

第20回 京都市立病院 地域医療フォーラム

第I部

「地域の感染対策の現状について」①

合同会社ナースケア虹・訪問看護ステーション虹 管理者 西尾 希美重 様



京都府における訪問看護ステーション数はステーション協議会に加盟しているものが135事業所(2014.4.1現在)、この中で24時間の緊急対応をとっているのが103事業所あります。対象は0歳から120歳まで地域で在宅療養をしておられる方々です。訪問介護の内容としては①バイタルサインのチェックと全身状態の観察②清潔の支援(清拭や入浴介助など)③褥瘡予防及び処置④点滴の実施と管理⑤ターミナルケア⑥医療機器の管理と指導などを行っています。「訪問看護ステーション虹」は2009年2月に開設。当初から0歳児の小児の受け入れを想定しており、重症度の高い人工呼吸器管理が必要な利用者様の在宅支援をしています。現在の利用者数は51名で介護保険が33名、医療保険が18名(その内15歳以下の利用者は12名)。看護師は常勤3名、非常勤2名(常勤換算で3.8名)です。

感染対策については介護保険利用者に関する情報がほとんどないという状況下で、①排泄物を扱う時にはプラ手袋をする②手洗いを十二分に行う③予防着を着るといったことしかできないのが現状です。自宅であるという点を考えると、最低限の予防措置であると認識しています。尿からESBL産生

菌が検出された事例では、排便コントロールが必要であり、プラスチック手袋とガウン、マスクを装着してケア処置を実施。訪問看護師だけでなくガウンテクニックなどを行いました。1日に4~5件の訪問をしており、次の利用者の方への感染予防措置として重要であると判断しています。また、小児の場合は朝1番の訪問を基本としており、吸引や処置後などに行う手指



消毒は1処理1消毒を実施。発疹やおたふく風邪などの感染症に関してはマスクを着用し、着替えをした後に次の訪問に向かうようにしており、事前に感染が判明している時は最後に訪問します。在宅で感染させないためには、行政・病院・地域のかかりつけ医・サービス事業者との緻密な連携が非常に重要です。



「地域の感染対策の現状について」②

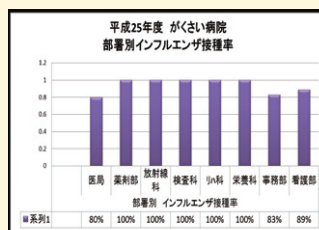
一般財団法人 京都地域医療学際研究所 がくさい病院 看護師長 中島 由希子 様



当院は京都市立病院の北隣に位置しています。昨年11月に当地へ新築移転しました。病床数は90床で一般病棟40床、回復期病棟50床です。主な診療科は整形外科・リハビリテーション科です。当院の感染予防対策(2013年度の活動内容)は①感染防止対策マニュアルの見直しと改定②研修会主催(年2回以上)③委員会ニュース発行(年4回発行)④院内サーベイランス⑤院内ラウンド⑥感染防止対策の啓発活動(ポスター掲示など)⑦感染防止対策・地域連携カンファレンス参加⑧委員会開催(1回/月)⑨その他です。

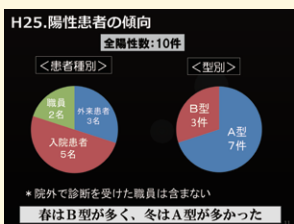
研修会では感染防止対策の基本として個人防護服の着脱法及び手洗いの指導などの基礎知識の案内を職員全員対象に実施。また、昨年の検体(検体数:99検体)の材料別ではドレーンが約80%で最も検体数が多かったのですが、細菌の検出はなく、非開放性膿、開放性膿、喀痰、滲出液からの検出がありました。検出菌は検出数9件(7検体・6菌種)です。次にインフルエ

ンザの発生状況を踏まえて当院の対応をご案内します。昨年の陽性患者の傾向は入院患者さんが5名、外来患者さんが3名、職員が2名です。職員に関しては院外受診の職員を含めると発症者は7名で看護師が6名でした。罹患職員は「発症した後5日を経過し、解熱した後2日を経過するまで」出勤停止、入院患者さんに



については上記期間は原則的に個室対応として接触感染防止策を取っています。また、同室者に発症患者さんがおられた場合は主治医が説明した後、希望があれば予防投与を実施。

さらに、院内感染予防委員会の委員長の命令で職員のマスク着用・手洗い励行などを徹底。全職員を対象にインフルエンザ接種も行いました。これからも職員の感染防止対策に対するさらに意識を高め、速やかに行動させることが重要であり、回復病棟のある当院としては転院元の病院との情報の共有も重視すべきであると考えています。



「京都市立病院 感染管理センターの取組について」

京都市立病院 感染症科 部長・感染管理センター 副部長 清水 恒広

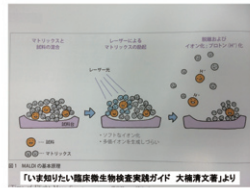


感染管理センターは感染制御チーム (ICT) の活動拠点です。2013年3月に開設され、本年4月に一部門に昇格しました。担当職員は診療統括部長、副部長(感染症科部長)、専従感染管理認定看護師で、ICTメンバーは感染症科医師、感染管理認定看護師、感染制御認定臨床微生物検査技師、細菌検定技師、薬剤師など非常に多岐にわたっています。業務は①病院感染サーベイランス②病院感染管理に関する教育・啓発・研修企画・運営③感染管理プログラムの策定と運営④病院感染対策マニュアルの策定・改訂⑤アウトブレイク発生時の調査と介入⑥感染対策・感染症診療のコンサルテーション⑦院内巡回による感染対策の点検と助言⑧職員の健康管理⑨その他です。

他施設との地域連携では2012年度から連携による診療報酬上の加算が認められ加算1施設及び加算2施設との連携を行っています。前者では京都医療センターと年に1度相互訪問して互いに評価しています。後者では本年度8施設と連携し、年4回の合同カンファレンスを実施します。具体的には平日夕方

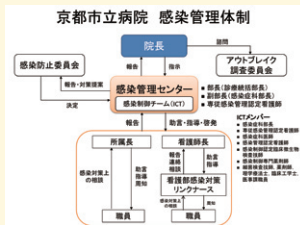
の1時間、各施設のICTメンバーが参加し、①最新の話題のミニレクチャー②各施設からの質疑③部門別意見交換で構成されます。2012年からの2年間の最後に

質量分析の原理



は、各施設の活動状況報告発表を行いました。この連携カンファレンスは当院にとっても有意義で、各施設の感染対策上の工夫を当院の対策に活かしています。また、新しい検査機器の導入に関しては本年度から細菌

の同定に「質量分析」を開始しました。この分析の長所は①血液培養が陽性になれば、そのボトルから直接数十分で同定可能②稀な菌も同定可能③菌名が判明すれば直ちに抗菌薬が決定できるという点です。今後強化する取組としては①診療ケアに関わるスタッフの標準予防策、感染経路予防策の遵守徹底(特に手洗い・手指衛生)②各種サーベイランスのさらなる充実③感染症・感染対策関連データのデータベース構築を想定しています。



第II部 特別講演 「しのび寄る新興感染症における最新の話題」

京都府立医科大学 大学院医学研究科 感染病態学教室 教授 中屋 隆明 先生

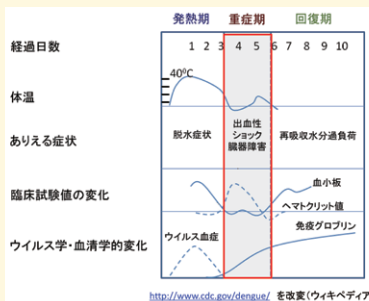


病原微生物は大別して細菌、寄生虫、ウイルスがあります。この中でウイルスだけは細胞でできていません。もう一つの特徴は非常に小さいことです。電子顕微鏡でようやく確認できるほど微小です。新興感染症の大半はウイルス感染症です。なお、悪性新生物の発生原因の9~18%程度がウイルス感染によると推定されています。現在、問題になっているデング熱(dengue fever)は蚊によって媒介されます。非致死性の熱性疾患であるデング熱と重症型のデング出血熱(DHF)やデングショック症候群の2つの病態があります。似たタイプのものには日本脳炎ウイルス、黄熱病ウイルス、西ナイル病ウイルスなどがあります。また、デング熱は日本で過去に流行したことがあり、媒介する蚊は日本に生息しています。これらの点が誤解されています。

臨床症状・徴候としてはデング熱(DF)は感染から4~6日後に突然発熱し、頭痛特に眼窩痛・筋肉痛・関節痛を伴うことが多く、食欲不振、腹痛、便秘を伴うこともあります。発病後、3~4日後より胸部・体幹からはじまる発疹が出

現し、四肢・顔面に広がります。これらの症状は1週間程度で消失し、通常は後遺症なく回復します。なお、感染後にデング熱とほぼ同様の発症を経過した患者の一部において、突然(第5病日頃)に血漿漏出(血圧低下)と出血傾向を主症状とするデング出血熱(DHF)になる場合があります。重篤な症状は平熱に戻りかけた時に起こるのが特徴です。

デング熱を疑う患者の診断指標の必須所見は①突然の発熱②急激な血小板減少です。重症化を示唆する症状及び所見としては①腹痛・腹部圧痛②持続的な嘔吐③腹水・胸水④粘膜出血⑤無気力・不穏⑥肝腫大(2cm以上)⑦ヘマトクリット値の増加(20%以上)があり、これらを1つでも認めた場合は重症化のサインありと診断します。さらに、重症型デングの診断基準としては①重症の血漿漏出症状(ショック、呼吸不全など)②重症の出血症状(消化管出血、性器出血など)③重症の臓器障害(肝臓、中枢神経系、心臓など)があります。



デング熱患者の発疹(日本人男性患者)

国立感染症研究所ウイルス第一課