

I はじめに

近年、新興・再興感染症が注目され、現在は感染症の時代ともいわれている。医療機関においては、患者の高齢化、医療の高度化、種々の薬剤の多用等により院内感染のリスクが高まっており、医療関連感染（院内感染）対策は、安全な医療を提供する上で欠かすことのできないものとなっている。これは、医療関連感染対策が入院基本料の加算請求から減算請求、そして施設基準の要件^{*資料²}となってきた経緯からも伺える。なお、平成24年度診療報酬改定では、医療機関の感染制御の組織化、医療機関間の感染対策の連携が加算として認められた。

医療関連感染対策は、患者の安全を何より最優先する、という医療に従事する者の基本的な行動規範に基づくものであり、対策を円滑にかつ効果的・効率的に実践するためには、医療関連感染対策マニュアルの作成が重要なものとなる。

しかしながら感染対策の実際は医療機関の規模や性格によって大きく異なるため、各々の医療機関の現状に即してマニュアルを作成しなければ、本当に現場で使われるものにはならない。また、マニュアルは、職員全てが守るべき項目を記載するものであり、常に新しい知見を取り入れ、改訂していくべきものである。

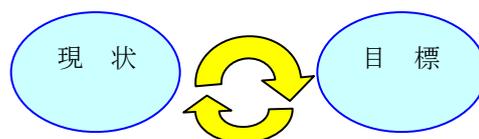
本書は、各医療機関が各々の現状にあったマニュアルを作成するための一助となるよう、平成18年に第一版を作成した。

今回、新型インフルエンザや、薬剤耐性菌の問題など、ここ数年の動きを踏まえ、内容を見直し第二版とした。

本書の作成は、実際に医療現場で感染対策を実践している医師（徳島県医師会感染症対策委員会、協議会各委員）、感染管理認定看護師（あわICNS兼徳島県医師会感染症対策委員会）の方に内容の見直しを行っていただき、行政と医療機関が協働で行った。

本書を、各医療機関で感染対策に取り組むためのマニュアル作りの参考として頂きたい。

Ⅱ 医療関連感染(院内感染)対策マニュアルの利用の仕方



1, 医療関連感染(院内感染)対策マニュアルについて 1-1-1～3-12-6

「院内感染対策マニュアル」は、資料1「中小病院/診療所を対象にした医療関連制御策指針(ガイドライン)」の中から「Ⅰ：各施設共、可能な限り採用すべき感染制御策」、「ⅡB：無床診療所でもⅠ、Ⅱの基準に従って採用すべき感染制御策」となる項目を参考に掲載した。また、現状を認識しながら、より高いレベルを目指せるようチェックリストを掲載した。

感染対策の実際は医療機関の規模や性格によって大きく異なるため、マニュアル、及びガイドラインを参考にして、各々の医療機関の状況に即してマニュアルを作成していただきたい。さらに、チェックリスト等を利用し、毎年状況をチェックし、また随時改定を行うことで、各々の医療機関の感染対策をさらに充実されたい。

※チェックリストは各項目 また、1 2 チェックリスト(3-12-1～3-12-6)に再掲している。

Ⅲ 医療関連感染(院内感染)対策マニュアル

1, 医療関連感染(院内感染)の定義

医療関連感染（病院感染、院内感染＝healthcare-associated infections nosocomial infections）とは、「医療施設（病院・診療所など）で、入院後あるいは、特定の病棟に転科後 48 時間以降に起こった感染症のこと」と定義されています。

（CDC（米国疾病管理予防センター）での定義）

院内感染とは、□医療機関において患者が原疾患とは別に新たに罹患した感染症、□医療従事者などが医療機関内において感染した感染症のことであり、昨今、関連学会においては、病院感染（hospital-acquired infection）や医療関連感染（healthcare-associated infection）という表現も広く使用されている。

（厚生労働省医政局指導課長「医療施設における院内感染の防止について」
平成 23 年 6 月 17 日医政指発 0 6 1 7 第 1 号

2, 医療関連感染(院内感染)制御の重要性

近年、医療関連感染の病態は、医療・科学技術の急激な進歩の結果、患者背景や病原微生物の多様化など急激な変貌を遂げている。特に、抗菌剤の乱用による耐性菌の出現・蔓延や免疫不全患者での日和見感染症の増加がみられ、これらは、医療関連感染の制御をきわめて困難なものとしている。すなわち、易感染患者における日和見感染症と、多剤耐性細菌の出現であり、MRSA 感染症はその典型的な例である。

一方、医療従事者に発生する職業感染として、B 型・C 型ウイルス性肝炎、HIV 感染、麻疹、疥癬、流行性角結膜炎、結核症などが問題になっている。2003 年、新型肺炎（SARS）が医療従事者を中心に世界的に流行した事例は記憶に新しいが、今後新たな感染症（新興感染症）が発生し、医療関連感染症として問題となると予想されている。

医療関連感染は、一度発生すると治療が困難であり、患者にとって不幸であるばかりでなく、病院にとっても不名誉なことである。さらに、入院日数の増加の結果、国家的には医療費増加、病院においては医療収入の著しい低下につながる。したがって、その予防がきわめて重要である。

3, 医療関連感染(院内感染)防止に関する基本

医療関連感染防止の基本は、1) 感染源の除去、2) 感染経路の遮断、3) 患者の感染防御能の増強、に要約することができる。しかし、これらは言うのは簡単だが、実行が困難であることは、病院感染患者がなかなか減少しないことから明瞭である。

感染対策の活動には、タイムリーな問題認識と適切な感染対策を実施するための病院感染の実態把握(サーベイランス)および適切な感染対策の指導を中心としたコンサルテーション等がある。医療関連感染の制御には、具体的な対策の計画・実施を遂行する組織・人材が必要で、院内各部署(医師、看護部、検査部、薬剤部、事務部など)が協調する必要がある。実際には、各部署からの代表者からなる院内感染対策委員会(ICC:infection control committee)で、医療関連感染の実態と防止策について審議し方針を決定する。実行部隊として院内感染対策チーム(ICT:infection control team)を組織し、具体的に個々の事例について対応することが望ましい。院内感染対策室が設置された施設では、ここがICT活動の拠点となり、検査室や病棟リンクナースから集まる感染症情報を実態分析し、それに基づき、具体的な防止策を企画、立案する。すなわち、情報収集による実態の把握、医療従事者の教育、啓発、ガイドラインの作成にあたる。特に、抗菌薬使用、滅菌、消毒、手洗い、隔離、逆隔離などの基本的事項における実態把握、改善などについて、ICTがリーダーシップをとるが、その他の施設でもICCによる、病院をあげての地道な努力を重ねる必要がある。

4, 理 念

医療関連感染(院内感染)対策を徹底する意義

医療関連感染(院内感染)対策の第一の意義は「Patient Safety」という医療の原点である。このことは患者のためのみならず、医療機関の生命線でもあり、感染対策の徹底が幅広い意味での地域社会への貢献に繋がると考えられる。マニュアルには、対策に対する医療機関の理念も併せて文章化しておくことが重要である。

チェック欄	項 目	参考※1
医療関連感染(院内感染)防止のための組織・体制		
	院内感染対策委員会は、各専門職代表を構成員として組織する。1ヶ月に1回程度の定期的会議を持つこと。 ※2 緊急時は必要に応じて臨時会議を開催する。	I
	各診療科同様、院長直属のチームとし、感染制御に関する権限を委譲されると共に責任を持つことが望ましい。また、ICTは、重要事項を定期的に院長に報告する義務を有する。	I
	感染制御に関する基本的考え方及び方針を明記する	I、NB
	責任者、指揮系統が明記され、施設全体で活用できる総合的な感染制御手順書を作成し、必要に応じて部門毎の特異的対策を盛り込んで整備する。少なくとも年に1回は定期的に見直しを行い、必要に応じて更新していく。	I、NB
医療関連感染(院内感染)対策マニュアルの整備		
	医療関連感染(院内感染)対策マニュアルは、定期的に見直し、遵守状況の確認を行っている。	
感染症情報の把握・連絡体制		
	感染症の発生・病原体検出情報の集約・各部署への周知方法は明確になっている。	
	保健所への感染症の届出基準を確認している。	
抗菌薬の適正使用・耐性情報等の共有		
	院内における抗菌薬の使用基準等は作成している。	
	薬剤耐性情報の集約・各部署との共有ができています。 (MRSA, PRSP, MDRP, VRE, VRSA, 多剤耐性アシネトバクター, ESBL産生菌 等)	

推奨基準

※1 I：各施設共、可能な限り採用すべき感染制御策

II：各施設の条件を考慮して、できれば採用すべき感染制御策

NB：無床診療所でもI、IIの基準に従って採用すべき感染制御策

(中小病院/診療所を対象にした医療関連感染制御策指針ガイドライン2009参照)

※2 病院長又は診療所長、看護部長、各部門の責任者等による院内感染防止対策委員会が組織され、委員会が月1回程度定期的開催、記録されることは、基本診療料の施設基準の要件として明示されている。(資料2 2-4-1)

5. 標準予防策

標準予防策の概念

標準予防策（スタンダードプリコーション）は、CDC（アメリカ疾病対策センター）が1996年1月に発表した「病院における隔離予防策のためのガイドライン（Guideline for Isolation Precautions in Hospital）」の中で、それまでの隔離対策（ユニバーサルプリコーション等）を修正・統合する形で公開した感染予防策である。このガイドラインは、2007年に改訂かつ拡大されている。

特徴は、

- 全ての湿性生体物質*には、感染性があるとの前提で対応する。
- 粘膜および損傷のある皮膚にも適用する。
- 感染症の有無に関わらず病院でケアを受ける全患者・関係者に適用する。

手順の基本は、

- 1作業毎の手洗い。
- 手袋・マスク・エプロン・ガウン・ゴーグル（又はフェイスシールド）等の防護具を必要に応じて使用する。



患者を感染させない
自分が感染しないための予防策

血液には HIV がいるかも・・・
痰には結核菌がいるかも・・・
便にはノロウイルスがいるかも・・・

※ 湿性生体物質とは、本来は血液・体液・排泄物などすべての液体を指すが、一般的には汗は除かれている。



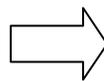
5-1. 手指衛生

手指衛生が、
院内感染の発生や拡大を未然に防ぐ！

チェック欄	項目	参考※1
	手指衛生のタイミング: 患者ケアの前後には必ず手指衛生を遵守する。	I、NB
	血液、体液、排泄物、粘膜、傷のある皮膚、創傷のドレッシングに触れた場合。	
	患者と直接接触する前。	
	患者の皮膚に触れた後。	
	手袋を外した後。	
	体の汚染部位から清潔部位に手を移動するとき。	
	患者近傍の医療器具等にふれた後。	
手指衛生の手技		
	手指衛生の基本は、手指消毒用アルコール製剤による擦式消毒、もしくは、石けんと流水による手洗いである。	I、NB
	目に見える汚れがある場合には、石けんと流水による手洗いをおこなう。	I、NB
	手指衛生環境: 手洗いあるいは、手指消毒のための設備/備品を整備する。	I、NB
	石鹸と流水による手洗い後は、ペーパータオルで完全に乾かす。	
	水を止める時は、蛇口にペーパータオルを当てて触れる。	
	温水に繰り返し曝露すると皮膚炎のリスクが増加する可能性があるので避ける。	
	空になった液体石けんディスペンサーに石けんの継ぎ足しをしない。	

手洗いの現状 (年 月)

12 項目中



手洗いの目標 (年 月)

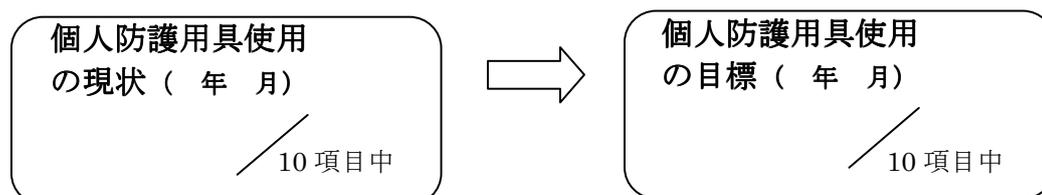
12 項目中

5-2. 個人防護用具



手袋・マスク・エプロン（ディスポーザブル）・
ゴーグル（又はフェイスシールド）は必需品！

チェック欄	項目	参考※1
	血液・体液・分泌物・排泄物・あるいはそれらによる汚染物などの感染性物質による接触汚染または飛沫汚染を受ける可能性のある場合には手袋、ガウン、マスクなどの個人用防護具 personal protective equipment (PPE) が適切に配備され、その目的および使用法が正しく認識、遵守されている。	I、NB
手袋		
	血液、他の感染性物質、粘膜、創のある皮膚、汚染している可能性のある正常皮膚（便失禁や尿失禁している患者など）への接触が予想されるときに装着する。	
	患者に直接ケアを提供する時は、未滅菌ディスポ手袋を着用する。	
	患者や周囲環境（医療器具を含む）に触れた後は、手の汚染を避けるために、適切なテクニックを用いて手袋を脱ぐ。	
	複数の患者のケアに同じ手袋を用いない。手袋を再利用するために洗ってはならない。	
	汚染した部分（会陰部など）から清潔な部分（顔面など）に移る時は、手袋を交換する。	
マスク・ゴーグル（又はフェイスシールド）		
	血液、血性体液、分泌物、排泄物のはねやしぶきの可能性がある処置や患者ケアをするとき。	
	エアロゾルを産生する処置（気管支鏡検査、気道の吸引・気管内挿管）をするとき。	
ガウン・エプロン		
	血液、血性体液、分泌物、排泄物への接触が予想されるとき。	
	同じ患者に繰り返して接触する場合でも、再使用しない。	
	ハイリスク病棟に入るときの日常的なガウンの装着は必要ない。	



5-3. 汚染器具の取り扱い

- 1) 各臨床現場での汚染された器具器材の滅菌前の一次消毒は基本的に実施せず、中央で一括処理する方法が強く推奨されている。

一次消毒として、蛋白質が付着したままの医療器具を消毒薬に漬けても、消毒薬は有機物の中に潜んだ病原体にまで到達できない。すなわち、消毒の前の十分な洗浄が行われない「器具の一次消毒」に効果を期待することはできないからである。

- 2) 使用済み器材の処理と回収方法

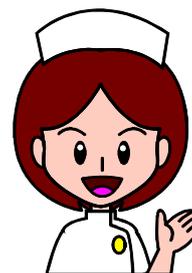
- ①血液などが付着した器具は、乾燥などで固着させないため、蛋白分解剤や血液溶解剤などを吹き付けるか、浸漬させる。
- ②使用済み器具は中央材料室に送るために回収用コンテナに入れる。先端の鋭利な器具（形成外科や耳鼻科のセッシ、クーパーなど）はコンテナのなかで分別する。呼吸回路などは専用の袋に入れる。
- ③中央材料室が周辺環境の汚染拡散に気をつけて、使用済み器材を回収する。

- 3) やむを得ず各臨床現場で滅菌前の一次消毒をする場合には、個人防護具（手袋・マスク・エプロン・ゴーグルなど）を装着する。手袋は、ピンホールがあったり、破損しやすいプラスチック手袋等は適切でなく、しっかりとした長手ゴム手袋等を使用すること。

5-4. リネンの取り扱い

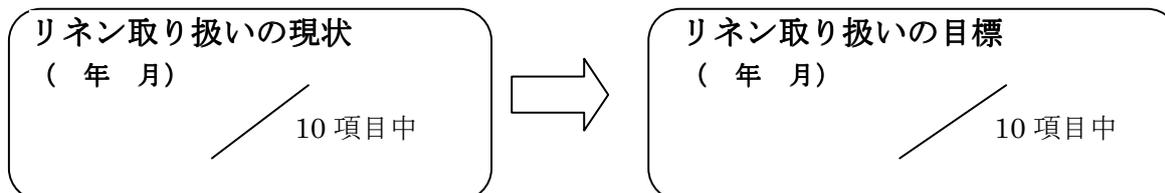
リネンについて

シーツ交換の時、ホコリをたてない
清潔シーツと使用済みシーツは区別する
リネン庫に汚れたシーツを置かない



チェック欄	項目
リネンの取り扱い	
	共用するリネン類（シーツ、ベッドパッドなど）は熱水消毒処理(80℃10分)をして再使用する。
	熱水消毒が利用できない場合には、洗濯前に 250ppm (5%次亜塩素酸ナトリウムなら 200 倍希釈以上) の次亜塩素酸ナトリウムなどで 30℃、5 分以上で浸漬処理をする。
	リネン類が血液、体液、分泌液、排泄物で汚染された場合には、直ちに清潔なリネンに交換している。
	リネン保管庫は、使用前の清潔リネンのみ保管している。
	汚染リネンを収納するランドリー袋の口は閉じている。
感染性リネンの取り扱い:リネン類が血液、体液、分泌液、排泄物で汚染された場合は、感染性リネンとして取り扱う。	
	感染性リネンを処理する場合は、手袋を使用している。
	感染性リネンは専用の袋に入れ、通常のリネンと区別して運搬・保管している。
	感染性リネンの専用袋の口は閉じている。
	感染性リネンの取扱から処理までの過程が明確になっている。
身体清拭用タオル	
	共用する身体清拭用タオルは、使用直前に加湿・加温している。

血液の付着したリネンは、血液を洗い落としてから次亜塩素酸ナトリウム消毒すべきであるが、一次洗浄による汚染の暴露・拡散に十分注意する。この意味においても感染性リネンを水溶性ランドリーバッグ（アクアフィルム等）に密閉し熱水洗濯することは合理的であり、たとえ小型であれ、医療施設用熱水洗濯機の導入を検討すべきである。



5-5. 環境制御

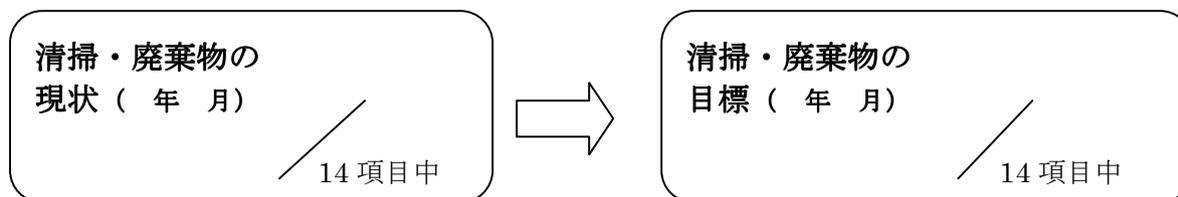
清掃について

患者環境は、常に清潔に維持することが大切！
ホコリをたてない（一緒に菌が飛び散る）



チェック欄	項目	参考※1
清掃方法に関する規定		
	患者環境は質の良い清掃（目に見えるゴミ、汚染、しみ**がないこと。ごみ等に起因する異臭の無いこと。その他)の維持に配慮する。 **：手指消毒薬ディスペンサーからの床のしみは除去困難。	I、NB
	限られたスペースを有効に活用して、清潔と不潔との区別に心がける。	I、NB
日常清掃		
	手の高頻度接触部位は一日一回以上清拭または必要に応じて消毒する。	II、NB
	流しなどの水場の排水口および湿潤部位などは必ず汚染しているものと考え、水の跳ね返りによる汚染に留意する。	I、NB
	蓄尿や尿量測定が不可欠な場合は、汚物室などの湿潤部位の日常的な消毒や衛生管理に配慮する。	I、NB
	浴室・シャワー室は、1日1回、中性洗剤で湯垢が残らないよう洗浄し、乾燥させている。	
	トイレの便器やその周囲は、1日1回以上、中性洗剤を使用して洗浄している。	
	便座・水洗レバー・ドアノブなどの高頻度接触部位は、1日1回以上、清掃している。	
定期清掃		
	床などの水平面は時期を決めた定期清掃をおこない、壁やカーテンなどの垂直面は、汚染が明らかな場合に清掃または洗濯する。	I、NB
その他		
	処置室の清潔操作を行う作業台の表面は、使用前に消毒用エタノールなどで清拭している。	
	1人の患者の処置終了ごとに、環境・衛生管理を行っている。	
	生花や鉢植えの植物は、易感染患者の病室や病棟には置かない。	

廃棄物	
	輸液や注射などを準備する処置台と患者に使用した針や注射器などを捨てる廃棄ボックスは、離れた場所に設置している。
	医療廃棄物は専用容器を使用し、詰め替えをしていない



参考：バイオハザードマークについて

感染性廃棄物とは、医療機関で発生する廃棄物のうち、感染のおそれのある廃棄物（注射針、メス等鋭利なものを含む）を指す。

感染性廃棄物は他の廃棄物と分離して保管、収集、処分することが義務付けられている。

厚生労働省では、感染性廃棄物を入れた容器には、関係者が一目で感染性廃棄物であることを識別できるように「バイオハザードマーク」を添付することを奨励している。

バイオハザードマークは廃棄物の種類によって3種類ある。

バイオハザードマークの色	内容物	梱包方法・容器の材質など
赤色 	血液など液状、泥状のもの	廃液等が漏洩しない密閉容器
黄色 	注射針、メスなど鋭利なもの	対貫通生のある堅牢な容器
橙色 	血液が付着したガーゼなど固形状のもの	丈夫なプラスチック袋を二重にして使用

感染性廃棄物の処理には、適切なマークの付いた専用容器を使用すること。

5-6. 咳エチケット

咳エチケット

—咳エチケット—

- 咳をしている患者に対し、マスクと正しいマスクの着用方法を提供する。
- 咳が出るときには、ティッシュペーパーで、口や鼻を覆う。（手や腕、衣服で覆うことは汚染を広げるため厳禁！）
- 使用したペーパーは、蓋つき廃棄容器に捨てる。
- 擦式アルコール製剤で、すぐに手指衛生を実施する。
- 待合い場所では、患者同士の間隔を1.0m以上あける



5-7. 腰椎穿刺

2004年、CDCは8件のミエログラフィー後の髄膜炎を調査した。全症例の血液や髄液から口腔咽頭細菌叢にみられる連鎖球菌が検出された。腰椎穿刺処置の記録によると、皮膚消毒薬および滅菌手袋は、確実に用いられていた。また、これらの処置で用いられた器具や器材（造影剤など）が汚染源になる可能性もなかった。しかし、医師の誰もがフェイスマスクをしていなかったため、口腔咽頭の細菌叢の飛沫感染がこれらの感染を引き起こしている可能性が高いと判断された。

このような腰椎処置（ミエログラムや腰椎穿刺など）に引き続く細菌性髄膜炎は、過去にも報告されている。今後は、脊髄内または硬膜外にカテーテルを挿入するか、薬剤を注入する人は、外科用マスクを装着することが推奨される。

脊柱管や硬膜下腔にカテーテルを留置したり薬液を注入する場合は外科用マスクを装着する。

6. 感染経路別予防策

標準予防策は感染防止の最も基本的な対策であるが、特異的な感染経路を示す疾患に対して「感染経路別予防策」を追加適応する二段階の感染予防対策が推奨されている（CDC）。疾患と病態に応じた感染経路の遮断を目的としたこれらの感染経路別予防策を標準予防策と組み合わせて実施することが、病院における実際の感染予防策の基本となる。

		標準予防策	感染経路別予防策		
			接触感染予防	飛沫感染予防	空気感染予防
考え方		全ての湿性生体物質は感染の危険がある	感染対策の第一原則は感染経路の遮断である		
対象者		全ての患者	感染性の強い重篤な病態を引き起こす感染症患者		
対象疾患		全ての疾患	疥癬 MRSA などの多剤耐性菌感染症 腸管出血性大腸菌感染症等	インフルエンザ、マイコプラズマ肺炎、百日咳、風疹等	結核、水痘、麻疹等
具体的予防策	手指衛生	体液や生体物質に接触後、手袋を外した後、患者接触の前後に手洗いをする	標準予防策と同じ	標準予防策と同じ	標準予防策と同じ
	手袋	体液や生体物質に触れる時・粘膜や創傷に触れる時に手袋をする使用後、非汚染物質や環境表面に触れる前に手袋を外す	入室時に着用する汚染物に触ったら交換する 部屋を出るときには外し、アルコール系擦式消毒薬で手指消毒する	標準予防策と同じ	標準予防策と同じ
	マスク	体液や生体物質が飛び散って、目や鼻や口を、汚染しそうなとき着用する	標準予防策と同じ	入室時に、サージカルマスクを着用する	入室前に N95 マスクを着用し、退室後にははずす
	エプロン ガウン	衣服が汚染しそうな時着用する（汚れたエプロンはすぐに脱ぎ手指衛生する）	入室時に着用する。	標準予防策と同じ	標準予防策と同じ
	器具	汚染した器具は、皮膚/粘膜/衣服/環境を汚染しないよう注意深く取り扱う	できるだけ専用使用とする 他の患者に使用する前に消毒する	標準予防策と同じ	標準予防策と同じ
	リネン	汚染したリネンは、皮膚/粘膜/衣服/環境を汚染しないように、注意深く運搬・処理する	標準予防策と同じ	標準予防策と同じ	標準予防策と同じ
	患者配置	環境を汚染させる恐れのある患者は個室に入れる、個室が無いときは専門家に相談する	個室管理 コホーティング 1m 以上離す又はパーテーションで仕切る	個室管理 コホーティング 1m 以上離す又はパーテーションで仕切る	個室管理 （陰圧・院外排気・1時間に6又は12回以上の換気）病室のドアは閉めておく
	その他	針刺し事故対策 毎日の清掃	移送は必要時のみに制限 手洗い指導	移送は必要時のみに制限 移送時は患者医療者ともにサージカルマスク着用	移送は必要時のみに制限 移送時患者はサージカルマスク着用、医療者は N95 マスク着用

6-1.接触感染予防策

手や皮膚による直接接触

周辺の汚染された物品などによる間接触により伝播される。

<主な疾患>

腸管出血性大腸菌感染症 疥癬
MRSA 感染症 薬剤耐性緑膿菌感染症
流行性角結膜炎 等

<対 応>

手洗い	手洗いや手指消毒を徹底する。
手 袋	入室時には手袋を着用する。 汚染物に触ったら交換する。 患者周辺から離れる前に外し、アルコール系擦式消毒薬で手指消毒する。
マスク	標準予防策に準ずる。
エプロン	衣服が患者・環境表面・室内物品に接触しそうな時、患者に失禁・下痢・ストーマ・被覆されていない創部がある時、着用する。 患者周辺から離れる前に外し、アルコール系擦式消毒薬で手指消毒する。
器 具	できるだけ専用使用とする。（血圧計・聴診器等） 他の患者に使用する前に消毒する。
リネン	標準予防策に準ずる。
病室管理	個室管理、もしくは専用室管理
その他	感染性を有する時期の患者が室外にでるのは必要時以外制限する 患者が室外に出るときは、排菌部分の被覆に努める 患者退出後の病室は、通常の清掃に加え、日常的に患者の手指が接触する環境表面を清拭消毒

6-2.飛沫感染予防策

微生物を含む飛沫は、短い距離飛ぶので、咳・くしゃみ・会話、そして、飛沫を発生させるケアにより、1m以内にいる人は感染する。

<主な疾患>

インフルエンザ マイコプラズマ肺炎
流行性耳下腺炎 風疹 百日咳 MRSA肺炎 等

<対応>

手洗い	標準予防策に準ずる。
手袋	標準予防策に準ずる。
マスク	患者の 1m 以内で作業する場合にはサージカルマスクを着用する。
エプロン	標準予防策に準ずる。
器具	標準予防策に準ずる。
リネン	標準予防策に準ずる。
病室管理	個室管理、もしくは専用室管理 もしくは他患と 1 m 以上離して配置するか、パーティションで仕切る。 ドアは閉じたままにしないで良い。
その他	感染性を有する時期の患者が室外にでるのは必要時以外制限する。 患者が室外に出るときは、サージカルマスクを着用する。

6-3.空気感染予防策

空気中に菌を含む飛沫核が飛び散り、長時間空中を浮遊し、空気の流れに乗って撒き散らされる。これを吸入して感染する。

<主な疾患>

結核 水痘 麻疹 等

<対応>

手洗い	標準予防策に準ずる。
手袋	標準予防策に準ずる。
マスク	入室時 N95 マスクを着用する。 麻疹・水痘については、免疫のある職員の場合は、サージカルマスクの着用でよい。
エプロン	標準予防策に準ずる。
器具	標準予防策に準ずる。
リネン	標準予防策に準ずる。
病室管理	陰圧個室の設備がある場合は陰圧個室 陰圧個室が無い場合は、院外排気の可能な個室管理 個室で中央換気システムの場合、 HEPA フィルターがついていれば、1時間に少なくとも6回（既存施設）または12回（新築/改築施設）の換気システムとする。 HEPA フィルターがついていなければ、中央換気をOFFにし、個室独自の換気扇を稼働する。 患者退出後の病室は、換気扇を稼働させたまま7時間以上換気させる。 ドアは閉じたままにする。
その他	感染性を有する時期の患者が室外にでるのは必要時以外制限する。 患者が室外に出るときは、サージカルマスクを着用する。

6-4.その他、具体的な手順として明示・実行することが望ましい事項

チェック欄	項目
	アウトブレイクへの対応
	MRSA 検出時の対応
	その他の多剤耐性菌 (PRSP、MDRP、VRE、VRSA、ESBL 産生菌、多剤耐性アシネトバクター等) 検出時の対応
	結核
	麻しん
	インフルエンザ
	新型インフルエンザ
	感染性胃腸炎 (ノロウイルスを含む)
	セラチア菌感染症
	疥癬
職業感染防止対策	
	針刺し切創事故対策 (HBV, HCV, HIV, ATLV, 梅毒)
	結核対策 (職員ツ反・QFT、暴露時の報告・対応 他)
	HB ウイルス感染対策
	インフルエンザ、麻しん、風しん等、予防可能な疾患対策
抗菌薬使用指針・マニュアルの策定	
	抗菌薬使用指針
	抗菌薬使用マニュアル

別冊 資料1等を参考にして下さい。

7. 医療手技別対応策

7-1. 手術部位感染 (SSI)

【はじめに】

手術部位感染 (SSI: Surgical Site Infection) は、手術切開部位の創感染だけでなく、手術操作の加わった深部組織と、臓器・体腔を含む、手術後 30 日以内 (人工物の埋め込みがある場合は 1 年以内) に発生した手術部位の感染であり、①表層切開部位 SSI (皮膚・皮下組織) ②深部切開部位 SSI (筋膜・筋層) ③臓器・体腔 SSI の 3 つに分類される。病原菌のほとんどは患者の皮膚、粘膜、管腔臓器の内因性細菌叢が関連している。

SSI の原因として、耐性菌の出現、患者の高齢化、器具の挿入や、慢性、消耗性、免疫抑制をきたす疾患を背景に持っていることが考えられるため、術前の患者状態、手術準備の方法、手術操作、抗菌薬投与方法など様々な側面からの介入が重要である。

【予防策】

● 手術室医療従事者の健康管理

- ① 手に傷のある医療従事者は管理責任者に申し出る。
- ② 手術室の医療従事者はHBs抗体を獲得していることが望ましい。
- ③ 針刺し、血液曝露時は自施設の血液・体液曝露後マニュアルに従う。

● 手術前

- ① 待機手術で手術部位から離れた部位に感染症がある場合は、感染症の治療後に手術を行う。
- ② 術前の入院期間を短縮し、病院内生息菌 (薬剤耐性菌) の定着を防ぐ。
- ③ 全身麻酔にて手術をおこなう場合には、手術前の血糖値のコントロール、喫煙の禁止、栄養状態の改善、術前シャワー浴の実施などに留意する。
- ④ 術野のカミソリ除毛はおこなわない。硬毛が邪魔な場合には、手術用クリッパーを用いて手術の直前に、必要最小限の範囲を除毛する。
- ⑤ 大腸・直腸手術では浣腸あるいは下剤を利用して、機械的に大腸の処置を行う。
- ⑥ メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) の鼻腔内の定着状況の積極的監視培養は、過大侵襲的手術 (心臓、脳神経外科、人工骨頭、異物挿入、などの手術) の前には推奨されているが、一般的手術の場合には特に実施する必要は

ない。監視培養の結果、MRSA の鼻腔内への定着者に対するムピロシン軟膏による除菌は、すべての手術には推奨されていない（注：内科系においても監視培養については同様である）。

● 予防的抗菌薬投与

予防的抗菌薬投与は、執刀直前に第一～第二世代セフェム系抗菌薬を中心に、単回投与する。手術時間が3時間以上に及ぶ場合には、追加投与する。

● 手術中

- ① 手術室内は廊下その他の区域に対して陽圧を維持する。
- ② 手術室空調は高性能エアフィルタ（必ずしも超高性能（HEPA）フィルタでなくとも良い）を用いた空調が望ましく、手術室のドアは常に閉じておく。
- ③ 手術室への入室者数は必要最小限とし、手術中の部屋の出入りもなるべく少なくする。
- ④ 整形外科的な人工物の植え込み術を行う場合は、HEPA フィルターを介した空気を供給できる手術室で行う方が良い。
- ⑤ 爪は短く切る。
- ⑥ 手洗い後には、擦式消毒用アルコール製剤を追加使用する。
- ⑦ 手術部位周辺の皮膚の汚染は、あらかじめ除去しておく。
- ⑧ 手術部位の皮膚消毒は、同心円を描くように中心から周辺に広範囲に消毒する。
- ⑨ 術野の消毒は、0.5w/v%クロルヘキシジンアルコール、10w/v%ポビドンヨードを使用して広い範囲を消毒し、2～3分経過後に執刀する。
- ⑩ 手術器械は、洗浄後に高圧蒸気滅菌をおこなう。非耐熱性器材は低温滅菌（酸化エチレンガス滅菌、過酸化水素低温ガスプラズマ滅菌）する。
- ⑪ 手術中の手術室もしくは滅菌器械が展開されている部屋に入室する全ての医療従事者は、サージカルマスクと帽子を着用する。
- ⑫ 手術用ガウンや覆布は撥水性のものを使用する。

● 手術後

- ① 手術後の手術室は、水拭き清掃が大切であり、環境消毒は推奨されていない。必要があれば汚染箇所のみ次亜塩素酸ナトリウムを用いて消毒する。
- ② 手術創は、術後48時間は滅菌ドレッシングで覆うが、それ以降は開放創としてかまわない。また、手術創の消毒は必要ない。
- ③ ドレッシング材の交換を行う場合や手術部位に接触する場合には、処置の前後に手指消毒を行い清潔な（未滅菌で良い）手袋を使用する。

- ④ 毎日、創部を観察し、感染の早期発見に努める。
- ⑤ ドレーンの閉鎖性を維持し、不要なドレーンの使用は避ける。
- ⑥ 手術部位感染サーベイランスを実施して、感染率の低下につとめる。

7-2. カテーテル関連血流感染(CR-BSI)

【はじめに】

血管内留置カテーテルは現代の医療においてなくてはならないものである。しかし、このようなカテーテルは必要な血管アクセスを提供する一方、その使用によって患者を局所的かつ全身的な感染合併症の危険下にさらすことになる。特に中心静脈カテーテルでは、感染性合併症による病的状態や死亡を引き起こす可能性の程度は決して少なくない。このため、血管内留置カテーテル関連血流感染(CR-BSI:Catheter-Related Blood Stream Infection)の発生を減少させる戦略は、実行されなければならないと考えられてきている。

【感染経路】

- 挿入部の汚染（皮膚細菌叢）
 - 不適切な挿入手技（挿入部の消毒・挿入操作方法・ガウンテクニック）
 - 不適切な挿入部位管理（消毒方法・ドレッシング・固定方法）
- 接続部の汚染
 - 不適切なルート管理（交換時期・方法）
 - 汚染薬液
 - 不適切な輸液作成
 - 不適切な交換時期
 - 医療者の手と消毒液の汚染

【中心静脈カテーテル感染予防策】

中心静脈カテーテルの挿入・介助、ドレッシングの交換、挿入部位の触診、輸液・薬剤の調整、輸液の投与、側注の際には、手指衛生を励行し、無菌テクニックにて行う。

- 挿入時
 - ① 高カロリー輸液を調製する作業台は、アルコールなどの消毒薬によって清拭消毒する。
 - ② 中心静脈カテーテル以外の代替方法がないかどうかアセスメントする。
 - ③ 中心静脈カテーテルの内腔数は、必要最小限のカテーテルを選択する。
 - ④ 挿入部位は、患者の状態や治療に支障がなければ、大腿静脈・内頸静脈より感染リスクの少ない鎖骨下静脈を選択する。
 - ⑤ 挿入時は、高度バリアプレコーション（滅菌手袋・マスク・キャップ・滅菌ガウン・全身を覆う覆布）を行う。
 - ⑥ 挿入部は、穿刺に先だってカミソリ剃毛しない。体毛が多く除毛が必要

な場合は、除毛クリームか医療用（電気）クリッパーを使用する。

- ⑦ 挿入時の消毒は、0.5%を超える濃度のクロルヘキシジンアルコールが推奨されている。クロルヘキシジンが禁忌の場合は、10%ポピドンヨードまたは70%アルコールを使用する。ポピドンヨードを使用する場合は、最低でも2分以上皮膚に残留させ、乾燥させる。
- ⑧ 中心静脈カテーテル挿入のための方法として、ルチーンにカットダウン処置を行わない。
- ⑨ 中心静脈カテーテル挿入に伴う抗菌薬の予防投与は行わない。

● 日常管理

- ① 中心静脈カテーテルの挿入部は、発赤・圧痛・汚染・ドレッシングの剥がれなどを毎日観察する。
- ② 皮膚刺入部のドレッシングは透明フィルムが望ましく、1週間に一回の交換でよい。滅菌ガーゼの場合は、2日に一回は交換しなければならない。
- ③ 挿入部の消毒は、0.5%を超える濃度のクロルヘキシジンアルコールが推奨されている。クロルヘキシジンが禁忌の場合は、10%ポピドンヨードまたは70%アルコールを使用する。ポピドンヨードを使用する場合は、最低でも2分以上皮膚に残留させ、乾燥させる。
- ④ 挿入部には、抗菌薬含有軟膏やポピドンヨードゲルを使用しない。
- ⑤ 感染対策を目的として、中心静脈カテーテルを定期的に入れ換える必要はない。
- ⑥ 中心静脈カテーテルに関連した血流感染が疑われる時は、カテーテル交換にガイドワイヤを使用しない。

● 輸液ラインの管理

- ① 輸液ラインは、クローズドシステムが望ましく、三方活栓の使用は控えるのが望ましい。
- ② インラインフィルターは、感染対策目的で使用しない。
- ③ 輸液ラインは、96時間ごとより頻繁に交換しない。ただし、少なくとも7日ごとに交換する。
- ④ 血液・血液製剤・脂肪乳剤の投与に使用した輸液ラインは、投与開始後24時間以内に交換する。
- ⑤ プロポフォール（ディプリバン）の投与に使用した輸液ラインは、6～12時間毎または製造元の推奨通りに交換する。
- ⑥ 輸液ラインとカテーテルの接続部の消毒には、消毒用アルコールを使用する。
- ⑦ 三方活栓から側注する場合の活栓口の消毒には、消毒用アルコールを使用する。

- ⑧ シャワー浴や洗髪など水に濡れる処置をする場合には、カテーテルや輸液ラインなど接続器材を不透過のカバーで覆い、水に濡れないようにする。

●輸液の作成と投与

- ① 輸液・薬剤の調剤は、可能な限り薬剤師の管理下にて無菌環境下で行う。
- ② 輸液・薬剤の調剤を薬局以外で行う場合は、調剤場所は専用スペースとし、作業台は調剤前に消毒用エタノールで消毒する。
- ③ 輸液・薬剤の調剤は、マスクを着用し、手指衛生を行った後に必要に応じて清潔な手袋を着用する。
- ④ 輸液・薬剤は、作り置きしない。調剤は、使用直前に行う。
- ⑤ 調剤した輸液・薬剤の保管が必要となった場合には、冷蔵庫で清潔に保管する。※
- ⑥ 室温保存の高カロリー輸液製剤は、調剤時間を含め 28 時間以内に投与を完了させる。
- ⑦ 脂肪を含んだ輸液は、24 時間以内に投与を完了させる。
- ⑧ 脂肪乳剤単独の輸液は、12 時間以内に投与を完了させる。
- ⑨ 血液・血液製剤は、4 時間以内に投与を完了させる。
- ⑩ 薬剤は、可能な限り単回使用バイアルを用いる。
- ⑪ マルチバイアルを用いる場合は、開封後、冷蔵庫で清潔に保管し、滅菌が保たれなければ廃棄する。
- ⑫ マルチバイアルのアクセス面は、消毒用アルコールで消毒してからアクセスする。

※ クラス 100 環境のクリーンベンチで薬剤師により適切に調剤されたものは、温度管理された冷蔵庫内で、7 日以内保存され、投与開始からから 24 時間以内にすべて投与される。（日本病院薬剤師会「注射薬調合ガイドライン」2004）

【末梢静脈カテーテル感染予防策】

- 末梢血管内カテーテルの挿入、ドレッシングの交換の際には、清潔な手袋を装着する。
- 末梢静脈カテーテルは、静脈炎予防のためには、可能な限り細径のカテーテルを選択する。
- 挿入部位は、下肢よりも上肢を選択する。
- 末梢静脈カテーテルの留置期間は、静脈炎のリスクを減らすためには、9 6 時間以上にならないようにする。末梢静脈カテーテルを 7 2 時間以上留置すると血栓性静脈炎や細菌定着が増加することを念頭に置いて、定

期的な観察を行い、静脈炎の徴候が認められれば速やかにカテーテルを抜去する。

- 末梢静脈カテーテルの輸液ラインは、カテーテル入れ替え時に交換する。
- 末梢静脈カテーテルのドレッシングは、滅菌のドレッシングで被覆し、カテーテル入れ替え時に交換する。

【血液透析バスキュラアクセス用カテーテル感染予防策】

- 挿入部位は、静脈狭窄を避けるために、鎖骨下静脈よりも頸静脈または大腿静脈を選択する。
- カテーテルの材質に影響がなければ、カテーテル挿入部にポピドンヨードゲルを使用する。

【その他の項目】

● 血流感染が疑われる場合

- 血管内カテーテル関連血流感染が疑われる場合は、血液培養を行う。
- 他に感染源が考えられない場合は、カテーテルを抜去する。
- カテーテル抜去時には、血液培養とともにカテーテルの先端培養を行う。
- 真菌が原因である場合には、真菌性眼内炎に留意して眼科的診察を行う。

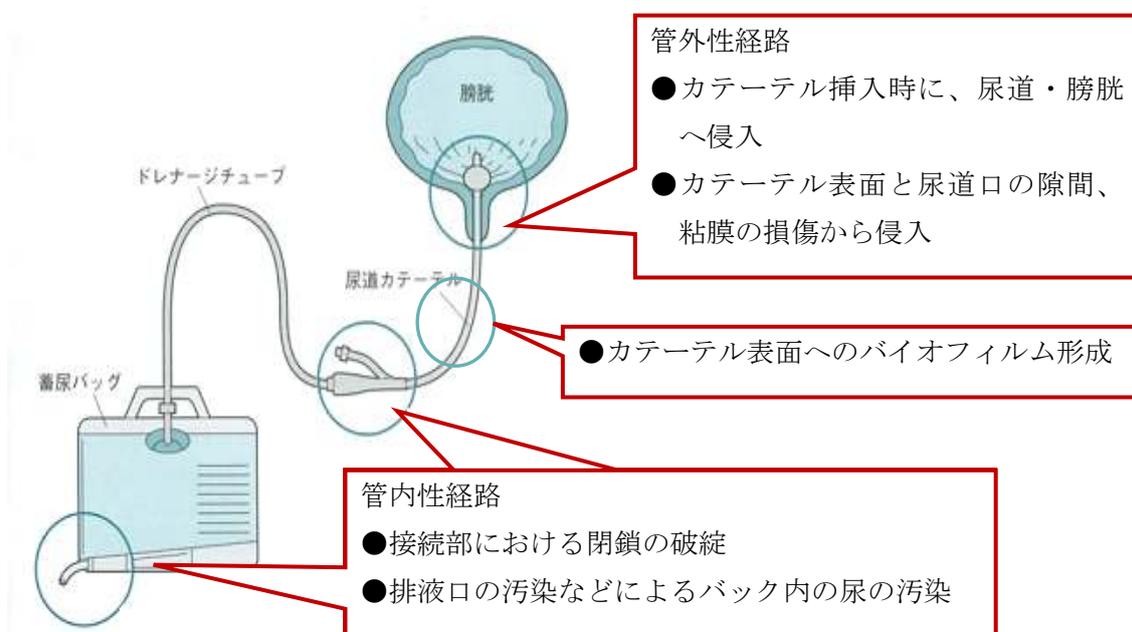
7-3. 尿道カテーテル関連尿路感染(CA-UTI)

【はじめに】

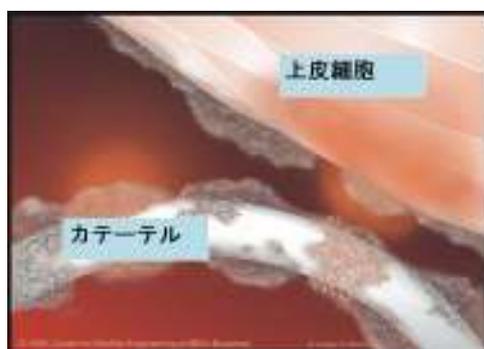
尿路感染症は病院感染の中で最も多く、約 40%を占め、その 80%が CAUTI である。また、尿道カテーテル関連尿路感染 (CAUTI : Catheter-associated urinary tract infections) は、症状を伴ういわゆる感染症を起こしている場合と、症状を伴わない「細菌尿」とに区別されることが多い。

CAUTI 患者の多くは無症状のまま経過し、カテーテルを抜去すれば自然に治癒するが、菌血症を合併した場合、その後の経過は重症化しやすい。カテーテル管理を適切に行うことで、CAUTI が減少するとされている。

感染経路を図で表すと以下のようになる。



CAUTI の感染経路 (図 1) ステップアップ院内感染防止ガイドより一部改変



バイオフィームとは…
微生物が排泄する粘液物質で囲まれた微生物の集合体。このゲル状の集合体が細菌叢を覆い隠す鎧となり、抗菌薬や消毒薬に対する強力な抵抗性を示す。

図 2 ©1999, Center for Biofilm Engineering at MSU-Bozeman より

【予防策】

● 尿道カテーテル使用の適応

- ① 急性の尿閉や下部尿路閉塞のある患者：前立腺肥大症、尿道狭窄など
- ② 尿量の正確な測定を必要とする重篤患者
- ③ 特定の手術処置における周手術期の使用
 - ・泌尿器科又は泌尿生殖器の隣接組織の手術、長時間の手術や術中の大量輸液や利尿剤投与が予想される場合、術中の尿量モニタリングが必要な場合
- ④ 失禁患者において仙骨または会陰の開放創の治癒を促進するため
- ⑤ 長期間の固定を要する患者（胸椎または腰椎が安定していない場合、骨盤骨折など）
- ⑥ 終末期ケアにおける快適さを必要に応じて改善するため

■ 尿道カテーテルの不適切な使用例

- ① 失禁のある患者の看護ケアの代替として
- ② 排尿できる患者の尿培養や他の診断検査のための採尿手段として
- ③ カテーテル使用の適応から外れた術後長期間の留置
- ④ 硬膜外麻酔／無痛法を受ける患者に対する日常的な使用

■ 留置中のアセスメント

- ① 尿路感染症の兆候（発熱、恥骨上部の圧痛、混濁尿）を観察する
- ② 失禁ケアや自然排尿に切り替えることの可能性を探る
- ③ 間歇導尿の実施等を考慮する

● 適切な尿道カテーテルの選択

- ① 流量が確保できる程度で可能な限り細いサイズを選択する。
- ② 根拠なく定期的なカテーテルの交換はしない。

● 尿道カテーテルの挿入時の無菌操作

- ① カテーテル挿入は適切な挿入方法、清潔操作を実践できる医療従事者が行う。

トレイ内容（図3）

- ① 一体化されたカテーテルとバッグ
- ② ガーゼ
- ③ 滅菌手袋（カテーテル挿入用）
- ④ 水溶性潤滑剤
- ⑤ ポビドンヨード剤
- ⑥ 防水シーツ
- ⑦ 滅菌精製水入りシリンジ
- ⑧ 鑷子（消毒用）
- ⑨ 綿球

閉鎖式導尿システムの使用例



3-7-9 図3 写真で教えよう。感染対策の手技より転載

●尿道カテーテルの管理

■尿の流れを妨げない、逆流を防止する

- ① カテーテルの圧迫や屈曲に注意する。抜去前に膀胱訓練はしない。
- ② 尿流が停滞しないように、バックやランニングチューブは常に膀胱より低い位置に置く。
- ③ ストレッチャーや車いすで移動する際は、膀胱より高い位置にならないように固定する。
- ④ 腹の上には乗せない。

■逆行性の感染予防

- ① 定期的にバックを空にする。
- ② ベッドに固定するときは、バックが床に触れないようにする。
- ③ 床にバックを置かない。

●尿道カテーテル閉鎖の維持

- ① 尿の検体は、サンプルポートをアルコール綿で消毒し、滅菌シリンジを使用して採取する。（図4）
- ② カテーテルとランニングチューブは常に接続しておく
- ③ シャワーや入浴時もカテーテルとランニングチューブは外さない。バックを空にし、濡れないように袋に入れる。
- ④ 不要な膀胱洗浄は行わない。

サンプルポート



図4 写真で教えよう。

感染対策の手技より

<膀胱洗浄の適応>

- ・前立腺や膀胱の手術後の凝血塊や切除片による閉塞の可能性があるときは、3WAYカテーテルなどを使用し、閉鎖式持続膀胱洗浄を行う。
- ・尿混濁や浮遊物が確認された時や閉塞時は、カテーテルの交換を行う。

●カテーテル挿入部のケア

- ① 挿入部のケアや消毒はCAUTIの予防効果を示してはいない。毎日または必要に応じて、石けんと流水で陰部洗浄をすることは、清潔を保ち（陰部や肛門に定着している細菌の侵入を防ぐ）、患者が爽快感を得ることができるので必要である。
- ② 陰部洗浄時に、カテーテルを強く引っ張ったり、外陰部を強くこすったりすると粘膜を傷つけ、尿路感染のリスクとなる可能性があるので注意する。

● 交叉感染の予防：尿回収時の注意

- バック内には、薬剤耐性菌を含め非常に多様で高濃度の微生物が存在するため、尿を回収（廃棄）するときは、交叉感染リスクが高いので注意を要する。
- 尿を回収するときは、標準予防策（エプロン、ディスポ手袋を着用し、一連の処置終了後は速やかに廃棄して手指衛生）を実施する。（図5）
- 尿回収容器は、患者毎に清潔な容器（洗浄・消毒済みのもの）を使用し、バックの排出口に触れないようにする。（図6）（代替方法：回収容器にビニール袋を入れ、上部を容器外に折り返す）



図5 写真で教えよう。感染対策の手技より転載



図6 写真で教えよう。感染対策の手技より転載

7-4. 人工呼吸器関連肺炎(VAP)

【はじめに】

人工呼吸器関連肺炎 (Ventilator-associated Pneumonia) は、人工呼吸器を装着後 48 時間以上経過し新たに発生した肺炎である。原因として、口腔や鼻咽頭、胃に定着した細菌の誤嚥や汚染された呼吸器からの汚染エアロゾルの吸入、医療従事者の汚染された手を介した感染などがある。

【予防策】

● 気管内挿管の部位の選択

経鼻挿管は副鼻腔炎を起こしやすく、副鼻腔炎は定着する微生物を増加させるため、医学的に禁忌でなければ、経鼻挿管より経口挿管が望ましい。

● 人工呼吸器回路の管理

- ① 人工呼吸器の本体を滅菌・消毒する必要はない。
- ② ただし、VAP の原因であることが疑われる時は、ただちに呼吸器内部の回路を含めて、本体表面の細菌検査をし、滅菌・消毒を行う。
- ③ 人工呼吸器回路は再利用してもよいが、その場合は滅菌または熱水による高水準消毒をする。
- ④ 呼吸器回路を、使用期限を根拠として定期的に交換しない。
- ⑤ 人工呼吸器に関連した Disposable 製品の再利用は行わない。
- ⑥ 回路内の結露は、気道内の細菌によって汚染されている。患者側へ流入しないよう、定期的に廃棄する。この際、手袋を装着する。また手袋を外した後は手指衛生を行う。
- ⑦ ウォータートラップは、常に患者より低い位置で固定する。

● 誤嚥の予防

- ① 上体を 30～45 度挙上した体位で人工呼吸管理を行う。
- ② カフ圧を適正に管理し、カフの上部から下気道への分泌物の流入や、逆流した胃液などの逆流を予防する。カフはエア量ではなく、圧で管理する。

(※参照)

※気管支粘膜の血流圧とカフ圧

気道支粘膜の血流圧	25～35 mmHg
適正なカフ圧	15～20 mmHg

- ③ カフ上部の貯留物を吸引するための側孔付きの気管内チューブを使用する。
 - ④ 定期的に口腔内清拭を行う。
- ストレス潰瘍予防薬について

- ① ストレス潰瘍の危険性の少ない患者に対して H2 ブロッカー（ガスター・タガメット・ザンタック）を投与しない。
 - ② ストレス潰瘍の危険性の高い患者には、スクラルファート（アルサルミンなど）などの胃の PH を上げない薬剤を使用する方が良い。
 - ③ 明らかな上部消化管出血が存在する患者やストレス潰瘍の危険が極めて高い患者では、H2 ブロッカーを投与する。
- 気管内吸引
 - ① ディスポーザブルの吸引チューブは 1 回ごと使い捨てにした方が良い。
 - ② 閉鎖式吸引システムを使用しても良い。
 - ③ 気管内吸引操作は清潔操作とし、必要最小限に留める。
 - ④ 吸引のチューブの洗浄には滅菌水を用いる。
 - 加湿について
 - ① 加温加湿には滅菌水を使用し給水は閉鎖を用いる。
 - ② 成人症例では、加温加湿器に比べて、肺炎の合併率が低いため人工鼻を使用する。
 - ③ 人工鼻は、メーカーの推奨に従って交換を行う。
 - ④ 小児に対する人工鼻の使用は有効性が不明のため使用しない方が良い。
 - ネブライザーについて
 - ① ネブライザー療法には滅菌水のみを使用する。
 - ② 吸入薬剤は無菌的に混合する。

【参考文献】

国立大学病院感染対策協議会病院感染対策ガイドライン

8, 外 来 で の 対 応 に つ い て

【 外来の特殊性 】

外来は、様々な感染症に罹患している患者が受診する。多くの患者は、症状が出現してから受診するため、外来や検査室の待合などで飛沫や空気、稀に接触などにより感染源となる可能性がある。そのため、外来における標準予防策に基づく感染防止策と患者教育、感染経路別予防策を遵守した優先診療（Triage）が重要となる。



【 外来の感染防止策 】

● 医療従事者

- ① 手洗いを始めとする標準予防策の徹底を図る。
- ② 疑われる感染症の潜伏期、感染期間、感染経路についての正しい知識をもつ。
- ③ 疑われる感染症に対しての感染経路別予防策を実施する。

● 患者への指導

- ① 咳エチケットを促す。
- ② 咳をしている人や、発疹・眼の充血のある人には近づかない。
- ③ 帰宅後の手洗いとうがいの励行。

● 感染症と診断された患者家族への説明と指導

- ① 2次感染予防のため、各感染症の感染経路別予防策について説明する。
- ② 家族からワクチン接種や免疫グロブリン投与の希望時は相談に対応する。
- ③ 結核の場合は、患者が排菌していれば後日もよりの保健所から健診の知らせが届くことを説明する。
- ④ 小児科の場合は、予防接種の状況や小児特有のウイルス性感染症の既往歴の確認を行う。

【 外来での優先診療(Triage)】

- ① 感染症患者の受診が予測される外来に、各該当疾患のポスターの掲示を行い症状のある患者には、最初に申し出てもらう。
- ② 特に初診、予約なく受診する患者には、受付窓口で受診目的を確認し、感染症の疑いの有無を判断する。
- ③ 咳、発熱、発疹、水泡、眼の充血など感染症が疑われる症状がある患者には、受診目的を確認し、感染症の疑いの有無を判断する。

【 優先診療の方法 】

- ① 感染症が疑われる患者の受診連絡を事前に受けている場合は外来トリアージ室を使用するか、他の患者がいない、または少ない時間帯に受診してもらう。
- ② 診療時は、標準予防策・感染経路別予防策を遵守する。
- ③ 飛沫や空気感染症の疑いがある場合は、患者にマスクを着用してもらい診療や検査、レントゲン撮影などを行う。
- ④ 早期に診療し、帰宅できるよう優先診療の調整をする。
- ⑤ 院外処方薬局で、処方を受け取る場合は、家族がいる場合は、家族に依頼する。患者のみの場合は、患者にマスクの着用をし、薬を取りに行くよう指導する。
- ⑥ 退室後は、有効な消毒薬を用い、環境清掃を行う。
- ⑦ 空気感染疾患患者が使用した部屋は、退室後可能な限り換気を行う。

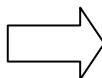
9. 職員の感染予防(針刺し切創事故対応)

チェック欄	項目	参考※1
事故防止		
	針刺し防止のためリキャップを原則的には禁止する。	I、NB
	リキャップしなければならない場合は、安全な方法（すくいあげ法など）を採用する。	I、NB
	試験管などの採血用容器その他を手に持ったまま、血液などの入った針付き注射器を操作しない。	I、NB
	使用済み注射器（針付きのまま）その他、鋭利な器具専用の安全廃棄容器を用意する。	I、NB
	ワクチン接種によって職業感染予防が可能な疾患に対しては、医療従事者が当該ワクチンを接種する体制を確立する。	I、NB
	事故防止のため安全装置付き器材の導入を考慮する。	II、NB
	感染経路別予防策に即した個人用防護具（PPE）を着用する。	I、NB
	結核などの空気予防策が必要な患者に接する場合には、N95以上の微粒子用マスクを着用する。	I、NB
	針や鋭利な器材は、貫通しない感染性医療廃棄物専用容器に廃棄している。	
	耐貫通性廃棄容器は、内容物が8割程度で新しいものと交換している。	
事故後の対応		
	針刺し切創事故発生時の対応について、マニュアルに具体的に明記している。	
	針刺し切創事故発生時に、患者の感染症データが不足している場合は、十分な説明と同意の上で患者の血液検査をするように努めている。	
	針刺し切創事故対応の報告システムを整備している。	
	針刺し切創事故発生時に、迅速に抗体検査ができる体制を整備している。	
	針刺し切創事故発生時の必要な内服薬の配備、対応可能な病院との連携など、治療体制を整備している。	

針刺し切創事故対応の現状

(年 月)

15 項目中



針刺し切創事故対応の目標

(年 月)

15 項目中

針刺し切創事故発生時の対処法

針刺しが発生した場合には適切な対応とともに、フォローアップがきわめて重要となる。そのため、平常時から報告システムを整備し、いざという場合に迅速に対応できるようにしておくことが必要である。

針刺し切創事故は、厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業におけるエイズ拠点病院針刺し・切創事故調査によれば、1年間に100病床あたり4件発生したと報告されている。同調査による肝炎等の発症率はC型肝炎で0.36%とされている以外は不明であるが、一般にB型肝炎で約30%、C型肝炎で約3%、HIVで0.3%と言われている。

CDCの報告ではB型肝炎で感染源患者がHbsAg(+)/HbeAg(-)では23~37% HbsAg(+)/HbeAg(+)では37~62%、C型肝炎で1.8(0~7)%、HIVで0.3(0.2~0.5)%とされている。(CDC MMWR June29,2001/Vol.50/No. RR-11)

針刺し切創による感染が起こる可能性がある疾患としては、上記以外には梅毒、マラリア、各種ウイルス性出血熱等がある。HTLVについては、ウイルスキャリアーは全国で約100万人と言われているが、沖縄、鹿児島、宮崎、長崎各県のキャリア率は約5%と、世界的にみても最も多いなど、地域により偏りがあり、西日本地域は多いとされている。そのため、各医療機関の判断で曝露事故後の検査項目に組み入れる必要があると思われるが、梅毒、HTLV抗体陽性血液曝露による感染伝播の可能性は極めて低いと考えられている。

● 事故直後の一般的処置

- 受傷後直ちに流水中で十分洗い流す。目などの粘膜暴露時は水または生理食塩水で洗い流す。
- 速やかに責任者へ報告する。
- 感染源患者の病名、ウイルスマーカーなどを調べる。
- 受傷者本人の血中ウイルスマーカーなどを針刺し直後に採血し調べる。

● B型肝炎ウイルス

HBs抗体陽性の受傷者は、念のために経過観察をし、HBs抗体陰性者あるいは低抗体価〔10 mIU/ml未満〕の受傷者は、次の予防措置をする。

【予防措置 (PEP : Post-exposure Prophylaxis)】

- ① 事故発生後48時間以内に高力価の免疫グロブリン製剤、HBIG 1,000単位を投与(静注用または筋注用)
- ② 汚染血液がHBe抗原陽性の場合、HB肝炎ワクチンの追加接種
(HBs抗体が陰性の時は、事故発生後1週間以内、1ヶ月後、6ヶ月後の3回接種)
- ③ 処置後の定期検査は1ヶ月に1度とし、1年間は経過観察する。

(職業感染制御研究会ホームページ <http://jrigoicp.umin.ac.jp/>)

侵入したウイルス量が多い場合、低抗体価のヒトでは直ぐには防御しきれないとの考えがあるので、B型肝炎ウイルスの感染が認められた場合には、HBIG の速やかな投与を勧める。汚染血が HBe 抗原陽性の場合には、ウイルス量が多いので、HB ワクチンの追加接種を勧める。

● C型肝炎ウイルス

受傷者の HCV 抗体、肝機能検査を行う。受傷後半年は、定期的な血液検査を継続し、C型肝炎ウイルスの核酸 RNA 検査が陽性であることが確認されたら、抗ウイルス療法（インターフェロン等）を適用する。PEP としてのインターフェロン療法はその有効性がみとめられていない。

● HIV

抗体検査を、直後、6 週間後・12 週間後・6 ヶ月後、HIV・HCV 両方陽性の血液に暴露し HCV 陽転した場合には、1 年後にも行う。専門医を受診すること。

HIV 陽性血による針刺し事故での感染率は 0.3% で、粘膜曝露では 0.09% と推定されている。創傷のある皮膚への血液付着での感染率は粘膜曝露よりも更に低いことが予想されている。HIV の感染には多量の血液が関与する必要があり、血液が肉眼的に確認できる程度の多量の曝露、患者の血管内に留置されていた器材による刺創、深く刺さった針などで感染の頻度が高くなっている。またエイズ末期の患者血液中には大量のウイルスが含まれていて、感染の頻度は増加する。

【抗 HIV 薬の予防投与（PEP）】

薬剤は基本レジメンとして核酸系逆転写酵素阻害剤の 2 種類併用を考慮する。

※ 患者の抗 HIV 薬に対する耐性や予想される副作用などを考慮し、専門医からのアドバイスを受けた上で本人が自己決定する。妊婦に対する安全性は不明である。服薬は可及的速やかに（理想的には 2 時間以内に）開始し、4 週間継続する。

参考：報告システムについては、エピネット（EPINet）等を参考にすること。
（職業感染制御研究会 <http://jrigoicp.umin.ac.jp/index.htm>）

10, 洗 浄・消 毒・滅 菌

感染リスクに応じた
適切な消毒を！



患者に使用した器材の処理方法

患者に使用した器材の処理は、感染症の有無によって方法を変更するのではなく、どのように使用されるのか、また使用時に患者が受ける感染のリスクはどうかを考え処理方法を選択する。

Spaulding の分類と必要な消毒の水準

Spaulding の分類は、医療器材を使用時における感染のリスクの程度に応じて3つにカテゴリー化し、適切な処理方法を提示している。

分類	定義	感染のリスク	処置	対象器具
Critical (クリティカル器具)	通常無菌の組織や血管に挿入されるもの	微生物(芽胞を含む)に汚染された場合、感染するリスクは高い	滅菌 ・滅菌されたものを購入 ・オートクレーブ ・エチレンオキシドガス滅菌(37~60°C・2~4時間) ・化学的滅菌(グルタール 3~6時間、過酢酸 10分以上)	手術器具 心臓カテーテル 尿路カテーテル など
Semicritical (セミクリティカル器具)	損傷のない粘膜および創のある皮膚に接触するもの	粘膜は芽胞に対しバリアとして働くが、その他の微生物については侵入口となる	高水準消毒/(中水準消毒) ・化学的殺菌剤を使った高度消毒(グルタール 30分~1時間、過酢酸 5分以上) ・ウォッシャーディスインフェクタを使った熱水消毒(80°C 10分) ・中水準消毒(ポピドンヨード、次亜塩素酸ナトリウム、アルコール)	呼吸器治療器具 麻酔器具 内視鏡、喉頭鏡 気管内チューブ 胃、腸内チューブ 尿路カテーテルなど
Noncritical (ノンクリティカル器具)	損傷のない皮膚と接触する器具	損傷のない皮膚はほとんどの微生物に対し、バリアとして働く	洗浄/(低水準消毒) ・損傷のない皮膚とのみ接触する器具類は洗浄のみで充分 ・低水準消毒(塩化ベンザルコニウム、グルクロン酸クロルヘキシジン)	ベッドマット・シーツ、血圧計のマンシエット、松葉杖、食器類、家具類

「INFECTION CONTROL 現場から生まれた感染対策実用ガイド メディカ出版」を一部改変

消毒とは

消毒とは、対象から細菌芽胞を除く全て、または多数の病原性微生物を除去する方法で、必ずしも微生物を全て殺滅するものではない。

消毒の分類

	CDC ガイドラインによる定義	薬剤
滅菌	器具表面におけるすべての微生物（多量の芽胞を含める）を死滅させる。	エチレンオキシドガス(2～4 時間) 過酢酸(10 分以上) (アセサイド6%消毒液など) グルタラール(3～6 時間) (ステリスコープなど)
高水準消毒	多量の芽胞を除いた、全ての微生物を死滅させる。	過酢酸(5 分以上) グルタラール(30 分～1 時間) フタラール(ディスオーバなど)
中水準消毒	結核菌など、他のすべての栄養型細菌とすべての真菌および多くのウイルスを死滅させる。	ポピドンヨード(イソジン、ネオヨジンなど) 次亜塩素酸ナトリウム(ミルトン、ピューラックスなど) アルコール製剤(消毒用エタノールなど)
低水準消毒	栄養型細菌、ある種のウイルス、ある種の真菌を死滅させる。結核菌は死滅させない。	グルコン酸クロルヘキシジン(ヒビテン、マスキンなど) 塩化ベンザルコニウム(オスバン、ザルコニンなど) 両性界面活性剤(テゴ-51など)

消毒薬の抗菌スペクトル

「抗菌スペクトル」とは、消毒薬が抗菌効果を示す範囲のことをいう。微生物ごとに適した消毒薬を使用する。

			滅菌	高水準消毒	中水準消毒	低水準消毒
細菌	グラム陽性菌	一般細菌	○	○	○	○
		MRSA	○	○	○	○
		芽胞	○	△	×	×
	グラム陰性菌	一般細菌	○	○	○	○
		緑膿菌	○	○	○	○
		結核菌	○	○	○	×
真菌			○	○	○	△
ウイルス	HBV		○	○	△	×
	HIV		○	○	○	×
	エンベロープをもつウイルス		○	○	○	△
	エンベロープをもたないウイルス		○	○	△	×

熱消毒では、121℃20-40 分（オートクレーブ）は滅菌、煮沸 100℃2-5 分は中水準消毒、熱湯 80℃2-5 分は低水準消毒に相当する。

● 消毒時の注意点

- ① 消毒をする前に洗浄を行うことによって、器材に付着した微生物の数を極端に減らすことができる。
- ② 器材に汚れがあると消毒効果を発揮することができない。**必ず洗浄をして汚れを取り除いてから消毒を行う。**
- ③ 消毒薬の不活性化を防ぐため蓋つきの容器に消毒薬を作成し、1日1回交換する。
- ④ 器材を消毒するときは、**消毒液の濃度・時間・温度**を必ず守る。
- ⑤ **消毒中は他の器材を入れないようにする。**
- ⑥ **消毒液に器材を完全に浸漬させる。**
- ⑦ 器材を洗浄する時は、血液や体液、消毒液の曝露から自分を守るために**个人防护具（ゴーグル・マスク・ガウン(またはエプロン)・手袋)**を必ず着用する。
- ⑧ 消毒液が残留したまま使用すると、人体に悪影響を及ぼす。消毒後は、器材をよく洗浄し十分乾燥させることが重要である。

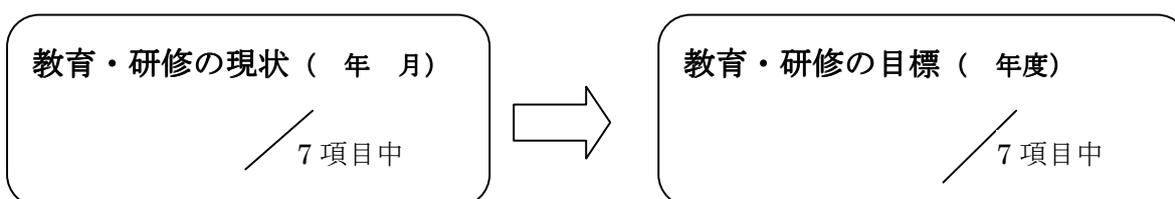
● 消毒薬の希釈方法

- ① 消毒薬を希釈する場合は、専用のメスシリンダーや計量カップを使用する。
- ② 一般的に、(A)%の消毒薬を希釈して(B)%の消毒薬を(Y)ml 作る時に必要とする原液量(X)ml を求める計算式は、
$$(X) \times (A) / 100 = (Y) \times (B) / 100$$
より $(X) = (Y) \times (B) / (A)$
例) 6% (A)の次亜塩素酸ナトリウムを希釈して0.01% (B)の溶液を1000ml (Y)作る時の希釈方法
 $(X) = 1000 \text{ml} (Y) \times 0.01\% (B) / 6\% (A)$
 $(X) = \text{約} 1.7 \text{ml}$ より、
「原液1.7ml (約2ml) に水998.3ml (約1000ml) 加える」となる。

11, 教育・研修

院内感染対策マニュアルが遵守されているかを検証する
 感染症対策の新しい情報を手に入れるためにも、全職員が教育・研修を
 積んでいくことが重要！

チェック欄	項目	参考※1
教育・研修について		
	就職時の初期研修は、ICT メンバーあるいはそれにかわる十分な実務経験を有する指導者が適切におこなう。	I、NB
	施設外研修を、適宜施設内研修に代えることも可。	I、NB
	継続的研修は、年2回程度開催することが望ましい。また、必要に応じて、臨時の研修をおこなう。これらは、当該施設の実情に即した内容で、職種横断的に開催する。	I、NB
	個別研修（指導）あるいは個別の現場介入を、可能な形でおこなう。	II
	これらの諸研修の開催結果、あるいは、施設外研修の参加実績を、記録保存する。	II、NB
	施設管理者は、院内感染対策を行う職員に体系的な教育と訓練を受ける機会を与える。	
	委託している業者に対して、感染制御に関連する重要な基本知識に関する、スタッフへの教育・訓練歴などを確認する。	



12, チェックリスト

本マニュアルを用いて、各々の医療機関の状況に即したマニュアルの作成を行っていくにあたり、チェックしておきたい項目を一覧にまとめた。

項目は、感染対策マニュアル内に掲載したチェック項目一覧には、中小病院/診療所を対象にした医療関連感染制御策指針ガイドライン2009を参照としている。

推奨基準 I：各施設共、可能な限り採用すべき感染制御策

II：各施設の条件を考慮して、できれば採用すべき感染制御策

NB：無床診療所でI、IIの基準に従って採用すべき感染制御策

チェック欄	項目	推奨基準
感染制御の組織化		
	感染対策委員会は、各専門職代表を構成員として組織する。1ヶ月に1回程度の定期的会議を持つこと。緊急時は必要に応じて臨時会議を開催する。	I
	各診療科同様、院長直属のチームとし、感染制御に関する権限を委譲されると共に責任を持つことが望ましい。また、ICTは、重要事項を定期的に院長に報告する義務を有する。	I
	感染制御に関する基本的考え方及び方針を明記する。	I、NB
	責任者、指揮系統が明記され、施設全体で活用できる総合的な感染制御手順書を作成し、必要に応じて部門毎の特異的対策を盛り込んで整備する。少なくとも年1回は定期的に見直しを行い、必要に応じて更新していく。	I、NB
医療関連感染(院内感染)対策マニュアルの整備		
	医療関連感染(院内感染)対策マニュアルは、定期的に見直し、遵守状況の確認を行っている。	
感染症情報の把握・連絡体制		
	感染症の発生・病原体検出情報の集約・各部署への周知方法は明確になっている。	
	保健所への感染症の届出基準を確認している。	
抗菌薬の適正使用・耐性情報等の共有		
	院内における抗菌薬の使用基準等は作成している。	
	薬剤耐性情報の集約・各部署との共有ができています。 (MRSA, PRSP, MDRP, VRE, VRSA, 多剤耐性アシネトバクター, ESBLs 等)	

チェック欄	項目	推奨基準
手指衛生のタイミング:患者ケアの前後には必ず手指衛生を遵守する。		I、NB
	血液、体液、排泄物、粘膜、傷のある皮膚、創傷のドレッシングに触れた場合。	
	患者と直接接触する前。	
	患者の皮膚に触れた後。	
	手袋を外した後。	
	体の汚染部位から清潔部位に手を移動するとき。	
	患者近傍の医療器具等にふれた後。	
手指衛生の手技		
	手指衛生の基本は、手指消毒用アルコール製剤による察式消毒、もしくは、石けんと流水による手洗いである。	I、NB
	目に見える汚れがある場合には、石けんあるいは抗菌性石けんと流水による手洗いを行う。	I、NB
手指衛生環境:手洗いあるいは、手指消毒のための設備/備品を整備する。		
	石鹸と流水による手洗い後は、ペーパータオルで完全に乾かす。	
	水を止める時は、蛇口にペーパータオルを当てて触れる。	
	温水に繰り返し暴露すると皮膚炎のリスクが増加する可能性があるので避ける。	
	空になった液体石鹸ディスペンサーに石鹸の継ぎ足しをしない。	
個人防護具		
血液・体液・分泌物・排泄物・あるいはそれらによる汚染物などの感染性物質による接触汚染または飛沫汚染を受ける可能性のある場合には手袋、ガウン、マスクなどの個人用防護具 personal protective equipment (PPE)が適切に配備され、その目的および使用方法が正しく認識、遵守されている。		
手袋		
	血液、他の感染性物質、粘膜、創のある皮膚、汚染している可能性のある正常皮膚（便失禁や尿失禁している患者など）への接触が予測されるときに装着する。	
	患者に直接ケアを提供する時は、未滅菌ディスポ手袋を着用する。	
	患者や周囲環境（医療器具を含む）に触れた後は、手の汚染を避ける為に、適切なテクニックを用いて手袋を脱ぐ。	
	複数の患者のケアに同じ手袋を用いない。手袋を再利用するために洗ってはならない。	
	汚染した部分（会陰部など）から清潔な部分（顔面など）に移る時は、手袋を交換する。	

チェック欄	項目	推奨基準
マスク・ゴーグル(又はフェイスシールド)		
	血液、血性体液、分泌物、排泄物のはねやしぶきの可能性がある処置や患者ケアをするとき。	
	エアロゾルを産生する処置(気管支鏡検査、気道の吸引・気管内挿管)をするとき。	
ガウン・エプロン		
	血液、血性体液、分泌物、排泄物への接触が予想される時。	
	同じ患者に繰り返して接触する場合でも、再利用しない。	
	ハイリスク病棟に入るときに日常的なガウンの装着は必要ない。	
リネンの取り扱い		
	共用するリネン類(シーツ、ベッドパッドなど)は熱水消毒処理をして再使用する。	
	熱水消毒が利用できない場合には、洗濯前に250ppm(5%次亜塩素酸ナトリウムなら200倍希釈以上)の次亜塩素酸ナトリウムなどで30℃、5分以上で浸漬処理をする。	
	リネン類が血液、体液、分泌液、排泄物で汚染された場合には、直ちに清潔なリネンに交換している。	
	リネン保管庫は、使用前の清潔なリネンのみ保管している。	
	汚染リネンを収納するランドリー袋の口は閉じている。	
感染性リネンの取り扱い:リネン類が血液、体液、分泌液、排泄物で汚染された場合は、感染性リネンとして取り扱う		
	感染性リネンを処理する場合は、手袋を使用している。	
	感染性リネンは専用の袋に入れ、通常のリネンと区別して運搬・保管している。	
	感染性リネンの専用袋の口は閉じている。	
	感染性リネンの取扱から処理までの過程が明確になっている。	
身体清拭用タオル		
	共用する身体清拭用タオルは、使用直前に加湿、加温している。	
清掃方法に関する規定		
	患者環境は質の良い清掃(目に見えるゴミ、汚染、しみ**が無いこと。ごみ等に起因する異臭の無いこと。その他)の維持に配慮する。 **：手指消毒薬ディスペンサーからの床のしみは除去困難	I、NB

チェック欄	項目	推奨基準
	限られたスペースを有効に活用して、清潔と不潔との区別に心がける。	I、NB
日常清掃		
	手の高頻度接触部位は一日一回以上清拭または必要に応じて消毒する。	II、NB
	流しなどの水場の排水口および湿潤部位などは必ず汚染しているものと考え、水の跳ね返りによる汚染に留意する。	I、NB
	蓄尿や尿量測定が不可欠な場合は、汚物室などの湿潤部位の日常的な消毒や衛生管理に配慮する。	I、NB
	浴室・シャワー室は、一日一回、中性洗剤で湯垢が残らないよう洗浄し、乾燥させている。	
	トイレの便器やその周囲は、一日一回以上、中性洗剤を使用して洗浄している。	
	便座・水洗レバー・ドアノブなどの高頻度接触部位は、一日一回以上、清掃している。	
定期清掃		
	床などの水平面は、時期を決めた定期清掃を行い、壁やカーテンなどの垂直面は、汚染が明らかな場合に清掃または洗濯する。	I、NB
その他		
	処置室の清掃操作を行う作業台の表面は、使用前に消毒用エタノールなどで清拭している。	
	一人の患者の処置終了ごとに、環境・衛生管理を行っている。	
	生花や鉢植え植物は、易感染患者の病室や病棟には置かない。	
廃棄物		
	輸液や注射などを準備する処置台と患者に使用した針や注射器などを捨てる廃棄ボックスは、離れた場所に設置している。	
	医療廃棄物は専用容器を使用し、詰め替えをしていない。	
事故防止		
	針刺し防止のためリキャップを原則的には禁止する。	I、NB
	リキャップしなければならない場合は、安全な方法（すくいあげ法など）を採用する。	I、NB
	試験管などの採血用容器その他を手に持ったまま、血液などの入った針付き注射器を操作しない。	I、NB
	使用済み注射器（針付きのまま）その他、鋭利な器具専用の安全廃棄容器を用意する。	I、NB
	ワクチン接種によって職業感染予防が可能な疾患に対しては、医療従事者が当該ワクチンを接種する体制を確立する。	I、NB

チェック欄	項目	推奨基準
	事故防止のため安全装置付き器材の導入を考慮する。	II、NB
	感染経路別予防策に即した個人防護具(PPE)を着用する。	I、NB
	結核などの空気予防策が必要な患者に接する場合には、N95以上の微粒子用マスクを着用する。	I、NB
	針や鋭利な器材は、貫通しない感染性医療廃棄物専用容器に破棄している。	
	耐貫通生廃棄容器は、内容物が8割程度で新しいものと交換している。	
事故後の対応		
	針刺し切創事故発生時の対応について、マニュアルに具体的に明記している。	
	針刺し切創事故発生時に、患者の感染症データが不足している場合は、十分な説明と同意の上で患者の血液検査をするように努めている。	
	針刺し事故対応の報告システムを整備している。	
	針刺し事故発生時に、迅速に抗体検査ができる体制を整備している。	
チェック欄	項目	推奨基準
	針刺し事故発生時の必要な内服薬の配備、対応可能な病院との連携など、治療体制を整備している。	
教育・研修について		
	就職時の初期研修は、ICTあるいはそれにかわる十分な実務経験を有する指導者が適切に行う。	I、NB
	施設外研修を、適宜施設内研修に代えることも可能。	I、NB
	継続的研修は、年2回程度開催することが望ましい。また、必要に応じて、臨時の研修をおこなう。これらは、当該施設の実情に即した内容で、職種横断的に開催する。	I、NB
	個別研修(指導)あるいは個別の現場介入を、可能な形でおこなう。	II
	これらの諸研修の開催結果、あるいは、施設外研修の参加実績を、記録保存する。	II、NB
	施設管理者は、院内感染対策を行う職員に体系的な教育と訓練を受ける機会を与える。	
	委託している業者に対して、感染制御に関する重要な基本知識に関する、スタッフへの教育・訓練歴などを確認する。	

新型インフルエンザ対策

平成 21 年春先から流行した新型インフルエンザ(A/H1N1)は、平成 23 年3月 31 日をもって、感染症法第 44 条の2第3項の規定に基づき、「新型インフルエンザ等感染症」でなくなり、「インフルエンザ(H1N1)2009」という名称で 5 類のインフルエンザとなった。

今後、従来のインフルエンザウイルスと異なる性質をもった、新たな「新型インフルエンザ」の発生・流行の可能性もあり、発生時には関係機関からの情報収集体制の整備や、診療継続計画の策定等の準備をしておくことが望ましいため、追加でチェック項目を作成した。



チェック欄	項目
流行期への準備	
	新型インフルエンザ関連の情報収集担当者は決められている。
	職員へのインフルエンザ予防接種は計画的に実施している。
	必要な感染防護具、消毒薬、抗ウイルス薬等の準備を行っている。
	院内の対応方針、対応マニュアル等の職員周知を実施している。
	対応能力低下時の「診療継続計画(BCP)」は作成している。
外来診療	
	有症状患者の診察は、他患者との接触を避けるよう配慮している。
	有症状患者とその他の患者の動線(待合・診療場所)を分けるよう工夫している。
	咳などの症状を呈する患者には、マスクの着用等を促している。
	咳エチケットや手洗い励行等の患者への働きかけを行っている。
従事者	
	従事者はマスクなど必要な感染防護具を着用している。
	職員が発症した場合の就業制限、解除の基準は決めている。
入院診療	
	患者は個室隔離又は同一病原体の感染症患者の集団隔離としている。
	感染症患者と他の患者のトイレ・食堂等の共用を避けている。
	感染症患者の診療やケアを行う担当者は限定している。
	面会者・入室者は限定するように配慮している。
	患者が病室外に出る際は、マスクを着用させている。