

診療所内感染対策マニュアル

令和8年3月

八代市立坂本診療所

診療所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。(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。

1.1.1.9 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)。

1.4 診療所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。(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診療所内感染対策の体制を整備する。

2.1.1.1 診療所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診療所内感染対策委員会の開催。(IV)

2.1.1.3 職員に対する診療所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診療所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 診療所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。(IV)

2.2.2 診療所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。(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 イウ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、ハンタウイルス肺炎症候群、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が細菌感染症、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) R S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疱 |

【根拠の強さと推奨度の定義】

<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 1 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 | 法令や症例、通達、通知など |

<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 | 任意でよい |

<CDC ガイドラインにおける推奨のランク付け>

| CDC のカテゴリー | 内容 | 本手引きのランク |
|------------|------------------------------------|-----------|
| I A | 実行が強く勧告され、最高の研究によって支持される | I A |
| I B | 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 | II A |
| I C | 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 ~ III B |
| 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 ~ III C |

標準予防策

1 標準予防策の実施

- 1.1 医療環境では、すべての患者との接触に対して、手指衛生、手袋、ガウン、マスク・ゴーグル、鋭利器材の取り扱いを標準予防策に則り適切に実施する。(ⅠⅤ)
- 1.2 すべての職員に対して標準予防策について教育訓練を実施する。また、その遵守状況を継続的にモニタリングし、その結果を職員教育に活用する。(ⅠⅤ)

2 手指衛生

定義 手指衛生：手洗い、手指消毒、手術時手指消毒のいずれも含んだ総称

手洗い：普通石けん（非抗菌性）と流水によって手指の汚れと一過性に付着した微生物(通過菌)を物理的に取り除くこと

手指消毒：手洗い消毒あるいは擦式手指消毒のこと、手術時手指消毒も含まれる

手洗い消毒：手指洗浄消毒薬（洗浄成分を含有する抗菌性石けん）と流水による手洗いのこと

擦式手指消毒：擦式手指消毒薬で手指を消毒すること

手術時手指消毒：手指から肘の上までの通過菌を除去し、常在細菌叢を減少させるために手術スタッフが術前に行う手指消毒薬を用いた手洗いや擦式手指消毒のこと

- 2.1 手袋使用の有無にかかわらず、患者に直接接触する前には手指衛生を行う。(ⅡA)
- 2.2 目に見える汚れがない場合は、アルコールを主成分とする擦式手指消毒薬を用いて手指消毒をする。(ⅡA)
- 2.3 手が目に見えて汚染しているとき、あるいは血液やその他の体液で汚染しているときは、石けんまたは手指洗浄消毒薬（抗菌性石けん）と流水で手洗いを行う。(ⅡA)
- 2.4 血液、体液、排泄物あるいは分泌物、粘膜、創傷のある皮膚や創傷被覆材に接触した後は、たとえ目に見えて汚染がなくとも、石けんあるいは手指洗浄消毒薬と流水で手洗いを行う。(ⅢA)
- 2.5 創傷のない皮膚に触れた後は手指衛生を行う。(ⅢA)
- 2.6 手袋を外した後は手指衛生を行う。(ⅢA)
- 2.7 同じ患者であっても業務や処置の間には異なる局所部位への交差感染を防ぐために直ちに手指衛生を行う。(ⅡA)
- 2.8 アルコールが無効なノロウイルスや芽胞菌（クロストリジウム・ディフィシルなど）を含む排泄物に接触した疑いがある場合はアルコールを主成分とする擦式手指消毒薬ではなく、石けんあるいは手指洗浄消毒薬と流水による手洗いとで病原性微生物を物理的に洗い落とす。(ⅡA)
- 2.9 手洗いの遵守率の向上の為に恒常的な教育・研修や、様々な介入（手洗いに関するキャンペーンの実施、手洗い状況のモニタリング）を組み合わせる。繰り返す。(ⅢA)
- 2.10 手洗いによる刺激性接触皮膚炎の発症を抑えるためハンドローションやクリームで手の皮膚をケアする。(ⅢA)

3 手袋

- 3.1 血液、体液あるいは分泌物、粘膜、傷のある皮膚に接触する可能性がある時、あるいは血液、体液で汚染された物品（医療機器、医療器材など）に接触する時は手袋を着用する。（ⅢA）
- 3.2 手袋を外す動作で手指が汚染される可能性があるため、手袋を外した後は、手指衛生を行う。（ⅡA）
- 3.3 ガーゼ交換時には、清潔な未滅菌手袋を着用する。（ⅢA）
- 3.4 内視鏡検査処置において内視鏡を操作する際には、粘膜や体液と接触するため、清潔な未滅菌手袋を使用する。（ⅢA）
- 3.5 患者の健全な皮膚に接触する場合であっても、医療従事者が手に切り傷、病変部、あるいは皮膚炎があるときには、清潔な（未滅菌で良い）手袋を使用する。（ⅢA）
- 3.6 単回使用の手袋の再処理使用はしない。（ⅡA）
- 3.7 同じ患者であっても、処置ごとに手袋を交換する。（ⅢA）

4 ガウン・エプロン

- 4.1 処置や患者ケアの過程で皮膚や着衣の汚染が予測される場合は撥水性のガウン・エプロンを着用。（ⅢA）
- 4.2 着用していたガウン・エプロンは使用后直ちに外し、廃棄する。その後、手指衛生を行う。（ⅢA）

5 マスク・ゴーグル、フェイスシールド

- 5.1 処置や患者ケアの過程で目・鼻・口の粘膜に体液などによる汚染が予測される場合（血液やその他体液、分泌物の飛散）はマスク、ゴーグル、フェイスシールドを使用する。（ⅢA）
- 5.2 マスク、ゴーグル、フェイスシールドは使用后直ちに外す。その際に汚染した表面に触れないようにし、直ちに手指衛生を行う。（ⅢA）

6 鋭利器材

- 6.1 処置に際しては、安全装置付き器材を使用する。また、安全装置付き器材は教育・研修の実施後に導入する。（ⅡA）
- 6.2 手術時の鋭利器材の受け渡しにはハンズフリーテクニックを用い、手での直接の受け渡しを避ける。
- 6.3 注射針は原則としてリキャップを行わない。（ⅢB）
- 6.4 耐貫通性専用廃棄容器は密閉可能で、処置終了時に容易に手が届く場所に設置する。（ⅢA）
- 6.5 使用後の鋭利器材は直ちに専用廃棄容器に廃棄する。（ⅢA）
- 6.6 廃棄容器は、内容が八分目に達した時点で交換廃棄する。（ⅢB）
- 6.7 廃棄容器を移動させるときや交換するときには蓋をする。（ⅢA）
- 6.8 職業感染予防策の教育・研修を提供する。（ⅡA）
- 6.9 針刺し・切創事象発生後の対応をマニュアル化する。（ⅠV）

感染経路別予防策

1 空気予防策

- 1.1 麻疹、水痘など空気（飛沫核）を介して伝播する感染症が診断されるか、または疑いのある患者に空気予防策を適応する。（ⅡA）
- 1.2 患者配置
 - 1.2.1 患者は、以下の条件を備えた個室に配置する。（ⅡA）
 - 1.2.1.1 1 時間に少なくとも 12 回の換気を行う。（ⅢB）
 - 1.2.1.2 入退室時以外は部屋の扉を閉める。（ⅢA）
 - 1.2.1.3 空気感染予防策の必要な患者が多数発生し、共通の病原体が分離された複数の患者をコホートする。（ⅢA）
- 1.3 医療従事者の感染防止対策
 - 1.3.2 麻疹または水痘、播種性帯状疱疹に対する免疫がない職員は、患者（疑いも含む）の部屋に立ち入ることを制限する。（ⅢA）
- 1.4 病診療所内における患者移送
 - 1.4.1 治療上必要な場合以外は患者移送を制限する。（ⅢA）
 - 1.4.2 やむを得ず患者が病室外に出る場合、患者はサージカルマスクを着用する。（ⅢA）

2 飛沫予防策

- 2.1 インフルエンザ、インフルエンザ菌性髄膜炎、髄膜炎性髄膜炎、百日咳、マイコプラズマ肺炎など飛沫によって伝播する病原体の感染が診断されるか、または疑われる場合は飛沫予防策を実施する。（ⅢA）
- 2.2 患者配置
 - 2.2.1 患者は、個室に配置する。（ⅢA）
 - 2.2.2 個室が不足する場合は、共通の病原体が分離された複数の患者をコホートする。（ⅢA）
 - 2.2.3 患者を個室あるいはコホートできない場合は、感染病原体に感染している患者と感染していない患者との間隔は 1m 以上とり、患者同士の密接な接触の機会を最小限にするためにカーテンを引く。（ⅢA）
- 2.3 医療従事者の感染防止対策
 - 2.3.1 患者と 1m 以内で接する時にはサージカルマスクを着用する。（ⅢA）
- 2.4 病診療所内における患者移送
 - 2.4.1 治療上必要な場合以外は患者移送を制限する。（ⅢA）
 - 2.4.2 やむを得ず患者が病室外に出る場合、患者はサージカルマスクを着用する。（ⅢA）
 - 2.4.3 飛沫予防策下にある患者移送を行う医療従事者は、マスク着用の必要はない。（ⅢB）

3 接触予防策

- 3.1 ノロウイルス感染症、クロストリジウム・ディフィシル感染症、急性ウイルス性結膜炎やメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）、多剤耐性緑膿菌（MDRP）などの薬剤耐性菌感染症など疫学的に接触感染が重要な病原体の保菌または感染の患者には、接触予防策を実施する。（ⅢA）
- 3.2 患者配置

3.2.1 患者は、個室に配置する。(ⅡA)

3.2.2 個室が不足する場合は、共通の病原体が分離された複数の患者をコホートする。(ⅢA)

3.2.3 個室あるいはコホートできない場合は、感染病原体に感染している患者と感染していない患者との間隔は 1m以上とり、患者同士の密接な接触の機会を最小限にするためカーテンを引き、医療従事者が患者間を移動する際は手指衛生を確実に実施する。(ⅢA)

3.3 手指衛生と手袋

3.3.1 病室入室時には手指衛生後に手袋を着用し、退室時には手袋を外して再び手指衛生を行う (1A)

3.4 ガウン

3.4.1 着衣が患者と直接接触するか、環境表面に触れることにより着衣の汚染が予測される場合には、ガウンを着用する。(ⅢB)

3.4.2 退室時にはガウンを脱いで手指消毒を行う。(ⅢA)

3.5 病診療所内における患者移送

3.5.1 治療上必要な場合以外は患者移送を制限する。(ⅢA)

3.5.2 患者を移送する場合は、患者の感染または保菌している部位を覆う。(ⅢA)

3.5.3 患者移送を行う医療従事者は、移送の前に接触予防策で使用した手袋とガウンを外し、手指衛生を行う。(ⅢA)

3.5.4 患者移送を行う医療従事者は、新しい手袋とガウンを着用する。(ⅢA)

3.6 環境表面

3.6.1 ベッド柵、オーバーベッドテーブル、ドアノブなど高頻度接触面や患者に使用している医療機器などよく触れる場所は、1日1回以上環境消毒薬を用いて清拭清掃を行う。(ⅢA)

職業感染対策

1 針刺し、血液・体液曝露対策の基本原則

- 1.1 職業感染予防策として、標準的な予防策の徹底、感染防護具の適切な配備、安全器材の導入、リキップ原則禁止の徹底などにより、業務中の血液・体液への直接的曝露を避ける。(IIA)
- 1.2 施設管理者は、医療従事者が血液・体液曝露にあった場合に備えて、緊急報告、緊急処置、治療、予防、経過観察をとれる体制をとり、マニュアルを整備する。(IV)
- 1.3 患者由来の血液や体液に曝露された場合は、曝露源の患者からの HBV、HCV、HIV の感染リスクの評価を行う。(IIIA)
- 1.4 患者由来の血液や体液に曝露された皮膚は石鹼と流水で、粘膜は流水で洗う[1]。(IIB)
- 1.5 血液や体液に曝露された当事者は速やかに診療所内感染対策担当者、あるいは施設管理責任者に報告する。(IV)
- 1.6 曝露源が不明な場合は HBV、HCV に曝露した場合と同様に対処する。可能性がある場合は HIV 曝露と仮定して対処する。(IIIA)
- 1.7 感染対策担当者は曝露事例の全数とその後の経過を把握する。(IV)
- 1.8 EPINet 日本版を用いたサーベイランスを実施し、針刺し・切創・皮膚粘膜曝露防止に必要な対策を講じる。(IIIB)

2 B 型肝炎

- 2.1 血液や体液に曝露される可能性のある医療従事者は、B 型肝炎ワクチンの接種を受ける。接種 1~2 か月後に抗体価の測定を行う。(IIA)
- 2.2 曝露源の HBs 抗原 (HBs 抗原陽性なら HBe 抗原、抗体も) および被曝露者のワクチン接種歴や HBs 抗体が不明な場合は、検査により確認する。(IIIA)
- 2.3 曝露源が HBs 抗原陰性の場合でも、被曝露者がワクチン非接種またはワクチン接種歴不明の場合は 1 シリーズのワクチン接種を速やかに行う。(IIIA)
- 2.4 曝露源が HBs 抗原陽性の場合
 - 2.4.1 被曝露者が HBs 抗体陽性であれば、その後の処置やフォローアップは必要ない。(IIIA)
 - 2.4.2 被曝露者が B 型肝炎ワクチン未実施で HBs 抗原、HBs 抗体の両方が陰性の場合、曝露後速やかに抗 HBs ヒト免疫グロブリン製剤を投与し、1 シリーズの初回の B 型肝炎ワクチンを接種する。(IIIA)
 - 2.4.3 被曝露者が 1 シリーズの B 型肝炎ワクチン接種者で HBs 抗体が陰性の場合、曝露後速やかに抗 HBs ヒト免疫グロブリン製剤を投与し、もう 1 シリーズの B 型肝炎ワクチンの接種を開始する (IIIA)
 - 2.4.4 被曝露者が 2 シリーズの B 型肝炎ワクチンでも HBs 抗体陰性の場合、曝露直後と 1 か月後に抗 HBs ヒト免疫グロブリン製剤の接種を受ける[1,6,7, 10-12]。(IIIA)
 - 2.4.5 被曝露者の HBs 抗原、HBs 抗体、AST (GOT)、ALT (GPT) 検査を、曝露直後、1 か月後、3 か月後、6 か月後及び 1 年後にフォローアップする。(IIIA)
- 2.5 被曝露者が HBV キャリアの場合は、肝疾患の専門医を受診する。(IIIB)

3 C 型肝炎

- 3.1 曝露源が HCV 抗体陽性の場合、被曝露者に有効性が証明されている予防法はないため、免疫グロブリン製剤やインターフェロンなどの投与は行わない。(IIIA)
- 3.2 被曝露者の HCV 抗体および AST (GOT)、ALT (GPT) を、曝露直後、1 カ月後、3 カ月後、6 か月後 および 1 年後にフォローアップする。(IIIA)
- 3.3 被曝露者の ALT の上昇を認めた場合や、または早期診断が必要な場合は HCV-RNA 検査を追加して行ってもよい。(IIIB) 7

4 HIV

- 4.1 HIV 抗体陽性の血液や体液による曝露事例発生に備えて、HIV 抗体の緊急検査や専門医への相談のための連絡網を予め決めておく。(IIIA)
- 4.2 HIV 抗体陽性の血液や体液による曝露が起きた場合は、被曝露者は直ちに HIV 専門医もしくは診療所内感染対策担当者に予防内服について相談する。予防内服の内容は、曝露の種類と、患者の感染状況を考慮して決定される。(IIIA)
- 4.3 曝露事例発生直後、HIV 専門医等と連絡が取れない場合は、一刻も早く 1 回目の抗 HIV 薬を服用し、専門医と連絡がとれ次第、その後の服用について相談する。(IIIA)
- 4.4 被曝露者は、予防内服の実施の如何にかかわらず、曝露直後、6 週後、12 週後、6 か月後に HIV 抗体の検査を行うが、第 4 世代の検査を使用している場合は、最終検査を受傷 4 カ月後としてよい。(IIIA)
- 4.5 HIV と C 型肝炎ウイルスに重複感染した患者の血液・体液曝露を受けた場合は、長期 (12 か月) の経過観察が推奨される。(IIIA)

5 結核接触者検診

- 5.1 診療所内で感染性結核患者が出た場合に備えて、その患者に接触した者への対応 (接触者健診) を予め決めておく。(IIIA)
- 5.2 診療所内で感染性結核患者が出た場合には、保健所に届け出を行い、連携して接触者健診を行う。(IV)
- 5.3 感染源患者の感染性、十分な感染対策を取らずに感染源患者に接した時間や、感染性飛沫を生じさせるようなハイリスクの処置の有無などを評価して接触者を選定する。(IIIA)
- 5.4 接触者に対しては、最終接触の 2 カ月後にインターフェロン γ 放出検査 (IGRA:クオンティフェロン、T-SPOT TB) を行う。
 - 5.4.1 QFT が陽性であれば胸部 X 線検査などの画像検査を行い、専門医に相談する。(IIIA)
 - 5.4.2 2 か月後の IGRA が陰性であれば、以後のフォローアップは必要ない。(IIIA)
- 5.5 専門医により潜在性結核感染症またはその疑いと診断された接触者に対しては、概ね 6 か月間隔で 2 年後まで胸部 X 線検査のフォローアップを行う。(IIIA)

6 ワクチン接種プログラム

- 6.1 施設管理者は、職員の職業感染に関わるウイルス感染症に対する抗体価を活用できる体制を整備する。(IIIA)
- 6.2 水痘、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎に関して、各々のウイルスに対する抗体価が低い医療従事者は、ワクチン接種を受ける。(IA)

6.3 患者に接する医療従事者は、インフルエンザワクチン接種を受ける。(IIA)

6.4 血液や体液に曝露される可能性のある医療従事者は、B 型肝炎ワクチンの接種を受ける。(IIA)

6.4.1 1 シリーズの B 型肝炎ワクチンの接種を受けて抗体上昇が得られない場合は、もう 1 シリーズの接種が推奨される。2 シリーズの接種でも抗体上昇が見られない者は、抗体陰性者として対処する (IIA)

6.4.2 一度抗体陽性となった者が、後の検査で抗体陰性となった場合は、1 ドーズのワクチンの再接種を行う。

7 保険

7.1 労働契約を結んだ医療従事者を雇用する医療機関は、労働者災害補償保険法に従い、労災保険加入のために必要な手続きを行う[23, 24]。(IV)

7.2 雇用関係に無い者（臨床実習の学生など）が診療に関与する場合は、施設管理者は事前に保険に加入するよう勧告する。(IIIA)

8 健康診断

8.1 施設管理者は関連法令に従い、当該施設で業務に従事する者に対して、健康診断を実施する。(IV)

診療所内感染対策のための抗菌薬の適正使用

1 診療所内感染対策のための抗菌薬の適正使用の原則

- 1.1 抗菌薬の適正使用により、最小限の副作用と最大限の治療効果による細菌感染症の予後改善を目指し、かつ薬剤耐性菌の蔓延を防止する。(IIA)
- 1.2 講演会や研修会等により職員の教育啓発活動を行う。(IIIA)
- 1.3 感染症専門医、ICD や感染制御専門・認定薬剤師、感染制御認定臨床微生物検査技師など感染症の診断治療に専門的知識を有する複数の職種で連携し、症例ベースの抗菌薬の適正使用を支援(Antimicrobial Stewardship)する。(IIIA)
- 1.4 抗菌薬適正使用の基本原則を以下に記す。
 - ① 初期治療 (empiric therapy) として感染フォーカスと推定起因菌に有効な抗菌薬を投与する。
 - ② 抗菌薬投与前に起因菌検出のための微生物検査を行う。
 - ③ 抗菌薬の特性、副作用、相互作用等を考慮した抗菌薬治療を行う。
 - ④ 確定された感染フォーカスおよび起因菌の治療に最適な抗菌薬に変更する (definitive therapy)。
 - ⑤ 治療終了あるいは細菌感染症が否定された場合には抗菌薬を中止する。
 - ⑥ エビデンスの乏しい抗菌薬の予防投与は行わない。

2 初期治療 (empiric therapy) として感染フォーカスと推定起因菌に有効な抗菌薬を投与する

- 2.1 臨床経過、身体所見、画像診断などにより感染フォーカスを同定する。(IIIA)
- 2.2 起因菌が確定されるまでの抗菌薬の選択 (empiric therapy) のために、診療所内における主要な細菌の感受性パターン (antibiogram) を作成する。(IA)
- 2.3 重症感染症、重篤な基礎疾患を有する患者の感染症、複数菌感染症が疑われる場合には、推定起因菌に有効な広域抗菌薬を初期治療薬として選択する。(IIIA)

3 抗菌薬投与前に起因菌検出のための検査を行う

- 3.1 抗菌薬を投与する前に、血液培養 (2 セット採取) や感染が疑われる部位から採取した検体の培養検査を行う。(IIIA)
- 3.2 必要に応じて、抗原検査や血清抗体価検査を利用する。(IIIA)

4 抗菌薬の特性、副作用、相互作用等を考慮した抗菌薬治療を行う。

- 4.1 濃度依存性薬剤 (キノロン系、アミノグリコシド系) は、原則単回投与を行う。(IIA)
- 4.2 時間依存性薬剤 (β -ラクタム系) は、抗菌薬の半減期に応じた分割投与を行う。(IIA)
- 4.3 グリコペプチド系およびアミノグリコシド系薬剤は、TDM に基づき投与量を調節する。(IIA)
- 4.4 十分量の抗菌薬を投与する。(IIA)

5 検出された起因菌の治療に最適な抗菌薬に変更する (definitive therapy)

- 5.1 微生物検査結果に基づき、起因菌および感受性検査を確認する。(IIIA)
- 5.2 検出された起因菌に有効かつ抗菌スペクトラムの狭い抗菌薬に変更する (de-escalation)。(IIA)
- 5.3 より安全性の高い抗菌薬への変更を行う。(IIIA)
- 5.4 コンタミネーションに対して抗菌薬投与を行わない。(IIIA)
- 5.5 抗菌薬の併用療法は、薬剤耐性菌感染症や複数菌感染症におけるスペクトラムの拡大のため、あるいは

相乗効果が期待できる感染症を治療する場合に適応とする。(IIA)

6 治療終了あるいは細菌感染症が否定された場合には抗菌薬を中止する

- 6.1 十分な治療が行われた後は、抗菌薬を中止する (IIIA)。
- 6.2 感染症マーカーのみを治療の指標としない。(IIIA)
- 6.3 細菌感染症が否定された場合には抗菌薬を中止する。(IIIA)

7 周術期抗菌薬の予防投与

- 7.1 エビデンスに基づいた抗菌薬の投与を行う。(IA)
- 7.2 執刀開始 30 分～1 時間前に抗菌薬の投与を開始する。(IA)
- 7.3 手術手技に関連して術創部感染を引き起こす病原体に有効な抗菌薬を投与する。(IA)
- 7.4 長時間手術では抗菌薬の半減期を考慮して追加投与を行う。(IA)
- 7.5 清潔・準清潔手術における術後の抗菌薬投与は原則 24 時間以内とする。(IA)

器材の洗浄・消毒・滅菌

1. 器材の洗浄方法

- 1.1 汚染器材の処理を行う場合には、適切な個人用防護具を着用する。(ⅢA)
- 1.2 再使用可能な器材は、消毒と滅菌の前に有機物の汚染を除去するために洗浄を行う。(ⅢA)

2. 滅菌の適応及び確認方法

- 2.1 無菌の組織または血管内などに使用される医療機器や手術器械などの器材は、滅菌する。(ⅢA)
- 2.2 既滅菌物は払いだされる前に担当者が滅菌保持されていることを確認する。(ⅢA)
- 2.3 既滅菌物を使用する際は、使用者がパッケージ破損や汚れ、水濡れ、既滅菌物の洗浄不良による有機物の付着等の汚染がないかを目視で確認する。(ⅢA)

3. 高水準消毒の適応および確認方法

- 3.1 内視鏡など粘膜に触れる器材や創傷のある皮膚に触れる器材は、高水準消毒薬を用いて高水準消毒する。(ⅢA)
- 3.2 高水準消毒した器材は、高水準消毒済みであることを確認できるように、タグを付けておく。(ⅢB)

4. 中水準消毒

- 4.1 創のある皮膚などに使用する体温計などは中水準消毒をおこなう。(ⅢA)

5. 低水準消毒

- 5.1 創傷のない皮膚に触れる器材は、洗浄もしくは低水準消毒する。(ⅢA)

6. 医療用単回使用製品の再使用

- 6.1 単回使用製品は、再使用しない。(ⅠV)

病原体別感染拡大防止対策

1 多剤耐性菌

1.1 バンコマイシン耐性腸球菌：VRE

1.1.1 VRE による感染症患者を減少させる、または患者予後を改善するためには、保菌患者の増加を防ぐ。(IIA)

1.1.2 長期抗菌薬使用患者では定期的に便のスクリーニング検査を行う。(IIB)

1.1.3 VRE の保菌者の多い病棟では、汚染や感染の拡大を防止するため、標準予防策を徹底し、保菌者に接する際は接触感染予防策を強化する。(IIA)

1.1.4 第 3 世代セファロスポリンやバンコマイシンの投与は、術後の VRE 感染症のリスク因子になるため、予防投与は避ける。(IIB)

1.2 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌：MRSA

1.2.1 MRSA 感染症患者を減少させるためには、MRSA 保菌患者の増加を防ぐ。(IIA)

1.2.2 MRSA 感染症を減少させるためには、MRSA 感染症が重篤な結果を招く可能性があるハイリスク患者を収容する病棟において MRSA の保菌のスクリーニングを行う。(IIB)

1.2.3 MRSA を減少させるためには、個室の確保と手指衛生を強化する。(IIB)

1.2.4 MRSA を減少させるためには、鼻腔の MRSA の保菌検査、接触感染予防策と手指衛生の徹底および組織全体の意識改革を行う。(IIB)

1.3 多剤耐性グラム陰性桿菌：グラム陰性 MDRO

1.3.1 多剤耐性緑膿菌の感染症は、ICU 患者の予後を悪化させるので、その発生や拡散を予防する。(IIA)

1.3.2 抗菌薬の長期投与は多剤耐性緑膿菌の選択や定着を促進するため、行わない。(IIA)

1.3.3 ESBL 産生グラム陰性桿菌

1.3.3.1 ESBL 産生菌のアウトブレイクを収束させるためには、感染予防策を強化する。(IIA)

1.3.3.2 ESBL 産生菌の対策には、直腸や咽頭、尿などのスクリーニング検査を実施する。(IIB)

1.3.4 多剤耐性アシネトバクター

1.3.4.1 複数の患者からアシネトバクター属菌が分離された場合は、多剤耐性アシネトバクターを疑い、薬剤感受性試験など必要な検査を実施する。(IIIB)

1.3.4.2 多剤耐性アシネトバクターの分離頻度が高い医療機関では、日常的な職員教育、手指衛生の徹底、厳密な接触感染予防策および隔離予防策の実施、環境の衛生管理の強化とともにハイリスク部門において対象者を限定した培養検査を実施する。(IIB)

1.3.5 KPC-型カルバペネマーゼ産生グラム陰性桿菌のアウトブレイク対策には、周囲の患者のスクリーニングを実施する。(IIB)

1.3.6 カルバペネム耐性を示す緑膿菌やアシネトバクターなどのブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌などにおいても NDM-1 産生株を想定した検査を行う。(IIIA)

1.3.7 セファロスポリン系やセファマイシン系に広範な耐性を示す腸内細菌科細菌が分離された場合には、NDM 型、IMP 型、VIM 型、KPC 型、OXA 型、GES 型などのカルバペネマーゼを産生する腸内細菌

菌科細菌(CRE/CPE)を疑い必要な検査や解析を行う(IV)。

1.4 薬剤耐性菌全般

1.4.1 薬剤耐性菌による感染症を減少させるためには、看護師の配置を十分に行う。(IIB)

1.4.2 薬剤耐性菌の対策には、特定の耐性菌に限ったサーベイランスではなく順応性の高いものとするべきであり、検査部門の電子的データを活用する。(IIB)

1.4.3 薬剤耐性菌を制御するには、日常的なサーベイランス、教育、各種予防策の実施など総合的な対策を行う。(IIB)

1.4.4 薬剤耐性菌を制御するには、抗菌薬の適正使用を行う。(IIB)

2 バチルス属菌等の非侵襲性の環境細菌

2.1 バチルス属菌等の環境菌が血液培養で分離された場合は、輸液カテーテル、静脈注射薬などの汚染による可能性を考慮し、調査と対策を行う。(IIA)

2.2 バチルス属菌等の環境菌の、同時多発事例や急激な分離件数の増加を確認した場合は、環境要因の調査を実施する。(IIIB)

3 ヒト-ヒト感染が極めて低いとされている病原体

3.1 レジオネラ、アスペルギルス、非結核性抗酸菌など、ヒトからヒトへ感染する頻度が極めて低いとされている病原体による感染症については、標準予防策を励行する。(IIIA)

3.2 給水(湯)設備やシャワーの蛇口(蓮口)などでレジオネラが繁殖しないよう、定期的な消毒とともに、菌が生育できない高い水温や塩素濃度を維持する。(IV)

3.3 レジオネラ感染症が施設内で発生した場合は、浴槽、リハビリ用プール、シャワーヘッド(蓮口)などの湿潤箇所の培養検査と検出箇所の使用禁止措置、消毒と衛生管理を徹底する。(IIIA)

4 糞便、吐物を介して感染する病原体

4.1 クロストリジウム・ディフィシル

4.1.1 患者は個室収容かコホーティングを行い、汚染や伝播を防止するため標準予防策と接触感染予防策を徹底する。(IIA)

4.1.2 通常の抗菌薬のみならず、モキシフロキサシンなどのフルオロキノロンの投与後に分離された株や重篤な腸管感染症状を呈する患者から分離された株は、北米で流行している強毒型株の可能性も考慮し、培養検査とともに詳しい検査を行う。(IIB)

4.2 ノロウイルス

4.2.1 感染症患者は個室収容かコホーティングし、汚染や感染の拡大を防止するため標準予防策とともに接触感染予防策を徹底する。(IIIA)

4.2.2 感染症患者の下痢、嘔吐物の処理時には、手袋、マスク、ガウンなどの個人用防護具を着用し、ペーパータオルで物理的に拭き取り、その後、床の消毒には、次亜塩素酸を含む消毒薬を用いる。(IIA)

4.3 ESBL 産生菌、CRE/CPE 等腸内細菌科に属する耐性菌

4.3.1 大腸菌や肺炎桿菌などの腸内細菌科細菌の多剤耐性菌は、糞便による手指や器物、環境の汚染を介して広がる点に留意して対策を講じる(IIIA)。

5 消毒薬に抵抗性を示す病原体

- 5.1 バチルス属やクロストリジウム属などの芽胞を形成する菌種に対しては、一般の消毒処置が無効であり、通常洗剤を用いて定期的に物理的な拭き取りを行う。(IIA)
 - 5.2 エンベロープを持たないウイルスや芽胞菌の汚染が想定される場合には、次亜塩素酸ナトリウムを含む消毒薬を用いて消毒を行う。(IIA)
 - 5.3 アシネトバクター属菌やシュードモナス・セパシアなどのブドウ糖非発酵菌のアウトブレイクが発生した場合は、消毒薬が正しく使用されているか点検する。(IIB)
- 6 食品を介して感染する可能性のある病原体
- 6.1 サルモネラ、腸管出血性大腸菌（O157 など）、カンピロバクターなどに対する留意点
 - 6.1.1 汚染された食品を介して感染する可能性のある病原体による感染症が同時多発した場合は、食中毒とともに診療所内感染の両面からの調査と対策を実施する。(IV)
 - 6.1.2 感染源の排除とともに、標準予防策の励行、個室収容、下痢便、吐物の適切な処理などの際に感染拡大を防止する接触感染予防策を徹底する。(IIIA)
 - 6.2 ノロウイルスの感染源になりうる食材（特に魚介類）は、加熱する。(IIIA)
 - 6.3 ESBL 産生菌が付着している可能性のある鶏肉などの食材は、加熱する。(IIIA)
 - 6.4 薬剤耐性菌が付着している可能性のある食材を扱う調理室では、交差汚染を防止する(IIIA)。
 - 6.4.1 まな板や包丁などの調理器具は、適宜、熱湯やアルコール系の消毒薬等で消毒する。
 - 6.4.2 生肉を調理するスペースは他の食材を扱うスペースと分離し調理器具も区別する。
 - 6.4.3 胃腸炎症状を呈する職員は、調理や盛り付け、配膳に関連する業務は担当しない。

アウトブレイク対応策

1 アウトブレイク対応の基本

1.1 診療所内感染対策委員会

1.1.1 診療所内感染対策委員会はアウトブレイクが疑われる場合に報告を受ける体制を整備しておく。

(IV)

1.1.2 施設管理者または診療所内感染対策担当責任者は、アウトブレイクが疑われる場合、緊急に診療所内感染対策委員会を開催する。(IV)

1.2 外部調査委員会

1.2.1 診療所内感染対策委員会で感染源・感染経路の特定が困難な場合は、保健所などの行政機関、関連学会、国公立大学感染対策協議会などの協力のもと外部調査委員会を設置する。(IIIA)

1.2.2 外部調査委員会は、診療所内感染対策委員会の感染源・感染経路に関する調査結果と対策の妥当性を評価し、改善策を提言する。(IIIA)

1.3 地域連携

1.3.1 日常的に、それぞれの地域の医療機関などの外部の専門家らとの情報共有や協力体制を整備し、非公式あるいは公式的な形での相談や支援が受けられるようにしておくことよい。(IV)

2 対応の基本手順

2.1 アウトブレイクの発生を疑った場合、以下の手順で対応を進める。(IIIA)

- 1 アウトブレイクの確認
- 2 範囲(病棟・期間)の確認とアウトブレイク症例の確定
- 3 対応策の提示と実施
- 4 感染源・感染経路に関する調査
- 5 アウトブレイク終息の確認

3 アウトブレイクの確認

3.1 アウトブレイクを疑う情報を収集できる報告システムを構築する。(IV)

3.2 診療所内感染対策委員会は、アウトブレイクを疑った場合、過去の発生状況及び原因病原体の分離や患者の迅速診断、血清診断結果に基づきアウトブレイクの発生を確認する。(IIIA)

4 アウトブレイクの範囲とアウトブレイク症例の確定

4.1 診療所内感染対策委員会が未把握の感染症 / 無症状病原体保有患者の有無を以下の方法で確認し、対応および調査の対象とする病棟と期間を定める。(IIIA)

4.1.1 薬剤耐性菌による事例の場合には監視培養検査による保菌状況の調査を行う。(IIIA)

4.1.2 薬剤耐性菌の監視培養検査による保菌状況の調査は症例と同一の看護単位の全入院患者を対象とする(IIIB)

4.1.3 アウトブレイク症例を明確にするため、アウトブレイク症例の定義を作成する(IIIA)

4.1.4 アウトブレイク症例の定義には、①アウトブレイクの対象となる感染症・無症状病原体保有患者の定義、②アウトブレイクの発生期間、③アウトブレイクの対象となる病棟、の3項目を含める。

(IIIB)

5 対応

5.1 初期対応

5.1.1 アウトブレイクの原因病原体の伝播経路に応じて症例の隔離を実施する。(IIIA)

5.1.1.1 病原体に応じた設備が整備された病室で個室またはコホート管理を実施する。(IIIA)

5.1.2 対象となる病棟の全ての入院患者の湿性生体物質に触れる処置を行う場合には、清潔な手袋(未滅菌で良い)・マスク・ガウン等の使用と手指衛生の管理を徹底・強化する。(IIIA)

5.1.3 対象となる病棟における手指衛生管理の実施を徹底・強化する。(IIIA)

5.1.4 症例の隔離のため、職員に対する感染対策に関する情報提供を行う。(IIIB)

5.1.5 医療器材の滅菌と消毒・使用薬剤の衛生管理、および処置時の衛生管理を再度見直す。(IIIA)

5.1.6 予防薬やワクチンがある場合は、その適応を考慮する。(IIIB)

5.2 初期対応後の対応

5.2.1 初期対応の有効性を評価するため、新規のアウトブレイク症例の有無を継続的に監視する。(IIIA)

5.2.2 新規のアウトブレイク症例が発生した場合、初期対応を講じた後も病原体の伝播が阻止されていない可能性があるため以下の対応を行う。

5.2.2.1 感染源、感染経路に関する調査を実施し随時対策を追加する。(IIIA)

5.2.2.2 感染源、感染経路の特定が困難な場合は以下のような外部専門家の支援を要請する。(IIIA)

- 1 保健所や地方衛生研究所
- 2 日本環境感染学会の教育認定施設
- 3 診療所内感染対策地域支援ネットワーク事業
- 4 大学等の医育機関
- 5 各都道府県を通じて要請する国立感染症研究所実地疫学専門家養成プログラム(FETP)
- 6 感染症関連学会等

5.2.2.3 当該病棟への新規入院の中止等、診療を制限する。(IIIB)

5.3 事例後対応

5.3.1 継続的な監視を行っても新規の症例発症が一定期間*認められなかった場合には、アウトブレイクの終息と判断して良い。(一定期間：非常在性の病原体の場合は、一般的には潜伏期間の2～3倍の間)(IIIC)

5.3.2 アウトブレイクの終息が確認された後、感染源、感染経路に関しての調査結果を参考に、一時的に強化していた種々の対策を継続可能な対策に切り替えていく。(IIIA)

6 調査

6.1 事例の早期終息および再発防止の為にアウトブレイク症例に共通する感染源・感染経路に関する調査を行う。

6.2 病原体・患者検体の確保および検査

6.2.1 分離された病原体や採取された血清などの検体は保管する。

6.2.2 環境消毒の前に環境調査を行う。

7 情報の公開

7.1 医療機関が事例の概要、感染源・感染経路に関する調査内容、改善策をまとめ公表する場合には、患者

の了解を得る。

8 患者・家族・医療従事者への情報提供

- 8.1 入院患者およびその家族に対しては、初期対応時に診療担当者と診療所内感染対策の担当者等から十分な情報を提供し対策に必要な協力を要請する。
- 8.2 全ての職員に対して、診療所内感染対策委員会よりアウトブレイク事例ならびにその対策に関する情報を提供する。