| 1．耐性菌：メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*：MRSA） | | |
|---|---|---|
| 定義 | | メチシリンという抗菌薬に耐性をもった黄色ブドウ球菌であり、日本国内の医療機関で分離される黄色ブドウ球菌のうち、約 6 割が MRSA である。黄色ブドウ球菌は、ヒトの皮膚、消化管内などに常在するグラム陽性菌であり通常は無害であるが、皮膚の切創などに伴う化膿症や膿痂疹、毛嚢炎、蜂窩織炎などの皮膚軟部組織感染症や、肺炎、腹膜炎、敗血症などの全身感染症の原因となる。また、産生する毒素により食中毒の原因となることもある。MRSA の病原性はメチシリンに感受性のある黄色ブドウ球菌（MSSA）と比較し同等であり、免疫機能の低下がない健常人では通常無害である。ただし、市中獲得型 MRSA（CA-MRSA）の場合は健常人での感染症を起こす場合もある。 |
| 感染経路 | | 手指を介した直接接触感染、使用器具を介した間接接触感染 |
| 必要な感染対策 | | 標準予防策＋接触感染対策 |
| 患者配置 | | MRSA 隔離基準を参照 |
| 防護具の使用 | | MRSA 隔離基準を参照 |
| 診療用具・看護用品 | | ● 可能な限り専用のものとする。<br>● 専用化が望ましい物品・・体温計、血圧計、聴診器、パルスオキシメーター、点滴スタンド、車いすなど<br>● 専用化できない場合は使用後環境クロスを用いて清拭し、他の患者へ使用する。 |
| リネン | | 使用したリネンはビニール袋に入れ、耐性菌が検出されていることを明記し洗濯へ提出する。 |
| オムツの取り扱い | | 感染性廃棄物として破棄する（橙色ハザードの段ボール）。 |
| 食器 | | 通常通り、下膳車で栄養室へ返却する。 |
| 掃除 | 毎日の清掃 | ● 高頻度接触面：環境クロスを使用し 1 回/日以上（可能であれば各勤務 1 回）の清拭清掃を行う。<br>● 低頻度接触面（床など）：1 回/日の通常清掃、できる限り最後に清掃を行う。 |
| | 患者退室時 | ● ベッド、床頭台などは環境クロスを使用し通常通りの退院時の清掃を実施する。<br>● ベッド周囲のカーテンの交換を行う。 |
| 清拭・入浴 | | 清拭：通常のタオルを使用可能だが、ケアの順番を最後にする。使用後はビニール袋に入れ専用の BOX に入れる。<br>入浴：入浴の順番を最後にし、入浴後に風呂用の洗浄剤を用いて清掃する。 |
| 面会 | | 面会者へ病室への入退室時は手指消毒薬の使用を指導する。 |
| 患者指導 | | 食事前、排泄後、咳やくしゃみの後などの手洗いを指導する。 |

**MRSA 隔離基準**

＜基本的な考え方＞

- ◆ 隔離の目的は院内感染拡大予防、つまり医療従事者や MRSA 保菌・感染患者による他の入院患者への拡大を防ぐことである。
- ◆ 医療従事者は標準予防策（スタンダードプリコーション）と接触感染予防策を行う。
- ◆ 隔離基準を以下に示すが、画一的には行わず、患者本人の状態（ADL など）を考慮し、患者毎に考慮する必要がある。
- ◆ 患者本人だけではなく、当該病室の他の入院患者の状態（免疫能、重症度）・治療内容（抗がん剤、集中治療など）や当該病棟の性格（手術の多い病棟など）を十分に考慮し、基準にしばられず、柔軟に対応することも必要となる場合がある。
- ◆ 患者を個室に隔離する場合には、患者本人の精神面・ストレスについて常に考慮し、患者自身の理解度や ADL などから、個室管理の必要性について連日検討することも必要。
- ◆ 個室管理とした場合、患者の意に反して個室管理が続けられることがないよう、あらためて同意書により患者の意思を確認するなど、その取扱いに十分に配慮する必要がある。また、実質的に患者の選択によらない場合は室料差額を求めてはならない。

| | 患者自身が手指衛生を実施できる | 患者自身が手指衛生を実施できない |
|---|---|---|
| 飛沫や体液の飛散（–） | **A** | **B** |
| 飛沫や体液の飛散（+） | **C** | **C** |

| 隔離基準 | 手袋 | エプロン | マスク | 病室 |
|---|---|---|---|---|
| **A** | ○ | × | × | **大部屋可** |
| **B** | ○ | ○ | × | **症例毎に決定※1,2** |
| **C** | ○ | ○ | ○ | **個室※1,2** |

※ 1：病床運営上、個室管理が不可能な場合：コホーティング（MRSA 保菌・感染患者を同一病室に収容）を行う。

※ 2：やむを得ず MRSA 保菌・感染のない患者と同室で管理する場合

① ベッドはできるだけ間隔をあける、②処置は他の患者が終わった後に行う、③患者の医療器具は専用とする。

＜隔離が必要な患者（MRSA を周囲に飛散させる可能性が高い患者）の例＞

- ◆ 開放性創傷部、熱傷部、褥瘡部や全身性皮膚湿疹の部分に感染があり、滲出液の多い患者
- ◆ 咳を伴う痰の多い呼吸器感染者で、特に気管挿管や気管切開状態の患者
- ◆ 腸炎で下痢や便失禁のある患者
- ◆ 尿路感染があり、特に尿失禁状態の患者
- ◆ 全身性皮膚疾患で病巣部に感染があり落屑が多い患者
- ◆ MRSA による敗血症の患者

＜個室隔離、コホーティングをしない場合の注意点＞

- ◆ MRSA の非保菌者と同室になる場合、MRSA の検出された患者のベッドはその部屋での処置が最後となるように配置する。
- ◆ MRSA が検出された患者の処置の前後は手指衛生を徹底する。
- ◆ 次のような患者（非保菌者）との同室は避ける。
  - 褥瘡部や開放性創傷部や熱傷部を持つ患者
  - 中心静脈カテーテル
  - 気管切開、気管挿管中の患者
  - 尿道留置カテーテル留置中の患者
  - 免疫不全や白血球減少のある患者
  - 手術後でドレーンが挿入されている患者
  - 経鼻胃管の挿入患者

| 1．耐性菌：ESBL（Extended-spectrum β-Lactamase）産生菌 | | |
|---|---|---|
| 定義 | | ESBL とは、セファロスポリン系の抗菌薬を分解し効かなくする酵素であり、ESBL を産生することでセファロスポリン系抗菌薬に耐性を示すグラム陰性桿菌の総称が ESBL 産生菌である。大腸菌（*E.coli*）、肺炎桿菌（*Klebsiella pneumoniae*）などでの ESBL の産生がみられることがある。セファロスポリン系の抗菌薬が効かないことで､使用できる抗菌薬の幅が少なくなり治療が難しくなることが問題となっている。また、ESBL 産生菌は耐性遺伝子を染色体上ではなくプラスミドに保有していることから、耐性遺伝子が菌の種を超えて伝播する特徴を持っている。つまり大腸菌（*E.coli*）が保有していた耐性遺伝子を腸管内で *Citrobacter*、*Serratia*、*Enterobacter* などに伝達してしまうという可能性がある。 |
| 感染経路 | | 手指を介した直接接触感染、使用器具を介した間接接触感染 |
| 必要な感染対策 | | 標準予防策＋接触感染対策 |
| 患者配置 | | MRSA 隔離基準を参照とする |
| 防護具の使用 | | MRSA 隔離基準を参照とする |
| 診療用具・看護用品 | | ● 可能な限り専用のものとする。<br>● 専用化が望ましい物品・・体温計、血圧計、聴診器、パルスオキシメーター、点滴スタンド、車いすなど<br>● 専用化できない場合は使用後環境クロスを用いて清拭し、他の患者へ使用する。 |
| リネン | | 使用したリネンはビニール袋に入れ、耐性菌が検出されていることを明記のうえ洗濯へ提出する。 |
| 食器 | | 通常通り、下膳車で栄養室へ返却する。 |
| 掃除 | 毎日の清掃 | ● 高頻度接触面：環境クロスを使用し 1 回/日以上（可能であれば各勤務 1 回）の清拭清掃を行う。<br>● 低頻度接触面（床など）：1 回/日の通常清掃、できる限り最後に清掃を行う。 |
| | 患者退室時 | ● ベッド、床頭台などは環境クロスを使用し通常通りの退院時の清掃を実施する。<br>● ベッド周囲のカーテンの交換を行う。 |
| 清拭・入浴 | | 清拭：通常のタオルを使用可能だが、ケアの順番を最後にする。使用後はビニール袋に入れ専用の BOX に入れる。<br>入浴：入浴の順番を最後にし、入浴後に風呂用の洗浄剤を用いて清掃する。 |
| 面会 | | 面会者へ病室への入退室時は手指消毒薬の使用を指導する。 |
| 患者指導 | | 食事前、排泄後、咳やくしゃみの後などの手洗いを指導する。 |

| 1．耐性菌：多剤耐性緑膿菌（MDRP：Multiple-Drug-Resistant *Pseudomonas aeruginosa*） | | |
|---|---|---|
| 定義 | | 多剤耐性緑膿菌（MDRP）とはIPM/CS、CPFX、AMK 3剤の抗菌薬に耐性を獲得した緑膿菌のことであり、有効な抗菌薬がないため感染症を起こした場合に治療が困難となる。また、湿潤した環境を好むことから、院内での感染の伝播が発生した場合に制御が難しい菌の一つである。緑膿菌の耐性機構には、抗菌薬の使用によるDNAジャイレースの変異、ポーリン孔の変化、薬剤排出ポンプの機能亢進、βラクタマーゼの過剰産生など様々なものがある。プラスミド上に耐性遺伝子を保有するため伝播が容易に発生しやすい。多剤耐性緑膿菌が検出された場合は、周囲の患者への伝播がないかの確認と、厳重な感染対策が必要となる。 |
| 感染経路 | | 手指を介した直接接触感染、使用器具を介した間接接触感染 |
| 必要な感染対策 | | 標準予防策＋接触感染対策 |
| 患者配置 | | 感染症が発生していない保菌の状態であっても個室隔離（またはコホーティング）を行ったうえで、厳重な接触感染対策を実施する。 |
| 防護具の使用 | | ディスポーザブルのエプロンまたは長袖ガウン、手袋、マスクを使用し、必要に応じてゴーグルを使用する。<br>使用後は退室する前に防護具を脱ぎ、病室内でビニール袋に入れて廃棄するか、患者・家族に説明したうえで病室内に感染性廃棄物の容器を設置し、直接専用容器に廃棄する。 |
| 診療用具・看護用品 | | ● 専用のものとする。<br>● 専用化が望ましい物品・・体温計、血圧計、聴診器、パルスオキシメーター、点滴スタンド、車いすなど<br>● 専用化できない場合は使用後環境クロスを用いて清拭し、他の患者へ使用する。 |
| リネン | | ● 使用したリネンはビニール袋に入れ、耐性菌が検出されていることを明記したうえで洗濯へ提出する。<br>● 患者個人所有の寝衣やタオル類は、自宅で洗濯してもらうこととし、有機物の汚染がある場合は、洗い流した後で家庭用漂白剤に浸漬するか、熱湯（80℃以上）のお湯に10分以上浸漬してから洗濯するよう説明する。 |
| オムツの取り扱い | | 感染性廃棄物として破棄する（橙色ハザードの段ボール）。 |
| 食器 | | 通常通り、下膳車で栄養室へ返却する。 |
| 掃除 | 毎日の清掃 | ● 高頻度接触面：環境クロスを使用し1回/日以上（可能であれば各勤務1回）の清拭清掃を行う。<br>● 低頻度接触面（床など）：1回/日の通常清掃、必ず他患者の病室より後で清掃を行う。 |
| | 患者退室時 | ● ベッド、床頭台などは環境クロスを使用し通常通りの退院時の清掃を実施する。<br>● ベッド周囲のカーテンの交換を行う。 |
| 清拭・入浴 | | 清拭：通常のタオルを使用可能だが、ケアの順番を最後にする。タオルを使用後はビニール袋に入れ、洗濯へ提出する。<br>入浴：入浴の順番を最後にし、入浴後に風呂用の洗浄剤を用いて清掃する。 |
| 面会 | | 面会者へ病室への入退室時は手指消毒薬の使用を指導する。 |
| 患者指導 | | 食事前、排泄後、咳やくしゃみの後などの手洗いを指導する。 |
| スクリーニング | | 同室患者に対しスクリーニングを実施し、必要時はスクリーニングの対象を拡大する。スクリーニングの範囲はICTで検討、決定する。 |

| 1. 耐性菌：メタロβラクタマーゼ（MBL：Metalloβ-Lactamase）産生菌 | | |
|---|---|---|
| 定義 | | メタロβラクタマーゼ産生菌とはペニシリン系、セファロスポリン系、セファマイシン系、カルバペネム系などのβラクタム環を持つほとんどの抗菌薬を加水分解し、現在使用されているβラクタマーゼ阻害薬も無効としてしまう酵素を産生する菌である。この耐性遺伝子を持つ菌は、抗菌薬に対し高度耐性を示すとともに、耐性遺伝子がプラスミド上に存在した場合（緑膿菌やセラチアなど）、耐性遺伝子が他の菌株へ容易に伝播され、高度耐性が菌種を超えて増加してしまうことが、医療の場での問題点である。メタロβラクタマーゼ産生菌が検出された場合は、周囲の患者への伝播がないかの確認と、厳重な感染対策が必要となる。 |
| 感染経路 | | 手指を介した直接接触感染、使用器具を介した間接接触感染 |
| 必要な感染対策 | | 標準予防策＋接触感染対策 |
| 患者配置 | | 感染症が発生していな保菌の状態であっても個室隔離（またはコホーティング）を行ったうえで、厳重な接触感染対策を実施する。 |
| 防護具の使用 | | ディスポーザブルのエプロンまたは長袖ガウン、手袋、マスクを使用し、必要に応じてゴーグルを使用する。<br>使用後は退室する前に防護具を脱ぎ、病室内でビニール袋に入れて廃棄するか、患者・家族に説明したうえで病室内に感染性廃棄物の容器を設置し、直接専用容器に廃棄する。 |
| 診療用具・看護用品 | | ● 専用のものとする。<br>● 専用化が望ましい物品・・体温計、血圧計、聴診器、パルスオキシメーター、点滴スタンド、車いすなど<br>● 専用化できない場合は使用後環境クロスを用いて清拭し、他の患者へ使用する。 |
| リネン | | ● 使用したリネンはビニール袋に入れ、耐性菌が検出されていることを明記したうえで洗濯へ提出する。<br>● 患者個人所有の寝衣やタオル類は、自宅で洗濯してもらうこととし、有機物の汚染がある場合は、洗い流した後で家庭用漂白剤に浸漬するか、熱湯（80℃以上）のお湯に 10 分以上浸漬してから洗濯するよう説明する。 |
| オムツの取り扱い | | 感染性廃棄物として破棄する（橙色ハザードの段ボール）。 |
| 食器 | | 通常通り、下膳車で栄養室へ返却する。 |
| 掃除 | 毎日の清掃 | ● 高頻度接触面：環境クロスを使用し 1 回/日以上（可能であれば各勤務 1 回）の清拭清掃を行う。<br>● 低頻度接触面（床など）：1 回/日の通常清掃、できる限り最後に清掃を行う。 |
| | 患者退室時 | ● ベッド、床頭台などは環境クロスを使用し通常通りの退院時の清掃を実施する。<br>● ベッド周囲のカーテンの交換を行う。 |
| 清拭・入浴 | | 清拭：通常のタオルを使用可能だが、ケアの順番を最後にする。タオルを使用後はビニール袋に入れ、洗濯へ提出する。<br>入浴：入浴の順番を最後にし、入浴後に風呂用の洗浄剤を用いて清掃する。 |
| 面会 | | 面会者へ病室への入退室時は手指消毒薬の使用を指導する。 |
| 患者指導 | | 食事前、排泄後、咳やくしゃみの後などの手洗いを指導する。 |
| スクリーニング | | 同室患者に対しスクリーニングを実施し、必要時はスクリーニングの対象を拡大する。スクリーニングの範囲は ICT で検討、決定する。 |

| 1．耐性菌：多剤耐性アシネトバクター（MDRA：Multiple-Drug-Resistant *Acinetobacter*） | | |
|---|---|---|
| 定義 | | 多剤耐性アシネトバクターとはIPM/CS、CPFX、AMK 3剤の抗菌薬に耐性を獲得したアシネトバクターのことであり、有効な抗菌薬がないため感染症を起こした場合に治療が困難となる。アシネトバクターは湿潤した環境を好むとともに、他のグラム陰性桿菌と違い乾燥表面（環境表面）でも長期間（数週間以上）生存できるという特徴を持っている。そのため、院内での感染の伝播が発生した場合には制御が難しい菌の一つであり、環境表面や医療器具から伝播が拡大していく可能性がある。アシネトバクターはもともと弱毒菌であり健常人では無害であるが、抵抗力が低下した患者で日和見感染をおこし、その病態は呼吸器感染症、血流感染症、創部感染症などを呈する。多剤耐性アシネトバクターが検出された場合は、周囲の患者への伝播がないかの確認と、厳重な感染対策が必要となる。 |
| 感染経路 | | 手指を介した直接接触感染、使用器具を介した間接接触感染 |
| 必要な感染対策 | | 標準予防策＋接触感染対策 |
| 患者配置 | | 感染症が発生していない保菌の状態であっても個室隔離（またはコホーティング）を行ったうえで、厳重な接触感染対策を実施する。 |
| 防護具の使用 | | ディスポーザブルのエプロンまたは長袖ガウン、手袋、マスクを使用し、必要に応じてゴーグルを使用する。<br>使用後は退室する前に防護具を脱ぎ、病室内でビニール袋に入れて廃棄するか、患者・家族に説明したうえで病室内に感染性廃棄物の容器を設置し、直接専用容器に廃棄する。 |
| 診療用具・看護用品 | | ● 専用のものとする。<br>● 専用化が望ましい物品・・体温計、血圧計、聴診器、パルスオキシメーター、点滴スタンド、車いすなど<br>● 専用化できない場合は使用後環境クロスを用いて清拭し、他の患者へ使用する。 |
| リネン | | ● 使用したリネンはビニール袋に入れ、耐性菌が検出されていることを明記したうえで洗濯へ提出する。<br>● 患者個人所有の寝衣やタオル類は、自宅で洗濯してもらうこととし、有機物の汚染がある場合は、洗い流した後で家庭用漂白剤に浸漬するか、熱湯（80℃以上）のお湯に10分以上浸漬してから洗濯するよう説明する。 |
| オムツの取り扱い | | 感染性廃棄物として破棄する（橙色ハザードの段ボール）。 |
| 食器 | | 通常通り、下膳車で栄養室へ返却する。 |
| 掃除 | 毎日の清掃 | ● 高頻度接触面：環境クロスを使用し1回/日以上（可能であれば各勤務1回）の清拭清掃を行う。<br>● 低頻度接触面（床など）：1回/日の通常清掃、必ず他患者の病室より後で清掃を行う。 |
| | 患者退室時 | ● ベッド、床頭台などは環境クロスを使用し通常通りの退院時の清掃を実施する。<br>● ベッド周囲のカーテンの交換を行う。 |
| 清拭・入浴 | | 清拭：通常のタオルを使用可能だが、ケアの順番を最後にする。タオルを使用後はビニール袋に入れ、洗濯へ提出する。<br>入浴：順番を最後にし、入浴後に風呂用の洗浄剤を用いて清掃する。 |
| 面会 | | 面会者へ病室への入退室時は手指消毒薬の使用を指導する。 |
| 患者指導 | | 食事前、排泄後、咳やくしゃみの後などの手洗いを指導する。 |

| | |
|---|---|
| スクリーニング | 同室患者に対しスクリーニングを実施し、必要時はスクリーニングの対象を拡大する。スクリーニングの範囲は ICT で検討、決定する。 |
| 保健所への届出 | 多剤耐性アシネトバクター感染症は、五類感染症　全数報告疾患であり、診断後 7 日以内に保健所への届出が必要である。<br>【発生届の流れ】<br>発生届の記載→カルテにスキャン→総務課→八代保健所 |

| 1．耐性菌：カルバペネム耐性腸内細菌科細菌（CRE：Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae） | | |
|---|---|---|
| 定義 | | カルバペネム耐性腸内細菌科細菌とはカルバペネム系抗菌薬および広域βラクタム系抗菌薬に耐性を示す、大腸菌（*E.coli*）、肺炎桿菌（*K.pneumoniae*）などの腸内細菌科細菌のことであり、有効な抗菌薬がないため感染症を起こした場合に治療が困難となる。広域 β-ラクタム剤以外にも他の複数の系統の薬剤にも耐性であることが多いこと、カルバペネマーゼを産生する CPE の場合は、カルバペネム耐性遺伝子がプラスミドの伝達により複数の菌種に拡散していくことなどにより臨床的にも疫学的にも重要な薬剤耐性菌として、国際的に警戒感が高まっている。カルバペネム耐性腸内細菌科細菌が検出された場合は、周囲の患者への伝播がないかの確認と、厳重な感染対策が必要となる。 |
| 感染経路 | | 手指を介した直接接触感染、使用器具を介した間接接触感染 |
| 必要な感染対策 | | 標準予防策＋接触感染対策 |
| 患者配置 | | 感染症が発生していない保菌の状態であっても個室隔離（またはコホーティング）を行ったうえで、厳重な接触感染対策を実施する。<br>トイレがある個室が望ましいが、共用のトイレを使用する場合は、排便後に便座および接触が考えられる場所を環境クロスで清拭、消毒する。 |
| 防護具の使用 | | ディスポーザブルのエプロンまたは長袖ガウン、手袋、マスクを使用し、必要に応じてゴーグルを使用する。<br>使用後は退室する前に防護具を脱ぎ、病室内でビニール袋に入れて廃棄するか、患者・家族に説明したうえで病室内に感染性廃棄物の容器を設置し、直接専用容器に廃棄する。 |
| 診療用具・看護用品 | | ● 専用のものとする。<br>● 専用化が望ましい物品・・体温計、血圧計、聴診器、パルスオキシメーター、点滴スタンド、車いすなど<br>● 専用化できない場合は使用後環境クロスを用いて清拭し、他の患者へ使用する。 |
| リネン | | ● 使用したリネンはビニール袋に入れ、耐性菌が検出されていることを明記したうえで洗濯へ提出する。<br>● 患者個人所有の寝衣やタオル類は、自宅で洗濯してもらうこととし、有機物の汚染がある場合は、洗い流した後で家庭用漂白剤に浸漬するか、熱湯（80℃以上）のお湯に 10 分以上浸漬してから洗濯するよう説明する。 |
| オムツの取り扱い | | 感染性廃棄物として破棄する（橙色ハザードの段ボール）。 |
| 食器 | | 通常通り、下膳車で栄養室へ返却する。 |
| 掃除 | 毎日の清掃 | ● 高頻度接触面：環境クロスを使用し 1 回/日以上（可能であれば各勤務 1 回）の清拭清掃を行う。<br>● 低頻度接触面（床など）：1 回/日の通常清掃、必ず他患者の病室より後で清掃を行う。 |
| | 患者退室時 | ● ベッド、床頭台などは環境クロスを使用し通常通りの退院時の清掃を実施する。<br>● ベッド周囲のカーテンの交換を行う。 |
| 清拭・入浴 | | 清拭：通常のタオルを使用可能だが、ケアの順番を最後にする。タオルを使用後はビニール袋に入れ、洗濯へ提出する。<br>入浴：順番を最後にし、入浴後に風呂用の洗浄剤を用いて清掃する。 |
| 面会 | | 面会者へ病室への入退室時は手指消毒薬の使用を指導する。 |

| | |
|---|---|
| 患者指導 | 食事前、排泄後、咳やくしゃみの後などの手洗いを指導する。 |
| スクリーニング | 同室患者に対しスクリーニングを実施し、必要時はスクリーニングの対象を拡大する。スクリーニングの範囲は ICT で検討、決定する。 |
| 保健所への届出 | カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症は、五類感染症　全数報告疾患であり、診断後 7 日以内に保健所への届出が必要である。<br>【発生届の流れ】<br>発生届の記載→カルテにスキャン→総務課→八代保健所 |

| 1. 耐性菌：バンコマイシン耐性腸球菌（VRE：Vancomycin-Resistant *Enterococci*） | | |
|---|---|---|
| 定義 | | バンコマイシン耐性腸球菌とはバンコマイシン耐性遺伝子を持つ腸球菌である。腸球菌はヒトや動物の消化管や外生殖器（会陰部や膣）に常在し、糞便から検出される。健常人に感染症をおこすことはまれだが、易感染者には尿路感染、創部感染、敗血症など様々な日和見感染を起こすことがある。VRE は畜産農場での抗菌薬使用により生じ、医療の場で増加したといわれる。VRE のバンコマイシン耐性遺伝子は数種類あり医療関連感染の原因として重要なのは、vanA 遺伝子と vanB 遺伝子であり、遺伝子の有無はバンコマイシンとテイコプラニンの感受性から推測できるが、VRE の確定には遺伝子検査が必要である。VRE が検出された場合は、隔離のうえ厳重な接触感染対策と、保菌者のスクリーニングの実施が必要となる。また、VRE 感染症は感染症法で五類感染症（全数報告）に含まれており、保健所への届け出の義務があり、診断後 7 日以内に届け出る。 |
| 感染経路 | | 手指を介した直接接触感染、使用器具を介した間接接触感染 |
| 必要な感染対策 | | 標準予防策＋接触感染対策 |
| 患者配置 | | 感染症が発生していな保菌の状態であっても個室隔離（またはコホーティング）を行ったうえで、厳重な接触感染対策を実施する。 |
| 防護具の使用 | | ディスポーザブルの長袖ガウン、手袋、マスクを使用し、必要に応じてゴーグルを使用する。<br>使用後は退室する前に防護具を脱ぎ、病室内でビニール袋に入れて廃棄するか、患者・家族に説明したうえで病室内に感染性廃棄物の容器を設置し、直接専用容器に廃棄する。 |
| 診療用具・看護用品 | | ● 専用のものとする。<br>● 専用化が望ましい物品・・体温計、血圧計、聴診器、パルスオキシメーター、点滴スタンド、車いすなど<br>● 専用化できない場合は使用後環境クロスを用いて清拭し、他の患者へ使用する。 |
| リネン | | ● 使用したリネンはビニール袋に入れ、耐性菌が検出されていることを明記したうえで洗濯へ提出する。<br>● 患者個人所有の寝衣やタオル類は、自宅で洗濯してもらうこととし、有機物の汚染がある場合は、洗い流した後で家庭用漂白剤に浸漬するか、熱湯（80℃以上）のお湯に 10 分以上浸漬してから洗濯するよう説明する。 |
| オムツの取り扱い | | 感染性廃棄物として破棄する（橙色ハザードの段ボール）。 |
| 食器 | | 通常通り、下膳車で栄養室へ返却する。 |
| 掃除 | 毎日の清掃 | ● 高頻度接触面：環境クロスを使用し 1 回/日以上（可能であれば各勤務 1 回）の清拭清掃を行う。<br>● 低頻度接触面（床など）：1 回/日の通常清掃、必ず他患者の病室より後で清掃を行う。 |
| | 患者退室時 | ● ベッド、床頭台などは環境クロスを使用し通常通りの退院時の清掃を実施する。<br>● ベッド周囲のカーテンの交換を行う。 |
| 清拭・入浴 | | 清拭：通常のタオルを使用可能だが、ケアの順番を最後にする。タオルを使用後はビニール袋に入れ、洗濯へ提出する。<br>入浴：順番を最後にし、入浴後に風呂用の洗浄剤を用いて清掃する。 |
| 面会 | | 面会者へ病室への入退室時は手指消毒薬の使用を指導する。 |
| 患者指導 | | 食事前、排泄後、咳やくしゃみの後などの手洗いを指導する。 |

| | |
|---|---|
| スクリーニング | 同室患者に対しスクリーニングを実施し、必要時はスクリーニングの対象を拡大する。スクリーニングの範囲は ICT で検討、決定する。 |
| 保健所への届出 | バンコマイシン耐性腸球菌感染症は、五類感染症　全数報告疾患であり、診断後 7 日以内に保健所への届出が必要である。<br>【発生届の流れ】<br>発生届の記載→カルテにスキャン→総務課→八代保健所 |

| 2. 腸管出血性大腸菌（EHEC：Enterohemorrhagic *Escherichia coli*） | | |
|---|---|---|
| 定義 | | 腸管出血性大腸菌感染症はベロ毒素を産生する病原性大腸菌の感染症であり、感染症法上三類感染症に指定されており、診断後直ちに保健所への届け出が必要である。腸管出血性大腸菌は血清型が O-157 である菌が最も多いが、他に O-26、O-111、O-1、O-128、O-145 などの血清型の菌もベロ毒素を産生する。潜伏期間は 2～9 日間（多くは 2～5 日間）、その症状は頻回の水様便で、腹痛および血便を伴う。また、発症から 4～8 日後、約 10%（特に高齢者や乳幼児）に溶血性尿毒症症候群（HUS）や脳症の合併があり、死亡する症例もみられる。HUS の 3 徴として「血小板減少」、「溶血性貧血」、「急性腎機能障害」がある。 |
| 感染経路 | | ● 経口感染（加熱不十分な牛肉、汚染された食品の摂取による感染）<br>● 感染手指を介した直接接触感染、使用器具を介した間接接触感染<br>● 保菌動物からの感染 |
| 必要な感染対策 | | 標準予防策＋接触感染対策 |
| 患者配置 | | 個室またはコホーティングによる隔離を行う。<br>※できればトイレがある部屋が望ましいが、トイレがない場合はポータブルトイレを使用し、患者専用とする。 |
| 防護具の使用 | | ● 患者環境に接触する際は、ディスポーザブルのエプロン、手袋を使用し、必要に応じてマスク、ゴーグルを追加する。<br>● 使用後は病室内でビニール袋に入れ廃棄する。 |
| 診療用具・看護用品 | | ● できる限り専用のものとする。<br>● 専用化が望ましい物品・・体温計、血圧計、聴診器、パルスオキシメーター、点滴スタンド、車いすなど<br>● 専用化できない場合は使用後環境クロスを用いて清拭し、他の患者へ使用する。 |
| リネン | | 使用したリネンはビニール袋に入れ、感染性のあるリネンであることを明記したうえで洗濯へ提出する。 |
| オムツの取り扱い | | 感染性廃棄物として破棄する（橙色ハザードの段ボール）。 |
| 食器 | | 通常通り、下膳車で栄養室へ返却する。 |
| 掃除 | 毎日の清掃 | ● 高頻度接触面：環境クロスを使用し 1 回/日以上（可能であれば各勤務 1 回）の清拭清掃を行う。<br>● 低頻度接触面（床など）：1 回/日の通常清掃、必ず他患者の病室より後で清掃を行う。 |
| | 患者退室時 | ベッド、床頭台などは環境クロスを使用し通常通りの退院時の清掃を実施する。<br>ベッド周囲のカーテンの交換を行う。 |
| 清拭・入浴 | | 清拭：通常のタオルを使用可能だが、ケアの順番を最後にする。タオルを使用後はビニール袋に入れ、洗濯へ提出する。<br>入浴：シャワーのみ。入浴後に風呂用の洗浄剤を用いて清掃する。 |
| 面会 | | 面会者へ病室への入退室時は手指消毒薬の使用を指導する。 |
| 患者指導 | | 食事前、排泄後の後などの手洗いを指導する。 |
| 培養での<br>菌の陰性確認 | | ① 24 時間以上の間隔をおいた培養検査で連続 2 回ともに陰性<br>② 抗菌薬を使用している場合、抗菌薬の中止後 48 時間経過した時点から、培養検査で連続 2 回とも陰性 |

| | |
|---|---|
| 保健所への届出 | 感染症法における三類感染症であり、診断後すぐに保健所へ連絡し届け出を行う。感染症例への入院勧告規定はないが、飲食物にかかわる就業が制限される感染症である。<br>【発生届の流れ】<br>発生届の記載→カルテにスキャン→総務課→八代保健所 |
| 就業制限 | 職員が発症した場合には保健所の指示により、就業を制限されることがあり、その期間は保健所の指示に従う。<br>感染症法に基づく就業制限による休暇の取り扱いについては、就業規則に則るものとする。<br>就業が制限されない場合でも、少量の菌数で伝播することを考慮すると、下痢等の症状がある期間は休職することが望ましい。 |

| 3. クロストリディオイデス・ディフィシル（*Clostridioides difficile*） | | |
|---|---|---|
| 定義 | | *C.difficile* は、芽胞を形成する偏性嫌気性のグラム陽性桿菌である。芽胞菌であるために、消毒薬が効きにくく、長い期間、環境中に存在することが可能である。ヒトの腸管内に保菌している場合もあるが、腸内細菌等に比べると菌量も少なく健常人では病原性を発揮しないといわれている。しかし、抗菌薬などの投与により腸管内の細菌叢が乱れ、菌交代により増殖し一定の菌量となると毒素を産生し、*C.difficile* 腸炎（CDI： *C.difficile* Infection）を発症する。症状は、軟便、泥状便、水様便、膿の混入がある便などの多様な下痢で、発熱や白血球の増加も認める。検査は迅速検査による毒素の検出または培養検査での *C.difficile* の分離が実施される。<br>消毒薬が効きにくい、環境中に長期間存在することから、院内での伝播が問題となることがある。 |
| 感染経路 | | 感染手指を介した直接接触感染、使用器具を介した間接接触感染 |
| 必要な感染対策 | | 罹病期間中、標準予防策＋接触感染対策 |
| 患者配置 | | ● 可能な限り個室またはコホーティングによる隔離。<br>● 病床管理上困難な場合はゾーニングにより多床室管理を行う。 |
| 隔離解除基準 | | 原則、下痢症状の改善後に隔離を解除する。隔離解除を目的とした再検査は実施しない。 |
| 防護具の使用 | | ● 患者環境に接触する際は、ディスポーザブルのエプロン、手袋を使用し、必要に応じてマスク、ゴーグルを追加する。<br>● 使用後は病室内でビニール袋に入れ廃棄する。 |
| 診療用具・看護用品 | | ● できる限り専用のものとする。<br>● 専用化が望ましい物品・・体温計、血圧計、聴診器、パルスオキシメーター、点滴スタンド、車いすなど<br>● 専用化できない場合は使用後次亜塩素酸ナトリウム（塩素濃度 1000ppm）を用いて清拭し、他の患者へ使用する。 |
| リネン | | ● 使用したリネンはビニール袋に入れ、感染性のあるリネンであることを明記したうえで洗濯へ提出する。<br>● 患者個人所有の寝衣やタオル類は、自宅で洗濯してもらうこととし、有機物の汚染がある場合は、洗い流した後で家庭用漂白剤に浸漬後の洗濯を説明する。 |
| オムツの取り扱い | | 感染性廃棄物として破棄する（橙色ハザードの段ボール） |
| 食器 | | 通常通り、下膳車で栄養室へ返却する。 |
| 掃除 | 毎日の清掃 | ● 高頻度接触面：次亜塩素酸ナトリウム（塩素濃度 1000ppm）を使用し、 1 回/日以上（可能であれば各勤務 1 回）の清拭清掃を行う。<br>● 低頻度接触面（床など）：1 回/日の通常清掃、必ず他患者の病室より後で清掃を行う。 |
| | 隔離解除時 | ● ベッド、床頭台などは次亜塩素酸ナトリウム（塩素濃度 1000ppm）を使用し退院時の清掃・消毒を実施する。<br>● ベッド周囲のカーテンの交換を行う。 |
| 清拭・入浴 | | 清拭：通常のタオルを使用可能だが、ケアの順番を最後にする。タオルを使用後はビニール袋に入れ、洗濯へ提出する。<br>入浴：シャワーのみ。入浴後に風呂用の洗浄剤を用いて清掃する。 |
| 面会 | | 面会者へ病室への入退室時石鹸と流水による手洗いを指導する。 |
| 患者指導 | | 食事前、排泄後の後などの手洗いを指導する。 |

【CDI の治療】

CDI 治療の原則は使用中の抗菌薬の中止であるが、治療にはフラジール（メトロニダゾール）または塩酸バンコマイシン散の経口投与が用いられる。処方例としては下記のとおりであるが、患者の既往からの使用禁忌の確認および肝機能、腎機能等の考慮が必要である。

≪フラジール（メトロニダゾール）≫

- フラジール（250mg）6 錠　分 3　10～14 日間
- フラジール（250mg）4 錠　分 4　10～14 日間

≪塩酸バンコマイシン散≫

- 塩酸バンコマイシン散（0.5g/1V）1V　分 4　10～14 日間

※無症候性キャリア（下痢症状がないなど）に対しては治療を行わない。

※CDI ではロペミンなどの消化管蠕動を止める作用のある薬剤は使用してはならない。

| 4. 結核 | | |
|---|---|---|
| 定義 | | 結核は結核菌による慢性の感染症であり、結核菌の侵入経路は肺であるが、全身すべての臓器（肺、胸膜、骨・関節、腎臓、髄膜、脊椎、腸など）への感染の可能性があり、その中でも肺結核が 80～90%を占める。結核は感染症法上二類感染症に分類され診断後は届け出が必要な感染症である。免疫が正常な結核菌感染者の約 90%は生涯発病しないが、宿主の免疫状態が減弱すると、たとえ 50 年以上経過していても発病する（「内因性再燃」）。症状は「2 週間以上持続する咳嗽」、「発熱」、「倦怠感」、「食欲不振」、「体重減少」、「血痰」および「胸痛」などがある。 |
| 感染経路 | | 空気感染 |
| 必要な感染対策 | | 標準予防策＋空気感染対策 |
| 患者配置 | | 個室に管理。早期に専門病院への転院を調整する。<br>可能であれば HEPA フィルター付きの空気清浄機を部屋の中に設置する。 |
| 防護具の使用 | | N95 マスク<br>N95 マスクは中央材料室で管理してあり、必要時には中央材料室で払いうける。休日および時間外は、清潔庫の入り口から入って左側の棚に保管してあり、伝票に必要事項を記載し持ち出すこととする。<br>※入室前に装着し、退室後除去する。装着時はシールチェックを行う。<br>≪シールチェック≫<br>マスクと顔の皮膚が密着しているかどうかを確認するために実施するもので、陽圧チェックと陰圧チェックの 2 種類ある。<br>陽圧チェック：N95 マスクを装着した状態で、マスクの表面を手で覆ってから息を吐く。マスク周囲から空気の漏れを感じなければ密着していると考えられる。<br>陰圧チェック：N95 マスクを装着した状態で息を吸いこみ、マスクが顔に吸い付くように真空を作りだす。マスクが顔に向かって引きつけられれば、密着していると考えられる。 |
| 診療用具・看護用品 | | 専用のものとする必要はない |
| リネン | | 使用したリネンはビニール袋に入れ、感染性のあるリネンであることを明記したうえで洗濯へ提出する。 |
| オムツの取り扱い | | 感染性廃棄物として廃棄する（橙色ハザードの段ボール） |
| 食器 | | 通常通り、下膳車で栄養室へ返却する。 |
| 掃除 | 毎日の清掃 | ● 高頻度接触面：環境クロスを使用し 1 回/日の清拭清掃を行う。<br>● 低頻度接触面（床など）：1 回/日の通常清掃、必ず他患者の病室より後で清掃を行う。 |
| | 退院時 | ● 患者退室後、廊下側のドアを閉めた状態で窓を 2 時間開放したあと清掃を行う。<br>● ベッド、床頭台などは消毒用エタノールを使用し退院時の清掃・消毒を実施する。<br>● ベッド周囲のカーテンの交換を行う。 |
| 清拭・入浴 | | 清拭：通常のタオルを使用可能。 |
| 面会 | | ● 面会は原則禁止とし、面会時は N95 マスクの着用を指導する。<br>● 面会者へ病室への入退室時の手指消毒を指導する。 |

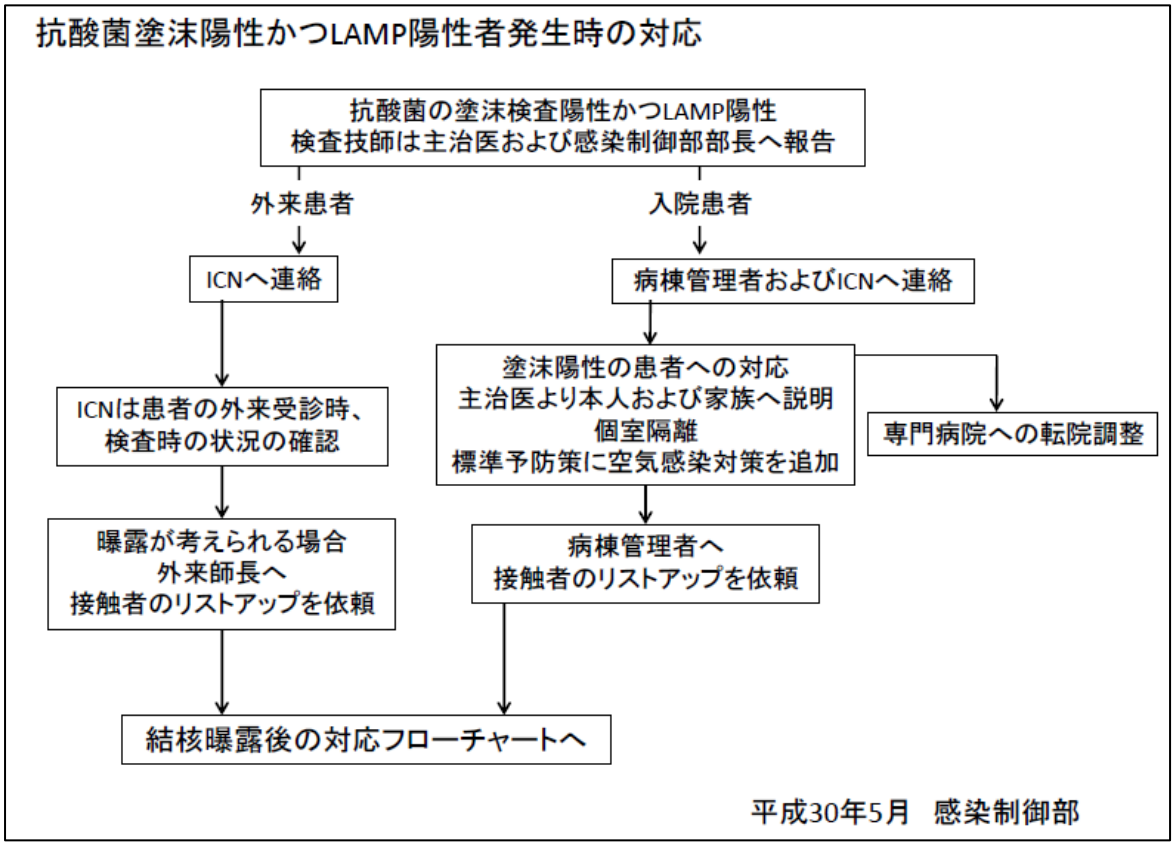
| | |
|---|---|
| 患者指導 | サージカルマスクの装着を指導。 |
| 保健所への届出 | 感染症法における二類感染症であり、診断後すぐに保健所へ連絡し届け出を行う。<br>【発生届の流れ】<br>発生届の記載→カルテにスキャン→総務課→八代保健所 |
| 転院時の注意点 | ● 家族での送迎が可能であれば自家用車での転院を依頼する。臥位での搬送が必要な場合、また酸素や点滴等を必要とする場合には、原則当院の救急車で転院搬送を行う。<br>※ 転院搬送に当院の救急車が使用できない場合<br>保健所をとおして市の救急車での搬送を依頼する。保健所へ依頼する場合の窓口は専従の感染管理認定看護師とし、専従の感染管理認定看護師が不在の場合は感染制御部長が代行する。<br>※ 転院時に自家用車が使用できない場合<br>臥位での搬送の必要がない場合に自家用車がなく、家族による送迎が困難な場合は、保健所へ相談する。保健所へ相談する窓口は、専従の感染管理認定看護師とし、不在の場合は感染制御部長が代行する。 |
| 外来患者、紹介時の注意点 | ● 外来で結核と診断され、専門病院を自家用車で受診できない場合<br>移動手段が公共交通機関またはタクシー等である場合は、受診時の移動手段について保健所へ相談のうえ、専門病院を受診いただく。保健所への相談窓口は、専従の感染管理認定看護師とし、不在の場合は外来師長または外来師長補佐が代行する。 |

結核発病の相対リスク

| 疾患または状態 | 相対リスク（倍） | 疾患または状態 | 相対リスク（倍） |
|---|---|---|---|
| AIDS | 170.3 | 免疫抑制薬 | 11.9 |
| HIV 感染 | 113 | 血友病 | 9.4 |
| 臓器移植 | 20-74 | 感染時の年齢が 5 歳以下 | 2.2-5 |
| 空回腸バイパス術 | 27-63 | 胃切除 | 5 |
| 珪肺 | 30 | 糖尿病 | 2-3.6 |
| 慢性腎不全、血液透析 | 10-25.3 | 体重減少<br>（理想体重の 90%以下） | 2-3 |
| 頭頸部癌 | 16 | 多量喫煙 | 2.2 |
| 2 年以内の結核感染 | 15 | 胸部異常陰影（肉芽腫） | 2 |
| 胸部異常陰影 | 6-19 | | |

【院内での結核（疑い含む）患者発生時の対応】

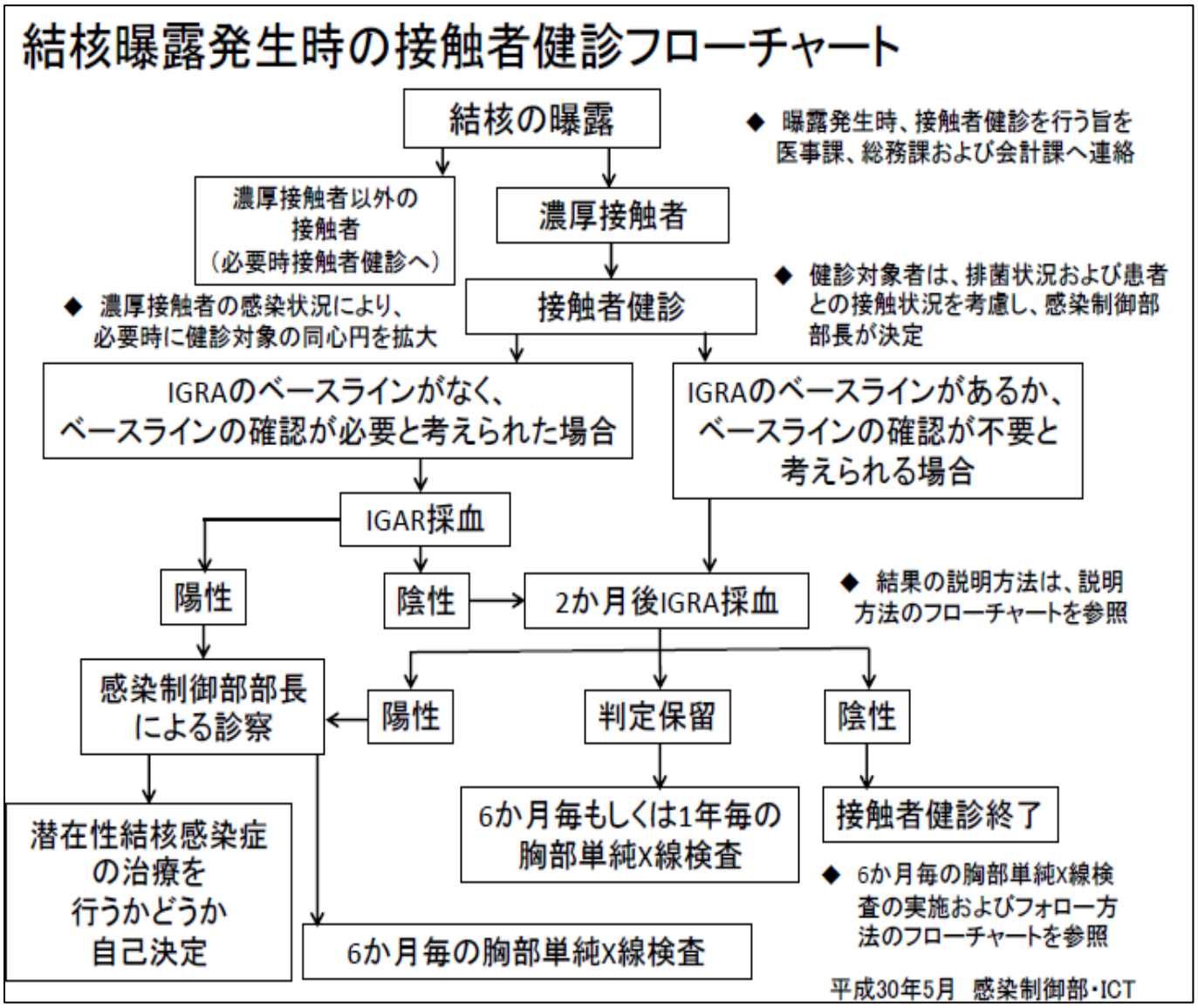
院内で結核が疑われる患者が発生した場合は、下図のフローチャートに沿って報告を行う。空気感染対策を追加し、結核患者との接触者とその接触状況のリストアップを行う。

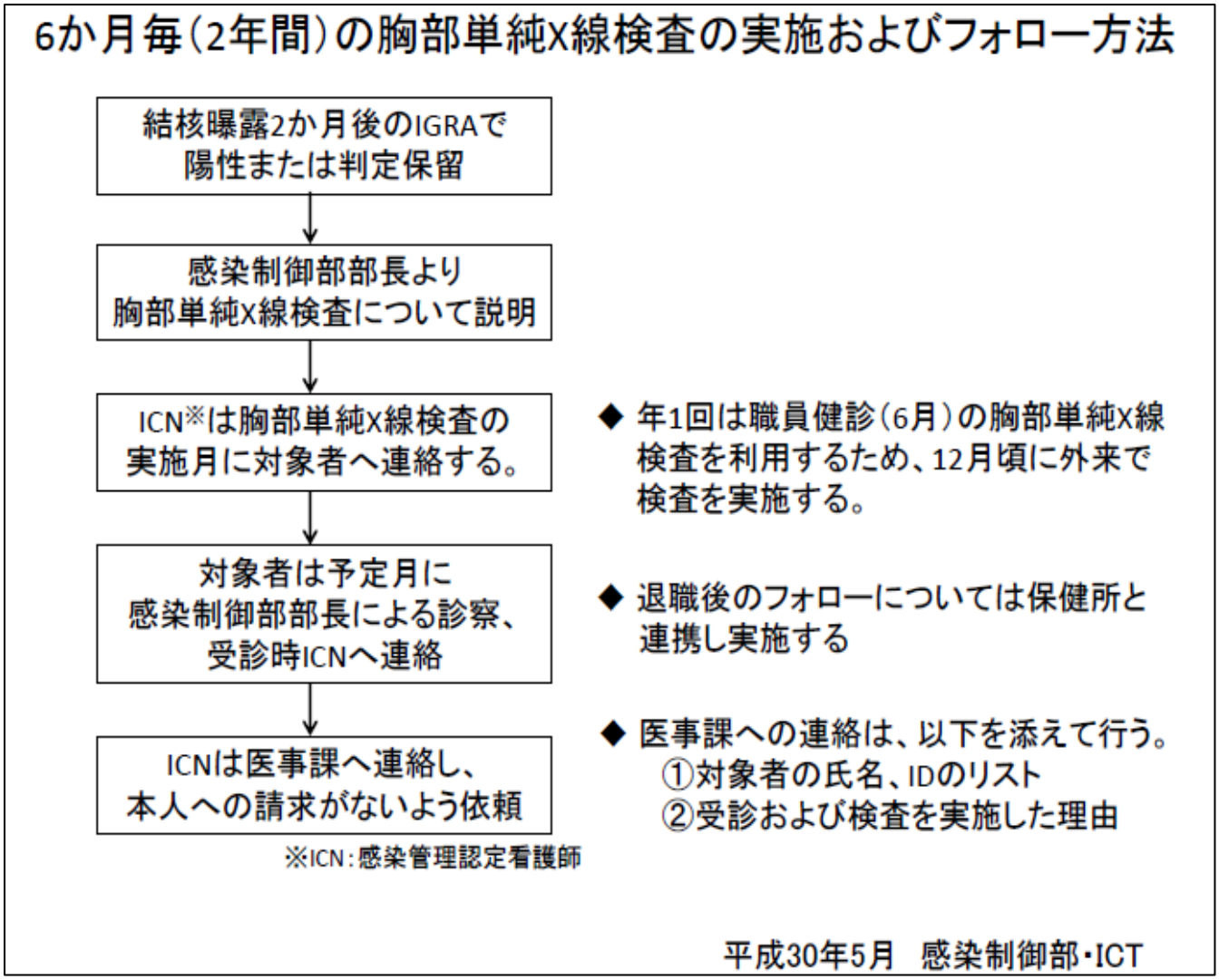


【結核曝露発生時の接触者健診】

接触者健診については、曝露者の個人情報の保護に考慮し、フローチャートに沿って実施する。なお、接触者の検査は抗原特異的インターフェロン-γ遊離検査 （IGRA：Interferon-Gamma release assay：以下 IGRA と略す）で実施する。感染後 IGRA の陽転化には 2 か月ほど要することもあり、結核菌に曝露したあとの検査は、2～3 か月を目途に実施する。

IGRA は BCG 菌や非結核性抗酸菌（一部の菌に例外あり）にはない結核菌特異的タンパクを抗原として血液中の免疫系細胞を刺激し、感染者の抗原特異的な T 細胞の免疫反応（IFN-γ産生量もしくは産生細胞の数）を測定する検査であり、検査結果は BCG 接種などに影響されない。






【接触者健診で IGRA 陽性が判明した場合（潜在性結核感染症）の治療】

接触者健診で IGRA が陽転化した場合（IGRA ベースラインがなく曝露での感染が疑われる場合も含む）は、感染制御部部長および感染管理認定看護師が当該接触者と話し合った後、潜在性結核菌感染症の治療を行うかどうか決定する。治療開始時には、労働災害の手続きを行い、治療を開始する。また、感染症法にもとづき、潜在性結核菌感染症として届け出を行う。

【接触者健診で IGRA が判定保留であった場合の経過フォロー】

IGRA が判定保留であった場合は、他に IGRA 陽性者が多いなど必要と考えられる場合は、2 年間、半年ごとの胸部単純 X 線検査でのフォローを実施する。労働災害の手続きは行うが、労働災害と認められない場合については、フォローにかかるコストは病院負担とし、受診時に ICN が医事課との調整を行う。

| 5. インフルエンザウイルス感染症 | | |
|---|---|---|
| 定義 | | インフルエンザウイルスによる感染症で 12 月上旬頃より徐々に患者数が増加し、1～3 月にかけて流行する。潜伏期間は 1～3 日で、発症の 1 日前より感染力を持ち、発熱（38℃以上）、悪寒、頭痛、筋肉痛、関節痛、全身倦怠感などの全身症状が強いことが特徴である。インフルエンザウイルスは RNA ウイルスのため変異を起こしやすく、変異により抗原性が変化しインフルエンザの流行を招くとされているが、わずかな抗原性が変異する季節性インフルエンザと異なり、抗原性が全く異なるものに変異した場合は新型インフルエンザとして大流行を招くことになる。 |
| 感染経路 | | 飛沫感染＋接触感染 |
| 必要な感染対策 | | 標準予防策＋飛沫感染対策＋接触感染対策 |
| 患者配置 | | ● 可能な限り個室またはコホーティングによる隔離。<br>● 病床管理上、隔離が困難な場合はベッド間隔を 1m 以上確保したうえで、カーテンを使用し隔離を行う。その際、患者はサージカルマスクを着用する。 |
| 隔離期間 | | 原則、「発症日を第 1 病日とし第 7 病日まで」または「症状が消失（解熱）してから 24 時間経過するまで」のいずれかの長いほうを選択する |
| 防護具の使用 | | ● サージカルマスクを着用する（入室前に装着し、退室後除去する）。飛沫感染対策に使用したマスクは、使用後（退室後など）に必ず交換する。<br>● 必要に応じ手袋、エプロン、ゴーグルを使用する。 |
| 診療用具・看護用品 | | ● できる限り専用のものとすることが望ましい。<br>● 専用化が望ましい物品・・体温計、血圧計、聴診器、パルスオキシメーター、点滴スタンド、車いすなど<br>● 専用化できない場合は使用後環境クロスを用いて清拭し、他の患者へ使用する。 |
| リネン | | 通常どおり |
| 食器 | | 通常どおり、下膳車で栄養室へ返却する。 |
| 掃除 | 毎日の清掃 | ● 高頻度接触面：環境クロスを使用し 1 回/日の清拭清掃を行う。<br>● 低頻度接触面（床など）：1 回/日の通常清掃、必ず他患者の病室より後で清掃を行う。 |
| | 退院時 | ● ベッド、床頭台などは環境クロスを使用し退院時の清掃・消毒を実施する。<br>● ベッド周囲のカーテンの交換を行う。 |
| 清拭・入浴 | | 清拭：通常のタオルを使用可能。 |
| 面会 | | ● 面会は原則禁止とし、面会時はサージカルマスクの着用を指導する。<br>● 面会者へ病室への入退室時の手指消毒を指導する。 |
| 患者指導 | | ● 咳エチケットおよびサージカルマスクの装着を指導。<br>● 手指消毒薬、石鹸および流水による手洗いなど、手指衛生の徹底を指導。<br>● 部屋から出る際は、サージカルマスクを装着するよう指導。 |
| 就業制限 | | ● 原則、「発症後 5 日間または解熱後 2 日間経過のどちらか長いほう」を選択する。 |
| 流行期における業務上の注意事項 | | ● インフルエンザは発症の 1 日前より感染力を有することを考慮し、流行期間中は、診療場面、患者環境においてサージカルマスクを装着し業務を行う。<br>● 家族等において発症者がいる場合、またインフルエンザウイルスを曝露したと考えられる場合は、休憩時間を他のスタッフと分けるなど、マスク未着用での接触をできる限り避ける。 |

【インフルエンザ発症者の隔離期間】

原則、「発症日を第 1 病日とし第 7 病日まで」または「症状が消失（解熱）してから 24 時間経過するまで」のいずれかの長いほうを選択する

CDC（米国疾病予防管理センター）はインフルエンザウイルス様症状を有する患者の隔離について、2009 年の勧告で、「インフルエンザ様症状を有する者は解熱後（37.8℃）あるいは解熱剤を使用せずに発熱がない状態が 24 時間続いた時点まで自宅待機とすることを推奨する」としているが、医療現場では、「発症後 7 日間経過するあるいは症状が消失してから 24 時間のいずれか長いほう」を推奨するとしている。

当院での入院症例の隔離期間は CDC の勧告を基に、原則、「発症日を第 1 病日とし第 7 病日まで」または「症状が消失（解熱）してから 24 時間経過するまで」のいずれかの長いほうを選択することとする。ただし、隔離解除後も呼吸器症状がある場合は、標準予防策の範囲での咳エチケット（マスクの着用、手洗い等）は必要である。

【インフルエンザに罹患した職員の就業制限】

原則、「発症後 5 日間または解熱後 2 日間経過のどちらか長いほう」を選択する

インフルエンザに罹患した職員の就業制限は、学校保健衛生法に準じ、原則、「発症後 5 日間または解熱後 2 日間経過のどちらか長いほうを選択する」とする。「発症後 5 日間」は症状が出現し発症した日を 1 日目とし 6 日目から勤務は可能との意味であり、「解熱後 2 日間」は発熱がない状態を 2 日間観察することを意味する。

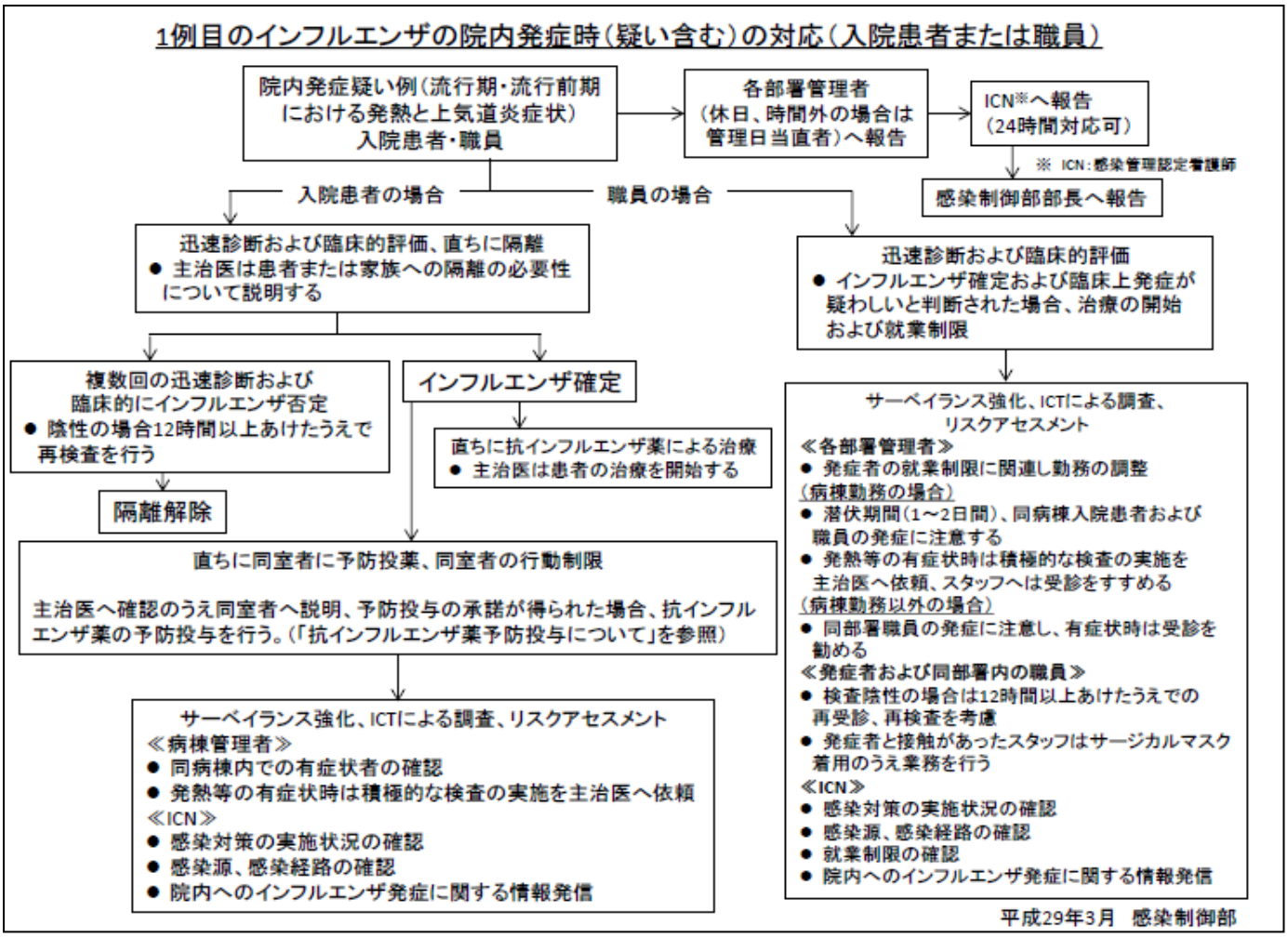
この期間の就業制限が困難な場合は、感染制御部部長へ相談することとする。

【インフルエンザワクチンの接種について】

インフルエンザワクチンの接種は、インフルエンザによる重篤な合併症を予防し、健康被害を最小限にとどめることが期待できる。医療従事者は、インフルエンザ患者と接触する機会が多いことや、インフルエンザに罹患した場合に重篤となる患者へ接する機会が多いことから、アレルギーなどの理由によりワクチンの接種ができない場合を除き、ワクチンを接種しておくことが推奨される。総務課によりインフルエンザワクチン接種希望者の確認を行い、接種のスケジュールを立案し実施することとなる。職員（嘱託職員等を含む）へのワクチン接種にかかる費用は病院負担とし、委託業者の接種にかかる費用は原則病院では負担しない。

【インフルエンザが院内で発症した場合の対応】

院内でのインフルエンザの発症は、他患者または医療従事者の感染および発症の可能性があり、院内での感染の拡大へつながる可能性があるため、継続した観察が必要となる。院内で発生した場合の対応はフローチャートを参照する。




## 抗インフルエンザ薬の予防投与について（入院患者発症時）

### 平日時間内

□ 予防投与についての説明※1

主治医への確認※2：ICT担当者
患者本人への説明：ICT担当者
患者家族への説明：病棟管理者

□ 抗インフルエンザ薬の処方

感染制御部長

### 休日時間外

□ 予防投与についての説明※1

主治医への確認※2：病棟スタッフ
患者または家族への説明：病棟スタッフ
管理当直への報告を行ったうえで実施

□ 抗インフルエンザ薬の処方

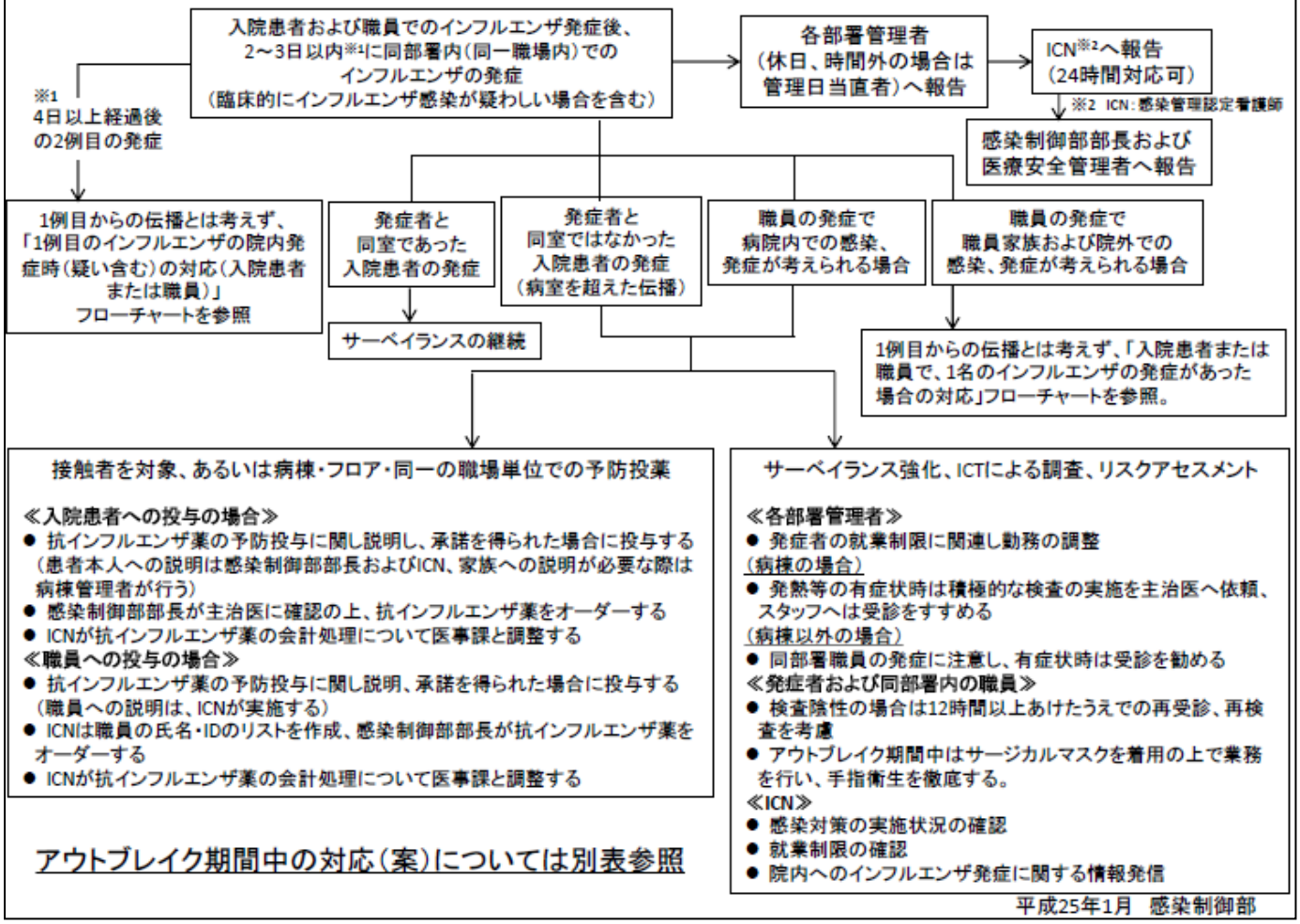
各診療科待機医もしくは院内在中医師
小児科については小児科医師が処方

※1：説明は「抗インフルエンザ薬予防投与に関する説明同意書（仮）」を用いて実施し、同意書への署名をもらう。
ただし、電話等で家族に同意を得た場合にはカルテにその旨を記載することとする。
※2：確認内容：予防投与の是非、使用薬剤、服薬方法
主治医不在時は当該診療科部長へ確認する。当該診療科部長も不在の場合にはICT担当者へ確認する。

**予防投与に使用する抗インフルエンザ薬**

原則、予防投与にはタミフルカプセル75を使用する
成人：タミフルカプセル75　1Cap 1×　7日分（腎機能によっては隔日投与）
小児：タミフルドライシロップ66.7mg/kg　1×　10日分
≪内服薬での投与が困難な患者≫
イナビル吸入粉末剤20mg　1キット　1×　2日分

## 同一部署内で2例以上のインフルエンザ（疑い含む）の発症があった場合の対応




平成25年1月　感染制御部

（別表）

## アウトブレイク期間中の対応

- 部署内のサーベイランスの強化継続
  入院患者での発熱時主治医は積極的なインフルエンザ迅速検査を実施する。職員での発熱者は内科（時間外は救急外来を受診し診察および検査を受ける。
- 入院制限
  予定入院、緊急入院共に原則制限することとし、入院制限の決定および解除は感染制御部部長が行う。
  当該病棟において診療すべき新規入院患者の調整を診療科と相談する。
- 面会制限
  当該病棟の面会は制限する。医事課へ面会制限を依頼し、病棟入口に面会制限の旨を掲示する。
- リハビリテーションの制限
  アウトブレイクと判断された場合のリハビリ棟への出棟は停止し、ベッドサイドリハは主治医が必要と判断した患者のみ継続して実施する。決定および解除は感染制御部部長が行う。
- 病棟外への入院患者の移動制限
  原則禁止とし、検査または患者希望時に病棟外へ出る際は、サージカルマスクの装着および手洗いに関し協力を得る。
- 外出制限
  病棟閉鎖期間の外出は原則禁止。やむをえない事情で外出する際は、短時間での外出と外出中のサージカルマスクの装着、手洗い等に関し協力を得る。
- アウトブレイクの解除
  アウトブレイクの解除は感染制御部部長が行う。

平成25年1月　感染制御部

【予防投与に使用される抗インフルエンザ薬】

原則、予防投与には「タミフルカプセル 75」を使用する。

成人：タミフルカプセル 75　1Cap 1×7 日分（腎機能によっては隔日投与）

小児：タミフルドライシロップ　66.7 ㎎/kg　1×10 日分

≪内服薬での投与が困難な患者≫

イナビル吸入粉末剤 20 ㎎　1 キット　1×2 日分

※予防投与に要する費用（保険適用外）は病院負担とする。

| 6. 流行性角結膜炎（*Epidemic Keratoconjunctivitis*：EKC） | | |
|---|---|---|
| 定義 | | アデノウイルス 8、19、37 の感染により発症するウイルス性結膜炎であり、その症状は、目の充血、眼脂、眼瞼の腫脹およびリンパ節の腫脹などがある。潜伏期間は 8～14 日間である。感染力が強く施設内でのアウトブレイクを起こす場合がある。 |
| 感染経路 | | 直接接触感染またはタオルや器材、患者が接触した手すり等を介した間接接触感染で伝播する。 |
| 必要な感染対策 | | 標準予防策＋接触感染対策 |
| 患者配置 | | トイレがある個室で隔離を実施する |
| 隔離期間 | | ● 発症後 2 週間は感染力があるとされるため、流行性角結膜炎発症患者の隔離期間は 2 週間とする。<br>● 可能であれば一時的に退院とすることが望ましい。 |
| 防護具の使用 | | ● 患者および環境に接触する際は、手袋、エプロンを着用する。<br>● 防護具は病室内で除去しビニール袋に入れて廃棄する。 |
| 診療用具・看護用品 | | ● 専用のものとする。<br>● 専用化が望ましい物品・・体温計、血圧計、聴診器、パルスオキシメーター、点滴スタンド、車いすなど<br>● 専用化できない場合は使用後に消毒用エタノールを用いて清拭し、他の患者へ使用する。 |
| リネン | | 使用したリネンは、ビニール袋に入れ感染性があるもの明記のうえ、洗濯に提出する。 |
| 食器 | | 通常どおり、下膳車で栄養室へ返却する。 |
| 掃除 | 毎日の清掃 | ● 高頻度接触面：消毒用エタノールを使用し 1 回/日以上（可能であれば各勤務 1 回）の清拭清掃を行う。<br>● 低頻度接触面（床など）：1 回/日の通常清掃、必ず他患者の病室より後で清掃を行う。 |
| | 隔離解除後 | ● ベッド、床頭台などは消毒用エタノールを使用し清掃・消毒を実施する。<br>● ベッド周囲のカーテンの交換を行う。 |
| 清拭・入浴 | | 清拭：患者のタオルを使用し清拭を行う。<br>入浴：できるだけ最後に入浴し、洗浄剤を用いて清掃する。患者が接触した部位を消毒用エタノールで清拭消毒する。 |
| 面会 | | 面会は原則禁止とし、病室への入退室時の手指消毒を指導する。 |
| 患者指導 | | 手指消毒剤を用いた手指衛生の指導 |
| 就業制限 | | 発症者の就業制限は、感染力がなくなるまでの期間を必要とするため、原則、「発症後 2 週間」とする。<br>眼科医が、感染力がなくなったと認める場合は上記の限りではない。 |
| 院内で発症した場合の対応（職員の発症を含む） | | ● 管理者は感染管理認定看護師（ICN）へ報告する。<br>● ICN は発症患者の隔離を依頼し感染源の確認をするとともに、発症日および患者の行動範囲を確認し必要場所の消毒用エタノールを用いた消毒を依頼する。<br>● 潜伏期間を考慮し、2 週間ほどの当該病棟の職員および入院患者の症状出現に注意する。 |

| 7. 小児ウイルス性疾患：麻疹 | | |
|---|---|---|
| 定義 | | 麻疹は生後 6 か月以降の小児で後発するウイルス性の疾患で、上気道症状（カタル期）に続き、両側頬粘膜に直径 1 ㎜程度の白色粘膜疹（コプリック斑）が出現する。二峰性の発熱を特徴とし、耳後・頸部から始まり顔面・体幹を中心に融合傾向のある発疹が出現する。潜伏期間は 5～21 日で、感染可能期間は発症前 1～2 日より発疹出現後 4 日とされている。 |
| 感染経路 | | 空気感染＋接触感染 |
| 必要な感染対策 | | ● 標準予防策＋空気感染対策＋接触感染対策<br>● 可能な限り抗体を有しているスタッフが優先して対応する。 |
| 患者配置 | | 個室隔離、またはコホーティングを行う。トイレがある病室が望ましい。 |
| 隔離期間 | | 感染力がある期間を考慮し発疹出現後 4 日間または解熱後 3 日を経過するまでとする。 |
| 防護具の使用 | | ● 抗体価の値が十分ある場合であっても、患者と同じ空間を共有する場合には N95 マスクを着用し、1 回ごとに廃棄する。<br>● 患者および環境に接触する際は、手袋、エプロンを着用する。<br>● 手袋とエプロンは病室内で除去しビニール袋に入れて廃棄する。N95 マスクは病室の外に出てから除去し、ビニール袋に入れて廃棄する。 |
| 診療用具・看護用品 | | ● 専用のものとする。<br>● 専用化が望ましい物品・・体温計、血圧計、聴診器、パルスオキシメーター、点滴スタンド、車いすなど<br>● 専用化できない場合は使用後に消毒用エタノールで清拭し、他の患者へ使用する。 |
| リネン | | 通常どおり |
| オムツの取り扱い | | 感染性廃棄物として廃棄する。 |
| 食器 | | 通常どおり、下膳車で栄養室へ返却する。 |
| 掃除 | 毎日の清掃 | ● 高頻度接触面：消毒用エタノールを使用し 1 回/日以上（可能であれば各勤務 1 回）の清拭清掃を行う。<br>● 低頻度接触面（床など）：1 回/日の通常清掃、必ず他患者の病室より後で清掃を行う。 |
| | 隔離解除後 | ● ベッド、床頭台などは消毒用エタノールを使用し清掃・消毒を実施する。<br>● ベッド周囲のカーテンの交換を行う。 |
| 清拭・入浴 | | 清拭：通常のタオルを使用可能 |
| 面会 | | ● 面会は原則禁止とし、病室への入退室時の手指消毒を指導する。<br>● 抗体を獲得している場合のみ面会を許可し、面会する場合は N95 マスクを装着し面会する。 |
| 患者指導 | | ● 手指消毒剤を用いた手指衛生の指導<br>● 原則、病室から出ないようにし、出る場合はサージカルマスクの着用を指導 |
| 就業制限 | | 【発症時】就業制限は、学校保健安全法施行規則に準じ、原則「解熱後 3 日間を経過するまで」とする。<br>【曝露後の潜伏期間】N95 マスクを装着せずに麻疹患者と空間を共有した場合の潜伏期間における就業制限は、必要時検討する。 |

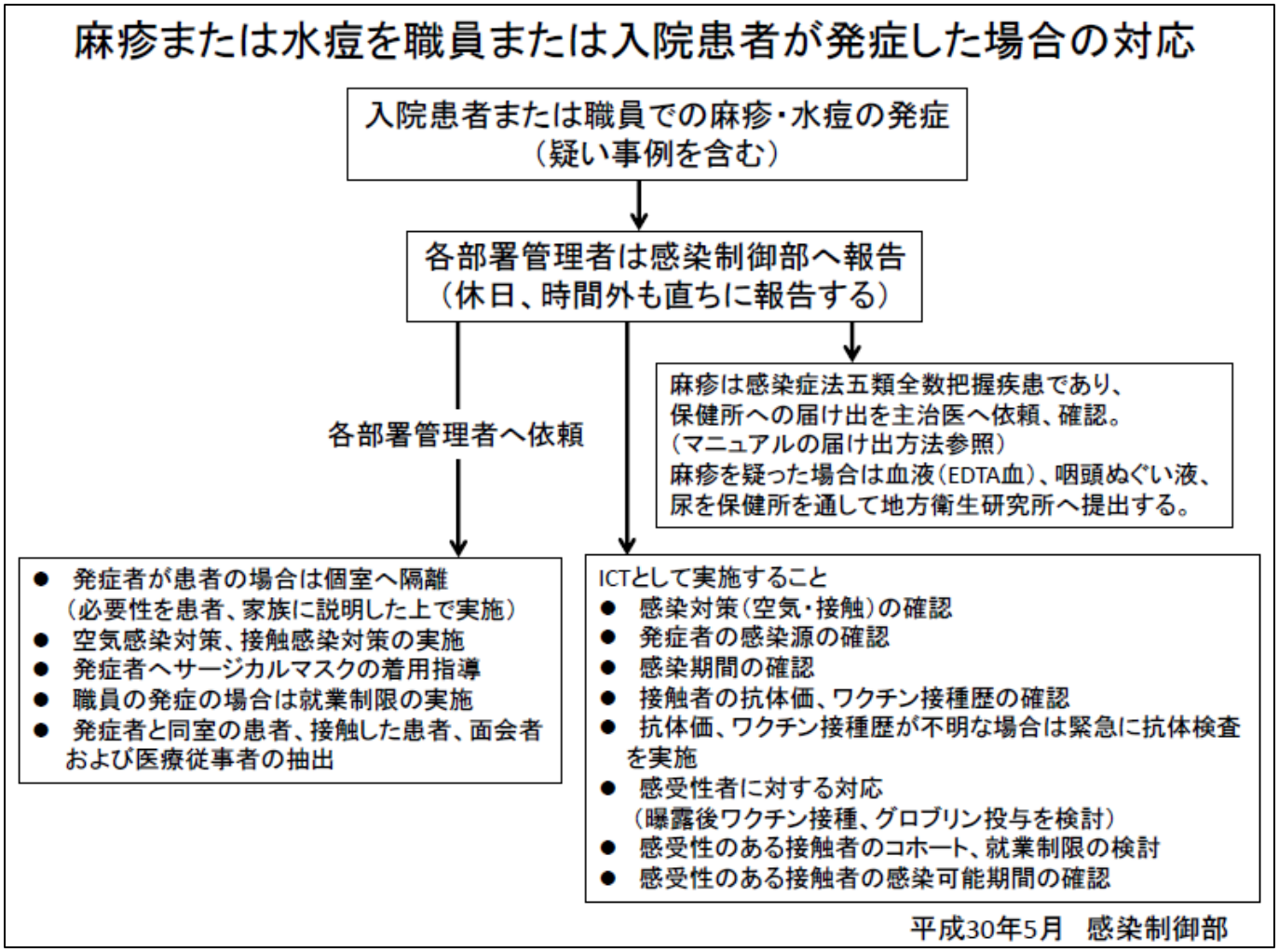
| | |
|---|---|
| 院内で発症した場合の対応（職員の発症を含む） | ● 麻疹・水痘発生時の対応フローチャートを参照。 |
| 保健所への届出 | ● 感染症法における五類感染症であるが、診断後すぐに保健所へ連絡し届け出を行う。<br>【発生届の流れ】<br>発生届の記載→カルテにスキャン→総務課→八代保健所<br>● 麻疹を疑う症例を診察した場合には、すぐに保健所へ相談し、検査の提出等指示に従う。PCR の検査のため、血液（EDTA 血）、咽頭ぬぐい液、尿の検体を提出する。 |

| 7. 小児ウイルス性疾患：水痘・帯状疱疹 | | |
|---|---|---|
| 定義 | | 水痘は水痘・帯状疱疹ウイルスが空気感染または接触感染により伝播することで発症する、感染力の強い疾患である。症状は発熱、全身倦怠感とともに体幹を中心に紅斑→水疱→膿疱→痂皮形成の各段階の発疹が混在してみられるのが特徴である。潜伏期間は 10～21 日で、感染可能期間は発症前 2 日よりすべての発疹が痂皮化するまでである。帯状疱疹は神経節に潜伏感染をしていたウイルスの回帰感染で、発症の契機としては疲労やストレス、化学療法・放射線療法、悪性腫瘍、副腎皮質ホルモンの投与などがある。水痘と同様に発疹が痂皮化するまでは感染力をもつ。 |
| 感染経路 | | 水痘：空気感染＋接触感染、帯状疱疹：接触感染（＋空気感染） |
| 必要な感染対策 | | ● 水痘：標準予防策＋空気感染対策＋接触感染対策<br>● 帯状疱疹：標準予防策＋接触感染対策（＋空気感染対策） |
| 患者配置 | | ● 水痘：個室隔離、またはコホーティングを行う。<br>● 帯状疱疹：播種性および発症者の免疫力低下している場合は隔離が必要。 |
| 隔離期間 | | 全ての発疹が痂皮化するまで |
| 防護具の使用 | | ● 罹患歴がなく、抗体未獲得の場合は N95 マスクを着用し、1 回ごとに廃棄する。<br>● 患者および環境に接触する際は、手袋、エプロンを着用する。<br>● 防護具は病室内で除去しビニール袋に入れて廃棄する。 |
| 診療用具・看護用品 | | ● 専用のものとする。<br>● 専用化が望ましい物品・・体温計、血圧計、聴診器、パルスオキシメーター、点滴スタンド、車いすなど<br>● 専用化できない場合は使用後に環境クロスで清拭し、他患者へ使用する。 |
| リネン | | 通常どおり |
| オムツの取り扱い | | 感染性廃棄物として廃棄する。 |
| 食器 | | 通常どおり、下膳車で栄養室へ返却する。 |
| 掃除 | 毎日の清掃 | ● 高頻度接触面：環境クロスを使用し 1 回/日以上（可能であれば各勤務 1 回）の清拭清掃を行う。<br>● 低頻度接触面（床など）：1 回/日の通常清掃、必ず他患者の病室より後で清掃を行う。 |
| | 隔離解除後 | ● ベッド、床頭台などは環境クロスを使用し清掃・消毒を実施する。<br>● ベッド周囲のカーテンの交換を行う。 |
| 清拭・入浴 | | 清拭：通常のタオルを使用可能 |
| 面会 | | ● 面会は原則禁止とし、病室への入退室時の手指消毒を指導する。<br>● 抗体を獲得している場合のみ面会を許可する。 |
| 患者指導 | | ● 手指消毒薬を用いた手指衛生の指導<br>● 原則、病室から出ないようにし、出る場合はサージカルマスクの着用を指導 |
| 就業制限 | | 【水痘の初感染】<br>発症した職員の就業制限は、学校保健安全法施行規則に準じ、原則「すべての発疹が痂皮化するまで」とする。<br>【帯状疱疹】<br>播種性の帯状疱疹を除き、発疹部を覆うことが可能であれば就業制限は不要である。患部を覆った状態で業務を行い、患部を触った後の手指衛生を徹底する。<br>播種性の帯状疱疹の場合は、すべての発疹が痂皮化するまでは就業を控える。 |

| | |
|---|---|
| 院内で発症した場合の対応（職員の発症を含む） | 麻疹・水痘発生時の対応フローチャートを参照。 |
| 感染症法の届出 | 五類感染症に定められており、水痘・帯状疱疹ウイルスの初感染による感染症のうち 24 時間以上入院を必要とするものは、届け出を行う（他疾患で入院中に水痘を発症し、かつ、水痘発症後 24 時間以上経過した例を含む）。<br>【発生届の流れ】<br>　発生届の記載→カルテにスキャン→総務課→八代保健所 |

【入院患者および職員が麻疹または水痘を発症した場合】

麻疹および水痘は空気感染および接触感染により伝播し、発症前より感染力を有しているため、病院内で発症者があった場合は早期に対応が必要となる。以下のフローチャートを参照し、対応を行う。




【麻疹および水痘の曝露後対応、サーベイランス期間】

| 疾患 | 曝露後の対応 | 感染可能期間<br>潜伏期間 | 他への伝播が考えられる期間 | 発症のおそれがある期間の対応 |
|---|---|---|---|---|
| 麻疹 | ● 曝露後 72 時間以内のワクチンの接種<br>● 曝露後 6 日以内の免疫グロブリンの投与 | カタル症状 2 日前～発疹後 5 日<br>5～21 日間 | 最初の曝露後 6 日目より最後の曝露後 21 日目 | 患者：隔離またはコホーティングを行い発症に注意する。<br>職員：原則、就業制限。困難な場合は、サージカルマスク装着のうえ勤務し、易感染者、重症者は担当しない。 |
| 水痘 | ● 曝露後 120 時間以内のワクチンの接種<br>● 曝露後 96 時間以内の免疫グロブリンの投与 | 発症前 2 日からすべての発疹の痂皮化<br>10～21 日間 | 最初の曝露後 8 日目より最後の曝露後 21 日目 | 患者：隔離またはコホーティングを行い発症に注意する。<br>職員：原則、就業制限。困難な場合は、サージカルマスク装着のうえ勤務し、易感染者、重症者は担当しない。 |

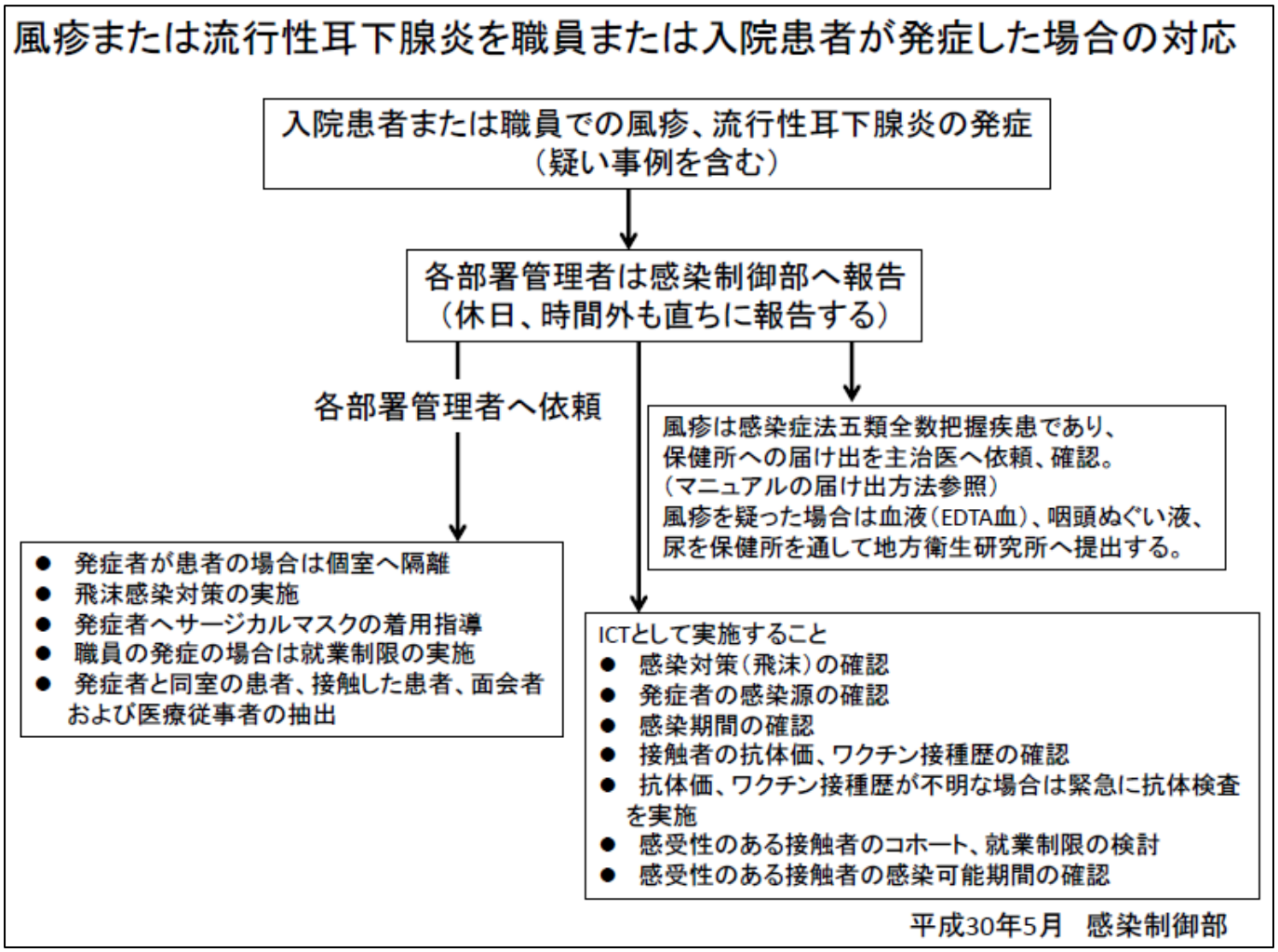
| 7. 小児ウイルス性疾患：風疹 | | |
|---|---|---|
| 定義 | | 風疹は風疹ウイルスの飛沫感染により生じる急性の発疹性感染症である。その症状は、後頭部を中心とした頸部リンパ節腫脹が出現し、発熱と同時に顔面、体幹を中心に発疹が出現する。発熱と発疹は通常 2～3 日ほどで消失する。潜伏期間は 14～21 日で、感染可能期間は発疹出現前 7 日より発疹出現後 5～7 日間である。 |
| 感染経路 | | 飛沫感染、接触感染 |
| 必要な感染対策 | | 標準予防策＋飛沫感染対策＋接触感染対策 |
| 患者配置 | | ● 個室隔離またはコホーティングを行う<br>● 病床管理上、隔離が困難な場合はベッド間隔を 1m 以上確保したうえで、カーテンを使用し隔離を行う。その際、患者はサージカルマスクを着用する。 |
| 隔離期間 | | 発疹出現後 7 日間 |
| 防護具の使用 | | ● 罹患歴がなく、抗体未獲得の場合はサージカルマスクを着用し、1 回ごとに廃棄する。<br>● 患者および環境に接触する際は、手袋を着用する。<br>● 防護具は病室内で除去しビニール袋に入れて廃棄する。 |
| 診療用具・看護用品 | | ● 可能な限り専用のものとする。<br>● 専用化が望ましい物品・・体温計、血圧計、聴診器、パルスオキシメーター、点滴スタンド、車いすなど<br>● 専用化できない場合は使用後に環境クロスで清拭し、他患者へ使用する。 |
| リネン | | 通常どおり |
| オムツの取り扱い | | 感染性廃棄物として廃棄する。 |
| 食器 | | 通常どおり、下膳車で栄養室へ返却する。 |
| 掃除 | 毎日の清掃 | ● 高頻度接触面：環境クロスを使用し 1 回/日以上（可能であれば各勤務 1 回）の清拭清掃を行う。<br>● 低頻度接触面（床など）：1 回/日の通常清掃、必ず他患者の病室より後で清掃を行う。 |
| | 隔離解除後 | ● ベッド、床頭台などは環境クロスを使用し清掃・消毒を実施する。<br>● ベッド周囲のカーテンの交換を行う。 |
| 清拭・入浴 | | 清拭：通常のタオルを使用可能 |
| 面会 | | ● 面会は原則禁止とし、病室への入退室時の手指消毒を指導する。<br>● 面会時はサージカルマスクを着用する。 |
| 患者指導 | | ● 手指消毒薬を用いた手指衛生の指導<br>● 原則、病室から出ないようにし、出る場合はサージカルマスクの着用を指導 |
| 就業制限 | | 風疹を発症した職員の就業制限は、学校保健安全法施行規則に準じ、原則「発疹が消失するまで」とする。 |
| 院内で発症した場合の対応（職員の発症を含む） | | 風疹・流行性耳下腺炎発生時の対応フローチャートを参照。 |
| 保健所への届出 | | ● 感染症法における五類感染症であるが、診断後すぐに保健所へ連絡し届け出を行う。 |

| | |
|---|---|
| | 【発生届の流れ】<br>発生届の記載→カルテにスキャン→総務課→八代保健所<br>● 風疹を疑う症例を診察した場合には、すぐに保健所へ相談し、検査の提出等指示に従う。PCR の検査のため、血清、咽頭ぬぐい液、尿の検体を提出する。 |

| 7. 小児ウイルス性疾患：流行性耳下腺炎 | | |
|---|---|---|
| 定義 | | 流行性耳下腺炎はムンプスウイルスの飛沫または直接接触により、急性耳下腺炎を伴う全身感染を生じる疾患である。症状は発熱と両側性の耳下腺の腫脹・疼痛がみられ、合併症として無菌性髄膜炎、卵巣炎、精巣炎などがみられる。潜伏期間は 16～25 日で、感染可能期間は発症前 7 日～発症後 5～7 日間である。 |
| 感染経路 | | 飛沫感染、接触感染 |
| 必要な感染対策 | | 標準予防策＋飛沫感染対策＋接触感染対策 |
| 患者配置 | | ● 個室隔離またはコホーティングを行う<br>● 病床管理上、隔離が困難な場合はベッド間隔を 1m 以上確保したうえで、カーテンを使用し隔離を行う。その際、患者はサージカルマスクを着用する。 |
| 隔離期間 | | 症状出現後 7 日間 |
| 防護具の使用 | | ● 罹患歴がなく、抗体未獲得の場合はサージカルマスクを着用し、1 回ごとに廃棄する。<br>● 患者および環境に接触する際は、手袋を着用する。<br>● 防護具は病室内で除去しビニール袋に入れて廃棄する。 |
| 診療用具・看護用品 | | ● 可能な限り専用のものとする。<br>● 専用化が望ましい物品・・体温計、血圧計、聴診器、パルスオキシメーター、点滴スタンド、車いすなど<br>● 専用化できない場合は使用後に環境クロスで清拭し、他患者へ使用する。 |
| リネン | | 通常どおり |
| 食器 | | 通常どおり、下膳車で栄養室へ返却する。 |
| 掃除 | 毎日の清掃 | ● 高頻度接触面：環境クロスを使用し 1 回/日以上（可能であれば各勤務 1 回）の清拭清掃を行う。<br>● 低頻度接触面（床など）：1 回/日の通常清掃、必ず他患者の病室より後で清掃を行う。 |
| | 隔離解除後 | ● ベッド、床頭台などは環境クロスを使用し清掃・消毒を実施する。<br>● ベッド周囲のカーテンの交換を行う。 |
| 清拭・入浴 | | 清拭：通常のタオルを使用可能 |
| 面会 | | ● 面会は原則禁止とし、病室への入退室時の手指消毒を指導する。<br>● 面会時はサージカルマスクを着用する。 |
| 患者指導 | | ● 手指消毒薬を用いた手指衛生の指導<br>● 原則、病室から出ないようにし、出る場合はサージカルマスクの着用を指導 |
| 就業制限 | | 流行性耳下腺炎を発症した職員の就業制限は、学校保健安全法施行規則に準じ、原則「耳下腺の腫脹が消失するまで」とする。 |
| 院内で発症した場合の対応（職員の発症を含む） | | 風疹・流行性耳下腺炎発生時の対応フローチャートを参照。 |

【入院患者および職員が風疹または流行性耳下腺炎を発症した場合】

風疹および帯状疱疹は飛沫感染および接触感染により伝播し、発症前より感染力を有しているため、病院内で発症者があった場合は早期に対応が必要となる。以下のフローチャートを参照し、対応を行う。




【風疹および流行性耳下腺炎の曝露後対応、サーベイランス期間】

| 疾患 | 曝露後の対応 | 感染可能期間<br>潜伏期間 | 他への伝播が考えられる期間 | 発症のおそれがある期間の対応 |
|---|---|---|---|---|
| 風疹 | 曝露後の対応はなく経過観察のみ。 | 発疹前7日から発症後7日<br>14～21日間 | 最初の曝露後8日目より最後の曝露後22日目 | 患者：隔離またはコホーティングを行い発症に注意する。<br>職員：サージカルマスク装着のうえ勤務し、易感染者、重症者は担当しない。 |
| 流行性耳下腺炎 | 曝露後の対応はなく経過観察のみ。 | 発症前7日から発症後7日<br>16～25日間 | 最初の曝露後8日目より最後の曝露後25日目まで | 患者：隔離またはコホーティングを行い発症に注意する。<br>職員：サージカルマスク装着のうえ勤務し、易感染者、重症者は担当しない。 |

| 8. ウイルス性感染性胃腸炎（ノロウイルス） | | |
|---|---|---|
| 定義 | | ノロウイルスを含む食品の摂取による感染、ノロウイルスで汚染された環境に接触した手指を介しての感染、感染者の排泄物などの処理時の曝露による感染などにより発症する。わずかのウイルス量で感染、発症が成立するため、病院等の施設での伝播が問題となることがある。嘔吐や下痢を主症状とし対症療法のみでの対応となるが、ほとんどの場合 1～2 日で改善することが多い。高齢者や乳幼児では脱水に注意する必要がある。ただし、症状が改善してからも長期（1～2 週間）にわたりウイルスの排泄が続くことがある。潜伏期間は 12～48 時間。 |
| 感染経路 | | ● ノロウイルスに汚染された食品の摂取による経口感染<br>● 発症者からの直接接触感染、手指や使用した物品を介した間接接触感染 |
| 必要な感染対策 | | 標準予防策＋接触感染対策 |
| 患者配置 | | 個室隔離またはコホーティングを行う |
| 隔離期間 | | ● 胃腸炎症状改善後 48 時間経過するまで。<br>● ただし、症状改善後のウイルス排泄期間を考慮し、7 日間経過するまでは、排泄後の石鹸と流水による手指衛生を徹底する。<br>● 手指衛生が困難で感染拡大が考えられる場合は、隔離期間延長を考慮する。 |
| 防護具の使用 | | ● 隔離中は患者および環境に接触する際は手袋およびエプロンを装着する。<br>● 防護具は病室内で除去しビニール袋に入れて廃棄する。<br>● 吐物、排泄物を片付ける場合は、手袋、エプロン、マスクを着用する。 |
| 診療用具・看護用品 | | ● 可能な限り専用とする。<br>● 専用化が望ましい物品・・体温計、血圧計、聴診器、点滴スタンドなど<br>● 専用化できない場合は使用後に次亜塩素酸ナトリウムで清拭し、他患者へ使用する。※金属腐食性があるため必ず水拭きする。 |
| リネン | | ● ビニール袋に入れ感染性があるもの明記のうえ、洗濯に提出する。<br>● 排泄物等で汚染した場合は下洗い後、ビニール袋に入れその旨を明示する。 |
| オムツの取り扱い | | 感染性廃棄物として廃棄する |
| 食器 | | 通常どおり、下膳車で栄養室へ返却する。<br>ただし、アウトブレイクが病棟内で発生した場合は、ディスポの容器を検討のうえ、残食の処理を病棟内で実施する。 |
| 掃除 | 毎日の清掃 | ● 高頻度接触面：次亜塩素酸ナトリウム（塩素濃度 200ppm）を使用し、1 回/日以上（可能であれば各勤務 1 回）の清拭清掃を行う。<br>● 自室のトイレ：次亜塩素酸ナトリウム（塩素濃度 1000ppm）で 1 回/日清拭消毒し、共有トイレを使用する場合は、使用後すぐに消毒を行う。<br>● 低頻度接触面（床など）：1 回/日の通常清掃、必ず他患者の病室より後で清掃を行う。 |
| | 隔離解除後 | ● ベッド、床頭台等は次亜塩素酸ナトリウム（塩素濃度 200ppm）を使用し清掃・消毒を実施する。<br>● ベッド周囲のカーテンの交換を行う。 |
| 清拭・入浴 | | 清拭：通常のタオルを使用可能だが、ケアの順番を最後にする。タオルを使用後はビニール袋に入れ、洗濯へ提出する。<br>入浴：隔離期間中は原則禁止とする。 |
| 面会 | | 面会は原則禁止とし、病室への入退室時の石鹸と流水による手洗いを指導。 |

| | |
|---|---|
| 患者指導 | 石鹸と流水を用いた手洗いを指導 |
| 就業制限 | 原則、症状改善までは業務を行わない。 |
| 吐物等の処理方法 | ① 換気ができるようにする。<br>② 個人防護具（手袋、エプロン、マスク）を装着。<br>③ 吐物を覆うようにペーパーを広げ、その上から塩素濃度 1000ppm の次亜塩素酸ナトリウムをかけ、ペーパーごと外側から内側へ拭き取るように集める。<br>④ 集めたものはビニール袋に入れる。<br>⑤ 吐物の四方 2m を塩素濃度 1000ppm の次亜塩素酸ナトリウムで、清拭消毒する。<br>⑥ 消毒に使用したペーパーおよび個人防護具はビニール袋に入れ、袋をしばり密封したうえで感染性廃棄物として廃棄する。<br>⑦ 処理後、石鹸と流水を使用し手指衛生を行う。 |

| 9. ウイルス性感染性胃腸炎（ロタウイルス） | | |
|---|---|---|
| 定義 | | ロタウイルスによる感染性胃腸炎は乳児の下痢症の主因であり、約 70%を占める。冬季に多く、後発年齢は 6 か月～2 歳までの乳幼児で、突然の嘔吐で発症する。その他の症状は 37～38℃の発熱、咳等の感冒様症状に加え白色ないし黄白色の水様性の下痢が頻回にみられる。感染力が強く、1～10 個の感染粒子で感染し、5 歳までに 90%以上の乳幼児が感染するとされる。5 歳以上の年長になると不顕性感染となることが多い。 |
| 感染経路 | | ● ロタウイルスに汚染された食品などの摂取による経口感染<br>● 発症者からの直接接触感染、使用した物品を介した間接接触感染 |
| 必要な感染対策 | | 標準予防策＋接触感染対策 |
| 患者配置 | | ● 個室隔離またはコホーティングを行う<br>● 個室隔離が困難な場合であれば、入院先として成人の入院病床を選択したうえで、ゾーニングによる接触感染対策を実施する。 |
| 隔離期間 | | ● 胃腸炎症状改善後 48 時間経過するまで。<br>● ただし、症状改善後のウイルス排泄期間を考慮し、7 日間経過するまでは、排泄後の石鹸と流水による手指衛生を徹底する。<br>● 手指衛生が困難で感染の拡大が考えられる場合は、隔離期間を延長する。 |
| 防護具の使用 | | ● 隔離中は患者および環境に接触する際は手袋を装着する。<br>● 防護具は病室内で除去しビニール袋に入れて廃棄する。<br>● 患者家族がオムツなどを交換する場合は手袋を使用して行う。 |
| 診療用具･看護用品 | | ● 可能な限り専用とする。<br>● 専用化が望ましい物品・・体温計、血圧計、聴診器、点滴スタンドなど<br>● 専用化できない場合は使用後に次亜塩素酸ナトリウムで清拭し、他患者へ使用する。※金属腐食性があるため必ず水拭きする。 |
| リネン | | ● ビニール袋に入れ感染性があるもの明記のうえ、洗濯に提出する。<br>● 排泄物等で汚染した場合は下洗い後、ビニール袋に入れその旨を明示する。 |
| オムツの取り扱い | | 感染性廃棄物として廃棄する。 |
| 食器 | | 通常どおり、下膳車で栄養室へ返却する。 |
| 掃除 | 毎日の清掃 | ● 高頻度接触面：次亜塩素酸ナトリウム（塩素濃度 200ppm）を使用し、1 回/日以上（可能であれば各勤務 1 回）の清拭清掃を行う<br>● 自室のトイレは次亜塩素酸ナトリウム（塩素濃度 1000ppm）で 1 回/日清拭消毒し、共有トイレを使用する場合は、使用後すぐに消毒を行う。<br>● 低頻度接触面（床など）：1 回/日の通常清掃、必ず他患者の病室より後で清掃を行う。 |
| | 隔離解除後 | ● ベッド、床頭台などの清掃消毒は次亜塩素酸ナトリウム（塩素濃度 200ppm）を使用。<br>● ベッド周囲のカーテンの交換を行う。 |
| 清拭・入浴 | | 清拭：通常のタオルを使用可能だが、ケアの順番を最後にする。タオルを使用後はビニール袋に入れ、洗濯へ提出する。<br>入浴：隔離期間中は原則禁止とする。 |
| 面会 | | 病室への入退室時の石鹸と流水による手洗いを指導。 |
| 患者指導 | | 石鹸と流水を用いた手洗いを指導 |

## 10. 疥癬

**定義**

疥癬とはヒトヒゼンダニがヒトの表皮角層に寄生しておこる感染性皮膚疾患である。通常、同一の病棟・ユニット内で2か月以内に２名以上の疥癬患者が発生した場合を集団発生と考えられる。

通常疥癬と角化型疥癬の違いは次の表のとおりである。

| | 通常疥癬 | 角化型疥癬 |
|---|---|---|
| 寄生数 | 1,000 個以下<br>（患者の半数例で雌成虫は 5 匹以下） | 100～200 万個 |
| 宿主の免疫力 | 正常 | 老衰、ガン末期、重症感染症、ステロイド・免疫抑制剤服用中、一般の疥癬へのステロイド外用薬を誤用 |
| 感染力 | 弱い | 強い |
| 皮膚症状 | 丘疹、結節 | 角質肥厚 |
| 痒み | 強い | 不定 |
| 皮膚症状の場所 | 頭頸部を除く全身 | 全身 |
| 潜伏期間 | 1 か月 | 1 週間 |

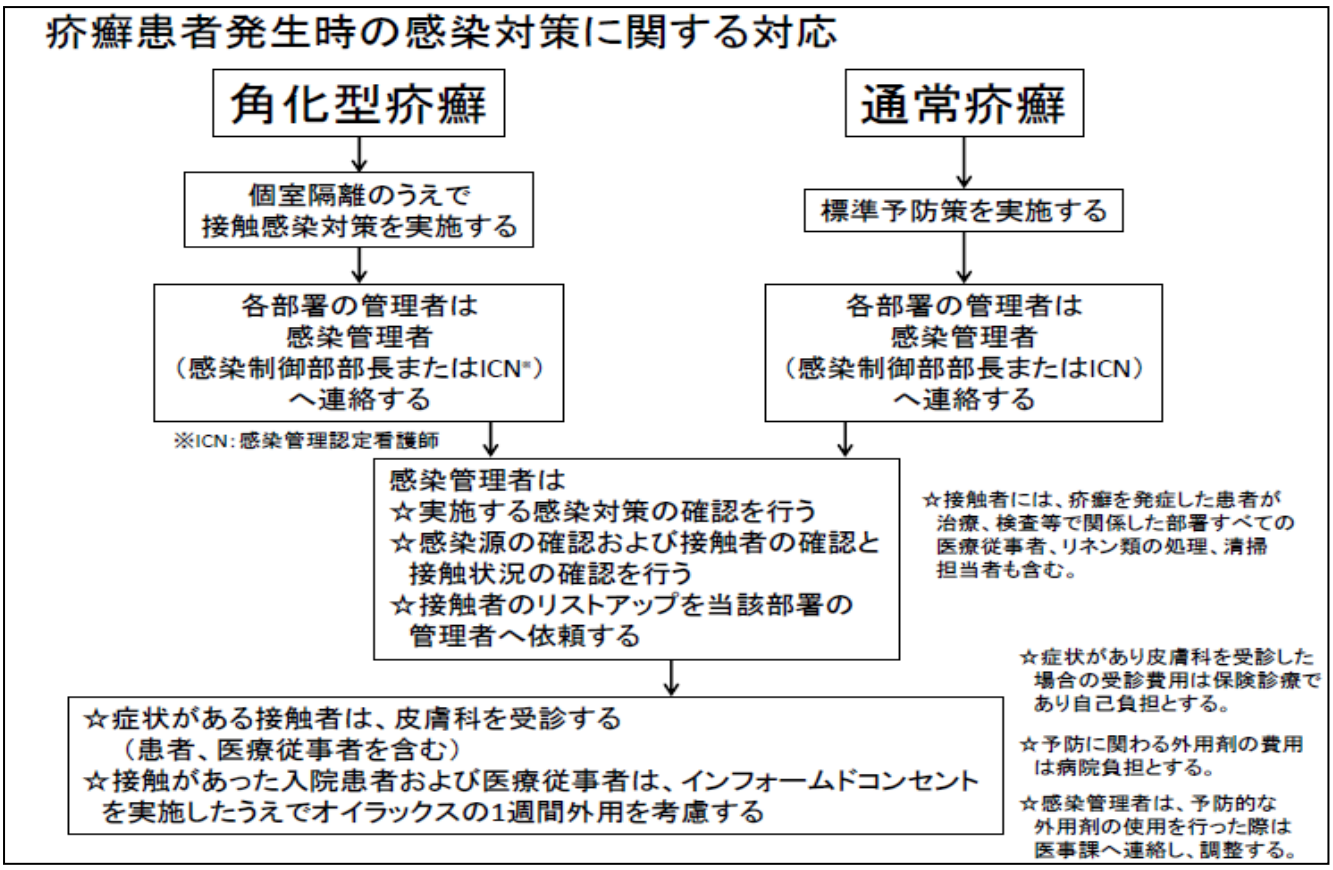
| | | |
|---|---|---|
| 感染経路 | | ● 通常疥癬：皮膚同士の接触による直接接触感染<br>● 角化型疥癬：直接接触感染または間接接触感染 |
| 必要な感染対策・患者配置・隔離期間、使用する個人防護具、診療用具、看護用品の取り扱い | | 疥癬の処置別の感染対策を参照 |
| リネン | | ● 疥癬の処置別の感染対策を参照<br>● 患者個人の寝具類は自宅で洗濯してもらうこととし、対応の方法は疥癬の処置別の感染対策を参照 |
| 食器 | | 通常どおり |
| 掃除 | 毎日の清掃 | ● 高頻度接触面：環境クロスを使用し 1 回/日実施する。<br>● 低頻度接触面（床など）：1 回/日の通常清掃、必ず他患者の病室より後で清掃を行う。 |
| | 隔離解除後 | 疥癬の処置別の感染対策を参照 |
| 清拭・入浴 | | 清拭：患者のタオルを使用し実施する。<br>入浴：疥癬の処置別感染対策を参照 |
| 面会 | | 病室への入退室時の石鹸と流水による手洗いを指導。 |
| 患者指導 | | 石鹸と流水を用いた手洗いを指導 |
| 就業制限 | | ● 通常疥癬：治療を開始している場合、長時間の皮膚の接触がなければ感染のリスクは低いため就業制限の必要はない。ただし、長時間の接触が考えられる理学療法士等の職種に関しては、1 週間の就業制限が望ましい。<br>● 角化型疥癬：治療開始後 1～2 週間（感染性が低くなるまで）の就業制限を行う。 |

【疥癬患者の処置別の感染対策】

| 対応 | 通常疥癬 | 角化型疥癬 |
|---|---|---|
| 個室隔離（隔離） | 不要 | 個室に隔離のうえ治療を開始する。<br>患者の移動はベッド、寝具ごとに移動する。<br>隔離期間：治療開始後 1-2 週間（感染性が低くなるまで） |
| 身体に接触する際の個人防護具の使用 | 不要。<br>ただし、長時間の直接の肌との接触は避ける。 | ディスポーザブルの長袖のガウン、手袋を使用する |
| 衣類、シーツ、寝具の交換 | 通常どおり | 外用剤を塗布して洗い流した後、またはイベルメクチン内服の翌日に実施。 |
| 洗濯物の運搬 | ビニール袋か、蓋付き容器を使用 | 落屑が飛び散らないようにビニール袋に入れてピレスロイド系殺虫剤を噴霧後、24 時間密封 |
| 洗濯 | 通常どおり | 洗濯後、乾燥機使用するか、50 度以上のお湯に 10 分以上浸漬後洗濯 |
| 寝具の消毒 | 不要 | 治療終了時に 1 回だけ乾燥機をかける。またはピレスロイド計殺虫剤散布後に掃除機をかける。 |
| 室内清掃 | 通常どおり | ① フケのような角質に多数のダニがいるため、落ちていそうな場所は掃除機で清掃。<br>② 病室は 2 週間閉鎖するか、ピレスロイド系殺虫剤を 1 回だけ散布し掃除機で清掃。 |
| 入浴 | タオルやマットなど、肌に触れるものの共用を避ける。 | ① 入浴は最後とし、特に指間や陰部は丁寧に、厚い垢は柔らかいブラシを使い、飛び散らないように浴槽内でこすり落とす。<br>② 浴槽や流しは水で流し、脱衣所は掃除機をかける。 |
| 患者が立ち回った場所への殺虫剤散布 | 不要 | 1 回だけ必要 |
| 車いす・ストレッチャーは患者専用とする | 不要 | 必要：隔離解除時に掃除機をかけるか、ピレスロイド系殺虫剤散布 |
| 接触者への予防的治療の検討 | 家族や同棲者 | 必要：同室者は症状の有無を問わず検討。職員は患者との接触頻度と密度を配慮して検討。 |

【院内で疥癬が発生した場合の対応】

以下のフローチャートに沿って対応する。



<table>
<tr><th colspan="3">11. クロイツフェルトヤコブ病（CJD）</th></tr>
<tr><td colspan="2">定義</td><td>異常なプリオン蛋白（核酸を含まないタンパク質性感染粒子）が原因と考えられているため、プリオン病の一つとされる。CJD には「孤発性」、「医原性」、「変異性」に分けられ、CJD のほとんどは孤発性である。CJD の発生頻度は 100 万人に 1 人といわれている。</td></tr>
<tr><td colspan="2">感染経路</td><td>● 医原性感染：脳硬膜移植手術、角膜移植手術、ヒト下垂体抽出物を用いたホルモン治療、汚染深部脳波電極を用いた検査等で医原性感染を起こすことが知られている。医原性感染後の潜伏期間は 18 か月から 30 年といわれており、体内に入ったプリオン量によって違いがあると考えられている。各臓器、分泌物の感染性は以下のとおりである。<br>✧ 感染性が高いもの：脳、脊髄液、眼<br>✧ 感染性が低いもの：髄液、腎臓、肝臓、肺、リンパ節、脾臓、胎盤<br>✧ 感染性がないと考えられているもの：<br>脂肪組織、骨格筋、副腎、精巣、精液、乳汁、血液、尿、便、唾液<br>● BSE 感染由来：BSE の牛の脳、脊髄液、眼などを摂取することでの感染といわれている。BSE 感染由来の CJD は変異性 CJD といわれるが、血液やリンパ液にも感染性を有するとされている。<br>● 経口・経気道感染：経気道および経口での感染の可能性はほとんどなく、日常の診療、看護業務での接触、非侵襲性の検査等での感染の危険はない。</td></tr>
<tr><td colspan="2">必要な感染対策</td><td>標準予防策</td></tr>
<tr><td colspan="2">患者配置</td><td>隔離不要</td></tr>
<tr><td colspan="2">防護具の使用</td><td>標準予防策に準じる</td></tr>
<tr><td colspan="2">診療用具・看護用品</td><td>● 通常使用する物品に関しては標準予防策に準じる<br>● 侵襲的な医療行為で使用する器具はディスポーザブルの器具とし、再使用する場合は適切な処理を行う。適切な処理については手術室で作成されているマニュアルを参照。<br>● 厚生労働省が推奨している CJD に対する処理方法を下記に示すこととする。<br>表　厚生労働省が推奨する CJD 汚染が考えられる器具の処理方法
<table>
<tr><th></th><th>処理方法</th></tr>
<tr><td>高温処理</td><td>アルカリ洗剤でのウォッシャー・ディスインフェクター（90～93℃）＋オートクレーブ滅菌 134℃ 8～10 分</td></tr>
<tr><td>低温処理</td><td>アルカリ洗剤による十分な洗浄＋過酸化水素ガスプラズマ滅菌 2 サイクル</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td colspan="2">リネン</td><td>通常どおり</td></tr>
<tr><td colspan="2">食器</td><td>通常どおり、下膳車で栄養室へ返却する。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">掃除</td><td>毎日の清掃</td><td>● 高頻度接触面：環境クロスを使用し、1 回/日の清拭清掃を行う。<br>● 低頻度接触面（床など）：1 回/日の通常清掃、必ず他患者の病室より後で清掃を行う。</td></tr>
<tr><td>退院時清掃</td><td>ベッド、床頭台などは環境クロスを使用し清掃・消毒を実施する。</td></tr>
<tr><td colspan="2">清拭・入浴</td><td>通常どおり</td></tr>
</table>