

P 362床	廃棄物	不適切なゴミ管理を認める。	ごみ容器に対し各部署担当者を決める。
	手術部	手術部での履き替えは不要である。	必要がないため中止する。
Q 448床	消毒	浸漬できていない消毒がある。	浸漬消毒の適正改善と器材が浮かないようにするための落し蓋を検討する。
	環境	汚染対策の難しい患者間カーテンを検討するよう指導した。	カーテンを廃止しパーティションを検討する。
R 282床	データ	検査微生物情報の把握不十分を認める。	細菌検出情報を収集してフィードバックできるよう検討する。
	医療材料	救急カート内の不適切清潔管理を認める。	喉頭鏡、パイプブロックなどの挿管器材を滅菌物に変更し、すべての救急カートを見直す。
S 344床	洗浄	酵素洗剤の不適切管理を認める	恒温層を購入し、酵素洗剤の浸漬方法を検討した。
T 326床	滅菌供給部	滅菌供給医用材料の再使用についての見直しの必要がる、	部分的に単回使用化へ変更し、全体を直す。

表2. 建築設備および環境的視点からみる自施設訪問ラウンドチェック項目 (案)

1.備品管理	
① 戸棚の上部（外部）に物品が保管されていない。	
② 床上30cm以下の棚へ物品が保管されていない。	
③ 清潔物品は適正な場所で保管されている。	
④ 保管容器の代用として段ボールが使用されていない。	
⑤ 過剰在庫とならないよう管理されている。	
⑥ 聴診器は清潔維持を考慮した位置に保管されている。	
⑦ 洗濯や洗浄後のケア用品は、適切な場所で乾燥されている。	
⑧ 廊下に備品やカートが放置されていない。	
2.器材の消毒・管理方法	
① 消毒前に十分な洗浄がおこなわれている。	
② 熱水消毒が有効に活用されている。	
③ 適切な洗浄剤・消毒薬が選択されている。	
④ 消毒薬の濃度・温度・作用時間が遵守されている。	
⑤ 浸漬消毒の際、対象物が消毒薬と十分接触している。	
⑥ 浸漬消毒後のケア用品の乾燥方法が適切である。	
⑦ 高水準消毒剤を使用している部署では、適切な位置で換気されている。	
⑧ 病棟で使用されている再使用器材やアルコール綿が単包化されている。	
⑨ 単回使用のものが再滅菌されていない。	
⑩ ガーゼ缶や罎子立て、万能つぼが廃止されている。	
3. 清掃および清掃用具の管理	
① 基本的清掃手順が適切に守られている。	
② 棚上や高所に埃が溜まっていない。	
③ 換気口に埃が溜まっていない。	
④ 清掃カートが整備されている。	
⑤ 清潔区域から汚染区域へと清掃順序が管理されている。	
⑥ モップがカラーコーディングされて使い分けられている。	
⑦ 使用後のモップは洗濯後、適切な場所で十分乾燥されている。	
⑧ 床にマットを使用している場合、交換時期などが適切に管理されている。	
⑨ 清掃時には、PPEが適切に装着されている。	
4. 水回り環境	
① 手洗い流しの蛇口位置が適切で水の跳ね返りが少ない構造となっている。	

② シンクが清潔に維持されている。	
③ 手拭き用ティッシュペーパーが用意されており、その位置が適切である。	
④ 流し台付近に洗浄後のケア用品が置かれていない。	
⑤ シンク下の収納場所は、カビがなく適切に管理されている。	
⑥ 点滴調整台と水回り環境は交差汚染のないよう距離をとるよう工夫されている。	
⑦ 製水機の清潔管理が十分なされている。	
5.リネン・カーテンの管理	
① 清潔リネンは鍵のかかる戸棚で保管されている。	
② 清潔リネンが床に擦れないよう保管・移送している。	
③ 汚染リネン交換の際には、PPE が適切に装着されている。	
④ 回収カートは山積みにならないよう管理されている。	
⑤ 汚染されたりネンは区別して密封回収されている。	
⑥ 回収後のリネンは速やかに移送できるよう管理されている。	
⑦ 汚染リネンや使用済みリネンは安全に移送できるよう管理されている。	
⑧ カーテンは汚染時、および、定期的に交換するよう管理されている。	
6.廃棄物の管理	
① 適切な場所に設置され、適切に分別されている。	
② 廃棄物容器は満載にならないよう指導されている。	
③ バイオハザードマークが適切に表示されている。	
④ 鋭利物廃棄容器は非貫通性であり、転倒時に中身が出ないよう、安全に管理されている。	
⑤ 廃棄物は速やかに移送できるよう管理されている。	
⑥ 廃棄物は清潔物と混同することなく、安全に移送できるよう管理されている。	

Ⅲ インфекション・コントロール・チーム (ICT) ラウンド時の介入項目リスト Intervention Item List (IIL) 2010 年度版の活用実績評価と必要に応じた改訂

小林寛伊、菅原えりさ、吉田理香

感染制御の重要な活動である「ラウンド」をいかに偏りなく適正に行うかは感染制御の質の維持向上に直接的に関わるものである。厚生労働科学研究で試作、現場での試用経験により改善が繰り返されてきたインフェクション・コントロール・チーム (ICT) 内ラウンド時に役立つチェックリスト“ラウンド時介入項目リスト Intervention Item List(IIL)”2010年度版 (第3案) (表1) は、ラウンドのチェックリストのみならず、ICTが成すべき業務に関するリマインダーとしても活用できる。

今回、平成23年度～24年度の総合報告¹⁾の結果から焦点を絞り分析したチェック項目の具体的改善点を報告する。

1. 方 法

対象施設は、感染制御実践看護学講座受講生施設2011年度13施設、2012年度23施設で受講期間中の自施設実習 (実習の位置づけだが、実際には自施設での感染制御活動である) 時の毎週おこなわれるラウンドでIILを評価した。

評価項目は表1の通りで、評価は下記の3段階で行った。

- ：自施設で実践されている
- ×：自施設で実践されていない
- N：該当事項なし (施設内の体制としておこなっていない、おこなえない事項)

評価した結果については、同一病棟を継続的に5回以上チェックできた結果を資料として採用した。採用した結果を次の集計法により得点化 (5点法) し、項目ごとに0～5点の得点に該当する病棟の数を算出した。この5点法は、継続的に最終回よりさかのぼって5回連続○であった項目を5点とし、以下、継続的に最終回よりさかのぼって実施した回収に準じて4回連続○であれば4点、3回連続であれば3点、2回連続であれば2点、最後の1回のみ改善がみられて場合は1点、上記以外は0点とし、継続的にNと記載された項目は空欄とした。また、評価継続が5回未満の病棟は無効回答とした。

評価方法として、1) 継続的に良い評価だった項目 (5点) の施設割合を抽出2) 順次改善が見られた項目 (1～4点) の施設割合を抽出3) 実施施設割合が低かった5点項目の抽出4) 改善がみられなかった0点項目の抽出の4つの視点で評価した。これらの項目を示した施設割合を割り出した。

2. 結 果

表2に示したように、80%以上継続して良い評価とした項目は①「大分類B No9：感染対策上の適切な病棟内患者配置 (個別アイソレーション、集団アイソレーション、逆アイソレーション、技術的アイソレーション) をおこなっている」②「大分類B No11：当該病棟のスタッフは、交差感染の危険性がある症例情報を把握している」③「大分類F No38：スタッフステーション等の共有スペースでは、スタッフが手で触れるようなバインダー/ファイル類や器具を足元の棚に置いていない」④「大分類 No41：血液・体液曝露後の対応マニュアル、および、フローチャートを整備している」⑤「大分類F No44：洗濯後のリネン、あるいはタオル類は清潔に保管している」⑥「大分類F No48：洗浄室・汚物室に清潔な医療用具 (チューブ、ガーゼ、氷嚢等) を保管していない」の6項目であった。

また表3に示したように、順次改善が見られた項目は①「大分類B No8：個人用防護具(Personal Protective Equipment PPE：手袋、マスク、ガウン/エプロン、ゴーグル、フェイス・シールド等) の適切な着脱を実践している」②「大分

類 D No20：壁面、窓、さん、戸棚上面、機器の上面、スイッチ等の清浄管理（埃が付いていない等）が維持されている」③「大分類 D No21：空調吹き出し口、吸い込み口等の定期清掃と清潔管理（埃、汚れがない）をしている」④「大分類 D No27：湿潤区域の床/壁（手洗いシンク、洗浄槽、浴室、シャワー室、洗髪場所等）の清潔管理、汚染対策とカビ対策をしている」⑤「大分類 F No39：医療廃棄物の適正使用、針鋭利物の使用後適正処理、および、適切な分別を実施している」⑥「大分類 F No42：廃棄物処理方法に基づき、汚染拡散防止対策、廃棄物の安全な移送、廃棄物保管場所の安全管理がされ、管理責任者等を明示している」の6項目であった。

一方、表4に示したように、5点取得が50%以下の項目は①「大分類 A No3：細菌の分離された部位と分離菌量を検討し、感染症、保菌、検体汚染（コンタミネーション）等の区別を判断した上で、現場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を特定している」②「大分類 B No8：個人用防護具(Personal Protective Equipment PPE：手袋、マスク、ガウン/エプロン、ゴーグル、フェイス・シールド等）の適切な着脱を実践している」③「大分類 C No17：高水準消毒薬（グルタール、過酢酸、フタール）の曝露対策としてのPPE着用、換気対策を完備している（いずれも空気より分子量が重いので、下方からの排気を考慮する）」④「大分類 E No33：滅菌物や消毒された清潔物品は、床上30cm以下の棚に保管していない（汚染の危険性あり）」⑤「大分類 F No47：内視鏡に対する適切な洗浄、および、高水準消毒、または、滅菌管理を実施している」⑥「大分類 F No50：隔離室、手術室、陰陽圧切り替え室（切り替え方法等の周知徹底）の差圧確認（差圧計あるいはダンパーによる確認、または、タフト法による気流方向確認*）をしている」の6項目で、更には、表5に示したように改善のみられなかった項目は①「大分類 A No3：細菌の分離された部位と分離菌量を検討し、感染症、保菌、検体汚染（コンタミネーション）等の区別を判断した上で、現場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を特定している」②「大分類 A No4：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、無効な抗菌薬投与/過剰な抗菌薬投与是正への介入、必要に応じた薬物血中濃度測定（therapeutic drug monitoring:TDM）等を行っている」③「大分類 B No7：ケア/作業前後の手指衛生（手洗い/手指消毒）の適正手技、適正遵守、および、手荒れ対策を実施している」④「大分類 B No8：個人用防護具(Personal Protective Equipment PPE：手袋、マスク、ガウン/エプロン、ゴーグル、フェイス・シールド等）の適切な着脱を実践している」⑤「大分類 E No32：滅菌物に対して、事象依存型無菌性維持（event related sterility maintenance ERSM：有効期限ではなく汚染を起す事象を重視する無菌管理）を採用している」の5項目だった。

3. 考 察

高得点が維持された項目は、交差感染防止対策や患者の身の回りの整備に関する最も基本的な日常の感染制御であり、監視が行き届きかつ最も受け入れられている項目だと思われる。しかし、同じく感染制御の基本である「個人防護用具の適切な着脱」は、改善された項目だけでなく、5点取得が50%以下の項目、そして改善されなかった項目にも登場し、更に「手指衛生の徹底」に関する項目も改善の見られなかった項目として挙げられた。このらの特徴として、ラウンド時に必ずしも実際の場面を目視確認することができず、評価にばらつきがみられることが課題として残る。

5点評価が50%以下の項目には、施設設備の変更がなければ改善されない高水準消毒薬の換気対策や陽陰圧の差圧確認などが挙げられた。このような種類の項目は日常のラウンドリストとは別建てが実際的である可能性がある。

改善が見られない項目として「ラウンドによる感染症の特定」が挙げられた。これは、電子診療録の普及などでラウンドをしなくても特定が可能になってきたことが推測されるが、現場へ出向いて確認することによるサーベイランス（laboratory based word liaison surveillauce）が最も質の高い方法であることは言うまでもない。更に、「適正治療への介入、薬物血中濃度測定の実施」も改善の見られない項目として挙げられた。これは、ICTのメンバーである薬剤師がその役割を発揮できていない現実を表している可能性がある一方、IIIの表現として薬物血中濃度測定の推進が

適正治療への介入そのものであることがわかりにくい可能性もあると考えられる。

以上、これらを総合して、III の改訂を試みる予定である。

文 献

- 1) 小林寛伊. インфекション・コントロール・ナース (ICN) およびインフェクションコントロールドクター (ICD) の日常業務必要時間の調査に基づく算定. 厚生労働科学研究 中小医療施設における感染制御策の質向上を目指す支援体制についての研究 平成 23 年度～24 年度総合研究報告書.東京：3-21.幸書房 2013.

表1 ラウンド時介入項目リスト Intervention Item List (IIL) ” 2010 年度版 (第3案)

大分類	No	項目内容	チェック施行月日 (日/月) と評価						
			/	/	/	/	/	/	/
A [検査および治療]	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にして検討 (一覧表は、細菌検査技師、または、臨床検査技師が最低週1回は定期的に作成する) している							
	2	必要に応じて、細菌検査室との情報交換/情報収集 (検査外注の場合は、電話やメールによって情報交換/情報収集) をしている							
	3	細菌の分離された部位と分離菌量を検討し、感染症、保菌、検体汚染 (コンタミネーション) 等の区別を判断した上で、現場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を特定している							
	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、無効な抗菌薬投与/過剰な抗菌薬投与是正への介入、必要に応じた薬物血中濃度測定 (therapeutic drug monitoring :TDM) 等を行っている							
	5	必要に応じ、検査結果を待たずに empiric therapy (原因菌未定時の経験的先行治療) を開始している							
B [特定と対応]	6	感染症が病院感染か否かの特定、および、病院感染の場合、感染経路の特定と対応を行っている							
	7	ケア作業前後の手指衛生 (手洗い/手指消毒) の適正手技、適正遵守、および、手荒れ対策を実施している							
	8	個人用防護具(Personal Protective Equipment PPE:手袋、マスク、ガウン/エプロン、ゴーグル、フェイス・シールド等) の適切な着脱を実践している							
	9	感染対策上の適切な病棟内の患者配置 (個別隔離、集団隔離・コホート、逆アイソレーション等) を行っている							
	10	下痢/嘔吐患者対策 (接触感染対策、アイソレーション、下痢便および吐物の汚染拡散防止策) を実施している							
	11	当該病棟のスタッフは、交差感染の危険性がある症例情報を把握している							
C [汚染防止と清潔管理]	12	汚染機器/器具/リネン等の適切な処理と搬送を実施している							
	13	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、低濃度クロルヘキシジン等) の適切な取り扱いをしている							
	14	浸漬消毒を行う場合、適切な消毒薬の選択と器具/器材を確実に浸漬する							
	15	手指衛生用品 (液体石けん、手指消毒薬、ペーパータオル等) の供給整備、ディスプレイの適正設置/活用/管理 (故障、ノズルのつまり等) /使用量チェックをしている							
	16	アレルギー対策としてのノンパウダー手袋、非ラテックス手袋、非アルコール系消毒薬の供給体制を整備している							
	17	高水準消毒薬 (グルタール、過酢酸、フタラル) の曝露対策としてのPPE着用、換気対策を完備している (いずれも空気より分子量が重いので、下方からの排気を考慮する)							
D [清潔と整備]	18	適切な清掃方法と清掃順序 (高清潔度区域から順次清掃、埃を立てない)、適切な用具の採用 (病院用掃除機等)、用具の使用区域による使い分け (カラーコーディング等) を実施している							
	19	患者のベッド周辺 (ベッド、床頭台、ベッド柵、ライト上、リモコン、ナースコール等) は、清潔維持と物品整理ができています							
	20	壁面、窓、さん、戸棚上面、機器の上面、スイッチ等の清浄管理 (埃が付いていない等) が維持されている							
	21	空調吹き出し口、吸い込み口等の定期清掃と清潔管理 (埃、汚れがない) をしている							
	22	床の汚れやしみの対策 (手指消毒薬の飛散等) を実施している							
	23	異常な臭気がないことの確認、および、臭気対策 (発生源対策と換気対策) を実施している							
	24	廊下に機器の放置等がなく、整備されており、使用していない機器はカバーを掛け、清潔に管理している							

	25	階段・非常階段（特に壁下部、階段直角部等）には埃がなく、清掃管理ができて いる																		
	26	ストレッチャー、車椅子（車輪の付着物、埃）、点滴スタンド等の清潔管理が できている																		
	27	湿潤区域の床/壁（手洗いシンク、洗浄槽、浴室、シャワー室、洗髪場所等）の 清潔管理、汚染対策とカビ対策をしている																		
	28	便所の適正清掃（汚れ/着色/悪臭等への対応）と必要に応じて環境消毒を実施し ている																		
	29	清掃用洗剤の希釈倍率と作成方法の文書化、希釈した清掃用洗剤の使用期限は適 正である																		
	30	清掃用具の適切な清浄化と臭いモップや埃がとれていないブラシ等がなく、雑 巾、スポンジ等の管理は適正である																		
E	31	滅菌物や医療材料の不良在庫/過剰在庫がなく、滅菌物、薬剤の適正管理（汚染/ 包装破損防止等）がされ、後入れ先出し法を遵守している																		
	32	滅菌物に対して、事象依存型無菌性維持（event related sterility maintenance ERSM：有効期限ではなく汚染を起す事象を重視する無菌管理）を採用している																		
	33	滅菌物や消毒された清潔物品は、床上30cm以下の棚に保管していない（汚染の 危険性あり）																		
	34	清潔物品/清潔作業台と水回りとの適正な隔離確保と汚染防止策を実施している																		
	35	清潔な輸液混注作業の遂行と混合後の適正管理を実施している																		
	36	脂肪乳剤、プロポフォール、血液製剤等の分割使用禁止を徹底している																		
	37	経時的に分解する消毒薬（過酢酸、次亜塩素酸ナトリウム等）の使用期間を守っ ている																		
F	38	スタッフステーション等の共有スペースでは、スタッフが手で触れるようなバイ ンダー/ファイル類や器具を足元の棚に置いていない																		
	39	医療廃棄容器の適正使用、針/鋭利物の使用後適正処理、および、適切な分別を 実施している																		
	40	安全対策装置付き器材の導入、教育、安全使用を実行している																		
	41	血液・体液曝露後の対応マニュアル、および、フローチャートを整備している																		
	42	廃棄物処理方法に基づき、汚染拡散防止対策、廃棄物の安全な移送、廃棄物保管 場所の安全管理がされ、管理責任者等を明示している																		
	43	使用済みリネンやタオル類等は熱水洗濯(80℃、10分以上)、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、等）を守っている																		
	44	洗濯後のリネン、あるいはタオル類は清潔に保管している																		
	45	使用した鋼製小物の付着物固化防止処理、汚染拡大防止を考慮した安全搬送/保 管等の対策を実施している																		
	46	中央滅菌供給部門における汚染拡散防止策、適正な洗浄・消毒・滅菌方法の遵守 とその評価管理を実施している																		
	47	内視鏡に対する適切な洗浄、および、高水準消毒、または、滅菌管理を実施して いる																		
	48	洗浄室・汚物室に清潔な医療用具（チューブ、ガーゼ、氷嚢等）を保管してい ない																		
	49	厨房の食品衛生管理、適切な食器洗浄（熱水洗濯）と清潔管理を遵守している																		
	50	隔離室、手術室、陰陽圧切り替え室（切り替え方法等の周知徹底）の差圧確認（差 圧計あるいはダンパーによる確認、または、タフト法による気流方向確認*）を している																		

*ダンパー：鍋蓋状のものが壁の穴をふさぐようにぶら下っており、陽圧が一定以上かかると浮かぶ

タフト法：ティッシュ/脱脂綿等の吹流しによる細管隙（ドアが開閉する瞬間等）での気流方向確認

*N：該当事項なし（施設内の体制としておこなっていない、おこなえない事項）

表2 80%以上の施設が5点（継続して良好な項目）を示した項目

分類	項目内容	施設の割合(%)
F【職業感染対策と交差汚染対策】No38	スタッフステーション等の共有スペースの整頓	91.9
F【職業感染対策と交差汚染対策】No48	洗浄室・汚染室の医療用具保管	88.7
B【特定と対応】No8	感染対策上の適切な患者配置を行っている	87.1
F【職業感染対策と交差汚染対策】No41	血液暴露対策のマニュアルの整備	85.5
F【職業感染対策と交差汚染対策】No38	洗濯後リネン類の適切な管理	85.5
B【特定と対応】No11	病棟スタッフが感染の危険性の情報を把握している	80.6

n 36

表3 順次改善が見られた項目（1～4点）

分類	項目内容	施設の割合(%)
D【清潔と整備】No27	湿潤区域の床壁の清潔管理	35.5
B【特定と対応】No8	個人防護具の適切な着脱を実践	21
D【清潔と整備】No21	空調吹き出し口、吸い込み口の定期清掃と清潔管理	21
D【清潔と整備】No20	壁面、窓、さん、戸棚上面などの清潔管理	19.4
F【職業感染対策と交差汚染対策】No39	医療廃棄容器の適正使用、針鋭利物の使用後処理と適切な分別	17.7
F【職業感染対策と交差汚染対策】No42	廃棄物処理法に基づいた廃棄物の処理	17.7

n 36

表4 5点取得項目が50%以下の施設

分類	項目内容	施設の割合(%)
A【検査および治療】No3	ラウンドによる感染症の特定	48.4
B【特定と対応】No8	個人防護具の適切な着脱を実践	41.9
E【在庫適正管理と物品清潔管理】No33	清潔物品を床上 30 cm 以下に保管しない	29
F【職業感染対策と交差汚染対策】No39	内視鏡の適切な洗浄	27.4
C【汚染防止と清潔管理】No17	高水準消毒薬の曝露対策として PPE 着用と換気対策をしている	17.7
F【職業感染対策と交差汚染対策】No39	隔離室、手術室、陰陽圧切り替え室の差圧確認	16.1

n 36

表5 改善のみられなかった項目（0点）

分類	項目内容	施設の割合(%)
B【特定と対応】No8	個人防護具の適切な着脱を実践	33.9
E【在庫適正管理と物品清潔管理】No32	事象依存型無菌性維持の導入	33.9
A【検査および治療】No3	ラウンドによる感染症の特定	32.3
B【特定と対応】No7	手指衛生の徹底と手荒れ対策	29
A【検査および治療】No4	適正な治療法への介入、薬物血中濃度測定の実施	27.4

n 36

IV 中小病院・診療所を対象としたガイドライン及びマニュアルと アウトブレイク早期特定策の改訂

IV-1. “中小病院/診療所を対象にした医療関連感染制御策指針(ガイドライン)2009”、 “小規模病院/有床診療所施設内指針(マニュアル)2009—単純かつ効果的のマニュアルの1例—”、“無床診療所施設内指針(マニュアル)2009—単純かつ効果的のマニュアルの1例—”の見直し、改訂による2013年度版の作成

小林寛伊¹⁾、大久保憲¹⁾、森屋恭爾²⁾、賀来満夫³⁾、菅原えりき¹⁾、吉田理香¹⁾

1) 東京医療保健大学大学院医療保健学研究科

2) 東京大学医学部感染制御学講座

3) 東北大学大学院医学系研究科

I. 中小病院/診療所を対象にした医療関連感染制御策指針(ガイドライン)

(2013年度案 2014年3月改訂)

1. はじめに

医療関連感染の防止に留意し、あるいは異常発生の際にはその原因の速やかな特定、制圧、終息を図ることは、300床未満の中小病院、ならびに、診療所においても、医療の安全対策上、および、患者サービスの質を保つ上に、重要なものと考えられる。そのためには、各施設が、その規模、内容に応じて対応策を講ずることが肝要と考える。

ここではその基準となる指針を示し、各施設に適した形で応用し、活用されることを望むものである。

2009年の厚生労働科学研究においてすでに提示した“中小病院/診療所を対象にした医療関連感染制御策指針(ガイドライン)2009”に関して、院内感染対策中央会議の提言(2011年2月8日付)および厚生労働省から発出された各種通知などに準拠できるように見直したものである。

奨励業務の基準

I：各施設共、可能な限り採用すべき感染制御策

II：各施設の条件を考慮して、できれば採用すべき感染制御策

NB：無床診療所でもI、IIの基準に従って採用すべき感染制御策

2. 感染制御策のための指針

本指針(ガイドライン)は、対象とする全施設に共通する道標である。各施設が本指針等に則って当該施設およびその現場でのおおのの状況に応じた日常の感染制御業務手順(その施設全体及び特定部局の手順)を簡明かつ具体的に施設内指針(手順書、マニュアル)として作成し、その遵守を全職員に周知徹底する。施設内指針の作成に当たっては、実践の可能性、科学的合理性、現実的有効性、経済効果などを考慮する。

奨励業務

1. 責任者、指揮系統が明記され、施設全体で活用できる総合的な感染制御手順書を作成し、必要に応じて部門ごとの特異的対策を盛り込んで整備する。少なくとも年に1回は定期的に見直しをおこない、必要に応

じて更新していく。I、NB

2. 効率よく患者や医療従事者への感染制御策を実施するためには、感染制御手順書を充実させ、可能な限り科学的根拠に基づいた制御策を採用し、経済的にも有効な対策を実施できる手順書とする。I、NB
3. 感染制御に関する基本的考え方および方針を明記する。I、NB
4. 感染制御のための委員会（委員会を設ける場合を対象とする）、その他医療機関内の感染制御関連組織に関する基本的事項について記載する。I
5. 医療機関内の関連組織との相互役割分担および連携などに関する基本事項について記載する。I
6. 感染制御のために医療従事者に対して行われる研修に関する基本方針を記載する。I、NB
7. 感染症の発生状況の把握、分析、報告に関する基本方針を記載する。I、NB
8. 感染症異常発生時の対応に関する基本方針を記載する。I、NB
9. 患者等に対する当該指針の閲覧、説明に関する基本方針を記載する。I、NB
10. アウトブレイク（集団発生）あるいは異常発生に対する迅速な特定、制圧対策、終息の判定に関して言及する。II
11. その他医療機関内における感染制御策の推進のために必要な基本方針を記載する。II、NB

3. 医療機関内における感染制御のための委員会等の設置と活動基準

医療関連感染の発生を未然に防止することと、ひとたび発生した感染症が拡大しないように可及的速やかに制圧、終息を図ることが大切である。そのためには病院長あるいは診療所の管理者（以下院長）が積極的に感染制御に関わり、感染制御委員会 infection control committee（ICC）、感染制御チーム infection control team（ICT）などが中心となって、総ての職員に対して組織的な対応と教育・啓発活動をしなければならない。ICCは院長の諮問委員会であり、検討した諮問事項は院長に答申され、しかるべき決定機関での検討を経て、日常業務化される。ICTは院長の直接的管理下にある日常業務実践チームであり、院長より一定の権限を委譲され、同時に義務をも課せられて（各診療科長/部長と同様）、組織横断的に活動する必要がある。ICC、ICTは、小規模病院においては両者が兼務されることもある。具体的業務内容は、各施設に適した形で手順書（マニュアル）に明記する。

奨励業務

1) 院長

- ① ICCの答申事項に関し、然るべき決定機関（運営会議など）での検討を経て、必要なICT業務を決定し、日常業務として指定する。I
- ② ICCでの感染制御業務に関する検討結果を尊重して、可能な限り施設の方針として日常業務化する。I
- ③ 経済効果を考慮しつつ、可能な限りICCの要望に応じて必要経費を予算化する。I

2) ICC

- ① 各専門職代表を構成員として組織する。1ヶ月に1回程度の定期的会議を持つことが望ましい。緊急時は必要に応じて臨時会議を開催する。I
- ② 院長の諮問を受けて、感染制御策を検討して答申する。I
- ③ ICTの報告を受け、その内容を検討した上で、ICTの活動を支援すると共に、必要に応じて、ICTに対して院長名で改善を促す。I
- ④ ICTの要請に応じて改善すべき課題を検討し、施設の方針とすべき場合はその旨を院長に答申する。I
- ⑤ 日常業務化された改善策の実施状況を調査し、必要に応じて見直す。I
- ⑥ 個々の日常業務に関する規定（誰がどのようにおこなうか）を定めて、院長に答申する。I

- ⑦ 実施された対策や介入の効果に対する評価を定期的におこない、評価結果を記録、分析し、必要な場合は、さらなる改善策を勧告する。Ⅱ

3) ICT

- ① 専任の院内感染管理者として、認定インフェクションコントロールドクター（23学会によるICD制度協議会 Infection Control Doctor (ICD) 2000年～）、感染管理認定看護師（日本看護協会 Certified Nurse for Infection Control (CNIC) 2001年～）、認定感染制御実践看護師（東京医療保健大学大学院 Certified Professional Nurse for Infection Prevention and Control (CPNIPC) 2010年～）、感染制御関連大学院修了者、インフェクションコントロールスタッフ養成講習会修了者（日本病院会 Infection Control Staff (ICS) 2002年～）、あるいは、感染制御専門薬剤師（日本病院薬剤師会 Bard Certified Infection Control Pharmacy Specialist (BCICPS) 2006年～）、感染制御認定臨床微生物検査技師（日本臨床微生物学会 Infection Control Microbiological Technologist (ICMT) 2006年～）、その他の適格者、のいずれかで、院長が適任と判断した者を中心に組織する。Ⅱ
- ② 各診療科同様、院長直属のチームとし、感染制御に関する権限を委譲されると共に責任を持つことが望ましい。また、ICTは、重要事項を定期的に院長に報告する義務を有する。Ⅰ
- ③ ICTは施設内感染対策の実働部隊であり、日常業務としての感染対策を計画立案する。業務内容としては、サーベイランス、感染防止技術の普及、職業感染防止に関すること、職員教育に関すること、などが柱となる。また、異常感染症発生時やアウトブレイク時の連絡体制や組織的対応のルール策定、さらに、ICTに所属する医師および薬剤師が中心となり、抗菌薬適正使用に関する介入も重要な業務である。Ⅰ
- ④ 可能な限り週に1回以上の頻度で、ICTのうち少なくとも 2名以上の参加の上で定期的全病棟ラウンド（小規模施設では定期的回診をこれに代え得る）をおこなって、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（単発の異常感染症を含む）の特定と制圧、その他に当たる（介入項目例は資料1参照）。Ⅱ
- 注：患者入退院の動きを考慮して、ラウンドは全病棟最低週一回は必要
- ⑤ 重要な検討事項、感染症のアウトブレイクあるいは異常発生時および発生が疑われた際は、その状況および患者への対応等を、院長へ報告する。Ⅰ
- ⑥ 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。Ⅰ
- ⑦ ICTは、サーベイランスデータはじめ、さまざまな感染に関する情報を収集し、現場の感染制御対策に役立つように工夫し発信する役割がある。また、収集したデータをわかりやすくまとめ記録していく役割がある。Ⅰ
- ⑧ 病棟ラウンドに当たっては、検査室からの報告を活用して感染症患者の発生状況等を点検するとともに、各種の予防策の実施状況やその効果を定期的に評価し、各病棟における感染制御担当者の活用等により臨床現場への適切な支援をおこなう。Ⅰ
- ⑨ 職員教育（集団教育と個別教育）の企画遂行を積極的におこなう。Ⅰ
- ⑩ 上記3-3)-①に記した専門職を施設内に擁していない場合は、非常勤として、施設外部に人材を求める。Ⅱ
- ⑪ 複数の職種によるチームでの病棟ラウンドが困難な中小規模の医療機関（目安として300床未満）については、必要に応じて地域の専門家等に相談できる体制を整備する。Ⅱ

4) その他

- ① 発生した医療関連感染症が、正常範囲の発生か、アウトブレイクあるいは異常発生かの判断がつきにくい

ときは、厚生労働省地域支援ネットワーク担当事務局、あるいは、一般社団法人日本環境感染学会認定教育施設（資料2参照）の担当者に相談する。I

- ② 小規模病院・診療所においては、上記各項目をその施設にあった形で簡略化しておこなう（診療所では、医師一人が上記各業務を規模と対象に応じて簡略化しておこなう）。I

4. 医療従事者に対する研修（職員教育）の実施

医療従事者に対する研修（職員教育）には、就職時の初期研修、就職後定期的におこなう継続研修、ラウンド等による個別指導の3つがある。更に、学会、研究会、講習会など、施設外でおこなわれる定期的、あるいは、臨時の施設外研修がある。

奨励業務

- ① 就職時の初期研修は、ICT あるいはそれにかわる十分な実務経験を有する指導者が適切におこなう。I、NB
- ② 継続的研修は、年2回程度開催することが望ましい。また、必要に応じて、臨時の研修をおこなう。これらは、当該施設の実情に即した内容で、職種横断的に開催する。I、NB
- ③ 施設外研修を、適宜施設内研修に代えることも可とする。I、NB
- ④ 個別研修（指導）あるいは個別の現場介入を、可能な形でおこなう。II
- ⑤ これらの諸研修の開催結果、あるいは、施設外研修の参加実績を、記録保存する。II、NB

5. 感染症の発生状況の報告その他に基づいた改善方策等

5-1. サーベイランス

日常的に自施設における感染症の発生状況を把握するシステムとして、対象限定サーベイランスを必要に応じて実施し、その結果が感染制御策に生かされていることが望ましい^{1,2)}。

奨励業務

- ① カテーテル関連血流感染、手術部位感染、人工呼吸器関連肺炎、尿路感染、その他の対象限定サーベイランスを可能な範囲で実施する。II
- ② サーベイランスにおける診断基準は、アメリカ合衆国の National Healthcare Safety Network (NHSN) システムに準拠する^{1,2)}。I
- ③ 我が国におけるサーベイランスの手法は、厚生労働省院内感染対策サーベイランス Japanese Nosocomial Infections Surveillance (JANIS) システムがある。検査部門、全入院患者部門、手術部位感染 (SSI) 部門、ICU 部門、NICU 部門に参加することが望ましい。デバイスサーベイランスとして一般社団法人日本環境感染学会がおこなっている Japanese Healthcare Associated Infections Surveillance (JHAIS) システムとしての医療器具関連サーベイランスへの参加も推奨されている。II

5-2. アウトブレイクあるいは異常発生の監視・把握と対応

アウトブレイクあるいは異常発生は、迅速に特定し、対応する必要がある。また、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA)、多剤耐性緑膿菌 multiple drug resistant *Pseudomonas aeruginosa* (MDRP)、バンコマイシン耐性腸球菌 vancomycin resistant enterococci (VRE)、クロストリジウム・ディフィシレ *Clostridium difficile*、多剤耐性アシネトバクター・パウマニ multiple drug resistant *Acinetobacter*

baumannii (MDRAb) など、アウトブレイクの危険性のある微生物の検出状況には常に監視を怠らない注意が必要である。更にも、アウトブレイクあるいは異常発生が起こった場合には、感染経路や原因を速やかに究明して、効果的な再発防止策を採用、実行する。

奨励業務

- ① アウトブレイクを疑う基準としては、1例目の発見から4週間以内に、同一病棟において新規に同一菌種による感染症の発病症例（以下の4菌種は保菌者を含む：バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌 *vancomycin resistant Staphylococcus aureus* (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・パウマニ (MDRAb)) が計3例以上特定された場合、あるいは、同一機関内で同一菌株と思われる感染症の発病症例（抗菌薬感受性パターンが類似した症例等）（上記の4菌種は保菌者を含む）が計3例以上特定された場合を基本とする。I
- ② 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（上記の4菌種は保菌者を含む）を認めた場合、院内感染対策に不備がある可能性があるかと判断し、速やかに通常時から協力関係にある地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家に感染拡大の防止に向けた支援を依頼する。I
- ③ 医療機関内での院内感染対策を講じた後、同一医療機関内で同一菌種による感染症の発病症例（上記の4菌種は保菌者を含む）が多数にのぼる場合（目安として10名以上となった場合）または当該院内感染事案との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、管轄する保健所に速やかに報告する。
I
- ④ 前項の状況に至らない時点においても、医療機関の判断の下、必要に応じて保健所に連絡・相談することが望ましい。II
- ⑤ 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おこなう。I
- ⑥ 臨床微生物検査室では、業務として検体からの検出菌の薬剤耐性パターンなどの解析をおこなって、疫学情報を日常的にICTおよび臨床側へフィードバックする。II
- ⑦ 細菌検査等を外注している場合は、外注業者と緊密な連絡を維持する。II
- ⑧ 必要に応じて地域支援ネットワーク、近隣の一般社団法人日本環境感染学会認定教育施設（資料2参照）を活用し、外部よりの協力と支援を要請する。I

5.3. 手指衛生

手指衛生は、感染制御策の基本である。然し、実践の場での遵守率が決して高くないのが先進諸国における最大の課題である。

奨励業務

- 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、介入をおこなう。I、NB
- ② 手洗い、あるいは、手指消毒のための設備/備品を整備し、患者ケアの前には必ず手指衛生を遵守する。
I、NB
- ③ 手指衛生の基本は、手指消毒用アルコール製剤による擦式消毒、もしくは、石けんあるいは抗菌性石けん（クロルヘキシジン・スクラブ剤、ポピドンヨード・スクラブ剤等）と流水による手洗いである。I、NB
- ④ 目に見える汚れがある場合には、石けんあるいは抗菌性石けんと流水による手洗いをおこなう。I、NB

5-4. 微生物汚染経路遮断

医療機関においては、最も有効な微生物汚染（以下汚染）経路遮断策としてアメリカ合衆国疾病予防管理センター Centers for Disease Control and Prevention（CDC）の標準予防策^{3, 4)}、および、5-9 付加的対策 で詳述する感染経路別予防策を参照して実施する必要がある。

奨励業務

- 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、マスクなどの個人防護具 personal protective equipments (PPE) が適切に配備され、その目的および使用法が正しく認識、遵守されている。I、NB
- ② 呼吸器症状のある場合には、咳による飛沫汚染を防止するために、患者にサージカルマスクの着用を要請して、汚染の拡散防止を図る。I、NB

5-5. 環境清浄化

患者環境は、常に清潔に維持することが大切である。

奨励業務

- ① 患者環境は質の良い清掃（目に見えるゴミ、汚染、しみ*がないこと。ゴミ等に起因する異臭の無いこと。その他）の維持に配慮する。I、NB
*：手指消毒薬ディスペンサーが原因となる床のしみは除去困難
- 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。I、NB
- 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。I、NB
- ④ 床に近い棚（床から30cm以内）に、清潔な器材を保管しない。I、NB
- ⑤ 薬剤医療器材の長期保存を避ける工夫をする。I、NB
- ⑥ 手の高頻度接触部位は一日一回以上清拭または必要に応じて消毒（第四級アンモニウム塩、両性界面活性剤、小範囲ならアルコール、その他。“小林寛伊編集 新版 消毒と滅菌のガイドライン、東京：へるす出版 2011.” 参照）する。II、NB
- ⑦ 床などの水平面は時期を決めた定期清掃をおこない、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。I、NB
- ⑧ 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。I、NB
- ⑨ 清掃業務を委託している業者に対して、感染制御に関連する重要な基本知識に関する、清掃員の教育・訓練歴などを確認する。I、NB

5-6. 防御環境の整備⁵⁾

従来の基本的な感染経路別予防策に加えて、“防御環境 protective environment (PE)” という概念が加わり、易感染患者を病原微生物から保護することにも重点が向けられるようになってきた。

奨励業務

- ① 各種の個人防護具 (PPE) の着用を容易かつ確実におこなう必要があり、感染を伝播する可能性の高い伝

染性疾患患者は個室収容、または、集団隔離（コホート）収容する。II

- ② 感染リスクの高い易感染患者を個室収容する場合には、そこで用いる体温計、血圧測定装置などの機器類は、他の患者との共用は避け、専用のものを配備する。I、NB
- ③ 集中治療室、手術部などの清潔領域への入室に際して、履物交換と个人防护具着用を常時実施する必要性はない。I

5-7. 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とを考慮した適正使用が肝要である。

奨励業務

- 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。I、NB
- ② 生体消毒薬は、皮膚損傷、組織損傷などに留意して適用を考慮する。I、NB
- 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。I、NB
- ④ 高水準消毒薬（グルタール、過酢酸、フタール）は、環境の消毒には使用しない。I、NB
- 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、清拭消毒法により局所的にこなう。I、NB

5-8. 抗菌薬適正使用

抗菌薬は、不適正に用いると、耐性株を生み出す、あるいは、耐性株を選択残存させる危険性がある。対象微生物を考慮した可能な限り短い投与期間が望まれる。

奨励業務

- 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。I、NB
- 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。II
- 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。I
- ④ 必要に応じた治療薬物モニタリング（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。II
- 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）。II、NB
- 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、手術中及び術後2～3時間は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。I
- ⑦ 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）薬等）については、届出制又は許可制の体制をとることが望ましい。I、NB
- ⑧ バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）、MRSA、多剤耐性緑膿菌（MDRP）など特定の多剤耐性菌を保菌していても、無症状の症例に対しては、抗菌薬の投与による除菌はおこなわない。I、NB
- ⑨ 施設における薬剤感受性パターン（抗菌薬感受性率表：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。II

5-9. 付加的対策

疾患及び病態等に応じて感染経路別予防策（空気予防策、飛沫予防策、接触予防策）を追加して実施する必要がある^{1, 2)}。

奨励業務

次の感染経路を考慮した感染制御策を採用する必要がある^{3,4)}。I、NB

5-9-1. 空気感染^{3,4)}（粒径5 μ m以下の飛沫核。長時間、遠くまで浮遊する）

- ① 麻疹
- ② 水痘(播種性帯状疱疹を含む)
- ③ 結核
- ④ 重症急性呼吸器症候群（SARS）、高病原性鳥インフルエンザを含む新型インフルエンザ、ノロウイルス感染症等も状況によっては空気中を介しての感染（塵埃感染）の可能性あり

5-9-2. 飛沫感染^{3,4)}**（粒径5 μ mより大きい飛沫）

- a. 侵襲性B型インフルエンザ菌疾患（髄膜炎、肺炎、喉頭炎、敗血症を含む）
- b. 侵襲性髄膜炎菌疾患（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（季節型）
 - ③ ムンプス（流行性耳下腺炎）ウイルス
 - ④ パルボウイルス B19
 - ⑤ 風疹ウイルス
- e. 新興感染症
 - ① 重症急性呼吸器症候群（SARS）
 - ② 高病原性鳥インフルエンザ
- f. その他

5-9-3. 接触感染^{3,4)}**（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、多剤耐性緑膿菌など）
- 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、ロタウイルス

その他腸管感染症ウイルスなど

d. 接触感染性の強い、あるいは、乾燥皮膚に起こりうる皮膚感染症

- ① ジフテリア（皮膚）
- ② 単純ヘルペスウイルス感染症（新生児あるいは粘膜皮膚感染）
- ③ 膿痂疹
- ④ 封じ込められていない（適切に被覆されていない）大きな膿瘍、蜂窩織炎、褥瘡
- ⑤ 虱寄生症
- ⑥ 疥癬
- ⑦ 乳幼児におけるブドウ球菌癬
- ⑧ 帯状疱疹（播種性あるいは免疫不全患者の）
- ⑨ 市井感染型パントン・バレンタイン・ロイコシジン陽性 MRSA（PVL positive CA-MRSA）感染症

e. 流行性角結膜炎

f. ウイルス性出血熱（エボラ出血熱、ラッサ熱、マールブルグ病、クリミア・コンゴ出血熱：これらの疾患は、最近、飛沫感染の可能性もあるとされている）

注 **：文献^{3,4)}に基づき一部改変

5-10. 遵守率向上策

マニュアルに記載された各制御策は、全職員の協力の下に、遵守率を高めなければならない。これが、世界先進国共通の課題である。

奨励業務

- ① ICT は、現場職員が自主的に各制御策を実践するよう自覚を持ってケアに当たるよう誘導する。I
- ② ICT は、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。I
- ③ 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、全職員の感染制御策に関する知識を高め、重要性を自覚するよう導く。I
- ④ 定期的 ICT ラウンドを活用して、現場に於ける効果的介入を試みる。I
- ⑤ 定期的に手指衛生や各種の感染制御策の遵守状況につき監査 audit するとともに、擦式消毒薬の使用量を調査してその結果をフィードバックする（容器に使用量が分かるよう、線と日付を記しておくなど）。II

5-11. 地域支援

専門家を擁しない中小病院/有床診療所においては、専門家を擁するしかるべき組織に相談し、支援を求める。

奨励業務

- ① 地域支援ネットワークを充実させ、これを活用する。I
- ② 病院内で対策をおこな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病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。I
- ③ 専門家を擁しない中小病院/診療所は、一般社団法人日本環境感染学会認定教育施設（資料2）に必要な応じて相談する（<http://www.kankyokansen.org/nintei/seido.html>）。II、NB

5-12. 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。

奨励業務

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

5-13. 職業感染防止

従事者の医療関連感染制御も重要な課題であり、十分な配慮が望まれる。（5-4を参照）

奨励業務

- ① 針刺し防止のためリキャップを原則的には禁止する。I、NB
- ② リキャップが必要な際は、安全な方法を採用する。I、NB
- ③ 試験管などの採血用容器その他を手に持ったまま、血液などの入った針付き注射器を操作しない。I、NB
- ④ 廃棄専用容器を対象別に分けて配置する。I、NB
- 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。I、NB
- ⑥ 安全装置付き器材の導入を考慮する。II、NB
- ⑦ 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。I、NB
- ⑧ 感染経路別予防策に即した个人防护具（PPE）を着用する。I、NB
- 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（日本製は DS2）以上の微粒子用マスクを着用する。I、NB

5-14. 第三者評価

医療関連感染制御策の各施設に於ける質は、第三者評価（外部評価）されることが望ましい。

奨励業務

- ① 医療関連感染制御策の各施設に於ける質の評価は、第三者グループに依頼し、あるいは第三者グループを独自に組織し、審査結果を改善につなげる。II、NB
- ② 半年に1回程度の第三者評価を受けることが望ましい。II、NB

5-15. 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おこなう。

奨励業務

- 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、協力を求める。I、NB
- ② 必要に応じて感染率などの情報を公開する。II、NB

文 献

1. 森兼啓太訳 (小林寛伊監訳). 改訂4版 サーベイランスのためのCDCガイドライン—NHSNマニュアル (2007年版) より. 大阪: メディカ出版 2005.
2. CDC. *The National Healthcare Safety Network (NHSN) User Manual*. Last Updated 10/23/2006. http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/nhsn/NHSN_Manual_%20Patient_Safety_Protocol102306.pdf
3. Garner JS. Guideline for isolation precaution in hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996; 17: 53-80.
4. Garner JS. 向野賢治ほか訳. 病院における隔離予防策のためのCDC 最新ガイドライン. 小林寛伊監訳. インフェクションコントロール別冊 1996.
5. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007*. June 2007. <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>

資 料 1

1. 厚生労働省. 院内感染対策地域支援ネットワーク事業 2004年. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01/s0113-6d.html>
2. 日本環境感染学会ウェブサイト. 日本環境感染学会教育施設認定制度規則. http://www.kankyokansen.org/modules/nintei/index.php?content_id=1
3. 厚生労働省. 診療報酬の算定方法の一部改正する件、厚生労働省告示第76号. 平成24年3月5日. 2012. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/2-20.pdf>
4. 厚生労働省保険局医療課. 平成24年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について. 事務連絡. 平成24年3月30日. 2012. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryouhoken/iryouhoken15/dl/zimu3-1.pdf
5. 総務省行政評価局. 医療安全対策に関する行政評価・監視 <結果に基づく勧告>. 2013年8月30日. http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/77608.html

資 料 2

一般社団法人日本環境感染学会 教育施設認定制度 認定教育施設一覧
2014年2月13日承認、2014年4月1日施行予定

No.	認定番号	施設名	郵便番号	住所
1	200101	琉球大学医学部附属病院	903-0215	沖縄県中頭郡西原町字上原 207 番地
2	200102	NTT東日本関東病院	141-8625	東京都品川区東五反田 5-9-22
3	200104	神戸市立医療センター中央市民病院	650-0046	兵庫県神戸市中央区港島中町 4 丁目 6 番地
4	200105	神奈川県立循環器呼吸器病センター (相談窓口は対応していない)	236-0051	神奈川県横浜市金沢区富岡東 6-16-1
5	200107	東京大学医学部附属病院	113-8655	東京都文京区本郷 7 丁目 3 番 1 号
6	200109	千葉大学医学部附属病院	260-8677	千葉県千葉市中央区亥鼻 1 丁目 8 番 1 号
7	200110	独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター	540-0006	大阪府大阪市中央区法円坂 2- 1-14
8	200111	岡山大学病院	700-8558	岡山県岡山市鹿田町二丁目 5 番 1 号
9	200112	東邦大学医療センター 大橋病院	153-8515	東京都目黒区大橋二丁目 17 番 6 号
10	200113	川崎医科大学附属病院	701-0192	岡山県倉敷市松島 577 番地
11	200114	京都大学医学部附属病院	606-8507	京都府京都市左京区聖護院川原町 54
12	200116	慶應義塾大学病院	160-8582	東京都新宿区信濃町 35 番地
13	200201	奈良県立医科大学附属病院	634-0813	奈良県橿原市四条町 840 番地
14	200202	大分大学医学部附属病院	879-5503	大分県由布市挾間町医大ケ丘 1-1

15	200203	筑波メディカルセンター病院	305-0005	茨城県つくば市天久保1丁目3番地の1
16	200204	川崎医科大学附属 川崎病院	700-8505	岡山県岡山市北区中山下2丁目1-80
17	200206	坂出市立病院	762-0031	香川県坂出市文京町1丁目6番43号
18	200301	下関市立市民病院	750-8520	山口県下関市向洋町1-13-1
19	200401	藤枝市立総合病院	426-8677	静岡県藤枝市駿河台4-1-11
20	200403	浜松医科大学医学部附属病院	431-3192	静岡県浜松市東区半田山1丁目20番1号
21	200405	福岡大学病院	840-8571	福岡市城南区七隈7丁目45番1号
22	200406	前橋赤十字病院	371-0014	群馬県前橋市朝日町3-21-36
23	200408	横須賀市立うわまち病院	238-8567	神奈川県横須賀市上町2-36
24	200501	市立札幌病院	060-8604	北海道札幌市中央区北11条西13丁目1-1
25	200601	浜松医療センター	432-8580	静岡県浜松市中区富塚町328
26	200602	東京慈恵会医科大学附属病院	105-8471	東京都港区西新橋3丁目19番18号
27	200701	大樹会総合病院 回生病院	762-0007	香川県坂出市室町3丁目5番28号
28	200802	愛知医科大学病院	480-1195	愛知県愛知郡長久手町大字岩作 字雁又21
29	200803	国立大学法人 三重大学医学部附属病院	514-8507	三重県津市江戸橋2丁目174
30	200804	健和会 大手町病院	803-8543	福岡県北九州市小倉北区大手町15-1
31	200901	横浜医療センター	245-8575	神奈川県横浜市戸塚区原宿 3丁目60番2号
32	200902	順江会 江東病院	136-0072	東京都江東区大島6丁目8番5号
33	201002	長野県立須坂病院	382-0091	長野県須坂市大字須坂1332
34	201003	岩手県立久慈病院	028-8040	岩手県久慈市旭町10-1
35	201102	金沢医科大学病院	920-0293	石川県河北郡内灘町大字-1
36	201103	小牧市民病院	485-8520	愛知県小牧市常普請1-20
37	201105	神奈川県立こども医療センター	232-8555	神奈川県横浜市南区六ツ川2-138-4
38	201107	東北大学病院	980-8574	宮城県仙台市青葉区星陵町1番1号
39	201108	獨協医科大学病院	321-0293	栃木県下都賀郡壬生町北小林880番地
40	201110	越谷市立病院	343-8577	埼玉県越谷市東越谷10-47-1
41	201111	済生会横浜市南部病院	234-8503	神奈川県横浜市港南区港南台3-2-10
42	201201	東京医科大学病院	160-0023	東京都新宿区西新宿6-7-1
43	201202	朝日大学歯学部附属村上記念病院	500-8523	岐阜県岐阜市橋本町3-23
44	201203	西脇市立西脇病院	677-0043	兵庫県西脇市下戸田652番地の1
45	201204	岐阜大学医学部附属病院	501-1194	岐阜県岐阜市柳戸1番1
46	201205	横浜市立みなと赤十字病院	231-8682	神奈川県横浜市中区新山下3-12-1
47	201206	東京都立小児総合医療センター	183-8561	東京都府中市武蔵台2-8-9
48	201207	仙北組合総合病院	014-0027	秋田県大仙市大曲通町1-30
49	201208	静岡市立清水病院	424-8636	静岡県静岡市清水区宮加三1231
50	201209	高松市民病院	760-8538	香川県高松市宮脇町2丁目36番1号
51	201301	信州大学医学部附属病院	390-8621	長野県松本市旭3-1-1
52	201302	九州大学病院	812-8582	福岡県福岡市東区馬出3-1-1