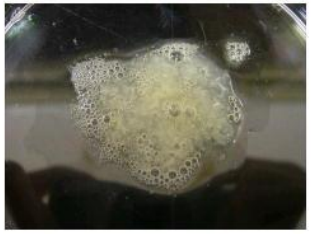
結核菌検査の喀痰採取

・通常、塗抹培養検査と遺伝子検査（ＰＣＲ法）の２法を同時に行います。

・検体は良質喀痰で行います。

・喀痰の採取法①早朝うがいをし、口腔内を清潔にする事により常在菌を除去します。
②後に空気を大きく吸い込み、咳払いとともに喀痰を排出します。
③数回繰り返し喀痰を排出採取します。
④喀痰容器に一本あたり２ｍｌほどを採取し２本とも提出します。
⑤すぐに提出できないときは冷蔵庫で数時間の保存可能です。

良質喀痰の見本：下の二つには黄色い膿性部分を含む。



検査可能な喀痰：下の二つは粘液部分に白い炎症性老廃物が含まれる。

＊唾液や血液の混じった喀痰などでは結核菌の検出率が極端に低下します。
＊胃液でも、検査可能ですが、かなり多く排菌している人の場合には菌が検出されます。
＊良質検体以外で陰性でも、結核の否定には、なりませんので良質検体の採取を心がけましょう。

２００４年７月　　多摩病院検査科

結核は周囲をパニックにするので

- 正確な情報伝達が重要

  ➡感染から発症までの期間（半年）

  接触者検診を含めて2年間

- パニックが収まる頃からが対策開始

  ➡何度も職員に啓蒙することが重要