

病院HP 用

— ポケット版 —

# 感染防止対策マニュアル

— ver6 —  
2026



Jichi Medical  
University Hospital





自治医科大学附属病院




Jichi Medical University Hospital

— Pocket Guide to Infection Prevention —

氏名	
----	--

## 目次

はじめに	4
<b>I. 標準予防策</b>	4
1. 感染対策上の身だしなみのポイント	
2. 標準予防策の実際	
3. 手荒れ予防について	
4. 個人防護具着脱方法	
5. 個人防護具着脱手順	
<b>II. 感染経路別予防策</b>	13
1. 接触予防策・飛沫予防策	
2. 空気予防策	
3. 感染対策ピクトグラムについて	
4. 感染症マップについて	
5. 薬剤耐性菌に関するフローチャート（MRSA・ESBL産生菌・AmpC産生菌）	
<b>III. 疾患別感染予防策</b>	17
1. 下痢・吐物対応フロー	
2. 感染対策・隔離解除基準	
3. その他の感染症と感染対策	
4. 隔離解除フロー	
5. 結核と非結核性抗酸菌症	
<b>IV. 医療関連感染防止対策</b>	35
1. カテーテル関連血流感染予防策	
2. カテーテル関連尿路感染対策	
3. 人工呼吸器関連肺炎予防策	
4. 外科手術部位感染症（Surgical Site Infection: 以下 SSI） 防止策の原則	

<b>V. アウトブレイクへの対応</b> .....	41
1. アウトブレイクの定義	
2. アウトブレイクに対する対応	
3. アウトブレイクに対応するための手順	
<b>VI. 洗浄・消毒・滅菌および物品の管理</b> .....	43
1. 洗浄・消毒	
2. 滅菌済医療器材の管理	
3. 器具・物品の清掃・消毒方法一覧	
4. 開封後の各種使用期限一覧	
<b>VII. 感染性廃棄物の処理</b> .....	47
1. 基本確認事項	
2. 感染性廃棄物容器取り扱いの原則	
	
<b>VIII. 病院の環境清掃・消毒</b> .....	48
1. 環境の維持	
2. 清掃のポイント	
3. 血液・体液の汚染がある場合の清掃	
4. 環境清拭クロスの使い分け一覧	
	
<b>IX. 検体容器と取り扱いについて</b> .....	49
1. 感染症診療に必要な検体容器と注意点について	
2. 正しい呼吸器系検査のためのポイント	
<b>X. 抗菌薬適正使用の手引き</b> .....	53
1. カルバペナム系抗菌薬投与前チェックリスト	
2. 外来における抗菌薬適正使用の手引き	
3. エンピリック治療薬の手引き 尿路感染症	
4. エンピリック治療薬の手引き 呼吸器感染症	
	

<b>XI. 職業感染対策</b> .....	60
1. 医療従事者の健康管理	
2. 血液・体液曝露防止策	
3. 針刺し / 切創 / 血液曝露 発生時の対応	
<b>XII. 職員の感染と報告について</b> .....	62
1. 体調不良時の対応について	
2. 感染症罹患時の就業制限について	
3. 報告すべき感染症	
<b>XIII. 食品衛生管理・食中毒</b> .....	65
1. 食中毒二次感染予防策	
<b>XIV. 感染症法（届出が必要な感染症一覧）</b> .....	66
<b>XV. 院内感染対策指針抜粋</b> .....	69



## はじめに

感染防止対策はすべての医療従事者に求められる医療安全・患者安全の第一歩であります。自治医科大学附属病院の感染防止対策では、患者・医療従事者双方にとって安全な医療を目指していきます。このポケット版マニュアルでは、すべての医療従事者に実践していただきたい、感染防止対策の事項をまとめました。内容の変更が生じる場合には、「感染対策マニュアル（電子版）」の内容が随時更新されるので、そちらも是非ご活用頂きたいと思っております。

感染制御部長

### I. 標準予防策

#### 1. 感染対策上の身だしなみのポイント

手指消毒剤は、常に実施できるようにポーチに入れ、携帯することを推奨する。  
ポーチは汚れたら交換する。



爪は適度な長さに整え、爪部の汚れは除去する。

処置の際にカーディガンを着ない。

医療現場では爪先が保護されたすきまのない足背に穴のあいていない履物を着用する。



・BBE ポリシー (Bare below the elbows policy)

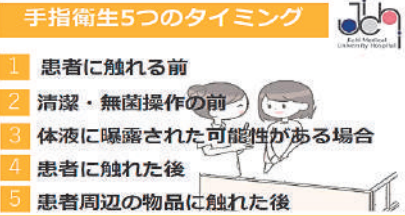
肘より下に何もつけない


すべての医療従事者に肘より下に何もつけないポリシーを提唱している。処置の際は、腕時計を外す。指輪も可能な限り外す。



health.qld.gov.au  
<https://www.health.qld.gov.au> 07 5597 9300

## 2. 標準予防策の実際

項目	内容						
<b>手指衛生</b>	<p>手指衛生5つのタイミングの場面で、手指衛生を実施する。</p> <div data-bbox="277 268 930 616" style="border: 2px solid orange; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;"><b>手指衛生5つのタイミング</b></p>  <ol style="list-style-type: none"> <li>1 患者に触れる前</li> <li>2 清潔・無菌操作の前</li> <li>3 体液に曝露された可能性がある場合</li> <li>4 患者に触れた後</li> <li>5 患者周辺の物品に触れた後</li> </ol> </div> <p>医療現場では、『アルコール手指消毒剤を用いた手指衛生』を基本に行う。ただし、以下の場面では『流水と石鹼による手洗い』が必要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・目に見える汚れが付いた場合</li> <li>・下痢・嘔吐のある患者の処置をした後</li> <li>・アルコール手指消毒剤で手がべとついた時</li> <li>・輸液調製前</li> </ul>						
<b>個人防護具 (PPE)</b>	<p>血液・体液に曝露される可能性がある場合、適切に個人防護具を使用する。</p> <table border="1" data-bbox="234 1028 985 1445"> <thead> <tr> <th data-bbox="234 1028 451 1072">PPE</th> <th data-bbox="451 1028 985 1072">着用場面</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="234 1072 451 1365">手袋</td> <td data-bbox="451 1072 985 1365"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・血液・体液に接触する可能性がある場合</li> <li>・採血、末梢静脈ライン挿入時</li> <li>・創部に触れる可能性がある場合</li> </ul> <p>※手袋は一処置ごとに交換する。手袋着用前と外した後に、手指衛生を行う。</p> <p>※ケア以外の行為(清掃や環境整備など)では、雑用手袋を使用する。</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="234 1365 451 1445">ガウン エプロン</td> <td data-bbox="451 1365 985 1445">衣類や露出した皮膚が、血液や体液と接触する可能性がある場合</td> </tr> </tbody> </table>	PPE	着用場面	手袋	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血液・体液に接触する可能性がある場合</li> <li>・採血、末梢静脈ライン挿入時</li> <li>・創部に触れる可能性がある場合</li> </ul> <p>※手袋は一処置ごとに交換する。手袋着用前と外した後に、手指衛生を行う。</p> <p>※ケア以外の行為(清掃や環境整備など)では、雑用手袋を使用する。</p>	ガウン エプロン	衣類や露出した皮膚が、血液や体液と接触する可能性がある場合
PPE	着用場面						
手袋	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血液・体液に接触する可能性がある場合</li> <li>・採血、末梢静脈ライン挿入時</li> <li>・創部に触れる可能性がある場合</li> </ul> <p>※手袋は一処置ごとに交換する。手袋着用前と外した後に、手指衛生を行う。</p> <p>※ケア以外の行為(清掃や環境整備など)では、雑用手袋を使用する。</p>						
ガウン エプロン	衣類や露出した皮膚が、血液や体液と接触する可能性がある場合						

	シールド付き マスク・ゴーグル	吸引ケアや汚物処理など、血液・体液が飛散する可能性がある場合
患者配置	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染性病原体の拡散リスクが高い場合、可能な限り個室隔離とする。</li> <li>・個室管理が難しい場合は、同じ微生物を保菌あるいは感染している患者を同じ病室で管理する(コホーティング)。</li> </ul>	
リネンと洗濯物の取り扱い	<ul style="list-style-type: none"> <li>・使用前の清潔リネンは、手指衛生をして取り扱う。</li> <li>・使用後のリネンは、病原微生物で汚染されている可能性があるため、適切な個人防護具を着用して取り扱う。</li> </ul>	
鋭利器材の取り扱い	使用済みの鋭利器材は、速やかに耐貫通性容器に廃棄する。	
呼吸器衛生/ 咳エチケット	<p>咳やくしゃみなどの呼吸器症状を伴う疾患を、他の人にうつさないようにする対策。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・マスクは、きちんとプリーツを伸ばして鼻橋にもフィットさせて鼻と口をきちんと覆う。</li> <li>・不用意にマスクに触らない(不用意に首より上の顔周囲を触らない)。</li> <li>・使用したマスクはゴム紐を持ち、速やかに廃棄する。</li> <li>・咳やくしゃみが出る時、とっさの場合、咳やくしゃみを手で受けず、上腕付近の袖で受けるなどの工夫をする。</li> </ul>	
	 <p>The illustration consists of three panels. The first panel shows a person wearing a white surgical mask, with a red arrow pointing to the mask. Below it is a red button with the text '① マスクを着用する (口・鼻を覆う)'. The second panel shows a person holding a white tissue to their nose and mouth, with a red arrow pointing to the tissue. Above it is a red label '① マスクがない時' and below it is a red button with the text '② ティッシュ・ハンカチで 口・鼻を覆う'. The third panel shows a person coughing into their right elbow, with a red arrow pointing to the elbow. Above it is a red label '① とっさの時' and below it is a red button with the text '③ 袖で 口・鼻を覆う'.</p>	

<b>安全な注射手技</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・滅菌された注射器具（針、シリンジ、など）は汚染しないように注意する。</li> <li>・調剤時は、手指衛生を実施し未滅菌手袋とマスクを着用する。</li> </ul>
<b>腰椎穿刺時</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腰椎穿刺を施行する際は、マスク、ガウン、シールド付きマスク(ゴーグル)を着用する。</li> </ul>

### \* 汚染のあるリネンのリネン室への出し方

汚染のあるリネン（血液・体液・分泌物・排泄物等の付着がある、接触・飛沫感染対策を行う患者に使用した物）は、以下の2つに分類して処理する。

<b>分類1</b> (分類2以外)	赤ビニール袋に入れて、ランドリーボックスに入れる(伝票不要)
<b>分類2</b> (部署名が書かれた物品毛布、枕、羽毛布団、化繊布団)	赤ビニール袋に入れ、『特殊リネン消毒伝票』に個数を記入して貼付し、ランドリーボックスに入れる

### 3. 手荒れ予防について (詳細は電子版マニュアル I -1.手荒れ予防についてを参照)

- ・ペーパータオルによる摩擦を避け、押し拭きする。
- ・保湿クリーム等を使用し、ハンドケアを行う。
- ・皮膚の裂傷・亀裂はドレッシング材で創部を保護する。
- ・手袋による手荒れが見られる場合、感染制御部へ相談し、手袋の種類を検討する。
- ・手荒れがひどい場合、早めに皮膚科受診を検討する。
- ・アルコール製剤による手の痛みがある場合は、ノンアルコール製剤の使用を検討する。(申請書を感染制御部に提出。診断書は不要)

## 4. 個人防護具着脱方法

※個人防護具を着用する前に手指衛生を実施する！

ガ  
ウ  
ン

### 着方

PPE のススメ サラヤ株式会社医療従事者向けサイト「Medical」



1 ガウンを首にかける



2 袖を通す



3 腰ひもを後ろで結ぶ

### 脱ぎ方



1 首ひもをちぎる



2 汚染面が内側になるよう  
腰のあたりで折りたたむ



3 袖から両腕を抜く



4 適当な大きさにまとめ、腰ひもをちぎって外し、廃棄する

エ  
プ  
ロ  
ン

### 着方



1 エプロンを首にかける



2 腰ひもを広げる



3 腰ひもを後ろで結ぶ

脱ぎ方



付け方



外し方



付け方



シールドの中央のへこみに合わせて、ノーズピースを鼻の形に曲げる



イヤーバンドを耳にかけ、折り曲げた部分を鼻の一番上に合わせる



反対側の耳にもイヤーバンドをかける



マスクを下に引き、蛇腹部を広げてあごまで覆う

外し方 マスクと同様

付け方



手袋の手首の部分をつかんではめる

反対の手も①同様に手袋を着用する

外し方



片方の手袋の袖口をつかむ

手袋を裏表逆になるように外す

手袋を外した手を反対の手袋の袖口に差し込む

手袋を裏表逆になるように外す

付け方



- ① マスクの鼻あてを指のほうにして、ゴムバンドが下にたれるように、カップ状に持ちます。



- ② 鼻あてを上にしてマスクがあごを包むようにかぶせます。



- ③ 上側のゴムバンドを頭頂部近くにつけます。



- ④ 下側のゴムバンドを首の後ろにつけます。



- ⑤ 両手で鼻あてを押さえながら、指先で押さえつけるようにして鼻あてを鼻の形に合わせます。



- ⑥ 両手でマスク全体をおおい、息を強く出し空気が漏れていないかユーザーシールチェックを行います。

**※ユーザーシールチェックは毎回必ず実施する**

外し方



- ① マスクの表面に触らないようにし、マスクの首の後ろのゴムバンドを外す。



- ② 次の頭頂部のゴムバンドを外す。



- ③ マスクを顔から外し、感染性廃棄物容器に廃棄または封筒に保管する。

個人防護具(PPE)の使用,新型コロナウイルス感染症(COVID-19) 医療従事者向け情報, 3M

## 5. 個人防護具着脱手順

※個人防護具を着用する前に、手指衛生を実施する！

### 着る



(必要時)



(必要時)



### 脱ぐ



(汚染した部位に  
触れたら)



(同上)

(使用時)



(同上)

(隔離エリアを出て)



## II. 感染経路別予防策

当院で検査した特定の感染症結果は、JUMP3 の患者プロフィール「感染症」に反映され、患者情報バー、感染症マップに表示される。感染症マップ内は、感染対策が必要な患者が、色別に表示される。

転・入院などで、他院の感染症検査結果で感染予防策が必要な場合は、感染症マップに表示されないため、各部署で患者プロフィールからの入力が必要である。

### 1. 接触予防策・飛沫予防策

感染症マップの経路別予防策の表示のとおり、「特殊」、「接触」、「飛沫」はすべて接触予防策を実施する。

移乗	抱える行為がある場合、ガウンなどの个人防护具を着用する。
移送	移送時に、ガウン、手袋などの个人防护具は着用しない。ただし、挿管中など、移送中に処置を行う可能性がある場合のスタッフのみ、个人防护具を着用する。
患者および面会者の指導	マスクの着用。 部屋の出入り、トイレ前後など手指衛生の指導。 【注意事項】面会は病棟内の共有スペース（デイルーム、調乳室など）の利用を避ける。 * 不明な点は、感染制御部に問い合わせる。

※上記以外の詳細な感染対策については、「感染対策・隔離解除基準等」を参照する。

### 2. 空気予防策

喀痰塗抹陽性結核症例、麻疹症例、水痘および免疫不全を伴う帯状疱疹（播種性帯状疱疹）を疑う場合も含めて患者を必ず個室隔離とする。

- 1) 陰圧管理室への収容が望ましいか、感染制御部と相談する。
- 2) どの病室もドアは必ず閉じる。
- 3) リスクスタッフにより感染制御部と相談の上、MINTIE ECU（ミンティ）を病室前廊下に設置して簡易陰圧前室を準備する。

※ミンティについては感染防止対策マニュアル（電子版）II章参照



- 4) 病室入室時は N95 マスクを装着するが、明らかな汚染や不具合がない限り、N95 マスクは繰り返し使用してもよい。
- 5) 麻疹、水痘、播種性帯状疱疹の患者の場合、医療従事者の抗体陽性が確認されていれば接触予防策の対応でよい。
- 6) 空気予防策を実施している間、患者は可能な限り病室の外に出ない。
- 7) 中央部門の利用などは最低限とし、必ず事前に連絡して受け入れ状況を確認する。
- 8) 患者が病室の外に出る際は必ずマスクを着用する(患者は N95 マスクの着用はしない)。
- 9) 空気予防策の解除については、感染制御部に相談する。
- 10) 結核症例および結核疑い症例の取り扱いは感染防止対策マニュアル(電子版・「結核と非結核抗酸菌症」参照)

### 3. 感染対策ピクトグラムについて

感染対策が必要な部屋の前(大部屋の場合は患者ゾーン内)にピクトグラムを掲示し、院内職員に感染対策の実施を促し、感染の水平伝播を防止する。

<p>接触予防策 飛沫予防策</p> 	<p>【マスク・ガウン・手袋着用】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アルコール製剤の効く細菌やウイルス</li> <li>・新型コロナウイルス</li> <li>・インフルエンザ</li> <li>・多剤耐性菌等</li> </ul>	<p>接触予防策</p> 	<p>【マスク・ガウン・手袋着用】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アルコール製剤の効きにくい細菌やウイルス</li> <li>・感染性胃腸炎(ノロウイルス、ロタウイルスなど)</li> <li>・クロストリディオイデス・ティフィシル</li> </ul>
<p>接触予防策 空気予防策</p> 	<p>【N95 マスク・ガウン・手袋着用】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・麻疹、水痘</li> <li>・播種性帯状疱疹(抗体のある医療スタッフはサージカルマスクでよい)</li> <li>・新型コロナウイルスで曝露リスク大や、エアロゾル発生処置時</li> </ul>	<p>空気予防策</p> 	<p>【N95 マスク着用】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・結核</li> </ul>

必要時、以下のピクトグラムを追加する。

<p><b>接触予防策 飛沫予防策</b></p>  <p>キャップ</p>	<p><b>【キャップ着用】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・角化型疥癬</li> <li>・髪の毛の保護が必要な感染症患者に関わる際</li> </ul>	<p><b>飛沫予防策</b></p>  <p>シールド付きマスク</p>	<p><b>【シールド付きマスク着用】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・咳嗽がある場合</li> <li>・吸引、挿管・抜管処置など飛沫のリスクを伴う処置時</li> </ul>
---	--	--	---

#### 4. 感染症マップについて

- ・ 当院で検査した特定の感染症結果は、電子カルテの患者プロフィール内の「感染症」に結果が反映され、患者情報バーや感染症マップに表示される。
- ・ 感染対策が必要な患者は、感染症マップ内では色別に表示される。
- ・ 転院元の感染症検査結果で感染予防策が必要な場合は、感染症マップに表示されないため、各部署で患者プロフィールから必要な感染対策について入力する必要がある。
- ・ 感染症マップの感染経路別予防策の表示に沿って、感染対策を実施する。

#### 【患者情報バーでの確認方法】

患者情報バーの「血」「接」など表示されている文字をクリックすると検査結果が確認できる。



04823159 1989年12月12日生 35歳 5ヶ月 男 病歴: 検査けん

テスト 10 血液型 B ? 検査履歴

例) 血液感染

細菌・ウイルス名  
検出日  
検出部位(コメント)

感染症項目名	検出	最終検査日	最終結果
VRE(バンコマシ菌性耐性)			
CRE(カルバペナム耐性β内酰胺酵素)			
多重耐性アシネトバクター(MDR-A)			
多重耐性緑膿菌(MDR-P)			
ESBL産生菌			
AmpC産生菌			
グロストリウム-ディフィシル			
深遠菌性腸菌症			
百日咳			
マイコプラズマ肺炎			
MRSA			2002-
感染症情報誌・掲載			
インフルエンザ			
RSCウイルス			

## 薬剤耐性菌隔離に関するフローチャート (MRSA・ESBL 産生菌・AmpC 産生菌)

**MRSA・ESBL 産生菌・AmpC 産生菌\*が検出**

\* *Escherichia coli*(大腸菌)、*Klebsiella pneumoniae*(肺炎桿菌)の場合

《入院場所》

ICU/CCU・NICU/GCU・PICU

個室隔離・接触予防策

(NICU/GCU・PICU

ゾーニングし隔離可)

《入院場所》 その他の部署

検出部位・拡散リスクの評価により  
感染予防策を決定  
(リスク評価表は電子版マニュアルを  
参照)

※医療スタッフが、適切なタイミングでの  
手指衛生、手袋着脱・交換を厳守すること  
を前提とする。

**【高リスク】**

**個室隔離  
接触予防策**

(こども医療セン  
ターは、大部屋  
でゾーニングし  
て隔離可)

※状況により  
個室隔離が難  
しい場合は、  
感染制御部に  
ご相談くださ  
い。

**【中リスク】**

**大部屋可 接触予防策**

(対応の詳細は電子版参照)

《医療スタッフが実施すること》

- 患者エリアでの手袋着用
- 検出部位に触れる可能性がある時は接触予防策  
(例:上気道や喀痰から検出され、吸引する時)
- 患者周囲の環境清拭の強化  
(各勤務で実施)

《患者に指導すること》

低リスクと同様

**【低リスク】**

**大部屋可  
標準予防策**

《患者に指導すること》

- 室外に出る時は  
マスクを着用する  
(特に創部などの処置  
時は必須)
- 病室出入り時・トイ  
レの後に、手洗いや手  
指消毒をする

※詳細は、感染対策マニュアル(電子版)「薬剤耐性菌隔離に関する  
フローチャート(MRSA.ESBL.AmpC)」参照

第1版2013年4月作成  
第2版2015年6月改訂  
第3版2016年3月改訂  
第4版2023年12月改訂  
第5版2024年12月改訂

### Ⅲ. 疾患別感染予防策

#### 1. 下痢・吐物対応フロー

##### 1) 下痢の定義

下痢は、消化吸収能力の機能低下や、毒物の服用、何等かの感染症、薬剤の副作用、内分泌疾患によって発生する便が泥状や水様の症状である。多くの場合、排便回数の増加(1日3回以上)を伴う。瀉下薬(下剤)の服用に伴い生じる下痢様症状は除外する。

##### 2) プリストールスケール

硬便	1		コロコロ便	硬くてコロコロの免糞状の便
	2		硬い便	ソーソー状だが硬い便
正常便	3		やや硬い便	表面にひび割れのあるソーソー状の便
	4		普通便	表面がなめらかで柔らかいソーソー状の便
	5		やや軟らかい便	はっきりとしたしわのある軟らかい半分固形の便
水様便	6		泥状便	境界がほぐれて、ふにゃふにゃの不定形の便、泥状の便
	7		水様便	水様で、固形物を含まない液体状の便

\* 便の状態は、プリストールスケールにより評価する。

\* ⑥⑦の便の状態を下痢と判断する。

### 3) 入院患者の下痢治療と感染対策フロー

下痢が発生⇒便処置を行う時は、ガウン・手袋を着用し、接触予防策を講じる。可能であれば個室管理とする。

ブリストールスケール⑥⑦※で、1日3回以上の下痢がある。  
かつ、過去1か月～現在、抗菌薬を使用している(使用していた)。

はい

いいえ

クロストリジオイデス・ディフィシル(CDI)の検査オーダー

毒素陽性 抗原陽性

毒素陰性 抗原陽性

毒素陰性  
抗原陰性

CDI 確定

臨床判断にて  
治療の有無を決定

治療が必要と  
判断

治療なし

他の下痢の原因検索

- ・可能であれば抗菌薬の中止
- ・CDIに対する治療開始
- ・個室隔離・接触予防策



下痢が改善し 48 時間経過  
かつ  
CDI に対する治療が終了す  
れば隔離解除  
\* *C. difficile* 確認のための  
検査は不要

ウイルス性胃腸炎  
喫食の確認  
周囲の胃腸炎流行状況の確認  
(緩下薬などの医原性の下痢も  
含め感染性の有無を判断する)

感染性があると  
判断  
⇒それに伴う  
治療と個室隔離  
接触予防策

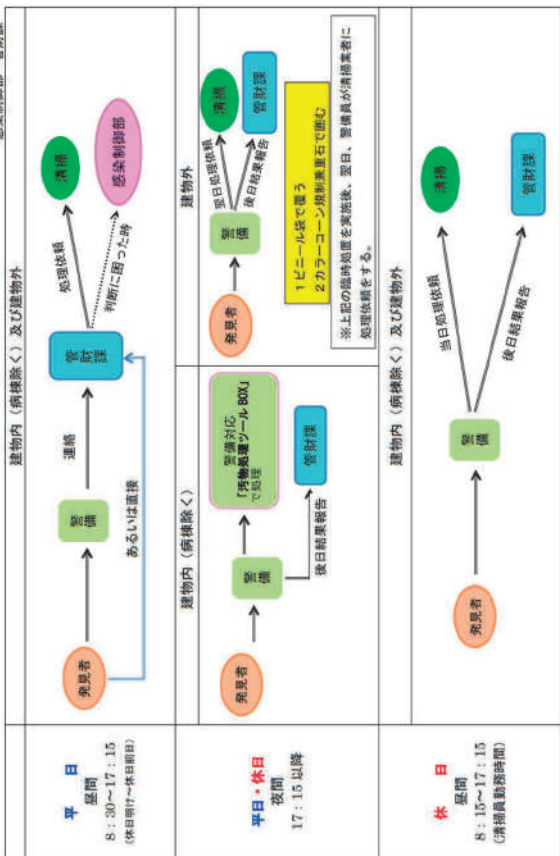
消化器症状が改善し、1 週間経過  
後に隔離解除

感染症以外の  
原因  
⇒それに伴う治  
療と標準予防策  
(便処置後は、  
流水と石鹸によ  
る手洗いを厳守  
する)

#### 4) 病院ゾーンにおける吐物処理対応フロー

##### 病院ゾーンにおける嘔吐物・吐血処理対応連絡フロー

平成25年5月  
感染制御部・管財課



## 5) 吐物処理

- ・ 吐物処理の注意点
  - ① 作業者自身が感染しないこと
  - ② 汚染範囲を広げないこと
  - ③ 消毒を確実にすること
- ・ 目に見えない吐物の飛散を考え、半径2m程度は汚染区域と定め、処理に関わる職員以外の立ち入りを禁止する
- ・ ノロウィルスの場合、感染力が非常に強く、嘔吐した場所の近くにいる人が浮遊ウィルスを吸い込むと容易に感染するため、周囲にいる人は離れた場所へ移動させる
- ・ 防護具着用前には、ポケットの中身を出しておく。指輪・時計は外す、髪はまとめておく。
- ・ 処理後は、流水と石鹸で手洗いをを行い、必要時にはユニフォームを交換する。

## 6) 吐物処理方法

### <必要物品>

- ・アイソレーションガウン 1枚
- ・シールド付きマスク 1枚
- ・雑用手袋 2～3 セット
- ・ペーパータオル 数枚
- ・ビニール袋(大) 2袋
- ・医療施設用泡ハイター®



### 手順① 個人防護具 (PPE) を着用する

自分を守るために、**接触感染予防策**



#### ★重要★

シールド付きマスクは、正しく装着する

- ① 上部の内蔵ワイヤーを上にして鼻にあて、鼻の形に合わせてワイヤーを曲げて密着させる。
- ② 顎下まで下端を伸ばし、頬と顎が密着するように整える。
- ③ マスクの外側は絶対に触れない。

### 手順② 物品を準備する

使用する物品を**汚染区域の外側**に準備する

大きめのビニール袋を2枚を広げ、フチは汚染されないよう外側に丸めておく



### 手順③ 吐物を除去する

ペーパータオルをかぶせ、**飛散しない**ように！



1枚目のビニール袋に入れて口を縛り、その袋を2枚目のビニール袋へ入れる

外側から内側へ一方向に拭く

### 手順④ 泡ハイターを噴霧し、5分間放置する



・手指衛生をし、手袋を交換する  
・手袋は2枚目のビニール袋へ廃棄する

半径2m範囲内にまんべんなく泡ハイターを噴霧する

### 手順⑤ 泡ハイターを拭き取る

ペーパータオルを使用し、**外側から内側**へ拭き取る



使用後のペーパータオルは2枚目のビニール袋に入れる

### 手順⑥ 靴底を消毒し、個人防護具を脱ぐ

- ・ペーパーを2~3枚床に敷き、泡ハイターを噴霧する
- ・靴で踏みつけ靴底を消毒する  
→2枚目のビニール袋へ入れる
- ・個人防護具を脱ぎ、2枚目のビニール袋に入れる
- ・密封して**感染性廃棄物容器**に廃棄する



注意！

- ・金属物品がある場合は、個人防護具を着用（この場合は、ガウンではなくエプロンでよい）、泡ハイターの付着した場所を水拭きする



### 手順⑦ 流水と石鹸の手洗いをする



吐物の処理のあとは、アルコールでの手指消毒ではダメ！

アルコールの効果不十分のため、流水と石鹸による手洗いを行う


## 2. 感染対策・隔離解除基準

### <共通の対応>

- 個室隔離:原則トイレ付個室。トイレがない場合、付き添いで共用トイレ使用可(使用後は環境クロスで清拭する)またはポータブルトイレを使用する。
  - 物品管理:可能な範囲で専用化。専用化できないものは適正な消毒薬で消毒すれば共有可。室内に入れたディスポ製品(手袋、サクシオンカテゴリー等)は破棄する。
  - 室外活動:原則室内のみとする。
- ・検査・診察は原則、往診対応。困難な場合は、最終枠に入れてもらう。
- ・リハビリは原則ベッドサイドで行う(室外リハビリを希望の場合は感染制御部に対応を相談する)

### <用語>

隔離期間	隔離が必要な期間
曝露患者	陽性者と接触した患者の対応
浴室	共有浴室の使用の可否
洗濯	院内洗濯機の使用の可否

細菌・ウイルス・疾患名	感染対策	対策詳細	浴室	洗濯	カーテン交換
多剤耐性アシネト バクター(MDRA) 二剤耐性アシネト バクター	接触 	隔離期間 原則解除しない	×	×	要
多剤耐性緑膿菌 (MDRP) 二剤耐性緑膿菌			×	×	要
カルバペネム耐性 腸内細菌目細菌 (CRE)			×	×	要
バンコマイシン耐 性腸球菌(VRE)			×	×	要

細菌名・疾患名	感染対策	詳細	浴室	洗濯	カーテン交換
<b>MRSA</b>	高・中リスクは接触	<b>隔離期間</b> MRSA・ESBL 産生菌隔離解除フロー参照	○	○	要
<b>AmpC 産生菌</b> ( <i>E.coli</i> 、 <i>K.pneumoniae</i> のみ)			高リスクは最後に		
<b>ESBL 産生菌</b>					
<b>クロストリディオイデス・ディフィシル</b>	接触	<b>隔離期間</b> 下痢マニュアル参照	×	×	要
<b>髄膜炎菌</b>	接触・飛沫	<b>隔離期間</b> 有効な治療開始から 24 時間	最後に○	○	要
		<b>隔離期間</b> 有効な治療開始から 24 時間	最後に○	○	要
<b>A 群溶連菌</b>	 	<b>隔離期間</b> 特有な咳が消失するまで、または有効な治療開始から 5 日間 (ワクチン接種が3回終了していない場合は要相談)	最後に○	○	要
<b>百日咳</b>					
<b>マイコプラズマ肺炎</b>		<b>隔離期間</b> 症状消失まで	最後に○	○	要
<b>結核</b>	空気	<b>隔離期間</b> 要相談 ・物品管理は通常対応	×	○	不要

細菌・ウイルス・疾患名	感染対策	対策詳細	浴室	洗濯	カーテン 交換
腸管出血性大腸 菌 O-157 (ベロ毒素あり)	接触 	隔離期間 下痢マニュアル参照 面会 最小限	×	×	要
感染性胃腸炎 (ノロウイルス ロタウイルス)		隔離期間 症状消失後 1 週間 まで 曝露患者 最終接触～2 日目 まで隔離 面会 最小限	×	×	要
新型コロナウイルス  ピクトグラム は曝露リスク により選択	接触・飛沫   	隔離期間 発症から 10 日間 (免疫不全者は隔離 解除フローチャート参照) 曝露患者 最終接触～5 日間 隔離 面会 患者と面会者 が、お互いマスク着 用できる場合は面会 可	×	要相 談	不要
インフルエンザ	接触・飛沫  	隔離期間 発症から 7 日間(免 疫不全者は要相談) 曝露患者 最終接触～3 日目ま で隔離 面会 最小限	×	○	不要

細菌・ウイルス・疾患名	感染対策	対策詳細	浴室	洗濯	カーテン交換
RSウイルス ヒトメタニューモ ウイルス パラインフルエン ザ	接触・飛沫 	<u>隔離期間</u> 症状消失まで (免疫不全者は要相 談) <u>曝露患者</u> 症状観察 <u>面会</u> 最小限	× 要相 談	○	不要
風疹	接触・飛沫 	<u>隔離期間</u> 発疹の出現から7 日間 <u>曝露患者</u> 初回接触5日目～ 最終接触21日目ま で隔離 <u>面会</u> 最小限	× 要相 談	○	要
流行性耳下腺炎 (ムンプス)		<u>隔離期間</u> 耳下腺腫脹後 9日間 <u>曝露患者</u> 初回接触14日目～ 最終接触21日目ま で隔離 <u>面会</u> 最小限	× 要相 談	○	要
アデノウイルス (EKCあり)	接触 	<u>隔離期間</u> 発症から2週間(免 疫不全者は要相談) <u>曝露患者</u> 初回接触8日目～ 14日目まで隔離 <u>面会</u> 最小限	× 要相 談	×	要

細菌・ウイルス・疾患名	感染対策	対策詳細	浴室	洗濯	カーテン 交換
アデノウイルス (EKG なし)		<b>隔離期間</b> 下痢の場合は下痢マニュアル参照。 それ以外は症状消失まで。 <b>曝露患者</b> 症状観察 <b>面会</b> 最小限	×	×	要
麻疹	空気・接触  	<b>隔離期間</b> 発熱・カタル症状・発疹出現から4日間 <b>曝露患者</b> 初回接触5日目～ 最終接触21日目まで隔離	×	○	要 ※1
水痘	抗体がある医療者は空気予防策不要 (原則、抗体のない者は入室を避ける)	<b>隔離期間</b> 全ての痂痂形成確認まで <b>曝露患者</b> 初回接触 8 日目～ 最終接触 21 日目まで隔離	×	○	要 ※1
(免疫不全患者) 播種性帯状疱疹		<b>隔離期間</b> 全ての痂痂形成確認まで <b>曝露患者</b> 症状観察	×	○	要 ※1

※1患者退室後は、部屋を閉めきり時間を空けてから清掃する

細菌・ウイルス・疾患名	感染対策	対策詳細	浴室	洗濯	カーテン交換
<b>サイトメガロウイルス</b>	標準 妊婦は入室を避ける	<ul style="list-style-type: none"> <li>・隔離なし</li> <li>・物品管理は通常</li> <li>・室外活動制限なし</li> </ul>	○	○	不要
<b>ア메バ赤痢</b>	標準		○	○	不要
<b>レジオネラ</b>			○	○	不要
<b>疥癬(角化型)</b>	接触 	<b>隔離期間</b> 治癒確認まで。対応の詳細は以下参照 <b>曝露患者</b> 感染制御部に相談 <b>面会 最小限</b>	○ 以下参照	× 以下参照	要

\*曝露した患者の対応の隔離期間について CDC ガイドライン 2007 を参考  
疥癬の感染対策について 疥癬診療ガイドライン(第3版)を参考

### 角化型疥癬患者の感染対策

以下に示した感染対策は治療が既に始まっていることを前提にしている。

治療は疥癬における最優先の感染対策。

【環境清掃】汚染の物理的除去が必要であり、室内や高頻度接触面の環境清拭クロスでの拭き取りに加え、落屑は粘着テープなどで除去する。清掃業者には、「疥癬」であることを伝え、清掃を依頼する。

【物品管理】共有物品はベッドパンウォッシャーで洗浄可能なものは洗浄する。ベッドパンウォッシャーで洗浄不可のものは、環境清拭クロスで拭く。環境クロスでの拭き取りが難しい物品は、ビニール袋に入れて密封し 72 時間放置してから室外に出す。

【浴室】浴室の使用は最後とし、使用後に浴槽や床、壁は水で流す。脱衣所はモップや粘着テープで落屑を除去する。使用後の物品は、ビニール袋に入れ、密閉し病室まで持ち運ぶ。シャンプーなどの日用品は個人のものを使用する。

【洗濯】院内洗濯不可。自宅に衣類を持ち帰る時はビニール袋に入れ密閉する。

【リネン】軟膏塗布等の治療や清拭のたびに、リネン交換を行う。衣類は可能な限り毎日交換する。リネン室に連絡し、回収用の専用かごを準備してもらう。使用後のリネンは静かに取り扱い、赤ビニール袋に入れ密封し、専用かごに入れる。(疥癬と明記する)。リネンの回収は、初回のみリネン室に電話をし「疥癬」患者がいることを伝える。

【スタッフのユニフォーム】

ユニフォームは毎日交換する。不足が考えられる場合は、看護部に問い合わせる。脱いだユニフォームは、別に赤ビニール袋に入れ、「疥癬」と明記し、ランドリーに入れる。

### 3. その他の感染症と感染対策

➤ 個室隔離・隔離期間・面会等については感染制御部へ問い合わせる

感染対策の種類 標準: 標準予防策のみで対応  
 接触: 標準予防策＋接触予防策で対応  
 空気: 標準予防策＋空気予防策で対応

(五十音順)

感染症名	媒介物質	感染経路	感染対策
<b>咽頭結膜熱</b>	感染者の気道分泌物、 感染者の便、 汚染された手指・物品	接触 飛沫	接触
<b>オウム病</b>	感染鳥の排泄物	飛沫 接触	標準
<b>急性灰白髄炎 (ポリオ)</b>	感染者のふん便、 汚染された手指、 汚染された飲食物	経口 接触 飛沫	標準
<b>狂犬病</b>	感染動物(イヌ、ネコ、コウモリなど)の唾液	咬傷	標準
<b>コレラ</b>	感染者の吐物・便、 汚染された飲食物	経口	標準(おむつ使用、 失禁状態などの状態に応じて接触予防策を追加)
<b>細菌性赤痢</b>	感染者の便、 汚染された手指・物品・環境、 汚染された飲食物	経口 接触	接触
<b>重症急性呼吸器症候群 (SARS)</b>	感染者の気道分泌物、 汚染された手指・物品・環境、 糞口感染もあると考えられる。 動物からの感染が疑われる。	接触 飛沫	接触 飛沫 空気
<b>腸チフス</b>	感染者の便、 汚染された手指・物品・環境、 汚染された飲食物	経口 接触	標準
<b>手足口病</b>	感染者の便、 水疱内容物	接触 飛沫	接触 飛沫 ※ウィルスの便への排出は、回復後も2～4週間と長期に渡ることがある

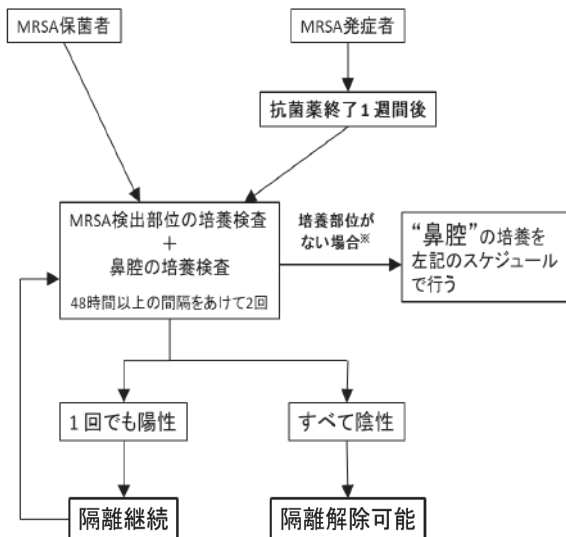
感染症名	媒介物質	感染経路	感染対策
<b>伝染性紅斑</b>	感染者の気道分泌物	接触 飛沫	接触・飛沫 ※紅斑出現時までは経路別予防策を追加する
<b>痘そう</b>	感染者の気道分泌物・水疱内容物	飛沫 接触	接触 飛沫
<b>突発性発疹</b>	感染者の唾液 (乳児に多い)	接触 飛沫	接触 飛沫
<b>鳥インフルエンザ (H5N1、H7N9)</b>	感染動物 (家禽あるいは野生鳥)	飛沫 接触	接触 飛沫
<b>梅毒</b>	感染者の血液・体液	性行為 母子	標準
<b>破傷風</b>	環境(土壌)	経皮 (創傷部位)感染	標準
<b>パラチフス</b>	感染者の便、 汚染された手指・物品・環境 汚染された飲食物	経口 接触	標準
<b>ヘルパンギーナ</b>	感染者の排泄物、 咽頭分泌物	経口 接触 飛沫	接触 飛沫
<b>マラリア</b>	感染蚊(ハマダラカ)、 感染者の血液	節足動物 媒介	標準
<b>A型肝炎</b>	感染者の便 汚染された水	経口 接触 性行為	標準(おむつ使用、 失禁状態など患者の 状態に応じて接触 予防策を追加)
<b>B型肝炎</b>	感染者の血液・体液	血液媒介 性行為 母子	標準
<b>C型肝炎</b>	感染者の血液	血液媒介	標準

#### 4. 隔離解除フロー

### MRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)隔離解除基準

MRSA保菌者：MRSAは検出されているが、感染症の原因ではない者

MRSA発症者：MRSAによる感染症(肺炎や皮膚軟部組織感染など)を起こし、治療を行っている者



#### ※培養部位がない場合

- ・創部や潰瘍から検出 → 創部や潰瘍が治癒している
- ・ドレーン排液から検出 → ドレーンを抜去している
- ・侵入経路が不明である菌血症。

そのほか、検体採取部位に関して不明な場合は感染制御部

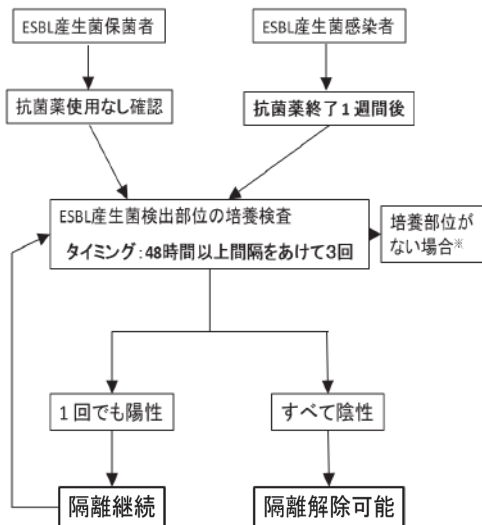
に相談する

## ESBL(基質特異性拡張型β-ラクタマーゼ)産生菌 隔離解除基準

\* AmpC産生菌(*E. coli* *K. pneumoniae*のみ)の解除基準は、ESBL産生菌に準じる

ESBL産生菌保菌者：ESBL産生菌は検出されているが、感染症の原因ではない者

ESBL産生菌感染者：ESBL産生菌による感染症(尿路感染症や腹腔内感染症など)を起し、治療を行なっている者



※検出部位がなくなった場合は、便培養検査を行う。

(オーダー時、コメント欄に『ESBL産生菌の検査』と記入する。)

(例)・術中の腹水から検出 → 閉創している

・ドレーン排液から検出 → ドレーンを抜去している

フローに該当しない場合や不明な点は感染制御部

に連絡してください。

## 5. 結核と非結核性抗酸菌症

### 1) 結核発見のための指針

結核の可能性が高い症例では、頻回に喀痰塗抹抗酸菌染色検査を行う。

\* 排菌を否定するには、

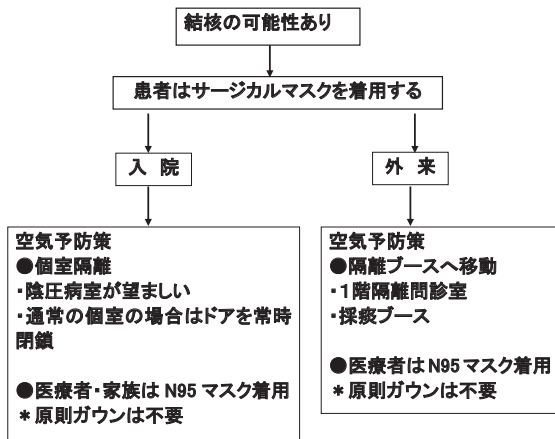
3回連続(8から24時間空けて採取)喀痰(または胃液)の塗抹抗酸菌染色検査陰性と

1検体の結核菌 PCR 検査陰性の確認が原則として必要である。

喀痰塗抹抗酸菌染色検査は夜間緊急でも可能

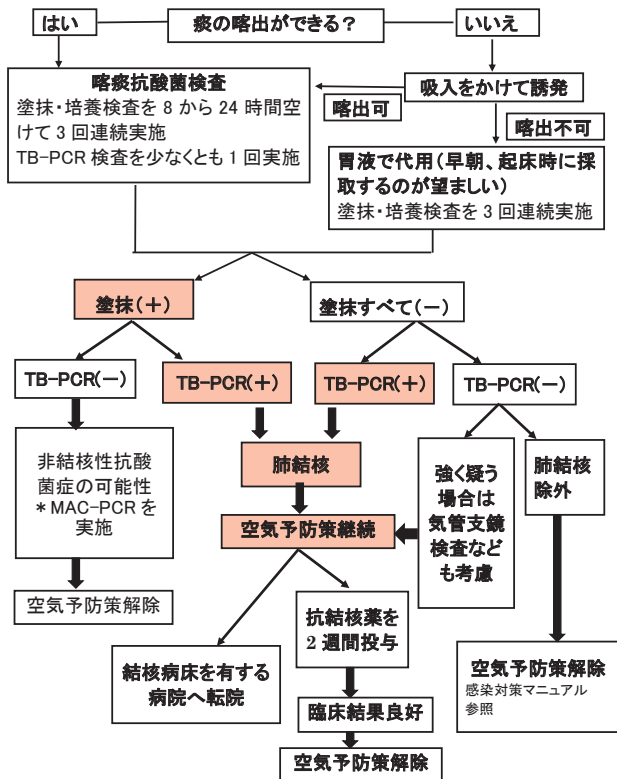
【結核を疑った場合の対応フロー】

すべての診療科で、結核を疑ったときは、除外できるまで結核患者として対応する。結果が出るまでは、感染症タグ「空気」→「結核」+にする。



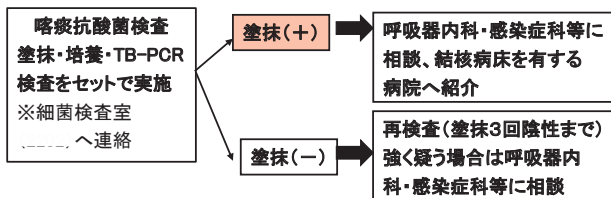
## 2) 抗酸菌検査による隔離対応フロー

(1)入院の場合 ※必ず個室で実施し、空気感染予防策を実施する！



## (2) 外来の場合

※ 必ず採痰ブースで実施すること(外来採痰ブースは中央処置室1に設置)



## 3) 抗酸菌検査の結果判定

\* 喀痰塗抹抗酸菌染色検査結果は当日判定  
至急の場合は、細菌検査室 へ連絡する。

\* TB-PCR 検査 : 月～金の毎日実施

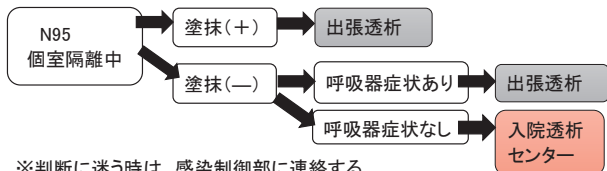
検体を 12 時 30 分までに提出	⇒結果は 16 時に報告
検体を 12 時 30 分以降に提出	⇒結果は翌営業日に報告

(保険算定の関係上)TB-PCRとMAC-PCR検査は同時にオーダーしない。(※コメント欄に、「TB-PCR 陰性時は MAC-PCR お願いします」と記載するなどの工夫が必要)

## 4) 入院中の感染対策

感染防止対策マニュアル(電子版) II-3 空気予防策参照

### (1) 透析実施場所選択のための判断フロー



※判断に迷う時は、感染制御部に連絡する。

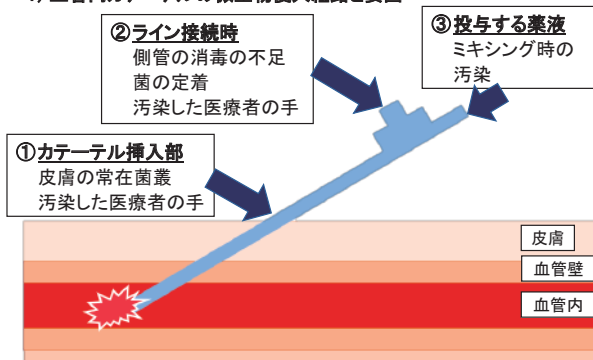
透析実施場所	入院透析センター(個室)	咳・痰などの呼吸器症状がない時 排菌がないと判断できる時
	出張透析	咳・痰などの呼吸器症状がある時 排菌のある肺結核と診断されている時

## IV. 医療関連感染防止対策

### 1. カテーテル関連血流感染予防策

カテーテル関連血流感染(CRBSI)は、カテーテル挿入患者がハイリスク集団であることから重症化へ移行する可能性が極めて高く、医療関連感染の中でも厳格な感染防止策の実施が求められている。CRBSI 予防策の重要なポイントとしてカテーテル挿入時の無菌操作、留置中の適切な管理等が重要となる。

#### 1) 血管内カテーテルの微生物侵入経路と要因



#### 2) 病棟における薬剤混合法

輸液調製台の準備

・血管内に投与する薬液は薬剤部で無菌的に調製されることが理想である。

- ① カーディガンを着用して作成しない。
- ② 輸液調製台は輸液調製前に整理整頓、環境清拭クロスで清拭する。
- ③ ベッドサイドで使用した物品は輸液調製台に持ち込まず、ワンウェイ管理を徹底する。
- ④ 輸液調製前には流水と泡石鹼による手指衛生を実施し、未滅菌手袋とマスクを着用する。
- ⑤ 輸液調製時はその作業に専念する。

- ⑥ 穿刺前のバイアルやボトルのゴム栓、アンプルの表面は単包アルコール綿を2枚使用し、圧迫止血する程度の力で1回目、2回目とも1方向拭きで清拭消毒を実施する。
- ⑦ 電子機器を使用した後にも手指衛生を実施する。
- ⑧ 作成後、速やかに投与する。
- ⑨ 輸液調製台の上で手袋を外してはならない。外した手袋は、輸液調製台の上に置かず速やかに廃棄容器に捨てる。

### 3) カテーテル挿入部の皮膚衛生

- (1) 可能であればシャワー浴を実施する。または、アルコール綿やデイスポタオルで挿入部位の皮膚の汚れを取り除くように清拭を行う。
- (2) もしくは、リモイスクレンズやセキューラ CL などの皮膚洗浄剤を使用し、皮膚汚染を除去する。(洗浄成分が皮膚に残らないように、清潔な濡れガーゼなどを使用し十分に除去する)

### 4) 側管からのアクセス

側管からのアクセスの際には必ず手指衛生の上、清潔な未滅菌手袋を着用しアクセス部は単包アルコール綿を2枚使用し清拭消毒をする。開放型の三方活栓のフタは、その都度新しいものと交換する。

#### 《側管の消毒方法》

閉鎖式コネクタ(混注部)の消毒は 2回！！



#### 【1回目】 汚れの除去

アルコール綿の1枚目で汚れを落とすように1kgの力(圧迫止血するくらいの力)で1方向に1直線に清拭する。

#### 【2回目】 消毒

アルコール綿の2枚目は消毒目的として2回目の清拭をする。

## 5) カテーテル管理

	中心静脈カテーテル(末梢挿入型中心静脈カテーテル(PICC)、血液透析カテーテル含む)	末梢静脈カテーテル
挿入部位	第一選択は内頸静脈 PICC:上腕の末梢静脈	成人:上肢を優先 小児:優先部位はない
消毒	第一選択:1%クロルヘキシジンアルコール(生後2か月未満の患者に使用できない) 第二選択:ポピドンヨード <u>アルコール綿で皮膚の汚れを除去後に中心から外側へ向けて2回以上の清拭消毒</u>	単包アルコール綿 中心から外側へ向けて2回以上の清拭消毒の後、無菌的に実施
ドレッシング材の選択	透明な滅菌ドレッシング材、症例によっては滅菌ガーゼで固定可 ※カテーテル感染のハイリスク患者には、挿入後1週間経過後よりクロルヘキシジングルコン酸塩ドレッシングの使用を許可	透明な滅菌ドレッシング材
ドレッシング材の交換頻度	透明な滅菌ドレッシング材:週1回 滅菌ガーゼ、ガーゼパット付きドレッシング剤(オプサイトなど):2日毎	カテーテルの刺し替えに合わせて交換
感染防止策	挿入時にはマキシマル・バリアアプリケーションを実践 *挿入者は手指衛生の上、マスク・帽子・滅菌手袋・滅菌ガウンを着用して、挿入する部位を除き可能な限り患者の全身を覆う広い滅菌覆布で覆い隠す	カテーテルの交換頻度については、電子版マニュアル参照。 ※留置中は、静脈炎や血管外漏出の有無について、刺入部を観察する
輸液セット交換	週1回交換とし薬液も一緒に交換	カテーテルの刺し替えに合わせて交換
その他	PICC 挿入時の固定にはstattロックを用い、縫合は行わないことを推奨	血液製剤・脂肪乳剤を投与したラインは24時間以内に交換

## \* マキシマル・バリアプリコーション

シールド付き  
マスク

滅菌手袋

全身を覆う  
滅菌オيفの使用



キャップ

滅菌ガウン

## 2. カテーテル関連尿路感染対策

### カテーテルの必要性を常に確認、不要になったらすぐ抜去する！

- 膀胱内留置カテーテル・採尿バッグは一体化した閉鎖式膀胱内留置カテーテルセットを利用する。
  - カテーテルと採尿バッグの接続部は外さない。
  - 手指衛生後、キットに入っている手袋などを利用しカテーテルを挿入する。
  - 1週間以上留置が予測される場合は閉鎖式膀胱内留置シルバークートカテーテルセットの使用を検討する。
- 採尿バッグは膀胱より低い位置に保ち、排液口を床につけない。
- チューブのねじれや折れ曲がりがないように注意する。
- 採尿バッグからの排液時は手袋・エプロン・シールド付きマスク(またはゴーグル)などを適切に着用し、患者ごとに手袋交換・手指衛生を実施する。回収容器は患者ごとに個別の容器を使用し、汚物処理室へ搬送する際は雑用手袋を使用する。
- 尿検体は、手指衛生の後、手袋を着用して、サンプルポートをアルコール綿で2回清拭消毒後に採取すること。
- 膀胱内留置カテーテルは定期的に交換しない。
- 膀胱洗浄は原則として実施しない。閉塞防止のため洗浄が必要と考えられる場合はスリーウェイのカテーテルを使用する。
- カテーテル留置中は、挿入部及び尿の性状の観察を行い記録する。



### 3. 人工呼吸器関連肺炎予防策



#### 1) 感染防止策

##### (1) 人工呼吸器回路について

- ① 人工呼吸器を頻回に交換しない。加湿器を含む回路は、定期的な交換の必要はなく、目に見える汚れや破損があれば、その都度交換する。回路交換を行う場合は、清潔操作で行う。
- ② 勤務帯毎にカフ圧を調整して誤嚥を防止する。
- ③ 回路内(蛇腹)に貯留した水は、患者側(気管内)や加湿器に流入しないように排液する。
- ④ 加湿には滅菌水を用いる。
- ⑤ アンビューバック、ジャクソンリースは患者専用とする。
- ⑥ 人工鼻を使用する人工呼吸器回路の場合は、人工鼻は原則 48 時間毎の交換とする。機能的な問題や汚染された場合には、その都度交換する。

##### (2) 開放式気道吸引

吸引カテーテルは単回使用とし、無菌的に吸引を行う。

##### (3) 閉鎖式気道吸引

- ① 閉鎖式吸引カテーテル用洗浄水は1回の使用ごとに廃棄すること。
- ② 閉鎖式吸引システムは単回使用チューブを使用する。72 時間ごとに新しい閉鎖式吸引システムへ交換する。

(4) 気道吸引実施時は標準予防策に必要時経路別予防策を追加して実施する。

#### 2) 適切な鎮静・鎮痛を図り、特に過鎮静を避ける

#### 3) 人工呼吸器からの離脱ができるかどうか毎日評価する

自発覚醒トライアル(spontaneous awakening trial:SAT)/自発呼吸トライアル(spontaneous breathing trial:SBT)を実施し、人工呼吸器離脱の可能性を毎日評価する。

#### 1. 人工呼吸器装着患者を仰臥位で管理しない

禁忌の場合を除き、30～45°程度頭位を挙上することが必要とされている。頭位挙上は、胃内容物の逆流や口腔内の分泌物が気道へ流れ込むのを防ぐことができる。

#### 2. 口腔ケア

口腔ケアは2～3回/日行う。

※詳細は感染防止対策マニュアル(電子版)IV-3-7)口腔ケア手順参照

### 4. 外科手術部位感染症(Surgical Site Infection: 以下 SSI) 防止策の原則

- 1) 待機手術の症例では術前に遠隔部位の感染症を治療しておく。
- 2) 適切な術前準備が出来る範囲で手術前の入院を短くする。
- 3) 術野の除毛は原則的に実施せず、必要な場合には手術の直前にサージカルクリッパーを使用して最低限の範囲で除毛する(カミソリ剃毛は禁止である)。
- 4) 術野の皮膚消毒は執刀予定部位から同心円状に周囲に向かって十分に広い領域を対象とする。
- 5) 予防抗菌薬は、執刀時に組織濃度が維持できるように執刀開始1時間前以内に投与する。
- 6) ドレーンの留置期間は最低限とし、なるべく閉鎖式ドレーンを用いる。
  - (1) チューブのねじれや折れ曲がりがないように注意する。
  - (2) バッグからの排液時は、エプロン、シールド付きマスク(またはゴーグル)、手袋などを適切に着用して、患者ごとに個別の容器を使用して手袋は必ず交換し、手指衛生を徹底する。
- 7) 手術創は滅菌ドレッシング材で被覆し、創部に問題がなければ術後48時間まではがさない。
  - (1) ドレッシング材を交換する際、手指衛生の後に手袋を着用して、まず創部の状態を確認する。
  - (2) 手袋は患者ごとに交換して、手袋を外した後は必ず手指衛生を実施する。

※詳細は感染対策マニュアル(電子版)「IV医療関連感染症防止対策」参照

## V. アウトブレイクへの対応

### 1. アウトブレイクの定義

下記の条件ア)～ウ)に該当し、検証の結果、感染制御部長がアウトブレイクと認めたもの。

【条件】

- ア) 感染対策上、対応が必要な病原体または感染症の報告(検出)件数が、平常時の平均値に対して標準偏差の2.5倍を超えて増加する。
- イ) 対応が必要な病原体または感染症のうち、院内でこれまで報告(検出)されていないものが、同時期に複数報告(検出)される。
- ウ) その他、特定の病原体または感染症が急速に院内伝播している可能性が疫学的に示唆される。

### 2. アウトブレイクに対する対応

- 1) アウトブレイクあるいは異常事態発生時は、迅速に特定し対応する。
- 2) すべての医療従事者は何らかの異常から感染のアウトブレイクを疑う場合、必ず直ちに医療の質向上・安全推進センターまたは感染制御部に連絡する。
- 3) 施設内各部署での微生物分離率や感染症の発生動向から、医療関連感染アウトブレイクあるいは異常発生を疑う場合も必ず直ちに医療の質向上・安全推進センターまたは感染制御部に連絡する。
- 4) アウトブレイクの可能性が高い場合、感染制御部は院内感染対策委員長に報告・相談し、病院長に報告する。
- 5) アウトブレイクの可能性が高いと結論された場合、その事例に対応する(特別)対策委員会の設定を検討する。
- 6) 病院長を中心に、感染制御部、院内感染対策委員長、(特別)対策委員会は調査・介入を行い、アウトブレイクの終息、原因解明に努める。
- 7) 必要に応じて、報告書を作成し、病院内で窓口を一本化して、個人情報保護を遵守しながら情報公開を行う。
- 8) 必要に応じて、外部からの協力と支援を要請する。

### 3. アウトブレイクに対応するための手順

調査の開始	まず症例を定義する。 疾患の部位、病原体、リスクに曝される患者背景を検討する。
診断の確認	すべての症例について定義に合致するか確認する。

<b>アウトブレイク の確認</b>	包括的なサーベイランスによりその施設における疾患の通常での発生頻度が把握されている場合、調査期間における発生頻度と比較してアウトブレイクの存在を確認する。
<b>関係者への周知</b>	アウトブレイクが発生していることについて当該部署や管理部門、看護部、職員健康管理部門などの適切な部署に連絡して協力を要請する。
<b>症例の探索</b>	アウトブレイクに関連して見逃されている症例がないか、診療録や検査結果記録に基いて調査する。通常は調査対象となった最初の症例から 3 か月を目途に遡って探索する。
<b>経過表の作成</b>	患者、場所、時間を明記したアウトブレイクの経過表と累積症例数や新規症例数の時間経過を示すグラフを作成する。このような経過表を作成することからアウトブレイクの全体像を把握する。
<b>仮説の生成</b>	文献的検索や状況の把握によりアウトブレイクの要因を推測して暫定的な仮説を作成する。
<b>仮説の検証</b>	統計学的手法などにより推測した要因とアウトブレイクとの因果関係を検討する。収集したデータと推測された要因が矛盾しなければよいが、もちろん仮説は誤りである場合もある。データが仮説を支持しなければ、他の可能性を考えつつ調査を進める必要がある。
<b>アウトブレイク 終息のための 介入</b>	要因分析の結果に基づいて、アウトブレイクを終息させるための介入方法を検討し、関係部門の協力を得ながら介入を実施する。
<b>介入の効果判 定</b>	アウトブレイクに関する監視を継続して、さらなる症例が発生しないか、策定した介入が有効であったか、引き続いて確認する。アウトブレイクを制圧するための介入策をさらに検討する。
<b>結果の報告</b>	アウトブレイクに関連した要因分析と介入策の結果について報告書をまとめる。報告書は適切な委員会や病院長などの管理者に配布する。
<b>公表</b>	アウトブレイクに巻き込まれた患者への説明、院外に対する公表、とくにマスメディアへの対応方法について検討する。

## VI. 洗浄・消毒・滅菌および物品の管理

### 1. 洗浄・消毒

洗浄・消毒時は、感染性物質を含んだ洗浄液の跳ね返りや消毒剤から自分自身を防護するために、必ず个人防护具を身に付ける。

洗 浄	<ul style="list-style-type: none"> <li>中央材料室(以下、中材)で洗浄できるものは、可能な限り中材に洗浄依頼をする</li> <li>中材に洗浄依頼をする物品の一時洗浄は行わない</li> </ul>	
	消 毒	<ul style="list-style-type: none"> <li>中性洗剤による洗浄を行い、消毒薬に浸漬をする。</li> </ul>
	ミルトン	哺乳瓶・乳首などに使用
	バイゲンラックス	医療器材・ケア用品に使用
	ディスオーパ	眼科外来・眼科病棟でのアプラネーションレンズに使用

### 次亜塩素酸ナトリウム浸漬液の希釈方法 \* 濃度は 500ppm(0.05%)

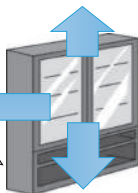
バイゲンラックスの場合(原液5%) 100倍希釈	$\text{バイゲンラックスの量} = 0.01 \times \text{作成する消毒液量}$ 例: 1000ml 作成 = バイゲンラックス 10mL + 水 990mL
ミルトンの場合(原液1%) 20倍希釈	$\text{ミルトンの量} = 0.05 \times \text{作成する消毒液量}$ 例: 1000ml 作成 = ミルトン 50mL + 水 950ml

- ◆ 器材は洗浄してから消毒する。 ◆ 消毒液は8時間以内に交換する。
- ◆ 器材が浮かないように内蓋を使用する。

### 2. 滅菌済医療器材の管理

【保管場所】

床から 30cm  
天井から 45cm  
外壁から 5 cm の距離  
を開けて保管



可能な限り扉のある  
棚で保管  
(開放棚の場合、周辺  
の通行が少なく、ホコ  
リが少なく、湿気を帯  
びる可能性のない場  
所を選択)

### 【保管方法】

- ・棚への過度な詰め込みは避ける。重さのあるものは重ねて保管しない。
- ・滅菌物の外包が破損しないよう水平に保管して、折れや圧迫に注意して保管する。(輪ゴムで束ねない)

### 【取り扱い方法】

- ・滅菌物を取り扱う前は手指衛生を実施する。
- ・滅菌有効期限や化学的インジゲータの色調、外包の破損・水濡れ・汚染じみの有無、シール部の剥がれの有無を確認してから使用する。

## 3. 器具・物品の清掃・消毒方法一覧

### 1) クリティカル器具:無菌の組織や血管系に挿入するもの

器具・物品	清掃・消毒方法
手術機器・器材など	中央材料室で洗浄後、滅菌する
血管内留置カテーテル、針など	ティスポーザブル製品を使用する

### 2) セミクリティカル器具:粘膜または創のある皮膚と接触するもの

器具・物品	清掃・消毒方法
ジャクソンリリース・アンビューパック	使用後は、中央材料室で洗浄・消毒する(ティスポーザブル製品は、単回使用)
尿器 便器	使用毎に、ペットハンウォッシャーで洗浄する。または中性洗剤で洗浄後に、次亜塩素酸ナトリウム浸漬液(以下、浸漬用消毒液)に30分以上浸漬し乾燥させる。
哺乳瓶・乳首	中央材料室で洗浄消毒。または中性洗剤で洗浄後に、浸漬用消毒液に30分以上浸漬後、水洗いし乾燥させる。

### 3) ノンクリティカル器具:傷のない健常な皮膚に接触するもの

器具・物品	清掃・消毒方法
ガーグル ベース	使用毎に、ペットハンウォッシャーで洗浄する。または中性洗剤で洗浄後に、浸漬用消毒液に30分以上浸漬し乾燥させる。
注射トレイ	使用前に環境清拭クロス(以下、環境クロス)で清拭、定期的(月に1回以上)に流水で洗浄する。
配薬ボックス	患者エリアに持ち込んだ場合は、環境クロスで清拭する。使用終了後は、中性洗剤で洗浄する。
ストレッチャー 車いす	週に1回、環境クロスで清拭する。

器具・物品	清掃・消毒方法	
超音波診断装置 (エコー機器)	本体	使用毎に、モニター部分以外をノンアルコールの環境クロスで清拭する。
	プローブ ケーブル	使用毎に、表面のゲルをペーパーで拭きとり、環境クロスで清拭する。
	※皮膚病変のある患者に使用時はプローブカバーを装着する。検査後はカバーを外し同様の手順で清拭する。	
包交車 採血ワゴン	表面全体	1日1回、環境クロスで清拭する。
	引き出し内	週に1回、環境クロスで清拭する。
	眼に見える血液等の汚染がある箇所は泡ハイターで消毒する。	
血圧計	共有で使用	使用毎に環境クロスで清拭する。
	患者毎に 専用	使用頻度に合わせて定期的に環境クロスで清拭する。
点滴調製台	調製台の上	使用前に環境クロスで清拭する。
	引き出しの 取っ手・枠	週1回、環境クロスで清拭する。
	引き出し内 ハンガーパイプ	月1回、環境クロスで清拭する。
体温計	使用毎に環境クロスかアルコール綿で清拭する。	
聴診器	全体	使用毎に環境クロスかアルコール綿で清拭する
	イヤープース	週に1回外して、中性洗剤で洗浄し乾燥させる
清潔ケア物品 (ベースン、陰部 洗浄ボトルなど)	ペットパンウォッシャーで洗浄可能なものは洗浄する。ペットパンウォッシャーで洗浄出来ないものは、中性洗剤で洗浄後、浸漬用消毒液に30分以上浸漬後乾燥させる。	
ケリーパット	中性洗剤で洗浄後、乾燥させる。	

#### 4)患者に直接使用しない物品

器具・物品	清掃・消毒方法
洗浄用スポンジ	単回使用
ベッドパンウォッシャー	週に1回、扉など外側を清拭する(庫内は自動洗浄)
ランドリーバック	月に1回、環境クロスで清拭する
トング	1日1回、環境クロスで清拭する

#### 4. 開封後の各種使用期限一覧（患者間で共有で使用する場合）



	商品名	一般名	開封後使用期限	
注射薬	ヘパリン Na 注1万単位 /10mL	ヘパリン ナトリウム	24 時間	
	ノボリン R 注 100 単位/mL などマルチドーズ（複数回使のためキャップが出来る形態）	インスリン	1週間	
外用薬	軟膏	軟膏類 全て	基本的には患者専用 共有で使用時は 1か月	
点眼薬	点眼薬	点眼薬 全て	基本的には患者専用 眼科外来において 共有で使用時は2週間	
手指消毒薬	サニサーラ、ピュアラビングなど各種手指消毒薬（ノンアルコール製剤含む）	擦式手指消毒薬	1年	
外用消毒薬	中水準	ポピヨドン液	ポピドンヨード液	1か月
		ヘキサックアルコール ヘキサック AL 液	エタノール含有クロルヘキシジン製剤	
		消毒用エタノール 消毒用エタプロコール	消毒用エタノール	
	低水準	チアミトール	ベンザルコニウム塩化物	1週間
		マスキン水	クロルヘキシジングルコン酸塩	
		ハイジール消毒用液	アルキルジアミノエチルグリシン塩酸塩	
		オキシドール	オキシドール	
水	大塚蒸留水（注射用水）	注射用水	1日	
	大塚生食注	生理食塩水		
その他	キシロカインゼリー2%	リドカイン塩酸塩ゼリー	1か月	
	リドカイン塩酸塩ゼリー2%			
	キシロカイン液 4%	リドカイン塩酸塩液	1年	
	キシロカインポンプスプレー	リドカイン噴霧剤		

自治医科大学附属病院  
感染制御部  
2023年5月改訂  
2024年11月改訂  
2025年11月改訂

## Ⅶ. 感染性廃棄物の処理

### 1. 基本確認事項

- 1) 管財課規定「廃棄物取り扱いガイド」「廃棄物分別一覧」に基づき廃棄物の種類に応じて正しく分別して廃棄する。
- 2) 感染性廃棄物であることが識別できるバイオハザードマーク付きの容器に直接廃棄することで、病原微生物に曝露される機会を軽減し、職業感染防止、医療関連感染の拡大を防止することを目的とする。
- 3) 感染性廃棄物の詰替えはしない。
- 4) 感染性廃棄物容器は必ずフタ付きフットペダルを使用し、容器設置の際は、ハザードマークを前面にする。
- 5) 感染性廃棄物容器を臨時で使用する場合、フタ付きフットペダルは用度課に在庫があるか確認する。追加で設置する場合は、用度課に請求する。

ハザードマーク			
 黄色	<u>プラ容器に表示</u> <ul style="list-style-type: none"><li>● 液状・泥状のもの</li><li>● 鋭利器材(針など)</li></ul>	 橙色	<u>ダンボール容器に表示</u> <ul style="list-style-type: none"><li>● 液状・泥状でない固形のもの</li><li>● 携帯用針捨てボックスに入れ密閉したもの</li></ul>

※分別の詳細は、管財課：廃棄物取り扱いガイド・分別一覧表(院内ポータルサイト)参照

### 2. 感染性廃棄物容器取り扱いの原則

- 1) 感染性廃棄物はバイオハザードマーク付きの廃棄物容器に直接廃棄する。
- 2) 廃棄物のはねたり、はみ出したりしないように廃棄し、圧縮せず 8 割まで溜まったらフタを閉めて廃棄する。
- 3) 針などの鋭利器材を使用する場合は、携帯用針捨てボックスを持参し、使用者が責任を持って直接廃棄する。
- 4) 安全装置付き器材を作動させても、血液汚染を防止するため携帯用針捨てボックスに直接廃棄する。
- 5) 使用後の感染性廃棄物や廃棄物容器を取り扱う場合は手袋などの個人防護具を着用する。
- 6) 点滴準備室の感染性廃棄物容器には患者に使用したものの、血液・体液の付着したものは廃棄しない。
- 7) フタは、環境清拭クロスで前面・後面を毎日清拭する。

## VII. 病院の環境清掃・消毒

### 1. 環境の維持

1) 多くの人が触れる「**高頻度接触面※**」は、1日に1回以上環境清拭クロスにて清拭消毒する。

※ベッド柵、スイッチ、テレビのリモコン、オーバーテーブル、床頭台・取っ手、ナースコール、ライトのスイッチ、モニターや医療機器のスイッチやタッチパネル、ドアノブ、手すりなど

2) 物品を床へ直接置かない。

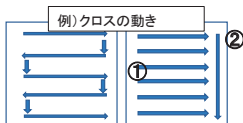
3) スタッフステーションのカウンターには、物を置かない。やむを得ず置く飾り物はビニール袋で覆う。掲示物はインフォメーションボードへ掲示する。

### 2. 清掃のポイント

1) 環境清掃は、个人防护具を着用して行う。(感染対策実施中の場合は、ピクトグラム表示に沿って着用する)

2) 患者ごと、エリアごとに環境清拭クロスを交換する。

3) 環境清掃時は、汚染リスクの低い場所から、汚染リスクの高い場所の順に行う。(上から下へ、奥から手前へ、1方向に拭く)



### 3. 血液・体液の汚染がある場合の清掃

ピンポイントにペーパーで汚れを拭き取り、医療施設用洗浄泡ハイター1000®を吹きかけ5～10分間放置をし、汚れが浮き上がってきたら汚れを広げないように拭き取る。



### 4. 環境清拭クロスの使い分け一覧

名称	サラサイド除菌クロス	ショードック	ワンステップクロス
	(成分)エタノール 第4級アンモニウム塩 アルカリ剤 	(成分) エタノール 	(成分)ノンアルコール 低水準消毒 洗浄剤入り 
使用 適 応	通常的环境・物品清掃。 感染症患者の環境・物品 清掃(感染症の種類を 問わない)。 人工呼吸器、ポンプなど 各種機器。	口鼻腔に直接入 れる物品(口鼻 腔に付けるセン サー、小児のオ モチャ等)。	エコプローブ先 端、アクリル板(保 育器)などアルコー ル成分を避けたい 場合。

## Ⅸ. 検体容器と取り扱いについて

### 1. 感染症診療に必要な検体容器と注意点について

容器種類	材料	容器	注意点
滅菌 PP スクリューコップ 吸引スピッツ	喀痰 吸引痰		蓋をしっかり閉める
滅菌スピッツ	尿、髄液、CAPD 液 膿材料 生検組織材料 穿刺液(腹水、胸水、関節液等) 胆汁、カテ先、体内挿入器材、胃液		蓋をしっかり閉める  尿は滅菌コップで採取後、滅菌スピッツに入れて提出
シードスワブ γ2号…① シードスワブ γ3…② シードチューブⅡ栄研…③	膿材料(創部、耳漏) 生殖器系分泌物、舌白苔 咽頭、鼻腔 眼科材料、MRSA 培養	①  太軸 ②  細軸 ③  嫌気性	シードチューブⅡの容器底の寒天に着色がある場合は使用不可
採便管	便	便培養  便潜血 	

容器種類	材料	容器	注意点
血液培養ボトル ・FN Plus 培養 ボトル(嫌気用) ・FA Plus 培養 ボトル(好気用)  ・PF Plus 培養 ボトル(小児 用)	血液  1ボトルにつき 8~10mL   1~4mL	 嫌気用(橙) 好気用(緑)   小児用(黄)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・嫌気+好気 で1セット</li> <li>・2セット以上 採取を推奨</li> <li>・嫌気ボトルか ら先に分注す る</li> <li>・小児用は1本 1セット</li> <li>・可能な限り採 取部位を変え て2セット以上 採取を推奨</li> </ul>
呼吸器系 各種検査用 キット・スワブ		 鼻腔      咽頭      Liat	
Film Array 用 キット	呼吸器パネル 用		

\* 詳細はポータルサイト内⇒文書管理システム⇒臨床検査室 検査案内書を参照

## 2. 正しい呼吸器系検査のためのポイント

### 1) 上気道検体採取の注意点

- (1) 検体を採取する際、口腔、歯部の常在菌の混入を避けるため、綿棒は病変部以外に触れないように採取する。
- (2) 扁桃周囲膿瘍が疑われる場合は、嫌気性菌専用容器を使用する。



#### シードチューブII 栄研

- ・嫌気性菌のための輸送容器
- ・ゼリーは酸素に触れると赤くなる
- ・赤紫色になっている容器は嫌気状態ではないので使用しない

- (3) 検体の乾燥を防ぐため、専用の輸送培地を利用して輸送する。



#### 輸送培地付き滅菌スワブ

- ・チャコールが入っているため、栄養要求が厳しい菌(淋菌等)にも向いている
- ・また嫌気性菌も可能
- ・検体の乾燥が防げ、室温保存可能

- (4) 検体の採取後は速やかに検体を提出する。保存する場合は常温保存する。

### 2) 喀痰検体採取の注意点

- (1) 喀痰採取前に歯磨きまたは水道水で数回うがいをし、咳とともに出してもらう。ただし、抗酸菌検査が目的の場合は、水道水でうがいをしない。(ペットボトル水なら可)
- (2) 喀痰は密閉できる口の広い滅菌容器に直接喀出し、ティッシュペーパーなどに包まない。



滅菌 PP スクリューコップ

- (3) 痰は菌の増殖に適した培地となるので、採取後は速やかに検査室に検体を提出する。(室温保存なら2時間以内)
- (4) 直ちに提出できないときは冷蔵保存し、24 時間以内に検査を行う。

## Miller & Jonesの分類を改変



提出前に要チェック

外観の評価として Miller & Jones の分類があります。

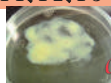
外観が膿性(分類:P1~P3)の場合は、検査に適した良好な痰と判断されま  
す。M1・M2の場合は、再採取をお勧めします。

分類	喀痰の性状評価
M1	唾液、完全な粘性痰
M2	少量の膿性痰を含む
P1	膿性部分が全体の1/3
P2	膿性部分が全体の1/3~2/3
P3	膿性部分が全体の2/3以上

M1、M2



P1、P2、P3



膿性部分が多い

## Gecklerの分類

検査室で判定

Grade	細胞数/1視野 (100倍)	
	白血球 (好中球)	扁平上皮細胞
1	<10	>25
2	10~25	>25
3	>25	>25
4	>25	10~25
5	>25	<10
6	<25	<25



G4、G5が良質な喀痰

Gecklerの分類は白血球と扁平上皮細胞の割合を顕微鏡下で6段階に評価します

Grade1・2	白血球数に対し扁平上皮細胞数が多いため唾液の混入が多く、口腔内の汚染を受けている。
Grade3	白血球数・扁平上皮細胞数が共に多く、唾液の誤嚥によって発症した嚥下性肺炎において見られることがある。
Grade4・5	白血球数が多く、扁平上皮細胞数が少ないため炎症所見が高く、検査に適している。
Grade6	白血球数が少ないが、好中球減少症や経気管吸引物や気管支洗浄液の場合は適している。

## X. 抗菌薬適正使用の手引き

### 1. カルバペネム系抗菌薬投与前チェックリスト \* 成人患者を想定

#### 【STEP1】カルバペネム系抗菌薬以外でも治療可能

いいえ

はい

#### 【STEP2】初期治療としてカルバペネム系抗菌薬使用が許容

- ✓ ショック状態である
- ✓ 集中治療部門(注 1)での治療を要する
- ✓ 発熱性好中球減少症
- ✓ 敗血症
- ✓ カルバペネム系抗菌薬以外は耐性の菌による感染症  
(注 1: 集中治療部門とは ICU, CCU, ER 重症室, HCU, NICU, PICU を指す)
- ✓ 複雑性腹腔内感染症
- ✓ 壊死性筋膜炎
- ✓ 急性膀胱炎
- ✓ 頭頸部重症感染症
- ✓ 重症肺炎

はい

いいえ

#### 【STEP3】抗菌薬投与前に血液培養 2 セット以上提出！

局所感染であることが明らかな場合は局所の培養のみでも許容されます。悪寒・戦慄・発熱など、菌血症を疑うサインがある場合には、積極的に血液培養の採取をお願いします

他剤選択を考慮！

確認: パルプロ酸を投与していないか(併用禁忌)  
けいれん疾患はないか(慎重投与)

#### 【STEP4】用法用量を設定する

腎機能が正常な場合の投与量・間隔(注 2)

メロペネム	1 回 1g 静注	8 時間ごと
イミペネム	1 回 0.5g 静注	6 時間ごと
ドリペネム(注 3)	1 回 0.5g 静注	8 時間ごと

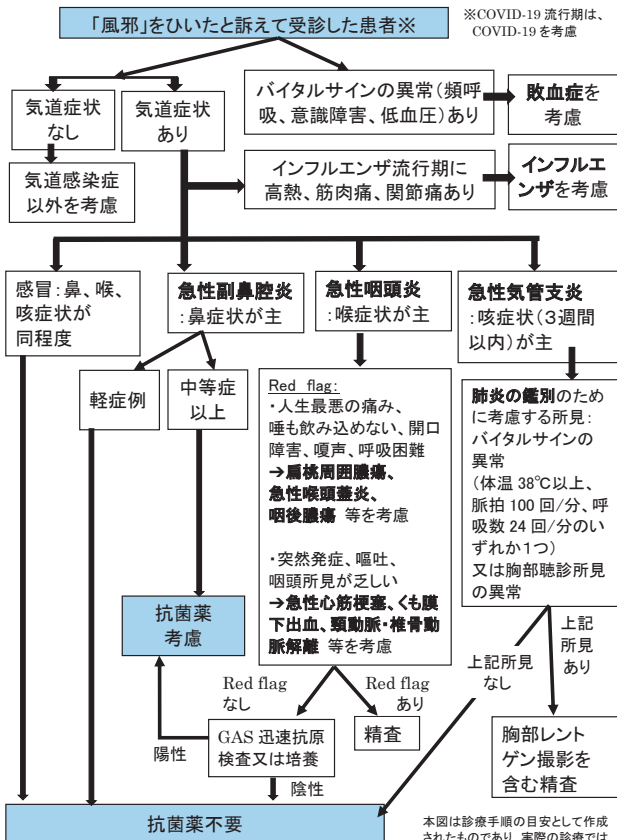
#### 【STEP5】培養結果を参考に抗菌薬を狭域なものに変更(デ・エスカレーション)する

(注 2) 投与量・間隔については日本語版 サンフォード感染症治療ガイド 2018(第 48 版)を参考にした

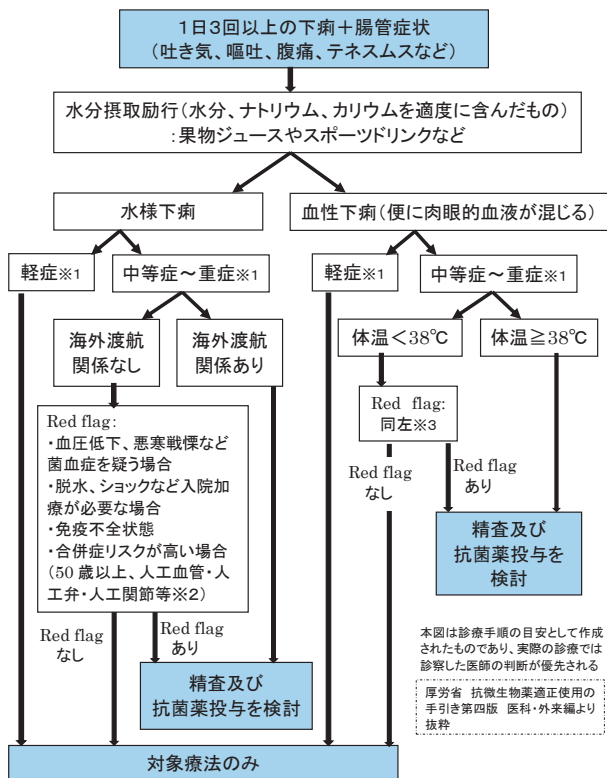
(注 3) 人工呼吸器関連肺炎にドリペネムを使用すると死亡率が上昇するという研究結果があり、米国では人工呼吸器関連肺炎への使用が認められていない。また、この結果を受けてサンフォード感染症治療ガイドはすべての肺炎に対してドリペネムを推奨していない。

## 2. 外来における抗菌薬適正使用の手引き

### 1) 急性気道感染症の診断及び治療の手順



## 2) 急性下痢症の診断及び治療の手順 (対象: 学童期以上の小児～成人)



※1 下痢の重症度: 軽症は日常生活に支障のないもの、中等症は動くことはできるが日常生活に制限があるもの、重症は日常生活に大きな支障のあるもの。

※2 他の合併症リスクには炎症性腸疾患、血液透析患者、腹部大動脈瘤等がある。

※3 腸管出血性大腸菌(Enterohemorrhagic *E. coli*: EHEC)による腸炎に注意し、便検査を考慮する。

### 3. エンピリック治療薬の手引き 尿路感染症

対象		抗菌薬
膀胱炎	妊婦以外	スルファメトキサゾール・トリメ プリム（経口）
		セファレキシン（経口）
	妊婦	アモキシシリン・クラバン酸 （経口）+アモキシシリン（経口）
		セファレキシン（経口）
腎盂腎炎	市中 発症	軽症
		重症 （敗血症 含む）
	院内 発症	非重症例
		重症例 （敗血症含む）
		セフトリアキソン <sup>注2)</sup>
		ピペラシリン・タゾバクタム
メロペネム		
セフェピム		
ピペラシリン・タゾバクタム		
メロペネム		

※抗菌薬用量はいずれも正常腎機能時とする  
 ※微生物検査の結果に基づき、適切な抗菌薬に変更すること

注1) 菌血症や膿瘍などを伴う場合には投与期間の延長(14 日間以上)  
 を適宜検討すること

注2) 肝障害や胆汁鬱滞など胆泥リスクが高い場合には、代替としてセフ  
 オタキシム(1 回 1g、6-8 時間毎)を考慮すること

用法・容量	投与間隔	投与期間
1回 2錠	12時間毎	3日間
1回 500mg	8-12時間毎	5-7日間
1回 250mg/125mg 1回 250mg	8時間毎	5-7日間
1回 500mg	6-8時間毎	5-7日間
1回 1-2g 1回 3.375g-4.5g 1回 1g	24時間毎 6-8時間毎 8時間毎	7-14日間 <sup>注1)</sup>
1回 1g	8時間毎	7-14日間 <sup>注1)</sup>
1回 3.375g-4.5g	6-8時間毎	7-14日間 <sup>注1)</sup>
1回 1g	8時間毎	7-14日間 <sup>注1)</sup>

#### 4. エンピリック治療薬の手引き 呼吸器感染症

対象		抗菌薬
市中肺炎	非重症例	セフトリアキソン <sup>注1)</sup> ± アジスロマイシン
		アンピシリン・スルバクタム ± アジスロマイシン
	重症例	セフェピム ± アジスロマイシン
		ピペラシリン・タゾバクタム ± アジスロマイシン
	上記を投与できない場合 (アレルギー等)	レボフロキサシン
MRSA の関与が強く疑われる場合 (直近の MRSA 検出歴・入院歴から)	* 上記にバンコマイシンを追加する	
院内肺炎 ・ 人工呼吸器関連肺炎		セフェピム
		ピペラシリン・タゾバクタム
	上記を投与できない場合 (アレルギー等)	メロペネム <sup>注2)</sup>
		レボフロキサシン
MRSA の関与が強く疑われる場合 (直近の MRSA 検出歴・入院歴から)	* 上記にバンコマイシンを追加する	
誤嚥性肺炎	嫌気性菌の関与	疑われない
		疑われる
		セフトリアキソン <sup>注1)</sup>
		アンピシリン・スルバクタム

※抗菌薬用量はいずれも正常腎機能時とする

※微生物検査の結果に基づき、適切な抗菌薬に変更すること

用法・容量	投与間隔
1回 2g 1回 500 mg	24 時間毎
1回 3g 1回 500 mg	6 時間毎 24 時間毎
1回 1g 1回 500 mg	6 時間毎 24 時間毎
1回 4.5g 1回 500 mg	6 時間毎 24 時間毎
1回 500 mg	24 時間毎
目安 初回 30mg/kg (上限 2g、2-3 時間かけて投与) その後は、TDM により調節	
1回 1g	6 時間毎
1回 4.5g	6 時間毎
1回 1g	8 時間毎
1回 500 mg	24 時間毎
目安 初回 30mg/kg (上限 2g、2-3 時間かけて投与) その後は、TDM により調節	
1回 2g	24 時間毎
1回 3g	6 時間毎

注 1) 肝障害や胆汁鬱滞など胆泥リスクが高い場合には、代替としてセフトキシム(1回 1g、6-8 時間毎)を考慮すること

注 2) ESBL 産生菌等の耐性菌が原因として考えられる場合にも使用可能

## XI. 職業感染対策

### 1. 医療従事者の健康管理 すべての医療従事者は、以下を行うこと。

- 1) 毎年の健康診断は必ず受ける。
- 2) 血清抗 HBs 抗体陽性(10 mIU/mL 以上)を確認しておく。  
→陰性の場合は B 型肝炎ワクチン接種が推奨される。

- 3) 麻疹・水痘・風疹・ムンプスの抗体の有無を把握し、「健康管理個人カード」に記載して、名札に入れておく。



- 陰性の場合は保健センターから通知があり、ワクチン接種を受けることが推奨される。

当院では 2007 年以降の新入職者には、入職時健康診断書への記載を必須項目としている。

- 4) インフルエンザワクチンを毎年秋に接種する。(インフルエンザワクチンまたは鶏卵に対する重篤なアレルギー反応の既往歴を有する場合を除く)
- 5) 日頃から体調管理に注意し、体調不良の場合は、出勤前に所属長に相談する。

### 2. 血液・体液曝露防止策

- 1) 標準予防策を遵守し、自らを血液・体液曝露から防御する。
- 2) 安全器材を正しく使用する。
- 3) 針や鋭利器材を使用する際は、採血ワゴンまたは、耐貫通性容器(針捨てボックス)を必ず持参する。針の使用後はリキャップせず、処置を実施したその場で針捨てボックスに捨てる。
- 4) 針捨てボックスは、使用後必ず蓋を閉め、8 分目以上まで入れずに廃棄する。



- 5) 「針刺し/切創/血液曝露 発生時の対応フローチャート」は、部署の目につく場所に常に掲示しておく。
- 6) 患者エリアの床に落ちているモノは素手で拾わない(鋭利器材の可能性はある)。
- 7) 採血時の分注は、分注器を使用する。(電子版マニュアル「採血時の分注方法」を参照)

## 【職員】針刺し/切創/血液曝露 発生時の対応

曝露者(職員):①業務を離れる。

②傷の処置(流水による洗浄、止血)を行う。

曝露源(患者):リスク評価を行う。

① HBs 抗原、HCV 抗体、HIV 抗原/抗体の結果と採血日  
(2か月以内)を確認する。

② 結果がそろっていない場合は、検査オーダーを依頼する。

\* 検査オーダーはセット化されている

検体→診療科別→感染症科→曝露源、と進み、

HBs 抗原・HCV 抗体・HIV 抗原/抗体を選択する

(検査室に残血清が保管されていれば利用してもよい)

### 針刺し/切創/血液曝露 発生時の連絡先

	平日日中	夜間休日
保健センター		
針刺し当番医		

報告内容:患者 ID、氏名、針刺し/切創/血液曝露の状況など

または、部署に掲示されている「針刺し/切創/血液曝露 発生時の対応フローチャート」参照

職員→患者への針刺し/切創を起こした場合、対応が変わるため  
感染制御部に連絡をする

## XII. 職員の感染と報告について

病院内の感染拡大を防ぐために、附属病院職員が感染性の高い疾患に罹患した際には以下の通りの対応を行い、必要に応じて報告を行うものとする。

### 1. 体調不良時の対応について

以下の「2. 感染症罹患時の就業制限について」に該当しない感染症が原因の場合、または具体的な診断がつかなかった場合には、解熱後 36 時間経過以降に復職可能とする。

### 2. 感染症罹患時の就業制限について

疾患名	就業制限期間	条件等
新型コロナウイルス感染症	発症第 10 日まで。 *ただし、第 7 日 解熱後 36 時間以上経過し、咳症状により、所属長の判断で第 8 日より勤務可能。(全ての職員が対象)	第 10 日目までは他への感染性を有する可能性があることから、勤務内容やマスクを外す場面について、所属長および個々で十分に注意すること。 咳がひどい時には、勤務の可否について所属長と相談すること。
インフルエンザ	発症日を 0 日として 第 5 日まで ※かつ解熱後 48 時間	発症第 7 日までマスクを着用する。
感染性胃腸炎 (ノロウイルス感染症)	症状が消失する まで	症状が消失すれば就業可能。 症状消失後 1 週間は、感染性があるため、患者および共有物への接触の際は注意する。トイレを使用した場合、環境クロス、または医療施設用洗浄泡ハイター1000®で清拭をする。
感染性胃腸炎 (ノロウイルス以外)	嘔吐が消失する まで	嘔吐がなければ就業可能だが、周囲への感染性に注意して、患者および共有物への接触の際には注意する。

疾患名	就業制限期間	条件等
流行性角結膜炎 (EKC) (アデノウイルス)	右参照	①～③の全ての条件を満たした場合、就業可能とする。 ①症状消失 ②発症から1週間経過 ③眼科を受診し、治癒を確認
带状疱疹	就業可能	病変がある部分を覆い、就業可能。 ただし、小児患者、水痘に感受性のある患者、妊婦への接触は避ける。
手足口病	就業可能	病変がある部分を覆い、就業可能。 ただし、小児患者への接触は避ける。
疥癬	治療薬治療開始から24時間	*角化型疥癬(ノルウェー疥癬)の場合、感染制御部に連絡する。
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	抗菌薬治療開始から24時間	
マイコプラズマ	抗菌薬治療開始から24時間	咳が消失するまでマスクを着用する。
麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎	右参照	感染制御部に連絡し、指示に従う。
百日咳	抗菌薬治療開始から5日間	
上記に該当しない感染症 診断のつかない発熱	解熱後36時間	

※ 無症候や症状が乏しく発症日が不明な場合には、検査陽性日を起点とする。

### 3. 報告すべき感染症

院内ポータルサイト「感染制御部通知」→「職員の感染症発症時の報告」をクリック、入力フォームに必要事項を入力する。

「麻疹」「水痘」「風疹」「流行性耳下腺炎」については、感染制御部に電話連絡も同時に行う。

病名	連絡方法
新型コロナウイルス感染症	入力
インフルエンザ	入力
麻疹	入力と電話
水痘	入力と電話
流行性耳下腺炎	入力と電話
風疹	入力と電話
流行性角結膜炎(EKC)	入力
感染性胃腸炎(ノロウイルス感染症)	入力
感染性胃腸炎疑い	入力
その他の感染症	入力

平日・夜間休日問わず、確認が取れた時点で電話連絡をす  
る。

平日:感染制御部

夜間休日:感染症科  
宅直

「職員の感染症発症時の報告」リンク

### XⅢ. 食品衛生管理・食中毒

#### 病院食による食中毒(疑い含む)発生時の初動対応(平日・時間内)

食中毒(疑い)発生部署 病棟医長・看護師長・不在時代行者

感染制御部へ報告(

#### 臨床栄養部

- ① 栄養管理室長より、「食中毒発生、○食から給食提供中止」の指示を出す。
- ② 給食業務職員の業務停止  
・衛生健康チェックリストを確認する。  
・帰宅している職員に連絡し、体調を確認する。
- ③ 該当する食事の保存食、献立表、対応した職員を確認する。
- ④ 給食提供の準備(職員食堂使用)  
・患者厨房にある食材は使用しない。  
・食材購入の準備を行う。  
・食材納入までサバイバルフーズを使用する

#### 総務課

- ① 保健所への報告を行う。
- ② 必要に応じて『食中毒患者届出表』を提出する。

#### 病院食による食中毒(疑い)発生時の報告フロー(休日・夜間)

食中毒(疑い)発生部署 病棟医長・看護師長・不在時代行者

看護部(日当直師長)

臨床栄養部 上記対応

\* 看護部(日当直師長)は、休日明けに、感染制御部、総務課に連絡をする。

#### 1. 食中毒二次感染予防策

- (1) 接触予防策を遵守する。「感染対策マニュアルⅢ-2 下痢患者の対応(感染性胃腸炎を含む)」に準じて対応を行う。
- (2) 複数の下痢患者が発生すれば、1つの病室に集めてケアを行う(コホーティング)。

## XIV. 感染症法(届け出が必要な感染症一覧)

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(感染症法)」による  
届出対象疾患一覧 ※届け出は感染制御部を経由して提出するため、感染制御部  
へ連絡する。詳細は感染対策マニュアル(電子版)参照

類型	届出	令和7年11月1日現在		
一類 感染症	直ちに	エボラ出血熱	南米出血熱	マールブルグ病
		クリミア・コンゴ出血熱		ラッサ熱
		痘そう	ペスト	
二類 感染症	直ちに	急性灰白髄炎	ジフテリア	鳥インフルエンザ (H5N1・H7N9)
		結核	重症急性呼吸器症候群 (病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る)	中東呼吸器症候群 (病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る)
三類 感染症	直ちに	コレラ	腸チフス	パラチフス
		細菌性赤痢	腸管出血性大腸菌感染症 (毒素の検出と迅速検査のみでは届出は必要なく、 毒素産生菌が同定された場合に届出が必要になる)	
四類 感染症	直ちに	E型肝炎	腎症候性出血熱 (HFRS)	鼻疽
		ウエストナイル熱 (ウエストナイル脳炎を含む)	西部ウマ脳炎	ブルセラ症
		A型肝炎	ダニ媒介脳炎	ベネズエラウマ脳炎
		エキノкокクス症	炭疽	ヘンドラウイルス感染症
		エムボックス	チクングニヤ熱	発しんチフス
		黄熱	つつが虫病	ポツリヌス症
		オウム病	デング熱	マラリア
		オムスク出血熱	東部ウマ脳炎	野兔病
		回帰熱	鳥インフルエンザ (H5N1及びH7N9を除く)	ライム病
		キャサナル森林病	ニパウイルス感染症	リッサウイルス感染症

類型	届出	令和7年11月1日現在			
四類 感染症	直ちに	Q熱	日本紅斑熱	リフトバレー熱	
		狂犬病	日本脳炎	類鼻疽	
		コクシジオイデス症	ハンタウイルス肺症候群(HPS)	レジオネラ症	
		ジカウイルス感染症	Bウイルス病	レプトスピラ症	
		重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る)		ロッキー山紅斑熱	
五類 感染症 (全数把握)	7日以内 (※直ちに)	アメーバ赤痢	ジアルジア症	播種性クリプトコックス症	
		ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く)	侵襲性インフルエンザ菌感染症	破傷風	
		カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症	侵襲性髄膜炎菌感染症(※直ちに)	バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症	
		急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く)	侵襲性肺炎球菌感染症	バンコマイシン耐性腸球菌感染症	
		急性脳炎(ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ペネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く)		百日咳	
		クリプトスポリジウム症	水痘(入院例に限る)	風しん★(※直ちに)	★臨床診断で届出し、後に否定された場合は届出取り下げとなる
		クロイツフェルト・ヤコブ病	先天性風しん症候群	麻しん★(※直ちに)	
		劇症型溶血性レンサ球菌感染症	梅毒		薬剤耐性アシネトバクター感染症
			後天性免疫不全症候群(HIV感染症を含む)		

※「直ちに」届出とは、確定診断後直ちにということです。

疑似症や無症候病原体保有者について判断に困る場合は、感染症科までご相談ください。

## 指定医療機関：定点報告対象

当院は、「小児科定点」及び「急性呼吸器感染症(ARI)定点」の指定届出機関である。それ以外の「眼科定点」「性感染症定点」「基幹定点」に関しては届出対象外である。

類型	届出	令和7年11月1日現在	
五類感染症(定点把握)	小児科定点	RSウイルス感染症	手足口病
		咽頭結膜熱	伝染性紅斑
		A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	突発性発しん
		感染性胃腸炎	ヘルパンギーナ
		水痘	流行性耳下腺炎
	急性呼吸器感染症(ARI)定点	急性の上気道炎(鼻炎、副鼻腔炎、中耳炎、咽頭炎、喉頭炎)又は下気道炎(気管支炎、細気管支炎、肺炎)を指す病原体による症候群の総称:インフルエンザ、新型コロナウイルス、RSウイルス、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、ヘルパンギーナなど。R7年4月7日からサーベイランス開始	
	眼科定点	急性出血性結膜炎	流行性角結膜炎
	性感染症定点	性器クラミジア感染症	尖圭コンジローマ
		性器ヘルペスウイルス感染症	淋菌感染症
	基幹定点	感染性胃腸炎 (病原体がロタウイルスであるものに限る)	
クラミジア肺炎 (オウム病を除く)			
細菌性髄膜炎 (髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く)			
マイコプラズマ肺炎			
無菌性髄膜炎			
ペニシリン耐性肺炎球菌感染症			
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症			
薬剤耐性緑膿菌感染症			
疑似症	疑似症定点	法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症	

## XV. 院内感染対策指針抜粋

### 自治医科大学附属病院 院内感染対策指針抜粋版（第7版） 令和7年9月

#### 1. 総則(院内感染対策に関する基本的な考え方)

##### 1-1 基本理念

われわれ医療従事者には、患者の安全を確保し、速やかな病態改善を図るために継続的な努力が求められている。従って、医療関連感染の発生をできるだけ未然に防止することと、ひとたび発生した感染症が拡大しないように可及的速やかに制圧、終息を図ることは医療機関の義務である。さらには、医療従事者への感染防止・安全確保することも重要であり、このことは医療従事者のみならず、患者の感染対策にも繋がる。この観点から、自治医科大学附属病院(以下「当院」とする)においては本指針を策定し、この指針に基づき、院内感染対策を行う。

##### 1-2 用語の定義

###### 1) 院内感染・医療関連感染

省略

###### 2) 院内感染対策の対象者

院内感染対策の対象者は、入院患者、外来患者の別を問わず、見舞人、訪問者、医師、看護師、医療従事者、その他職員(委託職員を含む)、さらには院外関連企業の職員などを含む。

##### 1-3 本方針について

###### 1) 策定と変更

省略

###### 2) 職員への周知と遵守率向上

本指針に記載された各対策は、全職員の協力の下に、遵守率を高めなければならない。

- ① 感染制御部は感染対策チーム(インфекションコントロールチーム; ICT)や抗菌薬適正使用支援チーム(AST)と共に、現場職員を教育啓発することで、自ら進んで実践し、自覚を持ってケアに当たるよう誘導する。
- ② 感染制御部は就職時初期教育、定期的教育、必要に応じた臨時教育を通して、全職員の感染対策に関する知識を高め、重要性を自覚するように導く。
- ③ 定期的な ICT ラウンド(部門監査)を活用して、現場に於ける監査介入を試みる。
- ④ 感染制御部は独自にも定期的なラウンドを行い、現場における感染管理の徹底を支援する。
- ⑤ 手指衛生や各種の感染対策の遵守状況につき経時的に監査するとともに、擦式消毒薬の使用量を調査して、その結果をフィードバックする。
- ⑥ 抗菌薬適正使用支援チーム(AST)は、臨床検査部・細菌検査室と協力して、年 1 回を目途にアンチバイオグラムを作成し、病院内への周知と啓発活動に努める。また、感染制御部とも協力して年 2 回を目途に院内研修を開催する。

## 2. 院内感染対策に関連する委員会及び感染制御部などに関する基本的事項

### 1) 病院長

病院長は積極的に感染対策に関わり、院内感染対策委員会、ICT が中心となって、すべての職員に対して組織的な対応と教育・啓発活動をする。院内感染対策委員会は病院長の諮問委員会であり、検討した諮問事項は病院長に答申され、運営会議での検討を経て、現実化・日常業務化する。感染制御部は病院長を含む病院執行部の管理下にある感染対策立案・日常業務実践の専門家チームであり、病院長が一定の権限を委譲し、同時に義務を課し(各診療科長・部長と同様)、組織横断的に活動する。

### 2) 院内感染対策関連委員会 infection control committee(ICC)

(自治医科大学附属病院院内感染対策委員会設置規程(別紙参照))

① 院内感染対策委員会は当院の院内感染対策を統括する委員会である。

委員会の答申は最終的には病院長により決定され、実施に至る。

1ヶ月に1回の定期的会議を開催する。緊急時は必要に応じて臨時会議を開催する。

② 感染制御部・ICT・AST の報告・企画を受け、その内容を検討し、病院全体での合意形成を行う。その上で、感染制御部の活動を支援すると共に、必要に応じて、各診療科・部門等に対して病院長名で改善を促す。

③ 病院長の諮問を受けて、感染制御部とともに感染対策を検討して答申する。

④ 感染制御部が行う日常業務化された改善策の実施状況調査を検討し、必要に応じて見直しを行う。

⑤ それぞれの業務に関する規定を定めて、病院長に答申する。

⑥ 実施された対策や介入の効果に対する評価を感染制御部が定期的に行い、その評価結果の記録を分析する。その分析を受け、必要な場合はさらなる改善策を勧告する。

### 3) 院内感染管理者

① 院内感染対策の責任者として、病院長は感染制御部長を院内感染管理者として任命する。

② 病院長は院内感染管理者に、院内感染対策の実施に関して必要な権限を委譲する。感染管理者の権限で実施する事項については、速やかに病院長に報告し、情報共有を行う。院内感染管理者不在時の権限行使については、感染制御部と感染症科とが協力して実施する。

③ 院内感染管理者に委譲される権限の具体的な内容は次の通りとする。

(1) 感染症のアウトブレイク発生時の診療制限

(2) 感染症のアウトブレイク発生時や感染対策に係る重要な検討事項が発生した際の臨時 ICC の開催

(3) その他、院内感染対策を実施する上で必要な権限

④ とくに歯科関連の院内感染対策を推進するために、病院長は歯科院内感染管理者を任命する。

### 4) 感染制御部

① 病院長を含む病院執行部の管理下にある組織横断的組織であり、病院長の包括的指示に基づき、当院における感染防止対策の実務を担当する。

② 病院長は、感染制御部に感染制御部長を任命し、院内感染対策専任者を一人以上おく。

③ 緊急時にあつては感染制御部長の判断で対応することとするが、その際には必ず病院長へ報告する義務がある。また、感染制御部の活動内容は必要に応じて院内感染対策委員会の査察を受ける。

- ④ 当院におけるすべての職員・従事者に対して、職種・職位を問わず、感染防止対策の改善のために指導することが出来る。
- ⑤ 感染防止対策の観点からすべての患者データ及び病院データを格段の手続きなく閲覧することが出来る。また、必要に応じて調査と介入を行うことができる。
- ⑥ 医療関連感染に関するサーベイランスを担当し、継続的な医療質改善を図るとともにアウトブレイクの早期覚知に努める。
- ⑦ 感染防止対策に関して、病棟・部門の巡視を定期的に行い、状況を把握するとともに点検と助言にあたる。
- ⑧ アウトブレイクの発生が認められるか疑われる場合、すべての医療現場を対象に調査と介入にあたる事が出来る。その結果は病院長及び院内感染対策委員会に報告する。
- ⑨ 当院での院内感染防止に関する情報共有・研修・教育に中心的役割を果たす。
- ⑩ 保健センターと連携して職員の健康管理(職業感染防止対策)に関する業務を分担する。
- ⑪ 地域と連携する医療の実践にあたり、栃木県・県南健康福祉センターをはじめとする行政機関や栃木地域感染制御コンソーシアム(TRIC'K)と提携や情報共有を図る。
- ⑫ ICT、AST 及び感染管理リンクスタッフの活動を支援する。
- ⑬ 院内感染対策指針・感染防止対策マニュアルの作成・改訂を担当する。
- ⑭ ICT・AST と協力して、マンスリーレポートを発行し、院内感染対策に必要な知識・情報等を広く院内に周知する。

#### 5) インфекションコントロールチーム(ICT)

(自治医科大学附属病院インフェクションコントロールチーム運営細則(別紙参照))

- ① ICT は ICC の下部組織である。
- ② ICT は感染制御部とともに感染および院内感染の発生防止対策に関わる事項について活動する。とくに医療現場で発生する具体的な問題点の可視化および解決を主な役割とする。
- ③ ICT は院内委員会の一つに位置づけられる。ICT 委員は ICT 活動を正式な病院の業務とするために病院長からの任命を受ける。
- ④ ICT は月1回程度の総会を開催し、院内感染対策に関する問題点を共有し、解決策を検討する。必要に応じて ICC に意見を具申する。
- ⑤ ICT は年30回程度の院内巡視を実施し、院内感染対策における問題点を明らかにして総会で報告する。
- ⑥ ICT は院内感染対策における問題点やその解決策を病院内で広く周知する。

#### 6) 抗菌薬適正使用支援チーム(AST)

(抗菌薬適正使用支援チームの業務内容(別紙参照))

- ① AST は ICC の下部組織である。
- ② AST は、全病院組織横断的にすべての診療科におけるすべての症例および抗菌薬に関連する全ての事項を対象とし、感染症科とも協力して、抗菌薬の適正使用のための業務を担当する。
- ③ AST は抗菌薬使用に関する情報をまとめ、ICC に報告する。
- ④ AST は薬剤耐性菌に関する情報をまとめ、ICC に報告する。
- ⑤ AST は各診療科のクリニカルパスにおける抗菌薬使用状況を確認し、適正使用のための助言・指導を行う。
- ⑥ AST は抗菌薬適正使用の手引きを作成する。
- ⑦ AST は各診療科からの広域抗菌薬・特定抗菌薬の使用届出を確認し、不適正な使用があれば是正のための助言・指導を行う。

- 7)その他  
省略

### 3. 院内感染対策のための従事者に対する研修に関する基本方針

省略

### 4. 感染症の発生状況の報告とそれに対する対応に関する基本方針

#### 4-1 サーベイランスと発生事例への対応

日常的に当院における感染症の発生状況を把握するシステムとして、対象限定サーベイランスを必要に応じて実施し、その結果を感染対策に生かす。

- 1) 感染制御部は、カテーテル関連血流感染、手術部位感染、人工呼吸器関連肺炎、尿路感染、その他の対象限定サーベイランスを可能な範囲で実施する。
- 2) 臨床検査部・細菌検査室は、業務として検体からの病原体分離および存在の確認を行う。また、分離細菌の薬剤耐性パターンなどの解析を行う。この疫学情報を日常的に臨床側および感染制御部へフィードバックする。感染制御部はこの情報を基に微生物の分離率ならびに感染症の発生動向を注視する。また、感染制御部はこの情報を基に、主治医および病棟とよく連携し、必要によっては病院全体までも、適切な院内感染防止対策および終息策を指導する。
- 3) 微生物検査を外部委託する場合、外部委託業者とも緊密な連絡を維持し、検体搬送にも万全の配慮を心がける。
- 4) サーベイランスにおける診断基準は、原則として厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業 JANIS や日本環境感染学会 JHAIS 委員会の基準に準拠する。
- 5) 報告を義務付けられている感染症が特定された場合には、速やかに保健所に報告する。

#### 4-2 アウトブレイクの定義

自治医科大学附属病院における感染症アウトブレイクを以下のように定義する。

「下記の条件ア)～ウ)のいずれかに該当し、検証の結果、感染制御部長がアウトブレイクと認めたもの。」

【条件】

- ア) 感染対策上、対応が必要な病原体または感染症の報告(検出)件数が、平常時の平均値に対して標準偏差の2.5倍を超えて増加する。
- イ) 対応が必要な病原体または感染症のうち、院内でこれまで報告(検出)されていないものが、同時期に複数報告(検出)される。
- ウ) その他、特定の病原体または感染症が急速に院内伝播している可能性が疫学的に示唆される。

#### 4-3 アウトブレイクあるいは異常発生とそれに対する対応

- 1) すべての医療従事者は何らかの異常から感染のアウトブレイクを疑う場合、必ず直ちに感染制御部に連絡する。
- 2) 施設内の各部署での微生物の分離率ならびに感染症の発生動向から、医療関連感染のアウトブレイクあるいは異常発生を疑う場合も上記(1)と同様とする。
- 3) アウトブレイクの可能性が高い場合は、感染制御部は院内感染対策委員長に報告・相談し、病院長に報告する。

- 4)アウトブレイクの可能性が高いと結論された場合は、重大性に応じて、その事例に対応する（特別）対策委員会を設定する。
- 5) 病院長を中心に、感染制御部、院内感染対策委員長、（特別）対策委員会は調査・介入を行い、アウトブレイクの終息、原因解明に努める。
- 6)最終的には、報告書を作成し、病院内で窓口を一本化して、個人情報保護を遵守しながら情報公開を行う。
- 7)必要に応じて、外部からの協力と支援を要請する。

## 5. 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

省略

## 6. その他の当該病院等における院内感染対策の推進のために必要な基本方針

### 6-1 手指衛生

手指衛生は、感染対策の基本であるので、これを遵守する。

- 1)手指衛生の重要性を認識して、遵守率が高くなるような教育、介入を行う。
- 2)手洗い、あるいは手指消毒のための設備・備品を整備し、患者ケアの前後には必ず手指衛生を遵守する。
- 3)手指消毒は手指消毒用アルコール製剤による擦式消毒（洗い流しなし）、もしくは石けんあるいは抗菌性界面活性剤（クロルヘキシジン・スクラブ剤、ポビドンヨード・スクラブ剤等）と流水による手洗いを基本とする。
- 4)目に見える汚れがある場合および下痢患者の処置後には、石けんあるいは抗菌性界面活性剤と流水による手洗いを行う。その後手指消毒用アルコール製剤による擦式消毒を行うことが望ましい。
- 5)目に見える汚れがない場合は、手指消毒用アルコール製剤による擦式消毒を基本とする。
- 6)アルコールに抵抗性のある微生物汚染を考慮する場合は、適宜石けんあるいは抗菌性界面活性剤と流水による手洗いを行う。

### 6-2 微生物汚染経路遮断

微生物汚染（以下汚染）経路遮断策として、標準予防策および、6-7 付加的対策で詳述する感染経路別予防策を実施する。

- 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 personal protective equipment (PPE) を適切に配備し、その使用法を正しく認識、遵守する。
- 2)呼吸器症状のある患者には、咳による飛沫汚染を防止するために、サージカルマスクの着用を要請して、汚染の拡散を防止する。
- 3)空気感染及びエアロゾル感染を起こす微生物の感染患者では感染微生物種および排菌の状況を検討し、医療従事者は N95 呼吸器防護具の着用およびその他の PPE の使用を行う。

### 6-3 環境清浄化

患者環境は、常に通常の清潔度を維持する。

- 1)患者環境は質の良い清掃の維持に配慮する。
- 2)でき得る限り、清潔と不潔との区別がわかる。

- 3) 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。
- 4) スポンジは汚染しているものと考え、使用に注意する。使用は最小限に留める。
- 5) スポンジ、清掃タワシ(トイレ用を含む)などは汚染を広げる可能性があるため、広範囲使用はせず、場所それぞれでの特定範囲使用とする。
- 6) 床に近い棚(床から30cm以内)に、清潔な器材を保管しない。
- 7) 薬剤・医療器材の長期保存を避ける工夫をする。大量保管はしない。
- 8) 手が高頻度で接触する部位は1日1回以上清拭または必要に応じて消毒する。
- 9) 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又は洗濯する。
- 10) 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。
- 11) 清掃業務を委託している業者に対して、感染対策に関連する重要な基本知識に関する清掃員の教育・訓練歴などを確認し、必要に応じて教育、訓練を行う。また、具体的業務内容について感染制御部担当者が打ち合わせる。

#### 6-4 交差感染防止

- 1) 状況に応じて、易感染患者を保護隔離して病原微生物から保護する。
- 2) 感染リスクの高い易感染患者を個室収容する場合には、そこで用いる体温計、血圧測定装置などの用具類は、他の患者との共用は避け、専用のものを配備する。標準予防策の徹底を習慣づける。
- 3) 各種の感染防護用具の対応を容易かつ確実にを行う必要があり、感染を伝播する可能性の高い伝染性疾患患者は個室収容、または、集団隔離収容して、感染の拡大を防止する。
- 4) 集中治療部、中央手術部などの清潔領域への入室時、交差感染防止策として、履物交換、着衣交換などを常時実施する必要性はないが、当院では当分現状に即した方法を実施する。

#### 6-5 消毒薬適正使用

消毒薬は、一定の抗菌スペクトル(範囲)がある。適用対象と対象微生物を十分に考慮して適正に使用する。

- 1) 生体消毒薬と環境用消毒薬は区別して使用する。ただし、アルコールは両者に適用される。
- 2) 生体消毒薬は皮膚損傷、組織毒性などに留意して、適用を考慮する。
- 3) 塩素製剤などを環境に適用する場合は、その副作用に注意し、濃度の高いものを広範囲に使用しない。特に高アルカリ性による皮膚障害に注意する。
- 4) グルタルール、フタールールなど、人体毒性の強い消毒薬は、環境の消毒には使用しない。
- 5) 環境の汚染除去(清浄化)の基本は清掃である。環境消毒を必要とする場合には、清拭消毒法または環境消毒用紫外線照射装置により行う。

#### 6-6 抗菌薬適正使用

抗菌薬耐性菌が発生あるいはまん延する危険性を考慮して、全病院的に抗菌薬適正使用に努める。抗菌薬投与に際しては、対象微生物を考慮し、投与期間は適正なものとする。当院には組織横断的なコンサルテーションを受けて、チーム医療の一環として感染症診療を提供する感染症科があり、必要に応じて感染症科の併診を積極的に推奨する。また、抗菌薬適正使用支援チーム(AST)は、全病院組織横断的にすべての診療科におけるすべての症例を対象とし、感染症科と協力して、抗菌薬の適正使用のための業務にあたる。

- 1) 抗菌薬投与に際しては、抗菌薬適正使用の手引きを参照する。
- 2) 抗菌薬投与に際しては、必要に応じた感染症科の併診を積極的に推奨する。
- 3) 対象微生物と対象臓器の組織内濃度を考慮して適正量を投与する。
- 4) 分離細菌の薬剤感受性検査結果に基づいて抗菌薬を選択することを原則とする。
- 5) 細菌培養検査結果を得る前でも、必要な場合は経験的治療 empiric therapy を行う。
- 5) 必要に応じた血中濃度測定 therapeutic drug monitoring (TDM) により、適正かつ効果的投与を行う。
- 6) 特別な理由なく抗菌薬を 2 週間以上にわたって連続投与することは望ましくない。長期投与が必要な症例は原則として感染症科へコンサルテーションして併診を受けるべきである。
- 7) 手術に際しては、対象とする臓器内濃度と対象微生物とを考慮して、有効血中濃度を維持するよう投与することが重要である。
- 8) 抗メチシリン耐性ブドウ球菌 (MRSA) 薬、静注用キノロン系抗菌薬、カルバペネム系抗菌薬などの使用状況を把握し、適正な使用に努める。
- 9) バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE)、MRSA、多剤耐性緑膿菌 (MDRP) など特定の多剤耐性菌を保有していても、無症状の場合は、抗菌薬の投与による除菌を行う必要はない。ただし、状況に応じた隔離対策などの厳正な院内感染防止対策の適用は必要である。
- 10) 施設内における薬剤感受性パターン (アンチバイオグラム) を把握しておく。
- 11) AST は、届出制の対象となっている特定抗菌薬の使用状況を確認し、必要時には主治医への助言または感染症科へのコンサルテーションを勧告する。また、許可制の対象となっている特定抗菌薬の使用状況につき感染症科と情報を共有する。
- 12) AST は、臨床検査部・細菌検査室、感染制御部と協力して、病院内の細菌分離・感受性の状況を把握し、血液培養陽性症例などで必要と認めた場合は主治医への助言または感染症科へのコンサルテーションを勧告する。
- 13) AST は、抗菌薬の院内採用品目について年 1 回を目途に定期的に見直し、必要がある場合はその結果を薬事委員会に報告する。また、各診療科と協力して、外科手術時の抗菌薬予防投与などを含むクリニカルパスの内容を確認し、抗菌薬の適正使用を推進する。
- 14) AST は、院内における「抗菌薬適正使用の手引き」を作成する。

## 6-7 付加的対策

省略

## 6-8 地域支援

省略

## 6-9 予防接種 (ワクチン接種)

予防接種が可能な感染性疾患に対しては、接種率を高めることが最大の制御策である。抗原・抗体保有調査および予防接種実施に関しては、保健センター及び自治医科大学人事課と調整を行い、実施方針を策定する。

患者、医療従事者共に接種率を高める工夫をする。

ワクチン接種が複数にわたるときには、適切な間隔で接種を行う。

### 1) インフルエンザウイルス

当院 (大学) 職員の全員に対し、年に 1 回の接種を実施している。

希望で実施するが、接種を強く推奨する。

流行時期を考え、11 月を中心に接種を実施する。

### 2) 肝炎ウイルス

当院の業務上必要が認められるものに対して、B型およびC型肝炎ウイルスの抗原・抗体を毎年1回実施する。

B型肝炎ウイルス抗体非保有者には希望によりワクチン接種を行う。

### 3) 破傷風菌

当院の業務上必要が認められるものに対して、毎年1回、希望によりワクチン接種を行う。(10年毎の接種を推奨する。)

### 4) 4種ウイルス(麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎の各原因ウイルス)

就職前に4種ウイルスに対する抗体価をEIA法にて測定し、結果を就職時に提示させる。これらウイルスに対する抗体価の十分な保有のないものには当該ウイルスのワクチン接種を推奨し、希望により接種を行う。

### 5) 新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)

最新のガイドライン等に基づいた推奨、接種機会の提供を行う。

## 6-10 職業感染防止

医療職員の医療関連感染対策について十分に配慮する。(6-2をも参照)

- 1) 針刺し防止のためリキャップを禁止する。
- 2) 鋭利器材は使用後直ちに廃棄できるように携帯式の廃棄容器などを準備する。
- 3) 血液検体を取り扱う際には清潔(未滅菌)手袋を着用する。
- 4) 注射針やその他の鋭利な器具は耐貫通性の専用廃棄容器に廃棄する。
- 5) 医療廃棄容器は適切に配備し、配備状況を感染制御部やICTで確認する。
- 6) 採用された誤刺防止機構付き安全器材の使用を推進し、適切な使用方法を指導する。
- 7) 針刺し・切創事故が発生した場合には、保健センターと連携して、事例を登録すると共に、状況に応じて適切な曝露後予防策やフォローアップ検査を提供する。
- 8) 前項6-9に記載した如く、設定されている抗原・抗体保有調査およびワクチン接種実施を推進し、ワクチン接種の必要な職員のワクチン接種率の上昇に努力する。
- 9) 抗原・抗体保有調査およびワクチン接種実施の記録を保存し、要望があれば、本人を確認の上、本人にのみ記録を開示する。(ただし個人情報に十分配慮した上で、研究・調査用途などでの利用は認める。)
- 10) 感染経路別予防策に即した个人防护具(PPE)を着用する。
- 11) 結核などの空気感染予防策が必要な患者に接する場合には、N95以上の微粒子用呼吸器防護具を着用する。
- 12) 結核排菌症例のケアにあたった医療従事者については、所轄保健所(県南健康福祉センター)と協議の上で接触者検診を実施する。また、リスクの低い状況にあっても院内感染対策委員会またはその専門部会で判断して、福利厚生観点から接触者のフォローアップを行うことがある。

## 6-11 第三者評価

省略

## 6-12 患者への情報提供と説明

省略