

精神科領域の感染制御を 考える・高める・実践する

2018年10月29日 於東医健保会館

医療法人社団碧水会 長谷川病院 桑門昌太郎

CONTENTS

I インTRODakション

精神×感染＝混沌、精神と感染の共通点、精神科の感染対策のレベルアップ、自己紹介

II 精神科領域の感染制御の特殊性を理解しよう

患者側の要因、施設の特異性、フェーズ制、患者教育

III 組織的に感染対策をしよう

ICT活動、サーベイランス、ラウンド、職業感染予防

IV 感染対策のベーシックを磨き上げよう

SPとTP、手指衛生、疫学的なアプローチ、薬剤耐性菌とAMR、原因菌と感染部位

V 疾患別対策各論を押さえよう

インフルエンザ、ノロウイルス、結核、CDI

VI 仲間と 高める、実践する

病院内、地域連携、グループワーク、行動変容

※ 引用・参考文献、WEB

I イン트로ダクション

- 1 「精神科」×「感染」=混沌？ 全国調査自由記述「困ったこと」から
 - 「病棟の動線遮断などを行ったが、10日で80名が発症。患者は庭や廊下で吐き、地獄絵図のようでした。また身体拘束されている方が肺炎で命を落としかけ、身体の弱い人の対応の重要性を強く感じさせられました。」
 - 「整腸剤や下剤を使用しており日常的に嘔吐や下痢が多々見られる状態。一人目が嘔吐した時、医師も看護師もウイルス性胃腸炎を考えませんでした。翌日から入院者、職員が次々に嘔吐・下痢をして気付く。当時、使い捨てエプロンもなく、対応も手探りでした。」
 - 現在は精神科病院の感染対策は向上してきているが…困難はまだ多い？

- 2 「精神科」と「感染」の共通点、相違点
 - 「目に見えない」→見る方法はありませんが…
 - 「うつる」→情動伝播、感染伝播
 - 特別な法律の枠組み→感染症法、精神保健福祉法（新型インフルエンザ特措法）
 - 偏見・差別の対象の歴史→精神疾患、HIV・ハンセン氏病、「忌むべき存在」
無理解が人を傷つける、畏れ、不安→正しい理解、実践を

- 3 病院(所属)紹介と自己紹介
 - 病院紹介 医療法人社団碧水会長谷川病院
病床数:590床（スーパー救急127床 急性期病棟46床 内科39床）
平均在院日数:143.2日(平成28年度)職員数:582名（平成30年3月）
感染防止対策加算1、感染防止対策地域連携加算、AST加算
 - 自己紹介 桑門昌太郎 e-mail:syotaroh@gmail.com
【職歴等】千葉大学看護学部卒業後、一般病院内科病棟勤務。2008年長谷川病院入職。東京医療保健大学大学院感染制御実践看護学講座修了。2012年1月-2015年12月 感染対策専従。2016年 診療情報管理室副室長。
【委員・地域活動等】「精神科領域の感染制御を考える会」会員、東京精神科病院協会感染症対策委員会委員、北多摩南部健康危機管理対策協議会（兼北多摩南部新型インフルエンザ等感染症地域医療体制ブロック協議会）委員 ほか

- 4 配布資料(レジュメ)と提示資料(スライド)について
配布資料(レジュメ):正確性と詳細性⇔提示資料(スライド):イメージとインパクト

- 5 なぜ、感染対策をするのでしょうか？

Ⅱ 精神科領域の感染制御の特殊性を理解しよう

1 結核の感染拡大の要因（平成 24 年事務連絡より）

- 初発患者に病棟内の徘徊行為があり、痰や唾液を他人に浴びせる行為が散見された。また、入院患者の多くが日中を病棟ホールで過ごし、初発患者と長時間にわたり接触があった。
- 入院患者は認知症で訴えが少なく、周囲が発病に気づきにくかった。
- 入院患者の多くは糖尿病、呼吸器障害、嚥下障害などの基礎疾患があり免疫力が低下している状態だった。

2 精神科領域の感染制御の特殊性

◆ 患者側の要因

- 自己管理が不十分
- 長期入院
- 高齢者
- 身体合併症
- 症状を訴えない
- 診察や検査への協力が得られない
- 行動制限への協力が得られない

◆ 施設としての特殊性

- 閉鎖的環境
- スタッフの人数が少ない
- 感染制御、感染症の専門スタッフが少ない

2 精神疾患と感染症の重なり

- 市中感染症（インフルエンザ・ノロウイルス）
- 薬剤耐性菌
- 血液・体液暴露による職業感染 ほか

3 フェーズ制

- 横軸に段階、縦軸に対策を列記、施設内で決まり事として、対策を自動化
- あらかじめ対策を決めておくことは精神科病院にはきわめて有効

4 患者教育

- 母集団のリスクを下げられる、集団へのアプローチ、精神科ならではの

Ⅲ 組織的に感染対策をしよう

1 用語について

- 医療関連感染
- 病院内感染
- 感染制御
- 院内感染対策 ほか

2 感染制御と感染症治療が両輪

3 ICT(感染対策チーム)とは？

- 3.1 実働的なチーム cf.院内感染対策委員会(ICC)

4 組織的 ICT 活動

4.1 サーベイランス

- 患者教育症候群サーベイランス(発熱、消化器症状)
- デバイス別サーベイランス ほか

4.2 ラウンド

- オーデッド(監視)
- 清潔と汚染の交差
- 水回り、点滴台、汚物室、リネン庫、感染性廃棄物、清潔物品の管理 ほか
- チェック項目、基準
- フィードバック
- 現場の改善 →コンサルテーション

4.3 スタッフ教育・研修

- 成人教育に重要な視点とは？

4.4 職業感染予防

- ワクチンで防げるものはワクチン！ 6つ
- 自分を守る To protect yourself 患者を守る To protect your patients
- 風疹流行

4.5 ファシリティマネジメントと洗浄・消毒・滅菌

IV 感染対策のベーシックを磨き上げよう

1 標準予防策(スタンダードプリコーション=SP)

1.1 標準予防策(SP)への変遷 cf.HIV

- 1996年にCDCガイドライン
- 経路別予防策(TP)とセット
- 疾患非特異的

1.2 標準予防策(SP)

すべての患者(感染の有無を区別しない)の湿生生体物質(①すべての血液②すべての体液、分泌物、排泄物(汗を除く)、粘膜、創傷のある皮膚)を対象

1.3 主な感染経路と経路別予防策(TP)

- 空気感染
結核、麻疹 ほか
飛沫核が長時間空気を浮遊することにより伝播→個室、N95
- 飛沫感染
インフルエンザ、風疹 ほか
咳やくしゃみなどによる飛沫(2m以内)が、短時間空中を浮遊することにより伝播
→感染源にサージカルマスク>個室
- 接触感染
ノロウイルス、薬剤耐性菌、CDI ほか
直接またはヒトやモノを介して伝播→手袋>個室

1.4 標準予防策(SP)の項目

2 手指衛生向上へ向けて

2.1 最も効果的で安価な感染対策

- 知っていることとやることは違う
- Gel in , Gel out !

2.2 さまざまなアプローチ

- 手指消毒剤の使用量から目標を立てる
- 5つのタイミング
- 培地へのスタンプ、ブラックライト使用
- cf.手指衛生の歴史 ゼンメルワイス

3 病院疫学的なアプローチ

- 疫学・公衆衛生 → 病院疫学・医療疫学・臨床疫学
- アプローチ
- 感染源を発見したら「集団から引き離し」たうえで「隔離」し、集団を「監視」する
- データの時代

4 薬剤耐性菌と AMR

- 薬剤耐性菌は世界的な課題、伊勢志摩サミット→政策的な課題でもある
- 2016 年AMR対策アクションプラン策定
- 2020 年の数値目標を掲げて取り組み中
- 日本ではおおむね海外に比して薬剤耐性菌は少ないが…
- 先日多剤耐性アシネドバクターのアウトブレイク事例あり←1 件は台湾のICU
- 2020 年東京オリンピック
- 第3世代経口抗菌薬 DU
- 通常風邪→抗菌薬は効かない
- 感染制御の学会（環境感染学会）の2019年テーマも「AMR」

5 院内肺炎

- 肺炎の分類 市中肺炎（CAP）と院内肺炎（NHCAP）
- 精神科は高齢化が進む、タバコ喫煙率
- 精神科薬の薬理から嚥下困難、肺炎 cf.脳梗塞

6 感染症診療の基本

- 感染部位（フォーカス）、原因菌（ターゲット）、薬のトライアングル
- 宿主の状態
- 培養検査の重要性
- 検査手技の精度
→原因不明の発熱が続く際の姿勢

V 疾患別対策各論のポイントを押さえよう

1 インフルエンザ

- 症状: 突然の発症、高熱、咳嗽、上気道炎症状、全身症状
- 潜伏期間: 1～3 日程度
- 感染させ得る期間: 発症前日から発症後 5 日程度(発症日、2 日目が強い)
- 感染経路: 主に飛沫感染
- ワクチンを医療従事者、患者に接種強く推奨
- 地域の流行状況は大きなポイント
- 基本的な感染対策: 咳エチケット、手指衛生
- 早期発見、早期治療
- 重症化に注意

2 ノロウイルス(感染性胃腸炎)

- 症状: 嘔気・嘔吐および下痢 嘔吐は半日程度、消化器症状は 3 日程度で消失
- 潜伏期間: 1～2 日程度
- 感染させ得る期間: ウイルスは便中に 1 週間ほど検出される→手指衛生
- 感染経路: 糞口感染が基本→接触感染
- 吐物には多くのウイルスが含まれている→吐物処理重要
- 基本的な感染対策: 手指衛生、環境の消毒強化

3 CDI(クリストリジウム・ディフィシル感染症)

- 症状: 下痢
- 抗菌薬の長期連用などが主な背景、治療に難渋するケースも
- 環境に残ると芽胞を形成、追いつくのは大変
- 2018 年 10 月本邦初のガイドライン公表(予定)→各種ガイドラインをフォロー

4 結核

- 疫学: かつては国民病。罹患率現象も、医療機関をはじめ、集団発生報告あり
- 2017 年も精神科病院の結核集団感染が複数報道
- 感染経路: 空気感染
- 基本的な感染対策: 個室隔離(陰圧)、周囲はN95マスク←正しく使えること重要
- 症状: 2 週間以上続く咳嗽、体重減少など
- 高齢者の結核は症状があまりでない→定期的胸部X-P
- 20 代など若い世代(職員)は 99%以上が結核に未感染＝職業感染予防

VI 仲間と 高める、実践する

1 仲間づくり

- 1人ではできない、仲間がいたほうが楽しくできる

2 病院内

- ICT
- 一緒に感染対策を考え、やってくれる人

3 病院外

- icap（（一社）精神科領域の感染制御を考える会）
- 一般病院との連携、精神科病院同士の連携（感染防止対策加算連携含む）
- 東京精神科病院協会感染症対策委員会の事業・企画

4 多層的なネットワークの構築

- コストとベネフィット
- 主体的に参加、プラットフォーム（共通理解）を築く努力

5 グループワーク

- 病棟でできる手指衛生向上プログラム
- インフルエンザ予防のための患者教育
- 病棟環境の改善
♪精神ならではの感染制御、精神科だからできる感染制御もあるかも

6 実践には行動変容

- 考えることはいい
- 臨床であれば考えるだけでなく実践
- 実践には行動変容が重要
- 『風立ちぬ』 風立ちぬ。いざ生きめやも
- 「深思高飛」

ご清聴ありがとうございました。

皆様、各ご施設での院内感染対策がうまくいくことを願っています。

引用・参考

- 東京都院内感染対策推進事業
<http://www.tmsia.org/>
- (一社)精神科領域の感染制御を考える会
<http://kansenseigyo.org/> Facebook あり
- 「精神科における感染制御に関する報告書」
代表研究者 糠信憲明(広島国際大学)・精神科領域の感染制御を考える会
- 精神科領域での感染対策：その特殊性と戦略,そして課題 (特集 精神科病院における院内感染対策を考える),山内勇人ほか,日本精神科病院協会雑誌 33(2), 127-132, 2014-02
- 精神科における感染管理ハンドブック
大日本住友製薬,監修森兼啓太,協力精神科領域の感染制御を考える会
- 精神科病院における院内感染対策(その1~その5).山内勇人ほか
精神科医療情報総合サイト e-ラポール > チーム医療活動 > 安全管理
<https://www.e-rapport.jp/team/index.html#sf>
- 精神科病床のラウンド,中島百合,独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター,インフェクションコントロール 22(1): 54-58 2013
- 日本感染症学会提言 2012「インフルエンザ病院内感染対策の考え方について(高齢者施設を含めて)」http://www.kansensho.or.jp/guidelines/1208_teigen.html
- 結核院内(施設内)感染対策の手引き 平成 26 年版
http://www.jata.or.jp/tp_detail.php?id=39
- AMR 臨床リファレンスセンター
<http://amr.ncgm.go.jp/>
- 抗微生物薬適正使用の手引き 第一版
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000166612.pdf>

以上