

# “これだけは身につけよう院内感染防止のための基礎知識”

新潟大学医歯学総合病院

## 目次

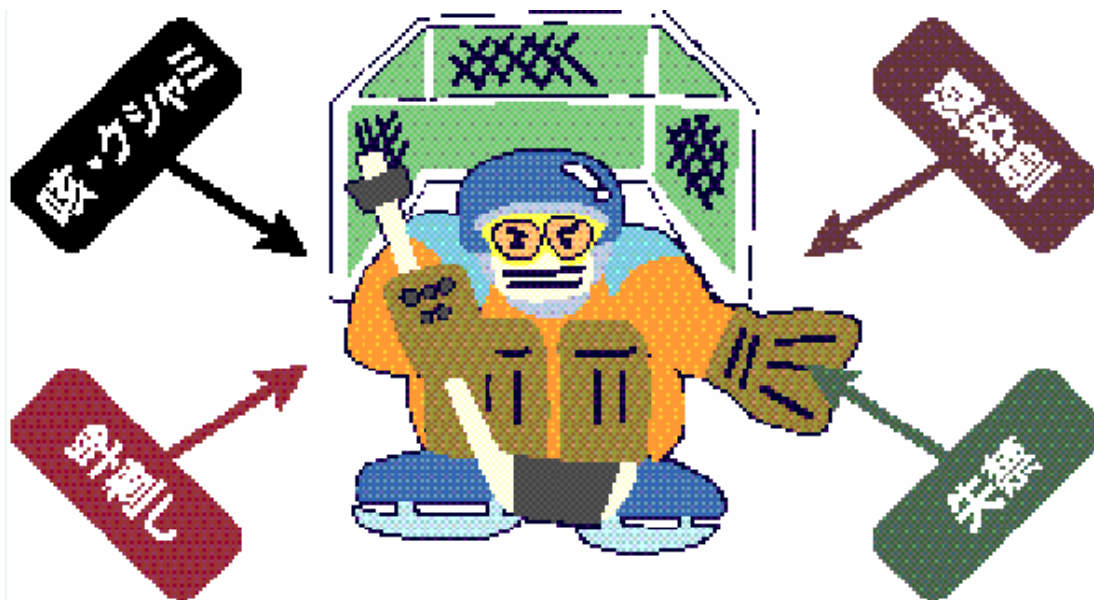
マニュアルを読む前にー感染対策の8つのポイントー	2
<b>I. スタンダードプリコーション（標準予防策）</b>	6
1. 手指衛生	
2. 防護用具の使用	
3. 鋭利器材の適切な取り扱い	
4. 患者ケアに使用した器材などの取り扱い	
<b>II. 感染経路別予防策</b>	16
1. 接触予防策	
2. 飛沫予防策	
3. 空気予防策	
<b>III. 処置別感染予防策</b>	20
1. 血管内留置カテーテルの管理	
2. 尿道カテーテルの管理	
3. 創傷処置	
4. 術前剃毛の制限	
5. 手術室での行動	
6. 採血	
<b>IV. 結核患者発生時の対応</b>	26
<b>V. 針刺し・切創事故、血液・体液汚染事故後の対応</b>	28
1. 針刺し・切創事故を起こしたら	
2. HBV、HCV、HIV共通手順	
フローチャート	
1) 針刺し・切創事故、血液・体液汚染事故時の報告体制	
2) HBVによる汚染事故発生時のフローチャート	
3) HCVによる汚染事故発生時のフローチャート	
4) HIVによる汚染事故発生時のフローチャート	
<b>VI. 流行性ウイルス性疾患発生時の対応</b>	38
<b>VII. その他</b>	46
1. 職員の健康管理	
2. 廃棄物の管理	
3. 感染症法で届出が規定されている感染症の一覧	

## マニュアルを読む前に—感染対策の8つのポイント

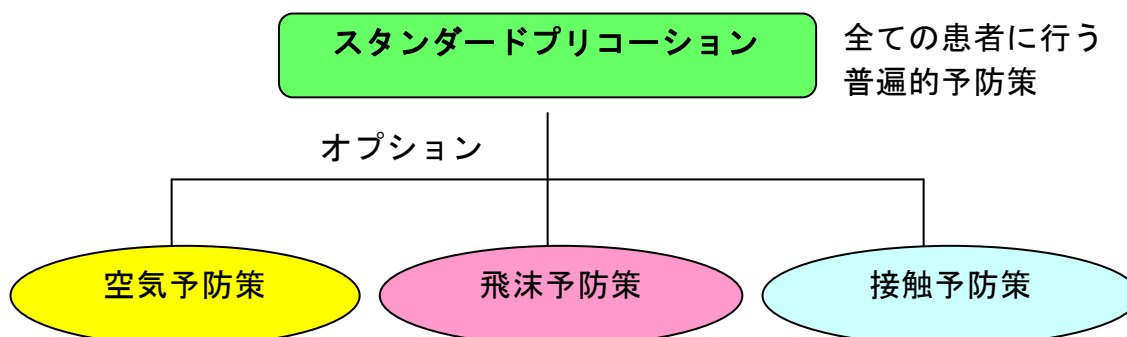
### 1. スタンダードプリコーション（標準予防策）を守りましょう。

全ての血液・体液（汗を除く）・粘膜・損傷のある皮膚は、何らかの病原体を持っている可能性があります。

- ◆ 現在、手術、観血的処置、内視鏡検査などの前にはHBV、HCV、HIV、梅毒が検査されています。しかし、感染から一定期間（window's period）経たないと検出できない病原体や、症状が出現するまで感染者であることが判別できない病原体（クロイツフェルトヤコブ病など）は、予め検知できません。すべての湿性生体物質、粘膜、損傷のある皮膚は、何らかの病原体を持っている可能性があるものとして扱しましょう。



- ### 2. 患者（医療従事者も含む）の症状や患者との接触状態に応じた対策を行いましょう。
- 病原体はどんな所にもおり、これを絶滅するのは不可能です。個々の病原体別対策をやめて、スタンダードプリコーションを基本とし、それに感染経路別対策を加えた対策に切り替えましょう。



3. 最も大切で有効な手段は手指衛生（手洗い）です。

- ◆ 意識的に手洗い方法を選択する。
- ◆ 蛋白物質、血液などで汚染された時は、流水と石けんで手洗いを行う。
- ◆ 目に見える汚染が無い場合は、擦式アルコール製剤で手指消毒を行う。



4. 防護用具（手袋、エプロン、ガウン、マスク、ゴーグルなど）は、汚染される時に、状況に応じて使用しましょう。



## 5. 針刺し・切創事故防止

- ◆ リキャップをしない
- ◆ 鋭利器材の受け渡しはやめる
- ◆ 使用後は、すぐに廃棄ボックスへ
- ◆ 安全器材を正しく使う



## 6. 医療従事者も感染源となり得ることを自覚しましょう。

- ◆ 自己の健康管理を行う。
  - 健康診断を毎年受ける。
  - 発熱を伴う呼吸器症状や下痢は感染症を疑い受診する。
  - 咳、発熱が3週間以上続いたら結核などを疑い受診する。
- ◆ 自己の身体の衛生管理を行う。
  - 爪と髪は衛生的に管理する。
  - マニキュアはつけない。
  - 腕時計は極力外す
- ◆ 鼻腔、咽頭には常にMRS Aが存在するとみなす。
  - 患者や医療器具に触れる前に、自分の鼻、顔面、毛髪に触れない。
  - 顔面に触れるクセのある人はマスクを使用する。
- ◆ 咳、くしゃみが頻発するときは、ハンカチなどで口元を押さえるか、マスクをする（咳エチケット）。
- ◆ 白衣・予防衣の管理
  - 処置の多い部署の医療従事者は半袖を原則とする。
  - 汚染時は直ちに交換。最低、週に1～2回は洗濯する。
  - 寒冷期に着用するカーディガンもは、清潔なものを着用する。



## 7. 環境は、消毒より清浄化を優先しましょう。

- ◆ 汚染を速やかに除去する。
  - ◆ 床よりも高頻度接触面（ベッド柵、床頭台、ドアノブ、手すり）の清浄化が重要
  - ◆ 床は埃や塵がないように清掃
  - ◆ リネンなどの汚染物を直ちに密封する。
- ※ 清浄化とは、目に見える異物（埃や汚れ）を除去すること。塵埃の少ない清浄な環境なくしては、感染対策の効果は上がらない。床ばかりに注意が向き、カーテンレールの埃や、モニターを覆う埃を見逃していませんか？



## 8. 異変を早期に察知して対策をとりましょう。

- ◆ 数週間にわたる原因不明の咳
- ◆ 原因不明の発熱特定の病原体による感染症の多発（outbreak!）
- ◆ 新型耐性菌の出現など

## I. スタンダードプリコーション（標準予防策）

すべての湿性生体物質〔血液・体液（汗は除く）・分泌物排泄物〕、粘膜、損傷のある皮膚は、何らかの病原体を持っている可能性があることを前提に行う対策である。

### ● 適 応

以下のものに接触する場合には常に行う。

- 1) すべての湿性生体物質と、これが付着している可能性のあるもの。
- 2) すべての粘膜（口、鼻、眼、膣、消化管、直腸・肛門）。
- 3) 損傷のある健常でない皮膚（手荒れや皮膚病変を含む）。

### ● 感染源となり得る湿性生体物質とは

- 血液、精液、膣分泌物、羊水、脳脊髄液、心のう液、腹水、胸水、、唾液、消化液、痰、鼻汁、涙、便など

### ● 下記のもの通常は感染源になりにくい

- 創傷や発疹・手荒れのない健常な皮膚
- 健常な皮膚からの汗
- 肉眼的汚染のない床、壁、天井などの居住環境
- 被覆・閉鎖され、表面が湿っていない創傷

### ● スタンダードプリコーションの具体的方法

- 1) 適切な手指衛生（手洗い）
- 2) 防護用具の使用
- 3) 鋭利器材の適切な取り扱い
- 4) 患者ケアに使用した器材や環境などの取り扱い、患者配置

## 1. 手指衛生

### ● 非抗菌性石鹼と流水による手洗い

手に目に見える汚れや蛋白性物質による汚染がある場合、あるいは血液や他の体液で目に見える汚染がある場合には、非抗菌性石鹼と流水で手洗いをした後擦式アルコール製剤を使用、あるいは抗菌性石鹼と流水のいずれかで手を洗う。

### ● 擦式アルコール製剤による手指消毒

手が目に見えて汚れていなければ、以下の手洗いまたは手指消毒が必要なる場

面で擦式アルコール製剤を用いて手指消毒する。

● 手指衛生が必要となる場面

- 1) 患者に直接触れる前
- 2) 中心静脈カテーテル挿入など滅菌手袋の着用前
- 3) 尿道カテーテル、静脈カテーテルや外科的処置を要しないで他の侵襲的器具を挿入する前
- 4) 脈拍や血圧測定時、患者を持ち上げる時など) 患者の傷のない皮膚との接触の後
- 5) 手が目に見えて汚れていなくても、体液または排泄物、粘膜、傷のある皮膚、被覆した創傷に触れた後
- 6) 患者ケアの時、身体の汚染部位から清浄部位へ（手を）移す時
- 7) 患者のすぐ近傍の無生物の物体（医療器具も含む）に触れた後
- 8) 手袋を外した後

● 洗い残しやすい部位

指先、指間、親指とその付け根

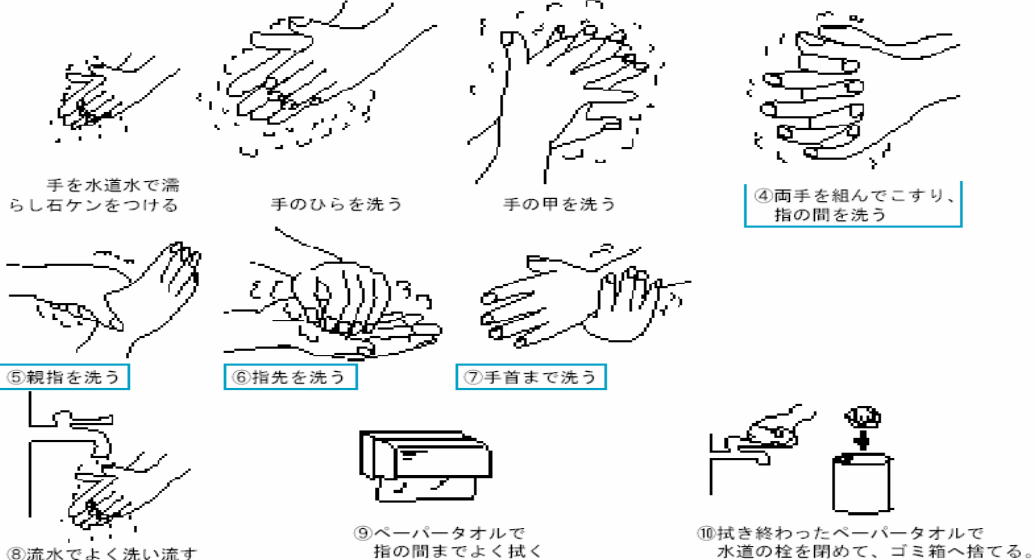
手掌の皺



● 手洗いの方法

汚れた手で水栓のレバーに触らない

汚染状態に応じて少なくとも10秒から30秒位擦る



● 速乾式手指消毒剤を使用する場合、②～⑦の動作を行い、消毒剤を擦り込む。

● 手荒れの予防——手荒れの皮膚は細菌培地になる。

1. 表皮脂質の喪失が原因:ハンドクリームを使用して皮膚の乾燥を防ぐ。

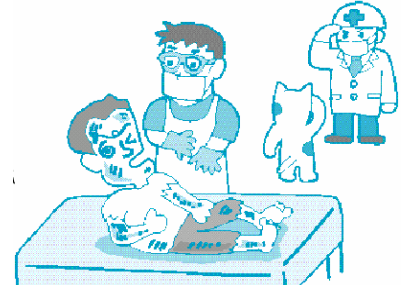
## 2. 防護用具の使用

### 1) 手袋

- 湿性生体物質、粘膜、創傷部への接触時に着用する。

- 適応例

- 便器・尿器・廃液バックの取り扱い、おむつ交換、
- 経鼻胃管の挿入、気管吸引
- 内視鏡検査などの粘膜面への接触
- 包帯交換などの創傷処置
- 体腔内穿刺時など健常皮膚以外への接触
- 採血時



- 適応外

- 非接触時：問診のみ、会話のみなど。
- 健常皮膚のみに接触する場合：検温・血圧測定など

- **手袋をはずした後は、手指衛生をする。**

手が目に見える汚染がなければ、擦式アルコール製剤を用いて手指消毒を行う。

- 手袋を過信しない。

- 手袋には微小な穴（ピンホール）がある可能性がある。
- 外す時に手を汚染することがある。

- 手袋を外す時に手を汚さないようにする。

### 2) エプロン、ガウン

- 衣類を汚染しやすいすべての処置時に着用する。

- 適応例

- 咳、くしゃみ、失禁の患者に接する時、気管内吸引、広範囲の創傷処置など
- 便器・尿器の洗浄処理など。
- 病原体を拡散させる患者の体位交換介助、清拭、シーツ交換など。

- ディスポのエプロン、ガウンの使い分け

- 通常はエプロンを使用する。
- ディスポガウンを使用する場合  
衣類の前腕部を汚染しやすい処置を行う時や、拡散する血液・体液が非常に多い時、疥癬患者に接触する時など。



### 3) マスク

#### 適応

##### 『医療従事者』

- 通常は不要。
- 顔面に血液や体液・分泌物が飛散する可能性がある場合
- シーツ交換、尿便器の洗浄などの塵埃やしぶきが多い処置時
- 顔面に触る癖のある人。 など

##### 『患者』

- 通常は不要。
- 咳をしている患者には着用してもらう

#### ● サージカルマスク（外科用マスク）の適応

- \* サージカルマスクとは細菌濾過率95%以上のマスクをいう

##### 『医療従事者』

- 飛沫感染する感染症（インフルエンザ、風疹、流行性耳下腺炎など）の患者に1m以内に接近する時に着用する。

##### 『患者』

- 飛沫感染する感染症（インフルエンザ、風疹、流行性耳下腺炎など）、空気感染する感染症（結核、麻疹、水痘など）の患者が室外に出る時に着用する。

#### ● N95マスク

- \* N95マスクとは、0.3 $\mu$ 以上の微粒子を95%以上カットするマスクをいう

- 結核患者の病室に入室する時に着用する。
- 麻疹や水痘などの患者においても、それらの抗体がない医療従事者が病室に入室する時には着用する。
- N95マスク着用時は、フィットチェックを行う

※フィットチェック：マスクを着用し、マスクを両手で覆い、強く息を吐く。  
この時顔とマスクの隙間から空気が漏れていないことを確認する。

- マスクは湿ったら交換し、ヒモの部分のみに触るようにして外す（使用後は感染性廃棄物として処理する）。

### 4) 目の防護具

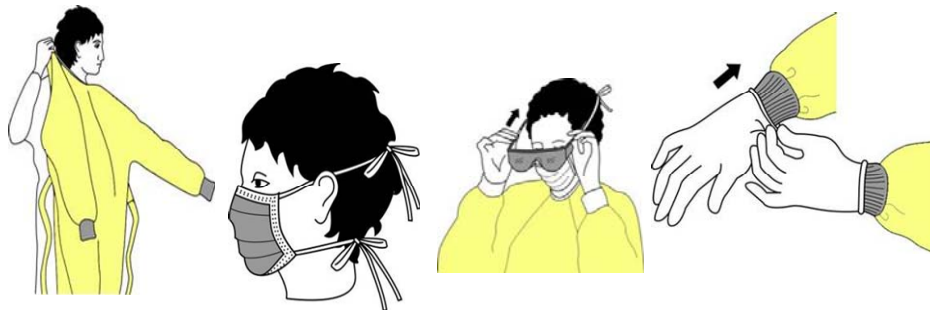
- 顔面に血液や体液・分泌物が飛散する可能性がある場合に、ゴーグルやシールド付マスクを着用する。

眼が汚染されたら直ちに水道水か生理食塩水で洗浄する。

## 5) 防護用具の着脱

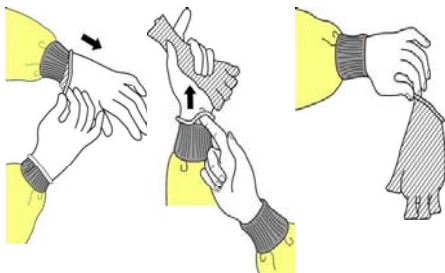
● 着用順序：ガウン（エプロン）→マスク→ゴーグル→手袋

\* シールド付マスクはマスクのタイミングで着用する



● 外す順序：手袋→ゴーグル→ガウン→マスク

\* シールド付マスクはマスクのタイミングで外す



手を汚染させないように外す



汚染したレンズに触れないように外す



衣服を汚染させないように



汚染した表面に触れないように外す  
紐は下の紐から外す

### 3. 鋭利器材の適切な取り扱い

- リキャップをしない。
- やむを得ずリキャップをする時は、キャップを適切な台の上に置き片手ですくう（極力しない）。



- 注射針など鋭利なものは必ず鋭利器材廃棄容器に廃棄する。
- 針を扱った医療従事者が責任を持って鋭利器材廃棄容器に廃棄する。
- 安全装置付き針は安全装置を適切に作動させる。
- 留置針の穿刺時に内針の受け渡しはしない。
  - 固定用のテープと鋭利器材廃棄容器を準備してから穿刺を開始する。
- 翼状針は点滴セットや注射器を外さずに所定の鋭利器材廃棄容器に廃棄する。
- 鋭利器材廃棄容器は、8割程度で新しい容器に換える。

### 4. 患者ケアに使用した器材や環境などの取り扱い、患者配置

#### 1) 医療器具・物品

- 物流センターへ返却する器材は、密閉できる専用容器に入れる。
  - 一時洗浄は不要。汚染の拡散防止のため、専用容器のフタをきちんとロックして返却する。
  - 器材に血液・体液が付着したまま乾燥すると汚れが落ちなくなるので、血液凝固防止剤を噴霧する。
  - 器材を取り扱う時は、エプロン、手袋を着用し、汚染への曝露防止と汚染の拡大を防止するように注意する。
- 各科の使用済み器材は、E. H. Spauldinag分類に従い適切に処理する。  
(表1、表2参照)
- EOG滅菌  
EOG滅菌に用いられるエチレンオキシドは、人に対する発ガン性があるので、特定化学物質第2類に指定され、労働安全衛生法令により規制されている。  
◇残留ガスによる毒性を考慮しEOG滅菌を多用しない。

表 1 : E. H. Spaulding の消毒および滅菌のための医療器材分類方法



医療機器および器材をその使用に関与する感染症の危険性の程度に従って3つのカテゴリーに分け、滅菌消毒の必要レベルを決める。

器材の分類	器材	Spaulding の処理分類	理論的根拠
クリティカル (高度リスク) 無菌の組織または血管系に挿入する	植え込み器材・外科用メス・その他の手術用機器	滅菌：対象が耐熱性であれば加熱洗浄処理後、高圧蒸気滅菌、非耐熱性であれば、洗浄後、低温での滅菌処理	芽胞を含むあらゆる微生物で汚染された場合に感染の危険性が高いため、すべて滅菌しなければならない
セミクリティカル (中等度リスク) 粘膜に接触—歯科を除く	呼吸器回路・消化器内視鏡・喉頭鏡・気管内チューブ、その他同様の器材	高レベル消毒 ただし、対象器材が耐熱性であれば高圧蒸気滅菌も可能、非耐熱性であれば、低温での滅菌処理も可能	損傷していない正常粘膜は、細菌芽胞による感染には抵抗性があるが、結核菌やウイルスなど、その他の微生物に対しては感受性が高い
	体温計（粘膜に接触） 水治療タンク	中レベル消毒 結核菌殺菌性とラベル表示のある病院用消毒薬	
ノンクリティカル (低度リスク) 創のない無傷の皮膚と接触	便器・血圧測定用カフ聴診器、テーブル上面など	低レベル消毒 結核菌殺菌性ラベル表示のない病院用消毒薬	無傷の皮膚は通常微生物に対して防御機構を有するため、無菌性は重要ではない

出典：洪 愛子：洗浄・消毒・滅菌、感染管理ナーシング、2000

＜消毒作業時の注意事項＞

- ① 患者使用の物品を洗浄・消毒する場合には、ゴム手袋、エプロン（ガウン）、マスク、ゴーグルなどを着用する。
- ② 洗浄・消毒時に使用したエプロン（ガウン）のまま他の作業をしない。
- ③ 消毒剤は、洗浄していない物品には効果が無いので使用しない。
- ④ 浸漬させるものは、消毒するもの全体が消毒薬に漬かるようにする。浸漬時は専用の蓋付きバケツを使用する。
- ⑤ 清拭する場合は十分に消毒薬を染み込ませた布またはペーパーで行う。

表 2 : 消毒方法の例

器材の分類	対象器材・物品	処理方法
クリティカル 分類（滅菌）	無菌操作で使用する鋼製器 材	中央材料部払い出し器材は専用コンテナで返却。 ※ 多量の血液などの付着がある場合は、洗浄して汚染を除去する
セミクリティ カル分類（高 レベル消毒）	内視鏡	吸引口、鉗子口をブラシで洗浄し、2%ステリハイト®またはデイスパ®に よる消毒、その後多量の水で洗浄、乾燥。 ※実際には詳細な手順に従った実施が必要
セミクリティ カル分類 （中レベル 消毒）	呼吸器回路	洗浄後、80℃10分以上の熱水消毒、乾燥 or オートクレイブ®滅菌
	超音波ネブライザー回路	ジャバラは1日で使い捨て ダイアフラムは洗浄後清潔な場所で乾燥。 上記以外は熱水消毒（食器洗浄乾燥機使用し高温すぎを選択）。 熱水消毒ができない場合は、80倍希釈のミルトン®または300倍希 釈のピューラックス®による浸漬・乾燥 （本体は1日1回作用水を捨て0.1%テゴ-51®でえ清拭）
	アンビューバッグ	①耐熱性：分解後、ウォッシャーディスインフェクターまた は食器洗浄乾燥機にて熱水消毒（高温すぎを選択） ②非耐熱性：分解・洗浄後に80倍希釈のミルトン®または300 倍希釈のピューラックス®に1時間以上浸漬後、乾燥。
	喉頭鏡ブレード バイトブロック	ウォッシャーディスインフェクターまたは食器洗浄乾燥機にて熱水 消毒（高温すぎを選択） ※ 喉頭鏡の電球を取り外すこと
	直腸体温計	洗浄後に80倍希釈のミルトン®または300倍希釈のピューラックス® に1時間以上浸漬後、乾燥。
	ハンドネブライザー	ウォッシャーディスインフェクターまたは食器洗浄乾燥機にて熱水 消毒（高温すぎを選択）
ノンクリティ カル分類 （低レベル消 毒または洗 浄）	哺乳瓶 乳首 薬杯 水のみ マウスピース ガーグルベースン	※非耐熱性の素材の場合は、洗浄後に80倍希釈のミルトン®または 300倍希釈のピューラックス®に1時間以上浸漬後、乾燥。
	経管栄養ボトル	1日1患者1ボトルとして1食ごとに洗浄し患者のベッドサイドにぶ ら下げる
	電子体温計 聴診器 医療機器 など	消毒用エタノールで清拭 0.1%テゴ-51®または300倍希釈したピューラックス®、での清拭。 ※血液・体液で汚染された場合は、血液を拭き取り後、60倍希釈の ピューラックス®で清拭
	尿器 便器 吸引ピン 蓄尿ピン  ポータブルトイレ	個人用として日々使用するものは、洗浄し乾燥させる。 <消毒をする場合（共有する場合）> ① 耐熱性：ベッドパンウォッシャーで熱水、蒸気で洗浄・消毒す ② 非耐熱性：洗浄後に300倍希釈したピューラックス®または0.1% テゴ-51®に1時間浸漬後、洗浄して乾燥。 便器：外側は洗剤で清拭、乾燥。容器：洗剤で洗浄し乾燥。

## 2) 環境表面 (表3参照)

- 血液・体液による汚染は、速やかに除去し60倍希釈のピューラックス®で清拭する。
- 埃や汚れの除去を基本とした丁寧な清掃を行う。
- 床からの感染リスクは低いので床には消毒剤を使用しない。

表3：病室環境の取り扱い

床	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 原則として床の清掃に消毒剤は不要</li><li>・ 血液・体液で汚染された場合は、血液を拭き取り後、60倍希釈のピューラックス®で清拭</li></ul>
壁、天井	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 目に見える汚染の拭き取りと徐塵をする。</li></ul>
カーテン	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 目に見える汚染がある場合は交換</li></ul>
床頭台、棚、テーブル	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 水拭き、0.1%テゴー液®などで拭く</li></ul>
汚染リネン類	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 血液、体液などの付着したものや病原体拡散状態の患者が使用したものは水性ランドリーバックに密封し洗濯する。</li></ul>
ベッド	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 水拭き、または除菌用クロス、0.1%テゴー液®などで拭く</li><li>・ 汚染の程度によってベッド洗浄を行う</li></ul>
マットレス	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 汚染が予想されるときは、防水加工マットレスカバー不透過性シーツなどを使用する</li><li>・ 汚染の程度によってベッド洗浄を行う</li></ul>
毛布、布団	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 病原体拡散状態の患者に使用したものは、水性ランドリーバックに密封し返却する</li></ul>
浴槽	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 通常は、浴室用洗剤で洗浄後すすぎ、乾燥させる</li><li>・ 皮膚感染症は0.1%テゴー液®などを用いる</li></ul>

## 3) リネン

- シーツ交換時にはできるだけ埃を立てないように配慮する。
  - 包帯交換などの創傷が露出している時、あるいは体内を穿刺する処置前の30分以内にシーツ交換をしない。
- 交換した使用済みリネンは、床に置かず直接ランドリーカートに入れる。
- 血液・体液などで汚染されたもの、病原体拡散状態の患者に使用したものは水溶性ランドリーバッグ（アクアフィルム®など）に密封する。
  - 水溶性ランドリーバッグに入れられた物は80°Cの温水で洗濯、消毒される。
  - 水溶性ランドリーバッグは温水で溶解する袋であり、単なるビニール袋ではない。ビニール袋を混入してはいけない！

#### 4) 患者配置（個室化）

##### ● 適応

- 病原体拡散時（気道分泌物や皮膚の落屑などが拡散し、周囲を広範囲に汚染する時）。
- 易感染患者の保護対策の時。

#### 参考) スタンダード・プリコーションの実際

	標準予防策
手指衛生	湿性生体物質、粘膜、損傷のある皮膚に触れた後 手袋をはずした後 同一患者でも処置毎 患者接触の間
手袋	湿性生体物質、粘膜、損傷のある皮膚に触れる時 同一患者での別の部位の処置実施時や他の患者のところに行く ときは、外して手指衛生
マスク アイプロテクション フェイスシールド	湿性生体物質が飛散し、目、鼻、口を汚染しそうな時
ガウン エプロン	湿性生体物質が飛散し、衣服が汚染しそうな時
器具	汚染した器具は、粘膜、衣服、他の患者や環境を汚染しないよう に注意深く操作する 再生器具は適切な洗浄・消毒・滅菌処理を選択し実施する
リネン	汚染されたリネンは粘膜、衣服、他の患者や環境を汚染しない ように操作、搬送、処理する
患者配置	環境を汚染させる恐れのある患者は個室に配置する 個室がないときは専門家に相談する
その他	針刺し事故対策 環境対策（清掃手順の作成）

## II. 感染経路別予防策

### 1. 接触予防策

- 接触感染とは
  - 患者との直接接触や汚染された医療器具との間接触により感染する。
- 接触感染の対象となる主な感染症（表 4 参照）
  - MRSA 感染症<sup>\*</sup>、疥癬、**多剤耐性緑膿菌感染症** ノロウイルスによる胃腸炎など
  - ※MRSA 感染症は原則的に病原体拡散時に接触予防策を行う。
- 接触感染の予防対策
  - 標準予防策と接触予防策を併用する。
  - ※個別性を必要とする場合があるため、判断できない時は感染管理部に相談する。

### ● 接触予防策の具体的方法（表 5 参照）

#### 1) 患者配置

- 患者は原則として個室に收容する。(創からの滲出液や下痢失禁など周囲の環境を汚染する場合)
- 個室管理が出来ない場合は、同じ微生物による感染症患者を 1 つの病室に集めて管理する。

#### 2) 器具、機器の管理

- 血圧計や聴診器などの器具、機器は患者専用とする。
- 共有する場合、他の患者に使用する前に適切な洗浄・消毒を行う。

#### 3) 手洗い、手袋

- 病室に入室するときには手袋を着用する。
- 患者ケアをするときに、多量の感染性物質(便・創部排膿)との接触を持った後は、手袋を変える。
- ベットサイドから離れる前に、手袋を外しすぐに消毒薬で手を洗う。
- 手袋を外し手洗いした後は、微生物が他の患者や環境への感染を防止するために、手が環境表面や物品に触れていない事を確かめる。

#### 4) ガウン

- 衣服が患者・環境表面・病室の物品との接触が予想されるときは、ガウンを着用する。
- 失禁、被覆されていない創部がある場合は、入室時に着用する。
- 病室から退室時にはガウンを外す。

#### 5) 患者移送

- 患者の移動・移送は、必要な場合のみに制限する。



## 2. 飛沫予防策

### ● 飛沫感染とは

- 直径  $5\mu\text{m}$  より大きな飛沫粒子により引き起こされる感染症である。
- 咳嗽、くしゃみ、会話、気管内吸引など患者とおよそ  $1\text{m}$  の距離で接する際に、伝播され感染する危険性がある。

### ● 飛沫感染の対象となる主な感染症（表 4 参照）

インフルエンザ、流行性耳下腺炎、風疹、マイコプラズマ肺炎、百日咳など

### ● 飛沫予防策の具体的方法（表 5 参照）

#### 1) 患者配置

- 患者は原則として個室に收容する。
- 個室管理が出来ない場合は、同じ微生物による感染症患者を 1 つの病室に集めて管理する。

#### 2) マスク

- 患者の  $1\text{m}$  以内に接近するときや医療行為をする時には、サージカルマスクを使用する。

#### 3) 患者移送

- 患者の移動・移送は、必要な場合のみに制限する。
- 患者が病室外に出る場合は、サージカルマスクを着用する

※ インフルエンザ等はワクチンの予防接種を行う。

## 3. 空気予防策

### ● 空気感染とは

- 空気媒介性飛沫核・感染病原体を含む粉塵粒子 ( $5\mu\text{m}$  以下) が、空気の流れによって広く撒き散らされ、それを吸入することで起こる感染である。
- 空気感染の感染病原体である飛沫核は、気化して長時間空気中を浮遊する。

### ● 空気感染の対象となる主な感染症（表 4 参照）

麻疹、水痘、結核など

※レジオネラも空調などを介して空気感染するが、ヒトからヒトへの感染はない

### ● 空気予防策の具体的方法（表 5 参照）

#### 1) 患者配置

- 個室に收容し、ドアは閉めておく。

※本来、空気予防策を行うには、陰圧で排気を HEPA フィルターでろ過できる特別な換気システムを備えた病室での管理が必要である。

- 個室が利用できない場合、同じ感染症を持った患者と共に同室にする。

## 2) マスク

- 結核患者の病室に入るときは、結核用ろ過マスク（N95 マスク）を着用する。
- 麻疹や水痘患者のケアにはこれらの疾患に対する免疫を持った職員が当たるが、やむを得ず感受性職員がケアする場合は結核用ろ過マスク（N95 マスク）を着用する。

## 3) 患者移送

- 患者の病室からの移動・移送は必要不可欠な目的のみに制限する。
- 移送や移動が必要ならば、サージカルマスクを患者に着用することによって飛沫核の散乱を最小限にする。

表 4：感染経路別予防策の代表疾患

感染経路	代表的な疾患
空気感染	麻疹 水痘 結核 レジオネラ（ただしヒト-ヒト感染はしない） など
飛沫感染	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） 侵襲性髄膜炎菌疾患（髄膜炎、肺炎、敗血症を含む） ジフテリア（咽頭型） マイコプラズマ肺炎 百日咳 肺ペスト 溶連菌性咽頭炎 猩紅熱 アデノウイルス インフルエンザ ムンプス パルボウイルス 風疹 など
接触感染	多剤耐性菌感染症（MRSA、VRE、多剤耐性緑膿菌など） クロストリジウム・ディフィシル 大腸菌 O-157 赤痢菌 黄色ブドウ球菌、ジフテリア（皮膚型）、A 群連鎖球菌 A 型肝炎ウイルス ロタウイルス ノロウイルス RS ウィルス パラインフルエンザウイルス 単純ヘルペスウィルス アデノウイルス、エンテロウイルス 疥癬 など

（参考文献 小林寛伊 感染対策ハンドブック ）

表5：感染経路別予防策の具体策

	飛沫予防策	空気予防策	接触感防策
対象	インフルエンザ 風疹 ムンプス 他	結核 麻疹 水痘 SARS 鳥インフルエンザ	多剤耐性菌 ノロウイルス 疥癬 他
手指衛生	SP に準ずる	SP に準ずる	SP に準ずる
手袋	SP に準ずる	SP に準ずる	部屋に入るときに装着(汚染物に触れた後は交換)
マスク	サージカルマスク	N95 マスク	SP に準ずる
アイシールド・ゴーグル	SP に準ずる	SP に準ずる	SP に準ずる
ガウン	SP に準ずる	SP に準ずる	患者や周囲に接触する可能性があるときに着用
患者配置	個室 or コホート	個室 (陰圧室が望ましい)	個室 or コホート
患者移送	制限 必要な場合は患者がサージカルマスク着用	制限 必要な場合は患者がサージカルマスク着用	制限

※SP:スタンダードプリコーション

### Ⅲ. 処置別感染予防策

#### 1. 血管内留置カテーテル管理

##### <中心静脈カテーテル>

##### 1) 使用器具

- ① カテーテルの材質はポリウレタン製またはシリコン製を使用する。  
(材料部で取り扱っているカテーテルはポリウレタン製である)
- ② カテーテルの内腔数(シングル、ダブル、トリプル)は少ない方が感染の機会が少ない。

##### 2) 挿入時

- ① 中心静脈カテーテルの挿入時は、マキシマルバリアプリコーション(滅菌手袋、滅菌ガウン、マスク、帽子、90×90 cm以上の滅菌覆布)を行う。
- ② 中心静脈カテーテル挿入に伴う予防的抗菌薬投与は行わない。
- ③ カテーテル刺入部の消毒は、10w/v%ポビドンヨード(イソジン液<sup>®</sup>)または、0.5%クロルヘキシジン含有アルコール(ヘキサックアルコール<sup>®</sup>)を用いる。ただしポビドンヨードを使用する場合は、2分以上乾燥させる。
- ④ 刺入部の剃毛は行わない。ただし、鼠径部に挿入する場合など体毛が邪魔になる場合はバリカンを使用して除毛を行う。

##### 3) カテーテル挿入中の皮膚の管理

- ① 皮膚の消毒には、10w/v%ポビドンヨード(イソジン液<sup>®</sup>)または、0.5%クロルヘキシジン含有アルコール(ヘキサックアルコール<sup>®</sup>)を使用する。
- ② フィルム型透明ドレッシング(例: オプサイト IV3000<sup>®</sup>)を使用することを推奨する。(フィルム型透明ドレッシングは刺入部の観察がしやすいので推奨する。)  
※ただし、皮膚の状態やアレルギーなどにより使用できない場合は、他のものを使用しても良い。
- ③ ドレッシング交換の頻度は週1回曜日を決めて定期的に行う。なお、汚染時や汗などではがれた場合などには、適宜交換する。

##### 4) 輸液ラインの管理

- ① 当院で採用されている輸液セット(ライン内にフィルターがあるもの)を用いる。
- ② 輸液セットは曜日を決めて週1回定期的に交換する。  
※カテーテルに接続している短い延長チューブはカテーテルの一部とみなす。
- ③ 輸液セットの交換時は、清潔な手袋を装着して、単包アルコール綿を用

いて消毒する。

- ④ カテーテルに接続している短い延長チューブやカテーテルのキャップの交換時は消毒用タノールを用いて清潔操作で消毒する。
- ⑤ 側管注を行う際は、清潔な手で、単包アルコール綿を用いて消毒する。
- ⑥ 高カロリー目的にカテーテルを使用する場合、輸液ラインを多目的に使用することは可能な限り避ける。

※脂肪乳剤、血液製剤をやむを得ず側管から投与する場合は、注入終了後に輸液セットをはずしラインを生理食塩水で流す。

## 5) 薬剤の管理

- ① ヘパリンロックを行う場合は、ヘパリン生食プレフィルドシリンジ（ヘパフラッシュ®）を使用する。

※「ヘパフラッシュ®」は注射オーダーで入力する。入力できない場合は、コスト表、あるいは注射箋に記入する。

- ② 高カロリー輸液にアルブミンを混合しない。

## 6) カテーテルの入れ替え

定期的にかテーテルを入れ替える必要はない。

※カテーテルに接続している短い延長チューブはカテーテルの一部とみなす。

## 7) 病棟における薬剤混合法

- ① 作業台の消毒は各勤務毎に消毒用エタノールを使用して清拭する。
- ② 輸液混合操作時は必ず手洗いをし、清潔に気をつけて作業を行う。

【例】マスク、手袋、エプロンなどの着用

## <末梢カテーテルの衛生管理>

- 1) 成人の場合、感染のリスクを減らすため、末梢カテーテルは原則として96時間以上留置しない。

※挿入日時をドレッシングに記載しておく。

- 2) 小児の場合は、合併症がなければ交換しなくてよい。
- 3) 末梢静脈ラインの交換はカテーテル入れ替え時に実施する。ただし、カテーテル留置期間が96時間を越える場合は、それ以内に実施する。
- 4) 静脈炎の徴候（発赤、腫脹、疼痛）がある場合は速やかにカテーテルを抜去する。
- 5) カテーテル挿入時、刺入部は清潔なドレッシング（例：ベガフィックス C®）で被覆する。

※血管外に漏出すると周辺組織の壊死を引き起こす薬剤の注入は、カテーテル先端が血管内に確実に存在し、周辺に炎症所見がないことを確認して行う。

## 2. 尿道カテーテルの管理…………… (2005. 9. 16追加)

### 1) カテーテルの使用

- ① 不必要なカテーテルの挿入は避ける。

**挿入の適応:** 尿閉を解除する必要がある場合  
神経疾患による膀胱機能不全で残尿がみられる場合  
重症患者で時間尿量を測定する場合  
泌尿器・生殖器疾患の術後に治癒を促進する場合

- ② 不必要なカテーテルは早期に抜去する。

### 2) 挿入時

- ① 手洗い（手指消毒）をする。  
② 滅菌された器材・物品を使用する。  
③ 挿入時は無菌操作を徹底する。
- 陰部の消毒は0.02～0.025%塩化ベンザルコニウム（逆性石けん液0.025ヨシダ<sup>®</sup>）または10w/v%ポビドンヨード（イソジン液<sup>®</sup>）を用いる。  
※ 消毒前に陰部洗浄を行うと会陰部に付着している微生物を減少させることができる
  - 女性の場合、尿道口の消毒後に陰唇が閉じないように把持する。
  - 挿入時にカテーテルか他のものに接触しないように注意する。
  - 一度、陰部に接触した手がカテーテルに触れないように注意する。
- ④ 尿道粘膜を傷つけないように、無理なカテーテル挿入をしない。  
⑤ 男性は陰茎を頭部に向けて下腹部に固定し、女性は大腿部に固定する。

女性の場合

男性の場合



### 3) カテーテル・採尿バッグの管理

- ① カテーテルの閉鎖を保つ（カテーテルと採尿バッグは外さない）。  
② 採尿バッグは常に膀胱よりも低位置に置く。  
③ 採尿バッグは床に付かないようにする。  
④ 尿の回収時は手袋とエプロンを着用する。手袋は1患者ごとに交換し、手洗いまたは手指消毒を行う。  
⑤ 尿の回収容器は患者間で使い回さない。  
⑥ 排尿口は排液後エタノール綿で拭く。  
⑦ 閉塞や感染がなければ、カテーテルを定期的に交換しない。  
● 製品上の劣化が考えられる場合は交換が必要である。  
⑧ 前立腺や膀胱の術後の出血などで閉塞が予測される場合を除いて、日常的な膀胱洗浄は行わない。  
⑨ 頻回の膀胱洗浄を必要とするほど、カテーテルが閉塞している場合には、

尿道留置カテーテルを交換する。

#### 4) 検体の採取

- ① 検体採取などの操作時は、手袋を着用して行う。
- ② 尿の採取は採尿ポートを消毒し、滅菌注射器で無菌的に採尿する。

### 3. 創傷処置

- 消毒薬は人の組織に傷害性（特に皮膚と粘膜以外）があるので乱用しない。
  - 清潔手術（clean op）では創部は必ずしも消毒しなくてもよい。

『1次治癒』：鋭利な刃物でつくられた創傷が無菌的に治癒

- 24～48時間経過後に消毒剤を使用する必要はない。
- 創や創周囲の血液や分泌物は生理食塩水ガーゼで拭き取る。
- 抜糸までガーゼ交換不要。
- ガーゼ交換が必要な時

①感染の疑い。②ガーゼが汚染。③悪臭がある。

『2次治癒（開放創）』：

創縁が開き、そこに異物、凝血や、細菌感染などが存在する汚染創や感染創などの治癒形式

- 消毒は創縁のみを消毒し、創面や肉芽に消毒剤を付けない。
  - 抗菌薬の局所投与は行わない（浸出液で希釈されて濃度が低下し、十分な濃度で病原体に作用しなくなり、耐性菌出現の原因となり得る）。
- ディスポ手袋を着用し、患者ごとに手洗いまたは擦式アルコール製剤で手消毒を行う。
  - 広範囲な創傷処置や洗浄などを行う場合は、飛散の程度に応じてエプロン（ガウン）、マスク、アイシールドなどを着用する。
  - 絆創膏は片端を折り曲げて剥がしやすい様にしておく。

### 4. 術前剃毛の制限

- 剃毛は皮膚を損傷し、損傷された皮膚は感染源となる。
- 創感染率は、①剃毛なし、②当日剃毛、③前日剃毛の順に高くなる。
- 毛髪への対策
  - うぶ毛は剃毛不要で、剛毛はバリカンで十分。
  - 脱毛クリームは高価で皮膚炎を起こすことがあるので注意。

### 5. 手術室での行動

- 手術室の空中細菌の最大の供給源は、医療従事者の露出された皮膚からの細菌。
  - 毛髪を整え、帽子とマスクを正しく着用して皮膚の露出面積を減少させる。
  - 創が露出している間は大勢で入室しない。

- 手術台を覆っている気流を乱さない。
  - 術野を見るときは、斜めから覗き、術野の真上に被るようにしない。
- 手術時の刺傷事故のほとんどが持針器の受け渡し時。
  - 持針器を直接介助者（器械出し）に手渡しで戻さず、ハンズフリーテクニク（鋭利な器材に同時に2人以上が接触しない）を行う。
- 鋭利な物は、周囲の人と廃棄場所を常に意識して扱う。

## 6. 採血

### 1) 真空採血の手順

- 真空採血ホルダーを用いる場合
  - ① 実施者は、手洗いまたは擦式アルコール製剤で手指消毒し、ディスポ手袋を着用する。
  - ② 採血ホルダーに採血針を取り付ける。
  - ③ 駆血帯を被採血者の腕に巻き、採血部位を消毒する。
  - ④ 採血針を約 15～20° の角度で刺入し、ホルダーを固定する。
  - ⑤ 採血管をホルダー内に押し込み採血を行う。
    - ※ この際、採血管内の血液や物質が患者血管内に逆流するのを防止するため、採血管の底部が下向きになるように心がける。
  - ⑥ 最後の採血管への採取が終了後、患者静脈内への血液の逆流を防止するために、採血管をホルダーから抜いてから駆血帯を外す。
  - ⑦ ガーゼで穿刺部位を抑えながら抜針する。
  - ⑧ 針とホルダーをリキャップせずに鋭利器材廃棄容器に廃棄する。
    - ※ ホルダーから針を取り外さず、そのまま廃棄すること

### ● 採血に関するその他の注意点

- 採血管は採取後すぐに5回程度転倒混和させる。
- 「繰り返しのクレンチング（手を握ったり開いたりすること）」「駆血帯の締めすぎ」「無理な血液の吸引」は検査データに影響を与えるので行わない。
- 翼状針を使用して採血する場合、ルート内のデッドスペースの関係で採血量が不正確になる可能性があるため、「凝固検査用」および「血沈用」の検体の採取は2本目以降とする。
- 注射器と針を用いた採血を行いキャップに針を刺して分注を行うと、針刺しや溶血などの問題があるため、可能な限り真空採血ホルダーを用いた採血を行う。やむを得ず分注するときは、注射器から針を外し、キャップを外した採血管に血液を静かに注入する。

### 2) 動脈ラインを用いた採血の手順

- ① 実施者は、手洗いまたは擦式アルコール製剤で手指消毒後、ディスポ手袋を着用する。
- ② サンプルングポートの蓋を外し、単包エタノール綿でポートを消毒する。



③ ポートに 10ml の注射器を差し込み、逆血させた後、注射器を外し注射器ごと廃棄する。

※ 逆血量：サンプリングサイトまでの長さの 2～4 倍

※ 当院で採用しているモニタキット（エドワーズライフサイエンス株式会社製）の耐圧チューブ内容量は 2.54ml/m（成人用）であるため、サンプリングポートまでの長さが 120cm の場合、最低 6ml の逆血が必要となる。

④ 採血用の注射器またはルアーアダプター付き採血ホルダーを用いて必要な量を採血する。

※ ルアーアダプター付採血ホルダーを用いる場合は、採血時にサンプリングポートを下向きにすること。

⑤ サンプリングポートに血液が残留しないように、サンプリングポートに 5ml 注射器をつけ、フラッシュしながら注射器内に残留血液を吸い取り、注射器ごと廃棄する。

⑥ サンプリングポートを単包エタノール綿で消毒し新しい蓋をする。

⑦ ライン内に血液が残留しないように、フラッシュする。

### 3) 血液培養用の検体採取の手順

① 実施者は手洗いまたは擦式アルコール製剤で手指消毒をする。

② 血液培養ボトルのキャップを外し、上面を 10%ポビドンヨード綿棒（スワブスティック<sup>®</sup>）または消毒用エタノールを浸した綿棒で消毒し、十分に乾燥するのを待つ。

③ ディスポ手袋を着用する。

④ 採血部位の皮膚を単包エタノール綿で清拭後、十分乾くのを待って、10%ポビドンヨード綿棒（スワブスティック<sup>®</sup>）で消毒し、十分に乾燥するのを待つ。

※ 採血部位から外側に向かって円を描くよう消毒する。

※ ポビドンヨードにアレルギーがある場合は、0.5%クロルヘキシジン含有アルコール（ヘキザックアルコール<sup>®</sup>）を綿棒に浸して使用する。

⑤ 消毒した部位に触れないように駆血帯を巻く。

⑥ 消毒した部位に手が触れないように注意しながら採血する。

⑦ 血液培養ボトルに分注する。

※ 分注時は針刺し防止のため、採血管の上を持たない。

※ 分注時に採血に用いた針は変えなくてよい。

※ 嫌気性菌用ボトルに分注時には空気が入らないように注意する。

⑧ 皮膚消毒にポビドンヨードを使用した場合は、止血を確認後に穿刺部周囲のポビドンヨードをアルコール等でふき取る。

#### 【血液培養ボトルへの採血量】

成人用：最低 5ml 最適量は 8～10ml

小児用：1～2ml

## IV. 結核患者発生時の対応

### 1. 病棟で入院患者が結核が疑われた時の対応

- 入院患者が臨床検査や画像所見、臨床症状から結核が強く疑われる場合は、空気感染予防策を適応する。
  - 抗酸菌の塗沫検査が陽性で PCR 検査の結果が未着の段階では、結核の可能性を考えて、空気感染予防策を適応する。
  - 塗沫検査は 3 日連続の喀痰または胃液で検査する。

### 〈結核の診断が確定した場合の対応〉

- 感染管理部に連絡をする。
- 原則として結核病床を持つ病院に患者を紹介する。(国立西新潟中央病院)
- 当院での治療が必要な場合は、東病棟 11 階陰圧個室に転室する。
- 主治医は診断後直ちに「結核発生届出」を記入し医事課医事係に提出する。
  - 感染管理部は保健所に電話にて連絡しておく。
  - 届出用紙は医事課医事係および感染管理部に用意してある。
- 接触者対応
  - 当該部署の看護師長および感染対策リクドクター(または病棟長、総括医長)、主治医は接触者のリストアップ(接触時間、接触の程度も含む)を行う。
  - 接触した患者には「結核を発症した患者と接触があり、保健所の指示のもと必要に応じて接触者検診を行う」旨を説明する
  - 退院した患者や患者家族の接触者検診は、保健所が主導で行う
  - 職員の接触者検診は保健所の指示のもと、感染管理部と総務課職員係で計画し実施する。
- 患者退室後の消毒方法
  - 1) 排菌患者が退室した病室は、テゴー51<sup>®</sup>で十分に清拭する。
  - 2) リネンは、体液汚染がある場合は感染性リネンとして取り扱う。(80°Cの熱水で 10 分以上の洗濯)
- 結核発病のリスクの高い患者では結核の合併に注意する。
  - 高リスク患者で胸部X線写真上肺結核の既往がある場合は、INHによる化学予防も考慮する(呼吸器専門医に相談)。

### ◇高リスク患者：

免疫不全患者/免疫抑制剤・ステロイド投与患者/低栄養状態や大きな手術後の患者/高齢者/コントロール不良の糖尿病患者/ツ反陽転後1年以内

表 6： ツベルクリン反応検査の成績の記録様式

判定	略符号	ツ反の状態
陰性	—	発赤の長径が 9 mm以下の者
弱陽性	+	発赤の長径が 10mm以上で硬結を触れず二重発赤の無いもの
中等度陽性	++	発赤の長径が 10mm以上で硬結を触れ、あるいは計測できる者
強陽性	+++	発赤の長径が 10mm以上で硬結を触れる他、二重発赤、水泡あるいは壊死等を伴う者

引用) 財団法人日本看護協会、感染管理に関するガイドブック、200.1

## V. 針刺し・切創、血液・体液による粘膜汚染発生時の対応

(「針刺し・切創、血液・体液による粘膜汚染時の報告体制」を参照)

### 1. 針刺し・切創・をおこしたら

- 流水下で刺入部から血液を絞り出しつつ十分に創傷部を洗う！！
  - 汚染源の感染性（HBV、HCV、HIVの有無）について確認する。
  - 汚染源の感染性あるいは汚染源が不明の場合
    - 患者が未検の場合は、患者にお願いしてできるだけ検査する。（患者が承諾した場合、検査費用は病院負担となるため、その場合は**医事課医事係長内線2463**に連絡する。）
    - 確認できない場合は、所属部署のリンクドクター、リンクナース、または感染管理担当看護師長に相談して対処する。
  - 感染性の場合、それぞれHBV、HCV、HIVによる**汚染事故時のフローチャート**に従って行動するとともに、所属部署のリンクドクター、リンクナースに相談し、直属の上司に報告する。
  - 汚染事故後、**エピネット報告書**を記載し病院総務課職員係に提出し、必要に応じて**労働者災害補償保険**の手続きを行う。
- ※ エピネット報告書は「針刺し・切創」の場合は「**A ; 針刺し・切創報告書**」、  
「皮膚・粘膜曝露」の場合は「**B : 皮膚・粘膜汚染報告書**」に記入する。
- 針刺し・切創時の労働者災害補償保険について
    - 労働者災害補償保険ではカバーされない予防措置もあるため、自己負担が発生する場合がある。
- ※汚染源がHBV陰性であるにも関わらず、HBワクチン、グロブリンなどの予防措置を実施した場合も労働者災害補償保険適応外である。
- ※病院職員の場合、HIVの予防措置の費用は病院が負担する。
- 学生、大学院生、研究生は任意加入の保険でカバーしているが、休業補償はない。保険未加入の者は原則として臨床現場に入れない

	職員				学生、大学院生、研究生			
	検査	予防措置	療養給付	休業給付	検査	予防措置	治療	休業補償
HBV	○	○	○	○	○	○	○	×
HCV	○	×	○	○	○	×	○	×
HIV	○	×	○	○	×	×	×	×

○：労働者災害補償保険あるいは任意加入の保険で負担できる

×：労働者災害補償保険あるいは任意加入の保険で負担できない

## 2. HBV、HCV、HIV共通手順

1) 直ちに石鹼と流水で傷口を十分に洗浄しする。

2) 内科外来を受診する。

※ HBV、HCVの場合は「第3内科」を受診する。

※ HIVの場合は「第2内科」を受診する。

● 前採血：事故者が該当する病原体に感染していないか明らかにする。

HBVの場合：HBs抗原・抗体

HCVの場合：HCV抗体、肝機能検査

HIV場合：HIVスクリーニング検査

### 《検査方法》

● 検査情報室（内線2685）に電話し、針刺し後の検査はオーダーリングで行う。

- 検査オーダーは「\*3.24時間緊急」から「感染症血清検査」の該当項目を選択する。
- 当院のID番号がない場合は、新規手続をする。

● 自動分析室（内線2688）に全血5ml（緑ヘパリンリチウム）を提出

- 検査所要時間は、検体到着後、約2時間。
- 検体提出時に「針刺し時の検体」であることを検査技師に伝える。

● 休日、夜間の場合は救急外来を受診する。

- HBV、HCVによる針刺し・切創時に不明な点については、第三内科当直医に相談する。
- HIVによる針刺し・切創で不明な点については、感染管理担当看護師長（PHS：070-6557-5908）または第二内科感染症班の医師に相談する。

3) 対応窓口連絡し労働者災害補償保険等の申請を行う（休日は休日明けに届出）

- これを怠ると休業時の保証がない。
- 必要な書類（病院職員の場合）

### ①療養補償給付たる療養の給付請求書 ②エピネット報告書

#### 対応窓口

職種	対応窓口
病院職員	病院総務課職員係
医学部職員	医歯学系総務課庶務第一係
脳研究所職員	医歯学系総務課庶務第三係
医学部学生・大学院生・研究生	医歯学系総務課学務第一係
医学部保健学科学生	医歯学系総務課学務第二係
歯学部職員	医歯学系学務課庶務係
歯学部学生・大学院生・研究生	医歯学系学務課学務係

**<針刺し・切創事故、血液・体液による粘膜汚染時の報告体制>**  
(平日日中)

曝露者

直ちに石鹸と流水で傷口を十分に洗浄する

所属部署の感染対策担当者または直属の上司に報告・相談、現認者の確保

汚染源の感染性の確認

☆感染性が不明の場合、患者に依頼し、  
できる限り検査する。  
☆汚染源の感染性あるいは汚染源を確  
認ができない場合は、感染性であるこ  
とを考慮して対応

感染性の場合

非感染性の場合

内科外来を受診し曝露者が  
該当する病原体に感染して  
いないか検査を実施

エピネットを記載し、  
総務課職員係に提出

曝露者が該当する  
病原体に感染して  
いない場合、それ  
ぞれ病原体別の対  
応を行う

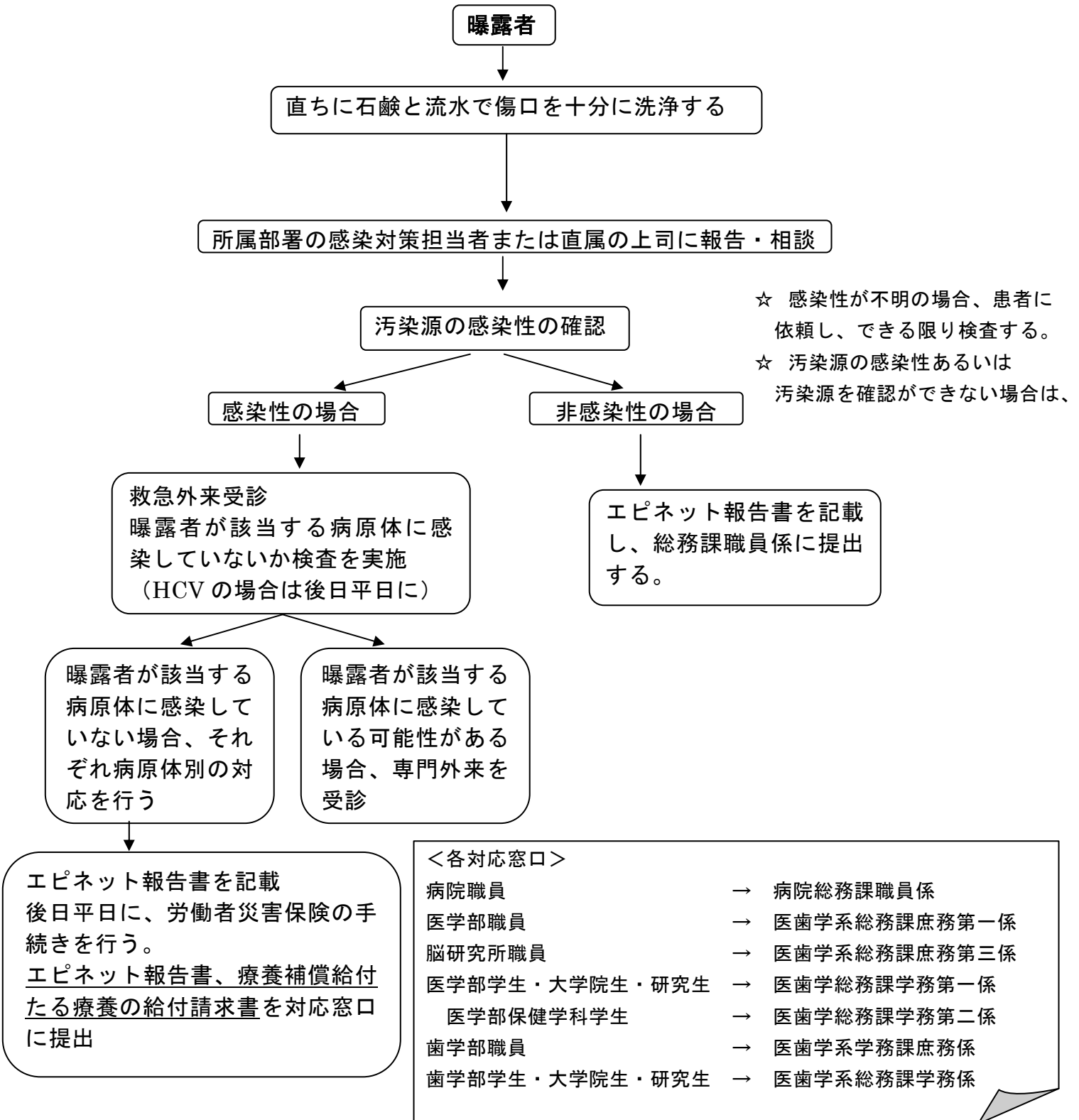
曝露者が該当する  
病原体に感染して  
いる可能性がある  
場合、専門外来を  
受診

エピネット報告書の記載  
労働者災害保険の手続きを行う。  
エピネット報告書、療養補償給付  
たる療養の給付請求書を対応窓口  
に提出

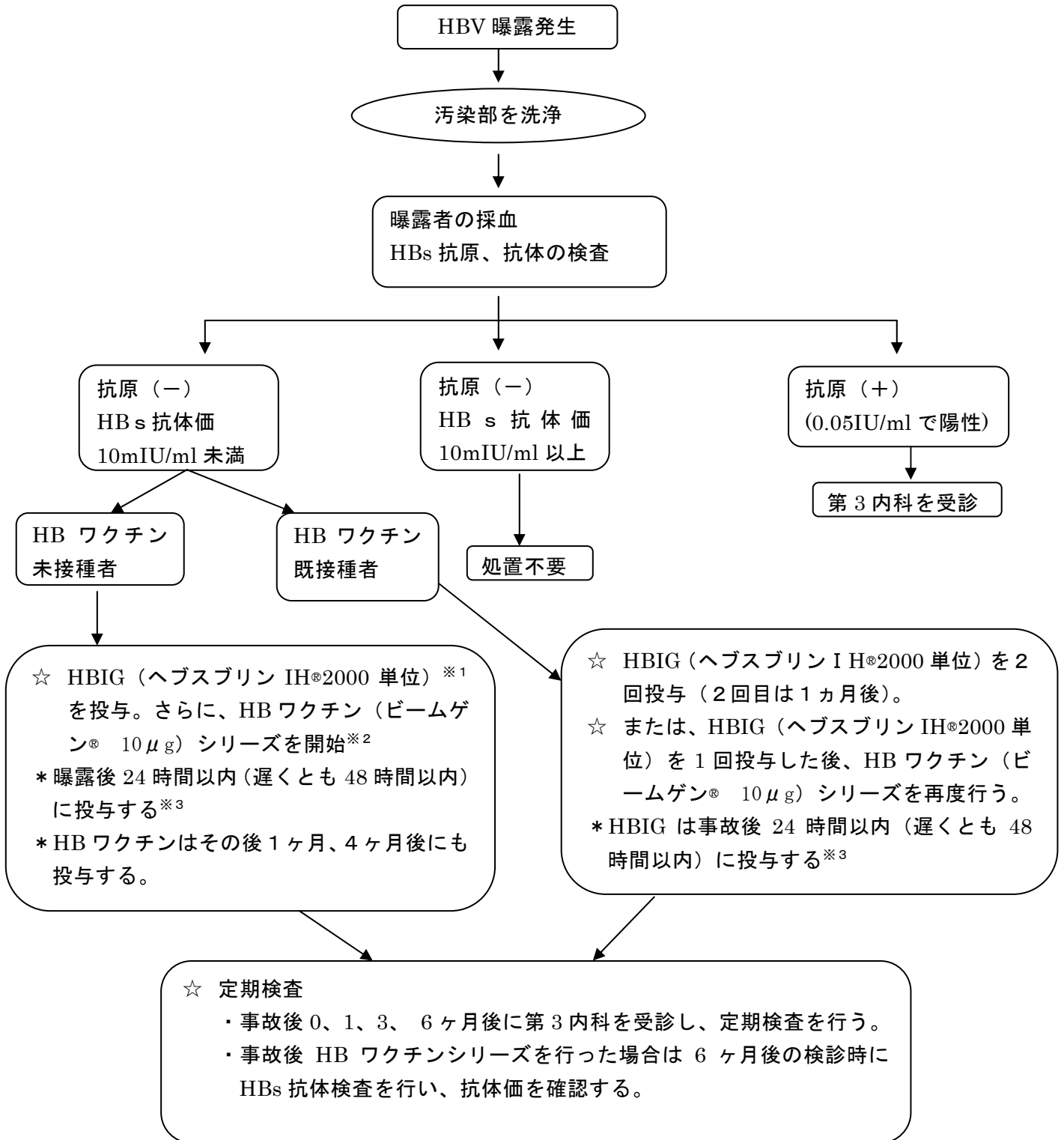
<各対応窓口>

病院職員	→	病院総務課職員係
医学部職員	→	医歯学系総務課庶務第一係
脳研究所職員	→	医歯学系総務課庶務第三係
医学部学生・大学院生・研究生	→	医歯学系総務課学務第一係
医学部保健学科学生	→	医歯学系総務課学務第二係
歯学部職員	→	医歯学系学務課庶務係
歯学部学生・大学院生・研究生	→	医歯学系総務課学務係
外注委託職員	→	病院管理課用度係

**<針刺し・切創事故、血液・体液による粘膜汚染時の報告体制>**  
 (平日時間外・土日・休日)



<HBV 曝露時のフローチャート>





※1：HBIG（ヘブスブリン I H®2000 単位）について

HCVや他のウイルスを十分に不活化してあるが、HBIG（ヘブスブリン I H®2000 単位）は人血液由来の特定生物由来製品であるため、安全性や副作用について十分な説明を行い、同意書をとってから投与する。

※2：HB ワクチン（ビームゲン® 10 $\mu$ g）シリーズ

1 回目：事故直後（24 時間以内が望ましい）に投与

2 回目：1 カ月後に投与

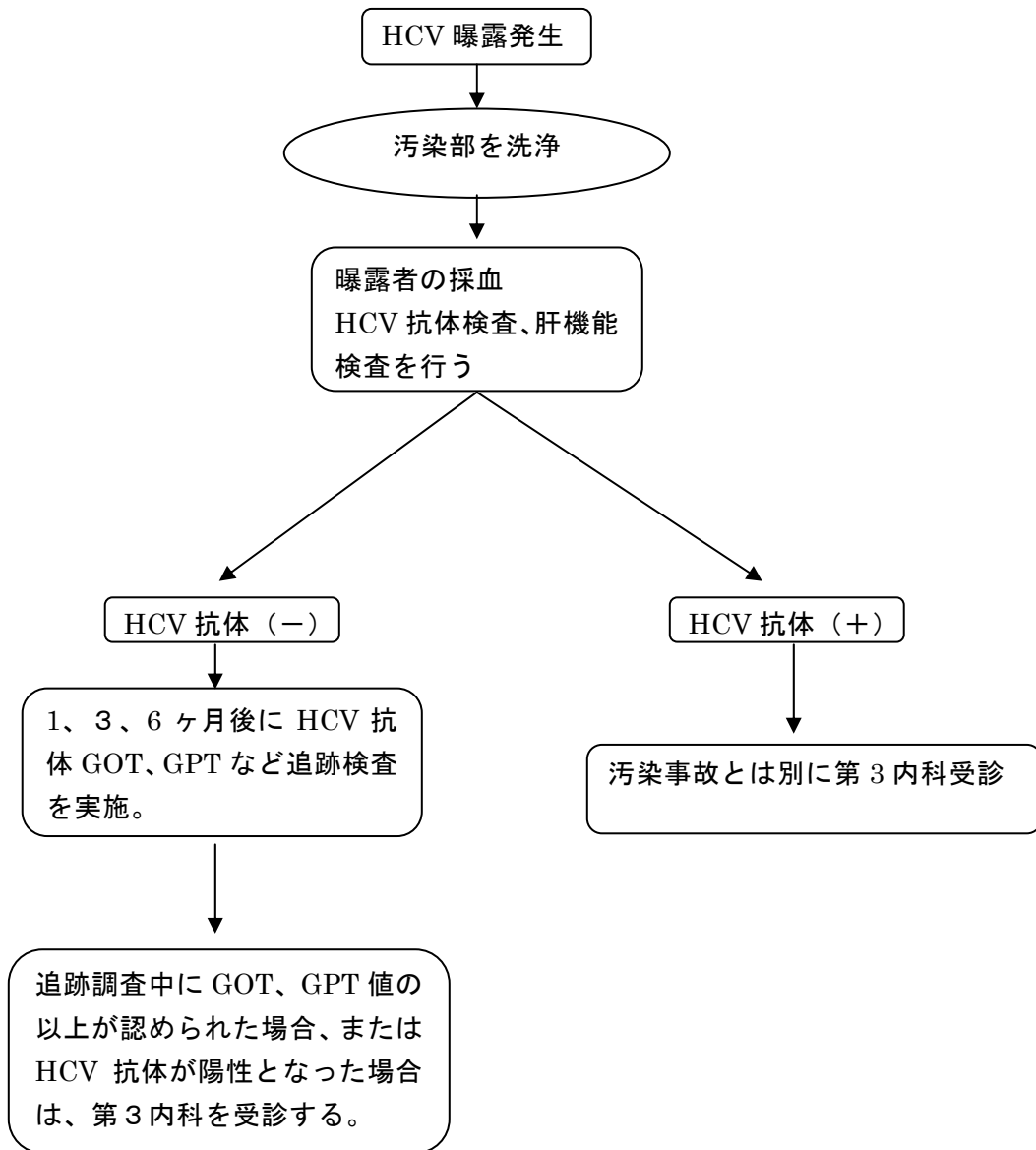
3 回目：4 カ月後に投与

暴露後 6 ヶ月の定期検査の際に HBs 抗体検査を行い、抗体価を確認する。

※3：24 時間以内に結果が判明しない場合、結果を待たずに投与を行う。

ただし、曝露者の HBs 抗体価が十分あった場合は、投与費用は自己負担となる。

<HCV曝露時のフローチャート>



## ＜H I V 曝露時のフローチャート＞

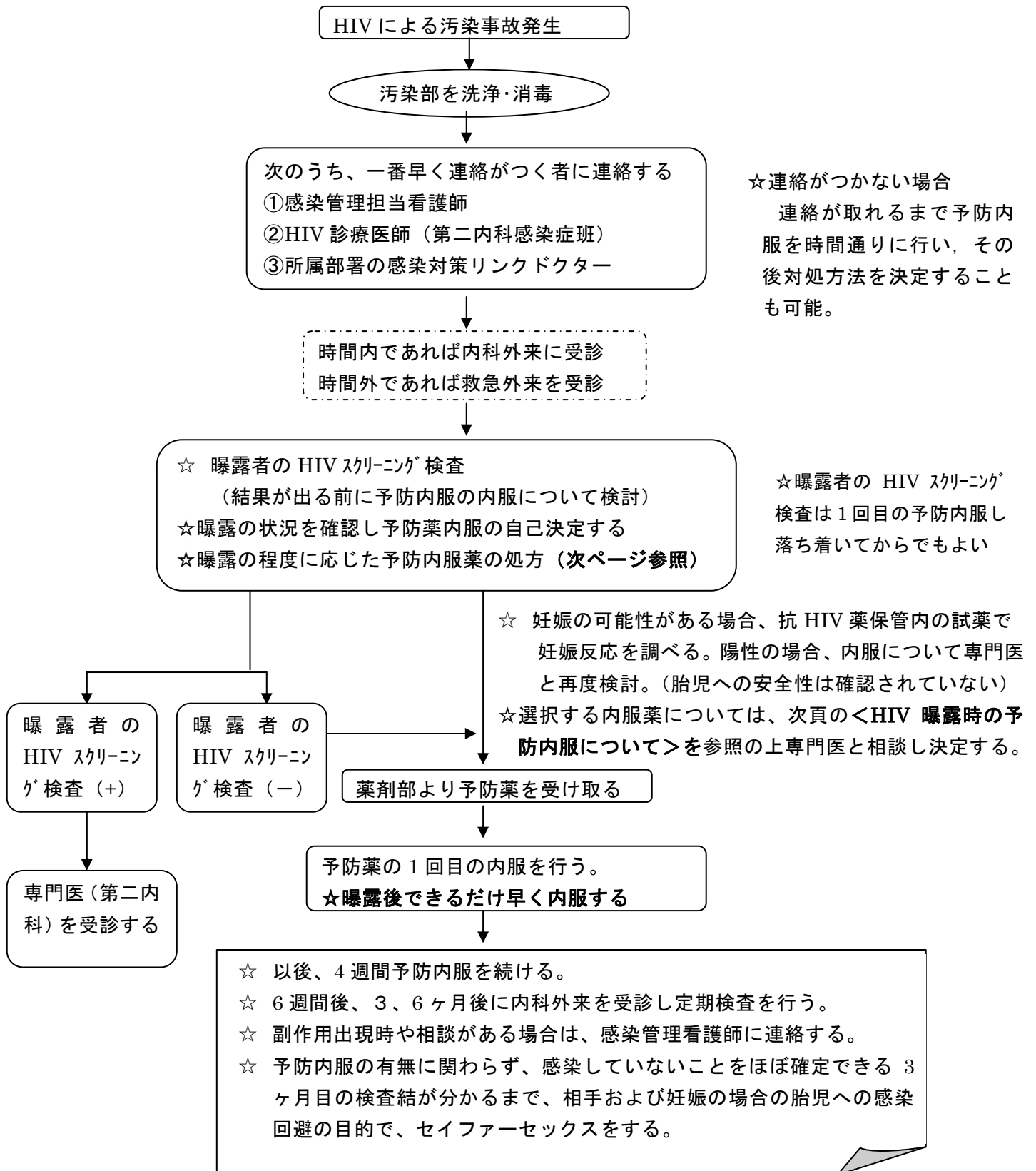


表 7：経皮的 HIV 曝露時の感染予防

曝露の種類	軽症※ <sup>1</sup>	重症※ <sup>2</sup>
患者状況		
HIV 感染者 (class1※ <sup>3</sup> )	2 剤併用を勧める	3 剤併用を勧める
HIV 感染者 (class2※ <sup>4</sup> )	3 剤併用を勧める	
曝露源患者の HIV 抗体不明	通常は予防内服は不必要 しかし HIV 陽性患者由来が考えられる場合には 2 剤併用を考慮 HIV 陰性が判明したら中止	
曝露源患者が不明	通常予防内服は不必要 しかし HIV 陽性患者由来が考えられる場合には 2 剤併用を考慮	
HIV 抗体陰性	予防不要	

※ 1 非中空針および表面的な創傷

※ 2 太い中空針による針刺し、深い穿刺、器具に肉眼的に血液が見られる、患者の動脈に使用された針による針刺し

※ 3 無症候性 HIV 感染者、ウイルス量が低い (<1,500 コピー/ml)

※ 4 エイズ発症者、急性感染者、ウイルス量が高値

表 8：粘膜・皮膚曝露時の感染予防

(皮膚曝露は正常皮膚の場合は予防内服の必要なし)

曝露の種類	少量※ <sup>1</sup>	多量※ <sup>2</sup>
患者状況		
HIV 感染者 (class1※ <sup>3</sup> )	2 剤併用を勧める	2 剤併用を勧める
HIV 感染者 (class2※ <sup>4</sup> )	2 剤併用を勧める	2 剤併用を勧める
曝露源患者の HIV 抗体不明	通常は予防内服は不必要 しかし HIV 陽性患者由来が考えられる場合には 2 剤併用を考慮 HIV 陰性が判明したら中止	
曝露源患者が不明	通常予防内服は不必要 しかし HIV 陽性患者由来が考えられる場合には 2 剤併用を考慮	
HIV 抗体陰性	予防不要	

※ 1 2～3 滴

※ 2 大量の血液のはねかえりなど

※ 3 無症候性 HIV 感染者、ウイルス量が低い (<1,500 コピー/ml)

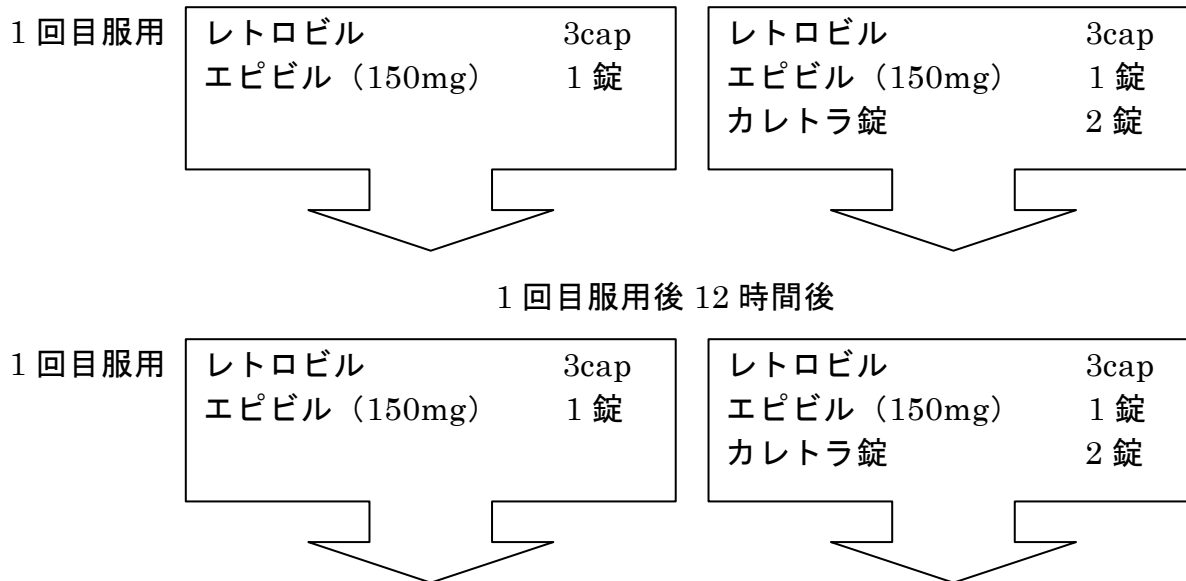
※ 4 エイズ発症者、急性感染者、ウイルス量が高値

<HIV 曝露時の予防内服について>

- 受傷後、できるだけ早く内服することが必要。
- 予防内服薬

2 剤の場合

3 剤の場合



以降、担当医に連絡がつくまで上記の服用を 12 時間ごとに繰り返す。  
連絡がついた場合はその指示に従う。4 w 内服する

● 各薬剤の標準服用量・用法および副作用、注意点

薬剤名	標準服用量および注意点	
レトロビル	食事に関係なく服用可	貧血 白血球減少 頭痛 消化器症状 血小板減少 など
エピビル	食事に関係なく服用可	肝機能異常 脂質増加 下痢 貧血 高脂血症 など
カレトラ錠	食事に関係なく服用可	消化器症状 TC 上昇 TG 上昇 無力症 肝機能異常 出血傾向 徐脈性不整脈 など

- 曝露者の検査は予防内服が開始され状況が落ち着いてからでよい。
  - 針刺事故者の抗体検査を行う。中央検査室で緊急検査し約 1 時間で結果がでる。

## VI. 流行性ウイルス性疾患発生時の対応

### 1. 水痘

- 感染源：水疱液、気道分泌物
- 感染経路：接触・空気感染
- 潜伏期間：10～21日（多くは14～16日）
- 感染期間：水疱出現前2日～水疱出現後5日
- 感染予防策：水疱が痂皮化するまで**空気感染予防策** **接触感染予防策**を適応する。患者のケアは水痘ウイルスに対して抗体を有する者が優先して行い、やむを得ず抗体の無い者がケアに当たる場合は、N95マスクを着用する。  
\* 退院が可能であれば退院を考慮する。

#### 《対応》

- 感染管理部に連絡する
- 職員が発症した場合：水疱が乾燥・痂皮化するまで就業を制限する（病気休暇）
- 接触者対応
  - 罹患した者と感染期間に濃厚に接触した者のリストアップを行う。

#### 濃厚接触した患者の場合

- 濃厚に接触した患者には、直ちに抗体検査を実施するとともに既往歴、ワクチン接種歴を確認する。
- 抗体陰性である可能性が高い場合は、ワクチン接種を考慮する。ワクチン接種ができない患者については免疫グロブリンの投与または発症時期を考慮した抗ウイルス剤の投与を検討する。
- ワクチン接種の有無に関わらず、抗体陰性者に対しては、最初の接触後10日～最後の接触後21日までは空気感染予防策を適応する。

#### 濃厚接触した職員の場合

- 抗体の有無を確認し、陰性者は接触後72時間以内であれば、ワクチン接種を考慮する。
- 抗体検査未実施の職員に対しては、抗体検査を実施するとともに、既往歴やワクチン接種歴を聴取し、抗体を保有していない可能性が高い場合、72時間以内であればワクチン接種を考慮する。
- 抗体陰性者は、特別な場合を除いて、感染していた場合の感染期間を考慮し、ワクチン接種の有無に関わらず、最初の接触後10日～最後の接触後21日までは、サージカルマスクを着用し業務を行う。
- その間、体調の変化に十分に注意を払い、発熱（38℃～40℃）、倦怠感、水疱、リンパ節腫脹などの前駆症状と考えられる症状が出現した場合は、医療機関を受診する。

- 上記対応を行ったにも関わらず、感染の拡大が発生あるいは強く懸念される場合は、濃厚接触した職員の就業制限を含めて「院内感染対策検討会議」※にて対応を検討する。

## 2. 麻疹

- 感染源：気道分泌物
- 感染経路：空気感染
- 潜伏期間：5～21日（多くは9～11日）
- 感染期間：発疹出現前5日～発疹出現後4日
- 感染予防策：発疹出現後4日まで**空気感染予防策**を適応する。

患者のケアは麻疹ウイルスに対して抗体を有する者が優先して行い、やむを得ず抗体の無い者がケアに当たる場合は、N95 マスクを着用する。

\* 退院が可能であれば退院を考慮する。

### 《対応》

- 感染管理部に連絡する。
- 職員が発症した場合： 解熱した後3日を経過するまで就業を制限する（病気休暇）
- 接触者対応
  - ・ 罹患した者と感染期間に濃厚に接触した者のリストアップを行う。

#### 濃厚接触した患者の場合

- ・ 濃厚に接触した患者には、直ちに抗体検査を実施するとともに既往歴、ワクチン接種歴を確認する。
- ・ 抗体陰性である可能性が高い場合は、ワクチン接種を考慮する。ワクチン接種ができない患者については免疫グロブリンの投与を考慮する。
- ・ ワクチン接種の有無に関わらず、抗体陰性者に対しては、最初の接触後5日～最後の接触後21日までは空気感染予防策を適応する。

#### 濃厚接触した職員の場合

- ・ 抗体の有無を確認し、陰性者は接触後72時間以内であれば、ワクチン接種を考慮する。
- ・ 抗体検査未実施の職員に対しては、抗体検査を実施するとともに、既往歴やワクチン接種歴を聴取し、抗体を保有していない可能性が高い場合、72時間以内であればワクチン接種を考慮する。
- ・ 抗体陰性者は、特別な場合を除いて、感染していた場合の感染期間を考慮し、ワクチン接種の有無に関わらず、最初の接触後5日～最後の接触後21日まで

は、サージカルマスクを着用し業務を行う。

- ・ その間、体調の変化に十分に注意を払い、発熱（38℃～40℃）、咳、鼻汁、くしゃみ、眼瞼結膜の充血などの前駆症状と考えられる症状が出現した場合は、医療機関を受診する。

- 上記対応を行ったにも関わらず、感染の拡大が発生あるいは強く懸念される場合は、濃厚接触した職員の就業制限を含めて「院内感染対策検討会議」※にて対応を検討する。

### 3. 風疹

- 感染源：気道分泌物
- 感染経路：飛沫感染
- 潜伏期間：12～25日（多くは14～16日）
- 感染期間：発疹出現前7日～発疹出現後7日
- 感染予防策：発疹出現後7日間は、**飛沫感染予防策**を適応する。  
患者のケアは風疹ウイルスに対して抗体を有する者が優先して行いう。

\* 退院が可能であれば退院を考慮する。

#### 《対応》

- 感染管理部に連絡する。
- 職員が発症した場合：紅斑性の発疹が消失するまで就業を制限する（病気休暇）
- **接触者対応**
  - ・ 罹患した者と感染期間に濃厚に接触した者のリストアップを行う。

#### 濃厚接触した**患者**の場合

- ・ 濃厚に接触した患者に既往歴、ワクチン接種歴を確認し、抗体陰性である可能性が高い場合は、症状の出現に注意する。

#### 濃厚接触した**医療従事者**の場合

- ・ 濃厚に接触した職員は、抗体の有無を確認する（抗体検査身実施者は抗体検査を実施する）。陰性者は、特別な場合を除いて、感染していた場合の感染期間を考慮し、最初の接触後14日～最後の接触後16日までは、サージカルマスクを着用し業務を行う。
- ・ その間、発熱（38℃～40℃）、発疹、リンパ節腫脹などの症状が出現した場合は、医療機関を受診する。

- 上記対応を行ったにも関わらず、感染の拡大が発生あるいは強く懸念される場



合は、濃厚接触した職員の就業制限を含めて「院内感染対策検討会議」※にて対応を検討する。

#### 4. 流行性耳下腺炎

- 感染源：気道分泌物
- 感染経路：飛沫感染
- 潜伏期間：12～25日（多くは16～18日）
- 感染期間：耳下腺腫脹前7日～耳下腺腫脹後9日
- 感染予防策：耳下腺腫脹後9日間は**飛沫感染予防策**を適応する。  
患者のケアは流行性耳下腺炎ウイルスに対して抗体を有する者が優先して行う。  
\* 退院が可能であれば退院を考慮する。

#### 《対応》

- 感染管理部に連絡する
- 職員が発症した場合：耳下腺腫脹が消失するまでは就業を制限する（病気休暇）
- 接触者対応
  - ・ 罹患した者と感染期間に濃厚に接触した者のリストアップを行う。

#### 濃厚接触した患者の場合

- ・ 濃厚に接触した患者に既往歴、ワクチン接種歴を確認し、抗体陰性である可能性が高い場合は、症状の出現に注意する。

#### 濃厚接触した医療従事者の場合

- ・ 濃厚に接触した職員は、抗体の有無を確認する（抗体検査身実施者は抗体検査を実施する）。陰性者は、特別な場合を除いて、感染していた場合の感染期間を考慮し、最初の接触後16日～最後の接触後18日までは、サージカルマスクを着用し業務を行う。
- ・ その間、発熱（38℃～40℃）、食欲不振、筋肉痛、耳下腺腫脹などの症状が出現した場合は、医療機関を受診する。
- 上記対応を行ったにも関わらず、感染の拡大が発生あるいは強く懸念される場合は、濃厚接触した職員の就業制限を含めて「院内感染対策検討会議」※にて対応を検討する。

表 9 : 主なウイルス性疾患の特徴と対応例

	水痘	麻疹	風疹	流行性耳下腺炎
ウイルス名	varicella-zoster	measles	rubella	mumps
潜伏期間	10～21日	5～21日	12～25日	12～25日
感染期間	水疱前2日～水疱出現後5日	発疹前5日～発疹出現後4日	発疹前7日～発疹後7日	発症前7日～発症後9日
感染経路	接触、空気感染	空気感染	飛沫感染	飛沫感染
感染予防策	接触、空気	空気	飛沫	飛沫
感染源	水疱液、気道分泌物	気道分泌物	鼻咽頭分泌物	気道分泌物
ワクチン名	水痘ワクチン	麻疹ワクチン	風疹ワクチン	ムンプスワクチン
ワクチン接種効果	90～95%	95～98%	95%	90%
72時間以内の感受性職員緊急ワクチン接種	効果あり	効果あり	効果なし	効果なし
職員発生時の就業制限	痂皮形成まで	発疹出現後7日間	発疹出現後7日間	耳下腺腫脹後9日間
感染期間の感受性職員の対応	就業制限	就業制限	就業制限	就業制限
感受性職員の曝露後就業制限期間	最初の曝露後10日～最後の曝露後21日	最初の曝露後5日～最後の曝露後21日	最初の曝露後7日～最後の曝露後21日	最初の曝露後12日～最後の曝露後26日

参考

Guideline for infection control in healthcare personnel ,1998. CDC  
 国立大学医学部附属病院感染対策協議会 病院感染対策ガイドライン（第2版）

## 5. インフルエンザ

- 感染源：気道分泌物
- 感染経路：飛沫感染
- 潜伏期間：1～3日
- 感染期間：有症状時
- 感染予防策：発症後5日間は**飛沫感染予防策**を適応する。  
\* 退院が可能であれば退院を考慮する。

### 《対応》

- 感染管理部に連絡する
- 職員が発症した場合：発症後5日間は就業を制限する（病気休暇）
- 接触者対応
  - ・罹患した者と感染期間に濃厚に接触した者のリストアップを行う。

#### 濃厚接触した患者の場合

- ・ インフルエンザ発症者との接触が濃厚であった場合、予防内服を考慮する。
- ・ 同室者は、潜伏期間を考慮し、接触後3日間は部屋移動をせず、発症者が出る可能性を考慮し、当該病室には新しい患者の入室を避ける。

#### 濃厚接触した医療従事者の場合

- ・ インフルエンザ発症者に濃厚に接触した職員のうち、インフルエンザワクチンを接種していない者は、予防内服を考慮してもよい。
- ・ 発熱や咽頭痛、咳などの呼吸器症状、筋肉痛や倦怠感などの症状が出現した場合は、医療機関を受診する。
- 上記対応を行ったにも関わらず、感染の拡大が発生あるいは強く懸念される場合は、濃厚接触した職員の就業制限を含めて「院内感染対策検討会議」※にて対応を検討する。

## 6. 流行性角結膜炎

- 感染経路：接触感染
- 潜伏期間：1～2週間
- 感染期間：発症から2週間
- 感染予防策：発症後2週間は**接触感染予防策**を適応する。  
\* 退院が可能であれば退院を考慮する。

《対応》

- 感染管理部に連絡をする。
- 職員が発症した場合：発症後2週間は就業を制限する（病気休暇）
- 環境消毒
  - ・ 発症者が発症後に接触した場所を70%消毒用エタノールで清拭する。
- 接触者対応
  - ・ 罹患した者と感染期間に濃厚に接触した者のリストアップを行う。

濃厚接触した患者の場合

- ・ 接触後2週間は眼の充血、眼脂などの症状の出現に注意する。
- ・ 患者様に手洗いの励行と眼に触れないよう説明する。

濃厚接触した医療従事者の場合

- ・ 接触後2週間は眼の充血、眼脂などの症状の出現に注意する。症状が出現した場合は医療機関を受診する。
- ・ 手指衛生を徹底する。
- ・ 眼に触れないよう注意する。
- 上記対応を行ったにも関わらず、感染の拡大が発生あるいは強く懸念される場合は、濃厚接触した職員の就業制限を含めて「院内感染対策検討会議」※にて対応を検討する。

7. ノロウイルスによる感染性胃腸炎（疑いも含む）の感染対策

- 症状：嘔吐、下痢、発熱 など
- 感染経路：食中毒 接触感染 吐物の飛散による飛沫感染
- 潜伏期間：1～2日
- 感染予防策： ①接触感染予防策を適応する。  
②吐物や便の処理時には飛沫感染予防策を適応する。

※ 疑わしい症状がある場合は、ノロウイルスによる感染性胃腸炎として対応する。

《具体的な対応》

- 部屋：個室に収容（コホートも可）
- 手指衛生：石鹼と流水で手洗い  
(ノロウイルスはアルコールに抵抗性をしめす)
- 手袋：入室時に着用、汚染したら適宜交換 手袋を外したら手洗い

- マスク:吐物や便などの処理をする際にサージカルマスクを着用
- エプロン、ガウン:衣服が患者や環境に接触するときに着用
- 物品:可能な限り患者専用とする
  - 共有する場合
    - 耐熱性: 80°C10分以上の熱水消毒
    - 非耐熱性:次亜塩素酸ナトリウム(ピューラックス)で消毒
      - \* 通常は 300 倍希釈のピューラックス
      - \* 吐物や便が付着したところは 60 倍希釈のピューラックス
- 退室後の部屋の清掃:「病棟における接触感染する感染症患者の退院・退室時の消毒清掃手順」に従う。
  - \* 使用する消毒薬は 300 倍希釈のピューラックス
- リネン: 吐物や便が付着したものは感染性リネンとして取り扱う
- 吐物や便が付着したオムツなどはビニール袋で密閉して廃棄
- 同一病棟で下痢、嘔吐などの感染性胃腸炎を疑わせる症状を呈する患者や職員が同時期に複数発生した場合は、「院内感染対策が必要となる感染症発生時の連絡体制」に従い、感染管理部に連絡する。

#### ※院内感染対策検討会議

重大な院内感染が発生について報告を受けた病院長が召集する会議

<メンバー>

病院運営委員会: 病院長、副病院長、病院病補佐、看護部長、事務部長

感染管理部: 感染管理部長、感染管理副部長、感染管理担当師長

関係部署: 科長、総括医長、看護師長、リンクドクター、リンクナース  
医事課長、総務課長

## Ⅶ. その他

### 1. 職員の健康管理

#### 1) 結核定期健診

- 定期健康診断を必ず受ける。
- 咳など呼吸器感染症状が3週間以上続く時は結核などの感染源とならないために、自発的に診察を受ける。



#### 2) HBVのワクチン接種

- 対象
  - ◇血液あるいは血液製剤と接触する可能性のあるすべての職員（医員や研修医などの非常勤職員を含む）。
  - ◇その他の部署で希望する職員。
- 実施要項（現在、病院負担で施行されているのは新規職員のみ）
  - ① 事務の窓口から各部署に規定の申込用紙が配布される。
  - ② 各部署の責任者がまとめて記載し、申し込む。
  - ③ 過去にHBワクチンコース（1コース3回接種）を実施していない者を対象として、0、1、5～6ヶ月の間隔でワクチンを接種
  - ④ 3回の接種終了後1～2ヵ月後にHBs抗体を測定
  - ⑤ 2で抗体価10mIU/ml以下の場合、2回目のワクチンコースを検討する。

#### 3) 流行性ウイルス性疾患（麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎）の抗体検査および麻疹・水痘のワクチン接種

- 対象
  - ◇過去に抗体検査を実施していない全ての職員（医員や研修医などの非常勤職員を含む）。
- 抗体検査実施要項（経費は病院負担）
  - ① 事務の窓口から各部署に規定の申込用紙が配布される。
  - ② 各部署の責任者がまとめて記載し申し込む。
  - ③ 指定日に採血し所定の場所に提出
  - ④ 結果は個人宛てに通知するとともに、感染管理部および総務課職員係で保管する。
- 麻疹および水痘のワクチン接種（経費は個人負担）
  - ① 事務の窓口から各部署に規定の申込用紙が配布される。
  - ② 各部署の責任者がまとめて記載し申し込む。
  - ③ 実施要綱に従いワクチン接種。
  - ④ 接種後、予診表を総務課職員係に提出。

## 2. 廃棄物の管理（医療に用いた廃棄物の管理）

燃えるゴミ	半透明袋	<ul style="list-style-type: none"> <li>・紙類</li> <li>・医療材料等を梱包した紙類</li> <li>・<u>滅菌バッグ(紙)</u></li> </ul>
燃えないゴミ	透明袋	<ul style="list-style-type: none"> <li>・点滴ビン、ソフトバック(針を除く)</li> <li>・バイアル 薬瓶 試薬瓶等(空き瓶)</li> <li>※全てにおいて抗癌剤に使用したものは除く</li> <li>・その他医療材料等を梱包したプラスチック類</li> <li>・<u>滅菌バッグ(プラスチック類)</u></li> <li>※紙とプラスチックを分けられないものは燃えないゴミとして廃棄</li> </ul>
医療廃棄物 (感染性廃棄物を含む)	<p style="text-align: center;">赤袋</p> <p style="text-align: center;">橙色</p> <p style="text-align: center;">バイオハザードマーク</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・注射器(針を除く)</li> <li>・チューブ類(針を除く)</li> <li>・脱脂綿・ガーゼ・包帯等</li> <li>・紙オムツ</li> <li>・採尿バッグ</li> <li>・手袋 マスク エプロン ガウン等</li> <li>・その他、血液・体液が付着したもの</li> <li>・<u>血液製剤の空き瓶</u></li> <li>・<u>抗癌剤のバイアル</u></li> <li>・<u>抗癌剤に使用した注射器・点滴瓶・ソフトバッグ 等</u></li> </ul>
鋭利器材	<p style="text-align: center;">専用コンテナ</p> <p style="text-align: center;">黄色い</p> <p style="text-align: center;">バイオハザードマーク</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・注射針</li> <li>・メス</li> <li>・カミソリ</li> <li>・針の付いたチューブ類</li> <li>・アンプル類</li> <li>・その他鋭利な器材</li> </ul>

### 3. 感染症法〔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 (平成19年4月1日改正)〕で届出が規定されている感染症の一覧

※ 5類感染症（定点）以外は全てが届出の対象となる。

※ 診断した医師は、感染管理部または医事課医事係に届出用紙を提出する。

	疾患名	
1類感染症	エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 ペスト マールブルグ熱 ラッサ熱 痘そう（天然痘） 南米出血熱	診断した医師 が直ちに届出
2類感染症	急性灰白髄炎 ジフテリア 重症急性呼吸器症候群（病原体が SARS コロナ ウイルスであるものに限る） 結核	同上
3類感染症	腸管出血性大腸菌感染症 コレラ 細菌性赤痢 腸チフス パラチフス	同上
4類感染症	ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎を含む） エキノコックス症 黄熱 オウム病 回帰熱 Q熱 狂犬病 コクシジオイデス症 腎症候性出血熱 炭疽 つつが虫病 デング熱 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 ブルセラ症 発疹チ フス マラリア ライム病 レジオネラ症 E型肝炎 A型肝炎 鳥インフルエンザ サル痘 ニパウイルス感染症 野兎病 リッサウイルス感染症 レプトスピラ症 ボツリヌス症 オムス ク出血熱 キャサヌル森林病 西部馬脳炎 ダニ媒介脳炎 東部馬脳炎 鼻疽 ベネズエラ馬脳炎 ヘンドラウイルス感染症 リフトバレー熱 類 鼻疽 ロッキー山紅斑熱	同上
5類感染症 (全数)	アเมอร์赤痢、ウイルス性肝炎（E型およびA型は除く） クリスポリジウム症 クロイツフェルト・ヤコブ病 梅毒 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 髄膜炎菌性髄膜炎 先天性風疹症候群 破傷風 ハンコマイツ 耐性腸球菌感染症 ハンコマイツ耐性黄色ブドウ球菌症 急性脳炎（ウエス トナイル脳炎及び日本脳炎を除く）	診断した医師 が7日以内に届 出
5類感染症 (定点)	小児定点：咽頭結膜熱 インフルエンザ 流行性耳下腺炎 A群溶血性レンサ球菌咽頭炎 感染性胃腸炎 手足口病 伝染性紅斑 突発性発しん 百日咳 風しん 麻しん（成人麻疹を除く） 水痘 RSウイルス感染症 インフルエンザ定点：インフルエンザ 眼科定点：急性出血性結膜炎 流行性角結膜炎 STD定点：性器クラミジア感染症 性器ヘルペス感染症 淋菌感染症 尖圭コンジローマ 基幹定点：クラミジア肺炎 無菌性髄膜炎 細菌性髄膜炎 成人麻疹 マイコプラズマ肺炎 メチリン耐性黄色ブドウ球菌感染症 薬剤耐性緑膿菌感染症	指定届出機 関の医師が翌週 月曜日または 翌月初日に届 出



これだけは身につけよう  
院内感染防止のための基礎知識

第1版：1998年5月28日発行

第2版：1999年3月31日発行

第3版：2000年3月31日発行

第4版：2002年3月31日発行

第5版：2003年10月1日発行

2004年5月26日改訂（P29－30）

2005年1月27日改訂（P25－28）

2005年9月16日改訂（P35－41, P46－48）

2006年10月2日改訂（P43）

2007年6月19日改訂

発行者 新潟大学医歯学総合病院

〒951-8520 新潟市中央区旭町通1-754

院内感染対策委員会（委員長 伊藤 雅章）

イラスト 樋口豊

問合せ先：感染管理部（025-227-0726）