

# 丸石 感染対策 NEWS

感染予防と消毒薬に関する  
情報誌

disinfection

## 染方史郎の細菌楽教室 シーズン4

光る！君をマモルンジャー  
第6話 悪いNEWSと良いNEWS

## わたしの病院の感染対策

精神科病棟の感染対策 困難事例集  
— 現場で直面する課題と実践解決 —

## 地域包括ケアと感染対策

～地域連携の「新興感染症の訓練」～

咳エチケット

咳をしている人は  
サージカルマスクを  
装着する



Hand Hygiene

No. 6  
2025

# 目次

## Contents

### 染方史郎の細菌学教室 シーズン4

1

- 光る！君をマモルンジャー  
第6話 悪いNEWSと良いNEWS  
染方 史郎

### わたしの病院の感染対策

7

- 精神科病棟の感染対策 困難事例集  
— 現場で直面する課題と実践解決 —  
独立行政法人 国立病院機構 肥前精神医療センター  
感染管理室 副看護師長 感染管理特定認定看護師 AST専従  
富田 泉

### 地域包括ケアと感染対策

13

- ～地域連携の「新興感染症の訓練」～  
岩手県立胆沢病院 感染管理認定看護師  
吉田 裕子

染方史郎の

シーズン4

月 日 ( ) 日 直

# 細菌楽教室

光る！君をマモルンジャー

## 第6話 悪いNEWSと良いNEWS

染方史郎(そめかた・しろう)

本名：金子幸弘。大阪公立大学大学院医学研究科細菌学教授。1997年長崎大学医学部卒。国立感染症研究所などを経て、2014年から現職。薬が効かない「薬剤耐性菌」の研究をしています。また、オリジナルキャラクター「バイキンズ®」で、細菌をわかりやすく伝えています。著書「染方史郎の楽しく覚えやすい感じる細菌学×抗菌薬」(じほう)、「染方史郎の続・感じる細菌学 耐性菌&真菌編」(じほう)。オリジナルLINEスタンプも発売中。本連載も4シーズン目を迎える。

### 【前回までのあらすじ】

過去の髄膜炎事件とは異なり、出現したのは *Cryptococcus gattii*、通称ガッティ。中枢司令部が襲われたが、L-AMB+5-FCの「初動攻撃」に続く「地固め」と「維持」まで順調に進み、浮腫も軽快し、事態は無事に収束した。その後、染方博士による「コーキンヤクが効かない未来」の話が流れたが、今のところ目立った不穏な動きはない。とはいえ、ASが進まなければ近い将来とんでもない事態が起こる——そんな予感を残した前回。それは、嵐の前の静けさだったのかもしれない。

表1. AST戦隊マモルンジャー隊員一覧

|          |                                   |
|----------|-----------------------------------|
| マモルンイエロー | 黄美尾守 (きみお・まもる) 隊長<br>フセグンイエローの兄   |
| マモルンブルー  | 青木陽成 (あおき・ようせい) 新人<br>元フセグンブルー    |
| マモルングレイ  | 灰原玄人 (はいばら・くろと)<br>28年目のベテラン クセ強め |
| マモルンオレンジ | 橙実乃 (かぶち・みの) 7年目の隊員<br>陽気な性格      |
| マモルンアクア  | 水元光 (みなもと・ひかる) 3年目の隊員<br>皮肉屋      |

### 1) スパイがいる！？

「染方博士って、予知能力があるのかしらね」と光が言う。

染方博士が語った直後に、なぜか現実のバイキンズが現れる——その不思議なタイミングに、光がぼつりと漏らす。

「ってことは、今度はAMR!？」と、青木は脳裏に浮かんだAMRを振り払うように身震いした(図1)。



図1. 青木の脳裏に浮かんだAMR

MRSA:メチシリン耐性黄色ブドウ球菌、MDRA:多剤耐性アシネトバクター、MDRP:多剤耐性緑膿菌、CPE:カルバペネマーゼ産生腸内細菌目細菌

「もしかして博士って、バイキンズのスパイだったりして」と灰原が冗談交じりに言う。

「いや、それ言うなら、灰原さんも結構怪しいですよ」と光が茶化す。

灰原はなぜか目をそらし、口をつぐむ。

そのやりとりを聞いていた守が、ふと呟く。

「本当に最近、やけに静かだな・・・」

「やっぱり嵐の前の静けさってやつじゃないの？ サイトカインストームの前触れとか」と、灰原がぼそっと付け加える(解説1)。

「やめてくださいよ～。そういうのが本当に来るから



イヤなんすよ」と青木が笑って返すが、その笑顔には、どこか不安の色が混じっていた。

#### 解説1 サイトカインストーム

サイトカインストームとは、免疫細胞が分泌するサイトカインが大量に放出され、炎症反応が制御不能となる現象である。局所にとどまるはずの炎症が全身に波及し、発熱、呼吸困難、血圧低下、意識障害などの重篤な症状を引き起こす。IL-6やTNF- $\alpha$ などの炎症性サイトカインの異常上昇が特徴であり、免疫の暴走ともいえる状態である。

## 2) スパイの正体!?

青木が部屋に入ると、守と実乃がひそひそと話している。

「さっき、お二人が、灰原さんがなんとかとか、スパイがなんとか話しているのが、聞こえましたけど、本当ですか」と断片的に聞こえた会話に、青木が食いつく。守は笑って、「それはだな」と言いかけたところへ、光が突然現れる。

「お疲れさまでーす！あれ、なんの話ですか？」と光がみんなを見渡すが、知らんぷり。

「青木君、あとで話すわ」と実乃がさっと切り替えて誤魔化す。どうも光にだけは聞かれない話のようだ。

## 3) Bad NEWS

「灰さん、NEWSチェックしておいてもらえますか？」と守が言うと、灰原が「わかりました」と答えた。青木が「NEWSって何ですか？」と聞くと、灰原は「Bad NEWSだ」と冗談ぽく答えたが、素直な青木は真に受けた。

「ははは」と笑いながら、「灰さん、青木をからかうのが楽しみみたいですわ」と守が付け加えた。

「NEWSっていうのは」と守が言いかけると、光がここぞとばかりに横から「NEWS2スコアのことですよ」と口をはさんできた。守が「さすが」と嬉しそうにならずくと、光は自慢げにNEWS2の解説をするのだった(解説2)。

#### 解説2 NEWS2

NEWS2(National Early Warning Score 2)とは、患者の生理学的パラメーターを数値化し、急性の臓器障害や敗血症を早期に検出するためのスコアである。英国の国民保健サービス(NHS)が開発し、世界的にも広く使用されている。

NEWS2は以下の6項目によって構成され、各項目に0～3点を付与し、合計スコアでリスク評価を行う。

- 呼吸数
  - 酸素飽和度(SpO<sub>2</sub>) + 酸素投与の有無(在宅酸素やマスクなど)
  - 収縮期血圧
  - 脈拍数
  - 意識レベル(ACVPUスケール)
  - 体温
- スコアの合計が5点以上となった場合、臨床的な注意が必要とされる。

NEWS2は、以前ご紹介したqSOFAに比べて、患者のわずかな変化を“早期に察知”することを目的としたスコアであり、院内の一般病棟や救急外来での定期的モニタリングに適している。一方、qSOFAは重症度の高い敗血症患者の転帰予測に向いており、特に集中治療室(ICU)への搬送判断などに有用である。

すなわち、NEWS2は「早期警戒装置」、qSOFAは「重症警報機」として位置づけられる。

実際、NEWS2のスコアは悪化傾向。血培にも反応せず、原因は不明。

“敵の正体がつかめない”という、最も嫌な展開が始まっていた。

## 4) 光、BD、せんじょうの謎

実乃は周りを見渡し、光がいないことを確認すると、青木を呼び寄せて、メモを渡した。

そして静かに「実はね」と小声で「・・・をせんじょうでっていうこと。だから、青木君に任せてもいいかしら」と続けた。

「任せてください！」と青木は気合十分。

その直後、光がピリピリしながら部屋に入ってきた。「さっき、戦場って言ってましたよね？なにかあるんですか？」と光が実乃と青木に尋ねる。ピリピリしているためか、やけに耳がいいというか、よくいろいろと聞きつけるのだ。

「いや～最近、線状降水帯すごいなって話っすよ」と青木がすっとぼける。

「なんか、みんな最近私を避けてるっていうか、私がいるとみんな黙りこくっちゃって」と光は仲間外れにされていると思っているらしい。

実乃も笑いを堪えながら、「ブロンコファイバーの洗浄をお願いって話よ」とフォロー。

そして、実乃は「青木君と行ってきてくれる？」と促した。

なんとなく騙されているような気がしつつも、ファイバーの洗浄なら納得かも——そう思い直した光は、バイオフィルムの件を思い出し、しぶしぶ付き合うこと

に。確かに、以前、洗浄不足で、バイキンズの襲来があったというわさがあったのだ(解説3)。その時もバイオフィームが原因だったらしい。本来おとなしいリョクノーキンだが、潜んでいるバイオフィームは完全除去しなければならないという教訓である。

#### 解説3 内視鏡とバイオフィーム

緑膿菌 (*Pseudomonas aeruginosa*) はバイオフィーム形成能力が高く、医療現場では洗浄された内視鏡機器における残存汚染の原因菌として問題となる。洗浄に不備のあった上部消化管内視鏡や気管支鏡を介した緑膿菌感染症のアウトブレイクの事例が報告されている。

青木と光は少し距離を置いて洗浄を行っていたが、青木が実乃からもらったらしいメモの一部がちらりと光の目に入った。そこには「光、BD」と書かれていた。

### 5) 爆弾の謎

「洗浄終わりました」と元気よく青木が光とともに帰ってきた。

「ありがとう、お二人とも。そういえば聞いた？」と実乃が二人に尋ねる。

二人ともきょとんとしていると、「今度、染方博士が、爆弾・・・」と言いかけたところで、けたたましい警報が鳴りだした。

「・・・え？BDって、まさか“爆弾”の略」と光は青木のメモを思い出して顔を青くする。

指令が届く。

「コードSM接近中。メロペネム無効。警戒されたし」

青木は慌てて、指令を拡張空間に映し出した(図2)。



図2. 拡張空間に映し出されたコードSMとは・・・ *Stenotrophomonas maltophilia*の略。カルバペネマーゼを有する。出血性肺炎を起こす。

「コードSM・・・聞いたことがないな」と青木が独り言。

「それは・・・そうよ・・・バイキンズカードにも載っていない謎多きバイキンズよ」と説明する光のその顔はすでに青ざめていた。

「その昔、ラングフィールドを大混乱に陥れたSMが出現したのよ。それはもう大出血で。プロテアーゼが大地を引き裂き、血の雨が降ったそうだから」と実乃が話すと、光の顔は完全に血の気が引き、そのまま倒れてしまった(解説4)。

#### 解説4 ステノトロフォモナスによる出血性肺炎

ステノトロフォモナス・マルトフィリア (*Stenotrophomonas maltophilia*) は、ブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌に分類される環境常在菌である。免疫不全患者を中心に重篤な感染症を引き起こす。

中でも注目すべきは、本菌が産生するプロテアーゼ(蛋白分解酵素)の病原性に関連した報告である。プロテアーゼは、宿主の組織構造を破壊し、免疫応答を攪乱することで、感染巣の拡大を助ける。実際に、肺胞上皮のバリア機能を破壊し、肺出血を伴うような重篤な肺炎を引き起こす事例も報告されている。とくに、免疫抑制状態にある患者(造血幹細胞移植後、長期ステロイド使用中、好中球減少など)では、プロテアーゼの作用によって炎症が暴走しやすく、出血性肺炎はしばしば致死性である。

また、ステノトロフォモナスはカルバペネム系薬に自然耐性である点でも臨床的に厄介な存在であり、治療薬の選択肢が限られ、標準的な治療法は定まっていない。

### 6) 免疫の暴走、そしてDTR

「光さん、光さん！」

青木が声を張るが、返事はなかった。

そこに守が駆けつけてきた。

「・・・実は、光、SMにはトラウマがあつてな」と、説明する守に、灰原が静かに頷く。

「ちょうどよかったのかもしれない。今回、光は連れていけないと思っていたところだ」

こうして今回の任務は、灰原と実乃の二人で、ラングフィールドへ向かうこととなった。

現場にはすでにICT戦隊の4人がそろっていた。

「どうしたんですか、これは・・・」

すさまじい数の好中球が、見えない“何か”と戦っている(図3)。

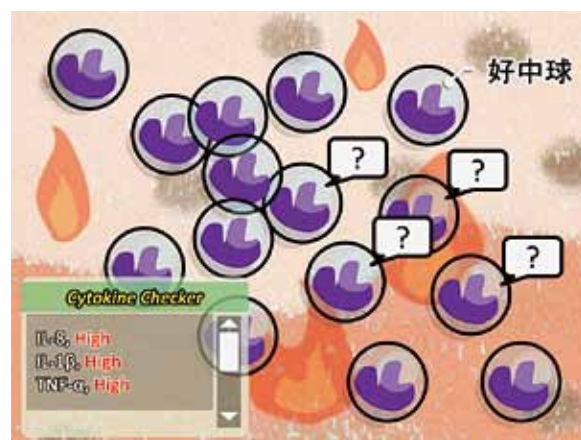


図3. 免疫の暴走～サイトカインストーム

好中球を制御できず、炎症性サイトカインも高レベルで大炎上している。

その様子に、フセグンイエローが叫ぶ。  
「やめろ！そこに敵はいない！ラングフィールドを無茶苦茶にする気か!？」  
どうやら、この騒ぎはラングフィールドだけにとどまっていならしい。  
「・・・これは、嵐だな」と、灰原がつぶやく。  
「IL-1チェック、IL-8も」とフセグンレッドの声が飛ぶ。  
「・・・やっぱり、かなり上昇している」と一同。  
しかし、姿が見えない。免疫が大混乱に陥っていた。  
「敵はいない・・・のか？」  
「いや、隠れているのよ。バイキンズは、確実にいるはずよ」と実乃。  
「あ、あそこだ！」とフセグンレッドが指をさした方向に、アシネトバクターが現れた。  
「スルバクタム／アンピシリンでいけるんじゃない？」と実乃が言うと、  
「待て。MICをチェックしろ」とフセグンレッドが指示を出した。  
拡張空間にアシネトバクターの姿と情報が映し出された(図4)。

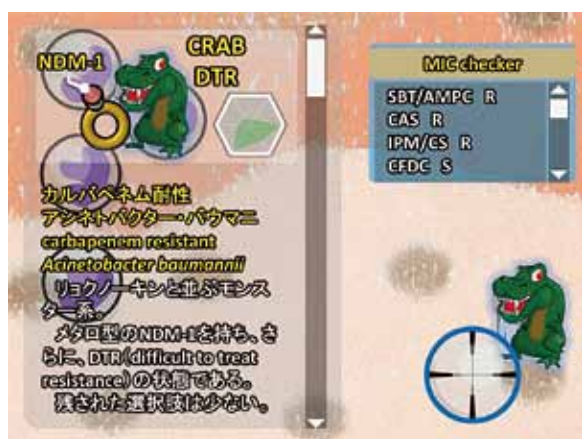


図4. 正体あらわる～DTRのアシネトバクター  
sepsisの原因はアシネトバクターであった。しかも、NDMを持ったカルバペネム耐性で、DTRの状態である。

「・・・やっぱり。CRABしかもDTRだ」  
「カルバペネムも効かないのか・・・」  
「メタロβラクタマーゼ・・・NDMかよ」  
「マモルンジャーの二人、セフィデロコルの使用許可を取ってくれ！」とフセグンレッドが協力要請を出した。  
セフィデロコルはトロイの木馬作戦で相手の懐深くに入り込む新兵器である(解説5)。  
「いや、それはさすがにブロードすぎるわ」と実乃が制止しようとしたが、  
「そんな悠長なこと言っていられない！ここで止めないと、また暴れる！」とフセグンレッドは焦燥をにじませる。

「ステロイドも必要だな」と灰原は静かに本部に連絡した。

#### 解説5 DTRとセフィデロコル

1. DTR (difficult-to-treat resistance, 治療困難耐性) とは  
DTRは、NIHのKadriらによって提案された、治療上の困難さに基づいた耐性菌の新たな定義で、IDSAのガイドラインでも採用された。

以下の抗菌薬すべてに非感性を示す場合を指す。

●カルバペネム系薬：イミペネム/シラスタチン、メロペネム、ドリベネム

●他の抗緑膿菌活性を持つβ-ラクタム系薬：セフトジジム、セフェピム、ピペラシリン/タゾバクタム、アンピシリン/スルバクタム☆、アズトレオナム☆

●フルオロキノロン系薬：シプロフロキサシン、レボフロキサシン

☆A. baumanniiのみ

★A. baumanniiは非該当

DTRに該当する病原体は、標準的治療では対応困難であり、新規抗菌薬や併用療法を要する。

2. MBL (metallo-β-lactamase) とは

MBLは、カルバペネム系薬を分解できる酵素の一種であり、クラスBのβ-ラクタマーゼに分類される。NDM (New Delhi metallo-β-lactamase) やVIM (Verona integron-encoded metallo-β-lactamase)、IMPなどが代表である。MBLは、セリンβ-ラクタマーゼと異なり、亜鉛イオンなどの金属イオンを活性中心に持つため、アピバクタムのようなβ-ラクタマーゼ阻害薬では阻害されない。そのため、MBL産生菌に対しては従来のカルバペネム系薬+阻害薬の併用療法は無効であり、治療は極めて困難となる。

3. セフィデロコル (cefiderocol) の位置づけ

セフィデロコルは、新規のシデロフォア・セファロスポリン系薬であり、難治性グラム陰性菌に対する新たな治療選択剤として注目されている。鉄イオンを介した取り込み(シデロフォア機構)を利用し、細菌内に高濃度で移行する。鉄は細菌に必須であり、その取り込みを利用していることから、しばしばトロイの木馬にたとえられる。β-ラクタマーゼによる分解に強く、特にMBL産生菌に対する活性が期待されている。

#### 7) 光の危機

一人で休んでいた光は、周囲に誰もいないことを確認すると、ふと拡張空間に表示された通知に目を止めた。

——「セフィデロコルおよびステロイド、使用要請」——  
要請者は、灰原。すでに守の名前で使用許可が出ていることも確認できた。

「・・・この状況で、私だけ何もしないなんて、できない」

光は、そっとベッドから抜け出した。そして、保管エリアへ向かい、セフィデロコルとステロイドを手にとった。その直後、青木が部屋にやってきた。保管エリアの棚を見て、ハッとする。

「・・・ない！？セフィデロコルも、ステロイドも・・・」

動揺する青木の頭をよぎったのは、あの言葉だった。

——「スパイ」——

(まさか、本当に・・・?)



拡張空間のログには、はっきりとアクセス履歴が残っていた。

使用履歴のIDは——ヒカル。

「・・・え？」

状況が読めず、立ち尽くす青木。

まさか、光が裏切ったのか？それとも、誰かが彼女になりすまして・・・？

## 8) 危機一髪

フセグンジャーがアシネトバクターとの攻防を続ける中、セフィデロコルの到着はまだだった。

「マモルンジャーは何をもたもたしてるんだ！早くセフィデロコルを！」

フセグンイエローが叫ぶ。

灰原は冷静を保っていたが、その手のひらには汗がにじんでいた。

「間に合わない・・・か・・・？」

そのときだった。

「セフィデロコル、使用準備完了！」

背後から、息を切らした声が響く。

「・・・光！？」

防護ガウンに身を包んだ光が、片手にセフィデロコル、もう片手にステロイドのアンブルを持って立っていた。

「何しているんだ、ここは危険だと・・・！」と灰原が声を上げるが、光はきっぱりと答えた。

「私にできることがあるなら、それをやりたかっただけです」

灰原は、一瞬驚いたような顔をした後、

「・・・まったく。無茶をして」と言いながら、どこか安堵したように口元を緩めた。

## 9) ストームの終結

適切な処置により、好中球の暴走は沈静化。

IL-6の数値も下降に転じ、サイトカインストームは次第に収まり、その場にいた全員が、安堵した。

フセグンジャーは次の任務があるとのことで、そそくさと出て行った。

その場にいた、灰原、実乃、光は、本部からの次の指令を待っていた。

本部にいる守から次の指令が来た。

「光、疲れているところすまないが、一人で司令部に戻った後、船上に向かってくれ」と守。

「もちろん。どこが戦場ですか？」

「いや、戦う場所ではなく船の上だ。詳しい場所は司令部で聞いてくれ」

納得のいかなそうな表情だったが光はひとまず司令部に戻ることにした。そんな光をよそに、守は、灰原と実乃には別の指示を出した。

「例の場所へ」

## 10) Good NEWS～船上のハッピーバースデー

光は、司令部に戻った後、司令部の指示に従って港へと向かった。そこに停泊していたのは、どこか非現実的に豪華なクルーズ船。けれど、煌びやかなはずの船体に灯りはなく、甲板は静まり返っていた。

「・・・ここで・・・合っている・・・のよね？」

不安を抱えながらタラップを上がり、光はそっと船上に足を踏み入れた。しかし、あたりには誰の姿もない。人の気配すらしない。聞こえるのは、暗闇に溶け込む波の音だけ——

そう思った次の瞬間。——バン！バンバンバン！

爆発音が立て続けに鳴り響き、思わず身をすくめる。（やっぱり、あの“光BD”って・・・私を狙った爆弾のことだったのかも）

不安が頭をよぎったその瞬間——パッと、周囲がまばゆい光に包まれた。

「ハッピーバースデー！ひかる！！」と、あの円錐を手にした仲間たちが、笑顔で彼女を囲んでいた。爆弾なんかじゃなかった。クラッカーの音だったのだ。

守が、穏やかな声で言う。

「誕生日、おめでとう」

それに続くように、皆が一斉に歌い出す。“ハッピーバースデー トゥー ユー♪”

（『光BD』のメモ、“せんじょう”って、そういう意味だったのか）

光は、照れ笑いを浮かべながらも、じわっとこみ上げるものを抑えきれなかった。

そこに、どこか陽気な声が響いてきた。

「本日は～！特別番組～！リアル染方ラジオ、船上スペシャル～！」

拡張空間を通じて、染方博士が空中に投影される。その姿は、まるで現実そこにいるかのようなだった。

「さてさて、本日の爆弾発表ですが・・・」

（やっぱり爆弾!?）

「なんと！特製バイキンズカード、限定プレゼントのお知らせです！最も染方史郎を喜ばせたアンケートの中から・・・」と陽気な声で続けている(図5)。



図5. バイキンズカード

「・・・博士の爆弾って、爆弾発表のことだったのね」  
と光の独り言。  
そのとき、灰原がひょいと手にした包みを持ち上げた。  
「スパイの件だけだな・・・」  
「まさか・・・本当に？」  
「“ミックスパイ”だよ。誰かが“スパイ”って聞き間違えたみたいでな」  
と、満面のドヤ顔でお菓子の箱を見せる。  
「・・・え、オチ、そこ！？」と青木の驚く顔。  
皆がどっと笑いに包まれた。夜風が心地よく吹き抜ける船上。光の手元には、特製バイキンズカードが届けられた。バイキンズカードのゲットは、青木に任された大仕事である。笑顔の輪の中心で、光は小さくつづやいた。  
「ありがとう、みんな」

### 11) 最後に～恒例のお楽しみプレゼント

お陰様で、シーズン4も終了を迎えることができました。シーズン1から数えると21回も。感謝、感謝です。すでに恒例行事となりました、年に一度のお楽しみ企画を実施します。ウェブでのアンケートにご回答いただいた方の中から、抽選で、拙著2冊のうちどちらかまたは「バイキンズ®カード」をそれぞれ1名ずつプレゼントいたします(合計3名)。いただいたコメントを元に、著者が責任を持って当選者を選ばせていただきます。直接URL(<https://redcap.med.omu.ac.jp/redcap/surveys/?s=WMYHKEDRXCF9R97C>)を入力、または二次元(図6)コードを読み込んでご応募ください。ちなみに、バイキンズカードは企画限定版ではありません。

ちょっと気が早いですが、メリークリスマス！



【締め切りは、2026年3月31日正午】  
ご応募に関して、簡単なアンケートがあります。

図6. 応募用二次元コード

#### 略語一覧

**I C T** : infection control team、感染制御チーム  
**A S T** : antimicrobial stewardship team、  
抗菌薬適正使用支援チーム  
**NEWS2** : National Early Warning Score 2  
**ACVPU** : alert, confusion, voice, pain, unresponsive  
**CRPA** : carbapenem-resistant *Pseudomonas aeruginosa*、  
カルバペネム耐性緑膿菌  
**D T R** : difficult-to-treat resistance、治療困難な耐性  
**N D M** : New Delhi metallo- $\beta$ -lactamase  
ニューデリー・メタロ $\beta$ ラクタマーゼ  
**M D R** : multidrug-resistant、多剤耐性  
**M B L** : metallo- $\beta$ -lactamase、  
メタロ $\beta$ -ラクタマーゼ  
**C D C** : Centers for Disease Control and Prevention、  
米国疾病対策センター  
**N I H** : National Institute of Health、  
米国国立衛生研究所  
**I D S A** : Infectious Diseases Society of America、  
米国感染症学会  
**G N R** : gram-negative rod、グラム陰性桿菌

#### 参考文献

- 1) 金子幸弘. 染方史郎の楽しく覚えやすいになる  
感じる細菌学×抗菌薬(じほう)
- 2) 金子幸弘. 染方史郎の続・感じる細菌学 耐性菌&  
真菌編(じほう)
- 3) Fil-GAPホームページ  
<http://filgap.kenkyuukai.jp/special/?id=41772>
- 4) Royal College of Physicians. National Early  
Warning Score(NEWS)2 : Standardising the  
assessment of acute-illness severity in the  
NHS. Updated report of a working party. 2017.
- 5) Kadri SS et al. Difficult-to-Treat Resistance in  
Gram-negative Bacteremia at 173 US Hospitals :  
Retrospective Cohort Analysis of Prevalence,  
Predictors, and Outcome of Resistance to All  
First-line Agents. Clin Infect Dis. 2018 Nov 28 ;  
67(12) : 1803-14.



# 精神科病棟の感染対策 困難事例集

## —現場で直面する課題と 実践解決—

独立行政法人 国立病院機構 肥前精神医療センター  
感染管理室 副看護師長 感染管理特定認定看護師 AST専従

富田 泉

### はじめに

精神科病棟の感染対策には、一般病院とは大きく異なる難しさがあります。閉鎖的な構造や長期入院が前提の環境では、換気が十分に行えず、患者さん同士や職員との接触も避けがたい状況が多くなります。また、認知機能の低下や行動障害を持つ患者さんが多く、手指衛生やマスク着用などの基本的な感染対策が実施できない場合も少なくありません。さらに、異食や自傷リスクを考慮しなければならないため、アルコール消毒剤やペーパータオルなど、一般的な感染対策物品を設置できないケースもあります。本記事では、精神科の現場で実際に経験した困難な感染対策事例と、その解決プロトコルを分かりやすく紹介し、精神科に初めて携わる医療従事者でもイメージできるよう解説します。

### 事例1

#### 精神科構造的制約による換気・衛生困難 —ガイドラインと現場工夫—

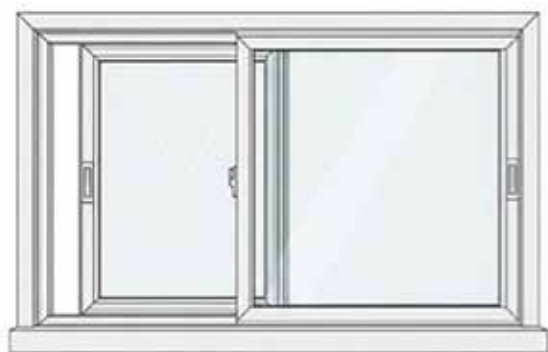


図1. 転落防止のため窓が5cm程度しか開かないため、自然換気が困難

精神科病棟は、患者の安全を優先した閉鎖構造が多く、窓が開かないため自然換気が困難です(図1)。一般社団法人日本医療福祉設備協会の病院設備設計ガイドライン(空調設備編)では、「一般病室は1時間あたり2回の換気」が推奨されていますが、精神科病棟では

この基準が現場運用まで徹底されていないケースが目立ちます。そもそも病棟単位で換気回数や空気の流れが把握できていない現場も多く、「空気がこもっている」ことや「室温調整はされているが空気の入れ替えができていない」といった実感を持つスタッフも少なくありません。加えて、換気扇や空調設備の設置・点検が十分に行われていない例も多くみられます。例えば「換気扇の音がうるさい」と患者が訴えて夜間にスイッチを切ってしまう、そのまま換気が行われないまま数時間が経過することもあります。そもそも換気扇や空調の運転状況を誰も把握していない、あるいは職員が稼働状態を確認する習慣がない現場も少なくありません。設備の老朽化やメンテナンス不足で、実は「動いているつもりが排気能力が落ちていた」ことや「フィルターが詰まっていた」といったケースもあります。また、吸気口と排気口の配置が偏っていたり、家具やカーテン、間仕切りなどで空気の流れが遮断されている場合、十分な換気効果が得られません。加えて、病室や共有スペースの扉が常時開け放たれていることで、廊下からの空気が逆流し、本来計画されていた空気の流れが乱されるといった精神科特有の問題もあります。開放病棟でも、窓を開ければ換気ができるはずですが、換気の管理・確認がされていないケースが少なくありません。CO<sub>2</sub>モニターなどの換気の“見える化”機器は高額で、多くの精神科病院には導入されていないのが現状です。そのため現場でおすすめなのが「スモークテスト」の実施です(図2)。煙を使って空気の流れを視覚的に確認することで、換気扇や排気口への空気の到達状況、淀みが発生する場所を具体的に把握できます。さらに、病棟スモークテスト結果報告例の活用や、定期的な設備点検・清掃をルーチン化することも重要です。ホールや食堂、浴室、汚物処理室など共有スペースでも、ガイドラインに沿った吸排気口の配置や静音化など、患者のQOLに配慮しつつ換気効率の最大化を目指す工夫が必要です。科学的根拠に基づく設備運用と日々の現場観察を組み合わせること

で、精神科病棟の感染リスク低減につながります。



換気扇の清掃不足



換気扇の機能確認



図2. 当院で実施しているスモークテスト

## 事例2

### 職員から患者への伝播 一物品・動線の盲点—

精神科病棟では、異食リスクの高い患者が入院している場合、病室や共用スペースの手洗いシンクにはペーパータオル、液体石鹸、アルコール消毒剤、ゴミ箱な

どの感染対策物品を設置することができません(図3A、3B)。手洗い設備は、鍵のかかる職員専用スペースや一部のナースステーションのみに限定されるため、職員は個人で携帯する小容量タイプやポシェットタイプのアルコール消毒剤に頼ることになります。しかし、アルコール消毒剤はクロストリジオイデス・ディフィシル(*Clostridioides difficile*)やノンエンベロープウイルス(ノロウイルスなど)といったアルコール抵抗性病原体には効果が低く、理想的には流水と液体石鹸での手洗いが必要です。



図3A. 異食・誤飲患者がいない場合のシンク



図3B. 異食・誤飲患者が存在する場合のシンク

問題は、下痢症状を呈する患者の排便処理など、高リスクなケア直後にも、すぐには手洗いができない点にあります(図4)。職員は手指が汚染された状態で、まず病室の鍵を操作し、鍵をポケットにしまい、ドアノブや鍵穴に触れてから、やっと遠く離れた職員用手洗い場で手洗いを実施することになります。この一連の流れの中で、手指、鍵、鍵穴、ポケットと次々に病原微生物が付着・移動する「伝播の連鎖」が形成されます。



- 患者は、排便後手を洗えない。
- 汚染した手指でボタンを押す。
- 職員は、便器周囲清掃後、汚染した手で、ポケットの鍵に触れ、ドアを閉める。
- 一連の鍵の汚染が発生する。

図4. 精神科保護室のトイレ

筆者の研究でも、黄色ブドウ球菌を用いた実験で、鍵から鍵穴、また鍵穴から鍵への移行率が数パーセントに及ぶことが示されており、日常的な物品操作が感染拡大の大きな要因となることが明らかです。さらに、病棟内では鍵の受け渡しやポケットへの出し入れが1日に何十回も行われているため、職員自身が「伝播媒体」となってしまう危険性があります(図5)。

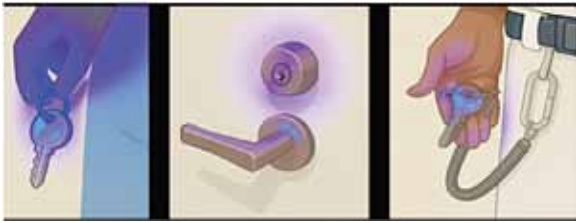


図5. 伝播媒体としての鍵

このような現場特有の制約下では、物品ごとの定期清拭や動線ごとに消毒タイミングを設けるなど、可能な範囲での対策を徹底するしかありません(図6)。手指衛生や清拭タイミングの“見える化”、責任者やローテーションの明確化も、精神科病棟ならではの感染対策の質を支えるカギとなります。

### 事例3

#### 患者同士の感染伝播 — 集団生活・共有スペースの壁 —

精神科病棟では、患者の多くが大部屋で生活し、日常的にホールや食堂、トイレ、浴室などの共有スペースを利用しています。さらに、集団療法やレクリエーション活動なども活発に行われ、患者同士が密に接触する場面が多く、感染症の集団発生リスクが極めて高い環境です。特に、認知症や統合失調症を有する患者は認知機能や判断力が低下しており、手指衛生やマスク着用、咳エチケットなどの感染対策を十分に実践することが難しい現実があります。こうした背景を受け、

当院では転倒転落アセスメントシートやバーサルインデックス、大島の分類、せん妄評価尺度、N式老年者用日常生活動作能力評価尺度など既存の多様な評価ツールを参考に、精神科病棟独自の「感染対策コンプライアンススコア(CCS)」を開発しました(表1)。CCSは、患者のマスク着用状況、手指衛生の実施頻度、日常生活動作、移動範囲、集団活動への参加状況、認知機能の状態などを点数化し、総合的な感染対策の遵守状況を数値で表現できる評価シートです。

COVID-19クラスター発生時には、このCCSを活用して後ろ向きに調査を実施しました(未発表データ)。初発例発生の2日前のベッドマップをもとに全患者をスコア化し(図7)、どの患者が感染症拡大のリスクを高めているかを可視化・リスク分類しました(図8)。実際の分析では、スコアが高い患者ほどクラスター内で二次感染・三次感染の中心となりやすいことが明らかとなりました。例えば、集団活動の頻度が高く、移動範囲が広く、認知機能の低下した患者は、個室やゾーニングによる優先的な隔離・重点的観察が必要と判断できます。

また、患者の日々の行動や接触履歴も活用し、感染拡大の可能性が高いグループやエリアを早期に特定しました。リスクの高い患者には、集団活動の一時的な制限やトイレ・浴室利用の調整、使用後の環境清掃強化など具体的な対策を実施しました。このような多角的な取り組みにより、精神科病棟という集団生活・共有スペースの多い特殊な環境下でも、患者・職員双方の安全を守る感染対策の実効性を高めています。



図6. 精神科病院での手指衛生5つの場面例



表1. 感染対策コンプライアンススコア

| 項目         | 0点           | 1点              | 2点             | 3点          | 合計点数 |
|------------|--------------|-----------------|----------------|-------------|------|
| マスク着用状況    | 常に着用している     | 時々着用している        | 着用が不完全である      | 全く着用していない   | 0    |
| 手指消毒の実施頻度  | 常に手指消毒を行っている | 時々手指消毒を行っている    | 手指消毒をほとんど行わない  | 全く行っていない    | 0    |
| 排泄環境       | 個室トイレを使用     | ポータブルトイレを使用     | おむつ交換          | 共用トイレを使用    | 0    |
| 病室の種類      | 保護室          | 個室              | 4人部屋           |             | 0    |
| 感染対策協力     | 完全に従う        | 時々従う            | ほとんど従わない       | 全く従わない      | 0    |
| 他の患者との接触頻度 | 全く接触がない      | 接触が少ない          | 接触が多い          | 頻繁に接触している   | 0    |
| ホールの利用状況   | ホールに全く出ない    | ホールに最小限しか出ない    | 共有スペース頻繁に使用    | 興奮状態でよく使用   | 0    |
| 室内換気       | 常時換気扇が作動     | 換気扇を消している時間が少ない | 換気扇を消している時間が長い | 常時換気扇を止めている | 0    |
| 給茶機の使用状況   | 使用しない        | たまに使用する         | 使用頻度が高い        | 給茶機周辺で会話を行う | 0    |
| 集団治療への参加状況 | 参加しない        | たまに参加する         | 参加頻度が高い        | 必ず参加している    | 0    |
| 同室者の陽性曝露   | 同室者に陽性者がいない  | 同室者に陽性者がいる      |                |             | 0    |

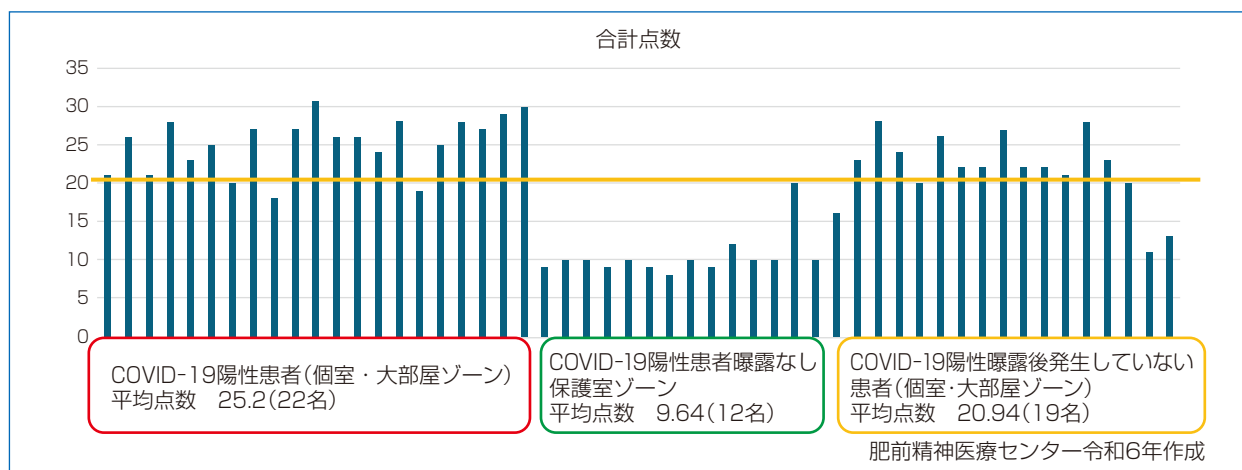


図7. 感染対策スコアリングスコア数値化例

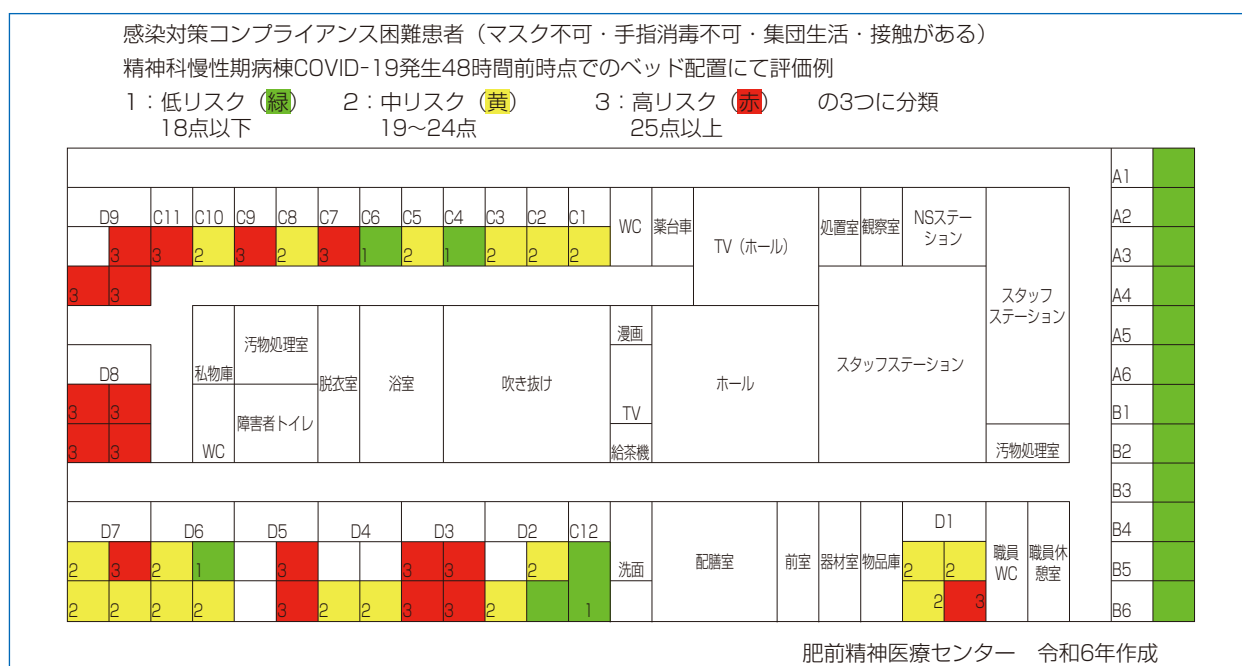


図8. COVID-19クラスター初発例発生48時間前のリスクマップ

## 事例4

### 精神科病院におけるAST活動の現状と課題

精神科病院でも、抗菌薬適正使用支援チーム(AST)の活動が本格化し始めていますが、一般病院に比べて多くの制約と課題を抱えています。まず最大の課題は「抗菌薬投与前の培養検査」が十分に実施されていない現状です。精神科病棟では、患者が検査の意義を十分に理解できなかったり、認知症や精神症状により指示への協力が困難な場合が多く、検体採取前に抗菌薬が投与されてしまうケースが頻発しています(図9)。

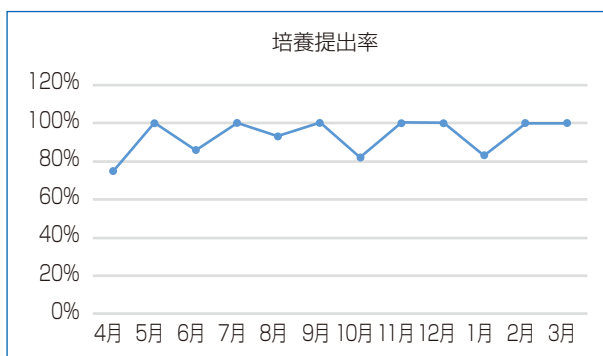


図9. 抗菌薬使用前培養検査実施率推移フィードバック例 (肥前精神医療センター)

さらに、培養検体の清潔な採取が困難な場面も多々見受けられます。たとえば、採尿の際に患者が指示通りの清潔手技を守れなかったり、介助職員の人員が限られており十分な説明や採取サポートができない、失禁や自己抜去によるコンタミ(汚染)のリスクが高い、といった現実的な問題があります(図10A、10B、10C、10D、10E)。痰や血液など他の検体についても、精神症状の影響で採取協力が得られない場合が少なくありません。



図10A.



図10B. 床にマットを直にひいている患者



図10C. ベッドで仰臥位の患者



図10D. 検体を採取する際、座り込むと検体が汚染しやすい



図10E. ベッド上であれば、検体採取時の看護師の体制は保てる

このような現場状況を踏まえ、当院では精神科病棟ごとの抗菌薬感受性データ(アンチバイオグラム)を毎年集計・公開しています(図11)。アンチバイオグラムを活用することで、院内で多く検出される耐性菌や流行傾向を把握し、第一選択薬の見直しや抗菌薬の過剰使用抑制に役立てています。しかし、精神科病院がJ-SIPHE(感染対策連携共通プラットフォーム)等の全国データに十分参加できていない現状もあります。理由として、検体数が少ない、院内採取率が低い、専門スタッフがない、など組織的・人的リソースの不足が挙げられます。

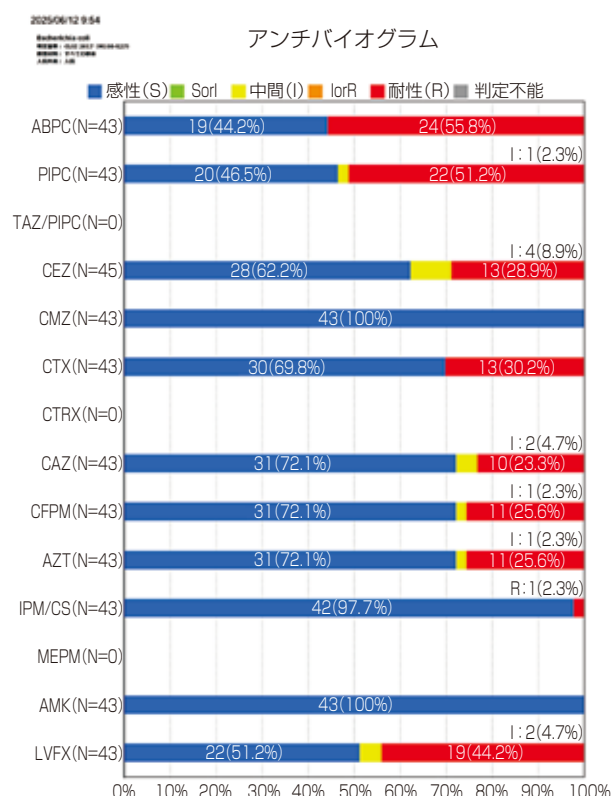


図11. アンチバイオグラムフィードバック例

例：大腸菌の尿路感染を想定した場合、LVFXに44%程度耐性を示している。必ず抗菌薬投与前に尿培養の提出をお願いしますと医局へフィードバックを行っている。

AST活動を推進するためには、まず培養検査の重要性について院内教育を強化し、協力体制を整えることが必要です。検体採取マニュアルの作成や、職員向けの手技研修会の実施、採取介助時のチェックリスト導入など、実践的な対策も有効です。精神科特有の困難さを理解しながら、データの集積・活用とチームによる支援体制を進めていくことが、院内感染制御と抗菌薬適正使用推進のカギとなります。

## 終わりに

精神科病棟の感染対策は、構造的な制約や患者特性による運用上の困難が多く、一般病院のマニュアルだけでは対応しきれない現実があります。本稿で紹介した事例とプロトコルは、日々の現場観察やデータ分析をもとに、制約下でも実践できる工夫を重ねたものです。これらの取り組みを通じて、精神科病棟で働く医療従事者が“感染対策をできない理由”で諦めるのではなく、“どうすれば感染対策ができるか”を考え抜き、患者・職員双方の安全と安心を守る文化を築いていくことを願っています。

## 引用参考文献

- 1) 日本医療福祉設備協会. 病院設備設計ガイドライン(空調設備編). HEAS-02-2022 ; 2022.
- 2) 山内勇人, 久世由姫, 佐伯真穂ほか. 精神科病院における「鍵」に対する清潔意識と取り扱いの現状. 環境感染. 2007 ; 22(3) : 214-218.
- 3) 富田 泉. 精神科病院における鍵と鍵穴を介した黄色ブドウ球菌の感染リスクの検証. 日本環境感染学会誌 (in press) .
- 4) 川内健史. 精神科病院の特殊性を考慮した感染制御の取組. Journal of Healthcare-associated Infection. 2022 ; 15(2) : 37-43.
- 5) 加藤豊範. 手指衛生遵守率向上のための組織的取り組みとその評価. 日本環境感染学会誌. 2015 ; 30(4) : 274-280.
- 6) 日本化学療法学会／日本感染症学会. 抗微生物薬適正使用支援プログラム実践のためのガイドンス. 改訂第2版 ; 2024.
- 7) 厚生労働科学研究班(精神科領域感染制御). 精神科病院における感染管理・アウトブレイク対応マニュアル. 2022.  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000712417.pdf>  
2025年11月10日確認
- 8) Weber DJ, Rutala WA, Miller MB, Huslage K, Sickbert-Bennett E. Role of hospital surfaces in the transmission of emerging health-care-associated pathogens : norovirus, Clostridioides difficile, and Acinetobacter species. Am J Infect Control. 2010 ; 38(5 Suppl 1) : S25-S33.
- 9) Pittet D. Improving adherence to hand hygiene practice : a multidisciplinary approach. Emerg Infect Dis. 2001 ; 7(2) : 234-240.
- 10) Donskey CJ. Does improving surface cleaning and disinfection reduce health care-associated infections? Am J Infect Control. 2013 ; 41(5 Suppl) : S12-S19.
- 11) Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L ; 2007 Guideline for Isolation Precautions : Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. Am J Infect Control. 2007 ; 35(10 Suppl 2) : S65-164



# 地域包括ケアと感染対策

## ～地域連携の「新興感染症の訓練」～

岩手県立胆沢病院 感染管理認定看護師

吉田 裕子

### はじめに

岩手県立胆沢病院(以下、当院)は(写真1)、岩手県奥州市にある病床数346床(一般337床、結核9床)の県立病院です。岩手県盛岡市と宮城県仙台市の間地点に位置し、「江刺リンゴ」や「前沢牛」などの農畜産物が育つ自然豊かな環境にあります。近年では、大谷翔平選手の出身地として話題になることもあります。

地域の中核病院として、救急医療からダビンチ手術、消化器内視鏡治療などの専門的な治療まで幅広く対応しています。

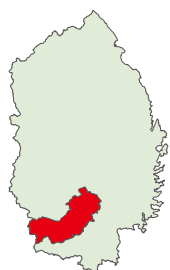


写真1. 岩手県立胆沢病院

地域において感染対策向上加算1を取得している施設は当院のみであり、連携している施設には加算2届出病院が2施設、加算3届出病院が5施設、外来感染対策向上加算届出病院が16施設あります。これらの施設と連携し、「奥州感染管理ネットワーク(Oshu Infection Control Network: 以下OICON)」としてカンファレンスや訓練を実施しています。

2022年の診療報酬改定により、感染対策向上加算1の施設基準として「保健所・地域医師会と連携し、加算2・3医療機関と合同で年4回程度以上の定期的な院内感染対策カンファレンスを実施すること(うち1回は新興感染症等の発生を想定した訓練を含む)」という要件が追加されました。また、「外来感染対策向上加算」の新設に伴い、加算2・3のいずれも「訓練への参加が必須」とされました。

### これまでの訓練内容

#### <2022年度>

新型コロナウイルス感染症対策の見直しが進む中、大人数での集合研修は再開されておらず、訓練の実施方法が課題となりました。当時の対応としてWeb会議システムを活用し、当院で作成した動画をもとにPPE(個人防護具)の着脱訓練を実施しました(写真2)。

アドバイザーボードからは「効果的で負担の少ない感染対策」が提案されていたため、場面に応じたPPEの選択と注意点、特に脱衣時のポイントに焦点を当てた内容としました。標準予防策の徹底と適切なPPEの選択・着脱という基本に立ち返る訓練となりましたが、「平時にしていないことは有事にはできない」という考えのもと、改めて確認しながら実施しました。

ビデオ通話ができる機器を用いての訓練でも可、ということでWeb会議システムを使用することとしましたが、実際の動作確認が難しいため、「研修」に近い形式となりました。

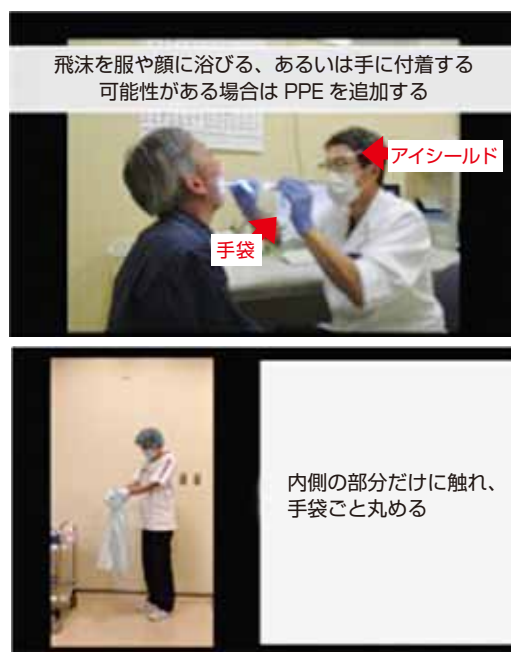




写真2. 当院で作成したPPE着脱動画

### <2023年度>

集合形式での訓練を実施しましたが、会場の広さの都合により、外来感染対策向上加算を取得しているクリニックの方々はWeb会議システムで参加しました。

PPEを着用し、蛍光塗料を汚染物に見立てて塗布した人形の病衣交換を行い、その後、汚染箇所の確認と脱衣手順のチェックを行いました。PPEをすべて脱いだ後、衣服や手指に蛍光塗料が付着していないかをブラックライトで観察しました(写真3)。



写真3. 蛍光塗料を用いたPPE着脱訓練

参加各施設から代表者1名が着脱を実施し、他施設のメンバーが手順と汚染箇所数を採点・評価する形式で行いました。更衣介助中に患者が突然咳き込むとい

う想定で、電動ポンプで人形の口から噴出する蛍光塗料入りの飛沫を浴びるオプションも追加しました。他施設のスタッフから評価されるということで、やや緊張しつつも、点数が良かった施設には賞品を用意するなどの工夫も取り入れ、和やかな雰囲気で行いました。

また、全身つなぎ型の防護服についても、代表者がモデルとなり着脱を実施し重要なポイントの解説を行いました(写真4)。



写真4. 全身つなぎ型防護服の着脱

### <解説したポイントの内容>

- ・着脱は、それぞれのエリアを決めて行う
- ・着脱の際は必ず介助者とともに行う  
(チェックリストを活用する)
- ・シューズカバーの着脱時、足元が不安定になる際には、椅子に座するなどして転倒しないようにする
- ・着用の際は、首元、手首等は肌が露出しないよう注意する
- ・脱衣の際は、一つの防護具を外すごとに手指衛生を実施する

### <2024年度>

大阪大学感染症総合教育研究拠点(CiDER)が作成した新興感染症対策訓練動画<sup>1)</sup>を参考にシナリオを作成し、ロールプレイによる机上訓練を実施しました(写真5)。今回は市の文化会館のホールを借り、クリニックの方々も集合形式で参加できるようにしました。

シナリオは、養鶏場を営む男性が発熱と呼吸困難を主訴に地域の診療所を受診する場面から始まります。問診や身体症状から鳥インフルエンザを疑い、連絡先や伝達内容、トリアージ方法、保健所や救急隊との連携などを、診療所医師・保健師・救急隊が本人役となって台詞のやりとりを行いました。

途中、鳥インフルエンザに関する基礎知識をクイズ形式で出題し、グループに分かれた参加者が話し合って回答しました。





写真5. ロールプレイによる机上訓練

この訓練は2024年11月に実施されましたが、2025年の年明けには岩手県内の複数の大規模養鶏場で実際に鳥インフルエンザが発生しました。殺処分に関わった県職員や獣医は延べ1,600人に及び、その中には業務終了後に発熱し当地域の医療機関を受診するケースもありました。結果的には季節性インフルエンザでしたが、その対応では訓練で確認した内容が役立つ場面となりました。

## これまでのネットワークを活かして

新興感染症を想定した訓練の目的は、発生時の体制整備にあります。自施設内での整備はもちろん、地域ネットワークを活かし、顔の見える関係性を築くことも重要だと考えます。

診療報酬に関わる連携カンファレンスは、これまでもOICONとして実施してきましたが、新型コロナウイルス感染症の流行を機に、当地域の連携体制は一層強化されたと感じています。

陽性者全員が入院対象となっていた流行初期から、奥州保健所がホストとなって、管内の開業医、医療機関、消防署、役場担当者が毎日17時からWeb会議を開催していました。会議では、各施設のベッドの空き状況や患者の重症度の共有、治療方針の相談、転院調整などが日々行われていました。また、高齢者施設でクラスターが発生した際には、該当施設の担当者が会議に参加して状況を報告するなど、地域全体の状況をタイムリーに把握することで、各施設が自らの役割を

果たすことにつながったと考えます。この会議は頻度を減らしながらも2023年度まで継続され、会議開始時に奥州保健所長であった仲本光一先生の広い人脈により、国立感染症研究所感染症情報センター長や川崎市健康安全研究所長を歴任された岡部信彦先生、国立国際医療研究センター副院長の大曲貴夫先生、沖縄県立中部病院感染症内科副部長の高山義浩先生など第一人者の方がゲストとして突然参加されるという、サプライズもありました。

また、高齢者施設でのクラスター発生時には加算連携の有無にかかわらず、いわて感染制御支援チーム(ICAT)のメンバーとして、当院からもクラスター支援に出動しました。それまでは感染対策について高齢者施設との関係性はなかったのですが、クラスター支援という形でいくつもの施設内の様子を知ることができました。

### <高齢者施設の様子>

高齢者施設の課題として、入所者・利用者の中には、手洗いやマスク着用などの感染対策を実施できない方が多いことがあげられます。また、少人数の職員で運営している施設は、クラスター発生時に交代要員がいないため連続勤務のスタッフが発生する状況も多くみられました。PPEがあっても、正しい使用方法が伝わっていないことや、状況に合わせた対策の変更を判断することが困難(過剰・過小な対策)であることも把握できました。施設共通の問題はありますが、どれも同じではありません。その施設に合わせたベストな対策を、施設の方と共に考える姿勢で支援を行いました。

このように、当地域ではすでに顔の見えるネットワークは構築されていると感じており、それぞれの施設における役割分担もある程度、明確になっているとも思われます。今後も連絡や相談をスムーズに行えるような訓練としていかなければならないと考えています。また、地域全体の底上げとなるように、基本的な知識と正しい手技の実践が継続できるよう取り組んでいきたいと思っています。

## 今後の課題

訓練については、厚生労働省から訓練シナリオや動画などでも資料<sup>2)</sup>が提供されており、盛り込むべき内容が示されてはいるものの、主催・企画する側の裁量に委ねられているのが現状です。そのため、「この内容で良いのか」と疑問を抱きながら実施しているのも事実です。本当の評価は、実際に何かが起こった際、有事にどう動けたか、連携ができたかという点にあるのかもしれませんが、シナリオ通りには進まないことも多いと思いますが、その中でも訓練が活かされることを期待しています。



また、今後は介護報酬・診療報酬の見直しにより、感染対策の強化が求められる場面が増え、地域施設同士の連携や関わりもさらに深まっていくと考えられます。しかし、当院に限らず、ICTメンバーが限られている施設も多く存在します。感染管理専従の担当者がいたとしても、自施設の業務に加え、連携施設の相談やラウンド、訓練の企画・運営などを行う負担も増加することが予測されます。

だからこそ、院内にとどまらず、地域でのネットワークやつながりを通じて協力し合える関係性を築き、仲間を増やしていくことが今後の大きな課題であり、目指すべき方向だと感じています。

#### 【参考文献】

- 1) 新興感染症対策訓練動画(吹田市公式WEBサイト)  
<https://www.city.suita.osaka.jp/kenko/1018600/1018623/1022617/1033308.html>  
(2025年10月27日アクセス)
- 2) 院内感染対策について(厚生労働省ホームページ)  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_21747.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21747.html)  
(2025年10月27日アクセス)



丸石製薬のホームページ「医療ナレッジ」では、医療従事者を対象に各種病原体による感染症の概要や消毒・感染対策などの学術情報をご紹介します。現場でお困りの際の参考になれば幸いです。



<https://www.maruishi-pharm.co.jp/medical/knowledge/>

## 感染対策 NEWS

ご寄稿のお願い

周知のように近年、新興・再興感染症や薬剤耐性菌の登場で各医療機関はその対策を模索し続けており、確かな情報と的確な方法を射た方法論が感染防止の専門家のみならず、治療や看護に携わる全ての医療従事者に必要とされております。

このような中、弊誌は、病院感染対策につきまして幅広く情報をお届けし、医療従事者の方々により深い関心をお持ちいただけるような媒体をめざしております。

是非、皆様の貴重な知見・経験をご寄稿頂きたいと存じます。

### ご執筆要項（※詳細は折り返しご連絡いたします。）

- 掲載誌：丸石製薬株式会社頒布、全16頁、A4・カラー、約5,000部 年6回発行  
上記冊子掲載後、弊社ホームページにてご紹介致しております。
- 主な読者対象：感染対策にかかわる医療従事者
- 主な内容：施設内の感染対策、特定の微生物への感染対策 等
- 原稿枚数【本文】：3500字～4000字程度（A4・カラー4ページ程度）
- 記事掲載内容の一部につきましては、出典明記の上、医療機関への情報提供資料に流用させていただきます場合がありますので、予めご了承くださいますようお願いいたします。
- 連絡先：丸石製薬株式会社 学術情報部

〒538-0042 大阪市鶴見区今津中2丁目4番2号  
TEL 06 (6964) 3108 FAX 06 (6965) 0900  
e-mail: cs\_seihing@maruishi-pharm.co.jp



## 丸石製薬株式会社

丸石製薬ホームページ <https://www.maruishi-pharm.co.jp/>

【お問い合わせ先】

丸石製薬株式会社 学術情報部

〒538-0042 大阪市鶴見区今津中 2-4-2 TEL. 0120-014-561

<https://www.maruishi-pharm.co.jp/>