

05-21

当院における在宅自己注射患者の医療廃棄物処理方法の現状と課題

岐阜赤十字病院 看護部

○牧野 弦、馬淵 真弓、飯沼 奈穂、高橋 優子

【はじめに】糖尿病治療においてインスリン、GLP1 製剤に使用される針は在宅医療廃棄物となり医療機関に持ち込み適切な処理方法が必要になってくる。当院における使用後針の持参方法の現状について把握し患者へ再指導を行い、今後の課題を検討したのでここに報告する。

【方法】当院内科外来通院中でインスリン、GLP 1 製剤を自己注射している患者へ通院時に看護師より廃棄と持参方法について聞き取り調査を行い、作成したパンフレットを使用し、再指導を行った。

【結果・考察】今回聞き取り調査と再指導を行った患者が 227 名であった。聞き取り調査にて不適切な状態で使用後針を持参される患者は全体の 16%、自宅処理の患者は 10% を占めていた。当院においてインスリン、GLP1 製剤導入された際には必ず看護師より指定の説明書を使用し、針の取り扱いについて指導することになっている。しかし調査の中で患者へ説明がされていないことや不十分な説明であったことがわかった。指導の際には必ず指定の説明書を使用し、統一し充足された内容で指導が行われるように徹底することが必要であると考えられる。医療機関に針を持参する際には危険防止の観点から堅牢で耐貫通性のある容器を用いることが望ましいとされている。聞き取り調査において容器についての質問も多くあり、患者へ書面で指導では説明が伝わらないことも分かり、現物を提示するなど使用しやすい環境を整える必要があると考える。また調査の中で以前は病院に使用後の針を持参されていたが次第に家庭ごみに捨ててしまっている患者もいた。自己注射歴が長期になる患者や入院もなく看護師からの指導機会が少ない患者にこのような事例が多いことが分かった。外来通院の中で繰り返し指導を行えるシステム作りが課題として明確となった。

05-23

NICUにおけるセレウス菌検出と感染予防の取り組み

北見赤十字病院 医療安全推進室

○浅尾 淑子、松澤 由香里、早坂 文枝、鹿又 亜由紀、安田 篤志、尾栢 隆、高橋 美香、金田 孝浩、富樫 清英、鈴木 望、三河 誠

【はじめに】セレウス菌は病院環境を含む環境に広く存在している。臨床現場で本菌が検出されても、環境常在菌によるコンタミネーションとして見逃されている。今回、NICUに入院中の患者 4 名の皮膚培養からセレウス菌が検出された。医療関連感染による伝播が疑われ感染制御チーム（以下、ICT）による介入した経過を報告する

【経過と結果】2013 年 8 月から 12 月にかけて単発的に皮膚培養から 4 名の患児よりセレウス菌が検出された。1 名を除き 3 名は近医施設からの入院児であった。その為、入院時の培養陰性まで保育器に収容し感染拡大はなかった。しかし 2014 年 1 月 8 日の定期監視培養から同時に 4 名の患児にセレウス菌が検出され調査・感染対策を検討した。結果、環境サンプリング 66 検体中 6 検体（陽性率 9%）から本菌が検出された。検出された本菌はタオルが主であった。感染対策として手指衛生の徹底と入院児に使用するタオル類を全て滅菌とした。また環境の清掃、輸液・点滴作業環境の整備を検討した。その後 NICU の入院児、全てに本菌による感染徴候は認められなかった。

【考察】今回セレウス菌が同時に検出された患児 4 名に発症はなかった。当初、本菌は近医施設からの持ち込みとの先入観があり、その方面に感染対策が実施されていた。監視培養の結果から、早期に ICT が介入し、先行文献にある、タオルから本菌が検出され使用するタオル類を滅菌にしたことは効果があったと考える。NICU はワンフロア構造で、隣接する保育器に容易に医療従事者の手が接触可能な配置になっていることが多く、医療関連感染が発生しやすい環境にある。その為、手指衛生の徹底と患児に使用するタオルにより血流感染が防止出来たと考える。

05-22

当院内科病棟での C D I 患者多発時の対応と今後の課題

富山赤十字病院 感染防止対策室

○亀山 礼子、船屋 諭史、八木 浩志、飯尾 志帆、竹原 朗、川根 隆志

【はじめに】2014 年 3 月、当院循環器内科病棟において、クロストリジウム・ディフィシル（Clostridium difficile）感染症（以下 C D I）患者が多発した。患者は全員おむつ使用者であったことから、おむつ交換時の感染対策と環境整備の徹底を実施した。対応と今後の課題について報告する。

【経過】2014 年 3 月初旬、入院時から下痢症状のある患者から C D I が検出された後、13 日間に 7 名の患者が C D I を発症した。病棟内の離れた 4 人床 2 病室から患者が 3 名ずつ発症したことから、水平伝播による感染の可能性が考えられた。感染多発の収束までに約 1 カ月間を要した。

【対応】同病棟では、おむつ交換車を使用していたことから、おむつ交換車上のケア用品を介して C D I が伝播する危険性が考えられた。おむつ交換時に必要な物品をその都度準備することで、ケア用品を介した伝播の防止を図った。看護師のおむつ交換場面の実際を確認し、手袋交換や陰部洗浄ボトルの取り扱い、ケア前後の手洗い、手袋やエプロン・ガウンを脱ぐタイミング、使用後のおむつの取り扱いなど接触感染防止対策について指導を行った。また、環境整備の実施者である看護助手に対しては、ルビスタを使用する高頻度接触面の清掃を指導した。感染多発収束後には病棟スタッフとの振り返りを行い、手洗いや個人防護具の着脱のタイミングの必要性について再確認を行った。また、スタッフ間での情報の共有や、ケアの方法について問題がある場合は、スタッフ間で問題点などを指摘しあえる職場環境、雰囲気づくりが大切であることを再認識した。

【課題】おむつ交換は日常頻繁に実施されるケアであり、感染多発時に限らず継続的に、手指衛生、個人防護具の適切な着脱方法やタイミング、環境整備の実施を確認し指導し続ける必要がある。

05-24

創部 SSI 減少に向けての当院手術室の取り組み

前橋赤十字病院 中央手術室¹⁾、消化器病センター-外科²⁾

○阿部 二葉¹⁾、三枝 典子¹⁾、慶野 和則¹⁾、伊藤 好美¹⁾、増山 愛美¹⁾、荒川 和久²⁾、富沢 直樹²⁾、安東 立正²⁾

【背景と目的】当院では ICT を中心に SSI 対策を考え実行してきたが、諸施設の報告より SSI が多かった。当院は高度救命救急センターを有し ADL の良好な患者の割合が多くないことも原因ではあるが、特に大腸癌切除術の SSI は 15-20% と高かった。今回、腹腔鏡下大腸手術に焦点を当てその切開表層部 SSI と創閉鎖方法の変更による創部 SSI 減少に向けての取り組みとその結果について検討した。

【対象と方法】対象は 2009 年 6 月から 2013 年 11 月までに腹腔鏡下大腸手術を施行した 336 例。創閉鎖方法により 3 つの期間に分けた。第 1 期：2009 年より 2013 年 3 月までは表層切開部はスキンステープラーで閉鎖していた。第 2 期：2013 年 4 月よりモノフィラメントの吸収糸での真皮結節埋没縫合に切り替えた。糸や器械は術野で使用した物を使った。第 3 期：2013 年 8 月よりは衛生材料（ガーゼ・覆布）を含む閉鎖専用器械での閉鎖に変え縫合糸も新品を使用した。皮下ドレーンも基準を決めて挿入した。これらの手順の変更はマニュアルを作成し提示することで、スタッフ全員が短期間に閉鎖手順を習得することができ、混乱は見られなかった。

【結果】全 336 例での切開表層 SSI は 31 例（6.8%）。小切開創のある 239 例では 9.3% であった。第 1 期、第 2 期、第 3 期での発生率は 12.2%、23.1%、5.9% で、第 3 期の発生率が減少していた。

【考察】切開表層 SSI の減少のため、創閉鎖方法をスキンステープラーから真皮縫合に変更するも発生率の減少はなかった。原因を検討し閉鎖時に用いる器械を使用することにした結果、第 3 期での発生率は減少し、その効果があったものと考えている。

【結語】種々の対策を講じることにより SSI の発生を減少させることが可能であった。今後は吻合操作時の器械の変更や閉鎖専用器械に変えるタイミングも検討をしていきたい。