

院内感染対策指針

平成14年 8月1日作成

平成19年 10月 策定

平成21年 8月28日一部変更

平成22年 6月25日 変更

平成22年12月24日 変更

平成23年 8月26日変更

平成24年 8月31日変更

平成25年8月1日変更

平成26年7月20日変更

平成27年8月31日変更

平成28年8月26日変更

平成29年5月31日変更

平成30年2月23日変更（看護スタッフ変更）

令和1年5月31日変更（委員変更）

令和3年3月31日変更（委員変更）

令和3年9月1日変更（委員変更）

令和4年7月1日変更（内容追加）

令和5年3月31日変更（委員変更）

令和6年3月31日変更（内容追加）

医療法人 群羊会

久慈茅根病院

1. 総則

1－1. 基本理念

われわれ医療従事者には、患者の安全を確保するための不断の努力が求められている。医療関連感染の発生を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。久慈茅根病院（以下「当院」とする）においては、本指針により院内感染対策を行う。

1－2. 用語の定義

1) 院内感染

病院環境下で感染した全ての感染症を院内感染と言い、病院内という環境で感染した感染症は、病院外で発症しても院内感染という。逆に、病院内で発症しても、病院外（市井）で感染した感染症は、院内感染ではなく、市井感染という。

2) 院内感染の対象者

院内感染の対象者は、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、さらには院外関連企業の職員等を含む。

1－3. 本指針について

1) 策定と変更

本指針は、院内感染対策委員会の議を経て策定したものである。又、院内感染対策委員会の議を経て適宜変更するものであり、変更の際には最新の科学的根拠に基づかなければならない。

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 感染対策管理者は、現場職員が自主的に各対策を実践するよう自覚を持ってケアに当るよう誘導する。
- ② 院内感染対策委員会は、現場職員を教育啓発し、自ら進んで実践していくよう動機付けをする。
- ③ 就職時の初期教育、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。
- ④ 定期的に手指衛生や各種の感染対策の遵守状況につき監査するとともに、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（容器に使用量が分かるように、線と日付を記しておくなど）。さらに、携帯用擦式消毒液を看護職員個々に配布し感染対策に努める。

3) 本指針の閲覧

職員は患者との情報の共有に努め、患者及び家族等から本指針の閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。なお、本指針の照会には院内感染対策委員会が対応する。

2. 医療機関内における感染対策のための委員会等

院長が積極的に感染対策に関わり、院内感染対策委員会が中心となって、全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院長の諮問委員会であり、検討した諮問事項は委員長に答申され、運営会議での検討を経て、日常業務化する。

1) 院長

答申事項に関し、運営会議での検討を経て、必要な対策を決定し、日常業務として指定する。

2) 院内感染対策委員会の構成

- ① 院長
- ② 看護師長
- ③ 看護副師長
- ④ 外来・病棟看護主任
- ⑤ 薬剤部長
- ⑥ 臨床検査部長
- ⑦ 総務部長及び総務課長
- ⑧ 看護補助部長
- ⑨ その他必要と認められる者

3) 委員会会議

委員会は原則として月1回（特に変更のない場合は毎週最終金曜日）定例会を開催するほか、必要に応じ院長が召集する。

議事の概要（議事録）を作成し2年間保管する。

3. 院内感染に関わる従業者に対する研修

- 1) 就職時の初期研修は、院内感染対策に関わる十分な実務経験を有する指導者が適切に行う。
- 2) 継続的研修は、年2回程度開催する。また必要に応じて、臨時の研修を行う。これらは、職種横断的に開催する。学会、研究会、講習会など、施設外研修を適宜施設内研修に代えることも可とする。
- 3) 学会、研究会、講習会など、施設外研修を受けた者の伝達講習を、適宜施設内研修に代えることも可とする。
- 4) これらの諸研修の開催結果、あるいは、施設外研修の参加実績（開催または受講日時、出席者、研修項目）を、記録保存する。

4. 感染症の発生時の対応と発生状況の報告

アウトブレイクあるいは異常発生は、迅速に特定し、対応する。

- 1) 施設内の各領域別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いち早く特定し、制圧の初動体制を含めて迅速な対応がなされるよう感染に関わる情報管理を適切におこなう。
- 2) 臨床微生物検査室では、業務として検体からの検出菌の薬剤耐性パターンなどの解析をおこなって、疫学情報を日常的に感染対策管理者及び臨床側へフィードバックする。
- 3) 細菌検査等を外注している場合は、外注業者と緊密な連絡を維持する。
- 4) 報告の義務つけられている病気が特定された場合には、速やかに保健所に報告する。
- 5) 連携医療機関（日立総合病院）へ依頼する。

5. 院内感染対策推進方策等

5-1 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、介入をおこなう。
- 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、もしくは、石けんあるいは抗菌性石けん（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し、これをおこなう。
- 4) 目に見える汚れがある場合には、石けんあるいは抗菌性石けんと流水による手洗いをを行う。
- 5) アルコールに抵抗性のある微生物に考慮して、適宜石けんと流水もしくは抗菌石けんと流水による手洗いを追加する。

5-2 微生物汚染経路遮断

- 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がある場合には、手袋、ガウン、マスクなどの個人用防護具を適切に配備し、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。

5-3 環境清浄化

患者環境は、常に清潔に維持する。

- 1) 患者環境は質の良い清掃の維持に配慮する。
- 2) 限られたスペースを有効に活用して、清潔と不潔との区別に心がける。

- 3) 流しなどの水場の排水口及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) 床に近い棚（床から 30cm 以内）に、清潔な器材を保管しない。
- 5) 薬剤／医療器材の長期保存を避ける工夫をする。
- 6) 手が高頻度で接触する部位は、一日 1 回以上清拭または必要に応じて消毒する。
- 7) 床などの水平面はじきを定めて定期清掃を行ない、壁やカーテンなどの垂直面は、汚染が明らかな場合に清掃または洗濯をする。
- 8) 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。
- 9) 清掃業務を委託している業者に対して、感染対策に関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、訓練を行なう。（業務責任者より再教育を要請するのも可）。

5-4 交差感染防止

- 1) 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。
- 3) 各種の感染防護用具の対応を容易かつ確実に行なう必要があり、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) 集中治療室、手術室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、着衣交換等を常時実施する必要性はない。

5-5 消毒薬適正使用

消毒薬は一定の抗菌スペクトルを有するものであり、適用対象と対象微生物を十分に配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。
- 4) 高水準消毒薬（グルタラル、過酢酸、フタラルなど）は、環境の消毒には使用しない。
- 5) 環境の汚染除去（清浄化）の基本は清掃であり、環境消毒を必要とする場合には、清拭消毒法により汚染箇所に対しておこなう。

5-6 抗菌薬適正使用

抗菌薬は、不適正に用いると、耐性株を生み出したり、また耐性株を選択残存させる危険性があるので、対象微生物を考慮し、投与期間は可能な限り短くする。

- 1) 対象微生物と対象臓器の組織内濃度を考慮して適性量を投与する。
- 2) 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。
- 3) 細菌培養等の検査結果を得る前でも、必要な場合には、経験的治療 empiric therapy を行なわなければならない。

- 4) 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行なう。
- 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) 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。
- 7) 抗メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) 薬、カルバペネム系抗菌薬などの使用状況を把握しておく。
- 8) 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菌していても、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。
- 9) 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。併せて、その地域における薬剤感受性サーベイランスの結果を参照する。

5-7 付加的対策

疾患及び病態等に応じて、感染経路別予防策（空気予防策、飛沫予防策、接触予防策）を追加して実施する。次の感染経路を考慮した感染対策を採用する。

I 空気感染（粒径 $5\mu\text{m}$ 以下の粒子に付着。長時間、遠くまで浮遊する。）

- a. 麻疹 b. 水痘（播種性帯状疱疹を含む） c. 結核
- d. 重症急性呼吸器症候群（SARS）、高病原性鳥インフルエンザ等のインフルエンザ、ノロウイルス感染症等も状況によっては空気中を介して感染の可能性あり。

II 飛沫感染（粒径 $5\mu\text{m}$ より大きい粒子に付着、比較的に速やかに落下する）

- a. 侵襲性 B 型インフルエンザ菌感染症（髄膜炎、肺炎、喉頭炎、敗血症を含む）
- b. 侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎、肺炎、敗血症を含む）
- c. 重症細菌性呼吸器感染症
 - ア) ジフテリア（喉頭） イ) マイコプラズマ肺炎 ウ) 百日咳
 - エ) 肺ペスト オ) 溶連菌性咽頭炎、肺炎、猩紅熱(乳幼児における)
- d. ウイルス感染症（下記のウイルスにより惹起される疾患）
 - ア) アデノウイルス イ) インフルエンザウイルス
 - ウ) ムンプス(流行性耳下腺炎)ウイルス エ) パルボウイルス B19 オ) 風疹ウイルス
- e. 新興感染症
 - ア) 重症急性呼吸器症候群(SARS) イ) 高病原性鳥インフルエンザ ウ) 中東呼吸器症候群 (MERS)
- f. その他

III 接触感染(直接的接触と環境／機器等を介しての間接的接触とがある)

- a. 感染症法に基づく特定微生物の胃腸管、呼吸器、皮膚、創部の感染症あるいは定着状況(以下重複あり)
- b. 条件によっては、環境で長期生存する菌(MRSA, VRE, MDRP など)
- c. 小児における respiratory syncytial(RS)ウイルス、パラインフルエンザウイルス、ノロウイルス、その他腸管感染症ウイルスなど

- d. 接触感染性の強い、あるいは、乾燥皮膚に起こりうる皮膚感染症
 - ①ジフテリア(皮膚) ②単純ヘルペスウイルス感染症(新生児あるいは粘膜皮膚感染)
 - ③膿痂疹 ④封じ込められていない(適切に被覆されていない)大きな膿瘍、蜂窩織炎、褥瘡
 - ⑤虱寄生症 ⑥疥癬 ⑦乳幼児におけるブドウ球菌
 - ⑧帯状疱疹(播種性あるいは免疫不全患者の)
 - ⑨市井感染型パントン・バレンタイン・ロイコシジン陽性(PVL+)MRSA 感染症
- e. 流行性角結膜炎
- f. ウイルス性出血熱(エボラ、ラッサ、マールブルグ、クリミア・コンゴ出血熱：これらの疾患は、最近、飛沫感染の可能性があるとされている)

5-8 地域支援

施設内に専門家がない場合は、専門家を擁するしかるべき組織に相談し、支援を求める。

- 1) 地域支援ネットワークを充実させ、これを活用する。
- 2) 対策をおこなっているにもかかわらず、医療関連感染の発生が継続する場合もしくは病院内のみでは対応が困難な場合には、地域支援ネットワークに速やかに相談する。
- 3) 専門家を擁しない場合は、日本環境感染学会認定教育病院に必要な応じて相談する。
- 4) 感染対策に関する一般的な質問については、日本感染症学会、施設内感染対策相談窓口で質問を行い、適切な助言を得る。

5-9 予防接種

予防接種が可能な感染症疾患に対しては、接種率を高めることが最大の防御策である。

- 1) 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おこなう。
- 2) 患者／医療従事者共に接種率を高める工夫をする。

5-10 職員感染防止

医療職員の医療関連感染対策について十分に配慮する。(5-2 をも参照)

- 1) 針刺し防止のためリキャップを原則禁止とする。
- 2) リキャップが必要な際は、安全な方法を採用する。
- 3) 試験管などの採血用容器その他を手を持ったまま、血液などの入った針付注射器を操作しない。
- 4) 廃棄専用容器を対象別に分けて配置する。
- 5) 使用済み注射器(針付のまま)や、鋭利な器具専用の安全廃棄容器を用意する。
- 6) 安全装置付き器材の導入を考慮する。
- 7) 前項((5-9-1))に記載した如く、ワクチン接種によって職業感染予防が可能な疾患に対しては、医療従事者が当該ワクチンを接種する体制を確立する。
- 8) 感染経路別予防策に即した個人用防護具(PPE)を着用する。
- 9) 結核などの空気予防策が必要な患者に接する場合には、N95 以上の微粒子用マスクを着用する。

5-11 患者への情報提供と説明

患者本人および患者家族に対して、適切なインフォームドコンセントをおこなう。

- 1) 疾病の説明とともに、感染制御の基本についても説明して、理解を得た上で、協力を求める。
- 2) 必要に応じて、感染率などの情報を公開する。

5－1 2 新型インフルエンザの対応

(平成21年8月28日追加)

- 1) 外来で高熱のある患者については、マスクの着用とする。
- 2) 新型インフルエンザが判明し、入院治療が必要名場合は個室とし、患者、家族は、マスク着用とする。
- 3) その他院内感染マニュアルによる。

5－1 3 新型コロナウイルスの対応

(令和4年7月1日追加)

- 1) 別紙マニュアル参照