

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

Q15（標準予防策、医療器具消毒、環境感染、消毒、歯科、カーテン、リネン）

当歯科ではスタンダードプレコーションを進めています。先日、歯科医師会主催の講習会「開業医だからできるスタンダードプレコーション」にて、「医科ではスタンダードプレコーションの対象から唾液を除いているが歯科では唾液も対象とする」という内容のお話があり、スタンダードプレコーションの具体化にあたり判断に迷う事があり、お教え下さい。

- ①唾液のつく所はカバーするのが基本（スイッチ類 光重合照射器など）
- ②唾液の付いたところは塩素系で清拭（塩素系のキッチンペーパーなどを利用）
- ③スリーウェイシリンジの先端はディスポ化

とのお話がありました。

スタッフの中では1回毎にカバーリングするのは手間がかかり現実的ではないとの意見もあり、また都立病院歯科の先生のお話では「観血的処置以外は目視できない血液は無視しても大丈夫」とききました。唾液の付いたところをどこまで処理するか判断が出来かねています。

技工物処理についても、印象物の処理、水洗2分→塩素系薬剤に15分浸漬後石膏を流すと伺いました。

それは実践可能ですが、その他義歯製作中の模型・咬合床などで唾液が付いてしまったものの処理はどこまで行えば安全でしょうか。現在は感染が明らかなもののみグルタラール製剤にて処理していますが、（できればグルタラールは使いたくないのですが）お教え下さい。

またユニバーサルプレコーションの考え方では、目視できる血液が混入しているものは血液と同様に扱う、目視できないものや完全に乾燥したものは、感染を成立させるだけの病原体は含まれていない、と考えてよいでしょうか。

A15

唾液に関しては歯科治療の際は血液が混入していることが多いと考えられますのでスタンダードプレコーションの対象に唾液も含まれます。基本的にスタンダードプレコーションの対象とならないのは汗のみです。

ご質問の内容は口腔内に直接接する部分ということでしょうか、口腔外に装置があり、口腔内からの唾液血液などの飛沫拡散による汚染でしょうか、両者により異なると思われれます。

口腔内に直接接する部分では使用した器材・器具で歯科用ユニットから取り外しのできるものはすべて患者ごとに交換することが原則ですが光重合照射器のように交換できないものは臼歯部に使用する際など、直接口腔内に先端を入れるような際はビニールで覆う方がよろしいと思います。

デンタルユニット関連の表面は歯科治療時の飛沫付着可能性から考えるとラップなどで覆うことを推奨されると思います。回転切削器具、超音波機器を多用する歯科診療ではエアロゾル（体液のしぶきや飛散）による環境表面の汚染が問題です。環境表面の汚染は医療従事者なり、患者および医療従事者の手指を介して、口、鼻、眼の粘膜に移行する移動する可能性があります。歯科用ユニット周囲、ドアノブなどの間接的接触も考えられるため、CDCが提唱する高頻度接触部位の消毒、環境整備も必要と思います。血液汚染のないデンタルユニット表面などノンクリティカルな部分は界面活性剤による清掃で十分と思います。ラップも慣れると清掃より簡単という意見も有ります。

ノンクリティカルな部分が汚染されている際は低、中水準消毒薬を使用と考えてよろしいと思います。印象剤（物）についてはお示しいただいた方法で十分と思います。

水洗→0.5%次亜塩素酸ナトリウムに15分浸漬した後に石膏を注入

（70%エタノールによる消毒は収縮が大きく、2%グルタラールは表面のあれもあり適しません。0.5%次亜塩素酸ナトリウムが適切と思われれます）

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

模型などで目視できる血液などの汚染がある際は十分水洗し、中水準消毒薬の使用がよろしいと思います。模型をオートクレーブ滅菌しますと物性が低下するという報告があります。薬物消毒は70%エタノールに10分浸漬、0.1%ポビドンヨード15分浸漬、次亜塩素ナトリウムへの浸漬は、表面が塑像になり、適切ではないとの報告があります。

環境においてはご指摘のような条件では感染要件は整っていないと思いますが、前記しましたように歯科診療時の飛沫付着は広範囲におよび、患者および医療従事者の手指を介して、口、鼻、眼の粘膜に移行する移動する可能性があります。高頻度接触部位の消毒、環境整備は必要と思います。

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

Q16（標準予防策、環境感染、尿器の管理、職業感染予防策、消毒、排泄物処理）

当院は建物が35年を超える（棟より50年）築年数であり、6人部屋などは最近の新築病院の4人部屋よりはるかに狭い状況でポータブルトイレも場所によっては設置できない状況です。このような状況下ですが、近年の高齢化のため80、90歳代の方に化学療法を行う機会は非常に多くなっています。

高齢な患者に化学療法を行いADLが低下した場合、当院ではベッド柵にかけた容器に尿器を入れ、ベッドのそば（あるいはベッド上の場合も・・・）で、その尿器に用を足し再びベッド柵にかけてある容器に戻し、看護師が巡回時やナースコールでその尿を捨てに行くということが日常行われています。患者は用を足した後に個人用のアルコールジェルで手を消毒しています。流水はしていません。看護師の意見としては、このような方々は一人でトイレに行く（特に夜間）のは転倒のリスクもあるし、オムツやバルーンを留置する程でもないということから現在まで受け入れられている状況です。可能であれば病室での尿器の使用を中止したいと考えていますが、

1. 病室における尿器の使用は廃止した方がよいでしょうか？ 使用している場合、どのように使用すればよいでしょうか（設置場所、用を足した後の患者の手洗い等）？ 当院の使用方法について何かご意見があれば宜しくお願い致します。
2. ADLが低下した患者の小便に対してどのように対処するのが良いでしょうか？尿器を使用しない場合は、ポータブルトイレ、オムツ、バルーン留置のどれかに振り分けるのが良いのでしょうか？

A16

1. 尿器を使うのは、基本的に好ましいとはいえません。根本的なこととして、高齢であるからといって、ADLが低下したままで過ごすのではなく、トイレまで歩いて、本来の意味での排尿自立させることが最も望ましいと思います（もちろん、よく分かっておられることとは存じますが）。どうしてもそれが無理な場合、尿器でベッドサイドに置くという手段は、次善の方法といわざるを得ませんが（少なくとも、オムツ、バルーンよりは、よいと考えます）、問題は、尿器の中が細菌汚染状態で放置されることです。また、尿器があふれるというリスクがあれば、それも問題です。したがって、その尿器を処理する医療者、介護者が、その菌を他に伝播させる（院内感染）ことがないよう、手袋装着をして、手洗いもして、要するに、しっかりと標準予防策をとって、尿器の中の尿を適切に処理することが当然必要ですし、尿器を頻回に洗浄（ベッドパンウォッシャーなどで）することが求められると思います。
2. ポータブルトイレに座る動作、そこから立つ動作が可能な人であれば、上記の尿器採尿より、ポータブルトイレ排尿の方がより良いと思います。ただ、1で述べたように、尿意時に連絡してきて、看護・介護者がトイレまで介助して歩行あるいは車椅子で連れて行って、自立排尿がさせてあげられるのなら、そのほうがさらに良いでしょう。ポータブルトイレを置くとなりますと、スペースの問題もあると思います。
要するに、院内感染制御の観点からも、排尿の自立は望ましいわけですが、どうしてもそれが無理な場合、状況に応じて、ポータブルトイレ、ベッドサイドあるいはベッド上で尿器排尿して、柵の中に置くという手段は次善策、その際の患者手洗いは個人用のアルコールジェルが良い（尿から芽胞菌やノロウイルスなどのアルコール抵抗性微生物は出ませんので）として、医療関係者は標準予防策で対応というのが妥当と考えます。オムツ、バルーン留置は認知症などが進んだ場合の、最後の手段と考えるべきです。