

## <個室の備品>

### ○室内

プラスチックエプロン	3枚
エプロン掛け	1
ペーパータオル	1箱
ディスポ手袋	1箱
酒精綿	1箱
汚染廃棄物入れ	3個
イソジンスクラブ	1瓶
噴霧用アルコール	1瓶

### ●入り口

ディスポキャップ	1箱
ディスポマスク	1箱
ウェルパス	1瓶

尚、4人部屋に収容した患者さんについては、処置の内容に応じてエプロンや手袋を持って行く。

## <処置・回診>

1. 回診や処置の順番は最後にする。  
[清潔→汚染の原則]
2. 事前に石鹼と流水で手洗いをする。
3. 感染巣の処置など汚染される可能性のある場合はディスポ手袋とプラスチックエプロンを使用する。
4. 喀痰吸引はディスポカテーテルを使用し、その都度廃棄する。
5. 処置後は石鹼と流水で手洗い、ペーパータオルを使用、退室時はウェルパスで手指を消毒する。

[1処置→1手洗いの原則]

### <室内清掃>

1. 日常の清掃は、委託業者に任せてよいが、専用モップで2バケツ1モップ方式で行う。
2. ベッドの下や車輪の周りの埃をきちんと取り除いているかチェックする。
3. 汚染の激しい床や壁は看護助手が消毒用アルコールまたは0.02%の次亜鉛素酸ナトリウムで拭き取る。
4. ベッドやマットレスは通常の清拭をし、血液・体液が付着した部分は0.02%の次亜鉛素酸ナトリウムで拭く。

### <器具類の処理>

1. 耐熱性、非耐熱性に拘らず滅菌再利用する物は洗剤と温湯で洗浄した後に滅菌室に提出する。
2. 病棟管理の器材は、耐熱性の物は熱湯消毒（80度、10分間）をし、非耐熱性の物は水洗いをする。血液・体液で汚染された物は0.02%次亜鉛素酸ナトリウムで拭き取る。

# 院内感染予防は 自分の汚染・感染防止から

院内感染予防の第一歩  
接触感染防止は可能です



手の清潔を守る

自分の髪の毛、顔、耳等に触れた手は  
抵抗力の弱った患者さんにとって恐い感染源です  
業務時間中は手で首から上を触らない！  
感染源に触れた手はすぐに洗いましょう！

接触感染の防止は  
手洗いから！

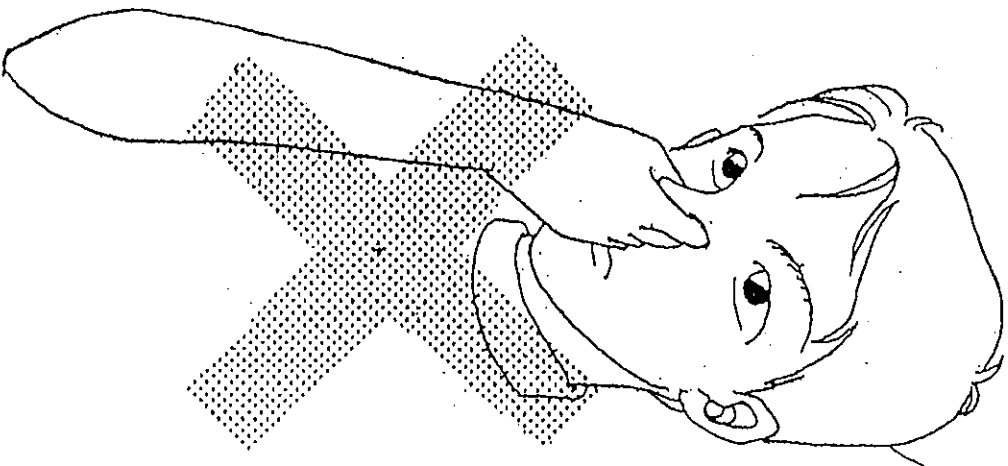
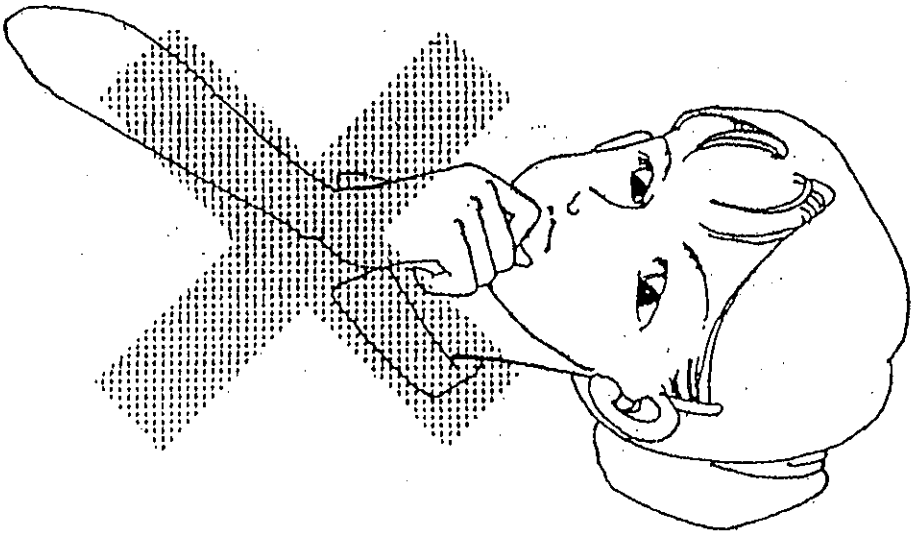
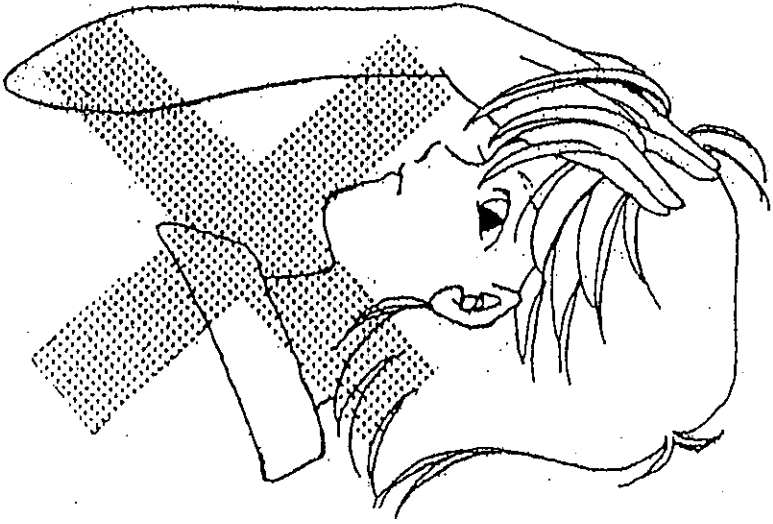
一処置  
↓  
一手洗い

整理整頓！

清潔作業  
↓  
汚染作業

不要物品は  
置かない！

注意事項 業務中に首から上へ手をあげてはいけません



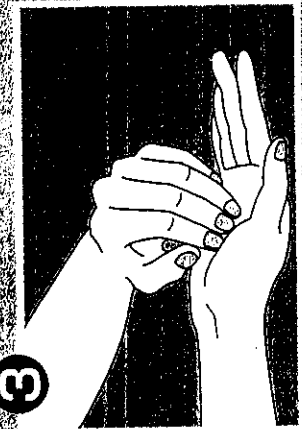
■図2 手洗い・手指消毒の手順



両手のひらをよぶ。



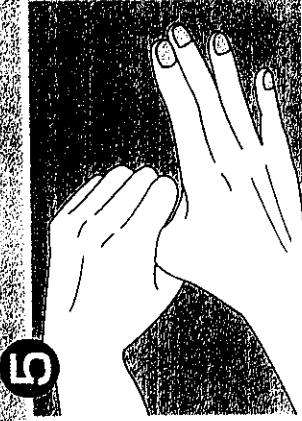
手の甲をまかくする。



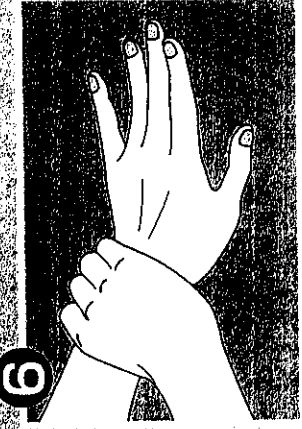
指先、爪の内側を十分に



指の間も十分に

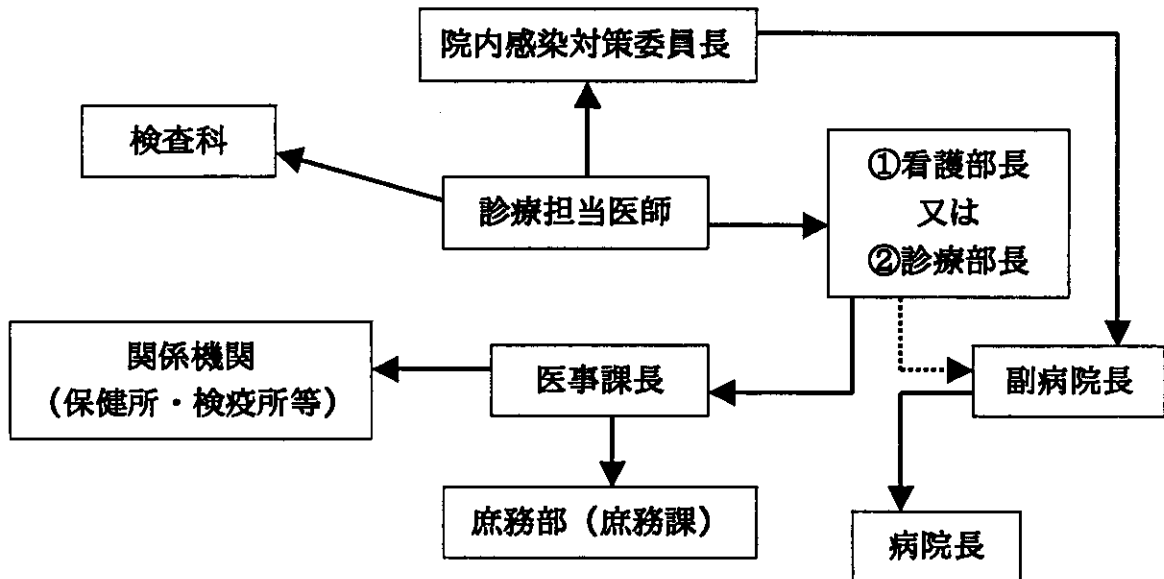


親指と手のひらをねじり洗い



手首も忘れずに！

## 重篤な感染者・感染症患者発生時の連絡



臨床症状等から強い病原性の病原体感染症（例；一類感染症、二類感染症、結核症、三類感染症、四類感染症の一部等）が推定され、周囲への感染防止対策が極めて重要と判断される症例や集団感染症に遭遇した場合は、病原体の確定前の擬似状況にあっても診療担当医師（困難な場合には診療医師2名の協議）の判断により上記の連絡系統に従って直ちに報告する。

連絡を受けた院内感染対策委員長は病院幹部と協議し、対応策を速やかに決定する。院内で病原体の確定が困難な場合等は関係機関と迅速・密接に連携する。

## 国立仙台病院院内感染防止対策委員会規程

### (設置)

第1条 国立仙台病院に院内感染防止対策委員会（以下「委員会」という）を置く。

### (目的)

第2条 この委員会は、国立仙台病院における院内感染防止対策を推進するため、計画の立案、実施及び調整を行うことを目的とする。

### (構成員等)

第3条 本委員会は次に掲げる職員をもって構成する。

#### (1) 官職指定の者

院長、副院長、診療部長、事務部長、看護部長、麻酔科医長、臨床検査科長、庶務課長、会計課長、医事課長、副看護部長1名、小児病棟及び中央材料室の看護婦長、外来看護婦長、中央手術室看護婦長、細菌検査主任技師

#### (2) 院長指名の者

医長及び医師の代表11名、薬剤師の代表1名、看護婦長の代表4名

#### (3) 委員長は委員の互選とする。

### (付議事項)

第4条 本委員会は、次の事項を立案、実施する。

(1) 院内感染防止に関すること。

(2) 院内感染防止の職員教育に関すること。

(3) 院内感染発生時における対策に関すること。

(4) 院内感染防止のための専門委員会の設置に関すること。

(5) その他院内感染防止上必要と認められること。

### (開催)

第5条 本委員会は毎月1回開催する。

### (専門委員会の設置)

第6条 本委員会は、第4条(4)の規程に基づき院内感染に関わる事項で特別に対策を必要とする事項について、専門委員会を設置することができる。

### (報告)

第7条 院長は委員会で審議された事項を管理会議等通じ職員に周知させる。

### (議事の記録)

第8条 委員会の議事記録及び保管は、医事課がこれにあたる。

附則 この規程は、平成8年4月1日より施行する。

## 院内感染対策チーム規程

### (設置)

第1条 院内感染防止対策委員会規程第6条に基づき、院内感染防止対策委員会（以下「委員会」という）の下に院内感染対策チーム（以下「ICT」という）を置く。

### (構成)

第2条 ICTは、医師、看護婦、臨床検査技師、薬剤師、事務職員で構成し、3チームを編成する。ICTのリーダーは医師が行い、リーダーは特に必要と認める職員をICTに加えることが出来るものとする。

### (業務)

第3条 ICTの業務は次のとおりとする。

#### (1) 院内感染発生状況の把握

細菌検査室及び病棟より報告される院内感染情報の把握と分析を行う。

#### (2) 院内感染予防対策

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。

#### (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・啓蒙

院内感染対策に関して職員の教育・啓蒙及び感染対策マニュアル・ガイドラインの作成を行う。

#### (5) 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する。

### (記録)

第4条 対策チームの指摘・指導事項等の記録保管は医事課があたるものとする。

附則 この規程は、平成12年3月1日より施行する。



ICT巡回：第1班 平成12年11月7日(火)

調査事項	東5病棟	東4病棟	東3病棟	東2病棟	小児病棟	母子医療センター
環境サーベイランス 水回りの状況	洗面台：夜間乾燥	花はち、固形石鹸がある。			石鹸	
清掃状況	土・日や担当が変わると きちんとされない	掃除がきちんとされない。				
物品を置かないという意識	なし			床すみにゴミ		
職員サーベイランス 手洗いの意識、実施状況	感染症がいるため、意識も 高まり、手洗い実施している。	薬液手洗いを実施している	手洗い実施している。	手洗い実施している。	手洗い実施している。	手洗い実施している。
ユニバーサルリコモーション への職員意識	リフタナーズ知らない。	スタンプナーズ知らない。	スタンプナーズへの浸透は 不明	スタンプナーズへの浸透は 不明	スタンプナーズへの浸透は 不明	
医療廃棄物サーベイランス 廃棄物の分別	良	良	良			
感染性廃棄物の処理状況	良	良	良			
リフタナーズの活動状況	手洗いや清潔区の手かき 実施	声かけは構長がしている。 ビニールエプロン早くほしい。	リフタナーズの勉強会の 頻度、スタンプへ伝達	勉強会の伝達を今後検討 していきたい。		

ICT巡回：第2班 平成12年11月7日(火)

調査事項	救急外来	南6階病棟	南5階病棟	南4階病棟	中央手術室	救命救急センター
環境サーベイランス 水回りの状況		ナースステーションの清掃に力を 入れた結果、MRSAが減少した。				陰部清拭の洗浄ピンを手洗 いの所に置いている。 手洗いと注射準備が近い。 水回りの改善がなされてい
清掃状況						
物品を置かないという意識		紙オムツが床にあった。 モップ、ホウキの置き場所の 検討	尿器が床に置いてあった。	経管栄養カテーテルの先端 がシンク面についている。 記録室、処置室が雑然。 整理整頓が必要	床に置いたものはアルコール にて拭いている。	
職員サーベイランス 手洗いへの意識、実施状況	一行為一手洗いになっていない。 ポスターを貼っていない。	一処置毎手袋着用(オムツ送 るため) 見ため)	手洗いの実施がきちんと されている。			手洗いの実施がきちんとな されている。
ユニバーサルプリコーション への職員意識	意識を十分にもっていない。 理解不十分	検温時も手袋着用であった。 疑問				
医療廃棄物サーベイランス 廃棄物の分別	分別をきちんとしていない。	良	良			良
感染性廃棄物の処理状況		良	良			良
リンナーズの活動状況	啓蒙意識が十分でない。		伝達を行っている。 手順の見直し	感染防止の意識が少ない。	看護研究で行っているので 積極的にやっている。	良

ICT巡回：第3班 平成12年11月8日(水)

調査事項	西6階病棟	西5階病棟	西4階病棟	西3階病棟	西2階病棟
環境サーベイランス 水回りの状況					
清掃状況		掃除汚い。 トイレが土・日とか人が変わる ので汚い。			
物品を置かないという意識	洗面器等を床に置いている 病室もある。				床にコートがはっている。
職員サーベイランス 手洗いへの意識、実施状況	HIVの人はしていない。 I手袋装着して採血していない。				手洗いとても徹底されている。 意識づけになっている。
エニバーサルプリクレーション への職員意識	MRSAの人は手袋して採血 している。 手袋が手洗していないので使 してはいけない。	採血時手袋している。 MRSAで必ず手袋はしてい ない。	MRSAはきかえなし 帽子なし エプロンのみ必要	意識されている。	採血時手袋していない。
医療廃棄物サーベイランス 廃棄物の分別		良	良	ボックス型ゴミ箱設置	
感染性廃棄物の処理状況		針ボックスのフタが汚い。	良	感染性は手でさわらないよ うに注意した。	ゴミ多い。
リンクナースの活動状況		勉強会の伝達をした。	手洗いの徹底のため用紙を 作成した。 IWHの方法を検討した。	意識しているが浸透してい ない。 MRSAエプロン使用 はきかえなし	



平成 12 年度厚生科学研究新興・再興感染症事業「院内感染の発症リスクの評価及び効果的な対策システムの開発等に関する研究」 分担研究報告書

国立金沢病院呼吸器科 木部 佳紀

## 1. 当院の概要

金沢市（人口 45 万 5 千人）の中心街よりわずか離れた東側の台地に位置し、日本三名園の一つである特別名勝兼六園に隣接し、旧前田藩家老職の奥村氏邸跡にある。診療圏は石川県を中心に福井・富山県の北陸地区一帯に及んでいる。

医療法承認病床数。一般 717 床、精神 48 床。入院定床 665 床。ほぼすべての診療科標榜のある総合病院。厚生省の政策医療としては 8 分野を担当する。血管病センター、がん治療センターを併せ持ち、血管病を研究テーマとした臨床研究部を併設する。ICT はまだ設置されておらず、医師 3 名、婦長 1 名、検査職員 1 名からなる実務チームが実際の ICT 活動を行っている。看護部では各部門の代表者からなる院内感染対策会議を月に 1 回開催している。

呼吸器科の患者が主に収容されている内科病棟で MRSA の院内感染が発生した。病棟の病床数は 53 床。うち呼吸器科が 24 床、内科（内分泌・代謝）が 29 床に配分されている。医師は呼吸器科 3 名（うち 1 名はレジデント）、内科 2 名、看護婦は 17 名である。夜勤（準夜勤・深夜勤）は 2 名で行っている。

## 2. 作業書の作成

今回 MRSA 院内感染が問題となった内科病棟を対象に作業書作成を試みた。平成 12 年 8 月から 11 月初旬にかけ病棟内で MRSA 保菌者が 53 名中 8 名に達した。この間の延べ保菌者数は 13 名、うち 6 名で院内感染の可能性が示唆された。これを受けてまず病棟内に勤務する医師・ナースを含めた対策検討会を開催し、具体的な問題点を洗い出し、どのような対策を講じたらよいかを検討した。また院内感染管理実務者会議（実質的な ICT 活動を行っている）が開催され、各担当者の意見を集約した。

## 3. 作業書の実際

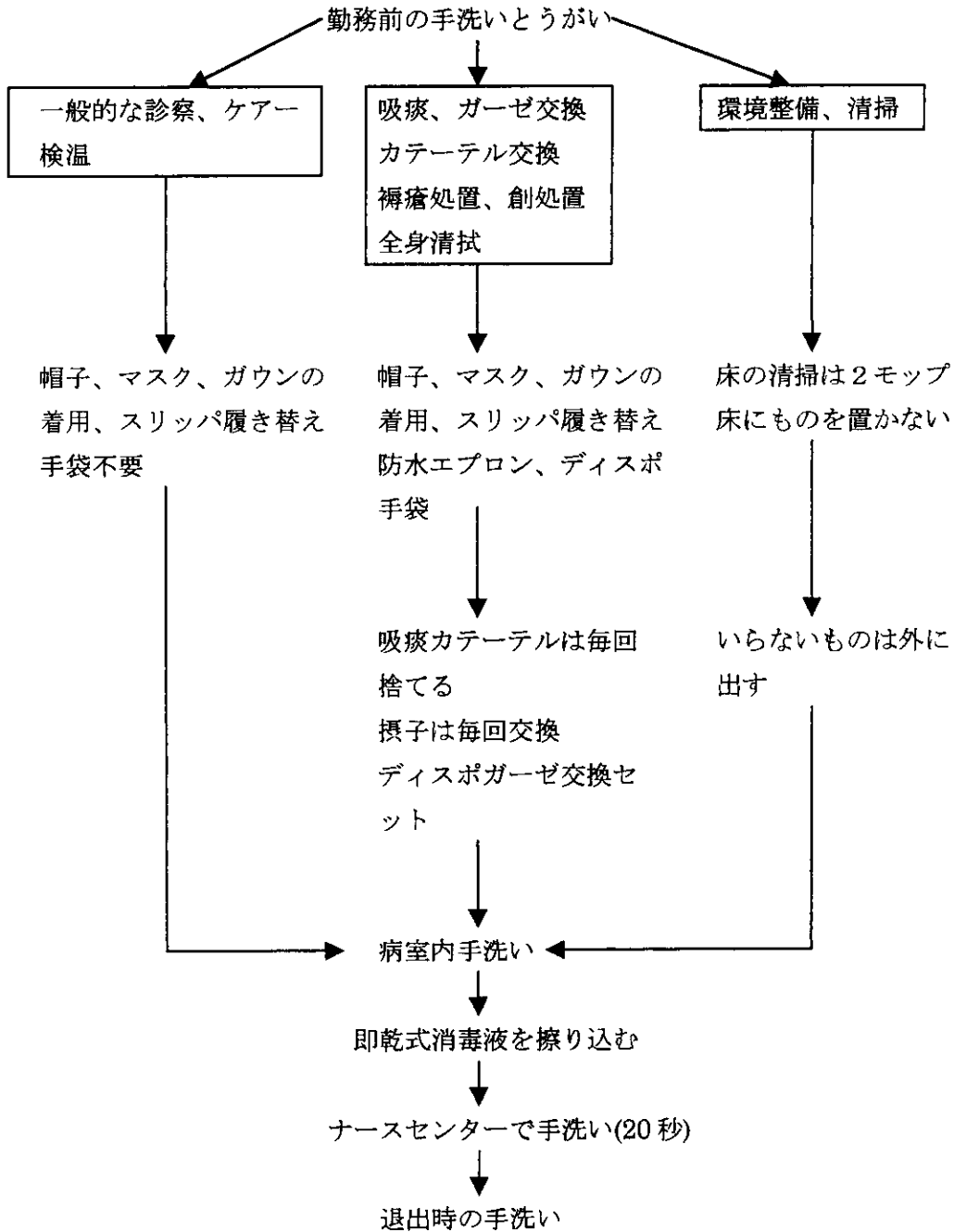
### 1) MRSA 保菌者多発時の勤務態勢

- ・MRSA 保菌者が数名に減るまでナースのチーム編成を MRSA 専任チームと一般患者担当チームに分け、MRSA 専任チームは保菌者のケアにのみに当たる。（ただし日勤のみ）
- ・MRSA 専任チームはナースキャップをやめ、手術用のディスポーザブルキャップをかぶる。
- ・出勤時と退出時の手洗いとうがいを徹底するためのチェックリストを作成する。
- ・吸引瓶、酸素吸入用加湿器をディスポーザブルにする。

### 2) 現場での作業書

病院全体として作成されたマニュアルは詳細な記載があるが、スタッフ各自がすべてを把握するのは困難である。そこで記載を病棟業務における必要最小限の項目のみと

し、誰もが実行しやすい形のフローチャート式の作業書を作成してみた。



### 3) 物品の管理

MRSA 保菌者を収容する病室に持ち込む物品のリストを作成し、余計なものを持ち込まないようにした。

#### MRSA の部屋に常備するもの

- |             |     |            |     |         |     |
|-------------|-----|------------|-----|---------|-----|
| 1. 体温計      | 1本、 | 2. 血圧計     | 1台、 | 3. 聴診器  | 1本、 |
| 4. ガウン      | 2着、 | 5. ガウン掛け   | 1台、 | 6. スリッパ | 2足、 |
| 7. イソジンスクラブ | 1瓶、 | 8. ペーパータオル | 1式、 |         |     |
| 9. ディスポ手袋   | 1箱、 | 10. アルコール綿 | 1箱、 |         |     |
| 11. 汚染廃棄物入れ | 3個、 | 12. オートモップ | 1本、 |         |     |
| 13. ボールペン   | 1本、 | 14. メモ用紙   | 数枚、 |         |     |
| 15. はさみ     | 1個、 | 16. 採血用品   | 1式  |         |     |

#### 必要に応じて入れるもの

- |            |     |                   |     |  |  |
|------------|-----|-------------------|-----|--|--|
| 1. ディスポ吸引瓶 | 1式、 | 2. 吸痰チューブ         | 1箱、 |  |  |
| 3. ガラスコップ  | 1個、 | 4. SpO2 測定器       | 1個、 |  |  |
| 5. 心電計     | 1式、 | 6. レッドタッド (心電図電極) | 1式、 |  |  |
| 7. 口腔ケア用品  | 1式、 | 8. 酸素流量計          | 1式、 |  |  |
| 9. 精製水     | 1瓶、 | 10. 陰洗用ボトル        | 1瓶  |  |  |
| 11. 氷枕の氷入れ | 1個、 | 12. 点滴棒           | 1本  |  |  |

#### その都度もって入るもの

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| 1. ゴミ箱用ビニール袋     | 2. オートモップ用シート |
| 3. ハイゼガーゼ (紙ガーゼ) |               |

#### 部屋の前に置くもの

- |                 |    |
|-----------------|----|
| 1. ディスポーザブルキャップ | 1箱 |
| 2. ディスポーザブルマスク  | 1箱 |
| 3. バケツ          | 1個 |





## 標準予防策（スタンダードプレコーション）

<p>標準予防策は、患者から医療従事者へ、医療従事者から患者へ、患者から患者への病原体の伝播を防止のための基本的な感染対策である。 対象は入院患者全員である</p>	
病室	通常の病室
エプロン	<p>患者の湿性生体物質（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は着用する。 通常の吸痰操作では着用しなくてもよい。痰量が著しく多く、飛び散る可能性が高い場合着用する。（カンファレンスで統一していく）</p> <p>* 湿性生体物質を、【感染性】【非感染性】と分けて考えない。 防水性エプロンを使用する（綿製エプロンは使用しない）。 防水性エプロンは、ディスポ扱いとする。</p>
マスク	<p>不要</p> <p>但し、咳嗽が著しく、飛沫汚染で口腔・鼻腔粘膜曝露が考えられる時には必要。</p>
手袋	<p>湿性生体物質に接触する場合は着用する。 以下の処置時に装着する 清拭・陰洗・オムツ交換・吸引・廃液処理</p>
手洗い	<p>湿性生体物質に接触した後は、手袋の装着に関わらず衛生的手洗いを実施する。 処置の前後に衛生的手洗いを実施する。</p>
使用后器材	<p>発生場所から速やかに、一時洗浄の場所へ運び、洗浄液（ヘプタゴン）に浸水する。 ※水10リットルに対しヘプタゴン160ml 体液・血液付着がある場合、流水下で洗い流してから浸水する。</p>
食器類	通常の熱処理（そのまま返却）
機器	<p>湿性生体物質で汚染された場合は速やかに洗浄・消毒剤（ヘプタゴン）でスプレーし清浄化する。</p>

リネン	<p>マットレス及び枕は防水性カバーを使用し、その上にベットメイキングをする。(ない場合はそれに変わるものを用意する)</p> <p>湿性生体物質で汚染された場合は、速やかに交換する。</p> <p>汚染リネン及び患者衣類はビニール袋に密封して搬送する。</p> <p>各セクションでの洗浄・消毒は禁止する。</p> <p>カーテン等は、目に見えて汚染がない限り交換を必要としない。</p>
ベット清掃	<p>水5リットルに対しディメンジョンⅡ20mlの液で拭き掃除ペーパータオル使用する。</p> <p>血液汚染のある場合はヘプタゴンスプレーにて速やかにふき取る。(2回法)</p> <p>患者退室後も、同様の方法で拭き掃除を行う。</p>
便器・尿器	<p>使用后、洗浄・消毒剤で清浄化する。(ディメンジョンⅡ)</p> <p>その後、よく乾燥させる。</p> <p>又は、ベットパンウォシャーを使用する。</p>
感染性廃棄物	<p>鋭利なものや注射器は、シャープコンテナーに入れる。</p>
清掃	<p>日常清掃1回/日</p> <p>室内の埃・ごみを除去する。(ダストモップ)</p> <p>洗浄・消毒剤を使用し、高いところから低いところへと拭き掃除を行う。</p> <p>湿性生体物質で汚染されたら、速やかに清浄化する。</p> <p>(ヘプタゴンのスプレー)</p>

## 感染経路別予防策

### I. 接触感染予防策（コンタクトプレコーション）

<p>代表的感染症及び病態：アデノウイルス・RSウイルス・O-157・ロタウイルス                  エボラ出血熱・疥癬・ウイルス性結膜炎・しらみ症・水痘                  带状疱疹・単純ヘルペス・ラッサ熱                  多剤耐性菌感染症（MRSA・VREなど）・                  感染性下痢症状のある時                  オムツあるいは失禁状態の便を扱う時                  感染性皮膚疾患で落屑、排膿がある時                  体液・膿を伴う創を扱う時（感染創・褥創・熱傷皮膚など）</p>	
<p>標準予防策を適応し、以下の基準を付け加えること</p>	
病室	<p>感染症患者は個室を使用する。ドアは開けておく                  必要時以外病室を出ない。                  病室前に予防策別を表示する。                  集団隔離は可能。                  保菌者・創傷部で被覆できるものは標準予防策とする。</p>
エプロン	<p>医療従事者の衣類の汚染が考えられないときは必要としない。                  汚染が考えられるときは使用し、使用後は感染性廃棄物として捨てる。                  防水性エプロンを使用する。</p>
マスク	<p>不要</p>
手袋	<p>汚染された区域（患者から1m以内）・機材に接触がある時には入室時に着用する。                  手荒れのあるスタッフは、入室時に着用する。</p>
手洗い	<p>退室時に衛生的手洗いを実施する。                  手洗い設備がない場合は、擦式手指消毒剤を使用する。</p>

使用後器材	スタンダードプレコーションに準ずる
食器類	スタンダードプレコーションに準ずる
器機	スタンダードプレコーションに準ずる 聴診器、ライトなどは個別化して使用する
リネン	スタンダードプレコーションに準ずる
ベット清掃	スタンダードプレコーションに準ずる
便器・尿器	スタンダードプレコーションに準ずる
感染性廃棄物	スタンダードプレコーションに準ずる 室内で発生したごみは分別し、密閉して室内から出す。 その後は通常廃棄物と同様に扱う。
清掃	日常清掃 1 回 / 日 清掃道具は専用のもを使用する 清掃方法はスタンダードプレコーションに準ずる