

A234-2 感染対策向上加算に必要な
「感染防止対策の業務指針」及び「感染対策マニュアル」の一例

1. 院内感染対策指針（案）	
①A234-2 感染対策向上加算 1 を算定する場合の例示……………	2
②A234-2 感染対策向上加算 2 を算定する場合の例示……………	9
③A234-2 感染対策向上加算 3 を算定する場合の例示……………	14
2. 感染対策マニュアル（案）	
A234-2 感染対策向上加算 1～3 を算定する場合の例示……………	19

院内感染対策指針（A234-2 感染対策向上加算 1 を算定する場合の例示）

医療法で定めることが求められている「院内感染対策指針」に、A234-2 感染対策向上加算 1 を算定する場合に追加的に必要な項目を下線で例示しました。

これは、あくまでも策定例です。各医療機関の実情に合う形で必要事項を盛り込んで、実行可能な指針を策定して下さい。

第 1 条 院内感染対策に関する基本的な考え方

院内感染の防止に留意し、感染等発生の際にはその原因の速やかな特定、制圧、終息を図ることは、医療提供施設にとって重要である。院内感染防止対策を全従業員が把握し、指針に則った医療が提供できるよう、本指針を作成するものである。

第 2 条 院内感染対策委員会の設置及び運営・管理

- (1) 院長を議長とし、各専門職代表を構成員として組織する院内感染対策委員会（以下、対策委員会）を設け、毎月 1 回定期的に会議を行い、院内感染対策について協議を行う。緊急時は、臨時会議を開催する。
- (2) 委員は、職種・職位等にかかわらず、院内感染の防止に関して自由に発言できる。
- (3) 委員はその職務に関して知りえた事項のうち、一般的な院内感染防止対策以外のものは委員会及び院長の許可なく、院外の第三者に公開してはならない。
- (4) 対策委員会は、次の内容の協議・推進を行う。
 - ① 院内感染対策指針及びマニュアルの作成・見直し
 - ② 院内感染対策に関する資料の収集と職員への周知
 - ③ 従業者研修の企画
 - ④ 院内感染が発生した場合は、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。
 - ⑤ 患者の疑問、不安等の日常的な把握に関する事項

第 3 条 感染対策部門及び感染制御チーム、抗菌薬適正使用支援チームの設置と運営（感染対策部門の設置と院内感染管理者の配置）

- (1) 日常的な院内感染対策を進めるために、感染対策部門を設置し、部門内に感染制御チーム（ICT）及び抗菌薬適正使用チーム（AST）を設置する。
- (2) 感染制御チーム（ICT）の構成員のうち 1 名を、院内感染管理者として配置し、感染対策部門の管理を行う。なお、院内感染管理者は A234 医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、入院料の通則 7 に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

（感染制御チーム（ICT）の設置及び運営・管理）

- (3) 以下の構成員からなる感染制御チーム（ICT）を設置する。なお、①に定める医師又は②に定める看護師のうち 1 名は、専従とする。

※ 感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う

場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。

① 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

※ 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（感染症対策に3年以上の経験を有する医師に限る）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

② 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

※ 感染管理に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修である。

ア国又は医療関係団体等が主催し、600時間以上の研修期間で、終了証を交付。イ感染管理のための専門的な知識・技術を有する看護師の養成が目的。ウ講義及び演習により、次の内容を含む。

(イ)感染予防・管理システム

(ロ)医療関連感染サーベイランス

(ハ)感染防止技術

(ニ)職業感染管理

(ホ)感染管理指導

(ヘ)感染管理相談

(ト)洗浄・消毒・滅菌とファシリティマネジメント等について

③ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

④ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

(4) 感染制御チーム（ICT）は、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布している。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂する。

(5) 感染制御チーム（ICT）により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っている。なお当該研修は入院料の算定要件である安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行う。

(6) 感染制御チーム（ICT）により、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録している。また、このうち少なくとも1回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施する。

※カンファレンス等は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても良い。ビデオ通話を用いる場合において、患者の個人情報等を当該ビデオ通話の画面上で共有する際

は、患者の同意を得ている。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応している。

(7) 感染制御チーム（ICT）により、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する。

(8) 感染制御チーム（ICT）により、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。

(抗菌薬適正使用支援チーム（AST）の設置及び運営・管理)

(9) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チーム（AST）を組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行う。なお、下記の①～④のうちいずれか1人は専従とするが、(3)に掲げる感染制御チーム（ICT）の専従者と異なることが望ましい。

① 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあつては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

② 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

③ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師

④ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

※ 抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員は、感染制御チームの業務及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務は、抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。

(10) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行う。

① 抗MRSA薬及び抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含めた広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。

② 感染症治療の早期モニタリングにおいて、①で設定した対象患者を把握後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物モニタリングの実施、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行い、その旨を記録する。

③ 適切な検体採取と培養検査の提出（血液培養の複数セット採取など）や、施設内のアンチバイオグラムの作成など、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を整備する。

④ 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的に評価する。

⑤ 当該保険医療機関の外来における過去1年間の急性気道感染症及び急性下痢症の患

者数並びに当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況を把握する。

⑥ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回実施する。なお、当該院内研修については、感染対策向上加算に係る院内感染対策に関する研修と併せて実施しても差し支えない。また、院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。当該院内研修及びマニュアルには、厚生労働省健康局結核感染症課「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に、外来における抗菌薬適正使用に係る内容を含める。

⑦ 当該保険医療機関内で使用可能な抗菌薬の種類、用量等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について医療機関内での使用中止を提案する。

(11) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制をとる。

※ 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制に係る業務については、施設の実態に応じて、感染制御チームではなく、抗菌薬適正使用支援チームが実施しても差し支えない。

(12) 抗菌薬適正使用支援チームが、他の保険医療機関（感染対策向上加算1に係る届出を行っていない保険医療機関に限る）から、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制を整備していること。また、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制があることについて、(6)に規定する定期的なカンファレンスの場を通じて、他の保険医療機関に周知すること。

第4条 標準予防策及び感染経路別予防策

感染防止の基本として、例えば手袋・マスク・ガウン等の個人防護具を、感染性物質に接する可能性に応じて適切に配備し、医療従事者にその使用法を正しく周知した上で、標準予防策（全ての患者に対して感染予防策のために行う予防策のことを指し、手洗い、手袋・マスクの着用等が含まれる）を実施するとともに、必要に応じて院内部門、対象患者、対象病原微生物等の特性に対応した感染経路別予防策（空気予防策、飛沫予防策及び接触予防策）を実施する。また、易感染患者を防御する環境整備に努める。

第5条 従業者研修

- (1) 感染制御チーム（ICT）により、院内感染防止対策の基本的考え方及び具体的方策、抗菌薬の適正な使用について従業者に周知徹底を図ることを目的に当院の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下に、開催する。
- (2) 研修は、年2回開催する。また、必要に応じて随時開催する。
- (3) 研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について記録する。

第6条 院内感染発生時の対応

- (1) 院内感染発生時は、その状況及び患者への対応等を院長に報告する。対策委員会を開催し、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。

- (2) MRSA等の感染を防止するため、「感染情報レポート」を週1回程度作成し、スタッフの情報供給を図るとともに、院内感染防止対策委員会で再確認等して活用する。

第7条 院内感染対策マニュアル

別紙、院内感染対策マニュアルに沿って、手洗いの徹底など感染対策に常に努める。

第8条 患者への情報提供と説明

- ① 本指針は、患者又は家族が閲覧できるようにする。
- ② 疾病の説明とともに、感染防止の基本についても説明して、理解を得た上で、協力を求める。

第9条 感染症への対応等

- (1) 病院の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示する。
- (2) 院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加している。
- (3) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開している。
- (4) 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する。
- (5) 下記に掲げる者を診断したときは、「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」により、省令で定める事項を保健所長を通じて都道府県知事へ届け出る。（編注：指定医療機関で届出を行う感染症は省略した）
 - ① 一類感染症の患者、二類感染症、三類感染症又は四類感染症の患者又は無症状病原体保有者、厚生労働省令で定める五類感染症（侵襲性髄膜炎菌感染症、風しん又は麻しん）又は新型インフルエンザ等感染症（新型コロナウイルス感染症を含む）の患者及び新感染症にかかっていると疑われる者は、診断後、直ちに届け出る。
 - ② 下記に掲げる厚生労働省令で定める五類感染症の患者（厚生労働省令で定める五類感染症の無症状病原体保有者を含む）は、診断後、7日以内に届け出る。
 - 一 アメーバ赤痢
 - 二 ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く）
 - 三 カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症
 - 四 急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く）
 - 五 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）
 - 六 クリプトスポリジウム症
 - 七 クロイツフェルト・ヤコブ病
 - 八 劇症型溶血性レンサ球菌感染症
 - 九 後天性免疫不全症候群
 - 十 ジアルジア症

- 十一 侵襲性インフルエンザ菌感染症
- 十二 侵襲性肺炎球菌感染症
- 十三 水痘（患者が入院を要すると認められるものに限る。）
- 十四 先天性風しん症候群
- 十五 梅毒
- 十六 播種性クリプトコックス症
- 十七 破傷風
- 十八 バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症
- 十九 バンコマイシン耐性腸球菌感染症
- 二十 百日咳
- 二十一 薬剤耐性アシネトバクター感染症

※②の「厚生労働省令で定める五類感染症の無症状病原体保有者」とは、下記を指す。

- 一 後天性免疫不全症候群
- 二 梅毒

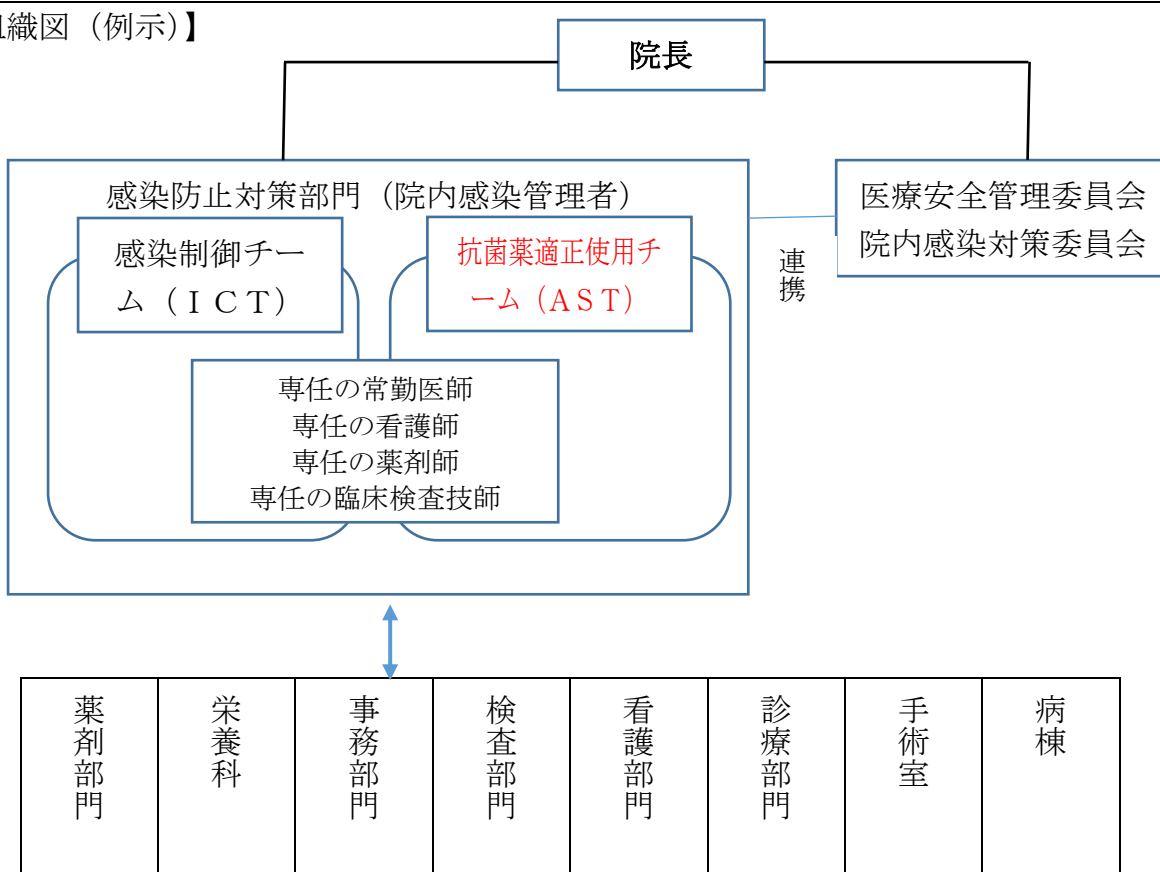
(6) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けることが望ましい。(現時点では、義務付けではない)

※ 指導強化加算を算定する場合は、「感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算の届出を行っている保険医療機関に、院内感染対策等に係る助言を行っている場合に算定する。」

第10条 その他の医療機関内における院内感染対策の推進

全職員が医療従事者として健康に関して自己管理につとめ、職業感染を予防する。

【組織図（例示）】



院内感染対策指針（A234-2 感染対策向上加算 2 を算定する場合の例示）

医療法で定めることが求められている「院内感染対策指針」に、A234-2 感染対策向上加算 2 を算定する場合に追加的に必要な項目を下線で例示しました。

これは、あくまでも策定例です。各医療機関の実情に合う形で必要事項を盛り込んで、実行可能な指針を策定して下さい。

第 1 条 院内感染対策に関する基本的な考え方

院内感染の防止に留意し、感染等発生の際にはその原因の速やかな特定、制圧、終息を図ることは、医療提供施設にとって重要である。院内感染防止対策を全従業員が把握し、指針に則った医療が提供できるよう、本指針を作成するものである。

第 2 条 院内感染対策委員会の設置及び運営・管理

- (1) 院長を議長とし、各専門職代表を構成員として組織する院内感染対策委員会（以下、対策委員会）を設け、毎月 1 回定期的に会議を行い、院内感染対策について協議を行う。緊急時は、臨時会議を開催する。
- (2) 委員は、職種・職位等にかかわらず、院内感染の防止に関して自由に発言できる。
- (3) 委員はその職務に関して知りえた事項のうち、一般的な院内感染防止対策以外のものは委員会及び院長の許可なく、院外の第三者に公開してはならない。
- (4) 対策委員会は、次の内容の協議・推進を行う。
 - ① 院内感染対策指針及びマニュアルの作成・見直し
 - ② 院内感染対策に関する資料の収集と職員への周知
 - ③ 従業者研修の企画
 - ④ 院内感染が発生した場合は、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。
 - ⑤ 患者の疑問、不安等の日常的な把握に関する事項

第 3 条 感染対策部門及び感染制御チーム、抗菌薬適正使用支援チームの設置と運営（感染対策部門の設置と院内感染管理者の配置）

- (1) 日常的な院内感染対策を進めるために、感染対策部門を設置し、部門内に感染制御チーム（ICT）を設置する。
- (2) 感染制御チーム（ICT）の構成員のうち 1 名を、院内感染管理者として配置し、感染対策部門の管理を行う。なお、院内感染管理者は A234 医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、入院料の通則 7 に掲げる院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

（感染制御チーム（ICT）の設置及び運営・管理）

- (3) 以下の構成員からなる感染制御チーム（ICT）を設置する。
 - ① 感染症対策に 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

② 5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師

③ 3年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

④ 3年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した専任の臨床検査技師

※ ③、④の適切な研修は、次の事項に該当する研修である。ただし、A234-2の感染防止対策加算の届出医療機関は、2023年3月31日まで基準を満たすものとみなされる。

ア 国又は医療関係団体等が主催し、修了証が交付されるもの。

イ 医療機関における感染防止対策の推進が目的。

ウ 講義により、次の内容を含む。

(イ) 標準予防策と経路別予防策

(ロ) 院内感染サーベイランス

(ハ) 洗浄・消毒・滅菌

(ニ) 院内アウトブレイク対策

(ホ) 行政（保健所）との連携

(ヘ) 抗菌薬適正使用

(4) 感染制御チーム（ICT）は、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布している。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂する。

(5) 感染制御チーム（ICT）により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っている。なお当該研修は入院料の算定要件である安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行う。

(6) 感染制御チーム（ICT）は、少なくとも年4回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加している。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、当該複数の医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回参加し、合わせて年4回以上参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った保険医療機関が主催する新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加している。

※ カンファレンス等は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても良い。ビデオ通話を用いる場合において、患者の個人情報等を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ている。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応している。

(7) 感染制御チーム（ICT）により、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。

（抗菌薬適正使用の監視）

(8) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制をとる。

第4条 標準予防策及び感染経路別予防策

感染防止の基本として、例えば手袋・マスク・ガウン等の個人防護具を、感染性物質に接する可能性に応じて適切に配備し、医療従事者にその使用法を正しく周知した上で、標準予防策（全ての患者に対して感染予防策のために行う予防策のことを指し、手洗い、手袋・マスクの着用等が含まれる）を実施するとともに、必要に応じて院内部門、対象患者、対象病原微生物等の特性に対応した感染経路別予防策（空気予防策、飛沫予防策及び接触予防策）を実施する。また、易感染患者を防御する環境整備に努める。

第5条 従業者研修

- (1) 感染制御チーム（ICT）により、院内感染防止対策の基本的考え方及び具体的方策について従業者に周知徹底を図ることを目的に当院の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下に、開催する。
- (2) 研修は、年2回開催する。また、必要に応じて随時開催する。
- (3) 研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について記録する。

第6条 院内感染発生時の対応

- (1) 院内感染発生時は、その状況及び患者への対応等を院長に報告する。対策委員会を開催し、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。
- (2) MRSA等の感染を防止するため、「感染情報レポート」を週1回程度作成し、スタッフの情報供給を図るとともに、院内感染防止対策委員会で再確認等して活用する。

第7条 院内感染対策マニュアル

別紙、院内感染対策マニュアルに沿って、手洗いの徹底など感染対策に常に努める。

第8条 患者への情報提供と説明

- ① 本指針は、患者又は家族が閲覧できるようにする。
- ② 疾病の説明とともに、感染防止の基本についても説明して、理解を得た上で、協力を求める。

第9条 感染症への対応等

- (1) 病院の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示する。
- (2) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開している。
- (3) 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区

域のゾーニングを行うことができる体制を有する。

(4) 下記に掲げる者を診断したときは、「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」により、省令で定める事項を保健所長を通じて都道府県知事へ届け出る。(編注：指定医療機関で届出を行う感染症は省略した)

- ① 一類感染症の患者、二類感染症、三類感染症又は四類感染症の患者又は無症状病原体保有者、厚生労働省令で定める五類感染症（侵襲性髄膜炎菌感染症、風しん又は麻しん）又は新型インフルエンザ等感染症（新型コロナウイルス感染症を含む）の患者及び新感染症にかかっていると疑われる者は、診断後、直ちに届け出る。
- ② 下記に掲げる厚生労働省令で定める五類感染症の患者（厚生労働省令で定める五類感染症の無症状病原体保有者を含む）は、診断後、7日以内に届け出る。

- 一 アメーバ赤痢
- 二 ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く）
- 三 カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症
- 四 急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く）
- 五 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）
- 六 クリプトスポリジウム症
- 七 クロイツフェルト・ヤコブ病
- 八 劇症型溶血性レンサ球菌感染症
- 九 後天性免疫不全症候群
- 十 ジアルジア症
- 十一 侵襲性インフルエンザ菌感染症
- 十二 侵襲性肺炎球菌感染症
- 十三 水痘（患者が入院を要すると認められるものに限る。）
- 十四 先天性風しん症候群
- 十五 梅毒
- 十六 播種性クリプトコックス症
- 十七 破傷風
- 十八 バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症
- 十九 バンコマイシン耐性腸球菌感染症
- 二十 百日咳
- 二十一 薬剤耐性アシネトバクター感染症

※ ②の「厚生労働省令で定める五類感染症の無症状病原体保有者」とは、下記を指す。

- 一 後天性免疫不全症候群
- 二 梅毒

(5) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けることが望ましい。(現時点では、義務付けではない)

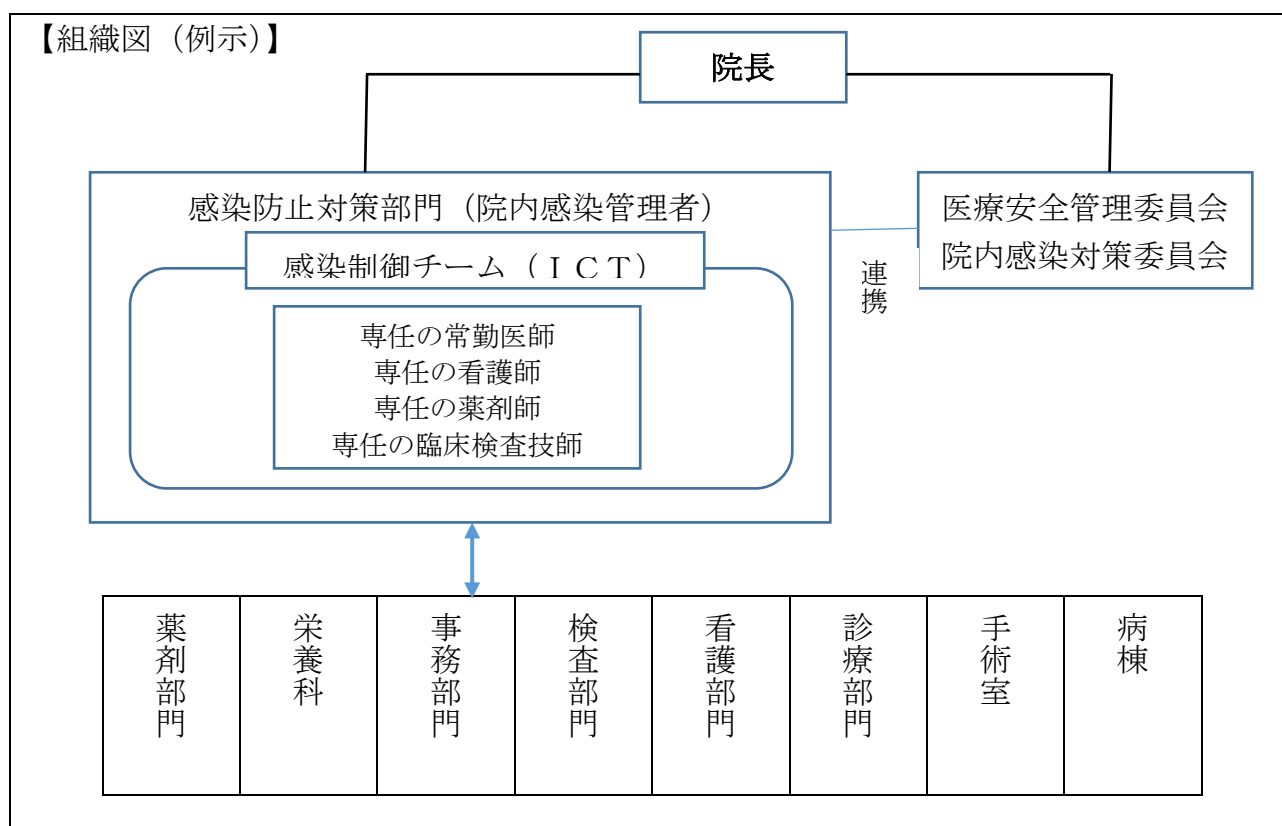
※ サーベイランス加算を算定する場合は、「院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサー

ベイランスに参加している」ことを追加する。

※ 連携強化加算を算定する場合は、「感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関に対し、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている」ことを追加する。

第10条 その他の医療機関内における院内感染対策の推進

全職員が医療従事者として健康に関して自己管理につとめ、職業感染を予防する。



院内感染対策指針（A234-2 感染対策向上加算 3 を算定する場合の例示）

医療法で定めることが求められている「院内感染対策指針」に、A234-2 感染対策向上加算 3 を算定する場合に追加的に必要な項目を下線で例示しました。

これは、あくまでも策定例です。各医療機関の実情に合う形で必要事項を盛り込んで、実行可能な指針を策定して下さい。

第 1 条 院内感染対策に関する基本的な考え方

院内感染の防止に留意し、感染等発生の際にはその原因の速やかな特定、制圧、終息を図ることは、医療提供施設にとって重要である。院内感染防止対策を全従業員が把握し、指針に則った医療が提供できるよう、本指針を作成するものである。

第 2 条 院内感染対策委員会の設置及び運営・管理

- (1) 院長を議長とし、各専門職代表を構成員として組織する院内感染対策委員会（以下、対策委員会）を設け、毎月 1 回定期的に会議を行い、院内感染対策について協議を行う。緊急時は、臨時会議を開催する。
- (2) 委員は、職種・職位等にかかわらず、院内感染の防止に関して自由に発言できる。
- (3) 委員はその職務に関して知りえた事項のうち、一般的な院内感染防止対策以外のものは委員会及び院長の許可なく、院外の第三者に公開してはならない。
- (4) 対策委員会は、次の内容の協議・推進を行う。
 - ① 院内感染対策指針及びマニュアルの作成・見直し
 - ② 院内感染対策に関する資料の収集と職員への周知
 - ③ 従業者研修の企画
 - ④ 院内感染が発生した場合は、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。
 - ⑤ 患者の疑問、不安等の日常的な把握に関する事項

第 3 条 感染対策部門及び感染制御チーム、抗菌薬適正使用支援チームの設置と運営（感染対策部門の設置と院内感染管理者の配置）

- (1) 日常的な院内感染対策を進めるために、感染対策部門を設置し、部門内に感染制御チーム（ICT）を設置する。
- (2) 感染制御チーム（ICT）の構成員のうち 1 名を、院内感染管理者として配置し、感染対策部門の管理を行う。なお、院内感染管理者は A234 医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、入院料の通則 7 に掲げる院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

（感染制御チーム（ICT）の設置及び運営・管理）

- (3) 以下の構成員からなる感染制御チーム（ICT）を設置する。
 - ① 専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

② 専任の看護師

※ 上記①の常勤医師及び②の看護師は、次の事項に該当する研修を修了していることが望ましい。

ア 国又は医療関係団体等が主催し、終了証を交付。

イ 医療機関における感染管理の推進が目的。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含む。

(イ) 標準予防策と経路別予防策

(ロ) 院内感染サーベイランス

(ハ) 洗浄・消毒・滅菌

(ニ) 院内アウトブレイク対策

(ホ) 行政（保健所）との連携

(ヘ) 抗菌薬適正使用

(4) 感染制御チーム（ICT）は、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布している。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂する。

(5) 感染制御チーム（ICT）により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っている。なお当該研修は入院料の算定要件である安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行う。

(6) 感染制御チーム（ICT）は、少なくとも年4回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加している。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、当該複数の医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回参加し、合わせて年4回以上参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った保険医療機関が主催する新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加している。

※ カンファレンス等は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても良い。ビデオ通話を用いる場合において、患者の個人情報等を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ている。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応している。

(7) 感染制御チーム（ICT）により、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。

(8) 院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関又は地域の医師会から助言を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行っていること。

第4条 標準予防策及び感染経路別予防策

感染防止の基本として、例えば手袋・マスク・ガウン等の個人防護具を、感染性物質に接する可能性に応じて適切に配備し、医療従事者にその使用法を正しく周知した上で、標準予防策（全ての患者に対して感染予防策のために行う予防策のことを指し、手洗い、手袋・マスクの着用等が含まれる）を実施するとともに、必要に応じて院内部門、対象患者、対象病原微生物等の特性に対応した感染経路別予防策（空気予防策、飛沫予防策及び接触予防策）を実施する。また、易感染患者を防御する環境整備に努める。

第5条 従業者研修

- (1) 感染制御チーム（ICT）により、院内感染防止対策の基本的考え方及び具体的方策について従業者に周知徹底を図ることを目的に当院の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下に、開催する。
- (2) 研修は、年2回開催する。また、必要に応じて随時開催する。
- (3) 研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について記録する。

第6条 院内感染発生時の対応

- (1) 院内感染発生時は、その状況及び患者への対応等を院長に報告する。対策委員会を開催し、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。
- (2) MRSA等の感染を防止するため、「感染情報レポート」を週1回程度作成し、スタッフの情報供給を図るとともに、院内感染防止対策委員会で再確認等して活用する。

第7条 院内感染対策マニュアル

別紙、院内感染対策マニュアルに沿って、手洗いの徹底など感染対策に常に努める。

第8条 患者への情報提供と説明

- ① 本指針は、患者又は家族が閲覧できるようにする。
- ② 疾病の説明とともに、感染防止の基本についても説明して、理解を得た上で、協力を求める。

第9条 感染症への対応等

- (1) 病院の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示する。
- (2) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開している。
- (3) 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する。
- (4) 下記に掲げる者を診断したときは、「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」により、省令で定める事項を保健所長を通じて都道府県知事へ届け出

る。(編注：指定医療機関で届出を行う感染症は省略した)

- ① 一類感染症の患者、二類感染症、三類感染症又は四類感染症の患者又は無症状病原体保有者、厚生労働省令で定める五類感染症（侵襲性髄膜炎菌感染症、風しん又は麻しん）又は新型インフルエンザ等感染症（新型コロナウイルス感染症を含む）の患者及び新感染症にかかっていると疑われる者は、診断後、直ちに届け出る。
- ② 下記に掲げる厚生労働省令で定める五類感染症の患者（厚生労働省令で定める五類感染症の無症状病原体保有者を含む）は、診断後、7日以内に届け出る。
 - 一 アメーバ赤痢
 - 二 ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く）
 - 三 カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症
 - 四 急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く）
 - 五 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）
 - 六 クリプトスポリジウム症
 - 七 クロイツフェルト・ヤコブ病
 - 八 劇症型溶血性レンサ球菌感染症
 - 九 後天性免疫不全症候群
 - 十 ジアルジア症
 - 十一 侵襲性インフルエンザ菌感染症
 - 十二 侵襲性肺炎球菌感染症
 - 十三 水痘（患者が入院を要すると認められるものに限る。）
 - 十四 先天性風しん症候群
 - 十五 梅毒
 - 十六 播種性クリプトコックス症
 - 十七 破傷風
 - 十八 バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症
 - 十九 バンコマイシン耐性腸球菌感染症
 - 二十 百日咳
 - 二十一 薬剤耐性アシネトバクター感染症

※②の「厚生労働省令で定める五類感染症の無症状病原体保有者」とは、下記を指す。

- 一 後天性免疫不全症候群
- 二 梅毒

(5) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けることが望ましい。(現時点では、義務付けではない)

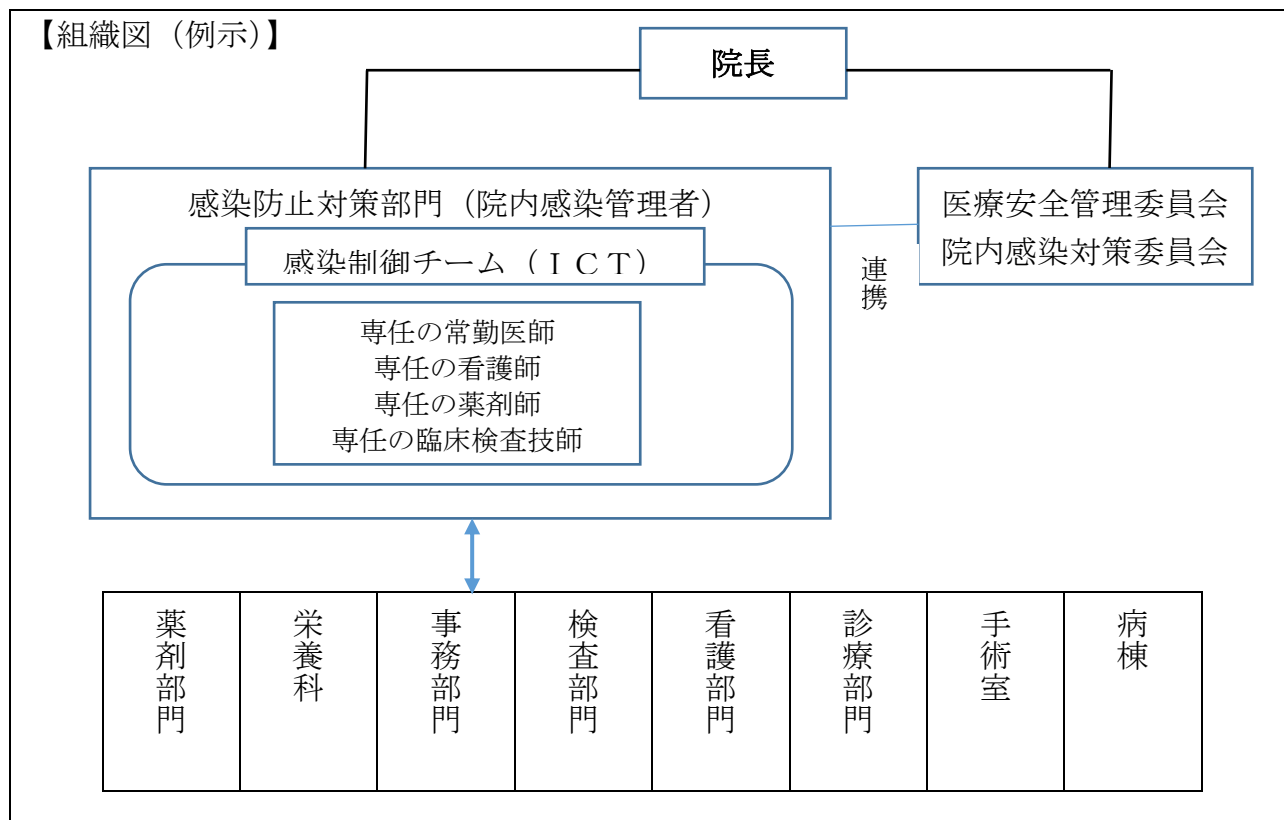
※ サーベイランス加算を算定する場合は、「院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加している」ことを追加する。

※ 連携強化加算を算定する場合は、「感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関に対し、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている」こ

とを追加する。

第10条 その他の医療機関内における院内感染対策の推進

全職員が医療従事者として健康に関して自己管理につとめ、職業感染を予防する。



院内感染対策マニュアル（A234-2 感染対策向上加算 1～3 を算定する場合の例示）

下記は、厚生労働科学研究「安全性の高い療養環境及び作業環境の確立に関する研究」（平成 20 年度総括研究報告書）の小規模病院／有床診療所施設内指針（マニュアル）2009—単純かつ効果的マニュアルの 1 例—（2013 年度案・2014 年 3 月改訂）をベース（1～16）に、A234-2 感染対策向上加算 1～3 の要件を満たす場合に必要な項目として、17 職業感染対策（平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）「薬剤耐性菌等に関する研究」の医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き（案）、及び 18 疾患別感染対策（大阪大学医学部付属病院感染制御部）を追加し、追加分を下線で示しました。

（ここに示す例は、あくまでも 1 例であり、この 1 例を参照して、各施設に適した形で、単純かつ効果的でしかも実践しやすいマニュアルとして作成しなおすことが望ましい）

1. 手指衛生

1-1. 個々の患者のケア一前後に、石けんと流水による手洗いか、アルコール製剤による擦式消毒をおこなう。

1-2. 使い捨て手袋を着用してケアをする場合の前後も、石けんと流水による手洗いか、アルコール製剤による擦式消毒をおこなう。

1-3. 目に見える汚れが付着している場合は必ず液体石鹸と流水による手洗いをおこなうが、そうでない場合は、アルコール製剤による擦式消毒でも良い。

1-4. 手荒れ防止に関する配慮（皮膚保護剤の良質な手荒れの起きにくい石けん／擦式消毒薬使用、および、適切なスキンケアの実施）をおこなう。

註 1：手拭タオルはペーパータオルを使用するようにする。このことにより、手洗いの遵守率が向上し、診療所の質も評価される可能性がある。経済的負担はこれに十分値すると考える。

註 2：洗面器を使用した手指消毒（ベイスン法）は、不適切な消毒法であり、有効に消毒できないため、おこなわない。

2. 手袋

2-1. 血液／体液には、直接触れないように作業することが原則である。血液／体液に触れる可能性の高い作業をおこなうときには、使い捨て手袋を着用する。

2-2. 手袋を着用した安心感から、汚染した手袋でベッド、ドアノブなどに触れないよう注意する。

2-3. 使い捨て手袋は患者（処置）ごとの交換が原則である。やむをえずくり返し使用する場合には、そのつどのアルコール清拭が必要である（材質に対する影響あり）。

3. 個人防護具 personal protective equipments (PPE)

3-1. 患者と濃厚な接触をする場合、血液／体液が飛び散る可能性のある場合は、PP

E（ガウンまたはエプロン、ゴーグル、フェイス・シールドなどの目の保護具、手袋、その他の防護具）を着用する。

4. 医用器具・器材

- 4-1. 滅菌物の保管は、汚染が起こらないよう注意する。汚染が認められたときは、廃棄、あるいは、再滅菌する。
- 4-2. 滅菌済器具・器材を使用する際は、無菌野（滅菌したドレープ上など）で滅菌手袋着用の上で取り扱う。
- 4-3. 非無菌野で、非滅菌物と滅菌物とを混ぜて使うことは意味が無い。
- 4-4. 洗浄前消毒薬処理は洗浄の障害となるのでおこなわない（滅菌再生器材）。

5. リネン類

- 5-1. 共用するリネン類（シーツ、ベッドパッドなど）は病院の洗濯条件（熱水消毒 80℃・10分間）で洗濯後に再使用する（熱水消毒装置が無い場合は、0.05～0.1%（500～1,000ppm）次亜塩素酸ナトリウム 30分間浸漬処理後洗濯、あるいは、外注洗濯とする）。
 - 5-2. 熱水消毒が利用できない場合には、次亜塩素酸ナトリウムなどで洗濯前処理する。
- 註3：血液の付着したリネンは、血液を洗い落としてから次亜塩素酸ナトリウム消毒すべきであるが、汚染の拡散に十分注意する。この意味においても、たとえ小型であれ、医療施設用熱水洗濯機を導入すべきである。

6. 血管内留置カテーテル関連感染対策

- 6-1. 感染対策のためのケア・バンドルを作成して、従事者の順守率を改善させる。
（ケア・バンドルとは、ランダム化比較試験（RCT）で有用性が認められた複数の手法を、単独ではなく束ねて（Bundle）おこなうことで、最大限の効果を得る施策である）（下記資料参照）

（資料）感染防止のためのケア・バンドルの例

下記の項目を記載した用紙にて、患者ごとに実施した項目のチェックを実施し、集計して実施率を評価する。

- 中心静脈カテーテル留置時の感染防止のためのケア・バンドル
 - 1. 手指衛生
 - 2. マキシマルバリアプリコーション（キャップ、マスク、滅菌ガウン、滅菌グローブ、大きな滅菌覆布）
 - 3. 皮膚消毒
 - 4. 無菌的挿入と固定
 - 5. 手指衛生
- カテーテル関連尿路感染防止のケア・バンドル
 - 1. 手指衛生
 - 2. 滅菌グローブ着用

3. 挿入部の洗浄もしくは消毒
 4. 無菌的挿入と固定
 5. 手指衛生
- 人工呼吸器関連肺炎予防のための気道吸引のケア・バンドル
1. 患者のヘッドアップ確認
 2. 手指衛生
 3. 個人防護具の着用（グローブ、エプロンまたはガウン、マスク着用）
 4. 清潔操作による吸引
 5. 手指衛生

- 6-2. 高カロリー輸液を調製する作業台は、アルコールなどの消毒薬によって清拭消毒する。
- 6-3. 混合調製した輸液製剤は24時間以内に使用する。
- 6-4. 刺入部の皮膚消毒は、10w/v%ポビドンヨード、0.5w/v%クロルヘキシジンアルコールまたは0.1~0.5w/v%クロルヘキシジングルコン酸塩液（グルコン酸クロルヘキシジン液）を使用し、消毒薬をふき取らず、消毒後は2~3分間時間を置いてから刺入する。
- 6-5. 刺入操作は、滅菌手袋と清潔なガウンを着用して無菌操作でおこない、大き目の覆布を使用し、マスク、キャップなどのマキシマルバリアプリコーション（maximal barrier precaution）が望ましい。
- 6-6. 血液および血液製剤は、4時間以内に投与し、脂肪乳剤は24時間以内に注入してセットを交換する。単独投与では12時間以内に投与する。投与後の輸液ラインの交換は24時間以内におこなう。
- 6-7. 輸液ラインは、クローズドシステムが望ましく、三方活栓の使用は控えるのが望ましい。
- 6-8. 輸液ラインの交換は、最低96時間（4日間）の間隔をあけるか最長7日まで延長する事が可能である。
- 6-9. 側注する場合の注入口の消毒は、アルコール綿の使用が望ましい。
- 6-10. 皮膚刺入部のドレッシングは透明フィルムが望ましく、1週間に一回の交換でよい。滅菌ガーゼの場合は、2日に一回は交換しなければならない。

7. 尿路カテーテル関連感染対策

- 7-1. 感染対策のためのケア・バンドルを作成して、従事者の順守率を改善させる。（前頁参照）
- 7-2. 尿路カテーテル挿入部を、シャワーや洗浄で清潔に保つことが重要である。
- 7-3. 尿路カテーテルの挿入は無菌操作でおこない、無理な挿入はおこなわない。
- 7-4. 閉鎖式導尿システムを選択し、尿バッグは尿が逆流しないように膀胱部より低い位置に固定する。ただし、床にはつけない。

8. 人工呼吸器関連感染対策

- 8-1. 感染対策のためのケアー・バンドルを作成して、従事者の順守率を改善させる。
(前頁参照)
- 8-2. 人工呼吸器関連肺炎 ventilator associated pneumonia (VAP) は、人工呼吸器を装着後 48 時間以降に発生する肺炎であり、挿管チューブは滅菌したものを使用する。
- 8-3. 吸痰操作は、手袋もしくは鑷子を使用して無菌的におこなう。
- 8-4. 吸引チューブは単回使用が望ましいが、再使用する場合には、外部をアルコール綿で拭き、滅菌水（注射用蒸留水など）で内腔を吸引洗浄後、再度アルコールで拭いてから、8v/v%エタノール添加 0.1w/v%第四級アンモニウム塩（当該施設採用商品名）に浸漬保存する。
- 8-5. 経管栄養を実施している場合には、逆流による誤嚥防止のために可能であれば頭部を約 30 度挙上する。
- 8-6. 加湿には、人工鼻を利用する。加湿器を使用する場合には、滅菌精製水を使用する。
- 8-7. 回路内の結露が患者側に流れ込まないようにする。
- 8-8. 呼吸回路の交換は、目に見える汚染がある場合におこない、定期的におこなう必要はない。
- 8-9. 人工呼吸器の回路（蛇管など）は、セミクリティカル器材であり、単回使用で無い場合は、熱水消毒（80℃ 10 分間）もしくは滅菌する。

9. 手術部位感染対策

- 9-1. 手術部位感染 surgical site infection (SSI) は、術後 30 日以内（インプラント器材がある場合には術後 1 年以内）に発生したものと定義されているため、術後 1 か月まで追跡して診断する。
- 9-2. 全身麻酔にて手術をおこなう場合には、手術前の血糖値のコントロール、喫煙の禁止、栄養状態の改善、術前シャワー浴の実施などに留意する。
- 9-3. 術前の入院期間を短縮し、病院内生息菌（薬剤耐性菌）の定着を防ぐ。
- 9-4. メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）の鼻腔内の定着状況の積極的監視培養は、過大侵襲的手術（心臓、脳神経外科、人工骨頭、異物挿入、などの手術）の前には推奨されているが、一般的手術の場合には特に実施する必要はない。監視培養の結果、MRSA の鼻腔内への定着者に対するムピロシン軟膏による除菌は、すべての手術には推奨されていない（註：内科系においても監視培養については同様である）。
- 9-5. 術野の消毒は、0.5w/v%クロルヘキシジンアルコール、10w/v%ポビドンヨードを使用して広い範囲を消毒し、2~3 分経過後に執刀する。
- 9-6. 術野のカミソリ除毛はおこなわない。硬毛が邪魔な場合には、手術用クリップを用いて手術の直前に、必要最小限の範囲を除毛する。
- 9-7. 手洗い後には、擦式消毒用アルコール製剤を追加使用する。
- 9-8. 予防的抗菌薬投与は、執刀直前に第一～第二世代セフェム系抗菌薬を中心に、単回

投与する。手術時間が3時間以上に及ぶ場合には、追加投与する。

- 9-9. 手術室空調は高性能エアフィルター（必ずしも超高性能 high efficiency particulate air (HEPA) フィルターでなくとも良い）を用いた空調が望ましく、手術室内を陽圧に維持するために入口のドアは常に閉じておく。
- 9-10. 手術室への入室者数は必要最小限とし、手術中の部屋の出入りもなるべく少なくする。
- 9-11. 手術後の手術室は、水拭き清掃が大切であり、環境消毒は推奨されていない。必要があれば汚染箇所のみ次亜塩素酸ナトリウムを用いて消毒する。
- 9-12. 手術器械は、洗浄後に高圧蒸気滅菌をおこなう。非耐熱性器材は低温滅菌（酸化エチレンガス滅菌、過酸化水素低温ガスプラズマ滅菌、過酸化水素ガス低温滅菌、低温蒸気ホルムアルデヒド滅菌など）もしくは化学滅菌剤（グルタラール、過酢酸）処理する。
- 9-13. 手術創は、術後48時間は滅菌ドレッシングで覆うが、それ以降は開放創としてかまわない。また、手術創の消毒は必要ない。
- 9-14. 手術部位感染サーベイランスを実施して、感染率の低下につとめる。

10. 消化管感染症対策

- 10-1. 糞便一経口の経路を遮断する観点から、手洗いや手指消毒が重要である。
- 10-2. 糞便や吐物で汚染された箇所の消毒が必要である。
- 10-3. 床面等に嘔吐した場合は、手袋、マスクを着用して、重ねたティッシュや不織布ガーゼで拭き取り、プラスチックバッグに密閉する。汚染箇所の消毒は、次亜塩素酸ナトリウムを用い、平滑な表面であれば、5%溶液の50倍希釈液（1,000ppm）を、カーペット等は10倍希釈液（5,000ppm）を用い、10分間接触させる。表面への影響については、消毒後に、設備担当者と相談する。蒸気クリーナー（温度上昇が不十分のことが多いので注意する）、または、蒸気アイロンで熱消毒（70℃・5分間、100℃・1分間）することも良い。
- 10-4. 汚染箇所を、一般用掃除機（超高性能フィルターで濾過排気する病院清掃用掃除機以外のもの）で清掃することは、汚染を空気中に飛散させる原因となるので、おこなわない。

11. 患者隔離

- 11-1. 空気感染する感染症では、患者を陰圧の個室、または、屋外に排気する換気扇の付いた個室に収容する。
- 11-2. 飛沫感染する感染症では、患者を個室に収容するのが望ましい。個室に収容できない場合には、患者にサージカルマスクを着用してもらうか、または、多床室に集団隔離（コホート看護）する。多床室においては、カーテンによる隔離の活用を考慮する。
- 11-3. 接触感染する感染症では、技術的隔離を原則とし、交差汚染を起こさないよう十分注意をする。汚染が飛散する危険性のあるときは、個室隔離等も考慮する。

1 2. 感染症発生時の対応

- 12-1. アウトブレイクを疑う基準としては、1例目の発見から4週間以内に、同一病棟において新規に同一菌種による感染症の発病症例（以下の4菌種は保菌者を含む：バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）、多剤耐性緑膿菌（MDRP）、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）、多剤耐性アシネトバクター・バウマニ（multidrug resistant *Acinetobacter baumannii* : MDR-Ab）が計3例以上特定された場合、あるいは、同一機関内で同一菌株と思われる感染症の発病症例（抗菌薬感受性パターンが類似した症例等）（上記の4菌種は保菌者を含む）が計3例以上特定された場合を基本とする。
- 12-2. アウトブレイク（集団発生）あるいは異常発生が考えられるときは、感染管理担当者（註：施設によっては院長）に連絡し、原因排除に努める。
- 12-3. 対策をおこなったにもかかわらず、更に感染者が増える場合には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。
- 12-4. 同一医療機関内で同一菌種による感染症の発病症例（上記の4菌種は保菌者を含む）が多数にのぼる場合（目安として10名以上となった場合）または当該院内感染事案との因果関係が否定できない死亡者が確認された場合においては、管轄する保健所に速やかに報告する。
- 12-5. 前項の状況に至らない時点においても、医療機関の判断の下、必要に応じて保健所に連絡・相談することが望ましい。
- 12-6. 日常的な個々の感染症例は、所轄保健所もしくは近隣の医療施設の専門医に相談しつつ治療する。
- 12-7. ICT もしくは院長の判断により、病棟閉鎖の必要が生じた場合は、迅速に処理する。

1 3. 抗菌薬の適正使用

- 13-1. 対象微生物と対象臓器の組織内濃度を考慮した適正量の投与をおこなう。
- 13-2. 分離細菌の薬剤感受性検査結果に基づく抗菌薬選択をおこなう。
- 13-3. 細菌培養等の検査結果を得る前でも、必要な場合は、経験的治療 empiric therapy をおこなわなければならない。
- 13-4. 必要に応じた血中濃度測定 therapeutic drug monitoring (TDM) により適正かつ効果的投与をおこなうことが望ましい。
- 13-5. 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）。
- 13-6. 手術に際しては、対象とする臓器内濃度と対象微生物への最小発育阻止濃度（MIC）とを考慮して、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。
- 13-7. 抗メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）薬、カルバペネム系抗菌薬などの使用状況を把握しておく。

- 13-8. 抗メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）薬、カルバペネム系抗菌薬などの使用状況を把握しておく。
- 13-9. MRSA、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）、多剤耐性緑膿菌（MDRP）など特定の多剤耐性菌を保菌していても、無症状の症例に対しては、抗菌薬の投与による除菌はおこなわない。
- 13-10. 施設における薬剤感受性パターン（抗菌薬感受性率表：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。

14. 予防接種

- 14-1. 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制御策である。
- 14-2. 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おこなう。
- 14-3. 患者／医療従事者共に必要なワクチンの接種率を高める工夫をする。

15. 医薬品の微生物汚染防止

- 15-1. 血液製剤（ヒトエリスロポエチンも含む）や脂肪乳剤（鎮静薬であるプロポフォールも含む）の分割使用をおこなってはならない。
- 15-2. 生理食塩液や5%ブドウ糖液などの注射剤の分割使用は、原則としておこなってはならない。もし分割使用するのであれば、共用は避けて冷所保存で24時間までの使用にとどめる。
- 15-3. 経腸栄養剤の投与セットには、使用のつどの消毒または乾燥が必要である。
- 註4：生理食塩水などの分割使用は、細菌汚染のみならず、B型肝炎やC型肝炎などの原因にもなる。
- 註5：混注後の輸液の作り置きは、室温保存では6時間以内とする。

16. 医療施設の環境整備

- 16-1. 床、テーブルなどは汚染除去を目的とした除塵清掃が重要であり、湿式清掃をおこなう。また、日常的に消毒薬を使用する必要はない。
- 16-2. 手が頻繁に触れる部位は、1日1回以上の水拭き清拭または消毒薬（両性界面活性剤、第四級アンモニウム塩、アルコールなど）による清拭消毒を実施する（アルコールは広範囲には適用しない）。
- 註6：環境消毒のための消毒薬の噴霧、散布、燻蒸および紫外線照射、オゾン殺菌は、作業員や患者に対して有害であり、特殊な条件下以外では実施しない。

17. 職業感染予防策

この部分は、医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き（案）より作成した。

17-1.

- (1) 職業感染予防策として標準的な感染予防策の徹底、安全器材の導入など業務中に血液・体液に直接的に曝露されないようにする。
- (2) 施設管理者は医療従事者が曝露事故にあった場合にそなえて、緊急報告、緊急処置、治療、予防、経過観察などのマニュアルを整備する。
- (3) 患者由来の感染源に曝露した場合はHBV、HCV、HIVの感染リスクの評価をする。
- (4) 患者由来の血液や体液などに曝露した皮膚は石鹼と水で、粘膜は水で洗う。
- (5) 血液や体液に曝露した事故者は、速やかに院内感染対策担当者、あるいは施設管理責任者に報告する。
- (6) 施設管理責任者は事故報告を受けたら、緊急処置がとれる体制を整備する。
- (7) 感染対策担当者は曝露事故の全数とその後の経過を把握する。
- (8) EPINet 日本語版を用いた事故サーベイランスを実施し、事故防止に必要な対策を講じる方が良い。

17-2. B型肝炎対策

- (1) 血液や体液に曝露する可能性のある医療従事者はB型肝炎ワクチン接種をうける。
- (2) 汚染源のHBs抗原および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。
- (3) 曝露者がHBワクチン（3回接種）未実施でHBs抗原、HBs抗体の両方が陰性の場合、事故後速やかに抗HBsヒト免疫グロブリン製剤を投与し、初回のHBsワクチン（3回接種）を開始する。
- (4) 曝露者がHBワクチン（3回接種）接種者でHBs抗体が陰性の場合、事故後速やかに抗HBsヒト免疫グロブリン製剤を投与し、HBワクチン（3回接種）の追加が必要であれば開始する。
- (5) 曝露者が2度のHBワクチンでもHBs抗体陰性の場合、事故直後と一カ月後に抗HBsヒト免疫グロブリン製剤の接種を受ける。
- (6) 曝露者のHBs抗原、HBs抗体、AST（GOT）、ALT（GPT）を、事故直後、1カ月後、3カ月後、6カ月後および1年後に検査する方が良い。
- (7) 曝露者がHBVキャリアの場合は、肝臓の専門医を受診した方が良い。

17-3. C型肝炎

- (1) 曝露者のHCV抗体およびAST（GOT）、ALT（GPT）を、事故直後、1ヶ月後、3カ月後、6カ月後および1年後に検査する方が良い。
- (2) 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方が良い。
- (3) HCV抗体の陽転、あるいはALTの上昇を認めた時はHCV-RNA検査を行う。
- (4) HCV-RNAが陽転化した場合はインターフェロンによる治療を行う。

17-4. HIV

- (1) HIV抗体陽性の血液や体液による汚染事故発生に備えて、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。

- (2) HIV 抗体陽性の血液や体液による汚染事故が起きた場合は、曝露者は直ちに HIV 専門医もしくは院内感染対策担当者に予防内服について相談する。
- (3) 事故直後、HIV 専門医と連絡がとれない場合は、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。72 時間以降の服用は効果が減弱するので、それ以前に行う。
- (4) 曝露者は予防内服の実施の如何にかかわらず、事故直後、1 カ月後、3 カ月後、6 カ月後および 1 年後に検査する方が良い。

17-5. ワクチン接種

- (1) 水痘、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎に関して、これらの患者に接する機会の多い部署の医療従事者で各々のウイルスに対する抗体陰性者はワクチン接種を受ける。
- (2) 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。
- (3) 血液や体液に曝露す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。

17-6. 医療廃棄物

- (1) 施設管理者は医療行為等によって生じた廃棄物は自らの責任において処理する。
- (2) 施設管理者は、施設内で生じる感染性廃棄物を処理するために、特別管理産業廃棄物管理責任者を置き、管理体制の充実を図る。
- (3) 施設管理者は、施設内で生じる感染性廃棄物の取扱いについて管理規定を作製し、感染性廃棄物の処理が適正に行われているか監視する。
- (4) 感染性廃棄物と非感染性廃棄物の分別を行い、それぞれの廃棄容器には感染性（バイオハザードマーク）や非感染性であることを明記したラベルなどでの表示を行う。
- (5) 感染性廃棄物の施設内における移動は、移動の途中で内容物が飛散・流出するおそれのないように蓋付きの容器などを使用する。

17-7. 保険

- (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なう。
- (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、事前に保険に加入するよう勧告する。

17-8. 健康診断

- 8.1 業務に従事する者に対して結核に係る定期の健康診断を実施する。

Ⅲ 疾患別感染対策

この部分は、大阪大学医学部附属病院 感染制御部のホームページの一部を抜粋した。

https://www.hosp.med.osaka-u.ac.jp/home/hp-infect/contents/manual_top.html

18. 疾患別感染対策

18-1. 薬剤耐性菌

- (1) 医療従事者は標準予防策を遵守し、適切に接触感染予防策を実施する。
- (2) 各部署では、薬剤耐性菌の検出状況を多職種間で共有し、常にアップデートする。

18-2. 結核

- (1) トリアージ（優先的診察）体制：掲示で結核疑い者や有症状者の自己申告を促し、外科用マスクを着用させ、感染制御外来で優先的に診察する。
- (2) 結核疑い例の処置・検査時の N95 マスク着用を徹底する。
- (3) 職員の定期胸部 X 線検査を毎年行う。
- (4) 入院患者が喀痰塗抹陽性または胸部 X 線で肺結核発症を疑われた場合、「感染対策部門」に連絡し、まず個室隔離して、空気感染対策を行う。外出は制限（出診時は外科用マスクを着用）し、入室者は N95 マスク着用とする。
- (5) 外来患者や職員が結核発症を疑われた場合、結核専門病院を受診させる。
- (6) 結核診断確定の場合、診断した医師はただちに「感染対策部門」に報告する。「感染対策部門」から保健所へ届け出を行い、感染対策を行った上で結核専門病院へ転院させる。

18-3. 麻疹

- (1) 院内感染予防として、職員の免疫獲得のためワクチン接種を行う。
- (2) 職員・患者共に発症が疑われた時点で「感染対策部門」に連絡し、小児科、総合診療科または皮膚科を受診させる。
- (3) 発症患者（疑い患者）が入院患者の場合は、直ちに個室に収容し患者及び家族に十分な隔離説明をする。
- (4) 入院が必要となった場合には、周囲への二次感染を予防するため、発症が疑われた患者の院内移送に関しては隔離搬送する。
- (5) カタル症状出現の 2 日前から発症者と同一フロアにいた接触者をリストアップし、2 回以上のワクチン接種歴が明らかではない者、または過去に抗体価の検査を行っていない者についてはすみやかに抗体価を測定する。抗体陰性の接触者に、接触後 72 時間以内であればワクチン緊急接種を検討する（ただし、妊婦と免疫低下患者はワクチン接種禁忌である）。

18-4. 水痘

- (1) 院内感染予防として、職員の免疫獲得のためワクチン接種を行う。
- (2) 職員・患者共に発症が疑われた時点で「感染対策部門」に連絡し、小児科、総合診療科または皮膚科を受診させる。
- (3) 清拭・入浴の際には、全水疱が痂皮化するまで、皮膚を強く搔かせないように指導する。
- (4) 発疹出現の 2 日前から発症者と同一フロアにいた職員、患者、付き添い者等をリストアップし、2 回以上のワクチン接種歴が明らかではない者、過去に抗体価の検査を行っていない者、水痘の罹患歴がない者についてはすみやかに抗体価を測定する。
- (5) 接触患者は、ワクチン緊急接種や抗ウイルス薬内服、グロブリン投与を共に行わない場合、接触後 8 日目から 21 日目までは個室隔離とする。

- (6) 2回以上のワクチン接種歴や罹患歴が明らかではない職員、または過去に抗体価が陰性もしくは十分な抗体価が得られていない職員は、発症がない場合でも接触後8日目から21日目までは就業停止を考慮する。
- (7) 既往歴がなく抗体陰性の接触者には、接触後72時間以内であればワクチン緊急接種を検討する（ただし、妊婦と免疫低下患者はワクチン接種禁忌である）。

18-5. 流行性耳下腺炎

- (1) 院内感染予防として、職員の免疫獲得のためワクチン接種を行う。
- (2) 職員・患者共に発症が疑われた時点で「感染対策部門」に連絡し、小児科、総合診療科または耳鼻咽喉科を受診させる。
- (3) 発症の7日前から発症者と密接な接触や近くで会話をした職員、患者、付き添い者などをリストアップし、2回以上のワクチン接種歴が明らかではない者、過去に抗体価の検査を行っていない者についてはすみやかに抗体価を測定する。
- (4) 接触後5日目から25日目までは無症候性にウイルスを排泄する可能性があり、接触した患者は可能であれば退院を検討する。患者は飛沫感染対策とし個室隔離とする。
- (5) 抗体価が陰性もしくは十分な抗体価が得られていない医療従事者でワクチン未接種者は、発症がない場合でも接触後5日目から25日目までは就業停止を考慮する。微熱や前駆症状があれば専門科を受診させる。

18-6. 流行性角結膜炎（EKC）

- (1) 入院患者で重症な場合は個室隔離し接触感染対策を行う。隔離および接触感染対策は症状の消失まで継続する。
- (2) 職員がEKC疑いの際には眼科受診し、EKCが確定もしくは否定できない場合はすぐに帰宅し、症状の消失まで自宅待機する。
- (3) 入院患者および院内職員においてウイルス感染症発症の疑い、または発症が確認された場合は直ちに「感染対策部門」まで連絡する。夜間であれば翌朝、休日であれば休日明けの朝に連絡をする。
- (4) 発症者は、眼分泌物に触れた後や眼に触れる前の手指衛生教育を行い徹底させる。洗面器・タオル・点眼薬等を共有せず、入浴も最後にする。入室者は、患者接触後は流水と石けんによる手指衛生を励行する。入室前後にアルコールによる手指衛生も徹底する。発症者の処置時は手袋を着用し、患者毎に交換する。なお、高頻度接触面（ドアノブ、ベッド柵、テーブル）は、200ppmの次亜塩素酸Naで清拭消毒する。
- (5) 接触者（下記①～③）は、接触後14日間は、顔面、特に眼を触らないように注意し、手指衛生を徹底させる。潜伏期間に7～14日と幅があり、発症の3日前から無症候性にウイルスを伝播する可能性があることに留意し、眼の異常があれば、眼科を受診する。
 - ① EKC(疑い含む)を発症した患者の診察やケアを行った職員
 - ② 同室患者
 - ③ EKC(疑い含む)を発症した職員が診察やケアを行った患者

18-7. インフルエンザ

- (1) 院内感染予防として、職員の免疫獲得のためワクチン接種を行う。ただし、アレルギー等で接種が適当でないと判断された者等は除く。
- (2) 高齢者等、ハイリスクグループである患者には、シーズンの前にワクチン接種を勧める。
- (3) インフルエンザ罹患が疑われる職員の対応
 - ① 出勤前に、38℃を超える発熱があった職員は、職場責任者に電話連絡し、必ず近医を受診する。
 - ② 勤務中に38℃を超える発熱および上気道症状、あるいは全身倦怠感を自覚した場合は、下記事項を厳守する。
 - ア. サージカルマスクを着用する。
 - イ. 職場責任者に症状を報告し、帰宅して、医療機関を受診しインフルエンザ抗原検査を行うか、又は、当院でインフルエンザ抗原検査を実施し、帰宅する。なお、抗ウイルス薬の予防投与を検討する。
 - ③ 「インフルエンザ」と診断された場合は勤務を控える。当該職員は解熱後2日間の自宅療養の後、職場復帰する。
 - ④ 抗原検査陰性の場合、解熱後症状がなくなれば勤務に復帰するが、念のため職場復帰後2日間は、マスク着用の上、勤務する。
- (4) 入院患者にインフルエンザ罹患を疑う場合
 - ① 抗原検査陽性の場合
 - ア. 患者の状態を考慮し、可能な場合は抗ウイルス薬を処方し、退院や外泊を検討する。
 - イ. 入院を継続する場合は、解熱後2日目まで個室管理を原則とする。
 - ウ. 「感染対策部門」に連絡し、二次発症予防の対策を行う。
 - ② 抗原検査陰性の場合でも、インフルエンザを臨床的に疑う場合には、個室管理とし、主治医の判断で治療を行う。
- (5) 職員や入院患者にインフルエンザが発生した場合、濃厚接触者の患者に対して、医学上の利益が副作用を上回ると判断された場合、主治医の判断で抗ウイルス薬の予防投与を考慮する。
- (6) 外来での対応
 - ① 発熱、咳などの上気道症状のある患者には、サージカルマスクを着用させ、個室に隔離する。(個室がない場合は感染制御外来を使用する)
 - ② 優先診療により、インフルエンザ抗原検査を行う。
 - ③ サージカルマスクを着用させ、診察後は院内を歩き回ったりしないよう、速やかに帰宅させる。
- (7) 来院者への注意の喚起
 - ① 受診患者にはマスク着用の上来院してもらうように病院玄関にポスターを掲示する。
 - ② 有症状者へは総合案内や受付にてサージカルマスクを配布し着用してもらう。
 - ③ 病棟入り口に面会者へ院内感染防止のための注意を促すために、ポスターを掲示

する。

18-8. SARS (対応できない場合は、受け入れ病院を紹介する)

(1) 事前の電話連絡を受けた場合

- ① 携帯電話を持参している場合は病院玄関前で再度電話をかけてもらう「感染対策部門」。携帯電話を持たない場合は、玄関インターホンにて来院を伝えてもらう。
- ② トリアージ誘導職員は、玄関で待機し、患者来院時に玄関外でサージカルマスクを着用してもらう。
- ③ 感染制御外来に誘導する

(2) 事前の電話連絡なしに受診された場合

- ① ポスターを掲示し、マスクを玄関で着用してもらう
- ② トリアージ誘導職員配置中、職員はマスク着用の患者来院時は問診を行う
- ③ トリアージ誘導職員を配置していない時期には感染のリスクは極めて少ないので、総合案内職員が問診を行い、SARS 不安例の場合マスクを着用してもらい、感染制御外来に待機してもらう。そして感染制御部へ連絡する。

(3) 受診後 SARS 疑いであることが判明した場合

- ① 診療科は速やかに患者にサージカルマスク着用のうえ、感染制御部へ連絡し感染制御外来へ誘導する
- ② 患者周囲の接触場所をアルコール清拭する。
- ③ 患者の周囲 (2 m以内) にいた可能性のある患者名を記録する
- ④ 当該患者が SARS 疑似例以上と診断された場合、接触 (2 m以内で会話したあるいは咳嗽がある場合は 2 m以内にいた) 職員および外来患者は 10 日間の自宅待機と体温測定を行う。
- ⑤ 当該患者が SARS 疑似例未満と診断された場合、職員の就労は通常勤務とする。

(4) 疑い例の診療

- ① 医療従事者は、(N95 マスク、手袋 2 枚、ゴーグル、プラスチックエプロン) を装着し診療する。
- ② 患者は感染制御外来より移動させない。
- ③ 肺炎または呼吸窮迫症候群の所見がある場合は、保健所と相談し、指定病院に搬送する。
- ④ 診療終了時後は、患者が接触した部分 (ドアノブ、いす、机など) はアルコールガーゼで清拭する。使用したディスポシーツやディスポの診療器具などは、感染性廃棄袋 (白色半透明ビニール) に二重に入れ封をする。(トイレを使用した場合はトイレのドアノブなどもアルコールガーゼで清拭する)。

18-9. 感染性下痢症

- (1) 入院 3 日までの下痢に対しては、病原微生物特定のため便培養提出を積極的に考慮する。
- (2) ノロ・ロタウイルス簡易検査は、集団発生の状況や症状によって、実施する。検査希望時は、「感染対策部門」に相談する。
- (3) 下剤・経腸栄養の開始などの誘因なく、便性状が泥状または水様であり、かつ、便

意や腹痛が繰り返し起こり、排便コントロールが困難な状況である場合は、周囲環境を汚染する可能性があるため、下記に記載した標準予防策と接触感染予防策を行い、個室管理（可能な限り、トイレ付個室が望ましい）を行い、便の症状を毎日評価する。これに該当しないが下剤・経腸栄養の開始などの誘因なく、便性状が泥状または水様である場合は、標準予防策とする。

① 毎日の清掃

ア. 下痢の原因菌には、アルコール消毒に耐性があるものもあるため、高頻度接触面（手指が頻繁に触れるオーバーテーブル、ベッド柵、床頭台、ドアノブ等）を、0.02%次亜塩素酸ナトリウム含浸クロスで清拭清掃する。

イ. トイレの便座や手すりは、0.1%次亜塩素酸ナトリウム含浸クロスで清拭清掃する。ポータブルトイレの場合は、排泄物は速やかに廃棄し、ベッドパンウォッシャーで洗浄消毒する。病棟内の共有トイレを使用する場合は、使用毎に、患者に0.1%次亜塩素酸ナトリウム含浸クロスで清拭消毒するよう説明する。

② 退室時の清掃

ア. 退院時清掃の特別清掃を依頼する。

イ. 下痢の原因菌には、アルコールに耐性があるものもあるため、高頻度接触面を、0.02%次亜塩素酸ナトリウム含浸クロスで清拭清掃する。

ウ. カーテン交換を依頼する

③ 物品管理

ア. 使用器具（血圧計、聴診器、酸素モニターなど）は個人専用とする。個人専用化が不可能な場合には、使用ごとに0.02%次亜塩素酸によって清拭消毒を実施する。

イ. 給食の食器の洗浄は、通常通り病院の厨房に返却してよい。

④ 入浴・洗髪

ア. 順番はその日の最後とする。

イ. 入浴後の清掃は、通常の清掃の清拭を行う。手すりなど高頻度接触面を、0.02%次亜塩素酸ナトリウム含浸クロスで清拭する。

⑤ リネン類の処理

ア. 患者には、できる限り院内採用の病衣を着用してもらう。

イ. 吐物や便の付着がある場合

・ 適切な防護用具（手袋・エプロン・マスク・アイガード）を装着し、周囲環境を汚染しないように注意しながら、片付ける、

・ 院内の病衣やシーツ類は、半透明のビニール袋に入れて口を縛り、洗濯を依頼する。（院内で洗濯する場合は、部分洗いで吐物や便を除去し、0.1%次亜塩素酸ナトリウムに、浸漬消毒する。その後、病棟用の洗濯機で、通常の洗濯方法（洗剤と次亜塩素酸ナトリウムを使用）で洗濯する）（自宅で洗濯する場合は、ビニールに入れて持ち帰る。部分洗いで吐物や便を除去し、0.1%次亜塩素酸ナトリウム（キッチンハイター等の家庭用塩素系漂白剤で作成）に10分以上浸漬消毒、または85℃以上の熱湯で1分以上加熱消毒後、他の洗濯

物と分けて洗濯し、乾燥させる)

ウ. 吐物や便の付着がない場合

- ・ 通常通りの洗濯方法で良い。
- ・ 院内の病衣やシーツ類は、半透明のビニール袋に入れて口を縛り、洗濯を依頼する。

⑥ ゴミは通常の廃棄方法に準ずる。

(4) 院内で複数患者に下痢症状が発生した場合は、直ちに「感染対策部門」に連絡する。