

SIESTA

体に効く・心に効く
医療情報誌
＜シエスタ＞
2013年 春号
(通巻77号)

Q & A わたしの元気のつくりかた

梶原加奈子

テキスタイルデザイナー

● *interview* 医師は天職

大川育秀 名古屋ハートセンター

● *seminar* 医療最前線

感染・医療事故防止セミナー2012 in 中国レポート

感染・医療事故防止セミナー2012 in 近畿レポート

JMS

Q&A

わたしの元気のつくりかた

テキスタイルデザイナー

梶原加奈子

—最も心地よい一日のリズムを教えてください。

平日は東京で仕事をし、全国の織物産地や海外に行くことも多いのですが、週末は必ず札幌の自宅に帰っています。平日は睡眠も食事もありちゃんとしていないので、土曜のお話でいいでしょうか(笑)。

朝は10時頃にゆっくり起きて、キウイやバナナや柑橘類など、とにかくフルーツをいっぱい食べます。雪が降っていなければ、近所のモエレ沼公園を歩いて一周。景色が雄大で、大好きな場所なんです。夕方には夫と買い出しに行つて一緒に夕食をつくります。最近のブームはスーパークレーで、地元の野菜をたくさん入れますね。お風呂は、浴槽まわりを掃除しながら出たり入ったり。休日は、いかにリラックスして快適に寝るかに命をかけています(笑)。

—忙しい中、毎週札幌に帰られるのはなぜでしょうか。

帰ると元気になれるんです。まず、千歳空港から札幌までの風景が違う。自然が大きすぎて、自分もこの中の一部の存在なんだなと思うと、抱えている課題も悩みもすべて、まあいいかなって(笑)。ものづくりを続けるためには、ときどき目の前の情報から離れて、本質に立ち戻る必要がある。だからこそ、生まれ育った北海道の自然の中で過ごす時間が大切なんだと思います。

—今のお仕事を選んだ理由について教えてください。

子どもの頃から、草木や虫など、生き物の色や質感に興味がありました。絵を描くのも好きでしたが、テキスタイルと出会って、雲や水といった

イメージを、実際の色や手触りをもつ三次元の素材に置き換えることが面白くなって。そのうち、どんな素材をつくれば人の役に立つだろうかと考え始め、「心の肌」というキーワードが浮かびました。

たとえばカメレオンは、環境に合わせて皮膚の色や柄を変えられることができます。人間は他の生物のように適応能力のある皮膚を持たないから、服を着る。それなら、服地の役割として心と体の健康を守る機能があれば、人間も生きやすくなるんじゃないかなと。

今の時代は、長引く世界不況や震災があり、先の見えない不安を抱えている人が多い。心の健康が、何より求められていると思います。心が石のように固くなっているとき、どんなものに包まれたら安心や幸せを感じるだろうか……などと考えると、いろんなアイデアが浮かびます。泡のように軽やかなものか、桃の表面のように毛羽だった柔らかさなのか。

—日本のファッションブランドでテキスタイル企画を担当した後、英国の大学院で学び、2010年にライフスタイルブランド「グリデカナ」をプロデュースされました。日本では珍しい、テキスタイル発信のブランドを立ち上げた理由はなんでしょうか。

日本の産地には素晴らしい技術を持つ生地メーカーが数多くあり、ヨーロッパの高級ブランドには高く評価されています。しかし、国内の市場は低価格の

梶原加奈子 Kanako Kajihara
多摩美術大学デザイン学部染織科を卒業後、(株)イッセイミヤケに入社。その後渡英し、ロイヤル・カレッジ・オブ・アートで学ぶ。英国のテキスタイルデザイナーの登竜門、TEXPRINT2005のコンペ Breaking New Ground 部門にて、日本人初の1位を受賞。帰国後はテキスタイルディレクターとして、日本の産地と精力的に共同開発を行う。2010年秋より、ライフスタイルブランド「グリデカナ」のディレクションを行っている。 <http://www.gredecana.com/>



触れると、 身も心も生き生きと 動きだすような、 心を包む肌のような布を つくりたいんです。

商品が中心で、不況も続いているため、日本のアパレルは海外の安い素材を使う傾向が強くなりました。誰よりも日本の布の良さがわかるはずの日本人に、日本の生地が商品として届きにくくなったのはすごく残念なこと。イタリアの産地には、布地をデザイナーに提案してトレンドをつくりだす情報発信力がありますが、日本のものづくりにもその力があるはずだと思いました。

帰国当初はとにかくたくさんの産地を歩いて、職人さんと話をしました。2005年に英国のテキスタイルコンペで1位をいただいた「カメレオン・ジャガード」は、兵庫県西脇にある綿織物のメーカーさんとさらに開発を続けました。この会社は主にアメリカ輸出用のシャツ地をつくっていたのですが、中国などの海外生産におされ、独自の製品を生み出さなければ生き残れない状況の中、一緒に1年かけて開発したのが新カメレオン・ジャガードでした。1枚の布なのに、表と裏がまったく違う模様になっています。厚さ数ミリの中に、織りの立体的な組織が閉じ込められているんです。

現在、グリデカナは10か所以上の産地とともに、様々なテキスタイルをつくっています。

— 残り布を使って
アクセサリーなどを
つくる
ワークシヨップも、
全国で
開かれていますね。

多くの方にもものづくりの楽しさを味わっていただくとともに、様々な産地の生地に触れてほしいと思いました。お客様は、「日本のものづくりはここまでできるんだ」ということに感動してくださっているようです。

話はずれますが、子どもの頃、近所の森の中に小川が流れていて。私はその川が大好きで、海みたいに大きくなればいいなと思って、こっそり塩を川にまいていました。「しょっぱくなれば海になる」と思っていたんです(笑)。日本のものづくりも、なくならないでほしい。その思いは、川を海に育てたかったあの時の気持ちとよく似ています。森と小川のイメージは、私の原点として今も大切にしています。

— 北海道の大自然は、
梶原さんのアイデアの源泉であり、
心身の健康をもたらすものですね。

ええ。札幌に帰ったときの安らぎや幸福感を表現したいし、それが自分にも必要なんだと思います。布自身が生きていて、触れると身も心も動き出すような、そんなテキスタイルをつくっていききたいですね。

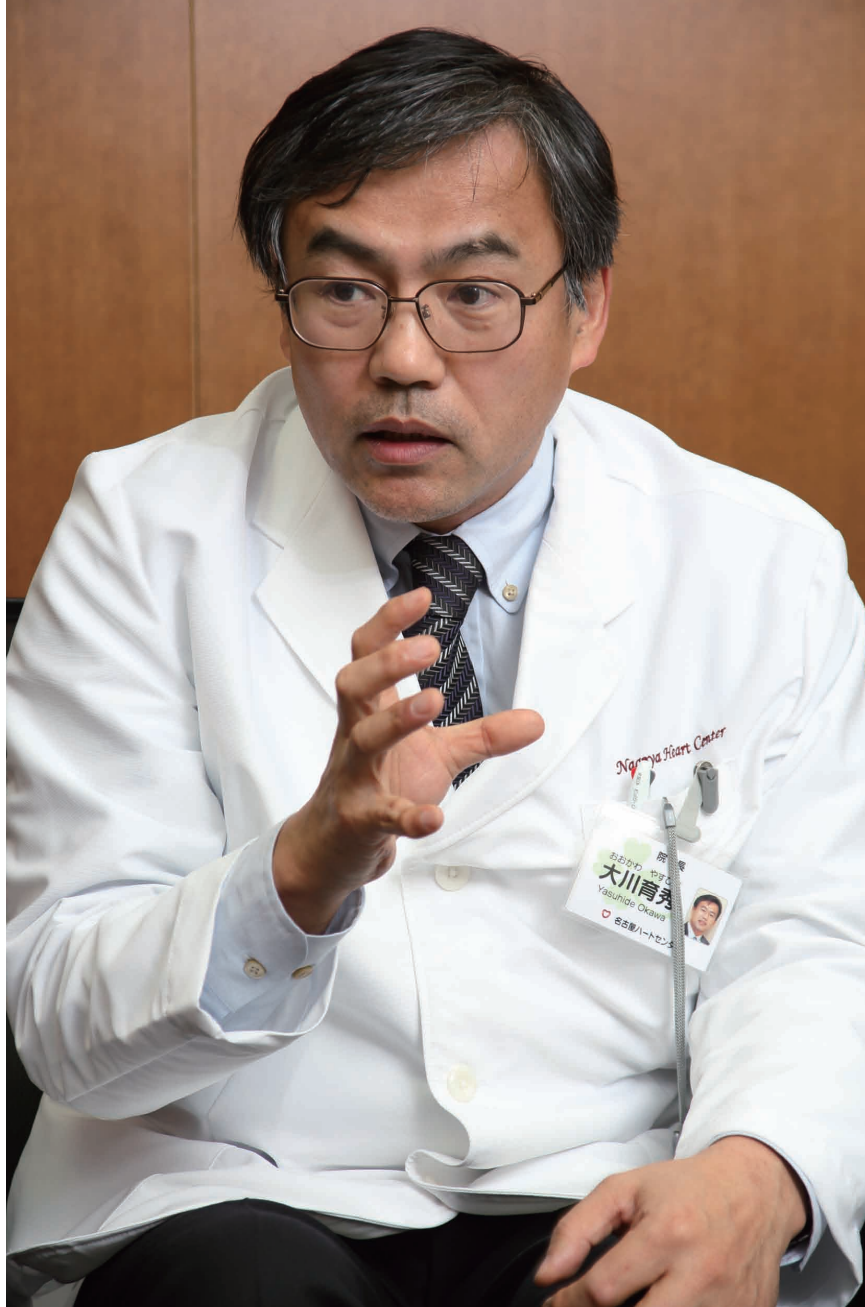
最近「このスカーフを巻いていると、日なたの空気や光が感じられる」と言ってくださったお客様がいたんです。レントゲン技師の方で、外気に触れずに長時間作業する日が多いとのことでした。私を感じた大自然の光が、布を通して伝わったとすればこんなに嬉しいことはありません。



「どんなときでも公平に」を
一番の信条に、人生を刻む

大川育秀

名古屋ハートセンター 理事長・院長



医師の原点を つくってくれた 鈴木孝彦氏との出会い

三つの循環器専門病院を擁する医療法人澄心会。その第一号が日本で最初にハートセンターを冠した豊橋ハートセンター。2番目にできたのが、大川育秀氏が現在、理事長・院長を務める名古屋ハートセンターだ。ちなみに残る三つ目は、大川氏の出身大学のある岐阜市に建つ岐阜ハートセンターである。大川氏は、月・水曜は名古屋、火・木曜は豊橋、金曜は岐阜で診療と、それぞれのハートセンターを行き来する多忙な日々を送っている。

大川氏は1982年、岐阜大学医学部を卒業後、同大学第1外科に入局。9カ月後に、肺結核と循

環器疾患、重症心身障害児療育を扱う国立療養所豊橋東病院（現・独立行政法人国立病院機構豊橋医療センター、以下豊橋東病院）に赴任した。この赴任が、大川氏のその後の人生を決定づけることになる。

豊橋東病院に赴任して5カ月後、循環器内科部長として鈴木孝彦氏が着任してきた。当時、心臓血管を中心とした医療に力を入れたと考えていた豊橋東病院院長の要請を受けての着任だった。

心臓外科医になりたてだった大川氏は、10歳年上で大学の先輩でもある鈴木氏より、心臓そのものの知識から診断にあたつての心構えに至るまで、みっちりと薫陶を受けることになる。

「当時は、内科も外科もなく、週に何日かは手術をして、他の日は鈴

木先生のもとで心臓カテーテルなどの補佐をし、内科的なこともやっていたね。そこで、いろんなことを学ばせてもらいました」

中でも徹底的に教え込まれたのが、「悩まない、労を惜しまない」ということだった。

「心疾患は、心臓カテーテルで血管の状態を映したり、超音波で動きを見たりしてしまえばすぐに診断がつく。労さえ惜しまなければすぐにクリアになる、それぐらいわかりやすいものなのだというのが鈴木先生の基本的な考えでした」と大川氏は言う。

今でこそ、左心室の駆出率はコンピュータで簡単に計測されるが、当時は手で行わなければならなかった。左心室を造影した画像に紙を張って辺縁をトレースし、それを元にまず面積を出し、それを元に容積を出して……という

非常に手間のかかるものだった。しかも心房細動だと、拍動が不規則だ。その場合、どこか1拍部分だけ取り出し、それを元に駆出率を出すのが当時の一般的なやり方だったが、鈴木氏の指導は違っていた。1分間70拍打つならば、そのすべての拍動の駆出率を出し、平均すればいいじゃないか――。確かにそのほうが、より正確な駆出率を得られる。ただし、膨大な手間がかかる。

大川氏はこう話す。「正しいけれど、しんどいからやらないというのはダメだということをいろんな場面で先生から教え込まれました。鈴木先生は、私の医師としての原点をつくつてくださった師匠であり、恩師です」。

以来、鈴木氏との付き合いは30年ほどになる。

30歳で心臓外科医長に。 手術症例が増え、 技術を磨く

大川氏は、その後の自分の人生を振り返り、三つの大きな転機があるという。一つは88年、30歳という異例の若さで同院の心臓外科医長になったことだ。

大川氏が豊橋東病院に赴任したときは心臓外科医が4人いて、その一番年下だった。それが一人辞め、二人辞めていき、2年目には2番目の年長者になった。それから4年ほど経ったとき、今度は一番年上の心臓外科医長が退職し、別の病院に移ることになった。

このような場合、大学の医局から新たな外科医を医長として派遣してもらうのが一般的だが、このとき医局には適任者がおらず、大川氏が繰り上がることになった。

「鈴木先生と院長が、『どうせ誰もいないのなら、これから可能性の

ある30歳のお前のほうがましだろうから、やってみろ』とおっしゃったのです(笑)」

当時、今以上に封建的だった外科の社会では、40歳でも手術をなかなかやらせてもらえなかった。多くの若い心臓外科医が海外へ留学する大きな理由も、日本では臨床技術を十分に磨くことができないという、まさにこの点にある。

「それまで私が行った手術は数例でした。でも、鈴木先生は『お前がやる気がある限り、症例を内科か

ら送ってやる』と言ってくれました。実際、やさしい症例から始まって、多くの症例の患者さんを担当することができました」。その結果、大川氏が執り行った手術は、1年目でいきなり130例ほどにもなった。

「鈴木先生はこうも言われました。『お前は若くて技術が未熟なのだから、日本中の有名な先生を招いて手術を見せてもらえ』と。それで、難しい症例については、いろいろな先生に来ていただき

一緒に手術をさせていただきました。本当にラッキーだったと思います」。今でこそニコニコしながらこう話す大川氏だが、その頃のストレスは並大抵ではなく、毎朝緊張のため吐きながら出勤するような状態だったという。

そのような大変な努力を積み重ねながら、心臓外科医として内外科から認められるようになった頃、突然、大学の医局から「戻ってこい」との転勤命令が言い渡された。91年、外科医長になって3年後のことだ。絶対的な縦社会の医局制度の中で、その命令に従わないことが何を意味するかを大川氏が知らないはずはなかった。しかし、大川氏は断り続けた。最終的には、医局から破門される形で収まり、それまでどおり豊橋東病院で勤務することになった。

人工心肺を使用しない MIDCABを 日本で初めて行う

96年、大川氏に第二の転機ともいえる出来事が起こる。

米国で開かれたある学会でMIDCABを知った鈴木氏が帰国するや否や、大川氏に告げた。「これや、これをやらんと外科医としてあかん。10日後にロンドンでセミナーをやるから行ってこ





集めていた。

しかし、心臓を止めずに手術をするのは、よほどの名医でないと無理と思っていた大川氏は戸惑った。しかも、セミナーの申込期限はとつくに過ぎていた。

「でも、鈴木先生は、『はるばる東洋からやってきたヤツを入れんわけがないやろ。どうにかなる』と言われるんです。医療機器メーカーの担当者と一緒に渡英して、そのまま業者の人間として会場内に紛れ込むことができました。ホントにどうにかなるもんです(笑)」

3日間のセミナーに参加し、頭の中で手術のイメージができた大川氏は「これだったら自分でもできそうだ」と思った。帰国した翌週に、適応患者が現れ、MIDCABを行った。これが日本で、人工心肺を使用せずに心臓を動かしたまま行う小切開バイパス手術の第一号成功例となった。

MIDCABは、南米の医師が始めたオフポンプ手術の一つである。通常のオフポンプ手術では、胸骨切開を行うが、MIDCABでは左の胸部を小切開し、左内胸動脈を取り出し、これをバイパスとして詰まった冠動脈の先端を縫い合わせる。低侵襲で術後の回復も早く、胸骨の感染症のリスクも少ないと世界中の注目を

その年に開催された日本冠動脈外科学会の学術大会で、そのときの手術の様子をビデオで紹介した。ところが、それを見た医師たちから、「拍動したまま手術を行うなんて、麻酔なしで腕を切る

中世と同じだ」と大きな批判が巻き起こった。しかしその一方で、支持者も現れた。現京都府立医科大学教授の夜久均氏、金沢大学教授の渡邊剛氏、2012年に天皇陛下の執刀医を務めた現順天堂大学教授の天野篤氏、現東京ハートセンターの南淵明宏氏等々、

今、日本の心臓外科を牽引している人たちである。大川氏は彼らと協力しつつ、低侵襲バイパス手術を広めていった。

鈴木氏とともに、 患者本位の ホスピタリティ あふれる病院を設立

第三の転機は、鈴木氏の新病院設立に加わったことだ。

「国立病院ではどうしても制約や限界があり、私たちが目指した患者さんの立場に立ったホスピタリティあふれる医療を提供することが難しかったのです」

土地探しから資金集め、ベッド数の確保に至るまで、問題は山積していたが、一つひとつクリアしながら、1999年、豊橋ハートセンターが19床の診療所として開院(現在は68床)、大川氏は副院長に就任した。

開院時に掲げた方針の一つが、365日24時間救急搬送を絶対

に断らないことだった。

開業1年目に行った心臓手術は約240例、カテーテル治療は1000例ほど。ところがベッド数は19床しかない。「予後の良い患者さんは3〜5日で退院していただくようにしてベッドをやりくりしました。手術が終わったあと、患者さんを自分の車に乗せて、四日市や岐阜の病院へ送り届けたことが何度もありました」。それも今となつては良い思い出のひとつだ。

鈴木氏は以前から、意を同じくする医師たち3人でCIC(後にCCTと改称)という治療過程を中継する活動を行い、参加者が議論を重ね、より良い治療法を検討していく会を立ち上げていた。

しかし2006年、残念な事故が起こる。豊橋ハートセンターで行われていた公開手術中に重篤な合併症が生じて患者が亡くなったのだ。CCTは、この事故を公表していたにも関わらず、新聞や週刊誌に大きく取り上げられ、患者をショーの材料にしているなどという批判が相次いだ。この事態を重くみた日本心臓血管外科学会は困難症例の公開手術を禁止するなどの制限を設けた。

自身MIDCABの公開手術を行ったことがある大川氏はこの状況に疑問を呈する。

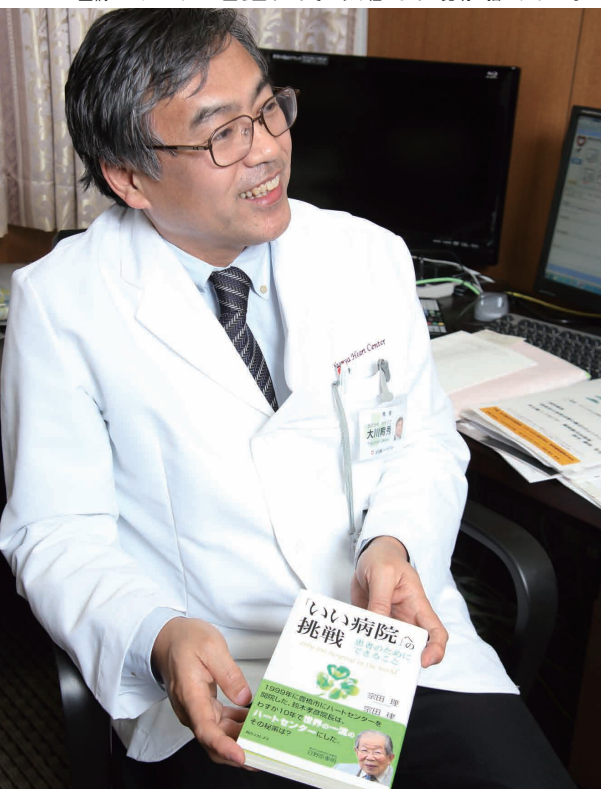
「先生方に見られながら、かつ意見を交換しながら行う公開手術は技術のトレーニングはもちろんです。精神面を非常に強くします。公開手術を通して、私も精神的な余裕をもちながら、100%の技術で手術ができるようになりました。心の余裕があれば、何事にも冷静に対応できます。1例の公開手術は、通常の手術の300例に匹敵するぐらい得るものは大きい。公開手術の制限は、心臓外科医の成長の妨げになっていてのではないかと感じています」

患者さんが一番ハッピーになれる道を一緒に探す

2008年、名古屋ハートセンターの開院。この病院も、患者本位のホスピタリティあふれる医療の提供を目指している。また、この4月から術後のリハビリテーションが本格的にスタートする予定だ。

「手術をすることで心臓の機能は以前よりもよくなっていますが、入院中に足の筋力が落ちたりしているのです。すぐに元のような日常生活を送ることは難しい。少しずつでも早く回復するには、リハビリは有効です」

患者本位の目線は、普段の診療



にも現れている。大川氏は、初診の患者に必ず自分の名刺を渡す。「普通だったら、全く知らない人に裸を見せるなどということはありません。その普通でないことをしているのですから、名刺を渡して、少しでも安心、リラックスしていただこうかな」と。大川氏は優しくほほ笑みながらこう説明する。

若い頃から、多くの手術をこなして、外科医としての経験を積むことに一生懸命だった大川氏だが、歳を重ねるにつれ、「手術をしないほうがいい場合だってあるのではないか」と考えるようになってきた。

「動脈瘤は直径が約6センチを超えると破裂することが多いため、治療ガイドラインでは手術が推



奨されています。しかし80歳の人に、ガイドラインをそのまま当てはめて果たしてよいのでしょうか。手術を行うと、どうしてもQOLが下がる期間が出てきます。見方を変えれば、QOLの良い状態を一定の期間、奪うということ。それでも、手術がベストな治療法だと言い切れるでしょうか。患者さんがどうしたらいちばんハッピー

な状態を迎えられるか、手術選択の有無も含めて最善の方法を患者さんや家族と一緒に考えて見つけていくことが最も大切ではないかと思うのです」

自分の長所を「嫌いな人がいないこと」という大川氏。好き嫌いの感情に左右されず、その人の欠点を補いうる長所に目を向けることが自然にできているのが自

分の良さと話す。そして、何よりも大事にしているのが「公平に」。かつて豊橋東病院時代、医局へ戻るようにとの転勤命令を頑として拒否したのも、自分の損得を全く考えずに、公平に判断した結果の行動だったのかもしれない。患者たちから絶大な信頼を寄せられているのも、こうした公平で誠実な人柄ゆえに違いない。

感染・医療事故 防止セミナー 2012 in 中国 レポート



昨年12月1日、広島駅にほど近いRCC文化センターで「感染・医療事故防止セミナー2012 in 中国」が開催されました。2003年10月4日、同セミナーの第1回を同じく広島で開催してから10年を迎える今回は、第1回にも特別講演座長をお願いした県立広島病院の桑原正雄先生の進行で、節目の会にふさわしい、内容の濃いセミナーになりました。

指定講演 座長

桑原正雄



当セミナーは2003年に広島でスタートし、以降10年にわたって全国各地で開催されています。当初は医療安全に対する認識はまだ低かったのですが、こうした研修会を通して各病院ともレベルが上がったと思います。今回は、医療安全をメインテーマにした内容になっています。それぞれにエキスパートの方が話をされますので、楽しみにしています。

指定講演 1

当院における閉鎖式システム 変更への取り組み

感染管理・医療安全の観点から

日本赤十字社総合病院 庄原赤十字病院
感染管理認定看護師

山根啓幸



当院では、以前より閉鎖式システムを導入していましたが、そのシステムには大きな問題がありました。一つは、死腔の存在や消毒が困難な構造という感染面の問題です。これまでは、輪注・側注時の汚染などスタッフの手技的な問題点に対し、チェックリストを用いて対応していました。もう一つは、接続が外れやすいという構造上の問題点です。側注時に注射器が汚染したり、薬剤が適切な量施行しにくい等、私自身が問題視していた意見が、現場のスタッフからも多く聞かれていました。またメーカーからは、アルコール消毒により三活部の破損の可能性があると、警告もあり、感染どころか大きな医療事故につながる可能性があります。

早急に対応しなければと考えていた矢先、血管内カテーテル由来感染予防のためのCDCガイドライン2011が出されました。これはチャンスと考え、ICT内でガイドライン・最新情報を踏まえて、先程の問題点・閉鎖式システムを変更する案を提示し、協議後全会一致で承認を得ました。次に院内感染防止対策委員会に対し、同様の内容を提示し、承認を得ました。ここでのポイントとは、私一人の意見ではなく、ICTの意見として他の職種へもわかりやすく提示したこと。それと並行して、関係部署・臨床工学士と協議し、予測される問

題に対する解決策を提示し、承認を得ました。医師の承認も得る必要があったことから、診療管理会議でプレゼンを行い、承認を得ました。ここでのポイントは、医師の好むEBMやデータを多く盛り込み、共に導入を推進する麻酔科医に提示していただいたことです。さらに、実際に導入を決定する診療材料委員会に対しては、事前交渉でコスト面をクリアしたうえで上記の内容を提示し、承認を得ました。

また、システム変更に伴って事故が起きてはいけなことから、導入前に研修会を開催しました。この研修会は、スタッフが参加しやすいよう1日6時間・4日間行いました。また、システムに慣れる目的と共に、感染対策面の実技指導を多く盛り込み、手技の統一化を図りました。導入後も、研修会を随時開催し、個々の臨床現場に赴いて疑問解決・技術面の指導を繰り返し行いました。その後もトラブルが予測されることから、現場スタッフの生の声に耳を傾けると共に、適宜手技のチェック・評価を行っています。今後は導入前後の評価を、コスト面や感染率等、データで評価できるように取り組んでいきたいと考えています。

指定講演 2

輸液ポンプの機種統一を行って 医療事故防止の視点から

岡山済生会総合病院
臨床工学科

村上幸司



当院では、2009年時点でT社の3機種の輸液ポンプ、計102台を使用していました。10年にそのうち1機種のみメーカー保守対応が終了したため、修理不能の5台を新機種に変更しました。12年にさらに1機種のみメーカー保

守対応終了が予告され、102台のうち約90台を更新せざるを得なくなりました。そこで病院に対し、更新の必要性についてプレゼンテーションを行いました。その際、問題点として、機種統一ができていない、保有機種の9割が医療事故防止対策適応機種ではない、修理不能が出ており輸液ポンプが不足している、10年に変更した機種も発売後7年が経過しており、それほど遅くない時期に販売中止となる可能性があることなどを挙げました。また、このまま新機種を導入しても、最大4機種での運用となり、機種混同による操作ミスリスクが高くなることから、今が機種統一をするチャンスではないかと提案しました。

機種統一にあたっては、導入しやすい条件の機種を選定し、最終的に3メーカーの3機種が候補として残りました。それぞれについて機能、使いやすさ、コストなどを比較検討した結果、JMS社への一斉変更が決定しました。導入時期は2012年度の新人看護師が来る前の3月中旬とし、それまでに全職員対象の勉強会を開催しました。

導入前後でインシデント報告を比較してみると、導入後に操作側のミスによるインシデントが6件でした。フリーフローに関する報告が1件ありましたが、これは、フリーフローが起きたけれども、導入機種に付いている滴落感知器の警報が鳴り、医療事故を未然に防げたという最初の報告になりました。その他、ルートの種類間違いという報告もありました。原因は、廃止となった輸液セットが回収しきれずに病棟に残っていたためでした。これは輸液セットの種類が多い事に起因すると考え、現在、種類を減らす努力をしています。流量計算の間違ひも何件か報告されていますが、流量計算は薬剤の指示により計算されるため、機種統一との因果関係はないと思われます。むしろ、指示方法であったり、輸液ポンプの使用件数が増えていることが関わっているのではないかと考えています。

結果として、輸液ポンプの安全機能に救われた例もありましたが、医療安全は輸液ポンプの性能だけでなく、使用手順や使用者の技量も大きく関わってくることから、今後は教育面をより強化したいと思っています。

教育講演 座長

県立広島病院 病院長

桑原正雄

教育講演の講師 大垣玲子さんは当院の副看護部長で、医療安全管理部のリーダーです。当病院での取り組みを紹介することになっていますので、業務の参考にしていただければと思います。

教育講演

安全対策への取り組み

県立広島病院
医療安全管理部
副看護部長

大垣玲子



●1999年から10年以上経過して

1999年に起きた横浜市立大学付属病院における患者取り違え事故、都立広尾病院における消毒薬の誤注入事故等をきっかけに、厚生労働省は2005年「今後の医療安全対策」について報告書をまとめました。その中には①医療の質と安全性の向上、②医療事故等事例の原因究明・分析に基づく再発防止対策の徹底、③患者・国民との情報共有と、患者・国民の医療への主体的参加の促進の3本の柱が示されています。さらに厚生労働省は、医療安全管理加算、感染防止対策加算等を設置することにより、医療現場の安全管理を強化することを医療機関に義務づけました。それに伴い全国の医療施設は、医療安全管理体制を整備し、医療の安全性(医療の質)を向上させるための様々な取り組みを行ってきました。

医療現場では、他人の体に針を刺す、刃物で切る、薬(毒)を投与するという行為があたりまえの行為として行われています。一般社会でこれらの行為を行うことは犯罪です。

私たちが医療現場でこれらの行為を医療行為として行うことができるのは、専門的な知識・技術、法的な背景を持ち、また倫理性を兼ね備えた者であるからです。しかし、事故事例を見ると、専門職とは思えないミスやルール違反で起こる事故が後を絶たない現状があります。患者さんには実害はなかったインシデントであっても法的には過失(注意義務違反)を問われる可能性のある事例も多く含まれます。

安全な医療とは「当たり前」のことを当たり前に行うことと「常に適切な医療であるか否かを問いながら医療を実践する行為である」と考えます。なお、1995年に最高裁判所が出した判決「注意義務の基準となるべきものは、診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準である」から鑑みれば、当たり前前の医療とは、即ち、医療提供者個人が精一杯行った医療ではないということが言えます。

●医療の質向上は事例から学ぶこと

医療事故を未然に防止するためには、過去の事例に学ぶことが重要です。2011年に日本医療機能評価機構から「医療安全情報集」が出されました。当院は、医療安全事例集に掲載されている事例の3分の2を経験しています。その中で起こった事例をお話し、共有していただきたいながら、各々の施設における安全対策に役立てていただきたいと思います。

①抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制事例

毎週月曜日の朝夕に服用する薬を外来処方したところ、患者さんが毎日服用し副作用により入院した事例。背景要因は、医師が診察室で飲み方について説明したが、患者さんは理解していなかった。薬剤師は服薬指導を行わなかった。初回処方分は2週間であるにもかかわらず、医師は患者の希望で9週間分を処方した。患者さんが薬袋の注意事項(月曜日に服用)を見落とし、お薬手帳のラベルを見ながら服用したこと等でした。改善策は、医師は初回処方分を2週間分のみ行うことを徹底し、薬剤師は初回処方分を患者さんには服薬指導を行う、お薬手帳に貼るラベル及び薬シートに「月曜日に飲んで下さい」と書いたシールを貼ることとしました。

②患者誤認事例

患者さんを間違えて薬剤を投与、採血を実施、食事を配

膳、外来で診察等の事例。背景要因は、患者さんの姓名をフルネーム確認することを怠ったこと。当院では、電子カルテを導入後、バーコード認証を行う作業（注射）については患者誤認が激減していますが、バーコード認証を行わない作業（採血、与薬等）は患者誤認が減らない状況が続いています。

③小児への薬剤10倍量投与事例

背景要因は、電子カルテの初回処方時に処方内容に間違いがないか確認しなかった。また、再処方時に前回処方画面をコピーペーストして処方したこと等でした。

④サイレース投与中の呼吸抑制事例

サイレースを使用する際のルールが不十分であった事例です。サイレースは麻酔導入剤であることから、当院は、「一般病棟におけるサイレース投与手順」を作成し、患者さん家族への説明と同意を得た上で医師が指示、投与は輸液・輸注ポンプを使用するとともにSPO2測定しながら厳重な監視下で投与する等、詳細なルールを設けて使用することとしました。

医療の質向上のためには、自施設はもちろん他施設の事例からも学び、PDCAサイクルを実践して行くことが重要と考えます。

●医療安全とは

医療事故は、医療者側の医療行為に伴って起こるプロセス型の事故と医療行為を伴わない非プロセス型（患者側の要因）の事故、その他環境要因等による事故に分類されます。当院の事故の80%以上は、高齢者に関連した非プロセス型の事故です。非プロセス型の事故は効果的な防止策が見出せず、困難で限界があり、その対策は予見と回避に尽きます。また、事故防止の限界を患者・家族へ十分説明し、患者さん・家族の理解と参加を得ることが医療の安全性を高めると考えます。

医療安全は、事故を起こさない医療ではなく、医療を提供する者としての責任を果たす姿勢を持ち、専門職であることの意識と倫理性を持って、医療従事者がチームで患者さん・家族に向かう努力を惜しまないことです。今後は、自施設だけでなく他施設とも協力し、ルールの標準化に取り組んで行くことも必要であると考えます。

特別講演 座長

県立広島病院 病院長

桑原正雄

急性期病院などよく使われる輸液では安全面から最大配慮が必要です。今回は藤田直久先生から安全な輸液について、感染対策も含めてお話をいただきます。藤田先生は京都府立医科大学を卒業後、同大で助教授、教授と昇進され、また学会等でも多くの重要な役職に就かれています。安全な医療を続けるために、輸液について勉強しましょう。

特別講演

安全な輸液を考える ～輸液デバイスと輸液調製～

京都府立医科大学
感染制御・検査医学
教授

藤田直久



●細菌は時限爆弾である

1個の細菌が2個に分裂するのに約30分、13時間30分で1億個を超えます。細菌はまさに時限爆弾です。

輸液回路を介した細菌の主な侵入門戸として、①輸液調製時の輸液ボトル内へ、②ボトル輸液ライン差し替え時、③側注用デバイス、④血管留置カテーテル皮膚刺入部があります。

薬剤部で輸液を調剤する場合、無菌室で行われ、知識や技術も十分にあり、質も保証され、リスク管理もされています。できあがった薬剤は無菌状態なので、英国では室温で48時間置いてよい、日本病院薬剤師会でも8日間冷所保存してもよいとしています。一方、病棟で調製する場合、人通りの多い詰所などで行っており環境は整

備されておらず、知識や技術も不十分で、質も保証されず、リスク管理も一定していません。そのため、英国では調製後2時間以内に使い切るようにとしています。

2006年に自治医科大学附属病院でセレウス菌の院内感染事故が発生しました。セレウス菌は、グラム陽性桿菌、通性嫌気性菌（芽胞形成）でアルコールが効かず、熱や乾燥に強いという特徴があります。いろいろな感染症を起こしますが、その一つに食中毒があります。消化器感染症以外にも、菌血症や敗血症、眼感染症なども起こします。自治医科大学の場合、委託業者の洗濯槽の不適切な管理によりセレウス菌が大量に増え、リネンが汚染され、その菌が医療従事者の手指を汚染し、その手で輸液調製や測注を実施したため、輸液ボトル内や側注デバイスが汚染され、輸液回路を介して血流感染が起こったと考えられています。

看護師の業務は、生活支援行為と医療行為が混在しています。おむつ交換や汚物処理などの生活支援行為後には、アルコールでは死なないノロウイルスやロタウイルス、ディフィシル菌、セレウス菌などで手指が汚染されていることを想定し、速乾性手指消毒ではなく、必ず流水と石けんを使ってきちんと手洗いを実施し、その後ペーパータオル等で拭いて、完全に乾燥させ、手に付着した菌を除去してください。

2008年に三重県の診療所で点滴を2日間以上、作り置きをして患者さんが亡くなった事故が起きています。原因となったセラチア菌はグラム陰性桿菌の一種で水場に多く棲息し、日和見感染を起こし、薬が効きにくいという特徴があります。セラチア菌は、アルブミンや脂肪乳剤中などでは、1日で1億個に増えます。輸液をするときに、脂肪製剤や血液製剤は24時間以内にラインを交換するとなつていのは、こうした理由からです。最近では、アミノフリードという糖・電解質・アミノ酸が入った輸液製剤がよく使われますが、セラチア菌などのグラム陰性菌が増殖しやすいので注意が必要です。高カロリー輸液によく使われるフルカリックでは、増えるのは真菌だけです。したがって、中心静脈栄養では真菌、末梢の持続点滴ではグラム陰性菌への注意が必要です。

感染・医療事故 防止セミナー 2012 in 近畿 レポート

昨年12月18日、大阪・中之島のグランキューブ大阪にて、「感染・医療事故防止セミナー2012 in 近畿」が開催されました。年末にもかかわらず、178もの施設からご参加いただき、会場は満席となりました。近年、大きな問題となっているクロストリジウム・デフィシル感染症対策、感染対策の地域連携など、最新の取り組みについての講演が続ぎ、場内は熱気に包まれていました。

輸液ラインからの汚染リスクは、ハブ汚染が70%あるとされています。三方活栓の場合、液溜まりができることがあります。デバイスがあればそこにも溜まる可能性があります。もしこれらに細菌が混入すると、輸液ラインを介して、血管留置カテーテル関連菌血症(CRBSI)を起こす可能性があります。できれば輸液ラインは死腔がないものを使用していただきたいし、死腔がある場合は必ずフラッシュするようにしてください。

●輸液回路を選ぶ際の条件

CRBSIの関連因子として、不適切な手技、ライン

の汚染、薬剤や物品の汚染、挿入カテーテル数、抗菌薬の使用、挿入部位などが挙げられます。

閉鎖式回路にはさまざまな種類がありますが、選ぶ際には、アクセス部分が汚染されにくい、アクセス部分の消毒が容易で確実に実施できる、ポート内に薬液が残存しにくい、バイオフィルムが形成されにくいなどをチェックするといでしょう。

消毒に関しての添付文書を見ると、メーカーが推奨しているものと異なることがあります。また、メーカーの営業担当者が自社製品の添付文書の記載内容を知らないこともありますので、必ず消毒方法は確認してください。

フラスコを用いて、イソジン、アルコール、滅菌蒸留水で、それぞれ2回拭き取りをしてみました。その結果、滅菌蒸留水でも、細菌はほぼ検出されませんでした。つま

総合司会・指定講演 座長

大阪大学医学部附属病院
感染制御部副部長
感染管理認定看護師

鍋谷佳子



当セミナーは今年で10年目を迎え、これまでに延べ1万2千人が参加されました。この第39回には178施設388名の方にお集まりいただいています。

皆さんからも活発に「意見をいただいて、充実した会にしたい」と思いますのでよろしく願います。指定講演は「経管栄養の器材の管理」をテーマに3名の先生方にお話いただきます。

り、物理的に拭き取ることが重要であるということです。

輸液をしないことが一番ですが、行う場合の目的は何か、どんな栄養素を入れたいのか、挿入部位は末梢静脈か中心静脈か、経管栄養は無理なのか、いつまで必要なのかを考えましょう。

私からのメッセージです。手指衛生は、アルコール速乾性消毒剤だけでは不十分で、流水と石けんによる手洗いの必要な場合があることを知っておきましょう。細菌の時限爆弾にも注意してください。病棟での輸液準備は無菌調製ではありません。閉鎖輸液回路の使用方法を熟知しましょう。側注部分の確実な消毒を実施してください。

手指衛生は標準予防策の一つですが、独立した感染対策と捉えてください。飛沫予防策、接触予防策、無菌的操作の一部でもあることを知っておきましょう。

指定講演 1

経管栄養器材の管理について 中央化に向けての取り組み

医療法人友誼会
彩都友誼会病院
感染管理認定看護師

岡森景子



本来、経管栄養に使用する器材はすべて単回使用製品であり、再使用禁止が原則です。しかし管理下において洗浄・消毒の安全性が保障できる範囲の器材については、費用対効果の観点から再使用が可能と考え、当院では「医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き」(2007年・厚生労働省)を基に、院内で

の取り扱い基準を作成しています。

しかし、当院のある1病棟では、使用器材数が多く、院内基準を遵守できていないことが判明しました。その病棟では、使用後の経管栄養投与容器と経管栄養投与ラインを接続したまま洗浄し、自然乾燥させていました。消毒は、経管栄養投与容器だけを1週間に1回、次亜塩素酸ナトリウム液に浸漬していました。その結果、①洗浄が不十分であり器材に汚染が残っている、②経管栄養投与ラインが完全に乾燥できていない、③週に1回の消毒では消毒効果が持続できないという問題点が挙がりました。現状の管理下では、器材内部に細菌の繁殖が示唆され、患者への感染リスクがあります。そこで、次のような管理方法に変更しました。

- ・ 使用後の経管栄養投与ラインは、すべて中央材料室へ提出する（病棟では洗浄しない）。
- ・ 経管栄養投与時には、毎回中央材料室から払い出された洗浄・消毒済みの経管栄養投与ラインを使用する。
- ・ 週に1回の経管栄養投与容器の消毒は廃止する。

中央材料室での処理方法についても手順を作成しました。回収した経管栄養投与ラインは、用手による予備洗浄を行い、ジェットウォッシュヤーのチューブ専用ラックにセットし、洗浄・熱水消毒後、乾燥機に入れます。完全に乾燥したのを確認後、保管用のコンテナに入れて病棟へ返却します。また、汚染が除去できていないものは廃棄することになりました。

こうした業務手順の変更にあたっては、当該病棟の感染管理リnkナースと一緒に具体的な実施内容を立案しました。そして、病棟看護師長に協力を依頼した後に、スタッフへ変更の理由と手順についての説明を行いました。併せて、中央材料室の看護補助者にも協力を依頼し、変更後の業務が順調に実施できるまでは、私自身が一緒に作業を行うこともありました。

今後の課題として、洗浄・消毒後の経管栄養投与ラインの洗浄評価を現行では汚染度の目視のみで判定しています。しかし、より安全な器材を提供するためには、客観的かつ定期的なモニタリングによる評価が必要であると考えています。

指定講演 2

当院における経管栄養の器材管理の現状

医療法人医誠会 医誠会病院
感染防止対策室
感染管理認定看護師

密井由美子



経管栄養に使用する器材は、可能な限り単回使用とすべきとされています。なぜなら、経腸栄養容器やチューブの汚染に伴う、感染性腸炎の発生が危惧されるからです。しかし、単回使用、再使用にはそれぞれメリット、デメリットがあります。単回使用のメリットとしては、清潔な器材を使用することで感染性腸炎のリスクが回避できる、洗浄・消毒・乾燥の手間が省ける。デメリットとしては、ゴミが増える、材料費がかかる。再使用のメリットは、材料費の削減ができる。デメリットは、器材の洗浄・消毒不良による感染性腸炎発生のリスクがある、洗浄・消毒・乾燥の手間と場所を確保しなければならないなどです。

私どものグループ病院には、急性期、亜急性期、療養型があります。急性期病院では、ほとんどがボパックの注入食を使用しています。チューブは単回使用、食事ごとに廃棄し、カテーテルチップシリンジは2〜3日ごとに交換しています。亜急性期病院と療養型病院では、チューブは1週間ごとに交換し、カテーテルチップシリンジは2〜3日ごとに交換しています。洗浄は手洗いで行い、その後、次亜塩素酸ナトリウムで消毒しています。

このようにグループ病院でも患者のリスク、設備環境、業務内容、人員、費用などにより管理方法が異なります。急性期病院では経管栄養施行患者は多くても20人程

度（病床数の約6%）に対して、療養型病院は70人ほど（同31%）。チューブやカテーテルチップなどにかかる月平均コストは急性期病院が約17万円、療養型病院は約6万5千円。これを単回使用にすると、療養型病院は約44万円増になります。

また、経腸栄養に使用している器材の洗浄から乾燥までの行程は、看護助手が行っています。急性期病院は療養型病院より看護助手が少ないため、時には看護師が洗浄・消毒を行わざるを得ない状況になりますが、業務多忙ななか行われる洗浄・消毒は十分なものになってしまいう可能性もあります。こうした背景があり、今の管理方法になっています。

しかし、器材の使用方法に関係なく、消毒前の洗浄、消毒後の乾燥、消毒液の管理方法や経腸栄養を接続するときの手指衛生は重要です。これら共通した注意点は、看護師だけでなく看護助手への教育も行っています。

指定講演 3

当院における経管栄養の問題と ディスプレイ化への取り組み

淀川キリスト教病院 感染管理認定看護師

吉村真弓



当院は2012年7月に新病院に移転しました。移転に向けて、感染管理の視点から新病院をどのように整備すればよいかを考えました。

旧病院は古くて狭く、大部屋が多い中で、感染対策を十分にできない状況がありました。まず現況を踏まえ

て、認定看護師として、新病院ではここだけは譲れないというの何かを頭の中で考えていきました。1次洗浄を廃止させたい、しかしすべてが中央化できるものばかりではない、汚物室にベッドパンウオッシャーがほしい、卓上洗浄器がほしい、何を中央化して、何を現場で洗うか、デイスボ化できるものはないか……などです。

頭の中だけで考えていてはいけないと思い、現場に赴き、状況もつぶさに観察しました。ただ、私一人が見られる範囲は限られています。そこで、どんなものを用い洗浄しているのか、1次洗浄廃止に向けた事前調査アンケートを実施しました。そのアンケートを通して、中央材料室に出してほしいものを手で洗っていたり、デイスボなのに勝手な判断でリユースしていたり、驚くべき状況がたくさんあることが明らかになりました。

アンケート結果をもとに、ベッドパンウオッシャーに入れられるもの、卓上洗浄器に入れられるもの、いずれの洗浄器にも入れられないものに分類しました。さらに、洗浄器に入れられないものは、デイスボ化できないかを検討しました。

その結果、多くのものは耐熱性であれば洗浄器に入ることや、経腸栄養関連グッズはやはり難しいことなどがわかりました。ちょうどその頃、ICUなどではカンガルーポンプなどを使用した持続的な栄養剤の注入を行い始めており、バッグはデイスボ化されるなどの追い風があったので、新病院では、この追い風を受けて、ぜひデイスボ化を実現したいと考えました。

それに向けて、いろいろなメーカーのバッグを取り寄せ、各病棟で試用、評価してもらいました。また、デイスボにしたときの経費を試算するとともに、現行の看護助手や看護師の、洗浄に割かれている時間をそれぞれ本来の業務にまわしたいといった要望を看護部と一緒にまとめて材料委員会に提出しました。

その結果、2012年2月に全面デイスボ化が実現できました。看護師や看護助手の業務軽減につながり、また感染症のリスクを少しでも減らせて良かったと思います。

教育講演 座長

大阪大学医学部附属病院 感染制御部副部長
感染管理認定看護師

鍋谷佳子

向野賢治先生については、ご紹介するまでもなく皆さん、よくご存じだと思います。鹿児島大学医学部を卒業後、福岡大学病院勤務、米国UCLA研究員、福岡大学病院感染対策室室長などを経て、2006年より福岡記念病院感染制御部部長として勤務されています。今日はどのようなお話が伺えるのか楽しみにしています。

教育講演

クロストリジウム・デیفシル 感染症(CDI)について

医療法人大成会 福岡記念病院
感染制御部部長

向野賢治



●CDI基礎知識

APICのガイドラインの冒頭に「クロストリジウム・デیفシル感染症(CDI)の影響は、医療全体にわたって実感されており、今やMRSAに匹敵するほどヒトを苦しめる病原菌であると認識されている。感染症としての重症度は増しつつあり、小児、成人、高齢者に影響を及ぼしている」と書かれています。CDIはそれほど重要な感染症になってきているということなのです。

C・デیفシルは芽胞形成性偏性嫌気性グラム桿菌で、トキシンAとトキシンBがあります。抗菌薬関連下痢症の主要な原因菌です。つまり、抗菌薬使用により

腸内細菌叢が壊れ、C・デیفシルが増えてくる菌交代症であることが特徴の一つです。伝播経路は、便中に排出され、汚染された環境表面、器具、物品が感染源となります。CD芽胞は医療者の汚染した手によって媒介されることがわかっています。菌定着後2〜3日で発症し、施設内でしばしばアウトブレイクを起こします。

危険因子としては、抗菌薬暴露、消化器手術・処置、長期入院、重篤な基礎疾患、高齢者などが挙げられます。24時間内に3回の軟く水様便の下痢、培養検査でトキシン産生C・デیفシル陽性または便中にトキシン(AまたはB)を検出する、または儀膜性腸炎を示す大腸内視鏡所見・病理所見があった場合、CDIと診断されます。23%の患者は、投与中の抗菌薬を中止すれば2〜3日以内に症状が改善します。通常の治療は、メトロニダゾールあるいはバンコマイシンの10日間投与です。一般に、保菌状態が持続しているので、症状が消失してもC・デیفシルの再検査は不要です。

●CDIの感染対策

CDIは院内感染症ですから、通常の便に戻るまで個室隔離、手袋、ガウン、器具の専用化といった接触予防策が必要です。C・デیفシルは芽胞菌なのでアルコールは効かず、石けん流水による手洗いで物理的に落とします。環境の清掃・消毒は、次亜塩素酸ナトリウム液(1000〜5000ppm)を用います。なお、次亜塩素酸ナトリウム以外の低レベルの消毒剤はC・デیفシルの芽胞形成を促進する恐れがあるといわれています。最近、過酸化水素発生器が販売されていますが、C・デیفシルに対する除菌効果を調べた報告によると、次亜塩素酸ナトリウム5000ppmで消毒すると汚染率は24%から12%に、過酸化水素ドライミストでは19%から2%と激減しています。

●最近の話題より

近年、より重篤なCDIが報告されるようになっていきます。また、CDIの8割は医療関連感染であり、高齢者、抗菌薬投与中の患者に多いのですが、市中の健康人、

周産期の女性での感染例が報告されています。

重篤例増加の原因として、抗菌薬のキノロン使用の増加、アルコール製剤の汎用、抗菌薬耐性の強い流行株NAP1の出現などが挙げられます。高病原性株NAP1/B1/027は新型ではありませんが、まれな分離株で、トキシシンA、Bの産生量が多く、キノロンに耐性です。これは、以前の株にはなかった性質です。

「WJG」という専門誌に、CDIの流行を防ぐために、①予防的抗菌薬投与をしない、②予防的PPI投与をしない、③重篤な状態の1週間後には、成分栄養剤から不消化性炭水化物を含む食事に変えるという3つの戦略が載っていました。その専門誌によると、CDI発生頻度の上昇は、抗菌薬使用よりもPPI使用に相关します。栄養型菌は濡れた表面ではしばらく生存し、ペッドパンなどを介してC・ディフィシルが拡散します。芽胞は酸に耐性ですが、栄養型は酸で死滅します。PPI服用患者では、栄養型は胃を通過します。PPIは、栄養型菌が他の嫌気性菌と共に小腸内で増殖することを助けるため、大腸炎を起こします。PPIはICUでストレス潰瘍の予防のために投与されていますが、ストレス潰瘍と胃酸の関連性は薄いとされています。CDI患者の64%にPPIが投与されており、そのうち63%は酸抑制剤の明らかな適応がなかったという報告があります。経腸栄養剤は、天然濃厚流動食と人工濃厚流動食に分けられます。さらに人工濃厚流動食はタンパク質のまま入っている半消化態栄養剤、ペプチドまで分解されている消化態栄養剤、アミノ酸まで分解されている成分栄養剤に分かれます。このうち成分栄養剤は静菌作用のある胃液・胆汁分泌を抑制するため、結果として腸管運動も抑制され、大腸の細菌の小腸への定着と増殖を促進します。しかも成分栄養剤はC・ディフィシルの完全な培地にもなります。食物繊維やオリゴ糖などの不消化性炭水化物を含んでいません。

不消化性炭水化物は、小腸で消化されずに大腸に入り、大腸の常在菌による発酵を受けて、酪酸などの短鎖脂肪酸を生成します。酪酸は大腸粘膜上皮のエネルギー源であり、大腸粘膜の機能と大腸細菌叢のバランスを維

持するためにも重要です。したがって、大腸における酪酸欠乏はC・ディフィシルの増殖と毒素産生を促進します。ピフィズス菌や酪酸菌の内服はCDIの予防に有効と思われます。

CDIは近年増加傾向にあり、病原性も強くなっています。この流行に備え、各施設は万全なCDI対策を確立する必要があります。

情報提供

ラテックスアレルギーの最近の話題 知っていますか？ 手術用手袋のリスク

(株)アンセル・ヘルスケア・ジャパン
マーケティングサービスマネージャー

林 貴宣

手袋による手荒れには、①ラテックスアレルギーなどのI型(即時型)過敏症、②ケミカルアレルギーやアレルギー性接触性皮膚炎などのIV型(遅延型)過敏症反応、③乾燥や頻繁な手洗い、手術用パウダーによる刺激などの非アレルギー性刺激などがあります。



ラテックスアレルギーの発症率はそれほど高くありませんが、アナフィラキシーショックを起こすなど、重篤になる恐れがあります。医療従事者、なかでも手術室医師、手術室看護師はラテックススタンパクに触れる機会が多いため、感作されやすいとされています。

アレルギー対策には合成ゴム製手袋がよいといわれていますが、合成ゴム製手袋の中にはカゼインタンパクが入っているものがあるので注意が必要です。

アレルギーによる手荒れや炎症の約82%はラテックスアレルギーではなく、化学物質アレルギーです。手術用手袋や検査検用手袋を製造する際に、加硫促進剤が使われます。この物質が皮膚に触れると炎症を起こすと

いわれています。

アレルギーを促進する役割として手術用手袋に使われるパウダー(コーンスターチ)があります。ただし、パウダー自体にはアレルギー性はなく、手袋内のラテックススタンパクや化学物質の飛散によってアレルギー感作の危険が高まります。

皆さんが使っている手術用手袋は天然ゴムパウダー付き、天然ゴム製パウダーフリー、合成ゴム製のどのタイプなのか、ラテックススタンパクや化学物質残留がないかをメーカーやディーラーに一度確認してはいかがでしょうか。

SSIは院内感染原因の第2位です。SSIを発症すると、在院日数が増加し、入院コストも増加します。患者満足度は低下し、DPC導入により病院経営に影響します。SSI対策は、患者さま、病院両方のために必要と考えます。

手術用手袋の限界として、手術前からピンホールがある可能性があること、手術中の物理的な破損が起きる可能性があること、手術中の手袋の劣化によるバリア性の低下があることなどが挙げられます。SSI対策として手袋の二重装着の有用性が報告・発表されています。

特別講演 座長

奈良県立医科大学
感染症センター 講師
感染対策室長

笠原 敬



本田順一先生は久留米大学免疫学講座大学院で免疫学を学ばれたのち同大学医学部第一内科学講座で研鑽を積み、1993年、米国立衛生研究所へ留学。久留米大学准教授などを経て2009年より現職に就かれています。教科書も執筆されています。本日は本田先生の成功事例をご紹介くださるということで楽しみにしています。

特別講演

何のため？ 誰のため？

感染対策地域連携

― 筑後感染ネットワークの活動について ―

社会医療法人 雪の聖母会

聖マリア病院

医療の質管理本部

本部長

本田 順一



● ネットワークの意義

当院の医療の質管理本部は院長直属に位置付けられており、医療安全対策部門、院内感染対策部門、褥瘡対策部門などがあります。私のほかに専従の看護師、薬剤師など9名が配属されています。週1回、朝にカンファレンスを開き、情報交換をしています。

病院が感染対策を問題とする理由には、医療の質を向上させるという建前と、医療事故などが起これば無駄なコストがかかったり、評判が落ちたりするのでは、との本音があると思います。そのため病院は感染対策にある程度力を入れるわけですが、感染対策の真の目的は、安全・安心な医療を利用者に提供することです。私たちは建前を本音にして医療の質向上を目指したいと思っています。

では、医療の質とはなんでしょうか。診断が正確、無駄な検査がない、治療ミスが少ない、合併症の発症率が低いなどが要素としてあるでしょう。自分の病院の質はどうかと見たときに、治療症例数はどれくらいか、治癒率は？ 入院期間は？ といったクリニカルインディケータの情報が公表される土壌がまだできていないのが現状です。しかし、比較するものがないと、自分の病院の質のレベルを把握できません。情報を一般に公表するのが難しければ、ネットワークを組み、その中で情報を

共有し合っではどうでしょう。それがネットワークを組む意義の一つだと思います。

医療関連感染が少なければ無駄な検査は不要で、合併症の発症率も低く、回復も早くなります。それは結果的に医療の質が高いことになり、コストパフォーマンスもよいということになります。

良質な医療を効率よく達成するためにネットワークがあるのではないのでしょうか。ネットワークがあれば、有用な情報を共有したり、有効な対策を普及させることができます。人員的余裕がある施設が手伝えることも可能です。ここに連携の意義があり、それはとりもなおさず利用者への安全、安心な医療の提供につながると思います。

● 筑後感染ネットワークについて

筑後感染ネットワーク(CICTAC)は感染対策に長く関わってきた、いわば感染対策のプロが地域を支援するべきであるとの考えのもと、2008年6月から活動を開始しました。目的は筑後地区の医療機関(病院、長期療養型施設など)における情報の共有、協力と連携及び支援体制を構築し、感染管理(対策)のレベルアップを図ることです。地域のICN4名と私の5名からスタートし、現在はCNIC9名、ICD1名に増えています。活動としては、3日間の筑後感染管理トレーニングコースを開いています。1日目は総論的な座学と演習、2日目は各論の座学と演習、3日目はグループワークと総合討論です。コースを修了すると、証書を渡します。

当初は、このコースを修了した研修者が自施設に帰り、自施設の感染管理レベルをアップしていただければと考えていました。しかし、実際は、同施設からの繰り返し参加者があり、同施設から何人もの研修者が出ている状況です。感染管理を学んだ人が自施設に何人もいるほうが、その施設のレベルアップの近道になるのでは、と今は考えています。また、受講を機に学校に行き、ICNの資格を取得し、今年度から同コースの講師になった人が3名誕生しました。

CICTACでは、HPを利用して当院と近隣施設の情報を公開する活動も行っています。どの病棟に何人の

MRSA感染者がいるかでオープンにしています。依頼があれば他院にラウンドすることもあります。

2012年の診療報酬改定で地域連携に加算がつくことになりました。当院は加算1をとっているもので4回カンファランスをしなくてはいいけません。筑後地域の多くの施設が加算2をとり、当院と連携しています。それぞれの施設の現状や問題点を発表してもらい、皆で討論することを始めています。このカンファランスには毎回100人ほどが集まり、活発な意見交換を行っています。この連携カンファランスを開催して、レベルがそれほど高くない施設が多いということがわかりました。そこで、当院で行っている毎月1回の院内での感染対策研修会をオープンにし、CICTACの人たちにも参加してもらっています。このように学習する機会、情報を得る機会を数多く提供することもネットワークの使命と思っています。

CICTACのその他の活動としては、年1回のフォーアップ研修があります。これはトレーニングコース修了者と認定看護師のステップアップが狙いです。また、各施設のリンクナース報告会も開いています。

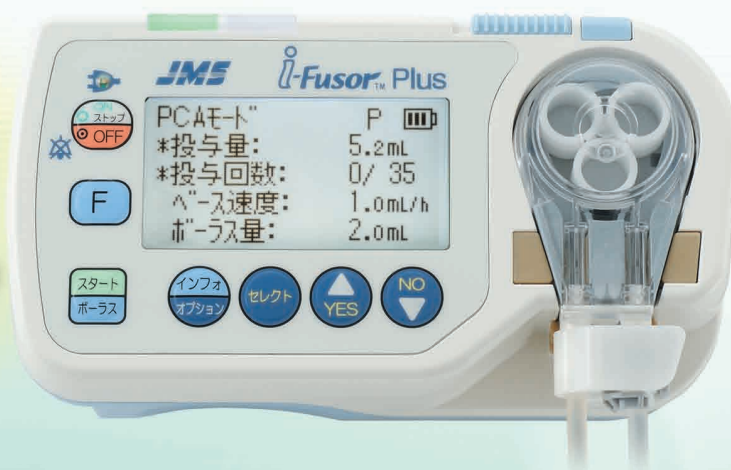
ネットワークは、それぞれの目標を効率よく達成するために、情報共有化し、意見を出し合い、切磋琢磨していくためのシステムだと思います。感染対策は、諦めず、継続しなければなりません。組織内に、地域に仲間



をつくる。そうした努力がいつの日か陽の目を見ることになると確信しています。そして日本全国で同じ目的意識をもったネットワーク同士の連携ができれば、なにと考えている今日このごろです。これからも、ネットワーク間の情報交換を活性化し、切磋琢磨していきたいと思っています。

アイフューザー プラス i-Fusor™ Plus

より安全に、
使いやすく進化した
携帯型精密輸液ポンプ



コンパクトな本体で充実した機能を搭載

大きな液晶とシンプルなパネル操作

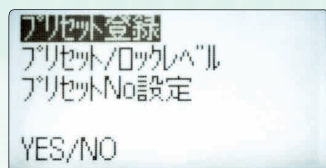
- 漢字及びひらがな表記にも対応

2つの輸液療法モードから選択可能

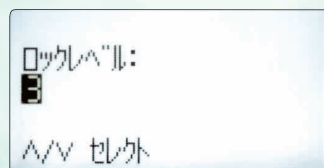
- PCAモード ●連続モード

使いやすく、安全性を重視したPCA投与

- プリセットモード ●ロックレベル設定モード



プリセットモード



ロックレベル設定モード

充実した安全性・安心機構

- セーフロック機能 ●パスワード設定管理

made in Japan

販売名及び医療機器承認番号: アイフューザー プラス 22100BZX00017000



<http://www.jms.cc>

株式会社 ジェイ・エム・エス

東京本社 〒140-0013 東京都品川区南大井1丁目13番5号 新南大井ビル
TEL(03)6404-0600 FAX(03)6404-0610

広島本社 〒730-8652 広島市中区加古町12番17号
TEL(082)243-5844 FAX(082)243-5997

2003医療事故防止対策通知※対応



本マークは医療事故対策のために設定された厚生労働省基準に適合することを示す業界の自主的なマークです。

※関連企業を対象とした厚生労働省通知「輸液ポンプ等に関する医療事故防止対策について」 医薬発第0318001号:平成15年3月18日

2010.12LP