

第11回日本感染管理ネットワーク 北海道支部道南ブロック研修会



研修会で紹介できなかった質問について

「みんなで考える高齢者の感染症と感染対策」 藤田 崇宏 先生

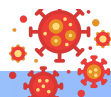
Q1

職員のマスク着用について、先生の施設ではどのようにしていますか？自身の勤務先では院内マスク着用としていますが、医師がマスクを着けてくれません。市内の他の病院ではマスクは症状がある人だけというところもあります…。

世の中の風潮が変わる中で、院内ルールを維持するのは大変ですよ。当院では基本的には患者さんと接する場所での医療従事者のマスク着用義務と来院者のマスク着用のお願いは継続していますが、渡り廊下を挟んだ管理棟側（事務部門や医局）では着用しなくてもよいことにしています。ユニバーサルマスクと咳エチケット（有症状者のみ）の間のどこかに病院としてルールを設定することになると思います。当院は免疫不全者の集まる病院なので理解を得られやすいという特徴があります。その施設ごとに適切なラインを関係者で話し合っ決めてるのがよいと思います。当院でも患者さんから「他の病院では来院者にマスク着用を求めないところはあるがなぜここでは求められるのか？」という投書が入ることはありますが、「免疫不全者の集まる病院なのでご理解ください」と返答します。

Q2

コロナ感染症の隔離解除期間について教えてください。当院では職員は5日間、患者は原則7日間で解除しています



標準的で妥当なラインだと思います。免疫不全者の場合7日を過ぎてもウイルス排出が続くことがあるので少し悩みどころで、当院は入院患者の隔離は10日目になっています。当院も職員は5日間です。ただし復帰後も咳などの症状が残っている場合は10日目くらいまでを目安に患者さんに密に接触する業務は避けてもらったほうがより安全です。

Q3

感染対策の基本は手指衛生だと思います。当院も携帯用消毒剤をもち正しいタイミングで消毒をするように頑張っています。しかし、医師は消毒も携帯してくれませんか？回診でも消毒をしてください。医師への介入についてご教授下さい。

これも本当に……どこの病院でも一番の頭痛の種ですよ（苦笑）。我々も日々苦労しています。正直なところ、医師に個人ボトルを持たせるのはハードルが高いことが多いです。「白衣が重くなる」「邪魔だ」と言われますしね。ですので「持たせる」ことよりも「医師が動く導線上にボトルを置きまくる」作戦もありかもしれません。また上下関係のはっきりした診療科では一番上の先生がやるとなぜか下の先生が引き続いてやることが多い印象なので一番上の先生に模範となってもらうのが介入の対象として効率よいかもしれません。回診は介入の難しいところかもしれませんが、看護師と一緒に回診するのであれば回診の流れの中に手指衛生のタイミングを組み込んでいけるように業務の流れをスムーズにするという口実で回診のやり方を話し合って改革していくのはいかがでしょうか。

Q4

コロナワクチン接種についてどう考えますか？ワクチン接種はした方がいいですか？



高齢者施設や高齢患者が多い病棟においては、やはり重症化予防の観点から接種の意義は依然として大きいです。医療従事者自身については、以前のような「感染予防」の効果は限定的になってきているので、最終的には個人の判断になりますが、「自分が媒介者になって患者さんにうつさないための防護策として、私は推奨するスタンスをとっています。もちろん私も今シーズン接種しました。

Q5

百日咳が流行した時に、医師から予防投与をしたいと言われました。当院では原則予防投与はしていません。インフルや百日咳など職員の予防投与についてどう考えますか。

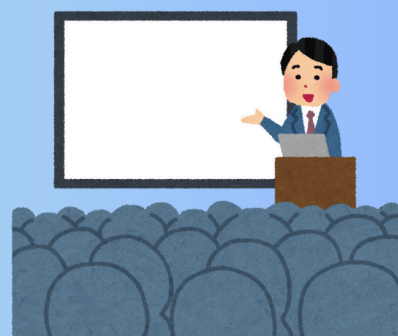
ご質問の予防投与の具体的な状況がわからないのでお答えしづらいですが、曝露後予防はガイドライン等にしがたって状況ごとに判断するものなので、原則しないと事前に定める類のものではないように思われます。米国CDCも医療従事者が百日咳の患者に曝露した場合、予防投与を考慮すべきとガイドラインに記載しています。

当院ではインフルエンザのアウトブレイク時に病棟の職員に予防投与を行うことがあります。

Q6

病院で働いているリンクナースです。感染管理認定看護師からアイガードをつけるように指導され、部署に周知していますが、眼鏡をつけている人、特に先生方は「眼鏡をかけているからいらない」とつけてくれません。先生の病院ではアイガードは必須としていますか？また先生たちはアイガードを装着していますか？どのように周知したらよいか迷っています。

指導の内容が常時なのか処置時なのかが不明なので答えにくいですが、通常的眼鏡は隙間だらけなので防護具にはなりません。とはいえ常時つけていると視界もさえぎられて不便です。基本的にしぶきが飛ぶ場合の処置では必ずつけるということでメリハリをつけてもらってはいかがでしょうか。当院では常時アイガード着用とはしていません。



Q1

精神疾患、認知症のある患者ではマスク着用や手指衛生は難しいと思います。何か工夫をしたことがあれば教えてください。

「理解して守ってもらう」よりも、自然にできてしまう仕組みを心がけています。

マスクは「正しく」より「つけてもらえたらよし!」とハードルを下げました。作業療法の時間だけとか売店に買いものにいくとき限定など。

手指消毒は「導線」が大切です。トイレやデイルームの入り口必ず通る場所で、手すりのすぐ上に設置し、思わず消毒したくなる環境を作りました。但し、病棟によっては設置困難な背景や患者拒否など難しい場合は、職員と一緒に行う、手洗いのみに切り替える、使い捨てオシボリ活用しています。「本人の努力」から「環境で補う」にシフトチェンジすると、マスクの着用、手指衛生が無理だと言われ続けた精神科病院でも定着へ変化してきました。

(5年位かかりましたが…)

Q2

コロナ禍では職員がマスク・ゴーグル・キャップで表情が見えなくなりました。患者さんの精神状態に何か変化はありましたか？

不安を訴える、興奮が強くなる患者さんは一定数いました。

別の病棟から応援に来るなどスタッフが入れ替わる機会が多い時期には特に顕著にみられました。顔や表情が見えないよりも「伝わらない」ことが不安の増強や意思疎通困難を増長していたようです。看護職員はいつも以上に声のトーンを柔らかくし、これから何をするか行動予告を丁寧に行いました。

Q3

何回指導しても2重手袋をする職員がいます。そのような職員にはどのように対応したらいいですか？

特に精神科病棟では汚染への恐怖や感染の不安が強く、マニュアル通りに実践できない現状がありました。指導後の行動変容に繋がらないケースも散見されました。

「ダメです」ではなく、「オムツ交換の時は手袋交換と手指消毒をやってみよう」など 部分的に合意を得ながら介入しました。事例を徐々に増やして、重ね着しなくても大丈夫と思ってもらえるように不安の軽減に努めました。



Q4

耐性菌など理解が難しい分野などで職員教育を実施するとき、何か工夫をしていることはありますか？あれば教えてください。

難しい専門用語は捨てます。

耐性菌→薬が効きにくい菌など「日常ケアにどう影響するか」で伝えていきます。

個室やカーテン隔離で患者さんの不穏行動や認知症の進行に影響する。

抗菌薬が効きにくいいため、重症化し、身体管理割合が大きくなるなど。

引いては自分達が高齢化したとき、肺炎・尿路感染で治療困難になるといった自分達にも関わる問題で伝えると意識してもらえます。



Q5

精神科では治療のひとつである外泊やしゅがコロナ禍では制限されていきました。コロナが5類になってからは感染対策と並行して外泊やしゅをすすめていく必要があると思います。何か工夫されていることがあれば教えてください。

いきなりの全面再開は患者さんだけでなく、職員も不安になります。

外泊・外出中は密集する場所ではマスクを装着する、健康チェックを行い、異常があれば連絡するなど基本的な感染対策を行い実施しています。患者さん本人が難しい場合は家族や施設職員へ協力要請しています。作業療法や病棟しゅは人数を分ける、個人で実施できる内容の検討など、実施場所の感染流行状況に応じて対策を講じながら徐々に範囲を拡大しています。今では感染隔離中の軽症患者さん向けにベッドサイドで実施できるプログラムも展開しており、途切れない訓練の実施に努めています。

Q6

病院で働いていて、工藤先生が講演のなかで使用している消毒剤を使用しています。あのタイプの消毒剤は蓋をあける手間が加わり、なかなか必要なタイミングで手指消毒をしてくれません。みんなが手指消毒をしてくれるように何か工夫していることはありますか？

1動作加わることで実施率は下がってしまうことを前提に安全面の観点から手指消毒剤を採用している現状にあります。「消毒してください」ではなく、「ここで1回ボトルを押して」と具体的に指示したこともあります。そうすると容器・蓋に触れる機会は増えますが、蓋やリールの破損が増加したデメリットも発生しました。リールの予備を部署に置くこと、両手が塞がって蓋が開けにくい場面処置やオムツ交換などでは専用ワゴンにプッシュ式容器を設置するといった工夫をしています。



Q1

情報共有のためICT活用で、ID-LINKは実際活用していますが、五稜郭病院独自のケアブックに関しては初めて見聞きました(救急患者を含めて当院(当町)からの紹介状も多く、いつもお世話になっております)。紹介したケースに関しては積極的に受け入れできるように今後も調整する上で。ケアブックの利用方法もついてお聞かせねがえれば幸いです。

ケアブックとは、病院や介護施設で働く医療従事者(ソーシャルワーカーや看護師など)向けに、入退院調整業務を効率化・支援するためのクラウドサービスです。

電話やFAXに代わり、オンライン上で転院先の打診や情報共有、施設検索などを一括で行え、業務負担の軽減と患者さんへの対応時間確保が期待できます。

現状ケアブックは函館五稜郭病院からの打診の際に利用している状況であり、ケアブックに参加して頂くことで、当院からの打診が通知されます。

参加して頂いている病院は、打診を受けるのみの機能となりますが、ケースでのやりとり等はチャットで行えるため、電話等での連絡での時間の制約はなくなります。

対応できる時間に返信ができ、業務の効率化は図れると思います。

Q2

耐性菌を持っている患者さんの転院調整は保菌者であっても断られることが今でもあり、調整に時間を有する事があります。このような調整に対してケアブックの他にも、スムーズな転院調整を進める方法がありましたらご教授下さい。

耐性菌の保菌状態の転院に関しては、各病院の対応に違いがあるため、転院の可否に関しては受け入れの病院判断となるかと思います。

正しい情報を共有することで、何が転院の支障になっているのかを確認することはできるかと思いますが、病院の規模・機能等で受け入れできるケースやできないケースは発生しますので、各病院との事前の連携をしておくことは必要だと思います。

情報共有には、ID-LINKの活用等がよいのではと思います。



Q3

転院調整をする上で工夫していること(病棟や転院先)があれば教えて下さい。どのようにしたらスムーズに短期間で調整できますか？

転院調整をする上での工夫としては、各病院のリアルタイムの空床状況の確認や受け入れ目途等に関してケアブックでの共有をしています。

各病院の空き状況を把握した上で転院調整を実施することで、当院では転院調整日数を平均11日前後で運用できています。

病棟とは、ラインワークスを利用し情報共有を行い、電話等でのやりとりをなるべく省くことでお互いの時間を有効に利用できるよう現在取り組み中です。

Q4

高齢者の場合、癌などのほかの疾患を合併しコロナに感染すると療養期間が終わって発熱が続くことがあります。発熱の原因が腫瘍熱と考えられる場合でも転院先が受け入れられない、と転院が困難となることがあります。感染管理認定看護師はそのときに患者や家族にとってベストな選択ができるように、正しい知識を職員に伝える必要があると思います。武田先生が感染管理認定看護師に求めることはありますか？

感染管理認定看護師へ求めることは、コロナ禍を経て病院だけではなく、地域全体での感染管理が必要となっています。その中で、専門的な知識を活かし、地域連携の核としての役割を発揮してほしいと思っています。

地域包括ケアシステムの中でも、医療・介護の相互連携は必須であり、さらには地域への指導・相談・実践を行うことで、地域全体を感染から守ってほしいと思っています。

転院調整の中では、病院すべての足並みを揃えることは難しいと思いますが、受け入れ条件等に関しても各病院への働きかけを実践して頂けると助かります。

Q5

講演のなかで2040年問題にも触れ、地域医療を守るためにも今後さらに地域連携を推進、とありました。今後もこの道南で高齢者を含めみんなが住み続けるために病院同士や病院と施設は今からどのような取り組みをしたらよいと思いますか？

2040年問題として、高齢者の割合が3～4割となることが予測されます。

高齢者は増える一方働き手がいなくなることで、現在の医療や介護を維持していくことが困難となります。病院の中には、施設基準維持が困難となり、規模縮小(休床等)・病床返還を行うことも考えられます。

個人的な見解にはなりますが、一つの法人や病院・施設での対応だけでは困難となることが予測されるため、各々の強みを理解し、連携を図ることが必要だと考えます。

地域のニーズをとらえ、ニーズに対して何ができるのかを病院・施設は今一度リサーチする必要はあると考えます。お互いの強みを理解し合うことで、時代・地域ニーズにあった連携が生まれてくると思います。



「高齢者施設の感染対策新型コロナウイルスへの取り組み」

木村愛美先生

Q1

家族の面会はどのようにしていますか？時間制限や家族の体調確認などしていますか教えてください

面会時間は「9:30～16:00」の間(土日祝関係なし)で実施しご家族の人数制限はありません。コロナが第5類となり、ご家族の面会が可能となり、玄関に「体表温度測定機能付マルチターミナル」を設置しご家族に体温確認していただき「37.5℃以上」の表示となった場合は、面会をご遠慮いただく場合もございます。体調不良や感染症になった場合は、ご面会できないことを通知しております。ご面会時は強制しておりませんが、ご家族はマスク着用しております。

Q2

レクリエーション(カラオケなど)は再開していますか？レクリエーションをする時に気をつけていることなどあれば教えてください。



施設全体・ユニット内でのレクリエーションでは特に感染対策はしておりません。ユニットで感染症が発生した場合は、レクリエーションは中止しております。

Q3

カラーバサミの工夫など素晴らしいと思います。高齢者施設だと看護師と介護士という職種の違いがあり、さらに介護士のなかでも保有している資格に違いもある場合があります。職員教育も積極的にされていると思いますが、職種の違う職員への教育で工夫されていることはありますか？

看護師は解剖整理・各病気・各病気の看護。清潔・不潔やガウンテクニックの方法も熟知しています。しかし看護師以外の職種では詳しくは分かりません。病気や感染対策などは、あまり詳しくせず簡単にわかりやすい言葉を使うようにしています。文字化し必要な場所へ掲示し説明をします。

感染対策などで間違った方法を行っていた場合、再度説明し訂正してもらいます。



Q1

セルフケア能力の向上→自己免疫の強化が大切である事は認識していましたが、実際のケアにおいて呼吸へのアプローチ、腹部へのアプローチの具体例を深呼吸や正しい姿勢保持以外でお聞かせ下さい

前提として、多くの方は加齢や病気、ケガなどによって解剖学的に正常とされる姿勢を保持することが難しくなっています。その状況で深呼吸や良い姿勢を促してもなかなか上手くいきませんし長続きもしません。根本解決のためには正常位に体を戻してあげることが大切になるわけですが、全て関節や臓器を正常位に戻すことは難しいですね。

その上で、部分的なアプローチでも十分効果が期待できるケアを以下に紹介します。

(体幹の筋肉を緩ませる)

老化や病気を抱える方の多くは、身体の前面(胸や腹)が縮み、身体の後面(背中や腰)が伸びた姿勢になっています。要するに腰が曲がった老人をイメージさせる姿勢です。これでは胸が閉じているので深呼吸は難しく、腹部の内圧も高まっていて内臓への血流も低下していると考えられますが、この状態を少しでも改善させるためには、まず硬くなった筋肉や皮膚を緩ませることが有効的です。

・胸部では【首回り、鎖骨周辺、各肋間筋、胸骨や胸肋関節など】のマッサージ

・腹部では【下部肋骨(横隔膜周囲、骨盤の腸骨付近や恥骨付近など】のマッサージ

これで、前面の縮こまった状態で硬くなった筋肉や皮膚が緩み、伸びやすくなります。

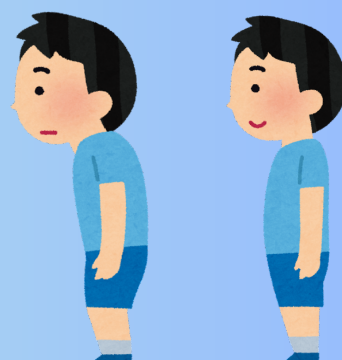
・背部では【首回り、脊柱付近の筋肉(起立筋など)、仙骨付近など】のマッサージ

これで、後面の伸びた状態で硬くなった筋肉や皮膚が緩み、縮まりやすくなります。

これだけでも背筋が伸びた姿勢に近づき、呼吸はしやすく、腹部の圧迫も改善します。胸腹部が柔らかくなり横隔膜が大きく動き出すと、呼吸のたびに横隔膜が腹部臓器を刺激し、便秘の改善にも繋がります。慢性の呼吸器疾患(COPDなど)の患者さんに上記ケアをただだけで、投与酸素量を増加させずに済んだり、緩下剤を増やさなくても便通が整うケースは多くあります。

(食事指導～腹八分/よく噛んで食べる)

大食や早食いは、それだけで消化管に負担を掛けます。また腸管は腸間膜によってさまざまな臓器と連結していますが、便秘が長らく続いて重くなった腸が下垂することで他の臓器にも影響を及ぼしますし、腰痛等の原因にもなります。



Q2

入浴介助をする時はマスクをつけていますか？つけた方がいいですか？
手を洗う事が難しい時はどのようにしていますか？



- ・マスクの考え方については様々あるかと思いますが、当方では基本的に利用者に対するケアの際にはマスクを着用しています。ただし入浴介助で水滴や蒸気がマスクに付着し、介助者の呼吸が困難になるときなどは、対象に説明の上で躊躇なくマスクを外します。
- ・手を洗う事が難しい場合のときを想定し、当方では手指消毒用アルコールや消毒剤配合のウェットティッシュ等を各自持参し対応しております。

Q3

訪問看護をする上でこれだけは気をつけた方がいい(気をつけている)事があればご教授下さい。

感染管理という観点でいえば、研修会でお話しさせていただいた通り、様々な角度から物事を考えた上で、バランスよくケアに取り組むということになります。

訪問看護全体として気を付けていることとしては、まずは他者の価値観を受け入れ、その上でケアの方向性を一緒に検討するということを心がけています。



Q4

高齢者はマスクや手指消毒をはじめとする標準予防策を実施することが困難なことがあります。在宅では利用者の清潔概念が否定できないなかでサービスを提供することになると思います。利用者に感染症をうつさないことはもちろんですが、自分自身やスタッフを守るために工夫していることはありますか？

佐々木先生は東洋医学もとりいれられているということなのでぜひ教えてほしいです。

目に見えて明らかな汚染等がある場合は、対象に説明の上、改善できる範囲で改善させていただきますし、場合によってはマスクの他にもゴーグルやエプロン、靴履きなどを躊躇なく着用します。ただし実際には目に見えない汚染も多くあると思いますし、これらの侵入を100%防ぐことは難しいと考えています。そういった観点で、当方では「自身の身体を強くする」ということを意識し、我々自身の運動や食事管理、ストレス管理にも注力しております。

Q5

コロナが5類になる前は一般の人も感染対策をある程度厳しく実施していましたが、5類になってからは、マスクは個人の自由という概念が広まり、街中でマスクやアルコール消毒をしている人が少なくなりました。在宅でサービスを提供するうえで、コロナが5類になったからこそ感染対策が困難になったことはありますか。

コロナ対策を通じて一般にも感染対策の意識が根付いたことは良い側面であったと考えていますが、一方で考え方が偏り、必要以上に怯え過度な対策に進んでいったという事実もあります。大切なのはその人がどうありたいかという事だと思います。マスクを付けたい方は付け、外したい方は外す。当方では対象の思いを尊重し、かつ我々の考え方も説明の上で臨機応変に対応しておりますので、現在の感染対策において困難に感じていることはあまりありません。



「訪問リハビリテーションの現状～感染予防と事業訪問所の役割」

清野 佳寿美 先生

Q1

訪問リハビリは家の段差やベッドの状況なども知る事ができ、それに合わせてリハビリができるメリットがあると思いました。しかし、家なので施設や病院と違い器具、物品を利用したリハビリができないと思います。何か工夫していることがあれば教えて下さい。

その通りです！

明らかに病院にしかない器具や設備など使用した方が良い場合は通院などの方法も模索しますが、訪問リハビリ利用者様はほとんどの場合難しいため、代替できる方向で考えることが多いです。

運動療法であれば代替できる場合が多いのであまり悩むことはないのですが、物理療法では高額でサイズの大きい機械など代替が難しい場合もあります。

水治療やマイクロ波、起立台などは現状、訪問リハでは難しい状況です。

しかし、最近は低周波治療器や超音波などの機械はポータブルの小さいサイズのものが出ているので、予算を見ながら事業所で購入して使用したり(訪問リハは物理療法の括りがないので算定はできませんが、、、)、車に入るサイズの物品であれば積めるだけ積んで訪問しております。

私の車には大小のボール、ゴムチューブ、タオル、昇降台、折りたたみ椅子、ディジョックボード、バランスクッション、ヨガマット、ダンベル、重錘、箸やスプーンなどなど乗っております。あとちょっとした調整を行いたい時などのためにドライバーなどの工具一式や蓄光テープ、グリップテープ、両面テープ、バット、マジックテープ、カラーテープなどなど、、、持っていけるものは持っていこうの精神ですね。

また先日研修を受けてきたのですが、エコー検査の器具もポータブルのものが出ているので尿意に対する残尿の評価や嚥下時の残渣の簡易評価などもできるようになりました。

ソフト面では柔軟に工夫して実施していくことが重要で、ハード面でも年々便利なものが増えてきているので、訪問リハビリだから諦めるという事はかなり少なくなっているように感じております。

Q2

在宅ではご家族の支援が重要になると思います。ご家族が継続してリハビリをできるように、清野先生はご家族へも指導していますか

そうですね！

訪問リハビリ、あと小児のリハビリは特にご家族やキーパーソンを包括的に支援していくことが重要な分野と感じております。ですので、家族指導もバリバリやります。

家族指導という括りになるかは分かりませんが、ご家族様の考えや状況についてかなり注意深く見るようにしております。



一般的に家族指導というご家族にやってほしい支援であったり、気を付けてほしいことをこちらから提示して実践していただく形になるかと思います。

その辺は訪問リハビリに限らず、セラピストとして当たり前に行うことですので割愛しますが、最近私が感じているのは在宅生活においてご家族様に対するブレーキ役として重要な役割があるのではないかと感じております。

訪問リハビリは週1回以上、1時間近く利用者様、ご家族様とお会いしお話する時間も取れるので信頼関係を構築しやすいポジションであると思っております。

家族指導は正論を示すので、正直深い関係が無くてもトラブルになることは少ないのですが、ご家族が頑張りすぎてしまいパンクしそうな場合や、ご家族が心配しすぎて過介助になっている場合などブレーキを掛ける必要がある時に薄い関係性の人間がそれを指摘すると落ち込みや逆上、拒否など負の感情を与えてしまう可能性が高いと思います。

私個人の考え方ですが利用者様、ご家族にとって一番聞きたくない事、我々が一番言いにくいこと、それを言えるかどうか、そしてそれを言っても壊れない関係性を築くことが非常に大事なことはないかと考えます。



Q3

病院で勤務していますが、褥瘡の新規発生に悩んでいます。ポジショニング、除圧など工夫はしていますが、職員全員ができてはいません
褥瘡を発生させないために、最低でもこれだけはやった方がいいという事があれば教えて下さい

とてもとてもよく分かります。

これは褥瘡予防に限らないテーマかと思います。職員間で向いている方向が違っていたり、方向が同じでも熱量が違ったり、私も何度も悩むことがありました。

まず、褥瘡発生予防としては全患者さんに手厚い褥瘡予防はマンパワー的に難しい場合が多いので対象を絞り効率化することは必須かと思います。

そして高リスク者のリストアップと各職員の意識付けが大事なかなと思います。この患者さんは高リスク者なのだと認識できればより注意深く観察できるかと思います。

また「職員全員ができない」に関しては2つのパターンがあると思います。

まず、スキルがなくて手出来ない場合。

このパターンであれば最低限やってほしいこととして入浴や清拭時の観察を提案したいと思います。



皮膚が露出したタイミングで褥創部位が掘れてくる前の発赤などの変色や異変を発見してもらえれば褥創「悪化」予防はできるかと思います。(皮膚赤いだけかと思ったら中で掘れている時もありますが、、、)

発見後の対応はスキルのある職員を中心に考えていくのがベターでしょう。このパターンでは色々なケースを経験していくうちに職員全体ができるようになると思いますので根気強く取り組めば確実にベースアップしてくるかと思っています。

しかし、困ったことにやる気がない、意識が低い職員がいてできない場合。

この場合も入浴時の観察の徹底を提案しますが、意味合いが少し変わります。新たな仕事が増えるわけでもないため受け入れしやすいこと(新しく業務が増えると抵抗感が強い)、また褥創発見時に前回の入浴担当が誰か記録が残るので、観察を怠るとバシャーというプレッシャーを掛けれるため(人は見られているというだけで行動が変わります)、という意味合いもあります。

現場ではきれいごとだけではうまくいかないという事を重々承知していますので上記のような言い方もしましたが、病院の規模にもよっては褥創対応チームを作って褥創高リスク者(低栄養、肥満、体動が少ないなど)をリストアップして、対象を絞ってチームで対応していくのが理想ですね。すでに対策チームがある病院も増えていきますね。

また最近では色々便利な道具がどんどん出ています。病院となると個人でレンタルができないため用意するのが難しいかもしれませんが、自動体交機能付きのエアマットレスや接触圧力測定器(荷重が偏っていないかを計測できる)などもありますので、福祉用具事業所などに最近の褥瘡予防でナウでホットな道具があれば紹介してほしいと声を掛けると詳しいお話が聞けるのでお勧めです。

Q4

高齢者はマスクや手指消毒をはじめとする標準予防策を実施することが困難なことがあります。在宅では利用者の清潔概念が否定できないなかでサービスを提供することになると思います。利用者に感染症をうつさないことはもちろんですが、自分自身やスタッフを守るために工夫していることはありますか？



これは当時リアルに直面した問題ですね。

コロナが流行り出した最初の頃ですが、私の場合は言えばやってくれる(マスクをつける、熱を測るなど)のですが、同居家族がコロナになった場合や、本人が朝から咳が出る、微熱があるという時に事前連絡してくれないという方がいました。

これに関してはその場でお約束が守られていないので今日は帰りますねという対応をしました。後日訪問した際に利用者様の本人のお体のことも案じたうえで、もし私がコロナになったらどのようなことが起きるのか(たくさんの人にとどめを刺すかもしれないということ)を説明して納得してもらえました。

標準予防策においては強く拒否する方はいなかったことと、言えばやってくれる、一緒にやろうと声掛けるなどで対応できたのであまり困難に感じることはありませんでした。

もちろん過度な予防策を無理強いすることはありませんが、お互いの身を守るための範疇であれば清潔概念の否定には当たらないかなと考えます。

スタッフに関しては身を守ることを最優先に考えて判断するよう指示していますが、細かい部分はあえてしておりません。

スタッフを信頼していることが前提ですが、スタッフの個人的な事情、例えば受験生の子供がいる、高齢の親と同居しているといった状況でも判断が変わってくるのかなと思いますし、その判断を尊重したいと考えています。

感染症対策で一番意識していることはとにかくすぐ休める環境と意識作りです。

単なる体調不良ではなく人に感染するのが感染症ですので、ちょっとでも変だなと思ったら休むこと、職場で体調不良になったらすぐ帰ることを徹底しています。私に指摘されてから帰る場合は何なら少し怒ります。利用者様のために仕事をしているのに利用者様の命を危険にさらす行為をすることは本末転倒です。

なので、私も少しでも熱など出れば率先して休もうと思っているのですが、びっくりするぐらい体調が崩れないので今のところあまりお手本を見せることができていません

Q5

コロナが5類になる前は一般の人でも感染対策をある程度厳しく実施していましたが、5類になってからは、マスクは個人の自由という概念が広まり、街中でマスクやアルコール消毒をしている人が少なくなりました。在宅でサービスを提供するうえで、コロナが5類になったからこそ感染対策が困難になったことはありますか。

利用者様に関してはマスクや手指消毒程度であれば特別な思想をお持ちじゃない限り、普段はあまり着けない方もお声がけすると特に拒否することなくやっていただけるように感じています。

逆に過剰に予防を要求する利用者様もいましたので、それはそれで悩ましいところでした。今こそ感染症は「正しく恐れること」というのがだんだん浸透してきているので、過剰な予防も減ってきてはいますが、新たな利用者様の場合は契約時に説明し同意の上で提供開始となるので、それも5類になってからは特に問題はありません。

他に5類になってから感じるのは工作中、サービス提供時の感染予防よりもプライベートな日常生活での感染予防の難しさです。

普段プライベートで接する方たちとは同意も取っていませんし契約もありません。なので、えー、、、と思うような行為があっても指摘できない相手もいます。飛行機で隣に乗り合わせただけの他人や知り合いでも目上の方など言いにくいですね。。

ですので、質問の回答としてはちょっとずれてしまいましたが、サービス提供時はあまりないですが、日常生活内での感染予防の難しさを感じているということになります。



しかしながら、最近よく思うのはコロナ真っ盛りの時に我々医療従事者はプライベートの時間も全て感染予防を徹底し、感染リスクと隣り合わせで、(同じ給料で)仕事に従事したことって実はものすごく誇っていいのではないかとということです。

あくまで仕事なので給与という対価のために仕事があると考えているので、精神論はあまり好きではないのですが、日々の仕事で嫌になることややりがいを見失うこともある中、腐らずに今日、今仕事をしている我々は心の根底に人を助けたいという想いがあるのだなと実感致します。

驕るとなく、でも適度に自分をしっかり褒めながら今日も頑張っていきましょう。

