院内感染防止対策マニュアル



社会福祉法人恩賜財団済生会支部
埼玉県済生会加須病院

【第 5 版】－目次－

A. 規定・指針
A-1：表紙・目次
A-2：埼玉県済生会加須病院　院内感染防止対策委員会規定
A-3：院内感染防止対策のための指針
A-4：ICT 活動一覧

B. 感染症法・届出・レポート
B-1：感染症の定義・類型・届出手順
B-2：感染症発生届の流れ
B-3：レポート一覧

C. 標準予防策（スタンダードプリコーション）
C-1：概論
C-2：手指衛生
C-3：個人防護具
C-4：呼吸器衛生・咳エチケット
C-5：高水準消毒薬使用時の注意

D. 感染経路別予防策
D-1：接触感染
D-2：飛沫感染
D-3：空気感染

E. 標準予防策と感染経路別予防策の実際
E-1：疾患別感染経路別予防策一覧（50 音順）
E-2：感染症の表示
E-3：標準予防策の実際
E-4：接触予防策①（アルコールが有効な感染症）の実際
E-5：接触予防策②（アルコールが無効な感染症）の実際
E-6：飛沫感染予防策の実際
E-7：空気感染予防策の実際
E-8：個室隔離が必要な疾患・隔離期間一覧
E-9：器械・器具の処理方法
E-10：環境の整備方法
E-11：消毒薬の作製方法
E-12：消毒薬一覧

F. 「針刺し・切創」、「皮膚・粘膜曝露」事例発生時の対応

F-1：概論
F-2：針刺し防止対策の実際
F-3：針刺し事例発生時の対応フローチャート
F-4：感染症確認フローチャート
F-5：感染症未検患者の対応フローチャート
F-6：HBV 対応フローチャート
F-7：HCV 対応フローチャート
F-8：HIV 対応フローチャート
F-9：HIV 対応マニュアル
F-10：予防内服する抗 HIV 薬について
F-11：抗 HIV 薬予防内服説明書
F-12：抗 HIV 薬予防内服同意書
F-13：他施設からの抗 HIV 薬処方依頼対応フローチャート
F-14：埼玉県内のエイズ拠点病院　一覧
F-15：梅毒対応フローチャート

G. 職員の健康管理

G-1：職員の健康管理　概要
G-2：HB ワクチン接種について
G-3：就業制限が必要な感染症一覧
G-4：感染性ウイルス疾患の伝播防止
G-5：結核接触者健診

H. 抗菌薬適正使用

H-1：抗菌化学療法の原則
H-2：病態別抗菌薬選択の目安
H-3：当院採用抗微生物薬一覧（感覚器官用剤は除く）
H-4：アンチバイオグラム
H-5：抗菌薬使用届制度
H-6：抗菌薬院内採用の手順

I. アウトブレイク対策

I-1：概論
I-2：アウトブレイク発生時の流れ
I-3：是正処置フロー（アウトブレイク）
I-4：是正処置報告書（アウトブレイク）
I-5：アウトブレイク発生時の情報提供レベルと対策

J. 医療廃棄物管理手順
- J-1：医療廃棄物管理手順
- J-2：感染性廃棄物の判断フロー
- J-3：感染症ごとの紙おむつの取り扱い
- J-4：廃棄物分別一覧表

K. 疾患別予防策（フローチャート含む）
- K-1：インフルエンザ
- K-2：ノロウイルス性胃腸炎
- K-3：結核
- K-4：MRSA
- K-5：クロストリジウム・ディフィシル関連下痢症
- K-6：疥癬
- K-7：新型インフルエンザ事業継続計画（電子版に掲載）
- K-8：エボラ出血熱（電子版に掲載）
- K-9：デング熱（電子版に掲載）
- K-10：MERS（電子版に掲載）
- K-11：MDRP
- K-12：感染症の病原体を保有していないことの確認方法

L. 医療関連感染防止サーベイランス
- L-1：手術部位感染
- L-2：人工呼吸器関連肺炎
- L-3：カテーテル関連血流感染
- L-4：カテーテル関連尿路感染

M. 感染症診察室　運用手順
- M-1：感染症診察室運用手順
- M-2：入室ルート
- M-3：ナースコールの運用方法

N. 陰圧病室　運用手順
- N-1：陰圧病室運用手順

O. 部門別対応マニュアル

O-1：リハビリテーション科
O-2：透析室
O-3：栄養科
O-4：ME
O-5：放射線科
O-6：医事課
O-7：臨床検査科
O-8：看護部
O-9：視能矯正科

P. 各種チェックリスト・届出用紙

P-1：ICT ラウンドチェックリスト
P-2：リンクナースチェックリスト
P-3：感染防止対策地域連携ラウンド自己評価表
P-4：院内感染症発生届
P-5：疥癬発生届
P-6：疥癬問診表
P-7：A.針刺し発生届（一般用）
P-8：A.針刺し発生届（手術室用）
P-9：B.皮膚・粘膜曝露発生届（一般用）
P-10：B.皮膚・粘膜曝露発生届（手術室用）

Q. 委員履歴

Q-1：委員履歴

A-2：埼玉県済生会加須病院院内感染防止対策委員会規定

感染対策室の目的

第 1 条　感染対策室は、院内感染防止対策の実働部隊である各委員会の総括と、地域連携活動の推進を図り、病院内および地域の感染対策推進を目的とする。

第 2 条　感染対策室は、日本環境感染学会で定められた認定教育施設として、感染制御専門職等の教育研修、地域の病院及び診療所等の感染制御に関する相談への対応、その他、感染制御分野の教育に関する諸問題への対処等を行い、地域の健康と福祉及び医療の安全に貢献することを目的とする。

第 3 条　感染対策室は、新興・再興感染症発生時において、病院内及び地域の医療提供体制を構築することを目的とする。

感染対策室の構成

第 4 条　感染対策室は、専任の院内感染管理者を配置する。院内感染管理者は、医師（感染対策の経験が 3 年以上）または看護師（感染管理の経験 5 年以上かつ研修を修了）のいずれかが専従で業務を行う。

院内感染管理者の業務

第 5 条　院内感染管理者は、各委員会の構成員として委員長および他構成員と連携し、業務が円滑・効果的に実践できるよう介入・調整する。

第 6 条　院内感染管理者は、実践活動を通して、個人・家族及び集団に対して、高い臨床推論力と病態判断力に基づき、熟練した技術及び知識を用いて水準の高い感染対策を実践する。

第 7 条　院内感染管理者は、実践活動を通して、医療者に対する指導を行う。

第 8 条　院内感染管理者は、医療職等に対しコンサルテーションを行う。

第 9 条　院内感染管理者は、近隣医療機関や施設、行政等と連携（教育・相談対応等）を行い、地域の感染防止対策推進に努める。

第 10 条 院内感染管理者は、地域連携カンファレンスの開催及び運営を行い、地域の感染防止対策推進に努める。

第 11 条 院内感染管理者は、新興・再興感染症発生時において、病院内の受け入れ体制を整える。

第 12 条 院内感染管理者は、新興・再興感染症発生時において、地域の医療機関や管轄保健所等と連携し、地域患者（確定・疑似症）の受け入れ体制を整える。

第 13 条 院内感染管理者は、新興・再興感染症発生時において、地域の指導的立場の役割を担う。

委員会の目的

第 14 条　この委員会は病院内の院内感染防止とその対策を遂行し、院内の衛生管理の万全を期することを目的とする。

委員会の構成

第 15 条　この委員会は病院長直属の諮問機関とする。

第 16 条 ①委員会は病院長の他、委員長１名、副委員長１名、書記１名、及び委員若干名で構成する。

②委員は、病院長、及び次の各部署から選出され、病院長が委嘱した適当数の代表者によって構成される。

③ 診療部(医師)、看護部、事務部、臨床検査科、薬剤部、その他

④ 委員長、副委員長、書記は委員の互選により決定する。

第 17 条　委員長は委員会を運営する。

第 18 条　委員の任期は特に規定しない。

第 19 条　委員会が必要と認めた時は、病院内外の識者を顧問とすることができる。また、委員以外の者を適宜委員会に出席させて、意見を聞くことができる。

第 20 条　院内感染防止対策委員会の下に院内感染対策委員会(以下 ICT 委員会)を置く。ICT は、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、臨床工学士、放射線技師、栄養士、理学療法士、事務職員などで構成する。ICT には委員長を置く。ICT 委員長は必要と認める職員を ICT メンバーに加えることができる。

第 21 条　院内感染防止対策委員会の下に手術部位感染対策委員会(以下 SSI 委員会)を置く。SSI は、外科系医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員などで構成する。SSI には委員長を置く。SSI 委員長は必要と認める職員を SSI メンバーに加えることができる。

第 22 条　院内感染防止対策委員会の下に抗菌薬適正使用委員会（以下 AST 委員会）を置く。AST は、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師などで構成する。AST には委員長を置く。AST 委員長は必要と認める職員を AST メンバーに加えることができる。

第 23 条　院内感染防止対策委員会の下に感染対策リンクナース委員会を置く。感染対策リンクナース委員会は、専従看護師、各ユニット看護師などで構成する。感染対策リンクナース委員会には委員長を置く。委員長は必要と認める職員を感染対策リンクナースメンバーに加えることができる。

ICT の業務

第 24 条　ICT は次の事項を審議し、対策効果の具現を期す。

① 院内感染発生状況の把握：　細菌検査室および病棟より報告される院内感染情報の把握と分析、各種サーベイランスを行う。

② 院内感染防止対策：　各職場の点検を行い院内感染予防の観点から指摘や改善指導を行う。衛生管理に必要な調査研究を行う（活動詳細は、A-4 活動一覧を参照)。

③ 院内感染症治療対策：　院内発生の感染症に対する治療法の提言、細菌学的な助言や院内感染防止のための指導を行う。

④ 教育・啓発：　職員の教育・啓発を行い、常に『院内感染防止対策マニュアル』の適正提示に努める。全職員対象の講演会を年 2 回以上開催する。

⑤ 地域連携活動：　感染防止対策地域連携カンファレンスを年 4 回以上開催する。参加施設との連携を深め、地域の啓発に努める。連携施設とのサーベイランスを実施し、地域の感染状況や感染対策の実施状況を把握する。

⑥ 院内感染防止対策委員会への報告：　実施した諸指導・提言の内容について毎月委員会へ報告し、意見を具申する。

⑦ その他、院内の衛生管理に関する問題点を提起する、病院長からの諮問事項を討議する。

ICT 委員会の開催

第 25 条 ①委員会は委員長が招集し開催する。
②委員会は原則として定例会を１ヶ月に１回開催する。
③必要に応じて臨時会を開催することができる。

SSI の業務

第 26 条 SSI は次の事項を審議し、対策効果の具現を期す。

① 手術部位感染発生状況の把握： 手術室、病棟による SSI サーベイランスを行う。
② SSI 防止対策： 1ヶ月に月 1 回以上、サーベイランス実施状況および SSI 発生状況を共有し、情報の把握と分析を行う。
③ 手術部位感染治療対策： SSI に対する治療法の提言、細菌学的な助言や感染防止のための指導を行う。
④ 教育・啓発： 職員の教育・啓発を行い、常に『院内感染防止対策マニュアル』の適正提示に努める。
⑤ 院内感染防止対策委員会への報告： 実施した諸指導・提言の内容について毎月委員会へ報告し、意見を具申する。
⑥ その他、SSI に関する問題点を提起する、病院長からの諮問事項を討議する。

SSI 委員会の開催

第 27 条 ①委員会は委員長が招集し開催する。
②委員会は原則として定例会を２ヶ月に１回開催する。
③必要に応じて臨時会を開催することができる。

AST の業務

第 28 条 AST は次の事項を審議し、対策効果の具現を期す。

① 感染症患者、感染症疑い患者の把握：
・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状況に応じて設定する。
・感染症治療の早期モニタリングにおいて、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い、その旨を診療録に記録する。
・培養陽性患者、抗菌薬長期投与患者、感染兆候のある患者等を抽出し、感染症治療状況を把握する。適宜、治療・ケアに対する提案、啓発活動、ラウンドを行う（週 1 回）。
② 抗菌薬適正使用：
・2 名以上のメンバーで血液および尿培養結果を確認し、情報の把握と分析を

行う。適宜、抗菌薬の選択・用法・用量の提案を行い、抗菌薬適正使用に努める（月 10 回程度)。
- 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準備する。
- 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。
- 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の使用中止を提案する。

③ 教育・啓発：
- 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内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。
- 職員の教育・啓発を行い、常に『院内感染防止対策マニュアル』の適正提示に努める。

④ 院内感染防止対策委員会への報告：　実施した諸指導・提言の内容について毎月委員会へ報告し、意見を具申する。

⑤ その他、感染症治療に関する問題点を提起する、病院長からの諮問事項を討議する。

AST 委員会の開催

第 29 条 ①委員会は委員長が招集し開催する。
②委員会は原則として定例会を１ヶ月に１回開催する。
③必要に応じて臨時会を開催することができる。

感染対策リンクナース委員会の業務

第 30 条 感染対策リンクナース会は次の事項を審議し、対策効果の具現を期す。

① 各看護ユニット感染発生状況の把握：　細菌検査室および病棟より報告される院内感染情報の把握と分析、各種サーベイランスを行う。

② 感染防止対策：　月１回以上、各職場の点検を行い院内感染予防の観点から指摘や改善指導を行う。衛生管理に必要な調査研究を行う。

③ 感染症対策：　院内発生の感染症に対する対策の提言、細菌学的な助言や院内感染防止のための指導を行う。

④ 教育・啓発：　各ユニット職員の教育・啓発を行い、常に『院内感染防止対策マニュアル』の適正提示に努める。

⑤ 院内感染防止対策委員会への報告：　実施した諸指導・提言の内容について毎月委員会へ報告し、意見を具申する。

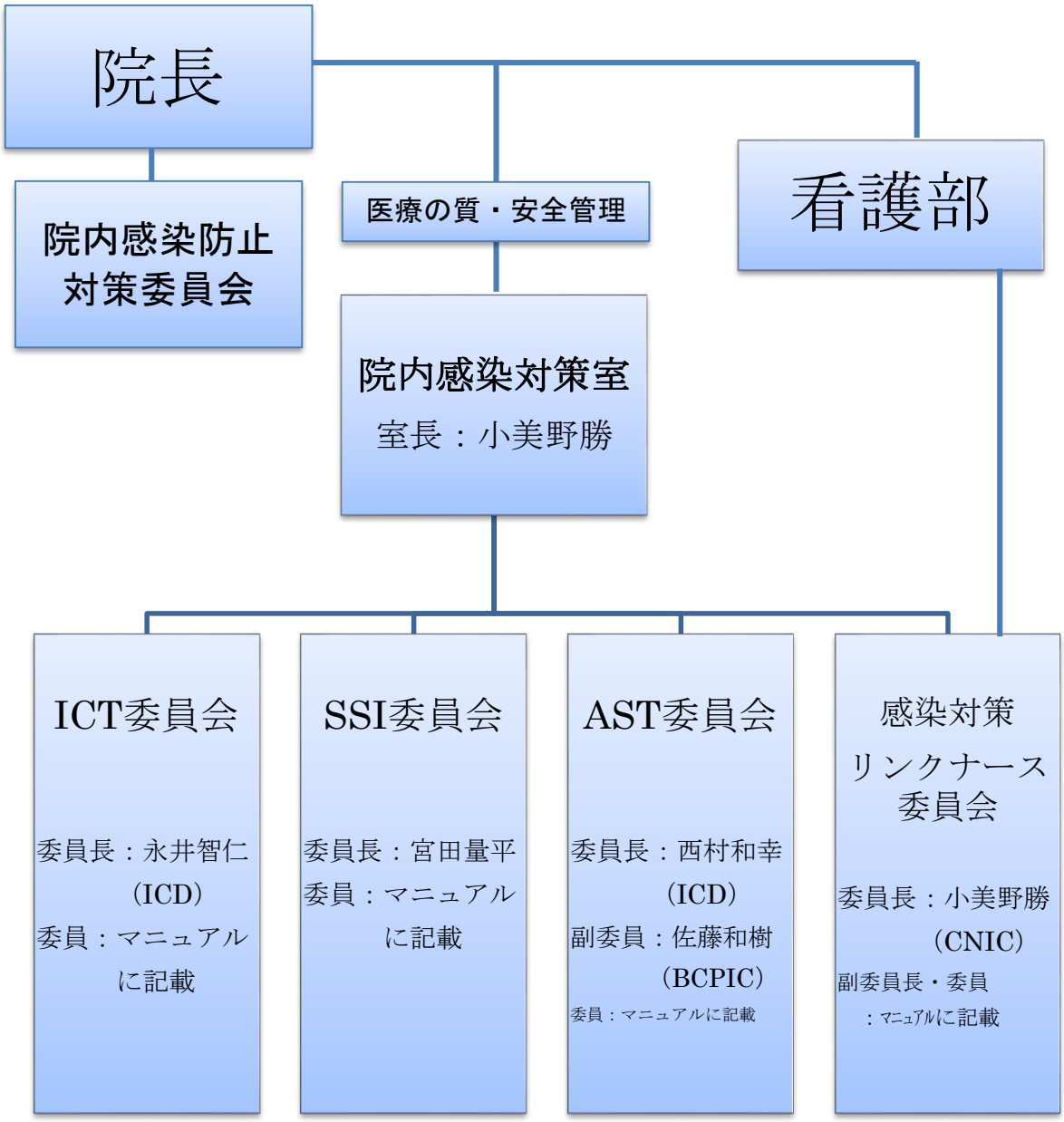
⑥ その他、院内の衛生管理に関する問題点を提起する、病院長からの諮問事項を討議する。

感染対策リンクナース委員会の開催

第 31 条 ①委員会は委員長が招集し開催する。
②委員会は原則として定例会を１ヶ月に１回開催する。
③必要に応じて臨時会を開催することができる。

付則：　各部署や病棟において、院内感染の発生が推測されたり、院内感染への進展が危惧される状況が確認されたりした場合は、対応者は『院内感染防止対策マニュアル』に則って実務に当る。なお、各部署の所属長は現状を把握し、院長または院内感染対策委員長の指示のもとに更に必要な対策を講じる。

院内感染対策室　組織図


院長
院内感染防止対策委員会
医療の質・安全管理
看護部
院内感染対策室
室長：小美野勝
ICT委員会
委員長：永井智仁（ICD）
委員：マニュアルに記載
SSI委員会
委員長：宮田量平
委員：マニュアルに記載
AST委員会
委員長：西村和幸（ICD）
副委員：佐藤和樹（BCPIC）
委員：マニュアルに記載
感染対策リンクナース委員会
委員長：小美野勝（CNIC）
副委員長・委員：マニュアルに記載

A-3：院内感染防止対策のための指針

埼玉県済生会加須病院では院内感染防止策を講じるにあたり、以下の基本指針を基に組織全体として対策に取り組む。

＜基本的指針＞
(1) すべての人に人権尊重と守秘義務の徹底。
(2) スタンダードプレコーション［＝標準予防策］の遵守。
(3) 「病院環境の特殊性」に十分な配慮をし、感染経路別の院内感染防止対策を日常的に行う。
(4) Evidence-based infection control（根拠のある感染症対策）に努める。
(5) 各サーベイランスを実施し、院内感染の早期発見に努める。
(6) 危機管理の観点に立ち、迅速かつ的確に対応する。

1. 院内感染防止対策に関する基本的な考え方

院内感染とは（１）医療施設において患者が原疾患とは別に新たに罹患した感染症、（２）医療従事者等が医療施設内において感染した感染症のことである。

院内感染は、人から人へ直接、または医療器具等を媒介して発生する。特に、免疫力の低下した患者、未熟児、老人等の易感染患者は、通常の病原微生物のみならず、感染力の弱い微生物によっても、院内感染を起こす可能性がある。

このため、院内感染防止対策は、医療従事者が個々に対策を行うのではなく、医療施設全体として対策に取り込むことが必要である。

2. 院内感染防止対策のための組織に関する基本的事項

「院内感染防止対策の基本指針」を実践し、かつ、患者および来院者、医療従事者の感染からの保護、医療従事者の感染に対する知識と技術の向上、可能な限り費用対効果を考慮の上、これらの目標を達成する事を目的として、院内感染防止対策委員会、ICT 委員会、SSI 委員会を設置する。

(1) 院内感染防止対策委員会

埼玉県済生会加須病院の院内感染防止体制は、病院長を統括責任者とする。そのもとに直轄の機関として院内感染防止対策委員会を設け、院内における院内感染防止体制の整備を行う。院内感染防止体制は病院全体での取り組みであり、各部門部署における院内感染防止活動を行う。運営にあたっては、ICT リーダー（ICD）ならびに感染対策専従看護師（CNIC）と共に運営を行う。定例会の開催は１回／月とする。ただし必要に応じて臨時に開催する。

(2) 院内感染対策チーム（ICT）委員会

院内感染防止対策委員会での決定を確実に実施し、院内感染防止対策を実効性のあるものにするため院内感染対策チーム（ICT）を設置する。ICT メンバーは、病院長から診療部、看護部、薬剤科、医療技術部、栄養科、事務部、を含む職員が指名され構成される。会議の開催および院内ラウンドは１～２回／月とする。ただし必要に応じて臨時に開催する。

(3) 手術部位感染症（SSI）委員会

SSI の委員は、病院長から診療部、看護部、薬剤科、医療技術部、栄養科、事務部、を含む職員が指名され構成される。

(4)抗菌薬適正使用支援チーム（AST）委員会

AST の委員は、病院長から診療部、看護部、薬剤科、医療技術部、栄養科、事務部、を含む職員が指名され構成される。

(5)感染対策リンクナース委員会
感染対策リンクナース委員は、看護部長から各看護単位の職員が指名され構成される。

埼玉県済生会加須病院では上記の５者が連携して院内感染防止対策に努めている。

3. 院内感染防止対策のための職員研修に関する基本方針

全職員を対象に、感染対策に関する研修会を年２回以上開催し、院内感染に必要な基本的な考え方や具体的な方策の周知徹底を図る。新規採用職員には ICT や看護部による感染対策の初期研修を行うほか、必要に応じて臨時研修会も開催する。また、院内Ｗｅｂを活用し感染防止に関する情報を迅速に提供することで情報共有に努める。院外の感染対策に関わる講習会や学会・研究会等の開催情報を職員に告知し、参加希望者の参加を支援する。研修実施内容や参加状況は記録・保存する。

4. 感染症の発生状況の報告に関する基本方針

細菌検査室は、MRSA、PISP または PRSP、MDRP、VRE、ESBLs 産生菌、およびその他の多剤耐性菌、血液培養陽性例の発生状況の集計を毎週１回行い感染対策室に報告する。入院フロア別および材料別の菌発生状況の集計を毎月１回、検出菌の感受性検査結果の集計を年２回行い、ICT 及び感染防止対策委員会に報告する。診療部には最新のアンチバイオグラムを提示する。月別集計及び、感受性結果集計は院内 Web 上にて閲覧可能とする。法令で定められた報告すべき疾患や、院内で対応困難な事態が発生した場合は保健所等に報告し対応を相談する。さらにこのような感染対策の概要は、毎月の管理運営会議や診療部会議に報告し各部責任者への周知を図る。

5. 院内感染発生時の対応に関する基本方針

細菌検査室は院内感染をきたす可能性の高い細菌を検出した場合、直ちに ICT 責任者、主治医、担当看護師に電話連絡をする。起因菌不明の状態であっても感染症が疑われる場合には、滞りなく主治医もしくは入院フロア責任者は ICT 責任者に連絡する。連絡をうけた ICT 責任者は速やかに介入をおこない初期対応や感染の拡大防止に努める。院内感染の規模が大きく深刻なものである場合は、病院長を本部長とする感染対策本部を設置し、保健所と連携して緊急対策を講ずる。

6. 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

患者との信頼関係を築くため、積極的に情報開示を行う。本指針はホームページに掲載するとともに、患者及びその家族から開示の求めがあった場合はこれに応じる。概要は病院ホームページに公開する。感染症は地域単位で考えるべきであるとの基本姿勢より、本指針の開示については「地域医療連携センター」が対応する。地域の診療所ならびに病院に向けても、当院で観察された感染症の実態につき、有用と思われる内容を積極的に通知し地域で共有する。

7. その他院内感染対策の推進のために必要な基本方針

院内感染防止対策マニュアルは文書ファイルを各部署に配布するとともに、院内Ｗｅｂ上でも閲覧できるようにする。
マニュアル類は ICT 委員会、SSI 委員会にて適宜見直しを行い、幹部会議の承認を経て改訂する。
全職員に対しインフルエンザワクチン接種を推奨する。結核に関しては定期的な胸部Ｘ線撮影を実施する。職員の費用負担は原則として免除する。

A-4：活動一覧（ラウンド・サーベイランス）

＜ラウンド＞

(1) ICT ラウンド（環境）

・目的
①感染管理の啓発・指導
②病院内各部門の感染対策処置の評価と指導
③病院内各部門との連携・連絡および意見交換

・構成メンバー：ICT メンバー（A・B・C チーム）

・実施日：月 1 回（ICT 会議の前週水曜日または木曜日）

・方法
①ICT メンバーは３チーム（Ａ・Ｂ・Ｃ）に分かれてラウンドを実施する。
②ラウンド方法は『ICT ラウンドチェック表』に沿ってチェックを行い、結果を記入する。
③チェック表は各チームの担当者（月ごとに担当者を決定）が評価をし、ICT 委員会で結果を報告する。

・ラウンド場所

Ａチーム：【1F】①事務室　②保育室　③栄養科　④放射線科　⑤内視鏡室
⑥救急外来　⑦感染症診察室
【2F】⑧検診センター　⑨検査室　⑩リハビリテーション科

Ｂチーム：【3F】①病理検査室　②手術室・中材　③3F 事務室　④図書室　⑤透析室
【2F】⑥外来　⑦処置室　⑧化学療法室　⑨薬剤部

Ｃチーム：【7F】①中央機械室
【6F】②6 東病棟　③6 西病棟
【5F】④5 西病棟　⑤5 東病棟
【4F】⑥4 東病棟　⑦4 西病棟
【3F】⑧ICU・HCU

(2) ICT ラウンド（感染症・疑似症患者）

・目的
①感染症患者の早期発見
②感染症患者の適正治療への介入

・構成メンバー：医師（ICD)、感染制御認定薬剤師（BCPIC)、感染制御認定臨床微生物検査技師（ICMT)、感染管理認定看護師(CNIC)

・実施日：週 1 回（毎週水曜日）

・方法
①患者リストアップ
・BCPIC：抗菌薬長期使用患者等で介入が必要な症例
・ICMT：培養陽性患者、耐性菌検出患者等で介入が必要な症例
・CNIC：発熱、下痢の持続等で介入が必要な症例
②構成メンバーによるカルテ回診
③臨床現場ラウンド・担当医や臨床とのディスカッション

(3) AST ラウンド

・目的

①培養陽性患者の早期介入

②培養陽性患者の適正治療

・構成メンバー：感染制御認定薬剤師（BCPIC)、感染制御認定臨床微生物検査技師（ICMT)、感染管理認定看護師（CNIC）

・実施日：週 1 回（毎週水曜日）

・方法

①血液培養・尿培養陽性患者のリストアップ

②構成メンバーによるカルテ回診

③臨床現場ラウンド・担当医や臨床とのディスカッション

＜サーベイランス＞

(1) 薬剤師主体

①AUD（抗菌薬使用量）：院内および地域連携カンファレンス

②AHI（抗菌薬使用割合）：地域連携カンファレンス

(2) 検査技師主体

①病原体サーベイランス：JANIS 検査部門報告（月 1 回）

(3) 看護師主体

①手術部位感染（SSI）：JANIS 報告（年 2 回）

②人工呼吸器関連肺炎（VAP）：JHAIS 報告（年 4 回）

③中心ライン関連血流感染（CLA-BSI）：JHAIS 報告（年 4 回）

④カテーテル関連尿路感染（UTI）：JHAIS 報告（年 4 回）

⑤手指衛生遵守率：地域共通サーベイランス（毎月）

⑥症候群サーベイランス（発熱・下痢）：週 1 回

⑦エピネットサーベイランス（針刺し、皮膚粘膜曝露）

＜勉強会年次計画＞

①4月　新入職員対象オリエンテーションにおいて開催

②5～12月　中期　院内職員を対象とした開催

③その他　院内外に向けた開催

・②③.の開催は、委員会において発案し、企画を進める。

・1ケ月前に、案内を出す。

・参加者は、職種別に集計する。

・アンケートを実施し、集計する。

・集計データは、実施年度内に行われる医療監査の時、資料として提示する。

B-1：定義・類型・届出手順

厚生労働省 HP
感染症法に基づく医師の届出のお願いを参照

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/kekkaku-kansenshou11/01.html

B-2：発生届の流れ

＜結核（2 類感染症：直ちに報告）＞

細菌検査室

・診断後、直ちに主治医に連絡
　※直ちに報告が必要であることを伝達

主治医

・院内共有メニューより発生届を印刷し、必要事項を記載
・下記 ICT スタッフに連絡し、発生届を提出

ICT スタッフ

①感染管理認定看護師	86237
②感染管理認定看護師	86238
③担当事務員	86341
④感染制御認定薬剤師	86268

・発生届を受け取り、記載内容チェック
・管轄保健所へ電話連絡

患者氏名・性別・生年月日・年齢・住所・電話 診断までの経過・診断方法

　※入院患者：加須保健所（61-1216）
　　外来患者：居住地の管轄保健所
・原本 1 部コピー（ICT 保管）
・総務課へ発生届を提出

総務課

・総務課は連絡した保健所に報告（FAX および郵送）
・原本 2 部コピー（①感染対策委員長、②福祉相談課）

※保健所からの問い合わせは、感染管理認定看護師が対応（不在時は他 ICT スタッフに連絡）

患者病状について	各種感染症を確認した担当医
入院中の患者管理について	病棟課長・責任看護師
公費について	福祉相談課
検査について	細菌検査室

結核の感染拡大防止は重要であるので、検査陽性を確認した細菌室も「発生届」が速やかに提出されるよう協力すること。

＜そのほか直ちに報告が必要な届出感染症＞

・1～4 類感染症すべて

・5 類感染症の一部（侵襲性髄膜炎菌感染症・麻疹）

発生源

・診断後、直ちに主治医に連絡

※直ちに報告が必要であることを伝達

主治医

・院内共有メニューより発生届を印刷し、必要事項を記載

・ICT スタッフに連絡し、発生届を提出

ICT スタッフ

①感染管理認定看護師　86237
②感染管理認定看護師　86238
③担当事務員　86341
④感染制御認定薬剤師　86268

・発生届を受け取り、記載内容チェック

・管轄保健所へ電話連絡

患者氏名・性別・生年月日・年齢・住所・電話
診断までの経過・診断方法

※入院患者：加須保健所（61-1216）

外来患者：居住地の管轄保健所

・原本 1 部コピー（ICT 保管）

・総務課へ発生届を提出

総務課

・総務課は連絡した保健所に報告（FAX および郵送）

・原本 1 部コピー（感染対策委員長）

※保健所からの問い合わせは、感染管理認定看護師が対応（不在時は他 ICT スタッフに連絡）

患者病状について	各種感染症を確認した担当医
入院中の患者管理について	病棟課長・責任看護師
公費について	福祉相談課
検査について	細菌検査室

＜5 類感染症の一部（7 日以内に届出）＞

※侵襲性髄膜炎菌感染症・麻疹は直ちに報告が必要

発生源

・診断後、直ちに主治医に連絡

主治医

・院内共有メニューより発生届を印刷し、必要事項を記載
・ICT スタッフに連絡し、発生届を提出

ICT スタッフ

①感染管理認定看護師　86237
②感染管理認定看護師　86238
③担当事務員　86341
④感染制御認定薬剤師　86268

・発生届を受け取り、記載内容チェック
・管轄保健所へ電話連絡

患者氏名・性別・生年月日・年齢・住所・電話
診断までの経過・診断方法

※入院患者：加須保健所（61-1216）
外来患者：居住地の管轄保健所

・原本 1 部コピー（ICT 保管）
・総務課へ発生届を提出

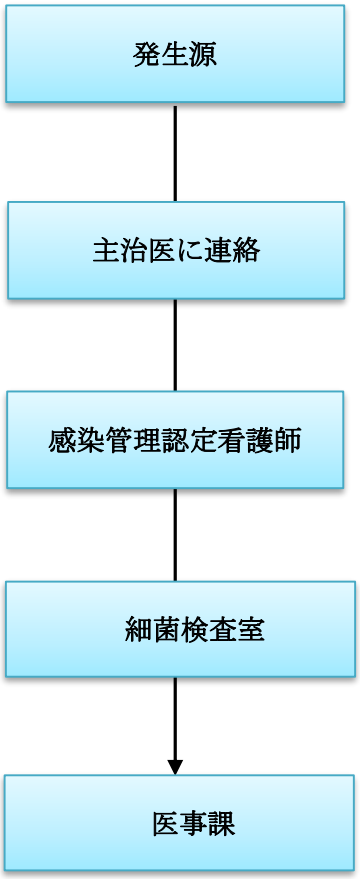
総務課

・総務課は連絡した保健所に報告（FAX および郵送）
・原本 1 部コピー（感染対策委員長）

＜基幹定点医療機関として届出が必要な感染症（月単位で届出）＞

(1)ペニシリン耐性肺炎球菌感染症　(2)メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

(3)薬剤耐性緑膿菌感染症



・細菌検査室で届出用紙を印刷し、主治医へ提出

・発生届用紙に必要事項を記載
・感染管理認定看護師に提出

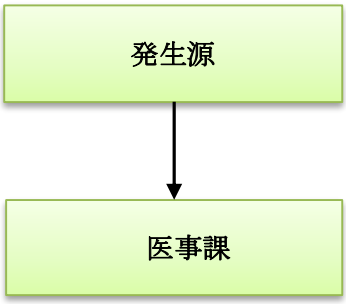
・報告内容を確認・捺印し、細菌検査室に提出
※アウトブレイク等が疑われる場合は感染対策委員長に報告

・データを集計し、医事課担当へ提出

・データを集計し、加須保健所に提出

＜基幹定点医療機関として届出が必要な感染症（週単位で届出）＞

(1)感染性胃腸炎（ロタウイルス）(2)クラミジア肺炎　(3)細菌性髄膜炎　(4)マイコプラズマ肺炎
(5)無菌性髄膜炎



・データを集計し、医事課担当へ提出

・データを集計し、加須保健所に提出

近隣及び、埼玉県内の保健所一覧

保健所名	TEL FAX	〒 住所	管轄市町村
埼玉県			
加須	0480-61-1216 0480-62-2936	347-0031 加須市南町 5-15	行田市、加須市、羽生市
幸手	0480-42-1101 0480-43-5158	340-0115 幸手市中 1-16-4	久喜市、蓮田市、幸手市、宮代町、 白岡町、杉戸町
春日部	048-737-2133 048-736-4562	344-0038 春日部市大沼 1-76	春日部市、越谷市、松伏町
草加	048-925-1551 048-925-1554	340-0035 草加市西町 425-2	草加市、八潮市、三郷市、吉川市
川口	048-262-6111 048-261-0711	333-0842 川口市前川 1-11-1	川口市、蕨市、戸田市、鳩ヶ谷市
鴻巣	048-541-0249 048-541-5020	365-0039 鴻巣市東 4-5-10	鴻巣市、上尾市、桶川市、北本市、伊奈町
東松山	0493-22-0280 0493-22-4251	355-0037 東松山市若松町 2-6-45	東松山市、滑川町、嵐山町、小川町 川島町、吉見町、ときがわ町、東秩父村
坂戸	049-283-7815 049-284-2268	350-0212 坂戸市石井 2327-1	坂戸市、鶴ヶ島市、毛呂山町、越生町、鳩山町
狭山	04-2954-6212 04-2954-7535	350-1324 狭山市稲荷山 2-16-1	所沢市、飯能市、狭山市、入間市、日高市
朝霞	048-461-0468 048-460-2698	351-0016 朝霞市青葉台 1-10-5	朝霞市、志木市、和光市、新座市、 富士見市、ふじみ野市、三芳町
熊谷	048-523-2811 048-520-3271	360-0031 熊谷市末広 3-9-1	熊谷市、深谷市、寄居町
本庄	0495-22-6481 0495-22-6484	367-0047 本庄市前原 1-8-12	本庄市、美里町、神川町、上里町
秩父	0494-22-3824 0494-22-2798	368-0025 秩父市桜木町 8-18	秩父市、横瀬町、皆野町、長瀞町、小鹿野町
さいたま市	048-840-2205 048-840-2228	338-0013 さいたま市中央区鈴谷 7-5-12	さいたま市
川越市	049-227-5101 049-224-2261	350-1104 川越市小ヶ谷 817-1	川越市

栃木県			
古河	0280-32-3021	306-0005	古河市、五霞町、境町
	0280-32-4323	古河市北町 6-22	

B-3：ICT レポート一覧

細菌検査室が行う報告（必要あれば電話で報告）

1. パニック値（異常データ）　：リアルタイムに対応が必要な異常値を報告
2. アウトブレイク　：感染拡大防止のために必要な報告
3. ＩＣＴレポート　：セーフティマネージメントにおいて必要な報告

	内容	病原体等	報告先	備考
速報(日報)	パニック値	血液培養陽性	病棟課長	
		ガフキー陽性	担当医原則	NTM は除き TB/LAMP 追加
		入院簡易迅速キット陽性	病棟	
		外来簡易迅速キット結果	緊急報告書	インフル、ノロ、ＲＳに限る
		ＣＤトキシン陽性	ＣＮＩＣ	
		インフルエンザ陽性	ＣＮＩＣ	シーズン初発のみ
		ノロウイルス陽性	ＣＮＩＣ	アウトブレイク様のとき
		ＭＲＳＡ新規	病棟	
		ＭＤＲＰ新規	病棟	
		ＶＲＥ新規	病棟	
		ＭＤＲＡ新規	病棟	当院初発はＣＮＩＣへ
		ＶＲＳＡ新規	病棟	当院初発はＣＮＩＣへ
週報	感染症発生動向調査	マイコプラズマ	医事課	保健所報告用
		ロタウイルス	医事課	保健所報告用
		無菌性髄膜炎	医事課	保健所報告用
		細菌性髄膜炎	医事課	保健所報告用
	ウイルス抗原陽性状況	インフルエンザ他	ＩＣＴ掲示板	流行がみられたら
月報	感染症発生動向調査	MRSA 感染症	医事課	保健所報告用
		MDRP 感染症	医事課	保健所報告用
		PISP･PRSP 感染症	医事課	保健所報告用
	ＪＡＮＩＳ	検査部門	厚生労働省	データ送信用
	シール確認用	ＭＲＳＡ	ラウンド持参	シスコール確認用
		ＭＤＲＰ	ラウンド持参	シスコール確認用
		セラチア	ラウンド持参	シスコール確認用
		ＶＲＥ	ラウンド持参	シスコール確認用
		緑膿菌	ラウンド持参	シスコール確認用
	患者別ＭＲＳＡ	ＭＲＳＡ	ＩＣＴ委員会	
	監視菌別検出数	ＭＲＳＡ	ＩＣＴ委員会	
		ＭＤＲＰ	ＩＣＴ委員会	
		ＩＰＭ耐性緑膿菌	ＩＣＴ委員会	
		緑膿菌	ＩＣＴ委員会	
		セラチア	ＩＣＴ委員会	
		ＶＲＥ	ＩＣＴ委員会	
	感染症発生動向調査	保健所月報を提示	ＩＣＴ委員会	
	ウイルス抗原陽性	インフルエンザ他	ＩＣＴ委員会	流行がみられたら
	ＪＡＮＩＳ検査部門	材料別・病棟別	ＩＣＴ委員会	先々月を報告

四半期報	JHAIS	デバイスサーベイランス（VAP・CLA-BSI・UTI）	JHAIS（環境感染学会）	３ヶ月毎に報告
半年報		アンチバイオグラム	ＩＣＴ掲示板	
	ＪＡＮＩＳ	ＳＳＩ部門	厚生労働省	データ送信用
年報	ＩＣＴレポート	総分離菌数	ＩＣＴ委員長	医療監査用
		入院・外来別　分離菌数	ＩＣＴ委員長	医療監査用
		病棟別　分離菌数	ＩＣＴ委員長	医療監査用
		材料別　分離菌数	ＩＣＴ委員長	医療監査用
		アンチバイオグラム	ＩＣＴ委員長	医療監査用
		迅速検査陽性数	ＩＣＴ委員長	医療監査用

C-1：標準予防策　概論

Ⅰ. 目的

すべての患者に対して（感染症の有無に関わらず）、標準的に用いる重要かつ基本的な感染防止対策である。標準予防策は、感染源となるものを考えて取り扱うことにより、未知及び既知の感染症の伝播を予防するものである。

【感染源になりうるもの】

① 血液
② 汗を除くすべての体液、分泌液（唾液、消化液、痰、鼻汁、涙、膣分泌液、精液など）排泄物（便、尿）
③ 粘膜（口、鼻、眼、膣、消化管、直腸・肛門）
④ 損傷皮膚（手あれや皮膚病変を含む）

Ⅱ. 具体策

1. 手指衛生
2. 個人防護具
3. 呼吸器衛生/咳エチケット
4. 鋭利器材の取り扱い
5. 患者ケアに使用した器材の取り扱い
6. 患者配置
7. 環境管理
8. リネンの取り扱い
9. 腰椎穿刺における感染制御手技

C-2：手指衛生

Ⅰ. 目的

・手指衛生は、医療関連感染を防止するための最も基本的な手技である。一過性病原微生物の伝播の防止（感染経路の遮断）のための最も重要な行為である。

Ⅱ. 種類

1. 日常手洗い：汚れや通過菌の一部を除去
2. 衛生的手洗い：通過菌をすべて除去
3. 手術時手洗い：通過菌の除去と、常在菌の減少、増殖抑制

Ⅲ. 方法

1. 石けんと流水による手指衛生
   (1) 目に見えて汚れがある場合
   (2) アルコール消毒が無効な感染症の対応時
2. 速乾性手指消毒薬による手指衛生
   (1) 目に見えて汚れがない場合

Ⅳ. 手指衛生 5 つのタイミング

1. 患者に触れる前
2. 清潔/無菌操作の前
3. 体液に曝露された可能性のある場合
4. 患者に触れた後
5. 患者周辺の物品に触れた後

Ⅴ. 手荒れ対策

1. 普段からハンドケアを行う
2. 個々にあった石けんや手指消毒薬を選択する
3. 石けん手洗い時は、水分をじゅうぶんに拭き取る
4. 低刺激性の手袋を着用する（パウダーフリー・ラッテクスフリー・加硫促進剤フリー）
5. 症状発生時は、速やかに皮膚科を受診する

C-3：個人防護具の着用

Ⅰ.目的

・血液や体液など感染性物質の曝露による感染から医療従事者を守る
・医療従事者を介した患者への交差感染や環境への汚染を予防する

Ⅱ.種類

1.手袋（手指の防御）
2.ガウン・エプロン（体幹や衣服の防御）
3.サージカルマスク・N95 マスク（鼻・口の防御）
4.アイシールド・ゴーグル（眼粘膜の防御）
5.医療用キャップ（頭髪・頭部の防御）
6.シューズカバー（下肢の防御）

Ⅲ.着脱手順

・ナーシングスキル参照

Ⅳ．着用の順番

①手指衛生　→②ガウン・エプロン　→③マスク　→④アイシールド　→⑤手袋

Ⅴ．外す順番

①手袋　→②手指衛生　→③アイシールド　→※　→④ガウン・エプロン　→※
→⑤マスク　→⑥手指衛生

※外す段階で汚染がある場合は、手指衛生を追加する

Ⅵ. 個人防護具の選択（処置・ケア別）

	手袋	マスク	ｴﾌﾟﾛﾝ	ガウン	ｺﾞｰｸﾞﾙ	ｷｬｯﾌﾟ	必要時	
採血時								
側管からの注射								
バイタルサイン測定時								
注射・点滴のミキシング（抗がん剤・高カロリー輸液・無菌調剤を除く）								
抗がん剤のミキシング	 ※二重							
高カロリー輸液・無菌調整のミキシング								
おむつ交換								
創傷ケア								
嘔吐物・排泄物の処理								
呼吸器症状のある患者のケア								
口腔・気管内吸引								
口腔ケア								

	手袋	マスク	ｴﾌﾟﾛﾝ	ガウン	ｺﾞｰｸﾞﾙ	ｷｬｯﾌﾟ	必要時	
尿道留置カテーテル挿入時	 ※滅菌							
ドレーンの管理								
胃瘻・腸瘻・PEGの管理								
接触感染対策が必要な患者のｹｱ ・VRE ・MDRP ・CRE ・疥癬								
接触感染対策が必要な患者のｹｱ ・上記以外の疾患 （体液等による体幹の汚染ﾘｽｸが高い場合はｶﾞｳﾝ着用）								
医療器材の洗浄・消毒								
環境整備								
汚染リネンの交換								

C-4：呼吸器衛生/咳エチケット

Ⅰ.目的

・呼吸器症状のある人の気道分泌物を封じ込め、呼吸器感染症の病原体の伝播を予防する。

Ⅱ.方法

1. 咳をしている人から 1.5～2m 離れる
2. 自分が咳をしている場合は、なるべく集団を避ける
3. 集団にいる場合は、マスクを着用する
4. 咳やくしゃみは、ティッシュで口や鼻を覆う
5. 使用したティッシュはすぐに廃棄する
6. ティッシュを捨てたら、すぐに手指衛生をする

Ⅲ.患者・面会者への指導

1. 患者や面会者に呼吸器症状がある場合は、申告するよう協力を依頼し、マスクの着用や手指衛生の励行を説明する。

C-5：高水準消毒薬使用時の注意

高水準消毒薬は広い抗微生物スペクトルや強い殺微生物力がある一方、人体に対する毒性も強いため、安全な適正使用が求められる。

＜当院採用消毒薬＞

・グルタラール　／　ステリスコープ 3W/V%液（内視鏡洗浄器用）
　　グルトハイドプラス 3.5%液（浸漬消毒用）
・フタラール　／　ディスオーパ消毒液 0.55%　（自動洗浄装置での使用が望ましい※1）
・過酢酸　／　アセサイド 6%消毒薬　（OPE 室でのみ使用）

＜使用する際の注意事項＞

①防護具の着用



＜防護具の着用例＞

・エプロン：防水性であるもの。
　　可能な限り体を広く覆うもの
　　（長袖）を選択する。
・グローブ：ニトリル製を推奨。
　　ラッテクス製の場合 2 重に
　　装着することが望ましい。
・ゴーグルおよびキャップ
　　ゴーグル、フェイスシールド又は
　　アイシールド付のマスクの着用が
　　推奨されている。
・マスク：気密性の高いマスクを着用すること。
　　専用マスクは中材に在庫している。

②換気・排気

・窓もしくは換気扇のないところでは使用しないこと。
・換気状態の良い場所で使用すること。窓を開けるなどして空気の流れを作り、
　蒸気を速やかに排出させる。

③濃度測定

・高水準消毒薬は使用日の始業時に濃度チェックを行い、チェック日および結果、チェック者名を記録に残す。

④作業の留意点

・薬液の調製・交換作業、浸漬、取り出し作業時は、素早く、かつ、こぼさないように丁寧に行う。

・蒸気の漏れ出しを防ぐために蓋付き容器を用いる。

・消毒後の器具は、残留消毒薬がないように十分にすすぎを行う。

・床などにこぼしてしまった場合、モップなどで速やかに拭き取り、十分な換気を行う。

D-1：接触感染

患者との直接接触（体位変換や入浴介助など）や、汚染された医療器具・環境などを介した間接接触によって起こる感染。医療従事者の手指を介して、患者へ媒介・伝播されることが重要な点である。

接触感染の具体的予防策

1) 患者配置

個室に収容する。個室管理ができない場合は、同じ微生物による感染患者を1つの病室に集めて管理する。

2）手袋・手指衛生

標準予防策の使用に加え、病室入室時には手袋を着用する。
手袋着用前後には、必ず手指衛生を行う。

3）ガウンテックニック

標準予防策の使用に加え、体位変換やシーツ交換、排泄介助などで患者や臥床環境に密接に接触する場合や、患者に被覆されていない創部ドレナージなどがある場合には、病室入室時に清潔なガウンを着用する。

4）患者移送

患者の病室からの移送、移動は必要不可欠な目的にのみ制限する。やむを得ず移送、移動を行うときには、感染部位や感染源となるものが周囲に直接接触しないよう対策を講じる。

5）患者使用器具

血圧計・聴診器・体温計などの医療器具は患者専用にすることが望ましい。
やむを得ず共有する場合は、他の患者に使用する前に適切な洗浄消毒を行う。

D-2：飛沫感染

粒径5μm以上の大きい飛沫粒子に付着した微生物による感染で、咳嗽、くしゃみ、会話、気管内吸引など、患者とおよそ1～2mの距離で接する際に、伝播され感染する危険性が生じる。飛沫は空気中を浮遊せず、通常短距離（約1～2m）を飛散するのみであるため、特殊な空調などは必要としない。

飛沫感染の具体的予防策

1) 患者配置

個室に収容する。個室管理ができない場合は、同じ微生物による感染患者を1つの病室に集めて管理する（コホート管理）。
コホート管理が困難な場合は、他の患者との距離を約2m確保する。

2）マスク

標準予防策に追加して、患者の約1m以内でケアを実施する際は、サージカルマスクを着用する。

3）患者移送

患者の病室からの移送、移動は必要不可欠な目的にのみ制限する。やむを得ず移送、移動を行うときには、サージカルマスクを着用する。

4）患者使用器具

血圧計・聴診器・体温計などの医療器具は患者専用にすることが望ましい。
やむを得ず共有する場合は、他の患者に使用する前に適切な洗浄消毒を行う。

D-3：空気感染

空気媒介性飛沫核、感染病原体を含む粉塵粒子(5μ以下)が空気の流れによって広くまき散らされて、それを吸入することにより生じる感染。空気感染の感染病原体である飛沫核は、気化して長時間空気中を浮遊する。

空気感染の具体的予防策

1) 患者配置

個室に収容し、ドアは閉める。個室管理ができない場合は、同じ微生物による感染患者を1つの病室に集めて管理する（コホート管理）。
空気感染予防のためには、可能な限り陰圧換気の可能な病室での管理とするが、陰圧室が満床の場合は一般個室に収容する。

2）マスク

結核患者の病室に入るときにはN95マスクを着用する。麻疹や水痘患者のケアにはこれらの疾患に対する免疫を持った職員があたる。やむを得ず接触する場合には、N95マスクを着用する。

3）患者移送

患者の病室からの移送、移動は必要不可欠な目的にのみ制限する。やむを得ず移送、移動を行うときには、サージカルマスクを着用する。

4）患者使用器具

血圧計・聴診器・体温計などの医療器具は患者専用にすることが望ましい。
やむを得ず共有する場合は、他の患者に使用する前に適切な洗浄消毒を行う。

5）その他

当院は結核指定病院ではないため結核菌排菌患者が発症したときには速やかに専門施設への転院を行う。詳細は結核発生時の対応を参照のこと。

D-1：接触感染

患者との直接接触（体位変換や入浴介助など）や、汚染された医療器具・環境などを介した間接接触によって起こる感染。医療従事者の手指を介して、患者へ媒介・伝播されることが重要な点である。

接触感染の具体的予防策

1) 患者配置

個室に収容する。個室管理ができない場合は、同じ微生物による感染患者を1つの病室に集めて管理する。

2）手袋・手指衛生

標準予防策の使用に加え、病室入室時には手袋を着用する。
手袋着用前後には、必ず手指衛生を行う。

3）ガウンテックニック

標準予防策の使用に加え、体位変換やシーツ交換、排泄介助などで患者や臥床環境に密接に接触する場合や、患者に被覆されていない創部ドレナージなどがある場合には、病室入室時に清潔なガウンを着用する。

4）患者移送

患者の病室からの移送、移動は必要不可欠な目的にのみ制限する。やむを得ず移送、移動を行うときには、感染部位や感染源となるものが周囲に直接接触しないよう対策を講じる。

5）患者使用器具

血圧計・聴診器・体温計などの医療器具は患者専用にすることが望ましい。
やむを得ず共有する場合は、他の患者に使用する前に適切な洗浄消毒を行う。

D-2：飛沫感染

粒径5μm以上の大きい飛沫粒子に付着した微生物による感染で、咳嗽、くしゃみ、会話、気管内吸引など、患者とおよそ1～2mの距離で接する際に、伝播され感染する危険性が生じる。飛沫は空気中を浮遊せず、通常短距離（約1～2m）を飛散するのみであるため、特殊な空調などは必要としない。

飛沫感染の具体的予防策

1) 患者配置

個室に収容する。個室管理ができない場合は、同じ微生物による感染患者を1つの病室に集めて管理する（コホート管理）。
コホート管理が困難な場合は、他の患者との距離を約2m確保する。

2）マスク

標準予防策に追加して、患者の約1m以内でケアを実施する際は、サージカルマスクを着用する。

3）患者移送

患者の病室からの移送、移動は必要不可欠な目的にのみ制限する。やむを得ず移送、移動を行うときには、サージカルマスクを着用する。

4）患者使用器具

血圧計・聴診器・体温計などの医療器具は患者専用にすることが望ましい。
やむを得ず共有する場合は、他の患者に使用する前に適切な洗浄消毒を行う。

D-3：空気感染

空気媒介性飛沫核、感染病原体を含む粉塵粒子(5μ以下)が空気の流れによって広くまき散らされて、それを吸入することにより生じる感染。空気感染の感染病原体である飛沫核は、気化して長時間空気中を浮遊する。

空気感染の具体的予防策

1) 患者配置

個室に収容し、ドアは閉める。個室管理ができない場合は、同じ微生物による感染患者を1つの病室に集めて管理する（コホート管理）。
空気感染予防のためには、可能な限り陰圧換気の可能な病室での管理とするが、陰圧室が満床の場合は一般個室に収容する。

2）マスク

結核患者の病室に入るときにはN95マスクを着用する。麻疹や水痘患者のケアにはこれらの疾患に対する免疫を持った職員があたる。やむを得ず接触する場合には、N95マスクを着用する。

3）患者移送

患者の病室からの移送、移動は必要不可欠な目的にのみ制限する。やむを得ず移送、移動を行うときには、サージカルマスクを着用する。

4）患者使用器具

血圧計・聴診器・体温計などの医療器具は患者専用にすることが望ましい。
やむを得ず共有する場合は、他の患者に使用する前に適切な洗浄消毒を行う。

5）その他

当院は結核指定病院ではないため結核菌排菌患者が発症したときには速やかに専門施設への転院を行う。詳細は結核発生時の対応を参照のこと。

疾患別感染経路別予防策一覧（50 音順）

疾患名・ウイルス名	表示	感染対策
A型肝炎ウイルス		SP ＋ 接触感染①
A群連鎖球菌		SP ＋ 接触感染①
COVID-19（新型コロナウイルス感染症）		SP ＋ 空気+飛沫+接触①
CRE（カルバペネム耐性腸内細菌科細菌）		SP ＋ 接触感染①
MDRP（多剤耐性緑膿菌）		SP ＋ 接触感染①
MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）		SP ＋ 接触感染①
O－157		SP ＋ 接触感染①
RSウイルス		SP ＋ 接触感染①
VRE（バンコマイシン耐性腸球菌）		SP ＋ 接触感染①
アデノウイルス		SP ＋ 飛沫感染
インフルエンザ A・B		SP ＋ 飛沫感染
エンテロウイルス		SP ＋ 接触感染①
疥癬		SP ＋ 接触感染①
クロストリジウム・ディフィシル腸炎（CD トキシン）		SP ＋ 接触感染②
結核		SP ＋ 空気感染
サルモネラ腸炎		SP ＋ 接触感染①
ジフテリア		SP ＋ 飛沫感染
ジフテリア（皮膚型）		SP ＋ 接触感染①
猩紅熱		SP ＋ 飛沫感染
新型コロナウイルス感染症（COVID-19）		SP ＋ 空気+飛沫+接触①
疾患名・ウイルス名	表示	感染対策

侵襲性B型インフルエンザ菌感染（髄膜炎・肺炎・咽頭炎・敗血症）		SP ＋	飛沫感染
侵襲性髄膜炎菌感染（髄膜炎・肺炎・敗血症）		SP ＋	飛沫感染
水痘		SP ＋	空気+飛沫+接触①
赤痢菌		SP ＋	接触感染①
単純ヘルペスウイルス		SP ＋	接触感染①
腸管出血性大腸菌感染症		SP ＋	接触感染①
ノロウイルス		SP ＋	接触感染②
肺ペスト		SP ＋	飛沫感染
播種性帯状疱疹		SP ＋	空気+飛沫+接触①
パノレボウイルス		SP ＋	飛沫感染
パラインフルエンザウイルス		SP ＋	接触感染①
百日咳		SP ＋	飛沫感染
風疹		SP ＋	飛沫感染
マイコプラズマ肺炎		SP ＋	飛沫感染
麻疹		SP ＋	空気+飛沫+接触①
流行性耳下腺炎（ムンプス）		SP ＋	飛沫感染
溶連菌性咽頭炎		SP ＋	飛沫感染
レジオネラ（ヒトーヒトの感染はなし）		SP ＋	空気感染
ロタウイルス		SP ＋	接触感染①

SP：標準予防策

E-2：感染症の表示

＜細菌＞	
結核	
MRSA	
多剤耐性緑膿菌（MDRP）	
バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）	
カルバペネム耐性腸内細菌科細菌（CRE）	
クロストリディオイデス・ディフィシル腸炎（CD トキシン）	
＜ウイルス＞	
インフルエンザ A・B	
ノロウイルス	
播種性帯状疱疹	
麻疹	
水痘	
風疹	
流行性耳下腺炎	
＜針刺し・血液曝露関連＞	
HBV	
HCV	
HIV	
梅毒	
＜その他＞	
疥癬	

E-3：標準予防策と感染経路別予防策の実際

標準予防策（全患者共通）		
保護用品	手指衛生	手指衛生 5 つのタイミングで実施する（C-2 参照） 手洗いや薬液により手荒れがある場合は、ハンドクリーム等でケアをする
	手袋	血液、体液、排泄物で汚染される危険がある時に着用する 清拭、陰部洗浄、オムツ交換、吸引、排液処理などの実施時に着用する 手袋を外す時は手袋の内側を外に出すようにして外す 使用後の手袋は感染性廃棄物に捨てる 手袋をはめた手で他（ドアノブ、電話、コンピューター等）に触れない 手袋を外した後は必ず手指衛生を行う
	マスク・ゴーグル	体液、湿性生体物質が飛び散って、眼や鼻、口を汚染する可能性がある時に着用する 捨てる時以外は顔から外さない マスクは紐の部分のみを持ち、廃棄物用段ボールに捨てる ゴーグルは汚染した場合のみ廃棄する
	エプロン・ガウン	血液、体液、分泌物、排泄物などで衣類が汚染される可能性がある時に着用する 患者ごとに使用し、手袋に準じて捨てる
	食器	通常の熱処理で可能（そのまま返却）
患者関係	衣類	洗濯は患者又は家族が行う 血液、体液、排泄物がついた衣類は、洗濯するまでの間はビニール袋に入れて保管する
	リネン	シーツ交換時、使用後のリネンは床に置かず、ランドリーボックスに入れる 感染症が判明している患者のシーツ交換は最後に行う 汚染されていない患者のリネンは、そのままランドリーボックスに入れる 血液、体液、排泄物がついたリネンは、そのままビニール袋に入れて、病棟名と汚染名を明記し、しっかりと口を縛り、ランドリーボックスに入れる 感染症が判明している患者に使用したリネンはビニール袋に入れて、病棟名と疾患名を明記し、感染専用ランドリーボックスに入れる
	清拭タオル	タオルを患者の所に持っていく時は、ビニール袋に入れて持っていく 使用後のタオルは洗面所にあるランドリーボックスへ入れる 洗面器はできるだけ患者本人のものを使用する 血液、体液、排泄物がついたタオルは、そのままビニール袋に入れて病棟名と汚染名を明記し、しっかりと口を縛り、ランドリーボックスに入れる 感染症が判明している患者に使用したタオルは、ビニール袋に入れて、病棟名と疾患名を明記し、感染専用ランドリーボックスに入れる
	排痰ティッシュ	患者のベッドサイドでビニールに集めた後、一般可燃ゴミとして破棄する
	オムツ交換	施行時は手袋を着用する 使用後のオムツは床に置かず、オムツ専用ダンボールに捨てる 血液、体液が付着したオムツは感染性廃棄物に捨てる
	トイレ	トイレは毎日清掃する 患者の使用中のポータブルトイレは、排泄物を処理して洗浄する 使用しなくなったら、洗浄消毒し乾燥させる 尿器、便器は十分に水洗いした後、0.01%次亜塩素酸ナトリウム液で 1 時間以上消毒し、水ですすぎ十分に乾燥させる
	尿器・便器	十分に水洗いした後、汚物室に設置しているペットパンウオッシャーで洗浄後、乾燥させるか、次亜塩素酸ナトリウム液に1時間浸漬後、乾燥させる 陰洗ボトルは患者ごとに交換し、ベッドパンウォッシャーで洗浄後、乾燥させる
	浴槽	入浴後、清掃し乾燥させる
	体温計	一人の患者が使用するごとにエタノール消毒を行う
	血圧計・聴診器	一人の患者が使用するごとにエタノール消毒を行う
	ガーグルベースン	ガーグルベースンにはあらかじめビニール袋をかけ、汚染しないように留意する ガーグルベースンが直接汚染された場合は、0.01%次亜塩素酸ナトリウム液で 1 時間以上消毒し、水ですすぎ十分に乾燥させる
	病室	日常の清掃は 1 日 1 回行う 環境を汚染する可能性のある患者は個室で管理する

		体液以外による汚染には清掃用洗浄剤を用いる 体液などで汚染された場合、汚れを取り除いた後にエタノール又は、0.5%～1%次亜塩素酸ナトリウム液で清拭（どちらも 2 度拭き）し乾燥させる
	移送	通常の移送を行う
	手術部位・無菌操作部位	手術日前日シャワー浴又は清拭をし、必要時にはオリーブ油を使用して臍部をきれいにする 手術直前ディスポサージカルクリッパー（電気かみそり）をしようして手術部位の除毛を行う 手術後創部は原液の 10%ポピヨンヨード液を使用する イソジン液は包交車のセルポンジに必要量だけ入れて使用する 使用したガーゼは廃棄用段ボールに捨てる 鑷子や縫合セットなど金属類は、十分汚れを洗い落とし、ビニール袋に入れていれて中材に出す（返納は 9 時、15 時の2回）
看護関係	回診・ガーゼ交換	患者を直接介助する看護師と無菌操作を実施する看護師は別にする 病室内に汚染缶を持ち込まない 回診の順序はより清潔操作を必要とする患者から開始し、感染症患者は最後に行う ー処置ー手指消毒を徹底
	気管内・口腔内吸引カテ	患者一人ごとに専用容器を用いる 吸引用ボトルは患者ごと1日で破棄する 吸引用カテーテルは1回ごと使い捨てとする 吸引用の塩ビ管は汚染の程度によって日勤帯に交換 吸引用カテーテル給水用のボトルは日勤帯で交換
	挿入カテーテル	尿道留置カテは閉鎖式のため膀胱洗浄なせず、汚染時は一式交換 廃液を回収するときは回収口をアルコール消毒 N／Gチューブ、Gボトルは消毒や再利用をせず、廃棄用段ボールに捨てる
	注射部位	採血、注射、点滴等の処置を行うときは必ず手袋を着用 針捨て容器を持参し針はリキャップせずに廃棄する 注射器、点滴ボトル、血液汚染物は廃棄用段ボールへ捨てる
	処置室・ナースステーション	清潔操作を行う処置台のうえなどは除菌クロスで清拭 棚やドアノブは水拭き 床は清掃
	包交車・ストレッチャー	包交車は除菌クロスで清掃 ガーゼ交換前後は手指の消毒 ストレッチャーは使用後雑巾拭き、ほこりがかからないようシーツをかけておく 使用したトイレは洗浄消毒乾燥

E-4：接触予防策①（アルコールが有効な感染症）の実際

接触感染予防策①（アルコールが有効な感染症）		
保護用品	手指衛生	標準予防策に準ずる
	手袋	標準予防策に準ずる
	マスク・ゴーグル	入室時に着用する 標準予防策に準ずる
	エプロン・ガウン	標準予防策に準ずる
	食器	標準予防策に準ずる
患者関係	衣類	標準予防策に準ずる
	リネン	洗濯は患者又は家族が行う 血液、体液、排泄物がついた衣類は、洗濯するまでの間はビニール袋に入れて保管する 院内で処理するものは、疥癬患者のみ中材の熱水洗濯機で処理する それ以外は通常の洗濯を行う
	清拭タオル	院内で処理するものは、疥癬患者のみ中材の熱水洗濯機で処理する それ以外は通常の洗濯を行う 標準予防策に準ずる
	排痰ティッシュ	標準予防策に準ずる
	オムツ交換	感染性医療廃棄物ボックス・ダンボールに入れる
	トイレ	標準予防策に準ずる
	尿器・便器	個室内のトイレを使用する トイレは毎日清掃し、便座の汚染が危惧される時は、汚れを取り除いた後エタノールで清拭消毒する ポータブルトイレは使用しない。使用する場合はビニール袋をかけて使用する 使用後は排泄物を処理洗浄する 使用終了時は、洗浄消毒後乾燥させる 尿器、便器は十分に水洗いした後、汚物室に設置しているペットパンウオッシャーで洗浄後乾燥させるか、0.01％次亜塩素酸ナトリウム液に1時間浸漬後、乾燥させる 陰洗ボトルは患者ごとに交換し、ベッドパンウォッシャーで洗浄後、乾燥させる
	浴槽	標準予防策に準ずる
	体温計・血圧計・聴診器	標準予防策に準ずる
	ガーグルベースン	病室内に置き、患者専用とする
	病室	病室内に置き、患者専用とする 標準予防策に準ずる
	移送	原則個室で管理する 床は通常の清掃で行い、患者が触れるようなベッド周囲はエタノールで清拭消毒を行う 標準予防策に準ずる
		制限する 病室外に出るときは、他部門へ連絡しておく
看護関係		標準予防策に準ずる

E-5：接触予防策②（アルコールが無効な感染症）の実際

接触感染予防策②（アルコールが無効な感染症）		
保護用品	手指衛生	標準予防策に準ずる アルコールは無効なため、石鹸と流水による手洗いを実施する
	手袋	入室時に着用する 標準予防策に準ずる
	マスク・ゴーグル	標準予防策に準ずる
	エプロン・ガウン	標準予防策に準ずる
	食器	ノロウィルス患者に使用した食器は、「食器類の下膳に関する約束事項」参照 標準予防策に準ずる
患者関係	衣類	洗濯は患者又は家族が行う 院内で処理するものは、中材の熱水洗濯機で処理するか、0.05%～0.1%次亜塩素酸ナトリウム液に 30 分間浸漬処理を行う
	リネン	院内で処理するものは、中材の熱水洗濯機で処理するか、0.05%～0.1%次亜塩素酸ナトリウム液に 30 分間浸漬処理を行う 標準予防策に準ずる
	清拭タオル	標準予防策に準ずる
	排痰ティッシュ	感染性医療廃棄物ボックス・ダンボールに入れる
	オムツ交換	標準予防策に準ずる
	トイレ	個室内のトイレを使用する トイレは毎日清掃し、便座の汚染が危惧される時は、汚れを取り除いた後、0.5%次亜塩素酸ナトリウム液で清拭消毒する ポータブルトイレは使用しない 使用する場合はビニール袋をかけて使用する 使用後は排泄物を処理洗浄する。使用終了時は、洗浄消毒後乾燥させる 尿器、便器は十分に水洗いした後、0.5%次亜塩素酸ナトリウム液で 1 時間以上消毒し、水ですすぎ十分に乾燥させる
	尿器・便器	標準予防策に準ずる
	浴槽	標準予防策に準ずる
	体温計・血圧計・聴診器	病室内に置き、患者専用とする
	ガーグルベースン	病室内に置き、患者専用とする 標準予防策に準ずる
	病室	原則個室で管理する 床は通常の清掃で行い、患者が触れるようなベッド周囲は 0.05%次亜塩素酸ナトリウム液又はルビスタで清拭消毒を行う 吐物や排泄物の汚染がある場合は、汚れを落としてから 0.5%次亜塩素酸ナトリウム液又はルビスタで清拭消毒を行う 標準予防策に準ずる
	移送	制限する 病室外に出る時は、他部門へ連絡しておく
		標準予防策に準ずる
看護関係		

E-6：飛沫感染予防策の実際

飛沫感染予防策		
保護用品	手指衛生	標準予防策に準ずる
	手袋	入室時に着用する 標準予防策に準ずる
	マスク・ゴーグル	患者の 1m 以内に近接する場合や、医療行為を行う場合にサージカルマスクを着用する 標準予防策に準ずる
	エプロン・ガウン	入室時に着用する 標準予防策に準ずる
患者関係	食器・衣類・リネン・清拭タオル	標準予防策に準ずる
	排痰ティッシュ	感染性医療廃棄物ボックス・ダンボールに入れる
	オムツ交換・トイレ・尿器・便器・浴槽	個室内のトイレを使用する 標準予防策に準ずる
	体温計・血圧計・聴診器	病室内に置き、患者専用とする
	ガーグルベースン	病室内に置き、患者専用とする 標準予防策に準ずる
	病室	原則個室で管理する 標準予防策に準ずる
	移送	制限する 病室外に出る時は、他部門へ連絡しておき、患者にはサージカルマスクを着用してもらう
看護関係		標準予防策に準ずる

E-7：空気感染予防策の実際

空気感染予防策		
保護用品	手指衛生	標準予防策に準ずる
	手袋	標準予防策に準ずる
	マスク・ゴーグル	結核患者の病室に入室する際は N95 マスクを着用する（1 勤務毎に破棄） 麻疹・水痘・播種性帯状疱疹患者の病室に入室する場合は、可能な限り抗体を有するスタッフが対応する。抗体がない又は不明のスタッフが入室する場合は、N95 マスクを着用する（1 回毎の使用とし、退室時に破棄）
	エプロン・ガウン	標準予防策に準ずる
患者関係	食器・衣類・リネン・清拭タオル	標準予防策に準ずる
	排痰ティッシュ	感染性医療廃棄ボックス・ダンボールに入れる
	オムツ交換・トイレ・尿器・便器・浴槽	個室内のトイレを使用する 標準予防策に準ずる
	体温計・血圧計・聴診器	病室内に置き、患者専用とする
	ガーグルベースン	病室内に置き、患者専用とする 標準予防策に準ずる
	病室	原則東館の陰圧個室に収容し、陰圧機能を作動させる 標準予防策に準ずる
	移送	制限する 病室外に出る時は、他部門へ連絡しておき、患者にはサージカルマスクを着用してもらう
看護関係		標準予防策に準ずる

E-8：個室隔離が必要な疾患・隔離期間　一覧

疾患	隔離期間
疥癬	・陰性化するまで ・皮膚科医師の判断（1～2 週間）
肺結核	＜院内で治療しない場合＞ ・PCR が判明するまで（転院まで） ＜院内で治療する場合＞ ①2週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。 ②2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性である。（3回の検査は、原則として塗抹検査を行うものとし、①による臨床症状消失にあっては、速やかに連日検査をすること。） ③患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。（なお、確認にあたっては、医師及び保健所長は、別紙に記載されている事項を確認すること。）
クロストリジウム・ディフィシル腸炎 （CD トキシン）	・通常の便性状に戻ってから 48 時間経過 （再燃の有無を確認するため）
MRSA（感染を起こしている場合） ※ICU の場合は保菌でも個室隔離	・感染兆候が消失するまで
MDRP・VRE・CRE（保菌でも個室隔離）	・陰性化を確認するまで
腸管出血性大腸菌感染症	・感染兆候が消失するまで
学校保健法の対象疾患 （インフルエンザ・ノロウイルスなど）	・学校保健安全法の基準に基づく （院内感染症発生届 参照）
播種性帯状疱疹	・皮膚科医師の判断 （全ての発疹が痂皮化するまで）
帯状疱疹	・原則個室隔離は不要であるが、以下の場合は個室隔離を検討する ①創部を閉鎖できない場合 ②同室者に免疫抑制状態の患者がいる場合 ③小児科病棟

その他、状況により医師と相談

社会福祉法人財団恩賜済生会支部埼玉県済生会加須病院			
文書名	院内感染防止対策マニュアル E-9：器械・器具の処理方法		
文書番号	感対-共手-マニュアル E-9-1-220601	ページ	1 / 1

E-9：器械・器具の処理方法

Spaulding 分類		クリティカル器具	セミクリティカル器具①	セミクリティカル器具②	ノンクリティカル器具
定義		無菌の組織や血管に挿入するもの	粘膜・創のある健常でない皮膚に接触するもの	粘膜・創のある健常でない皮膚に接触するもの	創のない皮膚と接触するもの粘膜とは接触しない
主な器具類		手術器具・カテーテル類・鑷子・クーパー・針・生検鉗子など	内視鏡・人工呼吸器・麻酔器具など	喉頭鏡ブレイド・ネズライザー・ガーグルベースン・マウスピースなど	体温計（腋窩）・聴診器・血圧計・膿盆・環境など
滅菌・消毒方法（CDC ガイドラインより）		滅菌	高水準消毒	中水準消毒	低水準消毒または清拭・洗浄
		いかなる形態の微生物の生命をも完全に排除または死滅させる	芽胞が多数存在する場合を除き、全ての微生物を死滅させる	芽胞以外の結核菌、栄養型細菌、多くのウイルス、真菌を死滅させる	ほとんどの細菌、ある種のウイルス、真菌は殺滅するが、結核菌や芽胞などを殺滅しない
		高圧蒸気滅菌 過酸化水素低温ガスプラズマ滅菌など	グルタラール、フタラール、ディスオーパ、ステリハイド	次亜塩素酸系、ヨード系、アルコール系、フェノール系	第四級アンモニウム塩、クロルヘキシジン、両性界面活性剤
スタンダードプリコーション		①酵素素洗浄剤に浸漬又は清拭をして血液などの汚染物を念入りに除去する 外来部門は一次消毒が必要 ②中材で滅菌	①酵素素洗浄剤に浸漬又は清拭をして血液などの汚染物を念入りに除去する ②下記のうちいずれか ・グルタラール 30 分 ・ウォッシャーディスインフェクタ洗浄 93℃5 分（中材） ③すすぎ ④.乾燥	①酵素素洗浄剤に浸漬又は清拭をして血液などの汚染物を念入りに除去する ②下記のうちいずれか ・エタノール拭き ・0.01%次亜塩素酸ナトリウム液に 1 時間浸漬 ③乾燥（ガーグルベースンは予めビニール袋でくるみ汚れなければ袋のみ交換）	①下記のうちいずれか ・エタノール拭き ・除菌クロス清拭 ・洗浄 ②乾燥 血圧計のマンシェットは通常の選択でも可
接触感染予防策①	MRSA 疥癬 MDRP VRE ﾛﾀｳｲﾙｽ HBV など	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	病室内に置き、患者専用 患者退院後は ①下記のうちいずれか ・エタノール拭き ・除菌クロス清拭 ・洗浄 ②乾燥
接触感染予防策②	ﾉﾛｳｲﾙｽ ﾃﾞｨﾌｨｼﾙ菌 など	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	①酵素洗浄剤に浸漬又は清拭をして汚染物を除去する ②0.01%次亜塩素酸ナトリウム液に 1 時間浸漬 ③乾燥（ガーグルベースンは予めビニール袋でくるみ汚れなければ袋のみ交換）	病室内に置き、患者専用 患者退院後は ①下記のうちいずれか ・0.05%次亜塩素酸ナトリウム液 ・ルビスタで清拭 ・エタノール 2 度拭き (金属はミルトン以外) ②乾燥
飛沫感染予防策	ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ ﾑﾝﾌﾟｽ など	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	病室内に置き、患者専用 患者退院後は ①下記のうちいずれか ・エタノール拭き ・除菌クロス清拭 ・洗浄 ②乾燥
空気感染予防策	結核 水痘 麻疹 など	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	病室内に置き、患者専用 患者退院後は ①下記のうちいずれか ・エタノール拭き ・除菌クロス清拭 ・洗浄 ②乾燥

社会福祉法人財団恩賜済生会支部埼玉県済生会加須病院			
文書名	院内感染防止対策マニュアル E-10：環境の整備方法		
文書番号	感対-共手-マニュアル E-10-1-220601	ページ	1 / 1

E-10：環境の整備方法

		床	ベッド柵	食器	リネン・タオル	衣類	トイレ・便器
スタンダードプリコーション		清掃のみ (消毒不要) 体液・血液などによる汚染時は、汚れを取り除いて半径 1m 以上をエタノール清拭又は 0.5%～1%次亜塩素酸ナトリウム液清拭（どちらも 2 度拭き）	環境クロスで清拭 体液・血液などによる汚染時は、汚れを取り除いてからエタノール清拭	通常の下膳	そのままランドリーボックスに入れる 体液・血液・排泄物などがついたリネンは、そのままビニール袋に入れて汚染物名を明記し、ランドリーボックスに入れる	洗濯は患者又は家族が行う 体液・血液・排泄物などがついたリネンは、そのままビニール袋に入れて保管	トイレは毎日清掃する 尿器・便器は汚れを取り除いた後ベッドパンウォッシャーで処理するか、0.01%次亜塩素酸ナトリウム液で 1 時間消毒後乾燥
接触感染予防策①	MRSA 疥癬 MDRP VRE ﾛﾀｳｲﾙｽ HBV など	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	そのままビニール袋に入れて感染症名と汚染物名を明記し、ランドリーボックスに入れる 院内で処理する場合は、中材の熱水洗濯機で処理する	洗濯は患者又は家族が行う 体液・血液・排泄物などがついた衣類は、そのままビニール袋に入れて保管 院内で処理する場合は、中材の熱水洗濯機で処理する	個室のトイレを使用 便座の汚染がある場合は汚れを取り除いた後エタノールで清拭 尿器・便器は汚れを取り除いた後ベッドパンウォッシャーで処理するか、0.01%次亜塩素酸ナトリウム液で 1 時間消毒後乾燥
接触感染予防策②	ﾉﾛｳｲﾙｽ ﾃﾞｨﾌｨｼﾙ菌 など	清掃のみ 吐物などによる汚染時は、汚れを取り除いて半径 1m 以上を 0.5%～1%次亜塩素酸ナトリウム液又はルビスタで清拭（2 度拭き）	0.05%次亜塩素酸ナトリウム液又はルビスタで清拭 吐物などの汚染がある場合は、汚れを落としてから 0.5%次亜塩素酸ナトリウム液又はルビスタで清拭（2 度拭き）	食器類の下膳に関する約束事項参照	そのままビニール袋に入れて感染症名と汚染物名を明記し、ランドリーボックスに入れる 院内で処理する場合は、中材の熱水洗濯機で処理又は 0.05%～0.1%次亜塩素酸ナトリウム液に 30 分間浸漬	スタンダードプリコーションに順ずる	個室のトイレを使用 便座の汚染がある場合は汚れを取り除いた後 0.5%次亜塩素酸ナトリウム液又はルビスタで清拭（2 度拭き） 尿器・便器は汚れを取り除いた後除いた後ベッドパンウォッシャーで処理するか、 0.05%～0.1%次亜塩素酸ナトリウム液に 30 分間浸漬消毒後乾燥
飛沫感染予防策	ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ ﾑﾝﾌﾟｽ など	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	そのままビニール袋に入れて感染症名と汚染物名を明記し、ランドリーボックスに入れる 院内で処理する場合は、中材の熱水洗濯機で処理する	スタンダードプリコーションに順ずる	個室のトイレを使用 便座の汚染がある場合は汚れを取り除いた後エタノールで清拭 尿器・便器は汚れを取り除いた後除いた後ベッドパンウォッシャーで処理するか、 0.01%次亜塩素酸ナトリウム液で 1 時間消毒後乾燥
空気感染予防策	結核 水痘 麻疹 など	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	そのままビニール袋に入れて感染症名と汚染物名を明記し、ランドリーボックスに入れる 院内で処理する場合は、中材の熱水洗濯機で処理する	スタンダードプリコーションに順ずる	個室のトイレを使用 便座の汚染がある場合は汚れを取り除いた後エタノールで清拭 尿器・便器は汚れを取り除いた後除いた後ベッドパンウォッシャーで処理するか、 0.01%次亜塩素酸ナトリウム液で 1 時間消毒後乾燥

E-11：消毒薬の作製方法

塩化ベンザルコニウム液

0.1%塩化ベンザルコニウム液

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
10%逆性セッケン液	5ml	10ml	20ml	30ml
水	495ml	990ml	1,980ml	2,970ml

次亜塩素酸ナトリウム液

0.01%次亜塩素酸ナトリウム液

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
1.1%ミルトン液	5ml	10ml	20ml	30ml
水	495ｍｌ	990ml	1,980ml	2,970ml

0.02%次亜塩素酸ナトリウム液

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
1.1%ミルトン液	10ml	20ml	40ml	60ml
水	490ml	980ml	1,960ml	2,940ml

0.05%次亜塩素酸ナトリウム液

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
1.1%ミルトン液	25ml	50ml	100ml	150ml
水	475ml	950ml	1,900ml	2,850ml

0.1%次亜塩素酸ナトリウム液

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
1.1%ミルトン液	50ml	100ml	200ml	300ml
水	450ml	900ml	1,800ml	2,700ml

又は

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
10%ピューラックス液	5ml	10ml	20ml	30ml
水	495ml	990ml	1,980ml	2,970ml

0.5%次亜塩素酸ナトリウム液

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
1.1%ミルトン液	250ml	500ml	1,000ml	1,500ml
水	250ml	500ml	1,000ml	1,500ml

又は

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
10%ピューラックス液	25ml	50ml	100ml	150ml
水	475ml	950ml	1,900ml	2,850ml

＊ミルトンとハイターを同義語と解釈しないこと。ハイターは、塩素濃度の安定性が保てないことから使用しないこととし、ミルトンに統一する。次亜塩素酸ナトリウムとしての純度も異なり、ハイターはより不純物の混入があるため、浸漬後は洗い流す必要あり。

ルビスタ　ルビスタ1包（5g）に対して水道水500mlで溶解。有効期限：調整後7日間

E-12：消毒薬一覧

消毒薬名		開封後使用期限	備考
高水準消毒薬			
ステリハイド L2% 器		調製後 7 日間	専用のテストストリップで濃度を確認して使用する
ステリスコープ 3% 器		調製後 14 日間	専用のテストストリップで濃度を確認して使用する
ディスオーパ消毒液 0.55% 器		14 日間	専用のテストストリップで濃度を確認して使用する
中水準消毒薬			
エコ消エタ消毒液 皮 環 器		1 年間	揮発しないようフタをしっかり閉める 浸漬綿は 24 時間
アルコール含浸綿製品 皮		1 週間	残ったら環境消毒などに使用する
速乾性擦式アルコール手指消毒剤 手		1 年間	
クロルヘキシジングルコン酸塩 エタノール消毒液 1% 皮		1 年間	
ポビドンヨード消毒液 10% 皮		6 ヶ月	
ポピヨドンスクラブ 7.5% 手		1 年間	
ヨードホルムガーゼ 皮		4 ヶ月	外包に入れて保管する
ミルトン 環 器		6 ヶ月（原液） 調製後 24 時間	可能な限り冷暗所で保管する

消毒薬名		開封後使用期限	備考
低水準消毒薬			
0.05%マスキン水 特		3ヶ月	浸漬綿は24時間
0.02%マスキン水 特		3ヶ月	浸漬綿は24時間
スクラビインS4%液 手		3ヶ月	
0.05%ヂアミトール水 皮 特		3ヶ月	浸漬綿は24時間
オラネジン消毒液1.5% 皮 特		3ヶ月	
オラネジン液1.5%消毒用アプリケータ 皮 特		開封後使い切り	
その他の消毒薬			
ルビスタ 環 器		調製後7日	
オキシドール 特		設定なし	記載されている使用期限まで
ハイポエタノール液2% 特		設定なし	記載されている使用期限まで
70%イソプロピルアルコール 特		1年間	

手 手指消毒　皮 皮膚消毒　器 器具消毒　環 環境消毒　特 特定の領域での使用

外来・病棟における推奨消毒薬（手術時の消毒は、手術室マニュアルに準ずる）

＜創面の露出のない皮膚の消毒＞

CV 挿入時・ドレーン挿入など皮膚切開前の消毒

（手術時の消毒は、手術室マニュアルに準ずる）

第一選択

●クロルヘキシジングルコン酸塩エタノール消毒液 1%



※電気メス使用時は、熱傷に注意すること。

第二選択（エタノールまたはクロルヘキシジン禁忌の方）

●ポビドンヨード消毒液 10%



※十分乾燥させること。

第三選択

●0.05%ヂアミトール水(エタノール・クロルヘキシジン禁忌かつヨードアレルギーの方)



※①通常石けんで十分に洗浄
②石けん成分を洗い落とす
③薬液に浸して洗う
④滅菌ガーゼで清拭

縫合された手術創部等（各科）



クロルヘキシジングルコン酸塩エタノール消毒液 1%



ポビドンヨード消毒液 10%



0.05%マスキン水、スワブスティックヘキシジン



0.025%ヂアミトール水

※当院採用は 0.05%製剤なので 2 倍希釈して用いる。

＜創傷面の露出した皮膚＞

原則、汚染が除去できれば洗浄のみで問題なし。

消毒をする場合

0.05%マスキン水、スワブスティックヘキシジン



汚染がある場合

ポビドンヨード消毒液 10%　　※組織障害性があるので消毒後に洗い流すのが原則。



クロルヘキシジンやヨードのアレルギーのある方

0.025%ヂアミトール水

※　当院採用は 0.05%製剤なので 2 倍希釈して用いる。



＜粘膜の消毒（尿道留置カテーテル挿入時など）＞

ポビドンヨード消毒液 10%



もしくは

0.02～0.05%ヂアミトール水

（ヨードアレルギーの方はこちらを使用）



外来・病棟における推奨消毒薬　早見表

	クロルヘキシジン グルコン酸塩 エタノール 1% 	ポビドンヨード 消毒液 10% 	0.05% ヂアミトール水 	0.025% ヂアミトール水 ※0.05%製剤を 2 倍希釈する	0.05% マスキン水 
＜創面の露出のない皮膚の消毒＞					
【皮膚切開前の消毒】 ・CV 挿入時 ・ドレーン挿入時など	① ※エタノールまたは クロルヘキシジン アレルギーは禁忌	② ※ヨードアレルギー は禁忌	③	×	×
【縫合された手術創部等】 （各科で選択）	○ ※エタノールまたは クロルヘキシジン アレルギーは禁忌	○ ※ヨードアレルギー は禁忌	○	×	○ ※クロルヘキシジン アレルギーは禁忌
＜創傷面の露出した皮膚の消毒＞					
※原則、汚染が除去 できれば洗浄のみで 問題なし	×	○ 汚染がある場合 ※ヨードアレルギー は禁忌 ※組織障害性がある ので消毒後に洗い 流す	×	○ ※0.05%製剤を 2 倍希釈する	○ 消毒をする 場合 ※クロルヘキシ ジンアレルギーは 禁忌
＜粘膜の消毒＞					
・尿道留置カテーテル 挿入時など	×	① ※ヨードアレルギーは 禁忌	②	③ ※0.05%製剤を 2 倍希釈する	×

※手術時の消毒は、手術室マニュアルに準ずる

F-1：「針刺し･切創」、「皮膚・粘膜曝露」　概論

＜針刺し・切創とは＞

○医療従事者が職務上、鋭利な器材で偶発的に傷を受けることを指します。

○医療従事者や医療関係スタッフが、業務中にさまざまな疾患に罹患した場合を職業感染といいます。

○血液曝露による職業感染の約8割が針刺しによって起こると言われています。

＜血液媒介病原体の感染経路＞

① 経皮的曝露（感染率0.3%）・・・注射針など中空針の刺傷による曝露

② 経粘膜的曝露（感染率0.09%）・・・眼粘膜、口腔粘膜への曝露

③ 既存創傷部位（損傷のある皮膚）への曝露（感染率0.1%未満）

＜職業曝露と感染率＞

感染源		リスク
ＨＢＶ	HBe 抗原（＋）	22.0～30.0%
	HBe 抗原（－）	1.0～6.0%
ＨＣＶ		1.8%
ＨＩＶ		0.3%

F-2：針刺し防止対策の実際

＜スタンダードプリコーションの実践＞

①手袋の着用

・血液・体液は感染性があるものとして扱います。採血・血管確保・抜針時など、血液・体液等に触れる可能性がある時にはディスポーザブル手袋の着用が必要です。

・手袋を着用していれば、針刺しが起こってしまった場合でも、曝露血液量を減らすことができるため有用です。

②ゴーグル・マスクの着用

・ハイリスク領域である手術室や救急救命室で業務をする場合、あるいは飛沫が顔にかかる恐れのある処置を行う場合は、目・鼻・口の粘膜を保護するために防護具を使用し、血液や体液による粘膜曝露を予防することが必要です。

＜工学的管理＞

①廃棄容器の設置

・針刺しを予防するためには、針を使用した時点で廃棄することが重要です。

・病室内に廃棄容器の設置がない場合、針を使用する時には携帯用の廃棄容器を持参するようにしましょう。

・やむを得ず、一時的に膿盆などに入れる場合は、廃棄時には鑷子などを用いて針捨て容器に廃棄するようにしましょう。針などの鋭利器材と他のゴミなどを一次的であっても膿盆などに一緒に入れることはやめましょう。

・廃棄用器は一杯になってから捨てるのではなく、7～8割入った時点で捨てるようにしましょう。







②安全器材の使用

・静脈留置針や翼状針はセイフティ機能のついたものを使用し、安全機構を作動させましょう。

・縫合針は針カウンターを使用し、カウンターに針を収納しましょう。

＜作業管理＞

・日本ではリキャップ時に多くの針刺しが起こっています。

・使用後の針のリキャップは原則禁止です。

・もし針を使用した時点で、側に廃棄容器がない場合には、

スクープ法を用いてリキャップを行いますが(図1)、
両手でのリキャップは決して行わないでください。

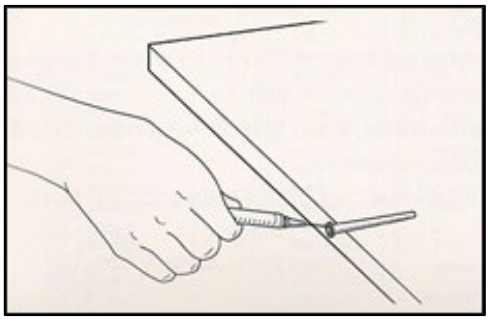


図１　スクープ法の実施



F-3：針刺し事例発生時の対応フローチャート

処置

汚染部位の洗浄（流水で 10 分以上）

上司へ報告

所属長（夜間は責任看護師）に報告

・汚染源の確認（E-4：感染症確認フローチャート参照）

※未検の場合は、患者に検査協力を要請

内科受診

外来課長に連絡し、消化器内科受診

・汚染源となった患者氏名・ID を報告

※必要時ワクチン・予防内服等の実施(各フローに準ずる)

書類作成

総務課から該当の発生届を受け取り作成・提出

①A. 針刺し・切創発生届（一般用）
②B. 皮膚・粘膜曝露発生届（一般用）
③A. 針刺し・切創発生届（手術室用）
④B. 皮膚・粘膜曝露発生届（手術室用）

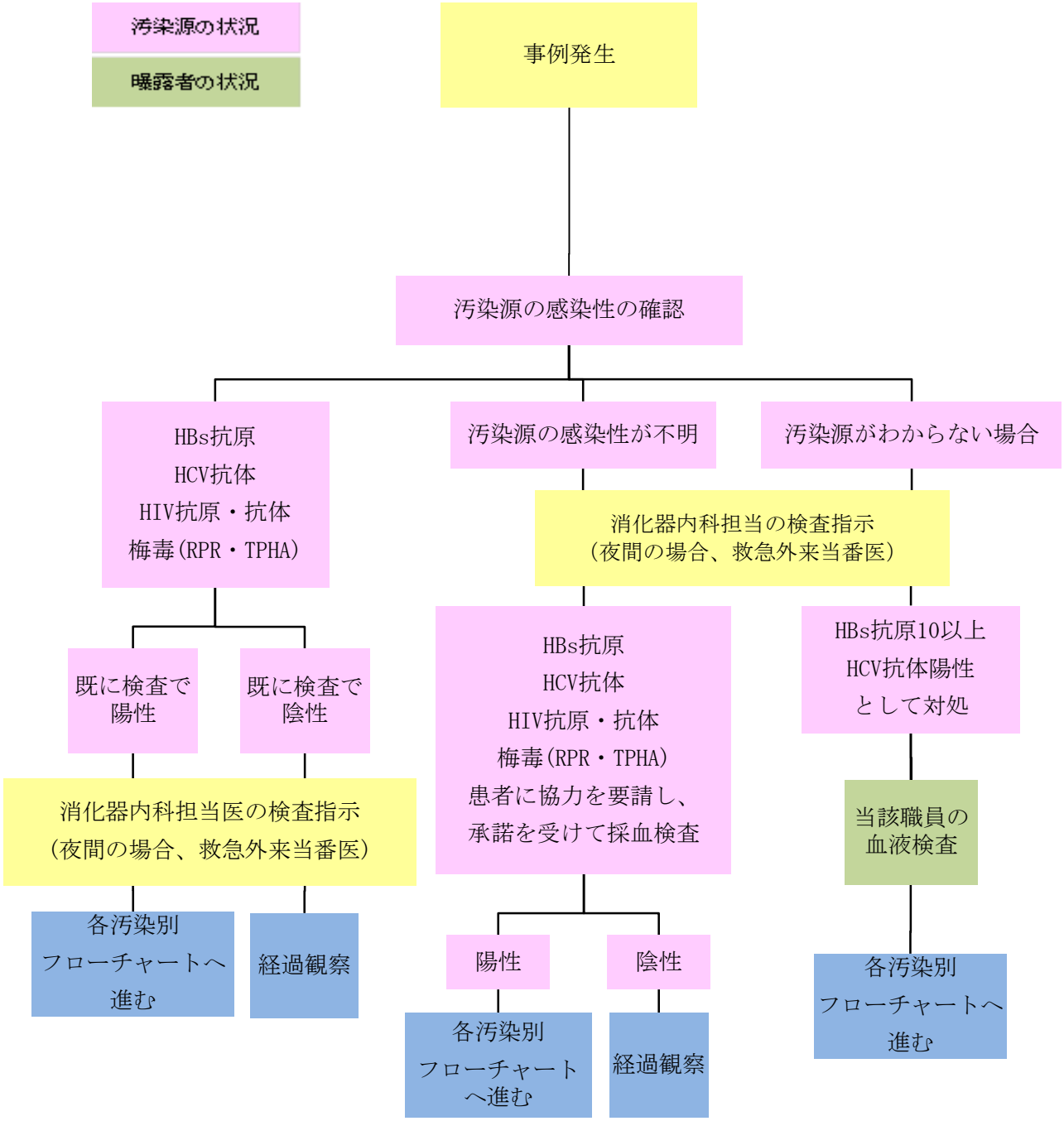
経過フォロー

消化器内科の指示に従う

・職員に関しては労災適応（病院負担、総務課手続き）とし対処します。当院外来でフォローする際は、必ず各自で内科予約をしてから受診をしてください（フォロー期間の目安は各感染事故対処法を参照し、担当医の指示を受けてください）。

・学生実習や研修者が起こした場合は、実習受け入れの際に感染事故などに関しての取決めを行なうこととし、すべて自己負担となります。学校側で災害保険に加入するなどの処置がとられている事もあるのでその場合は利用します。対応としては、初期に行う採血などは職員と同じ扱いで進めて下さい。その後の感染やフォローについては他病院で行なって戴いても結構です。

F-4:感染症確認フローチャート

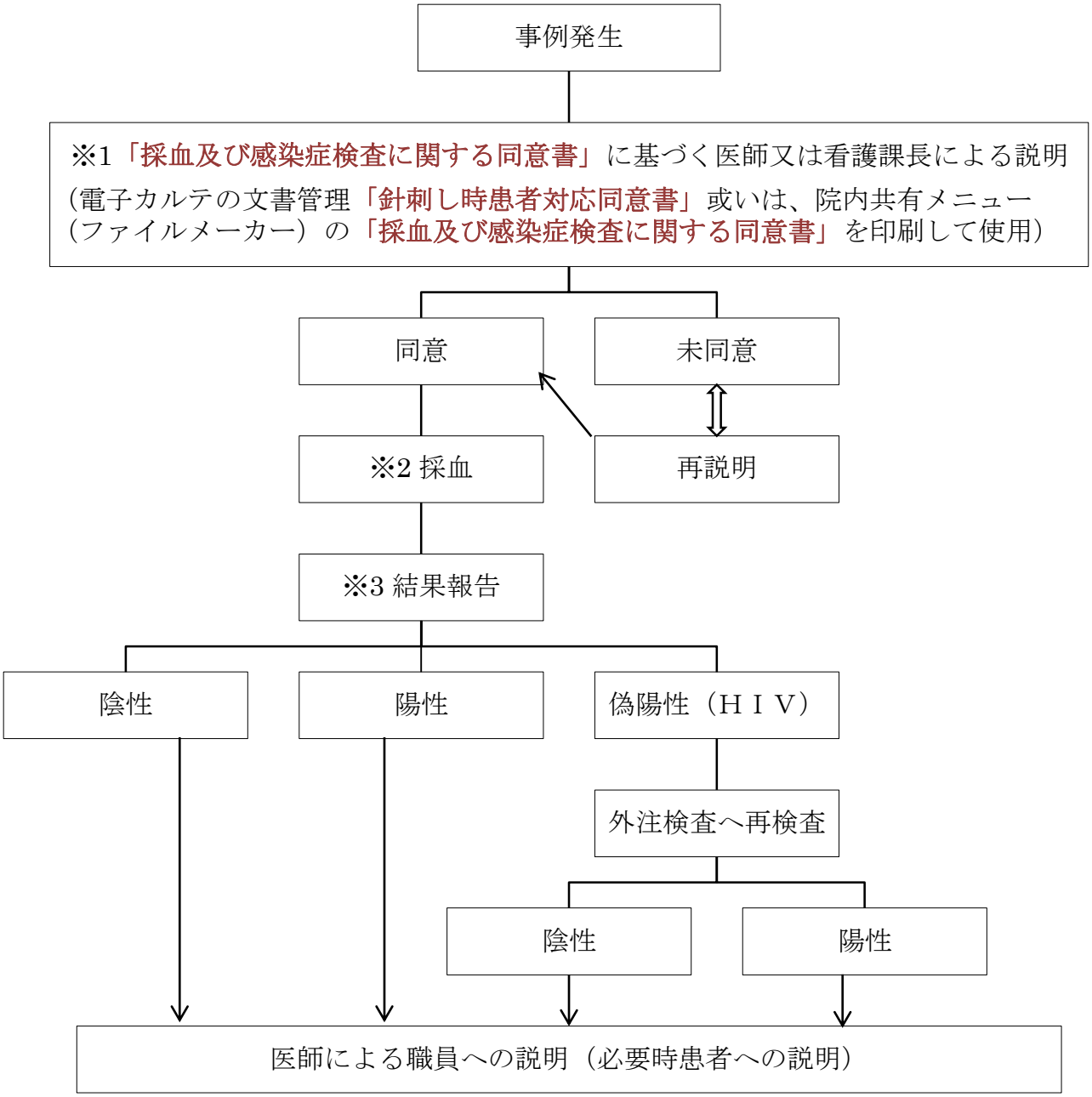


院内測定で
HB 抗原、HCV 抗体、HIV 抗原・抗体
の定量値が 1 以上を一時的陽性扱い、
外注など追加査が必要

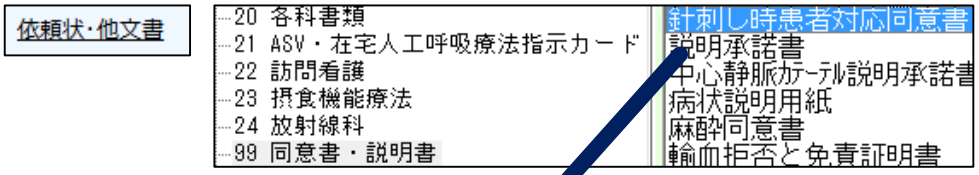
時間外など、汚染源の血液検査がすぐできない場合
→「汚染源がわからない場合」を選択案に

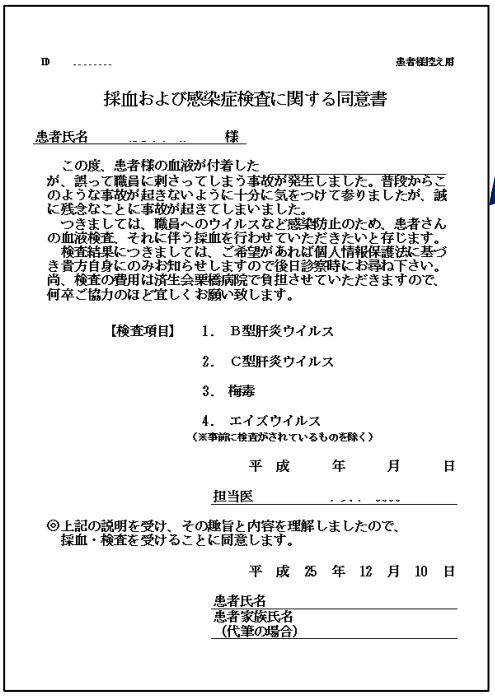
電子カルテ感染フラグ			（ー）判定定量値
梅毒	ＲＰＲ定量	＜	R.U.
	ＴＰＨＡ定量	＜	COI
ＨＢＶ	ＨＢｓ抗原定量	＜	COI
	ＨＢｓ抗体定量	＜	1 mIU/ml
	ＨＢｃ抗体定量	＜	COI
ＨＣＶ	ＨＣＶ抗体定量	＜	COI
	ＨＣＶコア抗原定量	＜	5 fmol/L
ＨＩＶ	ＨＩＶ抗原・抗体定量	＜	COI

F-5：感染症未検患者の対応フローチャート



※1 同意書による説明は、医師、または看護課長となっているが状況により臨機応変に対応ください
※2 検査のオーダー時は「針刺しのため」とコメント又は記入ください
※3 結果報告にも「針刺しのため」と記入ください
※4 採血をしない場合でもＨＩＶ検査は本人の同意を行います（参考）
○「採血及び感染症検査に関する同意書」印刷方法
汚染源となる患者さんが分かれば、患者カルテ依頼状・他文書より針刺し時患者対応同意書を選択するとエクセルファイルが開きます。





ID ..... 患者様控え用

採血および感染症検査に関する同意書

患者氏名 ..... 様

この度、患者様の血液が付着したが、誤って職員に刺さってしまう事故が発生しました。普段からこのような事故が起きないように十分に気をつけて参りましたが、誠に残念なことに事故が起きてしまいました。
つきましては、職員へのウイルスなど感染防止のため、患者さんの血液検査、それに伴う採血を行わせていただきたいと存じます。
検査結果につきましては、ご希望があれば個人情報保護法に基づき貴方自身にのみお知らせしますので後日診察時にお尋ね下さい。尚、検査の費用は済生会栗橋病院で負担させていただきますので、何卒ご協力のほど宜しくお願い致します。

【検査項目】 1. B型肝炎ウイルス
2. C型肝炎ウイルス
3. 梅毒
4. エイズウイルス
（※事前に検査がされているものを除く）

平 成 年 月 日

担当医 ....

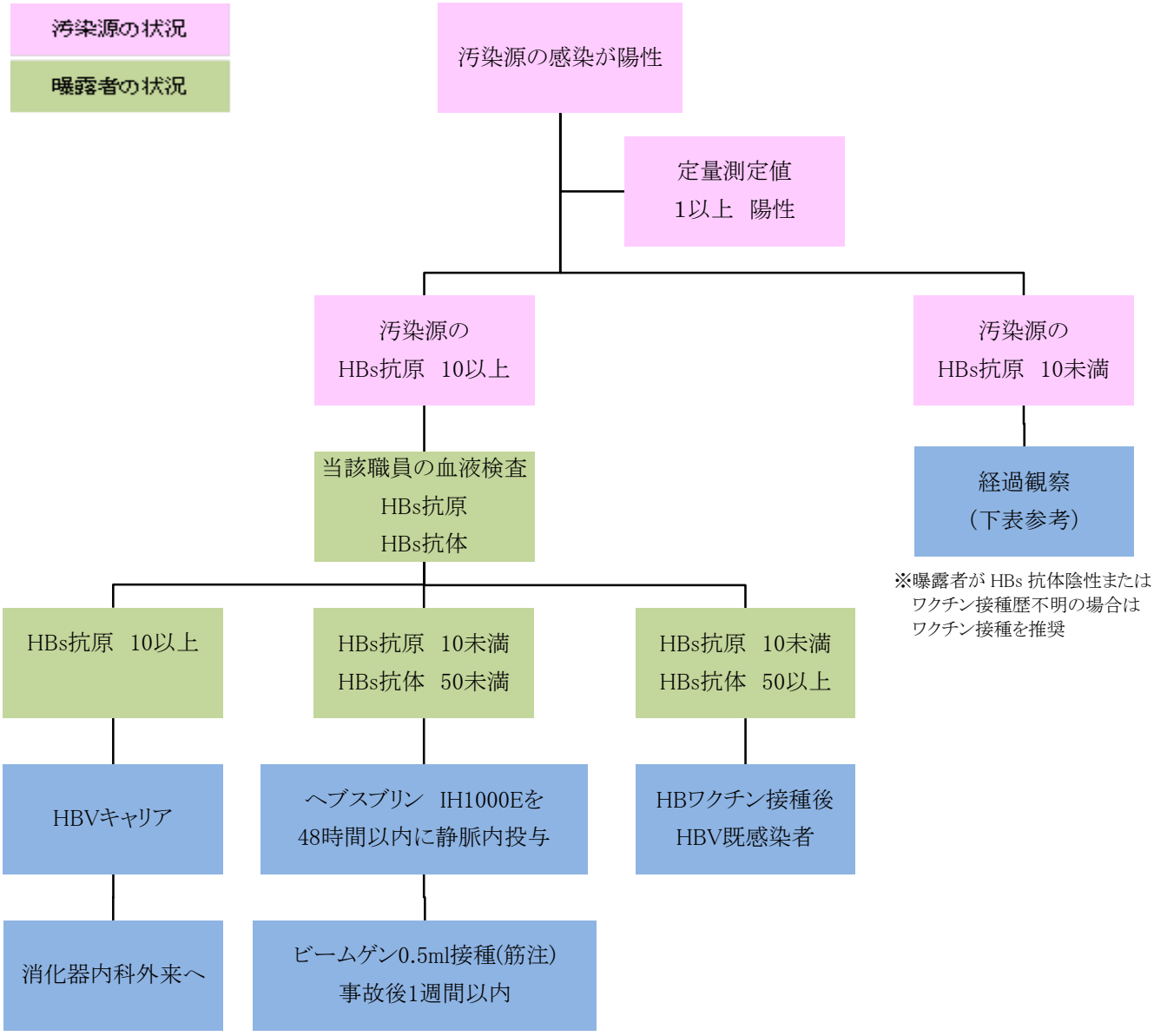
◎上記の説明を受け、その趣旨と内容を理解しましたので、採血・検査を受けることに同意します。

平 成 25 年 12 月 10 日

患者氏名
患者家族氏名
（代筆の場合）

社会福祉法人恩賜財団済生会支部埼玉県済生会加須病院			
文書名	院内感染防止対策マニュアル F-6：HBV 対応フローチャート		
文書番号	感対-共手-マニュアル F-6-1-220601	ページ	1 / 1

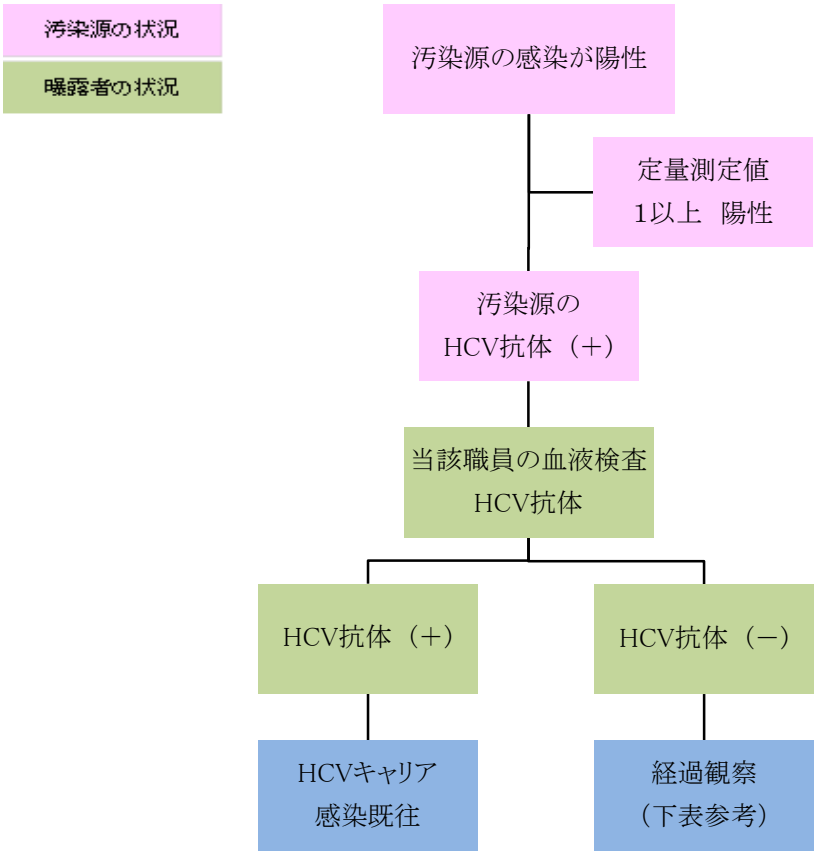
F-6：HBV 対応フローチャート



経過観察　定期検査の間隔

HBIG と HB ワクチンの投与スケジュール		0	1	2	3　4　5　6	//	12	（月）
グロブリン	HBIG(ヘブスブリン IH)	＊						
ワクチン	HB ワクチン(ビームゲン)	＊	＊		＊(3～6ヶ月中に)			
血液検査	HBs 抗原	＊			＊(3～6ヶ月中に)		＊	
	HBs 抗体	＊			＊(3～6ヶ月中に)		＊	
	肝機能（AST、ALT）	＊			＊(3～6ヶ月中に)		＊	

F-7:HCV 対応フローチャート



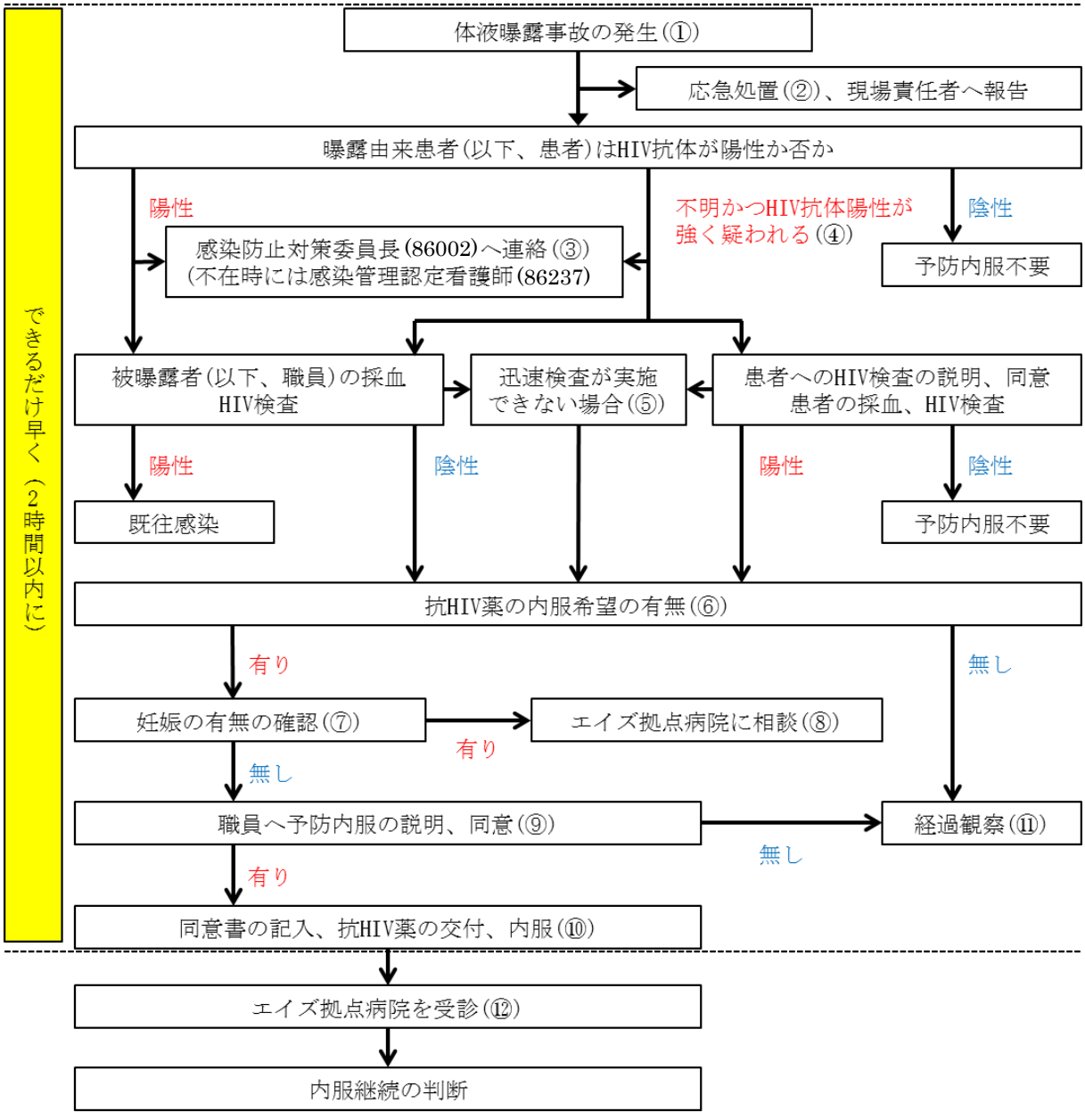
経過観察　定期検査の間隔

		0	1	2	3	4　5	6	//	12	（月）
血液検査	HCV 抗体	＊	＊		＊		＊		＊	
	肝機能（AST、ALT）	＊	＊		＊		＊		＊	

事故直後のインターフェロン（またはインターフェロンとリバビリン）、免疫グロブリンなどの予防投与はなく、経過観察のうちに消化器内科を受診。

F-8：HIV 対応フローチャート

被曝露者、曝露由来患者のプライバシーの保持に十分留意すること



①～⑫：対応マニュアルを参照

F-9：HIV 対応マニュアル

①曝露時の判断

曝露事故とは、針刺し事故や鋭利な医療器具による切創等、皮内への HIV 汚染血液の曝露及び粘膜や傷のある皮膚への血液等感染性体液をさす。

曝露事象で感染の可能性が高いのは以下の場合である。

・曝露由来患者が AIDS を発症している
・曝露由来患者の HIV RNA 量が 1500 コピー/mL 以上
・曝露原因の針（器具）が中空（針）である
・血液、体液が肉眼的に見える
・血管内に刺入された後の器具（針）による曝露
・深い傷

②曝露時の応急措置

・曝露された創部または、皮膚を石鹸と流水によって十分に洗浄する。ポビドンヨードや消毒用エタノールを使用してもよいが、その効果は確立されていない。粘膜（眼など）は流水で十分に洗浄する。口腔粘膜の汚染ではポビドンヨード含嗽水によるうがいを追加してもよい。
・また、受傷部位から血液を絞りだそうとする行為は有効性が証明されていない。

③感染防止対策委員長への連絡

・曝露由来患者の HIV 抗体が陽性、もしくは不明であるが HIV 抗体陽性が強く疑われる場合には感染防止対策委員長へ連絡し指示を仰ぐ。不在時には感染管理認定看護師に連絡する。
・連絡が取れない場合、予防内服においては曝露後可能な限り速やかに初回内服を開始することが重要であるため、リスクが高いと判断される場合には現場責任者、被曝露者の判断で予防内服を開始することができる。

④HIV 抗体陽性が強く疑われる例

・ニューモシスチス（カリニ）肺炎やクリプトコッカス髄膜炎等の症状があり HIV 陽性であることが推定できる場合。

⑤迅速検査が実施できない場合の対応

・夜間休日等で迅速検査が実施できない場合は、状況に応じ予防内服の必要性を検討する。検査に時間がかかることによって予防内服を開始する時間が遅れることは望ましくない。

⑥予防内服について

・予防内服をする場合は速やかに（可能であれば 2 時間以内に）開始することが望ましい。曝露後 24 時間から 36 時間以降の開始では有効性が劣るとされ、72 時間以降では内服を推奨しない場合が多い。そのため、内服開始が遅れた場合は専門医に相談することが推奨される。

⑦妊娠の有無の確認

・妊娠検査が必要な場合は簡易妊娠検査キットが検査科に常備してある。

⑧妊娠の可能性がある場合、妊婦が予防内服を希望する場合

・当院には妊婦に対し推奨されている薬剤を備蓄していないため、速やかに専門医に相談することが望ましい。

⑨予防内服を希望する場合

（1）診察医は、「抗 HIV 薬予防内服説明書」に基づき説明を行い、予防内服は被曝露者本人の意志によって決定されることを説明する。

（2）予防内服を希望する場合は、「抗 HIV 薬予防内服同意書」に被曝露者本人が署名をする。

（3）「抗 HIV 薬予防内服同意書」は 1 部を本人控え用、1 部を病院控え用とする。

★「抗 HIV 薬予防内服説明書」「抗 HIV 薬予防内服同意書」は電子カルテ内の文書管理・ICT フォルダ内にあるので、印刷して使用する。

⑩抗 HIV 薬の処方について

（1）投与日数はエイズ拠点病院を受診する予定日までの必要最小限の日数を処方する。

アイセントレス	1 回 1 錠　1 日 2 回
ツルバダ	1 回 1 錠　1 日 1 回

（2）処方が出たら薬剤科に連絡をし、直ちに診察室に届けてもらう。

（3）薬剤科は被曝露者が「抗 HIV 薬予防内服説明書」に基づき説明を受け、「抗 HIV 薬予防内服同意書」に署名がされていることを確認し、患者に交付する。

＊ツルバダの内服においては、腎機能障害や B 型肝炎の有無を考慮する必要があるが、緊急対処としての内服が優先されると考えられる。その後の内服継続等に関しては専門医の判断が必要となる。

⑪HIV 曝露後の経過観察検査

HIV 曝露後の検査は①曝露時ベースラインの検査、②曝露後 6 週目、③曝露後 12 週目、④曝露後 6 ヶ月目に、HIV スクリーニング検査、血算、腎機能検査、肝機能検査を行う。B 型肝炎関連、C 型肝炎関連、梅毒関連、HTLV-1 関連は曝露由来患者の状態や被曝露者の状態で取捨選択する。

⑫予防内服後の対応

可能な限り迅速に専門医を受診することが望ましい。受診については事前に電話連絡し、指示を仰ぐ。(エイズ拠点病院一覧参照)

F-10：予防内服する抗 HIV 薬について

商品名	ツルバダ	アイセントレス
一般名	テノホビル/エムトリシタビン	ラルテグラビル
略称	TDF/FTC	RAL
外観		
飲み方	1 日 1 回　1 回 1 錠	1 日 2 回　1 回 1 錠
	①  ツルバダ 1 錠　＋　  アイセントレス 1 錠	
	②  アイセントレス 1 錠	
	・1 回目は①をできるだけ早く内服 ・以降②→①→②→･･･と 12 時間ごと(*)に交互に内服する （＊生活スタイルに合わせて 1 日 2 回内服すればよい） ・食事の影響はない	
特徴	・2 つ薬剤の合剤である ・最も推奨されている薬剤である	・他の抗 HIV 薬と比較して副作用や薬物 相互作用が少ない
主な副作用	このような症状に気付いたら、担当の医師または薬剤師に相談して下さい。	
	悪心、下痢、鼓腸、疲労感など	発疹、吐気、眩暈、下痢、頭痛、不眠 疲労感など
重大な副作用	まれに下記のような症状が現れる場合があります。その場合、[　]内に示した副作用の 初期症状が考えられるので、すぐに医師の診療を受けて下さい。	
	・むくみ、尿量減少、口渇　［腎機能障害］ ・吐気、激しい腹痛、背部痛　［膵炎］ ・意識障害、過呼吸、手足の震え ［乳酸アシドーシス］	・発熱、全身倦怠感、食欲不振、発疹 ［皮膚粘膜眼症候群、薬剤性過敏症症候群］ ・発熱、寒気、ふらふら感　［過敏症］ ・手足の筋肉の痛み、こわばり ［横紋筋融解症、ミオパチー］ ・むくみ、尿量減少、口渇　［腎機能障害］ ・食欲不振、全身倦怠感、吐気、黄疸 ［肝機能障害、肝炎］

E-11：消毒薬の作製方法

塩化ベンザルコニウム液

0.1%塩化ベンザルコニウム液

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
10%逆性セッケン液	5ml	10ml	20ml	30ml
水	495ml	990ml	1,980ml	2,970ml

次亜塩素酸ナトリウム液

0.01%次亜塩素酸ナトリウム液

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
1.1%ミルトン液	5ml	10ml	20ml	30ml
水	495ｍｌ	990ml	1,980ml	2,970ml

0.02%次亜塩素酸ナトリウム液

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
1.1%ミルトン液	10ml	20ml	40ml	60ml
水	490ml	980ml	1,960ml	2,940ml

0.05%次亜塩素酸ナトリウム液

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
1.1%ミルトン液	25ml	50ml	100ml	150ml
水	475ml	950ml	1,900ml	2,850ml

0.1%次亜塩素酸ナトリウム液

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
1.1%ミルトン液	50ml	100ml	200ml	300ml
水	450ml	900ml	1,800ml	2,700ml

又は

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
10%ピューラックス液	5ml	10ml	20ml	30ml
水	495ml	990ml	1,980ml	2,970ml

0.5%次亜塩素酸ナトリウム液

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
1.1%ミルトン液	250ml	500ml	1,000ml	1,500ml
水	250ml	500ml	1,000ml	1,500ml

又は

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
10%ピューラックス液	25ml	50ml	100ml	150ml
水	475ml	950ml	1,900ml	2,850ml

＊ミルトンとハイターを同義語と解釈しないこと。ハイターは、塩素濃度の安定性が保てないことから使用しないこととし、ミルトンに統一する。次亜塩素酸ナトリウムとしての純度も異なり、ハイターはより不純物の混入があるため、浸漬後は洗い流す必要あり。

ルビスタ　ルビスタ1包（5g）に対して水道水500mlで溶解。有効期限：調整後7日間

F-12：抗 HIV 薬予防内服同意書

抗 HIV 薬予防内服同意書

済生会加須病院　病院長　殿

私は、HIV 汚染血液等曝露後の抗 HIV 薬予防内服における利益と不利益について説明を受け、妊娠への安全性が確認されていないことを含め、十分に理解しました。

私は、自らの意志により下記薬剤の予防内服を希望します。

アイセントレス　1回1錠　1日2回

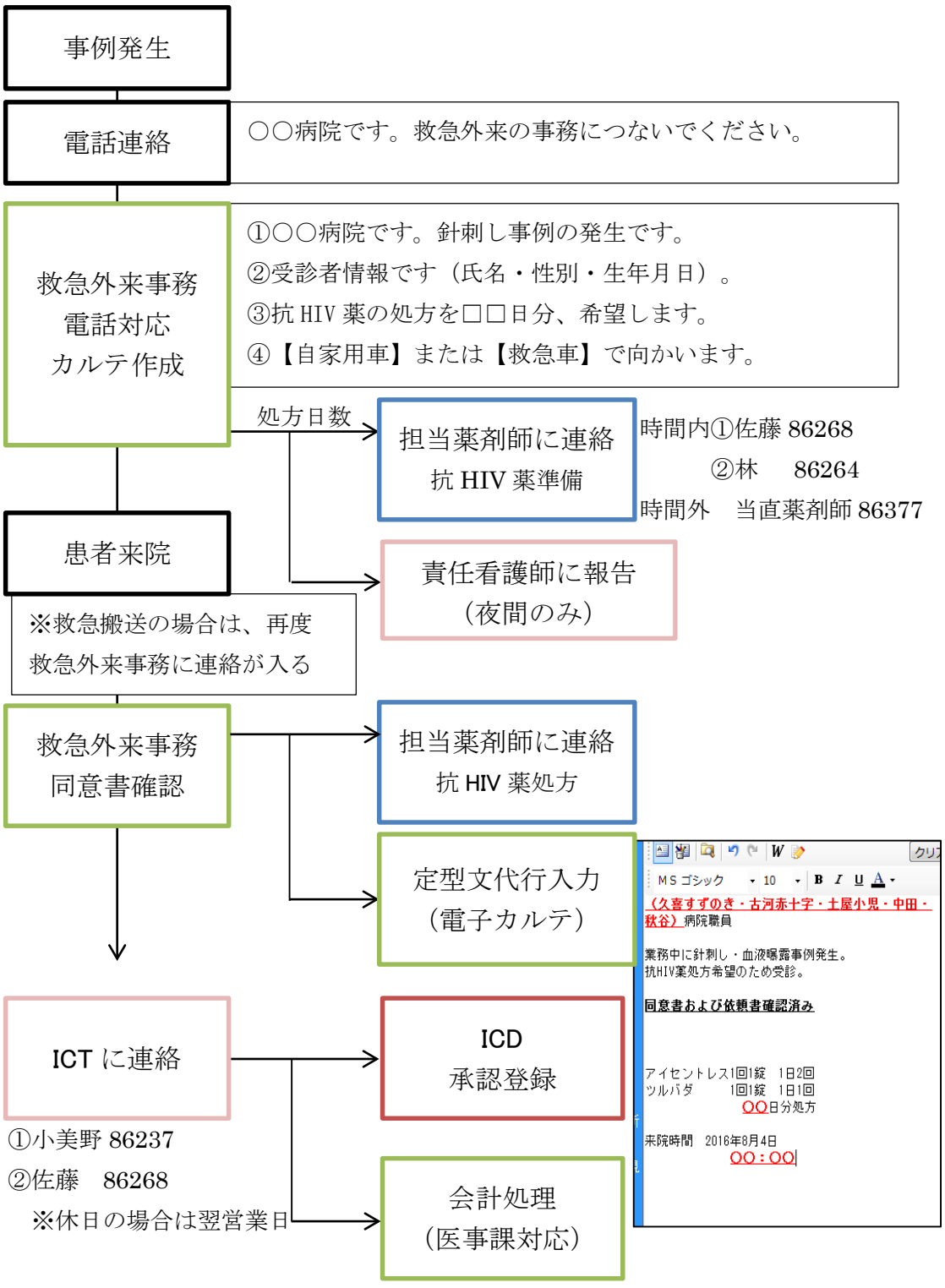
ツルバダ　1回1錠　1日1回

年　　月　　日

部署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

F-13：他施設からの抗 HIV 薬　処方依頼対応フローチャート



F-13：抗 HIV 薬　処方依頼対応フローチャート（連携施設版）

事例発生

内服の同意をとり、同意書を作成してください

済生会加須病院に電話をしてください
0480-70-0888」（代）

・○○病院です。救急外来の事務につないでください。

救急外来の事務員が対応しますので、下記をお伝えください

・○○病院です。針刺し事例の発生です。
・受診者情報です（氏名・性別・生年月日）。
・抗 HIV 薬の処方を□□日分、希望します。
（エイズ拠点病院を受診するまでの必要最低日数分）
・【自家用車】または【救急車】で向かいます。

栗橋病院　救急外来にお越しください

※同意書を必ず持参してください
・救急車で来院する場合は、救急隊から救急外来事務員に再度連絡してください。

担当薬剤師から内服薬が渡されますので、内服してください

事務手続き後、帰院ください

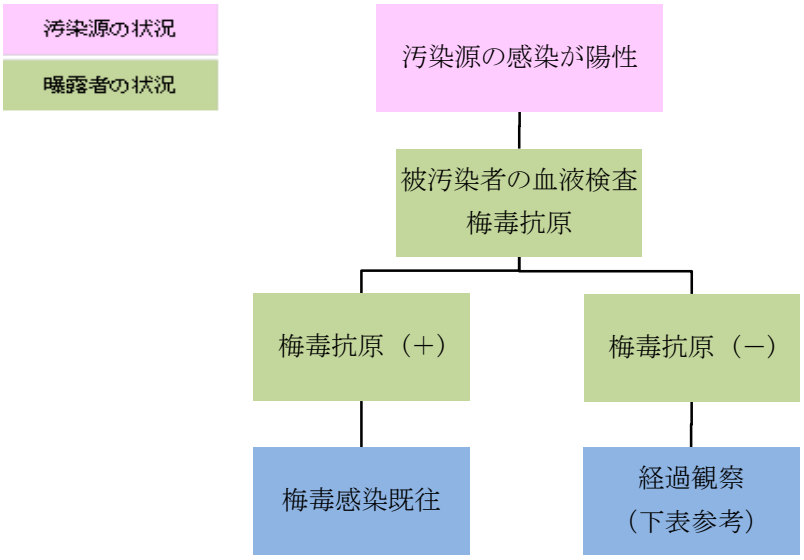
後日、ご施設宛に会計手続きを行います

F-14：埼玉県内のエイズ拠点病院　一覧

埼玉県 HP
エイズ治療拠点病院の情報を参照

https://www.pref.saitama.lg.jp/a0701/kansen/aidsbyouin.html

F-15：梅毒対応フローチャート



経過観察　定期検査の間隔

	0	0.5	1	2	3	4	5	6	//	12	（月）
血液検査　RPR 検査	＊	＊		＊				＊			
TPHA 検査			＊					＊		＊	

※陽性が確認されたら治療（経口ペニシリン薬を 7～10 日間投与）

脂質抗原で検出（STS）（非特異的反応）	TP 抗原で検出 抗体検出法（特異的反応）		考えられる病態・原因	対応
RPR	TPHA	FTA-ABS		
＋	＋		梅毒(再感染を含む) 梅毒治癒後の抗体陽性者 他のスピロヘータ感染症	各定量検査の実施（治療開始、間隔をおいて再検査）
＋	－	＋	初期の梅毒	再検査(他の検査法を含む) TP 抗体 IgM(－)なら治療の必要はない
		－	生化学的偽陽性	
－	＋	＋	治療後、非常に古い梅毒	
		－	TPHA の偽陽性	
－	－		非梅毒 ごく初期の梅毒 初期梅毒治療後	感染が否定できない臨床所見がある場合は再検査

※FTA-ABS は必要に応じて実施

臨床産婦人科 55.1.2001/感染症の診断・治療のガイドライン　日本医師会編ほか. 参照

G-1：職員の健康管理　概要

1. 健診（入職時、年１回定期健診、接触者健診）

①入職時健康診断の提出（当院の指定書式）

・結核健診IGRA（QFTまたはT-SPOT）の実施

・ウイルス抗体価の実施（麻疹・水痘・風疹・ムンプス）

※接種対象者は、入職前にワクチンを接種しておく

・HBS抗体の実施　陰性者はワクチン接種

②年1回の定期健康診断の受診（義務付け）

③咳など呼吸器感染症状が2週間以上続く時は結核の感染源とならないために、自発的に診察を受けて下さい

2. ＨＢＶ、ＨＣＶ

定期健康診断において、HBs抗原/MAT、HBs抗体/PHA、HCV抗体3r(index＆判定)を測定

3. 実習生等の受け入れについて

実習生等を受け入れる場合には別紙契約書を交わし、感染時の対応を確認しておく

G-2：HB ワクチン接種について

・患者や患者の血液・体液に接する可能性のある場合は、B型肝炎に対して感受性のある
　すべての医療関係者に対してB型肝炎ワクチン接種を実施する。

・ワクチンは0、1、6か月後の3回接種（1シリーズ）を行う。

・3回目の接種終了後から2か月後にHBs抗体検査を行い、10 mIU/mL以上であれば
　免疫獲得と判定する。

・1回のシリーズで免疫獲得とならなかった医療関係者に対してはもう1シリーズの
　ワクチン接種を考慮する。

・ワクチン接種シリーズ後の抗体検査で免疫獲得と確認された場合は、
　その後の抗体検査や追加のワクチン接種は必要ではない。

G-3：就業制限が必要な感染症一覧

職員が発症した際に就業制限が必要な感染症一覧

疾患名	感染経路	就業制限期間の目安	備考
インフルエンザ	飛沫	発熱から 5 日間経過し、かつ平熱に解熱後 48 時間経過	・解熱していた場合でも、著しい咳がある場合は就業制限が必要な場合がある
ノロウイルス	接触・飛沫	症状消失後 48 時間	・ウイルスは 7～10 日間（長いもので 2 週間）排泄されるので、復帰後も最低 1 週間は用便後の手洗いを厳重に行う ・厨房従事者はウイルスの消失が確認されるまで就業を制限
麻疹	空気・飛沫	発疹出現後 7 日間	・長期間発熱を認める場合は更に就業制限が必要な場合がある
水痘（帯状疱疹）	空気・飛沫・接触	すべての水疱が痂皮化するまで	・帯状疱疹は発疹部位、程度により皮膚科医の指示を受ける ・閉鎖できれば勤務可能 ※化学療法中の患者・小児患者との接触は不可
風疹	飛沫	発疹出現後 5 日間	
流行性耳下腺炎（ムンプス）	飛沫	耳下腺腫脹から 5 日間	
流行性角結膜炎（EKC）	接触	眼瞼結膜の発赤消失まで	・眼科医を受診し了解を得た上で就業復帰可とする
手足口病	標準		・全身状態が安定していれば勤務可能 ・免疫不全患者との接触を避ける

感受性職員が曝露した際に就業制限が必要な感染症一覧

※免疫の獲得が証明された場合は、就業制限の必要なし

疾患名	感受性職員の曝露後就業制限	曝露後医療従事者の予防投薬
麻疹	初回曝露 5 日目～最終曝露 21 日目	72 時間以内のワクチン接種 または 6 日以内の γ-グロブリン筋注
水痘・播種性帯状疱疹	初回曝露 10 日目～最終曝露 21 日目 （水痘高力価 γ-グロブリンを静注した場合は 28 日目まで）	72 時間以内のワクチン接種 または 96 時間以内の水痘高力価 γ-グロブリン静注
風疹	初回曝露 7 日目～最終曝露 21 日目	
流行性耳下腺炎	初回曝露 12 日目～最終曝露 26 日目	

G-4：感染性ウイルス疾患の伝播防止

医療従事者の身を守り、自らが感染源にならないよう、麻疹・風疹・流行性耳下腺炎（ムンプス)・水痘の抗体陰性者（感受性者）は、積極的にワクチン接種をすることが望まれる。また、事前に既往歴・ワクチン接種歴（抗体の有無）を把握することが重要である。

Ⅰ.麻疹

1.感染経路

○飛沫感染、空気感染（感染力強い）

2.潜伏期間

○9～11 日

3.伝播可能期間

○発病 1～2 日前から発疹出現 4～5 日後
特に発疹が出現する前の感染力が強い

4.臨床症状

○発熱、咳、鼻汁、眼脂、結膜充血、羞明
- カタル期（3～5 日）周囲に発赤を伴う灰白色の小斑点（コプリック斑）が頬粘膜に出現
- 発疹期（4～5 日）耳の後部や頸部・顔面から全身へ赤く小さな斑状発疹が出現
- 回復期（10～14 日）色素沈着を残して発疹消失

5.合併症

○脱水症、気管支炎、肺炎、中耳炎、咽頭・喉頭炎、血小板減少症、DIC、脳炎など

6.ケアのポイント

①麻疹患者に接する機会の多い部署の医療従事者で抗体陰性者はワクチンを接種する
②患者のケアはウイルスに対して抗体を有する者が優先して行う
③患者に対しては空気予防策を実施する
④やむを得ず抗体陰性者がケアする場合には、N95 マスクを着用する
⑤患者と接触した可能性のある患者および医療従事者で、抗体陰性または不明の者は速やかに抗体検査を行う
⑥抗体陰性者は 72 時間以内にワクチンを接種する
⑦曝露後の免疫グロブリンの予防投与は推奨しない（ワクチンが禁忌の場合考慮する）
⑧患者または医療従事者が発症した場合は「感染症発生届」を速やかに提出する
⑨就業制限は「就業制限が必要な感染症一覧」参照

Ⅱ.風疹

1. 感染経路
   ○飛沫感染（感染力は麻疹より弱い）

2. 潜伏期間
   ○14～21 日（多くは 16~18 日）

3. 伝播可能期間
   ○発疹出現 7 日前から発疹出現 5 日後

4. 臨床症状
   ○発熱、発疹、リンパ節腫脹、耳の後部や頸部・顔面から全身へ赤く小さな斑状発疹が出現
   麻疹のような色素沈着はなく約 3 日で消失。リンパ節腫脹は 3～6 週間で消失する
   妊婦が妊娠前半期に感染すると約 20%の頻度で先天性風疹症候群（CRS）になり、その新生児は生後約 1 年間、咽頭・尿などからウイルスを排出する

5. 合併症
   ○関節炎、血小板減少性紫斑病、脳炎、溶血性貧血

6. ケアのポイント
   ①風疹患者に接する機会の多い部署の医療従事者で抗体陰性者はワクチンを接種する
   ②患者のケアはウイルスに対して抗体を揺する者が優先して行う
   ③患者に対しては飛沫予防策を実施する
   ④患者と接触した可能性のある患者および医療従事者で、抗体陰性の者・不明の者は速やかに抗体検査を行う
   ⑤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
   ⑥患者または医療従事者が発症した場合は「感染症発生届」を速やかに提出する
   ⑦就業制限は「就業制限が必要な感染症一覧」参照

Ⅲ. 流行性耳下腺炎（ムンプス）

1. 感染経路
   ○飛沫感染

2. 潜伏期間
   ○12～15 日（多くは 16～18 日）

3. 伝播可能期間
   ○耳下腺の腫脹 9 日前から腫脹 9 日後

4. 臨床症状
   ○発熱、倦怠感、頭痛、耳下腺・顎下腺・舌下腺・唾液腺の腫脹および疼痛

5. 合併症
   ○髄膜炎、脳炎、睾丸炎、膵炎、腎炎、難聴

6. ケアのポイント
   ①ムンプス患者に接する機会の多い部署の医療従事者で抗体陰性者はワクチンを接種する
   ②患者のケアはウイルスに対して抗体を有する者が優先して行う
   ③患者に対しては飛沫予防策を実施する
   ④患者と接触した可能性のある患者および医療従事者で、抗体陰性の者・不明の者は速やかに抗体検査を行う
   ⑤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
   ⑥患者または医療従事者が発症した場合は「感染症発生届」を速やかに提出する
   ⑦就業制限は「就業制限が必要な感染症一覧」参照

Ⅳ. 水痘・帯状疱疹

1. 感染経路
   ○飛沫感染、空気感染、水疱液との接触感染

2. 潜伏期間
   ○10～21 日（多くは 14～16 日）

3. 伝播可能期間
   ○発疹出現 1～2 日前から水疱が痂皮化するまで

4. 臨床症状
   ○発熱、全身倦怠感、強い掻痒感を伴う発疹
   発疹は体幹・顔面（毛髪部・口腔内も含む）・四肢に出現し、紅斑から 2～3 日で水疱、膿疱、痂皮化する

5. 合併症
   ○妊婦が妊娠第 1～2 期に感染すると約 2%の頻度で先天性水痘症候群となり、
   出産 5 日前～2 日後に発症すると、その新生児は生後 5～10 日頃に発症し重症化する

6. ケアのポイント
   ①水痘患者に接する機会の多い部署の医療従事者で抗体陰性者はワクチンを接種する
   ②患者のケアは水痘・帯状疱疹ウイルスに対して抗体を有する者が優先して行う
   ③水痘および免疫不全患者の播種性帯状疱疹の患者に対しては空気感染予防策を実施する
   ④通常の帯状疱疹患者では接触予防策を実施する
   ⑤やむを得ず抗体陰性者がケアする場合には、N95 マスクを着用する
   ⑥患者と接触した可能性のある患者および医療従事者で、抗体陰性の者・不明の者は速やかに抗体検査を行う
   ⑦抗体陰性者は 72 時間以内にワクチンを接種する
   ⑧抗ウイルス薬の予防投与の適応について、ICD にコンサルトする
   ⑨曝露後の免疫グロブリンの予防投与は推奨しない（ワクチンが禁忌の場合考慮する）
   ⑨患者または医療従事者が発症した場合は「感染症発生届」を速やかに提出する
   ⑩就業制限は「就業制限が必要な感染症一覧」参照

Ⅴ．主なウイルス性疾患の特徴と対応

※ワクチンが禁忌（妊娠中、免疫不全等）の場合考慮する

		麻疹	風疹	流行性耳下腺炎	水痘
ウイルス名		Measles virus (ﾐｰｽﾞﾙ ｽｳｲﾙｽ)	Rubella virus (ﾙﾍﾞﾗｳｲﾙｽ)	Mumps virus (ﾑﾝﾌﾟｽｳｲﾙｽ)	Varicella-Zoster virus (ｳﾞｧﾘｾﾗｿﾞｽﾀｰｳｲﾙｽ)
潜伏期間	通常	9～11 日	16～18 日	16～18 日	14～16 日
	最大		14～21 日	12～25 日	10～21 日
伝播可能期間		発症 2 日前～発疹出現 5 日後	発疹出現 7 日前～発疹出現 5 日後	耳下腺腫脹 9 日前～腫脹 9 日後	発疹出現 2 日前～水疱痂皮化
感染経路		空気・飛沫	飛沫	飛沫	空気・飛沫・接触
感染源		気道分泌物	鼻咽頭分泌物	鼻咽頭分泌物 唾液	気道分泌物 水疱液
発症者の就業制限		発疹出現後 7 日間	発疹出現後 5 日間	耳下腺腫脹から 9 日間	すべての水疱が痂皮化するまで
感受性職員の曝露後就業制限		初回曝露 5 日目～最終曝露 21 日目	初回曝露 7 日目～最終曝露 21 日目	初回曝露 12 日目～最終曝露 26 日目	初回曝露 10 日目～最終曝露 21 日目
曝露後 医療従事者の予防投薬		72 時間以内のワクチン接種、または 6 日以内の γ-グロブリン筋注※	なし	なし	72 時間以内のワクチン接種、または 96 時間以内の水痘高力価 γ-グロブリン静注※

G-5：結核接触者健診

2022 年 4 月

＜結核患者発生時の対応＞

結核患者発生

①保健所に発生届提出・報告
（患者住所の管轄保健所）

②接触者リスト作成の依頼

③患者の情報収集
- 体温
- 呼吸器症状の有無
- 喀痰吸引実施の有無
- 実施検査項目、結果
- ADL、ケア内容等

④接触者リストの作成
- 同室患者
- 全スタッフ

接触者リストの作成
①同室患者
②接触スタッフ
- 医師
- 看護師
- ナースクルー
- 放射線技師
- 薬剤師
- リハビリスタッフ
- 栄養科スタッフ
- 清掃スタッフ
- 医事課スタッフ
- 実習生等

⑤優先接触者の選定 1)
※8 時間以上同室または接

⑥保健所へ結果報告

⑦優先接触患者への電話連絡
※入院中・かかりつけの患者は当院で検査、その他の患者は保健所対応

⑧優先接触者の IGRA 検査（対象者①のフローに準ずる）
- スケジュールの決定
- 該当部署、医事課に連絡
- オーダー入力（T-SPOT　TB）
- 検査結果の確認

＜優先接触者およびスクリーニング検査の流れ＞

①結核発生時に優先接触者と判断された患者および職員

②気管支内視鏡検査に従事するスタッフのスクリーニング（年 1 回実施）

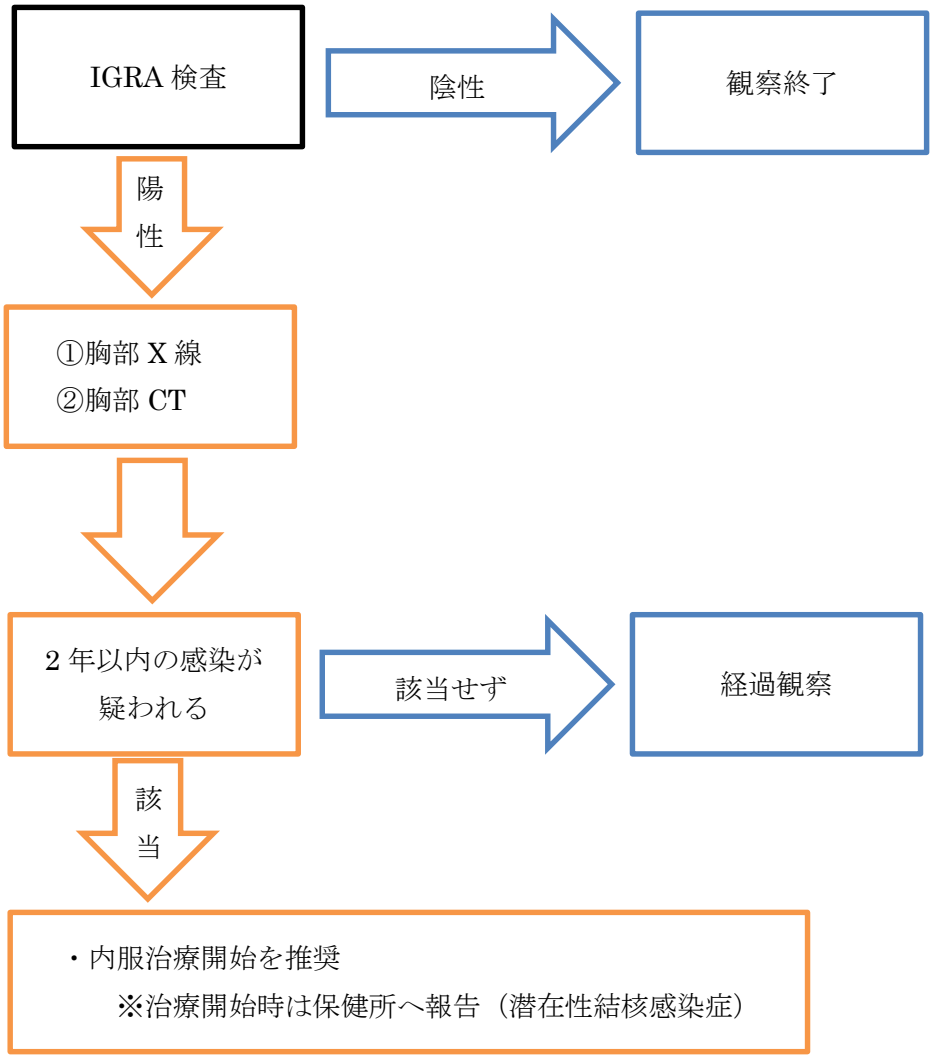


表　潜在性結核感染症（LTBI）の治療法 [2)]

薬剤名	標準量	最大量	投与期間	格付け（エビデンス）	
	mg/kg/day	mg/body/day	（月）	HIV－	HIV＋
イソニアジド	5	300	9	A（Ⅱ）	A（Ⅱ）
イソニアジド	5	300	6	B（Ⅰ）	C（Ⅰ）
リファンピシン	10	600	4	B（Ⅱ）	B（Ⅲ）

参考文献

1) 感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引き（改訂第 5 版）2014 年 3 月

2) 日本結核病学会予防委員会・治療委員会「潜在性結核感染症治療指針」

kekkaku Vol. 88, No. 5：497-512, 2013

H-1：抗菌化学療法の原則

1. 抗菌薬の適正使用とは

抗菌薬の適正使用にあたっては図 1 に示す三つの観点を考慮する必要がある。

①個人防衛の観点

感染病態をできるだけ早期に診断し、原因菌を的確に捉え、原因菌に抗菌力を示す薬剤の中から、安全性の最も高い薬剤を選択する。

②集団防衛の観点

抗菌薬の多用による微生物の耐性化を防ぎ、抗菌薬の最大効果を獲得していく。

③社会防衛の観点

医療経済的な観点から、医療資源の浪費を最小限にする。



図 1. 抗菌薬の適正使用

2. 抗菌薬選択の前に

①抗菌薬の適応病態

感染症発症における宿主－寄生体関係を図 2 に示す。感染症が、発症するか否か、重症化するか否かは、宿主感染防御能と、原因病原体の病原性×菌量との相対的力関係によって決まってくる。抗菌化学療法は、抗微生物薬により病原体の菌量を減少させ、相対的力関係を宿主に有利に展開しようというものである。抗菌薬を投与するにあたっては、図 3 のように、生体にとって、薬剤投与の利点が、有害反応のリスクを上回る時、その適応が生じることになる。

感染症を疑わせる発熱や、炎症は、表 1 に示すように、感染症以外にも、非感染症性炎症性疾患、非炎症性発熱疾患でも見られる。また、感染症の中でも、原因微生物の種類により治療薬は大きく異なるため、適切な診断に基づく抗菌薬投与が求められる。

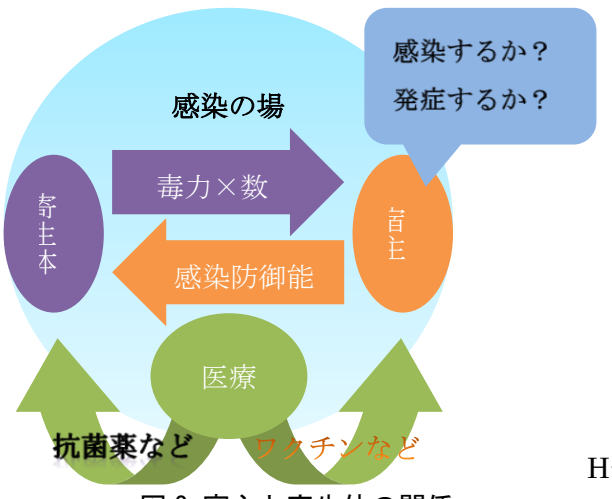


図 2. 宿主と寄生体の関係

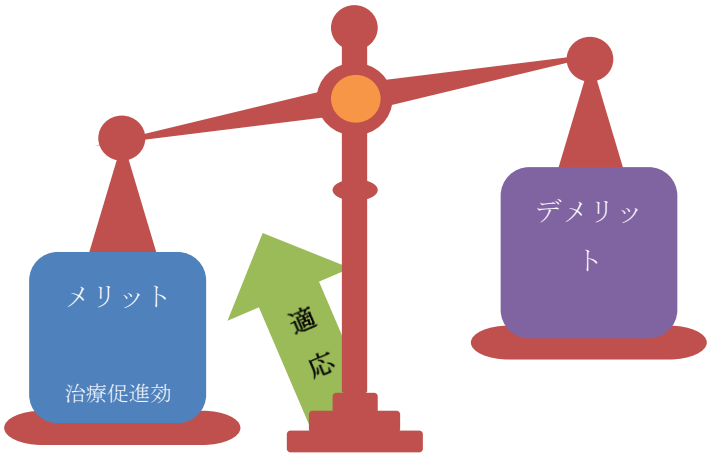


図 3. 抗菌薬投与の適応

	病態	病因		治療薬
発熱炎症性疾患	感染症	ウイルス	→	抗ウイルス薬
		マイコプラズマ クラミドフィラ リケッチア レジオネラ	→	テトラサイクリン系薬 マクロライド系薬 ニューキノロン　など
		一般細菌	→	上記↑の抗菌薬 β―ラクタム系薬 アミノグリコシド系薬　など
		結核菌	→	抗結核薬
		真菌	→	抗真菌薬
		原虫	→	抗原虫薬
		寄生虫	→	抗寄生虫薬
	非感染性炎症疾患	結晶性関節炎	→	非ステロイド性抗炎症薬
		膠原病	→	副腎皮質ステロイド、免疫抑制剤
		悪性腫瘍	→	抗がん剤
		アレルギー	→	抗アレルギー薬、副腎皮質ステロイド
	非炎症性発熱疾患	内分泌疾患	甲状線機能亢進症、副腎クリーゼ	
		体温調整異常	中枢熱、発熱異常、脱水、自律神経障害	
	詐熱			

表 1. 発熱・炎症疾患の鑑別

①経験的治療

感染症での急性病態は進行が早いため、早期の治療開始が重要であり、原因病原体の確定を待たずに経験的に原因菌を推定して抗菌薬を選択せざるを得ない。原因菌推定の際の判断材料となる事項を表 2 に示す（個々の病態における推定原因菌と選択すべき薬剤は次項を参照）。経験的療法を開始する際も、必要な検査、薬剤の効果と副作用の評価を行いながら、随時、抗菌薬選択の妥当性を再評価していく必要がある（図 4）。

感染病巣	症状、身体所見、検査所見から推定
	呼吸器、尿路、肝・胆道、皮膚軟部組織、 消化管、子宮・附属器、眼、耳、鼻、咽頭ほか
発症過程	急性、慢性
	市中発症、院内発症
基礎状態	男、女、妊婦
	新生児、小児、青年、壮年、老人
	基礎疾患：感染防御能の障害部位・程度
病巣分泌物	尿、便、痰、膿、分泌物
	色、性状、におい
	グラム染色所見
抗菌薬	投与歴、副作用歴、前投与の効果
体内異物	血管カテーテル、尿路カテーテル、シャント ペースメーカー、ドレーン、人工関節ほか

表 2. 原因菌推定のための判断材料

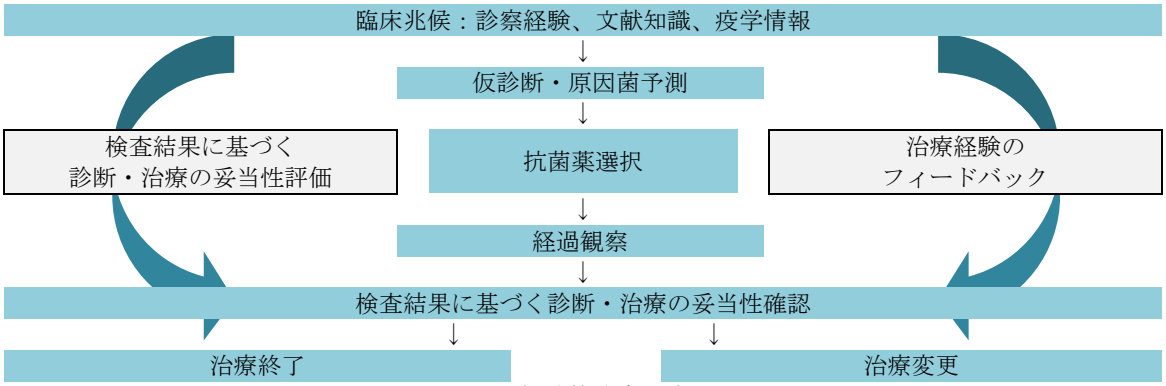


図 4. 経験的治療の流れ

H-2：病態別抗菌薬選択の目安

①病態から起炎菌を推定する（下記表を参照）。
②推定起炎菌にあわせて最適な抗菌薬を選択する。
③起炎菌が判明しだい最適薬に変更する。別表「アンチバイオグラム」参照
＊ 前項「経験的治療の流れ」参照

	病態	目標菌種	選択薬	備考
呼吸器	感染機会の少ない 市中発症例	*S.pneumoniae* *H.influenzae* (*S.aureus*) (*M.catarrhalis*) (*K.pneumoniae*)	経口ペニシリン 経口セフェム 注射用ペニシリン 注射用セフェム(Ⅰ、Ⅱ) 注射用セフェム(Ⅱ、Ⅲ)	高齢者ではマイコプラズマは希 無効時はクラミドフィラ、レジオネラ、結核を考慮
	感染症状を繰り返す 市中発症例	*H.influenzae* *S.pneumoniae* *K.pneumoniae* *P.aeruginosa* *M.catarrhalis*	経口セフェム βラクタム阻害薬+ペニシリン ニューキノロン 注射用ペニシリン 注射用セフェム(Ⅱ、Ⅲ) カルバペネム	過去の分離菌、直前の投与薬剤を参考に
	院内発症例 (前投薬あり)	各種耐性菌 *P.aeruginosa* MRSA	注射用セフェム(Ⅲ) カルバペネム バンコマイシン	過去の分離菌を参考 直前の投与薬剤に無効な菌種を目標に
	誤嚥例 (悪臭、膿瘍)	上記＋嫌気性菌 (*Prevotella*、*Porphylomonas*)	注射用セフェム(Ⅱ、Ⅲ) モノバクタム+クリンダマイシン	口腔ケア、食事形態などに配慮
尿路	急性単純性尿路感染	*E.coli* (*P.mirabilis*) (*K.pneumoniae*)	経口セフェム オールドキノロン 注射用セフェム(Ⅰ、Ⅱ)	起因菌多様、培養結果参照 尿道カテーテル留置例では、菌交代現象で定着したカンジダ、腸球菌は放置
	慢性複雑性尿路感染 (前投薬あり)	*P.aeruginosa* 各種耐性菌	ニューキノロン 注射用セフェム(Ⅱ、Ⅲ)	
皮膚	皮膚化膿症	*S.aureus* *Peptostreptococcus*	βラクタム阻害薬+ペニシリン 注射用セフェム(Ⅰ、Ⅱ)	切開排膿が重要
	丹毒	*S.pyogenes*	ペニシリン	
	褥瘡 (発熱時)	複数菌感染 (腸内の細菌) (*B.fragilis*)	ニューキノロン 注射用セフェム(Ⅱ、Ⅲ) カルバペネム	壊死組織除去、免荷などが重要 Colonization は局所のみ
消化器	胆道感染症	*E.coli* *K.pneumoniae* (*B.fragilis*) (*Enterococcus*)	経口セフェム ニューキノロン 注射用セフェム(Ⅲ)+ＡＢＰＣ	CPZ、CFPM は胆汁移行特に良好
	腸炎 市中発症感染性腸炎	*Shigella*、 *Salmonella* など	(ニューキノロン)	軽症例の多くは自然治癒
	腸炎 抗菌薬関連腸炎	*C.difficile* MRSA	バンコマイシン(経口)	抗菌薬投与中の発症
	腹膜炎	腸内常在菌	第３世代セフェム カルバペネム	
顆粒球減少患者の感染症	口腔・ 腸管常在菌 による敗血症 日和見病原体 による感染症	細菌(緑膿菌、 MRSA、非発酵菌) 真菌 結核菌 ニューモシスチス	アザクタム+ダラシン、 カルバペネム 注射用ニューキノロン 抗真菌薬 抗結核薬 ＳＴ合剤	コロニー刺激因子 結核、真菌症、ニューモシスチス肺炎、サイトメガロウイルス感染にも注意 絨毯(じゅうきゅう)爆弾になりやすく要注意 出来るだけ的を絞って
術後感染予防	創感染 清潔手術	黄色ブドウ、 表皮ブドウ球菌	ＰＣ+β ラクタム阻害薬 第１世代セフェム	大まかな目安を示しますが、詳細は各科の術式に合わせてガイドラインを決めて下さい
	創感染 汚染手術	大腸菌、緑膿菌、 嫌気性菌	ＰＣ+β ラクタム阻害薬 第2、４世代セフェム	
	術後肺炎 術後尿路感染 腸炎	咽頭定着菌 上記抗菌薬関連腸炎		挿管前にＭＲＳＡがあれば除菌 発症後病態、分離菌に合わせて薬剤選択

第一世代、第二世代などセファロスポリンについて、慣用的に第一世代、第二世代セフェムと表記。

H-3 ： 当院採用抗微生物薬一覧（感覚器官用剤は除く）

1. 抗菌薬

分類	一般名	略号	採用品名	剤形	規格	備考
ペニシリン	ベンジルペニシリン	PCG	ペニシリンG	注	100万単位	
	ベンジルペニシリンベンザチン	DBECPCG	バイシリンG	顆	40万単位/g	☆★
	アンピシリン	ABPC	ビクシリン	Cap	250mg	☆★
				注	0.5g/1g	
	アモキシシリン	AMPC	サワシリン	Cap	250mg	
				細	100mg/g	
	スルタミシリン	SBTPC	ユナシン	錠	375mg	
				細	100mg/g	☆
	ピペラシリン	PIPC	ピペラシリン	注	1g	
	アンピシリン/スルバクタム	ABPC/SBT	スルバシリン	注	1.5g/3g	
	アモキシシリン/クラブラン酸(2:1)	AMPC/CVA	オーグメンチン	錠	187.5mg	☆
	アモキシシリン/クラブラン酸(14:1)	AMPC/CVA	クラバモックス	DS	636.5mg/g	
	タゾバクタム/ピペラシリン	TAZ/PIPC	タゾピペ	注	2.25g/4.5g	
第一世代セフェム	セファゾリン	CEZ	セファゾリン	注	1g	
	セファクロル	CCL	ケフラール	Cap	250mg	
				細	100mg/g	
第二世代セフェム	セフォチアム	CTM	セフォチアム	注	1g	
	セフメタゾール	CMZ	セフメタゾール	注	1g	
	フロモキセフ	FMOX	フルマリン	注	1g	
第三世代セフェム	セフォタキシム	CTX	セフォタックス	注	0.5g	
	セフトリアキソン	CTRX	セフトリアキソン	注	1g	
	セフォペラゾン/スルバクタム	CPZ/SBT	スルペラゾン	注	1g	
	セフジニル	CFDN	セフゾン	Cap	50mg	☆
					100mg	☆★
				細	100mg/g	

第三世代セフェム	セフジトレン	CDTR-PI	メイアクトMS	錠	100mg	
				細	100mg/g	
	セフポドキシム	CPDX-PR	バナン	錠	100mg	☆
				DS	50mg/g	☆
	セフカペン	CFPN-PI	セフカペン	錠	100mg	
				細	100mg/g	
			フロモックス	錠	75mg/100mg	☆
				細	100mg/g	☆
第四世代セフェム	セフェピム	CFPM	セフェピム	注	1g	
カルバペネム	パニペネム/ベタミプロン	PAPM/BP	カルベニン	注	0.5g	
	メロペネム	MEPM	メロペン	注	0.5g	★
			メロペネム	注	0.5g/1g	
	ドリペネム	DRPM	フィニバックス	注	0.25g/0.5g	
	テビペネム	TBPM-PI	オラペネム	細	100mg/g	☆
モノバクタム	アズトレオナム	AZT	アザクタム	注	1g	★
ペネム	ファロペネム	FRPM	ファロム	錠	200mg	
				細	100mg/g	☆★
グリコペプチド	バンコマイシン	VCM	バンコマイシン	注	0.5g/1g	
				散	0.5g	
	テイコプラニン	TEIC	テイコプラニン	注	0.2g	★
リポペプチド	ダプトマイシン	DAP	キュビシン	注	0.35g	★
ホスホマイシン	ホスホマイシン	FOM	ホスミシンS	注	1g	
			ホスミシン	錠	500mg	
				DS	400mg/g	
アミノグリコシド	ストレプトマイシン	SM	ストレプトマイシン	注	1g	
	カナマイシン	KM	カナマイシン	Cap	250mg	
				注	1g	★
	ゲンタマイシン	GM	ゲンタシン	注	0.06g	★
	アミカシン	AMK	アミカシン	注	0.1g	
	アルベカシン	ABK	アルベカシン	注	0.1mg	★

マクロライド	エリスロマイシン	EM	エリスロシン	錠	200mg	
				DS	200mg/g	
	クラリスロマイシン	CAM	クラリス	錠	50mg	
			クラリシッド		200mg	
			クラリスロマイシン	DS	100mg/g	
	ロキシスロマイシン	RXM	ルリッド	錠	150mg	
	アジスロマイシン	AZM	ジスロマック	錠	250mg	☆★
				Cap	100mg	☆
				細	100mg/g	☆
			ジスロマックSR	DS	2g	
テトラサイクリン	デメチルクロルテトラサイクリン	DMCTC	レダマイシン	Cap	150mg	☆★
	ドキシサイクリン	DOXY	ビブラマイシン	錠	100mg	★
	ミノサイクリン	MINO	ミノマイシン	錠	50mg	
				顆	20mg/g	
			ミノサイクリン	注	100mg	
リンコマイシン	クリンダマイシン	CLDM	ダラシン	Cap	150mg	
			クリンダマイシン	注	600mg	
オキサゾリジノン	リネゾリド	LZD	ザイボックス	注	600mg	
ニューキノロン	レボフロキサシン	LVFX	クラビット	注	500mg	
				錠	250mg	
			レボフロキサシン			
	シプロフロキサシン	CPFX	シプロキサン	注	300mg	
	トスフロキサシン	TFLX	オゼックス	錠	150mg	★
				細	150mg/g	☆★
	ガレノキサシン	GRNX	ジェニナック	錠	200mg	
	シタフロキサシン	STFX	グレースビット	錠	50mg	☆
抗結核薬	イソニアジド	INH	イスコチン	錠	100mg	
	ピラジナミド	PZA	ピラマイド	原		
	エタンブトール	EB	エサンブトール	錠	250mg	
	リファンピシン	RFP	リファンピシン	Cap	150mg	
	リファブチン	RBT	リファブチン	Cap	150mg	☆★

その他	ポリミキシンB	PL-B	ポリミキシンB	散	50万単位	
	スルファメトキサゾール/ トリメトプリム	ST	バクタ	顆	1g	
				錠	480mg	☆
			バクトラミン	注	480mg	
	メトロニダゾール	MNZ	フラジール	錠	250mg	
			アネメトロ	注	500mg	

2.抗ウイルス薬

分類	一般名	略号	採用品名	剤形	規格	備考
抗ヘルペス ウイルス薬	アシクロビル	ACV	アシクロビン	注	250mg	
			ゾビラックス	錠	200mg	
	バラシクロビル	VACV	バルトレックス	錠	500mg	
				顆	500mg/g	★
	ファムシクロビル	FCV	ファムビル	錠	250mg	☆
抗サイトメガロ ウイルス薬	ガンシクロビル	GCV	デノシン	注	500mg	
	バルガンシクロビル	VGCV	バリキサ	錠	450mg	★
抗インフルエンザ薬	オセルタミビル		タミフル	Cap	75mg	
				DS	30mg/g	
	ザナミビル		リレンザ	吸	5mg	☆
	ペラミビル		ラピアクタ	注	300mg	
	ラニナミビル		イナビル	吸	20mg	
抗RSウイルス薬	パリビズマブ		シナジス	注	50mg/100mg	★
抗HIV薬	エムトリシタビン/テノホビル		ツルバダ	錠	445mg	★
	ラルテグラビル		アイセントレス	錠	400mg	★

3. 抗真菌薬

分類	一般名	略号	採用品名	剤形	規格	備考
ポリエンマクロライド	アムホテリシンB	AMPH-B	ファンギゾン	Syr	100mg/mL	
			アムビゾーム	注	50mg	★
トリアゾール	フルコナゾール	FLCZ	ジフルカン	Cap	100mg	☆★
	ホスフルコナゾール	F-FLCZ	プロジフ	注	100mg/200mg	
トリアゾール	ボリコナゾール	VRCZ	ブイフェンド	錠	50mg	
				注	200mg	
	イトラコナゾール	ITCZ	イトリゾール	Cap	50mg	
				液	10mg/mL	★
キャンディン	ミカファンギン	MCFG	ファンガード	注	50mg	★
その他	テルビナフィン		ラミシール	錠	125mg	☆
	ペンタミジン		ベナンバックス	注	300mg	★

4. 抗寄生虫薬

分類	一般名	略号	採用品名	剤形	規格	備考
抗線虫薬	イベルメクチン		ストロメクトール	錠	3mg	
	ピランテル		コンバントリン	錠	100mg	☆

＊備考

☆院外採用薬（院外処方でのみ使用可能）

★臨時作用薬（使用時には使用申請の必要あり）

H-4：アンチバイオグラム

★2014年7月から2015年6月★

ＪＡＮＩＳは、提出データのＭＩＣ値よりCLSI2007(M100-S17)及び、２０１５年１月以降はCLSI2012(M100-S22)に準拠して、S（感受性)、I（中間)、R（耐性）判定を再判定している。表は、感受性率80%以上を水色、60%以上80%未満を黄色に、２０%以下を薄赤背景にし、測定データの少ないサルモネラは灰色文字に示した。

	n数	PCG	ABPC	PIPC	CVA/AMPC	SBT/ABPC	TAZ/PIPC	IPM	MEPM	CCL	CEZ	CFDN	CPDX	CMZ	CTX	CTRX	CAZ	CFPM	SBT/CPZ	AMK	GM	TOB	EM	CAM	CLDM	MINO	VCM	TEIC	OFLX	LVFX	CPFX	FOM
ﾌﾞﾄﾞｳ球菌	2153	23	22			76		75			74										62			48		73	92	100	100	70	58		
黄ﾌﾞ菌	962	28	24			71		77			70										65			48		73	86	100	100	100	69		
MRSA	338	0	0			17		30			8										36			11		26	61	100	100	100	18		
MSSA	624	41	35			98		100			100										79			67		98	99	100	100	100	94		
ﾌﾞ菌	1191	17	20			83		72			79										60			48		73	99	100	100	63	44		
腸内細菌	736		21	76				95	100		25	69		65	80		88	99			100	100				78			100	97	96	
大腸菌	816		57	64				100	100		67	84		98	80		88	87	100		100					95				64	64	97
肺炎桿菌	500		15	69				100	100		83	94		100	97		100	99			100					94				100	100	
ｴﾝﾃﾛﾊﾞｸﾀｰ	240		13	72				99	100		6	56		14	68		69	98			100	100				93			100	98	98	
ﾌﾟﾛﾃｳｽ	166		42	88				85	98		44	73		100	82		98	98			100					27				92	92	
ｻﾙﾓﾈﾗ	1		0	0				100	100		100	100		100	100		100	100			100					100				100	100	
緑膿菌	334			97				91	90						20		96	91			100	100							100	90	91	
ﾏﾙﾄﾌｨﾘｱ	91																9									100				90		
ｱｼﾈﾄﾊﾞｸﾀｰ	46			78				100	100						72		97	86			100					97				100	92	
ﾚﾝｻ球菌	2671	83	88			99		83							100	99		98			0			29	100	29	99	100	90	79		89
肺炎球菌	224	75				99		83							100	100		98			0			19					100	99		
β溶連菌	128	100	100												100	100		100			0			88	100				100	71		
腸球菌	1067	83	85																		0			16		29	99	100	67	69		89
ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ菌	242		36			60		100	100	51		100		100	100						0			94					100	100		
嫌気性菌	86																		100													
ﾊﾞｸﾃﾛｲﾃﾞｽ	21																		100													
ｺﾘﾈﾊﾞｸﾃﾘｳﾑ	1245																				83									47		

2015年12月　発行

H-5：抗菌薬使用届制度

１．目的

本制度は、薬剤耐性菌発現防止の観点から、特に使用するにあたって注意が必要であるカルバペネム系薬、抗 MRSA 薬について、使用状況を把握し適正使用を推進するために定められている。

２．対象薬剤

以下の薬剤について使用制度を設ける（一般名で表記）

①カルバペネム系薬

（１）パニペネム・ベタミプロン

（２）メロペネム

（３）ドリペネム

②抗 MRSA 薬（注射）

（１）バンコマイシン

（２）アルベカシン

（３）テイコプラニン

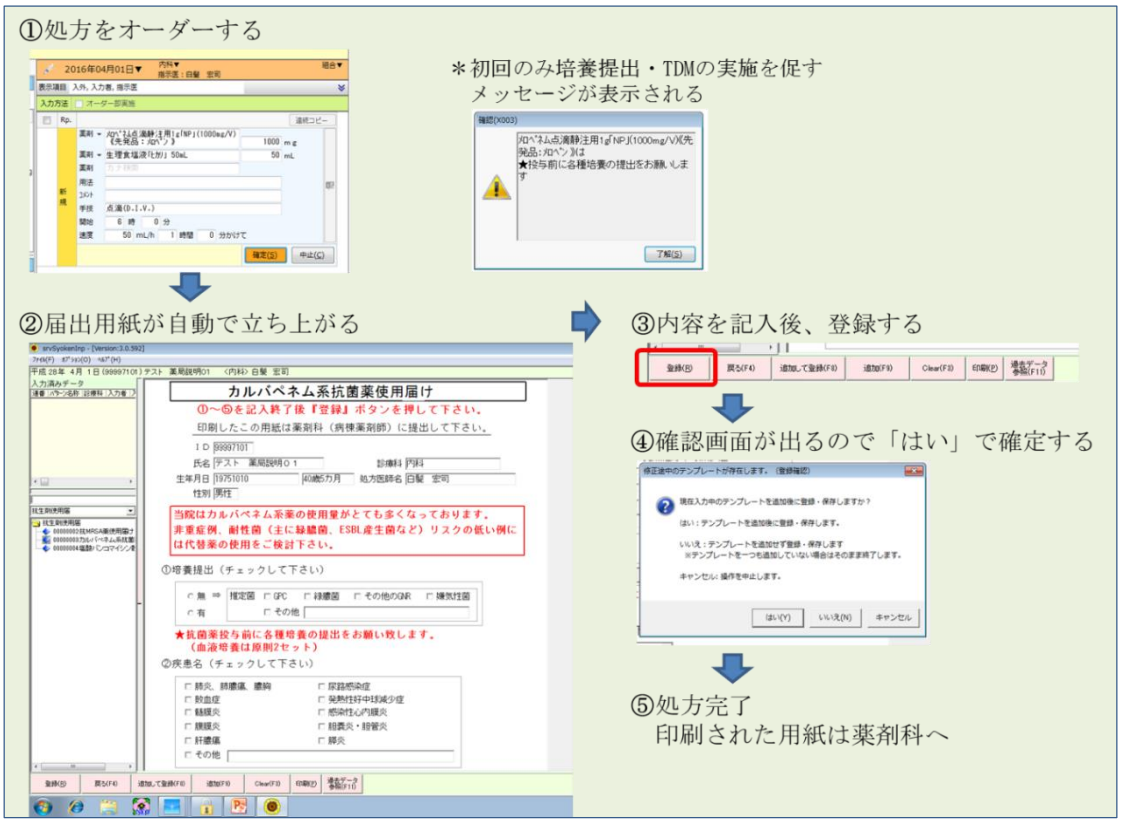
（４）リネゾリド

（５）ダプトマイシン

③抗 MRSA 薬（経口）

（１）バンコマイシン

３．抗菌薬使用届出の流れ



4．制度の運用

①対象薬剤を使用する場合、処方医は対象薬剤①については『カルバペネム系抗菌薬使用届け』、対象薬剤②については『抗 MRSA 薬使用届け』、対象薬剤③については『塩酸バンコマイシン散使用届け』を提出する。

②使用届けの記載内容は以下の通りである。

『カルバペネム系抗菌薬使用届け』

（1）培養提出の有無
（2）疾患名
（3）使用状況（新規/継続）
（4）使用薬剤
（5）用法・用量

『抗 MRSA 薬使用届け』

（1）使用目的
（2）疾患名
（3）使用状況（新規/継続）
（4）使用薬剤
（5）用法・用量
（6）血中濃度測定の有無

『塩酸バンコマイシン散使用届け』

（1）使用目的
（2）使用理由
（3）使用開始日
（4）用法・用量・投与日数

③処方された薬剤と提出された使用届けから、適正な使用であるかどうか判断し、必要あれば処方医に問い合わせを行う。

④長期使用（目安として 15 日以上）の場合には、必要に応じて ICT チームで介入を行う。

⑤毎月の ICT 委員会で届出対象薬剤の使用状況と使用届けの提出状況を報告する。

⑥使用届けは薬剤科にて保管する。

付則：『カルバペネム系抗菌薬使用届け』『抗 MRSA 薬使用届け』『塩酸バンコマイシン散使用届け』を添付する

カルバペネム系抗菌薬使用届け

①～⑤を記入終了後『登録』ボタンを押して下さい

印刷したこの用紙は薬剤科（病棟薬剤師）に提出して下さい

ID

氏名　　診療科

生年月日　　歳　　処方医師名

性別

当院はカルバペネム系薬の使用量がとても多くなっております。
非重症例、耐性菌（主に緑膿菌、ESBL産生菌など）リスクの低い例には代替薬の使用をご検討下さい。

①培養提出（チェックして下さい）

○ 無　⇒　推定菌　○ GPC　○ 緑膿菌　○ その他のGNR　○ 嫌気性菌
○ 有　　○ その他

★抗菌薬投与前に各種培養の提出をお願い致します（血液培養は原則2セット）

②疾患名（チェックして下さい）

○ 肺炎、肺膿瘍、膿胸	○ 尿路感染症
○ 敗血症	○ 発熱性好中球減少症
○ 髄膜炎	○ 感染性心内膜炎
○ 腹膜炎	○ 胆嚢炎・胆管炎
○ 肝膿瘍	○ 膵炎
○ その他	

③使用状況（選択して下さい）

○ 新規　⇒　開始日　　○ 継続

★長期使用例においてはICTより確認させて頂く場合がありますのでご協力お願い致します

④使用薬剤（リストから選択して下さい）

⑤用法・用量（入力して下さい）

1回　　mg　を　1日　　回　投与

ご協力ありがとうございました　　院内感染防止対策委員会

抗MRSA薬使用届け

①～⑥を記入終了後『登録』ボタンを押して下さい

印刷したこの用紙は薬剤科（病棟薬剤師）に提出して下さい

ID

氏名　　診療科

生年月日　　歳　　処方医師名

性別

投与設計致しますのでICT薬剤師もしくは病棟薬剤師へご連絡下さい

①使用目的（チェックして下さい）

○ MRSA感染症治療のため　○ 経験的治療

○ その他

②疾患名（チェックして下さい）

○ 肺炎、肺膿瘍、膿胸　○ 敗血症

○ 感染性心内膜炎　○ 皮膚・軟部組織感染症

○ 化膿性骨髄炎・関節炎　○ 腹腔内感染症

○ 髄膜炎　○ 尿路感染症

○ 術後感染予防　○ その他

③使用状況（選択して下さい）

○ 新規　⇒　開始日　　○ 継続

★長期使用例においてはICTより確認させて頂く場合がありますのでご協力お願い致します

④使用薬剤（リストから選択して下さい）

⑤用法・用量（入力して下さい）

1回　　mg　を　1日　　回　投与　　その他の用法・用量

⑥血中濃度測定の有無（チェックして下さい）

○ 無　○ 有　⇒　測定(予定)日

★血中濃度測定について不明な点があればICT、薬剤師へ確認下さい

ご協力ありがとうございました　　院内感染防止対策委員会

塩酸バンコマイシン散使用届け

①～④を記入終了後『登録』ボタンを押して下さい

印刷したこの用紙は薬剤科（病棟薬剤師）に提出して下さい

ID

氏名

生年月日　　歳

性別

診療科

処方医師名

医師セット(共通)にセット処方を組み込んでいますのでご利用下さい

①使用目的（チェックして下さい）

- ○ MRSA腸炎
- ○ クロストリジウム・ディフィシル関連腸炎

②使用理由（チェックして下さい）

- ○ 重症例のため
- ○ 再発例のため
- ○ その他

★重症例、再発例に該当しない場合はフラジール錠が推奨となります

③使用開始日（選択して下さい）

④用法・用量（入力して下さい）

- ○ 1回　125mg を 1日　4回　投与
- ○ 1回　　mg を 1日　　回　投与
- ○ その他の用法・用量

★通常、10～14日間の投与が推奨となります

ご協力ありがとうございました　　院内感染防止対策委員会

H-6：抗菌薬院内採用の手順

医師

書面による薬剤申請
（通常の薬剤申請と同様）

薬事委員会事務局
担当：薬剤科科長

申請薬剤の書面による通知

薬事委員会（不定期：年６回程度）
担当：薬事委員会委員長

薬剤採用検討（必要に応じＩＣＴ委員会、院内感染防止対策委員会に意見を求める）

承認

ＩＣＴ委員会(毎月第２火曜日)

院内感染防止対策委員会（毎月第３火曜日）
担当：院内感染防止対策委員長

採用薬剤検討（薬事委員会に意見を求められた場合、採用にあたり異議申し立てがある場合）

承認

採用薬剤通知

＊　薬事委員会とＩＣＴ委員会・院内感染防止対策委員会との順列は同等。

H-1：抗菌化学療法の原則

1. 抗菌薬の適正使用とは

抗菌薬の適正使用にあたっては図 1 に示す三つの観点を考慮する必要がある。

①個人防衛の観点

感染病態をできるだけ早期に診断し、原因菌を的確に捉え、原因菌に抗菌力を示す薬剤の中から、安全性の最も高い薬剤を選択する。

②集団防衛の観点

抗菌薬の多用による微生物の耐性化を防ぎ、抗菌薬の最大効果を獲得していく。

③社会防衛の観点

医療経済的な観点から、医療資源の浪費を最小限にする。



図 1. 抗菌薬の適正使用

2. 抗菌薬選択の前に

①抗菌薬の適応病態

感染症発症における宿主－寄生体関係を図 2 に示す。感染症が、発症するか否か、重症化するか否かは、宿主感染防御能と、原因病原体の病原性×菌量との相対的力関係によって決まってくる。抗菌化学療法は、抗微生物薬により病原体の菌量を減少させ、相対的力関係を宿主に有利に展開しようというものである。抗菌薬を投与するにあたっては、図 3 のように、生体にとって、薬剤投与の利点が、有害反応のリスクを上回る時、その適応が生じることになる。

感染症を疑わせる発熱や、炎症は、表 1 に示すように、感染症以外にも、非感染症性炎症性疾患、非炎症性発熱疾患でも見られる。また、感染症の中でも、原因微生物の種類により治療薬は大きく異なるため、適切な診断に基づく抗菌薬投与が求められる。

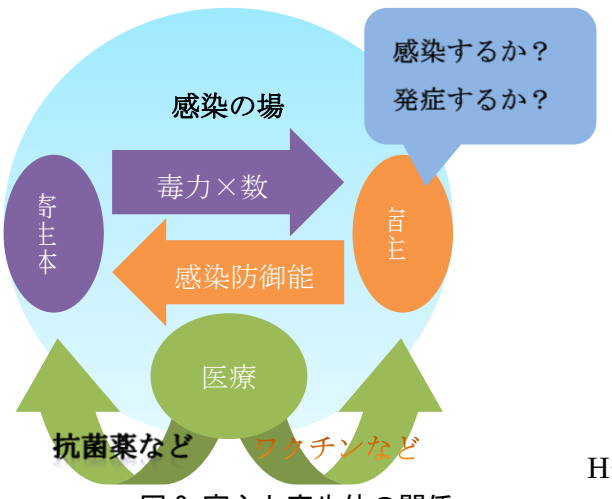


図 2. 宿主と寄生体の関係

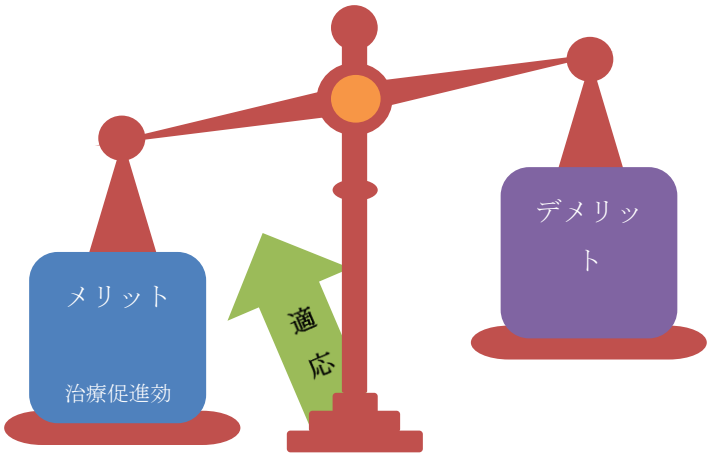


図 3. 抗菌薬投与の適応

	病態	病因		治療薬
発熱炎症性疾患	感染症	ウイルス	→	抗ウイルス薬
		マイコプラズマ クラミドフィラ リケッチア レジオネラ	→	テトラサイクリン系薬 マクロライド系薬 ニューキノロン　など
		一般細菌	→	上記↑の抗菌薬 β―ラクタム系薬 アミノグリコシド系薬　など
		結核菌	→	抗結核薬
		真菌	→	抗真菌薬
		原虫	→	抗原虫薬
		寄生虫	→	抗寄生虫薬
	非感染性炎症疾患	結晶性関節炎	→	非ステロイド性抗炎症薬
		膠原病	→	副腎皮質ステロイド、免疫抑制剤
		悪性腫瘍	→	抗がん剤
		アレルギー	→	抗アレルギー薬、副腎皮質ステロイド
	非炎症性発熱疾患	内分泌疾患	甲状線機能亢進症、副腎クリーゼ	
		体温調整異常	中枢熱、発熱異常、脱水、自律神経障害	
	詐熱			

表 1. 発熱・炎症疾患の鑑別

①経験的治療

感染症での急性病態は進行が早いため、早期の治療開始が重要であり、原因病原体の確定を待たずに経験的に原因菌を推定して抗菌薬を選択せざるを得ない。原因菌推定の際の判断材料となる事項を表 2 に示す（個々の病態における推定原因菌と選択すべき薬剤は次項を参照）。経験的療法を開始する際も、必要な検査、薬剤の効果と副作用の評価を行いながら、随時、抗菌薬選択の妥当性を再評価していく必要がある（図 4）。

感染病巣	症状、身体所見、検査所見から推定
	呼吸器、尿路、肝・胆道、皮膚軟部組織、 消化管、子宮・附属器、眼、耳、鼻、咽頭ほか
発症過程	急性、慢性
	市中発症、院内発症
基礎状態	男、女、妊婦
	新生児、小児、青年、壮年、老人
	基礎疾患：感染防御能の障害部位・程度
病巣分泌物	尿、便、痰、膿、分泌物
	色、性状、におい
	グラム染色所見
抗菌薬	投与歴、副作用歴、前投与の効果
体内異物	血管カテーテル、尿路カテーテル、シャント ペースメーカー、ドレーン、人工関節ほか

表 2. 原因菌推定のための判断材料

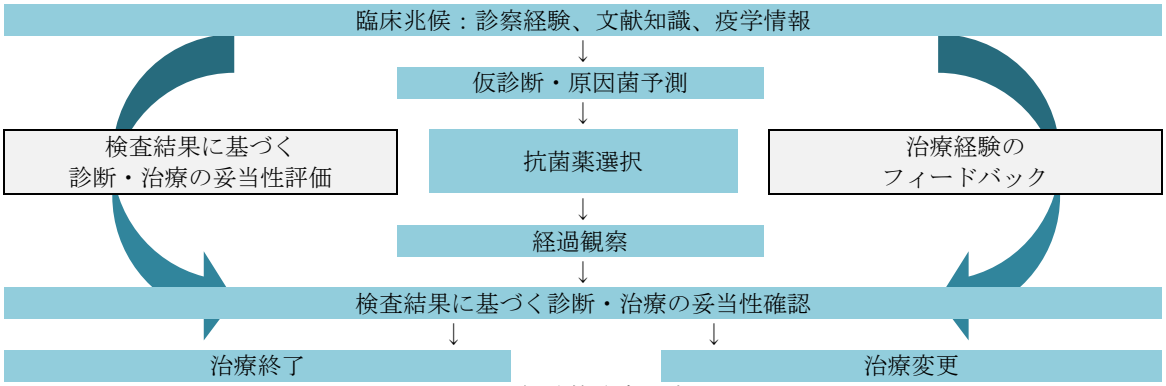


図 4. 経験的治療の流れ

H-2：病態別抗菌薬選択の目安

①病態から起炎菌を推定する（下記表を参照）。
②推定起炎菌にあわせて最適な抗菌薬を選択する。
③起炎菌が判明しだい最適薬に変更する。別表「アンチバイオグラム」参照
＊ 前項「経験的治療の流れ」参照

	病態	目標菌種	選択薬	備考
呼吸器	感染機会の少ない 市中発症例	*S.pneumoniae* *H.influenzae* (*S.aureus*) (*M.catarrhalis*) (*K.pneumoniae*)	経口ペニシリン 経口セフェム 注射用ペニシリン 注射用セフェム(Ⅰ、Ⅱ) 注射用セフェム(Ⅱ、Ⅲ)	高齢者ではマイコプラズマは希 無効時はクラミドフィラ、レジオネラ、結核を考慮
	感染症状を繰り返す 市中発症例	*H.influenzae* *S.pneumoniae* *K.pneumoniae* *P.aeruginosa* *M.catarrhalis*	経口セフェム βラクタム阻害薬+ペニシリン ニューキノロン 注射用ペニシリン 注射用セフェム(Ⅱ、Ⅲ) カルバペネム	過去の分離菌、直前の投与薬剤を参考に
	院内発症例 (前投薬あり)	各種耐性菌 *P.aeruginosa* MRSA	注射用セフェム(Ⅲ) カルバペネム バンコマイシン	過去の分離菌を参考 直前の投与薬剤に無効な菌種を目標に
	誤嚥例 (悪臭、膿瘍)	上記＋嫌気性菌 (*Prevotella*、*Porphylomonas*)	注射用セフェム(Ⅱ、Ⅲ) モノバクタム+クリンダマイシン	口腔ケア、食事形態などに配慮
尿路	急性単純性尿路感染	*E.coli* (*P.mirabilis*) (*K.pneumoniae*)	経口セフェム オールドキノロン 注射用セフェム(Ⅰ、Ⅱ)	起因菌多様、培養結果参照 尿道カテーテル留置例では、菌交代現象で定着したカンジダ、腸球菌は放置
	慢性複雑性尿路感染 (前投薬あり)	*P.aeruginosa* 各種耐性菌	ニューキノロン 注射用セフェム(Ⅱ、Ⅲ)	
皮膚	皮膚化膿症	*S.aureus* *Peptostreptococcus*	βラクタム阻害薬+ペニシリン 注射用セフェム(Ⅰ、Ⅱ)	切開排膿が重要
	丹毒	*S.pyogenes*	ペニシリン	
	褥瘡 (発熱時)	複数菌感染 (腸内の細菌) (*B.fragilis*)	ニューキノロン 注射用セフェム(Ⅱ、Ⅲ) カルバペネム	壊死組織除去、免荷などが重要 Colonization は局所のみ
消化器	胆道感染症	*E.coli* *K.pneumoniae* (*B.fragilis*) (*Enterococcus*)	経口セフェム ニューキノロン 注射用セフェム(Ⅲ)+ＡＢＰＣ	CPZ、CFPM は胆汁移行特に良好
	腸炎 市中発症感染性腸炎	*Shigella*、 *Salmonella* など	(ニューキノロン)	軽症例の多くは自然治癒
	腸炎 抗菌薬関連腸炎	*C.difficile* MRSA	バンコマイシン(経口)	抗菌薬投与中の発症
	腹膜炎	腸内常在菌	第３世代セフェム カルバペネム	
顆粒球減少患者の感染症	口腔・ 腸管常在菌 による敗血症 日和見病原体 による感染症	細菌(緑膿菌、 MRSA、非発酵菌) 真菌 結核菌 ニューモシスチス	アザクタム+ダラシン、 カルバペネム 注射用ニューキノロン 抗真菌薬 抗結核薬 ＳＴ合剤	コロニー刺激因子 結核、真菌症、ニューモシスチス肺炎、サイトメガロウイルス感染にも注意 絨毯(じゅうきゅう)爆弾になりやすく要注意 出来るだけ的を絞って
術後感染予防	創感染 清潔手術	黄色ブドウ、 表皮ブドウ球菌	ＰＣ+β ラクタム阻害薬 第１世代セフェム	大まかな目安を示しますが、詳細は各科の術式に合わせてガイドラインを決めて下さい
	創感染 汚染手術	大腸菌、緑膿菌、 嫌気性菌	ＰＣ+β ラクタム阻害薬 第2、４世代セフェム	
	術後肺炎 術後尿路感染 腸炎	咽頭定着菌 上記抗菌薬関連腸炎		挿管前にＭＲＳＡがあれば除菌 発症後病態、分離菌に合わせて薬剤選択

第一世代、第二世代などセファロスポリンについて、慣用的に第一世代、第二世代セフェムと表記。

H-3 ： 当院採用抗微生物薬一覧（感覚器官用剤は除く）

1. 抗菌薬

分類	一般名	略号	採用品名	剤形	規格	備考
ペニシリン	ベンジルペニシリン	PCG	ペニシリンG	注	100万単位	
	ベンジルペニシリンベンザチン	DBECPCG	バイシリンG	顆	40万単位/g	☆★
	アンピシリン	ABPC	ビクシリン	Cap	250mg	☆★
				注	0.5g/1g	
	アモキシシリン	AMPC	サワシリン	Cap	250mg	
				細	100mg/g	
	スルタミシリン	SBTPC	ユナシン	錠	375mg	
				細	100mg/g	☆
	ピペラシリン	PIPC	ピペラシリン	注	1g	
	アンピシリン/スルバクタム	ABPC/SBT	スルバシリン	注	1.5g/3g	
	アモキシシリン/クラブラン酸(2:1)	AMPC/CVA	オーグメンチン	錠	187.5mg	☆
	アモキシシリン/クラブラン酸(14:1)	AMPC/CVA	クラバモックス	DS	636.5mg/g	
	タゾバクタム/ピペラシリン	TAZ/PIPC	タゾピペ	注	2.25g/4.5g	
第一世代セフェム	セファゾリン	CEZ	セファゾリン	注	1g	
	セファクロル	CCL	ケフラール	Cap	250mg	
				細	100mg/g	
第二世代セフェム	セフォチアム	CTM	セフォチアム	注	1g	
	セフメタゾール	CMZ	セフメタゾール	注	1g	
	フロモキセフ	FMOX	フルマリン	注	1g	
第三世代セフェム	セフォタキシム	CTX	セフォタックス	注	0.5g	
	セフトリアキソン	CTRX	セフトリアキソン	注	1g	
	セフォペラゾン/スルバクタム	CPZ/SBT	スルペラゾン	注	1g	
	セフジニル	CFDN	セフゾン	Cap	50mg	☆
					100mg	☆★
				細	100mg/g	

第三世代セフェム	セフジトレン	CDTR-PI	メイアクトMS	錠	100mg	
				細	100mg/g	
	セフポドキシム	CPDX-PR	バナン	錠	100mg	☆
				DS	50mg/g	☆
	セフカペン	CFPN-PI	セフカペン	錠	100mg	
				細	100mg/g	
			フロモックス	錠	75mg/100mg	☆
				細	100mg/g	☆
第四世代セフェム	セフェピム	CFPM	セフェピム	注	1g	
カルバペネム	パニペネム/ベタミプロン	PAPM/BP	カルベニン	注	0.5g	
	メロペネム	MEPM	メロペン	注	0.5g	★
			メロペネム	注	0.5g/1g	
	ドリペネム	DRPM	フィニバックス	注	0.25g/0.5g	
	テビペネム	TBPM-PI	オラペネム	細	100mg/g	☆
モノバクタム	アズトレオナム	AZT	アザクタム	注	1g	★
ペネム	ファロペネム	FRPM	ファロム	錠	200mg	
				細	100mg/g	☆★
グリコペプチド	バンコマイシン	VCM	バンコマイシン	注	0.5g/1g	
				散	0.5g	
	テイコプラニン	TEIC	テイコプラニン	注	0.2g	★
リポペプチド	ダプトマイシン	DAP	キュビシン	注	0.35g	★
ホスホマイシン	ホスホマイシン	FOM	ホスミシンS	注	1g	
			ホスミシン	錠	500mg	
				DS	400mg/g	
アミノグリコシド	ストレプトマイシン	SM	ストレプトマイシン	注	1g	
	カナマイシン	KM	カナマイシン	Cap	250mg	
				注	1g	★
	ゲンタマイシン	GM	ゲンタシン	注	0.06g	★
	アミカシン	AMK	アミカシン	注	0.1g	
	アルベカシン	ABK	アルベカシン	注	0.1mg	★

マクロライド	エリスロマイシン	EM	エリスロシン	錠	200mg	
				DS	200mg/g	
	クラリスロマイシン	CAM	クラリス	錠	50mg	
			クラリシッド		200mg	
			クラリスロマイシン	DS	100mg/g	
	ロキシスロマイシン	RXM	ルリッド	錠	150mg	
	アジスロマイシン	AZM	ジスロマック	錠	250mg	☆★
				Cap	100mg	☆
				細	100mg/g	☆
			ジスロマックSR	DS	2g	
テトラサイクリン	デメチルクロルテトラサイクリン	DMCTC	レダマイシン	Cap	150mg	☆★
	ドキシサイクリン	DOXY	ビブラマイシン	錠	100mg	★
	ミノサイクリン	MINO	ミノマイシン	錠	50mg	
				顆	20mg/g	
			ミノサイクリン	注	100mg	
リンコマイシン	クリンダマイシン	CLDM	ダラシン	Cap	150mg	
			クリンダマイシン	注	600mg	
オキサゾリジノン	リネゾリド	LZD	ザイボックス	注	600mg	
ニューキノロン	レボフロキサシン	LVFX	クラビット	注	500mg	
				錠	250mg	
			レボフロキサシン			
	シプロフロキサシン	CPFX	シプロキサン	注	300mg	
	トスフロキサシン	TFLX	オゼックス	錠	150mg	★
				細	150mg/g	☆★
	ガレノキサシン	GRNX	ジェニナック	錠	200mg	
	シタフロキサシン	STFX	グレースビット	錠	50mg	☆
抗結核薬	イソニアジド	INH	イスコチン	錠	100mg	
	ピラジナミド	PZA	ピラマイド	原		
	エタンブトール	EB	エサンブトール	錠	250mg	
	リファンピシン	RFP	リファンピシン	Cap	150mg	
	リファブチン	RBT	リファブチン	Cap	150mg	☆★

その他	ポリミキシンB	PL-B	ポリミキシンB	散	50万単位	
	スルファメトキサゾール/ トリメトプリム	ST	バクタ	顆	1g	
				錠	480mg	☆
			バクトラミン	注	480mg	
	メトロニダゾール	MNZ	フラジール	錠	250mg	
			アネメトロ	注	500mg	

2.抗ウイルス薬

分類	一般名	略号	採用品名	剤形	規格	備考
抗ヘルペス ウイルス薬	アシクロビル	ACV	アシクロビン	注	250mg	
			ゾビラックス	錠	200mg	
	バラシクロビル	VACV	バルトレックス	錠	500mg	
				顆	500mg/g	★
	ファムシクロビル	FCV	ファムビル	錠	250mg	☆
抗サイトメガロ ウイルス薬	ガンシクロビル	GCV	デノシン	注	500mg	
	バルガンシクロビル	VGCV	バリキサ	錠	450mg	★
抗インフルエンザ薬	オセルタミビル		タミフル	Cap	75mg	
				DS	30mg/g	
	ザナミビル		リレンザ	吸	5mg	☆
	ペラミビル		ラピアクタ	注	300mg	
	ラニナミビル		イナビル	吸	20mg	
抗RSウイルス薬	パリビズマブ		シナジス	注	50mg/100mg	★
抗HIV薬	エムトリシタビン/テノホビル		ツルバダ	錠	445mg	★
	ラルテグラビル		アイセントレス	錠	400mg	★

3. 抗真菌薬

分類	一般名	略号	採用品名	剤形	規格	備考
ポリエンマクロライド	アムホテリシンB	AMPH-B	ファンギゾン	Syr	100mg/mL	
			アムビゾーム	注	50mg	★
トリアゾール	フルコナゾール	FLCZ	ジフルカン	Cap	100mg	☆★
	ホスフルコナゾール	F-FLCZ	プロジフ	注	100mg/200mg	
トリアゾール	ボリコナゾール	VRCZ	ブイフェンド	錠	50mg	
				注	200mg	
	イトラコナゾール	ITCZ	イトリゾール	Cap	50mg	
				液	10mg/mL	★
キャンディン	ミカファンギン	MCFG	ファンガード	注	50mg	★
その他	テルビナフィン		ラミシール	錠	125mg	☆
	ペンタミジン		ベナンバックス	注	300mg	★

4. 抗寄生虫薬

分類	一般名	略号	採用品名	剤形	規格	備考
抗線虫薬	イベルメクチン		ストロメクトール	錠	3mg	
	ピランテル		コンバントリン	錠	100mg	☆

＊備考

☆院外採用薬（院外処方でのみ使用可能）

★臨時作用薬（使用時には使用申請の必要あり）

H-4：アンチバイオグラム

★2014年7月から2015年6月★

ＪＡＮＩＳは、提出データのＭＩＣ値よりCLSI2007(M100-S17)及び、２０１５年１月以降はCLSI2012(M100-S22)に準拠して、S（感受性)、I（中間)、R（耐性）判定を再判定している。表は、感受性率80%以上を水色、60%以上80%未満を黄色に、２０%以下を薄赤背景にし、測定データの少ないサルモネラは灰色文字に示した。

	n数	PCG	ABPC	PIPC	CVA/AMPC	SBT/ABPC	TAZ/PIPC	IPM	MEPM	CCL	CEZ	CFDN	CPDX	CMZ	CTX	CTRX	CAZ	CFPM	SBT/CPZ	AMK	GM	TOB	EM	CAM	CLDM	MINO	VCM	TEIC	OFLX	LVFX	CPFX	FOM
ﾌﾞﾄﾞｳ球菌	2153	23	22			76		75			74										62			48		73	92	100	100	70	58		
黄ﾌﾞ菌	962	28	24			71		77			70										65			48		73	86	100	100	100	69		
MRSA	338	0	0			17		30			8										36			11		26	61	100	100	100	18		
MSSA	624	41	35			98		100			100										79			67		98	99	100	100	100	94		
ﾌﾞ菌	1191	17	20			83		72			79										60			48		73	99	100	100	63	44		
腸内細菌	736		21	76				95	100		25	69		65	80		88	99			100	100				78			100	97	96	
大腸菌	816		57	64				100	100		67	84		98	80		88	87	100		100					95				64	64	97
肺炎桿菌	500		15	69				100	100		83	94		100	97		100	99			100					94				100	100	
ｴﾝﾃﾛﾊﾞｸﾀｰ	240		13	72				99	100		6	56		14	68		69	98			100	100				93			100	98	98	
ﾌﾟﾛﾃｳｽ	166		42	88				85	98		44	73		100	82		98	98			100					27				92	92	
ｻﾙﾓﾈﾗ	1		0	0				100	100		100	100		100	100		100	100			100					100				100	100	
緑膿菌	334			97				91	90						20		96	91			100	100							100	90	91	
ﾏﾙﾄﾌｨﾘｱ	91																9									100				90		
ｱｼﾈﾄﾊﾞｸﾀｰ	46			78				100	100						72		97	86			100					97				100	92	
ﾚﾝｻ球菌	2671	83	88			99		83							100	99		98			0			29	100	29	99	100	90	79		89
肺炎球菌	224	75				99		83							100	100		98			0			19					100	99		
β溶連菌	128	100	100												100	100		100			0			88	100				100	71		
腸球菌	1067	83	85																		0			16		29	99	100	67	69		89
ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ菌	242		36			60		100	100	51		100		100	100						0			94					100	100		
嫌気性菌	86																		100													
ﾊﾞｸﾃﾛｲﾃﾞｽ	21																		100													
ｺﾘﾈﾊﾞｸﾃﾘｳﾑ	1245																				83									47		

2015年12月　発行

H-5：抗菌薬使用届制度

１．目的

本制度は、薬剤耐性菌発現防止の観点から、特に使用するにあたって注意が必要であるカルバペネム系薬、抗 MRSA 薬について、使用状況を把握し適正使用を推進するために定められている。

２．対象薬剤

以下の薬剤について使用制度を設ける（一般名で表記）

①カルバペネム系薬

（１）パニペネム・ベタミプロン

（２）メロペネム

（３）ドリペネム

②抗 MRSA 薬（注射）

（１）バンコマイシン

（２）アルベカシン

（３）テイコプラニン

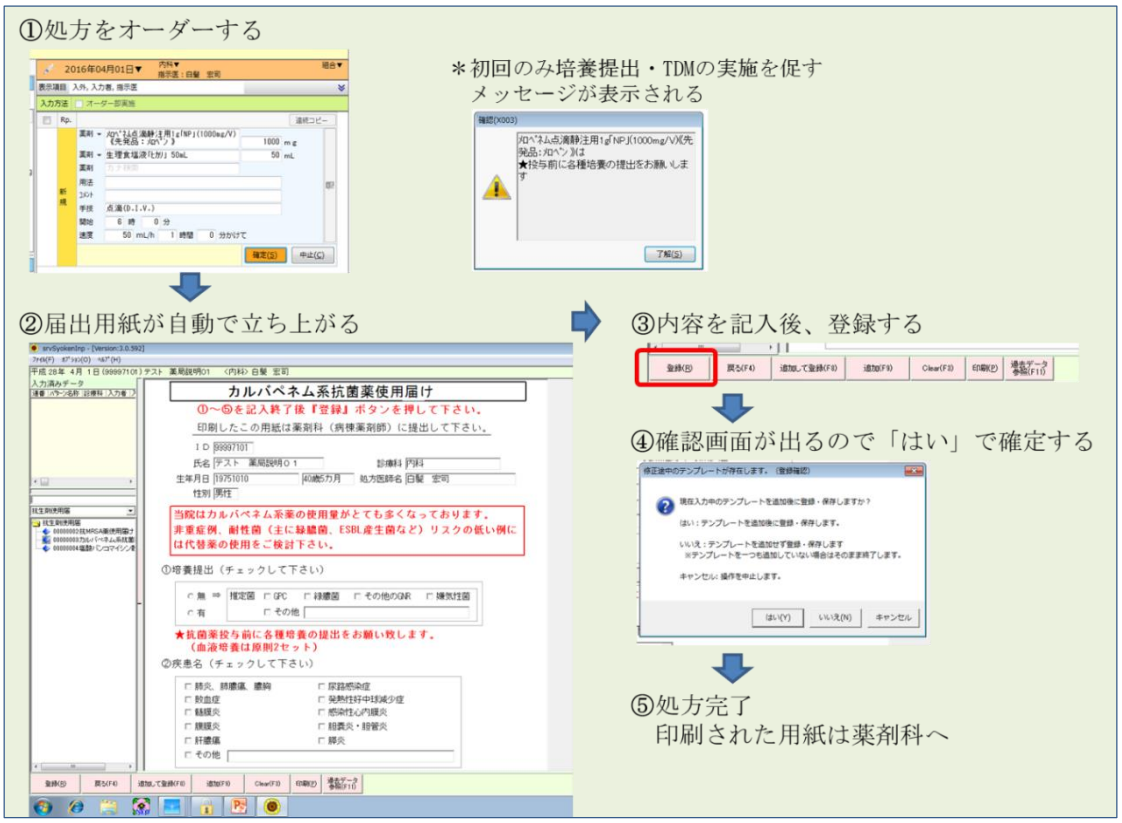
（４）リネゾリド

（５）ダプトマイシン

③抗 MRSA 薬（経口）

（１）バンコマイシン

３．抗菌薬使用届出の流れ



4．制度の運用

①対象薬剤を使用する場合、処方医は対象薬剤①については『カルバペネム系抗菌薬使用届け』、対象薬剤②については『抗 MRSA 薬使用届け』、対象薬剤③については『塩酸バンコマイシン散使用届け』を提出する。

②使用届けの記載内容は以下の通りである。

『カルバペネム系抗菌薬使用届け』

（1）培養提出の有無
（2）疾患名
（3）使用状況（新規/継続）
（4）使用薬剤
（5）用法・用量

『抗 MRSA 薬使用届け』

（1）使用目的
（2）疾患名
（3）使用状況（新規/継続）
（4）使用薬剤
（5）用法・用量
（6）血中濃度測定の有無

『塩酸バンコマイシン散使用届け』

（1）使用目的
（2）使用理由
（3）使用開始日
（4）用法・用量・投与日数

③処方された薬剤と提出された使用届けから、適正な使用であるかどうか判断し、必要あれば処方医に問い合わせを行う。

④長期使用（目安として 15 日以上）の場合には、必要に応じて ICT チームで介入を行う。

⑤毎月の ICT 委員会で届出対象薬剤の使用状況と使用届けの提出状況を報告する。

⑥使用届けは薬剤科にて保管する。

付則：『カルバペネム系抗菌薬使用届け』『抗 MRSA 薬使用届け』『塩酸バンコマイシン散使用届け』を添付する

カルバペネム系抗菌薬使用届け

①～⑤を記入終了後『登録』ボタンを押して下さい

印刷したこの用紙は薬剤科（病棟薬剤師）に提出して下さい

ID

氏名　　診療科

生年月日　　歳　　処方医師名

性別

当院はカルバペネム系薬の使用量がとても多くなっております。
非重症例、耐性菌（主に緑膿菌、ESBL産生菌など）リスクの低い例には代替薬の使用をご検討下さい。

①培養提出（チェックして下さい）

○ 無　⇒　推定菌　○ GPC　○ 緑膿菌　○ その他のGNR　○ 嫌気性菌
○ 有　　○ その他

★抗菌薬投与前に各種培養の提出をお願い致します（血液培養は原則2セット）

②疾患名（チェックして下さい）

○ 肺炎、肺膿瘍、膿胸	○ 尿路感染症
○ 敗血症	○ 発熱性好中球減少症
○ 髄膜炎	○ 感染性心内膜炎
○ 腹膜炎	○ 胆嚢炎・胆管炎
○ 肝膿瘍	○ 膵炎
○ その他	

③使用状況（選択して下さい）

○ 新規　⇒　開始日　　○ 継続

★長期使用例においてはICTより確認させて頂く場合がありますのでご協力お願い致します

④使用薬剤（リストから選択して下さい）

⑤用法・用量（入力して下さい）

1回　　mg　を　1日　　回　投与

ご協力ありがとうございました　　院内感染防止対策委員会

抗MRSA薬使用届け

①～⑥を記入終了後『登録』ボタンを押して下さい

印刷したこの用紙は薬剤科（病棟薬剤師）に提出して下さい

ID

氏名　　診療科

生年月日　　歳　　処方医師名

性別

投与設計致しますのでICT薬剤師もしくは病棟薬剤師へご連絡下さい

①使用目的（チェックして下さい）

○ MRSA感染症治療のため　○ 経験的治療

○ その他

②疾患名（チェックして下さい）

○ 肺炎、肺膿瘍、膿胸　○ 敗血症

○ 感染性心内膜炎　○ 皮膚・軟部組織感染症

○ 化膿性骨髄炎・関節炎　○ 腹腔内感染症

○ 髄膜炎　○ 尿路感染症

○ 術後感染予防　○ その他

③使用状況（選択して下さい）

○ 新規　⇒　開始日　　○ 継続

★長期使用例においてはICTより確認させて頂く場合がありますのでご協力お願い致します

④使用薬剤（リストから選択して下さい）

⑤用法・用量（入力して下さい）

1回　　mg　を　1日　　回　投与　　その他の用法・用量

⑥血中濃度測定の有無（チェックして下さい）

○ 無　○ 有　⇒　測定(予定)日

★血中濃度測定について不明な点があればICT、薬剤師へ確認下さい

ご協力ありがとうございました　　院内感染防止対策委員会

塩酸バンコマイシン散使用届け

①～④を記入終了後『登録』ボタンを押して下さい

印刷したこの用紙は薬剤科（病棟薬剤師）に提出して下さい

ID

氏名

生年月日　　歳

性別

診療科

処方医師名

医師セット(共通)にセット処方を組み込んでいますのでご利用下さい

①使用目的（チェックして下さい）

- ○ MRSA腸炎
- ○ クロストリジウム・ディフィシル関連腸炎

②使用理由（チェックして下さい）

- ○ 重症例のため
- ○ 再発例のため
- ○ その他

★重症例、再発例に該当しない場合はフラジール錠が推奨となります

③使用開始日（選択して下さい）

④用法・用量（入力して下さい）

- ○ 1回　125mg を 1日　4回　投与
- ○ 1回　　mg を 1日　　回　投与
- ○ その他の用法・用量

★通常、10～14日間の投与が推奨となります

ご協力ありがとうございました　　院内感染防止対策委員会

H-6：抗菌薬院内採用の手順

医師

書面による薬剤申請
（通常の薬剤申請と同様）

薬事委員会事務局
担当：薬剤科科長

申請薬剤の書面による通知

薬事委員会（不定期：年６回程度）
担当：薬事委員会委員長

薬剤採用検討（必要に応じＩＣＴ委員会、院内感染防止対策委員会に意見を求める）

承認

ＩＣＴ委員会(毎月第２火曜日)

院内感染防止対策委員会（毎月第３火曜日）
担当：院内感染防止対策委員長

採用薬剤検討（薬事委員会に意見を求められた場合、採用にあたり異議申し立てがある場合）

承認

採用薬剤通知

＊　薬事委員会とＩＣＴ委員会・院内感染防止対策委員会との順列は同等。

I-1：アウトブレイク対策　概論

＜アウトブレイクの定義＞

①同一病棟内で同一菌種による感染症の集積がみられ、疫学的にアウトブレイクが疑われると判断した場合、緊急院内感染対策委員会又はICTを開催し、1週間以内を目安にアウトブレイクに対する院内感染対策を策定かつ実施する。

②アウトブレイクを疑う基準

- 一例目の発見から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3例以上特定された場合
- 院内において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
- 同一の医療関連感染が通常予測される頻度より統計学的に有意に高い頻度で発生した場合
- 同一の微生物検体分離が通常より統計学的に有意に多く発生した場合
- 通常関連する医療関連感染が2例以上発生した場合
- 発生しないような特殊な微生物あるいは特殊な状況による医療関連感染が1例以上発生した場合

＜相談・支援体制＞

①アウトブレイクに対する感染対策を実施した後、新たな感染症の発病症例（※）を認めた場合、院内感染対策に不備がある可能性があると判断し、速やかに地域ネットワークに参加する医療機関等の専門家（埼玉県院内感染防止相談窓口：埼玉医科大学病院　院内感染対策室　049-276-2150 など）に支援を依頼する。

②院内感染対策を講じた後、感染症の発病症例（※）が多数に昇場合（目安として 10 名以上となった場合）または院内感染事案と因果関係が否定できない死亡者が確認された場合においては、管轄する保健所（加須保健所　0480-61-1216）に速やかに報告する。

③上記に至らない時点においても、必要に応じて保健所に連絡・相談する。

※以下の4菌種は発病症例だけでなく保菌者も含む

- 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）
- 多剤耐性アシネトバクター・バウマニ（*Acinetobacter baumannii*）
- カルバペネム耐性腸内細菌科細菌（CRE）

＜医療施設内でアウトブレイクを起こしやすい感染症＞

①接触感染（医療行為・医療器具・水回り・浴室・汚物処理室）
MRSA、VRE（バンコマイシン耐性腸球菌）、MDRP（多剤耐性緑膿菌）
ESBL、クロストリジウム・ディフィシル、セラチア、疥癬
腸管出血性大腸菌、流行性角結膜炎など

②エアロゾル・汚染水誤飲（空調、24時間風呂・シャワー）
レジオネラ

③飛沫感染（患者）
インフルエンザ、風疹

④空気感染（患者）

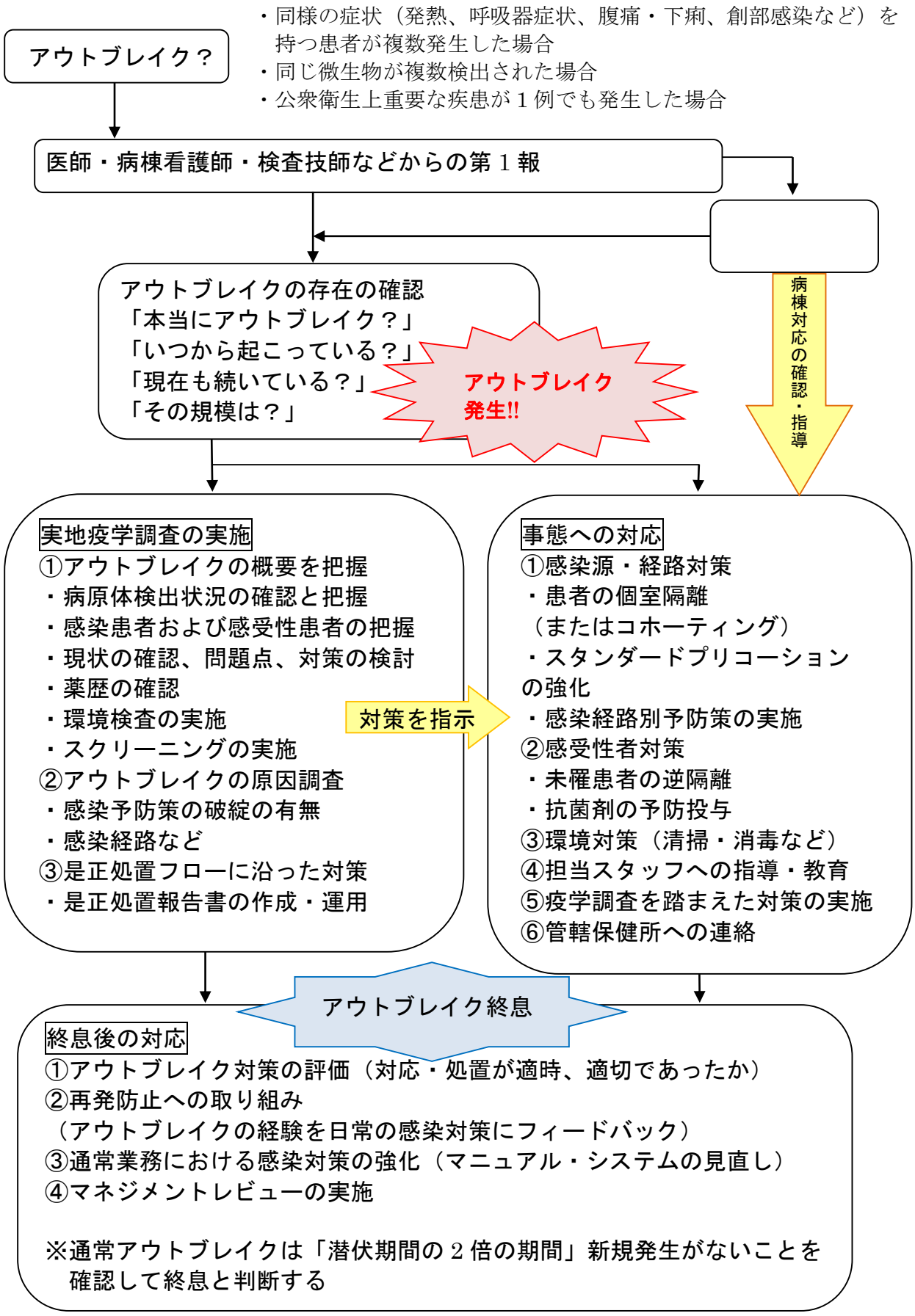
結核、麻疹、水痘

＜個室隔離について＞

耐性ではないが緑膿菌やセラチアやアシネトバクター、非チフス性サルモネラの隔離が必要かどうかについては、MRSAの個室隔離基準と同様に、本人の状態、周囲に入院する患者の状況、空床状況、流行期かどうかなど個々に判断し決める。必要であれば、やはり個室への移動が必要であり、本人の意思確認が取れない場合は、病棟の判断で個室へ移動することもやむを得ない。

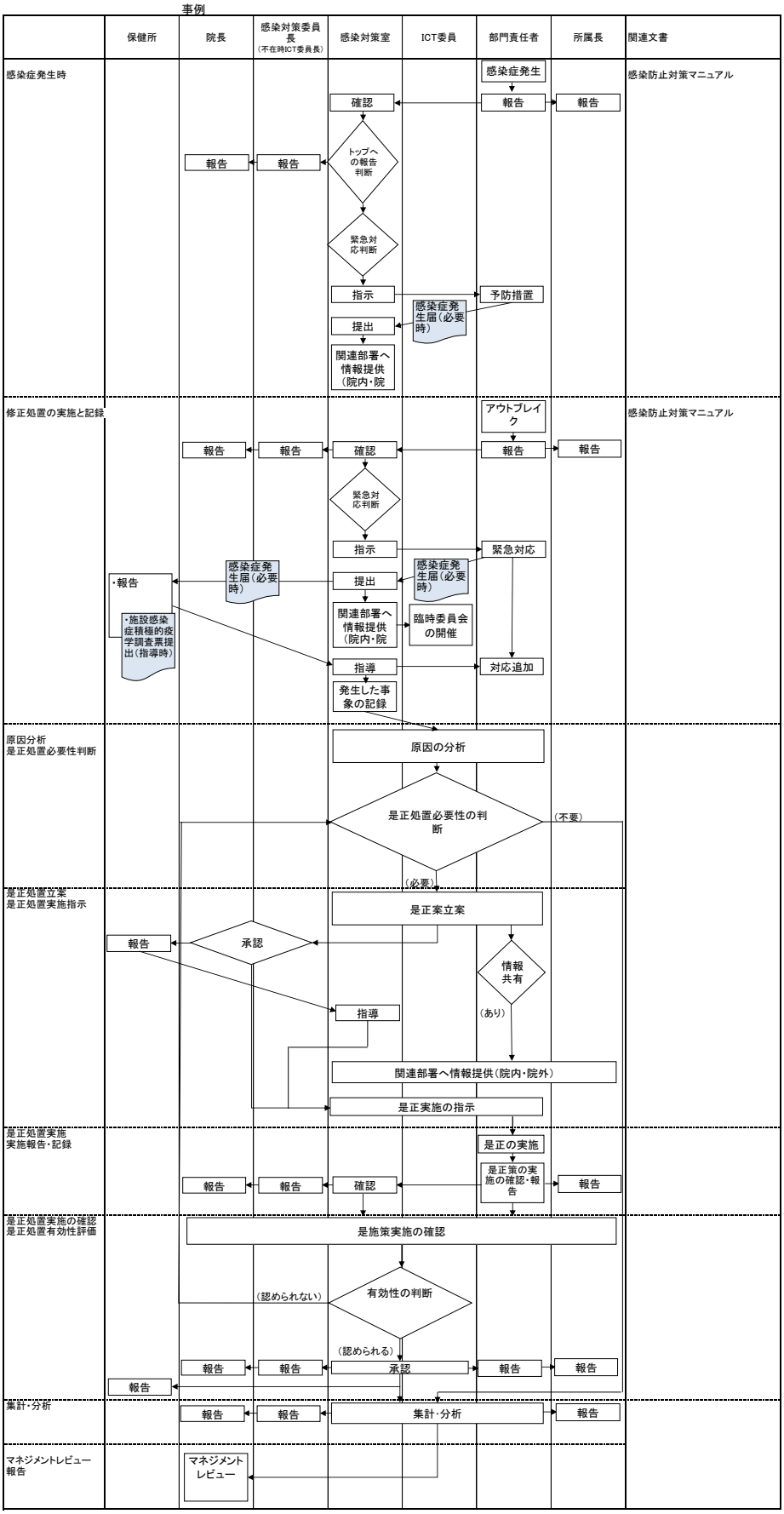
社会福祉法人恩賜財団済生会支部埼玉県済生会加須病院			
文書名	院内感染防止対策マニュアル I-2：アウトブレイク発生時の流れ		
文書番号	感対-共手-マニュアル I-2-1-220601	ページ	1 ／ 1

I-2：アウトブレイク発生時の流れ



10.2 是正処置管理業務フロー図

事例



是正処置報告書（アウトブレイク）

発生日時　　年　月　日（　）　　頃	発生部署
不適合の内容・不適合に対する処置	
発生状況・応急対応	
不適合の原因	
是正処置の必要性の判断　→　必要　・　不要　　※類似の不適合発生状況、再発の可能性の視点から検討	
情報提供の必要性の判断　⇒　必要（レベル1・2・3・4・5）　・　否　　※他部署への展開の必要性	
承認者（院長:　　・感染対策委員長:　　）	承認日

↓

是正処置案	
作成者（部門責任者:　　・感染対策室:　　）	作成日
承認者（院長:　　・感染対策委員長:　　）	承認日

↓

是正処置案の有効性の判断　⇒　有効　・　否	
情報提供の必要性の判断　⇒　必要（レベル1・2・3・4・5）　・　否　　※他部署への展開の必要性	
是正処置の決定・実施指示　　実施期限:	
承認者（院長:　　・感染対策委員長:　　）	承認日

↓

是正処置実施の報告	
報告者（部門責任者:　　・感染対策室:　　）	報告日

↓

是正処置の効果の確認	
確認者（部門責任者:　　・感染対策室:　　）	確認日
承認者（院長:　　・感染対策委員長:　　）	承認日

I-5：アウトブレイク発生時の情報提供レベルと対策

＜情報提供レベルと対策＞

発生状況	情報提供レベル	情報提供の方法	対策
院内発生期 （1 部署で 1 例の発生）	3	①イントラ・メールで全職員に情報提供	①発生部署接触患者・職員の体調確認 （始業前の体調確認）→感染対策室へ報告・有症状者は速やかに受診
院内流行期 （1 部署で複数名の発生）	4	①イントラ・メールで全職員に情報提供 ②ICT メンバー・リンクナースに情報提供→各部署への情報伝達	①発生部署接触患者・職員の体調確認 （始業前の体調確認）→感染対策室への報告・有症状者は速やかに受診
院内アウトブレイク期 （1 部署でアウトブレイクが発生）	5	①イントラ・メールで全職員に情報提供 ②ICT メンバー・リンクナースに情報提供→各部署への情報伝達 ③臨時 ICT 委員会の開催（必要時）	①発生部署接触患者・職員の体調確認 （始業前の体調確認）→感染対策室への報告・有症状者は速やかに受診

＜情報提供レベルと対策（インフルエンザ編）＞

発生状況	情報提供レベル	情報提供の方法	対策
地域流行期 （定点 10 以上）	1	①イントラ・メールで全職員に情報提供 ②病院 HP にマスク着用の案内を掲載	①マスク着用推奨期間（スタッフ・面会者）
地域警報期 （定点 30 以上）	2	①イントラ・メールで全職員に情報提供 ②病院 HP に面会制限の案内を掲載	①マスク着用義務期間（スタッフ・面会者） ②面会制限の実施
院内発生期 （1 部署で 1 例の発生）	3	①イントラ・メールで全職員に情報提供	①発生部署接触患者・職員の体調確認（始業前の体調確認）→感染対策室へ報告・有症状者は速やかに受診
院内流行期 （1 部署で複数名の発生）	4	①イントラ・メールで全職員に情報提供 ②ICT メンバー・リンクナースに情報提供→各部署への情報伝達	①発生部署接触患者・職員の体調確認（始業前の体温測定・体調確認）→感染対策室への報告・有症状者は速やかに受診 ②職員・面会者のマスク着用状況の確認→感染対策室への報告
院内アウトブレイク期 （1 部署でアウトブレイクが発生）	5	①イントラ・メールで全職員に情報提供 ②ICT メンバー・リンクナースに情報提供→各部署への情報伝達 ③臨時 ICT 委員会の開催（必要時）	①発生部署接触患者・職員の体調確認（始業前の体温測定・体調確認）→感染対策室への報告・有症状者は速やかに受診 ②職員・面会者のマスク着用状況の確認→感染対策室への報告

J-1：医療廃棄物管理手順

【目的】

この規定は、当院から排出される医療廃棄物が、環境上適正な管理及び処理されることを目的とする。なお、この規定は環境省大臣官房廃棄物・リサイクル対策部作成の「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル(平成24年5月)」に従って作成されている。

【感染性廃棄物の定義】

医療行為等に伴って発生する廃棄物のうち、人が感染し、若しくは感染するおそれのある病原体が含まれ、若しくは付着している廃棄物又はこれらのおそれのある廃棄物をいう。（資料1「感染性廃棄物の判断フロー」参照）

【感染性廃棄物の取り扱いについて】

Ⅰ．分別

(1) 廃棄物は次のように区分する。（資料 3「廃棄物分別一覧表」参照）
　①感染性廃棄物
　②非感染性廃棄物（医療行為等に伴って生ずる廃棄物のうち感染性廃棄物以外の廃棄物）
　③上記以外の廃棄物（紙くず、厨芥等）＝一般廃棄物

(2) 感染性廃棄物は、発生時点において他の廃棄物と分別するものとする。ただし、感染性廃棄物と同時に生ずる他の廃棄物を感染性廃棄物と同等の取扱いをする場合は、この限りでない。

(3) 感染性廃棄物は、梱包が容易にできるよう、排出時点で次のとおり分別すること。
　①液状又は泥状のものと固形状のものは分別する。
　②鋭利なものは他の廃棄物と分別する。

Ⅱ．移動

(1) 移動の途中で内容物が飛散・流出するおそれのない容器で行うものとする。なお、感染性廃棄物は廃棄時に直接容器に入れることが望ましいが、やむを得ず容器への移し替えを行う場合には、当該感染性廃棄物が飛散・流出しないよう十分に注意すること。

Ⅲ．保管

(1) 感染性廃棄物が運搬されるまでの保管は極力短期間とする。

(2) 感染性廃棄物の保管場所は、関係者以外立ち入れないように配慮し、感染性廃棄物は他の廃棄物と区別して保管しなければならない。スペースの関係上専用の保管場所が設けられない場合は、関係者以外がみだりに立ち入ることができない所で感染性廃棄物の保管を行うこと。

(3) 感染性廃棄物の保管場所には、関係者の見やすい箇所に感染性廃棄物の存在を表示するとともに、取扱いの注意事項を記載しなければならない。

Ⅳ．梱包

（1）感染性廃棄物の収集運搬を行う場合は、収集運搬に先立ち、あらかじめ、次のような容器に入れて、密閉しなければならない。

①密閉できること

②収納しやすいこと

③損傷しにくいこと

（2）梱包は、「鋭利なもの」、「固形状のもの」、「液状又は泥状のもの」の３種類に区分して、次のように行うことを原則とするが、同一の処理施設で処理される場合には、必要に応じ、一括梱包することができるものとする。ただし、一括梱包する場合には、廃棄物の性状に応じた容器の材質等をあわせ持つものを使用するものとする。

①注射針、メス等の鋭利なものは、金属製、プラスチック製等で危険防止のために耐貫通性のある堅牢な容器を使用すること。

②固形状のものは、丈夫なプラスチック袋を二重にして使用するか堅牢な容器を使用すること。

③液状又は泥状のものは、廃液等が漏洩しない密閉容器を使用すること。

Ⅴ．表示

（1）感染性廃棄物を収納した容器には、感染性廃棄物である旨及び取り扱う際に注意すべき事項を表示するものとする。

（2）感染性廃棄物であることを識別できるよう、容器はバイオハザードマークが付いたものとする。やむをえずマークがない容器を用いる場合には、「感染性廃棄物」と明記すること。

（3）廃棄物の種類が判別できるようにする為、性状に応じてマークの色を分けることが望ましい。

①液状又は泥状のもの（血液等）　：　赤色

②固形状のもの（血液等が付着したガーゼ等）　：　橙色

③鋭利なもの（注射針等）　：　黄色

色分けができない場合には、「液状又は泥状」、「固形状」、「鋭利なもの」のように表示すること。

液状・泥状　　固形状　　鋭利なもの



※液状、泥状用のハザードマーク（赤）は、黄色と共有とする。

【処理の委託】

(1) 感染性廃棄物の処理を委託する場合は、法に定める委託基準に基づき事前に委託契約を締結しなければならない。

(2) 感染性廃棄物の処理を委託する場合は、あらかじめ委託しようとする感染性廃棄物の種類、数量、性状及び荷姿、当該感染性廃棄物取り扱う際に注意すべき事項を文書で業者に通知しなければならない。

(3) 感染性廃棄物の処理を委託する場合、感染性廃棄物を引き渡す際に、定められた様式による産業廃棄物管理票（以下「マニフェスト」という）に必要な事項を記入して交付しなければならない。また、感染性廃棄物が最終処分まで適正に処理されたことを、処理業者から返送されるマニフェストの写しにより確認しなければならない。

(4) 前年度に交付したマニフェストに関する報告書を作成し、都道府県知事に提出しなければならない。

(5) マニフェストの控えと処分業者から返送されるマニフェストの写しをつき合わせることにより感染性廃棄物が適正に処理されたことを確認し、それらのマニフェストを、送付を受けた日から５年間保存しなければならない。

【管理体制】

(1) 管理責任者の設置

施設内で排出される感染性廃棄物を適正に処理するため管理責任者を各課課長とする。

(2) 処理状況の帳簿記載及び保存

感染性廃棄物の処理が適正に行われているかどうかを常に把握し、処理について帳簿を作成するとともに、一定期間（5年間）保存しなければならない。

J-2：感染性廃棄物の判断フロー

【STEP1】：形状

廃棄物が以下のいずれかに該当する。

① 血液、血清、血漿及び体液(精液を含む)(以下「血液等」という)

② 病理廃棄物（臓器、組織、皮膚等）(注1)

③ 病原微生物に関連した試験、検査等に用いられたもの(注2)

④ 血液等が付着している鋭利なもの(破損したガラスくず等を含む)(注3)

⇨ YES → 感染性廃棄物

⇩ NO

【STEP2】：排出場所

感染症病床(注4)、結核病床、手術室、緊急外来室、集中治療室及び検査室において治療、検査等に使用された後、排出されたもの

⇨ YES → 感染性廃棄物

⇩ NO

【STEP3】：感染症の種類

① 感染症法の一類、二類、三類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症の治療、検査等に使用された後、排出されたもの

感染症法の四類及び五類感染症の治療、検査等に使用された後、排出された医療器材等(ただし、紙おむつについては特定の感染症に係るもの等に限る)(注5)

⇨ YES → 感染性廃棄物

⇩ NO(注6)

非感染性廃棄物

（注） 次の廃棄物も感染性廃棄物と同等の取扱いとする。
- 外見上血液と見分けがつかない輸血用血液製剤等
- 血液等が付着していない鋭利なもの(破損したガラスくず等を含む。)

（注1） ホルマリン漬臓器等を含む。

（注2） 病原微生物に関連した試験、検査等に使用した培地、実験動物の死体、試験管、シャーレ等

（注3） 医療器材としての注射針、メス、破損したアンプル・バイヤル等

（注4） **感染症法により入院措置が講ぜられる一類、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症の病床**

（注5） 医療器材(注射針、メス、ガラスくず等)、ディスポーザブルの医療器材(ピンセット、注射器、カテーテル類、透析等回路、輸液点滴セット、手袋、血液バック、リネン類等)、衛生材料(ガーゼ、脱脂綿等）、紙おむつ、標本(検体標本)等
なお、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）伝染性紅斑、レジオネラ症等の患者の紙おむつは、血液等が付着していなければ感染性廃棄物ではない。

（注6） 感染性・非感染性のいずれかであるかは、通常はこのフローで判断が可能であるが、このフローで判断できないものについては、医師等（医師、歯科医師及び獣医師）により、感染のおそれがあると判断される場合は感染性廃棄物とする。

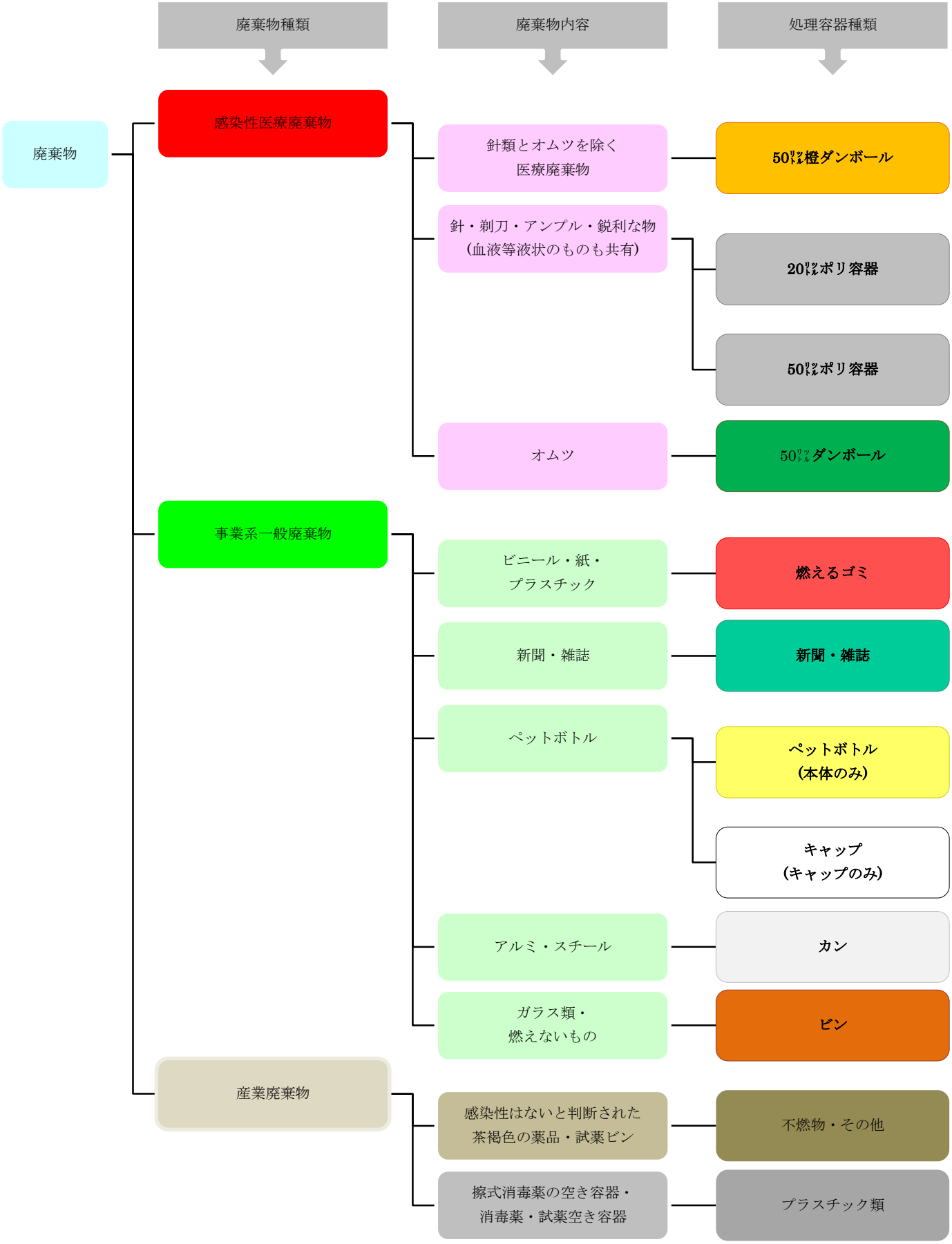
J-3：感染症ごとの紙おむつの取り扱い

感染症法に規定される感染症に関し、使用後排出される紙おむつについて、感染性廃棄物の該否の別は、次の表のとおりである。ただし、感染性廃棄物と非感染性廃棄物とを分別して排出しない場合は、すべて感染性廃棄物として取り扱うこと。

感染症法の分類	感染症名	取り扱い
一類	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱	**感染性**
二類	急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群(病原体がコロナウイルス属 SARS コロナウイルスであるものに限る)、鳥インフルエンザ(病原体がインフルエンザウイルス A 属インフルエンザ A ウイルスであってその血清亜型が H5N1 であるものに限る)	**感染性**
三類	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス	**感染性**
四類	E 型肝炎、A 型肝炎、炭疽、鳥インフルエンザ(鳥インフルエンザ(H5N1)を除く)、ボツリヌス症、オムスク出血熱、サル痘、ニパウイルス感染症、鼻疽、ヘンドラウイルス感染症、類鼻疽、レプトスピラ症	**感染性**
	黄熱、Q 熱、狂犬病、マラリア、野兎病、ウエストナイル熱、エキノコックス症、オウム病、回帰熱、キャサヌル森林病、コクシジオイデス症、腎症候性出血熱、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、つつが虫病、デング熱、東部ウマ脳炎、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、B ウイルス病、ブルセラ症、ベネズエラウマ脳炎、発しんチフス、ライム病、リッサウイルス感染症、リフトバレー熱、レジオネラ症、ロッキー山紅斑熱	**非感染性** **(注 1)**
五類	クリプトスポリジウム症、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、アメーバ赤痢、RS ウイルス感染症、咽頭結膜熱、A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎、感染性胃腸炎、急性出血性結膜炎、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、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く)、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、細菌性髄膜炎、ジアルジア症、水痘、先天性風しん症候群、手足口病、突発性発しん、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、ヘルパンギーナ、無菌性髄膜炎、薬剤耐性緑膿菌感染症、流行性角結膜炎	**感染性**
	インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く)、ウイルス性肝炎(E 型肝炎及び A 型肝炎を除く)、後天性免疫不全症候群、性器クラミジア感染症、梅毒、クラミジア肺炎(オウム病を除く)、クロイツフェルト・ヤコブ病、髄膜炎菌性髄膜炎、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、伝染性紅斑、マイコプラズマ肺炎、流行性耳下腺炎、淋菌感染症	**非感染性** **(注 1)**
新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ	**感染性**
指定感染症		**感染性**
新感染症		**感染性**

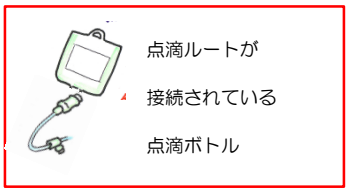
(注 1)　ただし、血液等が付着したものは感染性廃棄物に該当する。

J-4：廃棄物分別一覧表


廃棄物種類
廃棄物内容
処理容器種類
廃棄物
感染性医療廃棄物
針類とオムツを除く
医療廃棄物
50ℓ橙ダンボール
針・剃刀・アンプル・鋭利な物
(血液等液状のものも共有)
20ℓポリ容器
50ℓポリ容器
オムツ
50ℓダンボール
事業系一般廃棄物
ビニール・紙・
プラスチック
燃えるゴミ
新聞・雑誌
新聞・雑誌
ペットボトル
ペットボトル
(本体のみ)
キャップ
(キャップのみ)
アルミ・スチール
カン
ガラス類・
燃えないもの
ビン
産業廃棄物
感染性はないと判断された
茶褐色の薬品・試薬ビン
不燃物・その他
擦式消毒薬の空き容器・
消毒薬・試薬空き容器
プラスチック類

処理箱・シールから見た廃棄物一覧表

<table>
<tr>
<td rowspan="3">感染性医療廃棄物</td>
<td>50リットル橙ダンボール</td>
<td>  </td>
<td> 
</td>
<td>血液・体液が付着した恐れがあるもの。
ガーゼ、ディスポ手袋、綿棒、点滴のルート・ライン類(針のないもの)、薬液ボトル・バック(点滴ルートが接続されていないもの)、チューブ類</td>
</tr>
<tr>
<td>20リットルポリ容器</td>
<td>  </td>
<td rowspan="2"> 


</td>
<td rowspan="2">鋭利な物、メス、注射器、注射針が付いたシリンジ、通気針がついたライン・チューブ類、点滴ルートが接続されている点滴ボトル、
液状・泥状のもの（ハザードマーク赤共有）

５０リットルダンボール：２０リットルポリ容器に入らない感染性医療廃棄物（チェストドレーンバック）

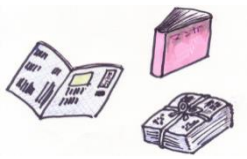
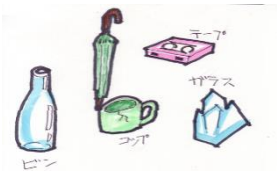
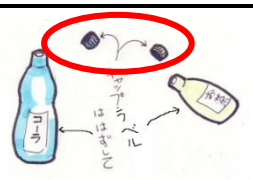
ハザードマーク赤共有
液状・泥状のもの</td>
</tr>
<tr>
<td>50リットルポリ容器</td>
<td>  </td>
</tr>
<tr>
<td>感染性廃棄物</td>
<td>50リットルダンボール</td>
<td> 
</td>
<td>  </td>
<td>血液汚染のない非感染性紙おむつ

（血液汚染のあるもの、※感染リスクがるおむつは橙ダンボールに廃棄）

※別紙参照</td>
</tr>
</table>

※　廃棄物の移し替え防止、中間おき防止に心がけましょう。

処理箱・シールから見た廃棄物一覧表

一般廃棄物	燃えるごみ			紙等の可燃ゴミ・ビニール等の廃プラスチック類
	新聞・雑誌			新聞・雑誌
	ペットボトル			キャップ・ラベルをはがしたペットボトル本体（キャップ・ラベルは燃えるゴミ）
	カン			アルミ・スチールでできた飲料缶・その他のスチール缶
	ビン			ビン・ガラス・その他の金属類 *感染性廃棄物 （特に針等鋭利な物は絶対に入れない）
	ペットボトルキャップ			ペットボトルのキャップははずして別に回収(800 個で、ポリオワクチン 1 本が購入でき、6,300ｇの CO2 を削減)
産業廃棄物	不燃物・その他			非感染性と判断されたアクリノール等茶褐色の空ビンや擦式消毒薬等プラスチック容器は、透明ビニール袋に入れて清掃者により回収、プラリサイクル分別（イソジンなどキャップを閉めて液だれ注意）

K-1：インフルエンザ

Ⅰ.概要

1. 感染経路　：　飛沫感染
2. 潜伏期間　：　1～3 日
3. 症　　状　：　発熱（通常 38℃以上の高熱)、頭痛、全身倦怠感、筋肉痛、関節痛など
4. 治　　療　：　抗インフルエンザ薬

Ⅱ.予防について

1. インフルエンザワクチン接種

毎年の流行シーズンが始まる前に、職員は特に禁忌がない限りワクチン接種を済ませておく。非常勤職員、委託業者などにもワクチン接種を勧める。患者に対しても特に禁忌がない限りワクチン接種を勧める。

2. 標準予防策の遵守

インフルエンザは飛沫感染なので、患者が臨床症状からインフルエンザが疑われる時は、標準予防策と飛沫感染予防策を適応する。患者の鼻腔から検体を採取する時は、実施者は咳嗽やくしゃみにより飛沫を浴びる可能性が高いのでサージカルマスクとゴーグルを着用することが望ましい。

インフルエンザが流行する11月～3月頃までは、来院する患者および全ての面会者には、マスクの着用の協力をお願いする。

Ⅲ.発生時の対応について

1. 入院患者に発生したときの対応

(1)院内感染の防止

インフルエンザ迅速診断キットで陽性と出た場合は、原則として個室とする。または、同型のインフルエンザ患者を同室に集めるコホート隔離とし、抗インフルエンザ薬（タミフルなど）で速やかに治療を開始する。（±の場合も陽性の扱いをする）

陽性の患者と同室の患者全員にもインフルエンザの迅速診断を行い、予防的に抗インフルエンザ薬を開始する。（成人：タミフル処方　１カプセル：１×7日間）

(2)発生届け

病棟責任者は、速やかにインフルエンザ発生届けを記入し、感染委員長に届け出る。

(3)減免について

インフルエンザ（－）の場合、予防投与で処方された抗インフルエンザ薬は病院負担とする。（＋）の場合の投与は患者負担とする。但し、主治医・病棟課長の判断で院内感染と判断される場合は除く。病棟責任者は、発生届を提出すると共に医事課長に連絡する。

(4)隔離の解除

抗インフルエンザ薬開始後、熱などの症状に応じ主治医の判断で解除とする。隔離解除となっても72時間はサージカルマスクを着用するよう指導する。

Ⅳ. 職員に発生したときの対応

1. 院内感染の防止

インフルエンザが疑われる症状がある場合は、速やかに外来受診し、迅速診断を受ける。陽性と出た場合は抗インフルエンザ薬で速やかに治療を開始する。担当部署の責任者は原則としてその職員を休ませ、解熱後少なくとも24時間（推奨48時間）は自宅療養とする。熱がない場合でも24時間は自宅療養とする。

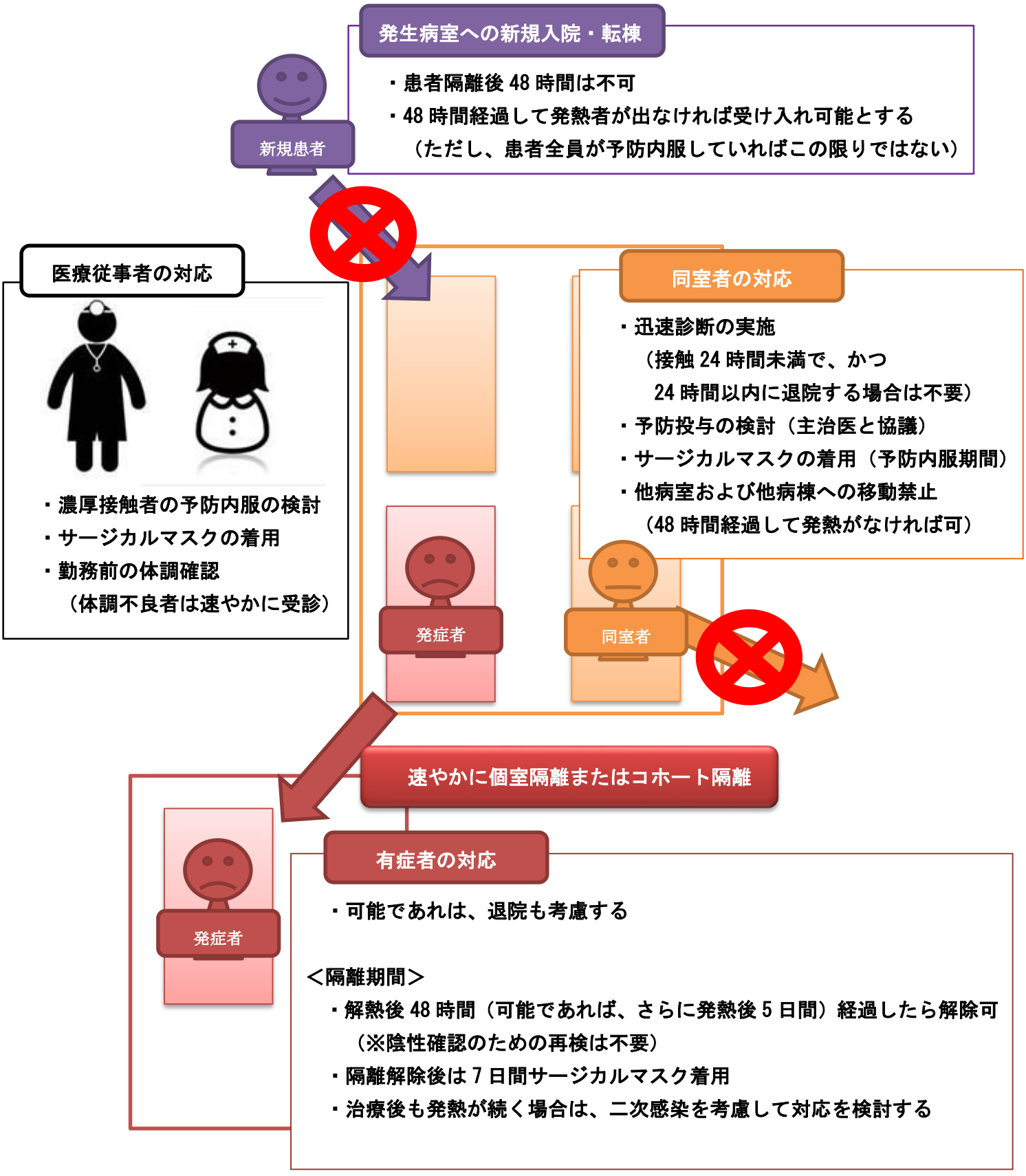
2. 発生届け

担当部署の責任者は、速やかにインフルエンザ発生届けを記入し、感染委員長に届け出る。（新型インフルエンザの発生時のみ）

3. 出勤について

解熱後少なくとも24時間（推奨48時間）は自宅療養し、出勤後も5日間はサージカルマスクを着用する。

Ⅴ. インフルエンザ発生時の対応



Ⅵ. タミフル予防投与基準

1. 患者

(1) 同室者にインフルエンザ陽性患者が発生した場合は、迅速検査実施後、抗インフルエンザ薬（タミフル等）の予防投与を行う。

(2) 入院中の患者はハイリスク症例と捉え、抗インフルエンザ薬の予防投与を推奨する。しかし、腎機能低下・白血球減少・血小板減少などの副作用が発現する可能性もあるため、投与にあたっては主治医と相談の上決定する。

※成人の場合：タミフル　1 カプセル　×　7 日間（透析患者は 1 日間のみ内服）
患者の処方：主治医がオーダーする（病院負担）

2. 職員

(1) 流行シーズン前のワクチン接種が最も重要であり、標準予防策や咳エチケットなどの感染対策が不可欠であることを念頭に置く。

(2) 以下のスタッフに関しては、予防内服を検討する（接触後 48 時間以内の内服を推奨）。

①インフルエンザ陽性患者と接触したスタッフで、ワクチン未接種の者またはワクチン接種後 2 週間未満の者
②同一ユニット内で、患者とスタッフから複数名のインフルエンザ患者が発生し、アウトブレイクと判断された場合
③インフルエンザ陽性患者の飛沫を直接浴びるなど、濃厚に接触したスタッフ

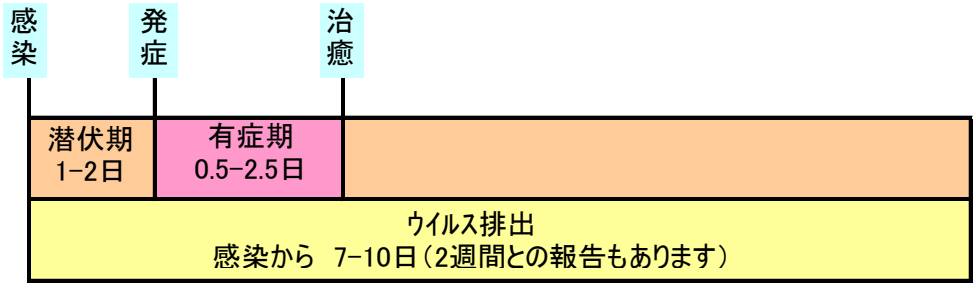
※職員の処方：感染対策担当者に連絡し、薬局経由で払い出し（病院負担）
後日、ICDが処方内容をカルテに記載

※業務中以外の曝露（罹患した家族との接触等）は、原則的に予防内服は推奨しない。
本人の希望で予防内服する場合は、全額自己負担とする。
（外来を受診し、担当医師が処方オーダー）

K-2：ノロウイルス

Ⅰ.概要

1. 感染経路　：　接触感染
2. 潜伏期間　：　1～2 日
3. 症　　状　：　嘔気・嘔吐・下痢など
4. 治　　療　：　対症療法



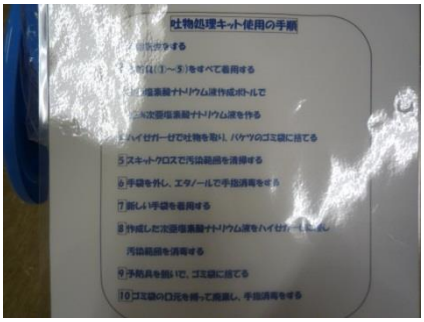
Ⅱ.消毒方法

1. 85℃1分以上の加熱
2. 次亜塩素酸ナトリウム液又はルビスタ
   ※逆性石鹸（オスバン、マスキンetc）、アルコール消毒の効果は不十分
   (1) 多数の人が手を触れる場所や身の周りのもの（手すり、ドアノブ、水道の蛇口など）は定期的に消毒する。→0.02%次亜塩素酸ナトリウム又はルビスタ
   (2) 次亜塩素酸ナトリウムは金属を腐食させるため、金属部分に使用した場合は10分程度経過したら、水拭きをする。また塩素ガスが発生することがあるので十分換気する。
   (3) 下痢や嘔吐をした利用者があり、感染が疑われる場合は特にトイレやその周辺の消毒頻度を増やす必要がある。

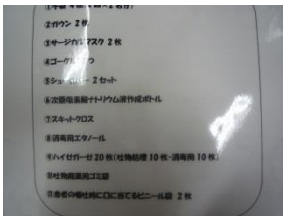
Ⅲ. 排泄物・嘔吐物の処理方法

1. 使い捨て手袋、ガウンやエプロン、マスクを着用
2. 嘔吐物はペーパータオル等で外側から内側にかけて広がらないように拭き取りすぐにビニール袋に入れて処分する。
3. 嘔吐物や排泄物が付着していた床とその周囲は0.1%次亜塩素酸ナトリウム又はルビスタをしみこませた布やペーパータオルで覆うか浸すように拭く（10分程度）。
4. 水拭きをする。
5. 室内を換気する。
6. 排泄物、嘔吐物の処理をした者は、配膳作業を行なわない。









Ⅳ. 便座の消毒方法

1. 便や嘔吐物で汚れた便座や床は0.1%次亜塩素酸ナトリウム又はルビスタを十分含ませた布で拭き取る。10分ほど経ったら水拭きをする。

Ⅴ. リネン類の消毒方法

1. 汚物がついたおむつやリネン類を取り扱う時は必ず、使い捨ての手袋とマスク、エプロンを着用する。
   (1) 汚れたリネン類は専用のビニール袋等に入れ、周囲を汚染しないように注意する。
   (2) 汚物を十分落とした後、0.02%次亜塩素酸ナトリウムに10分浸すか、８５℃で1分以上熱湯消毒する。
   (3) 消毒後、他のものとわけて最後に洗濯する。

Ⅵ.食器類の下膳に関する約束事項（2008.12～）

1.嘔吐物のある場合

嘔吐物があった場合は、病棟で処理する
嘔吐物のかかった残菜は「吐物」として扱い病棟で処理する（残菜ごと医療廃棄物として廃棄する）。
食器を湿らせた不織布ガーゼ等で拭き（吐物の除去）、その後次亜塩素酸ナトリウム1000ppm溶液（水1,000mlに対し1%次亜塩素酸ナトリウム100ml）を染み込ませた不織布ガーゼ等で清拭消毒する。
消毒をした食器類は、トレイごとビニール袋に入れてビニール袋の口をしめて下膳車にのせる。

亜塩素酸ナトリウム希釈液の作り方
【0.02%次亜塩素酸ナトリウム液】
原液濃度が 6%(ハイター)を 300 倍に
原液　10ml+水 3L
　　5ml(キャップ 1 杯)+水 1500ml

【0.1%次亜塩素酸ナトリウム液】
原液濃度が 6%(ハイター)を 60 倍に
原液　50ml+水 3L
　　5ml(キャップ 1 杯)+水 300ml

2.嘔吐物がない場合

感染のある方の食事を下げる時は、病棟でトレイごとビニール袋に入れてビニール袋の口をしめて下膳車にのせる
↓
栄養科では、ビニール袋に入っている食器類は一番最後に処理する
スタンダードプリコーションに従って手袋・マスク・エプロンをして残菜を廃棄する
食器類の汚れをペーパータオル等でふきとり、ふきとったものは残菜と同様に廃棄する
残菜は調理室を通さずに洗浄室から外に出し捨てる
食器類はマニュアルに従って次亜塩素酸ナトリウム200ppm溶液で消毒する
塩素チェッカーで次亜塩素酸ナトリウム「200ppm」を確認する
次亜塩素酸ナトリウム溶液は作りおきをしない（30分以内に使用する）
その後、食器類は通常どおり洗浄機で洗浄し食器消毒保管庫で熱風乾燥させる
食器消毒保管庫の運転中は扉をあけない
運転中の温度が85℃に達温していることを確認する
食器類はきちんと乾燥させ水が残っていないことを確認して食器棚にしまう

Ⅶ.配膳に関する約束事項（2007.6.15～実施）

感染があるために部屋に入ってはいけない患者様については「面会謝絶」の表示がされているので、調理作業従事者は「面会謝絶」の部屋には配膳しない。（入室しない）
必ずナースステーションに声をかけ、看護師・看護補助の方に配膳してもらう。

〔ご協力のお願い〕
入院患者に食中毒・感染症が集団発生した場合、原因食品・原因物質が特定されていなくても、保健所と協議のうえ、院内の病院給食施設での業務を自主的に休止することになります。
また、食中毒と決定した場合には、食事の供給停止（又は営業停止）等の処分があります。
（この場合、患者給食の提供を優先するため、2階職員食堂の営業も出来なくなります）
汚染の拡大を防止するため「嘔吐物」があった場合には、適切な処理をお願い致します。

Ⅷ. ノロウイルス患者に使用した食器類の下膳方法

①吐物処理キット内の防護具を着用（前ページ参照）
②残菜を医療廃棄物として破棄
③吐物を除去
④0.1%次亜塩素酸ナトリウム液で食器を消毒



※ビニールの端をきちんと縛りましょう

食事開始

※配膳は看護師が行う
（栄養科スタッフは配膳しない）

緑色トレーを使用

吐物による汚染

あり

病棟で一次処理

なし

トレイごとビニール袋に入れて縛る



下膳車に載せる



※なるべく下段に
置きましょう

栄養科で消毒
0.02%次亜塩素酸ナトリウム液で 1 時間浸漬後、通常処理
※ビニール袋に入っている食器は、一番最後に処理する

K-3：結核

Ⅰ.概要

1. 感染経路　：　空気感染
2. 症　　状　：　咳、痰、体重減少、全身倦怠感など
3. 治　　療　：　抗結核薬

Ⅱ.病棟で入院患者が結核と診断されたときの対応

当院は結核指定病院ではないので、できるだけ結核が疑われる患者が来院した場合は、排菌の有無を外来で検査することが重要。特に結核の高リスク患者では注意する。

Ⅲ.高リスク患者

免疫不全患者・免疫抑制剤、ステロイド投与患者・低栄養状態・術後患者・高齢者・糖尿病患者・腎不全、透析患者、など

1. 結核は空気感染・飛沫核感染なので、入院患者が臨床検査や画像所見、臨床症状から結核が強く疑われるときには、**空気感染予防策**を適応する。
2. 抗酸菌のガフキー検査が未報告の時には、結核として対応する。
3. 結核の診断が確定した場合には「結核患者発生時のフローチャート」に従い対応する。
4. 排菌患者は原則として結核病床を持つ病院に患者を転送する。
5. 非排菌者（ＴＢ遺伝子検査陽性でガフキー陰性）に関しては、当院で対応可能であるが、感染症対策委員長と個々の症例につき個別に対応する。

Ⅳ.結核患者の届出

1. 結核患者が発生した際には、主治医は診断後直ちに「結核患者届出票」を保健所に提出する。

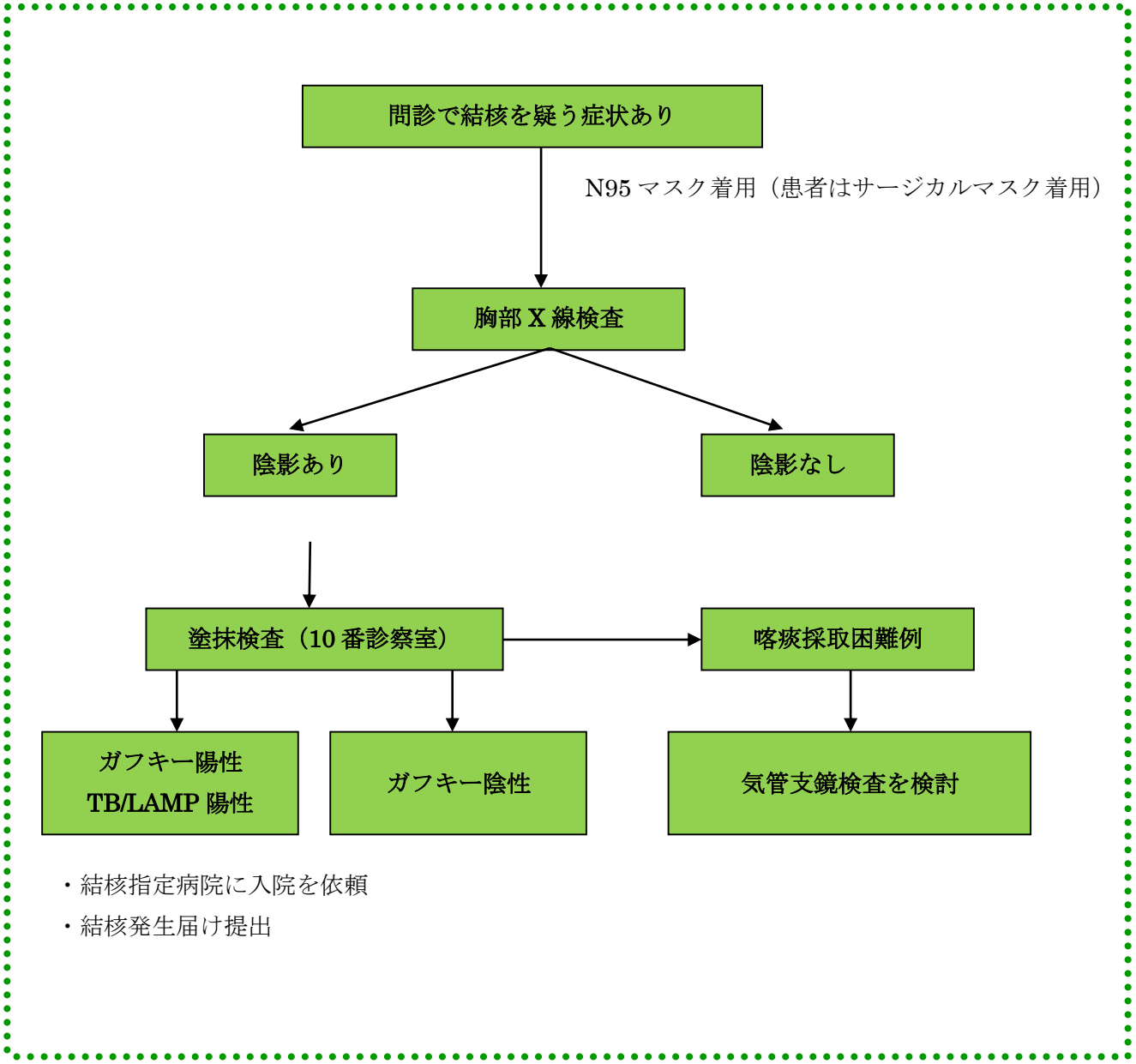
※A-5：発生届の流れ参照

2. 届出用紙は、イントラシステム（共有メニュー画面）の各委員会発行文書（感染防止対策委員会）にあります。
3. 排菌している結核患者が発生した場合には、保健所と感染対策委員会の協議の基に、保健所からの指示に従い、結核定期外検診を実施する。

Ⅴ.結核病棟に入院歴のある患者の入院受け入れ条件

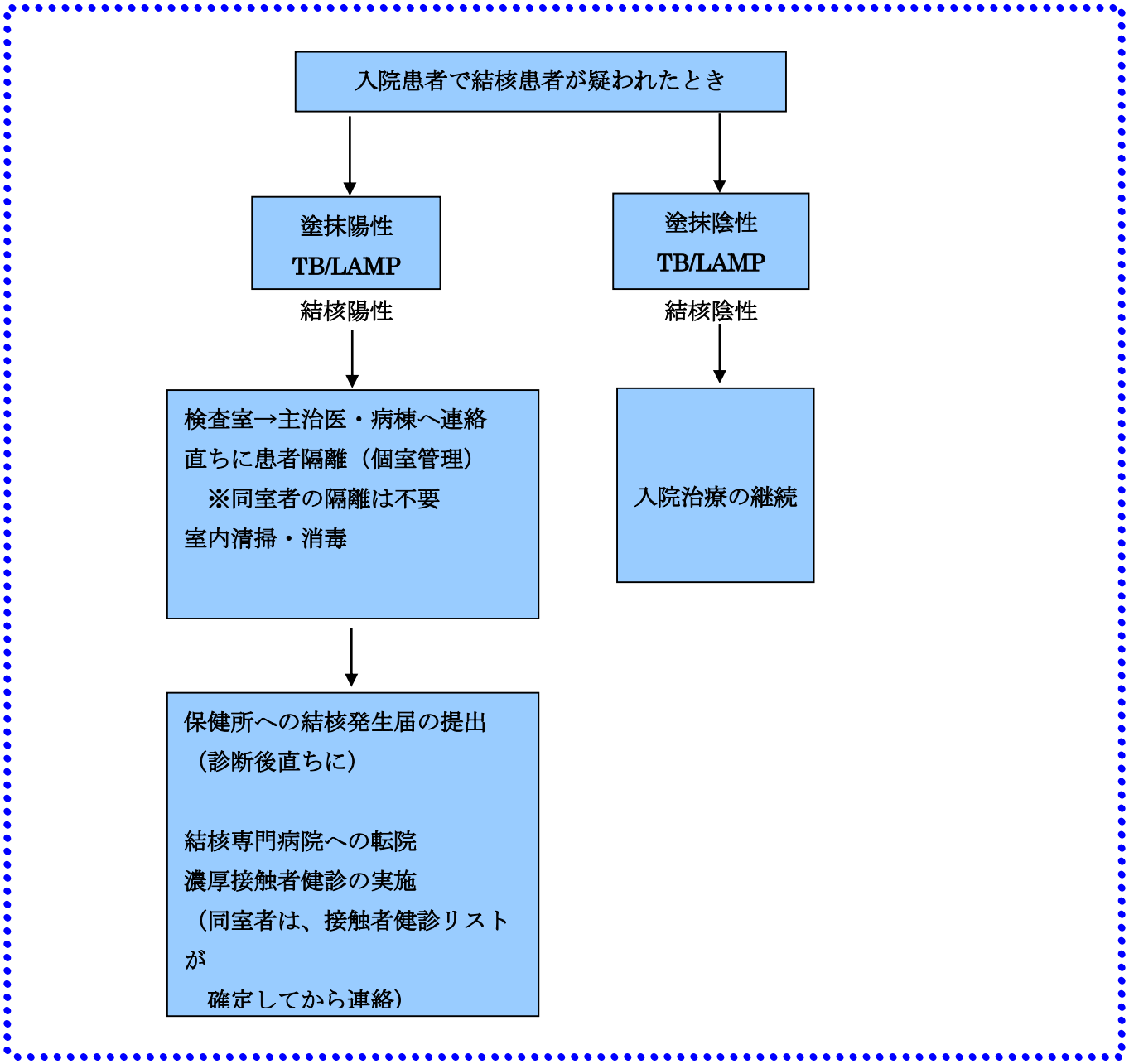
1. 咳、痰が消失している。胸部Ｘ線で明らかな空洞性病変が認められない。
2. 痰の採取が可能であれば、週1回の、喀痰抗酸菌塗抹検査で、連続3回陰性が確認されている。（治療開始後より、約３週間所要）治療後で、痰の採取が困難な場合は、肺結核では胃液を、咽頭結核では咽頭ぬぐい液を採取し、１回の陰性を確認することとする。
3. 塗抹陽性であっても2週間の治療が行われており、更に、以前検出された結核菌の薬剤感受性検査の結果が、耐性がないことが確認されているか、薬剤感受性を考慮した適切な治療がされている。（約２ヶ月所要）→塗抹陽性でも、培養では陰性となっていることが確認されている。
4. 尚、患者様の状態等により、やむを得ず受け入れが必要である場合は、個室管理により①、②、③の確認を行う。

外来で結核が疑われる患者の対応フローチャート



・結核指定病院に入院を依頼
・結核発生届け提出

結核患者発生時のフローチャート



注：【1、2、3、4、5類感染症発生届の流れ】参照

K-5：クロストリディオイデス・ディフィシル関連下痢症

1.疾患

・抗菌薬投与後における感染性下痢症の最も多い原因菌。多くは軽症の下痢症で、数%にイレウス・巨大結腸症、偽膜性腸炎など重篤な転帰となる。

2.微生物学の知識

・偏性嫌気性、芽胞形成性のグラム陽性桿菌

3.検査方法

・CD トキシンの迅速検査を行う

・偏性嫌気性菌のため、培養検査の場合は嫌気培養が必要。

4.検査実施の目安

以下の場合は CDI を疑い、CD トキシン検査を検討

①1 日に 5 回以上の水様性下痢

②抗菌薬関連下痢症を疑う

③他に下痢を発症する要因がない

④交差感染の可能性がある

5.感染経路

・抗菌薬投与により菌交代現象が起こり発症

・医療従事者の手指、環境を介した接触感染

6.潜伏期間

・発症する場合は、1～2 日程度、長くても 1 週間以内ともいわれる

・抗菌薬投与開始後 4～9 日目での発症が多いが、抗菌薬終了後 8 週間以上経過して発症することもある。

7.感染可能性期間

・不明（下痢症状のある場合に感染力が強いが、無症候性保菌者も感染源になりうる）

8.消毒薬

・芽胞形成性のためアルコールは無効。（適応薬品の濃度・用途は「D-4：接触予防策②（アルコールが無効な感染症の実際）を参照）

・手指衛生は「流水と石けんによる手洗い」を実施

治療フローチャート

年　月　日　F　号室　氏名：　ID：

ＣＤトキシン（＋）

抗菌薬の中止を検討

□再発（6ヶ月以内に3回以上の発症）
□重症

重症度基準の参考例（下記のうち2項目以上該当で重症）
□①年齢＞60歳
□②体温＞38.3℃
□③血清Alb濃度＜2.5g/dL
□④WBC＞15,000/μL

電子カルテでセット入力が可能です

①医師セット → ②共通 → ③CDトキシン → ④各セットを選択

該当せず

□Aセット
①メトロニダゾール500mg×3（14日分）
②ラックビー　1g×3

□Bセット（腎機能低下時　Ccr＜10mL/min）
①メトロニダゾール250mg×3（14日分）
②ラックビー　1g×3

□Cセット（透析患者）
①メトロニダゾール250mg×3（14日間）
②ラックビー　1g×3
※昼・夕・寝前

改善（＋）

改善（－）

該当

□Dセット
①バンコマイシン125mg×4（14日分）
②単シロップ　2ml×4
③ラックビー　1g×3

改善（＋）

改善（－）

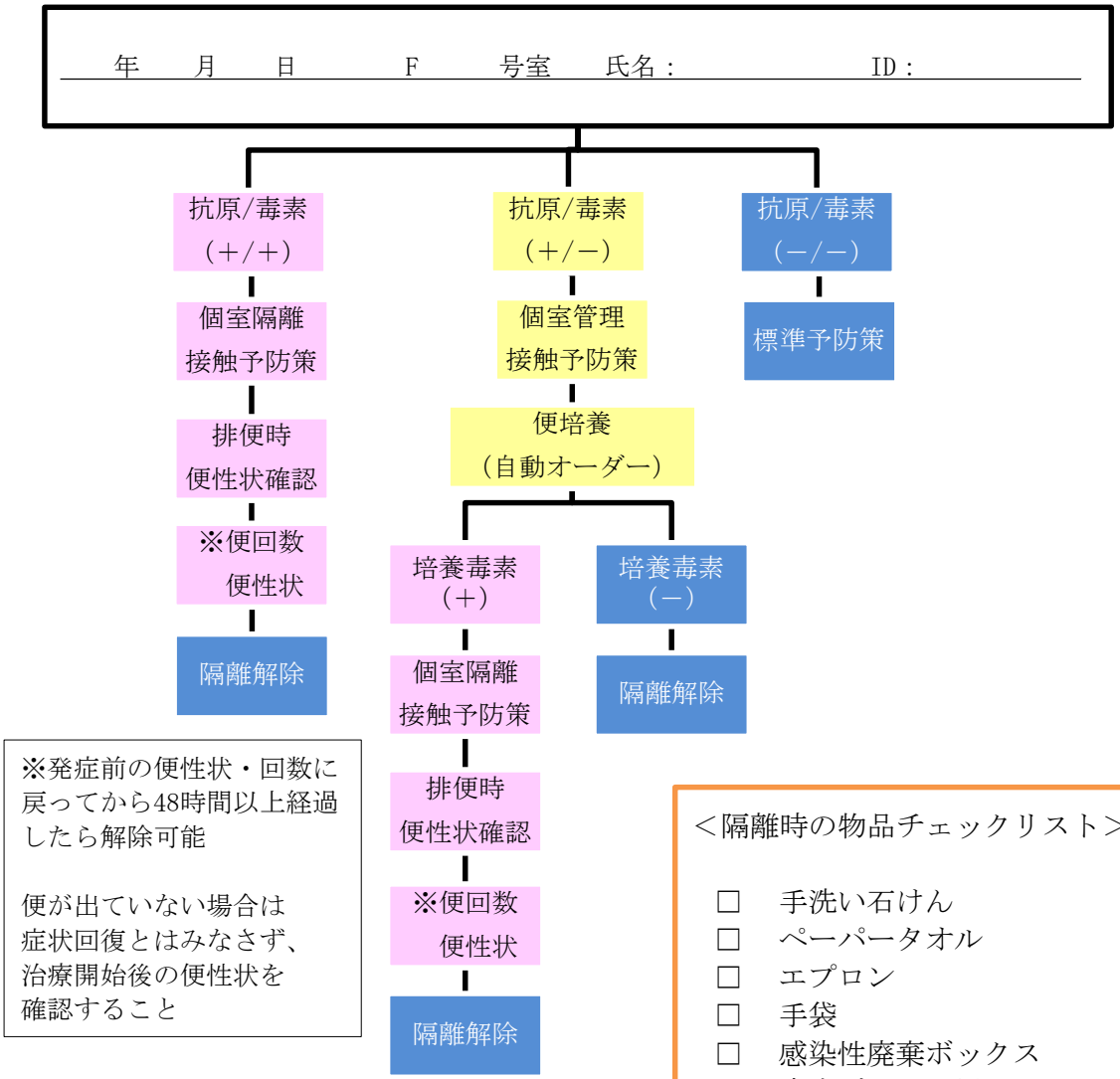
□Eセット
①バンコマイシン500mg×4（14日分）
②単シロップ　4ml×4
②ラックビー　1g×3

改善（＋）

再発を繰り返す場合

漸減療法（ICTにご相談ください）
10～14日間の治療後に
1週目：125mg×2
2週目：125mg×1
3週目：125mg×1/48hr
4週目125mg×1/72hr
（5回投与で終了）

個室管理フローチャート



※発症前の便性状・回数に戻ってから48時間以上経過したら解除可能

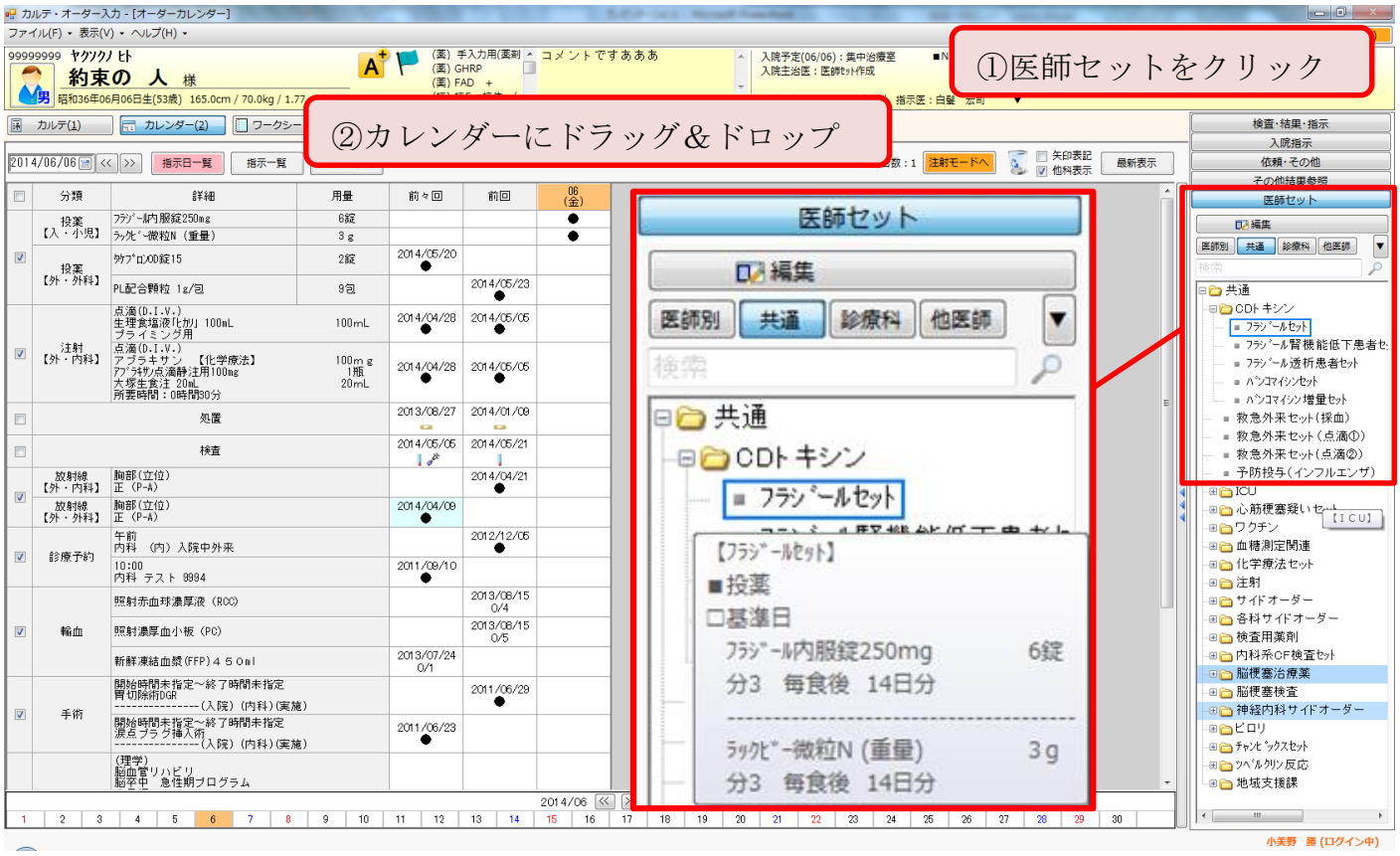
便が出ていない場合は症状回復とはみなさず、治療開始後の便性状を確認すること

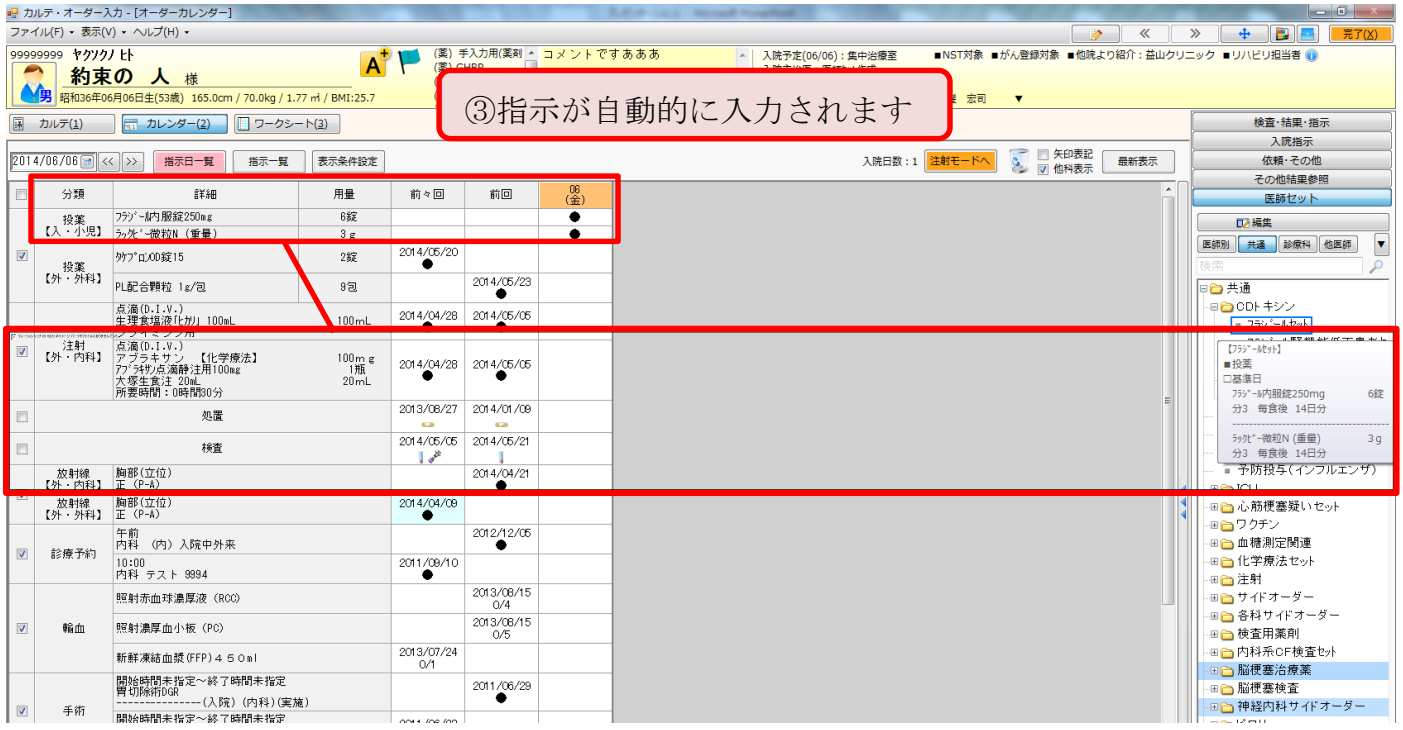
＜隔離時の物品チェックリスト＞

- □ 手洗い石けん
- □ ペーパータオル
- □ エプロン
- □ 手袋
- □ 感染性廃棄ボックス
- □ 廃棄ボックス用フットペダル
- □ ルビスタ
- □ 血圧計・ステート等
- □ （　　）

社会福祉法人恩賜財団済生会支部埼玉県済生会加須病院			
文書名	院内感染防止対策マニュアル K-5：クロストリディオイデス・ディフィシル関連下痢症		
文書番号	感対-共手-マニュアル K-5-1-220601	ページ	4 / 4

CDI抗菌薬セット　オーダー方法





個室隔離していた患者の病状が安定して、感染源となりうる可能性が低くなれば、個室隔離を解除する。解除するときにはICTに相談する。
内科系病棟で、易感染者でない患者がMRSAの保菌者の場合、個室隔離の必要はない。しかしながら、以下の点に注意して対応を行う。

2) どの患者がMRSAの保菌者かを把握しておく。この際には、患者のプライバシーの尊重に留意する。
医療従事者はMRSA患者と接触する前後に手洗い、手指消毒を厳守する。処置、診察を行うときには、最後に行うようにする。
患者に、「MRSA」とは何か、「定着状態、保菌とはどうゆうものなのか」等について説明し、易感染者との接触を避けることや、手洗いなど自身でできることは積極的に行うように教育・啓蒙する。
患者および家族には、MRSAが検出された場合、MRSAについての説明を行う。特に、隔離の必要な症例に関しては、隔離の必要性について説明を十分行う。家族に対し入退室の手洗いについて指導を行う。家族が隔離病室へ入室する際には、マスク、ガウンの着用は必要ないが、介護を行うときには着用するよう指導する。不要な面会は制限し、高齢者、乳幼児体力の落ちた人などの易感染者の面会は避けていただくよう説明する。

4.MRSA 保菌者の治療

1) 保菌者の場合、患者がMRSA感染症を発症する危険がなければ除菌の対象とはならない。MRSAの上気道の保菌者でも以下の場合は除菌を行う。
・手術をうける予定がある症例
・免疫不全などのハイリスク患者
・重症の長期臥床患者:具体的には鼻腔ではムピロシン鼻腔用軟膏の塗布、咽頭ではポビドンヨードによるうがいを1日3-4回実施する。

喀痰からMRSAが検出されても検出例の大多数はコロナイゼーションと考えられている。気道のコロナイゼーションに対して、バンコマイシンのネブライザーなどが用いられているが除菌は困難であり、また、除菌されても短時間で再定着され、有効性は確立されていない。よって当院では用いない。

5.医療従事者のスクリーニング

医療従事者が保菌者であるかの一律のスクリーニングは多くは一過性の保菌者であるため不要である。むしろ全医療従事者が一過性保菌者になりうると自覚し、標準予防策を遂守することが重要である。MRSA感染症患者の多発時には、職員を対象にスクリーニングを適宜行う。その際、職員の保菌者が院内感染の拡大に関与している場合や、ICUや手術室など準清潔区域の医療従事者に関しては、除菌を検討する。

6.MRSA 保菌者・感染者の報告義務

別途報告書(巻末)に従い、直ちにICTに報告する。

項目	看護手順
1.判定基準と隔離	・MRSA 感染の場合は、直ちに個室隔離にする ・保菌患者の場合は、原則個室隔離は不要 ・感染兆候が改善された場合は、医師・ICT と相談のうえ隔離解除する（陰性確認のための培養検査は不要） ・ICU に入院する患者については、入院時にスクリーニング検査を行う（１年以内に入院した患者・特別養護老人ホームからの転院など感染リスクが高い患者もスクリーニング実施を推奨する)。 ・ICU で MRSA 感染者（保菌者も含む）が発生した場合は可能な限り一般病棟に転出させる ・病状により転棟が不可能な患者に対しては個室隔離を行い、病状が改善次第一般病棟へ転棟させる ・一般病棟では易感染者に対し感染源となりうる患者の場合、医師の指示により隔離を行う 1）MRSA 腸炎の患者 2）気管切開をうけていて MRSA を常時気道から排出している患者 3）MRSA 肺炎など呼吸器感染症を発症し、喀痰の吸引処置を必要とする患者 4）火傷・手術創・褥創などの創部に MRSA が感染している患者 5）MRSA の保菌者で易感染者の場合には個々の症例毎に個室管理が必要かどうか検討し適応を決定する
2.事務手続き	・MRSA 患者発生の病棟内連絡 ・医療従事者だけにわかる印（ピンクのシール）を入院カルテ表紙右上・シスコールのプレート・個室はシールを貼った面会謝絶のプレートをドアにつけ表示する ・患者のプライバシーに配慮する ・MRSA が発生した場合は直ちに主治医が MRSA 新規発生報告書に記入の上、感染対策委員長へ報告・提出する ・課長は看護部長に報告する ・夜間・休日はリーダーが責任看護師に報告する ・持ち込みの場合、個室利用料の減免はしない
3.手指衛生	・診察、処置、介助を問わず、手指衛生５つのタイミング（①患者に触れる前　②清潔/無菌操作の前　③体液に曝露された可能性のある場合　④患者に触れた後　⑤患者周辺の物品に触れた後）で手指衛生を行う
4. 個人防護具	・患者に診察、処置介助のため接触する場合はビニールエプロンを使用する ・毎回マスク、アイプロテクション着用は必要ない ・ただし、喀痰が多い患者や褥創など皮膚病変（血液・体液が飛散する場合）のある患者の場合はマスク・アイプロテクションを着用する
5.看護用具 医療機器の取り扱い	・使用する物品は可能な限り専用とする （血圧計・ステート・体温計等） ・病室から持ち出す場合、アルコール消毒する ・汚染された金属製品、プラスチック、ガラス類はビニール袋に入れナースステーションに持ち帰り、流水で洗浄後、アルコール消毒する
6.汚染リネンの取り扱い	・血液・分泌液で汚染した物は定められたビニール袋にいれ、病棟名と MRSA を明記し、バイオハザードマークシールを貼りリネン庫の専用ラックに入れる ・１日１回補助が汚染リネン庫に運ぶ

7.病室の清掃と消毒	・病室の消毒は原則として必要ない ・血液、体液、排泄物、皮膚落屑物が飛散している場合は汚れを取り除いてからアルコールまたは 0.5～1%次亜塩素酸ナトリウムで清拭する ・清拭はベッドメイキングの後に埃を立てないように行う
8.食器の取り扱い	・特に他の患者と区別する必要がない ・病棟での消毒は必要としない
9.ごみの取り扱い	・感染性医療廃棄 BOX を病室に置き、その中に全て廃棄する
10.身体の清潔	・入浴は感染症状がなければ制限しない ・浴槽内は市販の洗剤で洗浄する ・タオルはビニール袋に入れ、病棟名と MRSA を明記しリネン庫の専用ラックに入れる
11.他部門への移動	・MRSA 肺感染症の患者はマスクを着用して移動する 検査、リハビリテーション、他科受診終了後に、湿性生態物質（汗以外の液体）の汚染が認められた場合、汚れを取り除いてからアルコール液で汚染した場所を清拭する ・その後は通常の清掃でよい 1）CT・MRI その他の放射線科の検査 ・原則として 1 日の最後に行う ・予約する際に MRSA 陽性者であることを伝える ・介助時は汚染が考えられる場合のみエプロンを着用する 2）内視鏡 ・緊急の場合以外は行わない ・内視鏡検査は病室で行う ・持ち込んだ器械類は退室する際にアルコールで清拭するか、ビニール袋に入れて消毒に出す 3)高圧酸素 ・これまで高圧酸素を行っていた患者が、MRSA 陽性であることが判明した場合は塩化ベンザルコニウム液で庫内を清拭し 1 時間放置した後で他の患者の治療を再開する 4）リハビリテーション ・時間帯を区別するなどして行う 5）他科受診 ・原則として往診とする ・外来受診の場合は時間帯を調整の上、他科診察室で行う ・他科依頼連絡表（短冊）に MRSA と記載する
12.外出	1）MRSA 感染者の場合 ・検査、治療、その他必要がある場合以外は隔離してある部屋から外出しない ・外出する場合、咳・痰のある患者はマスクを着用する ・帰室後は手指衛生、うがいを行う 2）MRSA 保菌者の場合 ・原則として MRSA 感染者と同様に取り扱う ・院外への外出、自宅への一時帰宅、退院は制限しない　その際、院内では病室から出口までのルート以外に行かないようにする
13.手術	・加須病院手術基本消毒法に準ずる

14.集中治療室	・原則として MRSA 陽性患者は、集中治療室には入室させない ただし一般病棟での看護が著しく困難で集中治療室での管理が必要である場合、感染対策委員会及び集中治療室の課長と相談した上で集中治療室内の個室に収容する
15.家族への説明	・患者の家族に主治医や看護師が MRSA・隔離・予防具・退室時の手指衛生の必要性など説明する ・面会は必要に応じて制限する ・同居している家族、または近い親族のみに限定することが望ましい ・高齢者、乳児、体力の落ちた人など易感染者は面会を制限する
16.医療従事者について 医療従事者が MRSA の場合	・培養検査で MRSA 保菌者であることが判明した場合、特に行動制限・業務の制限はしない ・勤務中は手洗いを励行する ・鼻腔内に MRSA を有している医療従事者の鼻前庭等から MRSA が直接飛散して感染を起こす危険性はない しかし手が鼻前庭に触れた場合は、確実に手指は MRSA の汚染を受け、それ以降の交差感染の危険を含んでいる 鼻に触れないようにするためマスクの着用は意味がある ICU や手術室などの医療従事者については積極的除菌を検討する 培養検査で 1 回でも陰性であった場合は医師の指示のもと除菌されたものとみなす
17.退院後の部屋の清掃	・床は通常の清掃でよい ・患者が触れるところは速やかに清拭掃除を行う ・(ベッド周り、ドアノブなどは) アルコールで清拭する ・カーテンは交換する

K-5：クロストリディオイデス・ディフィシル関連下痢症

1.疾患

・抗菌薬投与後における感染性下痢症の最も多い原因菌。多くは軽症の下痢症で、数%にイレウス・巨大結腸症、偽膜性腸炎など重篤な転帰となる。

2.微生物学の知識

・偏性嫌気性、芽胞形成性のグラム陽性桿菌

3.検査方法

・CD トキシンの迅速検査を行う

・偏性嫌気性菌のため、培養検査の場合は嫌気培養が必要。

4.検査実施の目安

以下の場合は CDI を疑い、CD トキシン検査を検討

①1 日に 5 回以上の水様性下痢

②抗菌薬関連下痢症を疑う

③他に下痢を発症する要因がない

④交差感染の可能性がある

5.感染経路

・抗菌薬投与により菌交代現象が起こり発症

・医療従事者の手指、環境を介した接触感染

6.潜伏期間

・発症する場合は、1～2 日程度、長くても 1 週間以内ともいわれる

・抗菌薬投与開始後 4～9 日目での発症が多いが、抗菌薬終了後 8 週間以上経過して発症することもある。

7.感染可能性期間

・不明（下痢症状のある場合に感染力が強いが、無症候性保菌者も感染源になりうる）

8.消毒薬

・芽胞形成性のためアルコールは無効。（適応薬品の濃度・用途は「D-4：接触予防策②（アルコールが無効な感染症の実際）を参照）

・手指衛生は「流水と石けんによる手洗い」を実施

治療フローチャート

年　月　日　F　号室　氏名：　ID：

ＣＤトキシン（＋）

抗菌薬の中止を検討

□再発（6ヶ月以内に3回以上の発症）
□重症

重症度基準の参考例（下記のうち2項目以上該当で重症）
□①年齢＞60歳
□②体温＞38.3℃
□③血清Alb濃度＜2.5g/dL
□④WBC＞15,000/μL

電子カルテでセット入力が可能です

①医師セット → ②共通 → ③CDトキシン → ④各セットを選択

該当せず

□Aセット
①メトロニダゾール500mg×3（14日分）
②ラックビー　1g×3

□Bセット（腎機能低下時　Ccr＜10mL/min）
①メトロニダゾール250mg×3（14日分）
②ラックビー　1g×3

□Cセット（透析患者）
①メトロニダゾール250mg×3（14日間）
②ラックビー　1g×3
※昼・夕・寝前

改善（＋）

改善（－）

該当

□Dセット
①バンコマイシン125mg×4（14日分）
②単シロップ　2ml×4
③ラックビー　1g×3

改善（＋）

改善（－）

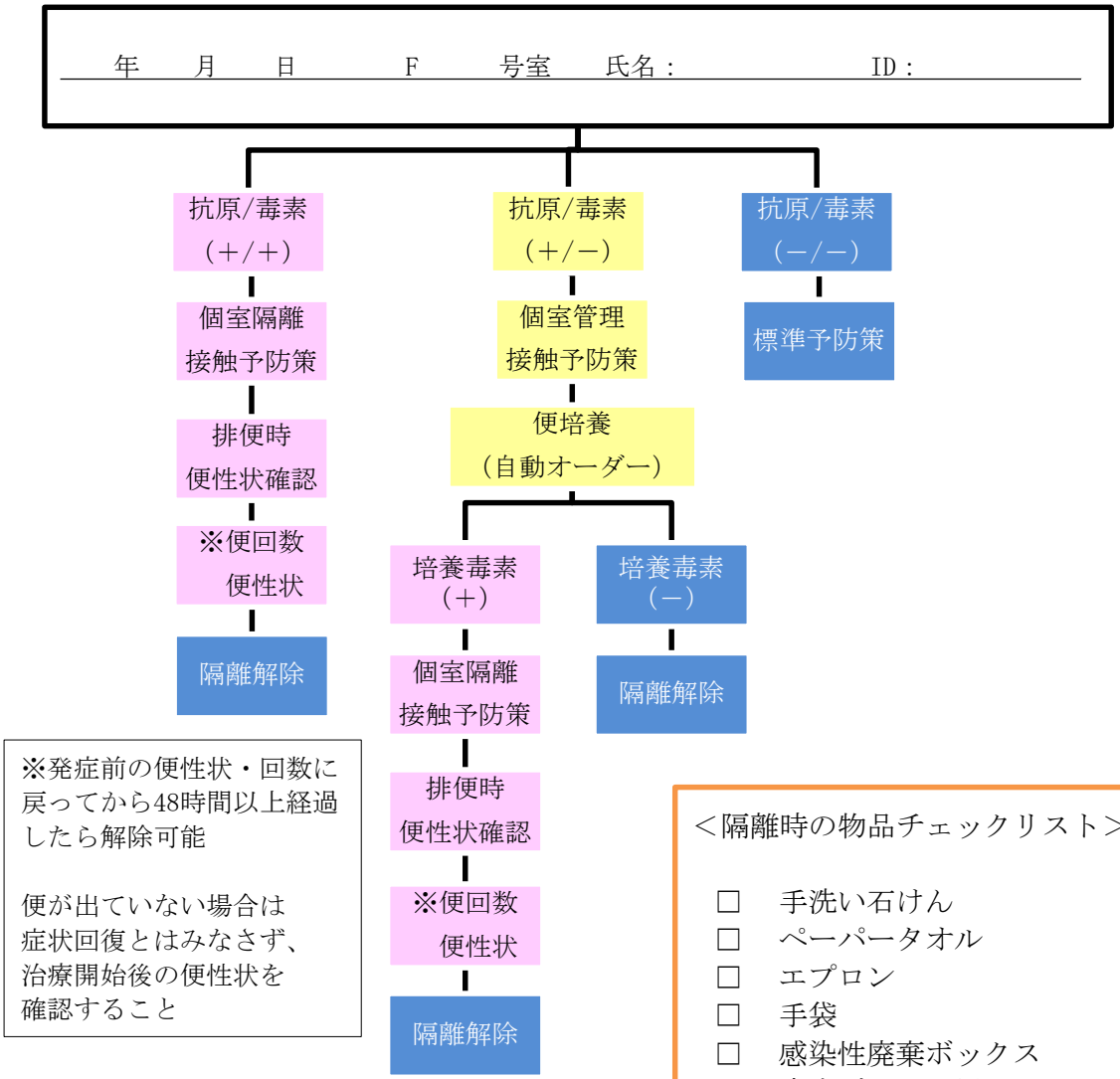
□Eセット
①バンコマイシン500mg×4（14日分）
②単シロップ　4ml×4
②ラックビー　1g×3

改善（＋）

再発を繰り返す場合

漸減療法（ICTにご相談ください）
10～14日間の治療後に
1週目：125mg×2
2週目：125mg×1
3週目：125mg×1/48hr
4週目125mg×1/72hr
（5回投与で終了）

個室管理フローチャート



※発症前の便性状・回数に戻ってから48時間以上経過したら解除可能

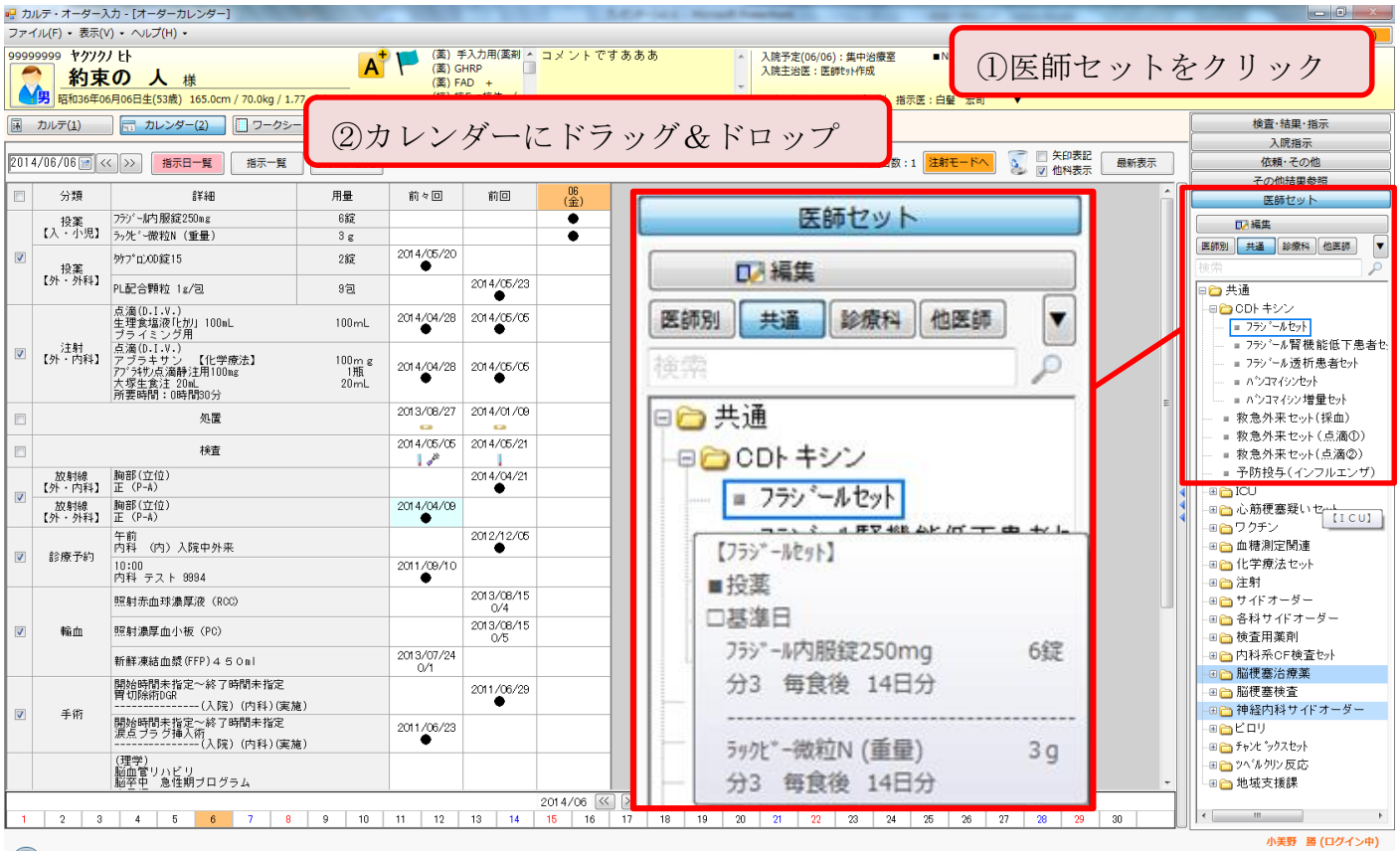
便が出ていない場合は症状回復とはみなさず、治療開始後の便性状を確認すること

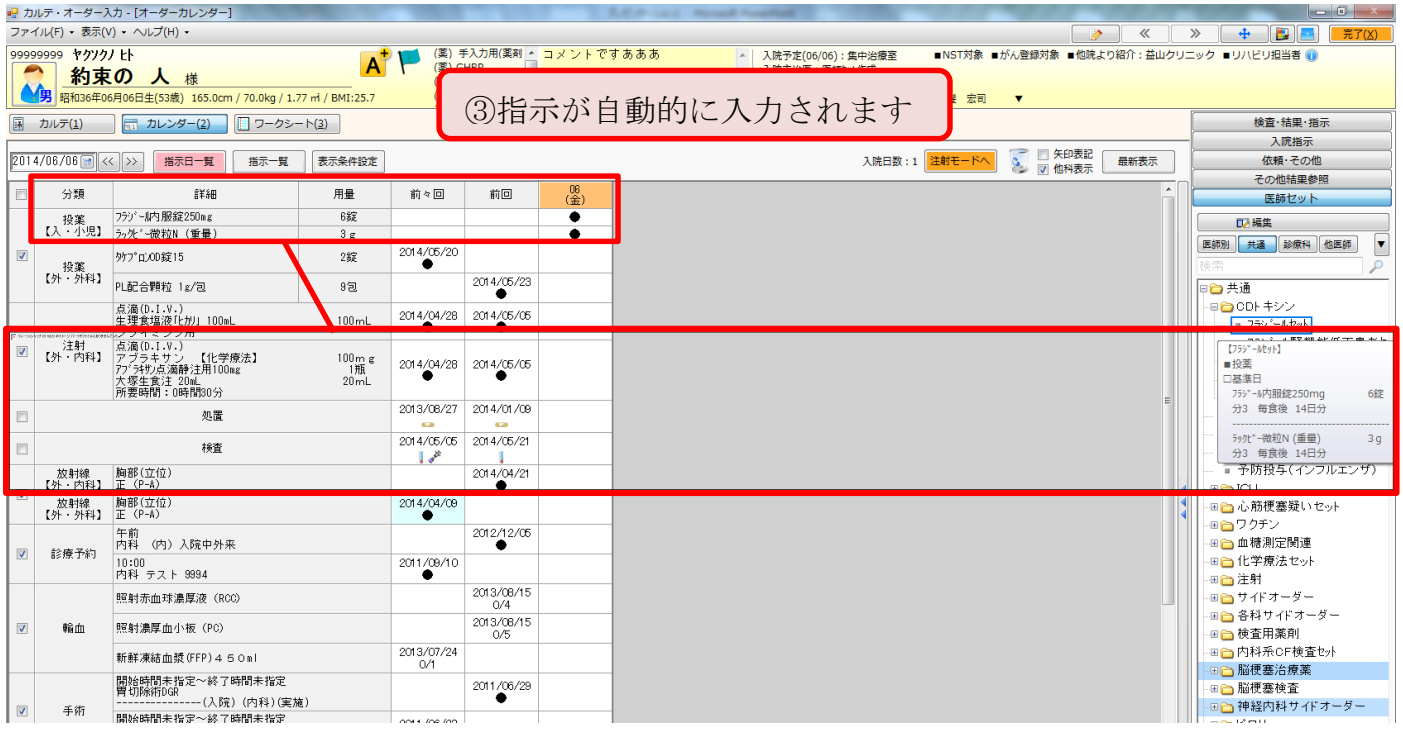
＜隔離時の物品チェックリスト＞

- □ 手洗い石けん
- □ ペーパータオル
- □ エプロン
- □ 手袋
- □ 感染性廃棄ボックス
- □ 廃棄ボックス用フットペダル
- □ ルビスタ
- □ 血圧計・ステート等
- □ （　　）

社会福祉法人恩賜財団済生会支部埼玉県済生会加須病院			
文書名	院内感染防止対策マニュアル K-5：クロストリディオイデス・ディフィシル関連下痢症		
文書番号	感対-共手-マニュアル K-5-1-220601	ページ	4 / 4

CDI抗菌薬セット　オーダー方法





K-6：疥癬

院長

院内感染防止対策委員会・委員長

緊急委員会招集

発生状況の把握：患者の入院プロフィール、発生日、院内移動状況、看護介護度
対策室の設置の有無を決定する：場所、電話〇台
発生病棟の入院患者、家族への説明、聞き取り調査開始、指示を出す
発生病棟の職員、家族への説明、聞き取り調査開始、指示を出す
患者、家族への連絡範囲：〇月〇日入院患者～〇月〇日までの決定、方法(電話か文書か)の決定
発生日からの経過報告書の作成：罹患状況、治療指示、感染患者の対応、感染職員の対応、室内消毒の範囲、発生病棟への新規入院の可否など
外注業者の連絡範囲決定：看護補助、シーツ交換業者、看護学校、清掃業者
保健所への連絡：電話、後日文書
イントラネットによる情報開示
皮膚科外来のバックアップ

院長

感染防止対策委員長

看護部長

所属看護課長
医局長
事務部門
薬剤部

実行

皮膚科科長

・院長、感染委員長、看護部長との報告、連絡を蜜にする
・一般診察に影響させない
・２診以上の体制が必要時は院長から大学へ要請
・状況により17時以降の診療体制をとる
・感染者に対する診療指示の明確化に努める
・再診計画を立てる（混乱をさける）

医局長

・感染委員長からの指示で協力体制（処方箋書きなど）
・主治医は患者、家族の説明協力
・医師自身のチェックを怠らない

看護部長

・看護課長を招集し状況説明
・委員会で決定したことを随時報告
・対策室の電話対応の責任者となる
・インフォメーションの増員
・皮膚科外来看護師の増員
・受診患者の罹患発生状況の報告、リスト作成
・（院長、感染委員長、皮膚科医、医局長、医事課、総務課へ配布）
・感染患者、職員の対応は指示とマニュアルに準ずる
・患者、家族の苦情対応
・用度管財課に施設消毒の指示

事務部長・総務課長

・委員長の指示に従ってリストアップされた患者への文章の送付
・入口、院内掲示物の作成
・委員長の指示でイントラネットへの情報入力
・患者、家族、職員などの保障問題、お金に関わる事の対応（事務部長）

診療支援課長(病歴室)

・指示があった期間の患者リストの作成
・指示があった期間の職員カルテの準備
・受付での患者説明
・必要時受付増員と受付時間の延長対応

用度管財課長

・病室、施設の消毒を業者に指示
・消毒薬の発注

注） ノルウェー疥癬は、通常の疥癬の重症型である。老人や免疫能の低下した状況下で進行しやすく角化型疥癬とも称される。落屑には多量のヒゼンダニを内包する。

（通常の疥癬では直ちに院内感染に直結するわけではない。マニュアルに則って適切に対応する）

疥癬の感染予防

項目	看護手順
1.判定基準と隔離	臨床症状として以下のような皮疹の特徴が見られる 1）疥癬トンネル 手関節屈側、手掌、指間、指側面に好発。足蹠、足背、肘頭、外陰部（特に男性)、臀部、腋窩など見られることもある 2）紅斑性小丘疹 臍部を中心とした腹部、胸部、腋窩、大腿内側、上腕屈側などに散在し、激しい瘙痒を伴う（特に夜間） 3）結節 主に外陰部に見られ、小豆大、赤褐色。腋窩、肘頭部、臀部に認められることもある 数ヶ月、時には半年以上残存し、激しい瘙痒のもととなることがある さらに、角化型の場合は皮疹が角化する 以下の 3 項目を勘案して診断する 1）上記の皮疹が認められる 2）顕微鏡検査でヒゼンダニが検出される 3）疥癬患者との接触機会を含めた疫学的流行状況 当該患者は隔離して収容し、隔離期間は治療開始後 1～2 週間とする
2.事務手続	皮疹などの疥癬の特徴が見られた際は、速やかに主治医に連絡して皮膚科受診をさせる その際、他科依頼伝票には『疥癬チェックお願いします』と記載する 疥癬と診断された場合には症例届出を院内感染防止対策委員長に提出する ＊発生届は、前項『疥癬発生時の対応』参照＊ 疥癬患者では、外来カルテ右上、入院カルテ氏名の下、シスコールプレート、面会謝絶プレートに紫色のシールを貼る 報告ルート 発生⇒所属課長⇒看護部長・院内感染防止対策委員長 対策ルート ＊フローチャート参照＊
3.手指消毒	手洗いを励行する 石鹸を使って流水手洗い後、エタプラスゲルで手指消毒する
4. 個人防護具	身体介助する際はビニールエプロン、手袋を着用し、使用後は落屑が飛び散らないようにポリ袋等に入れてから廃棄する
5.看護用品、医療機器の取り扱い	バイタル用品、車椅子、ストレッチャーなどは患者専用のものを準備する 血圧計のマンシェットのゴムは洗い、カバーは中材で消毒する
6.汚染リネンの取り扱い	シーツ交換は外用剤処置後、洗い流した後に行う（原則毎日交換） 交換後のシーツはビニール袋へ入れ『疥癬』と書いて感染用に入れる、看護補助が 1 日 1 回不潔リネン庫へ運ぶ マットレスは防水シーツで覆い、退院後消毒する
7.病室の清掃と消毒	カーテンは一週間に 1 回交換する 必要に応じてスミスリン（薬剤科に請求）を噴霧し、3 時間閉鎖後清掃する 噴霧、清掃は用度課に依頼する 床掃除は掃除機を用いるか、落屑等を舞い上げないように湿式で行う

8.食器の取り扱い	区別の必要なし 病棟での消毒も必要なし
9.ゴミの取り扱い	感染性医療廃棄 BOX を病室に置き、密封してその中に全て廃棄する
10.身体の清掃	使用したタオルは『疥癬』とビニール袋に書いて感染用に入れ、看護補助が不潔リネン庫へ 1 日 1 回運ぶ 下着は毎日交換する 外用剤を塗布する前は、石鹸でよく洗ってから行う 入浴する場合、順番は最後とし、使用後は浴室等を水で洗い流す また、脱衣所は落屑等を舞い上げないように湿式で清掃する
11.他部門への移動、取り扱い	CT、MRI などの放射線科検査、内視鏡、リハビリテーションなど、原則的に出張とする 検査等の前に疥癬であることを必ず伝える
12.外出	医師の許可にて行う
13.手術	手術室のマニュアルに準ずる
14.集中治療室	病棟と同様
15.家族への説明	医師より説明し、必要に応じて予防的治療を検討する 洗濯物は洗濯後に乾燥機、またはアイロンを使用するか、50℃で 10 分間熱処理後洗濯をするように指導する
16.医療従事者について	疥癬が発生した部署の職員や接触者は院内感染防止対策委員長指導の下、必要に応じて予防的治療を行う 罹患職員は通常勤務とするが、症状によって医師の判断のもと欠勤とする 勤務時は手袋を着用し、顔を除いてできる限り肌の露出を避ける
17.退院後の清掃について	＊　項目 6,7 を参照　＊
＊参照＊ 治療薬について	皮膚科医師、院内感染防止対策委員長の指示のもと、必要に応じて内服、外用治療を行う 疥癬治療薬剤一覧を表 1 に示す

表 1. 疥癬の治療薬剤

	保険適応	一般名	製剤名	投与量/使用濃度	小児適応	妊婦適応
内服	○	イベルメクチン	ストロメクトール錠	約 200μg/kg	△*1	×
外用	○	イオウ	イオウ末	5～10%	○	○
		有機イオウ	チアントール	原液		
	×	クロタミトン	オイラックス軟膏	10%	△*2	△*2
	○	フェノトリン	スミスリンローション	1 回 1 本(30g)	○*3	○*3

(＊1)　体重 15kg 未満の小児に対する安全性は確立していない

(＊2)　大量または長期にわたる広範囲の使用は控える

(＊3)　添付文書では安全性は確立していないとしているが実際の使用経験はある

＊院内製剤の安息香酸ベンジル、γ-BHC は毒性の問題などから現在ではほとんど使用されておらず一覧から削除とした。

＊フェノトリン：臨時購入となるため使用時は薬剤科DI室(内線1034)までご連絡下さい。

社会福祉法人恩賜財団済生会支部　埼玉県済生会加須病院
新型インフルエンザ等発生時における診療継続計画

平成 26 年 2 月 1 日作成

平成 28 年 3 月 1 日改訂

2022 年 6 月 1 日改訂（ゾーニングは未確定のため未修整）

【前文】

【第１章　総論】

１－１　診療継続計画策定・運用の目的

２－２　基本方針

３－３　定義と用語

【第２章　未発生期における準備】

２－１　新型インフルエンザ等対策の体制整備

２－２　職員の健康管理と啓発

２－３　病院機能の維持及び業務継続

２－４　医療資器材の確保

２－５　施設利用者の安全確保と広報

【第３章】

３－１　対策本部

【第４章】

４－１　外来診療体制

４－２　入院診療体制

４－３　入院中患者で新型インフルエンザ等が発生した場合の対応

４－４　各部門における対応

【第５章　地域感染期における対応】

５－１　外来診療体制

５－２　入院診療体制

５－３　入院中患者で新型インフルエンザ等が発生した場合の対応

５－４　職員の健康管理等

【第６章　患者数が大幅に増加した場合の対応】

６－１　外来診療体制

６－２　入院診療体制

６－３　各部門における対応

６－４　地域全体での医療体制の確保について

【第７章　新型インフルエンザ等対策関連情報】

【第８章　用語集】

【前文】

新型インフルエンザは、毎年流行を繰り返しているインフルエンザウイルスとウイルスの抗原性が大きく異なる新型のウイルスが出現することにより、およそ 10 年から 40 年の周期で発生している。ほとんどの人が新型のウイルスに対する免疫を獲得していないため、世界的な大流行（パンデミック）となり、大きな健康被害とこれに伴う社会的影響をもたらすことが懸念されている。

また、未知の感染症である新感染症の中でその感染力の強さから新型インフルエンザと同様に社会的影響が大きいものが発生する可能性がある。これらが発生した場合には、国家の危機管理として対応する必要がある。

平成 21 年（2009 年）4 月に発生した新型インフルエンザ（A/H1N1）に対する対策を通じて得られた多くの知見や経験等を踏まえ、病原性が高い新型インフルエンザと同様の危険性のある新感染症も対象とする危機管理の法律として、新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成 24 年法律第 31 号。以下「措置法」）が制定された。

平成 25 年（2013 年）4 月に特措法が施行されたことを受け、同年 6 月、新型インフルエンザ等対策の実施に関する基本的な方針や国が実施する措置等を示す「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」（以下「政府行動計画」）及び具体的な内容・実施方法等を示す「新型インフルエンザ等ガイドライン」（「以下ガイドライン」）が示されたところである。

政府行動計画・ガイドラインの対象とする感染症（以下「新型インフルエンザ等」）は、以下のとおりであり「社会福祉法人恩賜財団済生会支部　埼玉県済生会加須病院新型インフルエンザ等発生時における診療継続計画」（以下「本計画」）においても「新型インフルエンザ等」を対象とする。

- 感染症法第 6 条第 7 項に規定する新型インフルエンザ等感染症（以下「新型インフルエンザ」）
- 感染症法第 6 条 9 項に規定する新感染症で、その感染力の強さから新型インフルエンザと同様に社会的影響が大きなもの

現段階では新型インフルエンザ等の発生は確認されていないが、新型インフルエンザ等が発生した際、継続して医療を提供するためには、事前に計画を作成し、対策の準備を行う必要があることから、平成 25 年 4 月に策定した「鳥インフルエンザ（H7N9）対応アニュアル」を改訂し、新感染症も含めた新型インフルエンザ等を対象として本計画を策定した。

当院は、埼玉県より特措法第 2 条 7 項に規定する指定地方公共機関の指定を受けており、また特措法第 28 条第 1 項の規定に基づく登録事業者としての登録を受けることから、本診療継続計画は、指定地方公共機関としての「業務計画」及び特定接種の登録の際に提出する「事業継続計画（BCP）」に基づき作成したものである。

当院は、指定地方公共機関及び特定接種の登録事業者としての責務を負うとともに、感染症指定医療機関として、利根医療圏において発生した新型インフルエンザ等患者の受け入れを積極的に行う方針である。

本計画は、政府行動計画・ガイドライン・埼玉県行動計画に基づき策定したものであり、新型インフルエンザ等が発生した際には、本計画に基づき、対応を行うこととなるが、発生する事態

は必ずしも予測されたように展開するものではないため、本計画についても、情勢の変化に応じ、適宜見直し、必要な修正を加えるものである。

【第１章】

１－１　診療継続計画策定・運用の目的

（１）職員の健康管理に十分配慮し、その上で診療業務を効果的に維持・継続する。

（２）未発生期に適切な準備を行う。

（３）新型インフルエンザ等発生後に適切な対応を行う。

（４）地域感染期において医療需要が増加した際においても、地域の医療体制の維持に貢献する。

１－２　基本方針

（１）新型インフルエンザ等発生時においても、地域における当院の役割に従い、地域住民に対し必要な医療の提供を行う。

（２）海外発生期及び地域発生早期に、「帰国者・接触者外来」を設置し、新型インフルエンザ等の発生国からの帰国者や患者との濃厚接触者に対する外来診療を行う。

（３）感染症指定医療機関として、地域発生早期に新型インフルエンザ等の疑似症患者・患者（確定例）に対する入院診療を行う。

（４）地域感染期において、新型インフルエンザ等の重症患者の入院を積極的に受け入れる。

１－３定義と用語

（１）法律、政府行動計画、ガイドラインで定められた定義を使用する。

（２）用語の詳細については第８章を参照する。

【第２章　未発生期における準備】

当院における新型インフルエンザ等対策の立案・実施に関しては以下のとおりとする。

（１）未発生期においては院内感染対策委員会により、新型インフルエンザ等対策の立案及び院内感染対策の強化を図る。

（２）未発生期における対策立案は、感染制御チーム（Infection Control Team：ICT）が行うこととするが、必要に応じ、新型インフルエンザと対策ワーキンググループを別途設置する。

（３）発生期においては、新型インフルエンザ等対策本部を設置し、新型インフルエンザ等対策を実施する。

２－１　新型インフルエンザ等対策の体制整備

院内感染対策マニュアルに基づき平時から院内感染対策を徹底するとともに、新型インフルエンザ等発生時における診療継続計画を策定し、職員間での情報共有と事前訓練を実施する。

１．マニュアル等の整備

（１）院内感染対策マニュアルの整備・改訂

（２）新型インフルエンザ等発生時における診療継続計画（本計画）の策定・検討及び改訂

（３）本計画に基づき、各部署において、業務継続計画及び必要な手順書等の策定・検討及び改訂

（４）職員への最新マニュアルの情報提供と業務の周知

（５）新型インフルエンザ等患者（疑いを含む）診療時の対応方針（PCR 検査の実施の要否等）に関し、加須保健所（61-1216）と調整

２．訓練の実施

（１）埼玉県及び加須市主催の訓練への参加

（２）主要職員を対象とした、机上・実地訓練の実施

（３）感染対策向上加算における訓練の開催

３．報告

（１）本計画のうち必要事項について、特措法第９条の規定に基づく「業務計画」として埼玉県に提出する。

（２）本計画のうち必要事項について、特措法第 28 条第１項の規定に基づく登録事業者としての登録を受ける際に厚生労働省に提出する。

２－２　職員の健康管理と啓発

新型インフルエンザ等発生時における職員の健康管理及び職員の意識向上に必要な措置を行う。

１．教育と研修

新型インフルエンザ等発生時のいても適切な診療を提供できるよう、以下の教育及び研修を実施する.

（１）新型インフルエンザ等に関する基礎知識について

（２）発生段階に応じた新型インフルエンザ等患者に対する診療体制について

（３）院内感染対策、個人防護具の適切な使用法、職員の健康管理について

（４）部署別の業務継続計画（人員計画、優先業務の把握）について

２．特定接種

（１）特定接種の登録について

特定接種の登録に関して、行政機関から示される申請手続きに基づき、登録事業者として登録を行う。医療分野には、「新型インフルエンザ等医療型」と「重大・緊急医療型」の２類型が設けられており、職員の業務内容に応じて特定接種の対象となる人数を以下のとおり登録する。

・「新型インフルエンザ等医療型」で登録する場合は、「新型インフルエンザ等医療の提供に従事する者（資格は問わない)」を対象とする。

・「重大・緊急医療型」で登録する場合は、重大・緊急の生命保護に従事する有資格者（医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、救急救命士、歯科衛生士、歯科技工士、深慮放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、義肢装具士、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、管理栄養士）を対象とする。

・非常勤職員については、常勤換算する（非常勤職員の人数分は登録されない)。

・当院に常駐して業務を行う外部事業者の職員のうち、新型インフルエンザ等医療の提供に従事する者（窓口職員等）については、全従業員数の母数に含むこととする。

（２）特定接種の接種順位等について

実際に特定接種を行う際には、登録した人数分のワクチンが供給されない場合があること、また順次ワクチンが供給される可能性があり、登録した職員の中でも接種対象者の絞り込みや、接種順位を検討する必要があることを、登録の際に職員に説明する。特定接種を行う前に、職員の中での接種対象者の絞り込みや接種順位の決定を円滑に実施できるよう、登録の際に年齢、職種、部署（診療科・病棟別）等の基本情報の他、以下の事項を調査する。

（A：新型インフルエンザ等医療の提供）

A1. 通常、インフルエンザ等の感染症の医療の提供に従事しており、新型インフルエンザ等が発生した際、新型インフルエンザ等医療の提供に従事する可能性がある。

a. 外来診療、　b. 入院診療、　c. 宿直業務

A2. 通常、インフルエンザ等の感染症の医療の提供に従事していないが、新型インフルエンザ等が発生した際、新型インフルエンザ等医療の提供に従事する可能性がある。

A3. 通常、インフルエンザ等の感染症の医療の提供に従事しておらず、新型インフルエンザ等が発生した際、新型インフルエンザ等医療の提供に従事する可能性はない。

（B：生命・健康に重大・緊急の影響がある医療の提供）

B1. 通常、生命・健康に重大・緊急の影響がある医療の提供に従事している。

B2. 通常、生命・健康に重大・緊急の影響がある医療の提供に従事していない。

（C：患者との接触頻度）

C1. 通常業務において、主に患者と接する。

C2. ときどき患者と接する。

C3. ほとんど患者と接することはない。

（D：勤務形態）

D1. 常勤である。

D2. 非常勤である。（週あたりの勤務時間を記入）

（E：ワクチン接種の希望の有無）

E1. 新型インフルエンザ等発生時にワクチン接種を希望する。

E2. 新型インフルエンザ等発生時にワクチン接種を希望しない。

２－３　病院機能の維持及び業務継続

１．診療継続計画（外来）

地域感染期において外来診療が必要な患者への医療提供を継続するための計画を策定する。

（１）地域感染期において新型インフルエンザ等の患者数が大幅に増加し、新型インフルエンザ等対策本部長（病院長）が外来診療を制限する必要性があると判断した場合は、外来診療を段階的に縮小する。

（２）新型インフルエンザ等対策本部長より各診療科長宛に外来診療縮小の依頼を発出する。具体的には、以下の対応を行う。

・慢性疾患等を有する定期受診患者のうち、病状が比較的安定している患者に対して長期処方を行うなど受診する回数を減らす。

・慢性疾患等を有する定期受診患者のうち、電話による診療により慢性疾患の状況について診断できた場合に定期処方薬の処方箋をファクシミリ等で送付する。

・症状がない段階で同意を得た定期受診患者や再診患者に対して、電話による診療により新型インフルエンザ等への感染の診断ができた場合に抗インフルエンザウイルス薬等の処方箋をファクシミリ等で送付する。

・緊急以外の外来受診は避けるよう広報を行う。

２．診療継続計画（入院）

（１）地域感染期において新型インフルエンザ等の患者数が大幅に増加し、新型インフルエンザ等の重症患者のための病床を確保するため、新型インフルエンザ等対策本部長が入院診療を制限する必要性があると判断した場合は、入院診療を段階的に縮小する。

（２）未発生期の段階において、地域感染期に待機的入院・待機的手術を控える必要が生じた場合に入院診療を制限するための計画を策定する。具体的には、各診療科における代表的疾患・病態を以下の基準をもとにＡ群、Ｂ群、Ｃ群の３群にグループ分けを行う。

Ａ群の疾患・病態：　早急な措置を要する患者

Ｂ群の疾患・病態：　Ａ群とＣ群の中間の患者

Ｃ群の疾患・病態：　予定入院、予定手術で１ヶ月程度の猶予がある患者

（循環器内科の一例）

Ａ群の疾患・病態：　急性心筋梗塞

Ｂ群の疾患・病態：　労作性狭心症

Ｃ群の疾患・病態：　経過良好な冠動脈形成術後の確認造影検査

（３）地域感染期において、新型インフルエンザ等対策本部長が待機的入院・待機的手術を控える必要性があると判断した場合は、事前に策定したグループ分けをもとに診療制限を行う。

３．各部署における業務継続計画

地域感染期において出勤可能な職員が減少する中でも各部署の業務が継続して行えるよう、以下の手順により部署毎に業務継続計画を策定する。

（１）職員情報の確認：緊急連絡先、通勤経路・通勤方法、学校・保育施設に通う子どもの有無、要介護の家族の有無、その他支援の必要性の有無等を把握する。

（２）人員計画の作成：職員が欠勤した場合の代替要因を検討する。特に、学校・保育園の休校・休園や家族の看病等で欠勤する可能性のある職員を予め把握し人員計画を策定するほか、在宅勤務について検討する。時差出勤の採用、自家用車等での通勤の許可等も検討する。

（３）優先業務の把握：多くの職員が欠勤した場合においても継続すべき優先業務と縮小すべき業務をリストアップした上で、通常業務の縮小する目安を検討する。

（４）代替要員がいない部署への対応：部署内で代替要員の確保が難しい場合は、部署を超えた応援態勢を検討する。

（５）緊急連絡網の整備：部署の職員間の緊急連絡の体制を整備する。また、行政や関連業者などの緊急連絡先及び担当者名簿を作成する。

４．臨時職員の募集・採用

欠勤率が 40%を超えた場合の対応として臨時職員を以下のとおり募集する。募集する人数については、臨時職員への研修が可能な範囲内とし、勤務可能な職員数を定期的に把握した上で臨時職員の募集を行うこととする。

（１）募集する職員：

・臨時アルバイト職員

・臨時ボランティア職員

（２）業務内容：

基本的に新型インフルエンザ等の患者との接触が少ない以下のような業務を中心とする。

・総務・会計部門

・コールセンターでの対応

・清掃・物品管理

・新型インフルエンザ等以外の患者に対する補助的業務及び安全区域における雑務等

なお、医師・看護師等の有資格者の募集（他の医療機関への協力要請）については、埼玉県と調整の上、実施することとする。

２－４　医療資器材の確保

災害用に備蓄している医療資器材（マスク・ガウン・手袋・簡易ベッド）や非常食（患者用・職員用）等を確認し、新型インフルエンザ等対策で共用できる物資をリスト化しておく。

（１）個人防護具等の確保について

以下の個人防護具及び速乾性手指消毒剤等の使用状況・在庫状況を把握するとともに、必要に応じて、備蓄あるいは在庫量を増やす。

※海外発生期に移行したら、すみやかに SPD に緊急ストック配備（5 日分）を依頼する

・ゴーグル・フェイスシールド

・マスク（N95 マスク・サージカルマスク・シールド付マスク）

・ガウン・エプロン

・手袋

・速乾性手指消毒剤

・石鹸

・ペーパータオル

等

（２）医薬品・検査薬の確保について

以下の医薬品・検査薬の使用状況・在庫状況を把握する。

・抗インフルエンザウイルス薬

・インフルエンザ迅速診断キット

（３）医療機器の確保について

以下の医療機器の使用状況を把握する。

・輸液ポンプ・シリンジポンプ

・人工呼吸器

・血液浄化装置

・心肺補助装置

等

２－５　施設利用者の安全確保と広報

発生段階に対応した施設利用者への啓発・広報活動を行う。

１．未発生期

（１）手洗い・咳エチケットなどの感染対策について、ポスターなどにより啓発を行う。

２．海外発生期及び国内発生早期

（１）手洗い・咳エチケットなどの感染対策について、ポスターなどにより啓発を行う。

（２）新型インフルエンザ等の流行状況及び診療に関する当院での対応方針につき、ポスターやホームページ、SNS などで情報提供を行う。

３．国内感染期

（１）手洗い・咳エチケットなどの感染対策について、ポスターなどにより啓発を行う。

（２）新型インフルエンザ等の流行状況及び診療に関する当院での対応方針につき、ポスターやホームページ、SNS などで情報提供を行う。

（３）面会に関する当院の方針につき、ポスターやホームページ、SNS などで情報提供を行う。

【第３章　対策本部】

３－１対策本部

１．設置

当院では、新型インフルエンザ等が発生した際、病院長を本部長とする新型インフルエンザ等対策本部（以下「対策本部」）を総務課内に設置し、埼玉県、久喜市との連携を図り、新型インフルエンザ等対策を実施する。なお、対策本部は、平時の院内感染対策員会を発展させたものとし、対策の実施にあたって、ICT は対策本部を補佐するものとする。

２．構成

本部長は病院長とする。

その他、構成員として、下図に掲げる副本部長、本部員を置き、本部長を補佐する。



３．対策本部の機能

（１）対策本部を設置後、本部長は対策本部会議を開催する。新型インフルエンザ等の発生状況に応じ、開催頻度を決定する（月１回、週１回、毎日など）。

（２）対策本部においては、情報の共有に務める。

（3）本部長、副本部長を中心に病院全体の対応を協議する。本部員は各部門での対応を検討する。

（4）対策本部長は、必要に応じ、職員を招集する。病院職員は対策本部の指示に従う。

4．各部門における検討事項

部門	担当者	対応事項
診療・看護部門	副病院長 診療統括部長 内科系副部長 地域救急センター長 手術部長 看護部長 副看護部長	医療体制の確保に関すること ・（診療）通常診療を行うチーム、新型インフルエンザ等の外来診療チーム、入院診療チームの編成等医師の人員計画 ・（救急）一般の救急患者や他施設の重症患者受け入れの調整 ・（手術部）手術の緊急度のランクづけ、待機的手術の延期の調整 ・（看護部）入院、外来、手術、透析における看護師の人員計画
薬剤・検査放射線部門	薬剤科長 薬剤副科長 診療技術部長 診療技術部副部長 放射線科長 副科長 臨床工学科長 副科長	医薬品・検査体制・医療機器の確保に関すること ・（薬剤科）ワクチン、抗インフルエンザウイルス薬、抗菌薬等の確保・在庫管理、払い出し方法の検討、薬剤師の人員計画 ・（検査科・放射線科）検査のランクづけ、待機的検査の延期の調整、臨床検査技師、診療放射線技師の人員計画 ・（臨床工学科）人工呼吸器等の医療機器の確保、保守・点検、臨床工学技士の人員計画
事務部門	事務部長 総務課長 用度管財課長 診療支援課長 栄養科副科長 医療サービス室長 地域連携課長	医療事務体制の確保（人員計画）と関係部署との調整に関すること ・（総務課）対策本部の運営・記録、職員の健康管理、広報 ・（用度管財課）個人防護具の在庫管理、必要物品の調達・管理 ・（診療支援課）患者対応、災害時カルテの運用、患者・職員の栄養・管理 ・（サービス）患者対応、危機管理・防犯 ・（地域連携課）患者対応、近隣医療機関との連携・対応
総括部門	病院長 事務部長 総務課長 医療安全対策室長 **災害対策室長** 感染防止対策委員長 **感染対策室長** **（感染管理認定看護師）**	・総合的な方針・対策の立案、調整及び対策本部の運営に関すること ・病院全体の情報収集、情報伝達に関すること ・行政や他の医療機関との連絡・調整に関すること

５．緊急連絡網（災害対策に準ずる）　→　Excel データ貼り付け

６．相談窓口の設置

患者からの問い合わせ数が増加した場合は、専用ダイヤル（自動音声対応による 24 時間対応）を設置する。音声対応の内容は、埼玉県と相談の上、決定する。

（１）インターネット・SNS による情報発信案内

（２）帰国者・接触者相談センター、埼玉県、加須市相談窓口（コールセンター）の案内

（３）加須保健所の電話番号の案内

・平日時間内　　TEL　61－1216

・夜間・休日　　TEL　○○－○○○○

７．報道機関への対応

報道機関への対応窓口を設置する。報道機関からの電話での問い合わせが、交換台、初診窓口・救急受付等にかかってきた場合は、人事・総務課（内線 3004　PHS86319）に転送する。

※原則として、報道機関への対応は、総務課長がすべて一括して取り扱う。

８．対策本部の廃止

政府対策本部、都道府県対策本部が廃止された時は、対策本部を廃止する。

【第４章　海外発生期から地域発生早期における対応】

（注）新型インフルエンザ等患者に対する感染対策については、発生した感染症が飛沫感染対策・接触感染対策を基本とするインフルエンザであることを前提で記載している。空気感染する新感染症が発生した場合は、患者と接する際に N95 マスクの着用が必要となる場合が考えられる。

実際に新型インフルエンザ等が発生した際には、公的機関から出される推奨等をもとに各医療機関において、個人防護具用の基準を定める必要がある。

新型インフルエンザ等が海外で発生又は埼玉県において発生しているが全ての患者の接触歴が追える時期である。発生国からの帰国者や患者との濃厚接触者に対しては、「帰国者・接触者相談センター」を通じて、「帰国者・接触者外来」おいて外来診療を行う。診察の結果、新型インフルエンザ等と診断された場合は、感染症法に基づき感染症指定医療機関等において入院措置を行うこととなる。

４－１　外来診療体制

新型インフルエンザ等が発生した時点で、「帰国者・接触者外来」を設置し、新型インフルエンザ等が疑われる患者に対する外来診療を開始する。その他の外来診療は通常体制とする。

１．帰国者・接触者外来の設置場所

・「感染症診察室」を「帰国者・接触者外来」専用とする。

・受付業務、患者待合は感染症診察室内に設置する。

（P.32～33　別添１診察フロー1.2 参照）

２．手順書等の作成・外来運営の準備等

「帰国者・接触者外来」設置にあたり以下の手順書の作成・外来運営の準備を行う。

（１）掲示物

・一般外来も含め、新型インフルエンザ等の流行状況や咳エチケット励行などのポスターの掲示

・「帰国者・接触者外来」区画への一般患者立ち入り禁止のポスターの掲示

（２）手順書等

・患者対応についてのフローチャート・連絡網の作成

・受付・診療・会計までの一連の患者動線の作成

・電話交換における対応の手順書の作成・周知

・受付担当・患者案内者の対応の手順書の作成・周知

・検査科、放射線科等の部門別の対応の手順書の作成・周知

・専用の問診票の作成

（3）診察室の準備

・差圧計等を用いた圧差の確認

・個人防護具・速乾性手指消毒剤・石鹸・ペーパータオル等の設置（P.34　別添 2 参照）

・診療に用いる物品（体温計・血圧計・聴診器・駆血帯・SpO2 モニター・筆記用具等）、検査に用いる物品（インフルエンザ迅速診断キット・注射器・注射針・消毒綿・採血管等）、救急蘇生用品等の設置（P.34　別添 2 参照）

・対応フローチャート、連絡先一覧（検査科・放射線科・診療支援課等の関係部署、ICT メンバー、加須保健所等（日中・夜間））を診察室に掲示

（4）その他

・清掃の手順書の作成・清掃業者との調整（清掃すべき箇所をリスト化しておく）

・担当する医師・看護師・受付等のシフト表の作成

3．外来診療

・受信の電話連絡のあった疑い患者に対し、受付場所（救急外来駐車場）を伝える。その際、マスクを着用して来院するよう伝える。病院（救急外来駐車場）に到着した時点で「帰国者・接触者外来」の受付（平日時間内：感染対策室長 PHS86237、夜間・休日：当直責任看護師 PH86372）に連絡し、院外ルートを通じて「帰国者・接触者外来」へ誘導する。

・直接患者が来院した場合や通常外来を受診中に新型インフルエンザ等が疑われることが判明した場合は、「帰国者・接触者外来」の受付（平日時間内：感染対策室長 PHS86237、夜間・休日：当直責任看護師 PH86372）に連絡し、患者にサージカルマスクを着用させた上で、できるだけ他の患者との接触を避けるようにして「帰国者・接触者外来」へ誘導する（可能な限り院外外来ルートを使用する）。

・受付は、外来課長が担当する。患者対応を行う職員はサージカルマスクを着用する。患者と直接接触する職員は、接触する可能性に応じ適宜ガウン・手袋等を着用する。

・平日時間内は、「帰国者・接触者外来」担当医師及び救「帰国者・接触者」外来担当看護師が担当する。咽頭拭い液の採取は、診察する医師又は看護師が実施する。その際、ゴーグル・N95 マスク・ガウン・手袋を着用する。

・血液検査を実施する場合は、診察室内で医師又は看護師が採血を行う。

・胸部 X 線検査が必要な場合は、感染症処置室でポータブル撮影する。担当する診療放射線技師は、サージカルマスク・ガウン・手袋を着用する。

・点滴等の処置が必要な場合は、感染症処置室を使用する。利用患者が 3 名を超えた場合又は超えると想定される場合は、すみやかに感染症予備室を処置室仕様に変更する。

・診察の結果、新型インフルエンザ等が疑われる場合は、加須保健所（TEL61－1216）に連絡し、保健所の指示に従い、必要な検体を提出する。

・PCR 等の検査の結果が陽性であった場合は、感染症病床に入院措置を行う。

（感染症病床が満床の場合は、他の感染症指定医療機関等への患者を移送する）

・診察又は PCR 等の検査の結果、新型インフルエンザ等ではないと診断された場合は、通常の診療に切り替える。

４－２　入院診療体制

当院又は他院の「帰国者・接触者外来」において新型インフルエンザ等と診断された患者の入院診療を行う。その他の入院診療は通常どおりとする。

１．入院病室

・海外発生期又は地域発生早期になった場合は、すみやかに感染症病床（陰圧個室）を確保する（最低１床）。

・新型インフルエンザ等と診断された患者は、5 階西病棟及び 6 階西病棟の感染症病床（506・507・606・607 号室）へ入院させる（最大４床）。

・４床を超える患者の受け入れ要請があった場合は、他の感染症指定医療機関での受け入れ可否につき加須保健所と相談する。

・当院で４床を超える患者を受け入れる場合：要検討事項。

・CHDF 等の集中治療を必要とする場合（ECMO、PCPS は受け入れ不可）で、さらに陰圧管理を必要とする場合は、他の感染症指定医療機関での受け入れ可否につき加須保健所と相談する（ICU への陰圧装置設置については検討課題）。

・ICU 管理が必要な場合は、ICU 陰圧個室（最大２床）へ入院させる。

２．入院病室の準備

陰圧病室の使用に関しては、通常の空気感染対策に準じた対応を行う。「院内感染防止対策マニュアル」参照。

・陰圧設定の確認、及び、スモークテストや差圧計等を用いた圧差の確認を行う。

・前室にて個人防護具の着脱・手指衛生ができるよう必要な物品の準備を行う。

（P.35　別添３　入院フロー参照）　陰圧病室完成後マニュアル作成

３．入院診療

・外来や他病院から入院する際には、できるだけ他の患者との接触を避けるようにして病院へ誘導する。

①院外ルートの使用（P.36 別添４　院外入院ルート参照）

②院内ルート使用時（P.36 別添４　院内入院ルート参照）は、動線の確保をした上で実施（必要時アイソレーション使用）。　陰圧病室完成後マニュアル作成

外来混雑時はなるべく院内ルートの使用を避け、感染症処置室で待機する。院内ルートの使用が可能になった時点で病室に誘導する。

・診療は ICT 医師が担当する。患者のケア・診察の際は、サージカルマスク（必要時 N95 マスク）・ガウン・手袋・フェイスシールド・キャップを着用する。エアロゾルを発生する可能性のある手技（心肺蘇生・気管内挿管・気管吸引・咽頭ぬぐい液の採取等）の際には、ゴーグル・N95 マスクを着用する。

・胸部 X 線検査はポータブル撮影とする。CT 検査等が必要な場合は、夜間に行うなどできるだけ他の患者との接触を避ける。患者の移動の際は、サージカルマスクを着用させる。

４－３　職員の健康管理等

１．新型インフルエンザ等患者と濃厚接触した職員への対応

（１）抗インフルエンザウイルス薬の予防投与

・十分な感染防止策を行わずに、新型インフルエンザ患者に濃厚接触した職員に対し抗インフルエンザウイルス薬の予防投与を検討する。

（予防投与例）

①オセルタミビルリン酸塩（商品名：タミフル）

１回 75mg１日１回、10 日間経口投与

②ザナミビル水和物（商品名：リレンザ）

１回 10mg（5mg ブリスターを２ブリスター）１日１回、10 日間専用の吸入器を用いて吸入

（２）積極的疫学調査

・地域発生早期において十分な感染防止策を行わずに、新型インフルエンザ等の患者と濃厚接触した職員は、積極的疫学調査の対象となり得るため、対象となった場合は、保健所の指示に従う。

２．特定接種

（１）特定接種対象者の選定

・特定接種の登録の際に行った調査を参考に、職員を対象に特定接種対象者の調査を行う。

・ワクチンの納入日・納入量が判明した時点で、年齢・職種・部署・業務内容・勤務形態を勘案し、特定接種対象者の選定を行う。

（２）特定接種の実施

・10ml バイアル等供給されるワクチンのサイズに対応して、１日あたりの接種対象者数を決定し、対象者に通知する。

・10ml 等のマルチバイアルの場合は、薬剤部のクリーンベンチ内でシリンジの充填を行う。

・部署単位でワクチン接種可能な場合は、薬剤部から必要本数を払い出す。

・部署単位でワクチン接種が行えない部署に対しては、集団的接種会場を設け、安全衛

生委員会及び総務課がワクチン接種を担当する（定期ワクチン接種の流れに準ずる）。

・ワクチン接種実施の詳細については、厚生労働省から示される特定接種に関する実施要領に沿って対応する。

3．職員の出張・渡航について

・不要・不急の海外出張・渡航は原則禁止する。

・やむを得ず海外に出張・渡航する際は、渡航届を提出する。

4－4　各部門における対応

地域感染期以降、新型インフルエンザ等の患者が大幅に増加する場合に備え、対策本部及び各部署において準備を開始する。

1．診療部門

（1）患者数が大幅に増加した場合の診療体制の検討

・通常診療を行うチーム、新型インフルエンザ等の外来診療チーム・入院診療チームの編成、他の医療機関への応援体制等医師の人員計画

（2）救急患者受け入れの調整

・一般の救急患者や他施設の重症患者受け入れの調整

（3）診療継続のための検討

・外来患者数を縮小する方法の検討

・待機的入院・待機的手術を控えるための未発生期に検討したグループ分けの確認

・待機的入院・待機的手術を控える時期・縮小規模の検討

2．看護部門

・患者数増加、職員の欠勤に伴う看護師応援体制の調整

・患者数が大幅に増加した場合の看護師の人員計画の検討

3．薬剤部門

（1）ワクチン

・ワクチン納入の調整

・特定接種実施の準備

（2）抗インフルエンザウイルス薬等

・抗インフルエンザウイルス薬、抗菌薬等の確認・在庫管理、払い出し方法の検討

・患者数が大幅に増加した場合の薬剤師の人員計画の検討

４．検査部門

・インフルエンザ迅速診断キット等の検査薬の使用状況・在庫状況の確認
・専門外来や各科外来における検査体制の検討
・未発生期に検討した検査縮小計画の確認
・患者数が大幅に増加した場合の臨床検査技師の人員計画の検討

５．放射線部門

・新型インフルエンザ等患者に対するレントゲン検査の運用方法の確認
・未発生期に検討した検査縮小計画の確認
・患者数が大幅に増加した場合の診療放射線技師の人員計画の検討

６．臨床工学部門

・人工呼吸器等の医療機器の稼働状況の確認、保守・点検
・患者数が大幅に増加した場合の臨床工学技士の人員計画の検討

７．事務部門

（１）総務部門（総務課等）

・対策本部の運営、記録
・広報の検討
・職員の健康管理の体制整備
・患者数が大幅に増加した場合の事務職員の人員計画の検討

（２）管理部門（用度管財課等）

・最概要に備蓄している医療資器材・非常食等の確認
・個人防護部の在庫管理、必要物品の調達、管理（必要に応じ在庫量を増やす）

（３）医療部門（診療支援課・栄養科・医療サービス室等）

・各種ポスター、案内の掲示
・非常における患者・職員の食材確保など栄養管理方法の検討
・防犯・警備体制の検討

８．総括部門

（１）医療情報部門

・「帰国者・接触者外来」におけるカルテの運用方法の検討

（２）感染制御部門

・行政や他の医療機関との連携、情報収集の実施
・職員への情報伝達

・感染対策の方針の検討
・特定接種の実施方法の検討

９．すべての部門

未発生期の段階で策定した部署毎の業務継続計画の確認・検討

（１）職員情報の確認

・職員の緊急連絡先、通勤経路・通勤方法の確認
・学校・保育施設に通う子どもの有無、要介護の家族の有無、その他支援の必要性の有無等の確認

（２）人員計画の策定

・職員が欠勤した場合の代替要員の検討（特に、学校・保育園の休校・休園や家族の看病等で献金する可能性のある職員を予め把握し人員計画を策定）
・部署内で代替要員の確保が難しい場合は、部署を超えた応援体制の検討
・在宅勤務、時差出勤の採用、自家用車等での通勤の許可等の検討

（３）優先業務の把握

・多くの職員が欠勤した場合においても継続すべき優先業務と縮小すべき業務のリストアップ
・通常業務を縮小する目安の検討

（４）緊急連絡網の整備

・部署の職員間の緊急連絡の体制を整備
・行政や関連業者などの緊急連絡先及び担当者名簿の作成

【第５章　地域感染期における対応】

埼玉県において新型インフルエンザ等の患者が発生し接触歴が疫学的に追えなくなった時期である。新型インフルエンザ等の初診患者の診療を原則行わない医療機関を除き、一般の医療機関において、新型インフルエンザ等患者の診療を行うこととなり、入院治療は重症患者を対象とし、それ以外の患者に対しては在宅療養を行うこととなる。

患者数が大幅に増加した場合、自宅で治療が可能な入院中の患者については、病状を説明した上で退院を促し、新型インフルエンザ等の重症患者のための病床を確保する必要がある。

５－１　外来診療体制

地域感染期に至った場合、「帰国者・接触者外来」を中止し、通常の感染症診療の延長線上で新型インフルエンザ等患者に対する外来診療を行う。患者数が大幅に増加するまでの間は、その他の外来診療は通常体制とする。

１．外来診療の場所

・感染症診察室を「新型インフルエンザ等疑い患者の外来」とする。

・感染症診察室待合室を、新型インフルエンザ等疑い患者の待合いとする。（一般の外来患者と空間的に分離する）

２．手順書等の作成・外来運営の準備等

新型インフルエンザ等患者を診察するための診察室の運営にあたり手順書の作成・外来運営の準備を行う。

（１）掲示物

・一般外来・救急外来に新型インフルエンザ等の流行状況や咳エチケット励行などのポスターの掲示

・発熱、呼吸器症状を呈するなど新型インフルエンザ等が疑われる場合は、マスクを着用した上で、受付でその旨を伝えるようポスター掲示

（２）手順書等

・患者対応についてのフローチャート・連絡網の作成

・受付・診察・会計までの一連の患者動線の作成

・電話交換における対応の手順書の作成・周知

・受付担当・患者案内者の対応の手順書の作成・周知

・検査科、放射線科等の部門別の対応の手順書の作成・周知

・専用の問診票の作成

（３）予診室・診察室の準備

・個人防護具・速乾性手指消毒剤・石鹸・ペーパータオル等の設置（別添２参照）

・診療に用いる物品（体温計・血圧計・聴診器・駆血帯・SpO2 モニター・筆記用具等）、

検査に用いる物品（インフルエンザ迅速診断キット・注射器・注射針・消毒綿・採血管等）、救急蘇生用品等の設置（P.35　別添 2 参照）

・医療用廃棄物・ゴミ箱等の設置

・対応フローチャート、連絡先一覧（検査科・放射線科・診療支援課等の関係部署、ICT メンバー、加須保健所等（日中・夜間）を診察室に掲示

（4）その他

・清掃の手順書の作成・清掃業者との調整（清掃すべき箇所をリスト化しておく）

・担当する医師・看護師・受付等のシフト表の作成

3．外来診療

・新型インフルエンザ等が疑われる患者は、感染症診察室待合室で待機する。

・新型インフルエンザ等が疑われる患者に対しては、感染症診察室待合室で問診・バイタル測定（体温・血圧・脈拍数・呼吸数・SpO2）・鼻咽頭ぬぐい液採取を行った後、感染症診察室で診療とする。

・平日時間内は、「新型インフルエンザ等疑い患者の外来」担当医師及び「新型インフルエンザ等疑い患者の外来」担当看護師が、夜間・休日は救急外来の医師・看護師が担当する。

・患者対応を行う職員はサージカルマスクを着用する。患者と直接接触する職員は、接触する可能性に応じ適宜ガウン・手袋を着用する。鼻咽頭ぬぐい液の採取の際は、ゴーグル・N95 マスク・ガウン・手袋を着用する。

・血液検査を実施する場合は、感染症診察室で行う（中央採血室では実施しない）。

・胸部 X 線検査（CT 検査を含む）が必要な場合は、放射線科（内線 1072　　夜間 PHS 86379）に連絡する。ポータブル撮影又はできるだけ他の患者との接触を避けるようにして放射線検査室に移動する。

・診察の結果、新型インフルエンザ等と診断した場合、入院治療が必要な患者のみを入院治療とし、軽傷者は在宅療養とする。

５－２　入院診療体制

当院または他病院において、入院治療が必要な新型インフルエンザ等患者に対し入院診療を行う。その他の入院診療は通常どおりとする。

１．入院病室

・5 階西病棟及び 6 階西病棟の感染症病床（506・507・606・607 号室）へ入院させる（最大４床）。

・４床を超える患者の受け入れ要請があった場合は、他の感染症指定医療機関での受け入れ可否につき加須保健所と相談する。・当院で４床を超える患者を受け入れる場合：要検討

・CHDF 等の集中治療を必要とする場合（ECMO、PCPS は受け入れ不可）で、さらに陰圧管理を必要とする場合は、他の感染症指定医療機関での受け入れ可否につき加須保健所と相談する（ICU への陰圧装置設置については検討課題）。

・ICU 管理が必要な場合は、ICU 陰圧個室（最大 2 床）へ入院させる。

２．入院診療

・外来や他病院から入院する際には、できるだけほかの患者との接触を避けるようにして病院へ誘導する。

①院外入院ルートの使用（P.36　別添 4　院外入院ルート参照）

②院内ルート使用時（P.36 別添 4　院内入院ルート参照）は、動線の確保をした上で実施（必要時アイソレーション使用）

外来混雑時はなるべく院内ルートの使用を避け、感染症処置室で待機する。院内入院ルートの使用が可能になった時点で病室に誘導する。

・診療は ICT 医師が担当する。

・患者に対しては、飛沫感染予防策・接触感染予防策を適用する。患者のケア・診察の際は、サージカルマスク（必要時 N95 マスク）・ガウン・手袋を着用する。エアロゾルを発生する可能性のある手技（心肺蘇生・気管内挿管・気管吸引・咽頭ぬぐい液の採取等）の際には、ゴーグル・N95 マスクを着用する。

・胸部 X 線検査はポータブル撮影とする。CT 検査等が必要な場合は、夜間に行うなどできるだけ他の患者との接触を避ける。患者の移動の際は、サージカルマスクを着用させる。

５－３　入院中患者で新型インフルエンザ等が発生した場合の対応

・多床室に入院中の患者が新型インフルエンザを発症した場合、同室者にサージカルマスクの着用を勧め、必要に応じて抗インフルエンザウイルス薬の予防投与を実施する。

・基礎疾患のない医療従事者に対しては、原則、抗インフルエンザウイルス薬の予防投与は行わない。

・病棟内でインフルエンザの集団発生を認める場合には、対策本部に連絡し対応を協議する。

５－４　職員の健康管理等

１．職員が新型インフルエンザ等に罹患した場合の対応

・職員が、発熱等の症状を認める場合は、早めに医療機関を受診する。

・勤務中に症状を認めた場合は、当院の救急外来を受診する。職員が受診する場合は、ICU 課長（PHS86206）又は責任看護師(PHS86372)へ連絡する。

・職員が新型インフルエンザ等と診断された場合、各部署の上司に連絡する。連絡を受けた部署の上司は、感染防止対策委員長（PHS86002）又は感染対策室長（PHS86237）へ連絡し、すみやかに院内感染症発生届けを提出する。

・新型インフルエンザ等に罹患した場合、解熱後 2 日間の自宅療養の後、職場に復帰する（注：インフルエンザを想定して記載している）

・家族が新型インフルエンザ等と診断された場合でも、本人に体調不良がなければ、サージカルマスク着用の上、通常勤務可能とする。

２．職員の出張・渡航について

・不要・不急の海外出張・渡航は原則禁止する。

・やむを得ず海外に出張・渡航する際は、渡航届を提出する。

【第６章　患者数が大幅に増加した場合の対応】

地域感染期において、患者数の大幅増加及び勤務可能な職員数の減少により、診療制限をする必要性が生じた場合は、事前の計画に基づき、段階的に外来診療・入院診療の制限を開始する。また、各部署は、事前の策定した業務継続計画に基づき、職員の現象に応じた対応をとる。

必要に応じ、臨時職員を募集する。また、他の医療機関への応援体制も検討する。

６－１　外来診療体制

地域感染期において、新型インフルエンザ等の患者数が大幅に増加した場合は、対策本部長の指示に基づき、外来診療を段階的に縮小する。

（１）外来診療業務を減らす方策

対策本部長は、各診療科長に外来診療縮小について、以下の依頼を発出する。

・慢性疾患等を有する定期受診患者のうち、病状が比較的安定している患者に対して長期処方を行うなど受診する回数を減らす。

・慢性疾患等を有する定期受診患者のうち、電話による診療により慢性疾患の状況について診断できた場合に定期処方薬の処方箋をファクシミリ等で送付する。

・症状がない段階で同意を得た定期受診患者や再診患者に対して、電話による診療により新型インフルエンザ等への感染の診断ができた場合に抗インフルエンザウイルス薬等の処方箋をファクシミリ等で送付する。

（２）外来診療体制について

・（１）での対応に伴う外来受診患者の減少及び勤務可能な職員数の減少に応じて、外来診療枠を縮小する。

・外来診療枠の縮小に伴い、外来担当医を再調整する。

・必要に応じ、新型インフルエンザ等患者の外来診療を行うチームを編成する。

（３）広報

・緊急以外の外来受診は避けるようホームページ、SNS、ポスター掲示等で広報を行う。

・外来診療制限を行っている旨、ホームページ、SNS、ポスター掲示等で広報を行う。

６－２　入院診療体制

地域感染期において、新型インフルエンザ等の患者数が大幅に増加した場合は、新型インフルエンザ等の重症患者及びその他入院診療が必要な緊急性の高い患者のための病床を確保するため、対策本部長の指示に基づき、段階的に待機的入院・待機的手術を控える。

（１）入院中の患者への対応

・入院中の患者のうち、病状が安定しており、自宅での治療が可能な患者について、十分に説明を行った上で退院を促す。

（2）新規入院患者への対応

・入院予定患者のうち、事前計画に基づき一定程度の猶予がある疾患・病態の患者の新規入院を延期する。（例：事前計画のC群：予定入院、予定手術で1ヶ月程度の猶予がある患者について入院を延期する）

・早急な措置を要する患者や増加する新型インフルエンザ等患者に対する入院診療のため対応できなくなった他の医療機関の重症患者等については、受け入れを行う。

（3）新型インフルエンザ等患者への対応

・新型インフルエンザ等の患者数が大幅に増加した場合は、〇〇病棟を新型インフルエンザ等患者専用の病棟とする。（最大 50 床）要検討

・人工呼吸器の稼働状況を確認し、人工呼吸器治療を要する患者の受け入れ可能人数を確認する。

・CHDF 等の集中治療を必要とする場合（ECMO、PCPS は受け入れ不可）で、さらに陰圧管理を必要とする場合は、他の感染症指定医療機関での受け入れ可否につき加須保健所と相談する（ICU への陰圧装置設置については検討課題）。

・ICU 管理が必要な場合は、ICU 陰圧個室（最大 2 床）へ入院させる。

（4）入院診療体制について

・入院対象となる患者の変更、職員の欠勤状況に応じ、入院担当医を再調整する。

・必要に応じ、新型インフルエンザ等患者の入院診療を行うチームを編成する。

（5）広報

・入院診療制限を行っている旨、ホームページ、SNS、ポスター掲示等で広報を行う。

6－3　各部門における対応

未発生期及び海外発生期以降検討した診療継続計画に基づき、優先業務を継続できるよう業務量の調整、人員配置を行う。

6－4　地域全体での医療体制の確保について

地域感染期において、患者数の大幅増加及び勤務可能な職員数の減少により、診療制限をする必要性が生じる事態においては、一医療機関での対応は困難となる。

地域全体で医療体制が構築されるよう、埼玉県、利根医療圏での協議の中で、当院の役割を確認する。

（1）病床の確保について

・既存の病床が満床となった場合でも、埼玉県の要請により、さらに新型インフルエンザ等の患者の入院の受け入れ要請があった場合には、災害対策室・外来処置室を臨時の病室とする。

・その際は、臨時の医療チームを構成する。また、不足する医療従事者の派遣を埼玉県に要請する。

（2）医療従事者の確保について

・他医療機関や埼玉県が設置する臨時の医療施設への応援要請があった場合、対策本部長は、各部署の長に対し、応需可能か確認する。

・住民に対する予防接種のため久喜市が実施する予防接種への応援要請があった場合、対策本部地長は、各部署の長に対し、応需可能か確認する。

【第７章　新型インフルエンザ等対策関連情報】

○新型インフルエンザ等対策関連情報の主な入手先

World Health Organization（WHO）	http://www.who.int/en/
内閣官房　新型インフルエンザ等対策	http://www.cas.go.jp/jp/influenza/
厚生労働省　感染症・予防接種情報	http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_kekkaku-kansenshou/index.html
厚生労働省検疫所	http://www.forth.go.jp/
国立感染症研究所　感染症疫学センター	http://www.nih.go.jp/niid/ja/from-idsc.html
埼玉県	http://www.pref.saitama.lg.jp/
埼玉県　感染症情報センター	https://www.pref.saitama.lg.jp/soshiki/b0709/index.html
加須保健所	http://www.pref.saitama.lg.jp/soshiki/h18/
日本感染症学会	http://www.kansensho.or.jp/
日本環境感染学会	http://www.kankyokansen.org/

【第８章　用語集】

○インフルエンザウイルス

インフルエンザウイルスは抗原性の違いから、A 型、B 型、C 型に大きく分類される。人でのパンデミックを引き起こすのは A 型のみである。A 型はさらに、ウイルスの表面にある赤血球凝集素（HA）とノイラミニダーゼ（NA）という、２つの糖蛋白の抗原性の違いにより亜型に分類される。(いわゆる A/H1N1、H3N2 というのは、これらの亜型を指している。)

○新型インフルエンザ

感染症法大 6 条第 7 項において、新たに人から人に感染する能力を有することとなったインフルエンザウイルスを病原体とするインフルエンザであって、一般に国民が当該感染症に対する免疫を獲得していないことから、当該感染症の全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるものをいうとされている。

毎年流行を繰り返す季節性のインフルエンザとはウイルスの抗原性が大きく異なり、ほと

んどの人がそのウイルスに対する免疫を獲得していないため、ウイルスが人から人へ効率よく感染し、急速勝大規模なまん延を引き起こし、世界的大流行（パンデミック）となるおそれがある。

○新感染症

感染症法第 6 条第 9 項において、人から人に伝染すると認められる疾病であって、すでに知られている感染性の疾病とその病状又は治療の結果が明らかに異なるもので、当該疾病にかかった場合の病状の程度が重篤であり、かつ、当該疾病の蔓延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるものをいう。

○新型インフルエンザ等

感染症法 6 条第 7 項に規定する「新型インフルエンザ等感染症」と感染症法第 6 条第 9 項に規定する「新感染症」（ただし、全国的かつ急速なまん延のおそれのあるものに限定）をいう。

○鳥インフルエンザ

一般に、鳥インフルエンザは鳥の感染症であるが、稀に、鳥インフルエンザのウイルスが人に感染し、人の感染症を引き起こすことがある。元来、鳥の感染症である鳥インフルエンザのウイルスが種差を超えて、鳥から人へ感染するのは、感染した鳥又はその死骸やそれらの内臓、排泄物等に濃厚に接触した場合に限るとされている。また、人から人への感染は極めて稀であり、患者と長期間にわたって感染防止策をとらずに濃厚に接触した家族内での感染が報告されている。

○帰国者・接触者外来

発生国からの帰国者や患者との濃厚接触者であって、発熱・呼吸器症状等を有するものを対象とした外来。病原性が高い場合に（病原性が低いことが判明していない限り）設置される。新型インフルエンザ等が海外で発生した場合に設置され、各地域における発生段階が地域感染期に至った場合に中止される（設置期間は、海外発生期から地域発生早期まで）。

概ね人口 10 万人に 1 か所程度、都道府県等が地域の実情に応じて対応する医療機関を決定する。

○帰国者・接触者相談センター

発生国から帰国した者又は患者への濃厚接触者であって、発熱・呼吸器症状を有する者から、電話で相談を受け、帰国者・接触者外来に紹介するための相談センターであり、設置期間は、帰国者・接触者外来と同様に海外発生期から地域発生早期まで。

一般の相談窓口であるコールセンターとは役割が異なる（情報提供・共有（リスクコミュニケーション）に関するガイドライン p29 参照）。

○積極的疫学調査

患者、その家族及びその患者や家族を診察した医療関係者等に対し、質問又は必要な調査

を実施し、情報を収集し分析を行うことにより、感染症の発生の状況及び動向、その原因を明らかにすること。感染症法第 15 条に基づく調査をいう。

○濃厚接触者

新型インフルエンザ等の患者と濃密に、高頻度又は長期間接触した者（感染症法において規定される新型インフルエンザ等にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者）が該当。発生した新型インフルエンザ等の特性に応じ、具体的な対象範囲が決まるが、例えば、患者と同居する家族等が想定される。

○標準予防策

感染症の有無に関わらず、すべての患者に対して標準的に行う疾患非特異的な感染対策である。すべての患者の湿性生体物質（血液・体液・排泄物・汗を除く分泌物）、傷のある皮膚、粘膜は感染の可能性がある対象として対応する。

○空気感染予防策

空気媒介性飛沫核（5 ㎛以下の微粒子で長期間空中を浮遊し、空気の流れにのり、広範囲に拡散する）によって伝播される病原体に感染している（あるいは感染の疑いのある）患者に適用される。患者は、空気感染隔離室（陰圧室）に隔離する。患者の移動は必要不可欠な場合のみに限定する。患者の移動が必要な場合は、患者にサージカルマスクを着用させる。患者の診療等にあたる医療従事者は N95 マスクを着用する。

○飛沫感染予防策

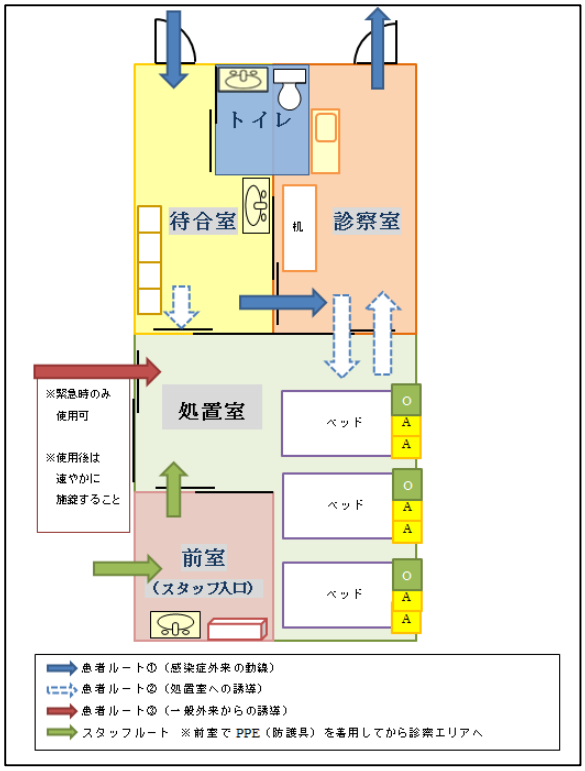
飛沫（5 ㎛以上の水分を含んだ粒子）によって伝播される病原体に感染している（あるいは感染の疑いのある）患者に適用される。飛沫は咳、くしゃみ、会話又は気管吸引などの処置により発生し、約 1m 以内の範囲で飛散する。患者は原則として個室収容する。個室が利用できない場合は、同じ病原体に感染した患者を 1 つの部屋に収容する（コホート隔離）。患者の移動は必要不可欠な場合のみに限定する。患者の移動が必要な場合は、患者にサージカルマスクを着用させる。患者の診療等にあたる医療従事者は、原則としてサージカルマスク、必要に応じて手袋・ガウンを着用する。

○接触感染予防策

手や皮膚による直接接触、あるいは環境表面や患者に使用した物品との間接接触によって伝播しうる病原体に感染している（あるいは感染の疑いのある）患者に適用される。患者は原則として個室収容する。個室が利用できない場合は、同じ病原体に感染した患者を 1 つの部屋に収容する（コホート隔離）。患者の移動は必要不可欠な場合のみに限定する。患者の移動が必要な場合は、患者の感染部位や保菌部位が覆われていることを確認する。患者あるい

は患者に隣接し汚染の可能性のある環境表面や器材に接触することが予想される場合は、手袋・ガウンを着用する。聴診器、体温計など患者に接触するものは可能な限り患者個人用とする。

別添１　診察フロー1（単発症例の場合）



Ⅰ.患者受け入れ

1.警備室に鍵を取りに行く

2.スタッフルート（前室入り口）を解錠

3.医療従事者は防護具サージカルマスク（状況によっては N95 マスク）を着用して待合室および診察室に患者を誘導する

4.患者は感染症入り口から誘導する

必要時患者ルート③を解錠して誘導する

（一般患者との接触リスクが高まるため可能な限り③は解錠しない）

5.患者・家族にはサージカルマスクを着用するよう指導する

Ⅱ.診察

1.診察室で行う　医療従事者は全員サージカルマスク（状況によっては N95 マスク）を着用

2.咽頭拭い液の採取時は、ゴーグル・N95 マスク・ガウン・手袋を着用する

3.処置が必要な場合は処置室で行う

Ⅲ.会計・処方

1.会計・処方は待合室で行う

Ⅳ.診察終了後

1.感染症出口から患者を退室させる

2.使用した物品を片付ける

3.空調は ON のままにしておく

4.「室内換気中」の掲示に換気時間(患者退室後 30 分)を記入して前室に掲示しておく

Ⅴ.必要人員

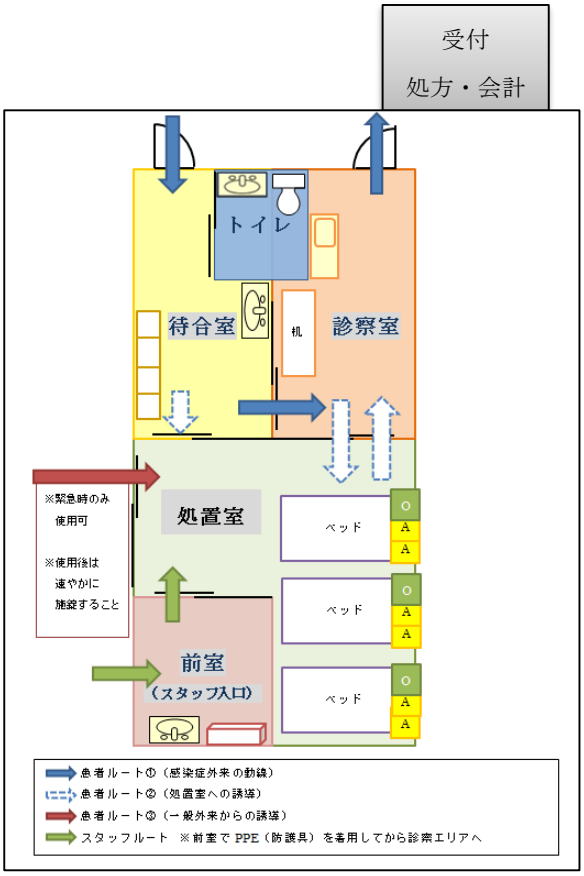
1.医師 1 名　　診療

2.看護師 2 名　診療介助・外回り（他部署との連絡調整・検体搬送など）

3.薬剤師 1 名　処方および説明

4.事務員 2 名　患者対応（領収作業など）・外回り（請求書発行・払込など）

別添１　診察フロー2（複数症例いる場合）



Ⅰ.患者受け入れ

1.警備室に鍵を取りに行く

2.スタッフルート（前室入り口）を解錠

3.医療従事者は防護具サージカルマスク（状況によっては N95 マスク）を着用して待合室および診察室に患者を誘導する

4.患者は入り口前で受付後、感染症入り口から誘導する
必要時患者ルート③を解錠して誘導する
（一般患者との接触リスクが高まるため可能な限り③は解錠しない）

5.患者・家族にはサージカルマスクを着用するよう指導する

Ⅱ.診察

1.診察室で行う　医療従事者は全員サージカルマスク（状況によっては N95 マスク）を着用

2.咽頭拭い液の採取時は、ゴーグル・N95 マスク・ガウン・手袋を着用する

3.処置が必要な場合は処置室で行う

Ⅲ.会計・処方

1.会計・処方は感染症出口の外で行う（基本的に会計は後日行う）

Ⅳ.診察終了後

1.感染症出口から患者を退室させる

2.使用した物品を片付ける

3.空調は ON のままにしておく

4.「室内換気中」の掲示に換気時間(患者退室後 30 分)を記入して前室に掲示しておく

Ⅴ.必要人員

1.医師１名　　診療

2.看護師３名　診療介助・外回り（他部署との連絡調整・検体搬送など）

3.薬剤師１名　処方および説明

4.事務員２名　患者対応（領収作業など）・外回り（請求書発行・払込など）

別添 2　定数物品一覧表

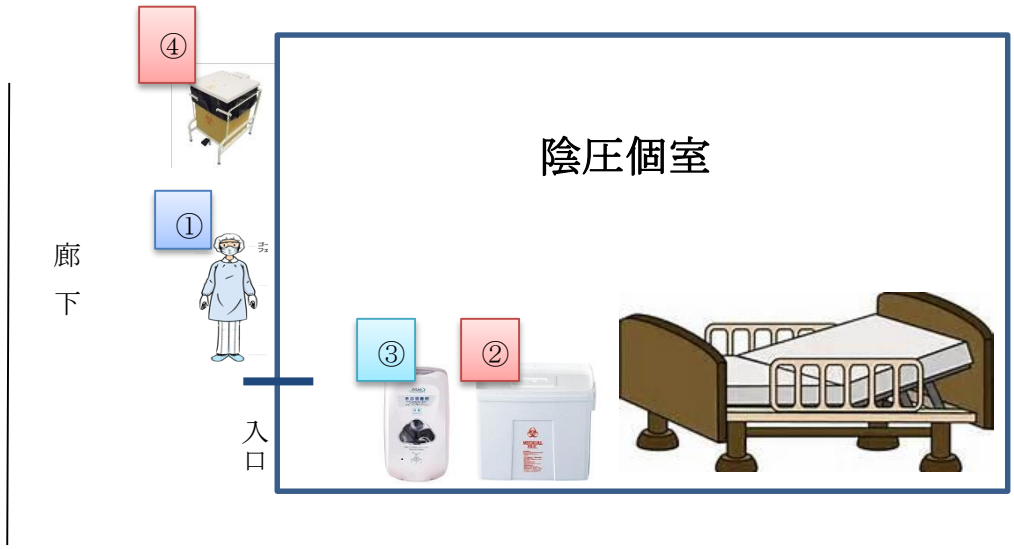
定数物品一覧表　感染症診察室

	物品名	定数	チェック
診療グッズ	聴診器	1	□
	体温計	1	□
	ディスポ舌圧子	200	□
	ペンライト	1	□
	ボールペン	2	□
	油性マジック	1	□
インフルエンザ検査用品	インフルエンザ検査用綿棒	20	□
	ビニール袋(検体を収納)	100	□
	検査伝票	20	□
処置グッズ	点滴　ST1　500ml(薬剤部)		□
	手指消毒薬(薬剤部)		□
	輸液セット	10	□
	延長チューブ	10	□
	サーフロ22G	10	□
	サーフロ24G	10	□
	翼状針22G	10	□
	血算スピッツ	10	□
	生化学スピッツ	10	□
	名前ラベル	20	□
	点滴固定テープ	10	□
	10mlシリンジ	10	□
	注射針22G	10	□
	駆血帯	1	□
	酸素マスク	2	□
	鼻孔力ニューレ	2	□
衛生材料	フル防護キット	1箱	□
	N95マスク	1箱	□
	サージカルマスク	1箱	□
	プラスチックグローブ(S・M・L)	各1箱	□
	酒精綿	1箱	□
	手指消毒用エタノール	3本	□
	アイシールド(フレーム)	10	□
	アイシールド(レンズ面)	20	□
	ビニールエプロン	1箱	□
	シャワーキャップ	1	□
	スキットグロス	2	□
	ティッシュ	1箱	□
	ペーパータオル	2	□
	ティッシュ	1	□
その他	感染性廃棄ボックス	3箱	□
	PPE脱着手順マニュアル(発熱外来用)の掲示		□
	対応一覧表	1	□
	温度板	2	□
			□
			□

別添 3　入院対応フロー

Ⅰ. 対応スタッフは、サージカルマスク（状況によって N95 マスク）着用
（入室前に着用・※退室後全て廃棄）
※インフルエンザは接触感染の可能性もあるため、サージカルマスクも外す度に廃棄

Ⅱ. 必要物品
①PPE　サージカルマスク（N95 マスク）・手袋・ガウン・ゴーグル
②感染性廃棄ボックス（プラスチック）
③アルコールディスペンサー（手指衛生）
④サージカルマスク廃棄用ボックス



Ⅲ. PPE 着用手順
①病室前に PPE を設置し、病室前で着用
手指衛生後、ガウン→サージカルマスク→ゴーグル→手袋の順で着用

Ⅳ. PPE 脱着手順
②病室内で手袋→手指衛生→ゴーグル→ガウンを脱ぐ
③手指衛生
④病室を出てからサージカルマスクを外しボックスに廃棄
⑤手指衛生

Ⅴ. 環境整備・物品の管理方法については、標準予防策＋空気・飛沫・接触感染予防策を実施する（物品は可能な限りシングルユース製品を使用する）

別添 4　入院ルート

Ⅰ. 病室

1. 506・507・606・607 号室の空床ベッドに入院

2. 陰圧機能を作動させる（詳細は院内感染防止対策マニュアル M-1：陰圧病室運規定参照）

※ICU 個室は全て陽圧換気のため入室は不可

Ⅱ. 搬送ルート

以下の２ルートを使い、南口エレベーターで病室に移動する

ルート１（院外入院ルート）・・・通常使用

ルート２（院内入院ルート）・・・重症患者搬送時。搬送前に周辺患者を退避

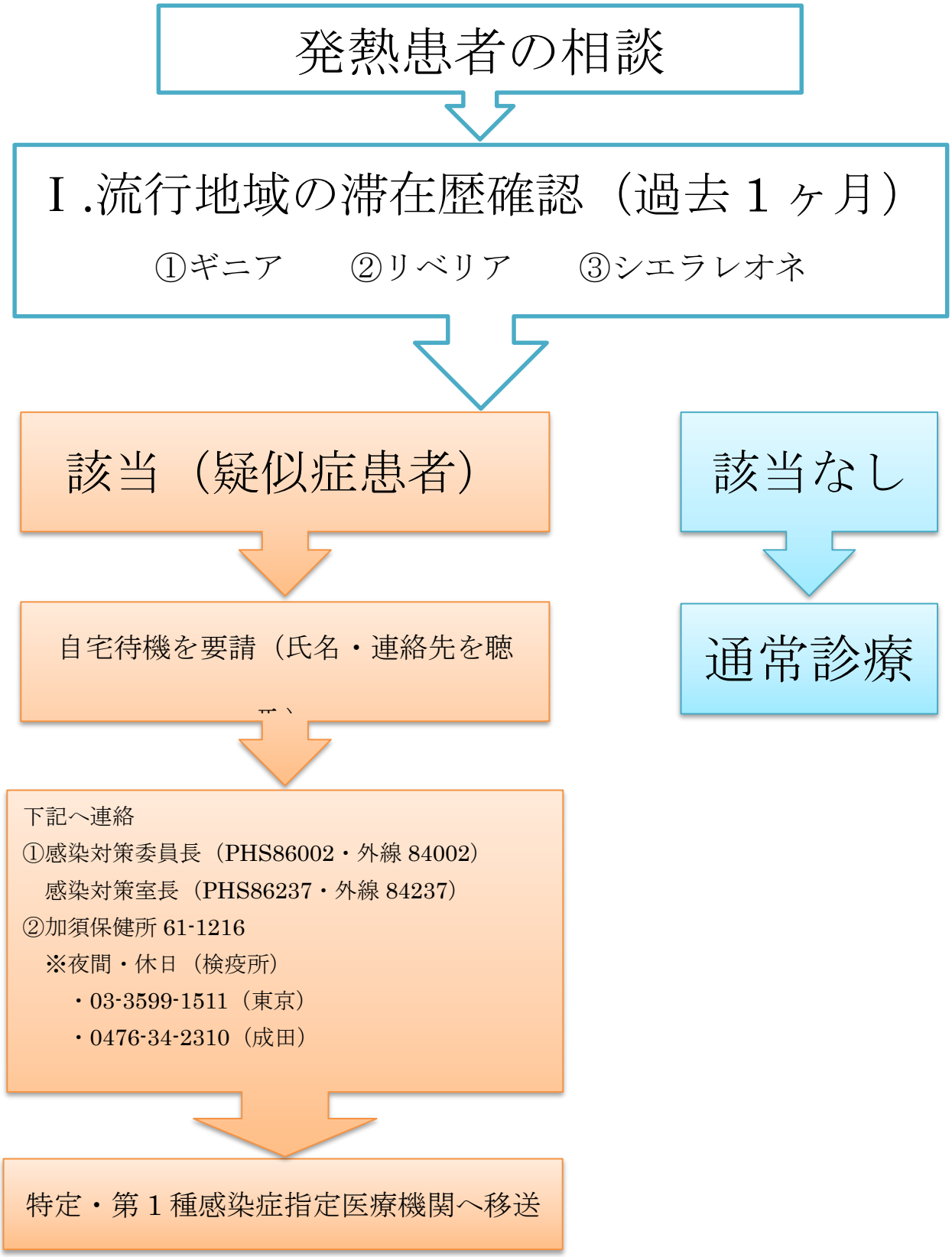


済生会栗橋病院　１階

平成25年4月1日現在

K-8：エボラ出血熱

エボラ出血熱疑似症患者　連絡時の対応



エボラ出血熱疑似症患者　来院時の対応

発熱患者の来院

Ⅰ.流行地域の滞在歴確認（過去１ヶ月）

①ギニア　②リベリア　③シエラレオネ

該当（疑似症患者）

＜収容不要＞
・自宅待機を要請

氏名・連絡先を聴取

＜収容必要＞
①感染症診察室へ
ただちに誘導
②防護具を着用し対応
（2 人体制で着用）
※採血等の処置は
行わない

該当なし

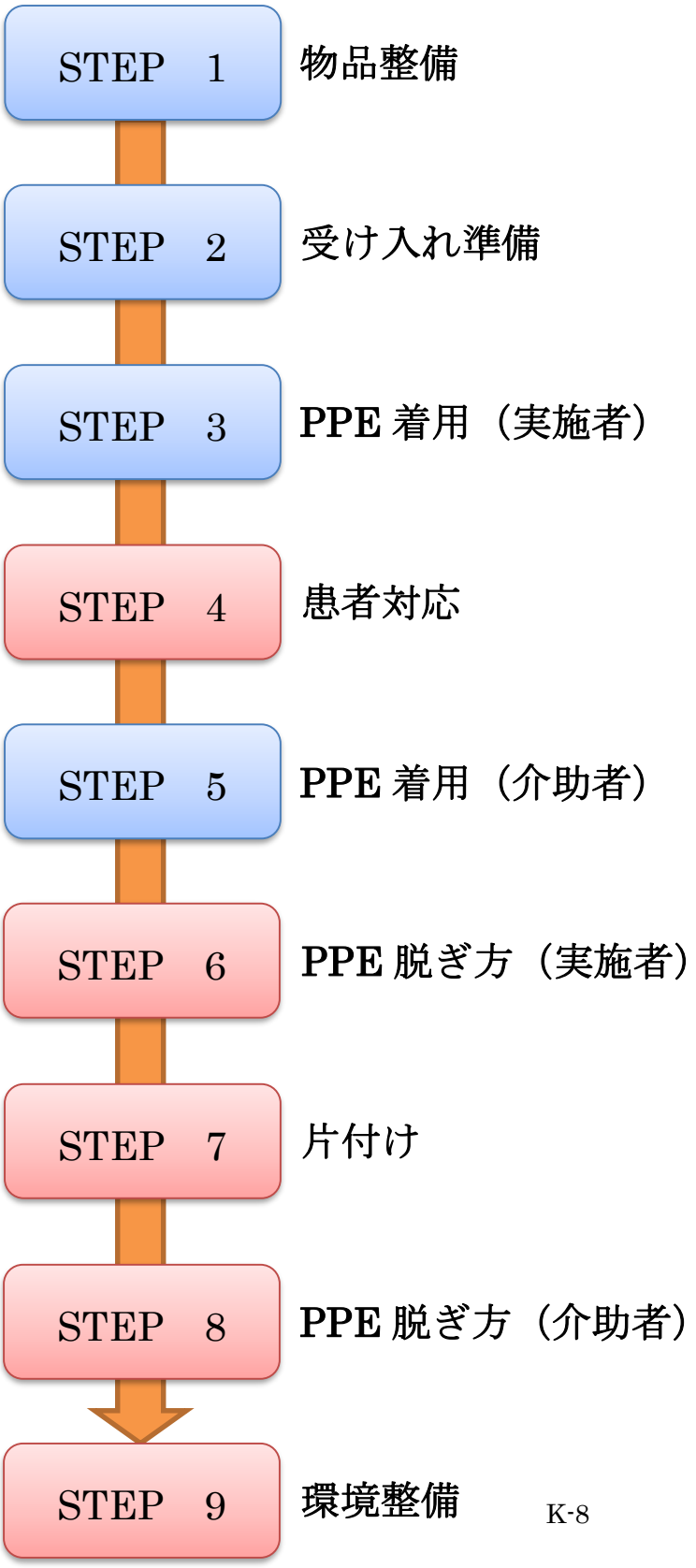
通常診療

下記へ連絡
①感染対策委員長（PHS86002・外線 84002）
感染対策室長（PHS86237・外線 84237）
②加須保健所 61-1216
※夜間・休日（検疫所）
・03-3599-1511（東京）
・0476-34-2310（成田）

特定・第１種感染症指定医療機関へ移送

2014 年 11 月 25 日作成

エボラウイルス疾患対応　STEP フロー



2014 年 11 月 25 日作成

STEP　1

エボラウイルス疾患対応　物品整備（FULL　PPE キット）

＜必要物品Ⅰ　実施者＞

①手術着・靴下
②つなぎスーツ（タイベック）
③足カバー
④ビニールブーツ
⑤N95 レスピレーター（興研）
⑥ゴーグル
⑦曇り止め（ゴーグル用）
⑧インナー手袋
⑨伸縮テープ　4 枚
⑩ディスポガウン
⑪フェイスシールド
⑫アウター手袋

＜必要物品Ⅱ　介助者＞

①手術着・靴下
②ディスポガウン
③足カバー
④N95 レスピレーター（興研）
⑤ゴーグル
⑥曇り止め（ゴーグル用）
⑦インナー手袋
⑧伸縮テープ　2 枚
⑨フェイスシールド
⑩アウター手袋

＜必要物品Ⅲ　廃棄・環境準備＞

①手指消毒薬

②防水シーツ３枚（A・B・C）

③ガムテープ

④感染性廃棄ボックス（50L プラ）A

⑤ビニール袋 A（70L）

⑥感染性廃棄ボックス（50L プラ）B

⑦ビニール袋 B（70L）

⑧エコ消エタ 500ml

⑨ハイゼガーゼ　30 枚

⑩ビニール袋 C（70L）

⑪ビニール袋 D（小）　3 枚

2014 年 11 月 25 日作成

STEP　2

エボラウイルス疾患対応　感染症診察室の受け入れ準備

＜患者受け入れ準備＞

①感染症診察室の電気、空調を ON にする

※L.感染症診察室運用規定を参照

②「FULL　PPE キット」を準備（感染症診察室前室に配備）

③防水シーツ A を感染症処置室に敷き、ガムテープで止める

④防水シーツ B・C を前室に敷き、ガムテープで止める

⑤感染性廃棄ボックス A にビニール袋 A を被せ、防水シーツ A の上に置く

⑥感染性廃棄ボックス B にビニール袋 B を被せ、防水シーツ B の上に置く

⑦ハイゼガーゼとエコ消エタで消毒ガーゼを作成し、ビニール袋 B に 10 枚ずつ分ける

⑧ビニール袋 B を、廃棄ボックス A・廃棄ボックス B・前室に置く

⑨感染症診察室の電話をビニール袋 C で覆い、輪ゴムで止める

2014 年 11 月 25 日作成

STEP 3

エボラウイルス疾患対応　PPE 着用（実施者）

＜PPE 着用（実施者）＞

①手術着・靴下に着替え、前室に入室
②靴を脱ぐ
③手指衛生
④つなぎスーツのチャックを首元まで締める
⑤足カバーを着ける
⑥ビニールブーツを着用（足カバーの紐をブーツに収める）
⑦N95 レスピレーターを着用
⑧ユーザーシールチェックを実施
⑨ゴーグルを着用
⑩ゴーグルのゆるみを調節
⑪つなぎスーツで頭部を覆う（露出部位を最小限にし、髪が出ないようにペアで確認）
⑫つなぎスーツのチャックを完全に締め、テープを貼り付ける（介助者が実施）
⑬手指衛生
⑭インナー手袋を着用（手袋はスーツの外側を覆うこと）
⑮輪ゴムで手袋を止める
⑯ディスポガウンを着用（腰ひもは横で結ぶ・介助者に背中を覆ってもらう）
⑰フェイスシールドを頭部に着用
⑱アウター手袋を着用
⑲輪ゴムで手袋を止める
⑳介助者によるチェック（付け忘れがないか、露出部位がないか）

2014 年 11 月 25 日作成

STEP 4

エボラウイルス疾患対応　患者対応

・診察、処置は、PPE を着用した実施者が行う
・院内との連絡は、感染症診察室の電話を使用する
・保健所等、外部との連絡は感染対策委員長または感染対策専従看護師が行う

2014 年 11 月 25 日作成

STEP　5

エボラウイルス疾患対応　PPE 着用（介助者）

※実施者が PPE を脱ぐ際に、介助者は PPE を着用する

＜PPE 着用（介助者）＞

①手術着・靴下に着替え、前室に入室

②手指衛生

④足カバーを着ける

⑥ディスポガウンを着用（腰ひもは横で結ぶ・介助者に背中を覆ってもらう）

⑦N95 レスピレーターを着用

⑧ユーザーシールチェックを実施

⑨ゴーグルを着用

⑩ゴーグルのゆるみを調節

⑬手指衛生

⑭インナー手袋を着用（手袋はスーツの外側を覆うこと）

⑮輪ゴムで手袋を止める

⑰フェイスシールドを頭部に着用

⑱アウター手袋を着用

⑲輪ゴムで手袋を止める

⑳介助者によるチェック（付け忘れがないか、露出部位がないか）

2014 年 11 月 25 日作成

STEP 6

エボラウイルス疾患対応　PPE 脱ぎ方（実施者）

＜PPE 脱ぎ方①処置室（廃棄ボックス A に破棄）＞

①院内担当者に電話をし、前室にスタンバイを依頼（介助者は PPE を着用）

②エコ消エタ含有ハイゼガーゼでアウター手袋を消毒

③フェイスシールドのバンド部分を持って取り外す（前面に触れないこと）

④ディスポガウンの腰ひもを外して、ガウンの外側を持ち引きはがす（前面に触れないこと）

⑤アウター手袋もガウンと一緒に脱いで破棄する

⑥前室に声をかけ、ドアを開けてもらう

⑦介助者からエコ消エタ含有ハイゼガーゼを受け取り、インナー手袋を消毒する

⑧診察室内でブーツを脱ぎ捨て、汚染されていない足カバーの状態で前室に移動する
（ブーツは後ほど処理する）

＜脱ぎ方②前室（廃棄ボックス B に破棄）＞

⑨首元のみ両面テープを剥がす

⑩介助者がチャックを〇〇まで下ろす

⑪介助者が靴ひもを外す

⑫汚染された全面に触れないように、裏返しながら脱ぐ

⑬インナー手袋・つなぎスーツ・足カバーを一緒に脱いで破棄

⑭手指消毒

⑮ゴーグルの前面に触れずに外して破棄

⑯マスクの前面に触れずに外して破棄

⑰手指消毒

2014 年 11 月 25 日作成

STEP 7

エボラウイルス疾患対応　感染症診察室の片付け

＜環境整備①処置室＞

①脱ぎ捨てたブーツを防水シーツ A に丸める

②防水シーツ A を廃棄ボックス A に破棄してフタをする

＜環境整備②前室＞

①脱いだ PPE を防水シーツ B に丸める

②防水シーツ A・B を廃棄ボックス A に破棄

2014 年 11 月 25 日作成

STEP 8

エボラウイルス疾患対応　PPE 脱ぎ方（介助者）

＜介助者 PPE の脱ぎ方＞

①足カバーを外す

②アウター手袋を外す

③インナー手袋をエコ消エタ含有ハイゼガーゼで消毒

④ディスポガウンの腰ひもを外して、ガウンの外側を持ち引きはがす（前面に触れないこと）

⑤インナー手袋・ディスポガウンを一緒に脱いで破棄

⑥手指消毒

⑦ゴーグルの前面に触れずに外して破棄

⑧マスクの前面に触れずに外して破棄

⑨手指消毒

2014 年 11 月 25 日作成

STEP　9

エボラウイルス疾患対応　使用後の環境整備

＜PPE 着用（介助者）＞

①STEP　5 を参照

＜環境整備＞

①1 時間以上換気、放置する

②廃棄ボックス 50L を感染症処置室に配置

②使用場所の清拭・消毒

除菌クロス　→　アルコール消毒

③据付電話の清拭・消毒

除菌クロス　→　アルコール消毒

＜PPE 脱ぎ方（介助者）＞

①STEP　8 を参照

K-9：デング熱

Ⅰ.問診・血液検査（下記の診断基準に該当するか確認）

＜診断基準＞

①最近、国内又はデング熱流行国で蚊に刺された患者であること

②A の２つの所見に加えて、B の２つ以上の所見を認める場合にデング熱を疑う。

(A) 必須所見
１． 突然の発熱（38℃以上） ２．急激な血小板減少

(B) 随伴所見
１．発疹、２．悪心・嘔吐、３．骨関節痛・筋肉痛、４．頭痛、５．白血球減少
６．点状出血（あるいはターニケットテスト陽性）

＜該当する場合＞

①感染防止対策委員長に連絡
（不在時 CNIC 小美野）
②加須保健所（61-1216）に連絡
③検査の指示が出た場合検査科に連絡

※基本的に個室管理

＜該当しない場合＞

①通常診療

デング熱疑い患者　問診表

①蚊刺の有無　　（＋）　　（－）

・蚊に刺された日　：　　年　　月　　日

・蚊に刺された場所　：　国外（　　・　不明　）
　　国内（　　・　不明　）

②発症日時　　年　　月　　日

③必須所見（2 つとも）
・突然の発熱（38℃以上）　　（＋）　　（－）
・急激な血小板減少　　（＋）　　（－）

④随伴所見（2 つ以上）
・発疹
・悪心・嘔吐
・骨関節痛・筋肉痛
・頭痛
・白血球減少
・点状出血（あるいはターニケットテスト陽性）

K-11：多剤耐性緑膿菌（MDRP）

1. 手指消毒の徹底

・尿、喀痰、便、膿、浸出液などに触れた者が次の患者に接触することで伝播することが多いと考えられていることから、処置時の事前事後の手洗いや消毒、手袋の着用を徹底する。
・特に、喀痰措置や陰部の清拭、尿路カテーテルの操作時に留意する。
・患者、家族に対しても手洗いを励行するよう要請する。

2. 尿路系の処置時の取り扱い手順の再確認

・尿道留置カテーテルや蓄尿の適応を慎重に検討する。
・尿路カテーテルの留置期間を必要最小限とする。
・尿路系の処置において、スタッフ・患者間および患者・患者間の接触感染の可能性を最小とするように、現在の手順を再確認する。

3. 水回りの環境整備

・固形石鹸の共用利用はしない、洗浄の飛沫のかかる場所に器具やペーパータオルを置かないなど、手洗い場や汚染処理場における対応を再確認する。

4. 標準予防策の徹底

・隠れた陽性患者がいることを念頭におき、全入院患者に対して標準予防策を徹底する。
・感染のリスクが高いと思われる入院患者については適宜スクリーニング検査を実施する。

5. 検出患者への対応

・入院患者からのMDRPが検出された場合は、厳重な監視（個室管理やコホーティング）を行う。

6. 情報の共有・還元

・検出患者情報を一元的に管理し、担当以外のスタッフにも周知する。
・当該患者の担当者は、病院全体の感染対策の立案に参画する。
・管理職はリンクナースの活動を十分にサポートする。
・退院時には、転院先またはかかりつけ医に対して情報を提供する。
・MDRPが過去に一度検出された患者に対しても留意する。

7. 感染防止態勢の確立

・院内感染対策委員会において、MDRP感染防止に関する技術的事項等を検討する。
・MDRPに関する院内感染対策マニュアルを整備する。
・全ての職員に対し組織的、継続的に指示や教育等を行う。

MDRP 陽性患者の感染対策

項目	看護手順
1.判定基準と隔離	・細菌検査室より多剤耐性緑膿菌の連絡があったら、ただちに個室隔離をする ・ICU で緑膿菌感染者が発生した場合は一般病棟の個室への転室を主治医・感染対策委員長と相談し検討する
2.事務手続き	1)多剤耐性緑膿菌患者発生の病棟連絡 ・医療従事者だけが分かる印、多剤耐性緑膿菌は水色のシール、緑膿菌は緑色のシールをシスコールのプレートに貼る ・個室は面会謝絶のプレートをドアにつけ表示する ・患者のプライバシーを尊重する 2)多剤耐性緑膿菌が発生した場合には直ちに主治医が所定の用紙に記入の上、感染対策委員会へ報告する ・課長は看護部長に報告する ・夜間、休日はリーダーが責任看護師に報告する 3)検査、手術、他科受診時の連絡 ・検査伝票、他科依頼連絡表に多剤耐性緑膿菌が陽性であること、検出部位を明記する
3.手指衛生	・診察、処置、介助を問わず、手指衛生 5 つのタイミング（①患者に触れる前　②清潔/無菌操作の前　③体液に曝露された可能性のある場合　④患者に触れた後　⑤患者周辺の物品に触れた後）で手指衛生を行う
4.　個人防護具	・血液、体液、排泄物などの飛散により汚染や感染の恐れがある時には、マスク・グローブ・アイプロテクション・ビニールエプロン等の個人防護具を使用する ・個人防護具は、使用毎に廃棄する
5.医療機具医療機器の取り扱い	・使用する物品は可能な限り専用とする（血圧計・ステート・アルコール綿・体温計） ・持ち出す場合、アルコール消毒する ・汚染された金属製品などのプラスチック類は水洗いし、ビニール袋に入れ消毒に出す ・ネブライザーは次亜塩素酸ナトリウム 0.01％で消毒する ・基本的には蓄尿カメは使用せず使い捨て蓄尿袋を使用する ・蓄尿カメ、尿器は、0.01%次亜塩素酸ナトリウムで 1 時間浸漬消毒する
6.汚染リネンの取り扱い	・血液、分泌液で汚染した物は定められたビニール袋に入れ、バイオハザードマークシールを貼り、病棟名と緑膿菌と明記し所定のポリバケツに入れる ・1 日 1 回看護補助が汚染リネン倉庫に運ぶ ・カーテンは汚染が認められた時に交換する
7.病室の掃除と消毒	・病室の消毒は原則として必要無い（通常の掃除で良い） ・血液・体液・排泄物・皮膚落屑物が飛散している場合は、汚れを取り除いてから 0.5～1%次亜塩素酸ナトリウムで清拭する

8.食器の取り扱い	・特に他の患者と区別する必要はない ・栄養ボトルは本人専用として洗剤で洗い、流水でゆすいだ後 0.01%次亜塩素酸ナトリウムに１時間以上浸漬し、使用直前に水ですすぎ使用する
9.ゴミの取り扱い	・感染性医療廃棄 BOX を病室に置き、その中に全て廃棄する
10.身体の清潔	・入浴は感染症状がなければ制限しない ただし、日勤において最後の入浴とする ・使用後の浴槽は、市販の洗浄剤で十分洗浄した後に一般の患者の入浴を再開する ・タオルはビニール袋に入れ、病棟名と多剤耐性緑膿菌と明記し、リネン庫の専用ラックに入れる ・１日１回、看護補助が不潔リネン庫に運ぶ
11.他部門への移動、取り扱い	・呼吸器感染の患者はマスク着用して移動する 検査、リハビリテーション、他科受診終了後に、痰、尿、血液（汗以外の液体）の汚染が認められた場合には 0.5～１%の次亜塩素酸ナトリウムで汚れを取り除いた後、汚染した場所を拭く その後は通常の掃除で良い 1)CT、MRI、その他の放射線の検査 ・原則として日勤において最後に行う ・予約する際に MDRP であることを伝える 2)介助者はマスクを着用し、汚染が考えられる場合はグローブ、ビニールエプロンを着用する 3)内視鏡 ・原則として一日の最後に検査を行う ・検査に使用した器機類はエタノール液で拭くか、ビニール袋に入れて消毒に入れて消毒に出す ・予約する前に MDRP であると伝える ・介助者はマスクを着用し、汚染が考えられる場合はグローブ、ビニールエプロンを着用する 4)高圧酸素 ・高圧酸素治療を行っていた患者が、MDRP 陽性であることが判明した場合には塩化ベンザルコニウム液で庫内を拭いた後１時間放置し、他の患者の治療を再開する 5)リハビリテーション ・時間帯を区別するなどして行う 6)他科受診 ・他科依頼連絡票に感染症名を記入する 7)透析 ・MDRP であることが判明した場合透析は透析室の個室で行う ・透析室で行えない場合には病室で行う
12.外出	1)院内の場合 ・検査、治療、その他必要がある場合以外は隔離してある部屋からの外出はひかえる ・咳、痰のある患者はマスクを着用する 2)院外の場合 ・医師の許可のもと外出する ・咳、痰のある患者はマスクを着用したまま外出する
13.手術	・加須病院手術基本消毒法に準ずる

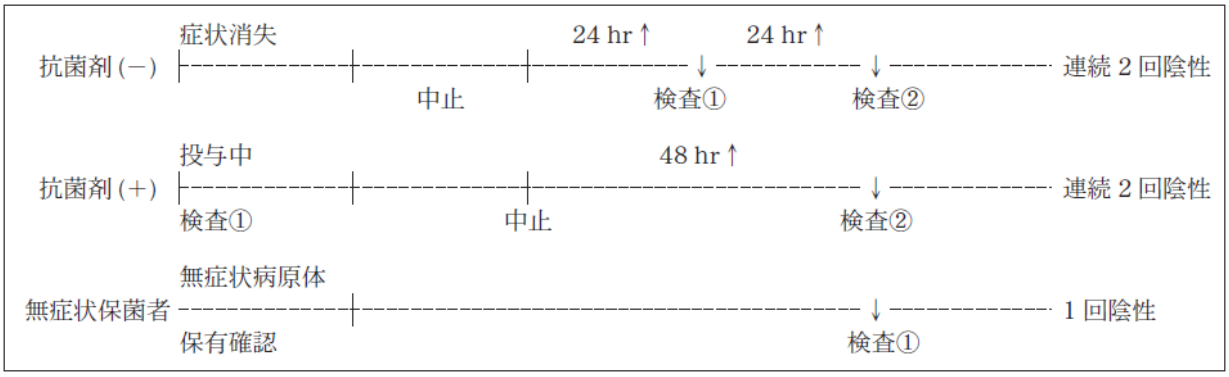
14.集中治療室	・原則として MDRP の患者は、集中治療室には入室させない ・ただし、一般病棟での看護が著しく困難で、集中治療室での管理が必要である場合は、主治医及び院内感染対策委員長と相談したうえで、集中治療室の個室に収容する
15.家族への説明	・患者の家族に、主治医が MDRP について、隔離について、退室時の手指消毒の必要性など説明する ・家族が病室に入るときは手指衛生を実施する。接触、飛沫感染の恐れのある人はグローブ、ビニールエプロン等の防護具を着用するように、主治医や看護師が指導する ・また、洗濯物の取り扱い方についても指導していく（家族の人とは別に洗う、洗濯物はビニール袋に入れる） ・面会は必要に応じて制限する ・同居している家族、または近い親戚のみに限定することが望ましい ・高齢者、乳児、体力の落ちた人などの易感染者は面会を制限する
16.医療従事者について	・培養検査で多剤耐性緑膿菌感染者であることが判明した場合、特に行動制限、業務制限はしない ・勤務中手指衛生を励行する
17.退院後部屋の清掃	・部屋の清掃は通常通りでよい ・患者が触れるようなところ（ベッド周り、ドアノブなど）はアルコール消毒を行う

K-12：感染症の病原体を保有していないことの確認方法

腸管出血性大腸菌感染症

患者については、２４時間以上の間隔を置いた連続２回（抗菌剤を投与した場合は服薬中と服薬中止後４８時間以上経過した時点での連続２回）の検便によって、いずれも病原体が検出されなければ、病原体を保有していないものと考えてよい。

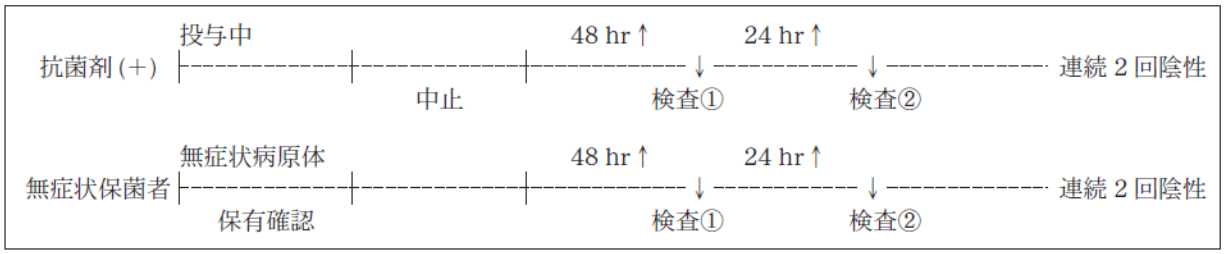
無症状病原体保有者については、１回の検便によって菌陰性が確認されれば、病原体を保有していないものと考えてよい。



コレラ及び細菌性赤痢

患者については、抗菌剤の服薬中止後４８時間以上経過した後に２４時間以上の間隔を置いた連続２回の検便によって、いずれも病原体が検出されなければ、病原体を保有していないものと考えてよい。

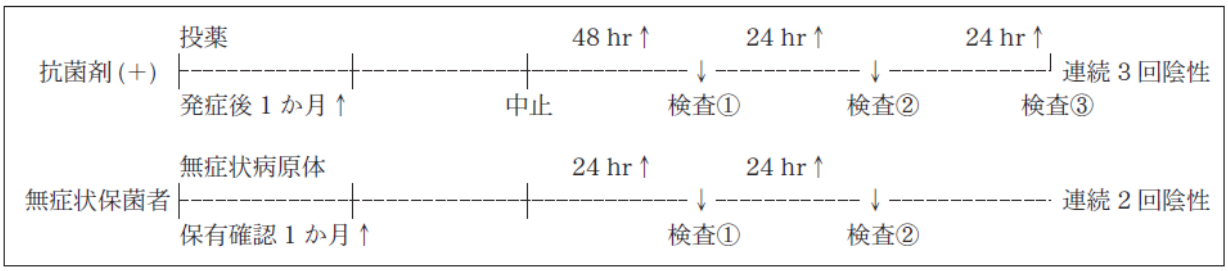
無症状病原体保有者については、無症状病原体保有確認後４８時間以上を経過した後に２４時間以上の間隔を置いた連続２回（抗菌薬を投与していた場合にあっては服薬中止後４８時間以上を経過した後に２４時間以上の間隔を置いた連続２回）の検便によって、いずれも病原体が検出されなければ、病原体を保有していないものと考えてよい。



腸チフス及びパラチフス

患者については、発症後１ヶ月以上を経過していて、抗菌薬の服薬中止後４８時間以上を経過した後に２４時間以上の間隔を置いた連続３回の検便において、いずれも病原体が検出されなければ、病原体を保有していないものと考えてよい。また、尿中に病原体が検出されている場合にあっては、前記の検便における病原体の陰性確認に加えて、検尿の結果も検便の場合と同様に病原体が検出されなかった場合において、病原体を保有していないものと考えてよい。

無症状病原体保有者については、無症状病原体保有確認後１ヶ月以上を経過した後に２４時間以上の間隔を置いた連続３回（抗菌薬を投与していた場合にあっては服薬中止後４８時間以上を経過した後に２４時間以上の間隔を置いた連続３回）の検便によって、病原体が検出されなければ、病原体を保有していないものと考えてよい。また、尿中に病原体が検出されている場合にあっては、前記の検便における病原体の陰性確認に加えて、検尿の結果も検便の場合と同様に病原体が検出されなかった場合において、病原体を保有していないものと考えてよい。



ジフテリア及びペスト

患者については、抗菌剤の服薬中止後２４時間以上経過した後に２４時間以上の間隔を置いた連続２回の検査（ジフテリアの場合は咽頭ぬぐい液、ペストの場合は喀痰（肺ペスト）、分泌液（腺ペスト）又は血液（敗血症ペスト））によって、いずれも病原体が検出されなければ、病原体を保有していないものと考えてよい。

無症状病原体保有者については、無症状病原体保有確認後２４時間以上を経過した後に２４時間以上の間隔を置いた連続２回（抗菌薬を投与していた場合にあっては服薬中止後２４時間以上経過した後に２４時間以上の間隔を置いた連続３回）の検査（ジフテリアの場合は咽頭ぬぐい液、ペストの場合は喀痰（肺ペスト）又は分泌液（腺ペスト））によって、いずれも病原体が検出されなければ、病原体を保有していないものと考えてよい。

急性灰白髄炎（ポリオ）

急性期症状消失後、４８時間以上の間隔を置いた２回の検査（便及び咽頭ぬぐい液からのウイルス分離）において、強毒（野生株）ポリオウイルスが検出されなければ、病原体を保有していないものと考えてよい。

エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、マールブルグ病、ラッサ熱

急性期症状消失後、１週間以上の間隔を置いた２回の検査（感染症の種類毎に別表１に定める検体全てにおけるウイルス分離）の結果、病原体が検出されなかった場合に、病原体を保有していないものと考えてよい。但し、検体毎に別表２に定める発病後の期間を超えた後の場合にあっては、１回の検査の結果、病原体が検出されなかった場合に、病原体を保有していないものと考えてよい。

重症急性呼吸器症候群（病原体が SARS コロナウイルスであるものに限る）

検査（咽頭ぬぐい液、喀痰、便、血液からのウイルス分離）の結果、病原体が検出されなかった場合に、病原体を保有していないものと考えてよい。

痘そう

すべての痂皮が落屑した場合に、病原体を保有していないものと考えてよい。
（ただし、落屑の中には病原体が存在するため、必ず滅菌消毒処理をすること。）

就業制限

一類感染症、二類感染症、三類感染症及び新型インフルエンザ等感染症等の患者、無症状病原体保有者に ついて医師の届出があった場合、都道府県知事は感染症を公衆にまん延させるおそれがある業務として感染症ごとに厚生労働省令で定められた業務（食品関係や 接客業など）への就労制限を通知することができる（18 条 1 項)。この通知を受けた場合には厚生労働省令で定める一定期間において就業が制限される（18 条 2 項)。～感染症法一覧表参照～

入院

都道府県知事は一類感染症のまん延を防止するため必要があると認めるときは、当該感染症の患者・保護者に対して医療機関(原則として特定感染症指定 医療機関か第一種感染症指定医療機関)に入院を勧告することができる（19 条 1 項)。この勧告を受けた者が勧告に従わないときは、当該勧告に係る患者を医 療機関（原則として特定感染症指定医療機関か第一種感染症指定医療機関）に入院させることができる（19 条 3 項)。これらの規定は二類感染症や新型インフ ルエンザ等感染症の患者についても準用されており（26 条)、この場合の医療機関は原則として特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種 感染症指定医療機関となる。
～感染症法一覧表参照～

感染症指定医療機関の分類

特定感染症指定医療機関
一類感染症、二類感染症の患者および新感染症の所見がある者に対する医療機関として厚生労働大臣が指定する。
第一種感染症指定医療機関
一類、二類感染症の患者に対する医療機関として都道府県知事が指定する。
第二種感染症指定医療機関
二類感染症の患者に対する医療機関として都道府県知事が指定する。

「入院勧告」について、２類感染症が対象であり、日常的に対象となってくるのは「結核」と考える。３類感染症は、「入院勧告」とはなっていないが、できれば、周りの患者の不安も考える方がいいと思われるので、個室に（患者負担で）入室できる方がいい。元気になり、排便等がトイレで行え、手洗いも普通に行えるならば退院可能。陰性確認は外来にて行うのでもいい。ただし、患者の希望が陰性確認してからというのであれば対応可能。

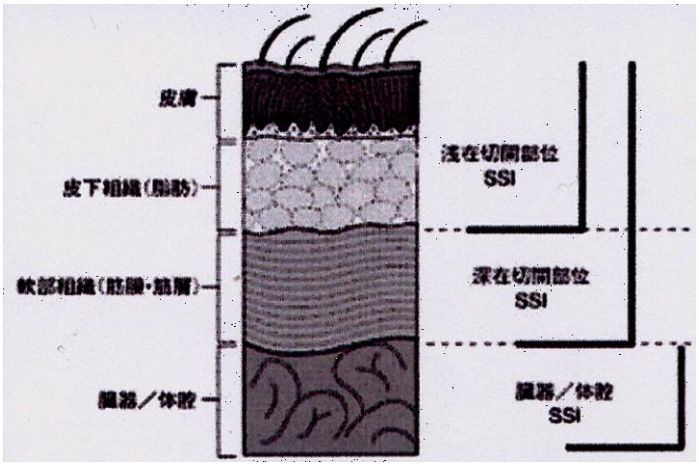
L-1：手術部位感染（Surgical Site Infection：SSI）

＜定義＞

手術部位感染とは、術後30日以内（術野にインプラントが残されている場合は術後1年以内）に感染が生じていることをいう。

※インプラント：

＜手術部位感染の分類＞



＜感染経路＞

ＳＳＩの成立
細菌汚染量
細菌毒性（ビルレンス）
宿主である患者の抵抗力
内因性あるいは外因性病原体により、手術部位へ微生物が進入汚染することを防止しなければならない。

＜リスク因子＞

年齢
ＤＭ
肥満
免疫機能
喫煙歴
術前の入院期間
栄養状態
身体の他の部位に存在する感染

＜手術部位感染対策＞

1. 術前の患者管理

・待機手術で手術部位から離れた部位に感染症がある場合は、感染症の治療後に手術を行う
・血糖値を管理し、周術期の高血糖状態を避けるほうが良い
・待機手術では少なくとも 30 日前に禁煙を行わせるほうが良い
・術前の入院期間を短くするほうが良い
・手術前日の入浴を行う（切開部位の汚染を取り除く）

2. 術前処置

・剃毛は行わない
・除毛が必要な場合には医療用電気クリッパーを使用し、手術直前に行う

3. 術野の皮膚消毒

〈皮膚〉
・消毒を行う前に切開部位とその周囲を洗浄し、汚染を取り除く
・ポビドンヨードまたは 0.5%エタノール含有クロルヘキシジンを用いる
※基本的にポピドンヨードを第 1 選択とする

〈粘膜〉
・消毒を行う前に切開部位とその周囲を洗浄し、汚染を取り除く
・ポビドンヨードまたは 0.01～0.025%塩化ベンザルコニウム液を用いる
※基本的にポピドンヨードを第 1 選択とする

4. 周術期抗菌薬投与

・手術部位に応じた抗菌薬を選択し、執刀時に体内薬剤濃度が上昇するよう初回投与する
・手術が長時間におよぶ場合は、抗菌薬を 3 時間毎に追加投与する
・予防的抗菌薬は、術後長期投与しない（術後 72 時間以上の投与で耐性化リスクが高まる）

5. ドレーン

・ドレーンは手術創とは異なる切開部位から、個別に留置する
・ドレーンは早期に抜去する
・閉鎖式のドレーンを使用することが望ましい

6. 手術創傷管理

外科・泌尿器科の場合、一次閉鎖された手術創はガーゼで被覆せず、適切な保温、湿潤環境が維持できるフィルムドレッシング材を用いる
脳外科の場合毛髪がある為フィルムドレッシング材は使用できないので、ガーゼ・伸縮性テープを用いて閉鎖創とする
ドレーン挿入部は、手術当日のみガーゼで覆い、その後は被覆なしとする

＜創傷管理手順＞

〇外科・泌尿器科

手術当日：閉創後消毒なしでテガダームを貼用する
浸出液がテガダームの外へ漏れる場合は新しいものと交換する
術後2病日：朝の回診時にテガダームを除去し、被覆なしとする
術後7病日：全抜鈎・全抜糸とする

〇脳外科

手術当日：閉創後消毒なしでガーゼ保護、伸縮性テープで貼用する
術後1病日：皮下ドレーン抜去の為被覆を除去。ドレーン抜去後再度ガーゼ、伸縮性テープで閉鎖創とする
術後7病日：全抜鈎・全抜糸とする

・シャワー・入浴処置管理

術後3病日で、シャワー浴可能とし、術後8病日目（抜鈎後）入浴可能とする

SSIサーベイランスシート(1)　　－ブルーシート(青色印刷紙)－

記入者サイン(　　)

担当科　(　　)　□入院 □外来
患者氏名　(　　)性別: □男　□女　手術時年齢:　　才
患者 ID　(　　)
入院日　(　　／　　／　　)手術日 (　　／　　／　　)

手術手技	

手術時間(　　時間　　分)　術中抗生剤　□なし □あり(　　)
執刀医(　　)

創分類

□	C	清潔創	(クラスⅠ)
□	CC	準清潔創	(クラスⅡ)
□	CO	汚染創	(クラスⅢ)
□	D	化膿創	(クラスⅣ)

ASA

□	ASA1	標準的な健康な患者
□	ASA2	軽い全身疾患の患者
□	ASA3	重篤な全身症状があるが、活動不能でない患者
□	ASA4	日常生活を営めない、常に生命を脅かされている全身疾患の患者
□	ASA5	手術の有無にかかわらず、24時間生きることが予測できない瀕死の患者
□	ASA6	脳死状態

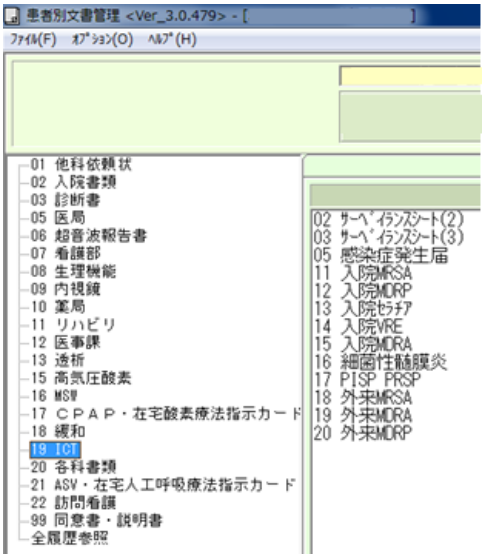
麻酔	□全身麻酔	□全身麻酔以外
緊急	□待機・定時手術	□緊急手術
外傷	□なし	□あり
人工埋入物	□なし	□あり
内視鏡手術	□使用なし	□使用あり
合併手術	□なし	□同じ切開創で二つ以上の手術
人工肛門	□造設なし	□造設術実施

ＳＳＩサーベイランスの手順

2016 年 4 月 1 日　改定

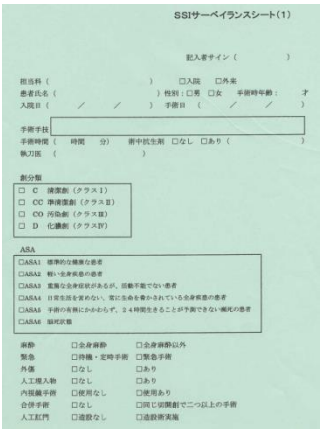
＜対象＞

・外科、脳神経外科、泌尿器科、整形外科
・全身麻酔で皮膚切開を加える手術
・術後 30 日間（埋入物がある場合は 1 年間）



＜各種シートの発行と運用＞

1. 手術予定が発生
2. 電子カルテへ手術予定を入力
3. 外来あるいは病棟でシート２を印刷
   ①　患者カルテから、文書管理を開く
   ②　19 ICT→02 ｻｰﾍﾞｲﾗﾝｽｼｰﾄ(2)をクリック
   ③　Excel 表示
   ④　月／日の枠の日付を確認して印刷→保存→終了をクリック
4. 手術室はシート１へ必要事項を記入
   ①　SSI 用紙(ブルーシート)を作成
   ②　シート１は院内感染担当感染管理認定看護師へ提出
5. 院内感染担当感染管理認定看護師はシート１からデータ入力
   ①　電子カルテ ICT 業務より各項目を入力
   ②　シート１は、入力済みファイルに綴じる。
6. 病棟は創部観察を行い、シート２を記録
7. シート２は次ページに示す『診療科別の手順』に従い回収し、院内感染担当感染管理認定看護師へ提出
8. ＳＳＩ発生時には、シート３を発生
   ①　患者カルテから、文書管理を開く
   ②　19 ICT→02 ｻｰﾍﾞｲﾗﾝｽｼｰﾄ(3)をクリック
   ③　Excel 表示
   ⑤　診断時期を確認し、ＳＳＩ部位、ＳＳＩの原因、培養検体、血流感染の各項目をチェックして印刷→保存→終了をクリック
   ④　シート３は培養検体と一緒に細菌室へ提出
9. 細菌室は対象患者の創部培養提出時シート３の回収を行い、毎月一回院内感染担当感染管理認定看護師へ提出
10. 院内感染担当感染管理認定看護師はシート３からデータ入力
    ①　電子カルテ ICT 業務より各項目を入力
    ②　シート３は、入力済みファイルに綴じる。


SSIサーベイランスシート(1)

記入者サイン（　　）

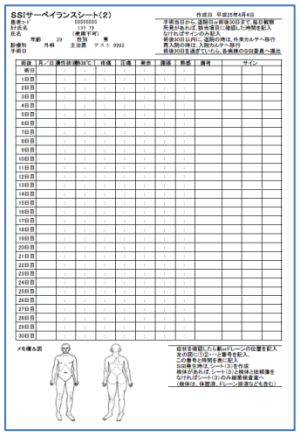
担当科（　　）　□入院　□外来
患者氏名（　　）性別：□男　□女　手術時年齢：　　才
入院日（　／　／　）手術日（　／　／　）

手術手技
手術時間（　時間　分）　術中抗生剤　□なし　□あり（　　）
執刀医（　　）

創分類
□　C　清潔創（クラスⅠ）
□　CC　準清潔創（クラスⅡ）
□　CO　汚染創（クラスⅢ）
□　D　化膿創（クラスⅣ）

ASA
□ASA1　標準的な健康な患者
□ASA2　軽い全身疾患の患者
□ASA3　重篤な全身症状があるが、活動不能でない患者
□ASA4　日常生活を営めない、常に生命を脅かされている全身疾患の患者
□ASA5　手術の有無にかかわらず、24時間生きることが予測できない瀕死の患者
□ASA6　脳死状態

麻酔　□全身麻酔　□全身麻酔以外
緊急　□待機・定時手術　□緊急手術
外傷　□なし　□あり
人工埋入物　□なし　□あり
内視鏡手術　□使用なし　□使用あり
合併手術　□なし　□同じ切開創で二つ以上の手術
人工肛門　□造設なし　□造設術実施


SSIサーベイランスシート(2)

作成日 平成25年4月4日

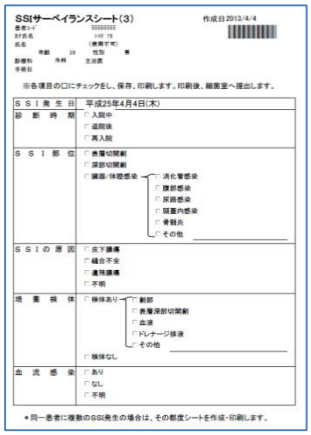
患者ID
氏名
年齢　23　性別　男
診療科　外科　主治医　テスト 9992
手術日

平成当日から退院日と審査対応まで毎日観察
所見があれば、該当項目に確認した時間を記入
（例：発熱 10:00）
平成30日までに、退院の時は、作業カルテへ移行
再入院の時は、入院カルテへ移行
再度SSIを疑ったら、各病棟の当該業へ連絡

術後	月／日	体温	膿性状	膿の広がり	疼痛	圧痛	発赤	腫脹	熱感	膿瘍	サイン
術日											
1日目											
2日目											
3日目											
4日目											
5日目											
6日目											
7日目											
8日目											
9日目											
10日目											
11日目											
12日目											
13日目											
14日目											
15日目											
16日目											
17日目											
18日目											
19日目											
20日目											
21日目											
22日目											
23日目											
24日目											
25日目											
26日目											
27日目											
28日目											
29日目											
30日目											

メモ欄&図

腫瘍を疑認した場合はレベニーの位置を記入
その際は□2……の番号を記入
その番号と時間を本一覧へ記入
※図解を検出 シート(3)を作成
検体が出た際 シート(3)に検体と培養陽性
なければシート(3)のみ観察結果更へ
（検体は、検査後（ルーン感染などを含む）


SSIサーベイランスシート(3)

作成日2013/4/4

患者ID
氏名
年齢　23　性別　男
診療科　外科　主治医
手術日

※各項目の□にチェックをし、保存、印刷します。印刷後、細菌室へ提出します。

ＳＳＩ発生日	平成25年4月4日(木)
診断時期	□入院中 □退院後 □再入院
ＳＳＩ部位	□表層切開創 □深部切開創 □臓器/体腔感染 → □消化管感染 / □腹部感染 / □尿路感染 / □頭蓋内感染 / □骨髄炎 / □その他（　　）
ＳＳＩの原因	□皮下膿瘍 □縫合不全 □遺残膿瘍 □不明
培養検体	□検体あり → □創部 / □表層深部切開創 / □血液 / □ドレナージ排液 / □その他（　　） □検体なし
血流感染	□あり □なし □不明

＊同一患者に複数のSSI発生の場合は、その都度シートを作成・印刷します。

―外科―

手術前（病棟）

- シート２の発行は入院時の担当看護師が行う。
- 予定された手術でシート２が外来で発行されている場合は、入院まで外来カルテの裏表紙に挟んでおく。
- シート２に 30 穴をあけ、入院カルテの「看護記録」の所に保管する。

手術後（病棟・外来）

- シート２の記載を行う。記載方法は別紙参照。
- 術後 30 日まで記載をする。30 日観察を行ったらシート２をカルテから抜き取り、病棟の回収ボックスに入れる。
- 外出、外泊等で患者が不在のときは、シート２に明記する。
- 30 日前の退院の場合は、退院時受け持った看護師がシート２をカルテから抜き取り、外来カルテ裏表紙のポケットにいれる。外来カルテ表紙には「SSI シートあり」のメモを貼付する。退院時も創部の観察し記入する。
- 外来ナースは、退院後最初の外来時に創部を観察し、該当する手術後日数のところに印を押す。シート２を外来の SSI シート回収ボックスに入れる。
- 各科の担当者は、シート２を院内感染担当へ提出する。

SSI の発生時

① 可能な限り培養検体を採取し、シート３を発行する。検体と検査伝票とともに細菌検査室へ提出する。
② 検体の採取が難しい場合（例えば腹腔内腫瘍でドレナージを行わなかった場合など）は、シート３に必要事項を入力して発行し、細菌検査室へ提出する。
③ SSI 発生後もシート２の記載は続ける。
④ 再手術の時は、改めてすべてのシートを発行する。新たな手術として扱う。
⑤ 24 時間以内の（後出血などの）再手術は同じ手術とみなす。
⑥ 創部感染の時に、筋層の縫合糸が見えたら、「深部感染」に該当する。
⑦ SSI 発生後のシート２の扱いは前項（手術後の項）と同様。

―脳外科―

手術前（病棟）

- シート２の発行は手術準備の一環として、手術前日までに看護師が行う。
- シート２に 30 穴をあけ、「ワークシート」に保管する。

手術後（病棟・外来）

- シート２の記載を行う。記載方法は別紙参照。
- 術後 30 日まで記載をする。30 日観察を行ったらシート２をカルテから抜き取り、SSI シート入れに入れる。
- 外泊、外出等で患者が不在のときはシート２に明記する。
- 30 日前の退院の場合は、退院時受け持った看護師がシート２をカルテから抜き取り、外来カルテ裏表紙のポケットにいれる。外来カルテ表紙には「SSI シートあり」のメモを貼付する。退院時も創部の観察し記入する。
- 外来担当医師は、退院後最初の外来時に創部を観察し、該当する手術後日数のところに印を押す。回収方法は、外来看護師が３Ｆ病棟担当者宛に気送子で送る。
- 各科の担当者は、シート２を院内感染担当へ提出する。

SSI の発生時

① 可能な限り培養検体を採取し、シート３を発行する。検体と検査伝票とともに細菌検査室へ提出する。
② 検体の採取が難しい場合（例えば腹腔内腫瘍でドレナージを行わなかった場合など）は、シート３に必要事項を入力して発行し、細菌検査室へ提出する。
③ SSI 発生後もシート２の記載は続ける。
④ 再手術の時は、改めてすべてのシートを発行する。新たな手術として扱う。
⑤ 24 時間以内の（後出血などの）再手術は同じ手術とみなす。

⑥ 創部感染の時に、筋層の縫合糸が見えたら、「深部感染」に該当する。
⑦ SSI 発生後のシート２の扱いは前項（手術後の項）と同様。

―泌尿器科―

手術前（病棟）

- シート２の発行は入院時の担当看護師が行う。
- シート２に 30 穴をあけ、入院カルテの「看護記録」の所に保管する。

手術後（病棟・外来）

- シート２の記載を行う。記載方法は別紙参照。
- 術後 30 日まで記載をする。30 日観察を行ったらシート２をカルテから抜き取り、病棟の SSI 担当者へ渡す。
- 外泊、外出等で患者が不在のときはシート２に明記する。
- 30 日前の退院の場合は、退院時受け持った看護師がシート２をカルテから抜き取り、外来カルテ裏表紙のポケットにいれる。外来カルテ表紙には「SSI シートあり」のメモを貼付する。退院時も創部の観察し記入する。
- 外来担当医師は、退院後最初の外来時に創部を観察し、SSI の有無をシートに記入する。回収方法は、外来看護師が６Ｆ病棟担当者宛に気送子で送る。
- 各科の担当者は、シート２を院内感染担当へ提出する。

SSI の発生時

① 可能な限り培養検体を採取し、シート３を発行する。検体と検査伝票とともに細菌検査室へ提出する。
② 検体の採取が難しい場合（例えば腹腔内腫瘍でドレナージを行わなかった場合など）は、シート３に必要事項を入力して発行し、細菌検査室へ提出する。
③ SSI 発生後もシート２の記載は続ける。
④ 再手術の時は、改めてすべてのシートを発行する。新たな手術として扱う。
⑤ 24 時間以内の（後出血などの）再手術は同じ手術とみなす。
⑥ 創部感染の時に、筋層の縫合糸が見えたら、「深部感染」に該当する。
⑦ SSI 発生後のシート２の扱いは前項（手術後の項）と同様。

L-2：人工呼吸器関連肺炎

＜概論＞

人工呼吸器に由来する感染とは医療施設に入院してから 48 時間～72 時間後に発症する下気道の感染のことであり肺炎である。呼吸器装着との関連が強いものを呼吸器由来の肺炎という。（ｖａｐ）人工呼吸器を装着することにより病原菌が気管・気管支・肺へと直接バイパス（たれこみ）してしまい結果的に肺炎発生率が増加する。人工呼吸器関連肺炎は致死率（50%前後）と高く十分な注意が必要であり、人工呼吸器装着患者が院内感染肺炎をおこすリスクは装着しない患者の約 21 倍である。

＜感染経路＞

1）口腔内、咽頭へ定着した微生物の誤嚥
2）胃に定着した微生物の誤嚥
3）微生物の吸入（ネブライザー）
4）汚染された手や手袋による交差感染

＜リスク因子と患者アセスメント＞

外的因子―　マスクやネブライザーの場合は２４時間に１度は消毒が必要
吸入液の注射器、針の交換・消毒
人工呼吸器の蛇管、加湿器の消毒・交換　＜週１回＞

アセスメント

1）開胸、開腹術後
2）経管栄養チューブ挿入
3）頭部外傷などによる意識レベル低下や昏睡状態
4）多量の誤嚥
5）24 時間毎の呼吸器回路交換
6）H2 ブロッカーの投与
7）入院の長期化
8）抗生物質の使用歴
9）患者の内因性因子

＜感染防止対策＞

1）人工呼吸器管理

・人工呼吸器回路の定期的交換は、48時間以上あけて行うことが望ましい。
・人工呼吸器回路を再使用する場合は、滅菌消毒を行う。
・人工呼吸器回路の結露を定期的に廃棄する。このとき結露が気道に逆流しないように注意する。また結露の廃棄後は手を洗う。
・加湿水は、滅菌されたものを用いる。

2）手指衛生と手袋の使用

・吸引時には手袋を使用する。
・処置の前後で手洗いを行う。

3）気道分泌物の吸引

・開放式の場合、滅菌された使い捨ての吸引チューブを使用する。
・吸引用の水は滅菌されたもの（注射用水）を用いる。
・口腔内の吸引は水道水を用いる。

4）気管内チューブによる誤嚥の予防

・呼吸器からの早期離脱を行う。
・挿管チューブ交換時などでカフ内の空気を抜く前に気道分泌物を吸引する。

5）経管栄養チューブによる誤嚥の予防

・病状が許す限り、上体を３０～４５度挙上する。
・経管栄養チューブの先端の位置が適切(胃内)であることを確認する。
・逆流を予防するため、腸蠕動音の聴取や腹囲測定などにより、患者の腸蠕動を査定した上で、栄養剤の量と速度を決定する。
・栄養チューブからの早期離脱を行う。

6）消化管内における微生物の定着予防

・消化管出血予防のために薬剤投与が必要な場合は、胃液のｐＨを上昇させない薬剤を選択する。

L-3：カテーテル関連血流感染

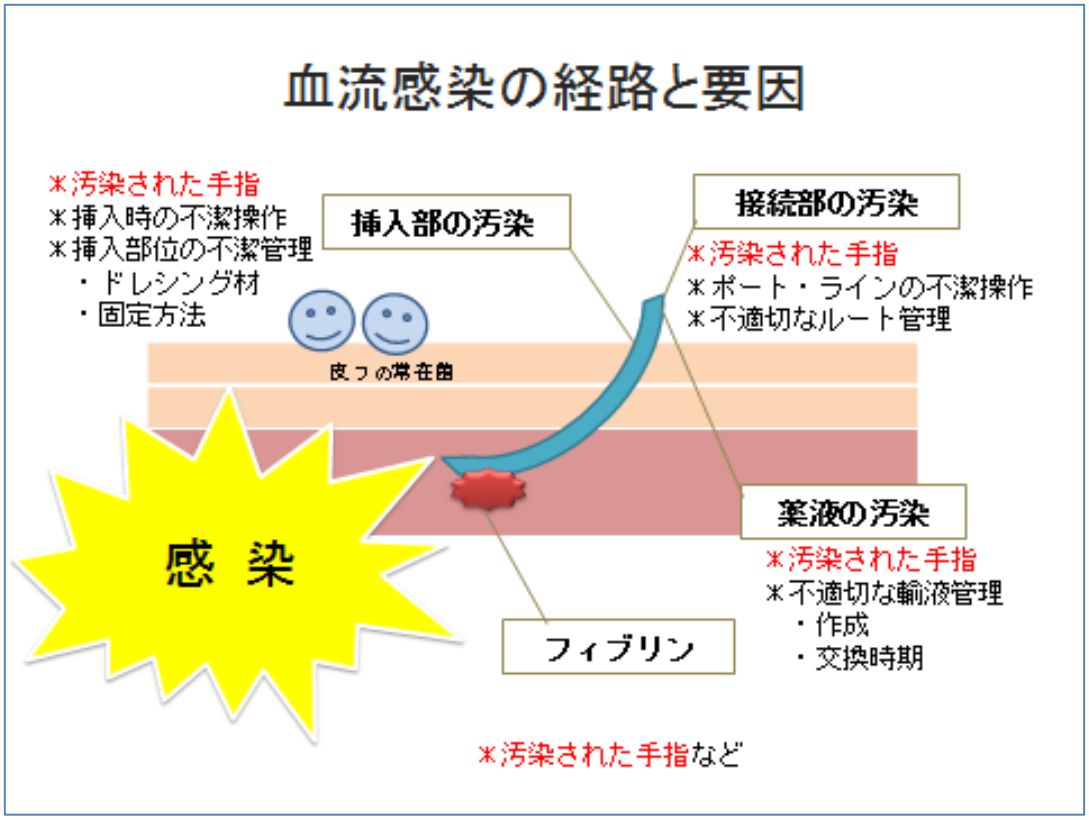
＜概論＞

血管内留置カテーテル挿入患者は、非挿入患者より血流感染を高率に発生する。比較的長期にカテーテルを留置している患者で、感染源の不明な発熱、敗血症症状（WBC・CRP などの炎症反応の上昇、血圧低下他）などが発生した場合、カテーテル関連血流感染を疑う。血管内留置カテーテルを使用する際には、カテーテル由来の血流感染の特徴を知り、適切なカテーテル管理を実践することが重要となる。

＜カテーテル感染の発症要因＞

(1) カテーテル関連血流感染の原因となる微生物の侵入経路と要因

① 血管内留置カテーテル挿入部
② 薬液
③ ルート接続部



＜血管内留置カテーテルの管理＞

	中心静脈カテーテル	末梢静脈カテーテル	動脈カテーテル（末梢）
挿入時	・手指衛生 ・高度無菌バリアプリコーション※1 下で挿入 ・イソジン消毒は塗布後、最低2分以上自然乾燥させてから挿入する ・挿入部位はシャワー浴または清拭を行い、清潔にしてから挿入する ・ガイドワイヤー下での挿入は、感染兆候がない場合に限る	・手指衛生 ・手袋着用 ・アルコール消毒綿は中心から外側へ消毒する ・消毒部位は触れない	・手指衛生 ・手袋着用 ・アルコール又はイソジン消毒乾燥させてから挿入 ・消毒部位は触れない
挿入部位の推奨	鎖骨下静脈＞内頚静脈＞大腿静脈 ※エコーで血管を確認する	上肢＞下肢 ※上腕・手首は避ける	橈骨動脈＞大腿動脈
カテーテル交換	定期交換は不要	3 日に 1 回刺し替える	定期交換は不要
輸液ライン交換	少なくとも 7 日に 1 回	刺し替え毎または 少なくとも週 1 回	96 時ごと
	※血液製剤、脂肪乳剤は 24 時間以内 ※プロポフォールは 12 時間毎		
輸液ライン管理	・輸液ラインは閉鎖を保つ（シュアプラグ） ・高カロリー輸液ラインの側管は　使用しない	・輸液ラインは閉鎖を保つ（シュアプラグ） ・やむを得ず三方活栓を使用する時は、使用用途がなくなった時点で閉鎖式ラインに交換する	
保護材	・滅菌透明フィルムドレッシングまたは滅菌ガーゼとし、カテーテルをテープ固定する ・出血、浸出液がある場合には滅菌ガーゼを使用する		
保護材の交換頻度	・透明フィルムドレッシングは 1 週間ごと ・湿ったり、ゆるんだりした場合には、速やかに交換する		
挿入部の観察	・感染兆候の有無を毎日観察し、記録する（発赤、腫脹、浸出液、痛み） ※痛みは挿入部を軽く押して確認する（トンネル部分はカテーテルに沿って押す） ※感染兆候がある場合は医師へ報告する		

＜高度無菌バリアプリコーション＞

カテーテル挿入時に無菌野を広げることにより、挿入時の細菌侵入のリスクを減らすことができる。挿入術者が行うべき有効な対策である。

対象：中心静脈カテーテル、透析用カテーテル、スワン・ガンツカテーテルなど

方法：挿入術者は、マスク・キャップ・滅菌ガウン・滅菌手袋を着用。挿入部位以外を滅菌シーツで広範囲に被覆する。範囲は、挿入部位を中心に患者及びベッド周囲全体をできるだけ広く覆う。

＜CV セットの手順書＞





＜薬液の管理＞

(1) 注射薬の混合
- 使用前、調整台やトレイは除菌クロスで清拭し清潔にしてから使用
- ミキシング作業開始前には手指衛生を実施（マスク着用を推奨）
- 輸液ボトルは、開封後は針刺入するゴム栓部分をアルコール消毒で2回以上消毒する
- ミキシング済みの輸液ボトルは作り置きせず、可能な限り使用前に調整し、早期に投与する（3時間以内を推奨）

(2) 多容量バイアル
- 複数回穿刺して使用するバイアル薬品は、冷蔵庫保存とし期限内に使用

(3) 調整台の環境
- 空調吹き出し口の直下での調整作業は避ける
- ボトルフック周囲に紙類の掲示物やファイルは置かない
- 使用後や薬液による汚染時は、湿式清拭し汚れを速やかに除去する
- 調整台周囲に針廃棄容器を設置する場合はミキシング物品専用容器とする
- 清潔区域として管理し、不必要な部品は置かない

＜ルート接続部の管理＞

(1) 輸液ボトル
- ボトル交換時は、未開封であってもゴム栓部分を毎回アルコール綿で消毒する
- 輸液ボトルは 24 時間以上継続使用しない

(2) 輸液ラインへの接続
- 接続前には手指衛生を行う
- 閉鎖式注入デバイス（シュアプラグ）を接続し閉鎖回路とする
- シュアプラグ接続する場合は、①注入部周囲　②注入口表面の順にアルコールでゴシゴシ擦るように消毒する

L-4：カテーテル関連尿路感染

＜概論＞

尿路感染症とは、38℃以上の熱発があり、尿意促迫、頻尿、排尿異常、恥骨上の圧痛などの臨床症状が少なくとも 1 つはあり、かつ１ml 中 10５以上の.細菌が存在する状態である。（米国疾病予防センター：CDC 症候性尿路感染基準より）

尿路感染は、院内感染の中の約 40%を占めているといわれており、感染管理上の重要課題の 1 つである。尿道カテーテル挿入患者の 20～25%が、尿路感染症に罹患しているといわれるが、この数値は尿道カテーテルの挿入と尿路感染症の因果関係を如実に裏づけるものである。尿道カテーテル挿入から 15 日までの間に 50%、1 ヶ月までの間にほぼ 100%が感染するといわれる。これは、尿道カテーテルの中長期的使用が尿路感染の大きな要因になっていることを意味している。そのほかの危険因子には、女性、カテーテル管理の不手際、免疫力の低下が挙げられる。感染の発生率を低下させる処置は、尿道カテーテルの総使用数および使用期間を減少させることに向けられる。尿道カテーテルの使用が避けられない場合は、適切な挿入および維持方法に従わなければならない。

＜感染経路＞

開放性に管理した場合はカテーテル内腔から管内性に感染する。現在は閉鎖回路が採用されているため、初期の管内性感染は激減しているが、留置後１～2 週間以降になると、管内性にも、またカテーテルと尿道の間隙から管外性にも感染する。

※尿道カテーテル留置に伴う細菌の侵入経路

・挿入時
・外腔からの感染
・カテーテルと尿道粘膜の間
・内腔からの感染
・採尿バック、カテーテル、ドレナージチューブ結合部の汚染が回路に侵入

＜リスク因子＞

リスク因子には、高齢、重篤な基礎疾患、女性、長期間のカテーテル留置が挙げられる。カテーテルの種類、挿入方法、留置期間および管理法などのカテーテル側の要因，宿主の状態とくに免疫機能の状態によって感染リスクが異なる。一般に通常の１回導尿で感染が発生する頻度は１%程度であるが、開放性持続導尿法では3日以内に80%の症例に感染が発生する。

＜感染防止対策＞

(1) 尿路感染予防の原則

カテーテル留置は必要最小限にする。

カテーテルの留置期間は必要最小限にする。

尿路カテーテル留置は簡単に施行し得るが、尿路感染症とくに urosepsis へ移行する危険をはらんでいることを認識すべきである。従って検査、治療に必要な場合にのみ経尿道的カテーテル操作は行われるべきであり、留置した場合も出来る限り早く抜去する。また、なるべく留置カテーテルに代わる方法(間歇自己導尿など)を考慮すべきである。患者管理が行いやすいといった理由での尿道留置カテーテルの設置は厳に慎むべきである。

(2) カテーテル使用対象となる状況

尿道の閉塞解除

残尿(神経疾患による膀胱機能不全など)

泌尿器科的手術

正確な尿量測定(重症患者など)

(3) カテーテル使用患者の対象にならない状況

①排尿可能にもかかわらず、電解質測定や培養のためのカテーテル挿入

②失禁患者の看護

(4) 尿道カテーテル挿入時の管理

①挿入前の流水と石鹸の手指衛生

尿道カテーテル挿入時、陰部の菌を挿入操作によって膀胱内に押し込む可能性があるので、挿入前後は手指衛生を十分に行う。

②無菌操作の実施

(5) 細いカテーテルの使用

尿道の損傷を減らすため、挿入には十分な尿の流出が得られる程度の細いカテーテルを用いる。通常は１６Fr 前後を使用する。

(6) 皮膚の清潔保持

カテーテル挿入部や会陰部を清潔に保つため、排便時は微温湯で清拭を行う。また排便がない場合も１日１回は清拭を行う。

(7) 挿入部の観察

(8) カテーテルとウロガードの管理

※尿道カテーテルとウロガードをはずすことで感染経路が増えるのではずさないようにする。尿培養などの採尿時には、清潔なシリンジを使用し、アルコール綿で消毒した専用部分から注射針で穿刺して採取する。

※尿道カテーテルはできる限りは早く抜去する。尿路感染の合併を防ぐためには、必要がなくなり次第直ちに抜去することである。

※長期留置になる場合は２～４週間毎にカテーテルを交換する。交換の間隔はカテーテルの材質にもよるが、結晶成分の付着が多い患者や内腔が閉塞しやすい患者ではさらに間隔を短縮する必要がある。

※ウロガードを定期的に空にする。溜めすぎると逆流したり漏れたりするので、満杯になる前に空にすること。

※ウロガードを患者膀胱より高い位置におかないこと。また、チューブは屈曲させない。(尿の逆流を起こし感染を起こす原因となる。)

※ウロガードを床につけない。排出口を汚染し、また細菌尿飛散の原因ともなり得る。

(9) カテーテルの固定

脚部または腹部に固定し、尿道内のカテーテルの動きを抑制する。

(10) 膀胱洗浄

①膀胱洗浄による尿路感染発生率の低下は証明されていない。

②感染予防策として膀胱洗浄は行わない。水分制限のない患者には十分な水分摂取をすすめ自尿による膀胱内の洗浄を促す。

③尿流がスムーズである限り膀胱洗浄は行わない。安易な膀胱洗浄は細菌尿を逆行性に押し込み発熱の原因となる可能性がある。

※膀胱洗浄の適応基準

①尿閉塞の予防が必要な患者（術後の凝血塊、組織片による詰まり）

②尿路感染の治療が必要な患者

③長期臥床の患者（膀胱底部に沈殿が溜まることがある。）

M-1：感染症診察室運用手順

＜目的＞

・感染症および感染症が疑われる患者の診察・処置を行うことで、院内での交差感染を予防する。

＜感染症診察室・処置室の概要＞

・独立換気（24 回/時間換気）
・陰圧制御機能（隣接廊下　＞　前室　＞　処置室　＞　待合室　＞　トイレ　＞　診察室）
・HEPA フィルターを介した外気への排出
・自己完結型の吸引機能（圧縮空気を利用した吸引機能）

＜対象患者＞

・当面は下記の患者を対象とする。

①一類感染症患者の診察・処置

②世界的もしくは地域的に流行している感染症患者の診察・処置
（2009 年新型インフルエンザなど）

③結核または結核が疑われる患者（診察・検査・検査前処置等）

④その他「感染症法の対象疾患」などで、感染力が強いと想定される感染症・疑似症患者

＜運用方法＞改修工事後に修正

1.患者受け入れ

①対象患者が発生したら、警備室に鍵を取りに行き、前室入り口を解錠。診察や処置に必要な物品は、発生部署で準備する。

②解錠後、前室の空調スイッチ（補助ファン・排気ファン）を ON にする。



※診察室の「HEPA フィルター付空気清浄機」は自動で作動する。



排気ファンスイッチと連動しています！

③待合室・診察室の「HEPA フィルター付パーテイション」のスイッチを ON にする。
※パーテイションは各 1 対になっているため、送気・吸気用ともに ON にする。

④必要時、処置室の「HEPA フィルター付パーテイション」のスイッチを ON にする。
※パーテイションは各 1 対になっているため、送気・吸気用ともに ON にする。

⑤医療従事者は、必要な防護具を着用して、待合室および診察室に患者を誘導する。

④患者は、可能な限り感染症入口に誘導するが、必要時 Emergency ドア（一般廊下から直接処置室に入るドア）を解錠して誘導する。

※「一般通路への空気流入」および「室内の陰圧保持」のため、Emergency ドアは速やかに施錠する。その他のドアも開放したままにしない。

2.診察

①診察室で行う。

②処置や X 線撮影が必要な場合は、処置室で行う。

3.会計・処方

①会計・処方は、家族に行ってもらう。

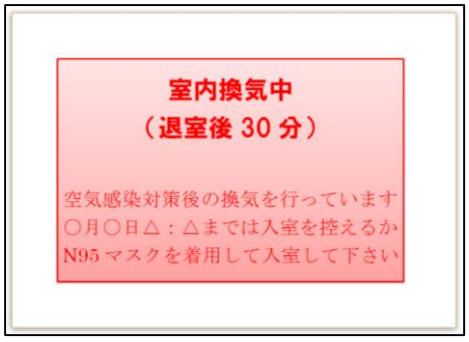
②単身で来院の場合は、その都度医事課と検討する。

4.診察終了後

①患者は「感染症診察室出口」から退室する。

②空気感染患者の診察後は、空調を 30 分以上 ON のままにしておく
（すべての電気スイッチをつけっぱなしにしておく）。

③「室内換気中」の掲示に時間を記入して、前室入り口に掲示しておく。



④30 分後空調・電気を OFF にする。

⑤HEPA フィルター付パーテイションの電源を OFF にする

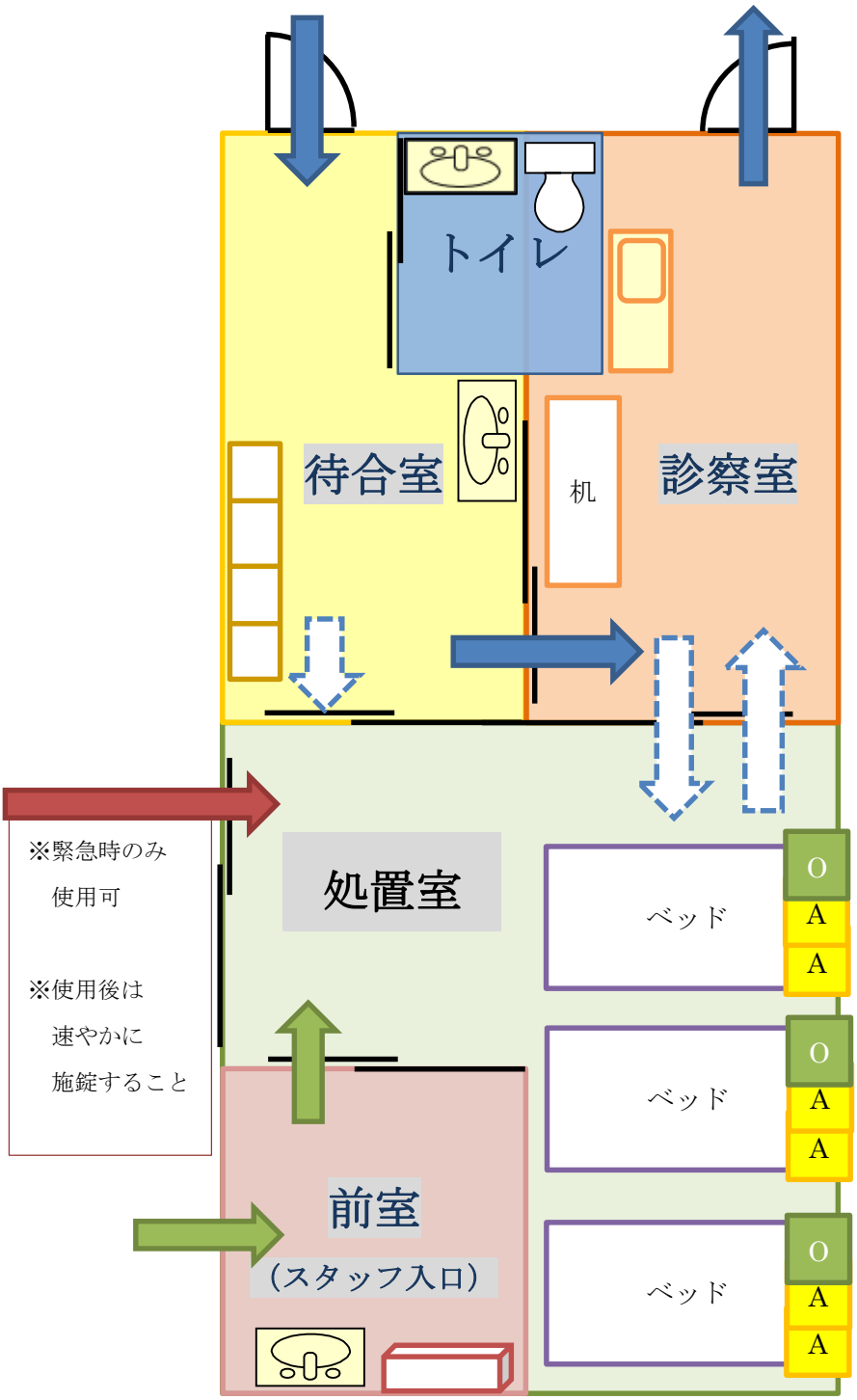
⑥使用した物品を片付ける（ベッドメイキングを行う）。

⑦運用台帳に必要事項を記載する。

5.その他

①診察室を利用していない場合は、他の診察や IC に利用して良いが、感染症患者の診察を最優先する。利用時は 1「患者の受け入れ①」と同様の手順で行う（利用後は必ず施錠する）。

M-2：感染症診察室　入室ルート（改修後に修正）



患者ルート①（感染症外来の動線）
患者ルート②（処置室への誘導）
患者ルート③（一般外来からの誘導）
スタッフルート　※前室で PPE（防護具）を着用してから診察エリアへ

M-3：感染症診察室のナースコール運用方法（改修後に修正）

＜ナースコール設置場所＞

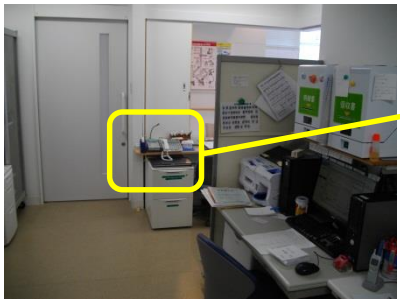


・送信器：感染症診察室（1 台）



PUSH を押すと、ランプ（○）が点滅します

・受信器：救急外来　受付（1 台）





・受診可能範囲：救急外来受付または初療室

必要時、初療室（冷蔵庫横）に受信器を移動して対応可能

N-1：陰圧病室運用手順（改修後に修正）

＜陰圧室の配置＞

院内の陰圧室は4室（506・507・606・607号室）とする。



＜陰圧機能の作動条件＞

「空気感染症患者」（結核・麻疹・水痘・播種性帯状疱疹・新型インフルエンザ等）および「空気感染が疑われる患者」が入室した場合、陰圧機能を作動させる。

＜陰圧機能作動時の注意＞

・正常に陰圧機能を維持する為、以下の4点に留意する。

① シャワー室は使用不可
② 入浴不可（清拭のみ可）
③ 換気扇を作動させない（空調が陰圧機能だけになるようにする）
※トイレ・シャワー室の換気口には HEPA フィルターが設置されていないため
④ 部屋に入ってすぐ手前にあるカーテンは束ねて、開放にする

・陰圧装置を作動させている場合は、1 日 1 回陰圧機能が保たれているか確認する

・定期的に部品の交換を行う

① フィルター1
② フィルター2
③ HEPA フィルター
④ UV ランプ

※それぞれ交換時期が異なるので、定期的に陰圧室の掲示物を確認すること

＜空気感染症患者入院時の注意＞

・必要時はN95マスクを着用する
・水痘、麻疹では、出来る限り免疫を有するスタッフがケアを行う

＜陰圧機能作動方法＞

①電源コンセントを入れる

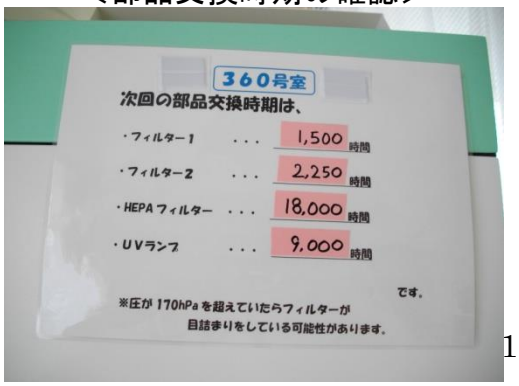


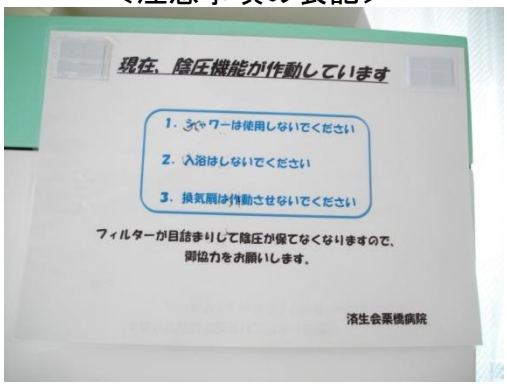
②陰圧機能が作動し、作動計にトータル運転時間が表示される。



③下の写真に示すパウチパネルの時間と圧の数値と計測器の時間と圧の数値を比較し、部品の交換時期が過ぎていないことを確認してから、裏面（注意事項）を表記する。

＜部品交換時期の確認＞ → ＜注意事項の表記＞





＜患者が退室した後の個室消毒＞

1) 陰圧機能を作動させたまま１時間換気する
2) 換気中、職員は退室
3) 換気後室内の清掃を行う、この間も換気を続ける
4) 拭き取りが必要な場合は、エタノールで実施

O-1：リハビリテーション科

○ＭＲＳＡ・緑膿菌・多剤耐性緑膿菌・セラチア

訓練室にて行う場合は、時間帯は日の最後に行い、他の患者との同室を避けましょう。患者が多数の場合は、同室にて訓練施行としますが、患者同士の接近・接触はできるだけ避けましょう。

使用後の消毒方法は、分泌物が付着した場合はそれをふき取り、消毒液（エコ消エタ）でその場所を拭きましょう。使用後のマット・訓練用品（重錘バンド・ポール・平行棒等）も消毒液で拭きましょう。

訓練室で排出された汚染物質は、感染性廃棄物ボックスに破棄しましょう。マスクは喀痰が認められる場合は着用しましょう。

○感染症胃腸炎（ロタ・ノロウイルス等）

時間帯はなるべく他の患者との同室を避けます。患者が多数の場合は、同じ訓練機器の使用を避けましょう（平行棒等）。また使用後の訓練マットや訓練機器は次亜塩素酸ナトリウムで拭きましょう。訓練室で排出された汚染物質は、感染性廃棄ボックスに破棄しましょう。

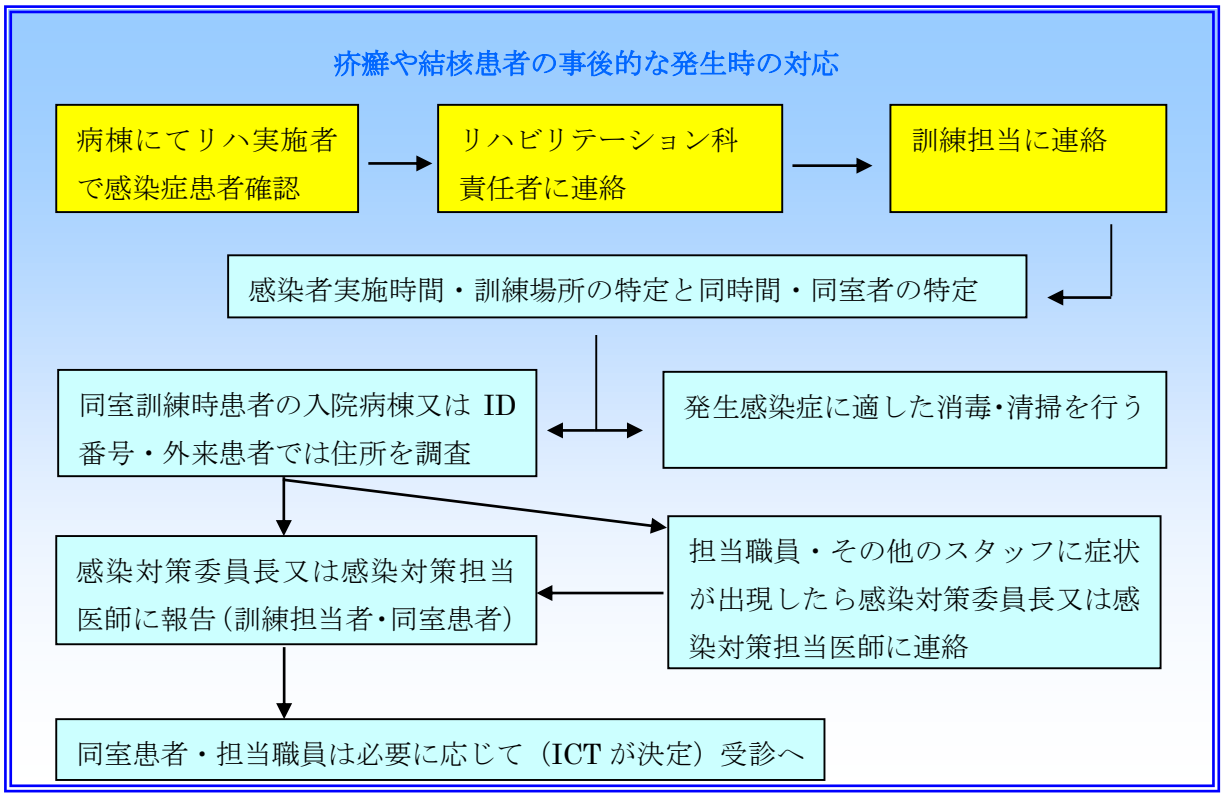
○疥癬

疥癬は基本的に病棟でのベッドサイドリハを施行とします。

疥癬発生が事後的に確認された場合の対処は別紙のフローチャートを使用。

○結核

結核患者が事後的に確認された場合の対処は別紙のフローチャートを使用。



スタッフはスタンダードプリコーションを守りましょう。

O-2：透析室

【基本事項】

1. 手洗い
   患者は、入室前に手洗いまたは速乾性擦式手指消毒剤での手指衛生をしてもらっている

2. ブラットアクセスの消毒
   シャント、表在化の静脈側、透析用カテーテルはエタノールで消毒する。表在化、グラフトはイソジンで消毒する。透析の穿刺時、穿刺介助時、回収時は手袋を着用する
   穿刺針は、針捨て容器に穿刺後直接捨てる

3. 医療器具
   ペアンは、水洗い後、中央材料室にて消毒。休日の場合は酵素洗浄剤にて予備洗浄後、自動洗浄器で洗浄・消毒し乾燥させる

4. リネン類
   透析後、シーツ、枕カバーの埃、髪の毛などを掃除用の粘着テープで清掃する。シーツ交換は1回／週の為、自分のタオルを持参してもらっている。血液汚染等がある場合は交換する

5. オーバーテーブル・棚・ベッド柵
   透析終了後、環境クロスVロックで清拭する

6. コップ・スプーン・水のみ・ガーグルベースン・膿盆
   洗剤又は酵素洗浄剤で洗浄した後0.02%次亜塩素酸ナトリウム液で１時間消毒（基本的には、自分用を持参）

7. 便器・尿器
   D-9：環境の整備方法を参照

8. 透析室内の清掃
   毎朝モップで清拭している

【病床管理】

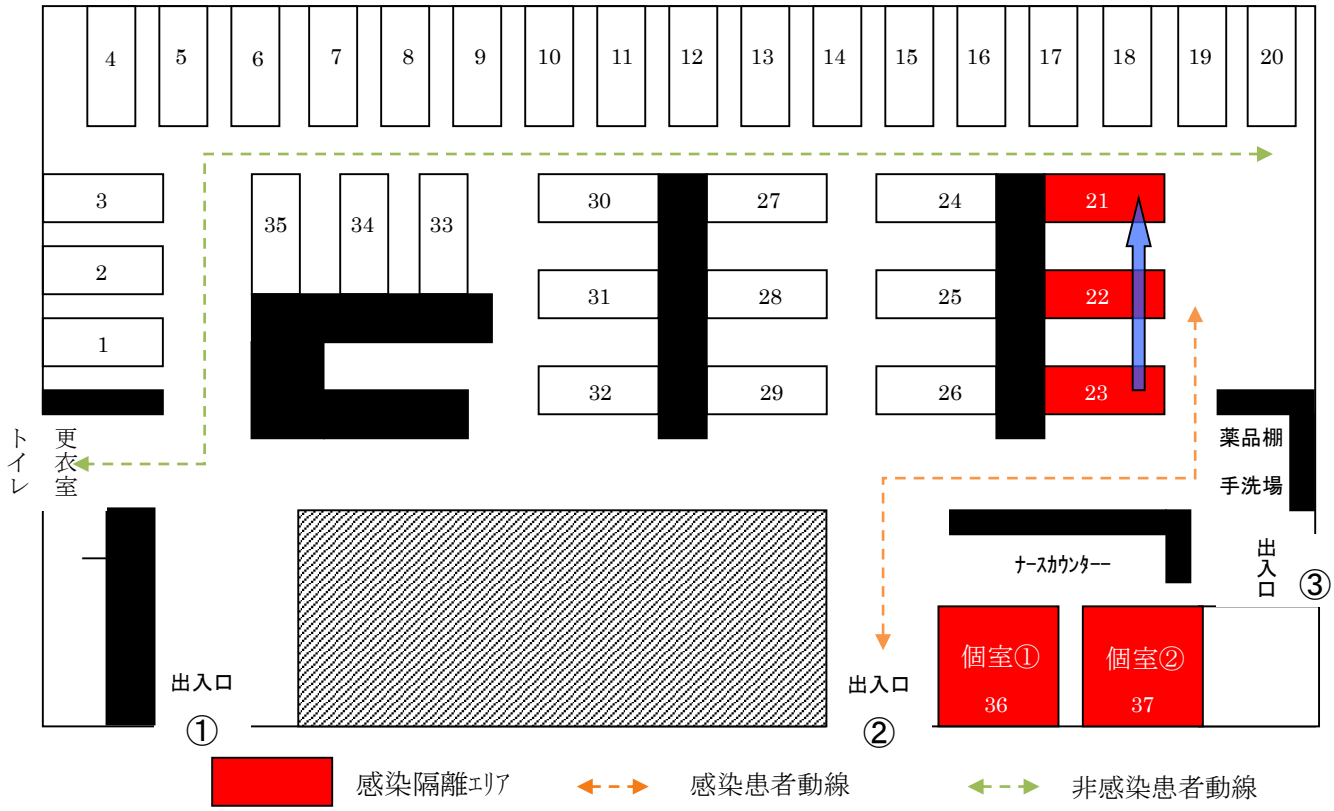
・個室①、②および Bed21～23 を感染隔離エリアと定め運用する。優先順位は個室、23、22、21 の順とする

・通常時においても感染隔離エリアの内 1 床は必ず空床とする

・個室以外の隔離はパーテーションを用いる。懸念のある状況では HEPA フィルター付きパーテーションを院内感染担当より借り受けて使用する

・感染隔離エリア運用時に非感染患者をエリア内で治療することはできるだけ回避する。やむ得ない場合は感染拡大防止に最大限留意し、調整を行う

・原則、これ以上の感染隔離エリアの拡大は行わない。入院患者や感染者の午後への変更を検討する



・感染患者の入室時間は、非感染患者にできるだけ接触しない時間帯で入室させる

・感染患者の入退室は出入口②からする

・透析前にパジャマへの着替えが必要な場合、更衣室は利用せず、個室又はパーテーションにて隔離し対応する

・感染者の体重測定はポータブル体重計を使用し専用とする

・透析室トイレの使用は不可とする。個室又はパーテーション内にて尿器・便器を使用

【感染患者への対応】

① 入院患者のベッド位置を決める際は、病棟に連絡して隔離の有無を確認する

② 病棟で隔離解除の場合、透析室での隔離も不要
『個室解除』のマグネットを入院患者ボードに掲示する

③ 外来患者は来院時の状況を確認し、診断が付いている場合は透析室感染症対応表を参考にし医師に報告の上、隔離の有無を確認する

【透析室感染症対応表】

感染症	対応	方法	消毒方法	リネン類の扱い
CD トキシン	発症前の便性状、頻度に回復してから、48 時間（2 日間）経過の後、隔離を解除する	・標準予防策 ・重度の下痢を伴う場合は、ガウンを着用する	・ルビスタ	・防水シーツ 2 枚を使用してベッドおよび枕を被覆する。使用後は破棄 ・包布は交換
ノロウィルス	嘔吐・嘔気などの症状が改善してから、48 時間（2 日間）経過の後、隔離を解除する	・標準予防策	・ルビスタ	・防水シーツ 2 枚を使用してベッドおよび枕を被覆する。使用後は破棄 ・包布は交換（専用のビニール袋に入れる）
MRSA	培養結果が陰性の場合に隔離を解除する	・標準予防策	・環境クロス V ロック ・エコ消エタ消毒液（血液、体液、排泄、皮膚落屑）	・防水シーツ 2 枚を使用してベッドおよび枕を被覆する。使用後は破棄 ・包布は交換

種類	対応	方法	消毒方法	リネン類の扱い
インフルエンザ	・発症後 7 日間または解熱してから 48 時間（2 日間）経過の後、隔離を解除する ・詳細は下記のインフルエンザ対応	・標準予防策 ・患者のマスク着用は 72 時間経過まで	・環境クロスVロック ・エコ消エタ消毒液（血液、体液、 排泄、皮膚落屑）	・防水シーツ 2 枚を使用してベッドおよび枕を被覆する。使用後は破棄 ・包布は交換
B型肝炎 C型肝炎	・原則、病床は感染患者固定とし、使用物品も専用のものとする	・標準予防策	・エコ消エタ消毒液 ・次亜塩素酸ナトリウム（血液、体液、排泄）	・防水シーツ 2 枚を使用してベッドおよび枕を被覆する。使用後は破棄 ・包布は交換

【インフルエンザ対応】

〈1〉 予防の方法

① インフルエンザワクチン接種

・透析患者には、流行シーズンが始まる前にワクチンの接種を勧める
当院接種の場合は、希望者を募り透析来院時に行う

・透析スタッフも、禁忌が無い限り予防接種を行う

② スタンダードプリコーション(標準予防策)の強化

・インフルエンザ流行期間中は、来院する透析患者及び付添者にマスクの着用をお願いする。また、発熱チェック表の記入をお願いする
※ ICT 委員会マスク着用奨励期間中

・透析室出入口付近に、手指消毒薬を設置し透析室入室時、トイレ使用後などは手指衛生の徹底を促す

・透析スタッフも、流行期間中はマスクを着用し、手指衛生を徹底する

・インフルエンザ流行期間中は、透析室出入口付近に「インフルエンザに関するお知らせ」の掲示をする

③ 発熱チェック表

・患者自身が自宅にて検温し記入する。透析前の体重測定時に回収しチェックを行う

・自宅での検温・記入を忘れた患者は、透析室入口付近にて検温をして記入をする

・記入方法は朝の体温を記入する。また項目にあてはまる場合は〇印を記入する

・項目に〇がある患者は、更衣室には入らず透析スタッフに声をかけてもらう

・看護師が症状を確認し、インフルエンザの疑いがある場合は個室にて待機してもらい、腎臓内科医師にて診察を行う。（下記、発生時の対応②を参照）

※ 発熱チェック表（透析-部様-003-001-170901）より一部抜粋

透析室/発熱チェック表（あなたの平熱は　　度　　分）						9月	
※朝の体温を記入し、 あてはまる症状に〇を付けて下さい。				お名前			
			1日	2日	3日	4日	5日
			火	水	木	金	土
今朝の体温							
関節痛がある							
咳・咽喉痛がある							
鼻水が出る							
身近に上記症状の人がいる							
	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日
	日	月	火	水	木	金	土

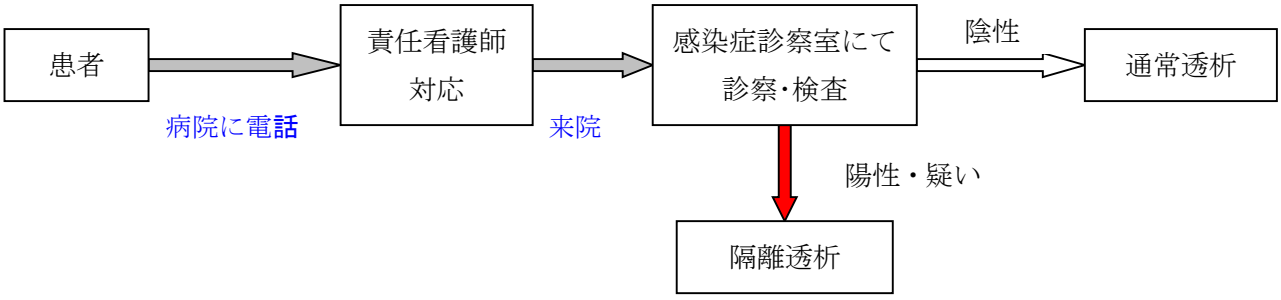
〈1〉 発生時の対応

① 自宅にて発症した場合

・自宅にてインフルエンザ症状が発症した場合、一般の対応と同様、病院に連絡し外来課長、又は責任看護師の指示に従って来院し検査･診察を受ける

※詳細は院内感染防止対策マニュアルを参照

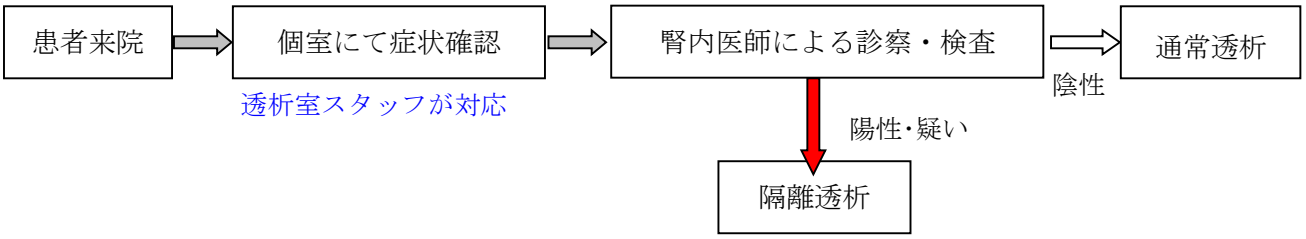
・陽性、又は疑いの場合は、隔離透析を行う



② インフルエンザ症状の患者が透析室に来院してしまった場合

・透析室の個室に案内し、腎臓内科医師に連絡し検査･診察を行う

・陽性、又は疑いの場合は、隔離透析を行う



※ インフルエンザ症状のある透析患者が、非透析日に透析室に来てしまった場合、外来課長、又は責任看護師に連絡し感染診察室にて検査･診察を受ける

③ 透析中に症状が出た場合

・透析中にインフルエンザ陽性、又は疑い患者が出た場合、個室や感染隔離エリアへのベッド移動、もしくは緊急的にパーテーションで区切り隔離透析を行う

〈2〉 予防投与について

① 基本概念

・インフルエンザの潜伏期間は 1～7 日間とされ、インフルエンザ発症患者に接触して 7 日以内の方については抗インフルエンザ薬の予防投与が推奨される

② タミフル予防投与の流れ

1. 患者またはその家族に対し、感染対策ガイドラインおいて抗インフルエンザ薬の予防投与が推奨されていることを説明する
2. 透析患者では、タミフル 1 錠内服で 5 日間予防効果が継続するので、基本的に家族のインフルエンザの発症状態が長引かない限りは 1 回投与とする。家族の発症状態が長引くようであれば 5 日後に更に 1 錠追加とする
3. 予防投与の際は、自費診療となる。タミフル 1 錠で 1010 円（2015/1/15 現在）となる
4. 1. ～3. までの同意を得る。同意が得られない場合は投与しない
5. 同意が得られれば、院内臨時処方でタミフル 1 錠処方する
6. 薬局（内線：1033）に電話をして、エアシューターでタミフルを透析室へ送ってもらい、本人に渡す。もしくは、直ちに内服させる
7. 透析関連の医事を担当する医事課係長に、自費扱いでタミフルを処方した旨を連絡する（月末の請求書にタミフル 1 錠の自費代金を上乗せして請求する）
8. 院内感染担当へ感染患者名・ID、感染患者に接触した透析患者に抗インフルエンザ薬を予防投与した旨を連絡する

③ その他の薬の予防投与法

タミフル以外はその都度確認を要する

【透析機器の消毒方法】

1. 透析液供給装置・多人数用透析装置および配管、個人用透析装置の消毒

最終透析終了後、消毒液を使用し機器の内部・配管・チューブの自動消毒洗浄を行う。
使用する消毒液は曜日、機器によって異なる

機種	曜日	使用薬剤
透析液供給装置・多人数用透析装置および配管	月・水・金	1%次亜塩素酸ナトリウム溶液
	火・木・土	1%次亜塩素酸ナトリウム溶液 ＋ 15%酢酸溶液
個人用透析装置	月・水・金	6%次亜塩素酸ナトリウム溶液
	火・木・土	6%次亜塩素酸ナトリウム溶液 ＋ 30%酢酸溶液

2. 機器外装消毒

透析終了ごとに、0.1%次亜塩素酸ナトリウム溶液を含ませたガーゼで清拭し消毒する。
血液・体液などで汚染された場合は、水拭きで十分に除去した後、消毒する

3. 出張透析に伴う透析機器の消毒

病室からの搬出時は、外装および配管を環境クロスⅤロックで清拭する。透析室へ搬入後、上記の機器外装消毒を実施する

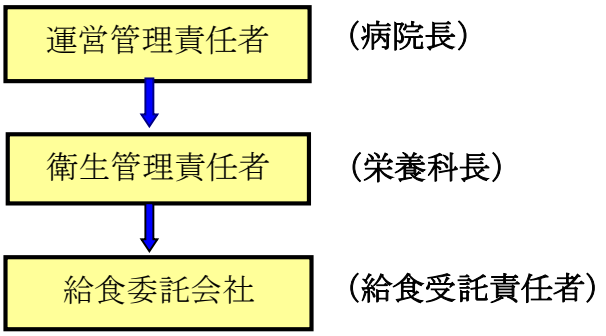
0-3：栄養科

Ⅰ. 衛生管理体制
Ⅱ. 入院患者に食中毒症状が発生した場合の連絡体制
Ⅲ. 入院患者に食中毒症状が発生した場合の各部門の対応
(1)検査科部門
(2)診療・看護部門
(3)事務部門
(4)栄養部門
(5)薬剤部門
Ⅳ. 原因が病院食と疑われる場合の対応（営業自粛・停止）
(1)食事内容
(2)盛り付け・半調理の場所は保健所の許可を得る
(3)盛り付け担当
(4)病棟での配膳
(5)使用食器
(6)温・冷配膳車
Ⅴ. 給食関係従事者等に食中毒症状が発生した場合
Ⅵ. ノロウイルス患者の食事提供の対応

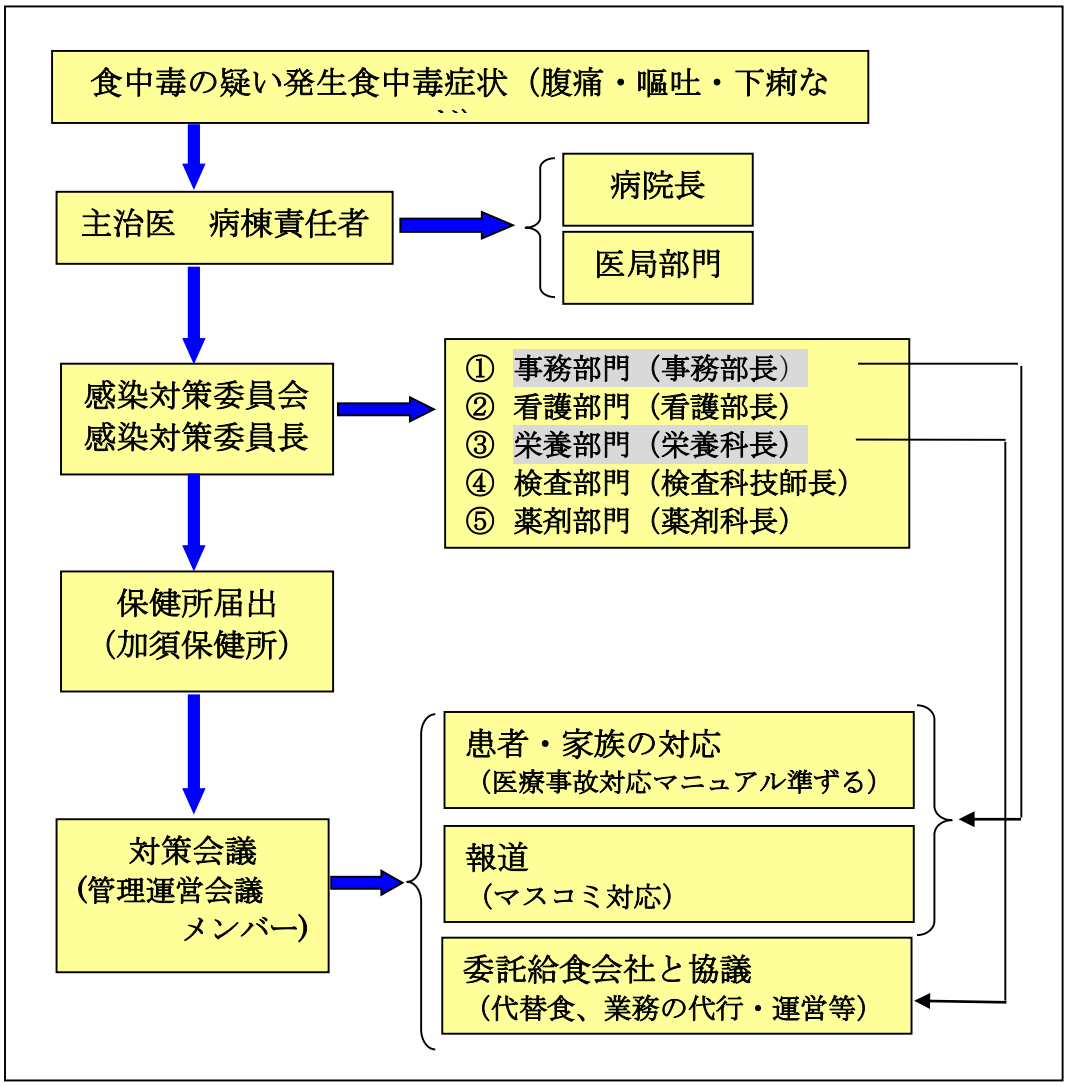
○スタンダードプリコーションに基づき給食管理、栄養管理を行う。

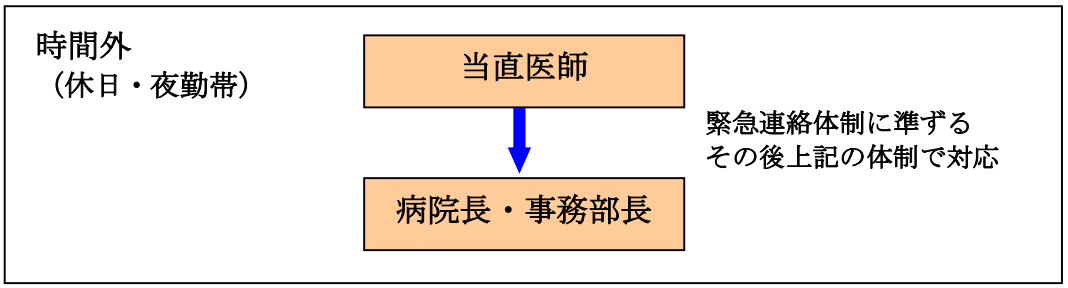
○食中毒の予防のために
給食委託会社と協同し衛生管理体制を整える。
① 給食委託会社作成の「衛生管理マニュアル」（エームサービス株式会社）に沿って、衛生管理を徹底する。
②病院独自のシステムについては、厚生労働省通知「大量調理施設衛生管理マニュアル」と「衛生管理マニュアル」（エームサービス株式会社）を併用して、衛生管理を徹底する。
③給食委託会社は、衛生管理の徹底をはかり、定期的に衛生教育を実施し、衛生知識の向上に努める。

Ⅰ. 衛生管理体制



Ⅱ. 入院患者に食中毒症状が発生した場合の連絡体制





Ⅲ. 入院患者に食中毒症状が発生した場合の各部門の対応

(1)検査科部門

*病棟からの検体の迅速な判定
*栄養科職員の細菌検査実施（公休者も含む）
*委託給食会社調理作業従事者の細菌検査の実施（公休者も含む）
［委託給食会社調理作業従事者の細菌検査の経費は委託給食会社が負担する］

(2)診療・看護部門

*各病棟の状況報告・症状把握・治療・情報収集・入院患者への説明
（対策会議で内容統一）
*保健所の調査に協力・院内の消毒（感染症の場合）

(3)事務部門

*院内の状況把握
*発症者の状況を保健所へ報告
*入院者(病棟別)・外来者・職員の名簿作成（氏名、年齢、性別、住所）
*喫食者（発生前 14 日から）食種別に整理（退院者を含む）
*発症者の症状・発症日時・喫食確認（一般食・特別食の種類を分けて記入）
*入院患者への説明（対策会議で内容統一し、文章化した内容）
*職員への周知
*保健所の調査に協力
*代替食の搬入場所、盛り付け場所の設置

(4)栄養部門

〔病院〕
*調理作業中止の指示
*病棟に患者数・症状・発生時間・食事摂取状況の確認
*調理開始から配膳までの経緯調査
*保健所の調査に協力

〔給食委託会社〕
*病院側と協議し、指示に従い対応する。
*調理作業中止・調理室の現状保持
*調理作業従事者の健康調査と細菌検査（公休者も含む)の実施
⇒迅速な細菌検査結果が必要なため、病院検査科で実施する。
結果が出るまで、調理作業従事者は自宅待機とする。
*保存食（調理済・原材料）の廃棄処分禁止
*保存食（調理済・原材料）の提出準備
*発生前 14 日分の献立表・関係帳票類の提示準備
*保健所の調査に協力
*保健所の指示による調理室の清掃・消毒

(5)薬剤部門

*医薬品の確保
*消毒薬品の確保

Ⅳ.原因が病院食と疑われる場合の対応（営業自粛・営業停止）

食中毒等の原因が病院給食であることが疑われる(判明)場合は、原因食品・原因物質が特定されていなくても、保健所と協議のうえ、院内の病院給食調理施設での業務を自主的に休止する。経費は通常通り、委託給食会社が負担し、以下の対応をとる。

*代替食、業務の代行者等の準備
*代替食の取扱い、盛り付けの口頭指示（保健所の許可があれば従事）
・当院配属の調理作業従事者は自宅待機になるため、近隣施設より応援体制をとる。
・自粛 1 日目の朝食は、職員食堂食品庫に保管してある在庫備蓄食品を中心に各患者の食事内容に合わせて提供する。
・患者給食調理室を現状保存するため、職員食堂調理室を使用する。
*1 日目昼食以降の代替食、使い捨て食器等の手配・購入する。
*2 日目昼食以降であれば、代行での対応ができる。
パンや仕出し弁当等を併用して対応する。
*営業停止期間は約 5 日間程度と予想される。(保健所に確認)
*食材の搬入は、営業再開当日分より調理室に納品することが可能（前日納品可能）と予想されるが、保健所の許可を取り対応する。

(1)食事内容

自粛 1 日目の朝食は、職員食堂食品庫に保管してある在庫備蓄食品を中心に、職員食用に保管してある食材を用いて提供する。セレクトメニューの対応はしないが、個別対応（刻み・とろみ等）はできる限り対応する。

食　種	献立内容	備　　考
常食 全粥食 軟菜食 七分食 五分食 (治療食を含む)	主食	食札に準じる
	味噌汁	分粥まで展開できる食材を使用 塩分制限は半量
	鮭缶（鮭缶 50g＋正油 2g)	蛋白制限(30・40g)は半量にて提供
	ふりかけ類	七分・五分は鯛味噌
	缶フルーツ	エネ・コレは生果物
三分 (治療食を含む)	主食	食札に準じる
	味噌汁	塩分制限は半量
	鮭缶（鮭缶 30g＋正油 2g)	
	鯛味噌	
	缶フルーツ	
流動食	重湯	
	味噌汁	
	缶フルーツのピューレ	又はジュース

自粛 1 日目の昼食以降は順次、委託給食会社が手配し対応する。
この場合も、できる限り一般食・特別食の内容に配慮し対応する。

(2)盛り付け・半調理の場所は保健所の許可を得る

代替食の盛り付け・半調理(温める等)は、職員食堂調理室で行う。
使用する調理室・器具類は病院の指示で、委託給食会社が実施する。
当院配属の調理作業従事者は食品に直接触れる作業は禁止、口頭指示は可能とする。
細菌検査結果が陰性で、保健所の許可があれば、従事する。

(3)盛り付け担当

当院配属の調理作業従事者は食品に直接触れる作業は禁止し、近隣施設からの応援従業員が担当する。
細菌検査結果が陰性で、保健所の許可があれば、従事する。

(4)病棟での配膳

配膳車は各病棟の所定位置に設置する。

(5)使用食器

食器類‥‥‥使い捨ての物を手配・購入し使用する。(委託給食会社が負担)
トレイ‥‥‥保健所の許可を得て、現在使用の物を消毒後使用する。

(6)温・冷配膳車

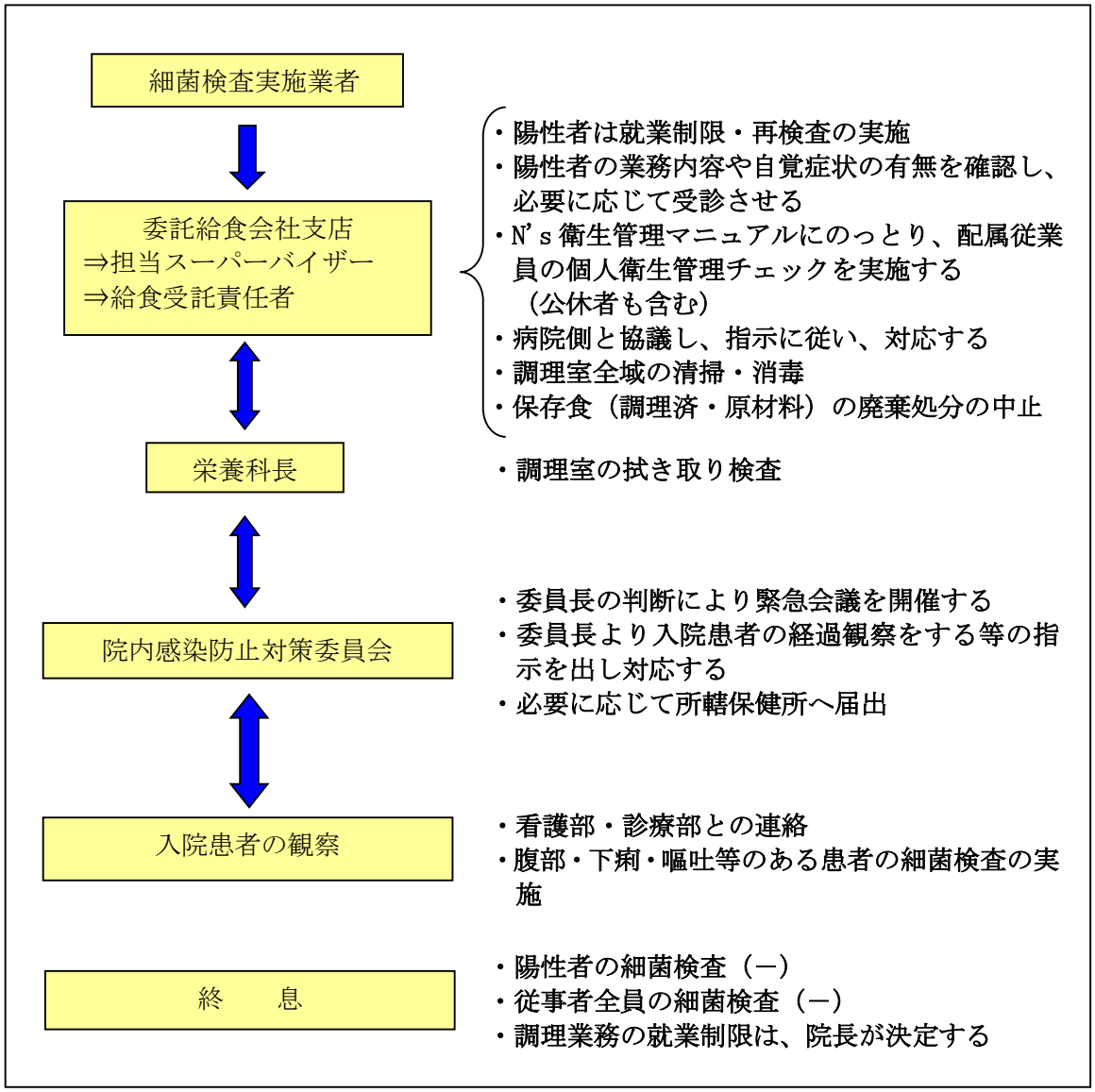
トレイの使用ができる場合、保健所の許可を得て、現在使用の温・冷配膳車を消毒後使用する。配膳車は、職員食堂に設置する。
専用コンセントがないため温度管理は出来ない。

(備考)

患者給食の提供を優先し、職員食堂（調理室・食堂）を使用して患者給食を提供するため、通常の職員食の提供はできなくなる。
この場合、職員食の手配・提供等は委託給食会社が行う。納品場所は事務部門に確認し、会議室等を利用し提供する。
委託給食会社の過失による事故である場合、経費は委託給食会社が負担する。

Ⅴ. 給食関係従事者等に食中毒症状が発生した場合

定期細菌検査から食中毒原因菌が検出された場合の対応



留意事項

*0－157 等の腸管出血性大腸菌でベロ毒素を産生していない場合は、一般の食中毒菌と同様の対応となる。

*所轄保健所への届出を行うと、陽性者宅への立ち入り検査が実施される。

検査・調査項目

*本人及び家族の便培養検査

*食事摂取の場所、食事内容

*住居の消毒(腸管出血の場合は適用されない)

Ⅵ. ノロウイルス患者の食事提供の対応

〔栄養科の対応〕

- ノロウイルス感染患者の食事は、緑色のトレイと使い捨て容器を使用する。
- 食事終了後、残菜は病棟で処理し、トレイのみをビニール袋に入れ、袋の口をしめて下膳車にのせる。
- ビニール袋に入ったトレイは、一番最後に処理する。
- スタンダードプリコーションに従って手袋・マスク・エプロンをして処理する。
- トレイは、0.02%(200ppm)次亜塩素酸ナトリウム溶液を入れ、1 時間浸漬する。
  注意：塩素チェッカーで、次亜塩素酸ナトリウム溶液の濃度を確認する。
  次亜塩素酸ナトリウム溶液は作りおきをしない。(30 分以内に使用)
- 消毒後、トレイは通常どおり洗浄機で洗浄し、食器消毒保管庫で熱風乾燥させる。
- トレイはきちんと乾燥させ水が残っていないことを確認して食器棚にしまう。

〔食器類の下膳に関する病棟との約束事項〕

※吐物による汚染がある場合

- 吐物がある場合は、病棟で一次処理する。
- 残菜は医療廃棄物として廃棄する。
- 吐物を除去する。
- 0.1%次亜塩素酸ナトリウム溶液で食器類を消毒する。

0-4：ME

Ⅰ　ＭＥ機器の消毒レベル

1. ＭＥ機器に係わる感染予防にあたっては、感染の有無にかかわらず
スタンダードプリコーションに基づく取扱いをして下さい。

ＭＥ機器の消毒レベルは、多数の機器がノンクリティカル（創のない皮膚に接触するもの）に
分類されます。したがってＭＥ機器全般の消毒は、低水準消毒薬を用いて下さい。

セミクリティカル（粘膜や創のある皮膚に接触するもの）や感染症に用いた場合は、
該当薬液による消毒か滅菌を行って下さい。

Ⅱ　留意事項

1. 機器を介しての感染を防ぐうえで日常的な清掃を心がけることが大切です。
誤って汚した場合は、放置せず速やかに拭き取って下さい。

感染の拡散防止のため、汚染された機器及び器具を移動する時は消毒をするか、
ビニール袋で梱包して下さい。

2. 血液・体液など有機物の付着がある場合の消毒は、薬液によりタンパク質が変性、固着して消毒
効果が不十分となるため、水で十分に清拭後行って下さい。

3. 機器の操作や日常点検などで汚染された区域への出入りや感染患者さんとの
接触にあたっては、その前後に必ず手指の消毒をしてください。
必要に応じマスク、ガウン、手袋を着用してください。汚染された機器の清掃にあたっても必要に応じマスク、手袋を着用し、自らの安全に留意して下さい。

4. ＭＥ機器管理室から貸し出した機器について感染症に用いられることが
あらかじめ判っている場合または後から判明した場合は、必ずＭＥへ連絡をして下さい。

5. 各部署に配備されている機器は、部署ごとに責任を持って対策を行って下さい。

※　ＭＥ機器及び器具を消毒する場合は、「ME機器の具体的な滅菌・消毒方法」を参照、
詳細については、各機器のマニュアルを参照して下さい。
該当薬液以外での消毒は、機器を破損する可能性があります。

Ⅲ　ME 機器の具体的な滅菌・消毒方法

機種		滅菌・消毒方法	ﾘｽｸ分類	備考
人工呼吸器 麻酔器	機器本体外装	除菌ｸﾛｽにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	表示部			ｱﾙｺｰﾙ禁
	呼吸回路	再利用可能なものは 熱水消毒	ｾﾐｸﾘﾃｨｶﾙ	
	各種ﾌｨﾙﾀｰ	除菌ｸﾛｽにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	表面のみ清拭、 内部は水分禁止
	ﾃｽﾄﾊﾞｯｸ			
ﾓﾆﾀｰ	ﾓﾆﾀｰ外装	除菌ｸﾛｽにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	表示部			ｱﾙｺｰﾙ禁
	血圧用ｶﾌ			次亜塩素酸禁
	SPO2ﾌﾟﾛｰﾌﾞ			
	ECGﾘｰﾄﾞ線			
輸液・ 輸注ﾎﾟﾝﾌﾟ	ﾎﾟﾝﾌﾟ本体	除菌ｸﾛｽにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	表示部			ｱﾙｺｰﾙ禁
DC	機器本体外装	除菌ｸﾛｽにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	表示部			ｱﾙｺｰﾙ禁
	ﾊﾟﾄﾞﾙ			
	ECGﾘｰﾄﾞ線			
IABP	機器本体外装	除菌ｸﾛｽにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	表示部			ｱﾙｺｰﾙ禁
	ECGﾘｰﾄﾞ線			
酸素ﾃﾝﾄ	機器本体外装	除菌ｸﾛｽにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	機械内部			
	ﾋﾞﾆｰﾙﾃﾝﾄ			
高低体温維持装置	機器本体外装	除菌ｸﾛｽにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	ﾌﾞﾗﾝｹｯﾄ			
	直腸温ﾌﾟﾛｰﾌﾞ	0.1%次亜塩素酸1時間 の浸漬	ｾﾐｸﾘﾃｨｶﾙ	ｱﾙｺｰﾙ禁
超音波ﾈﾌﾞﾗｲｻﾞｰ	機器本体外装	除菌ｸﾛｽにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	部品	0.01%次亜塩素酸1時間 の浸漬		
ｸﾘｰﾝﾙｰﾑ	機器本体外装	除菌ｸﾛｽにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	ﾋﾞﾆｰﾙﾃﾝﾄ			
高圧酸素治療装置	機器本体	ﾁﾞｱﾐﾄｰﾙ0.05%又は ﾏｽｷﾝ0.1～0.5%で 2度拭き	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	ｱｸﾘﾙｼﾘﾝﾀﾞｰ			ｱﾙｺｰﾙ禁
	ﾏｯﾄ			
	ｽﾄﾚｯﾁｬｰ			次亜塩素酸禁
気管支ﾌｧｲﾊﾞｰ	機器本体	酵素洗浄剤で洗浄後、 高水準消毒薬に浸漬	ｾﾐｸﾘﾃｨｶﾙ	滅菌・消毒方法の 詳細は別ﾍﾟｰｼﾞ 参照
間欠的空気圧迫装置	機器本体	除菌ｸﾛｽにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	ﾁｭｰﾌﾞ			

※機器が汚れている場合は、水で十分に清拭後消毒して下さい。

O-5：放射線科

放射線科感染症発病及び感染症疑い時の対応方法

MRSA

1. 感染症疑い時は発症時と同じ対応で行う。
2. 患者がサージカルマスク、Ｎ９５マスクを使用している時はマスクの使用は不要。
3. 撮影後は環境クロスVロックにて扉のトッテ、装置のSW部、カセッテ等の接触部の清拭消毒を行なった後、通常業務を行なう。
4. 担当者は石鹸を使用し流水で手洗いを行った後、消毒液にて消毒を行う。
5. 原則として午後の最後に撮影を行う。

(MRSA・ポータブル撮影)

1. 撮影者は病棟看護師の指示に従い、入室前に手指消毒薬にて手を消毒後ビニールエプロン及びマスクを着用して入室する。
   （退室後も再度消毒液にて手を消毒する）
2. カセッテは、入室前にビニール袋を用意し、カセッテを入れて撮影をする。
   （ビニール袋は病室の感染用ゴミ箱に捨てる）
3. ビニール袋を使用せずに撮影を行った場合は、必ずカセッテを環境クロスVロックにて清拭消毒し乾燥するまでは使用しない事。
4. 機器（ポータブル本体）は撮影終了後、接触部分を環境クロスVロックにて清拭消毒する。
5. 撮影者は石鹸を使用し手洗いを行った後、消毒液にて消毒を行う。
6. 基本的に撮影はポータブル撮影の最後に行う。

(自己習慣について)

1. 日頃から首より上部を手で触れない習慣を身につける。（メガネ、前髪、鼻等）
2. マスク着用指示期間外でもマスクを臨機応変に使用する。
3. 特に撮影前には触れない事（MRSAの伝播を防ぐ為）

結核疑い

1. 職員はN95マスクを（適正着用確認）、患者はサージカルマスクを着用する（患者のマスクがフイットしているか確認する事）
2. 検査終了後、検査室内の換気を最低１時間は実施する。
3. 基本的に撮影及び検査は最後に行う。

疥癬症

1. 必ずディスポ手袋を使用して撮影を行う。
2. 撮影終了後、接触部分を環境クロスVロックにて触れた部分を清拭する。
3. 担当者は石鹸を使用し手洗い後、手指消毒薬を用い消毒を行う。
4. 更衣に付いては出きるだけ患者本人の物で行う、検査着等を使用した時はビニール袋に入れて密封し、必ず疥癬と記入して一般リネンと共に出す。
5. ディスポシーツを使用した時は検査後廃棄する。

その他

その他の感染症については院内感染対策マニアル書にそって対応する。

各撮影室及び検査室の予防対策

1. 上記対応方法を参考にして行う。
2. その他の感染症についても同一とする。

（毎朝行っている事）

1. 撮影室及び通路は水道水にて毎朝床掃除を行う（業者）
2. 消毒用アルコール（環境クロスVロックでも可）による撮影用補助具、撮影台、撮影機器等の機器を清拭消毒する（技師）

（適宜に行う事）

1. 手洗いを行い、手指消毒薬にて消毒を行う事。
2. 消毒用アルコールで撮影台、補助具、撮影機器等の清拭消毒を行う。
3. カセッテの汚れ等による清拭消毒は計画的に行う。

（環境に関すること）

1. 間仕切り等のカーテン交換。2回/年（汚れ等が多い時は臨時で交換）行う（業者）
2. 床の定期的清掃及びワックス塗り（1回/2ヶ月）（業者）

感染症名	使用薬剤	消毒方法	消毒時間	備考
CD トキシン	ルビスタ	清拭	乾燥したら OK	
インフルエンザ	エタノール	清拭	乾燥したら OK	飛沫感染
MDRP (多剤耐性緑膿菌)	エタノール	清拭	乾燥したら OK	
MRSA	エタノール	清拭	乾燥したら OK	
疥癬	エタノール	清拭	乾燥したら OK	
結核	エタノール	清拭 室外戸解放	乾燥したら OK	空気感染　※N95マスク※ 可能な限り時間をあける
麻疹	エタノール	清拭 室外戸解放	乾燥したら OK	空気感染　※N95マスク※ 可能な限り時間をあける

風疹	エタノール	清拭	乾燥したら OK	飛沫感染
水痘	エタノール	清拭 室外戸解放	乾燥したら OK	空気感染　※N95 マスク※ 可能な限り時間をあける
O-157	エタノール	清拭	乾燥したら OK	
ノロウィルス	ルビスタ	清拭	乾燥したら OK	
ロタウィルス	エタノール	清拭	乾燥したら OK	
RS ウィルス	エタノール	清拭	乾燥したら OK	

0-6：医事課

感染患者に対する取り扱い

1. 問診表を書いていただきましょう。

2. 感染が疑われる患者さんには、別の場所にてお待ちいただくようお話をしましょう。
   （お連れするときは、人の少ない場所から、ご案内するようにしましょう。）

3. 各科の責任看護師に連絡をして、指示を仰ぎましょう。
   （名前、何の疑いなのかも伝えましょう）

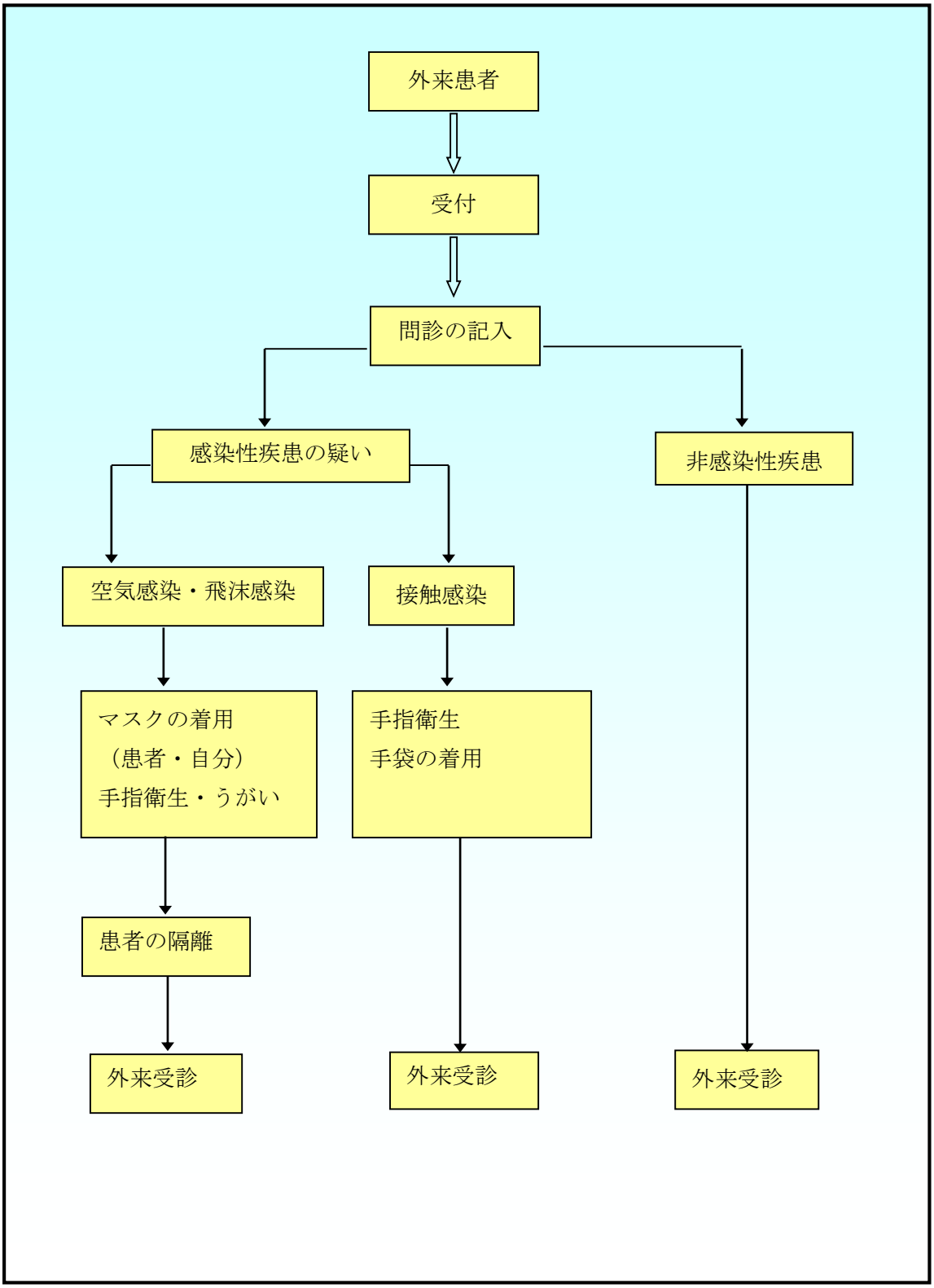
4. 家族と一緒に来院された患者さんには、家族の方に手続きをするよう薦めましょう。

感染症の取り扱い

1. 空気感染・飛沫
   * 患者さんにマスクをしていただくよう、ご理解を求めて勧めましょう。
   * 必要であれば患者さんにお断りして自分もマスクをしましょう。
   * 手洗い・うがいをしましょう。

2. 接触感染
   * 手指衛生をしましょう。
   * 必要に応じて、手袋を着用しましょう。
   * 接触した場所は、適切な消毒をしましょう。

外来患者による感染防止対策フローチャート



O-7：臨床検査科

院内感染防止対策マニュアルの遵守

	標準予防策	経路別予防策			
		接触	接触	飛沫	空気
		アルコール有効	アルコール無効		
	鼻腔 MRSA	MRSA 多量排菌 MDRP、VRE、CRE	ノロウイルス、CD トキシン		結核、水痘、麻しん
防護具	手指衛生（手洗い、擦式消毒薬）	手袋･（マスク）		サージカルマスク	N95 マスク
患者				サージカルマスク	
リネン	定期交換	防水シーツ	防水シーツ		
装置	除菌クロス清拭 洗浄可能なものは洗浄	単包アルコール利用清拭、交換セミクリティカルで、洗浄可能なものは洗浄	ミルトンかルビスタ清拭、交換セミクリティカルで、洗浄可能なものは洗浄		
環境					検査後の換気（検査キャンセルも考慮）

- 検査室内で、複数患者を続けて検査する場合の患者間の手指衛生を励行
- 感染不明例に遭遇した際の【検査実施】と【感染防止】の優先順を発案し、周囲に相談できるよう認識づけ

生理検査

標準予防

部門担当による定期的な機器清掃、点検保守

- ✧ 電極ガーゼ交換
- ✧ 電極、プローブの除菌クロス清拭
- ✧ 電極の洗浄
- ✧ 装置の除菌クロス清拭
- ✧ シーツは週１回交換







※除菌クロスは、LOT から 2 年、ウエットなら期限まで有効

経路別予防

心電計に、交換用ガーゼとディスポ電極およびアルコール単包を設置

アルコール無効（ノロウイルス、CD トキシン）には、次亜塩素酸（ミルトンかルビスタ）での清拭

隔離患者について、病棟での実施も検討（病棟では病棟で行われている対策を実施）

検査室へ移動させて行う時は、１日の最後を基本とし、病棟での対策を遵守

防水シーツを利用

疥　癬

疥癬の場合は、エプロン着用、フェイスシールドは原則不要
防護具は、マスク、手袋、エプロン、ゴーグル、帽子を周囲に合わせて着用

アルコール無効のときの消毒（ノロウイルスとＣＤトキシン）

下痢の有無を確認し、できればポータブル実施
検査室で行う場合は、可能であれば最後に実施
検査後のプローブは次亜塩素酸（ミルトンかルビスタ）であるが、機器への負担も鑑み、流水で十分な洗浄を行ったのちにアルコール清拭も可
なお、目に見える排泄物付着があるときは、次亜塩素酸（ミルトンかルビスタ）消毒を優先し、流水で十分な排泄物と消毒液の排除を行いアルコール清拭
ミルトンは 0.01%調整液で期限１日、病棟に調整液あれば分けてもらう
ルビスタは１錠 500ml 溶解で期限１週間、病棟に調整液あれば分けてもらう

肺結核が疑われる患者の肺機能検査が依頼されたら

排菌している結核患者の肺機能検査は行わない
肺結核の疑わしい患者は、再度、指示医に確認
キャンセルできなければ、喀痰か胃液の塗抹（－）を確認いただく
（＋）はキャンセルを申し入れ、（－）も疑わしければ当日の最後の順番を考慮
患者はサージカルマスクをつけて訪室
検査者は、Ｎ９５マスク着用で検査
検査後は、検査室内の換気を十分行うこと

尿器の管理

歩行困難な患者が検査中に尿意を訴え使用した尿器の使用後は、尿量計測されている時は病棟へ持ち帰ってもらい、病棟で洗浄後、返却いただく
検査室処理では、トイレに尿廃棄、HCU のペットパンウォッシャーで洗浄乾燥

内視鏡検査

- ✧　日常的に手袋、マスク、エプロン、ゴーブル着用
- ✧　各検査列に廃棄ダンボール、フットペダルを設置
- ✧　スポンジは、半日で交換しているため日付記入免除（H29.8 現在）
- ✧　スコープ内腔ブラシは、定期的に交換し、スコープへの損傷を回避
- ✧　クリティカル器材は洗浄滅菌かディスポを利用
- ✧　セミクリティカル器材は洗浄消毒
- ✧　防水シーツの利用



ノロウイルスとＣＤトキシン陽性

可能であれば最後の順にし、アルコール無効接触予防策を遵守

スコープの洗浄と消毒

「内視鏡検査マニュアル」を参照

採血

病棟採血



アルコール綿、クロルヘキシジンは単包式
針すて容器の携帯
清潔、不潔のゾーニング⇒3S（整理整頓清掃）にて対策
使用後のアルコール綿は感染性廃棄物
　すでに患者が貼っていて外したアルコール綿テープも同様
ワゴンを利用する時は、2 台によるゾーニング
　採取前の採血管は清潔用台車へ、採血後の検体は不潔用台車へ配置

中央採血室

サニコット（箱形消毒用アルコールＢＯＸ）は、開封日したら、開封日を記入
針廃棄用は 20 リットル、50 リットルポリ容器を使用
手袋廃棄用段ボールＢＯＸ
採血が立て込んでいる間は蓋なし可、時間外、職員不在時は蓋閉めを原則とする
手袋の着用、患者毎の交換の遵守

検体検査

検体検査時の手袋着用を励行する

検査使用済み試験管の消毒（尿スピッツ、輸血用スピッツ）
洗浄と消毒を加味した消毒液の運用
輸血用スピッツは、洗浄後乾熱乾燥

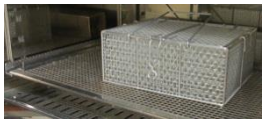
病理検体の取り扱い時の手袋着用
結核菌検査の検体処理時の N95 マスク着用と安全キャビネット使用

時間外ノロウイルス検査は、敷紙（新聞紙、アルミホイル等）を利用









製剤	ミルトン	ハイター	キッチンハイター	
特徴	4L 用、12L 用	青ｷｬｯﾌﾟ	桃色ｷｬｯﾌﾟ	橙ｷｬｯﾌﾟ
		ｷｬｯﾌﾟ 1 杯（25ml）		ｷｬｯﾌﾟ 1 杯（20ml）
		界面活性剤なし	界面活性剤あり	
	1.1%	5%	6%	
	高純度	不純物あり		
	医療品（薬局払出）	雑貨（用度管財課）		
製剤量	125ml	125ml		
水を加えて合計	12L	12L		
希釈倍率	80	80		
塩素濃度（%）	0.01	0.01		
塩素濃度（ppm）	100	100		
使用法	0.01% 1 時間浸漬	0.01% 洗浄されるまで		
	浸漬後水洗不要	浸漬後水洗		
使用期限	調整後 24 時間	「洗浄かご」入れ替え時		

茶褐色の薬品、試薬ビンの廃棄

【感染性廃棄物の判断フローチャート】　検査等に使用された後、排出→感染性廃棄物
【廃棄物一覧表】　感染性がないと判断された茶褐色ビン→産業廃棄物

⇒感染性はないため、産業廃棄物として廃棄

（方法）
20 リットルの透明袋に入れ、清掃の方にて回収、不燃物廃棄
毒劇物の中和処理廃棄の代替法：十分な水を流しながら中をすすぎ、濃度（ppm）を落とす
例）硫酸、ピクリン酸
（＊麻薬（形状座薬）の、汚物処理用水洗での水を流しながらの廃棄を参考）

シャーレの廃棄
寒天培地は、感染性ポリ容器へ未滅菌破棄（液状菌液、結核菌、3 類感染症病原体を除く）
「細菌検査マニュアル」を参照

O-8：看護部

1．　アルコール綿の取り扱いについて

・原則単包アルコールを使用する
・複数枚入りアルコール綿の使用期限：開封後1週間
※開封時蓋に開封日時を明記する（開封時気密フィルムは取り外さない）
※感染リスクを高めるため、小分けにしない

2．　酸素流量計の取り扱い

・酸素流量4ℓ/分の場合コルベンに蒸留水はいれない（酸素流量5ℓ/分以上の場合のみ）
・蒸留水を使用する場合は、単回使用の蒸留水を使用する

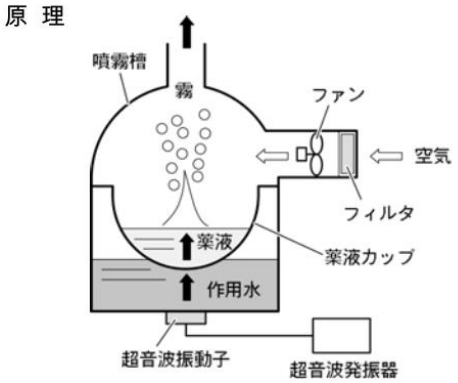
3．　ネブライザーの取り扱い

【作用槽】・・・1日1回の作業
1. 作用槽の水をぬく。
2. ガーゼなどで水を拭き取る。
3. 消毒用アルコールで作用槽を拭く。
※消毒用アルコールは濡れた部位では濃度低下を招き殺菌速度が著しく遅くなる。
4. 振動子と作用槽の隙間は綿棒等で水分を拭き取った後、消毒用アルコールを含ませた綿棒等で拭く。
5. 排水チューブは先端を封入してアルコールを入れ、数分置いた後に流す。
封入は先端までアルコールが浸るように工夫する。
※消毒用アルコール（エタノール）を溜めたまま毎日長時間おくと材質の劣化を早める。殺菌効果は菌種や消毒状態により異なるが30秒～3分で得られている。

【噴霧槽】・・・1患者毎交換
1. 噴霧槽、薬液カップ、カップパッキンは残液を廃棄後水洗し、0.1%ミルトンに60分浸漬消毒乾燥する。
※カップはピンホールが開いているかを確認するため、消毒前に水漏れテスト（カップに水を入れて放置し染み出る水がないかを見る）を行う。漏れがある場合は交換する。
2. ジャバラはディスポーザブルとし、1患者1本を使用した後は廃棄する。

【本体】

1. 除菌クロスで本体外装、コードをきれいに拭く。
2. 十分に乾燥していることを確認して、組み立てる。
3. 2ケ月に1回又は汚れたら、エアフィルターを交換する。



4. 小児外来マニュアル

感染症の疑われる患児の外来診察方法

小児は免疫系発達途上にある場合が多く、原因微生物に対する免疫系を持たない場合があり、小児外来に来院する患児は新生児から学童と年齢層も広く、疾患も多くにわたるその環境において感染予防対策は重要である。

一般の小児外来を訪れる患児の半数近くは感染症である。診断のつかないまま外来通院する患児も多いため感染症患児・疑いのある患児を早期に発見し他児との接触を防ぎ易感染状態の患児を保護することが重要である。

1　感染症が疑われる患児

1）感染症との接触のある患児2）発疹･特殊な下痢等のある患児の外来受診時は、他患児との接触を防ぐことが大切である。

2　感染症が疑われる患児の早期発見として、受付時に来院理由を問診表に記入してもらい看護師が確認し、①患児の状態　②発熱の有無　③発疹の有無　④皮膚粘膜の状態　⑤耳下腺の腫脹　⑥便の状態などを観察する。また、感染者との接触の有無や予防接種の有無を確認する。それと共に、小児科受付の前に麻疹・水痘・耳下腺炎など感染症の疑いがある患児は申し出てくれるよう表示し、家族の協力を求める。

3　感染症の疑いのある患児は、一般診察室・待合室とは別に隔離室に隔離する。しかしインフルエンザの時期など患者数が多く入りきれない場合は、他患児との接触を少なくするために家族に必要性を説明し理解してもらった上で、リハビリ室前など小児科受付と離れた場所で待っていてもらう。カルテには隔離の表示と共にどこにいるかを明示しておく。また、問診表や看護師の確認では分からず医師の診察や至急の検査結果で感染症の診断がついたときも同様とし、会計箋もクラークがその患児のところに持っていき、他患児との接触を可能な限り少なくするようにする。

4　感染症患児への接触時は手洗い・マスクを励行する。隔離室で使用し、体液等で汚染した毛布・包布・枕カバー・シーツはビニール袋に入れ、速やかに不潔庫へ搬送する。また、シーツ・枕カバーの上にディスポシーツを敷きその都度交換する。

5　感染症患児とその家族には、外出や他児との接触は医師の許可があるまでしないように指導する。また、学校指定伝染病等出席停止日が決まっているときはそれに準ずる。

	空気感染	飛沫感染	接触感染
代表的疾患	麻疹・水痘・結核等	インフルエンザ・百日咳・風疹・マイコプラズマ肺炎・ムンプス等	ロタウイルス・サルモネラ等
感染経路	微生物が空気の流れでまき散らされ、環境因子でより遠く離れた感受性のある患者に定着し発症する	飛沫は空気中を浮遊せず通常短い距離（約1m）を飛ぶものが対象となる。空気中に浮遊し続けることはないので特別の空調や換気は必要としない	直接接触伝播 手の接触 身体に触れるケア実施時 間接接触伝播 感受性のある患児と患児周辺にある汚染された媒介物との接触時に起こる
予防対策	看護師は使い捨てマスクをする。また、患児・家族にもマスクをするよう促す 換気扇を使用し、空気の入れ替えをする	空気感染と同様	エプロンの上に使い捨てのビニールエプロンを使用する ベッドシーツの上に防水シーツを敷き、感染症患児の退室後防水シーツを交換する（枕カバーも同様）
	換気扇を使用し、空気の入れ替えをする		ベッドシーツの上に防水シーツを敷き、感染症患児の退室後防水シーツを交換する（枕カバーも同様）

5. 病棟内の洗い場基準

本館

ナースステーション

南入り・・・手洗い専用

センター・・・器材洗い場（器材・器具）

吸引ビン内の分泌物は、トイレの汚物処理流し場に廃棄した後に、不潔洗い場で洗浄、消毒する。

病棟内

配膳室・・・腔物品洗い場（患者が使用した吸飲み、ガーグルベースン、経管栄養チューブ、経管栄養専用ボトル、経管栄養専用シリンジ、調乳に使用する哺乳瓶等）

トイレ内・・・汚物の処理

洗面所・・・手洗い及び患者洗面

東館

ナースステーション

処置室・・・手洗い専用

センター・・・右側シンク：器材洗い場（器材・器具）

左側シンク：口腔物品洗い場

病棟内

洗面所・・・手洗い及び患者洗面

各病室の洗面所・・・手洗い及び患者洗面

6. 記録ワゴンの使用方法

＜上段＞準清潔区域

・記録物、血圧計、聴診器など

＜中段＞清潔区域

・点滴、注射類

・グローブ、ペーパータオル、テープ類をまとめたものを設置

・アルコール綿

＜下段＞不潔区域

・不潔カゴ

①点滴ライン、シリンジ、針→感染性廃棄物（ポリ容器）

②点滴ボトル、紙ゴミ、使用後の手袋等→その他のゴミ

※ゴミはその場で分別し、ナースステーションに戻った際に速やかに片付ける

・使用後の清拭タオル

※蓄尿ガメ・蓄尿コップはワゴンに乗せないこと

※各勤務終了時には、必ずアルコール綿でワゴンを清拭すること

7． 外来器材消毒

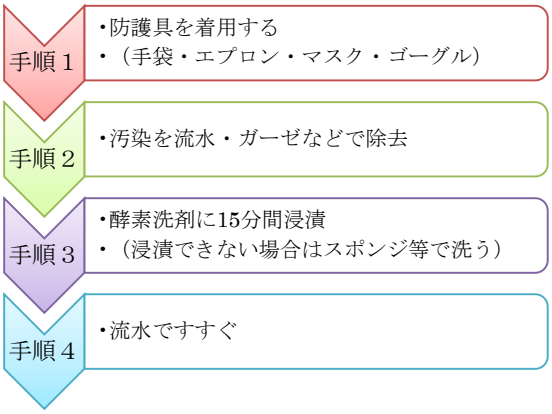
	滅菌材料	その他各科使用する特殊器材
内科		肛門鏡：サイデザイム 10 分浸漬洗浄後、高水準消毒
耳鼻科	サイデザイム 10 分浸漬洗浄後、高水準消毒	耳鏡・鼻鏡・吸引管他： サイデザイム 10 分浸漬洗浄後、高水準消毒薬 マウスピース・ノーズピース： サイデザイム 10 分浸漬洗浄後、次亜塩素酸ナトリウム液に 1 時間浸漬 電子スコープ：用手洗浄後、自動洗浄・消毒器で処理
泌尿器科	サイデザイム 10 分浸漬洗浄後、高水準消毒	電子スコープ：サイデザイム 10 分浸漬洗浄後、中水準消毒
皮膚科	サイデザイム 10 分浸漬洗浄後、高水準消毒	爪切り：水洗い後ステリハイドに 1 時間つけ洗浄し乾燥
外科	サイデザイム 10 分浸漬洗浄後、高水準消毒	肛門鏡：サイデザイム 10 分浸漬洗浄後、高水準消毒
脳外科	サイデザイム 10 分浸漬洗浄後、高水準消毒	
眼科	サイデザイム 10 分浸漬洗浄後、高水準消毒	
小児科	舌圧子 0.01%次亜塩素酸ナトリウム液で浸漬消毒	吸入器具 0.01%次亜塩素酸ナトリウム液で浸漬消毒
整形外科	サイデザイム 10 分浸漬洗浄後、高水準消毒	
処置室		吸入器具 0.01%次亜塩素酸ナトリウム液で浸漬消毒
放射線科	サイデザイム 10 分浸漬洗浄後、高水準消毒	
内視鏡		ブロンコ用器具　微温湯 5L＋メディポール EX50ml に 1 晩つけてから洗浄 ブロンコ用器具(結核・結核疑いの場合)　50 倍キンサールに 1 時間つけた後洗浄

8．器材の洗浄・消毒方法

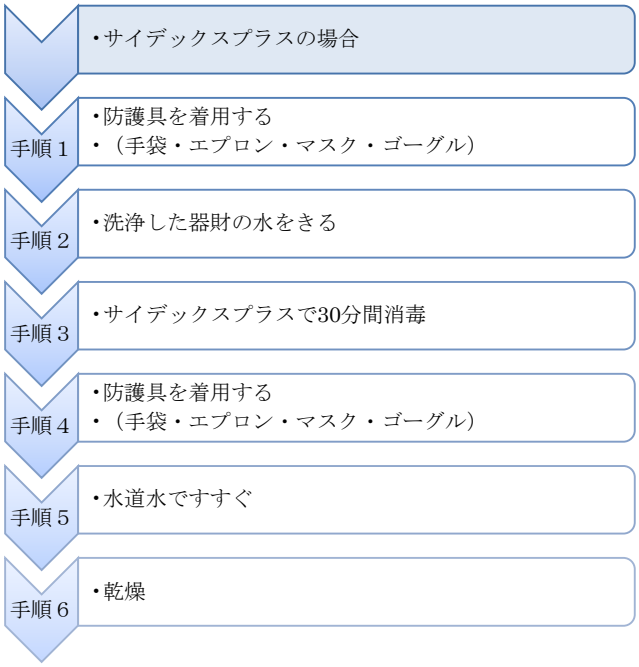
※洗浄前に消毒を行うと、汚染物が固着してしまうので、必ず消毒前に洗浄を行うこと

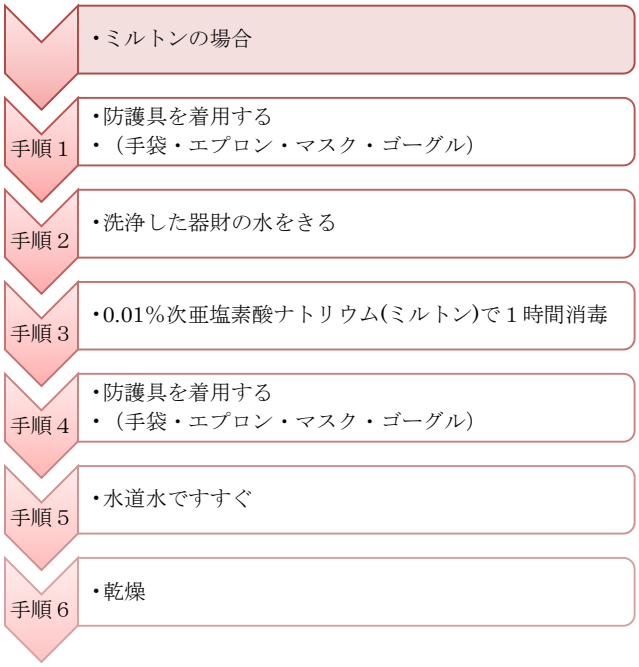
※洗浄時・消毒時は汚染の危険性があるため、手袋・マスク・エプロン・ゴーグルなどの防護具を必ず着用すること

＜洗浄＞



＜消毒＞





９．済生会加須病院手術室基本消毒法

1. 洗浄工程

	ＡＣ（耐熱）	ＤＥＫＯ（耐振動）	薬液への浸漬（耐水）	手術物品	麻酔器付属物品	ｽﾀﾝﾀﾞｰﾄﾞﾌﾟﾘｺｰｼｮﾝ（標準予防策）の考えにより、感染の有無で区別せず洗浄を行う。
①	○	○	○	鋼製小物（手術器械）	麻酔カートの吸引容器、スタイレット	酵素洗浄剤の入ったぬるま湯に器械を１０分間浸漬させて汚れを落とす。浸漬後水道水で十分すすぎをし、ウォッシャーディスインフェクターに器械を入れる。工程２の場合は終了後乾燥機へ入れる。
②	○	×	○	マイクロ器械（眼科・脳外科のＡＣ対応物品）・光学視管・ウロシース		酵素洗浄剤に 10 分間浸漬後、水道水で十分すすぎをする。
③	○	×	×	クラニオトーム・ジンマー等脳外のコード類		酵素洗浄剤付のガーゼで手拭きした後、湯拭きをして酵素洗浄剤の除去をする。
④	×	○	○		大きいもの（吸引瓶・測尿器・マスク・蛇管など）	酵素洗浄剤に 10 分間浸漬後、水道水で十分すすぎをする。
⑤	×	×	○		喉頭鏡ブレード・スタイレットスコープ（キャップする）・聴診器	酵素洗浄剤の入ったぬるま湯に器械を１０分間浸漬させて汚れを落とし、水道水で十分すすぎをする。
⑥	×	×	×	内視鏡コード・エコープローベ・ＡＢＣコード・ドップラーコード		酵素洗浄剤付のガーゼで手拭きした後、湯拭きをして酵素洗浄剤の除去をする。

＜酵素洗浄剤の作り方＞

量：水 10 リットルに対しパワークイックを 100ｍｌ

シンクの緑ライン　下段：10 リットル　中段：20 リットル　上段：30 リットル

温度：30～40℃の温湯（高温では汚れが固まってしまいます）

※プラスチック類は、ＡＣ可能でも乾燥機（大）に入れないこと!!

2. 滅菌・消毒工程

＜クリティカル器材＞

○器材の種類：無菌の組織や血管に挿入されるもの

○処理方法：滅菌（滅菌前の消毒は不要。ただし外注物品は消毒後払い出す事）

[工程１]乾燥（耐熱･･･乾燥機　非耐熱･･･自然乾燥）

[工程２]滅菌（ステラッド・外注・※過酢酸）

＜セミクリティカル器材１＞

○器材の種類：損傷のない粘膜および創のある皮膚に接触するもの：人工呼吸器・麻酔装置・内視鏡器具など

○処理方法：高水準消毒

[工程１]消毒

・軟性内視鏡、経食道プローブなど・・・グルタラール 30 分間

・人工呼吸器回路、麻酔装置の回路・・・ウォッシャーディスインフェクターによる洗浄・93℃５分消毒

※ただし非耐熱性のものは洗浄乾燥後ステラッド滅菌

[工程２]乾燥（耐熱･･･乾燥機　非耐熱･･･自然乾燥）

＜セミクリティカル器材 2＞

○器材の種類：損傷のない軟膜および創のある皮膚に接触するもの：ネブライザー・挿管時に使用する器具など

○処理方法：中水準消毒

[工程１]消毒

・喉頭鏡ブレイド、スタイレットスコープなど・・・エタノール拭き

・ネブライザー、ガーグルベースンなど・・・0.01%次亜塩素酸ナトリウム液に 60 分間

[工程２]乾燥（耐熱･･･乾燥機　非耐熱･･･自然乾燥）

＜ノンクリティカル器材＞

○器材の種類：損傷のない皮膚と接触する器具：ヘッドバンド・体温計など

○処理方法：低水準消毒

[工程１]エタノール拭きまたは乾燥のみ

※CJD（クロイツフェルト・ヤコブ病）対策については、
「中材マニュアル：CJD対策マニュアル」を参照

O-9：視能矯正科

○院内感染防止対策マニュアルの遵守

基本的に手指衛生、手袋、マスクの着用はマニュアルに従って行う

○眼科検査時の予防対策

1. 手指衛生、手指消毒

・眼瞼挙上の前後

・点眼前後

・車椅子の患者の移動後

・眼脂、涙液に触れた後

2. 手袋の着用

患者に触れる場合は、検査前後で手指衛生を行うが、以下の場合は手袋を着用する

・結膜に触れる可能性が高い場合

・感染症および疑いのある患者の場合

※偶然結膜に触れてしまった場合は手指衛生を行い、患者にはマスキン綿で清拭する

3. 点眼時の拭き綿の取り扱い

・通常は両眼に使用してよいが、眼脂等で汚染された場合は片眼ずつ交換する

○環境に関する予防対策

1. 始業時に環境除菌用ウエットクロスで清掃する
2. 検査機器の皮膚接触部位（額当て、顎台）を一症例毎にアルコール綿で清拭消毒する
3. 検査用具は適宜アルコール綿で清拭消毒する
4. 終業時に検査用具、検査機器をアルコール綿で清拭消毒する

○ウイルス性結膜炎が疑われる場合

1. 患者が接触したと思われる場所（ドアノブ、待合室の椅子等）に消毒用エタノールで清拭消毒する
2. 使用した器具を消毒用エタノールで清拭消毒する
3. 念入りに手洗いを行う

ICTラウンドチェックリスト

部署：　　（　　チーム）

チェックポイント	年　月　日		年　月　日		年　月　日		年　月　日		年　月　日		年　月　日	
＜環境・器材＞												
①床や廊下に物品が放置されていない	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
②水道のシンク外周が擦拭され乾燥している	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
③手洗いや速乾式手指消毒薬が適切に配置されている	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
④包交車が清潔と不潔のゾーニングがなされている	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
⑤包交車に不要な滅菌器材が積まれていない	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
⑥臨床検体の保存場所が整備されている	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
⑦消毒器材の乾燥が適切に行われている	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
＜スタンダードプリコーション・感染経路別予防策＞												
⑧速乾性手指消毒薬が使用されている	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
⑨環境表面を清掃・消毒できるスキットクロスやエタノールなどがある	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
⑩隔離に必要なコホーティングが行われている	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
⑪隔離個室の医療器具は専用化されている	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
⑫隔離個室には必要なPPEが準備されている	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
⑬感染症患者に対し、感染対策が必要な患者であることが職員に周知されている（病室前・ネームプレートへの掲示等）	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
＜医療廃棄＞												
⑭鋭利器材の廃棄容器が必要な場所に設置されている	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
⑮鋭利器材の廃棄容器が処置を行う場所の近くに設置してある	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
⑯廃棄物の分別、梱包が適切である	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
⑰感染性廃棄物の容器には適切なバイオハザードマークが付いている	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
⑱鋭利器材の廃棄容器が安全に管理されている（廃棄容器の蓋が開いていない、など）	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
＜教育＞												
⑲院内感染防止対策マニュアルが設置・周知されている	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
⑳感染対策ポスターが掲示・更新されている	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
㉑マスクを正しく着用している	良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良		良 ／ 不良	
㉒スタッフの手荒れ	無 ／ 有		無 ／ 有		無 ／ 有		無 ／ 有		無 ／ 有		無 ／ 有	
ルミテスター値（測定場所：　　）	RLU		RLU		RLU		RLU		RLU		RLU	
相談・評価												

リンクナースチェックリスト

部署名：　　年　4月

＜アルコール使用量＞

①携帯アルコール使用量　　mL

②据付アルコール使用量　　mL

〇取得数

〇取得率

0.0%

＜手指衛生＞	①	②	リンクナースラウンド
・5つのタイミングが言える			
・患者に触れる前に実施している			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

＜廃棄物＞	①	リンクナースラウンド
・廃棄ボックスのゴミが8割以上溜まっていない		
・廃棄ボックスのハザードマークが正面を向いている		
・記録ワゴンのゴミを放置していない		
・針使用時に、携帯用廃棄ボックスを使用している		
・携帯用廃棄BOXのフタが閉まっている（未使用時）		

※最低1回/月チェックする

＜防護具（手袋）＞	①	②	リンクナースラウンド
・着用前に手指衛生を実施している			
・ﾐｷｼﾝｸﾞ・ルート作成時に着用している			
・注射時（側管注も含む）に着用している			
・ドレッシング交換時に着用している			
・排泄物の処理時に着用している			
・器材の洗浄時に着用している			
・ケア後は速やかに外している			
・外した後に手指衛生を実施している			
・着用したままPC操作をしていない			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

リンクナースチェックリスト

部署名：　　年　5月

＜アルコール使用量＞

①携帯アルコール使用量　　mL

②据付アルコール使用量　　mL

〇取得数

〇取得率

0.0%

＜手指衛生＞	①	②	リンクナースラウンド
・5つのタイミングが言える			
・患者に触れる前に実施している			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

＜廃棄物＞	①	リンクナースラウンド
・廃棄ボックスのゴミが8割以上溜まっていない		
・廃棄ボックスのハザードマークが正面を向いている		
・記録ワゴンのゴミを放置していない		
・針使用時に、携帯用廃棄ボックスを使用している		
・携帯用廃棄BOXのフタが閉まっている（未使用時）		

※最低1回/月チェックする

＜防護具（手袋）＞	①	②	リンクナースラウンド
・着用前に手指衛生を実施している			
・ﾐｷｼﾝｸﾞ・ルート作成時に着用している			
・注射時（側管注も含む）に着用している			
・ドレッシング交換時に着用している			
・排泄物の処理時に着用している			
・器材の洗浄時に着用している			
・ケア後は速やかに外している			
・外した後に手指衛生を実施している			
・着用したままPC操作をしていない			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

リンクナースチェックリスト

部署名：　　年　6月

＜アルコール使用量＞

①携帯アルコール使用量　　mL

②据付アルコール使用量　　mL

〇取得数

〇取得率

0.0%

＜手指衛生＞	①	②	リンクナースラウンド
・5つのタイミングが言える			
・患者に触れる前に実施している			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

＜廃棄物＞	①	リンクナースラウンド
・廃棄ボックスのゴミが8割以上溜まっていない		
・廃棄ボックスのハザードマークが正面を向いている		
・記録ワゴンのゴミを放置していない		
・針使用時に、携帯用廃棄ボックスを使用している		
・携帯用廃棄BOXのフタが閉まっている（未使用時）		

※最低1回/月チェックする

＜防護具（手袋）＞	①	②	リンクナースラウンド
・着用前に手指衛生を実施している			
・ﾐｷｼﾝｸﾞ・ルート作成時に着用している			
・注射時（側管注も含む）に着用している			
・ドレッシング交換時に着用している			
・排泄物の処理時に着用している			
・器材の洗浄時に着用している			
・ケア後は速やかに外している			
・外した後に手指衛生を実施している			
・着用したままPC操作をしていない			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

リンクナースチェックリスト

部署名：　　年　7月

＜アルコール使用量＞

①携帯アルコール使用量　　mL

②据付アルコール使用量　　mL

〇取得数

〇取得率

0.0%

＜手指衛生＞	①	②	リンクナースラウンド
・5つのタイミングが言える			
・清潔/無菌操作の前に実施している			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

＜廃棄物＞	①	リンクナースラウンド
・廃棄ボックスのゴミが8割以上溜まっていない		
・廃棄ボックスのハザードマークが正面を向いている		
・記録ワゴンのゴミを放置していない		
・針使用時に、携帯用廃棄ボックスを使用している		
・携帯用廃棄BOXのフタが閉まっている（未使用時）		

※最低1回/月チェックする

＜防護具（エプロン・ガウン）＞	①	②	リンクナースラウンド
・着用前に手指衛生を実施している			
・気管・口腔内吸引時に着用している			
・オムツ交換・陰洗時に着用している			
・排泄物の処理時に着用している			
・器材の洗浄時に着用している（ｶﾞｳﾝ）			
・ケア後は速やかに外している			
・外した後に手指衛生を実施している			
・着用したまま廊下を歩いていない			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

リンクナースチェックリスト

部署名：　　年　8月

＜アルコール使用量＞

①携帯アルコール使用量　　mL

②据付アルコール使用量　　mL

〇取得数

〇取得率

0.0%

＜手指衛生＞	①	②	リンクナースラウンド
・5つのタイミングが言える			
・体液に曝露された可能性のある場合に実施している			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

＜廃棄物＞	①	リンクナースラウンド
・廃棄ボックスのゴミが8割以上溜まっていない		
・廃棄ボックスのハザードマークが正面を向いている		
・記録ワゴンのゴミを放置していない		
・針使用時に、携帯用廃棄ボックスを使用している		
・携帯用廃棄BOXのフタが閉まっている（未使用時）		

※最低1回/月チェックする

＜防護具（マスク）＞	①	②	リンクナースラウンド
・適切に着用している（鼻出し・アゴ出ししていない）			
・呼吸器症状のある患者のケア時に着用している			
・気管・口腔内吸引時に着用している			
・器材の洗浄時に着用している			
・2重に着用していない			

＜防護具（ゴーグル）＞	①	②	リンクナースラウンド
・気管・口腔内吸引時に着用している			
・血液・体液飛散時に着用している			
・器材の洗浄時に着用している			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

リンクナースチェックリスト

部署名：　　年　9月

＜アルコール使用量＞

①携帯アルコール使用量　　mL

②据付アルコール使用量　　mL

〇取得数

〇取得率

0.0%

＜手指衛生＞	①	②	リンクナースラウンド
・5つのタイミングが言える			
・患者に触れた後に実施している			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

＜廃棄物＞	①	リンクナースラウンド
・廃棄ボックスのゴミが8割以上溜まっていない		
・廃棄ボックスのハザードマークが正面を向いている		
・記録ワゴンのゴミを放置していない		
・針使用時に、携帯用廃棄ボックスを使用している		
・携帯用廃棄BOXのフタが閉まっている（未使用時）		

※最低1回/月チェックする

＜防護具（手袋）＞	①	②	リンクナースラウンド
・着用前に手指衛生を実施している			
・ﾐｷｼﾝｸﾞ・ルート作成時に着用している			
・注射時（側管注も含む）に着用している			
・ドレッシング交換時に着用している			
・排泄物の処理時に着用している			
・器材の洗浄時に着用している			
・ケア後は速やかに外している			
・外した後に手指衛生を実施している			
・着用したままPC操作をしていない			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

リンクナースチェックリスト

部署名：　　年　10月

＜アルコール使用量＞

①携帯アルコール使用量　　mL

②据付アルコール使用量　　mL

〇取得数

〇取得率

0.0%

＜手指衛生＞	①	②	リンクナースラウンド
・5つのタイミングが言える			
・患者周辺の物品に触れた後に実施している			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

＜廃棄物＞	①	リンクナースラウンド
・廃棄ボックスのゴミが8割以上溜まっていない		
・廃棄ボックスのハザードマークが正面を向いている		
・記録ワゴンのゴミを放置していない		
・針使用時に、携帯用廃棄ボックスを使用している		
・携帯用廃棄BOXのフタが閉まっている（未使用時）		

※最低1回/月チェックする

＜防護具（エプロン・ガウン）＞	①	②	リンクナースラウンド
・着用前に手指衛生を実施している			
・気管・口腔内吸引時に着用している			
・オムツ交換・陰洗時に着用している			
・排泄物の処理時に着用している			
・器材の洗浄時に着用している（ｶﾞｳﾝ）			
・ケア後は速やかに外している			
・外した後に手指衛生を実施している			
・着用したまま廊下を歩いていない			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

リンクナースチェックリスト

部署名：　　年　11月

＜アルコール使用量＞

①携帯アルコール使用量　　mL

②据付アルコール使用量　　mL

〇取得数

〇取得率

0.0%

＜手指衛生＞	①	②	リンクナースラウンド
・5つのタイミングが言える			
・患者に触れた後に実施している			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

＜廃棄物＞	①	リンクナースラウンド
・廃棄ボックスのゴミが8割以上溜まっていない		
・廃棄ボックスのハザードマークが正面を向いている		
・記録ワゴンのゴミを放置していない		
・針使用時に、携帯用廃棄ボックスを使用している		
・携帯用廃棄BOXのフタが閉まっている（未使用時）		

※最低1回/月チェックする

＜防護具（マスク）＞	①	②	リンクナースラウンド
・適切に着用している （鼻出し・アゴ出ししていない）			
・呼吸器症状のある患者のケア時に 着用している			
・気管・口腔内吸引時に着用している			
・器材の洗浄時に着用している			
・2重に着用していない			

＜防護具（ゴーグル）＞	①	②	リンクナースラウンド
・気管・口腔内吸引時に着用している			
・血液・体液飛散時に着用している			
・器材の洗浄時に着用している			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

リンクナースチェックリスト

部署名：　　年　12月

＜アルコール使用量＞

①携帯アルコール使用量　　mL

②据付アルコール使用量　　mL

〇取得数

〇取得率

0.0%

＜手指衛生＞	①	②	リンクナースラウンド
・5つのタイミングが言える			
・患者に触れる前に実施している			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

＜廃棄物＞	①	リンクナースラウンド
・廃棄ボックスのゴミが8割以上溜まっていない		
・廃棄ボックスのハザードマークが正面を向いている		
・記録ワゴンのゴミを放置していない		
・針使用時に、携帯用廃棄ボックスを使用している		
・携帯用廃棄BOXのフタが閉まっている（未使用時）		

※最低1回/月チェックする

＜防護具（手袋）＞	①	②	リンクナースラウンド
・着用前に手指衛生を実施している			
・ケア後は速やかに外している			
・外した後に手指衛生を実施している			
・着用したままPC操作をしていない			
・着用したまま業務を続けていない			

＜防護具（マスク）＞	①	②	リンクナースラウンド
・適切に着用している （鼻出し・アゴ出ししていない）			
・2重に着用していない			
・患者・面会者にも着用を促している			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

リンクナースチェックリスト

部署名：　　年　1月

＜アルコール使用量＞

①携帯アルコール使用量　　mL

②据付アルコール使用量　　mL

〇取得数

〇取得率

0.0%

＜手指衛生＞	①	②	リンクナースラウンド
・5つのタイミングが言える			
・患者に触れる前に実施している			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

＜廃棄物＞	①	リンクナースラウンド
・廃棄ボックスのゴミが8割以上溜まっていない		
・廃棄ボックスのハザードマークが正面を向いている		
・記録ワゴンのゴミを放置していない		
・針使用時に、携帯用廃棄ボックスを使用している		
・携帯用廃棄BOXのフタが閉まっている（未使用時）		

※最低1回/月チェックする

＜防護具（手袋）＞	①	②	リンクナースラウンド
・着用前に手指衛生を実施している			
・ケア後は速やかに外している			
・外した後に手指衛生を実施している			
・着用したままPC操作をしていない			
・着用したまま業務を続けていない			

＜防護具（マスク）＞	①	②	リンクナースラウンド
・適切に着用している （鼻出し・アゴ出ししていない）			
・2重に着用していない			
・患者・面会者にも着用を促している			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

リンクナースチェックリスト

部署名：　　年　2月

＜アルコール使用量＞

①携帯アルコール使用量　　mL

②据付アルコール使用量　　mL

〇取得数

〇取得率

0.0%

＜手指衛生＞	①	②	リンクナースラウンド
・5つのタイミングが言える			
・患者に触れる前に実施している			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

＜廃棄物＞	①	リンクナースラウンド
・廃棄ボックスのゴミが8割以上溜まっていない		
・廃棄ボックスのハザードマークが正面を向いている		
・記録ワゴンのゴミを放置していない		
・針使用時に、携帯用廃棄ボックスを使用している		
・携帯用廃棄BOXのフタが閉まっている（未使用時）		

※最低1回/月チェックする

＜防護具（手袋）＞	①	②	リンクナースラウンド
・着用前に手指衛生を実施している			
・ケア後は速やかに外している			
・外した後に手指衛生を実施している			
・着用したままPC操作をしていない			
・着用したまま業務を続けていない			

＜防護具（マスク）＞	①	②	リンクナースラウンド
・適切に着用している （鼻出し・アゴ出ししていない）			
・2重に着用していない			
・患者・面会者にも着用を促している			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

リンクナースチェックリスト

部署名：　　年　3月

＜アルコール使用量＞

①携帯アルコール使用量　　mL

②据付アルコール使用量　　mL

〇取得数

〇取得率

0.0%

＜手指衛生＞	①	②	リンクナースラウンド
・5つのタイミングが言える			
・患者に触れる前に実施している			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

＜廃棄物＞	①	リンクナースラウンド
・廃棄ボックスのゴミが8割以上溜まっていない		
・廃棄ボックスのハザードマークが正面を向いている		
・記録ワゴンのゴミを放置していない		
・針使用時に、携帯用廃棄ボックスを使用している		
・携帯用廃棄BOXのフタが閉まっている（未使用時）		

※最低1回/月チェックする

＜防護具（手袋）＞	①	②	リンクナースラウンド
・着用前に手指衛生を実施している			
・ケア後は速やかに外している			
・外した後に手指衛生を実施している			
・着用したままPC操作をしていない			
・着用したまま業務を続けていない			

＜防護具（マスク）＞	①	②	リンクナースラウンド
・適切に着用している （鼻出し・アゴ出ししていない）			
・2重に着用していない			
・患者・面会者にも着用を促している			

※観察対象者は、原則1～3年目のスタッフとする

感染防止対策地域連携加算チェック項目表（チェック用）

評価基準	A：適切に行われている、あるいは十分である B：適切に行われているが改善が必要、あるいは十分ではない C：不適切である、あるいは行われていない X：判定不能（当該医療機関では実施の必要性がない項目、確認が行えない項目等）

A.感染対策の組織		評価	コメント
1.院内感染対策委員会	1)委員会が定期的に開催されている		
	2)病院長をはじめとする病院管理者が参加している		
	3)議事録が適切である		
2.感染制御を実際に行う組織（ICT） ※医師または看護師のうち1名は専従であること	1)専任の院内感染管理者を配置、感染防止に関わる部門を設置している		
	2)感染対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師がいる		
	3)感染対策に5年以上の経験を有し、感染管理に関わる適切な研修を終了した専任看護師がいる		
	4)3年以上の勤務経験を有し、感染対策に関わる専任の薬剤師がいる		
	5)3年以上の勤務経験を有し、感染対策に関わる専任の検査技師がいる		

B.ICT活動		評価	コメント
1.感染対策マニュアル	1)感染対策上必要な項目についてのマニュアルが整備されている		
	2)必要に応じて改定がなされている		
2.教育	1)定期的に病院感染対策に関する講習会が開催されている		
	2)講習会に職員1名あたり年2回出席している		
	3)必要に応じて部署ごとの講習会や実習が行われている		
	4)全職員に対し院内感染について広報を行う手段がある		
	5)外部委託職員に教育を実施している（または適切に指導している）		
3.サーベイランスとインターベンション	1)部署を決めて必要なサーベイランスが行われている		
	2)サーベイランスデータを各部署にフィードバックしている		
	3)サーベイランスのデータに基づいて必要な介入を行っている		
	4)アウトブレイクに介入している		
	5)検査室データが疫学的に集積され、介入の目安が定められている		
4.抗菌薬適正使用	1)抗菌薬の適正使用に関する監視・指導を行っている		
	2)抗MRSA薬の使用に関する監視・指導を行っている		
	3)抗菌薬の適正使用に関して病棟のラウンドを定期的に行っている		
	4)抗MRSA薬やカルバペネム系抗菌薬などの広域抗菌薬に対して使用制限や許可制を含めて使用状況を把握している		
5.コンサルテーション	1)病院感染対策に関するコンサルテーションを日常的に行っている		
	2)コンサルテーションの結果が記録され、院内感染対策に活用されている		
	3)迅速にコンサルテーションを行うシステムが整っている		

6.職業感染暴露の防止	1)職員のHBs抗体の有無を検査している		
	2)HB抗体陰性者にはワクチンを接種している		
	3)結核接触者検診にQFTを活用している		
	4)麻疹・風疹・ムンプス・水痘に関する職員の抗体価を把握し、必要に応じてワクチン接種を勧奨している		
	5)針刺し、切創事例に対する対応、報告システムが整っている		
	6)安全装置付きの器材を導入している		
7.ICTラウンド	1)定期的なICTラウンドを実施している		
	2)感染対策の実施状況についてチェックを行っている		
	3)病棟のみならず、外来、中央診療部門等にもラウンドを行っている		

C.外来		評価	コメント
1.外来患者の感染隔離	1)感染性の患者を早期に発見できる(ポスターなど)		
	2)感染性の患者に早期にマスクを着用させている		
	3)感染性の患者とそれ以外の患者を分けて診察できる		
2.外来診察室	1)診察室に手洗いの設備がある		
	2)各診察室に速乾性手指消毒薬がある		
	3)各診察室に聴診器などの医療器具の表面を消毒できるアルコール綿などがある		
3.外来処置室	1)鋭利器材の廃棄容器が安全に管理されている (廃棄容器の蓋が開いていない、など)		
	2)鋭利器材の廃棄容器が処置を行う場所の近くに設置してある		
	3)検査検体が適切に保管してある		
4.抗がん化学療法外来	1)薬剤の無菌調整が適切に実施されている		
	2)咳エチケットが確実に実施されている		
	3)患者および職員の手指衛生が適切に行われている		

D.病棟		評価	コメント
1.病室	1)部屋ごとに手洗い場がある		
	2)床や廊下に物品が放置されていない		
	3)必要なコホーティングが行われている		
	4)隔離個室の医療器具は専用化されている		
	5)隔離個室には必要なPPEが準備されている		
	6)空調のメンテナンスが行われ、HEPAfilterが定期的に交換されている		
2.スタッフステーション	1)水道のシンク外周が擦拭され乾燥している		
	2)鋭利器材の廃棄容器が適切に管理されている		
	3)鋭利器材の廃棄容器が必要な場所に設置されている		
	4)臨床検体の保存場所が整備されている		

3.処置室	1)清潔区域と不潔区域を区別している		
	2)滅菌器材が適切に保管され、使用期限のチェックが行われている		
	3)包交車が清潔と不潔のゾーニングがなされている		
	4)包交車に不要な滅菌器材が積まれていない		
4.薬剤の管理	1)清潔な状況下で輸液調整が実施されている		
	2)希釈調整したヘパリン液は室温に放置されていない		
	3)薬品保管庫の中が整理されている		
	4)薬剤の使用期限のチェックが行われている		
	5)薬剤開封後の使用期限の施設内基準を定めている		
	6)保冷庫の温度管理が適切になされている		

E.ICU		評価	コメント
1.着衣および環境	1)入室時に手指衛生を実施している		
	2)処置者は半そでの着衣である		
	3)処置者は腕時計をはずしている		
	4)ベッド間隔に十分なスペースがある		
	5)手洗いや速乾式手指消毒薬が適切に配置されている		

F.標準予防策		評価	コメント
1.手洗い	1)職員の手指消毒が適切である		
	2)職員の手洗いの方法が適切である		
	3)手袋を着用する前後で手洗いを行っている		
	4)手指消毒実施の向上のための教育を継続的に行っている		
2.手袋	1)手袋を適切に使用している		
	2)手袋を着用した後、廃棄する場所が近くにある		
3.個人防護具(PPE)	1)必要なときにすぐ使えるように個人防護具(PPE)が整っている		
	2)マスク、ゴーグル、フェイスシールド、キャップ、ガウンなどのPPEの使用基準、方法を職員が理解している		
	3)個人防護具(PPE)の着脱方法を教育している		

G.感染経路別予防策		評価	コメント
1.空気感染予防策	1)結核発症時の対応マニュアルが整備されている※		
	2)陰圧個室が整備されている		
	3)麻疹発症時の対応マニュアルが整備されている※		
	4)水痘発症時の対応マニュアルが整備されている※		
	5)N95マスクが常備してある		
2.飛沫感染予防対策	1)インフルエンザ発症時の対応マニュアルが整備されている※		
	2)風疹発症時の対応マニュアルが整備されている※		
	3)流行性耳下腺炎発症時の対応マニュアルが整備されている※		
	4)可能ならば個室隔離としている		
	5)個室隔離が困難な場合、コホーティングしている		
	6)ベッド間隔が1メートル以上取られている		
	7)サージカルマスクの着用が入室前に可能である		
	8)飛沫感染対策が必要な患者であることが職員に周知されている		
3.接触感染予防策	1)MRSAが検出された場合の対応マニュアルが整備されている※		
	2)手袋が適切に使用されている		
	3)必要なPPEが病室ごとに用意されている		
	4)処置時にはディスポのエプロンを用いている		
	5)処置時必要な場合はマスクを着用している		
	6)必要な場合には保菌者のスクリーニングを行っている		
	7)シーツやリネン類の処理が適切である		

H.術後創感染予防		評価	コメント
	1)除毛は術直前に行っている		
	2)周術期抗菌薬がマニュアルで規定されている		
	3)必要な場合、抗菌薬の術中追加投与が行われている		
	4)バンコマイシンをルーチンに使用していない(または使用基準がある)		

I.医療器材の管理		評価	コメント
1.尿道カテーテル	1)集尿バッグが膀胱より低い位置にあり、かつ床についていない		
	2)閉塞や感染がなければ、留置カテーテルは定期的に交換しない		
	3)集尿バッグの尿の廃棄は、排尿口と集尿器を接触させない		
	4)尿の廃棄後は患者毎に未滅菌手袋を交換している		
	5)日常的に膀胱洗浄を施行していない		
	6)膀胱洗浄の際に抗菌薬や消毒薬をルーチンに局所に用いることはない		
2.人工呼吸器	1)加湿器には滅菌水を使用している		
	2)気管内吸引チューブはディスポのシングルユース又は閉鎖式である		
	3)定期的に口腔内清拭を行っている		
3.血管内留置カテーテル	1)中心静脈カテーテル管理についてのマニュアルがある		
	2)中心静脈カテーテルの挿入はマキシマルバリアピプリコーション（滅菌手袋、滅菌ガウン、マスク、帽子、大きな覆布）が行われている		
	3)高カロリー輸液製剤への薬剤の混入はクリーンベンチ内で行っている		
	4)輸液ラインやカテーテルの接続部の消毒には消毒用エタノールを用いている		
	5)ラインを確保した日付が確実に記載されている		
	6)ライン刺入部やカテ走行部の皮膚が観察できる状態で固定されている		
	7)末梢動脈血圧モニタリングにはディスポーザブルセットを使用している		

J.洗浄・消毒・滅菌		評価	コメント
1.医療器具	1)病棟での一次洗浄、一次消毒が廃止されている（計画がある）		
	2)生物学的滅菌保証・科学的滅菌保証が適切に行われている		
	3)消毒薬の希釈方法、保存、交換が適切である		
	4）乾燥が適切に行われている		
2.内視鏡	1)内視鏡洗浄・管理が中央化されている（計画がある）		
	2)専任の内視鏡検査技師もしくは看護師が配置されている		
	3)用手洗浄が適切に行われている		
	4)管腔を有する内視鏡は消毒ごとにアルコールフラッシュを行っている		
	5)消毒薬のバリデーションが定期的に行われている		
	6)自動洗浄・消毒機の管理責任者がいる		
	7)自動洗浄・消毒機の液の交換が記録されている		
	8)自動洗浄・消毒機のメインテナンスの期日が記録されている		
	9)内視鏡の保管が適切である		
	10)内視鏡の表面に損傷がない		

K.医療廃棄物		評価	コメント
	1)廃棄物の分別、梱包、表示が適切である		
	2)感染性廃棄物の収納袋には適切なバイオハザードマークが付いている		
	3)最終保管場所が整備されている		
	4)廃棄物の処理過程が適切である		

L.微生物検査室		評価	コメント
1.設備・機器	1)安全キャビネット(クラスⅡ以上)を備えている		
	2)安全キャビネットは定期点検(HEPAフィルターのチェック・交換等)が行われている		
	3)菌株保冷庫(冷凍庫等)は、カギを掛けている		
	4)検査材料の一時保管場所が定められている		
2.検査業務	1)安全対策マニュアル等が整備されている		
	2)業務内容によりN95マスク、手袋、専用ガウン等を着用している		
	3)抗酸菌検査、検体分離等は安全キャビネット内で行っている		
	4)遠心操作は、安全装置付きの遠心機を使用している		
	5)感染性検査材料用輸送容器が準備されている		
	6)廃棄容器にバイオハザードマークが表示されている		
	7)感染防止のための手洗い対策が適切である		
	8)感染性廃棄物が適正に処理されている		
	9)関係者以外の立ち入りを制限している		

院内感染症発生届

提出日　西暦　　年　　月　　日

提出者　所属　　氏名

1.発生日　西暦　　年　　月　　日

2. 発生者

	発生場所	氏名	年齢	職種
□入院患者	病室（　　）号室			
□職員	部署（　　）			

3. 感染症

	疾患名	ワクチン・抗体の有無	就業制限期間の目安
□	インフルエンザ （ A ・ B ）	有 ・ 無 ・ 不明 ワクチン接種日 （ / ）	発熱から 5 日間経過し かつ解熱後 48 時間経過
□	COVID-19	有 ・ 無 ・ 不明 ワクチン接種（　　） 回	発熱から 5 日間経過し かつ解熱後 24 時間経過
□	ノロウイルス		症状消失後 48 時間 *※患者発生時は栄養科に連絡すること*
□	ｸﾛｽﾄﾘｼﾞｳﾑ･ﾃﾞｨﾌｨｼﾙ （CD トキシン陽性）		
□	麻疹	有 ・ 無 ・ 不明	発疹出現後 7 日間
□	水痘（播種性帯状疱疹）	有 ・ 無 ・ 不明	すべての水疱が痂皮化するまで
□	風疹	有 ・ 無 ・ 不明	発疹出現後 5 日間
□	流行性耳下腺炎	有 ・ 無 ・ 不明	耳下腺腫脹から 9 日間
□	流行性角結膜炎（EKC）		眼瞼結膜の発赤消失まで （眼科医を受診し了解を得た上で就業復帰可とする）

4.対処の方法（症状及び休暇の有無・期間について記入）

・発症日時　【　／　　時頃～・　症状（　　）】

・治療内容　【　　】

・患者対応　【　個室隔離　・　コホート隔離　・　その他（　　）】

・同室者対応【迅速検査(全員実施 ・ 一部 ・未実施)・予防治療(全員実施 ・ 一部 ・未実施)】

・職員対応　【最終勤務日時（　／　　時頃）　・　復職予定（　／　　・　未定　）】

・ICT への連絡【　未　・　済｛感染対策委員長・感染管理認定看護師・その他（　　）｝】

※記入後は、感染管理認定看護師のメールボックスへ入れて下さい

院内感染防止対策委員会宛

疥癬発生届

患 者 I D ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　齢 ＿＿＿＿＿

性　　別 ＿＿＿＿＿

基礎疾患名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

発 生 日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病　　棟 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診 療 科 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医 師 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

報 告 日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

臨床経過

※疥癬については特に、いつ入院し、どんな症状がいつから出現し、いつ発見となったかなど詳細に記入すること。

院内感染防止対策委員会宛

疥癬発生届

患 者 I D ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　齢 ＿＿＿＿＿

性　　別 ＿＿＿＿＿

基礎疾患名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

発 生 日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病　　棟 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診 療 科 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医 師 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

報 告 日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

臨床経過

※疥癬については特に、いつ入院し、どんな症状がいつから出現し、いつ発見となったかなど詳細に記入すること。

問　診：　かゆみのある方はおられませんか？

この度、当院の処置室で外来通院治療されておられる方が、『疥癬』であることが判明しました(　　月　　日)。
他の方にうつる可能性もありますので、当処置室を利用されておられる皆様に、確認のための質問をさせていただいております。ご協力ください。

質問：　あなたは最近、強いかゆみがありませんか？

はい

いいえ

はい、とお答えいただいた方には　当院の皮膚科医が　適切に対応いたします。
診療にご協力下さい。

問診のご協力有難うございました。
どうぞおだいじに。

平成　　年　　月　　日
済生会加須病院
院内感染防止対策委員会

疥癬とは？
ダニの一種であるヒゼンダニ（カイセン虫）が、人間の皮膚に張り付いて生じる、かゆみを伴う皮膚疾患です。適切な治療で完治します。

西暦　　年　　月　　日

A.針刺し・切創事例（一般用）　発生届

安全衛生委員会委員長　殿

院内感染に関する針刺し・切創事例が発生しましたので、下記の通り報告致します。

所属長
部署＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

＜対策指示＞
・院内感染防止対策マニュアルに沿って、速やかなる対応をお願い致します。

安全衛生委員会委員長　大津　忠弘

＜発生届の流れ＞
※発生部署で１部保管のこと

	報告者	→	所属長	→	総務課	→	安全衛生委員長	→	感染管理認定看護師
サイン									

・下記の順番で、速やかに届出を行ってください
・各担当者は、記載内容を確認のうえサインをしてください
・記載に際し不明な点は、感染対策室（PHS86237）にご相談ください

職業感染制御研究会
Exposure Prevention Information NETwork



血液・体液曝露

エピネット日本版 - Japan EPINet

A：針刺し・切創報告書

(Version 4)

病院コード番号

院内報告番号 A

1 報告者

■ 氏　名

■ ふりがな

■ 職員番号

■ カルテ番号

■ 所属部門

1 医師部門　2 病棟部門　3 外来部門　4 中材・手術部門　5 検査部門　6 放射線部門　99 その他 (記載)

■ 経験年数 (　　年)

■ 性 別 (男・女)

■ 年 齢 (　　歳)

2 発生日時

発生日　西暦　　年　　月　　日

発生時間（24 時間制）　　時　　分頃

3 職種（1 つだけチェック）

1 医師（常勤・非常勤を含む）→
2 レジデント・研修医 →
3 医学生
4 看護師
5 准看護師
14 助産師
15 保健師
6 看護助手
7 看護学生
8 臨床検査技師
9 放射線技師
10 歯科医師
11 歯科衛生士
12 業務士（清掃・洗濯・廃棄）
13 薬剤師
99 その他

(職業記載)

1 内科
2 外科
3 麻酔科
4 整形外科
5 リハビリ科
6 形成外科
7 小児科
8 産婦人科
9 眼科
10 皮膚科
11 泌尿器科
12 耳鼻咽喉科
13 精神・神経科
14 放射線科
15 歯科・口腔外科
16 脳神経外科
17 腎透析部
18 中央臨床検査
19 救急部
20 手術部
99 その他

(記載)

4 発生場所（1 つだけチェック）

1 病室（集中治療室を除く）
(病棟名記載)
2 病室外（廊下、ナースステーション等）
(病棟名記載)
3 救急部門
4 集中治療室（術後回復室を含む）
5 手術部
6 外来診察室（処置室）
(科名記載)
7 輸血部
8 中央採血処置室
9 透析室
10 特殊検査処置室（放射線・内視鏡・筋電図等の検査室）
11 中央検査部
12 病理解剖
13 中央材料室
14 分娩室
15 在宅
99 その他
(場所記載)

5 患者の確定-汚染源の患者が誰かわかっていますか？（1 つだけチェック）

1 はい（以下の項目にもお答え下さい）

(患者氏名又はイニシャル　　)

(患者カルテ番号)

入院・外来 1.入院　2.救急外来　3.外来（救急を除く）　4.不明

患者の検査結果				
	HIV	陽性	陰性	未検査
	HCV	陽性	陰性	未検査
	HBs 抗原	陽性	陰性	未検査
	HBe 抗原	陽性	陰性	未検査
	梅毒	陽性	陰性	未検査
	ATLA (HTLV-1)	陽性	陰性	未検査

2 いいえ
3 適切な回答なし（患者への使用前など）

6　器材の選択・使用者―あなた自身がこの原因器材を、選択して患者に使用したのですか？（1つだけチェック）

- [1] はい
- [2] いいえ
- [3] 適切な回答なし

（記載）＿＿＿＿＿＿＿＿

6-A 器材の所持者―他者が持っていた原因器材で受傷したのですか?

- [1] はい
- [2] いいえ

7　器材の汚染―器材は血液・体液などで汚染されていましたか?

- [1] 見える程度の血液などが付いていた
- [2] 血液などに接触したが、受傷時には見える程度の血液などは付いていなかった（付着の程度が確認できなかった場合を含む）
- [3] 血液などで汚染されていなかった
- [4] 汚染されていたかどうか不明

8　使用目的―原因器材はどのような目的で使用されていましたか?

- [1] 不明
- [2] 注射器を用いた経皮的な注射（静・筋・皮下・皮内等）
- [3] ヘパリン生食等でフラッシュ洗浄（注射器を用いて）
- [4] 静脈ラインのインジェクションサイト（ゴム管・ゴム栓）への側注又は採血
- [5] 静脈ラインの接続・増設
- [6] 末梢血管確保（動脈を除く、静注、一時・持続点滴を含む）
- [15] 動脈/中心静脈ラインの確保
- [7] 静脈採血
  - ☐ 直接穿刺　☐ ルートからの採血
- [8] 動脈採血
  - ☐ 血液ガス 直接穿刺　☐ 血液ガス ルートからの採血
- [9] 体液・組織採取（試験穿刺、生検、ルンバール等）
- [10] 耳介・指・足底等の穿刺
- [11] 縫合
- [12] 外科的切開
- [13] 電気焼灼（電気メスの使用）
- [14] 剃毛
- [99] その他

（記載）＿＿＿＿＿＿＿＿

9　事例発生状況―どのような状況で針刺し・切創が生じましたか?（1つだけチェック）

- [1] 器材を患者に使用する前（既に壊れていた、器材の組立、静脈ラインの組立等）
- [2] 器材を患者に使用中（患者の動作による受傷、翼状針・点滴針等の抜針・止血時を含む）
- [14] 患者の抑制介助時
- [3] 数段階の処置を実施する時に、その処置操作の合間（数回の注射の合間や薬剤の追加器材の受け渡し時等）
- [4] 器材の分解時（針を外す時を含む）
- [5] 再生可能な器材の再使用のための操作中（分解、洗浄、消毒、滅菌等）
- [6] 使用済み注射針のリキャップ時（血液ガス検体にゴム栓などを刺す時等を含む）
- [7] ゴム管・ゴム栓（インジェクションサイト、試験管チューブ）への注入及び抜針時（血液等の検体の分注処理を含む）
- [15] 使用済み器材が床・テーブル・ベット等の上に放置されていた
- [8] その他の、使用後から廃棄するまでの間（不適切な搬送容器や、リネンなどに紛れ込んでいた）
- [9] 廃棄ボックスの上やその近くに放置してあった器材で
- [10] 廃棄ボックスに器材を入れる時
- [11] 廃棄後に廃棄ボックスの投入口からはみ出していた器材で
- [12] 廃棄ボックスの投入口以外の部位から突き出ていた器材で
- [13] 廃棄後ゴミ袋や不適当な容器から突き出ていた器材で
- [99] その他

（記載）＿＿＿＿＿＿＿＿

10　器材（器材項目・器材名・ゲージ数）―針刺し・切創の原因となった器材は?

■器材項目：針（中空針）（1つだけチェック）
（1～29の針を選択した方は、『原因器材のゲージ数』をお答えください）

- [1] 使い捨て注射器の針
- [2] 最初から薬剤が充填されている注射器の針（ペン式インシュリン用注射器等）
- [3] 血液ガス専用の注射器の針
- [4] その他、あるいは種類のわからない注射器の針（ガラス製注射器の針を含む）
- [5] 点滴ライン接続・増設等に用いる針
- [6] 翼状針及び点滴セットと一体となった翼状針
- [7] 静脈留置針（静脈カテーテル、サーフロー、エラスター、アンギオカット等）
- [8] 真空採血セットの針
- [9] ルンバール針又は硬膜外針
- [10] 何にも接続されていない注射針
- [11] 動脈カテーテル誘導針
- [12] 中心静脈カテーテル誘導針
- [13] 鼓膜カテーテル針
- [14] その他の血液用カテーテル（心臓カテーテル等）
- [15] その他の非血液用カテーテル（眼科用等）
- [28] 分類不能な針
- [29] その他の針

（記載）＿＿＿＿＿＿＿＿

原因器材のゲージ数

- ☐ インシュリン用
- ☐ 24／25ゲージ
- ☐ 22ゲージ
- ☐ 20ゲージ
- ☐ 18ゲージ
- ☐ ツベルクリン用
- ☐ 23ゲージ
- ☐ 21ゲージ
- ☐ 19ゲージ
- ☐ その他

（記載）＿＿＿＿＿＿＿＿

裏面へつづく

■器材項目：手術器材等（手術器材およびその他の鋭利な器材）
（1 つだけチェック）

- [30] ランセット（耳介・指・足底からの穿刺採血用）
- [31] 縫合針

(記載)

- [32] 再生使用する外科用メス（替え刃を含む）
（ディスポーザブルの外科用メスは 45）
- [33] 剃刀、刃
- [34] プラスチック製ピペット
- [35] はさみ
- [36] 電気メス
- [37] 骨切りメス
- [38] 骨片
- [39] 布鉗子
- [40] マイクロトームの刃
- [41] トロッカー（套管針）
- [42] プラスチック製の吸引チューブ
- [43] プラスチック製の検体容器・試験管
- [44] 指の爪、歯
- [45] ディスポーザブル外科用メス
- [46] レトラクター、スキンフック、ボーンフック
- [47] ステープル/金属縫合糸
- [48] ワイヤ
- [49] ピン
- [50] ドリルビット
- [51] 摂子、鉗子類

- [58] 種類のわからない鋭利器材
- [59] その他

(記載)

■ 器材項目：ガラス製器材（1 つだけチェック）

- [60] 薬剤アンプル
- [61] 薬剤バイアル
- [62] 点滴液瓶あるいは大きな薬液瓶
- [63] ガラス製ピペット
- [64] ガラス製の真空採血管
- [65] 試験管・検体容器
- [66] ガラスの毛細管
- [67] ガラススライド

- [78] 種類のわからないガラス製品
- [79] その他のガラス製品

(記載)

11 安全器材―受傷原因の器材は安全器材でしたか?
（1 つだけチェック）

- [1] はい

(安全器材名)

- [2] いいえ

（上記設問で "はい"とお答えの方のみ 11-A ・ 11-B ・ 11-C に記載して下さい）

11-A 安全装置作動の有無―安全装置を作動させましたか?（1 つだけチェック）

- [1] 完全に作動
- [2] 一部（部分的）作動
- [3] いいえ
- [4] 不明

11-B 受傷の時期（1 つだけチェック）

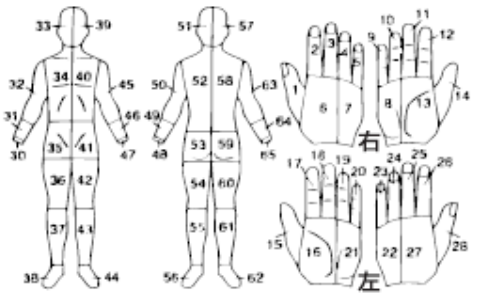
- [1] 作動前
- [2] 作動中
- [3] 作動後
- [4] 不明

11-C 安全機能の可否 安全器材による受傷の場合、この装置・機構で受傷を防ぐことができると考えますか?（1 つだけチェック）

- [1] はい
- [2] いいえ

意見を記載してください。

12 受傷部位―針刺し・切創部位を○で囲んでください。
（3個までチェック可）
複数の受傷部位の場合、傷の深い順に◎部位 1 、○部位 2 、△部位 3.を記載します。



13 受傷の程度 針刺し・切創の程度（1 つだけチェック）

- [1-1] 出血なし
- [1-2] 表在性（少量の出血）
- [2] 中程度（皮膚の針刺し・切創、中等量の出血）
- [3] 重症（深い針刺し・切創、著しい出血）

14 手袋の着用―手に受傷した場合、受傷時に手袋をしていましたか?

1 ☐ 一重の手袋
2 ☐ 二重の手袋
3 ☐ 手袋の着用なし

15 HBs抗体―あなた自身はHBs抗体陽性ですか?
（1つだけチェック）

1 ☐ はい（ワクチン接種による）
2 ☐ はい（自然陽転あるいは既往疾患などによる）
3 ☐ いいえ
4 ☐ 不明

16 緊急処置時受傷 緊急処置時（蘇生時を含む）の受傷でしたか?（1つだけチェック）

1 ☐ はい
2 ☐ いいえ

17 針刺し・切創発生時の状況及び背景について、下記の(1)~(6)を含めて詳しく記載してください。

(1) 具体的な発生現場（階、病棟、ナースステーション等）
(2) 発生時にどのような仕事、行為をしていたか?
(3) 受傷原因の器材
(4) どのようにして発生したか?
(5) 特別な事情・状況・背景等
(6) 受傷後の処置、対応

18 あなたはどのようにすればこの事例を防ぐことができたと思いますか?（簡単に記載して下さい）

以下管理者記載

受傷による損失経費　総計　円

■検査費用（HBV、HCV、HIV、肝機能など）
1）該当患者に実施した検査　円
2）受傷者に実施した検査　円
小計　円

■業務中断/職場離脱　円

■代務採用経費　円
合計　円

■感染・発症予防措置の費用（HB免疫グロブリン、抗HIV予防投薬など）　円

■発症後の治療費用　円
（治療内容）

公労災の申請

公務・労務災害補償を申請しましたか?（1つだけチェック）
1 ☐ はい　はいの場合、認定されましたか?
2 ☐ いいえ
1 ☐ はい
認定年月日　年　月　日
病休日数　日
就業制限　日
2 ☐ いいえ

西暦　　年　　月　　日

A.針刺し・切創事例（手術室用）　発生届

安全衛生委員会委員長　殿

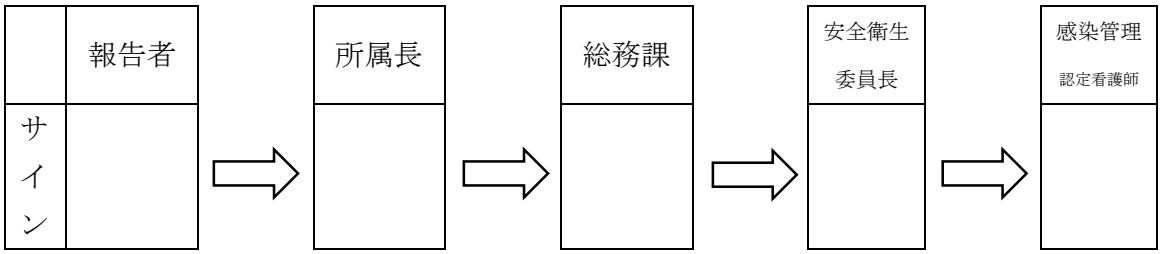
院内感染に関する針刺し・切創事例が発生しましたので、下記の通り報告致します。

所属長
部署＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

＜対策指示＞
・院内感染防止対策マニュアルに沿って、速やかなる対応をお願い致します。

安全衛生委員会委員長　大津　忠弘

＜発生届の流れ＞
※発生部署で 1 部保管のこと



・下記の順番で、速やかに届出を行ってください
・各担当者は、記載内容を確認のうえサインをしてください
・記載に際し不明な点は、感染対策室（PHS86237）にご相談ください

職業感染制御研究会
Exposure Prevention Information NETwork



エピネット日本版/手術部版-Japan EPINet/OR

AO:針刺し・切創報告書/手術部用

(Japan EPINet/OR version 1.0)

病院コード番号 □□□□

院内報告番号 AO□□□□

1 報告者

■氏名
■ふりがな
■職員番号
■カルテ番号

■所属部門
1□ 医師部門　5□ 検査部門
2□ 病棟部門　6□ 放射線部門
3□ 外来部門　99□その他
4□ 中材・手術部門　(記載)

■経験年数(　　年)
■性別　(男・女)
■年齢　(　　歳)

2 発生日時

発生日　西暦　年　月　日
発生時間(24 時間制)　時　分
手術開始時間(24 時間制)　時　分
手術終了時間(24 時間制)　時　分

3 受傷した手術・診療科は？

1 □ 消化器外科
2 □ 心臓血管外科
3 □ 産科
4 □ 婦人科
5 □ 整形外科
6 □ 耳鼻科
7 □ 脳神経外科
8 □ 形成外科
9 □ 泌尿器科
10□ 歯科/口腔外科
12□ 眼科
13□ 呼吸器外科
99□ その他(記載)

3a 緊急処置時(蘇生時を含む)の受傷でしたか？

1 □ はい　2 □ いいえ

4 受傷時の術式は？

(記載)

4a 受傷したのは内視鏡/腹腔鏡を使用する手術でしたか？

1 □ はい　2 □ いいえ　3 □ 不明

5 職種(1 つだけチェック)

1.1□手術医(術者：受傷時にメインで処置を実施した者)
1.2□手術医(指導医)
2□ 手術医(助手)
3□ 手術医(初期・後期含む研修医)
5□ 麻酔医(指導者)
6□ 麻酔医(初期・後期含む研修医)
8□ 医学生-どの科を廻っていましたか？
□ 外科系　□ 麻酔科　□その他(記載)
9 □ 外回り看護師
10□ 器械出し/直接介助看護師
11□ その他の役割の看護師
(役割記載)
12□ 看護学生
13□ 臨床工学技士
14□ 清掃担当者
99□ その他(記載)

6 受傷は麻酔業務時に発生しましたか？

1□ はい→どのような麻酔業務が行われていましたか？
(記載)
2□ いいえ

7 発生場所

1 □ 術前待機室
2 □ メーヨー台
2.1□ 器械台
3 □ バックテーブル
4 □ 手術部位
5 □ 手術部位のそば
6 □ 麻酔器
7 □ 麻酔台・カート
8 □ 手術台(患者への穿刺場面・静脈内投与など)
10□ 手術室の床
11□ 器材室
12□ 術後麻酔回復室
13□ 標本整理室
99□ その他
(記載)

8 患者の確定-曝露源の患者が誰かわかっていますか？

1 □ はい(以下の項目にもお答えください)

(患者氏名又はイニシャル)
(患者カルテ番号)

入院・外来	□1.入院		□2.救急外来	
	□3.外来(救急を除く)		□4.不明	
患者の検査結果	HIV	□陽性	□陰性	□未検査
	HCV	□陽性	□陰性	□未検査
	HBs 抗原	□陽性	□陰性	□未検査
	HBe 抗原	□陽性	□陰性	□未検査
	梅毒	□陽性	□陰性	□未検査
	ATLA(HTLV-1)	□陽性	□陰性	□未検査

2 □ いいえ
3 □ 適切な回答なし(患者への使用前など)

9　使用目的-鋭利器材はどのような目的で使用されていましたか？(1 つだけチェック)

2□筋肉・皮下注射またはその他の皮膚を穿刺した注射(シリンジ)
3□ 末梢静脈の血管確保(IV カテーテル・翼状針などで)
4□ IV ラインへの接続(間欠投与，ピギーバッグ，ラインからの側注，その他のライン接続)
5□ インジェクションサイトやポートへの注射
6□ 動脈ラインの確保
7□ 中心静脈ラインの確保
8□ その他の非血管カテーテルの留置(ドレーン留置時の挿入用針などで)
9□ 静脈採血
　□直接穿刺　□ルートからの採血
10□動脈採血
　□直接穿刺　□ルートからの採血
11□体液・組織サンプルの採取(尿・脳脊髄液・羊水・ その他の液体、生検)
12□外科的に切る操作(電気メス以外)
[縫合]
13□筋肉/筋膜の縫合
(縫合部位記載)
141□皮膚、皮下組織の縫合
(縫合部位記載)
142□その他の組織の縫合
(縫合部位記載)
143□縫合用途不明
(縫合部位記載)
15□電気メスによる切開
16□ドリルでの穴開け/鋸引き切断
17□組織/骨の牽引
18□ワイヤ固定/その他の方法による固定
19□患者に対してではない目的で器具を使用(標本を切るなど)
20□検体や薬剤/標本などを入れる(ガラス製品など)
21□剃毛・除毛
99□その他
(記載)
1 □不明

10　事例発生状況-どのような状況で針刺し・切創が生じましたか？(1 つだけチェック)

1□ 器具を使用する前(器具が壊れた/滑った、組み立てる際など)
2□ 器具の使用中(器具が滑った、患者や同僚が器具を動かした、など)
3□ 術野の組織を手で牽引している時
4□ 術野の組織をリトラクターなどの器具で牽引時
5□ 器具を手渡ししている時
6□ ハンズフリー(中間ゾーンを設けることで器具の手渡しを制限)で器具を受け取りしている時
7□ 注射の追加投与の操作の合間
8□ 器材の使用と使用との合間
9□ 器材や装置の分解中
10□器具の分別、または消毒・滅菌過程
11□使用後の針をリキャップ時
12□ゴム部分や IV ポートなどから針を引き抜く時
13□その他器具を使用後廃棄するまでの間(廃棄ボックスに移動中,片づけ中,ベッド上・床・その他不適切な場所での放置)
14□廃棄ボックスの上やその近くに放置されていた器具で
15□器具を廃棄ボックスに入れる時
16□廃棄ボックスの投入口からはみ出していた器具で
17□廃棄ボックスの投入口以外から突き出ていた器具で
18□ゴミ袋や不適切な容器から突き出ていた廃棄後の器具
99□その他(記載)

11　器材の所持者-受傷した時、原因器材は誰が持っていましたか？(1 つだけチェック)

1□ 他の人が持っていた
2□ 受傷した本人が持っていた
3□ 誰も持っていなかった

12　器材の汚染-器材は血液体液などで汚染されていましたか？(1 つだけチェック)

1□ 見える程度の血液などが付いていた
2□ 血液などに接触したが、受傷時には見える程度の血液などは付いていなかった(付着の程度が確認できなかった場合を含む)
3□ 血液などで汚染されていなかった
4□ 汚染されていたかどうか不明

13　原因器材の種類は？(1 つだけチェック)

※1～29 の針(中空針)の場合、ゲージ数をお答えください

原因器材のゲージ数

□インシュリン用	□ツベルクリン用
□24/25 ゲージ	□23 ゲージ
□22 ゲージ	□21 ゲージ
□20 ゲージ	□19 ゲージ
□18 ゲージ	□その他(記載)＿＿＿＿

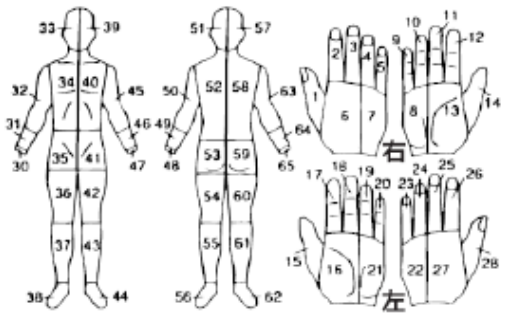
1 □ 使い捨て注射器の針(普通の注射針、ツ反・インスリン用注射針等)
2 □ 最初から薬剤が充填されている注射器の針
6 □ 翼状針及び点滴セットと一体となった翼状針
7 □ 末梢静脈留置カテーテルの針
8 □ 真空採血セットの針
31□ 縫合針(針サイズ、31a、31b の詳細もチェック)
縫合針サイズ
□マイクロ、小型の針(針の大きさが 15mm 以下)
□中型の針(針の大きさが 16mm～30mm)
□大型の針(針の大きさが 31mm 以上)
31a 原因器材はどのタイプの縫合針でしたか？
1□ 丸針
①□ 弾機針/バネ針
②□ 針付縫合糸
2□ 角針(ヘラ型針など)
①□ 弾機針/バネ針
②□ 針付縫合糸
3□ 鈍針
99□ その他(記載)＿＿＿＿
5□ 不明(わからない)
31b 下記のどの段階で縫合針による受傷をしましたか？
1 □ 自分で縫合時
2 □ 縫合の介助時など(他者が縫合時)
3 □ 渡す時
4 □ 受け取る時
5 □ 持針器での縫合針の角度調整や糸掛けなどの操作中
6 □ メーヨー台などに置いてある縫合針で
7 □ ニードルカウンター使用時
8 □ 糸結び時
10□ メーヨー台や術野などから落ちてきた針で
9 □ 床に落ちていた針で
99□ その他(記載)＿＿＿＿
32□ 再生使用する外科用メス(替え刃を含む)
45□ ディスポーザブル外科用メス
33□ 剃刀、刃
30□ ランセット(耳介・指・足底からの穿刺採血用)
3 □ 血液ガス専用の注射器の針
5 □ 点滴ラインの接続・増設等に用いる針
9 □ ルンバール針又は硬膜外針
10□ 何にも接続されていない注射針
11□ 動脈カテーテル誘導針
12□ 中心静脈カテーテル誘導針
51□ 鑷子、鉗子類(ヘモスタット/クランプ)
35□ はさみ(剪刀)
360□ 電気メス(針先)
361□ 電気メス(刃先)
362□ 電気メス(ループ)
46□ レトラクター、スキンフック、ボーンフック
47□ ステーブル/金属縫合糸
48□ ワイヤ(縫合/固定/ガイドワイヤ)
49□ ピン(固定/ガイドピン)
50□ ドリルビット/バー
13□ 鼓膜カテーテル誘導針
14□ その他の血管用カテーテルの針(心臓カテーテル等)
15□ その他の非血管用カテーテルの針(ドレーン留置時の挿入用針、眼科用等)
16□ ヒューバー針
34□ プラスチック製ピペット
37□ 骨切りメス
38□ 骨片
39□ 布鉗子
40□ マイクロトームの刃
41□ トロッカー(套管針)
42□ プラスチック製の吸引チューブ
43□ プラスチック製の検体容器・試験管
44□ 指の爪、歯
60□ 薬液アンプル
61□ 薬液バイアル
62□ 薬液ビン
63□ ピペット(ガラス)
64□ 吸引管(ガラス)
65□ 標本ビン(ガラス)
66□ ガラスの毛細管
67□ スライドグラス
4 □ その他、又は種類のわからない注射器の針
28□ 種類のわからない針
29□ その他の針(記載)＿＿＿＿
58□ 種類のわからない鋭利器材
59□ その他鋭利器材(記載)＿＿＿＿
78□ 種類のわからないガラス器材
79□ その他のガラス器材(記載)＿＿＿＿

14　原因器材が針・鋭利器材だった場合、その器材は安全機構付き器材でしたか？
1 □ はい　2 □ いいえ　3 □ 不明

14a)　安全機構の作動の有無は？
1 □ 完全に作動　2 □ 一部(部分的)作動
3 □ いいえ　4 □ 不明

14b)　受傷は安全機構作動のどの過程で生じましたか？
1 □ 作動前　2 □ 作動中
3 □ 作動後　4 □ 不明

15 受傷部位(3個までチェック可)



16 受傷の程度

1.1□ 出血なし
1.2□ 表在性(少量の出血)
2 □ 中程度(皮膚の針刺し・切創、中等量の出血)
3 □ 重症(深い針刺し・切創、著しい出血)

17 手袋の着用―手に受傷した場合、受傷時に手袋をしていましたか?

□1 一重の手袋
□2 二重の手袋
□3 手袋の着用なし

18 受傷者の利き手

1 □ 右手 2 □ 左手

19 HBs 抗体―あなた自身は HBs 抗体陽性ですか? (1 つだけチェック)

1 □ はい(ワクチン接種による)
2 □ はい(自然陽転あるいは既往疾患などによる)
3 □ いいえ
4 □ 不明

20 受傷に至るまでの状況を記載してください(原因に器具の不具合が含まれていた場合も明記して下さい)

21 (受傷者の方へ)器具が安全機構付き器材で無かった場合、安全機構があれば受傷は防げたと思いますか?

1 □ はい 2 □ いいえ 3 □ 不明

22 あなたはどのようにすればこの事例を防ぐことができたと思いますか?

西暦　　年　　月　　日

A.針刺し・切創事例（手術室用）　発生届

安全衛生委員会委員長　殿

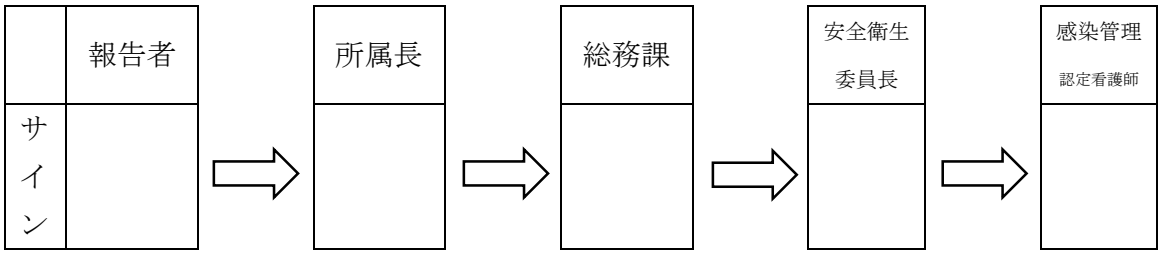
院内感染に関する針刺し・切創事例が発生しましたので、下記の通り報告致します。

所属長
部署＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

＜対策指示＞
・院内感染防止対策マニュアルに沿って、速やかなる対応をお願い致します。

安全衛生委員会委員長　大津　忠弘

＜発生届の流れ＞
※発生部署で 1 部保管のこと



・下記の順番で、速やかに届出を行ってください
・各担当者は、記載内容を確認のうえサインをしてください
・記載に際し不明な点は、感染対策室（PHS86237）にご相談ください

職業感染制御研究会
Exposure Prevention Information NETwork



エピネット日本版/手術部版-Japan EPINet/OR

AO:針刺し・切創報告書/手術部用

(Japan EPINet/OR version 1.0)

病院コード番号 □□□□

院内報告番号 AO□□□□

1 報告者

■氏名
■ふりがな
■職員番号
■カルテ番号

■所属部門
1□ 医師部門　5□ 検査部門
2□ 病棟部門　6□ 放射線部門
3□ 外来部門　99□その他
4□ 中材・手術部門　(記載)

■経験年数(　　年)
■性別　(男・女)
■年齢　(　　歳)

2 発生日時

発生日　西暦　年　月　日
発生時間(24 時間制)　時　分
手術開始時間(24 時間制)　時　分
手術終了時間(24 時間制)　時　分

3 受傷した手術・診療科は？

1 □ 消化器外科
2 □ 心臓血管外科
3 □ 産科
4 □ 婦人科
5 □ 整形外科
6 □ 耳鼻科
7 □ 脳神経外科
8 □ 形成外科
9 □ 泌尿器科
10□ 歯科/口腔外科
12□ 眼科
13□ 呼吸器外科
99□ その他(記載)

3a 緊急処置時(蘇生時を含む)の受傷でしたか？

1 □ はい　2 □ いいえ

4 受傷時の術式は？

(記載)

4a 受傷したのは内視鏡/腹腔鏡を使用する手術でしたか？

1 □ はい　2 □ いいえ　3 □ 不明

5 職種(1 つだけチェック)

1.1□手術医(術者：受傷時にメインで処置を実施した者)
1.2□手術医(指導医)
2□ 手術医(助手)
3□ 手術医(初期・後期含む研修医)
5□ 麻酔医(指導者)
6□ 麻酔医(初期・後期含む研修医)
8□ 医学生-どの科を廻っていましたか？
□ 外科系　□ 麻酔科　□その他(記載)
9 □ 外回り看護師
10□ 器械出し/直接介助看護師
11□ その他の役割の看護師
(役割記載)
12□ 看護学生
13□ 臨床工学技士
14□ 清掃担当者
99□ その他(記載)

6 受傷は麻酔業務時に発生しましたか？

1□ はい→どのような麻酔業務が行われていましたか？
(記載)
2□ いいえ

7 発生場所

1 □ 術前待機室
2 □ メーヨー台
2.1□ 器械台
3 □ バックテーブル
4 □ 手術部位
5 □ 手術部位のそば
6 □ 麻酔器
7 □ 麻酔台・カート
8 □ 手術台(患者への穿刺場面・静脈内投与など)
10□ 手術室の床
11□ 器材室
12□ 術後麻酔回復室
13□ 標本整理室
99□ その他
(記載)

8 患者の確定-曝露源の患者が誰かわかっていますか？

1 □ はい(以下の項目にもお答えください)

(患者氏名又はイニシャル)
(患者カルテ番号)

入院・外来	□1.入院		□2.救急外来	
	□3.外来(救急を除く)		□4.不明	
患者の検査結果	HIV	□陽性	□陰性	□未検査
	HCV	□陽性	□陰性	□未検査
	HBs 抗原	□陽性	□陰性	□未検査
	HBe 抗原	□陽性	□陰性	□未検査
	梅毒	□陽性	□陰性	□未検査
	ATLA(HTLV-1)	□陽性	□陰性	□未検査

2 □ いいえ
3 □ 適切な回答なし(患者への使用前など)

9　使用目的-鋭利器材はどのような目的で使用されていましたか？(1 つだけチェック)

2□筋肉・皮下注射またはその他の皮膚を穿刺した注射(シリンジ)
3□ 末梢静脈の血管確保(IV カテーテル・翼状針などで)
4□ IV ラインへの接続(間欠投与，ピギーバッグ，ラインからの側注，その他のライン接続)
5□ インジェクションサイトやポートへの注射
6□ 動脈ラインの確保
7□ 中心静脈ラインの確保
8□ その他の非血管カテーテルの留置(ドレーン留置時の挿入用針などで)
9□ 静脈採血
　□直接穿刺　□ルートからの採血
10□動脈採血
　□直接穿刺　□ルートからの採血
11□体液・組織サンプルの採取(尿・脳脊髄液・羊水・ その他の液体、生検)
12□外科的に切る操作(電気メス以外)
[縫合]
13□筋肉/筋膜の縫合
(縫合部位記載)
141□皮膚、皮下組織の縫合
(縫合部位記載)
142□その他の組織の縫合
(縫合部位記載)
143□縫合用途不明
(縫合部位記載)
15□電気メスによる切開
16□ドリルでの穴開け/鋸引き切断
17□組織/骨の牽引
18□ワイヤ固定/その他の方法による固定
19□患者に対してではない目的で器具を使用(標本を切るなど)
20□検体や薬剤/標本などを入れる(ガラス製品など)
21□剃毛・除毛
99□その他
(記載)
1 □不明

10　事例発生状況-どのような状況で針刺し・切創が生じましたか？(1 つだけチェック)

1□ 器具を使用する前(器具が壊れた/滑った、組み立てる際など)
2□ 器具の使用中(器具が滑った、患者や同僚が器具を動かした、など)
3□ 術野の組織を手で牽引している時
4□ 術野の組織をリトラクターなどの器具で牽引時
5□ 器具を手渡ししている時
6□ ハンズフリー(中間ゾーンを設けることで器具の手渡しを制限)で器具を受け取りしている時
7□ 注射の追加投与の操作の合間
8□ 器材の使用と使用との合間
9□ 器材や装置の分解中
10□器具の分別、または消毒・滅菌過程
11□使用後の針をリキャップ時
12□ゴム部分や IV ポートなどから針を引き抜く時
13□その他器具を使用後廃棄するまでの間(廃棄ボックスに移動中,片づけ中,ベッド上・床・その他不適切な場所での放置)
14□廃棄ボックスの上やその近くに放置されていた器具で
15□器具を廃棄ボックスに入れる時
16□廃棄ボックスの投入口からはみ出していた器具で
17□廃棄ボックスの投入口以外から突き出ていた器具で
18□ゴミ袋や不適切な容器から突き出ていた廃棄後の器具
99□その他(記載)

11　器材の所持者-受傷した時、原因器材は誰が持っていましたか？(1 つだけチェック)

1□ 他の人が持っていた
2□ 受傷した本人が持っていた
3□ 誰も持っていなかった

12　器材の汚染-器材は血液体液などで汚染されていましたか？(1 つだけチェック)

1□ 見える程度の血液などが付いていた
2□ 血液などに接触したが、受傷時には見える程度の血液などは付いていなかった(付着の程度が確認できなかった場合を含む)
3□ 血液などで汚染されていなかった
4□ 汚染されていたかどうか不明

13　原因器材の種類は？(1 つだけチェック)

※1～29 の針(中空針)の場合、ゲージ数をお答えください

原因器材のゲージ数

□インシュリン用	□ツベルクリン用
□24/25 ゲージ	□23 ゲージ
□22 ゲージ	□21 ゲージ
□20 ゲージ	□19 ゲージ
□18 ゲージ	□その他(記載)＿＿＿＿

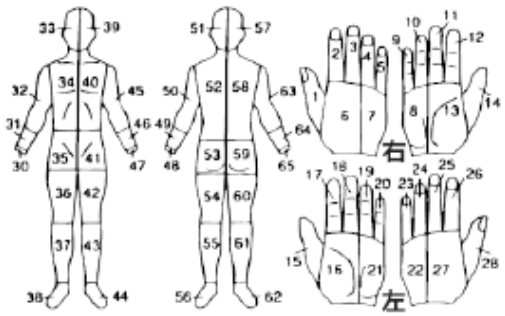
1 □ 使い捨て注射器の針(普通の注射針、ツ反・インスリン用注射針等)
2 □ 最初から薬剤が充填されている注射器の針
6 □ 翼状針及び点滴セットと一体となった翼状針
7 □ 末梢静脈留置カテーテルの針
8 □ 真空採血セットの針
31□ 縫合針(針サイズ、31a、31b の詳細もチェック)
縫合針サイズ
□マイクロ、小型の針(針の大きさが 15mm 以下)
□中型の針(針の大きさが 16mm～30mm)
□大型の針(針の大きさが 31mm 以上)
31a 原因器材はどのタイプの縫合針でしたか？
1□ 丸針
①□ 弾機針/バネ針
②□ 針付縫合糸
2□ 角針(ヘラ型針など)
①□ 弾機針/バネ針
②□ 針付縫合糸
3□ 鈍針
99□ その他(記載)＿＿＿＿
5□ 不明(わからない)
31b 下記のどの段階で縫合針による受傷をしましたか？
1 □ 自分で縫合時
2 □ 縫合の介助時など(他者が縫合時)
3 □ 渡す時
4 □ 受け取る時
5 □ 持針器での縫合針の角度調整や糸掛けなどの操作中
6 □ メーヨー台などに置いてある縫合針で
7 □ ニードルカウンター使用時
8 □ 糸結び時
10□ メーヨー台や術野などから落ちてきた針で
9 □ 床に落ちていた針で
99□ その他(記載)＿＿＿＿
32□ 再生使用する外科用メス(替え刃を含む)
45□ ディスポーザブル外科用メス
33□ 剃刀、刃
30□ ランセット(耳介・指・足底からの穿刺採血用)
3 □ 血液ガス専用の注射器の針
5 □ 点滴ラインの接続・増設等に用いる針
9 □ ルンバール針又は硬膜外針
10□ 何にも接続されていない注射針
11□ 動脈カテーテル誘導針
12□ 中心静脈カテーテル誘導針
51□ 鑷子、鉗子類(ヘモスタット/クランプ)
35□ はさみ(剪刀)
360□ 電気メス(針先)
361□ 電気メス(刃先)
362□ 電気メス(ループ)
46□ レトラクター、スキンフック、ボーンフック
47□ ステーブル/金属縫合糸
48□ ワイヤ(縫合/固定/ガイドワイヤ)
49□ ピン(固定/ガイドピン)
50□ ドリルビット/バー
13□ 鼓膜カテーテル誘導針
14□ その他の血管用カテーテルの針(心臓カテーテル等)
15□ その他の非血管用カテーテルの針(ドレーン留置時の挿入用針、眼科用等)
16□ ヒューバー針
34□ プラスチック製ピペット
37□ 骨切りメス
38□ 骨片
39□ 布鉗子
40□ マイクロトームの刃
41□ トロッカー(套管針)
42□ プラスチック製の吸引チューブ
43□ プラスチック製の検体容器・試験管
44□ 指の爪、歯
60□ 薬液アンプル
61□ 薬液バイアル
62□ 薬液ビン
63□ ピペット(ガラス)
64□ 吸引管(ガラス)
65□ 標本ビン(ガラス)
66□ ガラスの毛細管
67□ スライドグラス
4 □ その他、又は種類のわからない注射器の針
28□ 種類のわからない針
29□ その他の針(記載)＿＿＿＿
58□ 種類のわからない鋭利器材
59□ その他鋭利器材(記載)＿＿＿＿
78□ 種類のわからないガラス器材
79□ その他のガラス器材(記載)＿＿＿＿

14　原因器材が針・鋭利器材だった場合、その器材は安全機構付き器材でしたか？
1 □ はい　2 □ いいえ　3 □ 不明

14a)　安全機構の作動の有無は？
1 □ 完全に作動　2 □ 一部(部分的)作動
3 □ いいえ　4 □ 不明

14b)　受傷は安全機構作動のどの過程で生じましたか？
1 □ 作動前　2 □ 作動中
3 □ 作動後　4 □ 不明

15 受傷部位(3個までチェック可)



16 受傷の程度

1.1□ 出血なし
1.2□ 表在性(少量の出血)
2 □ 中程度(皮膚の針刺し・切創、中等量の出血)
3 □ 重症(深い針刺し・切創、著しい出血)

17 手袋の着用―手に受傷した場合、受傷時に手袋をしていましたか?

□1 一重の手袋
□2 二重の手袋
□3 手袋の着用なし

18 受傷者の利き手

1 □ 右手 2 □ 左手

19 HBs 抗体―あなた自身は HBs 抗体陽性ですか? (1 つだけチェック)

1 □ はい(ワクチン接種による)
2 □ はい(自然陽転あるいは既往疾患などによる)
3 □ いいえ
4 □ 不明

20 受傷に至るまでの状況を記載してください(原因に器具の不具合が含まれていた場合も明記して下さい)

21 (受傷者の方へ)器具が安全機構付き器材で無かった場合、安全機構があれば受傷は防げたと思いますか?

1 □ はい 2 □ いいえ 3 □ 不明

22 あなたはどのようにすればこの事例を防ぐことができたと思いますか?

西暦　　年　　月　　日

B.皮膚・粘膜汚染事例（一般用）　発生届

安全衛生委員会委員長　殿

院内感染に関する皮膚・粘膜曝露事例が発生しましたので、下記の通り報告致します。

所属長

部署＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

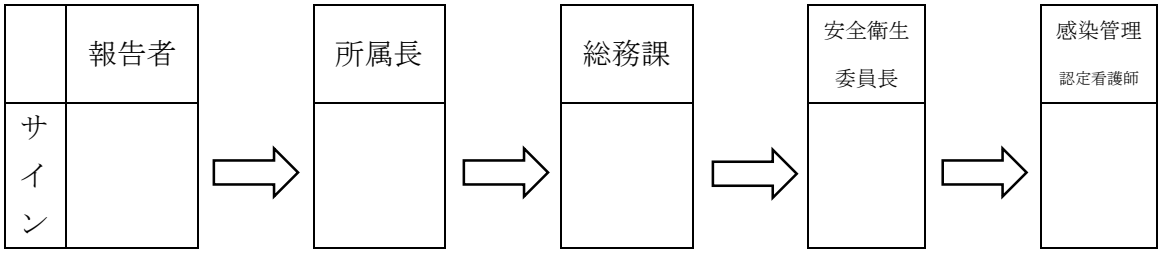
＜対策指示＞

・院内感染防止対策マニュアルに沿って、速やかなる対応をお願い致します。

安全衛生委員会委員長　大津　忠弘

＜発生届の流れ＞

※発生部署で１部保管のこと



・下記の順番で、速やかに届出を行ってください
・各担当者は、記載内容を確認のうえサインをしてください
・記載に際し不明な点は、感染対策室（PHS86237）にご相談ください

職業感染制御研究会
Exposure Prevention Information NETwork



血液・体液曝露
エピネット日本版 - Japan EPINet

B：皮膚・粘膜汚染報告書

(Version 4)

病院コード番号 □□□□□

院内報告番号 B□□□□□

1 報告者

■ 氏　名

■ ふりがな

■ 職員番号

■ カルテ番号

■ 所属部門
- 1 医師部門
- 2 病棟部門
- 3 外来部門
- 4 中材・手術部門
- 5 検査部門
- 6 放射線部門
- 99 その他

(記載)

■ 経験年数（　　年）

■ 性　別（男・女）

■ 年　齢（　　歳）

2 発生日時

発生日　西暦　　年　　月　　日

発生時間（24 時間制）　　時　　分頃

3 職種（1 つだけチェック）

- 1 医師（常勤・非常勤を含む）→
  - 1 内科
  - 2 外科
  - 3 麻酔科
  - 4 整形外科
  - 5 リハビリ科
  - 6 形成外科
  - 7 小児科
  - 8 産婦人科
  - 9 眼科
  - 10 皮膚科
  - 11 泌尿器科
  - 12 耳鼻咽喉科
  - 13 精神・神経科
  - 14 放射線科
  - 15 歯科・口腔外科
  - 16 脳神経外科
  - 17 腎透析部
  - 18 中央臨床検査
  - 19 救急部
  - 20 手術部
  - 99 その他

  (記載)
- 2 レジデント・研修医 →
- 3 医学生
- 4 看護師
- 5 准看護師
- 14 助産師
- 15 保健師
- 6 看護助手
- 7 看護学生
- 8 臨床検査技師
- 9 放射線技師
- 10 歯科医師
- 11 歯科衛生士
- 12 業務士（清掃・洗濯・廃棄）
- 13 薬剤師
- 99 その他

(職業記載)

4 発生場所（1 つだけチェック）

- 1 病室（集中治療室を除く）
  (病棟名記載)
- 2 病室外（廊下、ナースステーション等）
  (病棟名記載)
- 3 救急部門
- 4 集中治療室（術後回復室を含む）
- 5 手術部
- 6 外来診察室（処置室）
  (科名記載)
- 7 輸血部
- 8 中央採血処置室
- 9 透析室
- 10 特殊検査処置室（放射線・内視鏡・筋電図等の検査室）
- 11 中央検査部
- 12 病理解剖
- 13 中央材料室
- 14 分娩室
- 15 在宅
- 99 その他

(場所記載)

5 患者の確定-汚染源の患者が誰かわかっていますか？（1 つだけチェック）

- 1 はい（以下の項目にもお答え下さい）

(患者氏名又はイニシャル　　)

(患者カルテ番号)

入院・外来　□1.入院　□2.救急外来　□3.外来（救急を除く）　□4.不明

患者の検査結果				
	HIV	□陽性	□陰性	□未検査
	HCV	□陽性	□陰性	□未検査
	HBs 抗原	□陽性	□陰性	□未検査
	HBe 抗原	□陽性	□陰性	□未検査
	梅毒	□陽性	□陰性	□未検査
	ATLA (HTLV-1)	□陽性	□陰性	□未検査

- 2 いいえ
- 3 適切な回答なし（患者への使用前など）

6　汚染した体液―皮膚・粘膜はどの体液で汚染しましたか？
（該当項目全てチェック）

- [1] 血液又は血液製剤
- [2] 吐物
- [3] 痰
- [4] 唾液
- [5] 脳脊髄液
- [6] 腹水
- [7] 胸水
- [8] 羊水
- [9] 尿
- [99] その他

（記載）＿＿＿＿＿＿＿＿

7　汚染組織・状態　汚染したのはどこですか？
（該当項目全てチェック）

- [1] 無傷な皮膚
- [2] 傷のある皮膚（皮膚炎・擦り傷等）
- [3] 眼
- [4] 鼻
- [5] 口
- [99] その他

（記載）＿＿＿＿＿＿＿＿

8　汚染時の状況―血液・体液はどのようにして接触しましたか？

- [1] 防備していない皮膚・粘膜に触れた
- [2] 防衣や防具のすき間の皮膚に触れた
- [3] 防衣や防具を浸透して触れた
- [4] 白衣などの衣類を浸透して触れた

9　汚染時の防衣・防具―汚染したときどのような防衣・防具を付けていましたか？
（使用していた防衣・防具について該当項目を全てチェック、手袋の場合はブランド名を明記）

- [1] 手袋をしていなかった
- [2] 一重の手袋（ゴム／ビニール）（ブランド名）＿＿＿＿＿＿
- [3] 二重の手袋（ゴム／ビニール）（ブランド名）＿＿＿＿＿＿
- [4] ゴーグル
- [5] 眼鏡
- [6] 側面も保護する眼鏡
- [7] フェイスシールド
- [8] 手術用マスク
- [9] 眼保護付き手術用マスク
- [10] 手術用ガウン
- [11] ガウン（プラスチック／ビニール）
- [12] 検査・実験衣（布製）
- [13] 検査・実験衣

（その他記載）＿＿＿＿＿＿＿＿

- [99] その他

（記載）＿＿＿＿＿＿＿＿

10　汚染理由―汚染はどのように起こりましたか？

- [1] 患者から直接
- [2] 検体容器から漏れて／こぼれて
- [3] 検体容器が壊れて
- [4] IVチューブ／バッグ／ポンプから漏れて
- [5] 破れた手袋／ガウン等を通して
- [6] 栄養チューブ／その他のチューブが外れて／漏れて

（チューブ名記載）＿＿＿＿＿＿＿＿

- [7] その他の体液容器からこぼれて／漏れて（吸引ビン等）
- [8] 汚染していた器材に触れて
- [9] 汚染していた覆布／シーツ／ガウン等に触れて
- [10] 不明
- [99] その他

（記載）＿＿＿＿＿＿＿＿

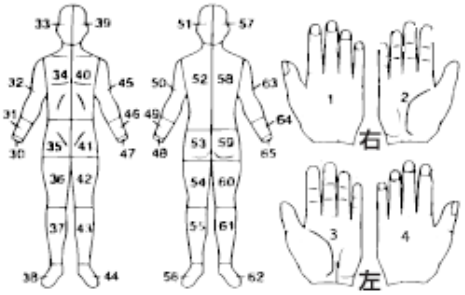
11　汚染時間―皮膚・粘膜はどの位のあいだ血液・体液に接触していましたか？

- [1] 5分未満
- [2] 5～14分間
- [3] 15分以上1時間未満
- [4] 1時間以上

12　接触量―皮膚・粘膜に接触した血液・体液の量はどの位でしたか？

- [1] 少量（5cc未満）
- [2] 中等量（5～50cc）
- [3] 大量（50cc以上）

13　汚染部位―図に汚染部位とその広がりを塗りつぶしてください。
身体部位番号域を越えた広範囲の汚染部位の場合、汚染の著しい順に、◎部位1、○部位2、△部位3.を記載します。



14　HBs抗体―あなた自身はHBs抗体陽性ですか？

- [1] はい（ワクチン接種による）
- [2] はい（自然陽転あるいは既往疾患などによる）
- [3] いいえ
- [4] 不明

15　緊急処置時汚染―緊急処置時（蘇生時を含む）の汚染でしたか？

- [1] はい
- [2] いいえ

裏面へつづく

16 汚染時の状況及び背景について、下記の(1)~(8)を含めて詳しく記載してください。
(1) 具体的な発生現場（階、病棟、ナースステーション等）
(2) 発生時にどのような仕事、行為をしていたか?
(3) 汚染原因の器材
(4) どのようにして発生したか?
(5) 特別な事情・状況・背景等
(6) 汚染後の処置、対応

17 あなたはどのようにすればこの事例を防ぐことができたと思いますか?（簡単に記載して下さい）

以下管理者記載

受傷による損失経費　　総計　　円

■検査費用（HBV、HCV、HIV、肝機能など）
1）該当患者に実施した検査　　円
2）受傷者に実施した検査　　円
小計　　円

■業務中断/職場離脱　　円

■代務採用経費　　円
合計　　円

■感染・発症予防措置の費用（HB 免疫グロブリン、抗 HIV 予防投薬など）　　円

■発症後の治療費用　　円
（治療内容）

公労災の申請
公務・労務災害補償を申請しましたか?（1 つだけチェック）
1 はい　　はいの場合、認定されましたか?
2 いいえ
1 はい
認定年月日　年　月　日
病休日数　日
就業制限　日
2 いいえ

西暦　　年　　月　　日

B.皮膚・粘膜汚染事例（手術室用）　発生届

安全衛生委員会委員長　殿

院内感染に関する皮膚・粘膜曝露事例が発生しましたので、下記の通り報告致します。

所属長

部署＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

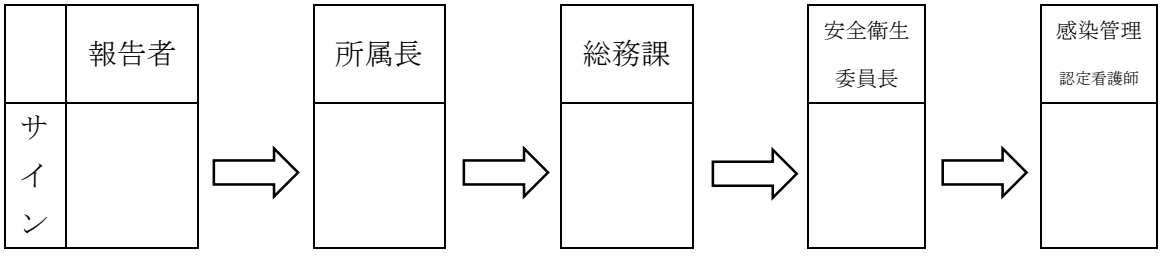
＜対策指示＞

・院内感染防止対策マニュアルに沿って、速やかなる対応をお願い致します。

安全衛生委員会委員長　大津　忠弘

＜発生届の流れ＞

※発生部署で１部保管のこと



・下記の順番で、速やかに届出を行ってください
・各担当者は、記載内容を確認のうえサインをしてください
・記載に際し不明な点は、感染対策室（PHS86237）にご相談ください

職業感染制御研究会
Exposure Prevention Information NETwork



エピネット日本版/手術部版-Japan EPINet/OR

BO:皮膚・粘膜曝露報告書/手術部用

(Japan EPINet/OR version 1.0)

病院コード番号 □□□□

院内報告番号 BO□□□□

1 報告者

■氏名
■ふりがな
■職員番号
■カルテ番号

■所属部門
1□ 医師部門　5□ 検査部門
2□ 病棟部門　6□ 放射線部門
3□ 外来部門　99□その他
4□ 中材・手術部門　(記載)

■経験年数(　　年)
■性別　(男・女)
■年齢　(　　歳)

2 発生日時

発生日	西暦	年	月　日
発生時間(24 時間制)		時	分
手術開始時間(24 時間制)		時	分
手術終了時間(24 時間制)		時	分

3 曝露した手術・診療科は？

1 □ 消化器外科
2 □ 心臓血管外科
3 □ 産科
4 □ 婦人科
5 □ 整形外科
6 □ 耳鼻科
7 □ 脳神経外科
8 □ 形成外科
9 □ 泌尿器科
10□ 歯科/口腔外科
12□ 眼科
13□ 呼吸器外科
99□ その他(記載)

3a 緊急処置時(蘇生時を含む)の曝露でしたか？

1 □ はい　2 □ いいえ

4 曝露時の術式は？

(記載)

4a 曝露したのは内視鏡/腹腔鏡を使用する手術でしたか？

1 □ はい　2 □ いいえ　3 □ 不明

5 職種(1 つだけチェック)

1.1□手術医(術者：受傷時にメインで処置を実施した者)
1.2□手術医(指導医)
2□ 手術医(助手)
3□ 手術医(初期・後期含む研修医)
5□ 麻酔医(指導者)
6□ 麻酔医(初期・後期含む研修医)
8□ 医学生-どの科を廻っていましたか？
□ 外科系　□ 麻酔科　□その他(記載)
9 □ 外廻り看護師
10□ 器械出し/直接介助看護師
11□ その他の役割の看護師
(役割記載)
12□ 看護学生
13□ 臨床工学技士
14□ 清掃担当者
99□ その他(記載)

6 曝露は麻酔業務時に発生しましたか？

1□ はい→どのような麻酔業務が行われていましたか？
(記載)
2□ いいえ

7 発生場所

1 □ 術前待機室
2 □ メーヨー台
2.1□ 器械台
3 □ バックテーブル
4 □ 手術部位
5 □ 手術部位のそば
6 □ 麻酔器
7 □ 麻酔台・カート
8 □ 手術台(患者への穿刺場面・静脈内投与など)
10□ 手術室の床
11□ 器材室
12□ 術後麻酔回復室
13□ 標本整理室
99□ その他
(記載)

8 患者の確定-曝露源の患者が誰かわかっていますか？

1 □ はい(以下の項目にもお答えください)

(患者氏名又はイニシャル)
(患者カルテ番号)

入院・外来	□1.入院		□2.救急外来	
	□3.外来(救急を除く)		□4.不明	
患者の検査結果	HIV	□陽性	□陰性	□未検査
	HCV	□陽性	□陰性	□未検査
	HBs 抗原	□陽性	□陰性	□未検査
	HBe 抗原	□陽性	□陰性	□未検査
	梅毒	□陽性	□陰性	□未検査
	ATLA(HTLV-1)	□陽性	□陰性	□未検査

2 □ いいえ
3 □ 適切な回答なし(患者への使用前など)

9　どの体液で曝露しましたか？(該当項目全てにチェック)
1 □ 血液又は血液製剤
2 □ 吐物／胃内容物
3 □ 痰
4 □ 唾液
5 □ 脳脊髄液
6 □ 腹水
7 □ 胸水
8 □ 羊水
9 □ 尿
10 □不明
99□その他(記載)＿＿＿＿＿＿＿＿

9a 曝露した体液は肉眼的に血液が混入していましたか？
1 □ はい　2 □ いいえ　3 □ 不明

10　曝露したのはどこですか？(該当項目全てチェック)
1 □ 損傷のない皮膚
2 □ 損傷のある皮膚(皮膚炎・擦り傷等)
3 □ 眼(眼粘膜)
4 □ 鼻(粘膜)
5 □ 口(粘膜)
99□その他(記載)＿＿＿＿＿＿＿＿

11　曝露時の状況-血液・体液はどのように皮膚・粘膜に曝露しましたか？
1 □ 防護していない皮膚・粘膜に触れた
2 □ 防護衣や防護具のすき間の皮膚・粘膜に触れた
3 □ 手袋が破れていたため皮膚・粘膜に触れた
4 □ 防護衣や防護具を浸透して触れた
5 □ 白衣などの衣類を浸透して触れた

12　曝露時にどのような防護衣・防護具を付けていましたか？(該当項目全てチェック)
1 □ 手袋をしていなかった
2 □ 一重の手袋(ゴム／ビニール)(ブランド名)
3 □ 二重の手袋(ゴム／ビニール)(ブランド名)
4 □ ゴーグル
5 □ 眼鏡(防護具ではないタイプ)
6 □ 側面も保護する眼鏡
7 □ フェイスシールド
8 □ 手術用マスク
9 □ 眼保護付き手術用マスク
10□ 手術用ガウン(ディスポーザブル)
11□ 手術用ガウン(リユース)
99□その他(記載)＿＿＿＿＿＿＿＿

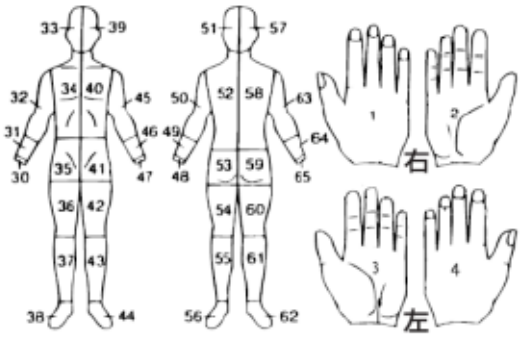
12a　手術用ガウンを付けていた場合どのような規格レベルでしたか？
1 □ レベル 1 （ スプレーインパクトテストで、クリティカルゾーンにあたる生地を透過する液体の重量が 4.5g 以下であること）
2 □ レベル 2 （スプレーインパクトテストで透過した液体の重量が 1.0g 以下であること。同時にハイドロプレッシャーテストでは少なくとも 20cm であること）
3 □ レベル 3 （スプレーインパクト）
4 □ レベル 4 （バクテリオファージ Phi-X174 へのバリア性能テストで、AQL 4%を示す必要があること）
5 □ 不明

13　曝露理由-曝露はどのようにして起こりましたか？
1 □ 患者から直接
2 □ 汚染していた器材に触れて
3 □ 汚染していた覆布／シーツ／ガウン等に触れて
4 □ 検体容器から漏れて／こぼれて
5 □ チューブ(血液、吸引、ドレイン、その他)からの漏れ、外れ、破損
6 □ バッグ／ポンプから漏れ、こぼれ、破損
7 □ 気管／鼻腔栄養チューブが破損、飛散
8 □ 吸引容器のこぼれ、漏れ、破損
9 □ その他の洗浄／容器のこぼれ、漏れ、破損
10□ その他、装置の誤作動や誤操作
11□ 不明
99□その他(記載)＿＿＿＿＿＿＿＿

14　曝露時間―皮膚・粘膜はどの位のあいだ血液・体液に接触していましたか？
1 □ 5 分未満
2 □ 5～14 分間
3 □ 15 分以上 1 時間未満
4 □ 1 時間以上

15　曝露量―皮膚・粘膜に接触した血液・体液の量はどの位でしたか？
1 □ 少量(5cc 未満)
2 □ 中等量(5～50cc)
3 □ 大量(50cc 以上)

16　曝露部位(3 個までチェック可)



17 HBs 抗体―あなた自身は HBs 抗体陽性ですか?
（1 つだけチェック）
1 □ はい（ワクチン接種による）
2 □ はい（自然陽転あるいは既往疾患などによる）
3 □ いいえ
4 □ 不明

18 曝露に至るまでの状況及び背景について詳しく記載してください（原因に器具の不具合が含まれていた場合も明記して下さい）

19 （曝露者の方へ）その他、工学的管理（安全機構付き器材）や作業的管理によって曝露は防げたと思いますか？
1 □ はい 2 □ いいえ 3 □ 不明

20 あなたはどのようにすればこの事例を防ぐことができたと思いますか？

社会福祉法人恩賜財団済生会支部埼玉県済生会加須病院			
文書名	ICT ラウンドフィードバック用紙		
文書番号	感対-共様-マニュアル P-11-1-220601	ページ	1 / 1

年　　月　　日

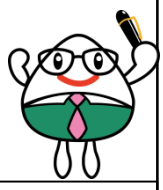


ICT ラウンド報告

部署＿＿＿＿＿＿

＜Good　Point＞ □廃棄物の分別が適切でした □リキャップがありませんでした □浸漬消毒が適切でした	＜フリーコメント＞
＜適切な廃棄物処理＞ □廃棄物が 8 割を超えていました □廃棄物の分別が不十分でした □ハザードマークの向きが不適切でした	＜フリーコメント＞
＜針刺し防止＞ □針をリキャップしていました □安全装置を作動していませんでした □針捨てボックスのフタが開いていました	＜フリーコメント＞
＜その他＞ □清潔操作中に手袋を着用していませんでした □マスクが適切に着用できていませんでした □器材の浸漬消毒が不十分でした □開封日の記載漏れの薬品がありました	＜フリーコメント＞

上記のチェック項目について「改善策・見直した点」を明記して、
2 週間以内（　　／　　）に ICT（小美野）まで提出してください。



記載者サイン：

再チェック日	評価	コメント・備考
年　　月　　日	良　・　不良	記載者サイン：

ご協力ありがとうございました　ICT

Q-1：委員履歴

院内感染防止対策委員会

2022 年 6 月 1 日～

院長	長原　光
院内感染防止対策委員長	西村　和幸
看護部長	鮎ヶ瀬　光子
感染対策室専従看護師	小美野　勝
薬剤科科長	増尾　直亮
専任薬剤師	佐藤　和樹
臨床検査科科長	猪浦　一人
事務部長	武田　一彦
医事課	内田　莉奈

2023 年 4 月 1 日～

院長	長原　光
院内感染防止対策委員長	西村　和幸
看護部長	鮎ヶ瀬　光子
感染対策室専従看護師	小美野　勝
薬剤科科長	増尾　直亮
専任薬剤師	佐藤　和樹
臨床検査科科長	猪浦　一人
事務部長	武田　一彦
医事課	古澤　孝仁

ICT 委員会			SSI 委員会		AST 委員会	
◆2022 年 6 月 1 日～			◆2022 年 6 月 1 日～		◆2022 年 6 月 1 日～	
西村　和幸	呼吸器内科 院内感染防止対策委員長	C		外科 委員長	西村　和幸	院内感染防止対策委員長 オブザーバー
永井　智仁	呼吸器内科 委員長	B	今中　康介	脳外科	永井　智仁	呼吸器内科 委員長
宮田　量平	外科	A	小林　裕	泌尿器科	味原　隆大	消化器内科
小美野　勝	感染対策室専従	－		整形外科	能木場　宏彦	腎臓内科
新井　博美	看護部	C	小美野　勝	感染対策室専従	菊池　保宏	循環器内科
萩原　良江	看護部	B	萩原　良江	看護部外来	橘　秀和	泌尿器科
辻　智恵子	臨床検査科	A	設楽　亜希子	看護部ＩＣＵ	宮田　量平	外科
佐藤　裕太	臨床検査科	A	増田　千春	看護部	今中　康介	脳神経外科
藤本　啓治	放射線科	B	新井　博美	看護部６西	佐藤　和樹	薬剤科
石川　雄一	臨床工学科	C	吉津　恵子	看護部４西	林　玄	薬剤科
橋本　光晴	臨床工学科	C	飯島　竜二	看護部５西	小美野　勝	感染対策室専従
佐藤　和樹	薬剤科	B	五十畑　紅音	看護部手術室	新井　博美	看護部
林　玄	薬剤科	A	佐藤　和樹	薬剤科	萩原　良江	看護部
土岐　麻由子	栄養科	B	辻　智恵子	臨床検査科	辻　智恵子	臨床検査科
富張　勝則	リハビリテーション科	C	内田　莉奈	医事課	佐藤　裕太	臨床検査科
宮村　健史	リハビリテーション科	A			藤本　啓治	放射線科
内田　莉奈	医事課	A			橋本　光晴	臨床工学科
		B			阿部　貴亨	臨床工学科
					ロウ　キン	栄養科
					富張　勝則	リハビリテーション科
					宮村　健史	リハビリテーション科
					内田　莉奈	医事課
◆2023 年 4 月 1 日～			◆2023 年 4 月 1 日～		◆2023 年 4 月 1 日～	
西村　和幸	呼吸器内科 院内感染防止対策委員長	C		外科 委員長	西村　和幸	院内感染防止対策委員長 オブザーバー
永井　智仁	呼吸器内科 委員長	B	今中　康介	脳外科	永井　智仁	呼吸器内科 委員長
木村　祐也	循環器科	A	小林　裕	泌尿器科	味原　隆大	消化器内科
原　仁司	外科	A		整形外科	能木場　宏彦	腎臓内科
小美野　勝	感染対策室専従	－	小美野　勝	感染対策室専従	菊池　保宏	循環器内科
新井　博美	看護部	C	吉田　麻里	看護部外来	橘　秀和	泌尿器科
吉田　麻里	看護部	B	設楽　亜希子	看護部ＩＣＵ	原　仁司	外科
辻　智恵子	臨床検査科	A	増田　千春	看護部	今中　康介	脳神経外科
佐藤　裕太	臨床検査科	A	新井　博美	看護部６西	佐藤　和樹	薬剤科
藤本　啓治	放射線科	B	長谷部　真琴	看護部６西	林　玄	薬剤科
橋本　光晴	臨床工学科	C	瀧澤　舞香	看護部４西	小美野　勝	感染対策室専従
阿部　貴亨	臨床工学科	C	阿部川絵美里	看護部４東	新井　博美	看護部
佐藤　和樹	薬剤科	B	飯島　竜二	看護部５西	吉田　麻里	看護部
林　玄	薬剤科	A	木村　隆一	看護部５東	辻　智恵子	臨床検査科
五十嵐　裕子	栄養科	B	桑山　翔太	看護部手術室	佐藤　裕太	臨床検査科
富張　勝則	リハビリテーション科	C	佐藤　和樹	薬剤科	藤本　啓治	放射線科
宮村　健史	リハビリテーション科	A	辻　智恵子	臨床検査科	橋本　光晴	臨床工学科
古澤　孝仁	医事課	A	古澤　孝仁	医事課	阿部　貴亨	臨床工学科
					五十嵐　裕子	栄養科
					富張　勝則	リハビリテーション科
					宮村　健史	リハビリテーション科
					古澤　孝仁	医事課