資料1．ラウンド時チェック項目の例

1. 微生物を対象としたチェック項目

① 臨床分離された微生物に関する個別患者情報を一覧表として検討（一般的には細菌検査技師、または、臨床検査技師が定期的に作成することが望ましい）

② 必要に応じて細菌検査室に赴いて情報交換／収集（検査外注の場合は電話／メールによっておこなう）

③ 細菌分離部位と分離菌量とを検討し、感染症、単なる保菌、検体汚染などの区別を判断した上で、現場のラウンドにより担当医師、担当看護師と診療録情報を検討して、感染症であるか否かの判定

④ 感染症と特定された場合には、薬剤感受性を参照した適正治療法への介入

⑤ 必要に応じたempiric therapy（原因菌未定時の経験的先行治療）の開始

⑥ 無効な抗菌薬投与／過剰な抗菌薬投与是正への介入

⑦ 感染症が病院感染か否かの判定

⑧ 病院感染の場合その感染経路の特定と対応

⑨ 異常発生した病院感染の原因微生物特性を考慮した予防対策の採用

2. 人を対象としたチェック項目

① 作業前後の手指衛生（手洗い／擦式消毒）の手法、頻度、適正さ

② 適切な手袋着用（体液処理、おむつ交換、気道吸引、口腔処置、創処置、未熟児処置、その他）

③ 適切なマスク、アイ・プロテクター、フェイス・シールド着用（血液、体液、分泌物、排泄物が飛び散る可能性のある時）

④ 適切なガウン／エプロンの着用（感染性患者との濃厚接触時、上記③括弧内の状況）

⑤ 汚染した機器、器具、リネン等の適切な処理

⑥ 抗菌薬の適正使用

⑦ 針、メス等鋭利物の適切な処理

⑧ 病棟内における適切な患者配置（個別隔離、集団隔離、逆隔離）

⑨ 咳嗽患者の咳エチケット

⑩ 下痢／嘔吐患者対策（接触感染対策、隔離、汚染対策）

⑪ 交差感染の危険性ある症例の把握（当該病棟のスタッフ全員）

⑫ 速乾性擦式手指消毒薬使用量の把握による手指衛生遵守率評価と、その結果の職員へのフィードバック

⑬ 手指衛生の方法と実施時期の適切さ

⑭ 手荒れ対策の実施

⑮ 細菌汚染を受けやすい消毒薬（第四級アンモニウム塩、両性界面活性剤など）の適正な取り扱い

3. 備品を対象にしたチェック項目

① 手指衛生用品（液体石鹸、アルコール擦式消毒薬、ペーパータオル）の供給整備

② 手指消毒用アルコール製剤ディスペンサーの適正な設置（病室内外は施設の状況による）、管理（適切な供給量、故障の有無、ノズルのつまり、など）、活用（使用量のチェックは必要）

③ 個人用防護具（マスク、ガウン／エプロン、アイ・プロテクター、フェイス・シールドなど）の供給整備、および、適正な設置、管理、活用状況

④ 手洗い流しへの適切な手洗い洗剤の供給

⑤ 手洗い流しへのペーパータオル供給

⑥ 患者清拭用タオルの清潔管理

⑦ 雑巾、布巾、スポンジの管理

⑧ ノンパウダー手袋、非ラテックス手袋、非アルコール系消毒薬の供給体制（アレルギー対策）

⑨ 高水準消毒薬（グルタラール、過酢酸、フタラール）暴露対策としての換気管理

4. 清掃業務を対象にしたチェック項目

清掃業務を外注している場合は、その契約内容に関するチェックが必要である。ここでは、外注清掃／自施設職員による清掃にかかわらず、チェック項目を列挙する。外注時、契約項目に無い項目は、既契約期間内の清掃担当を協議決定し、同時に、次年度に向けた契約内容に盛り込むよう ICC に提案、検討を依頼する。但し、スタッフステーション／スタッフコーナー／ナースステーション内部の特定箇所（施設によって異なる）、感染性患者病室、ME 機器などは、医療職の担当となろう。

① 適切な清掃方法／清掃順序（ほこりを立てない技法、滑らない対策、清潔度の高い区域から順次清掃）

② 患者ベッド周辺の清潔維持（ベッド、枕頭台（床頭台）、ベッド柵、ライト上、リモコン、ナースコール、ベッド脇の落屑等）

③ 患者周辺の物品の整理

④ 窓の汚れ

⑤ 床のほこりの存在

⑥ 汚物臭

⑦ 床の着色（消毒薬ディスペンサー下部の着色は落とすのが困難。落下しないディスペンサーを採用するようにする）

⑧ 壁面の目に見える汚れ（しみとなって落ちないものもある）

⑨ 壁面の桟のほこり

⑩ スイッチおよびその枠上面のほこり

⑪ 戸棚等の上面のほこり

⑫ 医療機器（設備／可動型）の上面の汚れ

⑬ 廊下の機器放置

⑭ 洗浄部位の床の汚染／カビ

⑮ 手洗い流し／洗浄槽の汚れ

⑯ 便所の汚れ／着色／悪臭（悪臭は空調設備の不適切さに起因する場合もある）

⑰ 外来／検査室等の清掃

⑱ 非常階段の清掃

⑲ エアコン吹き出し口及び吸い込み口の埃

⑳ ストレッチャー、車椅子の清掃（特に車輪の付着物、ほこり）

㉑ 点滴スタンドの清拭

㉒ ペーパータオルの補充

㉓ 希釈した清掃用洗剤の適正使用期間

㉔ 清掃用洗剤の希釈倍率と作成方法の文書化

㉕ 清掃用具の適切な清浄化

㉖ 清掃用具の適正管理（臭いモップや、埃がとれないブラシなど）

5. 在庫管理を対象にしたチェック項目（薬品、単回使用滅菌済み医用器材、滅菌済み再使用器材、衛生材料、その他）

① 滅菌物の適正在庫管理（汚染防止、包装破損防止、その他）

② 不良在庫

③ 過剰在庫

④ 清潔管理（薬剤、再使用器材、単回使用器材、リネン、その他）

⑤ 在庫の整理整頓

⑥ 先入れ先出し法の遵守（古いものを先に使う補充時配置）

⑦ 清潔保護物品と水回りとの隔離

⑧ 床上30cm以下の棚保管のないこと（汚染の危険性あり）

⑨ 紙類、雑誌、新聞等の過剰在庫

⑩ 清拭用温タオルの適正管理

⑪ 経時的に分解する消毒薬（グルタラール、過酢酸、次亜塩素酸ナトリウムなど）の適正管理

⑫ 脂肪乳剤、プロポフォール、血液製剤などの分割使用をしないこと

6. 針刺し／鋭利物（職業感染防止）を対象にしたチェック項目

① 廃棄容器の適切な活用

② 注射器の使用後処理

③ 鋭利物の使用後処理（ベッド脇の膿盆などに鋭利な器材を放置していないか）

④ 鋭利物の廃棄容器の施錠等安全管理

⑤ 鋭利物の持ち出し制限

⑥ 血液・体液曝露後の対応マニュアル（フローチャート）の整備

⑦ 安全対策装置付き器材の活用（導入計画がある）

7. 廃棄物を対象にしたチェック項目

① 適切な分別（分別シール等の貼付と分別）

② 廃棄物容器の安全性（鋭利物耐貫通性容器の採用、薬品などのポリ容器を廃棄物容器としての記載なしに転用不可）

③ 容器内廃棄物の長期放置

④ 廃棄物処理および分別方法や管理責任者の明示

⑤ 廃棄物保管場所の管理

⑥ 廃棄物の安全な移送

8. リネン類取扱いを対象にしたチェック項目

① 使用後リネン処理時の個人用防護具使用

② 洗濯後リネンの清潔保管

③ 血液などの湿性生体物質が付着した可能性のあるリネン対応

④ 使用済みリネンの安全な移送

⑤ 使用済みリネンの熱水洗濯（80℃10 分以上）

⑥ 熱水洗濯が出来ない時の薬物処理（250ppm 次亜塩素酸ナトリウム浸漬 30℃、5 分など）

9. 洗浄・消毒を対象にしたチェック項目

① 使用後の鋼製小物の搬送保管方法

② 使用済みの鋼製小物付着物固化防止処理

③ 洗浄室での個人用防護具の適切な着用

④ 消毒薬の適切な選択

⑤ 消毒薬の清潔管理

10. その他

① 汚物室に医療用具が保管されていないか（チューブやガーゼ、氷嚢など）

② 陰圧室の切り替え設備がある場合、その切り替え方法等の周知徹底

③ 器材洗浄方法（材料部、内視鏡室等）

資料 2.　日本環境感染学会教育認定施設相談窓口

資料 2－Ⅰ

教育認定施設に対する相談方法

— 日本環境感染学会ホームページ掲載 —

この度、厚生労働省の指針に示す中小病院・診療所に対する相談窓口を開設致しました。

感染制御に関する質問につきまして、貴施設地域の教育認定施設より担当者がお答えいたします。

質問用紙をダウンロード頂き、教育認定施設一覧から選んだ当該地域の回答希望施設名を明記の上、回答希望施設担当者と事務局とに同じものを FAX して下さい。

資料2－Ⅱ

質　問　用　紙

教育認定施設にFAXの際、事務局03-5420-2407にも同時にFAXして下さい。
日本環境感染学会　教育認定施設

（質問の回答をお願いする施設名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（同所属名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（同担当者名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　先生

下記についてアドバイスを頂きたくFAXいたします。

ご所属施設長サイン（自筆）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　役職名＿＿＿＿＿

ご所属施設＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご所属部署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご連絡先：電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿FAX番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　　：E-mail＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

質問事項（具体的に）

日本環境感染学会事務局　篠原杏子　比江島玲
〒141-8648　品川区東五反田4-1-17　東京医療保健大学内
TEL：03-5420-2406　FAX：03-5420-2407　E-mail：jsei@thcu.ac.jp

資料 2－Ⅲ

日本環境感染学会教育認定施設相談窓口一覧

2008 年 3 月現在

通し番号	認定番号	施設名・担当者・TEL／FAX	認定期間
1	200101	**琉球大学医学部附属病院** 担当：藤田　次郎（第一内科教授・感染対策室長） TEL：098-895-1142　FAX：098-895-1414	2007.4～ 2012.3
2	200102	**NTT 東日本関東病院** 担当：谷村　久美（感染対策推進室） TEL：03-3448-6651　FAX：03-3448-6617	2007.4～ 2012.3
3	200103	**独立行政法人国立病院機構　東京医療センター** 担当：企画課専門職 TEL：03-3411-0111　FAX：03-3411-0958	2007.4～ 2012.3
4	200104	**神戸市立中央市民病院** 担当：春田　恒和（小児科・感染症科部長） 坂本　悦子（感染管理認定看護師） TEL：078-302-4321　FAX：078-302-7537	2007.4～ 2012.3
5	200107	**東京大学医学部附属病院** 担当：森屋　恭爾（感染制御部講師） TEL：03-3815-5411　FAX：03-5800-8796	2007.4～ 2012.3
6	200108	**神戸大学医学部附属病院** 担当：荒川　創一（泌尿器科） TEL：078-382-6610　FAX：078-382-6378	2007.4～ 2012.3
7	200109	**千葉大学医学部附属病院** 担当：佐藤　武幸（感染症管理治療部） TEL：043-226-2661　FAX：043-226-2663	2007.4～ 2012.3
8	200110	**独立行政法人国立病院機構大阪医療センター** 担当：白阪　琢磨（免疫感染症科長） 阿島　美奈（感染管理認定看護師長） TEL：06-6942-1331　FAX：06-6943-6467	2007.4～ 2012.3
9	200111	**岡山大学病院** 担当：草野　展周（感染制御部副部長） FAX：086-235-7635	2007.4～ 2012.3

10	200112	**東邦大学医療センター大橋病院** 担当：草地　信也（院内感染対策委員長） TEL：03-3468-1251　FAX：03-3469-8506	2007.4～ 2012.3
11	200113	**川崎医科大学附属病院** 担当：寺田　喜平（小児科准教授・院内感染対策室専任医師） TEL：086-462-1111　FAX：086-462-1199	2007.4～ 2012.3
12	200114	**京都大学医学部附属病院** 担当：飯沼　由嗣（感染制御部副部長） TEL：075-751-4967　FAX：075-751-3758	2007.4～ 2012.3
13	200115	**新潟大学医歯学総合病院** 担当：内山　正子（看護師長） TEL：025-227-0726　FAX：025-227-0727	2007.4～ 2012.3
14	200201	**奈良県立医科大学附属病院** 担当：笠原　　敬（感染症センター） TEL：0744-22-3051　FAX：0744-24-9212	2007.7～ 2013.3
15	200202	**大分大学医学部附属病院** 担当：平松　和史（感染制御部副部長） TEL：097-549-4411　FAX：097-586-5439	2007.7～ 2013.3
16	200203	**筑波メディカルセンター病院** 担当：石原　弘子（副看護部長） TEL：029-851-3511　FAX：029-858-2733	2007.7～ 2013.3
17	200204	**川崎医科大学附属川崎病院** 担当：沖本　二郎（内科部長） TEL：086-225-2111　FAX：086-232-8343	2007.7～ 2013.3
18	200206	**坂出市立病院** 担当：中村　洋之（診療部長） TEL：0877-46-5131　FAX：0877-46-2377	2007.7～ 2013.3
19	200301	**下関市立中央病院** 担当：吉田　順一（呼吸器外科部長） TEL：0832-31-4111　FAX：0832-24-3838	2003.7～ 2009.3
20	200401	**藤枝市立総合病院** 担当：石野　弘子（感染対策室長） TEL：054-646-1111　FAX：054-646-1122	2004.7～ 2010.3
21	200403	**浜松医科大学医学部附属病院** 担当：前川　真人（感染対策室長） TEL：053-435-2721　FAX：053-435-2096	2004.7～ 2010.3

22	200404	**東海大学医学部付属病院** 担当：宮地　勇人（院内感染対策室） TEL：0463-93-1121　FAX：0463-93-8607	2004.7～ 2010.3
23	200405	**福岡大学病院** 担当：高田　　徹（感染対策医師） 　　橋本　丈代（感染対策専任看護師） TEL：092-801-1011　FAX：092-862-8200	2004.7～ 2010.3
24	200406	**前橋赤十字病院** 担当：立花　節子（感染管理室師長） TEL：027-224-4585　FAX：027-243-3380	2004.7～ 2010.3
25	200408	**横須賀市立うわまち病院** 担当：三浦溥太郎（副院長） 　　松永敬一郎（副院長・院内感染対策委員長） TEL：046-823-2630　FAX：046-827-1305	2004.7～ 2010.3
26	200501	**市立札幌病院** 担当：石角　鈴華（感染管理推進室主査） TEL：011-726-2211　FAX：011-726-7918	2005.7～ 2011.3
27	200502	**半田市立半田病院** 担当：中根　藤七（医療安全管理室室長） 　　佐藤チエ子（同副室長） TEL：0569-22-9881　FAX：0569-24-3253	2005.7～ 2011.3
28	200601	**県西部浜松医療センター** 担当：矢野　邦夫（感染症科長・衛生管理室長） 　　松井　泰子（衛生管理室長補佐） TEL：053-453-7111　FAX：053-452-9217	2007.4～ 2012.3
29	200602	**東京慈恵会医科大学附属病院** 担当：中澤　　靖（感染制御部） TEL：03-3433-1111　FAX：03-5400-1249	2007.7～ 2012.3
30	200701	**大樹会　総合病院　回生病院** 担当：松本 尚（外科系診療部長） TEL：0877-46-1011　FAX：0877-45-6410	2008.4～ 2013.3
31	200702	**宮城厚生協会　坂総合病院** 担当：残間　由美子（感染制御室室長） TEL：022-365-5175　FAX：022-367-9125	2008.4～ 2013.3

Ⅱ．小規模病院／有床診療所施設内指針（第2次案2008）
—単純且つ効果的指針の1例—

（ここに示す例は、あくまでも1例であり、この1例を参照して、各施設にあった形で、単純かつ効果的で実行可能な施設内指針を作成することが望ましい。）

1. 手指衛生

1-1. 個々の患者のケアー前後に、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おこなう。

1-2. 使い捨て手袋を着用してケアー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おこなう。

1-3. 目に見える汚れが付着している場合は必ず液体石鹸と流水による手洗いをおこなうが、そうでない場合は、アルコール製剤による擦式消毒でも良い。

1-4. 手荒れ防止に関する配慮（皮膚保護剤の良質な石けん／擦式消毒薬使用、および、適切なスキンケアーの実施）をおこなう。

註1：手拭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ようにする。このことにより、手洗いの遵守率が向上し、診療所の質も評価される可能性がある。経済的負担はこれに十分値すると考える。

註2：洗面器を使用した手指消毒（ベイスン法）は、不適切な消毒法であり、有効に消毒できないため、おこなわない。

2. 手袋

2-1. 血液／体液には、直接触れないように作業することが原則である。血液／体液に触れる可能性の高い作業をおこなうときには、使い捨て手袋を着用する。

2-2. 手袋を着用した安心感から、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。

2-3. 使い捨て手袋は患者（処置）ごとの交換が原則である。やむをえずくり返し使用する場合には、そのつどのアルコール清拭が必要である（材質に対する影響あり）。

3. 個人的防護用具 personal protective equipments (PPE)

3-1. 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、フェイス・シールドなどの目の保護具、手袋、その他の防護

具）を着用する。

4. 医用器具・器材

4-1. 滅菌物の保管は、汚染が起こ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。

4-2. 滅菌済器具・器材を使用する際は、無菌野（滅菌したドレープ上など）で滅菌手袋着用の上で取り扱う。

4-3. 非無菌野で、非滅菌物と滅菌物とを混ぜて使うことは意味が無い。

4-4. 洗浄前消毒薬処理は洗浄の障害となるのでおこなわない（滅菌再生器材）。

5. リネン類

5-1. 共用するリネン類（シーツ、ベッドパッドなど）は病院の洗濯条件（熱水消毒）で洗濯後に再使用する（熱水消毒装置が無い場合は、250ppm 次亜塩素酸ナトリウム浸漬 30℃5 分などの処理後洗濯、あるいは、外注洗濯とする）。

5-2. 熱水消毒が利用できない場合には，次亜塩素酸ナトリウムなどで洗濯前処理する。

註 3：血液の付着したリネンは、血液を洗い落としてから次亜塩素酸ナトリウム消毒すべきであるが、汚染の拡散に十分注意する。この意味においても、たとえ小型であれ、医療施設用熱水洗濯機を導入すべきである。

6. 血管内留置カテーテル関連感染対策

6-1. 高カロリー輸液を調製する作業台は、アルコールなどの消毒薬によって清拭消毒する。

6-2. 混合調製した輸液製剤は 24 時間以内に使用する。

6-3. 刺入部の皮膚消毒は、10w/v%ポビドンヨード、0.5w/v%クロルヘキシジンアルコールまたは 0.1～0.5w/v%クロルヘキシジングルコン酸塩液（グルコン酸クロルヘキシジン液）を使用し、消毒薬をふき取らず、消毒後は 2～3 分間時間を置いてから刺入する。

6-4. 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おこない、大き目の覆布を使用し、マスク、キャップなどのマキシマルバリアプリコーションが望ましい。

6-5. 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 時間以内におこなう。

6-6. 輸液ラインは、クローズドシステムが望ましく、三方活栓の使用は控えるのが望ましい。

6-7. 輸液ラインの交換は、4-7 日に一回程度が望ましい。

6-8. 側注する場合の注入口の消毒は、アルコール綿の使用が望ましい。

6-9. 皮膚刺入部のドレッシングは透明フィルムが望ましく、1 週間に一回の交換でよい。滅菌ガーゼの場合は、2 日に一回は交換しなければならない。

7. 尿路カテーテル関連感染対策

7-1. 尿路カテーテル挿入部を，シャワーや洗浄で清潔に保つことが重要である.

7-2. 尿路カテーテルの挿入は無菌操作でおこない，無理な挿入はおこなわない.

7-3. 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．ただし、床にはつけない。

8. 人工呼吸器関連感染対策

8-1. 人工呼吸器関連肺炎 ventilator associated pneumonia（VAP）は、人工呼吸器を装着後 48 時間以降に発生する肺炎であり、挿管チューブは滅菌したものを使用する。

8-2. 吸痰操作は、手袋もしくは鑷子を使用して無菌的におこなう。

8-3. 吸引チューブは単回使用が望ましいが、再使用する場合には、外部をアルコール綿で拭き、滅菌水（注射用蒸留水など）で内腔を吸引洗浄後、再度アルコールで拭いてから、8v/v%エタノール添加 0.1w/v%第四級アンモニウム塩（当該施設採用商品名）に浸漬保存する。

8-4. 経管栄養を実施している場合には、逆流による誤嚥防止のために可能であれば頭部を約 30 度挙上する。

8-5. 加湿には、人工鼻を利用する。加湿器を使用する場合には、滅菌精製水を使用する。

8-6. 回路内の結露が患者側に流れ込まないようにする。

8-7. 呼吸回路の交換は、目に見える汚染がある場合におこない、定期的におこなう必要はない。

8-8. 人工呼吸器の回路（蛇管など）は、セミクリティカル器材であり、単回使用で無い場合は、熱水消毒（80℃10 分間）もしくは滅菌する。

9. 手術部位感染対策

9-1. 手術部位感染 surgical site infection（SSI）は、術後 30 日以内（インプラント器材がある場合には術後 1 年以内）に発生したものと定義されているため、術後 1 か月まで追跡して診断する。

9-2. 全身麻酔にて手術をおこなう場合には、手術前の血糖値のコントロール、喫煙の禁止、栄養状態の改善、術前シャワー浴の実施などに留意する。

9-3. 術前の入院期間を短縮し、病院内生息菌（薬剤耐性菌）の定着を防ぐ。

9-4. メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）の鼻腔内の定着状況の積極的監視培養は、過大侵襲的手術（心臓、脳神経外科、人工骨頭、異物挿入、などの手術）の前には推奨されているが、一般的手術の場合には特に実施する必要はない。監視培養の結果、MRSA の鼻腔内への定着者に対するムピロシン軟膏による除菌は、すべての手術には推奨されていない（註:内科系においても監視培養については同様である)。

9-5. 術野の消毒は、0.5w/v%クロルヘキシジンアルコール、10w/v%ポビドンヨードを使用して広い範囲を消毒し、2～3 分経過後に執刀する。

9-6. 術野のカミソリ除毛はおこなわない。硬毛が邪魔な場合には、手術用クリッパを用いて手術の直前に、必要最小限の範囲を除毛する。

9-7. 手洗い後には、擦式消毒用アルコール製剤を追加使用する。

9-8. 予防的抗菌薬投与は、執刀直前に第一～第二世代セフェム系抗菌薬を中心に、単回投与する。手術時間が 3 時間以上に及ぶ場合には、追加投与する。

9-9. 手術室空調は高性能エアフィルター（必ずしも超高性能 HEPA フィルターでなくとも良い）を用いた空調が望ましく、手術室のドアは常に閉じておく。

9-10. 手術室への入室者数は必要最小限とし、手術中の部屋の出入りもなるべく少なくする。

9-11. 手術後の手術室は、水拭き清掃が大切であり、環境消毒は推奨されていない。必要があれば汚染箇所のみ次亜塩素酸ナトリウムを用いて消毒する。

9-12. 手術器械は、洗浄後に高圧蒸気滅菌をおこなう。非耐熱性器材は低温滅菌（酸化エチレンガス滅菌、過酸化水素低温ガスプラズマ滅菌）する。

9-13. 手術創は、術後 48 時間は滅菌ドレッシングで覆うが、それ以降は開放創としてかまわない。また、手術創の消毒は必要ない。

9-14. 手術部位感染サーベイランスを実施して、感染率の低下につとめる。

10. 消化管感染症対策

10-1. 糞便－経口の経路を遮断する観点から，手洗いや手指消毒が重要である。

10-2. 糞便や吐物で汚染された箇所の消毒が必要である。

10-3. 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に密閉する。汚染箇所の消毒は、次亜塩素酸ナトリウムを用い、平滑な表面であれば、5%溶液の 50 倍希釈液(1,000ppm)を、カーペット等は 10 倍希釈液(5,000ppm)を用い、10 分間接触させる。表面への影響については、消毒後に、設備担当者と相談する。蒸気クリーナー、または、蒸気アイロンで熱消毒（100℃1 分）することも良い。

10-4. 汚染箇所を、一般用掃除機（超高性能フィルターで濾過排気する病院清掃用掃除機以外のもの）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、おこなわない。

11. 患者隔離

11-1. 空気感染する感染症では，患者を陰圧の個室、または、屋外に排気する換気扇の付いた個室に収容する.

11-2. 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、カーテンによる隔離の活用を考慮する。

11-3. 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。

12. 感染症発生時の対応

12-1. 個々の感染症例は、専門医に相談しつつ治療する

12-2. 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、感染管理担当者（註：施設によっては院長）に連絡し、原因排除に努める。

12-3. ICT の判断により、病棟閉鎖の必要が生じた場合は、迅速に処理する。

13. 抗菌薬の適正使用

13-1. 対象微生物と対象臓器の組織内濃度を考慮した適正量の投与をおこなう。

13-2. 分離細菌の薬剤感受性検査結果に基づく抗菌薬選択をおこなう。

13-3. 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 をおこなわなければならない。

13-4. 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おこなう。

13-5. 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）。

13-6. 手術に際しては、対象とする臓器内濃度と対象微生物とを考慮して、有効血中濃度を維持するよう投与することが重要である。

13-7. 抗メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）薬、カルバペネム系抗菌薬などの使用状況を把握しておく。

13-8. MRSA、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）、多剤耐性緑膿菌（MDRP）など特定の多剤耐性菌を保菌していても、無症状の症例に対しては、抗菌薬の投与による除菌はおこなわない。

13-9. 施設における薬剤感受性パターン（アンチバイオグラム）を把握しておく。併せて、その地域における薬剤感受性サーベイランスの結果を参照する。

14. 予防接種

14-1. 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。

14-2. ワクチン接種によって感染が予防できる疾患（B 型肝炎、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、インフルエンザ等）については、適切にワクチン接種をおこなう。

14-3.　患者／医療従事者共に必要なワクチンの接種率を高める工夫をする。

15. 医薬品の微生物汚染防止

15-1.　血液製剤（ヒトエリスロポエチンも含む）や脂肪乳剤（プロポフォールも含む）の分割使用をおこなってはならない。

15-2.　生理食塩液や5%ブドウ糖液などの注射剤の分割使用は，原則としておこなってはならない．もし分割使用するのであれば，冷所保存で24時間までの使用にとどめる。

15-3.　経腸栄養剤の投与セットには，使用のつどの消毒または乾燥が必要である。

註4：生理食塩水などの分割使用は，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

16. 医療施設の環境整備

16-1.　床、テーブルなどは汚染除去を目的とした除塵清掃が重要であり、湿式清掃をおこなう。また、日常的に消毒薬を使用する必要はない。

16-2.　手が頻繁に触れる部位は、1日1回以上の水拭き清拭または消毒薬（界面活性剤、第四級アンモニウム塩、アルコールなど）による清拭消毒を実施する（アルコールは広範囲には適用しない）。

註5：環境消毒のための消毒薬の噴霧、散布、燻蒸および紫外線照射、オゾン殺菌は、作業者や患者に対して有害であり実施しない。

Ⅲ. 無床診療所施設内指針（第2次案2008）
—単純且つ効果的指針の1例—

（ここに示す例は、あくまでも1例であり、この1例を参照して、各施設にあった形で、単純かつ効果的で実行可能な施設内指針を作成することが望ましい。）

1. 手指衛生

1-1. 個々の患者のケアー前後に、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おこなう。

1-2. 使い捨て手袋を着用してケアー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おこなう。

1-3. 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おこなうが、そうでない場合は、擦式消毒でも良い。

1-4. 手荒れ防止に関する配慮（皮膚保護剤の良質な石けん／擦式消毒薬使用、および、適切なスキンケアーの実施）。

註1：手拭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ようにする。このことにより、手洗いの遵守率が向上し、診療所の質も評価される。経済的負担はこれに十分値すると考える。

註2：洗面器を使用した手指消毒（ベイスン法）は、交差汚染の危険性が大きい。

2. 手袋

2-1. 血液／体液には、直接触れないように作業することが原則である。血液／体液に触れる可能性の高い作業をおこなうときには、使い捨て（ディスポーザブル）手袋を着用する。

2-2. 手袋を着用した安心感から、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。

2-3. ディスポーザブル手袋は再使用せず、患者（処置）ごとの交換が原則である。やむをえずくり返し使用する場合には、そのつどのアルコール清拭が必要である。

3. 個人的防護用具 personal protective equipments (PPE)

3-1. 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、フェイス・シールドなどの目の保護具、手袋、その他の防護具）を着用する。

4. 医用器具・器材

4-1. 滅菌物の保管は、汚染が起こ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。使用の際は、安全保存期間（有効期限）を厳守する。

4-2. 滅菌済器具・器材を使用する際は、無菌野（滅菌したドレープ上など）で滅菌手袋着用の上で取り扱う。

4-3. 非無菌野で、非滅菌物と滅菌物とを混ぜて使うことは意味が無い。

4-4. 洗浄前消毒薬処理は洗浄の障害となるのでおこなわない（滅菌再生器材）。

5. リネン類

5-1. 共用するリネン類（シーツ、ベッドパッドなど）は熱水消毒を経て再使用する。

5-2. 熱水消毒が利用できない場合には，次亜塩素酸ナトリウムなどで洗濯前処理する（250ppm（5%次亜塩素酸ナトリウムなら200倍希釈）以上、30℃、5分以上）。

註3 血液の付着したリネンは、血液を洗い落としてから次亜塩素酸ナトリウム消毒すべきであるが、汚染の拡散に十分注意する。この意味においても、たとえ小型であれ、医療施設用熱水洗濯機を導入すべきである。

6. 消化管感染症対策

6-1. 糞便－経口の経路を遮断する観点から，手洗いや手指消毒が重要である。

6-2. 糞便や吐物で汚染された箇所の消毒が必要である。

6-3. 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に密閉する。汚染箇所の消毒は、次亜塩素酸ナトリウムを用い、平滑な表面であれば、5%溶液の50倍希釈液（1,000ppm）を、カーペット等は10倍希釈液（5,000ppm）を用い、10分間接触させる。表面への影響については、消毒後に、設備担当者と相談する。蒸気クリーナー、または、蒸気アイロンで熱消毒（100℃1分）することも良い。

6-4. 汚染箇所を、一般用掃除機（超高性能フィルターで濾過排気する病院清掃用掃除機以外のもの）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、おこなわない。

7. 患者の技術的隔離

7-1. 空気感染、飛沫感染する感染症では，患者にサージカルマスクを着用してもらう。

7-2. 空気感染、飛沫感染する感染症で、隔離の必要がある場合には、移送関係者への感染防止（N95微粒子用マスク着用など）を実施して、適切な施設に紹介移送する。

7-3. 接触感染する感染症で、入院を必要とする場合は、感染局所を安全な方法で被覆して適切

な施設に紹介移送する。

8. 感染症発生時の対応

8-1. 個々の感染症例は、専門医に相談しつつ治療する

8-2. 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。

8-3. 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、地域保健所と連絡を密にして対応する。

9. 抗菌薬投与時の注意

9-1. 対象微生物と対象臓器の組織内濃度を考慮した適正量の投与をおこなう。分離微生物の薬剤感受性検査結果に基づく抗菌薬選択をおこなうことが望ましい。

9-2. 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 をおこなわなければならない。

9-3. 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）。

9-4. メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）、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が、無症状の症例に対しては、抗菌薬の投与による除菌はおこなわない。

9-5. 地域における薬剤感受性サーベイランス（地域支援ネットワーク、厚労省サーベイランス、医師会報告など）の結果を参照する。

10. 予防接種

10-1. 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。

10-2. ワクチン接種によって感染が予防できる疾患（B型肝炎、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、インフルエンザ等）については、適切にワクチン接種をおこなう。

10-3. 患者／医療従事者共に必要なワクチンの接種率を高める工夫をする。

11. 医薬品の微生物汚染防止

11-1. 血液製剤（ヒトエリスロポエチンも含む）や脂肪乳剤（プロポフォールも含む）の分割使用をおこなってはならない。

11-2. 生理食塩液や5%ブドウ糖液などの注射剤の分割使用は、原則としておこなってはならない。もし分割使用するのであれば、冷所保存で24時間までの使用にとどめる。

註4：生理食塩水などの分割使用は，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。

12. 医療施設の環境整備

12-1. 床、テーブルなどは汚染除去を目的とした除塵清掃が重要であり、湿式清掃をおこなう。また、日常的に消毒薬を使用する必要はない

12-2. 手が頻繁に触れる部位は、1日1回以上の水拭き清拭または消毒薬（界面活性剤、第四級アンモニウム塩、アルコールなど）による清拭消毒を実施する。

註5：環境消毒のための消毒薬の噴霧、散布、燻蒸および紫外線照射、オゾン殺菌は、作業者や患者に対して有害であり実施しない。

参考資料１．医療施設の現状調査結果

参考資料１－Ⅰ

調査項目

１．所属する施設について伺います。

【施設の種類】 a.国立　b.公立　c.独立行政法人　d.私立
e.会社立　f.団体（　　）　g.その他（　　）

【病床数】 a.無床　b.１～19　c.20～99　d.100～199　e.200～299
f.300～399　g.400～499　h.500～599　i.600～699　j.700 以上

２．所属する施設における、あなたの立場について伺います。（複数回答可）

【役割】 a.感染管理に関する責任者　b.感染対策委員会のメンバー
c.感染対策チーム（ICT）のメンバー　d.その他

【職種】 a.医師　b.看護師　c.薬剤師　d.臨床検査技士
e.事務/設備職員　f.臨床工学技士　g.滅菌技士/師

【職位】 a.管理職（院長・看護部長・事務部長など）　b.中間管理職（部長・師長・課長・主任など）
c.スタッフ　d.その他

３．感染制御に関するあなたの専門性について伺います。（複数回答可）

１）認定インフェクションコントロールドクター （ CICD）
２）感染制御関連大学院修了者　（該当者は右記に○をつけて下さい。 a.修士 ・ b.博士 ）
３）大学機関/大学連合組織において感染制御に関する専攻（講習）修了
４）感染管理認定看護師
５）ICS 養成のための感染管理講習会修了
６）認定感染制御専門薬剤師
７）その他（　　）

４．感染対策等について検討する場の有無とその開催頻度について伺います。

１）感染対策委員会 （　あり ・ なし　）
★「あり」と回答された場合、その開催頻度
a. １回/週　b. １回/２週　c. １回/月　d. １回/２ヶ月　e.その他（　　）
２）インフェクションコントロールチーム ICT（ あり ・ なし ）
★「あり」、と回答された場合、その全施設ラウンドの頻度
a. １回/週　b. １回/２週　c. １回/月　d. １回/２ヶ月　e.その他（　　）
３）その他 （　　）

５．本日のＩＣＳ講習会に参加するきっかけについて伺います。

a.上司の薦め　b.知人の紹介　c.開催案内情報を自ら入手
d.その他 （　　）

6.自施設において感染制御活動をすすめる上でどのようなガイドライン（指針）があったらいいと考えますか。以下の該当する箇所を○で囲んでください。（複数回答可）

a.実施策の信頼性がわかる　b.実施策の根拠・知見がわかる
c.ベストな方策だけでなく、代替案が記載されている　d.情報入手経路・手段がわかる
e.感染対策に関連する法令(通知までを含む)がわかる　f.感染対策に関する事例が記載されている
g.その他（　　）