

# 院内感染対策指針



社会医療法人 若竹会

土浦リハビリテーション病院 介護医療院

2022年（令和4年）11月作成

2023年（令和5年）10月改訂

## 目次

1. 院内感染対策指針の目的
2. 院内感染対策に対する基本的な考え方
3. 感染対策委員会についての方針
4. 院内感染対策に関する職員研修についての方針
5. 院内感染発生時の対応に関しての方針
6. 当院院内感染対策指針の閲覧に関する方針
7. 院内感染推進のために必要なその他の方針

2022年(令和4年)11月作成  
2023年(令和5年)10月改訂

## 院内感染対策指針

### 1. 院内感染対策指針の目的

院内感染は、入院期間の延長・医療コストの増大や、医療従事者への感染など患者・職員ともに多大な不利益を生じる。そのため、感染対策は重要課題である。

当院は感染対策委員会を設置し、感染の予防・再発の防止対策の適切な対応を行い、当院における院内感染対策を確立し、適切かつ安全で質の高い医療サービスの提供を図ることを目的とし、この指針を制定する。

### 2. 院内感染対策に対する基本的な考え方

当院の院内感染対策は、院内に感染症の患者と感染に罹患しやすい患者とが同時に存在していることを前提に、必然的に起こりうる患者・職員への感染症の伝播リスクを最小限にするために「スタンダードプリコーション」の観点に基づいた医療行為を実践する。あわせて、感染経路予防策を実施する。

また、個人及び病院内外の感染症情報を幅広く共有して、院内感染の危険及び発生に対して迅速に対応する。院内感染が発生した事例については、速やかに調査を行い、その根本原因を究明し、これを改善していく。

こうした基本姿勢をベースにした院内感染対策活動の必要性・重要性を全ての職員が自覚する。さらに、周知徹底し、院内共通の課題として積極的な取り組みを行う。

### 3. 感染対策委員会(以下、委員会)についての方針

当院の感染対策に関する院内全体の問題点を把握し、改善策を講じるなど院内感染対策活動を担うために、院内に、組織的横断的な院内感染対策委員会を設置する。

#### 1) 感染対策委員会(ICC)

- ・病院長、病院長が任命した委員長(医師)、各部署の責任者、医療安全者、感染管理担当者などによって構成される。
- ・委員会は定例とし、月1回、原則、第2金曜日に開催する。その他、必要に応じて委員長の招集で臨時に開催する。
- ・ICTと連携し、その内容を検討した上で、ICTの活動を支援する。
- ・ICCは、以下の内容の協議、推進を行う。
  - ①感染発生状況の報告と改善策の検討。
  - ②ICTの報告を受け、その内容を検討した上でICTの活動を支援する。
  - ③マニュアルの内容について査定を行い、承認する。
  - ④感染対策指針の見直しと妥協性について協議する。

#### 2) 感染制御チーム(ICT)

- ・ICCと連携し、感染防止対策における実働的なチームとする。
- ・ICTは、ICC委員長より、院内の感染防止対策に関する権限を委譲されると共に責任を持つ。また、重要決定事項については、感染対策委員会に報告する義務を持つ。異常な院内感染が発生した場合や、アウトブレイクが疑われる場合は、速やかに調査を行い、制圧にあたる。
- ・構成メンバーは、医師、薬剤師、臨床検査技師、看護師で、それぞれ感染対策地域連携カンファレンスに参加するメンバーを兼ねる。
- ・ICT委員会は、月1回、原則第2金曜日に開催し、週に1回程度の定期的ラウンドを行う。
- ・ICTの具体的な業務は以下の通りとする。
  - ①ラウンド業務  
週1回程度、定期的に院内を巡視し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の把握指導を行う。
  - ②サーベイランス業務  
院内感染事例、院内感染発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。
  - ③発生時対策  
院内感染の増加が確認された場合には、病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。  
院内感染に関する情報を記録に残す。
  - ④抗菌薬の適正使用  
微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗MRSA薬及び広域抗菌薬の使用に際して届出制とし、投与量、投与時間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与量の適正化を図る。
  - ⑤職員教育  
院内感染対策を目的とした職員の研修を少なくとも年2回程度行う。  
院内感染に関するマニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。
  - ⑥地域連携  
・年4回程度、感染対策加算1が主催する定期的なカンファレンスに参加する。また、必要時、感染対策に関する相談等を行う。  
・地域連携病院と連携し、地域における感染対策及び他の医療施設における院内感染対策を協力して推進する。
  - ⑦院内感染対策指針・マニュアルの改訂  
適時、感染対策指針・マニュアルの改訂を行う。

#### 4. 院内感染対策に関する職員研修についての方針

- 1) 全職員を対象に院内感染対策に関する講習会を年2回開催する。
- 2) 新規採用職員対象に院内感染対策に関する教育を行う。また、中途採用に対しても必要に応じて教育を行う。
- 3) その他の委託職員及び清掃委託職員に対しても、必要に応じて、院内感染対策に関する講習会を行う。

#### 5. 院内感染発生時の対応に関しての方針

- 1) 職員は、院内感染が疑われる場合、速やかに委員もしくは所属長に報告し、委員及び所属長は、委員長にこの旨速やかに報告する。
- 2) 委員長は、速やかに主要な感染対策委員を招集し協議し、必要に応じて臨時に委員会を開催し、感染源・感染経路・範囲(病院・期間)の調査を行う。
- 3) 委員長は、調査結果を委員会へ報告を行い、対応策を検討し、実施する。
- 4) 委員長は、委員会にて追跡調査を行い、院内感染の収束の確認を行う。

#### 6. 当院院内感染対策指針の閲覧に関する方針

本指針は患者及びその家族から閲覧の求めがあった場合にはこれに応じるものとする。

#### 7. 院内感染推進のために必要なその他の方針

- 1) 院内感染対策マニュアルを作成し、マニュアルに応じた感染対策を、職員全員に周知徹底に努力する。
- 2) 院内感染対策委員会は、その時々感染症の動向に着目し、院内感染対策マニュアルの改訂を行う。

## 院内感染対策指針

### 1. 院内感染対策指針の目的

院内感染は、入院期間の延長・医療コストの増大や、医療従事者への感染など患者・職員ともに多大な不利益を生じる。そのため、感染対策は重要課題である。

当院は感染対策委員会を設置し、感染の予防・再発の防止対策の適切な対応を行い、当院における院内感染対策を確立し、適切かつ安全で質の高い医療サービスの提供を図ることを目的とし、この指針を制定する。

### 2. 院内感染対策に対する基本的な考え方

当院の院内感染対策は、院内に感染症の患者と感染に罹患しやすい患者とが同時に存在していることを前提に、必然的におこりうる患者・職員への感染症の伝播リスクを最小限にするために「スタンダードプリコーション」の観点に基づいた医療行為を実践する。あわせて、感染経路予防策を実施する。

また、個人及び病院内外の感染症情報を幅広く共有して、院内感染の危険及び発生に對して迅速に対応する。

院内感染が発生した事例については、速やかに調査を行い、その根本原因を究明し、これを改善していく。

こうした基本姿勢をベースにした院内感染対策活動の必要性、重要性全ての職員が自覚し、周知徹底し、院内共通の課題として積極的な取り組みを行う。

### 3. 感染対策委員会(以下、委員会)についての方針

当院の感染対策に関する院内全体の問題点を把握し、改善策を講じるなど院内感染対策活動を担う為に、院内に組織的横断的な院内感染対策委員会を設置する。

#### 1) 感染対策委員会(ICC)

病院長、病院長が任命した委員長(医師)、各部署の責任者、医療安全者、感染管理担当者などによる委員会は定例とし、月1回、原則、第2金曜日に開催する。

その他、必要に応じて委員長の招集で臨時に開催する。ICTと連携し、その内容を検討した上で、ICTの活動を支援する。

ICCは、以下の内容の協議、推進を行う。

- ・感染発生状況の報告と改善策の検討。
- ・ICTの報告を受け、その内容を検討した上でICTの活動を支援する。
- ・マニュアルの内容について査定を行い、承認する。
- ・感染対策指針の見直しと妥協性について協議する。

## 2) 感染制御チーム (ICT)

ICCと連携し、感染防止対策における実働的なチームとする。

ICTは、ICC委員長より、院内の感染防止対策に関する権限を委譲されるとともに責任を持つ。

また、重要決定事項については、感染対策委員会に報告する義務を持つ。異常な院内感染が発生した場合や、アウトブレイクが疑われる場合は、速やかに調査を行い、制圧にあたる。

構成メンバーは、医師、薬剤師、臨床検査技師、看護師で、それぞれ感染対策地域連携カンファレンスに参加するメンバーを兼ねる。

ICT委員会は、月1回、原則第2金曜日に開催し、週に1回程度の定期的ラウンドを行う。

ICTの具体的業務は以下の通りとする。

①ラウンド業務

週1回程度、定期的に院内を巡視し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の把握指導を行う。

②サーベイランス業務

院内感染事例、院内感染発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。

③発生時対策

院内感染の増加が確認された場合には、病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。院内感染に関する情報を記録に残す。

④抗菌薬の適正使用

微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗MRSA薬及び広域抗菌薬の使用に際して届出制とし、投与量、投与時間の把握を行い、臨床上一問題となると判断した場合には、投与量の適正化を図る。

⑤職員教育

院内感染対策を目的とした職員の研修を少なくとも年2回程度行う。

院内感染に関するマニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。

⑥地域連携

・年4回程度、感染対策加算1が主催する定期的なカンファレンスに参加する。また、必要時、感染対策に関する相談等を行う。

・地域連携病院と連携し、地域における感染対策及び他の医療施設における院内感染対策を協力して推進する。

⑦院内感染対策指針・マニュアルの改訂

適時、感染対策指針・マニュアルの改訂を行う。

#### 4. 院内感染対策に関する職員研修についての方針

- 1) 全職員を対象に院内感染対策に関する講習会を年2回開催する。
- 2) 新規採用職員対象に院内感染対策に関する教育を行う。また、中途採用に対しても必要に応じて教育を行う。
- 3) その他の委託職員及び清掃委託職員に対しても、必要に応じて、院内感染対策に関する講習会を行う。

#### 5. 院内感染発生時の対応に関しての方針

- 1) 職員は、院内感染が疑われる場合、速やかに委員もしくは所属長に報告し、委員及び所属長は、委員長にこの旨速やかに報告する。
- 2) 委員長は、速やかに主要な感染対策委員を招集し協議し、必要に応じて臨時に委員会を開催し、感染源・感染経路・範囲(病院・期間)の調査を行う。
- 3) 委員長は、調査結果を委員会へ報告を行い、対応策を検討し、実施する。
- 4) 委員長は、委員会にて追跡調査を行い、院内感染の収束の確認を行う。

#### 6. 当院院内感染対策指針の閲覧に関する方針

本指針は患者及びその家族から閲覧の求めがあった場合にはこれに応じるものとする。

本指針はホームページに掲載して公開する。

#### 7. 院内感染推進のために必要なその他の方針

- 1) 院内感染マニュアルを作成し、マニュアルに応じた感染対策を、職員全員に周知徹底に努力する
- 2) 院内感染対策委員会は、その時々感染症の動向に着目し、院内感染対策マニュアルの改訂を行う。

感染対策委員 名 簿

2023年11月1日 改定

委員会職名	職名	氏名
	院長	岩崎 信明
感染対策委員会委員長	内科医師(介護医療院)	大澤 享
感染対策副委員長	看護副部長(腎センター・外来)	石垣聖子
感染対策委員	医事課担当部長	久松 辰男
	医療安全管理委員会委員長	瀧本 泰彦
	看護部長	伊藤 美代子
	薬剤部	神谷 ゆりか
	生理機能検査技師主査	川口 哲夫
	リハビリテーションセンター主任	鈴木 猛
	放射線技術科技師	本橋 一樹
	臨床工学科 担当主任	山崎 雄太
	栄養科 主任	小島 希美
	介護主任	深沢 幸子
	臨床検査技師	島田 彩子
ICTリンクメンバー	腎センター	平岡 亜矢
	外来	木田 かおり
	回復期リハビリテーション病棟	森 真由 佐藤千尋 深沢幸子
	介護医療院 看護師	吉江とし子
	介護医療院 介護士	萩野谷旭 山口智子 神田けい子
	臨床工学技士 担当主任	小林 昭徳
	医事課	益子 美幸
オブザーバー	つくばセントラル病院 院長	金子 剛
	つくばセントラル病院 感染委員会委員長	友部 光朗
	つくばセントラル病院感染委員会 副委員長	岸 直子
	つくばセントラル病院 診療技術部部長	中山 裕一
	つくばセントラル病院 看護部y統括部長	木樽 京子
	つくばセントラル病院 部長	森下 静
	つくばセントラル病院 医療安全管理者	高橋 直子
	つくばセントラル病院 腎センター師長	山本 志津子
	セントラル腎クリニック龍ヶ崎 師長	渋谷 美佳子
	セントラル腎クリニック龍ヶ崎 技師長	松崎 あゆみ

2023/11/1 現在

# 院内感染対策マニュアル



社会医療法人 若竹会

土浦リハビリテーション病院 介護医療院

2022年（令和4年）11月作成

2023年（令和5年）11月改訂

## 目次

### こんなときどうする？

- I 特殊な病原体への対応 (1)
- II 針刺し事故後の対応 (2)
- III 医療従事者自身が感染症に罹った場合 (2)

- 1.土浦リハビリテーション病院b介護医療院における感染対策 (3)
  - 1.1 感染対策に関する基本方針 (3)
  - 1.2 感染対策組織の概要 (3)
  - 1.3 各種委員会および会議の開催 (3)
  - 1.4 感染対策委員会の業務内容 (3)
  - 1.5 感染アウトブレイク時の対応 (4)
  - 感染対策組織図 (7)
  - 図1-1 感染対策の流れ (8)
  - 図1-2 重大な感染アウトブレイク発生時の対応 (9)

### 健康管理調査票 (10)

### 2.標準予防策 (11)

- 2.1 概要 (11)
- 2.2 手洗い (11)
- 2.3 手袋 (11)
- 2.4 マスク、ゴーグル、フェイスシールド (11)
- 2.5 ガウン (11)
- 2.6 注射針や血液付着物の処置 (11)
- 2.7 手指消毒薬について (11)
- 図2-1 衛生的手洗いのテクニック (12)
- 図2-2 PPEの着脱方法 (13)
- プリオン病について (15)
- 表2-2(1)感染経路別予防策の概要 (17)
- 表2-2(2)感染経路別予防策の概要 (18)
- 表2-3 感染症に対する感染予防策と必要時間 (19)
- 図2-3 緊急連絡票 (24)

### .3感染経路別予防策 (24)

- 3.1 接触予防策 (25)
  - 流行性角結膜炎 (26)
  - 疥癬 (26)
  - ノロウイルス (27)
  - 带状疱疹 (27)
  - 表3-2 病院ウイルス感染症 (28)
- 3.2 飛沫予防策 (29)
  - 風疹 (28)
  - ムンプス (30)
  - インフルエンザ (30)
  - 伝染性紅斑 (31)
  - 図3-2 入院患者が風疹・ムンプスを発症した場合 (32)
  - 図3-3 入院患者がインフルエンザ様症を発症した場合 (33)
  - 図3-4 職員コロナ対策フローシート (34)
- 3.3 空気予防策 (35)
  - 3.3.1 対象疾患と対象病原体 (35)
  - 3.3.2 対策の実践 (35)
    - 結核患者が発生した場合 (36)
    - 図3-5 抗酸菌塗抹陽性が判明した場合 (37)
    - 別紙A 結核患者発生届票 (38)
    - 麻疹 (39)
    - 水痘・带状疱疹 (39)
    - 図3-6 麻疹・水痘患者が発生した場合 (40)
  - 3.3.3 いつまで空気予防策をおこなうか (41)

### 4.血液・体液曝露時の対応(含針刺し事故) (42)

- 4.1 はじめに (42)
- 4.2 対応の実践 (42)
- 4.3 病原体別曝露事故後の対応 (43)
  - 別紙B 病原体別曝露事故後の対応のまとめ (44)
  - 図 4-1 曝露事故後の対応 (45)
  - 図 4-2 患者(汚染源)HIV陽性等の対応 (46)
  - 図 4-3 患者(汚染源)HBV陽性等の対応 (47)
  - 図 4-4 患者(汚染源)HCV陽性等の対応 (48)

別紙A 「結核患者発生届票」

新型コロナウイルス感染対策マニュアル

## こんなときどうする？(Q&A)

### I 特殊な病原体への対応

#### 1. 耐性菌警告書が渡されました(図2-2 参照)

A: 接触予防策を行ってください。概略は耐性菌警告書に記載されています。  
(マニュアル参照箇所: 接触予防策3.1, 表2-2)

#### 2. 抗酸菌塗抹陽性の報告を受けました

A: 肺結核の可能性がある場合には個室隔離や N95 マスクの着用などの空気予防策をただちに開始して下さい。  
検査室(内線1116)の担当職員に連絡し PCR の追加オーダーを行い、その結果(おおむね1~2日後に判明)により肺結核と判明した場合には、結核病棟のある病院への転院が必要となります。また非結核性抗酸菌の場合には空気予防策などの特別な対応は必要ありません(標準予防策)。肺結核であった場合には被曝者に対して感染リスクに応じた感染のフォローが必要となります。(マニュアル参照箇所: 空気予防策3.3.2, 表2-2, 表3-2, 図3-4)

#### 3. 麻疹、水痘が入院患者に発生しました

A: ただちに空気予防策が必要となります。診療は免疫保有者が担当して下さい。一時的な退院も考慮して下さい。  
免疫がない被曝者(患者及び職員)は発症観察期間中の厳重な管理が必要となります。なお、この2つの感染症に関しては40歳以下の診療担当職員に対して免疫状態の確認と抗体陰性者に対するワクチン接種の機会を設けていますので、自身の免疫状態が不明の場合には是非検査を受けてください。  
(マニュアル参照箇所: 空気予防策3.3.2, 表2-2, 表3-2, 図3-5)

#### 4. 風疹、ムンプス(流行耳下腺炎)、インフルエンザ、伝染性紅斑(慢性疾患の場合)が入院患者に発生しました

A: ただちに飛沫予防策が必要となります。一時的な退院も考慮して下さい。風疹及びムンプスに関しては診療は免疫保有者が担当し、免疫がない被曝者(患者及び職員)は発症観察期間中の厳重な管理が必要となります。  
インフルエンザに関しては、毎年秋にすべての診療担当職員に対してワクチン接種の機会を設けていますので、是非接種を行って下さい。なお、被曝者に対する抗インフルエンザ薬の予防投薬に関しては、診療科及び感染対策委員会の合議により適応を決定します。(マニュアル参照箇所: 飛沫予防策3.2.2, 表2-2, 表2-2, 図3-2, 図3-3)

#### 5. 流行性角結膜炎が入院患者に発生しました

A: 眼科病棟での対応は厳密に行う必要があります。他病棟での発生に関しては接触予防策が必要となります。  
(マニュアル参照箇所: 接触予防策3.1.2, 表3-2)

#### 6. 疥癬が入院患者に発生しました

A: 一般の疥癬とノルウエー疥癬では対応が異なります。接触予防策が基本となりますが、ノルウエー疥癬では個室隔離等の特別な処置が必要となります。(マニュアル参照箇所: 接触予防策3.1.2, 表2-2)

#### 7. ノロウイルス感染症が入院患者に発生しました

A: 接触予防策が基本となります。感染力が高くアルコール消毒が無効ですので、個室隔離を厳密に行い、マニュアルに沿った対応を行って下さい。(マニュアル参照箇所: 接触予防策3.1.2, 表2-2)

#### 8. クロイツフェルト・ヤコブ病(疑いを含む)患者が入院しました

A: 標準予防策が基本となりますが、観血的な処置に用いた医療器材の有効な消毒法がないため、基本的に使い捨てとなります。手技の適応と器材の選択に十分留意し、処置を行うようにして下さい。  
また本病は感染症新法の5類全例把握対象感染症となっていますので所定の書式に基づいて保健所に発生届の提出を行って下さい。(診断後7日以内)(マニュアル参照箇所: 2.標準予防策プリオン病)

### II 針刺し事故(粘膜曝露を含む)後の対応

## 9. 針刺し事故を起こしました

- A: ①まず**創部の確認**(本当に針刺しがおこったかどうかの確認)を行い、ただちに大量の水で洗った後、創部の消毒を行って下さい。(マニュアル参照箇所:4.2.1)
- ②**患者(汚染源)のHBV,HCV,HIVの感染症状況の確認**を行って下さい。1年以内に感染症が確認されればその結果に基づいて、また確認されていない場合は検査のための採血(茶スピッツ)を患者に説明し、自身の採血(茶スピッツ)と共に「針刺し事故関連検査依頼書」に必要事項を記入し検査室に届け出て下さい。(マニュアル参照:4.2.2, 図4-1)
- ③「針刺し事故関連検査依頼書」による検査依頼のポイント
- 1)患者がHBV陽性の場合→自身のHBS抗体の確認
  - 2)患者がHCV陽性の場合→自身のHCV抗体の確認
  - 3)患者がHIV陽性の場合→自身のHIV抗体の確認
  - 4)患者の感染症不明の場合(どれでも)→患者と自身の感染症の確認
- ④**緊急を要する場合は**
- 1)患者がHIV陽性かつ、自身のHIV抗体陰性の場合→抗HIV薬の予防内服が必要となります。(2時間以内に1回目内服、4週間継続)(マニュアル参照箇所:4.3.1)
  - 2)患者がHBV陽性かつ自身のHBS抗体・抗原ともに陰性の場合→HBグロブリン投与とワクチン接種が必要となります(48時間以内)但し、過去にワクチン接種により抗体陽性化の既往がある場合にはワクチン接種のみとなります。(マニュアル参照箇所:4.3.2, 図4-2)
  - 3)これ以外の感染症(HCVなど)では緊急の処置はなく、感染症のフォローのみとなります。

## Ⅲ 医療従事者自身が感染症に罹った場合

### 10. インフルエンザにかかったかもしれない

A:しかるべき診療科(近医)に受診し、インフルエンザかどうかの診断を受けて下さい。インフルエンザに罹患した場合は、発症した後5日間を経過、かつ解熱した後2日を経過するまで就業停止となります。職場復帰後も、**呼吸器症状がある間は勤務中のマスク着用を厳守して下さい。**(マニュアル参照箇所:表3-2, 図3-3)

### 11. 水痘(または麻疹)といわれました

A:ただちに休務とし、就業停止期間中は老健を含む病院敷地内への立ち入りを禁じます。被曝者のリストアップを行い、感染対策委員会と対応を協議して下さい。  
(マニュアル参照箇所:空気予防策3.3.2, 表3-2, 図3-4)

### 12. 胸部レントゲンで結核が疑われるといわれました

A:呼吸器内科に受診し、結核か否かの診断を受けて下さい。結核の可能性がある場合には診断が確定するまで休務が推奨されます。結核を診断され、喀痰塗抹陽性の場合には結核病棟への入院が必要となり、被曝者に対して感染リスクに応じた感染のフォローが必要となります。職場への復帰時期については担当医の指示に従って下さい(塗抹陽性の場合最低でも3ヶ月程度休務が必要)  
(マニュアル参照箇所:空気予防策3.3.2, 図3-4)

### 13. 風疹(またはムンプス)といわれました

A:ただちに休務とし、就業停止期間中は老健を含む病院敷地内への立ち入りを禁じます。被曝者のリストアップを行い、感染対策委員会と対応を協議して下さい。  
(マニュアル参照箇所:飛沫予防策3.2.2, 表3-2, 図3-2, 図3-5)

### 14. ノロウイルスにかかったかもしれない

A:診断は病歴と臨床症状から判断されますので、他の胃腸炎病原体との鑑別が困難な場合があります。食事を共にした何人かに胃腸炎症状が出現した場合にはノロウイルスを含む食中毒起炎菌による感染症の可能性もあります。嘔吐・下痢症状がある場合は、就業停止となります。  
2~4週間、便からウイルスが排出されるので、復帰後も用便後の手洗いを厳重に行ってください。  
(マニュアル参照箇所:接触予防策3.1.2, 表3-2)

# 1.土浦リハビリテーション病院 介護医療院における感染対策

## 1.1 感染対策に関する基本方針

院内感染防止が有効に機能すれば、医療の質の向上とコスト削減が可能となり、さらに医療従事者の安全も向上する。しかし、近年の医療機関における院内感染の多発は、単にマニュアル作成のみではその対応が不十分であることを物語っている。すべての医療スタッフが感染予防対策の必要性を認識し、遵守することが院内感染防止の最も有効な手段である。院内感染対策は、医療を安全に行う上での最優先事項であることを全ての職員が自覚し、日常診療における感染予防策の実践を心がけていただきたい。

## 1.2 感染対策組織の概要(図1-1, 図1-2)

感染対策は感染対策委員会を親委員会として、その下部組織である感染対策チームがその役割を果たしている。医師及び感染対策看護師を中心とした感染対策担当者が感染管理の指導的役割を担う。

## 1.3 各種委員会および会議の開催

# 感染対策委員会	1回/月,他必要に応じて随時開催
# 感染制御チーム	1回/1月
# 感染委員会	1回/1月

## 1.4 感染対策委員会の業務内容

### 1.4.1 院内感染対策遵守のための指導・監視

- 感染対策上の問題の指摘された病棟・診療科に対する重点的な指導・監視
- 職員対象のアンケート調査による感染対策徹底事項の周知
- 感染対策委員による定期的な病棟巡視

### 1.4.2 各種サーベイランス

#### 1)常時実施

##### 感染症サーベイランス

目的)薬剤耐性菌の新規陽性患者の把握

検査部(LSI)が細菌検査データを基に集計

週報として感染対策委員会に報告する内容

- 薬剤耐性菌(MRSA, 多剤耐性緑膿菌(MDPA),  
バンコマイシン耐性腸球菌(VRE), メタロBL陽性菌、ESBL陽性菌)
- 院内感染対策上問題となる菌(溶血性レンサ球菌、セラチア、レジオネラ)
- 結核
- 他

##### 抗菌薬サーベイランス

目的)薬剤部による主要抗菌薬使用状況の把握

月報として感染対策委員会に報告

##### 抗菌薬ラウンド

目的)適性使用と指導

#### 2)随時実施

ターゲット・サーベイランスとして対象となる病棟,診療科について一定期間実施

- 中心静脈カテーテル感染症
- 尿路カテーテル関連感染症
- 手術部位感染症
- 他

### 1.4.3 職員衛生管理

1) 入職時に健康管理調査票(別紙-1参照)を記入してもらい、ICTに提出。ICTは免疫状態を確認する。

入職時に4種ウイルス抗体価(麻疹、風疹、水痘、ムンプス)の結果がない職員は検査を行う。

健康管理調査票をもとに、データ管理をICTで行う。

2) 感染予防

・4種ウイルス抗体価が陰性の職員、HBs抗体がない職員に対し、それぞれのワクチンの接種を推奨する。

・インフルエンザワクチン接種は原則全職員対象(例外:アレルギー等で接種できない職員)

・針刺し事故予防のための防止器材の積極的な導入

3) 感染事故被災者管理

・血液・体液暴露職員、結核曝露職員の管理

### 1.4.4 職員啓蒙活動

・新入職員教育、講演会の開催、WEBサイトでの情報提供

### 1.4.5 感染アウトブレイク(集団発生)の把握と対策

次項参照

### 1.4.6 感染性廃棄物処理

感染性廃棄物処理の状況確認と指導

## 1.5 感染アウトブレイク(集団発生)時の対応

### 1.5.1 感染対策委員会によるアウトブレイク調査開始の基準

1) 1例目の発見から4週間以内に、同一病棟において、新規に同一菌種による感染症の発生が計3例以上、特定された場合、又は、病院内で同一菌種と思われる感染症の発病症例が計3例以上特定された場合

2) カルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)、カルバペネマーゼ産生腸内細菌科細菌(CPE)、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌(VRSA)、多剤耐性緑膿菌(MDRP)、バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)及び、多剤耐性アシネバクター属の多剤耐性菌については、保菌も含めて1例目を発見した場合

3) ウイルス(流行性角結膜炎、麻疹、水痘、ムンプス、インフルエンザ、肝炎ウイルス、ノロウイルス、ロタウイルス等)や原虫(疥癬等)では、病棟・診療科(特にリンクドクターやリンクナース)からの情報に基づき、感染対策委員会は調査開始の必要性を個別に判断。

4) 重大な院内感染事例(死亡例、感染伝播の原因が明らか、VREなどの特殊な耐性菌等)

### 1.5.2 重大な感染事例以外における具体的対応

#### 感染アウトブレイクの初動対応と連携

1) 1.5.1 1)、1.5.1 2)、1.5.1 3)の情報を検査室が得た場合はICTに報告を行う。診療情報の収集

(共通する処置、病室、担当医、看護師等)及び感染ルートに関する疫学的調査を開始する。

2) 診療科・病棟(病棟医長、病棟師長、リンクドクター、リンクナース等)には調査開始時点でアウトブレイクの可能性について報告し、当該部署に行き、病原体に応じた適切な感染対策の徹底を直接指導する。

3) 調査内容を感染対策委員会に報告し、感染ルートの推定を行う。

4) アウトブレイクが収束するまで、感染対策委員会による監視を継続する。

5) 疫学的調査結果、監視結果を随時診療科にフィードバックし、感染対策上の強化項目を伝え感染予防策遵守を勧告する。

6) 調査の中で、感染対策上の明らかな不備(汚染器具、汚染環境等)が発見された場合には、重大事例として対応する。

7) 感染予防策遵守のために必要と考えられる環境整備(手洗い場の整備、手袋や手指消毒の適正配備)など予算的な措置を必要とする対応については感染対策委員会と協議し、具体的な対応を検討する。

8) 感染症対策予防委員会に経過及び結果報告を行う。

9) 各種会議(師長会、部門連絡会議、医局会)において報告し、感染対策の徹底を依頼する。

### 1.5.1 1)、1.5.1 2)の感染拡大予防策

- 1)原則、個室管理を行う。個室管理が行えない場合は、個室が使用できるまで、カーテン隔離を実施する。
- 2)当該患者が大部屋に入院していた場合は、同室患者に必要な培養検査を行い感染伝播が起きていないか確認する。
- 3)臨床症状がなく活動的な感染ではない(保菌の状態)場合でも、原則治療を行い、除菌を試みる。
- 4)接触予防策の徹底に努める(2.標準予防策参照)。病室に入る前は、PPEの着用を行う。  
病室の入り口に赤ゴミ箱を設置し、病室から出る際はPPEの脱衣を行う。
- 5)処置・検査・リハビリはできる限り病室内で実施し、行動制限を行う。
- 6)入浴を行う際は、最後に行う。浴室清掃は通常の清掃が良いが、清掃漏れが無いようにする。
- 7)環境整備は通常通り実施する。特に水回りの清掃を重点的に行う。高度接触面は1日2回以上清掃し、環境清掃用ウェットクロスでの拭き上げは、2度拭きを実施する。
- 8)個室管理の期間は、抗菌薬治療・除菌後に耐性菌が検出されていた検体で3日以上空けて2週連続陰性になったら個室管理解除を行う。除菌ができない場合は、ICTで個室管理の期間について協議する。

### 1.5.1 3)の感染拡大予防策

- 1)3.感染経路別予防策の項を参照に、菌・ウイルス毎に予防策を実施する。
- 2)個室管理や行動制限が必要な場合は、ICTで協議する。

## 1.5.3 重大な感染事例発生時における具体的対応(図1-2)

### 「重大な感染事例」の定義

- 1)同一菌感染死亡例を2例以上認め、その原因が院内感染を推定される場合。
- 2)汚染器具などの感染対策上の不備が原因であることが明確な場合
- 3)同一病原体(タイプが判明していれば同一タイプ)による院内感染が2ヶ月以内に10例/病棟、または診療科以上発生した場合。
- 4)大規模な集団感染につながる可能性の高い菌やウイルスによる院内感染事例(例:レジオネラ、流行性結膜炎、ノロウイルス、ロタウイルス等)。
- 5)公衆衛生学的に問題となる病原体による院内感染事例(例:VRE等の特殊な耐性菌、COVID-19等)。
- 6)その他、感染対策委員会が重大な事例と判断した場合。

### 具体的対応

- 1)疫学的調査の開始と、同時に診療科・病棟への報告を行い病原体に応じた適切な感染予防策の徹底を指導するとともに今後の対応について協議する。
- 2)感染事例の発生が判明後できるだけ速やかに臨時的感染対策会議及び感染対策制御委員会を開催し、事実関係の確認及び対応を協議する。
- 3)症例定義を行い診療記録の調査などによる積極的症例探査を実施する。
- 4)必要に応じて入院患者および医療従事者の保菌調査ないし、血清検査、遺伝子検査等による無症候性感染者の発見及び隔離等感染予防策の徹底を行う。
- 5)アウトブレイクの早期収束へむけて、診療制限(新規入院の制限、感染リスクの高まる医療行為の中止・延期他)の必要性を検討協議し、適宜実施する。
- 6)土浦保健所に報告する(感染症新法の届出に準拠する)。
- 7)医療事故発生時における対応指針に準じて、関係機関への報告を行う。
- 8)死亡例については、警察への届出の必要性について感染予防対策委員で協議する。
- 9)患者及び家族への詳細な説明は、病院組織としての説明内容を明確にしたうえで行う。
- 10)報道機関への対応(公表等)は医療事故発生時における対応指針に準ずる。
- 11)外部委員を含めた調査委員会を設置し、アウトブレイク発生要因の解明、調査結果に基づく対応の見直し、診療制限解除基準の設定及び再発防止策の検討を行う。
- 12)新規発生が無いこと及び適切な感染予防策が実施できていることを感染対策委員会が確認を前提に、上記診療制限解除の基準に当てはまることを確認後、診療制限を解除する。

- 13)アウトブレイク収束後も一定期間重点的サーベイランスを継続し、再発予防策が適切であったか、感染予防策の徹底が遵守されているか評価を行う。
- 14)調査報告書の作成を行い、土浦保健所及び関係機関へ報告する。
- 15)環境整備及び各種院内会議での報告は重大な感染事例以外の対応に準ずる。
- 16)職員の予防投与必要時手順を以下の通り行う。
- ①抗インフルエンザ薬を服用する本人に承諾をえる。(承諾書作成)
  - ②処方期間(7～10日間)の処方とする。( ICT会議で決定した期間処方。)
  - ③病院内で主治医から処方を受ける。

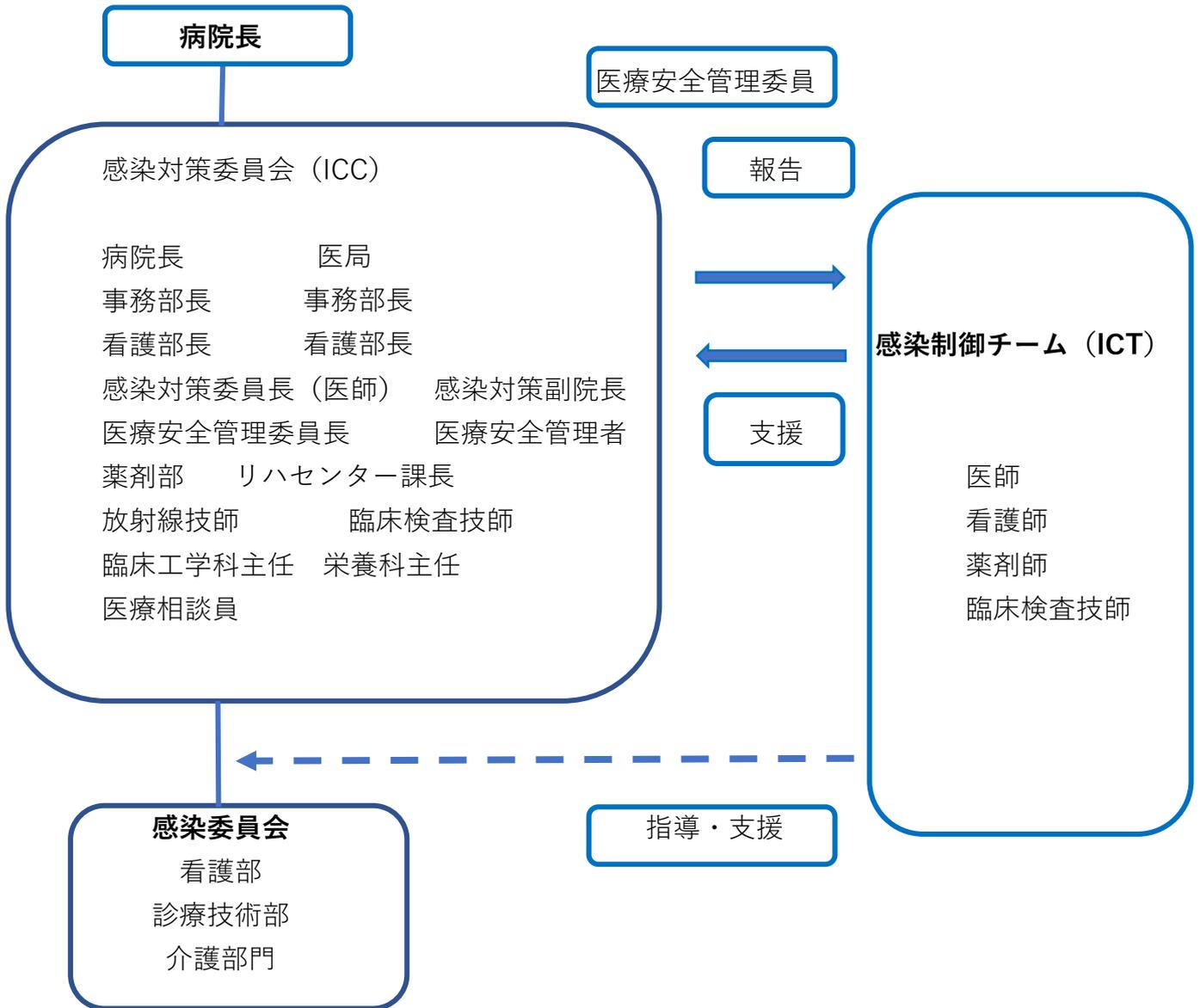
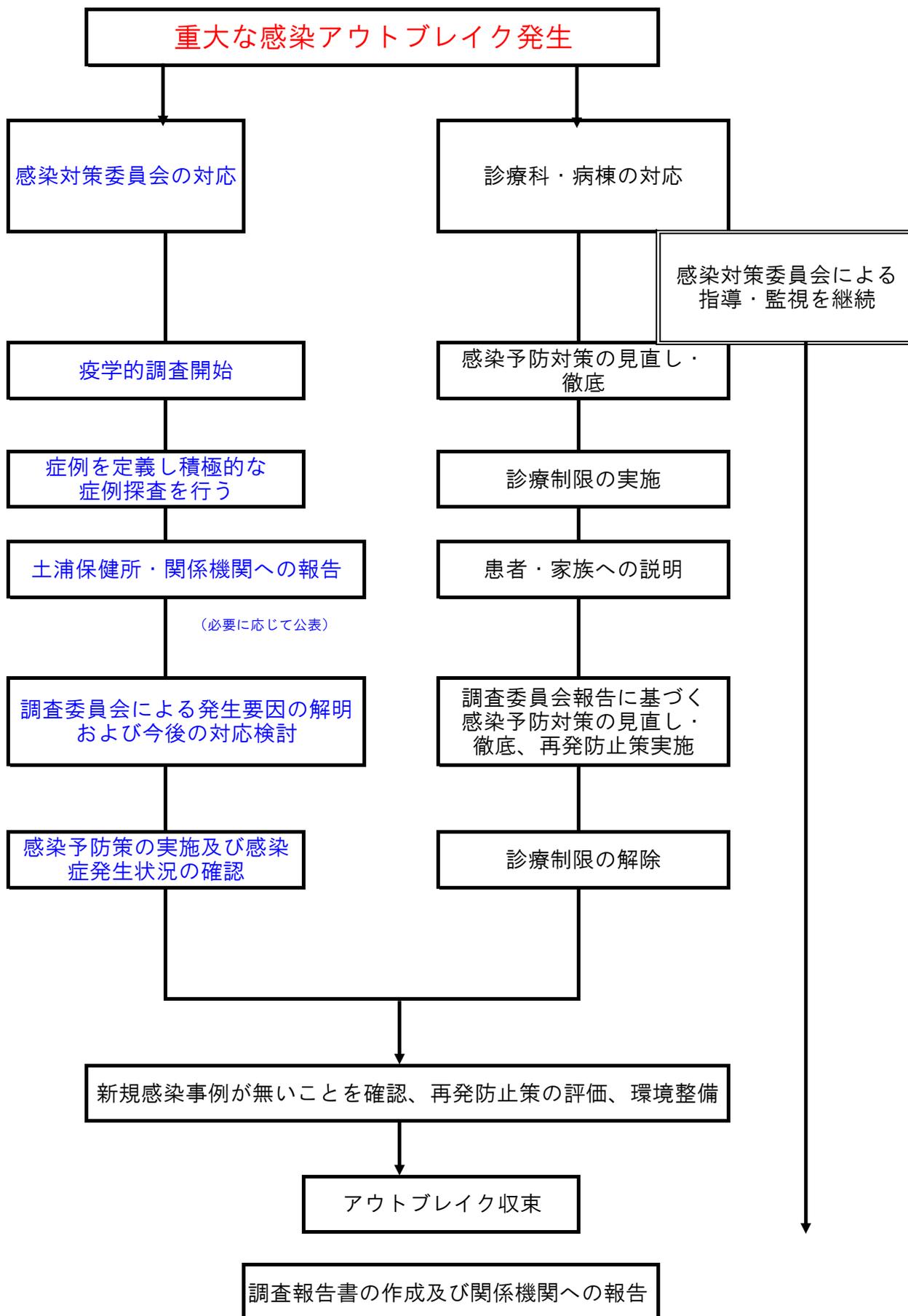




図1-2 重大な感染アウトブレイク発生時の対応



健康管理調査票（ウィルスワクチン接種歴・抗体値）

職員番号： \_\_\_\_\_

記入日： \_\_\_\_\_

部署： \_\_\_\_\_

職種： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日（西暦） \_\_\_\_\_

年 月 日

性別： 男 女

感染対策上の観点から、当院で勤務される職員に対し、下記の調査を実施しています。ご協力お願い致します。

麻疹	ワクチン接種	接種日	年 月 日	年 月 日	結果
	抗体検査（EIA法）	検査日	年 月 日	測定値	
風疹	ワクチン接種	接種日	年 月 日	年 月 日	結果
	抗体検査（EIA法）	検査日	年 月 日	測定値	
水痘	ワクチン接種	接種日	年 月 日	年 月 日	結果
	抗体検査（EIA法）	検査日	年 月 日	測定値	
ムンプス	ワクチン接種	接種日	年 月 日	年 月 日	結果
	抗体検査（EIA法）	検査日	年 月 日	測定値	

B型肝炎	ワクチン接種	接種日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	HBs抗体検査	検査日	年 月 日	測定値	

結核	T-SPOT GFT (どちらかに ○をつける)	検査日	年 月 日	結果	陰性 判定保留 陽性
----	-----------------------------------	-----	-------	----	------------

## 2. 標準予防策

### 2.1 概要

- 1) 標準予防策は感染症の病態にかかわらず、すべての患者ケアに際して適応される。
- 2) 感染経路別対策に先立って、基本的に遵守すべき手順である。
- 3) 患者の血液・体液・排泄物・傷のある皮膚および粘膜を扱うときの感染予防策である。

### 2.2 手洗い

- ・手洗いは院内感染対策上もとても基本的で重要な対策である。
- ・医療現場で通常行われる手指衛生は衛生的手洗いである(表2-1, 図2-1)
- ・速乾式アルコール含有手指消毒液(ウェルホーム\*)による手指消毒が基本となる。
- ・以下の状況では泡状石鹼「ホイップウォッシュ」と流水による手洗いが必要となる。
  - 目に見えて手が汚れているとき。
  - 血液やその他の体液による手の汚染があったとき。

・PPEの着脱時は、手指衛生を徹底する。(図2-2)

表2-1衛生的手洗いを行うべき状況

処置等の前	①検温・診察など患者の正常な皮膚に直接接触する時 ②清潔操作時(中心静脈カテーテル挿入、生検等), 滅菌手袋を着用する ③尿道留置カテーテル挿入前 ④末梢静脈カテーテル挿入前 ⑤血管内留置カテーテル操作前(点滴ルート装着・交換など) ⑥点滴製剤作成時 ⑦超音波検査時 ⑧内視鏡検査時
処置等の後	⑨体液・排泄物への接触後 ⑩粘膜・正常でない皮膚への接触後 ⑪創傷面被覆剤(ガーゼ・テガダーム等)の交換除去後 ⑫患者の処置やケア中に、体の汚染部位から清潔部位に移動する時 ⑬患者のすぐ近くのもの(医療機器を含む)への接触後 ⑭手袋をはずした直後

### 2.3 手袋

- ・血液・体液・排泄物・粘膜・損傷した皮膚に接触する可能性がある時着用する。

### 2.4 マスク、ゴーグル、フェイスシールド

- ・血液・体液・排泄物の飛沫が眼、鼻、口を汚染する可能性がある時着用する。

### 2.5 ガウン・エプロン

- ・血液・体液・排泄物で衣服が汚染する可能性がある時着用する。
- ・ディスポのガウンやエプロンを用いる。
- ・汚染度に応じて、ガウンまたは、エプロンを選択する。

### 2.6 注射針や血液付着物の処置

- ・針刺し防止器材を使用する。
- ・注射針はリキャップすることなく専用廃棄ボックスに廃棄する。
- ・採血後の注射器は針とともに専用廃棄ボックスに廃棄する。
  - 注)近くに専用容器がない場合は携帯用針捨てボックスを持参する。
- ・血液・体液・排泄物で汚染されたゴミは二重のビニール袋に入れ、感染性廃棄物として扱う。
  - (外側:透明ビニールバイオハザードの袋 内側:赤い袋)
- ・血液・体液・排泄物で汚染されたリネン類は、密閉容器(外注処理の場合はビニール袋)に入れ、指定場所に運ぶ。
- ・血液汚染、または排泄汚染がひどいリネン類は破棄する。

### 2.7 手指消毒薬について

ICCで選定された手指消毒薬を使用する。

★石鹼・・・ホイップウォッシュ(泡)

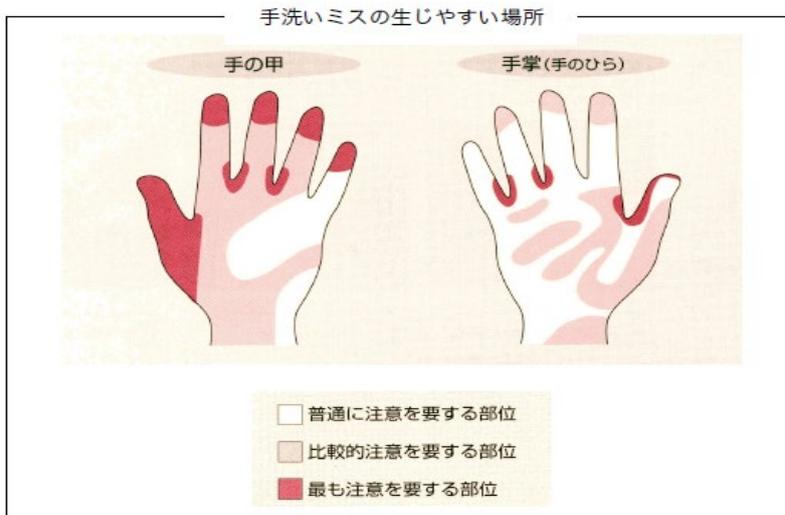
★アルコール製剤・・・ウェルフォーム(泡タイプ)

ウェルフォーム100ml中、クロルヘキシジングルコン酸塩 0.2g 及び添加物としてポリオキシエチレン・メチルポリシロキサン共重合体、グリチルレチン酸、トコフェロール酢酸エステル、N-ココイル-L-アルギニンエチルエステルDL-ピロドンカルボン酸塩、エタノール含有

図 2-1 衛生的手洗いのテクニック



- \*速乾式手指消毒薬(ウェルフォーム)を手掌にとり(1プッシュ)、  
手洗い同様手技で、手指にまんべんなく塗り広げ、乾燥し終わるまで(約15秒間)摩擦する。
- \*特に手洗いミスの生じやすい場所(下図)は意識して洗浄消毒を行う。



PPE（個人防護具）の着脱方法 ※身につけるときのと外す時は順番が異なります。

着け方

POINT: 必ず入室前に着用します

がまごて

着ける順番: (1) ガウン・エプロン > (2) マスク > (3) ゴーグル・フェイスシールド > (4) 手袋



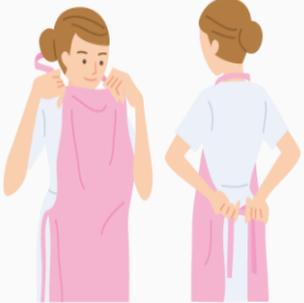
取扱い・手順をシフター  
洗浄・消毒します。

[ ガウン ]



膝から首までの全身をしっかりとガウンで覆い、首ひもと腰ひもを結びます。

[ エプロン ]



首から静かにかぶり、腰ひもをゆっくり広げて後ろで結びます。患者と接する部分を覆うようにすそを広げます。

1

ガウン・エプロン



(1) マスクの上下と表裏を確認します。



(2) ゴムひもを目にかけます。



(3) ノーズピースを鼻の形にそってズレ落ちないようにしっかり折り曲げます。



(4) 鼻を押さえながらひだを伸ばし鼻とあごをしっかりと覆います。



(5) 装着完了です。

2

マスク

[ ゴーグル ]



[ フェイスシールド ]



顔と目をしっかり覆うように装着します。

3

ゴーグル・フェイスシールド

自分に合ったサイズを選択



(1) 手袋のすそをつまんで下につまみます。



(2) 親指の位置を確認して手を入れます。



(3) 反対の手も同様に装着します。



(4) 手首が露出しないようガウンの袖口まで覆います。



×手首が露出している。

4

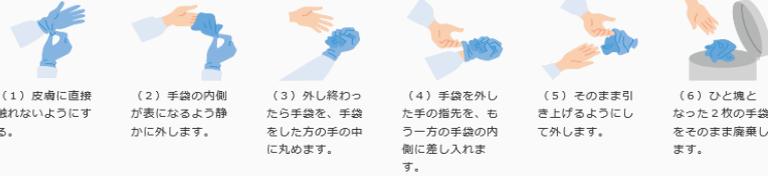
手袋

# 外し方

POINT: 退室前に外します

着ける順番: (1) 手袋 > (2) ゴーグル・フェイスシールド > (3) ガウン・エプロン > (4) マスク

## 1 手袋



## 2 ゴーグル・フェイスシールド

洗淨・消毒します。



[ゴーグル]



[フェイスシールド]



外製薬は適量まで取り出して、ごみ箱やフラスコに廃棄  
**てごがま**

## 3 ガウン・エプロン

洗淨・消毒します。

[ガウン]



(1) 前ひもと背ひもを外します。



(2) ガウンの表面に触れないようにそこから手を抜きます。



(3) そでに腕を残しながら、ガウンが裏返るように脱ぎます。



(4) そでに腕を残したままガウンを巻き上げます。

[エプロン]



(1) 首ひもを引きちぎります。



(2) エプロンの上半分を前にたらしめます。



(3) エプロンの表側に触れないように、エプロンのすそを内側から持ちすくい上げます。



(4) 折りたたんだ状態で腰ひもを引きちぎります。

## 4 マスク

洗淨・消毒します。



最後にもう一度、手指を洗淨・消毒します。



マスクの表面に触れないようにゴムひもをつまんで外し、ゴムひものみを持って廃棄します。



## プリオン病(疑い患者を含む)について

プリオン病とは

- ・正常プリオン蛋白がプロテアーゼ抵抗性の異常プリオン蛋白へと質的に変化し脳内に蓄積、神経細胞を障害、神経細胞が次々と変性壊死脱落し、発病する疾病の総称

代表疾患

- ・クロイツフェルト・ヤコブ病(Creutzfeldt-Jakob disease, CJD):100万人対1 前後で主に高齢者に孤立的に発病する稀な疾患(弧発性CJD)
- ・新種変異CLD:10~30歳の若者に発病し、ウシ海綿状脳症(bovine spongiform encephalopathy,BSE)との関連が疑われている(我が国においても英国滞在歴のある50代男性の発病が2004年末初めて確認された)

プリオン病の感染伝播について

- ・体内に異常プリオンが入り、正常プリオンを次々と異常プリオンに変換していくモデルが提唱されているが、不明な点も多い。
- ・医原性の感染としては、角膜や硬膜移植、深部電極、ヒト脳下垂体から抽出したホルモンなどにより感染した症例が報告されている。しかし、血液製剤等によるヒトへの伝達はいまだに報告されていない。同じく患者から医療従事者への感染事例もいまだに報告されていない。

感染性の分類

- ・世界保健機構(WHO)による感染性の分類を表Aに示す。
- ・感染対策上は感染性が高い臓器に対して、十分な配慮を行う必要がある。

プリオンの不活化

- ・異常プリオン蛋白は用意に不活化されないため特別の注意が必要である(表B)
- ・当院で実施可能な医療器材のプリオン不活化は、事実上高度オートクレーブ処理のみである。しかし、オートクレーブでは完全な不活化はできないため、プリオン病患者に使用した器材はその患者専用とするか、廃棄処分となる。このため、医療器材はできる限りディスポ製品を用いることが基本となる。手術や内視鏡検査など、特に高価な医療器具を用いる場合には、その適応をよく検討し実施する必要がある。

表A 世界保健機構医(WHO)による臓器別感染性の分類

感染性のレベル	組織、分泌物、排泄物
高感染性組織	脳、脊髄、眼
低感染性組織	脳脊髄液、腎臓、肝臓、肺、リンパ節、脾臓、胎盤
感染性が検出されない組織	脂肪組織、副腎、歯肉、心筋、小腸、末梢神経、前立腺、骨格筋、甲状腺 血液、尿、糞便、母乳、鼻粘液、唾液、精液、漿液性浸出液、汗、涙液

表B 異常プリオン蛋白の不活化法

薬剤	濃度	処理時間	温度	備考
焼却 *	—	—	—	院内で実施中
蟻酸 *	60%以上	2時間	室温	病理組織に適応
SDS *	3%	5分間	100℃	院内実施不可
高度オートクレーブ**		1時間	132℃	手術部に実施可能なオートクレーブ配備
次亜塩素酸ナトリウム**	1~5%	2時間	室温	多くの医療器具には適応不可

\*完全にプリオンを消滅

\*\*10<sup>-3</sup>以下にプリオンを不活化

対策の実践

標準予防策を行う。

- ・患者の入院予定がある場合は、あらかじめ感染対策委員会と協議の上、入院時の管理方法及び医療内容について検討する。
- ・原則として個室隔離とする。これは、感染対策上の対応と患者の人権保護が主目的である。
- ・室外のトイレやシャワーは使用してもよいが、トイレ使用後は消毒用アルコールにて便座の清拭消毒を行う。
- ・マットレスはディスポ・カバーを掛けて使用する。
- ・血液・体液で汚染された器材(非ディスポ製品も含む)は基本的に廃棄処分とする。
- ・中心静脈カテーテル挿入時はディスポIVHセット(手術部に常備)を使用する。
- ・特殊な器材について滅菌消毒を行う場合は、感染制御部及び材料部、手術部と協議の上対応する。
- ・髄液検査を行う場合には、周囲を汚染しないように2重包装した上で検査部・病理部に運び、検体受け渡し時にプリオン病(疑い)の患者の検体であることを担当者に伝える。血液・尿検体についても検査室へ連絡の上、実施が望ましい。(培検に関しては現時点では対応していない)。
- ・CJDは感染症新法5類全例把握対象感染症として保健所に報告する。

手術時の留意点

・プリオン病患者に使用した器材は基本的には再利用不可能と考えて、できる限り Disposable 製品を用いる。

**ヒト人工硬膜(ライオデュラ、～1991年)を移植されているが、発病していない患者への対応について**

・人工硬膜に直接接触した器材については、原則として破棄する。

・髄液に接触した器材については高度オートクレーブまたはプリオン粒子を不活化可能な消毒滅菌を行う。

・その他の部位に使用した器材については通常通りの消毒滅菌でよい。

・病理組織標本提出の際には、検査部へ事前に連絡すると共に、依頼書に「人工硬膜使用」と記入し、赤線で 囲んで提出する。

表2-2(1) 感染経路別予防策の概要

		標準予防策	接触予防策
対象病原体及び感染症		感染症のない患者(肝炎ウイルス、HIV、肺炎球菌、梅毒、オムツや失禁状態でない腸管感染症(偽膜性腸炎を除く)、肺外結核、クラミジア、レジオネラ、カンジダ、アスペルギルス、クリプトコッカス、アメーバ、プリオン病)	MRSA、薬剤耐性菌、ウイルス性結膜炎、RSウイルス、偽膜性腸炎、失禁を伴う腸管感染症、等
隔離		血液・体液で環境を汚染させるおそれのある場合は隔離	原則として個室隔離 個別隔離が不可能な時は、手術後や免疫抑制状態など易感染性状態にある患者との同室管理は避ける
履物		履き替え不要	履き替え不要
手袋		血液・体液・排泄物・傷のある皮膚・粘膜に接触する可能性があるとき着用	患者病室への入室時着用
マスク・ゴーグル・フェイスシールド		血液・体液・排泄物の飛沫が、眼・鼻・口を汚染する可能性があるときに着用	血液・体液・排泄物の飛沫が、眼・鼻・口を汚染する可能性があるときに着用
ガウン・ビニールエプロン		血液・体液・排泄物で衣類が汚染する可能性があるときにディスポガウンを着用。汚染量の多い場合にはビニールエプロンを使用	診察・ケアなどで医療従事者の体が患者や臥床環境に触れる時に着用
食事・食器		通常通り	通常通り
清潔	入浴・シャワー	血液・体液・排泄物で汚染する可能性がある時は順番は最後にする	順番は最後とし、使用後高温のシャワー水で洗い流す
	清拭	院内の清拭タオルが血液・体液・排泄物で汚染された場合はビニール袋に入れ指定場所に運ぶ	使用後の清拭タオルは全て密閉容器に入れ指定場所に運ぶ
	トイレ	便座が排泄物で汚染された場合はアルコール綿で清拭消毒	使用後便座は消毒用アルコールで清拭消毒
ゴミ類	不燃物・可燃物	感染性廃棄物は指定された色の容器に廃棄 血液・体液・排泄物で汚染されたゴミはバイオハザードマーク付きのビニール袋に入れ感染性廃棄物として扱う、搬送時袋の破損する恐れのある場合には二重袋にする	感染性廃棄物は指定された色の容器に廃棄 血液・体液・排泄物で汚染されたゴミはバイオハザードマーク付きのビニール袋に入れ感染性廃棄物として扱う、搬送時袋の破損する恐れのある場合には二重袋にする
	針	針処理容器に入れる	針処理容器に入れる
リネン類	リネン・病衣など	血液・体液・排泄物で汚染された場合は密閉容器に入れ指定場所に運ぶ血液汚染、または排泄汚染がひどい場合は破棄する	使用後密閉容器に入れ指定場所に運ぶ
	マットレス	血液などで汚染された場合はピューラックスで清拭消毒を行う	血液などで汚染された場合は清拭消毒を行う 汚染される可能性がある場合は、ディスポカバーを
診療器具など		血液・体液・排泄物で汚染された場合はアルコール綿で清拭消毒	聴診器や血圧計等の器具は専用にする
鋼製小物(鉗子・ピンセットなど)		中材取り扱い鋼製小物は原則として一次洗浄・一次消毒の必要はない	中材取り扱い鋼製小物は原則として一次洗浄・一次消毒の必要はない
検査	レントゲン・心電図	通常通り	フィルムカセットはビニール袋の中に入れて撮影する心電図のコード、エコーのプロベは消毒用アルコールで清拭消毒 室外検査の場合は、検査室に接触感染予防策が必要なことを連絡する
	採血・血液ガス採血・末梢血管確保等	手袋を着用する 針刺し防止器材を使用する 使用後の注射針や器具の取り扱いに注意する	手袋を着用する 針刺し防止器材を使用する 使用後の注射針や器具の取り扱いに注意する
患者の移動		制限なし	車イス・ストレッチャーの使用後は消毒用アルコールで清拭消毒(患者に触れた場所)
清掃		日常清掃(特別の消毒は不要)ただし、血液・体液などで汚染された場合は1%ピューラックス(金属部分は消毒用アルコール)で清拭消毒	手の触れる環境は消毒用アルコールで清拭消毒、床は日常の清掃
患者指導		手洗いの励行 血液・体液などで周囲を汚染させないよう指導する 血液・体液などで汚染されていない衣類はコインランドリー使用可(汚染された場合は看護師に相談)	乳幼児、易感染者の入室は原則禁止

		標準予防策	接触予防策
対象病原体及び感染症		肺結核(起動より結核菌が排出されている場合)	インフルエンザウイルス、風疹、ムンプス、髄膜炎菌、伝染性紅斑、溶連菌、マイコプラズマ
隔離		直ちに個室へ移動する。個室のドアは常に閉めておく 陰圧空調不可能な場合ポータブルHEPAフィルタ ユニット設置を検討 結核のばあいは転院	原則として個室隔離 個室隔離が不可能な時はカーテンで仕切りをする
履物		履き替え不要	履き替え不要
手袋		血液・体液・排泄物の飛沫が、眼・鼻・口を汚染する可能性があるときに着用	血液・体液・排泄物の飛沫が、眼・鼻・口を汚染する可能性があるときに着用
マスク・ゴーグル・フェイスシールド		病室入室時は(N95)マスクを着用	患者に接する時、サージカルマスクを着用
ガウン・ビニールエプロン		血液・体液・排泄物で衣類が汚染する可能性があるときにディスポガウンを着用。汚染量の多い場合にはビニールエプロンを使用	血液・体液・排泄物で衣類が汚染する可能性があるときにディスポガウンまたはビニールエプロンを使用
食事・食器		通常通り	通常通り
清潔	入浴・シャワー	血液・体液・排泄物で汚染する可能性がある時は順番は最後にする	血液・体液・排泄物で汚染された場合は密閉容器に入れ指定場所に運ぶ
	清拭	院内の清拭タオルが血液・体液・排泄物で汚染された場合は密閉容器に入れ指定場所に運ぶ	院内の清拭たおるが血液・体液・排泄物で汚染された場合は密閉容器に入れ指定場所に運ぶ
	トイレ	便座が排泄物で汚染された場合はアルコール綿で清拭消毒	便座が排泄物で汚染された場合はアルコール綿で清拭消毒
ゴミ類	不燃物・可燃物	感染性廃棄物は指定された色の容器に廃棄 血液・体液・排泄物で汚染されたゴミはバイオハザードマーク付きのビニール袋に入れ感染性廃棄物として扱う、搬送時袋の破損する恐れのある場合には二重袋にする	感染性廃棄物は指定された色の容器に廃棄 血液・体液・排泄物で汚染されたゴミはバイオハザードマーク付きのビニール袋に入れ感染性廃棄物として扱う、搬送時袋の破損する恐れのある場合には二重袋にする
	針	針処理容器に入れる	針処理容器に入れる
リネン類	リネン・病衣など	血液・体液・排泄物で汚染された場合は密閉容器に入れ指定場所に運ぶ血液汚染、または排泄汚染がひどい場合は破棄する	血液・体液・排泄物で汚染された場合は密閉容器に入れ指定場所に運ぶ血液汚染、または排泄汚染がひどい場合は破棄する
	マットレス	血液などで汚染された場合はビュラックスで清拭消毒を行う汚染される可能性がある場合は、ティスポカバーを用いる	血液などで汚染された場合はビュラックスで清拭消毒を行う汚染される可能性がある場合は、ティスポカバーを用いる
診療器具など		血液・体液・排泄物で汚染された場合はアルコール綿で清拭消毒	聴診器や血圧計等の器具は専用にする
鋼製小物(鉗子・ピンセットなど)		中材取り扱い鋼製小物は原則として一次洗浄・一次消毒の必要はない	中材取り扱い鋼製小物は原則として一次洗浄・一次消毒の必要はない
検査	レントゲン・心電図	通常通り	通常通り
	採血・血液ガス採血・末梢血管確保等	手袋を着用する 針刺し防止器材を使用する 使用後の注射針や器具の取り扱いに注意する	手袋を着用する 針刺し防止器材を使用する 使用後の注射針や器具の取り扱いに注意する
患者の移動		病室外へでることは原則禁止 移動時はサージカルマスクを着用させる	病室外へでることは原則禁止 移動時はサージカルマスクを着用させる
清掃		退院後の病室: 十分な換気を行う	退院後の病室: 十分な換気を行う
患者指導		病室外へでることは原則禁止 咳嗽持はハンカチ等で口を覆う 乳幼児、易感染者の入室は原則禁止	病室外へでることは原則禁止 咳嗽持はハンカチ等で口を覆う 乳幼児、易感染者の入室は原則禁止

		標準予防策	接触予防策
対象病原体及び感染症		肺結核(起動より結核菌が排出されている場合)	インフルエンザウイルス、風疹、ムンプス、髄膜炎菌、伝染性紅斑、溶連菌、マイコプラズマ
隔離		直ちに個室へ移動する。個室のドアは常に閉めておく 陰圧空調不可能な場合ポータブルHEPAフィルタ ユニット設置を検討 結核のばあいは転院	原則として個室隔離 個室隔離が不可能な時はカーテンで仕切りをする
履物		履き替え不要	履き替え不要
手袋		血液・体液・排泄物の飛沫が、眼・鼻・口を汚染する可能性があるときに着用	血液・体液・排泄物の飛沫が、眼・鼻・口を汚染する可能性があるときに着用
マスク・ゴーグル・フェイスシールド		病室入室時は(N95)マスクを着用	患者に接する時、サージカルマスクを着用
ガウン・ビニールエプロン		血液・体液・排泄物で衣類が汚染する可能性があるときにディスポガウンを着用。汚染量の多い場合にはビニールエプロンを使用	血液・体液・排泄物で衣類が汚染する可能性があるときにディスポガウンまたはビニールエプロンを使用
食事・食器		通常通り	通常通り
清潔	入浴・シャワー	血液・体液・排泄物で汚染する可能性がある時は順番は最後にする	血液・体液・排泄物で汚染された場合は密閉容器に入れ指定場所に運ぶ
	清拭	院内の清拭タオルが血液・体液・排泄物で汚染された場合は密閉容器に入れ指定場所に運ぶ	院内の清拭たおるが血液・体液・排泄物で汚染された場合は密閉容器に入れ指定場所に運ぶ
	トイレ	便座が排泄物で汚染された場合はアルコール綿で清拭消毒	便座が排泄物で汚染された場合はアルコール綿で清拭消毒
ゴミ類	不燃物・可燃物	感染性廃棄物は指定された色の容器に廃棄血液・体液・排泄物で汚染されたゴミはバイオハザードマーク付きのビニール袋に入れ感染性廃棄物として扱う、搬送時袋の破損する恐れのある場合には二重袋にする	感染性廃棄物は指定された色の容器に廃棄血液・体液・排泄物で汚染されたゴミはバイオハザードマーク付きのビニール袋に入れ感染性廃棄物として扱う、搬送時袋の破損する恐れのある場合には二重袋にする
	針	針処理容器に入れる	針処理容器に入れる
リネン類	リネン・病衣など	血液・体液・排泄物で汚染された場合は密閉容器に入れ指定場所に運ぶ血液汚染、または排泄汚染がひどい場合は破棄する	血液・体液・排泄物で汚染された場合は密閉容器に入れ指定場所に運ぶ血液汚染、または排泄汚染がひどい場合は破棄する
	マットレス	血液などで汚染された場合はビュラックスで清拭消毒を行う汚染される可能性がある場合は、ティスポカバーを用いる	血液などで汚染された場合はビュラックスで清拭消毒を行う汚染される可能性がある場合は、ティスポカバーを用いる
診療器具など		血液・体液・排泄物で汚染された場合はアルコール綿で清拭消毒	聴診器や血圧計等の器具は専用にする
鋼製小物(鉗子・ピンセットなど)		中材取り扱い鋼製小物は原則として一次洗浄・一次消毒の必要はない	中材取り扱い鋼製小物は原則として一次洗浄・一次消毒の必要はない
検査	レントゲン・心電図	通常通り	通常通り
	採血・血液ガス採血・末梢血管確保等	手袋を着用する 針刺し防止器材を使用する 使用後の注射針や器具の取り扱いに注意する	手袋を着用する 針刺し防止器材を使用する 使用後の注射針や器具の取り扱いに注意する
患者の移動		病室外へでることは原則禁止移動時はサージカルマスクを着用させる	病室外へでることは原則禁止移動時はサージカルマスクを着用させる
清掃		退院後の病室: 十分な換気を行う	退院後の病室: 十分な換気を行う
患者指導		病室外へでることは原則禁止 咳嗽持はハンカチ等で口を覆う 乳幼児、易感染者の入室は原則禁止	病室外へでることは原則禁止 咳嗽持はハンカチ等で口を覆う 乳幼児、易感染者の入室は原則禁止

表2-3 感染症(病原体)に対する感染予防策と必要期間

標準＝標準予防策のみで対応できるもの  
 空気＝標準予防策に空気予防策を付加するもの  
 飛沫＝標準予防策に飛沫予防策を付加するもの  
 接触＝標準予防策に接触予防策を付加するもの

感染症(病原体)	感染予防策	感染予防策が必要な期間
<b>あ</b>		
RSウイルス感染、新生児、小児	接触	罹患期間
アデノウイルス感染症(乳幼児)	飛沫、接触	罹患期間
アメーバ症	標準	
<b>い</b>		
胃腸炎		
ノロウイルス	接触	罹患期間
ロタウイルス	標準*1	
おむつあるいは失禁状態	接触	罹患期間
ウイルス性(列挙されている以外の病原体)	標準*1	
キャンピロバクター属	標準*1	
クロストリジウム・ディフィシル(偽膜性腸炎)	接触	罹患期間
コレラ	標準*1	
赤痢菌	標準*1	
おむつあるいは失禁状態	接触	罹患期間
大腸菌		
腸管出血性(O157:H7など)	標準*1	
おむつあるいは失禁状態	接触	罹患期間
腸炎ピブリオ	標準*1	
その他の菌種	標準*1	
インフルエンザ(ウイルス)	飛沫*2	罹患期間
高病原性鳥インフルエンザ	飛沫*2	罹患期間
咽頭結膜熱	接触	罹患期間
<b>う</b>		
ウイルス性肝炎		
A型、E型	標準	
おむつあるいは失禁状態	接触	*3
その他(B、C等)	標準	
ウイルス性出血熱(エボラ、ラッサ、マールブルグ他)	接触	
<b>え</b>		
HIV感染症	標準	
エプスタイン・バーウイルス(EB virus)感染症	標準	
伝染性単核症を含む	標準	
<b>お</b>		
オウム病	標準	
<b>か</b>		
疥癬	接触	有効な治療開始後24時間まで
川崎病	標準	
<b>き</b>		
キャンピロバクター胃腸炎(⇒「胃腸炎」を参照)	標準*1	
偽膜性腸炎(⇒「胃腸炎」を参照)	接触	罹患期間
<b>く</b>		
クラミジア・トラコマティス	標準	
クロイツフェルト・ヤコブ病(プリオン病)	標準*4	
クロストリジウム属		
ウェルシュ菌( <i>C.Perfringens</i> )		
ガス壊疽	標準	
食中毒	標準	
クロストリジウム・ディフィシル	接触	罹患期間
ボツリヌス菌	標準	

け			
結核			
	肺、確診、疑診、喉頭病変を含む	空気	有効な治療をうけている結核患者が臨床的に改善しており、異なる日に採取した3回の喀痰塗抹検査が抗酸菌陰性の場合もしくは結核が除外された場合にのみ予防策は中止される。
	髄膜炎*5、胸膜炎*5	標準	
	排膿病変*5	標準	
	結核菌感染者	標準	
結膜炎			
	クラミジア	標準	
	急性ウイルス性(急性出血性)	接触	罹患期間
	急性細菌性	標準	
こ			
呼吸器感染症、急性(他の箇所に記載がない場合)			
	成人	標準	
	乳幼児	接触	罹患期間
	喉頭蓋炎、インフルエンザ菌による	飛沫	有効な治療開始後24時間まで
	COVID-19(新型コロナウイルス感染症)	飛沫、接触	
さ			
細気管支炎(⇒乳幼児では「呼吸器感染症」参照)			
	サイトメガロウイルス感染、新生児または免疫不全者	標準	
	サルモネラ症(⇒「胃腸炎」を参照)		
	壟壕性口腔炎 Trench mouth(ワンサン・アンギーナ)	標準	
	重症急性呼吸器症候群(SARS)	空気、接触	
し			
ジフテリア			
	喉頭	飛沫	抗生剤中止後、2回の培養(少なくとも24時間以上の間隔を空けて施行)が陰性となるまで
	皮膚	接触	
褥創性潰瘍(感染性)			
	大きい病変(包帯をしていない。もしくは、包帯が膿を十分に封じ込めていない)	接触	排膿期間
	小さい病変(包帯が膿を膿を包んで十分に封じ込めている)	標準	
食中毒			
	ウェルシュ菌(Clostridium Perfringens)	標準	
	ブドウ球菌性	標準	
	ボツリヌス中毒	標準	
	腸管出血性大腸菌(O-157など)	標準*1	罹患期間
	ノロウイルス	接触	有効な治療開始後24時間まで
しらみ症			
真菌症			
	カンジダ、アスペルギルス、クリプトコッカス、接合菌他	標準	
す			
	水痘 Chickenpox	空気、接触	*6
髄膜炎 Meningitis			
	インフルエンザ菌、疑いも含む	飛沫	有効な治療開始後24時間まで
	結核性	標準	
	細菌性、グラム陰性、新生児	標準	
	真菌性	標準	
	髄膜炎菌、疑いも含む	飛沫	有効な治療開始後24時間まで
	肺炎球菌性	標準	
	無菌性(非細菌性またはウイルス性)	標準	
	リステリア症	標準	
	他の同定された細菌	標準	
髄膜炎菌			
	肺炎	飛沫	有効な治療開始後24時間まで
	敗血症	飛沫	有効な治療開始後24時間まで
せ			
	せつ-ブドウ球菌性、乳幼児	接触	罹患期間
	先天性風疹	接触	生後3ヶ月後の鼻咽頭と尿の培養が陰性でなければ、1才までの入院時は感染対策を要する

創感染症 Wound infection			
	大きい(包帯をしていない。もしくは、包帯が膿を十分に封じ込めていない)	接触	罹患期間
	小さい(包帯が膿を包んで十分に封じ込めている)	標準	
<b>た</b>			
帯状疱疹			
	播種性病変または免疫不全患者での限局性病変	空気、接触	罹患期間
	免疫が正常な患者の限局性病変	標準*6	
	多剤耐性病原体(感染および定着)(MRSA、VRE、MDPA、メタロBL、ESBL他)	接触	培養が3回陰性となるまで
単純ヘルペス			
	新生児	接触*7	罹患期間
	脳炎	標準	
	皮膚粘膜、再発性(皮膚、口、性器)	標準	
	皮膚粘膜、播種または原発性、重症	接触	罹患期間
<b>ち</b>			
腸管ウイルス感染			
	その他の病原体、幼児と子供	接触	罹患期間
<b>て</b>			
	伝染性紅斑(パルボウイルスB19)	飛沫	免疫不全患者に慢性疾患が生じたときは、入院期間中感染対策を継続する。一時的な骨髓無形成もしくは赤芽球癆のときは7日間継続する。
	手足口病	接触	罹患期間
<b>の</b>			
	膿痂疹	接触	
	膿瘍		
	少量排膿(包帯が膿を包んで十分に封じ込めている)	標準	
	大量排膿(包帯をしていない。又は包帯が膿を十分に封じ込めていない)	接触	排膿期間
	ノカルジア症、排膿病変もしくは他の症状	標準	
	ノロウイルス感染症	接触	罹患期間
<b>は</b>			
肺炎			
	アデノウイルス	飛沫、接触	罹患期間
	インフルエンザ菌		
	成人	標準	
	幼児と子供	飛沫	有効な治療開始後24時間まで
	重症急性呼吸器症候群(SARS)	空気、接触	
	インフルエンザ(高病原性鳥インフルエンザを含む)	飛沫*2	罹患期間
	ウイルス(他に列挙されていない場合)		
	成人	標準	
	幼児と子供(⇒「呼吸器感染症、急性」を参照)		
	ニューモシスティス・カリニ	標準*8	
	クラミジア(オウム病、肺炎クラミジア)	標準	
	ブルクホルデリア・セパチア	標準	
	A型溶連菌		
	成人	標準	
	幼児と子供	飛沫	有効な治療開始後24時間まで
	黄色ブドウ球菌	標準	
	髄膜炎菌	飛沫	有効な治療開始後24時間まで
	肺炎球菌	標準	
	マイコプラズマ	飛沫	罹患期間
	レジオネラ	標準	
	他に列挙されていない細菌(グラム陰性菌を含む)	標準	
	パラインフルエンザ感染症、幼児と子供の呼吸器	接触	罹患期間
梅毒			
	潜在性、梅毒反応陽性で無症状	標準	
	皮膚と粘膜、先天性、原発性、二次性	標準	
<b>ひ</b>			
	百日咳	飛沫	有効な治療が始まってから5日間
	非結核性抗酸菌症	標準	
<b>ふ</b>			
風疹			
	先天性風疹	飛沫、接触	発疹が始まってから7日間 生後3ヶ月後の鼻咽頭と尿の培養が陰性であっても、1才までの入院時は感染対策を行う

<b>ほ</b>			
蜂窩織炎(排膿がコントロールされていない)	接触	排膿期間	
<b>ま</b>			
マイコプラズマ肺炎	飛沫	罹患期間	
麻疹	空気*9	罹患期間	
<b>む</b>			
ムンプス(流行性耳下腺炎)	飛沫	腫脹が始まってから9日間	
<b>よ</b>			
レンサ球菌感染症			
A群レンサ球菌			
咽頭炎、乳幼児	飛沫	有効な治療開始後24時間まで	
子宮内膜炎(産褥敗血症)	標準		
猩紅熱	飛沫	有効な治療開始後24時間まで	
肺炎	飛沫	有効な治療開始後24時間まで	
皮膚、創傷、熱傷			
大きい(包帯をしていない。または包帯が膿を充分に封じ込めていない)	接触	有効な治療開始後24時間まで	
小さい(包帯が膿を包んで充分に封じ込めている)	標準		
B群レンサ球菌	標準		
その他の連鎖球菌	標準		
<b>れ</b>			
レジオネラ症	標準		
<b>ろ</b>			
ロタウイルス感染症(⇒「胃腸炎」を参照)			

(注釈)

- \*1: 身の衛生を保ち難い場合、特に6才以下のおむつ使用・失禁のある小児の場合は接触予防策を適用する。
  - \*2: 個室が足りなければ同感染症患者の部屋共有を考えるが、少なくともハイリスクの患者との部屋共有は避け、カーテン隔離などを実施する。
  - \*3: 入院中は3才以下の小児には接触予防策を適用する。3～12歳では症状がみられてから2週間、その他は症状がみられてから1週間継続する。
  - \*4: 確定例または疑診例からの血液、体液、組織、汚染された器具は効果的な消毒法がないため原則使い捨てとなる。
  - \*5: 活動性肺結核が合併している場合は空気予防策が必要となる。
  - \*6: すべての病変が痂皮化するまで予防策を続ける。患者の診療・ケアは免疫のある職員が行う。
  - \*7: 母親が活動性感染であり、羊膜が破裂して4～6時間以上経過した経膣分娩または帝王切開にて出産した新生児
  - \*8: 免疫不全患者との同室は避ける
  - \*9: 患者の診療・ケアは免疫のある職員が行う。
- <注意>本表に記載のない感染症(病原体)は標準予防策で対応(表4-4も参照のこと)

カルテに保管してください。

## 緊急連絡！！

接触感染対策が必要な耐性菌が検出されましたので、報告致します。

担当医先生御侍史                      検査日：                      年   月   日

病棟看護師御侍史                      報告日：                      年   月   日

患者名：	<input type="text"/>	ID：	<input type="text"/>	病室	<input type="text"/>
検体：	<input type="text"/>	より検出され	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	です	ガフキー	<input type="text"/>	です

この耐性菌は接触感染対策が必要な菌です。

本菌の病院内伝播を予防するため、以下の事項について遵守してください。

- 患者配置
  - 原則として個室とする
- 手洗い・手袋
  - 入室時には手洗いを行い手袋を着用する
  - 菌検出部位の診察・ケアには手袋を着用する
  - 退出時手袋を廃棄し、手洗いを行う
- ガウン
  - 診察・ケアなどで医療従事者の身体が患者や臥床環境に接触する場合は  
ガウンを着用し、退出後には廃棄する
- 患者移送
  - 病室外への移動は必要最小限にする
- 器具
  - 血圧計・聴診器・体温計などの医療器具は患者専用とする
- 清掃
  - ドアノブ・手すり・ベッド柵等の手の触れる環境は、一日一回以上清拭する
- 患者指導
  - 手洗いの指導を行う

### 3. 感染経路別予防策

感染経路別予防策とは(表2-2.表3-2参照)

「感染経路別予防策」は、「標準予防策」に加えて特別の対応が必要となる伝染性病原体の感染経路遮断のために行う感染予防策である。感染経路別予防策には「空気予防策」、「飛沫予防策」、「接触予防策」がある。それぞれの病原体の感染経路を知り、その経路を遮断することによって、より効果的な感染対策が実施できる。病原体の感染経路を知らず、必要以上に過剰な対策をとることは非科学的であり、費用と労力の浪費につながる。

#### 3.1 接触予防策

##### 3.1.1 対象疾患と対象病原体(表2-2.表3-2参照)及び概要

対象疾患・病原体 ◇耐性菌感染症および保菌者(MRSA、メタロ-β-ラクタマーゼ(メタロBL)陽性菌 基質拡張型β-ラクタマーゼ(ESBL)陽性菌、多剤耐性緑膿菌(MDRP)、 バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)など) ◇急性ウイルス性(出血性)結膜炎(アデノウイルスなど) ◇ウイルス性胃腸炎(小児のロタウイルス、ノロウイルスなど) ◇オムツ使用中や失禁状態の胃腸炎 ◇クロストリジウム・ディフィシル(偽膜性)腸炎 ◇疥癬やシラミ ◇RSウイルス感染症 ◇新生児・播種性の単純ヘルペスウイルス感染症
--

接触感染は患者との直接接触あるいは患者に使用した物品や環境表面との間接接触によって成立する。接触予防策はこのような経路で伝播する可能性が高い病原体に感染あるいは保菌している患者に対して実施する。代表的な病原体は、MRSA、メタロBL陽性菌、ESBL陽性菌、多剤耐性緑膿菌などである(表3-1参照)この対策が必要な菌がはじめて検出された場合には耐性菌警告書(図4-1)が検査部から発行される。

##### 3.1.2 対策の実施(表3-1.表3-2参照)

###### 1)患者配置

- ・原則として個室とする
- ・個室隔離が不可能であれば、感染のリスクの高い患者\*と同室は避ける。
- \*感染のリスクの高い患者:  
 ①手術後の患者 ②免疫抑制状態の患者 ③手術前の患者 ④ドレーンやカテーテル留置患者など

表3-1: 個室隔離の必要性の順序(①→②→③の順に個室収容を考える)

①必要性: 高	排菌が多量で排菌箇所が覆えない状態 広範な皮膚の化膿性びらんを伴う皮膚疾患患者(含む熱傷) 大量の下痢を伴う患者 気管切開または気管内挿管した肺炎患者
②必要性: 中	排菌が多量であるが、排菌箇所が覆える状態 創感染患者 ドレーン挿入を伴う胸膜炎や腹膜炎患者 気管切開または気管内挿管を伴わない肺炎患者 中心静脈カテーテルが挿入されている菌血症患者 尿路カテーテルが挿入されている患者
③必要性: 低	排菌が少量の状態 中心静脈カテーテルが挿入されていない菌血症患者 尿路カテーテルが挿入されていない患者 保菌患者

## 2)手洗い・手袋

- ・患者病室への入室時には手洗い(手指消毒)を行い手袋を着用する。
- ・菌種出部位の診察・ケア後には手袋を交換する。
- ・退室時手袋を破棄し、手洗いまたは手指消毒を行う。

## 3)ガウン

- ・患者病室の床から患者や臥床環境に接触する場合(体位変換、着衣など)や耐性菌に汚染された体液による曝露の可能性のある処置時(吸痰、尿器交換など)は、ディスポガウンを着用し、退室時には破棄する。

## 4)患者移送

- ・病室外への移動は必要最小限にする。

## 5)器具

- ・血圧計・聴診器・体温計などの医療器具は患者専用にする。

## 6)環境整備

- ・ドアノブ・手すり・ベッド柵などの手の触れる環境は一日一回以上環境クロスで清拭する。
- ・0-157やCDI(クロストリジオイデス・ディフィシル)やノロウイルスは、0.1%次亜塩素酸ナトリウムを使用し、環境整備を行う。

## 7)患者指導

- ・手洗いの指導をする。

## 流行性角結膜炎

(眼科病棟以外での対応をここでは記す。眼科病棟での対応はより厳格なものが必要となる。)

流行性角結膜炎はアデノウイルスの感染により発症するウイルス性結膜炎であり、眼の充血、眼脂などを認める。

感染力は大変強く、厳重な**接触予防策**が必要である。

### 1)隔離対策

- ①流行性角結膜炎が入院患者から発生した場合には、個室管理が望ましい。また、可能であれば外泊や一時退院を考慮する。

### 2)感染防止対策

- ①患者の診察・ケア時には必ず手袋を着用する。
- ②検査機器は直接眼に接触しないように工夫する。触れた場合には消毒用アルコールで徹底的に清拭する。
- ③眼薬は患者個人持ちとする。
- ④患者に対して、周囲環境の汚染防止及び手洗いの指導を行う。

## 疥癬

疥癬とは、ヒトヒゼンダニが人の表皮角層に寄生して起こる、かゆみを伴う感染性皮膚疾患である。

疥癬は指間や外陰部などに丘疹のみられる一般の疥癬と、全身の皮膚が紅皮症様となり厚いカギ殻状の角質増殖で被われたノルウェー疥癬がある。後者は一般の疥癬と比べて皮膚部から無数の疥癬虫卵がみつかり院内感染の原因となるため厳重な隔離対策が必要である。

### 1)一般の疥癬

- ①基本的に個室隔離には必要はない。徘徊をする可能性がある場合には個室隔離を考慮する。
- ②部屋移動時はベッドごと移動する。
- ③介護者はディスポガウンと手袋を着用する。
- ④患者の肌着は毎日洗濯する。
- ⑤掃除は吸引清掃を行い、ベッドや床の消毒は必要ない。
- ⑥入浴は可能であるが、タオルは専用とし、順序は最後で入浴後は熱湯でよく洗い流す。

### 2)ノルウェー疥癬

- ①感染力が非常に強く、個室隔離が必要である。
- ②部屋専用の手袋や予防衣を着用する。
- ③患者の肌着は10分間50℃の熱湯に浸した後洗濯する。
- ④ベッドを含めた寝具、床、カーテンなど入念な吸引清掃を行う。
- ⑤ベッドや床の消毒は必要ない。(シーツは赤いビニール袋に入れて洗濯場に出す)
- ⑥ベッドのマットレスは患者使用後10日間は使用しない(虫体が死滅するまで)
- ⑥入浴は可能であるが、タオルは専用とし、順序は最後で入浴後は熱湯でよく洗い流す。

### 3)疥癬治療とその後のフォロー

- ①皮膚科の指示に従う。
- ②外用剤の全身塗布が主体になる。
- ③潜伏期間が約1ヶ月間あるため、他者への感染の有無の観察も1ヶ月以上必要である。

## ノロウイルス

ノロウイルスはノーウォークウイルスまたはSRSV(小型球形ウイルス)と呼ばれていたウイルスである。

ノロウイルス感染症は1月から2月に多く発生する嘔気・嘔吐を伴う下痢性疾患である。ノロウイルスは人間の腸内で増殖し、便や吐物を介して感染伝播する。アルコールには抵抗性であり、消毒滅菌には次亜塩素酸(ピューラックス)が必要である。

### 1) 隔離対策

- ①ノロウイルス胃腸炎と合致する症状がある場合、患者を個室管理とし接触予防策をとる。
- ②患者が複数発生し、個室管理できない場合は、コホーティングする。
- ③症状(嘔吐・下痢)が治まってから、48時間は接触予防策をとる。48時間後隔離解除可。
- ④症状回復後、4週間程度は、便中にウイルスが排出されるので、二次感染に注意が必要である。

### 2) 感染対策防止策

- ①感染力が強いので、症状があるときは、厳重な接触予防策が必須である。  
病室に入る前にガウン・サージカルマスク・手袋の着用を遵守する。病室を出る前に正しくはずす。  
患者との接触後は、石鹸と流水による手洗いを行う。
- ②高頻度接触面の消毒を1日2回に増やす。  
アルコール消毒は無効なので、消毒は0.1%次亜塩素酸消毒剤を用いて行う。
- ③汚れリネンは、ウイルスが飛散しないように、慎重に取り扱う。その際は、適切な个人防护具を着用すること。
- ④カーテンは目に見えて汚れたとき、患者の転室・退院時に交換する。
- ⑤医療器具(体温計、血圧計など)は患者専用とする。
- ⑥嘔吐物は、適切な方法で速やかに片付ける。
- ⑦職員が、感染発病した場合、嘔吐・下痢症状がある場合は、就業停止とする。また、症状が消失し、48時間経過した後、就業可能とする。ただし、症状消失後、4週間程度はウイルスを排泄するため復帰後も手指衛生の徹底が必須であり、部署責任者は、当該職員への指導・確認を行う。

## 带状疱疹

带状疱疹は、水痘・带状疱疹ウイルスによる感染症。初感染は小児期に水痘で発症し、治癒後、知覚神経節に潜伏感染したウイルスによって、のちに带状疱疹を発症する。带状疱疹では、気道粘膜においてウイルスは増殖しないため、接触感染が主体となる。免疫不全患者における播種性带状疱疹では、気道粘膜でもウイルスが増殖するため、空気感染と拙速感染の両方がみられる。

### 3.1.3 いつまで接触予防策を行うか

接触予防策の解除は、感染症により異なる。

隔離は不要となっても、菌が完全に除去されたわけではないので、引き続き手洗いなどの標準予防策をしっかりと行う必要がある。

### 3.1.4 耐性菌警告書について(図2-3)

接触予防策を必要とする耐性菌が検出された場合には、耐性菌警告書(図2-2)が検査部(LSI)から担当医・病棟師長あてに発行され、注意が喚起される。

#### 1) 入院症例

・警告書発行 → 感染対策委員が警告書をもって担当医と病棟師長またはリンクナースに説明→

・接触予防策実施

(マニュアル参考箇所:3感染経路別予防策 3.1.2対策の実施もしくは警告書記載事項)

#### 2) 外来症例

・警告書が発行→病歴管理室→警告書がカルテに保存される。

・警告事例の報告書が外来師長と感染対策担当医に届く。

表3-2 病院ウイルス感染症

病院ウイルス感染症とは、院外から持ち込まれた伝染性の強いウイルスが、これらのウイルスに対する免疫のない患者や医療従事者に感染するものをいう。

	水痘	麻疹	風疹	ムンプス	伝染性紅斑	インフルエンザ	コロナ	
感染予防策	空気・接触	空気	飛沫					
潜伏期(日)	10~21	5~25	12~25	14~21	10~21	1~3	1~14	
伝染期間 (発病日前後の日)	発疹出現前2日 ~出現後5日	発疹出現前5日 ~出現後4日	発疹出現前7日 ~出現後7日	耳下腺炎出現9 日~出現後9日	発疹出現前 14日頃	発症初期の 3日間	発症2日前~発症 後7日	
罹患者への 対応	罹患者の 隔離	直ちに個室隔離可能なら退院		原則として個室隔離 不可能な時はカーテンで仕切り可能なら退院			個室隔離もしくは 複数患者同室 隔離 これらが不可能 な時はカーテン で仕切り可能なら 退院	個室隔離もしくは コホート
	罹患者の 隔離期間	水泡が出現して から乾燥・痂 皮化するまで	発疹が出現して から7日間	発疹が出現して から5日間	耳下腺炎後 9日間		解熱後2日間	発症日0日7日間
被曝者への 対応(患者・ 医療従事者)	既往・ワクチン 接種歴のない者の 観察期間	曝露10日後から 21日(免疫グロブリン 投与時は28日)	曝露5日後から 21日(免疫グロブリン 投与時は 28日)	曝露後7日後 から21日後	曝露後12日 後~26日後		曝露後3日間は 慎重な経過観察	曝露後5日から7日 間は慎重な経過観 察
	ワクチン	曝露後72時間以内なら効果が 期待できる		予防効果はない				
	γグロブリン	有効だが推奨されない		予防効果はない				
内服薬	アシクロビルの 予防内服が有効 であるという 報告がある						入院患者は タミフル75mg 7日間(成人量)	
当院における ワクチン接種 の適用	40歳未満の医師・看護師で 抗体陰性の者						患者に接する 医療従事者	全職員推奨
発病者の就 業停止期間	水泡が出現して から乾燥・痂 皮化するまで	発疹が出現して から4日間	発疹が出現して から7日間	耳下腺炎出現 後 9日間	なし		発症した後5日 を経過、かつ解 熱した後2日 を経過するまで	発症日0日7日間

## 3.2 飛沫予防策

### 3.2.1 対象疾患と対象病原体(表2-2.表3-2参照)及び概要

対象疾患・病原体 ○ウイルス:インフルエンザウイルス、風疹ウイルス、ムンプスウイルス ○細菌:インフルエンザ菌、髄膜炎菌、ジフテリア菌、百日咳菌、溶連菌
--

- ・飛沫感染は5ミクロン以上の飛沫粒子に含まれる微生物に直接または間接的に粘膜に曝露されることによって起きる。
- ・飛沫粒子は感染者の咳やくしゃみで発生するが、通常これらの粒子の拡散範囲はせいぜい1メートル以内であり、カーテン・マスク等で物理的に遮断可能である。
- ・これらの感染症の予防には、標準予防策に加えて飛沫予防策が必要である。

### 3.2.2 対策の実践(表3-2.表4-2.図4-2.図4-3参照)

#### 1)患者配置

- ①原則として個室に収容する。
- ②同じ微生物の感染症患者は同室に収容してもよい
- ③個室は陰圧設定の空調設備は必要ない。個室のドアは開けたままでよい。
- ④聴診器や血圧計などの器具は患者専用にする必要はない。カルテも病室に持ち込んでよい。
- ⑤室外のトイレやシャワーは使用してもよい。
- ⑥患者の退室後は十分な換気と可能な限りの清拭消毒をする。

#### 2)手洗い・手袋

標準予防策に準ずる。

#### 3)マスク

病室への入室時、診療・ケア時はサージカルマスクを着用する。

#### 4)ゴーグル・フェイスシールド

標準予防策に準ずる。

#### 5)ガウン

標準予防策に準ずる。

#### 6)リネン

標準予防策に準ずる。

#### 7)患者移送

- ①患者の病室からの移動は控える
- ②病室外に出るときはサージカルマスクを着用させる。
- ③患者指導:他人への感染性に関する教育と、咳の仕方や喀痰の処理方法について指導する。

#### 8)器具・器材

標準予防策に準ずる。

### 風疹(表3-2.図3-2参照)

#### 患者の診療及びケアを行う職員

- ・患者の診療及びケアは免疫を有する(既往またはワクチン接種歴あり)職員が優先的に行う。
- ・患者に対しては飛沫予防策を適用し、診察・ケア時はサージカルマスクを着用する。

#### 被曝者の調査

- ・患者(発疹出現前7日から後7日)と接触した可能性のある患者及び医療従事者のうち、免疫がないあるいは不明なものは速やかに抗体検査を行う。

#### 被曝者のうち風疹に免疫を持たない患者に対する対応

- ・曝露早期のワクチン接種や免疫グロブリン投与の予防効果はない
- ・被曝者のうち風疹に免疫を持たない患者は、可能であれば発症観察期間(曝露後7日後から最大21日まで)一旦退院とする。
- ・退院できない場合は観察期間中個室隔離(困難であれば被曝者のみ総室管理)とし、厳重な観察を行う。被曝者のケアも免疫を有する職員が優先的に行う。

#### 抗体陰性被曝職員に対する対応

- ・抗体陰性被曝職員は発症観察期間患者に対する直接の診療・ケアはできるだけ避け、それらを行う場合はサージカルマスクを着用する。
- ・自覚症状(発疹、発熱、上気道炎症状等)を慎重に観察し、出現時には直ちに感染対策委員に連絡する。
- ・とくに濃厚に曝露された職員に関しては同じ期間就業停止を検討する。
- ・発症した医療従事者は、発疹が出現してから5日間は就業停止とする。

## ムンプス(表3-2.図3-2参照)

### 患者の診療及びケアを行う職員

- ・患者の診療及びケアは免疫を有する(既往またはワクチン接種歴あり)職員が優先的に行う。
- ・患者に対しては飛沫予防策を適用し、診察・ケア時はサージカルマスクを着用する。

### 被曝露者の調査

- ・患者(耳下腺炎出現前9日から後9日)と接触した可能性のある患者および医療従事者のうち、免疫がないあるいは不明なものは速やかに抗体検査を行う。

### 被曝露者のうち風疹にムンプスを持たない患者に対する対応

- ・曝露早期のワクチン接種や免疫グロブリン投与の予防効果はない
- ・被曝露者のうちムンプスに免疫を持たない患者は、可能であれば発症観察期間(曝露後12日後から最大26日まで)一旦退院とする。退院できない場合は観察期間中、個室隔離(困難であればコホーティング)とし、厳重な観察を行う。被曝露者のケアも免疫を有する職員が優先的に行う。

### 抗体陰性被曝露職員に対する対応

- ・抗体陰性被曝露職員は発症観察期間患者に対する直接の診療・ケアはできるだけ避け、それらを行う場合はサージカルマスクを着用する。
- ・自覚症状(耳下腺炎等)を慎重に観察し、出現時には直ちに感染対策委員に連絡する。
- ・とくに濃厚に曝露された職員に関しては同じ期間就業停止を検討する。
- ・発症した医療従事者は、発疹が出現してから9日間は就業停止とする。

## インフルエンザ(表3-2.図3-3参照)

### 入院患者への対応

- ・原疾患以外で流行期に上気道炎症状や発熱等のインフルエンザを疑う症状を認めた場合、インフルエンザ抗原検査キットによりインフルエンザ感染の有無を確認する。
- ・インフルエンザと診断された場合は可能なら退院とし、入院を続ける場合は個室隔離を行う。
- ・個室隔離が困難場合は、発症した複数患者を一室にまとめて隔離し、ケアの担当職員も限定する(コホーティング)。または総室でカーテンによる隔離を行う。
- ・罹患患者が室外に出るときは、必ずマスクを着用させる。
- ・隔離期間は解熱後2日とする。
- ・インフルエンザの患者が確定後、他の患者を受け入れるまでの環境整備は、確定した患者を個室に移動後、換気(窓の両面を10cmほど、5分間程度)を20分ごとに行う。換気を3回行った後、ソフライトを使用し、患者の高頻度接触面(ベッドまわり、ナースコール オーバーベッドテーブル ナースコールなど)を拭く。

### 被曝露患者への対応

- ・インフルエンザ罹患患者との接触があった患者は、曝露後3日間は慎重に経過を観察する。
- ・濃厚接触者のうち、曝露による発病者がでた場合や免疫不全者は同室患者に対し、主治医より説明し、同意のもとタミフル75mg7日間(成人量)の予防内服をする。(コストは自費です)
- ・インフルエンザ発症確認後、インフルエンザ罹患患者と接触があった場合は、できる限り、早期(24時間以内)に同意書をもらい、タミフルを内服する。(同意書は院内共有 感染対策委員会内)
- ・タミフルは、5~10日間予防投与する。(状況により変わる)

### インフルエンザ流行時の注意事項

- ・インフルエンザ流行時には、入院患者の外泊・外出を制限する。
- ・外泊外出時の注意として、人混みに出ない・外出時マスク着用・外出後手洗いうがい厳守をよく説明する。また、面会・見舞い客を可及的必要最小限にし、風邪症状のある面会者は断る。
- ・インフルエンザ流行時には、入院患者にも、マスク着用・手指衛生の協力をお願いする。

### 職員の対応

- ・診療に従事する医療従事者(事務職員を含む)は、ワクチン接種を行う。
- ・インフルエンザが疑われる場合は、受診し医師による診断を受ける。医療従事者がインフルエンザに罹患した場合は、発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで就業停止とする。
- ※注)入院患者及び職員にインフルエンザが発症した場合は、速やかに感染対策委員に連絡する。

## COVID-19(表3-2 図3-参照)

#### 入院患者への対応

- ・新規入院患者は、全員入院時に迅速PCR検査(NEAR法)を行う
- ・つくばセントラル病院にて検査のため、午前中は11時の回収時間:結果は12時以降 午後は16時の回収:17:00以降の結果となる。  
(COVID-19に罹患した既往がある場合は、感染後1~2カ月はNEAR法では陽性となる可能性があるため、抗原定性検査を行う)
- ・結果がでるまでは、患者には自室で静かに過ごしてもらう。
- ・入院当日陽性となった場合は医師に確認し、個室対応とする。個室対応ができない場合はコホートで対応する
- ・紹介元病院に、COVID-19感染の既往の有無を確認する。
- ・入院中に発熱や、咽頭痛があった場合は、医師に報告し、検査を行う。
- ・標準予防策を徹底して行い、エアロゾルが発生する処置を行うときは、N95マスクを着用する。
- ・環境整備の徹底(アルコール類『サラサイド』を使用する。『サラサイド』は腎センターにて管理している。
- ・隔離期間は7日間 患者の状態により、医師の判断で隔離期間は延長となる。

#### 暴露患者への対応

- ・入院中に陽性となった患者と同室者の部屋は移動はせずに、暴露後5~7日間、身長に経過観察し、症状があった場合すぐに検査を行う。

#### 職員の対応

- ・職員が感染を疑う症状がある場合は、勤務せず病院を受診し、検査を受ける。  
症状が改善するまで勤務できない
- ・職員が陽性となった場合は、症状が出た日を0日とし、7日間は休業とする。  
ただし、8日目以降も症状が続いている場合は、症状が改善するまで休業とする。
- ・職員の家族が陽性となった場合  
陽性となった家族と隔離生活ができる場合、職員に症状がなければ勤務可能とする。  
隔離生活ができない場合は、5日間勤務できない。
- ・コロナワクチン接種の推奨
- ・各部門長は、職員が陽性となった場合、ICTIに連絡する。

#### 伝染性紅斑

- ・伝染性紅斑の感染様式は飛沫感染であるが、感染力は強くない。
- ・成人が感染しても重症にはならないが、妊婦が感染すると胎児水腫が起こることもある。
- ・伝染性紅斑の患者は、臨床症状が出現した時には感染性の期間が過ぎているので、有効な予防対策はない。  
ただし、免疫不全患者に慢性疾患が生じたときは入院期間中飛沫予防策をとる。

#### 3.2.3 その他の飛沫予防策が必要な感染症の隔離期間

- ・アデノウイルス感染(乳幼児)、肺炎:罹病期間中
- ・インフルエンザ菌による咽頭蓋炎、髄膜炎、肺炎(乳幼児):有効な治療開始後24時間まで
- ・ジフテリア:抗菌剤中止、少なくとも24時間以上開けて取られた培養が2回陰性となるまで
- ・髄膜炎菌による髄膜炎、肺炎:有効な治療開始後24時間まで
- ・A群溶連菌による乳幼児の咽頭炎、肺炎、猩紅熱:有効な治療開始後24時間まで
- ・マイコプラズマ肺炎:罹病期間中

図3-2 入院患者が風疹・ムンプスを発症した場合

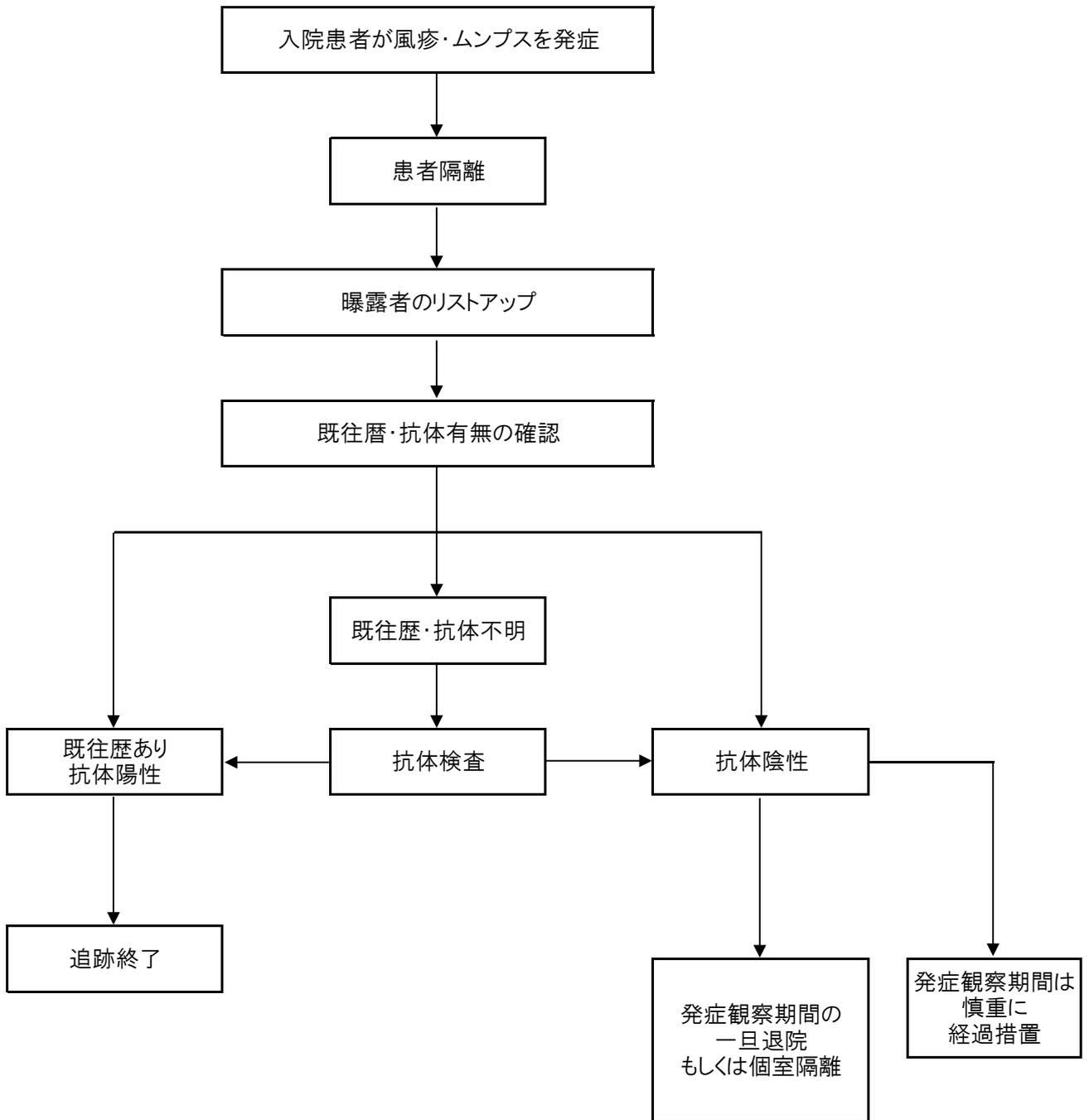
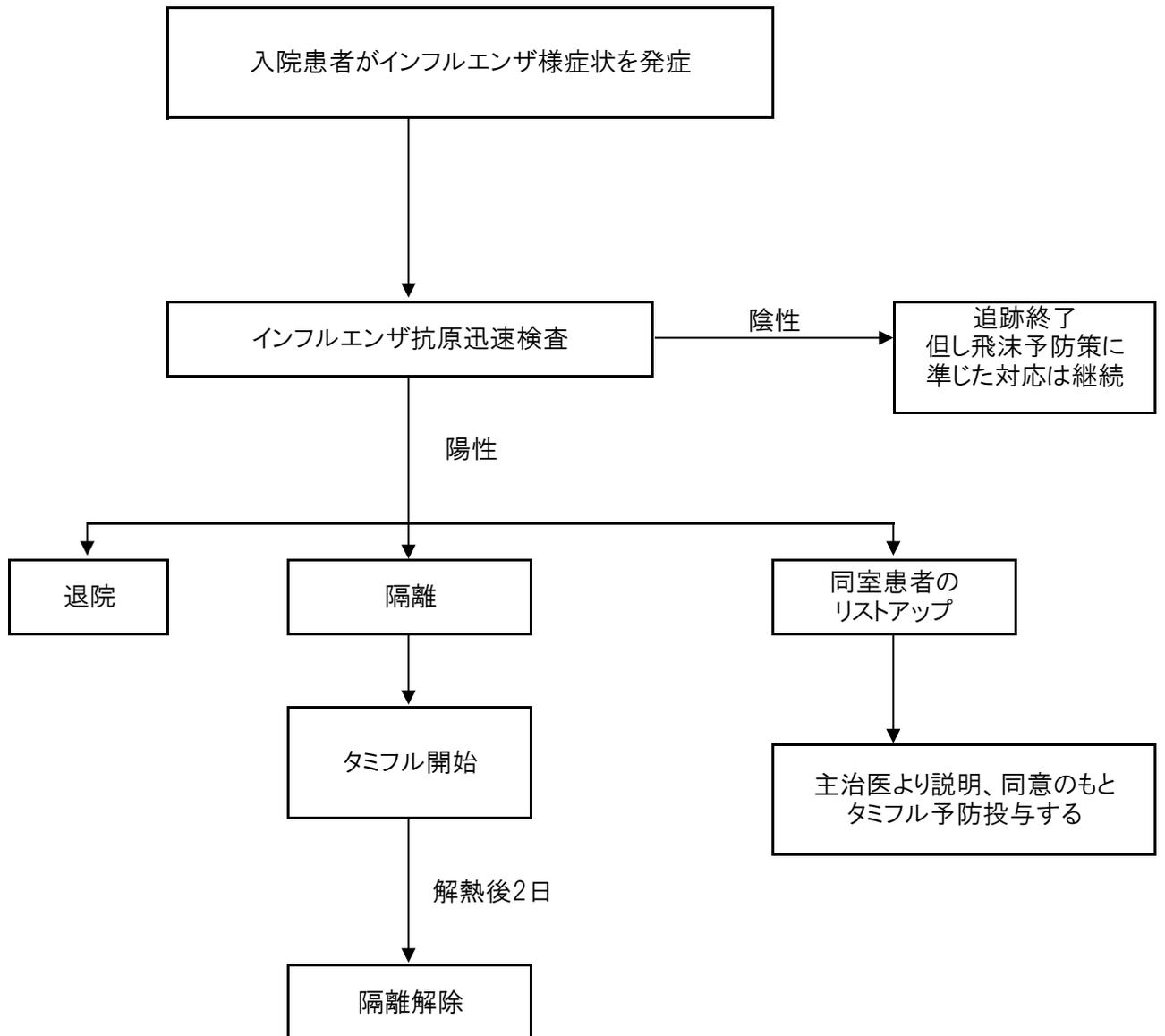


図3-3 入院患者がインフルエンザ様症状発症した場合



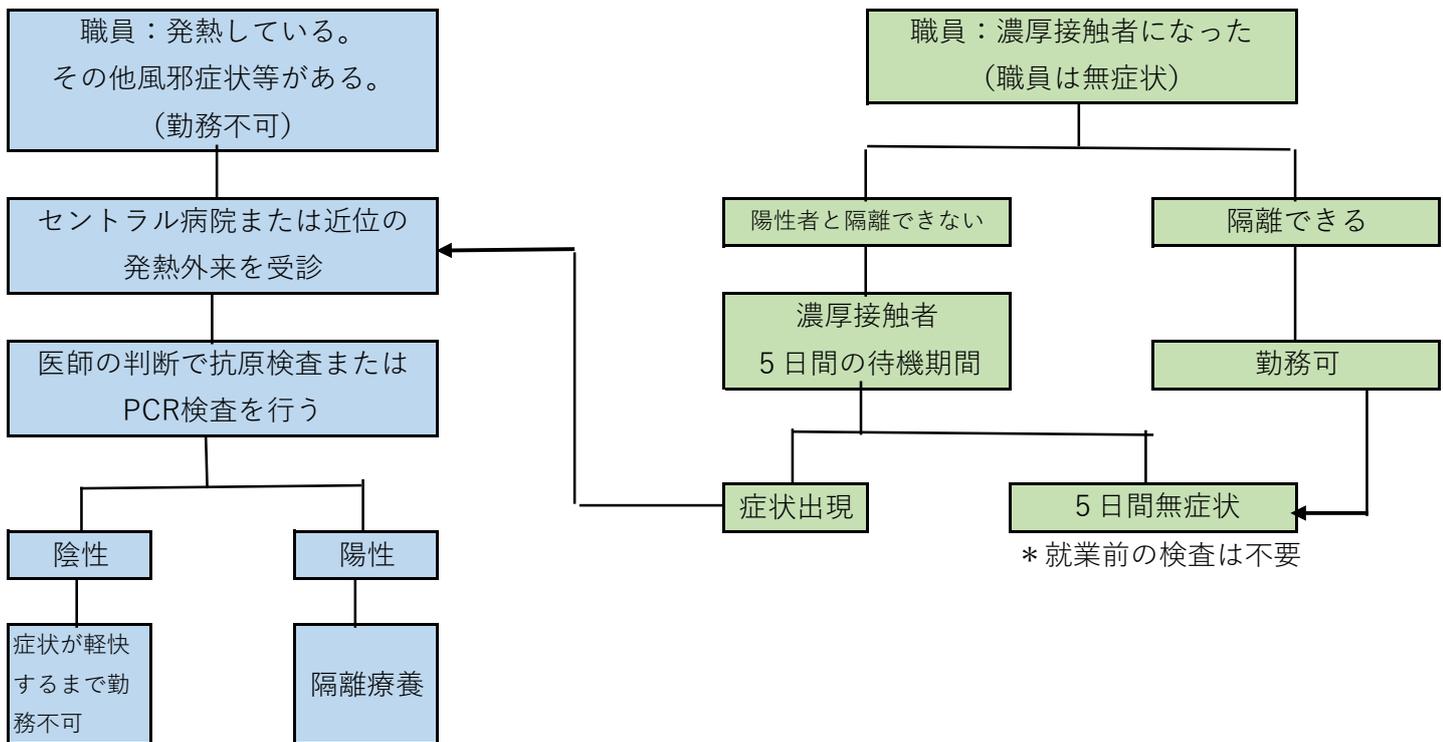
【職員】 コロナ対策 フローチャート

(図3-4)

職員や同居家族が陽性になった等の場合は、**まず所属長に報告**してください。

その後、所属長から感染担当者にご連絡ください。

(腎センター 石垣：2723)



セントラル病院を受診する際は、  
職員であることを伝える。  
発熱外来予約（午前のみ）  
Tel：029-875-3511

隔離療養期間（復帰前の検査なし）

有症状者：発熱日を0日とし**7日間**を隔離療養期間とする。  
ただし症状（発熱や持続するひどい咳）が  
続いている場合は、療養期間が過ぎても就業不可

### 3.3 空気予防策

#### 3.3.1 対象疾患と対象病原体(表2-2.表3-2参照)及び概要

対象疾患・病原体	※重症急性呼吸器症候群(SARS)については「SARS」対応マニュアルを参照
○肺結核	※肺結核には、喀痰塗抹陽性となりうる咽頭結核、喉頭結核を含む
○麻疹	
○水痘・播種性带状疱疹	

- ・患者の気道から発生した飛沫に含まれる水分が蒸発すると径5 $\mu$ m以下の飛沫核となって空中で長時間浮遊する。ほとんどの病原体はこの飛沫核の中では感染性を失うが、肺結核・麻疹ウイルス・水痘带状疱疹ウイルスの3つのみは飛沫核の中でも感染性を保持する。この飛沫核が呼吸によって末梢気道に吸収されることで成立するのが空気感染である。
- ・带状疱疹では気道でウイルスが増殖しないため空気感染は起こらないが、水痘や免疫不全患者に発症する播種性带状疱疹では上気道でウイルスが増殖するため空気感染が起こる。
- ・結核でも肺結核・喉頭結核・咽頭結核(以下 肺結核)以外の結核では空気感染は起こらない。  
すなわち、空気感染が起こる感染症は**肺結核・麻疹・水痘・播種性带状疱疹**である。
- ・これらの感染症は、空気の流れによって散布されることで同室内あるいは同病棟の患者・医療従事者に伝播するため、空気の流れの遮断と濾過(N95)マスク着用による飛沫核吸入阻止が対策の基本である。SARSの対策は地域や病院全体的な対応が必要となるため、外来診察を含め別に定めた対応マニュアルを参照されたい。

#### 3.3.2 対策の実践(表2-2.表3-2.図3-5.図3-6参照)

<ul style="list-style-type: none"><li>●個室への移動</li><li>●個室のドアを常時閉めておく</li><li>●職員入室時は濾過(N95)マスクを着用する</li><li>●患者の室外への移動は厳しく制限する。やむを得ず出る場合はマスクを着用させる。</li><li>●麻疹・水痘患者には免疫を有する職員が優先的に対応する。</li></ul>
--

- ・空気予防策の最大のポイントは、患者の個室隔離による気流の断絶、医療従事者の濾過(N95)マスク着用による吸入阻止である。
- ・肺結核患者については、結核病棟での管理を有する病院に転院
- ・結核であっても肺結核でなければ(結核性腹膜炎・脊椎結核・結核性髄膜炎など)標準予防策でよいが、肺結核の有無を確認する必要がある。
- ・麻疹・水痘患者は、可能であれば一旦退院とする。
- ・水痘・播種性带状疱疹では皮膚病変中にもウイルスが大量に存在するため接触感染予防策も必要となる。

## 結核患者が発生した場合(図3-5参照)

### 1) 塗抹陽性肺結核患者が発生した場合

- ・感染対策委員会に報告する。
- ・患者を個室管理とし、直ちに空気予防策をとる。また、結核病棟のある病院に転院。
- ・PCRで結核菌陰性であれば、結核を否定し、空気予防策を解除する。
- ・結核と診断したら直ちに、所管の(患者の住民票のある)保健所に発生届を提出する(別紙A参照)。

### 接触職員および患者の感染リスク別分類と対応

- ・診療科医師・病棟看護師・感染対策委員会の協議の上、接触した職員と患者を感染リスク別に3段階<高リスク・中リスク・低リスク>に分ける
- ・高リスク群に対しては曝露から2~3ヶ月後を初回として6ヶ月毎に2年間(計5回)胸部レントゲン撮影を行う。  
(健康診断による撮影を含む)
- ・接触後、ウィンドウ期(10~12週)を経過後T-SPOTによる検診を実施する。陽性であればイソニアジドによる潜在結核治療内服を考慮する。
- ・高リスク群に明らかな免疫抑制患者(4歳以下の小児、血液透析を受けている患者、免疫抑制剤服用患者【ステロイドでの目安:プレドニゾン30mg/週以上】、重症糖尿病患者、全身衰弱の激しい患者、HIV陽性者)が含まれている場合は各担当医に通知し、最低1年間は発症の有無について厳重に経過観察をする。
- ・高リスク群で1名以上の感染者ないし発病者が認められた場合は中リスク群へ、中リスク群で1名以上の感染者が認められた場合は低リスク群へ対象者を広げる。

### 2) 気道系の手術標本で結核が疑われた場合

- ・標本の結核菌PCR陰性、あるいは喀痰(または胃液)塗抹検査3回陰性が確認されるまでは空気予防策を行う。陰性であれば、空気予防策を解除する。

### 3) 塗抹陰性肺結核患者が発生した場合

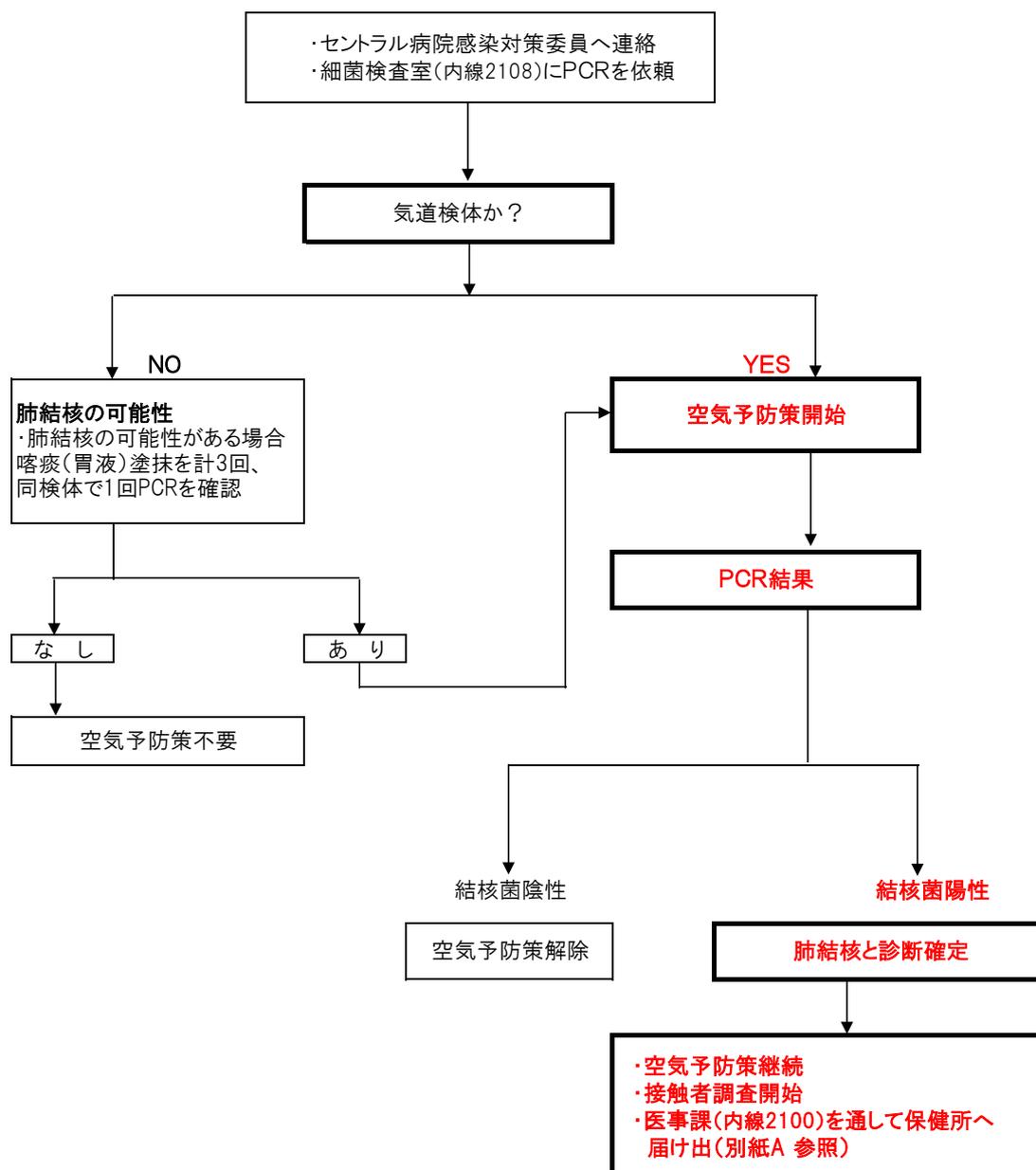
※培養検査またはPCR検査にて確認された患者、レントゲン上活動性結核を強く疑わせる陰影を有する患者

- ・感染リスクの評価のために、喀痰(喀痰が出ない場合は3%生理食塩水吸入による誘発喀痰、あるいは早朝胃液で代用)塗抹を3回確認する。
- ・レントゲン上結核を強く疑わせる陰影を有する患者でPCR及び塗抹3回陰性の場合、隔離の必要性について、主治医・主科感染対策医師、呼吸器内科医が討議し決定する。
- ・塗抹陽性が確認された場合は、1)に準じて接触者検診を行う。
- ・塗抹陰線の場合は原則として接触者検診は行わないが、曝露者の感染リスクを考えた接触者検診を考慮する場合もある。

### 4) 肺結核以外の結核患者が発生した場合

- ・咳・痰の症状、胸部レントゲンあるいはCTの所見、喀痰(喀痰が出ない場合は3%生理食塩水吸入による誘発喀痰、あるいは早朝胃液で代用)3回塗抹陰性を確認する。
- ・塗抹陽性を認めた場合は1)として対処する。
- ・レントゲン上、活動性結核を疑わせる所見がなく、塗抹3回及びPCR陰性の場合、標準予防策でよい。

図3-5 抗酸菌塗抹陽性が判明した場合



様式第6号(別記様式2-2)

結 核 発 生 届

茨城県知事(保健所長) 殿

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第12条第1項(同条第6項において準用する場合を含む。)の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
(署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 \_\_\_\_\_

上記病院・診療所の所在地(※) \_\_\_\_\_

電話番号(※) ( ) ( ) - \_\_\_\_\_

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検案)した者(死体)の類型					
・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 ( 月)		
7 当該者住所					
電話 ( ) - _____					
8 当該者所在地					
電話 ( ) - _____					
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)				
	電話 ( ) - _____				

	病 型	18 感染原因・感染経路・感染地域
11 症 状	1) 肺結核 2) その他の結核 ( ) ・せき ・たん ・発熱 ・胸痛 ・呼吸困難 ・その他 ( ) ・なし	①感染原因・感染経路( 確定・推定 )  1 飛沫核・飛沫感染(感染源の種類・状況: ( ) )
	12 診断方法 遺 病 子 子 の 検 出 体 体 体 体 原 原 原 原 原 原 原 原 体 体 体 体 体 体 体 体 の の の の の の の の 検 検 検 検 検 検 検 検 出 出 出 出 出 出 出 出 方 方 方 方 方 方 方 方 法 法 法 法 法 法 法 法	2 その他 ( )  ② 感染地域( 確定・推定 ) 1 日本国内( 都道府県 市区町村) 2 国外( 国 ) 詳細地域 ( )
	・病理検査における特異的所見の確認 検体:( ) 所見:( ) ・ツベルクリン反応検査 mm× mm (発赤・硬結・水泡・壊死) ・リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロニン試験(QFT等) 月 日実施(陽性・判定保留・陰性) ・画像検査における所見の確認 所見:( ) ・その他の方法 検体:( ) 結果:( ) ・臨床決定 ( )	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
	13 初診年月日 平成 年 月 日	
	14 診断(検案(※))年月日 平成 年 月 日	
	15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
	16 発病年月日(*) 平成 年 月 日	
	17 死亡年月日(※) 平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13から17欄は年齢、年月日を記入すること。  
(※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(\*)欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。  
11, 12欄は、該当するものすべてを記載すること。)

## 麻疹(表3-2.図3-6参照)

### 患者の診療およびケアを行う職員

- ・患者の診療及びケアは免疫を有する(既往またはワクチン接種歴あり)職員が優先的に行う。  
但し免疫がある場合でもN95マスクの着用は必要である。

### 被曝露者の調査

- ・患者(発疹出現前5日から後4日)と接触した可能性のある患者および医療従事者のうち、免疫の有無が不明な者はすみやかに抗体検査を行う。

### 抗体陰性被曝露者への対応

- ・抗体陰性者は72時間以内にワクチンを接種する。
- ・ワクチン禁忌の者(妊婦、重篤な免疫不全患者、ワクチンアレルギー既往)には、72時間以内の免疫グロブリン投与を考慮する。

### 被曝露者のうち麻疹に免疫を持たない患者に対する対応

- ・被曝露患者のうち麻疹に免疫を持たない患者は、可能であれば発症観察期間(曝露5日後から最大21日、免疫グロブリン投与患者では28日まで)一旦退院とする。
- ・退院できない場合は観察期間中個室隔離(困難であれば被曝露者のみの総室管理)とし、厳重な観察を行う。
- ・被曝露患者のケアも免疫を有する職員が優先的に行う(N95マスクの着用は不要)

### 抗体陰性被曝露職員に対する対応

- ・抗体陰性被曝露職員は発症観察期間患者に対する直接の診療・ケアはできるだけ避け、それらを行う場合はサージカル・マスクを着用する。
- ・自覚症状(発疹・発熱・上気道症状等)を慎重に観察し、出現時には直ちに感染対策委員に連絡する。
- ・とくに濃厚に曝露された職員に関しては同じ期間就業停止を検討する。

## 水痘・帯状疱疹(表3-2.図3-5参照)

### 患者の診療およびケアを行う職員

- ・患者の診療及びケアは免疫を有する(既往またはワクチン接種歴あり)職員が優先的に行う。  
但し免疫がある場合でもN95マスクの着用は必要である。

### 被曝露者の調査

- ・患者(発疹出現前2日から後5日)と接触した可能性のある患者および医療従事者のうち、免疫の有無が不明な者はすみやかに抗体検査を行う。

### 抗体陰性被曝露者への対応

- ・抗体陰性者は72時間以内にワクチンを接種する。
- ・ワクチン禁忌の者(妊婦、重篤な免疫不全患者、ワクチンアレルギー既往)には、免疫グロブリン(VZIG)投与を考慮する。

### 被曝露者のうち水痘に免疫を持たない患者に対する対応

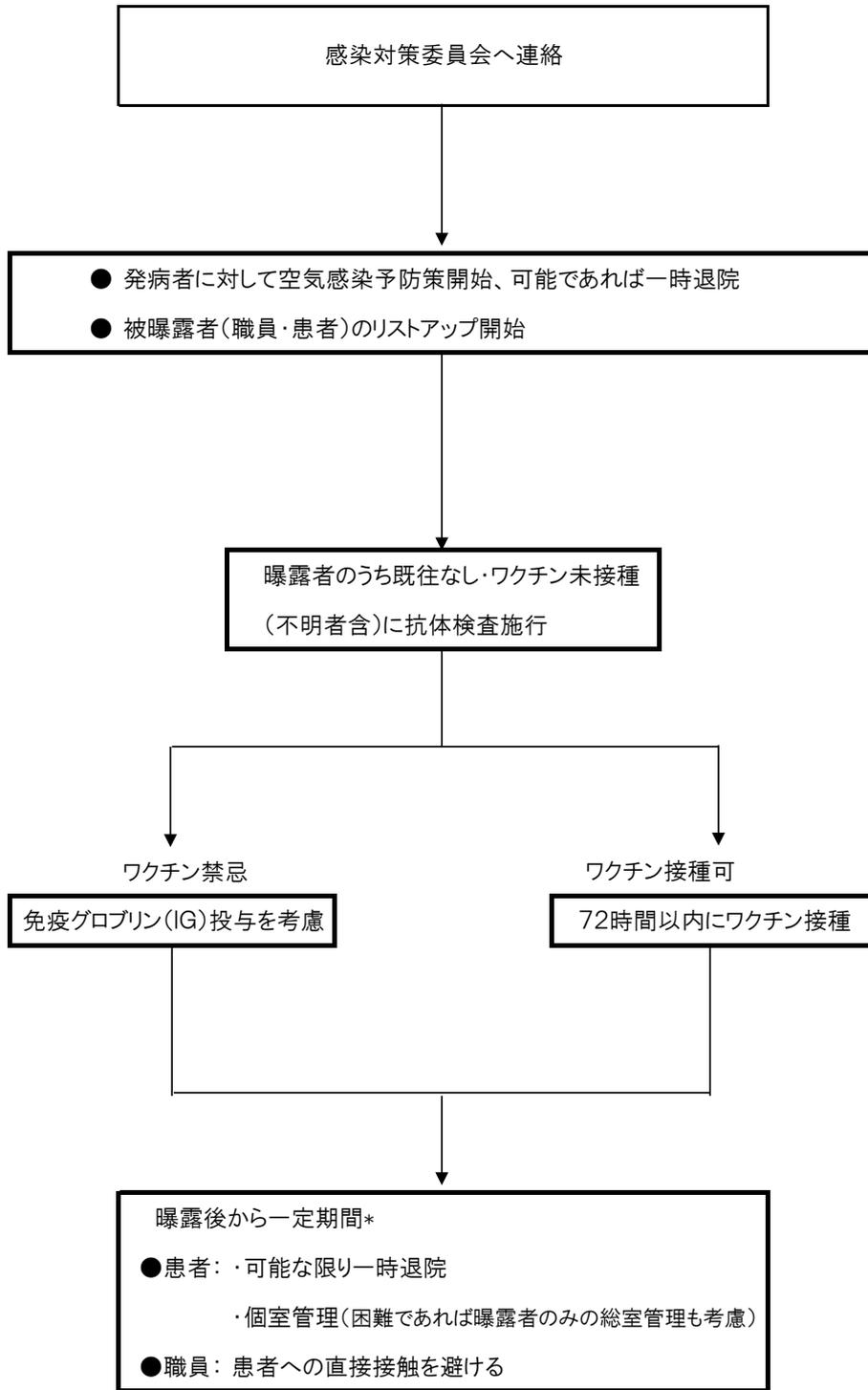
- ・被曝露患者のうち水痘に免疫を持たない患者は、可能であれば発症観察期間(曝露10日後から最大21日、免疫グロブリン投与患者では28日まで)一旦退院とする。
- ・退院できない場合は観察期間中個室隔離(困難であれば被曝露者のみの総室管理)とし、厳重な観察を行う。
- ・被曝露患者のケアも免疫を有する職員が優先的に行う(N95マスクの着用は不要)

### 抗体陰性被曝露職員に対する対応

- ・抗体陰性被曝露職員は発症観察期間患者に対する直接の診療・ケアはできるだけ避け、それらを行う場合はサージカルマスクを着用する。
- ・自覚症状(発疹・発熱・上気道症状等)を慎重に観察し、出現時には直ちに感染対策委員に連絡する。
- ・とくに濃厚に曝露された職員に関しては同じ期間就業停止を検討する。



図3-6 麻疹・水痘患者が発生した場合



\*麻疹では曝露後5日目～、水痘では曝露後10日目～いずれも21日目まで

### 3.3.3 いつまで空気予防策を行うか

**肺結核:** 1)症状の改善が認められている 2)喀痰塗抹の陰性化(3回連続)が認められれば、空気予防策を解除する。解除の時点で、薬剤感受性が確認されていることと、服薬コンプライアンスが良好であることが望ましい。喀痰採取が困難な場合は、3%生理食塩水吸入による誘発喀痰、あるいは早朝胃液で代用する。RFPまたはINH耐性菌の場合は、より長期の入院管理及び空気予防策の継続を要する。

**麻疹:** 症状消失まで

**水痘・播種性帯状疱疹:**発疹出現後5日間。但し、接触感染予防対策は全ての皮疹が痂皮化するまで継続する。

### 3.3.4職員対策

#### 麻疹・水痘

- ・抗体陰性者に対してはワクチン接種を推奨する。
- ・感染性を有する麻疹・水痘患者のケアは抗体陽性者が優先的に行うようにする。
- ・麻疹に罹患した職員は、発疹出現後7日間休務する。
- ・水痘・帯状疱疹(手や指に発症したもの)に罹患した職員は、すべての皮疹が痂皮化するまで休務する。

## 4. 血液・体液曝露時の対応(含針刺し事故)

### 4.1 はじめに

不慮の針刺し・切創事故・あるいは粘膜や損傷した皮膚に対する血液・体液の曝露は、事故者に肝炎ウイルスなどの病原体感染リスクをもたらす。この項では曝露後処置の実際についてポイントを示す。

#### 4.1.1 針刺し・切創事故によって病気を引き起こす代表的な病原体

- 1)ヒト免疫不全ウイルス(HIV)
- 2)B型肝炎ウイルス(HBV)
- 3)C型肝炎ウイルス(HCV)

#### 4.1.2 針刺し・切創・皮膚粘膜曝露防止における標準予防策

- 1)使用済みの注射針は、原則、リキャップせずに針捨てBOXに廃棄する。針捨てBOXは、使用地点に可能な限り近い安定した場所に設置する。やむをえずリキャップする場合は、片手リキャップ法(片手でシリンジを持ち、キャップをすくう)または、2段階リキャップ法(90度または、120度に針とキャップの角度にてして、針にキャップをかぶりリキャップ)で行う。
- 2)血液や体液、あるいは、損傷している皮膚や粘膜に接触するときは手袋を着用する。
- 3)血液や体液などの飛沫が眼・鼻・口を汚染する可能性のある時は、マスク・ゴーグルやフェイスシールドを着用する。

- 4) 血液や体液などで衣服が汚染する可能性がある時は、エプロンを着用する。
- 5) できるだけキャップ不要の安全装置付き注射用器材を使用する。
- 6) 鋭利器材は直接手渡しをせず、トレーなどの上に置いて受け渡す。
- 7) 針などの鋭利物を使用した後は、実施者本人が責任を持って廃棄する。
- 8) 注射の準備・施行・片づけをしている最中の人には、できるだけ声をかけない。
- 9) 「鋭利物を取り扱っている」という意識を持つ。

## 4.2 対応の実践(図4-1)

### 4.2.1 針刺し・切創事故直後の処置(慌てず、冷静に)(図4-1)

- 1) 患者の安全を確保し、作業を中止する。
- 2) 針刺し創部の確認を行う
- 3) 血液・体液が付着した針などを皮膚に刺した場合は、石鹸と大量の水で洗う。可能であれば消毒薬による消毒を行う(イソジン液や消毒用アルコールが適している。)
- 4) 血液・体液が眼に入った場合は、直ちに水で洗う
- 4) 血液・体液が口に入った場合は、直ちに大量の水で洗う
- 6) 病原体によっては事故後の速やかな対処(投薬など)により感染率が減少するものがあるため、患者(汚染源)の感染性と事故当事者の予防抗体有無の迅速な把握が必須となる。具体的な流れは図4-1に示す。

### 4.2.2 患者(汚染源)の感染性の評価

#### 血液媒介病原体(肝炎ウイルス・HIV等)による活動性感染症がすでにあるとわかっている場合

- ・それぞれの病原体に応じた対応をとる(4.3 病原体別曝露事故後の対応 参照)

#### 感染症の有無の確認および検査実施(陰性が確認されていない場合)

- ・B型肝炎、C型肝炎、HIVについてそれぞれHBs抗体、HCV抗体、HIV抗体の有無で感染性を評価する。
- ・これらの感染症の既往がなく、1年以内の検査で陰性が確認されている場合には、原則的に感染症陰性と判断され、患者及び事故当事者の検査は必要ない。
- ・陰性が確認されていない場合は、患者に説明の上、検査のための採血について同意を得る。
- 注)陰性確認1年以内であっても、その間に輸血歴、手術歴を有する、透析を受けている、性感染症のリスクが高いなどの場合では、患者及び当事者の検査実施が勧められる。

### 4.2.3 事故報告書の提出

- 事故報告書は、感染症や検査実施の有無にかかわらず、医療安全報告書に記載し報告する。
- 労災になる場合は、経営企画にて所定の用紙をもらい申請する。

## 4.3 病原体別曝露事故後の対応

### 4.3.1 ヒト免疫不全ウイルス(HIV)(図4-2)

#### 事故直後の対応

- ・事故直後からの抗HIV薬服用が感染防止に有効である。
- ・汚染源のHIV陽性が判明次第、速やかに感染対策委員長または副委員長に連絡し、指示を仰ぐ。
- ・感染対策委員長または医師は、HIV感染症専門医(筑波大学:人見重美先生)に相談する。
- ・曝露者は、抗HIV薬服用の是非を、医師からの説明を受け、決定する。  
(抗HIV予防投与に関する説明書、薬剤服用および副作用説明書を用いる)
- 抗HIV薬の予防内服する場合は、内服に関する同意書を記入。拒否する場合は、拒否に関する承諾書を記入。
- ・抗HIV薬の内服が決定したら、薬剤部に連絡。医師に処方してもらい内服する。  
服用に先立って、自己の採血(HIV抗体の有無)および妊娠の可能性のある場合の妊娠反応(尿検査)が必要となる。注)1回目の服用は事故後2時間以内に行うこと。

#### 事故後の経過観察

- ・筑波大:人見先生の外来に受診。抗HIV薬(アイセントレス、ツルバダ配合錠)の内服を、4週間継続。
- ・事故後の感染の確認は、6週後、3ヵ月後、6ヵ月後および1年後のHIV抗体検査にて行う。

### 4.3.2 B型肝炎ウイルス(HBV)(図4-3)

#### 事故直後の対応

- ・抗体陰性者に対するHBsヒト免疫グロブリン(HBIG)の投与とHBVワクチン接種が感染防止に有効である。

#### 感染予防法と経過観察

- ・ワクチン接種によるHBs抗体の陽性化の既往がない場合(ワクチン未接種者を含む)には、HBs抗原、HBs抗体陰性を確認後、できるだけ早く(少なくとも48時間以内)抗HBsヒト免疫グロブリン(HBIG)の投与と、HBVワクチンの両者を行う。
- ・患者がHBV陽性で当事者がHBs抗体陰性であってもワクチン接種により陽性化の既往がある場合\*には、HBVワクチンの追加接種のみ行う(但し、欧米の研究成果からは、たとえ獲得した抗体が陰性化しても感染発病しないことが示されている)
- \*ワクチン接種により獲得されたHBs抗体は経年変化で陰性化する場合がある  
(特に定量法で50mIU/mL以下、半定量法で±の場合)
- ・事故後の感染の確認は、1ヵ月後、3ヵ月後、6ヵ月後および1年後の肝機能およびHB関連検査にて行う。

このようにHBs抗体の有無により対応が大きく変わるため、ワクチン接種によるHBs抗体の獲得状況を各自把握しておくことは極めて重要である。

#### 4.3.4 その他の病原体

梅毒および HTLV-1 感染症への対応

・針刺し事故による梅毒およびHTLV-1感染の可能性が極めて低い。事故当事者が希望する場合にのみ抗体検査による感染の確認を行う。

原因不明のウイルス感染症や肝炎などが疑われる場合

・原因不明のウイルス感染症や肝炎などが疑われる場合は、ウィンドウ期(感染初期では抗原・抗体検査陰性であってもウイルスが血液中に存在する)の可能性や未知の病原体が血液中に存在している可能性がある為、事故当事者の血液検査を実施するとともに、当該患者の経過を見ながら対応を検討する。

#### 4.3.5 汚染源不明の場合

汚染源不明の場合にはHBVおよびHCV陽性と考慮して、血液データのフォローを行う。HBs抗体陰性者にはワクチン接種を考慮する。HIVのリスクが高い部署における汚染源不明事故の場合にはHIVの血液データのフォローも併せて行う。HBグロブリンおよび抗HIV薬の適応については個別に検討する。

別紙 B

病原体別曝露事故後の対応のまとめ

	HIV	HBV	HCV	梅毒 HTLV-1
針刺し事故後感染率	0.30%	30%	3%	≒0%
感染性の評価*	HIV抗体	HBs抗原	HCV抗体	特異抗体
事故後の対処	抗HIV薬の内服(1回目は曝露後2時間以内)4週間継続	事故当事者のHBs抗体陽性:特になし	特になし	
		事故当事者のHBs抗体および抗原陰性:抗HBsヒト免疫グロブリン+HBワクチン(いずれも曝露後48時間以内)但し、ワクチン接種により抗体陽性化の既往がある場合にはワクチン接種のみ実施		
血液データのフォロー	6週 3ヶ月 6ヶ月 1年	1ヶ月 3ヶ月 6ヶ月 1年		希望者のみ実施
特異的な予防法	なし	HBVワクチン (但し10%はワクチン不応)		なし

\*感染性の評価は、上記特異抗体及び抗原検査結果が基本となるがウインドウ期や変異ウイルスの可能性がある場合にはさらに追加の検査が必要となる。

労災扱いになる場合

相手が+の時

B型肝炎

C型肝炎

梅毒

HIV

おおよそ8カ月までフォロー可能 グロブリンの投与可

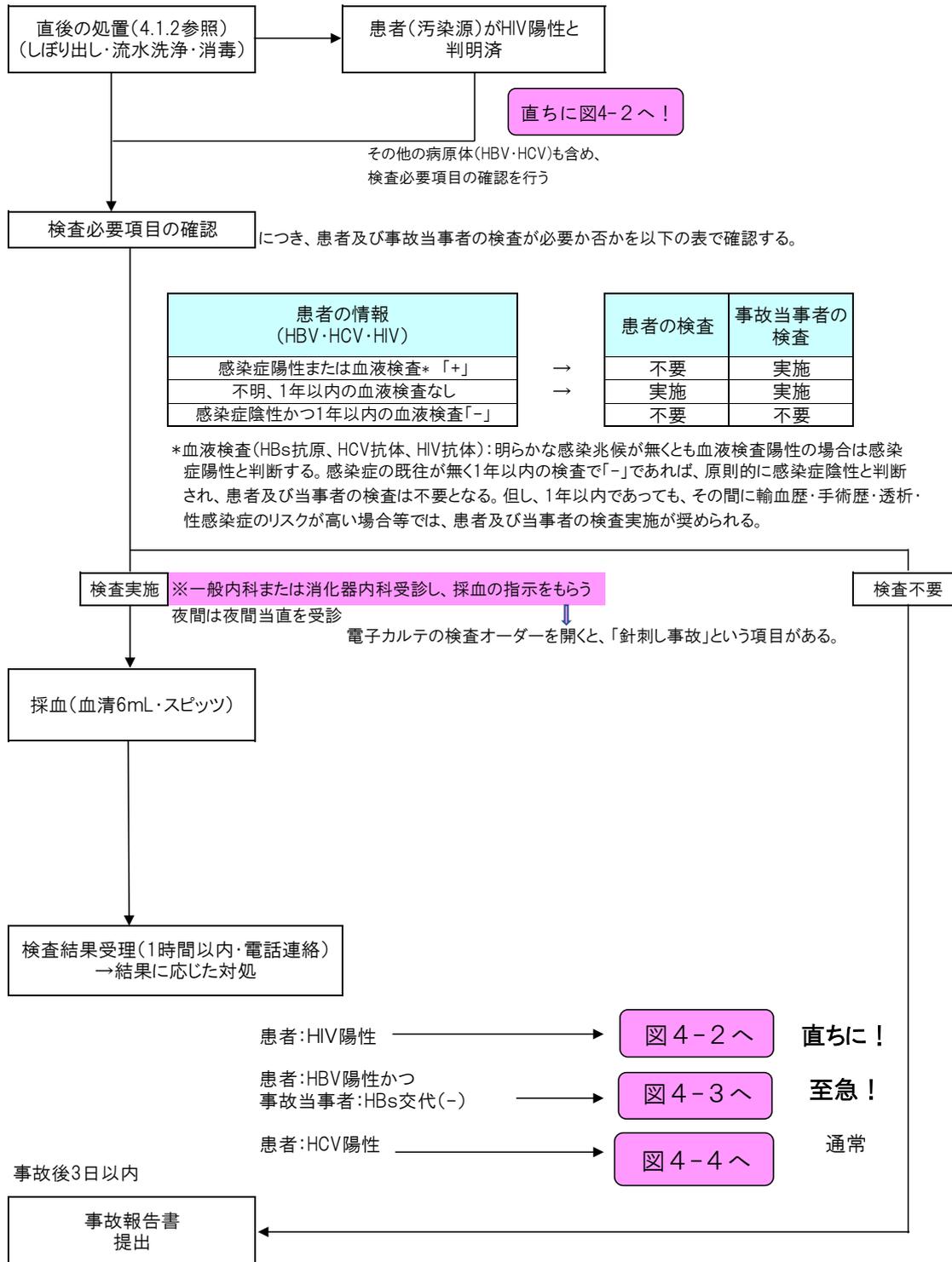
おおよそ8カ月までフォロー可能

おおよそ3カ月までフォロー可能

予防投与可

図4-1

## 曝露事故後の対応



注意！ 感染症や検査実施の有無にかかわらず事故報告書は必ず提出のこと

## 患者(汚染源)HIV陽性時の対応(曝露後直後)

患者 (汚染源)  
HIV陽性

ICT

- ・ ICTの医師が、筑波大の人見先生と相談する。
- ・ ICTの医師が、当事者に抗HIV薬についての説明を行う。
- ・ 当事者の内服の意思を確認したら、同意書に記入してもらい処方する。拒否する場合は、承諾書に記入してもらう。
- ・ 記入してもらった同意書または、承諾書は、ICTで管理する。

本人

- ・ 当事者自身のHIV検査および、感染状態の関連検査の実施
- ・ 抗HIV薬の説明を受けた後、同意書または、承諾書にサインする。※1
- ・ 抗HIV薬を内服する場合、女性は、妊娠反応検査を受ける。※2

直ちにICTに連絡する

医師より処方箋を受け取り、つくばセントラル病院の薬剤部に薬をもらいに行く。  
曝露後、2時間以内に内服する。

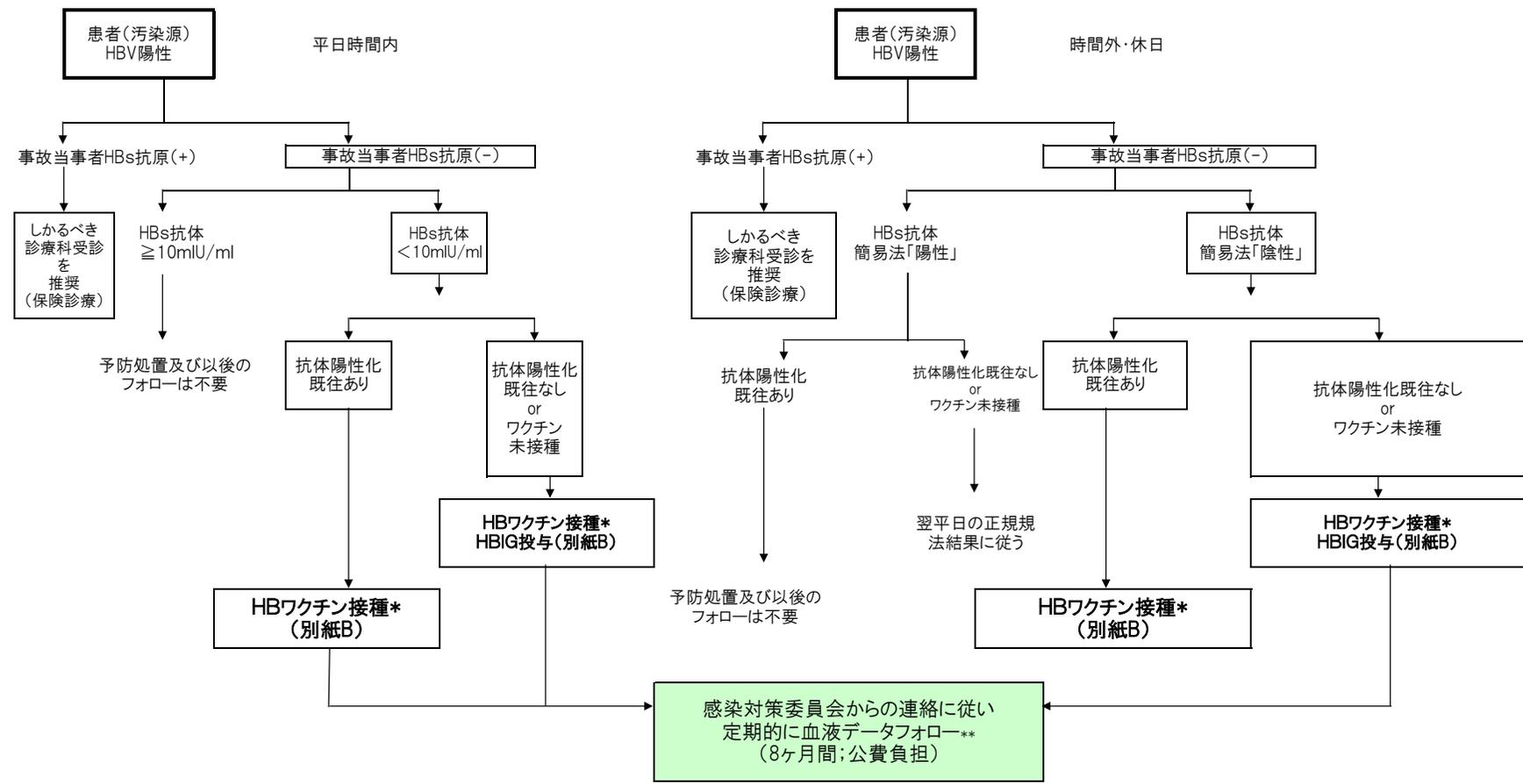
\*夜間、内服が必要となった場合、薬剤部が不在の場合は、  
管理当直看護師が薬剤部のオンコールに連絡をし、抗HIV薬を持ち出す。

HIV陽性疑い

- ・ 当事者自身のHIV検査および、感染状態の関連検査の実施。
- ・ 検査が外注検査のため、結果がでるまで時間がかかるので、内服薬を希望するか確認する。  
抗HIV薬を内服する場合は※1 ※2の記載通り

図4-3

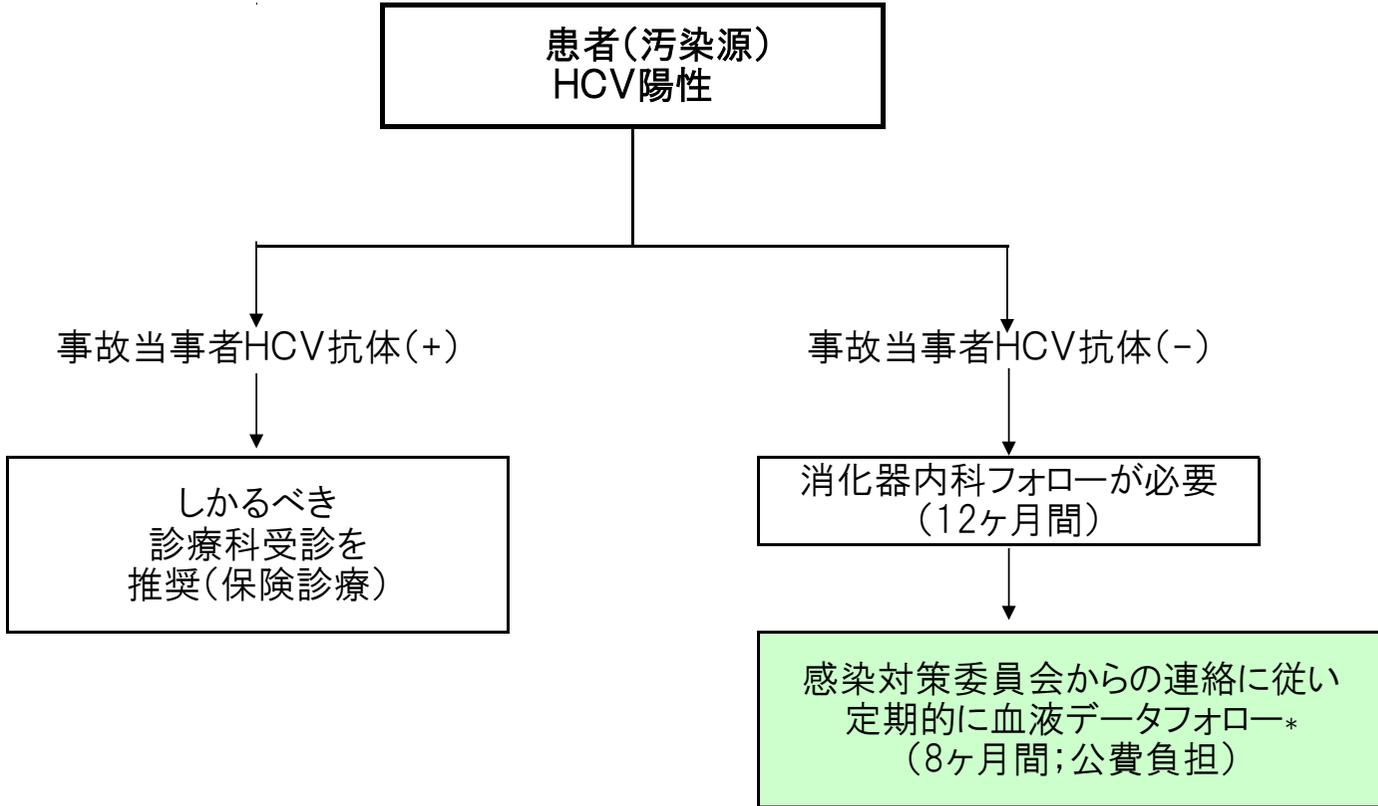
患者(汚染源)HBV陽性時の対応



\*ワクチン接種及びグロブリン投与は少なくとも48時間以内に実施する。  
 \*\*スピッツに6ml採血し、電話連絡後検査室に持参

図4-4

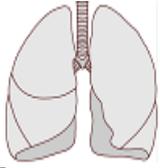
患者(汚染源)HCV陽性時の対応



受付No.  
登録No.

### 結核患者発生届出票

平成 年 月 日

医 師	医療機関名	TEL ( )
	所在地 氏 名	印 (*署名の場合は押印不要です。)
患 者	住所	TEL
	(ふりがな) 性別 生年月日 明・大・昭・平 氏名 男・女 年 月 日 ( 歳)	
	職業	世帯主名 続柄
病 名	1 肺結核 2 結核性胸膜炎 3 その他 ( )	
初診日	平成 年 月 日	
診断日	平成 年 月 日	
医療費区分	被用者保険 (1 本人 2 家族) 国保 (3 一般 4 退職本人 5 退職家族) 6 老人保健法 生活保護法 (7 受給中 8 申請中) 9 その他 10 不明	
発見方法	1 個別健康診断 4 定期健診 (職場) 8 定期外検診 (その他) 11 その他 2 定期健診 (学校) 5 定期健診 (施設) 9 その他の集団検診 12 不明 3 定期健診 (住民) 7 定期外検診 (家族) 10 医療機関受診 (6 欠番)	
発 病	平成 年 月 日	X線写真所見 (平成 年 月 日撮影)
病 型	1) r・l・b 2) I・II・III・IV・V・H・P1・Op・O 3) 1・2・3	
	治療内容	
治療内容	INH, RFP, PZA, SM, EB, KM, TH, EVM, PAS, CS, その他 ( )	入院の要否 1 要 2 否
結核菌検査	・検 体： 1 喀痰 2 喉頭粘液 3 胃液 4 気管支洗浄液 5 その他 ・採取日： 平成 年 月 日 ・判定日： 平成 年 月 日 ・結 果： 塗抹 - , + (G 号) (集菌法 ± 1+ 2+ 3+) , 検査中, 未実施 培養 - , + ( 個) , 検査中, 未実施 同定検査 (PCR) - , + , 検査中, 未実施	
	*届出後に検査結果が判明した場合は、保健所に連絡願います	
主治医からの連絡事項		同居者の有無 (あり・なし)

※結核予防法第22条の規定により、結核と診断した医師は、2日以内に最寄の保健所に届け出る必要があります。(患者死亡後に結核と判明した場合も届出願います)。  
 ※ **太枠内**の項目は、法の規則に示された必須項目ですので、もれなく記入してください。  
 ※その他の項目は、保健所の患者管理に必要な項目です。情報がある場合は、出来るだけご記入下さるようお願いします。特に の項目は、まん延防止対策に重要な情報となりますので、よろしくご協力をお願いします。

# 新型コロナウイルス感染症対策マニュアル

土浦リハビリテーション病院 介護医療院

感染対策委員会

2022年9月作成

2023年6月改訂

'

# 新型コロナウイルスウィルス感染症対策マニュアル

院内感染対策委員会 2022年11月作成

院内感染対策委員会 2023年6月改定

## 1 新型コロナウイルスとは、

コロナウィルスは、一般の風邪の原因となるウィルス(4種類)、「SARS」「MARS」ウィルスが知られていた。「新型コロナウイルス(SARS-CoV2)」は7つめのコロナウィルス

## 2 感染経路

飛沫感染・・・換気の悪い環境では、咳やくしゃみがなくても感染する。

接触感染・・・ウィルスを含む飛沫などによって汚染された表面からの接触感染

エアロゾル感染・・・エアロゾルを発生する処置が行われる場合には、空気予防策を行う

## 3 潜伏期・感染可能期間

潜伏期・・・1～14日間 曝露から5日程度で発症することが多い

感染可能期間・・・発症2日前から発症後7～10日程度

## 4 臨床症状

発熱、咳嗽、倦怠感、呼吸苦、咽頭痛、味覚症状、嗅覚障害 など(株により異なる)

画像所見：CTにて肺野末梢のすりガラス陰影から経過とともに浸潤影に変化する

## 5 基本的な感染対策

### 標準予防策

**手指衛生**・・・1 処置1手指衛生の徹底

**個人防護具(PPE)の適切な使用**・・・マスク 手袋 ゴーグル ガウンまたはエプロン キャップ

**呼吸器衛生・咳エチケット**・・・入館者のマスク着用 **職員はサージカルマスクの着用**

適切な患者の配置・・・2階病棟

環境の維持管理・・・環境整備の徹底(コロナ疑いは、\*サラサイド使用)

飛沫予防策+接触予防策(疑い患者・陽性患者はC4病棟の個室隔離)

\*サラサイド：細菌・ウィルスを強力に除去できる除菌クロス 感染対策で管理

## 6 施設内での対策

### 1) 入り口の制限

入館時サーモグラフィにて検温を行う。発熱を疑う患者に対しては、医事課職員が対応して

18時以降は、正面玄関を施錠する。夜間の入館者に対しては2階のスタッフが対応するが、発熱を疑う家族に対しては、入館を謝絶する。

### 2) 入館者の検温・マスク着用のチェック

正面入り口にサーモグラフィを設置し、検温・マスクの着用をチェックする。

院内掲示版にて検温・マスクの着用を促す。

### 3) 面会禁止(病棟)

・面会は禁止だが、荷物等の受け渡しは、1階のロビーで行う。

・面会が必要な場合は、検温・マスク着用・手指衛生をしていただき、短時間で行う。

・状況により、面会を緩和する。

## 7 職員対応

### 1) 健康チェック

- ・毎日、各部署で検温を行い、健康チェックを確認する。  
健康チェックの報告をICTに報告(院内共有・感染対策委員会・職員健康チェック表に入力)
- ・体調不良の職員は、勤務させない。発熱外来受診をすすめる。  
無理させない環境づくり

### 2) 行動制限のお願い

- ・食事は、一人で車等で食べるか、黙食を徹底する。食後はすぐにマスクを装着する。
- ・医療者としての自覚を持った行動をとるように要請(理事長・院長発信)

### 3) 職員が感染した場合(PCR検査を受ける場合も含む)

フローシート参照

- ・職員が感染を疑う症状がある場合は、発熱外来を受診し、PCR検査を受ける。
- ・職員が触れた場所をサラサイドで清拭・消毒する。

#### 【職員の検査が陰性の場合】

- ・職員は、症状が改善するまで勤務しない。症状が消失しない場合は、再度発熱外来を受診し、PCR検査を再度行う。
- ・接触したと思われる患者・職員の健康チェックを、しばらく継続する。

#### 【職員の検査が陽性の場合】

- ・職員の部門長は、職員の発症前後の勤務状況を調べ、接触したと思われる患者・スタッフのリストを作成し、発熱・呼吸器症状等を有する者がいないか確認し、感染委員会に報告する。
- ・状況により臨時感染対策会議を開催し、方針を協議する。
- ・接触した職員(食事を一緒にとった等)は、PCR検査を行う。(検査日程はその都度検討)
- ・陽性となった職員は、有症状の場合は、10日間就業停止(発症日が0日)  
11日目以降、症状がなければ検査はせず就業可  
無症状の場合は、7日間就業停止(検査日が0日)8日目以降検査はせず就業可

**(国の方針では、7日間で隔離解除だが、10日間が経過するまでは感染リスクが残存するため、高齢者や感染しやすい患者に対応する病院は、感染を持ち込まないために10日間就業停止とする)**

### 4) 職員の家族が感染した場合(PCR検査を受ける場合も含む)

フローシート参照

- ・職員の家族が感染が疑われ、PCR検査を受ける場合、結果がでるまで、就業停止。

#### 【家族の検査が陰性の場合】

- ・PCR検査の結果、陰性と確定したら、就業可。

#### 【家族の検査が陽性の場合】

- ・濃厚接触者と考えられる職員は、PCR検査を実施する。
- ・職員の検査結果が「陰性」の場合は、自宅待機となる。待機期間については家族の状況により待機期間が異なる。家族内で、陽性者と隔離した生活を送れる場合は、勤務の状況により5日間の待機期間と7日間の待機期間を選択できる。5日間の待機期間の場合、4日目と5日目に抗原検査を行い、「陰性」であれば5日目より就業可。7日間の待機期間の場合、8日目に抗原検査を行い「陰性」であれば就業可となる。子供が陽性の場合、保健所の指示の待機期間とする。待機期間明けに「抗原検査」を行い、「陰性」であれば就業可。

#### ★休日・夜間に職員が陽性となった場合

- ・部門長又はリーダーが、勤務状況を確認し、接触した職員や家族をリストを作成する。
- ・感染担当は、状況を確認する。検査対象については、院長と相談する。
- ・検査対象となった職員には、各部門で連絡を行い検査を行う。  
オーダーは、予約枠…内科：職員PCR 検査オーダーは金子院長で立てる。
- ・状況により臨時感染対策会議を開催し、方針を協議する。

### 5) コロナワクチン接種の推奨(国の方針通り)

## 8 発熱外来(状況に応じて人数の変動あり) つくばセントラル病院での実施

### 1) 当日予約制(1日16人) 別に職員枠あり 月曜日～曜日(午前中) 祝日は休診

- ・受付時間・・・8:30から予約枠が埋まるまで
- ・診療時間・・・10:00から(車内での診察)
- ・発熱患者および、風邪症状(咳、鼻汁等)のある患者は、発熱外来ですべて対応する。
- ・予約後、看護師が、専用携帯で問診。または、AI問診。
- ・原則、車内で診察。採血は、院内救急車で行う。CTは、午前診療の最後に撮影  
PCR検査がある場合は、車内で行う。咽頭ぬぐい液の採取は、PPEを着用
- ・会計は、後日振り込みで対応。
- ・車での来院をお願いするが、車以外の来院の患者は院内救急車で対応する。

## 9 PCR検査

- ・PCR検査は、外注検査と院内で行う迅速PCR検査(NEAR法)がある。外注検査の検体は「唾液」又は、「鼻腔拭い液」、NEAR法の検体は「鼻腔拭い液」である。患者の状況に応じて検査を選択できる。
- ・検体の採取にあたり患者自身が採取する場合は、患者にきちんと採取方法を指導し、採取時に採取状況を確認する。
- ・検体の取り扱いには十分注意すること。検体が感染物であること、手指衛生の徹底を忘れず!
- ・検査キットは、LSI検査室にある。
- ・入院時の検査はNEAR法を実施する。11時までに臨床検査室に提出すると13時ごろまでに結果が確認できる。(セントラル病院にて検査を行う。)午後は16時に回収される。
- ・前病院にてコロナウイルス感染の既往がある患者は、抗原検査を行う(院内で検体検査が可能)
- ・PCR検査一覧は、ICTで管理。
- ・患者への結果報告は、看護師または医師が行う。
- ・陽性患者が発生した場合は、保健所に直ちに連絡する。  
発生届は、文書系のメディカルクラークまたは、感染担当がHARSYSにて入力する。

### 1) 入院患者

- ・新規入院患者は、全員入院時に迅速PCR検査(NEAR法)を行う。  
**(COVID-19に罹患した既往がある場合は、感染後1～2カ月は、NEAR法では陽性となる可能性があるため、抗原定性検査で陰性を確認する。)**
- ・検査結果が出るまでは、患者には自室で静かに過ごしてもらう。
- ・入院患者で陽性患者が発生した場合、ただちに主治医に報告  
同室者は部屋移動禁止。
- ・入院当日の検査で陽性となった場合、医師に確認し、退院できる場合は退院してもらう。
- ・入院時、新型コロナウイルス感染症に関する問診票を記入してもらう。
- ・陽性となった職員に接触した場合や、同室に陽性となった患者がいた場合は、状況によりPCR検査を行う。(検査日程はその都度検討する)
- ・**入院時陰性であっても、感染しているかもしれないことを忘れず対応すること。症状がでたら、NEAR法で感染を確認する。**
- ・陽性となった患者の同室者・職員は濃厚接触者として対応する。
- ・クラスターとなった場合は、保健所に連絡し対応する。

## 11 抗原定性検査

- ・採取方法はNEAR法と同じ。
- ・有症状の患者、濃厚接触者復帰前の職員、コロナ陽性患者の陰性確認に使用する。
- ・抗原検査陽性の場合は、PCR検査での陽性と同じ対応。

## 12 入院対応

- ・陽性患者は、ゾーニングしてあるC4階病棟にて隔離する。ベッド数は県からの要請により変わる。C4病棟の受け入れ人数は、11床。C3病棟をゾーニングした場合、最大25床となる。
- ・病室に入室する前に適切なPPEを着用し、退室時にPPEを脱ぐ。手指衛生を徹底する。
- ・環境整備を徹底して行う。
- ・極力入室する人数を制限する。（妊婦は基本接触禁止）
- ・頻回の入室は避ける。用件だけならNsコールで伺う。
- ・患者の真正面に向かず、横にたつ。
- ・レッドゾーン・イエローゾーンは、清掃業者ではなく看護師が清掃を行う。
- ・患者の状態が安定していれば、1勤務1回程度の訪室とする。
- ・体温計やSpO<sub>2</sub>モニター、聴診器など、患者専用とする。共有する場合は、使用後にしっかりサラサイドにて清拭消毒する。
- ・入院している患者の情報の取り扱いには、十分に気を付ける。

★C4階病棟の陰圧個室（トイレ・シャワー付き）がある。

\* \* 陰圧室：空気対策感染対応病室（ダクトにより病室内エアを屋外に排気し、室内を陰圧に保持する。換気回数13.3回）

### 1) 患者搬送について

#### ①保健所からの陽性患者を受け入れる場合

- ・入院時間は、時間調整し、できるだけ外来終了後の人が少ない状態での受け入れを行う。
- ・入り口は、C館 C4階までは、階段側（緑）のエレベーター（C4直通）を使用する。
- ・患者はサージカルマスクを着用していただく。移送スタッフは、个人防护具を着用。

車いすで、速やかに病室へ搬入する。

救急車の場合・・・ゆうあいと病院の間の入り口より入り、ストレッチャーのまま、速やかに病室へ搬入する。（救命士担当）

#### ②C4病棟以外で陽性者が出た場合

- ・できるだけ早くC4病棟に転棟させる。
- ・搬送ルートは、A館1階まで一度おり、救外の前を通りC棟階段側のエレベーターでC4へ
- ・患者はサージカルマスクを着用していただく。移送スタッフは、个人防护具を着用。
- ・搬送時、なるべく他の患者やスタッフと交差しないように、配慮しながら搬送する。

### 2) 患者対応について

#### ①患者説明

- ・部屋から出ないこと。用事がある場合は、ナースコールを押すように。
- ・職員は、感染対策のためPPEを着用し対応すること
- ・家族の面会は禁止。荷物の受け渡しも禁止。

## ②食事

- ・栄養科に連絡しデスポ食器への依頼を必ず行う。  
食事入力画面より、特別指示「デスポ」のコメントを追加する  
隔離解除または不要になった際には「デスポ」のコメントを外す
- ・配茶は紙コップにお茶を入れ、食事と共に配膳とする。
- ・配膳の際、あらかじめNsコールにて配膳すること患者へ説明し、入り口付近に近づかないように説明。その後、病室扉付近にオーダーテーブルがあるのでそこに置く。
- ・食後の食器などは、病室内のゴミ箱に直接破棄するように説明する。
- ・残飯が出るようなら、別のビニール袋に入れ袋を縛り、そのうえでゴミ箱へ破棄する。
- ・食事の摂取量はNsコールにて患者へ伺う。

## ③検温・ケア

- ・患者専用、感染用体温計・SAT計を配置。※必要に応じてBP計も配置
- ・指示があればモニタリングの開始（病室内に専用Spo2付きモニター配置）
- ・患者が自立している場合、使用方法を説明、Nsコールにて測定依頼する。  
測定結果は、Nsコールにて教えていただく。
- ・症状が落ち着いていれば、1勤務1回の検温にする。

## ④換気

- ・陰圧室の場合は、換気設定されているので、窓は開けない。  
※ただし入り口の扉が完全に閉まっていることが原則。
- ・陰圧装置がない個室の場合、患者が自分でできる場合は、何度換気しても可。  
長時間の換気はしないで、10～20分程度とするように説明する。  
看護師が入室する際は、必ず閉めていただくように説明する。

## ⑤リネンの取り扱い

- ・持ち込み衣類については、外に出さず本人管理とする。
- ・入院期間中に着替えが足りなくなった際は病衣貸し出す(万葉記載は代筆か退院時に記入とする)
- ・病衣、リネン等はワタキューの指示に従い、次亜塩素酸で消毒してから、半透明赤袋に入れ、感染であることと病院名を記載して出す（ワタキューセイモアからのリネンの取り扱いを参照）
- ・室内のリネンを回収する場合は、2人組で対応し1人は病室内に保管してあるリネンをまとめる。もう1人は外で待機し、もう一つの赤袋を準備し室内の袋に直接触れないように注意し二重に袋に入れ、汚染リネン袋へ。

## ⑥環境整備 退室後の病室清掃について

- ・サラサイドを使用して、高頻度接触面を毎日最低1回、清拭・消毒する。
- ・室内のごみは、袋を閉じてから、病室外のスタッフに渡す（ビニール袋に入れてもらう）
- ・退室後、30分換気してから、清掃する。  
床・・・次亜塩素酸を使用する。  
環境表面・・・サラサイドを使用して清拭・消毒する。  
診療器具・・・サラサイドを使用して清拭・消毒する。

## ⑦書類の扱いについて

- ・陽性患者の場合・・・基本、室内での書き取りは禁止、入院までの状況は保健所からの報告書に書いてある為、最低限の聴取(緊急連絡先)とする(長時間接触を避けるため)
- ・陽性患者の場合・・・手続きや、入院時必要書類は代筆で可能なものは看護師により記載し、その他は、退院時に患者または家族に記載して頂く。
- ・疑いの患者の場合・・・患者の家族は病棟には入らず、ガレリアにて家族から情報を得る。

### 13 濃厚接触者の定義

「患者（確定例）」の感染可能期間（発症2日前～）に接触した者のうち、次の範囲に該当する者である。

- ・患者（確定例）と同居あるいは長時間の接触（車内、航空機等を含む）があった者
- ・適切な感染防護なしに患者（確定例）を、診察、看護もしくは介護していた者
- ・患者（確定例）の気道分泌物もしくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高い者
- ・その他：手で触れることのできる距離（目安1 m）で、必要な感染予防策なしで患者（確定例）と15分以上の接触があった者。周辺の環境や接触の状況等個々の状況から患者の感染性を総合的に判断する。

「院内発生時の濃厚接触者の定義」

- ・マスク無し：陽性者と1m以内の接触者があった場合
- ・マスク有り：陽性者と1 m以内で30分以上の接触があった場合
- ・陽性者の療養上の世話を行った  
顔と顔が近づく介助量の多いトランスやリハビリ、口腔ケアや食事介助、痰の吸引など（N95マスクを着用している場合は対象外）
- ・陽性が判明した日または発症日の2日前からの期間で上記の状況に当てはまるもの

## 203年 5月8日以降のコロナ対応について

つくばセントラル病院

新型コロナウイルス感染症が2類相当から5類感染症となるにあたり、コロナの対応が変更となる。職員は、すべての患者さんや入所者さんが、コロナに感染していると想定して対応していき、サージカルマスクをきちんと装着し、手指衛生を徹底。定期的な換気を行うこと。

検査	<b>入院患者のPCR検査</b> 6/9のICCまで入院時PCR検査を継続。保険診療になります。 コロナ感染歴も確認してください。
職員	<b>職員の勤務条件</b> 37.5℃以上の発熱、風邪症状がある場合は、勤務することはできない。 症状がなくなれば、勤務可。 医師の診察を受け、必要ならば抗原検査を行う。 <b>濃厚接触者の対応について（プライベート）</b> 家庭内で隔離ができている場合、無症状なら勤務可。 家庭内で隔離ができない場合は、原則5日間（発症日0日）は勤務不可 どうしても勤務が必要な場合は、相談。 <b>濃厚接触者対応（院内接触）</b> 無症状なら勤務可。 <b>陽性職員の復帰基準について</b> 発症日0日として7日間は勤務不可 8日目に無症状なら勤務可。発熱症状がある場合は、勤務不可。 *有休がない人は、特別休暇がある。
面会	<b>面会解除については、6/9のICCにて再検討し決定する予定</b> 概ね以下の条件で面会を解除する予定。 1.不織布マスクの着用 2.発熱・風邪症状・胃腸症状がない 3.面会時間：14時から16時 15分程度 4.12歳以下の親族 2名まで