

四国こどもとおとなの医療センター 病院感染対策指針

1. 総則

1) 病院感染に関する基本的な考え方

われわれ医療従事者には、患者の安全を確保するための不断の努力が求められている。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、終息を図ることは医療機関の義務である。また感染症の発症や感染防止対策においては、いかなる場合でも患者の人格を尊重しこれにあたる。独立行政法人国立病院機構 四国こどもとおとなの医療センター（以下「当院」とする）は本指針により、病院感染対策を行う。

2) 用語の定義

(1) 病院感染

病院環境内で感染した全ての感染症を病院感染といい、病院内という環境で感染した感染症は、病院外で発症しても病院感染という。逆に、病院内で発症しても、病院外(市中)で感染した感染症は、病院感染ではなく、市中感染という。

(2) 病院感染の対象者

病院感染の対象者は、入院患者と外来患者の別を問わず、見舞人、訪問者、医師、看護師、医療従事者、その他職員、さらには院外関連企業の職員等を含む。

3) 本指針について

(1) 策定と変更

本指針(院内指針、手順書と言うべきもの:以下同様)は、院内感染防止対策委員会 infection control committee: ICC (以下 ICC とする)、感染制御チーム infection control team: ICT (以下 ICT とする)、感染防止対策・抗菌薬適正使用推進チームの議を経て策定したものである。また、ICC、ICT、感染防止対策・抗菌薬適正使用推進チームの議を経て適宜変更するものであり、変更に際しては最新の科学的根拠に基づかなければならない。

(2) 職員への周知と遵守率向上

本指針に記載された各対策は、全職員の協力の下に遵守率を高めなければならない。

- ① ICTは、現場職員が自主的に各対策を実践するよう自覚を持って対策にあたるよう指導する。
- 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。
- ③ 就職時初期教育や定期的教育、さらに必要に応じた臨時教育を通して全職員の感染対策に関する知識を高め、重要性を自覚するよう導く。
- ④ 定期的ICTラウンドを活用して、現場における効果的介入を試みる。

(3) 本指針の閲覧

職員は患者との情報の共有に努め、患者およびその家族等から本指針の閲覧の求めがあった場合にはこれに応じるものとする。なお、本指針の照会にはICTが対応する。

2. 医療機関内における感染対策のための委員会等

病院長が積極的に感染対策に関わり、ICC および ICT、感染防止対策・抗菌薬適正使用推進チームが中心となって、すべての職員に対して組織的な対応と教育・啓発活動を実施する。ICC は院長の諮問委員会であり、ICT、感染防止対策・抗菌薬適正使用推進チームで検討した事項は ICC に答申され、この委員会での検討を経て、日常業務化する。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、同時に義務を課せられて、組織横断的に活動する。

1) 院長

- (1) 答申事項に関し、審議し決定し、必要なICT業務を決定し、日常業務として指定する。
- (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。
- (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。

2) 院内感染防止対策委員会 infection control committee (ICC) の構成

以下のとおり組織する。

- (1) 院長
- (2) 副院長（委員長を務める）：2名
- (3) 統括診療部長：2名
- (4) 事務部長
- (5) 看護部長
- (6) 管理課長
- (7) 薬剤科長
- (8) 副看護部長：1名
- (9) 専門職：1名
- (10) 臨床検査技師長
- (11) 感染制御部長
- (12) 感染制御室長
- (13) 抗菌薬適正使用推進室長
- (14) 医療安全管理係長
- (15) 感染対策係長または感染管理認定看護師（以下CNICとする）
- (16) その他必要と認められた者

3) ICCの業務

- (1) 1ヶ月に1回程度の定期的会議を開催する。緊急時は必要に応じて臨時会議を開催する。
- (2) 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、必要に応じて各診療科に対して院長名で改善を促す。

- (3) 院長の諮問を受けて感染対策を検討して答申する。
- (4) 日常業務化された改善策の実施状況を調査し、必要に応じて見直しする。
- (5) 実施された対策や介入の効果に対する評価を定期的に行い、評価結果を分析し、必要な場合はさらなる改善策を勧告する。

4) 感染制御チーム infection control team (ICT) について

実際の感染対策を実行する組織として、対策の立案・実行・評価する委員会である。院長直属のチームとし、各職場の感染リンク委員と協働して業務を実践する。

- (1) 院内感染管理者の資格には、感染制御医師（23学会によるICD制度協議会 2000年～）（以下ICDとする）、感染管理認定看護師（日本看護協会 2001年～）（以下CNICとする）、認定感染制御実践看護師（東京医療保健大学大学院 2010年～）（以下CPNIPCとする）、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 2002年～）（以下ICSとする）、あるいは、感染制御専門薬剤師（日本病院薬剤師会 2006年～）（以下BCICPSとする）、感染制御認定臨床微生物検査技師（日本臨床微生物学会 2006年～）（以下ICMTとする）がある。ICTは上記資格者や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。
- (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ともに、責任をもつ。また、ICTは重要事項を定期的に院長に報告する業務を有する。
- (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等である。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看護師、薬剤師、臨床検査技師が中心となり、抗菌薬適正使用に関する介入も重要な業務である。
- (4) 週に1回以上の頻度で、ICTが定期的全部署ラウンドを行って、現場の改善に関する介入、現場の教育および啓発、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）の特定と制圧にあたる。
- (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。
- (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。
- (7) ICTはサーベイランスをはじめ、さまざまな感染に関する情報を収集し、現場の感染し御対策に役立つように工夫し発信する。また、収集したデータをわかりやすくまとめて記録する。
- (8) 病棟ラウンドにあたっては、臨床検査科細菌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リンク委員の活用等により臨床現場への適切な支援を行う。
- (9) 職員教育（集団教育と個別教育）の企画遂行を積極的に行う。

5) ICTについて

実際の感染対策を実行する組織として、対策の立案・実行・評価するチームである。ICTおよび各

部署の感染リンク委員と協働して業務を実践する。各職場において感染に関する問題を検討し、ICT会議で協働する感染リンクスタッフを選出する。

6) ICTの構成

- (1) 感染制御部長
- (2) 感染制御室長
- (3) 抗菌薬適正使用推進室長
- (4) 内科系医師（成育・成人）
- (5) 外科系医師（成育・成人）
- (6) CNIC
- (7) ICMTまたは臨床検査技師
- (8) BCICPSまたは薬剤師
- (9) 栄養士
- (10) 事務職員
- (11) 各部署の感染リンクスタッフ
- (12) その他必要と認められた者

ICTコアメンバーは感染制御部長、感染制御室長、抗菌薬使用推進室長、感染管理認定看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員とする。

7) ICTでの感染リンクスタッフの業務

- (1) 原則週1回程度、各部署のラウンドを実施し、問題の分析、評価、対策の立案を行う。
- (2) 各職場の感染症・保菌者を把握し感染防止に努める。
- (3) 各職場の職員に感染情報の周知を行う。
- (4) 感染防止について各職場の職員に指導を行う。

8) 感染防止対策・抗菌薬適正使用推進チームについて

実的な抗菌薬適正使用を推進する組織として、対策の立案・実行・評価するチームである。ICTおよび各職場の感染リンクスタッフと協働して業務を実践する。

9) 感染防止対策・抗菌薬適正使用推進チームの構成

- (1) 感染制御部長
- (2) 感染制御室長
- (3) 抗菌薬適正使用推進室長
- (4) CNIC
- (5) ICMTまたは臨床検査技師
- (6) BCICPSまたは薬剤師
- (7) 事務職員
- (8) 看護部感染リンクスタッフ
- (9) その他必要と認められた者

10) 感染防止対策・抗菌薬適正使用推進チームの業務

- (1) 適宜、抗菌薬適正使用に関してラウンドを実施する。
- (2) 抗菌薬の使用状況等の調査を実施する。
- (3) 抗菌薬適正使用に関しての情報の提供を行う。
- (4) 医師・研修医等および看護師への教育・指導を行う。
- (5) 職員教育（集団教育と個別教育）の企画遂行を行う。
- (6) 重要な検討事項は院長へ報告する。
- (7) その他抗菌薬適正使用に関する必要事項を行う。

3. 医療従事者に対する研修（職員教育）の実施

- 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行う。
- 2) 継続的研修は年2回程度開催し、必要に応じて臨時の研修を行う。これらは当院の実情に即した内容で、職種横断的に開催する。
- 3) 学会、研究会、講習会等施設外研修を適宜施設内研修に代えることも可とする。またこれらの施設外研修を受けた者の伝達講習を、適宜施設内研修に代えることも可とする。
- 4) これらの諸研修の開催結果や施設外研修の参加実績（開催または受講日時、出席者、研修項目）を記録保存する。

4. 感染症の発生時の対応と発生状況の報告

1) サーベイランス

日常的に当院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、その結果を感染対策に生かす。

- (1) 感染症患者の入院あるいは病院感染が発生した時は、当該事例を主治医、病棟看護師長あるいは感染リンクスタッフが、その概要を感染情報報告書あるいはサーベイランス連絡票により速やかに感染対策室に報告する。
- (2) 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、尿道留置カテーテル関連尿路感染、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。
- (3) 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。
- (4) 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) システムがあり、検査部門、全入院患者部門、手術部位感染部門、ICU部門、NICU部門がある。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行っているJapanese Healthcare Infections Surveillance (JHAIS) システムとしての医療器具関連サーベイランスもある。

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。

- (1) 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行う。

- (2) 臨床検査科細菌検査室では検体からの検出菌を解析し、日常的にICTおよび臨床側へフィードバックする。
- (3) アウトブレイクの制圧が迅速に対応されるよう必要時、院長の指示を受け、ICTを中心に臨時委員会を開催する。
- (4) 遺伝子検査等当院で実施不可能な検査は必要に応じて香川県環境保健研究所、国立感染症研究所等の専門機関に検査を依頼する。
- (5) 必要に応じて地域支援ネットワーク、日本環境感染学会認定教育病院を活用し、外部よりの協力と支援を要請する。日本感染症学会施設内感染対策相談窓口（厚労省委託事業 <http://www.kansensho.or.jp/>）へファックス相談を活用する。
- (6) 報告の義務付けられている感染症が特定された場合には、速やかに香川県中讃保健福祉事務所に報告する。また、アウトブレイクあるいは異常発生時で報告する必要があると認めた場合は香川県中讃保健福祉事務所に速やかに報告する。
- (7) 院内感染事例が生じた場合には原則として感染対策係長（CNIC）が国立病院機構本部へ別添の「院内感染事例報告書作成要領」に沿って「院内感染報告書」（別紙1）を作成し報告する。また、事務部長は中国四国グループ事務所に「感染発生時の連絡網」（参照：感染対策マニュアル 第1章 院内感染防止体制 感染発症時の連絡体制 1/1）に従い報告をする。

3) 患者・家族への対応

- (1) 患者に対しては治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては、誠意をもって感染症の発生状況等の説明を行う。
- (2) 患者及び家族に対するアウトブレイクあるいは異常時の説明等は、原則として、病院の幹部職員が対応することとし、その際、病状等の詳細な説明ができる担当医師が同席する。なお、状況に応じ、医療安全管理係長、部門の管理責任者も同席して対応する。

5. 病院感染対策推進方策等

当院は標準予防策（スタンダードプリコーション）に基づいて感染対策を実践し、感染症の患者に対しては標準予防策に追加し、感染経路別予防策を実施する。

1) 手指衛生

手指衛生は感染対策の基本でありこれを遵守する。

- (1) 手指衛生の重要性を認識して、遵守率が高くなるように教育し介入を行う。
- (2) 手洗いや手指消毒のための設備および備品を整備し、患者ケアの前後には必ず手指衛生を遵守する。
- (3) 手指衛生は流水と液体石鹸あるいは抗菌性石鹸（クロルヘキシジン・スクラブ剤、ポビドンヨード・スクラブ剤等）による手洗いまたは、擦式消毒用アルコール製剤による手指消毒を基本とする。
- (4) 目に見える汚れがある場合には、流水と液体石鹸あるいは抗菌性石鹸による手洗いを行う。

- (5) アルコールに抵抗性のある微生物に考慮して、適宜流水と液体石鹸あるいは抗菌性石鹸による手洗いを追加する。

2) 微生物汚染経路遮断

- (1) 感染性物質（血液、体液、分泌物、排泄物あるいはこれらによる汚染物等）による接触汚染や飛沫汚染を受ける可能性のある場合には手袋、ガウン、マスク等の個人用防護用具 personal protective equipment (PPE) を適切に配備し、その目的および使用法を正しく認識し遵守する。
- (2) 呼吸器症状のある患者には、咳等による飛沫汚染を防止するために、サージカルマスクの着用を指導して汚染の拡散を防止する。

3) 環境清浄化

患者環境は、常に清潔に維持する。

- (1) 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がないこと）の維持に努める。
- (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心がける。
- (3) 流し等の水場の排水口および湿潤部位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。
- (4) 床に近い棚（床から30cm以内）には清潔な器材を保管しない。
- (5) 薬剤および医療器材の長期保存を避ける。
- (6) 手の高頻度接触部位は1日1回以上清拭するか、必要に応じて消毒を行う。
- (7) 床等の水平面は定期清掃を行う。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。
- (8) 蓄尿や尿量測定が不可欠な場合は、常に汚物室等の湿潤部位の消毒や衛生管理に配慮する。
- (9) 委託清掃業者について、感染対策に関わる重要な基本知識、清掃員の教育・訓練歴等を確認する。必要に応じて教育、訓練を行うか業務責任者より再教育を要請する。

4) 交差感染防止

- (1) 病原微生物から保護するため易感染患者を隔離する。
- (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、体温計や血圧測定装置等の用具類は、他の患者との共用は避け専用のものを配備する。
- (3) 感染を伝播する可能性の高い伝染性疾患患者は、個室または集団隔離（コホート）収容して感染の拡大を防止する。また個人防護用具（PPE）を適切に選択し使用する。
- (4) 集中治療室等の清潔領域への入室時には、交差感染防止策としての履物交換や着衣を常時交換する必要性はない。

5) 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を十分に考慮して適正に使用する。

- (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。

- (2) 生体消毒薬は皮膚損傷や組織毒性等に留意して適用を考慮する。
- (3) 塩素製剤等を環境に適用する場合は、生体への影響に注意し濃度の高いものを広範囲に使用しない。
- (4) 高水準消毒薬（グルタラール、過酢酸、フタラール）は、環境の消毒には使用しない。
- (5) 環境の汚染除去（清浄化）の基本は清掃である。環境消毒を必要とする場合には、清拭消毒法により汚染箇所に対して局所的に行う。

6) 抗菌薬適正使用

抗菌薬は不適正に投与すると、耐性株を生み出したり、耐性株を選択残存させる危険性がある。したがって対象微生物を考慮し、投与期間は可能な限り短くする。

- (1) 対象微生物の性状と、対象臓器の組織内濃度を考慮して適正量を投与する。
- (2) 分離細菌に対する薬剤感受性検査結果に基づいて抗菌薬を選択する。
- (3) 細菌培養等の検査結果を得る前であっても、必要な場合は経験的治療 empiric therapyを行わなければならない。
- (4) 必要に応じた薬物血中濃度測定therapeutic drug monitoring (TDM) により適正かつ効果的投与を行う。
- (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）。
- (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、手術中および術後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。
- (7) 院内の抗菌薬の適正使用を監視する。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、届出制の体制をとり、使用状況を把握する。
- (8) バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）、MRSA、多剤耐性緑膿菌（MDRP）等特定の多剤耐性菌を保有しているも、無症状の症例に対しては抗菌薬の投与による除菌は行わない。
- (9) 施設内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。

7) 付加的対策

疾患および病態等に応じて感染経路別予防策（空気感染予防策、飛沫感染予防策、接触感染予防策）を追加して実施する。

- (1) 空気感染（粒径 $5\mu\text{m}$ 以下の粒子に付着。長時間、遠くまで浮遊する）
 - ① 対象疾患
 - a. 麻疹
 - b. 水痘（播種性帯状疱疹を含む）
 - c. 結核
 - d. 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の可能性がある。

(2) 感染防止対策

- ① 陰圧個室に配置する（病室のドアは閉めておく）。
- ② 個室の空きがない場合、同じ微生物のみに感染している患者と同室にする（コホーティング管理）。
- ③ 患者の移動は不可欠な目的の場合だけに制限する。
- ④ 患者の移動が必要な場合、飛沫を最小限に抑えるため、患者はサージカルマスク（N95微粒子マスクは不要）を着用する。
- ⑤ 患者が退室した後は最低1時間換気する。その後は通常の清掃を行い環境の特別な消毒は行わない（SARS、ノロウイルス感染症はマニュアルに準ずる）。
- ⑥ 医療従事者が入室する場合はN95微粒子マスクを着用する。麻疹・水痘の場合に免疫をもつ者が入室する場合は、N95微粒子マスクは不要である。
- ⑦ 患者家族の入室前後には擦式消毒用アルコール製剤による手指の消毒とN95微粒子マスクの着用を説明する。麻疹、水痘の場合に免疫をもつ者が入室する場合は、N95微粒子マスクは不要である。

(3) 飛沫感染（粒径 $5\mu\text{m}$ より大きい粒子に付着し、比較的速やかに落下する）

- ① 対象疾患
 - a. 侵襲性B型インフルエンザ菌感染症（髄膜炎、肺炎、喉頭炎、敗血症を含む）
 - b. 侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎、肺炎、敗血症を含む）
 - c. 重症細菌性呼吸器感染症
 - ア) ジフテリア（喉頭）
 - イ) マイコプラズマ肺炎
 - ウ) 百日咳
 - エ) 肺ペスト
 - オ) 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）
 - ア) アデノウイルス
 - イ) インフルエンザウイルス（季節型）
 - ウ) ムンプス（流行性耳下腺炎）ウイルス
 - エ) パルボウイルスB19
 - オ) 風疹ウイルス
 - e. 新興感染症
 - ア) 重症急性呼吸器症候群（SARS）
 - イ) 高病原性鳥インフルエンザ
 - f. その他

(4) 感染防止対策

- ① 原則的に個室に配置する。

- ② 個室の空きがない場合、同じ微生物のみに感染している患者と同室にする（コホーティング管理）。
 - ③ 個室の空きがなく同じ微生物のみに感染している患者がいなければ、患者のベッド間隔を1m以上離す。あるいは間仕切りを使用する。特別な換気手段は必要ない。ドアは開けたままでよい。
 - ④ 患者の移動は不可欠な目的の場合だけに制限する。
 - ⑤ 患者の移動が必要な場合、飛沫を最小限に抑えるため、患者はサージカルマスクを着用する。
 - ⑥ 患者退室後の病室は通常の清掃でよい。
 - ⑦ 職員は患者から約1m以内で医療行為を行う際は、サージカルマスクを着用する。
 - ⑧ 患者家族には入室前後の擦式消毒用アルコール製剤による手指消毒とサージカルマスクの着用を説明する。
- (5) 接触感染（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）
- ① 対象疾患
 - 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、MDRP等）
 - 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等
 - 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
 - ア) ジフテリア（皮膚）
 - イ) 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）
 - ウ) 膿痂疹
 - エ) 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
 - オ) 虱寄生症
 - カ) 疥癬
 - キ) 乳幼児におけるブドウ球菌癬
 - ク) 帯状疱疹（播種性あるいは免疫不全患者の）
 - ケ) 市井感染型パントン・バレンタイン・ロイコシジン陽性（PVL陽性）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、飛沫感染の可能性があるとされている）
- (6) 感染防止対策
- ① 原則的に個室に配置する。
 - ② 個室の空きがない場合、同じ微生物のみに感染している患者と同室にする（コホーティン

グ管理)。

- ③ 個室の空きがなく同じ微生物のみに感染している患者がいなければ、病原体の毒性や排菌量、同室者の感染リスク、病室・病棟における感染対策上の重要性などを考慮した患者配置とする。
- ④ 患者の移動は不可欠な目的の場合だけに制限することが望ましい。
- ⑤ 患者が移動する場合、感染のリスクを最小限に抑えるため、十分な手洗いやサージカルマスクの着用など排菌部位の被覆に努め、症状に応じた予防策を講じる。
- ⑥ 聴診器や血圧計、体温計など、可能な限り各患者に専用とする。やむをえず器材を共用する場合は、患者に使用後、適切な方法で速やかに器材を洗浄、消毒処理する。
- ⑦ 患者退室後は通常の清掃に加えて、日常的に手が触れる環境表面を清拭消毒する。
- ⑧ 接触予防策が必要な患者の部屋にはカルテを持ち込まない。
- ⑨ 流水と液体石鹸による手洗いをを行う。
- ⑩ 湿性物質の有無に関わらず、患者ケア時には手袋を使用する。汚染物に触れた時は手袋を交換する。
- ⑪ 病室退室前に手袋を外し、擦式消毒用アルコール製剤による手指消毒をする。手に汚れがある場合は流水と液体石鹸による手洗いをを行う。
- ⑫ 手洗いは汚染物や環境表面に触れない。
- ⑬ 職員の着衣が患者、周囲の環境の表面、病室内の物品に接触すると予測される場所や、患者が失禁、下痢、回結腸吻合術後、腸瘻設置術後、創傷ドレナージが開放されている場合は病室入室前に、ガウン（プラスチックエプロン）を着用する。
- ⑭ 退室する際は部屋の中で手袋、ガウン（プラスチックエプロン）を脱ぎ、その後、擦式消毒用アルコール製剤による手指消毒をする。
- ⑮ 患者家族には入室前後の擦式消毒用アルコール製剤による手指消毒と荷物をベッドや床に置かないよう説明する。

8) 遵守率向上策

マニュアルに記載された各感染対策は、全職員の協力のもとに遵守率を高める。ICTは現場職員を教育啓発し、自ら進んで実践していくよう動機づけを行う。

9) 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感染対策である。

- (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行う。
- (2) 患者および医療従事者ともに接種率を高める努力をする。

10) 職業感染防止

医療従事者の医療関連感染対策について十分に配慮する。

- (1) 針刺し防止のためリキャップを原則的に禁止する。

- (2) リキャップが必要な際は、安全な方法を採用する。
- (3) 採血用容器等を手に持ったまま血液等の入った針付き注射器を操作しない。
- (4) 廃棄専用容器を対象別に分けて配置する。
- (5) 使用済み針付き注射器や鋭利な器具専用の安全廃棄容器を用意する。
- (6) 安全装置付き器材の導入を考慮する。
- (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できる体制を確立しておく。
- (8) 医療汚染事故（血液体液曝露事故）については、当院の感染対策マニュアル「針刺し・切創および皮膚・粘膜曝露発生時の対応」にそって速やかに対応し処置する。
- (9) 感染経路別予防策に即した個人用防護具（PPE）を着用する。
- (10) 結核等の空気予防策が必要な患者に接する場合には、N95微粒子マスクを着用する。

11) 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行う。

疾病の説明とともに、感染防止の基本についても説明し、十分に理解を得た上で、協力を求める。必要に応じて感染率等の情報を公開する。

12) 地域支援

地域支援ネットワークを充実させ、これを活用する。病院内で対策を行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。

13) 第三者評価

医療関連感染対策の各施設における質は、第三者評価（外部評価）を受ける。

- (1) 医療関連感染対策の各施設における質の評価は、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。
- (2) 年に1回程度の第三者評価を受ける。