

# 鶴ヶ島在宅医療診療所院内感染対策指針

令和6年4月1日改訂

## 1. 総則

### 1-1. 基本理念

われわれ医療従事者には、患者の安全を確保するための不断の努力が求められている。医療関連感染の発生を未然に防止することと、ひとたび発生した感染症が拡大しないように可及的速やかに制圧、収束を図ることは医療機関の義務である。鶴ヶ島在宅医療診療所（以下「当院」とする）においては、本指針により院内感染対策を行う。

### 1-2. 用語の定義

#### 1) 院内感染

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

院内感染ではなく、市中感染という。

#### 2) 院内感染の対象者

院内感染の対象者は、入院患者、外来患者の別を問わず、見舞人、訪問者、医師、看護師、医療従事者、その他職員、さらには院外関連企業の職員等を含む。

### 1-3. 本指針について

#### 1) 策定と変更

本指針（院内指針、手順書と言うべきもの：以下同様）は院内感染対策委員会の議を経て策定したものである。また、院内感染対策委員会の議を経て適宜変更するものであり、変更の際には最新の科学的根拠に基づかなければならない。

#### 2) 職員への周知と遵守率向上

本指針に記載された各対策は、全職員の協力の下に、遵守率を高めなければならない。

- ① 院内感染対策委員会は、現場職員が自主的に各対策を実践するよう自覚を持ってケアに当たるよう誘導し、現場職員を教育啓発し、自ら進んで実践して行くよう動機付けをする。
- ② 就職時初期教育、定期的教育、必要に応じた臨時教育を通して、全職員の感染対策に関する意識を高め、重要性を自覚するよう導く。
- ② 定期的ラウンドを活用して、現場に於ける効果的介入を試みる。

#### 3) 本指針の閲覧

職員は患者との情報の共有に努め、患者およびその家族等から本指針の閲覧の求めがあった場

合には、これに応じるものとする。

## 2. 医療機関内における感染対策のための委員会等

院内感染対策委員会が中心となって、すべての職員に対して組織的な対応と教育・啓発活動をする。院内感染対策委員会は院長が委員長を務め、院内感染対策は委員会の検討を経て、日常業務化する。なお、本委員会は運用上、医療安全対策委員会と一体的に行うことも可とする。

### 1) 院長

院内感染対策委員会での検討を経て、必要な業務を決定し、日常業務として指定する。

### 2) 院内感染対策委員会の構成

以下のとおり組織する。

- ① 院長（委員長を務める）
- ② 副院長（副委員長を務める）
- ③ 看護課長
- ④ 院内感染管理担当者（看護師）
- ⑤ 委員（看護師、栄養士、理学療法士、介護士、事務）

※上記委員の中よりリーダー・サブリーダーを1名ずつ定める。

### 3) 院内感染対策委員会の業務

- ① 1か月に1回程度の定期的会議を開催する。緊急時は必要に応じて臨時会議を開催する。
- ② 感染対策を検討する。
- ③ 日常業務化された改善策の実施状況を調査し、必要に応じて見直しする。
- ④ それぞれの業務に関する規定を定める。
- ⑤ 実施された対策や介入の効果に対する評価を定期的に行い、評価結果を記録、分析し、必要な場合は、さらなる改善策を講じる。

### 4) 院内感染管理者について

院長が適任と判断した専任の院内感染管理者を置く。院内感染管理者は以下の職務を担当する。

- ① 定期的院内ラウンドを行って、現場の改善に関する介入、現場の教育／啓発、アウトブレイクあるいは異常発生の特定制圧、その他に当たる。
- ② 感染対策に関する権限を委譲されると共に責任を持つ。また、重要事項を定期的に院長に報告する義務を有する。
- ③ 重要な検討事項、異常な感染症発生時および発生が疑われた際は、その状況および患者／院内感染の対象者への対応等を、院長へ報告する。
- ④ 異常な感染症が発生した場合は、速やかに発生の原因を究明し、改善策を立案し、実施するために全職員への周知徹底を図る。
- ⑤ 職員教育（集団教育と個別教育）の企画遂行を積極的に行う。

### 5) その他

発生した院内感染症が、正常範囲の発生か、アウトブレイクあるいは異常発生かの判断がつきにく

いときは、管轄保健所や地域支援ネットワークなど外部の専門家などに相談する。

### 3. 院内感染に関わる従業者に対する研修

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

### 4. 感染症の発生時の対応と発生状況の報告

#### **4-1.アウトブレイクあるいは異常発生**

アウトブレイク（集団発生）あるいは異常発生が考えられるときは、院長または感染管理担当者に連絡し原因排除に努める。

- 1) 施設内の各領域別の微生物の分離率ならびに感染症の発生動向から、医療関連感染のアウトブレイクあるいは異常発生をいち早く特定し、制圧の初動体制を含めて迅速な対応がなされるよう、感染に関わる情報管理を適切に行う。
- 2) 必要に応じて地域支援ネットワークなど外部よりの協力と支援を要請する。
- 3) 報告の義務付けられている病気が特定された場合には、速やかに保健所に報告する。

#### **4-2.感染症発生時の対応**

- 1) 個々の感染症例は、専門医に相談しつつ治療する。
- 2) 感染症の治療に際しては、周辺への感染の拡大を防止しつつ、適切に実施する。
- 3) 院長の判断により、病棟・外来もしくは診療所全体の閉鎖の必要が生じた場合は、迅速に処理する。

### 5. 標準予防策

#### **5-1. 微生物汚染経路遮断**

微生物汚染（以下汚染）経路遮断策としての標準予防策および、付加的対策で詳述する感染経路別

予防策を実施する。

- 1) 血液・体液・分泌物・排泄物・あるいはそれらによる汚染物などの感染性物質による接触汚染 または飛沫汚染を受ける可能性のある場合には手袋、ガウン、マスクなどの個人用防護具 personal protective equipment (PPE) を適切に配備し、その使用法を正しく認識、遵守する。
- 2) 呼吸器症状のある患者には、咳による飛沫汚染を防止するために、サージカルマスクの着用を要請して、汚染の拡散を防止する。

## 5-2. 手指衛生

手指衛生は、感染対策の基本であるので、これを遵守する。

- 1) 手指衛生の重要性を認識して、遵守率が高くなるような教育、介入を行う。
- 2) 手洗い、あるいは、手指消毒のための設備／備品を整備し、患者ケアの前後には必ず手指衛生を遵守する。
- 3) 手指消毒は、手指消毒用アルコール製剤による擦式消毒、もしくは、石けんと流水による手洗いを基本とし、これを行う。
- 4) 目に見える汚れが付着している場合は必ず石鹸と流水による手洗いを行うが、そうではない場合は、擦式消毒で行う。しかし、アルコールに抵抗性のある微生物に考慮して、適宜石鹸と流水による手洗いを追加する。
- 5) ディスポーザブル手袋（Kenz-ラテックスグローブ等）を着用してケアをする場合の前後も、石鹸と流水による手洗いか、アルコール製剤による擦式消毒を行う。
- 6) 手拭きタオルはディスポーザブルのペーパータオルを使用する。

## 5-3.手袋

- 1) 血液・体液には、直接触れないように作業することを原則とする。血液・体液に触れる可能性の高い作業を行うときには、ディスポーザブル手袋を着用する。
- 2) 汚染した手袋でベッド、ドアノブなどに触れないよう注意する。
- 3) ディスポーザブル手袋は再使用せず、患者（処置）ごとの交換を原則とする。

## 5-4.個人的防護用具

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

## 5-5.環境清浄化

患者環境は、常に清潔に維持する。

- 1) 患者環境は質の良い清掃の維持に配慮する。  
さらに、院内の清潔を維持するために院内各所に設置してある空気清浄機を活用する。この空気

清浄機は各フロアごとに適宜清掃する。

- 2) 限られたスペースを有効に活用して、清潔と不潔との区別に心がける。
- 3) 流しなどの水場の排水口および湿潤部位などは必ず汚染しているものと考え、水の跳ね返りによる汚染に留意する。
- 4) 床に近い棚（床から 30cm 以内）に、清潔な器材を保管しない。
- 5) 手が高頻度で接触する部位は 1 日 1 回以上清拭または必要に応じて消毒する。
- 6) 床などの水平面は時期を決めた定期清掃を行い、壁やカーテンなどの垂直面は、汚染が明らかな場合に清掃または洗濯する。
- 7) 蓄尿や尿量測定が不可欠な場合は、汚物室などの湿潤部位の日常的な消毒や衛生管理に配慮する。
- 8) 清掃業務を委託している業者に対して、感染対策に関連する重要な基本知識に関する、清掃員の教育・訓練歴などを書面等で確認し、必要に応じて業務責任者より再教育を要請する。
- 9) 滅菌物の保管は 3 カ月間とし、汚染が起らないよう注意する。汚染が認められたときは、廃棄、あるいは再滅菌する。器具・器材は滅菌したドレープ上で滅菌手袋着用の上で取り扱う。

#### 5-6.リネン類

共有するリネン類（シーツ、ベッドパッド等）は、医療施行規則第 9 条の 14 の規定第 1 号から第 13 号に該当するリネン業者（(株) エラン）に委託するものとする。

#### 5-7.医薬品の微生物汚染防止

- 1) 血液製剤（ヒトエリスロポエチンも含む）や脂肪乳剤（プロポフォルも含む）の分割使用は行わない。
- 2) 生理食塩液や 5% ブドウ糖液などの注射剤の分割使用は細菌汚染のみならず、B 型肝炎や C 型肝炎などの原因にもなるので原則として行わない。もし分割使用するのであれば、冷所保存で 24 時間以内使用に留めることとする。
- 3) 経腸栄養剤の投与セットには、使用の都度の消毒または乾燥を行う。
- 4) 薬剤／医療器材の長期保存を避ける工夫をする。特に、滅菌物の保管・使用にあたっては注意を払う。

#### 5-8.消毒薬適正使用

消毒薬は、一定の抗菌スペクトルを有するものであり、適用対象と対象微生物を十分に考慮して適正に使用する。

- 1) 生体消毒薬と環境用消毒薬は、区別して使用する。ただし、アルコールは、両者に適用される。
- 2) 生体消毒薬は、皮膚損傷、組織毒性などに留意して適用を考慮する。
- 3) 塩素製剤などを環境に適用する場合は、その副作用に注意し、濃度の高いものを広範囲に使用しない。

- 4) 高水準消毒薬（グルタラールなど）は、環境の消毒には使用しない。
- 5) 環境の汚染除去（清浄化）の基本は清掃であり、環境消毒を必要とする場合には、清拭消毒法により汚染箇所に対して行う。

#### 5-9. 抗菌薬適正使用

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

- 1) 対象微生物と対象臓器の組織内濃度を考慮して適正量を投与する。
- 2) 分離細菌の薬剤感受性検査結果に基づく抗菌薬選択を行う。
- 3) 細菌培養等の検査結果を得る前でも、必要な場合は、経験的治療 empiric therapy を行わなければならない。
- 4) 必要に応じた血中濃度測定 therapeutic drug monitoring (TDM) により適正かつ効果的投与を行う。
- 5) 特別な例を除いて、1つの抗菌薬を長期間連続使用することは厳に慎まなければならない（数日程度が限界の目安）。
- 6) 抗メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）薬、カルバペネム系抗菌薬などの使用状況を把握しておく。
- 7) バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）、MRSA、多剤耐性緑膿菌（MDRP）など特定の多剤耐性菌を保菌している場合でも、無症状の症例に対しては、抗菌薬の投与による除菌は行わない。

### 6. 血管内留置カテーテル関連感染対策

- 1) 高カロリー輸液を調整する作業台は、アルコール等の消毒薬にて清潔な環境とする。
- 2) 混在調整した輸液製剤は 24 時間以内に使用する。
- 3) 刺入部の皮膚消毒は、10w/v ポピドンヨード、0.5w/v% クロルヘキシジンアルコールまたは 0.1 ~ 0.5w/v% グルコン酸クロルヘキシジンを使用し、消毒液を拭き取らず、消毒後は 2~3 分間時間を置いてから刺入する。
- 4) 刺入操作は、滅菌手袋と清潔なガウンを着用して無菌操作で行い、大きめの覆布を使用し、マスク、キャップなどのマキシマルバリアアプリケーションを行う。
- 5) 血液および血液製剤は、4 時間以内に投与し、脂肪乳剤は 12 時間以内に投与する。投与後の輸液ラインの交換は 24 時間以内に行う。
- 6) 輸液ラインは、クローズドシステムを使用し、三方活栓の使用は控える。
- 7) 輸液ラインの交換は、7 日に 1 回程度行う。
- 8) 側注する場合の注入口の消毒はアルコール綿（Kenz-スワブパッド等）を使用する。
- 9) 皮膚刺入部のドレッシングは透明フィルム（Kenz-サージフィルム等）を使用し、1 週間に 1 回交換を行う。滅菌ガーゼ（Kenz-サージパッド等）の場合には、2 日に 1 回交換を行う。

## 7. 尿路カテーテル関連感染対策

- 1) 尿路カテーテル挿入部を、シャワーや洗浄で清潔に保つものとする。
- 2) 尿路カテーテルの挿入は無菌操作で行い、無理な挿入は行わない。
- 3) 閉鎖式導尿システムを選択し、尿バッグは尿が逆流しないように膀胱部より低い位置に固定する。

## 8. 消化管感染対策

- 1) 糞便-経口の経路を遮断する観点から、手洗いや手指消毒を必ず行う。
- 2) 糞便や吐物で汚染された箇所は消毒を行う。
- 3) 床面等に嘔吐した場合は、手袋、マスクを着用して、重ねたティッシュで拭き取り、プラスチックバッグ（ビニール袋）に密閉する。汚染個所の消毒は 10%次亜塩素酸ナトリウムを使用し、平滑な表面であれば、10%溶液の 100 倍希釈液を、カーペット等は 20 倍希釈液 (5,000ppm) を使用し、10 分間接触させる。表面への影響については、消毒後に、院長に相談を行う。
- 4) 汚染箇所を、一般用掃除機で清掃することは、汚染を空気中に飛散させる原因となるので行わない。

## 9. 感染経路別予防策

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

### **9-1. 各感染経路別疾患**

- 1) 空気感染（粒径  $5\mu\text{m}$  以下の粒子に付着。長時間、遠くまで浮遊する）
  - a. 麻疹
  - b. 水痘（播種性帯状疱疹を含む）
  - c. 結核
  - d. 重症急性呼吸器症候群（SARS）、高病原性鳥インフルエンザ等のインフルエンザ、ノロウイルス感染症等も状況によっては空気中を介しての感染の可能性あり
- 2) 飛沫感染（粒径  $5\mu\text{m}$  より大きい粒子に付着、比較的速やかに落下する）
  - a. 侵襲性 B 型インフルエンザ菌感染症（髄膜炎、肺炎、喉頭炎、敗血症を含む）
  - b. 侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎、肺炎、敗血症を含む）
  - c. 重症細菌性呼吸器感染症
    - ① ジフテリア（喉頭）
    - ② マイコプラズマ肺炎
    - ③ 百日咳

- ④ 肺ペスト
  - ⑤ 溶連菌性咽頭炎、肺炎、猩紅熱（乳幼児における）
  - d. ウイルス感染症（下記のウイルスによって惹起される疾患）
    - ① アデノウイルス
    - ② インフルエンザウイルス
    - ③ ムンプス（流行性耳下腺炎）ウイルス
    - ④ パルボウイルス B19
    - ⑤ 風疹ウイルス
  - e. 新興感染症
    - ① 重症急性呼吸器症候群（SARS）
    - ② 高病原性鳥インフルエンザ
    - ③ 新型コロナウイルス（COVID-19）
  - f. その他
- 3) 接触感染（直接的接触と環境／機器等を介しての間接的接触とがある）
- a. 感染症法に基づく特定微生物の胃腸管、呼吸器、皮膚、創部の感染症あるいは定着状態（以下重複あり）
  - b. 条件によっては環境で長期生存する菌（MRSA、 Clostridium difficile 、 Acinetobacter baumannii 、 VRE、MDRP など）
  - c. 小児における respiratory syncytial (RS) ウイルス、パラインフルエンザウイルス、ノロウイルス、その他腸管感染症ウイルスなど
  - d. 接触感染性の強い、あるいは、乾燥皮膚に起こりうる皮膚感染症
    - ① ジフテリア（皮膚）
    - ② 単純ヘルペスウイルス感染症（新生児あるいは粘膜皮膚感染）
    - ③ 膿痂疹
    - ④ 封じ込められていない（適切に被覆されていない）大きな膿瘍、蜂窩織炎、褥瘡
    - ⑤ 虱寄生症
    - ⑥ 疥癬
    - ⑦ 乳幼児におけるブドウ球菌
    - ⑧ 帯状疱疹（播種性あるいは免疫不全患者の）
    - ⑨ 市井感染型パントン・バレンタイン・ロイコシジン陽性（PVL+）MRSA 感染症
  - e. 流行性角結膜炎
  - f. ウイルス性出血熱（エボラ、ラッサ、マールブルグ、クリミア・コンゴ出血熱：これらの疾患は、最近、飛沫感染の可能性があるとされている）

## 9-2. 患者隔離

感染症患者の隔離により他の患者を病原微生物から保護する。

- 1) 空気感染する感染症では、患者を換気扇の付いた個室に収容する。
- 2) 飛沫感染する感染症では、患者を個室に収容するのが望ましい。個室に収容できない場合には、患者にサージカルマスク（Kenz-サージカルマスク等）を着用してもらうか、または、多床室に集団隔離（コホート看護）する。多床室においては、カーテンの活用を考慮する。
- 3) 接触感染する感染症では、技術的隔離を原則とし、交差汚染を起こさないよう十分注意をする。汚染が飛散する危険性のあるときは、個室隔離等も考慮する。
- 4) 感染リスクの高い易感染患者を個室収容する場合には、そこで用いる体温計、血圧測定装置などの用具類は、他の患者との共用は避け、専用のものを配備する。

## 1 0. 地域支援

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

- 1) 地域支援ネットワークを充実させ、これを活用する。
- 2) 対策を行っているにもかかわらず、医療関連感染の発生が継続する場合もしくは院内のみでは対応が困難な場合には、地域支援ネットワークに速やかに相談する。

## 1 1. 予防接種

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

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

## 1 2. 職業感染防止

医療職員の医療関連感染対策について十分に配慮する。（5-2. をも参照）

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

### 13. 患者への情報提供と説明

患者本人および患者家族に対して、適切なインフォームドコンセントを行う。

- 1) 疾病の説明とともに、感染防止の基本についても説明して、理解を得た上で、同意を得る。
- 2) 必要に応じて感染率などの情報を公開する。

#### **更新履歴**

平成19年8月1日：制定

令和元年6月1日：校閲

令和2年4月1日：改訂

令和3年4月1日：更新

令和4年4月1日：更新

令和6年4月1日：改訂