

参考文献

- 1) Kimura H, Nagano K, Kimura N, et al. A norovirus outbreak associated with environmental contamination at a hotel. *Epidemiol Infect.* 2011;139(2):317-25.
- 2) Lopman B, Gastañaduy P, Park GW, et al. Environmental transmission of norovirus gastroenteritis. *Curr Opin Virol.* 2012;2(1):96-102.

(3) 手指衛生

- 1) 手指衛生の基本は、流水と石けんによる 20 秒以上の手洗いである
- 2) 有症状患者および接触者への診療前後には、手洗いを遵守する
- 3) 手洗いの補助として、配合物の工夫によりノロウイルスに対する消毒効果を上昇させた手指消毒薬の利用を考慮する

ノロウイルスはアルコール抵抗性であり、通常用いられているアルコール含有速乾性手指消毒薬は基本的には有用では無い。有症状患者との接触時には手袋やガウンなどの個人用防護具 (PPE) を着用するが、診療前後の手洗いの遵守が感染防止対策において最も重要である。また接触後 48 時間以内の接触者への診療については、手袋の着用は必要ないが、手洗い流水による手洗い遵守が必要である。

一般的に手指衛生の手段としてアルコールは有効では無いが、手洗いの補助として、配合物の工夫によりノロウイルスに対する消毒効果を上昇させた手指消毒薬 (3. ノロウイルスの感染伝播要因の項参照) の利用を考慮する。例えば、WHO の 5 moments for hand hygiene について、流水による手洗いのみで遵守は困難である。診療中は流水による手洗いと上記手指消毒薬を用いて手指衛生を行い、診療最後には流水による手洗いの後に手指消毒薬による手指衛生を行うなど利用を考慮する。PPE を脱ぐ際の手指衛生にも利用可能である。

参考文献

- 1) WHO. My 5 moments for Hand Hygiene
<http://www.who.int/gpsc/5may/background/5moments/en/index.html>

(4) 個人用防護具 (Personal Protective Equipment ; PPE) の着用

- 1) 診療時、汚物の処理時には、適切な PPE を着用する
- 2) 接触感染予防策として、手袋とガウンの着用は必須である、飛沫が飛散する危険がある場合 (激しい嘔吐がある場合など) には、マスクおよびゴーグルまたはフェイスシールドを着用する
- 3) PPE の着脱は順序を遵守し、特に脱ぐときには、自身および環境を汚染しないように慎重に行う

個人用防護具 (PPE) は、自身をノロウイルスから防御するため、また汚染を拡大させないために着用する。接触感染予防策として、手袋とガウンの着用は必須である。また、急性期の

患者では突然の嘔吐など、飛沫飛散リスクが高いため、マスクおよびゴーグル（フェイスシールド）の着用も必要である。便や嘔吐物には多量のノロウイルスが存在するため、汚染にもっとも注意が必要である。

PPE の着脱順序については、常日頃から練習し、間違いの無いように行う*。特に脱ぐときに、汚染が起りやすいので、自身および環境を汚染しないように慎重に行い、最後に流水と石けんによる手指衛生を行う。患者の部屋内に、使用した PPE を廃棄する専用のゴミ箱の設置を考慮する。

*着用順序：手指衛生→ガウン→マスク→ゴーグル・フェイスシールド→手袋

外す順序：手袋→手指衛生→ゴーグル・フェイスシールド→※→ガウン→※→マスク→流水と石けんによる手洗い

※汚染した可能性がある場合には、随時手指衛生（流水と石けんによる手洗い、またはノロウイルスに対する消毒効果を上昇させた手指消毒薬による手指消毒）を追加する

参考文献

- 1) 黒須一見. 個人用防護具（PPE）の使い方①個人用防護具（PPE）の着脱の手順. 個人用防護具の手引きとカタログ集、職業感染制御研究会、2011：20-21.

(5) 環境整備

- 1) 環境整備の基本は、次亜塩素酸ナトリウムによる環境消毒である
- 2) 次亜塩素酸ナトリウムは 0.1% (1,000ppm) 以上に濃度を調製して、使用する
- 3) 吐物や便などによる高濃度の汚染部位は、高濃度の次亜塩素酸ナトリウムを用いて十分な消毒を行う
- 4) 汚染したリネン類は、汚染部位の消毒後、密閉し洗濯に出す
- 5) 厨房と接点なく適切な洗浄消毒プロセスが行われるのであれば、食器類を患者専用にする、あるいは使い捨てにする意義は乏しい

ノロウイルスは次亜塩素酸ナトリウムに感受性であり、アウトブレイク対策として、同薬剤による環境消毒は有効である。消毒に用いる次亜塩素酸ナトリウムの濃度は 0.1%

(1,000ppm) 以上を基本とする。特に患者室内の高頻度接触部位やノロウイルスによる汚染の可能性のある部位は、頻回（1日3回以上）に次亜塩素酸ナトリウムによる環境消毒を行う。アウトブレイク中は、トイレや共有スペースなど汚染リスクの高い部位の環境整備も、次亜塩素酸ナトリウムで行うことが望ましい。

次亜塩素酸ナトリウムは、腐食性があり、腐食リスクの高い物品（金属等）への使用後は、10分程度の消毒の後、水拭きを行う。精密機器など次亜塩素酸ナトリウムが使用できない場合には、アルコールによる2回以上の清拭消毒、あるいは材質劣化が比較的少ないペルオキソー硫酸水素カリウム（ルビスタ®、キョーリンメディカルサプライ株式会社）による除菌を考慮する。

吐物や便などによる高濃度の汚染部位は、高濃度の次亜塩素酸ナトリウムによる消毒を行う。エロゾル化した排泄物による感染伝播を防ぐために、外気に通じる窓があれば直ちに開ける。換気設備がある場合には、換気を行う。0.1%以上の濃度の次亜塩素酸ナトリウムを浸したペーパータオルやガーゼ類で外側から汚物に向けて拭き取り、袋詰めなどして廃棄する。その後汚染部位とその周囲を次亜塩素酸ナトリウムを染みこませたペーパータオルやガーゼ類で消毒する。吐物の汚染範囲は、半径 2m 程度飛散していることもあり、広範囲の消毒と汚染をさらに周辺に拡げないように注意しながら行う。必要に応じて、その後水拭きをする。

汚物で 汚染したリネン類は、汚染が一部にとどまれば、付着した汚物を取り除いた上で、0.1%次亜塩素酸ナトリウムに 30～60 分ほどつけた後に、汚染リネンとして密封し、洗濯に出す。汚染部位が広範囲にわたるなど、汚染が激しい場合には廃棄も考慮する。

厨房と接点なく適切な洗浄消毒プロセスが行われるのであれば、食器類を患者専用にする、あるいは使い捨てにする必要性は低い。ただし、急性期の患者で、下痢や嘔吐が激しい場合には、使用後の食器を袋詰めして次亜塩素酸ナトリウムで消毒するなど、環境汚染を防ぐよう考慮する。

参考文献

- 1) 東京都福祉保健局. II-4 排泄物・おう吐物の処理. 社会福祉施設等におけるノロウイルス対応標準マニュアル (第 3 版), 平成 18 年 1 月.

(6) 病棟閉鎖

- 1) 多数の患者および職員が罹患し、多数の曝露者あるいは環境汚染が疑われる場合、あるいは感染対策を行っているにもかかわらず感染の拡大が続く場合には、病棟閉鎖（新規入院患者の制限、病棟間移動の中止）を考慮する。
- 2) 病棟閉鎖中は、訪問者の病室内への入室は原則禁止する
- 3) 病棟閉鎖中は、診療に必要な無い関係者（学生、見学者、業者等）の病棟内への立入は制限する

病棟閉鎖には、新入院患者への感染伝播防止の目的以外に、入院患者の制限により、胃腸炎に罹患した職員の休業などに伴い増大した仕事量を減らし、感染対策の遵守率の向上、さらに早期のアウトブレイク終息へとつながる可能性がある。日々、患者の状況をモニタリングし、アウトブレイク終息とともに病棟閉鎖の解除を検討する。

見舞客などの訪問者の病室内への入室は、訪問者への感染リスクおよびあらたなウイルスの持ち込みの可能性があるため、アウトブレイク中は基本的に厳しく制限する。入室する場合には、手指衛生の厳守など、衛生管理について十分教育する。また、診療に必要な無い関係者の病棟内への立入は制限する。

参考文献

- 1) Hansen S, Stamm-Balderjahn S, Zuschneid I, et al. Closure of medical departments during nosocomial outbreaks: data from a systematic analysis of the literature. *J Hosp Infect.* 2007;65(4): 348-53.

(7) 患者の隔離解除、職員の休務解除

- 1) 隔離（休務）解除の基準として、便中のウイルス排泄を検査することは推奨されない
- 2) 入院患者については、胃腸炎症状消失後 48 時間以上経過した後に隔離解除可能である
- 3) 小児または免疫不全の入院患者では、より長期（最大 5 日間程度）の隔離予防策の実施を考慮する
- 4) 職員については、胃腸炎症状消失後 48 時間以上経過した後に復職可能である
- 5) 患者の家族や関係者がノロウイルス胃腸炎を発症した場合、症状消失後 48 時間以上経過した後に病棟訪問可能とする

病極期が過ぎ、症状が改善した後も、長期にわたり便からノロウイルスは検出される。従って、隔離解除の基準として、迅速抗原検査キットや遺伝子検査を行うことは推奨されない。但し、調理部門の職員に関しては、遺伝子検査など高感度の検便検査にてノロウイルスが陰性化するまで、食品に直接触れる調理作業を控えさせることがのぞましい。

胃腸炎発症患者については、症状消失後 48 時間以上経過後に隔離解除可能となる。しかしながら、便にはなおノロウイルスが排出されているため、特に排便後の衛生管理について十分に教育する。自己管理が困難な場合やオムツ使用中の場合には、職員による感染対策の徹底を行う。特に、小児（2 才以下）や免疫不全者においては、健康に比してより長期にウイルスを排泄する可能性があり、より長期（症状消失後最大 5 日程度）の隔離が必要であるとの報告もある。

胃腸炎を発症した職員については、胃腸炎症状消失後 48 時間以上経過した後に復職可能である。患者同様に、便にはノロウイルスが排出されており、特に復職直後数日間は、管理者の指導の下排便後の衛生管理（環境消毒）、手指衛生遵守の徹底を行う。胃腸炎を発症した患者の家族や関係者も、症状消失 48 時間が経過するまで、訪問は禁止とする。

参考文献

- 1) Marshall JA, Salamone S, Yuen L, Catton MG, Wright JP. High level excretion of Norwalk-like virus following resolution of clinical illness. *Pathology.* 2001;33(1):50-2.
- 2) Green KY. Norovirus infection in immunocompromised hosts. *Clin Microbiol Infect.* 2014 ;20(8):717-23.
- 3) 厚生労働省医薬食品局. 大量調理施設衛生管理マニュアル（平成 25 年 10 月 22 日付け食安発 1022 第 10 号）.

(8) アウトブレイクの終息

- 1) 48 時間以上新規胃腸炎の発生が無く、病棟（部署）の患者および職員に 48 時間以上下痢または嘔吐が無い場合をアウトブレイク終息の基準とする
- 2) 終息後も最低 48 時間は、胃腸炎の発生に十分注意する

アウトブレイクの終息の定義として、48 時間以上新規胃腸炎の発生が無く、病棟（部署）の患者および職員に 48 時間以上下痢または嘔吐が無いこととする。これは、ノロウイルスの潜伏期が概ね 48 時間までであることによる。しかしながら、環境中には依然としてノロウイルスが存在している可能性があり、終息後最低 48 時間は、胃腸炎の発生に十分注意する必要がある。病棟閉鎖を行っている場合には、アウトブレイクの終息が確認された後、必ず ICT あるいは病院管理部門と協議の上、閉鎖解除とする。

7. 日常的なノロウイルス胃腸炎アウトブレイク防止対策

- 1) 流行期直前に、全職員を対象にノロウイルス胃腸炎に関する情報提供および感染対策の再確認を行う（図 3）
- 2) 胃腸炎症状サーベイランスを行い、情報を ICT に集約する
- 3) アウトブレイクの発生を常時監視し続ける
- 4) ノロウイルスを含む感染性胃腸炎患者の外来および入院対応のマニュアルを作成し、遵守を啓発する
- 5) 行政からの情報や院内感染対策に関する地域連携のしくみを利用して、地域での流行状況の把握と、流行状況に応じた予防対策の強化を考慮する（図 4）
- 6) ノロウイルス胃腸炎流行期には、原因の明らかでは無い胃腸炎症状の入院患者については、初期対応としてノロウイルスを想定した感染対策の徹底を行う

わが国では、例年 10 月中旬頃より、ウイルス性感染性胃腸炎患者の増加が見られ、10 月下旬～11 月上旬には本格的な流行期に入る（定点当たり報告数 5 件／週以上）。このため、流行期に入る直前に、全職員を対象にノロウイルス胃腸炎に関する情報提供と感染対策の再確認を行う（図 3）。情報提供や再確認は、施設規模、職員数などにより各施設で対応する（病院入口や病院内へのポスター掲示、病院入り口へのノロウイルスにも有効性が期待される手指消毒薬の設置、感染対策ニュースの発行、講習会勉強会の開催、等）。また、同時に、入院患者および職員の胃腸炎症状サーベイランスを開始し、情報（病棟、部署、職員、検査室、他）を ICT に集約し、管理を行う。また病棟内、部署内でのアウトブレイクの発生について、常時 ICT および感染対策リンク委員が監視を続ける。

ノロウイルスの流行状況に応じた対策強化も、アウトブレイク防止対策として有用である（図 4）。ノロウイルスは 5 類定点感染症である感染性胃腸炎の主要病原体であり、流行の開始

や流行状況については、国立感染症研究所 感染症疫学センターの情報（IDWR）あるいは地方自治体の流行情報に注意し、情報を得る。流行が始まった後は、流行状況の把握とともに、地域の感染対策ネットワークによるリアルタイムの流行状況、アウトブレイク情報などの情報共有が可能であれば、感染対策により有用な情報収集が可能となる。

ノロウイルスの流行に備えて、ノロウイルスを含む感染性胃腸炎患者の外来および入院対応のマニュアルを各施設が作成し、遵守に向けて啓発活動を行う。流行初期から、症状サーベイランスを開始し、マニュアルの遵守を徹底する。同時に市中感染症であるノロウイルスの院内への持ち込み対策として、新入院患者、外泊後患者の症状の確認を行う。ノロウイルス胃腸炎では入院直後が、最も症状が激しく、ウイルス排出量も多いため、最も感染伝播リスクが高い。このため、たとえ迅速抗原検査キットでノロウイルス胃腸炎と診断されなかった場合でも、流行期における感染性胃腸炎患者では、入院当初からノロウイルスを想定した感染対策の徹底が必要である。胃腸炎患者が入院した病室内では、ノロウイルスにも有効性が期待される手指消毒薬の配備も考慮する。

流行極期からは潜在的なノロウイルスによる汚染を考慮して、患者病室のみならず病棟内での高頻度接触面の清掃に、ルチンで次亜塩素酸ナトリウムを用いることも考慮する。さらに、複数人の患者がいる場合やアウトブレイクが発生した場合には、病棟内全体の手指消毒薬をノロウイルスにも有効性が期待される手指消毒薬とすることも考慮する。

図3 市中の感染性(ノロウイルス)胃腸炎流行状況を考慮した対応

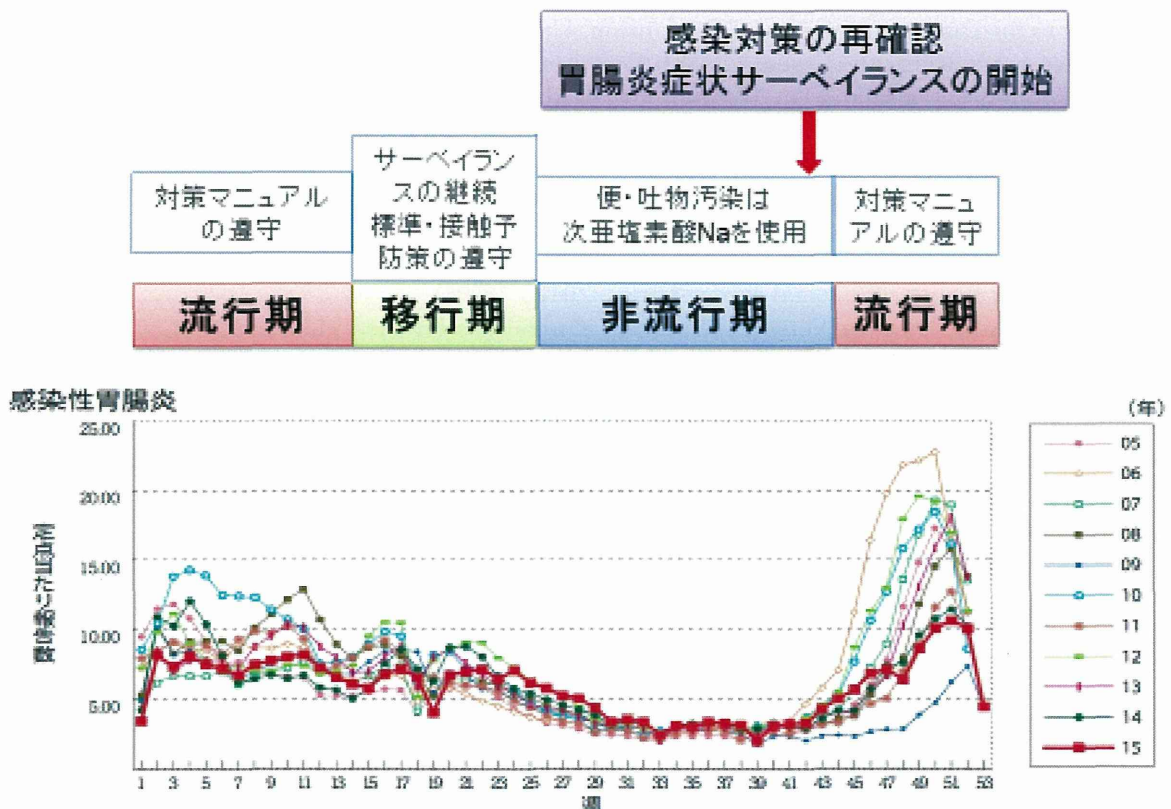
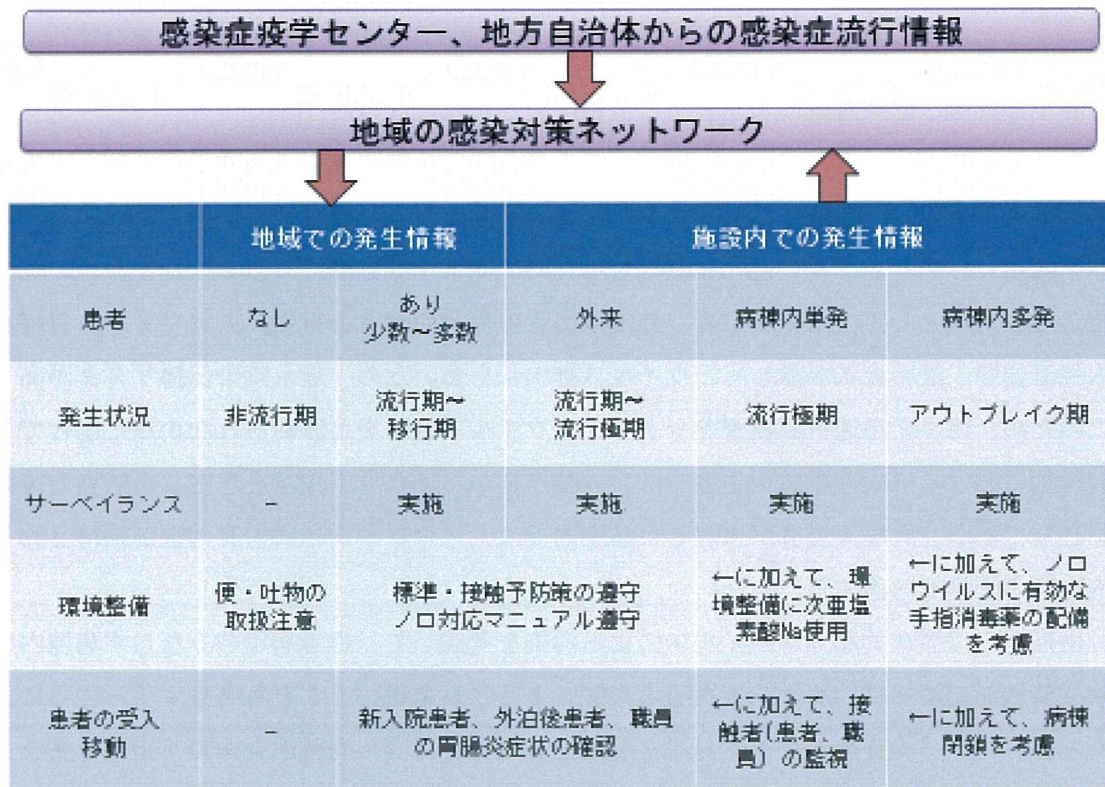


図4 感染性(ノロウイルス)胃腸炎流行状況と対応



※参考としたガイドライン類

- Centers for Disease Control and Prevention. Updated norovirus outbreak management and disease prevention guidelines. MMWR Recomm Rep 2011; 60: 1-18. (米国 CDC)
- MacCannell T, Umscheid CA, Agarwal RK et al. HICPAC Guideline, Guideline for the prevention and control of norovirus gastroenteritis outbreaks in healthcare settings. Infect Control Hosp Epidemiol 2011; 32: 939-969. (米国 HICPAC/CDC)
- Health Protection Agency, British Infection Association, Healthcare Infection Society, Infection Prevention Society, National Concern for Healthcare Infections, National Health Service Confederation. Guidelines for the management of norovirus outbreaks in acute and community health and social care settings, 2012. (英国)
- Communicable Disease Network Australia. Guidelines for the public health management of gastroenteritis outbreaks due to norovirus or suspected viral agents in Australia, 2010. (オーストラリア)
- HPS Norovirus Outbreak Guidance 2015-16 and 2016-2017: Preparedness, control measures & practical considerations for optimal patient safety and service continuation in hospitals, 2015. (スコットランド)
- 切替照雄. ノロウイルスなどの感染性胃腸炎による院内感染対策防止手順資料集, 2012. http://www.ncgm.go.jp/topics/noro_20121226.pdf

医療機関における院内感染対策マニュアル 作成のための手引き(案)[更新版] (160201 ver. 6.02)

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金 (新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業)

「医療機関における感染制御に関する研究」(H25-新興-一般-003)

研究代表者：八木哲也

分担研究課題「医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引きの更新」

研究分担者 (2016 年 1 月時点での所属と役職)

荒川 宜親 (名古屋大学大学院医学系研究科 分子病原細菌学/耐性菌制御学分野/教授)

研究協力者 (2016 年 1 月時点での所属/役職)

網中真由美 (国立看護大学校 感染管理看護学/講師)

飯沼 由嗣 (金沢医科大学 臨床感染学・感染制御学/教授)

井上 善文 (医療法人川崎病院外科/外科総括部長)

印田 宏子 (HAICS 研究会/学術担当)

小野寺睦雄 (徳島大学病院救急集中治療部/講師)

洪 愛子 (社)日本看護協会認定部/認定部長)

鈴木 里和 (国立感染症研究所細菌第二部/第一室室長)

田辺 正樹 (三重大学医学部附属病院 医療安全・感染管理部/副部長・准教授)

土井まつ子 (愛知きわみ看護短期大学/教授)

徳本 史郎 (厚生労働省医政局経済課/課長補佐)

土手健太郎 (愛媛大学医学部附属病院集中治療部/准教授)

朝野 和典 (大阪大学医学部附属病院 感染制御部/教授)

仲井美由紀 (愛知きわみ看護短期大学/大学設置準備室員)

長沢 光章 (東北大学病院診療技術部/臨床検査技師長)

山岸 拓也 (国立感染症研究所 感染症疫学情報センター/研究員)

脇本 寛子 (名古屋市立大学看護学部/准教授)

旧版(ver 5.0)作成時の研究分担者、研究協力者等 (当時の所属/役職)

研究代表者 (2007 年時点での所属と役職)

荒川 宜親 (国立感染症研究所細菌第二部/部長)

研究分担者

武澤 純 (名古屋大学大学院医学系研究科救急・集中治療医学/教授)

研究協力者

井上 善文 (医療法人川崎病院外科/外科総括部長)

印田 宏子 (HAICS 研究会/学術担当)

小野寺睦雄 (名古屋大学大学院医学系研究科救急・集中治療医学/助教)

金光 敬二 (東北大学大学院感染制御・検査診断学/准教授)

工藤 友子 (静岡県立静岡がんセンター/看護師長)

洪 愛子 (社)日本看護協会認定部/認定部長)

鈴木 里和 (国立感染症研究所細菌第二部/主任研究官)

土井まつ子 (愛知医科大学看護学部/学部長)

土手健太郎 (愛媛大学医学部附属病院集中治療部/准教授)

朝野 和典 (大阪大学医学部附属病院感染制御部/教授)

鳥居 啓三 (名古屋大学医学部附属病院中央感染制御部/准教授)

仲井美由紀 (愛知医科大学看護学部/准教授)

西村 匡司 (徳島大学病態情報医学講座救急・集中治療医学/教授)

平潟 洋一 (東北大学医学部附属病院検査部/講師)

宮里 明子 (東北大学大学院感染制御・検査診断学/助教)

山根 一和 (国立感染症研究所細菌第二部/主任研究官)

脇本 寛子 (愛知医科大学看護学部/講師)

目 次

本手引きの利用の仕方	2
院内感染対策に関連する法令等	5
院内感染対策の組織、権限、業務	11
標準予防策	15
感染経路別予防策	18
職業感染対策	20
院内感染対策のための抗菌薬の適正使用	24
病棟環境の整備・衛生管理	27
器材の洗浄・消毒・滅菌	35
膀胱留置カテーテル関連尿路感染対策	37
人工呼吸器関連肺炎対策	40
手術部位感染対策	43
カテーテル関連血流感染対策	47
経腸栄養法に関する感染対策	58
内視鏡関連感染対策	61
臨床微生物検査	64
病原体別感染拡大防止対策	66
アウトブレイク対応策	71

本手引きの利用の仕方

本「医療機関における院内感染対策マニュアル作製のための手引き」（以下、「手引き」）は、医療機関において院内感染対策マニュアルを作成する際の参考とするために作成された。本「手引き」ver 6.0 は、2007年度の改正医療法を受けて2007年9月に作成されたver. 5.0をベースとし、その後の2010年度の診療報酬改定、2011年6月17日付の厚生労働省課長通知（医政指発0617）等も考慮に入れつつ、また新しいのエビデンスも織り込んで作成された。

1. 本「手引き」が作成された手順

1.1 論文の調査

「手引き」作成時に根拠とされた論文の調査は、わが国及び欧米の院内感染対策に関して出版された主要な著書と、Medline/PubMed、Cochrane Library、Best Evidence、医学中央雑誌などのデータベース、およびEvidence-Based Medicine、ACP Journal Clubなどの2次情報雑誌を対象とした。更に必要に応じてハンドサーチも実施した。

1.2 根拠の強さと推奨度の定義

各論文の根拠の強さは Sackett (Chest 1989;95(2 Suppl):2S-4S) らの方法を参考に、引用文献に I~III までランク付けした (表 1)。法令等によって規制されている事項については IV とした。原則として根拠の強さに従って推奨の強さをランク付けしたが、これらの論文と推奨ランクは必ずしも一致していない (表 2)。また、RCT やメタアナリシスによって効果がないことが示されている場合には、「IC」として推奨しないこととした。さらに、RCT によらなくても、その研究結果が明白であったり、事例報告などから明らかになった危険性の高い処置を否定したりする場合には、科学的根拠が脆弱でも「IIIA」と推奨した。推奨レベルは研究班構成員の合議によって決定した。また Evidence-based Medicine (EBM) の原則に従い、動物実験やベンチスタディは推奨の根拠としなかった。

なお、他のガイドラインとの記載の違いについてであるが、米国感染症学会 (IDSA) のガイドラインは、本手引きとほぼ同一のランク付けで推奨度が記載されている。一方で CDC のガイドラインでは、やや異なる表現 (表 3) となっており、本手引きと比較する場合には注意が必要である。

表 1：臨床研究論文の科学的根拠のランク付け

レベル	内容
I	最低一つの RCT や meta-analysis による実証
II	RCT ではない比較試験、盲検化されていない RCT、コホート研究による実証
III	症例集積研究や単なる専門家の意見
IV	法令や省令、通達、通知などによるもの

RCT (Randomized Controlled Trial)：無作為化比較対照試験

表 2：推奨のランク付け

推奨度	内容
A	強く推奨する／しない
B	一般的に推奨する／しない
C	任意で良い

注) Ver5.0 では、推奨度に応じて表現を変えていた。しかし、本バージョン (Ver. 6.0) 以上では、表現については基本的に「～する。」または、「～しない。」に統一した。また IV (法令等) については、その性質上推奨度のランク付けは行なわない。

表 3：CDC ガイドラインにおける推奨のランク付け (参考)

CDC の カテゴリー	内容	本手引き のランク
IA	実行が強く勧告され、最高の質の研究によって支持される	IA
IB	実行が強く勧告され、質の高い研究及び強力な理論的根拠により支持される	IIA
IC	連邦や州の規則または標準によって、実行が要求されている	IV
II	実行が提案され、いくつかの研究又は理論的根拠により支持される	I~IIIB
勧告なし	未解決問題、効果の根拠が不十分、または合意が不十分	I~IIIC

2. 手引きの利用法

2.1 院内感染対策マニュアルの整備

2007年度の医療法の改正に伴い、各医療機関で院内感染対策のための指針の作成及び職員への周知が定められた。それに伴い、各医療機関の実態に応じた院内感染対策マニュアルの整備が必要となった。内容的には、院内全体で日常的に活用できる総合的マニュアルであり、必要に応じて部門毎に特有の対策等を盛り込んだものとして作成・編集される必要がある。

2.2 本「手引き」を用いたマニュアルの作成手順

本「手引き」では、マニュアル作成のために必要と考えられる基本的な事項が項目立てて列記されており、まずはそれぞれの項目が各施設で必要か否かの判断を行う。例えば、療養型施設や内科系の病院などで手術を行わないような機関では、手術部位感染対策の項目は省略可能である。

次に各項目ごとに記載されている小項目について、それぞれの必要性を吟味し、各医療機関のマニュアル内に項目として記載するかどうかの判断を行う。その際 A→B→C の順で一般的に優先順位は低くなるが、これは絶対的な順位ではなく、各医療機関の特性に応じて必要な項目を適宜取捨選択しつつ順位の決定を行う。

またマニュアルとして記載する場合の注意点であるが、マニュアルはそれぞれの医療機関において感染制御業務を実施する上で必要となる各遵守事項とその内容を整理したものである。したがって、曖昧な表現「～する方が良い。」ではなく、「～する。」または、「～しない。」という表現に統一し、推奨のレベルを A～C で表現する必要がある。

3. 本「手引き」の修正及び改訂について

本「手引き」は、原案作成後、厚生労働省院内感染対策中央会議、感染症関連学会、職能団体、病院団体などの専門職組織に意見を招請するとともに、パブリックコメントの募集を行い、寄せられた意見について研究班員による検討を行い、合意に基づいて修正等を行った。

本「手引き」は、現時点での推奨に根拠を与える文献と、一部、院内感染事例報告等を参考に作成されている。そのため、3～5年ごとの定期的な見直しが必要である。

4. 本「手引き」で用いた用語について

法令文書等には「院内感染」という表記が一般に用いられているため、本「手引き」でも「院内感染」と言う用語で統一したが、特段の説明がない限り「病院感染」、「医療関連感染」などと同義で用いられている。

用語の解説

用語	
RCT	Randomized Control Trial (無作為化比較対照試験)。データの偏り (バイアス) を軽減するため、被験者を無作為に処置群 (治験薬群など) と対照群 (非治療薬群など) に割り付けて行う試験。エビデンスレベルとして最もグレードが高い。ただし同様の RCT にて相反する結果が得られる場合があり、そのような場合にはメタアナリシスにて結論を導く方法も行われる。
メタアナリシス (Meta-analysis)	過去に行われた複数の臨床研究結果を統合し、より信頼性の高い結果を求める解析方法。例えば相反する結果が得られた複数の研究結果をこの解析技法を用いて結論を得ることができる。特に RCT の結果のメタアナリシスは、エビデンスレベルとして最もグレードの高い結論が得られる。
Evidence-based medicine (EBM)	過去に行われた臨床研究の批判的吟味を行い、そこから得られた診療に関わる情報 (治療、診断、予防など) に基づき、一般常識や患者の希望も含め医療を行うこと。専門家によって作成された診療ガイドラインは、批判的吟味を行った情報が集約整理されたものであり、EBM を実践する上で非常に有用である。
個人防護具 (PPE)	医療職員等が、病原体感染者の処置やケアをする際に、病原体に曝露されないようにするために使用される、使い捨てグローブ (手袋)、マスク、使い捨てガウン、使い捨てエプロン、ゴーグル、フェイスシールドなどの用具
再生処理	使用した医療器具や医療用具等を洗浄・消毒あるいは、滅菌し、次の検査や治療等に再利用できるようにすること。
抗菌薬サイクリング療法	病院内の特定の病棟あるいは診療科において、同様の抗菌スペクトラムを持つ異なる系統の抗菌薬 (特に広域スペクトラムの抗菌薬) を、一定期間ごと順番に用いる方法論。結果として、ある特定の薬剤に対する耐性菌の出現および蔓

	<p>延を防ぎ、初期治療における治療の失敗のリスクを減らし、予後の改善が期待できるとされる。特に集中治療領域における重症感染症において注目されたが、その後否定的な意見も見られる。最近では更に抗菌薬の処方をも多系統に分散させる antibiotic heterogeneity という方法論が注目されている。サイクリング療法の是非はともかく、特定の抗菌薬への偏重は耐性菌出現と治療失敗リスクをあげる可能性が高く、特に重症感染症の初期治療として極端に特定の系統の薬剤に偏重した処方避けるべきである。</p>
MIC (Minimal Inhibitory Concentration)	<p>最小発育阻止濃度。ある菌の発育を阻止できる最小の抗菌薬の濃度 ($\mu\text{g/mL}$)。抗菌薬の感受性を決定する際の指標として用いられる。この値が高いほど耐性菌であり、低いほど感受性菌となる。一般的には、抗菌薬の希釈列が作られた感受性プレートに菌を接種しその生育状況によって判定する(微量液体希釈法)。感受性と耐性を判定する基準となる濃度のことを breakpoint (BP) と呼び、わが国の大多数の施設では米国の基準 (CLSI 基準) が用いられている。</p>
CLSI (Clinical Laboratory Standard Institute)	<p>米国臨床検査標準協会。「グローバルなコンセンサスに基づく標準、指針、ベストプラクティスを策定し、普及させることを通して医学検査や医療サービスの価値を高める」をミッションとし、世界中の 2000 団体より構成される会員組織を擁し、多数のボランティア活動を通して、定期的な更新を欠かさない 170 以上のベストプラクティス標準や指針を作成し、提供している一大組織である。特に微生物検査部門については、その基準がわが国の基準となっており、その影響力は大きい。一方で、BP の設定が米国で使用されている薬剤や投与方法が基本となっており、米国内で用いられていない薬剤の基準がない、あるいは投与量や用法がわが国と大きく乖離している場合がある、などの問題点も指摘されている。</p>

院内感染対策に関連する法令等

1 届出

- 1.1 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（以下、「感染症法」）に則り、以下の患者、疑似症患者、無症状病原体保有者等を診断した時には管轄の保健所に届出を行う^[1]。（IV）
- 1.1.1 全ての医療機関において、感染症の患者等を診断（死亡検案事例も含む）したときの届出
- 1.1.1.1 一類感染症患者（疑似症患者、無症状病原体保有者を含む）：直ちに届ける
- 1.1.1.2 二類感染症患者、無症状病原体保有者：直ちに届ける
- 1.1.1.3 三類感染症患者、無症状病原体保有者：直ちに届ける
- 1.1.1.4 四類感染症患者、無症状病原体保有者：直ちに届ける
- 1.1.1.5 五類感染症患者（全数把握）（後天性免疫不全症候群、梅毒は無症状病原体保有者を含む）：7日以内に届ける
- 1.1.1.6 新型インフルエンザ等感染症患者、無症状病原体保有者：直ちに届ける
- 1.1.1.7 新感染症にかかっていると疑われる者：直ちに届ける
- 1.1.1.8 指定感染症患者：指定時に定める期限までに届ける
- 1.1.2 指定届出機関においては、五類感染症のうち定点把握も届け出る。（IV）
- 1.2 「感染症法」に規定される届出は最寄りの保健所長を経由して都道府県知事に届け出る。（IV）
- 1.3 「感染症法」において、届出をしなかった医師には罰則規定が設けられている（50万円以下の罰金）^[2]。
- 1.4 院内感染対策を講じた後にも関わらず、同一医療機関内で同一菌種による感染症の発病症例（菌種によっては保菌者を含む）が多数にのぼる場合または因果関係が否定できない死亡者が発生した場合には、管轄する保健所にすみやかに報告する^[3]。（IV）

2 医療機関における体制

2.1 医療機関内の体制

- 2.1.1 医療機関の管理者は以下の院内感染対策の体制を整備する^[4,5]。
- 2.1.1.1 院内感染対策のための指針の策定。（IV）
- 2.1.1.2 入院、入所の施設を有する医療機関では院内感染対策委員会の開催。（IV）
- 2.1.1.3 職員に対する院内感染対策のための研修の実施。（IV）
- 2.1.1.4 医療機関内における院内感染の発生動向監視（サーベイランス）と改善のための方策の実施。（IV）

2.2 外部との連携体制

- 2.2.1 院内感染発生を疑う事例がある場合には、保健所等の行政機関に適時相談し、技術的支援を得る^[6]。（IV）
- 2.2.2 院内感染対策を実施した後にも関わらず、新たな感染症の発病症例を認めた場合、対策に不備がある可能性があると判断し、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^[3]。（IV）

	感染症名（平成27年12月時点）
一類感染症 （ただちに届け出）	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
二類感染症 （ただちに届け出）	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）、中東呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る）、鳥インフルエンザ（H5N1）、鳥インフルエンザ（H7N9）、
三類感染症 （ただちに届け出）	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
四類感染症 （ただちに届け出）	E型肝炎、ウエストナイル熱、A型肝炎、エキノコックス症、黄熱、オウム病、オムスク出血熱、回帰熱、キャサナル森林病、Q熱、狂犬病、コクシジオイデス症、サル痘、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスでアルものに限る。）、腎症候性出血熱、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、炭疽、チクングニア熱、つつが虫病、デング熱、東部ウマ脳炎、鳥インフルエンザ（H5N1およびH7N9）を除く）、ニパウイルス感染症、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、鼻疽、ブルセラ症、ベネズエラウマ脳炎、ヘンドラウイルス感染症、発しんチフス、ボツリヌス症、マラリア、野兔病、ライム病、リッサウイルス感染症、リフトバレー熱、類鼻疽、レジオネラ症、レプトスピラ症、ロッキー山紅斑熱

五類感染症 (全数把握)	(全数把握疾患、原則として7日以内に届け出) アメーバ赤痢、ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く)、カルバペネム耐性腸内細菌か細菌感染症、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)、クリプトスポリジウム症、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、後天性免疫不全症候群、ジアルジア症、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症(ただちに届け出)、侵襲性肺炎球菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、梅毒、播種性クリプトコックス症、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、風しん(7日以内にできるだけ早く届け出)、麻しん(ただちに届け出)、薬剤耐性アシネトバクター感染症
五類感染症 (定点把握)	(小児科定点報告疾患、週単位で届け出) 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、水痘、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、百日咳、ヘルパンギーナ、流行性耳下腺炎
	(インフルエンザ定点報告疾患、週単位で届け出) 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)
	(眼科定点報告疾患、週単位で届け出) 急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎 (性感染症定点報告疾患、月単位で報告) 性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、淋菌感染症 (基幹定点報告疾患、週単位で報告) 感染性胃腸炎(病原体がロタウイルスであるものに限る。)、クラミジア肺炎(オウム病を除く)、細菌性髄膜炎(髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く。)、マイコプラズマ肺炎、無菌性髄膜炎、 (基幹定点報告疾患、月単位で報告) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症
新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ(新たに人から人に伝染する能力を有することとなったウイルスを病原体とするインフルエンザ) 再興型インフルエンザ(かつて世界的規模で流行したインフルエンザであってその後流行することなく長期間が経過しているものであって、一般に現在の国民の大部分が当該感染症に対する免疫を獲得していないものをいう。) 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 該当疾患なし
新感染症	(人から人に伝染すると認められる疾病であって、既知の感染症と症状等が明らかに異なり、その伝染力及びり患した場合の重篤度から判断した危険性が極めて高い感染症) 該当疾患なし
指定感染症	(既知の感染症のうち一類～三類感染症及び新型インフルエンザ等感染症に分類されないがそれらに準じた対応が必要として指定された感染症) 該当疾患なし
法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症	摂氏38度以上の発熱及び呼吸器症状(明らかな外傷又は器質的疾患に起因するものを除く)、発熱及び発しん又は水痘

(制度変更等があるため、定期的に以下等の情報を参照する必要がある。)

国立感染症研究所感染症疫学センター<http://www.nih.go.jp/niid/ja/idsc.html>

厚生労働省健康局結核感染症課

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/kekkaku-kansenshou11/01.html>

3. 立入検査等^[7-9]

3.1 医療機関の開設者や管理者は、行政機関による清潔保持の状況等に関する検査及び情報提供の求めに協力する。(IV)

3.1.1 医療機関の開設者は、都道府県知事からの使用の制限若しくは禁止、又は修繕若しくは改築を命じられることがある。(IV)

3.1.2 医療機関の開設者は、都道府県知事からの開設の許可の取り消し、閉鎖を命じられることがある。(IV)

4. 業務委託^[10-13]

4.1 施設管理者は微生物学的検査、医療機器等の滅菌又は消毒、医療施設の清掃等の業務を委託することができる。(IV)

4.2 医療機関の管理者は、医療法施行令に定める業務を委託する場合は、その業務を適正に行う能力のあ

- る者として、医療法施行規則に定める基準を満たす者に委託する。(IV)
- 4.3 委託する業務に関する最終的責任は医療機関にある。(IV)

5. 診療報酬^[14, 15]

- 5.1 入院基本料の算定には以下の要件を満たす必要がある。(IV)
- 5.1.1 院内感染防止対策を実施している。
- 5.1.2 「院内感染防止対策委員会(院内感染対策委員会)」が設置され、月1回程度、定期的開催されている。
- 5.1.1.1 院内感染防止対策委員会は、病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されている(診療所においては各部門の責任者を兼務した者で差し支えない)。
- 5.1.3 「感染情報レポート」が医療機関により週1回程度作成され、活用される体制が取られている。
- 5.1.3.1 「感染情報レポート」は、入院中の患者からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が医療機関の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成される。
- 5.1.3.2 「感染情報レポート」は、各病棟からの拭き取り等による各種細菌の検出状況を記すものでない。
- 5.1.4 職員等に手指衛生管理を徹底させるとともに、各病室に水道又は擦式手指消毒薬が設置されている。
- 5.2 感染防止対策加算1の施設基準には以下が含まれる。(IV)
- 5.2.1 感染防止対策加算1の施設基準には以下が含まれる。(IV)
- 5.2.1.1 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。
- 5.2.1.2 感染防止に係る部門に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
- 5.2.1.2.1 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師(歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師)
- 5.2.1.2.2 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師。
- 注:5.2.1.2.1に定める医師又は5.2.1.2.2に定める看護師のうち1名は専従であること。
- また、5.2.1.2.2の「研修」とは以下をさす。
- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。(6月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)
- イ 感染管理のための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
- (イ)感染予防・管理システム
- (ロ)医療関連感染サーベイランス
- (ハ)感染防止技術
- (ニ)職業感染管理
- (ホ)感染管理指導
- (ヘ)感染管理相談
- (ト)洗浄・消毒・滅菌とファシリティマネジメント等について
- 5.2.1.2.3 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
- 5.2.1.2.4 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師。(IV)
- 注:上記5.2.3.2.1から5.2.3.2.4に定める者のうち1名が、院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。
- 5.2.1.3 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者又は感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。
- 5.2.1.4 感染制御チームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書(マニュアル)を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
- 5.2.1.5 感染制御チームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対

策に関する研修を行っていること。なお当該研修は安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

- 5.2.1.6 感染制御チームにより、感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。
 - 5.2.1.7 感染制御チームにより、感染防止対策加算2を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けていること。
 - 5.2.1.8 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MRSA薬等)については、届出制又は許可制の体制をとること。
 - 5.2.1.9 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
 - 5.2.1.10 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。
 - 5.2.1.11 院内感染対策サーベイランス(JANIS)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。
- 5.2.2 感染防止対策加算2の施設基準には以下が含まれる。(IV)
- 5.2.2.1 一般病床の病床数が300床未満の医療機関であることを標準とする。
 - 5.2.2.2 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置している。
 - 5.2.2.3 感染防止に係る部門に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行う。
 - 5.2.2.3.1 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師(歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師)
 - 5.2.2.3.2 5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師
 - 5.2.2.3.3 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
 - 5.2.2.3.4 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師
- 注:上記の5.2.3.3.1から5.2.3.3.4までに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。
- 5.2.2.4 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。
 - 5.2.2.5 感染制御チームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書(マニュアル)を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
 - 5.2.2.6 感染制御チームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は、安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。
 - 5.2.2.7 感染制御チームは、少なくとも年4回程度、感染防止対策加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染防止対策加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。
 - 5.2.2.8 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MRSA薬等)については、届出制又は許可制の体制をとること。
 - 5.2.2.9 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
 - 5.2.2.10 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。
 - 5.2.2.11 地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。

5.3 感染防止対策地域連携加算の施設基準(IV)

- 5.3.1 感染防止対策加算1を算定していること。
- 5.3.2 他の感染防止対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に相互に赴いて感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。
- 5.3.3 少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受

けていること。

6. 労働安全衛生法関連（ここでは、事業者を医療機関の管理者と同義として考える）（IV）
 - 6.1 事業者は、病原体等による健康障害を防止するため必要な措置を講じなければならない^[16]。
 - 6.2 事業者は、労働者を就業させる建設物その他の作業場について、清潔等に必要な措置及び労働者の健康、風紀及び生命の保持のため必要な措置を講じなければならない^[17]。
 - 6.3 事業者は、労働者を雇い入れ、又は労働者の作業内容を変更したときは、業務に関して発生するおそれのある疾病の原因及び予防に関する内容等の安全又は衛生のため必要な事項について、教育を行わなければならない^[18]。
 - 6.4 事業者は、病毒伝播のおそれのある伝染性の疾病にかかった者については、その就業を禁止しなければならない（伝染予防の措置をした場合はこの限りでない）^[19]。
 - 6.5 事業者は、病原体により汚染された排気、排液又は廃棄物については、消毒、殺菌等適切な処理をした後に、排出し、又は廃棄しなければならない^[20]。
 - 6.6 事業者は、病原体による汚染のおそれの著しい業務に従事する労働者に使用させるために、保護手袋、保護衣、保護眼鏡、呼吸用保護具、履物等適切な保護具を備えなければならない^[21]。
 - 6.7 事業者は、保護具又は器具の使用によって、労働者に疾病感染のおそれがあるときは、各人専用のものを備え、又は疾病感染を予防する措置を講じなければならない^[22]。
 - 6.8 事業者は、病原体によって汚染のおそれの著しい作業場においては、作業場外に休憩の設備を設けなければならない^[23]。
 - 6.9 事業者は、身体又は被服を汚染するおそれのある業務に従事させるときは、洗眼、洗身若しくはうがいの設備、更衣設備又は洗濯のための設備を設けなければならない^[24]。

7. 医療機関における院内感染対策の実施における留意事項

- 7.1 薬剤耐性菌による院内感染やアウトブレイクの発生時には、薬剤耐性遺伝子がプラスミド媒介性であることも想定し、早期検出と感染拡大防止対策を実施する^[25]。（IV）

文献

- [1] 感染症法第12条第1項。
- [2] 感染症法第77条第1項第1号。
- [3] 院内感染対策中央会議提言について（平成23年2月8日厚生労働省医政局指導課事務連絡）。
- [4] 医療法第6条の10。
- [5] 医療法施行規則第1条の11第2項第1号。
- [6] 医療施設における院内感染の防止について（平成17年2月1日医政指発第0201004号）の別記。
- [7] 医療法第24条第1項。
- [8] 医療法第25条第1項。
- [9] 医療法第29条第1項第3号。
- [10] 医療法第15条の2。
- [11] 医療法施行令第4条の7。
- [12] 医療法施行規則第9条の7～15。
- [13] 病院、診療所等の業務委託について（平成 5年2月15日指第 14号）。
- [14] 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（告示）（平成22年厚生労働省告示第72号）。
- [15] 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成26年3月5日保医発0305第1号）。
- [16] 労働安全衛生法第22条第1項第1号。
- [17] 労働安全衛生法第23条。
- [18] 労働安全衛生規則第35条第1項第5号。
- [19] 労働安全衛生規則第61条第1項1号。
- [20] 労働安全衛生規則第581条。
- [21] 労働安全衛生規則第593条、第594条。
- [22] 労働安全衛生規則第598条。
- [23] 労働安全衛生規則第614条。
- [24] 労働安全衛生規則第625条1項

[25]厚生労働省課長通知 医政地発第1219第1号（平成26年12月19日）「医療機関における院内感染対策について」

院内感染対策の組織、権限、業務

【院内感染対策に関する責任と権限および組織】

1. 院内感染対策の組織

1.1 病院長（施設管理者）の責務

- 1.1.1 病院、有床診療所の管理者（以下、施設管理者）は院内感染対策など医療安全の確保に関して責任をもち、院内感染対策のための指針の策定を行なう。^[1~3] (IV)
- 1.1.2 施設管理者は、院内感染対策に関する委員会（infection control committee; ICC）を設置する。^[1~5] (IV)
- 1.1.3 施設管理者は、院内感染対策に関する委員会の構成員として、施設管理者、看護部、薬剤部門、検査部門、事務部門の責任者および感染症対策専門の医師等の職員を配置する。^[1~3,5] (IV)
- 1.1.4 施設管理者は院内感染対策委員会を月に1回程度開催する。^[1~4] (IV)

1.2 院内感染対策の実務

- 1.2.1 施設管理者は、感染対策の実務的責任者（感染管理者）を任命する^[1~3,5] (IV)
- 1.2.2 施設管理者は、感染制御チーム（インフェクションコントロールチーム：ICT）を組織し、院内感染対策に関する日常活動を行う^[5,6]。(IV)

2. 感染管理者およびICTなどの機能と業務

2.1 院内感染対策を実施するときの権限と資金

- 2.1.1 施設管理者は感染管理者に院内感染対策の実施に関する権限を委譲する5。(IIIA)
- 2.1.2 施設管理者は院内感染対策の実施に関する財政的措置を行なう^[5,6]。(IIIA)

2.2 感染管理者の職種

- 2.2.1 施設管理者は、院内感染対策を行なう職員に体系的な教育と訓練を受ける機会を与える。(IIIA)
- 2.2.2 感染管理者は、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師などとする。^[2,5,7,8,9,10] (IIIB)

2.3 ICTを構成する職員の職種

- 2.3.1 ICTは、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員などの職員で構成する。(IIIB)
- 2.3.2 感染管理者およびICTの構成員は、職能別協会や学会等の認定する院内感染対策に関する資格を取得する。^[7,8,9,10] (IIIB)

2.4 ICTの職務

- 2.4.1 感染管理者あるいはICTは、院内感染対策として職員の健康管理、教育、感染対策相談（コンサルテーション）、発生動向監視（サーベイランス）、対策実施の適正化（レギュレーション）、および介入（インターベンション）を行なう。^[11] (IIIA)
- 2.4.2 ICTは1週間に1回程度以上の頻度で定期的なラウンドを行う。^[12](IV)

3. 管理システムの構築

3.1 各部署で院内感染対策の実務を行なう職員の配置

- 3.1.1 施設管理者は、各部署において、業務を行ないながら感染管理者あるいはICTと協力して感染対策や情報の収集を行なう看護師（リンクナース）を配置する。^[13,14] (IIIB)
- 3.1.2 リンクナースは病棟師長と協力し各病棟の感染管理を担当する。

4. 教育、研修

4.1 院内感染対策に関する教育・研修

- 4.1.1 感染管理者あるいはICTは、職員を対象として、施設全体あるいは部署や職種を限定して、法令の定めるところにより院内感染対策に関する教育と実習を行なう。^[1~3,5,15~17] (IV)
- 4.1.2 感染管理者あるいはICTは、院内感染の増加が疑われた場合、あるいは確認された場合は、職員を対象として、施設全体あるいは部署や職種を限定して、院内感染対策に関する教育と実習を行なう。^[1~3,5,18] (IV)
- 4.1.3 感染管理者あるいはICTは、院内感染の状況及びその対策に関する情報を、ニュースレターなどを用いて定期的に関連部署に提供する。^[1~3,5,19] (IV)
- 4.1.4 感染管理者は、業務委託者等の院外の従業員に対して定期的に院内感染予防のための研修を受けさせなければならない。^[1](IV)
- 4.1.5 感染管者は、患者、患者家族、見舞い等のために来院する人に対して、ポスターおよびパンフレットを用いて院内感染予防のための啓発を行う。(IIIA)

5. 感染対策相談（コンサルテーション）

5.1 院内感染対策に関する疑問の解決

- 5.1.1 感染管理者あるいは ICT は院内感染対策に関する質問または感染症の診断、治療に関する質問に対し、施設の疫学的情報を考慮し、科学的根拠に基づく指導を行なう。^[20] (IIIB)

6. 発生動向監視（サーベイランス）

6.1 サーベイランスの活用

- 6.1.1 感染管理者あるいは ICT は、1 週間に 1 回程度各部署における院内感染事例を把握する。^[2~4] (IV)
- 6.1.2 感染管理者あるいは ICT は、院内感染の発生率に関するサーベイランスを部署とターゲットを絞って実施する。(IIB)
- 6.1.3 感染管理者あるいは ICT は、院内あるいは外注の検査会社からの情報をもとに、1 週間に 1 回程度、微生物の分離状況を把握する。^[2~4] (IV)
- 6.1.4 感染管理者あるいは ICT は、院内感染に関する情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。^[1~5] (IV)
- 6.1.5 感染管理者あるいは ICT は、院内感染の発生状況を 1 か月に 1 回程度院内感染対策委員会に報告し、感染対策に活用する。^[1~4] (IV)
- 6.1.6 感染管理者あるいは ICT は地域や全国のサーベイランスへ参加し、自施設の院内感染防止機能を相対的に評価する。^[21,22] (IIIB)

7. 対策実施の適正化（レギュレーション）

7.1 マニュアルの作成

- 7.1.1 感染管理者あるいは ICT は、最新のエビデンスに基づいたガイドライン（手引き）を参考に、自施設の実情に合わせたマニュアル（手順書）を作成し、それを各部署に配布する。^[3,5] (IV)
- 7.1.2 マニュアルには、「標準予防策」、「感染経路別予防策」、「職業感染予防策」、「疾患別感染対策」、「洗浄・消毒・滅菌」、「抗菌薬適正使用」などに関する施設の実情や各部署の特有の対策を盛り込んだ項目を含む。(IV)
- 7.1.3 感染管理者あるいは ICT はマニュアルに、定期的に新しい情報を取り入れ、改訂を行なう。^[3,5] (IV)
- 7.1.4 感染管理者あるいは ICT は、職員が病院内のマニュアルを遵守していることを定期的に調査して確認する。(IIIA)

7.2 抗菌薬の適正使用

- 7.2.1 感染管理者あるいは ICT は、耐性菌の分離率を減少させるため、抗菌薬の適正使用法をマニュアルなどで職員に周知する。^[23,24,25] (IA)
- 7.2.2 感染管理者あるいは ICT は、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗 MRSA 薬など）の使用に際しては許可制もしくは届出制をとり、抗菌薬の適正使用を監視する。^[5, 26~33] (IIIA)
- 7.2.3 抗菌薬の適正使用支援(Antimicrobial Stewardship)の体制を整える。

8. 改善への介入（インターベンション）

8.1 アウトブレイクが疑われた場合の対処

- 8.1.1 感染管理者あるいは ICT はサーベイランスデータなどから院内感染の増加が疑われ、あるいは確認された場合には、疫学的手法などを用いて要因分析を行う。^[34~40] (IIA)
- 8.1.2 感染管理者あるいは ICT は院内感染の増加が確認された場合には、要因分析から得られたデータなどを基に改善策を講じる。^[2,3] (IV)
- 8.1.3 感染管理者あるいは ICT はサーベイランスデータ、病棟ラウンドによる所見、要因分析の結果などの情報を迅速に関係部署に知らせ、情報を共有する。^[2,3] (IIIA)

9. 職員健康管理

9.1 職員の院内感染症予防

- 9.1.1 施設管理者は、定期的に職員の健康診断を実施する。^[9] (IV)
- 9.1.2 施設管理者は血液や体液に曝露される可能性のある職員には、B 型肝炎ワクチンを接種する。^[5,41] (IIA)

- 9.3 施設管理者は風疹、流行性耳下腺炎、麻疹、水痘に対する抗体陰性の職員にそれぞれのワクチン接種、および毎年インフルエンザワクチンの接種を実施する。^[42] (IA)

- 9.4 施設管理者は、結核を疑われる職員を他者への感染の可能性がある期間は休業させる。^[43] (IV)