



医療関係者向け資料請求 住友ファーマ株式会社
<https://sumitomo-pharma.jp/instruction/>

検索

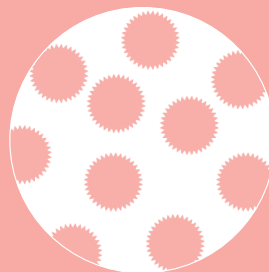


[2022年8月改訂] LOT P-11226v06

精神科における感染管理ハンドブック
増補改訂版

精神科における 感染管理ハンドブック

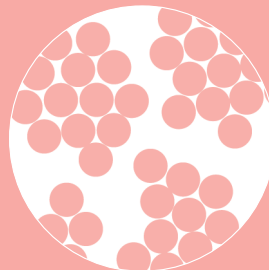
増補改訂版



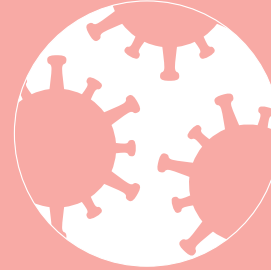
Norovirus



Salmonella



MRSA



SARS-CoV-2

監修

山形大学医学部附属病院 検査部 部長・感染制御部 部長
病院教授

森兼 啓太

協力 一般社団法人 精神科領域の感染制御を考える会

はじめに

「精神科における感染管理ハンドブック [増補改訂版]」の刊行にあたって

山形大学医学部附属病院 検査部 部長・感染制御部 部長
病院教授 森兼 啓太

日本において、医療環境における感染症（医療関連感染）の伝播を防止する「感染管理」は、職種ごとの資格制度の創設や発展、診療報酬上の加算の新設などにより、発展をとげました。その一方で特殊な療養環境である精神科は、加算の算定に不利なこともあり、その発展からは取り残されてきました。

少し前までは、精神科の閉鎖病棟に入院する患者は概して若く、精神科疾患以外の合併症もあまり多くないため、精神科における医療関連感染はあまり問題とされていませんでした。しかし、精神科入院患者の高齢化が進み、非精神科的疾患の重症管理の必要性も増してきている昨今、それらの患者には様々な医療器具が使用され、一般の医療環境と同様の医療関連感染が発生し、その制御の必要性がますます重要になってきています。さらに、精神科特有の環境として、患者自身が保清を守れず、感染伝播の媒介者となってしまう要因もあります。

また、2019年末に発生し、2020年に世界で拡大した新型コロナウイルス感染症（coronavirus disease 2019：COVID-19）は、閉鎖的環境が多い精神科におけるアウトブレイクのリスクを指摘し、将来の感染に日常的に備える重要性が改めて明らかとなりました。

このハンドブックが、今後ますますの困難が予想される精神科領域の感染管理に少しでも役立つよう願っています。

最後に、本冊子の刊行に際し、掲載図表のご提供などのご協力をいただきました「一般社団法人 精神科領域の感染制御を考える会」の先生方、在宅支援クリニックえがお 代表 山内 勇人 先生およびご意見をいただきました国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 訪問看護ステーション 施設長 中島 百合 先生に感謝の意を表します。

目次

【はじめに】

「精神科における感染管理ハンドブック [増補改訂版]」の刊行にあたって

山形大学医学部附属病院 検査部 部長・感染制御部 部長
病院教授 森兼啓太

【目次】

■ 1章. 精神科において考慮すべき感染症・感染防止対策	2
1 精神科における院内感染リスクの特殊性	2
①患者側の要因	2
②施設としての特殊性	4
2 精神科において考慮すべき感染症	6
①市中感染症のリスク	7
3 スタッフの曝露感染リスクと対策	8
4 精神科において一般科以上に強化すべき感染防止対策	9
①スタッフが行うべき感染対策	9
②患者に指導すべき感染対策	10
■ 2章. 精神科における感染管理体制	11
1 感染制御チーム (Infection Control Team : ICT) の役割	11
①教育	11
②感染対策相談 (コンサルテーション)	11
③発生動向監視 (サーベイランス)	12
④対策実施の適正化 (レギュレーション)	12
⑤改善への介入 (インターベンション)	12
2 閉鎖的環境を最大限に活かす工夫	13
3 症候群サーベイランスとフェーズの利用	14
4 精神科院内感染対策の特殊性と戦略	15

■ 3章. 標準予防策と感染経路別予防策	16
1 感染管理の基礎知識	16
①感染源となる可能性のあるもの	16
②主な感染経路と原因微生物	17
③飛沫と飛沫核、エアロゾル	18
2 標準予防策 (スタンダード・プリコーション)	19
①手指衛生	20
②个人防护具	26
③呼吸器衛生 / 咳エチケット	27
④患者配置	27
⑤安全な注射手技	28
⑥患者に使用した医療器具の取扱い	28
⑦環境の維持管理	29
⑧リネン、食器類の適切な取扱い	29
3 感染経路別予防策	30
①接触感染予防策	30
②飛沫感染予防策	30
③空気感染予防策	30
■ 4章. 精神科におけるインフルエンザ、ノロウイルスおよび 新型コロナウイルスの感染対策の流れ	31
STEP 0 感染予防	32
STEP 1 持ち込みの防止	33
STEP 2 早期発見	35
STEP 3 感染拡大の防止	40
①隔離・コホーティング・ゾーニング	40
②手指衛生	44
③環境消毒・嘔吐物からの飛沫感染防止	46
④飛沫感染予防策	47

精神科における 感染管理ハンドブック

増補改訂版

監修

山形大学医学部附属病院 検査部 部長・感染制御部 部長
病院教授

森兼 啓太

協力 一般社団法人 精神科領域の感染制御を考える会

1章

精神科において考慮すべき感染症・
感染防止対策

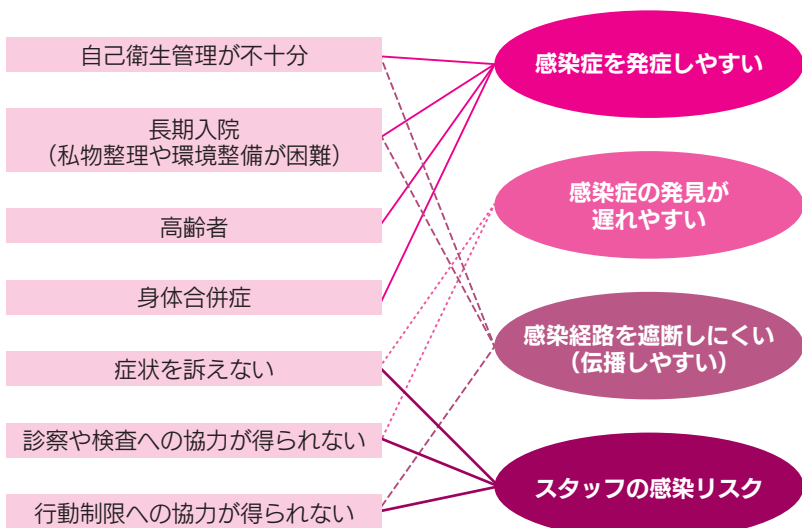
1 精神科における院内感染リスクの特殊性

精神科における院内感染リスクの特殊性を、①患者側の要因、②施設としての特殊性、の2つの観点から説明する。

①患者側の要因

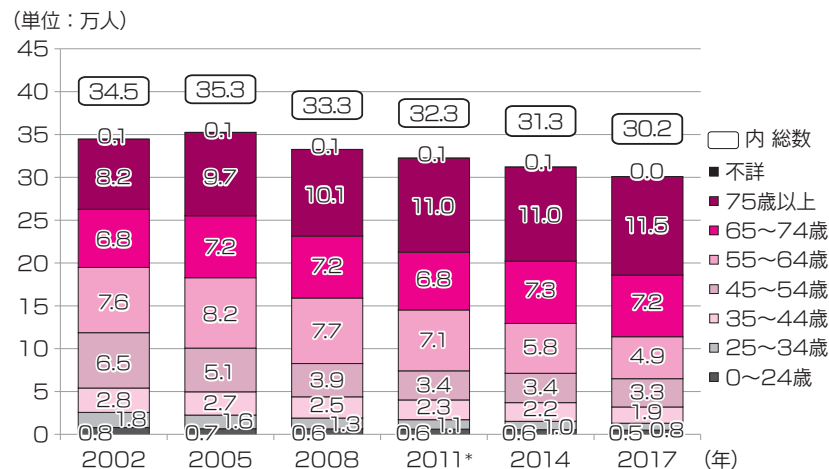
精神科で感染症のアウトブレイクが発生しやすい背景には、長期入院、高齢者、身体合併症などが挙げられる（図1-1）。

図1-1 精神科における院内感染リスク(患者側の要因)



●増加する高齢患者

- 日本の病院全体において精神科の占める割合は、施設数12.9% (1,055/8,193)、病床数21.6% (323,239/1,498,268)と、占有率は高い¹⁾。
- 精神科入院患者の約半数は65歳以上の高齢者であり、病名別にみると、認知症では93.2%、統合失調症では50.0%の入院患者が高齢者と報告されている²⁾。
- 2002～2017年の年齢階級別入院患者数の推移をみると、65歳未満は減少傾向にある一方で、65歳以上は増加傾向にある（図1-2³⁾）。

図1-2 精神疾患を有する入院患者数の推移(年齢階級別)³⁾

* 宮城県の一部と福島県を除く
厚生労働省：患者調査より作成

●身体合併症

- 精神科における感染対策は、第一に「市中感染症の院内のアウトブレイク」対策が中心となる。
- 身体合併症病棟では耐性菌対策が重要である。

Point 一般科と同様に、耐性菌対策も並行して行う必要がある。

●患者の特徴・背景

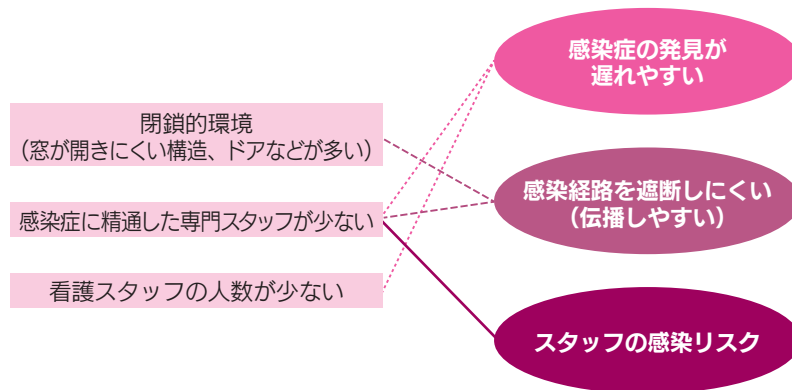
- 精神科の患者は、症状を訴えない、あるいは診察や検査への協力が得られないこともあるため、感染症の発見が遅れることがある。

Point 精神状態の悪化は、院内感染リスクを高める要因の一つとなる。

②施設としての特殊性

精神科における感染対策を考える上で重要なことは、一般科と異なる施設としての特殊性を認識することである（図1-3）。

図1-3 精神科における院内感染リスク（施設としての特殊性）



●閉鎖的環境

- 精神科は、窓が開きにくい構造になっており、ドアも多く存在する。

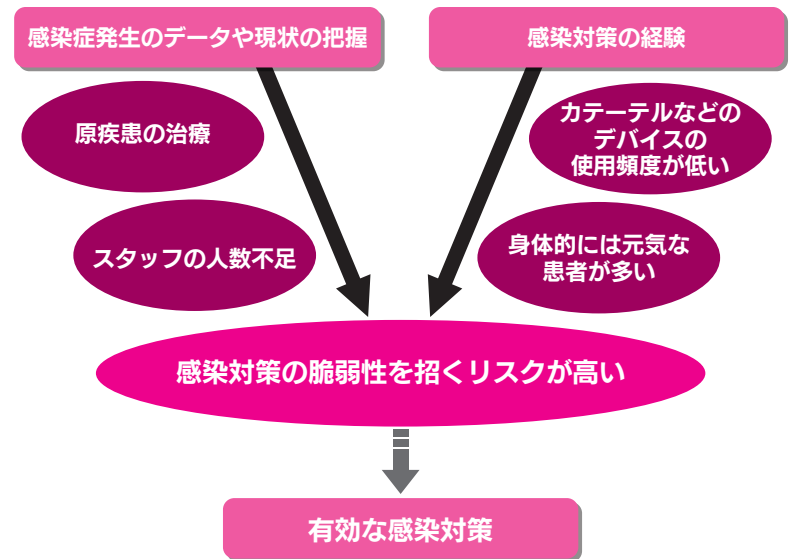
Point 特に閉鎖的環境において感染症が一旦発生すると、感染は一気に拡がる。

●感染対策の専門スタッフ・経験の不足（図1-4）

- 感染症に精通した専門スタッフが少なく、看護スタッフの人数も少ない。
- 一般科と比較して、カテーテル留置などのデバイス使用頻度が低く、身体的に元気な患者が多いため、感染症発症の機会が少ない。
- 有効な感染対策を講じるための感染症発生のデータや現状の把握が困難な状況が多い。

Point 感染対策に対する専門スタッフや経験が不足している現状がある。

図1-4 精神科における、スタッフ・経験の不足による感染対策の脆弱性



2 精神科において考慮すべき感染症

精神科において考慮すべき感染症を表 1-1 にまとめた。

表 1-1 精神科において考慮すべき感染症

	考慮すべき感染症(主な原因)	特に注意する患者状況
市中感染症の 持ち込み	インフルエンザ ノロウイルス胃腸炎 新型コロナウイルス感染症 流行性角結膜炎	入院直後の患者 外出・外泊後の患者 面会者による持ち込み
自己衛生管理の欠如	感染性胃腸炎(食中毒) 疥癬	自己衛生管理に欠く患者 低栄養状態の患者
免疫低下例	結核 麻疹	
長期入院 身体合併症	耐性菌感染症 (MRSA、MDRP など) 誤嚥性肺炎*	高齢者 長期入院例 抗精神病薬服用患者
血液・体液	B型肝炎(HBV) C型肝炎(HCV) HIV感染	躁状態にある同性愛者 薬物依存症患者 急性期の患者

*医療・介護関連肺炎(nursing and healthcare associated pneumonia : NHCAP)を含む
MRSA : methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, メチシリン耐性黄色ブドウ球菌
MDRP : multidrug-resistant *Pseudomonas aeruginosa*, 多剤耐性緑膿菌
HBV : hepatitis B virus, B型肝炎ウイルス
HCV : hepatitis C virus, C型肝炎ウイルス
HIV : human immunodeficiency virus, ヒト免疫不全ウイルス

- 高齢化により糖尿病などの身体合併症を有している患者も多く、その場合は耐性菌が問題となることもある。
- 精神状態が悪いため自己衛生管理ができず、栄養状態、生活状態が不良の患者が入院し、結核の再燃や疥癬の発生、新たな感染症が持ち込まれる場合がある。
- 高齢者への抗精神病薬の多剤大量処方副作用として錐体外路症状が発現することがあり、それにより嚥下機能が低下し誤嚥しやすく⁴⁾、長期入院例では誤嚥性肺炎や医療・介護関連肺炎(NHCAP)を発症しやすい。
- 患者が肺炎を繰り返すたびに同じ抗菌薬を投与し、結果として耐性菌が発生する悪循環がみられる。

- 細菌検査室を有する精神科の施設はほとんど存在せず、また療養病棟は包括診療であるため、細菌検査をオーダーし難いといったシステム上の問題がある。

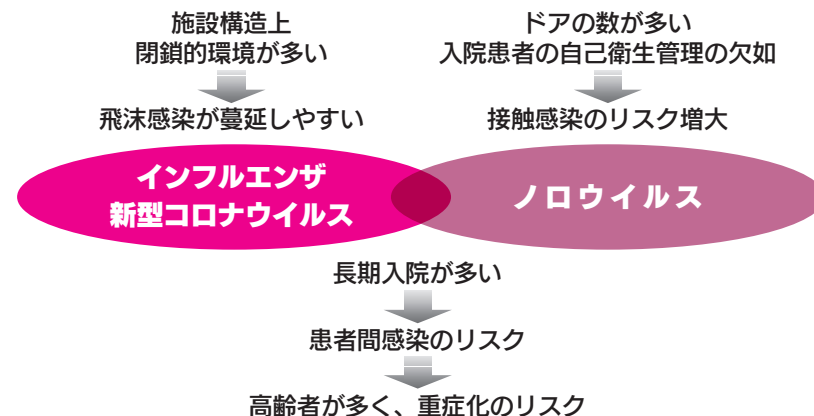
Point

耐性菌の定着と伝播が強く危惧されるため、抗菌薬の使用法や対策について十分な認識を得る必要がある。
現代の精神科医療は外来にシフトしており、また、地域との交流や病病連携・病診連携が増加しているため、精神科の耐性菌が外部に拡がらないよう対策すべきである。

①市中感染症のリスク

インフルエンザやノロウイルス、新型コロナウイルスに代表される市中感染症については、閉鎖的環境や自己衛生管理の面から飛沫感染、接触感染のリスクが増大し、また、長期入院や患者の高齢化も重症化のリスクになりうる(図 1-5)。

図 1-5 精神科における市中感染症蔓延のリスク(概念)



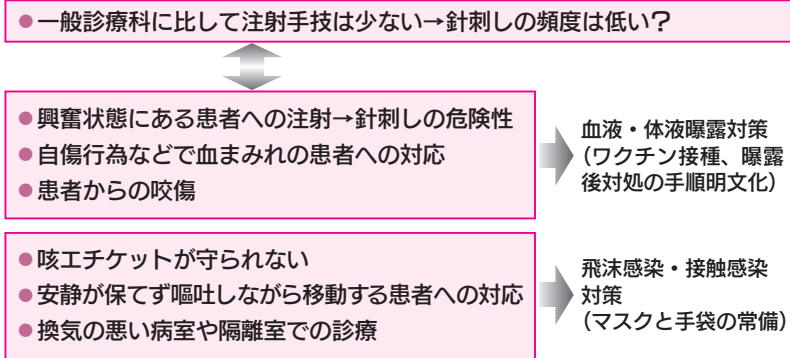
インフルエンザ、ノロウイルスおよび新型コロナウイルスは、感染力が非常に強く、特に注意が必要である。それらの感染対策にあたっては、4章、精神科におけるインフルエンザ、ノロウイルスおよび新型コロナウイルスの感染対策の流れ(p31～47)で詳述した。

3 スタッフの曝露感染リスクと対策

病棟の専門性や患者の病期などによっては感染対策への協力が得られにくいケースもあり、他の患者やスタッフが曝露するリスクは高いと考えられる。

特に問題となるのは咳エチケットであり、インフルエンザなどでは罹患患者がサージカルマスクをするだけで感染リスクは大幅に減少するが、マスクの着用を守れない患者もいる。また、唾液が付着することや薬剤の内服までに時間がかかることで、スタッフの感染リスクが高まる。感染リスクを最小限に抑えるためには、マスクの着用や、内服が困難な場合は内服薬から貼付剤への変更など薬剤投与経路（剤型）の変更も考慮すべきである。その他には、患者の血液・体液への曝露による肝炎や HIV 感染のリスクが存在する。注射手技については、一般科と比較すると少なく、針刺しの頻度は低いと思われるが、精神科の患者は突然暴れ出すこともあり、確率的なリスクは高いといえる（図 1-6）。

図 1-6 精神科スタッフの曝露感染リスクと対策



Point

飛沫感染・接触感染対策として、マスクや手袋を常備しておくことや、薬剤投与経路（剤型）の検討、HBV、HCV、HIV 感染対策として、HBV ワクチンの接種や針刺し事故後の対処法をマニュアル化しておくなどの対応が求められる。

職業感染は基本的にあってはならないため、スタッフが安全に働けるよう、感染対策への意識を高めることが重要である。

4 精神科において一般科以上に強化すべき感染防止対策

精神科における感染対策は、スタッフが行うべきことと、患者に指導すべきことの 2 つに分けられる。

①スタッフが行うべき感染対策

●床の消毒

●一般科では床は清掃で十分であり消毒は必要ないとされているが、精神科では、不穏状態により床に寝転ぶ、認知症により床に落ちたものを口に入れる場合などがあるため、患者の病状をみながら病室の床の消毒を行う必要性がある。

●トイレ清掃

●床との相互関係を含めて、いかに汚れを持ち出さないかという観点で対策や清掃を強化する。他の病棟では 1 日 1 回清掃のところ、リスクのある病棟では 1 日 3 回行うなど、状況により強度の度合いを変えることが重要である。

●鍵の洗浄

●鍵は汚染されているという報告⁵⁾があるため、ハンドソープやアルコールにより 1 日 1 回洗浄する。鍵を使った後は手指衛生を行う（鍵を使ってドアを開閉する一連の行為を一処置と考える）。

●ゾーン出入り口での手指衛生

●ゾーンの出入り口で確実に手指衛生を行う。これを守れば仮に感染が起きても他のゾーン（病棟）には拡がらない。

②患者に指導すべき感染対策

患者の手指衛生も重要となるのが精神科の特徴といえる。食事の前に毎回スタッフが側で手洗いを見守るなど、普段から日常的に手指衛生を行う習慣作りが求められる（表 1-2）。

表 1-2 患者に指導すべき感染対策

手指衛生（習慣しつゝ） 擦式アルコール消毒薬の活用	食事の前 配膳待ち時間などにスタッフがしっかりと手を洗うなど普段から日常的に行う。
	閉鎖病棟の出入り時 ドアの開閉はスタッフが行うので、確実に手指衛生を行うよう指導する（「持ち込まない、持ち出さない」というところを本気で実践する）。
	作業療法時など、多病棟の患者が交差する場所 共用タオルの使用は厳禁。 タオルは個人専用とし乾燥した状態で保管し、少なくとも1日1回は交換する。
	爪の管理 細菌や汚れの温床となるため、爪を清潔に保つ。 一般的に GAF が低いほど、爪の管理ができていないといわれている。
異食の可能性 石けんや消毒薬のボトルをそのまま設置せず、ティスポンサーの導入を含め少しずつは出るが一気に飲まれることを防ぐ工夫をする。 リスクがあるから置かない、使わないではなく、リスクを減らしてどうすれば使ってもらえるかを考える。	

2章

精神科における感染管理体制

1 感染制御チーム (Infection Control Team: ICT) の役割¹⁾

院内感染対策においては、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員などの職員で構成される ICT を組織し、院内感染対策に関する日常活動を行うことが重要である。感染管理者および ICT の構成員は、職能別協会や学会などが認定する院内感染対策に関する資格を取得している。

感染管理者あるいは ICT は、院内感染対策として職員の健康管理、教育、感染対策相談（コンサルテーション）、発生動向監視（サーベイランス）、対策実施の適正化（レギュレーション）、および介入（インターベンション）を行う。なお、施設管理者は、各部署において、業務を行いながら感染管理者あるいは ICT と協力して感染対策や情報の収集を行う看護師（リンクナース）を配備するとよい。

①教育

- 職員を対象として、施設全体あるいは部署や職種を限定して、法令の定めるところにより院内感染対策に関する教育と実習を行う。院内感染の増加が疑われた場合、あるいは確認された場合は、職員を対象として、施設全体あるいは部署や職種を限定して、院内感染対策に関する教育と実習を行う。
- 院内感染の状況およびその対策に関する情報を、ニュースレターなどを用いて定期的に関連部署に提供する。

②感染対策相談（コンサルテーション）

- 院内感染対策に関する質問または感染症の診断、治療に関する質問に対し、施設の疫学的情報を考慮し、科学的根拠に基づいて指導を行う。
- 院内で解決策の立案が難しい場合には、他施設や保健所、地域の医師会などに相談し、助言を得ることも一案である。

③発生動向監視（サーベイランス）

- 1週間に1回程度、各部署における院内感染事例を把握する。
- 院内あるいは外注の検査会社からの情報をもとに、1週間に1回程度、微生物の分離状況を把握する。
- 院内感染の発生状況を1か月に1回程度、院内感染対策委員会に報告し、感染対策に活用する。
- 地域や全国のサーベイランスへ参加し、自施設の院内感染防止機能を相対的に評価する方がよい。

④対策実施の適正化（レギュレーション）

- 最新のエビデンスに基づいたガイドライン（手引き）を参考に、自施設の実情に合わせたマニュアル（手順書）を作成し、各部署に配布する。マニュアルは定期的に新しい情報を取り入れ、改訂を行う。
- 職員が病院内のマニュアルを遵守していることを定期的に調査して確認する。
- 耐性菌の分離率を減少させるため、抗菌薬の適正使用法をマニュアルなどで職員に周知する。
- 抗菌薬の適正使用支援の体制を整えるとともに、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬など）の使用に際しては許可制もしくは届出制をとり、抗菌薬の適正使用を監視する。

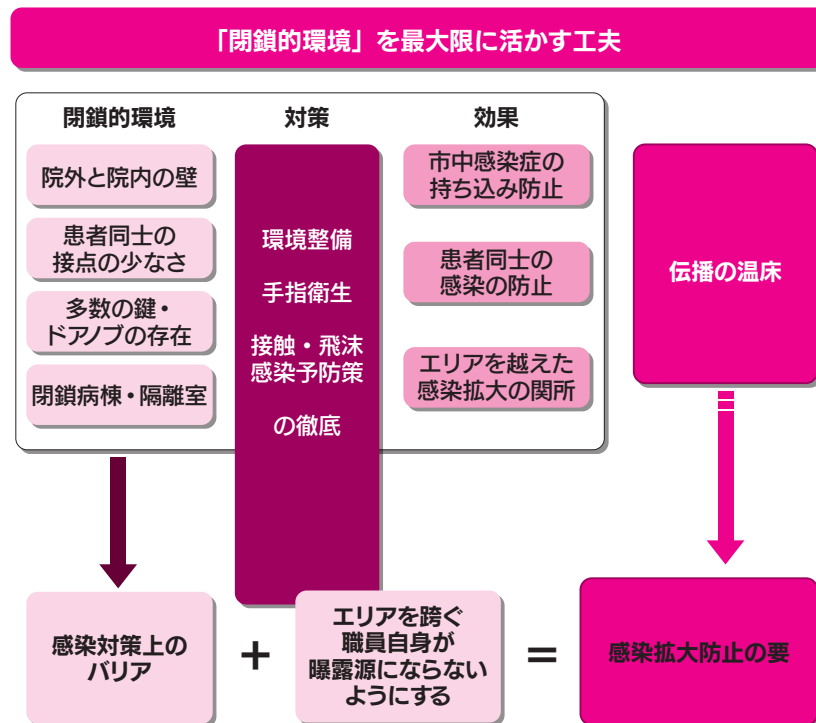
⑤改善への介入（インターベンション）

- サーベイランスデータなどから院内感染の増加が疑われた、あるいは確認された場合には、疫学的調査手法などを用いて要因分析を行う。
- 院内感染の増加が確認された場合、要因分析から得られたデータなどをもとに改善策を講じる。
- サーベイランスデータ、病棟ラウンドによる所見、要因分析の結果などの情報を迅速に関係部署に知らせ、職員間で情報を共有する。

② 閉鎖的環境を最大限に活かす工夫

感染対策上、負の要素であるはずの閉鎖的環境は、感染対策上のバリアにもなりうる。原因微生物を「持ち込まない、持ち出さない」取り組みを行うことにより、閉鎖的環境を伝播の温床から感染拡大防止の要に変えていく視点や対策が重要である（図2-1）。

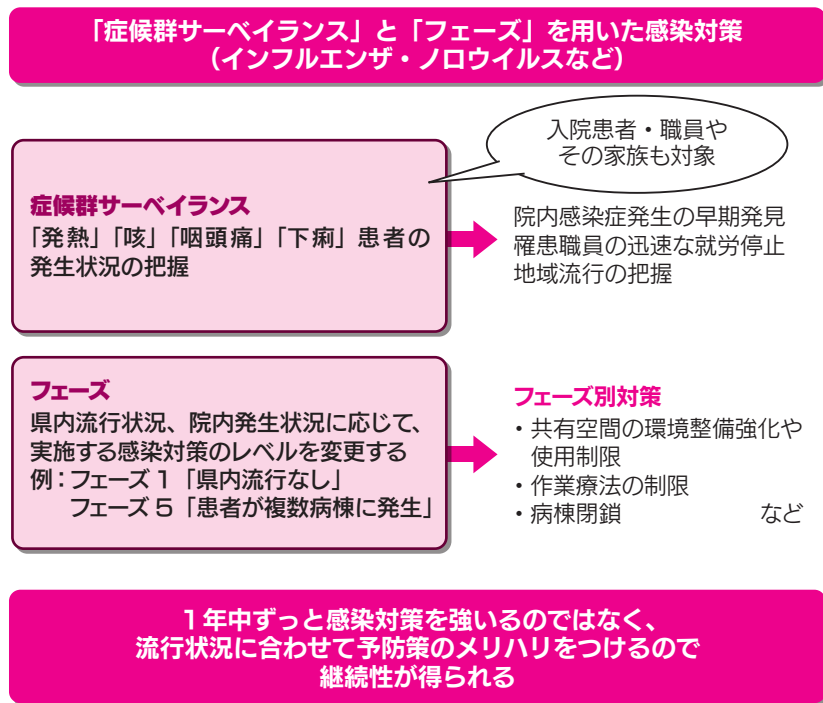
図2-1 精神科ならではの感染対策1



3 症候群サーベイランスとフェーズの利用

感染症の拡大を防ぐ上で最も重要なことは、早期発見である。日頃から症候群サーベイランスを行い、職員全体に感染症の流行状況を意識づける意味でも、これをフェーズという形で定期的に（週1回など）ICTから情報を発信して伝えることは非常に有効である（図2-2）。

図2-2 精神科ならではの感染対策2



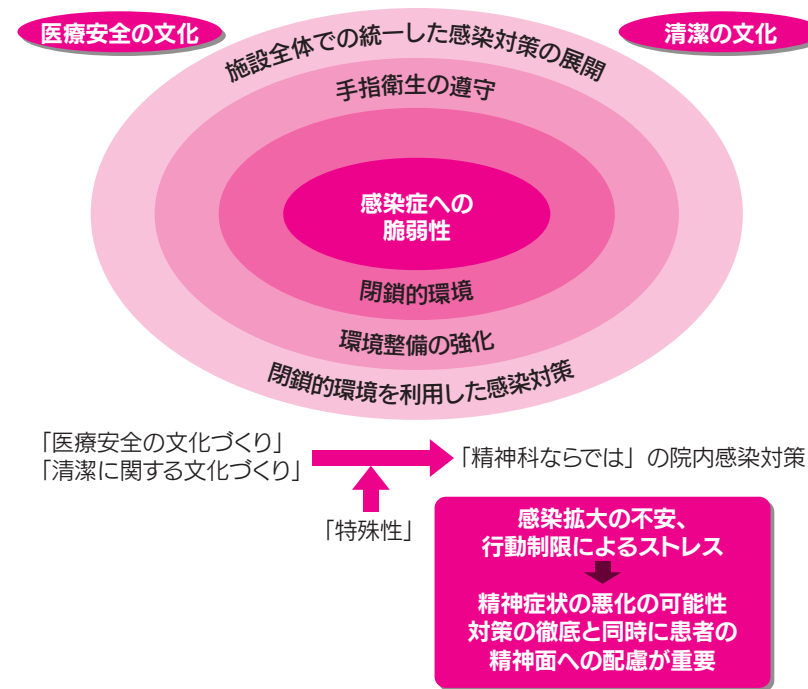
フェーズについては、4章・精神科におけるインフルエンザ、ノロウイルスおよび新型コロナウイルスの感染対策の流れ 内で、インフルエンザおよびノロウイルスに対する警報フェーズ別院内感染対策表（表4-5、表4-6、p36～37）を示したので、参考とされたい。

4 精神科院内感染対策の特殊性と戦略

精神科の感染対策では、「文化」を作り共有することが求められる（図2-3）。

日常の基本となる感染対策では、手指衛生、環境整備、さらに特殊な環境・状況や感染症に対してリスクが高い患者を考慮した、精神科ならではのトータルの感染対策の確立が望まれる。

図2-3 精神科院内感染対策の特殊性と戦略



Point

精神科で感染症が発生すると、患者は感染拡大の不安や行動制限（外出禁止や入院制限など）によるストレスが生じる。不安やストレスで精神疾患が悪化するケースの存在も意識して、感染対策に臨む必要がある。

3章

標準予防策と感染経路別予防策

1 感染管理の基礎知識

感染管理の基礎知識として、感染源と感染経路について説明する。

①感染源となる可能性のあるもの¹⁾

感染源とは、感染症の原因となる微生物（細菌、ウイルスなど）を含んでいるものをいう。感染源となる可能性のあるものには、次のa～dがある。

- a. 嘔吐物・排泄物（便・尿など）
- b. 血液・体液・分泌物（喀痰・膿など）
- c. 使用した器具・器材（注射針・ガーゼなど）
- d. 上記に触れた手指で取扱った食品など

a～cは、必ず手袋を着用して取扱い、手袋を外した後は、手洗い（手指消毒）が必要である。

②主な感染経路と原因微生物

感染経路には、接触感染、飛沫感染、空気感染、血液媒介感染（針刺しなどによる）などがあり（表3-1¹⁾）、それぞれの感染経路に応じた適切な対策をとることが必要である。

表3-1 主な感染経路と原因微生物¹⁾

感染経路	特徴	主な原因微生物
接触感染 (経口感染含む)	手指・食品・器具を介して伝播する 頻度の高い感染経路である。	ノロウイルス 新型コロナウイルス 腸管出血性大腸菌 MRSA、緑膿菌 など
飛沫感染	咳、くしゃみ、会話などで、飛沫粒子 (5 μ m以上、図3-1 ²⁾ 、p18参照)に より伝播する。 2m以内の床に落下し、空気中に 浮遊し続けることはない。	インフルエンザウイルス 新型コロナウイルス ムンプスウイルス 風疹ウイルス レジオネラ属菌 など
空気感染	咳、くしゃみなどで、飛沫核(5 μ m 未満、図3-1 ²⁾ 、p18参照)により 伝播する。 空気中に浮遊し、空気の流れにより 飛散する。	結核菌 麻疹ウイルス 水痘ウイルス 新型コロナウイルス* など
血液媒介感染	病原体に汚染された血液や体液、 分泌物が、針刺しなどにより体内に 入ることで感染する。	HBV HCV HIV など

* エアロゾル感染(p18参照)

文献1)より改変



● 空気感染

直径5 μ m未満の微小粒子で
長時間空中を浮遊する。

● 飛沫感染

直径5 μ m以上の大飛沫粒子で
空中を浮遊せず、短い距離(約2m)
を飛び、床に落下する。

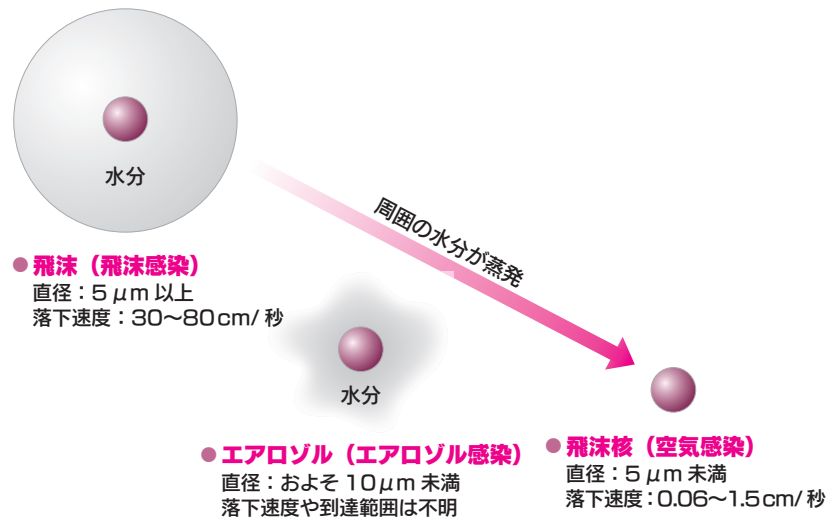
● 接触感染

手や皮膚の接触による直接接触感染と、
汚染された媒介物の接触による間接
接触感染に大別される。

③ 飛沫と飛沫核²⁾、エアロゾル

飛沫感染とは、飛沫と呼ばれる微粒子に付着した微生物によって伝播される感染である。飛沫とは、飛沫核がその周囲に水分をまとったものであり、飛沫核よりも大きく(直径 $5\mu\text{m}$ 以上)、重い微粒子である(図3-1²⁾)。飛沫は床に落下するが、飛沫核は空気中を浮遊する。

図3-1 飛沫と飛沫核²⁾、エアロゾル



文献2)より改変

- 新型コロナウイルスでは、飛沫感染、エアロゾル(飛沫よりさらに小さな水分と飛沫核を含んだ状態の粒子)感染および接触感染が感染経路となる。エアロゾルは空気中に浮遊しうることから、閉鎖的環境などにおいては感染が拡大するリスクがある。エアロゾルを発生する処置が行われる場合には、空気感染予防策が推奨される³⁾。

(空気感染予防策についてはp30参照)

② 標準予防策 (スタンダード・プリコーション)

感染対策の基本は、「感染させない、感染しても発症させない」ことであり、適切な予防を行うことが必要である。そのためには、病原体を「持ち込まない、持ち出さない、拡げない」ことが重要である。その基本となるのが、標準予防策(スタンダード・プリコーション)である。

標準予防策は、1996年に米国疾病予防管理センター(Centers for Disease Control and Prevention: CDC)が発表したもので、1985年に病院感染対策のガイドラインとして感染する危険性があるものとの接触をコントロールすることを目的に提唱した一般予防策(ユニバーサル・プリコーション)を拡大・整理した予防策である。その内容は、「すべての患者の血液、体液、分泌物、嘔吐物、排泄物、創傷皮膚、粘膜などは、感染する危険性があるものとして取扱わなければならない」という考え方を基本にしている。2007年にはさらに新しい要素が加えられた⁴⁾。

具体的な内容としては、手指衛生、手袋の着用をはじめとして、マスク・ゴーグルの着用、エプロン・ガウンの着用と取扱いや、処置に使用した器具の洗浄・消毒、環境の維持管理、リネンの消毒などがある(表3-2⁴⁾)。

表3-2 標準予防策(スタンダード・プリコーション)⁴⁾

場面	標準予防策
血液・体液・分泌物・嘔吐物・排泄物(便)などに触れる場合、傷や創傷皮膚に触れる場合	手袋の着用 手袋をはずしたときには、液体石けんと流水により手洗いをする。
血液・体液・分泌物・嘔吐物・排泄物(便)などに触れた場合	手洗いと手指消毒 触れてしまった場所(皮膚)に傷などがあれば直ちに医師に相談する。
血液・体液・分泌物・嘔吐物・排泄物(便)などで、目、鼻、口を汚染するおそれがある場合	マスク、必要に応じてゴーグルやフェイスシールドの着用
血液・体液・分泌物・嘔吐物・排泄物(便)などで衣服が汚れ、他の患者に感染させるおそれがある場合	使い捨てのエプロン・ガウンの着用 使用したエプロン・ガウンは、他の患者の処置時に使用してはいけない。
針刺し防止	注射針のリキャップはやめ、感染性廃棄物専用容器へ廃棄

文献4)より作表

①手指衛生

手洗いの基本は、「一処置一手洗い」、「処置前後の手洗い」であり、日常的な処置での手洗いには、液体石けんと流水による手洗いと、消毒薬による手指消毒がある。

爪は常に短く切っておき、マニキュアはしないようにする。また、手のスキンケアを行い（ハンドクリームは共用しない）、手荒れがひどい場合は、皮膚科医師などの専門家に相談する。

●液体石けんと流水による手洗い

【手洗いの注意事項】

- 時計や指輪をはずす。
- はじめに流水で軽く洗う。
- 固形石けんではなく、プッシュ式容器の液体石けん^{*1}を使う。
- 雑になりやすい部位は注意して洗う（石けん成分をよく洗い流す）。
- ペーパータオルを使用し、布タオルを使用する際には共用は避ける。
- 水道ノブ^{*2}を操作する場合は、手で触れずに、手を拭いたペーパータオルで止める。
- 手洗後は、手を完全に乾燥させる。

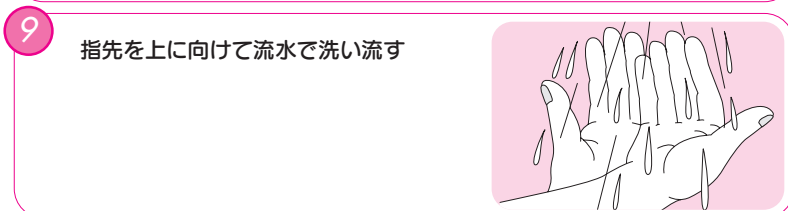
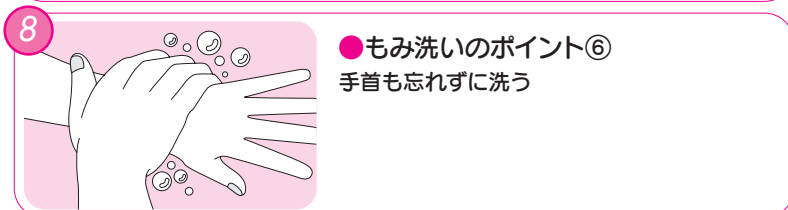
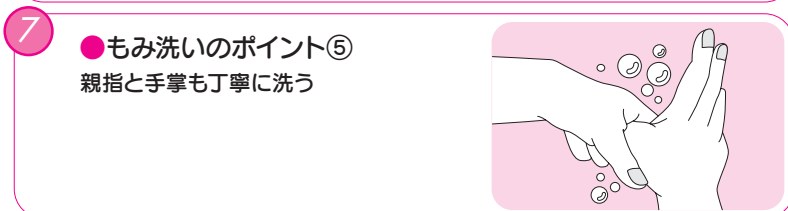
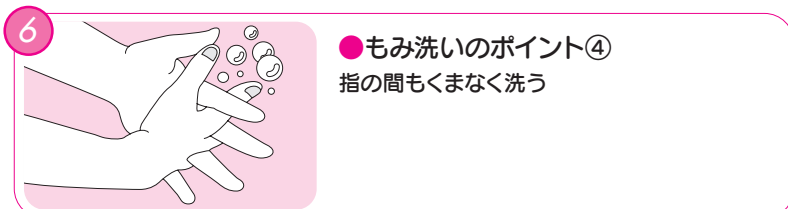
* 1 液体石けんは継ぎ足さず、容器を再利用する場合は残りの石けん液を廃棄し、容器をブラッシング、流水洗浄し、乾燥させた後に新しい石けん液を詰める。

* 2 水道ノブは自動水栓か手首、肘などで簡単に操作できるものが望ましい。

液体石けんと流水による正しい手洗いを図 3-2⁵⁾ に示す。

図 3-2 手洗いの順序（液体石けんと流水）⁵⁾





文献5)より改変

●手洗いミスが起こりやすい箇所

手洗いミスが起こりやすい箇所(図3-3⁶⁾)は、特に気を付けて洗う。図3-3 手洗いミスが起こりやすい箇所⁶⁾

文献6)より改変

● 消毒薬による手指消毒

消毒薬による手指消毒には、洗浄法（スクラブ法）、擦式法（ラビング法）がある（表 3-3¹⁾）。手が汚れている場合には、液体石けんと流水で洗った後に行う。特に、ラビング法は手が汚れている場合には無効であることに注意する。

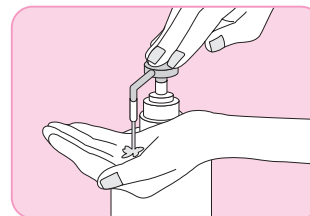
表 3-3 手指の消毒法¹⁾

消毒法	方法
洗浄法（スクラブ法）	規定量の消毒薬を手に取り、よく泡立てながら洗浄する（30 秒以上）。さらに流水で洗い、ペーパータオルで拭き取る。
擦式法（ラビング法）	規定量のエタノール含有消毒薬（ゲル・ジェルによるものを含む）を手に取り、よく擦り込み（30 秒以上）、乾かす。

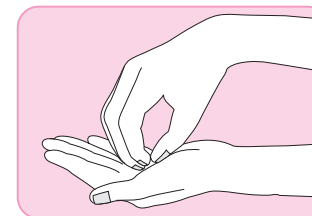
文献 1) より改変

速乾性手指消毒薬による正しい手洗いを図 3-4⁵⁾ に示す。

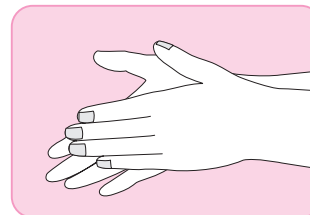
図 3-4 手洗いの順序（速乾性手指消毒薬）⁵⁾



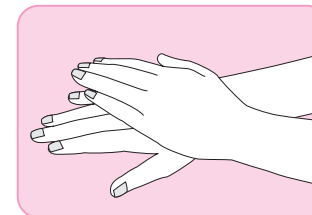
1 規定量の消毒薬を手掌に取る。



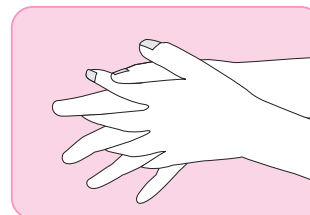
2 最初に両手の指先を十分に消毒する。



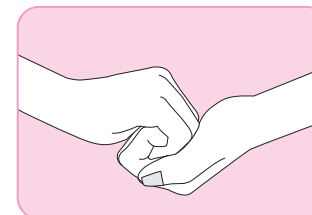
3 次に両手を合わせ、手掌を擦り合わせる。



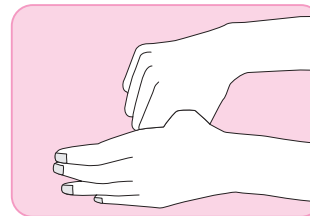
4 手背にもよく擦り込む。



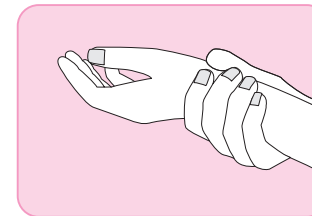
5 指を組み合わせ、指間にも擦り込む。



6 反対の手掌で爪までよく擦り込む。



7 親指を反対の手掌で包むようにしてねじりながら擦り込む。



8 最後に手首も忘れずによく擦り込む。

文献 5) より改変

②個人防護具

●手袋

手袋は医療従事者の手の汚染を防ぐために以下の場合に用いられる。

1) 血液や体液、創傷皮膚、粘膜、その他の感染性物質に直接接触することが予想されるとき、2) 接触感染によって伝播する病原体〔バンコマイシン耐性腸球菌 (vancomycin-resistant enterococci : VRE)、MRSA、RSウイルス (respiratory syncytial virus : RSV)〕を保菌または感染している患者に直接接触するとき、3) 肉眼的に汚染しているか、汚染の可能性がある医療器具および環境に触れるとき⁴⁾。

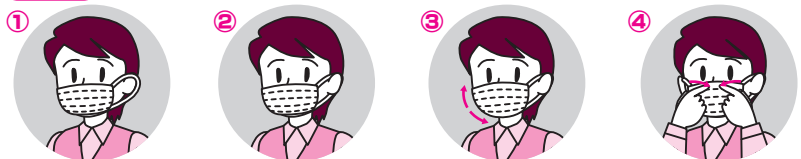
●ガウン

ガウンは医療従事者の腕や露出した身体部位を守り、衣類が血液、体液、その他の感染性物質で汚染することを防ぐために用いる。ガウンの必要性と種類は、患者との相互作用（感染性物質への接触が予想される度合いや血液や体液がバリアを通過する可能性など）に基づいて選択する⁴⁾。

●顔面防御（マスク、ゴーグル、フェイスシールド）

マスクは医療現場では主に3つの目的で使用される。1) 医療従事者を患者の感染性物質の曝露から守るために、医療従事者が装着する（標準予防策と飛沫感染予防策に矛盾しない）、2) 医療従事者の口や鼻に保菌されている感染性微生物の曝露から患者を守るために、無菌操作を必要とする処置をするときに医療従事者が装着する、3) 患者から他の人々に感染性呼吸器分泌物が拡散するのを制限するため、咳をしている患者が装着する（後述の呼吸器衛生 / 咳エチケット）⁴⁾。

装着方法



① ノーズクリップを上にしてマスクを顔に当てる。

② 左右のゴムを左右の耳にかけ、マスクを固定する。

③ マスクを上下に引っ張り、鼻と顎を覆う。

④ ノーズクリップを鼻に合わせて曲げ、顔に密着させる。

感染制御のための眼の防御が必要となる場面もあるが、個人のメガネやコンタクトレンズは眼の防御とはならない。十分に周囲が見えるようなアイガードやゴーグル、またはフェイスシールドが必要である。

気道分泌物や他の体液の飛散や飛沫が発生しうる場合には、眼、鼻、口をマスクとゴーグル、またはフェイスシールド単独で防御する必要がある⁴⁾。

③呼吸器衛生 / 咳エチケット

2003年に世界で拡大した重症急性呼吸器症候群 (severe acute respiratory syndrome : SARS) アウトブレイクの際、SARS コロナウイルスの伝播によって、医療現場での最初の受診時に感染制御策を迅速に実施する必要性が強調された。提案された戦略は「呼吸器衛生 / 咳エチケット」と名付けられ、標準予防策の新たな要素となった。

具体的な内容は、1) 医療施設のスタッフ、患者、面会者を教育する、2) 患者・同伴家族・友人の教育のためのポスターを使用する、3) 感染源制御対策を行う（咳をするときにはティッシュペーパーにて口と鼻を覆い、使用したティッシュペーパーは迅速に廃棄し、咳をしている人にはサージカルマスクを装着してもらい）、4) 呼吸器分泌物に触れた後には手指衛生を行う、5) 可能であれば、共通の待合室では呼吸器感染のある人から1m以上離れる⁴⁾。

④患者配置

感染性微生物の伝播が懸念される場合には、個室病室が適している。特別な空気感染隔離室を必要とする明らかな感染性疾患（結核、水痘など）がなければ、感染性微生物の伝播の危険性は患者配置を決定する際には特に問われない。個室病室は空気感染予防策や防護環境下にいる患者に必要であり、接触感染予防策と飛沫感染予防策を必要とする患者にも必要となる場合がある。

腸管病原体によって引き起こされた集団感染（疑い）では、特に保菌または感染した患者が個人的な衛生習慣に乏しく、便失禁があり、微生物の伝播を防ぐ処置の継続に協力してもらうことが期待できない場合（幼児、小児、精神状態の変化や発達遅延のある患者など）は、トイレ・浴室付きの個室を使用すれば伝播の機会を制限できる。

伝播が継続していなければ、個人的な衛生行為と標準予防策（特に手指衛生と適切な環境清掃）が維持される限りは、腸管病原体を保菌または感染している患者に個室用トイレ・浴室を提供する必要はない。

一方、精神科では個室隔離できる部屋が少なく、個室においても空調の問題で予防策として十分ではない場合も少なくない。

患者配置には他に、同じ微生物を保菌または感染している患者を同室に集める「コホーティング」があり、1区域に限定して他の患者との接触を防止する⁴⁾。また、感染性微生物によって汚染されている区域（汚染区域）と清潔な区域（非汚染区域）を区域分けする「ゾーニング」も、感染拡大防止のための患者配置にあたる。精神科における隔離・コホーティング・ゾーニングの際の注意事項はp40～43にまとめた。

⑤安全な注射手技

注射手技による集団感染は、注射用薬剤の準備や投与のための無菌操作の基本原則を遵守すれば防ぐことができる。基本原則としては、各々の注射には滅菌された単回使用の使い捨て注射針および注射器を用いること、注射器材および薬剤の汚染を防ぐこと、が含まれる。

米国の外来医療施設で起こった集団感染の調査により、感染制御策が適切に実行されていなかったことが明らかとなった。それは、1) 多用量バイアルや生食バッグなどの容器に使用済み針を再挿入した、2) 複数の患者に静注用薬剤を投与する際に同じ針/注射器を使用した、というものであった⁴⁾。

Point

不穏の患者や治療に同意が得られない患者では、注射の際に突然動き出したり、拒否することで注射手技が難しくなることがあるため、そのような場合には複数の看護師で対応するなどの工夫が必要となる。

⑥患者に使用した医療器具の取扱い

医療器具/器材/機器は、感染性微生物が患者間で伝播することを防ぐために、製造元の説明書に従って、洗浄・管理する⁴⁾。

消毒および滅菌のための医療器具/器材/機器のリスク分類としては、「クリティカル（無菌の組織や血管系に挿入するもの）」、「セミクリティカル（粘膜または創のある皮膚と接触するもの）」、「ノンクリティカル（医療機器表面や皮膚に接触する医療用具など）」に分けられる。処理法としてはそれぞれ「滅菌」、「高水準消毒」、「中水準消毒」、「低水準消毒」などが必要となる⁷⁾。

⑦環境の維持管理

手の高頻度接触表面（ドアノブ、ベッド柵、床頭台のテーブル、水道ノブ、手すりなど）は菌の媒介となるため、適切な方法で日常的に清拭清掃（1日1回以上）を行い、埃や汚れを取り除く。消毒することも効果的である。

ほとんど手が触れない床なども日常的に汚れを取り除き、最低1日1回は湿式清掃を行い、汚染時や退院時にも清掃を行う。壁やカーテンなどは汚染時に清掃・洗浄を行う^{2,7)}。

（精神科において一般科以上に強化すべき感染防止対策についてはp9参照）

⑧リネン、食器類の適切な取扱い

寝具類、タオル、衣類などの汚れたリネンは感染性微生物に汚染されている可能性がある。しかし、それらを安全な方法で取扱い、移送、洗濯すれば、疾患伝播の危険性は無視できるほどである。汚れたリネンを取扱うための重要な原則は、1) 汚れたリネンを振ったり、感染性微生物がエアロゾル化するような方法で取扱わない、2) 汚れたリネンに身体や衣類が接触するのを避ける、3) 汚れたリネンは洗濯バッグまたは指定された容器に入れる、ことである。

食器類については、食器洗い機で用いる熱湯と洗剤は食器類の除染に十分であり、洗浄可能な食器類に特別な予防策は必要ない⁴⁾。

Point

精神科では慣習的に患者にシーツ交換をしてもらうこともあり、使用したシーツが床に落ちていることが珍しくない。床に落ちたシーツを広げて畳み直すのは、床の細菌を舞い上げることになるため注意が必要である。

3 感染経路別予防策

感染症を発症している、もしくは疑い患者がいる場合には、以下の各感染経路別予防策を講じる必要がある。

①接触感染予防策（例：ノロウイルス、MRSA）

- 原則として個室管理する（同病者の集団隔離とする場合もある）。
- 病室に特殊な空調は必要ない。
- 入室時には、手袋とガウンまたはエプロンを着用し、便や創部排膿に触れたら手袋を交換する。個人防護具は退室前に廃棄する。
- 手洗いを励行し、適宜手指消毒を行う。
- できるだけ個人専用の医療器具を使用する。

②飛沫感染予防策（例：インフルエンザ、新型コロナウイルス）

- 原則として個室管理する（同病者の集団隔離とする場合もある）。個室管理ができないときは、ベッドの間隔を2 m以上あける。
- 病室に特殊な空調は必要なく、ドアは開けたままでもよい。
- 入室時には、サージカルマスクを着用する。
- 咳をしている患者には、呼吸状態を確認の上、マスクの着用について検討する。

③空気感染予防策（例：結核）

- 感染者は個室管理する。
- 特殊な空調が要求され、病室の空調は陰圧とする。
- 入室時には、高性能マスク（N95 微粒子マスクなど）を着用する。
- 咳をしている患者には、呼吸状態を確認の上、マスクの着用について検討する。

注：エアロゾル感染に関しては、不明な点が少なくない。予防策は、空気感染予防策に準じ、換気を中心とする。

Point

換気については、換気設備の老朽化などがないか、適切な換気量が確保できているか、点検などを行う。また、あらかじめ施設の換気条件（換気回数など）を確認しておくことよ。

4 章

精神科におけるインフルエンザ、ノロウイルスおよび新型コロナウイルスの感染対策の流れ

インフルエンザ、ノロウイルスおよび新型コロナウイルスに対する感染対策の流れ（表 4-1）について、精神科における感染問題に先駆的に取り組んでいる施設での実践的な方法を STEP ごとに詳述する。

表 4-1 精神科におけるインフルエンザ、ノロウイルスおよび新型コロナウイルスの感染対策の流れ

STEP	インフルエンザ	ノロウイルス	新型コロナウイルス
0 感染予防	ワクチン接種	—	ワクチン接種
1 持ち込みの防止	地域流行状況の把握 来院者のモニタリング・管理 標準予防策		
2 早期発見	症候群サーベイランス、診断と検査		
3 感染拡大の防止	標準予防策の徹底		
	飛沫感染予防策 抗インフルエンザ 薬の予防投与	手指衛生 環境消毒 嘔吐物からの 飛沫感染防止	飛沫感染予防策 〔空気感染予防策〕

STEP 0 感染予防

平時における流行前の感染予防については、医療従事者と患者双方へのワクチン接種が挙げられる（表 4-2）。ノロウイルスにはワクチンがないため、インフルエンザおよび新型コロナウイルス向けの対策である。

表 4-2 STEP 0：感染予防（ワクチン接種）

一般科	精神科
急性期医療の場合、入院期間が短いこともあり、院内感染対策として入院患者への積極的なワクチン接種はあまり行わない。	入院患者全員に（特に入院期間が長期化している患者や退院のめどがつかない患者に対しては、より積極的に）ワクチン接種を勧めるべきである。経済的理由やワクチン接種の意義を理解できない患者に対しては、家族に協力してもらう必要がある。
<p>★医療従事者へのインフルエンザワクチンおよび新型コロナウイルスワクチン接種</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療従事者が医療施設において罹患することを予防する ・医療従事者が自ら感染源となることを防ぐ <p>★患者へのインフルエンザワクチン接種</p> <p>インフルエンザワクチンの患者接種の有効性については、いくつかの長期療養施設での感染対策ガイドラインで推奨されている。</p> <p>SHEA/APIC 長期療養施設での感染予防と管理のガイドライン 高齢の入院患者と介護者へのワクチン投与は有効</p> <p>厚生労働省 / 日本医師会 「インフルエンザ施設内感染予防の手引き」（2013年11月改訂版） 一高齢者の入所施設等でのインフルエンザ感染防止に関する対策のまとめ 5. 発生の予防一事前に行うべき対策 (2) ③利用者へのワクチン接種及び一般的な防止の実施</p> <p>↓</p> <p>■毎年秋頃（11月下旬頃）までにインフルエンザワクチンを接種することが望ましい</p> <p>★患者への新型コロナウイルスワクチン接種</p> <p>新型コロナウイルスワクチン接種の有効性については、新型コロナウイルス感染症診療の手引きで推奨されている。</p> <p>「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き 第8.0版」（2022年7月版） ワクチン接種を適切に受けることは重症化リスクを低下させる有効な手段</p>	

SHEA：Society for Healthcare Epidemiology of America, 米国医療疫学学会
APIC：Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, 米国感染制御専門家協会

Point

過去に、発熱が認められた患者に対して「ワクチンを接種済みであるため、インフルエンザではない」と思い込み、対応が遅れたケースが散見されている。ワクチンは絶対的な予防策ではないことを、患者および医療従事者も十分認識する必要がある。

STEP 1 持ち込みの防止

持ち込みの防止では、地域流行状況の把握、来院者のモニタリング / 管理、標準予防策の遵守がキーワードとなる（表 4-3）。

表 4-3 STEP 1：持ち込みの防止

<p>★地域流行状況を把握する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健所からの報告 ・職員の家族の状況 <p>★来院者のモニタリング・管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般科に比べ新規入院患者が少なく、外来患者も限られている。また、面会者、職員数も比較的少ない ・閉鎖的な施設構造 	↓
<p>モニタリングなど管理をしっかりと行うことで効果的に防止することが可能</p> <ul style="list-style-type: none"> ■流行期の面会者のマスク着用の徹底 ■職員の健康管理 <p>★標準予防策の遵守</p> <ul style="list-style-type: none"> 一般科と比べて侵襲的な手技は少なく、的を絞った対応はしやすい。 ■患者との接触前後、患者環境に触れた後の手指衛生の実施 ■咳エチケットの徹底 ■血液または体液との接触の可能性がある場合には个人防护具（手袋・ガウンなど）を着用する 	

Point

流行状況の把握は、基本的には保健所関係からの報告を参照するが、保健所関係からの報告は1週間遅れの情報となるため、職員の家族（特に小中学生がいる家族）の状況などもヒアリングを行い、流行の徴候をつかむのに活用する。

- 定点あたりの患者報告数が1を超えた時点から、来院者のモニタリングを強化し、面会者および職員全員にマスクの着用を義務づける。
- マスクの着用は、咳エチケットを守れない場合のリスクを回避するだけでなく、インフルエンザや新型コロナウイルスの場合には自覚症状が乏しい人からのウイルス伝播も防止できる。

Point

マスクの着用は「究極の咳エチケット」として捉えるべきである。近年では、認知症入院患者の増加に伴い面会者も増加傾向にあり、外部からの持ち込みを避けつつ、面会の制限をかけないためには、「入院している大事な家族を守るためにマスク着用をお願いします」などと呼びかけ、協力を願う。

- 職員の家族（特に子ども）から職員への感染による院内への持ち込みにも注意が必要である。

Point

職員の家族が発症した場合は、その時点で病院へ報告をし、マスク着用に加え毎日の検温など職員の健康管理を実施する。人員不足の問題があり難しいのが現状ではあるが、症状がない場合の欠勤も視野に入れるべきである。また、平時より出勤停止や再開の基準、報告の方法などを確認しておくことが望ましい。

STEP 2 早期発見

早期発見のためには、症候群サーベイランスを実施する（表 4-4）。

表 4-4 STEP 2：早期発見

★症候群サーベイランス

患者（医療スタッフや家族も含む）の症状（発熱や呼吸器症状、あるいは下痢・嘔吐などの消化器症状）を常時モニタリングして、感染が疑われる患者・職員を早期に発見し、感染拡大防止のための措置を行う。

- ・症状を訴えず、診察や検査への協力が得られ難い
- ・感染症に精通した専門スタッフが少なく、看護スタッフの人数も少ない

感染症の発見が遅れやすい



- 1日2回の検温、咳・咽頭痛の確認や報告の習慣
- 早期の検査の実施

- 一部の患者においては、自ら症状を訴えないケースも少なくないため、職員による観察が極めて重要である。
- 症状を訴えず、発熱や呼吸器症状、下痢がいつから続いているか不明な患者では、速やかにインフルエンザやノロウイルス、新型コロナウイルスの検査を実施する。
- 結核対策につながるため、入院時に胸部X線写真を撮影しておくことが望ましい¹⁾。

Point

特に最初の1～2例目は、たとえ病院が費用を負担しても検査を行うべきである。速やかに対処して感染を抑える方が、患者利益はもとより最終的に医療経済的にも優れるのではないかとと思われる。

〈フェーズ別の院内感染対策〉

インフルエンザやノロウイルスは非常に感染力が強いため、フェーズ別に院内感染対策を設定し先手を取って防御する。フェーズ別の院内感染対策は、1年中ずっと感染対策を強いるのではなく、フェーズに合わせて予防策にメリハリをつけられるため継続性が得られ、事態が発生してから対応を考えるよりも初動が圧倒的に速くなるメリットがあり、ICT不在時にも対応が可能である。

下記に、インフルエンザおよびノロウイルスに対するフェーズ別院内感染対策表の一例を示す（表 4-5、表 4-6）。

表 4-5 インフルエンザ警報フェーズ別院内感染対策表

警戒レベル		フェーズ1	フェーズ2	フェーズ3	フェーズ4	フェーズ5
			予報	注意報	警報①	警報②
発生状況	報告	県内流行なし	県内流行	1病棟	2病棟	3病棟以上
	人数			人数に関係なし	人数に関係なし	人数に関係なし
患者報告		38.5℃以上	38℃以上	38℃以上	38℃以上	38℃以上
検温				2回/日 (当該病棟のみ)	2回/日 (当該病棟のみ)	2回/日 (全病棟)
飛沫予防策	マスク		認知症病棟で開始	部署別に開始	部署別に徹底	全病院的
	喫煙室			部署別に開始	部署別に徹底	全病院的
	テーブル			部署別に開始	部署別に徹底	全病院的
Occupational Therapy (OT:作業療法)活動				当該病棟有症患者のOT活動中止		OT閉鎖
病棟閉鎖					当該病棟閉鎖も検討	
診断的治療				部署別に開始	部署別に徹底	全病院的

(在宅支援クリニックえがお 代表 山内 勇人 先生 御提供)

インフルエンザ発生病棟では1日2回の検温を定めているが、フェーズ5(3病棟以上で報告があった場合)からは全病棟において1日2回の検温を行う。

表 4-6 ノロウイルス警報フェーズ別院内感染対策表

警戒レベル	フェーズ1	フェーズ2	フェーズ3	フェーズ4	フェーズ5
		予報	注意報	警報①	警報②
発生・流行状況	県内流行なし	県内流行	1～4病棟	5～6病棟	7病棟以上
環境整備	日常清掃で可(嘔吐物・便により床などが汚染したときは0.1%次亜塩素酸ナトリウムで処理)	すべての部署でトイレと汚物室清掃に0.1%次亜塩素酸ナトリウムを使用	左記に加え、発生病棟では0.02%次亜塩素酸ナトリウムによる手指接触面の清掃を1日3回	すべての病棟において0.02%次亜塩素酸ナトリウムによる手指接触面の清掃を1日3回	すべての病棟において0.02%次亜塩素酸ナトリウムによる手指接触面の清掃を1日3回
患者移動			病棟内で患者が増加する場合、当該病棟への転入出と入院の制限を検討		
Occupational Therapy (OT:作業療法)活動			発生病棟のOT活動中止	発生病棟のOT活動中止 発生病棟以外の病棟はOT前後の手洗い強化	すべてのOT活動中止

(佐伯内科クリニック 院長 佐伯 真穂 先生 御提供)

ノロウイルスでは、流行時に院内で嘔吐・下痢が認められた場合に、フェーズ3となる。次亜塩素酸ナトリウムを用いた手指接触面の清掃回数を増やし、また患者同士の感染を防ぐための対策を開始する。感染拡大の徴候が認められた場合には速やかにフェーズを上げて対策を強化する。

Point

自施設に適したフェーズを作ること、あらかじめ感染の発生を想定しておくことが重要である。

〈新型コロナウイルスに対する段階別対応〉

新型コロナウイルスでは、院内の対応だけでは収束が難しい場合も多いことから、**STEP 0：感染予防**の段階で保健所や都道府県、他の医療機関との連携体制を構築しておくことが望ましい。

下記に、感染発生段階別に想定される業務を示す（表 4-7）。

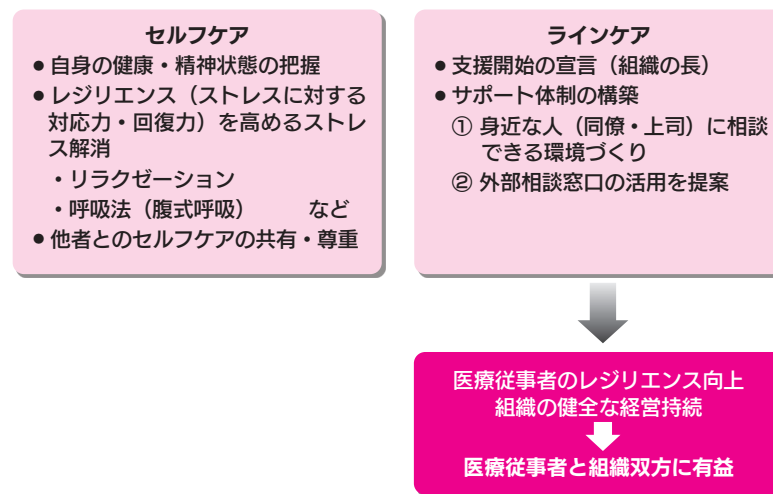
表 4-7 新型コロナウイルスに対する段階別対応

感染発生時の対応	感染発生前の準備	<ul style="list-style-type: none"> 一般的な感染対策（3密行動の回避、マスク着用、手指衛生の徹底、健康管理、喫食時の注意）の再確認 院内感染対策マニュアルの確認 個人防護具の着脱練習 感染発生を想定したシミュレーション 自治体との事前協議 <p style="text-align: right;">など</p>
	初動対応	<ul style="list-style-type: none"> 保健所などへの連絡 感染者・濃厚接触者の把握 感染者の症状の把握 職員への院内連絡 感染対策の実施 <p style="text-align: right;">など</p>
	クラスター発生時の対応	<ul style="list-style-type: none"> 組織対応 <ul style="list-style-type: none"> 院内対策本部の設置 職員の勤務シフト調整 レッドゾーン（図 4-3、p42 参照）担当職員の決定 清掃や配食、洗濯などの業務調整 診療体制対応 <ul style="list-style-type: none"> 個人防護具の着用 病棟のゾーニング 病棟の消毒作業 外来や集団活動の停止を検討 患者対応 <ul style="list-style-type: none"> 患者家族への説明 急変時の対応 外来や面会などの制限 資材対応：個人防護具の必要数確保 外部対応：外部支援者との連携 <p style="text-align: right;">など</p>

新型コロナウイルスでは、流行状況の長期化により、通常業務であっても医療従事者の疲弊につながる可能性が示され、医療従事者の不安やストレスの軽減も課題の一つとなった。そのため、医療従事者自身による心のケア（セルフケア）とともに組織による心のケア（ラインケア）が重要となる（図 4-1）。

また平時から、各自治体を中心とした、地域との交流や病病連携・病診連携のシステムを構築し、定期的に院内感染対策に関する教育と実習を行うことは、知識や技術の向上だけでなく、医療従事者の不安やストレスの軽減にも資すると考えられる。

図 4-1 医療従事者の心のケア



Point

新型コロナウイルス感染症の発生時には、多くの業務が同時に発生するため、優先順位を定めた上で対応する必要がある。

STEP 3 感染拡大の防止

感染拡大の防止には、①隔離・コホーティング・ゾーニング、②手指衛生、③環境消毒・嘔吐物からの飛沫感染防止、④飛沫感染予防策などの様々な項目がある。

① 隔離・コホーティング・ゾーニング

患者がインフルエンザや新型コロナウイルス感染症を発症した場合、個室（隔離）や有症状者を同室に集めること（コホーティング）、汚染区域と非汚染区域を区域分けすること（ゾーニング）が感染拡大の防止になる。ただし精神科ではいくつもの障壁が存在する（表 4-8）。

表 4-8 STEP 3：感染拡大の防止 ① 隔離・コホーティング・ゾーニング

★ 隔離・コホーティング・ゾーニング

標準予防策（個室への収容など）
感染経路別予防策（接触感染予防策・飛沫感染予防策・空気感染予防策）

- ・患者の病識が低い
- ・行動制限が得られない
- ・隔離施設（部屋）が確保できない
- ・作業療法などの集団活動
- ・長期入院による患者間での交流（喫煙室、共同の喫煙場所での患者交流）

などの困難となる障壁が存在する



作業療法などを中止して行動制限を行った場合の、精神疾患の治療に対する影響を考慮する必要がある。

- 行動制限や隔離・コホーティング・ゾーニングはできる限り早期に実施し、期間を最小限にとどめる
- 実施期間中は、患者のケアを専門の職員が普段より丁寧に行うなどの対処が必要

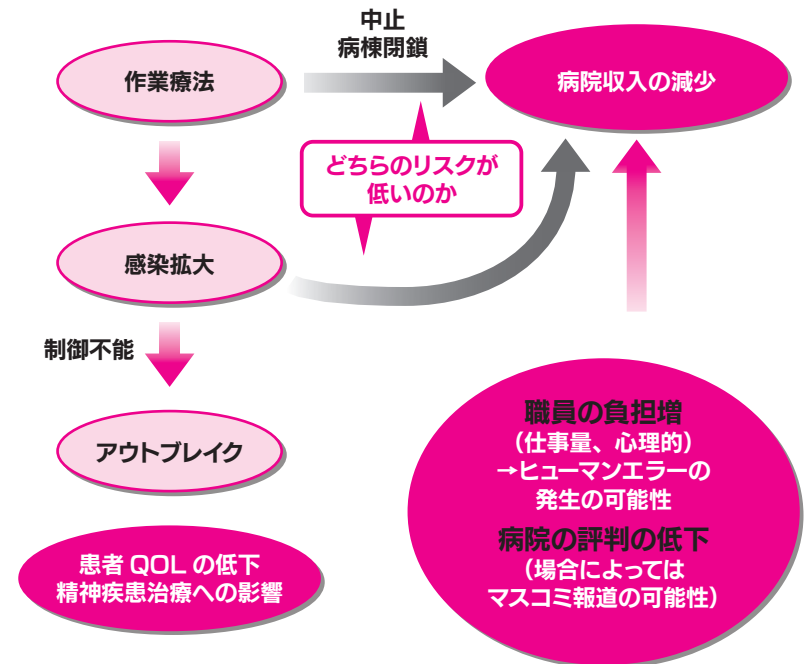
- 精神科における行動制限は、本人の治療のために代替手段がない場合や、本人もしくは他者への危険を避けるのが目的である。
- 感染拡大防止の観点から行う行動制限については拡大解釈となり、患者の不安感も著しく増大させることが多い。

Point 行動制限や隔離・コホーティング・ゾーニングの期間は最小限にとどめ、実施期間中は患者のケアをより丁寧に行うべきである。

〈作業療法中止による影響と中止基準〉

精神科では作業療法が重要な位置づけとなり、その中止については治療面のみならず医療経営的にも様々な影響が及ぶ（図 4-2）。具体的な中止基準としては、前述のフェーズ表（表 4-5、表 4-6、p36～37）より、インフルエンザもノロウイルスも 1 病棟において 1 人でも確定例が報告された時点（フェーズ 3）で、その病棟の少しでも症状のある患者の作業療法室の利用を中止する。あるいは個別の作業療法や病棟ごとの作業療法への切り替えを検討する必要がある。

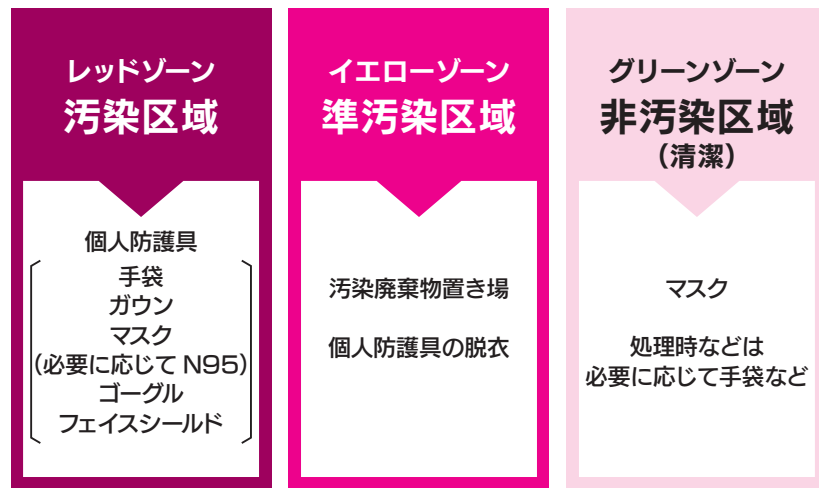
図 4-2 作業療法の中止について



〈ゾーニングの一例〉

新型コロナウイルス感染症の発生時には、病棟全体または病棟内の一部の区域に感染者を集めて隔離するゾーニングが推奨される。感染者が滞在する区域を汚染区域（レッドゾーン）、汚染廃棄物置き場があり、個人防護具を脱ぐ区域を準汚染区域（イエローゾーン）、ウイルスが存在しない区域を非汚染区域（グリーンゾーン）として、区域分けを行う（図4-3）。

図4-3 ゾーニングの区分と各区域における感染予防策

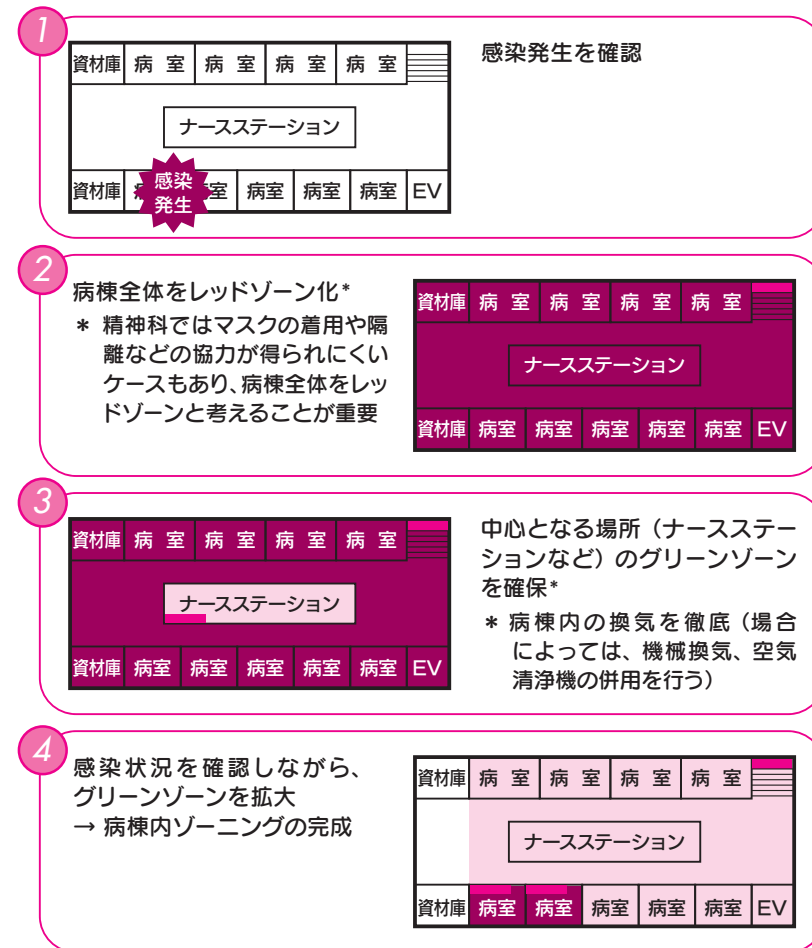


Point ゾーニングでは、感染をイエローゾーンから扱げないことが重要であるが、施設の構造上、イエローゾーンを確保できない場合もある。

Point まだ感染していない入院患者を感染から守るための部屋（グリーンゾーン）を必要とするケースもある。

下記に、新型コロナウイルスに対するゾーニングの一例を示す（図4-4）。

図4-4 ゾーニングの順序（病棟内ゾーニングの場合）



Point 感染状況の確認を行う際、偽陰性の可能性も考慮して、感染疑い例には検査を過信せずに隔離や再検査を検討すべきである。

②手指衛生

手指衛生は、有用性を示すエビデンスが充実しており、最も重要な標準予防策の一つである（表 4-9）。一般的には主に医療職員に対して遵守が求められるが、ノロウイルスやインフルエンザ、新型コロナウイルスなどの感染力の強い疾患では患者への指導も重要になる。

表 4-9 STEP 3：感染拡大の防止 ②手指衛生

一般科	精神科
手指衛生の遵守率向上：ポスターや医療職員からの一言で、意識の向上はある程度期待できる。	病棟ごとの説明会の開催に加え、看護師が1対1の手洗い指導を行ってから食事を開始するなど根気強い対策が必要。
<p>★手指衛生</p> <p>CDC 隔離予防策のためのガイドライン（標準予防策）（1996年、2007年） CDC 医療現場における手指衛生のためのガイドライン（2002年） 厚生労働省 医政局課長通知「医療施設における院内感染の防止について」（2005年、2011年） WHO 医療における手指衛生のためのガイドライン（2009年）</p> <ul style="list-style-type: none"> 自己衛生管理の問題などから、基本的な手洗い（食事の前、トイレの後など）の意識が低い場合がある 長期入院患者が多い 患者の病状 施設構造（多数のドアの存在など） <p>患者同士の接触や環境からの伝播リスクが一般病棟に比して高い？</p> <p>■患者への手指衛生の指導が重要：普段からの習慣作り（「文化」）が求められる</p> <p>■爪の管理</p> <p>★个人防护具の使用（接触感染予防策）</p> <p>■嘔吐物処理時やトイレ清掃時の手袋・エプロン（必要時はガウン）の使用</p>	

十分な手指衛生の指導が行われれば、ノロウイルス、インフルエンザおよび新型コロナウイルスのアウトブレイク発生を、ある程度押さえ込むことは可能となる。

Point

一定の患者が手指衛生を実施するようになると、今度は全体的に手を洗うべきという雰囲気形成され習慣化も可能である。しかし、逆に神経質になり過ぎてしまい強迫症状ようになってしまう患者もいることに注意する。

また、ノロウイルスに関しては、**STEP 0：感染予防**の段階で手洗いの習慣化および爪の管理を行い、平時における感染対策として位置づけていく必要がある。

〈ノロウイルスに対する各種手指消毒薬の効果〉

ノロウイルスに対してアルコールは効果が低いため、ノロウイルスを意識した手指衛生の方法は石けんと流水が望ましいが、手洗い場（シンク）の数が限られるなど状況により困難な場合もある。その際に使用する消毒薬については、各種ガイドラインに記載されている（表 4-10^{2,3)}。

表 4-10 ノロウイルス関連ガイドラインでのアルコール消毒薬に関する記載

CDC「医療現場におけるノロウイルス胃腸炎の管理と予防のためのガイドライン」 ²⁾	
手指衛生	患者に接する前などの手指衛生については、2002年発行の「医療現場における手指衛生のためのガイドライン」に従って、 FDA 承認のアルコール製剤をベースとした手指衛生 をすること。 ノロウイルスのアウトブレイク期間中は、 エタノールベースの消毒薬（60～95%）を、他のアルコールやアルコール以外の手指消毒薬より積極的に選ぶことを考慮する。 アルコールベースの手指消毒薬の、ヒト由来のノロウイルスあるいはヒト由来のノロウイルスの代替となるウイルスへの有効性の評価は さらなる調査が必要 である。
日本「2020年版 消毒と滅菌のガイドライン」 ³⁾	
環境消毒	糞便や嘔吐物などで汚染を受けた可能性のある箇所は0.1%（1,000 ppm）次亜塩素酸ナトリウムやアルコールで消毒する。 ・トイレ（洋式トイレの便座、ドアノブ、フラッシュバルブ）などは消毒用エタノールで清拭—臭いが少なくプラスチックや金属に対する劣化作用が小さい。 ・ノロウイルスに対するアルコールの効果はやや弱いので、 2度拭きでの対応 が望ましい—清拭し15秒程度経過後に再清拭を行う。
手指消毒	ノロウイルス汚染を受けた手指の消毒には、 十分量（3 mL など）の速乾性擦式アルコール手指消毒薬を使用する。 なお、ノロウイルスに対するアルコール製剤の使用では、抗菌効果の観点から、 イソプロパノールよりエタノールの方が望ましい。

文献 2,3) より作表

③環境消毒・嘔吐物からの飛沫感染防止

感染拡大防止のための環境消毒について、CDCのガイドラインにおいて、通常は床や壁は消毒の対象とならないことが指摘されている。しかし、精神科の場合は、患者によっては床に座り込んだり壁に寄りかかることがあるため、特にトイレともつながる床は消毒の必要性が高い(表4-11)。

表4-11 STEP 3：感染拡大の防止 ③環境消毒・嘔吐物からの飛沫感染防止

一般科	精神科
ノロウイルス感染症や新型コロナウイルス感染症の患者が使用した、トイレなどの高頻度接触表面は、消毒を入念に行い伝播のもととなることを防ぐ。	床に座り込む患者、壁に寄りかかる患者がいるため、さらに広範囲な消毒を必要とする。

環境消毒

★環境処理策(接触感染予防策)

ノロウイルス感染症や新型コロナウイルス感染症の発生時には、患者が使用したトイレや高頻度に触れる場所の清掃・消毒が必要

・床に寝転んでしまう患者や認知症で床に落ちたものを口に入れてしまう場合がある

■トイレから関連する床の清掃・消毒

・ドアが多く、鍵が感染経路となりうる

■ドアノブ、鍵なども含めた定期的な消毒

嘔吐物からの飛沫感染防止

★迅速に適切な手順で処理を行う

■処理を実施する者は、実施前に手袋・エプロン・サージカルマスクを着用する

■外側から内側へ処理を行う。その際、嘔吐は予想以上に飛び散るため、最初に設定する外側のラインは広めに取る

■消毒は0.1% (1,000 ppm) 次亜塩素酸ナトリウムを使用する

■嘔吐場所に他の患者が集まってきた場合は、患者に声をかけ可能な限り近づけないよう配慮し、迅速に処理を行う

- 廊下の床は患者が嘔吐し放置するケースも多く、迅速な対応が求められる。
- 嘔吐物からの飛沫感染防止について、ノロウイルスでは、最初の嘔吐物を乾燥前にいかに完全に処理できるかがアウトブレイクの発生を左右する。

Point ノロウイルスの場合は、少し報告が遅れるとアウトブレイクとなり、その病棟のほとんどの人が感染するまで収まらないことがある。1例目への対処を迅速に行うことが重要なポイントである。

④飛沫感染予防策

飛沫感染予防策としては、インフルエンザや新型コロナウイルスの咳エチケット、およびマスクなどの个人防护具が有用である(表4-12)。

表4-12 STEP 3：感染拡大の防止 ④飛沫感染予防策

★咳エチケット(標準予防策)

マスクの着用

咳・くしゃみ時に鼻・口を覆う

ティッシュペーパーの使用と廃棄

咳・くしゃみの後の手指衛生

共通の待合室(喫煙室、エレベーター内など)では2m以上離れる

・患者の咳エチケットの遵守が困難な場合が多い

■流行時にはマスク着用について根気強く患者指導を行う
(「文化」となるレベル)

★个人防护具の着用(飛沫感染予防策)

■病室に入室する際にはマスクを着用する

■検査キットや気管支鏡などを使用する場合(患者からの飛沫感染のリスクが高い場合)は必要に応じてガウンやゴーグル、フェイスシールドを着用する

STEP 1：持ち込みの防止においてもマスクは「究極の咳エチケット」と述べたが、インフルエンザのフェーズ表(表4-5、p36)では、県内流行レベルのフェーズ2から認知症病棟にてマスクの着用を開始する。患者の中には着用を拒む人がおり全員の遵守は困難であるが、職員に向かって咳をかける場合もあるため、マスクの着用はインフルエンザや新型コロナウイルス対策に有用である。また、マスク着用の遵守・非遵守は、行動制限(隔離)を行うかどうかの一つの指標にもなる。

Point マスクの着用は、手洗いと同様に、根気強く患者指導を行い「文化」となるレベルにまで導くことが望まれる。

1章. 精神科において考慮すべき感染症・感染防止対策

- 1) 厚生労働省：医療施設動態調査（令和4年1月末概数）、令和4年3月28日
- 2) 厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」精神保健医療福祉に関する資料(630調査 令和2年度)
- 3) 厚生労働省：第4回「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」参考資料1 第7次医療計画の指標に係る現状について、令和4年2月3日
- 4) 長嶺敬彦：精神科治療学, 20 (3), 295-298, 2005
- 5) 山内勇人 ほか：環境感染, 22 (3), 214-218, 2007

2章. 精神科における感染管理体制

- 1) 平成25年度厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）「医療機関における感染制御に関する研究」（H25- 新興 - 一般 -003）研究代表者：八木哲也：医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き（案）[更新版]（160201 ver. 6.02）

3章. 標準予防策と感染経路別予防策

- 1) 辻明良 監修：ふれあいケア増刊号（第19巻 第12号）【改訂】きちんと感染管理 介護職員のための感染対策マニュアル, 全国社会福祉協議会, 2013
- 2) 藤田昌久 編集：Nursing Mook 35 ステップアップ院内感染防止ガイド, 学習研究社, 2006
- 3) 厚生労働行政推進調査事業費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）「一類感染症等の患者発生時に備えた臨床的対応に関する研究」新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き 第8.0版（令和4年度）
- 4) Centers for Disease Control and Prevention：2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings
- 5) 大久保憲 監修：2016年改訂版 消毒薬ハンドブック（制作：メディカル ドゥ）、2016
- 6) Taylor LJ：Nurs Times, 74 (2), 54-55, 1978
- 7) 大久保憲・尾家重治・金光敬二 編集：2020年版 消毒と滅菌のガイドライン, p21, へるす出版, 2020

4章. 精神科におけるインフルエンザ、ノロウイルスおよび新型コロナウイルスの感染対策の流れ

- 1) 佐伯真穂：精神科看護, 37 (1), 56-62, 2010
- 2) Centers for Disease Control and Prevention：Guideline for the Prevention and Control of Norovirus Gastroenteritis Outbreaks in Healthcare Settings, 2011
- 3) 大久保憲・尾家重治・金光敬二 編集：2020年版 消毒と滅菌のガイドライン, p108, へるす出版, 2020