

第 12 章 部門別感染対策

I. 外来

1. 外来の特殊性
2. 小児科
3. 歯顎口腔外科
4. 周産期科女性診療科
5. 皮膚科
6. 眼科
7. 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

II. 中央診療施設

1. 検査部
2. 手術部
3. 放射線部
4. 材料部

III. 特殊診療施設

1. 初療室、救命救急センター・救命救急センターICU
2. 集中治療部(ICU)
3. 総合周産期母子医療センター
 分娩部
 新生児部
4. 病理部
5. 輸血部
6. 血液浄化療法室
7. 内視鏡室
8. リハビリテーション部

IV. その他施設

1. 臨床栄養部
2. 薬剤部

I. 外来

1. 外来の特殊性

外来は、様々な感染症に罹患している患者が受診する。患者の多くは、症状が出現してから受診するが、中には、感染症の自覚なく受診に至ることもあるため、外来の待合や検査室の待合などで感染源となる可能性がある。したがって、日常から標準予防策を遵守し、必要に応じて感染経路別予防策を追加して対応を行うとともに、状況に応じて優先診療を実施する必要がある。

1) 外来における一般的な感染予防策

(1) 医療従事者

- ① 一患者、一処置ごとに手指衛生を行い、状況に応じて个人防护具を着用する。
- ② 疑われる感染症に応じた感染経路別予防策を実施する。

(2) 患者への対応

- ① 咳をしている人にはサージカルマスクの着用を指導する。
- ② サージカルマスクの持参がない場合は、売店での購入を勧める。
- ③ 外来受付等にポスターを掲示し、発熱、長く続く咳、嘔気・嘔吐、下痢、発疹、水疱、目の充血等がある場合は、申し出るように促す。
- ④ 過去1ヶ月以内に渡航歴があり、上記症状がある場合には輸入感染症を疑う。
- ⑤ 問診時または予診時に感染症が疑われた場合は、他患者との接触を避け、優先的に診療を行う。

(第10章 外来受診患者対策「I.感染症(疑い)患者に対する外来診療」参照)

- ⑥ 感染症が疑われる患者来院時は、隔離診察室に誘導し、標準予防策に加え、症状から疑われる感染症に応じた感染経路別予防策を遵守する。
 - ⑦ 感染症が疑われる患者から事前に連絡を受けている場合は、病院に到着時電話連絡を行うよう説明し、隔離診察室を使用する。
- (3) 診察室・待合室は毎日清拭清掃を行い、埃や汚染を除去する。
 - (4) 感染症患者を診察した場合、高頻度接触表面を適切な消毒薬を使用し清拭消毒する。
 - (5) 患者に使用した医療器具・器材は、院内で決められた方法で洗浄消毒を行う。

2. 小児科

小児は、手指衛生や咳エチケット等の衛生行動の習慣が身についていない発達段階の患児も多く、他者への曝露のリスクがある。また、小児特有のウイルス性感染症に罹患している場合もあり、早期隔離とともに、疑われる感染症に応じた感染経路別予防策の実施が重要である。

1) 外来における感染予防策

- (1) 医師、看護師は日頃より自らの健康に留意し、免疫が未発達な感受性のある児に対して感染源とならないよう心がける。感染症に罹患した場合は各々の所属長に報告し、決められた期間自宅で療養する。
- (2) 問診票に基づき、感染症の既往、予防接種歴、家族歴、感染症患者との接触の有無、家庭環境等を把握する。
- (3) 感染症患者が多く来院するため隔離の必要性が高い。感染症患児及び疑いのある患児は隔離診察室に隔離し、感染拡大を防止する。
 - ① 隔離診察室に隔離する対象児
 - a. 学校保健安全法で出席停止期間が定められている疾患（麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎等）が疑われる場合
 - b. 医師、看護師が隔離を必要と判断した児
- (4) 日常から標準予防策を遵守し、疑われる感染症に応じた感染経路別予防策を実施する。

3. 歯科口腔外科

歯科診療においては、患者の血液・体液に曝露する機会が多く、鋭利な診療器具を多く使用すること、観血的処置が多いことから、標準予防策に基づいた感染対策の徹底が必要である。

1) 外来における感染予防策

- (1) 処置前後には、必ず手指衛生を実施する。
- (2) 診療時、必ず手袋、マスク、ゴーグルを着用する。
- (3) 白衣が汚染する可能性がある場合は、エプロン・ガウンを着用する。
- (4) 使用後の器具・器材は、汚染が拡がらないように取り扱う。
- (5) 器具の分別、洗浄、消毒の処理時は、手袋、エプロン、ゴーグル(フェイスシールド付きマスク)を着用して行う。
- (6) 観血的治療に使用する器材は滅菌処理したものをを用いる。
- (7) 器具・器材はオートクレーブ、プラズマ、EOGに分けて滅菌依頼を行う。
プラズマ、EOG滅菌のものは一時洗浄をしたうえで提出する。
- (8) 使用後のタービンヘッド、コントラヘッド、ストレートハンドピース、スケーラー・ハンドピースは、清拭後、注油などの保守処理を施し、患者毎に滅菌する。
- (9) 特に観血的処置に用いる器具・器材で、ディスポーザブル製品が使用できる器具は可能な限り積極的に利用する。
- (10) 患者毎に、ユニット、診察台、无影灯、荷物かご、スイッチ、モニター等術者の手が触れる箇所は、エタノール含浸クロスで清拭清掃を行う。
- (11) 血液等で汚染された環境表面は、ペーパータオルで汚染を除去した上で、0.1%次亜塩素酸ナトリウム(泡洗浄ハイター1000®等)で清拭消毒する。

4. 周産期科女性診療科

周産期科女性診療科においては、血液や羊水、母乳等の体液に曝露の機会が多く、観血的処置を行うことも多いことから、標準予防策に基づいた感染対策の徹底が必要である。

1) 外来における感染予防策

- (1) 血液・体液等の曝露の恐れがある場合は、手袋、エプロン・ガウン、マスク、ゴーグル(フェイスシールド付きマスク)を着用する。
- (2) ドップラー、超音波プローブなどの診察機器は、使用毎に低レベル消毒薬含浸クロスを使用して清拭する。
- (3) 内診時や観血的処置においては、必ず手袋を着用する。
- (4) 処置前後には、必ず手指衛生を行う。
- (5) 内診台は患者毎にエタノール含浸クロスで清拭消毒の上、ディスポシートを交換する。
- (6) 経膈プローブは、患者毎に塩化ベンザルコニウム0.01%水溶液含浸綿(清浄綿)で清拭を行う。

5. 皮膚科

正常皮膚には、バリア機能と免疫能が備わっており、病原菌の侵入と増殖を阻止しているが、皮膚に障害がある患者は、易感染であるとして対応するとともに、障害された皮膚は、感染性があるとして対応する必要がある。

1) 外来における感染予防策

- (1) 患者に接触する前後、処置前後は、必ず手指衛生を行う。
- (2) 処置の際は、手指衛生後に手袋を着用する。
- (3) 浸出液を伴う皮膚の処置や洗浄等を行う場合、血液・体液や洗浄液による飛沫や付着による汚染が考えられるため、手袋に加えてエプロン・ガウン、マスク、フェイスシールド付きマスクを着用する。
- (4) 処置者自身が包交車を扱うことによる包交車や物品の汚染を防止するために、処置は介助者とともに実施する。
- (5) 軟膏類には開封日を記載し、汚染した場合は破棄する。

6. 眼科

多数の患者が受診する眼科外来において、特に問題となるのは、流行性角結膜炎や急性出血性結膜炎等のウイルス感染症である。流行性角結膜炎は、伝播力が強く、ひとたびアウトブレイクが発生すると終息させることが困難なため、診療機能の麻痺に繋がる場合がある。

診療では、患者の粘膜に直接触れる機会が多く、様々な器具・器材を使用することから、医療従事者・患者ともに感染のリスクがあるため、適切な感染対策が求められる。

1) 外来における感染予防策

- (1) 患者に接触する前後、処置前後の手指衛生を遵守する。
- (2) 血液・体液、粘膜に接触する場合は、必ず手袋を着用し、血液・体液等の飛散が予想される場合には、エプロン・ガウン、マスク、フェイスシールド付きマスクを着用する。
- (3) 医療器具・器材は、ス波尔ディングの分類に応じて適切な処理を行う。
- (4) 環境を介して微生物が伝播する可能性があるため、患者毎にエタノール含浸クロスを用いて環境表面の清拭消毒を行う。
- (5) 外来問診で、眼瞼浮腫、充血や眼脂が強い場合、まず眼科医が診察する。
- (6) 流行性角結膜炎患者は、優先診察を行う。診察に使用した器材は、エタノール含浸クロスで二度拭き、もしくは丁寧に洗浄後 0.05%次亜塩素酸ナトリウムに 30 分間浸漬消毒する。

診察室、待合室は、ペルオキソー硫酸水素カリウム含浸クロス(ルビスタ®)で清拭消毒を行う。

(第 6 章 病原体別予防策(ウイルス)「Ⅲ.ウイルス感染症予防策 流行性角結膜炎」参照)

7. 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

耳鼻科領域で、特に問題とされる病原微生物は、MRSAを含む黄色ブドウ球菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌等がある。外来では、感染症を扱う機会が多く、また使用頻度が高い内視鏡などは汚染されやすいため、医療従事者、患者ともに感染対策が重要である。

1) 外来における感染予防策

- (1) 患者に接触する前後、処置前後の手指衛生を遵守する。
- (2) 血液・体液、粘膜に接触する場合は、必ず手袋を着用し、飛散が予想される場合にはマスク、ゴーグル、エプロン・ガウンを着用する。
- (3) 医療器具・器材は、ス波尔ディングの分類に応じて適切な処理を行う。
- (4) 環境を介して微生物が伝播する可能性があるため、患者毎にエタノール含浸クロスを用いて環境表面の清拭消毒を行う。

2) 耳鼻科内視鏡管理

- (1) 内視鏡洗浄時は、手袋、マスク、ゴーグル、ガウンを着用する。
- (2) 内視鏡洗浄時は洗浄室の扉を閉める。
- (3) 換気が十分行われているかを確認するため、洗浄室の扉を閉めた状態でティッシュペーパーが換気口に吸い込まれるかを、適宜確認する。
- (4) 内視鏡(チャンネル付き)洗浄・消毒
 - ・ 使用後、直ちに、温水または水で洗い流しながら、酵素洗浄剤を用いて内視鏡外表面を十分洗浄し、付着した血液・体液等を除去する。
 - ・ 鉗子類は、汚染物質が乾燥しないように、使用後速やかに洗浄液に浸漬する。
 - ・ 鉗子孔などの溝や鉗子チャンネル内はブラシを用いて洗浄し、チャンネル内にはシリンジや専用アダプターを用いて200ml以上の酵素洗浄液を注入してチャンネル内の汚れを取り除く。
 - ・ 洗浄後、内視鏡の外表面、チャンネル内を、水道水を使用して十分に行う。
 - ・ 内視鏡自動洗浄・消毒装置にセットし、洗浄消毒を行う。
 - ・ 内視鏡外表面の水分を拭き取り、スコープはアルコールフラッシュを行う。
 - ・ 内視鏡外表面をアルコール含浸クロスで清拭後、乾燥させて、内視鏡保管庫に保管する。
- (5) 内視鏡(チャンネルなし)洗浄・消毒
 - ・ 使用後、直ちに、温水または水で洗い流しながら、酵素洗浄剤を用いて内視鏡外表面を十分洗浄し、付着した血液・体液等を除去する。
 - ・ 洗浄後、内視鏡の外表面を、水道水を使用して十分に行う。
 - ・ 内視鏡自動洗浄・消毒装置にセットし、洗浄消毒を行う。
 - ・ 内視鏡外表面の水分を拭き取り、アルコール含浸クロスで清拭後、乾燥させて、内視鏡保管庫に保管する。
- (6) 内視鏡の搬送
 - ・ 使用前の清潔な内視鏡を搬送する際は、清潔なビニール袋に入れて搬送する。
 - ・ 使用後の汚染された内視鏡を搬送する際は、ビニール袋に密閉し搬送する。

Ⅱ. 中央診療施設

1. 検査部

取り扱う全ての検体には感染性があるとして、正しい検体の取り扱いと正しい操作法を身につけ、事故が発生した場合でも慌てることなく冷静に判断し、迅速かつ適切な処置がとれるように心がけておく必要がある。

1) 検体採取

(1) 血液検体採取

- ① 安全機能付きの穿刺針を使用する。
- ② シリンジによる採血は可能な限り避け、真空採血管を使用する。
- ③ シリンジによる採血を行った場合、分注時は血液分注用アダプター(ブラッドトランスファーデバイス)を用いる。

2) 検体検査(微生物以外)

(1) 検体の取り扱い

- ① 検体を取り扱う際は、必ず手袋を着用する。
- ② 検体を処理する際は、手袋、マスク、必要に応じてゴーグルを着用する。
- ③ 飛沫感染、空気感染の恐れのある検体は、サージカルマスクもしくはN95マスクを着用し、安全キャビネット内で処理を行う。
- ④ 血液、血清、尿などの検体やガラス製品は、感染性廃棄物用ペール缶に破棄する。
- ⑤ 手指、皮膚が汚染された場合は、直ちに流水と石けんで十分洗浄する。
- ⑥ 検査部内で、感染症法に基づく届出疾患や院内感染対策上問題となる病原体が同定、発見された場合は、速やかに感染対策室に連絡する。

(2) 針刺し事故等発生時の対応

- ① 検体で汚染された器具・器材等での汚染事故が発生した場合、局所を流水と石けんで十分洗浄する。粘膜曝露の場合は、流水で十分洗浄する。
- ② 汚染事故後の対応については、針刺し等汚染事故発生時の対応に準ずる。
- ③ 検体が入った容器が破損した場合は、ペーパータオルで拭き取った後、エタノール含浸クロスで清拭消毒する。破損したガラスの破片などは受傷しないように注意して片づける。

3) 検体検査(微生物)

(1) 一般細菌検査

- ① 陰圧の検査室で実施する。
- ② 飛散の可能性がある検体処理を安全キャビネット内で行う。

(2) 結核菌・抗酸菌検査

- ① 検査室内のさらに陰圧換気された密閉空間で検査を行う。
- ② 検体処理、塗抹、培養、同定、薬剤感受性検査の全てを安全キャビネット内で

行う。

③ 検査で使用した器材等は検査室内で滅菌処理を行う。

4) 生理検査

生理検査には、超音波検査、呼吸機能検査、脳波検査、心電図検査、筋電図検査が含まれる。

(1) 共通事項

- ① 空気感染や飛沫感染疑いの患者は、原則、検査室での検査は実施しない。
- ② 使用後の器具・器材はエタノール含浸クロスもしくは低レベル消毒薬含浸クロスで清拭消毒する。
- ③ 患者毎に、ロールシーツを交換するとともに、検査台はエタノール含浸クロスで清拭消毒する。

(2) 呼吸機能検査

- ① 使用するマウスピースと呼吸管に接続するフィルターは、ディスポーザブル製品を使用し、患者毎に交換する。呼吸管は定期的に洗浄・消毒を行う。

(3) 脳波検査及び心電図検査

- ① 電極は、使用毎にエタノールクロス含浸クロスで清拭消毒を行う。

(4) 針筋電図検査

- ① 実施の際には、術者自身の手指を傷つけないように細心の注意を払う。
- ② 針電極は電極のみを切断し、感染性廃棄物用ペール缶に破棄する。
- ③ 神経伝達速度検査に用いる電極は、ディスポーザブル製品を用いる。

2. 手術部

手術を受ける患者は、手術対象疾患以外の感染症に罹患していたり、病原微生物の保菌者である場合があり、患者自身が感染源となる可能性がある。

一方、手術部には多くの職員が出入りするとともに、様々な器材の搬入が行なわれるため、感染源を持ち込む機会となる。

手術部に関係する職員は、感染に対する正しい知識をもち、基本的な対策を遵守する必要がある。

1) 入退室について

(1) 準清潔区域及び清潔区域への入退室

- ① 更衣室で規定の手術部ユニフォームに更衣し、帽子、マスクを着用してOP室内用スリッパに履き替える。
- ② マスクは口と鼻を完全に覆い、帽子・フードで頭部および髪を完全に覆うように着用する。
- ③ スリッパはスリッパラックに保管されているものを使用する。使用后、血液汚染があるものはバスケットに入れる。血液等による汚染が予想される場合は、シューズカバーを装着する。
- ④ 手術室よりICUに入る際は、ICU用スリッパに履き替える。
- ⑤ OPルームに入る前は、必ず手指消毒を行う。
- ⑥ 手術部ユニフォームの着用は、原則として手術部内のみに限定する。緊急時等、手術部外に出る際には、手術部ユニフォームの上に白衣を着用し、再度手術部内に入る場合は着替える。
- ⑦ 手術後、患者退室に付添う場合は、手術部ユニフォーム着用のまま外用スリッパに履き替えて病棟まで付添う。病棟から手術部に帰る場合は中央診療棟廊下を経由して更衣室に戻り、更衣を行う。

2) 手術室における感染予防策

(1) 手術時手洗い

- ① 爪を短く切り、爪床の下を清潔にする。
- ② 手または腕に装飾具を付けない。
- ③ 手術時手洗いは、ラビング法もしくは2-Stage法を実施する。

(2) 衛生的手洗い

- ① ルーム内に入退室時、患者に接触する前後、血液・体液等に触れた後、手袋を外した後、滅菌物を展開する直前は手指衛生を行う。

(3) 個人防護具

- ① 手術時手洗い後、滅菌ガウンを着用した後に手術用滅菌手袋を着用する。
- ② ラテックスアレルギーを有する者は、ラテックス製品の使用に注意する。
- ③ 術野の汚染防止および職業感染防止の側面から二重手袋の着用が推奨される。
- ④ 術中、手袋が破損した場合は、手袋を交換する。

(4) 職業感染対策

- ① 術中の血液・体液曝露に対し、器械出し看護師は、ゴーグルもしくはフェイスシールドを着用する。術者、助手等においても、可能な限り、ゴーグルもしくはフェイスシールドを着用する。
- ② 麻酔科医は気管内挿管、抜管時はゴーグルもしくはフェイスシールドを着用する。
- ③ 針等の鋭利物は、原則リキャップは行わない。
- ④ 鋭利な手術器材は、膿盆等にて受け渡しするなど間接的に授受する。
- ⑤ 二重手袋を推奨する。
- ⑥ 鋭利な手術器材等は、感染性廃棄物用のペール缶に入れて破棄する。
- ⑦ 針刺し等の事故が発生した場合は、本マニュアルに定める手続きに従い、報告及び対応を行う。

(5) 器械の消毒および滅菌

- ① 全ての手術器械は、材料部の滅菌指針に従って滅菌する。
- ② フラッシュ滅菌は、使用中に落下した器具の再処理など、緊急に治療用具が必要になった場合以外は使用しない。
- ③ 使用後の器械は、原則、ウォッシャーディスインフェクターで洗浄する。
- ④ ウォッシャーディスインフェクターによる洗浄が不適なものは、本マニュアルの定める消毒法によって処理する。

(6) 持ち込み機器・材料

- ① 手術に際して、機器・材料(院内使用申請の許可済みものに限る)の持ち込みは前日15時までに手術部に搬入する。
- ② 搬入機器は、所定の消毒薬による表面の清拭後に手術室内に搬入する。
- ③ 医療材料等は、手術部内搬送用ラックに移し変え、当該手術室に搬入する。
- ④ 手術終了後、機器等の表面を所定の消毒薬により清拭し、速やかに搬出する。

(7) 手術室内環境

- ① 手術部内の一般手術室は清浄度クラスⅡ清潔区域、バイオクリーンルームは清浄度クラスⅠ高度清潔区域となるよう空調が整備され、HEPAフィルターによる換気が行われている。
- ② 一般手術室の空調は、1時間に最低15回換気を行い、そのうち最低3回は新鮮な空気を取り込んでいる。
- ③ 器械や職員・患者の出入りなど必要時以外、手術室ドアは閉めておく。
- ④ 手術室入室者は必要最低限の人数だけに制限する。
- ⑤ 手術室のドアはフットスイッチでは全開、ハンドスイッチで半開となる。器械や患者入室以外の職員の出入りの際はハンドスイッチを用いる。
- ⑥ 前室のある手術室は前室と手術室のドアが同時に開かないように注意する。
- ⑦ インプラントを挿入する整形外科手術はバイオクリーンルームを使用する。
- ⑧ 結核等の空気感染が疑われる症例は、陰陽圧換気可変ルームの8Rを使用し、陰圧切り替えスイッチをONにする。

- ⑨ 術中に必要となった器械や材料の搬入はパスボックスを介して行うことを基本とする。
- ⑩ 各室にパーティカルカウンターが設置されており、必要時測定することで室内の清浄度を確認することができる。
- ⑪ 年1回専用メーカーによる空調点検が行われる。バイオクリーンルームは、年2回空調点検が実施される。
- ⑫ 細菌学的調査
 - a.手術室の日常的な環境培養検査は不要である。
 - b.疫学的調査の必要性が生じた場合、環境表面や空気中の細菌学的検体採取を行う。

(8) 手術室内の清掃・消毒

- ① 手術終了後は、使用器械、室内の床全面の清拭清掃を行う。
- ② 湿性生体物質(血液、便、尿、排液等の体液)により、環境表面、床等が汚染された場合、ディスポガーゼで汚染物質を拭き取った後、委員会の定める薬剤にて清拭消毒する。
- ③ 環境表面や器械等に目に見える湿性生体物質による汚染がある場合は、委員会の定める薬剤にて清拭消毒する。
- ④ 小手術等の複数の手術が同一手術室で実施される場合、床・器械の目に見える汚染、術野周辺の床、手術台を清拭清掃後、次の手術の準備を行う。
手術終了毎の室内の床全面清拭は行わず、最終手術終了後に実施する。

(9) 廃棄物処理

- ① 院内に定められた方法により分別収集を厳守する。

3) 感染症患者の対応

- (1) 患者搬送、隔離を考慮し、可能な限り外来手術室や最終予定手術で計画する。
- (2) 接触予防策が必要な患者と接触する場合、入室時にエプロン・ガウンを着用する。
- (3) 結核等の空気感染が疑われる患者の手術が予定されている場合は、陰陽圧換気可変ルームの8Rを使用し、陰圧切り替えスイッチをONにする。手術終了後、換気を1時間程度行った後、ルーム内の清掃を行う。
- (4) 感染症患者の手術後においても、特別な清掃や消毒は必要ない。
- (5) 器材、リネン類の処理
 - ① 熱処理可能な器材は、ウォッシャーディスインフェクターで洗浄する。
 - ② 熱処理の不適なものは、本マニュアルの定める消毒法によって処理する。
 - ③ 上記方法による一次処理を行なった後、滅菌処理を行う。
 - ④ リネン類は、院内で定められた方法で処理を行う。
- (6) 緊急手術時において感染症の疑いのある場合や未検査の場合は、感染症の手術に準じ取り扱う。

4) 感染または保菌している職員の管理

- (1) 感染症の症状や症候がみられる職員は、直ちに所属長に報告する。
- (2) 感染症発症職員への対応
 - ① 受診後、病状や治療について所属長に報告する。
 - ② 院内で定めている就業停止期間中は就業を制限する。
 - ③ 上記は、手術部長および手術部看護師長により実施される。
- (3) 皮膚の損傷部位から浸出液がある場合は、感染性が除外されるか、適切な治療により治癒するまで、業務内容を考慮する。

3. 放射線部

放射線部は、職員や患者の立ち入りが多い場所である。また、行われる検査や処置の内容也多岐にわたり、侵襲的処置においては、湿性生体物質に曝露する危険性がある。

したがって、放射線部に関わる職員は、標準予防策を遵守するとともに、感染症患者やその疑いがある患者に接触する場合には、感染経路別予防策を実施しなければならない。

1) 共通事項

- (1) 患者に接触する前後、清潔無菌操作直前、手袋を外した後は、手指衛生を行う。
- (2) 血液・体液等に汚染される可能性がある場合は、標準予防策に則り、手袋、エプロン・ガウン、マスク、フェイスシールド付きマスクを着用する。
- (3) 血液・体液等に汚染される可能性がある場合は、検査台は、ディスポシートを使用し、使用毎にエタノール含浸クロスで清拭する。
- (4) 患者が直接触れる撮影装置部分、機器や器具・検査補助具、ロールボード等は、使用毎にエタノール含浸クロスで清拭する。
- (5) 装置等は定期的に清拭清掃を行う。
- (6) 血液・吐物などで汚染があった場合は、ペーパータオルで拭き取り、0.1%次亜塩素酸ナトリウム(泡ハイター1000[®])もしくはペルオキソー硫酸水素カリウム含浸クロス(レビスタ[®])で清拭消毒する。
- (7) 患者が使用するスリッパは、洗濯部で洗浄を行う。
- (8) 感染症患者の撮影、検査、治療は、できる限りその日の最後とする。
- (9) 感染症患者の撮影、検査、治療を行う際には、感染経路に応じて、必要な个人防护具を着用する。
- (10) 感染症が後で判明した場合は、感染対策室と協議し、対策を講じる。

2) ポータブルX線撮影

- (1) 感染症患者の撮影は、当該病棟内の最後に行う。
- (2) 接触感染する患者の撮影を行う場合は、手袋、エプロン・ガウンを着用する。カセットはビニール袋で覆う。
- (3) 飛沫感染する患者の撮影を行う場合は、サージカルマスクを着用する。
- (4) 空気感染する患者の撮影を行う場合は、入室前にN95マスクを着用する。
- (5) 患者接触前、患者・患者周囲環境接触後は、手指衛生を行う。
- (6) 病棟ポータブル撮影時に使用したCRカセット等は清拭後、紫外線殺菌処理を行う。FPDカセットについては清拭消毒を行う。

3) 血管撮影室

清浄度クラスⅢ 準清潔区域である。

血管撮影室で行われる処置は、血液・体液に曝露される上、鋭利器材を扱う機会が多い。針刺し等の事故に注意するとともに、標準予防策を遵守する必要がある。

- (1) 患者搬送で検査室内に入る場合、必ずサージカルマスク、キャップを着用する。

- (2) 術者は必ず手指衛生(スクラブ法もしくはウォーターレス法)後、滅菌ガウン、滅菌手袋、キャップ、マスク、ゴーグル・フェイスシールド付きマスクとシューズカバーを着用する。
- (3) 検査を依頼する場合、依頼医は必ずHBs抗原、HBs抗体、HCV抗体、HIV抗体の検査を行ない、その結果を依頼票に明記する。
- (4) 麻酔器具使用時は、ME機器管理センターにて管理されているものを使用し、回路はディスポ製品を使用する。
- (5) 電極コード類は、ペルオキソー硫酸水素カリウム含浸クロス(ルビスタ®)で清拭消毒後、滅菌依頼する。
- (6) 検査室内の清拭清掃は、ペルオキソー硫酸水素カリウム含浸クロス(ルビスタ®)を使用し行う。

4.材料部

安全な医療材料を提供するため、再生医療材料は、適正な洗浄と滅菌を実施し、確実な滅菌効果判定後に供給する必要がある。

1) 入室に関する事項

- (1) 入室時、サージカルマスクを着用する。
- (2) ユニフォームは毎日交換し、毛髪はキャップで完全に覆う。
- (3) 既滅菌室入室前は、手指衛生を実施する。

2) 作業環境に関する事項

- (1) 原則として1作業毎に手指衛生を行う。
- (2) 作業台は、業務開始前後にエタノール含浸クロスで清拭する。
- (3) 各保管庫・棚・パスボックス内は、週に1回低レベル消毒薬含浸クロスで清拭する。

3) 器材の回収方法

- (1) 材料部で一元管理している鋼製小物は、一次消毒をせずに回収する。
- (2) 材料部で一元管理している鋼製小物を各部署に定数配置している。
定数の鋼製小物は、回収時の滅菌依頼伝票は不要である。
定数以外の鋼製小物は、滅菌依頼伝票を付けて回収する。
- (3) 使用後の鋼製小物は、回収コンテナに入れて回収する。
- (4) 剪刀類・鉗子類は、剪刀ラックに架けて回収バスケットに入れる。
- (5) 回収コンテナは、回収後に洗浄・滅菌した後、次の回収用として滅菌物と共に供給される。
- (6) プラスチック製品、エコー、ファイバーなどの依頼滅菌物は、各部署で一時洗浄後、確実に乾燥を行い、ビニール袋に入れて提出する。

4) 洗浄方法

- (1) 鋼製小物は、アルカリ洗浄液を用いたウォッシャーディスインフェクター(93℃ 10分熱水処理)で洗浄を行う。

5) 滅菌方法

- (1) 機器・器材に応じて、高圧蒸気滅菌・低温プラズマ滅菌・EOG滅菌を行う。
- (2) 滅菌方法と所要時間

高圧蒸気滅菌	滅菌温度	135℃	10分	所要時間	約60～90分
低温プラズマ滅菌	滅菌温度	45℃		所要時間	約60分前後
EOG滅菌	滅菌温度	55℃	60分		
			所要時間	約3.5時間+エアレーション時間12時間	

6) 滅菌物の供給

既滅菌物払い出し基準(資料 1)を遵守し、BI(生物学的インジケータ)滅菌判定で滅菌確認を行った後、供給する。

7) BI(生物学的インジケータ)滅菌判定前持ち出し時

BI 判定前持ち出し申請書を担当医が記入する。

8) 滅菌物の保管

- (1) 滅菌物は、床から 20～25cm、天井から最低 45cm 以内で保管しない。
- (2) 水濡れまたは湿気を帯びる可能性のある場所での保管は厳禁である。
- (3) 人通りの多い場所で解放式棚での保管はしない。
- (4) 人通りの多い場所で保管する場合は、閉鎖式あるいはキャビネットで保管する。
- (5) 保管場所は定期的に清掃する。
- (6) 滅菌物を保管している同じ棚に、滅菌物以外のものは収納しない。
- (7) 狭い場所に詰め込んで保管しない。
- (8) セット類を積み重ねて保管しない。
- (9) 滅菌バッグにマジックで日付を記載しない。
- (10) 滅菌バッグをゴムやクリップでまとめない。
- (11) 滅菌バッグを折り曲げたりしない。
- (12) 滅菌物の使用は手前または左側から、収納は一番奥または右側からを遵守する。
- (13) 使用前は「有効期限」「化学的インジケータの変色」「滅菌バッグの破損・汚れ」を確認する。

9) 取り扱い時

- (1) 滅菌物に触れる前は、手指衛生を行う
- (2) 使用時は、使用期限、滅菌バッグ外面の化学的滅菌インジケータやセット内のインジケータが滅菌後の状態に変色していること、滅菌バッグや包装の破損や開封がないことを確認する。
- (3) インジケータの変色不良、滅菌バッグの破損などの不具合がみられた場合は、材料部に連絡する。
- (4) 床に落としたものは不潔とみなし、使用しない。
- (5) 包装に破損、汚染シミ、水シミがみられるものは不潔とみなし、使用しない。
- (6) 搬送時は滅菌物を腋に挟んだり、抱え込んだりしない。
- (7) 滅菌物を展開するワゴンは、清潔なものを使用する。

10) 無菌性有効期間

時間依存型無菌性維持の考えにて以下の有効期限を設定している。

- ・滅菌バッグ(高圧蒸気滅菌・EOG) 滅菌日より 6 ヶ月
- ・滅菌バッグ(低温プラズマ滅菌) 滅菌日より 6 ヶ月
- ・滅菌コンテナ 滅菌日より 6 ヶ月
- ・不織布 滅菌日より 1 週間

11) リコール

払い出し後に、滅菌保証の破綻(BI 判定が陽性であることを見落とし供給した場合、「生物学的滅菌判定前持ち出し申請書」を記載し持ち出し後に BI 判定が陽性であった場合、滅菌有効期限を誤って印字した場合)が発見された場合は、速やかに供給した物品・器材を回収する。

リコール実施手順については、材料部作成の滅菌物リコールマニュアルに準じて対応する。

(資料 1)

既滅菌物の供給基準

1. プラズマ(ステラッド)滅菌法による滅菌物

- 1) 既滅菌物は、以下のことを確認後、払い出すことを原則とする。
 - (1) 滅菌工程の記録紙が正常の数値を示している。
 - (2) 化学的インジケータ(CI)が陰性(滅菌工程終了時に判定)である。
 - (3) 全ての滅菌バッグの化学的インジケータ(CI)が陰性(滅菌工程終了時に判定)である。
 - (4) インジケータ判定器の温度が 57℃である。
 - (5) 生物学的インジケータ(BI)は毎回挿入し、陰性(滅菌工程終了 15 分後に判定)である。
- 2) 上記の(1)～(5)の条件をクリアしていれば払い出しをする。
- 3) インプラント(生体植え込み器具)については、滅菌時に生物学的インジケータ(BI)を入れ、滅菌工程終了 15 分後に陰性であることを確認後、払い出す。
- 4) 重篤な感染症を引き起こす可能性のある手術器材等はインプラントと同様の払い出しとする。
(※例:移植、心臓血管外科、整形外科関節内等の手術、処置等で使用する器材以下同様)
- 5) 担当医が極めて緊急性が高いと判断し、担当医から申し出があった場合に、(1)～(3)の条件をクリアしていれば払い出す。

2. 高圧蒸気滅菌法による滅菌物

- 1) 既滅菌物は、以下のことを確認後、払い出すことを原則とする。
 - (1) 記録紙に示されている滅菌工程が正常である。
 - (2) 化学的インジケータ(CI)が陰性(滅菌工程終了時に判定)である。
 - (3) 全ての滅菌バッグの化学的インジケータ(CI)が陰性(滅菌工程終了時に判定)である。
 - (4) インジケータ判定器が正常(エラーメッセージがなし)である。
 - (5) 生物学的インジケータ(BI)は毎回挿入し、陰性(滅菌工程終了 3 時間後に判定)である。
- 2) 上記の(1)～(5)の条件をクリアしていれば払い出しができる。
- 3) インプラント(生体植え込み器具)については、滅菌時に生物学的インジケータ(BI)を入れ、滅菌工程終了 3 時間後に陰性であることを確認後、払い出す。
- 4) 重篤な感染症を引き起こす可能性のある手術器材等は、インプラントと同様の払い出しとする。(※)
- 5) 担当医が極めて緊急性が高いと判断し、担当医から申し出があった場合に、(1)～(3)の条件をクリアしていれば払い出す。

3. EOG 滅菌法による滅菌物

- 1) 既滅菌物は、以下のことを確認後、払い出すことを原則とする。
 - (1) 記録紙に示されている滅菌工程が正常である。
 - (2) 化学的インジケータ(CI)が陰性(エアレーション工程終了時に判定)である。
 - (3) 全ての滅菌バッグの化学的インジケータ(CI)が陰性(エアレーション工程終了時に判定)である。
 - (4) インジケータ判定器が正常(エラーメッセージが出ていない)である。
 - (5) 生物学的インジケータ(BI)は毎回挿入し、陰性(エアレーション工程終了 4 時間後に判定)である。
- 2) 上記の(1)～(5)の条件をクリアしていれば払い出しをする。
- 3) インプラント(生体植え込み器具)については、滅菌時に生物学的インジケータ(BI)を入れ、エアレーション終了 4 時間後に陰性であることを確認後、払い出す。
- 4) 重篤な感染症を引き起こす可能性のある手術器材等は、インプラントと同様の払い出しとする。(※)
- 5) 担当医が極めて緊急性が高いと判断し、担当医から申し出があった場合に、(1)～(3)の条件をクリアしていれば払い出す。

4. 平成 20 年 7 月 10 日から実施する。

Ⅲ. 特殊診療施設

1. 初療室、救命救急センター・救命救急センターICU

初療室では、患者から病歴聴取が行えなかったり、感染症が不明のまま救急処置が行われることが多い。また、感染性疾患の患者や外傷・熱傷等で血液・体液に汚染しやすい状況の患者、緊急性が高い侵襲的な処置が行われることも多く、感染伝播が起こりやすいと考えられる。

また、救命救急センター・救命救急センターICUでは、重症患者に対して濃厚なベッドサイドケアや検査・処置等が行われるため、医療従事者は、正しい知識をもち、感染対策を徹底することで、患者・医療従事者等の感染リスクを低減する必要がある。

1) 初療室

(1) 感染予防策

- ① 標準予防策を遵守するとともに、症状から考えられる感染経路別予防策を実施する。
- ② 感染症が疑われる患者は、除染室あるいは初療室1-1で対応する。
- ③ 発熱、呼吸器症状のある患者に対しては、マスクが着用できているか確認し、マスクの持参がなければ、サージカルマスクを提供し、着用を促す。
- ④ 必要な个人防护具が速やかに着用できるように、使用しやすい場所に過不足なく設置する。
- ⑤ 高頻度接触表面は1日1回以上、エタノール含浸クロスを使用して、清拭消毒を行う。
- ⑥ 初療室内は、器材や物品が多く煩雑になりやすいため、整理整頓を心掛ける。

2) 救命救急センター・救命救急センターICU

(1) 感染予防策

- ① WHOが推奨する5momentsに則り、手指衛生を行う。手袋を外した後も、必ず手指衛生を行う。
- ② 手指に湿性生体物質(血液・体液、分泌物、排泄物)が付着した場合は、流水と石けんで手洗いをを行う。
- ③ 湿性生体物質による汚染の可能性がある場合は、手袋、エプロン・ガウン、マスク、フェイスシールド付きマスクを着用する。
- ④ 外科的処置時は、滅菌手袋、滅菌ガウン、マスク、フェイスシールド付きマスクを着用する。
- ⑤ 感染症患者に対しては、感染経路に応じた経路別予防策を実施する。
- ⑥ 患者周囲環境は、整理整頓に努め、1日1回以上、エタノール含浸クロス(場合によってはペルオキソー硫酸水素カリウム含浸クロス)で清拭清掃を行なう。
- ⑦ 退室後の患者周囲環境は丁寧に清拭清掃を行う。使用後のベッド、医療機器等は適切に清拭消毒を行う。

(2) 薬剤耐性菌対策

- ① 入院時と毎週 2 回監視培養を行い、早期に保菌者を発見し、接触予防策を講じることで、感染拡大を防止する。
- ② 感染拡大防止のため、感染症患者の受け持ちやベッド配置等も配慮する。

(3) 病床管理

- ① 空気予防策、飛沫予防策が必要な患者は、個室に入室させる。

(4) 面会者への対応

- ① 感染徴候のある家族(発熱、呼吸器症状、嘔吐・下痢等を認める)、あるいは、家族に同様の症状がある場合の面会は禁止する。
- ② 小学生以下の子供の入室を制限する。

2. 集中治療部(ICU)

集中治療部では、大手術後の術後管理や重篤な急性臓器機能不全障害を呈した患者を収容し、集中的な治療やケアにより、回復を図っている。入室患者は、**compromised host**であり、治療上、デバイス類が多く挿入されているため、感染リスクが高い。患者に関わる全ての医療従事者は、感染対策を徹底する必要がある。

1) 集中治療部

(1) 感染予防策

- ① WHOが推奨する5momentsに則り、手指衛生を行う。手袋を外した後も、必ず手指衛生を行う。
- ② 手指に湿性生体物質(血液・体液、分泌物、排泄物)が付着した場合は、流水と石けんで手洗いをを行う。
- ③ 患者に触れる前に手袋を着用する。
- ④ 湿性生体物質による汚染の可能性がある場合は、手袋、エプロン・ガウン、マスク、フェイスシールド付きマスクを着用する。
- ⑤ 外科的処置時は、滅菌手袋、滅菌ガウン、マスク、フェイスシールド付きマスクを着用する。
- ⑥ 感染症患者に対しては、感染経路に応じた経路別予防策を実施する。
- ⑦ 患者周囲環境は、整理整頓に努め、1日1回以上、エタノール含浸クロス(場合によっては、ペルオキソー硫酸水素カリウム含浸クロス)で清拭清掃を行う。
- ⑧ 退室後の患者周囲環境は丁寧に清拭清掃を行う。使用後のベッド、医療機器等は適切に清拭消毒を行う。
- ⑨ 集中治療部内へ一時的に搬入する器材・機器は、必要最小限とする。
- ⑩ 適宜、集中治療部全体の集中清掃を行なう。

(2) 薬剤耐性菌対策

- ① 入室時と毎週2回監視培養を行い、早期に保菌者を発見し、接触予防策を講じることで、感染拡大を防止する。
- ② 感染拡大防止のため、感染症患者の受け持ちや患者のベッド配置等も配慮する。

(3) 入室患者

- ① 陰圧換気可能な個室がないため、空気予防策を必要とする患者は、原則入室させない。

(4) 入退室について

- ① 医療従事者、学生等
 - ・手術部連絡通路側より入室する際は、所定の手術衣、スリッパを着用する。
 - ・集中治療部へ入室前に、必ず手指衛生を行う。
- ② 面会者
 - ・感染徴候のある家族(発熱、呼吸器症状、嘔吐・下痢等を認める)、あるいは、家族に同様の症状がある場合の面会は禁止する。
 - ・小学生以下の子供の入室を制限する。

- 入室時間、入室人数の制限は別に定める。
- 集中治療部へ入室前に、必ず手指衛生を行うよう指導する。

3. 総合周産期母子医療センター

総合周産期母子医療センターは、ハイリスク妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行う部門である。

周産期においては、母子ともに免疫低下状態にあること、特に、NICUに入室している新生児は、生体の諸機能の極めて未熟であるため、医療関連感染のリスクが高い。また、新生児においては、出生後直ちに病院環境に触れることで、病原微生物を獲得しやすく、不完全な手指衛生により水平伝播を起こしやすいため、徹底した感染対策の実施が必要である。

1) 分娩部

分娩では、血液や羊水などの曝露の機会が多い。一方で、免疫機能が十分でない新生児のケアを行うため、医療従事者、母児共に、感染対策上の配慮が必要である。

(1) 感染予防策

- ① 母子感染防止のため、妊婦の感染症に関する情報を医療従事者間で共有する。
- ② 分娩を取り扱う医師および助産師は、衛生的な手洗いを行った後、滅菌ガウン、帽子、マスク、フェイスシールド付きマスク、シューズカバーを着用する。
- ③ 児受けを行う看護師は、手洗いを行った後、滅菌手袋、ビニールエプロンを着用し、インファントウォーマー横で待機し、直接介助の助産師から新生児を受ける。
- ④ 清拭、点眼、臍処置、計測等の後、新生児を新生児室に搬入する。
- ⑤ 血液・体液による環境表面、床等が汚染された場合、直ちにペーパータオルで拭き取り、0.1%次亜塩素酸ナトリウム(泡ハイター1000®)にて清拭消毒する。
- ⑥ 新生児室に入室前に、必ず手指消毒を行う。
- ⑦ 新生児は常在菌のない状態で出生し、皮膚が脆弱で免疫機能が未熟なため、新生児に接触前は、手指衛生後に手袋を着用する。接触後は、手袋を外し必ず手指衛生を行う。
- ⑧ 分娩室、新生児室は低水準消毒薬含浸クロス、またはエタノール含浸クロスを使用して清拭清掃を行う。
- ⑨ 沐浴槽は、新生児毎に中性洗剤で洗浄し、乾燥させる。母体感染症のある新生児は、最後に沐浴を行う。

2) 新生児部

NICUでは、出生体重1000g未満の超低出生体重児、生後早期に手術を必要とする児、その他先天異常を合併した児などのハイリスク新生児を多く管理しているため、徹底した感染対策が必要となる。

(1) 感染予防策

- ① NICU入室時、必ず手指衛生を行う。
- ② 児に接触する場合、肘まで手指消毒剤を擦り込んだ後、手袋を着用する。
- ③ 児に接触後は、手袋を外し必ず手指衛生を行う。

- ④ 体温計、聴診器、メジャー、はさみ、テープ類などの物品は、患者毎に個別化する。共有物品は、使用後にエタノール含浸クロスで清拭消毒を行う。
- ⑤ おしゃぶりは1日1回交換する。使用後のおしゃぶりは、材料部に依頼し、ウォッシャーディスインフェクターで洗浄後、低温オートクレーブ滅菌する。
- ⑥ 搾乳器は1使用毎に交換する。使用後の搾乳器は分解して材料部に依頼し、ウォッシャーディスインフェクターで洗浄後、高圧蒸気滅菌する。
- ⑦ 哺乳瓶、乳首はディスポ製品を使用する。ディスポ乳首の使用が困難な児に対しては、滅菌した乳首を使用し、毎回交換する。
- ⑧ 毎日日勤帯で1回、低水準消毒薬含浸クロスを用いて、クベース、コートを清拭する。
- ⑨ クベースは2週間に1回交換する。使用後のクベースは0.2%両性界面活性剤を使用し、消毒を行う。
- ⑩ 1日2回、日勤帯で、NICU内をエタノール含浸クロスで清拭清掃行う。
- ⑪ 沐浴槽は、新生児使用毎に中性洗剤で洗浄後、完全に乾燥させる。感染症のある新生児は、最後に沐浴を行う。

(2) 薬剤耐性菌対策

- ① 入室前に、必ず母親の膣培養の結果を確認する。
- ② 入室時と1週間に1回(薬剤耐性菌検出患児は2週間に1回)、鼻腔・便・臍の監視培養を実施する。
- ③ 薬剤耐性菌が検出された患児は、手袋、ガウンを着用して対応する。
- ④ 薬剤耐性菌が検出された場合、ベッド配置について検討する。
- ⑤ 入室後の培養結果が判明するまでは、薬剤耐性菌検出患児として扱う。

(3) 面会者への対応

- ① NICUへの入室は両親のみ可とし、祖父母は初回のみ可とする。ただし、新興感染症などの流行時には、院内基準を基に別途定める。
- ② 入室時の手洗いや手指消毒、サージカルマスクの着用、児接触前の手指消毒についてパンフレットを使用して指導を行う。
- ③ 感染症の徴候のある両親(発熱、呼吸器症状、嘔吐・下痢等を認める)、あるいは、家族に同様の症状がある場合の面会は禁止する。

4. 病理部

病理部において、感染の危険性を伴うのは、基本的に生材料である細胞診検体、術中迅速診断検体に限られる。ホルマリン固定後の検体においては、プリオン病を除き感染の危険性は少ない。

病理部で業務にあたる職員は、常に取り扱う検体は感染の危険性があるものとして認識し、正しく検体を取り扱い、もし、事故が発生した場合でも冷静に行動し、感染防止のための適切な対応を行う必要がある。

1) 病理検査室

(1) 検体の取り扱いについて

- ① 病理検体提出時、感染症が疑われる検体には、その旨をオーダーリング用紙に必ず記入する。
- ② 生の検体を必要とする時以外は、固定標本(10%中性緩衝ホルマリン等)として病理検査室に搬入する。
- ③ 生の検体である細胞診検体や術中迅速診断検体は、迅速標本作製室で取り扱う。
- ④ 結核が疑われる材料は、迅速標本作製室内の安全キャビネット内で作業を行う。
- ⑤ 標本による環境曝露を最小限にする。
- ⑥ 作業エリアは、適宜、アルコール含浸クロスによる清拭消毒を行う。

検体の種類	検体の特徴	必要な個人防護具
細胞診検体	・アルコールなどで固定された検体は感染源となる可能性は低い ・風乾された検体は感染源となりうる可能性がある	手袋、サージカルマスクを着用
未固定組織検体	・小さく割を入れる必要のない未固定検体 ・割を入れる必要のある未固定検体	手袋、サージカルマスクを着用し、速やかに固定操作を行う
術中迅速検体	・割入れ、凍結、薄切等の検体処理を行う	手袋、N95 マスクを着用

(2) 術中迅速検体処理について

術中迅速診断で、医療関連感染の頻度が最も高い疾患は結核である。その他、飛沫感染や業務中の切創などに起因する感染などがある。あらゆる検体に対して、十分な感染予防策を取った上で検査に臨む必要がある。

- ① 安全キャビネットが適切に使用できるよう、迅速標本作製室の気圧を管理する。
- ② 入室前に、サージカルマスクと手袋を着用する。
- ③ 感染症検体を扱う際は、N95 マスクと手袋を着用する。
- ④ 安全キャビネット内で検体を取り扱い、1 作業毎に手袋を交換する。
- ⑤ 室内で使用した N95 マスク以外の個人防護具は迅速標本作製室内で破棄する。
- ⑥ 標本の環境曝露を最小限にする。

- ⑦ 作業エリア、クリオスタット外部は、適宜エタノール含浸クロスで清拭消毒を行う。
- ⑧ 結核菌があらかじめ疑われている症例では、凍結切片は作製しない。
- ⑨ 結核が疑われる検体を処理した後は、直ちにクリオスタット内をオゾン殺菌(75 分)し、クリオスタット外部および安全キャビネット内をエタノール含浸クロスで清拭消毒する。
- ⑩ 安全キャビネット内の備品は消毒してからキャビネット外に出す。
- ⑪ 安全キャビネット内の紫外線灯を点灯(15 分以上)する。
- ⑫ 迅速標本作製室内の換気(15 分程度の外気導入)を行う。
- ※1 迅速標本作製室には医療従事者以外(学生を含む)の入室を禁止する。
- ※2 術中迅速診断中に結核病変を疑った場合は、感染対策室に報告する。

2) 病理解剖室

- (1) 解剖に使用した器材、解剖室などの消毒は、本マニュアルが定める消毒法による処理を行う。
- (2) 医師、学生などの解剖室への入室は、病理部長または執刀医の許可を得た上で病理医、技師と同様の手順で入室する。
- (3) 入室時、非透過性術衣、N95 マスク、ゴーグル、帽子、シューズカバーを正しく着用する。
- (4) 退室時は、適切に個人防護具を脱衣し、丁寧に手指衛生を行う。
- (5) 検体の管理は厳重に行う。

3) 針刺し・切創等汚染事故発生時の対応

- (1) 本マニュアルの針刺し等の汚染事故発生時の対応に準ずる。

5. 輸血部

輸血業務に従事する職員は、常に検体は感染の危険性があるとして取り扱う必要がある。また、血液製剤の安全性と有効性を確保するために、作業環境の保全に努める必要がある。

1) 自己血貯血

(1) 感染予防策

- ① 採血、抜針、止血、自己血処理に至る一連の作業は、手袋を着用する。
- ② 手袋を外した後は、必ず流水と石けんによる手洗い、もしくは手指消毒を行う。
- ③ 自己血処置に至る一連の作業は、手袋を着用して行う。
- ④ 自己血採血は、穿刺針と貯血バッグが一体となった専用閉鎖システムを使用し、常に閉鎖を維持する。
- ⑤ 貯血バッグは使用直前に外袋を開封し、破損や汚染がないことを確認する。
- ⑥ 貯血後、速やかに貯血バッグを2～6℃で、使用するまで保管する。

2) 輸血療法

- (1) 輸血前の保存検体は、輸血部で2年間冷凍保存し、輸血後に感染症が疑われた場合、輸血前の検体を検査する。
- (2) 使用済みの血液製剤バッグは輸血部に返却する。輸血部では7日間冷蔵保存し、感染症の報告がなければ廃棄する。
- (3) 輸血3ヶ月後を目途に感染症検査を実施する。

6. 血液浄化療法室

血液透析患者は、免疫機能が低下しており、易感染状態であるため、感染リスクが高い。また、血液浄化療法室では、バスキュラーアクセスへの穿刺が頻回に行われる特殊な環境にあるため、血液に曝露する機会が多い。

このように、易感染患者が多く、病原体が伝播しやすい環境においては、一般病棟とは異なる特別な感染予防策が求められる。

1) 感染予防策

(1)治療前

- ① 入室前に、感染症の有無を確認する。
- ② 呼吸器症状のある患者、飛沫感染する感染症に罹患している患者には、サージカルマスクを着用させる。

(2)準備

- ① プライミング直前に手指衛生を行い、無菌操作を徹底する。
- ② 注射の準備は、清潔区域である点滴調製台で行う。
- ③ 点滴調製時は、直前に手指衛生と手袋を着用する。

(3)バスキュラーアクセスへの穿刺

- ① バスキュラーアクセスへの穿刺、カテーテルへのアクセスの直前には手指衛生を行う。穿刺時は、血液曝露の危険性が高いため、手袋に加え、エプロン、ゴーグルを着用する。
- ② バスキュラーアクセス穿刺前、透析用カテーテル挿入前は、消毒用エタノール、1%クロルヘキシジングルコン酸塩含有アルコール、10%ポビドンヨードのいずれかを用いて消毒を行う。
- ③ 10%ポビドンヨードで消毒を行った際は、消毒薬が乾燥してから穿刺を行う。
- ④ 処置の後は、直ちに手袋を外し、手指衛生を行う。
- ⑤ 患者毎に手袋は交換し、手指衛生を行う。
- ⑥ 使用後の穿刺針はリキャップせず、一斗缶に破棄する。

(4)回収、抜針、止血

- ① 回収操作などの直前には手指衛生を行い、無菌操作を徹底する。
- ② 抜針、止血時は、血液曝露の危険性が高いため、手袋に加え、エプロン、ゴーグルを着用する。
- ③ 汚染がある、または汚染の可能性のある廃棄物、使用済みダイアライザー・血液回路は、個々の患者のベッドサイドに感染性廃棄物容器を持参し、破棄する。

(5)使用後の物品・器材の処理

- ① 患者に使用した鋼製鉗子、プラスチック鉗子は、回収コンテナに入れ、材料部に滅菌依頼を行う。
- ② 聴診器、体温計、血圧計のカフ、駆血帯は患者使用毎に、エタノール含浸クロスで清拭消毒を行う。

(6)環境整備

- ① 使用後のベッド柵やオーバーテーブル等の環境表面は、患者毎にエタノール含浸クロスで清拭し、透析装置外装は、透析終了毎にペルオキソー硫酸カリウム含浸クロス(ルビスタ®)で清拭消毒を行う。
- ② 透析終了後、患者毎に横シート、枕カバー、包布上のバスタオルを交換する。血液で汚染された場合は、その都度交換する。感染症患者使用後は、全てのリネンを交換する

2) ベッド配置

- (1)ベッド間隔を1m以上とる。
- (2)患者の感染症情報を収集し、感染経路に応じたベッド配置を検討する。
- (3)HBs抗原陽性およびHCV抗体陽性患者は、ベッド配置を固定する。
- (4)呼吸器症状のある患者、飛沫感染する感染症に罹患している患者には、個室で透析を実施する。

3) 透析用水、透析用原水の管理

- (1)毎週月曜日の朝、RO水の水質検査を行い、記録する。
- (2)月1回透析液のエンドトキシン濃度・生菌数を測定し、ガイドラインに則って、管理する。
- (3)原水の水質管理として、水道局の測定結果で水質の確認を行い、文書で保管する(最低5年間)。

7. 内視鏡室

内視鏡室においては、スクリーニング検査から侵襲的な治療に至るまで、様々な検査、治療が行われる。内視鏡検査、治療においては、すべてのヒトの血液・体液は潜在的に感染性があるものとして取り扱う必要がある。内視鏡による感染は、患者のみでなく医療従事者に対しても危険性及ぶ可能性があることから、内視鏡室全体で適切な感染対策を講じる必要がある。

「消化器内視鏡の感染制御に関するマルチソサエティ実践ガイド 改訂版」で推奨された方法により、内視鏡の洗浄・消毒・保管、環境整備を実施する。

1) 内視鏡室における感染予防策

- (1) 観血的内視鏡治療においては、治療前に感染症検査を行い、医療従事者間で情報を共有する。
- (2) 検査、治療に係る医療従事者は、血液・体液等の曝露を防止するため、手袋、マスク、ガウン、ゴーグル、もしくはフェイスシールド付きマスクを着用する。
- (3) 汚染の拡大を防ぐために、個人防護具を着用したままで、内視鏡検査室や処置室から出ないように注意する。血液・体液等の付着した個人防護具やディスポーザブル内視鏡処置具などは、検査終了後に、検査台の周囲に設置した感染性廃棄物容器に破棄する。

2) 使用後の内視鏡の搬送

- (1) 使用後の内視鏡は、ビニール袋に入れて、バックヤードを通り洗浄室まで搬送する。
- (2) 洗浄・消毒されたスコープと、使用後のスコープが交差しないよう配慮する。
- (3) 内視鏡室以外で使用した内視鏡を搬送する場合は、ビニール袋に密封し搬送する。

3) 内視鏡と内視鏡処置具の洗浄・消毒・滅菌

使用した内視鏡、リユーザブル内視鏡処置具等は、使用毎に適切な洗浄、高水準消毒薬を用いた消毒が必須である。ディスポーザブル内視鏡処置具は再使用せず、リユーザブル内視鏡処置具は、洗浄・消毒後に滅菌処理を行う。

(1) 内視鏡スコープ本体の洗浄・消毒

- ① 使用直後、スコープ外表面に付着した血液・体液を、酵素洗浄剤を浸漬させたクロスで拭き取る。外表面に傷や変形などスコープの損傷がないかチェックする。
- ② 酵素性洗剤を 200ml 吸引する。送気・送水チャンネルに AW アダプターを取り付け、送水チャンネルと送気チャンネルの両方に送水する。
- ③ 酵素洗浄剤を用いて、スコープ外表面、ボタン類、鉗子栓、チャンネル内の洗浄を行い、自動洗浄機で漏水テストを行う。
- ④ 洗浄後、スコープ外表面、チャンネル内のすすぎを十分に行う。

- ⑤ 内視鏡洗浄消毒装置にスコープ、ボタン類をセットし洗浄消毒を行う。
- ⑥ スコープはアルコールフラッシュを行い、ロックを外して垂直にかけて内視鏡保管庫に格納する。

(2)トレーサビリティ

- ① 洗浄システムのバーコードリーダーに内視鏡のバーコードを通して、患者、洗浄者、洗浄・消毒履歴を残す。
- ② 年 1 回、全スコープの表面、チャンネル内などの細菌培養検査を行う。

(3) 内視鏡処置具の洗浄・消毒・滅菌

- ① リューザブル内視鏡処置具は、流水で洗浄、特に先端部はよく水洗いする。
- ② 130 倍希釈酵素洗浄剤に 15 分以上浸漬する。
- ③ 超音波洗浄機で洗浄後、内視鏡洗浄消毒装置で洗浄・消毒する。
- ④ 洗浄後、潤滑剤入りの水に浸漬後、キムワイプで拭き鉗子掛けで乾燥させる。
- ⑤ 無菌組織に使用するリューザブル内視鏡処置具は、材料部に滅菌依頼を行う。

(4)送水ボトル・ウォータージェットの洗浄・消毒・滅菌

- ① 送水ボトル・ウォータージェットは、毎日滅菌済みのボトルと交換する。

(5)内視鏡検査に使用する物品等

- ① マウスピースは、患者毎のシングルユースとする。
- ② キシロカインスプレーノズルは、患者毎のシングルユースとする。

(6) 洗浄室

- ① 高水準消毒を使用するエリアであるため、換気が十分行われているかを確認するため、ティッシュペーパーが換気口に吸い込まれるかを適宜確認する。

(7)自動洗浄機の管理

- ① 使用開始前に、実用下限濃度以上であることを確認する。
- ② 消毒薬の使用期限は、過酢酸(ESR)は 1 週間、または 25 回の洗浄回数で管理する。
- ③ 1 番の自動洗浄機は自動で装置内消毒されている。給水管路の消毒を水フィルター交換時に行う。2 番、3 番の自動洗浄機は薬液交換時に、簡易管路消毒を行い、毎月 1 回、全管路消毒を行う。

(8)内視鏡保管庫

- ① 週 1 回、エタノール含浸クロスで清拭清掃を行う。
- ② 保管庫は、滅菌覆布で周囲を保護し、2 週間に 1 回交換する。
- ③ 送気・送水ボタン・鉗子ロキャップは指定の不織布パックに入れて保管する。

4) 環境整備

- (1)内視鏡システム、光源、付属吸引設備、処置用ハンガーは、ペルオキソー硫酸水素カリウム含浸クロス(ルビスタ®)で清拭消毒を行う。
- (2)内視鏡検査台は検査終了毎に、ペルオキソー硫酸水素カリウム含浸クロス(ルビスタ®)で清拭消毒を行う。
- (3)検査ベッド周囲は床が血液、体液等で汚染した場合は、ペーパータオルで拭き取った後、0.1%次亜塩素酸ナトリウム(泡ハイター1000®)で清拭消毒する。

8. リハビリテーション部

リハビリテーション部は、多くの入院患者・外来患者がリハビリテーション訓練を行う場であり、入院患者の中には易感染患者も少なくない。

リハビリテーション部においては、患者や医療従事者、訓練器具などを介する交差感染を防止することが重要である。

1) リハビリテーション部における感染予防策

- (1) 患者に対して、訓練前に手指衛生を促す。
- (2) 呼吸器症状のある患者に対しては、サージカルマスクの着用を促す。
- (3) 訓練では、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士(以下、療法士)と患者が直接接触することが多いため、患者接触前後の手指衛生を遵守する。
- (4) 訓練の際には、湿性生体物質の汚染に応じて、手袋、エプロン、マスク、ゴーグルを着用する。
- (5) 患者使用器具・物品や機器の清拭消毒は患者使用毎に行う。
- (6) 高頻度接触表面は、1日1回以上、清拭清掃を行う。
- (7) 病室で訓練を行う場合は、感染経路に応じた个人防护具(手袋、エプロン、ガウン、マスク、フェイスシールド付きマスク)を入室時に着用する。退室時、个人防护具を外し、手指衛生を行う。

2) 接触予防策が必要な患者への対応

＜薬剤耐性菌等(MRSA、ESBL産生菌、MDRP、MDRA、CRE、MBL産生菌、2剤耐性緑膿菌、2剤耐性アシネトバクター属菌、*Clostridioides difficile*)検出患者＞
感染防止のため、個室隔離されている患者は、原則ベッドサイドで訓練を行う。
多剤耐性菌検出患者で、訓練を検討している場合は、感染対策室に相談する。

(1) リハビリ室での訓練が可能な患者

- ①MRSA、ESBL産生菌の保菌患者で、周囲への汚染リスクがなく大部屋管理やそれに準ずる管理をしている患者
- ②鼻腔や咽頭のみを保菌、あるいは密閉可能な創傷部位に限局し、周囲環境を汚染するリスクがない患者
- ③ *Clostridioides difficile*の保菌患者(下痢消失後2日間経過)

(2) リハビリ室を利用する場合の対応

- ①原則、13時～14時までの1時間とし、それ以外の時間帯は病室にて実施する。
言語療法は各病室で実施するため、実施時間の制限はない。
- ②訓練を受ける前に、流水と石けんでの手洗い、もしくは手指消毒を実施する。
- ③鼻腔、咽頭、喀痰の保菌者は、サージカルマスクを着用し、気管切開中の患者は人工鼻を装着し、訓練を実施する。
- ④患者に使用した器具・器材等は、訓練終了後にエタノール含浸クロスで清拭消毒を行う。*Clostridioides difficile*検出患者の場合は、塩素系除菌・洗浄剤を使用して清拭する。
- ⑤療法士は、患者接触前後に必ず手指衛生を行う。

(3) リハビリ室での訓練が不可な患者とその対応

多剤耐性菌(MDRP、MDRA、CRE、MBL産生菌、2剤耐性緑膿菌、2剤耐性アシネトバクター属菌)検出患者は、各療法士において、その日の最後に病室で実施する。

なお、多剤耐性菌検出患者を担当している療法士において、業務によりその日の最後に病室で実施困難な場合、適切な個人防護具着用し、十分な感染対策を行っていれば、他の時間帯での薬剤耐性菌検出患者の訓練を実施可能とする。ただし、ADL全介助あるいは免疫低下している患者に対する訓練は、多剤耐性菌検出患者の訓練実施前に行う。

<上記以外の接触予防策が必要な患者>

- (1) 带状疱疹(播種性带状疱疹は除く)患者は、痂皮化、もしくは、患部が限局化(拡大しない状態)しており、ガーゼでしっかり被覆できる状態(主治医に必ず確認)であれば、訓練は可能である。痂皮化するまでは、病室で、手袋、エプロン・ガウンを着用して訓練を行う。
- (2) 感染性胃腸炎の患者は、下痢が改善するまで、原則中止とする。

3) 飛沫予防策が必要な患者への対応

- (1) 原則、病室での訓練実施、または訓練を中止する。
- (2) 風疹、ムンプス、インフルエンザに罹患している患者の訓練は、ウイルス排泄期間中は、原則中止とする。
- (3) インフルエンザを発症した場合は、発症後5日、解熱後2日間までは中止、患者が濃厚接触と認定された場合は、最終接触後3日間は中止とする。

4) 空気予防策が必要な患者への対応

- (1) 原則、リハビリテーション訓練を中止する。

5) インフルエンザ流行時期の対応

- (1) インフルエンザ流行時期は、セラピストを含めリハビリテーション部で訓練を行う患者は、サージカルマスクを着用する。

IV. その他施設

1. 臨床栄養部

調理従事者または調理器具からの二次汚染、使用食材の汚染、保管管理温度および保管時間の不良、加熱不十分などが原因で食中毒が発生することにより、一度に多くの感染者が発生することになる。

安全な病院給食を提供するために、病院給食に携わる職員は、「大量調理施設衛生管理マニュアル」を遵守した対応を行う必要がある。

1) 大量調理衛生管理

(1) 原材料受入れ、下処理段階における管理

- ① 原材料の納入に際しては、必ず調理従事者等が立ち合い、検収上で品質、鮮度、品温、異物の混入等について点検を行い、記録に残す。
- ② 原材料を搬送用の包装のまま非汚染作業区域に持ち込まない。
- ③ 野菜・果物を加熱せずに供する場合は、次亜塩素酸水を使用して殺菌を行った後、流水ですすぎ洗いを行う。

(2) 加熱調理食品の加熱温度管理

- ① 加熱調理食品は、中心温度計を用い、中心温度が 75°C で 1 分間以上(二枚貝等のノロウイルス感染のおそれのある食品の場合は 85°C で 1 分間以上)、又はこれと同等以上の加熱を行うことを確認し記録する。

(3) 二次汚染の防止

- ① 調理従事者は、調理専用衣の埃や毛髪等を、粘着ローラーを使用して取り除く。
- ② 清潔な調理専用衣、マスク、ディスポキャップを着用し、流水と石けんによる手洗いを 2 回実施後、手指消毒を行う。
- ③ 手袋は、必要な場面で適宜交換を行い、着けっぱなしで作業を継続しない。
- ④ 原材料は、専用の保管場所に食肉類、魚介類、野菜類等、食材ごとに区分して保管する。
- ⑤ 下処理は、汚染作業区域で行い、非汚染作業区域を汚染しないようにする。
- ⑥ 包丁・まな板などの器具、容器等は用途別及び食品別にそれぞれ専用の物を使用する。
- ⑦ 使用後の器具・容器は、次亜塩素酸水で洗浄後、乾燥、殺菌を行う。
- ⑧ 洗浄用スポンジは、1 ヶ月に 2 回交換する。
- ⑨ 使用水の遊離残留塩素について毎日検査、記録を行う。

(4) 原材料及び調理済み食品の温度管理

- ① 原材料は、戸棚、冷蔵、冷凍設備に適切な温度で保管する。
- ② 調理後直ちに提供される食品以外は、 10°C 以下、 65°C 以上で管理する。
- ③ 食事の運搬車についても、 10°C 以下、 65°C 以上の適切な温度に管理し、配送時刻の記録を行う。
- ④ 調理後の食事は、2 時間以内に喫食し、できない場合は破棄する。

(5) 検食の保存

- ① 原材料及び調理済み食品を、食品ごとに 50g 程度ずつ清潔な容器に入れて密閉し、-20℃以下で 2 週間以上保存する。

(6) 施設設備の管理

- ① 施設内は、十分な換気を行い、高温多湿を避ける。
- ② 換気フィルター、吸排気口等に埃等がみられないように、適宜清掃を行う。
- ③ ねずみ、虫等の発生状況を月に 1 回以上巡回点検行うとともに、半年に 1 回以上駆除を行い、実施記録を保管する。

2) 調理従事者等の衛生管理

- (1) 調理従事者等は、日頃より自己の体調管理に努める。
- (2) 定期的な健康診断を年 2 回以上、月に 1 回検便(6 月～9 月は月 2 回)を受ける。
- (3) 調理従事者等は、嘔気・嘔吐、下痢、発熱等の症状があった場合は、出勤せず所属長に報告し、医療機関を受診して感染性疾患の有無を確認する。ノロウイルスを原因とする感染性疾患による症状と診断された場合は、リアルタイム PCR 法など高感度の検査において、ノロウイルスを保菌していないことが確認されるまで従事しない。便検査で、陽性の結果が確認された場合は、自宅待機とし、陰性が確認されてから調理業務に復帰する。
- (4) 調理従事者等は、手指に化膿創がある場合は、手袋着用の上、調理作業に従事させる場合がある。
- (5) トイレには、調理作業時に着用している外衣、帽子、履物のまま入らない。
- (6) 食中毒が発生した場合の原因究明のため、原則、調理従事者等は調理された食品を喫食しない。

2. 薬剤部

薬剤部では、調剤した薬剤からの二次汚染を防止するため、正しい知識をもち、感染対策を徹底することで、患者の感染リスクを低減する必要がある。

1) 調剤業務における感染予防策

- (1) 清潔操作は、調剤が安全に行われるための基本条件の1つである。
- (2) 衛生的な手洗い：入退室時や直接医薬品に接触する前後、非衛生物などに触れた後、一処置ごとに手指洗浄を行いペーパータオルにて拭き取る。
- (3) 帽子：頭髪は専用帽子で全て覆い、手洗い前に鏡を見てチェックする。
- (4) 小児科のクリーンルーム・無菌室のコメントのある散薬や粉碎、分割の処方、手指をアルコール消毒後にゴム手袋を装着し、ゴム手袋の上からアルコール消毒を行ってから調剤を行う。
- (5) 器具、機械類：器具、機械類については、適宜、清掃や洗浄を行い清潔な環境を保つ。特にガラス器具と散剤分包機については清潔に保つように注意する。
- (6) 環境：作業台を清掃し、床掃除を行い、ゴミを分別し8割を目安に捨てる。

2) 製剤室業務における感染予防策

- (1) TPN調製は無菌室内のクリーンベンチ内で作業を行う。
- (2) 調製者は無塵衣、マスク、帽子、手袋を着用する。
- (3) 院内製剤を調製する際は異物混入・細菌汚染・人体への曝露を避けるため、適切な手指消毒を行ったのち、無菌室内の場合はガウン・マスク・キャップ・手袋、無菌室外の場合はマスク・キャップおよび必要に応じてガウン・手袋を着用する。