

# 衛生管理マニュアル

令和4年7月1日

合同会社W i N s

ウィナース訪問看護ステーション

## 標準予防策

### 1 標準予防策の実施

- 1.1 医療処置環境では、すべての対象者との接触に対して、手指衛生、手袋、ガウン、マスク・ゴーグル、鋭利器材の取り扱いを標準予防策に則り適切に実施する。
- 1.2 すべての職員に対して標準予防策について教育訓練を実施する。又、その遵守状況を継続的にモニタリングし、その結果を職員教育に活用する。

### 2 手指衛生

#### 定義

#### 手指衛生

手洗い、手指消毒、手術時手指消毒の何れも含んだ総称

#### 手洗い

普通石鹼（非抗菌性）と流水によって手指の汚れと一過性に付着した微生物(通過菌)を物理的に取り除くこと

#### 手指消毒

手洗い消毒或いは擦式手指消毒の事、手術時手指消毒も含まれる

#### 手洗い消毒

手指洗浄消毒薬（洗浄成分を含有する抗菌性石鹼）と流水による手洗いの事

#### 擦式手指消毒

擦式手指消毒薬で手指を消毒する事

- 2.1 手袋使用の有無に関わらず、利用者に直接接触する前には手指衛生を行う。
- 2.2 目に見える汚れが無い場合は、アルコールを主成分とする擦式手指消毒薬を用いて手指消毒をする。
- 2.3 手が目に見えて汚染している時、或いは血液やその他の体液で汚染している時は、石鹼或いは手指洗浄消毒薬（抗菌性石鹼）と流水で手洗いを行う。

- 2.4 血液、体液、排泄物或いは分泌物、粘膜、創傷の有る皮膚や創傷被覆材に接触した後は、例えば目に見えて汚染がなくとも、石鹼或いは手指洗浄消毒薬と流水で手洗いをを行う。
- 2.5 創傷の無い皮膚に触れた後は手指衛生を行う。
- 2.6 手袋を外した後は手指衛生を行う。
- 2.7 同じ対象者であっても業務や処置の間には異なる局所部位への交差感染を防ぐ為に直ちに手指衛生を行う。
- 2.8 アルコールが無効なノロウイルスや芽胞菌（クロストリジウム・ディフィシルなど）を含む排泄物に接触した疑いがある場合はアルコールを主成分とする擦式手指消毒薬ではなく、石鹼或いは手指洗浄消毒薬と流水による手洗いとで病原性微生物を物理的に洗い落とす。
- 2.9 手洗いの遵守率の向上の為に恒常的な教育・研修や、様々な介入（手洗いに関するキャンペーンの実施、手洗い状況のモニタリング）を組み合わせることで繰り返す行う。
- 2.10 手洗いによる刺激性接触皮膚炎の発症を抑える為にハンドローションやクリームで手の皮膚をケアする。

### 3 手袋

- 3.1 血液、体液或いは分泌物、粘膜、傷の有る皮膚に接触する可能性がある時、或いは血液、体液で汚染された物品（医療機器、医療器材など）に接触する時は手袋を着用する。
- 3.2 手袋を外す動作で手指が汚染される可能性がある為、手袋を外した後は、手指衛生を行う。
- 3.3 ガーゼ交換時には、清潔な未滅菌手袋を着用する。
- 3.4 対象者の健全な皮膚に接触する場合であっても、医療従事者が手に切り傷、病変部、或いは皮膚炎が有る時には、清潔な（未滅菌で良い）手袋を使用する。
- 3.5 単回使用の手袋の再処理使用はしない。
- 3.6 同じ対象者であっても、処置毎に手袋を交換する。

### 4 ガウン・エプロン

- 4.1 処置や利用者ケアの過程で皮膚や着衣の汚染が予測される場合は撥水性のガウン・エプロンを着用する。
- 4.2 着用していたガウン・エプロンは使用后直ちに外し、廃棄する。その後、手指衛生を行う。

## 5 マスク・ゴーグル、フェイスシールド

- 5.1 処置や利用者ケアの過程で目・鼻・口の粘膜に体液等による汚染が予測される場合（血液やその他体液、分泌物の飛散）はマスク、ゴーグル、フェイスシールドを使用する。
- 5.2 マスク、ゴーグル、フェイスシールドは使用后直ちに外す。その際に汚染した表面に触れないようにし、直ちに手指衛生を行う。

## 6 鋭利器材

- 6.1 処置に際しては、安全装置付き器材を使用する。又、安全装置付き器材は教育・研修の実施後に導入する。
- 6.2 鋭利器材の受け渡しにはハンスフリーテクニックを用い、手での直接の受け渡しを避ける。
- 6.3 注射針は原則としてリキャップを行わない。
- 6.4 耐貫通性専用廃棄容器は密閉可能で、処置終了時に容易に手が届く場所に設置する。
- 6.5 使用後の鋭利器材は直ちに専用廃棄容器に廃棄する。
- 6.6 廃棄容器は、内容が八分目に達した時点で交換廃棄する。
- 6.7 廃棄容器を移動させる時や交換する時には蓋をする。
- 6.8 職業感染予防策の教育・研修を提供する。
- 6.9 針刺し・切創事象発生後の対応をマニュアル化する。

# 感染経路別予防策

## 1 空気予防策

- 1.1 新型コロナウイルス、結核、麻疹、水痘など空気（飛沫核）を介して伝播する感染症が診断されるか、又は疑いの有る患者に空気予防策を適応する。
- 1.2 配置

- 1.2.1 対象者は、以下の条件を備えた個室に配置する。
  - 1.2.1.1 居室は陰圧室とする。圧差探知装置の有無に関わらず扉を閉めて陰圧室のスモークテスト又はペーパーテスト等による視覚的なモニタリングを毎日実施する。
  - 1.2.1.2 時間に少なくとも12回の換気を行う。
  - 1.2.1.3 陰圧室は独立換気とする。
  - 1.2.1.4 入退室時以外は部屋の扉を閉める。
- 1.3 医療従事者の感染防止対策
  - 1.3.1 肺結核、喉頭結核、漏出する結核皮膚病変を有している対象者の部屋に入室する時には、N95微粒子用マスク（N95マスク）を着用する。
  - 1.3.2 麻疹又は水痘、播種性帯状疱疹に対する免疫が無い職員は、対象者（疑いも含む）の部屋に立ち入る事を制限する。
- 1.4 訪問先に於ける対象者移送
  - 1.4.1 治療上必要な場合以外は対象者移送を制限する。
  - 1.4.2 止むを得ず対象者が室外に出る場合、対象者はサージカルマスクを着用する。

## 2 飛沫予防策

- 2.1 インフルエンザ、インフルエンザ菌性髄膜炎、髄膜炎菌性髄膜炎、百日咳、マイコプラズマ肺炎など飛沫によって伝播する病原体の感染が診断されるか、又は疑われる場合は、飛沫予防策を実施する。
- 2.2 対象者配置
  - 2.2.1 対象者は、個室に配置する。
  - 2.2.2 個室が不足する場合は、共通の病原体が分離された複数の者をコホートする。
  - 2.2.3 対象者を個室或いはコホート出来ない場合は、感染病原体に感染している者と感染していない者との間隔は1メートル以上とり、入所者同士の密接な接触の機会を最小限にする為にカーテンを引く。
- 2.3 医療従事者の感染防止対策
  - 2.3.1 対象者と1m以内で接する時にはサージカルマスクを着用する。
- 2.4 施設内に於ける対象者移送
  - 2.4.1 治療上必要な場合以外は患者移送を制限する。
  - 2.4.2 止むを得ず対象者が室外に出る場合、対象者はサージカルマスクを着用する。
  - 2.4.3 飛沫予防策下にある対象者移送を行う医療従事者はマスク着用の必要はない。

## 3 接触予防策

- 3.1 ノロウイルス感染症、クロストリジウム・ディフィシル感染症、急性ウイルス性結膜炎やメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）、多剤耐性緑膿菌（MDRP）等の薬剤耐性菌感染症など疫学的に接触感染が重要な病原体の保菌又は感染の者には、接触予防策を実施する。
- 3.2 対象者配置
  - 3.2.1 対象者は、個室に配置する。
  - 3.2.2 個室が不足する場合は、共通の病原体が分離された複数の者をコホートする。
  - 3.2.3 個室或いはコホート出来ない場合は、感染病原体に感染している者と感染していない者との間隔は1メートル以上とり、入所者同士の密接な接触の機会を最小限にするためカーテンを引き、手指衛生を確実に実施する。
- 3.3 手指衛生と手袋
  - 3.3.1 入室時には手指衛生後に手袋を着用し、退室時には手袋を外して再び手指衛生を行う。
- 3.4 ガウン
  - 3.4.1 着衣が患者と直接接触するか、環境表面に触れる事により着衣の汚染が予測される場合には、ガウンを着用する。
  - 3.4.2 退室時にはガウンを脱いで手指消毒を行う。
- 3.5 施設内に於ける対象者移送
  - 3.5.1 治療上必要な場合以外は対象者移送を制限する。
  - 3.5.2 対象者を移送する場合は、対象者の感染又は保菌している部位を覆う。
  - 3.5.3 対象者移送を行う医療従事者は、移送の前に接触予防策で使用した手袋とガウンを外し、手指衛生を行う。
  - 3.5.4 対象者移送を行う医療従事者は、新しい手袋とガウンを着用する。
- 3.6 環境表面
  - 3.6.1 ベッド柵、オーバーベッドテーブル、ドアノブなど高頻度接触面や患者に使用している医療機器等よく触れる場所は、環境消毒薬を用いて清拭清掃を行う。

## 職業感染対策

### 1 針刺し、血液・体液曝露対策の基本原則

- 1.1 職業感染予防策として、標準的な予防策の徹底、感染防護具の適切な配備、安全器材の導入、リキャップ原則禁止の徹底等により、業務中の血液・体液への直接的曝露を避ける。
- 1.2 管理者は、医療従事者が血液・体液曝露にあった場合に備えて、緊急報告、緊急処置、治療、予防、経過観察をとれる体制をとり、マニュアルを整備する。
- 1.3 血液や体液に曝露された場合は、曝露源の患者からのHBV、HCV、HIVの感染リスクの評価を行う。
- 1.4 血液や体液に曝露された皮膚は石鹼と流水で、粘膜は流水で洗う。
- 1.5 血液や体液に曝露された当事者は、速やかに管理者に報告する。

- 1.6 曝露源が不明な場合は HBV、HCV に曝露した場合と同様に対処する。可能性がある場合は HIV 曝露と仮定して対処する。
- 1.7 感染対策担当者は曝露事例の全数とその後の経過を把握する。
- 1.8 EPINet 日本版を用いたサーベイランスを実施し、針刺し・切創・皮膚粘膜曝露防止に必要な対策を講じる。

## 2 B 型肝炎

- 2.1 血液や体液に曝露される可能性の有る医療従事者は、B 型肝炎ワクチンの接種を受ける。接種 1～2 カ月後に抗体価の測定を行う。
- 2.2 曝露源の HBs 抗原（HBs 抗原陽性なら HBe 抗原、抗体も）および被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。
- 2.3 曝露源が HBs 抗原陰性の場合でも、被曝露者がワクチン非接種又はワクチン接種歴不明の場合は 1 シリーズのワクチン接種を速やかに行う。
- 2.4 曝露源が HBs 抗原陽性の場合
  - 2.4.1 被曝露者が HBs 抗体陽性であれば、その後の処置やフォローアップは必要ない。
  - 2.4.2 被曝露者が B 型肝炎ワクチン未実施で HBs 抗原、HBs 抗体の両方が陰性の場合には、曝露後速やかに抗 HBs ヒト免疫グロブリン製剤を投与し、1 シリーズの初回の B 型肝炎ワクチンを接種する。
  - 2.4.3 被曝露者が 1 シリーズの B 型肝炎ワクチン接種者で HBs 抗体が陰性の場合には、曝露後速やかに抗 HBs ヒト免疫グロブリン製剤を投与し、もう 1 シリーズの B 型肝炎ワクチンの接種を開始する。
  - 2.4.4 被曝露者が 2 シリーズの B 型肝炎ワクチンでも HBs 抗体陰性の場合には、曝露直後と 1 カ月後に抗 HBs ヒト免疫グロブリン製剤の接種を受ける。
  - 2.4.5 被曝露者の HBs 抗原、HBs 抗体、AST (GOT)、ALT (GPT) 検査を、曝露直後、1 カ月後、3 カ月後、6 カ月後及び 1 年後にフォローアップする。
- 2.5 被曝露者が HBV キャリアの場合には、肝疾患の専門医を受診する。

## 3 C 型肝炎

- 3.1 曝露源が HCV 抗体陽性の場合、被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等の投与は行わない。
- 3.2 被曝露者の HCV 抗体および AST (GOT)、ALT (GPT) を、曝露直後、1 カ月後、3 カ月後、6 カ月後および 1 年後にフォローアップする。
- 3.3 被曝露者の ALT の上昇を認めた場合や、又は早期診断が必要な場合は HCV-RNA 検査を追加して行っても良い。

## 4 HIV

- 4.1 HIV 抗体陽性の血液や体液による曝露事例発生に備えて、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。
- 4.2 HIV 抗体陽性の血液や体液による曝露が起きた場合は、被曝露者は直ちに HIV 専門医若しくは管理者に予防内服について相談する。予防内服の内容は、曝露の種類と、罹患者の感染状況を考慮して決定される。
- 4.3 曝露事例発生直後、HIV 専門医等と連絡が取れない場合は、一刻も早く1回目の抗 HIV 薬を服用し、専門医と連絡が取れ次第、その後の服用について相談する。
- 4.4 被曝露者は、予防内服の実施の如何に関わらず、曝露直後、6週後、12週後、6カ月後に HIV 抗体の検査を行うが、第4世代の検査を使用している場合は、最終検査を受傷4カ月後としてよい。
- 4.5 HIV と C 型肝炎ウイルスに重複感染した罹患者の血液・体液曝露を受けた場合は、長期（12 カ月）の経過観察が推奨される。

## 5 結核接触者検診

- 5.1 感染性結核者が出た場合に備えて、その罹患者に接触した者への対応（接触者健診）を予め定めておく。
- 5.2 感染性結核者が出た場合には、保健所に届け出を行い、連携して接触者健診を行う。
- 5.3 感染源者の感染性、十分な感染対策を取らずに感染源者に接した時間や、感染性飛沫を生じさせるようなハイリスクの処置の有無等を評価して接触者を選定する。
- 5.4 接触者に対しては、最終接触の2カ月後にインターフェロン  $\gamma$  放出検査（IGRA:クオンティフェロン、T-SPOTTB）を行う。
  - 5.4.1 QFT が陽性であれば胸部 X 線検査等の画像検査を行い、専門医に相談する。
  - 5.4.2 2カ月後の IGRA が陰性であれば、以後のフォローアップは必要ない。
- 5.5 専門医により潜在性結核感染症又はその疑いと診断された接触者に対しては、概ね6カ月間隔で2年後まで胸部 X 線検査のフォローアップを行う。

## 6 ワクチン接種プログラム

- 6.1 管理者は、職員の職業感染に関わるウイルス感染症に対する抗体価を活用できる体制を整備する
- 6.2 水痘、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎に関して、各々のウイルスに対する抗体価が低い医療従事者は、ワクチン接種を受ける。
- 6.3 罹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。
- 6.4 血液や体液に曝露される可能性の有る医療従事者は、B 型肝炎ワクチンの接種を受ける。

- 6.4.1 シリーズの B 型肝炎ワクチンの接種を受けて抗体上昇が得られない場合は、もう1シリーズの接種が推奨される。2シリーズの接種でも抗体上昇が見られない者は、抗体陰性者として対処する。
- 6.4.2 一度抗体陽性となった者が、後の検査で抗体陰性となった場合は、1ドーズのワクチンの再接種を行う。

## 7 保険

- 7.1 労働契約を結んだ医療従事者を雇用する場合は、労働者災害補償保険法に従い、労災保険加入の為に必要な手続きを行う。
- 7.2 雇用関係に無い者（臨床実習の学生など）が訪問看護業務に関与する場合は、管理者は事前に保険に加入するよう勧告する。

## 8 健康診断

- 8.1 管理者は関連法令に従い、当該ステーションで業務に従事する者に対して、健康診断を実施する。

# 職場環境の整備・衛生管理

## 1 1衛生管理の責任と権限

- 1.1 管理者は日常的な環境の整備・衛生管理を実施する責任者としての役割を果たす。
- 1.2 管理者は、指導の下に、環境の整備・衛生管理を行う。
- 1.3 管理者は職員に環境の整備・衛生管理に関する教育の機会を与える。
- 1.4 管理者は委託業者との契約内容の履行状況を確認し、改善の必要がある場合には契約担当者に報告する。
- 1.5 管理者は訪問者に感染防止に関する実践的な教育の機会を与える。

## 2 清掃

### 2.1 基本原則

- 2.1.1 清掃方法についてはマニュアル（委託業務を含む）を作成し、定期的に見直す。
- 2.1.2 環境整備を効率的に実施する為に、汚染管理区域（トイレ、汚物処理室等）や一般清潔区域（薬剤区域、食事場所、面談室等）等のように、清浄度に応じて区分する。
- 2.1.3 最初に目に見える汚れを除去する。
- 2.1.4 清掃は日常清掃、定期清掃、緊急清掃の3つに分類して実施する。
  - 2.1.4.1 日常清掃：毎日行う清掃であり、原則として消毒薬を用いる必要はない。
    - 2.1.4.1.1 手指が高頻度に接触する表面は1回/日以上の日常清掃又は低水準消毒薬若しくはアルコールを用いて消毒を行う。



- 2.1.4.1.2 接触の少ない床面は1回/日清掃を行う。
- 2.1.4.1.2.1 床の清掃は洗剤を用いた湿式清掃を行う。
- 2.1.4.1.2.2 床の清掃で使用するモップはモップヘッドを交換出来るものを使用する。
- 2.1.4.1.2.3 使用後のモップヘッドはリネン類の洗浄方法に準じて80℃の熱水で10分間処理する。
- 2.1.4.1.2.4 モップヘッドは乾燥した状態で保管する。
- 2.1.4.1.2.5 床表面はワックスで覆う。
- 2.1.4.1.2.6 床がカーペットで覆われている場合は掃除機で清掃を行う。
- 2.1.4.2 定期清掃：一定期間毎に行う清掃であり、消毒薬を用いる必要はない。
- 2.1.4.2.1 換気口や窓の格子、壁面、カーテンは目に見える汚染が無い限り定期清掃を行う。
- 2.1.4.3 緊急清掃：血液、体液、排泄物等による環境の汚染時には、汚染の除去と消毒を行う。
- 2.1.4.3.1 血液、体液、排泄物等の汚染の除去をする際には、個人用防護具（手袋、マスク、ゴーグル又はフェイスシールド、エプロンなど）を着用する。
- 2.1.4.3.2 血液、体液、排泄物等の汚染の除去をする方法は、乾燥する前にまずペーパータオルと洗剤で拭き取って汚物を除去し、1,000ppm（0.1%）次亜塩素酸ナトリウム液を用いて清拭消毒する。
- 2.2 生花や鉢植えの植物を置く場合は、アレルギーを考慮する。

### **3 建築物基準**

- 3.1 手指衛生設備を出入り口付近に設置する。
- 3.2 排気を独立させ、陰圧制御を可能とする。
- 3.3 手洗い設備を設ける。

### **4 設備（水回り）**

- 4.1 流し
  - 4.1.1 手洗い用の流しと汚染物を取り扱う流しを区別する。
  - 4.1.2 流しは、水が身体に跳ね返らないように、深さの有るシンクを採用する。
  - 4.1.3 流しは、水をためて使用しない。
  - 4.1.4 流しには、オーバーフローや栓は付けない。
  - 4.1.5 水道の蛇口はシンクの底との距離を保ち、吐水管が弓なりに湾曲しているグースネックタイプを採用する。
  - 4.1.6 水道の活栓は、自動活栓とする。
  - 4.1.7 流しは1日1回、洗剤を用いて清掃し、周囲は水分を拭き取る。
  - 4.1.8 流しの近くにペーパータオルを設置する。
- 4.2 トイレ

- 4.2.1 トイレの便器やその周囲は、1日1回以上、中性洗剤を使用して洗浄する。
- 4.2.2 便座、水洗レバー、ドアノブ等の高頻度接触部位は、1日1回以上低水準消毒薬若しくはアルコールベースの消毒薬で清拭する。
- 4.2.3 便器を入手で洗浄する場合は洗剤を用いて洗浄を行い、閉業時間前に0.05%（500ppm）次亜塩素酸ナトリウム液を用いて消毒し、十分乾燥させる。
- 4.2.4 便器の入手洗浄を行う場合は、肘までの手袋、撥水性エプロン、フェイスシールド、マスクを着用する。

## 5 ステーション内に於ける薬剤混合の仕方と保存方法

- 5.1 ステーションでの混合薬剤数は極力少なくする。
- 5.2 やむをえずステーションで薬剤混合を行う場合は、専用スペースで行う。
- 5.3 注射薬の混合は、クリーンベンチなど無菌的な環境下で行う。
- 5.4 作業面は消毒用エタノール等を使用して消毒する。
- 5.5 管理者は薬剤混合、調製場所の選択・薬剤の管理に関して指導・助言をする。
- 5.6 薬剤の混合にあたっては、その作業に専念出来るように決める。
- 5.7 薬剤混合作業では、マスクを着用し、手指衛生を行った後に清潔な手袋（未滅菌で良い）を使用する。
- 5.8 TPN 等の高カロリー輸液製剤は、混合時間を含め28時間以内に投与を終了する。
- 5.9 混合を必要とする薬剤は、使用時に混合する。
- 5.10 静脈内注射薬の混合、ライン接続・交換・サイトケア等の輸液管理に関する教育を行う。

## 6 訪問先に於ける感染性廃棄物の管理

- 6.1 すべての医療廃棄物は、法に基づいて処理する。
- 6.2 医療行為によって生じた廃棄物は自らの責任において適正に処理する。
- 6.3 訪問看護師は、訪問先で発生する感染性廃棄物の種類、発生量等を把握し、感染性廃棄物の処理が適正に行われるよう指導する。
- 6.4 訪問看護師は、訪問先に於ける感染性廃棄物の取り扱いについて、必要に応じて管理マニュアルを作成する。
- 6.5 感染性廃棄物の処理を他人に委託する場合は、法に定める委託基準に基づき、事前に依頼契約を締結する。
- 6.6 感染性廃棄物の処理を業者に委託する場合は、受託者が都道府県知事から許可を受けたものである事を確認する。
- 6.7 訪問看護師は、感染性廃棄物の処理が適正に行われているかを産業廃棄物管理票の管理を通じて把握し、処理の実績について帳簿を作成し、一定期間保管する。

## 7 ステーション内に於ける感染性廃棄物の処理方法

- 7.1 廃棄物が発生した場所で、感染性医療廃棄物と非感染性廃棄物とを区別する。
- 7.2 感染性医療廃棄物を訪問先で安全に移動出来るように、破損や漏出ししない容器を使用する。
- 7.3 感染性医療廃棄物の容器には、形状や材質、汚染状況、排出場所及び感染症の種類によって感染性廃棄物を判断し、バイオハザードマーク等を添付する。
  - 7.3.1 血液等の液状又は泥状の廃棄物は赤色のマーク又は「液状・泥状」と表示する。
  - 7.3.2 固形状（血液などが付着したガーゼなど）は橙色のマーク又は「固形状」と表示する。
  - 7.3.3 鋭利な廃棄物には黄色のマーク又は「鋭利なもの」と表示する。
- 7.4 耐貫通性容器内の廃棄物、液状の廃棄物、感染性廃棄物は、容器の変形や内容物の圧縮・移し替えをしない方が良い。
- 7.5 一旦容器に入れた廃棄物は、素手で触れない、取り出さない。
- 7.6 感染性医療廃棄物は、他の廃棄物と区別して安全な場所に一時保管する。一時保管は、極力短期間とし、関係者以外が立ち入れないようにする。
- 7.7 感染性廃棄物は、原則として訪問先の処理方法に任せる。
- 7.8 感染性廃棄物の運搬又は処分を委託する場合は、運搬については特別管理産業廃棄物収集運搬業者、市町村、都道府県等に委託する。処分については特別管理産業廃棄物処理業者、市町村、都道府県等に依託する。
- 7.9 医療廃棄物の発生や処理の状況を定期的に確認する。
- 7.10 標準的な感染予防策の実施、個人用防護具の使用、リキャップ禁止等の作業管理を行うと共に、安全器材の導入など安全な作業環境を整える。
- 7.11 看護師、清掃作業員、患者等に対して、廃棄物の取り扱い・職業曝露の予防について周知する。
- 7.12 使用済み衛生材料の持ち帰りの禁止
  - 7.12.1 原則として、訪問先からの使用済み衛生材料等の持ち帰りはしない事を徹底する。

## 器材

### 1 医療用単回使用製品の再使用

- 1.1 単回使用製品は、再使用しない。

### 2 計測機器

- 1.1 体温計は非接触型とする。血圧計は前腕型とする。
- 1.2 血圧計のマンシェットは使用毎にアルコール消毒する。
- 1.3 Spo2モニターの接触部分を使用毎にアルコール消毒する。
- 1.4 聴診器は使用毎に全体をアルコール消毒する。
- 1.5 その他計測機器（リハビリ計測機器など）接触した部分を都度アルコール消毒する。

- 1.6 計測機器を利用者サイドに置かない。

## **膀胱留置カテーテル感染対策**

### **1 膀胱留置カテーテルの使用原則と教育**

#### 1.1 膀胱留置カテーテルの使用原則

- 1.1.1 膀胱留置カテーテルは適応がある場合のみ留置し、医療従事者の便宜の為には使用しない。
- 1.1.2 膀胱留置カテーテルは不要になった段階で速やかに抜去する。
- 1.1.3 膀胱留置カテーテルや採尿システムを操作する直前及び直後には手指衛生を行う。
- 1.1.4 膀胱留置カテーテルや採尿システムは、手袋とガウンを着用して操作する。

#### 1.2 教育

- 1.2.1 膀胱留置カテーテルの無菌的な挿入と管理に関する知識と技術を持った医療従事者が膀胱留置カテーテルを取り扱う。
- 1.2.2 膀胱留置カテーテルを取り扱う医療従事者は、膀胱留置カテーテルの留置に伴う合併症に関する教育を定期的に受ける。

### **2 膀胱留置カテーテルの挿入**

#### 2.1 カテーテルの挿入

- 2.1.1 膀胱留置カテーテルは滅菌済みの器具を用いて、無菌操作で挿入する。
- 2.1.2 挿入時に使用する潤滑剤は共用しない。

#### 2.2 カテーテルの選択

- 2.2.1 膀胱留置カテーテルと採尿バッグが一体化した閉鎖式採尿システムを使用する。
- 2.2.2 なるべく細い径のカテーテルを用いる。
- 2.2.3 短期の使用では、銀合金で被覆した膀胱留置カテーテルを使用する。

### **3 膀胱留置カテーテルの管理**

#### 3.1 管理の原則

- 3.1.1 膀胱留置カテーテルと採尿バッグは閉鎖を維持する。

#### 3.2 膀胱留置カテーテルの固定と採尿システムの位置

- 3.2.1 膀胱留置カテーテルと採尿バッグは屈曲しないようにする。
- 3.2.2 採尿バッグは常に膀胱より下の高さに置く。
- 3.2.3 採尿バッグは床に直接接触させない。

#### 3.3 尿の回収

- 3.3.1 採尿バッグは定期的に回収し、一杯になってから行うことは避ける。
- 3.3.2 尿の回収時に排液口を回収容器に接触させない。

- 3.3.3 尿の回収容器は対象者毎に使用し、1回毎に洗浄し、熱水消毒する。
- 3.4 尿の検体採取
  - 3.4.1 尿の検体採取のため少量の新鮮尿を必要とする場合には、サンプリングポートを消毒した後、採取する。
  - 3.4.2 大量の尿を必要とする場合は、採尿バッグの排液口から採取する。
- 3.5 尿の検査と抗菌薬投与
  - 3.5.1 定期的な尿の培養検査を行う必要はない。
  - 3.5.2 膀胱留置カテーテル管理中の無症候性細菌尿の治療や予防的抗菌薬投与は行わない。
  - 3.5.3 尿路感染症の症状が無い場合、尿の不快感な臭いや採尿バッグ内の尿混濁に対しての抗菌薬治療は行わない。
- 3.6 膀胱洗浄
  - 3.6.1 感染予防のための膀胱洗浄は行わない。
  - 3.6.2 膀胱洗浄が必要な場合は、滅菌シリンジと滅菌生理食塩水を用いて、無菌操作で行う。
  - 3.6.3 抗菌薬や消毒薬を用いた膀胱洗浄は行わない。
- 3.7 膀胱留置カテーテルの抜去と交換
  - 3.7.1 定期的なカテーテルの交換を行う必要はない。
  - 3.7.2 カテーテルの交換は、カテーテル閉塞、症候性尿路感染症、閉鎖システム内の汚染等の臨床的判断で行う。
- 4 膀胱留置カテーテルの代替方法
  - 4.1 状況に応じて間欠導尿を検討する。
  - 4.2 間欠導尿を行う時には無菌操作は必要ないが清潔に行う。
  - 4.3 状況に応じて膀胱瘻でのカテーテル管理を検討する。
  - 4.4 状況に応じてコンドームカテーテルの使用を検討する。

## 人工呼吸器関連肺炎対策

### 1 教育・サーベイランス

- 1.1 人工呼吸器関連肺炎防止に関する標準化された教育・研修を実施する。
- 1.2 全国的なサーベイランスを参考にし、自施設の人工呼吸器関連肺炎対策の有効性を客観的に評価する。

### 2 器具の消毒

- 2.1 目に見える汚染が無い限り、人工呼吸器の本体表面は除染・消毒を行う必要はない。
- 2.2 汚染があった場合は使用説明書にしたがって除染・消毒を行う。
- 2.3 人工呼吸器関連肺炎の原因が人工呼吸器内部の汚染で有る事が疑われる時は、人工呼吸器内部の回路の除染・消毒を行なう。

- 2.4 人工呼吸器に関連した単回使用製品の再使用は行なわない。
- 2.5 製造者によって再使用が認められている人工呼吸器回路を新規者に使用する場合は、滅菌若しくは回路が耐熱性であれば熱水消毒を行う。
- 2.6 人工呼吸器回路内の結露は対象者側へ流入しないように除去する。

### **3 人工呼吸器回路の交換**

- 3.1 人工呼吸器回路を同一者に使用する場合は、特別の汚染や破損が無い限り1週間以内に定期的  
に交換する必要はない。
- 3.2 バクテリアフィルター付き人工鼻を使用している場合は、汚染や閉塞が明らかでない限り、人工呼吸器回路の交換はしない。

### **4 バクテリアフィルター付きの人工鼻**

- 4.1 人工呼吸器関連肺炎予防の目的で人工鼻を使用するべきかどうかは不明である。
- 4.2 結核、新型インフルエンザ、SARS など空気感染を起こす可能性の有る者に人工呼吸管理を行う場合は、呼気の室内排出側に、バクテリアフィルターを装着する。

### **5 周辺機器や手技・操作の管理**

- 5.1 ネブライザーの薬液注入部は熱水消毒又は低温滅菌を行う。
- 5.2 吸入薬剤の調製は無菌的に行う。
- 5.3 加温加湿器には滅菌水を使う。
- 5.4 加温加湿器の給水は閉鎖式を用いる。
- 5.5 回路に結露した水を抜く場合は一方弁付きのトラップを使用する。

### **6 吸引操作、気管内吸引カテーテル（閉鎖／開放）の管理**

- 6.1 気管内吸引前後には手指消毒を行う。
- 6.2 気管内吸引操作に用いる手袋は清潔な未滅菌のものを使用する。
- 6.3 単回使用の吸引チューブは1回ごとの使い捨てにする。
- 6.4 人工呼吸器関連肺炎予防の目的で閉鎖式吸引システムを使用するべきかどうかは不明である。
- 6.5 開放式気管内吸引操作は清潔操作とする。
- 6.6 気管内吸引操作は必要最小限に留める。
- 6.7 吸引チューブの洗浄には滅菌水を使用する。
- 6.8 気管内吸引と口腔内吸引が終わった吸引チューブは廃棄し、薬液に浸して再利用しない。
- 6.9 吸引回路および吸引瓶は当該者専用とする。
- 6.10 蘇生用バッグやジャクソンリースは汚染がなくても個人毎に交換する。

## 7 気管切開

- 7.1 気管切開を行なう場合は高度バリアプリコーション（滅菌手袋、長い袖の滅菌ガウン、マスク、帽子と大きな滅菌覆布）で行なう。
- 7.2 気管切開チューブを交換する時は手指消毒を行い、清潔な（未滅菌で良い）手袋を用いる。

## 8 気管チューブの選択と経路

- 8.1 特に禁忌でない限り経口挿管を選択する。
- 8.2 カフ上部の貯留物を吸引するための側孔付きの気管チューブを使用する。
- 8.3 カフ内圧はカフ圧計で一定時間毎に測定する事とし、脱気して一定量を再注入する手技は避ける。
- 8.4 カフ圧は20～30cmH<sub>2</sub>O の範囲で維持する。
- 8.5 気管チューブの抜管時、又は気管チューブを動かす前には、カフ上の分泌物を吸引・除去する。

## 9 ストレス潰瘍予防薬

- 9.1 胃液の pH の上昇により人工呼吸器関連肺炎の発症率が増加するため、ストレス潰瘍の危険性が少ない者に対して H<sub>2</sub>受容体拮抗薬を投与しない。
- 9.2 ストレス潰瘍の危険性の高い者に対して抗潰瘍薬を投与する場合、人工呼吸器関連肺炎予防の観点からはスクラルファートなど胃の pH を上げない薬剤を使う。

## 10 体位

- 10.1 人工呼吸器関連肺炎予防の観点からは患者の上半身を挙上した体位で人工呼吸管理を行う。

## 11 口腔内清拭

- 11.1 定期的に口腔内清拭を行う。

## 12 予防的抗菌薬の投与

- 12.1 人工呼吸器関連肺炎予防の目的で抗菌薬の全身投与を行わない。

# 経腸栄養法に関する感染対策

## 1 経腸栄養用チューブ留置に関連した感染対策

- 1.1 経鼻チューブ留置時の副鼻腔炎や中耳炎の予防
  - 1.1.1 5～12F の口径の経腸栄養専用チューブを用いる。
  - 1.1.2 長期留置の場合は胃瘻・腸瘻へ変更する。
- 1.2 経鼻チューブ挿入時の気管内誤挿入の予防

- 1.2.1 経腸栄養用経鼻チューブ挿入後には先端位置を X 線撮影で確認する。
- 1.3 胃瘻造設に関連した瘻孔部感染予防対策
  - 1.3.1 咽頭部の細菌を胃瘻造設部に定着させない工夫、ストッパーによる胃壁に対する過度の圧迫を避ける工夫を実施する。
  - 1.3.2 胃瘻周囲の状態を毎日観察し、清潔な状態を保つ。

## 2 細菌性腸炎予防対策

- 2.1 経腸栄養剤調製時の注意点
  - 2.1.1 感染予防の為に、バッグ型：RTH(Ready-To-Hang)製剤を用いる。
  - 2.1.2 調製する必要がある経腸栄養剤は、投与直前に調製する。
  - 2.1.3 経腸栄養剤を調製後、投与までに時間がある場合は冷蔵庫内に保存する。
  - 2.1.4 開封した後、冷蔵していない状態で8時間以上経過したものは廃棄する。
- 2.2 経腸栄養剤投与時の注意点
  - 2.2.1 溶解・希釈を行う製剤では8時間以内に、RTH 製剤では24時間以内に投与を完了する。
  - 2.2.2 経腸栄養剤投与容器は使用のたびに洗浄・消毒し、経腸栄養剤の注ぎ足しをしない。
  - 2.2.3 経腸栄養投与ラインは、使用するたびに洗浄・消毒を行う。
  - 2.2.4 H2-ブロッカーや PPI が投与されている場合や空腸瘻から経腸栄養剤を投与する場合は、胃瘻を介した場合よりも厳重な清潔操作を行う。
  - 2.2.5 胃瘻・腸瘻チューブを可能な限り清潔な状態を保つ。

## 3 誤嚥性肺炎防止対策

- 3.1 胃瘻からの経腸栄養で誤嚥性肺炎が発生する場合は、腸瘻からの投与を考慮する。
- 3.2 経腸栄養剤投与時には、誤嚥性肺炎防止の為に上半身を挙上する。
- 3.3 過度に急速に胃内に経腸栄養剤を注入する事により胃食道逆流に伴う誤嚥性肺炎を起こす危険があるので、安全な投与速度を決定する為に徐々に投与速度をあげる。
- 3.4 経腸栄養剤の固形化・半固形化、半固形状栄養剤の使用を考慮する。