

2009年 イギリス病院視察報告書

<ロンドン大学病院>

Annette Jeanes (University College London Hospital の ICN)

◆ここ 5~6 年の INT の活動について◆

病院の管理

●見目でキレイかどうか重要

⇒なぜするのか=文献的根拠はないが、きれいであること・汚染を除去することは重要である

⇒そのためにどうやってするのか=安全な手順・方法

使用する道具の選定

クリーニングチームとしてどうまとまって行うのか
(チームワーク) が課題

役割と責任: ドメスティックとナースとの関係

⇒安全な清掃結果=感染制御について知っている

●キレイチェック (評価)

目視での確認が基本だがそれだけでは不十分であると考えている

①目視: 埃 (微生物が存在) はダメ

②微生物量: 正しい方法でしているかをチェックする目的、ただし局所的である可能性はある。

定点チェックをしている⇒コストアップ、教育に利用する目的

③ATP

④UV: ブラックライトでチェック

⇒★今後重要視しようと考えている (おそらくマイクロファイバー導入根拠資料に使用されると思われる)

⑤Intelligent environment

⑥チェックリスト

●清掃方法

①Fogging (燻蒸)

②Ozone (オゾン): 今はあまりしていない (環境問題)。リネン類に使用。

③Copper: 銅イオンで微生物を減らしているのだろう、仕組みは良く知らない。

◇スコットランドでの研究

銅を使用してマイクロファイバーを洗浄したら菌数が減った。

④スチームクリーニング: 風呂、トイレ、オーバーテーブルで使用。しかし、あまりキレイにならない。患者がいるとできないし、作業員がスチームを吸う可能性がある。

⑤超音波 (ウルトラソニック): ベッド、扇風機、キーボード、車椅子、TV などに使用

- ⑥拭き掃き：基本的な拭き掃きが不十分である場合がある
 なぜできないのか？
 ⇒経済的にコストがかけられない
 ⇒技術が低い
 ⇒時間的制限：1ベッド（1部屋）をキレイにするには20分かかかるが、清掃基準ではシンクを3分、ベッドを9分ですることになっている。
 ⇒患者が動き回る
 ⇒スタッフ確保：いい人をつなぎとめられない（できる人はすぐ次のいい仕事に移る）

- ・ mopping：水拭き ⇒安全面はどうか（患者、スタッフの滑り）
 汚れを持ち運んでいないか
- ・ マイクロファイバー：ウェット・ドライの両方で使用。
 洗濯管理⇒まず水洗いして、その後漂白している。
 90℃で洗濯乾燥。メーカーは大丈夫とっているが漂白したものを実際顕微鏡で見ると表面を破壊している。

●UCLH が力を入れていること

- ①microfibers（マイクロファイバー）&biocide（殺菌剤）
- ②スタッフへのトレーニング（技術的）
- ③空調について
- ④教育：環境整備をどう理解してキレイにしてもらうか
- ⑤UV・ATPによるチェック
- ⑥研究：

(A) マイクロファイバーモップと従来モップとの比較研究（£60万/年=7~8千万円）
 マイクロファイバー使用の

目的（利点）：汚染・微生物を多く除去する

課題：洗濯

スタッフが古いやり方に戻す

内容：トレーニングを積んだ者をICUにて清掃させた

結果：今回はマイクロとモップに差は見られなかった

（話のつながりを忘れた…）⇒手指のコンタミは低下したが、感染率の低下の結果は、まだ見られていない。

(B) 銅とマイクロファイバーモップ使用した文献（研究）

水に銅を入れてマイクロファイバーモップを浸して使用すると、微生物量が減少。清掃1時間後で減少、4時間後でも減少している例もある。アメリカではすでにドアノブなどにも使用し始めている。

河川に銅イオンが流れ出ないかなど環境面で問題になるかも…。また、銅を使用した

場合の素材（環境表面）への影響がまだ不明。

クロスト デフィシルの発生が問題視された際は、次亜塩を使用していた。マイクロファイバーモップを使用したら微生物量が少し減少した。

スタッフは次亜塩は臭いがあるが、銅は臭いがないので良いという評判。

（病院のインタビュー）

患者がいない方が清掃しやすくいい（逆だと思っていた。会話などをしたいのかと思っていた）

半分の人には楽しいと感じているが、半分はそうではない。他に仕事がないし…。

楽しいと感じている人⇨清掃レベル低い傾向あり。

スケジュール以外の突発で仕事ができないことがある。

●重要なこと、課題等

- ・スキル
- ・モチベーション
- ・チームワーク（清掃のなかで、他部署との）
- ・整理整頓（道具を置く倉庫の不足）⇒新築時に清掃もスタッフとして参加すべき。清掃しやすい構造。空調のこと。
- ・清掃のフードバックがなされていない（⇨評価がない）。モニタリングとフィードバックできる仕組みがいる。自分のしていることが正しいかどうかを判断できる。
- ・イスなどの素材をどうするか
- ・デザイン性をどうするか（使いにくいなど）
- ・ディスポ or リサイクル・リユースの洗濯
- ・バックグラウンドが違う人をどうチームとしてまとめるか
- ・移民は教育レベルの高い人もいるのでそれらの人を教育する。ただし、どう引き止めておくかが課題。
- ・カーテンより移動式ボードの方がいいのでは？
- ・新しいものがいいとは限らない。基本的なスキルが大事で、どうトレーニングするかが重要。
- ・きちんと見ている（⇨評価）ということを伝えることが重要。上司が声をかけたり、一緒にカフェをするなどしている。
- ・イレギュラーに対応できるシステム作りが必要
- ・清掃の方法をどう簡単にしてあげられるを考えることも重要

<ドメスティック（清掃スタッフ：時給£5程度）へのインタビュー>

◆ induction day（入社時研修）

- ・ 病院のことについてなど一般的なこと
守秘義務、平等な立場、チームワーク
- ・ トレーニング⇒その後チェックをしているかは不明
技術、カラーコーディング、薬品の取扱い（混ぜるな危険）、尿や血液は触らない、サインボードを立てることは強く言われる（水があるときは必ず）、感染管理について（アルコールジェルの使用タイミングなどまでは教えてくれなかった）
- ・ 新しい用具が出たらトレーニングがある
- ・ 引継ぎは現場熟練スタッフが教育する（本来はスーパーバイザーがすべきなのに）。仕事は見て、やってみて覚える。

◆ チェック

- ・ マネジャーによるチェック
外部 audit（モダンマトロン、ICT、外部の人（3~4人：トラスト&トラスト外部））に備えるためにする
1D：日常チェック 出来ていない点をチェックする（チェック・指摘だけして何もしない）
1M：環境チェック
病院へ報告する

ハンドブック（フォーミラ？）は倉庫に吊るしてある：トイレは2回とか

◆ 雇用等

- ・ 移民の人のステップアップのはじめとしてドメスティックになっている。自国できちんと教育を受けた外国人はこの（ドメスティック）ステータスに留まるつもりはない。逆に病院も、そのような人に対して（積極的に）より教育しようとはしないのではない。
- ・ 辞めていくサイクルが早い。留まる人は教育レベル（地位）が低い人
- ・ バックグラウンドの違いによる問題や考え方の相違がある
- ・ 早くやめる人（ステップアップする人）の方がきちんとしていて、長年している人の方がきちんとしていない。

◆ その他

- ・ 感染のベッドなどは次亜塩です。
- ・ 3ヶ月毎にカーテンを交換する
- ・ ICUはディスポカーテン（1週間くらいで交換）
- ・ （働いている感想を聞くと）清掃が楽しいというわけではなくきちんとするだけ。通過点なので。