

精神科病棟における感染管理 ～インフルエンザ対策を中心に～

国立精神・神経医療研究センター
感染管理認定看護師 徳永恵美子



病院紹介

国立精神・神経医療研究センター（東京都小平市）

病床数：486床

診療科：精神科、脳神経内科

小児神経科、脳神経外科、外科

歯科、整形外科、心療内科

消化器外科、循環器科、麻酔科



精神科

- 統合失調症、気分障害（うつ病、双極性障害など）、認知症、睡眠障害、依存症、てんかんなどを中心に、高度専門医療を提供
- 専門疾病センター
 - 心のリカバリー地域支援センター
 - 睡眠障害センター
 - 統合失調症早期診断・治療センター
 - 気分障害センター
 - 認知症センター
 - 薬物依存症センター
- 外来：一日平均約250名
- 病床数：5つの病棟に191床

感染管理の基本

おさらい

感染症成立の輪

細菌，ウイルス，真菌，原虫，リケッチア，
クラミジア，マイコプラズマ，寄生虫など

①病因

②病原巣

①患者，
②医療従事者，
③環境
(医療器具も含む)

③排出門戸

身体の開口部
(口，鼻，肛門など)
や創傷，菌が付いた
手指，医療器材など

④伝播経路



断ち切ろう！

⑥感受性宿主

感染を起こす
リスクのある人

⑤侵入門戸

口や鼻，
創傷に加え，
カテーテルや
チューブ類の
挿入部

医療機関で問題になるのは，
①接触伝播，②飛沫伝播，
③空気伝播の3つ。
他に一般媒介物伝播，
昆虫媒介伝播

標準予防策

スタンダードプリコーション



手指衛生



个人防护具 (PPE)
の適切な使用



呼吸器衛生
咳エチケット



適切な患者の配置



患者に使用した
器材の
取り扱い



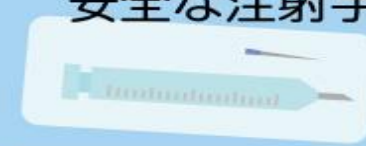
環境の維持管理



リネン類の
取り扱い



安全な注射手技



腰椎穿刺における
感染制御手技



労働者の安全



咳エチケット

- ① スタッフ、患者、面会者を教育する
- ② 患者、家族、面会者のためのポスターを掲示する
- ③ 咳をするときはティッシュで口と鼻を覆い、使用したティッシュはすぐに捨てる
手ではなく腕で口と鼻を覆う
咳をしている人はマスクを着用してもらう
- ④ 呼吸器分泌物に触れた場合は手指衛生を行う
- ⑤ 共通の待合室では咳をしている人から1m以上離れる

あなた自身や他の人の病気の原因となる病原菌を広げない為に

咳エチケット 咳をする時 口と鼻を 押さえましょう!



咳やくしゃみをする時、ティッシュペーパーを使って口と鼻を押さえましょう。紙がないときは二の腕に袖に、手は使わないようにしましょう。



他の人に移さないために、サージカルマスクをしましょう。



使い終わったティッシュはゴミ箱へ

咳やくしゃみをした後、 手洗いを



石鹸を使って
流水で20秒、手を洗いましょう。
アルコール性の速乾性手指消毒薬で消毒を。



AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION (APHA) logo, CDC logo, MDH logo, and APIC logo.

アメリカ厚生省・疾病制御センター (CDC)・ミネソタ厚生省・ミネソタ衛生局ネットワーク・アメリカ感染制御センター

ポスターの掲示、アルコール手指消毒剤の設置

病棟入り口



エレベーター
ホールなど

飛沫感染とは

- 感染している患者が**咳やくしゃみ、会話**などで放出した微生物を含む**5 μ mより大きい飛沫**が、感受性のある人の**口腔粘膜、鼻粘膜、結膜等の粘膜に付着することによって感染する**

- **飛沫感染を起こす疾患**

百日咳、マイコプラズマ肺炎、風疹
インフルエンザ、流行性耳下腺炎、
手足口病、RSウイルス感染症
など・・・



飛沫感染予防策

- 対象者と接する時は**サージカルマスク**を使用する
- **個室**への収容が望ましい
- 同一感染症患者は、**集団隔離**も可能
- 患者の移動や移送が必要な場合は、**患者にサージカルマスク**を着用させる



★個室および集団隔離が難しい場合は？

- ベッド間距離を**1m以上**に保つ
- **カーテン**などによる障壁を設ける



精神科での感染対策

精神科の特徴

精神科疾患を持つ患者の特徴

- 自己衛生管理が不十分
- 長期入院
- 身体合併症
- 高齢者
- 行動制限への協力が得られない
- 症状を訴えない
- 診察や検査への協力が得られない
- 外出、外泊が多い
- 集団での作業が多い
- 喫煙率が高い

感染症を**発症しやすい**

感染症の**発見が遅れやすい**

感染経路を**遮断しにくい**

スタッフの感染リスク

感染管理上の精神科病棟の特徴

- 閉鎖的環境
 - 窓が開きにくい
 - ドア、鍵が多い
 - 病棟内での移動・移室が多い
 - 手洗い場やアルコールへのアクセスが不十分
- 感染管理の専門スタッフが少ない
- 看護スタッフの人数が少ない
- 在院日数が長い

感染症の発見が遅れやすい

感染経路を遮断しにくい

スタッフの感染リスク

精神科のスタッフの意識

- 感染症に関するデータや現状が把握しにくい
- 感染管理の専門スタッフが少ない、または居ない
- 看護スタッフの人数が少ない
- カテーテルなどのデバイス使用頻度が少ない
- 身体的に元気な患者が多く、感染症ケアの経験が少ない

感染対策に関するスタッフの意識が低い

感染管理上の精神科病棟の特徴

- 集団での教育が可能
- 比較的正常な免疫機能を持つ
- 閉鎖環境で持ち込みが少ない
- 侵襲的な処置が少ない

弱みを知り、
強みを活かした
感染対策が必要！

精神科病棟での感染管理

閉鎖的環境



感染拡大を防ぐバリア

- 院内・院外の壁
- 患者同士の接点の少なさ
- 多数の鍵・ドア
- 閉鎖病棟・保護室...

- 市中感染の持ち込み防止
- 患者同士の交差感染防止
- エリアを超えた感染拡大の防止

★持ち込まない！

★持ち出さない！



精神科病棟での感染管理

閉鎖環境で感染症が発症すると一気に広がる

- 感染拡大への不安
- 行動制限によるストレス



精神症状の悪化



精神科で考慮すべき感染症

	考慮すべき感染症	注意すべき患者状況
市中感染症の持ち込み	インフルエンザ ノロウイルス 流行性角結膜炎	入院直後 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 疥癬	自己衛生管理に欠く患者
免疫低下例	結核 麻疹	低栄養状態の患者
長期入院、身体合併症	耐性菌感染症 誤嚥性肺炎	高齢の患者 長期入院の患者 向精神薬服用患者
血液・体液	B型肝炎 C型肝炎 HIV感染	躁状態にある患者 薬物依存症 急性期の患者

結核

精神科での集団感染

- 向精神薬の服用
- 高齢化
- 認知症
- 集団プログラム
- 共有スペース
- 専門医の不在など

		結核発病例 (職員含む)	潜在性結核感染症 (LTBI)例 ^{※1}
2010年3月	宮崎県	2	12
5月	東京都	22	58
2011年1月	広島県広島市	1	24
10月	島根県	4	9
2012年1月	神奈川県	14	15
3月	茨城県	5	15
5月	大阪府	6	11
2013年5月	長崎県	22	37
10月	静岡県	4	13
2014年7月	福岡県久留米市	5	7
2017年6月	京都府宇治市 ^{※2}	21	18
10月	京都府京都市 ^{※3}	8	20

※1 潜在性結核感染症 (LTBI) とは、結核菌に感染しているが、症状が表れていない状態を指す。

※2 2018年1月19日時点。

※3 2018年1月11日時点。

感染症の早期発見

- 市中の感染症流行状況の把握
- 院内の感染症発生状況

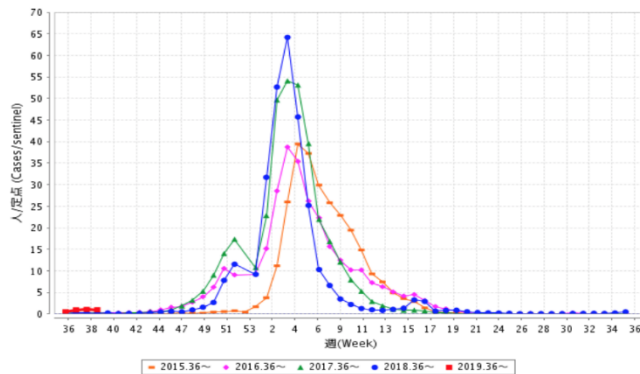
疾 病	警報レベル		注意報レベル
	開始基準値	終息基準値	開始基準値
インフルエンザ	30	10	10

東京都の感染症発生状況

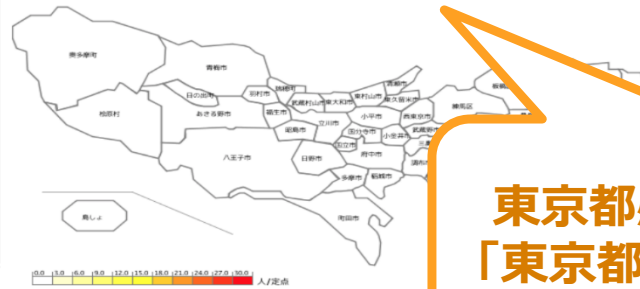
トピックス

現在、東京都ではインフルエンザ、麻しん、風しんの感染症に注意が必要です。

インフルエンザ



©2002-2019 Tokyo Metropolitan Institute of Public Health



東京都感染症情報センター
「東京都の感染症発生状況」

症候性サーベイランス

- 患者の症状から流行を探知する

- 自分の施設のベースラインの把握
⇒ ベースラインから逸脱 = 流行

- 発熱
- 呼吸器症状
- 下痢、嘔吐
- 発疹 など



フェーズ

- 流行の状況に応じて実施する感染対策のレベル
- 共有空間の環境整備強化や使用制限
- 作業療法の制限
- 病棟閉鎖など・・・

実際の運用を考えて
施設毎に設定



感染リスク	フェーズ	感染リスク	感染の状態
	1	ヒト感染のリスクは低い	主に動物間で感染
	2	ヒト感染はない ヒト感染リスクがフェーズ1 より高い	
	3	ヒト-ヒト感染が極めて限定的に発生	ヒト-ヒト感染が確認
	4	ヒト-ヒト感染が地域的に発生	
	5	かなりの地域でヒト-ヒト感染がある	広範囲の ヒト-ヒト感染
	6	ヒト-ヒト感染が効率よく発生	

感染症に対するICTの役割

教育

- 全職員を対象とした感染教育
- 院内感染の状況等の情報提供

感染対策相談

- 感染対策に関する質問に答える
- 科学的根拠、最新のエビデンスに基づいた指導

発生動向調査 (サーベイランス)

- 院内感染事例の把握
- 微生物の分離状況
- 地域や国内のサーベイランスに参加

対策実施の適正化

- 最新のエビデンスに応じたマニュアルの作成、配布、改訂
- マニュアル順守の確認
- 抗菌薬適正使用のマニュアル化

改善への介入

- 発生した院内感染に対する疫学的調査
- 要因分析と改善策の実施
- 上記の情報共有

* 感染防止対策加算1、2

H30感染防止対策加算見直し

加算1 (390点/入院初日)

- 感染防止対策部門を設置し、下記からなる感染制御チームを組織し、感染防止業務を行う
- ア 3年以上の感染症対策経験を有する専任の常勤医師
- イ 5年以上の感染管理従事経験をもち、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
- ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師
- ア、イのうち1名は「専従」として配置する
- 院内の抗菌薬適正使用監視体制の構築*
- 最新のエビデンスに基づいた、自施設の実情に合わせた感染防止マニュアルの作成と院内への配付
- 職員を対象とした年2回程度の院内感染対策研修の実施
- 加算2の届出医療機関と合同で、年4回程度の院内感染対策カンファレンスの実施
- 加算2算定医療機関から院内感染対策に関する相談等の受け付け
- 院内感染対策サーベイランス (JANIS) など、地域や全国のサーベイランスに参加
- * 抗菌薬適正使用支援加算100点/入院初日

加算2 (90点/入院初日)

- 一般病床数300床以下を標準とする
- 感染防止対策部門を設置し、下記からなる感染制御チームを組織し、感染防止業務を行う
- ア 3年以上の感染症対策経験をもち専任の常勤医師
- イ 5年以上の感染管理従事経験をもち専任の看護師
- ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技士
- ア、イのうち1名は「専任」でも可
- 最新のエビデンスに基づいた、自施設の実情に合わせた感染防止マニュアルの作成と院内への配付
- 職員を対象とした年2回程度の院内感染対策研修の実施
- 加算1届出医療機関が主催する院内感染対策カンファレンスへの参加
- 院内の抗菌薬適正使用監視体制の構築

症候性サーベイランスとフェーズを用いた感染対策

症候性サーベイランス

(咳・下痢患者・職員の
発生状況の把握)

- ・院内感染発生の早期発見
- ・罹患職員の迅速な就業停止
- ・流行部署の把握

フェーズ

都内流行状況、院内発生
状況に応じて感染対策のレ
ベルを変更

フェーズ別対策

- ・共有空間の環境整備
強化、使用制限
- ・作業療法の制限
- ・病棟閉鎖など

症候性サーベイランスとフェーズを用いた感染対策

症候性サーベイランス

(咳・下痢患者・職員の
発生状況の把握)

- ・院内感染発生の早期発見
- ・罹患職員の迅速な就業停止

流行部署の把握

流行状況に応じて感染対策のメリハリをつける



継続が可能

都内流行状況、院内発生
状況に応じて感染対策のレ
ベルを変更

強化、使用制限

- ・作業療法の制限
- ・病棟閉鎖など

職業感染予防

- 感染対策への患者の協力が得られない

咳エチケット

安静が守れず歩き回る、共用部分への嘔吐など

➤ 飛沫感染、接触感染対策（手袋、マスクの常備）

興奮状態にある患者への注射、採血

自傷行為等で血まみれの患者への対応

患者からの引っかき、噛みつき

マニュアル化

➤ HBVワクチン接種、HCV、HIV対策
（血液検査や、事故後の速やかな対処）

精神科において強化すべき感染防止策

スタッフ

- **床の消毒**

床に寝転ぶ、落ちたものを食べるなどがある場合は必要

- **トイレの清掃**

リスクが高い場合は回数を増やす

- **鍵の洗浄**

鍵を使うごとに手指衛生
各勤務ごとに鍵を洗浄

- **各セクション出入り口での手指衛生**

持ち出さない、持ち込まない

患者

- **手指衛生の習慣づけ**

食事前

各セクション出入り口

多くの患者が交差する場面
(作業療法や各種プログラム)

爪の管理

- **アルコール製剤の設置**

* 異食・誤飲に注意…



リスクを減らし、

使える工夫を！

インフルエンザに対する対策

アウトブレイクを防ぐ！

2019-2020シーズンのインフルエンザ

- 2019年9月26日 東京都でインフルエンザ流行入り
- 昨年より2ヶ月はやい！
- 東京都全域、特に多摩北部で増加
- 予防接種が始まるのは10月初旬から・・・

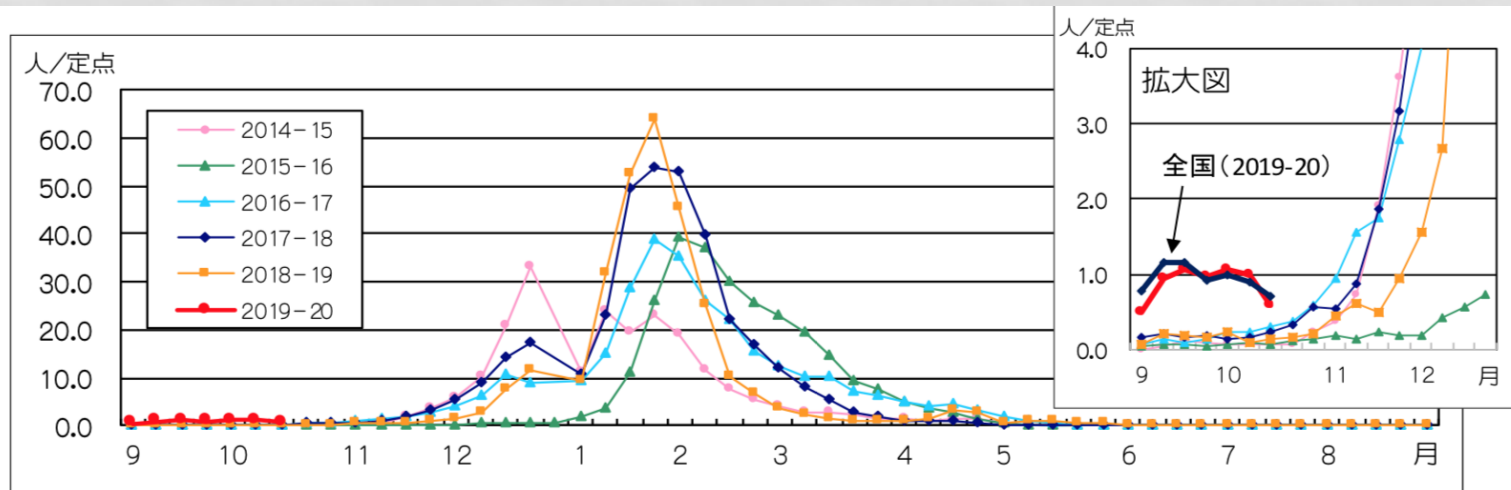
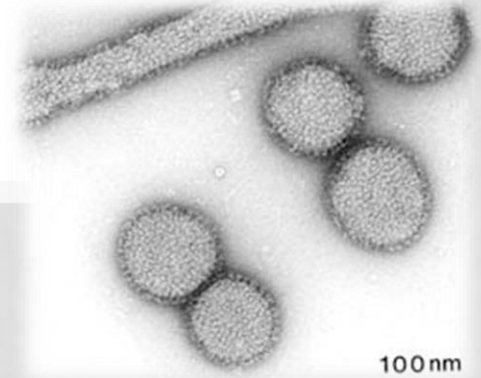


図1. インフルエンザ定点*当たり患者報告数の推移(東京都)

インフルエンザの特徴

- 病原体 インフルエンザウィルス
- 潜伏期間 1-3日間
- 感染期間 **発症の24時間前から発症後3~5日**
- 感染経路 飛沫感染、接触感染
- 症状 38度以上の高熱、頭痛、咳、咽頭痛、鼻水、筋肉痛、関節痛など
- 嘔吐下痢などの消化器症状も(微熱や症状がほとんど出ないケースも多い)
- 概ね1週間ほどで軽快
- 治療 抗インフルエンザ薬 安静、休養
- 就業制限 無理に出勤しない。施設によっては、出勤時に検温実施
- 隔離解除の目安 発症から5日、解熱後2日
- 就業再開の目安 解熱剤を使わずに解熱後2日を経過し、かつ、他の症状がない



<https://www.niid.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/219-about-flu.html>

環境整備の重要性

- インフルエンザウイルスの生存時間
 - ザラザラ面24時間（感染性2時間）
 - ツルツル面48時間（感染性8時間）
 - **手 15分間（感染性5分）**
-
- 高頻度接触面：食堂、更衣室、休憩室・・・
各施設の特徴などを考慮し、具体的に挙げる
 - 使用するワイプもより効果的なものを選択
 - 鍵の洗浄
 - 患者の協力



インフルエンザアウトブレイク事例①

発生時期	平成26年12月23日～平成27年1月21日 (12月27日～1月4日は正月休み)
発生部署	重症心身障害児病棟
発症者	患者16名 職員14名 計30名
予防投与	当該病棟の患者、職員および関係者 105名
費用	333,795円

予防投与の基準と規定を作成

インフルエンザアウトブレイク事例②

(平成31年1月18日～2月3日)

	患者	病室	状況	その他 ★伝播可能性
1/18	①Pt	保護室	他患者との接触なし	15に娘面会あり
1/20	②Ns	-	17-18勤務中①との接触なし	★市中感染か？
1/21	③Pt	個室	17-19外泊	濃厚接触3名に予防投与 病棟対応開始 ★市中or②？
1/23	④Pt	3人床	20外出	★市中or②,③？
	⑤Pt	4人床	21外出	★市中or③,④？
	⑥Pt	個室		★③,④？
	⑦Pt	個室		★③,④？
	⑧Ns	-		★市中or③,④？

感染拡大の経緯

潜伏期間	リスク期間	発症日							
	1/15	1/16	1/17	1/18	1/19	1/20	1/21	1/22	1/23
患者 1	娘面会	娘面会							
看護師 2		休み	日勤	準夜	休み				
患者3			外泊	外泊	帰院				
患者4						外出			
患者5							外出		
患者6									
患者7								母面会	
看護師8					深夜	準夜	日勤	休み	日勤

インフルエンザアウトブレイク事例②まとめ

発生時期	平成31年1月8日～2月3日
発生部署	精神科病棟
発症者	患者6名 職員2名 計8名
予防投与	当該病棟の患者、職員および関係者 76名
費用	177,470円

参考：過去3年の予防投与対象者 平均18名/年

病棟対応の内容

(患者発症)

- 個室隔離が原則（コホート、カーテンなどによる遮蔽）
 - 室内に感染性廃棄物ボックスを設置
 - 病室入り口にサージカルマスクを設置
 - スタッフが入室する際はアルコール手指消毒とマスク着用
 - 患者の行動範囲は可能な限り室内に限定
 - 体温計などは患者専用、もしくは使用後にアルコール清拭
 - リネン・洗濯物は感染物として扱う
 - 面会は控えるか、マスク着用と手指消毒の指導
- **発症者が感染期間内に病棟内で移動していた場合**
- 当該病棟での全患者対応は病棟内に限定する
 - 病棟内ではすべての者がマスク着用とする
 - 濃厚接触者を挙げ、予防投与を検討

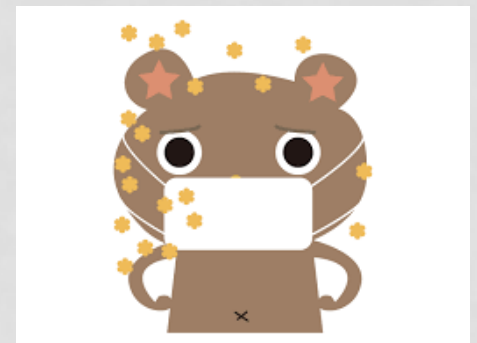
病棟対応の内容

(職員発症)

- 感染可能期間（発症24時間前）の勤務の有無を確認
- 勤務していた場合、マスクを着用していたか確認

→マスクを着用していなかった、不適切だった場合

- 濃厚接触者を挙げて予防投与を検討
- 当該病棟へ入る者にサージカルマスクの着用を推奨
- 当該職員の就業停止



インフルエンザ対策の基本

- **予防接種**

職員
患者



- **早期発見**

症候性サーベイランス

- **持ち込みの予防**

地域の流行状況把握
来院者モニタリング・管理
標準予防策

- **封じ込め・水平伝播の予防**

咳エチケット
手指衛生
予防投与



予防接種



- 医療従事者の感染を防ぐ
- 医療従事者が感染源となる事を防ぐ
- **特別な理由がない限りは接種する**
- 特に退院のめどが付いていない、入院が長期化しているような患者にはより積極的に勧める
- 家族への協力も要請する
- 高齢者や、基礎疾患を持つ患者も、積極接種の対象
- 接種後2週間で抗体、免疫は5ヶ月程度持続
- **BUT・・・ワクチンは絶対的な予防策ではない！**

持ち込みの予防

- **地域の流行状況を知る**

管轄保健所からの報告をチェック

職員家族の状況は？（特に子供の学校での流行）

- **来院者のモニタリングと管理**

一般科に比べて少ない

- **標準予防策の順守**

侵襲的処置が少なく、的を絞った対策がしやすい

流行期のマスク着用の徹底！

職員の健康管理！

手指衛生の実施！

咳エチケットの徹底！

早期発見

- 症候性サーベイランスでベースラインを把握しておく
- 患者、医療スタッフおよびその家族も対象とする

☑ 一日 2 回の検温

☑ 早期の迅速診断検査の実施

- 精神科では感染症の発見が遅れやすい
医療者の観察が重要

検査検体の採取方法

- 発症後12時間以上経過してからの採取が望ましい
- 咽頭拭い液を正しく採取する

成人では10cm程度
スワブを鉛筆のように持つ
鼻腔に沿って耳方向に
突き当たりでぐるり🌀



発生時の対策

- **感染担当者は現場へ出向く**
- 感染経路の検討、対策
- 拡大する可能性の検討、対策



- 共用スペースの使用制限
- 食事ホールの座席変更
- PPE、感染BOX、アルコール手指消毒剤の設置確認
- 発症者のカーテンやリネンの取り扱い
- 面会の制限、禁止
- **発生状況の情報集約 & 院内で共有(ニュースレターなど)**

早めの相談を！
連携病院ICT
保健所

閉鎖的環境を最大限に活かす

他部署への伝播は防ぎやすい！

- 入棟時の密な症状観察
 - ➡ 検温や観察で、おかしかったら個室誘導など
- 出入り時の手指衛生、マスク着用の徹底（患者、面会者）
- 横断的に活動するスタッフ
- フェーズ別の対策と調査を粛々とする
- まだ感染していない患者と職員を守る

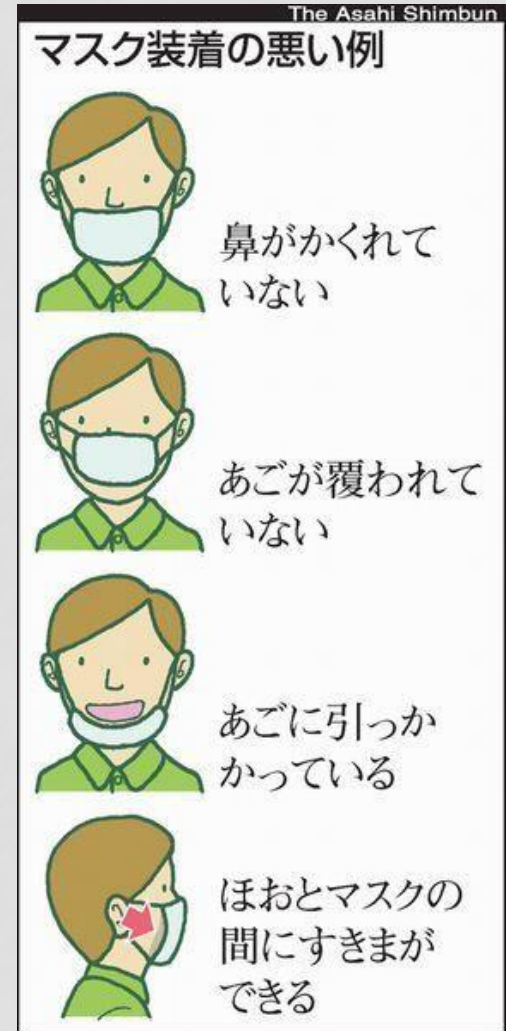


流行期の対策

- 地域流行の周知（ポスターなど）
- 外出泊時の説明用紙＊
- 帰院後の検温回数を増やす
- 発生状況の情報集約と情報共有

正しいマスク着用を！

- 交換するタイミングも重要



外出・外泊される患者様へ

全国的にインフルエンザやノロウイルスによる感染症が流行しています。
外出・外泊中は感染予防を心がけてください。

- ご家族が感染症にかかっているか、外出・外泊前に確認してください
- 外出・外泊中に上記感染症を疑う症状があった場合は、最寄りの医療機関を受診し、病棟へご連絡ください（帰院は症状が消失してからとなります）**
- 人混みはなるべく避けてください
- 食事前、トイレの後などは、必ず石鹸と流水で手を洗ってください
- 外出・外泊中に出かけた場所や、体調の悪い人と会ったなどを看護師にお知らせください

緊急入院患者対応

- 流行期には、感染者として扱う ➡ マスク着用チャレンジ
- 保護室管理 逆に管理しやすい

BUT !

- インフルエンザだけではなく・・・
 - ★ 血液を介して伝播する感染症
HIV
 - ★ 空気感染で伝播する感染症
結核

かみつき!
ひっかき!



インフルエンザ警報フェーズ 国立精神・神経医療研究センターICT

警報 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
発生状況	都内流 行なし	都内定点 1.0 以上	院内1病棟	院内2-3 部署*	4 部署 以上
患者指導		「外出泊中の感染予防用紙」 を用いた指導		* 複数の病棟にまたがって活動する部署の場合は1部署の発生でも	
情報収集		帰院時の情報収集			
検温		入院、外出泊後は2検3日間			
予防的マ スク着用		面会者のマスクと手指衛生			
		全職員着用			
			患者発生:当該病棟 全患者着用		
			全病棟患者出棟時 着用		
リハ・検査			当該病棟は棟内で 実施または中止		

フェーズ別対策(抜粋)国立精神・神経医療研究センターICT

		F1	F2	F3	F4	F5
病棟 環境	看護師記録室 (ドアノブ、テーブル、電話、PC、モニタ、PHSなど)					
	患者共用スペース (診察室・面会室・病棟入口等のドアノブ、ホール冷蔵庫、電子レンジ、ポット、公衆電話、リモコン、車いす、ストレッチャー、廊下手すり、電気スイッチなど)	△	△	○	◎	◎
	病室 (ドアノブ、床頭台、オーバーテーブル、ベッド柵、モニタ、ナースコール、リモコン、室内洗面所蛇口など)	△	△	○	◎	◎
	トイレ、汚物処理室 (患者用は清掃業者) (内外ドアノブ、水道蛇口、ナースコール、手すり、壁、サニタリーボックス、ペーパーホルダ、水洗レバー、ウォシュレットスイッチ、便器ふた、便座、ベッドパンウォッシャーボタン)	△	△	○	◎	◎
院内 共有 部分	各号館エレベーター内外の操作ボタン、手すり (清掃業者)	△	△	○	◎	◎
	外来、放射線、検査、リハビリ： ドアノブ、手すり、検査・処置台、リハビリ器具など	△	△	◎	◎	◎
	栄養課：配膳車	△	△	◎	◎	◎

有症状者は
使用毎に実施

△は日常清掃、○は当該部署はルビスタ清掃・その他部署は日常清掃、◎はルビスタ清掃

予防投与

- ルールの制定⇒対象者、費用負担対応、内服期間、量

★成人（37.5kg以上）

：**75mg×1capを10日間**

タミフル®の場合

★小児（37.4kg以下、またはこれに準ずる重症心身障害者など）

：**2mg/kg/回、1回75mgまでを10日間**

国立精神神経医療研究センターICT

- 対象者・・・発症者の濃厚接触者
- 予防投与の目安・・・同一部署内での感染伝播が確認された場合に、該当部署の職員、入院患者
- 対応期間・・・内服開始より12日間

INFORMATION

- **連携施設がある場合**

連携施設の感染対策担当者

- **連携施設がない場合**

- ★ 各管轄の保健所

(施設上層部との協議が必要)

- ★ 東京都院内感染対策推進事業HP

<http://www.tmsia.org>

- ★ 精神科領域の感染制御を考える会

<https://kansenseigyo.org>





今までの研修資料
や、各種フォーマット
もダウンロード出来
ます★

院内感染対策の担当者を応援します

2017年4月
新事業名に変わりました

東京都院内感染対策推進事業



[モバイル版 >>](#)

最新のお知らせ

[一覧を見る >>](#)

- » 11/30(土)地域別(江戸川区)研修会を開催します。
- » 11/12(火)領域別(精神)研修会を開催します。《定員に達しました》
- » 11/9(土)第2回領域別研修会を開催します。《定員に達しました》
- » 9/26(木)第1回領域別研修会を開催します。《終了しました》
- » 6/22(土)地域別(江戸川区)研修会を開催します。《終了しました》

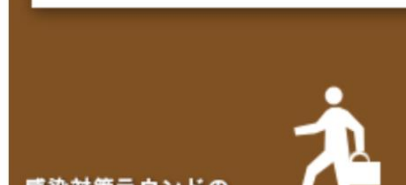


事業のご案内 [事業概要、研修会情報など](#) >

研修会資料
PDF >



病院訪問支援事業 >



写真でわかる
院内感染対策 >



ありがとうございました

[HTTPS://WWW.NCNP.GO.JP/HOSPITAL/](https://www.ncnp.go.jp/hospital/)