

院内感染防止対策マニュアル

1. 手指衛生

- (1) 個々の患者のケア前後に、石鹼と流水による手洗いか、アルコール製剤による擦式消毒を行う。
- (2) 使い捨て手袋を着用してケアをする場合の前後も、石鹼と流水による手洗いか、アルコール製剤による擦式消毒を行う。
- (3) 目に見える汚れが付着している場合は必ず石鹼と流水による手洗いをを行うが、そうでない場合は、擦式消毒でも良い。
- (4) 手荒れ防止に関する配慮（皮膚保護剤の良質な手荒れの起きにくい石鹼／擦式消毒薬使用、及び適切なスキンケアの実施）

2. 手袋

- (1) 血液・体液には、直接触れないように作業することが原則である。血液・体液に触れる可能性の高い作業を行うときには、使い捨て手袋を着用する。
- (2) 手袋を着用した安心感から、汚染した手袋でベッド、ドアノブなどに触れないよう注意する。
- (3) ディスポーザブル手袋は再使用せず、患者（処置）ごとの交換が原則である。やむを得ずくり返し使用する場合には、その都度のアルコール清拭が必要である。

3. 個人防護具（PPE）

患者と濃厚な接触をする場合、血液・体液が飛び散る可能性のある場合は、PPE（ガウン又はエプロン、ゴーグル、フェース・シールド等の目の保護具、手袋、その他の防護用具）を着用する。

4. 医用器具・器材

- (1) 滅菌物の保管は、汚染が起こらないよう注意する。汚染が認められたときは、廃棄、あるいは、再滅菌する。使用の際は、安全保存期間（有効期限）を厳守する。
- (2) 滅菌済器具・器材を使用する際は、無菌野（滅菌したドレープ上など）で滅菌手袋着用の上で取り扱う。
- (3) 非無菌野で、非滅菌物と滅菌物とを混ぜて使うことは意味が無い。

5. リネン類

- (1) 共用するリネン類（シーツ、ベッドパッドなど）は熱水消毒処理（熱水消毒 80℃・10 分間）をして再使用する。
- (2) 熱水消毒装置がない場合は、0.05 ～ 0.1%（500 ～ 1,000ppm）・次亜塩素酸ナトリウムへ 30 分間浸漬処理後洗濯、あるいは、外注洗濯とする。

6. 消化管感染症対策

- (1) 糞便-経口の経路を遮断する観点から、手洗いや手指消毒を行う。
- (2) 糞便や吐物で汚染された箇所の消毒を行う。
- (3) 床面等に嘔吐した場合は、手袋、マスクを着用して、重ねたティッシュや不織布ガーゼで拭き取り、プラスチックバッグに密閉する。汚染箇所の消毒は次亜塩素酸ナトリウム等を用い、10分間接触させる。表面への影響については、消毒後に、設備担当者とは相談する。蒸気クリーナー(温度上昇が不十分のものが多いため注意する)、又は、蒸気アイロンで熱消毒(70℃・5分間、100℃・1分間)することも良い。
- (4) 汚染箇所を、一般用掃除機(超高性能フィルターで濾過排気する病院清掃用掃除機以外のもの)で清掃することは、汚染を空气中に飛散させる原因となるので、行わない。

7. 患者の技術的隔離

- (1) 空気感染、飛沫感染する感染症では、患者にサージカルマスクを着用してもらう。
- (2) 空気感染、飛沫感染する感染症で、隔離の必要がある場合には、移送関係者への感染防止(N95微粒子用マスク着用など)を実施して、適切な施設に紹介移送する。
- (3) 接触感染する感染症で、入院を必要とする場合は、感染局所を安全な方法で被覆して適切な施設に紹介移送する。

8. 感染症発生時の対応

- (1) 個々の感染症例は、専門医に相談しつつ治療する。
- (2) 感染症の治療に際しては、周辺への感染の拡大を防止しつつ、適切に実施する。
- (3) アウトブレイク(集団発生)あるいは異常発生が考えられるときは、地域保健所と連絡を密にして対応する。

9. 抗菌薬投与時の注意

- (1) 「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に、抗菌薬の適切な使用の推進に資する取り組みを行うとともに、抗菌薬の適正使用について、連携する〇〇病院又は△△医師会からの助言を受ける。
- (2) 対象微生物と対象臓器の組織内濃度を考慮した適正量の投与を行う。分離微生物の薬剤感受性検査結果に基づく抗菌薬選択を行うことが望ましい。
- (3) 細菌培養等の検査結果を得る前でも、必要な場合は、経験的治療(empiric therapy)を行わなければならない。
- (4) 細菌学的検査の外部委託に際し、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイド」に沿った対応を行う。
- (5) 特別な例を除いて、1つの抗菌薬を長期間連続使用することは厳に慎まなければならない(数日程度が限界の目安)。
- (6) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)、バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)、多剤耐性緑膿菌(MDRP)など特定の多剤耐性菌を保菌しているが、無症状の症例に対しては、

抗菌薬の投与による除菌は行なわない。

(7) (連携強化加算を届け出た場合)

〇〇病院に年4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行う。

(8) (サーベイランス強化加算の届出を行わない場合)

地域における薬剤感受性サーベイランス（地域支援ネットワーク、厚労省 JANIS サーベイランス、医師会報告など）の結果を参照する。

(サーベイランス強化加算を届け出た場合)

院内感染対策サーベイランス（JANIS）（又は感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE））に参加する。

10. 予防接種

- (1) 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。
- (2) ワクチン接種によって感染が予防できる疾患（B型肝炎、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、インフルエンザ等）については、適切にワクチン接種を行う。
- (3) 患者・医療従事者共に必要なワクチンの接種率を高める工夫をする。

11. 医薬品の微生物汚染防止

- (1) 血液製剤（ヒトエリスロポエチンも含む）や脂肪乳剤（鎮静薬であるプロポフォールも含む）の分割使用を行ってはならない。
- (2) 生理食塩液や5%ブドウ糖液などの注射剤の分割使用は、原則として行ってはならない。もし分割使用するのであれば、共用は避けて、冷所保存で24時間までの使用にとどめる。
- (3) 混注後の輸液の作り置きは、室温保存では6時間以内とする。

12. 医療施設の環境整備

- (1) 床、テーブルなどは汚染除去を目的とした除塵清掃が重要であり、湿式清掃を行う。また、日常的に消毒薬を使用する必要はない。
- (2) 手が頻繁に触れる部位は、1日1回以上の水拭き清拭又は消毒薬（両性界面活性剤、第四級アンモニウム塩、アルコール等）による清拭消毒を実施する。

13. 特殊な感染症の相談体制の確立

新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、〇〇病院（保健所又は△△医師会）とあらかじめ協議する。