

# NEWSLETTER

vol.4  
2016



特集

## 院内感染を防ぐ

途上国にもウイルスや細菌に負けない病院を



# 院内感染って何だろう？



## 院内感染を防ぐ

途上国にもウイルスや細菌に負けない病院を

免疫力の低下した患者さんが集まる医療施設は、健康な人にとっては何でもないような病原体で感染を引き起こしやすい環境にあります。人の健康を守るための病院で、患者さんだけでなく、医療スタッフや面会者にまで感染が広がってしまうことがあるのです。このような「院内感染」を未然に防ぐためには、継続的な対策と組織的な取り組みが重要です。特に感染症の発生頻度が高い途上国においては、院内感染対策は質の高い医療を提供するために欠かせないものとなっています。

### ●●●● 院内感染とは…？ ●●●●

私たちの生活環境には、日常的に目に見えない細菌やウイルスなどの“バイキン(病原体)”がたくさんいます。病原体が手や咳、くしゃみなどを通じて人の体の中に侵入すると、さまざまな病気を引き起こす原因となります。幼い頃から食事の前やトイレの後に手を洗うように教わるのは、病原体の侵入を防ぐためであり、それだけ普段からそのリスクにさらされているということ。しかし、最も清潔さに気を配り、人の病気を癒す場である病院の中でも、そこにいたことにより細菌やウイルスなどの病原体に感染してしまうことがあります。医療施設内で新たに生じた感染のことを「院内感染」と言います。

### ●● なぜ「院内」を区別するの？ ●●

院内感染に対して、病院の外でかかってしまう感染症のことを「市中感染」と呼び、区別されています。同じように病原体に感染することを指しているのに、なぜ、どこで感染するかによって区別するのでしょうか。その理由は、病院という場の特性にあります。病院は、人の健康を取り戻す場所である一方で、たくさんの病原体が集まる場所でもあります。そして、病気に対する抵抗力が低下している患者さんが多いため、実は感染症が発生しやすい場でもあります。市中感染ではそれほど問題にならない病原体でも、病院の中では深刻な感染症を引き起こしてしまうことがあるのです。院内感染は、免疫力の低下した患者さんだけでなく、病院で働く医療スタッフや面会者にも感染が及ぶことがあります。

# 感染症って何だろう？

## ●●● そもそも感染症とは？ ●●●

健康な人の体は、十分な免疫力があるので、身の回りの病原体の侵入をそう簡単には許しません。しかし、皮膚の傷口、鼻や口の中などの粘膜から病原体が侵入すると、体内で増殖し、発熱や下痢などの病気を発症します。この状態を「感染症」と言います。

## ●●● どうやって感染するの？ ●●●

どのようなルートから人は病原体に感染してしまうのでしょうか。すでに感染している人からだけでなく、動物や昆虫、食品なども感染源となります。感染者や感染動物の排泄物・嘔吐物・血液・体液などを通じて感染が広がっていきます。

## 話題の感染症『ジカ熱』とは？



ジカウイルス感染症、通称「ジカ熱」は、2015年5月にブラジルで流行し始め、中南米を中心に30以上の国や地域に広がっている感染症です。蚊が媒介して感染し、2～7日程度の潜伏期間を経て、発症すると軽度の発熱、頭痛、関節痛、発疹、結膜炎などの症状が出ます。現在はまだ特效薬はありませんが、発症するのは約2割で、死に至るケースは稀です。ただし、妊娠中の場合は胎児に小頭症などの深刻な影響が出る可能性が指摘されており、世界保健機関や各国政府が注意を呼びかけています。

流行地で蚊にさされないように気をつけることが第一の予防策ですが、遠く離れた日本にいれば安心とは言い切れません。2016年夏にはブラジルのリオデジャネイロでオリンピックが開催されるため、世界各地から流行地へ渡航する人が増えると考えられ、無症状の感染者から知らないうちに日本にウイルスが持ち込まれる可能性も十分あります。

ウイルスは目に見えないために流行すると人々に恐怖感を与えますが、情報の中の事実と推測をしっかりと分けて、「正しく恐れる」ことが大切です。

## 色々な感染経路

人から人へ

人以外から人へ

### 空気感染

感染者の近くで飛沫核を鼻や口から吸い込むことで起こる感染。飛沫核は病原菌を含む飛沫が乾燥したもので、軽いため長時間空中に浮遊します。結核菌、麻疹のウイルスなど。

### 接触感染

感染している人に直接触れたり、またはその人が触ったものに触れたりすることで病原体を体内に入れてしまう感染。O-157やMRSA、ロタウイルスなど。

### 飛沫感染

感染者の咳やくしゃみなどで発生する飛沫（飛び散る唾液）を鼻や口から吸い込むことによって病原体が移る感染。飛沫の飛び散る範囲は、およそ1m以内と言われています。インフルエンザ、おたふく、風疹のウイルス、溶連菌など。

### 性的感染

性行為によって起こる感染。HIV、梅毒など。

### 土

土に触れることで土の中の病原菌に感染することもあります。破傷風など。

### 食べ物

食べた物から病原体が体内に入ってしまう感染もあります。食中毒として知られる、サルモネラ、赤痢菌、腸炎ビブリオ、黄色ブドウ球菌、大腸菌、ボツリヌス、コレラなど。

### 動物や昆虫

動物や昆虫を介して感染する病原菌もあります。オウムや鳥から感染するオウム病、キツネや犬から感染するエキノコックス症、ネコなどから感染するQ熱、ネズミから感染するペストなど。

# 院内感染

どうして院内感染が起こるの？  
どうやって予防するの？



それほど感染力の強い菌ではないのに病院の中では重症に至るような感染を引き起こしてしまう院内感染。病院には、抵抗力や免疫力が低下して弱い病原体にも簡単に感染してしまう「易感染者」と呼ばれる人たちがたくさんいるからです。

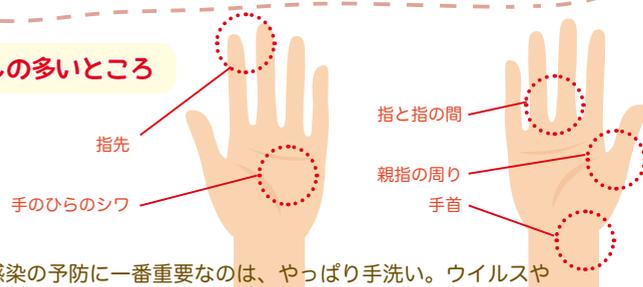
院内感染は、市中感染と比べて、原因となる微生物が大きく異なります。院内で感染症を引き起こすのは、主に大腸菌やクレブシエラなどのウイルス。これらのウイルスは、市中感染にも見られるものですが、院内で検出されるのと、院外で検出される

のとでは事態がかなり違ってきます。病院の中では多くの患者さんが治療のために何らかの抗菌薬を投与されていますが、こうした状況は、人の体を媒介にして生き延びようとするウイルスにとっては死活問題。ウイルスは、その厳しい環境に何としても適応し、生き延びようと変化します。つまり病院の中では、薬剤に耐性を持つ、強靱なウイルスがはびこることになります。健康な人にとって病気になるのが稀なウイルスであっても、入院している患者さんには、日和見感染を起こす原因となるのです。

## 院内感染を予防するには



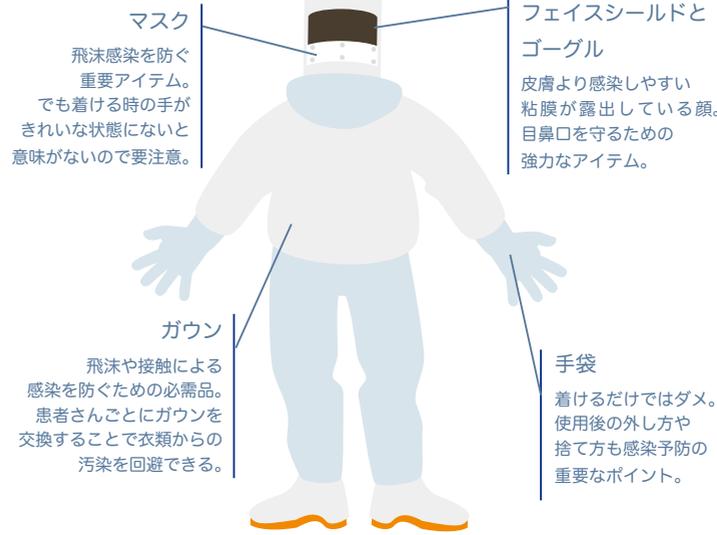
### 洗い残しの多いところ



院内感染の予防に一番重要なのは、やっぱり手洗い。ウイルスや菌は石けんの泡で洗い流すことができるので、手洗いをしっかり行うことは感染予防にとっても有効。でも、指の間や親指、手のひらのシワ、手首のあたりは洗い残しがち。手洗い 15 秒で菌が 10 分の 1 に減り、30 秒で 100 分の 1 に減ると言われます。

## 医療用 感染防護グッズ

医療用の感染防護グッズは、患者さんと医療スタッフの両方を感染から守る、強い味方。でも装着や外し方を誤ると、せっかくの防護グッズが無意味に。適切な使用には知識と訓練が必要なのです。



**マスク**  
飛沫感染を防ぐ重要アイテム。でも着ける時の手がきれいな状態にないと意味がないので要注意。

**フェイスシールドとゴーグル**  
皮膚より感染しやすい粘膜が露出している顔。目鼻口を守るための強力なアイテム。

**手袋**  
着けるだけではダメ。使用後の外し方や捨て方も感染予防の重要なポイント。

**ガウン**  
飛沫や接触による感染を防ぐための必需品。患者さんごとにガウンを交換することで衣類からの汚染を回避できる。

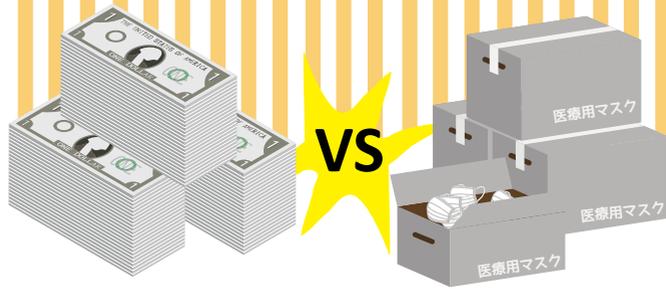


### 病院の中を旅するウイルス

目に見えないウイルスや菌は、空気や物、人など色々なところに付着して移動していきます。

ウイルスや菌を完全に排除することは不可能。だからこそ意識的に感染するリスクをコントロールすることが大切なのです。

## 院内感染対策は高い!?



院内感染の予防は、消毒薬やマスク、ガウンなどの常備、医療スタッフの教育等、様々な費用がかかるので、短期的に見ると病院経営への負担の大きさに目が行きがちになります。しかし、中長期的に見ると、院内感染を未然に防ぐことで病院の余計な出費を減らすことにつながります。さらに、医療の質も向上し、病院を安心して利用する人が増えるなどのメリットも。継続的に、かつ臨機応変に対策していくためには、コストと有効性のバランスが大切なのです。

例えば、感染予防のために医療スタッフが何枚も使用する手袋。使い捨てなのでもったいないように感じるかも知れません。でも、もし薬剤耐性を持つ菌 MRSA の院内感染が起こったら、その専用抗菌薬は 1 人分の 1 日 2 錠で約 26,000 円かかると言われます。それは、手袋なら 9,600 枚以上、マスクなら 7,000 枚以上を購入できる値段です。被害者が出てからでは遅いと思えば、決して高すぎるコストではありません。

### 院内感染対策の新たなハードル

## 薬剤耐性菌と多剤耐性菌の問題

本来は効果のある抗菌薬（抗生物質）が効かなくなった細菌を「薬剤耐性菌」、多くの抗菌薬に耐性を持つ菌を「多剤耐性菌」と呼び、これらの菌による院内感染は医療現場での大きな懸念材料になっています。

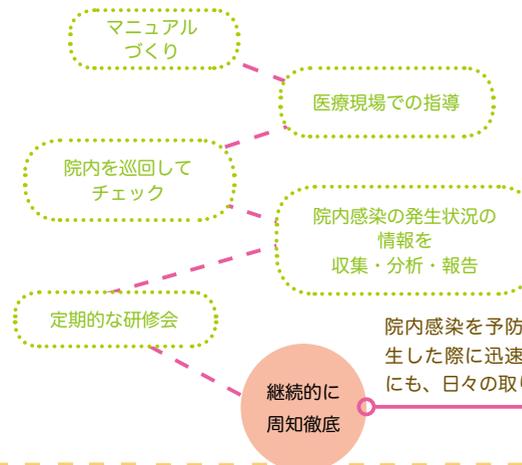
多くの抗菌薬が使われる環境にある病院では、生き延びることに必死な細菌が耐性を持ち、患者さんの体内で増殖する可能性があります。しかし、有効な抗菌薬の種類が少なくなるため、感染症の治療が困難になります。このような耐性菌の増殖を防ぐには、医師が抗菌薬を適切に処方すること、そして患者さんが医師の指示に従って薬を服用することが大切です。しかし、途上国では治療に適した抗菌薬が入手しづらいために量や種類が適さない薬を処方されたり、医療施設が家から遠いために患者さんが医師の指示を受けずに同じ薬を服用し続けてしまったりするなど、耐性菌が発生しやすい状況になっています。国際医療協力局の専門家は、多剤耐性菌がまん延するネパールで、大学医学部と共同で原因となる多剤耐性菌と院内感染の実態について研究を行っています。

## 院内感染対策は日々の訓練が大切

日本の病院では、院内感染対策のための委員会を設置し、専門チームを作って各診療科の医療スタッフと院内感染への意識を共有しています。院内感染が起こらないようにするためには、医療施設で働くすべてのスタッフが基本的な対策を理解し、日々実践することが大切だからです。

院内感染対策は、国によってすべての医療機関に義務付けられ、予防策のガイドラインが示されています。各病院では、「標準予防策」と「感染経路別予防策」を基本にしてウイルスや細菌に負けない仕組みづくりに取り組んでいます。

### 院内感染対策のポイント



院内感染を予防するためにも、いざ発生した際に迅速で的確に対応するためにも、日々の取り組みが大切なのです。

**目指せ、院内感染発生率の減少!!**

### 院内感染対策を行う理由

1. 病院で新たな感染者を出さないため！  
患者さんを感染から守ります。
2. 安全に働ける環境を維持するため！  
医療スタッフを感染から守ります。
3. 病院施設や薬品を適正に使用するため！  
医療現場の資源を大切にします。
4. より良い医療サービスを提供するため！  
患者さんが安心して受診できる病院にします。

### 標準予防策

すべての患者さんの血液と、汗を除いた体液を感染性のあるものとして取り扱います。

1. 手と指を衛生的にする。
2. 医療スタッフが防護グッズ（手袋やマスクなど）を適切に装着する。
3. 医療器具を消毒する。
4. 清掃の徹底や消毒薬の配置など環境を整備する。
5. 入院ベッドのシーツや毛布などを管理する。  
(床に置かない、ビニールに入れて運ぶなど)
6. 医療廃棄物を管理する。  
(注射器や点滴針は 1 度の使用で安全に廃棄)

### 感染経路別予防策

感染症の種類が判明され次第、適切な対策を行います。

1. 空気予防策
2. 飛沫予防策
3. 接触予防策

# 途上国の病院の院内感染対策が難しい事情

ちょっと

途上国では、多くの医療施設で院内感染対策が十分に行われていません。しかしそれは単に院内を清潔にすれば改善できるというものではないのです。途上国の医療施設には、日本の病院にはない、さまざまな課題があります。

病原菌などを検査する設備がないため、どんな菌が多いのか特定できない。



ベッド不足で1台のベッドを複数の患者さんがシェアしている。

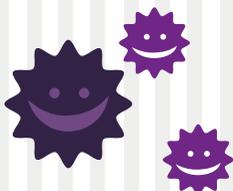


病院に院内感染対策を行うことを義務づける法律がない。

石けんや消毒薬が足りない。盗難にあうので設置する時にチェーンをかけて鍵をつけることも。



手洗いや消毒などの正しい手法や知識が不足している。そのため研修の機会も与えられていない。



手袋をせずに採血や処置をする。



医師が生活のために病院以外の仕事を兼業するので病院には短時間しかいない。

出産後の胎盤をのせたトレイの血液を拭き取らずに消毒液に浸けておくなど、器材を清潔に取り扱っていない。

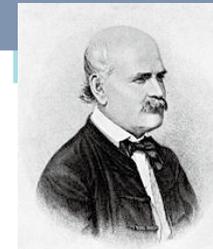


病院長でも院内感染予防の重要性を認識していない。

院内感染予防の大切さを説いた医師

イグナツ・フィリップ・ゼンメルワイス

Ignaz Philipp Semmelweis, 1818 ~ 1865



ハンガリー人医師のゼンメルワイスは院内感染予防の先駆者として、現在も「院内感染予防の父」と呼ばれる人物。感染症の要因や仕組みがまだ解明されていなかった1840年代に、接触感染の可能性に気づき、予防法として手洗いの重要性を説いた人です。

きっかけはオーストリアのウィーン総合病院の産科に勤務していた頃のこと。当時、産科病棟では出産後に母親が高熱を出して死亡してしまう確率が30%もありました。傷口が化膿しても、化膿することで治ると考えられていた時代でした。しかし、産科病棟は助産師だけの棟と医学生がいる棟の2つの建物に分かれていて、各棟での出産後の死亡率には大きな差がありました。医学生がいる棟ではなぜか死亡率が高かったのです。2つの棟の大きな違いは、片方の棟では解剖を実施した医学生が分娩室に来ることでした。原因を突き止めるために別の医師が亡くなった女性の解剖を行ったところ、誤ってメスで手を切ると、その数日後に産後の女性と同様に高熱を出して死んでしまいました。

この出来事から彼は、解剖室から出てくる医師たちの手に目に見える変化はなくても独特な匂いがしたため、遺体から何らかの粒子を付着させたまま分娩室に移動して処置を行っているのではないかと考えました。病原菌の存在が認識されていない中で、彼曰く「死体微粒子」が産後の高熱を引き起こしていると考えたのです。そこで、分娩室に入る医師に必ず塩素溶液で手洗いをするように命じました。すると、死亡率が10分の1に激減したのです。

消毒が感染予防になるという、この事実を彼は研究結果として発表しましたが、当時の医学界には認めてもらえませんでした。多くの医師たちにとって自らの手が患者の死の原因になっているという現実を受け入れ難く、また診察前に毎回手洗いをすることは面倒だと考えられていたからです。ハンガリー国外では依然として批判を受けながらも、彼は出産に使用するすべての医療器具にまで消毒の範囲を広げ、ハンガリーに戻ると産後の高熱による死亡率を0.85%にまで下げることが成功しました。

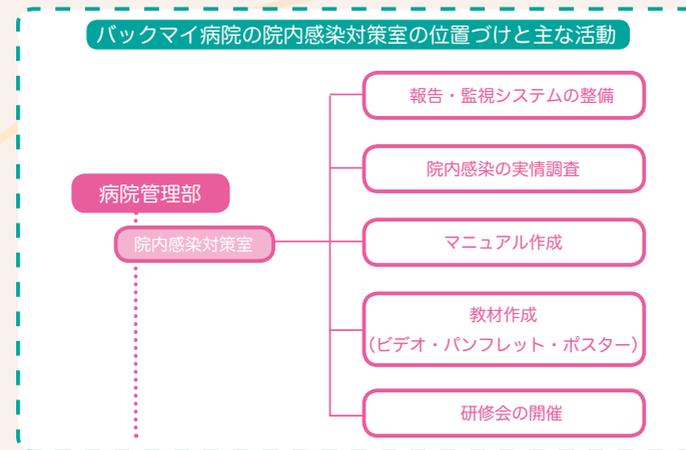
ゼンメルワイスの死後、彼の言う「死体微粒子」は細菌であること、感染は病原菌によって起こることが発見されました。手洗いと消毒によって院内感染が予防できることを最初に証明した医師として、現在もその功績が語りつがれています。

# ウイルスに負けない病院づくり



ベトナムの首都ハノイ市にあるバックマイ病院は、日本政府の援助によって再建された、26もの診療科を有する総合病院です。ベッド数は1400床を超え、同国で最大規模の病院として多くの人々の健康を守っています。NCGM国際医療協力局では、2000年からバックマイ病院に専門家を派遣し、患者さんの治療に関するアドバイスから病院経営、医療スタッフの人材育成など、さまざまな分野で技術協力を続けています。その中で、全体的な医療の質を向上させるために院内感染対策に関する技術指導も行ってきました。

細菌やウイルスは目に見えないため、医療スタッフ全員の感染予防に対する意識を高めなければ感染リスクをコントロールすることはできません。プロジェクトの開始に合わせて着任した専門家は、まず、病院内に医療スタッフ4名で構成する「院内感染対策部」を設置しました。彼らは各病棟をまわり、消毒の方法や適切な対応の指導を行う、院内感染対策の専門スタッフとして働きます。病棟から院内感染の報告を受けると、その対応について指示を出す役割を持っています。また、院内感染対策部の上には、院長を委員長に、各部門からの代表者をメンバーにした「院内感染対策委員



会」を設置し、病院全体で問題点について議論するようにしました。

そして、救急科、外科、産婦人科、内科、小児科に入院している患者さん1,679名を対象にした調査を行いました。院内感染の実態を把握し、これまでの対策がどのように効果的なものであるかを評価するためです。院内感染の疑いがあった際は、「院内感染対策部」に報告し、現場の医療スタッフが発生の経過と詳しい状況を確認するようにしました。

調査の結果、100例に感染が認められ、そのうち49例について原因となる細菌を見つけました。また、その100例のうち、院内感染と考えられる29例は、外科処置に関連して発生したことが分かり、抗生物質に耐性を持つ細菌も多く見つかりました。

実態が把握できたら、継続的に院内感染を予防する病院として機能するようにはなりません。そこで、現場の医療スタッフとともに、予防の方法や、各部門での対応策、感染者が来院した際の対応などについてまとめた、「院内感染対策マニュアル」を作成しました。このマニュアルは、ベトナムで初めての院内感染対策マニュアルとして、北部の省病院や一部の郡病院にも配布されました。

また、予防策や、安全に注射を行う方法などを学習するビデオのほか、消毒の方法を伝えるポスター、手洗いの徹底を促すパ

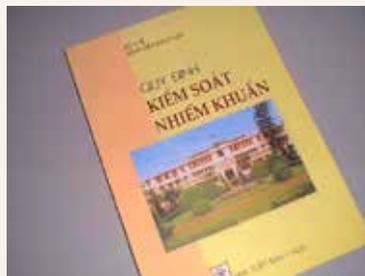


院内感染対策を学ぶ教材

ンフレットなど、さまざまな教材や広報用のグッズも作成しました。

院内感染対策は、医療スタッフ全員が感染の知識を共有し、適切な対応を知っていることがとても重要です。ウイルスは、患者さんと直接接して治療を行う、医療スタッフの手から手へと移り広がることも多いため、すべての部門のスタッフ1人ひとりが認識して予防に取り組む必要があるからです。日本人専門家は、そのために医師や看護師など医療スタッフを集めて研修会を開催することにしました。研修では、予防策だけでなく、抗生物質と耐性菌の問題や、結核・HIV・肝炎などの感染者の取り扱い方、新興感染症（最近になって世界で局地的な流行が認められた感染症）の基礎知識などを学べるようにしました。受講者に研修の前後でアンケート調査を行い、知識の理解度と定着度を確認した結果、多くの医療スタッフから「手洗いの重要性を再認識した」、「血液の取り扱いにより注意するようになった」、「医療器具の消毒をより徹底するようになった」などの声があり、院内感染への意識が高まったことが分かりました。その半年後に、研修を受けた医療スタッフに再びアンケートを行ったところ、研修直後の関心度は研修直後よりもさらに上昇するという結果になりました。院内感染対策への意識の高まりが病院での仕事にきちんと浸透していたのです。バックマイ病院で研修を受けた医療スタッフは、地方の病院で講師となって院内感染対策の大切さを伝達する役割も果たすようになりました。

こうした活動を2年間続けたところ、バックマイ病院の院内感染率は5.96%となり、1999年に実施した調査の結果である9.6%と比較して大きく下げたことが分かりました。成果が表れてきた一方で、感染の要因として確認された菌の中に、比較的感染しやすく、かつ予防対策をとりやすい菌の数が減少傾向にあることも分かりました。しっかりと予防対策を取れば簡単に防げる菌が減ったということになり、医療スタッフは、より綿密に現場の感染予防を推し進めなくてはならないということです。バックマイ病院は、ベトナムで最も衛生的で安全な病院を目指して、現在も組織全体で連携し、さらなる院内感染対策に取り組んでいます。



院内感染対策マニュアル



正しい手洗い方法を説明するポスター

ベトナム  
バックマイ  
病院で

## SARS から病院と患者さんを守る

2002年に世界中を震撼させた感染症SARS（重症急性呼吸器症候群）。中国広東省で発生し、旅行者の移動によって世界中に広まり、収束宣言が出されるまでに8,069人が感染し、775人が亡くなりました。感染者が運ばれた病院では、処置に当たった医療スタッフが次々と感染し、何人かは命を落としました。病院の外だけでなく、院内感染としても被害を出していたのです。WHO（世界保健機関）は2003年3月に世界中に警報を出し、その翌月に日本政府は新感染症に指定することを発表しました。



ベトナムでは、2003年2月に最初のSARS患者が確認され、ベッド数75床の中規模な病院に収容されました。その病院では、院内感染が相次ぎ、そこで働くスタッフの約6割と、多くの面会者や患者家族に感染者を出しました。ベトナム保健省はすぐに、首都ハノイ市の総合病院であるバックマイ病院を国内唯一のSARS患者受け入れ病院に指定し、他の病院ですでに入院している感染者をすべて移しました。

2003年3月、日本政府は緊急援助隊をベトナムに派遣することを決定し、NCGM国際医療協力局の専門家もこのチームに加わり、現地に向かいました。SARSは原因となるウイルスのことも予防法も明らかになっていなかったため、国中では大きな騒ぎに

### SARSってどんな病気？

Severe Acute Respiratory Syndrome: 重症急性呼吸器症候群。新興感染症の1つで、飛沫感染によって拡散する。2～7日の潜伏期間の後、高熱、悪寒、頭痛、筋肉痛など、インフルエンザに似た症状が出て発症する。発症後は、咳と呼吸困難が続き、悪化すると死亡するケースもある。

## バックマイ病院の SARS 対策

1. 院内感染対策マニュアルに従って感染防止を実施。
2. 熱帯病研究所の建物を **SARS 患者専用の病棟**に。
3. 検査機器などは可能な限り SARS 感染者専用。
4. 患者さんを重症度によって **3つのレベルに分類**。
5. 重症感染者を **完全隔離**。
6. 院内を感染の危険度によって 3つのレベルにゾーン分け。
7. 院内のゾーンごとに **防護具も区分け**。第1レベルは外科用マスクを装着。第2レベルは N95 マスクと手袋を装着。第3レベルはマスク、ガウン、手袋、フェイスシールドを装着。
8. 熱帯病研究所の建物に入る人を入口でチェック。追跡調査も可能に。
9. 患者家族に熱帯病研究所への立ち入りを禁止に。医療スタッフの出入りも最低限に。
10. 院内の入口でマスク、ナースステーションでガウンの着用を義務づけ。
11. 使用済みのマスク、ガウン、手袋などの **廃棄物を黄色い袋に入れて区別**。
12. **厳密な退院基準を設定**。①5日間解熱していること、②十分な食事と睡眠がとれること、③血液の状態が改善していること、④解熱後2日目にレントゲン撮影し、安定していること、⑤退院基準を満たしても、特定施設で一定期間の経過観察を受けること。



防護服の装着方法の講習会



院内感染対策室を設置

なっていました。しかし、緊急援助隊のメンバーは、最初に SARS 患者を受け入れた病院と保健省から正確な情報を提供されたため、冷静に状況を把握し、SARS 制圧に向けた活動を開始しました。

現場の状況から、専門家は「感染力と病原性が強い、特別の警戒を必要とする肺炎」という認識を持ちました。そして感染した患者さんたちをバックマイ病院の熱帯病研究所病棟に隔離し、現場の医療スタッフに十分に警戒するように伝えた上で、SARS をターゲットとした院内感染対策への取り組みを急いで開始しました。WHO（世界保健機関）と合同で SARS 対策のマニュアルを作



SARS 流行を伝える当時の新聞



院内感染対策研修を受ける医療スタッフ



成し、これをもとに保健省、バックマイ病院、ハノイ市内の主要な病院に対して適切な対応を解説するワークショップも開催しました。

また、手洗いや消毒による滅菌の方法、医療廃棄物の取り扱い、防護用ガウンの着用方法など、通常行う予防策のほかに、飛沫感染と接触感染を防ぐための対策を実施しました。特に、患者さんに直接接する医療スタッフには、飛沫感染によって院内感染を引き起こさないように、マスク、ガウン、手袋、フェイスシールドとゴーグルの着用を徹底し、厳重に防護するようにしました。また、回復した患者さんの体内にどの程度の感染力が残っているのかが不明だったので、

退院には厳しい基準を設定しました。

バックマイ病院では、3月半ばに最初の SARS 感染者を診療して以来、4月末までに 35名の患者さんを診療しました。しかし、最後の退院者を送り出すまで、院内感染による感染者は1人も出すことはありませんでした。その3年前から日本の技術協力によって強化されていた院内感染対策が基礎力として機能したことも功を奏しました。この事実は、現場の医療スタッフが院内感染に対する高い認識をもち、対策を適切に実施することがいかに大切かを証明したのです。感染症はいつ流行するか分かりません。だからこそ流行してから対策するので

SARS 制圧に取り組んだ人に  
聞きました



答えてくれたのはこの人です！

小原 博（おはら・ひろし）

国際医療協力局の専門家。医師。感染症の専門家としてネパール、ベトナム、ミャンマーなどのプロジェクトで技術指導に取り組む。専門は熱帯医学と院内感染対策。SARS 流行時の 2003 年 3 月から 5 月にかけてベトナムと中国で活動し、対策に貢献した。

緊急援助隊のメンバーとして SARS が  
流行する場所に行くのは怖くなかった？

怖いとは思わなかったです。仕事として行きますから、“とにかくやろう”という気持ちでした。飛沫感染するので非常に拡散しやすい上に、特効薬が見つかっていない時期だったので、私はやはり感染を防ぐ方法を知っているので、十分気を付ければ問題ないと考えていました。

SARS を制圧した時の気持ちは？

バックマイ病院では、院内感染も死者も 1 例も出さずに終息させることができ、技術指導の成果があったという達成感がありました。その年の「人事院総裁賞\*」をいただく際に、天皇陛下にもご接見賜る機会がありましたので、とても印象深い経験となりました。

\*国民全体の奉仕者としての強い自覚の下に職務に精励し、国民の公務に対する信頼を高めることに寄与した職員または職域グループの功績を讃えるもの（人事院 HP より）

はなく、普段から医療スタッフを訓練し、組織として基本的な対応が速やかに取れる体制になっていることが重要です。SARS のように新たな感染症が流行した際に、普段から身についた基礎力を基盤にすることで応用技術が展開しやすくなり、有効な対策が可能になるからです。バックマイ病院はそれを実践し、SARS の制圧にいち早く成功した病院となりました。

そして、4 月末、WHO とベトナム保健省は SARS の制圧宣言を発しました。ベトナムでは、最初の感染者が発生してから制圧宣言が出るまでに、総数 63 名の患者さんが発生し、5 名が亡くなりました。もともとはたった 1 人の感染者から始まった感染でした。その感染経路は飛沫感染がほとんどで、院内感染により、医療スタッフや入院患者への面会者へと広がっていったことが、その後の WHO の報告で明らかにされています。

ベトナムで SARS の流行初期の段階で感染者が入院した中規模病院では、十分な院内感染対策が実施されていませんでした。そのため、院内感染が発生し、SARS の拡大を助長したと言われていました。感染症が流行しやすい途上国で病院が院内感染対策の技術を高めることは、感染症の流行を効果的に防止するだけでなく、医療の質そのものを向上することにつながります。バックマイ病院は、途上国での院内感染対策の重要性を示すでも大きな役割を果たしたのです。

途上国の人にも  
日本人にも

## 院内感染対策の技術を伝える

質の高い医療を提供するためには、患者さんにとってより安全で安心できる病院にしていく必要があります。院内感染対策もその取り組みの 1 つ。しかし、院内感染対策には、手洗いにしても、マスクの装着にしても、簡単なようでも実は特別な技術と知識が必要です。目に見えない細菌から身を守るには、適切な対策がとられなければ効果がないからです。

途上国の医療現場で働く人々に、そうした取り組みについて学ぶ機会を提供するため、国際医療協力局では毎年、途上国から研修員を招いて「院内感染管理指導者養成

研修」を実施しています。

2015 年度は、カンボジア、ミャンマー、ラオス、ウガンダ、アフガニスタン、エジプトの 6 カ国から計 12 名が参加しました。医師、看護師、臨床検査技師、行政官として各国で働く人々です。研修を通して、院内感染対策の基礎から実践的な知識まで幅広く学習し、日本国内の医療施設などを視察して実務の事例を体験的に学びます。そして、各国の状況について互いに情報交換を行いながら、自国の医療施設での課題や解決方法を見出していけるようになることが研修の最終的な目的となっています。



1. 手洗いチェッカーで洗い残しをチェック。
2. 病院の検査室を見学。
3. 感染性医療廃棄物の処理施設を視察。
4. 嘔吐した患者さん（人形）の衣服を交換するトレーニング。
5. 感染者が嘔吐した物を処理する実習。
6. グループワークで、どのように院内感染対策を進めるかを話し合う。

# 応援したいキモチ、 私たちが届けます

今年度も日本の皆さまより、  
途上国で暮らす人々をサポートしたいという  
温かい心のもったご寄付をいただきました。

すべての寄付金は、  
途上国のより良い保健医療のために大切に活用させていただきました。  
各国より感謝状も届いております。

皆さまのご支援、ご協力に心より感謝申し上げます。



7. 講義「日本における感染症対策の基礎」8. マスクからの空気の漏れを確認して装着度をチェック。9. 医療施設の見取り図で感染疑い患者の動線を考える。10. 患者の嘔吐物の飛散状況を確認し、消毒する実習。



10

日本においても、院内感染への取り組みは非常に重要になっています。特に昨今、エボラ出血熱やデング熱、ジカ熱、結核など、様々な感染症のリスクが身近になっている中、地域のかかりつけ医として患者さんを受け入れている中小規模の病院やクリニックでは、より適切な対応が求められています。

国際医療協力局はこうしたニーズに対して、日本の開業医とクリニックで働く医療スタッフを対象にした「新興感染症対策研修」を開催しました。参加者たちは、渡航歴のある患者さんからどのような感染症を見落としてはいけないのか、自分のクリニックに感染疑いのある患者さんが来院した場合に、どのように感染拡大のリスクを抑えれば良いのかなど、実際の状況を想定して

学びました。また、オプションとしてPPE(防護服)の着脱と医療用N95マスクのフィットテストや、クリニックで患者さんの嘔吐があった場合に、どれだけ嘔吐物が飛ぶものなのか、それをどのように処理すべきかなどを実習しました。

参加者からは、「自分の施設で今後何をすべきか、具体的な対策を考えることができようになった」、「問診票の工夫など、参考になる点が多々あった」などの感想が聞かれた一方、空間的に余裕のない施設での隔離や防護服の着用など、実際の現場での対応の難しさを指摘する声もありました。主催した国際医療協力局の専門家たちも、感染を水際で防ぐために地域で連携して取り組むことの重要性を参加者と共有する機会になりました。

## ラオス

保健センターに  
予防接種のワクチンを一定の温度で  
保存するための冷蔵庫を贈りました。



## モンゴル

国家感染症研究センターに  
研究用の検体の保存に必要な  
冷蔵庫を2台、贈りました。



## ベトナム

看護学生が正しい知識を  
学べるように、日本の参考書の  
ベトナム語版を制作し、  
現地の看護学校を通じて配布しました。



NCGM 国際医療協力局では寄付のご協力を  
皆さまに広くお願いしております。  
開発途上国の人々の健康を守るための事業（技術  
協力 / 人材育成 / 研究）など、保健医療分野の  
国際協力活動の充実に活用させていただきます。  
今後ともご理解とご支援をよろしく願い申し上  
げます。

### 【お問い合わせ】

国際医療協力局 03-3202-7181 (代)  
www.ncgm.go.jp/kyokuhp/

## EVENT INFORMATION

「国際保健」「国際協力」って何だろう？

# 国際保健基礎講座 2016

1回だけの  
参加もOK!

参加費  
1000円  
(学生半額)

現場で活躍する国際協力の専門家と一緒に途上国の健康問題を学ぼう

国立国際医療研究センター 国際医療協力研修センター 3F にて開催

### 第1回 国際保健の基礎のキソ！

#### 国際保健とは??

5月28日(土) 13:00～16:00

経験豊かな国際保健医療協力の専門家が  
「国際保健の基礎」を分かりやすく解説します。

感染症や母子保健など、さまざまなテーマで  
国際保健を学べる講座が全10回(年間)。

講義、ワークショップ、ディスカッションを  
取り入れた参加型です。

5月から毎月第4土曜日 13時～16時開催予定。

NCGM 国際医療協力局  
ホームページ「イベント情報」  
よりお申し込み受付中！

[www.ncgm.go.jp/kyokuhp](http://www.ncgm.go.jp/kyokuhp)

事務局

国立国際医療研究センター  
国際医療協力局 研修課

TEL: 03-3202-7181

Email: [kensyuka@it.ncgm.go.jp](mailto:kensyuka@it.ncgm.go.jp)

<ご寄附のお願い>

NCGM 国際医療協力局では、保健医療分野の国際協力活動の充実等を目的とする寄附のご協力を皆さまに広くお願いしております。ご寄附のお申し込みは、下記の連絡先より国際医療協力局 寄附担当までご連絡ください。

NEWSLETTER vol. 4 2016

2016年3月31日発行

国立国際医療研究センター 国際医療協力局

National Center for Global Health and Medicine  
Bureau of International Health Cooperation

〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1

tel: (03)3202-7181 fax: (03)3205-7860

[info@it.ncgm.go.jp](mailto:info@it.ncgm.go.jp)

[www.ncgm.go.jp/kyokuhp/](http://www.ncgm.go.jp/kyokuhp/)

イラスト(ハチP) 井上きみどり

©National Center for Global Health and Medicine ALL RIGHTS RESERVED.