

その他

広島国際大学第31回看護学部公開講座 咲楽塾  
「感染対策を多職種で考えるシンポジウム開催  
薬剤師・介護福祉士・看護師が病院の精神科・高齢者施設の現場から」  
開催報告

The 31<sup>st</sup> Hiroshima International University open lecture  
“Symposium on multi-disciplinary infection control”

糠信 憲明, 中村百合子, 大沼いづみ, 山崎登志子

Noriaki Nukanobu, Yuriko Nakamura, Izumi Onuma, Toshiko Yamazaki

要 旨

精神科病院は隔離室や閉鎖病棟といった環境的要因やマンパワー不足をはじめとする人的要因など様々な特殊性を持っている。精神科病院での感染対策は一般病院での対策をそのまま適用することが難しい場合も少なくない。限られた資源や人材で、より効率の良い対策を立てる必要があり、それが適切な精神科医療を提供する前提ともなる。今回、我々は看護師・薬剤師・介護福祉士の3名の方に講演およびシンポジウム形式での意見交換を行った。それぞれの専門分野や役割が異なっているからこそ、多職種で連携して感染対策を推進すること、施設を超えて地域での連携を深めていくことが重要であるといえる。

キーワード：精神科病院，高齢者施設，感染対策，多職種連携

Key words: Psychiatric hospital, long term care facilities, infection prevention,  
multi-disciplinary relationship

## I. はじめに

感染対策は安全な医療を提供するうえで欠かすことのできないものであり、周手術期の患者が多い急性期病院に限らず、介護施設や療養病棟においてもその必要性は高い。むしろ在院日数が長く高齢の患者および入所者が多い施設ではその重要性は一段と高い。

これまで我々は精神科病院における感染対策の現状について調査・研究を行ってきた。精神科病院では一年以上の長期入院患者が48%を占め、また65歳以上の高齢者も入院患者全体の68%となっている。その一方で閉鎖病棟や保護室といった精神科ならではの治療環境は、換気が難しくドアノブなどの高頻度接触部位では接触感染のリスクも存在することに加え、精神科病院における100床当たりの医療従事者数は一般科病院よりも少なく、限られたマンパワーの中で感染対策を行わざるを得ない状況となっている(図1)。

現在、医療施設における感染対策は医師や看護師をはじめとした多職種での協働を基盤としたものであり、院内感染防止対策委員会(Infection Control Committee: ICC)や院内感染防止対策チーム(Infection Control Team: ICT)が活動しているが、これは本学が推進する多職種連携教育(Inter-Professional



図1

Education: IPE)の目指すべき形の一つとしてみる事が出来る。そこで本公開講座においては精神科病院や高齢者施設での感染対策の取り組みをテーマとした。

## II. 講演内容

### 1. 精神科病院における感染対策の現状(広島国際大学看護学部 糠信憲明)(図2)

日本の精神科病床の概況としては2016年10月1日現在の我が国の病院数8442施設に対し精神科病院は1062施設と13%を占め、病床数では156万床に対し、一般科病院にある精神病床8万4千床と精神科病院にある25万床を合わせると、全国の5分の1が精神科病床であることになる。

我々は2012年に日本精神科病院協会に所属する病院および国立・公立病院機構の精神科病院、計1269施設に対してアンケート調査を行い、355施設から回答を得ることが出来た(有効回答率27.9%)。京都府と京都市立病院協会が2011年に、中小規模病院170施設を対象に行った調査と比較すると、66%の病院がICT活動を日常的に実施しているのに対し、精神科病院では31%という結果だった。その一方でリンクナースやリンクスタッフといった部門内活動を実施している施設が16%あった。

ICTを設置できない理由としては「業務上、時間に余裕がない」が最も多く、「適任者がいない」がそれに次ぐという傾向は同じであったが、精神科病院においては「必要がない」との回答も12%あった。また、設置できない理由として、自由記述の中には「ICCで十分」といった意見や「必要性は感じているが、時間的にも人的にもゆとりがない」といった意見は京都調査でも本調査でも共通するものであった。病床規模などを考慮するとICCとICTを必ずしも分別する必要があるかは議論の余地があるだろう

うが、ICTの必要性が十分に認知されていない施設もあることが窺える。

病院における感染対策の専従者および専門スタッフの有無では、感染制御医師や感染管理認定看護師・感染制御実践看護師などの専門スタッフは400床を超える規模の病院では、400床未満の病院に比べて割合が高く、精神科病院においては十分な数の専門職がいる訳ではない状況が明らかとなった。

細菌培養検査は感染対策を進めるうえで重要な部門であるが、精神科病院の施設及び法人内で実施している施設は8%であり、ほとんどの精神科病院では外部委託で対応しており、細菌検査は「外部委託でも問題がない」との回答が4分の3を占めていた。1週間当たりの細菌培養検査の件数について追加調査を行ったところ、「5件未満」が78%を占めており、感染対策に苦慮することの自由記述で「全くと言ってもいいほど培養検査のオーダーが出ない」といった記載もあった。細菌培養検査の結果を活用するためにはある程度のサンプルサイズが必要になることを思えば、必ずしも培養検査により原因を特定することが容易ではない場合もあるだろうが、必要に応じて培養検査を行うという文化を精神科病院に醸成していく必要があると考えられる。とはいえ、包括医療費支払いがなさ

れる病棟では検査に関する費用が“持ちだし”となることを考慮する必要もあり、抗菌薬の適正使用を進めていくためには必要な検査を行うための制度作りも必要である。

ここまで“精神科”という言葉で一括りにしてきたが、精神科病床には精神科救急・精神科急性期治療病棟・精神一般・精神療養病棟まで様々な病棟区分があり、それによってスタッフの配置や在院日数、患者の年齢構成は大きく異なる。また疾患においても統合失調症の方とアルコール依存の方、認知症の方、精神発達遅滞の方など、病気の理解や治療への理解の程度などは実に様々である。自身の病気についての理解、自身の安全を守ることさえ難しい状況にある患者に対して感染対策を行うことは決して容易なことではなく、このような多様な条件の中で対策に取り組んでいる方々の苦労は察して余りあるものである。

これまでも述べたように精神科においては、閉鎖的な環境が多く飛沫感染が拡大しやすい点を考慮するとインフルエンザ、数多く存在するドアと交差感染のリスクを考慮するとノロウイルスが現在の精神科における感染対策の課題といえるだろうが、老人保健施設や老人福祉施設といった高齢者施設、認知症の患者さんが入院される場合など、精神科以外の分野においても通用する部分もある。精神科には精神科ならではの難しさが存在する一方で、多様な職種が連携して働いていて、教育背景や基本的な価値観が異なる職種に共通認識を持ってもらうことの大切さと難しさは一般科でも変わりはなく、一人ひとりの職員にとって「それまでの普通」を作り替え、感染対策への動機づけを行うために必要な地道な取り組みの必要性にも大きな違いは無い。今後、地域包括ケアをさらに推進していくためには薬剤耐性菌やワクチンプログラムなどを一般科病院と協働して行っていく必



図 2

要がある。

## 2. 精神科領域の感染制御を考える（医療法人 社団碧水会 長谷川病院 看護師・医療情報技師 桑門昌太郎氏）（図3）

東京都三鷹市にある500床の病床規模を誇る長谷川病院で感染管理専従看護師として勤務してきた桑門昌太郎氏は、精神科病院や認知症病棟における感染対策について、行政からの通達や自らの経験を踏まえ講演をされた。

平成24年7月には厚生労働省健康局結核感染症課から「精神科病院（認知症病棟）における結核集団感染事例の発生について（注意喚起）」の事務連絡があり、この中では東京都内の精神科病院（認知症病棟）において初発患者を含む10名の発病者（うち3名が死亡）および68名の感染者が発生した結核の集団発生事例があり、認知症があり症状の訴えが少なく発見が遅れたこと、徘徊行為などがあり多数の入院患者および病院職員に接触したことが感染拡大の一因になったものと考えられる旨が記されている。この通知が示すように精神科病院や認知症高齢者が入院・入所する施設における感染対策は特に留意する必要があるといえる。

長谷川病院におけるICT活動としては、1. 感染管理システム、2. サーベイランス・アウ



図3

トブレイク対応、3. 感染防止技術、4. 職業感染予防、5. 研修・講習・指導、6. コンサルテーション、7. 中材とファシリティマネジメント、8. 感染対策に関する地域連携などがあり、様々な職種が円滑に協働するためには感染管理の専従者がいることが望ましい。感染管理の専従者を置くことは2011年の診療報酬改定で新設された感染管理防止対策加算1の必要要件となっているが、この加算は入院患者一人当たり入院初日に400点（2017年5月現在：地域連携加算を算定すれば更に100点）といったもので、入院患者の在院日数が短く新規入院件数が多い病院では少なからぬ収入となる一方で、精神科病院のように平均在院日数が長く新規入院がそれほど多くない病院では専従者を置く人件費の方が加算算定要件にかかる費用を上回ってしまうことも少なくない。このような事情もあり、精神科で十分な感染対策を進めるには難しい側面もある。とはいえ、病院内で感染症のアウトブレイクが発生した場合には、新規入院の受け入れや精神科デイケアの中止、作業療法も中止せざるを得ない状況が生じうる。作業療法中止は患者一人当たり220点の減収となるだけでなく患者への円滑な治療の停滞を招く。また、精神科救急を担う病院・病棟が新規入院を中止せざるを得ない状況になった場合には、その周辺地域の精神科医療全体にも大きな影響を及ぼす。このことから感染対策にかかる費用対効果は個々の施設だけで完結するものではなく、地域全体への影響をも考慮する必要性があり、このような観点からも感染対策における地域連携（病院間での連携）が重要である。長谷川病院では、多摩府中保健所医療安全推進者連絡会－北多摩南部ICTネットワーク－多摩感染対策懇話会などに参加し日々情報共有を図るとともに、院内感染防止対策加算1算定施設（3施設）および加算2算定施設（7施設）

の計 10 施設で地域連携カンファレンスを行っており、一般科の総合病院とも連携をとっている。その中では、1. 延べ入院患者数、2. 検体検査による細菌検出患者数、3. 各種耐性菌検出状況（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（Methicillin resistant *Staphylococcus aureus* : MRSA）やバンコマイシン耐性腸球菌（Vancomycin resistant *Enterococci* : VRE）、広域スペクトラムβラクタマーゼ産生菌（extended spectrum β-lactamase : ESBL）産生菌、多剤耐性緑膿菌（multi-drug resistant *Pseudomonas* : MDRP）、4. 手指消毒剤払い出し量（病棟分）、5. カルバペネム・抗MRSA薬の抗菌薬使用密度（Antimicrobial use Density : AUD）、6. 抗MRSA薬の治療薬物モニタリング（Therapeutic drug monitoring : TDM）実施率、7. 個人防護具の払い出し量などを毎月集計したデータを共有している。感染対策は個々の施設における指標（outcome）を基に評価を行うことが望ましいが、他の施設と比較をすることで自施設の課題が明確になることも少なくない。総合病院では血液検査や細菌検査等を行う設備や臨床検査技師がいる一方で、精神科病院では検査の多くを外注しているために検査結果を感染対策に十分に活用するのが難しい施設も多い。しかし、一般科病院と精神科病院は機能の違いはあっても同じ地域の医療を担う役割は共通であり、その地域で流行している、もしくは流行の恐れがある感染症については常に情報収集に努める必要がある。しかし既述の通り一般科の感染対策がそのまま精神科病院にも通用しないこともあり、今後もさらに相互理解や協力を深めていくことが肝要であろう。

### 3. 精神科病院・施設における抗菌薬の適正使用（医療法人社団更生会 草津病院 薬剤課 別所千枝氏）（図 4）

我が国では 1980 年代から医療機関において MRSA による院内感染が問題となり、近年は ESBL 産生菌や MDRP をはじめ、多剤耐性アシネトバクター（multi-drug resistant *Acinetobacter baumannii* : MDRAB）によるアウトブレイク事例が報道されるなど、薬剤耐性菌の増加は大きな社会問題となっている。

2017 年 3 月に厚生労働省が、軽い風邪や下痢の患者など、自然と警戒することが多い疾患に対して安易に抗菌薬を使用しないように、との手引きをだした。風邪や下痢はウイルスによる感染症であり、細菌を標的とする抗菌薬は効果が見込めないばかりか人体の常在菌に影響を及ぼし耐性化を助長することが知られている。この手引きでは最近の薬剤耐性化を阻止することが出来なければ 2050 年には薬剤耐性菌により世界で年 1000 万人が死亡するとの推計が引用されている。JAID/JSC 感染症の治療ガイドラインでも同様のことが述べられている。無論、抗菌薬使用を抑制することのみを重視しているのではない。百日咳や溶血性レンサ球菌が疑われる場合や、体力を消耗している患者や超高齢者・免疫低下の患者などに自生の細菌感染症の



図 4

合併が疑われるときは抗菌薬を用いる必要があるが、「とりあえず抗菌薬で様子を見る」・「安心するために抗生物質を欲しがる」といった医師側・患者側の考えは、現在の医療資源としての抗菌薬の価値を損ないかねない状況であることを認識する必要がある。薬剤耐性は医学を後退させ、抗菌薬のなかった時代へ引き戻すことにもなりかねない。これは病院に入院している患者だけに当てはまるものではなく、地域で生活する人に生じる感染症（市中感染）においても同様であり、現在は抗菌薬により当たり前のように治療できる疾患で命を落とす危険があることを医療従事者だけでなく多くの人に知ってもらう必要がある。現在は2016年から2020年までの薬剤耐性（Antimicrobial resistance：AMR）対策アクションプランが進められているが、この中には処方を出制にすることで不要な使用を減らす制度（Antimicrobial stewardship program：ASP）を含む「抗菌薬の適正使用」に加え、アウトブレイク対応や専門職や医療機関の地域連携を含めた「感染制御の強化」、「サーベイランスの強化」などが含まれている。このプランの成果指標はヒトの抗微生物薬の使用量や各種微生物の薬剤耐性率などの具体的な指標が設定されている。経口用のセファロスポリンやフルオロキノロン、マクロライドなどは2013年比で50%の減少が目指されている。このような取り組みは世界全体で行われているものであり、世界全体で更に推進していくべきものである。

また、現在の日本で進む高齢化に伴い、日本人の死亡原因の第三位は肺炎となっている。その中で85歳以上の高齢者の肺炎による死亡率は性別に関わらず若年成人の1000倍を超えることや、高齢者は病院と市中の中間的存在である介護施設などの医療関連施設に入所していることもあり、市中肺炎と院内肺炎の両方の特徴

を持つことから、医療介護関連肺炎（NHCAP）として重要なものと位置付けられている。入院患者の高齢化と向精神薬（特に抗精神病薬）の使用により誤嚥性肺炎を来しやすいため。これにはドーパミン受容体の遮断により、咳嗽反射および嚥下反射に関与するサブスタンスPの減少を招くことに関連し、錐体外路症状による流延なども不顕性誤嚥から誤嚥性肺炎を惹起する。また、それらが継続・反復することで更に薬剤耐性菌のリスクを高めることにも繋がる。

そういった点を踏まえ、精神科病院の特徴を踏まえた感染対策が必要である。MRSAや*Pseudomonas*, *Klebsiella*などの微生物における抗菌薬の感受性率の一覧（antibiogram）を院内の医師や薬剤師が共有することで、感染症の起炎菌の推定と抗菌薬の選択の一助となる。草津病院ではこれを毎年、最新の情報に更新し抗菌薬使用マニュアルを改定している。このような取り組みを継続することで、抗菌薬の使用量の把握のみならず、自施設の薬剤耐性菌率を感染対策の指標として用いることに繋がる。抗菌薬の適正使用について知っておくべき知識としてPK/PD理論がある。PKとはPharmacokinetics（薬物体内動態）を、PDとはPharmacodynamics（薬力学）を意味するものである。ニューキノロンやアミノグリコシドなどの濃度依存性のものであれば、一回の投与量を増やすことで高い効果が期待でき、セフェム系やペニシリン系などの時間依存性のものであれば投与回数を増やし、一定の血中濃度を上回る時間（time above MIC）を長くすることでより高い効果が期待できる。このような抗菌薬の適性を理解することは看護職においても重要である。医師が処方したものを与薬・点滴するという受動的な姿勢ではなく、ベッドサイドから患者の感染対策に携わる心構えが必要であるといえよう。

#### 4. 介護職として感染対策を推進していく為に (医療法人社団更生会 草津病院 介護福祉士 久保井京子) (図5)

介護福祉士として働きつつ、上級認知症ケア認定士の資格を取得し、これまでに精神科病院において看護・介護の垣根を越えて“実践できるマニュアル作り”に携わってこられた久保井氏。施設における感染対策の標準となる感染対策マニュアルの作成にこれまで何度も携わってきた経験から、理論上は正しい対応であっても実際に個々のスタッフが日々の業務の中で行うことが出来るだろうか？と考える姿勢が大切であると述べる。実際に遂行できない感染対策マニュアルでは意味を為さないことは言うまでもない。病院や施設では看護職・介護職の一人一人が感染対策の一翼を担う重要な存在であり、看護職の人員配置が少ない精神科病院では介護職が担っている役割は多い。その中で日々の排泄介助にも注意を払い、「介護職だからこそ見える患者の些細な変化」を捉えることの重要性和、「気になったことがあったら、些細なことでも聞いてみる・相談してみる姿勢」が大切ではないかと話された。介護職が主体的に多職種連携に参画するためにも、久保井氏の言葉を借りれば、看護師にも医師にも「ずうずうしく聞いてみる、話してみる姿勢」を持っていることが大切であると言う。この職種を超えたコミュ

ニケーションの重要性は多職種連携を進めるうえで基盤となる考え方であるが、実際に行動に移すことにはためらいを覚えることも少なくないだろう。しかし、自分達の関わりやケアの一つ一つが患者や利用者の健康や命を守っているとの自負を持ち、専門職としての責任を果たすことの重要性を改めて認識させられる。久保井氏が語る“患者(利用者)は自分の師である”と心に刻み、一人の人として敬意を持ちながら日々臨床に携わっている姿勢については参加者からも多くの共感の声が聞かれていた。

### III. 参加者の状況

参加者は24名(うち学生1名、教職員5名)であり、定員50名に対し充足率は48%であった。アンケートは21名から回収することが出来た。参加しての満足度は、“大変役に立った(n=16, 76%)”・“まあ役に立った(n=5, 24%)”を合わせると、参加者の満足度は高かったものと考えられる。

自由記述に寄せられた感想では「多職種の話が聞け、大変勉強になりました」「今回、他業種の感染対策は連携して推進していかないといけない。全体的にこのような講座を話題にして、社員教育に結び付け、若い社員を養成していきたい」「貴重な話がたくさん聞けたので、参加できてよかったです」などが見られた(図6)。



図5



図6

今回の公開講座については、Facebook ページでの案内を先行してなったものの、年度初旬の実施であったために実習施設への案内が、開催日から一か月を切ってからになってしまった。参加者のニーズの高さを鑑みれば、もう少し参加者がふえるよう工夫する余地もあったかと考える。

#### IV. 結語

現在の医療において、単一の病院での医療・単一の職種のみ働きかけで治療が終了することは少なく、多職種・多施設での連携が重要となっている。異なる職種との協働には様々な難しさが存在する反面、新しい視点を得ることが出来るといったメリットも存在する。精神科病院や認知症高齢者施設では多くの特殊性がある分、医療資源の限られた環境や災害現場などでも活用できる可能性を有している。精神疾患や精神障害など、精神的な健康問題を持つ患者数の増加や新たな感染症の出現、薬剤耐性菌の問題など、精神科領域や感染制御には様々な課題がある。今後も研鑽を重ね多職種で連携することによって一つ一つ乗り越えていくことが重要であるといえよう。