



独立行政法人
地域医療機能推進機構

感染管理指針

可児とうのう病院

2018年10月改定

内容

第1	趣旨	3
第2	感染管理のための基本的考え方	3
第3	用語の定義	3
I	医療関連感染に係る感染管理指針	3
II	事象の定義及び概念	3
第4	感染管理体制（医療関連感染対策のための委員会その他の当該病院の組織に関する基本事項）	4
I	感染防止対策部門の設置	4
II	感染対策委員会の開催	5
III	感染制御チーム（Infection Control Team：ICT）活動の推進	6
IV	抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team：AST）活動の推進	7
V	医療関連感染対策のための職員に対する研修	8
VI	感染症の発生時の対応と発生状況の報告	8
V	感染防止対策地域連携の実施	13

第1 趣旨

本指針は、独立行政法人地域医療機能推進機構（以下「JCHO」という。）における感染管理体制、医療関連感染の予防策等に係る基本方針を示すものである。JCHOの各病院（附属施設を含む。以下同じ。）は、本指針に基づき適切な医療関連感染の予防を推進し、患者・利用者サービスの質の保障及び安全な医療の提供に努めるものとする。可児とうのう病院（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。

第2 感染管理のための基本的考え方

JCHOの各病院は、JCHOの基本理念に基づき、医療関連感染を未然に防ぐことを第一として取り組み、感染症発生の際には拡大防止のため、原因の速やかな特定と科学的根拠に基づく対策の実施により制御、終息を図る。職員は、この目標を達成するため、各病院の感染管理指針及び感染管理マニュアルにのっとり医療を患者・利用者に提供できるように取り組むものとする。

<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。可児とうのう病院（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。

第3 用語の定義

I 医療関連感染に係る感染管理指針

1. 独立行政法人地域医療機能推進機構 感染管理指針（以下「JCHO感染管理指針」という。）

JCHOにおいて医療関連感染予防を推進していくための基本的な考え方を示したもの。

2. 感染管理指針（以下「病院感染管理指針」という。）

JCHOにおいて医療関連感染予防を推進していくための基本的な考え方を示したもの。JCHO感染管理指針に基づき以下の要件を含むものを作成する。病院感染管理指針は、感染対策委員会（ICC：Infection Control Committee）において策定及び改訂をするものとする。

- ① 医療関連感染対策に関する基本的な考え方
- ② 医療関連感染対策のための委員会その他の当該病院等の組織に関する基本事項
- ③ 医療関連感染対策のための職員に対する研修に関する基本方針
- ④ 感染症の発生状況の報告に関する基本方針
- ⑤ 医療関連感染発生時の対応に関する基本方針
- ⑥ 患者等に対する病院感染管理指針の閲覧に関する基本方針
- ⑦ その他における医療関連感染対策の推進のために必要な基本方針

II 事象の定義及び概念

1. 医療関連感染（HAI：Healthcare-Associated Infection）

医療関連感染とは、医療機関（外来を含む。）や療養型施設、在宅医療等のさまざまな形態の医療サービスに関連し、患者が原疾患とは別に新たに感染症に罹患したこと及び医療従事者等が医療機関内において感染に罹患したことをいう。

医療関連感染は、医療サービスを受ける過程や提供する過程で感染源（微生物を保有するヒトや物）に曝露することにより発生する感染症であり、患者のみならず医療従事者や訪問者など医療サービスに関わるあらゆる人に起こりうるものである。

2. 感染症アウトブレイク

①感染症アウトブレイクとは、一定期間内に同一病棟や同一医療機関といった一定の場所で発生した医療関連感染の集積が通常よりも統計学的に有意に高い状態をいう。アウトブレイクを疑う基準としては、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病症例が計3例以上特定された場合又は同一医療機関内で同一菌株と思われる感染症の発病症例(抗菌薬感受性パターンが類似した症例等)が計3例以上特定された場合を基本とする。ただし、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌（CRE）、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トバクター属の5種類の多剤耐性菌については、保菌も含めて1例目の発見をもって、アウトブレイクに準じて厳重な感染対策を実施する。なお、CREの定義については、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（平成10年法律第114号）の定めに基づき準拠するものとする。

②感染症アウトブレイクの終息とは、以下のいずれかの要件を満たしたことをいう。

1) 最後の症例の感染性が消失してから原因となった病原体の潜伏期間の2倍の期間が経過するまで新たな症例が確認されなかったとき

2) アウトブレイクの原因となった病原体について検出率が通常レベルに戻ったとき

第4 感染管理体制（医療関連感染対策のための委員会その他の当該病院の組織に関する基本事項）

I 感染防止対策部門の設置

感染防止対策部門を設置し、組織的に医療関連感染対策を実施する体制を整える。

本指針(院内指針、手順書と言うべきもの:以下同様)は院内感染対策委員会 infection control committee（ICC）の議を経て策定したものである。また、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。

1. 感染防止対策部門には、医療関連感染管理者（医師）、看護師、薬剤師、臨床検査技師を配置し、感染制御チームを組織して、職員の健康管理、教育、医療関連感染対策相談（コンサルテーション）、発生動向監視（サーベイランス）、対策実施の適正化（レギュレーション）及び介入（インターベンション）を行う。

2. 本指針の閲覧

本指針は院内感染対策マニュアル（紙版および院内ネット版）に掲載する。職員は患者との情報の共有に努め、患者およびその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ICTが対応する。

II 感染対策委員会の開催

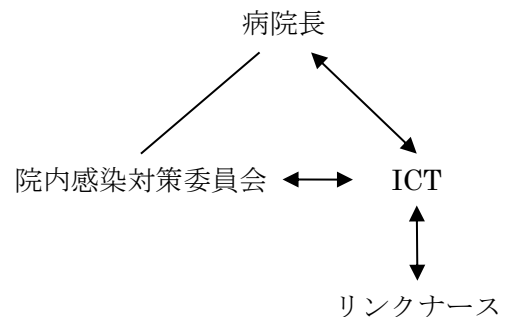
病院感染対策は病院全体として取り組むべき問題であり、感染対策の最終意志決定機関として院内感染対策委員会を置きすべての職員に対して組織的な対応と教育・啓発活動をする。ICTは院内感染対策委員会の下部組織でありその実働部隊であるが、院長が一定の権限を委譲し組織横断的に活動し感染対策の立案、実行、評価、提言を感染対策委員会、および現場スタッフに対して行う。

医療関連感染対策の推進のため、感染対策委員会を開催する。感染対策委員会は、以下に掲げる事項を満たすものとする。

1. 感染対策委員会の管理及び運営に関する規程を定める。
2. 院内感染対策委員会の構成員は以下のとおり
 - ① 院長（委員長を務める。出席できない場合はICDが代理）
 - ② インфекションコントロールドクター(ICD)
 - ③ 微生物検査技師
 - ④ 診療科代表医師 3名（内科、外科。ICDと兼任可）
 - ⑤ 看護部長、各看護師長等
 - ⑥ 医療安全管理者
 - ⑦ 手術部・中材代表（⑤と兼任可）
 - ⑧ 薬剤科長
 - ⑨ 診療放射線技師長
 - ⑩ 検査技師長
 - ⑪ 栄養管理室長（不在の場合は主任栄養士）
 - ⑫ 理学療法士長（不在の場合は主任理学療法士）
 - ⑬ 老健副施設長
 - ⑭ 健康管理センター棟看護師長（不在の場合は副看護師長）
 - ⑮ 事務部長
 - ⑯ 感染管理認定看護師（CNIC）
 - ⑰ 総務企画課（書記）

上記③以下の代表者が欠席の場合は必ず代理が出席することとする。

3. 院内感染対策委員の業務
 - ① 1か月に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 ICTの報告を受け、その内容を検討した上で、ICTの活動を支援すると共に、必要に応じて、各診療科に対して院長名で改善を促す。
 - ③ 院内の各部署から医療関連感染に関する情報が感染対策委員会に報告され、感染対策委員会から状況に応じた対応策が現場に迅速に還元される体制を整備し、重要な検討内容について、医療関連感染発生時及び発生が疑われる際の患者への対応状況を含め、院長へ報告する。
 - ④ 医療関連感染が発生した場合には、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び職員への周知を図る。
 - ⑤ 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を整える。特定抗菌薬（広域スペクトラム抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制の体制を整備する。
 - ⑥ 検体からの薬剤耐性菌の検出情報、薬剤感受性情報など、医療関連感染対策に重要な情報が臨床検査部門から診療部門へ迅速に伝達されるよう、院内部門間の感染症情報



の共有体制を確立する。

- ⑦ 感染対策に必要物品の購入伺いを出す。
- ⑧ 日常業務化された改善策の実施状況を調査し、必要に応じて見直しする。
- ⑨ 実施された対策や介入の効果に対する評価を定期的に行い、評価結果を記録、分析し、必要な場合は、さらなる改善策を勧告する。
- ⑩ ICTが検討した事項についてさらに討議し感染対策マニュアルを更新する。
- ⑪ 職員への予防注射の実施を決定する。
- ⑫ 感染対策に関する研修を年に2回必ず主催する
- ⑬ 院内、および厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業を実施しその結果を評価、検討する

Ⅲ 感染制御チーム（Infection Control Team：ICT）活動の推進

医療関連感染防止に係る諸対策の推進を図るため、感染管理部門内に感染制御チームを設置する。院長は、感染制御チームが円滑に活動できるよう、感染制御チームの院内での位置付け及び役割を明確化し、院内の全ての関係者の理解及び協力が得られる環境を整える。

1. 感染制御チームの具体的業務内容を明確にする。
2. 感染制御チームは、ICTは認定インフェクション・コントロール・ドクターICD（21学会／研究会による協議会 2000年～）1名、看護師1名、薬剤師1名、微生物検査技師1名、事務1名からなり院長が任命する。院長より感染対策に関する権限を委譲された院長直属のチームとして活動する。
3. 感染制御チームは、以下の活動を行う。
 - ① 1週間に1回定期院内ラウンドを行って、医療関連感染事例を把握するとともに、感染防止対策の実施状況の把握、確認、指導を行う。現場の改善に関する介入、コンサルテーション、サーベイランス、現場の教育／啓発、アウトブレイクあるいは異常発生の特定と制圧に当たる。感染制御チームによるラウンドは、チームのメンバーが全員で行うことが望ましく、少なくとも2名以上で行い、必要に応じて各部署を巡回する。なお、各病棟を毎月巡回することを基本とするが、耐性菌の発生状況や広域抗生剤の使用状況などから、病棟ごとの院内感染や耐性菌の発生リスクの評価を定期的実施している場合には、少なくともリスクの高い病棟を毎回巡回し、それ以外の病棟についても巡回を行っていない月がないものとする。患者に侵襲的な手術・検査等を行う部署についても、2か月に1回以上巡回する。
 - ② 重要な検討事項、異常な感染症発生時および発生が疑われた際は、その状況および患者／院内感染の対象者への対応等を担当医と検討し、院長へ報告する。改善策を立案し、実施するために全職員への周知徹底を図る。
 - ③ 職員教育（集団教育と個別教育）の企画遂行を積極的に行う。院内ネットや掲示物で広報活動をおこなう。
 - ④ 微生物学的検査に係る状況を記した「感染情報レポート」を週1回作成し、院内で疫学情報を共有するとともに、感染防止対策に活用する。院内細菌分離情報、抗菌薬感受性を把握する。
 - ⑤ 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を構築する。特に、定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制をと

る。

- ⑥ 最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布する。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ年1回程度の点検及び見直し、検討し感染対策委員会へ諮る。
- ⑦ 保健所からの情報、指示を受けたり、感染症発症届出の支援をする。
- ⑧ 清掃委託業者と連絡をとりあい適切な環境整備に協力する。
- ⑨ 洗浄・滅菌業務が適切に行われているかどうか把握する。
- ⑩ 医療情報ネットワークに参加し最新の感染対策情報を収集する。
- ⑪ 感染防止対策加算のための病院間カンファレンスに参加する。
- ⑫ 職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行う。なお当該研修は、医療安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うものとする。（「V 医療関連感染対策のための職員に対する研修」参照）

4. リンクナースについて

リンクナースは各病棟、または外来の看護師長の推薦で ICT が委嘱する。

リンクナースの役割

- ① ICT からの情報伝達
- ② ICT への情報提供、サーベイランスの協力
- ③ 現場での問題点をあげ、ICT と一緒に解決にあたる
- ④ 標準予防策、針刺し事故防止策実践の手本となる
- ⑤ 院外講習会などに極力参加し感染対策についての知識を得る

5. その他

発生した院内感染症が、正常範囲の発生か、アウトブレイクあるいは異常発生かの判断がつきにくいときは、厚生労働省地域支援ネットワーク担当事務局、あるいは、日本環境感染学会認定教育病院担当者に相談する。日本感染症学会施設内感染対策相談窓口（厚労省委託事業）へのファックス相談も活用する。

IV 抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team：AST）活動の推進

各病院は、薬剤耐性（AMR）対策の推進、特に抗菌薬の適正使用の推進を図る。抗菌薬適正使用支援加算を取得する場合は、以下の要件を満たすものとする。

1. 院内に抗菌薬適正使用支援のチームを設置し、感染症治療の早期モニタリングとフィードバック、微生物検査・臨床検査の利用の適正化、抗菌薬適正使用に係る評価、抗菌薬適正使用の教育・啓発等を行うことによる抗菌薬の適正な使用の推進を行う。
2. 抗菌薬適正使用支援チームは、加算要件を満たす医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師で構成する。
3. 抗菌薬適正使用支援チーム（AST）は以下の業務を行う
 - ① 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者

を施設の状況に応じて設定する。

②感染症治療の早期モニタリングにおいて、①で設定した対象患者を把握後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物モニタリングの実施、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行う。

③適切な検体採取と培養検査の提出（血液培養の複数セット採取など）や、施設内のアンチバイオグラムの作成など、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を整備する。

④抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的に評価する。

⑤抗菌薬の適正な使用を目的とした職員の研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。

⑥院内で使用可能な抗菌薬の種類、用量等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について院内での使用中止を提案する。

4. ASTが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受けている。

V 医療関連感染対策のための職員に対する研修

1. 就職時の初期研修は、ICTあるいはそれにかわる十分な実務経験を有する指導者が適切に行う。

2. 継続的研修は、年2回は必ず開催する。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。

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. ラウンド等の個別研修あるいは個別の現場介入を、可能な形で行う。

5. 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。

VI 感染症の発生時の対応と発生状況の報告

1. サーベイランス

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。

②MRSAに関しては環境検査を行い標準予防策のモニタリングとして啓蒙に利用する。

2. アウトブレイクあるいは異常発生

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行う。

- 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行って、疫学情報を日常的に ICT および臨床側へフィードバックする。
- ③必要に応じて保健所や岐阜大学医学部附属病院生体支援センター (kansen@gifu-u.ac.jp) にアドバイスを求めめる。
- ④報告の義務付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。

3. 院内感染対策推進方策等

国立大学医学部附属病院感染対策協議会がとりまとめた病院感染対策ガイドライン、および平成15年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）による「国、自治体を含めた院内感染対策全体の制度設計に関する緊急特別研究」（主任研究者：小林寛伊・NTT東日本関東病院名誉院長）の分担研究報告書「[医療施設における院内感染（病院感染）の防止について](#)」を規範に当院での感染対策マニュアルを作成し院内ネットに掲示するとともに病棟にてファイル保管し活用する。なおマニュアルは ICT が中心となり常に更新し啓蒙する。以下はその骨子である。

4. 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を基本とし、使用量をモニタリングする。
- ④目に見える汚れがある場合や、アルコールが無効な菌・ウイルス感染症患者の対応後には、石けんと流水による手洗いを行う。
- ⑤患者の血液、体液、排泄物、分泌物に触れるときは手袋を着用する。

5. 微生物汚染経路遮断

微生物汚染（以下汚染）経路遮断策としてアメリカ合衆国疾病予防管理センター Centers for Disease Control and Prevention (CDC) の標準予防策 (Jane D Siegel et al. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007. <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Isolation2007.pdf>) 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、マスクなどの个人防护具 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各感染症につき隔離基準を設け、コホーティングや個室隔離をおこなう。

6. エビデンスに基づいた予防策

ガイドラインが呈示されている下記の病態についてはこれに従い ICT が中心となって実施状況をモニタリングする。

- ① 血管内留置カテーテル関連感染
 - (ア) CVラインは可能なかぎり使用しない努力をする。
 - (イ) 閉鎖式輸液ラインを使用する。
 - (ウ) CVライン挿入はクロロヘキシジンアルコールによる消毒を原則とし、マキシマルバリアプリケーション（マスク、ガウンテクニック）をおこなう。
 - (エ) CVライン挿入部は透明シールでドレッシングし毎日観察、週1回クロロヘキシジンアルコールで消毒する。
 - (オ) 末梢静脈カテーテルはできる限り3日以上留置しない。ロックは生食で行う。
- ② 尿路カテーテル関連感染
 - (ア) できる限り尿路留置カテーテルを使用しない。
 - (イ) 閉鎖式カテーテルを使用する。
- ③ 人工呼吸器関連肺炎
- ④ 手術部位感染
- ⑤ 褥瘡感染、ストーマの管理

7. 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 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1日1回以上清拭または必要に応じて消毒する。
- ⑦ 床などの水平面は時期を決めた定期清掃を行い、壁やカーテンなどの垂直面は、汚染が明らかな場合に清掃または洗濯する。
- ⑧ 可能な限り蓄尿を控える。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（業務責任者より再教育を要請するも可）。
- ⑩ 生花の持ち込みはお断りする。

8. 交差感染防止

易感染患者を保護隔離して病原微生物から保護する。

- ① 結核が疑われる外来患者は待機室にて採痰し待機していただく。また必要に応じて発熱外来を設置するなど、感染の疑い患者を他の患者と出来るだけ接触させないように対処する。
- 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 単回使用の指定がある医療機器（医療用具）については、特段の合理的理由がない限り、これを再使用しない

9. 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。
- ④ 高水準消毒薬（グルタラール、過酢酸、フタラールなど）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行う。

10. 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、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 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は ICD、薬剤科への届出制度とする。

院内全体の抗生物質使用状況を把握しておく。

- ② 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わない。
- ③ 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。

11. 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。

11-1. 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新型インフルエンザ、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の感染の可能性あり

11-2. 飛沫感染（粒径 $5\mu\text{m}$ より大きい粒子に付着、比較的速やかに落下する）

- 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

- ① ジフテリア（喉頭）
- ② マイコプラズマ肺炎

- ③ 百日咳
- ④ 肺ペスト
- ⑤ 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って惹起される疾患）
 - ① アデノウイルス
 - ② インフルエンザウイルス
 - ③ ムンプス（流行性耳下腺炎）ウイルス
 - ④ パルボウイルス B19
 - ⑤ 風疹ウイルス
- e. 新興感染症
 - ① 重症急性呼吸器症候群（SARS）
 - ② 高病原性鳥インフルエンザ
- f. その他

11-3. 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態（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、*Clostridium difficile*、*Acinetobacter baumannii*、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癬
 - 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）

11-4. 予防接種

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。

- 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行う。
- ② 患者／医療従事者共に接種率を高める工夫をする。

11-5. 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。

- ① 針刺し防止のためリキャップを原則的に禁止する。
- ② 原則、針はそのまま針捨てBOXに廃棄する。
抗がん剤の皮下注射等の取扱いは、トレイの上へのせた空バイアルビンに片手でさしてトレイから捨てる。針をもったまま両手で操作しない。
- ③ リキャップが必要な際は、安全な方法を採用する。
- ④ 採血スピッツなどの採血用容器を手に持ったまま、血液などの入った針付き注射器を操作しない。(FFコネクターを必ず使用する)
- ⑤ 針捨てBOX専用容器を配置する。
- ⑥ 使用済み注射器(針付きのまま)その他、鋭利な器具専用の安全廃棄容器を用意する。
- ⑦ 安全装置付き器材の導入を考慮する。
- ⑧ 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。
- ⑨ 感染経路別予防策に適した個人用防護具(PPE)を着用する。
- ⑩ 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微粒子用マスクを着用する。胸部レントゲン写真による健康診断を年2回実施する。

11-6. 第三者評価

- ① 医療関連感染対策の各施設に於ける質は、(財)日本医療機能評価機構などの外部機関の評価をうける。

11-7. 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行う。

- 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。

V 感染防止対策地域連携の実施

1. 感染防止対策加算1を算定する医療機関であり以下を行う。

- ① 感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関と合同で少なくとも年4回程度(加算2連携病院2回+岐阜大学病院カンファレンス2回)、定期的に医療関連感染対策に関するカンファレンス(薬剤耐性菌等検出状況・感染症患者の発生状況・医療関連感染対策の実施状況・抗菌薬の使用状況等)を行い、その内容を記録する。
- ② 感染防止対策加算2を算定する医療機関から、必要時に院内感染に関する相談等を受ける。
- ③ 院内感染対策サーベイランス(JANIS)等、地域や全国のサーベイランスに参加する。
- ④ 感染防止対策地域連携加算を取得する病院においては、感染防止対策加算1に係る届出を行っている医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの医療機関に相互に赴き、既定の様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該医療機関にその内容を報告する。また、少なくとも年1回、当該加算に関して連携しているいずれかの医療機関から評価を受ける。

附則

この指針は 2008 年 3 月 1 日より施行する

2014 年 10 月 1 日改訂

2016 年 4 月 1 日改訂

2016 年 9 月 1 日改訂

2017 年 4 月 1 日改訂

2018 年 10 月 1 日改訂